平成 25 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)
『施設入居者に対する栄養管理、口腔管理のあり方に関する調査研究』
介護保険施設における摂食・嚥下機能が低下した高齢者の「食べること」支援のための
栄養ケア・マネジメントのあり方に関する研究 報告書概要版

平成 26 年 3 月
一般社団法人 日本健康・栄養システム学会

研究組織

委員長 杉山みち子（神奈川県立保健福祉大学教授）

統括・運営小委員会

小山秀夫（兵庫県立大学大学院教授）、加藤昌彦（椋山女学院大学教授）、葛谷雅文（名古屋大学大学院医学系研究科教授）、高田和子（国立健康・栄養研究所栄養ケア・マネジメント研究室長）、榎裕美（愛知淑徳大学准教授）、大原里子（東京医科歯科大学歯学部）、杉山みち子（前述）

経口摂取を支援するためのスクリーニング法作成小委員会

葛谷雅文（前述）、鎌倉やよい（愛知県立大学副学長 看護学部教授）、榎裕美（前述）、角保徳（国立長寿医療研究センター 歯科口腔先進医療開発センター 歯科口腔先端診療開発部 部長）、藤本保志（名古屋大学医学部付属病院耳鼻咽喉科講師）、沢田恵美（医療法人北辰会 蒲郡厚生館病院 栄養管理室 室長）

経口摂取を支援するための栄養ケア・マネジメントのアセスメント・モニタリング表と栄養ケア計画指針作成小委員会

高田和子（前述）、杉山みち子（前述）、榎裕美（前述）、大原里子（前述）、岡本節子（北新宿特別養護老人ホーム 臨床栄養師）、西村悦子（医療法人社団光陽会 ヴィラ光陽事務長 臨床栄養師）

実態調査小委員会

杉山みち子（前述）、榎裕美（前述）、高田和子（前述）、分析協力 高田健人（神奈川県立保健福祉大学栄養学科助教）、研究補助 長瀬香織（神奈川県立保健福祉大学大学院）

協力（講師、資料提供等）

梶井文子（聖路加看護大学准教授）、菊谷武（日本歯科大学教授 口腔リハビリテーション多摩クリニック院長 大学院生生命学研究科臨床口腔機能学教授）、合田敏尚（静岡県立大学食品栄養科学学部長・教授）、田中和美（神奈川県大和市役所健康福祉部健康づくり推進課 臨床栄養師）、谷口英喜（神奈川県立保健福祉大学栄養学科教授）、藤谷順子（国立国際医療センター リハビリテーション科医長）

経理担当

駒形公大（日本健康・栄養システム学会事務局）

研究概要

介護保険施設においては、嚥下造影検査（VF）や嚥下内視鏡検査（VE）などの医療機関と連携した摂食・嚥下機能評価は困難な状況にある施設が多く、経口移行加算や経口維持加算Ⅰの取得が、現在も依然として伸びず、また、医療的な摂食嚥下評価を行わない経口維持加算Ⅱの取得も、簡便なスクリーニング機能をはたす摂食嚥下機能の評価票（様式例）が厚生労働省から通知されていないこともあり推進されていない。

そこで、本研究事業においては、介護保険施設入所者の摂食嚥下機能低下者の早期把握のための簡便なスクリーニング法の導入と、その個別の身体状況、栄養状態、嗜好、食環境等に見合っ、介護保険施設における要介護高齢者の経口摂取を支援するために、摂食嚥下評価のための簡易スクリーニング、効果的な栄養ケア・マネジメントのためのアセスメント・モニタリング表および効果的な栄養ケア計画作成のための指針の試案を作成し、これらの試案を用いての介護保険施設入所者に対する実態調査を行い、その実用化をはかることによって施設入所者に対する栄養管理・口腔管理のあり方の質の向上に寄与することを目的とした。

本研究事業では、Ⅰ．介護保険施設における経口摂取を支援するための栄養ケア・マネジメントのアセスメント・モニタリング表と栄養ケア計画指針試案と実態調査 Ⅱ．要介護高齢者のための摂食・嚥下機能評価簡易スクリーニング方法の開発 Ⅲ．介護保険施設における嚥下調整食分類の利用状況 Ⅳ．地域健常高齢者における摂食嚥下障害ならびに栄養障害の実態調査からの簡易スクリーニング法の必要性 Ⅴ．介護保険施設における栄養ケア・マネジメント 口腔管理のあり方に関する提言を行った。

Ⅰ．介護保険施設において経口摂取を支援するための栄養ケア・マネジメントの アセスメント・モニタリング表と栄養ケア計画指針試案と実態調査

本研究は、介護保険施設における要介護高齢者の経口摂取を支援するために、摂食嚥下評価のための簡易スクリーニング、効果的な栄養ケア・マネジメントのためのアセスメント・モニタリング表および効果的な栄養ケア計画作成のための指針の試案を作成し、さらに介護保険施設において、これらの試案を用いての利用者の実態調査を行い、その実用化をはかることを目的とした。

委員長 杉山みち子（神奈川県立保健福祉大学教授）のもとに、1）統括・運営小委員会、2）「経口摂取を支援するための簡易スクリーニング法作成小委員会」、3）「経口摂取を支援するための栄養ケア・マネジメントのアセスメント・モニタリング表と栄養ケア計画指針」作成小委員会、4）実態調査小委員会の4つの委員会を設置し、4回にわたる学識経験者や専門職からのヒアリングと2回の検討会議を経て、「経口

摂取を支援するための栄養ケア・マネジメントのアセスメント・モニタリング表と栄養ケア計画指針試案」（従来の低栄養に加えて、簡便な摂食嚥下障害リスク、口腔、食事中の姿勢や認知症の徴候・症状、脱水・溢水、食事形態には摂食嚥下調整食分類を導入）を調査票として作成した（資料編 調査票参照のこと）。

日本健康・栄養システム学会の認定臨床栄養師がいる、あるいは認定臨床研修施設の介護保険施設である特養54か所、老健39か所、全93か所のうち協力同意が得られた施設37か所（特養24か所、老健13か所）の管理栄養士を調査責任者として、平成25年10月～12月の入所者各施設50名、全1,500名を目標として、調査票への既存関連資料からの転記及び入所者の観察による記載を依頼し、12月末に郵送により回収した。SPSSを用いて基本集計を行い、施設の種類、要介護度別にアセスメント、モニタリング、ケア項目の利用状況を把握し、以下の結果を得た。なお、愛知淑徳大学研究倫理審査委員会の承認を得た。

