

令和6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

介護施設利用者の摂食嚥下機能の維持・改善に向けた
事例集等の作成に係る調査研究事業

報 告 書

令和7（2025）年3月

公益社団法人 全国老人保健施設協会

はじめに

介護老人保健施設は創設当初から、包括的ケアサービスとリハビリテーションにより利用者の自立を支援し、在宅復帰・在宅生活を支える、地域に根差した施設との理念を掲げ、多職種協働で実践してきました。

全国の介護老人保健施設では、いまだ新型コロナウイルス感染症に対する感染対策を徹底し、諸物価の高騰、慢性的な人手不足に加え、他産業への流出等により、創設以来の厳しい局面に差しかかっています。そのような状況下にあっても、私たち介護老人保健施設には、障がいや認知症があっても住み慣れた場所で暮らし続けることが出来る社会を目指して、地域の介護・医療・福祉関係者、住民、行政機関と協働し、地域の高齢者を支えていく使命があることに変わりはありません。

令和6年度の老人保健健康増進等事業では、本人の意向を踏まえた医療的ニーズに対する適切な意思決定支援の在り方について調査した「介護老人保健施設利用者等に対する急変時等の治療方針に関する意思決定支援にかかる調査研究事業」、追加事業として、老健施設にて誤嚥性肺炎、窒息が発生した際の対応方法・低栄養状態の高リスク者に対する多職種による評価・取組等の実態を調査した「介護施設利用者の摂食嚥下機能の維持・改善に向けた事例集等の作成に係る調査研究事業」を実施いたしました。これらの調査研究事業から得られた貴重なデータは、これからの老健施設運営になくてはならないものとなります。業務ご多忙のなか、調査にご協力いただいた会員施設の皆さまに、この場をお借りして深く御礼申し上げます。

当協会が取り組む調査研究事業が目指すものは、地域に不可欠な社会資源である介護老人保健施設が果たしてきた役割の検証と、未来に向けた提言です。本調査研究事業の成果が広く活用され、わが国の介護サービスの発展に寄与することを祈念いたします。

令和7年3月

公益社団法人全国老人保健施設協会

会 長 東 憲太郎

<目 次>

I	事業の概要	1
1.	背景・目的	1
2.	研究班一覧	1
3.	調査方法・内容	3
	調査方法	3
4.	誤嚥性肺炎の定義について	4
II	研究のまとめ	6
1.	調査結果のまとめ	6
1)	入所者における摂食嚥下機能低下者の現状	6
2)	摂食嚥下機能低下者への支援の状況	8
3)	施設単位で見た、誤嚥性肺炎や窒息等の発生・対応状況	10
4)	摂食嚥下や食事にかかるトラブルや施設による摂食嚥下機能のハイリスク 者への説明	13
5)	低栄養状態「高リスク」利用者の状態像	15
6)	低栄養状態「高リスク」利用者の栄養摂取の状況	17
7)	低栄養状態「高リスク」利用者の誤嚥性肺炎や窒息の発生状況	19
8)	低栄養状態「高リスク」利用者への支援の状況	20
2.	摂食嚥下機能が低下した利用者への安全・安心なケアに向けて	21
1)	摂食嚥下機能の評価指標の検討	21
2)	ミールラウンドをはじめとした多職種連携	21
3)	リスクマネジメントと研修の充実	21
4)	利用者やご家族への説明・コミュニケーション	22
III	施設調査の結果	23
1.	回答施設の概況	23
1)	令和6年11月1日現在に算定した施設類型	23
2)	自法人または自関連法人が運営しており密接に連携している施設の有無	23
3)	密接に連携している施設の病床種別や施設種別	24
4)	入所定員と利用者数	25
5)	利用者の要介護度	27
6)	雇用形態別の職員の人数	28
2.	摂食嚥下機能が低下している方の発生状況	34
1)	食事の提供状況（提供者数）	34
2)	利用者の低栄養状態のリスクの状況	37
3)	利用者の低栄養状態のリスクの状況に係る判断に関与している専門職等	37
4)	利用者の「R4 システム版 ICF ステージング」に基づく嚥下機能、食事動作	38
3.	摂食嚥下機能が低下している方への対応状況	40
1)	介護給付費の算定人数	40
2)	施設で実施している、摂食嚥下機能が低下している方へのトレーニングや 特別な配慮・支援等に関与する専門職等	44
3)	摂食嚥下機能が低下している方へのトレーニングや特別な配慮・支援等の 具体例や工夫	46
4)	多職種によるミールラウンドに関与している専門職等	48
5)	施設で提供する嚥下調整食・食形態・間食（おやつ）の提供状況	49

6)	食事介助の状況.....	54
7)	施設で参照している食形態の指標	55
5.	施設における誤嚥性肺炎や窒息等の発生状況・対応.....	56
1)	誤嚥性肺炎や窒息等の発生状況の3か月間の利用者の状況.....	56
2)	発熱、誤嚥、異食、誤嚥性肺炎、窒息が発生した場合の対応状況	58
3)	誤嚥や窒息が発生した後の食形態への配慮	62
6.	摂食嚥下機能に関連した評価方法.....	63
1)	経管栄養や静脈栄養を実施している利用者に対する摂食嚥下機能や体力等の状況の変化に応じた評価の実施.....	63
2)	摂食嚥下機能が低下した方への評価と評価に関与する専門職等.....	64
3)	摂食嚥下機能が低下した方について併設する医療機関で実施している評価	66
4)	その他の方法での評価について具体例や工夫.....	66
7.	摂食嚥下機能のハイリスク者（ご家族）への説明	69
1)	摂食嚥下機能のハイリスク者（ご家族）への説明の実施状況	69
2)	摂食嚥下機能のハイリスク者（ご家族）への説明を行う職種	69
3)	摂食嚥下機能のハイリスク者（ご家族）への説明のタイミング	70
4)	摂食嚥下機能のハイリスク者（ご家族）への説明の方法	71
5)	摂食嚥下機能のハイリスク者（ご家族）への説明の内容	72
6)	摂食嚥下機能のハイリスク者（ご家族）への説明時に確認する内容	73
7)	摂食嚥下機能のハイリスク者（ご家族）への説明時の具体例や工夫している点.....	74
8)	摂食嚥下機能に配慮した食形態への変更の経験	76
9)	利用者やご家族から摂食嚥下や食事に係る苦情を受けた経験	76
10)	利用者やご家族から摂食嚥下や食事に係る訴訟（和解を含む）が起きた経験.....	77
11)	利用者やご家族から摂食嚥下や食事に係る訴訟（和解を含む）が起きたときの状況	77
IV	個別調査の結果	78
1.	基本情報.....	78
1)	性別	78
2)	年齢	78
3)	BMI	79
4)	回答施設での在所日数	79
5)	要介護度	80
6)	認知症高齢者の日常生活自立度	81
7)	障害高齢者の日常生活自立度	82
8)	回答施設への入所	83
2.	現在の疾患や認知症の状態	84
1)	疾患や認知症の状態	84
2)	認知症の状態	87
3.	現在の気になる症状や口腔内の健康状態	91
4.	現在の処方内服薬の状況	93
5.	摂食嚥下機能や食事動作（R4 システム版 ICF ステージング）	95
1)	ICF ステージング嚥下機能.....	95
2)	ICF ステージング食事動作.....	96
3)	栄養摂取の方法.....	97
4)	食事姿勢や食事動作	99
5)	間食（おやつ）の提供方法	104

6.	誤嚥性肺炎や窒息の発生状況.....	107
1)	令和6年9月1日から令和6年11月30日までの3か月間の状況	107
2)	利用者が受けた検査	110
3)	利用者が受けた処置	111
7.	摂食嚥下機能に関するトレーニングや特別な配慮、支援等の実施状況	112
1)	摂食嚥下機能に関するトレーニングや特別な配慮、支援等の実施状況	112
2)	多職種によるミールラウンドを受ける回数	116
3)	嚥下機能や食事動作での改善の有無	116
V	ヒアリング調査の結果.....	117
1.	ヒアリング調査の実施概要	117
2.	ヒアリング調査の結果概要	118
1)	摂食嚥下機能が低下した方への対応	119
2)	誤嚥性肺炎・窒息の発生状況とその対応	120
3)	摂食嚥下機能の測定方法	121
4)	ハイリスク高齢者への説明の方法	122
VI	ヒアリング調査実施記録.....	124
事例1.	施設A（調査実施日：令和7年2月7日（金）13時30分～15時）	124
1)	施設概要	124
2)	摂食嚥下機能が低下している方の発生状況とその対応	125
3)	誤嚥性肺炎、窒息の発生状況とその対応	129
4)	摂食嚥下機能の測定方法	130
5)	ハイリスク高齢者への説明の方法	132
事例2.	施設B（調査実施日：令和7年3月11日（金）14時30分～16時）	134
1)	施設概要	134
2)	摂食嚥下機能が低下している方の発生状況とその対応	135
3)	誤嚥性肺炎、窒息の発生状況とその対応	138
4)	摂食嚥下機能の測定方法	140
5)	ハイリスク高齢者への説明の方法	141
事例3.	施設C（調査実施日：令和7年3月13日（木）14時～15時30分）	143
1)	施設概要	143
2)	摂食嚥下機能が低下している方の発生状況とその対応	144
3)	誤嚥性肺炎、窒息の発生状況とその対応	147
4)	摂食嚥下機能の測定方法	149
5)	ハイリスク高齢者への説明の方法	151
事例4.	施設D（調査実施日：令和7年3月14日（金）10時30分～11時30分）	152
1)	施設概要	152
2)	摂食嚥下機能が低下している方の発生状況とその対応	153
3)	誤嚥性肺炎、窒息の発生状況とその対応	157
4)	摂食嚥下機能の測定方法	158
5)	ハイリスク高齢者への説明の方法	159
VII	資料.....	161
	調査実施要綱・調査票等	161

用語の定義

- ・ 利用者＝特段の記載がない場合、入所サービス利用者を指す

本報告書においては、以下の通り略記を用いる場合がある。

- ・ 公益社団法人全国老人保健施設協会：全老健ないし当協会
- ・ 介護老人保健施設：老健施設ないし老健
- ・ 基本サービス費の在宅強化型を算定する介護老人保健施設：在宅強化型ないし強化型
- ・ 強化型のうち、在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）を算定する介護老人保健施設：超強化型
- ・ 基本サービス費の基本型を算定する介護老人保健施設：基本型
- ・ 基本型のうち、在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）を算定する介護老人保健施設：加算型
- ・ 基本サービス費のその他型を算定する介護老人保健施設：その他型
- ・ 介護療養型老人保健施設：療養型ないし療養型老健
- ・ 超強化型・在宅強化型・加算型・基本型・その他型・療養型の類型：施設類型ないし類型

I 事業の概要

1. 背景・目的

「令和5年 人口動態統計月報年計の概況」（厚生労働省）における主な死因の割合をみると、肺炎での死亡が第5位であり、そのうちの約98%が65歳以上の高齢者であることが判っている。また、70歳以上の高齢者の肺炎の7割以上が誤嚥性肺炎であることも報告されており、その主な原因のひとつは摂食嚥下機能の低下とも言われている。誤嚥性肺炎のリスクの高い高齢者が多く入所している介護保険施設は、この摂食嚥下機能の低下への対応も求められている。

本事業は、この摂食嚥下機能が低下した人およびそのリスクがある要介護高齢者が多く入所している介護保険施設において、誤嚥や窒息のリスクが高い高齢者の割合や発症の頻度、ハイリスク高齢者における適切な食形態、実際に誤嚥や窒息が起こった場合の対応及び再発防止の取組等について実態を把握し、令和6年度の診療報酬・介護報酬同時改定において評価されたリハビリテーション・栄養・口腔の一体的取組をさらに強化する為の課題等を検討する際の基礎資料を作成することを目的に実施した。

2. 研究班一覧

本事業を遂行するにあたり、摂食嚥下機能の向上や誤嚥等の発生防止等にあたっての取組や課題などを整理・分析するため、摂食嚥下に係る各学会や、介護施設及び医療機関等に関する関係団体等の関係者から構成される研究班を設置した。

2回にわたる研究班会議で検討したほか、メール回議により協議を行った。

図表 I-1 研究班一覧

種別	氏 名	所属	役職
担当 副会長	田中 志子	介護老人保健施設大誠苑	理事長
	松田 晋哉	産業医科大学 医学部 公衆衛生学	教授
班長	大河内 二郎	介護老人保健施設竜間之郷	施設長
班員	岩澤 由子	公益社団法人 日本看護協会	医療政策部部長
	枝広 あや子	地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所	専門副部長
	海老原 寛	東北大学大学院医学系研究科 臨床障害学分野	教授
	大磯 義一郎	一般社団法人 日本医療安全学会	理事長
	岡崎 達馬	東北大学大学院医学系研究科 臨床障害学分野	准教授
	佐原 博之	公益社団法人 日本医師会	常任理事
	中本 匡治	介護老人保健施設安寿	副施設長
	藤本 七映	介護老人保健施設いこいの森	言語聴覚士

種別	氏 名	所属	役職
	松垣 竜太郎	産業医科大学産業生態科学研究所 作業関連疾患予防学研究室	助教
	元家 玲子	公益社団法人 日本栄養士会	常任理事
	山野 雅弘	介護老人保健施設紀伊の里	理事長

【オブザーバー】

厚生労働省老健局老人保健課

野村 圭介 公益社団法人日本歯科医師会常務理事

開催経緯

第1回：令和6年10月25日（金）16:00～17:30

第2回：令和7年3月13日（木）11:00～12:30

3. 調査方法・内容

調査方法

本調査では、全国の当会会員である介護老人保健施設を対象とした、「施設調査」及び、各施設で一定条件を満たす利用者について個別に把握する「個別調査」の2種類のアンケート調査を実施した。

加えて、当会会員である介護老人保健施設4施設を対象としたヒアリング調査を実施した。

ア) アンケート調査の概要

- 調査対象：当会会員である介護老人保健施設 3,539 施設（悉皆調査）
- 調査時期：令和6年12月～令和7年2月
- 調査回答時点：令和6年11月30日
- 実施方法：郵送発送・郵送／FAX／メール回収
- 回収件数：454 施設（回収率 12.8%）、個別調査 1,227 人分

イ) 個別調査の対象者の条件

令和6年11月30日時点の利用者のうち、低栄養状態のリスク分類が「高リスク」に該当する5名（該当する利用者が5名未満の場合、該当者全員）を対象とした。

低栄養状態のリスク分類は下表のとおり。「高リスク」の項目にひとつでも該当する場合は「高リスク」、「低リスク」のすべての項目に該当する場合は「低リスク」、それ以外の場合は「中リスク」と判断した。

図表 I-2 低栄養状態のリスク分類

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

令和6年3月15日 厚生労働省老健局老人保健課 介護保険最新情報 Vol.1217「別紙様式 4-1-1 栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング（施設）（様式例）」より作成

ウ) アンケート調査内容

本調査における施設調査、個別調査の調査項目については、巻末の「資料 調査実施要綱・調査票等」を参照のこと。

エ) ヒアリング調査の概要

- 調査対象：施設調査の回答のうち一定の選定基準を満たす4施設
- 調査時期：令和7年2月～3月
- 実施方法：オンライン会議システム

オ) ヒアリング調査対象の選定

施設調査の回答をもとに、つぎの観点から4施設を選定した。

- 嚥下調整食の提供種類が多い施設
- 多職種が連携するミールラウンド等を実施している施設
 - 幅広い専門職、特に歯科衛生士や言語聴覚士がミールラウンド等に参画している施設
- ハイリスク高齢者に説明している施設

カ) ヒアリング調査内容

本調査における主な調査項目については、巻末の「資料 調査実施要綱・調査票等」を参照のこと。

4. 誤嚥性肺炎の定義について

本邦の成人肺炎診療ガイドライン 2024（一般社団法人日本呼吸器学会）において¹、誤嚥性肺炎は、「誤嚥のリスクがある宿主に生じる肺炎」と定義され、嚥下機能低下や胃食道機能不全などの誤嚥のリスクを有する宿主における肺炎を誤嚥性肺炎と診断するとされている。

その他にも臨床研究などでは様々な定義が用いられており²、個別の研究ではいくつかの定義が用いられている。

Suzuki らは以下の場合を誤嚥性肺炎と定義して日本人を対象とした記述疫学的な検討を行っている³：(1)周囲の人が目撃した明らかな誤嚥を伴う肺炎、(2)誤嚥が強く疑われる肺炎、(3)嚥下機能異常や嚥下障害のために誤嚥しやすい肺炎、(4)誤嚥性肺炎の X 線所見が適合する肺炎

Wakabayashi らの研究では臨床的な定義が採用されており⁴、(1)誤嚥または誤嚥のエピソードを伴う患者に生じた肺炎、(2)咽頭機能障害を伴う患者に生じた肺炎を誤嚥性肺炎と定義している。

Manabe らの研究では日本呼吸器学会の委員会で示された定義に基づき^{5,6}、嚥下障害を有する患

¹ 日本呼吸器学会成人肺炎診療ガイドライン 2024 作成委員会 編集
、成人肺炎診療ガイドライン 2024, メディカルレビュー社: 2024

² Khadka S, Khan S, King A, Goldberg LR, Crocombe L, Bettiol S. Poor oral hygiene, oral microorganisms and aspiration pneumonia risk in older people in residential aged care: a systematic review. Age Ageing. 2021;50(1):81-87. doi:10.1093/ageing/af

³ Suzuki J, Ikeda R, Kato K, et al. Characteristics of aspiration pneumonia patients in acute care hospitals: A multicenter, retrospective survey in Northern Japan. PLoS One. 2021;16(7):e0254261. Published 2021 Jul 30. doi:10.1371/journal.pone.0254261

⁴ Wakabayashi T, Hamaguchi S, Morimoto K; Adult Pneumonia Study Group – Japan. Clinically defined aspiration pneumonia is an independent risk factor associated with long-term hospital stay: a prospective cohort study. BMC Pulm Med. 2023;23(1):351. Published 2023 Sep 18. doi:10.1186/s12890-023-02641-y

⁵ Manabe T, Teramoto S, Tamiya N, Okochi J, Hizawa N. Risk Factors for Aspiration Pneumonia in Older Adults. PLoS One. 2015;10(10):e0140060. Published 2015 Oct 7. doi:10.1371/journal.pone.0140060

⁶ Japanese Respiratory Society. Aspiration pneumonia. Respirology. 2009;14 Suppl 2:S59–64. 10.1111/j.1440-1843.2009.01578.x

者に肺炎が発生し、他に明確な原因が見つからない場合を誤嚥性肺炎と定義している。

Marumo らの研究では⁷⁸、嚥下障害と誤嚥を生じることがわかっている（または生じることが強く疑われる）患者に生じた肺炎を誤嚥性肺炎と定義されている。

Maeda らの研究では⁹、以下の 3 つの基準を満たす場合を誤嚥性肺炎と定義している：(i)胸部 X 線撮影またはコンピュータ断層撮影における新たな重力依存性陰影の存在、(ii)以下の 4 つの所見のうち 2 つ以上の存在：白血球増加、発熱、膿性喀痰、C 反応性蛋白値の上昇、(iii)訓練を受けた看護師による水または食物の嚥下テストを含む簡易嚥下障害スクリーニング陽性、または神経障害、寝たきり、口腔障害、胃食道逆流など誤嚥のリスクが高い基礎疾患を有すること

Driver らの研究では¹⁰、市中肺炎または医療関連肺炎の診断を受けていない患者、あるいは挿管前に誤嚥を起こした患者において、以下のいずれかに該当するものと定義される：(1) 喀痰培養における病原性の増殖、(2) 原因不明の低酸素血症、または(3) 挿管後 48 時間以内の肺炎の X 線所見

⁷ Marumo S, Teranishi T, Higami Y, Koshimo Y, Kiyokawa H, Kato M. Effectiveness of azithromycin in aspiration pneumonia: a prospective observational study. BMC Infect Dis. 2014;14:685. Published 2014 Dec 10. doi:10.1186/s12879-014-0685-y

⁸ Kohno S, Imamura Y, Shindo Y, et al. Clinical practice guidelines for nursing- and healthcare-associated pneumonia (NHCAP) [complete translation]. Respir Investig. 2013;51(2):103-126. doi:10.1016/j.resinv.2012.11.001

⁹ Maeda K, Wakabayashi H, Shamoto H, Akagi J. Cognitive impairment has no impact on hospital-associated dysphagia in aspiration pneumonia patients. Geriatr Gerontol Int. 2018;18(2):233-239. doi:10.1111/ggi.13164

¹⁰ Driver BE, Klein LR, Schick AL, Prekker ME, Reardon RF, Miner JR. The occurrence of aspiration pneumonia after emergency endotracheal intubation. Am J Emerg Med. 2018;36(2):193-196. doi:10.1016/j.ajem.2017.07.066

II 研究のまとめ

1. 調査結果のまとめ

1) 入所者における摂食嚥下機能低下者の現状

介護老人保健施設における入所者のうち、摂食嚥下機能が低下しているためにそれに配慮した食事の提供を受けている利用者は、全体の4割強、また、低栄養状態のリスクが高い利用者の割合は1割強、R4 システム版 ICF ステージングの嚥下機能のステージが1である利用者の割合は5.5%、食事介助が必要な利用者は16.5%であった。

図表 II-1 入所者の栄養摂取状況

	n=410
経管栄養摂取者数	4.8%
うち、経鼻経管栄養の利用者数	1.1%
うち、胃ろうの利用者数	3.7%
うち、腸ろうの利用者数	0.0%
うち、間歇的口腔食道経管栄養法の利用者数	0.0%
静脈栄養摂取者数	0.26%
うち、中心静脈栄養の利用者数	0.02%
うち、末梢静脈栄養の利用者数	0.23%
嚥下機能に配慮した食事提供者数	46.6%

※人数の記載がある施設のみを対象として集計

図表 II-2 入所者の栄養リスクの状況

	全体
	n=441
平均	低リスク 35.02人 中リスク 37.69人 高リスク 9.00人
入所者 100人あたり の人数	低リスク 43.22人 中リスク 46.52人 高リスク 11.10人
割合	低リスク 42.9% 中リスク 46.1% 高リスク 11.0%

※人数の記載がある施設のみを対象として集計

参照：低栄養状態のリスク分類の指標

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

令和6年3月15日 厚生労働省老健局老人保健課 介護保険最新情報Vol.1217「別紙様式4-1-1 栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング(施設)(様式例)」より作成

図表 II-3 入所者の ICF ステージングの状況

	ステージ5	ステージ4	ステージ3	ステージ2	ステージ1	ステージ5	ステージ4	ステージ3	ステージ2	ステージ1
嚥下機能	11,086人	7,129人	4,634人	4,058人	1,557人	38.9%	25.0%	16.3%	14.3%	5.5%
食事動作	14,644人	5,589人	2,492人	3,444人	1,445人	53.0%	20.2%	9.0%	12.5%	5.2%

参照：

ICF ステージング「食事～嚥下機能」

『新全老健版ケアマネジメント方式～R4 システム～
R4 システム版 ICF ステージングマニュアル』より抜粋

	ステージ	状態	状態のイメージ
咬断 (固いもの)	5	肉などを含む普通の食事を、噛んで食べることを行っている。	
	4	肉などを含む普通の食事を噛んで食べることは行っていないが、ストローなどでむせずに飲むことは行っている。	
吸引	5	ストロー・吸引飲み等を使用して、水分・流動物をむせずに口腔内に吸引すること。	
	4	おせずに吸引することは行っていないが、固形物の嚥下は行っている。	
嚥下 (固形物)	5	嚥下（口内でつぶした）あるいは柔らかくした食べ物（普通食、粥食、軟食等）を、ノドの奥まで運び、口の中にため込み、飲み込むこと。	
	4	嚥下（口内でつぶした）あるいは柔らかくした食べ物（普通食、粥食、軟食等）を、ノドの奥まで運び、口の中にため込み、飲み込むことは行っていないが、嚥下食の嚥下は行っている。	
嚥下 (嚥下食)	5	嚥下をしやすいように処理した食べ物（ペースト食やゼリー食）をノドの奥まで運び、口の中にため込み、飲み込むこと。	
	4	嚥下食の嚥下を行っていないが、食べ物（普通食）の嚥下は行っている。	
	5	嚥下食の嚥下を行っていないが、食べ物（普通食）の嚥下は行っている。	
	4	嚥下食の嚥下を行っていないが、食べ物（普通食）の嚥下は行っている。	

参照：

ICF ステージング「食事～食事動作および食事介助」

『新全老健版ケアマネジメント方式～R4 システム～
R4 システム版 ICF ステージングマニュアル』より抜粋

	ステージ	状態	状態のイメージ
食べる	5	箸やフォークを使って食べこぼしせず、上手に食べることを行っている。	
	4	箸やフォークを使って上手に食べることは行っていないが、食べこぼしなく、同じく自分で食べることを行っている。	
食べこぼし	5	提供された食べ物を、箸やフォーク等を使って、食べこぼしなく上手に食べることを行っている。	
	4	提供された食べ物を、箸やフォーク等を使って、食べこぼしなく上手に食べることは行っていないが、食べこぼしなく、同じく自分で食べることを行っている。	
食事の席の特別なセッティング	5	自分で食べることを行っていないが、食事の際に特別なセッティングをすれば自分で食べることを行っている。	
	4	自分で食べることを行っていないが、食事の際に特別なセッティングをすれば自分で食べることを行っている。	
食事の直接的介助	5	食事の際に直接的な介助（食べさせる）で食べることを（食事途中からの介助を含む）。	
	4	食事の際に直接的な介助（食べさせる）で食べることを（食事途中からの介助を含む）。	
	5	直接的な介助をしても食べることを行っていない。（食べることを行っていない）。	
	4	直接的な介助をしても食べることを行っていない。（食べることを行っていない）。	

図表 II-4 食事介助の必要な入所者の状況

	n=435
食事介助の必要な利用者	16.5%

※人数の記載がある施設のみを対象として集計

2) 摂食嚥下機能低下者への支援の状況

摂食嚥下機能が低下した人への支援に関わる専門職の関わりでは、全般的に言語聴覚士が多く関わっているが、口腔ケアでは看護職・介護職、歯科衛生士、食事に関することでは管理栄養士、環境調整では看護職員・理学療法士・作業療法士が関わっている割合が高かった。

図表 II-5 摂食嚥下機能低下者への支援内容と関与している職種

	医師	歯科医師	看護職員	介護福祉士	介護職員 (介護福祉士を除く)	管理栄養士	歯科衛生士	言語聴覚士	理学療法士	作業療法士
嚥下訓練(直接訓練)	3.7%	3.1%	18.3%	14.1%	7.0%	10.1%	4.8%	55.5%	8.6%	10.6%
嚥下訓練(間接訓練)	2.6%	2.2%	18.7%	29.1%	18.7%	5.5%	7.7%	54.2%	16.3%	17.0%
口腔ケア	1.5%	25.6%	66.1%	78.6%	62.8%	5.3%	54.6%	34.4%	3.7%	4.8%
食事内容や食形態に関する指導	32.4%	9.5%	53.1%	27.8%	17.4%	88.5%	11.9%	52.6%	6.8%	9.3%
生活機能向上に向けた指導	20.9%	2.2%	45.8%	42.7%	26.7%	22.7%	6.8%	37.2%	65.0%	63.7%
その人に合った環境調整	4.6%	1.3%	68.1%	75.6%	52.0%	67.6%	4.8%	50.2%	55.5%	60.8%
上記以外の方法での配慮・支援等	13.2%	3.5%	28.4%	28.6%	20.9%	26.7%	6.6%	20.0%	22.5%	23.3%
ミールラウンドへの関与	34.1%	9.0%	73.6%	69.4%	49.1%	89.4%	17.6%	52.6%	37.2%	37.9%

※関与する職種としては、上記のほか、「管理栄養士以外の栄養士」、「その他」があるのと、「実施していない」という選択肢もあり

また、摂食嚥下機能が低下した人への評価の実施状況としては、嚥下内視鏡検査（VE）、嚥下造影検査（VF）について実施していない割合は 7 割を超えていたが、それ以外の評価については管理栄養士や言語聴覚士、また日々の生活面では看護職員や介護職員が多く関与していた。

図表 II-6 摂食嚥下機能低下者への評価の実施状況

	医師	歯科医師	看護職員	介護福祉士	介護職員 (介護福祉士を除く)	管理栄養士	歯科衛生士	言語聴覚士	理学療法士	作業療法士
栄養状態の評価	52.2%	1.1%	53.1%	20.3%	12.8%	93.6%	2.9%	13.2%	7.5%	7.0%
口腔衛生状態の評価	9.9%	31.3%	59.0%	54.8%	35.7%	13.7%	47.1%	39.2%	4.0%	4.8%
咀嚼機能の評価	13.9%	12.8%	45.6%	33.9%	19.6%	36.6%	23.1%	54.8%	7.5%	9.7%
嚥下内視鏡検査(VE)	4.2%	4.0%	2.2%	0.4%	0.4%	1.3%	0.9%	4.0%	0.7%	0.9%
嚥下造影検査(VF)	2.9%	1.1%	1.5%	0.2%	0.2%	0.7%	0.4%	2.9%	0.4%	0.4%
反復唾液嚥下テスト(RSST)	3.3%	1.5%	3.7%	1.3%	0.7%	3.5%	2.0%	44.5%	1.8%	2.2%
改訂水飲みテスト(MWST)	5.5%	2.4%	10.6%	3.3%	0.7%	8.8%	2.2%	49.6%	3.7%	4.0%
フードテスト	4.8%	2.2%	9.5%	4.6%	1.5%	14.3%	2.0%	42.3%	3.5%	4.2%
頸部聴診	10.4%	2.6%	13.7%	0.9%	0.2%	3.1%	1.8%	48.7%	3.5%	3.7%
食後の咳の状況に関する評価	15.2%	1.5%	62.1%	44.3%	26.9%	33.7%	4.6%	49.1%	10.4%	10.4%
食後の痰の状況に関する評価	15.6%	1.1%	66.5%	39.9%	24.4%	27.1%	4.2%	43.4%	8.6%	8.6%
食事に対する認知機能や身体機能の評価	18.9%	0.7%	60.1%	47.1%	29.3%	37.2%	4.0%	49.3%	55.5%	55.1%
生活の広がりに向けた評価	15.0%	1.3%	45.6%	47.1%	31.7%	27.1%	5.1%	33.5%	50.2%	50.0%
その他の方法による評価	5.3%	0.4%	6.4%	4.6%	3.7%	5.9%	0.9%	7.9%	6.8%	6.8%

※関与する職種としては、上記のほか、「管理栄養士以外の栄養士」、「その他」があるのと、「実施していない」という選択肢もあり

食事の提供状況としては、多くの施設で、「日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類 2021」を参考に、嚥下調整食はほぼすべての施設で提供しており、各種多様な食形態に対応している。なお、間食が親族等から持ち込まれるケースもあるが、利用者の摂食嚥下機能次第で断る施設が 6 割を超えている。

図表 II-7 施設で使用している摂食嚥下食の基準

	n=454
日本摂食嚥下リハビリテーション学会 嚥下調整食分類2021	87.0%
嚥下食ピラミッド	22.5%
ユニバーサルデザインフード	7.5%
スマイルケア食	1.1%
施設の独自基準	25.8%
地域の独自基準	2.2%
その他	0.7%
特に指標は決めていない	3.1%
無回答	1.3%

図表 II-8 施設で対応している食形態（n=454）

主食	米飯	94.7%	軟飯	84.4%	全粥	98.7%
	その他の形態の主食（ゼリー粥、ミキサー粥、パン）	91.0%				
常食	常菜（カットなし）	93.8%	常菜（1口大：1.5～2cm 程度）	87.7%	常菜（粗きざみ：1cm 程度）	45.3%
	常菜（粗きざみ：1cm 程度） +とろみあん	28.4%	常菜（きざみ：0.2cm 程度）	47.6%	常菜（きざみ：0.2cm 程度） +とろみあん	48.8%
軟菜食	軟菜食（カットなし）	74.6%	軟菜食（1口大：1.5～2cm 程度）	78.6%	軟菜食（粗きざみ：1cm 程度）	44.3%
	軟菜食（粗きざみ：1cm 程度） +とろみあん	31.4%	軟菜食（きざみ：0.2cm 程度）	61.1%	軟菜食（きざみ：0.2cm 程度） +とろみあん	61.4%
ソフト食、ペースト食	やわらか食、ソフト食（押しつぶし可能なもの）	49.0%	ミキサー食、ペースト食（不均質）	34.5%	ミキサー食、ペースト食（均質）	75.9%
	均質なゼリー、プリン、ムース	59.9%	その他	2.4%		

図表 II-9 間食の提供状況

	n=454
全員に市販の間食（おやつ）を加工せずに提供している	37.2%
利用者の摂食嚥下機能に合わせて、市販の間食（おやつ）を加工して提供している	65.2%
利用者の摂食嚥下機能に合わせた形態の間食（おやつ）を施設内で調理して提供している	53.3%
間食（おやつ）は提供しない	4.8%
無回答	1.1%

図表 II-10 親族等提供の間食の提供状況

	n=454
確認せずに提供している	1.5%
利用者の摂食嚥下機能に合わせて加工等して提供している	20.9%
利用者の摂食嚥下機能次第でお断りすることがある	66.5%
持ち込みはお断りしている	34.1%
無回答	2.9%

3) 施設単位で見た、誤嚥性肺炎や窒息等の発生・対応状況

全体では、過去3か月間のうちに、発熱者がいたことのある施設は89.2%であり、1施設あたり平均15.68人、入所者100人あたりの人数は20.38人であった。また、誤嚥が発生した施設は43.2%であり、1施設あたり平均2.45人、入所者100人あたりの人数は3.18人であった。さらに誤嚥性肺炎が発生した施設は4割弱であり、1施設あたり平均で1.44人、入所者100人あたりの人数は1.87人、窒息が発生した施設は1割弱で、1施設あたり平均で0.18人、入所者100人あたりの人数は0.24人であった。

図表 II-11 施設単位で見た、誤嚥性肺炎や窒息等の発生・対応状況

	1人以上いた施設の割合 n=213	1施設あたり平均人数 n=213	入所者100人あたり人数 n=213
発熱が発生した利用者数	89.2%	15.68人	20.38人
うち、インフルエンザが発生した利用者数	4.7%	0.38人	0.50人
うち、新型コロナウイルス感染症が発生した利用者数	22.1%	3.07人	3.99人
誤嚥が発生した利用者数	43.2%	2.45人	3.18人
うち、誤嚥の既往のある利用者数	35.7%	1.92人	2.50人
うち、食事に起因する誤嚥が発生した利用者数	34.7%	1.84人	2.39人
認知機能低下による異食等が発生した利用者数	19.2%	0.30人	0.38人
誤嚥性肺炎※が発生した利用者数	39.9%	1.44人	1.87人
うち、誤嚥性肺炎の既往のある利用者数	32.9%	0.95人	1.23人
うち、貴施設内で対応した利用者数	26.3%	0.98人	1.28人
うち、医療機関を受診した利用者数	24.4%	0.51人	0.66人
うち、認知機能低下による異食等に起因する誤嚥性肺炎が発生した利用者数	2.8%	0.04人	0.05人
窒息が発生した利用者数	9.4%	0.18人	0.24人
うち、窒息の既往のある(窒息しそうだったエピソードがある者も含む)利用者数	4.2%	0.10人	0.13人
うち、食事に起因する窒息が発生した利用者数	8.5%	0.14人	0.18人

※人数の記載がある施設のみを対象として集計

発熱や誤嚥、異食、誤嚥性肺炎、窒息等が発生した場合、いずれの場合も施設としての対応方針が概ね定められており、実際に事象が発生した際には医師や看護職員が中心となり、介護職員等とともに処置をしていた。施設内での対応が困難な場合、大半が、あらかじめ定めた協力病院に連絡して搬送していた。対応方針については、マニュアルを整備することで対応している割合が5割を超えていた。

図表 II-12 発熱、誤嚥、異食、誤嚥性肺炎、窒息が発生した場合の対応方針の定めの有無

	発熱	誤嚥	異食	誤嚥性肺炎	窒息
n=454	80.6%	73.3%	59.0%	63.9%	70.0%

図表 II-13 発熱、誤嚥、異食、誤嚥性肺炎、窒息が発生した場合の対応職種

	医師	歯科医師	看護職員	介護福祉士	介護職員 (介護福祉士を除く)	管理栄養士	歯科衛生士	言語聴覚士	理学療法士	作業療法士
n=454	94.9%	4.2%	95.6%	81.7%	58.4%	38.1%	10.6%	28.9%	23.6%	22.0%

※関与する職種としては、上記のほか、「管理栄養士以外の栄養士」、「その他」があるのと、「方針が整備されていない」という選択肢もあり

図表 II-14 発熱、誤嚥、異食、誤嚥性肺炎、窒息で対応が困難な場合の対応方針

	n=454
あらかじめ定めた協力病院に連絡して搬送する	78.2%
あらかじめ定めた協力病院以外の連携病院に連絡して搬送する	35.2%
救急車を呼ぶ	70.7%
対応方針は決まっていない	1.3%
無回答	4.2%

図表 II-15 対応方針に関する周知事項

	n=454
マニュアルを整備している	55.5%
研修を実施している(座学や動画視聴、会議など。訓練は除く)	37.9%
訓練を実施している	20.3%
その他対応方針の周知のための取組を実施している	21.6%
対応方針が決まっていない	5.7%
無回答	21.4%

また、誤嚥や窒息の発生後には、多くの施設において食形態の変更等の対応がとられていた。

図表 II-16 誤嚥や窒息発生後の食形態の変更経験

	n=454
摂食嚥下機能を基準としての食形態の変更の有無	78.0%

4) 摂食嚥下や食事にかかるトラブルや施設による摂食嚥下機能のハイリスク者への説明

摂食嚥下や食事にかかる苦情を受けた経験のある施設は、4割にのぼっており、訴訟にまで至ったことのある施設は2%いた。

図表 II-17 摂食嚥下や食事にかかる苦情を受けた経験

	n=454
摂食嚥下や食事にかかる苦情	39.2%
訴訟	2.4%

そうしたトラブルを未然に防ぐために、摂食嚥下機能のハイリスク者への説明については、ほぼすべての施設が実施しており、6割以上が、利用者・家族ともに実施していた。その説明を行うのは大半が、医師もしくは看護職員であり、入所時やケアプラン作成時にも行うが、状態の変化に応じて実施している施設が多かった。

図表 II-18 摂食嚥下機能のハイリスク者への説明のタイミング

	n=454
入所時	68.3%
ケアプラン作成時	53.7%
状態の変化に応じて	91.6%
その他	3.1%
無回答	2.9%

図表 II-19 摂食嚥下機能のハイリスク者への説明相手

	n=454
利用者・ご家族ともに説明している	63.4%
利用者のみに説明している	3.7%
ご家族のみに説明している	49.3%
説明を実施していない	0.9%
無回答	2.4%

図表 II-20 摂食嚥下機能のハイリスク者への説明者

	n=454
医師	67.6%
歯科医師	2.2%
看護職員	78.4%
介護福祉士	21.8%
介護職員(介護福祉士を除く)	8.1%
管理栄養士	44.9%
栄養士(管理栄養士を除く)	0.7%
歯科衛生士	6.2%
言語聴覚士	32.2%
理学療法士	5.9%
作業療法士	5.9%
その他	41.2%
無回答	3.1%

ほとんどの施設が、対面で説明を実施しており、誤嚥・誤飲・窒息のリスクが高いことをはじめ、肺炎等の状態が重症化する可能性があることや、急変・急死する可能性があること、急変時、病院へ救急搬送を行う場合があることを説明していた。

図表 II-21 摂食嚥下機能のハイリスク者への説明方法

	n=454
対面での説明	93.4%
オンラインでの説明	5.5%
文書(入所時説明書等)での説明	49.8%
その他	24.7%
無回答	2.9%

図表 II-22 摂食嚥下機能のハイリスク者への説明内容

	n=454
誤嚥・誤飲・窒息のリスクが高いこと	96.7%
肺炎等の状態が重症化する可能性があること	76.4%
急変時、病院へ救急搬送を行う場合があること	67.4%
急変・急死する可能性があること	65.9%
その他	4.2%
無回答	2.9%

説明時にハイリスク者に確認する内容としては、食形態に関する情報・留意事項、嚥下機能の状況や入れ歯の状況等、多岐にわたっていた。

図表 II-23 摂食嚥下機能のハイリスク者への説明時に確認する内容

	n=454
入れ歯の有無	71.6%
入れ歯の調整や修理の必要性の有無	68.5%
直近の歯科受診の状況	37.2%
咀嚼機能の状況(奥歯のかみ合わせの有無を含む)	51.8%
これまでの咀嚼機能に関する処置・訓練内容	27.5%
嚥下機能の状況	79.7%
これまでの嚥下機能に関する処置・訓練内容	36.3%
継続したほうがよい訓練内容・その方法	24.0%
食形態に関する情報・留意事項	89.0%
その他の口腔内の状況	42.3%
口腔内の状況について確認していない	1.5%
服薬上の禁忌に関する情報・留意事項	41.9%
既往歴	57.9%
行っている特別な配慮・誤嚥等の所見	48.0%
その他	2.6%
その他の状況について確認していない	1.5%
無回答	3.7%

5) 低栄養状態「高リスク」利用者の状態像

認知症日常生活自立度がⅡa以上の利用者が9割であり、認知症の利用者も4割を超えている。

図表 II-24 認知症高齢者の日常生活自立度

	割合								
	自立	I	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M	無回答
n=1227	1.4%	5.3%	9.5%	21.4%	31.7%	11.2%	15.1%	1.0%	3.4%

図表 II-25 疾患や認知症の状態

n=1227	割合									
	脳梗塞	脳出血	心不全	心筋梗塞	心房細動	高血圧	低アルブミン血症	貧血	筋ジストロフィー	多発硬化症
	24.6%	7.0%	19.3%	2.7%	6.8%	46.9%	3.6%	6.4%	0.0%	0.2%
	パーキンソン病関連	アルツハイマー型認知症	血管性認知症	レビー小体型認知症	前頭側頭型認知症	悪性腫瘍	肺炎	COPD	糖尿病	腎不全
	4.9%	35.8%	6.0%	2.2%	0.4%	8.5%	11.8%	2.0%	19.5%	7.1%
	廃用症候群	骨折	膝関節疾患	関節リウマチ	骨髄疾患	尿路感染症	スモン病	その他	無回答	
	11.1%	31.5%	9.7%	2.8%	0.7%	9.8%	0.0%	34.2%	1.3%	

利用者の気になる症状や口腔内の健康状態としては、歯の汚れ、舌の汚れ、発声や会話の不明瞭さがある利用者の割合が4割程度となっている。

図表 II-26 現在の気になる症状や口腔内の健康状態

n=1227	割合										
	息苦しさの訴え	開口	奥歯でしっかりかみしめられますか	フクフクがい	口臭	口腔乾燥	歯の汚れ	舌の汚れ	歯肉の腫れや出血	義歯の不具合が見られる、または訴え	発声や会話の不明瞭さ
あり、できる	7.1%	93.0%	52.6%	61.5%	17.2%	20.5%	47.8%	43.4%	17.2%	12.8%	39.3%
なし、できない	92.3%	6.9%	46.9%	38.2%	82.6%	79.1%	51.8%	56.1%	82.6%	85.9%	60.0%
無回答	0.6%	0.1%	0.5%	0.3%	0.2%	0.4%	0.4%	0.6%	0.2%	1.3%	0.7%

ICF ステージングにおける嚥下機能でのステージ1が22.6%、食事動作でのステージ1は32.8%となっている。

図表 II-27 ICF ステージング

	割合													
	ICFステージング嚥下機能							ICFステージング食事動作						
	ステージ5	ステージ4	ステージ3	ステージ2	ステージ1	不明	無回答	ステージ5	ステージ4	ステージ3	ステージ2	ステージ1	不明	無回答
n=1227	5.7%	26.4%	15.9%	22.3%	22.6%	0.0%	7.1%	5.8%	22.0%	9.3%	23.4%	32.8%	0.0%	6.7%

何らかの内服薬の処方がある利用者は9割を超えており、半数以上が5種類以上の処方薬があった。また、睡眠導入剤が処方されている利用者は2割、抗認知症薬が処方されている利用者は1割、向精神薬が処方されている利用者は2割であった。このほか、早食いやかきこみ食べなど、窒息につながりやすい食行動となっている利用者も多いことがわかった。

図表 II-28 現在の処方内服薬の状況

n=1227		割合			
		処方内服薬	睡眠導入剤	抗認知症薬	向精神薬
あり		93.3%	24.1%	11.7%	22.7%
	4種類以下	38.3%			
	5種類以上	53.1%			
	無回答	2.0%			
なし		3.9%	70.2%	81.9%	71.4%
無回答		2.8%	5.7%	6.4%	5.9%

食事の際、食べこぼしがある利用者は31.1%、食事の時にむせる利用者は24.0%、水を飲む際にむせる利用者は28.7%、食物のため込みや残留が見られる利用者は27.3%であった。

図表 II-29 食事姿勢や食事動作

【食事のときによく見られる動作・行動】

	割合				
	早食いをしている	かきこみ食べをしている	食べ物をこぼしている	その他	無回答
n=1169	9.9%	5.0%	31.1%	32.2%	31.8%

【むせの有無、飲みにくさ、ため込みや残留】

n=1169	割合			
	食事のときにむせていますか	水を飲むときにむせていますか	飲み込みにくいという訴えがありますか	食物のため込みや残留が見られますか
あり、むせている	24.0%	28.7%	8.4%	27.3%
なし、むせていない	75.2%	70.2%	90.8%	70.6%
無回答	0.8%	1.0%	0.9%	2.1%

6) 低栄養状態「高リスク」利用者の栄養摂取の状況

非経口栄養法の利用者は10%未満であるが、主食でも米飯を食べている利用者は、16.1%、主食以外の食材については、カットなしで食べている利用者は9.4%であり、様々な食形態での食事の対応がされていた。

図表 II-30 栄養摂取の方法

n=1227	割合									
	【非経口栄養法】						【経口摂取】のうち、主食			
	経鼻経管栄養	胃ろう	腸ろう	間歇的口腔食道経管栄養法	中心静脈栄養	末梢静脈栄養	米飯	軟飯	全粥	その他の形態の主食
	1.5%	4.1%	0.0%	0.0%	0.1%	0.7%	16.1%	14.3%	40.7%	23.7%
	【経口摂取】のうち、主食以外									
	常菜(カットなし)	常菜(一口大:1.5~2cm程度)	常菜(粗きざみ:1cm程度)	常菜(粗きざみ:1cm程度) + ところみあん	常菜(きざみ:0.2cm程度)	常菜(きざみ:0.2cm程度) + ところみあん	軟菜食(カットなし)	軟菜食(一口大:1.5~2cm程度)	軟菜食(粗きざみ:1cm程度)	軟菜食(粗きざみ:1cm程度) + ところみあん
	9.4%	9.9%	4.6%	1.7%	8.1%	5.8%	3.8%	6.7%	3.3%	1.5%
	軟菜食(きざみ:0.2cm程度)	軟菜食(きざみ:0.2cm程度) + ところみあん	やわらか食、ソフト食(押しつぶし可能なもの)	ミキサー食、ペースト食(不均質)	ミキサー食、ペースト食(均質)	均質なゼリー、プリン、ムース	その他			
	8.1%	5.1%	8.9%	5.7%	13.9%	12.6%	1.5%			

食事の際の姿勢は、車いすで61度からリクライニングなしである利用者が大半であるが、足底の接地の工夫を4割弱の利用者で実施されていた。

図表 II-31 食事姿勢や食事動作

【食事姿勢をとるときに利用する主なもの】

	割合				
	いす・ベンチ	車いす	ベッド	その他	無回答
n=1169	14.9%	75.6%	8.2%	0.4%	0.9%

【リクライニング角度】

	割合				
	仰臥位	~30度	~45度	~60度	61度~リクライニングなし
n=1169	1.1%	2.1%	6.5%	8.4%	72.9%
					9.1%

【足底の接地の工夫】

	割合		
	工夫している	工夫していない	無回答
n=1169	36.4%	61.0%	2.6%

間食については、摂食嚥下機能にあわせて施設内で調理した間食を提供している利用者が 42.6%、親族等から持込される間食については、摂食嚥下機能次第で断ることがある利用者が 63.1%となっていた。

図表 II-32 間食（おやつ）の提供方法

【利用者への間食（おやつ）の提供方法】

	割合				
	市販の間食（おやつ）を加工せず提供している	摂食嚥下機能に合わせて、市販の間食（おやつ）を加工して提供している	摂食嚥下機能に合わせて、施設内で調理した間食（おやつ）を提供している	間食（おやつ）は提供していない	無回答
n=1227	 36.1%	 30.5%	 42.6%	 10.5%	 1.0%

【利用者への親族等から持込される間食（おやつ）の提供方法】

	割合			
	確認せずに提供している	摂食嚥下機能に合わせて加工等して提供している	摂食嚥下機能次第でお断りすることがある	無回答
n=1227	 5.0%	 15.9%	 63.1%	 22.1%

7) 低栄養状態「高リスク」利用者の誤嚥性肺炎や窒息の発生状況

過去3か月間での発熱があった利用者は33.7%であり、インフルエンザ罹患者は0.7%、新型コロナウイルス感染症罹患者は5.7%であった。また、誤嚥があった利用者は14.9%で、その中でも誤嚥の既往歴があった利用者は12.0%、食事を起因とする誤嚥があった利用者は11.7%であった。さらに、誤嚥性肺炎を発症した利用者は12.6%、その中でも、誤嚥性肺炎の既往歴があった利用者は10.8%、他の医療機関を受診したのは4.7%、誤嚥性肺炎を発症した利用者のうち、認知機能低下による異食に起因したのは1.0%であった。また、窒息が発生した利用者は、1.0%であった。

図表 II-33 誤嚥性肺炎や窒息の発生状況

【発熱の有無】

		あり			なし	無回答
			うち、インフル エンザ罹患 あり	うち、新 型コロナウ イルス感 染症罹患 あり		
n=1227	人数	413	9	70	793	21
	割合	33.7%	0.7%	5.7%	64.6%	1.7%

【誤嚥の発生の有無】

		あり			なし	無回答
			うち、誤嚥 の既往歴 あり	うち、食 事を起因 とする誤 嚥あり		
n=1227	人数	183	147	144	1013	31
	割合	14.9%	12.0%	11.7%	82.6%	2.5%

【誤嚥性肺炎の発生の有無】

		あり				なし	無回答
			うち、誤嚥 性肺炎の 既往歴 あり	うち、他 の医療機 関への受 診あり	うち、認 知機能低 下による 異食等 を起因 とする 誤嚥性 肺炎の 発生 あり		
n=1227	人数	155	132	58	12	1052	20
	割合	12.6%	10.8%	4.7%	1.0%	85.7%	1.6%

【窒息の発生の有無】

		あり			なし	無回答
			うち、窒 息の既 往歴 あり	うち、食 事を起 因とす る窒息 あり		
n=1227	人数	12	9	10	1184	31
	割合	1.0%	0.7%	0.8%	96.5%	2.5%

8) 低栄養状態「高リスク」利用者への支援の状況

過去 3 か月間で、利用者が受けた、摂食嚥下機能に関するトレーニングや特別な配慮としては、口腔ケアが 73.3%、食事内容や食形態に関する特別な配慮が 68.9%、生活機能向上に向けた指導が 47.2%、その人にあった環境調整が 46.6%となっていた。

図表 II-34 利用者が受けた摂食嚥下機能に関するトレーニングや特別な配慮

n=1227	割合						
	嚥下訓練(直接訓練)	嚥下訓練(間接訓練)	口腔ケア(※歯科専門職による専門的口腔清掃含む)	食事内容や食形態に関する特別な配慮	生活機能向上に向けた指導	その人に合った環境調整(食事内容や食形態以外のフィッティング、皿の位置の工夫、特別な補助具の準備等)	その他の対応
実施した	22.5%	37.8%	73.3%	68.9%	47.2%	46.6%	16.7%
実施していない	73.9%	58.8%	23.6%	28.2%	47.3%	50.0%	71.9%
無回答	3.6%	3.4%	3.2%	2.9%	5.5%	3.3%	11.4%

過去 3 か月の間のミールラウンドについては、1 回以上受けたことがある利用者は 67.2%であり、平均 16.2 回受けていた。

図表 II-35 ミールラウンドの実施回数

	平均	割合						
		0回	1回以上 12回未満	12回以上 24回未満	24回以上 36回未満	36回以上 72回未満	72回以上	無回答
n=1227	16.2	26.5%	30.1%	6.2%	4.9%	25.3%	0.8%	6.3%

67.2%

入所後に、施設での、摂食嚥下機能に関するトレーニングや特別な配慮を経て、嚥下機能や食事動作が改善した利用者は、18.3%、低下した利用者は 13.7%、変わらない利用者が 63.5%であった。

図表 II-36 嚥下機能や食事動作での改善の有無

	割合			
	向上した	低下した	変わらない	無回答
n=1227	18.3%	13.7%	63.5%	4.5%

2. 摂食嚥下機能が低下した利用者への安全・安心なケアに向けて

本調査事業においては、介護老人保健施設における摂食嚥下機能が低下した利用者の実態や対応について調査を行った。摂食嚥下機能が低下した利用者・ハイリスクな利用者であっても、安心して、安全な生活を送れるようにするための工夫としては、以下のような取組みへの対応が必要であり、各施設にて、これらを拡充していくことが求められる。

1) 摂食嚥下機能の評価指標の検討

高齢者の状態像は、日々変化するものであり、入所時だけでなく、R4システム版ICFステージング等も用いて、定期的・継続的に評価することが求められる。

既に多くの施設において、利用者の食事動作や食事姿勢、口腔環境についてリスクを把握するために、摂食嚥下機能の評価、専門職による評価・情報共有が実施されている。なお、高齢者はむせや咳込みがみられない不顕性誤嚥を発症する者も多い。そのようなリスクを適切に把握するには、咳反射の低下、喀痰の量や性状をアセスメントするための指標をはじめ、摂食嚥下機能をめぐる評価の観点や指標を整理し周知することが求められる。

その他、例えば、口腔環境は利用者の栄養状態や身体機能と密接にかかわるため、歯の状態、義歯の状況、かみ合わせの状態、口腔内の衛生状態等について、専門職（歯科医師、歯科衛生士等）の視点も取り入れた定期的・継続的なアセスメントの充実に努めるべきである。

2) ミールラウンドをはじめとした多職種連携

適切な食事摂取を行うために、既に多くの施設において、摂食嚥下機能が低下した方の評価も含め、多職種が連携するミールラウンド等の取組みが実施されている。

定期的・継続的に実施する評価結果を多職種間で共有するとともに、評価結果に基づいて、適切な食形態での食事提供や、介助方法の見直し、その他の支援（口腔機能・口腔衛生管理を目的とした口腔ケアや、直接・間接訓練等）が実施されることが求められる。それらは、利用者の機能維持・向上や誤嚥等の発生予防につながり、ひいてはQOLの向上に資するものとなる。

ミールラウンドや定期的な会議をとおして、言語聴覚士、歯科衛生士、管理栄養士をはじめとした専門職の連携をさらに強化し、利用者の摂食嚥下機能や適した食形態に関する情報共有体制を効率的に進めることが求められる。また、提携している病院等の医師や看護職、歯科衛生士等と連携し、利用者の摂食嚥下機能、食事動作や食事姿勢に関する情報共有体制を整備することが望ましい。

3) リスクマネジメントと研修の充実

誤嚥性肺炎や窒息に対して予防措置を講じていても、そのような事態がやむを得ず発生してしまうこともある。そのような急変時にいかに迅速な対応をとることができるか、その後、再発防止に向けた体制を整えられるかが重要である。既に多くの施設において、あらかじめ関係各所との連携を進めたり、ヒヤリハット事例を報告・共有しやすい体制を構築し、定期的な研修に取り入れたり、実際に訓練を実施する等、事前の対策が講じられている。新任職員をはじめ多くの職員にて共通理解を図るために、摂食嚥下機能の評価や対応の手順についてわかりやすく工夫した資料、動画教材を整備することが求められる。なお、これらの取組みについては、職員や関係者の入れ替わりもあるため、定期的に実施していくことが必要である。

4) 利用者やご家族への説明・コミュニケーション

前述のように、施設において最善の措置を講じていても、誤嚥性肺炎や窒息が発生してしまうこともある。そのようなリスクがあることについては、入所の段階で、しっかりと本人・家族に対し、丁寧に分かりやすく説明することが必要である。重要事項説明書等にその旨を盛り込みながら、抜け漏れなく説明し、ご理解いただくことが望ましい。利用者の日々の摂食嚥下機能、食事姿勢や食事動作等の状態を随時伝えていくことで、利用者・家族との間で信頼関係の構築に努めることが求められる。日々の食事の様子や検査の様子を動画等で記録し、利用者やご家族にわかりやすく伝える工夫も有効である。利用者やご家族からの問い合わせや苦情にもスムーズに対応できる体制（マニュアル等）を整えることも一助となりうる。

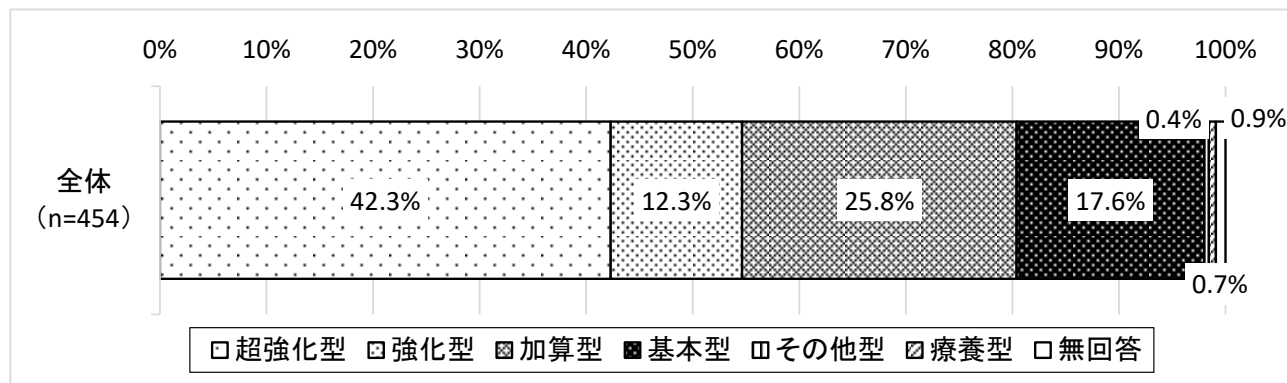
III 施設調査の結果

1. 回答施設の概況

1) 令和6年11月1日現在に算定した施設類型

令和6年11月1日現在に算定した施設類型は、「超強化型」と回答した施設が最も多く42.3%で、次いで「加算型」が25.8%であった。

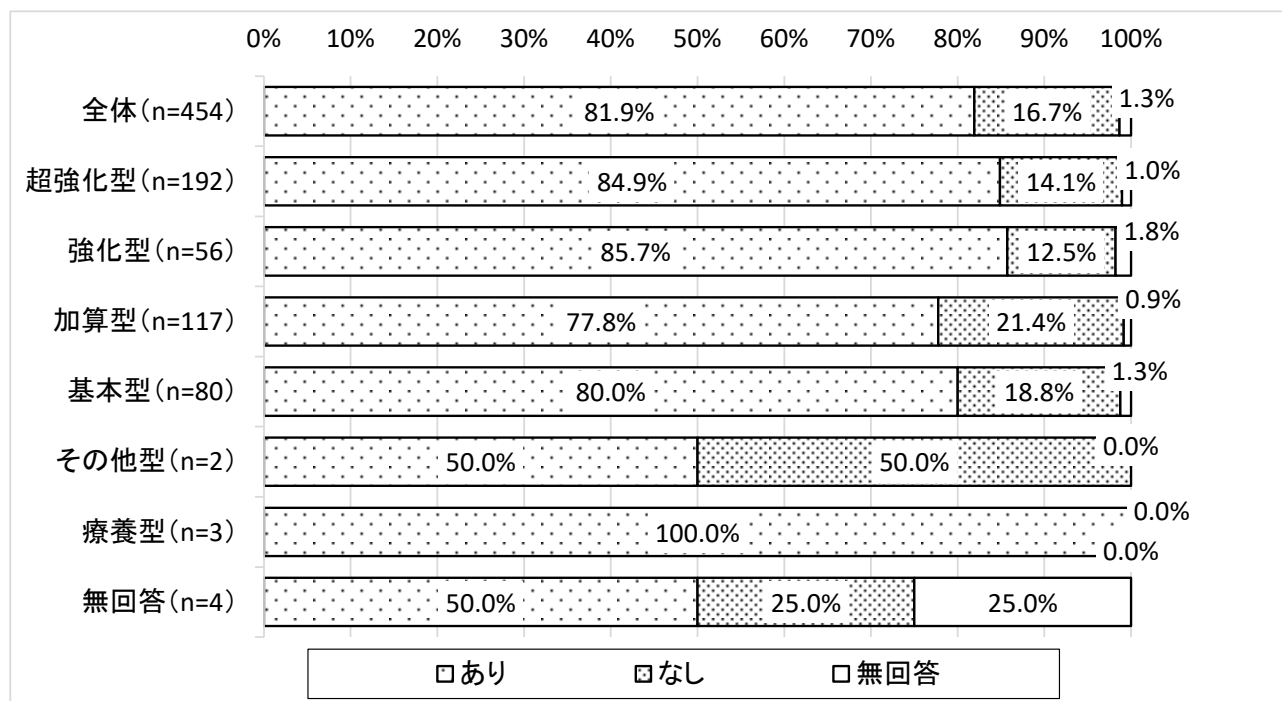
図表 III-1 令和6年11月1日現在に算定した施設類型



2) 自法人または自関連法人が運営しており密接に連携している施設の有無

自法人または自法人の関連法人が運営しており、密接に連携している施設（自施設の併設病院や併設施設を含む）の有無は、「あり」の施設が、全体では81.9%、「超強化型」では84.9%、「強化型」では85.7%、「加算型」では77.8%、「基本型」で80.0%あった。

図表 III-2 自法人または自関連法人が運営しており密接に連携している施設の有無



3) 密接に連携している施設の病床種別や施設種別

自法人または自施設の関連法人が運営しており、密接に連携している施設（自施設の併設病院や併設施設を含む）の病床種別や施設種別は、全体では「一般病床※」が 38.3%で最多、「超強化型」では「一般病床※」が 43.2%で最多、「強化型」では「介護老人保健施設」が 48.2%で最多、「加算型」では「一般病床※」が 30.8%で最多、「基本型」では「一般病床※」の施設が 36.3%で最多であった。

図表 III-3 密接に連携している施設の病床種別や施設種別（複数回答）

	全体 (n=454)	施設類型						
		超強化型 (n=192)	強化型 (n=56)	加算型 (n=117)	基本型 (n=80)	その他型 (n=2)	療養型 (n=3)	無回答 (n=4)
一般病床※	38.3%	43.2%	44.6%	30.8%	36.3%	0.0%	0.0%	25.0%
回復期リハビリテーション病棟(床)	19.4%	29.7%	23.2%	7.7%	11.3%	0.0%	0.0%	0.0%
地域包括医療病棟	2.4%	3.6%	3.6%	0.9%	1.3%	0.0%	0.0%	0.0%
地域包括ケア病棟(床)	22.9%	31.3%	32.1%	14.5%	11.3%	0.0%	0.0%	0.0%
障害者施設等病棟	5.3%	10.4%	1.8%	1.7%	1.3%	0.0%	0.0%	0.0%
療養病床(回復期リハビリテーション病棟(床)、 地域包括ケア病棟(床)を除く)	21.4%	21.4%	25.0%	17.9%	25.0%	0.0%	33.3%	0.0%
結核病床・感染症病床	0.2%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
精神病床	9.9%	9.4%	7.1%	9.4%	13.8%	50.0%	0.0%	0.0%
その他・不明	4.4%	4.2%	7.1%	3.4%	5.0%	0.0%	0.0%	0.0%
有床診療所(訪問看護事業所を除く)	4.2%	5.2%	5.4%	4.3%	1.3%	0.0%	0.0%	0.0%
訪問看護事業所	23.8%	31.8%	32.1%	12.0%	17.5%	0.0%	33.3%	0.0%
介護療養型医療施設(介護療養病床)	1.1%	0.5%	1.8%	0.9%	2.5%	0.0%	0.0%	0.0%
介護医療院	10.4%	11.5%	12.5%	8.5%	10.0%	0.0%	0.0%	0.0%
介護老人保健施設	30.2%	30.2%	48.2%	23.1%	27.5%	0.0%	66.7%	25.0%
介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	22.5%	22.4%	19.6%	23.1%	26.3%	0.0%	0.0%	0.0%
自宅に類する施設(医療機関、介護保険施設以外)	15.6%	22.9%	12.5%	8.5%	12.5%	0.0%	0.0%	0.0%
無回答	13.7%	12.5%	12.5%	13.7%	15.0%	50.0%	0.0%	50.0%

※回復期リハビリテーション病棟(床)、地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟(床)、障害者施設等病棟を除く

4) 入所定員と利用者数

ア) 入所定員

令和6年11月30日午前0時時点の平均入所定員は、全体で93.8床、「超強化型」で96.8床、「強化型」で95.3床、「加算型」で90.9床、「基本型」で91.2床であった。

入所定員数の分布をみると、全体では「100床以上150床未満」が48.5%で最多、「超強化型」では「100床以上150床未満」が49.5%で最多、「強化型」では「100床以上150床未満」が55.4%で最多、「加算型」では「100床以上150床未満」が48.7%で最多、「基本型」では「50床以上100床未満」が50.0%で最多であった。

図表 III-4 入所定員

	全体	施設類型						
		超強化型	強化型	加算型	基本型	その他型	療養型	無回答
回答数	454	192	56	117	80	2	3	4
平均	93.8人	96.8人	95.3人	90.9人	91.2人	80.0人	51.3人	107.5人
50床未満	3.3%	1.6%	5.4%	4.3%	2.5%	0.0%	66.7%	0.0%
50床以上100床未満	41.4%	41.7%	32.1%	40.2%	50.0%	50.0%	33.3%	25.0%
100床以上150床未満	48.5%	49.5%	55.4%	48.7%	42.5%	50.0%	0.0%	50.0%
150床以上	6.4%	7.3%	5.4%	6.0%	5.0%	0.0%	0.0%	25.0%
全体	0.4%	0.0%	1.8%	0.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

イ) 入所サービスの利用者数

令和6年11月30日午前0時時点の入所サービスの利用者数（実人数）の平均は、全体で81.6人、「超強化型」で84.2人、「強化型」で83.7人、「加算型」で79.5人、「基本型」で77.5人であった。

入所サービスの利用者数の分布をみると、全体では「50人以上100人未満」の施設が75.3%で最多、「超強化型」では「50人以上100人未満」の施設が79.7%で最多、「強化型」では「50人以上100人未満」の施設が71.4%で最多、「加算型」では「50人以上100人未満」の施設が75.2%で最多、「基本型」では「50人以上100人未満」の施設が70.0%で最多であった。

図表 III-5 入所サービスの利用者

	全体	施設類型						
		超強化型	強化型	加算型	基本型	その他型	療養型	無回答
回答数	454	192	56	117	80	2	3	4
平均	81.6人	84.2人	83.7人	79.5人	77.5人	74.0人	45.3人	109.0人
50人未満	11.5%	7.3%	10.7%	13.7%	17.5%	0.0%	66.7%	0.0%
50人以上100人未満	75.3%	79.7%	71.4%	75.2%	70.0%	100.0%	33.3%	50.0%
100人以上150人未満	11.2%	12.5%	12.5%	9.4%	10.0%	0.0%	0.0%	25.0%
150人以上	0.9%	0.5%	1.8%	0.9%	1.3%	0.0%	0.0%	0.0%
全体	1.1%	0.0%	3.6%	0.9%	1.3%	0.0%	0.0%	25.0%

ウ) 短期入所療養介護の利用者

令和6年11月30日午前0時時点の短期入所療養介護の利用者の利用者数（実人数）の平均は、全体で3.5人、「超強化型」で4.5人、「強化型」で3.8人、「加算型」で2.9人、「基本型」で2.0人であった。

短期入所療養介護の利用者数の分布をみると、全体では「50人以上100人未満」が36.1%で最多、「超強化型」では「50人以上100人未満」が31.3%で最多、「強化型」では「50人以上100人未満」が33.9%で最多、「加算型」では「50人以上100人未満」が44.4%で最多、「基本型」では「50人未満」が43.8%で最多であった。

