

平成 28 年度老人保健健康増進等補助金  
老人保健健康増進等事業

通所介護及び通所リハビリテーションを  
利用する要介護高齢者に対する効果的な  
栄養改善及び口腔機能向上サービス等に  
関する調査研究事業 報告書

学校法人 日本歯科大学

平成 29(2017 年) 3 月

通所介護及び通所リハビリテーションを利用する  
要介護高齢者に対する効果的な栄養改善及び  
口腔機能向上サービス等に関する調査研究事業

---

研究代表者

菊谷 武 日本歯科大学 大学院生命歯学研究科 臨床口腔機能学 教授  
日本歯科大学 口腔リハビリテーション多摩クリニック 院長

研究分担者

大島 克郎 日本歯科大学東京短期大学 教授  
渡邊 裕 東京都健康長寿医療センター研究所 社会科学系 専門副部長  
杉山みち子 神奈川県立福祉大学 教授  
田中 弥生 駒沢女子大学 教授  
前田佳予子 武庫川女子大学 教授  
高野 直久 公益社団法人日本歯科医師会 常務理事  
久保山裕子 公益社団法人日本歯科衛生士会 副会長  
鷺見よしみ 一般社団法人日本介護支援専門員協会 会長  
大野 彩 岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科 顎口腔機能制御学分野

## 研究協力者

古屋 裕康 日本歯科大学 口腔リハビリテーション多摩クリニック  
佐々木力丸 日本歯科大学附属病院  
佐川敬一朗 日本歯科大学 口腔リハビリテーション多摩クリニック  
岩渕 信 日本歯科大学 口腔リハビリテーション多摩クリニック  
永島 圭悟 日本歯科大学 口腔リハビリテーション多摩クリニック  
田村 文誉 日本歯科大学 口腔リハビリテーション多摩クリニック

大金 伸子 公益社団法人東京都歯科衛生士会  
佐藤 弘美 公益社団法人東京都歯科衛生士会  
吉尾 恵子 公益社団法人東京都歯科衛生士会  
泓 雅子 特定非営利法人神奈川県歯科衛生士会  
花本美奈子 公益社団法人神奈川県栄養士会

天本 和子 一般社団法人福岡県歯科衛生士会  
古賀 直子 一般社団法人福岡県歯科衛生士会  
原口 公子 一般社団法人福岡県歯科衛生士会  
石渕 美江 公益社団法人福岡県栄養士会  
麻生 廣子 公益社団法人福岡県栄養士会  
牟田八重子 公益社団法人福岡県栄養士会  
桃田愛里沙 公益社団法人福岡県栄養士会

石黒 幸枝 一般社団法人滋賀県歯科衛生士会  
木下 幸子 一般社団法人滋賀県歯科衛生士会  
川口千佳子 一般社団法人滋賀県歯科衛生士会  
土屋 奈美 一般社団法人滋賀県歯科衛生士会  
寺畑 恵美 一般社団法人滋賀県歯科衛生士会  
渡辺 容子 公益社団法人滋賀県栄養士会  
田中美佐子 公益社団法人滋賀県栄養士会  
清水 和子 公益社団法人滋賀県栄養士会  
長瀬 裕子 公益社団法人滋賀県栄養士会  
武友 敦子 公益社団法人滋賀県栄養士会  
中澤 順子 公益社団法人滋賀県栄養士会  
浅岡紅美子 公益社団法人滋賀県栄養士会

# 目次

|           |   |
|-----------|---|
| I. 本研究の概要 | 1 |
|-----------|---|

## II. 各事業の結果

### ①口腔機能低下及び低栄養に関する簡易アセスメントによる

#### 介護支援専門員に対する情報提供モデル事業

|              |    |
|--------------|----|
| 本調査の流れ       | 8  |
| 1. 調査背景および目的 | 10 |
| 2. 実施対象      | 10 |
| 3. 方法        | 10 |
| 4. 調査項目      | 11 |
| 5. 期間        | 11 |
| 6. 倫理面への配慮   | 11 |
| 7. 結果        | 11 |
| 8. 考察        | 23 |
| 図・表、添付資料     | 25 |

### ②通所施設における口腔機能低下及び低栄養対策に関する体制調査

|         |     |
|---------|-----|
| 1. 目的   | 95  |
| 2. 調査方法 | 95  |
| 3. 調査結果 | 97  |
| 4. 考察   | 112 |

## III. 資料編

通所介護及び通所リハビリテーションを利用する  
要介護高齢者に対する効果的な栄養改善及び  
口腔機能向上サービス等に関する調査研究事業

I . 本研究の概要

## 平成 28 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

### 通所介護及び通所リハビリテーションを利用する要介護高齢者に対する効果的な栄養改善及び口腔機能向上サービス等に関する調査研究事業

#### 報告概要

##### 1. 目的

要介護者が自立した日常生活を営むために、食物の経口摂取が非常に重要であることは言うまでもなく、加齢に伴い低下する口腔機能を維持・管理するとともに、低栄養対策を講じていくことは大きな課題である。このため、平成 18 年に居宅サービスとして、通所施設・通所リハビリテーションの事業所において栄養改善サービスおよび口腔機能向上サービスが新たに導入されたが、その実施状況は著しく低調である。この理由の一つに、サービス担当者の雇用が進んでないことなどが挙げられている。

本調査の目的は、通所介護および通所リハビリテーションの事業所を対象として、栄養改善サービスや口腔機能向上サービスの算定状況を把握するとともに、あらたなサービスをイメージしたモデル事業を実施し、その成果を検討することとした。新たなモデルは、通所施設の職員が中心となり栄養状態や摂食（口腔）状態の問題を抽出し、問題点を介護支援専門員に情報提供するとともに、管理栄養士や歯科衛生士に個別の相談を行うものである。

##### 2. 調査方法

本調査は2つの調査によって構成される。1つは、あらたな加算をイメージした、モデル事業の結果である。2つめは、全国の通所事業所に対する提供体制、実施体制の調査である。

##### (調査1)

##### 実施対象

本調査は、研究への賛同が得られた全国の31か所の通所施設(全施設の定員1714名)の職員およびその利用者である。利用者の対象は、755名(男性219名、女性532名、平均年齢83.5±8.5歳)であった。

## 方法

通所施設（通所介護、通所リハ施設）を利用する利用者に対して、各施設の担当介護職員が低栄養リスク、摂食（口腔）機能の低下に関わるアセスメントを実施した。この結果に基づき、管理栄養士、歯科衛生士への相談を行う。相談業務は月に1回とし、各々の職種が施設に訪問し、1回につき30～60分程度とした。さらに、アセスメントの結果や専門職への相談内容を利用者の担当介護支援専門員へ情報提供を毎月行った。調査期間は3か月間とし、調査が終了した時点で担当介護支援専門員へアンケート調査を実施し、その効果の検討を行った。

## 結果

対象者のうち、低栄養を示すボディ・マス・インデックス（BMI）が18.5未満の者は全体の24.0%にあたる164名であった。25以上の者は125名（18.3%）であった。嚥下調整食を提供されている者は146名（19.3%）であった。飲料にとろみをつけている利用者は、47名（6.3%）であった。食事の際に、食事姿勢の調整を行っている者は72名（9.8%）であった。食後の歯磨きにおいて、洗面所までの誘導を行っている者は476名（63.0%）であった。アセスメント項目に「はい」と回答された利用者の割合は、食事中にむせこみ30.5%、食事に30分以上かかる者15.2%、次から次へと食べ物を口に運ぶことがある8.4%、食事をしながら寝てしまうことがある3.7%、痰が絡んでいるような声になることがある8.2%、歯のせいで食べにくそうにしている11.1%、うがいが出来ない7.3%、ハブラシをするのを嫌がる9.5%、うがいの後に口からたくさんの食渣が出てくる18.1%であった。あるとチェックされた項目が全くない者は、379名（51.8%）であり、17.4%は3項目以上にチェックがみられた。管理栄養士、歯科衛生士の専門職への相談は初月において152件（20.1%）であった。アセスメント項目に多くチェックのある者について多く相談があった。