1. 調査票は特養 22 施設、老健 13 施設、合わせて 35 施設から回収され、個別調査票は特養 1,021 名、老健 625 名、合計 1,646 名であった。記入者は、特養 22 施設のうち 95.9%、老健 13 施設のうち 84.6%が「管理栄養士」であり、その他として「生活相談員」「事務員」であり、施設の「入所者数」「入所者の年齢」「要介護度」「管理栄養士の配置数」等からみて標準的な施設であった。
2. 調査月の前月の 1 か月間の「新入所者」は、特養平均 1.4 (SD1.4) 名、老健平均 8.2 (SD5.5) 名、「入院中の者」は特養平均 2.0 (SD2.3) 名、老健平均 0.5 (SD1.1) 名、「入院した者」は特養平均 2.8 (SD2.8) 名、老健平均 3.6 (SD1.9) 名、「自宅への退所者」は特養 0 (SD0.2) 名、老健平均 10.2 (SD27.1) 名、「死亡者」は特養平均 1.5 (SD1.5) 名、老健 0.4 (SD0.9) 名、「経管栄養」の者は特養平均 5.9 名 (SD4.3) 名、老健平均 5.4 (SD7.1) 名であり、その殆どは「胃瘻・腸瘻」による経管栄養であった。
3. 「経口移行加算」は特養 9.1%、取得件数平均 1.5 (SD0.5) 件/月、老健 23.1%、取得件数平均 0.7 (SD0.5) 件/月、「経口維持加算Ⅰ」は特養 13.6%、取得件数平均 13.7 (SD9.2) 件/月、老健 15.4%、取得件数平均 0.5 (SD0.5) 件/月、「経口維持加算Ⅱ」は特養 36.4%、取得件数平均 10.8 (SD9.2) 件/月、老健 23.1%、取得件数平均 6.2 (SD5.7) 件/月と取得率、取得数とも少なく、これらの「加算の非請求の理由」には、「VE、VF による嚥下評価が困難」「対象者がいない」「医師、歯科医師による指示が得られない」「人員不足」が従来の調査と同様にあげられていた。
4. 「歯科衛生士」「歯科医師」の常勤配置は特養・老健ともに殆どみられないものの、「歯科医師の訪問」が月 1 回の施設は特養 14.3%、老健 15.4%であり、1 か月に 2 回以上の訪問がある施設が特養 66.7%、老健 76.9%であり、「管理栄養士による利用者の食事時

の観察（ミールラウンド）」は、特養、老健ともに「毎日行っている」施設は少ないものの、特養は「毎日」4.8%、「週に5～6回」61.9%と「週に3～4回」23.8%とを合わせて80%以上、老健は「毎日」23.0%、「週に5～6回」46.2%、「週に3～4回」30.8%と合わせて100%であった。

5. 「経口摂取を支援するための栄養ケア・マネジメントのアセスメント・モニタリング表と栄養ケア計画指針試案」の各項目についての記載が、「不明」の割合は、殆どの項目において2%前後であり、高い場合も1割未満であったことから、当該実用可能であった。
6. 「低栄養状態のリスクレベル」は、栄養マネジメント加算取得における区分により、特養では「低リスク」42.0%、「中リスク」45.0%、「高リスク」11.6%、老健では「低リスク」47.7%、「中リスク」43.2%、「高リスク」8.8%であった。「中リスク」「高リスク」を合わせて、特養 56.5%、老健 52.0%と半数以上に及んでいたが、「3%以上の体重減少がある」が特養 31.5%、老健 32.3%、「食事摂取量が75%未満」が特養 14.0%。老健 10.0%と比較的低いことから、入所後の栄養ケア・マネジメントが体重や食事量の維持に寄与していることが推察された
7. 「摂食・嚥下能力のグレード評価」では、「軽症」が特養 51.3%、老健 44.2%と多くみられ、「中等症」が特養 12.6%、老健 11.4%、重症は特養 4.0%、老健 0.5%と少ないことから、これらの摂食嚥下能力低下の「軽症」「中等症」者には、摂食嚥下機能低下に対してVEやVFといった医療的評価体制を強化するよりも、当該調査で実施したような簡便な摂食嚥下スクリーニング表やアセスメント表の活用が求められていた。
8. 鎌倉らの開発した「摂食・嚥下障害リスク得点」は、特養平均9.1（SD10.3）点、老健平均6.0（SD9.3）点であり、要介護度の重度化に伴って高得点となった。各項目別には、「嚥むことが困難である」特養 41.6%、老健 30.4%、「硬い食べ物を避け、軟らかい食べ物ばかり食べる」特養 47.3%、老健 32.3%、「口から食べ物がこぼれる」「ことが明瞭でない」特養 36.8%、老健 24.0%、「食べ物をいつまでも飲み込まずに噛んでいる」特養 25.2%、老健 13.6%、「食事中や食後に濁った声に変わる」特養 11.4%、老健 8.6%、「食べるのが遅くなる」特養 35.0%、老健 20.2%、「水分や食べ物が口に入った途端にむせたり、せきこんだりする」特養 26.1%、老健 12.0%、「水分や食べ物を飲み込むときにむせたり、せきこんだりする」特養 35.3%、老健 19.7%、「口に水をふくむことができない」特養 17.7%、老健 10.1%、「口に水をふくむことはできるが口からこぼれる」特養 25.2%、老健 14.6%、「口に水をふくむことはできるが口内にためておけない」特養 22.2%、老健 14.7%であった。これらのいずれも項目に該当した場合も

対応したケアとして「食形態の変更」が最も多く行われ、次いで「頭位・体位の調整」「口腔ケア」「増粘剤の使用」などであったが、「食事前のアイスマッサージ」「顎を引いて嚥下を促す」「空嚥下を行う」「義歯管理や歯科受診」「Supraglottic Swallow」による対応は比較的少なかった。また、特養は老健に比べて各項目に該当する割合が高かったが、対応するケアの実施率は低かった。なお、摂食・嚥下障害のリスクの点数化やその妥当性については、さらに、本データの詳細な解析や追跡研究によって検証を行っていくことが求められた。

9. 「歯科医師の訪問回数」が「月 2 回以上」あった施設が約 70%であったが、歯科医療の必要な施設入居者の割合は高く、「月 1 回以下」の施設では歯科医療の必要性の把握と提供が不足していた。口腔のアセスメントによって「口腔乾燥」がみられた者は、要介護 1～3 では約 14～19%あったが、要介護 4 では 23%、要介護 5 では 27%把握された。口腔乾燥により味覚機能、咀嚼機能、嚥下機能が低下するので、「保湿」を積極的に実施することが望まれた。「開口やうがい問題」がある場合、介護職による日常的な口腔ケアを効果的に行うことが困難となる。嚥下性肺炎のリスクが高い咀嚼機能低下や嚥下機能低下がある要介護者は、「専門的口腔ケア」「歯科医師・歯科衛生士による介護職への指導」「歯科受診」の必要性が特に高かった。「咀嚼力の低下」は、口腔乾燥、味覚機能低下、嚥下機能低下の要因となり、低栄養のリスクを大きくするので、義歯を使用して咀嚼することにより、さらなる咀嚼機能低下を防ぐことが可能となる。「口臭や口の中の問題」がある者の割合は、軽度の要介護者よりも重度の要介護者の方が高く、「歯科受診」の割合は重度の要介護者の方が低かった。口腔の不具合を訴えることが困難な、重度の要介護者への歯科医療の提供が、特に不足していると考えられた。
10. 「嚥下調整食」は、特養では「主食」55.6%、「副食」53.9%、老健では「主食」56.6%「副食」49.9%と約半数であり、そのうち、嚥下調整食基準コード（日本摂食嚥下リハビリテーション学会による）の有効記載は全体の 98.7%であり、摂食嚥下能力や口腔の課題に対する対応のための「食形態の変更」にも活用されていた。なお、主食の嚥下調整食には、「コード 4」（軟飯、全粥など）が特養 58.5%、老健 76.3%と過半数を占め、「コード 1J」（おもゆゼリー、ミキサー粥のゼリーなど）が特養 13.0%、老健 9.9%「コード 3」（離水に配慮した粥）が特養 12.1%、老健 6.5%、次いで「コード 2A」（粒がなく付着性の低いペースト状のおもゆや粥）が特養 10.4%、老健 6.5%であった。副食の嚥下調整食は、「コード 4」が特養 31.8%、老健 53.8%、次いで、「コード 3」が特養 31.5%、老健 13.5%、「コード 2A」が特養 15.8%、老健 14.7%であった。一方、「とろみ剤」の使用者は、特養 28.7%、老健 24.6%、嚥下調整食基準の「とろみ剤」濃度の 3 段階の有効記載は全体の 98.0%であり、特養は「うすい」31.7%、「中間」40.6%、