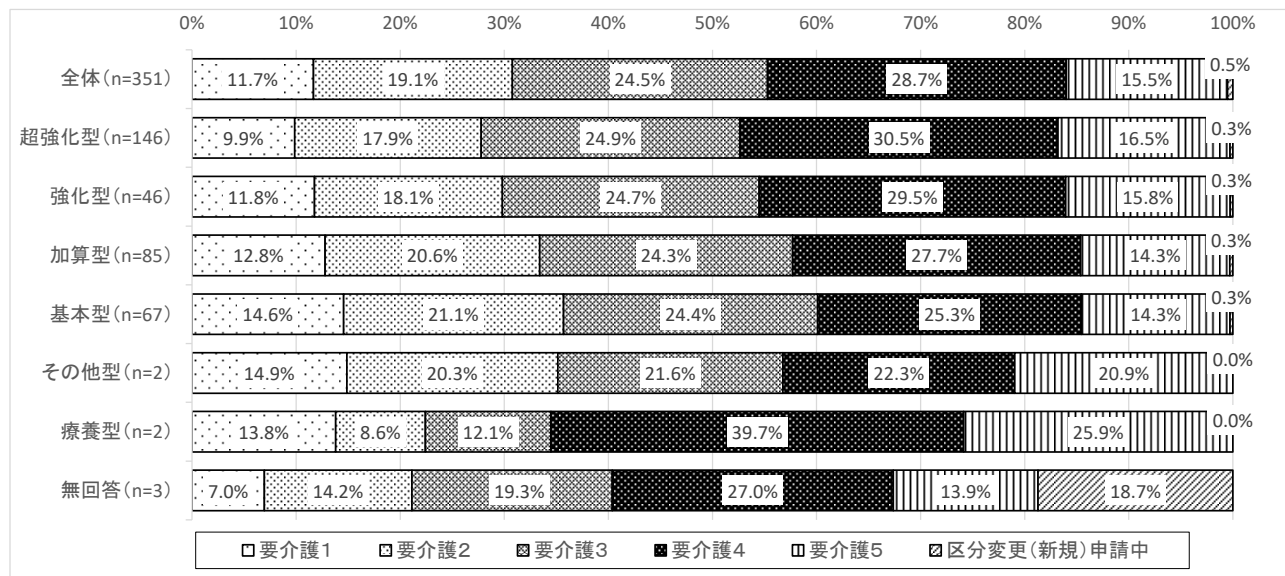
図表 III-6 短期入所療養介護の利用者

	全体	施設類型						
		超強化型	強化型	加算型	基本型	その他型	療養型	無回答
回答数	454	192	56	117	80	2	3	4
平均	3.5人	4.5人	3.8人	2.9人	2.0人	0.0人	0.0人	0.7人
50人未満	 21.8%	 10.9%	 12.5%	 25.6%	 43.8%	 100.0%	 100.0%	 25.0%
50人以上100人未満	 36.1%	 31.3%	 33.9%	 44.4%	 38.8%	 0.0%	 0.0%	 50.0%
100人以上150人未満	 22.7%	 30.7%	 28.6%	 20.5%	 5.0%	 0.0%	 0.0%	 0.0%
150人以上	 17.6%	 26.6%	 19.6%	 8.5%	 10.0%	 0.0%	 0.0%	 0.0%
全体	 1.8%	 0.5%	 5.4%	 0.9%	 2.5%	 0.0%	 0.0%	 25.0%

5) 利用者の要介護度

令和6年11月1日午前0時時点の利用者の要介護度は、いずれの施設種別での「要介護4」が最多で、全体では28.7%、「超強化型」では30.5%、「強化型」では29.5%、「加算型」では27.7%、「基本型」では25.3%であった。

図表 III-7 要介護度別の入所者数の割合



6) 雇用形態別の職員の人数¹¹⁾

ア) 医師

令和6年11月30日午前0時時点の医師（非常勤を含む常勤換算）の平均人数は、全体で1.3人、「超強化型」で1.4人、「強化型」で1.4人、「加算型」で1.2人、「基本型」で1.2人であった。

医師（非常勤を含む常勤換算）の人数の分布をみると、ほぼ全ての施設類型で「1人以上2人未満」が最多で、全体では80.2%、「超強化型」では79.2%、「強化型」では78.6%、「加算型」で82.1%、「基本型」では85.0%であった。

図表 III-8 医師（非常勤を含む常勤換算）の人数

	全体	施設類型						
		超強化型	強化型	加算型	基本型	その他型	療養型	無回答
回答数	454	192	56	117	80	2	3	4
平均値	1.3人	1.4人	1.4人	1.2人	1.2人	1.0人	1.0人	3.9人
1人未満	4.4%	2.6%	7.1%	6.0%	3.8%	0.0%	33.3%	0.0%
1人以上2人未満	80.2%	79.2%	78.6%	82.1%	85.0%	100.0%	0.0%	50.0%
2人以上	14.5%	17.7%	14.3%	10.3%	11.3%	0.0%	33.3%	50.0%
無回答	0.9%	0.5%	0.0%	1.7%	0.0%	0.0%	33.3%	0.0%

イ) 歯科医師

令和6年11月30日午前0時時点の歯科医師（非常勤を含む常勤換算）の平均人数は、全体で0.02人、「超強化型」で0.03人、「強化型」で0.03人、「加算型」で0.00人、「基本型」で0.03人であった。

歯科医師（非常勤を含む常勤換算）の人数の分布をみると、全ての施設類型で「0人」が最多で、全体では87.7%、「超強化型」では85.4%、「強化型」では91.1%、「加算型」では90.6%、「基本型」では88.8%であった。

図表 III-9 歯科医師（非常勤を含む常勤換算）の人数

	全体	施設類型						
		超強化型	強化型	加算型	基本型	その他型	療養型	無回答
回答数	454	192	56	117	80	2	3	4
平均値	0.02人	0.03人	0.03人	0.00人	0.03人	0.00人	0.00人	0.00人
0人	87.7%	85.4%	91.1%	90.6%	88.8%	100.0%	66.7%	50.0%
0人超1人未満	2.6%	3.1%	5.4%	0.9%	2.5%	0.0%	0.0%	0.0%
1人以上2人未満	1.1%	2.1%	0.0%	0.0%	1.3%	0.0%	0.0%	0.0%
2人以上	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
無回答	8.6%	9.4%	3.6%	8.5%	7.5%	0.0%	33.3%	50.0%

¹¹⁾ 非常勤職員には、委託等で雇用関係にない専門職種は含まない。

また、非常勤職員には、同一法人の別施設から非常勤的に勤務する専門職は含まない。

非常勤職員の常勤換算方法に定めがない場合は、以下の方法で算出するよう設問に示した。「常勤換算後の職員数は、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位までをご記入ください。

- ・1週間に数回勤務の場合：（非常勤職員の1週間の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間）
- ・1か月に数回勤務の場合：（非常勤職員の1か月の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4）」

ウ) 看護職員

令和6年11月30日午前0時時点の看護職員（非常勤を含む常勤換算）の平均人数は、全体の平均は11.3人、「超強化型」の平均は12.1人、「強化型」の平均は12.2人、「加算型」の平均は10.5人、「基本型」の平均は10.4人であった。

看護職員（非常勤を含む常勤換算）の人数の分布をみると、全体では「9人以上12人未満」が39.2%で最多、「超強化型」では「12人以上」が46.9%で最多、「強化型」では「12人以上」が44.6%で最多、「加算型」では「9人以上12人未満」が41.0%で最多、「基本型」では「9人以上12人未満」が37.5%で最多であった。

図表 III-10 看護職員（非常勤を含む常勤換算）の人数

	全体	施設類型						
		超強化型	強化型	加算型	基本型	その他型	療養型	無回答
回答数	454	192	56	117	80	2	3	4
平均値	11.3人	12.1人	12.2人	10.5人	10.4人	8.0人	6.6人	10.9人
6人未満	6.6%	4.7%	5.4%	8.5%	8.8%	0.0%	33.3%	0.0%
6人以上9人未満	15.6%	8.3%	8.9%	22.2%	25.0%	50.0%	33.3%	50.0%
9人以上12人未満	39.2%	40.1%	39.3%	41.0%	37.5%	50.0%	0.0%	0.0%
12人以上	37.0%	46.9%	44.6%	24.8%	27.5%	0.0%	0.0%	50.0%
無回答	1.5%	0.0%	1.8%	3.4%	1.3%	0.0%	33.3%	0.0%

エ) 介護福祉士

令和6年11月30日午前0時時点の介護福祉士（非常勤を含む常勤換算）の平均人数は、全体の平均は24.0人、「超強化型」の平均は27.0人、「強化型」の平均は24.7人、「加算型」の平均は21.5人、「基本型」の平均は20.0人であった。

介護福祉士（非常勤を含む常勤換算）の人数の分布をみると、全体では「20人以上30人未満」が39.9%で最多、「超強化型」では「20人以上30人未満」が42.2%で最多、「強化型」では「20人以上30人未満」が46.4%で最多、「加算型」では「20人以上30人未満」が42.7%で最多、「基本型」では「10人以上20人未満」が41.3%で最多であった。

図表 III-11 介護福祉士（非常勤を含む常勤換算）の人数

	全体	施設類型						
		超強化型	強化型	加算型	基本型	その他型	療養型	無回答
回答数	454	192	56	117	80	2	3	4
平均値	24.0人	27.0人	24.7人	21.5人	20.0人	23.0人	6.0人	27.6人
10人未満	7.5%	3.1%	7.1%	9.4%	13.8%	0.0%	33.3%	25.0%
10人以上20人未満	25.8%	19.3%	19.6%	29.1%	41.3%	50.0%	33.3%	0.0%
20人以上30人未満	39.9%	42.2%	46.4%	42.7%	28.8%	0.0%	0.0%	25.0%
30人以上40人未満	16.3%	21.4%	16.1%	12.8%	10.0%	50.0%	0.0%	0.0%
40人以上	8.4%	13.0%	8.9%	2.6%	5.0%	0.0%	0.0%	25.0%
無回答	2.2%	1.0%	1.8%	3.4%	1.3%	0.0%	33.3%	25.0%

オ) 介護職員（介護福祉士を除く）

令和6年11月30日午前0時時点の介護職員（非常勤を含む常勤換算）の平均人数は、全体の平均は8.8人、「超強化型」の平均は9.1人、「強化型」の平均は7.6人、「加算型」の平均は7.8人、「基本型」の平均は10.3人であった。

介護職員（非常勤を含む常勤換算）の人数の分布をみると、全ての施設類型で「10人未満」が最多で、全体では64.5%、「超強化型」では62.5%、「強化型」では69.6%、「加算型」で67.5%、「基本型」では62.5%であった。

図表 III-12 介護職員（介護福祉士を除く）（非常勤を含む常勤換算）の人数

	全体	施設類型						
		超強化型	強化型	加算型	基本型	その他型	療養型	無回答
回答数	454	192	56	117	80	2	3	4
平均値	8.8人	9.1人	7.6人	7.8人	10.3人	5.7人	5.7人	13.9人
10人未満	64.5%	62.5%	69.6%	67.5%	62.5%	100.0%	66.7%	25.0%
10人以上20人未満	26.0%	28.6%	26.8%	22.2%	25.0%	0.0%	0.0%	50.0%
20人以上	6.4%	6.8%	1.8%	4.3%	11.3%	0.0%	0.0%	25.0%
無回答	3.1%	2.1%	1.8%	6.0%	1.3%	0.0%	33.3%	0.0%

カ) 管理栄養士

令和6年11月30日午前0時時点の管理栄養士（非常勤を含む常勤換算）の平均人数は、全体で1.7人、「超強化型」で1.8人、「強化型」で1.9人、「加算型」で1.5人、「基本型」で1.4人であった。

管理栄養士（非常勤を含む常勤換算）の人数の分布をみると、全体では「1人以上2人未満」の施設が49.1%で最多、「超強化型」では「2人以上」の施設が57.8%で最多、「強化型」では「2人以上」の施設が57.1%で最多、「加算型」では「1人以上2人未満」の施設が51.3%で最多、「基本型」では「1人以上2人未満」の施設が71.3%で最多であった。

図表 III-13 管理栄養士（非常勤を含む常勤換算）の人数

	全体	施設類型						
		超強化型	強化型	加算型	基本型	その他型	療養型	無回答
回答数	454	192	56	117	80	2	3	4
平均値	1.7人	1.8人	1.9人	1.5人	1.4人	1.0人	0.5人	1.8人
0人	0.7%	0.0%	0.0%	0.9%	1.3%	0.0%	33.3%	0.0%
0人超1人未満	1.8%	1.0%	1.8%	4.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
1人以上2人未満	49.1%	40.6%	41.1%	51.3%	71.3%	100.0%	33.3%	50.0%
2人以上	47.8%	57.8%	57.1%	42.7%	27.5%	0.0%	0.0%	50.0%
無回答	0.7%	0.5%	0.0%	0.9%	0.0%	0.0%	33.3%	0.0%

キ) 栄養士（管理栄養士を除く）

令和6年11月30日午前0時時点の栄養士（管理栄養士を除く）（非常勤を含む常勤換算）の平均人数は、全体で0.3人、「超強化型」で0.2人、「強化型」で0.3人、「加算型」で0.2人、「基本型」で0.3人であった。

栄養士（管理栄養士を除く）（非常勤を含む常勤換算）の人数の分布をみると、全ての施設類型で「0人」が最多で、全体では74.9%、「超強化型」では76.6%、「強化型」では78.6%、「加算型」では71.8%、「基本型」では72.5%、「加算型」では71.8%、「基本型」では72.5%であった。

図表 III-14 栄養士（管理栄養士を除く）（非常勤を含む常勤換算）の人数

	全体	施設類型						
		超強化型	強化型	加算型	基本型	その他型	療養型	無回答
回答数	454	192	56	117	80	2	3	4
平均値	0.3人	0.2人	0.3人	0.2人	0.3人	0.0人	0.0人	0.0人
0人	74.9%	76.6%	78.6%	71.8%	72.5%	100.0%	66.7%	75.0%
0人超1人未満	0.7%	0.5%	1.8%	0.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
1人以上2人未満	11.0%	9.4%	8.9%	16.2%	10.0%	0.0%	0.0%	0.0%
2人以上	4.0%	3.1%	7.1%	1.7%	7.5%	0.0%	0.0%	0.0%
無回答	9.5%	10.4%	3.6%	9.4%	10.0%	0.0%	33.3%	25.0%

ク) 歯科衛生士

令和6年11月30日午前0時時点の歯科衛生士（非常勤を含む常勤換算）の平均人数は、全体で0.2人、「超強化型」で0.3人、「強化型」で0.1人、「加算型」で0.1人、「基本型」で0.1人であった。

歯科衛生士（非常勤を含む常勤換算）の人数の分布をみると、全ての施設類型で「0人」が最多で、全体では69.6%、「超強化型」では60.9%、「強化型」では71.4%、「加算型」では80.3%、「基本型」では75.0%、「加算型」では80.3%、「基本型」では75.0%であった。

図表 III-15 歯科衛生士（非常勤を含む常勤換算）の人数

	全体	施設類型						
		超強化型	強化型	加算型	基本型	その他型	療養型	無回答
回答数	454	192	56	117	80	2	3	4
平均値	0.2人	0.3人	0.1人	0.1人	0.1人	0.0人	0.0人	0.5人
0人	69.6%	60.9%	71.4%	80.3%	75.0%	100.0%	66.7%	25.0%
0人超1人未満	10.4%	13.5%	17.9%	5.1%	6.3%	0.0%	0.0%	0.0%
1人以上2人未満	10.8%	15.1%	7.1%	6.0%	10.0%	0.0%	0.0%	25.0%
2人以上	2.4%	5.2%	0.0%	0.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
無回答	6.8%	5.2%	3.6%	7.7%	8.8%	0.0%	33.3%	50.0%

ケ) 言語聴覚士

令和6年11月30日午前0時時点の言語聴覚士（非常勤を含む常勤換算）の平均人数は、全体で0.7人、「超強化型」で1.0人、「強化型」で0.9人、「加算型」で0.5人、「基本型」で0.3人であった。

言語聴覚士（非常勤を含む常勤換算）の人数の分布をみると、全体では「0人」が37.2%で最多、「超強化型」では「1人以上2人未満」が43.2%で最多、「強化型」では「1人以上2人未満」が39.3%で最多、「加算型」では「0人」が49.6%で最多、「基本型」では「0人」が70.0%で最多であった。

図表 III-16 言語聴覚士（非常勤を含む常勤換算）の人数

	全体	施設類型						
		超強化型	強化型	加算型	基本型	その他型	療養型	無回答
回答数	454	192	56	117	80	2	3	4
平均値	0.7人	1.0人	0.9人	0.5人	0.3人	0.0人	0.1人	1.0人
0人	 37.2%	 18.2%	 28.6%	 49.6%	 70.0%	 100.0%	 33.3%	 25.0%
0人超1人未満	 12.6%	 15.1%	 19.6%	 10.3%	 5.0%	 0.0%	 33.3%	 0.0%
1人以上2人未満	 33.3%	 43.2%	 39.3%	 29.9%	 13.8%	 0.0%	 0.0%	 0.0%
2人以上	 12.3%	 21.4%	 10.7%	 4.3%	 3.8%	 0.0%	 0.0%	 25.0%
無回答	 4.6%	 2.1%	 1.8%	 6.0%	 7.5%	 0.0%	 33.3%	 50.0%

コ) 理学療法士

令和6年11月30日午前0時時点の理学療法士（非常勤を含む常勤換算）の平均人数は、全体で3.8人、「超強化型」で5.0人、「強化型」で4.1人、「加算型」で2.6人、「基本型」で2.6人であった。

理学療法士（非常勤を含む常勤換算）の人数の分布をみると、全体では「2人以上」が79.3%で最多、「超強化型」では「2人以上」が89.6%で最多、「強化型」では「2人以上」が94.6%で最多、「加算型」では「2人以上」が65.8%で最多、「基本型」では「2人以上」が68.8%で最多であった。

図表 III-17 理学療法士（非常勤を含む常勤換算）の人数

	全体	施設類型						
		超強化型	強化型	加算型	基本型	その他型	療養型	無回答
回答数	454	192	56	117	80	2	3	4
平均値	3.8人	5.0人	4.1人	2.6人	2.6人	0.5人	0.7人	2.8人
0人	 2.2%	 0.0%	 0.0%	 3.4%	 6.3%	 50.0%	 0.0%	 0.0%
0人超1人未満	 1.3%	 1.0%	 0.0%	 2.6%	 0.0%	 0.0%	 33.3%	 0.0%
1人以上2人未満	 15.2%	 8.3%	 5.4%	 24.8%	 22.5%	 50.0%	 33.3%	 25.0%
2人以上	 79.3%	 89.6%	 94.6%	 65.8%	 68.8%	 0.0%	 0.0%	 75.0%
無回答	 2.0%	 1.0%	 0.0%	 3.4%	 2.5%	 0.0%	 33.3%	 0.0%

サ) 作業療法士

令和6年11月30日午前0時時点の作業療法士（非常勤を含む常勤換算）の平均人数は、全体で2.5人、「超強化型」で3.1人、「強化型」で2.9人、「加算型」で2.2人、「基本型」で1.3人であった。

作業療法士（非常勤を含む常勤換算）の人数の分布をみると、全体では「2人以上」が61.2%で最多、「超強化型」では「2人以上」が76.0%で最多、「強化型」では「2人以上」が69.6%で最多、「加算型」では「2人以上」が54.7%で最多、「基本型」では「1人以上2人未満」が38.8%で最多であった。

図表 III-18 作業療法士（非常勤を含む常勤換算）の人数

	全体	施設類型						
		超強化型	強化型	加算型	基本型	その他型	療養型	無回答
回答数	454	192	56	117	80	2	3	4
平均値	2.5人	3.1人	2.9人	2.2人	1.3人	3.0人	0.0人	2.3人
0人	8.1%	2.1%	3.6%	7.7%	23.8%	0.0%	66.7%	25.0%
0人超1人未満	5.3%	4.7%	8.9%	6.8%	2.5%	0.0%	0.0%	0.0%
1人以上2人未満	23.1%	16.7%	17.9%	27.4%	38.8%	0.0%	0.0%	0.0%
2人以上	61.2%	76.0%	69.6%	54.7%	31.3%	100.0%	0.0%	50.0%
無回答	2.2%	0.5%	0.0%	3.4%	3.8%	0.0%	33.3%	25.0%

シ) その他の職員

令和6年11月30日午前0時時点のその他の職員（非常勤を含む常勤換算）の平均人数は、全体で10.4人、「超強化型」で11.5人、「強化型」で12.2人、「加算型」で9.1人、「基本型」で8.5人であった。

その他の職員（非常勤を含む常勤換算）の人数の分布をみると、ほとんどの施設類型で「10人以上」が最多で、全体では43.6%、「超強化型」では52.1%、「強化型」では51.8%、「加算型」では34.2%、「基本型」では33.8%であった。

図表 III-19 その他の職員（非常勤を含む常勤換算）の人数

	全体	施設類型						
		超強化型	強化型	加算型	基本型	その他型	療養型	無回答
回答数	454	192	56	117	80	2	3	4
平均値	10.4人	11.5人	12.2人	9.1人	8.5人	7.9人	3.7人	12.6人
5人未満	23.8%	16.1%	21.4%	31.6%	32.5%	0.0%	33.3%	25.0%
5人以上10人未満	24.9%	25.5%	23.2%	22.2%	28.8%	50.0%	33.3%	0.0%
10人以上	43.6%	52.1%	51.8%	34.2%	33.8%	0.0%	0.0%	50.0%
無回答	7.7%	6.3%	3.6%	12.0%	5.0%	50.0%	33.3%	25.0%

2. 摂食嚥下機能が低下している方の発生状況

1) 食事の提供状況（提供者数）¹²

ア) 経管栄養、経鼻経管栄養、胃ろう、腸ろう、間歇的口腔食道経管栄養法の利用者数

経管栄養摂取者数（平均）は、全体は 3.89 人、「超強化型」は 4.32 人、「強化型」は 3.98 人、「加算型」は 2.74 人、「基本型」は 3.26 人であった。入所者 100 人あたりでは、全体は 4.79 人、「超強化型」は 5.14 人、「強化型」は 4.69 人、「加算型」は 3.51 人、「基本型」は 4.27 人であった。

うち、経鼻経管栄養の利用者数（平均）は、全体は 0.87 人、「超強化型」は 0.75 人、「強化型」は 0.53 人、「加算型」は 0.45 人、「基本型」は 1.24 人であった。入所者 100 人あたりでは、全体は 1.07 人、「超強化型」は 0.89 人、「強化型」は 0.63 人、「加算型」は 0.57 人、「基本型」は 1.63 人であった。

うち、胃ろうの利用者数（平均）は、全体は 3.01 人、「超強化型」は 3.57 人、「強化型」は 3.45 人、「加算型」は 2.29 人、「基本型」は 2.01 人であった。入所者 100 人あたりでは、全体は 3.71 人、「超強化型」は 4.24 人、「強化型」は 4.07 人、「加算型」は 2.92 人、「基本型」は 2.64 人であった。

うち、腸ろうの利用者数（平均）は、全体は 0.02 人、「超強化型」は 0.02 人、「強化型」は 0.02 人、「加算型」は 0.01 人、「基本型」は 0.00 人であった。入所者 100 人あたりでは、全体は 0.02 人、「超強化型」は 0.03 人、「強化型」は 0.02 人、「加算型」は 0.01 人、「基本型」は 0.00 人であった。

うち、間歇的口腔食道経管栄養法の利用者数（平均）は、全体は 0.01 人、「超強化型」は 0.02 人、「強化型」は 0.00 人、「加算型」は 0.00 人、「基本型」は 0.03 人であった。入所者 100 人あたりでは、全体は 0.02 人、「超強化型」は 0.02 人、「強化型」は 0.00 人、「加算型」は 0.00 人、「基本型」は 0.04 人であった。

経管栄養摂取者数の分布をみると、全体、「超強化型」、「強化型」、「加算型」、「基本型」では「1 人以上 5 人未満」と回答した施設が多かった。

¹² 併用している場合は該当する全ての選択肢に計上している。

図表 III-20 経管栄養、経鼻経管栄養、胃ろう、腸ろう、間歇的口腔食道経管栄養法の利用者数

		全体 n=410	超強化型 n=174	強化型 n=49	加算型 n=105	基本型 n=74	その他型 n=2	療養型 n=3	無回答 n=3
平均	経管栄養摂取者数	3.89人	4.32人	3.98人	2.74人	3.26人	5.00人	22.00人	13.67人
	うち、経鼻経管栄養の利用者数	0.87人	0.75人	0.53人	0.45人	1.24人	1.00人	9.67人	9.67人
	うち、胃ろうの利用者数	3.01人	3.57人	3.45人	2.29人	2.01人	4.00人	12.00人	4.00人
	うち、腸ろうの利用者数	0.02人	0.02人	0.02人	0.01人	0.00人	0.00人	0.33人	0.00人
	うち、間歇的口腔食道経管栄養法の利用者数	0.01人	0.02人	0.00人	0.00人	0.03人	0.00人	0.00人	0.00人
入所者 100人あたりの人数	経管栄養摂取者数	4.79人	5.14人	4.69人	3.51人	4.27人	6.76人	48.53人	12.54人
	うち、経鼻経管栄養の利用者数	1.07人	0.89人	0.63人	0.57人	1.63人	1.35人	21.32人	8.87人
	うち、胃ろうの利用者数	3.71人	4.24人	4.07人	2.92人	2.64人	5.41人	26.47人	3.67人
	うち、腸ろうの利用者数	0.02人	0.03人	0.02人	0.01人	0.00人	0.00人	0.74人	0.00人
	うち、間歇的口腔食道経管栄養法の利用者数	0.02人	0.02人	0.00人	0.00人	0.04人	0.00人	0.00人	0.00人
経管栄養 摂取者数 分布	0人	22.0%	16.1%	16.3%	28.6%	32.4%	0.0%	0.0%	0.0%
	1人以上5人未満	44.6%	42.5%	44.9%	49.5%	45.9%	50.0%	0.0%	0.0%
	5人以上10人未満	25.6%	31.0%	32.7%	20.0%	14.9%	50.0%	33.3%	33.3%
	10人以上	7.8%	10.3%	6.1%	1.9%	6.8%	0.0%	66.7%	66.7%

※人数の記載がある施設のみを対象として集計

イ) 静脈栄養、中心静脈栄養、末梢静脈栄養の利用者数

静脈栄養摂取者数（平均）は、全体は 0.21 人、「超強化型」は 0.26 人、「強化型」は 0.24 人、「加算型」は 0.09 人、「基本型」は 0.15 人であった。入所者 100 人あたりでは、全体は 0.26 人、「超強化型」は 0.31 人、「強化型」は 0.29 人、「加算型」は 0.11 人、「基本型」は 0.19 人であった。

うち、中心静脈栄養の利用者数（平均）は、全体は 0.02 人、「超強化型」は 0.02 人、「強化型」は 0.04 人、「加算型」は 0.01 人、「基本型」は 0.00 人であった。入所者 100 人あたりでは、全体は 0.02 人、「超強化型」は 0.02 人、「強化型」は 0.05 人、「加算型」は 0.01 人、「基本型」は 0.00 人であった。

うち、末梢静脈栄養の利用者数（平均）は、全体は 0.19 人、「超強化型」は 0.24 人、「強化型」は 0.20 人、「加算型」は 0.08 人、「基本型」は 0.15 人であった。入所者 100 人あたりでは、全体は 0.23 人、「超強化型」は 0.29 人、「強化型」は 0.24 人、「加算型」は 0.10 人、「基本型」は 0.19 人であった。

また、静脈栄養摂取者数の分布をみると、全ての施設類型で「0 人」が最多であった。

図表 III-21 静脈栄養、中心静脈栄養、末梢静脈栄養の利用者数

		全体 n=410	超強化型 n=174	強化型 n=49	加算型 n=105	基本型 n=74	その他型 n=2	療養型 n=3	無回答 n=3
平均	静脈栄養摂取者数	0.21人	0.26人	0.24人	0.09人	0.15人	0.00人	2.67人	0.00人
	うち、中心静脈栄養の利用者数	0.02人	0.02人	0.04人	0.01人	0.00人	0.00人	0.67人	0.00人
	うち、末梢静脈栄養の利用者数	0.19人	0.24人	0.20人	0.08人	0.15人	0.00人	2.00人	0.00人
入所者 100人あたりの人数	静脈栄養摂取者数	0.26人	0.31人	0.29人	0.11人	0.19人	0.00人	5.88人	0.00人
	うち、中心静脈栄養の利用者数	0.02人	0.02人	0.05人	0.01人	0.00人	0.00人	1.47人	0.00人
	うち、末梢静脈栄養の利用者数	0.23人	0.29人	0.24人	0.10人	0.19人	0.00人	4.41人	0.00人
静脈栄養 摂取者数 分布	0人	92.2%	90.2%	95.9%	93.3%	93.2%	100.0%	66.7%	100.0%
	1人以上5人未満	6.6%	8.6%	2.0%	6.7%	5.4%	0.0%	0.0%	0.0%
	5人以上10人未満	0.7%	0.6%	0.0%	0.0%	1.4%	0.0%	33.3%	0.0%
	10人以上	0.5%	0.6%	2.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

※人数の記載がある施設のみを対象として集計

ウ) 嚥下機能に配慮した食事提供者数

嚥下機能に配慮した食事提供者数の平均は、全体は 37.81 人、「超強化型」は 38.01 人、「強化型」は 45.43 人、「加算型」は 32.27 人、「基本型」は 40.30 人であった。

入所者 100 人あたりでは、全体は 46.61 人、「超強化型」は 45.18 人、「強化型」は 53.59 人、「加算型」は 41.28 人、「基本型」は 52.79 人であった。

図表 III-22 嚥下機能に配慮した食事提供者数

	全体 n=410	超強化型 n=174	強化型 n=49	加算型 n=105	基本型 n=74	その他型 n=2	療養型 n=3	無回答 n=3
平均	37.81人	38.01人	45.43人	32.27人	40.30人	32.50人	16.33人	59.00人
入所者100人あたりの人数	46.61人	45.18人	53.59人	41.28人	52.79人	43.92人	36.03人	54.13人
分布	0人	2.7%	0.6%	0.0%	5.7%	5.4%	0.0%	0.0%
	1人以上10人未満	8.8%	6.9%	6.1%	12.4%	10.8%	0.0%	0.0%
	10人以上20人未満	14.4%	14.4%	10.2%	17.1%	10.8%	50.0%	66.7%
	20人以上30人未満	17.3%	19.0%	12.2%	19.0%	13.5%	0.0%	33.3%
	30人以上40人未満	12.9%	17.2%	12.2%	9.5%	9.5%	0.0%	0.0%
	40人以上 50人未満	12.9%	11.5%	24.5%	12.4%	10.8%	0.0%	0.0%
	50人以上60人未満	12.0%	12.1%	6.1%	12.4%	13.5%	50.0%	0.0%
	60人以上70人未満	9.8%	8.6%	12.2%	7.6%	14.9%	0.0%	0.0%
	70人以上80人未満	4.9%	6.9%	4.1%	1.9%	5.4%	0.0%	0.0%
	80人以上	4.4%	2.9%	12.2%	1.9%	5.4%	0.0%	33.3%

※人数の記載がある施設のみを対象として集計

エ) 常食の提供者数

常食の提供者数は、全体の平均は 35.26 人、「超強化型」の平均は 38.31 人、「強化型」の平均は 33.57 人、「加算型」の平均は 37.11 人、「基本型」の平均は 28.53 人であった。

入所者 100 人あたりでは、全体は 43.47 人、「超強化型」は 45.54 人、「強化型」は 39.60 人、「加算型」は 47.48 人、「基本型」は 37.37 人であった。

図表 III-23 常食の提供者数

	全体 n=410	超強化型 n=174	強化型 n=49	加算型 n=105	基本型 n=74	その他型 n=2	療養型 n=3	無回答 n=3
平均	35.26人	38.31人	33.57人	37.11人	28.53人	22.00人	6.67人	25.00人
入所者100人あたりの人数	43.47人	45.54人	39.60人	47.48人	37.37人	29.73人	14.71人	22.94人
分布	0人	1.7%	1.1%	0.0%	1.0%	5.4%	0.0%	0.0%
	1人以上10人未満	5.6%	4.0%	6.1%	4.8%	8.1%	0.0%	66.7%
	10人以上20人未満	19.0%	16.1%	18.4%	16.2%	28.4%	50.0%	33.3%
	20人以上30人未満	19.0%	17.8%	20.4%	22.9%	17.6%	0.0%	0.0%
	30人以上40人未満	18.5%	17.8%	24.5%	18.1%	14.9%	50.0%	0.0%
	40人以上 50人未満	12.4%	13.8%	12.2%	10.5%	13.5%	0.0%	0.0%
	50人以上60人未満	9.0%	13.2%	4.1%	9.5%	2.7%	0.0%	0.0%
	60人以上70人未満	7.8%	9.8%	12.2%	7.6%	1.4%	0.0%	0.0%
	70人以上80人未満	4.6%	3.4%	2.0%	5.7%	8.1%	0.0%	0.0%
	80人以上	2.2%	2.9%	0.0%	3.8%	0.0%	0.0%	0.0%

※人数の記載がある施設のみを対象として集計

2) 利用者の低栄養状態のリスクの状況

低栄養の高リスク者数の平均値と割合は、全体は9.00人で11.0%、「超強化型」は9.63人で11.5%、「強化型」は9.43人で11.3%、「加算型」は8.75人で11.0%、「基本型」は7.13人で9.1%であった。

入所者100人あたりでは、全体は11.10人、「超強化型」は11.44人、「強化型」は11.42人、「加算型」は11.05人、「基本型」は9.35人であった。

図表 III-24 低栄養のリスク者数

		全体 n=441	超強化型 n=191	強化型 n=53	加算型 n=111	基本型 n=77	その他型 n=2	療養型 n=3	無回答 n=4
平均	低リスク	35.02人	33.24人	36.26人	36.03人	38.10人	31.50人	9.33人	37.50人
	中リスク	37.69人	41.03人	37.77人	34.96人	33.36人	37.00人	28.00人	43.50人
	高リスク	9.00人	9.63人	9.43人	8.75人	7.13人	5.50人	8.00人	18.25人
入所者 100人あたり の人数	低リスク	43.22人	39.48人	43.90人	45.50人	49.96人	42.57人	20.59人	45.87人
	中リスク	46.52人	48.73人	45.73人	44.16人	43.74人	50.00人	61.76人	53.21人
	高リスク	11.10人	11.44人	11.42人	11.05人	9.35人	7.43人	17.65人	22.32人
割合	低リスク	42.9%	39.6%	43.4%	45.2%	48.5%	42.6%	20.6%	37.8%
	中リスク	46.1%	48.9%	45.3%	43.8%	42.4%	50.0%	61.8%	43.8%
	高リスク	11.0%	11.5%	11.3%	11.0%	9.1%	7.4%	17.6%	18.4%

※人数の記載がある施設のみを対象として集計

参照：低栄養状態のリスク分類の指標

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

令和6年3月15日 厚生労働省老健局老人保健課 介護保険最新情報Vol.1217「別紙様式4-1-1 栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング(施設)(様式例)」より作成

3) 利用者の低栄養状態のリスクの状況に係る判断に関与している専門職等

利用者の低栄養状態のリスクの状況に係る判断に関与している専門職等は、すべての施設類型で「管理栄養士」が最多で、全体では98.2%、「超強化型」では100.0%、「強化型」では96.4%、「加算型」で99.1%、「基本型」では93.8%であった。

図表 III-25 利用者の低栄養状態のリスクの状況に係る判断に関与している専門職等
(複数回答)

	全体 n=454	超強化型 n=192	強化型 n=56	加算型 n=117	基本型 n=80	その他型 n=2	療養型 n=3	無回答 n=4
医師	68.5%	70.3%	66.1%	70.1%	63.8%	100.0%	33.3%	75.0%
歯科医師	1.8%	3.1%	1.8%	0.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
看護職員	66.3%	67.7%	57.1%	69.2%	65.0%	100.0%	33.3%	75.0%
介護福祉士	44.1%	49.5%	30.4%	41.0%	43.8%	100.0%	33.3%	50.0%
介護職員(介護福祉士を除く)	22.9%	25.5%	12.5%	23.1%	25.0%	0.0%	0.0%	25.0%
管理栄養士	98.2%	100.0%	96.4%	99.1%	93.8%	100.0%	100.0%	100.0%
歯科衛生士	7.9%	12.0%	5.4%	3.4%	6.3%	0.0%	0.0%	25.0%
言語聴覚士	23.3%	35.9%	23.2%	17.1%	5.0%	0.0%	0.0%	0.0%
理学療法士	21.8%	23.4%	10.7%	22.2%	23.8%	0.0%	33.3%	50.0%
作業療法士	20.9%	23.4%	14.3%	20.5%	20.0%	50.0%	0.0%	25.0%
上記に当てはまらない職員	10.4%	9.4%	8.9%	14.5%	6.3%	100.0%	0.0%	0.0%

4) 利用者の「R4 システム版 ICF ステージング」に基づく嚥下機能、食事動作

ア) 嚥下機能のステージ別の利用者数

R4 システム版 ICF ステージングの嚥下機能のステージ 1 の利用者数の平均と割合は、全体が 4.2 人で 5.5%、「超強化型」が 4.51 人で 5.5%、「強化型」が 4.11 人で 4.9%、「加算型」が 3.12 人で 4.2%、「基本型」が 3.98 人で 6.0%であった。

また、入所者 100 人あたりでは、全体は 5.35 人、「超強化型」は 5.49 人、「強化型」は 5.16 人、「加算型」は 4.04 人、「基本型」は 5.38 人であった。

図表 III-26 R4 システム版 ICF ステージングの嚥下機能のステージ別の利用者数

		全体 n=365	超強化型 n=158	強化型 n=46	加算型 n=94	基本型 n=60	その他型 n=2	療養型 n=3	無回答 n=2
平均	ステージ5	30.04人	32.38人	28.26人	31.01人	24.67人	13.50人	8.00人	50.50人
	ステージ4	19.50人	20.44人	23.78人	18.84人	15.47人	34.00人	3.33人	8.50人
	ステージ3	12.62人	12.70人	15.39人	11.62人	12.65人	11.50人	2.67人	5.00人
	ステージ2	11.08人	11.34人	12.17人	10.16人	10.02人	19.00人	7.00人	40.00人
	ステージ1	4.22人	4.51人	4.11人	3.12人	3.98人	5.00人	22.00人	16.00人
入所者 100人あたり の人数	ステージ5	38.03人	39.47人	35.50人	40.22人	33.34人	18.24人	17.65人	42.80人
	ステージ4	24.69人	24.91人	29.87人	24.44人	20.91人	45.95人	7.35人	7.20人
	ステージ3	15.98人	15.48人	19.33人	15.07人	17.10人	15.54人	5.88人	4.24人
	ステージ2	14.03人	13.82人	15.29人	13.18人	13.54人	25.68人	15.44人	33.90人
	ステージ1	5.35人	5.49人	5.16人	4.04人	5.38人	6.76人	48.53人	13.56人
割合	ステージ5	38.8%	39.8%	33.8%	41.5%	36.9%	16.3%	18.6%	42.1%
	ステージ4	25.2%	25.1%	28.4%	25.2%	23.2%	41.0%	7.8%	7.1%
	ステージ3	16.3%	15.6%	18.4%	15.5%	18.9%	13.9%	6.2%	4.2%
	ステージ2	14.3%	13.9%	14.5%	13.6%	15.0%	22.9%	16.3%	33.3%
	ステージ1	5.5%	5.5%	4.9%	4.2%	6.0%	6.0%	51.2%	13.3%

※人数の記載がある施設のみを対象として集計

【ICFステージング嚥下機能】
(1) 【ステージ5の判断】固めの食事(肉など)を含む普通の食事を、嚥んで食べているかどうかを判断する。
(2) 【ステージ4の判断】ストロー、吸い飲み等を使用して水分・流動物をむせずに飲むことを、ふだんから行っているかどうかで判断する。
(3) 【ステージ3の判断】咬断や吸引はできないけれど、口の中に十分やわらかい食べ物を入れれば、飲み込みを行う場合がステージ3である。
(4) 【ステージ2の判断】やわらかいもののみ、口腔内に食べ物をため込まず、嚥下を行っているかどうかで判断する。
(5) 【ステージ1の判断】やわらかいものであっても(例えば嚥下食)飲み込みができず、ふだんから行っていない場合、あるいは、誤嚥の危険性が高く嚥下を行っていない場合は、ステージ1と判断する。胃ろうの使用は、ステージ1と判断する。

イ) 食事動作のステージ別の利用者数

R4 システム版 ICF ステージングの食事動作のステージ1の利用者数の平均と割合は、全体が3.96人で5.2%、「超強化型」が4.68人で5.9%、「強化型」が3.70人で4.5%、「加算型」が2.90人で4.0%、「基本型」が3.34人で5.0%であった。

また、入所者100人あたりでは、全体は5.02人、「超強化型」は5.72人、「強化型」は4.64人、「加算型」は3.78人、「基本型」は4.52人であった。

図表 III-27 R4 システム版 ICF ステージングの食事動作のステージ別の利用者数

		全体 n=361	超強化型 n=156	強化型 n=46	加算型 n=93	基本型 n=59	その他型 n=2	療養型 n=3	無回答 n=2
平均	ステージ5	40.14人	41.71人	43.96人	39.40人	36.32人	13.00人	10.33人	48.50人
	ステージ4	15.38人	15.72人	16.07人	15.87人	12.47人	27.50人	5.00人	38.50人
	ステージ3	6.83人	7.10人	8.87人	6.40人	5.36人	9.00人	3.67人	5.00人
	ステージ2	9.48人	10.35人	9.26人	8.10人	9.14人	18.50人	9.67人	10.50人
	ステージ1	3.96人	4.68人	3.70人	2.90人	3.34人	5.00人	6.00人	16.50人
入所者 100人あたり の人数	ステージ5	50.93人	51.02人	55.22人	51.23人	49.13人	17.57人	22.79人	41.10人
	ステージ4	19.51人	19.23人	20.18人	20.64人	16.87人	37.16人	11.03人	32.63人
	ステージ3	8.66人	8.68人	11.14人	8.32人	7.24人	12.16人	8.09人	4.24人
	ステージ2	12.02人	12.66人	11.63人	10.53人	12.37人	25.00人	21.32人	8.90人
	ステージ1	5.02人	5.72人	4.64人	3.78人	4.52人	6.76人	13.24人	13.98人
割合	ステージ5	53.0%	52.4%	53.7%	54.2%	54.5%	17.8%	29.8%	40.8%
	ステージ4	20.3%	19.8%	19.6%	21.8%	18.7%	37.7%	14.4%	32.4%
	ステージ3	9.0%	8.9%	10.8%	8.8%	8.0%	12.3%	10.6%	4.2%
	ステージ2	12.5%	13.0%	11.3%	11.1%	13.7%	25.3%	27.9%	8.8%
	ステージ1	5.2%	5.9%	4.5%	4.0%	5.0%	6.8%	17.3%	13.9%

※人数の記載がある施設のみを対象として集計

【ICFステージング食事動作】
(6) 【ステージ5の判断】ステージ5は、提供された食べ物を箸やフォーク、スプーン、ナイフ等を使用して、上手に食べているかどうかで判断する。
(7) 【ステージ4の判断】提供された食べ物を、食べこぼし等はあるが、なんとか自分で食べている場合は、ステージ4と判断する。
(8) 【ステージ3の判断】食事の際、本人の姿勢や食べ物の位置の調整などが必要かどうかで判断する。
(9) 【ステージ2の判断】食事の準備だけでなく、食べる動作にも介助を行っている場合は、ステージ2である。
(10) 【ステージ1の判断】食事の動作に対する直接介助を行っても食べることができない場合は、ステージ1と判断する。

3. 摂食嚥下機能が低下している方への対応状況

1) 介護給付費の算定人数

ア) 栄養マネジメント強化加算

栄養マネジメント強化加算の平均算定人数は、全体で 43.83 人、「超強化型」で 53.84 人、「強化型」で 51.17 人、「加算型」で 36.62 人、「基本型」で 25.14 人であった。

また、入所者 100 人あたりでは、全体は 54.09 人、「超強化型」は 63.96 人、「強化型」は 63.54 人、「加算型」は 45.95 人、「基本型」は 32.58 人であった。

さらに、算定人数の分布をみると、ほとんどの施設類型で「0 人」が最多であった。

図表 III-28 栄養マネジメント強化加算の算定人数

		全体 n=412	超強化型 n=176	強化型 n=53	加算型 n=103	基本型 n=71	その他型 n=2	療養型 n=3	無回答 n=4
平均		43.83人	53.84人	51.17人	36.62人	25.14人	0.00人	35.67人	51.50人
入所者100人あたりの人数		54.09人	63.96人	63.54人	45.95人	32.58人	0.00人	78.68人	63.00人
分布	0人	44.9%	34.7%	39.6%	49.5%	66.2%	100.0%	33.3%	50.0%
	1人以上20未満	0.7%	0.0%	1.9%	1.0%	1.4%	0.0%	0.0%	0.0%
	20人以上40人未満	4.1%	2.8%	3.8%	5.8%	4.2%	0.0%	33.3%	0.0%
	40人以上60人未満	6.6%	6.8%	1.9%	9.7%	5.6%	0.0%	0.0%	0.0%
	60人以上80人未満	15.0%	16.5%	15.1%	13.6%	12.7%	0.0%	33.3%	25.0%
	80人以上100人未満	19.9%	28.4%	24.5%	15.5%	4.2%	0.0%	0.0%	0.0%
	100人以上120人未満	4.1%	5.1%	9.4%	1.9%	1.4%	0.0%	0.0%	0.0%
	120人以上	4.6%	5.7%	3.8%	2.9%	4.2%	0.0%	0.0%	25.0%

※人数の記載がある施設のみを対象として集計

イ) 経口移行加算

経口移行加算の平均算定人数は、全体で 0.09 人、「超強化型」で 0.13 人、「強化型」で 0.09 人、「加算型」で 0.06 人、「基本型」で 0.06 人であった。

また、入所者 100 人あたりでは、全体は 0.11 人、「超強化型」は 0.16 人、「強化型」は 0.12 人、「加算型」は 0.07 人、「基本型」は 0.07 人であった。

さらに、算定人数の分布をみると、全ての施設種別で「0 人」が最多であった。

図表 III-29 経口移行加算の算定人数

		全体 n=412	超強化型 n=176	強化型 n=53	加算型 n=103	基本型 n=71	その他型 n=2	療養型 n=3	無回答 n=4
平均		0.09人	0.13人	0.09人	0.06人	0.06人	0.00人	0.00人	0.00人
入所者100人あたりの人数		0.11人	0.16人	0.12人	0.07人	0.07人	0.00人	0.00人	0.00人
分布	0人	93.0%	90.3%	92.5%	95.1%	95.8%	100.0%	100.0%	100.0%
	1人以上5人未満	7.0%	9.7%	7.5%	4.9%	4.2%	0.0%	0.0%	0.0%
	5人以上	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

※人数の記載がある施設のみを対象として集計

ウ) 経口維持加算（Ⅰ）

経口維持加算（Ⅰ）の平均算定人数は、全体で 11.90 人、「超強化型」で 16.32 人、「強化型」で 12.42 人、「加算型」で 10.45 人、「基本型」で 4.06 人であった。

また、入所者 100 人あたりでは、全体は 14.69 人、「超強化型」は 19.39 人、「強化型」は 15.42 人、「加算型」は 13.11 人、「基本型」は 5.26 人であった。

さらに、算定人数の分布をみると、ほとんどの施設類型で「0 人」が最多であった。

図表 III-30 経口維持加算（Ⅰ）の算定人数

		全体 n=412	超強化型 n=176	強化型 n=53	加算型 n=103	基本型 n=71	その他型 n=2	療養型 n=3	無回答 n=4
平均		11.90人	16.32人	12.42人	10.45人	4.06人	0.00人	3.00人	0.00人
入所者100人あたりの人数		14.69人	19.39人	15.42人	13.11人	5.26人	0.00人	6.62人	0.00人
分布	0人	40.8%	23.3%	45.3%	43.7%	70.4%	100.0%	66.7%	100.0%
	1人以上20未満	38.1%	46.0%	32.1%	38.8%	25.4%	0.0%	33.3%	0.0%
	20人以上40人未満	12.6%	19.3%	13.2%	9.7%	1.4%	0.0%	0.0%	0.0%
	40人以上60人未満	5.6%	7.4%	3.8%	5.8%	2.8%	0.0%	0.0%	0.0%
	60人以上80人未満	1.7%	1.7%	3.8%	1.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	80人以上100人未満	0.7%	1.1%	1.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	100人以上	0.5%	1.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

※人数の記載がある施設のみを対象として集計

エ) 経口維持加算（Ⅱ）

経口維持加算（Ⅱ）の平均算定人数は、全体で 10.36 人、「超強化型」で 14.92 人、「強化型」で 11.66 人、「加算型」で 7.11 人、「基本型」で 3.25 人であった。

また、入所者 100 人あたりでは、全体は 12.79 人、「超強化型」は 17.72 人、「強化型」は 14.48 人、「加算型」は 8.92 人、「基本型」は 4.22 人であった。

さらに、算定人数の分布をみると、ほとんどの施設類型で「0 人」が最多であった。

図表 III-31 経口維持加算（Ⅱ）の算定人数

		全体 n=412	超強化型 n=176	強化型 n=53	加算型 n=103	基本型 n=71	その他型 n=2	療養型 n=3	無回答 n=4
平均		10.36人	14.92人	11.66人	7.11人	3.25人	0.00人	3.00人	13.25人
入所者100人あたりの人数		12.79人	17.72人	14.48人	8.92人	4.22人	0.00人	6.62人	16.21人
分布	0人	52.7%	34.7%	50.9%	62.1%	81.7%	100.0%	66.7%	75.0%
	1人以上20未満	28.6%	36.9%	26.4%	26.2%	15.5%	0.0%	33.3%	0.0%
	20人以上40人未満	10.2%	17.0%	11.3%	5.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	40人以上60人未満	5.6%	7.4%	5.7%	3.9%	2.8%	0.0%	0.0%	25.0%
	60人以上80人未満	1.7%	1.7%	3.8%	1.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	80人以上100人未満	0.7%	1.1%	1.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	100人以上	0.5%	1.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

※人数の記載がある施設のみを対象として集計

オ) 口腔衛生管理加算（Ⅰ）

口腔衛生管理加算（Ⅰ）の平均算定人数は、全体で 3.43 人、「超強化型」で 4.36 人、「強化型」で 2.92 人、「加算型」で 2.25 人、「基本型」で 2.38 人であった。

また、入所者 100 人あたりでは、全体は 4.23 人、「超強化型」は 5.18 人、「強化型」は 3.63 人、「加算型」は 2.83 人、「基本型」は 3.08 人であった。

さらに、算定人数の分布をみると、全ての施設種別で「0 人」が最多であった。

図表 III-32 口腔衛生管理加算（Ⅰ）の算定人数

		全体 n=412	超強化型 n=176	強化型 n=53	加算型 n=103	基本型 n=71	その他型 n=2	療養型 n=3	無回答 n=4
平均		3.43人	4.36人	2.92人	2.25人	2.38人	0.00人	6.67人	17.25人
入所者100人あたりの人数		4.23人	5.18人	3.63人	2.83人	3.08人	0.00人	14.71人	21.10人
分布	0人	92.5%	90.3%	94.3%	93.2%	97.2%	100.0%	66.7%	75.0%
	1人以上20未満	2.9%	4.0%	1.9%	3.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	20人以上40人未満	1.2%	1.7%	0.0%	1.0%	0.0%	0.0%	33.3%	0.0%
	40人以上60人未満	0.2%	0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	60人以上80人未満	1.5%	1.1%	1.9%	1.0%	1.4%	0.0%	0.0%	25.0%
	80人以上100人未満	1.0%	1.1%	1.9%	1.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	100人以上	0.7%	1.1%	0.0%	0.0%	1.4%	0.0%	0.0%	0.0%

※人数の記載がある施設のみを対象として集計

力) 口腔衛生管理加算（Ⅱ）

口腔衛生管理加算（Ⅱ）の平均算定人数は、全体で 21.12 人、「超強化型」で 29.59 人、「強化型」で 20.26 人、「加算型」で 16.30 人、「基本型」で 8.15 人であった。

また、入所者 100 人あたりでは、全体は 26.07 人、「超強化型」は 35.15 人、「強化型」は 25.16 人、「加算型」は 20.45 人、「基本型」は 10.57 人であった。

さらに、算定人数の分布をみると、全ての施設種別で「0 人」が最多であった。

図表 III-33 口腔衛生管理加算（Ⅱ）の算定人数

		全体 n=412	超強化型 n=176	強化型 n=53	加算型 n=103	基本型 n=71	その他型 n=2	療養型 n=3	無回答 n=4
平均		21.12人	29.59人	20.26人	16.30人	8.15人	0.00人	0.00人	40.50人
入所者100人あたりの人数		26.07人	35.15人	25.16人	20.45人	10.57人	0.00人	0.00人	49.54人
分布	0人	59.0%	46.6%	56.6%	65.0%	80.3%	100.0%	100.0%	50.0%
	1人以上20未満	11.7%	12.5%	13.2%	12.6%	8.5%	0.0%	0.0%	0.0%
	20人以上40人未満	6.8%	8.0%	5.7%	6.8%	4.2%	0.0%	0.0%	25.0%
	40人以上60人未満	4.6%	6.8%	7.5%	1.9%	1.4%	0.0%	0.0%	0.0%
	60人以上80人未満	7.0%	10.8%	9.4%	3.9%	1.4%	0.0%	0.0%	0.0%
	80人以上100人未満	7.0%	10.2%	3.8%	6.8%	2.8%	0.0%	0.0%	0.0%
	100人以上	3.9%	5.1%	3.8%	2.9%	1.4%	0.0%	0.0%	25.0%

※人数の記載がある施設のみを対象として集計

キ) 療養食加算

療養食加算の平均算定人数は、全体で 21.62 人、「超強化型」で 21.98 人、「強化型」で 26.81 人、「加算型」で 20.97 人、「基本型」で 18.48 人であった。

また、入所者 100 人あたりでは、全体は 26.68 人、「超強化型」は 26.11 人、「強化型」は 33.29 人、「加算型」は 26.31 人、「基本型」は 23.95 人であった。

さらに、算定人数の分布をみると、ほとんどの施設類型で「1 人以上 20 人未満」が最多であった。

図表 III-34 療養食加算の算定人数

	全体 n=412	超強化型 n=176	強化型 n=53	加算型 n=103	基本型 n=71	その他型 n=2	療養型 n=3	無回答 n=4
平均	21.62人	21.98人	26.81人	20.97人	18.48人	11.00人	21.00人	15.00人
入所者100人あたりの人数	26.68人	26.11人	33.29人	26.31人	23.95人	14.86人	46.32人	18.35人
分布	0人	7.0%	4.5%	1.9%	8.7%	15.5%	0.0%	0.0%
	1人以上20未満	45.1%	47.2%	43.4%	40.8%	43.7%	100.0%	66.7%
	20人以上40人未満	35.7%	36.9%	34.0%	40.8%	31.0%	0.0%	0.0%
	40人以上60人未満	7.5%	6.8%	11.3%	6.8%	5.6%	0.0%	33.3%
	60人以上80人未満	2.9%	2.8%	3.8%	2.9%	2.8%	0.0%	0.0%
	80人以上100人未満	1.5%	1.1%	5.7%	0.0%	1.4%	0.0%	0.0%
	100人以上	0.2%	0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

※人数の記載がある施設のみを対象として集計

ク) 再入所時栄養連携加算

再入所時栄養連携加算の平均算定人数は、全体の平均は 0.08 人、「超強化型」の平均は 0.11 人、「強化型」の平均は 0.02 人、「加算型」の平均は 0.11 人、「基本型」の平均は 0.04 人であった。

また、入所者 100 人あたりでは、全体は 0.10 人、「超強化型」は 0.13 人、「強化型」は 0.02 人、「加算型」は 0.13 人、「基本型」は 0.05 人であった。

さらに、算定人数の分布をみると、全ての施設種別で「0 人」が最多であった。

図表 III-35 再入所時栄養連携加算の算定人数

	全体 n=412	超強化型 n=176	強化型 n=53	加算型 n=103	基本型 n=71	その他型 n=2	療養型 n=3	無回答 n=4
平均	0.08人	0.11人	0.02人	0.11人	0.04人	0.00人	0.00人	0.00人
入所者100人あたりの人数	0.10人	0.13人	0.02人	0.13人	0.05人	0.00人	0.00人	0.00人
分布	0人	94.4%	92.0%	98.1%	95.1%	95.8%	100.0%	100.0%
	1人以上4人未満	5.3%	8.0%	1.9%	3.9%	4.2%	0.0%	0.0%
	4人以上	0.2%	0.0%	0.0%	1.0%	0.0%	0.0%	0.0%

※人数の記載がある施設のみを対象として集計

2) 施設で実施している、摂食嚥下機能が低下している方へのトレーニングや特別な配慮・支援等に関する専門職等

摂食嚥下機能が低下した人への支援に関わる専門職の関わりについて、嚥下訓練ではその他型を除く施設種別で「言語聴覚士」が多くかかわっていた。全施設種別を通して、口腔ケアでは「看護職員」、介護職、「歯科衛生士」が多くかかわっており、食事に関する指導では「管理栄養士」が、生活機能向上に向けた指導では「理学療法士」、「作業療法士」がかかわっている割合が高かった。また、環境調整では全施設種別で「看護職員」、介護職、「管理栄養士」、「作業療法士」が関わっている割合が高かった。

図表 III-36 施設で実施している、摂食嚥下機能が低下している方へのトレーニングや特別な配慮・支援等に関する専門職等（施設種別）

【全体】

n=454	医師	歯科医師	看護職員	介護福祉士	介護職員 (介護福祉士を除く)	管理栄養士	歯科衛生士	言語聴覚士	理学療法士	作業療法士
嚥下訓練(直接訓練)	3.7%	3.1%	18.3%	14.1%	7.0%	10.1%	4.8%	55.5%	8.6%	10.6%
嚥下訓練(間接訓練)	2.6%	2.2%	18.7%	29.1%	18.7%	5.5%	7.7%	54.2%	16.3%	17.0%
口腔ケア	1.5%	25.6%	66.1%	78.6%	62.8%	5.3%	54.6%	34.4%	3.7%	4.8%
食事内容や食形態に関する指導	32.4%	9.5%	53.1%	27.8%	17.4%	88.5%	11.9%	52.6%	6.8%	9.3%
生活機能向上に向けた指導	20.9%	2.2%	45.8%	42.7%	26.7%	22.7%	6.8%	37.2%	65.0%	63.7%
その人に合った環境調整	4.6%	1.3%	68.1%	75.6%	52.0%	67.6%	4.8%	50.2%	55.5%	60.8%
上記以外の方法での配慮・支援等	13.2%	3.5%	28.4%	28.6%	20.9%	26.7%	6.6%	20.0%	22.5%	23.3%

【超強化型】

n=192	医師	歯科医師	看護職員	介護福祉士	介護職員 (介護福祉士を除く)	管理栄養士	歯科衛生士	言語聴覚士	理学療法士	作業療法士
嚥下訓練(直接訓練)	4.7%	2.6%	18.8%	15.1%	7.3%	9.9%	7.8%	75.5%	11.5%	13.5%
嚥下訓練(間接訓練)	3.1%	1.0%	19.3%	31.8%	20.8%	5.7%	8.9%	72.9%	16.7%	19.8%
口腔ケア	1.6%	20.8%	64.6%	82.8%	64.6%	5.2%	58.9%	47.9%	5.7%	6.3%
食事内容や食形態に関する指導	27.6%	10.4%	50.5%	27.1%	18.2%	91.1%	16.1%	71.9%	7.8%	9.9%
生活機能向上に向けた指導	21.4%	2.1%	48.4%	46.4%	29.7%	28.1%	8.3%	50.5%	72.4%	73.4%
その人に合った環境調整	4.2%	1.6%	64.6%	72.9%	50.5%	70.8%	6.8%	69.3%	64.6%	73.4%
上記以外の方法での配慮・支援等	16.1%	4.2%	30.7%	28.6%	21.9%	32.3%	7.3%	29.7%	27.1%	29.7%

【強化型】

n=56	医師	歯科医師	看護職員	介護福祉士	介護職員 (介護福祉士を除く)	管理栄養士	歯科衛生士	言語聴覚士	理学療法士	作業療法士
嚥下訓練(直接訓練)	0.0%	1.8%	16.1%	10.7%	3.6%	5.4%	1.8%	69.6%	3.6%	5.4%
嚥下訓練(間接訓練)	0.0%	1.8%	28.6%	33.9%	17.9%	7.1%	7.1%	71.4%	19.6%	19.6%
口腔ケア	1.8%	25.0%	71.4%	78.6%	58.9%	7.1%	62.5%	46.4%	7.1%	8.9%
食事内容や食形態に関する指導	28.6%	5.4%	53.6%	26.8%	10.7%	85.7%	5.4%	67.9%	1.8%	5.4%
生活機能向上に向けた指導	19.6%	1.8%	41.1%	41.1%	25.0%	23.2%	7.1%	50.0%	71.4%	67.9%
その人に合った環境調整	8.9%	0.0%	73.2%	78.6%	55.4%	64.3%	5.4%	67.9%	71.4%	67.9%
上記以外の方法での配慮・支援等	16.1%	7.1%	30.4%	28.6%	19.6%	25.0%	14.3%	25.0%	26.8%	25.0%

【加算型】

n=117	医師	歯科医師	看護職員	介護福祉士	介護職員 (介護福祉士を除く)	管理栄養士	歯科衛生士	言語聴覚士	理学療法士	作業療法士
嚥下訓練(直接訓練)	6.0%	4.3%	20.5%	18.8%	10.3%	12.0%	3.4%	41.0%	7.7%	10.3%
嚥下訓練(間接訓練)	4.3%	5.1%	17.9%	30.8%	18.8%	5.1%	8.5%	38.5%	13.7%	15.4%
口腔ケア	1.7%	33.3%	65.0%	75.2%	61.5%	5.1%	52.1%	20.5%	1.7%	4.3%
食事内容や食形態に関する指導	40.2%	12.0%	57.3%	27.4%	17.1%	90.6%	7.7%	35.9%	6.0%	9.4%
生活機能向上に向けた指導	24.8%	3.4%	48.7%	41.9%	28.2%	17.9%	6.0%	27.4%	64.1%	61.5%
その人に合った環境調整	6.0%	1.7%	74.4%	75.2%	52.1%	69.2%	2.6%	33.3%	47.9%	54.7%
上記以外の方法での配慮・支援等	12.8%	1.7%	29.1%	31.6%	20.5%	24.8%	3.4%	12.8%	21.4%	19.7%

【基本型】

n=80	医師	歯科医師	看護職員	介護福祉士	介護職員 (介護福祉士を除く)	管理栄養士	歯科衛生士	言語聴覚士	理学療法士	作業療法士
嚥下訓練(直接訓練)	0.0%	3.8%	13.8%	6.3%	2.5%	11.3%	2.5%	22.5%	7.5%	6.3%
嚥下訓練(間接訓練)	1.3%	1.3%	12.5%	20.0%	16.3%	5.0%	3.8%	22.5%	17.5%	12.5%
口腔ケア	0.0%	26.3%	66.3%	72.5%	60.0%	5.0%	43.8%	16.3%	0.0%	0.0%
食事内容や食形態に関する指導	36.3%	7.5%	53.8%	31.3%	20.0%	81.3%	12.5%	22.5%	10.0%	11.3%
生活機能向上に向けた指導	16.3%	1.3%	40.0%	38.8%	20.0%	17.5%	5.0%	13.8%	46.3%	45.0%
その人に合った環境調整	1.3%	1.3%	63.8%	77.5%	51.3%	61.3%	2.5%	18.8%	35.0%	36.3%
上記以外の方法での配慮・支援等	5.0%	1.3%	20.0%	23.8%	18.8%	16.3%	3.8%	5.0%	11.3%	12.5%

【その他型】

n=2	医師	歯科医師	看護職員	介護福祉士	介護職員 (介護福祉士を除く)	管理栄養士	歯科衛生士	言語聴覚士	理学療法士	作業療法士
嚥下訓練(直接訓練)	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%	100.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
嚥下訓練(間接訓練)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
口腔ケア	0.0%	0.0%	50.0%	100.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
食事内容や食形態に関する指導	0.0%	0.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
生活機能向上に向けた指導	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
その人に合った環境調整	0.0%	0.0%	50.0%	100.0%	100.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
上記以外の方法での配慮・支援等	0.0%	0.0%	50.0%	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%

【療養型】

n=3	医師	歯科医師	看護職員	介護福祉士	介護職員 (介護福祉士を除く)	管理栄養士	歯科衛生士	言語聴覚士	理学療法士	作業療法士
嚥下訓練(直接訓練)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	66.7%	0.0%	0.0%
嚥下訓練(間接訓練)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	66.7%	0.0%	0.0%
口腔ケア	33.3%	66.7%	100.0%	100.0%	100.0%	0.0%	66.7%	33.3%	0.0%	0.0%
食事内容や食形態に関する指導	33.3%	0.0%	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%	0.0%	66.7%	0.0%	0.0%
生活機能向上に向けた指導	33.3%	0.0%	33.3%	33.3%	33.3%	33.3%	0.0%	33.3%	66.7%	33.3%
その人に合った環境調整	0.0%	0.0%	66.7%	100.0%	66.7%	66.7%	0.0%	66.7%	66.7%	33.3%
上記以外の方法での配慮・支援等	0.0%	0.0%	33.3%	33.3%	33.3%	33.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

3) 摂食嚥下機能が低下している方へのトレーニングや特別な配慮・支援等の具体例や工夫

自施設で実施している、摂食嚥下機能が低下している方へのトレーニングや特別な配慮・支援等の具体例や工夫について、主な回答は下記のとおりであった。

【1. 嚥下訓練（直接訓練）】

なし

【2. 嚥下訓練（間接訓練）】

- ・ 嚥下体操（食前・レクリエーション時）を実施している。
- ・ 発声練習を実施している。
- ・ 食事介助前の嚥下マッサージを行っている。
- ・ 摂食嚥下機能の低下が見られる利用者や覚醒不良の方へのアイスマッサージを行っている。

【3. 口腔ケア（※歯科専門職による専門的口腔清掃含む）】

- ・ 訪問歯科による口腔ケアや指導を受けている。
- ・ 個々の口腔状態に応じた口腔ケア用品（例：モアブラシ）を使用している。
- ・ 職員は歯科医師や歯科衛生士から利用者への口腔ケアの指導を受けている。
- ・ 月1回の口腔状態の評価を実施、食形態の見直しや歯科受診、義歯作成に繋げるようにしている。
- ・ 訪問歯科による義歯の調整や作成を実施している。

【4. 食事内容や食形態に関する指導】

- ・ 義歯作成により食形態を見直し、より常食に近い食形態での食事が可能となった利用者がいた。
- ・ 摂食嚥下機能や嗜好、認知機能等に配慮した食形態の変更や嚥下食の提供（例：トロミ剤の利用や濃度調整、ゼリー飲料の利用）を実施した。
- ・ 食形態を変更する際、お試し食を提供し専門職で協議・評価を行っている。形態への配慮として主菜のみ刻み食（その他常菜食）、主食のみソフト食（その他刻み食）等を行うことで機能維持・改善へつながる取組を行っている。
- ・ 厨房で準備された食事（料理）について、例えば、「刻み」であっても対象者にとって大きさや硬さが合わない場合等、皿の上でスプーンを用いて適した形状に切って摂取してもらう。

【5. 生活機能向上に向けた指導】

- ・ 感染対策の影響で大半の利用者が十分な運動を行えていない状況であるため、オーラルフレイルだけではなく全身のフレイル改善を目指し、摂食嚥下機能が低下している利用者に対して、個別運動療法の回数を増やすようにしている。

【6. その人に合った環境調整（4. 以外のフィッティング、皿の位置の工夫、特別な補助具の準備等）】

- ・ 自助具や自助食器、滑り止めマット等を導入している。
- ・ 食事の姿勢が崩れないよう、椅子や車いす、テーブルの角度や高さを調整している。

- ・ ベッドで食事摂取する利用者に対し、クッション等を使いながら角度や高さを調整している。
- ・ 食欲や嗜好、摂食嚥下機能に応じて、ワンプレートやどんぶりで盛り付けている。
- ・ 配膳の順序は、食事に時間のかかる利用者を先にするようにしている。
- ・ 自力摂取できるよう声掛けを実施している。
- ・ 摂食ペースの速い方や誤嚥した方にゆっくり食べることや誤嚥を促す声掛けを実施している。
- ・ 認知症、うつ病等の症状で食事摂取が進まない利用者には、その人に合った配席や食事提供のタイミングとしている。

【7. 上記以外の方法での配慮・支援等】

- ・ 多職種でのミールラウンドを実施し、摂食嚥下機能のほか、喫食量や嗜好、食事介助方法について確認し共有している。
- ・ 会話や声掛けで積極的に利用者とコミュニケーションをとるようにしている。
- ・ 服薬管理、調整を行っている。

4) 多職種によるミールラウンドに關与している専門職等

ア) ミールラウンドの状況

多職種によるミールラウンドに關与する専門職等は、全体では「管理栄養士」が 89.4%で最多、「超強化型」では「管理栄養士」が 95.8%で最多、「強化型」では「管理栄養士」が 98.2%で最多、「加算型」では「管理栄養士」が 87.2%で最多、「基本型」では「管理栄養士」が 75.0%で最多であった。

