

平成29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

**摂食嚥下機能低下者への介護保険施設等における食事提供
及び退院退所時等における連携の実態等、嚥下調整食の提供
のあり方に関する調査研究事業報告書**

平成30年3月

地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター

平成29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

**摂食嚥下機能低下者への介護保険施設等における食事提供
及び退院退所時等における連携の実態等、嚥下調整食の提供
のあり方に関する調査研究事業報告書**

平成30年3月

地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター

はじめに

介護保険施設に入所している要介護高齢者は、64%が摂食嚥下障害を有しているとの統計があり、栄養状態の維持・改善のための摂食嚥下機能の把握や、適切な嚥下調整食による食事提供が重要となります。しかし、現段階では介護保険施設及び通所系介護サービス事業所等において、摂食嚥下に関する情報がどのように収集・評価され、どのような食事が提供されているかについての実態は十分に把握されていません。

こうした中、平成29年度厚生労働省老人保健健康増進等事業において嚥下調整食を必要とする高齢者が自身の有する能力に応じた日常生活を営むことのできる環境整備及び支援を行う仕組みの構築に向けて、「摂食嚥下機能低下者への介護保険施設等における食事提供及び退院退所時等における連携の実態等、嚥下調整食の提供のあり方に関する調査研究事業」を実施いたしました。調査内容は全国の通所施設、入所施設を対象とした嚥下調整食に関するアンケート調査、通所施設における食支援介入調査、栄養情報提供書を用いた嚥下調整食提供に関する調査の3つとなっております。

特に全国調査においては2000件を超える協力が得られ、現場の貴重な実態や今後につながる課題等、多くの示唆を得ることが出来ました。これもひとえに多くのご協力いただいた方々、ご協力いただいた団体の皆様のご支援によるものと感謝申し上げます。今後も研究担当者一同、嚥下調整食をはじめとしたシームレスな食環境の整備や、その普及啓発に努めてまいります。今後ともご支援ならびにご協力の程よろしく願いいたします。

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所

本川佳子

<目次>

第1章 調査研究事業の概要	1
1. 全国調査, 追加調査.....	1
2. 通所施設における食支援介入調査.....	12
3. 栄養情報提供書のあり方に関する調査.....	15
4. 提 言.....	18
5. 調査研究の実施体制.....	20
第2章 全国調査：アンケート結果	23
1. 調査の実施概要.....	24
2. 全国調査集計結果.....	27
3. 追加調査結果.....	52
4. 全国調査：嚥下調整食有無別比較検討.....	57
5. 全国調査：通所施設における嚥下調整食提供調査の詳細検討.....	70
6. 全国調査：都道府県別の検討.....	90
第3章 ヒアリング調査結果	97
1. 調査の実施概要.....	98
2. 調査結果.....	99
第2章、第3章 調査のまとめと考察	116
第4章 食支援介入及び嚥下調整食提供に関する調査	123
3. 調査の実施概要.....	124
4. 調査結果.....	127
第4章 調査のまとめと考察	161
参考資料 調査票	162

第1章 調査研究事業の概要

1. 全国調査, 追加調査

1. 調査方法

1-1 全国調査

全国の通所介護事業所、通所リハビリテーション事業所、介護老人保健施設、特別養護老人ホームを対象に級地区別に無作為抽出（1/15）を行った。配食事業所は一般社団法人全国食支援活動協力会のホームページに記載されている事業所すべてを対象とした。調査票は郵送法により配布・返信までを行った。回収状況は下記のとおりである。

- 通所介護：867 施設（41%）
- 地域密着通所介護：512 施設（48%）
- 通所リハビリテーション：193 施設（39%）
- 介護老人保健施設：129 施設（46%）
- 特別養護老人ホーム：230 施設（45%）
- 地域密着特別養護老人ホーム：79 施設（60%）
- 配食：28 事業所（30%）

1-2 追加調査

全国調査において追加調査に協力可能と返答した事業所すべてに追加調査を行った。調査票は郵送法により配布・返信までを行った。回収状況は下記のとおりである。

- 通所介護：90 施設（80%）
- 通所リハビリテーション：14 施設（58%）
- 介護老人保健施設：4 施設（21%）
- 特別養護老人ホーム：37 施設（65%）

2. 結果と考察

<全国調査、追加調査単純集計の結果>

・通所リハならびに入所施設では大半の施設で摂食嚥下評価はしているものの、通所介護では2割以下である

	全体 (1576)	通所介護 (1349)	通所リハ (193)
はい	22.0	17.6	52.3
いいえ	73.6	77.4	46.6
無回答	4.4	5.0	1.0
全体	100.0	100.0	100.0

	全体 (442)	特養 (306)	老健 (127)
はい	64.7	57.8	81.1
いいえ	34.2	41.2	17.3
無回答	1.1	1.0	1.6
全体	100.0	100.0	100.0

- ・通所リハ、入所施設では大半の施設で嚥下調整食を提供しているものの、通所介護では7割以下である

	全体 (1576)	通所介護 (1349)	通所リハ (193)
あり	65.7	64.0	75.1
なし	32.9	34.3	24.9
無回答	1.4	1.6	0.0
全体	100.0	100.0	100.0

	全体 (442)	特養 (306)	老健 (127)
あり	97.3	98.4	94.5
なし	2.5	1.3	5.5
無回答	0.2	0.3	0.0
全体	100.0	100.0	100.0

- ・配食事業者では常食対応が大半である

	全体	構成比
あり	16	57.1
なし	8	28.6
無回答	4	14.3
全体	28	100.0

- ・食形態の評価は通所リハ、特養、老健ともに独自の基準が最も多くなっており、学会の分類を使っているところも老健でも3割程度であること、特に指標を定めていないところもかなりあること、配食事業者は指標がない方が多い。

	全体 (1036)	通所介護 (864)	通所リハ (145)
日本摂食嚥下リハビリテーション学会分類2013	8.6	5.6	26.2
嚥下食ピラミッド	4.3	3.5	9.7
施設で独自の基準を定めている	32.4	30.1	44.1
その他	6.0	6.0	6.2
特に指標は定めていない	47.5	50.9	28.3
無回答	8.0	8.9	2.8
全体	100.0	100.0	100.0

	全体 (430)	特養 (301)	老健 (120)
日本摂食嚥下リハビリテーション学会分類2013	24.7	22.3	32.5
嚥下食ピラミッド	13.3	11.6	18.3
施設で独自の基準を定めている	39.1	39.2	38.3
その他	4.4	4.3	5.0
特に指標は定めていない	31.6	33.2	25.8
無回答	4.2	5.3	1.7
全体	100.0	100.0	100.0

- ・食事のコストはいずれの施設種別でも常食より嚥下食のほうが高くなっている

常食	全体 (858)	通所介護 (697)	通所リハ (136)
0円以上300円未満	26.2	23.2	41.9
300円以上500円未満	29.1	29.0	27.9
500円以上1000円未満	24.7	26.8	16.9
無回答	19.9	20.9	13.2
全体	100.0	100.0	100.0
平均	393.9	403.8	354.1

嚥下調整食	全体 (858)	通所介護 (697)	通所リハ (136)
0円以上300円未満	21.7	19.7	32.4
300円以上500円未満	31.8	30.6	36.0
500円以上1000円未満	24.7	26.8	16.9
無回答	21.8	23.0	14.7
全体	100.0	100.0	100.0
平均	411.3	421.6	371.2

常食	全体 (422)	特養 (295)	老健 (118)
0円以上300円未満	55.2	55.9	51.7
300円以上500円未満	11.8	11.5	12.7
500円以上1000円未満	18.0	18.3	18.6
無回答	14.9	14.2	16.9
全体	100.0	100.0	100.0
平均	357.9	363.1	354.6

嚥下調整食	全体 (422)	特養 (295)	老健 (118)
0円以上300円未満	46.4	46.4	44.1
300円以上500円未満	19.2	19.3	19.5
500円以上1000円未満	17.5	18.0	17.8
無回答	16.8	16.3	18.6
全体	100.0	100.0	100.0
平均	379.7	387.8	369.5

- ・通所については嚥下調整食の対応が必要な者がいないために、嚥下調整食の提供が不要という回答が多い（図表 51-57）

	全体 (518)	通所介護 (463)	通所リハ (48)
必要であると感じる	54.6	54.4	52.1
特に必要であると感じていない	44.0	44.1	47.9
無回答	1.4	1.5	0.0
全体	100.0	100.0	100.0

	全体 (283)	通所介護 (252)	通所リハ (25)
嚥下調整食の対象者がいない	70.0	71.4	56.0
嚥下の評価が困難	11.7	10.7	24.0
個別の食事対応ができない	11.0	9.5	24.0
調理設備が足りない	7.1	7.5	4.0
採算が取れない	4.9	4.8	8.0
委託業者との契約上の理由	3.9	3.2	8.0
人員不足	19.8	17.9	40.0
その他	9.5	9.5	12.0
無回答	1.1	1.2	0.0
全体	100.0	100.0	100.0

嚥下調整食の提供状況は通所リハビリテーション、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設では大半の施設で嚥下調整食が提供されていたが、通所介護においては7割以下となり、施設種別に嚥下調整食提供の環境整備に差があることが認められた。また通所介護のうち嚥下調整食の提供がされていないのは併設のない施設（単独通所介護）であることが明らかとなった。また配食事業所では嚥下調整食の対応は大半が常食であり、軟菜・押しつぶし等の食形態の提供は難しいことが明らかとなった。この背景として通所介護において嚥下調整食の提供の必要性が認識されていないこと、嚥下調整食の業務負担、コスト負担が常食に比較し多い事や通所における専門職の配置または連携がとれていないことが起因していると考えられる。通所介護においては委託業者の利用率が低く、今後も通所施設の設備やコスト負担を考慮するとその活用は難しいことが考えられる。その中で配食業者による嚥下調整食の広がりが期待されるが、配食で提供される食事の大半は常食であり、現状その対応は難しいということが明らかとなった。

以上の全国調査、追加調査によって通所施設、入所施設で嚥下調整食の提供状況に差が認められたことから施設種別に嚥下調整食の有無でその詳細について検討を行った。

<嚥下調整食有無別比較検討>

・通所介護、通所リハビリテーションともに嚥下調整食を提供ありと答えた施設は併設施設があること、栄養改善加算算定していること、口腔機能向上加算算定していること、摂食嚥下障害を有する利用者が有意に多かった

	通所介護					通所リハビリテーション					
	嚥下調整食		嚥下調整食		p values	嚥下調整食		嚥下調整食		p values	
	あり	%	なし	%		あり	%	なし	%		
併設施設											
病院	なし	679	98%	327	98%	1.000	96	67%	35	44%	0.274
	あり	17	2%	8	2%		48	33%	11	57%	
診療所	なし	668	96%	326	97%	0.371	96	67%	20	44%	0.009
	あり	28	4%	9	3%		48	33%	26	57%	
介護老人	なし	684	98%	333	99%	0.248	69	48%	34	74%	0.002

保健施設	あり	12	2%	2	1%	75	52%	12	26%	
特別養護老人ホーム	なし	552	79%	324	97%	142	99%	46	100%	1.000
	あり	144	21%	11	3%	2	1%	0	0%	<0.001
有料老人ホーム	なし	587	84%	302	90%	135	94%	45	98%	0.456
	あり	109	16%	33	10%	9	6%	1	2%	0.012
併設施設なし	いいえ	476	68%	132	39%	142	99%	44	96%	0.247
	はい	220	32%	203	61%	2	1%	2	4%	<0.001
その他	なし	450	65%	253	76%	127	88%	34	74%	0.032
	あり	246	35%	82	25%	17	12%	12	26%	<0.001

		通所介護				通所リハビリテーション					
		嚥下調整食				p values	嚥下調整食				p values
		あり	%	なし	%		あり	%	なし	%	
栄養改善加算算定(2017年9月)	あり	5	1%	0	0%	0.170	12	9%	0	0%	0.038
	なし	832	99%	446	100%		123	91%	47	100%	
口腔機能向上算定(2017年9月)	あり	62	7%	22	5%	0.097	33	24%	3	6%	0.006
	なし	775	93%	427	95%		102	76%	44	94%	

・入所施設は嚥下調整食提供なしの施設のN数が少ない解析ではあるが、嚥下調整食提供ありの施設では経口移行加算算定を有意に多く行っていた

		嚥下調整食				p values
		あり	%	なし	%	
栄養マネジメント加算実績(2017年9月)	あり	351	82%	9	82%	1.000
	なし	79	18%	2	18%	
療養食加算実績(2017年9月)	あり	271	63%	10	91%	0.107
	なし	158	37%	1	9%	
経口移行加算実績(2017年9月)	あり	26	6%	3	27%	0.031
	なし	399	94%	8	73%	
経口維持I加算実績(2017年9月)	あり	132	31%	2	18%	0.516
	なし	295	69%	9	82%	

経口維持加算実績 (2017年9月)	あり	54	14%	1	10%	1.000
	なし	340	86%	9	90%	
経口維持Ⅱ加算実績 (2017年9月)	あり	86	20%	1	9%	0.701
	なし	340	80%	10	91%	

・通所介護、通所リハビリテーション、入所施設の常食と嚥下調整食の比較では嚥下調整食で業務時間、コスト等が有意に多くなっていた。

通所介護

	常食		嚥下調整食		p values
一食にかかる業務時間(分)	73.5	± 62.6	75.4	± 67.2	0.115
一食当たりの食材費(円)	403.4	± 161.2	421.3	± 296.8	0.115
一食当たりの調理済食品入(円)	419.8	± 138.0	439.5	± 145.0	<0.001

通所リハビリテーション

	常食		嚥下調整食		p values
一食にかかる業務時間(分)	86.9	± 70.2	94.9	± 74.5	0.023
一食当たりの食材費(円)	356.1	± 155.6	371.2	± 164.4	0.023
一食当たりの購入費(円)	367.5	± 165.7	376.9	± 176.6	0.565

。

入所施設

	常食		嚥下調整食		p values
一食にかかる業務時間(分)	93.6	± 76.4	105.9	± 82.5	<0.001
一食当たりの食材費(円)	359.7	± 233.7	382.1	± 241.6	<0.001
一食当たりの調理済食品購入費(円)	218.2	± 106.9	246.8	± 97.0	0.019

値は平均値±標準偏差で示した。

<通所施設における併設有無別比較検討>

・通所介護の併設有無別の比較では、食事提供の有無、食事提供の住職業務形態、管理栄養士/栄養士の配置に有意差が認められ、通所リハビリテーションにおいてはさらに言語聴覚士で有意差が認められた。

	通所介護					p values	通所リハビリテーション					p values
	併設の有無				併設の有無							
	なし	あり			なし		あり					
食事提供の有無	あり	461	90%	166	99%	<0.001	あり	53	83%	113	90%	0.131
	なし	51	10%	1	1%		なし	11	17%	12	10%	
食事提供の有の内容	直営	204	44%	55	33%	<0.001	直営	22	42%	31	27%	<0.001
			13.5		-13.5				5.3		-5.3	

	委託	157	34%	104	63%		委託	18	35%	80	71%	
			-35		35				-12.9		12.9	
	配食	86	19%	5	3%		配食	11	21%	2	2%	
			19.1		-19.1				6.9		-6.9	
	その他	12	3%	1	1%		その他	1	2%	0	0%	
			2.4		-2.4				0.7		-0.7	
栄養改善加算算定 (2017年9月)	あり	2	0%	3	2%	0.097	あり	1	2%	11	9%	0.064
	なし	498	100%	159	98%		なし	58	98%	108	91%	
口腔機能向上算定 (2017年9月)	あり	42	8%	12	7%	0.722	あり	8	14%	27	23%	0.156
	なし	462	92%	149	93%		なし	51	86%	93	78%	
管理栄養士/栄養士	なし	429	83%	55	33%	<0.001	なし	40	63%	19	15%	<0.001
	あり	88	17%	114	67%		あり	24	38%	107	85%	
調理員	なし	303	59%	112	66%	0.077	なし	41	64%	75	60%	0.544
	あり	214	41%	57	34%		あり	23	36%	51	40%	
言語聴覚士	なし	510	99%	167	99%	0.866	なし	54	84%	83	66%	0.007
	あり	7	1%	2	1%		あり	10	16%	43	34%	
歯科衛生士	なし	503	97%	161	95%	0.194	なし	61	95%	114	90%	0.243
	あり	14	3%	8	5%		あり	3	5%	12	10%	
看護師	なし	53	10%	12	7%	0.225	なし	14	22%	32	25%	0.592
	あり	464	90%	157	93%		あり	50	78%	94	75%	

・通所介護の併設有無別の比較では、日本摂食リハビリテーション学会分類 2013、施設独自基準で有意差が認められた。通所リハビリテーションの併設有無別では有意な関連は認められなかった。

	通所介護					p values	通所リハビリテーション					p values
	併設有無						併設有無					
	なし	あり	なし	あり	なし		あり					
嚥下調整食の指標												
日本摂食嚥下リハビリテーション学会分類 2013	なし	57	97%	17	68%	<0.001	なし	4	80%	12	67%	0.567
	あり	2	3%	8	32%		あり	1	20%	6	33%	
嚥下食ピラミッド	なし	56	95%	25	100%	0.551	なし	4	80%	18	100%	0.217
	あり	3	5%	0	0%		あり	1	20%	0	0%	
施設独自基準	なし	40	68%	10	40%	0.018	なし	4	80%	8	44%	0.317
	あり	19	32%	15	60%		あり	1	20%	10	56%	
その他	なし	55	93%	25	100%	0.313	なし	5	100%	18	100%	-
	あり	4	7%	0	0%		あり	0	0%	0	0%	

特になし	なし	36	61%	20	80%	0.092	なし	4	80%	15	83%	0.862
	あり	23	39%	5	20%		あり	1	20%	3	17%	

・通所介護の併設有無別の比較では、嚥下調整食連携職種のうち管理栄養士、栄養士、介護職員に有意差が認められた。通所リハビリテーションの併設有無別の比較では、嚥下調整食連携職種のうち管理栄養士、栄養士、言語聴覚士に有意差が認められた。

	通所介護					p values	通所リハビリテーション					p values
	併設の有無						併設の有無					
	なし	あり	なし	あり	なし		あり					
嚥下調整食連携職種												
医師	なし	310	85%	125	81%	0.257	なし	18	45%	45	42%	0.782
	あり	54	15%	29	19%		あり	22	55%	61	58%	
歯科医師	なし	348	96%	144	94%	0.318	なし	39	98%	102	96%	0.706
	あり	16	4%	10	6%		あり	1	3%	4	4%	
管理栄養士	なし	299	82%	27	18%	<0.001	なし	25	63%	6	6%	<0.001
	あり	65	18%	127	82%		あり	15	38%	100	94%	
栄養士	なし	299	82%	101	66%	<0.001	なし	33	83%	63	59%	0.009
	あり	65	18%	53	34%		あり	7	18%	43	41%	
調理師・調理員	なし	165	45%	57	37%	0.08	なし	20	50%	35	33%	0.059
	あり	199	55%	97	63%		あり	20	50%	71	67%	
言語聴覚士	なし	349	96%	148	96%	0.906	なし	34	85%	64	60%	0.005
	あり	15	4%	6	4%		あり	6	15%	42	40%	
歯科衛生士	なし	346	95%	142	92%	0.205	なし	38	95%	92	87%	0.236
	あり	18	5%	12	8%		あり	2	5%	14	13%	
看護職員	なし	60	16%	22	14%	0.531	なし	6	15%	22	21%	0.431
	あり	304	84%	132	86%		あり	34	85%	84	79%	
介護職員	なし	75	21%	18	12%	0.016	なし	4	10%	16	15%	0.425
	あり	289	79%	136	88%		あり	36	90%	90	85%	
その他	なし	301	83%	132	86%	0.396	なし	32	80%	92	87%	0.306
	あり	63	17%	22	14%		あり	8	20%	14	13%	

<通所施設における栄養改善加算取得有無別比較検討>

・通所介護の栄養改善加算取得有無別の比較では、口腔機能向上算定、職員の配置状況に有意差が認められた。

通所リハビリテーションの栄養改善加算取得有無別の比較では、口腔機能向上算定、職員の配置状況に有意差が認められた。

		通所介護				p values	通所リハビリテーション				p values		
		栄養改善加算算定					栄養改善加算算定						
		あり	%	なし	%		あり	%	なし	%			
併設病院	なし	2	40%	498	76%	0.097	併設病院	なし	1	8%	58	35%	0.064
特養老健	あり	3	60%	159	24%		特養老健	あり	11	92%	108	65%	
食事提供の有無	あり	6	100%	741	90%	1.000	食事提供の有無	あり	12	100%	144	86%	0.373
	なし	0	0%	78	10%			なし	0	0%	24	14%	
食事提供の有の内容	直営	1	17%	314	43%	0.169	食事提供の有の内容	直営	3	25%	45	31%	0.612
	委託	5	83%	286	39%		食事提供の有の内容	委託	9	75%	84	59%	
	配食	0	0%	118	16%		食事提供の有の内容	配食	0	0%	13	9%	
	その他	0	0%	17	2%		食事提供の有の内容	その他	0	0%	1	1%	
口腔機能向上算定 (2017年9月)	あり	5	100%	55	7%	< 0.001	口腔機能向上算定 (2017年9月)	あり	9	75%	24	14%	< 0.001
	なし	0	0%	769	93%			なし	3	25%	142	86%	
管理栄養士/ 栄養士	なし	1	17%	621	75%	0.005	管理栄養士/ 栄養士	なし	1	8%	59	35%	0.065
	あり	5	83%	208	25%			あり	11	92%	110	65%	
調理員	なし	4	67%	514	62%	1.000	調理員	なし	7	58%	106	63%	0.766
	あり	2	33%	315	38%			あり	5	42%	63	37%	
言語聴覚士	なし	6	100%	814	98%	1.000	言語聴覚士	なし	5	42%	129	76%	0.014
	あり	0	0%	15	2%			あり	7	58%	40	24%	
歯科衛生士	なし	4	67%	809	98%	0.009	歯科衛生士	なし	9	75%	158	93%	0.054
	あり	2	33%	20	2%			あり	3	25%	11	7%	
看護師	なし	0	0%	81	10%	1.000	看護師	なし	0	0%	44	26%	0.041
	あり	6	100%	748	90%			あり	12	100%	125	74%	

・通所介護の栄養改善加算取得有無別の比較では、嚥下調整食作成のための連携職種のうち管理栄養士、その他に有意差が認められた。

通所リハビリテーションの栄養改善加算取得有無別の比較では、調理師・調理員に有意差が認められた。

	通所介護					p values	通所リハビリテーション					p values	
	栄養改善加算算定						栄養改善加算算定						
	あり	%	なし	%			あり	%	なし	%			
医師	なし	5	83%	513	86%	1.000	医師	なし	3	25%	56	45%	0.178
	あり	1	17%	87	15%		あり	9	75%	68	55%		
歯科医師	なし	5	83%	575	96%	0.232	歯科医師	なし	11	92%	120	97%	0.374
	あり	1	17%	25	4%		あり	1	8%	4	3%		
管理栄養士	なし	1	17%	392	65%	0.022	管理栄養士	なし	0	0%	30	24%	0.068
	あり	5	83%	208	35%		あり	12	100%	94	76%		
栄養士	なし	5	83%	468	78%	1.000	栄養士	なし	6	50%	82	66%	0.344
	あり	1	17%	132	22%		あり	6	50%	42	34%		
調理師・調理員	なし	4	67%	257	43%	0.410	調理師・調理員	なし	1	8%	50	40%	0.031
	あり	2	33%	343	57%		あり	11	92%	74	60%		
言語聴覚士	なし	6	100%	577	96%	1.000	言語聴覚士	なし	5	42%	89	72%	0.047
	あり	0	0%	23	4%		あり	7	58%	35	28%		
歯科衛生士	なし	5	83%	571	95%	0.264	歯科衛生士	なし	9	75%	111	90%	0.151
	あり	1	17%	29	5%		あり	3	25%	13	10%		
看護職員	なし	1	17%	98	16%	1.000	看護職員	なし	0	0%	25	20%	0.123
	あり	5	83%	502	84%		あり	12	100%	99	80%		
介護職員	なし	1	17%	115	19%	1.000	介護職員	なし	1	8%	17	14%	1.000
	あり	5	83%	485	81%		あり	11	92%	107	86%		
その他	なし	2	33%	509	85%	0.007	その他	なし	11	92%	105	85%	1.000
	あり	4	67%	91	15%		あり	1	8%	19	15%		

施設種別の嚥下調整食の有無、通所施設の詳細な検討を行ったところ、通所施設では嚥下調整食を提供ありと答えた施設は併設施設があること、栄養改善加算を算定していること、口腔機能向上加算を算定していること、摂食嚥下障害を有する利用者が多いという特徴が得られた。入所施設においては嚥下調整食提供なしの施設のN数が少ない解析ではあるが、嚥下調整食提供ありの施設では経口移行加算算定を有意に多く行っているという特徴が得られた。

以上の解析により特に通所施設において通所介護・通所リハビリテーションの違い、併設の有無、加算の取得状況という検討すべき点が示されたことから詳細に層別解析を行った。

通所介護と通所リハビリテーションの比較では、通所介護で嚥下調整食提供の取り組みの困難さが示された。委託調理が有意に少ないこと、栄養改善加算算定・口腔機能向上加算算定の取得が有意に低いこと、摂食嚥下障害評価の内容に有意差が認められ専門職による評価が行われていないこと（通所リハビリテーションではRSST、MWST、フードテスト、聴診所見が有意に多い）、嚥下調整食作成のための専門職との連携が少なく、特に医師、管理栄養士、言語聴覚士、歯科衛生士との連携が少ないことが通所介護における嚥下調整食提供の阻害要因となっていた。実際の調理においても通所リハビリテーションに比べて通所介護では献立作成、調理を介護スタッフで担っていることが明らかとなった。

以上の結果から通所施設、特に併設がなく、栄養改善加算・口腔機能向上加算算定がされていない通所施設における嚥下調整食提供の困難な状況が明らかとなった。これらの結果が広く普及されることで通所施設における食環境整備の社会的重要性が認識される必要がある。通所施設利用者の24%がBMI18.5未満であるとの報告や、Mini Nutritional Assessment®-SFで評価したところ低栄養、低栄養のリスクありに該当するものは38.7%に及ぶと報告され、通所利用者の栄養改善への取り組みが重要である。平成27年度の介護報酬改定において施設系サービスに「口から食べる楽しみの支援の充実」として従来の経口維持加算等の見直しが行われた。これまでの嚥下造影検査（VF）、嚥下内視鏡検査（VE）等の評価区分がなくなり、多職種が連携し食事の様子を観察しカンファレンスによって評価するという経口維持のためのミールラウンドが行われるようになった。管理栄養士と歯科衛生士の連携がある介護保険施設では体重減少が有意に少ないとの報告もあり、今後通所施設においても多職種が連携する栄養マネジメント加算、ミールラウンドといった取り組みの導入が期待される。

入所施設においては専門職との連携、嚥下調整食の提供が大半の施設で実施されていたが、食形態の指標が独自であるという施設が最も多く、今後日本摂食嚥下リハビリテーション学会分類2013の普及・啓発が必要である。また都道府県別の比較検討では特徴的な結果は得られなかったが、専門職の確保は地域偏在等の影響があり限られた人材を有効に活用し、地域連携、多職種協働で行っていくことが必要である。地域の分布等については今後さらに検討していきたい。

2. 通所施設における食支援介入調査

1. 調査背景および目的

通所介護施設・通所リハビリテーション施設利用者の、栄養改善加算及び口腔機能向上加算の利用は進んでいない。特に、要介護度の低い者に対するサービス提供の割合が低く、早期の段階からのアプローチという観点からの対応が進んでいない状況にある。この理由として、「人材不足」、「介護支援専門員の無理解」、「専門職以外では客観的評価が困難」などの理由が挙げられる。

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

通所施設での、介護職員による口腔・栄養のアセスメントを行うことの有効性と、アセスメントを介護支援専門員へ情報提供することが、通所介護施設利用者の低栄養防止に有用であるか明らかにすることを目的とした。

2. 調査方法

対象者は、全国の40ヶ所の通所施設(全施設の定員1714名)の利用者596名(男性186名、女性410名、平均年齢 83.3 ± 8.4 歳)とした。利用者を介入群と対照群に分類した。介入群は319名(男性103名、女性216名、平均年齢 82.6 ± 8.6 歳)、対照群は277名(男性83名、女性194名、平均年齢 84.2 ± 8.0 歳)であった。基礎情報として、年齢、性別、身長、体重、介護度、歩行、会話、認知症老人の日常生活自立度、障害者老人の日常生活自立度の調査を行い、各施設の職員が口腔・栄養に関わるアセスメントを実施した。

介入群は、月に1度の食支援に関する相談日を設け、管理栄養士、歯科衛生士に専門的アドバイスを得た。また、施設内でその情報を共有するとともに、利用者個々の担当介護支援専門員にその情報を提供した。これらの取り組みを実施しなかった通所利用者のグループを対照群とした。調査期間は6ヶ月間とし、調査前後でアセスメントを行い、体重減少に関わる因子の検討を行った。

3. 結果と考察

対象者の13.9%にBMI 18.5未満の低栄養者が存在し、9.9%は6ヶ月間で5%以上の体重減少がみられた。ロジスティック解析の結果、体重減少の有意な説明変数となったのは障害者老人の日常生活自立度、食形態、アセスメントの項目のうち、「むせる」「飲み込みに時間がかかる」「歯のせいで食べにくそうにしている」が、さらに食形態が主食、副食どちらかでも嚥下調整食になっていることであった。これにより、介護職員が行うアセスメントが有効であったと考えられる。

提供される食事の食形態が嚥下調整食常食となっている利用者を食支援ニーズ者とした場合、介入群において体重減少との関連を示さなかったが、対照群においては、食支援ニーズ者のほうが体重減少を示す者が有意に存在した。通所施設でアセスメントを実施し、介護支援専門員への情報提供すること、また食支援に関する専門的アドバイスを得ることは、食支援ニーズ者の低栄養リスクへの移行を防止する可能性が示された。

食支援アセスメント項目

- ① 食事にむせたり、せきこんだりすることがある
- ② 食事に30分以上かかる
- ③ 食物をなかなか飲み込まず、のみこみに時間がかかることがある
- ④ 次から次へと食べ物を口に運ぶことがある
- ⑤ 食事をしながら、寝てしまうことがある
- ⑥ なかなか食べ始められない、食事に集中できないことがある
- ⑦ 固いものを避け、軟らかいものばかり食べる
- ⑧ 痰が絡んでいるような声になることがある
- ⑨ 歯や入れ歯のせいで食べにくそうにしている
- ⑩ うがいができない
- ⑪ 歯ブラシをするのをいやがる
- ⑫ うがいのあと口からたくさんの残渣が出てくる

体重減少5%以上の有無で2群に分け従属変数としたときの2項ロジスティック回帰分析

	B	標準誤差	Wald	自由度	有意確率	Exp(B)	EXP(B) の 95% 信頼区間	
							下限	上限
年齢	-0.010	0.019	0.277	1	0.598	0.990	0.954	1.028
性別	0.056	0.328	0.029	1	0.864	1.058	0.556	2.011
BMI	-0.068	0.038	3.222	1	0.073	0.934	0.867	1.006
認知性老人 の日常生活 自立度判定 基準	0.132	0.105	1.568	1	0.210	1.141	0.928	1.403
障害老人の 日常生活自 立度判定基 準	-0.234	0.139	2.860	1	0.091	0.791	0.603	1.038
アセスメン ト問1	0.959	0.431	4.947	1	0.026	2.609	1.121	6.076
アセスメン ト問2	0.312	0.516	0.365	1	0.546	1.366	0.497	3.757
アセスメン ト問3	-2.067	0.930	4.942	1	0.026	0.127	0.020	0.783
アセスメン ト問4	-1.181	0.637	3.436	1	0.064	0.307	0.088	1.070
アセスメン ト問5	-0.133	1.173	0.013	1	0.910	0.876	0.088	8.733
アセスメン ト問6	-0.745	0.836	0.795	1	0.373	0.475	0.092	2.443
アセスメン ト問7	0.402	0.449	0.803	1	0.370	1.495	0.620	3.601

アセスメント問 8	0.264	0.661	0.159	1	0.690	1.302	0.357	4.751
アセスメント問 9	-1.620	0.811	3.994	1	0.046	0.198	0.040	0.969
アセスメント問 10	1.330	0.791	2.828	1	0.093	3.783	0.802	17.834
トロミ	1.726	1.245	1.922	1	0.166	5.616	0.490	64.388
嚥下食	-0.919	0.347	7.027	1	0.008	0.399	0.202	0.787

3. 栄養情報提供書のあり方に関する調査

1. 目的

栄養情報提供書の統一における食支援連携の推進

2. 方法

地域の病院や施設に在籍する管理栄養士を中心としたワーキンググループを立ち上げ、協議のうえ栄養情報提供書のフォーマットを作成した。調査対象は病院に入院中または老人保健施設入居中の患者で、嚥下調整食を摂取している者である。研究協力病院（対象者登録施設）では入院患者で研究協力の同意を得た者を登録した。患者が退院時に、先の栄養情報提供書を作成し、退院（または転院）先の病院・施設、在宅の場合は居宅介護支援事業所へ依頼状およびアンケートと共に送付した。対象者の退院先が病院・施設の場合は管理栄養士に、在宅の場合はケアマネージャーにアンケートの協力依頼を行い、アンケートを回収した。実施期間は2017年8月から2018年1月であった。

3. 結果と考察

登録者数30件中27件の回収を得た。回答者は管理栄養士17名、介護支援専門員10名であった。

1) 食事の提供実態について

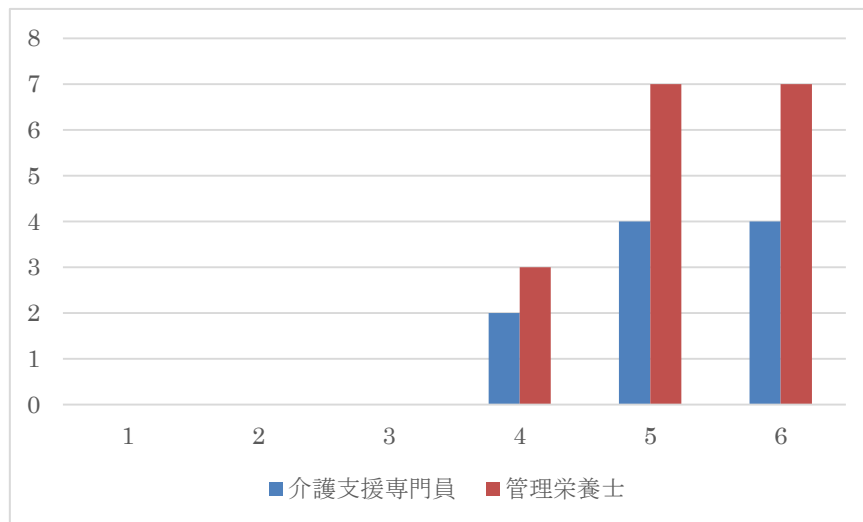
病院で提供されていた食形態が退院や転院後に変更になる場合の原因として、在宅では「推奨された食形態がご家庭で用意できなかった、または施設で提供体制がなかった」や「本人または家族による食形態の希望があった」と回答した割合が高かった。一方、病院・施設では転院や入居後に、医師や言語聴覚士により「摂食機能の再評価をおこなった」との回答が約50%みられた。これらの結果は喫食率にも影響を与えていると考えられ、病院・施設では「全部食べる(100%)」「ほとんど食べる(~99%)」との回答が約75%であるのに対して、退院後では50%程度になっており、機能に見合わない食形態での提供が喫食率低下の原因になっている可能性が推察された。

現在の食事内容が、情報提供された食形態・トロミと違う場合、変更した理由

No.	カテゴリー名	在宅		病院・施設	
		n	%	n	%
1	摂食機能の再評価を行った	1	10.0	9	52.9
2	本人 or ご家族による食形態の希望があったため	2	20.0	1	5.9
3	推奨された食形態がご家庭で用意できなかった or 施設で提供体制がなかった	5	50.0	2	11.8
4	その他	0	0.0	3	17.6
	無回答	5	50.0	3	17.6
	全体	10	100.0	17	100.0

2) 統一した栄養情報提供書による情報共有について

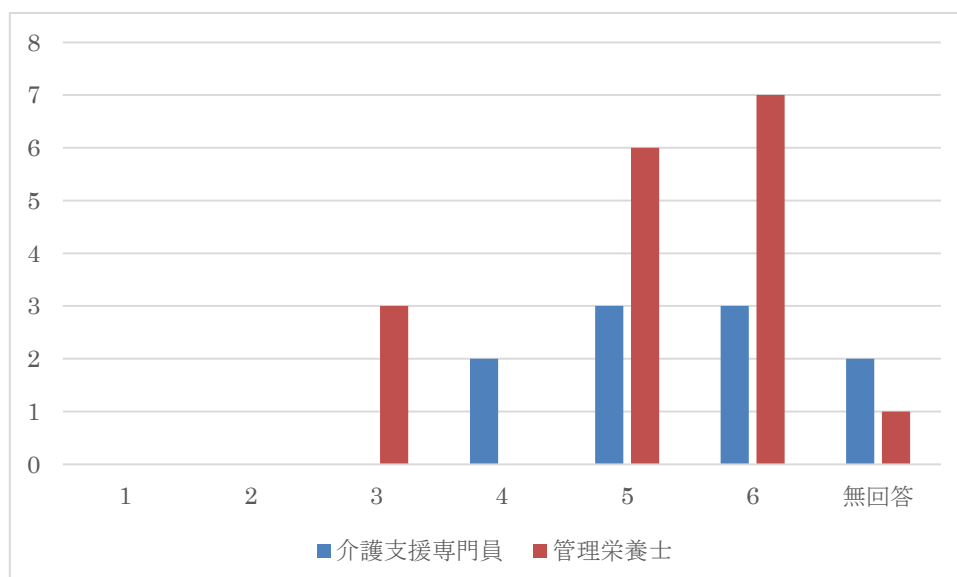
・本栄養情報提供書の総合的評価としては、VAS（最大値6，非常に良い）でスコア5、6の評価が8割以上であり、最小値は4であった。



・本栄養情報提供書を理解活用できたかの問いには、介護支援専門員では「大いに理解し活用できた」「ある程度、理解し活用できた」との回答が90%であり、活用できなかったと回答した者はみられなかった。管理栄養士では、「ある程度、理解し活用できた」との回答が90%であったが、「理解はできたが、活用しなかった」との回答も10%見られた。

・地域で統一した栄養情報提供書を活用したいかの問いでは、介護支援専門員ではVAS（最大値6，是非活用したい）でスコア6が60%で最も多く、最小値も4であった。管理栄養士ではスコア5、6と高い点数をつける者が76.5%を占めたが、スコア2、3をつける者も11.8%みられた。

・本栄養情報提供書は診療・看護・介護（ケア）・栄養などの計画立案に役立ったかの問いには、介護支援専門員ではVAS（最大値6，非常に役立った）でスコア5が60%で最も多く、最小値も4であった。管理栄養士ではスコア5以上が76.5%であったが、スコア2、3と低い値をつける者も17.7%みられた。



・本栄養情報提供書を参考にして診療・看護・介護（ケア）・栄養などの計画立案時間はどのように変化したかの問いでは、介護支援専門員では「短くなった」が 50%、「変わらない」が 50%であった。管理栄養士においては「短くなった」は 35.3%、「変わらない」が 58.8%であった。

栄養情報提供書の有用性については、介護支援専門員では、ケアプラン作成時において有効活用されたことが伺えた結果であり、有用性は高く評価されている傾向がみられた。管理栄養士では、有用性が認識された割合が高かった一方で、有用性を低めに評価した回答も少数みられた。地域で統一されたフォーマットの活用については、重要性は認識されつつあるものの、日常業務に取り入れることについては、困難さが伺える結果であった。そのため、今回の取り組みの効果として、作業効率の向上が期待されたが、部分的には効果が認められたものの、作業時間の短縮には繋がらなかったとの回答が多かったと推察された。

4. まとめ

今後の課題として、地域で統一された栄養情報提供書のフォーマットの活用により、患者や利用者に対して、安全かつ適切な食事法が継続されることの重要性が理解される必要があり、啓発を行うことが求められる。また、栄養情報提供書の内容については、必要十分な項目が網羅されたうえで、いかに無駄をそぎ落とすかが重要であり、栄養計画やケアプランの作成などの業務の効率化につながることを目標に検討を重ねていく必要があると考えられた。

4. 提 言

○嚥下調整食の提供状況は通所リハビリテーション、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設では大半の施設で嚥下調整食が提供されていたが、通所介護においては7割以下となり、施設種別に嚥下調整食提供の環境整備に差があることが認められた。

▶通所における予防給付の廃止や後期高齢者の増加等、今後要介護高齢者が通所介護をより多く利用することが考えられ、通所介護における嚥下調整食提供拡大の取り組みを強化する必要がある。

○配食事業者では常食対応が大半である

▶通所介護においては委託の導入は設備面等難しいことが考えられ、配食による嚥下調整食提供が望まれることから、配食業者における嚥下調整食拡大に向けた普及・啓発およびその評価を行う必要がある。

○嚥下調整食作成のために参照している食形態の指標については通所介護では特に指標は定めていない、通所リハビリテーション、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設では施設独自基準という回答が最も多くなっていた。

▶今後地域包括ケアシステムの構築をさらに進めるためには医療、介護、在宅とシームレスな食環境を整備していくことが必要となるが、現状では個々の独自の食形態、用語が使用され共通認識・言語が統一されていない。食形態の統一のための取り組みは日本摂食嚥下リハビリテーション学会分類 2013 によって進められているが、さらなる普及・啓発が求められる。最近では栄養情報提供書が地域等で作成され、このような情報提供書に日本摂食嚥下リハビリテーション学会分類 2013 の記載欄を設ける等の工夫により食形態の標準化が進むことが期待されるが、この実態や効果についてはさらに検討を必要とする。

○通所施設において嚥下調整食を提供ありと答えた施設は併設施設があること、栄養改善加算算定していること、口腔機能向上加算算定していること、摂食嚥下障害を有する利用者が多いという特徴が得られた。

▶平成 30 年介護報酬改定において栄養改善加算の要件緩和の改定となり、外部の管理栄養士の実施でも算定を認めることとするとされた。今後栄養スクリーニング加算も含めた改定により栄養改善加算の算定増加による管理栄養士等との連携の増加が通所介護における嚥下調整食の提供増加につながることを期待される。しかし栄養改善加算、口腔機能向上加算は介護予防を目的として設けられた加算であり、栄養改善加算、口腔機能向上加算の加算算定率が低いことや通所施設における予防給付が廃止されたことから、今後その継続性について懸念される。

○通所介護で嚥下調整食提供の取り組みの困難さが示された。委託調理が有意に少ないこと、栄養改善加算算定・口腔機能向上加算算定の取得が有意に低いこと、摂食嚥下障害評価の内容に有意差が認められ専門職による評価が行われていないこと（通所リハビリテーションではRSST、MWST、フードテスト、聴診所見が有意に多い）、嚥下調整食作成のための専門職との連携が少なく、特に医師、管理栄養士、言語聴覚士、歯科衛生士との連携が少ないことが通所介護における嚥下調整食提供の阻害要因となっていた。

▶平成 27 年度の介護報酬改定において施設系サービスに「口から食べる楽しみの支援の充実」として従来の経口維持加算等の見直しが行われ、今後在宅療養とくに通所施設においても多職種が連携する栄養マネジメント加算、ミールラウンドといった取り組みの導入が期待される。

○低栄養リスク、口腔機能低下リスクを判定するアセスメント票を利用することで、介護職員はそれぞれリスクの判定が可能であったと考える。

▶対照群においては、食支援ニーズ者のほうが体重減少を示す者が有意に存在した。通所施設でアセスメントを実施し、介護支援専門員への情報提供すること、また食支援に関する専門的アドバイスを得ることは、食支援ニーズ者の低栄養リスクへの移行を防止する可能性が示された。

○今回の栄養情報提供書の取り組みの今後の課題として、地域で統一された栄養情報提供書のフォーマットの活用により、患者や利用者に対して、安全かつ適切な食事法が継続されることの重要性が理解される必要があり、啓発を行うことが求められる。また、栄養情報提供書の内容については、必要十分な項目が網羅されたうえで、いかに無駄をそぎ落とすかが重要であり、栄養計画やケアプランの作成などの業務の効率化につながることを目標に検討を重ねていく必要があると考えられた。

5. 調査研究の実施体制

(1) 調査研究の実施体制

本事業における調査の設計及び分析、結果の取りまとめ等に関する検討を行うため、関係者 20 名から構成される検討委員会を設置した。

【検討委員会委員名簿】(順不同) ○研究代表者

氏 名	所 属
菊谷 武	日本歯科大学大学院生命学研究科臨床口腔機能学 教授
古屋 裕康	日本歯科大学口腔リハビリテーション科 助教
佐川 敬一郎	日本歯科大学口腔リハビリテーション科 助教
原 純也	武蔵野赤十字病院栄養課 課長
和田 安代	十文字学園女子大学人間生活学部食物栄養学科 講師
藤谷 順子	国立研究開発法人国立国際医療研究センター リハビリテーション科 医長
長谷 剛志	公立能登総合病院歯科口腔外科 部長
丸山 道生	医療法人財団緑秀会田無病院 院長
戸原 玄	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科医歯学系専攻 老化制御学講座高齢者歯科分野 准教授
千葉 由美	横浜市立大学大学院医学研究科がん・先端成人看護学 教授
田中 弥生	駒沢女子大学人間健康学部健康栄養学科 教授
西村 一弘	駒沢女子大学人間健康学部健康栄養学科 教授
野原 幹司	大阪大学大学院私学研究科高次脳口腔機能学講座 顎口腔機能治療学教室 教授
吉崎 貴大	東洋大学食環境科学部食環境科学科 講師
小城 明子	東京医療保健大学医療保健学部医療栄養学科 教授
横山 友里	東京都健康長寿医療センター研究所 社会参加と地域保健研究チーム 研究員

平野 浩彦	東京都健康長寿医療センター歯科口腔外科 部長
枝広 あや子	東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と介護予防研究チーム 研究員
渡邊 裕	東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と介護予防研究チーム 専門副部長
○本川 佳子	東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と介護予防研究チーム 研究員

【協力施設名簿】

氏 名	所 属
岩瀬 敦子	社会福祉法人慶寿会 松林ケアセンター副所長
清水 宏美	社会福祉法人慶寿会 松林ケアセンター管理栄養士
宮城島 宏	社会福祉法人慶寿会 松林ケアセンター管理栄養士
内藤 俊朗	株式会社コスモス 専務取締役
安部 久美	社会福祉法人陽光福祉会 特別養護老人ホーム エコが丘おおさわデーサービスセンター管理栄養士
鍋谷 正美	ロイヤルライフ・天寿苑 特別養護老人ホーム・デイサービスセンター管理栄養士
瀬戸 美知子	社会福祉法人真寿会 介護老人福祉施設真寿園 管理栄養士
樫本 敬子	社会福祉法人寿生会 特別養護老人ホームやすらぎの園 管理栄養士
名古 亜貴子	医療法人社団哺育会 介護老人保健施設ハートケア湘南・芦名 管理栄養士