「濃い」24.9%、老健は「うすい」19.5%、「中間」66.2%、「濃い」老健13.6%であった。

11. 「食事中の姿勢」は食欲や摂食嚥下機能の低下への影響が大きいですが、以下の認知症の徴候・症状と同様に、特養では「管理栄養士」84.1%、「介護福祉士」64.7%、「介護士」38.9%、老健では、「管理栄養士」74.1%とともに「介護福祉士」が77.6%という高い割合で担当し、「理学療法士」「作業療法士」の参加もそれぞれ22.2%、16.0%と特養に比べ多くなっているのが特徴であった。「食事の姿勢」の問題がいずれか一つ以上に有とした者の割合は特養では4割近く、老健では2割強あった。問題のある者に対しては、「摂食動作」「姿勢の評価」が3割以上で行われ、「座席・テーブル椅子の調整」は、リハビリテーションの専門職が配置された老健で4割近く、「食事姿勢の調整」が特養では6割以上、老健で5割以上に行われていた。
12. 対象者の約9割のものが「認知症」であり、「認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲa以上」の重度なものが半数以上存在した。「調査で評価した食事中的認知症関連の徴候・症状」について欠損の無いもの（有効回答）は1,596名（97.0%）であり、実用化できることが確認された。そのうち少なくとも「1つ以上」の徴候・症状について「週に1~2回」以上（「週に1~2回」「週に3~5回」「1日に1~2回」「毎食事」の合計）の頻度でみられたものは特養70.2%、老健42.6%、「2つ以上」の徴候・症状について「週に1~2回」以上みられたものは特養45.3%、老健23.8%と重度な認知症患者の多い特養でその割合は高かった。認知症関連の徴候・症状の各項目別の出現頻度は、1~2割前後と比較的少ない状況にあり、対応する栄養ケア計画の目的は主に食事摂取の促しと安全面への配慮であり、その内容は、「本人への直接的な働きかけ」と「食事をするための周辺環境への働きかけ」に大別されるが。前者は「声掛け」「見守り」「ボディータッチ」などで、後者は「姿勢の保持」「食事時間の変更」「食事場所の変更」「食器具の変更」「食形態の変更や代替食の提供」などであり、「声掛け」は最も基本的な本人への働きかけとして、いずれの項目に該当した場合にもよく実施されていた。
13. 病的な「脱水」症と判断された対象者は10%以下であり、先行研究と比べると少なかった。一方、「溢水」に関しては、5%前後であったが、先行研究は殆ど行われていないので比較はできなかった。これらは、水分管理が上手く行われている結果でもあるが、アセスメントが不十分なために、軽度な「脱水」「溢水」が抽出されていない可能性もあった。「溢水」のアセスメントに有効な「経静脈の怒張に関する評価」は今後の課題である。食事および飲水量、体重、血圧、脈拍に関しては多くの利用者で定期的な評価が実施されていた。しかし、「尿量の確認」「必要水分補給量の算出」「血清ナトリウムイオン濃度の評価」が実施されることは少なかった。

14. 当該アセスメントやケア計画を「担当した職種」は、特養では、「管理栄養士」が主体となり、「介護福祉士」「介護士」「看護師」「歯科衛生士」「准看護師」「栄養士」「歯科医師」「医師」「作業療法士」「言語聴覚士」が、老健では、「管理栄養士」が同様に主体となり「介護福祉士」「看護師」「准看護師」「医師」「言語聴覚士」「歯科衛生士」「作業療法士」「理学療法士」「歯科医師」「栄養士」等の多職種が担当し、チームアプローチが推進されていた。

介護保険施設においては、平成 17 年 10 月に栄養管理体制加算（当該加算は平成 24 年に介護報酬に包括化）、栄養マネジメント加算が設置され、管理栄養士の常勤配置が推進されたが、当該調査の対象施設においても、施設当たりの常勤管理栄養士の平均配置数は 1.2 名であり、当初期待されていたような常勤管理栄養士の 2 人体制には、現在も至っていなかった。また、歯科衛生士の施設配置もすすんでいない状況が提示された。そのため、施設に 1 名程度の管理栄養士がミールウンドを毎日行うには無理があり、毎日の食事時の観察やケアは社会福祉士はじめとするチームによって行われていた。一方では 低栄養の中高リスクの施設入所者は半数を上回り、嚥下調整食の利用も半数を超え、管理栄養士による個別の栄養ケア計画の作成と実施の必要性は高く、さらに、これらの入所者の摂食嚥下機能の低下については、低症者が大多数と占めており、その対応する計画の多くの部分で食形態の変更による対応がされていることから、現在もなお加算請求数の低迷している VE、VF による摂食嚥下評価体制の更なる推進を今後も要するのかは再検討する必要があると考えられた。

以上の結果から、介護保険施設において今回作成された「経口摂取を支援するための栄養ケア・マネジメントのアセスメント・モニタリング表と栄養ケア計画指針試案」は実用可能であることが確認されたので、介護現場の軽中度要介護者を主なターゲットとして、今後とも実用試験を重ね改善を繰り返すことが必要である。この効果的な活用法についての根拠を継続して提示し、当該方法を制度として導入するための適切な体制とサービスのあり方を提示していくことが求められる。

II. 要介護高齢者のための摂食・嚥下機能評価簡易スクリーニング方法の開発

介護保険施設において、摂食・嚥下機能低下者を早期に把握するための簡便なスクリーニング法の開発を目的として、H介護老人保健施設入所高齢者59名（平均年齢83.4±9.4歳）、及び併設デイサービス・デイケアの通所型サービス利用高齢者172名（平均年齢82.3±8.4歳）を対象とし、摂食・嚥下障害の評価は、鎌倉らの高齢者の嚥下障害に対する他者評価尺度（以下、他者評価尺度）及び摂食・嚥下能力のグレード評価（藤島ら、嚥下グレード）を用いた。さらに、他者評価尺度には、口腔内への水の取り込みに関する3項目（うがい）を加えた。なお、本研究は、愛知淑徳大学研究倫理審査委員会の承認を得て行い、以下の結果を得た。

1. デイサービス、デイケア利用高齢者においては、要介護度は軽度のものが多く、食事は自力摂取、食べる姿勢も座位がほとんどであったが、他者評価尺度スコア、嚥下グレードの評価において、約27～30%のリスク者または軽症以上のものが認められ、通所サービスを利用している段階からのスクリーニングは有効と考えられた。
2. 入所高齢者においては、他者評価尺度スコア、嚥下グレードの評価でのリスク者は約68～75%に認められ、今後、これらの個々の設問別の問題点とその解決策を、他者評価尺度の項目を用いながら検討していく必要があった。
3. 他者評価尺度による評価で、摂食嚥下にリスクがある群と問題の無い群の比較を行い、BMI、ADL、食事の種類、とろみ剤、食事の終わるまでの時間の因子と強い関連があることから、これらの因子の把握に有効なツールと考えられた。

この研究の限界は、施設高齢者のサンプルサイズが小さかったこと、肺炎の発症率が少なく、よく栄養管理されている施設であったことである。また、今回は、点数化だけの解析にとどめたが、うがいの評価については、他者評価尺度とともに合計点を使用するのが妥当か、また個別に問題把握のために実施するのかなど、前向きイベント調査結果をふまえて今後検討することが求められた。

