

平成 23 年度「生活機能衰退のプロセス解明と
口腔・嚥下およびコミュニケーション障害への
適切な介入方法構築のための調査研究事業」報告書

平成 24 年 3 月

公益社団法人 全国老人保健施設協会

はじめに

昭和 62 年にモデル 7 施設からスタートした老人保健施設も 24 年を経過した現在、全国で 3,700 を超えるまでに整備されてきた。老人保健施設では、制度発足当初から、介護を必要とする高齢者の自立を支援し、家庭への復帰を目指すために、医師による医学的管理の下、看護・介護といったケアはもとより、作業療法士や理学療法士等によるリハビリテーション、また、栄養管理・食事・入浴などの日常サービスまで併せて提供する施設として、地域を支える役割を果たしてきた。

その間、平成 12 年 4 月には、介護保険制度がスタートして、要介護状態となっても尊厳を維持しながら、高齢者一人ひとりが住み慣れた地域において、その有する能力を最大限活用しながら、自立した日常生活を営むことができるような体制づくりが進められた。また、近年では、全国各地域において、それぞれの地域特性を踏まえた形で地域包括ケアシステムの構築が進んでおり、より一層、地域の高齢者が抱える多様なニーズに的確に対応していけるような取り組みが展開されている。

こうした動きが目指すものは、当初から老人保健施設が運営の理念として掲げてきたこと、老人保健施設の活動の方向性と全く同じではないだろうか。そうであるならば、医療・リハビリテーション・看護・介護・在宅生活支援等といった多様な役割・機能を果たしている老人保健施設が、地域における関係各機関と協力・連携しながら、地域包括ケアシステムの中核・地域の高齢者ケアの牽引役となっていくことがますます求められていると言えよう。

上記のように、老人保健施設が地域社会で求められる役割・機能を適切に果たしていくためには、地域社会が抱えている多様なニーズに対応した調査研究を行い、現実的かつ具体的な提言を絶えず行っていく努力が必要不可欠である。

全老健では平成 23 年度老人保健推進費等国庫補助事業において次の 6 つの研究事業に取り組んだ。ここに、各研究事業の報告書（6 冊分）をとりまとめたので報告する。

- 1 軽度の認知症予防のためのリハビリテーションの提供方法に関する調査研究事業
- 2 介護老人保健施設における入所・短期入所リハビリテーションがもたらす在宅復帰・在宅生活支援に関する調査研究事業
- 3 介護老人保健施設が持つ多機能の一環としての看取りのあり方に関する調査研究事業
- 4 介護人材養成（実務者研修）のための研修の読替えと実務者研修および認定介護福祉士（仮称）に至る過程の認証・顕彰に関する試行的事業
- 5 介護老人保健施設における適切なケアマネジメント方式（R 4 システム）の導入の効果と専門職（看護・リハビリテーション）アセスメントに関する調査研究事業
- 6 生活機能衰退のプロセス解明と口腔・嚥下およびコミュニケーション障害への適切な介入方法構築のための調査研究事業

これらの研究成果が、老人保健施設の関係者のみならず、高齢者の生活を支える全ての方々の取り組みの参考となり、高齢者の尊厳の保持と質の高いサービスの提供につながることを願うものである。

平成 24 年 3 月

公益社団法人全国老人保健施設協会 会長 山田 和彦

目 次

第1章 調査研究の全体像	1
目的	2
調査研究の全体フロー	3
研究班名簿	4
アンケート調査の概要	5
ヒアリング調査の概要	6
第2章 施設における口腔ケア・嚥下リハの状況等	7
第3章 入所者のコホート分析の結果	14
第4章 口腔ケアのハイリスク要因に関する ロジスティック回帰分析（追跡調査）	56
第5章 口腔ケア・嚥下リハ実施の方向性 （ヒアリングまとめ）	79
調査結果のまとめ	91
研究班としての提言	97
付属資料 ヒアリング結果	




第1章 調査研究の全体像



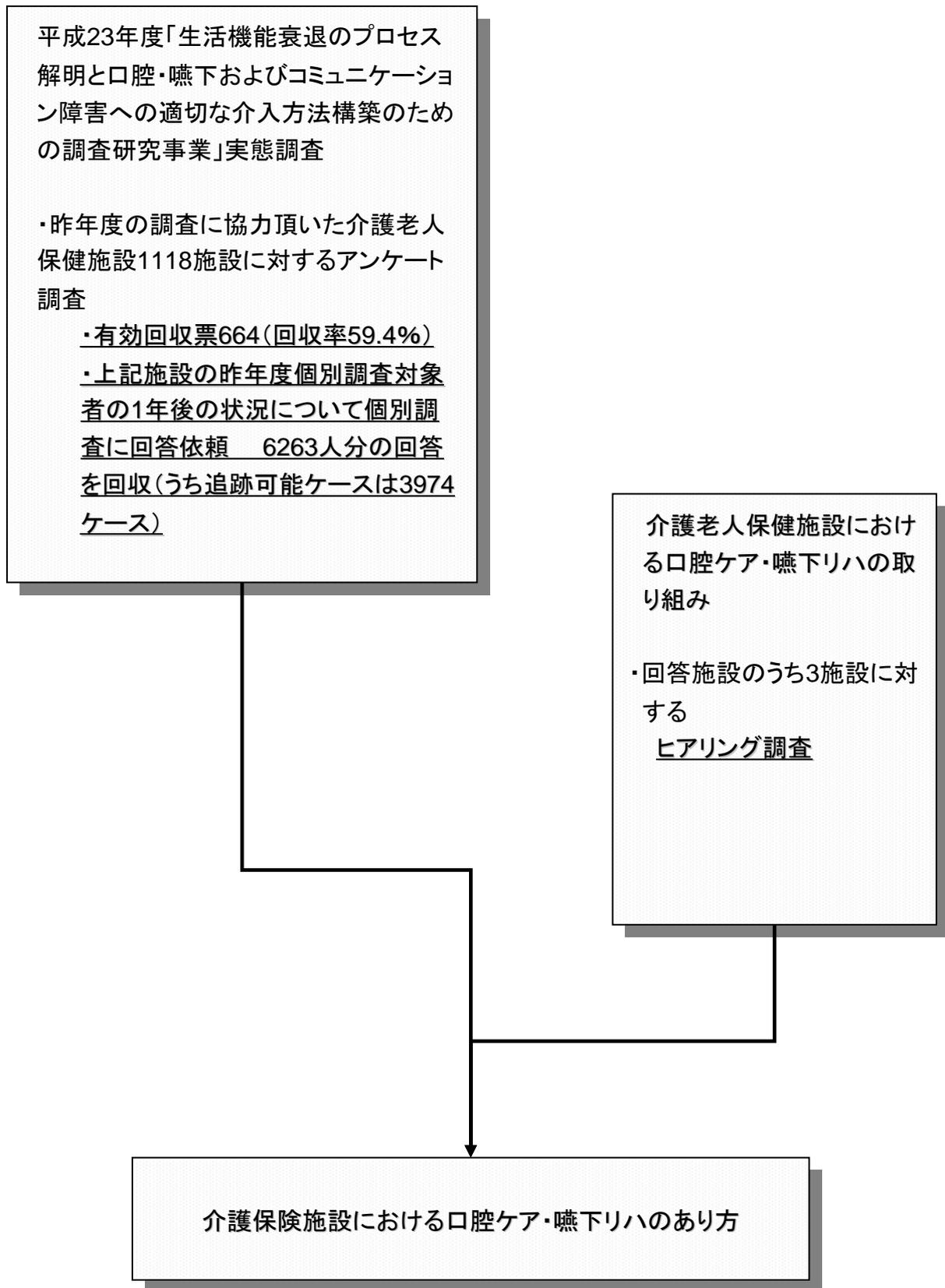
研究の目的



本調査は、厚生労働省の老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）の交付を受け、昨年度調査（平成22年度「介護保険施設における適切な口腔機能維持および口腔機能向上に関する調査研究事業」）において入所等利用者の10%無作為抽出により設定された約10,000例のコホートに対し、約1年後の状況について追跡調査を行うものである。

今回の調査では、疾患の発症や事故等のイベント発生による生活機能の変化や一定期間での衰退確率等について調査し、生活機能衰退のプロセスを検討することを目的としている。

調査研究の全体フロー



研究班名簿

種別	委員名	施設名	役職
研究事業班長	山田 和彦	介護老人保健施設リバーサイド御葉園	理事長
研究事業副班長 (担当役員)	本間 達也	介護老人保健施設生愛会ナーシングケアセンター	理事長

(以下、五十音順)

