

IV. 口腔・栄養関連サービス リーフレット

通所サービス利用要介護高齢者の
**「口から食べる楽しみを
いつまでも！！」**
を実現するために

口腔・栄養関連サービス リーフレット

一般社団法人 日本健康栄養システム学会

はじめに

本リーフレットは、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（老人保健健康増進等事業分）の交付を受けて取り組んだ「通所事業所における口腔・栄養関連サービスに関する調査研究事業」（以下「本事業」という。）の一環として作成されたものです。

本事業では、通所事業所等における口腔・栄養サービスの推進を図るために、有識者による検討委員会を開催の上、通所事業所（通所介護事業所（以下「通所介護」という。）及び通所リハビリテーション（以下「通所リハ」という。）を対象として、令和4年度に引き続き行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と対応について検討した結果を踏まえて、本リーフレットを編纂いたしました。

口腔・栄養サービスの効果的な推進とその質の向上に向けて、本リーフレットが活用されることを願うものです。

また、本リーフレットを本学会のウェブサイトに掲載し、広く活用されることを願うものです。

本学会では、高齢者の「食べることの楽しみをいつまでも」をめざして、口腔・栄養サービスの推進に貢献できるよう、引き続き研究・教育活動に取り組んでいくことにしております。

令和6年3月

令和5年度老人保健事業推進等補助金

（老人保健健康増進等事業分）

「通所事業所における口腔・栄養関連サービスに関する調査研究事業」

研究代表者 三浦公嗣

（一般社団法人 日本健康・栄養システム学会 代表理事）

目次

1. 口腔・栄養関連サービスはなぜ必要なのでしょうか？・・・71(1)
 - (1) 「口から食べる楽しみをいつまでも」をスローガンとして
 - (2) フレイル・サイクルとの関係
 - (3) 栄養ケアの効果 低栄養の改善、入院率及び死亡率の減少
 - (4) 口腔ケアの効果 誤嚥性肺炎の発生低下、食事量の改善
 - (5) フレイル・サイクルによる悪循環を止めるために
2. 口腔・栄養の問題が把握されていないことが問題・・・76(6)
3. 栄養・口腔・リハの一体的取組が始まる・・・80(10)
4. 口腔・栄養関連サービスについて知っておいてほしいこと・・・82(12)
 - (1) 歯科衛生士は口腔ケアのプロフェッショナルです
 - (2) <やわらか食>のすすめ・・・
 - (3) 管理栄養士の栄養相談のイメージを変えましょう
 - (4) 在宅での食生活が肝心です
5. 管理栄養士、歯科衛生士等がいる通所事業所は口腔・栄養(食事)の・・・87(17)

相談窓口
6. 通所事業所関係者が口腔・栄養関係サービスに取り組むために・・・88(18)

(通所事業所関係者のために)

 - (1) 口腔・栄養関係サービスの意義をパーパスに
 - (2) 歯科衛生士や管理栄養士がいる体制づくり
 - (3) 加算算定に繋げるために
 - (4) 一体的取組のために
 - (5) 介護予防事業や配食サービスとの共同体制

参考資料	91 (21)
資料 口腔・栄養関連サービス推進のためのリーフレット例（三つ折り）	93 (23)
委員名簿	95 (25)

1. 口腔・栄養関連サービスはなぜ必要なのでしょう？

(1) 「口から食べる楽しみをいつまでも」をスローガンとして

口腔・栄養関連サービスの必要性については、高齢者の「口から食べる楽しみをいつまでも」をスローガンとして、以下のようにまとめることができます。



口腔・栄養関連サービス

1) 楽しみの支援

要介護高齢者の「楽しいこと」の第1位は食事ですから、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ます。

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ます。「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ります。また、一日の生活で、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ります。

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タンパク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す。しかし、高齢者は、口腔や嚥下の問題、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ります。また、脳梗塞、がん、呼吸器疾患、肝臓疾患などの病気によっても低栄養の高リスクになります。高齢者の低栄養を予防・改善することは、(i) 内臓タンパク質及び筋タンパク質量の低下を予防・改善し、(ii) 身体機能及び生活機能の及び免疫能の維持・向上による感染症の防止や、(iii) 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) を向上します。

4) 感染症の予防

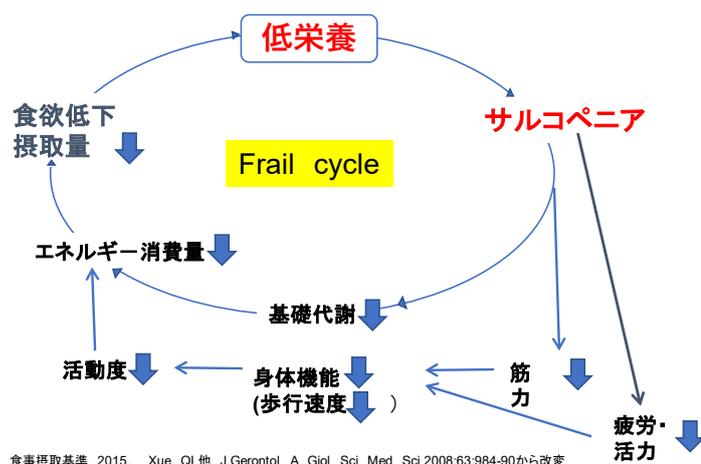
高齢者の「口から食べること」を口腔・栄養関連サービスによって支援することは、消化管の腸粘膜の構造や腸管の免疫機能を維持し、消化管におけるバクテリアル・トランスロケーション (腸管内の細菌や細菌が産生する様々な生体障害物質が腸管粘膜細胞あるいは細胞間隙より生体内に侵入すること) による感染症の合併に大きな予防効果があります。

(参考資料1より改変)

(2) フレイル・サイクルとの関係

フレイルとは、虚弱や健康障害に陥りやすい状態です。要介護高齢者の最大の栄養問題であるタンパク質とエネルギーの低栄養 (Protein Energy Malnutrition PEM) のリスクがあると、以下のようなフレイル・サイクルが回り出します。

フレイル・サイクルは低栄養のサイクル 口腔・栄養の問題を把握してこの循環を早期に切る



低栄養(protein energy malnutrition:PEM):エネルギーとたんぱく質の欠乏した状態

フレイル: 虚弱 健康障害に陥りやすい状況

サルコペニア:加齢に伴う筋力の減少、または老化に伴う筋肉量の減少

(3) 栄養ケアの効果 低栄養の改善、入院率及び死亡率の減少

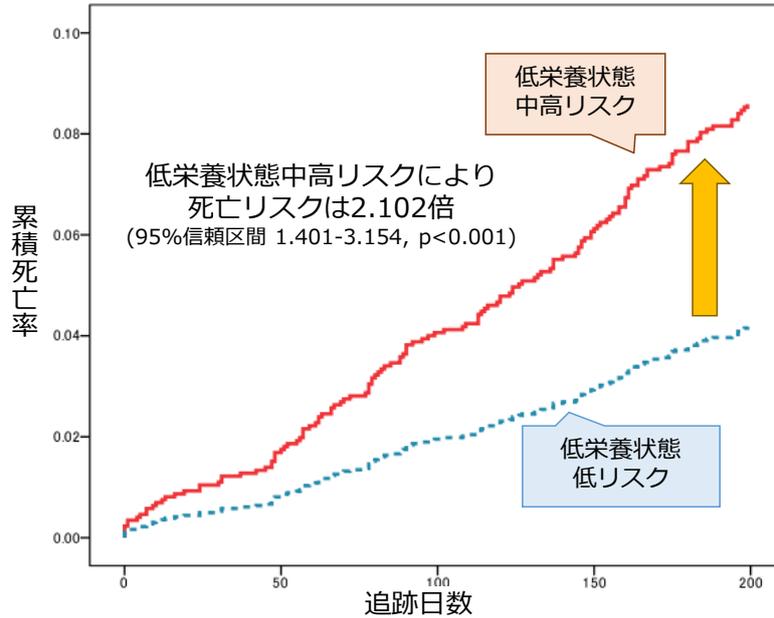
低栄養の中高リスクによって低栄養の状態が続くと、体重が減少し、筋肉量が減少していきます。そのため、日常生活自立度低下、転倒や骨折、あるいは慢性疾患が悪化する危険性が高まり、入院率や死亡率が増大し、フレイル・サイクルの悪循環がおこります。しかし、管理栄養士をはじめ多職種による栄養ケアや経口維持の取組によって、これらのリスクの改善や死亡率及び入院率を減少させることがわかっています。