【協力研究員名簿】

氏 名	所 属
山本かおり	東洋大学大学院修士課程2年
三上友里江	東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と介護予防研究チーム 非常勤研究員
早川美知	東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と介護予防研究チーム 非常勤研究員

【調査研究事業委託機関】 みずほ情報総研株式会社

【事務局】独立地方行政法人 東京都健康長寿医療センター 杉本佳穂

(2) 検討の経過

検討委員会では、期間中に計 3 回の会議を開催し、本事業における調査の設計及び分析、結果の取りまとめ等について検討を行った。

各回における検討事項等の概要は下表のとおりである。

回数	開催日	検討事項
第 1 回	平成 29 年 7 月 31 日	調査の全体像・アンケート調査票の検討
第 2 回	平成 29 年 12 月 15 日	アンケート調査結果、ヒアリング調査結果、比較検証からの提言の検討
第 3 回	平成 30 年 3 月 16 日	報告書作成の検討

第2章 全国調査：アンケート結果

② 調査票配布方法

調査票は郵送法により配布・返信までを行った。

③ 実施期間

平成 29 年 10 月

④ 回収状況

通所介護：867 施設（41%）
地域密着通所介護：512 施設（48%）
通所リハビリテーション：193 施設（39%）
介護老人保健施設：129 施設（46%）
特別養護老人ホーム：230 施設（45%）
地域密着特別養護老人ホーム：79 施設（60%）
配食：28 事業所（30%）

⑤ 調査項目

- ・ 事業所の概要
- ・ 摂食嚥下障害を有する利用者への対応
- ・ 嚥下調整食の提供状況
- ・ 嚥下調整食の提供に関する考え等
- ・ 追加調査の意向確認

以上について通所施設、入所施設、配食別に作成した（参考資料参照）。

⑥ 統計解析

調査結果は単純集計のほか、嚥下調整食提供の有無別に比較を行った。連続変数には t-test または Mann–Whitney U test、カテゴリ変数には χ^2 -test を行い、 χ^2 -test の結果が有意で回答項目が 3 つ以上の場合には残差分析を行った。

⑦ 倫理

本研究は東京都健康長寿医療センター倫理委員会の承認を得て実施した（9 月 8 日承認）。

（2）追加調査

① 調査対象

全国調査において追加調査に協力可能と返答した事業所すべてに追加調査を行った。

<配布数>

通所介護：154 施設

通所リハビリテーション：26 施設

介護老人保健施設：19 施設

特別養護老人ホーム：57 施設

② 調査票配布方法

調査票は郵送法により配布・返信までを行った。

③ 実施期間

平成 30 年 1 月

④ 回収状況

通所介護：90 施設（80%）

通所リハビリテーション：14 施設（58%）

介護老人保健施設：4 施設（21%）

特別養護老人ホーム：37 施設（65%）

⑤ 調査項目

・栄養給食部門の概要

以上について通所施設、入所施設別に調査票を作成した（参考資料）。

2. 全国調査集計結果

(1) 回答施設の基本属性

① 施設種類

今回の調査対象のうち、通所施設は、通所介護（デイサービス）については、1349件（85.6%）、通所リハビリテーション（デイケア）は193件（12.2%）であった。

図表 1 通所施設の種類

	件数	構成比
通所介護(デイサービス)	1349	85.6
通所リハビリテーション(デイケア)	193	12.2
無回答	34	2.2
全体	1576	100.0

入所施設については、介護老人福祉施設（特養）が306件（69.2%）、介護老人保健施設（老健）127件（28.7%）であった。

図表 2 入所施設の種類

	全体	構成比
介護老人福祉施設	306	69.2
介護老人保健施設	127	28.7
その他	7	1.6
無回答	2	0.5
全体	442	100.0

② 法人種別

通所施設の法人は、通所介護では営利法人が多く、56.6%、通所リハは 77.2%が医療法人であった。

図表 3 通所施設の法人種類

	全体 (1576)	通所介護 (1349)	通所リハ (193)
地方公共団体	0.7	0.7	1.0
社会福祉協議会	3.5	4.0	0.0
社会福祉法人	19.3	20.9	8.3
医療法人	15.5	7.0	77.2
社団・財団法人	1.0	0.6	3.1
協同組合および連合会	1.6	1.6	1.6
営利法人	49.6	56.6	1.0
特定非営利活動法人：NPO	3.9	4.6	0.0
その他	2.3	1.6	5.7
無回答	2.6	2.4	2.1
全体	100.0	100.0	100.0

入所施設の法人は、特養の場合は社会福祉法人が 95.8%、老健の場合は医療法人が多く 68.5%であった。

図表 4 入所施設の法人種類

	全体 (442)	特養 (306)	老健 (127)
地方公共団体	2.5	2.6	2.4
社会福祉協議会	0.5	0.7	0.0
社会福祉法人	73.5	95.8	19.7
医療法人	20.4	0.7	68.5
社団・財団法人	0.9	0.0	3.1
協同組合および連合会	0.2	0.0	0.8
営利法人	0.0	0.0	0.0
特定非営利活動法人：NPO	0.0	0.0	0.0
その他	1.1	0.0	3.9
無回答	0.9	0.3	1.6
全体	100.0	100.0	100.0

配食事業者の法人種別としては、NPO 法人が最も多く、53.6%であった。

図表 5 配食事業者の法人種類

	全体	構成比
地方公共団体	0	0.0
社会福祉協議会	0	0.0
社会福祉法人	4	14.3
医療法人	1	3.6
社団・財団法人	0	0.0
協同組合および連合会	1	3.6
営利法人	1	3.6
特定非営利活動法人：NPO	15	53.6
その他	4	14.3
無回答	2	7.1
全体	28	100.0

③ 併設施設

通所施設の併設施設は、通所介護では「併設施設している施設はない」が最も多く、31.7%であるが、通所リハは介護老人保健施設との併設が 45.1%、診療所が 38.3%であった。

図表 6 通所施設の併設施設（複数回答）

	全体 (1576)	通所介護 (1349)	通所リハ (193)
病院	5.5	1.9	30.6
診療所	7.2	2.8	38.3
介護老人保健施設	6.4	1.0	45.1
特別養護老人ホーム	10.3	11.6	1.0
有料老人ホーム	9.9	10.5	5.2
併設している施設はない	27.9	31.7	2.1
その他	23.4	24.5	15.0
無回答	20.4	23.1	1.6
全体	100.0	100.0	100.0

入所施設の併設施設は、特養の場合は短期入所生活介護が 80.1%、通所系サービスが 57.5%、老健の場合は通所系サービスが 65.4%、短期入所生活介護が 42.5%あった。

図表 7 入所施設の併設施設（複数回答）

	全体 (442)	特養 (306)	老健 (127)
病院	8.4	0.7	26.8
診療所	9.3	7.2	15.0
介護老人保健施設	4.3	2.0	10.2
特別養護老人ホーム	29.9	40.5	6.3
有料老人ホーム	3.4	3.6	3.1
通所系サービス：デイサービス、デイリハ	58.8	57.5	65.4
短期入所生活介護：ショートステイ	68.6	80.1	42.5
その他	23.1	23.9	19.7
無回答	8.1	7.8	8.7
全体	100.0	100.0	100.0

配食事業者の併設施設は「その他」が最も多く、具体的には、保育園、交流拠点、宅老所・通所介護・訪問サービス、ふれあいサロン、手工芸品作製、グループリビング、自立型高齢者向け賃貸住宅、障害者施設、地域活動センターであった。

図表 8 配食事業者の併設施設（複数回答）

	全体	構成比
病院	1	3.6
診療所	1	3.6
介護老人保健施設	1	3.6
特別養護老人ホーム	0	0.0
有料老人ホーム	0	0.0
併設している施設はない	9	32.1
その他	10	35.7
無回答	6	21.4
全体	28	100.0

④ 施設規模

通所施設について、定員規模をみると、通所リハのほうが若干規模がおおきいものの、いずれの施設種別でも「21人以上40人以下」が最も多くなっていた。

図表 9 通所施設の定員規模（複数回答）

	全体 (1576)	通所介護 (1349)	通所リハ (193)
1人以上10人以下	22.1	24.2	7.3
11人以上20人以下	30.5	32.3	19.2
21人以上40人以下	37.9	36.8	45.1
41人以上	9.5	6.6	28.5
無回答	0.0	0.0	0.0
全体	100.0	100.0	100.0

入所施設について、定員規模をみると、老健のほうが若干規模がおおきいものの、いずれの施設種別でも「51以上100人以下」が最も多くなっていた。

図表 10 入所施設の定員規模（複数回答）

	全体 (442)	特養 (306)	老健 (127)
0人以上50人以下	33.7	42.2	11.0
51人以上100人以下	52.9	45.4	73.2
101人以上150人以下	8.1	9.5	5.5
151人以上	3.8	2.0	8.7
無回答	1.4	1.0	1.6
全体	100.0	100.0	100.0

⑤ 利用者の平均要介護度¹

通所施設の利用者の平均要介護度は、大半が1以上2未満であった。

図表 11 通所施設利用者の平均要介護度

	全体 (1576)	通所介護 (1349)	通所リハ (193)
1未満	8.1	9.0	3.1
1以上2未満	51.0	50.3	57.5
2以上3未満	31.4	30.8	34.2
3以上	5.3	5.6	2.6
無回答	4.1	4.4	2.6
全体	100.0	100.0	100.0

¹ 平均要介護度は、「要支援1」及び「要支援2」は「0.375」、「要介護1」は「1」、「要介護2」は「2」、「要介護3」は「3」、「要介護4」は「4」、「要介護5」は「5」、それ以外は「0」として算出。

入所施設の利用者の平均要介護度、大半が 3 以上であったが、老健の場合は、一部 3 未満の施設もあった。

図表 12 入所施設利用者の平均要介護度

	全体 (442)	特養 (306)	老健 (127)
1未満	0.0	0.0	0.0
1以上2未満	0.0	0.0	0.0
2以上3未満	8.8	1.0	28.3
3以上	88.7	97.4	67.7
無回答	2.5	1.6	3.9
全体	100.0	100.0	100.0

⑥ 専門職の有無

通所施設の専門職の配置状況を見ると、通所リハでは、管理栄養士が 61.7%いるが、通所介護では 13.3%に留まっていた。

図表 13 通所施設の専門職の有無（複数回答）

	全体 (1576)	通所介護 (1349)	通所リハ (193)
管理栄養士	19.4	13.3	61.7
言語聴覚士	4.5	1.3	27.5
歯科衛生士	2.9	2.1	7.3

入所施設の専門職の配置状況を見ると、特養・老健ともに 9 割近い施設で管理栄養士が配置されていた。

図表 14 入所施設の専門職の有無（複数回答）

	全体 (442)	特養 (306)	老健 (127)
管理栄養士	90.5	88.6	96.9
言語聴覚士	13.6	3.3	39.4
歯科衛生士	7.7	5.6	12.6

配食事業者については、管理栄養士がいるところが、10 施設（35.7%）であった。

⑦ 栄養関連の加算の算定状況（平成 29 年 9 月時点）

通所施設に関して栄養関連の加算の算定状況をみると、通所リハで口腔機能向上加算が 18.7%の施設で算定されていたものの、栄養改善加算の算定はほとんどされていなかった。

図表 15 通所施設の栄養関連加算の算定状況（複数回答）

	全体 (1576)	通所介護 (1349)	通所リハ (193)
栄養改善加算	1.1	0.4	6.2
口腔機能向上加算	7.7	6.2	18.7

入所施設で栄養関連の加算の算定状況をみると、大半の施設で栄養マネジメント加算や療養食加算を算定しているが、その割合は老健施設のほうが高かった。また、経口移行加算の算定はごくわずかにとどまっていた。

図表 16 入所施設の栄養関連加算の算定状況（複数回答）

	全体 (442)	特養 (306)	老健 (127)
栄養マネジメント加算	81.7	77.8	92.9
療養食加算	63.6	52.3	92.1
経口移行加算	6.6	2.9	15.7
経口維持加算（Ⅰ）	30.3	22.5	51.2
経口維持加算（Ⅱ）	19.7	13.7	35.4

⑧ 食事提供の有無

通所施設の食事提供状況をみると、通所介護、通所リハともに 8 割を超えていた。なお、提供している場合通所介護では直営での調理が多く、通所リハでは委託による調理が多かった。

図表 17 通所施設の食事提供の有無

	全体 (1576)	通所介護 (1349)	通所リハ (193)
あり	84.1	83.8	85.0
なし	15.0	15.3	14.5
無回答	0.9	0.9	0.5
全体	100.0	100.0	100.0

(2) 摂食嚥下障害に関する評価の実施状況

通所施設のうち、摂食嚥下障害に対する評価を実施しているのは、通所介護では17.6%、通所リハでは52.3%であった。また嚥下障害を有する利用者は平均4名であり、利用者数の平均25人に示す割合は15%であった。

実施している場合の評価方法としては、「食後の咳の状況」が最も多く、いずれの施設種類でも8割を超えており、「食後の痰の状況」の評価は6割を超えていた。「反復唾液嚥下テスト(RSST)」と「改訂水飲みテスト(MWST)」の実施状況は通所リハでは5割近くにのぼっていた。

図表 18 通所施設における摂食嚥下障害の評価の状況

	全体 (1576)	通所介護 (1349)	通所リハ (193)
はい	22.0	17.6	52.3
いいえ	73.6	77.4	46.6
無回答	4.4	5.0	1.0
全体	100.0	100.0	100.0

図表 19 通所施設における摂食嚥下障害の評価方法（複数回答）

	全体 (97)	通所介護 (44)	通所リハ (51)
反復唾液嚥下テスト(RSST)	28.2	18.1	50.5
改訂水飲みテスト(MWST)	21.3	8.4	49.5
フードテスト	15.0	8.4	26.7
聴診所見	28.0	18.5	50.5
食後の咳の状況	85.3	87.8	80.2
食後の痰の状況	64.3	64.7	64.4
嚥下造影検査(VF)	3.2	1.7	5.9
嚥下内視鏡検査(VE)	1.7	1.3	2.0
その他	15.0	16.0	11.9
無回答	0.3	0.4	0.0
全体	100.0	100.0	100.0

入所施設のうち、摂食嚥下障害に対する評価を実施しているのは、特養で 57.8%、老健で 81.1%であった。また嚥下障害を有する利用者は平均 24 名であり、利用者数の平均 75 人に示す割合は 32%であった。

実施している場合の評価方法としては、「食後の咳の状況」が最も多く、いずれの施設種類でも 7 割を超えており、「食後の痰の状況」の評価は 6 割を超えていた。「反復唾液嚥下テスト (RSST)」と「改訂水飲みテスト (MWST)」では、「改訂水飲みテスト (MWST)」の実施率のほうが高かった。

図表 20 入所施設における摂食嚥下障害の評価の状況

	全体 (442)	特養 (306)	老健 (127)
はい	64.7	57.8	81.1
いいえ	34.2	41.2	17.3
無回答	1.1	1.0	1.6
全体	100.0	100.0	100.0

図表 21 入所施設における摂食嚥下障害の評価方法（複数回答）

	全体 (113)	特養 (52)	老健 (61)
反復唾液嚥下テスト(RSST)	21.3	10.2	41.7
改訂水飲みテスト(MWST)	46.9	32.2	71.8
フードテスト	28.3	18.1	46.6
聴診所見	39.5	29.4	59.2
食後の咳の状況	76.9	75.7	78.6
食後の痰の状況	67.8	66.1	70.9
嚥下造影検査(VF)	6.3	5.6	7.8
嚥下内視鏡検査(VE)	9.4	10.2	8.7
その他	16.1	13.6	20.4
無回答	0.7	0.6	1.0
全体	100.0	100.0	100.0

(3) 嚥下調整食の提供状況

① 嚥下調整食の提供の有無

通所施設は嚥下調整食の提供を行っている施設は、通所介護で64.0%、通所リハは75.1%であった。

なお、通所介護について併設施設の状況をみたところ、嚥下調整食を提供していない施設は併設施設のない施設が43.8%となっていた。

図表 22 通所施設での嚥下調整食の提供状況

	全体 (1576)	通所介護 (1349)	通所リハ (193)
あり	65.7	64.0	75.1
なし	32.9	34.3	24.9
無回答	1.4	1.6	0.0
全体	100.0	100.0	100.0

図表 23 通所介護での嚥下調整食提供の有無別併設施設

		併設している施設							無回答
		病院	診療所	介護老人保 健施設	特別養護老 人ホーム	有料老人 ホーム	併設してい る施設はな い	その他	
嚥下調整食の 提供の有無	あり(864)	2.0	3.2	1.4	16.7	12.6	25.5	28.5	19.4
	なし(463)	1.7	1.9	0.4	2.4	7.1	43.8	17.7	27.6

また、入所施設における嚥下調整食の提供は、9割以上の施設が行っていた。

図表 24 入所施設での嚥下調整食の提供状況

	全体 (442)	特養 (306)	老健 (127)
あり	97.3	98.4	94.5
なし	2.5	1.3	5.5
無回答	0.2	0.3	0.0
全体	100.0	100.0	100.0

配食事業者は5割以上の施設で嚥下調整食の提供を行っていた。

図表 25 配食事業者での嚥下調整食の提供状況

	全体	構成比
あり	16	57.1
なし	8	28.6
無回答	4	14.3
全体	28	100.0

② 対応できる嚥下食の形態

嚥下調整食の提供が可能である通所施設において、対応可能な食形態を見たところ、常食は大半が対応可能であるが、軟菜の対応は減るものの、ミキサー/ペースト食に対応可能な施設は多くなっていた。

図表 26 通所施設において対応可能な食形態（複数回答）

	全体 (1036)	通所介護 (864)	通所リハ (145)
常食（カットなし）	80.2	79.6	86.2
常食（カット中）	77.9	77.2	82.8
常食（カット小）	65.2	65.0	66.9
軟菜（カットなし）	39.2	36.2	57.2
軟菜（カット中）	40.9	38.5	55.2
軟菜（カット小）	37.5	35.8	48.3
軟菜(カット小+とろみ・あん)	36.4	33.6	51.7
押しつぶし	10.4	11.0	6.2
押しつぶしゼリー食(ソフト食)	23.3	20.0	40.7
ミキサー/ペースト食(不均質)	32.8	31.7	41.4
ミキサー/ペースト食(均質)	50.2	46.3	73.1

入所施設において同様に対応可能な食形態を見たところ、通所施設と同様に常食は大半が対応可能であるが、軟菜の対応は減るものの、ミキサー/ペースト食に対応可能な施設は多くなっていた。

図表 27 入所施設において対応可能な食形態（複数回答）

	全体 (430)	特養 (301)	老健 (120)
常食（カットなし）	79.1	80.4	75.0
常食（カット中）	71.4	71.8	69.2
常食（カット小）	58.1	59.5	55.0
軟菜（カットなし）	33.7	30.9	41.7
軟菜（カット中）	31.9	28.2	41.7
軟菜（カット小）	28.1	22.9	40.8
軟菜(カット小+とろみ・あん)	44.4	41.5	50.8
押しつぶし	7.7	6.6	10.0
押しつぶしゼリー食(ソフト食)	63.0	67.4	54.2
ミキサー/ペースト食(不均質)	36.0	36.9	33.3
ミキサー/ペースト食(均質)	77.4	76.1	80.0

入所施設で、ショートステイを行っている場合、施設と同様の形態で食事を提供している施設が9割を超えており、異なる場合でもミキサー食ミキサーペースト食に対応可能な施設は多くなっていた。

図表 28 入所施設におけるショートステイでの食形態（複数回答）

	全体 (296)	特養 (241)	老健 (51)
施設と同様の食形態	95.6	95.9	94.1
施設と異なる食形態	1.7	1.7	2.0
無回答	2.7	2.5	3.9
全体	100.0	100.0	100.0

図表 29 入所施設において通常の入所者と異なる場合の食形態（複数回答）

	全体 (5)	特養 (4)	老健 (1)
常食（カットなし）	80.0	75.0	100.0
常食（カット中）	60.0	50.0	100.0
常食（カット小）	40.0	25.0	100.0
軟菜（カットなし）	40.0	50.0	0.0
軟菜（カット中）	40.0	50.0	0.0
軟菜（カット小）	20.0	25.0	0.0
軟菜(カット小+とろみ・あん)	40.0	25.0	100.0
押しつぶし	20.0	25.0	0.0
押しつぶしゼリー食(ソフト食)	40.0	25.0	100.0
ミキサー/ペースト食(不均質)	20.0	25.0	0.0
ミキサー/ペースト食(均質)	60.0	50.0	100.0

配食事業者において、対応可能な食形態を見たところ、常食は大半が対応可能であるが、軟菜や嚥下調整食の対応は難しくなっていた。

図表 30 対応可能な食形態（複数回答）

	全体	構成比
常食（カットなし）	13	81.3
常食（カット中）	12	75.0
常食（カット小）	7	43.8
軟菜（カットなし）	8	50.0
軟菜（カット中）	6	37.5
軟菜（カット小）	5	31.3
軟菜(カット小+とろみ・あん)	4	25.0
押しつぶし	2	12.5
押しつぶしゼリー食(ソフト食)	2	12.5
ミキサー/ペースト食(不均質)	4	25.0
ミキサー/ペースト食(均質)	4	25.0
全体	16	100.0

③ 嚥下調整食の食形態の指標

通所施設で参考としている食形態の指標は、特に定めていないというものが最も多く、5割近くにのぼっていたが、通所リハでは、「施設独自の基準」を利用しているところが4割、「日本摂食嚥下リハビリテーション学会分類2013」を用いている施設が26.2%であった。

図表 31 通所施設において参照している食形態の指標（複数回答）

	全体 (1036)	通所介護 (864)	通所リハ (145)
日本摂食嚥下リハビリテーション学会分類2013	8.6	5.6	26.2
嚥下食ピラミッド	4.3	3.5	9.7
施設で独自の基準を定めている	32.4	30.1	44.1
その他	6.0	6.0	6.2
特に指標は定めていない	47.5	50.9	28.3
無回答	8.0	8.9	2.8
全体	100.0	100.0	100.0

入所施設で参考としている食形態の指標は、「施設独自の基準」が最も多く4割弱となっており、「日本摂食嚥下リハビリテーション学会分類2013」を用いている施設が22.3%であった。

図表 32 入所施設において参照している食形態の指標（複数回答）

	全体 (430)	特養 (301)	老健 (120)
日本摂食嚥下リハビリテーション学会分類2013	24.7	22.3	32.5
嚥下食ピラミッド	13.3	11.6	18.3
施設で独自の基準を定めている	39.1	39.2	38.3
その他	4.4	4.3	5.0
特に指標は定めていない	31.6	33.2	25.8
無回答	4.2	5.3	1.7
全体	100.0	100.0	100.0

配食事業者では嚥下調整食の食形態の指標としては特に定めてはいないところが大半であった。

図表 33 配食事業者の嚥下調整食の食形態の指標

	全体	構成比
日本摂食嚥下リハビリテーション学会分類2013	1	6.3
嚥下食ピラミッド	1	6.3
施設で独自の基準を定めている	3	18.8
その他	0	0.0
特に指標は定めていない	9	56.3
無回答	2	12.5
非該当	12	
全体	16	100.0

④ 嚥下調整食の提供に関する専門職

通所施設で、嚥下調整食の提供に関係している専門職としては、「介護職員」が最も多く 80.0%、続いて「看護職員」が 79.4%、「調理師・調理員」が 54.3%であった。通所リハについては「管理栄養士」が関わっている場合は 79.3%と「介護職員」「看護職員」に次いで多かった。

図表 34 通所施設での嚥下調整食提供に関わる専門職（複数回答）

	全体 (1036)	通所介護 (864)	通所リハ (145)
医師	19.6	13.5	55.2
歯科医師	3.9	3.8	4.1
管理栄養士	35.6	28.2	79.3
栄養士	22.0	19.9	35.2
調理師・調理員	54.3	53.1	62.8
言語聴覚士	7.4	3.4	32.4
歯科衛生士	5.3	4.4	10.3
看護職員	79.4	80.0	80.7
介護職員	80.0	79.3	86.2
その他	14.7	14.7	15.2
無回答	1.4	1.6	0.0
全体	100.0	100.0	100.0

入所施設で、嚥下調整食の提供に関係している専門職としては、「看護職員」が最も多く 92.8%、続いて「介護職員」が 90.9%、「管理栄養士」が 89.1%となっていた。「調理師・調理員」も 6 割以上が関わっていた。

図表 35 入所施設での嚥下調整食提供に関わる専門職（複数回答）

	全体 (430)	特養 (301)	老健 (120)
医師	46.7	37.2	69.2
歯科医師	17.2	20.3	8.3
管理栄養士	89.1	86.7	96.7
栄養士	35.8	36.2	35.0
調理師・調理員	65.6	66.4	64.2
言語聴覚士	16.7	5.6	45.8
歯科衛生士	12.8	12.3	14.2
看護職員	92.8	93.0	92.5
介護職員	90.9	92.7	86.7
その他	20.9	21.6	19.2
無回答	0.2	0.3	0.0
全体	100.0	100.0	100.0

配食事業者では嚥下調整食の提供に関係している専門職としては、「調理師・調理員」が最も多く 87.5%、次いで栄養士が 43.8%、管理栄養士が 37.5%であった。

図表 36 配食事業者の嚥下調整食提供に関わる専門職（複数回答）

	全体	構成比
医師	0	0.0
歯科医師	0	0.0
管理栄養士	6	37.5
栄養士	7	43.8
調理師・調理員	14	87.5
言語聴覚士	0	0.0
歯科衛生士	2	12.5
看護職員	2	12.5
介護職員	6	37.5
その他	2	12.5
無回答	0	0.0
非該当	12	
全体	16	100.0

⑤ 嚥下調整食の用意の状況

嚥下調整食の調理の状況をみると、通所施設では、直営で調理しているところが半数近くにのぼっていた。ただし、通所リハについては 6 割が委託で調理をしていた。

図表 37 通所施設の嚥下調整食の用意の状況（複数回答）

	全体 (1036)	通所介護 (864)	通所リハ (145)
配食を利用している	10.3	11.5	5.5
直営で調理している	45.8	47.8	31.7
委託で調理している	37.4	33.2	62.1
調理済み食品を購入している	8.2	8.9	4.1
その他	2.8	3.2	0.7
無回答	1.2	1.4	0.0
全体	100.0	100.0	100.0

嚥下調整食の調理の状況を見ると、入所施設では、委託で調理しているところが6割を超え、直営での調理は3割程度にとどまっていた。

図表 38 入所施設の嚥下調整食の用意の状況（複数回答）

	全体 (430)	特養 (301)	老健 (120)
配食を利用している	0.7	0.3	1.7
直営で調理している	33.0	35.2	28.3
委託で調理している	65.3	62.8	70.8
調理済み食品を購入している	12.1	12.6	10.0
その他	1.2	1.0	0.0
無回答	0.2	0.3	0.0
全体	100.0	100.0	100.0

配食事業者では大半が自施設で調理をしていた。

図表 39 配食事業者の嚥下調整食の用意の状況（複数回答）

	全体	構成比
主に自施設で調理している	15	93.8
主に調理済み食品を購入している	2	12.5
その他	1	6.3
無回答	0	0.0
非該当	12	
全体	16	100.0

⑥ 嚥下調整食の献立作成者・調理担当者

配食の利用以外の方法で嚥下調整食を提供している通所施設における嚥下調整食の献立作成者は、「管理栄養士」が最も多く、調理担当者は「調理師・調理員」が最も多かった。

図表 40 通所施設の嚥下調整食の献立作成者・調理担当者の状況（複数回答）

献立作成者	全体 (925)	通所介護 (760)	通所リハ (138)
管理栄養士	42.2	37.6	68.8
栄養士	22.9	21.4	31.9
調理師・調理員	22.3	25.5	4.3
介護職員	12.1	13.6	2.9
その他	11.0	11.7	6.5
無回答	4.2	4.6	1.4
全体	100.0	100.0	100.0

調理担当者	全体 (925)	通所介護 (760)	通所リハ (138)
管理栄養士	7.7	7.2	11.6
栄養士	13.0	12.2	18.1
調理師・調理員	79.7	78.0	92.0
介護職員	14.2	16.2	2.2
その他	4.3	4.5	2.2
無回答	4.5	4.9	1.4
全体	100.0	100.0	100.0

配食の利用以外の方法で嚥下調整食を提供している入所施設における嚥下調整食の献立作成者は、「管理栄養士」が最も多く7割を超えており、調理担当者は「調理師・調理員」が最も多かった。

図表 41 入所施設の嚥下調整食の献立作成者・調理担当者の状況（複数回答）

献立作成者	全体 (428)	特養 (299)	老健 (120)
管理栄養士	70.1	70.2	71.7
栄養士	39.3	37.8	42.5
調理師・調理員	1.4	1.3	1.7
介護職員	0.0	0.0	0.0
その他	3.5	3.7	2.5
無回答	0.7	0.3	1.7
全体	100.0	100.0	100.0

調理担当者	全体 (428)	特養 (299)	老健 (120)
管理栄養士	11.2	10.4	14.2
栄養士	22.7	19.7	27.5
調理師・調理員	94.4	94.3	94.2
介護職員	1.9	2.0	0.8
その他	2.3	2.3	2.5
無回答	0.7	0.7	0.8
全体	100.0	100.0	100.0

配食事業者では献立の作成ならびに調理もほぼ全て「調理師・調理員」が実施していた。

図表 42 配食事業者の嚥下調整食の献立作成・調理の状況（複数回答）

	献立作成者		調理担当者	
	全体	構成比	全体	構成比
管理栄養士	1	33.3	0	0.0
栄養士	1	33.3	0	0.0
調理師・調理員	3	100.0	2	66.7
介護職員	1	33.3	1	33.3
その他	0	0.0	0	0.0
無回答	0	0.0	0	0.0
非該当	25		25	
全体	3	100.0	3	100.0

⑦ 食事作成にかかる時間

通所施設での食事作成にかかる時間は、常食の場合は、平均 76.3 分、嚥下調整職で 76.1 分とほとんど変わらなかった。

図表 43 通所施設の食事作成にかかる時間

常食	全体 (1036)	通所介護 (864)	通所リハ (145)
0分以上30分未満	19.4	19.8	15.9
30分以上60分未満	9.6	8.6	13.8
60分以上120分未満	17.2	16.2	24.8
120分以上	22.1	20.9	27.6
無回答	31.8	34.5	17.9
全体	100.0	100.0	100.0
平均	76.3	74.2	87.7

嚥下調整食	全体 (1036)	通所介護 (864)	通所リハ (145)
0分以上30分未満	22.2	22.9	16.6
30分以上60分未満	10.9	10.4	11.0
60分以上120分未満	15.2	13.7	26.2
120分以上	21.0	19.8	29.0
無回答	30.7	33.2	17.2
全体	100.0	100.0	100.0
平均	76.1	73.1	87.7

入所施設での食事作成にかかる時間は、常食の場合は、平均 93.9 分、嚥下調整食で 104.7 分と嚥下調整食のほうが長かった。

図表 44 入所施設の食事作成にかかる時間

常食	全体 (430)	特養 (301)	老健 (120)
0分以上30分未満	11.4	11.0	12.5
30分以上60分未満	14.0	13.0	15.8
60分以上120分未満	24.0	24.6	21.7
120分以上	29.8	30.9	27.5
無回答	20.9	20.6	22.5
全体	100.0	100.0	100.0
平均	93.9	93.9	95.3

嚥下調整食	全体 (430)	特養 (301)	老健 (120)
0分以上30分未満	12.3	12.3	12.5
30分以上60分未満	11.9	10.6	13.3
60分以上120分未満	22.1	23.3	18.3
120分以上	33.5	33.9	34.2
無回答	20.2	19.9	21.7
全体	100.0	100.0	100.0
平均	104.7	104.7	107.8

配食事業者が常食・嚥下調整食作成に要する時間はそれぞれ平均 84.3 分と 77.2 分であり、嚥下調整食の作成を行っているほうが平均時間が短かった。

図表 45 配食事業者の嚥下調整食の作成にかかる時間

	常食		嚥下食	
	全体	構成比	全体	構成比
0分以上30分未満	1	6.3	3	18.8
30分以上60分未満	2	12.5	1	6.3
60分以上120分未満	4	25.0	5	31.3
120分以上	3	18.8	2	12.5
無回答	6	37.5	5	31.3
全体	16	100.0	16	100.0
平均		84.3		77.2

⑧ 食事作成の費用

通所施設が直営・委託で食事を用意・提供している場合、常食、嚥下調整食作成に要する費用は、それぞれ平均 393.9 円と 411.3 円であり、嚥下調整食の作成を行っているほうが高かった。

また、調理済み食品を購入している施設については、常食、嚥下調整食ともに、施設内で調理するより高くなっていた。

図表 46 通所施設が食事作成にかかる費用

常食	全体 (858)	通所介護 (697)	通所介護 (136)
0円以上300円未満	26.2	23.2	41.9
300円以上500円未満	29.1	29.0	27.9
500円以上1000円未満	24.7	26.8	16.9
無回答	19.9	20.9	13.2
全体	100.0	100.0	100.0
平均	393.9	403.8	354.1

嚥下調整食	全体 (858)	通所介護 (697)	通所介護 (136)
0円以上300円未満	21.7	19.7	32.4
300円以上500円未満	31.8	30.6	36.0
500円以上1000円未満	24.7	26.8	16.9
無回答	21.8	23.0	14.7
全体	100.0	100.0	100.0
平均	411.3	421.6	371.2

図表 47 通所施設が食品購入にかかる費用

常食	全体 (191)	通所介護 (175)	通所介護 (14)
0円以上300円未満	7.3	7.4	7.1
300円以上500円未満	39.8	39.4	42.9
500円以上1000円未満	22.0	22.9	7.1
無回答	30.9	30.3	42.9
全体	100.0	100.0	100.0
平均	421.3	423.7	367.5

嚥下調整食	全体 (191)	通所介護 (175)	通所介護 (14)
0円以上300円未満	8.4	8.0	14.3
300円以上500円未満	34.0	33.7	42.9
500円以上1000円未満	26.7	27.4	7.1
無回答	30.9	30.9	35.7
全体	100.0	100.0	100.0
平均	447.7	452.7	346.1

入所施設が直営・委託で食事を用意・提供している場合、常食・嚥下調整食作成に要する費用は、それぞれ平均 357.9 円と 379.7 円であり、嚥下調整食の作成を行っているほうが高かった。

また、調理済み食品を購入している施設については、常食、嚥下調整食ともに、施設内で調理するより安くなっていた。

図表 48 入所施設が食事作成にかかる費用

常食	全体 (422)	特養 (295)	老健 (118)
0円以上300円未満	55.2	55.9	51.7
300円以上500円未満	11.8	11.5	12.7
500円以上1000円未満	18.0	18.3	18.6
無回答	14.9	14.2	16.9
全体	100.0	100.0	100.0
平均	357.9	363.1	354.6

嚥下調整食	全体 (422)	特養 (295)	老健 (118)
0円以上300円未満	46.4	46.4	44.1
300円以上500円未満	19.2	19.3	19.5
500円以上1000円未満	17.5	18.0	17.8
無回答	16.8	16.3	18.6
全体	100.0	100.0	100.0
平均	379.7	387.8	369.5

図表 49 入所施設が食品購入にかかる費用

常食	全体 (54)	特養 (39)	老健 (13)
0円以上300円未満	38.9	35.9	46.2
300円以上500円未満	9.3	10.3	7.7
500円以上1000円未満	0.0	0.0	0.0
無回答	51.9	53.8	46.2
全体	100.0	100.0	100.0
平均	218.1	238.2	197.7

嚥下調整食	全体 (54)	特養 (39)	老健 (13)
0円以上300円未満	44.4	43.6	46.2
300円以上500円未満	14.8	15.4	15.4
500円以上1000円未満	1.9	2.6	0.0
無回答	38.9	38.5	38.5
全体	100.0	100.0	100.0
平均	235.8	252.3	215.9

配食事業者が食事作成に要する費用は、常食で平均 361.2 円、嚥下調整食で平均 376.9 円であり、嚥下調整食のほうがコストがかかっていた。

図表 50 配食事業者の食事の作成にかかる費用

	常食		嚥下食	
	全体	構成比	全体	構成比
0円以上300円未満	8	53.3	6	40.0
300円以上500円未満	5	33.3	6	40.0
500円以上1000円未満	1	6.7	1	6.7
無回答	1	6.7	2	13.3
全体	15	100.0	15	100.0
平均	361.2		376.9	

⑨ 今後の嚥下調整食の提供意向

嚥下調整食の提供を行っていない通所施設での今後の嚥下調整食の提供の意向については、「必要であると感じる」施設が半数程度であった。

必要を感じているものの、現在提供していない理由としては、「嚥下調整食の対象者がいない」が最も多く、7割を占めていた。通所リハでは「人員不足」が多く挙がっていた。なお、人員不足を感じている施設が必要と思っている職種は、「管理栄養士」であった。

図表 51 嚥下調整食の提供を行っていない通所施設における今後の提供意向

	全体 (518)	通所介護 (463)	通所リハ (48)
必要であると感じる	54.6	54.4	52.1
特に必要であると感じていない	44.0	44.1	47.9
無回答	1.4	1.5	0.0
全体	100.0	100.0	100.0

図表 52 必要性があると感じている通所施設で嚥下調整食の提供を行っていない理由（複数回答）

	全体 (283)	通所介護 (252)	通所リハ (25)
嚥下調整食の対象者がいない	70.0	71.4	56.0
嚥下の評価が困難	11.7	10.7	24.0
個別の食事対応ができない	11.0	9.5	24.0
調理設備が足りない	7.1	7.5	4.0
採算が取れない	4.9	4.8	8.0
委託業者との契約上の理由	3.9	3.2	8.0
人員不足	19.8	17.9	40.0
その他	9.5	9.5	12.0
無回答	1.1	1.2	0.0
全体	100.0	100.0	100.0

図表 53 嚥下調整食の提供に必要と思われる職種（通所施設）（複数回答）

	全体 (56)	通所介護 (45)	通所リハ (10)
管理栄養士	39.3	37.8	50.0
栄養士	30.4	33.3	10.0
調理師・調理員	33.9	33.3	30.0
言語聴覚士	33.9	31.1	50.0
歯科衛生士	19.6	20.0	20.0
看護職員	23.2	20.0	40.0
介護職員	19.6	20.0	20.0
その他	1.8	2.2	0.0
無回答	3.6	4.4	0.0
全体	100.0	100.0	100.0

嚥下調整食の提供を行っていない入所施設での今後の嚥下調整食の提供の意向については、「必要であると感じる」が3分の2を占めていた。

必要を感じているものの、現在提供していない理由としては、「委託業者との契約上の理由」や「人員不足」が多く挙がっていた。なお、人員不足を感じている施設が必要と思っている職種は、「調理師・調理員」と「言語聴覚士」であった。

図表 54 嚥下調整食の提供を行っていない入所施設における今後の提供意向

	全体 (11)	特養 (4)	老健 (7)
必要であると感じる	63.6	75.0	57.1
特に必要であると感じていない	27.3	25.0	28.6
無回答	9.1	0.0	14.3
全体	100.0	100.0	100.0

図表 55 必要性があると感じている入所施設で嚥下調整食の提供を行っていない理由（複数回答）

	全体 (7)	特養 (3)	老健 (4)
嚥下調整食の対象者がいない	0.0	0.0	0.0
嚥下の評価が困難	28.6	33.3	25.0
個別の食事対応ができない	14.3	0.0	25.0
調理設備が足りない	14.3	33.3	0.0
採算が取れない	14.3	0.0	25.0
委託業者との契約上の理由	71.4	66.7	75.0
人員不足	71.4	33.3	100.0
その他	14.3	33.3	0.0
無回答	0.0	0.0	0.0
全体	100.0	100.0	100.0

図表 56 嚥下調整食の提供に必要と思われる職種（入所施設）（複数回答）

	全体 (5)	特養 (1)	老健 (4)
管理栄養士	0.0	0.0	0.0
栄養士	20.0	100.0	0.0
調理師・調理員	80.0	100.0	75.0
言語聴覚士	80.0	100.0	75.0
歯科衛生士	20.0	0.0	25.0
看護職員	0.0	0.0	0.0
介護職員	0.0	0.0	0.0
その他	0.0	0.0	0.0
無回答	0.0	0.0	0.0
全体	100.0	100.0	100.0

嚥下調整食の提供を行っていない配食事業者で今後嚥下調整食の提供の意向については、「特に必要であると感じていない」が4分の3を占めていた。必要を感じている事業者のうち、1社が現在実施していない理由として、「嚥下調整食の対象者がいない」「嚥下の評価が困難」「個別の食事対応ができない」「調理設備が足りない」「採算が取れない」を挙げていた。

図表 57 嚥下調整食の提供を行っていない配食事業者における今後の提供意向

	全体	構成比
必要であると感じる	2	25.0
特に必要であると感じていない	6	75.0
無回答	0	0.0
非該当	20	
全体	8	100.0

3. 追加調査結果

(1) 回答施設の基本属性

① 施設種類

追加調査の回答施設については、通所施設では通所介護が 8 割を超えており、入所施設では特養が 8 割近くに上っていた。

図表 58 追加調査の回答施設種類

	全体	構成比
通所介護（デイサービス）	90	82.6
通所リハビリテーション（デイケア）	14	12.8
無回答	5	4.6
全体	109	100.0

	全体	構成比
特別養護老人ホーム	37	88.1
介護老人保健施設	4	9.5
無回答	1	2.4
全体	42	100.0

② 利用者の平均要介護度

追加調査の回答施設の利用者の平均要介護度をみると、通所施設では 2 未満が 6 割、入所施設では 9 割が 3 以上であった。

図表 59 追加調査回答施設の利用者の平均要介護度

	通所 (109)	入所 (42)
1 未満	4.6	0.0
1 以上 2 未満	59.6	7.1
2 以上 3 未満	30.3	7.1
3 以上	3.7	83.3
無回答	1.8	2.4
全体	100.0	100.0

(2) 給食業務の形態

給食業務の形態は、常食、嚥下調整食ともに、通所施設では「完全直営」が最も多く3分の1、「入所施設」では完全委託が最も多く45.2%であった。

図表 60 給食の業務形態

	常食		嚥下調整食	
	通所 (109)	入所 (42)	通所 (109)	入所 (42)
完全直営	36.7	28.6	37.6	28.6
一部委託	32.1	23.8	29.4	23.8
完全委託	26.6	45.2	23.9	45.2
無回答	4.6	2.4	9.2	2.4
全体	100.0	100.0	100.0	100.0

一部委託で給食を提供している場合の委託内容は常食、嚥下調整食ともに、通所施設では「調理を委託」が最も多く8割を超えており、次いで「材料購入を委託」となっていた。入所施設では、「調理を委託」と「食器洗浄を委託」が一部委託している全施設が行っていた。

図表 61 一部委託の場合の委託内容（複数回答）

	常食		嚥下調整食	
	通所 (35)	入所 (10)	通所 (32)	入所 (10)
献立作成を委託	68.6	20.0	59.4	20.0
材料購入を委託	82.9	70.0	75.0	70.0
調理を委託	85.7	100.0	84.4	100.0
配膳・下膳を委託	28.6	80.0	34.4	80.0
食器洗浄を委託	48.6	100.0	56.3	100.0
その他内容を委託	20.0	0.0	21.9	0.0
人材のみの派遣	8.6	0.0	9.4	0.0
無回答	0.0	0.0	0.0	0.0
全体	100.0	100.0	100.0	100.0

(3) 調理にかかる時間

職種別に常食・嚥下調整食の調理にかかる時間を尋ねたところ、最も多くの時間を割いているのは、通所、入所施設ともに「調理師・調理員」であった。通所施設については、常食で平均 122.6 分、嚥下調整食で 79.4 分であった。入所施設については、常食で平均 127.5 分、嚥下調整食で 111.3 分であった。

図表 62 職種別の調理にかかる時間（単位：分）

	常食				嚥下調整食			
	通所		入所		通所		入所	
	件数	平均時間	件数	平均時間	件数	平均時間	件数	平均時間
管理栄養士	14	85.7	9	95.0	11	76.6	9	93.3
栄養士	21	81.0	13	116.7	17	71.6	13	109.6
調理師・調理員	75	122.6	39	127.5	62	79.4	40	111.3
介護職員	18	75.7	1	15.0	25	29.5	6	16.0
その他	—	—	2	110.0	3	27.7	3	86.7

(4) 提供している食事の状況

2017 年 12 月 1 ヶ月間の食事の提供状況を見ると、通所施設では常食の占める割合が高く、7 割、入所施設では嚥下調整食の占める割合が 43.8%となっていた。また、配食及び調理済み食品を活用している食事の割合は通所施設で 11.5%、入所施設で 6.0%となっていた。

図表 63 提供している食事の状況（2017 年 12 月 1 ヶ月間）

	通所		入所	
	(101)		(41)	
	平均食数	総食数に占める割合	平均食数	総食数に占める割合
延べ総食数	1,134.2	100.0	6,374.1	100.0
常食数	794.7	70.1	2,787.1	43.7
嚥下調整食数	249.1	22.0	2,789.6	43.8
配食及び調理済み食品	130.2	11.5	379.5	6.0

(5) 嚥下調整食の提供に関わる職員の経験年数

嚥下調整食の提供に関わる職員の経験年数をみると、通所施設の場合は、調理師・調理員が関わり度合いが高い割合も高く、平均経験年数も長い人が多かった。

入所施設についても、調理師・調理員が関わり度合いが高い割合も高いが、経験年数については管理栄養士が上回っていた。

図表 64 嚥下調整食の提供に関わる職員の経験年数

	通所 (83)					
	関わり度合い高		関わり度合い中		関わり度合い低	
	件数	平均年数	件数	平均年数	件数	平均年数
管理栄養士	21	9.7	11	5.5	5	7.8
栄養士	20	7.5	8	6.6	2	2.0
調理師・調理員	57	10.4	42	8.6	24	11.1
その他	10	6.8	5	4.5	3	2.7

	入所 (42)					
	関わり度合い高		関わり度合い中		関わり度合い低	
	件数	平均年数	件数	平均年数	件数	平均年数
管理栄養士	20	12.0	10	10.3	3	4.0
栄養士	15	6.7	9	6.8	2	1.5
調理師・調理員	37	11.6	25	6.7	12	6.2
その他	7	4.4	8	9.9	4	3.0

(6) 嚥下調整食にかかる配食・調理済み食品への移行予定

現在食事提供をしている施設における配食・調理済み食品への移行予定については、通所・入所施設ともに9割が予定なしであった。

図表 65 嚥下調整食にかかる配食・調理済み食品への移行予定

	通所 (109)	入所 (42)
移行を検討している	6.4	9.5
移行の予定はない	87.2	90.5
無回答	6.4	0.0
全体	100.0	100.0

移行予定のある施設における具体的内容はほとんどの施設において、「調理済み食品の購入」を予定していた。

なお、委託を予定しているのは通所1施設のみであり、その施設は完全委託を予定していた。

また、移行予定のある施設における移行理由は、通所施設の場合は「コスト削減」が最も多くなっており、入所施設の場合は、「嚥下調整食対応が増えたため」と「嚥下調整食の献立作成、調理が困難なため」が4分の3を占めていた。