介護支援専門員へアンケートの回収率は56.4%で、426名（男性81名、女性345名）の回答を得た。利用者の問題点の把握につながったかの問いには、59%（252名）が「つながった」と回答した。低栄養の問題について把握できたと感じたのは20%（50名）、歯と口腔の問題について把握できたと感じたのは59%（149名）であった。提供されたアセスメントの情報を基に医療機関等に情報提供を行いましたかの質問においては、すでに行ったと回答したのは7%（32名）、行う予定と回答したのは21%（90名）であった。情報提供先は、他に利用の通所施設、短期入所先、医療機関、歯科医療機関、居宅介護事業所、訪問看護ステーションであった。情報をもとにケアプランの変更をすでに行ったと回答したのは7%（32名）、行う予定と回答したのは17%（72名）であった。検討中のサービスは、通所における口腔機能向上サービス、居宅療養管理指導（歯科医師、歯科衛生士）、通所における栄養改善サービス、居宅療養管理指導（栄養指導）の順であった。

## 考察

今回作成した低栄養リスク、口腔機能低下リスクを判定するアセスメント票を利用することで、介護職員はそれぞれリスクの判定が可能であったと考える。これは、通所施設にて実際の食事介助や口腔ケア介助などを通じて、食事場面の観察や口腔ケアの様子を観察可能である環境によるものと考えられる。低栄養リスクや口腔機能低下リスクを判定す

る際には、ミールラウンドなどを通じ食事場面の観察が有効であると言われている。在宅で療養する高齢者に対するリスク判断の場として、通所施設が有効であることが示された。さらに、これらの情報が、介護支援専門員に伝わることで、有用な情報として扱われていることがわかり、ケアプランの変更等に活用される可能性が示された。

## (調査2)

全国の通所事業所に対する提供体制、実施体制の調査

### 実施対象

本調査では、郵送法による質問紙調査を行うこととし、調査対象事業所は、独立行政法人福祉医療機構が運営するワムネットより抽出した。抽出された 3,000 施設の内訳は、通所介護事業所は 2,561 施設、通所リハビリテーション事業所は 439 施設であった。

### 結果

栄養改善サービスや口腔機能向上サービスの算定状況等の実態把握を行った。その結果、栄養改善加算を算定している事業所は 2.1% であり、また、口腔機能向上加算をお算定している事業所は 12.3% であった。この理由として、これまでに考えられていた原因と同様に、「専門職種の未配置」という理由が主に挙げられていた。その他の理由としては、「利用者や家族の理解不足」や「客観的な把握が困難」などが挙げられ、事業所の設備状況に関しては、洗面所を有している事業所は 96.7% であり、体重計を有している事業所は 98.9% であるなど、ほとんどの事業所においてその体制が整備されていた。しかし、車いすに対応した体重計を有している施設は、43.8% にとどまった。また、軟菜食、ソフト食（歯ぐきでつぶせつかたさ）、ペースト食（つぶなし）に対応できている施設は、それぞれ 33.5%、22.0%、40.7% にとどまった。さらに、水分のとりみ付けに対応していない施設が、13.6% であった。

対象施設の利用者の介護重症度の割合別に検討した。介護度 4, 5 の割合が、10% 未満の施設：軽度施設（349 施設）、10% から 20% 未満の施設：中等度施設（343 施設）、20% 以上の施設：重度施設（272 施設）とした。車いす用体重計の有無においては、それぞれ、28.6%、54.1%、51.9% であった。常食以外のやわらか食の提供体制については、それぞれ、72.0%、92.1%、94.1% であった。ペースト食の提供体制については、それぞれ、33.2%、50.8%、60.6% であった。とろみ材の使用体制については、それぞれ、77.4%、90.6%、94.5% であった。対象施設の利用者の定員規模別に検討した。実利用者が 25 名未満：小規模（351 施設）、25 人から 50 人未満；中規模施設（284 施設）、50 名以上；大規模施設（361 施設）とした。車いす用体重計の有無においては、それぞれ、20.3%、45.5%、69.1% であった。常食以外のやわらか食の提供体制については、それぞれ、78.6%、88.9%、89.8% であった。ペースト食の提供体制については、それぞれ、33.1%、51.8%、59.5% であった。とろみ材の使用体制については、それぞれ、76.7%、91.1%、94.4% であった。

### 考察

在宅療養中の高齢者のうち、特に低栄養リスクのある者、口腔機能の低下が見られる者を支援する場として、通所介護施設は重要である。そこで、低栄養リスクを判断する体重測定測定や、低栄養の予防や誤嚥性肺炎の予防に資する嚥下調整食やとろみ付与水の提供体制が明らかになった。ADL の低下した利用者に必要な車いす対応の体重計の保有や嚥下調整食のうちでもペースト食といったより重度の者に対応する支援は施設の属性や規模によって偏りが見られ、総じて十分とは言えなかった。

通所介護及び通所リハビリテーションを利用する  
要介護高齢者に対する効果的な栄養改善及び  
口腔機能向上サービス等に関する調査研究事業

## Ⅱ. 各事業の結果

- ①口腔機能低下及び低栄養に関する簡易アセスメントによる  
介護支援専門員に対する情報提供モデル事業

## 研究代表者

菊谷 武 日本歯科大学 大学院生命歯学研究科 臨床口腔機能学 教授  
日本歯科大学 口腔リハビリテーション多摩クリニック 院長

## 研究分担者

渡邊 裕 東京都健康長寿医療センター研究所 社会科学系専門副部長  
田中 弥生 駒沢女子大学 教授  
前田佳予子 武庫川女子大学 教授  
高野 直久 公益社団法人日本歯科医師会 常務理事  
久保山裕子 公益社団法人日本歯科衛生士会 副会長  
鷺見よしみ 一般社団法人日本介護支援専門員協会 会長  
大野 彩 岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科 顎口腔機能制御学分野

## 研究協力者

古屋 裕康 日本歯科大学 口腔リハビリテーション多摩クリニック  
佐々木力丸 日本歯科大学附属病院 口腔リハビリテーション科  
岩淵 信 日本歯科大学 口腔リハビリテーション多摩クリニック  
田村 文誉 日本歯科大学 口腔リハビリテーション多摩クリニック

大金 伸子 公益社団法人東京都歯科衛生士会  
佐藤 弘美 公益社団法人東京都歯科衛生士会  
吉尾 恵子 公益社団法人東京都歯科衛生士会  
泓 雅子 特定非営利法人神奈川県歯科衛生士会  
花本美奈子 公益社団法人神奈川県栄養士会

天本 和子 一般社団法人福岡県歯科衛生士会  
古賀 直子 一般社団法人福岡県歯科衛生士会  
原口 公子 一般社団法人福岡県歯科衛生士会  
石淵 美江 公益社団法人福岡県栄養士会  
麻生 廣子 公益社団法人福岡県栄養士会  
牟田八重子 公益社団法人福岡県栄養士会  
桃田愛里沙 公益社団法人福岡県栄養士会

|       |                 |
|-------|-----------------|
| 石黒 幸枝 | 一般社団法人滋賀県歯科衛生士会 |
| 木下 幸子 | 一般社団法人滋賀県歯科衛生士会 |
| 川口千佳子 | 一般社団法人滋賀県歯科衛生士会 |
| 土屋 奈美 | 一般社団法人滋賀県歯科衛生士会 |
| 寺畑 恵美 | 一般社団法人滋賀県歯科衛生士会 |
| 渡辺 容子 | 公益社団法人滋賀県栄養士会   |
| 田中美佐子 | 公益社団法人滋賀県栄養士会   |
| 清水 和子 | 公益社団法人滋賀県栄養士会   |
| 長瀬 裕子 | 公益社団法人滋賀県栄養士会   |
| 武友 敦子 | 公益社団法人滋賀県栄養士会   |
| 中澤 順子 | 公益社団法人滋賀県栄養士会   |
| 浅岡紅美子 | 公益社団法人滋賀県栄養士会   |