要介護高齢者において低栄養状態は死亡リスクを増加させる

(特養・老健1,646名 200日間の追跡データ)

低栄養リスク×7か月間の累積死亡率

COX比例ハザード分析 (調整変数: 性別、年齢、Barthel index、併存疾患指数)

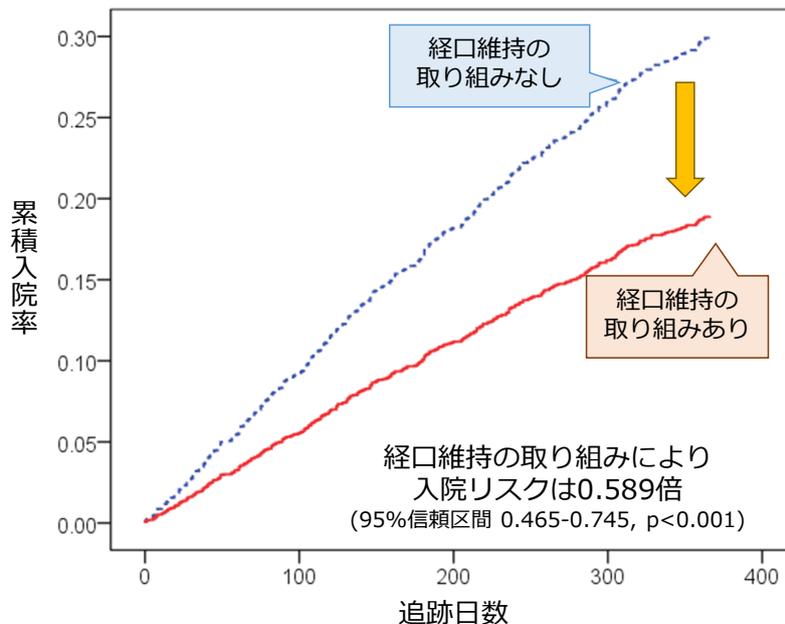


平成 26 年度厚生労働省老人保健推進費等補助金「施設入所・退所者の経口維持のための栄養管理・口腔管理体制の整備とあり方に関する調査研究」日本健康・栄養システム学会

多職種によるミールラウンド・カンファレンスを実施する経口維持の取り組みは、入院のリスクを低下させる (特養919名 1年間の追跡データ)

経口維持の取り組み (経口維持加算 I 算定) × 1年間の累積入院率

COX比例ハザード分析 (調整変数: 性別、年齢、要介護度、摂食・嚥下能力グレード、低栄養リスク、入所者数)



平成 28 年度厚生労働省老人保健推進費等補助金「介護保険施設における重点的な栄養ケア・マネジメントのあり方に関する調査研究事業」日本健康・栄養システム学会

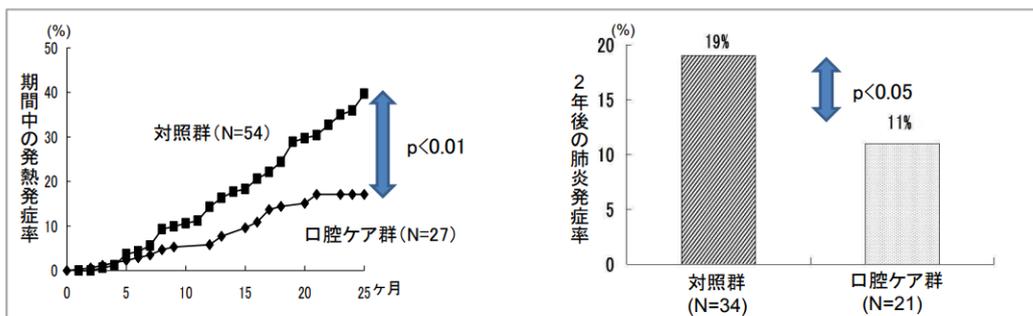
(4) 口腔ケアの効果 誤嚥性肺炎*の発症低下、食事量の改善

要介護高齢者の咀嚼機能は低栄養のリスクと関係しますが、口腔ケアによって体重減少が抑えられ、また、発熱の発症率や肺炎発症率が低下することがわかっています。

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.

12

口腔衛生管理の有効性

- 全国30以上の介護保険施設入所者の縦断調査の結果、現在歯数が多いほど肺炎の発症が多く、歯科衛生士による口腔衛生管理を受けているの方が、肺炎の発症が少ないという結果であった。
- 常食を摂取していた256名について、その後1年間に5%以上の体重減少と関連があったのは、年齢とベースライン時の体重、肺炎の既往と、歯科衛生士による口腔衛生管理と歯科受診の有無であった。

1年間の肺炎発症の有無に関するポアソン回帰分析

(n=504)	PRR	95%信頼区間	P-value
年齢	1.010	0.971 - 1.051	0.609
性別(男性)	1.509	0.794 - 2.866	0.209
Berthel Index	0.988	0.973 - 1.003	0.116
Body mass index	0.954	0.862 - 1.056	0.363
Clinical dementia rating			
0, 0.5	Reference		
1	0.879	0.202 - 2.381	0.560
2	0.879	0.135 - 1.863	0.303
3	0.879	0.188 - 1.963	0.405
糖尿病の既往	0.449	0.147 - 1.372	0.160
現在歯数	1.042	1.009 - 1.076	0.013
口腔衛生管理サービスあり	0.388	0.217 - 0.694	0.001

PRR = Adjusted prevalence rate ratio

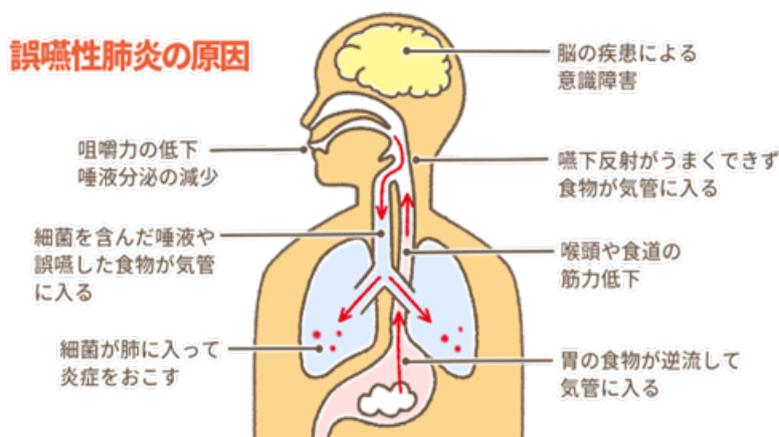
1年間の5%以上の体重減少の有無に関するポアソン回帰分析(常食摂取者)