図表 III-37 多職種によるミールラウンドに關与している専門職等（複数回答）

	全体 n=454	超強化型 n=192	強化型 n=56	加算型 n=117	基本型 n=80	その他型 n=2	療養型 n=3	無回答 n=4
医師	34.1%	42.7%	37.5%	29.1%	18.8%	0.0%	66.7%	25.0%
歯科医師	9.0%	12.0%	12.5%	6.8%	3.8%	0.0%	0.0%	0.0%
看護職員	73.6%	82.8%	82.1%	69.2%	55.0%	50.0%	66.7%	25.0%
介護福祉士	69.4%	78.1%	76.8%	63.2%	55.0%	50.0%	66.7%	25.0%
介護職員（介護福祉士を除く）	49.1%	53.6%	51.8%	44.4%	45.0%	0.0%	66.7%	25.0%
管理栄養士	89.4%	95.8%	98.2%	87.2%	75.0%	50.0%	66.7%	50.0%
歯科衛生士	17.6%	26.6%	16.1%	10.3%	8.8%	0.0%	0.0%	25.0%
言語聴覚士	52.6%	74.0%	67.9%	38.5%	16.3%	0.0%	33.3%	0.0%
理学療法士	37.2%	46.9%	41.1%	34.2%	16.3%	0.0%	66.7%	25.0%
作業療法士	37.9%	49.5%	39.3%	31.6%	18.8%	50.0%	33.3%	25.0%
上記に当てはまらない職員	14.3%	16.1%	10.7%	18.8%	7.5%	0.0%	0.0%	0.0%

イ) 多職種によるミールラウンドの実施回数別人数

令和 6 年 11 月 1 日から令和 6 年 11 月 30 日までの 1 か月間のミールラウンドの実施回数別人数（平均）は、12 回以上（週 3 回以上）は、全体は 42.25 人、「超強化型」は 44.47 人、「強化型」は 42.77 人、「加算型」は 36.14 人、「基本型」は 45.25 人であった。

また、1～11 回（週 3 回未満）は、全体は 18.25 人、「超強化型」は 19.25 人、「強化型」は 19.69 人、「加算型」は 20.12 人、「基本型」は 11.09 人であった。

さらに、実施していないのは、全体は 7.44 人、「超強化型」は 8.02 人、「強化型」は 7.69 人、「加算型」は 6.14 人、「基本型」は 8.16 人であった。

入所者 100 人あたりでは、12 回以上（週 3 回以上）は、全体が 52.15 人、「超強化型」が 52.88 人、「強化型」が 50.20 人、「加算型」が 45.42 人、「基本型」が 61.68 人、1～11 回（週 3 回未満）は、全体が 22.53 人、「超強化型」が 22.89 人、「強化型」が 23.11 人、「加算型」が 25.28 人、「基本型」が 15.12 人、実施していないは、全体が 9.18 人、「超強化型」が 9.54 人、「強化型」が 9.02 人、「加算型」が 7.72 人、「基本型」が 11.12 人であった。

割合でみると、ほとんどの施設種別で「12 回以上（週 3 回以上）」が 5 割を超え最多であった。

図表 III-38 1 か月間でのミールラウンドの実施回数別人数

		全体 n=301	超強化型 n=141	強化型 n=35	加算型 n=78	基本型 n=44	その他型 n=0	療養型 n=2	無回答 n=1
平均	12回以上(週3回以上)	42.25人	44.47人	42.77人	36.14人	45.25人	-	39.00人	61.00人
	1～11回(週3回未満)	18.25人	19.25人	19.69人	20.12人	11.09人	-	14.50人	5.00人
	実施していない	7.44人	8.02人	7.69人	6.14人	8.16人	-	0.00人	0.00人
入所者 100人あたり の人数	12回以上(週3回以上)	52.15人	52.88人	50.20人	45.42人	61.68人	-	72.90人	-
	1～11回(週3回未満)	22.53人	22.89人	23.11人	25.28人	15.12人	-	27.10人	-
	実施していない	9.18人	9.54人	9.02人	7.72人	11.12人	-	0.00人	-
割合	12回以上(週3回以上)	62.2%	62.0%	61.0%	57.9%	70.2%	-	72.9%	92.4%
	1～11回(週3回未満)	26.9%	26.8%	28.1%	32.2%	17.2%	-	27.1%	7.6%
	実施していない	10.9%	11.2%	11.0%	9.8%	12.6%	-	0.0%	0.0%

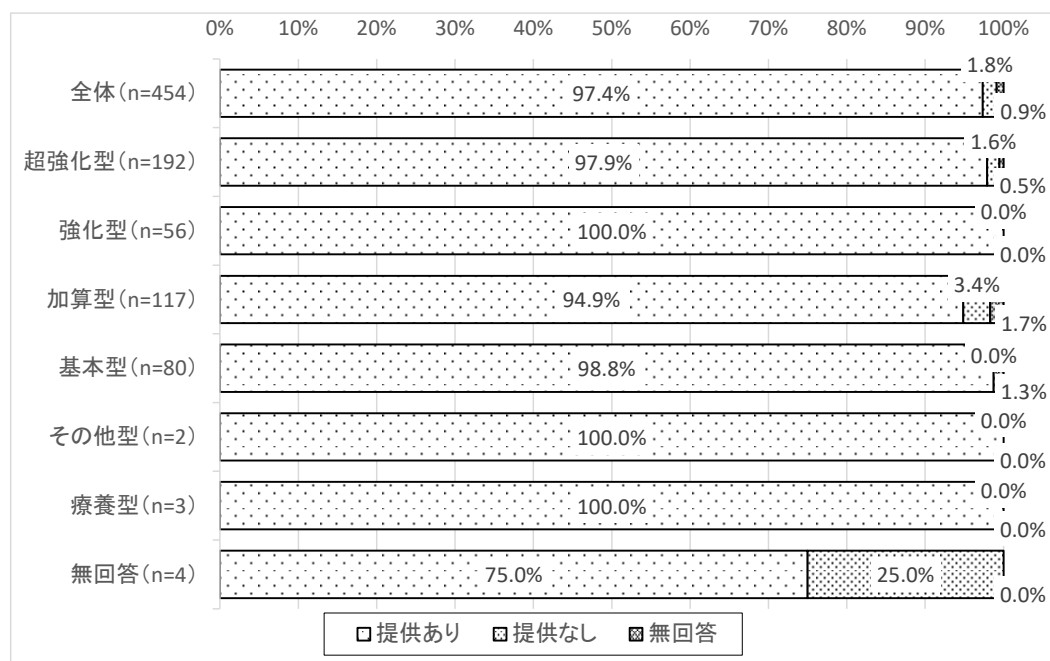
※人数の記載がある施設のみを対象として集計

5) 施設で提供する嚥下調整食・食形態・間食（おやつ）の提供状況

ア) 嚥下調整食の提供状況

嚥下調整食の提供状況は、いずれの施設においても「提供あり」が最多で、全体では 97.4%、「超強化型」では 97.9%、「強化型」では 100.0%、「加算型」では 94.9%、「基本型」では 98.8%であった。

図表 III-39 嚥下調整食の提供状況



イ) 施設において提供可能な主食の食形態

施設において提供可能な主食の食形態は、全体では「全粥」が 98.7%で最多、「超強化型」では「全粥」が 99.0%で最多、「強化型」では「全粥」が 100.0%、「加算型」では「全粥」が 99.1%で最多、「基本型」では「全粥」が 96.3%で最多であった。

図表 III-40 施設において提供可能な主食の食形態（複数回答）

	全体 n=454	超強化型 n=192	強化型 n=56	加算型 n=117	基本型 n=80	その他型 n=2	療養型 n=3	無回答 n=4
米飯	94.7%	94.3%	98.2%	98.3%	92.5%	0.0%	33.3%	100.0%
軟飯	84.4%	87.5%	85.7%	87.2%	70.0%	100.0%	100.0%	100.0%
全粥	98.7%	99.0%	100.0%	99.1%	96.3%	100.0%	100.0%	100.0%
その他の形態の主食	91.0%	94.8%	92.9%	85.5%	90.0%	100.0%	66.7%	75.0%

「その他の形態の主食」について、主な回答は下記のとおりであった。

・ミキサー粥	・粥ゼリー	・パン食	・パン粥
・ソフト粥	・半粥	・7・5・3分粥	・つぶし粥
・ゼリー粥	・とろみ粥	・ペースト粥	・ムース粥
・汁なし粥	・酵素粥	・重湯	・麺

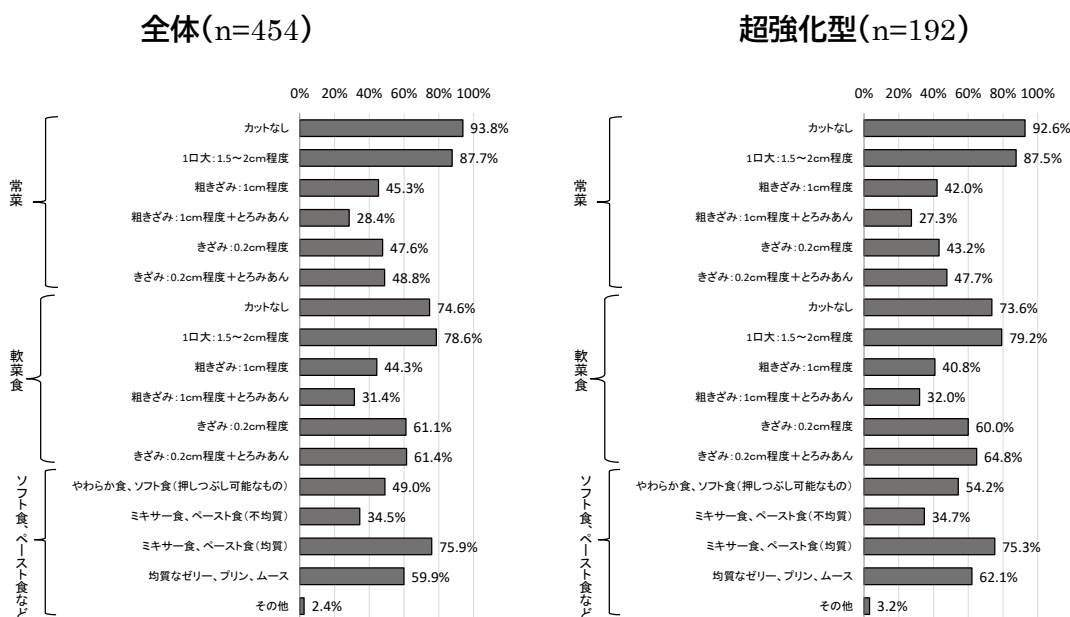
ウ) 施設において提供可能な主菜・副菜の食形態

施設において提供可能な常菜の食形態は、全体では「常菜（カットなし）」が 93.8%で最多、「超強化型」では「常菜（カットなし）」が 92.6%で最多、「強化型」では「常菜（カットなし）」が 100.0%、「加算型」では「常菜（カットなし）」が 96.4%で最多、「基本型」では「常菜（カットなし）」の施設が 89.5%で最多であった。

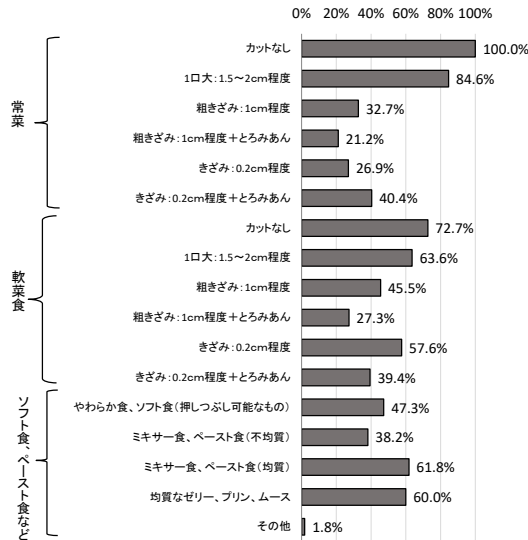
軟菜食の食形態は、全体では「軟菜食（1口大：1.5~2cm 程度）」が 78.6%で最多、「超強化型」では「軟菜食（1口大：1.5~2cm 程度）」が 79.2%で最多、「強化型」では「軟菜食（カットなし）」が 72.7%で最多、「加算型」では「軟菜食（1口大：1.5~2cm 程度）」が 83.6%で最多、「基本型」では「軟菜食（1口大：1.5~2cm 程度）」が 80.4%で最多であった。

ソフト食、ペースト食などの食形態は、全体では「ミキサー食、ペースト食（均質）」が 75.9%で最多、「超強化型」では「ミキサー食、ペースト食（均質）」が 75.3%で最多、「強化型」では「ミキサー食、ペースト食（均質）」が 61.8%で最多、「加算型」では「ミキサー食、ペースト食（均質）」が 82.1%で最多、「基本型」では「ミキサー食、ペースト食（均質）」が 76.9%で最多であった。

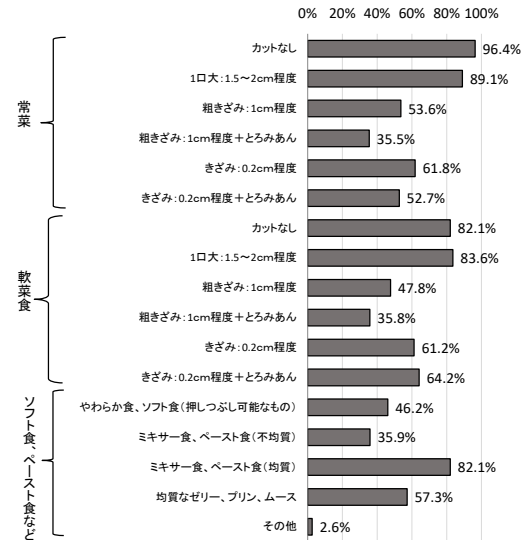
図表 III-41 施設において提供可能な主菜・副菜の食形態（複数回答）
【利用者への間食（おやつ）の提供方法】



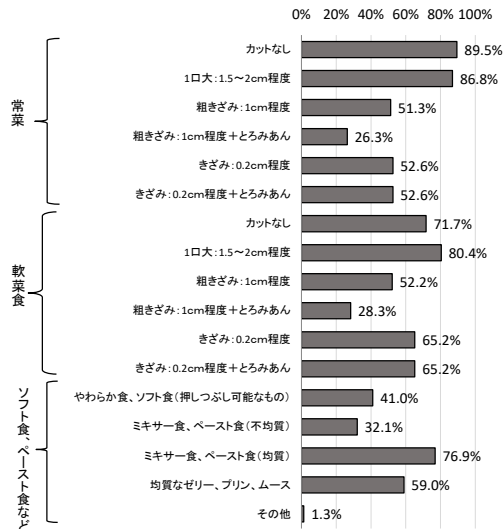
強化型(n=56)



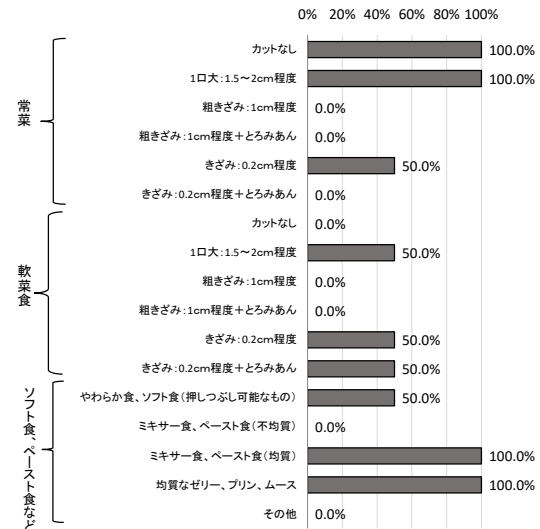
加算型(n=117)



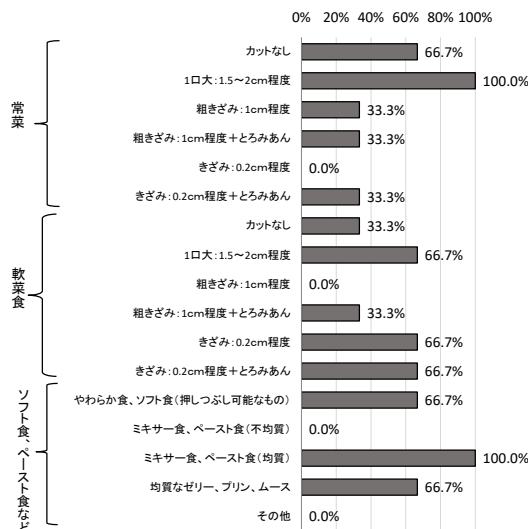
基本型(n=80)



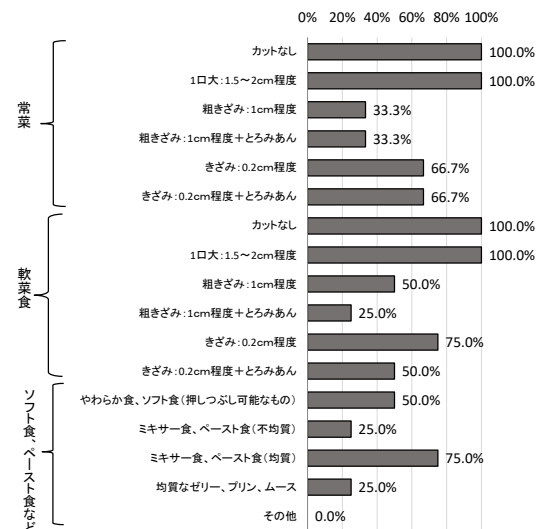
その他型(n=2)



療養型(n=3)



無回答(n=4)



「その他」について、主な回答は下記のとおりであった。

- | | |
|--------------------------|--------|
| ・流動食 | ・極きざみ食 |
| ・きざみ 0.5 cmをゲル化剤でまとめたもの | ・七分菜 |
| ・高カロリーゼリー、メイバランス等の栄養補助食品 | |

エ) 施設における間食（おやつ）の選択基準

施設における間食（おやつ）の選択基準は、全体では「利用者の摂食嚥下機能に合わせて、市販の間食（おやつ）を加工して提供している」が 65.2%で最多、「超強化型」では「利用者の摂食嚥下機能に合わせて、市販の間食（おやつ）を加工して提供している」が 67.2%で最多、「強化型」では「利用者の摂食嚥下機能に合わせた形態の間食（おやつ）を施設内で調理して提供している」が 62.5%で最多、「加算型」では「利用者の摂食嚥下機能に合わせて、市販の間食（おやつ）を加工して提供している」が 65.0%で最多、「基本型」では「利用者の摂食嚥下機能に合わせて、市販の間食（おやつ）を加工して提供している」が 67.5%で最多であった。

図表 III-42 施設における間食（おやつ）の選択基準（複数回答）

	全体 n=454	超強化型 n=192	強化型 n=56	加算型 n=117	基本型 n=80	その他型 n=2	療養型 n=3	無回答 n=4
全員に市販の間食（おやつ）を加工せずに提供している	37.2%	31.3%	55.4%	38.5%	36.3%	0.0%	66.7%	50.0%
利用者の摂食嚥下機能に合わせて、市販の間食（おやつ）を加工して提供している	65.2%	67.2%	57.1%	65.0%	67.5%	50.0%	33.3%	75.0%
利用者の摂食嚥下機能に合わせた形態の間食（おやつ）を施設内で調理して提供している	53.3%	50.0%	62.5%	56.4%	48.8%	50.0%	33.3%	100.0%
間食（おやつ）は提供しない	4.8%	4.2%	0.0%	4.3%	10.0%	0.0%	33.3%	0.0%

オ) 親族等から持ち込みされる間食（おやつ）の提供状況

親族等から持ち込みされる間食（おやつ）の提供状況は、全体では「利用者の摂食嚥下機能次第でお断りすることがある」が 66.5%で最多、「超強化型」では「利用者の摂食嚥下機能次第でお断りすることがある」が 69.8%で最多、「強化型」では「利用者の摂食嚥下機能次第でお断りすることがある」が 69.6%で最多、「加算型」では「利用者の摂食嚥下機能次第でお断りすることがある」が 65.0%で最多、「基本型」では「利用者の摂食嚥下機能次第でお断りすることがある」が 58.8%で最多であった。

図表 III-43 親族等から持ち込みされる間食（おやつ）の提供状況（複数回答）

	全体 n=454	超強化型 n=192	強化型 n=56	加算型 n=117	基本型 n=80	その他型 n=2	療養型 n=3	無回答 n=4
確認せずに提供している	1.5%	1.0%	3.6%	1.7%	1.3%	0.0%	0.0%	0.0%
利用者の摂食嚥下機能に合わせて加工等して提供している	20.9%	19.8%	28.6%	17.9%	23.8%	50.0%	0.0%	0.0%
利用者の摂食嚥下機能次第でお断りすることがある	66.5%	69.8%	69.6%	65.0%	58.8%	100.0%	66.7%	50.0%
持ち込みはお断りしている	34.1%	34.9%	33.9%	35.0%	31.3%	0.0%	33.3%	50.0%

6) 食事介助の状況

ア) 食事介助の必要な利用者数

食事介助の必要な利用者数の平均は、全体で 13.30 人、「超強化型」で 14.70 人、「強化型」で 12.42 人、「加算型」で 11.68 人、「基本型」で 12.86 人であった。

食事介助の必要な利用者数の分布をみると、ほぼ全ての施設で「0 人超 15 人未満」が最多で、全体では 62.3%、「超強化型」では 56.3%、「強化型」では 69.2%、「加算型」では 69.3%、「基本型」では 61.0%であった。

図表 III-44 食事介助の必要な利用者数

		全体 n=435	超強化型 n=183	強化型 n=52	加算型 n=114	基本型 n=77	その他型 n=2	療養型 n=3	無回答 n=4
平均		13.30人	14.70人	12.42人	11.68人	12.86人	26.00人	5.00人	15.50人
割合	0人	0.5%	0.0%	0.0%	0.9%	1.3%	0.0%	0.0%	0.0%
	0人超15人未満	62.3%	56.3%	69.2%	69.3%	61.0%	50.0%	100.0%	50.0%
	15人以上30人未満	32.2%	38.3%	26.9%	27.2%	29.9%	0.0%	0.0%	50.0%
	30人以上45人未満	4.4%	4.4%	3.8%	2.6%	6.5%	50.0%	0.0%	0.0%
	45人以上	0.7%	1.1%	0.0%	0.0%	1.3%	0.0%	0.0%	0.0%

イ) 食事介助に従事する職員数

食事介助に従事する平均職員数は、全体で 7.48 人、「超強化型」で 7.73 人、「強化型」で 7.88 人、「加算型」で 6.66 人、「基本型」で 7.78 人であった。

食事介助に従事する職員数の分布をみると、ほぼ全ての施設で「0 人超 15 人以上」が最多で、全体では 95.5%「超強化型」では 95.5%、「強化型」では 94.2%、「加算型」99.1%、「基本型」では 91.4%であった。

図表 III-45 食事介助に従事する職員数

		全体 n=418	超強化型 n=178	強化型 n=52	加算型 n=109	基本型 n=70	その他型 n=2	療養型 n=3	無回答 n=4
平均		7.48人	7.73人	7.88人	6.66人	7.78人	12.00人	4.33人	8.25人
割合	0人	0.5%	0.6%	0.0%	0.0%	1.4%	0.0%	0.0%	0.0%
	0人超15人未満	95.5%	95.5%	94.2%	99.1%	91.4%	50.0%	100.0%	100.0%
	15人以上30人未満	3.1%	2.8%	3.8%	0.9%	5.7%	50.0%	0.0%	0.0%
	30人以上45人未満	0.2%	0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	45人以上	0.7%	0.6%	1.9%	0.0%	1.4%	0.0%	0.0%	0.0%

7) 施設で参照している食形態の指標

施設で参照している食形態の指標は、全体では「日本摂食嚥下リハビリテーション学会 嚥下調整食分類 2021」が 87.0%で、他の施設種別でも同様であった。

図表 III-46 施設で参照している食形態の指標（複数回答）

	全体 n=454	超強化型 n=192	強化型 n=56	加算型 n=117	基本型 n=80	その他型 n=2	療養型 n=3	無回答 n=4
日本摂食嚥下リハビリテーション学会 嚥下調整食分類2021	87.0%	91.7%	82.1%	86.3%	81.3%	50.0%	66.7%	100.0%
嚥下食ピラミッド	22.5%	21.4%	25.0%	26.5%	17.5%	50.0%	0.0%	25.0%
ユニバーサルデザインフード	7.5%	6.3%	12.5%	9.4%	5.0%	0.0%	0.0%	0.0%
スマイルケア食	1.1%	1.6%	0.0%	1.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
施設の独自基準	25.8%	23.4%	32.1%	25.6%	27.5%	50.0%	33.3%	0.0%
地域の独自基準	2.2%	2.1%	1.8%	1.7%	3.8%	0.0%	0.0%	0.0%
その他	0.7%	0.0%	0.0%	0.9%	2.5%	0.0%	0.0%	0.0%
特に指標は決めていない	3.1%	3.1%	1.8%	2.6%	5.0%	0.0%	0.0%	0.0%

5. 施設における誤嚥性肺炎や窒息等の発生状況・対応

1) 誤嚥性肺炎や窒息等の発生状況の3か月間の利用者の状況

施設類型別では、過去3か月間のうちに、発熱者がいたことのある施設は、超強化型で92.9%、強化型で88.9%、加算型で93.2%、基本型で78.9%であった。また、誤嚥が発生した施設は、超強化型で48.8%、強化型で37.0%、加算型で39.0%、基本型で44.7%であった。誤嚥性肺炎が発生した施設は、超強化型で50.0%、強化型で40.7%、加算型で32.2%、基本型で31.6%であった。窒息が発生した施設は、超強化型で8.3%、強化型で14.8%、加算型で6.8%、基本型で13.2%であった。

図表 III-47 1人以上いた施設の割合

	全体 n=213	超強化型 n=84	強化型 n=27	加算型 n=59	基本型 n=38	その他型 n=1	療養型 n=3	無回答 n=1
発熱が発生した利用者数	89.2%	92.9%	88.9%	93.2%	78.9%	0.0%	66.7%	100.0%
うち、インフルエンザが発生した利用者数	4.7%	4.8%	0.0%	8.5%	2.6%	0.0%	0.0%	0.0%
うち、新型コロナウイルス感染症が発生した利用者数	22.1%	19.0%	33.3%	25.4%	15.8%	0.0%	33.3%	0.0%
誤嚥が発生した利用者数	43.2%	48.8%	37.0%	39.0%	44.7%	0.0%	0.0%	100.0%
うち、誤嚥の既往のある利用者数	35.7%	44.0%	33.3%	33.9%	23.7%	0.0%	0.0%	100.0%
うち、食事に起因する誤嚥が発生した利用者数	34.7%	36.9%	37.0%	32.2%	36.8%	0.0%	0.0%	0.0%
認知機能低下による異食等が発生した利用者数	19.2%	21.4%	18.5%	20.3%	13.2%	0.0%	33.3%	0.0%
誤嚥性肺炎*が発生した利用者数	39.9%	50.0%	40.7%	32.2%	31.6%	0.0%	33.3%	0.0%
うち、誤嚥性肺炎の既往のある利用者数	32.9%	41.7%	37.0%	23.7%	26.3%	0.0%	33.3%	0.0%
うち、貴施設内で対応した利用者数	26.3%	32.1%	33.3%	20.3%	18.4%	0.0%	33.3%	0.0%
うち、医療機関を受診した利用者数	24.4%	29.8%	25.9%	20.3%	18.4%	0.0%	33.3%	0.0%
うち、認知機能低下による異食等に起因する誤嚥性肺炎が発生した利用者数	2.8%	3.6%	0.0%	1.7%	5.3%	0.0%	0.0%	0.0%
窒息が発生した利用者数	9.4%	8.3%	14.8%	6.8%	13.2%	0.0%	0.0%	0.0%
うち、窒息の既往のある(窒息しそうだったエピソードがある者も含む)利用者数	4.2%	4.8%	3.7%	1.7%	7.9%	0.0%	0.0%	0.0%
うち、食事に起因する窒息が発生した利用者数	8.5%	8.3%	11.1%	6.8%	10.5%	0.0%	0.0%	0.0%

※人数の記載がある施設のみを対象として集計

1施設あたりの平均人数は、発熱者がいたことのある施設は超強化型で19.49人、強化型で14.26人、加算型で14.29人、基本型で11.29人であった。また、誤嚥が発生した施設は、超強化型で3.08人、強化型で2.67人、加算型で2.03人、基本型で1.76人であった。誤嚥性肺炎が発生した施設は、超強化型で1.70人、強化型で1.04人、加算型で1.44人、基本型で1.05人であった。窒息が発生した施設は、超強化型で0.14人、強化型で0.19人、加算型で0.10人、基本型で0.42人であった。

図表 III-48 1施設あたりの平均人数

	全体 n=213	超強化型 n=84	強化型 n=27	加算型 n=59	基本型 n=38	その他型 n=1	療養型 n=3	無回答 n=1
発熱が発生した利用者数	15.68人	19.49人	14.26人	14.29人	11.29人	0.00人	10.33人	15.00人
うち、インフルエンザが発生した利用者数	0.38人	0.13人	0.00人	1.17人	0.05人	0.00人	0.00人	0.00人
うち、新型コロナウイルス感染症が発生した利用者数	3.07人	3.56人	3.81人	3.32人	1.37人	0.00人	1.33人	0.00人
誤嚥が発生した利用者数	2.45人	3.08人	2.67人	2.03人	1.76人	0.00人	0.00人	3.00人
うち、誤嚥の既往のある利用者数	1.92人	2.58人	2.00人	1.68人	0.97人	0.00人	0.00人	3.00人
うち、食事に起因する誤嚥が発生した利用者数	1.84人	2.40人	2.00人	1.56人	1.16人	0.00人	0.00人	0.00人
認知機能低下による異食等が発生した利用者数	0.30人	0.32人	0.26人	0.36人	0.18人	0.00人	0.33人	0.00人
誤嚥性肺炎*が発生した利用者数	1.44人	1.70人	1.04人	1.44人	1.05人	0.00人	3.33人	0.00人
うち、誤嚥性肺炎の既往のある利用者数	0.95人	1.05人	0.59人	0.95人	0.84人	0.00人	3.33人	0.00人
うち、貴施設内で対応した利用者数	0.98人	1.14人	0.78人	0.93人	0.71人	0.00人	3.33人	0.00人
うち、医療機関を受診した利用者数	0.51人	0.61人	0.37人	0.41人	0.34人	0.00人	3.33人	0.00人
うち、認知機能低下による異食等に起因する誤嚥性肺炎が発生した利用者数	0.04人	0.04人	0.00人	0.03人	0.11人	0.00人	0.00人	0.00人
窒息が発生した利用者数	0.18人	0.14人	0.19人	0.10人	0.42人	0.00人	0.00人	0.00人
うち、窒息の既往のある(窒息しそうだったエピソードがある者も含む)利用者数	0.10人	0.05人	0.04人	0.03人	0.37人	0.00人	0.00人	0.00人
うち、食事に起因する窒息が発生した利用者数	0.14人	0.14人	0.15人	0.08人	0.21人	0.00人	0.00人	0.00人

※人数の記載がある施設のみを対象として集計

入所者 100 人あたりは、発熱者がいたことのある施設は超強化型で 23.31 人、強化型で 20.59 人、加算型で 19.30 人、基本型で 15.11 人であった。また、誤嚥が発生した施設は、超強化型で 3.69 人、強化型で 3.85 人、加算型で 2.75 人、基本型で 2.36 人であった。誤嚥性肺炎が発生した施設は、超強化型で 2.04 人、強化型で 1.50 人、加算型で 1.95 人、基本型で 1.41 人であった。窒息が発生した施設は、超強化型で 0.17 人、強化型で 0.27 人、加算型で 0.14 人、基本型で 0.56 人であった。

図表 III-49 入所者 100 人あたりの人数

	全体 n=213	超強化型 n=84	強化型 n=27	加算型 n=59	基本型 n=38	その他型 n=1	療養型 n=3	無回答 n=1
発熱が発生した利用者数	20.38人	23.31人	20.59人	19.30人	15.11人	0.00人	22.79人	15.31人
うち、インフルエンザが発生した利用者数	0.50人	0.16人	0.00人	1.58人	0.07人	0.00人	0.00人	0.00人
うち、新型コロナウイルス感染症が発生した利用者数	3.99人	4.26人	5.51人	4.49人	1.83人	0.00人	2.94人	0.00人
誤嚥が発生した利用者数	3.18人	3.69人	3.85人	2.75人	2.36人	0.00人	0.00人	3.06人
うち、誤嚥の既往のある利用者数	2.50人	3.09人	2.89人	2.27人	1.30人	0.00人	0.00人	3.06人
うち、食事に起因する誤嚥が発生した利用者数	2.39人	2.88人	2.89人	2.11人	1.55人	0.00人	0.00人	0.00人
認知機能低下による異食等が発生した利用者数	0.38人	0.38人	0.37人	0.48人	0.25人	0.00人	0.74人	0.00人
誤嚥性肺炎*が発生した利用者数	1.87人	2.04人	1.50人	1.95人	1.41人	0.00人	7.35人	0.00人
うち、誤嚥性肺炎の既往のある利用者数	1.23人	1.25人	0.86人	1.28人	1.13人	0.00人	7.35人	0.00人
うち、貴施設内で対応した利用者数	1.28人	1.37人	1.12人	1.26人	0.95人	0.00人	7.35人	0.00人
うち、医療機関を受診した利用者数	0.66人	0.73人	0.53人	0.55人	0.46人	0.00人	7.35人	0.00人
うち、認知機能低下による異食等に起因する誤嚥性肺炎が発生した利用者数	0.05人	0.04人	0.00人	0.05人	0.14人	0.00人	0.00人	0.00人
窒息が発生した利用者数	0.24人	0.17人	0.27人	0.14人	0.56人	0.00人	0.00人	0.00人
うち、窒息の既往のある(窒息しそうだったエピソードがある者も含む)利用者数	0.13人	0.06人	0.05人	0.05人	0.49人	0.00人	0.00人	0.00人
うち、食事に起因する窒息が発生した利用者数	0.18人	0.17人	0.21人	0.11人	0.28人	0.00人	0.00人	0.00人

※人数の記載がある施設のみを対象として集計

2) 発熱、誤嚥、異食、誤嚥性肺炎、窒息が発生した場合の対応状況

ア) 発熱、誤嚥、異食、誤嚥性肺炎、窒息が発生した場合の対応方針

発熱、誤嚥、異食、誤嚥性肺炎、窒息が発生した場合の対応方針が定められているものは、全体では「発熱」が80.6%で最多、「超強化型」では「発熱」が79.7%で最多、「強化型」では「発熱」、「誤嚥」が83.9%で最多、「加算型」では「発熱」が84.6%で最多、「基本型」では「発熱」が76.3%で最多であった。

図表 III-50 発熱、誤嚥、異食、誤嚥性肺炎、窒息が発生した場合の対応方針（複数回答）

	全体 n=454	超強化型 n=192	強化型 n=56	加算型 n=117	基本型 n=80	その他型 n=2	療養型 n=3	無回答 n=4
発熱	80.6%	79.7%	83.9%	84.6%	76.3%	100.0%	66.7%	50.0%
誤嚥	73.3%	70.8%	83.9%	78.6%	66.3%	50.0%	66.7%	50.0%
異食	59.0%	56.3%	58.9%	66.7%	53.8%	50.0%	66.7%	75.0%
誤嚥性肺炎	63.9%	63.5%	71.4%	69.2%	52.5%	50.0%	66.7%	50.0%
窒息	70.0%	72.4%	69.6%	77.8%	53.8%	50.0%	66.7%	75.0%

イ) 発熱、誤嚥、異食、誤嚥性肺炎、窒息の発生時に対応する体制や実施処置に関与する職員等

発熱、誤嚥、異食、誤嚥性肺炎、窒息の発生時に対応する体制や実施処置に関与する職員等は、全体では「看護職員」が95.6%で最多、「超強化型」では「医師」、「看護職員」が96.4%で最多、「強化型」では「医師」が94.6%で最多、「加算型」では「看護職員」が97.4%で最多、「基本型」では「看護職員」が95.0%で最多であった。

図表 III-51 発熱、誤嚥、異食、誤嚥性肺炎、窒息の発生時に対応する体制や実施処置に関与する職員等（複数回答）

	全体 n=454	超強化型 n=192	強化型 n=56	加算型 n=117	基本型 n=80	その他型 n=2	療養型 n=3	無回答 n=4
医師	94.9%	96.4%	94.6%	95.7%	92.5%	100.0%	66.7%	75.0%
歯科医師	4.2%	3.6%	8.9%	4.3%	1.3%	0.0%	0.0%	25.0%
看護職員	95.6%	96.4%	92.9%	97.4%	95.0%	100.0%	66.7%	75.0%
介護福祉士	81.7%	83.9%	76.8%	84.6%	78.8%	50.0%	66.7%	50.0%
介護職員(介護福祉士を除く)	58.4%	56.8%	62.5%	60.7%	56.3%	50.0%	66.7%	50.0%
管理栄養士	38.1%	43.8%	39.3%	34.2%	30.0%	50.0%	33.3%	25.0%
歯科衛生士	10.6%	13.0%	17.9%	7.7%	3.8%	0.0%	0.0%	25.0%
言語聴覚士	28.9%	40.1%	35.7%	22.2%	8.8%	0.0%	0.0%	25.0%
理学療法士	23.6%	24.5%	33.9%	20.5%	18.8%	0.0%	33.3%	25.0%
作業療法士	22.0%	25.0%	32.1%	18.8%	12.5%	50.0%	0.0%	25.0%
その他	9.9%	8.9%	10.7%	14.5%	6.3%	0.0%	0.0%	0.0%

ウ) 発熱、誤嚥、異食、誤嚥性肺炎、窒息の発生時に実施している検査（他の医療機関での実施を含む）

発熱、誤嚥、異食、誤嚥性肺炎、窒息の発生時に実施している検査は、全体では「血液検査」が83.7%で最多、「超強化型」では「血液検査」が86.5%で最多、「強化型」では「血液検査」が85.7%で最多、「加算型」では「血液検査」が79.5%で最多、「基本型」では「血液検査」が83.8%で最多であった。

図表 III-52 発熱、誤嚥、異食、誤嚥性肺炎、窒息の発生時に実施している検査
（他の医療機関での実施を含む）（複数回答）

	全体 n=454	超強化型 n=192	強化型 n=56	加算型 n=117	基本型 n=80	その他型 n=2	療養型 n=3	無回答 n=4
胸部レントゲン検査	74.7%	71.9%	69.6%	77.8%	80.0%	50.0%	100.0%	75.0%
血液検査	83.7%	86.5%	85.7%	79.5%	83.8%	50.0%	100.0%	50.0%
胸部CT検査	49.6%	45.8%	58.9%	50.4%	52.5%	50.0%	33.3%	25.0%
その他	14.5%	11.5%	21.4%	16.2%	13.8%	50.0%	33.3%	0.0%

エ) 発熱、誤嚥、異食、誤嚥性肺炎、窒息の発生時に施設内で実施している処置

発熱、誤嚥、異食、誤嚥性肺炎、窒息の発生時に施設内で実施している処置は、全体では「バイタルサインや意識状態の確認」が96.7%で最多、「超強化型」では「バイタルサインや意識状態の確認」が97.4%で最多、「強化型」では「バイタルサインや意識状態の確認」が94.6%で最多、「加算型」では「バイタルサインや意識状態の確認」が98.3%で最多、「基本型」では「バイタルサインや意識状態の確認」が95.0%で最多であった。

図表 III-53 発熱、誤嚥、異食、誤嚥性肺炎、窒息の発生時に施設内で実施している処置
（複数回答）

	全体 n=454	超強化型 n=192	強化型 n=56	加算型 n=117	基本型 n=80	その他型 n=2	療養型 n=3	無回答 n=4
バイタルサインや意識状態の確認	96.7%	97.4%	94.6%	98.3%	95.0%	100.0%	100.0%	75.0%
吸引	95.2%	95.8%	92.9%	96.6%	93.8%	100.0%	100.0%	75.0%
タッピング	88.3%	89.6%	87.5%	88.0%	86.3%	100.0%	100.0%	75.0%
気道確保	61.7%	61.5%	62.5%	65.8%	55.0%	50.0%	66.7%	75.0%
投薬	72.9%	73.4%	83.9%	67.5%	72.5%	50.0%	100.0%	50.0%
異物除去	75.1%	74.0%	71.4%	76.1%	77.5%	100.0%	100.0%	75.0%
人工呼吸	23.3%	25.5%	23.2%	28.2%	12.5%	0.0%	0.0%	25.0%
心臓マッサージ	56.6%	59.4%	58.9%	55.6%	53.8%	0.0%	0.0%	50.0%
その他	4.0%	4.2%	8.9%	2.6%	2.5%	0.0%	0.0%	0.0%

オ) 発熱、誤嚥、異食、誤嚥性肺炎、窒息の発生時に施設内での対応が困難な状況

発熱、誤嚥、異食、誤嚥性肺炎、窒息の発生時に施設内での対応が困難な状況は、全体では「病態の急変が見られる」が 71.4%で最多、「超強化型」では「病態の急変が見られる」が 73.4%で最多、「強化型」では「医師不在時に発生する」が 67.9%で最多、「加算型」では「病態の急変が見られる」が 76.1%で最多、「基本型」では「病態の急変が見られる」が 65.0%で最多であった。

図表 III-54 発熱、誤嚥、異食、誤嚥性肺炎、窒息の発生時に施設内での対応が困難な状況
(複数回答)

	全体 n=454	超強化型 n=192	強化型 n=56	加算型 n=117	基本型 n=80	その他型 n=2	療養型 n=3	無回答 n=4
医師不在時に発生する	59.5%	57.3%	67.9%	59.0%	60.0%	50.0%	66.7%	50.0%
看護師不在時に発生する	28.6%	25.5%	30.4%	32.5%	30.0%	50.0%	0.0%	25.0%
処置を実施するのに必要な設備がない	35.9%	34.9%	25.0%	39.3%	40.0%	50.0%	33.3%	50.0%
病態の急変が見られる	71.4%	73.4%	66.1%	76.1%	65.0%	0.0%	66.7%	75.0%
発生した利用者に重症化リスクがある	63.9%	65.6%	60.7%	67.5%	58.8%	50.0%	66.7%	25.0%
その他	2.4%	1.6%	1.8%	3.4%	3.8%	0.0%	0.0%	0.0%

カ) 発熱、誤嚥、異食、誤嚥性肺炎、窒息の発生時に施設内での対応が困難な場合の対応方針

発熱、誤嚥、異食、誤嚥性肺炎、窒息の発生時に施設内での対応が困難な場合の対応方針は、全体では「あらかじめ定めた協力病院に連絡して搬送する」が 78.2%で最多、「超強化型」では「あらかじめ定めた協力病院に連絡して搬送する」が 77.1%で最多、「強化型」では「あらかじめ定めた協力病院に連絡して搬送する」が 78.6%で最多、「加算型」では「あらかじめ定めた協力病院に連絡して搬送する」が 78.6%で最多、「基本型」では「あらかじめ定めた協力病院に連絡して搬送する」が 82.5%で最多、「その他型」では「あらかじめ定めた協力病院に連絡して搬送する」が 50.0%で最多であった。

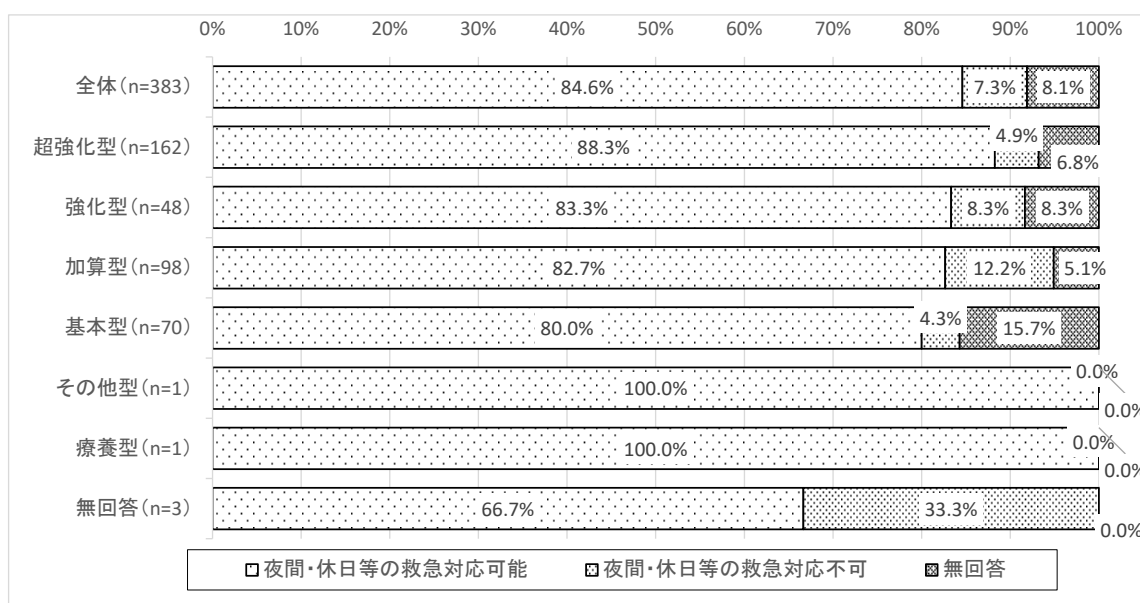
図表 III-55 発熱、誤嚥、異食、誤嚥性肺炎、窒息の発生時に施設内での対応が困難な場合の対応方針 (複数回答)

	全体 n=454	超強化型 n=192	強化型 n=56	加算型 n=117	基本型 n=80	その他型 n=2	療養型 n=3	無回答 n=4
あらかじめ定めた協力病院に連絡して搬送する	78.2%	77.1%	78.6%	78.6%	82.5%	50.0%	33.3%	75.0%
あらかじめ定めた協力病院以外の連携病院に連絡して搬送する	35.2%	37.0%	39.3%	30.8%	35.0%	50.0%	0.0%	50.0%
救急車を呼ぶ	70.7%	71.9%	62.5%	75.2%	66.3%	50.0%	100.0%	75.0%
対応方針は決まっていない	1.3%	0.5%	0.0%	0.9%	2.5%	50.0%	0.0%	25.0%

キ) 病院の救急対応状況

発熱、誤嚥、異食、誤嚥性肺炎、窒息の発生時に施設内での対応が困難な場合の対応方針で「あらかじめ定めた協力病院に連絡して搬送する」または「あらかじめ定めた協力病院以外の連携病院に連絡して搬送する」と回答した施設のうち、その病院の救急の対応状況は、全体では「夜間・休日等の救急対応可能」が84.6%で最多、「超強化型」では「夜間・休日等の救急対応可能」が88.3%で最多、「強化型」では「夜間・休日等の救急対応可能」が83.3%で最多、「加算型」では「夜間・休日等の救急対応可能」が82.7%で最多、「基本型」では「夜間・休日等の救急対応可能」が80.0%で最多であった。

図表 III-56 病院の救急対応状況



ク) 発熱、誤嚥、異食、誤嚥性肺炎、窒息の発生時の対応方針の周知

発熱、誤嚥、異食、誤嚥性肺炎、窒息の発生時の対応方針の周知に際して実施している事項は、全体では「マニュアルを整備している」が55.5%で最多、「超強化型」では「マニュアルを整備している」が59.9%で最多、「強化型」では「マニュアルを整備している」が53.6%で最多、「加算型」では「マニュアルを整備している」が56.4%で最多、「基本型」では「マニュアルを整備している」が46.3%で最多、「その他型」では「マニュアルを整備している」が50.0%で最多、「療養型」では「マニュアルを整備している」が66.7%で最多、「無回答」では「マニュアルを整備している」が25.0%で最多であった。

図表 III-57 発熱、誤嚥、異食、誤嚥性肺炎、窒息の発生時の対応方針の周知（複数回答）

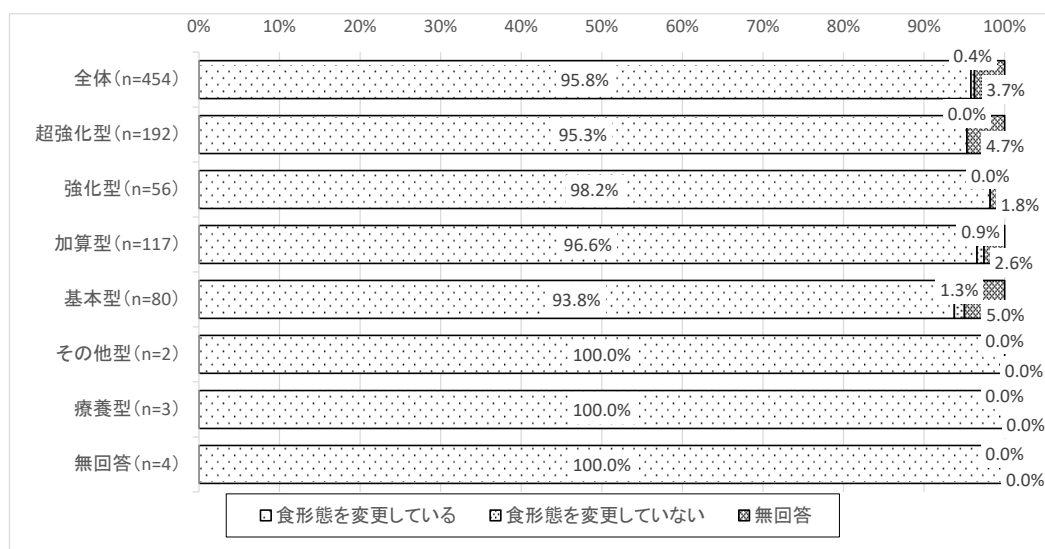
	全体 n=454	超強化型 n=192	強化型 n=56	加算型 n=117	基本型 n=80	その他型 n=2	療養型 n=3	無回答 n=4
マニュアルを整備している	55.5%	59.9%	53.6%	56.4%	46.3%	50.0%	66.7%	25.0%
研修を実施している (座学や動画視聴、会議など。訓練は除く)	37.9%	44.3%	28.6%	41.9%	27.5%	0.0%	0.0%	0.0%
訓練を実施している	20.3%	22.4%	23.2%	23.9%	8.8%	0.0%	0.0%	25.0%
その他対応方針の周知のための取組を実施している	21.6%	21.4%	25.0%	22.2%	18.8%	0.0%	0.0%	50.0%
対応方針が決まっていない	5.7%	3.1%	3.6%	6.0%	11.3%	50.0%	0.0%	25.0%

3) 誤嚥や窒息が発生した後の食形態への配慮

ア) 誤嚥や窒息の発生後の食形態

誤嚥や窒息の発生後の食形態は、「食形態を変更している」が全体で95.8%、「超強化型」で95.3%、「強化型」で98.2%、「加算型」で96.6%、「基本型」で93.8%であった。

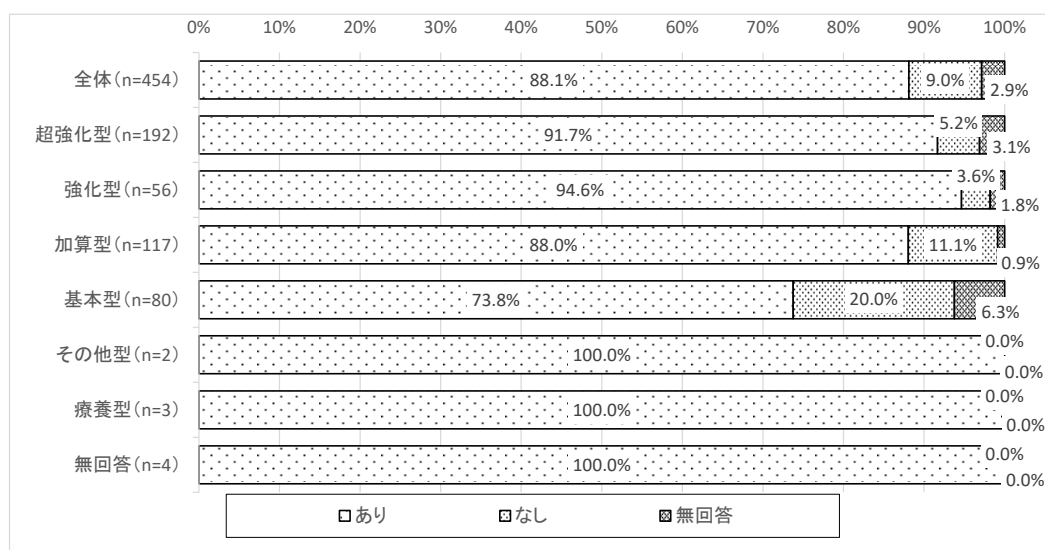
図表 III-58 誤嚥や窒息の発生後の食形態（複数回答）



イ) 誤嚥や窒息の発生後、摂食嚥下機能の再評価を実施し、必要に応じて食形態の変更を検討する体制

誤嚥や窒息の発生後、摂食嚥下機能の再評価を実施し、必要に応じて食形態の変更を検討する体制がある施設は、全体では88.1%、「超強化型」では91.7%、「強化型」では94.6%、「加算型」では88.0%、「基本型」では73.8%であった。

図表 III-59 誤嚥や窒息の発生後、摂食嚥下機能の再評価を実施し、必要に応じて食形態の変更を検討する体制

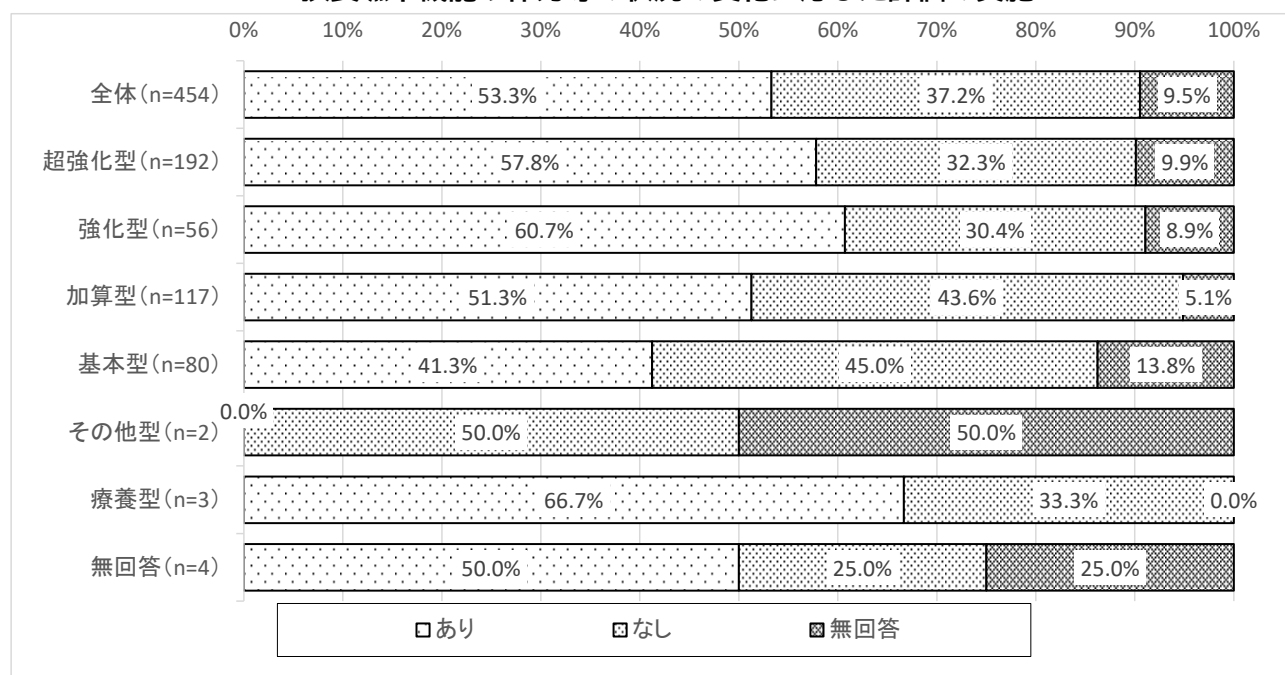


6. 摂食嚥下機能に関連した評価方法

1) 経管栄養や静脈栄養を実施している利用者に対する摂食嚥下機能や体力等の状況の変化に応じた評価の実施

経管栄養や静脈栄養を実施している利用者に対する摂食嚥下機能や体力等の状況の変化に応じた評価の実施がある施設は、全体では 53.3%、「超強化型」では 57.8%、「強化型」では 60.7%、「加算型」では 51.3%、「基本型」では 41.3%であった。

図表 III-60 経管栄養や静脈栄養を実施している利用者に対する
摂食嚥下機能や体力等の状況の変化に応じた評価の実施



2) 摂食嚥下機能が低下した方への評価と評価に関与する専門職等

摂食嚥下機能が低下した人への評価の実施状況は、栄養状態の評価については、全施設種別を通して「管理栄養士」がかかわっている割合が高かったが、その他の評価では全般的にどの施設種別でも「看護職員」、「介護福祉士」、「言語聴覚士」が多くかかわっていた。また、食事に対する認知機能や身体機能の評価や生活の広がりに向けた評価では、「理学療法士」や「作業療法士」がかかわる割合も高かった。

図表 III-61 摂食嚥下機能が低下した方への評価と評価に関与する専門職等（施設種別）
【全体】

n=454	医師	歯科医師	看護職員	介護福祉士	介護職員 (介護福祉士を除く)	管理栄養士	歯科衛生士	言語聴覚士	理学療法士	作業療法士
栄養状態の評価	52.2%	1.1%	53.1%	20.3%	12.8%	93.6%	2.9%	13.2%	7.5%	7.0%
口腔衛生状態の評価	9.9%	31.3%	59.0%	54.8%	35.7%	13.7%	47.1%	39.2%	4.0%	4.8%
咀嚼機能の評価	13.9%	12.8%	45.6%	33.9%	19.6%	36.6%	23.1%	54.8%	7.5%	9.7%
嚥下内視鏡検査(VE)	4.2%	4.0%	2.2%	0.4%	0.4%	1.3%	0.9%	4.0%	0.7%	0.9%
嚥下造影検査(VF)	2.9%	1.1%	1.5%	0.2%	0.2%	0.7%	0.4%	2.9%	0.4%	0.4%
反復唾液嚥下テスト(RSST)	3.3%	1.5%	3.7%	1.3%	0.7%	3.5%	2.0%	44.5%	1.8%	2.2%
改訂水飲みテスト(MWST)	5.5%	2.4%	10.6%	3.3%	0.7%	8.8%	2.2%	49.6%	3.7%	4.0%
フードテスト	4.8%	2.2%	9.5%	4.6%	1.5%	14.3%	2.0%	42.3%	3.5%	4.2%
頭部聴診	10.4%	2.6%	13.7%	0.9%	0.2%	3.1%	1.8%	48.7%	3.5%	3.7%
食後の咳の状況に関する評価	15.2%	1.5%	62.1%	44.3%	26.9%	33.7%	4.6%	49.1%	10.4%	10.4%
食後の痰の状況に関する評価	15.6%	1.1%	66.5%	39.9%	24.4%	27.1%	4.2%	43.4%	8.6%	8.6%
食事に対する認知機能や身体機能の評価	18.9%	0.7%	60.1%	47.1%	29.3%	37.2%	4.0%	49.3%	55.5%	55.1%
生活の広がりに向けた評価	15.0%	1.3%	45.6%	47.1%	31.7%	27.1%	5.1%	33.5%	50.2%	50.0%
その他の方法による評価	5.3%	0.4%	6.4%	4.6%	3.7%	5.9%	0.9%	7.9%	6.8%	6.8%

【超強化型】

n=192	医師	歯科医師	看護職員	介護福祉士	介護職員 (介護福祉士を除く)	管理栄養士	歯科衛生士	言語聴覚士	理学療法士	作業療法士
栄養状態の評価	48.4%	1.0%	48.4%	16.7%	11.5%	97.4%	3.6%	17.7%	7.3%	6.8%
口腔衛生状態の評価	10.9%	30.7%	55.7%	53.1%	34.4%	10.9%	56.3%	52.6%	5.2%	7.3%
咀嚼機能の評価	12.5%	12.0%	41.1%	29.7%	17.2%	32.8%	28.6%	73.4%	7.8%	11.5%
嚥下内視鏡検査(VE)	5.7%	5.2%	3.1%	1.0%	1.0%	3.1%	1.6%	6.3%	1.6%	2.1%
嚥下造影検査(VF)	5.2%	1.6%	2.1%	0.5%	0.5%	1.6%	0.5%	5.7%	1.0%	1.0%
反復唾液嚥下テスト(RSST)	2.1%	1.0%	3.6%	0.5%	0.0%	3.1%	1.6%	59.9%	2.1%	2.1%
改訂水飲みテスト(MWST)	6.3%	2.1%	14.1%	3.6%	0.5%	9.9%	2.1%	66.7%	3.1%	4.7%
フードテスト	3.6%	1.6%	10.4%	3.6%	0.0%	16.7%	2.6%	56.8%	3.1%	4.7%
頭部聴診	9.9%	2.6%	11.5%	1.0%	0.0%	4.2%	2.1%	65.6%	2.6%	3.6%
食後の咳の状況に関する評価	12.0%	2.1%	65.6%	47.4%	28.1%	37.5%	7.8%	68.2%	12.0%	12.5%
食後の痰の状況に関する評価	13.5%	1.6%	71.9%	42.7%	25.0%	28.6%	7.8%	59.4%	9.9%	10.4%
食事に対する認知機能や身体機能の評価	16.1%	1.0%	56.8%	45.8%	28.1%	38.0%	6.3%	68.8%	62.0%	67.7%
生活の広がりに向けた評価	15.1%	1.6%	51.6%	53.1%	34.9%	31.3%	7.8%	46.4%	59.9%	63.0%
その他の方法による評価	6.3%	0.0%	6.3%	4.2%	3.1%	5.7%	1.0%	11.5%	7.3%	7.8%

【強化型】

n=56	医師	歯科医師	看護職員	介護福祉士	介護職員 (介護福祉士を除く)	管理栄養士	歯科衛生士	言語聴覚士	理学療法士	作業療法士
栄養状態の評価	50.0%	1.8%	51.8%	17.9%	8.9%	92.9%	7.1%	17.9%	8.9%	5.4%
口腔衛生状態の評価	7.1%	30.4%	60.7%	53.6%	25.0%	19.6%	46.4%	57.1%	3.6%	5.4%
咀嚼機能の評価	12.5%	14.3%	41.1%	21.4%	8.9%	33.9%	17.9%	71.4%	5.4%	7.1%
嚥下内視鏡検査(VE)	5.4%	1.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.8%	0.0%	0.0%
嚥下造影検査(VF)	0.0%	1.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
反復唾液嚥下テスト(RSST)	1.8%	1.8%	8.9%	5.4%	1.8%	8.9%	3.6%	58.9%	3.6%	5.4%
改訂水飲みテスト(MWST)	3.6%	1.8%	12.5%	5.4%	1.8%	10.7%	5.4%	67.9%	3.6%	3.6%
フードテスト	3.6%	1.8%	12.5%	5.4%	3.6%	14.3%	3.6%	51.8%	5.4%	3.6%
頭部聴診	14.3%	3.6%	28.6%	1.8%	1.8%	3.6%	3.6%	62.5%	3.6%	5.4%
食後の咳の状況に関する評価	12.5%	1.8%	57.1%	42.9%	19.6%	30.4%	3.6%	67.9%	14.3%	8.9%
食後の痰の状況に関する評価	16.1%	1.8%	60.7%	33.9%	16.1%	26.8%	3.6%	60.7%	12.5%	8.9%
食事に対する認知機能や身体機能の評価	17.9%	1.8%	60.7%	44.6%	23.2%	42.9%	5.4%	60.7%	64.3%	57.1%
生活の広がりに向けた評価	14.3%	1.8%	39.3%	50.0%	32.1%	32.1%	7.1%	41.1%	57.1%	53.6%
その他の方法による評価	3.6%	0.0%	7.1%	3.6%	3.6%	7.1%	0.0%	14.3%	10.7%	8.9%

【加算型】

n=117	医師	歯科医師	看護職員	介護福祉士	介護職員 (介護福祉士を除く)	管理栄養士	歯科衛生士	言語聴覚士	理学療法士	作業療法士
栄養状態の評価	56.4%	1.7%	60.7%	23.9%	13.7%	94.9%	0.9%	11.1%	6.8%	8.5%
口腔衛生状態の評価	10.3%	36.8%	65.0%	59.0%	41.9%	17.9%	41.9%	26.5%	4.3%	3.4%
咀嚼機能の評価	16.2%	16.2%	53.0%	46.2%	26.5%	42.7%	22.2%	40.2%	7.7%	10.3%
嚥下内視鏡検査(VE)	2.6%	3.4%	3.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	3.4%	0.0%	0.0%
嚥下造影検査(VF)	1.7%	0.0%	2.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.7%	0.0%	0.0%
反復唾液嚥下テスト(RSST)	8.5%	1.7%	3.4%	0.9%	0.9%	3.4%	2.6%	31.6%	1.7%	2.6%
改訂水飲みテスト(MWST)	8.5%	3.4%	8.5%	2.6%	0.9%	7.7%	1.7%	35.9%	5.1%	5.1%
フードテスト	8.5%	1.7%	9.4%	5.1%	2.6%	15.4%	1.7%	34.2%	3.4%	4.3%
頸部聴診	12.0%	2.6%	12.8%	0.9%	0.0%	2.6%	1.7%	35.0%	4.3%	4.3%
食後の咳の状況に関する評価	24.8%	0.9%	65.0%	44.4%	29.9%	35.9%	2.6%	35.0%	11.1%	12.0%
食後の痰の状況に関する評価	22.2%	0.9%	67.5%	41.9%	29.1%	29.9%	1.7%	31.6%	7.7%	7.7%
食事に対する認知機能や身体機能の評価	24.8%	0.0%	66.7%	53.8%	34.2%	37.6%	0.0%	34.2%	54.7%	50.4%
生活の広がりに向けた評価	18.8%	0.9%	45.3%	42.7%	29.1%	23.1%	0.0%	23.1%	46.2%	47.0%
その他の方法による評価	7.7%	1.7%	9.4%	7.7%	6.0%	8.5%	1.7%	3.4%	7.7%	7.7%

【基本型】

n=80	医師	歯科医師	看護職員	介護福祉士	介護職員 (介護福祉士を除く)	管理栄養士	歯科衛生士	言語聴覚士	理学療法士	作業療法士
栄養状態の評価	58.8%	0.0%	52.5%	23.8%	16.3%	83.8%	0.0%	2.5%	6.3%	6.3%
口腔衛生状態の評価	8.8%	25.0%	56.3%	53.8%	37.5%	10.0%	35.0%	16.3%	0.0%	1.3%
咀嚼機能の評価	13.8%	7.5%	48.8%	35.0%	22.5%	38.8%	15.0%	22.5%	7.5%	7.5%
嚥下内視鏡検査(VE)	2.5%	3.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.3%	1.3%	0.0%	0.0%
嚥下造影検査(VF)	1.3%	1.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.3%	0.0%	0.0%	0.0%
反復唾液嚥下テスト(RSST)	0.0%	2.5%	1.3%	1.3%	1.3%	1.3%	1.3%	18.8%	0.0%	0.0%
改訂水飲みテスト(MWST)	1.3%	2.5%	5.0%	2.5%	0.0%	7.5%	1.3%	17.5%	3.8%	1.3%
フードテスト	2.5%	5.0%	6.3%	6.3%	2.5%	8.8%	0.0%	13.8%	3.8%	3.8%
頸部聴診	5.0%	2.5%	8.8%	0.0%	0.0%	1.3%	0.0%	20.0%	5.0%	2.5%
食後の咳の状況に関する評価	11.3%	1.3%	55.0%	38.8%	27.5%	25.0%	1.3%	13.8%	1.3%	3.8%
食後の痰の状況に関する評価	10.0%	0.0%	56.3%	36.3%	25.0%	20.0%	0.0%	13.8%	2.5%	5.0%
食事に対する認知機能や身体機能の評価	17.5%	0.0%	58.8%	43.8%	30.0%	32.5%	3.8%	20.0%	36.3%	32.5%
生活の広がりに向けた評価	8.8%	1.3%	36.3%	37.5%	28.8%	18.8%	3.8%	13.8%	28.8%	22.5%
その他の方法による評価	1.3%	0.0%	2.5%	2.5%	2.5%	2.5%	0.0%	2.5%	2.5%	2.5%

【その他型】

n=2	医師	歯科医師	看護職員	介護福祉士	介護職員 (介護福祉士を除く)	管理栄養士	歯科衛生士	言語聴覚士	理学療法士	作業療法士
栄養状態の評価	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%
口腔衛生状態の評価	0.0%	0.0%	50.0%	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
咀嚼機能の評価	0.0%	0.0%	50.0%	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
嚥下内視鏡検査(VE)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
嚥下造影検査(VF)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
反復唾液嚥下テスト(RSST)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
改訂水飲みテスト(MWST)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
フードテスト	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
頸部聴診	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
食後の咳の状況に関する評価	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
食後の痰の状況に関する評価	50.0%	0.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
食事に対する認知機能や身体機能の評価	50.0%	0.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%
生活の広がりに向けた評価	0.0%	0.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%
その他の方法による評価	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