## 本調査の流れ (初月：9月)

各施設に記録票送付

施設利用者(家族)説明し、  
同意を得る

介護支援専門員の  
連絡先を確認

施設職員がフェイスシート・  
アセスメント票を記入

栄養・食事・口腔機能の  
ことで気になる対象者に  
ついては、歯科衛生士・  
管理栄養士に相談

## 本調査の流れ (10月以降)

施設職員が  
アセスメント票を記入

栄養・食事・口腔機能の  
ことで気になる対象者に  
ついては、歯科衛生士・  
管理栄養士に相談

毎月ごとに介護支援専  
門員に情報提供

最終月終了後に介護支  
援専門員にアンケート  
調査実施

## 1. 調査背景および目的

通所介護施設・通所リハビリテーション施設(以下、通所介護・通所リハ)利用者の栄養・口腔の状態は、健常者に比して良好ではないという事実がある。それにも関わらず、栄養改善加算及び口腔機能向上加算の利用が進んでいない。とりわけ、要介護度の低い者に対するサービス提供の割合が低く、早期の段階からのアプローチという観点からの対応が進んでいない状況にある。この理由として、「人材不足」、「介護支援専門員の無理解」、「専門職以外では客観的評価が困難」などの理由が挙げられる。

したがって、現行の栄養改善加算及び口腔機能向上加算を専門職による介入と位置づけ、専門職以外においても、通所利用者の栄養・口腔の状態を幅広く把握するとともに、専門職との連携を強化する観点から、新たな体制加算が必要ではないかと考える。

通所施設における新しい介護保険制度の提案のために、介護職員による簡易アセスメント、歯科衛生士、管理栄養士への相談、介護支援専門員への情報提供が、通所介護施設利用者の低栄養防止、誤嚥、窒息防止に有用であるか明らかにすることを目的とした。

通所介護・通所リハを利用する要介護高齢者に対する栄養改善及び口腔機能向上サービス等について、その普及を促進するとともに効果的なサービスの提供方法を検討する。

## 2. 実施対象

本調査は、研究への賛同が得られた全国の31か所の通所施設(全施設の定員1714名)の職員およびその利用者である。本調査の参加同意が得られた施設において、同施設を利用する利用者へ調査に関する説明を行い、同意を得た。対象は、755名(男性219名、女性532名、平均年齢83.5±8.5歳)である。尚、本人が意思疎通困難な場合は、家族への説明とした。

## 3. 方法

通所介護・通所リハを利用する利用者に対して、アセスメント票(添付資料1)を用いて、スクリーニング調査を介護職員により実施する。またアセスメント票は、今後も広く使えるよう、タブレット端末で利用可能なフォーマットを作成した(添付資料7)。アセスメント実施にあたり、簡易マニュアルを作成し配布した(添付資料2)。その情報に基づき、低栄養リスク、誤嚥、窒息リスクのある者を抽出する。また、同時に栄養、口腔の専門職である管理栄養士、歯科衛生士への相談を行う。相談業務は月に1回とし、各々の職種が施設に訪問し、1回につき30~60分程度とする。

さらに、アセスメントの結果や専門職への相談内容を利用者の担当介護支援専門員へ情報提供を毎月行う。調査期間は3か月間とし、調査が終了した時点で担当介護支援専門員へアンケート調査を実施し、介護保険サービスや医療サービスにつながったかについて検討を行う

## 4. 調査項目

### ① 基礎情報

基礎情報として、年齢、性別、要介護度、歩行の自立度(自立歩行、杖歩行、介助歩行、車椅子使用、歩行不可能)、座位保持の可否(可能、不可能)、会話レベル(すべて聞き取り可能、一部可能、困難、会話なし)、指示従命の可否(可能、一部従命困難、従命困難)、日常生活自立度(認知症高齢者の日常生活自立度判定基準、障害者高齢者の日常生活判定基準を使用)、デイサービス利用頻度を調査した。

要介護度は自立、要支援1、2、要介護1までを軽度の介護度、要介護2、3を中等度の介護度、要介護4、5を重度の介護度とカテゴリ分けをして検討した。認知症高齢者の日常生活自立度は、自立およびレベルⅠの者を「自立」、レベルⅡa およびⅡbの者を「軽度の認知症」、レベルⅢa およびⅢbの者を「中等度の認知症」、レベルⅣおよびMの者を「重度の認知症」とカテゴリ分けして検討した。障害者高齢者の日常生活自立度は、ランク J1、I2 を「自立」、ランク A1、A2 を「準寝たきり」、ランク B1、B2、C1、C2 を「寝たきり」とカテゴリ分けして検討した。

### ② アセスメント調査

対象施設において利用者に対して、担当の介護職員が低栄養リスク、摂食嚥下機能低下リスクに係わるアセスメント(添付資料1)を実施する。

### ③ 専門職への相談

実施したアセスメントに基づき、本研究事業によって各施設に1ヶ月に1日間派遣された歯科衛生士および管理栄養士に対し、介護職員は低栄養リスク、摂食嚥下リスクおよびその対処法について相談を行う。相談内容を記録する。

### ④ 介護支援専門員への情報提供

②、③において得られた情報および相談内容を各利用者の担当介護支援専門員に情報提供を行う。

### ⑤ ケアプランへの反映調査

情報提供された内容に基づき、介護支援専門員の気づきにつながったか調査した(添付資料2)。さらに、必要なケアプランに反映されたかについて調査した。

## 5. 期間

平成 28 年 9 月～平成 28 年 12 月

## 6. 倫理面への配慮

本研究は日本歯科大学生命歯学部倫理委員会の許可を得て行われた（NDU-T2016-07）。

## 7. 結果

### 1) 対象者について

対象者の基礎情報を示す。平均年齢は  $83.6 \pm 8.5$  歳で、最高齢は 103 歳であった。5 歳ごとの年齢別では、85～89 歳が最も多かった(表 I-1、図 I-1)。また、75 歳未満は 13.1% (99 名)、75 歳以上 85 歳未満は 34.0% (656 名)、85 歳以上は 52.8% (394 名) であり、85 歳以上が約半数であった(表 I-2、図 I-2)。

男女比は男性 219 名、女性 536 名であり、女性が約 7 割を占めていた(表 I-3、図 I-3)。次に、対象者の要介護度を示す(表 I-4、図 I-4)。要介護 2 の割合が最も多かった。また、要介護度をカテゴリ分けしたところ、中等度の介護度の割合が最も多かった(表 I-5、図 I-5)。

歩行の日常生活動作能力(ADL)は自立または杖歩行が全体の約 6 割を占め、介助歩行、歩行不可能と続いた(表 I-7、図 I-7)。座位可能の有無においては、95% の対象者が可能であった(表 I-8、図 I-8)。

会話レベルは約 7 割にあたる 528 名の者がすべて聞き取り可能であり、一部会話可能な者が 155 名、会話困難な者が 45 名、会話なしが 16 名であった(表 I-9、図 I-9)。こちらからの指示に対して、すべて従命可能なものは 512 名、一部従命可能なものは 192 名、従命困難なものが 39 名であった(表 I-10、図 I-10)。

次に、日常生活自立度の結果を示す。認知症高齢者の日常生活自立度判定基準で評価したところ、表 I-11、図 I-11 のようになった。これらをカテゴリ分けした結果を表 I-12、図 I-12 に示す。自立している者が最も多く、認知症の重症度が高いほど対象者が減少していた。

また、日常生活自立度を、障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準評価したところ、表 I-13、図 I-13 のようになった。カテゴリ分けしたところ、自立は 210 名、準寝たきりは 403 名、寝たきりは 135 名で、準寝たきりの者が全体の約半数を占めた(表 I-14、図 I-14)。

デイサービスの利用頻度については、表 I-15、図 I-15 に示す。1 週間のうち 2、3 日利用する者が全体の約 60% にあたる 478 名で最も多かった。

### 2) 9 月(初回月)アセスメント結果

9 月(初回月)において、身長・体重を測定しボディ・マス・インデックス (BMI) を

算出した(表Ⅱ-1、図Ⅱ-1)。BMI18.5未満の者は全体の24.0%にあたる164名であった。標準とされる18.5以上25未満の者は全体の約半数にあたる394名(57.7%)、25以上の者は125名(18.3%)であった(表Ⅱ-2、図Ⅱ-2)。

#### (1) 対象者の状態

##### ①嚥下調整食について

嚥下調整食を提供されている者は146名(19.3%)いた。日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食学会分類2013(以降学会分類)に基づき、嚥下調整食を分類した。主食においては、常食(米飯)が619名(82.3%)で、嚥下調整食学会分類コード4は111名(14.8%)、学会分類コード3は5名(0.7%)、学会分類コード2は9名(1.2%)、提供なしは8名(1.1%)であった(表Ⅱ-3、図Ⅱ-3)。副食においては、常食は665名(88.5%)、学会分類コード4は60名(8.0%)、学会分類コード3は8名(1.1%)、学会分類コード2は10名(1.3%)、提供なしは8名(1.1%)であった(表Ⅱ-4、図Ⅱ-4)。食事喫食率については、全体としては完食している者は517名(68.5%)で、約30%にあたる233名は残食がみられた。主食、副食それぞれの喫食率については表Ⅱ-5、6、図Ⅱ-5、6に示す。