班員	足立 了平	神戸常磐大学短期大学部口腔保健学科	教授
班員	糸田 昌隆	わかくさ竜間リハビリテーション病院	診療部長
班員	江澤 和彦	介護老人保健施設ぺあれんと	理事長
班員	柿田 京子	介護老人保健施設うぐいすの丘	副施設長
班員	菊谷 武	日本歯科大学 口腔介護・リハビリテーションセンター	教授
班員	熊倉 勇美	川崎医療福祉大学	教授
班員	笹井 啓史	日本大学松戸歯学部 総合口腔医学 保健医療政策学	教授
班員	平井 基陽	介護老人保健施設鴻池荘	理事長
班員	本田 和也	介護老人保健施設生愛会ナーシングケアセンター	理学療法士

アンケート調査の概要

<アンケート対象施設>

・昨年度の調査に協力頂いた介護老人保健施設1118施設に対するアンケート調査

・有効回収票664(回収率59.4%)

・上記施設の昨年度個別調査対象者の1年後の状況について個別調査に回答依頼 6263人分の回答を回収(うち追跡可能ケースは3974ケース)

<施設向け実態調査項目>

- 施設の入所・通所定員について
- 協力歯科の有無
- 口腔ケアや嚥下リハに関わる施設のスタッフ(入所・通所)
- 口腔ケアや嚥下リハに関わった時間数(平成23年10月の1カ月間)
- 口腔に関するアセスメントの実施状況
- 口腔ケアへの対応のケアプランや看護計画への反映状況
- 利用者の口腔ケアを行う職種
- 嚥下に関するリハを行う職種等

<入所者に関する個別調査項目>

- 入所者のプロフィール
- 今回調査時点の状況
- 障害・医学管理等の状況
- ADL等の変化
- 最近1年間に発生した出来事や対応
- 口腔ケアスクリーニングおよび栄養状況
- ICFレベル等

ヒアリング調査の概要

<ヒアリング対象施設>

豊浦愛広苑(新潟県・新発田市)

バプテスト老人保健施設(京都府・京都市)

石きり(大阪府・東大阪市)

<ヒアリング質問項目>

- 施設の概要
- 施設の口腔ケア全体の特徴
- 近隣の医療機関・通所系サービス・在宅系サービスとの連携の状況
- 最近1年間の退所者の概要
- 口腔アセスメント、口腔ケアに関するケアプラン・看護計画の概要
- 口腔ケアと嚥下リハの考え方
- 施設の1日における口腔ケア・嚥下リハの実施状況
- 口腔ケア・嚥下リハを進める上でのポイント、効果
- 各種加算の算定状況
- 口腔ケア・嚥下リハを全国の老人保健施設で普及・浸透していくために必要なこと
- 口腔ケア・嚥下リハの効果によって、生活機能が改善して在宅復帰に結び付いたケースの概要
- 口腔ケア・嚥下リハを進める上で要望事項等



第2章 施設における口腔ケア・嚥下リハの状況等





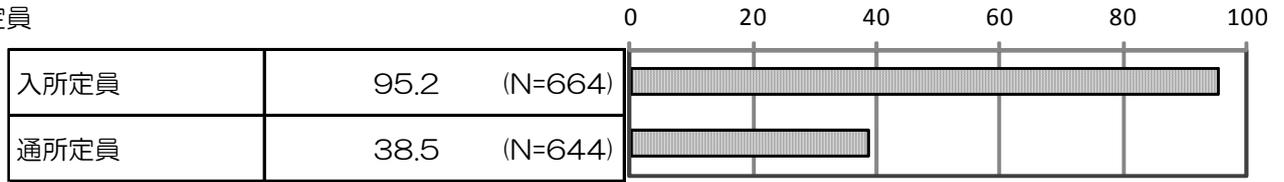
ポイント

- ほぼ全ての施設が、協力歯科は「ある」と回答している。
- 協力歯科の定期的な訪問歯科診療については、「あり」が6割、「なし」が4割である。
- 歯科医師・歯科衛生士・言語聴覚士の配置数はまだ非常に少ない。
- 口腔ケアに関わる職種について、時間数を見ると、介護職が多い（個別対応についても同様）。
- 口腔に関するアセスメントについては、「全員に対してしている」施設が4割強、「少しでも気になった場合はしている」施設が3割弱である。
- 口腔ケアへの対応をケアプランや看護計画に入れているかどうかについては、「全員に対してしている」施設が3割弱、「少しでも気になった場合はしている」施設が4割である。

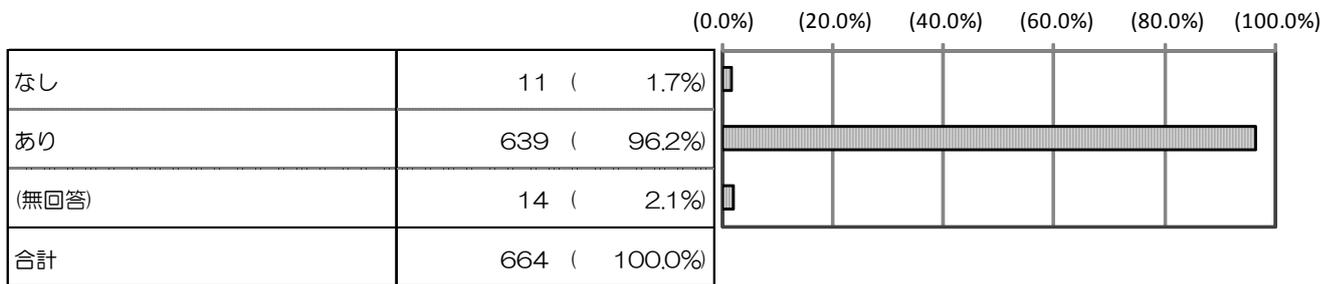
（留意点）本年度調査の回答施設は、平成22年度「介護保険施設における適切な口腔機能維持および口腔機能向上に関する調査」に回答し、かつ、本年度の調査にも回答している施設であり、口腔ケアに対する意識が高い施設であることには留意する必要がある。