(n=256)	PRR	95%信頼区間	P-value
年齢	1.03	1.00 - 1.06	0.024
性別(女性)	0.93	0.58 - 1.48	0.748
体重(kg)ベースライン	1.02	1.00 - 1.04	0.045
Berthel Index	1.00	0.99 - 1.01	0.945
Clinical Dementia Rating			
0, 0.5	Reference		
1	2.49	0.93 - 6.67	0.068
2	3.21	1.26 - 8.19	0.015
3	2.92	1.08 - 7.88	0.034
機能歯数	0.99	0.97 - 1.01	0.160
定期的歯科管理	0.48	0.24 - 0.95	0.036
肺炎の既往	3.72	2.34 - 5.92	< 0.001
脳血管疾患の既往	1.10	0.73 - 1.65	0.649
糖尿病の既往	1.07	0.65 - 1.74	0.796
うつ病の既往	0.02	0.03 - 1.31	0.093

出典: 令和3年度老人保健健康増進等事業「施設系サービス利用者等の口腔衛生等の管理に関する調査研究事業」一般社団法人 日本老年歯科医学会

介護給付費分科会(第232回) 令和5年11月27日資料

※ 誤嚥性肺炎について



物を飲み込む働きを嚥下機能、口から食道へ入るべきものが気管に入ってしまうことを誤嚥と言います。誤嚥性肺炎は、嚥下機能障害のため唾液や食べ物、あるいは胃液などと一緒に細菌を気道に誤って吸引することにより発症します（日本呼吸器学会ホームページより）。2019年に宮城県内の8つの病院で入院治療を受けた肺炎患者に関する報告では、高齢者になる程、誤嚥性肺炎の割合が高くなり、70歳未満では、22.3%であるのに対して、70歳以上では、42.8%が誤嚥性肺炎でした（PLoS One, 2021 Jul 30;16(7):e0254261.）。また、誤嚥性肺炎患者109例を追跡した石川県の病院からの報告においては、生存期間中央値254日、1年生存率41.8%と、1年の時点で半数以上が死亡していたと報告されていて、誤嚥性肺炎の予後が不良であることが分かります。さらに、BMIが18.5g/m²以上の群、18.5-16kg/m²の痩せ群、16kg/m²未満の痩せすぎ群と痩せの程度が強くなるに従い生存率は低下し、痩せすぎ群では生存期間中央値96日、1年生存率22.2%と半年で7割、1年で8割の症例が死亡していたことが分かっています（日摂食嚥下リハ会誌 24(3):247-257, 2020）。このように、口腔ケアによって、高齢者にとってリスクが高い誤嚥性肺炎を回避すると共に、栄養状態の改善を目指すことは、患者生命予後への影響を鑑みても重要なアプローチなのです。

（5）フレイル・サイクルによる悪循環を止めるために

要介護高齢者の口腔・栄養の問題については、スクリーニングやアセスメント（口腔・栄養スクリーニングや栄養アセスメント加算）によって把握できます。一方、フレイル・サイクルは回り続けていますので、このサイクルに陥っている高齢者の問題を解決するためには、口腔ケア（口腔機能向上加算）や栄養ケア（栄養改善加算）を行って、フレイル・サイクルの悪循環を、できるだけ早くに断ち切る必要があります。

2. 口腔・栄養の問題が把握されていないことが問題

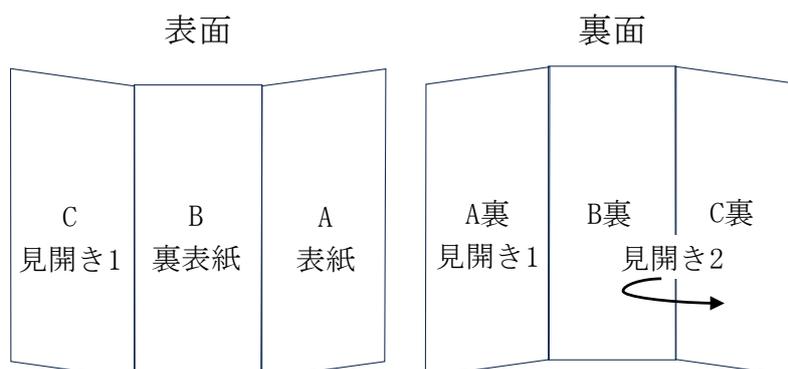
本事業の調査の結果、通所事業所の利用者のうち低栄養の中高リスクに相当する「やせ：BMI18.5 kg/m²未満」は1割程度でしたが、「BMIを把握していない」という事業所が3~4割にも及んでいました。一方、「噛むことに問題がある」者は、同様に8~9%程度ですが、このような「噛むことに問題がある」利用者を把握していないという事業所は、通所リハビリテーション事業所で12%程度でした。通所介護事業所では半数以上にも及んでいました。このように、利用者の口腔・栄養の問題を把握していない通所事業所が非常に多いことが大きな問題と言えます。そこで、サービスの周知をすることが必要になります。

本リーフレットの資料として、利用者や家族へサービスを周知するために、通所事業所での口腔・栄養関連サービスについてのリーフレット(両面 三つ折り版)を作成いたしました(最終頁参照のこと)。

このリーフレットには、以下のポイントを含めました。各事業所の状況に合わせてご活用ください。

<表面>

- A 表紙
 - ・口腔・栄養関連サービスの関連加算
 - チェックボックスによるサービスの紹介
- B 裏表紙
 - ・口腔・栄養関連サービスの事例紹介
 - サービスの具体的な内容
 - ・問い合わせ先
- C 見開き1
 - ・口腔・栄養関連の代表的な課題
 - 利用者や家族への「自分の課題である」という気づきの促し



<裏面>

- A 裏
 - ・口腔・栄養関連サービスの重要性の啓発
 - サービスが必要な理由
- B・C 裏
 - ・担当の専門職の名前と顔写真
 - 顔の見えるサービスによる安心感
 - ・サービスの利用の流れ

さらに、口腔・栄養関連サービスが提供されていない主な理由として、「内容や加算要件を知らない」という事業所も多くみられました。そこで、口腔・栄養関連サービスの内容と要件についてのポイントを表に簡単にまとめました（詳細は厚生労働省からの通知参照のこと）。

通所事業所における口腔・栄養関連サービス

利用者の口腔の健康状態及び栄養状態に問題があるかを確認するサービス

<p>●口腔・栄養 スクリーニング加算（Ⅰ） 20 単位/回</p>	<p>スクリーニング？は介護職員等が行い、情報を担当の介護支援専門員に提供します。利用者全員に、利用開始時から行うことが望ましく、その後は 6 か月毎に行います。確認するチェック項目は以下の表参照（厚生労働省による）のこと。但し、栄養アセスメント加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算を算定している場合には、算定できません。</p>
<p>●口腔・栄養 スクリーニング加算（Ⅱ） 5 単位/回</p>	<p>栄養アセスメント加算及び栄養改善加算においては、栄養スクリーニングが、口腔機能向上加算には口腔スクリーニングが行われるので、これらが算定される場合には、算定されていない口腔あるいは栄養のいずれかのスクリーニングを、介護職等が 6 か月毎に行い、情報を担当の介護支援専門員に提供します。該当する利用者全員に、（Ⅰ）と同じチェック項目を用いて行うことができます。チェック項目は、表の口腔あるいは栄養のどちらかになります。</p>
<p>●栄養アセスメント加算 50 単位/月</p>	<p>事業所に管理栄養士を常勤、非常勤、併任などで配置していることが必要です。介護保険施設との併任の場合は併任元で栄養マネジメント強化加算を算定する配置人数に含まれている場合、制度上、併任が認められないため事前に確認してください。</p> <p>個別の利用者について、管理栄養士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員等が共同して栄養アセスメント（栄養状態の問題や原因を多角的に把握すること）を行います。</p> <p>利用者・家族に説明して、相談等は、必要に応じて対応しますが、栄養改善加算のように一人ひとりのためのオーダーメイドの栄養ケア計画を作成するものではありません。「栄養アセスメントの結果（低栄養状態のリスク、解決すべき栄養管理上の課題の有無等）を当該利用者又はその家族に対して説</p>