##### ②とろみの程度について

とろみの程度は、とろみをつけていない者がほとんどであった(703名、94.0%)。上記同様の学会分類の弱いとろみが23名(3.1%)、中間のとろみが21名(2.8%)、濃いとろみが2名(0.3%)であった(表Ⅱ-7、図Ⅱ-7)。

##### ③食事の際の代償法の実施について

食事姿勢の調整を行っている者は72名(9.8%)で、それ以外の者は座位での食事を行っていた(表Ⅱ-8、図Ⅱ-8)。嚥下代償法として、顎引きを行っている者は259名(34.3%)いたが(表Ⅱ-9、図Ⅱ-9)、頸部回旋を行っている者は7名(0.9%)にとどまった(表Ⅱ-10、図Ⅱ-10)。食事前の体操を行っている者は630名(83.4%)で、施設単位で、行っている施設と行っていない施設があり、行っている施設では個人単位ではなく、全員に対して体操を行っていた(表Ⅱ-11、図Ⅱ-11)。食事時の声掛けを行っている者は64名(8.5%)であった(表Ⅱ-12、図Ⅱ-12)で、食事介助を行っている者のうち飲み込みを確認してから次の一口へ進んでいる者は42名(5.6%)であった(表Ⅱ-13、図Ⅱ-13)。自食をしている者に対して、促しを行っている者は134名(17.7%)いた(表Ⅱ-14、図Ⅱ-14)。食事を小分けにして提供している者は75名(9.9%)であった(表Ⅱ-15、図Ⅱ-15)。

##### ④口腔ケアについて

食後の歯磨きにおいて、洗面所までの誘導を行っている者は476名(63.0%)で、行っていない者を上回った(表Ⅱ-16、図Ⅱ-16)。歯磨きの介助を行っている者は138名(18.3%)であり(表Ⅱ-17、図Ⅱ-17)、このことから、食後の歯磨きにおいては洗面所への誘導は職員が比較的関わっているが、歯磨きは介助が必要な場合でも個人任せにな

っている可能性がある。

## (2) 食支援アセスメントについて

### ① 食支援アセスメントの問題抽出状況について

食支援アセスメントにおいて、質問項目は12問あり、各々の質問項目の結果を表Ⅱ-18～Ⅱ-29、図Ⅱ-18～図Ⅱ-29に示す。問1. 食事中にむせこんだりせきこんだりすることがあるか、との質問に対しては全体の19.3%にあたる145名が「はい」と回答した。問2. 食事に30分以上かかるか、との質問に対しては全体の15.2%にあたる114名が「はい」と回答した。問3. 食事をなかなか飲み込まず、飲み込みに時間がかかるか、との質問に対しては全体の10.4%にあたる78名が「はい」と回答した。問4. 次から次へと食べ物を口に運ぶことがあるか、との質問に対しては全体の8.4%にあたる63名が「はい」と回答した。問5. 食事をしながら寝てしまうことがあるか、との質問に対しては全体の3.7%にあたる28名が「はい」と回答した。問6. なかなか食べ始められない、食事に集中できないことがあるか、との質問に対しては全体の9.5%にあたる72名が「はい」と回答した。問7. 固いものを避け、軟らかいものばかり食べるか、との質問に対しては全体の13.1%にあたる99名が「はい」と回答した。問8. 痰が絡んでいるような声になることがあるか、との質問に対しては全体の8.2%にあたる62名が「はい」と回答した。問9. 歯のせいで食べにくそうにしているか、との質問に対しては全体の11.1%にあたる83名が「はい」と回答した。問10. うがいが出来ない、との質問に対しては全体の7.3%にあたる55名が「はい」と回答した。問11. ハブラシをするのを嫌がるか、との質問に対しては全体の9.5%にあたる71名が「はい」と回答した。問12. うがいの後に口からたくさんの食渣が出てくるか、との質問に対しては全体の18.1%にあたる135名が「はい」と回答した。

これらの12項目のうち、問1. 食事中のむせこみに関する質問、問2. 食事時間に関する質問、問12. 口腔機能に関する質問は、他の質問に比べて特にチェックが多くみられた。また、チェックが1項目もない者は379名(51.8%)、1項目でもチェックがみられた者は353名(48.2%)みられ、約20%にあたる146名は3項目以上にチェックがみられた(表Ⅱ-30、図Ⅱ-30)。

### ② 食支援アセスメントと年齢、介護度、歩行ADL、会話レベル、指示従命の可否、認知症の重症度、寝たきり度について

年齢、介護度、歩行ADL、会話レベル、指示従命の可否、認知症の重症度、寝たきり度とアセスメントのチェック数について表Ⅱ-31～37、図Ⅱ-31～37に示す。重度の介護度の者、会話困難な者、指示従命困難な者、重度の認知症の者、寝たきり度が高い者は食支援アセスメントのチェック項目が多くみられた。

### ③ 専門職への相談

専門職への口腔・栄養の相談は 152 件 (20.1%) であった (表Ⅱ-38、図Ⅱ-38)。

相談項目においては、むせる、義歯、体重の順に単語の出現頻度が多かった (図Ⅱ-39)。

食支援アセスメントでチェック項目がみられた者のうち、専門職への相談があったのは 35 件 (9.2%) であった (表Ⅱ-39、図Ⅱ-40)。また、チェック数が 3 項目以上ある者は、相談件数が多い傾向にあった (表Ⅱ-40、図Ⅱ-41)。アセスメント上問題があると判断された者について、相談が多く寄せられた。

常食提供者は 530 名いたが、そのうち 232 名 (43.8%) に食支援アセスメントでチェックがあり、常食を摂取している者の中にも、歯科・栄養の問題があることが推察できた (表Ⅱ-41、図Ⅱ-42)。常食提供者は、嚥下調整食を提供されている者よりも有意に食支援アセスメントにチェックがあり、口腔・栄養の問題がみられた ( $p < 0.001$ ) (表Ⅱ-42、図Ⅱ-43)。食べ残しのある者は、完食している者よりも食支援アセスメントでチェック項目が多くみられた ( $p < 0.001$ ) (表Ⅱ-43、図Ⅱ-44)

実際の相談内容・指導内容については、添付資料の通りである。(添付資料 3)

### 3) 10 月 (2 ヶ月目) アセスメント結果

10 月 (介入より 2 ヶ月目) では、身長・体重を測定して BMI を算出した (表Ⅲ-1、図Ⅲ-1)。BMI 18.5 未満の者は全体の 23.2% にあたる 151 名、標準とされる 18.5 以上 25 未満の者は全体の 58.6% にあたる 382 名、25 以上の者は 119 名 (15.8%) であった (表Ⅲ-2、図Ⅲ-2)。

#### (1) 対象者の状態

##### ① 嚥下調整食について

嚥下調整食を提供されている者は 104 名 (13.8%) いた。主食においては、常食 (米飯) が 573 名 (75.9%) で、学会分類コード 4 は 76 名 (10.1%)、学会分類コード 3 は 5 名 (0.7%)、学会分類コード 2 は 5 名 (0.7%)、提供なしは 96 名 (12.7%) であった (表Ⅲ-3、図Ⅲ-3)。副食においては、常食は 608 名 (80.5%)、嚥下調整食コード 4 は 43 名 (5.7%)、コード 3 は 3 名 (0.4%)、コード 2 は 8 名 (1.1%)、提供なしは 93 名 (12.3%) であった (表Ⅲ-4、図Ⅲ-4)。

食事喫食率については、全体としては完食している者は 509 名 (67.4%) で、約 25% にあたる 189 名は食べ残しがみられた。主食、副食それぞれの喫食率については表Ⅲ-5、6、図Ⅲ-5、6 に示す。主食の方が副食より完食している割合は高い傾向にあった。