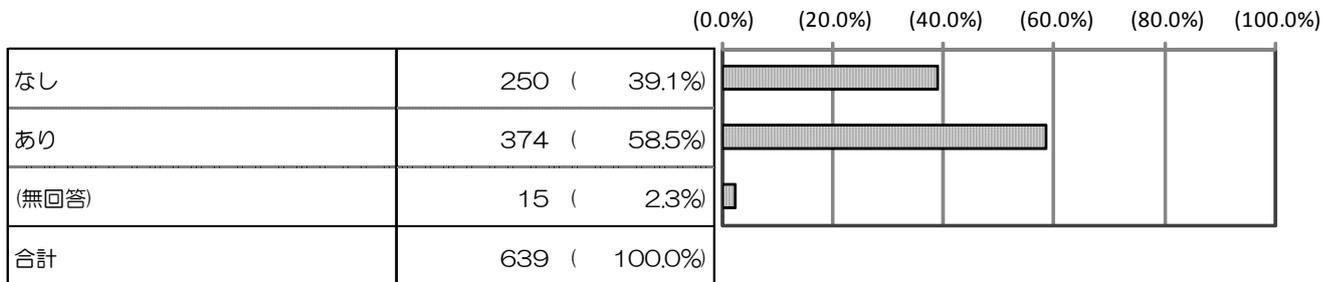
定員



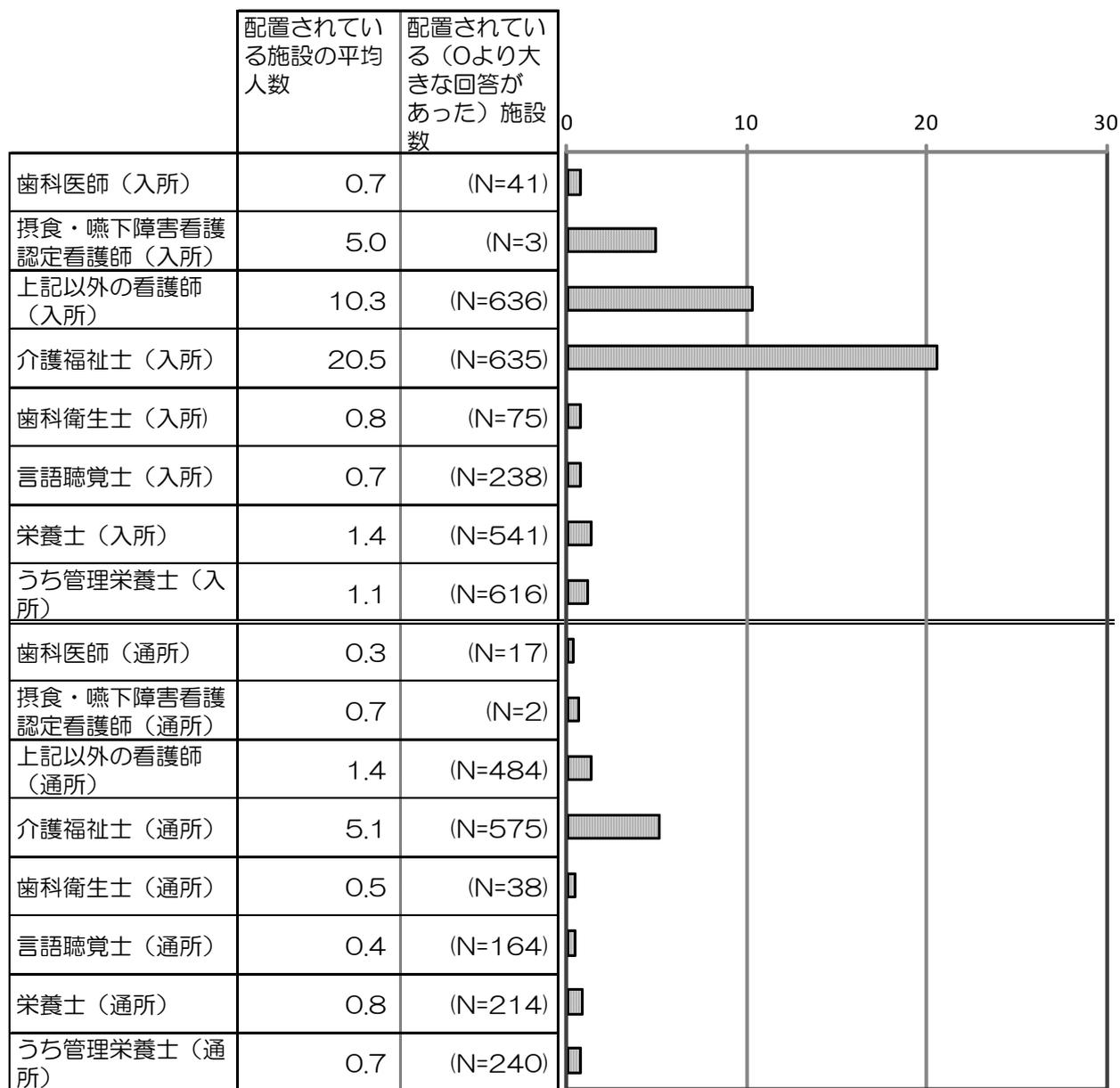
102 協力歯科 (n=664)



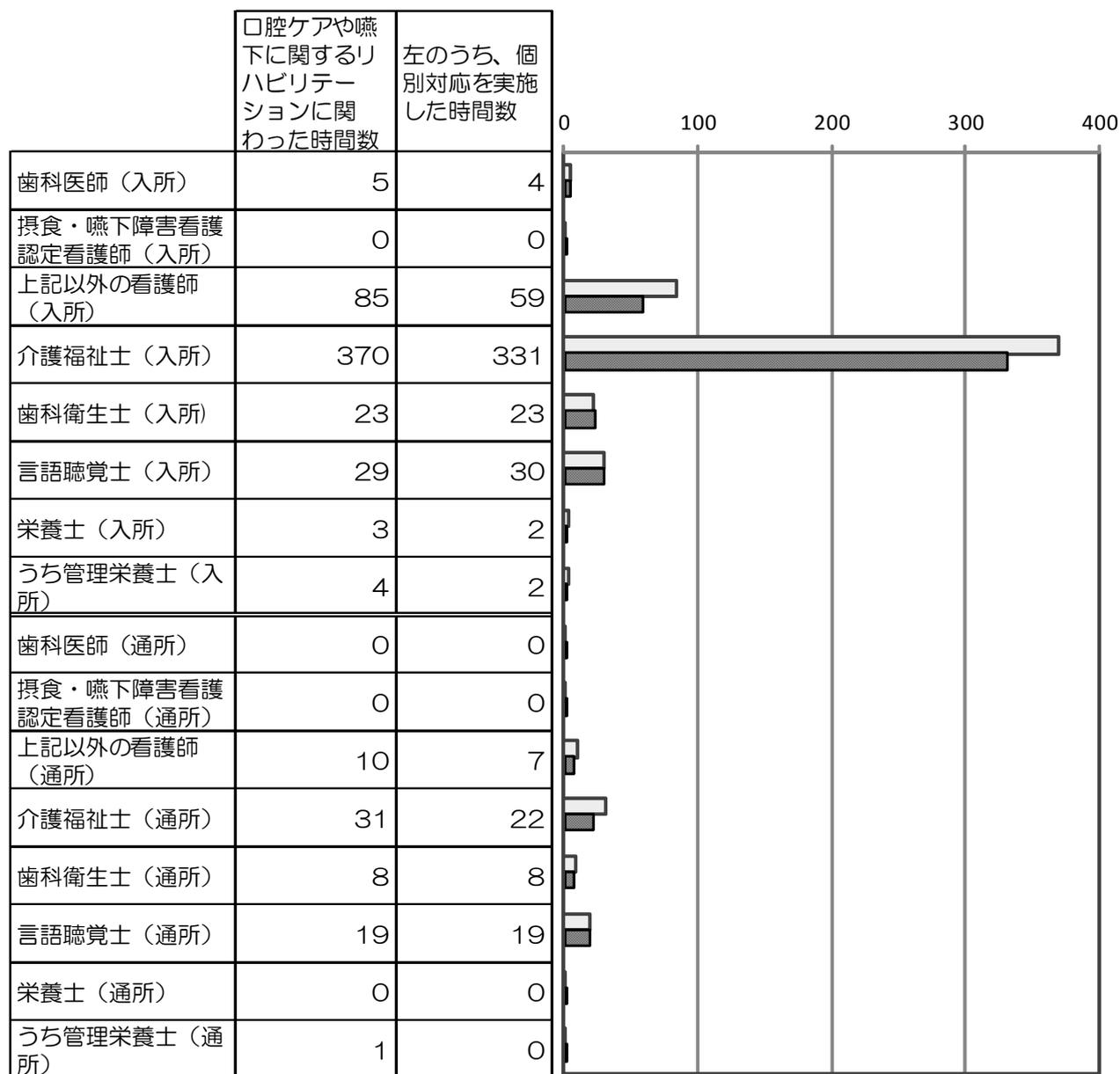
103 協力歯科の定期的な訪問歯科診療 (n=639)