図表 66 移行予定ありの施設の内容

	通所 (7)	入所 (4)
委託	14.3	0.0
調理済み食品の購入	85.7	100.0
無回答	0.0	0.0
全体	100.0	100.0

図表 67 移行予定ありの施設の移行理由（複数回答）

	通所 (7)	入所 (4)
コスト削減	42.9	50.0
嚥下調整食対応が増えたため	14.3	75.0
嚥下調整食の献立作成、調理等が困難なため	0.0	75.0
その他	28.6	25.0
無回答	28.6	0.0
全体	100.0	100.0

4. 全国調査：嚥下調整食有無別比較検討

(1) 回答者の基本情報

調査対象は2.全国調査と同様である。通所施設（通所介護、通所リハビリテーション）、入所施設、配食事業所の施設種別に嚥下調整食の有無別に各項目の比較検討を行った。

(2) 解析結果

① 通所施設

①-1 通所介護

嚥下調整食の有無で回答者、併設施設状況に有意差が認められた。

表1 施設概要

		嚥下調整食				p values	
		あり	%	なし	%		
回答者	管理栄養士・栄養士	なし	721	89%	438	98%	<0.001
	あり	88	11%	10	2%		
介護職員	なし	623	77%	341	76%	0.728	
	あり	186	23%	107	24%		
事務担当者	なし	652	81%	337	75%	0.031	
	あり	157	19%	111	25%		
その他	なし	405	50%	226	50%	0.906	
	あり	404	50%	222	50%		
開設年号	昭和	9	1%	1	0%	0.109	
	平成	803	99%	442	100%		
併設施設	病院	なし	679	98%	327	98%	1.000
	あり	17	2%	8	2%		
診療所	なし	668	96%	326	97%	0.371	
	あり	28	4%	9	3%		
介護老人保健施設	なし	684	98%	333	99%	0.248	
	あり	12	2%	2	1%		
特別養護老人ホーム	なし	552	79%	324	97%	<0.001	
	あり	144	21%	11	3%		
有料老人ホーム	なし	587	84%	302	90%	0.012	
	あり	109	16%	33	10%		
併設施設なし	いいえ	476	68%	132	39%	<0.001	

	はい	220	32%	203	61%	
その他	なし	450	65%	253	76%	<0.001
	あり	246	35%	82	25%	

嚥下調整食の有無と加算取得状況に有意な関連は認められなかった。

表 2 加算取得状況

		嚥下調整食				p values
		あり	%	なし	%	
栄養改善加算算定(2017年9月)	あり	5	1%	0	0%	0.170
	なし	832	99%	446	100%	
口腔機能向上算定(2017年9月)	あり	62	7%	22	5%	0.097
	なし	775	93%	427	95%	

嚥下調整食の有無で、嚥下障害を有する利用者の有無、摂食嚥下障害の評価の有無、RSST、食後の咳の状況、食後の痰の状況に有意差が認められた。

表 3 摂食嚥下障害の評価

		嚥下調整食				p values
		あり	%	なし	%	
摂食嚥下障害を有する利用者の有無	なし	97	18%	163	85%	<0.001
	あり	432	82%	30	15%	
摂食嚥下障害評価の有無	はい	221	27%	17	4%	<0.001
	いいえ	614	74%	428	96%	
反復唾液嚥下テスト(RSST)	なし	186	84%	9	53%	0.004
	あり	35	16%	8	47%	
改訂水飲みテスト(MWST)	なし	203	92%	15	88%	0.642
	あり	18	8%	2	12%	
フードテスト	なし	202	91%	16	94%	1.000
	あり	19	9%	1	6%	
聴診所見	なし	180	81%	14	82%	1.000
	あり	41	19%	3	18%	
食後の咳の状況	なし	21	10%	8	47%	<0.001
	あり	200	91%	9	53%	
食後の痰の状況	なし	73	33%	11	65%	0.015
	あり	148	67%	6	35%	
嚥下造影検査(VF)	なし	217	98%	17	100%	1.000
	あり	4	2%	0	0%	
嚥下内視鏡検査(VE)	なし	218	99%	17	100%	1.000

	あり	3	1%	0	0%	
その他	なし	186	84%	14	82%	0.740
	あり	35	16%	3	18%	

嚥下調整食の有無で施設概要、職員の配置状況、嚥下障害者数に有意差が認められた。

表 4 施設概要、職員、業務時間、費用（連続変量）

		嚥下調整食				p values
		あり		なし		
				n	n	
開設年	年	19.0 ± 7.8	812	22.2 ± 5.7	443	< 0.001
開設月	月	6.2 ± 3.2	810	6.6 ± 3.2	441	0.026
施設定員数	人	25.3 ± 14.2	864	19.2 ± 19.6	461	< 0.001
平成 29 年 9 月稼働日数	日	25.3 ± 3.6	849	24.0 ± 3.8	457	< 0.001
平成 29 年 9 月現在の延べ利用者数						
要支援 1・2	人	38.3 ± 69.9	864	53.2 ± 98.4	463	0.004
要介護 1	人	89.7 ± 109.8	864	56.4 ± 74.8	463	< 0.001
要介護 2	人	82.7 ± 95.0	864	45.7 ± 62.4	463	< 0.001
要介護 3	人	49.4 ± 66.8	864	25.9 ± 49.4	463	< 0.001
要介護 4	人	31.4 ± 68.9	864	14.1 ± 47.2	463	< 0.001
要介護 5	人	18.4 ± 52.5	864	7.4 ± 23.9	463	< 0.001
その他	人	6.6 ± 38.7	864	3.9 ± 19.4	463	0.091
管理栄養士(常勤専従)人数	人	0.1 ± 0.3	864	0.0 ± 0.1	463	< 0.001
管理栄養士(常勤)人数	人	0.1 ± 0.3	864	0.0 ± 0.2	463	< 0.001
管理栄養士(非常勤)人数	人	0.0 ± 0.2	864	0.0 ± 0.1	463	0.008
栄養士(常勤専従)人数	人	0.1 ± 0.3	864	0.0 ± 0.2	463	0.003
栄養士(常勤)人数	人	0.1 ± 0.3	864	0.0 ± 0.1	463	< 0.001
栄養士(非常勤)人数	人	0.0 ± 0.2	864	0.0 ± 0.2	463	0.131
調理師・調理員(常勤専従)人数	人	0.3 ± 1.0	864	0.1 ± 0.3	463	< 0.001
調理師・調理員(常勤)人数	人	0.2 ± 0.9	864	0.1 ± 0.5	463	0.028
調理師・調理員(非常勤)人数	人	1.0 ± 1.7	864	0.4 ± 1.0	463	< 0.001
言語聴覚士(常勤専従)人数	人	0.0 ± 0.0	864	0.0 ± 0.0	463	0.678
言語聴覚士(常勤)人数	人	0.0 ± 0.1	864	0.0 ± 0.0	463	0.108
言語聴覚士(非常勤)人数	人	0.0 ± 0.2	864	0.0 ± 0.1	463	0.955
歯科衛生士(常勤専従)人数	人	0.0 ± 0.0	864	0.0 ± 0.0	463	
歯科衛生士(常勤)人数	人	0.0 ± 0.1	864	0.0 ± 0.1	463	< 0.001
歯科衛生士(非常勤)人数	人	0.0 ± 0.2	864	0.0 ± 0.2	463	0.431
看護職員(常勤専従)人数	人	0.4 ± 1.0	864	0.2 ± 0.5	463	< 0.001
看護職員(常勤)人数	人	0.6 ± 0.9	864	0.3 ± 0.6	463	< 0.001

看護職員(非常勤)人数	人	1.4 ± 1.4	864	1.2 ± 1.4	463	0.005
介護職員(常勤専従)人数	人	2.7 ± 3.4	864	1.7 ± 2.4	463	< 0.001
介護職員(常勤)人数	人	1.6 ± 2.1	864	1.1 ± 1.5	463	< 0.001
介護職員(非常勤)人数	人	3.8 ± 4.1	864	2.8 ± 2.8	463	< 0.001
その他(常勤専従)人数	人	0.4 ± 1.0	864	0.5 ± 1.0	463	0.080
その他(常勤)人数	人	0.4 ± 0.9	864	0.4 ± 0.8	463	0.253
その他(非常勤)人数	人	0.8 ± 2.0	864	0.5 ± 1.3	463	< 0.001
嚥下障害者数(2017年9月延べ人数)	人	27.5 ± 84.3	738	4.5 ± 42.7	419	< 0.001
一食にかかる業務時間						
常食	分	74.2 ± 62.6	566			
嚥下調整食	分	73.1 ± 66.9	577			
直営委託 一食当たりの食材費						
常食	円	403.8 ± 162.3	551			
嚥下調整食	円	421.6 ± 295.8	537			
調理済 一食当たりの購入費						
常食	円	420.3 ± 137.4	123			
嚥下調整食	円	449.0 ± 149.1	122			

通所介護施設における常食と嚥下調整食の比較では、一食当たりの調理済み食品購入費(配食含む)に有意差が認められた。

表5 通所介護における常食と嚥下調整食の業務時間・食材費・購入費の比較検討

	常食		嚥下調整食		p values
一食にかかる業務時間(分)	73.5	± 62.6	75.4	± 67.2	0.115
一食当たりの食材費(円)	403.4	± 161.2	421.3	± 296.8	0.115
一食当たりの調理済食品入(円)	419.8	± 138.0	439.5	± 145.0	< 0.001

①-2 通所リハビリテーション

嚥下調整食の有無で回答者、併設施設に有意差が認められた。

表1 施設概要

		嚥下調整食				p values
		あり		なし		
回答者						
管理栄養士・栄養士	なし	68	50%	40	89%	< 0.001
	あり	69	50%	5	11%	
介護職員	なし	126	92%	39	87%	0.374

事務担当者	あり	11	8%	6	13%	0.376
	なし	88	64%	25	56%	
	あり	49	36%	20	44%	
その他	なし	109	80%	29	64%	0.046
	あり	28	20%	16	36%	
開設年号	昭和	0	0%	1	2%	0.250
	平成	141	100%	46	98%	
併設施設						
病院	なし	96	67%	35	44%	0.274
	あり	48	33%	11	57%	
診療所	なし	96	67%	20	44%	0.009
	あり	48	33%	26	57%	
介護老人保健施設	なし	69	48%	34	74%	0.002
	あり	75	52%	12	26%	
特別養護老人ホーム	なし	142	99%	46	100%	1.000
	あり	2	1%	0	0%	
有料老人ホーム	なし	135	94%	45	98%	0.456
	あり	9	6%	1	2%	
併設施設なし	なし	142	99%	44	96%	0.247
	あり	2	1%	2	4%	
その他	なし	127	88%	34	74%	0.032
	あり	17	12%	12	26%	

嚥下調整食の有無で、栄養改善加算算定、口腔機能向上算定に有意差が認められた。

表 2 加算取得状況

		嚥下調整食				p values
		あり	%	なし	%	
栄養改善加算算定(2017年9月)	あり	12	9%	0	0%	0.038
	なし	123	91%	47	100%	
口腔機能向上算定(2017年9月)	あり	33	24%	3	6%	0.006
	なし	102	76%	44	94%	

嚥下調整食の有無で摂食嚥下障害を有する利用者の有無、摂食嚥下障害評価の有無、食後の咳の状況に有意差が認められた。

表 3 摂食嚥下障害の評価

		嚥下調整食				p values
		あり	%	なし	%	
摂食嚥下障害を有する利用者の有無	なし	14	11%	26	70%	<0.001
	あり	111	89%	11	30%	
摂食嚥下障害評価の有無	はい	93	65%	8	17%	<0.001
	いいえ	50	35%	40	83%	
反復唾液嚥下テスト(RSST)	なし	45	48%	5	63%	0.487
	あり	48	52%	3	38%	
改訂水飲みテスト(MWST)	なし	47	51%	4	50%	1.000
	あり	46	50%	4	50%	
フードテスト	なし	68	73%	6	75%	1.000
	あり	25	27%	2	25%	
聴診所見	なし	44	47%	6	75%	0.160
	あり	49	53%	2	25%	
食後の咳の状況	なし	14	15%	6	75%	<0.001
	あり	79	85%	2	25%	
食後の痰の状況	なし	31	33%	5	63%	0.129
	あり	62	67%	3	38%	
嚥下造影検査(VF)	なし	87	94%	8	100%	1.000
	あり	6	7%	0	0%	
嚥下内視鏡検査(VE)	なし	91	98%	8	100%	1.000
	あり	2	2%	0	0%	
その他	なし	82	88%	7	88%	1.000
	あり	11	12%	1	13%	

嚥下調整食の有無で施設概要、職員の配置状況に有意差が認められた。

表 4 施設概要、職員、業務時間、費用（連続変量）

		嚥下調整食				p values
		あり		なし		
		n	n	n	n	
開設年	年	13.4 ± 7.0	141	17.0 ± 8.3	47	0.008
開設月	月	6.1 ± 3.1	139	5.6 ± 2.7	47	0.312
施設定員数	人	42.4 ± 25.5	143	33.1 ± 24.4	48	0.029
平成 29 年 9 月稼働日数	日	24.3 ± 3.0	145	22.4 ± 4.2	48	0.005

平成 29 年 9 月現在の延べ利用者数

要支援 1・2	人	83.5	±	155.4	145	86.0	±	125.9	48	0.920
要介護 1	人	138.2	±	173.8	145	97.5	±	130.3	48	0.138
要介護 2	人	146.6	±	153.7	145	95.5	±	143.4	48	0.044
要介護 3	人	88.6	±	105.8	145	46.8	±	67.1	48	0.011
要介護 4	人	63.5	±	137.3	145	27.5	±	44.7	48	0.076
要介護 5	人	35.9	±	151.0	145	10.4	±	28.1	48	0.248
その他	人	12.5	±	83.7	145	2.7	±	17.3	48	0.421
管理栄養士(常勤専従)人数	人	0.4	±	0.7	145	0.1	±	0.3	48	< 0.001
管理栄養士(常勤)人数	人	0.5	±	0.8	145	0.2	±	0.4	48	< 0.001
管理栄養士(非常勤)人数	人	0.1	±	0.4	145	0.0	±	0.0	48	0.062
栄養士(常勤専従)人数	人	0.2	±	0.6	145	0.0	±	0.2	48	0.022
栄養士(常勤)人数	人	0.2	±	0.7	145	0.1	±	0.4	48	0.559
栄養士(非常勤)人数	人	0.1	±	0.5	145	0.0	±	0.1	48	0.414
調理師・調理員(常勤専従)人数	人	1.0	±	2.2	145	0.2	±	0.8	48	< 0.001
調理師・調理員(常勤)人数	人	0.6	±	2.0	145	0.4	±	1.6	48	0.557
調理師・調理員(非常勤)人数	人	1.2	±	2.3	145	0.3	±	0.9	48	< 0.001
言語聴覚士(常勤専従)人数	人	0.1	±	0.2	145	0.0	±	0.2	48	0.599
言語聴覚士(常勤)人数	人	0.3	±	0.6	145	0.1	±	0.4	48	0.061
言語聴覚士(非常勤)人数	人	0.1	±	0.2	145	0.1	±	0.4	48	0.881
歯科衛生士(常勤専従)人数	人	0.0	±	0.0	145	0.0	±	0.0	48	
歯科衛生士(常勤)人数	人	0.1	±	0.2	145	0.0	±	0.3	48	0.280
歯科衛生士(非常勤)人数	人	0.0	±	0.2	145	0.0	±	0.0	48	0.246
看護職員(常勤専従)人数	人	1.3	±	2.6	145	0.7	±	1.8	48	0.103
看護職員(常勤)人数	人	0.3	±	0.9	145	0.6	±	1.8	48	0.265
看護職員(非常勤)人数	人	0.7	±	1.3	145	0.5	±	1.3	48	0.309
介護職員(常勤専従)人数	人	7.5	±	10.0	145	4.0	±	6.5	48	0.022
介護職員(常勤)人数	人	0.2	±	1.0	145	0.4	±	1.0	48	0.224
介護職員(非常勤)人数	人	2.4	±	4.1	145	1.6	±	2.5	48	0.227
その他(常勤専従)人数	人	1.9	±	4.5	145	1.3	±	2.7	48	0.405
その他(常勤)人数	人	0.7	±	1.8	145	1.3	±	2.4	48	0.084
その他(非常勤)人数	人	1.2	±	2.2	145	1.3	±	2.9	48	0.795
嚥下障害者数(2017年9月延べ人数)	人	35.8	±	100.2	123	4.9	±	19.8	38	0.002
一食にかかる業務時間										
常食	分	87.7	±	70.4	119					
嚥下調整食	分	93.5	±	74.8	120					
直営委託 一食当たりの食材費										
常食	円	354.1	±	155.0	118					
嚥下調整食	円	371.2	±	164.4	116					
調理済 一食当たりの購入費										
常食	円	367.5	±	165.7	8					
嚥下調整食	円	346.1	±	189.2	9					

通所リハビリテーションにおける常食と嚥下調整食の有無で、一食に係る業務時間、食材費に有意差が認められた。

表 5 常食と嚥下調整食の業務時間・食材費・購入費の比較検討

	常食		嚥下調整食		p values
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
一食にかかる業務時間(分)	86.9	± 70.2	94.9	± 74.5	0.023
一食当たりの食材費(円)	356.1	± 155.6	371.2	± 164.4	0.023
一食当たりの購入費(円)	367.5	± 165.7	376.9	± 176.6	0.565

値は平均値±標準偏差で示した。

② 入所施設（介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、地域密着型特別養護老人ホーム、ショートステイ（併設型））

嚥下調整食の有無で施設概要に有意差は認められなかった。

表 1 施設概要

	嚥下調整食				p values
	あり	%	なし	%	
開設主体					
地方公共団体	11	3%	0	0%	0.610
社会福祉協議会	2	1%	0	0%	
社会福祉法人	2	75%	6	55%	
医療法人	85	20%	5	46%	
社団・財団法人	4	1%	0	0%	
協同組合および連合会	1	0%	0	0%	
その他	5	1%	0	0%	

嚥下調整食の有無で経口移行加算実績に有意差が認められた。

表 2 加算取得状況

		嚥下調整食				p values
		あり	%	なし	%	
栄養マネジメント加算実績(2017年9月)	あり	351	82%	9	82%	1.000
	なし	79	18%	2	18%	
療養食加算実績(2017年9月)	あり	271	63%	10	91%	0.107
	なし	158	37%	1	9%	
経口移行加算実績(2017年9月)	あり	26	6%	3	27%	0.031
	なし	399	94%	8	73%	
経口維持 I 加算実績(2017年9月)	あり	132	31%	2	18%	0.516

	なし	295	69%	9	82%	
経口維持加算実績(2017年9月)	あり	54	14%	1	10%	1.000
	なし	340	86%	9	90%	
経口維持Ⅱ加算実績(2017年9月)	あり	86	20%	1	9%	0.701
	なし	340	80%	10	91%	

嚥下調整食の有無と摂食嚥下障害の評価に有意な関連は認められなかった。

表3 摂食嚥下障害の評価

		嚥下調整食				p values
		あり	%	なし	%	
摂食嚥下障害を有する利用者の有無	なし	7	2%	0	0%	1.000
	あり	367	98%	9	2%	
摂食嚥下障害評価の有無	いいえ	278	65%	8	73%	0.755
	はい	147	35%	3	27%	
反復唾液嚥下テスト(RSST)	なし	216	78%	7	88%	1.000
	あり	60	22%	1	13%	
改訂水飲みテスト(MWST)	なし	145	52%	5	63%	0.725
	あり	131	48%	3	38%	
フードテスト	なし	195	70%	8	100%	0.110
	あり	81	30%	0	0%	
聴診所見	なし	165	60%	6	75%	0.482
	あり	111	41%	2	25%	
食後の咳の状況	なし	62	23%	2	25%	1.000
	あり	214	77%	6	75%	
食後の痰の状況	なし	86	31%	4	50%	0.272
	あり	190	69%	4	50%	
嚥下造影検査(VF)	なし	259	94%	7	88%	0.414
	あり	17	6%	1	13%	
嚥下内視鏡検査(VE)	なし	250	91%	7	88%	0.558
	あり	26	10%	1	13%	
その他	なし	231	84%	7	88%	1.000
	あり	45	16%	1	13%	

嚥下調整食の有無と施設概要、職員の配置状況に有意な関連は認められなかった。

表 4 施設概要、職員、業務時間、費用（連続変量）

		あり			なし			p values
				n			n	
開設年	年	21.2	± 15.8	417	15.1	± 7.8	11	0.205
開設月	月	5.8	± 2.8	418	4.9	± 2.7	11	0.318
施設定員数	人	74.1	± 36.3	421	78.9	± 47.1	11	0.667
平成 29 年 9 月現在の延べ利用者数								
要支援 1・2	人	1.8	± 13.4	427	0.5	± 1.8	11	0.752
要介護 1	人	76.3	± 156.3	427	119.8	± 193.7	11	0.365
要介護 2	人	131.4	± 221.8	427	230.4	± 324.6	11	0.338
要介護 3	人	275.1	± 340.4	427	285.2	± 362.8	11	0.923
要介護 4	人	342.2	± 388.0	427	356.0	± 489.4	11	0.908
要介護 5	人	272.8	± 331.5	427	182.7	± 257.3	11	0.372
その他	人	55.0	± 372.1	427	11.8	± 38.5	11	0.701
管理栄養士(常勤専従)人数	人	0.9	± 0.7	427	1.0	± 0.8	11	0.505
管理栄養士(常勤)人数	人	0.2	± 0.5	427	0.2	± 0.4	11	0.792
管理栄養士(非常勤)人数	人	0.0	± 0.2	427	0.0	± 0.0	11	0.554
栄養士(常勤専従)人数	人	0.3	± 0.7	427	0.1	± 0.3	11	0.395
栄養士(常勤)人数	人	0.1	± 0.3	427	0.1	± 0.3	11	0.967
栄養士(非常勤)人数	人	0.0	± 0.2	427	0.1	± 0.3	11	0.361
調理師・調理員(常勤専従)人数	人	1.7	± 2.7	427	1.6	± 4.5	11	0.934
調理師・調理員(常勤)人数	人	0.3	± 1.3	427	0.0	± 0.0	11	0.436
調理師・調理員(非常勤)人数	人	1.2	± 2.5	427	0.5	± 1.5	11	0.357
言語聴覚士(常勤専従)人数	人	0.1	± 0.4	427	0.2	± 0.6	11	0.458
言語聴覚士(常勤)人数	人	0.0	± 0.3	427	0.0	± 0.0	11	0.570
言語聴覚士(非常勤)人数	人	0.0	± 0.2	427	0.1	± 0.3	11	0.396
歯科衛生士(常勤専従)人数	人	0.0	± 0.2	427	0.0	± 0.0	11	0.641
歯科衛生士(常勤)人数	人	0.0	± 0.2	427	0.0	± 0.0	11	0.667
歯科衛生士(非常勤)人数	人	0.0	± 0.3	427	0.1	± 0.3	11	0.641
看護職員(常勤専従)人数	人	4.3	± 3.9	427	5.3	± 5.0	11	0.520
看護職員(常勤)人数	人	0.6	± 1.4	427	0.3	± 0.6	11	0.513
看護職員(非常勤)人数	人	1.8	± 2.4	427	1.6	± 1.7	11	0.799
介護職員(常勤専従)人数	人	22.9	± 15.2	427	21.0	± 16.3	11	0.678
介護職員(常勤)人数	人	1.7	± 6.0	427	0.3	± 0.5	11	0.448
介護職員(非常勤)人数	人	5.7	± 6.5	427	5.1	± 3.8	11	0.755
その他(常勤専従)人数	人	3.7	± 5.8	427	5.3	± 9.1	11	0.374

その他(常勤)人数	人	0.8	± 2.3	427	1.4	± 2.4	11	0.461
その他(非常勤)人数	人	1.8	± 3.4	427	2.1	± 2.9	11	0.752
嚥下障害者数(2017年9月延べ人数)	人	239.1	± 771.9	372	162.2	± 226.6	9	0.766
一食にかかる業務時間								
常食(分)	分	93.7	± 76.2	337				
嚥下調整食(分)	分	104.6	± 82.4	340				
直営委託 一食当たりの食材費								
常食(円)	円	359.4	± 232.0	356				
嚥下調整食(円)	円	381.4	± 241.1	348				
調理済 一食当たりの購入費								
常食(円)	円	218.1	± 104.8	26				
嚥下調整食(円)	円	235.8	± 152.2	33				

値は平均値±標準偏差で示した。

入所施設における一食に係る業務時間、食材費、調理済み食品購入費（配食含む）に有意差が認められた。

表5 入所施設における常食と嚥下調整食の業務時間・食材費・購入費の比較検討

	常食		嚥下調整食		p values
一食にかかる業務時間(分)	93.6	± 76.4	105.9	± 82.5	<0.001
一食当たりの食材費(円)	359.7	± 233.7	382.1	± 241.6	<0.001
一食当たりの調理済食品購入費(円)	218.2	± 106.9	246.8	± 97.0	0.019

値は平均値±標準偏差で示した。

③配食事業所

配食業者における検討では、すべての項目で有意な関連は認められなかった。

表1 施設概要

回答者		嚥下調整食				p values
		あり	%	なし	%	
管理栄養士・栄養士	なし	13	81.3%	8	100.0%	0.526
	あり	3	18.8%	0	0.0%	
介護職員	なし	15	93.8%	8	100.0%	1.000
	あり	1	6.3%	0	0.0%	
事務担当者	なし	10	62.5%	4	50.0%	0.673

	あり	6	37.5%	4	50.0%	
その他	なし	8	50.0%	4	50.0%	1.000
	あり	8	50.0%	4	50.0%	

表 2 併設施設の状況

		嚥下調整食				p values	
		あり	%	なし	%		
併設施設	病院	なし	12	92.3%	8	100.0%	1.000
		あり	1	7.7%	0	0.0%	
診療所	なし	12	92.3%	8	100.0%	1.000	
	あり	1	7.7%	0	0.0%		
介護老人保健施設	なし	12	92.3%	8	100.0%	1.000	
	あり	1	7.7%	0	0.0%		
特別養護老人ホーム	なし	13	100.0%	8	100.0%		
	あり	0	0.0%		0.0%		
有料老人ホーム	なし	13	100.0%	8	100.0%		
	あり	0	0.0%		0.0%		
併設施設なし	なし	10	76.9%	3	37.5%	0.164	
	あり	3	23.1%	5	62.5%		
その他	なし	6	46.2%	5	62.5%	0.659	
	あり	7	53.8%	3	37.5%		

表 3 施設概要、職員、業務時間、費用（連続変量）

		あり			なし			p values		
		n			n					
開設年	年	18.1	±	14.9	16	15.1	±	8.0	8	0.927
開設月	月	5.9	±	3.2	15	4.8	±	2.9	8	0.469
一日当たりの提供食数										
朝食	数	28.5	±	44.3	10	3.5	±	0.0	1	0.746
昼食	数	93.8	±	74.8	14	42.7	±	49.8	3	0.130
夕食	数	67.1	±	43.8	13	619.5	±	1353.8	6	0.510
平成 29 年 9 月現在の延べ利用者数										
要支援 1・2	人	17.0	±	16.6	6	26.7	±	13.1	3	0.437
要介護 1	人	34.8	±	57.2	6	8.0	±	8.5	2	0.317
要介護 2	人	53.0	±	113.9	7	21.0	±	0.0	1	0.510
要介護 3	人	135.3	±	307.2	6	6.0	±	0.0	1	0.614
要介護 4	人	368.8	±	703.8	4	1.0	±	0.0	1	0.480
要介護 5	人	447.3	±	888.5	4	0.0	±	0.0	1	0.147
その他	人	656.4	±	1675.6	7	52.0	±	36.1	3	0.568

管理栄養士(常勤専従)人数	人	2.7	±	8.7	15	0.0	±	0.0	6	0.173
管理栄養士(常勤)人数	人	0.1	±	0.3	15	0.0	±	0.0	6	0.527
管理栄養士(非常勤)人数	人	0.3	±	0.5	15	0.3	±	0.5	6	0.766
栄養士(常勤専従)人数	人	0.9	±	1.9	15	0.3	±	0.5	6	0.851
栄養士(常勤)人数	人	0.1	±	0.5	15	0.0	±	0.0	6	0.527
栄養士(非常勤)人数	人	0.0	±	0.0	15	0.5	±	1.2	6	0.114
調理師・調理員(常勤専従)人数	人	1.2	±	2.8	14	1.5	±	3.2	6	0.879
調理師・調理員(常勤)人数	人	0.4	±	0.9	14	0.7	±	1.6	6	0.791
調理師・調理員(非常勤)人数	人	7.7	±	7.8	14	4.7	±	10.9	6	0.119
介護職員(常勤専従)人数	人	9.7	±	20.1	15	0.5	±	1.2	6	0.498
介護職員(常勤)人数	人	0.2	±	0.8	15	0.0	±	0.0	6	0.527
介護職員(非常勤)人数	人	10.1	±	25.6	15	0.8	±	2.0	6	0.329
その他(常勤専従)人数	人	1.2	±	4.5	14	1.2	±	2.2	5	0.126
その他(常勤)人数	人	0.4	±	0.9	14	0.0	±	0.0	5	0.385
その他(非常勤)人数	人	1.5	±	5.3	14	8.0	±	15.2	5	0.194
嚥下障害者数 (2017年9月延べ人数)	人	72.7	±	135.4	9	0.0	±	0.0	2	0.056
一食にかかる業務時間										
常食(分)	分	84.3	±	60.1	10					
嚥下調整食(分)	分	77.2	±	82.2	11					
直営委託 一食当たりの食材費										
常食(円)	円	361.2	±	336.5	14					
嚥下調整食(円)	円	376.9	±	346.0	13					
配調理済 一食当たりの購入費										
常食(円)	円	0.0	±	0.0	1					
嚥下調整食(円)	円	0.0	±	0.0	1					

表4 配食事業所における常食と嚥下調整食の業務時間・食材費・購入費の比較検討

	n	常食	嚥下食	p values
一食にかかる業務時間(分)	11	76.6 ± 62.4	71.7 ± 85.3	0.881
一食当たりの食材費(円)	13	366.7 ± 349.6	376.9 ± 346.0	0.105

5. 全国調査：通所施設における嚥下調整食提供調査の詳細検討

(1) 回答者の基本情報

調査対象は2.全国調査と同様である。地域密着型を除く通所施設（通所介護、通所リハビリテーション）の施設種別に各項目の比較検討を行った。

(2) 解析結果

①通所介護と通所リハビリテーションの比較

通所介護と通所リハビリテーションの比較では、併設施設に有意差が認められた。

表1 併設施設

		通所介護		通所リハビリ テーション		p values
病院	なし	666	97%	132	69%	<0.001
	あり	20	3%	58	31%	
診療所	なし	659	96%	113	59%	<0.001
	あり	27	4%	77	41%	
介護老人保健施設	なし	672	98%	104	55%	<0.001
	あり	14	2%	86	45%	
特別養護老人ホーム	なし	545	79%	188	99%	<0.001
	あり	141	21%	2	1%	
有料老人ホーム	なし	584	85%	180	95%	<0.001
	あり	102	15%	10	5%	
併設施設なし	なし	464	68%	186	98%	<0.001
	あり	222	32%	4	2%	
その他	なし	449	65%	162	85%	<0.001
	あり	237	35%	28	15%	

通所介護と通所リハビリテーションの比較では、食事提供の内容、栄養改善加算算定、口腔機能向上算定、職員の配置状況に有意差が認められた。

表 2 食事提供、加算取得状況、配置職員

		通所介護		通所リハビリ テーション		p values
食事提供の有無	あり	776	91%	167	87%	0.091
	なし	81	9%	25	13%	
食事提供の有の内容	直営	331	43%	53	32%	<0.001
			15.1		-15.1	
	委託	301	39%	99	60%	
			-28.1		28.1	
	配食	120	16%	13	8%	
			10.6		-10.6	
	その他	18	2%	1	1%	
			2.4		-2.4	
栄養改善加算算定(2017年9月)	あり	6	1%	12	7%	<0.001
	なし	829	99%	169	93%	
口腔機能向上算定(2017年9月)	あり	66	8%	35	19%	<0.001
	なし	770	92%	147	81%	
管理栄養士	なし	1170	87%	74	38%	<0.001
	あり	179	13%	119	62%	
栄養士	なし	1220	90%	147	76%	<0.001
	あり	129	10%	46	24%	
調理員	なし	531	61%	119	62%	0.492
	あり	336	39%	74	38%	
言語聴覚士	なし	852	98%	139	72%	<0.001
	あり	15	2%	54	28%	
歯科衛生士	なし	841	97%	178	92%	0.006
	あり	26	3%	15	8%	
看護師	なし	89	10%	47	24%	<0.001
	あり	778	90%	146	76%	

通所介護と通所リハビリテーションの比較では、
 摂食嚥下障害評価の有無、RSST、MWST、フードテスト、聴診所見の有無に有意差が認められた。

表 3 摂食嚥下障害の評価

		通所介護		通所リハビリ テーション		p values
		人数	割合	人数	割合	
摂食嚥下障害評価の有無	はい	167	20%	102	53%	<0.001
	いいえ	664	80%	89	47%	
反復唾液嚥下テスト(RSST)	なし	130	78%	50	49%	<0.001
	あり	37	22%	52	51%	
改訂水飲みテスト(MWST)	なし	146	87%	50	49%	<0.001
	あり	21	13%	52	51%	
フードテスト	なし	148	89%	73	72%	<0.001
	あり	19	11%	29	28%	
聴診所見	なし	132	79%	51	50%	<0.001
	あり	35	21%	51	50%	
食後の咳の状況	なし	21	13%	21	21%	0.086
	あり	146	87%	81	79%	
食後の痰の状況	なし	60	36%	38	37%	0.896
	あり	107	64%	64	63%	
嚥下造影検査(VF)	なし	163	98%	95	93%	0.11
	あり	4	2%	7	7%	
嚥下内視鏡検査(VE)	なし	164	98%	99	97%	0.676
	あり	3	2%	3	3%	
その他	なし	138	83%	88	86%	0.495
	あり	29	17%	14	14%	

通所介護と通所リハビリテーションの比較では、嚥下調整食のうち押しつぶしの調理の有無に有意差が認められた。

表 4 嚥下調整食形態

		通所介護		通所リハビリテーション		p values
		人数	割合	人数	割合	
嚥下調整食提供の有無	あり	636	74%	147	76%	0.321
	なし	221	26%	46	24%	
嚥下調整食提供の有 常食(カットなし)	あり	524	99%	127	96%	0.07
	なし	7	1%	5	4%	

常食(カット中)	あり	510	98%	123	95%	0.143
	なし	12	2%	6	5%	
常食(カット小)	あり	434	93%	100	81%	<0.001
	なし	35	7%	23	19%	
軟菜(カットなし)	あり	235	66%	84	72%	0.257
	なし	123	34%	33	28%	
軟菜(カット中)	あり	244	68%	81	70%	0.646
	なし	115	32%	34	30%	
軟菜(カット小)	あり	228	65%	70	64%	0.909
	なし	125	35%	40	36%	
軟菜(カット小+とろみあん)	あり	231	64%	76	68%	0.431
	なし	132	36%	36	32%	
押しつぶし	あり	67	25%	8	9%	<0.001
	なし	196	75%	78	91%	
押しつぶしゼリー食(ソフト)	あり	146	46%	61	56%	0.096
	なし	169	54%	48	44%	
ミキサー/ペースト食(不均質)	あり	207	62%	60	56%	0.307
	なし	127	38%	47	44%	
ミキサー/ペースト食(均質)	あり	335	80%	108	86%	0.092
	なし	86	20%	17	14%	

通所介護と通所リハビリテーションの比較では、嚥下調整食の指標に日本摂食嚥下リハビリテーション学会 2013 を使用するかの有無で有意差が認められた。

表 5 嚥下調整食の指標

		通所介護		通所リハビリテーション		p values
日本摂食嚥下リハビリテーション学会分類 2013	なし	92	89%	16	70%	0.022
	あり	11	11%	7	30%	
嚥下食ピラミッド	なし	100	97%	22	96%	0.558
	あり	3	3%	1	4%	
施設独自基準	なし	64	62%	12	52%	0.48
	あり	39	38%	11	48%	
その他	なし	98	95%	23	100%	0.584
	あり	5	5%	0	0%	
特になし	なし	65	63%	19	83%	0.089
	あり	38	37%	4	17%	

通所介護と通所リハビリテーションの比較では、嚥下調整食作成のための連携職種のうち歯科医師、管理栄養士、栄養士、言語聴覚士、歯科衛生士の有無に有意差が認められた。

表 6 嚥下調整食作成のための連携職種

		通所介護		通所リハビリテーション		p values
医師	なし	537	86%	64	44%	<0.001
	あり	90	14%	83	56%	
歯科医師	なし	600	96%	142	97%	0.818
	あり	27	4%	5	3%	
管理栄養士	なし	408	65%	31	21%	<0.001
	あり	219	35%	116	79%	
栄養士	なし	487	78%	97	66%	0.004
	あり	140	22%	50	34%	
調理師・調理員	なし	270	43%	56	38%	0.307
	あり	357	57%	91	62%	
言語聴覚士	なし	603	96%	99	67%	<0.001
	あり	24	4%	48	33%	
歯科衛生士	なし	593	95%	131	89%	0.024
	あり	34	5%	16	11%	
看護職員	なし	102	16%	28	19%	0.462
	あり	525	84%	119	81%	
介護職員	なし	123	20%	20	14%	0.099
	あり	504	80%	127	86%	
その他	なし	530	85%	125	85%	1.000
	あり	97	15%	22	15%	

通所介護と通所リハビリテーションの比較では、嚥下調整食提供の給食業務形態のうち直営調理、委託調理に有意差が認められた。

表 7 嚥下調整食提供の給食業務形態

		通所介護		通所リハビリ テーション		p values
配食	なし	565	90%	139	95%	0.083
	あり	65	10%	8	5%	
直営調理	なし	353	56%	101	69%	0.005
	あり	277	44%	46	31%	
委託調理	なし	372	59%	56	38%	<0.001
	あり	258	41%	91	62%	

調理済み食品	なし	577	92%	140	95%	0.169
	あり	53	8%	7	5%	
その他	なし	616	98%	146	99%	0.326
	あり	14	2%	1	1%	

通所介護と通所リハビリテーションの比較では、嚥下調整食の献立作成者、調理担当で有意差が認められた。

表 8 嚥下調整食の主な担当

		通所介護		通所リハビリ テーション		p value
献立作成者						
管理栄養士	なし	289	53%	43	31%	<0.001
	あり	253	47%	95	69%	
栄養士	なし	407	75%	92	67%	0.052
	あり	135	25%	46	33%	
調理師・調理員	なし	415	77%	132	96%	<0.001
	あり	127	23%	6	4%	
介護職員	なし	499	92%	134	97%	0.038
	あり	43	8%	4	3%	
その他	なし	482	89%	129	93%	0.154
	あり	60	11%	9	7%	
調理担当者						
管理栄養士	なし	493	91%	122	88%	0.32
	あり	46	9%	16	12%	
栄養士	なし	459	85%	113	82%	0.357
	あり	80	15%	25	18%	
調理師・調理員	なし	79	15%	9	7%	0.01
	あり	460	85%	129	93%	
介護職員	なし	485	90%	135	98%	0.002
	あり	54	10%	3	2%	
その他	なし	507	94%	135	98%	0.085
	あり	32	6%	3	2%	

通所介護と通所リハビリテーションの比較では、嚥下調整食未実施の理由のうち人員不足で有意差が認められた。

表 9 嚥下調整食未実施の理由

		通所介護		通所リハビリ テーション		p values
嚥下調整食の必要性の有無	必要であると 感じる	126	58%	26	57%	0.871
	特に必要である と感じていない	92	42%	20	43%	
嚥下調整食の未実施理由						
対象者がいない	なし	38	30%	12	46%	0.168
	あり	87	70%	14	54%	
嚥下評価困難	なし	114	91%	20	77%	0.08
	あり	11	9%	6	23%	
個別の食事対応ができない	なし	114	91%	19	73%	0.017
	あり	11	9%	7	27%	
調理設備不足	なし	119	95%	25	96%	1.000
	あり	6	5%	1	4%	
採算が取れない	なし	120	96%	24	92%	0.346
	あり	5	4%	2	8%	
委託業者との契約上の理由	なし	120	96%	23	88%	0.14
	あり	5	4%	3	12%	
人員不足	なし	104	83%	15	58%	0.007
	あり	21	17%	11	42%	
その他	なし	112	90%	24	92%	1.000
	あり	13	10%	2	8%	
人員不足職種						
管理栄養士	なし	10	53%	6	55%	1.000
	あり	9	47%	5	45%	
栄養士	なし	11	58%	10	91%	0.1
	あり	8	42%	1	9%	
調理師・調理員	なし	12	63%	8	73%	0.702
	あり	7	37%	3	27%	
言語聴覚士	なし	13	68%	6	55%	0.696
	あり	6	32%	5	45%	
歯科衛生士	なし	14	74%	9	82%	1.000
	あり	5	26%	2	18%	
看護職員	なし	14	74%	6	55%	0.425
	あり	5	26%	5	45%	
介護職員	なし	15	79%	8	73%	1.000

	あり	4	21%	3	27%	
その他	なし	19	100%	11	100%	—
	あり	19	0%	11	0%	

通所介護と通所リハビリテーションの比較では、施設概要、一食当たりの食材費に有意差が認められた。

表 10 施設概要、職員、業務時間、費用（連続変量）

	通所介護				通所リハビリテーション				p values
施設定員数	人	28.8	± 18.6	(864)	41.1	± 25.9	(192)	p<0.001	
平成 29 年 9 月現在の延べ利用者数									
要支援 1・2	人	54.1	± 100.6	(867)	85.6	± 148.2	(193)	<0.001	
要介護 1	人	102.6	± 117.8	(867)	131.8	± 166.0	(193)	0.004	
要介護 2	人	91.0	± 99.3	(867)	137.3	± 152.4	(193)	<0.001	
要介護 3	人	53.0	± 71.3	(867)	82.5	± 101.8	(193)	<0.001	
要介護 4	人	31.8	± 53.7	(867)	64.1	± 164.2	(193)	<0.001	
要介護 5	人	17.9	± 35.6	(867)	36.6	± 157.5	(193)	0.002	
その他	人	7.6	± 40.5	(867)	10.1	± 73.1	(193)	0.518	
一食にかかる業務時間									
常食(分)	分	77.7	± 65.1	(417)	87.0	± 70.1	(121)	0.178	
嚥下調整食(分)	分	78.9	± 69.9	(421)	92.9	± 74.4	(122)	0.054	
一食当たりの食材費									
常食(円)	円	399.8	± 162.4	(424)	350.8	± 155.6	(120)	0.003	
嚥下調整食(円)	円	424.0	± 324.6	(413)	367.7	± 165.1	(118)	0.070	
調理済食品一食当たりの購入費									
常食(円)	円	424.7	± 139.0	(82)	395.6	± 176.4	(9)	0.562	
嚥下調整食(円)	円	448.9	± 143.6	(81)	378.5	± 205.7	(10)	0.168	

②通所介護、通所リハビリテーション併設有無別の比較検討

通所介護の併設有無別の比較では、食事提供の有無、食事提供の内容、職員の配置状況に有意差が認められた。

通所リハビリテーションの併設施設有無別の比較では、食事提供の内容、職員の配置状況に有意差が認められた。

表1 食事提供、加算取得状況、配置職員

	通所介護						通所リハビリテーション					
			併設有無		p values				併設有無		p values	
	なし	あり	なし	あり		なし	あり	なし	あり			
食事提供の有無	あり	461	90%	166	99%	<0.001	あり	53	83%	113	90%	0.131
	なし	51	10%	1	1%		なし	11	17%	12	10%	
食事提供の有の内容	直営	204	44%	55	33%	<0.001	直営	22	42%	31	27%	<0.001
			13.5		-13.5				5.3		-5.3	
	委託	157	34%	104	63%		委託	18	35%	80	71%	
			-35		35				-12.9		12.9	
	配食	86	19%	5	3%		配食	11	21%	2	2%	
			19.1		-19.1				6.9		-6.9	
	その他	12	3%	1	1%	その他	1	2%	0	0%		
			2.4		-2.4			0.7		-0.7		
栄養改善加算算定 (2017年9月)	あり	2	0%	3	2%	0.097	あり	1	2%	11	9%	0.064
	なし	498	100%	159	98%		なし	58	98%	108	91%	
口腔機能向上算定 (2017年9月)	あり	42	8%	12	7%	0.722	あり	8	14%	27	23%	0.156
	なし	462	92%	149	93%		なし	51	86%	93	78%	
管理栄養士/栄養士	なし	429	83%	55	33%	<0.001	なし	40	63%	19	15%	<0.001
	あり	88	17%	114	67%		あり	24	38%	107	85%	
調理員	なし	303	59%	112	66%	0.077	なし	41	64%	75	60%	0.544
	あり	214	41%	57	34%		あり	23	36%	51	40%	
言語聴覚士	なし	510	99%	167	99%	0.866	なし	54	84%	83	66%	0.007
	あり	7	1%	2	1%		あり	10	16%	43	34%	
歯科衛生士	なし	503	97%	161	95%	0.194	なし	61	95%	114	90%	0.243
	あり	14	3%	8	5%		あり	3	5%	12	10%	
看護師	なし	53	10%	12	7%	0.225	なし	14	22%	32	25%	0.592
	あり	464	90%	157	93%		あり	50	78%	94	75%	

通所介護の併設有無別の比較では、有意な関連は認められなかった。
 通所リハビリテーションの併設有無別の比較では、摂食嚥下障害評価の有無で有意差が認められた。

表 2 摂食嚥下障害の評価

	通所介護					p values	通所リハビリテーション					p values
	併設の有無						併設の有無					
		なし	あり				なし	あり				
摂食嚥下障害評価の有無	はい	96	19%	35	21%	0.661	はい	25	40%	76	61%	0.006
	いいえ	399	81%	132	79%		いいえ	38	60%	49	39%	
反復唾液嚥下テスト(RSST)	なし	76	79%	27	77%	0.803	なし	10	40%	39	51%	0.326
	あり	20	21%	8	23%		あり	15	60%	37	49%	
改訂水飲みテスト(MWST)	なし	85	89%	30	86%	0.764	なし	14	56%	35	46%	0.388
	あり	11	11%	5	14%		あり	11	44%	41	54%	
フードテスト	なし	87	91%	30	86%	0.523	なし	16	64%	56	74%	0.353
	あり	9	9%	5	14%		あり	9	36%	20	26%	
聴診所見	なし	77	80%	28	80%	0.979	なし	13	52%	38	50%	0.862
	あり	19	20%	7	20%		あり	12	48%	38	50%	
食後の咳の状況	なし	10	10%	6	17%	0.366	なし	4	16%	17	22%	0.496
	あり	86	90%	29	83%		あり	21	84%	59	78%	
食後の痰の状況	なし	35	36%	10	29%	0.4	なし	8	32%	30	39%	0.503
	あり	61	64%	25	71%		あり	17	68%	46	61%	
嚥下造影検査(VF)	なし	94	98%	33	94%	0.29	なし	23	92%	71	93%	1.000
	あり	2	2%	2	6%		あり	2	8%	5	7%	
嚥下内視鏡検査(VE)	なし	95	99%	33	94%	0.174	なし	24	96%	74	97%	1.000
	あり	1	1%	2	6%		あり	1	4%	2	3%	
その他	なし	82	85%	27	77%	0.262	なし	21	84%	66	87%	0.743
	あり	14	15%	8	23%		あり	4	16%	10	13%	