##### ② とろみの程度について

とろみの程度は、とろみなしが 655 名 (93.8%) を占めていた。学会分類の弱いとろみが 24 名 (3.4%)、中間のとろみが 17 名 (2.4%)、濃いとろみが 2 名 (0.3%) であ

った(表Ⅲ-7、図Ⅲ-7)。

### ③ 食事の際の代償法の実施について

食事姿勢の調整を行っている者は50名(7.2%)で、それ以外の者は座位での食事を行っていた。嚥下時の代償法として、顎引きを行っている者は226名(24.9%)、頸部回旋を行っている者は3名(0.4%)であった。食事前の体操を行っている者は579名(76.7%)であった。食事中の声掛けを行っている者は62名(8.2%)で、食事介助を行っている者のうち飲み込みを確認してから次の一口へ進んでいる者は32名(3.5%)であった。自食をしている者に対して、促しを行っている者は97名(12.8%)いた。食事を小分けにして提供している者は19名(2.5%)であった。

### ④ 口腔ケアについて

食後の歯磨きにおいて、洗面所までの誘導を行っている者は391名(51.8%)で、行っていない割合よりわずかに上回った。歯磨きの介助を行っている者は135名(17.9%)であった。

## (2) 食支援アセスメントについて

### ① 食支援アセスメントの問題抽出状況について

12問の質問項目について、問1. 食事にむせこんだりせきこんだりすることがあるか、との質問に対しては全体の17.0%にあたる119名が「はい」と回答した。問2. 食事に30分以上かかるか、との質問に対しては全体の13.5%にあたる94名が「はい」と回答した。問3. 食事をなかなか飲み込まず、飲み込みに時間がかかるか、との質問に対しては全体の10.2%にあたる71名が「はい」と回答した。問4. 次から次へと食べ物を口に運ぶことがあるか、との質問に対しては全体の7.9%にあたる55名が「はい」と回答した。問5. 食事をしながら寝てしまうことがあるか、との質問に対しては全体の4.3%にあたる30名が「はい」と回答した。問6. なかなか食べ始められない、食事に集中できないことがあるか、との質問に対しては全体の8.2%にあたる57名が「はい」と回答した。問7. 固いものを避け、軟らかいものばかり食べるか、との質問に対しては全体の13.6%にあたる95名が「はい」と回答した。問8. 痰が絡んでいるような声になることがあるか、との質問に対しては全体の7.2%にあたる50名が「はい」と回答した。問9. 歯のせいで食べにくそうにしているか、との質問に対しては全体の10.2%にあたる71名が「はい」と回答した。問10. うがいが出来ない、との質問に対しては全体の6.9%にあたる48名が「はい」と回答した。問11. ハブラシをするのを嫌がるか、との質問に対しては全体の8.9%にあたる62名が「はい」と回答した。問12. うがいの後に口からたくさんの食渣が出てくるか、との質問に対しては全体の19.5%にあたる136名が「はい」と回答した。

食支援アセスメントにおいて、アセスメント12項目のうちチェックのない者は360

名(51.6%)、1項目でもチェックがみられた者は338名(48.4%)であった。全体の18.3%にあたる128名は3項目以上にチェックがみられた(表Ⅲ-8、図Ⅲ-8)。

② 食支援アセスメントと年齢、介護度、歩行ADL、会話レベル、指示従命の可否、認知症の重症度、寝たきり度について

年齢、介護度、歩行ADL、会話レベル、指示従命の可否、認知症の重症度、寝たきり度とアセスメントのチェック数について(表Ⅲ-9~15、図Ⅲ-9~15)に示す。介護度が上がるにつれ、歯科・栄養の問題がみられた。歩行ADL、会話レベル、指示従命の可否においても同様で、ADLが下がる毎に歯科、栄養の問題がみられた。重度の認知症、寝たきり度の高い人ほど歯科、栄養の問題がみられた。

会話困難な者、指示従命困難な者、重度の認知症の者、寝たきり度が高い者は食支援アセスメントのチェック項目が多くみられた。

③ 専門職への相談

専門職への口腔・栄養の相談は163件(21.6%)で、前月とほぼ変わらなかった(表Ⅲ-16、図Ⅲ-16)。相談項目においては、むせる、体重、義歯の順に単語の出現頻度が多かった(図Ⅲ-17)。

食支援アセスメントでチェック項目がみられた者のうち、専門職への相談があったのは114名(33.7%)であった(表Ⅲ-17、図Ⅲ-18)。この割合は初回月に比較し大きく向上がみられた。また、食支援アセスメントのチェック項目が3項目以上ある者は、2項目以下である者よりも相談件数が多い傾向にあり(表Ⅲ-18、図Ⅲ-19)、低栄養・嚥下障害のリスクのある者が抽出され、専門職への相談と繋がっていることが伺える。

常食提供者は548名で、そのうち224名(40.8%)に食支援アセスメントでチェック項目があり、歯科・栄養の問題があるとみられた。

嚥下調整食摂取者は、常食摂取者より口腔・栄養の問題がみられた( $p < 0.001$ ) (表Ⅲ-19、図Ⅲ-20)。

食べ残しがある者は、完食している者に比べて食支援アセスメントで問題あり、とされている割合が高い結果となった( $p < 0.001$ ) (表Ⅲ-20、図Ⅲ-21)。

実際の相談内容・指導内容については、添付資料の通りである。(添付資料4)

4) 11月(3ヶ月目)アセスメント結果

11月(介入より3ヶ月)において、身長・体重を測定してBMIを算出した(表Ⅳ-1、図Ⅳ-1)。BMI18.5未満の者は全体の21.1%にあたる135名、標準とされる18.5以上25未満の者は全体の約6割にあたる387名、25以上の者は119名(18.6%)であった(表Ⅳ-2、図Ⅳ-2)。

## (1) 対象者の状態

### ① 嚥下調整食について

嚥下調整食を提供されている者は 122 名(16.2%)いた。主食において、常食(米飯)が 548 名(84.3%)、学会分類コード 4 は 87 名(13.4%)、学会分類コード 3 は 7 名(1.1%)、学会分類コード 2 は 7 名(1.1%)、提供なしは 1 名(0.2%)であった(表Ⅳ-3、図Ⅳ-3)。副食においては、常食が 583 名(88.9%)、学会分類コード 4 は 50 名(7.6%)、学会分類コード 3 は 6 名(0.9%)、学会分類コード 2 は 10 名(1.5%)、提供なしは 7 名(1.1%)であった(表Ⅳ-4、図Ⅳ-4)。食事喫食率については、全体としては完食している者は 477 名(63.2%)で、24.1%にあたる 182 名は食べ残しがみられた。主食、副食それぞれの喫食率については表Ⅳ-5、6、図Ⅳ-5、6)に示す。前月と同様、主食の方が副食より完食している割合は高い傾向にあった。

### ② とろみの程度について

とろみの程度は、とろみなしが 615 名(93.9%)を占めていた。学会分類の弱いとろみが 25 名(3.8%)、中間のとろみが 14 名(2.1%)、濃いとろみが 1 名(0.2%)であった(表Ⅳ-7、図Ⅳ-7)。

### ③ 食事の際の代償法の実施について

食事姿勢の調整を行っている者は 42 名(6.4%)で、それ以外の者は座位での食事を行っていた。嚥下時の代償法として、顎引きを行っている者は 246 名(32.6%)、頸部回旋を行っている者は 6 名(0.7%)であった。食事前の体操を行っている者は 571 名(75.6%)であった。食事中の声掛けを行っている者は 51 名(5.6%)で、食事介助を行っている者のうち飲み込みを確認してから次の一口へ進んでいる者は 28 名(3.7%)であった。自食をしている者に対して、促しを行っている者は 83 名(9.1%)いた。食事を小分けにして提供している者は 19 名(2.1%)であった。

### ④ 口腔ケアについて

食後の歯磨きにおいて、洗面所までの誘導を行っている者は 399 名(43.9%)で、行っていない割合よりわずかに上回った。歯磨きの介助を行っている者は 122 名(16.2%)であった。