【療養型】

n=3	医師	歯科医師	看護職員	介護福祉士	介護職員 (介護福祉士を除く)	管理栄養士	歯科衛生士	言語聴覚士	理学療法士	作業療法士
栄養状態の評価	33.3%	0.0%	66.7%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	33.3%	33.3%	0.0%
口腔衛生状態の評価	33.3%	33.3%	66.7%	33.3%	0.0%	33.3%	33.3%	33.3%	33.3%	0.0%
咀嚼機能の評価	33.3%	33.3%	66.7%	33.3%	33.3%	66.7%	0.0%	66.7%	33.3%	0.0%
嚥下内視鏡検査(VE)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
嚥下造影検査(VF)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
反復唾液嚥下テスト(RSST)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	33.3%	0.0%	0.0%
改訂水飲みテスト(MWST)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	66.7%	0.0%	0.0%
フードテスト	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	66.7%	0.0%	0.0%
頸部聴診	33.3%	0.0%	33.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	66.7%	0.0%	0.0%
食後の咳の状況に関する評価	33.3%	0.0%	66.7%	66.7%	0.0%	66.7%	0.0%	66.7%	66.7%	33.3%
食後の痰の状況に関する評価	33.3%	0.0%	100.0%	33.3%	0.0%	66.7%	0.0%	33.3%	66.7%	33.3%
食事に対する認知機能や身体機能の評価	33.3%	0.0%	66.7%	33.3%	0.0%	33.3%	0.0%	66.7%	66.7%	33.3%
生活の広がりに向けた評価	33.3%	0.0%	33.3%	33.3%	33.3%	33.3%	0.0%	33.3%	66.7%	33.3%
その他の方法による評価	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

3) 摂食嚥下機能が低下した方について併設する医療機関で実施している評価

摂食嚥下機能が低下した方への評価について、併設する医療機関で実施しているものは、全体では「栄養状態の評価」が 48.9%で最多、次いで「口腔衛生状態の評価」が 40.7%であった。

「超強化型」では「栄養状態の評価」が 47.9%で最多、「強化型」では「栄養状態の評価」が 39.3%で最多、「加算型」では「栄養状態の評価」が 53.0%で最多、「基本型」では「栄養状態の評価」が 51.3%で最多であった。

図表 III-62 摂食嚥下機能が低下した方について併設する医療機関で実施している評価
(複数回答)

	全体 n=454	超強化型 n=192	強化型 n=56	加算型 n=117	基本型 n=80	その他型 n=2	療養型 n=3	無回答 n=4
栄養状態の評価	48.9%	47.9%	39.3%	53.0%	51.3%	100.0%	66.7%	25.0%
口腔衛生状態の評価	40.7%	42.7%	28.6%	44.4%	40.0%	100.0%	33.3%	0.0%
咀嚼機能の評価	36.1%	38.5%	33.9%	39.3%	28.8%	50.0%	33.3%	0.0%
嚥下内視鏡検査(VE)	13.0%	14.1%	8.9%	14.5%	12.5%	0.0%	0.0%	0.0%
嚥下造影検査(VF)	16.3%	24.5%	12.5%	12.0%	7.5%	0.0%	0.0%	0.0%
反復唾液嚥下テスト(RSST)	22.5%	27.1%	17.9%	23.1%	15.0%	0.0%	33.3%	0.0%
改訂水飲みテスト(MWST)	29.5%	36.5%	23.2%	26.5%	23.8%	0.0%	33.3%	0.0%
フードテスト	23.6%	28.6%	19.6%	25.6%	12.5%	0.0%	33.3%	0.0%
頭部聴診	26.0%	32.3%	25.0%	23.1%	17.5%	0.0%	33.3%	0.0%
食後の咳の状況に関する評価	29.7%	34.4%	23.2%	30.8%	22.5%	50.0%	33.3%	0.0%
食後の痰の状況に関する評価	29.7%	33.3%	26.8%	29.9%	23.8%	50.0%	33.3%	0.0%
食事に対する認知機能や身体機能の評価	31.9%	34.9%	30.4%	30.8%	28.8%	50.0%	33.3%	0.0%
生活の広がりに向けた評価	17.4%	19.3%	21.4%	17.9%	11.3%	0.0%	0.0%	0.0%
その他の方法による評価	4.0%	4.2%	7.1%	4.3%	1.3%	0.0%	0.0%	0.0%

4) その他の方法での評価について具体例や工夫

2) 及び 3) で回答した評価の具体例や工夫について、主な回答は下記のとおりであった。

【1. 栄養状態の評価】

- ・ 食事摂取量が減ってきたら、摂取した栄養量を計算し、評価し、充足させるために栄養補助食の導入を検討している。
- ・ 食事摂取困難な場合には、同法人グループ内の医療機関にて胃ろうを造設することを検討している。
- ・ 血液データ（アルブミン値等）を確認している。
- ・ 月に 1 回、体重測定を実施している。
- ・ 栄養管理計画書をもとに提供量や食形態等を検討している。

【2. 口腔衛生状態の評価】

- ・ 週に 2 回、歯科衛生士による口腔状態の評価を行う。

【3. 咀嚼機能の評価】

なし

【4. 嚥下内視鏡検査 (VE)】

- ・ 初回評価時にスクリーニング検査として実施している日常生活注意機能評価スケール (ASAD) が 61 点以下だった場合には、誤嚥のリスクが高いと判断し、嚥下内視鏡検査 (VE) の対象としている。

- ・ 嚥下機能の確認が必要な場合、提携している医療機関で嚥下内視鏡検査（VE）を実施し、安全な食形態の提供を行っている。
- 【5．嚥下造影検査（VF）】
- ・ 医療機関で嚥下造影検査（VF）を実施し、安全な食形態の提供を行っている。
 - ・ 情報共有や家族説明への同席のため、嚥下造影検査（VF）には同法人内の ST が立ち合っている。
- 【6．反復唾液嚥下テスト（RSST）】
- ・ 初回評価時にスクリーニング検査として反復唾液嚥下テスト（RSST）を実施している。
- 【7．改訂水飲みテスト（MWST）】
- ・ 入所時スクリーニングとして多職種（主に介護福祉士、管理栄養士、言語聴覚士、理学療法士、作業療法士等）による改訂水飲みテスト（MWST）を実施している。
- 【8．フードテスト】
- ・ 歯科衛生士、言語聴覚士、管理栄養士でのフードテストでは、体調・精神面を考慮できるよう期間を設けて食形態を決めている。
- 【9．頸部聴診】
- ・ 入所時スクリーニングとして多職種による頸部聴診を実施している。
 - ・ 摂食嚥下機能が低下した方には、作業療法士が頸部聴診して評価する。
- 【10．食後の咳の状況に関する評価】
- ・ 歯科医師がネブライザー使用し咳反射有無を評価している。
 - ・ 言語聴覚士が評価している。
- 【11．食後の痰の状況に関する評価】
- ・ 言語聴覚士が評価している。
- 【12．食事に対する認知機能や身体機能（麻痺の状態等）の評価】
- ・ 食事開始、食事中、食事終了後に SPO2 を測定し、90%以下または3%低下で食事中止の目安としている。
 - ・ 長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）を実施している。
 - ・ 言語聴覚士が評価している。
 - ・ 摂食行動の先行期の利用者に対し、馴染みのある食材や料理の写真を見ながら生活歴に基づくエピソードを伺ったり、馴染みのある季節毎の料理や食に関する行事について、ユーチューブの動画を見ながら、料理の際の工夫やエピソードを伺ったりすることで、食することへの認知力や食欲の増進を促すことを目指している。
 - ・ 多職種でのカンファレンスで評価している。

【13. 生活の広がりに向けた評価】

なし

【14. その他の方法での評価】

- ・ 言語障害スクリーニングテスト（STAD）を実施し評価している。
- ・ 握力を測定し評価している。
- ・ 呼吸数を測定し評価している。
- ・ CS グレードテストを実施し評価している。
- ・ 徒手筋力テスト（MMT）を実施し評価している。
- ・ 関節可動域（ROM）を測定し評価している。
- ・ CT 検査にて食道裂孔ヘルニアの診断の有無を確認することがある。
- ・ 併設する医療機関から施設へ入所する際は、情報提供をもらい、医療機関の管理栄養士から食事の様子、摂取量、食形態の注意点等を直接聞くようにしている。
- ・ 言語聴覚士がいないため評価が難しい。
- ・ 誤嚥のリスクの高い方は常に言語聴覚士と連携し、食形態の見直しや摂食方法を相談している。
- ・ 多職種から食事の状況や嚥下機能の状態等の情報を聞き、嚥下評価を行っている。
- ・ とろみの濃さでの評価を行っている。
- ・ 嚥下機能が低下している利用者がいた場合、医師に報告し、言語聴覚士が嚥下機能の評価している。
- ・ KT バランスチャートで評価している。
- ・ "MASA(The Mann Assessment of Swallowing Ability)"、"MMASA(Modified Mann Assessment of Swallowing Ability)"で評価している。
- ・ 定期的な評価以外に、日々の食事の様子を多職種で共有している。
- ・ 認知症が進行している利用者には、実際の食事場面で評価を行っている。
- ・ 肺活量を測定し評価している。
- ・ 口唇舌可動域及びスピードを評価している。
- ・ 発話明瞭度を評価している。
- ・ 頸部上肢可動域を評価している。
- ・ 腹筋を評価している。
- ・ 声量を評価している。
- ・ 発声持続時間を評価している。
- ・ 全身機能の評価したうえで強みや弱みを判断するように心がけている。
- ・ 多職種が集まり、経口維持カンファレンスを毎月実施している。
- ・ 喉頭機能評価を実施している。
- ・ 施設で評価が困難な事例は、病院の言語聴覚士に評価を依頼している。
- ・ 食事姿勢、テーブルやイスの調整等はリハビリスタッフが評価している。
- ・ リハビリスタッフが利用者の食事場面に立ち会い、独自のチェックシート（言語聴覚士作成）を使用して評価を行っている。

7. 摂食嚥下機能のハイリスク者（ご家族）への説明

1) 摂食嚥下機能のハイリスク者（ご家族）への説明の実施状況

摂食嚥下機能のハイリスク者（ご家族）への説明の実施状況は、全体では「利用者・ご家族ともに説明している」が 63.4%で最多、「超強化型」では「利用者・ご家族ともに説明している」が 70.3%で最多、「強化型」では「利用者・ご家族ともに説明している」が 71.4%で最多、「加算型」では「利用者・ご家族ともに説明している」が 59.8%で最多、「基本型」では「ご家族のみに説明している」が 56.3%で最多であった。

図表 III-63 摂食嚥下機能のハイリスク者（ご家族）への説明の実施状況（複数回答）

	全体 n=454	超強化型 n=192	強化型 n=56	加算型 n=117	基本型 n=80	その他型 n=2	療養型 n=3	無回答 n=4
利用者・ご家族ともに説明している	63.4%	70.3%	71.4%	59.8%	45.0%	50.0%	66.7%	100.0%
利用者のみに説明している	3.7%	6.3%	1.8%	2.6%	1.3%	0.0%	0.0%	0.0%
ご家族のみに説明している	49.3%	44.3%	42.9%	55.6%	56.3%	100.0%	66.7%	25.0%
説明を実施していない	0.9%	1.0%	0.0%	0.0%	2.5%	0.0%	0.0%	0.0%

2) 摂食嚥下機能のハイリスク者（ご家族）への説明を行う職種

摂食嚥下機能のハイリスク者（ご家族）への説明を行う職種は、全体では「看護職員」が 78.4%で最多、「超強化型」では「看護職員」が 84.9%で最多、「強化型」では「看護職員」が 76.8%で最多、「加算型」では「看護職員」が 70.9%で最多、「基本型」では「看護職員」が 72.5%で最多であった。

図表 III-64 摂食嚥下機能のハイリスク者（ご家族）への説明を行う職種（複数回答）

	全体 n=454	超強化型 n=192	強化型 n=56	加算型 n=117	基本型 n=80	その他型 n=2	療養型 n=3	無回答 n=4
医師	67.6%	67.7%	73.2%	67.5%	62.5%	100.0%	33.3%	100.0%
歯科医師	2.2%	3.1%	0.0%	0.9%	3.8%	0.0%	0.0%	0.0%
看護職員	78.4%	84.9%	76.8%	70.9%	72.5%	100.0%	100.0%	100.0%
介護福祉士	21.8%	27.1%	16.1%	23.1%	13.8%	0.0%	0.0%	0.0%
介護職員（介護福祉士を除く）	8.1%	11.5%	7.1%	6.0%	5.0%	0.0%	0.0%	0.0%
管理栄養士	44.9%	53.1%	39.3%	39.3%	37.5%	50.0%	66.7%	25.0%
栄養士（管理栄養士を除く）	0.7%	0.5%	1.8%	0.0%	1.3%	0.0%	0.0%	0.0%
歯科衛生士	6.2%	10.9%	1.8%	5.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
言語聴覚士	32.2%	51.0%	32.1%	20.5%	6.3%	0.0%	33.3%	0.0%
理学療法士	5.9%	7.3%	5.4%	5.1%	5.0%	0.0%	0.0%	0.0%
作業療法士	5.9%	7.3%	7.1%	6.0%	2.5%	0.0%	0.0%	0.0%
その他	41.2%	38.5%	46.4%	41.0%	45.0%	0.0%	33.3%	50.0%

3) 摂食嚥下機能のハイリスク者（ご家族）への説明のタイミング

摂食嚥下機能のハイリスク者（ご家族）への説明のタイミングは、全体では「状態の変化に応じて」が 91.6%で最多、「超強化型」では「状況の変化に応じて」が 92.7%で最多、「強化型」では「状況の変化に応じて」が 92.9%で最多、「加算型」では「状況の変化に応じて」が 93.2%で最多、「基本型」では「状況の変化に応じて」が 85.0%で最多であった。

図表 III-65 摂食嚥下機能のハイリスク者（ご家族）への説明のタイミング（複数回答）

	全体 n=454	超強化型 n=192	強化型 n=56	加算型 n=117	基本型 n=80	その他型 n=2	療養型 n=3	無回答 n=4
入所時	68.3%	73.4%	66.1%	66.7%	60.0%	0.0%	66.7%	100.0%
ケアプラン作成時	53.7%	57.8%	53.6%	53.8%	45.0%	50.0%	66.7%	25.0%
状態の変化に応じて	91.6%	92.7%	92.9%	93.2%	85.0%	100.0%	100.0%	100.0%
その他	3.1%	3.6%	1.8%	2.6%	3.8%	0.0%	0.0%	0.0%

摂食嚥下機能のハイリスク者（ご家族）への説明のタイミングについて、「4. その他」と回答した施設の主な回答は下記のとおり。

- ・ 経口維持加算計画書作成時
- ・ 面会時
- ・ 在宅復帰前
- ・ 退所時
- ・ 看取り期
- ・ 30日毎のサービス担当者会議時
- ・ 外出時
- ・ カンファレンス時

4) 摂食嚥下機能のハイリスク者（ご家族）への説明の方法

摂食嚥下機能のハイリスク者（ご家族）への説明の方法は、全体では「対面での説明」が 93.4%で最多、「超強化型」では「対面での説明」が 95.8%で最多、「強化型」では「対面での説明」が 96.4%で最多、「加算型」では「対面での説明」が 94.9%で最多、「基本型」では「対面での説明」が 82.5%で最多であった。

図表 III-66 摂食嚥下機能のハイリスク者（ご家族）への説明の方法（複数回答）

	全体 n=454	超強化型 n=192	強化型 n=56	加算型 n=117	基本型 n=80	その他型 n=2	療養型 n=3	無回答 n=4
対面での説明	93.4%	95.8%	96.4%	94.9%	82.5%	100.0%	100.0%	100.0%
オンラインでの説明	5.5%	6.8%	7.1%	3.4%	3.8%	0.0%	0.0%	25.0%
文書(入所時説明書等)での説明	49.8%	56.8%	39.3%	47.9%	45.0%	0.0%	33.3%	50.0%
その他	24.7%	23.4%	23.2%	27.4%	26.3%	0.0%	0.0%	25.0%

摂食嚥下機能のハイリスク者（ご家族）への説明の方法について、「4. その他」と回答した施設の主な回答は下記のとおり。

- ・ 電話で説明している。
- ・ 食事摂取の様子を見ながら説明している。
- ・ LINE で説明している。
- ・ 説明文書が必要なタイミングで説明している。
- ・ 栄養計画書の作成時に説明している。

5) 摂食嚥下機能のハイリスク者（ご家族）への説明の内容

摂食嚥下機能のハイリスク者（ご家族）への説明の内容は、全体では「誤嚥・誤飲・窒息のリスクが高いこと」が 96.7%で最多、次いで「肺炎等の症状が重症化する可能性があること」が 76.4%であった。

「超強化型」では「誤嚥・誤飲・窒息のリスクが高いこと」が 96.9%で最多、「強化型」では「誤嚥・誤飲・窒息のリスクが高いこと」が 98.2%で最多、「加算型」では「誤嚥・誤飲・窒息のリスクが高いこと」が 97.4%で最多、「基本型」では「誤嚥・誤飲・窒息のリスクが高いこと」が 93.8%で最多であった。

図表 III-67 摂食嚥下機能のハイリスク者（ご家族）への説明の内容（複数回答）

	全体 n=454	超強化型 n=192	強化型 n=56	加算型 n=117	基本型 n=80	その他型 n=2	療養型 n=3	無回答 n=4
誤嚥・誤飲・窒息のリスクが高いこと	96.7%	96.9%	98.2%	97.4%	93.8%	100.0%	100.0%	100.0%
肺炎等の状態が重症化する可能性があること	76.4%	75.0%	82.1%	79.5%	70.0%	50.0%	100.0%	100.0%
急変時、病院へ救急搬送を行う場合があること	67.4%	63.5%	71.4%	76.1%	58.8%	50.0%	100.0%	100.0%
急変・急死する可能性があること	65.9%	64.6%	67.9%	68.4%	61.3%	50.0%	100.0%	100.0%
その他	4.2%	5.7%	5.4%	4.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

摂食嚥下機能のハイリスク者（ご家族）への説明の内容について、「4. その他」と回答した施設の主な回答は下記のとおり。

- ・ 栄養状態の低下のリスク
- ・ 褥瘡のリスク
- ・ 食形態の変更があり得ること
- ・ 看取り介護希望の有無
- ・ 急変時の対応方法
- ・ 食べ物の持ち込みはお断りすること
- ・ ご自宅の生活においても起こり得るリスクであること
- ・ 栄養状態の低下によるフレイルのリスク
- ・ 重症化時は病院での管理をお願いすることがあること
- ・ 対応の意向確認
- ・ 胃ろうの希望の有無の確認
- ・ 急変時の救急搬送の有無の確認
- ・ 義歯がないことや義歯の状態、口腔内の環境不良から誤嚥・誤飲・窒息のリスクが高まること
- ・ 経口摂取以外の手段が必要となる可能性があること

6) 摂食嚥下機能のハイリスク者（ご家族）への説明時に確認する内容

摂食嚥下機能のハイリスク者（ご家族）への説明時に確認する内容は、全体では「食形態に関する情報・留意事項」が 89.0%で最多、次いで「嚥下機能の状態」が 79.7%であった。

「超強化型」では「食形態に関する情報・留意事項」が 92.2%で最多、「強化型」では「食形態に関する情報・留意事項」が 94.6%で最多、「加算型」では「食形態に関する情報・留意事項」が 84.6%で最多、「基本型」では「食形態に関する情報・留意事項」が 85.0%で最多であった。

図表 III-68 摂食嚥下機能のハイリスク者（ご家族）への説明時に確認する内容

	全体 n=454	超強化型 n=192	強化型 n=56	加算型 n=117	基本型 n=80	その他型 n=2	療養型 n=3	無回答 n=4
入れ歯の有無	71.6%	75.0%	76.8%	66.7%	65.0%	50.0%	100.0%	100.0%
入れ歯の調整や修理の必要性の有無	68.5%	69.8%	76.8%	67.5%	61.3%	0.0%	66.7%	100.0%
直近の歯科受診の状況	37.2%	40.1%	42.9%	38.5%	26.3%	0.0%	0.0%	50.0%
咀嚼機能の状況(奥歯のかみ合わせの有無を含む)	51.8%	58.3%	64.3%	47.0%	32.5%	50.0%	66.7%	75.0%
これまでの咀嚼機能に関する処置・訓練内容	27.5%	37.0%	35.7%	18.8%	12.5%	0.0%	0.0%	50.0%
嚥下機能の状況	79.7%	83.9%	89.3%	77.8%	63.8%	100.0%	100.0%	100.0%
これまでの嚥下機能に関する処置・訓練内容	36.3%	45.8%	46.4%	29.1%	18.8%	0.0%	0.0%	50.0%
継続したほうがよい訓練内容・その方法	24.0%	33.3%	33.9%	15.4%	7.5%	0.0%	0.0%	50.0%
食形態に関する情報・留意事項	89.0%	92.2%	94.6%	84.6%	85.0%	100.0%	66.7%	75.0%
その他の口腔内の状況	42.3%	43.2%	53.6%	42.7%	28.8%	50.0%	66.7%	75.0%
口腔内の状況について確認していない	1.5%	2.1%	0.0%	1.7%	1.3%	0.0%	0.0%	0.0%
服薬上の禁忌に関する情報・留意事項	41.9%	40.6%	57.1%	41.9%	33.8%	0.0%	66.7%	50.0%
既往歴	57.9%	55.7%	69.6%	62.4%	51.3%	0.0%	66.7%	25.0%
行っている特別な配慮・誤嚥等の所見	48.0%	50.0%	64.3%	48.7%	31.3%	50.0%	66.7%	25.0%
その他	2.6%	2.6%	1.8%	4.3%	1.3%	0.0%	0.0%	0.0%
その他の状況について確認していない	1.5%	1.6%	1.8%	0.9%	2.5%	0.0%	0.0%	0.0%

7) 摂食嚥下機能のハイリスク者（ご家族）への説明時の具体例や工夫している点

摂食嚥下機能のハイリスク者（ご家族）への説明時の具体例や工夫している点について、主な回答は下記のとおりであった。

【摂食嚥下機能のハイリスクの説明の詳細】

- ・ リハビリ及び栄養の計画書に沿って、家族に分かりやすく説明している。
- ・ できるだけ分かりやすいように専門用語は使わず必要であればイラストを用いて伝えている。
- ・ 専門用語などを極力使用せず、簡易な言葉を使用するように心がけている。
- ・ 誤嚥リスク、窒息リスク等の説明をする。
- ・ 口腔内残渣の有無を説明する。
- ・ リハビリ計画書に記載している内容を説明する。

【入所時】

- ・ 入所時カンファレンスの際に、ご家族へ細かく説明している。
- ・ 入所時には高齢者の特徴、認知症等の症状の説明をする。
- ・ 入所時には署名頂いている。
- ・ 入所時に歯科受診して頂き、説明している。
- ・ 入所時に窒息のリスクを含めて本人・家族へ説明している。
- ・ 「入所時リスク説明書」での説明を実施している。
- ・ 病院の情報をもとに最初に説明を行い、肺炎のリスク、食形態変更の可能性など説明している。
- ・ ハイリスク者に限らず、入所前の情報収集、入所時での聞き取りを行っている。
- ・ 本人や家族の希望には最大限寄り添うが、必ずしも全てが実施可能ではないことに初回にて十分説明することを各専門職が心がけている。

【面会時や日頃の説明】

- ・ 面会時等に食事面での近況報告や、栄養補助食品の提案、ご自宅で可能な調理について説明している。
- ・ 日頃から食事の様子や食形態（変更）等を説明するようにしている。
- ・ 食事摂取量が減少しており、嚥下機能低下していることを説明している。

【実際の食事場面を活かした説明】

- ・ 実際に食事時に来所頂くだけでなく介助や食形態を見せながら説明し、実際に提供していた食事を説明時に持っていく、見た目や硬さ、とろみの具合等確認していただく。
- ・ 嚥下調整食の試食を実施することがある。
- ・ 摂取時の見学や介助の体験を実施し、生活医を主に看護師、理学療法士、言語聴覚士、RD 等各職種から、かわり方やリスクを説明している。
- ・ 食事にかかる時間を具体的に、ひとさじを嚥下するのに 30 秒かかる等説明するようにしている。
- ・ 見学が難しい場合には、食事の様子動画を撮影して説明することや、食材の写真を活用することがある。

【状態変化時の説明】

- ・ 摂食嚥下機能のハイリスク者になると必要な栄養が1回の食事では摂取できない場合が多く、利用者に応じた栄養補助食品の導入を検討し、場合によってはご家族への協力もお願いしている。
- ・ 摂取量の低下がみられ栄養状態が悪い場合、医師や管理栄養士と相談の上、栄養補助食品の提供を行うことがあることを説明している。

【在宅復帰前、退所時の説明】

- ・ 在宅復帰の前には食形態を知ってもらう、購入や調理について相談している。
- ・ 退所時に「嚥下時の注意点」について口答のみでなく書面でもお伝えするようにしている。
- ・ 在宅復帰の方に対しては、嚥下調整食の調理や注文先の提案等を行っている。

【専門職による評価の説明】

- ・ 言語聴覚士を中心に専門職からの話を聞くことで納得される方もいる。
- ・ リハビリにおいて言語聴覚士の評価、嚥下訓練を行っている場合は、その内容も説明している。
- ・ ケアマネージャーより、嚥下機能の維持向上を目的とした経口維持加算にて訓練を受ける旨を説明している。

【食形態の変更に関する説明】

- ・ 嚥下低下のため食形態を刻みからミキサーに変え、リスクを下げる食形態に変更する旨を伝える。
- ・ 経口摂取が難しくなった際には医師が病状等の説明をご家族に行った後、飲食する様子を見ていただくようにしている。
- ・ 早食いやかきこみ食べによる窒息リスクがある方には、食形態の検討や箸のみを提供する等の環境調整を行うことを説明する。

【リスクに対する取り組みの説明】

- ・ 水分にムセが見られる方を対象に月に1回の口腔ケア回診の際、歯科医師が水飲みテストを行い確認し、必要に応じてとろみをつけるなどの対応を行うと説明する。

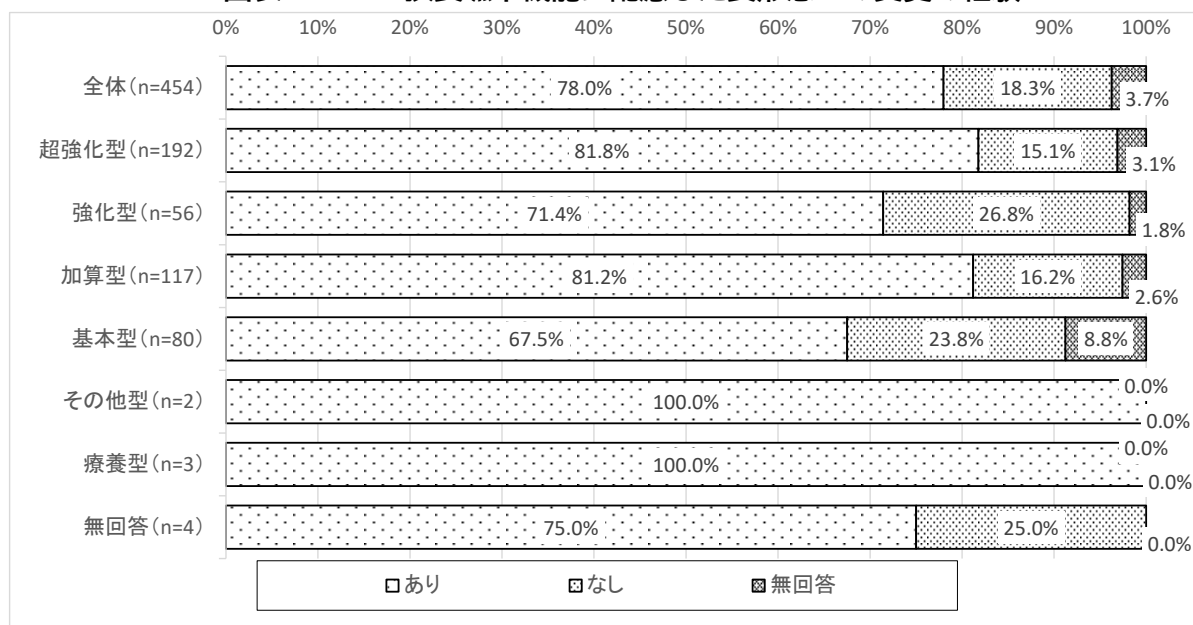
【意向の確認と説明】

- ・ 説明内容をご家族様皆さんで検討できるよう、要点を求めた資料をお渡しする。
- ・ ハイリスクにより考えられる体調変化に伴い経口摂食が困難になった場合の本人、またはご家族の意向を確認するようにしている。

8) 摂食嚥下機能に配慮した食形態への変更の経験

利用者の摂食嚥下機能を基準として、さらに摂食嚥下機能に配慮した食形態への変更の経験は、全体では「あり」が78.0%で最多、「超強化型」では「あり」が81.8%で最多、「強化型」では「あり」が71.4%で最多、「加算型」では「あり」が81.2%で最多、「基本型」では「あり」が67.5%で最多であった。

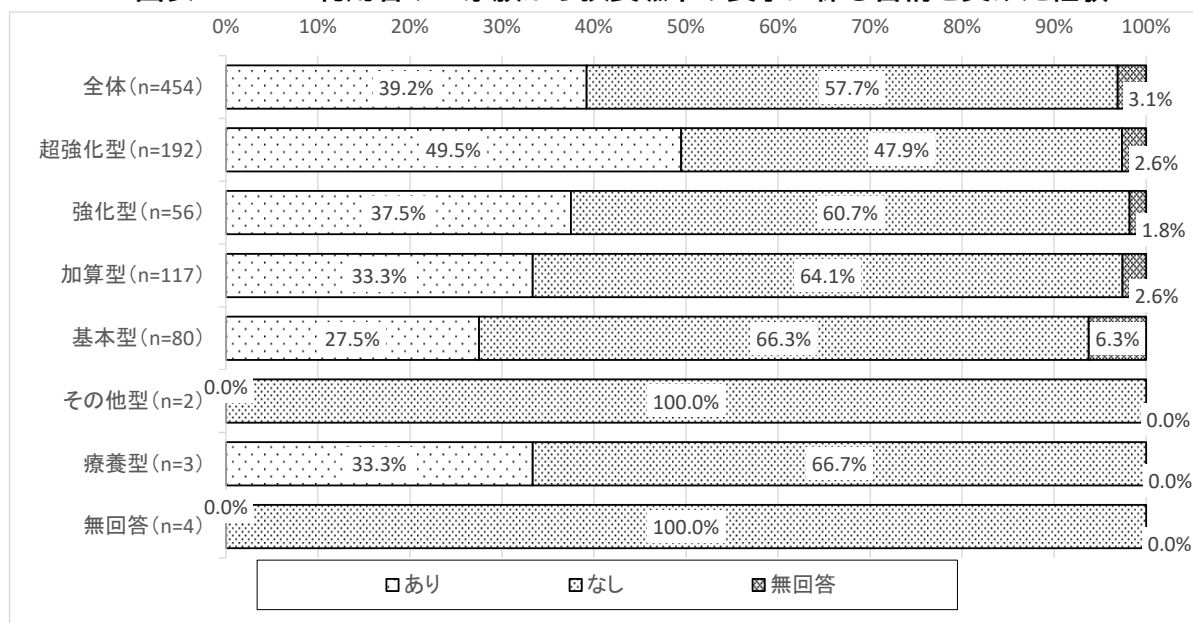
図表 III-69 摂食嚥下機能に配慮した食形態への変更の経験



9) 利用者やご家族から摂食嚥下や食事に係る苦情を受けた経験

利用者やご家族から摂食嚥下や食事に係る苦情を受けた経験が「あり」と回答した施設は、全体では39.2%、「超強化型」では49.5%、「強化型」では37.5%、「加算型」では33.3%で最多、「基本型」では27.5%で最多であった。

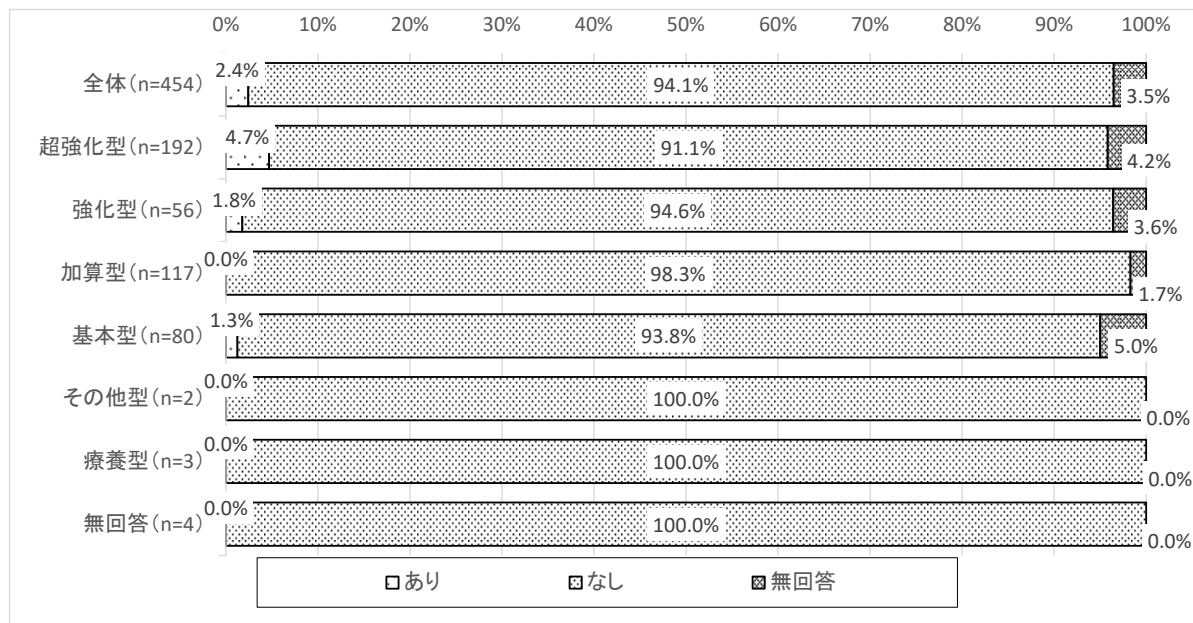
図表 III-70 利用者やご家族から摂食嚥下や食事に係る苦情を受けた経験



10) 利用者やご家族から摂食嚥下や食事に係る訴訟（和解を含む）が起きた経験

利用者やご家族から摂食嚥下や食事に係る訴訟（和解を含む）が起きた経験が「あり」と回答した施設は、全体では2.4%、「超強化型」では4.7%、「強化型」では1.8%、「加算型」では0.0%、「基本型」では1.3%であった。

図表 III-71 利用者やご家族から摂食嚥下や食事に係る訴訟（和解を含む）が起きた経験



11) 利用者やご家族から摂食嚥下や食事に係る訴訟（和解を含む）が起きたときの状況

利用者やご家族から摂食嚥下や即時に係る訴訟（和解を含む）が起きたときの状況について、主な回答は下記のとおりであった。

- ・ 内容は差し控えたい。
- ・ 本人持ち込みの栄養補助剤を飲用介助中に誤嚥、窒息した。
- ・ 行事食の際、本人の強い希望もあり、普段提供している形態とは違うものを提供したところ、誤嚥した。
- ・ 精神疾患のある利用者が早食いにより窒息した（いつも早いわけではなく気になることがあると早食いになる人であった）。朝食時であり、職員間での情報共有不足と人員不足が要因と考えている。
- ・ ペーストしてから固めた食形態（施設で「なめらか食」と呼称する食形態）は、利用者やご家族から「何を食べているのか分からない。」と話があった。
- ・ 利用者から現在の食形態について拒否や異物混入等で苦情を受けることがあり、都度対応している。

IV 個別調査の結果

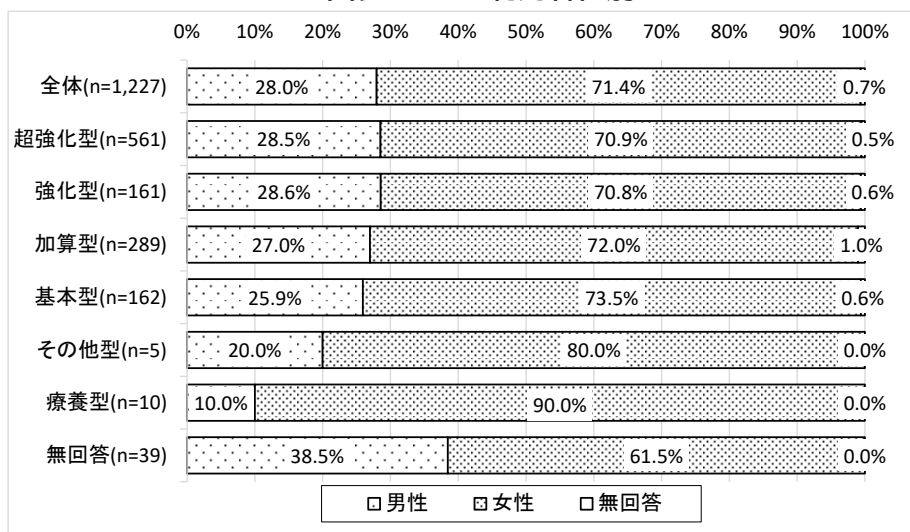
1. 基本情報

個別調査に回答のあった利用者 1227 人分（超強化型 561 人分、強化型 161 人分、加算型 289 人分、基本型 162 人分、その他型 5 人分、療養型 10 人分、施設類型不明 39 人分）の基本的情報は以下のとおりである。

1) 性別

利用者の性別は、いずれの施設類型でも「女性」が最多となっており、全体で 71.4%、「超強化型」で 70.9%、「強化型」で 70.8%、「加算型」で 72.0%、「基本型」で 73.5%であった。

図表 IV-1 利用者性別



2) 年齢

利用者の年齢は、全体では「90～94 歳」が 28.0 %で最多、「超強化型」では「90～94 歳」が 30.5 %で最多、「強化型」では「90～94 歳」が 28.0 %で最多、「加算型」では「90～94 歳」が 26.3 %で最多、「基本型」では「85～89 歳」が 26.5 %で最多であった。

図表 IV-2 利用者年齢

	人数							
	全体	施設類型						
		超強化型	強化型	加算型	基本型	その他型	療養型	無回答
回答数	1227	561	161	289	162	5	10	39
平均値	87.9歳	88.1歳	87.9歳	88.2歳	87.2歳	90.6歳	83.3歳	86.8歳
64歳以下	1.0	1.2	0.6	0.7	0.0	0.0	10.0	2.6
65～69歳	1.8	1.1	3.1	1.7	1.9	0.0	0.0	7.7
70～74歳	4.4	4.6	2.5	5.5	4.3	0.0	0.0	2.6
75～79歳	6.3	5.5	9.9	4.5	8.6	0.0	0.0	7.7
80～84歳	13.3	10.9	12.4	15.2	18.5	0.0	50.0	7.7
85～89歳	25.8	28.5	23.0	22.1	26.5	40.0	20.0	23.1
90～94歳	28.0	30.5	28.0	26.3	22.2	40.0	20.0	28.2
95～99歳	14.7	14.3	13.7	17.6	13.6	20.0	0.0	10.3
100歳以上	4.2	3.4	6.2	4.5	4.3	0.0	0.0	5.1
無回答	0.7	0.0	0.6	1.7	0.0	0.0	0.0	5.1

3) BMI

利用者の BMI は、いずれの施設類型でも「18.5 未満」が最多となっており、全体で 51.7%、「超強化型」で 50.1%、「強化型」で 57.8%、「加算型」で 49.8%、「基本型」で 53.7%であった。平均値は「超強化型」が最も高く 18.8 で、次いで「加算型」の 18.7 となっている。

図表 IV-3 利用者 BMI

	人数							
	全体	施設類型						
		超強化型	強化型	加算型	基本型	その他型	療養型	無回答
回答数	1227	561	161	289	162	5	10	39
平均値	18.5	18.8	17.7	18.7	18.2	18.1	16.9	18.6
18.5未満	51.7	50.1	57.8	49.8	53.7	60.0	70.0	48.7
18.5以上25.0未満	41.6	44.7	39.8	39.8	36.4	40.0	30.0	41.0
25.0以上30.0未満	3.2	3.9	1.9	2.4	4.3	0.0	0.0	0.0
30.0以上	0.5	0.4	0.0	1.0	0.6	0.0	0.0	0.0
無回答	3.1	0.9	0.6	6.9	4.9	0.0	0.0	10.3

4) 回答施設での在所日数

回答施設での在所日数は、全体では「730 日以上」が 18.1%で最多、「超強化型」では「730 日以上」が 15.2%で最多、「強化型」では「730 日以上」が 19.3%で最多、「加算型」では「730 日以上」が 21.8%で最多、「基本型」では「730 日以上」が 23.5%で最多であった。平均値は「加算型」が最も長く 583.8 日で、次いで「基本型」の 563.0 日となっている。

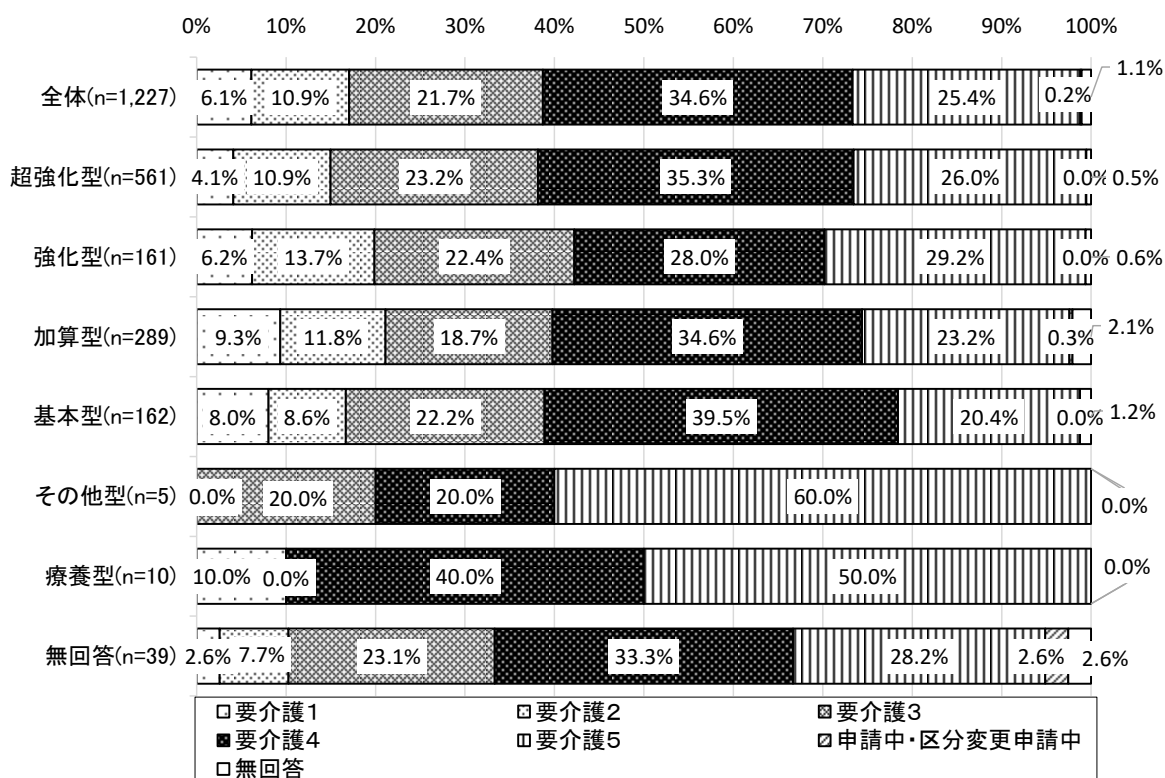
図表 IV-4 利用者在所日数

	人数							
	全体	施設類型						
		超強化型	強化型	加算型	基本型	その他型	療養型	無回答
回答数	1227	561	161	289	162	5	10	39
平均値	464.2日	373.5日	497.4日	583.8日	563.0日	383.2日	148.4日	459.0日
30日以下	7.4	8.4	5.6	6.6	8.0	20.0	0.0	5.1
31日以上60日以下	9.2	12.5	5.0	6.6	7.4	0.0	10.0	7.7
61日以上90日以下	8.5	9.1	9.3	7.6	6.2	0.0	30.0	7.7
91日以上120日以下	6.1	7.1	5.6	5.9	4.3	0.0	10.0	2.6
121日以上150日以下	5.8	7.1	8.1	3.8	3.7	0.0	10.0	0.0
151日以上180日以下	6.2	7.5	3.7	4.8	7.4	0.0	10.0	2.6
181日以上210日以下	3.9	3.9	3.7	3.8	4.3	20.0	0.0	2.6
211日以上240日以下	4.2	4.5	4.3	5.2	2.5	0.0	0.0	0.0
241日以上270日以下	3.3	3.4	4.3	2.8	2.5	20.0	20.0	0.0
271日以上300日以下	2.8	2.3	3.1	1.4	4.3	0.0	10.0	10.3
301日以上330日以下	3.0	2.5	4.3	4.5	0.6	0.0	0.0	5.1
331日以上365日以下	2.5	2.1	3.1	2.1	4.3	20.0	0.0	0.0
366日以上729日以下	13.0	9.6	16.1	14.5	17.3	0.0	0.0	23.1
730日以上	18.1	15.2	19.3	21.8	23.5	20.0	0.0	10.3
無回答	6.0	4.8	4.3	8.7	3.7	0.0	0.0	23.1

5) 要介護度

要介護度は、全体では「要介護4」が34.6%で最多、「超強化型」では「要介護4」が35.3%で最多、「強化型」では「要介護5」が29.2%で最多、「加算型」では「要介護4」が34.6%で最多、「基本型」では「要介護4」が39.5%で最多であった。

図表 IV-5 要介護度（割合）



図表 IV-6 要介護度（人数）

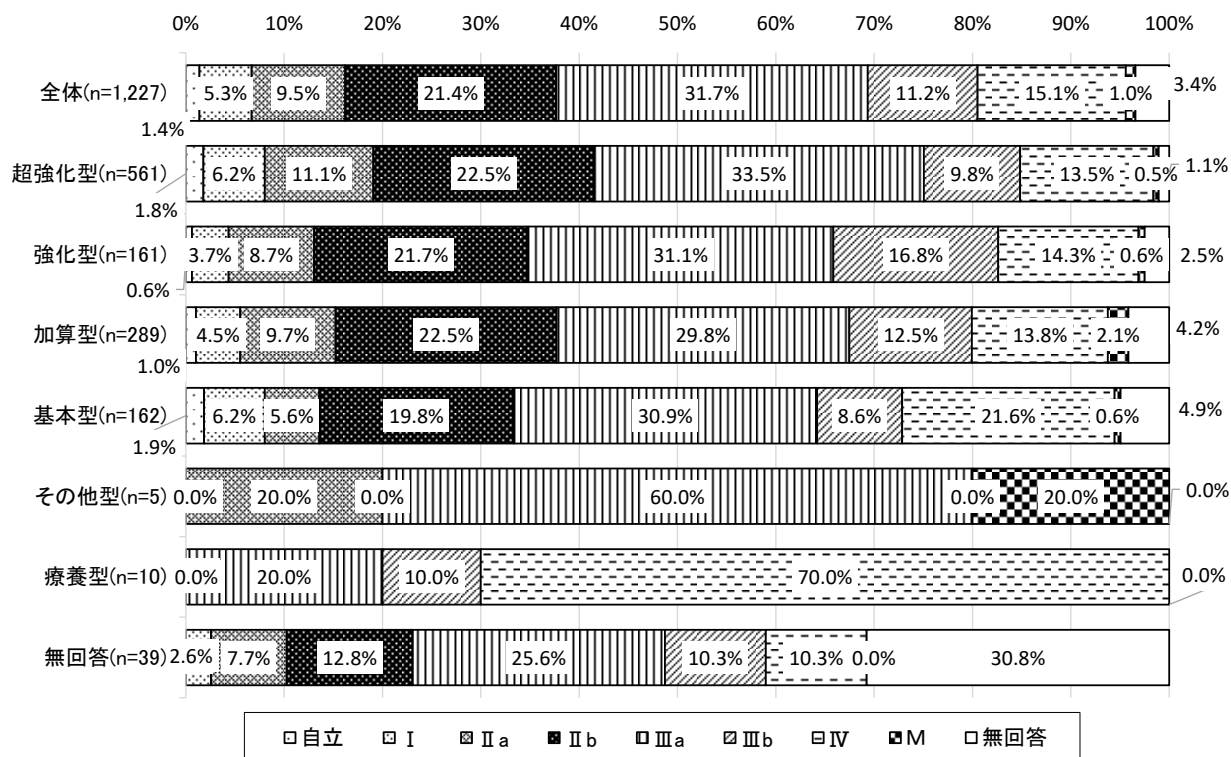
	全体	施設類型						
		超強化型	強化型	加算型	基本型	その他型	療養型	無回答
平均要介護度 ¹³	3.6	3.7	3.6	3.5	3.6	4.4	4.2	3.8
要介護1	75	23	10	27	13	0	1	1
要介護2	134	61	22	34	14	0	0	3
要介護3	266	130	36	54	36	1	0	9
要介護4	425	198	45	100	64	1	4	13
要介護5	312	146	47	67	33	3	5	11
申請中・区分変更申請中	2	0	0	1	0	0	0	1
無回答	13	3	1	6	2	0	0	1

¹³ 平均要介護度は全体および施設類型ごとの「申請中・区分変更申請中」「無回答」を除く利用者の要介護度の平均値を算出したもの。

6) 認知症高齢者の日常生活自立度

認知症高齢者の日常生活自立度は、全体では「Ⅲa」が 31.7 %で最多、「超強化型」では「Ⅲa」が 33.5 %で最多、「強化型」では「Ⅲa」が 31.1 %で最多、「加算型」では「Ⅲa」が 29.8 %で最多、「基本型」では「Ⅲa」が 30.9 %で最多であった。

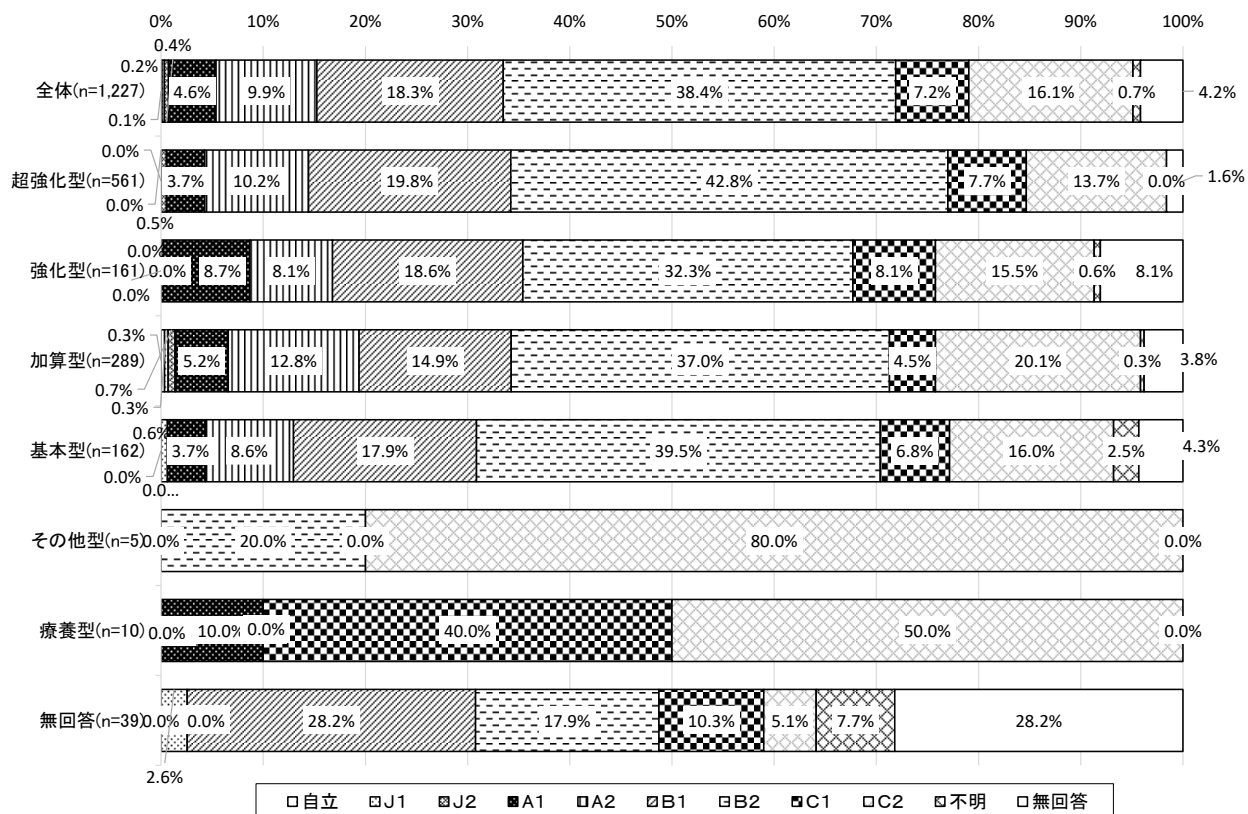
図表 IV-7 認知症高齢者の日常生活自立度



7) 障害高齢者の日常生活自立度

障害高齢者の日常生活自立度は、全体では「B 2」が 38.4%で最多、「超強化型」では「B 2」が 42.8%で最多、「強化型」では「B 2」が 32.3%で最多、「加算型」では「B 2」が 37.0%で最多、「基本型」では「B 2」が 39.5%で最多であった。

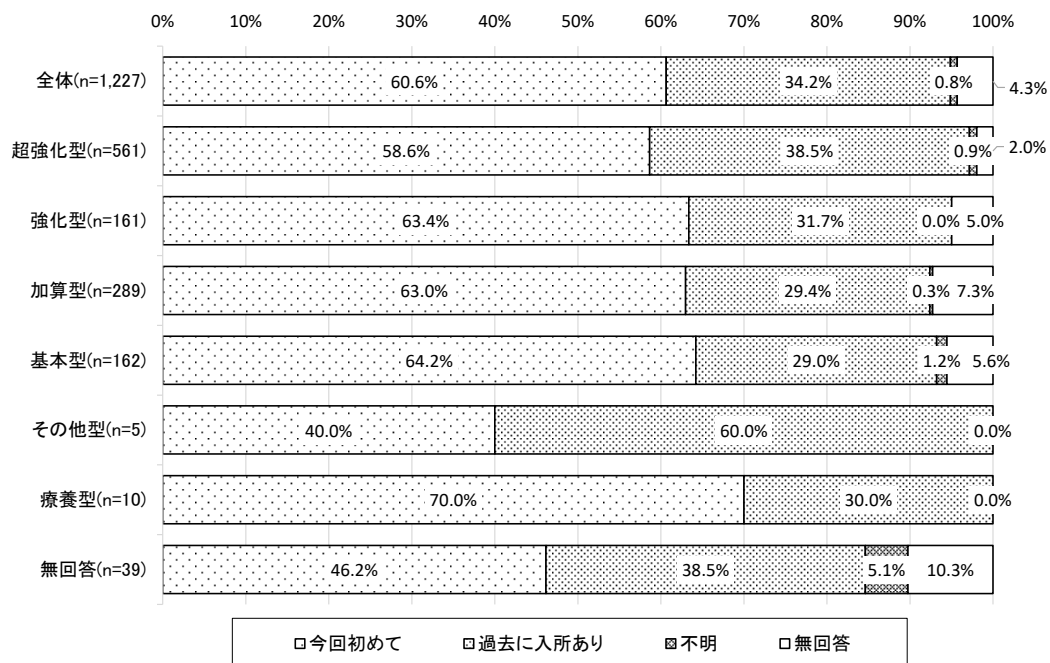
図表 IV-8 障害高齢者の日常生活自立度



8) 回答施設への入所

回答施設への入所は、全体・多くの施設類型で「今回初めて」が最多となっており、全体で 60.6%、「超強化型」で 58.6%、「強化型」で 63.4%、「加算型」で 63.0%、「基本型」で 64.2%であった。

図表 IV-9 回答施設への入所



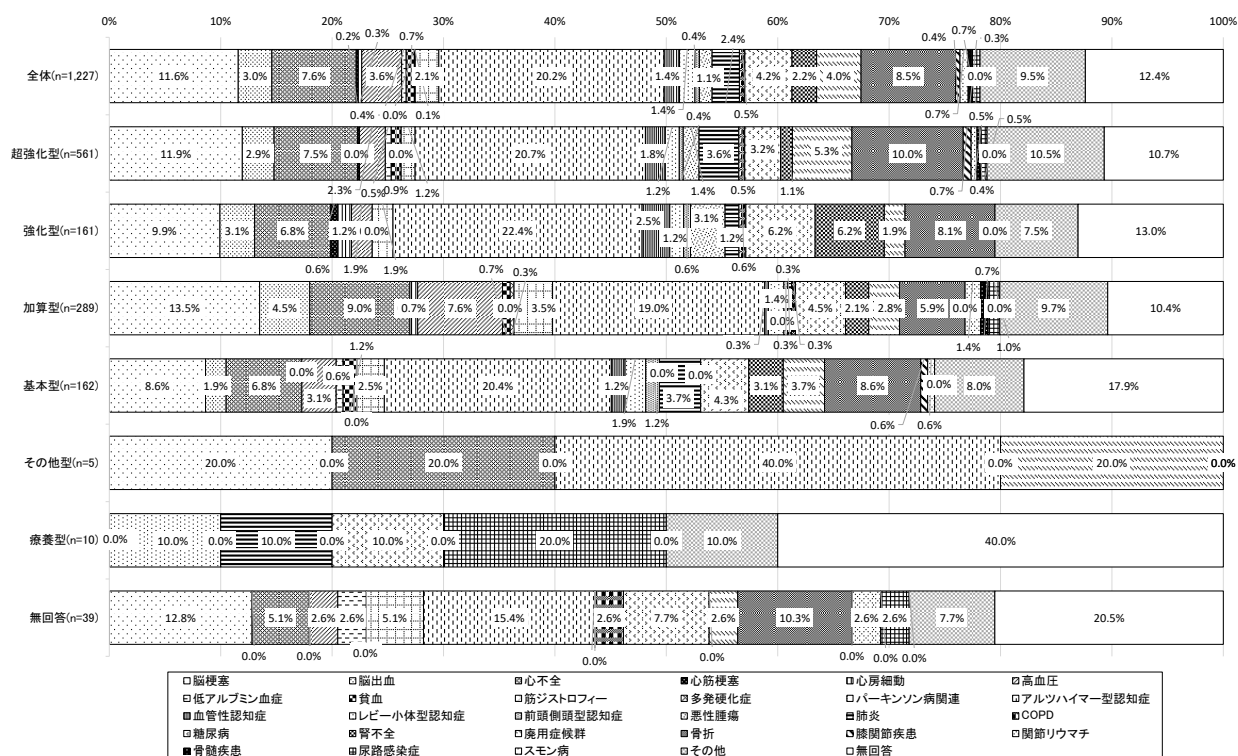
2. 現在の疾患や認知症の状態

1) 疾患や認知症の状態

主な疾患や認知症の状態については、全体・多くの施設類型で「アルツハイマー型認知症」が最多となっており、全体で 20.2%、「超強化型」で 20.7%、「強化型」で 22.4%、「加算型」で 19.0%、「基本型」で 20.4%であった。

また、当てはまるすべての疾患や認知症の状態については、全体・多くの施設類型で「高血圧」が最多となっており、全体で 46.9%、「超強化型」で 47.2%、「強化型」で 41.0%、「加算型」で 51.9%、「基本型」で 43.2%であった。

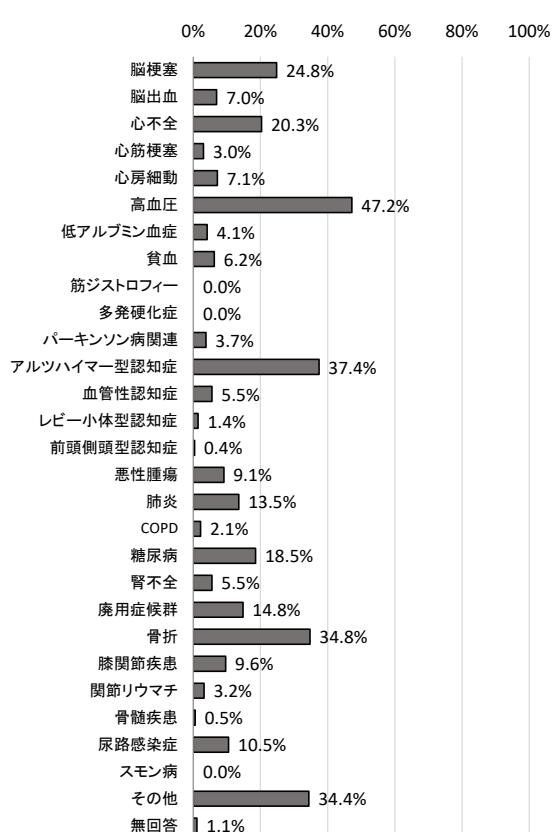
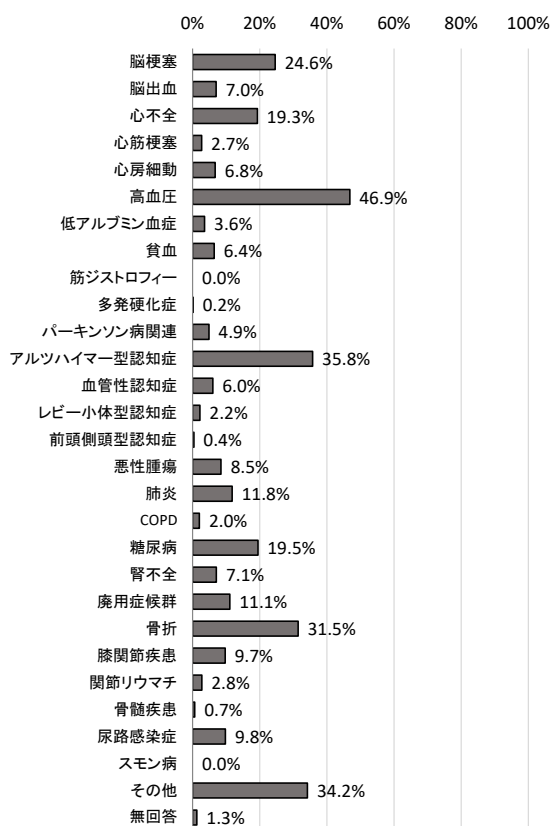
図表 IV-10 主な疾患や認知症の状態



図表 IV-11 疾患や認知症の状態(複数回答)

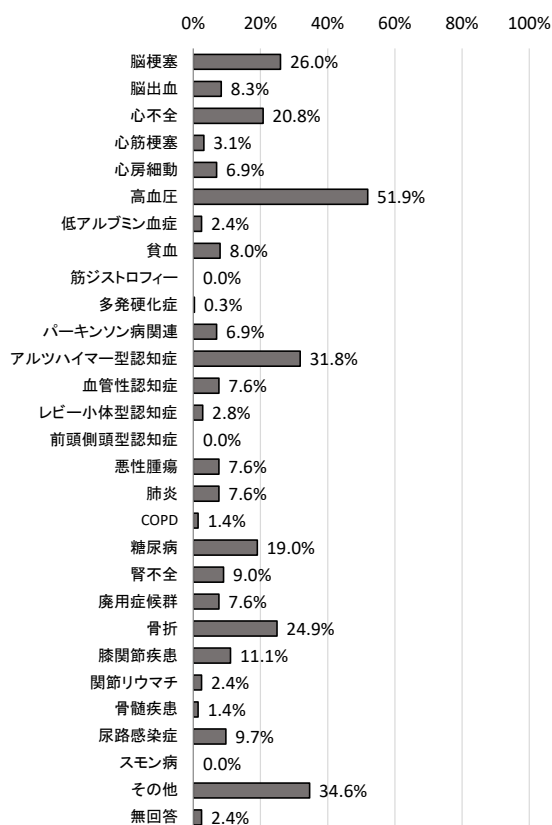
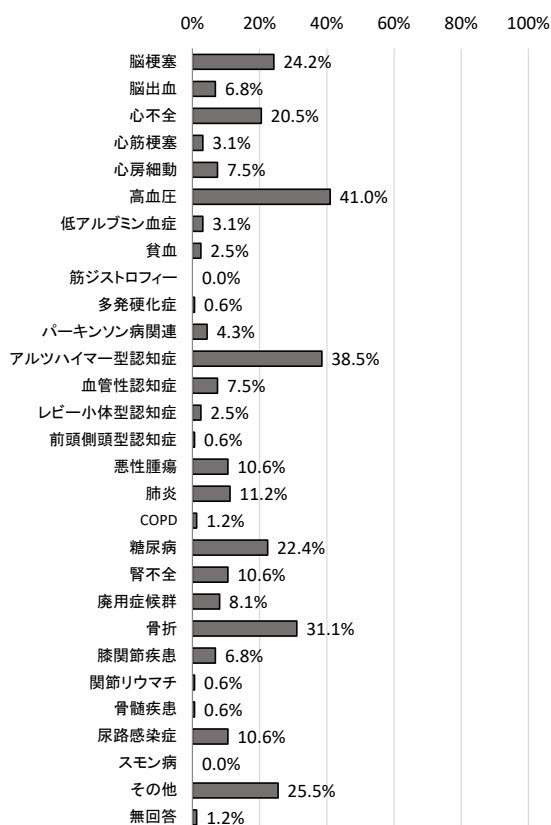
全体(n=1, 227)

超強化型(n=561)



強化型(n=161)

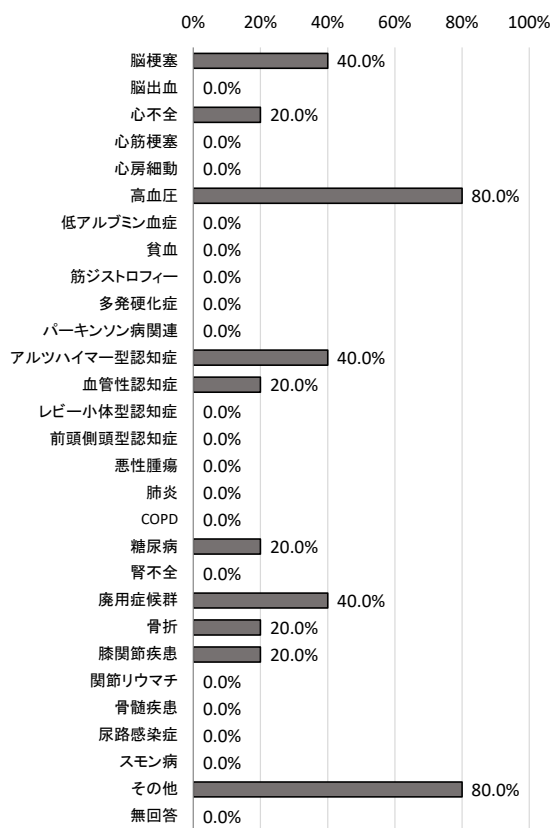
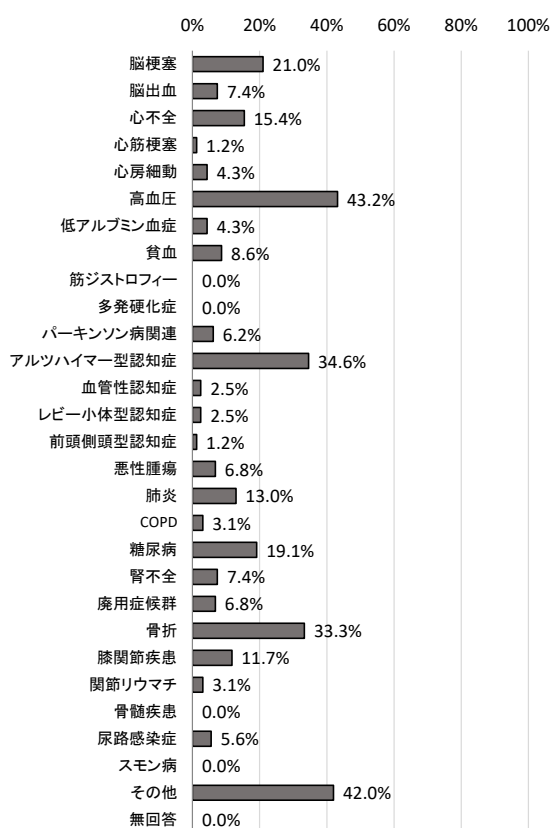
加算型(n=289)



図表 IV-11 疾患や認知症の状態(複数回答)(続き)