通所介護の併設有無別の比較では、嚥下調整食提供の有無、常食（カット中）、常食（カット小）、軟菜（カット中）、軟菜（カット小）、押しつぶしゼリー食（ソフト）、ミキサーペースト食（均質）で有意差が認められた。

通所リハビリテーションの併設有無別の比較では、嚥下調整食提供の有無、常食（カット中）、押しつぶしゼリー食（ソフト）で有意差が認められた。

表 3 嚥下調整食形態

	通所介護					p values	通所リハビリテーション					p values
	併設の有無						併設の有無					
		なし	あり				なし	あり				
嚥下調整食提供の有無	あり	370	72%	156	92%	<0.001	あり	40	63%	106	84%	0.001

	なし	145	28%	13	8%		なし	24	38%	20	16%	
常食(カットなし)	あり	303	99%	135	98%	0.381	あり	37	97%	89	96%	0.651
	なし	3	1%	3	2%		なし	1	3%	4	4%	
常食(カット中)	あり	298	99%	124	94%	0.002	あり	34	97%	88	95%	0.548
	なし	3	1%	8	6%		なし	1	3%	5	5%	
常食(カット小)	あり	266	95%	96	86%	0.003	あり	33	89%	66	78%	0.134
	なし	15	5%	16	14%		なし	4	11%	19	22%	
軟菜(カットなし)	あり	135	67%	55	57%	0.078	あり	25	81%	59	69%	0.202
	なし	66	33%	42	43%		なし	6	19%	27	31%	
軟菜(カット中)	あり	140	70%	54	56%	0.02	あり	23	79%	58	67%	0.226
	なし	60	30%	42	44%		なし	6	21%	28	33%	
軟菜(カット小)	あり	139	68%	47	52%	0.008	あり	20	71%	50	61%	0.321
	なし	66	32%	44	48%		なし	8	29%	32	39%	
軟菜(カット小+とろみあん)	あり	123	62%	63	61%	0.793	あり	19	66%	57	69%	0.754
	なし	75	38%	41	39%		なし	10	34%	26	31%	
押しつぶし	あり	38	26%	15	19%	0.287	あり	2	9%	6	9%	0.968
	なし	109	74%	62	81%		なし	20	91%	58	91%	
押しつぶしゼリー食(ソフト)	あり	48	30%	89	75%	<0.001	あり	7	28%	54	64%	<0.001
	なし	114	70%	29	25%		なし	18	72%	30	36%	
ミキサー/ペースト食(不均質)	あり	120	62%	53	57%	0.401	あり	16	59%	44	55%	0.7
	なし	73	38%	40	43%		なし	11	41%	36	45%	
ミキサー/ペースト食(均質)	あり	185	77%	106	87%	0.026	あり	22	76%	85	89%	0.072
	なし	55	23%	16	13%		なし	7	24%	10	11%	

通所介護の併設有無別の比較では、日本摂食リハビリテーション学会分類 2013、施設独自基準で有意差が認められた。

通所リハビリテーションの併設有無別では有意な関連は認められなかった。

表 4 嚥下調整食の指標

	通所介護				p values	通所リハビリテーション				p values		
	併設の有無					併設の有無						
	なし	あり	なし	あり		なし	あり	なし	あり			
嚥下調整食の指標												
日本摂食嚥下リハビリテーション学会分類 2013	なし	57	97%	17	68%	<0.001	なし	4	80%	12	67%	0.567
	あり	2	3%	8	32%		あり	1	20%	6	33%	
嚥下食ピラミッド	なし	56	95%	25	100%	0.551	なし	4	80%	18	100%	0.217
	あり	3	5%	0	0%		あり	1	20%	0	0%	
施設独自基準	なし	40	68%	10	40%	0.018	なし	4	80%	8	44%	0.317
	あり	19	32%	15	60%		あり	1	20%	10	56%	

その他	なし	55	93%	25	100%	0.313	なし	5	100%	18	100%	-
	あり	4	7%	0	0%		あり	0	0%	0	0%	
特になし	なし	36	61%	20	80%	0.092	なし	4	80%	15	83%	0.862
	あり	23	39%	5	20%		あり	1	20%	3	17%	

通所介護の併設有無別の比較では、嚥下調整食連携職種のうち管理栄養士、栄養士、介護職員に有意差が認められた。

通所リハビリテーションの併設有無別の比較では、嚥下調整食連携職種のうち管理栄養士、栄養士、言語聴覚士に有意差が認められた。

表5 嚥下調整食作成のための連携職種

	通所介護					p values	通所リハビリテーション					p values
	併設の有無						併設の有無					
	なし	あり	なし	あり	なし		あり					
嚥下調整食連携職種												
医師	なし	310	85%	125	81%	0.257	なし	18	45%	45	42%	0.782
	あり	54	15%	29	19%		あり	22	55%	61	58%	
歯科医師	なし	348	96%	144	94%	0.318	なし	39	98%	102	96%	0.706
	あり	16	4%	10	6%		あり	1	3%	4	4%	
管理栄養士	なし	299	82%	27	18%	<0.001	なし	25	63%	6	6%	<0.001
	あり	65	18%	127	82%		あり	15	38%	100	94%	
栄養士	なし	299	82%	101	66%	<0.001	なし	33	83%	63	59%	0.009
	あり	65	18%	53	34%		あり	7	18%	43	41%	
調理師・調理員	なし	165	45%	57	37%	0.08	なし	20	50%	35	33%	0.059
	あり	199	55%	97	63%		あり	20	50%	71	67%	
言語聴覚士	なし	349	96%	148	96%	0.906	なし	34	85%	64	60%	0.005
	あり	15	4%	6	4%		あり	6	15%	42	40%	
歯科衛生士	なし	346	95%	142	92%	0.205	なし	38	95%	92	87%	0.236
	あり	18	5%	12	8%		あり	2	5%	14	13%	
看護職員	なし	60	16%	22	14%	0.531	なし	6	15%	22	21%	0.431
	あり	304	84%	132	86%		あり	34	85%	84	79%	
介護職員	なし	75	21%	18	12%	0.016	なし	4	10%	16	15%	0.425
	あり	289	79%	136	88%		あり	36	90%	90	85%	
その他	なし	301	83%	132	86%	0.396	なし	32	80%	92	87%	0.306
	あり	63	17%	22	14%		あり	8	20%	14	13%	

通所介護の併設有無別の比較では、嚥下調整食提供の給食業務形態のうち配食、直営調理、委託調理に有意差が認められた。

通所リハビリテーションの併設有無別の比較では、嚥下調整食の給食業務形態のうち配食、委託調理に有意差が認められた。

表 6 嚥下調整食提供の給食業務形態

	通所介護						通所リハビリテーション					
	併設の有無				p values	併設の有無				p values		
	なし		あり			なし		あり				
嚥下調整食提供の給食業務形態												
配食	なし	314	86%	154	99%	<0.001	なし	34	85%	104	98%	0.002
	あり	51	14%	2	1%		あり	6	15%	2	2%	
直営調理	なし	202	55%	105	67%	0.011	なし	23	58%	77	73%	0.079
	あり	163	45%	51	33%		あり	17	43%	29	27%	
委託調理	なし	234	64%	56	36%	<0.001	なし	26	65%	30	28%	<0.001
	あり	131	36%	100	64%		あり	14	35%	76	72%	
調理済み食品	なし	336	92%	144	92%	0.922	なし	38	95%	101	95%	0.943
	あり	29	8%	12	8%		あり	2	5%	5	5%	
その他	なし	356	98%	152	97%	0.947	なし	39	98%	106	100%	0.274
	あり	9	2%	4	3%		あり	1	3%	0	0%	

通所介護の併設有無別の比較では、献立作成者のうち管理栄養士、栄養士、調理師・調理員、介護職員、その他に有意差が認められ、調理担当者のうち栄養士、介護職員に有意差が認められた。

通所リハビリテーションの併設有無別の比較では、献立作成者のうち管理栄養士、調理師・調理員、介護職員、その他に有意差が認められた。

表 7 嚥下調整食の主な担当

	通所介護						通所リハビリテーション					
	併設の有無				p values	併設の有無				p values		
	なし		あり			なし		あり				
献立作成者												
管理栄養士	なし	191	65%	40	26%	<0.001	なし	16	48%	27	26%	0.015
	あり	105	35%	112	74%		あり	17	52%	77	74%	
栄養士	なし	223	75%	109	72%	0.407	なし	25	76%	66	63%	0.193
	あり	73	25%	43	28%		あり	8	24%	38	37%	
調理師・調理員	なし	206	70%	148	97%	<0.001	なし	29	88%	102	98%	0.03
	あり	90	30%	4	3%		あり	4	12%	2	2%	
介護職員	なし	267	90%	151	99%	<0.001	なし	29	88%	104	100%	0.003
	あり						あり					

	あり	29	10%	1	1%		あり	4	12%	0	0%	
その他	なし	258	87%	142	93%	0.043	なし	28	85%	100	96%	0.037
	あり	38	13%	10	7%		あり	5	15%	4	4%	
	調理員担当者											
管理栄養士	なし	272	92%	134	89%	0.226	なし	27	82%	94	90%	0.215
	あり	23	8%	17	11%		あり	6	18%	10	10%	
栄養士	なし	262	89%	116	77%	<0.001	なし	30	91%	82	79%	0.118
	あり	33	11%	35	23%		あり	3	9%	22	21%	
調理師・調理員	なし	44	15%	13	9%	0.059	なし	4	12%	5	5%	0.14
	あり	251	85%	138	91%		あり	29	88%	99	95%	
介護職員	なし	259	88%	147	97%	<0.001	なし	31	94%	103	99%	0.081
	あり	36	12%	4	3%		あり	2	6%	1	1%	
その他	なし	274	93%	145	96%	0.188	なし	32	97%	102	98%	0.566
	あり	21	7%	6	4%		あり	1	3%	2	2%	

嚥下調整食未実施の理由に通所介護、通所リハビリテーションともに有意な関連は認められなかった。

表 8 嚥下調整食未実施の理由

	通所介護				p values	通所リハビリテーション				p values		
	併設の有無					併設の有無						
	なし		あり			なし		あり				
嚥下調整食の必要性の有無												
必要であると 感じる	なし	79	56%	9	69%	0.344	なし	15	63%	10	50%	0.405
	特に必要であ ると感じてい ない	63	44%	4	31%		特に必要であ ると感じてい ない	9	38%	10	50%	
嚥下調整食の未実施理由												
対象者がいない	なし	19	24%	1	11%	0.678	なし	7	47%	4	40%	1.000
	あり	59	76%	8	89%		あり	8	53%	6	60%	
嚥下評価困難	なし	70	90%	9	100%	0.593	なし	11	73%	9	90%	0.615
	あり	8	10%	0	0%		あり	4	27%	1	10%	
個別の食事対応 ができない	なし	70	90%	9	100%	0.593	なし	12	80%	7	70%	0.566
	あり	8	10%	0	0%		あり	3	20%	3	30%	
調理設備不足	なし	74	95%	9	100%	1.000	なし	14	93%	10	100%	1.000
	あり	4	5%	0	0%		あり	1	7%	0	0%	
採算が取れない	なし	75	96%	9	100%	1.000	なし	13	87%	10	100%	0.5

	あり	3	4%	0	0%		あり	2	13%	0	0%
委託業者との	なし	77	99%	9	100%	1.000	なし	13	87%	9	90%
契約上の理由	あり	1	1%	0	0%		あり	2	13%	1	10%
人員不足	なし	63	81%	8	89%	1.000	なし	9	60%	6	60%
	あり	15	19%	1	11%		あり	6	40%	4	40%
その他	なし	72	92%	9	100%	1.000	なし	13	87%	10	100%
	あり	6	8%	0	0%		あり	2	13%	0	0%

③通所介護、通所リハビリテーション栄養改善取得有無別比較検討

通所介護の栄養改善加算取得有無別の比較では、口腔機能向上算定、職員の配置状況に有意差が認められた。

通所リハビリテーションの栄養改善加算取得有無別の比較では、口腔機能向上算定、職員の配置状況に有意差が認められた。

表 1 食事提供、加算取得状況、配置職員

		通所介護				p values	通所リハビリテーション				p values		
		栄養改善加算算定					栄養改善加算算定						
		あり	%	なし	%		あり	%	なし	%			
併設病院	なし	2	40%	498	76%	0.097	併設病院	なし	1	8%	58	35%	0.064
特養老健	あり	3	60%	159	24%		特養老健	あり	11	92%	108	65%	
食事提供の有無	あり	6	100%	741	90%	1.000	食事提供の有無	あり	12	100%	144	86%	0.373
	なし	0	0%	78	10%		食事提供の有無	なし	0	0%	24	14%	
食事提供の内容	直営	1	17%	314	43%	0.169	直営	3	25%	45	31%	0.612	
	委託	5	83%	286	39%		委託	9	75%	84	59%		
	配食	0	0%	118	16%		配食	0	0%	13	9%		
	その他	0	0%	17	2%		その他	0	0%	1	1%		
口腔機能向上算定 (2017年9月)	あり	5	100%	55	7%	< 0.001	口腔機能向上算定 (2017年9月)	あり	9	75%	24	14%	< 0.001
	なし	0	0%	769	93%			なし	3	25%	142	86%	
管理栄養士/ 栄養士	なし	1	17%	621	75%	0.005	管理栄養士/ 栄養士	なし	1	8%	59	35%	0.065
	あり	5	83%	208	25%		管理栄養士/ 栄養士	あり	11	92%	110	65%	
調理員	なし	4	67%	514	62%	1.000	調理員	なし	7	58%	106	63%	0.766
	あり	2	33%	315	38%		調理員	あり	5	42%	63	37%	

言語聴覚士	なし	6	100%	814	98%	1.000	言語聴覚士	なし	5	42%	129	76%	0.014
	あり	0	0%	15	2%			あり	7	58%	40	24%	
歯科衛生士	なし	4	67%	809	98%	0.009	歯科衛生士	なし	9	75%	158	93%	0.054
	あり	2	33%	20	2%			あり	3	25%	11	7%	
看護師	なし	0	0%	81	10%	1.000	看護師	なし	0	0%	44	26%	0.041
	あり	6	100%	748	90%			あり	12	100%	125	74%	

通所介護の栄養改善加算取得有無別、通所リハビリテーションの栄養改善加算取得有無別の比較ともに摂食嚥下障害の評価に有意な関連は認められなかった。

表 2 摂食嚥下障害の評価

		通所介護					p values	通所リハビリテーション					p values
		栄養改善加算算定				あり		栄養改善加算算定				あり	
		あり	%	なし	%			あり	%	なし	%		
摂食嚥下障害	はい	3	50%	155	19%	0.094	摂食嚥下障害	はい	12	100%	81	49%	<0.001
評価の有無	いいえ	3	50%	642	81%		評価の有無	いいえ	0	0%	86	51%	
摂食嚥下障害評価の有							摂食嚥下障害評価の有						
反復唾液嚥下	なし	1	33%	125	81%	0.105	反復唾液嚥下	なし	5	42%	42	52%	0.510
テスト(RSST)	あり	2	67%	30	19%		テスト(RSST)	あり	7	58%	39	48%	
改訂水飲み	なし	2	67%	137	88%	0.321	改訂水飲み	なし	4	33%	44	54%	0.175
テスト(MWST)	あり	1	33%	18	12%		テスト(MWST)	あり	8	67%	37	46%	
フードテスト	なし	2	67%	138	89%	0.306	フードテスト	なし	8	67%	61	75%	0.499
	あり	1	33%	17	11%		あり	4	33%	20	25%		
聴診所見	なし	2	67%	123	79%	0.507	聴診所見	なし	7	58%	39	48%	0.510
	あり	1	33%	32	21%		あり	5	42%	42	52%		
食後の咳の状況	なし	0	0%	20	13%	1.000	食後の咳の状況	なし	3	25%	16	20%	0.705
	あり	3	100%	135	87%		あり	9	75%	65	80%		
食後の痰の状況	なし	1	33%	57	37%	1.000	食後の痰の状況	なし	6	50%	28	35%	0.345
	あり	2	67%	98	63%		あり	6	50%	53	65%		
嚥下造影検査	なし	2	67%	152	98%	0.075	嚥下造影検査	なし	11	92%	77	95%	0.507
(VF)	あり	1	33%	3	2%		(VF)	あり	1	8%	4	5%	
嚥下内視鏡検査	なし	2	67%	153	99%	0.056	嚥下内視鏡検査	なし	12	100%	79	98%	1.000
(VE)	あり	1	33%	2	1%		(VE)	あり	0	0%	2	2%	
その他	なし	3	100%	127	82%	1.000	その他	なし	10	83%	70	86%	0.673
	あり	0	0%	28	18%		あり	2	17%	11	14%		

通所介護の栄養改善加算取得有無別の比較では、嚥下調整食形態に有意な関連は認められなかった。

通所リハビリテーションの栄養改善加算取得有無別の比較では、嚥下調整食の提供の有無に有意差が認められた。

表 3 嚥下調整食形態

	通所介護						通所リハビリテーション						
	栄養改善加算算定				p values	栄養改善加算算定				p values			
	あり	%	なし	%		あり	%	なし	%				
嚥下調整食	あり	5	100%	832	74%	0.347	嚥下調整食	あり	12	100%	123	73%	0.040
提供の有無	なし	0	0%	446	26%		提供の有無	なし	0	0%	47	27%	
常食(カットなし)	あり	5	100%	506	99%	1.000	常食(カットなし)	あり	10	100%	106	95%	1.000
	なし	0	0%	6	1%		なし	0	0%	5	5%		
常食(カット中)	あり	4	100%	492	98%	1.000	常食(カット中)	あり	11	100%	102	95%	1.000
	なし	0	0%	11	2%		なし	0	0%	5	5%		
常食(カット小)	あり	3	75%	419	93%	0.267	常食(カット小)	あり	10	100%	83	79%	0.205
	なし	1	25%	33	7%		なし	0	0%	22	21%		
軟菜(カットなし)	あり	3	75%	226	65%	1.000	軟菜(カットなし)	あり	7	88%	71	71%	0.439
	なし	1	25%	121	35%		なし	1	13%	29	29%		
軟菜(カット中)	あり	2	67%	235	68%	1.000	軟菜(カット中)	あり	8	89%	68	69%	0.442
	なし	1	33%	113	32%		なし	1	11%	30	31%		
軟菜(カット小)	あり	3	100%	221	64%	0.555	軟菜(カット小)	あり	7	88%	56	60%	0.253
	なし	0	0%	123	36%		なし	1	13%	37	40%		
軟菜(カット小+)	あり	4	100%	222	63%	0.301	軟菜(カット小+)	あり	7	100%	62	65%	0.093
とろみあん)	なし	0	0%	129	37%		とろみあん)	なし	0	0%	33	35%	
押しつぶし	あり	1	33%	65	25%	1.000	押しつぶし	あり	1	20%	7	9%	0.418
	なし	2	67%	191	75%		なし	4	80%	68	91%		
押しつぶし	あり	2	50%	141	46%	1.000	押しつぶし	あり	8	73%	48	53%	0.337
ゼリー食(ソフト)	なし	2	50%	163	54%		ゼリー食(ソフト)	なし	3	27%	42	47%	
ミキサー/ペース	あり	2	67%	200	62%	1.000	ミキサー/ペース	あり	7	78%	50	56%	0.294
ト食(不均質)	なし	1	33%	123	38%		ト食(不均質)	なし	2	22%	40	44%	
ミキサー/ペース	あり	5	100%	319	79%	0.588	ミキサー/ペース	あり	9	100%	89	84%	0.352
ト食(均質)	なし	0	0%	85	21%		ト食(均質)	なし	0	0%	17	16%	

通所介護の栄養改善加算取得有無別、通所リハビリテーションの栄養改善加算取得有無別

の比較とともに嚥下調整食指標と有意な関連は認められなかった。

表4 嚥下調整食の指標

	通所介護					p values	通所リハビリテーション					p values
	栄養改善加算算定						栄養改善加算算定					
	あり	%	なし	%			あり	%	なし	%		
日本摂食嚥下リハビリテーション学会分類 2013	なし	1	100%	87	89%	1.000	なし	2	67%	13	68%	1.000
	あり	0	0%	11	11%		あり	1	33%	6	32%	
嚥下食ピラミッド	なし	1	100%	95	97%	1.000	なし	3	100%	18	95%	1.000
	あり	0	0%	3	3%		あり	0	0%	1	5%	
施設独自基準	なし	0	0%	62	63%	0.374	なし	2	67%	10	53%	1.000
	あり	1	100%	36	37%		あり	1	33%	9	47%	
その他	なし	1	100%	93	95%	1.000	なし	3	100%	19	100%	-
	あり	0	0%	5	5%		あり	3	0%	19	0%	
特になし	なし	1	100%	61	62%	1.000	なし	2	67%	16	84%	0.470
	あり	0	0%	37	38%		あり	1	33%	3	16%	

通所介護の栄養改善加算取得有無別の比較では、嚥下調整食作成のための連携職種のうち管理栄養士、その他に有意差が認められた。

通所リハビリテーションの栄養改善加算取得有無別の比較では、調理師・調理員に有意差が認められた。

表5 嚥下調整食作成のための連携職種

	通所介護					p values	通所リハビリテーション					p values	
	栄養改善加算算定						栄養改善加算算定						
	あり	%	なし	%			あり	%	なし	%			
医師	なし	5	83%	513	86%	1.000	医師	なし	3	25%	56	45%	0.178
	あり	1	17%	87	15%		あり	9	75%	68	55%		
歯科医師	なし	5	83%	575	96%	0.232	歯科医師	なし	11	92%	120	97%	0.374
	あり	1	17%	25	4%		あり	1	8%	4	3%		
管理栄養士	なし	1	17%	392	65%	0.022	管理栄養士	なし	0	0%	30	24%	0.068
	あり	5	83%	208	35%		あり	12	100%	94	76%		
栄養士	なし	5	83%	468	78%	1.000	栄養士	なし	6	50%	82	66%	0.344
	あり	1	17%	132	22%		あり	6	50%	42	34%		
調理師・調理員	なし	4	67%	257	43%	0.410	調理師・調理員	なし	1	8%	50	40%	0.031

	あり	2	33%	343	57%		あり	11	92%	74	60%		
言語聴覚士	なし	6	100%	577	96%	1.000	言語聴覚士	なし	5	42%	89	72%	0.047
	あり	0	0%	23	4%			あり	7	58%	35	28%	
歯科衛生士	なし	5	83%	571	95%	0.264	歯科衛生士	なし	9	75%	111	90%	0.151
	あり	1	17%	29	5%			あり	3	25%	13	10%	
看護職員	なし	1	17%	98	16%	1.000	看護職員	なし	0	0%	25	20%	0.123
	あり	5	83%	502	84%			あり	12	100%	99	80%	
介護職員	なし	1	17%	115	19%	1.000	介護職員	なし	1	8%	17	14%	1.000
	あり	5	83%	485	81%			あり	11	92%	107	86%	
その他	なし	2	33%	509	85%	0.007	その他	なし	11	92%	105	85%	1.000
	あり	4	67%	91	15%			あり	1	8%	19	15%	

通所介護の栄養改善加算取得有無別、通所リハビリテーションの栄養改善加算取得有無別の比較とともに嚥下調整食指標と有意な関連は認められなかった。

表 6 嚥下調整食提供の給食業務形態

	通所介護					P values	通所リハビリテーション					P values
	栄養改善加算算定		栄養改善加算算定		栄養改善加算算定		栄養改善加算算定					
	あり	%	なし	%	あり		%	なし	%			
嚥下調整食提供の給食業務形態												
配食	なし	5	100%	722	89%	1.000	なし	12	94%	115	100%	1.000
	あり	0	0%	99	11%		あり	0	6%	8	0%	
直営調理	なし	3	67%	428	57%	0.702	なし	9	69%	85	75%	1.000
	あり	2	33%	393	43%		あり	3	31%	38	25%	
委託調理	なし	2	33%	545	59%	0.233	なし	3	39%	47	25%	0.534
	あり	3	67%	276	41%		あり	9	61%	76	75%	
調理済み食品	なし	5	100%	746	91%	1.000	なし	12	94%	117	100%	1.000
	あり	0	0%	75	9%		あり	0	6%	6	0%	
その他	なし	5	100%	793	98%	1.000	なし	12	99%	112	100%	1.000
	あり	0	0%	28	2%		あり	0	1%	1	0%	

通所介護の栄養改善加算取得有無別、通所リハビリテーションの栄養改善加算取得有無別の比較とともに嚥下調整食指標と有意な関連は認められなかった。

表 8 嚥下調整食の主な担当

	通所介護					p values	通所リハビリテーション					p values
	栄養改善加算算定		栄養改善加算算定				栄養改善加算算定		栄養改善加算算定			
	あり	%	なし	%	あり		%	なし	%			
献立作成者												
管理栄養士	なし	1	20%	424	61%	0.081	なし	2	10%	36	31%	0.343
	あり	4	80%	271	39%		あり	10	90%	79	69%	
栄養士	なし	4	80%	538	77%	1.000	なし	8	67%	79	67%	1.000
	あり	1	20%	157	23%		あり	4	33%	36	33%	
調理師/ 調理員	なし	5	100%	510	73%	0.333	なし	12	100%	109	95%	1.000
	あり	0	0%	185	27%		あり	0	0%	6	5%	
介護職員	なし	5	100%	595	86%	1.000	なし	12	100%	111	97%	1.000
	あり	0	0%	100	14%		あり	0	0%	4	3%	
その他	なし	4	80%	610	88%	0.482	なし	11	92%	107	93%	1.000
	あり	1	20%	85	12%		あり	1	8%	8	7%	
管理栄養士												
管理栄養士	なし	4	80%	641	92%	0.332	なし	10	83%	102	89%	0.634
	あり	1	20%	53	8%		あり	2	17%	13	11%	
栄養士	なし	4	80%	604	87%	0.503	なし	8	67%	96	83%	1.000
	あり	1	20%	90	13%		あり	4	33%	19	17%	
調理師/ 調理員	なし	1	20%	125	18%	1.000	なし	1	8%	8	7%	1.000
	あり	4	80%	569	82%		あり	11	92%	107	93%	
介護職員	なし	4	80%	576	83%	1.000	なし	12	100%	112	97%	1.000
	あり	1	20%	118	17%		あり	0	0%	3	3%	
その他	なし	5	100%	662	95%	1.000	なし	12	100%	112	97%	1.000
	あり	0	0%	32	5%		あり	0	0%	3	3%	

6. 全国調査：都道府県別の検討

(1) 回答者の基本情報

調査対象は2.全国調査と同様である。施設種別に都道府県別の比較検討を行った。

(2) 解析結果

① 通所施設 ①-1 通所介護

都道府県別の比較で嚥下調整食ありは熊本、山形、福井が上位であった。摂食嚥下障害ありは徳島、鳥取、沖縄が上位であった。併設施設ありは奈良、山形、福井で上位であった。

表1 都道府県別の嚥下調整食、摂食嚥下評価、併設施設の有無

	嚥下調整食提供		摂食嚥下障害評価		併設施設	
	あり (N (%))	なし (N (%))	あり (N (%))	なし (N (%))	あり (N (%))	なし (N (%))
北海道	25 (55.6)	20 (44.4)	9 (20.9)	34 (79.1)	7 (18.4)	31 (81.6)
青森	8 (50.0)	8 (50.0)	4 (25.0)	12 (75.0)	3 (21.4)	11 (78.6)
岩手	12 (57.1)	9 (42.9)	2 (10.0)	18 (90.0)	3 (21.4)	11 (78.6)
宮城	11 (57.9)	8 (42.1)	2 (10.5)	17 (89.5)	3 (21.4)	11 (78.6)
秋田	10 (62.5)	6 (37.5)	0 (0.0)	16 (100.0)	4 (26.7)	11 (73.3)
山形	9 (81.8)	2 (18.2)	1 (9.1)	10 (90.9)	4 (44.4)	5 (55.6)
福島	7 (38.9)	11 (61.1)	4 (25.0)	12 (75.0)	3 (17.6)	14 (82.4)
茨城	7 (58.3)	5 (41.7)	3 (27.3)	8 (72.7)	2 (22.2)	7 (77.8)
栃木	8 (72.7)	3 (27.3)	2 (18.2)	9 (81.8)	2 (20.0)	8 (80.0)
群馬	22 (75.9)	7 (24.1)	5 (17.2)	24 (82.8)	4 (25.0)	12 (75.0)
埼玉	29 (63.0)	17 (37.0)	7 (16.7)	35 (83.3)	8 (22.9)	27 (77.1)
千葉	29 (69.0)	13 (31.0)	11 (26.8)	30 (73.2)	7 (28.0)	18 (72.0)
東京	51 (61.4)	32 (38.6)	9 (11.8)	67 (88.2)	10 (17.2)	48 (82.8)
神奈川	38 (52.8)	34 (47.2)	13 (18.3)	58 (81.7)	2 (3.8)	51 (96.2)
新潟	15 (68.2)	7 (31.8)	2 (9.1)	20 (90.9)	6 (31.6)	13 (68.4)
富山	10 (76.9)	3 (23.1)	1 (7.7)	12 (92.3)	4 (33.3)	8 (66.7)
石川	8 (72.7)	3 (27.3)	2 (18.2)	9 (81.8)	1 (12.5)	7 (87.5)
福井	8 (80.0)	2 (20.0)	0 (0.0)	10 (100.0)	3 (37.5)	5 (62.5)
山梨	5 (62.5)	3 (37.5)	1 (12.5)	7 (87.5)	1 (12.5)	7 (87.5)
長野	15 (75.0)	5 (25.0)	5 (25.0)	15 (75.0)	0 (0.0)	14 (100.0)
岐阜	15 (71.4)	6 (28.6)	2 (9.5)	19 (90.5)	3 (18.8)	13 (81.3)
静岡	27 (71.1)	11 (28.9)	11 (30.6)	25 (69.4)	8 (25.8)	23 (74.2)
愛知	35 (63.6)	20 (36.4)	8 (15.4)	44 (84.6)	5 (11.4)	39 (88.6)
三重	21 (63.6)	12 (36.4)	4 (12.1)	29 (87.9)	4 (15.4)	22 (84.6)
滋賀	16 (69.6)	7 (30.4)	6 (28.6)	15 (71.4)	0 (0.0)	15 (100.0)
京都	12 (66.7)	6 (33.3)	2 (11.1)	16 (88.9)	3 (20.0)	12 (80.0)
大阪	53 (66.3)	27 (33.8)	15 (20.0)	60 (80.0)	13 (20.3)	51 (79.7)
兵庫	56 (78.9)	15 (21.1)	15 (21.4)	55 (78.6)	10 (17.5)	47 (82.5)
奈良	10 (47.6)	11 (52.4)	4 (19.0)	17 (81.0)	7 (50.0)	7 (50.0)
和歌山	12 (57.1)	9 (42.9)	6 (28.6)	15 (71.4)	5 (29.4)	12 (70.6)
鳥取	10 (66.7)	5 (33.3)	5 (33.3)	10 (66.7)	1 (7.7)	12 (92.3)
島根	8 (61.5)	5 (38.5)	3 (25.0)	9 (75.0)	2 (20.0)	8 (80.0)
岡山	19 (65.5)	10 (34.5)	8 (28.6)	20 (71.4)	7 (26.9)	19 (73.1)
広島	28 (66.7)	14 (33.3)	6 (14.3)	36 (85.7)	8 (24.2)	25 (75.8)
山口	13 (50.0)	13 (50.0)	2 (8.0)	23 (92.0)	4 (19.0)	17 (81.0)
徳島	10 (76.9)	3 (23.1)	5 (38.5)	8 (61.5)	2 (16.7)	10 (83.3)
香川	9 (69.2)	4 (30.8)	3 (25.0)	9 (75.0)	2 (15.4)	11 (84.6)
愛媛	11 (40.7)	16 (59.3)	3 (11.1)	24 (88.9)	1 (5.0)	19 (95.0)
高知	6 (50.0)	6 (50.0)	2 (16.7)	10 (83.3)	0 (0.0)	4 (100.0)
福岡	39 (70.9)	16 (29.1)	7 (13.2)	46 (86.8)	8 (16.0)	42 (84.0)
佐賀	13 (72.2)	5 (27.8)	1 (5.6)	17 (94.4)	3 (23.1)	10 (76.9)
長崎	17 (63.0)	10 (37.0)	5 (19.2)	21 (80.8)	1 (4.2)	23 (95.8)
熊本	30 (83.3)	6 (16.7)	11 (30.6)	25 (69.4)	5 (17.9)	23 (82.1)
大分	14 (73.7)	5 (26.3)	4 (22.2)	14 (77.8)	1 (6.7)	14 (93.3)
宮崎	14 (77.8)	4 (22.2)	5 (29.4)	12 (70.6)	3 (21.4)	11 (78.6)
鹿児島	20 (66.7)	10 (33.3)	5 (17.9)	23 (82.1)	4 (16.0)	21 (84.0)
沖縄	16 (69.6)	7 (30.4)	7 (31.8)	15 (68.2)	2 (10.5)	17 (89.5)
合計	861 (65.1)	461 (34.9)	238 (18.6)	1040 (81.4)	189 (18.3)	846 (81.7)

※併設施設：病院または特別養護老人ホーム、介護老人保健施設を併設している

栄養改善加算算定ありは鳥取、京都、岡山が上位であった。口腔機能向上算定は鳥取、高知、岩手が上位であった。

表2 都道府県別の加算算定実績の有無

	栄養改善加算算定 (2017年9月)		口腔機能向上算定 (2017年9月)	
	あり N (%)	なし N (%)	あり N (%)	なし N (%)
北海道	0 (0.0)	42 (100.0)	5 (11.9)	37 (88.1)
青森	0 (0.0)	16 (100.0)	1 (6.3)	15 (93.8)
岩手	0 (0.0)	19 (100.0)	3 (15.8)	16 (84.2)
宮城	0 (0.0)	19 (100.0)	0 (0.0)	19 (100.0)
秋田	0 (0.0)	16 (100.0)	0 (0.0)	16 (100.0)
山形	0 (0.0)	11 (100.0)	0 (0.0)	11 (100.0)
福島	0 (0.0)	17 (100.0)	1 (5.9)	16 (94.1)
茨城	0 (0.0)	12 (100.0)	1 (8.3)	11 (91.7)
栃木	0 (0.0)	11 (100.0)	0 (0.0)	10 (100.0)
群馬	0 (0.0)	29 (100.0)	0 (0.0)	29 (100.0)
埼玉	0 (0.0)	44 (100.0)	2 (4.5)	42 (95.5)
千葉	0 (0.0)	39 (100.0)	6 (14.6)	35 (85.4)
東京	0 (0.0)	81 (100.0)	2 (2.5)	78 (97.5)
神奈川	0 (0.0)	73 (100.0)	8 (10.8)	66 (89.2)
新潟	0 (0.0)	21 (100.0)	1 (4.8)	20 (95.2)
富山	0 (0.0)	13 (100.0)	1 (7.7)	12 (92.3)
石川	0 (0.0)	11 (100.0)	1 (9.1)	10 (90.9)
福井	0 (0.0)	10 (100.0)	0 (0.0)	10 (100.0)
山梨	0 (0.0)	7 (100.0)	0 (0.0)	7 (100.0)
長野	0 (0.0)	20 (100.0)	2 (9.5)	19 (90.5)
岐阜	0 (0.0)	20 (100.0)	2 (9.5)	19 (90.5)
静岡	0 (0.0)	38 (100.0)	1 (2.7)	36 (97.3)
愛知	1 (1.9)	52 (98.1)	4 (7.4)	50 (92.6)
三重	0 (0.0)	33 (100.0)	1 (3.0)	32 (97.0)
滋賀	0 (0.0)	23 (100.0)	2 (8.7)	21 (91.3)
京都	1 (5.6)	17 (94.4)	1 (5.6)	17 (94.4)
大阪	0 (0.0)	76 (100.0)	3 (3.9)	73 (96.1)
兵庫	1 (1.4)	69 (98.6)	6 (8.8)	62 (91.2)
奈良	0 (0.0)	20 (100.0)	1 (5.0)	19 (95.0)
和歌山	0 (0.0)	20 (100.0)	0 (0.0)	20 (100.0)
鳥取	1 (7.1)	13 (92.9)	5 (35.7)	9 (64.3)
島根	0 (0.0)	13 (100.0)	0 (0.0)	13 (100.0)
岡山	1 (3.4)	28 (96.6)	1 (3.4)	28 (96.6)
広島	0 (0.0)	42 (100.0)	4 (9.5)	38 (90.5)
山口	0 (0.0)	26 (100.0)	0 (0.0)	26 (100.0)
徳島	0 (0.0)	13 (100.0)	1 (7.7)	12 (92.3)
香川	0 (0.0)	13 (100.0)	1 (7.7)	12 (92.3)
愛媛	0 (0.0)	28 (100.0)	1 (3.6)	27 (96.4)
高知	0 (0.0)	12 (100.0)	4 (33.3)	8 (66.7)
福岡	0 (0.0)	54 (100.0)	3 (5.6)	51 (94.4)
佐賀	0 (0.0)	16 (100.0)	0 (0.0)	16 (100.0)
長崎	0 (0.0)	26 (100.0)	1 (3.8)	25 (96.2)
熊本	0 (0.0)	35 (100.0)	5 (13.9)	31 (86.1)
大分	0 (0.0)	18 (100.0)	0 (0.0)	18 (100.0)
宮崎	0 (0.0)	18 (100.0)	0 (0.0)	18 (100.0)
鹿児島	0 (0.0)	26 (100.0)	1 (3.7)	26 (96.3)
沖縄	0 (0.0)	24 (100.0)	1 (4.2)	23 (95.8)
合計	5 (0.4)	1284 (99.6)	83 (6.4)	1209 (93.6)

①-2 通所リハビリテーション

嚥下調整食提供ありは青森、秋田、山形、栃木、新潟、石川、山梨、長野、滋賀、奈良、鳥取、岡山、広島、徳島、高知、長崎、熊本が100%であった。摂食嚥下障害の評価は青森、秋田、山形、栃木、山梨、奈良、鳥取が100%であった。併設施設ありは青森、岩手、秋田、茨城、栃木、群馬、新潟、石川、福井、山梨、京都、兵庫、奈良、鳥取、愛媛、高知、熊本が100%であった。

表1 都道府県別の嚥下調整食、摂食嚥下評価、併設施設の有無

	嚥下調整食提供		摂食嚥下障害評価		併設施設	
	あり N (%)	なし N (%)	あり N (%)	なし N (%)	あり N (%)	なし N (%)
北海道	7 (77.8)	2 (22.2)	3 (33.3)	6 (66.7)	6 (66.7)	3 (33.3)
青森	2 (100.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)
岩手	1 (50.0)	1 (50.0)	1 (50.0)	1 (50.0)	2 (100.0)	0 (0.0)
宮城	2 (66.7)	1 (33.3)	2 (66.7)	1 (33.3)	2 (66.7)	1 (33.3)
秋田	2 (100.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)
山形	2 (100.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	1 (50.0)
福島	6 (85.7)	1 (14.3)	4 (57.1)	3 (42.9)	5 (83.3)	1 (16.7)
茨城	2 (66.7)	1 (33.3)	2 (66.7)	1 (33.3)	3 (100.0)	0 (0.0)
栃木	2 (100.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)
群馬	2 (66.7)	1 (33.3)	2 (66.7)	1 (33.3)	3 (100.0)	0 (0.0)
埼玉	6 (66.7)	3 (33.3)	6 (66.7)	3 (33.3)	6 (66.7)	3 (33.3)
千葉	3 (37.5)	5 (62.5)	3 (37.5)	5 (62.5)	6 (75.0)	2 (25.0)
東京	6 (85.7)	1 (14.3)	3 (50.0)	3 (50.0)	4 (66.7)	2 (33.3)
神奈川	5 (71.4)	2 (28.6)	5 (71.4)	2 (28.6)	5 (71.4)	2 (28.6)
新潟	3 (100.0)	0 (0.0)	1 (33.3)	2 (66.7)	3 (100.0)	0 (0.0)
富山	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
石川	3 (100.0)	0 (0.0)	1 (33.3)	2 (66.7)	3 (100.0)	0 (0.0)
福井	1 (50.0)	1 (50.0)	1 (50.0)	1 (50.0)	2 (100.0)	0 (0.0)
山梨	2 (100.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)
長野	4 (100.0)	0 (0.0)	2 (50.0)	2 (50.0)	3 (75.0)	1 (25.0)
岐阜	2 (66.7)	1 (33.3)	1 (33.3)	2 (66.7)	2 (66.7)	1 (33.3)
静岡	5 (71.4)	2 (28.6)	5 (71.4)	2 (28.6)	3 (42.9)	4 (57.1)
愛知	4 (57.1)	3 (42.9)	2 (28.6)	5 (71.4)	3 (50.0)	3 (50.0)
三重	1 (50.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	1 (50.0)	1 (50.0)
滋賀	3 (100.0)	0 (0.0)	2 (66.7)	1 (33.3)	1 (33.3)	2 (66.7)
京都	3 (75.0)	1 (25.0)	2 (50.0)	2 (50.0)	4 (100.0)	0 (0.0)
大阪	6 (85.7)	1 (14.3)	1 (14.3)	6 (85.7)	6 (85.7)	1 (14.3)
兵庫	3 (75.0)	1 (25.0)	2 (50.0)	2 (50.0)	4 (100.0)	0 (0.0)
奈良	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)
和歌山	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
鳥取	2 (100.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)
島根	1 (50.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	1 (50.0)	1 (50.0)
岡山	5 (100.0)	0 (0.0)	1 (25.0)	3 (75.0)	3 (60.0)	2 (40.0)
広島	5 (100.0)	0 (0.0)	4 (80.0)	1 (20.0)	3 (60.0)	2 (40.0)
山口	4 (66.7)	2 (33.3)	3 (50.0)	3 (50.0)	3 (50.0)	3 (50.0)
徳島	2 (100.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	1 (50.0)	1 (50.0)	1 (50.0)
香川	2 (33.3)	4 (66.7)	3 (50.0)	3 (50.0)	4 (66.7)	2 (33.3)
愛媛	1 (50.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	2 (100.0)	0 (0.0)
高知	3 (100.0)	0 (0.0)	2 (66.7)	1 (33.3)	3 (100.0)	0 (0.0)
福岡	5 (71.4)	2 (28.6)	4 (57.1)	3 (42.9)	4 (57.1)	3 (42.9)
佐賀	1 (33.3)	2 (66.7)	1 (33.3)	2 (66.7)	2 (66.7)	1 (33.3)
長崎	5 (100.0)	0 (0.0)	3 (60.0)	2 (40.0)	1 (20.0)	4 (80.0)
熊本	4 (100.0)	0 (0.0)	3 (75.0)	1 (25.0)	4 (100.0)	0 (0.0)
大分	1 (33.3)	2 (66.7)	1 (33.3)	2 (66.7)	1 (33.3)	2 (66.7)
宮崎	3 (75.0)	1 (25.0)	3 (75.0)	1 (25.0)	3 (75.0)	1 (25.0)
鹿児島	10 (83.3)	2 (16.7)	7 (58.3)	5 (41.7)	4 (33.3)	8 (66.7)
沖縄	2 (50.0)	2 (50.0)	1 (25.0)	3 (75.0)	0 (0.0)	4 (100.0)
合計	145 (75.1)	48 (24.9)	101 (52.9)	90 (47.1)	128 (67.4)	62 (32.6)

※併設施設：病院または特別養護老人ホーム、介護老人保健施設を併設している

栄養改善加算の算定は群馬、茨城、新潟、富山、岐阜、滋賀で上位であった。口腔機能向上算定は鳥取、栃木、香川で上位であった。

表2 都道府県別の加算算定実績の有無

	栄養改善加算算定 (2017年9月)		口腔機能向上算定 (2017年9月)	
	あり N (%)	なし N (%)	あり N (%)	なし N (%)
北海道	1 (11.1)	8 (88.9)	2 (22.2)	7 (77.8)
青森	0 (0.0)	2 (100.0)	1 (50.0)	1 (50.0)
岩手	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	2 (100.0)
宮城	0 (0.0)	3 (100.0)	1 (33.3)	2 (66.7)
秋田	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	2 (100.0)
山形	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	2 (100.0)
福島	0 (0.0)	7 (100.0)	2 (28.6)	5 (71.4)
茨城	1 (50.0)	1 (50.0)	1 (33.3)	2 (66.7)
栃木	0 (0.0)	2 (100.0)	1 (50.0)	1 (50.0)
群馬	2 (66.7)	1 (33.3)	2 (66.7)	1 (33.3)
埼玉	0 (0.0)	9 (100.0)	3 (37.5)	5 (62.5)
千葉	0 (0.0)	8 (100.0)	0 (0.0)	8 (100.0)
東京	0 (0.0)	7 (100.0)	2 (28.6)	5 (71.4)
神奈川	0 (0.0)	5 (100.0)	2 (33.3)	4 (66.7)
新潟	1 (33.3)	2 (66.7)	1 (33.3)	2 (66.7)
富山	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
石川	1 (33.3)	2 (66.7)	1 (33.3)	2 (66.7)
福井	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	2 (100.0)
山梨	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	2 (100.0)
長野	1 (25.0)	3 (75.0)	1 (25.0)	3 (75.0)
岐阜	1 (33.3)	2 (66.7)	0 (0.0)	3 (100.0)
静岡	1 (14.3)	6 (85.7)	1 (16.7)	5 (83.3)
愛知	1 (14.3)	6 (85.7)	2 (28.6)	5 (71.4)
三重	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	2 (100.0)
滋賀	1 (33.3)	2 (66.7)	1 (33.3)	2 (66.7)
京都	0 (0.0)	3 (100.0)	0 (0.0)	3 (100.0)
大阪	0 (0.0)	5 (100.0)	0 (0.0)	5 (100.0)
兵庫	0 (0.0)	4 (100.0)	1 (25.0)	3 (75.0)
奈良	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)
和歌山	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
鳥取	0 (0.0)	1 (100.0)	1 (100.0)	0 (0.0)
島根	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	2 (100.0)
岡山	0 (0.0)	5 (100.0)	1 (20.0)	4 (80.0)
広島	0 (0.0)	5 (100.0)	2 (40.0)	3 (60.0)
山口	0 (0.0)	6 (100.0)	0 (0.0)	6 (100.0)
徳島	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	2 (100.0)
香川	0 (0.0)	5 (100.0)	3 (50.0)	3 (50.0)
愛媛	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	2 (100.0)
高知	0 (0.0)	3 (100.0)	0 (0.0)	3 (100.0)
福岡	1 (20.0)	4 (80.0)	2 (40.0)	3 (60.0)
佐賀	0 (0.0)	3 (100.0)	1 (33.3)	2 (66.7)
長崎	0 (0.0)	5 (100.0)	0 (0.0)	5 (100.0)
熊本	0 (0.0)	4 (100.0)	1 (25.0)	3 (75.0)
大分	0 (0.0)	3 (100.0)	0 (0.0)	3 (100.0)
宮崎	0 (0.0)	3 (100.0)	0 (0.0)	3 (100.0)
鹿児島	0 (0.0)	12 (100.0)	0 (0.0)	11 (100.0)
沖縄	0 (0.0)	4 (100.0)	0 (0.0)	4 (100.0)
合計	12 (6.6)	170 (93.4)	36 (19.8)	146 (80.2)