## (2) 食支援アセスメントについて

### ① 食支援アセスメントの問題抽出状況について

12 問の質問項目について、問 1. 食事中にむせこんだりせきこんだりすることがあるか、との質問に対しては全体の 17.3%にあたる 114 名が「はい」と回答した。問 2. 食事に 30 分以上かかるか、との質問に対しては全体の 11.1%にあたる 73 名が「はい」と回答した。問 3. 食事をなかなか飲み込まず、飲み込みに時間がかかるか、との質問に対しては全体の 7.6%にあたる 50 名が「はい」と回答した。問 4. 次から次へと食べ物を口に運ぶことがあるか、との質問に対しては全体の 6.8%にあたる 45 名が「は

い」と回答した。問5. 食事をしながら寝てしまうことがあるか、との質問に対しては全体の3.6%にあたる24名が「はい」と回答した。問6. なかなか食べ始められない、食事に集中できないことがあるか、との質問に対しては全体の9.2%にあたる61名が「はい」と回答した。問7. 固いものを避け、軟らかいものばかり食べるか、との質問に対しては全体の10.6%にあたる70名が「はい」と回答した。問8. 痰が絡んでいるような声になることがあるか、との質問に対しては全体の5.9%にあたる39名が「はい」と回答した。問9. 歯のせいで食べにくそうにしているか、との質問に対しては全体の7.1%にあたる47名が「はい」と回答した。問10. うがいが出来ない、との質問に対しては全体の5.6%にあたる37名が「はい」と回答した。問11. ハブラシをするのを嫌がるか、との質問に対しては全体の7.7%にあたる51名が「はい」と回答した。問12. うがいの後に口からたくさん食渣が出てくるか、との質問に対しては全体の16.8%にあたる111名が「はい」と回答した。

食支援アセスメントにおいて、アセスメント12項目のうちチェックのない者は384名(58.2%)、1項目でもチェックがみられた者は276名(41.8%)であった。全体の14.0%にあたる106名は3項目以上にチェックがみられた(表IV-8、図IV-8)。

### ② 食支援アセスメントと年齢、介護度、歩行ADL、会話レベル、指示従命の可否、認知症の重症度、寝たきり度について

年齢、介護度、歩行ADL、会話レベル、指示従命の可否、認知症の重症度、寝たきり度とアセスメントのチェック数について表IV-9~15、図IV-9~15に示す。

重度の介護度の者は、歯科・栄養の問題が多くみられた。歩行ADL、会話レベル、指示従命の可否においても同様で、ADLが下がる毎に歯科、栄養の問題がみられた。重度の認知症、寝たきり度の高い人ほど歯科、栄養の問題がみられた。

### ③ 専門職への相談

専門職への口腔・栄養の相談があったのは134件(17.7%)で、前月よりやや相談が減少した(表IV-16、図IV-16)。相談内容において、むせる、体重、食事時間の順に単語出現頻度が多かった(図IV-17)。

食支援アセスメントでチェック項目がみられた者のうち、専門職への相談があったのは79名(28.6%)であった(表IV-17、図IV-18)。前月と比較すると減少したが、初回月より向上がみられた。また、チェック項目が多くなるに従い相談件数も増加していた(表IV-18、図IV-19)。低栄養、嚥下障害のリスクが高い者ほど専門職への相談が行われていることが伺われる。

常食提供者は524名で、そのうち186名(35.5%)に食支援アセスメントでチェック項目がみられた。

嚥下調整食摂取者は、常食摂取者よりも口腔、栄養の問題がみられた( $p < 0.001$ ) (表IV-19、図IV-20)

食べ残しがある者は、完食している者に比べて食支援アセスメントで問題あり、とさ

れている割合が高い結果となった(p < 0.001) (表IV-20、図IV-21)

実際の相談内容・指導内容については、添付資料の通りである。(添付資料5)

#### 5) 12月(4ヶ月目、最終月)アセスメント結果

12月(介入より4ヶ月目、最終月)において、身長・体重を測定してBMIを算出した(表V-1、図V-1)。BMI18.5未満の者は全体の18.0%にあたる92名、標準とされる18.5以上25未満の者は全体の61.3%にあたる314名、25以上の者は106名(20.7%)であった(表V-2、図V-2)。

##### (1) 対象者の状態

###### ① 嚥下調整食について

嚥下調整食を提供されている者は87名(11.5%)であった。主食において、常食(米飯)が551名(87.6%)、学会分類コード4は61名(9.7%)、学会分類コード3は6名(1.0%)、学会分類コード2は5名(0.8%)、提供なしは6名(1.0%)であった(表V-3、図V-3)。副食においては、常食が578名(91.9%)、学会分類コード4は34名(5.4%)、学会分類コード3は1名(0.2%)、学会分類コード2は10名(1.6%)、提供なしは6名(1.0%)であった(表V-4、図V-4)。

食事喫食率については、全体としては完食している者は503名(80.0%)で、20.0%にあたる126名は食べ残しがみられた。主食、副食それぞれの喫食率については表V-5、6、図V-5、6に示す。

###### ② とろみの程度について

とろみの程度は、とろみなしが606名(96.3%)を占めていた。学会分類の弱いとろみが11名(1.7%)、中間のとろみが11名(1.7%)、濃いとろみが1名(0.2%)であった(表V-7、図V-7)。

###### ③ 食事の際の代償法の実施について

食事姿勢の調整を行っている者は19名(3.0%)で、それ以外の者は座位での食事を行っていた。嚥下時の代償法として、顎引きを行っている者は183名(24.2%)、頸部回旋を行っている者は2名(0.2%)であった。食事前の体操を行っている者は548名(72.6%)であった。食事時の声掛けを行っている者は55名(7.3%)で、食事介助を行っている者のうち飲み込みを確認してから次の一口へ進んでいる者は22名(2.9%)であった。自食をしている者に対して、声掛けによる促しを行っている者は72名(9.5%)いた。食事を小分けにして提供している者は11名(1.5%)であった。

###### ④ 口腔ケアについて

食後の歯磨きにおいて、洗面所までの誘導を行っている者は430名(57.0%)で、行っていない割合より上回った。歯磨きの介助を行っている者は115名(15.2%)であった。

##### (2) 食支援アセスメントについて

### ① 食支援アセスメントの問題抽出状況について

12 問の質問項目について、問 1. 食事中にむせこんだりせきこんだりすることがあるか、との質問に対しては全体の 14.9%にあたる 94 名が「はい」と回答した。問 2. 食事に 30 分以上かかるか、との質問に対しては全体の 10.6%にあたる 67 名が「はい」と回答した。問 3. 食事をなかなか飲み込まず、飲み込みに時間がかかるか、との質問に対しては全体の 7.0%にあたる 44 名が「はい」と回答した。問 4. 次から次へと食べ物を口に運ぶことがあるか、との質問に対しては全体の 7.3%にあたる 46 名が「はい」と回答した。問 5. 食事をしながら寝てしまうことがあるか、との質問に対しては全体の 3.0%にあたる 19 名が「はい」と回答した。問 6. なかなか食べ始められない、食事に集中できないことがあるか、との質問に対しては全体の 7.5%にあたる 47 名が「はい」と回答した。問 7. 固いものを避け、軟らかいものばかり食べるか、との質問に対しては全体の 8.9%にあたる 56 名が「はい」と回答した。問 8. 痰が絡んでいるような声になることがあるか、との質問に対しては全体の 5.2%にあたる 33 名が「はい」と回答した。問 9. 歯のせいで食べにくそうにしているか、との質問に対しては全体の 5.6%にあたる 35 名が「はい」と回答した。問 10. うがいが出来ない、との質問に対しては全体の 4.4%にあたる 28 名が「はい」と回答した。問 11. ハブラシをするのを嫌がるか、との質問に対しては全体の 5.9%にあたる 37 名が「はい」と回答した。問 12. うがいの後に口からたくさんの食渣が出てくるか、との質問に対しては全体の 15.4%にあたる 97 名が「はい」と回答した。

食支援アセスメントにおいて、アセスメント 12 項目のうちチェックのない者は 389 名(61.7%)、1 項目でもチェックがみられた者は 241 名(38.3%)であった。全体の 13.3%にあたる 84 名は 3 項目以上にチェックがみられた(表 V-8、図 V-8)。

### ② 食支援アセスメントと年齢、介護度、歩行 ADL、会話レベル、指示従命の可否、認知症の重症度、寝たきり度について

年齢、介護度、歩行 ADL、会話レベル、指示従命の可否、認知症の重症度、寝たきり度とアセスメントのチェック数について表 V-9~15、図 V-9~15 に示す。重度の介護度の者は、歯科・栄養の問題が多くみられた。歩行 ADL、会話レベル、指示従命の可否においても同様に、ADL が下がる毎に歯科、栄養の問題がみられた。重度の認知症、寝たきり度の高い人ほど歯科、栄養の問題がみられた。