施設のスタッフ配置数（常勤換算）について

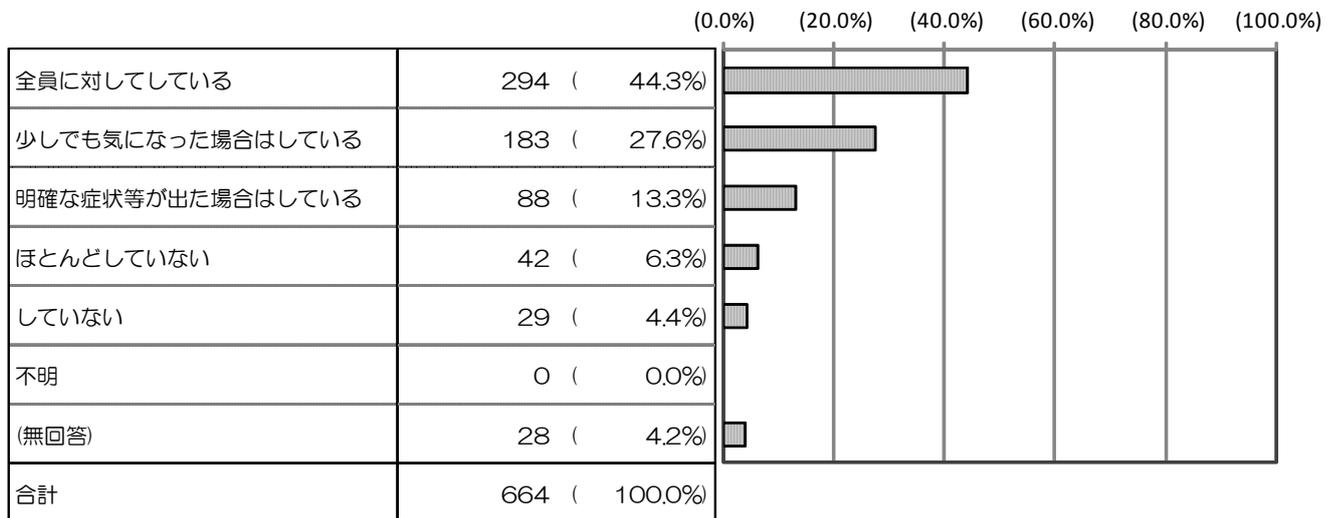


施設スタッフが平成23年10月の1ヶ月間に口腔ケアや嚥下に関するリハビリテーションに関わった時間数

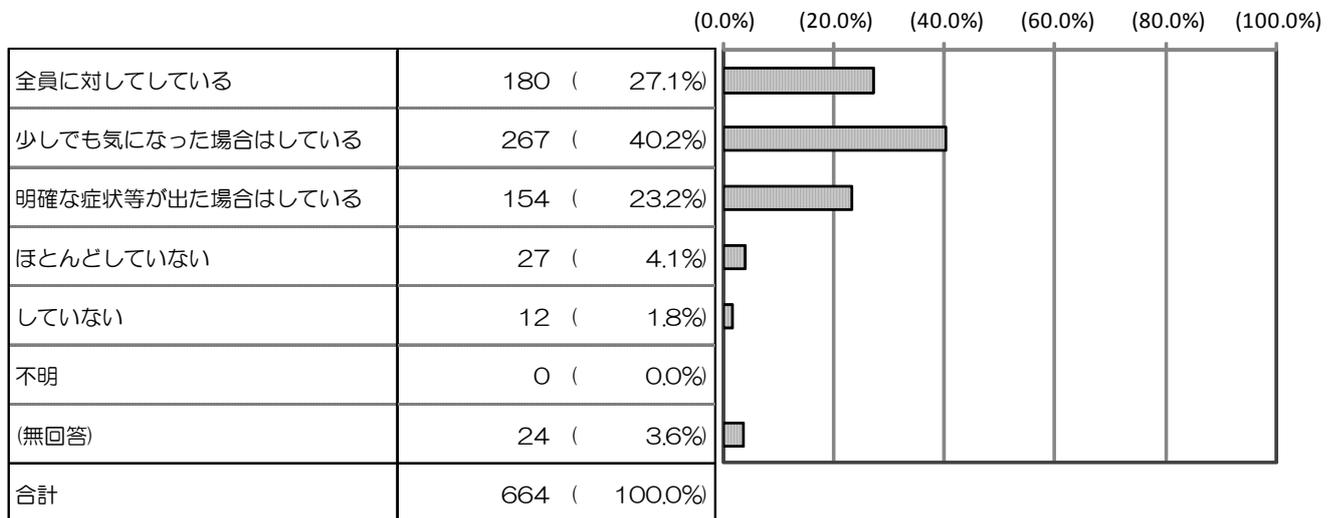




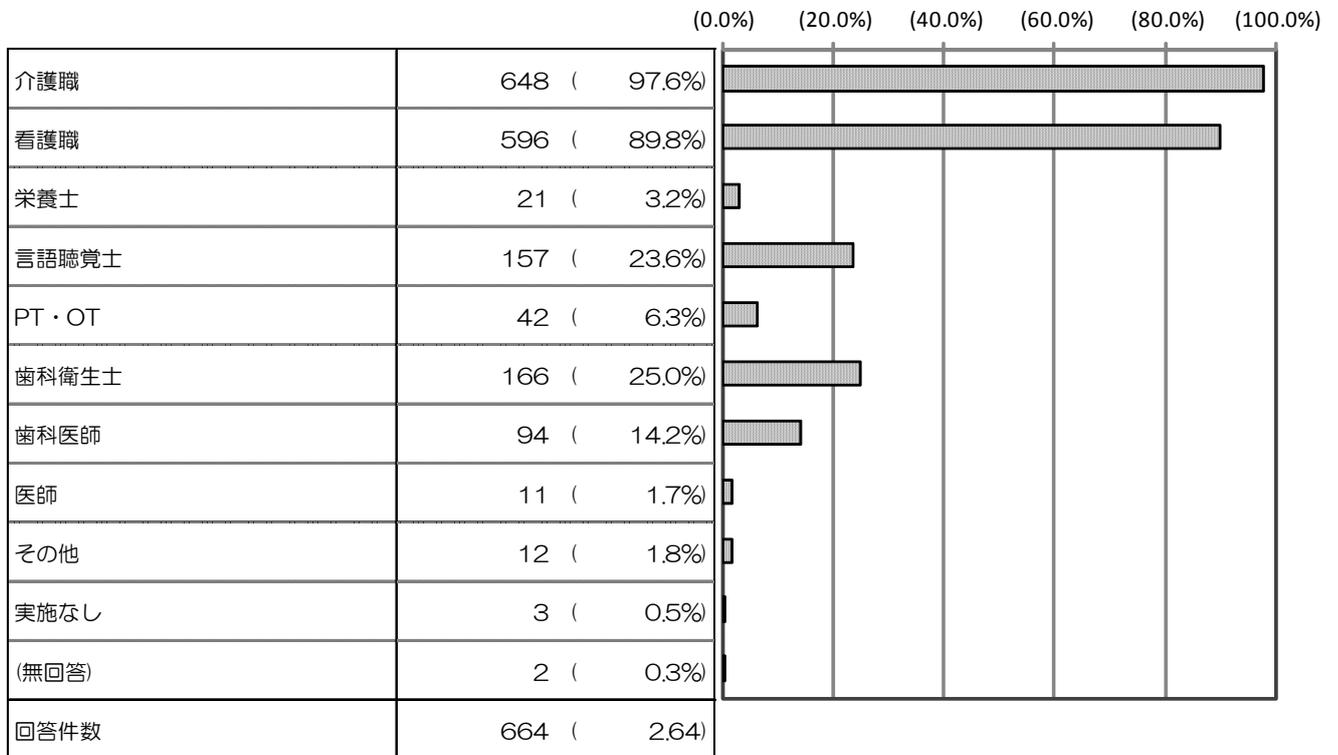
203 口腔に関するアセスメントをしているか (n=664)



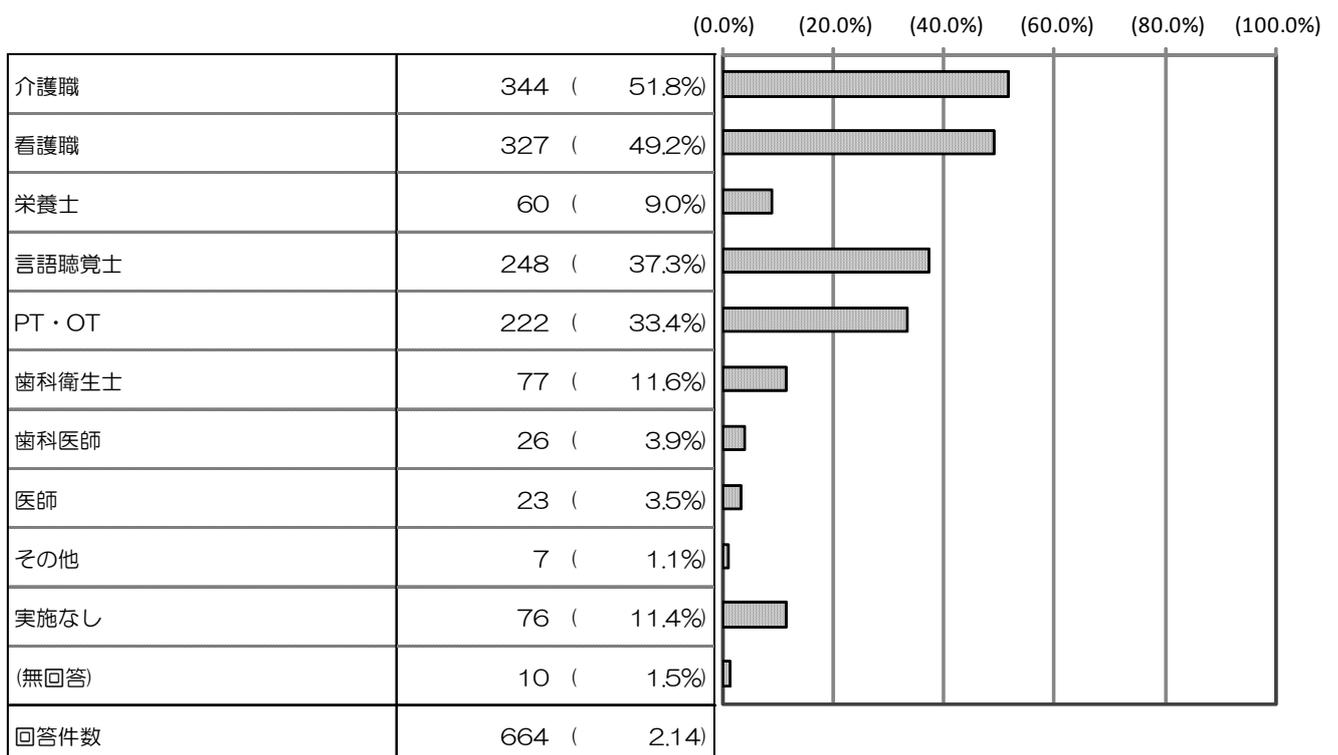
204 口腔ケアへの対応をケアプランや看護計画に入れているか (n=664)



205 利用者の口腔ケアを行うのは (複数回答) (n=664)



206 嚥下に関するリハビリテーションを行うのは (複数回答) (n=664)