②入所施設

嚥下調整食ありは大半の都道府県で 100%であった。摂食嚥下障害評価ありは福島、滋賀、鳥取、高知、佐賀で 100%であった。併設施設ありは大分、香川、京都で上位であった。

表 1 都道府県別の嚥下調整食、摂食嚥下評価、併設施設の有無

	嚥下調整食提供の有無		摂食嚥下障害評価				併設施設の有無		合計
	あり	なし	あり	なし	あり	なし			
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)			
北海道	25 (96.2)	1 (3.8)	11 (42.3)	15 (57.7)	9 (37.5)	15 (62.5)	24		
青森	8 (100.0)	0 (0.0)	4 (50.0)	4 (50.0)	4 (50.0)	4 (50.0)	8		
岩手	8 (100.0)	0 (0.0)	3 (37.5)	5 (62.5)	3 (42.9)	4 (57.1)	7		
宮城	8 (100.0)	0 (0.0)	6 (75.0)	2 (25.0)	4 (50.0)	4 (50.0)	8		
秋田	8 (100.0)	0 (0.0)	5 (62.5)	3 (37.5)	3 (42.9)	4 (57.1)	7		
山形	8 (100.0)	0 (0.0)	6 (75.0)	2 (25.0)	3 (37.5)	5 (62.5)	8		
福島	7 (100.0)	0 (0.0)	7 (100.0)	0 (0.0)	1 (14.3)	6 (85.7)	7		
茨城	8 (100.0)	0 (0.0)	7 (87.5)	1 (12.5)	4 (50.0)	4 (50.0)	8		
栃木	9 (100.0)	0 (0.0)	4 (44.4)	5 (55.6)	1 (12.5)	7 (87.5)	8		
群馬	4 (100.0)	0 (0.0)	2 (50.0)	2 (50.0)	1 (25.0)	3 (75.0)	4		
埼玉	13 (92.9)	1 (7.1)	9 (64.3)	5 (35.7)	6 (46.2)	7 (53.8)	13		
千葉	14 (100.0)	0 (0.0)	11 (78.6)	3 (21.4)	4 (33.3)	8 (66.7)	12		
東京	31 (100.0)	0 (0.0)	25 (80.6)	6 (19.4)	11 (39.3)	17 (60.7)	28		
神奈川	17 (100.0)	0 (0.0)	12 (70.6)	5 (29.4)	6 (40.0)	9 (60.0)	15		
新潟	16 (94.1)	1 (5.9)	11 (68.8)	5 (31.3)	6 (46.2)	7 (53.8)	13		
富山	4 (100.0)	0 (0.0)	2 (50.0)	2 (50.0)	1 (25.0)	3 (75.0)	4		
石川	6 (100.0)	0 (0.0)	4 (66.7)	2 (33.3)	2 (40.0)	3 (60.0)	5		
福井	3 (100.0)	0 (0.0)	1 (33.3)	2 (66.7)	0 (0.0)	2 (100.0)	2		
山梨	5 (100.0)	0 (0.0)	4 (80.0)	1 (20.0)	1 (25.0)	3 (75.0)	4		
長野	8 (100.0)	0 (0.0)	5 (62.5)	3 (37.5)	2 (25.0)	6 (75.0)	8		
岐阜	8 (100.0)	0 (0.0)	6 (75.0)	2 (25.0)	3 (50.0)	3 (50.0)	6		
静岡	14 (100.0)	0 (0.0)	10 (71.4)	4 (28.6)	7 (53.8)	6 (46.2)	13		
愛知	14 (100.0)	0 (0.0)	11 (78.6)	3 (21.4)	1 (7.7)	12 (92.3)	13		
三重	9 (100.0)	0 (0.0)	7 (87.5)	1 (12.5)	5 (55.6)	4 (44.4)	9		
滋賀	6 (100.0)	0 (0.0)	6 (100.0)	0 (0.0)	3 (75.0)	1 (25.0)	4		
京都	15 (100.0)	0 (0.0)	5 (33.3)	10 (66.7)	10 (76.9)	3 (23.1)	13		
大阪	17 (94.4)	1 (5.6)	13 (72.2)	5 (27.8)	7 (38.9)	11 (61.1)	18		
兵庫	19 (95.0)	1 (5.0)	14 (73.7)	5 (26.3)	10 (52.6)	9 (47.4)	19		
奈良	6 (100.0)	0 (0.0)	2 (33.3)	4 (66.7)	3 (60.0)	2 (40.0)	5		
和歌山	3 (100.0)	0 (0.0)	2 (66.7)	1 (33.3)	1 (33.3)	2 (66.7)	3		
鳥取	3 (100.0)	0 (0.0)	3 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (100.0)	3		
島根	3 (75.0)	1 (25.0)	3 (75.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	4 (100.0)	4		
岡山	7 (100.0)	0 (0.0)	6 (85.7)	1 (14.3)	4 (57.1)	3 (42.9)	7		
広島	12 (92.3)	1 (7.7)	8 (61.5)	5 (38.5)	5 (45.5)	6 (54.5)	11		
山口	6 (85.7)	1 (14.3)	2 (28.6)	5 (71.4)	5 (71.4)	2 (28.6)	7		
徳島	3 (100.0)	0 (0.0)	2 (66.7)	1 (33.3)	1 (33.3)	2 (66.7)	3		
香川	5 (100.0)	0 (0.0)	3 (60.0)	2 (40.0)	4 (80.0)	1 (20.0)	5		
愛媛	5 (83.3)	1 (16.7)	4 (66.7)	2 (33.3)	2 (33.3)	4 (66.7)	6		
高知	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	1		
福岡	16 (100.0)	0 (0.0)	10 (66.7)	5 (33.3)	10 (66.7)	5 (33.3)	15		
佐賀	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	1		
長崎	7 (87.5)	1 (12.5)	4 (50.0)	4 (50.0)	4 (57.1)	3 (42.9)	7		
熊本	10 (100.0)	0 (0.0)	4 (40.0)	6 (60.0)	7 (70.0)	3 (30.0)	10		
大分	7 (87.5)	1 (12.5)	5 (62.5)	3 (37.5)	7 (87.5)	1 (12.5)	8		
宮崎	5 (100.0)	0 (0.0)	2 (40.0)	3 (60.0)	1 (20.0)	4 (80.0)	5		
鹿児島	10 (100.0)	0 (0.0)	6 (60.0)	4 (40.0)	5 (50.0)	5 (50.0)	10		
沖縄	3 (100.0)	0 (0.0)	2 (66.7)	1 (33.3)	0 (0.0)	3 (100.0)	3		
合計	425 (97.5)	11 (2.5)	281 (65.0)	151 (35.0)	177 (44.0)	225 (56.0)	402		

※併設施設：病院または特別養護老人ホーム、介護老人保健施設のいずれかを併設している

栄養マネジメント加算は大半の都道府県で 100%であった。療養食加算算定は鳥取、差
が、沖縄で 100%であった。経口移行加算算定は佐賀、岩手、宮崎で上位であった。経口
維持Ⅰ加算算定は佐賀、滋賀、鳥取が上位であった。経口維持加算は佐賀、鳥取、宮崎が
上位であった。経口維持Ⅱ加算算定は佐賀、茨城、鹿児島が上位であった。

表 2 都道府県別の加算算定実績の有無

	栄養マネジメント加算算定実績 (2017年9月時点)		療養食加算算定実績 (2017年9月時点)		経口移行加算算定実績 (2017年9月時点)	
	あり N (%)	なし N (%)	あり N (%)	なし N (%)	あり N (%)	なし N (%)
北海道	19 (73.1)	7 (26.9)	18 (69.2)	8 (30.8)	2 (7.7)	24 (92.3)
青森	6 (75.0)	2 (25.0)	4 (50.0)	4 (50.0)	0 (0.0)	8 (100.0)
岩手	3 (37.5)	5 (62.5)	3 (37.5)	5 (62.5)	2 (25.0)	6 (75.0)
宮城	6 (75.0)	2 (25.0)	6 (75.0)	2 (25.0)	1 (12.5)	7 (87.5)
秋田	8 (100.0)	0 (0.0)	5 (62.5)	3 (37.5)	1 (12.5)	7 (87.5)
山形	6 (75.0)	2 (25.0)	5 (62.5)	3 (37.5)	0 (0.0)	8 (100.0)
福島	5 (71.4)	2 (28.6)	5 (71.4)	2 (28.6)	1 (14.3)	6 (85.7)
茨城	8 (100.0)	0 (0.0)	7 (87.5)	1 (12.5)	1 (12.5)	7 (87.5)
栃木	7 (77.8)	2 (22.2)	7 (77.8)	2 (22.2)	0 (0.0)	9 (100.0)
群馬	3 (75.0)	1 (25.0)	1 (25.0)	3 (75.0)	0 (0.0)	4 (100.0)
埼玉	13 (92.9)	1 (7.1)	10 (71.4)	4 (28.6)	1 (7.1)	13 (92.9)
千葉	12 (85.7)	2 (14.3)	8 (57.1)	6 (42.9)	2 (14.3)	12 (85.7)
東京	29 (93.5)	2 (6.5)	22 (71.0)	9 (29.0)	2 (6.5)	29 (93.5)
神奈川	16 (94.1)	1 (5.9)	12 (70.6)	5 (29.4)	0 (0.0)	16 (100.0)
新潟	14 (82.4)	3 (17.6)	10 (58.8)	7 (41.2)	1 (5.9)	16 (94.1)
富山	3 (75.0)	1 (25.0)	2 (50.0)	2 (50.0)	0 (0.0)	4 (100.0)
石川	4 (66.7)	2 (33.3)	4 (66.7)	2 (33.3)	1 (16.7)	5 (83.3)
福井	3 (100.0)	0 (0.0)	1 (33.3)	2 (66.7)	0 (0.0)	3 (100.0)
山梨	4 (80.0)	1 (20.0)	3 (60.0)	2 (40.0)	0 (0.0)	5 (100.0)
長野	7 (87.5)	1 (12.5)	4 (50.0)	4 (50.0)	0 (0.0)	8 (100.0)
岐阜	7 (87.5)	1 (12.5)	4 (50.0)	4 (50.0)	1 (12.5)	7 (87.5)
静岡	13 (86.7)	2 (13.3)	7 (50.0)	7 (50.0)	2 (14.3)	12 (85.7)
愛知	12 (85.7)	2 (14.3)	7 (50.0)	7 (50.0)	2 (15.4)	11 (84.6)
三重	9 (100.0)	0 (0.0)	6 (66.7)	3 (33.3)	0 (0.0)	9 (100.0)
滋賀	6 (100.0)	0 (0.0)	4 (66.7)	2 (33.3)	1 (16.7)	5 (83.3)
京都	12 (80.0)	3 (20.0)	8 (53.3)	7 (46.7)	0 (0.0)	15 (100.0)
大阪	17 (94.4)	1 (5.6)	13 (72.2)	5 (27.8)	2 (11.1)	16 (88.9)
兵庫	20 (100.0)	0 (0.0)	14 (70.0)	6 (30.0)	2 (10.0)	18 (90.0)
奈良	4 (66.7)	2 (33.3)	2 (33.3)	4 (66.7)	0 (0.0)	6 (100.0)
和歌山	3 (100.0)	0 (0.0)	2 (66.7)	1 (33.3)	0 (0.0)	3 (100.0)
鳥取	3 (100.0)	0 (0.0)	3 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (100.0)
島根	3 (75.0)	1 (25.0)	2 (50.0)	2 (50.0)	0 (0.0)	4 (100.0)
岡山	6 (85.7)	1 (14.3)	5 (71.4)	2 (28.6)	0 (0.0)	7 (100.0)
広島	12 (92.3)	1 (7.7)	8 (61.5)	5 (38.5)	1 (7.7)	12 (92.3)
山口	2 (28.6)	5 (71.4)	1 (14.3)	6 (85.7)	0 (0.0)	7 (100.0)
徳島	2 (66.7)	1 (33.3)	1 (33.3)	2 (66.7)	0 (0.0)	3 (100.0)
香川	5 (100.0)	0 (0.0)	4 (80.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	5 (100.0)
愛媛	3 (50.0)	3 (50.0)	4 (66.7)	2 (33.3)	0 (0.0)	6 (100.0)
高知	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)
福岡	10 (62.5)	6 (37.5)	14 (87.5)	2 (12.5)	0 (0.0)	15 (100.0)
佐賀	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)
長崎	2 (25.0)	6 (75.0)	6 (75.0)	2 (25.0)	0 (0.0)	8 (100.0)
熊本	6 (60.0)	4 (40.0)	5 (50.0)	5 (50.0)	0 (0.0)	10 (100.0)
大分	6 (75.0)	2 (25.0)	6 (75.0)	2 (25.0)	0 (0.0)	8 (100.0)
宮崎	3 (60.0)	2 (40.0)	2 (40.0)	3 (60.0)	0 (0.0)	5 (100.0)
鹿児島	9 (90.0)	1 (10.0)	8 (80.0)	2 (20.0)	2 (20.0)	8 (80.0)
沖縄	3 (100.0)	0 (0.0)	3 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (100.0)
合計	356 (81.5)	81 (18.5)	277 (63.5)	159 (36.5)	29 (6.7)	404 (93.3)

	経口維持Ⅰ加算算定実績（2017年9月時点）		経口維持加算算定実績（2017年9月）				経口維持Ⅱ加算算定実績（2017年9月）	
	あり N (%)	なし N (%)	あり N (%)	なし N (%)	あり N (%)	なし N (%)	あり N (%)	なし N (%)
北海道	7 (26.9)	19 (73.1)	2 (8.3)	22 (91.7)	6 (23.1)	20 (76.9)		
青森	1 (12.5)	7 (87.5)	0 (0.0)	7 (100.0)	1 (12.5)	7 (87.5)		
岩手	2 (25.0)	6 (75.0)	1 (14.3)	6 (85.7)	2 (25.0)	6 (75.0)		
宮城	2 (25.0)	6 (75.0)	0 (0.0)	7 (100.0)	1 (12.5)	7 (87.5)		
秋田	1 (12.5)	7 (87.5)	0 (0.0)	8 (100.0)	0 (0.0)	8 (100.0)		
山形	3 (37.5)	5 (62.5)	1 (14.3)	6 (85.7)	3 (37.5)	5 (62.5)		
福島	2 (28.6)	5 (71.4)	1 (16.7)	5 (83.3)	1 (14.3)	6 (85.7)		
茨城	4 (50.0)	4 (50.0)	2 (28.6)	5 (71.4)	4 (50.0)	4 (50.0)		
栃木	2 (22.2)	7 (77.8)	0 (0.0)	9 (100.0)	1 (11.1)	8 (88.9)		
群馬	1 (25.0)	3 (75.0)	1 (25.0)	3 (75.0)	1 (25.0)	3 (75.0)		
埼玉	6 (42.9)	8 (57.1)	5 (38.5)	8 (61.5)	3 (21.4)	11 (78.6)		
千葉	7 (50.0)	7 (50.0)	3 (23.1)	10 (76.9)	4 (28.6)	10 (71.4)		
東京	8 (25.8)	23 (74.2)	4 (12.9)	27 (87.1)	7 (22.6)	24 (77.4)		
神奈川県	8 (47.1)	9 (52.9)	4 (23.5)	13 (76.5)	4 (23.5)	13 (76.5)		
新潟	6 (35.3)	11 (64.7)	2 (12.5)	14 (87.5)	3 (17.6)	14 (82.4)		
富山	1 (25.0)	3 (75.0)	0 (0.0)	3 (100.0)	1 (25.0)	3 (75.0)		
石川	2 (33.3)	4 (66.7)	0 (0.0)	4 (100.0)	1 (16.7)	5 (83.3)		
福井	0 (0.0)	3 (100.0)	0 (0.0)	3 (100.0)	0 (0.0)	3 (100.0)		
山梨	1 (20.0)	4 (80.0)	0 (0.0)	5 (100.0)	0 (0.0)	5 (100.0)		
長野	3 (37.5)	5 (62.5)	1 (14.3)	6 (85.7)	0 (0.0)	8 (100.0)		
岐阜	3 (37.5)	5 (62.5)	1 (14.3)	6 (85.7)	2 (25.0)	6 (75.0)		
静岡	4 (28.6)	10 (71.4)	2 (15.4)	11 (84.6)	1 (7.7)	12 (92.3)		
愛知	5 (35.7)	9 (64.3)	2 (16.7)	10 (83.3)	2 (14.3)	12 (85.7)		
三重	3 (33.3)	6 (66.7)	0 (0.0)	6 (100.0)	2 (22.2)	7 (77.8)		
滋賀	4 (66.7)	2 (33.3)	1 (16.7)	5 (83.3)	2 (33.3)	4 (66.7)		
京都	1 (6.7)	14 (93.3)	1 (6.7)	14 (93.3)	1 (6.7)	14 (93.3)		
大阪	7 (38.9)	11 (61.1)	2 (12.5)	14 (87.5)	6 (33.3)	12 (66.7)		
兵庫	9 (45.0)	11 (55.0)	3 (18.8)	13 (81.3)	7 (35.0)	13 (65.0)		
奈良	0 (0.0)	6 (100.0)	0 (0.0)	6 (100.0)	0 (0.0)	6 (100.0)		
和歌山	1 (33.3)	2 (66.7)	1 (33.3)	2 (66.7)	1 (33.3)	2 (66.7)		
鳥取	2 (66.7)	1 (33.3)	1 (50.0)	1 (50.0)	1 (33.3)	2 (66.7)		
島根	0 (0.0)	4 (100.0)	0 (0.0)	4 (100.0)	0 (0.0)	4 (100.0)		
岡山	3 (42.9)	4 (57.1)	2 (28.6)	5 (71.4)	2 (28.6)	5 (71.4)		
広島	7 (53.8)	6 (46.2)	3 (25.0)	9 (75.0)	3 (23.1)	10 (76.9)		
山口	0 (0.0)	7 (100.0)	0 (0.0)	7 (100.0)	0 (0.0)	7 (100.0)		
徳島	0 (0.0)	3 (100.0)	0 (0.0)	3 (100.0)	0 (0.0)	3 (100.0)		
香川	1 (20.0)	4 (80.0)	1 (20.0)	4 (80.0)	1 (20.0)	4 (80.0)		
愛媛	1 (16.7)	5 (83.3)	0 (0.0)	5 (100.0)	0 (0.0)	6 (100.0)		
高知	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)		
福岡	2 (12.5)	14 (87.5)	1 (6.7)	14 (93.3)	1 (6.3)	15 (93.8)		
佐賀	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)		
長崎	0 (0.0)	8 (100.0)	0 (0.0)	8 (100.0)	0 (0.0)	8 (100.0)		
熊本	3 (30.0)	7 (70.0)	1 (11.1)	8 (88.9)	2 (20.0)	8 (80.0)		
大分	0 (0.0)	8 (100.0)	0 (0.0)	8 (100.0)	0 (0.0)	8 (100.0)		
宮崎	2 (40.0)	3 (60.0)	2 (40.0)	3 (60.0)	0 (0.0)	4 (100.0)		
鹿児島	3 (33.3)	6 (66.7)	1 (11.1)	8 (88.9)	4 (44.4)	5 (55.6)		
沖縄	2 (66.7)	1 (33.3)	1 (33.3)	2 (66.7)	1 (33.3)	2 (66.7)		
合計	131 (30.1)	304 (69.9)	54 (13.4)	348 (86.6)	83 (19.2)	350 (80.8)		

第3章 ヒアリング調査結果

1. 調査の実施概要

(1) 調査対象と実施方法

全国調査および追加調査に協力した施設から嚥下調整食提供が円滑に実施されている施設を抽出し、ヒアリング調査を行った。

(2) 実施期間

平成30年2月～3月

(3) 調査内容

- 現在提供する嚥下調整食提供までの経緯、
- 献立作成に関して、
- 調理に関して、
- 食材購入・市販食品の利用状況、
- 費用に関して、
- 業務時間に関して、
- 多職種との連携状況（内部・外部）、
- 嚥下調整食に関してさらに改善したいと思う点、
- 嚥下調整食に携わる職種のスキルアップのための要点、
- 今後の展望とこれから連携体制を構築したいと考える施設にアドバイス等

2. 調査結果

(1) 調査結果① 通所介護に管理栄養士を配置し、円滑な嚥下調整食提供が行われているケース

ヒアリング実施日：平成 30 年 2 月 15 日

ヒアリング対応者：社会福祉法人慶寿会 居宅介護支援センター松林

副所長 岩瀬敦子様 管理栄養士 清水宏美様 管理栄養士 宮城島宏様

嚥下調整食の基準：日本摂食嚥下リハビリテーション学会分類 2013

概要

①現在提供する嚥下調整食提供までの経緯

開設当初は調理師のみを配置し、委託による調理を行い、現在の食形態ではなかった。14 年前に栄養士が入職したことをきっかけに段階を踏んでいき、現在の嚥下調整食提供となった。

②献立作成、調理に関して

基本的に常食を基本とし嚥下調整食へ展開している。嚥下調整食は食形態を上げるために水分を多く使用するため、栄養価が低くなりやすい。そのため嚥下調整食の献立には最初から MCT パウダー、オイルを使用し栄養価が同等となるよう工夫している。

③食材購入・市販食品の利用状況、費用に関して

食費はすべての食形態で一律となっている。MCT パウダー、オイルの利用は常食に比較し高値となるが、適切な栄養摂取のため施設負担としている。通所施設はご家族の意向を踏まえる必要があり、特別な徴収等は難しい。

④多職種との連携状況

特に通所の場合は介護スタッフとの連携が重要である。介護スタッフによる送迎時のご家族の話を共有することで（例：体重が落ちてきた、食事が食べられなくなった等）、通所でどのように対応できるか、改善できるか考える機会となる。またご家族や本人が気づかない飲み込みの低下、ムセ等に食事提供を通して気づき、ご家族に伝えることにもつながる。多職種との連携で重要なのは共通言語を持ち（例：体重減少等）、密接な関係を作ることが大切である。

⑤嚥下調整食に関して改善したいと思う点

改善点については多職種、特に直接介護をしている介護スタッフの意見を聞くようにしている。栄養状態を維持・改善するための個別対応を引き続き行っていきたい。また物性の安定化の方法を検討していきたい。

⑥今後の展望とこれから嚥下調整食を提供したいと考える施設へのアドバイス

専門職として研修会、勉強会に積極的に参加し、同職種、多職種と連携できるようになると良い。またその内容を施設内で共有し、施設内のスキルアップを目指していくことが大切。また通所は特にご家族との連携が重要であり、利用者の情報を深めていくことでどのような対応が必要か、どのような食事が必要かわかってくると考える。

食事写真



(2) 調査結果② 通所介護において配食事業を積極的に活用し、円滑な嚥下調整食提供が行われているケース

ヒアリング実施日：平成 30 年 2 月 16 日

ヒアリング対応者：株式会社コスモス グッドライフ

専務取締役 内藤俊朗様

概要

①現在提供する嚥下調整食提供までの経緯

開設当初と比較し、嚥下障害を有する方や咀嚼困難な方が多くなり、複数の配食事業者を検討し、現在の食形態の提供となった。

②献立作成、調理に関して

委託しているが、主食、吸い物は施設で調理し提供している。食形態が合わないときや、調整が必要な時は配食業者に連絡し、調整してもらっている。また同業者の食事が続き、飽きがこないように朝・昼は A 社、夕は B 社と業者を変えている。

③食材購入・市販食品の利用状況、費用に関して

基本的に主食、吸い物、おやつにかかる食材を購入している。

④多職種との連携状況

配食業者と連携し、食形態の改善や施設内介護スタッフとの連携が中心。介助をするスピード、姿勢等がひとによってばらつきが無いようにスタッフ同士で連携し標準化を行っている。

⑤嚥下調整食に関して改善したいと思う点

嚥下調整食に使用する食材を検討していきたい。配食業者一社で終わらせるのではなく、他の業者も比較検討し、利用者にとって適切な食事を提供していきたい。

⑥今後の展望とこれから嚥下調整食を提供したいと考える施設へのアドバイス

地域包括ケアの推進により、今後さらに重度な方がデイサービスに来るようになることが考えられる。そのような方を重度だから対応できないと断ることがあってはいけないと考える。地域密着のような小規模であっても外部の配食業者と連携することで、適切な食事の提供ができる。またさらに適切な食形態を提供することや、利益率などを考え、今後地域にある施設が連携しセントラルキッチンを設立し、地域全体で自前で適切な嚥下調整食が提供できる仕組みも考えていかなければならない。

(3) 調査結果③ 通所介護施設内に急速冷却機等の厨房機器を導入し、円滑な嚥下調整食提供が行われているケース

ヒアリング実施日：平成 30 年 2 月 19 日

ヒアリング対応者：社会福祉法人 陽光福祉会 特別養護老人ホーム エコーが丘
管理栄養士 安部久美様

嚥下調整食の基準：施設基準

概要

①現在提供する嚥下調整食提供までの経緯

施設は元々重症心身障害児施設でありその食事提供を行っていた。そのため、ブラストチラーなどの厨房設備が整っており、ゼリー食等の作成・提供が充実していた。その土壌を基に高齢者の方への食事作りを行っていた。

②献立作成、調理に関して

委託業者により献立作成、調理までを行い、施設管理栄養士が確認等を行う。

③食材購入・市販食品の利用状況、費用に関して

常食から展開することを基本としているが、とろみ剤やゼリーの素などを嚥下調整食のために購入している。

④多職種との連携状況

献立・調理までを委託しているので委託業者との連携が重要である。また施設内の職員で情報が共有されていないと適切な食形態での提供や個別で対応することが難しくなる。給食会議等に施設内スタッフ、委託業者の栄養士を含めてまた食形態の情報としては、学会分類 2013 だと他職種に伝わらないことが多く、現状施設基準としているが、今後少しずつシステムを変えていけるようにしたいと考える。

⑥今後の展望とこれから嚥下調整食を提供したいと考える施設へのアドバイス

ブrikサー、ブラストチラーが導入されていることで、嚥下調整食の作成・提供がスムーズに行えている。施設の規模に応じた適切な設備導入も確実な嚥下調整食提供の一因となると考える。また通所と入所の利用者では、自宅のような食事と誤嚥のリスクの軽減と目的が異なることもあり、今後さらに個別性の高い食事提供を行っていきたい。

食事写真

食形態別献立例 [常食]



[やわらか食]



[なめらか食]



[ペースト食]



献立：フレンチトースト タラのピザソース焼き フレンチサラダ ヤクルト

★パンは、取り込み状況、口腔機能の状況により変更しています



[常食]



[やわらか食]



[なめらか食]



[ペースト食]

献立：ソース焼きそば かき卵スープ ツナサラダ りんご

★麺の長さは、使用できる食具や食べ物の取り込み状況により変更しています



[常食]



[やわらか食]



[なめらか食]



[ペースト食]

(4) 調査結果④-1 委託業者との密接な連携により、円滑な嚥下調整食提供が行われているケース

ヒアリング実施日：平成 30 年 2 月 22 日

ヒアリング対応者：特別養護老人ホーム・デイサービスセンター ロイヤルライフ

管理栄養士 鍋谷正美様

嚥下調整食の基準：施設基準

概要

①現在提供する嚥下調整食提供までの経緯

勤務する管理栄養士が元々委託業者に勤務しており、施設における調理を担っていた。その土壌を基に現在の嚥下調整食の展開へとつなげていった。それまで常食を作成し、極きざみ、ミキサー等への展開をフロアの介護スタッフが行っていたが、厨房で委託の栄養士、調理師等が行うように変更する等といったことを実施した。

②献立作成、調理に関して

委託業者により献立作成、調理までを行い、施設管理栄養士が確認等を行う。

③食材購入・市販食品の利用状況、費用に関して

基本的には常食の展開を基本としているが、利用者の体調不良等による食事摂取が難しい時のために栄養補助食品をストックしている。

④多職種との連携状況

実際の調理を担う委託の栄養士等との連携が重要である。楽食会議（給食会議）を月に 1 回設け、その会議には委託の栄養士等にも必ず参加してもらい、介護スタッフから挙がってくる要望や利用者の状況をとともに確認している。また週に 2 回訪問で来る歯科医に口腔ケア講習を行ってもらい、スタッフのスキル向上を目指している。また介護スタッフは管理栄養士では気づけない利用者の細かい部分までを理解し、食べにくそうにしている食形態や食材を教えてもらうことも多い。栄養状態を維持・改善するためにはこのような変化を知ることが必要で、そのための施設内介護スタッフとの連携が必要不可欠なものであると実感している。

⑥今後の展望とこれから嚥下調整食を提供したいと考える施設へのアドバイス

食事の楽しみを維持することが大切と考え、なるべくミキサー食を減らしていきたい。現状施設で提供する食事は病院の食事までに追いついていないが、連携病院や連携する専門職の協力を得て、食事の平均値を上げていきたい。委託を導入している施設の管理栄養士は施設内スタッフ、委託業者との橋渡し役になることで利用者へ確実に嚥下調整食が提供できると考える。

食事写真



調査結果④-2 委託業者との密接な連携により、円滑な嚥下調整食提供が行われているケース

ヒアリング実施日：平成 30 年 3 月 5 日

ヒアリング対応者：社会福祉法人 真寿会 介護老人福祉施設 真寿園

管理栄養士 瀬戸美知子様

嚥下調整食の基準：施設基準

概要

①現在提供する嚥下調整食提供までの経緯

管理栄養士が配置され特別養護老人ホーム、通所介護等を利用される方の特徴に合わせた食形態の提供を行ってきた。

②献立作成、調理に関して

委託業者により献立作成、調理までを行い、施設管理栄養士が確認等を行う。

③食材購入・市販食品の利用状況、費用に関して

基本的には常食を基として食形態の展開を行っている。栄養補助食品等を利用したいという家族の要望に対応している。

④多職種との連携状況

施設勤務の管理栄養士は、一人体制なことも多く、市内の老人福祉施設に勤務する管理栄養士の定期的な勉強会を行い新たな情報を得ている。また姉妹法人内に言語聴覚士がいることから、週に 1 回の訪問を実施し、嚥下状況の評価や情報交換を行うようにしている。これまで施設内にいる介護スタッフ等で難しかった嚥下の評価が得られたことが更なる改善につながっている。連携という点では特に委託業者との連携が重要と考えており、制服も目立つものにせず施設スタッフと委託業者という垣根がないようになっている。

⑥今後の展望とこれから嚥下調整食を提供したいと考える施設へのアドバイス

事例として牛乳を毎日飲んでいた方が嚥下機能の低下により牛乳が飲めなくなってしまった。この情報が管理栄養士に伝わるのが遅く、適切な対処がされていなかったことが原因であった。業者と連携し牛乳へのとろみの付け方をスタッフで確認し、牛乳摂取が再開となった。このような事例を防ぐために、施設内スタッフ、委託業者等との関係を密接に保ち、疑問は尋ね見直しをしていくという連携が重要になってくると考える。また嚥下調整食の調理にはある程度の調理スキルが求められるが、委託業者との連携を密にし、お互いを尊敬しあう関係性の構築が円滑な嚥下調整食の提供につながっていく。

食事写真

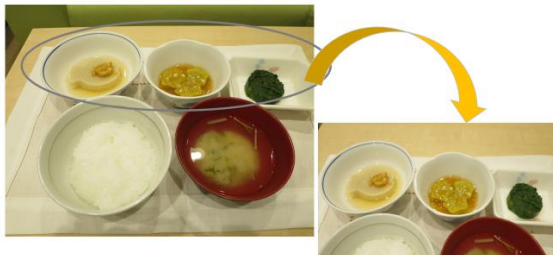
Lサイズ（常菜）



Mサイズ（一口大）



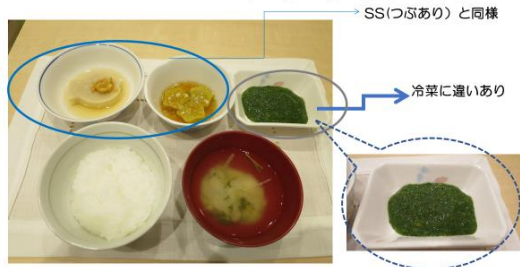
Sサイズ（つぶあり）
《ソフト食対応》



Sサイズ（たたき）



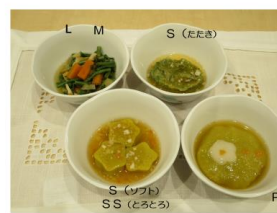
SSサイズ（とろとろ）
《ソフト食対応》



ミキサー ⇒ Pサイズ（ペースト）



食事形態の変化（主菜） 食事形態の変化（温菜） 食事形態の変化（冷菜）



調査結果⑤ 施設内外の多職種と連携し、円滑な嚥下調整食提供が行われているケース

ヒアリング実施日：平成 30 年 3 月 5 日

ヒアリング対応者：社会福祉法人寿生会 やすらぎの園 特別養護老人ホーム

管理栄養士 櫻本敬子様

嚥下調整食の基準：施設基準

概要

①現在提供する嚥下調整食提供までの経緯

施設立ち上げ当初からきざみ食の提供が行われていたが、利用者へおいしく、安心して食べられるような食事が必要と感じていた。その中で残食ゼロを目指す取り組みを行い医務課との連携を深めながら、ソフト食、ゼリー食の導入へとつなげ、現在の嚥下調整食の提供となっている。

②献立作成、調理に関して

献立作成、調理指導を施設管理栄養士が行い、委託業者により発注、調理、盛り付けを行っている。

③食材購入・市販食品の利用状況、費用に関して

詳細な個別対応を行っているため、栄養補助食品も利用者の必要なタイミングで提供している。栄養補助食品を摂取している利用者の方が Alb 値高値の傾向があり、家族からの反応も良いと感じている。提供にあたっては業者と連絡し、より良いものを提供できるよう心掛け、施設で購入し保管している。またそれらの情報は詳細に記録に残しスタッフと共有している。

④多職種との連携状況

外部の歯科医師、歯科衛生士が毎週訪問し、その結果を家族に伝えることで共有している。また施設内の会議の際は、医師、介護スタッフのみではなく、外部の専門職にも参加してもらい、その議事等は施設で必ず共有している。会議の際は参加者それぞれのお話をよく聞くことが重要と実感している。

⑥今後の展望とこれから嚥下調整食を提供したいと考える施設へのアドバイス

利用者のアセスメント情報をしっかり把握し、記録に残し共有することが大切である。それが栄養管理はもちろんのこと、新たな加算取得にもつながる。また施設内で実施した内容を文章化し雑誌等に掲載してもらうことや関連団体で発表することで施設内外の連携につながっていく。そのような取り組みは医師や歯科医師等へも評価してくれるようになり、食事・栄養管理について管理栄養士に任せってもらうことが出来るようになる。嚥下調

整食を必要する方に平等に公平に美味しいお食事を召し上がっていただけるよう、管理栄養士の取り組みがこれからさらに重要になってくると感じている。

食事写真



調査結果⑥ 委託業者、多職種と連携し、ソフト食導入に至ったケース

ヒアリング実施日：平成 30 年 3 月 15 日

ヒアリング対応者：社会福祉法人洛南福祉会 ヴィラ向島

管理栄養士 日高伸文様

嚥下調整食の基準：施設基準

概要

①現在提供する嚥下調整食提供までの経緯

以前より嚥下調整食の提供が行われていたが、病院からの退院後の利用者への対応や要介護度が重度化していくという状況の中でソフト食導入の必要性が検討された。以前の配食業者では勤務体制等でソフト食導入が出来ておらず、検討の結果委託業者を変更し、ソフト食導入となった。委託業者で昼夕にソフト食調理担当者を一名置いた。

②献立作成、調理に関して

委託業者により献立作成、調理までを行い、施設管理栄養士が確認等を行う。

③食材購入・市販食品の利用状況、費用に関して

食材等の発注もすべて委託しているが、とろみ剤、ゼリーの素は施設で購入し負担している。また低栄養、褥瘡等で栄養補助食品が必要な場合は個人で購入してもらい、管理栄養士が保管、提供確認を行っている。

④多職種との連携状況

委託業者、施設管理栄養士の業務はそれぞれ実施すべき内容が異なり、それぞれの分担を持ち、必要な情報を共有・連携することが大切と考える。また利用者の変化等の情報を把握するには介護スタッフの情報が重要であり、ともに働くという意識で意見を言い合う場を設けることが大切である。

⑥今後の展望とこれから嚥下調整食を提供したいと考える施設へのアドバイス

入居施設は利用者にとって生活の場であり、食事のタイミングは生活リズムを整えたり、また毎日の中の楽しみになっていることが多い。施設内の多職種との連携も食べる事を大切にするという視点を持つことで円滑な情報共有ができる。またさらに今後はきざみにおいて細かい区分ができるように、利用者の生活をよりよくしていきたいと考える。

食事写真



調査結果⑦ 施設内外の多職種と連携し、嚥下調整食提供の環境整備を地域へ広げているケース

ヒアリング実施日：平成 30 年 3 月 20 日

ヒアリング対応者：医療法人社団 哺育会

介護老人保健施設 ハートケア・湘南芦名 管理栄養士 名古亜貴子様

嚥下調整食の基準：日本摂食嚥下リハビリテーション学会 2013

概要

①現在提供する嚥下調整食提供までの経緯

数年前まできざみ（常食）、離水を抑える程度のミキサーのみの提供となっていた。その食形態のままでは利用者全員への対応が難しいと感じたことから、施設内言語聴覚士と連携し、ミキサー食の固形化、きざみ食のとろみ化を行っていった。調理は委託業者の対応となるため、調理工程が複雑にならないようとろみ剤の種類や添加量を検討していき、現在の形となった。

②献立作成、調理に関して

委託業者により献立作成、調理までを行い、施設管理栄養士が確認等を行う。

③食材購入・市販食品の利用状況、費用に関して

施設負担で必要に応じて提供を行っている（ドリンクタイプ、ゼリータイプ、褥瘡対応、プロテインパウダー）。入所時にアルブミン値が低値を示す方が来ることも多く、そのような際に利用する。

④多職種との連携状況

施設内のリハ職、訪問の歯科医師、歯科衛生士とも連携し、判断の難しい食形態への取り組みを行っている。またこれからは地域連携が重要であると考えている。同地域の管理栄養士/栄養士で連絡協議会を設置し、各施設（病院、養護学校含む）の嚥下調整食形態を日本摂食嚥下リハビリテーション学会分類 2013 に揃え、全施設の官能評価も行い、同様の書式で一覧化を行った。Web でも公開し、今後入退院時の情報提供のみならず、地域の通所事業者にも活用してもらえるよう在宅との連携も目指していきたい。

⑥今後の展望とこれから嚥下調整食を提供したいと考える施設へのアドバイス

今後はやはり地域連携が重要であるとする。地域の差はあるかもしれないが、少しずつ地域で連携することで地域の利用者へのシームレスな食環境の提供ができる。社会資源を活かして、地域へ広げていっていただきたい。

食事写真



調査結果⑦ 嚥下障害の地域連携の構築：新宿ごっくんプロジェクト

ヒアリング実施日：平成 30 年 3 月 6 日

ヒアリング対応者：国立研究開発法人 国立国際医療研究センター病院

リハビリテーション科 藤谷順子先生

概要

①地域連携プロジェクトのねらい

新宿ごっくんプロジェクトは新宿区の主催する事業であり、高齢者や障害者が地域で、障害があっても安心して食事が摂れ、QOL（生活の質）の高い生活を地域で送りつづけることを目標としている。

②プロジェクト立ち上げの経緯

2009 年：新宿区がリハビリテーション連携検討会を設置。

2011 年：地域リハビリテーションの推進として、多職種が関わる摂食・嚥下支援推進事業を検討。

2012 年：新宿区高齢者保健福祉計画（平成 24 年度～平成 26 年度）に事業を位置づける。

2014 年：リハビリテーション連携検討会を発展させ、新たに摂食・嚥下機能支援検討会を設置。

③主な活動内容

保健所において年 2-3 回の検討会を行っている。

また年 1 回の研修会、啓発リーフレットや区民啓発活動、相談窓口、連携支援ツールの作成、新宿区内嚥下診療機関名簿の作成等を行っている。

④参加メンバー

新宿区（区保健部・保健所・介護保険担当・包括支援センター担当者）、広域リハ支援センター（座長）、区医師会（連携担当理事・耳鼻科医会）、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護師連絡会、新宿ケアマネット、老健の理学療法士、訪問の言語聴覚士、病院のリハ専門医、医療ソーシャルワーカー、新宿食支援研究会等

⑤ごっくんプロジェクトの取り組みの方向性

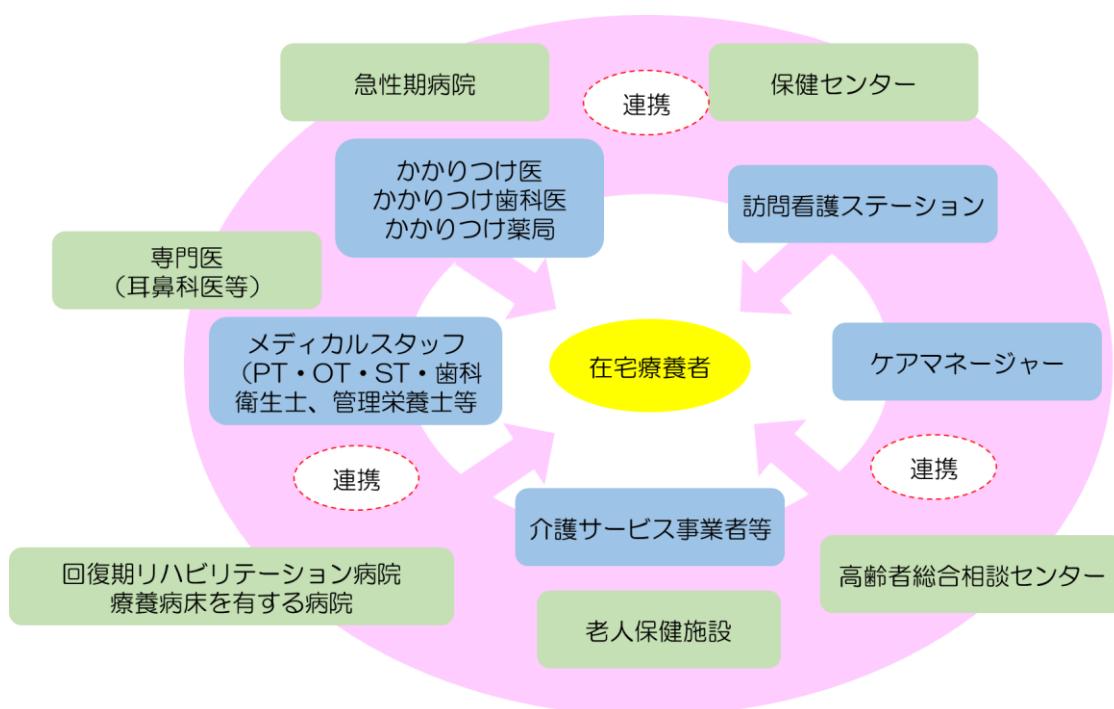
交通等の立地条件の良さや、行政の協議会が設置されているという社会資源を十分に活かして進めている。頂点をつくることが目的ではなく、地域全体の底上げを目指している。どのような職種でも摂食嚥下障害に気付いたら誰かにつながることができるという連携づくりを行っている。そのため研修も一方向性はなく必ずグループワークを行っている。

⑥今後の課題

地域連携は今後地域包括ケアシステムの要となり、軽症者・無自覚者の発見が重要になってくる。市民啓発活動、薬剤師の役割、歯科医師の役割、内科医師の役割、低栄養を含めた視点等を考慮し、地域における予防・自助・互助がポイントとなってくる。今後はNPO法人メディカルケア協会との共同事業によりはごっくんリーダー養成事業を実施していく。今後区の事業として継続されていくため、成果を出すこと、利用者数を把握すること、ツールの利用率の増加等を検討し一歩ずつ進めていきたい。

ごっくんプロジェクト摂食嚥下機能支援のネットワーク

(東京都福祉保健局：健やかな高齢期のための摂食・嚥下機能支援より 著者改変)



第2章、第3章 調査のまとめと考察

(1) 全国調査 (2) 追加調査結果のまとめ

全国調査で得られた結果の特徴は下記のとおりである。

- ・通所リハならびに入所施設では大半の施設で摂食嚥下評価はしているものの、通所介護では2割以下である(図表 18-21)
 - ・通所リハ、入所施設では大半の施設で嚥下調整食を提供しているものの、通所介護では7割以下である
- また通所介護では、嚥下調整食を提供していないのは、併設施設がない施設が多い(図表 22-25)
- ・配食事業者では常食対応が大半である(図表 30)
 - ・食形態の評価は通所リハ、特養、老健ともに独自の基準が最も多くなっており、学会の分類を使っているところも老健でも3割程度であること、特に指標を定めていないところもかなりあること、配食事業者は指標がない方が多い(図表 31-33)
 - ・食事作成にかかる時間は通所では常食と嚥下調整食ほとんど変わらないが、施設では、嚥下調整食のほうが長くなっている(図表 43-45)
 - ・食事のコストはいずれの施設種別でも常食より嚥下食のほうが高くなっている(図表 46-50)
 - ・通所については嚥下調整食の対応が必要な者がいないために、嚥下調整食の提供が不要という回答が多い(図表 51-57)
 - ・通所と入所で給食業務の形態が異なる(図表 60)
 - ・嚥下調整食の提供に関わる職員の経験年数は、関わり度合いの高い場合のほうが長いこと(図表 64)
 - ・移行の予定はないと回答する施設が90%程度(図表 65)

本調査の回収率は全国調査が44%、追加調査が65%であり嚥下調整食の実態を示す結果が得られたと考える。

嚥下調整食の提供状況は通所リハビリテーション、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設では大半の施設で嚥下調整食が提供されていたが、通所介護においては7割以下となり、施設種別に嚥下調整食提供の環境整備に差があることが認められた。また通所介護のうち嚥下調整食の提供がされていないのは併設のない施設(単独通所介護)であることが明らかとなった。また配食事業所では嚥下調整食の対応は大半が常食であり、軟菜・押しつぶし等の食形態の提供は難しいことが明らかとなった。この背景として通所介護において嚥下調整食の提供の必要性が認識されていないこと、嚥下調整食の業務負担、コスト負担が常食に比較し多い事や通所における専門職の配置または連携がとれていないことが起因していると考えられる。通所介護においては委託業者の利用率が低く、今後も通所施設の設備やコスト負担を考慮するとその活用は難しいことが考えられる。その中で配食業者による嚥下調整食の広がりが期待されるが、配食で提供される食事の大半は常食であり、現状その対応は難しいということが明らかとなった。配食の市場規模は2009年度から2016年度の8年間で2.1倍強拡大しているが¹⁾、その一方で摂食嚥下機能の低下した者へ該当する食形態の種類は不十分でその摂食量も少ないことが報告されている²⁾。地域高齢

者等の健康支援を推進する配食事業の栄養管理に関するガイドラインが2017年に策定され、適切な栄養管理ができる体制で商品管理を行う、利用者の状況を適切に把握したうえで利用者に合った食事を提供するという目標とその進め方が示され、アセスメントやフォローアップに管理栄養士、栄養士と連携することが望ましいと明記されている³⁾。今後ガイドラインの普及により、配食事業所における管理栄養士、栄養士連携の効果検証やモデル検証等が行われ、配食事業者における嚥下調整食の提供拡大が望まれる。