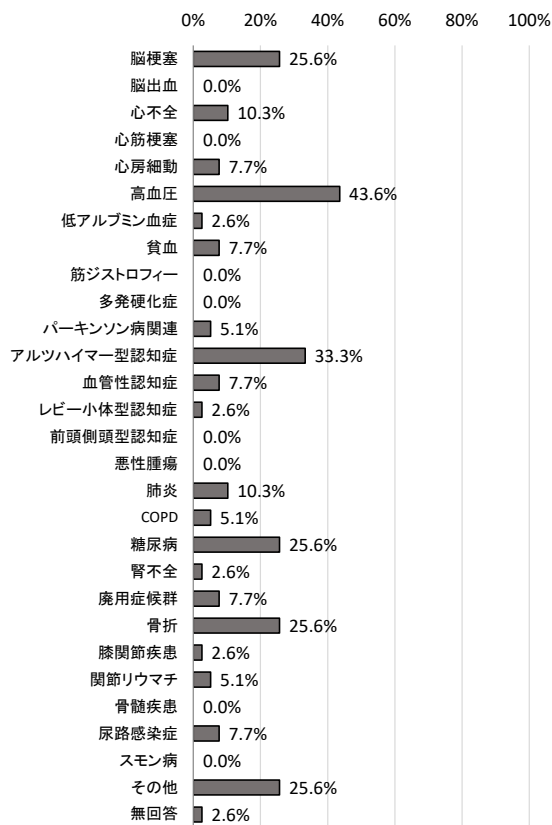
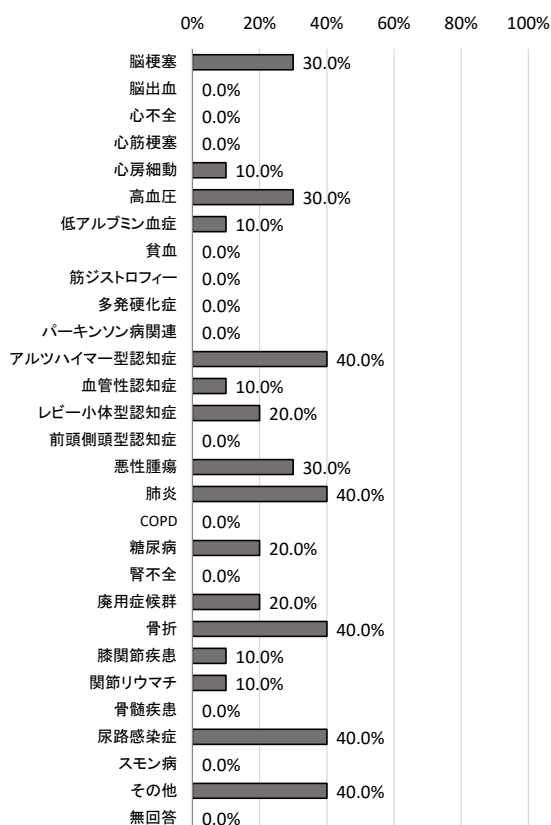
基本型(n=162)

その他型(n=5)



療養型(n=10)

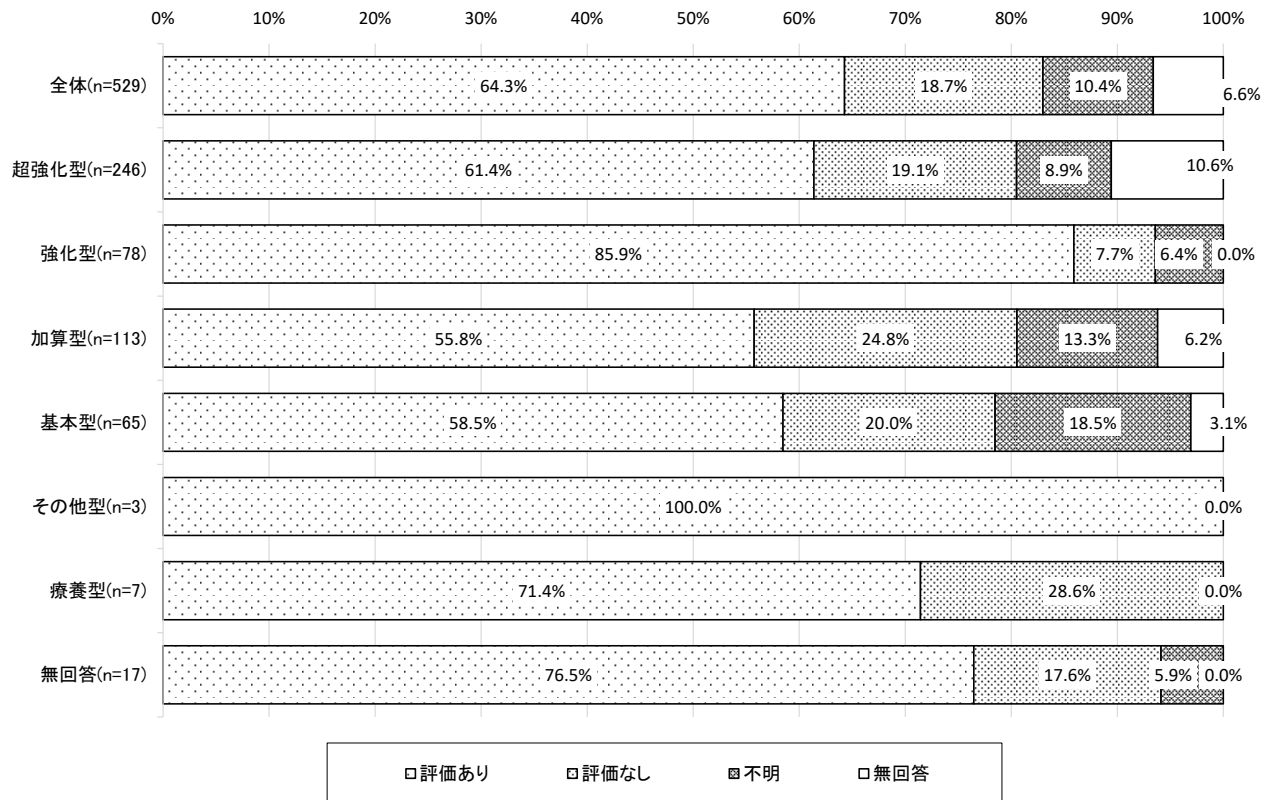
無回答(n=39)



2) 認知症の状態

認知症の状態について、【長谷川式認知症スケール】では全体・全施設類型ともに「評価あり」が5割を超え最多となっており、「評価あり」と回答したうちの点数の平均値は施設類型不明が最も高く10.3点で、次いで「加算型」の9.6点となっている。【ミニメンタルステート】では全体・全施設類型ともに「評価なし」が5割を超え最多となっており、「評価あり」と回答したうちの点数の平均値は「強化型」が最も高く12.0点で、次いで「超強化型」の11.0点となっている。

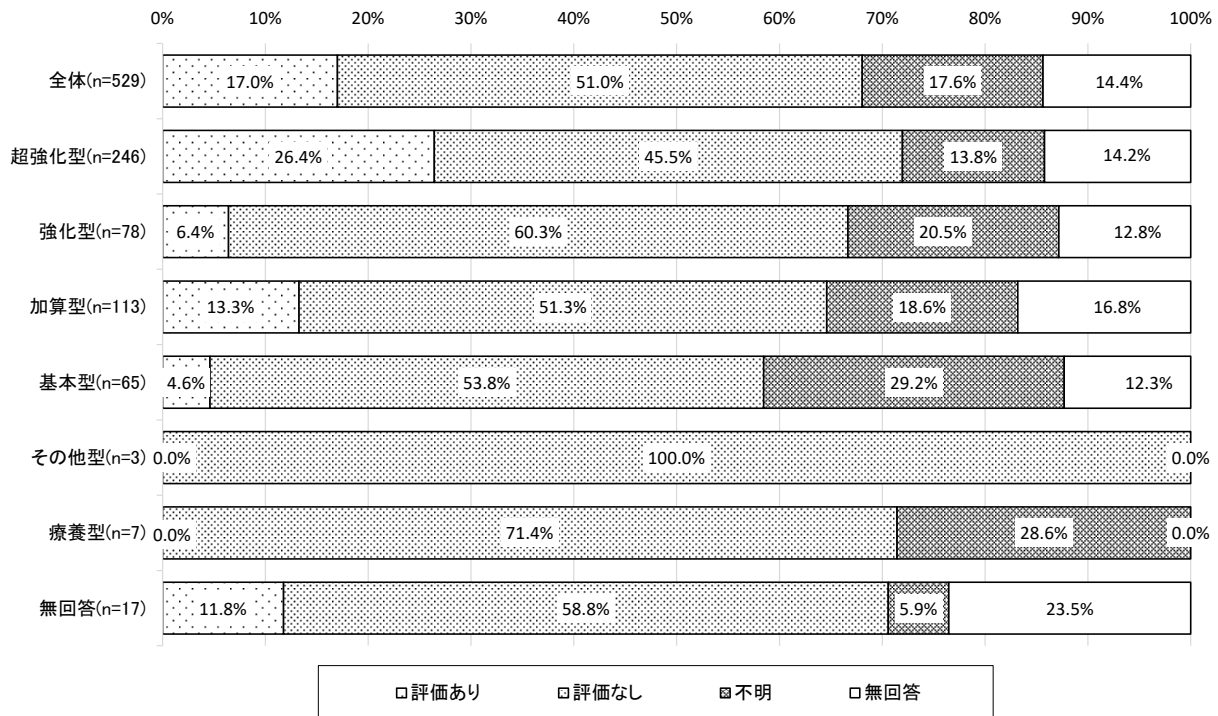
図表 IV-12 【長谷川式認知症スケール】



図表 IV-13 【長谷川式認知症スケール】(点数)

	全体	施設類型						
		超強化型	強化型	加算型	基本型	その他型	療養型	無回答
回答数	529	246	78	113	65	3	7	17
平均値	8.0点	7.7点	7.4点	9.6点	7.6点	4.5点	5.0点	10.3点
評価あり	64.3	61.4	85.9	55.8	58.5	100.0	71.4	76.5
	30点	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	20点以上29点以下	4.2	3.3	6.4	5.3	1.5	0.0	11.8
	10点以上19点以下	19.1	16.7	21.8	23.0	20.0	14.3	17.6
	9点以下	40.5	41.5	57.7	25.7	36.9	66.7	57.1
評価なし	18.7	19.1	7.7	24.8	20.0	0.0	28.6	17.6
	不明	10.4	8.9	6.4	13.3	18.5	0.0	5.9
	無回答	6.6	10.6	0.0	6.2	3.1	0.0	0.0

図表 IV-14 【ミニメンタルステート】



図表 IV-15 【ミニメンタルステート】(点数)

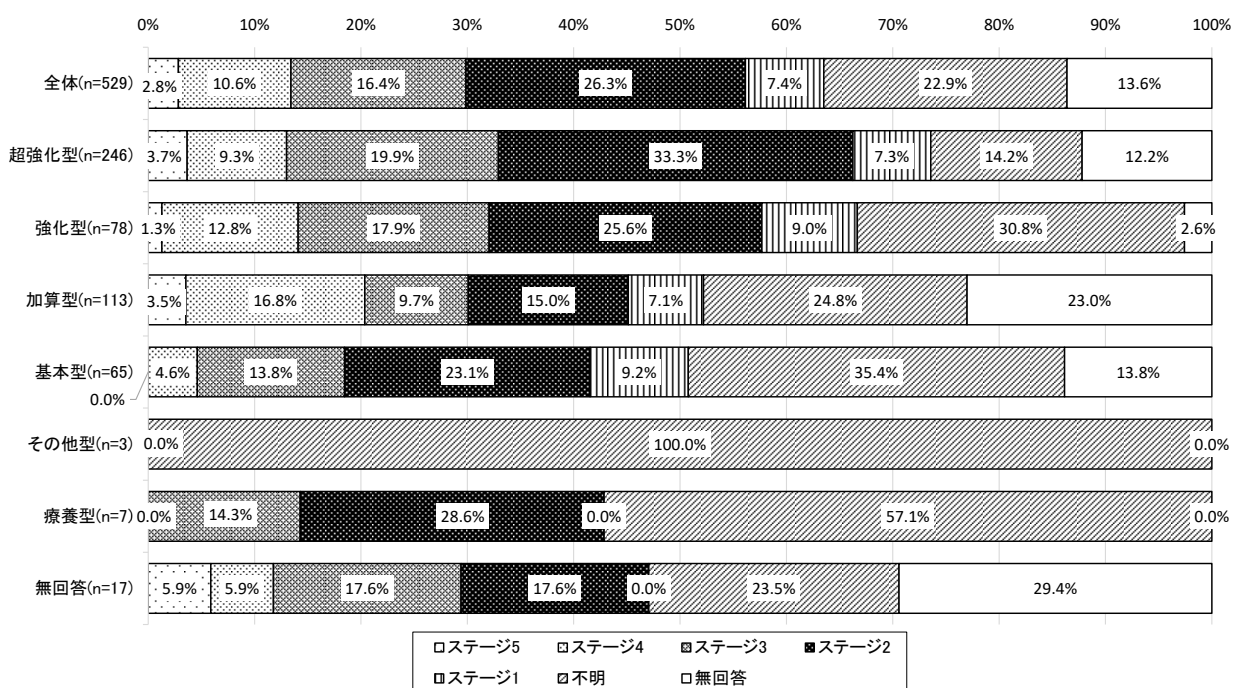
		全体	施設類型						
			超強化型	強化型	加算型	基本型	その他型	療養型	無回答
回答数		529	246	78	113	65	3	7	17
平均値		10.8点	11.0点	12.0点	10.8点	5.7点	-	-	8.0点
評価あり		17.0	26.4	6.4	13.3	4.6	0.0	0.0	11.8
	30点	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	28点以上29点以下	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	24点以上27点以下	0.4	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	23点以下	16.6	25.6	6.4	13.3	4.6	0.0	0.0	11.8
	無回答	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	評価なし	51.0	45.5	60.3	51.3	53.8	100.0	71.4	58.8
不明	17.6	13.8	20.5	18.6	29.2	0.0	28.6	5.9	
無回答	14.4	14.2	12.8	16.8	12.3	0.0	0.0	23.5	

【ICF ステージング（認知症～オリエンテーション）】では、全体では「ステージ 2」が 26.3%で最多、「超強化型」では「ステージ 2」が 33.3%で最多、「強化型」では「不明」が 30.8%で最多、「加算型」では「不明」が 24.8%で最多、「基本型」では「不明」が 35.4%で最多であった。

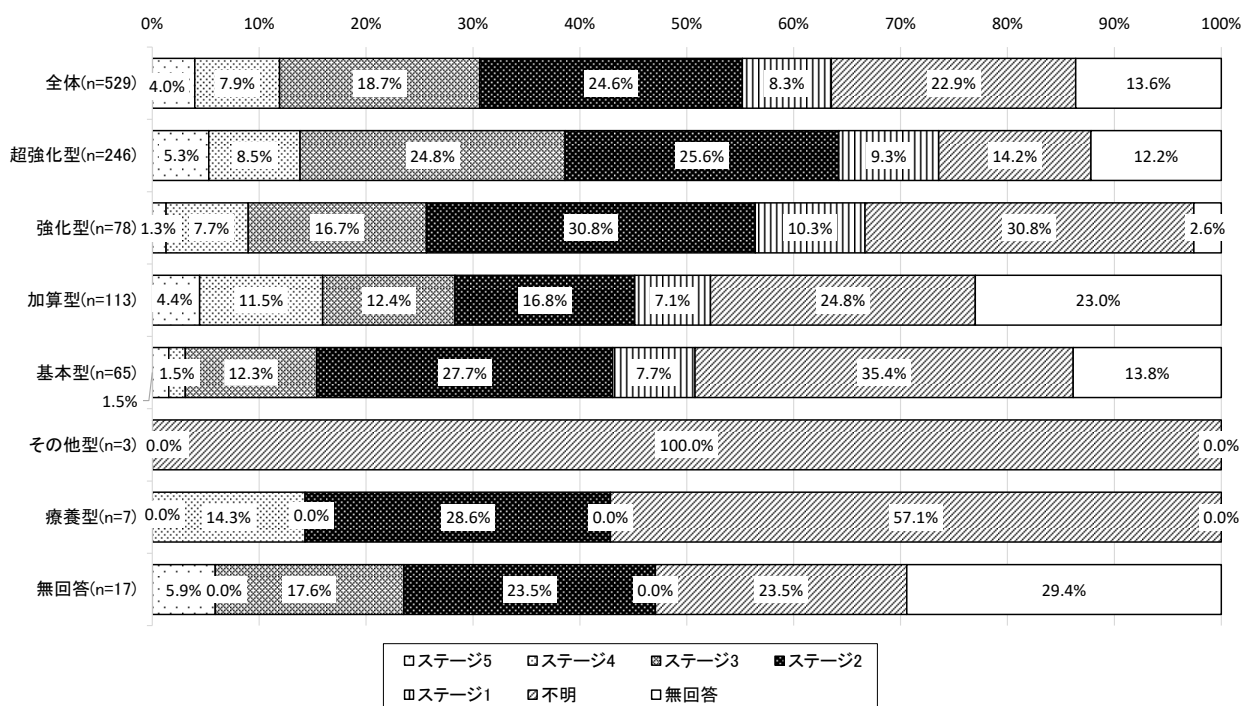
【ICF ステージング（認知症～コミュニケーション）】では、全体では「ステージ 2」が 24.6%で最多、「超強化型」では「ステージ 2」が 25.6%で最多、「強化型」では「ステージ 2」「不明」がいずれも 30.8%で最多、「加算型」では「不明」が 24.8%で最多、「基本型」では「不明」が 35.4%で最多であった。

【ICF ステージング（認知症～精神活動）】では、全体では「ステージ 2」が 33.8%で最多、「超強化型」では「ステージ 2」が 37.4%で最多、「強化型」では「ステージ 2」が 37.2%で最多、「加算型」では「不明」が 24.8%で最多、「基本型」では「ステージ 2」が 36.9%で最多であった。

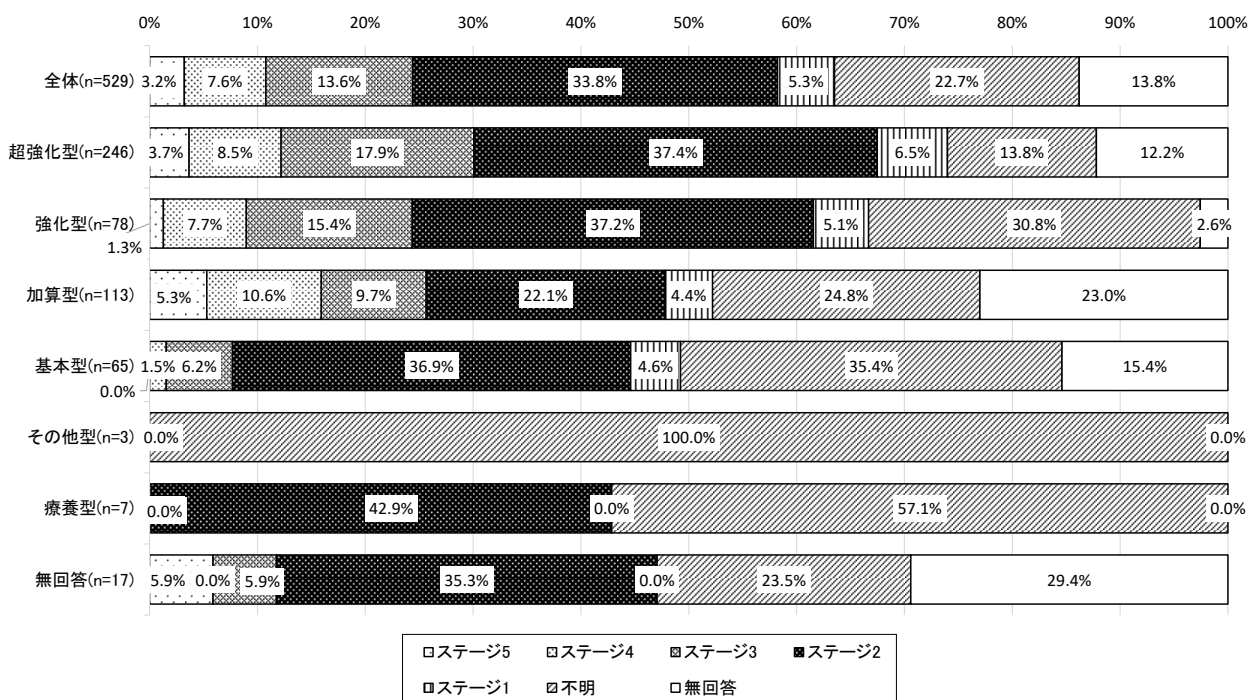
図表 IV-16 【ICF ステージング（認知症～オリエンテーション）】



図表 IV-17 【ICF ステージング（認知症～コミュニケーション）】



図表 IV-18 【ICF ステージング（認知症～精神活動）】



3. 現在の気になる症状や口腔内の健康状態

利用者に関する現在の気になる症状や口腔内の健康状態については、【息苦しさの訴え】では、全体・全施設類型ともに「なし」が8割を超えた。【開口】では、全体・全施設類型ともに「できる」が8割を超えた。【奥歯でのかみしめ】は、全体が「できる」が52.6%、「できない」が46.9%と二分していた。【ブクブクうがい】は、全体と多くの施設類型で「できる」が6〜7割を占めていた。【口臭】は、全体・全施設類型ともに「なし」が8割近くにのぼった。【口腔乾燥】は、全体・全施設類型ともに「なし」が6割を超えた。【歯の汚れ】は、全体と「超強化型」「強化型」「加算型」「基本型」では「あり」「なし」に二分していた。【舌の汚れ】は、「基本型」では「あり」が51.9%で最多だったが、全体と多くの施設類型では「なし」が6割近くを占めていた。【歯肉の腫れや出血】は、全体・全施設類型ともに「なし」が6割を超えた。【義歯の不具合が見られる、または訴え】は、全体・多くの施設類型で「なし」が9割弱で最多となった。【発声や会話の不明瞭さ】は、全体・多くの施設類型ではいずれも「なし」が6割近くを占めていた。

図表 IV-19 現在の気になる症状や口腔内の健康状態
【全体】

n=1227	割合										
	息苦しさの訴え	開口	奥歯でしっかりかみしめられますか	ブクブクうがい	口臭	口腔乾燥	歯の汚れ	舌の汚れ	歯肉の腫れや出血	義歯の不具合が見られる、または訴え	発声や会話の不明瞭さ
あり、できる	7.1%	93.0%	52.6%	61.5%	17.2%	20.5%	47.8%	43.4%	17.2%	12.8%	39.3%
なし、できない	92.3%	6.9%	46.9%	38.2%	82.6%	79.1%	51.8%	56.1%	82.6%	85.9%	60.0%
無回答	0.6%	0.1%	0.5%	0.3%	0.2%	0.4%	0.4%	0.6%	0.2%	1.3%	0.7%

【超強化型】

n=561	割合										
	息苦しさの訴え	開口	奥歯でしっかりかみしめられますか	ブクブクうがい	口臭	口腔乾燥	歯の汚れ	舌の汚れ	歯肉の腫れや出血	義歯の不具合が見られる、または訴え	発声や会話の不明瞭さ
あり、できる	5.5%	93.4%	53.8%	60.8%	16.2%	16.9%	49.4%	44.0%	19.3%	13.4%	37.6%
なし、できない	93.9%	6.4%	45.8%	39.0%	83.6%	82.5%	50.1%	55.3%	80.6%	85.6%	61.7%
無回答	0.5%	0.2%	0.4%	0.2%	0.2%	0.5%	0.5%	0.7%	0.2%	1.1%	0.7%

【強化型】

n=161	割合										
	息苦しさの訴え	開口	奥歯でしっかりかみしめられますか	ブクブクうがい	口臭	口腔乾燥	歯の汚れ	舌の汚れ	歯肉の腫れや出血	義歯の不具合が見られる、または訴え	発声や会話の不明瞭さ
あり、できる	8.1%	93.2%	53.4%	64.6%	18.6%	19.3%	42.9%	39.1%	16.1%	11.2%	42.2%
なし、できない	90.7%	6.8%	46.6%	34.8%	80.7%	80.1%	56.5%	60.2%	83.2%	86.3%	57.1%
無回答	1.2%	0.0%	0.0%	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%	2.5%	0.6%

図表 IV-19 現在の気になる症状や口腔内の健康状態（続き）

【加算型】

n=289	割合										
	息苦しさの訴え	開口	奥歯でしっかりかみしめられますか	ブクブクうがい	口臭	口腔乾燥	歯の汚れ	舌の汚れ	歯肉の腫れや出血	義歯の不具合が見られる、または訴え	発声や会話の不明瞭さ
あり、できる	8.7%	93.4%	51.9%	64.0%	17.3%	24.9%	44.3%	39.4%	15.6%	13.8%	39.4%
なし、できない	91.3%	6.6%	46.7%	35.3%	82.4%	74.7%	55.4%	59.9%	84.1%	85.1%	59.5%
無回答	0.0%	0.0%	1.4%	0.7%	0.3%	0.3%	0.3%	0.7%	0.3%	1.0%	1.0%

【基本型】

n=162	割合										
	息苦しさの訴え	開口	奥歯でしっかりかみしめられますか	ブクブクうがい	口臭	口腔乾燥	歯の汚れ	舌の汚れ	歯肉の腫れや出血	義歯の不具合が見られる、または訴え	発声や会話の不明瞭さ
あり、できる	7.4%	90.7%	53.7%	58.0%	17.9%	26.5%	51.2%	51.9%	8.6%	10.5%	39.5%
なし、できない	92.0%	9.3%	46.3%	42.0%	82.1%	73.5%	48.8%	48.1%	91.4%	87.7%	60.5%
無回答	0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.9%	0.0%

【その他型】

n=5	割合										
	息苦しさの訴え	開口	奥歯でしっかりかみしめられますか	ブクブクうがい	口臭	口腔乾燥	歯の汚れ	舌の汚れ	歯肉の腫れや出血	義歯の不具合が見られる、または訴え	発声や会話の不明瞭さ
あり、できる	20.0%	100.0%	20.0%	40.0%	0.0%	0.0%	0.0%	20.0%	0.0%	0.0%	60.0%
なし、できない	80.0%	0.0%	80.0%	60.0%	100.0%	100.0%	100.0%	80.0%	100.0%	100.0%	40.0%
無回答	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

【療養型】

n=10	割合										
	息苦しさの訴え	開口	奥歯でしっかりかみしめられますか	ブクブクうがい	口臭	口腔乾燥	歯の汚れ	舌の汚れ	歯肉の腫れや出血	義歯の不具合が見られる、または訴え	発声や会話の不明瞭さ
あり、できる	10.0%	80.0%	20.0%	10.0%	10.0%	40.0%	60.0%	60.0%	30.0%	10.0%	60.0%
なし、できない	90.0%	20.0%	80.0%	90.0%	90.0%	60.0%	40.0%	40.0%	70.0%	90.0%	40.0%
無回答	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

4. 現在の処方内服薬の状況

利用者に関する現在の処方内服薬の状況は、【処方内服薬】全体では全体・全施設類型ともに「あり」が9割を超えており、「あり」と回答したうちの種類数の平均値は5.0種類を超えた。銘柄別では、【睡眠導入剤】は全体・全施設類型ともに「なし」が6割を超え最多であった。【抗認知症薬】は全体・全施設類型ともに「なし」が7割を超え最多であった。【向精神薬】は、全体・全施設類型ともに「なし」が5割を超え最多であった。

図表 IV-20 現在の処方内服薬の状況
【処方内服薬（種類数平均）】

	全体	施設類型						
		超強化型	強化型	加算型	基本型	その他型	療養型	無回答
回答数	1227	561	161	289	162	5	10	39
平均値	5.5種類	5.6種類	5.2種類	5.7種類	5.2種類	5.0種類	5.5種類	5.0種類

【全体】

n=1227		割合			
		処方内服薬	睡眠導入剤	抗認知症薬	向精神薬
あり		93.3%	24.1%	11.7%	22.7%
	4種類以下	38.3%			
	5種類以上	53.1%			
	無回答	2.0%			
なし		3.9%	70.2%	81.9%	71.4%
無回答		2.8%	5.7%	6.4%	5.9%

【超強化型】

n=561		割合			
		処方内服薬	睡眠導入剤	抗認知症薬	向精神薬
あり		93.9%	22.8%	12.1%	25.1%
	4種類以下	38.7%			
	5種類以上	53.8%			
	無回答	1.4%			
なし		3.6%	72.0%	81.6%	69.9%
無回答		2.5%	5.2%	6.2%	5.0%

【強化型】

n=161		割合			
		処方内服薬	睡眠導入剤	抗認知症薬	向精神薬
あり		90.1%	27.3%	10.6%	22.4%
	4種類以下	39.8%			
	5種類以上	48.4%			
	無回答	1.9%			
なし		5.6%	65.8%	83.2%	70.8%
無回答		4.3%	6.8%	6.2%	6.8%

図表 IV-20 図表現在の処方内服薬の状況（続き）

【加算型】

n=289	割合			
	処方内服薬	睡眠導入剤	抗認知症薬	向精神薬
あり	93.8%	25.3%	11.4%	18.0%
4種類以下	33.9%			
5種類以上	55.7%			
無回答	4.2%			
なし	3.8%	69.9%	83.0%	76.1%
無回答	2.4%	4.8%	5.5%	5.9%

【基本型】

n=162	割合			
	処方内服薬	睡眠導入剤	抗認知症薬	向精神薬
あり	95.1%	25.9%	13.0%	21.6%
4種類以下	43.2%			
5種類以上	51.2%			
無回答	0.6%			
なし	3.1%	67.9%	80.9%	72.2%
無回答	1.9%	6.2%	6.2%	6.2%

【その他型】

n=5	割合			
	処方内服薬	睡眠導入剤	抗認知症薬	向精神薬
あり	100.0%	20.0%	20.0%	0.0%
4種類以下	40.0%			
5種類以上	60.0%			
無回答	0.0%			
なし	0.0%	80.0%	80.0%	100.0%
無回答	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

【療養型】

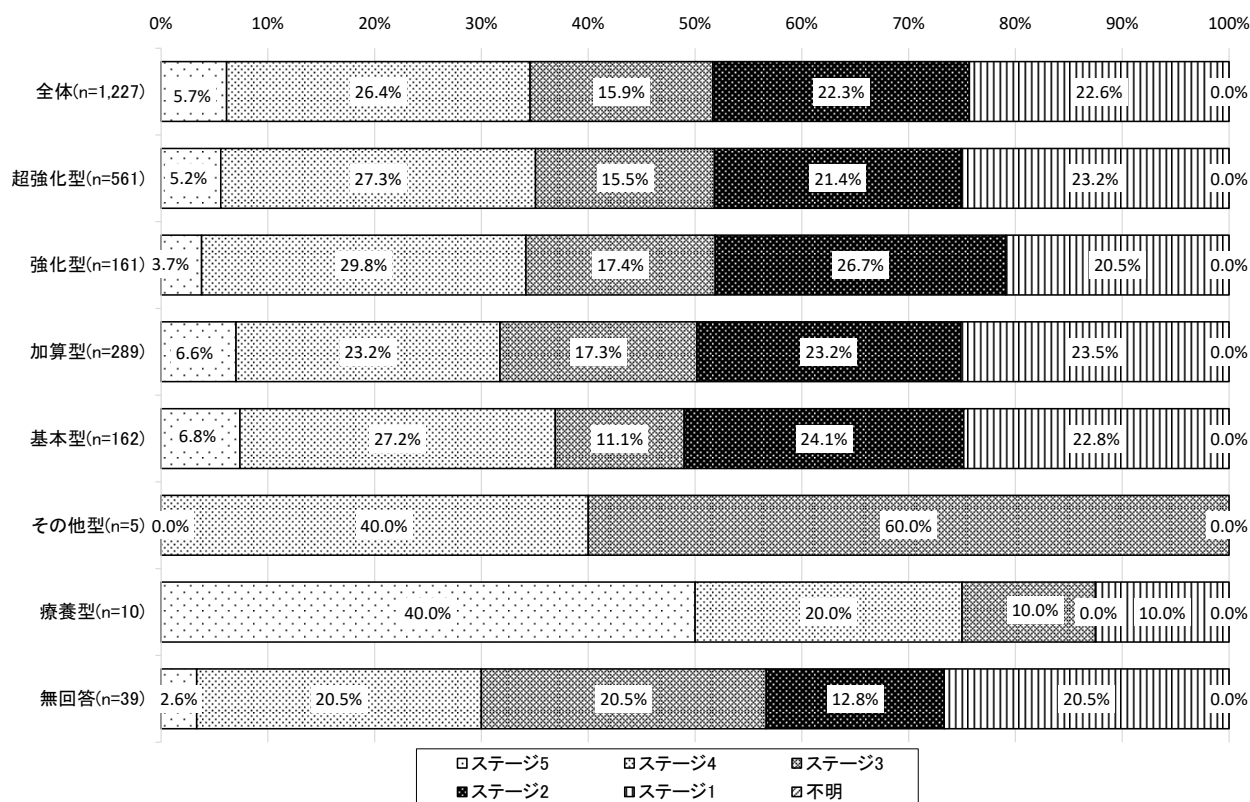
n=10	割合			
	処方内服薬	睡眠導入剤	抗認知症薬	向精神薬
あり	100.0%	0.0%	20.0%	40.0%
4種類以下	20.0%			
5種類以上	80.0%			
無回答	0.0%			
なし	0.0%	90.0%	70.0%	50.0%
無回答	0.0%	10.0%	10.0%	10.0%

5. 摂食嚥下機能や食事動作（R4 システム版 ICF ステージング）

1) ICF ステージング嚥下機能

ICF ステージングにおける嚥下機能でのステージ 1 は、全体で 22.6%、「超強化型」で 23.2%、「強化型」で 20.5%、「加算型」で 23.5%、「基本型」で 22.8%であった。

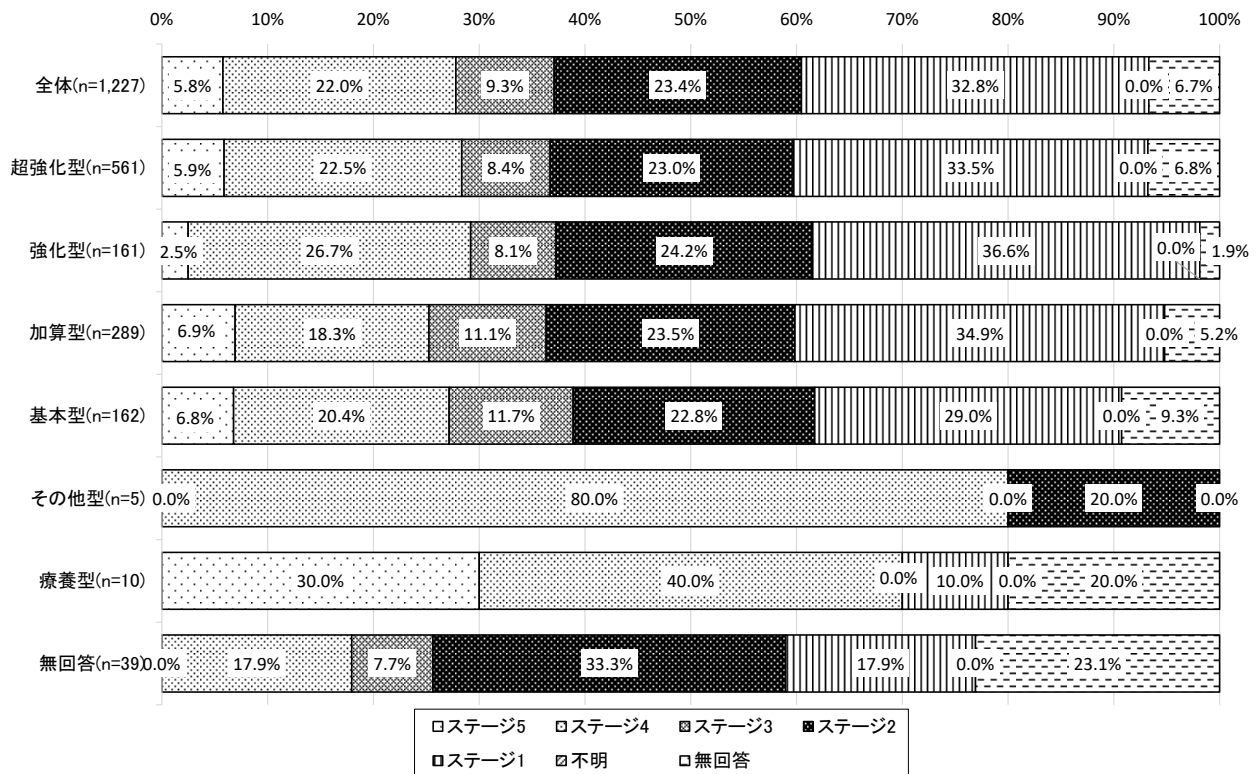
図表 IV-21 ICF ステージング嚥下機能



2) ICF ステージング食事動作

ICF ステージングにおける食事動作でのステージ 1 は、全体で 32.8%、「超強化型」で 33.5%、「強化型」で 36.6%、「加算型」で 34.9%、「基本型」で 29.0%であった。

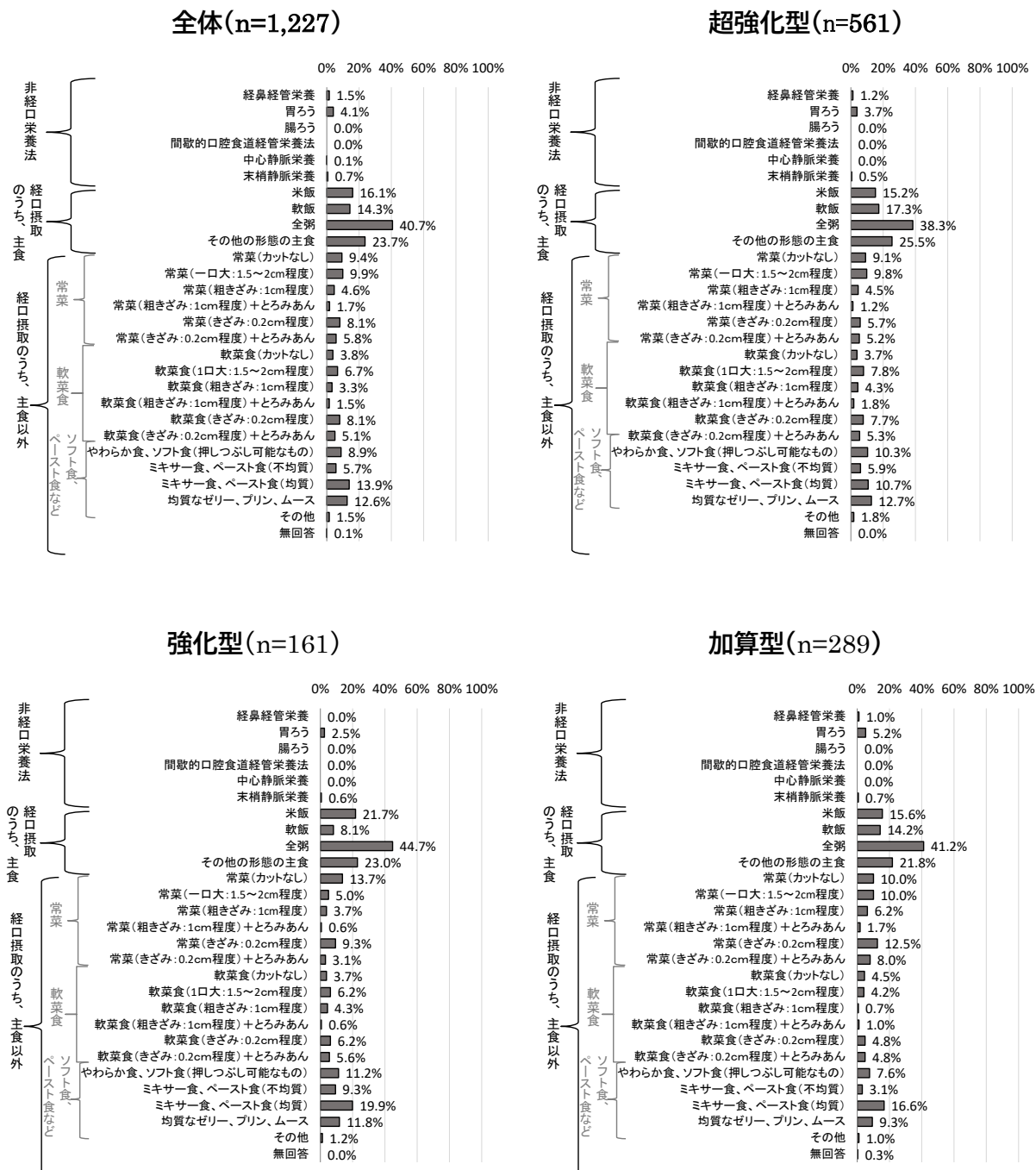
図表 IV-22 ICF ステージング食事動作



3) 栄養摂取の方法

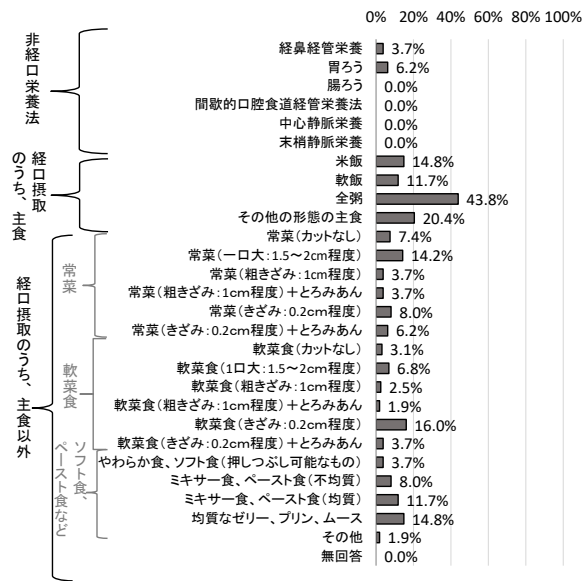
栄養摂取の方法は、全体では「全粥」が 40.7%で最多、「超強化型」では「全粥」が 38.3%で最多、「強化型」では「全粥」が 44.7 %で最多、「加算型」では「全粥」が 41.2 %で最多、「基本型」では「全粥」が 43.8 %で最多であった。

図表 IV-23 栄養摂取の方法

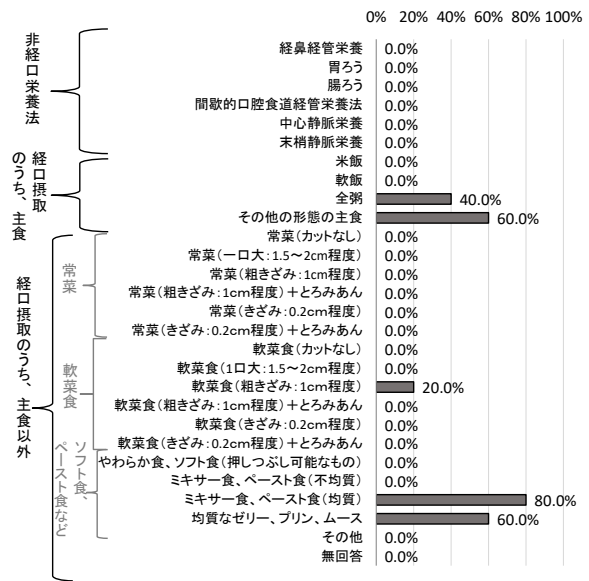


図表 IV-23 栄養摂取の方法（続き）

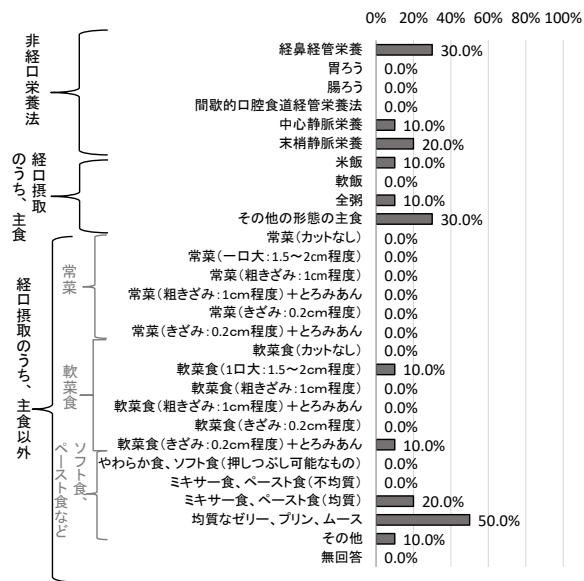
基本型(n=162)



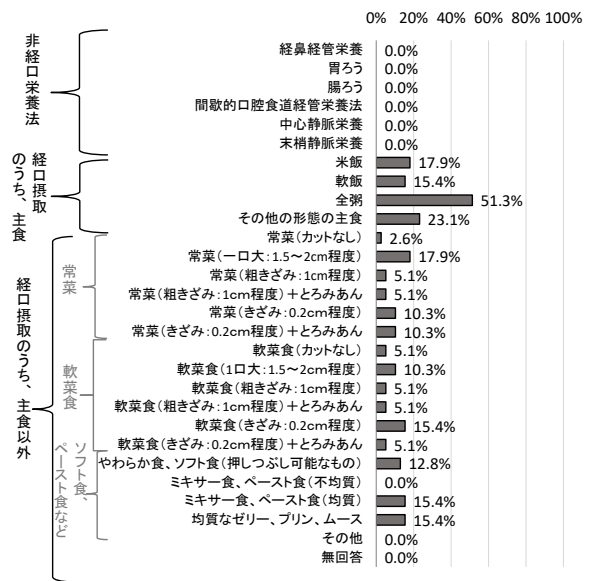
その他型(n=5)



療養型(n=10)



無回答(n=39)



4) 食事姿勢や食事動作

食事姿勢や食事動作については、【食事姿勢をとるときに利用する主なもの】では、全体・多くの施設類型で「車いす」が6割を超えた。

上記の利用する主なものの【リクライニング角度】は、全体・多くの施設類型で「61度～リクライニングなし」が6割を超え最多となった。

【足底の接地の工夫】では、全体・多くの施設類型で「工夫していない」が6割近くを占めていた。

【食事のときによく見られる動作・行動】では「無回答」を除くと、「食べ物をこぼしている」が「加算型」が32.5%で最多となっており、全体・他の施設類型ではいずれも「その他」が3割を超えて最多となっていた。

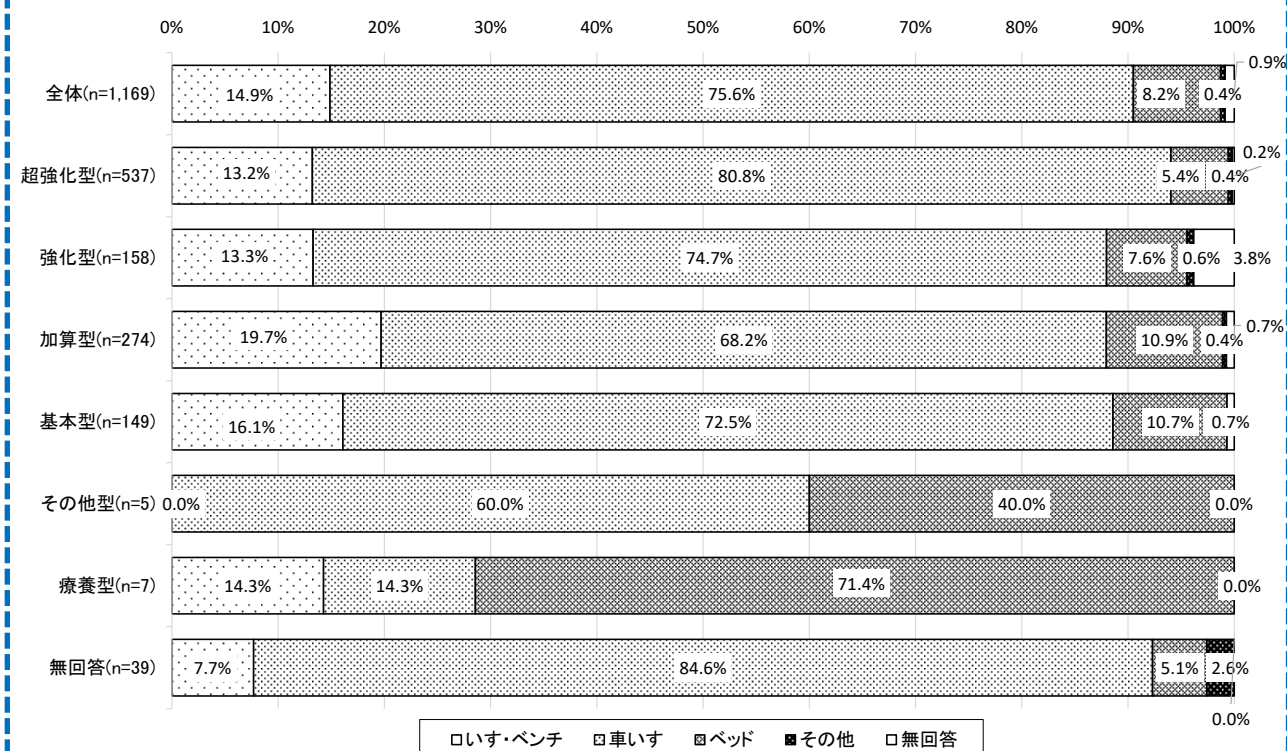
【食事のときにむせているか】は、全体・多くの施設類型で「むせていない」が7割近くを占めており最多となった。

【水を飲むときにむせているか】は、全体・多くの施設類型で「むせていない」が6割を超え最多となった。

【飲み込みにくいという訴え】は、全体・全施設類型ともに「なし」が8割を超え最多となった。

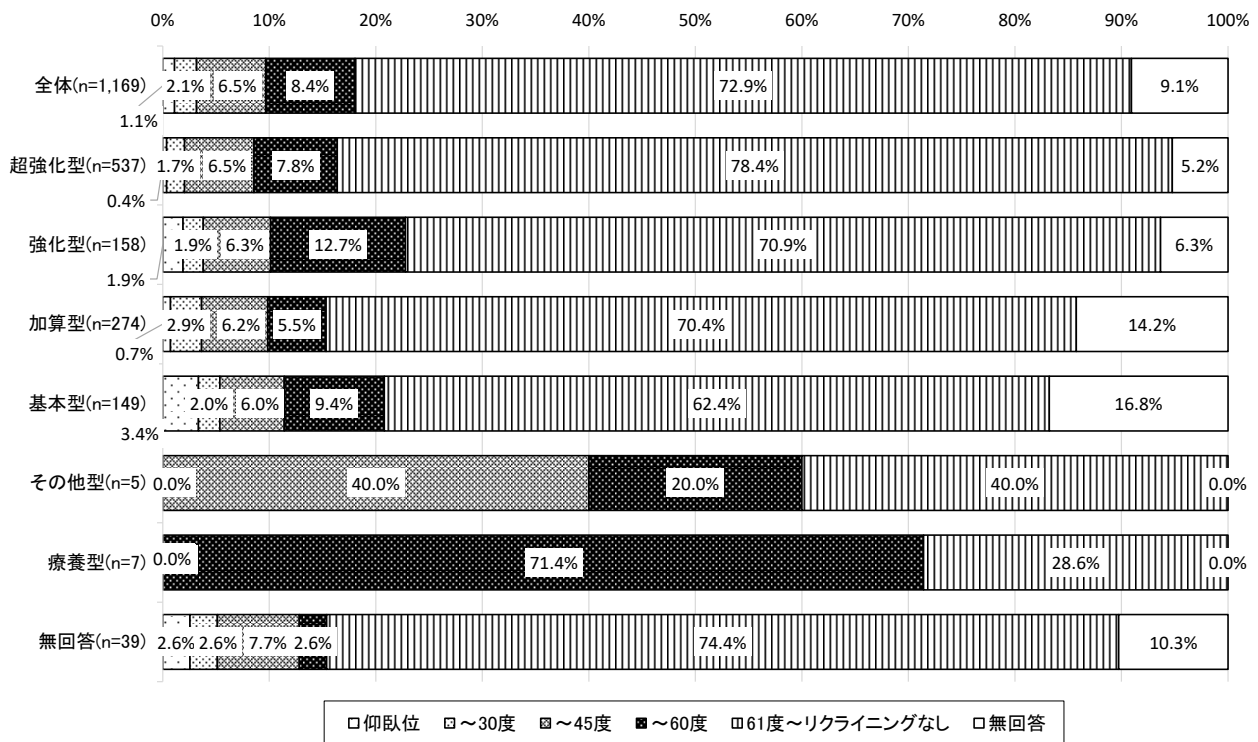
【食物のため込みや残留】は、全体・全施設類型ともに「なし」が5割を超え最多となった。

図表 IV-24 食事姿勢や食事動作
【食事姿勢をとるときに利用する主なもの】

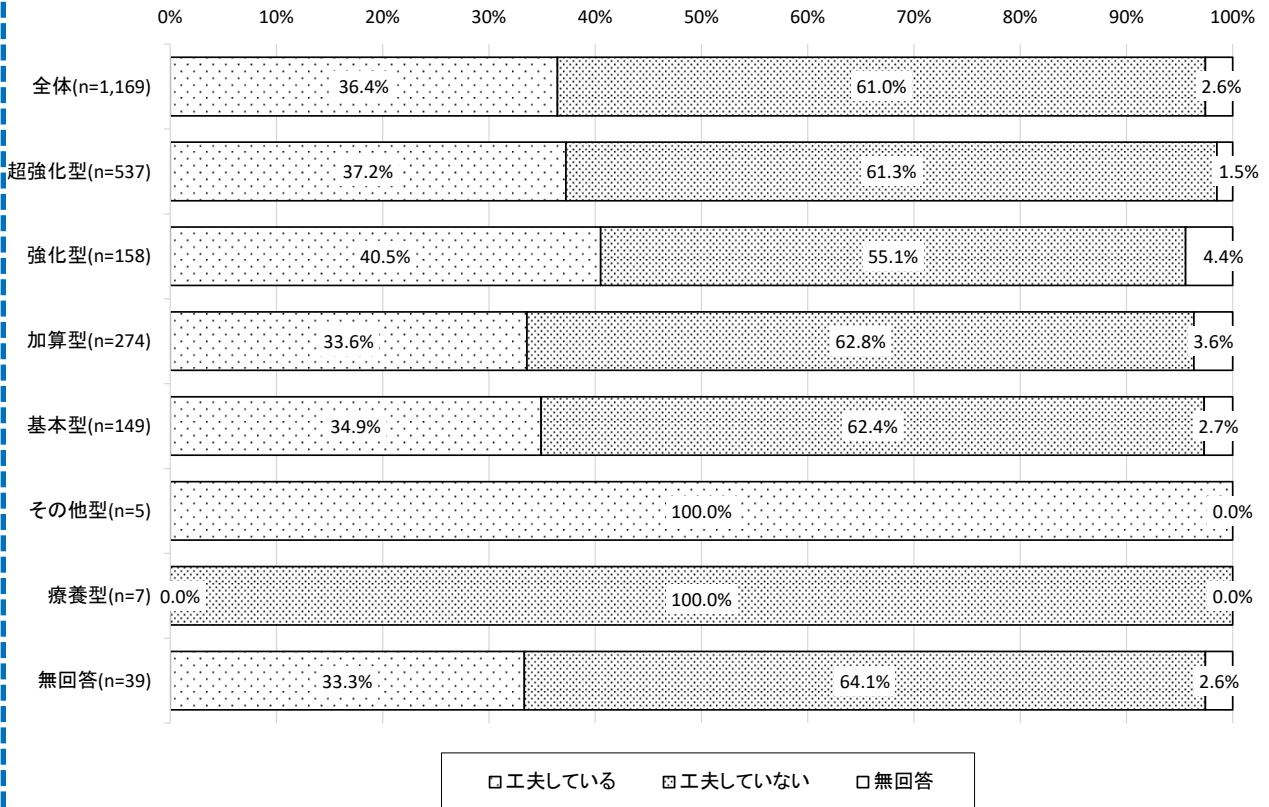


図表 IV-24 食事姿勢や食事動作（続き）

【リクライニング角度】



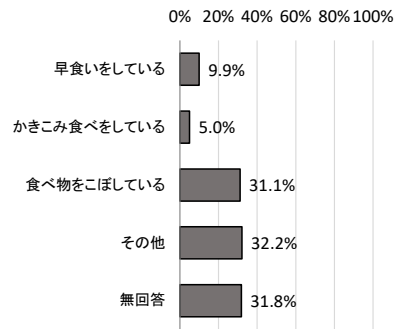
【足底の接地の工夫】



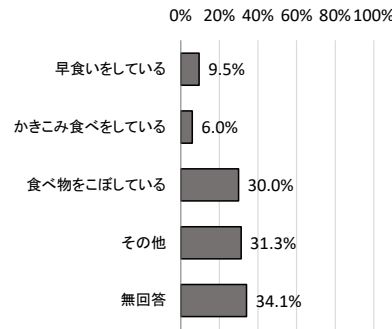
図表 IV-24 食事姿勢や食事動作（続き）

【食事のときによく見られる動作・行動】

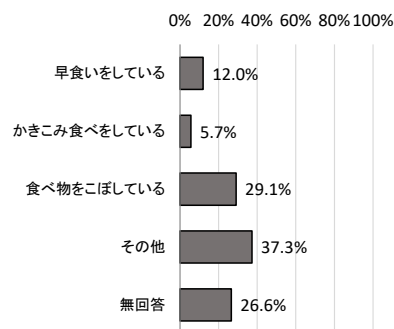
全体(n=1,169)



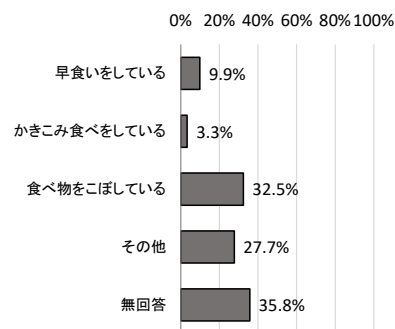
超強化型(n=537)



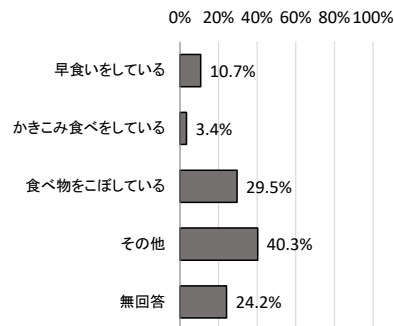
強化型(n=158)



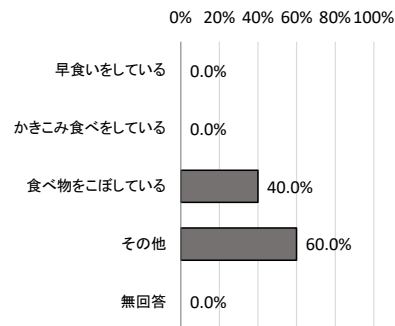
加算型(n=274)



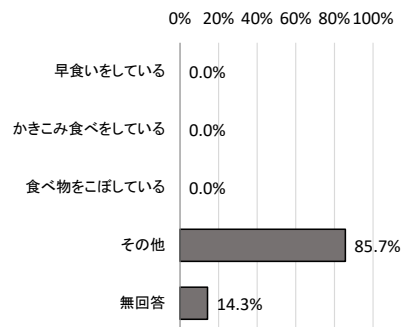
基本型(n=149)



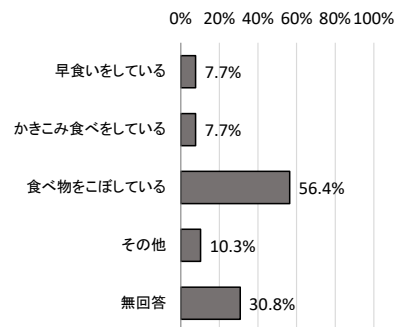
その他型(n=5)



療養型(n=7)

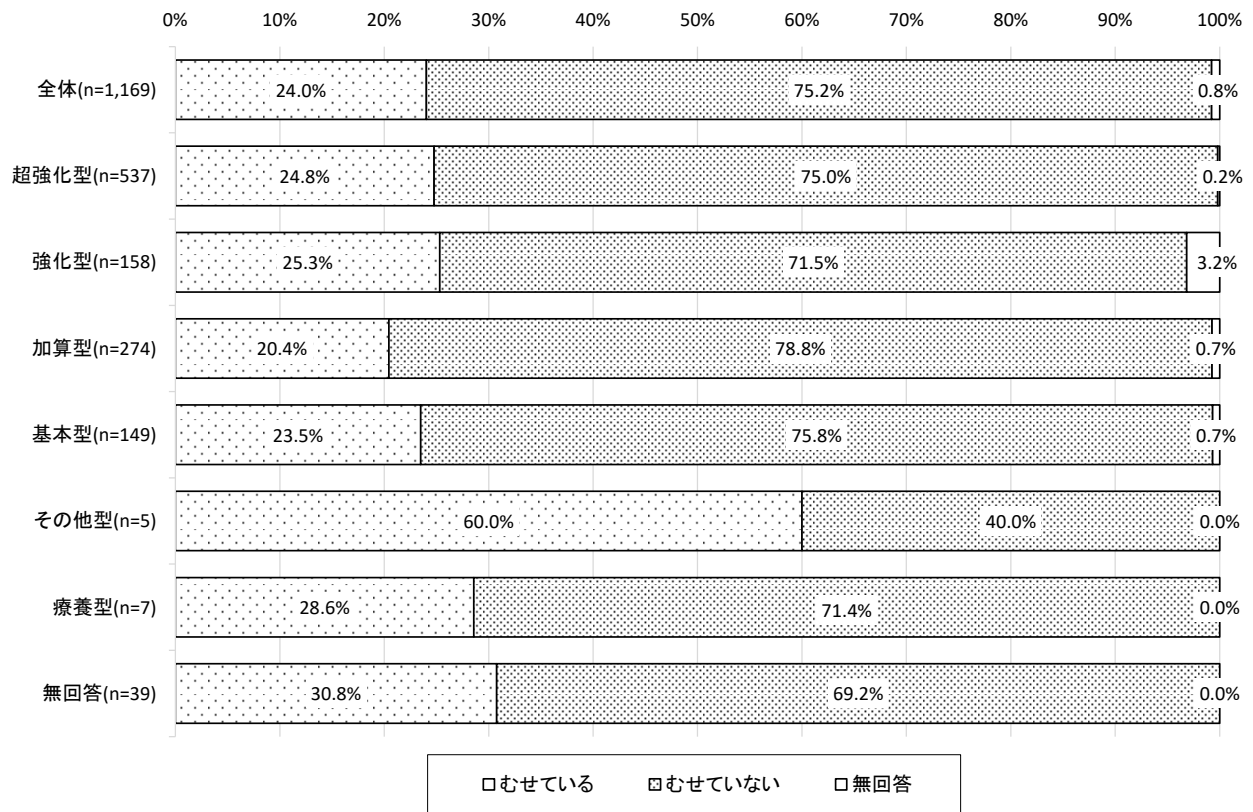


無回答(n=39)

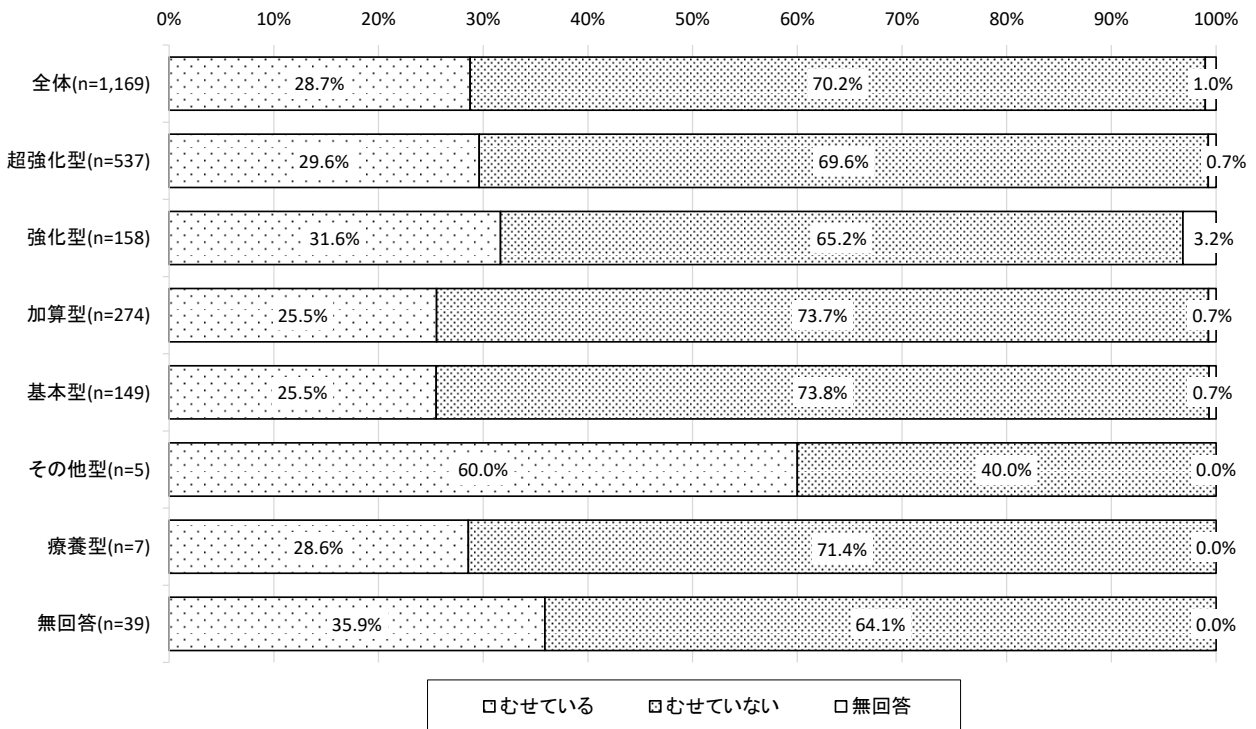


図表 IV-24 食事姿勢や食事動作（続き）

【食事のときにむせているか】

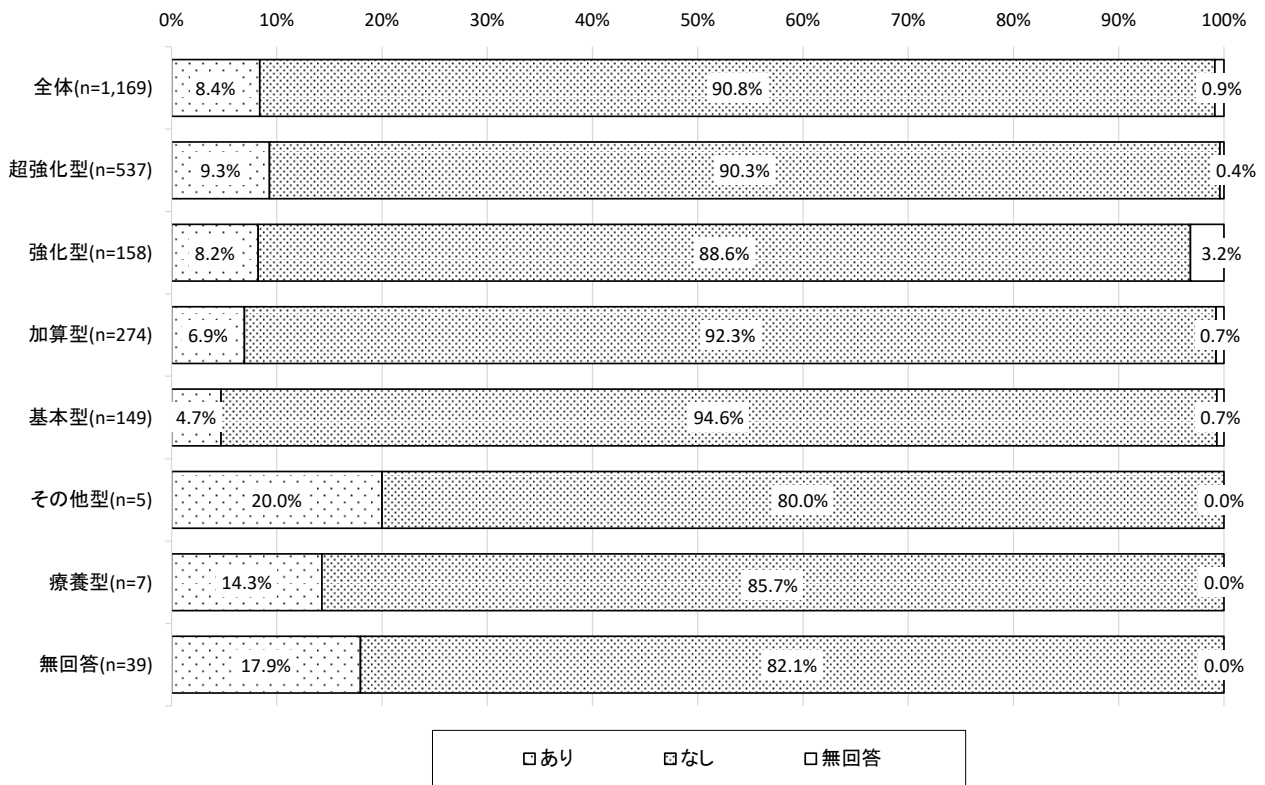


【水を飲むときにむせているか】

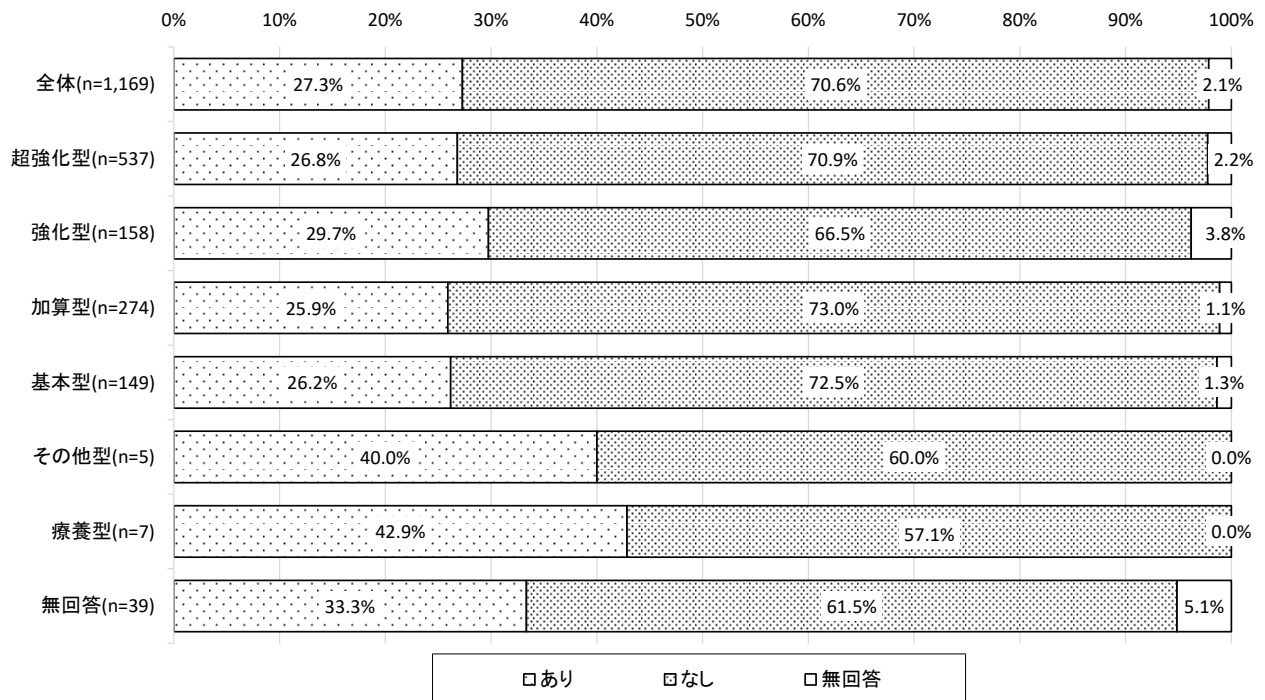


図表 IV-24 食事姿勢や食事動作（続き）

【飲み込みにくいという訴えがあるか】



【食物のため込みや残留が見られるか】



5) 間食（おやつ）の提供方法

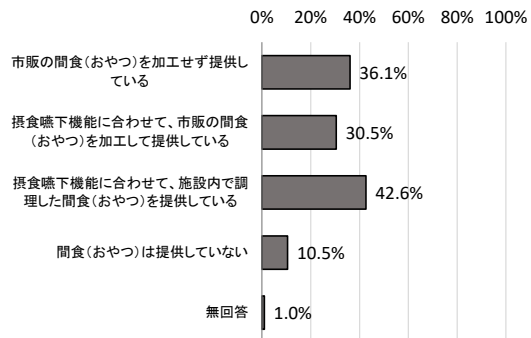
利用者への間食（おやつ）の提供方法については、【間食（おやつ）の提供方法】では、「摂食嚥下機能に合わせて、施設内で調理した間食（おやつ）を提供している」が全体で 42.6%、「超強化型」で 43.7%、「強化型」で 51.6%、「加算型」で 37.0%といずれも最多であった。また、「基本型」では「市販の間食（おやつ）を加工せず提供している」が 37.7%で最多であった。