Ⅲ. 介護保険施設における嚥下調整食分類の利用状況

本研究は、各介護保険施設において使用している食事形態に関する用語が「嚥下調整食学会分類 2013」（以下、学会分類）にどのように対応するかを検討することを目的とした。Ⅰの研究において登録された35施設（特養22施設、老健13施設 計35施設）を対象として、①各施設の食事形態用語が学会分類のどの分類に該当するか、②刻みの対応 ③とろみについて段階わけと学会分類のとろみの3段階の対応について調査し、以下の結果を得た。

1. 学会分類における摂食嚥下食には5コードに対し、コード0にJとT、コード2に1と2の2種があり、計7種類の食形態がある。回答が得られた35施設における食形態の種類は平均4種類であり、学会分類に対応する食形態の種類数は、1種類（2施設）、2種類（4施設）、3種類（8施設）、4種類（10施設）、5種類（5施設）、6種類（2施設）、7種類（4施設）であった。
2. 該当する食形態が最も多くあるのは、2-1の29施設であり、1J、3、4が26施設と多かった。一方で2-2は最も少なく9施設であった。嚥下訓練食であるコード0については、既存の食形態でなく個別対応している施設があった。また0J以外では、他のコ

ードに分類された食形態が共通して使用されていた。該当する食形態がないものはOJ、OT、2-2がそれぞれ18施設と多かった。

3. 咀嚼や嚥下が困難な人に嚥下調整食分類以外に刻みなどの対応をしている施設は、29施設あった。記載されていた刻み食の種類は、1種類が11施設、2種類が10施設と多いが、最大で7種類の記載があり、計60種類となった。咀嚼が困難な人への使用では、「軟らかく煮る」、「ピューレ、あんかけ」のいずれもしていないものが最も多く、これらの食事が咀嚼の困難な人に適した状態になっているかについて検討が必要であった。
4. 施設が使用しているとろみ剤の種類がばらばらのために、同じ程度のとろみであるかの比較は難しい。また、今回の記述では、形状の説明は少なかったため、3段階のとろみがあったとしても、それらが学会分類とあっているかについては、今後、使用しているとろみ剤の種類を考慮の上、検討が必要であった。

施設の食事の学会分類へのあてはめは、ある程度は適正にされていると考えられるが、一部、不適切な説明（施設での定義）がみられた。また、訓練食でなく、普段の食事では食材や調理法が多様なため、短い言葉での定義が困難であることも予測される。一方で、説明に使用されている用語が多様であり、今後はある程度は学会分類で使用されている用語を共通して使用していく工夫も必要と思われた。一方で、刻み食については、嚥下障害を有する患者での使用について危険性も指摘されており、「軟らかく煮る」、「ピューレ、あんかけ」のない状態での使用については、適正な対象に提供されているかを検討する必要があると思われる。

IV. 地域健常高齢者における摂食嚥下障害ならびに栄養障害の実態調査からの

簡易スクリーニング法の必要性

要介護認定を受けて施設入所している高齢者と元気に地域で生活している高齢者との比較を目的として、名古屋市高年大学鯉城学院に通学している健常高齢者を対象に摂食嚥下や栄養状態に対する内容を検討することを目的とした。

名古屋市高年大学鯉城学園に通学する全対象者のうち、性別は問わず年齢60歳以上（1学年550人程度）で、研究に対して同意した対象者470名（男性：186名；女性：284名、平均年齢 68.7 ± 4.7 歳、男性： 69.2 ± 4.5 歳、女性： 68.5 ± 4.8 歳）に対して、施設において連結可能匿名化した調査用紙を用いた調査を実施し、以下の結果を得た。なお、名古屋大学医学部倫理委員会の承認を受け、解析は集団として行い、個人情報保護に努めた。

1. 470名全員の基本的ADLは自立しており、要介護認定も受けていない自立した高齢者であった。また経済状態についても「一部の援助が必要」と回答したのはごく一部であり、経済的にも恵まれた集団であったが、男性女性とも7割が定期的通院をしていると回答していた。
2. 自立した健常と思われる高齢者ではあるが、「半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか」の問いに「はい」と回答した咀嚼機能障害が疑われる対象者は男性、女性とも15～16%程度存在した。また、「お茶や汁物等でむせることがありますか」の問いに対して「はい」と回答した嚥下機能障害を疑う対象者はさらに多く、男性で18.3%、女性で17.0%存在した。しかし、これらは全て主観的な評価であり、今後客観的な評価が必要である。
3. 栄養状態に関してはMNA-SFで低栄養と評価されたのは、男性で0%、女性で0.4%と参加者のうち、女性でただ一人であった。これらの在宅で元気に生活している高齢者の栄養状態は良好であることが想像できる。

それゆえ、470名の健常高齢者の主観的咀嚼・嚥下機能ならびにMNA-SFを使用した栄養評価を時視した。栄養状態は総じて良好であったが、このような健常高齢者においても主観的な咀嚼・嚥下機能の低下が相当数観察された。今後、これら的高齢者が継時的にどのような変化を呈するのかを縦断的に観察することが求められる。また、今回の結果から、介護保健施設入所者ばかりでなく、地域健常高齢者にも摂食嚥下障害や低栄養の簡易スクリーニングの必要性があることは明らかであった。

V. 介護保険施設における栄養ケア・マネジメント 口腔管理のあり方に関する提言

本調査結果から以下のような提言を行うことができる。（文責：小山秀夫）

1. 介護保険制度創設により、平成17年10月に導入された介護保険施設の食事料の全額自己負担化に伴う、栄養ケア・マネジメント制度の導入は、介護保険分野における低栄養問題の存在（今回の調査結果からも5割以上が中程度以上の栄養問題を有している）を社会的に明らかにし、その対応として高齢者の個別栄養ケアが社会的重要性の認識醸成に著しく貢献したことは明らかであり、今後とも栄養ケア・マネジメント体制を強固に構築することが求められている。
2. 介護保険施設の栄養ケア・マネジメント体制の確立には、管理栄養士の適切な配置が必要である。介護保険施設の管理栄養士は、栄養ケア・マネジメントにおけるモニタリング、アセスメント、プランニング、および評価といった一連のマネジメント業務

を遂行し、ミールラウンドや適切な食形態の選択などに努力しているが、摂食嚥下機能が低下した高齢者への経口移行加算及び経口維持加算に至っていない現状が明らかであり、各種専門職によるチームによる体制の確立が求められている。

3. 介護保険施設の栄養・咀嚼嚥下に関する問題の発見、改善計画の実施、評価に至る一連の業務において、介護福祉士をはじめと介護職員の技術能力や勤務意欲およびその他の職種とのチームワークが業務結果を左右していることは明らかであるとともに、介護職員をサポートする専門職集団の支援が必要である。この意味では、利用者の栄養状態の改善は職員全体の技術集積と施設全体のマネジメントの徹底が求められている。
4. 介護保険施設入所者の摂食嚥下機能低下者の早期把握のための簡便なスクリーニング法の導入と、その個別の身体状況、栄養状態、嗜好、食環境等に見合っ、経口摂取を支援することを目的とした栄養ケア・マネジメントを推進するために、アセスメント・モニタリング表の様式例の見直しや、栄養ケア計画作成上の新しい指針を、行政サイドから発信することが求められている。
5. 本研究でも明らかなように、月 2 回以上の歯科医の施設訪問、常勤が無理であっても定期的な歯科衛生士の関与、定期的なアセスメントや食事時の姿勢の改善などには、言語聴覚士、作業療法士、理学療法士の定期的関与が望ましい。これらの、何らかの専門職集団の利用者への科学的アセスメントや介護専門職種に対する支援体制の構築が必要である。
6. 今回作成されたアセスメント・モニタリング表および効果的な栄養ケア計画作成のための指針（対応するケア内容）については、実用可能であると判断されたこともあり、介護現場の軽中度要介護者を主なターゲットとして、今後とも実用試験を重ね改善を繰り返すことが必要である。
7. 介護保険施設では、利用者 100 名当たり 2 名以上の管理栄養士の配置が不可欠である。これは、栄養ケア・マネジメントが介護報酬上算定できるようになった平成 17 年度 10 月改正で、管理栄養士の配置加算 12 単位、栄養マネジメント加算 12 単位と設定され、当時の民間施設の管理栄養士の 1 人当たり人件費が 420 万円程度であり、それを利用者 1 人日当たり 120 円と積算し、100 人 365 日で 438 万となることを前提としたものである。したがって、栄養マネジメント加算算定施設では 2 名以上の管理栄養士の配置が経営的に可能になるように配慮されているのである。平成 24 年度改正では、管理栄養士の配置加算が介護報酬に包括化され、栄養マネジメント加算は、14 単位に引き