第3章 入所者のコホート分析の結果



(1) コホート集団のADL等の状況

ポイント

- 1年前の状況からの転帰を見ると、今回追跡可能なケース（「現在も入所を継続中」「退所するも自施設に再入所中」「通所・短期入所等利用中」「その他の追跡可能」合計）は3974ケースである。
- 現在の要介護度を見ると、「要介護5」が4分の1を占めており最も多く、次いで「要介護4」（2割強）、「要介護3」（2割強）、「要介護2」（2割弱）となっている。
- 現在の寝たり度は「B2」が3割で最も多い。
- 現在の認知症自立度は「Ⅲa」が3割で最も多い。
- 現在存在する障害・医学管理等の状況を見ると、以下の特徴がある。
 - ✓認知症の周辺症状（BPSD）のある割合が4割。
 - ✓片麻痺（あるいは両片麻痺）のある割合が3割。
 - ✓失語・失行・失認等高次能機能障害のある割合が3割弱。
 - ✓医学的管理等については、経管栄養（経鼻・胃ろう）のある割合が1割（うち9割は「胃ろう」である）。仮性球麻痺等による嚥下障害のある割合1割と併せて、約2割について、摂食・嚥下に関する問題が見られる。

調査者の職種

管理者	525 (9.2%)
看護	2430 (42.7%)
介護	630 (11.1%)
相談	1050 (18.4%)
リハ	504 (8.9%)
他	555 (9.7%)
合計	5694 (100.0%)

調査対象者の性別

男性	1443 (23.9%)
女性	4583 (76.1%)
合計	6026 (100.0%)

問3 転帰

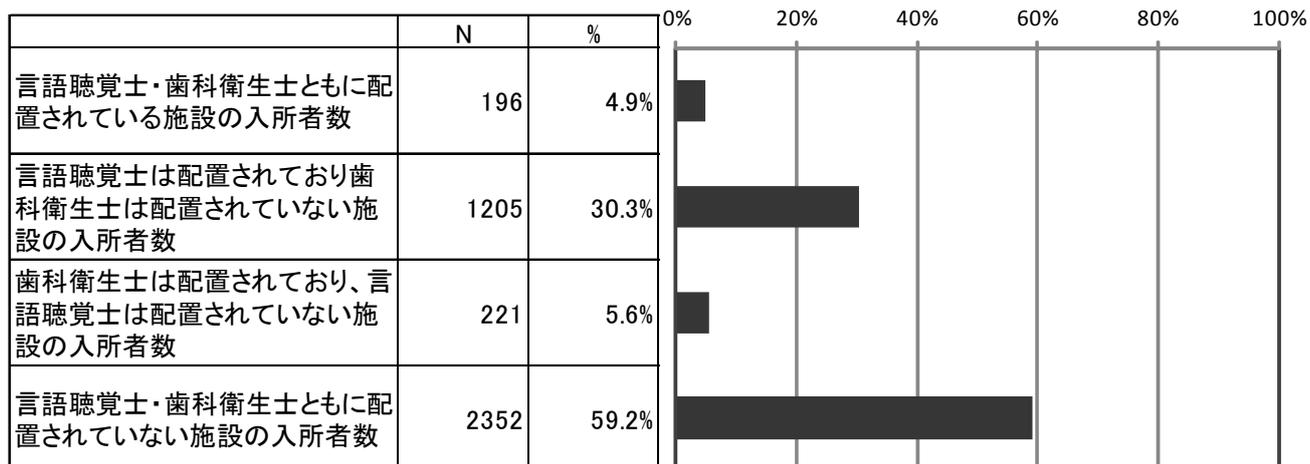
現在も入所を継続中	3398 (55.0%)
退所するも自施設に再入所中	490 (7.9%)
通所・短期入所等利用中	45 (0.7%)
その他の追跡可能	41 (0.7%)
死亡	775 (12.6%)
自宅に退所後追跡不能	96 (1.6%)
他の病院に転院し追跡不能	489 (7.9%)
他の老健施設に転入所し追跡不能	251 (4.1%)
各種老人ホーム等に転入居し追跡不能	576 (9.3%)
その他の追跡不能	13 (0.2%)
合計	6174 (100.0%)

(注) 以下の集計結果は、転帰が「現在も入所を継続中」「退所するも自施設に再入所中」「通所・短期入所等利用中」「その他の追跡可能」に該当するデータについて集計したものである。

問3 対象者が入所しているのは

介護老人保健施設	3321 (99.7%)
介護療養型老人保健施設	9 (0.3%)
合計	3330 (100.0%)

施設における言語聴覚士・歯科衛生士の配置状況別にみたコホート群の内訳





問3 現在の要介護度

要介護1	419 (10.9%)
要介護2	696 (18.1%)
要介護3	852 (22.1%)
要介護4	919 (23.8%)
要介護5	932 (24.2%)
不明	36 (0.9%)
合計	3854 (100.0%)

問3 現在の寝たきり度

J1	13 (0.3%)
J2	43 (1.1%)
A1	327 (8.5%)
A2	572 (14.9%)
B1	899 (23.3%)
B2	1190 (30.9%)
C1	200 (5.2%)
C2	607 (15.8%)
合計	3851 (100.0%)

問3 現在の認知症自立度

自立	226 (5.9%)
I	372 (9.7%)
II a	459 (12.0%)
II b	720 (18.8%)
III a	1068 (27.8%)
III b	369 (9.6%)
IV	533 (13.9%)
M	91 (2.4%)
合計	3838 (100.0%)

問4 対応方針

このまま自施設で終末まで	856 (22.8%)
体調不良で併設病院等に転院予定	151 (4.0%)
関連老健施設転入所予定	17 (0.5%)
地域の老健施設転入所予定	208 (5.5%)
本人・家族在宅復帰希望	248 (6.6%)
特養ホーム入居希望	1763 (46.9%)
関連の有料ホーム等予定	17 (0.5%)
地域の有料ホーム等予定	56 (1.5%)
その他	443 (11.8%)
合計	3759 (100.0%)

問5-1 片麻痺（あるいは両片麻痺）

なし	2552 (65.3%)
あり疑い	124 (3.2%)
あり	1232 (31.5%)
合計	3908 (100.0%)

問5-2 認知症の周辺症状（BPSD）

なし	1747 (45.0%)
あり疑い	577 (14.9%)
あり	1561 (40.2%)
合計	3885 (100.0%)

問5-3 失語・失行・失認等高次脳機能障害

なし	2395 (61.3%)
あり疑い	434 (11.1%)
あり	1080 (27.6%)
合計	3909 (100.0%)

問5-4 高度な聴力障害

なし	3236 (82.0%)
あり疑い	368 (9.3%)
あり	344 (8.7%)
合計	3948 (100.0%)

問5-5 全盲や高度の視野障害

なし	3625 (91.7%)
あり疑い	175 (4.4%)
あり	154 (3.9%)
合計	3954 (100.0%)

問5-6 仮性球麻痺等による嚥下障害

なし	3275 (83.8%)
あり疑い	233 (6.0%)
あり	399 (10.2%)
合計	3907 (100.0%)

問5-7 1日ほぼ8回以上の喀痰吸引

なし	3900 (98.8%)
あり	46 (1.2%)
合計	3946 (100.0%)

問5-8 1日1-7回の喀痰吸引

なし	3730 (94.6%)
あり	211 (5.4%)
合計	3941 (100.0%)



問5-9 日常的な酸素療法（在宅酸素療法）

なし	3931 (99.2%)
あり	30 (0.8%)
合計	3961 (100.0%)

問5-10 疼痛に対する麻薬の投与

なし	3948 (99.9%)
あり	4 (0.1%)
合計	3952 (100.0%)

問5-11 中心静脈栄養（IVH）

なし	3931 (99.9%)
あり	5 (0.1%)
合計	3936 (100.0%)

問5-12 経管栄養（経鼻・胃瘻等）

なし	3519 (89.3%)
あり	420 (10.7%)
合計	3939 (100.0%)

問5-12 経管栄養（経鼻・胃瘻等）「あり」の状況(n=420)

1)経鼻	59 (14.0%)
2)胃ろう	367 (87.4%)
3)その他	6 (1.4%)
合計	420 (100.0%)

問5-13 ペースメーカー装着

なし	3855 (98.2%)
あり	70 (1.8%)
合計	3925 (100.0%)



問5-14 膀胱等カテーテル留置

なし	3540 (90.1%)
あり	390 (9.9%)
合計	3930 (100.0%)

問5-15 人工肛門造設・処置

なし	3730 (94.8%)
あり	203 (5.2%)
合計	3933 (100.0%)

問5-16 膀胱瘻、人工膀胱造設・処置

なし	3913 (99.7%)
あり	12 (0.3%)
合計	3925 (100.0%)

問5-17 人工透析

なし	3914 (99.6%)
あり	16 (0.4%)
合計	3930 (100.0%)

問5-18 インスリン注射
(n=95)

1日の回数	1.8回
-------	------

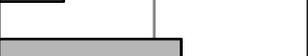
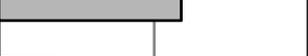
問8 ICFレベル(2) 基本動作

(0.0%) (50.0%) (100.0%)