【親族等から持込される間食（おやつ）の提供方法】では、「摂食嚥下機能次第でお断りすることがある」が全体で 63.1%、「超強化型」で 61.5%、「強化型」で 60.2%、「加算型」で 67.5%、「基本型」で 62.3%と、いずれも最多であった。

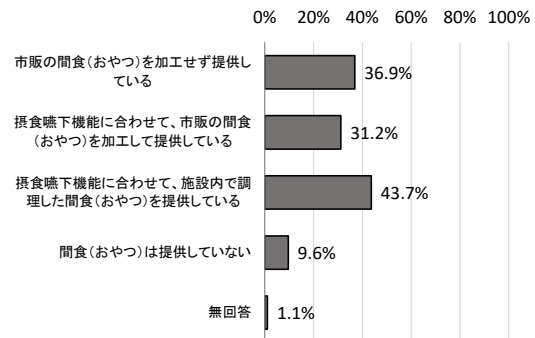
図表 IV-25 間食（おやつ）の提供方法

【利用者への間食（おやつ）の提供方法】

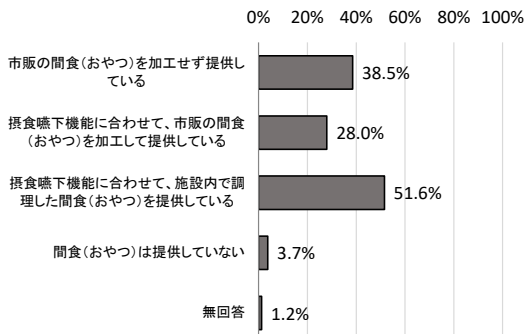
全体(n=1, 227)



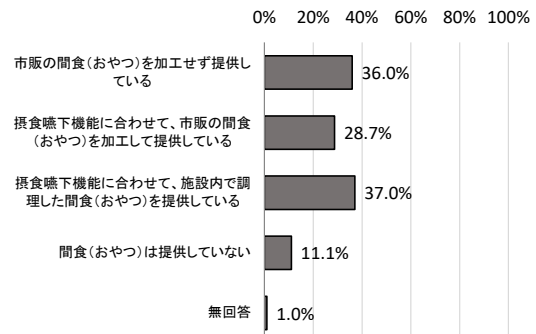
超強化型(n=561)



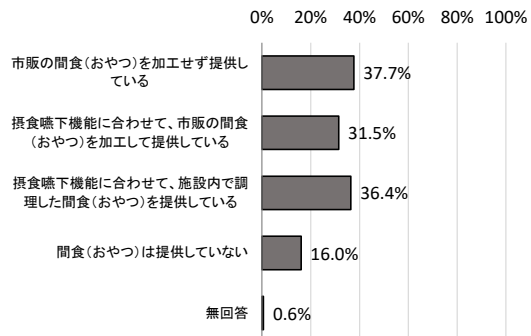
強化型(n=161)



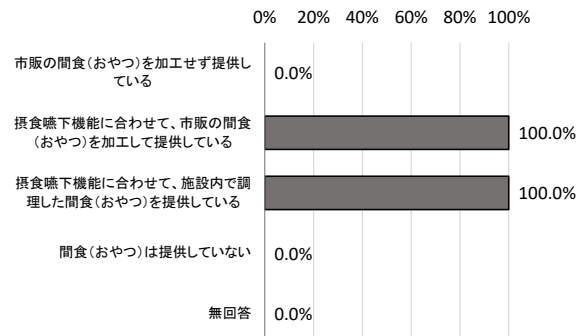
加算型(n=289)



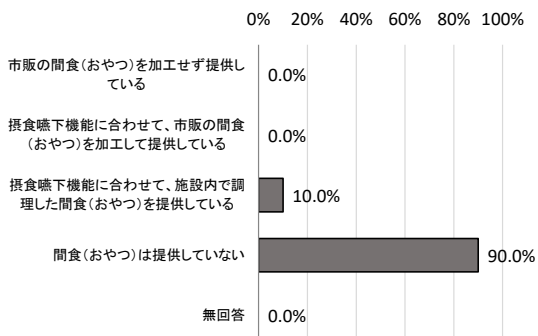
基本型(n=162)



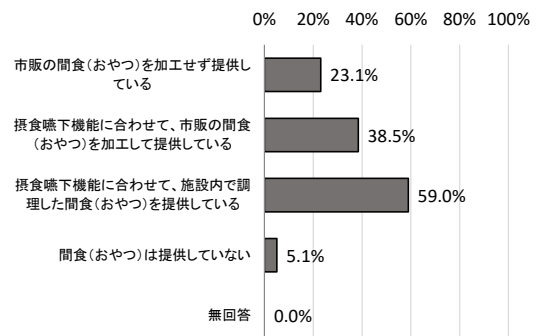
その他型(n=5)



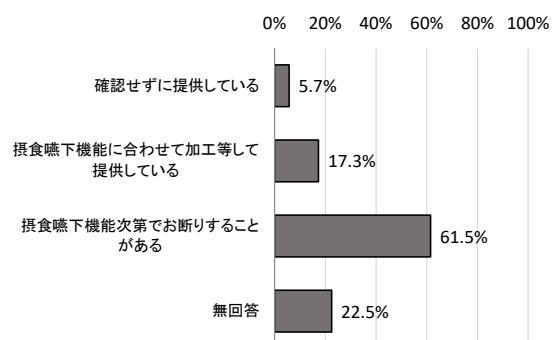
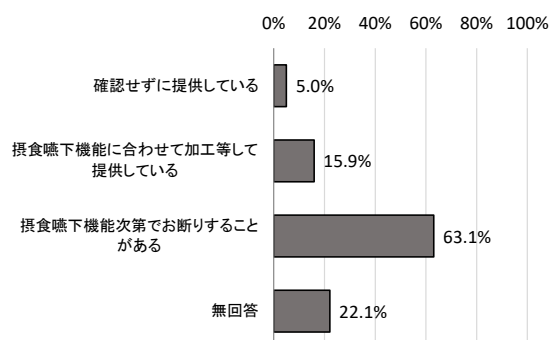
療養型(n=10)



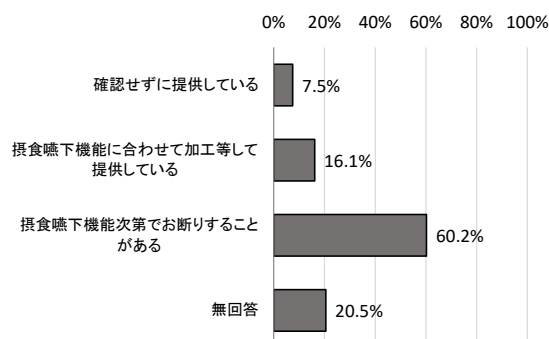
無回答 (n=39)



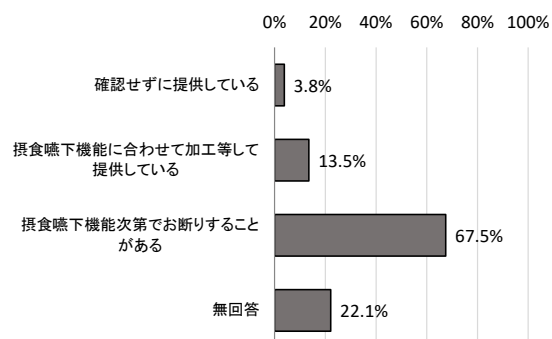
図表 IV-25 間食（おやつ）の提供方法（続き）
【利用者への親族等から持込される間食（おやつ）の提供方法】
 全体(n=1, 227) 超強化型(n=561)



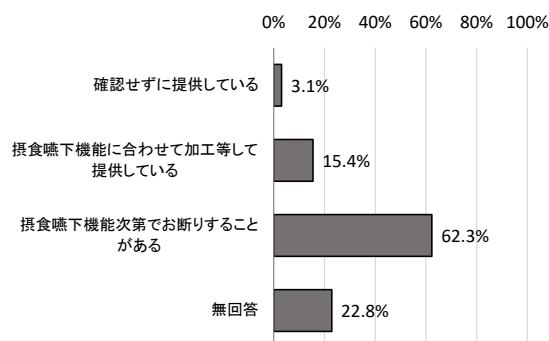
強化型(n=161)



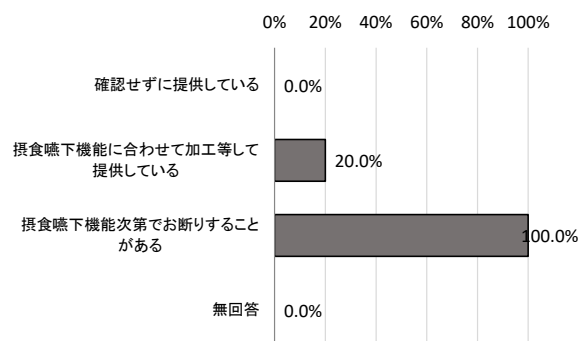
加算型(n=289)



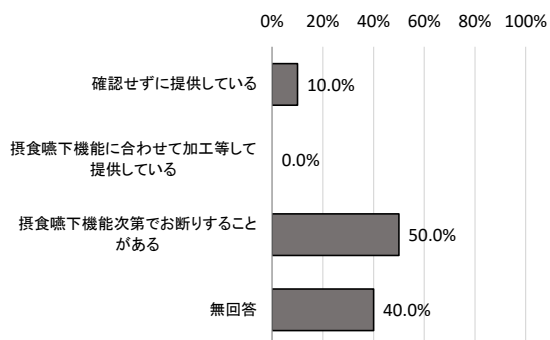
基本型(n=162)



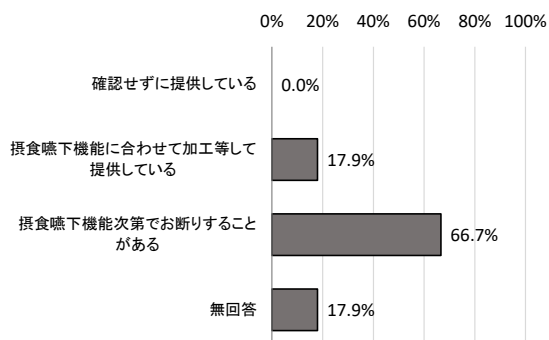
その他型(n=5)



療養型(n=10)



無回答(n=39)



6. 誤嚥性肺炎や窒息の発生状況

1) 令和6年9月1日から令和6年11月30日までの3か月間の状況

誤嚥性肺炎や窒息の発生状況について、【発熱の有無】は、全体・多くの施設類型で「なし」が6割を超え最多となった。発熱ありのうち、インフルエンザ罹患に関しては全体・全施設類型ともに「なし」が最多であった。発熱ありのうち、新型コロナウイルス感染症罹患に関しては全体・多くの施設類型で「なし」最多となった。

【誤嚥の発生の有無】は、全体・多くの施設類型で「なし」が8割を超え最多となった。誤嚥の発生ありのうち、誤嚥の既往歴に関しては、全体・全施設類型ともに「あり」が最多、誤嚥の発生ありのうち、食事を起因とする誤嚥に関しても全体・全施設類型ともに「あり」が最多となった。

【認知機能低下による異食の発生の有無】は、全体・全施設類型ともに「なし」が4割を超え最多となった。

【誤嚥性肺炎の発生の有無】は、全体・全施設類型ともに「なし」が6割を超えた。誤嚥性肺炎の発生ありのうち、誤嚥性肺炎の既往歴に関しては、全体・全施設類型（「療養型」を除く）で「あり」が最多であった。誤嚥性肺炎の発生ありのうち、他の医療機関への受診に関しては、全体・多くの施設類型で「なし」がやや多い結果となった。また、認知機能低下による異食等を起因とする誤嚥性肺炎の発生は、全体・全施設類型（「療養型」を除く）で「なし」が最多であった。

【窒息の発生の有無】は、全体・全施設類型ともに「なし」が約9割を超え、窒息の発生ありのうち、窒息の既往歴に関しては、強化型を除く全体・施設類型で「あり」が最多となっており、食事を起因とする窒息に関しては、「基本型」では「なし」が最多であったが、全体・他の施設類型（「その他型」「療養型」を除く）では「あり」が最多であった。

図表 IV-26 誤嚥性肺炎や窒息の発生状況

【発熱の有無】

		回答数		あり	うち、インフル エンザ罹患あり	うち、新型 コロナウイル ス感染症罹患あり	なし	無回答
全体		n=1227	人数	413	9	70	793	21
			割合	33.7%	0.7%	5.7%	64.6%	1.7%
施設類型	超強化型	n=561	人数	206	4	37	351	4
			割合	36.7%	0.7%	6.6%	62.6%	0.7%
	強化型	n=161	人数	44	0	5	110	7
			割合	27.3%	0.0%	3.1%	68.3%	4.3%
	加算型	n=289	人数	90	4	17	191	8
			割合	31.1%	1.4%	5.9%	66.1%	2.8%
	基本型	n=162	人数	55	1	7	107	0
			割合	34.0%	0.6%	4.3%	66.0%	0.0%
	その他型	n=5	人数	5	0	3	0	0
			割合	100.0%	0.0%	60.0%	0.0%	0.0%
療養型	n=10	人数	4	0	0	6	0	
		割合	40.0%	0.0%	0.0%	60.0%	0.0%	
無回答	n=39	人数	9	0	1	28	2	
		割合	23.1%	0.0%	2.6%	71.8%	5.1%	

【誤嚥の発生の有無】

		回答数		あり	うち、誤嚥の既往歴あり	うち、食事を起因とする誤嚥あり	なし	無回答
全体		n=1227	人数	183	147	144	1013	31
			割合	14.9%	12.0%	11.7%	82.6%	2.5%
施設類型	超強化型	n=561	人数	88	73	67	463	10
			割合	15.7%	13.0%	11.9%	82.5%	1.8%
	強化型	n=161	人数	19	16	16	134	8
			割合	11.8%	9.9%	9.9%	83.2%	5.0%
	加算型	n=289	人数	40	30	30	238	11
			割合	13.8%	10.4%	10.4%	82.4%	3.8%
	基本型	n=162	人数	26	18	21	135	1
			割合	16.0%	11.1%	13.0%	83.3%	0.6%
	その他型	n=5	人数	3	3	3	2	0
			割合	60.0%	60.0%	60.0%	40.0%	0.0%
療養型	n=10	人数	1	1	1	9	0	
		割合	10.0%	10.0%	10.0%	90.0%	0.0%	
無回答	n=39	人数	6	6	6	32	1	
		割合	15.4%	15.4%	15.4%	82.1%	2.6%	

【認知機能低下による異食（食べ物でないものを食べる、石けん水等飲み物ではないものを飲む行為）等の発生の有無】

		回答数		あり	なし	無回答
全体		n=1227	人数 割合	319 26.0%	825 67.2%	83 6.8%
施設類型	超強化型	n=561	人数 割合	144 25.7%	381 67.9%	36 6.4%
			強化型	n=161	人数 割合	47 29.2%
	加算型	n=289			人数 割合	71 24.6%
			基本型	n=162	人数 割合	39 24.1%
	その他型	n=5			人数 割合	2 40.0%
			療養型	n=10	人数 割合	3 30.0%
	無回答	n=39			人数 割合	13 33.3%

図表 IV-26 誤嚥性肺炎や窒息の発生状況（続き）

【誤嚥性肺炎の発生の有無】

		回答数		あり	うち、誤嚥性肺炎の既往歴あり	うち、他の医療機関への受診あり	うち、認知機能低下による異食等起因とする誤嚥性肺炎の発生あり	なし	無回答
全体		n=1227	人数	155	132	58	12	1052	20
			割合	12.6%	10.8%	4.7%	1.0%	85.7%	1.6%
施設類型	超強化型	n=561	人数	80	70	30	7	475	6
			割合	14.3%	12.5%	5.3%	1.2%	84.7%	1.1%
	強化型	n=161	人数	13	10	6	1	141	7
			割合	8.1%	6.2%	3.7%	0.6%	87.6%	4.3%
	加算型	n=289	人数	34	27	12	2	248	7
			割合	11.8%	9.3%	4.2%	0.7%	85.8%	2.4%
	基本型	n=162	人数	17	14	7	1	145	0
			割合	10.5%	8.6%	4.3%	0.6%	89.5%	0.0%
	その他型	n=5	人数	2	2	2	0	3	0
			割合	40.0%	40.0%	40.0%	0.0%	60.0%	0.0%
	療養型	n=10	人数	0	0	0	0	10	0
			割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
	無回答	n=39	人数	9	9	1	1	30	0
			割合	23.1%	23.1%	2.6%	2.6%	76.9%	0.0%

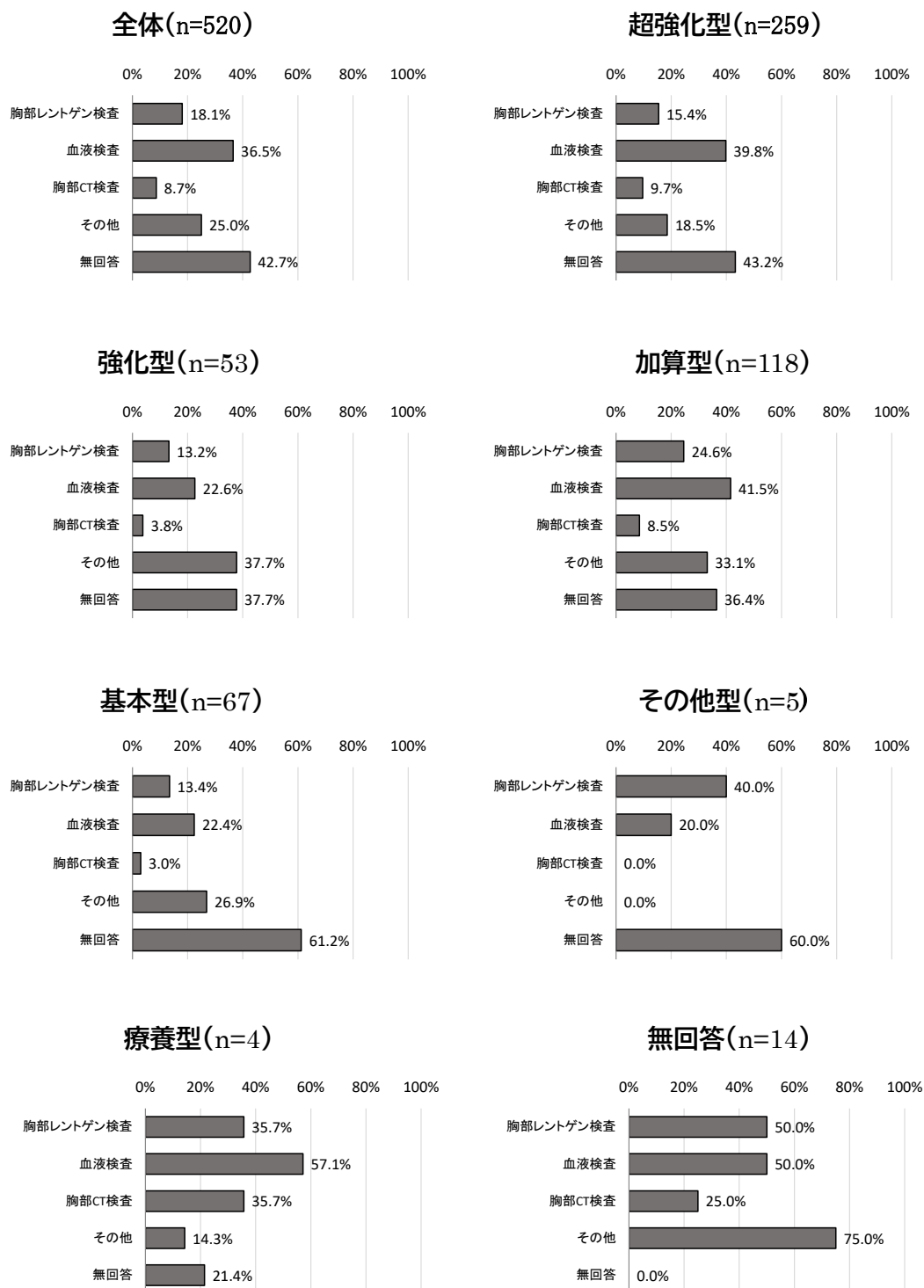
【窒息の発生の有無】

		回答数		あり	うち、窒息の既往歴あり	うち、食事を起因とする窒息あり	なし	無回答
全体		n=1227	人数	12	9	10	1184	31
			割合	1.0%	0.7%	0.8%	96.5%	2.5%
施設類型	超強化型	n=561	人数	5	4	5	545	11
			割合	0.9%	0.7%	0.9%	97.1%	2.0%
	強化型	n=161	人数	1	0	1	153	7
			割合	0.6%	0.0%	0.6%	95.0%	4.3%
	加算型	n=289	人数	2	2	2	276	11
			割合	0.7%	0.7%	0.7%	95.5%	3.8%
	基本型	n=162	人数	2	1	0	160	0
			割合	1.2%	0.6%	0.0%	98.8%	0.0%
	その他型	n=5	人数	0	0	0	5	0
			割合	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
	療養型	n=10	人数	0	0	0	10	0
			割合	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
	無回答	n=39	人数	2	2	2	35	2
			割合	5.1%	5.1%	5.1%	89.7%	5.1%

2) 利用者が受けた検査

「発熱」「誤嚥」「認知機能低下による異食（食べ物でないものを食べる、石けん水等飲み物でないものを飲む行為）等」「誤嚥性肺炎」「窒息」のいずれかが発生した利用者が受けた検査については、無回答を除き、全体では「血液検査」が 36.5%で最多、「超強化型」では「血液検査」が 39.8%で最多、「強化型」では「その他」が 37.7%で最多、「加算型」では「血液検査」が 41.5%で最多、「基本型」では「その他」が 26.9%で最多であった。

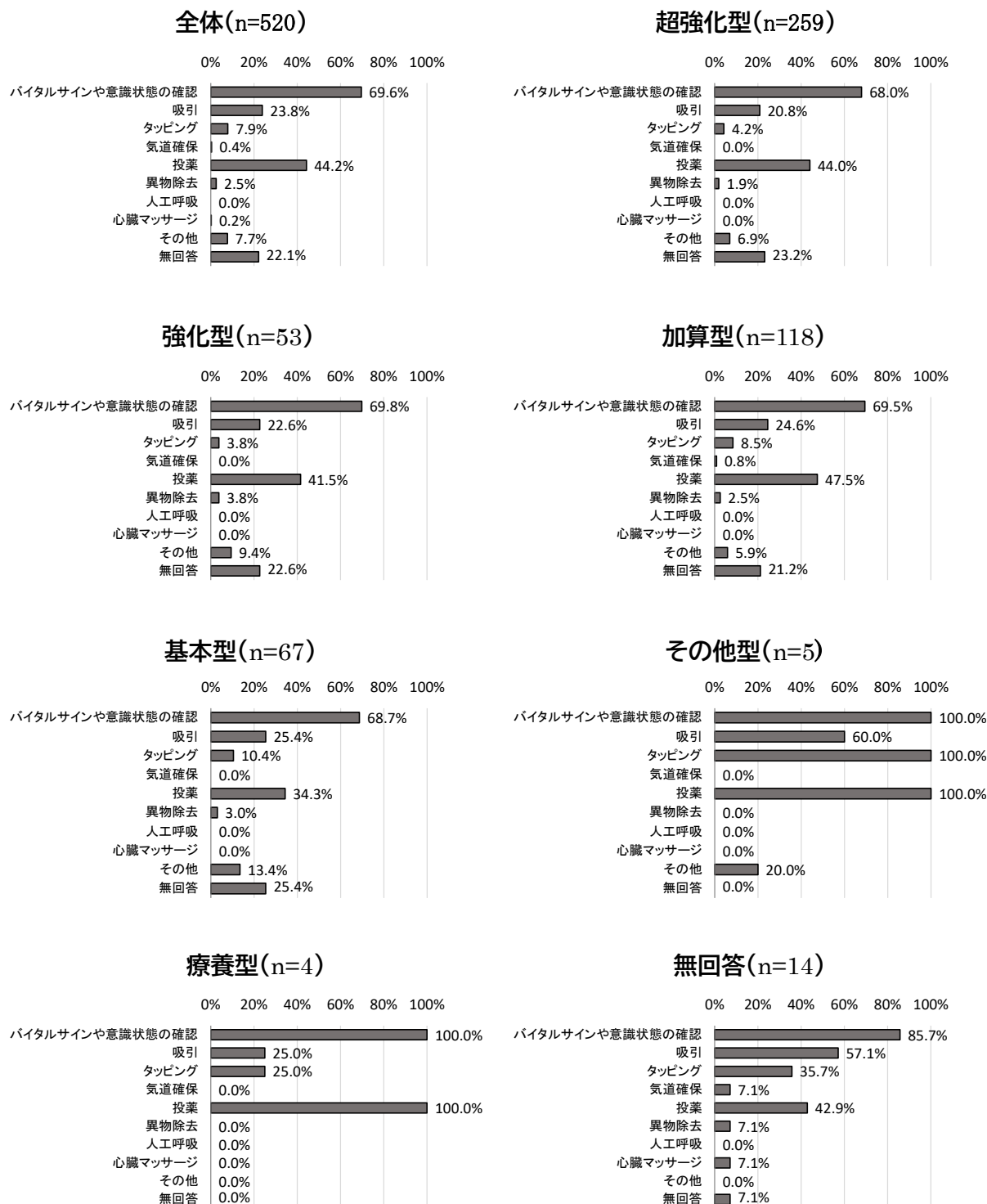
図表 IV-27 利用者が受けた検査



3) 利用者が受けた処置

「発熱」「誤嚥」「認知機能低下による異食（食べ物でないものを食べる、石けん水等飲み物でないものを飲む行為）等」「誤嚥性肺炎」「窒息」のいずれかが発生した利用者が受けた処置については、「バイタルサインや意識状態の確認」が、全体が 69.6%、「超強化型」が 68.0%、「強化型」が 69.8%、「加算型」が 69.5%、「基本型」が 68.7%でいずれも最多であった。

図表 IV-28 利用者が受けた処置



7. 摂食嚥下機能に関するトレーニングや特別な配慮、支援等の実施状況

1) 摂食嚥下機能に関するトレーニングや特別な配慮、支援等の実施状況

摂食嚥下機能に関するトレーニングや特別な配慮、支援等の実施状況については、【嚥下訓練（直接訓練）】は、全体・全施設類型ともに「実施しなかった」が6割を超え最多であった。

【嚥下訓練（間接訓練）】は、全体・全施設類型ともに「実施しなかった」が5割を超え、最多であった。

【口腔ケア】は、全体・全施設類型ともに「実施した」が6割を超え最多であった。

【食事内容や食形態に関する特別な配慮】は、全体・多くの施設類型で「実施した」が6割を超え最多であった。

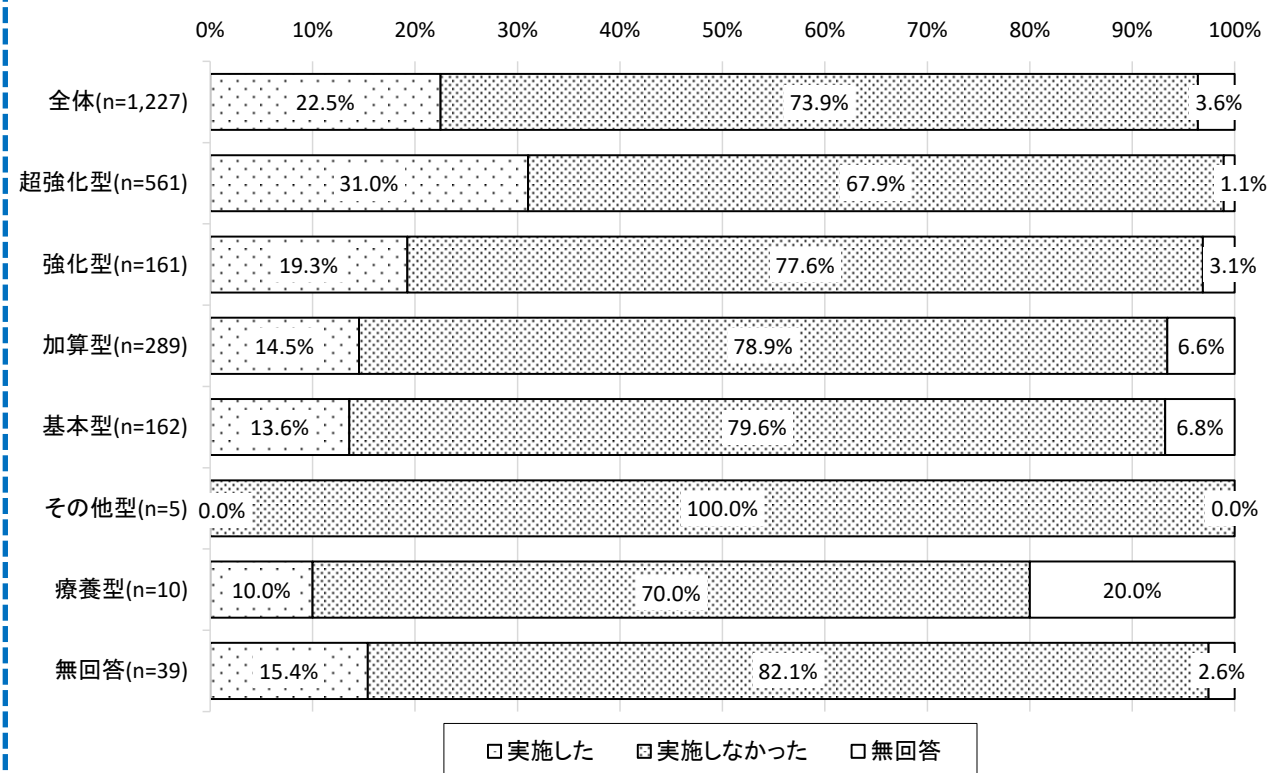
【生活機能向上に向けた指導】は、全体が「実施した」が47.2%、「実施しなかった」が47.3%で二分しているが、「超強化型」、「強化型」では「実施した」が5割を超え最多、「加算型」「基本型」では「実施しなかった」が5割を超え最多となっている。

【その人に合った環境調整】は、全体・多くの施設類型で「実施した」「実施しなかった」がほぼ二分している。

【上記以外の対応】は、全体・多くの施設類型で「実施しなかった」が7割を超え最多となった。

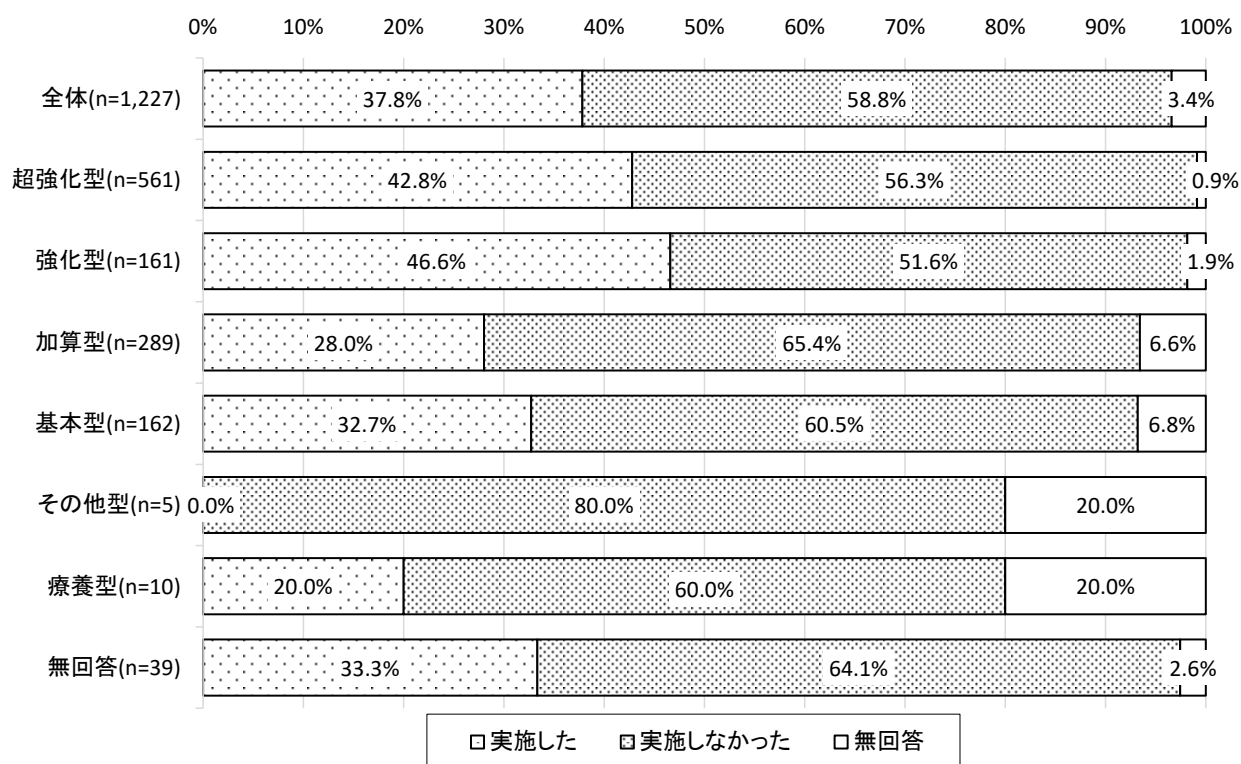
図表 IV-29 摂食嚥下機能に関するトレーニングや特別な配慮、支援等の実施状況

【嚥下訓練（直接訓練）】

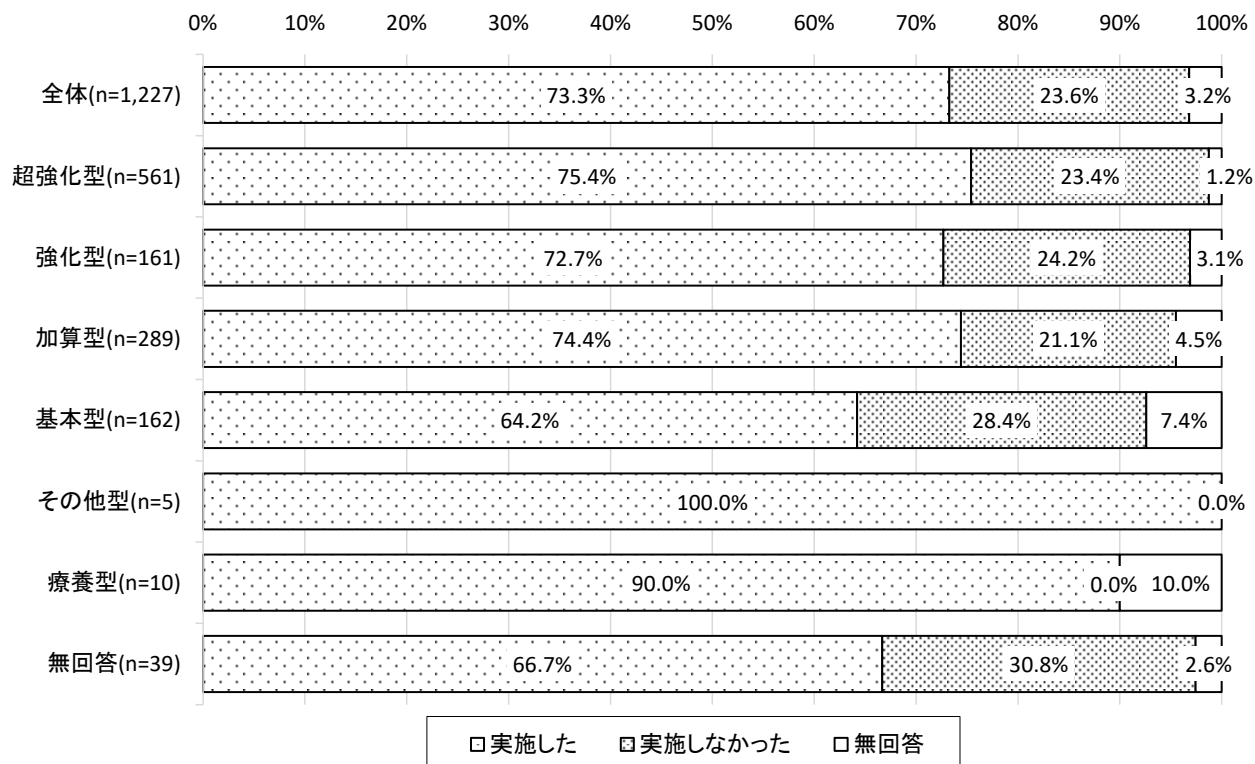


図表 IV-29 摂食嚥下機能に関するトレーニングや特別な配慮、支援等の実施状況（続き）

【嚥下訓練（間接訓練）】

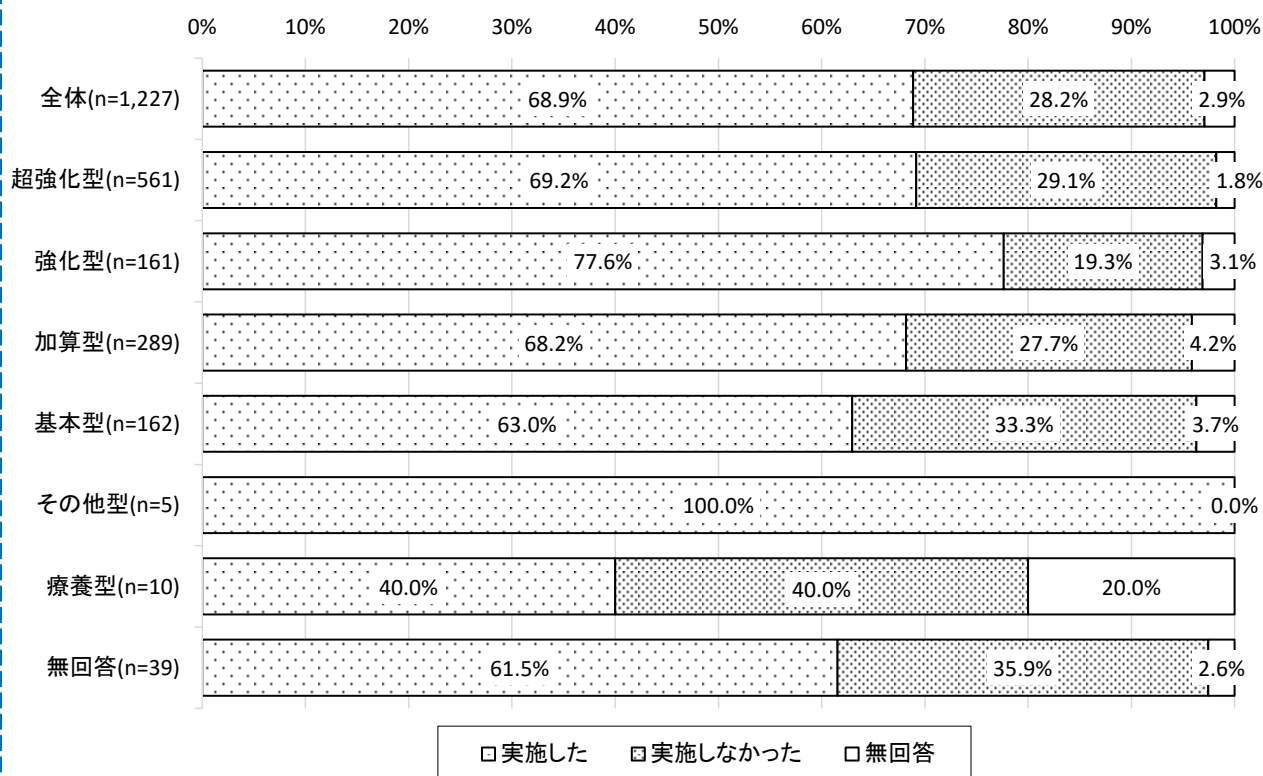


【口腔ケア（※歯科専門職による専門的口腔清掃含む）】

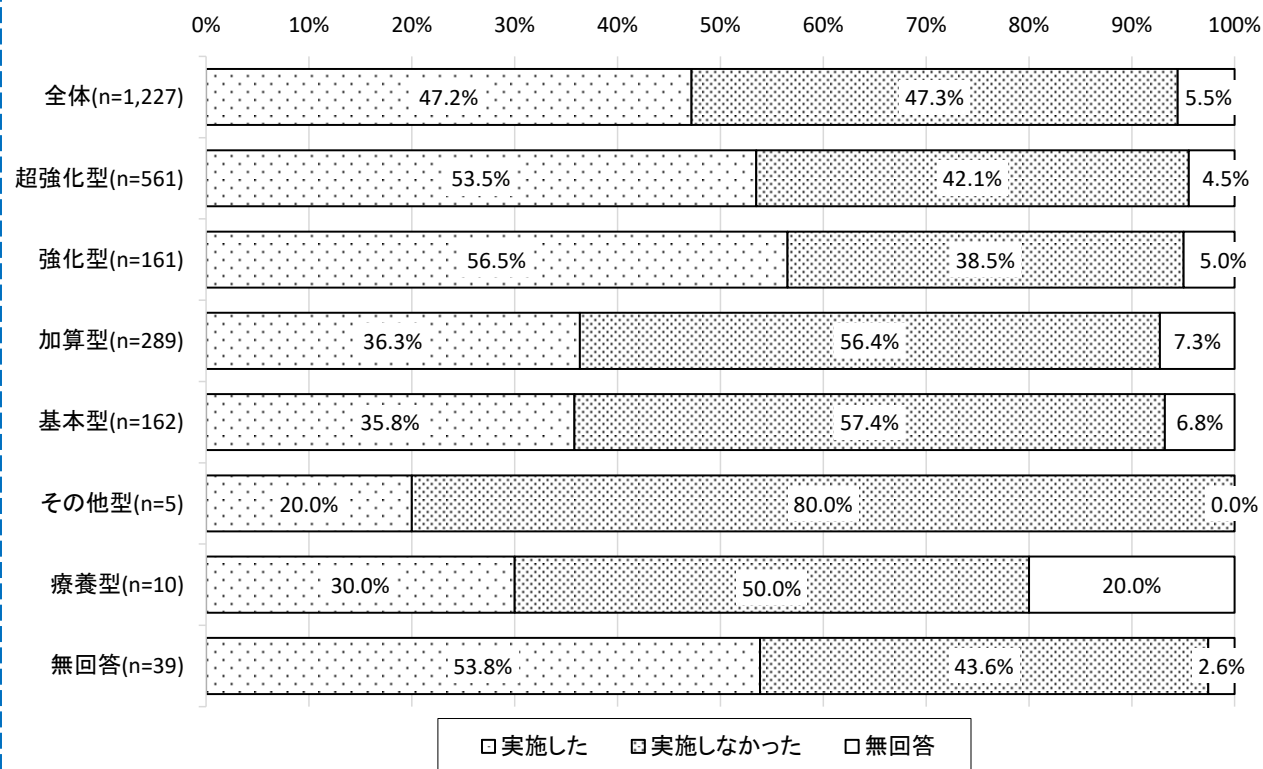


図表 IV-29 摂食嚥下機能に関するトレーニングや特別な配慮、支援等の実施状況（続き）

【食事内容や食形態に関する特別な配慮】

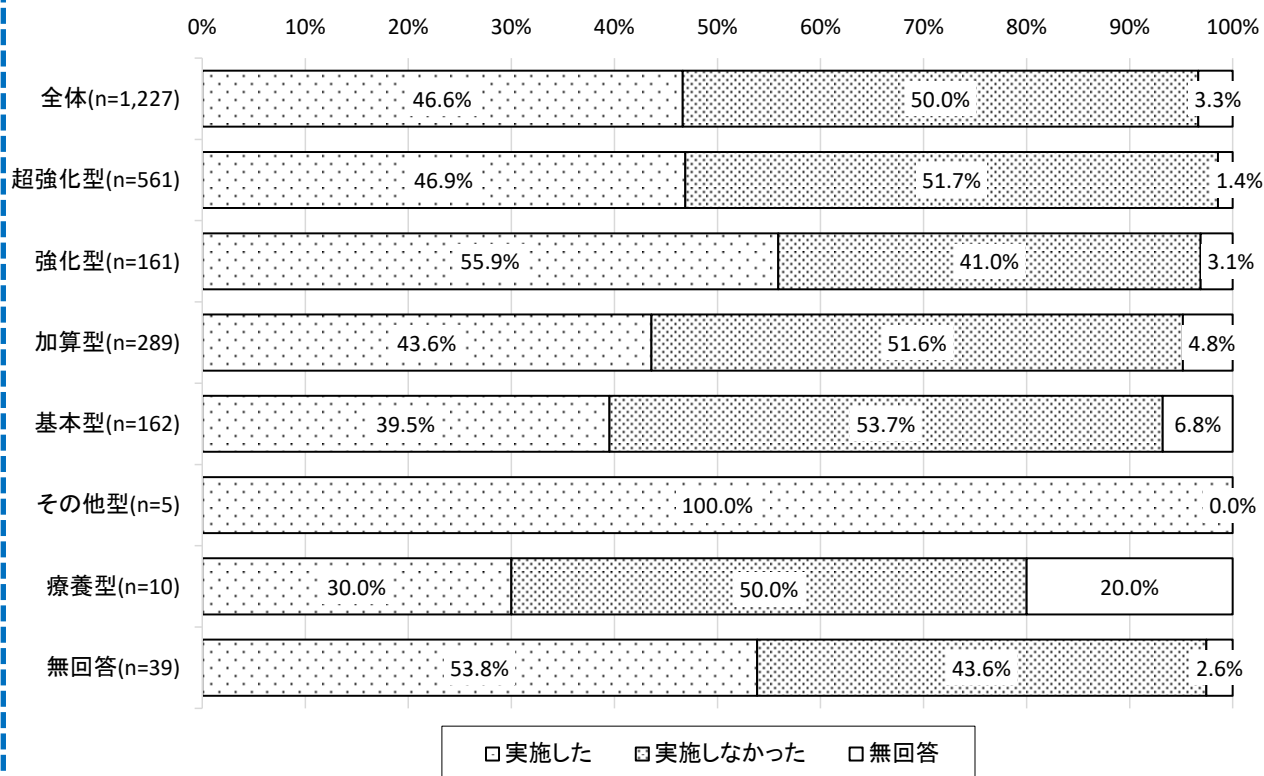


【生活機能向上に向けた指導】

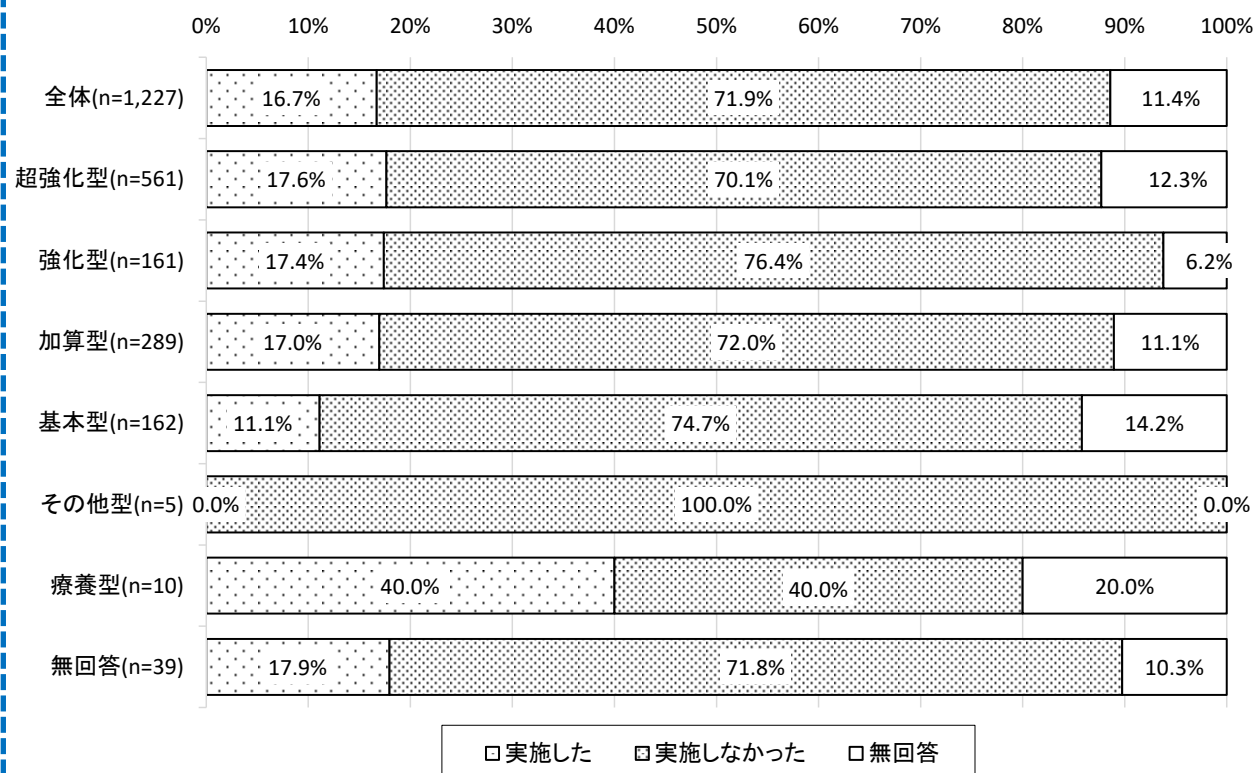


図表 IV-29 摂食嚥下機能に関するトレーニングや特別な配慮、支援等の実施状況（続き）

【その人に合った環境調整】



【上記以外の対応】



2) 多職種によるミールラウンドを受ける回数

多職種によるミールラウンドを受ける回数については、全体では「1回以上12回未満」が30.1%で最多、「超強化型」では「1回以上12回未満」が33.9%で最多、「強化型」では「36回以上72回未満」が40.4%で最多、「加算型」では「1回以上12回未満」が29.1%で最多、「基本型」では「0回」が41.4%で最多であった。平均値は「強化型」が最も高く20.8回で、次いで「加算型」の16.8回となっている。

図表 IV-30 ミールラウンドの実施回数

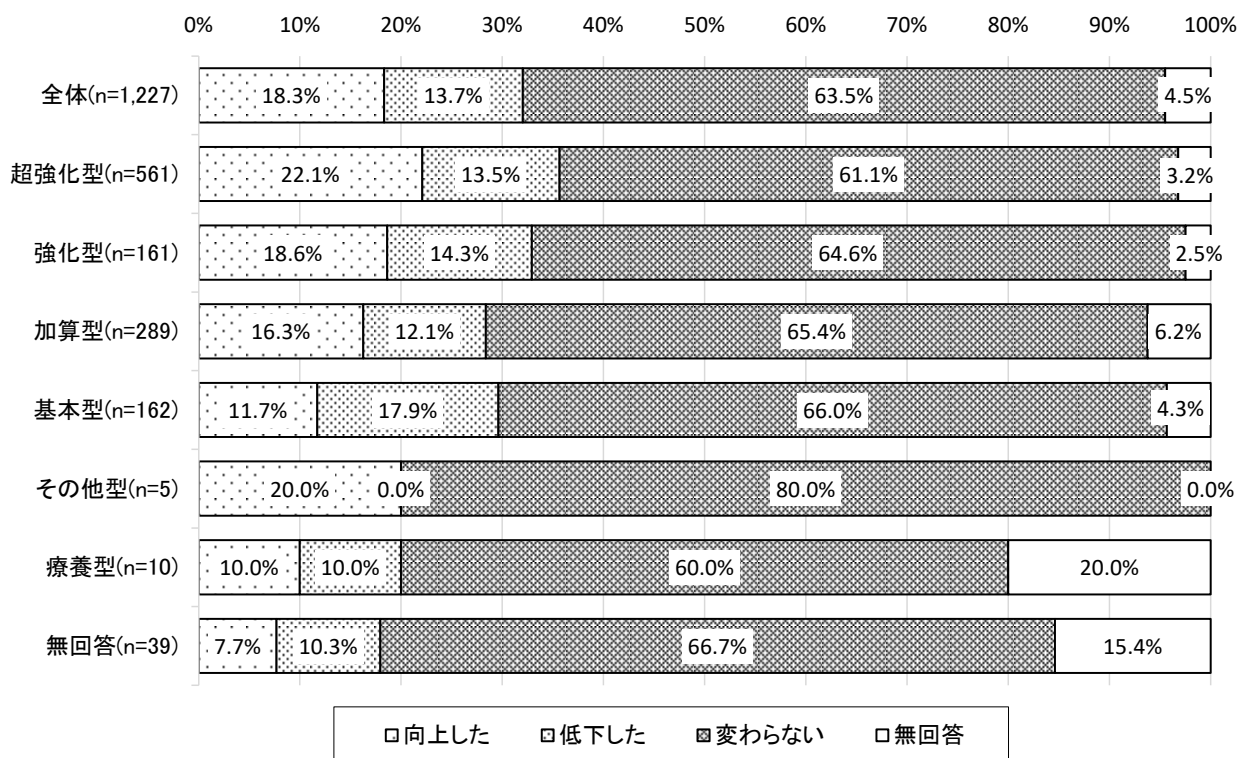
	全体	施設類型						
		超強化型	強化型	加算型	基本型	その他型	療養型	無回答
回答数	1227	561	161	289	162	5	10	39
平均値	16.2回	15.5回	20.8回	16.8回	14.3回	0.0回	4.4回	14.7回

0回	26.5	24.4	16.1	28.0	41.4	100.0	50.0	10.3
1回以上12回未満	30.1	33.9	28.0	29.1	19.1	0.0	10.0	46.2
12回以上24回未満	6.2	6.4	5.6	7.3	4.9	0.0	20.0	0.0
24回以上36回未満	4.9	4.8	6.2	2.8	8.0	0.0	0.0	5.1
36回以上72回未満	25.3	26.2	40.4	21.5	17.9	0.0	0.0	17.9
72回以上	0.8	0.0	0.0	2.8	1.2	0.0	0.0	0.0
無回答	6.3	4.3	3.7	8.7	7.4	0.0	20.0	20.5

3) 嚥下機能や食事動作での改善の有無

嚥下機能や食事動作での改善の有無は、「変わらない」が、全体で63.5%、「超強化型」で61.1%、「強化型」で64.6%、「加算型」で65.4%、「基本型」で66.0%となっており、いずれも最多であった。

図表 IV-31 嚥下機能や食事動作での改善の有無



V ヒアリング調査の結果

1. ヒアリング調査の実施概要

アンケート調査（施設調査）の結果をもとに、嚥下調整食の提供種類が多い施設、多職種が連携するミールラウンド等を実施している施設（幅広い専門職、特に歯科衛生士や言語聴覚士が参画している施設）、ハイリスク高齢者に説明している施設という観点から、ヒアリング対象4施設を選定した。

令和7年2月7日～3月14日の期間にヒアリング調査を実施した。

ヒアリング調査の所要時間は1時間～1時間半であった。

ヒアリング対象先の属性は下記のとおりである。

図表 V-1 ヒアリング調査先の概要

施設名 (入所定員/類型/開設時期)	事例の抜粋
施設 A (81 床/超強化型/1995 年 12 月)	- 多職種で利用者の状態を共有し、状態変化に応じた食形態の提供を実施している。 - 全ての新規入所者に対して摂食嚥下機能の評価や口腔内の状態を確認している。
施設 B (100 床/超強化型/1997 年 4 月)	- 食事や検査、リハビリテーション中の動画をご家族に示しながら説明する等、ご家族の理解や協力を得ながら、日々のケアを実施している。 - 多職種で利用者に適した食形態や食事姿勢を検討し、見直した場合には定期的な評価やモニタリングを実施している。
施設 C (81 床/強化型/2005 年 3 月)	ヒヤリハット事例について、朝礼・終礼で必ず共有し、事故防止委員会で担当者が再発防止策を検討している。認知症の利用者等の誤嚥や異食の恐れのある薬剤と対処方法を一覧にして掲示している。
施設 D (120 床/超強化型/1987 年 4 月)	- ミールラウンドは2種類行っている。 ① 栄養マネジメント強化加算取得のために各療養棟の管理栄養士が週に5回ミールラウンドを実施。 ② 多職種が連携して行うミールラウンド（経口維持ラウンド）は各療養棟月1回ずつ（計3回）実施している。経口維持加算算定者の状態を共有し、嚥下調整食の提供や食事動作、今後の関わりについて検討している。同日のケアミーティングにて各職種の視点からの報告や提案、情報の共有を行っている。 - 多職種が連携して行う口腔ケアラウンドを各療養棟月1回ずつ（計3回）実施している。多職種が介護福祉士と歯科衛生士による口腔ケア場面に同席し、口腔ケアラウンド同日のケアミーティングで歯科からの助言や口腔ケア方法の報告、共有を行っている。

2. ヒアリング調査の結果概要

各施設のヒアリング調査結果は、「Ⅵ ヒアリング調査実施記録」に示した。本章では調査項目別に得られた内容を簡潔にまとめた。

共通してお伺いした調査項目を、つぎのとおり内容を整理した。

- 施設概要
- 摂食嚥下機能が低下している方の発生状況とその対応
- 誤嚥性肺炎、窒息の発生状況とその対応
- 摂食嚥下機能の測定方法
- ハイリスク高齢者への説明の方法

今回ヒアリングを実施した施設はそれぞれ特徴のある取組を実施しているが、その中でも見えてくる共通点・相違点について、1)～4)として以下にまとめた。

1) 摂食嚥下機能が低下した方への対応

- 摂食嚥下機能が低下した方をはじめ見守りや介助が必要な利用者を同じテーブルで食事をするなど、見守りやすい体制を構築している。
- 医師、歯科医師や管理栄養士、言語聴覚士、歯科衛生士をはじめとする多職種が連携し、ミールラウンド等で利用者の状態を共有し、嚥下調整食の提供や食事動作、現状のチームとしての評価を共有、今後の関わりについて検討している。

施設	事例の抜粋
施設 A	・ 食事前のアイスマッサージ棒を用いた口腔内への刺激、嚥下体操を実施する等、食事への移行を促している。食事姿勢を観察し、椅子からずれている場合の補助、足置き台の利用など体位を工夫している。 ・ ほぼ毎食でミールラウンドを実施するという意識で、多職種で利用者の状態を共有し、利用者の状態変化に応じた食形態の変更を実施している。
施設 B	・ 多職種で摂食嚥下機能や認知機能の状態等を総合的に踏まえて、適切な食形態や嚥下訓練を実施することで、摂食嚥下機能の向上を目指している。 ・ 週1回歯科医師が訪問診療を実施する際に、看護職、介護福祉士や介護職、管理栄養士、歯科衛生士等を交えて、1週間分のミールラウンドや口腔内サマリを確認している。
施設 C	・ 入所後3か月間は毎日リハビリテーションを実施できる体制を整えている。呼吸や咳等摂食嚥下機能に関連した身体機能向上の訓練にも取り組んでいる。 ・ 認知症高齢者など、服薬による摂食嚥下機能への影響が懸念される場合、医師や看護師と連携して服薬の調整を実施している。
施設 D	・ 嚥下機能が低下している方に関しては、言語聴覚士や歯科衛生士が継続的に評価を実施している。 ・ 日常生活での気づき（むせが増えた、食事に時間を要している、食べこぼしが増えた等）が介護職員から挙げられた際に、そのタイミングで速やかに専門職が評価を実施している。ケアミーティングで報告している。 ・ 各職種の視点で評価を実施している。食形態の変更やとろみ、食事量の見直し、食事時間の調整等を行い、利用者にあわせた食事の提供を行っている。 ・ 口腔ケアラウンドを実施し、歯科衛生士、介護福祉士、言語聴覚士等が連携して、デモンストレーション形式で口腔ケアの習得と評価を行っている。

2) 誤嚥性肺炎・窒息の発生状況とその対応

- 利用者のむせなどの兆候やヒヤリハット事例について、現場で速やかに状況把握を行い、併設する病院・診療所にて医師による早めの診断を受けている。
- ヒヤリハット事例の報告体制や定期的な職員研修をとおして、職員の意識向上や情報共有を図っている。

施設	事例の抜粋
施設 A	・ 利用者のむせなどの兆候について、現場で速やかに状況把握を行い、併設する診療所でレントゲン等の検査を行い、誤嚥性肺炎の有無を確認している。 ・ 食事時の窒息リスクがあるエピソード等ヒヤリハット事例を報告するカードを用意し、職員間で情報共有しやすい体制を整えている。
施設 B	・ ヒヤリハット事例が発生した場合には多職種で共有し、食形態や食事姿勢を見直すだけでなく、1か月後を目途に再度評価を実施し、今後の対応を検討する対応方法を整えている。 ・ ヒヤリハット事例については、1週間に一度の入退所判定会議での周知、1か月ごとの総括、1年ごとの報告書への取りまとめ等をとおして周知するほか、専門とする職種が中心となって研修を実施し、再発防止に努めている。
施設 C	・ 認知症の利用者等の誤嚥や異食の恐れのある危険な薬剤や物質と対処方法を一覧にして掲示している。 ・ ヒヤリハット事例については、朝礼・終礼で必ず共有し、事故防止委員会で担当者が再発防止策を検討している。
施設 D	・ 誤嚥などヒヤリハット事例について、マニュアルに基づく対応手順が整備され、日々のミーティングや各種研修の中で情報共有・再発防止策を検討している。

3) 摂食嚥下機能の測定方法

○新規入所時をはじめ、食事時の観察、口腔内の状態の確認等、継続的に摂食嚥下機能や認知機能の評価を実施している。

施設	事例の抜粋
施設 A	・ 新規入所者の申し送り事項で摂食嚥下機能の低下が報告されていなくても、全ての新規入所者に対して摂食嚥下機能の評価、口腔内の状態の確認を実施している。 ・ 言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士、看護職員、介護職員らが連携し、ミールラウンドをとおして随時評価し、摂食嚥下機能に応じた食形態への変更を行っている。 ・ 入所前にミキサー食を食べていた利用者が、ソフト食、軟飯1 cm きざみに食形態が変更できるほど、摂食嚥下機能が向上することがあった。
施設 B	・ 新規入所者の初回の食事場面では多職種が観察し、その人の摂食嚥下機能に合った食形態で食事を提供できているかを確認している。 ・ ICF ステージングを用いて、レーダーチャートで利用者の摂食嚥下機能の全体像を把握している。
施設 C	・ 入所前には、相談員・ケアマネジャーが「実態調査票」を作成し、医学的情報、身体機能、家族からの情報等を集約し、入所後に各専門職で摂食嚥下機能の評価する体制を整えている。 ・ 入所当日や翌日には、看護職、介護職員、理学療法士、作業療法士等が立ち会いながら、利用者の全身状態とともに言語聴覚士が摂食嚥下機能の評価を実施している。
施設 D	・ 併設病院で実施する嚥下造影検査（VF）に併設病院医師、施設の医師、施設の言語聴覚士等が評価を行い、対応について多角的にディスカッションしている。 ・ 入所から3か月までは毎月、それ以降は3か月に1回、精査可能な全ての利用者は長谷川式簡易知能評価スケール判定基準、ミニメンタルステート検査を実施している。 ・ 摂食の状況を見て変化があると感じた時点でも評価を実施している。

4) ハイリスク高齢者への説明の方法

- 入所時には全ての利用者および同行するご家族に対して、摂食嚥下機能の低下、それに伴う窒息・誤嚥リスクについて説明している。過去にむせや窒息のエピソードがある、肺炎の既往がある、または摂食嚥下機能の低下が見られる利用者および同行するご家族には重点的に説明している。
- 面会時に食事やリハビリテーションを見学してもらったり、食事場面や検査の動画を示したりすることで、利用者やご家族が理解しやすい説明を意識している。

施設	事例の抜粋
施設 A	・ 入所時に、重要事項説明書にチェックを入れながら抜け漏れなく説明を行っている。 ・ 転倒・転落と摂食嚥下機能の低下に関してどちらも最重要事項に位置づけて説明している。 ・ むせのエピソードや肺炎の発症等、摂食嚥下機能の低下や窒息のリスクの高まりが見られた利用者の家族には、食形態の変更等こまめに連絡をとるようにしている。
施設 B	・ 入所時には全ての利用者やご家族に対して、転倒や窒息、誤嚥等の考えられるリスクを説明する。 ・ ご家族のご理解を得るため、面会時に食事やリハビリテーションを見学してもらったり、食事場面の動画を示したりしている。 ・ 病状の変化や事故及びヒヤリハット事例の発生があったとき等には、第一に医師がご家族へ説明するが、医師は一旦退席する。（家族は、医師の前では言いたいことが言えない場合もあり、他スタッフの前では医師がいる時とまた違った態度が見られる等本音を聞くことができる場合がある）その他専門職等が順に説明する等、ご家族が理解しやすい場をつくることも意識している。 ・ 家族の受け止め方や理解力はそれぞれであるため、齟齬が生じていないか、説明後に話合いの内容について、職員間で正確に共有を図っている。

施設	事例の抜粋
施設 C	・ 摂食嚥下機能の評価結果に基づく食形態の変更等については、ケアマネジャーが中心となり、医師や看護師、言語聴覚士によるアセスメント内容や対応の経緯を含めて、説明を実施している。 ・ ご家族との日頃からのコミュニケーションを大切にし、説明不足や齟齬がないようにケアマネジャーが情報の取りまとめと伝達に努め、体調変化時には迅速に連絡・説明する体制を整えている。
施設 D	・ 入所時、ケアプラン作成時、状態の変化時、リハビリテーション実施計画書の説明時、面会時、3か月に一度の「経口維持計画」の作成時に利用者やご家族に説明を実施している。 ・ 医師の指示のもと、利用者のご家族が食事場面の観察を実施している。 ・ 職員同席・指導のもと食事介助を実施している。 ・ タブレットで食事場面等を撮影した動画を使って説明することがある。

VI ヒアリング調査実施記録

事例１．施設 A（調査実施日：令和 7 年 2 月 7 日（金）13 時 30 分～15 時）

令和 6 年 11 月 1 日午前 0 時時点での施設 A の算定している施設類型、職員配置（常勤換算数）、入所定員、入所サービスの利用者数（実人数）、短期入所療養介護の利用者数（実人数）は下表のとおり。