嚥下調整食作成のために参照している食形態の指標については通所介護では特に指標は定めていない、通所リハビリテーション、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設では施設独自基準という回答が最も多くなっていた。今後地域包括ケアシステムの構築をさらに進めるためには医療、介護、在宅とシームレスな食環境を整備していくことが必要となるが、現状では個々の独自の食形態・用語が使用され、共通認識・言語が統一されていない現状がみられた。平成30年診療報酬改定において退院時共同指導料が改訂され、医師及び看護職以外の医療従事者（看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等若しくは社会福祉士）が共同指導する場合も評価対象となるよう見直され、内容は「退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を共同として行い、文書により情報提供した際に算定できる」となっている⁴⁾。このなかに管理栄養士が明記されたことは、食環境においても医療、介護、在宅を通して共通した認識・言語を持つ必要性の認識の高まりといえる。しかし今回の調査結果で示された食形態の指標のばらつきはシームレスな食環境整備を進めるにあたり懸念すべき事項と考えられる。食形態の統一のための取り組みは日本摂食嚥下リハビリテーション学会分類2013⁵⁾によって進められているが、さらなる普及・啓発が求められる。最近では栄養情報提供書が地域等で作成され、その効果について検討されつつある。栄養情報提供書を活用することで栄養ケアプラン作成時間の有意な減少、業務負担の軽減が認められ、さらに患者の栄養状態改善につながったとの報告がある⁶⁾。このような情報提供書に日本摂食嚥下リハビリテーション学会分類2013の記載欄を設ける等の工夫により食形態の標準化が進むことが期待され、この実態や効果については今後さらなる検討が必要である。

1) 厚生労働省：配食事業者向けパンフレット（2018年3月20日アクセス）

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000158814.html>

2) 厚生労働省：第1回「地域高齢者等の健康支援を推進する配食事業の栄養管理の在り方検討会」資料4（2018年3月20日アクセス）

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000130261.html>

3) 地域高齢者等の健康支援を推進する配食事業の栄養管理に関するガイドライン（2018年3月20日アクセス）

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000158814.html>

4) 厚生労働省：中央社会保険医療協議会 総会（第386回）議事次第 個別改定項目（その1）について（2018年3月17日アクセス）

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000191961.html>

5) 藤谷順子, 宇山理紗, 大越ひろ 他, 日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類2013, 日摂食嚥下リハ会誌, 17, 255-267, 2013

6) 宮崎純一, 中川幸恵, 藤井文子 他, 医療情報提供書の有用性について, 日本栄養士会雑誌, 60, 327-335, 2017

全国調査、追加調査によって通所施設、入所施設で嚥下調整食の提供状況に差が認められたことから施設種別に嚥下調整食の有無でその詳細について検討を行った。有意差の得られた項目は下記のとおりである。

(3) 全国調査：嚥下調整食有無別比較検討

①通所

①-1 通所介護

- ・併設施設に有意差が認められる▶嚥下調整食提供ありで特別養護老人ホーム、有料法人ホーム、その他の施設が有意に多く、併設施設なしは嚥下調整食提供なしで有意に多い(表1)

- ・嚥下障害を有する利用者の割合、評価実施の有無やその内容に有意差が認められる▶嚥下調整食提供ありで摂食嚥下障害を有する利用者の割合、摂食嚥下評価評価ありの割合、RSST、食後の咳、食後の痰が有意に多い(表3)

- ・一食当たりの調理済み食品購入費は嚥下調整食が有意に高い(表5)

①-2 通所リハビリテーション

- ・併設施設に有意差が認められる▶嚥下調整食提供ありで介護老人保健施設が有意に多く、併設施設なしは診療所が有意に多い(表1)

- ・栄養改善加算、口腔機能向上加算取得率嚥下調整食有で有意に多い(表2)

- ・嚥下障害を有する利用者の割合、評価実施の有無やその内容に有意差が認められる▶嚥下調整食ありで摂食嚥下障害を有する利用者の割合、摂食嚥下評価評価ありの割合、食後の咳が有意に多い(表3)

- ・一食当たりにかかる業務時間、食材費は嚥下調整食が有意に多い(表5)

②入所施設

- ・経口移行実施加算取得率は嚥下調整食ありで有意に多い(表2)

- ・一食に係る業務時間、食材費、調理済み食品購入費は嚥下調整食が有意に多い(表5)

(4) 全国調査：通所施設における嚥下調整食提供調査の詳細検討

①通所介護、通所リハビリテーションの比較

(通所介護：通介、通所リハビリテーション：通りハ)

- ・併設施設に有意差が認められる(表1)

通介：通りハに比べて特養、有料老人ホーム、併設施設なし、その他が有意に多い

通りハ：通介に比べて病院、診療所、老健が有意に多い

- ・食事提供方法に有意差が認められる(表2)

通介：通りハに比べて直営、配食、その他が有意に多い

通りハ：通介に比べて委託が有意に多い

- ・加算取得状況に有意差が認められる(表2)

通りハ：通介に比べて栄養改善加算、口腔機能向上加算を有意に多く取得している

- ・配置されている職種に有意差が認められる(表2)

通介：通りハに比べて看護師が有意に多い

通りハ：通介に比べて管理栄養士、言語聴覚士、歯科衛生士有意に多い

- ・嚥下障害評価の有無またその内容に有意差が認められる(表3)

通介：通りハに比べて食後の咳による評価が有意に多い

通りハ：通介に比べて RSST、MWST、フードテスト、聴診所見による評価が有意に多い

- ・嚥下調整食の指標に有意差が認められる（表 5）

通介：通りハに比べて日本摂食嚥下リハビリテーション学会分類 2013 を指標としている割合が有意に多い

- ・嚥下調整食提供のための連携職種に有意差が認められる（表 6）

通りハ：通介に比べて医師、管理栄養士、栄養士、言語聴覚士、歯科衛生士との連携が有意に多い

- ・嚥下調整食の提供方法に有意差が認められる（表 7）

通介：通りハに比べて直営が有意に多い

通りハ：通介に比べて委託が有意に多い

- ・嚥下調整食の献立作成者に有意差が認められる（表 8）

通介：通りハに比べて調理員、介護スタッフが有意に多い

通りハ：通介に比べて管理栄養士が有意に多い

- ・嚥下調整食の調理方法に有意差が認められる（表 8）

通介：通りハに比べて介護スタッフが有意に多い

通りハ：通介に比べて調理師・調理員が有意に多い

②併施設別の比較

- ・食事提供の有無（表 1）

通介：併施設ありで食事提供ありが有意に多い

通りハ：有意差なし

- ・配置されている職種（表 1）

通介：併施設ありで管理栄養士の配置が有意に多い

通りハ：併施設ありで管理栄養士の配置が有意に多い

- ・嚥下調整食提供の有無（表 2）

通介：併設ありで嚥下調整食提供ありが有意に多い

通りハ：併設ありで嚥下調整食提供ありが有意に多い

- ・嚥下調整食の食形態（表 2）

通介：併施設ありで押しつぶし、ミキサー食提供ありが有意に多く、併施設なしで軟菜カットが有意に多い

通りハ：併施設ありで押しつぶしが有意に多い

- ・嚥下調整食の指標（表 4）

通介：併施設ありで日本摂食嚥下リハビリテーション学会分類 2013 を指標としている割合が有意に多い

通りハ：有意差なし

- ・嚥下調整食提供のための連携職種（表 5）

通介：併施設ありで管理栄養士、栄養士、介護スタッフとの連携が有意に多い

通りハ：併施設ありで管理栄養士、栄養士、言語聴覚士との連携が有意に多い

- ・嚥下調整食提供の給食業務形態（表 6）

通介：併設施設ありで委託が有意に多く、併設施設なしで配食が有意に多い
通りハ：併設施設ありで委託が有意に多く、併設施設なしで配食が有意に多い

・嚥下調整食の献立作成（表 7）

通介：併設施設ありで管理栄養士が有意に多く、併設施設なしで調理師・調理員、介護スタッフが有意に多い

通りハ：併設施設ありで管理栄養士が有意に多く、併設施設なしで調理師・調理員、介護スタッフ、その他が有意に多い

・嚥下調整食の調理（表 7）

通介：平成施設ありで栄養士が有意に多く、併設施設なしで調理師・調理員、介護スタッフが有意に多い

通りハ：有意差なし

③通所介護、通所リハビリテーション栄養改善取得有無別比較検討

・口腔機能向上加算の取得状況

通介：栄養改善加算ありで口腔機能向上加算が有意に多い（表 1）

通りハ：栄養改善加算ありで口腔機能向上加算が有意に多い

・配置されている職種（表 1）

通介：栄養改善加算ありで管理栄養士、歯科衛生士が有意に多い

通りハ：栄養改善加算ありで管理栄養士、歯科衛生士、看護師が有意に多い

・嚥下障害の評価の有無（表 2）

通介：栄養改善加算ありで VE による評価が有意に多い

通りハ：栄養改善加算ありで評価ありが有意に多い

・嚥下調整食提供のための連携職種（表 5）

通介：栄養改善加算ありで管理栄養士、その他が有意に多い

通りハ：栄養改善加算ありで管理栄養士、言語聴覚士が有意に多い

施設種別の嚥下調整食の有無、通所施設の詳細な検討を行ったところ、通所施設では嚥下調整食を提供ありと答えた施設は併設施設があること、栄養改善加算を算定していること、口腔機能向上加算を算定していること、摂食嚥下障害を有する利用者が多いという特徴が得られた。入所施設においては嚥下調整食提供なしの施設の N 数が少ない解析ではあるが、嚥下調整食提供ありの施設では経口移行加算算定を有意に多く行っているという特徴が得られた。以上の解析により特に通所施設において通所介護・通所リハビリテーションの違い、併設の有無、加算の取得状況という検討すべき点が示されたことから詳細に層別解析を行った。

通所介護と通所リハビリテーションの比較では、通所介護で嚥下調整食提供の取り組みの困難さが示された。委託調理が有意に少ないこと、栄養改善加算算定・口腔機能向上加算算定の取得が有意に低いこと、摂食嚥下障害評価の内容に有意差が認められ専門職による評価が行われていないこと（通所リハビリテーションでは RSST、MWST、フードテスト、聴診所見が有意に多い）、嚥下調整食作成のための専門職との連携が少なく、特に医師、管理栄養士、言語聴覚士、歯科衛生士との連携が少ないことが通所介護における嚥下調整食提供の阻害要因となっていた。実際の調理においても通所リハビリテーションに比べて

通所介護では献立作成、調理を介護スタッフで担っていることが明らかとなった。これら課題の解決にあたっては、配食事業者による嚥下調整食の提供拡大とともに特に併設施設のない通所施設における管理栄養士、栄養士、言語聴覚士、歯科衛生士等との連携を地域でどのように行うか検討し、その推進が必要であると考えられる。ヒアリング調査結果⑦新宿ごっくんプロジェクトのような地域における嚥下障害のための地域連携構築等が望まれる。また現在、地域における管理栄養士の所在を明らかにするため、栄養ケア・ステーションの整備が進められており、今後地域における管理栄養士の活用が増加していくと考えられる¹⁾。また日本栄養士会による人材育成事業として専門管理栄養士制度が発足し²⁾、がん病態栄養専門管理栄養士、腎臓病病態栄養専門管理栄養士等とともに摂食嚥下リハビリテーション栄養専門管理栄養士、在宅栄養専門管理栄養士が進められている。地域で支える栄養ケア、在宅医療、介護に求められるスーパーバイザーとしての活躍が期待される。

またこれら人材の整備とともに平成 30 年介護報酬改定において栄養改善加算の要件緩和、栄養スクリーニング加算が新設となった³⁾。栄養改善加算はこれまで管理栄養士を 1 名以上配置し、低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対して、個別的に実施される栄養食事相談等の栄養管理であって、心身の状態の維持又は向上に資すると認められるものを行った場合に算定されていたが、外部の管理栄養士の実施でも算定を認めることとされた。栄養スクリーニング加算は管理栄養士以外の介護職員等でも実施可能な栄養スクリーニングを行い、介護支援専門員に栄養状態に係る情報を文書で共有した場合の評価として新設された。今後この改定により、栄養改善加算の算定増加による管理栄養士との連携の増加が通所介護における嚥下調整食の提供増加につながることを期待される。しかし栄養改善加算、口腔機能向上加算は要支援者の要介護化予防を目的に予防給付に位置付けられた加算であり、栄養改善加算、口腔機能向上加算の加算算定率が低いことや予防給付が廃止されたことから、今後その継続性については懸念される。栄養改善加算の要件緩和により通所施設利用者による算定率、栄養改善の状況、また栄養スクリーニング加算の新設による低栄養の早期発見が管理栄養士等の専門職との連携増加につながり、さらに嚥下調整食の導入につながることで加算の継続が行われるよう、今後実態調査、効果検証により詳細に検討しエビデンスの構築が必要である。

本調査により通所施設、特に併設がなく、栄養改善加算・口腔機能向上加算算定がされていない通所介護における嚥下調整食提供の困難な状況が明らかとなった。これらの結果が広く普及されることで通所施設における食環境整備の社会的重要性が認識されることが必要である。通所施設利用者の 24%が BMI18.5 未満であるとの報告や⁴⁾、Mini Nutritional Assessment®-SF で評価したところ低栄養、低栄養のリスクありに該当するものは 38.7% に及ぶと報告され⁵⁾、通所利用者の栄養改善への取り組みは喫緊の課題である。平成 27 年度の介護報酬改定において施設系サービスに「口から食べる楽しみの支援の充実」として従来の経口維持加算等の見直しが行われた。これまでの嚥下造影検査 (VF)、嚥下内視鏡検査 (VE) 等の評価区分がなくなり、多職種が連携し食事の様子を観察しカンファレンスによって評価するという経口維持のためのミールラウンドが行われるようになった。管理栄養士と歯科衛生士の連携がある介護保険施設では体重減少が有意に少ないとの報告もあり⁶⁾、今後在宅療養、特に通所施設においても多職種が連携する栄養マネジメント加算、ミールラウンドといった取り組みの導入が期待される。

入所施設においては専門職との連携、嚥下調整食の提供が大半の施設で実施されていた

が、食形態の指標が独自であるという施設が最も多く、今後日本摂食嚥下リハビリテーション学会分類 2013 の普及・啓発が必要である。また都道府県別の比較検討では特徴的な結果は得られなかったが、専門職の確保は地域偏在等の影響があり限られた人材を有効に活用し、地域連携、多職種協働で行っていくことが必要である。地域の分布等については今後さらに検討していきたい。

地域包括ケアシステムの構築をさらに進めるためには医療、介護、在宅とシームレスな食環境を整備していくことが必要である。本調査では嚥下調整食の提供を目的とし検討した結果、その課題や困難さが明らかとなったが、どこにいても確実に適切な嚥下調整食が食べられるといった食環境を目指し、エビデンスを構築していくことが今後も重要である。

- 1) 田中弥生, 地域包括ケアシステムの中で求められる管理栄養士の役割, Nutrition Care, 10, 2017, 40-45
- 2) 公益社団法人日本栄養士会：専門領域のスペシャリストを目指す方へ
<https://www.dietitian.or.jp/career/specialist/>
(平成 30 年 3 月 20 日アクセス)
- 3) 厚生労働省：社保審-介護給付費分科会 第 158 回 参考資料 1, 平成 30 年度介護報酬改定における各サービス毎の改訂事項について
- 4) 平成 28 年度老人保健健康増進等事業「通所介護及び通所リハビリテーションを利用する要介護高齢者に対する効果的な栄養改善及び口腔機能向上サービス等に関する調査研究事業」(日本歯科大学 菊谷武)
- 5) 平成 25 年度長寿医療研究開発費「高齢者の食の自立を守るための口腔と栄養に関する長期介入研究」及び平成 25 年度老人保健健康増進等事業「介護支援専門員による要介護者等の口腔・栄養状態の把握状況に関する調査研究事業」(東京都健康長寿医療センター研究所)【統合解析データ】
- 6) 平成 26 年度老人保健事業推進等補助金老人保健健康増進等事業「介護保険施設における口腔と栄養のサービス連携に関する調査研究事業」(独立行政法人 国立長寿医療研究センター 渡邊裕)

第4章 食支援介入及び嚥下調整食提供に関する調査

3. 調査の実施概要

(1) 通所施設における食支援介入調査

① 調査対象

本調査の対象者は、研究への賛同が得られた全国の 40 ヶ所の通所施設(全施設の定員 1714 名)の利用者である。利用者の対象は 596 名(男性 186 名、女性 410 名、平均年齢 83.3±8.4 歳)であった。利用者介入群と対照群に分類した。介入群は 319 名(男性 103 名、女性 216 名、平均年齢 82.6±8.6 歳)、対照群は 277 名(男性 83 名、女性 194 名、平均年齢 84.2±8.0 歳)であった。

② 調査票配布方法

調査票は、日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニックから調査を実施する各通所施設担当者へと送付した。

③ 実施期間

平成 29 年 7 月~平成 29 年 12 月

④ 回収状況

介入群は 1210 枚の調査票を送付し、319 枚の回収を得た(回収率 26.3%)。対照群は 495 枚の調査票を送付し、277 枚の回収を得た(回収率 56.0%)。

⑤ 調査項目

1) 基礎情報

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

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

2) アセスメント調査

各施設の担当介護職員が低栄養リスク、摂食(口腔)機能の低下に関わるアセスメントを実施した。アセスメント項目としては、1.食事中にむせたり、せきこんだりすることがある、2.食事に30分以上かかる、3.食物をなかなか飲み込まず、のみこみに時間がかかることがある、4.次から次へと食べ物を口に運ぶことがある、5.食事をしながら、寝てしまうことがある、6.なかなか食べ始められない、食事に集中できないことがある、7.固いものを避け、軟らかいものばかり食べる、8.痰が絡んでいるような声になることがある、9.歯のせいで食べにくそうにしている、10.うがいができない、11.歯ブラシをするのをいやがる、12.うがいのあと口からたくさんの残渣が出てくる、の12項目とした。また、平均喫食率を主食、副食毎に記入させた。食支援内容の項目としては、食形態(主食、副食)、水分のトロミ付与、食事姿勢、食事前の体操の有無、食事ペースをゆっくりとするように声掛けをしているか、飲み込みを確認して介助しているか、声掛けによる促し、小分け提供、歯磨きの誘導、歯磨きの介助の有無を調査項目とした。

⑥ 方法

通所介護・通所リハを利用する利用者に対して、アセスメント票を用いて、スクリーニング調査を介護職員により実施する。アセスメント実施にあたり、簡易マニュアルを作成し配布した。介入群においては、アセスメントの結果に基づき、低栄養リスク、誤嚥、窒息リスクのある者を抽出し、同時に介護職員が栄養、口腔の専門職である管理栄養士、歯科衛生士への相談を行った。相談業務は月に1回とし、各々の職種が施設に訪問し、1回につき30～60分程度とする。また、アセスメントの結果や専門職への相談内容を利用者の担当介護支援専門員へ情報提供を毎月行った。介入期間は3ヶ月間とし、開始時と6ヶ月経過時において食支援アセスメントを行った。なお、本調査は平成28年度老人保健健康増進等補助金老人保健健康増進等事業「通所介護及び通所リハビリテーションを利用する要介護高齢者に対する効果的な栄養改善及び口腔機能向上サービス等に関する調査研究事業」の継続調査であり、平成28年度事業の追跡調査を行い、また対照群を新たに設けた。

(2) 栄養情報提供書のあり方に関する調査

① 調査対象

病院に入院中または老人保健施設入居中の患者で、嚥下調整食を摂取している者。

② 調査票配布方法

研究協力病院(対象者登録施設)では入院患者で研究協力の同意を得た者を登録する。患者が退院時に、栄養情報提供書を作成し、退院(または転院)先の病院・施設、在宅の場合は居宅介護支援事業所へ依頼状およびアンケートと共に送付する。対象者の退院先が病院・施設の場合は管理栄養士に、在宅の場合はケアマネージャーにアンケートの協力依頼を行い、アンケートを回収する。

③ 実施期間

2017年8月から2018年1月まで

④ 回収状況

登録者数 30 件中 27 件の回収を得た (90%)

⑤ 調査項目

1. 施設名
2. 回答施設の機能種別区分
3. 記入者職種
4. 栄養情報提供書の総合的評価
5. 現在の食形態について
6. 必要な栄養量に対する摂取量
7. 現在の食事内容が、情報提供された食形態・トロミと違う場合の変更理由について
8. 栄養情報提供書に関して参考になった項目
9. 栄養情報提供書が栄養管理計画や(栄養)ケアプランや診療・看護方針作成に役立ったか
10. 栄養情報提供書を理解、活用できたか(介護支援専門員)
11. 本書式以外の栄養に関する情報を受け取ったことはあるか
12. 本書式以外の栄養に関する情報をどのような形で受け取ったか
13. 栄養に関する情報提供を、近々1か月でおよそ何件分受け取ったか
14. 栄養に関する情報提供は誰が行っていたか
15. 栄養に関する情報提供は十分だったか
16. 栄養情報提供書を理解・活用できたか(管理栄養士)
17. 栄養情報提供書を作成したことはあるか
18. 先月1か月のおよそ栄養情報提供書の作成件数について
19. 栄養情報提供先からの返信について
20. 栄養情報提供書を作成したことがない理由
21. 栄養情報提供書の作成を活性化するための優先解決事項について
22. 栄養管理計画書(栄養プラン)の作成時間について
23. 地域で統一した栄養情報提供書があったら活用したいですか
24. 地域共通の栄養情報提供書を活用したい、またはするつもりはない理由
25. 本栄養情報提供書は診療・看護・介護(ケア)・栄養などの計画立案に役立ったか?
26. 本栄養情報提供書を参考にして診療・看護・介護(ケア)・栄養などの計画立案時間はどのように変化したか
27. 問26にて「①短くなった、③長くなった」と回答した方にお聞きします。どのくらいの時間短く(長く)なったか

※回答者がケアマネージャー(在宅退院ケース)の場合、13～22は略

4. 調査結果

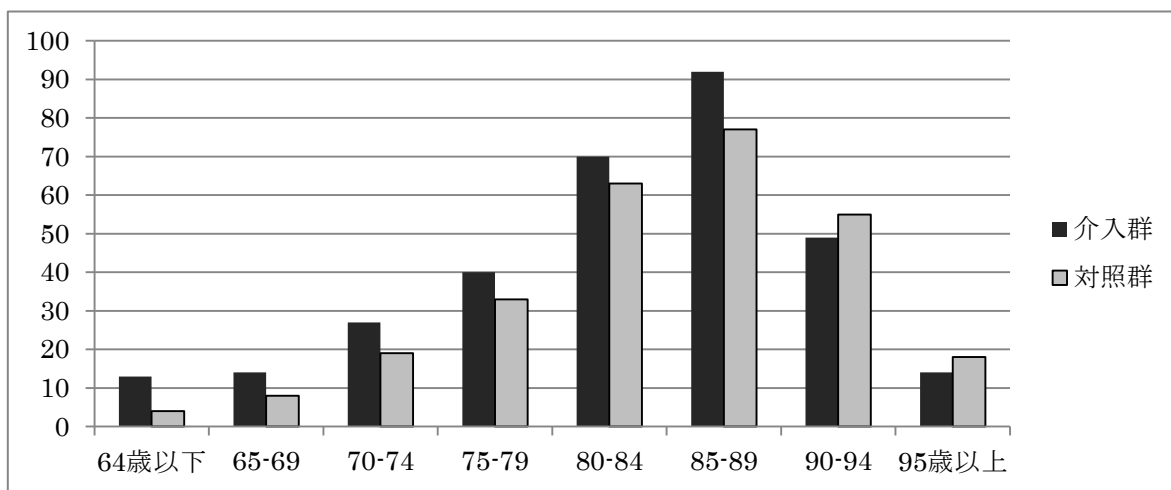
(1) 通所施設における食支援介入調査

1) 対象者の年齢構成

介入群の対象者の平均年齢は 82.6 ± 8.6 歳、対照群の平均年齢は、 84.2 ± 8.0 歳であった。

	平均値	度数	標準偏差	中央値	最小値	最大値
介入群	82.6	319.0	8.6	84.0	52.0	101.0
対照群	84.2	277.0	8.0	85.0	49.0	100.0
合計	83.3	596.0	8.4	85.0	49.0	101.0

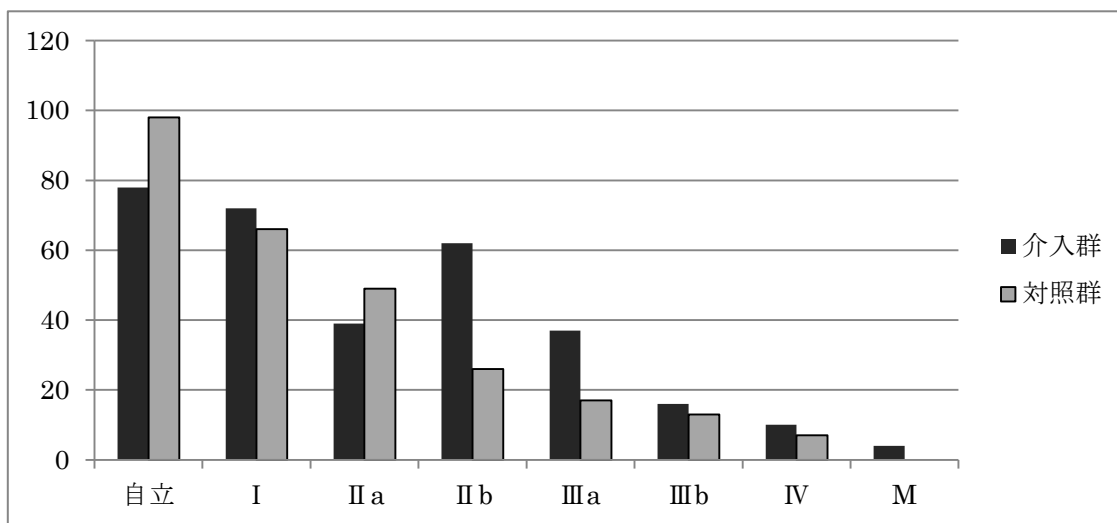
図1 対象者の年齢構成



2) 対象者の自立度

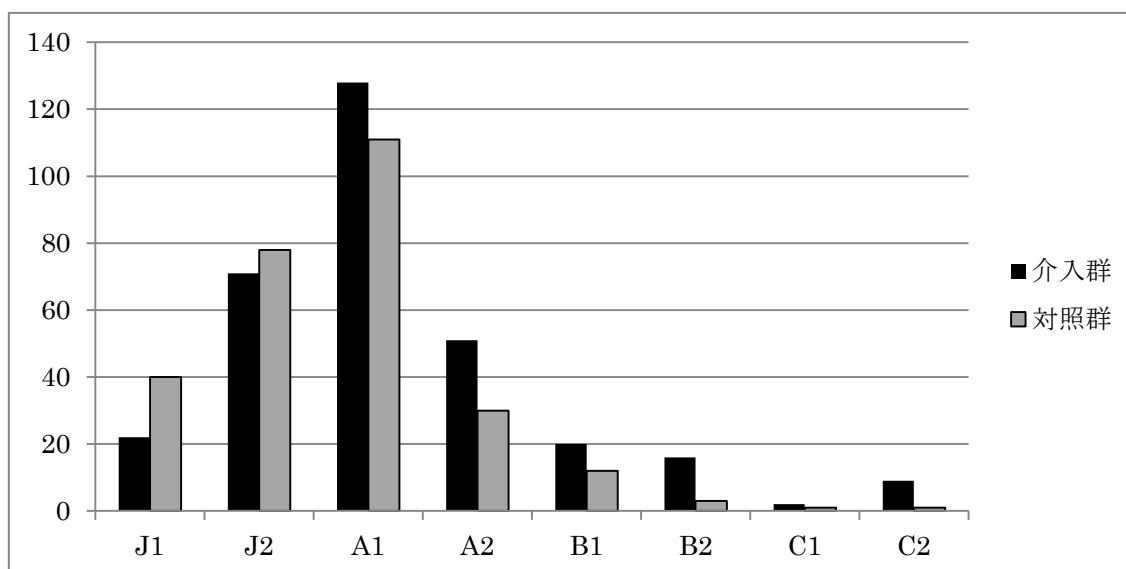
認知症老人の日常生活自立度判定基準に当てはめたところ、介入群では自立の者が 78 名、レベル I の者が 72 名、レベル II a の者が 39 名、レベル II b の者が 62 名、レベル III a の者が 37、レベル III b の者が 16 名、レベル IV の者が 10 名、レベル M の者が 4 名であった。対照群では自立の者が 98 名、レベル I の者が 66 名、レベル II a の者が 49 名、レベル II b の者が 26 名、レベル III a の者が 17、レベル III b の者が 16 名、レベル IV の者が 10 名であった。

図 2 認知症老人の日常生活自立度判定基準



障害者老人の日常生活自立度判定基準に当てはめたところ、介入群ではランク J1 の者が 22 名、ランク J2 の者が 71 名、ランク A1 の者が 128 名、ランク A2 の者が 51 名、ランク B1 の者が 20 名、ランク B2 の者が 16 名、ランク C1 の者が 2 名、ランク C2 の者が 9 名であった。対照群ではランク J1 の者が 40 名、ランク J2 の者が 78 名、ランク A1 の者が 111 名、ランク A2 の者が 30 名、ランク B1 の者が 12 名、ランク B2 の者が 3 名、ランク C1 の者が 1 名、ランク C2 の者が 1 名であった。

図 3 障害者老人の日常生活自立度判定基準

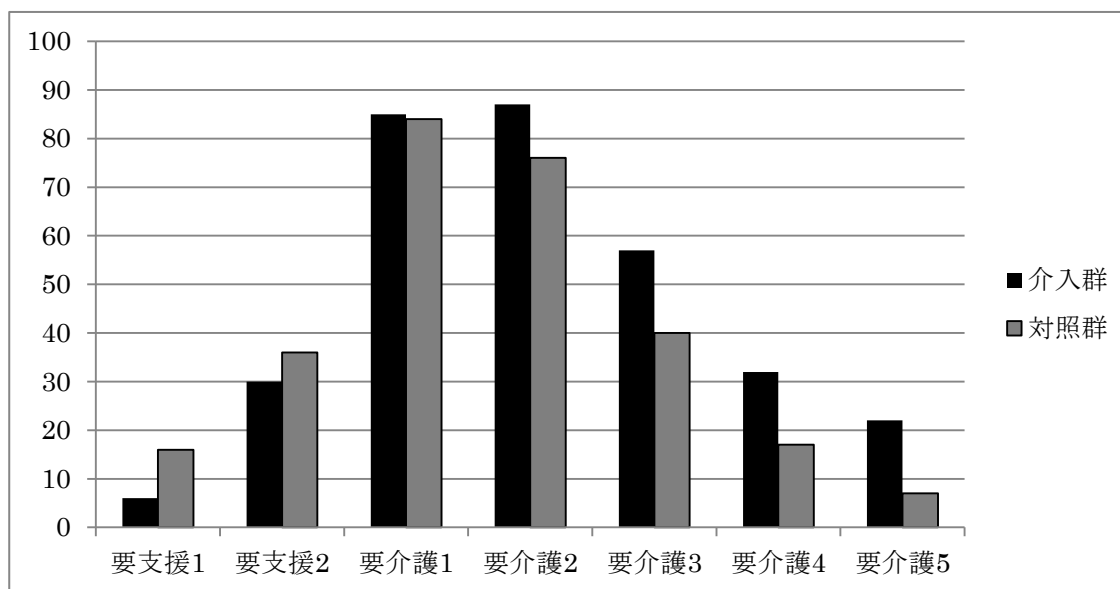


3) 対象者の介護度

介入群では要支援 1 の者が 6 名、要支援 2 の者が 30 名、要介護 1 の者が 85 名、要介護 2 の者が 87 名、要介護 3 の者が 57 名、要介護 4 の者が 32 名、要介護 5 の者が 22 名であ

った。対照群では要支援1の者が16名、要支援2の者が36名、要介護1の者が84名、要介護2の者が76名、要介護3の者が40名、要介護4の者が17名、要介護5の者が7名であった。

図4 要介護度



4)対象者の日常生活動作能力(ADL)

歩行の自立度について、介入群では全体の25.9% (81名)が自立歩行可能、38.7% (121名)が杖歩行、17.6% (55名)が介助歩行、14.1% (44名)が車椅子使用、3.8% (12名)が歩行不可能であった。対照群では全体の35.5% (98名)が自立歩行可能、40.6% (112名)が杖歩行、13.8% (38名)が介助歩行、8.7% (24名)が車椅子使用、1.4% (4名)が歩行不可能であった。

座位保持の有無については、介入群では95.0% (302名)、対照群では99.3% (274名)が座位保持可能であった。

会話レベルは、介入群では全体の73.3% (233名)がすべて聞き取り可能、21.7% (69名)が一部可能、3.1% (10名)が会話困難、1.9% (6名)は発話なしであった。対照群では全体の78.3% (216名)がすべて聞き取り可能、18.1% (50名)が一部可能、2.9% (8名)が会話困難、0.7% (2名)は発話なしであった。

指示従命の可否については、介入群では71.0% (225名)がすべて従命可能、24.9% (79名)が一部従命可能、4.1% (13名)が従命困難であった。対照群では79.3% (219名)がすべて従命可能、19.2% (53名)が一部従命可能、1.4% (4名)が従命困難であった。

(2)対象者の食支援内容

1)嚥下調整食について

①介入群

アセスメント開始時において、嚥下調整食を提供されている者は 52 名 (16.6%) いた。日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食学会分類 2013 (以下学会分類) に基づき、嚥下調整食を分類した。主食においては、常食 (米飯) が 273 名 (85.8%)、学会分類コード 4 は 38 名 (11.9%)、学会分類コード 3 は 2 名 (0.6%)、学会分類コード 2 は 1 名 (0.3%)、提供なしは 4 名 (1.3%) であった。副食においては、常食が 287 名 (90.0%)、学会分類コード 4 は 24 名 (7.5%)、学会分類コード 3 は 0 名、学会分類コード 2 は 4 名 (1.3%)、提供なしは 4 名 (1.3%) であった。食事喫食率は 263 名 (82.4%) が完食していた。水分のとりみ付与について、とろみの付与を行っていない者は 310 名 (97.2%) であった。学会分類の弱いとろみを付与している者は 2 名 (0.6%)、中間とろみを付与している者は 7 名 (2.2%)、濃いとろみを付与している者は 0 名であった。

介入 6 ヶ月後、嚥下調整食を提供されている者は 68 名 (21.9%) であった。主食は常食 (米飯) が 247 名 (77.4%)、学会分類コード 4 は 61 名 (19.1%)、学会分類コード 3 は 0 名、学会分類コード 2 は 3 名 (1.0%)、提供なしは 4 名 (1.3%) であった。副食においては、常食が 273 名 (86.4%)、学会分類コード 4 は 30 名 (9.5%)、学会分類コード 3 は 0 名、学会分類コード 2 は 7 名 (2.2%)、提供なしは 4 名 (1.3%) であった。食事喫食率は 244 名 (78.5%) が完食していた。水分のとりみ付与については、とろみの付与を行っていない者は 293 名 (93.0%) であった。学会分類の弱いとろみを付与している者は 5 名 (1.6%)、中間のとろみを付与している者は 16 名 (5.1%)、濃いとろみを付与している者は 1 名 (0.3%) であった。

②対照群

アセスメント開始時において、嚥下調整食を提供されている者は 37 名 (13.4%) いた。主食においては、常食 (米飯) が 243 名 (87.7%)、学会分類コード 4 は 30 名 (11.9%)、学会分類コード 3 は 3 名 (1.1%)、学会分類コード 2 は 0 名、提供なしは 1 名 (0.4%) であった。副食においては、常食が 254 名 (91.7%)、学会分類コード 4 は 21 名 (7.6%)、学会分類コード 3 は 1 名 (0.4%)、学会分類コード 2 は 0 名、提供なしは 1 名 (0.4%) であった。食事喫食率は 195 名 (72.0%) が完食していた。水分のとりみについては、とろみの付与を行っていない者は 269 名 (97.5%) であった。学会分類の弱いとろみを付与している者は 6 名 (2.2%)、中間のとろみを付与している者は 1 名 (0.4%)、濃いとろみを付与している者は 0 名であった。

調査開始より 6 ヶ月後、嚥下調整食を提供されている者は 39 名 (14.1%) であった。主食は常食 (米飯) が 242 名 (87.4%)、学会分類コード 4 は 32 名 (11.6%)、学会分類コード 3 は 1 名 (0.4%)、学会分類コード 2 は 1 名 (0.4%)、提供なしは 1 名 (0.4%) であった。副食においては、常食が 253 名 (91.3%)、学会分類コード 4 は 19 名 (6.9%)、学会分類コード 3 は 3 名 (1.1%)、学会分類コード 2 は 1 名 (0.4%)、提供なしは 1 名 (0.4%) であった。食事喫食率については 203 名 (74.1%) が完食していた。水分のとりみ付与については、とろみの付与を行っていない者は 266 名 (96.0%)、学会分類の弱いとろみを付与している者は 8 名 (2.9%)、中間のとろみを付与している者は 3 名 (1.1%)、濃いとろみを付与している者は 0 名であった。

2)口腔ケアの実施状況

①介入群

アセスメント開始時において、食後の歯磨きをする際に洗面所まで職員に誘導してもらっている者は 181 名(56.7%)であり、歯磨きの介助をしてもらっている者は 69 名(21.6%)であった。介入 6 ヶ月後では、食後の洗面所までの誘導をもらっている者は 210 名(66.7%)、歯磨きの介助をもらっている者は 73 名(23.2%)であった。

②対照群

アセスメント開始時において、食後に洗面所まで職員に誘導してもらっている者は 121 名(43.7%)であり、歯磨きの介助をもらっている者は 19 名(6.9%)であった。調査開始より 6 ヶ月後においては、食後の洗面所まで誘導してもらっている者は 120 名(43.3%)、歯磨き介助をもらっている者は 16 名(5.8%)であった。

(3)食支援アセスメントについて

下記のアセスメントを施設職員により実施した。

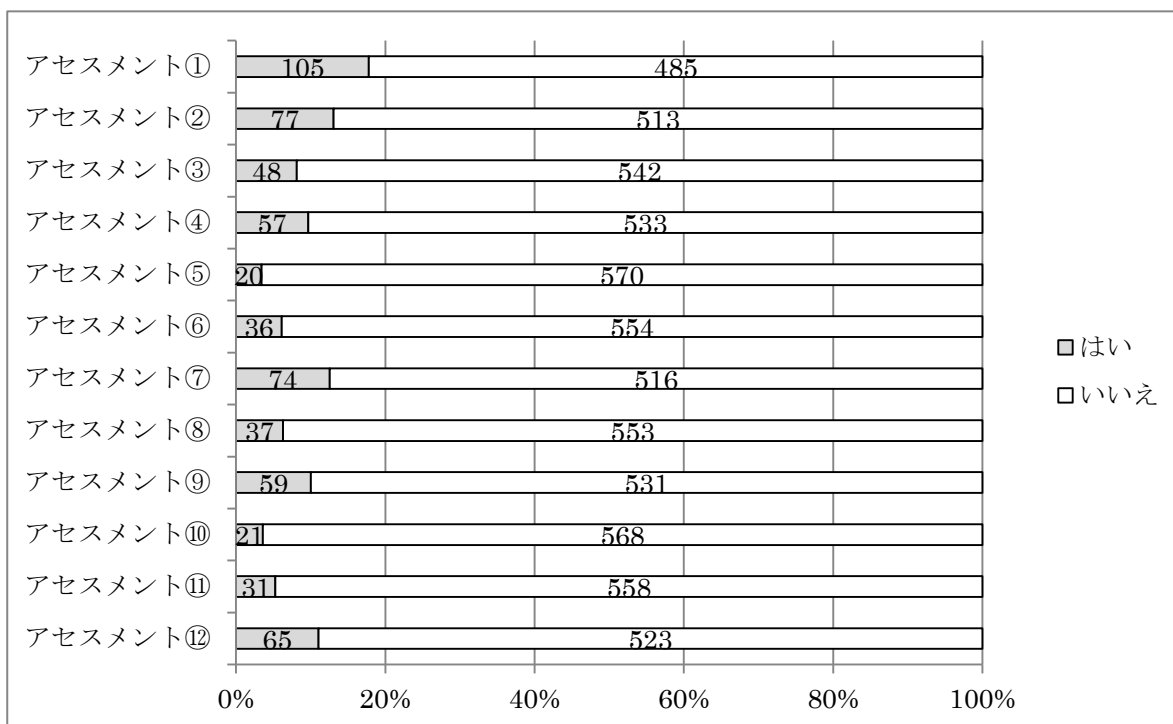
表 1 食支援アセスメント

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">① 食事中にむせたり、せきこんだりすることがある② 食事に 30 分以上かかる③ 食物をなかなか飲み込まず、のみこみに時間がかかることがある④ 次から次へと食べ物を口に運ぶことがある⑤ 食事をしながら、寝てしまうことがある⑥ なかなか食べ始められない、食事に集中できないことがある⑦ 固いものを避け、軟らかいものばかり食べる⑧ 痰が絡んでいるような声になることがある⑨ 歯や入れ歯のせいで食べにくそうにしている⑩ うがいができない⑪ 歯ブラシをするのをいやがる⑫ うがいのあと口からたくさんの残渣が出てくる |
|--|

1)食支援アセスメントの問題抽出状況について

介入群、対照群を統合して全体のアセスメント集計を行なった。

図5 食支援アセスメント結果



食支援アセスメント(調査開始より6ヶ月後)の結果を示す。アセスメントは12項目となっている。

1.食事中にむせこんだりせきこんだりすることがあるか、との質問に対しては全体の17.8%にあたる105名が「はい」と回答した。問2.食事に30分以上かかるか、との質問には13.1%にあたる7名が「はい」と回答した。問3.食事をなかなか飲み込まず、飲み込みに時間がかかるか、との質問には8.1%にあたる48名が「はい」と回答した。問4.次から次へと食べ物を口に運ぶことがあるか、との質問には9.7%にあたる57名が「はい」と回答した。問5.食事をしながら寝てしまうことがあるか、との質問には3.4%にあたる20名が「はい」と回答した。問6.なかなか食べ始められない、食事に集中できないことがあるか、との質問には6.1%にあたる36名が「はい」と回答した。問7.固いものを避け、軟らかいものばかり食べるか、との質問には12.5%にあたる74名が「はい」と回答した。問8.痰が絡んでいるような声になることがあるか、との質問には6.3%にあたる37名が「はい」と回答した。問9.歯のせいで食べにくそうにしているか、との質問には10.0%にあたる59名が「はい」と回答した。問10.うがいが出来ない、との質問には3.6%にあたる21名が「はい」と回答した。問11.ハブラシをするのを嫌がるか、との質問には5.3%にあたる31名が「はい」と回答した。問12.うがいの後に口からたくさんの食渣が出てくるか、との質問には11.0%にあたる65名が「はい」と回答した。

これらの12項目のアセスメントを行ったところ、チェック項目が1つもない(すべて“いいえ”と回答)者は348名(59.1%)、チェック項目が1つの者は98名(16.6%)、チェック項目が2つの者は34名(5.7%)、チェック項目が3つ以上の者は109名(18.3%)となっていた。