レベル1 (寝返りは行っていない)	932 (24.3%)	
レベル2 (座位 (端座位) の保持は行っていないが、寝返りは行っている)	517 (13.5%)	
レベル3 (座位での乗り移りは行っていないが、座位 (端座位) の保持は行っている)	510 (13.3%)	
レベル4 (立位の保持は行っていないが、座位での乗り移りは行っている)	1083 (28.2%)	
レベル5 (両足での立位の保持を行っていない)	793 (20.7%)	
合計	3835 (100.0%)	

問8 ICFレベル(3-a) 歩行・移動

(0.0%) (50.0%) (100.0%)

レベル1 (施設内の移動を行っていない)	798 (20.8%)	
レベル2 (安定した歩行は行っていないが、施設内の移動は行っている)	2254 (58.8%)	
レベル3 (手すりに頼らない安定した階段の昇り降りは行っていないが、平らな場所での安定した歩行は行っている)	677 (17.7%)	
レベル4 (公共交通機関等を利用した外出は行っていないが、手すりに頼らないで安定した階段の昇り降りを行っている)	84 (2.2%)	
レベル5 (公共交通機関等を利用した外出を行っていない)	19 (0.5%)	
合計	3832 (100.0%)	

問8 ICFレベル(3-b) 移動手段 T字杖の利用

なし	3450 (94.8%)
あり	189 (5.2%)
合計	3639 (100.0%)

問8 ICFレベル(3-b) 移動手段 装具(短下肢装具等)

なし	3487 (95.8%)
あり	153 (4.2%)
合計	3640 (100.0%)

問8 ICFレベル(3-b) 移動手段 歩行器(ウォーカー、シニアカー等)の利用

なし	3270 (89.5%)
あり	383 (10.5%)
合計	3653 (100.0%)

問8 ICFレベル(3-b) 移動手段 しがみつき歩行器の利用(サークル歩行)

なし	3498 (96.6%)
あり	123 (3.4%)
合計	3621 (100.0%)

問8 ICFレベル(3-b) 移動手段 車椅子の利用

なし	1107 (29.5%)
あり	2642 (70.5%)
合計	3749 (100.0%)

問8 ICFレベル(3-b) 移動手段 リクライニング式車椅子の利用

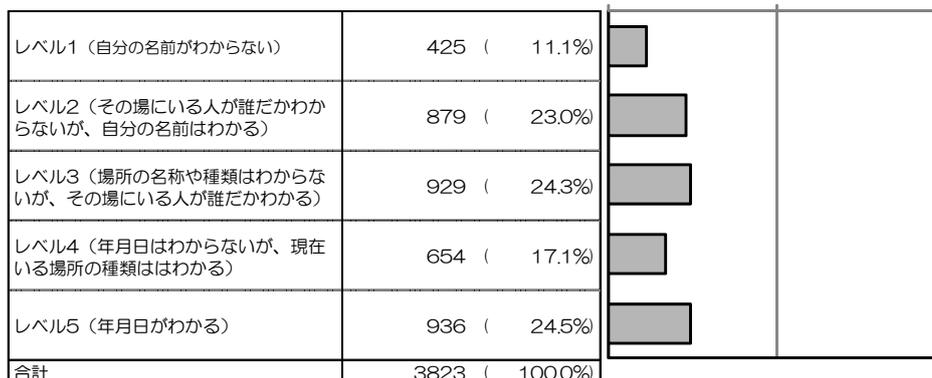
なし	3162 (86.3%)
あり	502 (13.7%)
合計	3664 (100.0%)

問8 ICFレベル(3-b) 移動手段 介助者や付き添いの必要

なし	1647 (44.7%)
あり	2034 (55.3%)
合計	3681 (100.0%)

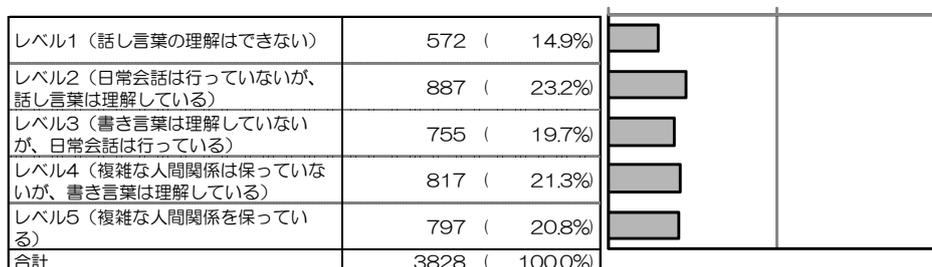
問8 ICFレベル（4-a）認知機能～オリエンテーション

(0.0%) (50.0%) (100.0%)



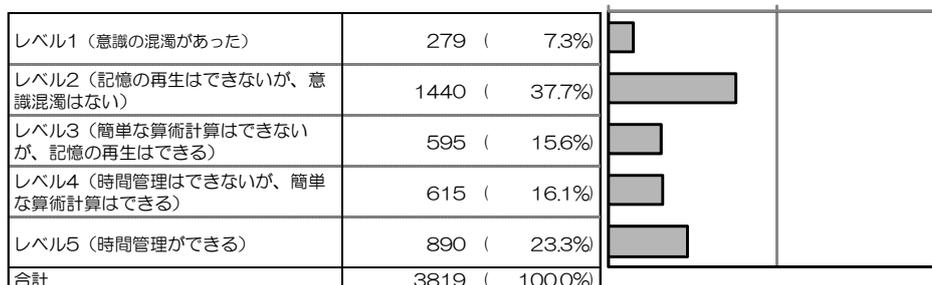
問8 ICFレベル（4-b）認知機能～コミュニケーション

(0.0%) (50.0%) (100.0%)



問8 ICFレベル（4-c）認知機能～精神活動

(0.0%) (50.0%) (100.0%)



問8 ICFレベル（4-d）周辺症状 世話を拒否する

なし	2924	（ 79.6%）
あり	750	（ 20.4%）
合計	3674	（ 100.0%）

問8 ICFレベル（4-d）周辺症状 不適切に泣いたり笑ったりする

なし	3252	（ 88.5%）
あり	421	（ 11.5%）
合計	3673	（ 100.0%）

問8 ICFレベル（4-d）周辺症状 興奮して手足を動かす

なし	3234	（ 87.8%）
あり	448	（ 12.2%）
合計	3682	（ 100.0%）

問8 ICFレベル（4-d）周辺症状 理由なく金切り声をあげる

なし	3431	（ 93.2%）
あり	249	（ 6.8%）
合計	3680	（ 100.0%）

問8 ICFレベル（4-d）周辺症状 衣服や器物を破壊する

なし	3608	（ 98.0%）
あり	72	（ 2.0%）
合計	3680	（ 100.0%）



問8 ICFレベル(4-d) 周辺症状 食物を投げる

なし	3624 (98.5%)
あり	56 (1.5%)
合計	3680 (100.0%)

問8 ICFレベル(4-d) 周辺症状 食べ過ぎる

なし	3529 (95.8%)
あり	155 (4.2%)
合計	3684 (100.0%)

問8 ICFレベル(4-d) 周辺症状 タンスの中身を全部出す

なし	3553 (96.5%)
あり	128 (3.5%)
合計	3681 (100.0%)

問8 ICFレベル(4-d) 周辺症状 日中屋外や屋内をうろつきまわる

なし	3353 (91.2%)
あり	323 (8.8%)
合計	3676 (100.0%)

問8 ICFレベル(4-d) 周辺症状 昼間、寝てばかりいる

なし	2844 (77.5%)
あり	827 (22.5%)
合計	3671 (100.0%)

問8 ICFレベル(4-d) 周辺症状 同じことを何度も聞く

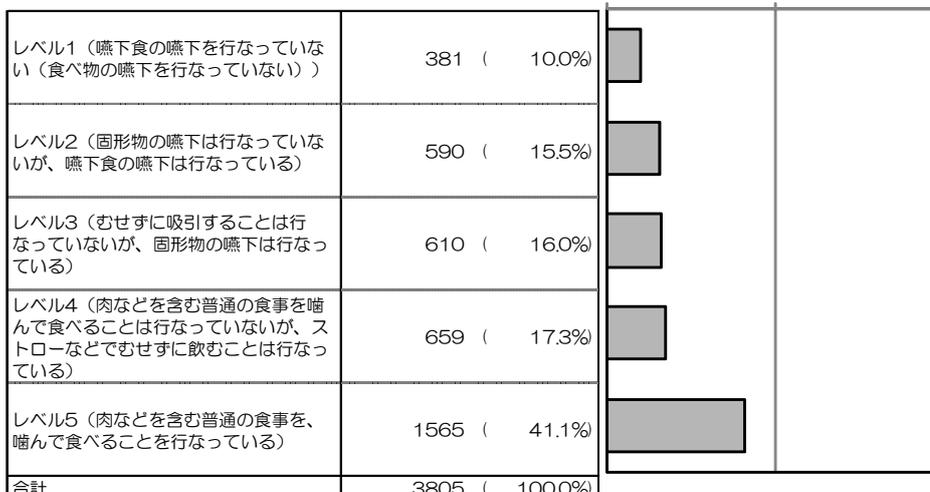
なし	2945 (80.1%)
あり	732 (19.9%)
合計	3677 (100.0%)