上げられた。この意味では、介護保険施設 100 名当たり 2 名以上の管理栄養士が配置されていなければ、栄養マネジメント業務の遂行は人員的に支障をきたすことになる。それにもかかわらず、管理栄養士 1 名配置の施設が多数であるという現状は、早急に是正を要する。

8. 以上の事柄に関連して、栄養マネジメント加算の算定要件に人員配置（構造評価）と、マネジメントの実施過程（プロセス評価）、さらに咀嚼嚥下問題や低栄養状態の改善度合い（アウトカム評価）と 3 側面から算定の在り方を見直す必要がある。
9. さらに、嚥下造影検査（VF）や嚥下内視鏡検査（VE）などの医療機関と連携した摂食・嚥下機能評価は困難な状況にある施設が多く、経口移行加算や経口維持加算Ⅰの取得が、現在も依然として伸びず、また、医療的な摂食嚥下評価を行わない経口維持加算Ⅱの取得も、簡便なスクリーニング機能をはたす摂食嚥下機能の評価票（様式例）が徹底されていないことから、経口維持加算の算定要件の見直しと、管理栄養士、歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士などによりチーム体制加算的な算定方式に改善することが望ましい。
10. 栄養状態のアセスメントやモニタリングには、医師の判断が重要であるとともに、ケアスタッフへの支持権限を実質的に有する介護保険施設に関与する医師に対しての栄養ケアや咀嚼嚥下に対する医療的な教育も必ずしも十分でない現状から、少なくとも老人保健施設の施設長である医師や特別養護老人ホームにおいて医師配置加算の対象となる医師には、何らかの方法で研修を義務づけるとともに、特別養護老人ホームの嘱託医等にも医師団体等の協力を得て研修機会を確保する必要があると考えられる。

2014 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 2-21-5 クレア 201

Tel : 03-5159-0365 fax : 03-5829-6679

e-mail : ncm@j-ncm.com

9. 貴施設で飲料にとろみをつける場合について回答してください。
- (1) 段階わけはありますか。以下のどちらかに○印をつけてください。
1. 基本的に、とろみ剤に記述されている量を使用する 2. 段階わけをしている
- (2) 2. 段階わけをしていると回答した場合は、下記に示す日本摂食・嚥下リハビリテーション学会の嚥下調整食における分類に貴施設での名称がどうか対応するかを記載してください。

	性状の説明(飲んだとき)	性状の説明(見たとき)	貴施設での名称	貴施設での特性、定義等
(例)			ヨーグルト状	お茶100mlに一包(3g)を使用
段階1 薄いとろみ	「drink」という表現が適切なとろみの程度。口に入れると口腔内に広がる。液体の種類・味や温度によっては、とろみがついていることがあまり気にならない場合もある。飲み込む際に大きな力を要しない。ストローで容易に吸うことができる。	スプーンを傾けるとすつと流れおちる。フォークの歯の間から素早く流れ落ちる。カップを傾け、流れ出た後には、うっすらと跡が残る程度の付着		
段階2 中間のとろみ	明らかにとろみがある感じがありかつ、「drink」という表現が適切なとろみの程度。口腔内での動態はゆっくりですぐには広がらない。舌の上でまとめやすい。ストローで吸うのは抵抗がある。	スプーンを傾けるととろとろと流れる。フォークの歯の間からゆっくりと流れ落ちる。カップを傾け、流れ出た後には、全体にコーティングしたように付着		
段階3 濃いとろみ	明らかにとろみがついている。まとまりが良い。送り込むのに力が必要。スプーンで「eat」という表現が適切なとろみの程度。ストローで吸うことは困難。	スプーンを傾けても、形状がある程度保たれ、流れにくい。フォークの歯の間から流れでない。カップを傾けても流れ出ない(ゆっくりと塊となってしまう)		

10. については、協力の同意を頂いた施設には、同協力責任者の管理栄養士各位に7, 8の記載用のエクセルファイルを事務局からメールの添付ファイルでお送りさせていただきます。
- 対象者の栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング・栄養ケア計画調査票には、『日本摂食・嚥下リハビリテーション学会の嚥下調整食』の9のとろみ剤の段階と10の嚥下調整食分類のコードを用いて回答をお願いします。
- 回答が終わりましたら、見直しをしてください。対象者の栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング・栄養ケア計画調査票等と一緒に事務局へご返送ください。

10.

日本摂食・嚥下リハビリテーション学会による嚥下調整食基準を下記に示しています。
 貴施設での食形態がどこに初定するか、施設で使用している名称とその特徴、例、定基準名例に従って記載してください。
 嚥下調整食基準の1つの名称に施設で使用している名称が2種類該当する場合は、2種類記載して結構です。
 真病院の分類で、該当するものがない場合は、「該当なし」、この食相がどのような分類に属するかを記入してください。
 嚥下調整食基準のいずれにも該当しない食形態については、下の方の「その他」の欄にその他の欄に記入してください。

