

算定要件の見直しでチームリーダーとしての 管理栄養士の資質が問われることになる



蓮村 友樹久 氏

社会福祉法人 同胞互助会 愛全診療所所長・医師



大津 陽子 氏

NPO 法人 多摩胃ろうネットワーク事務局長・看護師



苅部 康子 氏

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 栄養課課長・管理栄養士

司会：ヒューマンニュートリション編集部

この春、介護報酬の改定によって経口維持加算IとIIの算定要件が見直された(表)。

具体的には経口維持加算Iにおいて、

従来の要件であった嚥下造影検査と嚥下内視鏡検査による嚥下機能評価が不要となり、
代わりに多職種協働でのミールラウンドによる喫食状況の確認とカンファレンスが評価されることとなった。

この見直しは管理栄養士にとってどんな意味をもつのか？

多職種協働に取り組む医師と管理栄養士、

そして、胃ろうと摂食嚥下障害の地域ネットワークの構築に尽力する看護師に話し合っていた。

施設管理栄養士に必要な 亡くなる方への栄養ケアの教育

編集部 まず、皆さんの所属する組織の特徴を教えてください。

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

特徴としては、施設内でNSTが稼働していることです。愛全園には現在、介護職員のほか、相談員、医師、看護師、管理栄養士、機能訓練指導員が常駐するとともに、外部スタッフとして歯科衛生士など多職種が勤務しています。介護職員は入所者に最も近い場所で働いている専門職であり、誰よりもその方のことを熟知している存在なのですが、残念ながら医療の知識が十分ではありません。そこで、2011年から介護職員への教育として皮膚・栄養ラウンドを実施し、褥瘡の診方やサルコペニアのリスク評価などを教えていました。これが発展し、12年からは栄養課が中心となって「愛全園NST」を発足し、

毎週水曜日11時から1時間程度、NSTラウンドを行なっています。

苅部 当施設は在宅復帰のためのリハビリテーションに力をおいている介護老人保健施設です。入所定員は短期入所も併せて100名で、完全個室のユニットケアを提供しています。在宅復帰件数は月4～6件で、入所や退所の前後に管理栄養士の私も在宅を訪問し、ご利用者さんの生活背景や在宅での食生活を把握するようにしています。栄養ケア計画書の作成が新規、継続を合わせて50件です。

大津 私が事務局を務めるNPO法人多摩胃ろうネットワークは、PEG地域連携バスや摂食嚥下地域連携バス (<http://www.tama-iround.com/> 参照) を作成し、急性期病院から回復期リハビリテーション病院、維持期病院、介護施設、在宅まで、胃ろうの方や摂食嚥下障害の方に対する栄養ケアや経口摂取のアプローチをシームレスに行なっておくための地域連携ネットワークです。発足のきっかけは、2005年に多摩市医師会の病院委員会が開催したNPO法人PEGドクターズネットワークによる「胃ろうの勉強会」です。このとき、医師だけではなく、看護師や管理栄養士など、多くの専門職が「胃ろうのことを知りたい」と100名以上集まりました。この状況を受け、多摩市医師会において胃ろうのネットワークをつくらうと提案が

表 経口維持加算等の見直しの内容

経口維持加算については、摂食・嚥下障害を有する入所者や食事摂取に関する認知機能の低下が著しい入所者の経口維持支援を充実させる観点から、多職種による食事の観察（ミールラウンド）や会議等の取組のプロセス及び咀嚼能力等の口腔機能を含む摂食・嚥下機能を踏まえた経口維持支援を充実させる。

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

※ 算定要件等

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

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

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

経口移行加算については、経管栄養により食事を摂取している入所者の摂食・嚥下機能を踏まえた経口移行支援を充実させる。

経口移行加算(1日につき)28単位 ⇒ (1日につき)28単位

※ 算定要件等(変更点のみ)

○ 経口移行計画に従い、医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士による栄養管理及び言語聴覚士又は看護職員による支援が行われた場合、1日につき算定。