問8 ICFレベル(4-d) 周辺症状 尿失禁する

なし	1566 (42.7%)
あり	2105 (57.3%)
合計	3671 (100.0%)

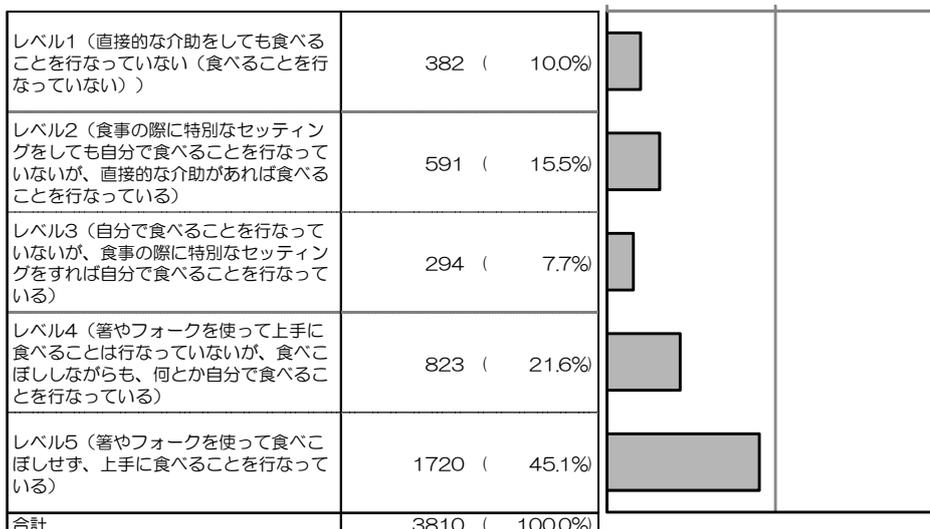
問8 ICFレベル（5-a）食事～嚥下機能

(0.0%) (50.0%) (100.0%)



問8 ICFレベル（5-b）食事～食事動作及び食事介助

(0.0%) (50.0%) (100.0%)

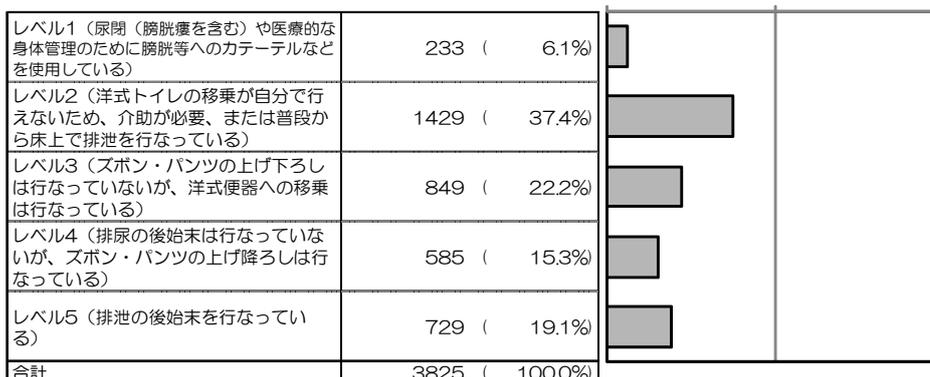


問8 ICFレベル 食事の形態性状

常食	1107（30.3%）
軟食	536（14.7%）
ソフト食	162（4.4%）
きざみ食	1019（27.9%）
ミキサー食	299（8.2%）
ムース・ペースト食	128（3.5%）
その他	402（11.0%）
合計	3653（100.0%）

問8 ICFレベル（6-a）排泄の動作

(0.0%) (50.0%) (100.0%)





問8 ICFレベル（6-b）補助具・器具の使用状況と尿意 ポータブルトイレの使用

なし	3045 (84.0%)
あり	578 (16.0%)
合計	3623 (100.0%)

問8 ICFレベル（6-b）補助具・器具の使用状況と尿意 尿力テータルの利用

なし	3451 (95.0%)
あり	180 (5.0%)
合計	3631 (100.0%)

問8 ICFレベル（6-b）補助具・器具の使用状況と尿意 人工肛門の使用

なし	3597 (99.3%)
あり	27 (0.7%)
合計	3624 (100.0%)

問8 ICFレベル（6-b）補助具・器具の使用状況と尿意 おむつの使用

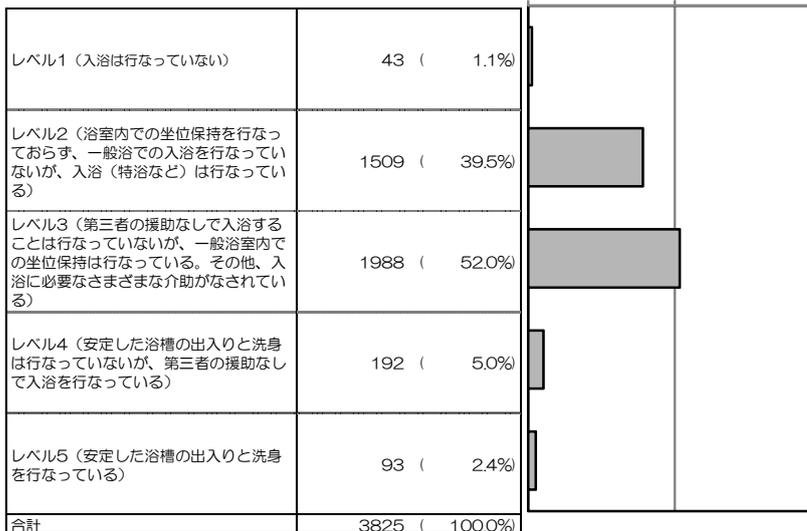
なし	1226 (33.1%)
あり	2480 (66.9%)
合計	3706 (100.0%)

問8 ICFレベル（6-b）補助具・器具の使用状況と尿意 尿意を意識することができる

なし	1636 (44.6%)
あり	2033 (55.4%)
合計	3669 (100.0%)

問8 ICFレベル（7-a）入浴動作

(0.0%) (50.0%) (100.0%)

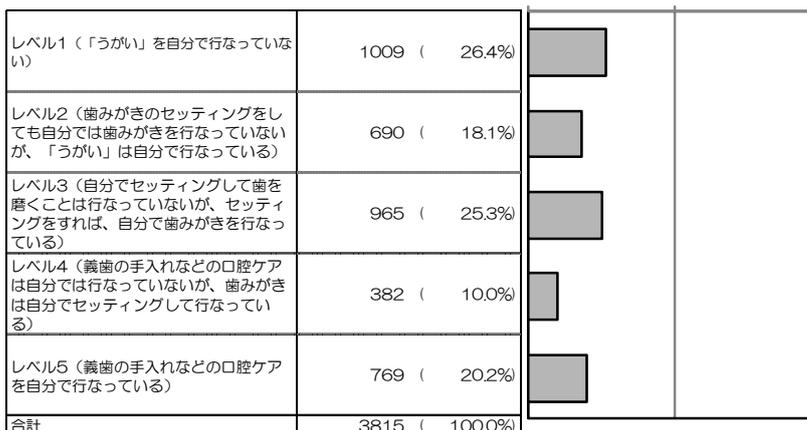


問8 ICFレベル（7-b）入浴手段

一般浴	858 (23.1%)
介助浴	979 (26.4%)
座っての機械浴	1134 (30.5%)
臥位での機械浴（特殊浴）	711 (19.1%)
その他	31 (0.8%)
合計	3713 (100.0%)

問8 ICFレベル（8-a）整容～口腔ケア

(0.0%) (50.0%) (100.0%)



問8 ICFレベル(8-b) 整容～整容

(0.0%) (50.0%) (100.0%)

レベル1 (手洗いを自分で行っていない)	1289 (33.7%)	
レベル2 (洗顔は自分で行っていないが、手洗いは自分で行っている)	559 (14.6%)	
レベル3 (髭剃りやスキンケア、整髪は自分で行っていないが、洗顔は自分で行っている)	843 (22.0%)	
レベル4 (爪を切ることは自分で行っていないが、髭剃りやスキンケア、整髪は自分で行っている)	1010 (26.4%)	
レベル5 (爪を切ることを自分で行っている)	124 (3.2%)	
合計	3825 (100.0%)	

問8 ICFレベル(8-c) 整容～衣服の着脱

(0.0%) (50.0%) (100.0%)