コード	名称	形態	目的・特色	主食の例	必要が咀嚼能力	他の分類との対応	貴施設での名称	例示、定基準等 舌で押しつぶせる固さでつ ぶした時に嚥階が碎けてハ ラける形状
(例)							移行食	
0J	嚥下調整食1	均質で、付着性・凝集性・硬さに配慮したゼリー・糊水が少なく、スライス状にすくうことが可能なもの	重度の症例に評価も含め訓練する段階。少量をすくってそのままだのみ可能な量。凝集した場合には吸引が容易。たんぱく質含有量が少ない。	(若干の送り込み能力)	嚥下食ピラミッドL1、L2、嚥下困難者用食品許可基準I			
0T	嚥下調整食2	均質で、付着性・凝集性・硬さに配慮したゼリー・糊水が少なく、スライス状にすくうことが可能なもの	重症の症例に対する評価・訓練用。少量すくうことが可能。ゼリー・糊水が少なく、スライス状にすくうことが可能。たんぱく質含有量が少なく、スライス状にすくうことが可能。	(若干の送り込み能力)	嚥下食ピラミッドL3の一部。(はちみ水)			
1J	嚥下調整食1	均質で、付着性・凝集性・硬さに配慮したゼリー・糊水が少なく、スライス状にすくうことが可能なもの	口腔外で既に適切な食塊状となっており、(少量をすくってそのままだのみ可能な量)送り込み時に多少嚥下時に口蓋に舌を押しつける必要がある。	(若干の送り込み能力)	嚥下食ピラミッドL3、L4、高齢者ソフト食、UDF区分1・2(ゼリー状)			
2A	嚥下調整食2	ビュレ・ペースト・ミキサー食など、均質でなめらかで、べたつかず、まとまりやすいため、スプーンですくって食べることが可能なもの	口腔内の簡単な操作で食塊状となるもの(咽頭では残留 誤嚥をしないように配置したもの)	嚥下食ピラミッドL3、L4、高齢者ソフト食、UDF区分4				
2B	嚥下調整食2	ビュレ・ペースト・ミキサー食などで、べたつかず、まとまりやすいため、スプーンですくって食べることが可能なもの	舌と口蓋間で押しつぶしが可能なもの。押しつぶしや送り込みの口腔操作を難しく(あるいはそれらの機能を減らし、かつ誤嚥のリスクを減らして配慮がなされているもの)。	嚥下食ピラミッドL3、L4、高齢者ソフト食、UDF区分4				
3	嚥下調整食3	形があり、押しつぶしが容易、食塊形成や移送が容易、咽頭でべたけず嚥下しやすさに配慮されたもの、多量の糊水がない	舌と口蓋間で押しつぶしが可能なもの。押しつぶしや送り込みの口腔操作を難しく(あるいはそれらの機能を減らし、かつ誤嚥のリスクを減らして配慮がなされているもの)。	嚥下食ピラミッドL3、L4、高齢者ソフト食、UDF区分4				
4	嚥下調整食4	硬さばらけやすさ・貼りつきやすさなどがなく、嚼やスプーンで切れるやわらかさ	誤嚥と窒息のリスクを配慮して素材と調理方法を選んだもの。歯がなくとも対応可能だが、上下の歯槽間などで押しつぶす必要があるはずりつぶすことが必要で舌と口蓋間で押しつぶすことは困難。	嚥下食ピラミッドL4、高齢者ソフト食、UDF区分3				

UDF:ユニバーサルデザインフード

嚥下や咀嚼が困難な方に、上記で記入いただいた嚥下調整食の種類以外に、刻みなどの対応をしていますか

はい
いいえ

「はい」の場合は、貴施設での名称、どのようなものか、嚥下・咀嚼のどちらが困難な方に使用しているかについて記入してください。

貴施設での名称	おおよその大きさ	常食より柔らかく煮るか	ビュレやあんかけにするか	嚥下が困難な方への使用	咀嚼が困難な方への使用
(例) あらみ	1~2cm角	はい・いいえ	(はい・いいえ)	あり・なし	あり・なし
		はい・いいえ	はい・いいえ	あり・なし	あり・なし
		はい・いいえ	はい・いいえ	あり・なし	あり・なし
		はい・いいえ	はい・いいえ	あり・なし	あり・なし
		はい・いいえ	はい・いいえ	あり・なし	あり・なし
		はい・いいえ	はい・いいえ	あり・なし	あり・なし

栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング・栄養ケア計画調査票

I. 基本的事項について

施設 ID		□男 □女	歳	要介護度	□1 □2 □3 □4 □5
利用者 ID	現在の加算取得	□経口移行 □経口維持Ⅰ □経口維持Ⅱ □看取り □ターミナル			作成： 年 月 日
療養食加算	□無 □有（□糖尿病食 □腎臓病食 □肝臓病食 □胃潰瘍食 □貧血食 □脾臓病食 □高脂血症食 □痛風食 □特別な場合の検査食）				
疾患名(複数回答)					
認知症	□無 □有（認知症の日常生活活動度：□Ⅰ □Ⅱ □Ⅱa □Ⅱb □Ⅲ □Ⅲa □Ⅲb □Ⅳ □M ） □不明				
常用医薬品名(複数回答)					
今年の1月からの熱発(38度以上)	□無 □有（□1-3回 □4-5回 □7回以上）回 □不明				
今年の1月からの肺炎既往	□無 □有（平成25年 月 ）				
今年の1月からの入院	□無 □有（ ）回（理由 ）				
ここ1ヶ月くらいの健康・平穏状態は？	□非常に健康・平穏だと思う □まあ健康・平穏だと思う □あまり健康・平穏ではない □全く健康・平穏ではない □不明				
本人の食べることへの意欲	□よい □まあよい □ふつう □あまりよくない □よくない				
摂食・嚥下能力のグレード評価	■ 該当するグレードにチェックして下さい				
	I 重 症	経口不可	□ Gr.1	嚥下困難または不能	
			□ Gr.2	基礎的嚥下訓練のみ可能	
			□ Gr.3	厳密な条件下の摂食訓練が可能	
	II 中 等 症	経口と 補助栄養	□ Gr.4	楽しみとしての摂食が可能	
			□ Gr.5	一部（1～2食）経口摂取	
			□ Gr.6	3食経口摂取プラス補助栄養	
	III 軽 症	経口のみ	□ Gr.7	嚥下調整食で、3食とも経口摂取	
			□ Gr.8	特別嚥下しにくい食品（バサつくもの、堅いもの、水など）を除き、3食経口摂取	
			□ Gr.9	普通の経口摂取可能 ただし、臨牀的観察（ムセなど）と指導（姿勢など）が必要	
IV 正 常		□ Gr.10	正常の摂食・嚥下能力		
自分の歯の状態(義歯を外した状態で自分の歯を数える。)	□開口不能等のため不明 □自分の歯がある____本 □自分の歯がない				
義歯の状態	□義歯をしている □義歯をしていない				
食事が終わるまでの時間	□15分程度 □30分程度 □45分程度 □1時間以上				
摂食方法	□自力摂取（はし/スプーン） □自力摂取（自助具使用） □部分介助・全面介助				
食べる姿勢	□座位 □60～90° 拳上 □30～45° 拳上 □0～15° 拳上				
看取りための計画作成	□無 □有（開始された時期： 月 日頃）				

設問	点数	質 内容	得点
1 食事	10	自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える	
	5	部分介助（たとえば、おかずを切って細かくしてもらう）	
	0	全介助	
2 車椅子からベッドへの移動	15	自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む（非行自立も含む）	
	10	軽度の部分介助または監視を要する	
	5	座ることは可能であるがほぼ全介助	
	0	全介助または不可能	
3 整容	5	自立（洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り）	
	0	部分介助または不可能	
4 トイレ動作	10	自立、衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む	
	5	部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する	
	0	全介助または不可能	
5 入浴	5	自立	
	0	部分介助または不可能	
6 歩行	15	45m以上の歩行、補装具(車椅子、歩行器は除く)の使用の有無は問わない	
	10	45m以上の介助歩行、歩行器の使用を含む	
	5	歩行不能の場合、車椅子にて45M以上の操作可能	
	0	上記以外	
7 階段昇降	10	自立、手すりなどの使用の有無は問わない	
	5	介助または監視を要する	
	0	不能	
8 着替え	10	自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む	
	5	部分介助、標準的な 間内、半分以上は自分でできる	
	0	上記以外	
9 排便コントロール	10	失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能	
	5	ときに失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む	
	0	上記以外	
10 排尿コントロール	10	失禁なし、収尿器の取り扱いも可能	
	5	ときに失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む	
	0	上記以外	
		合計点（記入しなくてもよい）	