○ 栄養マネジメント加算を算定していない場合は算定しない

④ 療養食加算の見直し

療養食加算については、入所者の摂食・嚥下機能面の取組を充実させる観点から、経口移行加算又は経口維持加算の併算定を可能にするるとともに、評価を見直す。

療養食加算(1日につき)23単位 ⇒ (1日につき)18単位

※ 算定要件等(変更点のみ)

○ 経口移行加算又は経口維持加算との併算定が可能。

※平成27年度介護報酬改定の概要(H27.2.6)より抜粋



はすむら・ゆきひさ◎2001年杏林大学大学院医学研究科卒業。医学博士、産業医。2006年から愛全診療所所長を務める

死にゆく人にとって経口摂取が どんな意味をもつのか それを真剣に考えてほしいのです

蓮村 友樹久 氏

あり、多摩胃ろうネットワークが発足し、翌年NPO法人多摩胃ろうネットワークの設立となりました。

当ネットワークは現在、胃ろう造設を行なう4病院が中心となり、医療機関としては、急性期病院、回復期病院、療養型病院、在宅療養支援診療所をはじめとした多くの診療所、そして、歯科医や地域の薬局、地域包括支援センター関係者が参加し、介護関係機関として特別養護老人ホーム・老人保健施設・デイサービス・小規模多機能施設などが参加しています。また八王子・多摩の地区医師会や多摩市役所・南多摩保健所からの参加など、まさに顔の見える多職種連携のネットワークとなっています。

編集部 それぞれの施設における栄養ケアの課題についてお聞かせください。

蓮村 最大の課題は、管理栄養士の教育です。当施設の管理栄養士もご多分に漏れず、地下の厨房に籠もり、献立の栄養価計算に明け暮れている状態でした。それをNSTの発足とともにフロアに引き出して、チームマネージャーを務めさせたのです。当然ながら、はじめからうまくいくはずがありません。そこでまず、Quality of death (以下、QOD)の教育から始めました。

当施設に入所される方の平均年齢は86歳で、入所の時点で終末期近い方が多くいらっしゃいます。皆、入所された時点で看取りとなります。そのためご家族に年齢的なリスクや胃ろう造設の可能性の有無などについて説明をします。胃ろうの造設については、口から食べられなくなっても生きられる胃ろうのメリットとデメリットを両方お話するのです。このとき、NSTメンバーの管理栄養士にも同席させます。なぜなら、人が亡くなるということがどういうことなのか、死にゆく人にとって口から食べるというのはどんな意味をもつのか、それを真剣に考えてほしいからです。私たちが提供する栄養ケアは、その方の残

りの人生を支え、その人らしく生きて亡くなっていくためのQOD実現のために不可欠なサポートです。その人のQOD実現のための最善の栄養ケアは何か？それを考えるためには、入所時のご家族とのカンファレンスに同席することが欠かせないのです。

編集部 なぜ管理栄養士にNSTのチームマネージャーを任せただけですか？

蓮村 皮膚・栄養ラウンドを行っていたときは、私がチームのマネジメントを担当していました。しかし、私がチームのマネジメントを行なうと医師の指示をそのまま実践するだけのチームになってしまうのです。そして、ほかのメンバーは私にも何も提案ができなくなります。確かに医師は診療についての知識は最も豊富です。しかし、私たちはご利用者さんのQOD実現のためのチームであり、治療をしているわけではありません。医師がトップのピラミッド型の組織を編成してもまったく意味がありません。そこで「Nutrition Support Teamなのだから、管理栄養士が中心となって運営していくのが当然だろう」と、管理栄養士にマネジメントを任せることにしたのです。

苅部 当施設の場合、入所される段階で栄養ケアに関する十分な情報が申し送られてこないことが課題となっています。急性期病院の在院日数が短縮化するなか、サルコペニアが進行した状態で大腿骨骨折や摂食嚥下障害の方々が寝たきりの状態に入ってきてられます。「なぜ食べることができないのか?」「どのような栄養管理がなされていたのか?」。これらについての説明がないまま、当施設ではこうした寝たきりの方々に対し、一から栄養アセスメントと嚥下機能評価を行なっています。もし、入所の段階で栄養管理や嚥下機能評価についての情報提供があれば、もっと迅速にその方に適した栄養介入が可能になると思います。病院の管理栄養士の方々との連携を強化し、栄養サマリーなどで詳細に情報のやり取りをして