### ③ 専門職への相談

専門職への口腔・栄養の相談があったのは 121 件(16.0%)であった(表 V-16、図 V-16)。相談内容において、体重、むせる、義歯、口腔ケアの順に単語出現頻度多かった(図 V-17)。

食支援アセスメントでチェック項目がみられた者のうち、専門職への相談があったの

は 80 名 (33.2%) であり (表 V-17、図 V-18)、前月と同程度の割合であった。また、チェック項目が多くなるに従い相談件数も増加していた (表 V-18、図 V-19)

常食提供者は 535 名で、そのうち 170 名 (31.8%) に食支援アセスメントでチェックがみられた。

嚥下調整食摂取者は、常食摂取者よりも口腔、栄養の問題がみられた ( $p < 0.001$ ) (表 V-19、図 V-20)

食べ残しがある者は、完食している者に比べて食支援アセスメントで問題あり、とされている割合が高い結果となった ( $p < 0.001$ ) (表 V-20、図 V-21)。

実際の相談内容・指導内容については、添付資料の通りである。(添付資料 6)

## 6. ケアプランへの反映調査の結果

本調査を実施した対象者 755 名の介護支援専門員へアンケート用紙を送付し、介護支援職員の気づきにつながったか調査を行った。アンケートの回収率は 56.4% で、426 名 (男性 81 名、女性 345 名) の回答を得た。今回、回答を得た介護職員の職歴は  $7.9 \pm 6.4$  年であった。

1. アセスメントの提供は問題点の把握につながりましたか? の項目においては、59% (252 名) が「つながった」と回答した (表 VI-1、図 VI-1)。このうち、「つながった」と回答した者にのみ、摂食の問題、低栄養の問題、歯と口の問題について把握できたか質問を続けた。その結果、摂食機能の問題について把握できたと感じたのは 59% (149 名)、低栄養の問題について把握できたと感じたのは 20% (50 名)、歯と口腔の問題について把握できたと感じたのは 59% (149 名) であった (表 VI-2、3、4、図 VI-2、3、4)。摂食機能や歯科の問題の把握に繋がったが、低栄養の問題に関しては、繋がらなかったと感じることの多い結果となった。

2. アセスメントの情報を基に医療機関等に情報提供を行いましたか? の質問においては、「行っていない」と回答したのは 72% (306 名)、「行う予定(検討中)」と回答したのは 21% (90 名)、「すでに行った」と回答したのは 7% (32 名) であった (表 VI-5、図 VI-5)。3ヶ月間という短い期間にもかかわらず、医療機関に約 30% がつながった。行う予定(検討中)と回答した者にのみ、どのような医療機関あるいは施設に行く予定か、との質問を行ったところ、医療機関、居宅介護事業所、と回答した割合が多かった (表 VI-6、図 VI-6)。

すでに行ったと回答した者に、どのような医療機関や施設に行ったかと質問を行ったところ、他に利用中の通所施設と答えた者が一番多く、歯科医療機関、医療機関と続いた (表 VI-7、図 VI-7)。

3. アセスメントの情報を基にケアプランの作成(変更)を行いましたか? の質問においては、「行っていない」と回答したのは 76% (326 名)、「行う予定(検討中)」と回答したのは 17% (72 名)、「すでに行った」と回答したのは 7% (32 名) であった (表 VI-8、

図VI-8)。ケアプランの作成(変更)を行う予定と回答した者に、どんなサービスを検討しているかと質問を行ったところ、通所における口腔機能向上サービス、居宅療養管理指導(歯科医師、歯科衛生士)、通所における栄養改善サービス、居宅療養管理指導(栄養指導)の順となった(表VI-9、図VI-9)。すでに行ったと回答した者においては、通所における口腔機能向上サービスが最も多く、居宅療養管理指導(歯科医師、歯科衛生士)、通所における栄養改善サービス、居宅療養管理指導(栄養指導)と続いた(表VI-10、図VI-10)。

## 8. 考察

対象者のうち、低栄養を示すボディ・マス・インデックス (BMI) が 18.5 未満の者は全体の 24.0%であり、通所利用者に多くの低栄養リスクのある者が存在していると言えた。嚥下調整食を提供されている者は 19.3%、飲料にとろみをつけている利用者は、6.3%、食事の際の食事姿勢の調整を行っている者は 9.8%であった。摂食機能の低下が見られる者も同様に一定数認められた。食後の歯磨きにおいて、洗面所までの誘導を行なう必要のある者は、63.0%であり、口腔ケアの支援の必要性がうかがわれた。アセスメント項目に「はい」と回答された利用者の割合は、食事のむせこみ 30.5%、食事に 30 分以上かかる 15.2%、次から次へと食べ物を口に運ぶことがある 8.4%、食事をしながら寝てしまうことがある 3.7%、痰が絡んでいるような声になることがある 8.2%、を示した。食事の誤嚥を示すむせこみといった症状を示す者が多く存在した。また、認知機能の低下を疑う食べ方の変化や食事中に寝てしまうなどを示す者も一定認められ、窒息事故のリスクも考えられた。また、食事時間の延長を示す者も多く存在し、低栄養のリスクが心配された。歯のせいで食べにくそうにしている 11.1%存在し、歯科治療の必要性がうかがわれた。うがいが出来ない 7.3%、歯ブラシをするのを嫌がる 9.5%認められ、口腔衛生状態の悪化リスクがあると考えられた。うがいの後に口からたくさんの食渣が出てくる 18.1%であり、口腔機能の低下が認められる者が多かった。チェックが全くない者は約半数であり、多くの者で問題が指摘された。さらに、17.4%は 3 項目以上にチェックがみられた。管理栄養士、歯科衛生士の専門職への相談は初月において 20.1%あり、アセスメント項目に多くチェックのある者について多く相談があった。相談事業は有効であった。

介護支援専門員への情報提供に対して、利用者の問題点の把握につながったかの問いには、59%が「把握につながった」と回答し、情報提供の有効性が示された。提供されたアセスメントの情報を基に医療機関等への情報提供は、他に利用の通所施設、短期入所先、医療機関、歯科医療機関、居宅介護事業所、訪問看護ステーション等へ行なわれたが、実際には、7%でのみ実施されなかった。情報提供をもとにケアプランの変更は 7%、行う予定と回答したのは 17%であった。本調査期間が短期間 (3ヶ月) であったことを考慮すれば積極的にケアプランの変更につながったと考える。検討中のサービスは、

通所における口腔機能向上サービス、居宅療養管理指導(歯科医師、歯科衛生士)、通所における栄養改善サービス、居宅療養管理指導(栄養指導)の順であり、本モデルは、既存のサービスを有効に利用するきっかけになる可能性が示された。

今回作成した低栄養リスク、口腔機能低下リスクを判定するアセスメント票を利用することで、介護職員はそれぞれリスクの判定が可能であったと考える。これは、通所施設にて実際の食事介助や口腔ケア介助などを通じて、食事場面の観察や口腔ケアの様子を観察可能であるためと考える。低栄養リスクや口腔機能低下リスクを判定する際には、ミールラウンドなどを通じ食事場面の観察が有効であると言われている。在宅で療養する高齢者に対するリスク判断の場として、通所施設が有効であることが示された。さらに、これらの情報が、介護支援専門員に伝わることで、有用な情報として扱われていることがわかり、ケアプランの変更等に活用される可能性が示された。

表 I-1 年齢

|       | 人数(名) | 割合(%) |
|-------|-------|-------|
| 64歳以下 | 23    | 3.0   |
| 65-69 | 32    | 4.2   |
| 70-74 | 44    | 5.8   |
| 75-79 | 95    | 12.6  |
| 80-84 | 162   | 21.5  |
| 85-89 | 220   | 29.1  |
| 90-94 | 132   | 17.5  |
| 95歳以上 | 47    | 6.2   |