1) 施設概要

ア) 算定している施設類型・職員配置・入所定員・入所サービスの利用者数等

算定している施設類型	超強化型			
職員配置 (常勤換算数)	医師	1.2 人	栄養士 (管理栄養士を除く)	0.0 人
	歯科医師	9.8 人	歯科衛生士	0.8 人
	看護職員	5.0 人	言語聴覚士	1.6 人
	介護福祉士	24.8 人	理学療法士	5 人
	介護職員 (介護福祉士を除く)	5.0 人	作業療法士	3.8 人
	管理栄養士	1.6 人	その他職員	3.3 人
入所定員	81 床			
入所サービスの利用者 数（実人数）	78 人	短期入所療養介護の利用 者数（実人数）	0 人	

イ) 併設施設、連携医療機関の状況

- ・ 有床診療所（19 床）を同じ建物内に有している。

ウ) 利用者の要介護の状況

要介護認定	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	区分変更 (新規) 申請中
人数	5 人	12 人	20 人	31 人	10 人	0 人

2) 摂食嚥下機能が低下している方の発生状況とその対応

ア) 利用者の嚥下や食事の状況

食事の提供状況（令和6年11月30日午前0時時点） ※併用している場合は当てはまる全ての選択肢にカウント	
経管栄養摂取者数	3人
うち、経鼻経管栄養の利用者数	0人
うち、胃ろうの利用者数	3人
うち、腸ろうの利用者数	0人
うち、間歇的口腔食道経管栄養法の利用者数	0人
静脈栄養摂取者数	0人
うち、中心静脈栄養の利用者数	-
うち、末梢静脈栄養の利用者数	-
嚥下機能に配慮した食事提供者数	22人
常食の提供者数	17人

- ・ 摂食嚥下機能が低下しており食事の見守りの必要性の高い利用者が同じテーブルを囲むように座席を配置している。
 - ➔ 現在、食事の見守りの必要性の高い利用者は2テーブル16人ほどである。
 - ➔ 食事の見守りの必要の高い人が入居することが増えてきた。

イ) 実施しているトレーニングや特別な配慮・支援等及び関与する専門職、実施内容を採用した経緯

- 食事前の実施内容
 - ・ 摂食嚥下機能が低下している利用者や傾眠傾向の強い利用者に対し、食事前にアイスマッサージ棒で口腔内を刺激して食事に移行しやすくしている。
 - ・ 食事の配膳中に、介護福祉士や介護職員が中心となり、嚥下体操を全利用者に実施している。
- 食事中の実施事項
 - ・ 食事中の姿勢を確認し、姿勢が崩れている利用者には食べる姿勢を整える工夫を実施している。
 - ➔ 食形態のつぎに食事姿勢が重要となるため、食事テーブルに座ったときに足が床につかない人には足置き台を用意している。
 - ・ 早食いは誤嚥や窒息の一因となるため、小さめのスプーンを用意する等の食事道具の工夫を実施している。
- 多職種連携
 - ・ 週に1回、歯科医師による助言を受けている。
 - ・ 摂食嚥下機能障害の専門職である言語聴覚士や管理栄養士、歯科衛生士と、厨房のスタッフが協力して食形態の変更に対応してきた。
- 実施内容を採用した経緯
 - ・ 2000年頃より黒田留美子式高齢者ソフト食の開発を知ったことを契機に、摂食嚥下機能の低下に対応する食形態への取組を始めた。

- ・ 利用者の重度化に伴い、摂食嚥下機能の低下や、誤嚥や窒息のヒヤリハット事例が見られてきたため、安全に食事するための対応が迫られた。
- ・ 言語聴覚士や歯科衛生士が長年在籍していたこと。
- ・ 施設開設当初より管理栄養士が在籍しており、管理栄養士と厨房の協力体制があったこと。

ウ) ミールラウンドの実施状況及び関与する専門職

- 実施頻度
 - ・ 昼食時、夕食時はほとんど毎回実施している。
 - ➔ 毎食がミールラウンドだという意識で取り組んでいる。
- 関与する専門職等
 - ・ 摂食嚥下機能の評価や対応の専門職として言語聴覚士、歯科衛生士、管理栄養士が実施している。
 - ・ 医師や看護職員、介護福祉士、介護職員も摂食嚥下機能に関する専門職と協働して携わっている。

エ) 専門職間の役割分担、情報共有時の工夫や課題

- 食事中の言語聴覚士の役割
 - ・ 食事の見守りが必要な利用者のテーブルで食事介助を行い、摂食嚥下機能の状態を確認している。
 - ・ 食事中にむせの見られる利用者には、その場で摂食嚥下機能の状態を確認している。
 - ・ 食べこぼしや食事の摂取量は摂食嚥下機能をはじめ利用者の状態把握において重要であるため確認している。
- 言語聴覚士による摂食嚥下機能の低下した利用者に対するトレーニングや特別な配慮・支援等
 - ・ 個別で必要のある利用者については、嚥下おでこ体操や舌の運動のトレーニング、発声練習を行っている。
- 食事提供にあたっての管理栄養士の役割
 - ・ 嚥下調整食が安定して提供できるよう、昼食前、夕食前に検食を実施している。
 - ➔ ミキサー食やゼリー食の硬さを確認し、とろみを足してほしい等、気になる点があれば厨房に伝えている。
- 食事に特化した会議の実施
 - ・ 月に1回、管理栄養士や厨房の職員、食事介助に携わる職員等で、食事についての会議を実施している。
 - ➔ 看護職員や介護福祉士、介護職員をはじめ様々な職種の職員から「〇月〇日の昼食のおかゆがいつもと違って～だった」「〇月〇日の野菜はちょっと硬かった」「軟飯として提供されていたが、硬いことがあった」等と意見を出してもらい、話し合う場としている。

オ) 嚥下調整食の提供状況、提供時における工夫や課題

● 嚥下調整食の提供状況

主食	○	米飯	○	軟飯	○	全粥
	○	その他の形態の職種	(ゼリー粥、ミキサー粥、パン)			

常食	○	常菜（カットなし）		常菜（1口大：1.5～2cm程度）		常菜（粗きざみ：1cm程度）
		常菜（粗きざみ：1cm程度）+とろみあん		常菜（きざみ：0.2cm程度）		常菜（きざみ：0.2cm程度）+とろみあん

軟菜食		軟菜食（カットなし）		軟菜食（1口大：1.5～2cm程度）	○	軟菜食（粗きざみ：1cm程度）
		軟菜食（粗きざみ：1cm程度）+とろみあん		軟菜食（きざみ：0.2cm程度）		軟菜食（きざみ：0.2cm程度）+とろみあん

軟菜食	○	やわらか食、ソフト食（押しつぶし可能なもの）		ミキサー食、ペースト食（不均質）	○	ミキサー食、ペースト食（均質）
	○	均質なゼリー、プリン、ムース		その他		

○印が提供可能な嚥下調整食

- ・ 栄養補助のためのゼリーを提供することはあるが、基本的には施設内の厨房で作って提供している。
- 嚥下調整食の判断について
 - ・ 咀嚼機能の低下と嚥下機能の低下は区別して評価していくことが利用者一人一人に合った食事提供につながる。
- 嚥下調整食の提供の工夫
 - ・ より安全にする食形態の提供が必要な場面でも、常食と同じ献立を提供している。食欲は見た目に左右され、ミキサー食では食欲が落ちてしまうことが多く安易な食形態の選択はしたくないと考えている。
 - ➔ きざんだ食材であっても、常食の見た目に近づくよう工夫して提供している。魚であれば、皮も使って魚の切り身の形になるように盛り付けている。
 - ・ 摂食嚥下機能の低下に伴い、普通食からおかゆ、ソフト食と食形態を食べやすいものに変更していくことがある。

カ) 認知症高齢者への食事提供時の工夫や課題

● 医師の視点

- ・ 認知症の程度によるが、認知症が進行すると摂食嚥下機能が低下することが多い。
- ・ 先行期障害で食事が取れなくなる利用者については、リバスチグミンの投薬で食欲が回復す

ることがあった。アルツハイマー型認知症では5割程度の利用者に効果が見られたと感じている。

- ・ 舌圧の計測やカンジダ培養検査を行って定量的に口腔内の状態を把握し、必要に応じて舌苔の治療を行うことで食欲が回復したことがあった。

- 歯科衛生士の視点

- ・ 認知症があり、義歯の紛失の恐れがある利用者には、食事のときにのみ義歯を入れるようにしている。傾眠傾向のある利用者では、義歯を入れることが食事のサインとなることがある。
 - ➔ 食事以外の時間に義歯を施設で預かっている利用者は5人である。
 - ➔ 義歯の製作の保険適用は半年に一度となるため、義歯の紛失を防ぎたいという意図もある。

- 言語聴覚士の視点

- ・ 食べ物の認知が難しく食事中に手が止まる利用者もいるが、できるだけ利用者自身で食べるよう促している。
 - ➔ 手で持って食べることで認知が促されることもある。
 - ➔ 手で持って食べることが難しいときには、途中で介助に入ることもあるが、食べ物の認知を促すよう心掛けて声掛けを実施している。

- 管理栄養士の視点

- ・ 食事介助のときに声掛けで献立名を伝えるようにすると、食事がしやすくなる利用者がいる。
- ・ 視覚的に食欲を調整する工夫は重要である。
 - ➔ 空腹の訴えが強い利用者には量を増やすことがある。
 - ➔ 食事量を減らしてほしいと要望のある利用者でも栄養状況等から判断して食事量を変更しづらい場合には大きな皿に盛りつけることがある。
- ・ 食欲が低下している利用者には、食べたいものを聞いてできるだけ沿うものを提供することや、ご家族に持ってきてもらうことがある。

3) 誤嚥性肺炎、窒息の発生状況とその対応

ア) 発熱、誤嚥、誤嚥性肺炎、窒息の発生状況

- ・ 発熱が発生した利用者は 50 人いるが、誤嚥、異食、誤嚥性肺炎、窒息は発生していない（令和 6 年 9 月 1 日～令和 6 年 11 月 30 日）。

イ) 発熱、誤嚥、誤嚥性肺炎、窒息の具体的な対応方法

- ・ 誤嚥や誤嚥の原因となる摂食嚥下機能の低下が見られる利用者ではむせのエピソードがしばしば発生しているため、留意してむせの状況を把握するようにしている。
- ・ むせのない誤嚥を発症する利用者も多くいるため、むせがなくとも発熱を繰り返す利用者がいたら誤嚥性肺炎を疑うようにしている。
 - ➔ 施設内のレントゲンで誤嚥性肺炎の有無を確かめることもある。
 - ➔ 入院を要するレベルの誤嚥性肺炎を発症する利用者は年間で 3、4 人発生している。
- ・ 直近では、併設診療所のレントゲン検査で誤嚥性肺炎と診断したパーキンソン病の終末期の利用者がいた。サチュレーションの低下が見られたため入院となった。
- ・ 同じ建物内にある併設の有床診療所があるため対応体制は整っているが、重症度が高い場合の救急搬送先は地域の大病院となる。

ウ) ヒヤリハット事例の収集、共有する際の基準、再発防止策の検討や実践

● ヒヤリハット事例

- ・ 医師である施設長が不在の休日の昼食中に突然、食事の見守りの必要性が最も低く自立度の高いテーブルで、利用者が心肺停止状態となった事案が発生したことがあった。施設としては窒息による心肺停止を疑ったが、ご家族による司法解剖の結果、心筋梗塞による心臓破裂が原因であった。
 - ➔ 施設長の不在時の食事時の急変は迅速に救急車を呼ぶことと徹底した。
 - ➔ その後、食事時の急変による救急搬送は発生していない。
- ・ 2、3 年前に、食堂での夕食時に食事を喉に詰まらせた利用者がいた。ほかの利用者から見えないところに運んで吸引することで対応したことがあった。
 - ➔ 次の食事のタイミングから食形態の変更を行った。
 - ➔ 研修を実施し、職員に注意喚起を行った。
- ・ 配膳間違いは必ずヒヤリハットとして報告している。
- ・ 食事中に看護職員による吸引が必要になったケースが発生したときにはヒヤリハットとして報告している。

● 研修の実施

- ・ 摂食嚥下機能に限らず、職員研修は月に 1 回実施している。内容は都度検討しながらの実施である。
 - ➔ 例えば、ヒヤリハット事例があった場合には集中的にその事案の内容を扱うようにしている。
 - ➔ 先日、食事介助に従事する職員を対象に、スプーンで食事を食べさせ合う研修を実施した。スプーンが口腔内や歯に当たるときの気持ち悪さを体験し、職員の食事介助の質を高めることが目的である。

● ヒヤリハット報告の手順

- ・ 職員の出勤時に打刻するタイムカードの脇にアクシデント・インシデント・ヒヤリハット事故報告を置いており確認した者はハンコを押すようにしている。

4) 摂食嚥下機能の測定方法

ア) 実施している摂食嚥下機能の評価及び関与する専門職

● 実施可能な摂食嚥下機能の評価

○	栄養状態の評価	○	口腔衛生状態の評価	○	咀嚼機能の評価
	嚥下内視鏡検査 (VE)		嚥下造影検査 (VF)	○	反復唾液嚥下テスト (RSST)
○	改訂水飲みテスト (MWST)	○	フードテスト	○	頸部聴診
○	食後の咳の状況に関する評価	○	食後の痰の状況に関する評価	○	食事に対する認知機能や身体機能 (麻痺の状態等) の評価
○	生活の広がりに向けた評価		その他の方法での評価		

○印が施設で実施可能な摂食嚥下機能の評価

イ) 摂食嚥下機能の評価の実施のタイミング

● 評価方法を採用した経緯

- ・ 「R 4 システム版 I C F ステージング」は全老健の大会で知り、入所時に大まかな状態像がつかみやすいことから採用した。
- ➔ 「R 4 システム版 I C F ステージング」の具体的な値から、スタッフ間で利用者に応じた目標を定めることもできる。

● 評価の実施

- ・ 新規入所時には摂食嚥下機能の評価を行う。
- ・ ミールラウンド等を通じて職員が一丸となって利用者の摂食嚥下機能の評価を継続的に行う。

● 新規入所者に対する評価の実施

- ・ 摂食嚥下機能に関する評価項目を含むR 4 システム版 I C F ステージングを活用し、支援相談員が職員に利用開始前に聴き取った情報に基づく利用者の状態像を共有している。
- ・ 全ての新規入所者に対して、食事場面の介入による摂食嚥下機能の評価を行う。
- ➔ 水飲みテストを実施している。
- ➔ 新規入所者の申し送り事項で摂食嚥下機能の低下が報告されていなくても、摂食嚥下機能の低下が起きている場合が時々ある。
- ・ 口腔内の状態の確認を実施している。
- ➔ 新規入所者の申し送り事項での食形態が常食となっても、義歯が全く入っていないことや、歯がないということもしばしばある。

● 専門職の協働による食形態の変更

- ・ 新規入所した利用者において、義歯の整備状況や摂取可能な食形態の状況が入所時に提供された情報と異なる場合、まずはより安全な嚥下調整食を提供し、多職種による連携で利用者の摂食嚥下機能に合った食形態を検討する。

- ➔ 言語聴覚士がミールラウンドを通じて摂取可能な食形態を判断する。
- ➔ 歯科衛生士は、食事中に歯の痛みや出血、咀嚼がうまくいっていない状態、義歯の不備（例：義歯が外れてしまう、義歯が割れた）等が見られたときには、管理栄養士にその場で食形態の変更を依頼し、歯科受診の予約をする。
- ➔ 管理栄養士は厨房と協力してその場でより安全な嚥下調整食に変更し、想定どおりの食形態が準備できていることを確認してから提供している。
- ➔ 看護職員や介護福祉士、介護職員も利用者の食事中の状態について報告や提案に携わっている。
- ・ 年齢と共に摂食嚥下機能が低下していくことが多いが、脳梗塞の発症後等、嚥下機能が向上していくことがある。入所時は胃ろうでの食事だったが、口から食べられるようになった利用者はこれまで 20～30 人いた。
- ・ 入所前の病院でミキサー食を食べていた人が、ソフト食、軟飯 1 cm きざみと食形態が変更できるほど、摂食嚥下機能が向上したことがあった。
- ➔ 安定して食事を全量摂取できていることや体調が良いことを確認した上で、食形態の変更が実施できると専門職の合議で判断した場合、変更後の食形態の食事を一品ずつ提供する。口の中の残渣や喉の動きを専門職が時間をかけて評価し、問題なければ全品の食形態の変更を行う。

ウ) 専門職間の役割分担、情報共有時の工夫や課題

- 言語聴覚士
 - ・ 新規入所者に対する食事場面の介入を通じて嚥下機能を評価する。
 - ➔ 水飲みテストを実施する。嚥下障害が強い利用者であればとろみをつけたお茶で実施する。
 - ・ 新規入所者に対する咀嚼機能の状態は実際の食事場面で評価する。

ア) 説明を実施する対象、タイミング、説明の方法や内容

- ➔ 施設で予防対策を十分に行っても摂食嚥下に係る事故をゼロにすることはできないという説明を行い、了解の上で入所していただくこととしている。

圖表 VI-1 重要事項說明書

高齢者の特徴

1. 高齢者は、体調や老化自体で転倒、転落の危険（リスク）や病気が悪化し、加齢や障害の重さに比例して大きくなります。これは施設（入院生活）においても在宅生活でもほぼ等しく起こる危険性があります。紀伊の里では、最大限、入所の方々には個々の状態をできるだけしっかり把握して、転倒事故をおこさないよう努力していきますが、転倒ゼロというのはかなり困難であることのご理解をお願いいたします。また老健施設はリハビリ施設であることからリハビリを実施することにより、一時転倒の危険が大きくなることもあります。

尚、転倒し骨折の疑いがあれば、併設 ■■■ でレントゲンを撮り、骨折と診断された場合は、適切な医療機関で治療をうけて頂くことがあります。

2. 誤嚥・誤飲について高齢者の方は、普段飲み込む機能が悪くなくても、その日の体調などにより、誤嚥する危険（リスク）が高くなる時があります。誤嚥は、窒息の原因になりあっという間に命にかかわる事態がおこったり、誤嚥から肺炎を起こし、ひいては生命の危険につながる場合があります。■■■ では随時、専門職が毎日ご利用者の健康状態をチェックして、必要と判断すればその方の嚥下にふさわしい食事形態に変更させていただきます。

3. 新入所時、前のお医者さんから大量のお薬をもらってこられている方が多いですが、中には不必要な薬、過剰な抗精神剤（安定など）が投与されている場合があります。

■■■ では、主治医が適切に判断し、また、効果が同じで別のお薬に変更させていただく場合もあります。特に高齢者は多剤併用による副作用が多く、薬の種類を積極的に減らしています。不明な点は、主治医までお問い合わせ下さい。

4. ■■■ で養生中に、心不全や肺炎、その他、治療を要する病気を発症された場合は、速やかに ■■■ に入院していただき、治療をさせていただきます。より専門性を要する病気の場合は、その治療が可能な医療機関をご紹介します。

5. 老人保健施設は、在宅復帰を目指す施設です。ご家族にも、老人保健施設の理念を理解し、在宅復帰できる状態まで改善された場合、在宅復帰に是非ご協力くださいますようお願い申し上げます。

以上、了解しました。

令和 年 月 日

利用者 []
家族 []

イ) 説明における工夫や留意点、課題

- 入所時の説明
 - ・ 入所時には介護施設における事故として最多である転倒・転落の説明も行っているが、摂食嚥下機能の低下が一因となる窒息はただちに命の危険がある事故である。そのため、転倒・転落と摂食嚥下機能障害に関してどちらも最重要事項に位置づけて同程度の分量で説明している。
 - ・ 医療機関からの新規入所者が多いため、既往歴等からわかる情報から利用者に応じて重きを置く点は説明している。
- ご家族等への継続的な説明の実施
 - ・ 「重要事項説明書」を活用することで、説明事項をチェックすることができる。
 - ・ むせのエピソードや肺炎の発症等、摂食嚥下機能の低下や窒息のリスクの高まりが見られた利用者のご家族には、食形態の変更等こまめに連絡を取るようになっている。
 - ➔ R4システム版ICFステージングの値の変化を具体的に示して説明することもできる。
 - ・ より詳しい説明が求められた場合には、医師である施設長がご家族等への説明に対応している。さらに専門的な説明が求められる場合には、各専門職から説明を行うことはできるが、求められたことはない。
- ご家族のニーズ
 - ・ 利用者に口からの食事をしてほしいというご家族のニーズがある。リスクを説明した上であっても施設のアセスメント判断では難しい食形態の提供を望む場合には、別途その旨の承諾書を取得する場合がある。
 - ・ 摂食嚥下機能の低下による事故をゼロにすることは難しい中で、ご家族等から摂食嚥下や食事に係る苦情を受けた経験はある。
 - ・ 摂食嚥下機能に関する内容で、新規入所時や入所中の説明等で関わってきた方以外のご家族等から突然苦情が来たことはない。

事例２．施設Ｂ（調査実施日：令和７年３月１１日（金）１４時３０分～１６時）

令和６年１１月１日午前０時時点での施設Ｂの算定している施設類型、職員配置（常勤換算数）、入所定員、入所サービスの利用者数（実人数）、短期入所療養介護の利用者数（実人数）は下表のとおり。

１）施設概要

ア）算定している施設類型・職員配置・入所定員・入所サービスの利用者数等

算定している施設類型	超強化型			
職員配置 (常勤換算数)	医師	3.4 人	栄養士 (管理栄養士を除く)	0.0 人
	歯科医師	1.0 人	歯科衛生士	1.0 人
	看護職員	8.1 人	言語聴覚士	1.4 人
	介護福祉士	13.8 人	理学療法士	3.5 人
	介護職員 (介護福祉士を除く)	33.3 人	作業療法士	3.0 人
	管理栄養士	2.0 人	その他職員	5.2 人
入所定員	100 床			
入所サービスの利用者数（実人数）	89 人	短期入所療養介護の利用者数（実人数）	6 人	

イ）併設施設、連携医療機関の状況

- ・ 介護老人福祉施設を併設している。

ウ）利用者の要介護の状況

要介護認定	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５	区分変更（新規）申請中
人数	4 人	22 人	31 人	27 人	4 人	1 人

2) 摂食嚥下機能が低下している方の発生状況とその対応

ア) 利用者の嚥下や食事の状況

食事の提供状況（令和6年11月30日午前0時時点） ※併用している場合は当てはまる全ての選択肢にカウント	
経管栄養摂取者数	1人
うち、経鼻経管栄養の利用者数	0人
うち、胃ろうの利用者数	1人
うち、腸ろうの利用者数	0人
うち、間歇的口腔食道経管栄養法の利用者数	0人
静脈栄養摂取者数	0人
うち、中心静脈栄養の利用者数	0人
うち、末梢静脈栄養の利用者数	0人
嚥下機能に配慮した食事提供者数	60人
常食の提供者数	30人

- ・ 食事中は各テーブルに職員を点在して配置することで、死角を作らないようにしている。

イ) 実施しているトレーニングや特別な配慮・支援等及び関与する専門職、実施内容を採用した経緯

- ・ 摂食嚥下機能の状態や認知機能の状態等を総合的に踏まえてその人に合った嚥下訓練や環境調整等を実施している。
 - ➔ 認知機能の低下が重度の場合であっても、反復的な動きができる利用者であれば、摂食嚥下機能の維持や向上を目指すトレーニング等を実施できる可能性はある。
 - ➔ 認知機能の低下によりトレーニングを実施するまでに時間がかかる利用者の場合には、環境調整を中心に対応することがある。
- ・ 歯科衛生士を中心に、介護福祉士や介護職とともに毎日、口腔ケアを実施している。
 - ➔ うがいの姿勢が取りにくい利用者にはベッドの上で口腔ケアを実施する。
- ・ ミールラウンドは利用者の摂食嚥下機能の評価を実施するには最適な場である。
 - ➔ 多職種が携わることで、利用者の傾向をつかむ基礎情報になる。

ウ) ミールラウンドの実施状況及び関与する専門職

- 実施頻度
 - ・ 昼食時に実施している。
 - ・ 令和6年11月1日から令和6年11月30日までの1か月間の多職種によるミールラウンド実施人数は、12回以上（週3回以上）50人、1～11回（週3回未満）40人であった。
- 関与する専門職等
 - ・ 訪問診療の歯科医師も参画し、医師、看護職員、介護福祉士、介護職員、管理栄養士、歯科

衛生士、言語聴覚士、理学療法士、作業療法士等の多職種がチームとなり摂食嚥下機能の評価を実施している。

エ) 専門職間の役割分担、情報共有時の工夫や課題

- 訪問診療の歯科医師による摂食嚥下評価
 - ・ 週に1回、歯科医師がミールラウンドや嚥下内視鏡検査（VE）など摂食嚥下評価を実施している。
 - ・ 1週間分のミールラウンドの状況、口腔内サマリについて看護職、介護福祉士や介護職、管理栄養士、歯科衛生士等を交えて確認する。
 - ➔ 本人の食形態の希望を聞き取りながら、食形態の変更が可能な状態の利用者には嚥下内視鏡検査（VE）を実施し、利用者の「今」の摂食嚥下機能の状態を評価する。
 - ➔ 摂食嚥下機能に合わせた適切な食形態とし、嚥下訓練（直接訓練・間接訓練）を実施しながら、摂食嚥下機能の向上を目指す。
- 看護職員の視点から
 - ・ 内服薬による摂食嚥下機能への影響や全身状態に異常がないか確認し、医師に相談、報告する。
- 管理栄養士の視点から
 - ・ 食形態と摂取量が利用者にとって合ったものであるか確認する。
 - ➔ 多職種でのカンファレンスにて、食形態の変更が必要または可能と判断された利用者については、嚥下内視鏡検査（VE）による摂食嚥下機能の評価に基づき、実際に食形態を見直していく。
- 作業療法士の視点から
 - ・ 食事テーブルの高さが利用者に対して高い場合にシーティングやポジショニングの調整で対応できるよう、看護職や介護職にカンファレンスで共有している。
- 歯科衛生士の視点から
 - ・ 口腔内の状態や、入れ歯の状態、舌の動き、舌の汚れ、おしゃべり時の口の動き、食べる速度、咀嚼の回数を確認し、多職種で情報共有している。
 - ➔ 歯科受診が必要な利用者は、月に2回の歯科医師の訪問診療時に対応する。

オ) 嚥下調整食の提供状況、提供時における工夫や課題

● 嚥下調整食の提供状況

主食	○	米飯	○	軟飯	○	全粥
		その他の形態				

常食	○	常菜（カットなし）	○	常菜（1口大：1.5～2cm程度）		常菜（粗きざみ：1cm程度）
		常菜（粗きざみ：1cm程度）+とろみあん		常菜（きざみ：0.2cm程度）		常菜（きざみ：0.2cm程度）+とろみあん

軟菜食	○	軟菜食（カットなし）	○	軟菜食（1口大：1.5～2cm程度）		軟菜食（粗きざみ：1cm程度）
		軟菜食（粗きざみ：1cm程度）+とろみあん		軟菜食（きざみ：0.2cm程度）		軟菜食（きざみ：0.2cm程度）+とろみあん

軟菜食	○	やわらか食、ソフト食（押しつぶし可能なもの）	○	ミキサー食、ペースト食（不均質）		ミキサー食、ペースト食（均質）
		均質なゼリー、プリン、ムース		その他		

○印が提供可能な嚥下調整食

● 食形態の選定について

- ・ 摂食嚥下機能の維持、生活の質の向上のため、最終的には常食に近い食形態で摂取できることを見据えるよう職員全体で意識を持ち、一人一人の摂食嚥下機能に合わせた嚥下調整食を提供している。

● 水分摂取について

- ・ 食事以外の時間にとろみ付きの水分摂取を必要とする利用者には、介護福祉士、介護職員がその場で作って提供することや、作り置きを随時取り替えながら提供することで対応している。

● 新規入所者の施設での初回の食事提供について

- ・ 病院からの入所の場合には、入所前に支援相談員が病院から収集した情報を基にした食形態で提供する。
- ・ 在宅からの入所の場合には、入所前に支援相談員が同居のご家族や、ケアマネジャー等から収集した情報を基にした食形態で提供する。
- ・ ケアマネジャー等が関わっていない一人暮らしからの入所の場合、入所前の支援相談員による食形態の把握は難航する場合がある。

- 利用者の嗜好に合わせた食事提供

- ・ 摂食嚥下機能の低下している利用者であっても、氷状に固めた乳酸菌飲料やご家族に持ち込んでいただいた棒のついた飴で、味を楽しめるよう対応している。
- ・ 利用者の希望がある場合には、食べたいものを、摂食嚥下機能の状態に留意して食形態を検討した上で、提供することがある。
- ・ 利用者から食べたいものを聞き取り、ご家族に持ち込んでもらって提供することがある。
- ・ 利用者が希望するものを食べられているかどうか、常に表情を見ながら把握することが重要である。

力) 認知症高齢者への食事提供時の工夫や課題

- ・ 異食を防ぐ工夫として、スプーン等の持ち手や補助具のグリップは長いものを使用し、飲み込めないようにしている。

3) 誤嚥性肺炎、窒息の発生状況とその対応

ア) 発熱、誤嚥、誤嚥性肺炎、窒息の発生状況

- ・ 発熱の発生の原因が誤嚥によるものかどうか不明な場合もある。
- ・ 窒息をしかけて処置が必要となる事例は年間4～5件発生している。

イ) 発熱、誤嚥、誤嚥性肺炎、窒息の具体的な対応方法

- ・ 窒息しかけて処置が必要な場合には、看護職員が吸引を実施する。
- ・ 摂食嚥下機能に関連する事故及びヒヤリハット事例が発生した場合には、医師、歯科医師、看護師、介護福祉士、管理栄養士、言語聴覚士、理学療法士、作業療法士の多職種で共有して、食形態や食事姿勢の対応の見直しを検討する。
 - ➔ 見直した食形態や食事姿勢での対応開始から1か月後を目途に、再度摂食嚥下機能の評価を実施する。評価の結果から、改めて見直しが必要な場合には専門職間で検討する。
 - ➔ 評価の結果、対応に問題ない場合には、3か月ごとに作成するケアプランに摂食嚥下機能のモニタリングの実施を盛り込む。

ウ) ヒヤリハット事例の収集、共有する際の基準、再発防止策の検討や実践

- ヒヤリハット事例

- ・ 認知症利用者の窒息が1例あった。
 - ➔ 不穏行動の持続や強い帰宅願望で、転倒のリスクが高まっていたため内服薬（睡眠薬、向精神薬）の見直しを行い、向精神薬を増量した。
 - ➔ 服薬により眠気が強くなっていたため、多職種で食事場面の眠気の状態等の観察をしていた最中、窒息が発生した。
 - ➔ 迅速に吸引処置等を施行し、窒息死は免れた。
 - ➔ 全身状態の観察を行ない、回復するまで禁飲食とした。
 - ➔ 多職種でのカンファレンスを実施して対応を検討し、向精神薬を減量し、意識レベル、眠気の有無を確認した。その後、食事摂取ができる状態に回復した。

- 事故及びヒヤリハット事例の発生時の再発防止に向けた対応
 - ・ 1週間ごとに実施している入退所判定会議（多職種合同カンファレンス）で、職員全員に、直近で発生した事故及びヒヤリハット事例を周知している。
 - ・ 月に1回、介護保険請求事務の確認で専門職等が集まる際に、直近1か月間での事故及びヒヤリハット事例を含む施設の状況の総括を伝達している。
 - ・ 年に1回、事故及びヒヤリハット事例を報告書に取りまとめている。
 - ➔ 事例別の件数の報告や発生状況の傾向を記載している。
 - ➔ 職員に共有し、再発防止につなげている。

図表 VI-2 カンファレンス記録用紙

様式2-1

(6W1H…誰が、誰に、何を、いつ、どこで、なぜ、どのようにを用いて記載)

カンファレンス記録用紙(事故・ひやりはっと)

利用者名	○ ○ ○ ○		
開催日時	2025 年 1 月 1 日(水) (15:35~15:43)		
出席者	責任者:	記録者:	
発生前	利用者・職員の状況 利用者: おせちを食べていた 職員: 他利用者の食事介助をしていた		
発生時	利用者側の要因		
	車椅子から立ち上がることも多い (危機管理能力の低下) 欠損している歯も多い		
	職員側の要因		
	排泄状況の観察不足 食事介助をしていた側から背中を向けて食事をしていたため そのような状態がわかりにくかった (スーションからも見えにくい) 食音		
話し合いの内容			
・ 吸引物は固形食(伊達巻、魚、いちご)が吸引できた。 車椅子からの立ち上がりも多い ・ 歯もたない管食+普通食での飲水は注ができていないのでは? (17時の立ち上がりも多かった) ・ 最近帰宅希望は落ちついており寝ていることが多い。 現在 背中を向けて座っている。嫌なところも			
防止対策			
① 食事介助の変更(軟食+嚥下支援食) ② 服用のワエ4アピン1度(本薬) ③ 食事席の変更(1番 → 4番 △△△△と交換)			
対策開始日	2025 年 1 月 1 日	評価期間	1週間・2週間・ <u>1ヶ月</u> ・その他()

H30.5.1様式

- 研修の実施

- ・ 年に2回、施設内で、職員を対象に、事故防止に向けた研修を実施している。発生件数の多い事故を取り扱い、対策を学習したり、グループワークで事故の対策や対応への理解を深めたりしている。
 - ➔ 事故の発生時には必ず事故の内容を分析し、再発防止に向けた取組を検討する。
- ・ 研修内容については、取り扱うテーマを専門とする職種が中心となり、具体的な研修内容を準備して実施している。
 - ➔ 施設の医師による、誤嚥性肺炎についての講義を実施した。
 - ➔ 職員に対して、利用者が視覚情報がないままに食事介助を受けることや無理やり食事介助を受けることを想定した、実際に体験すると予想される内容についての研修を実施し、食事介助の質の向上を図った。

4) 摂食嚥下機能の測定方法

ア) 実施している摂食嚥下機能の評価及び関与する専門職

- 実施可能な摂食嚥下機能の評価

○	栄養状態の評価	○	口腔衛生状態の評価	○	咀嚼機能の評価
○	嚥下内視鏡検査 (VE)		嚥下造影検査 (VF)	○	反復唾液嚥下テスト (RSST)
○	改訂水飲みテスト (MWST)	○	フードテスト	○	頸部聴診
○	食後の咳の状況に関する評価	○	食後の痰の状況に関する評価	○	食事に対する認知機能や身体機能 (麻痺の状態等) の評価
○	生活の広がりに向けた評価		その他の方法での評価		

○印が施設で実施可能な摂食嚥下機能の評価

イ) 摂食嚥下機能の評価の実施のタイミング

- ・ 事故やヒヤリハット事例が発生し食形態を見直して1か月後に再評価を行っている。
- ・ ミールラウンドや多職種でのカンファレンスを経て食形態の検討の必要性がある利用者に対し、嚥下内視鏡検査 (VE) を実施している。
- ・ 評価項目の一つとして ICF ステージングを用いて、レーダーチャートで利用者の摂食嚥下機能の全体像をつかんでいる。

ウ) 専門職間の役割分担、情報共有時の工夫や課題

- 専門職の協働による食形態の変更

- ・ 新規入所者の施設での初回の食事場面は看護職、介護福祉士、介護職、管理栄養士、歯科衛生士、言語聴覚士等で観察し、その人の摂食嚥下機能に合った食形態で食事を提供できているかを確認する。
 - ➔ 多職種が食事場面の観察で食形態をより常食に近いものにできると見込んだ場合には、後日ミールラウンドにより食形態の変更が可能かどうか判断する。ミールラウンドで食形態の変更が可能だと見込まれる場合には、嚥下内視鏡検査 (VE) を実施し、適切な食形態を

検討する。

➔ より安全な食形態にする必要があると判断した場合には、多職種で食形態の検討を行う。

5) ハイリスク高齢者への説明の方法

ア) 説明を実施する対象、タイミング、説明の方法や内容

- 入所前～入所時
 - ・ 全ての利用者及びご家族に対して、転倒や窒息、誤嚥等の考えられるリスクを説明している。
 - ・ 入所前には支援相談員による説明を実施している。
 - ・ 入所時には医師を含めた多職種で説明を行っている。
 - ・ 支援相談員はマニュアルに沿って説明を実施するが、個別の病歴等を把握する中で、その人に応じた説明を加えている。
- 状態の変化があったとき
 - ・ 入所後、病気の発症や病態の変化が見られたとき、食形態の変更の必要性や転倒の可能性が高まっているとき、認知症が急激に進行しているとき等には、ご家族に来所いただき、説明している。
- その他
 - ・ ケアプランの作成時等にも随時説明を行っている。

イ) 説明における工夫や留意点、課題

- 入所前～入所時の説明
 - ・ 予想していない状況が発生すると、ご家族の動揺は大きいものになってしまう。高齢者の病態は急激に変化する場合があり得るため、入所時から転倒や骨折、誤嚥や窒息等が起り得ることを説明しておくことが重要である。
 - ご家族等への継続的な説明の実施
 - ・ 利用者の状態だけでなく、ご家族の心情もまた刻々と変化していくものであり、施設職員は、状況の変化に応じた説明を継続的に実施していくことが必要である。
 - ・ ご家族の目線に合わせたコミュニケーションを常日頃から心掛け、施設職員が一丸となってご家族と関係を構築することが、突発的な対応が迫られる場面での施設の対応に対するご家族の納得感につながると考えている。
 - 多職種での説明の実施
 - ・ 病状の変化や事故及びヒヤリハット事例の発生があったとき等には、第一に医師がご家族へ説明するが、医師は退席しその他専門職等（看護職、介護福祉士や介護職、言語聴覚士、理学療法士、作業療法士、管理栄養士、支援相談員）が順に説明することになっている。これは、医師に対して本心・本音を物語ることができないケースが少なからずあると考えるからである。
- ➔ 一方的な説明にとどまってしまうと、ご家族の本心や不安を把握し解消に努めることが難しい。

- ➔ 医師とその他職種での認識をすり合わせて、ご家族の理解度を確認し、必要に応じて更なる説明を検討する。
- ・ 看取りを含めた予期せぬ事態への対応について、主治医だけで決定するのではなく、本人の意思を第一に尊重できるよう、また、ご家族の意向も受け入れられるよう、施設職員はチームとして共通認識のもとで、ご家族と共に繰り返しコミュニケーションを取ることが大切である。
- 支援相談員の役割について
 - ・ 入所前のヒアリングからご家族との窓口となり、ご家族と長い時間接するのが支援相談員である。
 - ・ 常にご家族とコミュニケーションを取り続けるには、支援相談員の役割が不可欠である。
- 面会時の食事やリハビリテーションの見学・動画を活用した説明
 - ・ 摂食嚥下機能の低下している利用者への嚥下訓練や食形態の変更、環境調整等の対応についてご家族のご理解を得るため、面会時に食事やリハビリテーションを見学してもらったり、食事場面の動画を示したりしている。
 - ➔ 繰り返し経過を報告することで、ご家族に正確な病状認識を持ってもらい、納得を得ていく。
 - ・ 歯科医師の訪問診療日とご家族の面会日が合わない場合には、歯科医師が電話で摂食嚥下機能の状態を説明するほか、嚥下内視鏡検査の録画を使って看護職や歯科衛生士、言語聴覚士等がご家族に摂食嚥下機能の説明を行うことがある。

ウ) 説明内容を採用した経緯

- ・ 施設開設から長年経過し、ご家族の認識と施設の見解に齟齬が生じている場面があったため、施設が一丸となり継続的な説明を行う体制になった。

事例3. 施設C（調査実施日：令和7年3月13日（木）14時～15時30分）

令和6年11月1日午前0時時点での施設Cの算定している施設類型、職員配置（常勤換算数）、入所定員、入所サービスの利用者数（実人数）、短期入所療養介護の利用者数（実人数）は下表のとおり。

1) 施設概要

ア) 算定している施設類型・職員配置・入所定員・入所サービスの利用者数等

算定している施設類型	強化型			
職員配置 (常勤換算数)	医師	1.4人	栄養士 (管理栄養士を除く)	0.0人
	歯科医師	0.0人	歯科衛生士	0.0人
	看護職員	10.85人	言語聴覚士	1.2人
	介護福祉士	17.3人	理学療法士	2.0人
	介護職員 (介護福祉士を除く)	5.75人	作業療法士	1.0人
	管理栄養士	3.0人	その他職員	9.2人
入所定員	81床			
入所サービスの利用者数（実人数）	72人	短期入所療養介護の利用者数（実人数）	4人	

イ) 併設施設、連携医療機関の状況

- ・ 同一法人の内科と連携している。

ウ) 利用者の要介護の状況

要介護認定	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	区分変更（新規）申請中
人数	11人	20人	16人	19人	6人	0人

2) 摂食嚥下機能が低下している方の発生状況とその対応

ア) 利用者の嚥下や食事の状況

食事の提供状況（令和6年11月30日午前0時時点） ※併用している場合は当てはまる全ての選択肢にカウント	
経管栄養摂取者数	0人
うち、経鼻経管栄養の利用者数	-
うち、胃ろうの利用者数	-
うち、腸ろうの利用者数	-
うち、間歇的口腔食道経管栄養法の利用者数	-
静脈栄養摂取者数	0人
うち、中心静脈栄養の利用者数	-
うち、末梢静脈栄養の利用者数	-
嚥下機能に配慮した食事提供者数	11人
常食の提供者数	18人

イ) 実施しているトレーニングや特別な配慮・支援等及び関与する専門職、実施内容を採用した経緯

- リハビリテーションについて
 - ・ 入所後3か月間は毎日リハビリテーションを実施できる。
 - ➔ 呼吸や咳等摂食嚥下機能に関連する身体機能向上の訓練を含んだ内容で実施している。
- 服薬について
 - ・ 認知症の利用者を中心に、睡眠導入剤や精神安定剤等の摂食嚥下機能に影響する服薬がある利用者が入所している。
 - ➔ 入所後に初めて服薬する利用者については、特に朝食の摂取状況に留意している。
 - ➔ 服薬の影響が強い場合には、看護師及び医師で相談し、服薬の調整を実施したことがある。
- 口腔ケアについて
 - ・ 看護職、介護福祉士や介護職員、言語聴覚士が口腔ケアを実施している。歯科治療が必要な利用者に対して、近隣の歯科医師が訪問診療を実施している。
 - ➔ 看護師は終末期で全身状態のリスク管理が必要な利用者の口腔ケアを実施している。
 - ➔ 介護福祉士や介護職員は、食事フロアで摂食できる利用者のうち口腔ケアが必要な方に対して、食後に実施している。
 - ➔ 言語聴覚士は、摂食嚥下機能が低下している利用者や口腔内の汚れが目立つ利用者、出血が見られる利用者に口腔ケアを実施している。
 - ・ 歯科医師による研修を実施したところであり、法改正に伴って口腔ケアを強化していきたいと考えている。

ウ) ミールラウンドの実施状況及び関与する専門職

- ・ 週3回以上、利用者のうち4分の1程度を対象にミールラウンドを実施している。多職種からの情報を共有することで、より最適な食事環境の調整、提供ができる。
- ・ 看護職員、介護福祉士、看護職員、管理栄養士、言語聴覚士等が関与している。

エ) 嚥下調整食の提供状況、提供時における工夫や課題

● 嚥下調整食の提供状況

主	○	米飯	○	軟飯	○	全粥
食	○	その他の形態の主食	(ソフト粥、ペースト粥、おにぎり)			

常	○	常菜（カットなし）		常菜（1口大：1.5～2cm程度）	○	常菜（粗きざみ：1cm程度）
食		常菜（粗きざみ：1cm程度）+とろみあん	○	常菜（きざみ：0.2cm程度）	○	常菜（きざみ：0.2cm程度）+とろみあん

軟	○	軟菜食（カットなし）	○	軟菜食（1口大：1.5～2cm程度）	○	軟菜食（粗きざみ：1cm程度）
菜	○	軟菜食（粗きざみ：1cm程度）+とろみあん	○	軟菜食（きざみ：0.2cm程度）	○	軟菜食（きざみ：0.2cm程度）+とろみあん

軟	○	やわらか食、ソフト食（押しつぶし可能なもの）	○	ミキサー食、ペースト食（不均質）		ミキサー食、ペースト食（均質）
菜	○	均質なゼリー、プリン、ムース	○	その他	(高カロリーゼリー・メイバランス (ソフト))	

○印が提供可能な嚥下調整食

- ・ 日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類 2021 を参照しながら、利用者の摂食嚥下機能の状態に応じて臨機応変に調整し、提供している。
- ・ ターミナルケアでは、ご家族から希望があり了解を得られた場合にのみ、摂食嚥下機能に配慮した味を楽しむために経口摂取できるものを提供することがある。
➔ 例：アイスクリーム、ゼリー、果物を砕いたもの
- ・ 食事場面では必ず2～3人の職員を配置している。
➔ むせが多い、傾眠傾向が強い等の普段と様子の異なる利用者がある場合には、職員がすぐに言語聴覚士等の多職種に報告する。
➔ その日の昼食時や夕食時に言語聴覚士を中心に多職種で観察し、食形態の変更を検討する。

オ) 認知症高齢者への食事提供時の工夫や課題

- ・ 食事に集中出来る環境調整(座席の位置・テレビを消すなど)、見た目で何かわからないときは、配膳時にメニューを説明する(刻み・ペースト状)

3) 誤嚥性肺炎、窒息の発生状況とその対応

ア) 発熱、誤嚥、誤嚥性肺炎、窒息の発生状況

- ・ 誤嚥性肺炎は5人発生しており、うち、誤嚥性肺炎の既往のある利用者が4人であった（令和6年9月1日～令和6年11月30日）。

イ) 発熱、誤嚥、誤嚥性肺炎、窒息の具体的な対応方法

- ・ 誤嚥性肺炎等を発症した利用者は、施設内で対応するほか、過去には必要に応じて病院と連携し入院する場合があった。

ウ) ヒヤリハット事例の収集、共有する際の基準、再発防止策の検討や実践

● 掲示による予防

- ・ 認知症の利用者等の誤嚥や異食の恐れのある危険な薬剤や物質と対処方法を一覧にして掲示している。

図表 VI-3 異食早見表

吐かせる物		吐かせない物	
異食物	対応法	異食物	対応法
・洗剤（台所、洗濯） 毒性2	・大量に異食した場合は吐かせた後受診する。	・洗剤（トイレ、排水、カビ取り、換気扇用など） 毒性4	・牛乳、又は卵白を飲ませる。 ・濃い液を飲んだ場合はすぐに受診する。
・化粧水 毒性2		・漂白剤（塩素系、酸素系） 毒性4	・牛乳、又は卵白を飲ませる。 ・酸性（炭酸や酢など）は飲ませてはいけない。 ・濃い液を飲んだ場合
・香水 毒性2	・大量の場合は吐かせ、牛乳、又は卵白を飲ませる。 症状あれば受診する。	・乾燥剤（生石灰） 毒性3	・牛乳、又は卵白を飲ませる。
・シャンプー 毒性2		・乾燥剤（塩化カルシウム、シリカケル） 毒性4	・牛乳、又は卵白を飲ませる。 ・症状があればすぐに受診する。
・ウェットティッシュ ・ティッシュ 毒性1	・大量の場合やビニールを飲み込んだ時は受診する。 それ以外は様子観察。	・義歯洗浄剤 毒性2	・牛乳、又は卵白を飲ませる。
・紙オムツ 毒性1	・受診、又は100%オムツを飲み込んだ場合は牛乳を飲ませる。	* 強アルカリ時 * 毒性3	・酸性（炭酸や酢など）は飲ませてはいけない。
* 注意事項 * ①まず意識や呼吸の状態を調べ、必要なら気道の確保や心肺蘇生を行う。 ②次に本人の様子、嘔吐の有無や臭い、散らばっている容器などを見て、何を異食したのかを確認する。 ③何を飲んだか分からない時や、毒性の強い物を飲んだ時、すでに症状が出ている場合はすぐに医師を呼ぶか、119番通報し救急隊を要請する。また、その際には容器や飲み残し、嘔吐物なども医師や救急隊に見せる。		・シャンプー 毒性2	・大量の場合は吐かせ、牛乳、又は卵白を飲ませる。 症状あれば受診する。
		・芳香剤 毒性2	・経過観察。 ・症状があればすぐに受診する。
		* メタノール入り * 毒性4	
		・口紅、リップクリーム 毒性1	
		・乳液、クリーム 毒性1	・水を飲ませる。 ・吐気、嘔吐あれば受診する。
		* 医師、救急隊に伝える事 * ・何をどのくらい飲んだのか。 ・飲んでからの経過時間。 ・周囲の状況報告。 ・呼吸困難や咳、嘔吐の有無。 ・認知症やうつ傾向の有無。 ・普段服用している薬。	

- 朝礼・終礼での事故及びヒヤリハット事例の共有
 - ・ 入所フロアを中心に実施している朝礼及び終礼で、食事場面での事故やヒヤリハット事例があれば必ず報告する。
 - ➔ 食事場面での報告はほとんどなく、転倒や転落の報告が最も多い。
- 事故防止対策委員会での取組
 - ・ 各部署から担当者が集まり、ヒヤリハット事例を報告して再発防止に向けた検討を実施する。
 - ➔ 例：誤嚥、異食等

ア) 実施している摂食嚥下機能の評価及び関与する専門職

○	栄養状態の評価	○	口腔衛生状態の評価	○	咀嚼機能の評価
	嚥下内視鏡検査（VE）		嚥下造影検査（VF）	○	反復唾液嚥下テスト（RSST）
○	改訂水飲みテスト（MWST）	○	フードテスト	○	頸部聴診
○	食後の咳の状況に関する評価	○	食後の痰の状況に関する評価	○	食事に対する認知機能や身体機能（麻痺の状態等）の評価
○	生活の広がりに向けた評価		その他の方法での評価		

イ) 摂食嚥下機能の評価の実施のタイミング

- ・ 相談員・ケアマネジャーが入所前に収集した情報を「実態調査表」にまとめ、入所フロアの各専門職等に共有する。

➔ 各専門職等が入所当日以降に「実態調査表」と実際の利用者の状態像に差異がないか確認しながら対応する。

実 施 調 査 表										R
ふりがな			氏 名		男・女	生年月日 M・T・S 年月日		年 齢		
住 所			TEL							
家族 連絡先	氏名		続柄		住所		TEL (携帯)			
要介護度		要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5								
身 体 状 況										
病歴経過										
かかりつけ医		名称		主治医		Dr.				
薬物・植物 アレルギー		無 ・ 有 ・								
感染症		無 ・ 有 ・								
医療行為		☐ 酸素療法 ☐ 気管切開 ☐ 透 析		☐ 褥瘡 ☐ 胃瘻 ☐ その他		(部位： □ ストーマ				
留意事項										
日常生活自立度 判定基準		寝たきり度 認知症度		J1 2 A1 2 B1 2 C1 C2		自立 I IIa b IIIa b IV M				
認知症の 症状										

生活圏と現在の暮らし方		家族状況	
性別及び 生活上の 特徴		興 味	
入所への 意向		備 考	
麻 痺	無 ・ 有	右 手 左	右 足 左
拘 縮	無・有：□肩 □肘 □腕 □膝 □足 □その他		
嚥 下			
起き上り			
座位保持			
立ち上がり			
立位保持			
移 乗			
移 動			
入 浴			
排 尿	用具使用有()・無		
排 便	排便開始		
視 力			
聴 力			
食 事	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助 ・箸 ・スプーン		
	食事量：		
	形態 ・米飯・おにぎり・軟飯・全粥・ソフト粥 ・常食・荒粥み・ケサミ・ソフト		
	制限の有無： 無 ・ 有 難いなもの： 無 ・ 有 備前： 無・有 ・ 部分		

- 入所当日（遅くとも入所翌日）・再入所時
 - ・ 入所前の聞き取り情報や多職種からの情報共有を基に言語聴覚士が中心となり摂食嚥下機能の評価を実施する。看護職や介護福祉士、介護職員が立ち会うこともある。
 - ➔ 看護師から、利用者の入所当日の全身状態や医学的な情報を共有する。
 - ➔ 介護福祉士や介護職員、理学療法士、作業療法士から、利用者の入所当日の身体機能やADLの状態を共有する。
 - ・ 評価を基に、食形態と水分摂取の方法を決定する。
- 作業療法士、理学療法士による摂食嚥下機能に関連する身体機能の評価
 - ・ 握力や歩行等の摂食嚥下機能に関連する身体機能の評価は、全ての利用者に対して、入所後初回のリハビリテーション時と3か月後にそれぞれ1回ずつ実施している。

ウ) 専門職間の役割分担、情報共有時の工夫や課題

- 専門職間の役割分担、情報共有時の工夫や課題
 - ・ その日の介護・看護のリーダーには直接口頭で伝達、電子カルテにも記載している。より重要性が高いものには、テーブルや居室内に、貼り紙したケースもある。

5) ハイリスク高齢者への説明の方法

ア) 説明を実施する対象、タイミング、説明の方法や内容

- ・ 入所時、ケアプラン作成時、体調変化時にはケアマネジャーが窓口となり説明を実施する。
- ・ 利用者を中心に説明を行い、認知機能の低下が見られる利用者については、ご家族も交えて説明する。
 - ➔ 否定的な反応は少ない。
 - ➔ 入所前に在宅介護していたご家族等から、食形態についての相談や質問があった。

イ) 説明における工夫や留意点、課題

- 入所時
 - ・ 入所時には、ケアマネジャーが利用者、ご家族に命にかかわる内容を説明する。
 - ・ 日頃の意思疎通が適切な理解につながるため、ご家族と最も接する機会が多いケアマネジャーが中心となってこまめにコミュニケーションを取ることが重要である。
- 専門職によるアセスメントや対応の説明
 - ・ ケアマネジャーが窓口となり、専門職からの説明内容をご家族に伝達する。
 - ➔ 例：言語聴覚士による摂食嚥下機能の評価や食形態の決定の経緯について
 - ・ 医師や看護師から直接聞きたいと希望があった場合には、各専門職が説明する。
 - ➔ 例：医師による病状説明
- ご家族との日頃からのコミュニケーション
 - ・ ご家族の強い意向があった場合にできるだけ取り入れながら、希望する食形態に対応したいと考えている。理解に齟齬が生じないよう、ケアマネジャーが中心となりコミュニケーションを取るようにしている。
 - ・ 体調の変化が少しでも見られた場合にはご家族に電話で連絡する。
- 看取りの対応体制について
 - ・ ご家族の意向に沿った状況の説明を実施するよう心掛けている。

事例4. 施設D（調査実施日：令和7年3月14日（金）10時30分～11時30分）

令和6年11月1日午前0時時点での施設Dの算定している施設類型、職員配置（常勤換算数）、入所定員、入所サービスの利用者数（実人数）、短期入所療養介護の利用者数（実人数）は下表のとおり。

1) 施設概要

ア) 算定している施設類型・職員配置・入所定員・入所サービスの利用者数等

算定している施設類型	超強化型			
職員配置 (常勤換算数)	医師	2.0人	栄養士 (管理栄養士を除く)	0.0人
	歯科医師	0.0人	歯科衛生士	1.0人
	看護職員	14.4人	言語聴覚士	1.0人
	介護福祉士	40.0人	理学療法士	4.0人
	介護職員 (介護福祉士を除く)	2.0人	作業療法士	3.0人
	管理栄養士	3.0人	その他職員	4.0人
入所定員	120床			
入所サービスの利用者数（実人数）	114人	短期入所療養介護の利用者数（実人数）	2人	

イ) 併設施設、連携医療機関の状況

- ・ 回復期リハビリテーション病棟（床）、障害者施設等病棟、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

ウ) 利用者の要介護の状況

要介護認定	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	区分変更（新規）申請中
人数	14人	19人	34人	36人	11人	0人

2) 摂食嚥下機能が低下している方の発生状況とその対応

ア) 利用者の嚥下や食事の状況

食事の提供状況（令和6年11月30日午前0時時点） ※併用している場合は当てはまる全ての選択肢にカウント	
経管栄養摂取者数	7人
うち、経鼻経管栄養の利用者数	0人
うち、胃ろうの利用者数	7人
うち、腸ろうの利用者数	0人
うち、間歇的口腔食道経管栄養法の利用者数	0人
静脈栄養摂取者数	2人
うち、中心静脈栄養の利用者数	0人
うち、末梢静脈栄養の利用者数	2人
嚥下機能に配慮した食事提供者数	72人
常食の提供者数	35人

イ) 実施しているトレーニングや特別な配慮・支援等及び関与する専門職、実施内容を採用した経緯

- リハビリテーション専門職種の関わりについて
 - ・ 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士にて呼吸・排痰練習、ポジショニング、シーティング、食具の検討、食事環境の設定と介護職員への介助移乗を実施している。
 - ・ 介護職員が主体となつての朝の体操などを実施している。
- 口腔ケアラウンドについて
 - ・ 多職種が、口腔ケアのデモンストレーションに同席して口腔ケアの方法を習得し、歯科衛生士がその実施状況を評価し、フィードバックするサイクルを「口腔ケアラウンド」と呼び、実施している。
 - ・ 口腔ケアラウンドの目的は、口腔内の状態に起因する誤嚥性肺炎のリスクを抑えることである。
 - ・ 口腔ケアラウンドの対象となる利用者は、摂食嚥下機能の低下が見られる利用者、誤嚥性肺炎の既往のある利用者、口腔内の状態から誤嚥性肺炎のリスクが高い利用者等を対象に日常のケア業務から歯科衛生士と介護職員によって選定している。
 - ・ 口腔ケアのデモンストレーションの実施
 - ➔ 多職種が利用者一人に対して2、3回、介護福祉士と歯科衛生士による口腔ケア場面への同席の機会を設け、一人でも多くの職員が利用者一人ひとりの実際の口腔ケア場面を共有できる場を設けている。
 - ・ 口腔ケアの実施後の効果の評価
 - ➔ デモンストレーションから1週間以内に、習得した口腔ケアが十分に実施されているかどうか、歯科衛生士が見て回って確認し、口腔ケアの実施者にフィードバックする。

ウ) ミールラウンドの実施状況及び関与する専門職

- 栄養マネジメント強化加算
 - ・ 各棟の担当管理栄養士が週 5 回、ミールラウンドを実施している。
- 経口維持加算（Ⅰ）・経口維持加算（Ⅱ）
 - ・ 管理栄養士、歯科衛生士、言語聴覚士を中心に、介護職員等が月 1 回、加算の対象者にミールラウンドを実施している。
- 情報共有
 - ・ 実施当日のミーティングでの共有及び記録の回覧を実施し、全ての職種がミールラウンドの情報を確認している。

エ) 専門職間の役割分担、情報共有時の工夫や課題

- 食事場面の観察について
 - ・ 看護・介護職員は食事ごと、管理栄養士、歯科衛生士、言語聴覚士は昼食時にいずれかの療養棟に介入し観察している。理学療法士、作業療法士等はリハビリテーション担当者を主に観察している。
 - ➔ 観察時の気づいたことは全職種が集まるミーティングで内容を共有し、対応等検討する
- 経口維持計画書について
 - ・ 管理栄養士が 3 か月に 1 回、多職種によるミーティング等の情報を活用しながら、経口維持計画書を作成している。
- 多職種によるミーティング
 - ・ 全職種が一丸となり、利用者の食事に関わる専門的な評価や確認した状態像を施設作成の「経口維持計画」の「経口による継続的な食事の摂取のための支援の視点」に記録し、ミーティングで協議し、「経口維持計画」の「気づいた点・アドバイス等」に記録する。
 - ・ 専門職ごとの観点の例はつぎのとおり。
 - ➔ 看護師は、痰の状態や病状、排便コントロール、内服薬等について。
 - ➔ 理学療法士は、座位耐久性や座位姿勢、体力面等について。
 - ➔ 作業療法士は、食事動作に係る身体機能・認知機能の評価について。
 - ➔ 社会福祉士は、入所前の食生活に関する情報や、施設や在宅などの退所先で提供可能な食形態、介護体制について。
- 摂食嚥下機能の低下している利用者への多職種連携
 - ・ 摂食嚥下機能が低下しており、誤嚥・誤嚥性肺炎・窒息のリスクの高い利用者には、摂食嚥下機能の評価に基づきながら、医師の指示を仰ぎ、食形態や環境調整等を実施する。
 - ・ 摂食嚥下機能を含めた状態の変化について、医師への報告や多職種で共有する頻度を増やして対応する。
- 施設や在宅復帰時の引継ぎについて

- ・ 施設入所前、在宅復帰前に全ての職種から情報共有を行う。
 - ・ 施設内の訪問看護等を利用して在宅復帰を予定している利用者については、担当者がリハビリテーションを見学し、在宅復帰に向けたリハビリテーションの経過の情報共有を行う。
 - ・ 在宅復帰予定者のうち、特にリスクの高い方等（在宅復帰時と食事形態の設定や環境が変わる方）は外部サービスの担当者にも摂取状況を見学していただいている（その際外部の担当者やご家族の同意を得て動画撮影）。
- 施設や在宅復帰時の食形態の引継ぎについて
 - ・ 移行先に合わせた食形態に可能な限り調整する。
 - ➔ 食事に関する移行先施設の対応を確認し、当施設での設定が移行先施設で可能であるかの確認を行っている。
 - ➔ 例えば嚥下調整食に対応しているか、栄養補助食品は何を使用しているか、栄養補助食品を使用した場合、入所者に別途負担金が発生するか等
 - ➔ 在宅復帰の方で食事形態の工夫が必要な方、以前の食事形態と異なる方は調理練習を実施。
 - ・ 在宅復帰時には、食事に起因する誤嚥や誤嚥性肺炎、窒息等の発生のリスクを訪問看護等サービスの担当者と情報共有したり訪問に同行したりして、訪問看護等サービスの内容の検討に関与する場合がある。
 - ・ 移行先施設に管理栄養士等が訪問し、食事摂取状況や設定した環境に関し、確認することがある。
 - 施設や在宅復帰時の口腔ケアの引継ぎについて
 - ・ 移行先の施設で歯科専門職が常勤でいることは少なく、引継ぎには課題がある。
 - ・ 移行先施設の看護職員や介護職員等が見学に来た際に、口腔ケアの方法やポイント、口腔内状況を伝える。
 - ・ 在宅復帰時には、ご家族等の介護者に直接的な指導を複数回行い、利用者が実施できる部分は利用者で実施できるようにする。
 - ・ 在宅復帰をする胃ろうの利用者や、継続的に歯科治療や口腔管理が必要な利用者等には、ケアマネジャーと相談しながら、訪問歯科の利用を提案する。
 - ➔ 訪問歯科を利用する場合、書面に加え、伝わりにくい場合は、訪問歯科と直接やりとりを重ねて、口腔管理についての情報共有を行う。

オ）嚥下調整食の提供状況、提供時における工夫や課題

- 嚥下調整食の提供状況

主食	○	米飯	○	軟飯	○	全粥
	○	その他の形態の職種	(酵素入りミキサー粥)			

常食	○	常菜（カットなし）	○	常菜（1口大：1.5～2cm程度）	○	常菜（粗きざみ：1cm程度）
----	---	-----------	---	-------------------	---	----------------

	○	常菜（粗きざみ：1cm 程度）+とろみあん	○	常菜（きざみ：0.2cm 程度）	○	常菜（きざみ：0.2cm 程度）+とろみあん
--	---	-----------------------	---	------------------	---	------------------------

軟菜食	○	軟菜食（カットなし）	○	軟菜食（1口大：1.5～2cm 程度）	○	軟菜食（粗きざみ：1cm 程度）
	○	軟菜食（粗きざみ：1cm 程度）+とろみあん	○	軟菜食（きざみ：0.2cm 程度）	○	軟菜食（きざみ：0.2cm 程度）+とろみあん

軟菜食	○	やわらか食、ソフト食（押しつぶし可能なもの）	○	ミキサー食、ペースト食（不均質）	○	ミキサー食、ペースト食（均質）
	○	均質なゼリー、プリン、ムース		その他		

○印が提供可能な嚥下調整食

カ) 認知症高齢者への食事提供時の工夫や課題

- ・ 認知症高齢者の摂取状況として、1つの皿のものばかり食べる、食べるスピードが速い、取りこぼしが多い、口いっぱいにつめこむ、異食する、注意がそれ食事を中断する、自分で食べられない等が挙げられる。
- ・ 上記に対する工夫としてつぎのようなものが挙げられる。
 - ➔ 席の配置の検討、色の判別がつきやすいような食器を使用する、人の少ない時間に変える、少量ずつ食べられるよう大皿の副食を小鉢に小分けして提供する、食器や食事の品数に混乱して適切な食事行動に結びつかない場合は、情報量をシンプルにする、食べる工程が複雑なもの（例：たれを付けて食べる）は食べやすくする（例：たれをはじめからかけておく）、食べにくい形状のもの（例：麺類）は切って提供する、道具（箸・スプーン）がうまく使えない場合は持ち方を修正しながら動作を促す、異食がないよう机の上にもものを置かない、食事に付加した食べ物以外のもの（例：バラン・レモンの皮）は外す、等の環境設定を行っている。

3) 誤嚥性肺炎、窒息の発生状況とその対応

ア) 発熱、誤嚥、誤嚥性肺炎、窒息の発生状況

- ・ 誤嚥は2名発生した。誤嚥の既往や食事起因する誤嚥を含む（令和6年9月1日～令和6年11月30日）。
- ・ 誤嚥性肺炎の既往のある利用者1名の誤嚥性肺炎の発生があり、施設内で対応した。

イ) 発熱、誤嚥、誤嚥性肺炎、窒息の具体的な対応方法

- 対応体制
 - ・ 施設内でバイタルサインや意識状態の確認、吸引、タッピング、気道確保、異物除去を実施することができる。
 - ・ 施設内での対応が困難な場合には、連携病院に連絡して搬送することや、救急搬送を行う。
 - ・ 誤嚥が発生した場合には、その発生状況を確認、記録し、全職種で共有する。言語聴覚士は医師の指示のもと摂食嚥下機能の評価を実施する。
- マニュアルの整備
 - ・ 感染症や肺炎等が発生した場合の対応が記載されたマニュアルを併設病院と共有している。
 - ・ 言語聴覚士は摂食嚥下機能に関するマニュアルを併設病院と共有している。

ウ) ヒヤリハット事例の収集、共有する際の基準、再発防止策の検討や実践

- ヒヤリハット事例の収集・報告
 - ・ 「起こりそうになったこと」まで含め、ヒヤリハット事例は全て報告する。
 - ・ ただちに命にかかわる内容ではないとしてもヒヤリハット事例を収集・報告することは予防の観点から重要である。
 - ➔ 利用者への予防的な介入や予防できる体制の構築につなげる。
 - ➔ 多く報告されたヒヤリハット事例は、研修の中で職員自ら分析し対応策を検討するようにしている。
- 研修の実施
 - ・ 摂食嚥下機能に関連する内容を取り扱う研修は、毎年1、2回実施している。入所部門全員受講必須の研修と位置づけている。
 - ・ 主に新卒と中途の方に、歯科衛生士と言語聴覚士が直接摂食嚥下機能に関する講義を行い、施設内で食事介助のポイントに関する講義や食事介助練習を実施している。
 - ・ 新人研修の中でも摂食嚥下機能に関する内容を取り扱っている。
 - ・ 入職1、2年目の介護福祉士、介護職員には積極的に外部研修を受講するよう指導している。
 - ・ 外国人介護職員へのデモンストレーションは介助の実践に入る前のタイミングで介護福祉士または言語聴覚士で介助実践体験を行う。学生時からアルバイトとして勤務している外国人介護職員は、あらかじめ介助する利用者を決め介護福祉士もしくは言語聴覚士等で食事介助練習を行う。（内容はその方の嚥下機能や問題点、介助ポイント、設定した食事環境に関する説明）
 - ・ 看護師、介護福祉士、栄養士等を目指す学生向けに、依頼がある場合、例えば言語聴覚士が実施するのであれば、介護老人保健施設での言語聴覚士の業務紹介、言語聴覚士と介護・栄

養士等との介護老人保健施設での関わりや取組、食事介助ポイント、多職種協働等を扱う講義を行う。

- 予期せぬ誤嚥・誤嚥性肺炎・窒息の発生への再発防止策の検討
 - ・ 誤嚥・誤嚥性肺炎・窒息や転倒等、予期せぬ事態が発生した場合には、施設内で経過を振り返り、状態像に応じた対応策を分析して再発防止につなげるよう検討する。

4) 摂食嚥下機能の測定方法

ア) 実施している摂食嚥下機能の評価及び関与する専門職

- 実施可能な摂食嚥下機能の評価

○	栄養状態の評価	○	口腔衛生状態の評価	○	咀嚼機能の評価
	嚥下内視鏡検査 (VE)	○	嚥下造影検査 (VF)	○	反復唾液嚥下テスト (RSST)
○	改訂水飲みテスト (MWST)	○	フードテスト	○	頸部聴診
○	食後の咳の状況に関する評価	○	食後の痰の状況に関する評価	○	食事に対する認知機能や身体機能 (麻痺の状態等) の評価
○	生活の広がりに向けた評価	○	その他の方法での評価		

○印が施設で実施可能な摂食嚥下機能の評価

イ) 摂食嚥下機能の評価の実施のタイミング

- 認知機能の評価について
 - ・ 入所から3か月までは毎月、それ以降は3か月に1回、精査可能全ての利用者は長谷川式簡易知能評価スケール判定基準、ミニメンタルステート検査を実施する。
 - ・ 認知機能の低下が見られる利用者には、随時検査するが、摂食状態の何らかの変化 (自分で食べなくなった、手づかみで食べる等) のタイミングでも検査を実施する。
 - ・ 利用者によって、その他の認知機能の評価と併せて総合的に認知機能面の評価を行う。