経口維持加算の取り組みに
参加することで
どんなメリットがあるのか？
それを明示することも
管理栄養士の大切な役割です

大津 陽子 氏

おおつ・ようこ◎国立名古屋病院付属高等看護学院卒業。日本大学板橋病院ICU、駿河台日大病院小児科、東京医大八王子医療センター救命救急部などを経て、1993年に多摩南部地域病院開設に伴い、同院入職。地域医療連携室看護相談係などを務めた後、2010年からNPO法人多摩胃ろうネットワーク事務局に専従となる



いくことが重要だと思います。

大津 当ネットワークにおいても、地域連携を充実・拡大していくことが課題であり、なかでも摂食嚥下の地域連携パスを地域に普及していくことは大きな課題となっています。ただし、当ネットワークは定期的に「摂食嚥下班会議」などで集まっており、参加者同士の顔が見える関係が築かれています。ですから、もし嚥下機能評価などでわからないことがあれば、直接、先方に電話して聞くこともできます。もう1つの課題として、施設間においては顔の見える関係ができていますが、在宅に摂食嚥下および胃ろうの地域連携パスをツールとした連携が浸透していないことがあります。

そこで当ネットワークでは地域連携IT化に取り組んでいます。最初は総務省のモデル事業(ユビキタスタウン構想推進事業)として2013年までの5カ年間「遠隔医療—地域パスIT化による多職種参加の地域連携推進事業」に取り組みました。ご存じのとおり、多摩ニュータウンの高齢化・核家族化は深刻な問題となっています。多摩地域の安心・安全のため、新たに、今年度から、患者目線・家族目線の多職種連携のツールとしてMANOシステムのパイロットスタディーから開始し「患者さんみまもり情報交換システム」構築をめざします。この取り組みをとおして、地域に暮らすすべての方に食べる楽しみを提供し、生きがいを支えていきたいと思っています。

多職種協働だからこそ得られる プロとしての気づきのポイント

編集部 今回の介護報酬改定で経口維持加算Iの算定要件が見直されました。改定前から同加算を算定していた愛全園では、どのように取り組んでいたのかお聞かせください。

蓮村 当施設では09年に嚥下内視鏡検査を導入し、改定前は毎月、経口維持加算Iを40件以上算定

していました。そもそも嚥下内視鏡検査の導入は、経口維持加算Iの算定のためではなく、東京都が主催した嚥下評価専門研修会に参加して興味をもち、「不顕性誤嚥の方に対する嚥下機能評価に役立つかもしれない」と思っていたことでした。

嚥下内視鏡検査を導入後、前述のとおり毎月40件以上の経口維持加算Iを算定していったのですが、「すべての摂食嚥下障害の方に対して、この検査を行なうというのはどうなのだろうか?」と疑問をもつようになっていました。当施設ではNSTが稼働しており、多職種でご利用者さんの栄養状態や喫食状況を確認しています。特に介護職員はご利用者さんのベッドサイドに常駐しており、「今日はどうも覚醒が悪い」「この方はもう少し、食物を口の奥へ入れたほうが嚥下が起こりやすい」など、ラウンドやカンファレンスの際に報告してくれます。嚥下内視鏡検査の前に多職種でそのような介護職員の情報を共有し、問題点を把握しておくことが大事なのではないかと思うようになったのです。そもそも、嚥下内視鏡検査は認知症のご利用者にとって苦痛なものですし、暴れて検査ができないということもあります。そのような方に対し、加算を算定できないというのはどうなのだろうかという思いもありました。そんなとき、厚生労働省の栄養担当の方が当施設に視察に来られました。経口維持加算Iの算定率は、全国で1%を切っている状態です。そんななかで当施設は毎月40件以上算定していたので、その理由が知りたいとのことでした。そこでその方に「嚥下内視鏡検査よりも多職種協働の栄養ケアを行なうことのほうが重要なのではないのでしょうか」と申し上げました。今回の算定要件の見直しにおいて、その意見が多少影響したのかもしれない。