基本的な生活動作（Barthel Index）

II. 低栄養状態のリスクレベルとその状況・食事について

低栄養状態のリスクレベル	☐ 低 ☐ 中 ☐ 高	身長 (cm)	体重 (kg)	BMI	kg/m ²
3%以上の体重減少	☐ 無 ☐ 有 (kg/ ヶ月)	血清アルブミン値 (g/dl)	☐ 無 ☐ 有 (g/dl)		
褥瘡	☐ 無 ☐ 有	栄養補給法	☐ 経腸栄養法 ☐ 静脈栄養法		
食事摂取量 () (%)		食事形態（摂食嚥下リハビリテーション学会 2013 食事早見表を用いて記載のこと）			
・主食の摂取量 () (%)		主食： ☐ 常食 ☐ 嚥下調整食 (☐ 0J ☐ 0T ☐ 1J ☐ 2A ☐ 2B ☐ 3 ☐ 4)			
・主菜の摂取量 () (%)		副食： ☐ 常食 ☐ 嚥下調整食 (☐ 0J ☐ 0T ☐ 1J ☐ 2A ☐ 2B ☐ 3 ☐ 4)			
・副菜の摂取量 () (%)					
・その他（補助食品など）		とろみ剤： ☐ 無 ☐ 有（段階 ☐ うすい ☐ 中間 ☐ 濃い）			

Ⅲ.摂食・嚥下障害リスクとケア計画について (ここ3か月の間、食事中に次の症状がどの程度あらわれましたか？ また、対応して実施するケア計画は何ですか？)

食事中にあらわれる諸症状	ほとんどない	まじこめる	時々ある	しばしばある	点数	対応して実施した(する)ケア計画(複数回答)
1. 噛むことが困難である	0	1	2	3		☐ 口腔ケア ☐ 歯科受診 ☐ 義歯の管理(清潔に、装着し、乾燥させない) ☐ 食形態の変更 主食 ☐ 常食 ☐ 嚥下調整食(☐ 0J ☐ OT ☐ 1J ☐ 2A ☐ 2B ☐ 3 ☐ 4) 副食 ☐ 常食 ☐ 嚥下調整食(☐ 0J ☐ OT ☐ 1J ☐ 2A ☐ 2B ☐ 3 ☐ 4) とろみ剤 ☐ 無 ☐ 有(段階 ☐ ousui ☐ 中間 ☐ 濃い)
2. 硬い食べ物を避け、軟らかい食べ物ばかり食べる	0	1	2	3		
3. 口から食べ物がこぼれる	0	1	2	3		☐ 食事前のアイスマッサージ ☐ 話す機会を作る ☐ 食形態の変更 主食 ☐ 常食 ☐ 嚥下調整食(☐ 0J ☐ OT ☐ 1J ☐ 2A ☐ 2B ☐ 3 ☐ 4) 副食 ☐ 常食 ☐ 嚥下調整食(☐ 0J ☐ OT ☐ 1J ☐ 2A ☐ 2B ☐ 3 ☐ 4) とろみ剤 ☐ 無 ☐ 有(段階 ☐ ousui ☐ 中間 ☐ 濃い)
4. ことばが明瞭でない	0	1	2	3		
5. 食べ物をいつまでも飲み込まずに噛んでいる	0	1	2	3		☐ 顎を軽く引いて嚥下を促す ☐ 空嚥下を行う ☐ 食形態の変更 主食 ☐ 常食 ☐ 嚥下調整食(☐ 0J ☐ OT ☐ 1J ☐ 2A ☐ 2B ☐ 3 ☐ 4) 副食 ☐ 常食 ☐ 嚥下調整食(☐ 0J ☐ OT ☐ 1J ☐ 2A ☐ 2B ☐ 3 ☐ 4) とろみ剤 ☐ 無 ☐ 有(段階 ☐ ousui ☐ 中間 ☐ 濃い)
6. 食事中や食後に濁った声に変わる	0	1	2	3		
7. 食べるのが遅くなる	0	1	2	3		☐ 食事前のアイスマッサージ ☐ 頭位、体位の調整 ☐ 食塊の進行を遅らすために、増粘剤を使用する ☐ 食形態の変更 主食 ☐ 常食 ☐ 嚥下調整食(☐ 0J ☐ OT ☐ 1J ☐ 2A ☐ 2B ☐ 3 ☐ 4) 副食 ☐ 常食 ☐ 嚥下調整食(☐ 0J ☐ OT ☐ 1J ☐ 2A ☐ 2B ☐ 3 ☐ 4) とろみ剤 ☐ 無 ☐ 有(段階 ☐ ousui ☐ 中間 ☐ 濃い)
8. 水分や食べ物が口に入ったとたんむせたり、せきこんだりする	0	1	2	3		
9. 水分や食べ物を飲み込む時にむせたり、せきこんだりする	0	1	2	3		☐ 食物と液体を交互に嚥下する。 ☐ 息をこらえて嚥下し、嚥下後すぐに息を吐く方法(Supraglottic Swallow)を行う。 ☐ 食形態の変更 主食 ☐ 常食 ☐ 嚥下調整食(☐ 0J ☐ OT ☐ 1J ☐ 2A ☐ 2B ☐ 3 ☐ 4) 副食 ☐ 常食 ☐ 嚥下調整食(☐ 0J ☐ OT ☐ 1J ☐ 2A ☐ 2B ☐ 3 ☐ 4) とろみ剤 ☐ 無 ☐ 有(段階 ☐ ousui ☐ 中間 ☐ 濃い)
10. 水分や食べ物を飲み込んだ後にむせたり、せきこんだりする	0	1	2	3		
11. 水分を飲み込むときにむせる	0	1	2	3		☐ 頭位、体位の調整 ☐ 増粘剤の使用 ☐ 食形態の変更 主食 ☐ 常食 ☐ 嚥下調整食(☐ 0J ☐ OT ☐ 1J ☐ 2A ☐ 2B ☐ 3 ☐ 4) 副食 ☐ 常食 ☐ 嚥下調整食(☐ 0J ☐ OT ☐ 1J ☐ 2A ☐ 2B ☐ 3 ☐ 4) とろみ剤 ☐ 無 ☐ 有(段階 ☐ ousui ☐ 中間 ☐ 濃い)
12. ご飯を飲み込むときにむせる	0	1	2	3		
13. 口に水をふくむことができない	0	1	2	3		☐ 体位の調整 ☐ 増粘剤の使用 ☐ 食形態の変更 主食 ☐ 常食 ☐ 嚥下調整食(☐ 0J ☐ OT ☐ 1J ☐ 2A ☐ 2B ☐ 3 ☐ 4) 副食 ☐ 常食 ☐ 嚥下調整食(☐ 0J ☐ OT ☐ 1J ☐ 2A ☐ 2B ☐ 3 ☐ 4) とろみ剤 ☐ 無 ☐ 有(段階 ☐ ousui ☐ 中間 ☐ 濃い)
14. 口に水をふくむことはできるが、口からこぼれる	0	1	2	3		
15. 口に水をふくむことはできるが、口内にためておけない	0	1	2	3		☐ 体位の調整 ☐ 増粘剤の使用 ☐ 食形態の変更 主食 ☐ 常食 ☐ 嚥下調整食(☐ 0J ☐ OT ☐ 1J ☐ 2A ☐ 2B ☐ 3 ☐ 4) 副食 ☐ 常食 ☐ 嚥下調整食(☐ 0J ☐ OT ☐ 1J ☐ 2A ☐ 2B ☐ 3 ☐ 4) とろみ剤 ☐ 無 ☐ 有(段階 ☐ ousui ☐ 中間 ☐ 濃い)
合計点数						
担当職種： ☐ 管理栄養士 ☐ 栄養士 ☐ 医師 ☐ 歯科医師 ☐ 看護師 ☐ 准看護師 ☐ 介護福祉士 ☐ 介護士 ☐ OT ☐ PT ☐ 言語聴覚士 ☐ 歯科衛生士						