2)食支援アセスメントと各項目との関連について

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

図6 年齢と食支援アセスメント(介入6ヶ月後)のチェック項目について

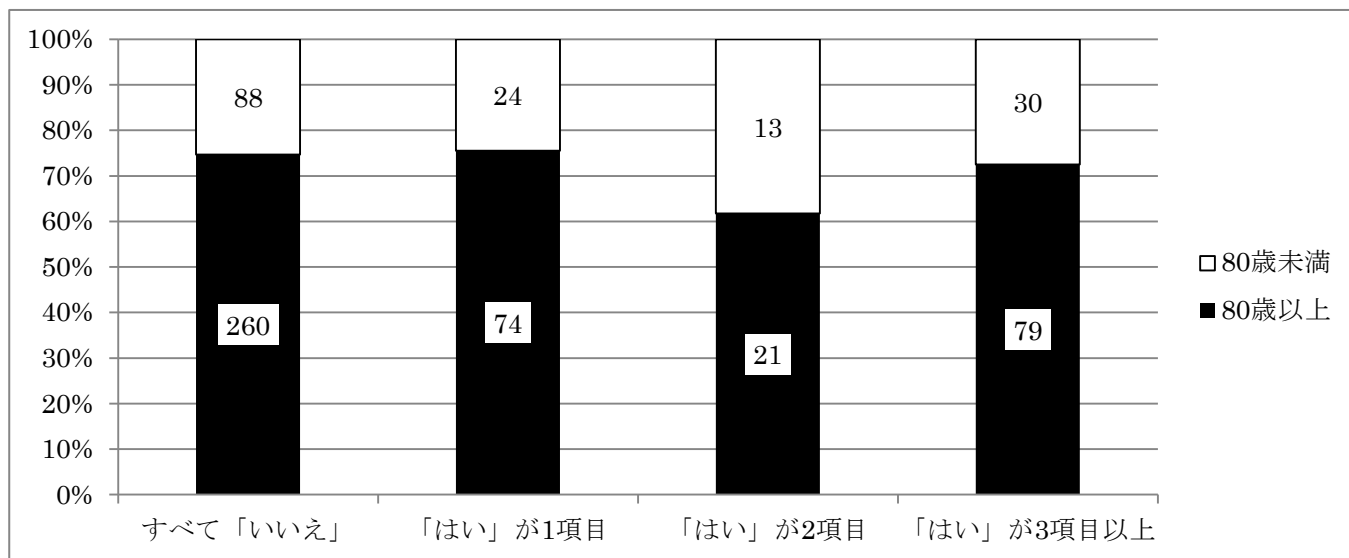


図7 介護度と食支援アセスメント(介入6ヶ月後)のチェック項目について

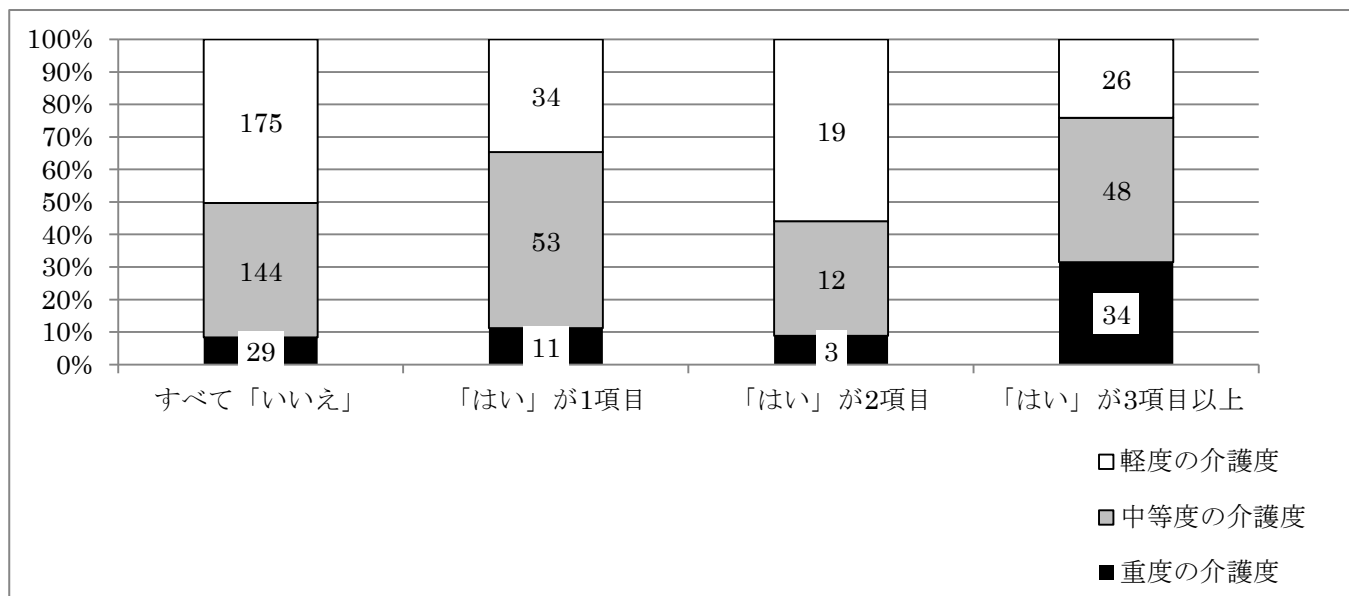


図8 歩行ADLと食支援アセスメント(介入6ヶ月後)のチェック項目について

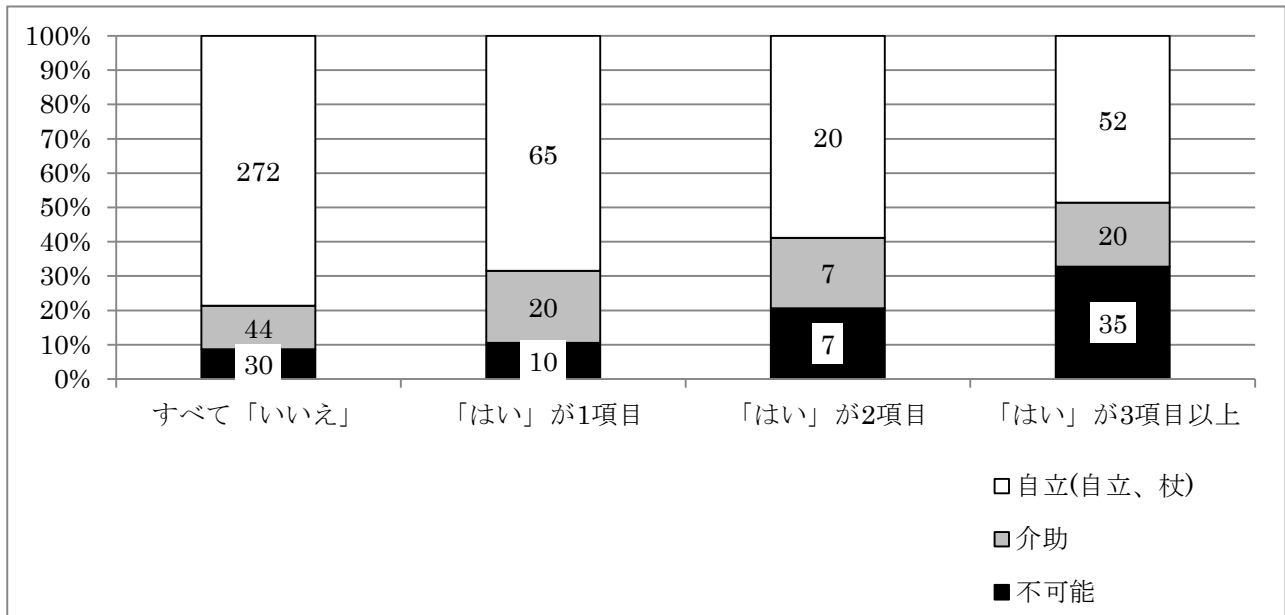


図9 会話状態と食支援アセスメント(介入6ヶ月後)のチェック項目について

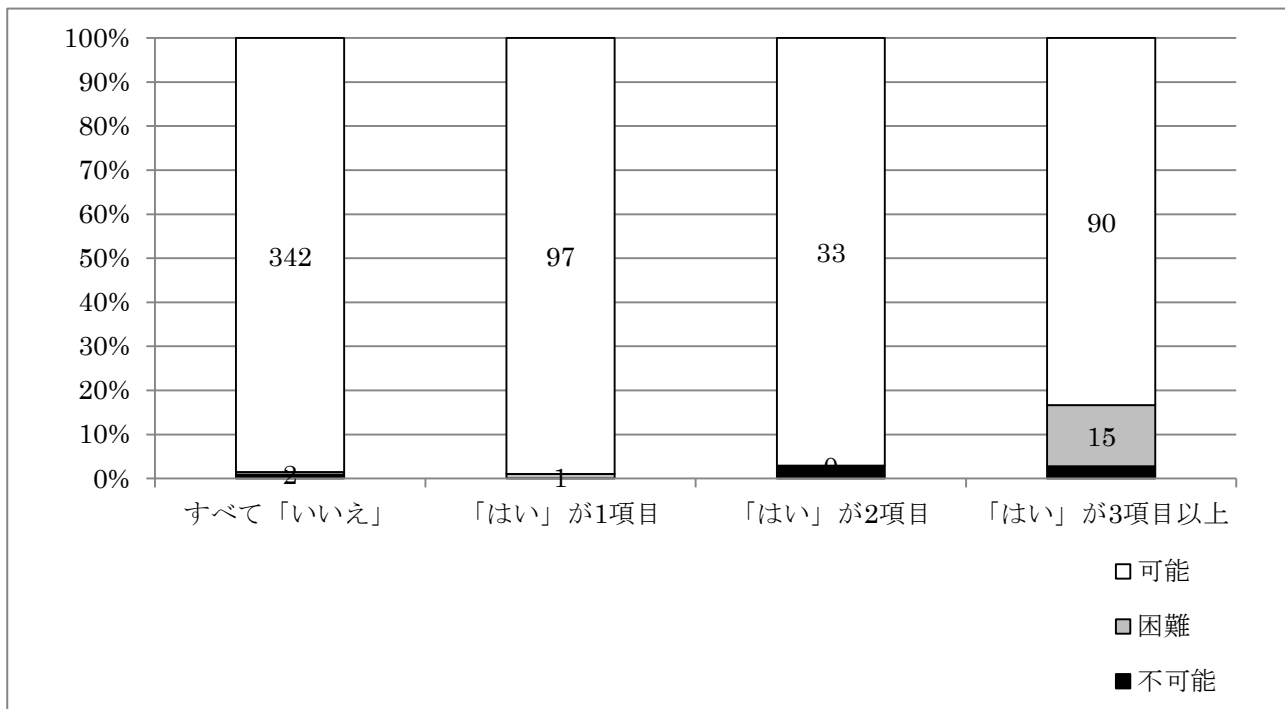


図 10 指示従命と食支援アセスメント(介入 6 ヶ月後)のチェック項目について

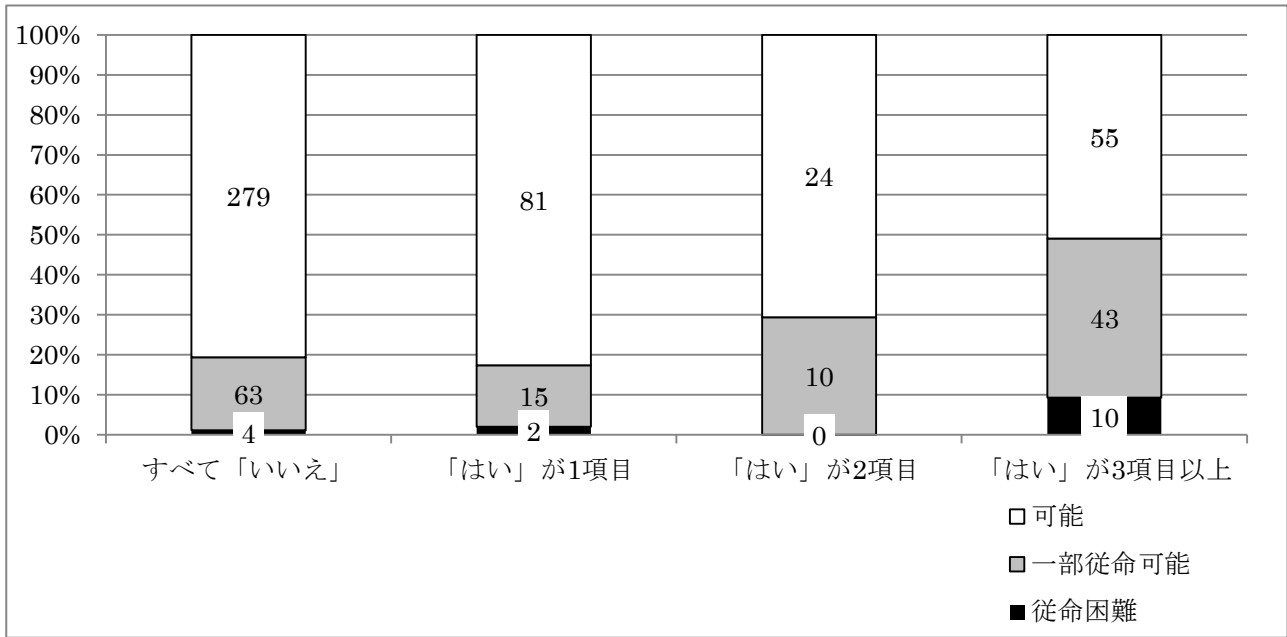


図 11 認知症の重症度と食支援アセスメント(介入 6 ヶ月後)のチェック項目について

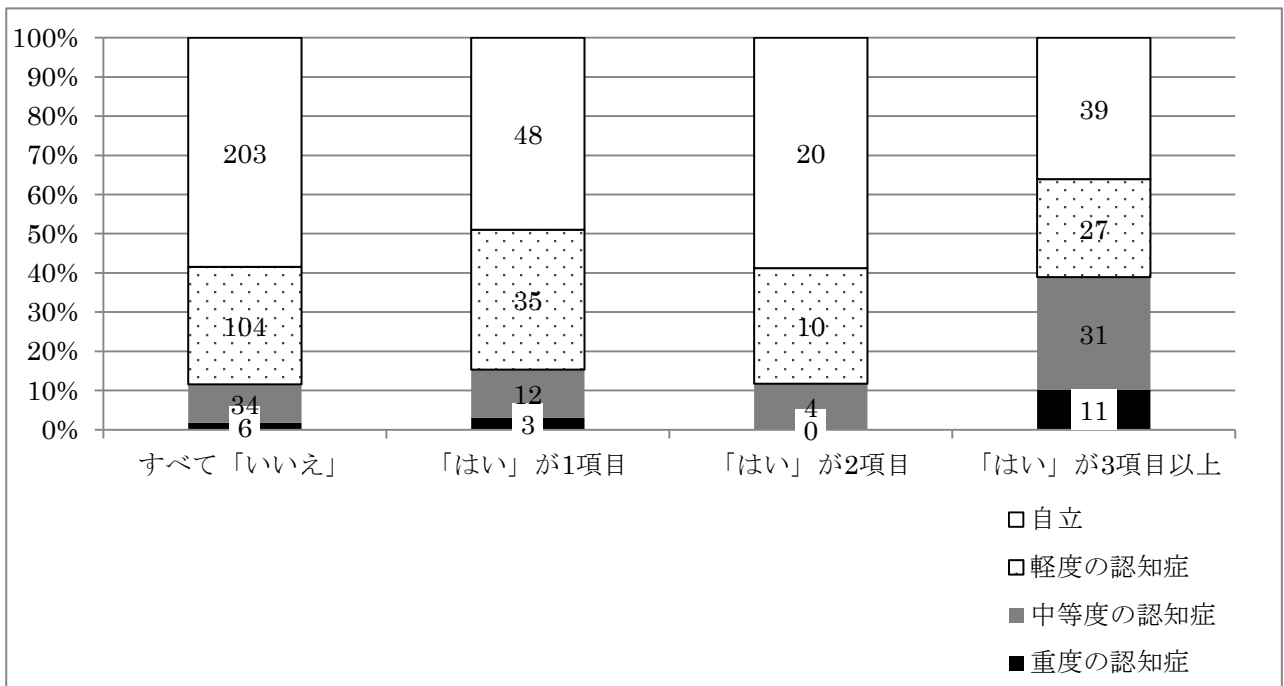
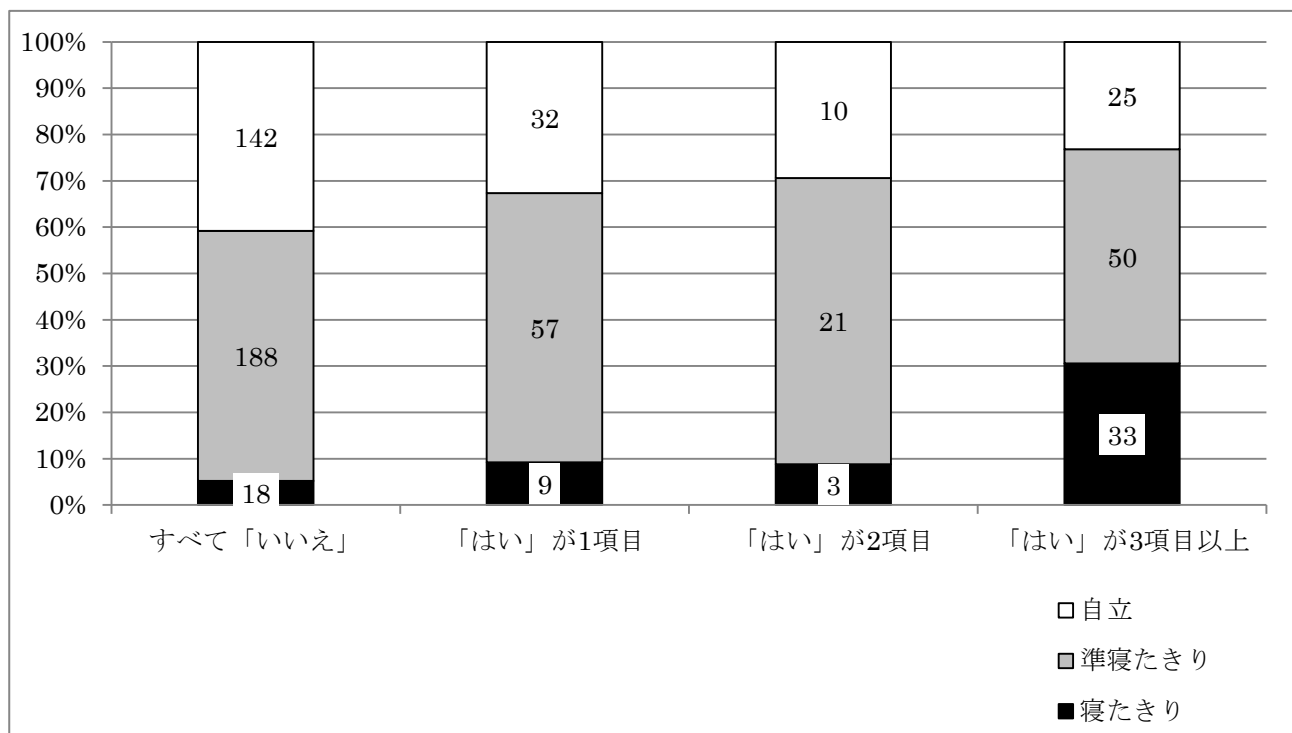


図 12 寝たきり度と食支援アセスメント(介入 6 ヶ月後)のチェック項目について



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

3)食支援アセスメントの有効性について

対象者の 13.9%に BMI18.5 未満の低栄養者が存在し、9.9 %は 6 ヶ月間で 5%以上の体重減少がみられた。

ロジスティック解析の結果、有意な説明変数となったのは障害者老人の日常生活自立度、食形態、アセスメントの項目であった。アセスメントの中でも、「食事中にむせたり、せきこんだりすることがある」「食物をなかなか飲み込まず、飲み込みに時間がかかることがある」「歯のせいで食べにくそうにしている」の 3 項目が、また食形態が主食、副食どちらかでも嚥下調整食になっていることが体重減少のリスク因子となっていた。

表2 体重減少5%以上の有無で2群に分け従属変数としたときの2項ロジスティック回帰分析

	B	標準誤差	Wald	自由度	有意確率	Exp(B)	EXP(B) の 95% 信頼区間	
							下限	上限
年齢	-0.010	0.019	0.277	1	0.598	0.990	0.954	1.028
性別	0.056	0.328	0.029	1	0.864	1.058	0.556	2.011
BMI	-0.068	0.038	3.222	1	0.073	0.934	0.867	1.006
認知性老人 の日常生活 自立度判定 基準	0.132	0.105	1.568	1	0.210	1.141	0.928	1.403
障害老人の 日常生活自 立度判定基 準	-0.234	0.139	2.860	1	0.091	0.791	0.603	1.038
アセスメン ト問1	0.959	0.431	4.947	1	0.026	2.609	1.121	6.076
アセスメン ト問2	0.312	0.516	0.365	1	0.546	1.366	0.497	3.757
アセスメン ト問3	-2.067	0.930	4.942	1	0.026	0.127	0.020	0.783
アセスメン ト問4	-1.181	0.637	3.436	1	0.064	0.307	0.088	1.070
アセスメン ト問5	-0.133	1.173	0.013	1	0.910	0.876	0.088	8.733
アセスメン ト問6	-0.745	0.836	0.795	1	0.373	0.475	0.092	2.443
アセスメン ト問7	0.402	0.449	0.803	1	0.370	1.495	0.620	3.601
アセスメン ト問8	0.264	0.661	0.159	1	0.690	1.302	0.357	4.751
アセスメン ト問9	-1.620	0.811	3.994	1	0.046	0.198	0.040	0.969
アセスメン ト問10	1.330	0.791	2.828	1	0.093	3.783	0.802	17.834
トロミ	1.726	1.245	1.922	1	0.166	5.616	0.490	64.388
嚥下食	-0.919	0.347	7.027	1	0.008	0.399	0.202	0.787

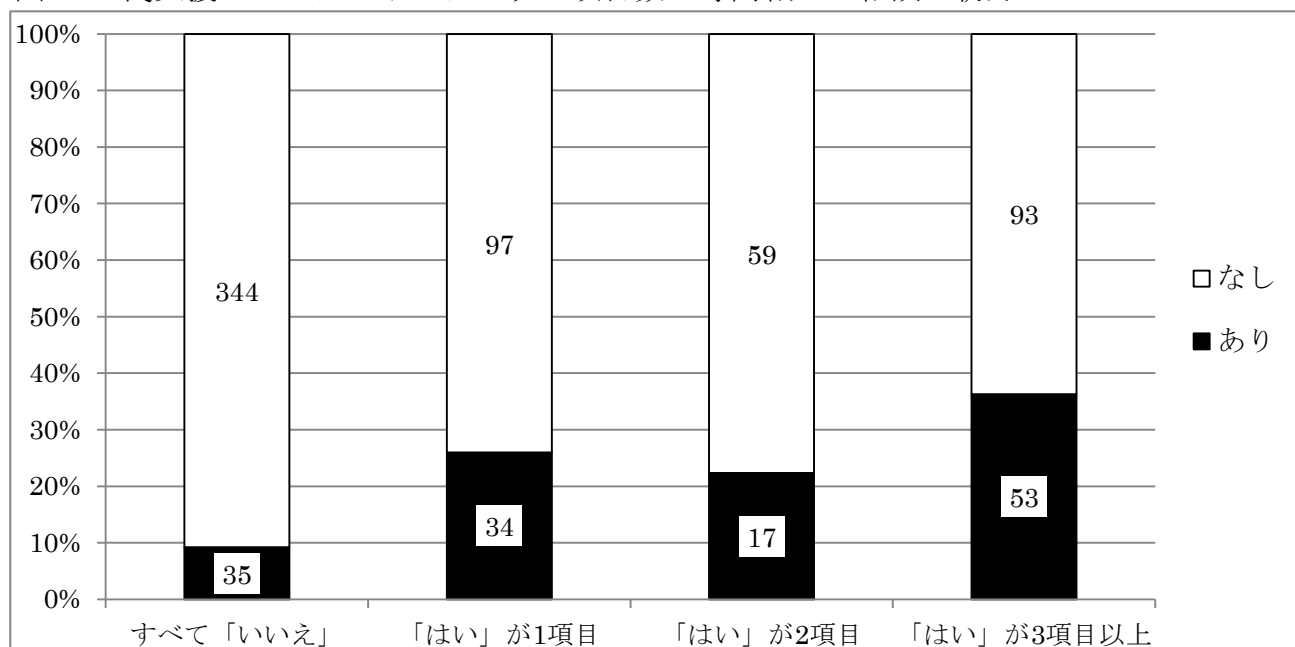
4) 介入効果について

① 専門職への相談について(介入群)

介入期間(3ヶ月間)の対象者は755名(男性219名、女性532名)であった(6ヶ月後の追跡調査まで行えたのは319名)であった。対象者のうち、低栄養を示すボディ・マス・インデックス(BMI)が18.5未満の者は全体の24.0%にあたる164名であった。25以上の者は125名(18.3%)であった。

初月の専門職への口腔・栄養の相談は152件(20.1%)であった。相談項目においては、むせる、義歯、体重の順に単語の出現頻度が多かった。食支援アセスメントでチェック項目がみられた者のうち、専門職への相談があったのは35件(9.2%)であった。また、チェック数が3項目以上ある者は、相談件数が多い傾向にあった。アセスメント上問題があると判断された者について、相談が多く寄せられた。

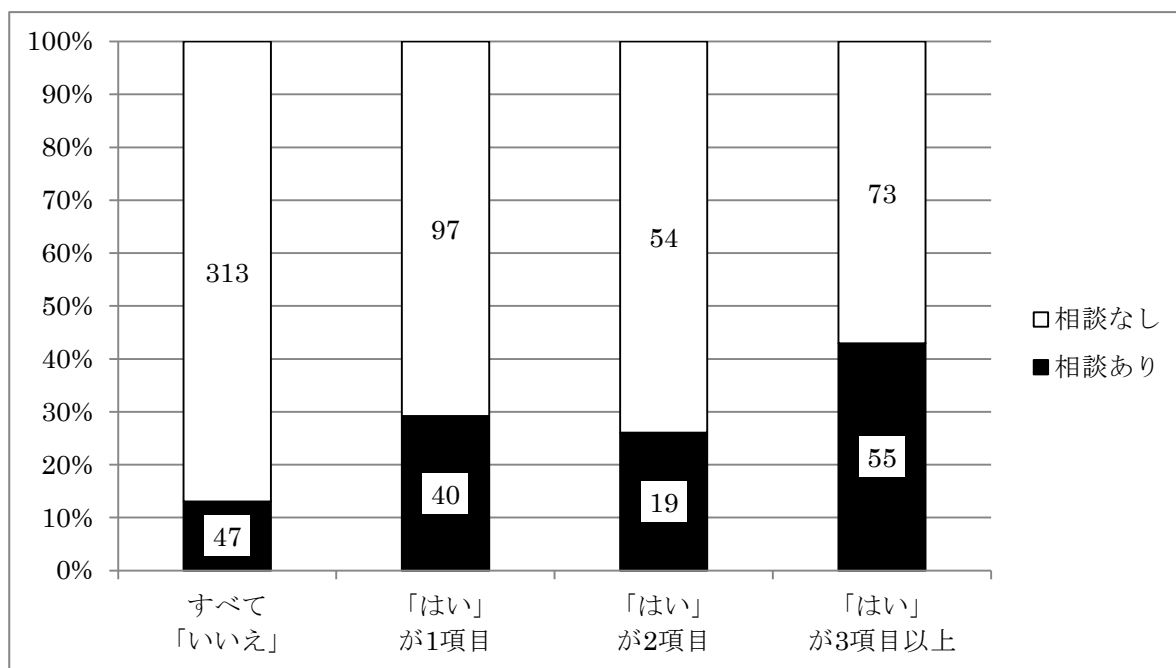
図13 食支援アセスメントのチェック項目数と専門職への相談・初月



介入2か月後の専門職への口腔・栄養の相談は161件(21.3%)であった。相談項目においては、むせる、体重、義歯の順に単語の出現頻度が多かった。

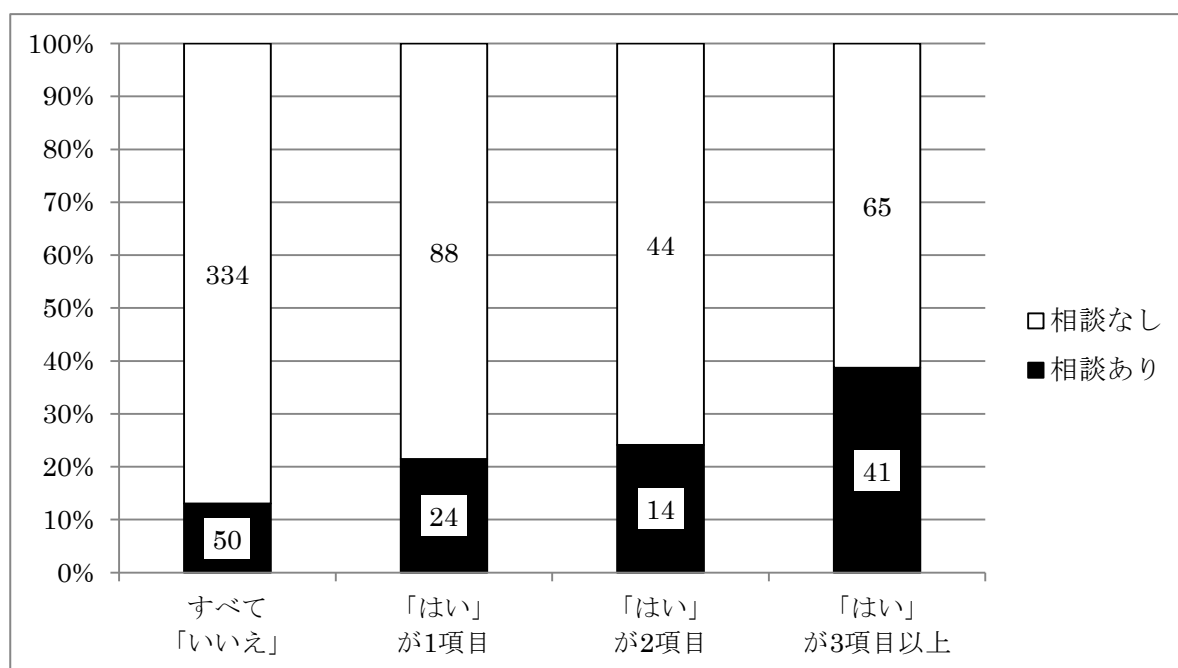
食支援アセスメントでチェック項目がみられた者のうち、専門職への相談があったのは114名(33.7%)であった。この割合は初回月に比較し大きく向上がみられた。また、食支援アセスメントのチェック項目が3項目以上ある者は、2項目以下である者よりも相談件数が多い傾向にあり、低栄養・嚥下障害のリスクのある者が抽出され、専門職への相談と繋がっていることが伺えた。

図 14 食支援アセスメントのチェック項目数と専門職への相談・2ヶ月後



介入3ヶ月後の専門職への口腔・栄養の相談は129件(17.1%)であった。相談内容において、むせる、体重、食事時間の順に単語出現頻度が多かった。食支援アセスメントでチェック項目がみられた者のうち、専門職への相談があったのは79名(28.6%)であった。チェック項目が多くなるに従い相談件数も増加していた。低栄養、嚥下障害のリスクが高い者ほど専門職への相談が行われていることが伺われた。

図 15 食支援アセスメントのチェック項目数と専門職への相談・3ヶ月後



②アセスメント結果について(介入群と対照群の比較)

アセスメント各項目について、介入群と対照群で比較したところ、1.食事中にむせたり、せきこんだりすることがある($p=0.024$)、2.食事に30分以上かかる($p=0.004$)、3.食物をなかなか飲み込まず、のみこみに時間がかかることがある($p=0.007$)、4.次から次へと食べ物を口に運ぶことがある($p=0.001$)、5.食事をしながら、寝てしまうことがある($p=0.120$)、6.なかなか食べ始められない、食事に集中できないことがある($p=0.753$)、7.固いものを避け、軟らかいものばかり食べる($p<0.001$)、8.痰が絡んでいるような声になることがある($p=0.09$)、9.歯のせいで食べにくそうにしている($p<0.001$)、10.うがいができない($p=0.478$)、11.歯ブラシをするのをいやがる($p=0.978$)、12.うがいのあと口からたくさん残渣が出てくる($p=0.624$)、であり1, 2, 3, 4, 7, 9の項目について、いずれも対照群の方が有意に症状を表していた。