編集部 今回の改定では、経口維持加算の算定要件だけでなく、単位の見直しも行なわれましたが、こ



かりべ・やすこ◎1988年、佐伯 栄養専門学校卒業。2007年神奈川県立保健福祉大学実践教育センター栄養ケア・マネジメント課程修了。日本健康・栄養システム学会認定臨床栄養師、介護支援専門員、ヘルパー2級資格取得、在宅訪問管理栄養士

栄養マネジメント加算の導入を思い出してください。今は大変でもあきらめないで取り組めば必ずこの取り組みは定着します。

苅部 康子 氏

これはNSTの取り組みにどう影響していますか？

蓮村 経口維持加算Iの単位は、1日28単位から1カ月400単位（経口維持加算IIは1日5単位から1カ月100単位）へ引き下げられました。結果、当施設としては経口維持加算の収入がこれまでの約半額という状況になりました。しかし、当施設のご利用者さんのほとんどは、食形態を調整した食事の対象者です。ですから、80件を目標に算定していく予定です。さらに今回の改定では、経口維持加算のIとIIを同時に算定可能となりました。加えて療養食加算も1日23単位だったものが1日18単位と引き下げられたものの、経口維持加算との併算定が可能となりました。これらを必要な方に随時算定していけば、それほど大きな減収にはならないと思います。

苅部 当施設には嚥下内視鏡がなく、嚥下造影検査の実施も難しい状況にあります。したがってこれまで経口維持加算については、IもIIも算定していませんでした。しかし今回、算定要件が見直されましたので、算定していくことになりました。ところが、いざ始めてみると大変ですね。経口維持加算IIの算定要件として、歯科医師と歯科衛生士（もしくは言語聴覚士）がラウンドやカンファレンスに参加することが求められているのですが、当施設では提携先である歯科診療所の先生方に忙しい訪問診療の合間に時間をつくっていただき、毎週火曜日の12時から12時半までの30分で行なっています。そのため、この30分間に合わせて、対象となるご利用者の問題点を抽出し、多職種からの情報と意見もあらかじめもらっておき、すべての書類をそろえたうえでご家族の同意を得ています。当施設の管理栄養士は私1人ですから、これは本当に大変な業務となります。

蓮村 そうですね。簡単には算定できないようになっているのです。非常によく考えられていますね。本物の多職種協働をしなければ算定するのは不可

能だと思います。そもそも経口維持加算IIは栄養マネジメント加算を算定していなければ算定できず、経口維持加算IIも経口維持加算Iを算定していなければ算定できません。さらに経口維持計画は、栄養ケア計画と一体のものとして作成することが求められています。つまり、経口維持加算I・IIは、栄養マネジメントの一環として取り組むべきものであり、管理栄養士が主導していかなければならないものだと思います。確かに書類の作成が複雑ですから、多職種といかに効率的に情報を共有していくかがポイントになるでしょう。エクセルでのデータ共有という方法では、無理があると思います。ちなみに当施設では、私と管理栄養士の間でファイルメーカーというデータベースソフトを使い、LANで情報共有しています。ファイルメーカーは複数ユーザーでの共有環境をつくるのが容易なソフトなので、NSTのような大人数での情報共有を図るうえで非常に便利です。今後、こうしたものを活用しながら業務を効率化し、チームをマネジメントしていくことが介護保険施設で働く管理栄養士にとって必須のスキルになってくるでしょう。

編集部 多職種協働で経口維持加算への取り組みを開始したことで、何か手応えはありましたか？

苅部 多職種協働のよさを実感した事例を紹介します。食べこぼしが多く、摂取量が低下して低栄養のリスクが懸念される方がいました。私は食形態がその方に合っていないのでつかみにくくて食べこぼしがあるのだと思い、その調整に苦勞していました。また、その方は脳梗塞の後遺症による半側空間無視があったため、介護職員は食事の置き方が悪いのだと思い、その位置をいろいろと工夫していました。しかし、食べこぼしは一向に改善されなかったのです。そんなとき、カンファレンスで理学療法士から「お箸のときは食べこぼしが少ないですね。でも、スプーンを使って食べるシチュエーションのときに食べこぼしが起こって