ウ) 専門職間の役割分担、情報共有時の工夫や課題

- ・ 併設病院で、併設病院の医師、施設の医師と施設の言語聴覚士が嚥下造影検査 (VF) を実施し、多角的にディスカッションする。ケースによっては、歯科衛生士、管理栄養士も同席することがある。
- ・ 併設病院の歯科外来の歯科医師と、施設の歯科衛生士は密に連携して口腔衛生状態や入れ歯の状態等の情報共有をしている。

5) ハイリスク高齢者への説明の方法

ア) 説明を実施する対象、タイミング、説明の方法や内容

- ・ 利用者・ご家族に、対面や電話で説明している。
- ・ 入所時、ケアプラン作成時、状態の変化時、リハビリテーション実施計画書の説明時、面会時、3か月に1回の「経口維持計画」の作成時に説明を実施している。
- ・ 各専門職がそれぞれの専門性に基づき利用者の状態について説明を行う。
➔ 各々の職種の視点で説明するが、複数の職種が同席する場合が多い。

イ) 説明における工夫や留意点、課題

- 変化に応じた説明の実施
 - ・ 摂食嚥下機能の状態の変化、摂食嚥下機能の低下している利用者、肺炎の既往のある利用者、嗜好や希望に応じたごく少量の経口摂取をする利用者、摂食嚥下機能が低下し食形態の変更が必要な利用者を中心に実施している。
 - ・ 状態の悪化が考えられる利用者には、段階的にご家族に理解いただけるように早いうちから説明する。
- 予期せぬ誤嚥・誤嚥性肺炎・窒息の発生に対する説明
 - ・ 直近の数年以内で予期せぬ窒息の発生はない。誤嚥性肺炎の発症はあった。
 - ・ 誤嚥・誤嚥性肺炎・窒息を含め、予期せぬ事態が発生してしまうことを含めて、利用者やご家族に説明している。
 - ・ 予期せぬ事態が発生した場合には、ご家族に全ての経緯と今後の対応を説明する。
- 介護の体験や見学、動画を通じた説明の実施
 - ・ ご家族に食事場面の観察や食事介助に入ってもらい、食べ方や飲み込みに要する時間等を把握してもらうことは、摂食嚥下機能に応じた食形態の提供の説明の助けとなる。
➔ 説明に対する理解が得られにくい場合には、医師の許可のもと、食事場面を見学（一部体験含む）していただき視覚的に示す。
 - ・ 嚥下調整食を提供している入所者が在宅復帰をする際は、作る工程を見ていただき説明をする。ケースによっては、ご自宅で使用している調理器具を持参していただき、実際に調理をすることもある。
 - ・ タブレットで食事場面等を撮影した動画を使って説明することがある。
- ご家族からの持込みの差し入れについて
 - ・ 摂食嚥下機能の観点からリスクの高い差し入れ（食事・お菓子）がご家族によって持ち込まれる場合がある。
➔ リスクが高いと看護、介護職員が判断した場合は医師に報告、その後言語聴覚士に評価依頼がある。
➔ できる限り、期待に応えられるような姿勢で臨み、評価を実施し、その結果を医師に報告する。評価の結果と身体・嚥下機能から摂食可能な具体的なものを家族に提案する。提供の工夫で摂取可能と考えられる場合は看護、介護職員と協議、検討する。
➔ 特にハイリスクの方に関しては、摂食の前後に口腔ケアに介入し、看護師がすぐに吸引で

きる体制を整えている。

➔ 持込みの差し入れにはリスクを伴うことをご家族に説明する。

- 「経口維持計画」に基づく説明

- ・ 施設作成の「経口維持計画」にのっとり、ご家族に説明を実施する。

➔ 毎月、ラウンドチェック項目、ミーティング内容は、利用者、ご家族に説明する。

➔ 3か月に1回、経口維持計画については、管理栄養士から利用者、ご家族に説明し、同意を得る。

- 説明をわかりやすくするための工夫

- ・ ご家族もまた高齢のことも少なくないため、説明時にはゆっくりと話す。

調査実施要綱・調査票等

全老健第6－189号

令和6年12月27日

会員各位

公益社団法人全国老人保健施設協会

会長 東 憲太郎

(公印省略)

介護施設利用者の摂食嚥下機能の維持・改善
に向けた事例集等の作成に係る調査研究事業

班長 大河内 二郎

「介護施設利用者の摂食嚥下機能の維持・改善に向けた
事例集等の作成に係る調査研究事業」調査へのご協力について（お願い）

謹啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

平素は当協会の事業・運営に格別のご理解ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、当会では令和6年度老人保健事業推進費等補助金の交付を受け、標記調査を実施することと致しました。この事業は、令和6年度の診療報酬・介護報酬同時改定において、リハビリテーション・栄養・口腔の一体的取組が評価されたところではありますが、介護老人保健施設等における誤嚥性肺炎、窒息が発生した場合の対応や摂食嚥下機能の測定方法等の実態を把握することにより、その一体的取組をさらに強化するにあたっての課題等を検討する際の基礎資料を作成することを目的として実施するものです。本調査研究事業を通じて、高齢者の摂食嚥下機能の維持・改善に向けた取組を強化していきたいと考えております。

会員施設の皆様にはご多忙のところ、大変なご負担をお掛けすることと存じますが、本調査の趣旨をご賢察のうえ、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

謹白

- 同封の調査票にご記入のうえ、**令和7年1月31日(金)迄に**、ご返送くださいますようお願い申し上げます。
- 調査票は、以下の全老健ホームページからもダウンロードしていただけます。
<https://www.roken.or.jp/member/archives/category/research>
(ユーザー名／パスワードは不要です)
- 調査票の返送は以下の FAX・メールアドレス宛にお送りいただくことも可能です。
FAX: 03-3432-4177 メールアドレス: research@roken.or.jp

本件照会先：公益社団法人全国老人保健施設協会

〒105-0011 東京都港区芝公園 2-6-15 黒龍芝公園ビル 6F

TEL. 03-3432-4165 FAX. 03-3432-4177 または 03-3432-4172

メールアドレス: research@roken.or.jp

担当：業務部 中里(ナカサト) 歌田(ウタタ) 中島(ナカジマ)

**厚生労働省 令和6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）
「介護施設利用者の摂食嚥下機能の維持・改善に向けた事例集等の作成に
係る調査研究事業」**

調査実施要綱

この調査は、介護老人保健施設等における誤嚥性肺炎、窒息が発生した場合の対応や摂食嚥下機能の測定方法等の実態を把握することにより、令和6年度の診療報酬・介護報酬同時改定において評価されたりハビリテーション・栄養・口腔の一体的取組をさらに強化するにあたっての課題等を検討する際の基礎資料を作成することを目的として実施するものです。

会員施設の皆様には大変お手数をおかけ致しますが、本調査研究事業の趣旨をご理解のうえ、ご協力を賜りますよう、何卒宜しくお願い申し上げます。

1. お送りした調査票類と回答いただきたい期限

- | | |
|--------------------|---------|
| (1) 送付状 | 1 通 |
| (2) 調査実施要綱 | 1 部（本紙） |
| (3) 調査票（施設調査票） | 1 部 |
| (4) 調査票（個別調査票） | 5 部 |
| (5) 個別調査用同意説明書 | 5 部 |
| (6) 個別調査票 ID 管理シート | 1 部 |
| (7) 返信用封筒 | 1 部 |

【調査票の回答期限と返送方法】

令和7年1月31日（金）迄に、同封の（7）返信用封筒にて、
記入済みの（3）施設調査票と（4）個別調査票を、
まとめてご返送ください。

※（5）個別調査用同意説明書、（6）個別調査用 ID 管理シートの返送は不要です。

返送先：公益社団法人全国老人保健施設協会 宛
〒105-0011 東京都港区芝公園 2-6-15 黒龍芝公園ビル 6F

※調査票は、以下の全老健ホームページからもダウンロードしていただけます。

<https://www.roken.or.jp/member/archives/category/research>

（ユーザー名／パスワードは不要です）

※調査票の返送は、以下の FAX・メールアドレス宛にお送りいただくことも可能です。

FAX: 03-3432-4177 メールアドレス: research@roken.or.jp

2. 調査対象施設

全国老人保健施設協会（以下、全老健）に加盟されている全会員施設にお送りしています。

3. 事業の目的と調査内容について

本調査研究事業は、老健施設において、誤嚥性肺炎、窒息が発生した場合の対応や摂食嚥下機能の測定方法等の実態を把握することにより、令和 6 年度の診療報酬・介護報酬同時改定において評価されたりハビリテーション・栄養・口腔の一体的取組をさらに強化するにあたっての課題等を検討する際の基礎データを収集する目的で実施するものです。

事業実施にあたっては、以下の班員で構成される研究事業班を設置し、調査の方向性や調査項目等について検討しました。

【調査研究事業班の班員構成】

田中 志子	介護老人保健施設大誠苑 理事長 ※担当副会長
松田 晋哉	産業医科大学 医学部 公衆衛生学 教授 ※担当副会長
大河内 二郎	介護老人保健施設竜間之郷 施設長 ※班長
岩澤 由子	公益社団法人 日本看護協会 医療政策部 部長
枝広 あや子	地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所 専門副部長
海老原 寛	東北大学大学院 医学系研究科 臨床障害学分野 教授
大磯 義一郎	一般社団法人 日本医療安全学会 理事長
岡崎 達馬	東北大学大学院 医学系研究科 臨床障害学分野 准教授
佐原 博之	公益社団法人 日本医師会 常任理事
中本 匡治	介護老人保健施設安寿 副施設長
藤本 七映	介護老人保健施設いこいの森 言語聴覚士
松垣 竜太郎	産業医科大学 産業生態科学研究所 作業関連疾患予防学研究室 助教
元家 玲子	公益社団法人 日本栄養士会 福祉職域担当理事
山野 雅弘	介護老人保健施設紀伊の里 理事長

4. 調査票の記入方法と対象者の抽出について

施設調査票 1 部と、個別調査票 5 名分をセットでお送りしています。調査票記入者の職種・役職は問いませんので、設問への回答が可能な方にご記入をお願い致します。なお、回答困難な設問については、空欄のままご返送いただいて構いません。

A. 施設調査票

- 施設調査票では、貴施設の基本情報や誤嚥性肺炎、窒息が発生した場合の対応や摂食嚥下機能の測定方法等をお伺いします。調査票に特に記載のない設問については、令和 6 年 11 月 30 日現在の、貴施設の現況についてご回答をお願いします。
- 選択肢のある設問は、該当する選択肢の番号に○を付けてください。

B. 個別調査票

- ・ 個別調査票は、以下に該当する方の個別の情報についてご記入をお願いします。
- ・ 貴施設において、令和6年11月30日時点の利用者のうち、低栄養状態のリスク分類が「高リスク」に該当する5名（該当する利用者が5名未満の場合、該当者全員を対象としてください）。
- ・ 半年後を目処に、個別調査にご協力いただいた方に対して追跡調査を予定しています。追跡調査時には個別調査票のIDを使用するため、同封の「個別調査票ID管理シート」にご記入のうえ、同シートを貴施設にて保管いただきますようお願い申し上げます。同シートの提出は不要です。

※低栄養状態のリスク分類は下表をご参照ください。「高リスク」の項目にひとつでも該当する場合は「高リスク」、「低リスク」のすべての項目に該当する場合は「低リスク」、それ以外の場合は「中リスク」と判断します。

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

令和6年3月15日 厚生労働省老健局老人保健課 介護保険最新情報 Vol.1217「別紙様式 4-1-1 栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング（施設）（様式例）」より作成

5. 調査により得られたデータの利用について

- ・ 本調査により得られたデータは、本調査研究事業の班員で共有し、事業の目的に沿って使用させていただきます。また、将来的には、当会が実施する他の調査とデータ統合するなどして再利用させていただく可能性があります。しかし、いかなる場合でも、ご回答いただいた施設が特定できるような形での情報公表は一切致しません。
- ・ 本調査で得られたデータを、介護報酬改定に向けた資料作成の目的で、厚生労働省に提供する予定です。また、将来的には、当会に関係する研究者らが論文を執筆する目的で、本調査のデータを利用させていただく可能性があります。しかし、いかなる場合でも、回答施設が特定できないよう施設名等をマスキングした状態でデータを提供しますので、貴施設のプライバシーは守られます。

6. 調査への同意について

- ・ 貴施設の貴重な情報をご提供いただくこととなりますが、施設調査票については、調査票のご返送をもって、貴施設の情報をご提供いただくことへの同意を頂戴したものと解釈させていただきますので、ご了承くださいますようお願い申し上げます。
- ・ また、貴施設に入所されている方の情報をもとにご回答いただく設問もあるため、入所者やご家族の皆様に向けて本研究に協力していることを貴施設内に掲示する等の方法により、オプトアウトにて同意をいただきますようお願い申し上げます。
- ・ 個別調査票の実施にあたっては「同意書」を用い、調査対象者・ご家族に事前に本調査の趣旨などをご説明いただくとともに、同意を得てください（同意を得られない方は調査対象としないでください）。

同意が得られましたら「説明および協力同意書」に署名をいただいたうえで、「個別調査票 ID 管理シート」に調査対象者を記録してください。署名をいただいた「説明および協力同意書」と「個別調査票 ID 管理シート」を貴施設にて、記入日から2年間保管してください。また、同意の撤回が発生した場合は、「協力同意撤回書」をあわせて保管してください。

なお、ご本人から直接の同意を受けることが困難な場合には、ご本人の意思および利益を代弁できると考えられる「代諾者」の同意を得てください。

- ・ 貴施設の情報の提供に同意されない場合、本調査票のご返送は不要です。
- ・ 本調査にご協力いただけない場合であっても、いかなる不利益も発生致しません。

7. 提出期限厳守のお願い

調査票の提出につきましては、可能な限り期限を厳守していただきますよう、ご協力をお願い申し上げます。ただし、締め切りを過ぎてお送りいただいた場合でも、今後の基礎データとして活用させていただきたく存じますので、締め切りに間に合わなかった場合でも調査票のご返送にご協力くださいますよう、何卒宜しくお願い申し上げます。

8. 本調査に関するお問合せ先

公益社団法人全国老人保健施設協会

〒105-0011 東京都港区芝公園 2-6-15 黒龍芝公園ビル 6F

TEL : 03-3432-4165 FAX : 03-3432-4177 または 03-3432-4172

メールアドレス : research@roken.or.jp

担当 : 業務部 中里(ナカザト) 歌田(ウタタ) 中島(ナカジマ)

介護施設利用者の摂食嚥下機能の

維持・改善に関する調査

【施設調査票】

【本調査票中の用語の定義について】

※ 本調査票では、便宜的に以下のように用語を定義しています。

利用者：入所サービス利用者を指します。短期入所療養介護の利用者は含みません。

【調査票のご記入について】

※ 選択式の設問は、該当の番号に○をご記入ください。

※ 数値を記入する設問は、各設問の注記に従って数値をご記入ください。また、該当しない場合は「〇（ゼロ）」をご記入ください。

※ 回答が困難な設問や、回答したくない設問は、未記入のままご返送いただいて構いません。

※ 調査票回答者の職種に指定はありませんが、設問の内容に応じ、摂食嚥下機能への各種介入に関係する複数職種で協議のうえご回答ください。

※ 特に断りのない限り、令和6年11月30日現在の状況についてご回答ください。

※ 記入が終わりましたら、施設調査票と個別調査票をまとめて、令和7年1月31日（金）迄に、同封の返信用封筒にてご返送いただきますようお願いいたします。

都道府県									
貴施設名									
全老健 会員番号	1	-			-				
電話番号					ご担当者名				

※ 全老健会員番号は送付封筒に記載された「1-数字2桁-数字4桁」をご記入ください。

1. 貴施設の概況についてお伺いします。

101. 貴法人、または貴施設の関連法人が運営しており、密接に連携している施設（貴施設の併設病院や併設施設を含む）の有無をお答えください。

1. あり

2. なし

102. 貴法人、または貴施設の関連法人が運営しており、密接に連携している施設（貴施設の併設病院や併設施設を含む）の病床種別や施設種別をお選びください。

病院（10を除く）

1. 一般病床（2、3、4、5を除く）

6. 療養病床（2、4を除く）

2. 回復期リハビリテーション病棟（床）

7. 結核病床・感染症病床

3. 地域包括医療病棟

8. 精神病床

4. 地域包括ケア病棟（床）

9. その他・不明

5. 障害者施設等病棟

10. 有床診療所（11を除く）

14. 介護老人保健施設

11. 訪問看護事業所

15. 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

12. 介護療養型医療施設（介護療養病床）

16. 自宅に類する施設（医療機関、介護保険施設以外）

13. 介護医療院

103. 貴施設が令和6年11月1日現在に算定する施設類型について、当てはまるものをお選びください。
（○は一つ）

1. 超強化型

2. 強化型

3. 加算型

4. 基本型

5. その他型

6. 療養型

104. 令和6年11月30日 午前0時時点の、貴施設の入所定員と利用者数についてご記入ください。

※該当する者がいない欄には「0（ゼロ）」とご記入ください。

(1) 入所定員

_____ 床

(2) 入所サービスの利用者（実人数）

_____ 人

(3) 短期入所療養介護の利用者（実人数）

_____ 人

105. 104. で回答した利用者の要介護度の分布(実人数)をご記入ください。

※入所サービスの利用者についてのみお答えください。

※該当する者がいない欄には「〇(ゼロ)」とご記入ください。

(1) 要介護1	_____ 人
(2) 要介護2	_____ 人
(3) 要介護3	_____ 人
(4) 要介護4	_____ 人
(5) 要介護5	_____ 人
(6) 区分変更(新規)申請中	_____ 人

106. 貴施設の職員の人数を雇用形態別にご記入ください。

※該当する者がいない欄には「〇(ゼロ)」とご記入ください。

※非常勤職員について、委託などで雇用関係にない専門職種は含みません。

※非常勤職員について、同一法人の別施設から非常勤的に勤務する専門職は含みません。

	常勤	非常勤(常勤換算)※
(1) 医師	_____ 人	_____ 人
(2) 歯科医師	_____ 人	_____ 人
(3) 看護職員	_____ 人	_____ 人
(4) 介護福祉士	_____ 人	_____ 人
(5) 介護職員(4を除く)	_____ 人	_____ 人
(6) 管理栄養士	_____ 人	_____ 人
(7) 栄養士(6を除く)	_____ 人	_____ 人
(8) 歯科衛生士	_____ 人	_____ 人
(9) 言語聴覚士	_____ 人	_____ 人
(10) 理学療法士	_____ 人	_____ 人
(11) 作業療法士	_____ 人	_____ 人
(12) 上記に当てはまらない職員	_____ 人	_____ 人

※非常勤職員の常勤換算方法に定めがない場合は、以下の方法で算出してください。

常勤換算後の職員数は、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位までをご記入ください。

- ・1週間に数回勤務の場合：(非常勤職員の1週間の勤務時間)÷(貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間)
- ・1か月に数回勤務の場合：(非常勤職員の1か月の勤務時間)÷(貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4)

2. 貴施設の、摂食嚥下機能が低下している方の発生状況についてお伺いします。

201. 貴施設における、令和6年11月30日 午前0時時点の食事の提供状況（提供者数）についてご記入ください。併用している場合は、該当するすべての選択肢にカウントしてください。 ※入所サービスの利用者についてのみお答えください。 ※該当する者がいない欄には「0（ゼロ）」とご記入ください。	
(1) 経管栄養摂取者数	_____ 人
うち、経鼻経管栄養の利用者数	_____ 人
うち、胃ろうの利用者数	_____ 人
うち、腸ろうの利用者数	_____ 人
うち、間歇的口腔食道経管栄養法の利用者数	_____ 人
(2) 静脈栄養摂取者数	_____ 人
うち、中心静脈栄養の利用者数	_____ 人
うち、末梢静脈栄養の利用者数	_____ 人
(3) 嚥下機能に配慮した食事提供者数	_____ 人
(4) 常食の提供者数	_____ 人

202. 貴施設における、令和6年11月30日 午前0時時点の利用者の低栄養のリスクの状況について
 ご記入ください。下記の「低栄養状態のリスク分類の指標」を参照してお答えください。

※入所サービスの利用者についてのみお答えください。

※該当する者がいない欄には「0(ゼロ)」とご記入ください。

リスク分類	低リスク	中リスク	高リスク
人数	_____ 人	_____ 人	_____ 人

参照：低栄養状態のリスク分類の指標

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

令和6年3月15日 厚生労働省老健局老人保健課 介護保険最新情報Vol.1217「別紙様式4-1-1
 栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング(施設)(様式例)」より作成

203. 貴施設において、利用者の低栄養のリスクの状況に係る判断に関与している専門職等をお選びください。(該当するすべてに○)

1. 医師	8. 歯科衛生士
2. 歯科医師	9. 言語聴覚士
3. 看護職員	10. 理学療法士
4. 介護福祉士	11. 作業療法士
5. 介護職員(4を除く)	12. 上記に当てはまらない職員
6. 管理栄養士	13. 低栄養のリスクの状況に係る判断を実施していない
7. 栄養士(6を除く)	

204. 貴施設における、令和6年11月30日 午前〇時時点の利用者の嚥下機能、食事動作について、「R4システム版ICFステージング」の評価方法に基づき伺います。以下の状態のそれぞれに該当する人数をご記入ください。

状態が日によって異なる場合は、その中でもよりよい状態を基本として判断してください。

※入所サービスの利用者についてのみお答えください。

※該当する者がいない欄には「〇(ゼロ)」とご記入ください。

【ICFステージング嚥下機能】	
(1) 【ステージ5の判断】固めの食事(肉など)を含む普通の食事を、噛んで食べているかどうかを判断する。	_____ 人
(2) 【ステージ4の判断】ストロー、吸い飲み等を使用して水分・流動物をむせずに飲むことを、ふだんから行っているかどうかで判断する。	_____ 人
(3) 【ステージ3の判断】咬断や吸引はできないけれど、口の中に十分やわらかい食べ物を入れれば、飲み込みを行う場合がステージ3である。	_____ 人
(4) 【ステージ2の判断】やわらかいもののみ、口腔内に食べ物をため込まず、嚥下を行っているかどうかで判断する。	_____ 人
(5) 【ステージ1の判断】やわらかいものであっても(例えば嚥下食)飲み込みができず、ふだんから行っていない場合、あるいは、誤嚥の危険性が高く嚥下を行っていない場合は、ステージ1と判断する。胃ろうの使用は、ステージ1と判断する。	_____ 人
【ICFステージング食事動作】	
(6) 【ステージ5の判断】ステージ5は、提供された食べ物を箸やフォーク、スプーン、ナイフ等を使用して、上手に食べているかどうかで判断する。	_____ 人
(7) 【ステージ4の判断】提供された食べ物を、食べこぼし等はあるが、なんとか自分で食べている場合は、ステージ4と判断する。	_____ 人
(8) 【ステージ3の判断】食事の際、本人の姿勢や食べ物の位置の調整などが必要かどうかで判断する。	_____ 人
(9) 【ステージ2の判断】食事の準備だけでなく、食べる動作にも介助を行っている場合は、ステージ2である。	_____ 人
(10) 【ステージ1の判断】食事の動作に対する直接介助を行っても食べることができない場合は、ステージ1と判断する。	_____ 人

3. 貴施設の、摂食嚥下機能が低下している方への対応状況等についてお伺いします。

301. 貴施設における、令和6年11月30日時点の介護給付費の算定人数をご記入ください。 ※入所サービスの利用者についてのみお答えください。 ※該当する者がいない欄には「〇(ゼロ)」とご記入ください。	
(1) 栄養マネジメント強化加算	_____ 人
(2) 経口移行加算	_____ 人
(3) 経口維持加算(Ⅰ)	_____ 人
(4) 経口維持加算(Ⅱ)	_____ 人
(5) 口腔衛生管理加算(Ⅰ)	_____ 人
(6) 口腔衛生管理加算(Ⅱ)	_____ 人
(7) 療養食加算	_____ 人
(8) 再入所時栄養連携加算	_____ 人

302. 貴施設で実施している、摂食嚥下機能が低下している方へのトレーニングや特別な配慮・支援等に 関与する専門職等をお選びください。(実施の有無をお選びください。実施の場合は関与する専門職 をお選びください)													
	実施している(当てはまる職種すべてに○)												13. 実施していない
	1. 医師	2. 歯科医師	3. 看護職員	4. 介護福祉士	5. 介護職員(4を除く)	6. 管理栄養士	7. 栄養士(6を除く)	8. 歯科衛生士	9. 言語聴覚士	10. 理学療法士	11. 作業療法士	12. その他	
(1) 嚥下訓練(直接訓練)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
(2) 嚥下訓練(間接訓練)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
(3) 口腔ケア(※歯科専門職による専門的口腔清掃含む)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
(4) 食事内容や食形態に関する指導	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
(5) 生活機能向上に向けた指導	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
(6) その人に合った環境調整 (※(4)以外のフィッティング、皿の位置の工夫、特別な補助具の準備等)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
(7) 上記以外の方法での配慮・支援等	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

303. 302. で回答した配慮・支援等について、具体例や工夫等がございましたら、ご記入ください。「(7) 上記以外の方法での配慮・支援等」を選択された場合、具体例をご記入ください。(自由記述)
(自由記述欄)

304. 貴施設で多職種によるミールラウンドを実施している場合には関与している専門職等をお選びください。(該当するすべてに○)	
1. 医師	8. 歯科衛生士
2. 歯科医師	9. 言語聴覚士
3. 看護職員	10. 理学療法士
4. 介護福祉士	11. 作業療法士
5. 介護職員(4を除く)	12. その他
6. 管理栄養士	13. ミールラウンドを実施していない
7. 栄養士(6を除く)	

305. 令和6年11月1日から令和6年11月30日までの1か月間の多職種によるミールラウンドの実施回数別人数をご記入ください。※該当する者がいない欄には「0(ゼロ)」とご記入ください。	
(1) 12回以上(週3回以上) ※栄養マネジメント強化加算の算定基準	_____ 人
(2) 1～11回(週3回未満)	_____ 人
(3) 実施していない	_____ 人

306. 貴施設で提供する嚥下調整食・食形態・おやつの提供状況についてお伺いします。 (該当するすべてに○)						
(1) 貴施設での嚥下調整食の提供状況についてお選びください。	1. 提供あり 2. 提供なし					
(2) 貴施設において提供可能な主食の食形態をすべてお選びください。	1. 米飯 2. 軟飯 3. 全粥 4. その他の形態の主食 (_____)					
(3) 貴施設において提供可能な主菜・副菜の食形態をすべてお選びください。((2)で答えた主食は除く)	<常菜>					
	<table border="0"> <tr> <td>1. 常菜(カットなし)</td> <td>4. 常菜(粗きざみ:1cm程度) +とろみあん</td> </tr> <tr> <td>2. 常菜(1口大:1.5～2cm程度)</td> <td>5. 常菜(きざみ:0.2cm程度)</td> </tr> <tr> <td>3. 常菜(粗きざみ:1cm程度)</td> <td>6. 常菜(きざみ:0.2cm程度) +とろみあん</td> </tr> </table>	1. 常菜(カットなし)	4. 常菜(粗きざみ:1cm程度) +とろみあん	2. 常菜(1口大:1.5～2cm程度)	5. 常菜(きざみ:0.2cm程度)	3. 常菜(粗きざみ:1cm程度)
1. 常菜(カットなし)	4. 常菜(粗きざみ:1cm程度) +とろみあん					
2. 常菜(1口大:1.5～2cm程度)	5. 常菜(きざみ:0.2cm程度)					
3. 常菜(粗きざみ:1cm程度)	6. 常菜(きざみ:0.2cm程度) +とろみあん					

	<軟菜食>	
	7. 軟菜食(カットなし)	10. 軟菜食(粗きざみ:1cm程度) +とろみあん
	8. 軟菜食(1口大:1.5~2cm程度)	11. 軟菜食(きざみ:0.2cm程度)
	9. 軟菜食(粗きざみ:1cm程度)	12. 軟菜食(きざみ:0.2cm程度) +とろみあん
	<ソフト食、ペースト食など>	
	13. やわらか食、ソフト食(押しつぶし可能なもの)	16. 均質なゼリー、プリン、ムース
	14. ミキサー食、ペースト食(不均質)	17. その他()
	15. ミキサー食、ペースト食(均質)	
(4) 貴施設における間食(おやつ)の選択基準についてすべてお選びください。	1. 全員に市販の間食(おやつ)を加工せずに提供している 2. 利用者の摂食嚥下機能に合わせて、市販の間食(おやつ)を加工して提供している	3. 利用者の摂食嚥下機能に合わせた形態の間食(おやつ)を施設内で調理して提供している 4. 間食(おやつ)は提供しない
(5) 親族等から持ち込みされる間食(おやつ)についてすべてお選びください。	1. 確認せずに提供している 2. 利用者の摂食嚥下機能に合わせて加工等して提供している	3. 利用者の摂食嚥下機能次第でお断りすることがある 4. 持ち込みはお断りしている

307. 貴施設における、令和6年11月30日 夕食時点の食事介助の状況についてお伺いします。以下のそれぞれに該当する人数をご記入ください。 ※入所サービスの利用者についてのみお答えください。 ※該当する者がいない欄には「0(ゼロ)」とご記入ください。	
(1) 食事介助の必要な利用者数	_____ 人
(2) 食事介助に従事する職員数	_____ 人

308. 貴施設において参照している食形態の指標をお選びください。 (該当するすべてに○)	
1. 日本摂食嚥下リハビリテーション学会 嚥下調整食分類2021	5. 施設の独自基準
2. 嚥下食ピラミッド	6. 地域の独自基準
3. ユニバーサルデザインフード	7. その他
4. スマイルケア食	8. 特に指標は決めていない

4. 貴施設における、誤嚥性肺炎や窒息等の発生状況・対応についてお伺いします。

※ 人数を記入する設問には、該当する利用者の実人数（頭数）をご記入ください。

※ 該当がない場合は、「0（ゼロ）」とご記入ください。

401. 令和6年9月1日から令和6年11月30日までの3か月間の利用者の状況についてお伺いします。	
(1) 発熱が発生した利用者数（同一人物は1とカウント）	_____ 人
うち、インフルエンザが発生した利用者数（同一人物は1とカウント）	_____ 人
うち、新型コロナウイルス感染症が発生した利用者数（同一人物は1とカウント）	_____ 人
(2) 誤嚥が発生した利用者数（同一人物は1とカウント）	_____ 人
うち、誤嚥の既往のある（VE検査等での所見がある者に限定せず、むせのエピソードがある者も含む）利用者数（同一人物は1とカウント）	_____ 人
うち、食事に起因する誤嚥が発生した利用者数（同一人物は1とカウント）	_____ 人
(3) 認知機能低下による異食（食べ物でないものを食べる、石けん水等飲み物でないものを飲む行為）等が発生した利用者数（同一人物は1とカウント）	_____ 人
(4) 誤嚥性肺炎※が発生した利用者数（同一人物は1とカウント）	_____ 人
うち、誤嚥性肺炎の既往のある利用者数（同一人物は1とカウント）	_____ 人
うち、貴施設内で対応した利用者数（同一人物は1とカウント）	_____ 人
うち、医療機関を受診した利用者数（同一人物は1とカウント）	_____ 人
うち、認知機能低下による異食等に起因する誤嚥性肺炎が発生した利用者数（同一人物は1とカウント）	_____ 人
(5) 窒息が発生した利用者数（同一人物は1とカウント）	_____ 人
うち、窒息の既往のある（窒息しそうだったエピソードがある者も含む）利用者数（同一人物は1とカウント）	_____ 人
うち、食事に起因する窒息が発生した利用者数（同一人物は1とカウント）	_____ 人

※誤嚥性肺炎：本調査では、下記の表に示す「誤嚥のリスク」がある方に発生する可能性がある肺炎と定義します。

誤嚥のリスク	
原因	病態
嚥下機能低下	意識障害 全身虚弱、長期臥床 脳血管障害 慢性神経疾患（認知症、パーキンソン病等） 医源性（気管切開チューブ留置、経管栄養、頭頸部手術、鎮静薬、睡眠薬、抗コリン薬など口内乾燥を来す薬剤等）
胃食道機能不全	胃食道逆流 食道機能不全または狭窄 医源性（経腸栄養、胃切除等）

成人肺炎診療ガイドライン2024より作成

402. 貴施設の利用者に、発熱、誤嚥、異食、誤嚥性肺炎、窒息が発生した場合の、貴施設での対応状況についてお伺いします。	
(1) 貴施設において発生した場合の対応方針が定められているものをすべてお選びください。	
1. 発熱	4. 誤嚥性肺炎
2. 誤嚥	5. 窒息
3. 異食	
(2) 発生時に対応する体制や実施している処置についてお伺いします。	
(a) 関与する職員等をすべてお選びください。	
1. 医師	8. 歯科衛生士
2. 歯科医師	9. 言語聴覚士
3. 看護職員	10. 理学療法士
4. 介護福祉士	11. 作業療法士
5. 介護職員(4を除く)	12. その他
6. 管理栄養士	13. 体制や処置の方針は整備されていない
7. 栄養士(6を除く)	
(b) 発生時に実施している検査をすべてお選びください。(他の医療機関での実施を含む)	
1. 胸部レントゲン検査	3. 胸部CT検査
2. 血液検査	4. その他
(c) 発生時に施設内で実施している処置をすべてお選びください。	
1. バイタルサインや意識状態の確認	6. 異物除去
2. 吸引	7. 人工呼吸
3. タッピング	8. 心臓マッサージ
4. 気道確保	9. その他
5. 投薬	
(d) 施設内での対応が困難な状況をすべてお選びください。	
1. 医師不在時に発生する	4. 病態の急変が見られる
2. 看護師不在時に発生する	5. 発生した利用者に重症化リスクがある
3. 処置を実施するのに必要な設備がない	6. その他

(e) 施設内での対応が困難な場合の対応方針をすべてお選びください。	
1. あらかじめ定めた協力病院に連絡して搬送する	3. 救急車を呼ぶ
2. 1以外の連携病院に連絡して搬送する	4. 対応方針は決まっていない
(f) 【(e)で1. または2. を選択した場合】その病院の救急の対応状況をお選びください。((e)で1. または2. を選択しなかった場合は、(g)へお進みください。)	
1. 夜間・休日等の救急対応可能	2. 夜間・休日等の救急対応不可
(g)対応方針の周知に際して実施している事項をすべてお選びください。	
1. マニュアルを整備している	4. その他対応方針の周知のための取組を実施している
2. 研修を実施している(座学や動画視聴、会議など。訓練は除く)	5. 対応方針が決まっていない
3. 訓練を実施している	

403. 誤嚥や窒息が発生した後の、食形態への配慮についてお伺いします。	
(1) 発生後の食形態についてお選びください	1. 食形態を変更している 2. 食形態を変更していない
(2) 発生後、摂食嚥下機能の再評価を実施し、必要に応じて食形態の変更を検討する体制の有無をお選びください。	1. あり 2. なし

5. 貴施設における、摂食嚥下機能に関連した評価方法についてお伺いします。

501. 貴施設において、経管栄養や静脈栄養を実施している利用者に対する、摂食嚥下機能や体力等の状態の変化に応じた評価の実施の有無をお答えください。													
1. あり							2. なし						

502. 貴施設で実施している、摂食嚥下機能が低下した方への評価と、評価に関与する専門職等をお選びください。（実施の有無をお選びください。実施の場合は関与する専門職をお選びください）													
	実施している（当てはまる職種すべてに○）												13. 実施していない
	1. 医師	2. 歯科医師	3. 看護職員	4. 介護福祉士	5. 介護職員（4を除く）	6. 管理栄養士	7. 栄養士（6を除く）	8. 歯科衛生士	9. 言語聴覚士	10. 理学療法士	11. 作業療法士	12. その他	
(1) 栄養状態の評価	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
(2) 口腔衛生状態の評価	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
(3) 咀嚼機能の評価	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
(4) 嚥下内視鏡検査（VE）	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
(5) 嚥下造影検査（VF）	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
(6) 反復唾液嚥下テスト（RSST）	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
(7) 改訂水飲みテスト（MWST）	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
(8) フードテスト	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
(9) 頸部聴診	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
(10) 食後の咳の状況に関する評価	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
(11) 食後の痰の状況に関する評価	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
(12) 食事に対する認知機能や身体機能（麻痺の状態等）の評価	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
(13) 生活の広がりに向けた評価	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
(14) その他の方法での評価	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

503. 貴施設の利用者のうち、摂食嚥下機能が低下した方への評価について、貴施設と併設する医療機関で実施しているものをお選びください。（該当するすべてに○）	
1. 栄養状態の評価	8. フードテスト
2. 口腔衛生状態の評価	9. 頸部聴診
3. 咀嚼機能の評価	10. 食後の咳の状況に関する評価
4. 嚥下内視鏡検査(VE)	11. 食後の痰の状況に関する評価
5. 嚥下造影検査(VF)	12. 食事に対する認知機能や身体機能(麻痺の状態等)の評価
6. 反復唾液嚥下テスト(RSST)	13. 生活の広がりに向けた評価
7. 改訂水飲みテスト(MWST)	14. その他の方法での評価

504. 502. 及び503. で回答した評価について、具体例や工夫等がございましたら、ご記入ください。「(14) その他の方法での評価」を選択された場合、具体例をご記入ください。（自由記述）
（自由記載欄）

6. 貴施設における、摂食嚥下機能のハイリスク者（ご家族）への説明の方法についてお伺いします。

601. 貴施設における、摂食嚥下機能のハイリスク者（ご家族）への説明の実施状況をお選びください。（該当するすべてに○）	
1. 利用者・ご家族ともに説明している	3. ご家族のみに説明している
2. 利用者のみに説明している	4. 説明を実施していない

602. 貴施設における、摂食嚥下機能のハイリスク者（ご家族）への説明を行う職種をお選びください。（該当するすべてに○）	
1. 医師	7. 栄養士（6を除く）
2. 歯科医師	8. 歯科衛生士
3. 看護職員	9. 言語聴覚士
4. 介護福祉士	10. 理学療法士
5. 介護職員（4を除く）	11. 作業療法士
6. 管理栄養士	12. その他

603. 貴施設における、摂食嚥下機能のハイリスク者(ご家族)への説明のタイミングをお選びください。(該当するすべてに○)

1. 入所時
2. ケアプラン作成時
3. 状態の変化に応じて
4. その他()

604. 貴施設における、摂食嚥下機能のハイリスク者(ご家族)への説明の方法をお選びください。(該当するすべてに○)

1. 対面での説明
2. オンラインでの説明
3. 文書(入所時説明書等)での説明
4. その他()

605. 貴施設における、摂食嚥下機能のハイリスク者(ご家族)への説明の内容をお選びください。(該当するすべてに○)

1. 誤嚥・誤飲・窒息のリスクが高いこと 4. 急変・急死する可能性があること
2. 肺炎等の状態が重症化する可能性があること 5. その他()
3. 急変時、病院へ救急搬送を行う場合があること

606. 貴施設における、摂食嚥下機能のハイリスク者（ご家族）への説明時に確認する内容をお選びください。（該当するすべてに○）

口腔内の状況について

1. 入れ歯の有無
2. 入れ歯の調整や修理の必要性の有無
3. 直近の歯科受診の状況
4. 咀嚼機能の状況（奥歯のかみ合わせの有無を含む）
5. これまでの咀嚼機能に関する処置・訓練内容
6. 嚥下機能の状況
7. これまでの嚥下機能に関する処置・訓練内容
8. 継続したほうがよい訓練内容・その方法
9. 食形態に関する情報・留意事項
10. その他の口腔内の状況
11. 口腔内の状況について確認していない

その他の状況について

- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| 12. 服薬上の禁忌に関する情報・留意事項 | 15. その他 |
| 13. 既往歴 | 16. その他の状況について確認していない |
| 14. 行っている特別な配慮・誤嚥等の所見 | |

607. 貴施設における、摂食嚥下機能のハイリスク者(ご家族)への説明時の、具体例や工夫している点があればご記入ください。(自由記述)

(自由記載欄)

608. 貴施設において、利用者の摂食嚥下機能を基準として、さらに摂食嚥下機能に配慮した食形態の変更（例えば、常食を摂食できる利用者に対して、軟菜食を提供する等）を実施したことがありますか。その経験の有無をお答えください。	
1. あり	2. なし

609. 貴施設において、利用者やご家族から摂食嚥下や食事に係る苦情を受けた経験はありますか。その経験の有無をお答えください。	
1. あり	2. なし

610. 貴施設において、利用者やご家族から摂食嚥下や食事に係る訴訟（和解を含む）が起きたことがありますか。その経験の有無をお答えください。	
1. あり	2. なし

611. 【610で1. を選択した場合】貴施設において、利用者やご家族から摂食嚥下や食事に係る訴訟（和解を含む）が起きた時の状況について、ご記入ください。（自由記述）	
（自由記載欄）	

★★★ 調査項目は以上です。調査にご協力いただき、誠にありがとうございました。★★★
 ★★★ 個別調査票へのご回答もよろしくお願いいたします。★★★

介護施設利用者の摂食嚥下機能の 維持・改善に関する調査

【個別調査票】

【本調査票中の用語の定義について】

- ※ 本調査票では、便宜的に以下のように用語を定義しています。
- ・利用者：入所サービス利用者を指します。短期入所療養介護の利用者は含みません。

【調査票のご記入について】

- ※ 本調査票は、令和6年11月30日時点の利用者のうち、低栄養状態のリスク分類が「高リスク」に該当する5名の方を対象としてください。ただし、該当する利用者が5名未満の場合は該当者全員を対象としてください。ID欄は貴施設の管理用にご利用ください。
- ※ 低栄養状態のリスク分類は下表をご参照ください。「高リスク」の項目にひとつでも該当する場合は「高リスク」、「低リスク」のすべての項目に該当する場合は「低リスク」、それ以外の場合は「中リスク」と判断します。

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

令和6年3月15日 厚生労働省老健局老人保健課 介護保険最新情報Vol.1217「別紙様式4-1-1 栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング(施設)(様式例)」より作成

- ※ 半年後を目処に、個別調査にご協力いただいた方に対して追跡調査を予定しています。追跡調査時には個別調査票のIDを使用するため、同封の「個別調査票ID管理シート」にご記入のうえ、同シートを貴施設にて保管いただきますようお願い申し上げます。同シートの提出は不要です。
- ※ 調査対象者には、同封の「個別調査用同意説明書」を用いて調査概要をご説明いただき、同意が得られた場合は、別紙の「説明および協力同意書」にご本人または代諾者の署名をいただいてください。同意書の提出は不要です。
- ※ 各設問について、該当するものに○をご記入ください。
- ※ 数値を記入する設問は、各設問の注記に従って数値をご記入ください。また、該当しない場合は「0（ゼロ）」、わからない場合は「－」をご記入ください。
- ※ 回答が困難な設問や、回答したくない設問は、未記入のままご返送いただいても構いません。
- ※ 調査票回答者の職種に指定はありませんが、設問の内容に応じ、摂食嚥下機能への各種介入に関係する複数職種で協議のうえご回答ください。
- ※ 特に断りのない限り、令和6年11月30日現在の状況についてご回答ください。
- ※ 記入が終わりましたら、施設調査票と個別調査票をまとめて、令和7年1月31日(金)迄に、同封の返信用封筒にてご返送くださいますようお願いいたします。

0. 貴施設の全老健会員番号、この利用者に割り振る利用者IDについてお伺いします。

001. 全老健会員番号と利用者IDをご記入ください。全老健会員番号は送付封筒に記載された「1-数字2桁-数字4桁」をご記入ください。利用者IDは回答対象となる利用者で重複がないように選択してください。									
(1) 全老健会員番号	1	-			-				
(2) 利用者ID (1つに○)	01	02	03	04	05				

1. この利用者の基本情報についてお伺いします。

101. 性別 (1つに○)	1. 男性	2. 女性
102. 年齢	_____ 歳	
103. BMI	_____	
104. 貴施設での在所要日数	_____ 日	
105. 要介護度 (1つに○)	1. 要介護1 2. 要介護2 3. 要介護3	4. 要介護4 5. 要介護5 6. 申請中・区分変更申請中
106. 認知症高齢者の日常生活自立度 (1つに○)	1. 自立 2. I 3. IIa 4. IIb 5. IIIa 6. IIIb 7. IV 8. M	
107. 障害高齢者の日常生活自立度 (主なもの1つに○)	1. 自立 2. J1 3. J2 4. A1 5. A2 6. B1 7. B2 8. C1 9. C2 10. 不明	
108. 貴施設への入所 (1つに○)	1. 今回初めて 2. 過去に入所あり 3. 不明	

2. 現在の疾患や認知症の状態についてお伺いします。

201. 現在の疾患や認知症の状態			
(1) 疾患や認知症の状態のうち、主なもの1つについて、(2)内の選択肢の番号を記入してください。			
(2) 当てはまるすべての疾患や認知症の状態((1)で回答した主傷病含む)に○をつけてください。			
1. 脳梗塞	8. 貧血	15. 前頭側頭型認知症	22. 骨折
2. 脳出血	9. 筋ジストロフィー	16. 悪性腫瘍 (部位: _____)	23. 膝関節疾患
3. 心不全	10. 多発硬化症	17. 肺炎	24. 関節リウマチ
4. 心筋梗塞	11. パーキンソン病関連	18. COPD	25. 骨髄疾患
5. 心房細動	12. アルツハイマー型 認知症	19. 糖尿病	26. 尿路感染症
6. 高血圧	13. 血管性認知症	20. 腎不全	27. スモン病
7. 低アルブミン血症	14. レビー小体型認知症	21. 廃用症候群	28. その他

202. 現在の認知症の状態(それぞれ1つに○)						
※201.で「12.アルツハイマー型認知症」「13.血管性認知症」「14.レビー小体型認知症」「15.前頭側頭型認知症」のいずれかを選択した場合にご回答ください。						
(1) 長谷川式認知症スケール(HDS-R)	1. 評価あり(____)点	2. 評価なし	3. 不明			
(2) ミニメンタルステート検査(MMSE)	1. 評価あり(____)点	2. 評価なし	3. 不明			
(3) ICFステージング	認知症～オリエンテーション	1	2	3	4	5 不明
	認知症～コミュニケーション	1	2	3	4	5 不明
	認知症～精神活動	1	2	3	4	5 不明

3. 現在の気になる症状や口腔内の健康状態についてお伺いします。

301. この利用者について、現在の気になる症状や口腔内の状態についてお伺いします。(それぞれ1つに○)	
(1) 息苦しさの訴えがありますか。	1. あり 2. なし
(2) 開口することはできますか。 ※上下の前歯の間に指2本分(縦)入る程度まで口があかない場合(開口量3cm以下)は「2. できない」をお選びください。	1. できる 2. できない
(3) 左右両方の奥歯でしっかりかみしめられますか。 ※本人にしっかりかみしめられない認識がある場合、または義歯を入れても奥歯がない場合は「2. できない」をお選びください。	1. できる 2. できない
(4) ブクブクうがいができますか。 ※歯磨き後のうがいの際に口に水をためておけない場合、膨らませた頬を左右に動かせない場合は「2. できない」をお選びください。	1. できる 2. できない
(5) 口臭で気になる症状はありますか。	1. あり 2. なし
(6) 口腔乾燥で気になる症状はありますか。	1. あり 2. なし
(7) 歯の汚れが見られますか。 ※歯の表面、歯と歯の間に白や黄色の汚れ等がある場合には「1. あり」をお選びください。	1. あり 2. なし
(8) 舌の汚れが見られますか。 ※舌の表面に白や黄色、茶、黒色の汚れがある場合には「1. あり」をお選びください。	1. あり 2. なし
(9) 歯肉の腫れや出血が見られますか。 ※歯肉が腫れている場合(反対側の同じ部分の歯肉との比較や周囲との比較)、歯磨きや口腔ケアの際に出血する場合には「1. あり」をお選びください。	1. あり 2. なし
(10) 義歯の不具合が見られる、または訴えはありますか。	1. あり 2. なし
(11) 発声や会話の不明瞭さがありますか。	1. あり 2. なし

4. 現在の処方内服薬の状況についてお伺いします。

401. 処方内服薬の状況(それぞれ1つに○)		
※1 銘柄1種類として数え、頓服薬は除いてください。持参薬は含めてください。		
(1) 処方内服薬((2)、(3)、(4)を含む)	1. あり (_____ 種類)	2. なし
(2) 睡眠導入剤	1. あり	2. なし
(3) 抗認知症薬	1. あり	2. なし
(4) 向精神薬(抗うつ薬や抗てんかん薬等)	1. あり	2. なし

5. 摂食嚥下機能や食事動作について、「R4システム版ICFステージング」の評価方法に基づきお伺いします。

501. 【ICFステージング嚥下機能】の状態のうち、当てはまるもの1つに○をつけてください。状態が日によって異なる場合は、その中でもよりよい状態を基本として判断してください。	
(1) 【ステージ5の判断】固めの食事(肉など)を含む普通の食事を、嚥んで食べているかどうかを判断する。	
(2) 【ステージ4の判断】ストロー、吸い飲み等を使用して水分・流動物をむせずに飲むことを、ふだんから行っているかどうかで判断する。	
(3) 【ステージ3の判断】咬断や吸引はできないけれど、口の中に十分やわらかい食べ物を入れれば、飲み込みを行う場合がステージ3である。	
(4) 【ステージ2の判断】やわらかいもののみ、口腔内に食べ物をため込まず、嚥下を行っているかどうかで判断する。	
(5) 【ステージ1の判断】やわらかいものであっても(たとえば嚥下食)飲み込みができず、ふだんから行っていない場合、あるいは、誤嚥の危険性が高く嚥下を行っていない場合は、ステージ1と判断する。胃ろうの使用は、ステージ1と判断する。	

502. 【ICFステージング食事動作】の状態のうち、当てはまるもの1つに○をつけてください。状態が日によって異なる場合は、その中でもよりよい状態を基本として判断してください。	
(1) 【ステージ5の判断】ステージ5は、提供された食べ物を箸やフォーク、スプーン、ナイフ等を使用して、上手に食べているかどうかで判断する。	
(2) 【ステージ4の判断】提供された食べ物を、食べこぼし等はあるが、なんとか自分で食べている場合は、ステージ4と判断する。	
(3) 【ステージ3の判断】食事の際、本人の姿勢や食べ物の位置の調整などが必要かどうかで判断する。	
(4) 【ステージ2の判断】食事の準備だけでなく、食べる動作にも介助を行っている場合は、ステージ2である。	
(5) 【ステージ1の判断】食事の動作に対する直接介助を行っても食べることができない場合は、ステージ1と判断する。	

503. 【栄養摂取の方法】をお選びください。			
【非経口栄養法】 (この利用者に提供している方法をすべてに○)	1. 経鼻経管栄養	2. 胃ろう	3. 腸ろう
	4. 間歇的口腔食道経管栄養法	5. 中心静脈栄養	6. 末梢静脈栄養
【経口摂取】のうち、 主食 (この利用者に提供している食形態をすべてに○)	7. 米飯	8. 軟飯	9. 全粥
	10. その他の形態の主食 ()		
【経口摂取】のうち、 主食以外 (この利用者に提供している食形態をすべてに○)	<常菜>		
	11. 常菜(カットなし)	12. 常菜 (一口大:1.5~2cm程度)	13. 常菜 (粗きざみ:1cm程度)
	14. 常菜 (粗きざみ:1cm程度) +とろみあん	15. 常菜 (きざみ:0.2cm程度)	16. 常菜 (きざみ:0.2cm程度) +とろみあん
	<軟菜食>		
	17. 軟菜食(カットなし)	18. 軟菜食 (一口大:1.5~2cm程度)	19. 軟菜食 (粗きざみ:1cm程度)
	20. 軟菜食 (粗きざみ:1cm程度) +とろみあん	21. 軟菜食 (きざみ:0.2cm程度)	22. 軟菜食 (きざみ:0.2cm程度) +とろみあん
	<ソフト食、ペースト食など>		
	23. やわらか食、ソフト食 (押しつぶし可能なもの)	24. ミキサー食、ペースト食 (不均質)	25. ミキサー食、ペースト食 (均質)
	26. 均質なゼリー、プリン、 ムース	27. その他 ()	

504. 503.にて【経口摂食】のいずれかを選択した場合にお伺いします。 (503.で【非経口栄養法】のみをお選びいただいた方は505.にお進みください)			
(1) 食事姿勢をとるときに利用する主なものをお選びください。(1つに○)	1. いす・ベンチ	2. 車いす	
	3. ベッド	4. その他	
(2) (1)でのリクライニング角度をお選びください。(1つに○)	1. 仰臥位	2. ~30度	3. ~45度
	4. ~60度	5. 61度~リクライニングなし	
(3) 食事姿勢をとるとき、足底の接地の工夫をしていますか。当てはまるものをお選びください。(1つに○)	1. 工夫している	2. 工夫していない	
(4) 食事のときによく見られる動作をお選びください。 (当てはまるものすべてに○) ※介助摂食であれば、「4. その他」をお選びください。	1. 早食いをしている	2. かきこみ食べをしている	
	3. 食べ物をこぼしている	4. その他	
(5) 食事のときにむせていますか。(1つに○)	1. むせている	2. むせていない	
(6) 水を飲むときにむせていますか。(1つに○)	1. むせている	2. むせていない	
(7) 飲み込みにくいという訴えがありますか。(1つに○)	1. あり	2. なし	

(8) 食物のため込みや残留が見られますか。(1つに○) ※食事の際に口の中に食物を飲み込まずにためてしまう場合、飲み込んだ後に口を開けると食物が一部残っている場合は「1. あり」をお選びください。	1. あり 2. なし
---	---------------------------

505. この利用者への間食(おやつ)の提供方法についてお伺いします。	
(1) この利用者への間食(おやつ)の提供方法をお選びください。(当てはまるものすべてに○)	1. 市販の間食(おやつ)を加工せず提供している 2. 摂食嚥下機能に合わせて、市販の間食(おやつ)を加工して提供している 3. 摂食嚥下機能に合わせて、施設内で調理した間食(おやつ)を提供している 4. 間食(おやつ)は提供していない
(2) この利用者への親族等から持ち込みされる間食(おやつ)の提供方法をお選びください。(当てはまるものすべてに○)	1. 確認せずに提供している 2. 摂食嚥下機能に合わせて加工等して提供している 3. 摂食嚥下機能次第でお断りすることがある

6. 誤嚥性肺炎や窒息の発生状況についてお伺いします。

601. 令和6年9月1日から令和6年11月30日までの3か月間の状況についてお伺いします。(それぞれ1つに○)		
(1) 発熱の有無	1. あり	2. なし
うち、インフルエンザ罹患の有無	1. あり	2. なし
うち、新型コロナウイルス感染症罹患の有無	1. あり	2. なし
(2) 誤嚥の発生の有無	1. あり	2. なし
うち、誤嚥の既往歴(VE検査等での所見に限定せず、むせのエピソード含む)の有無	1. あり	2. なし
うち、食事を起因とする誤嚥の有無	1. あり	2. なし
(3) 認知機能低下による異食(食べ物でないものを食べる、石けん水等飲み物でないものを飲む行為)等の発生の有無	1. あり	2. なし
(4) 誤嚥性肺炎の発生の有無	1. あり	2. なし
うち、誤嚥性肺炎の既往歴の有無	1. あり	2. なし
うち、他の医療機関への受診の有無	1. あり	2. なし
うち、認知機能低下による異食等を起因とする誤嚥性肺炎の発生の有無	1. あり	2. なし
(5) 窒息の発生の有無	1. あり	2. なし
うち、窒息の既往歴(窒息のエピソード含む)の有無	1. あり	2. なし
うち、食事を起因とする窒息の有無	1. あり	2. なし

602. 601.(1)から(5)が発生したときに、この利用者が受けた検査をお選びください。(当てはまるものすべてに○)	1. 胸部レントゲン検査 2. 血液検査 3. 胸部CT検査 4. その他
--	--

603. 601.(1)から(5)が発生したときに、この利用者が受けた処置をお選びください。(当てはまるものすべてに○)	1. バイタルサインや意識状態の確認 2. 吸引 3. タッピング 4. 気道確保 5. 投薬 6. 異物除去 7. 人工呼吸 8. 心臓マッサージ 9. その他
--	---

7. 摂食嚥下機能に関するトレーニングや特別な配慮、支援等の実施状況についてお伺いします。

701. 令和6年9月1日から令和6年11月30日までの3か月間における、この利用者への摂食嚥下機能に関するトレーニングや特別な配慮、支援等の実施状況をお選びください。(それぞれ1つに○)		
(1) 嚥下訓練(直接訓練)	1. 実施した	2. 実施しなかった
(2) 嚥下訓練(間接訓練)	1. 実施した	2. 実施しなかった
(3) 口腔ケア(歯科専門職による専門的口腔清掃含む)	1. 実施した	2. 実施しなかった
(4) 食事内容や食形態に関する特別な配慮	1. 実施した	2. 実施しなかった
(5) 生活機能向上に向けた指導	1. 実施した	2. 実施しなかった
(6) その人に合った環境調整((4)以外のフィッティング、皿の位置の工夫、特別な補助具の準備等整)	1. 実施した	2. 実施しなかった
(7) 上記以外の対応	1. 実施した	2. 実施しなかった

702. 令和6年9月1日から令和6年11月30日までの3か月間における、この利用者に対する多職種によるミールラウンドの実施回数をご記入ください。※実施していない場合は「0」とお書きください。 ※同日に複数回行った場合は1回としてカウントしてください。 ※経口維持加算の算定の有無にかかわらず実施回数をご記入ください。 ※在所日数が3か月未満の場合は、すべての期間における実施回数をご記入ください。	_____回
---	--------

703. 入所から現在までの間で、この利用者に対する摂食嚥下機能に関するトレーニングや特別な配慮、支援等を経て、嚥下機能や食事動作での改善の有無をお選びください。(主なもの1つに○)	1. 向上した 2. 低下した 3. 変わらない
---	------------------------------------

★★★ 調査項目は以上です。調査にご協力いただき、誠にありがとうございました。★★★

公益社団法人全国老人保健施設協会
「介護施設利用者の摂食嚥下機能の維持・改善に向けた事例集等の
作成に係る調査研究事業」
**介護施設利用者の摂食嚥下機能の維持・改善に向けた調査
〈調査へのご協力をお願い〉**

当施設では、公益社団法人全国老人保健施設協会からの依頼を受け、当施設において、摂食嚥下機能の維持・改善に向けた指導や対応を受けている利用者を対象とした調査に協力しています。この調査は、全国の介護老人保健施設を対象に実施されているもので、リハビリテーション・栄養・口腔の一体的取組をさらに強化するにあたっての課題等を検討することを目的として実施するものです。

調査にご協力いただける場合は、当施設で把握している、現在の疾患や認知症の症状、服薬しているお薬、摂食嚥下機能や食事動作の状態や対応、誤嚥性肺炎や窒息等の発生状況といった情報を、調査主体である公益社団法人全国老人保健施設協会に無記名で提供させていただきます。

当施設において、低栄養状態のリスク分類が「高リスク」に該当する利用者を対象に、調査へのご協力をお願いしていますが、調査への協力は任意です。調査協力を希望されない場合は、いつでもお申し出ください。調査に協力しないことで不利益が生じることは一切ありません。また、途中で調査協力をやめたい場合は、いつでもやめることができます。

調査にご協力いただける場合でも、施設名や調査に協力いただいた方の氏名が特定される形で結果が公表されることはありません。また、調査を通じて、当施設から全国老人保健施設協会に対し、お名前などの個人情報を提供することはありません。

本調査の趣旨をご理解いただき、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

令和____年____月____日

施設名 : _____

「介護施設利用者の摂食嚥下機能の維持・改善に向けた事例集等の

作成に係る調査研究事業」の調査概要

1. 調査の目的等

本調査研究事業は、厚生労働省による令和6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）の交付を受け、介護老人保健施設を対象として実施します。

介護老人保健施設等における誤嚥性肺炎、窒息が発生した場合の対応や摂食嚥下機能の測定方法等の実態を把握する調査を行い、リハビリテーション・栄養・口腔の一体的取組をさらに強化するにあたっての課題等を検討するための基礎資料とすることを目的として実施するものです。介護老人保健施設等における摂食嚥下機能が低下した人およびそのリスクがある要介護高齢者等への対応方法等を整理することにより、高齢者施設における誤嚥性肺炎への取組を強化していきたいと考えております。

2. 調査の内容

■調査の対象： 以下に該当する方を調査対象としています。

- ・ 令和6年 11 月 30 日時点で、低栄養状態のリスク分類が「高リスク」に該当する利用者 5 名（該当する利用者が 5 名未満の場合、利用者全員を対象としてください）。
- ・ 低栄養状態のリスク分類は下表をご参照ください。「高リスク」の項目にひとつでも該当する場合は「高リスク」、「低リスク」のすべての項目に該当する場合は「低リスク」、それ以外の場合は「中リスク」と判断します。

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

令和6年3月15日 厚生労働省老健局老人保健課 介護保険最新情報 Vol.1217「別紙様式 4-1-1 栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング(施設)(様式例)」より作成

■調査の方法

- ・ 調査協力に同意いただいた方について、当施設が把握している現在の疾患や認知症の症状、服薬しているお薬、摂食嚥下機能や食事動作の状態や対応、誤嚥性肺炎や窒息等の発生状況といった情報を、当施設の職員が調査票に記入します。
- ・ 半年後を目処に、調査にご協力いただいた方について、追跡調査を予定しています。

3. 調査にご協力いただく場合の配慮

- 個人情報の取扱いに十分配慮し、法令を遵守します。
 - ・ 調査実施主体に提出する調査票には、お名前などの個人が特定できる情報を記入する欄はなく、符号のみで処理する仕組みとなっております。
 - ・ また、個人が特定できるような情報がそのまま公表されることはありません。
 - ・ 調査に同意いただいた場合でも、いつでも同意を取り消すことができます。
- 調査に協力したくない場合は、同意いただく必要はありません。また、調査の途中や調査の後でも、いつでも同意を撤回することができます。
- 調査協力に同意されない場合でも、あるいは同意された後で同意を取り消される場合でも、いかなる不利益も発生致しません。

4. 調査の実施体制および連絡先

■調査研究事業の研究班の班員構成：

田中 志子	介護老人保健施設大誠苑 理事長 ※担当副会長
松田 晋哉	産業医科大学 医学部 公衆衛生学 教授 ※担当副会長
大河内 二郎	介護老人保健施設竜間之郷 施設長 ※班長
岩澤 由子	公益社団法人 日本看護協会 医療政策部 部長
枝広 あや子	地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所 専門副部長
海老原 覚	東北大学大学院 医学系研究科 臨床障害学分野 教授
大磯 義一郎	一般社団法人 日本医療安全学会 理事長
岡崎 達馬	東北大学大学院 医学系研究科 臨床障害学分野 准教授
佐原 博之	公益社団法人 日本医師会 常任理事
中本 匡治	介護老人保健施設安寿 副施設長
藤本 七映	介護老人保健施設いこいの森 言語聴覚士
松垣 竜太郎	産業医科大学 産業生態科学研究所 作業関連疾患予防学研究室 助教
元家 玲子	公益社団法人 日本栄養士会 福祉職域担当理事
山野 雅弘	介護老人保健施設紀伊の里 理事長

■ 調査事務局:

公益社団法人全国老人保健施設協会

〒105-0011 東京都港区芝公園 2-6-15 黒龍芝公園ビル 6F

TEL:03-3432-4165 FAX:03-3432-4177 または 03-3432-4172

メールアドレス: research@roken.or.jp

担当: 業務部 中里(ナカサト) 歌田(ウタダ) 中島(ナカジマ)

5. 調査に関するお問合せ先

施設名: _____

役 職: _____

氏 名: _____

誠に恐縮でございますが、取組の趣旨をご理解のうえ、
ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

調査にご協力いただける場合は、別紙の「説明および協力同意書」にご
署名をお願いします。

なお、同意された後でも、いつでも同意を撤回することができます。
その場合は、上記5. の問合せ先までお知らせください。

※この用紙は、同意した方が同意を撤回する場合にお使いください

令和6年度「介護施設利用者の摂食嚥下機能の維持・改善に向けた事例集等の
作成に係る調査研究事業」

協力同意撤回書

私は、「介護施設利用者の摂食嚥下機能の維持・改善に向けた事例集等の作成
に係る調査研究事業」に協力することに同意しましたが、その同意を撤回することを、

(施設名) _____ の

(担当者名) _____ に伝え、

ここに同意撤回書を提出します。

年 月 日

御署名 _____ (サイン可)

代筆の場合は、立会人名(必須)

代諾者(又は代筆者) _____ [_____]

(本人との関係) _____

代諾者(代筆)で署名した理由

- ※ 同意書は必ずご本人が署名してください。
※ やむを得ず、自署が不可能で、施設職員が立会いのもと、ご本人の同意が確認でき、ご家族又は法定代理人が代筆する場合、代筆で署名した理由をご記入ください。

以上

令和6年度「介護施設利用者の摂食嚥下機能の維持・改善に向けた事例集等の
作成に係る調査研究事業」

説明および協力同意書

私は、「介護施設利用者の摂食嚥下機能の維持・改善に向けた事例集等の作成に係る調査研究事業」の調査内容を説明のうえ、当施設及び本調査研究事業の研究班において、以下の事項を遵守することを説明いたしました。

- ◆ 本事業において収集したデータは、個人が特定できるような情報がそのまま公表されることはありません。
- ◆ 調査協力者に対するケアやサービスに影響が生じることや不利益が生じるものではありません。また、調査協力に同意された後で同意を取り消される場合でも、いかなる不利益も発生致しません。

施設名：_____ 説明者名：_____

施設長：_____ 宛

私は以上について十分な説明を受け、その趣旨・調査内容について了承した上で、本調査に協力することに同意します。

年 月 日

御署名 _____ (サイン可)

代筆の場合は、立会人名(必須)

代諾者(又は代筆者) _____ [_____]

(本人との関係) _____

代諾者(代筆)で署名した理由

※ 同意書は必ずご本人が署名してください。

※ やむを得ず、自署が不可能で、施設職員が立会いのもと、ご本人の同意が確認でき、ご家族又は法定代理人が代筆する場合、代筆で署名した理由をご記入ください。

以上

【本件問合せ先】

(担当者) _____

※同意書原本は調査票とともに当施設にて規程に基づき保管・廃棄いたします。ご本人控については、コピー等で対応させていただきますのでお申し出ください。

厚生労働省 令和6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)
「介護施設利用者の摂食嚥下機能の維持・改善に向けた事例集等の作成に係る
調査研究事業」

個別調査票 ID 管理シート

※こちらは貴施設において個別調査票のIDを管理いただくためのシートです。ご提出は不要です。

※半年後を目処に、個別調査にご協力いただいた方に対して追跡調査を予定しています。追跡調査時には個別調査票のIDを使用いたします。署名をいただいた「説明および協力同意書」と本シートを、貴施設にて記入日から2年間保管いただきますようお願い申し上げます。

	全老健会員番号	利用者ID	対象者名 (イニシャル可)	調査実施者	調査実施日
記入例	1-23-4567	01	MT	老健太郎	令和7年1月17日
01		01			
02		02			
03		03			
04		04			
05		05			

ヒアリング調査項目

① 施設概要

- ・ 地域特性（都市部・中山間地等、社会資源など）
- ・ 併設施設、連携医療機関の状況
- ・ 利用者数、利用者の要介護の状況
- ・ 摂食嚥下機能の評価や指導等に対応する職員配置の状況

② 摂食嚥下機能が低下している方の発生状況

- ・ 利用者の食形態の状況
- ・ 利用者の嚥下や食事動作の状況

③ 摂食嚥下機能が低下した方への対応状況

- ・ 実施している指導内容及び関与する専門職、指導内容を採用した経緯
- ・ ミールラウンドの実施状況及び関与する専門職
- ・ ミールラウンドを実施した経緯や効果
- ・ 専門職間の役割分担、情報共有時の工夫や課題
- ・ 嚥下調整食の提供状況、提供時における工夫や課題（環境調整、食器や食具の工夫、声掛けによる意識の促し等）
- ・ 認知症高齢者への食事提供時の工夫や課題

④ 誤嚥性肺炎、窒息の発生状況とその対応

- ・ 発熱（インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症含む）、誤嚥、誤嚥性肺炎、窒息の発生状況と具体的な対応方法（病院との連携、マニュアル整備の状況、研修の実施状況等）
- ・ ヒヤリハット事例の収集、共有する際の基準、再発防止策の検討や実践

⑤ 摂食嚥下機能の測定方法

- ・ 実施している摂食嚥下機能の評価及び関与する専門職
- ・ 摂食嚥下機能の評価の実施のタイミング
- ・ 評価方法を採用した経緯
- ・ 専門職間の役割分担、情報共有時の工夫や課題

⑥ ハイリスク高齢者への説明の方法

- ・ 説明を実施する対象、タイミング、説明の方法や内容
- ・ 説明における工夫や留意点、課題
- ・ 説明内容を採用した経緯 等



公益社団法人全国老人保健施設協会

〒105-0011

東京都港区芝公園 2-6-15 黒龍芝公園ビル 6 階

TEL. 03-3432-4165 FAX. 03-3432-4172