

社会福祉法人 同胞互助会 特別養護老人ホーム 愛全園（東京都昭島市）

経口維持の取り組みは管理栄養士主導で 本物の多職種協働を実現する絶好の機会になる

経口維持加算Ⅰ・Ⅱの算定要件の見直しにより、管理栄養士に求められる役割がこれまでになく重要となった。それは具体的にどのような役割なのか？ すでに施設内でNSTを稼働させ、経口維持の取り組みを実践していた事例から考察する。

点数が引き下げられても 存続した意味を考えるべき

東京都昭島市に位置する特別養護老人ホーム愛全園。同園は社会福祉法人同胞互助会が運営する定員110名の施設であり、東京都で初めて開設された特養である。敷地内には同法人が運営する養護老人ホーム偕生園（定員140名）が併設されているほか、愛全園内には愛全診療所が併設されており、24時間いつでも最善の医療を提供できる体制が整えられている。

「昨年度、愛全園では入所定員110名のうち、毎月40名以上に対して経口維持加算Ⅰを算定していました」と、愛全診療所の所長、蓮村友樹久医師は語る。

経口維持加算Ⅰとは、嚥下機能が低下している入所者に対して多職種が協働し、経口維持計画を作成することで算定できる加算のこと。昨年度は1日につき28単位であり、半年に1回、嚥

下内視鏡検査（以下、VE）あるいは嚥

下造影検査（以下、VF）を行ない、引き続き誤嚥防止のための食事の摂取を

図る管理が必要と判断されれば、継続して算定できるとされていた。なお、

経口維持加算Ⅱも同様の経口維持計画の作成で算定できるが、この場合はVE

もしくはVFによる評価は必要なく、代わりに水飲みテストや

反復唾液嚥下テスト、頸部聴診などによる嚥下機能評価が算定

要件となっており、1日5単位だった。

「今年4月の介護報酬改定で経口維持加算Ⅰの算定要件として

のVE等による評価が必須ではなくなりまし

た。代わって多職種協働でのミールラウンドやカンファ

レンスなどで咀嚼能力などの口腔機能を踏まえた経口維持計画が

評価されることとなりました」さらに経口維持加算Ⅰはそれまで、1日につき28単位だった



愛全診療所で行なわれるVEの際には、多職種と家族ら全員でモニターを供覧し、対象者の嚥下機能について情報を共有する

1カ月400単位、経口維持加算Ⅱは

1日につき5単位だったが、1カ月100単位に引き下げられた。ただし、

従来は認められなかった経口維持加算Ⅰ・Ⅱの同時算定が可能となった。療

養食加算についても1日につき23単位だったものが18単位に引き下げられた

が、経口維持加算Ⅰ・Ⅱとの併算定が可能になった。これについて蓮村医師は、

「全国でわずか1%以下という経口維持

加算Ⅰの算定率を考慮すれば、単位が引き下げられたにせよ、算定しやすい

形にして残してもらえたことを重く受け止めるべき」と評価している。

経口維持の取り組みは 栄養マネジメントの一環

「私は、経口維持加算Ⅰの対象者に対してVEを行なってきたわけですが、対象者全員に対してこれを行なうことが本当に必要なのか疑問を抱いていました」

同園では蓮村医師が中心となり、2013年に医師、管理栄養士、歯科衛生士、看護師、介護職員、療法士などによる「愛全園NST」が発足。毎週水曜日の午前11時から1時間ほど、NSTラウンドを行なっている。

「NST発足のきっかけは、介護職員の教育のためです。介護職員はご利用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11年から介護職員への教育として皮膚・栄養ラウンドを開始しました。このラウンドで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ったのです」

13年からは栄養課の管理栄養士が中



愛全園 NSTのミールラウンド。経口移行加算の対象者について、管理栄養士の中野ももさん(左)と大谷彩乃さん(中央)が栄養状態や嚥下機能についてプレゼンテーションし、蓮村友樹久医師(右)から意見を募る

心となって、NSTとしてチームのマネジメントを行なっている。

「NSTを継続していくなかで、介護職員から『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るようになりました。そして、V

Eの前に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、同園にVEが導入されたのは、09年のこと。経口維持加算I算定のためではなく、東京都が主催した嚥下評価専門研究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」と思つてのことだった。実際、同園の入所者の多くは摂食嚥下障害を有しており、食形態の工夫が必要なケースが多い。そうした入所者の嚥下機能評価として行なってきたものの、VEは認知症の入所者にとって苦痛なものであるし、暴れて検査ができないことがある。「明らかに摂食嚥下障害があるというのに、そうした人に対して加算を算定できないというのはどうなのだろうかと」と蓮村医師は

考えていたという。

「そんなある日、厚生労働省の栄養担当の方が当園に視察に来られました。経口維持加算Iの算定率が全国で1%を切っているなか、なぜ毎月40件以上も算定できているのか？その理由が知りたいとのことでした」

そこで蓮村医師は同園におけるNSTの取り組みを説明し、「VE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でしょうか」と意見を述べたという。この意見が影響したのだろうか？4月の改定でVEやVFは必須ではなくなり、代わって多職種協働によるミールラウンドやカンファレンスによる経口維持計画の作成が算定要件とされるに至った。

「今回の改定では、経口維持加算I・IIの点数が引き下げられ、結果として当園の経口維持加算の収入が約半額ということになりました」

しかし、前述のとおり同園の入所者のほとんどが食形態を調整した食事の対象者である。そのため、月80件を目標にして経口維持加算Iを算定していくという。さらに今回、経口維持加算IとII、療養食加算の同時算定が可能となったため、これらが必要な人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、蓮村医師は考えている。

「ただし、これらはそう簡単には算定できないようになっています。本物の多

職種協働をしていなければ、算定するのは難しいでしょう」

そもそも経口維持加算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ない。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る。

「つまり、経口維持加算I・IIは、栄養マネジメント加算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のです」

これまで嚥下機能評価などについて、専門外としてノータッチだった管理栄養士も、今後は無関係ではいられない。経口維持計画の作成が栄養ケア計画の一環として明確に位置づけられたのだ。限られた時間のなかで忙しい専門職を一堂に集め、短時間で経口維持計画を作成できるようにあらかじめ問題点を抽出しておき、ポイントとなる情報を事前に多職種で共有できる体制を構築しなければならない。そのためのマネジメント力が問われることになるだろう。介護保険施設に勤務する管理栄養士にとって今回の改定は、05年10月の栄養マネジメント加算の導入以来の正念場。「何としてもここを乗り越え、本物の多職種協働の栄養ケアにつなげてほしい」と蓮村医師は、同園の管理栄養士も含め、すべての施設管理栄養士に強く期待している。