	<p>明し、必要に応じ解決すべき栄養管理上の課題に応じた栄養食事相談、情報提供等を行うこと。」とされています。その目的は、利用者の解決すべき栄養管理上の課題を的確に把握し、適切な栄養改善サービスにつなげることであり、利用者全員に継続的に提供することが望ましいです。</p> <p>栄養アセスメント加算自体は毎月算定が可能ですが、実際にアセスメントの頻度は通常栄養ケア・マネジメントの頻度と同様に最低3か月に一度で大丈夫です。また、利用者の情報は、科学的介護のために厚生労働省に提供します。</p> <p>口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)及び栄養改善加算を算定している場合には、算定することができません。</p>
--	--

令和3年度診療報酬改定：口腔栄養スクリーニング様式

口腔・栄養スクリーニング様式			
ふりがな	性別	年齢	日付
氏名	口男 口女	口年 口月 口日	口年 口月 口日
	要介護度・病名・特記事項等	記入者名	作成年月日 年 月 日
		事業所内の歯科衛生士	口無 口有
		事業所内の管理栄養士・栄養士	口無 口有

スクリーニング項目	前回結果 (●月●日)	今回結果 (●月●日)
硬いものを避け、柔らかいものばかり食べる	はい・いいえ	はい・いいえ
入れ歯を使っている	はい・いいえ	はい・いいえ
むせやすい	はい・いいえ	はい・いいえ
特記事項（歯科医師等への連絡の必要性）		
身長 (cm) ※1	(cm)	(cm)
体重 (kg)	(kg)	(kg)
BMI (kg/m ²) ※1	口無 口有 ()	口無 口有 ()
直近1～6か月間における3%以上の体重減少 ※2	口無 口有 (kg/ か月)	口無 口有 (kg/ か月)
直近6か月間における2～3kg以上の体重減少 ※2	口無 口有 (kg/ 6か月)	口無 口有 (kg/ 6か月)
血清アルブミン値 (g/dl) ※3 3.5 g/dl未満	口無 口有 (g/dl)	口無 口有 (g/dl)
食事摂取量 75%以下 ※3	口無 口有 (%)	口無 口有 (%)
特記事項（医師、管理栄養士等への連絡の必要性等）		

※1 身長が測定出来ない場合は、空欄でも差し支えない。
 ※2 体重減少について、いずれかの評価でも差し支えない。（初回は評価不要）
 ※3 確認出来ない場合は、空欄でも差し支えない。

(参考) 口腔スクリーニング項目について
「硬いものを避け、柔らかいものばかり食べる」
 歯を失うと肉や野菜等の摂取割合が減り、柔らかい麺類やパン等の摂取割合が増えることが指摘されています。
「入れ歯を使っている」
 入れ歯があわないと噛みにくく、発音しにくい等の問題がでてきます。また、歯が少なくても入れ歯を使っていない場合には、口腔の問題だけでなく認知症や転倒のリスクが高まります。
「むせやすい」
 飲み込む力が弱るとと飲食の際にむせたり、飲み込みづらくなって、食事が大変になります。誤嚥性肺炎のリスクも高まることから口腔を清潔に保つことが重要です。

(参考) 低栄養状態のリスク分類について

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

BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)
 身長147cm、体重38kgの利用者の場合、
 $38(\text{kg}) \div 1.47(\text{m}) \div 1.47(\text{m}) = 17.6$

口腔・栄養の問題の解決を一人ひとりに行うためのサービス



<p>●栄養改善加算 200 単位/回 (原則 3 か月以内、 2 回/月まで)</p>	<p>低栄養の改善、栄養状態の維持し、要介護度の悪化防止を目的としています。通所事業所に管理栄養士を常勤、非常勤及び併任により配置(外部との連携可)していることが必要です。管理栄養士が多職種と共同して、栄養状態のスクリーニング、栄養アセスメント及び栄養ケア計画の作成と実施、モニタリング(定期的な栄養状態の把握)等の栄養管理のPDCAのサイクルを回して、フレイル・サイクルの悪循環を早期に断ち切るためのサービスです。利用者の摂食・嚥下機能、食形態や介護する家族の介護力にも配慮したオーダーメイドの栄養ケア計画を作成して栄養相談を行います。必要に応じて、管理栄養士が居宅訪問し、在宅での看取りまで対応することができます。要介護1～5の利用者に対しては、原則3月以内の期間に限り月2回まで、また、要支援1・2、総合事業対象者に対しては原則3か月以内に限り月1回までサービスを提供できます。</p>
<p>●口腔機能向上加算(I)</p>	<p>口腔機能の改善及び維持を通じて介護度の悪化防止や改善</p>

150 単位/回 (原則 3 か月以内、 2 回/月まで)	を目的としたサービスです。 通所事業所の言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が介護職員や生活相談員と共同して、利用時に口腔清潔、唾液分泌、咀嚼・嚥下、食事摂取などの口腔機能の低下が認められる状態、またはそのおそれがある利用者に対して、口腔機能改善管理指導計画を作成したうえで、個別指導が行われ、定期的に記録・評価されます。
●口腔機能向上加算 (Ⅱ) 160 単位/回 (原則 3 か月以内、月 2 回まで)	(Ⅰ)と同様のサービスですが、口腔機能改善管理指導計画の情報を厚生労働省に提出して、フィードバックを活用してサービスの質の向上を図ることができます(Ⅰ)と併算できません。

3. 栄養・口腔・リハの一体的取組が始まる

令和 6 年度介護報酬改定から、施設及び通所サービスにおいて、口腔管理・栄養管理にリハビリテーション・機能訓練の三つの領域の専門職が、アセスメント(問題の状況やその原因等)の情報を共有し、一緒に話し合い、目的やケア計画を一緒に作成する「一体的取組」が始まります。この「一体的取組」によって効果的な成果に繋がるのが本学会による調査事業から明らかになっています。