IV. 口腔のアセスメントとケア計画について（対応して実施するケア計画）

食事の時や口腔ケア時に観察して記入してください。

	問題の有無		問題の内容 該当する項目にチェックする（複数回答）	対応して実施した（する） ケア計画（複数回答）
	無	有		
1. 口腔乾燥	☐	☐	☐ a. 2種以上の薬を服用している。 ☐ b. 口呼吸をしている。 ☐ c. 口が開いている時間が長い。	①専門的口腔ケア ②歯科医師・歯科衛生士による介護職への指導 ③口腔ケア ④保湿
2. 開口	☐	☐	☐ a. 口を開けることができない、拒否する。 ☐ b. 口が開きにくい。 ☐ c. 口から食べていない。	①専門的口腔ケア ②歯科医師・歯科衛生士による介護職への指導 ③口腔ケア
3. うがい (うがいをしていない場合はaにチェックしてこの項目は終了です。日常的にうがいをしている場合のみ観察して記入して下さい。)	☐	☐	☐ a. 日常的にうがいはしていない。 ☐ b. がらがらうがいができない。 ☐ c. ぶくぶくうがいができない。 ☐ d. がらがらうがい時にむせることがある。 ☐ e. ぶくぶくうがい時にむせることがある。	③口腔ケア
4. 咀嚼力 (頬に触れることを拒否する場合はaにチェックしてこの項目は終了です。食事の時に耳の下の頬を軽く指先で触れて筋肉の硬さを確認して記入してください。)	☐	☐	☐ a. 頬に触れることを拒否する。 ☐ b. 咀嚼時に右の咬筋が硬くならない。 ☐ c. 咀嚼時に左の咬筋が硬くならない。	①専門的口腔ケア ②咀嚼機能訓練 ③歯科受診
5. 口臭と口の中の問題 (口を開けることができないまたは拒否する場合はb.にチェックしてこの項目は終了です。口腔ケアの際に観察できる範囲で記入してください。)	☐	☐	☐ a. 強い口臭がある。 ☐ b. 口を開けることができない、拒否する。 ☐ c. 口の中に汚れや食べかすがある。 ☐ d. グラグラする歯や大きなむし歯がある。 ☐ e. 義歯がはずれやすい。 ☐ f. 義歯を取り外していない。 ☐ g. 歯肉が赤く腫れている。 ☐ h. 口内炎がある。	①専門的口腔ケア ②歯科医師・歯科衛生士による介護職への指導 ③口腔ケア ④歯科受診
担当職種(複数回答)	☐ 管理栄養士 ☐ 栄養士 ☐ 医師 ☐ 歯科医師 ☐ 看護師 ☐ 准看護師 ☐ 介護福祉士 ☐ 介護士 ☐ OT ☐ PT ☐ 言語聴覚士 ☐ 歯科衛生士			

①専門的口腔ケア：歯科医師・歯科衛生士による口腔ケア ③口腔ケア：介護職による日常的な口腔ケア

V. 食事中の兆候・症状を観察して、該当した問題がありましたか？ また、対応して実施したケア計画は何ですか

姿勢	問題の有無					対応して実施した（する）ケア計画 (複数回答)
	無	有	無	有	有	
1.座位保持困難（例、まっすぐ座ることができない、横・前・後ろにたおれる）	☐ 摂食動作・姿勢の評価 ☐ 座席・テーブル調整 ☐ 食事姿勢の調整					
2.クッションなどの支えがあっても座位保持困難	☐					
3.いすやテーブルの高さが合っていない	☐					
4.食べるときに下顎が出る	☐					
認知症関連の 徴候・症状(1)	1 全くない	2 週に 1-2回	3 週に 3-5回	4 1日に 1-2回	5 毎食み られる	対応して実施したケア計画(複数回答)
1. 傾眠	☐ 覚醒を促すため声掛けする ☐ 覚醒を促すためにボディータッチする ☐ 声掛けして覚醒状態を確認し、自力摂取を促す ☐ 覚醒状態を確認し、食事介助する ☐ 食事時の姿勢を保持する ☐ 薬剤について確認し、副作用の可能性を報告する ☐ 食事の時間を覚醒時に変更する ☐ その他（ ）					

11 .異食	☐	☐	☐	☐	☐	☐ 異食しないよう見守る ☐ 食べられない飾りなどを提供しない(バラン、銀カップ、調味料入れ等) ☐ みかんやバナナなどの果物の皮を剥いて提供する ☐ その他()
12.その他 ()	☐	☐	☐	☐	☐	
担当職種(複数回答)			☐ 管理栄養士 ☐ 栄養士 ☐ 医師 ☐ 歯科医師 ☐ 看護師 ☐ 准看護師 ☐ 介護福祉士 ☐ 介護士 ☐ OT ☐ PT ☐ 言語聴覚士 ☐ 歯科衛生士			

VI. 脱水・溢（いっ）水の状態と対応して実施している、あるいは実施するケア計画について記入してください。
 食事の時等に観察して記入してください。

	問題の有無		問題の内容 該当する項目にチェックする (複数回答)	対応して実施している、あるいは 実施するケア計画(複数回答)
	無	有		
1. 脱水状態	☐	☐	☐ a. 体重が3%以上低下した ☐ b. 手足が以前に比べて冷たくなった ☐ c. 手の甲をつまんだ跡が3秒以上(めやす)残る ☐ d. 舌が濁いて、でこぼこがある ☐ e. 指の爪を押して白色からピンク色になるまでの時間が3秒以上 ☐ f. 原因不明の微熱が続く ☐ g. 脈拍が100/分以上ある ☐ h. 尿量が減少した	☐ 尿量の確認 ☐ 食事量の確認 ☐ 水分補給量の確認 ☐ 必要補給水分量の算出(体重×40ml - 食事中の水分量) ☐ 適切な食事摂取計画の立案 ☐ 適切な飲水補給計画の立案(8回程度/日) (ml/回× 回) とりみ剤 ☐ 無 ☐ 有(段階 ☐ うすい ☐ 中間 ☐ 濃い) ☐ 定期的な体重計測の実施 ☐ 血圧・脈拍計測 ☐ 採血によりナトリウムイオン濃度の測定 (mEq/l) ☐ 輸液療法を実施 ☐ 経口補水療法を実施 その他()
2. 溢水状態 (低ナトリウム血症)	☐	☐	☐ a. 立位、座位でも頸静脈が怒張 ☐ b. 体重が3%以上増加した ☐ c. 意識の異常が生じた ☐ d. 浮腫がある ☐ e. 尿量が増加した	☐ 尿量の確認 ☐ 食事量の確認 ☐ 水分補給量の確認 ☐ 必要補給水分量の算出(体重×40ml—食事中の水分量) ☐ 適切な食事摂取計画の立案 ☐ 適切な飲水補給計画の立案(8回程度/日) (ml/回× 回) とりみ剤 ☐ 無 ☐ 有(段階 ☐ うすい ☐ 中間 ☐ 濃い) ☐ 定期的な体重計測の実施 ☐ 血圧・脈拍計測 ☐ 採血によりナトリウムイオン濃度の測定(低ナトリウムの確認, mEq/l) ☐ 胸部レントゲン撮影 ☐ 血清アルブミン濃度の測定(g/dl) その他()
担当職種 (複数回答)	☐ 管理栄養士 ☐ 栄養士 ☐ 医師 ☐ 歯科医師 ☐ 看護師 ☐ 准看護師 ☐ 介護福祉士 ☐ 介護士 ☐ OT ☐ PT ☐ 言語聴覚士 ☐ 歯科衛生士			

特記事項やご意見などご自由にご記載ください。