図 I-1 年齢

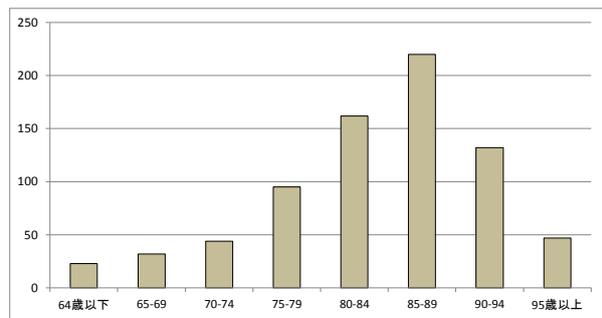


表 I-2 年齢(カテゴリ別)

|            | 人数(名) | 割合(%) |
|------------|-------|-------|
| 75歳未満      | 99    | 13.1  |
| 75歳以上85歳未満 | 257   | 34.0  |
| 85歳以上      | 399   | 52.8  |

図 I-2 年齢(カテゴリ別)

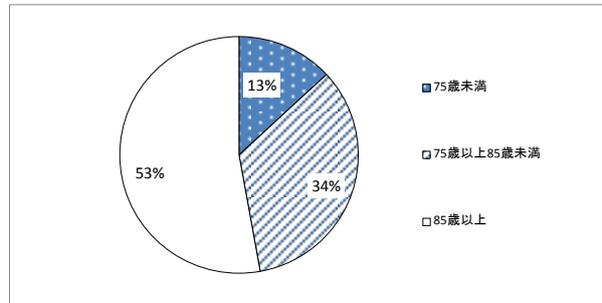


表 I-3 性別

|    | 人数(名) | 割合(%) |
|----|-------|-------|
| 男性 | 219   | 29.0  |
| 女性 | 532   | 70.5  |

図 I-3 性別

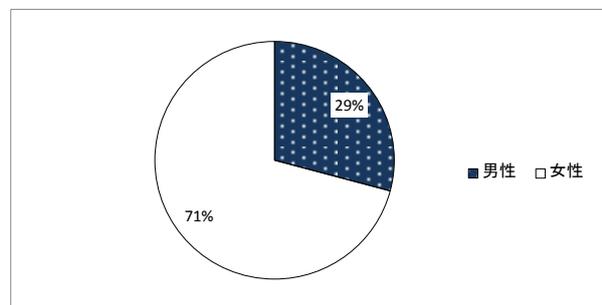


表 I-4 要介護度

|      | 人数(名) | 割合(%) |
|------|-------|-------|
| 要支援1 | 8     | 1.1   |
| 要支援2 | 30    | 4.0   |
| 要介護1 | 85    | 11.3  |
| 要介護2 | 94    | 12.5  |
| 要介護3 | 71    | 9.4   |
| 要介護4 | 47    | 6.2   |
| 要介護5 | 35    | 4.6   |

図 I-4 要介護度

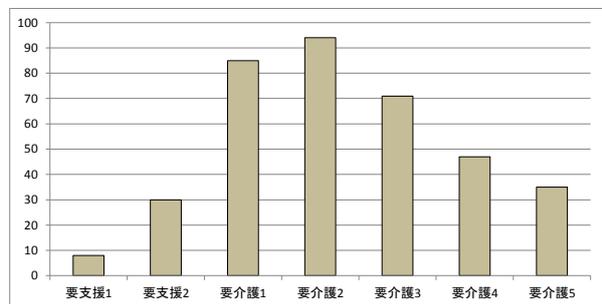


表 I-5 要介護度(カテゴリ別)

|         | 人数(名) | 割合(%) |
|---------|-------|-------|
| 軽度の介護度  | 123   | 16.3  |
| 中等度の介護度 | 165   | 21.9  |
| 重度の介護度  | 82    | 10.9  |

図 I-5 要介護度(カテゴリ別)

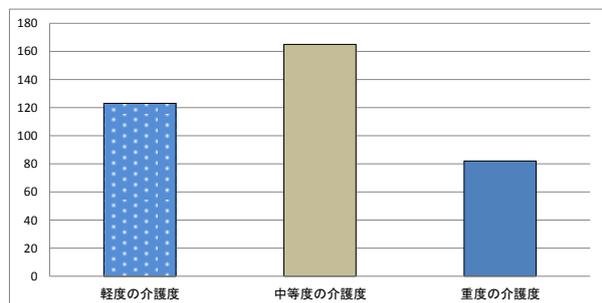


表 I-6 歩行の自立度

|       | 人数(名) | 割合(%) |
|-------|-------|-------|
| 自立歩行  | 200   | 26.5  |
| 杖歩行   | 246   | 32.6  |
| 介助歩行  | 132   | 17.5  |
| 車椅子使用 | 125   | 16.6  |
| 歩行不可能 | 30    | 4.0   |

図 I-6 歩行の自立度

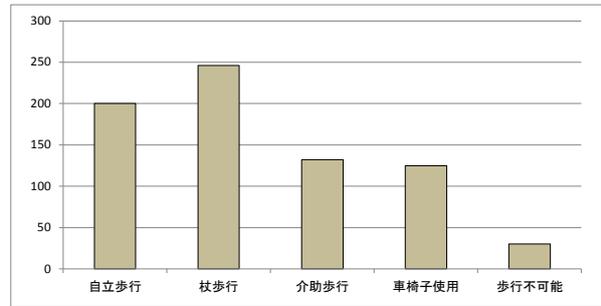


表 I-7 歩行の自立度(カテゴリ別)

|     | 人数(名) | 割合(%) |
|-----|-------|-------|
| 自立  | 446   | 59.1  |
| 介助  | 132   | 17.5  |
| 不可能 | 155   | 20.5  |

図 I-7 歩行の自立度(カテゴリ別)

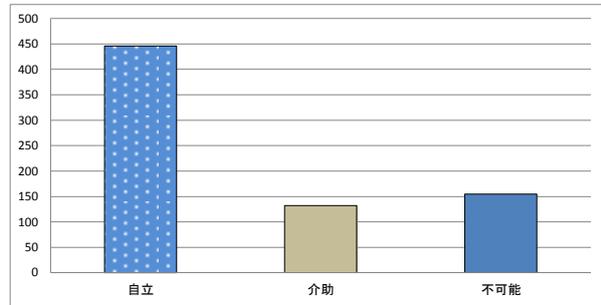


表 I-8 座位保持の可否

|     | 人数(名) | 割合(%) |
|-----|-------|-------|
| 可能  | 709   | 93.9  |
| 不可能 | 36    | 4.8   |

図 I-8 座位保持の可否

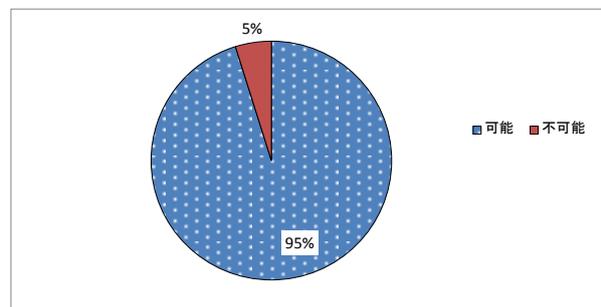


表 I-9 会話レベル

|           | 人数(名) | 割合(%) |
|-----------|-------|-------|
| すべて聞き取り可能 | 528   | 69.9  |
| 一部可能      | 155   | 20.5  |
| 困難        | 45    | 6.0   |
| 会話なし      | 16    | 2.1   |

図 I-9 会話レベル

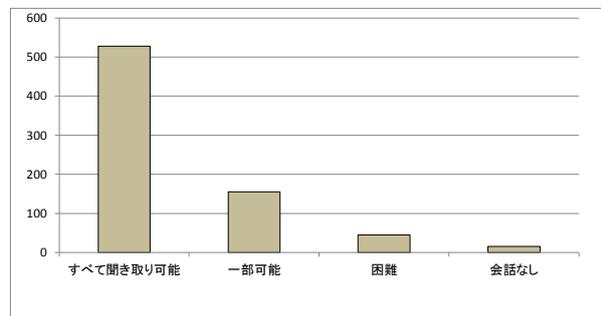


表 I-10 指示従命の可否

|             | 人数(名) | 割合(%) |
|-------------|-------|-------|
| 指示に対してすべて可能 | 512   | 67.8  |
| 一部従命可能      | 192   | 25.4  |
| 従命困難        | 39    | 5.2   |

図 I-10 指示従命の可否