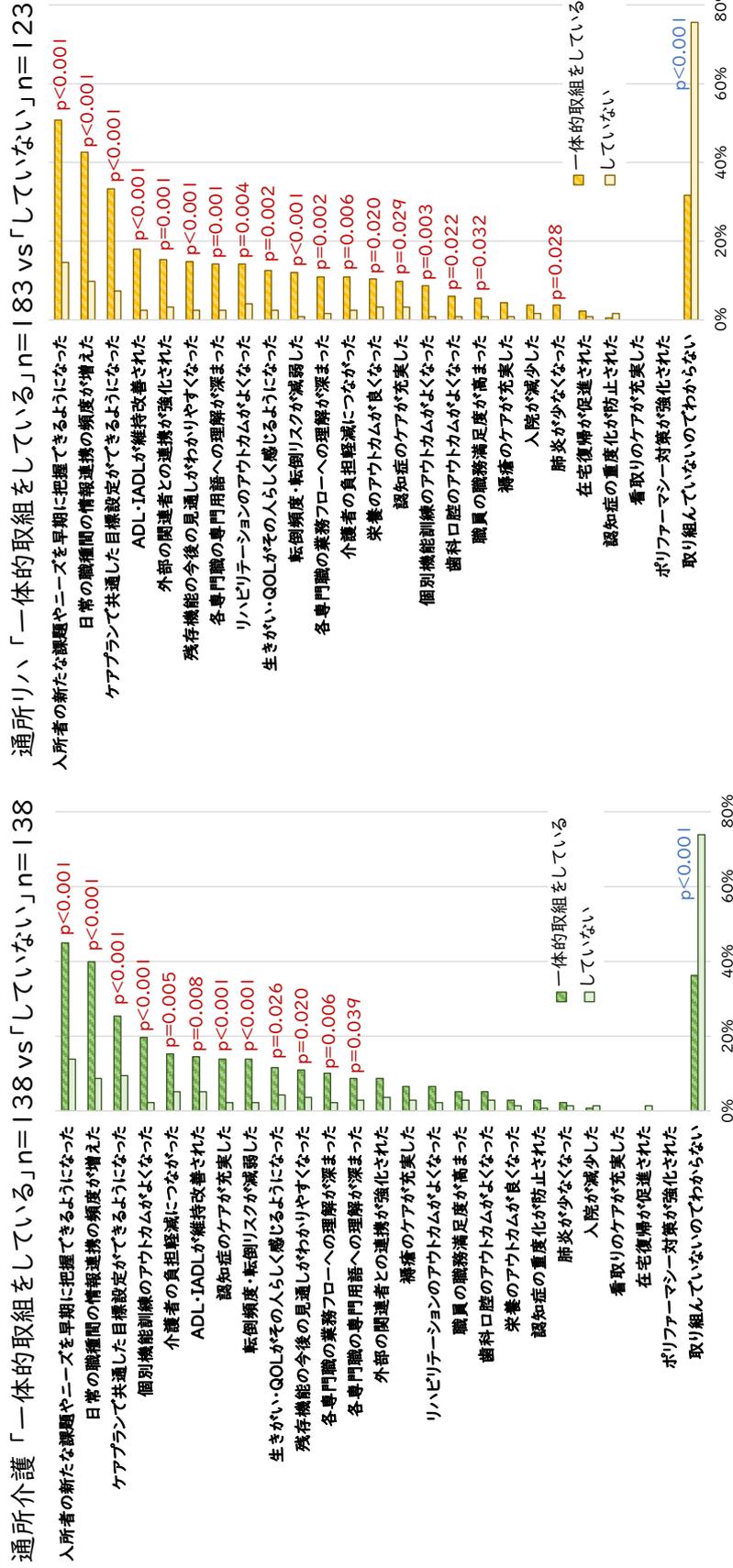
「一体的取組」はリハビリテーション・機能訓練と口腔・栄養関連サービスとを包括的に行う取組みですので、その体制が整う通所サービスにおいて、積極的に取組まれることが期待されます。

通所リハビリテーションでの「一体的取組」の詳細について、後述の「6. 通所事業所関係者が口腔・栄養関係サービスに取組むために(通所事業所関係者のために) (4) 一体的取組のために」をご参照ください。

また、通院が困難な場合、管理栄養士は、医師の指示に基づき、療養上必要な栄養や食事の管理及び指導を、歯科衛生士は歯科医師の指示に基づき、口腔や義歯の清掃、口腔機能に関する指導、誤嚥性肺炎の予防に関する指導等をご家庭に定期的に訪問し行なうサービスにあります(居宅療養管理指導)。「一体的取組」による問題の状況の把握からご家庭への訪問サービスにつなぐことで、ご利用者の口腔と栄養を支えることも可能です。

在宅の要介護高齢者・家族、介護支援専門員は、身近な地域で一体的取組をしている通所事業所を是非選択して頂き、在宅においての「口から食べる楽しみをいつまでも」を目指して、フレイル・サイクルの悪循環に陥らないようにしてほしいものです。

「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。



4. 口腔・栄養関連サービスについて知っておいてほしいこと

(1) 歯科衛生士は口腔ケアのプロフェッショナルです

歯科衛生士は、口腔の問題を適切に把握して、必要があれば歯科医師による治療を勧めています。また、口腔の健康状態を改善・維持するために、口腔の清掃、口腔内の保湿を含めた口腔衛生管理や、口腔・嚥下体操等の口腔機能管理を行っています。通所事業所を利用している本人・家族はもちろんのこと、看護職や介護職及び介護支援専門員にも、口腔ケアのプロフェッショナルとしての助言や指導をしています。



(2) <やわらか食>のすすめ

かむ力が弱くなって咬合力が低下した場合には、<やわらか食>と言われる軟らかい軟菜食なら噛むことができます。以下の図や表に示すように、<硬いきざみ食>はきざんでも硬さは変わらず、きざむ手間をかけても、かみやすくはなりません。<きざみ食>は丸呑みやため込みには窒息しにくいというメリットがありますが、口腔内でまとまりにくいことから、誤嚥のリスクになる場合があります。<やわらか食>は、使用頻度の高い硬い食べ物をまとめて加圧調理器具や電子レンジで軟らかく調理して、冷凍保存しておくことで調理にかかる時間が短縮できます。軟かいものなら噛めるのであれば、きざむ必要はありません。やわらか食はきざみ食に比較して、ばらけず、手間が少なく、見た目が常食により近いという利点があります。かむ力がさらに弱くなった場合は、歯茎や舌でつぶせるようなソフト食やゼリー食が適しています。

しかし、事業所やご家庭でソフト食等を作ることは困難かもしれません。そこで、①入れ歯を調整してかむ力を向上させる、②食形態レベルを下げる、③硬い食品を軟らかい食品に置き換えるなどの一工夫ができるか、歯科衛生士や管理栄養士等に相談してみましょう。

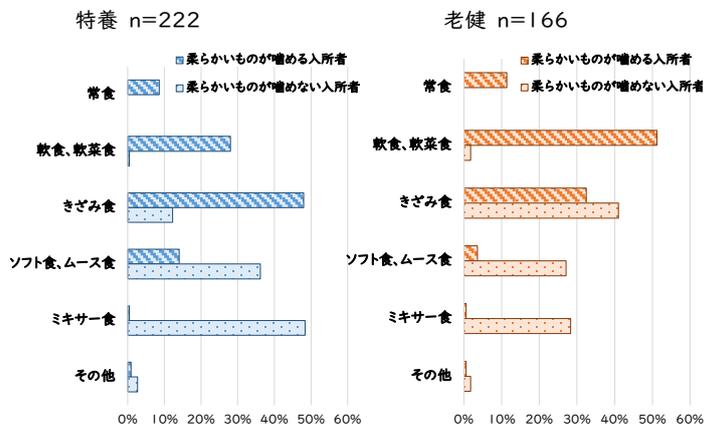
○咬合力低下を体験してみましょう

両頬に手のひらを当てて臼歯を噛みしめると、かたくなった咬筋が触れます。咬筋がかたくなならない低い咬合力で軟菜食やきざみ食を噛むと、それぞれの噛みやすさ、まとまりやすさを確認できます。対象者、家族、介護者等に体験していただくと、理解が得やすくなります。



介護保険施設において咀嚼機能が低下した利用者に対してきざみ食が提供されているが、きざみ食は咀嚼回数が増え、噛みにくく、口腔内でまとまりにくいことから誤嚥のリスクがあるため適切な対応とはいえない。

咀嚼機能が低下した入所者への対応として提供される食事形態(頻度が最も高いもの)



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 日本健康・栄養システム学会

弱い咀嚼力による硬めの食べ物の一口大ときざみの比較

(単位 名, () 内%)

	一口大	5mm角のきざみ
生の人参 5g		
弱い力でかみ砕けた	0 (0.0)	1 (0.9)
弱い力でかみ砕けない	112 (100.0)	111 (99.1)

通常の咀嚼力による硬めの食べ物の一口大ときざみの比較

	一口大	5mm角のきざみ
生の人参 5g		
すりつぶすまでの平均咀嚼回数(回)	66.7±25.2*	77.9±29.0*
かみやすい(名, () 内%)	101 (90.2)	11 (9.8)**
口腔内でまとまりやすい(名, () 内%)	105 (93.8)	7 (6.3)**

* p<0.001 対応のあるt検定, **p<0.001 マクネマー検定

大原里子他. 咀嚼機能が低下した要介護高齢者における栄養改善と歯磨き使用およびきざみ食の関連について. 厚生省の指標 63(15).,37-44, 2016.