る。これは手の回内と回外の運動に障害があるためでは? 塗り絵をすればその機能回復訓練になると思います」と提案がありました。まさか塗り絵が食べこぼしの改善につながるなんて、まさに目からウロコでした。また、在宅から来られた方に義歯を外してそれを舐める行動が確認されました。以前入所されていたときには、そんなことをしていなかったのに、なぜそんなことをするのか、まったくわかりませんでした。しかし、当施設に来た歯科医はそれを見て、「体重が落ちて歯茎が細くなり、義歯と歯茎との間に隙間ができているのかもしれない。その隙間にごみが入って痛いのでしょう。すぐに義歯を調整します」と対応していただきました。結果、その行動は起こらなくなったのです。いずれもその分野のプロの意見であり、多職種協働の取り組みがなければ対応が不可能な事例でした。

大津 長年、看護師として勤務し、多職種連携のネットワークを構築してきた立場から思うのは、その人にとってどんなメリットがあるのかをきちんと伝えることが連携のカギになると思います。当ネットワークの場合、病院や施設、診療科の垣根を越えて、専門職同士が連携しているわけですが、そのメリットとして職種の違いを超えて専門職同士が困ったときに助け合う個人対個人の関係を築けることが挙げられます。結局、多職種協働とは誰かに強制されるようなものではなく、「ご利用者さんの役に立てる」「さまざまな専門職と話し合うことで知識の幅が広がる」などに参加するメリットを感じるから連携できるのでしょう。経口維持加算の取り組みに参加することでどんなメリットがあるのか、それを明示することも管理栄養士の大切な役割になるのではないのでしょうか。

栄養マネジメント加算導入時を 思い出して乗り切ろう

編集部 最後にそれぞれの課題と展望をお聞かせください。

蓮村 経口移行事例を増やしていくことです。現在、経口移行加算については、胃ろうの方10人のうち5件を算定しています。多くの場合、胃ろうが造設された段階で「もう食べることは無理」とされ、嚥下機能評価も嚥下訓練もされません。当施設には維持期の施設から胃ろうの方が入所してこられますが、そのうちの約8割の方に嚥下機能が残存していることを嚥下内視鏡検査などにより確認しています。終末期



の方の多い当施設ですらそれだけ食べられる胃ろうの方がいるのですから、世の中にはもっと食べることができる胃ろうの方がいるはず。まだ口から食べる余力があり、栄養状態の改善が期待できる段階で胃ろうを造設し、最期まで口から食べていただくためのハッピーな胃ろうが増えてほしいと思っています。

大津 現在、国は医療・介護の軸足を病院・施設から在宅へ移行する、パラダイムシフトに取り組んでいます。そこで課題となるのは、在宅でいかに幸せに生き、どう亡くなっていくかということです。このときご家族がご本人の意思を地域で支えていくためには、前述したとおり、地域連携におけるITの活用が不可欠となります。しかし、蓮村先生がご指摘されたとおり、介護保険施設においてはまったくIT化が進んでいません。今回、経口維持という多職種で共有できる明確な目標が設定されたのですから、そのゴールに向かって職種別の役割分担のパスを作成し、そのパスをIT化して効率的に情報共有していくことが必要なのではないでしょうか。ぜひ、管理栄養士にその役割を担っていただきたいと思っています。

荻部 今回の経口維持加算の算定について、「私にはとてもできない」と思っている管理栄養士が少なくないと思います。しかし、思い出してほしいのです。05年10月、介護保険制度に栄養マネジメント加算が導入されたときのことを。当初、私たち管理栄養士はできるかどうか不安を覚えました。無我夢中で取り組み、いつの間にか定着しました。今、あのときと同じ状況になっていると思います。恐らく介護保険施設で働く管理栄養士は算定のためのシステムづくりに四苦八苦していると思いますが、あきらめないで取り組みれば必ずこの取り組みは定着します。そして、この加算の本当の目的は、ご利用者さんに最期まで口から食べて幸せな人生を送っていただくことです。この本質を忘れず、全力で取り組んでいきたいと思っています。