図 16 介入群と対照群の比較 アセスメント 1.食事中にむせたり、せきこんだりすることがある

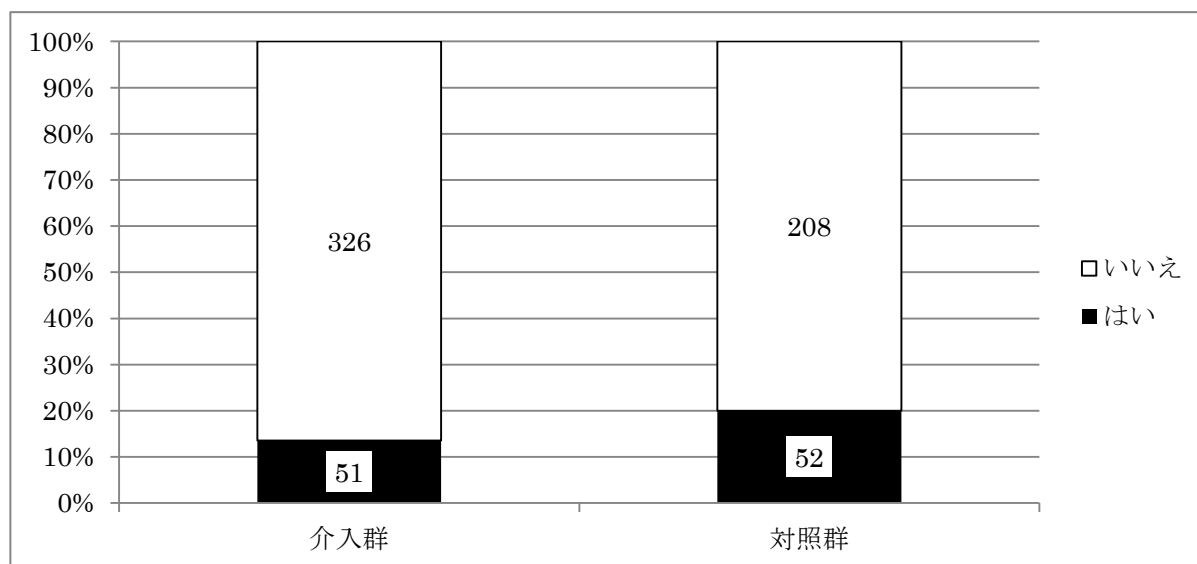


図 17 介入群と対照群の比較 アセスメント 2.食事に30分以上かかる

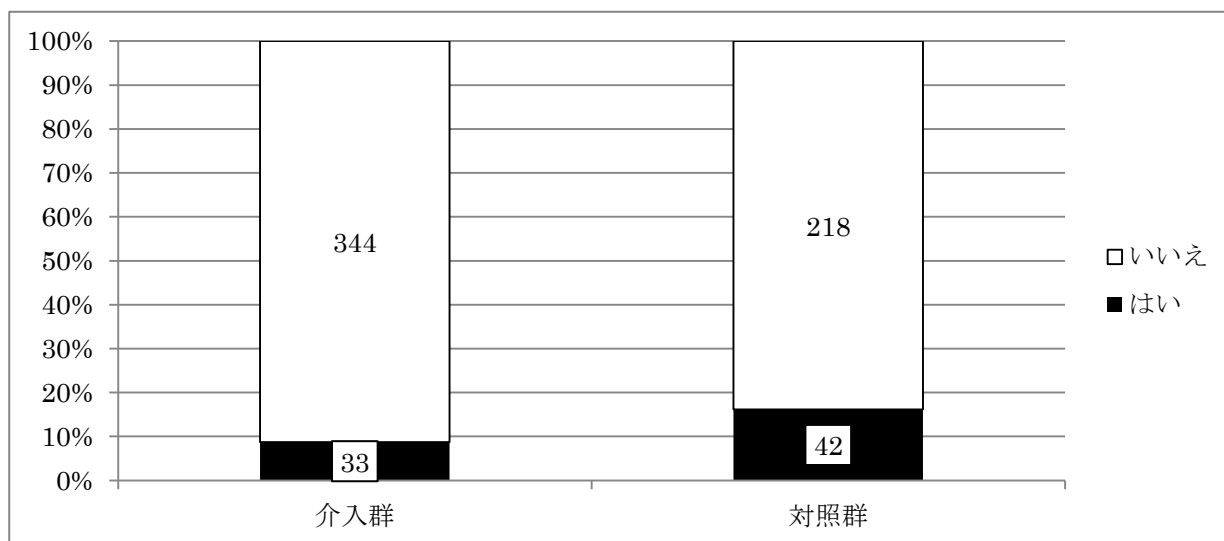


図 18 介入群と対照群の比較 アセスメント 3.食物をなかなか飲み込まず、のみこみに時間がかかることがある

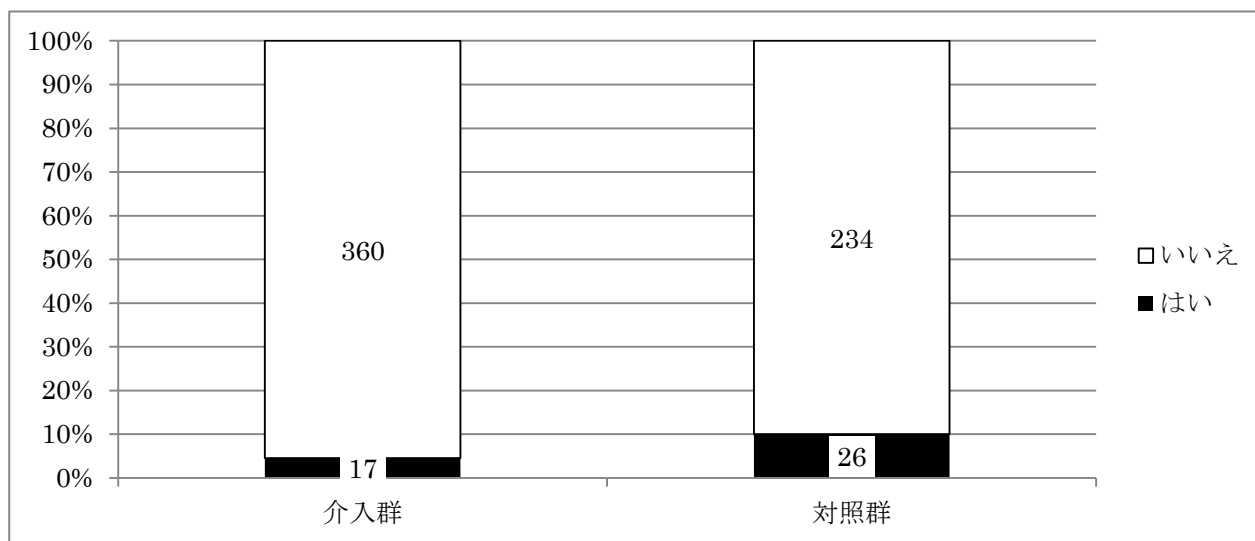


図 19 介入群と対照群の比較 アセスメント 4.次から次へと食べ物を口に運ぶことがある

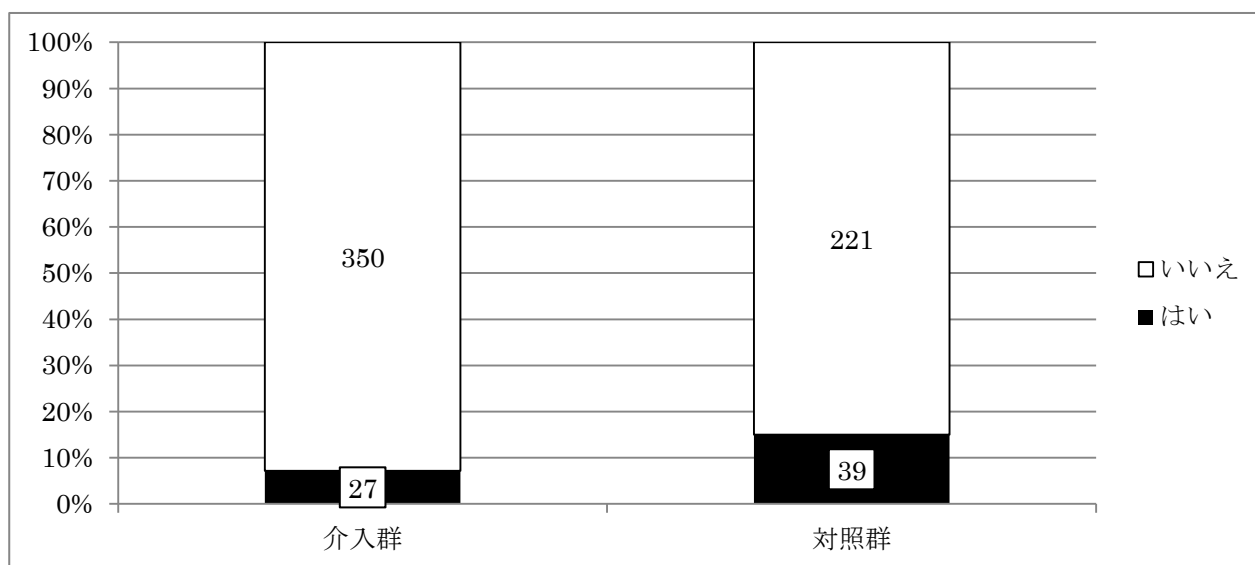


図 20 介入群と対照群の比較 アセスメント 5.食事をしながら、寝てしまうことがある

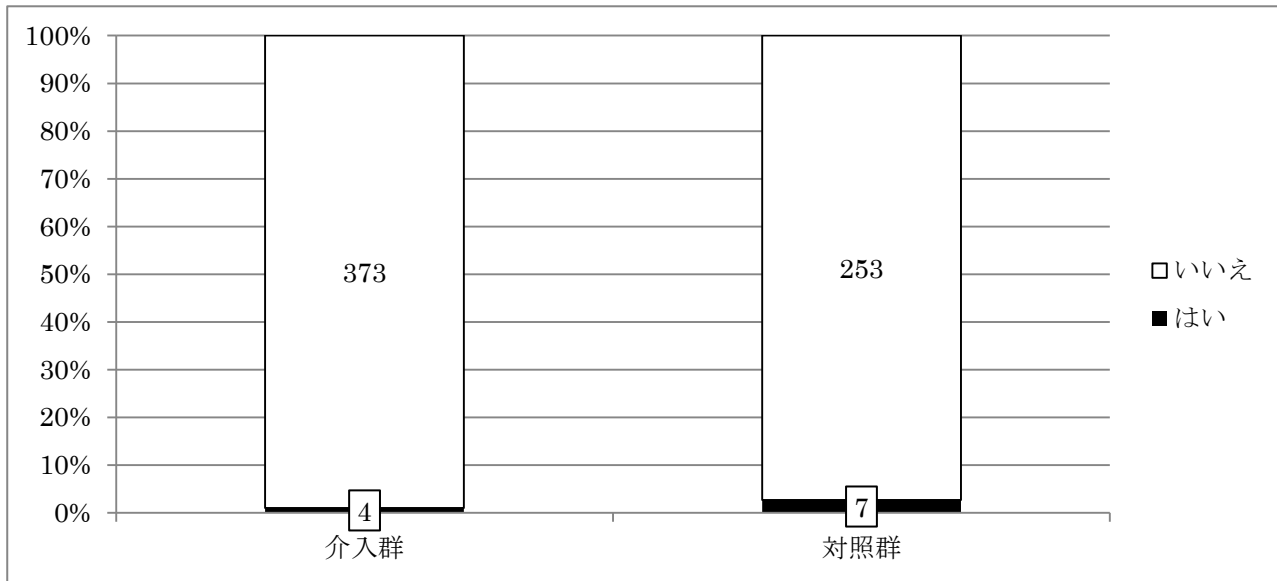


図 21 介入群と対照群の比較 アセスメント 6.なかなか食べ始められない、食事に集中できないことがある

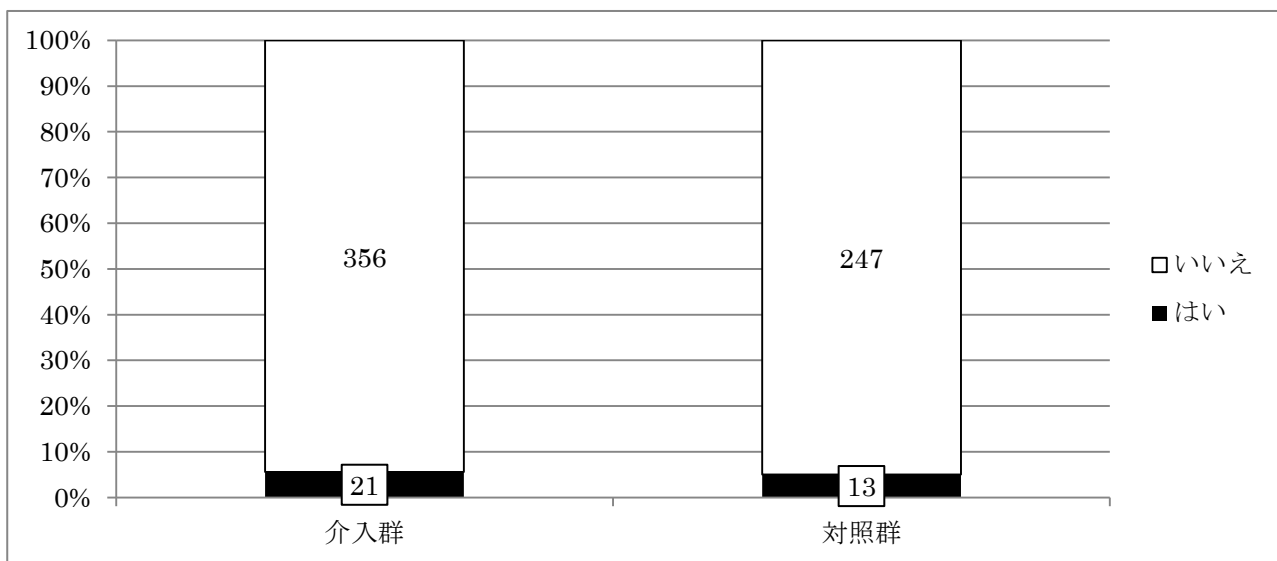


図 22 介入群と対照群の比較 アセスメント 7.固いものを避け、軟らかいものばかり食べる

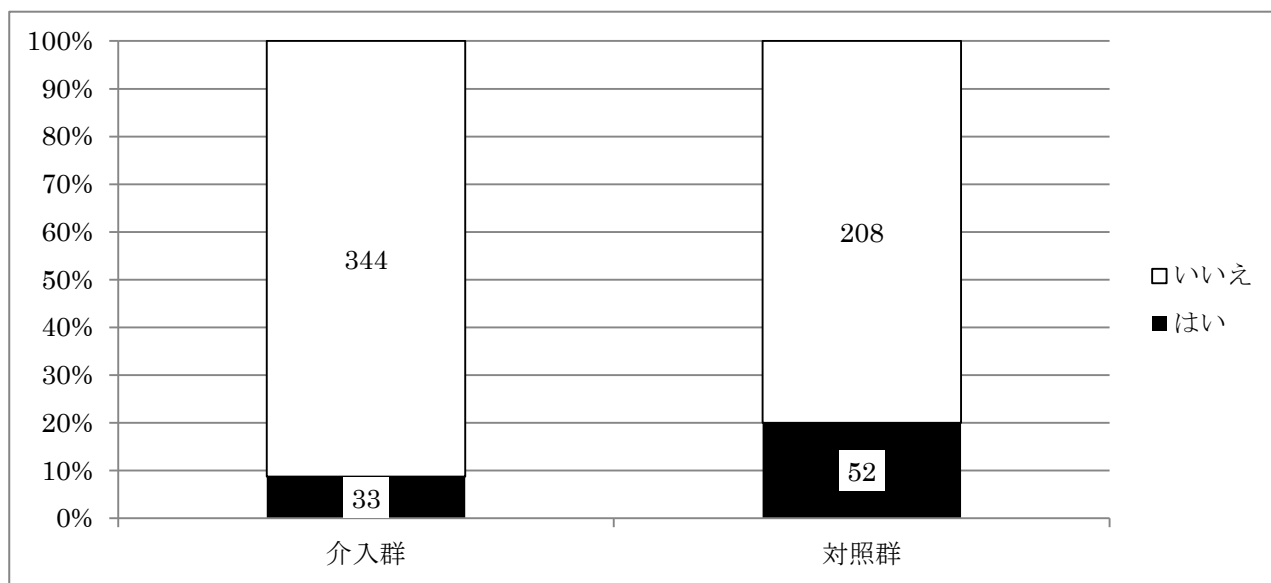


図 23 介入群と対照群の比較 アセスメント 8.痰が絡んでいるような声になることがある

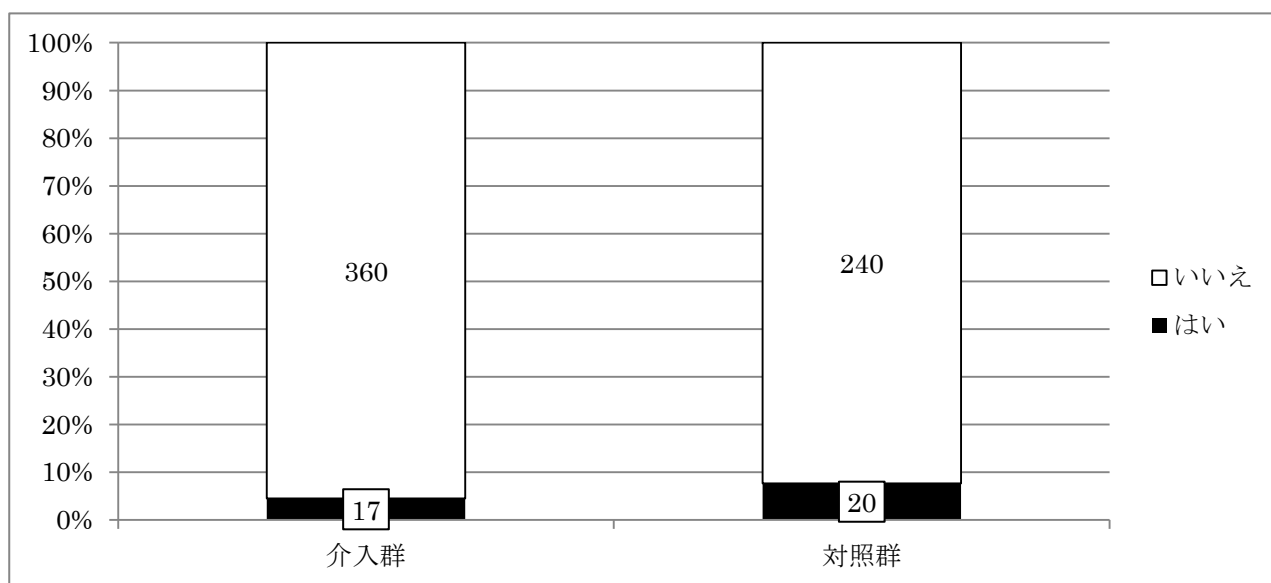


図 24 介入群と対照群の比較 アセスメント 9.菌のせいで食べにくそうにしている

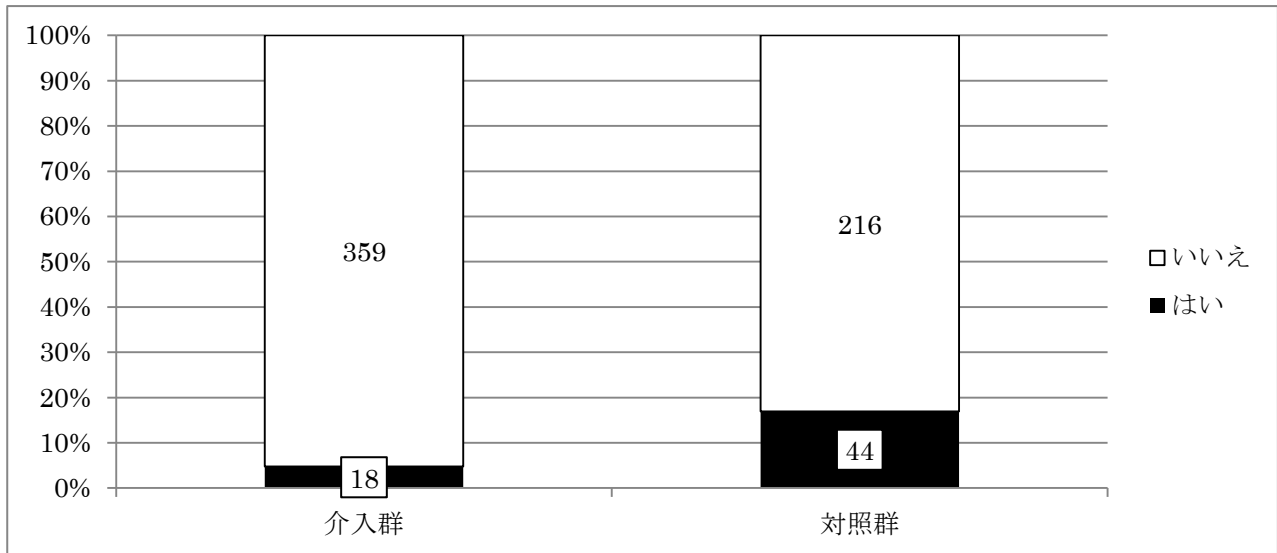


図 25 介入群と対照群の比較 アセスメント 10.うがいができない

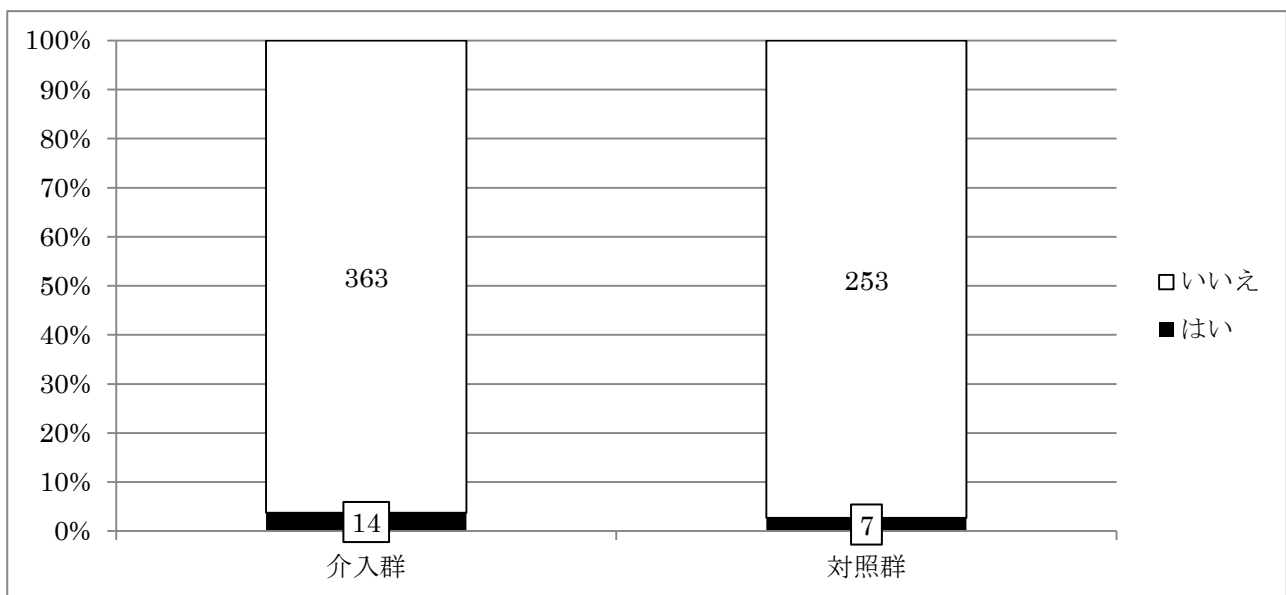


図 26 介入群と対照群の比較 アセスメント 11.歯ブラシをするのをいやがる

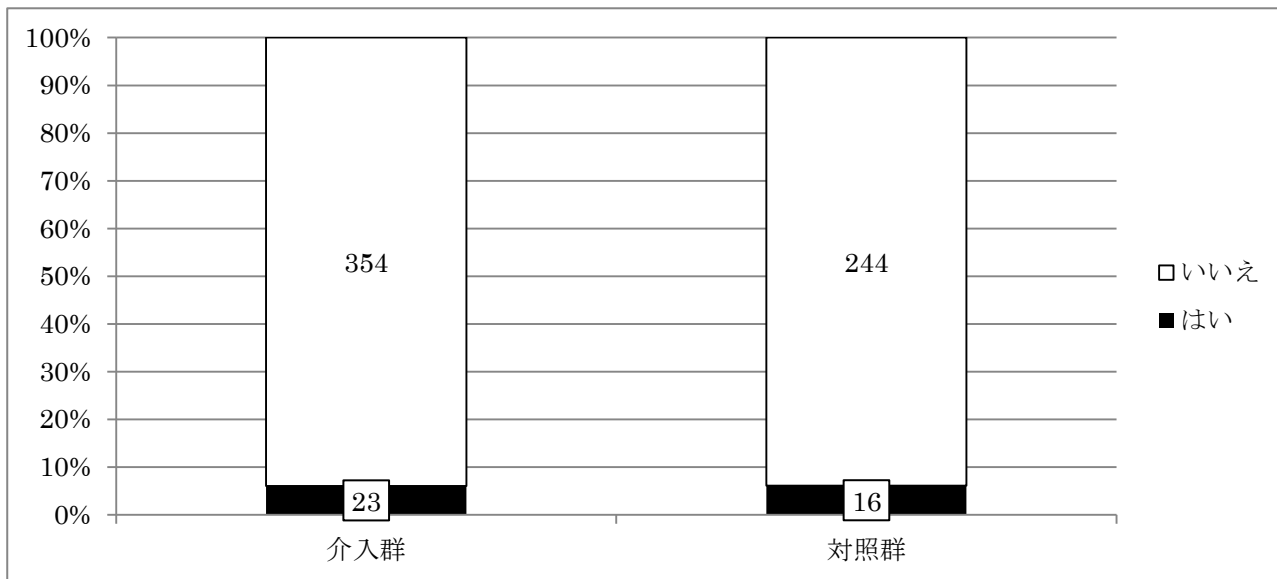
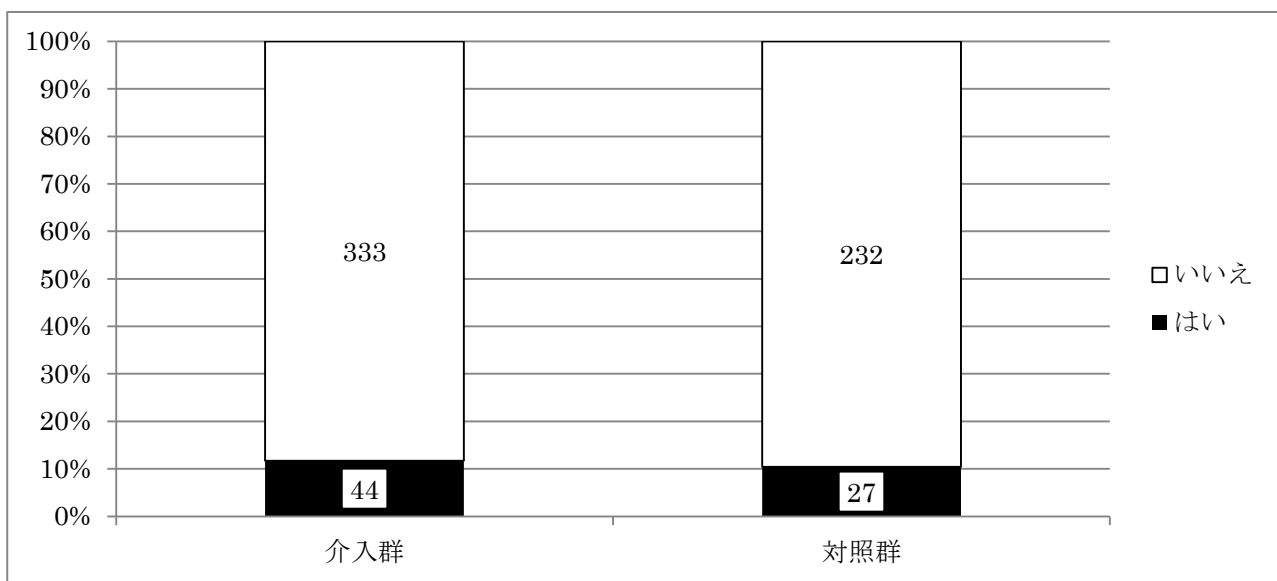


図 27 介入群と対照群の比較 アセスメント 12.うがいのあと口からたくさんの残渣が出てくる



③体重の変化率について(介入群と対照群の比較)

追跡 6 ヶ月間の中に、5%以上の体重減少を示した者は、介入群において 12.2%、対照群において 7.6%であり、両群間に有意な相違は認められなかった。

		体重変化カテ				合計
		5%-10%減少	5%以下の減少	0-5%増加	5%以上増加	
追跡、対照	介入群	39	152	100	28	319
	対照群	21	120	109	27	277
合計		60	272	209	55	596

③食形態の違いによる体重減少率の変化(介入群と対照群の比較)

食形態を、常食以外の食事を摂取している者を食支援ニーズ者とした。食支援ニーズのある者とない者（常食摂取者）間で、6か月間の体重の変化を検討した。その結果、介入群においては、体重変化に差は認められないものの、対照群においては、食支援ニーズ群のほうが有意に体重減少を示していた ($p<0.01$)。同様に、副食においても、水分へのとろみの付与をしている物についても検討したところ同様に有意差を認めた ($p<0.01$)。

図 28 食形態の違いによる体重減少率の変化(介入群)

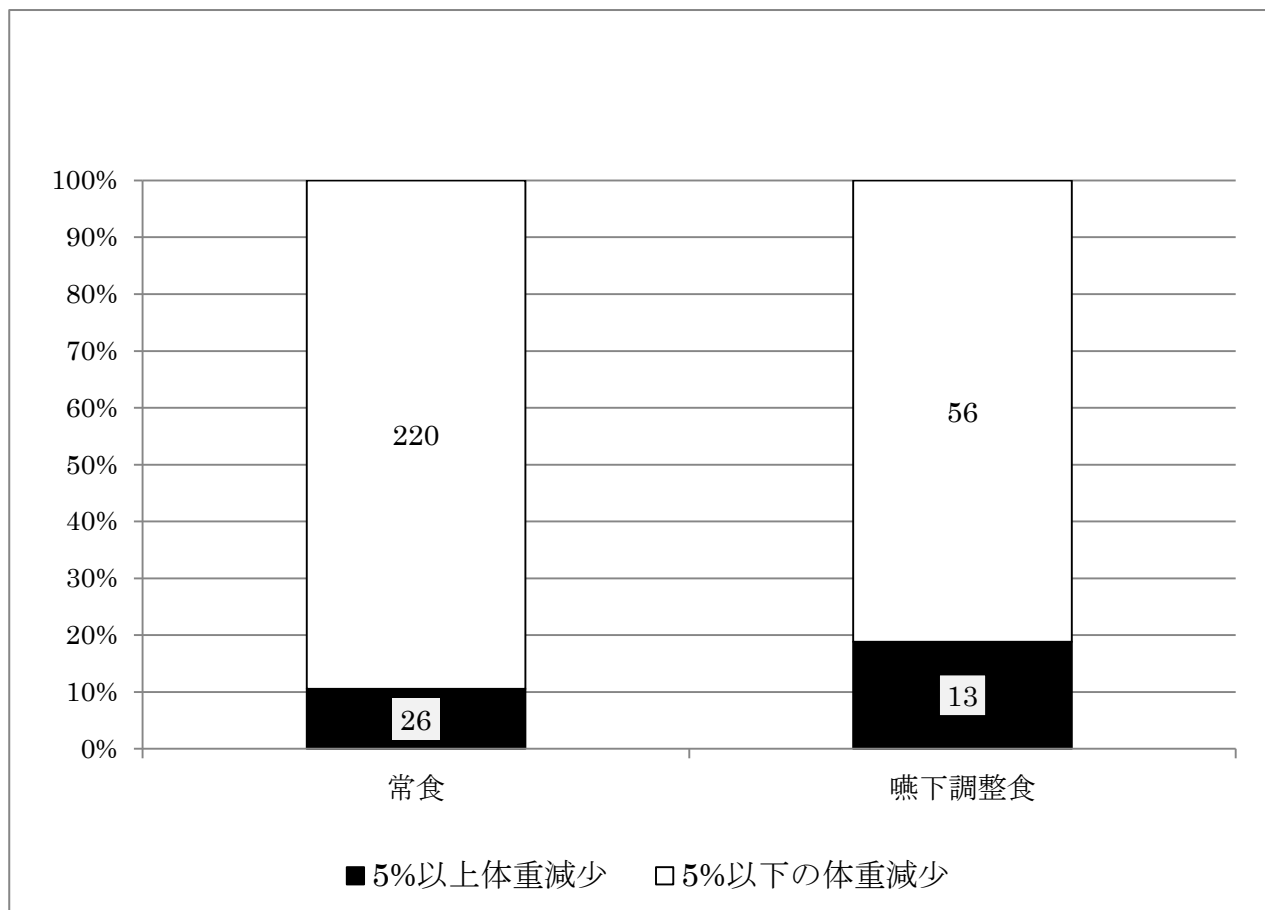
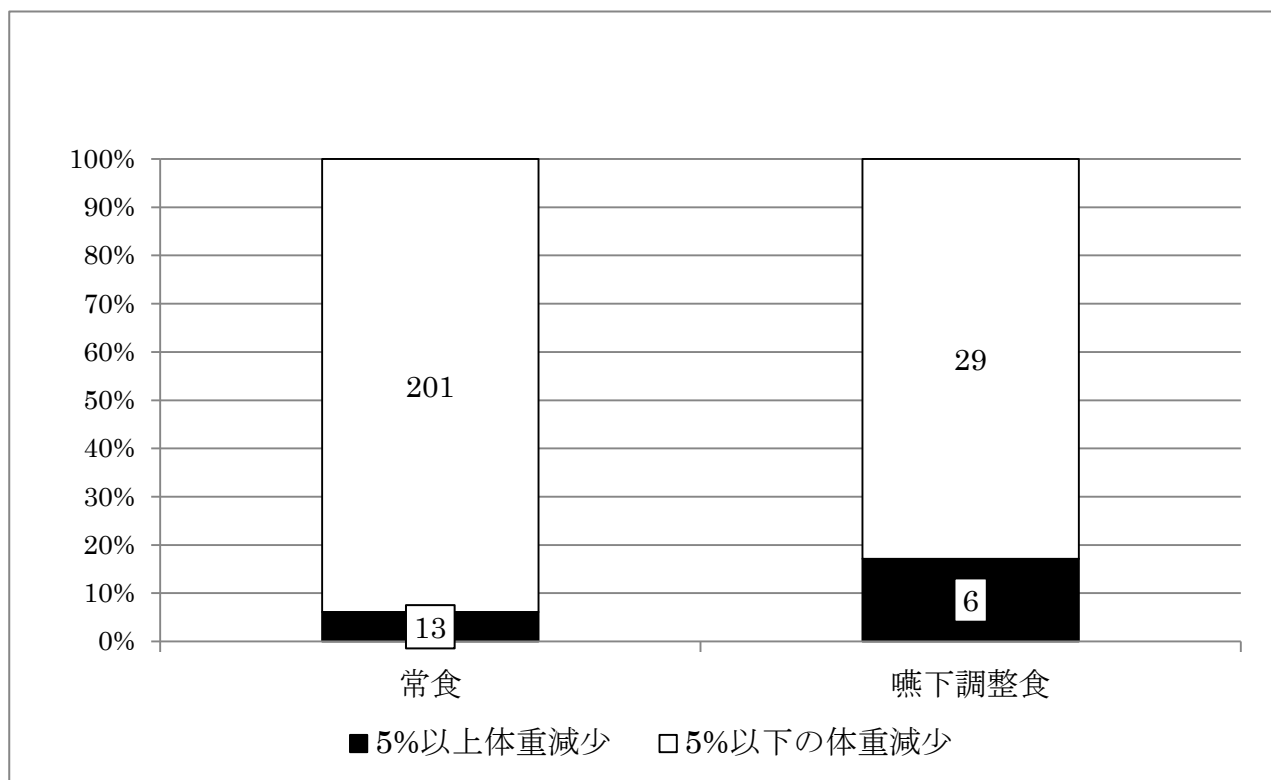


図 29 食形態の違いによる体重減少率の変化(対照群)



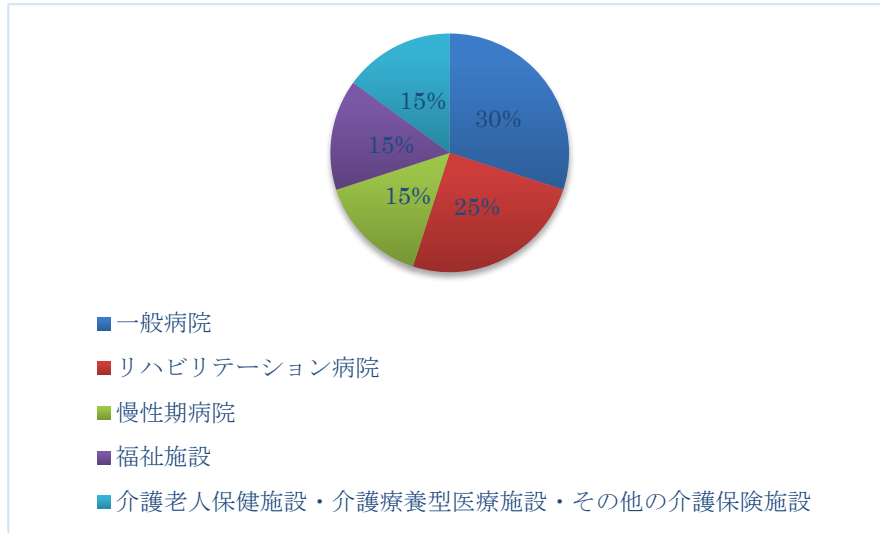
(2) 栄養情報提供書のあり方に関する調査

① 施設名 省略

② 回答施設の機能種別区分

管理栄養士 17 名 介護支援専門員 10 名

図 1. 管理栄養士の所属先

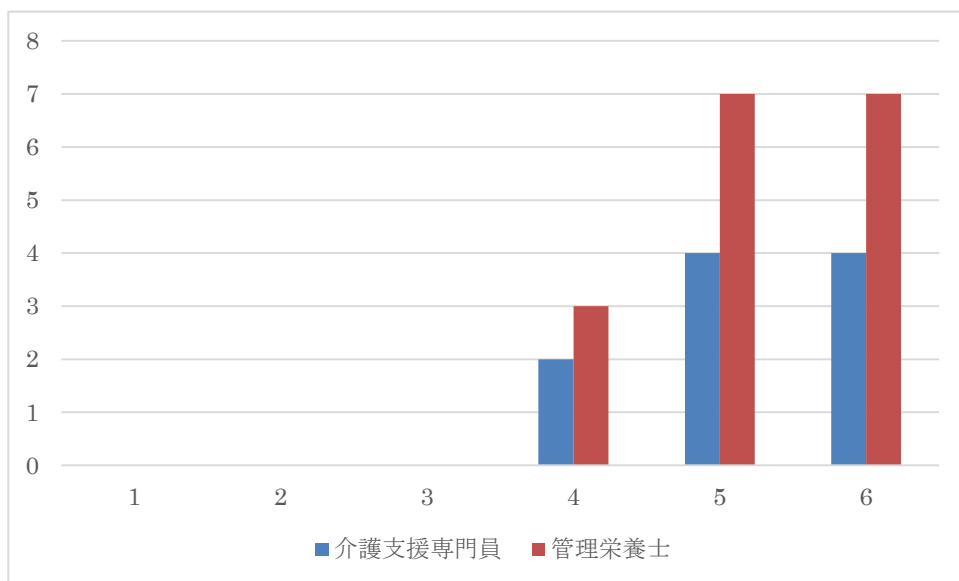


③ 記入者職種

在宅では介護支援専門員 10 名、病院・施設では管理栄養士 17 名（うち 1 名は無回答）であった。

④ 栄養情報提供書の総合的評価

栄養情報提供書の 6 段階評価（VA 通介，6 非常に良い 1 全く良くない）
(N)



⑤ 現在の食形態について

現在の提供食形態については、主食では、在宅では軟飯が最も多く、ミキサー粥ゼリーも多くみられた。病院・施設では全粥が多くを占めた。副食では、在宅は、複数の食形態がみられた。病院・施設では一口大、極刻み、ペースト食が多かった。水分とろみでは、在宅では中間のとろみ、つけていないの順に多く、病院・施設ではつけていない、薄いとろみが多かった。

食形態状況_主食

No.	カテゴリ名	在宅		病院・施設	
		n	%	n	%
1	米飯	0	0.0	1	5.9
2	軟飯	4	40.0	2	11.8
3	全粥	2	20.0	12	70.6
4	全粥ゼリー	0	0.0	0	0.0
5	(七・五・三) 粥	0	0.0	0	0.0
6	ミキサー粥	1	10.0	1	5.9
7	ミキサー粥ゼリー	3	30.0	0	0.0
8	その他	0	0.0	0	0.0
9	主食なし	0	0.0	1	5.9
	無回答	0	0.0	0	0.0
	全体	10	100.0	17	100.0

食形態状況_副食

No.	カテゴリ名	在宅		病院・施設	
		n	%	n	%
1	常菜	0	0.0	1	5.9
2	軟菜	2	20.0	1	5.9
3	一口大	2	20.0	5	29.4
4	きざみ	2	20.0	1	5.9
5	極きざみ	0	0.0	3	17.6
6	ソフト食	2	20.0	1	5.9
7	刻みとろみ	1	10.0	1	5.9
8	極きざみとろみ	1	10.0	0	0.0
9	ペースト食 (不均一)	1	10.0	1	5.9
10	ペースト食	2	20.0	2	11.8
11	その他	0	0.0	1	5.9
	無回答	0	0.0	0	0.0
	全体	10	100.0	17	100.0

食形態状況_水分とろみ

No.	カテゴリー名	在宅		病院・施設	
		n	%	n	%
1	つけていない	3	30.0	6	35.3
2	薄いとろみ	2	20.0	6	35.3
3	中間のとろみ	4	40.0	3	17.6
4	濃いとろみ	0	0.0	2	11.8
	無回答	1	10.0	0	0.0
	全体	10	100.0	17	100.0

⑥ 必要な栄養量に対する摂取量

必要な栄養量に対する摂取量は以下の通りであった。在宅では「全部食べる」と「半分くらい食べる」が多い傾向がみられた。病院・施設では「全部食べる、ほとんど食べる」が多くを占めた。

必要な量に対する現在の食事量_主食

No.	カテゴリー名	在宅		病院・施設	
		n	%	n	%
1	食べない (0%)	0	0.0	0	0.0
2	ほとんど食べない (~39%)	0	0.0	0	0.0
3	半分位食べる (~60%)	4	40.0	3	17.6
4	ほとんど食べる (~99%)	1	10.0	4	23.5
5	全部食べる (100%)	4	40.0	9	52.9
	無回答	1	10.0	1	5.9
	全体	10	100.0	17	100.0

必要な量に対する現在の食事量_副食

No.	カテゴリー名	在宅		病院・施設	
		n	%	n	%
1	食べない (0%)	0	0.0	0	0.0
2	ほとんど食べない (~39%)	0	0.0	0	0.0
3	半分位食べる (~60%)	2	20.0	1	5.9
4	ほとんど食べる (~99%)	3	30.0	8	47.1
5	全部食べる (100%)	4	40.0	8	47.1
	無回答	1	10.0	0	0.0
	全体	10	100.0	17	100.0

⑦ 現在の食事内容が、情報提供された食形態・トロミと違う場合の変更理由について

現在の食事内容が、情報提供された食形態・とろみと違う場合の変更理由は下記の

通りであった。

現在の食事内容が、情報提供された食形態・トロミと違う場合、変更した理由

No.	カテゴリー名	在宅		病院・施設	
		n	%	n	%
1	摂食機能の再評価を行った	1	10.0	9	52.9
2	本人 or ご家族による食形態の希望があったため	2	20.0	1	5.9
3	推奨された食形態がご家庭で用意できなかった or 施設で提供体制がなかった	5	50.0	2	11.8
4	その他	0	0.0	3	17.6
	無回答	5	50.0	3	17.6
	全体	10	100.0	17	100.0

上記の問いに対して1と回答した場合に、再評価を行った職種は下記のとおりであった。

1と回答した場合、再評価を行った職種（複数回答あり）

No.	カテゴリー名	在宅		病院・施設	
		n	%	n	%
1	医師	0	0.0	5	38.5
2	歯科医師	0	0.0	0	0.0
3	看護師	0	0.0	2	15.4
4	言語聴覚士	1	100.0	5	38.5
5	その他	0	0.0	0	0.0
	無回答	0	0.0	1	7.7
	全体	1	100.0	13	100.0

⑧ 栄養情報提供書に関して参考になった項目

栄養情報提供書に関して参考になった項目は下記の通りであった。

○参考になった △情報不足 ×不要

栄養情報提供書に関して参考になった項目

評価	在宅				病院・施設			
	○	△	×	無回答	○	△	×	無回答
身長	8	0	0	2	16	0	0	1
%	80	0	0	20	94.1	0	0	5.9
体重	8	0	0	2	16	0	0	1
%	80	0	0	20	94.1	0	0	5.9
BMI	8	0	0	2	16	0	0	1
%	80	0	0	20	94.1	0	0	5.9
歯の状態	6	0	0	4	14	0	0	3
%	60	0	0	40	82.4	0	0	17.6

褥瘡	6	2	0	2	15	0	0	2
%	60	20	0	20	88.2	0	0	11.8
治療上の食事制限	8	0	1	1	15	0	0	2
%	80	0	10	10	88.2	0	0	11.8
経腸栄養/輸液	4	0	1	5	14	0	0	3
%	40	0	10	50	82.4	0	0	17.6
提供栄養量 (kcal など)	7	0	0	3	15	1	0	1
%	70	0	0	30	88.2	5.9	0	5.9
摂取量	8	0	0	2	16	0	0	1
%	80	0	0	20	94.1	0	0	5.9
推定摂取量	6	1	0	3	14	1	0	2
%	60	10	0	30	82.4	5.9	0	11.8
栄養補助食品の利用	7	1	0	2	16	0	0	1
%	70	10	0	20	94.1	0	0	5.9
アレルギー	7	0	1	2	16	0	0	1
%	70	0	10	20	94.1	0	0	5.9
禁忌食品	6	0	1	3	16	0	0	1
%	60	0	10	30	94.1	0	0	5.9

評価	在宅				病院・施設			
	○	△	×	無回答	○	△	×	無回答
主食 形態	9	0	0	1	16	0	0	1
%	90	0	0	10	94.1	0	0	5.9
主食 量	8	1	0	1	13	2	0	2
%	80	10	0	10	76.5	11.8	0	11.8
主食 とろみ	9	0	0	1	14	1	0	2
%	90	0	0	10	82.4	5.9	0	11.8
副食 形態	9	0	0	1	16	0	0	1
%	90	0	0	10	94.1	0	0	5.9
副食 量	7	2	0	1	15	1	0	1
%	70	20	0	10	88.2	5.9	0	5.9
副食 とろみ	9	0	0	1	16	0	0	1
%	90	0	0	10	94.1	0	0	5.9
汁物・水分 使用食器	8	0	1	1	14	0	1	2
%	80	0	10	10	82.4	0	5.9	11.8
汁物・水分 とろみ	9	0	0	1	16	0	0	1
%	90	0	0	10	94.1	0	0	5.9
汁物・水分 特記事項	5	2	0	3	11	2	1	3
%	50	20	0	30	64.7	11.8	5.9	17.6

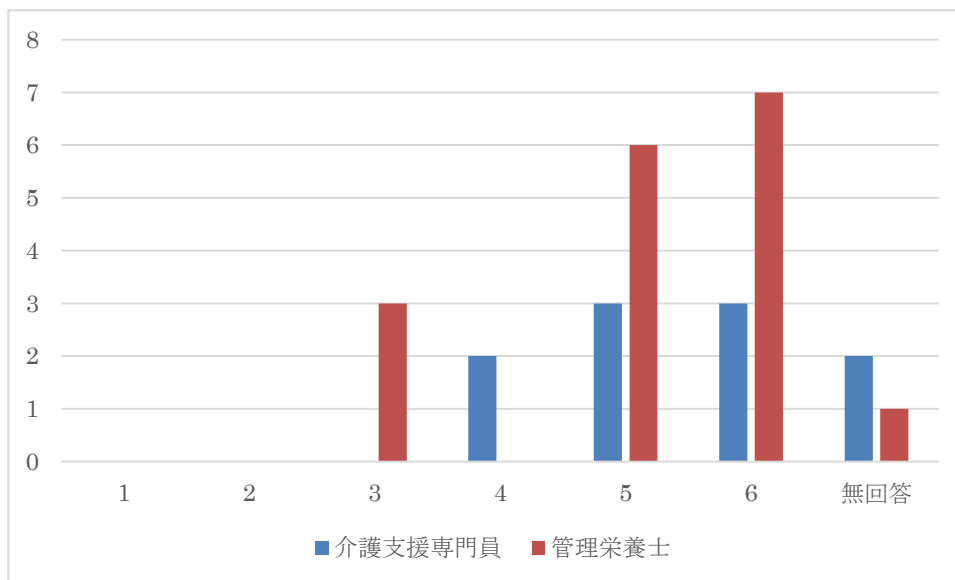
食事に関する問題点	8	1	0	1	15	0	0	2
%	80	10	0	10	88.2	0	0	11.8
食事介助の必要性	6	1	1	2	15	0	0	2
%	60	10	10	20	88.2	0	0	11.8
利き手	6	0	2	2	13	0	1	3
%	60	0	20	20	76.5	0	5.9	17.6
使用食器・器具の種類	6	0	1	3	14	0	1	2
%	60	0	10	30	82.4	0	5.9	11.8

⑨ 栄養情報提供書が栄養管理計画や（栄養）ケアプランや診療・看護方針作成に役立ったか

(VA 通介,6 非常に役立った 1 全く役立たなかった)

栄養情報提供書が栄養管理計画やケアプランや診療・看護方針作成に役立ったかの回答は下記の通りであった。介護支援専門員ではスコア4以上の回答が占めた。管理栄養士はスコア6が最も多かったが、スコア3も少数認めた。

(N)



⑩ 栄養情報提供書を理解、活用できたか（介護支援専門員）

栄養情報提供書を理解、活用できたかの問いには、「ある程度、理解し活用できた」と回答した者が最も多く、「大いに理解し活用できた」と回答した者の割合も40%であった。

栄養情報提供書を理解・活用できたか

	n	%
大いに理解し活用できた	4	40.0
ある程度、理解し活用できた	5	50.0
理解は出来たが活用はしなかった	0	0.0
理解も活用もできなかった	0	0.0

無回答	1	10.0
全体	10	100.0

⑪ 本書式以外の栄養に関する情報を受け取ったことはあるか

本書式以外の栄養に関する情報を受け取ったことはあるかの問いでは、「はい」と回答した者が最も多かった。

この書式以外の栄養に関する情報を受け取ったことはあるか

No.	カテゴリー名	在宅		病院・施設	
		n	%	n	%
1	はい	5	50.0	10	58.8
2	いいえ	4	40.0	6	35.3
3	わからない	1	10.0	0	0.0
	無回答	0	0.0	1	5.9
	全体	10	100.0	17	100.0

⑫ 本書式以外の栄養に関する情報をどのような形で受け取ったか

⑪回答の中で、本書式以外の栄養に関する情報をどのような形で受け取ったかの回答としては、ケアマネでは「栄養情報提供書として」「看護サマリーとして」が同数で多かった。病院・施設では「診療情報提供書として」と回答した者が最も多かった。

本書式以外の栄養に関する情報をどのような形で受け取ったか

No.	カテゴリー名	在宅		病院・施設	
		n	%	n	%
1	栄養情報提供書として	2	40.0	4	40.0
2	診療情報提供者として	0	0.0	5	50.0
3	看護サマリーとして	2	40.0	4	40.0
4	その他	1	20.0	1	10.0
	無回答	0	0.0	0	0.0
	非該当	5		7	
	全体	5	100.0	10	100.0

⑬ 栄養に関する情報提供を、近々1か月でおよそ何件分受け取ったか

栄養に関する情報提供を、近々1か月でおよそ何件分受け取ったかの問いでは、「1～5件/月」が最も多く、次いで「31件/月以上」、「6～10件/月」と続いた。

栄養に関する情報を、近々1か月でおよそ何件分受け取ったか

No.	カテゴリー名	n	%
1	0件/月	0	0.0
2	1～5件/月	4	40.0
3	6～10件/月	2	20.0

4	11～15 件/月	0	0.0
5	16～20 件/月	1	10.0
6	21～25 件/月	0	0.0
7	26～30 件/月	0	0.0
8	31 件/月以上	3	30.0
	無回答	0	0.0
	非該当	7	
	全体	10	100.0

⑭ 栄養に関する情報提供は誰が行っていたか（複数回答あり）

栄養に関する情報提供は誰が行っていたかの問いでは、「医師」「看護師」が最も多かった。次いで「管理栄養士」が続いた。

栄養に関する情報提供は誰が行っていたか

No.	カテゴリー名	n	%
1	管理栄養士	5	25.0
2	医師	6	30.0
3	歯科医師	1	5.0
4	看護師	6	30.0
5	その他	2	10.0
	無回答	0	0.0
	非該当	7	
	全体	20	100.0

⑮ 栄養に関する情報提供は十分だったか

栄養に関する情報提供は十分だったかの問いには、「まあまあ十分であった」と回答した者が多くを占めた。

栄養に関する情報提供は十分だったか

No.	カテゴリー名	n	%
1	非常に十分であった	1	10.0
2	まあまあ十分であった	6	60.0
3	あまり十分ではなかった	3	30.0
4	全く十分ではなかった	0	0.0
	無回答	0	0.0
	非該当	7	
	全体	10	100.0

⑯ 栄養情報提供書を理解・活用できたか（管理栄養士）

栄養情報提供書を理解・活用できたかの問いには、「ある程度、理解し活用できた」と回答した者が多くを占めた。

栄養情報提供書を理解・活用できたか

No.	カテゴリ名	n	%
1	大いに理解し活用できた	0	0.0
2	ある程度、理解し活用できた	9	90.0
3	理解は出来たが活用はしなかった	1	10.0
4	理解も活用もできなかった	0	0.0
	無回答	0	0.0
	非該当	7	
	全体	10	100.0

⑰ 栄養情報提供書を作成したことはあるか

栄養情報提供書を作成したことはあるかとの問いには、「いいえ」と回答した者が過半数であった。

栄養情報提供書を作成したことはあるか

No.	カテゴリ名	n	%
1	はい	6	35.3
2	いいえ	10	58.8
3	わからない	0	0.0
	無回答	1	5.9
	全体	17	100.0

⑱ 先月 1 か月のおよそ栄養情報提供書の作成件数について

先月 1 か月のおよそ栄養情報提供書の作成件数としては、「1～5 件/月」と回答した者が多くを占めた。

先月 1 か月のおよそ栄養情報提供書の作成件数について

No.	カテゴリ名	n	%
1	0 件/月	1	16.7
2	1～5 件/月	5	83.3
3	6～10 件/月	0	0.0
4	11～15 件/月	0	0.0
5	16～20 件/月	0	0.0
6	21～25 件/月	0	0.0
7	26～30 件/月	0	0.0
8	31 件/月以上	0	0.0
	無回答	0	0.0
	非該当	11	
	全体	6	100.0

⑱ 栄養情報提供先からの返信について

栄養情報提供先からの返信についての問いには、「なかった」と回答した者が 100%であった。

栄養情報提供先からの返信について

No.	カテゴリー名	n	%
1	あった	0	0.0
2	なかった	6	100.0
3	わからない	0	0.0
	無回答	0	0.0
	非該当	11	
	全体	6	100.0

⑳ 栄養情報提供書を作成したことがない理由

⑱の結果の中で、今まで作成したことがない理由としては、「他の職種が作成している」との回答が半数であった。

「いいえ」「わからない」場合、今まで作成していない主な理由

No.	カテゴリー名	n	%
1	情報提供を必要とする対象者がいない	1	10.0
2	他の職種が作成している	5	50.0
3	作成時間がない	1	10.0
4	記載方法がわからない	0	0.0
5	その他	2	20.0
	無回答	1	10.0
	非該当	7	
	全体	10	100.0

㉑ 栄養情報提供書の作成を活性化するための優先解決事項について

栄養情報提供書の作成を活性化するための優先的解決事項としては、「作成時間の確保」が最も多かった。

栄養情報提供書の作成を活性化するための優先解決事項

No.	カテゴリー名	n	%
1	作成時間の確保	7	41.2
2	情報収集方法	2	11.8
3	人員確保	1	5.9
4	診療報酬上の評価	2	11.8
5	その他	2	11.8
	無回答	3	17.6
	全体	17	100.0

②②栄養管理計画書（栄養プラン）の作成時間について

栄養管理計画書（栄養プラン）の作成時間については、「11～20分」との回答が最も多かった。

新規入院患者または入所者1名にかかる栄養管理計画書（栄養プラン）の作成時間

No.	カテゴリー名	n	%
1	5分以内	4	23.5
2	6～10分	5	29.4
3	11～20分	6	35.3
4	21～29分	0	0.0
5	30分以上	1	5.9
	無回答	1	5.9
	全体	17	100.0

②③地域で統一した栄養情報提供書があったら活用したいですか

(VA 通介, 6是非活用したい 1活用するつもりはない)

地域で統一した栄養情報提供書があったら活用したいかの問いには、両群ともにスコア6（是非活用したい）と回答した者が最も多く、全体的にスコアが高い傾向がみられた。

地域で統一した栄養情報提供書があったら活用したいか

No.	カテゴリー名	在宅		病院・施設	
		n	%	n	%
1	1	0	0.0	0	0.0
2	2	0	0.0	1	5.9
3	3	0	0.0	1	5.9
4	4	1	20.0	1	5.9
5	5	1	20.0	5	29.4
6	6	3	60.0	8	47.1
	無回答	0	0.0	1	5.9
	非該当	5		0	
	全体	5	100.0	17	100.0

②④地域共通の栄養情報提供書を活用したい、またはするつもりはない理由

地域共通の栄養情報提供書を活用したい、またはするつもりはない理由としては、「診療情報提供書や看護サマリーだけでは、栄養に関して十分な情報を得られないから」と回答した者が両群ともに多かった。

地域共通の栄養情報提供書を活用したい（するつもりはない）理由

No.	カテゴリー名	在宅		病院・施設	
		n	%	n	%

1	患者（利用者）の栄養状態が理解しやすいから	0	0.0	3	17.6
2	情報の聞き取りをする時間は削減できるから	0	0.0	2	11.8
3	このような情報を地域で共有する必要があるから	0	0.0	0	0.0
4	診療情報提供書や看護サマリーだけでは、栄養に関して十分な情報を得られないから	2	40.0	8	47.1
5	共通であれば、栄養状態の経過を把握しやすいから	1	20.0	2	11.8
6	患者（利用者）の必要な情報ではないから	0	0.0	0	0.0
7	色々な書式で情報がくると戸惑うから	0	0.0	0	0.0
8	読み取るのに（記載するのに）時間を要して面倒だから	0	0.0	0	0.0
9	活用する目的が分からないから	0	0.0	0	0.0
10	その他	0	0.0	1	5.9
	無回答	2	40.0	1	5.9
	全体	5	100.0	17	100.0

②⑤本栄養情報提供書は診療・看護・介護（ケア）・栄養などの計画立案に役立ったか？

（VA 通介，6 非常に役立った 1 全く役に立たなかった）

本栄養情報提供書は診療・看護・介護（ケア）・栄養などの計画立案に役だったかとの問いには、両群ともにスコア5の回答が最も多かった。

本栄養情報提供書は診療・看護・介護（ケア）・栄養などの計画立案に役立ったか

No.	カテゴリー名	在宅		病院・施設	
		n	%	n	%
1	1	0	0.0	0	0.0
2	2	0	0.0	1	5.9
3	3	0	0.0	2	11.8
4	4	1	20.0	0	0.0
5	5	3	60.0	7	41.2
6	6	1	20.0	6	35.3
	無回答	0	0.0	1	5.9
	全体	5	100.0	17	100.0

②⑥本栄養情報提供書を参考にして診療・看護・介護（ケア）・栄養などの計画立案時間はどのように変化したか

本栄養情報提供書を参考にして診療・看護・介護（ケア）・栄養などの計画立案時間はどのように変化したかの問いには、介護支援専門員の回答では、「短くなった」「変わらない」が同数であった。管理栄養士の回答では変わらないが過半数であり、「短くなった」と回答した者は約4割であった。

本栄養情報提供書を参考にして診療・看護・介護（ケア）・栄養などの計

画立案時間はどのように変化したか

No.	カテゴリー名	在宅		病院・施設	
		n	%	n	%
1	短くなった	5	50.0	6	35.3
2	変わらない	5	50.0	10	58.8
3	長くなった	0	0.0	0	0.0
	無回答	0	0.0	1	5.9
	全体	10	100.0	17	100.0

②7問 26にて「①短くなった、③長くなった」と回答した場合、どのくらいの時間短く（長く）なったか

問 26 にて「①短くなった、③長くなった」と回答した場合、どのくらいの時間短く（長く）なったかの問いには、管理栄養士の回答において「5分程度」が半数であった。

問 26 にて「短くなった」「長くなった」場合、どのくらいの時間短く（長く）なったか

No.	カテゴリー名	在宅		病院・施設	
		n	%	n	%
1	1分程度	0	0.0	1	16.7
2	3分程度	0	0.0	1	16.7
3	5分程度	0	0.0	3	50.0
4	10分程度	0	0.0	1	16.7
5	15分程度	0	0.0	0	0.0
6	15分以上	0	0.0	0	0.0
	無回答	10	100.0	0	0.0
	非該当	0		11	
	全体	6	100.0	6	100.0

第4章 調査のまとめと考察

(1) 通所施設における食支援介入調査

今回作成した低栄養リスク、口腔機能低下リスクを判定するアセスメント票を利用することで、介護職員はそれぞれリスクの判定が可能であったと考える。これは、通所施設にて実際の食事介助や口腔ケア介助などを通じて、食事場面の観察や口腔ケアの様子を観察可能である環境によるものと考えられる。低栄養リスクや口腔機能低下リスクを判定する際には、ミールラウンドなどを通じ食事場面の観察が有効であると言われている。在宅で療養する高齢者に対するリスク判断の場として、通所施設が有効であることが示された。

また、通所施設利用者の10.0%に半年の間に5%以上体重を減少させるものが存在した。食形態を常食以外の対応をしている利用者を食支援ニーズ者とした場合、介入群において体重減少との関連を示さなかったが、対照群においては、食支援ニーズ者のほうが体重減少を示す者が有意に存在した。よって、施設内で食支援アセスメントを実施し、施設内で共有すること、月に1度の食支援に関する相談日を設け、管理栄養士、歯科衛生士に専門的アドバイスを得ることは、食支援ニーズ者の低栄養リスクへの移行を予防する可能性が示された。

(2) 栄養情報提供書のあり方に関する調査

本調査の結果から、地域における栄養情報提供の実態が明らかになった。今回、地域の病院や施設に在籍する管理栄養士のワーキンググループを立ち上げ、栄養情報提供書のフォーマットを作成した。この栄養情報提供書の総合的評価としては、回答したケアマネージャー、管理栄養士ともに高いスコアをつけている傾向であった。項目については、今後、結果を参考に修正をしていく必要性が考えられた。食事の提供実態について、病院で提供されていた食形態が退院や転院後に変更になる場合の原因として、在宅では「推奨された食形態がご家庭で用意できなかった、または施設で提供体制がなかった」や「本人または家族による食形態の希望があった」と回答した割合が高かった。一方、病院・施設では転院や入居後に、医師や言語聴覚士により「摂食機能の再評価をおこなった」との回答が約50%みられた。これらの結果は喫食率にも影響を与えていると考えられ、病院・施設では「全部食べる(100%)」「ほとんど食べる(～99%)」との回答が約75%であるのに対して、退院後では50%程度になっており、機能に見合わない食形態での提供が喫食率低下の原因になっている可能性が推察された。

栄養情報提供書の有用性については、介護支援専門員では、ケアプラン作成時において有効活用されたことが伺えた結果であり、有用性は高く評価されている傾向がみられた。管理栄養士では、有用性が認識された割合が高かった一方で、有用性を低めに評価した回答も少数みられた。栄養情報提供書の作成は、時間的な制約から、日常業務の中で負担になっていることが伺えた。地域で統一されたフォーマットの活用については、重要性は認識されつつあるものの、日常業務に取り入れることについては、困難さが伺える結果であった。そのため、今回の取り組みの効果として、作業効率の向上が期待されたが、部分的には効果が認められたものの、作業時間の短縮には繋がらなかったとの回答が多かったと推察された。今後の課題として、地域で統一された栄養情報提供書のフォーマットの活用により、患者や利用者に対して、安全かつ適切な食事法が継続されることの重要性が理解される必要があり、啓発を行うことが求められる。また、栄養情報提供書の内容については、必要十分な項目が網羅されたうえで、いかに無駄をそぎ落とすかが重要であり、栄養計画やケアプランの作成などの業務の効率化につながることを目標に検討を重ねていく必要があると考えられた。

參考資料 調查票