以下の表及び写真は、固いものが噛めなくなった人に対する、＜やわらか食＞(軟菜食)の効果について行った実験的研究の結果です。

実験的に臼歯のすり潰し運動を行う模擬咀嚼装置を用いて、噛む力(咬合力)低下と診断される200N未満の咬合力から、咬合力50N, 100N, 150N, 200Nの4段階に設定しました。ニンジンを試料として、軟菜食1種類(軟らかい一口大+人工唾液1ml)ときざみ食2種類(硬いきざみ+とろみ1mlと軟らかいきざみ+とろみ1ml)の計3種類としました。当該実験装置による模擬咀嚼(30回 1回/秒)後に、細かく噛み砕けずにくふるい>に残留した試料重量とくふるい>を通過して細かく噛み砕かれた試料重量から算出された咀嚼能率を比較しました。

その結果、以下のことがわかりました(残留状況は、以下の写真参照のこと)。

- 軟らかい一口大(軟菜食)の咀嚼能率は、硬いきざみ+とろみより大きく良好であること。
- 軟らかいきざみ+とろみの咀嚼能率は、硬いきざみ+とろみより大きく良好であること。
- 軟らかい一口大(軟菜食)の咀嚼能率は、軟らかいきざみ+とろみの咀嚼能率と比較して、50N, 100Nでは同程度で、150N, 200Nでは大きいこと。つまり、咀嚼能率の向上には、軟らかくすることが重要であり、きざむことやとろみがけによる効果は認められませんでした。

軟菜食（軟らかい一口大）ときざみ食の咀嚼能率平均値（％）の比較¹⁾

咬合力	軟菜食		きざみ食		
	軟らかい 一口大 +人工唾液		硬いきざみ +人工唾液	硬いきざみ +とろみ	軟らかいきざみ +とろみ
50N	22.9±5.4		4.8±1.4	4.5±1.4	19.7±3.3
5.1kgf		有意確率 ³⁾	<0.001*	<0.001*	0.206
100N	28.3±4.8		8.0±2.6	6.7±2.4	25.4±4.4
10.2kgf		有意確率 ³⁾	<0.001*	<0.001*	0.353
150N	33.2±6.7		10.2±1.7	11.2±2.0	25.6±6.5
15.3kgf		有意確率 ³⁾	<0.001*	<0.001*	0.020*
200N ²⁾	36.4±3.0		11.9±2.8	11.7±2.9	29.3±7.0
20.4kgf		有意確率 ³⁾	<0.001*	<0.001*	0.014*

平均値±標準偏差

Dunnett の多重比較検定, * p <0.05

- 1) 模擬咀嚼装置による 30 回咀嚼後に目開き 1.7mm（10 メッシュ）篩で篩分
- 2) 口腔機能低下症診断基準による咬合力低下：200N（約 20.4kgf）未満
- 3) 軟菜食ときざみ食比較の有意確率

引用文献：大原里子, 川口陽子, 梶井文子, 吉池信男, 高田健人, 中澤貴士, 吉見佳那子, 中川量晴, 戸原 玄. 軟菜食ときざみ食の咬合力低下における咀嚼能率の比較—模擬咀嚼装置を用いた検討—. 日本摂食嚥下リハビリテーション学会雑誌. 2024（印刷中）

軟菜食ときざみ食の模擬咀嚼装置による30回咀嚼後¹⁾の各試料の変化

		軟菜食	きざみ食		
		軟らかい一口大 +人工唾液	硬いきざみ +人工唾液	硬いきざみ +とろみ	軟らかいきざみ +とろみ
咬合力 ²⁾	咀嚼前				
50N 5.1kgf	咀嚼後 ³⁾ (篩上に残留した試料)				
	篩を通過した試料 ⁴⁾				
100N 10.2kgf	咀嚼後 ³⁾ (篩上に残留した試料)				
	篩を通過した試料 ⁴⁾				
150N 15.3kgf	咀嚼後 ³⁾ (篩上に残留した試料)				
	篩を通過した試料 ⁴⁾				
200N 20.4kgf	咀嚼後 ³⁾ (篩上に残留した試料)				
	篩を通過した試料 ⁴⁾				

¹⁾咀嚼回数30回 咀嚼速度1回/秒

²⁾口腔機能低下症判断基準による咬合力低下: 200N(約20.4kgf)未満

³⁾目開き1.7mm(10メッシュ)で篩分

⁴⁾通過した試料を目開き0.08mm(200メッシュ)で篩分後、篩上に残留した試料

引用文献: 大原里子,川口陽子,梶井文子,吉池信男,高田健人,中澤貴士,吉見佳那子, 中川量晴,戸原 玄.軟菜食ときざみ食の咬合力低下における咀嚼能率の比較—模擬咀嚼装置を用いた検討—.日本摂食嚥下リハビリテーション学会雑誌.2024 (印刷中)

(3) 管理栄養士の栄養相談のイメージを変えましょう

管理栄養士の栄養相談については、「バランスよく」「野菜は 300g 以上」「減塩」「甘いものは控えて」等のワンパターンのイメージが本人・家族に刷り込まれているようです。そのため、本人や家族に、管理栄養士の栄養相談(栄養改善加算)や在宅訪問が敬遠されがちです。しかし、管理栄養士の栄養相談(栄養改善加算)においては、本人が好きな食べ物、食べたいものから、エネルギーやたんぱく質が高密度に含まれている食べ物を本人・家族と一緒に探して、その簡単な準備方法を管理栄養士が助言や提案をしています。管理栄養士による栄養相談は、一人ひとりのオーダーメイドの計画によるものであり、家族等の食事に対する不安や心配に寄り添い、その介護負担を軽減することにも充分配慮しています。

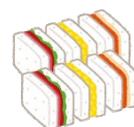
(4) 在宅での食生活が肝心です

通所事業所の食事は一日 3 回の食事のうちの 1 回にすぎません。そこで、「通所事業所での食事は完食しているのに、体重が減少している」ということが起こります。このような場合には、<実は在宅での食事はカップラーメンだけ><一日 1 回の配食弁当を奥様と半分ずつにしていた>というようなことがあります。通所事業所の利用時に管理栄養士等が本人に聞いて、在宅での食生活の状況がわかる場合はよいのですが、わからない場合には、管理栄養士が移動車に同乗等して在宅訪問する場合があります(栄養改善加算によって在宅訪問をすることができる)。そして、管理栄養士は、在宅の食習慣の状況や買い物等の生活環境から、本人・家族が簡単に取組める方法として、例えば、以下のように提案しています。

- 朝食にたんぱく質が不足している 80 歳代男性(必要たんぱく質量* 60g/日、1 食あたり 20g *体格やご病気によって必要量は変わります)に対して、初回訪問時は「朝食にヨーグルト 1 個(100g)を追加することから始めて、たんぱく質の多い食品をたくさん摂りましょう」とお伝えしました。その後、たんぱく質の必要性を徐々に理解していただき、写真の通り、6 か月後は、サラダにツナ(缶詰)が追加され、ロールパンからハムロールを選んでもくれるようになりました。手軽さ、常備できるものを心掛け、パンの選定時のポイントを栄養支援しました。たんぱく質量は初回 8.7g/食から、6 か月後に 18.3g/食に増加しました。また、便秘も改善しました。



●脳梗塞後遺症 70 歳代の独居男性では、通所が無い日の昼食は、商店街の喫茶店でトーストとコーヒーで済ませていることがわかりました。管理栄養士は、喫茶店のメニューを確認し、トーストから卵サンドやミックスサンドに変更を提案しました。また、コーヒーにはミルクと砂糖を入れることで不足のエネルギーが増量することを説明しました。初回 BMI (Body Mass Index) 18.1 kg/m²から、3 ヶ月後 18.6 kg/m²に改善することが出来ました。



●夕食のみ同居家族と食事を摂り、朝食や通所がない昼食は欠食しがちの 80 歳代リウマチの女性に、栄養バランスゼリー(パウチタイプ)を提案しました。その後、体重減少は抑制され維持できています。



5. 管理栄養士、歯科衛生士等がいる通所事業所は口腔・栄養(食事)の相談窓口

利用者や家族の口腔・栄養について、以下のような気付きや不安をそのままにしておく、フレイル・サイクルが悪循環に陥って手遅れになり、要介護度の悪化や入院ということになりかねません。何より「口から食べる楽しみ」が失われていきます。

例えば、「硬いものを避け、軟らかいものばかり食べている」「入れ歯があわない」「むせやすい」「食べる時口腔の痛みある」「噛めない」だから、「食事量が減ってきている」

「体重が減少してきている」「めっきり痩せた」「食欲がない」「少ししか食べれないが、この量でよいのかわからない」「買い物や食事の準備ができなくなった」「むせるので食事をどうしたらよいのかわからない」「おいしいと感じない」だから「食事を楽しめない」等・

このような在宅での本人・家族及び介護支援専門員の気付きや、不安は、通所事業所の利用時にスタッフ・介護支援専門員に早く相談します。口腔・栄養関連サービスを行っている通所事業所であれば、歯科衛生士や管理栄養士がすぐに対応して、口腔・栄養関連サービスを受けることができます(「2. 口腔・栄養の問題が把握されていないことが問題」を参照のこと)。通所事業所は、日常的に口腔・栄養に関する気付きや不安を気楽に相談できる専門職の窓口でもあります。

ですから、通所事業所の提供している口腔・栄養関連サービスを前向きに利用してください。そして、在宅で「口から食べる楽しみをいつまでも」を実現して頂きたいものです。



6. 通所事業所関係者が口腔・栄養関係サービスに取り組むために(通所事業所関係者のために)

通所事業所関係者が、口腔・栄養関係サービスの体制づくりや取組を推進するために活用できる内容を、本事業等の先駆的取組を行っている事業所の実態調査やインタビュー調査からまとめました。

(1) 口腔・栄養関係サービスの意義をパーパスに

通所事業所における口腔・栄養サービスの体制づくりのためには、まず、「パーパス(Purpose)」「(目的、意図)」を明確にすることです。口腔・栄養サービスが、介護報酬上の評価が低いサービスであっても、揺れ動く社会情勢のなかで組織経営そのものが困難な時代にあっても、「パーパス」は、事業所経営や職員個々人の指針となり、その「存在意義」を明確化し、口腔・栄養サービスの提供のみならず、その継続的な品質改善活動やイノベーションに繋がっていきます。口腔・栄養関係サービスの、「在宅高齢者の「口から食べることを支援する」という意義は、人生の喜びとして最期まで存在しますので、「パーパス」として共有して利用者・家族に説明できるようにします(「1. 口腔・栄養関連サービスはなぜ必要なのでしょう?」を参照のこと)。



(2) 歯科衛生士や管理栄養士がいる体制づくり

通所事業所に歯科衛生士や管理栄養士が常勤配置されている事業所は殆どありませんが、法人や事業所のパーパスのもとに、これらの職種を常勤配置することによって、地域の他事業所との差別化をはかり、「売り」にしている先駆的な事業所があります。一方、多くの事業所は、常勤配置は経営的に困難なことから、法人の病院や介護保険施設の歯科衛生士や管理栄養士が常勤換算人数で0.1~0.2人程度(0.2は1週間1日程度)兼任しています。介護保険施設が併設している通所事業所においては、介護保険施設における入所者50人に一人の常勤管理栄養士の配置(栄養マネジメント強化加算による)を強化して、併設の通所事業所の栄養関連サービスを兼任しています。また、法人外の歯科衛生士や管理栄養士の非常勤雇用の採用に際しては、これらの専門職は子育て時期にある場合が多いので、業務時間帯が本人の希望に沿う柔軟な採用条件が必要です。歯科衛生士については、通所事業所と協力歯科医院との連携を強化して、当該医院に勤務する歯科衛生士と連携できるようにしていきます。

(3) 加算算定に繋げるために

口腔・栄養関連サービスは、加算の算定までに繋がらないという状況が多く、その理由としては、本人・家族に承諾が得られない、介護支援専門員に承諾が得られないということがあります。そこで、口腔・栄養関連サービスが加算の算定に繋がられている事業所の共通の手順は、以下のようなものです。

- ① 通所事業所利用前の説明のための生活相談員による在宅訪問等を利用して、生活相談員は、リーフレットを用いて口腔・栄養関連サービスについて説明をします。特に口腔・栄養スクリーニングや栄養アセスメント等を全員に行っていることを伝えて加算の算定を要することに承諾を得ておきます。
- ② 利用者の事前情報(かかりつけ医からの検査データ、体重等が含まれる場合もある)や面談によっても、口腔・栄養の状況の問題があるかを把握して、問題がみられる場合には、歯科衛生士や管理栄養士に連絡して、予め生活相談員に入所後に対応について意見をもらいます。
- ③ 利用者の最初のスクリーニング及び栄養アセスメントから口腔・栄養の問題が把握された利用者には、歯科衛生士や管理栄養士から、問題について具体的に説明後に非加算での栄養・口腔サービスを体験してもらい、今後の当該サービスの継続についての内諾を、本人・家族からもらいます。これらの内容は、専門職から介護支援専門員に文章を添えて説明します。
- ④ ③を踏まえて、生活相談員は、介護支援専門員に、利用者に口腔・栄養の問題がどのようなものか、また、問題の解決のために口腔・栄養サービスをいつ、どこで、どのように提供するのかを、本人・家族が当該サービスの継続を承諾していることを伝えます(各専門職から介護支援専門員に伝える場合もあります)。
- ⑤ ①から④によって口腔・栄養関連サービスは、本人・家族の承諾が得られて、介護支援専門員によってサービス計画書に位置付けられ、加算の算定に至ります。
- ⑥ 歯科医師やかかりつけ医への受診が必要な場合には、必要とする理由を③、④のなかで本人・家族が納得できるように説明をします。
- ⑦ 歯科衛生士・管理栄養士は、生活相談員を介して本人・家族及び介護支援専門員に、必要に応じて経過と、6か月毎及び計画変更をした場合の報告を必ず行います。

- ⑧ 事業所側からの報告書には、介護支援専門員が記載できるフィードバックの欄を設けて、適宜生活相談員にフィードバックをもらい、歯科衛生士及び管理栄養士等関連者と共有化します。



(4) 一体的取組のために

令和6年度介護報酬改定において、通所リハビリテーション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、リハビリテーションマネジメント加算に、以下のような要件の加算(ハ) (同意日の属する月から6月以内793単位/月、6月超473単位/月)が新設されました。

【リハビリテーションマネジメント加算(ハ)の算定要件】

従来のリハビリテーションマネジメント加算の算定のLIFEへの情報提供やフィードバックの活用等の要件に加えて、

- ・事業所の従業員として、または外部との連携により管理栄養士を1名配置していること。
- ・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の健康状態の評価を行っていること。
- ・利用者ごとに、言語聴覚士、歯科衛生士または看護職員がその他の職種と共同して口腔の健康状態を評価し、解決すべき課題の把握を行っていること。
- ・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や栄養状態に関する情報を相互に共有し、必要に応じてリハビリテーション計画を見直し、その内容を関連職種に対して情報提供すること等。

※リハビリテーション事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合に、上記の加算に270単位が加算されます。

令和6年度介護報酬改定によって、通所介護においては、一体的取組のための加算が新設されておりませんが、一体的取組を推進している事業所においては、効果的な取組が行われています。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、一体的取組の推進が期待されています。

一体的取組の様式例等を含めた詳細は、日本健康・栄養システム学会による令和5年度老

人保健事業等推進等補助金(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報告書における手引が日本健康・栄養システム学会ホームページに掲載されていますので、ご参照ください。

(5) 介護予防事業や配食サービスとの共同体制

事業所経営の側面から以下のようなサービスにも取組まれています。

- ・介護サービスにおける口腔・栄養関連サービスとともに、自治体の介護予防事業の委託を受けて、地域の非介護認定者や要支援1, 2の高齢者を対象とした口腔・栄養等のサービスを提供しています。
- ・通所事業所利用者が弁当の持ち帰りや配食サービスが利用できるようにして、人件費の採算がとれるようしています。

参考資料

高齢者の「口から食べる楽しみをいつまでも」の意義

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

効果等に関するエビデンス(介護給付費分科会資料より)

- ・口腔・栄養関係(参考資料) 社保審一介護給付費分科会 第140回(H29.6.7) 参考資料3(厚生労働省) https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000167236.pdf
- ・口腔・栄養関係(参考資料) 社保審一介護給付費分科会 第153回(H29.11.29) 資料(厚生労働省)
https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000186481.pdf

経口維持関係

- ・(参考) 経口維持加算の算定状況(p3)
 - ・(参考) 口から食べる楽しみの支援の流れ・効果(p6)
- 施設系サービスの口腔・栄養に関する報酬・基準について(案)、社保審一介護給付費分科会 第113回(H26.11.6) 資料(厚生労働省) <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai->

12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000064258. pdf

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

口腔・栄養関係

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

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

・通所事業所における口腔・栄養関連サービスに関する実態調査. 令和4年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金 老人保健健康増進等事業「通所事業所における口腔・栄養関連サービスに関する調査研究事業」報告書. 日本健康・栄養システム学会

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

・介護予防マニュアル第4版(厚生労働省)

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

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

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

・令和3年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）「介護保険施設等における栄養ケア・マネジメントの実態に関する調査研究事業」

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

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

口腔・栄養関連サービス推進のためのリーフレット例（三つ折り）
本稿をもとに、オンラインツールを活用し作成

お食事でお困りに
なっていることは
ありませんか？

かむこと、
飲みこむことが
最近難しい。
体重が減ってきた。
どんな食事のかたち
や内容がいいの？

など・・・



管理栄養士、
歯科衛生士等がいる
通所事業所は
口腔・栄養（食事）の
相談窓口です。
お困りごとを

お気軽にご相談ください！

栄養改善加算・口腔機能向上加算の 具体的なサービス利用例

朝食にたんぱく質が不足している80歳代男性
1食あたりたんぱく質が20g（必要たんぱく質量
1日 60g）が必要のところ、朝食では8.7gと不足し
ていました。*体格やご病気によって必要量は変わります。

管理栄養士が、「朝食にヨーグルト1個（100g）を
追加して、たんぱく質の多い食品を食べましょう」と
お声掛けしました。手軽さ、常備できるものを心掛
け、パンの選定時のポイントをお伝えした結果、たん
ぱく質の必要性を理解され、6か月後、1食 18.3gに
増加しました。また、便秘も改善しました。

そして、歯科衛生士に、「上手な歯みがきの習慣
で、誤嚥性（ごえんせい）肺炎の予防ができました
ね」と言われました。



朝食のたんぱく質量の変化

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

「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」

口腔・栄養のサービスの
くわしくはこちら

お問い合わせ

TEL 123-456-7890

住所

●●事業所

通所サービスご利用者様・
ご家族のみなさまへ

口から食べる楽しみを いつまでも



ご存知ですか？
通所の口腔・栄養のサービス
当事業所は次のサービス
を行っています

● 口腔・栄養の問題を
確認するサービス

- 口腔・栄養スクリーニング加算
- 栄養アセスメント加算

● 口腔・栄養の問題解決を
一人ひとりを行うための
サービス

- 栄養改善加算
- 口腔機能向上加算

口腔・栄養ケアの大切さ

口から食べる楽しみを維持することは、体重減少が抑えられ、筋肉量の減少を防ぎます。筋肉量が減ると、転倒や骨折、疾患が悪化する危険性が高まります。重度化防止のためにサービスを活用しましょう。



かめない・飲みこめない・食べられないと体重、筋肉量が減り転倒などの恐れがあります。

口腔を健康に！
食べられると元気に！
リハビリも効果的に！



ご利用の流れ

1.相談する

相談員等が口腔・栄養のお困りごとを伺います。
電話などでお問い合わせください。

3.サービス開始

ケアプランに沿って、口腔や栄養に関する支援が開始されます。

2.介護保険

サービスの調整

ケアマネジャーが、課題を踏まえ、専門職の支援を提案、ご本人・ご家族の同意を得て、通所との調整を進めていきます。ケアプランを作成します。

4.モニタリング

経過を確認するため、相談員等がお話を伺います。

シニア期の栄養目標

「身体の機能を低下させない」
そのために

- ・適度な運動や休養による体力の維持
- ・生きがいや楽しみを感じながら日々の生活を送ること
- ・栄養バランスのとれた食生活で低栄養を防ぐ

担当者
管理栄養士



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
通所事業所における口腔・栄養関連サービスに関する調査研究事業

検討委員会

新井 英一	静岡県立大学 教授	
○植田耕一郎	日本歯科大学 教授	
宇田 淳	滋慶医療科学大学大学院 教授	
梶井 文子	東京慈恵会医科大学 教授	
加藤 昌彦	相山女学園大学 教授	
小山 秀夫	兵庫県立大学 名誉教授	
高瀬 義昌	医療法人社団 至高会 たかせクリニック理事長	
田中 和美	神奈川県立保健福祉大学 教授	
西井 穂	神戸女子大学 講師	
◎三浦 公嗣	日本健康・栄養システム学会 代表理事	
元家 玲子	日本栄養士会 理事	
野村 圭介	日本歯科医師会 常務理事	
吉田 直美	日本歯科衛生士会 会長	◎：委員長、○副委員長

事業実施小委員会

植田耕一郎	検討委員会副委員長	
榎 裕美	愛知淑徳大学教授	
大原 里子	大原歯科医院	
金久 弥生	明海大学 教授	
苅部 康子	介護老人保健施設リハパーク舞岡 栄養科長	
古賀奈保子	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 講師	
谷中 景子	千春会病院栄養科 統括主任	
遠又 靖丈	神奈川県立保健福祉大学 准教授	
堤 亮介	平成医療福祉グループ 部長	
寺井 秀樹	慶應義塾大学 講師	
友藤 孝明	朝日大学 教授	
西井 穂	神戸女子大学 講師	
長谷川未帆子	大和市保健福祉部	
Le Bich Hop	大阪歯科大学大学院	○：小委員長

協力委員

志村 栄二 愛知淑徳大学 教授
百合草 誠 愛知淑徳大学 教授

協力者

大田 圭要 神奈川県立保健福祉大学 大学院生

研究事務補助

萩原奈緒、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

本リーフレットの編集は、実務小委員会委員、西井穂を中心に大原里子、苅部康子、古賀奈保子、高田健人、堤亮介、寺井秀樹が主に担当しました。

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
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
通所サービス利用要介護高齢者の
「口から食べる楽しみをいつまでも！！」を実現するために
口腔・栄養サービス リーフレット(初版)

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