レベル1 (上衣の片袖を通すことを自分で行っていない)	1231 (32.2%)	
レベル2 (更衣の際のボタンのかけはずしを自分で行っていないが、上衣の片袖を通すことは自分で行っている)	814 (21.3%)	
レベル3 (スボンやパンツの着脱を自分で行っていないが、更衣の際のボタンのかけはずしは自分で行っている)	704 (18.4%)	
レベル4 (衣服を畳んだり整理することを自分で行っていないが、スボンやパンツの着脱は自分で行っている)	615 (16.1%)	
レベル5 (衣服を畳んだり整理することは自分で行っている)	458 (12.0%)	
合計	3822 (100.0%)	

問8 ICFレベル(9-a) 社会参加～余暇

(0.0%) (50.0%) (100.0%)

レベル1 (テレビを見たり、ラジオを聴いていない)	899 (24.1%)	
レベル2 (集団レクリエーションへは参加していないが、一人でテレビを楽しんでいる)	450 (12.1%)	
レベル3 (屋外で行うような個人的趣味活動はしていないが、屋内でする程度のことにはしている)	2082 (55.9%)	
レベル4 (旅行はしていないが、個人による趣味活動はしている)	228 (6.1%)	
レベル5 (施設や家を1日以上離れる外出または旅行をしている)	66 (1.8%)	
合計	3725 (100.0%)	

問8 ICFレベル(9-b) 社会参加～交流

(0.0%) (50.0%) (100.0%)

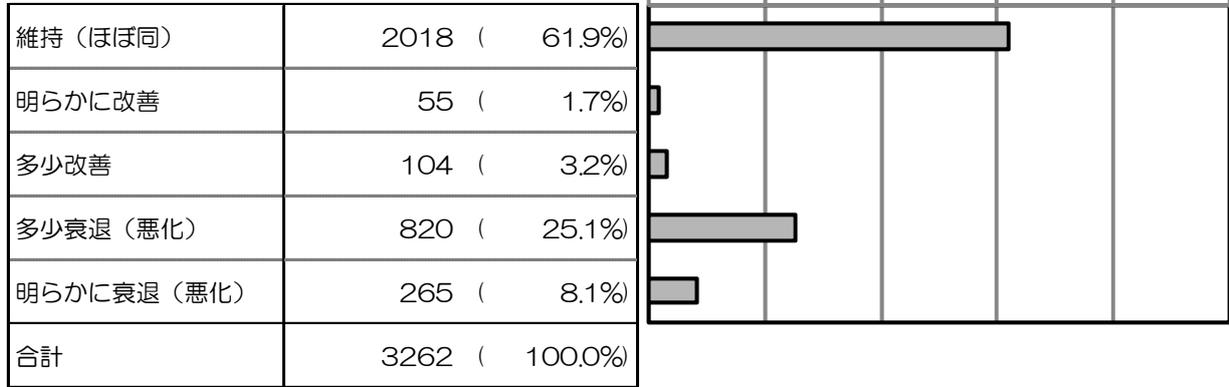
レベル1 (会話がな、していない、できない)	643 (17.4%)	
レベル2 (近所づきあいはしていないが、施設利用者や家族と会話はしている)	1325 (35.8%)	
レベル3 (外出はしていないが、親族・友人の訪問を受け会話している)	1189 (32.1%)	
レベル4 (自ら連絡を取ることは行っていないが、援助があつての外出はしている)	399 (10.8%)	
レベル5 (情報伝達手段を用いて交流を行なっている)	150 (4.0%)	
合計	3706 (100.0%)	

(2) 前回調査→今回調査におけるADL等の変化

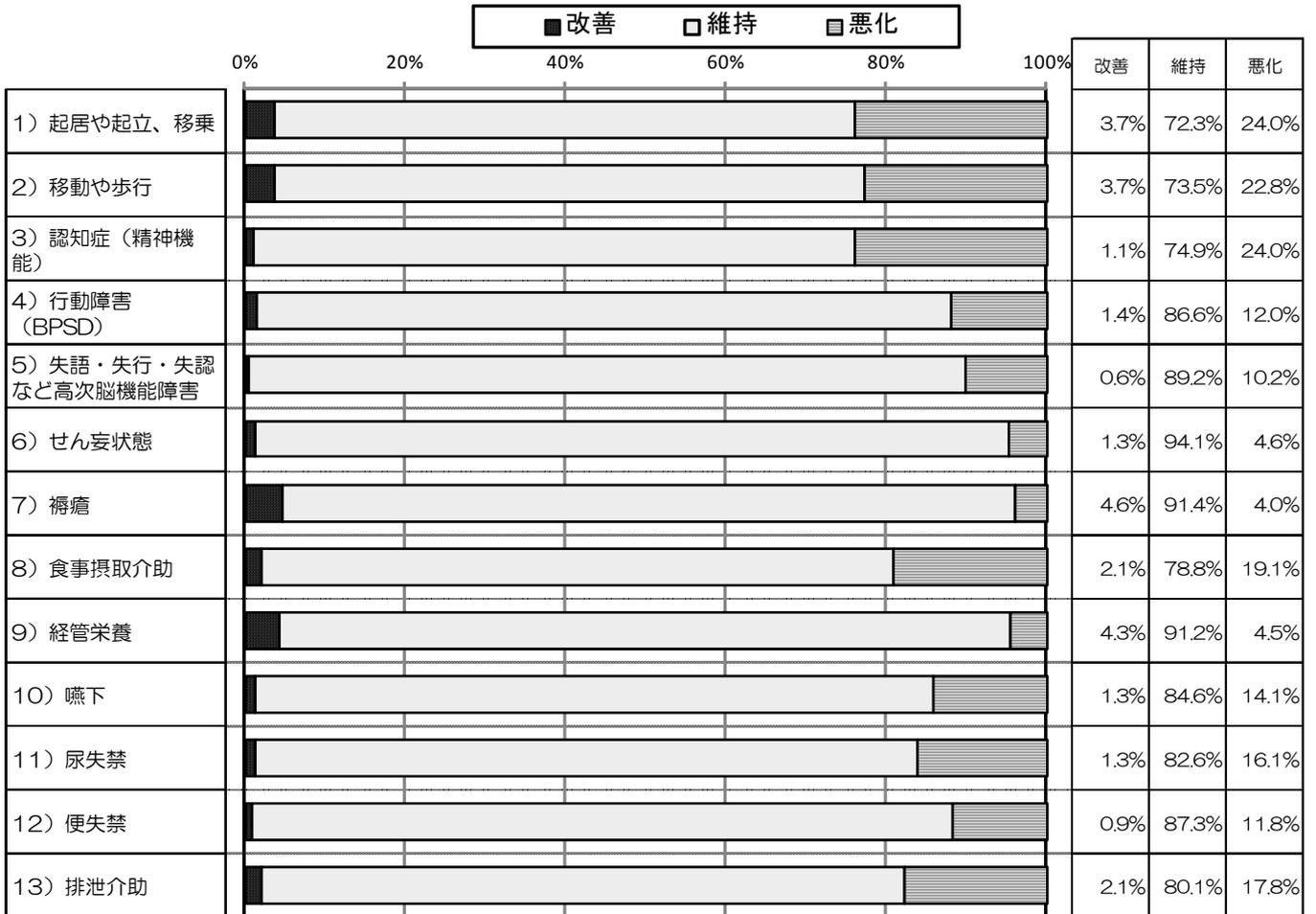
ポイント

- 前回調査から今回調査にかけてADL全般の変化を見ると、「維持」が6割、「多少衰退（悪化）」が3割弱となっている。
- ADLの各項目の変化を見ると、「悪化」の度合いが高いのは、「起居や起立、移乗」「認知症（精神機能）」「移動や歩行」「食事摂取介助」「排泄介助」である。
- 「起居や起立、移乗」について、改善・維持には「PT/OTによる介入」の影響が大きく、悪化には「年齢」「疾患の重症度」の影響が大きい。
- 「移動や歩行」について、改善・維持には「PT/OTによる介入」の影響が大きく、悪化には「年齢」「疾患の重症度」の影響が大きい。
- 「認知症（精神機能）」について、改善・維持には「PT/OTによる介入」の影響が大きく、悪化には「年齢」「疾患の重症度」の影響が大きい。
- 「行動障害（BPSD）」について、改善・維持には「PT/OTによる介入」の影響が大きく、悪化には「年齢」「疾患の重症度」の影響が大きい。
- 「失語・失行・失認など高次脳機能障害」について、改善・維持には「PT/OTによる介入」「STによる介入」「発症からの経過日数」の影響が大きく、悪化には「年齢」「疾患の重症度」の影響が大きい。
- 「せん妄状態」について、悪化には「年齢」「疾患の重症度」の影響が大きい。
- 「褥瘡」について、改善・維持には「PT/OTによる介入」の影響が大きく、悪化には「年齢」「疾患の重症度」の影響が大きい。
- 「食事摂取介助」について、改善・維持には「PT/OTによる介入」「STによる介入」の影響が大きく、悪化には「年齢」「疾患の重症度」「発症からの経過日数」の影響が大きい。
- 「経管栄養」について、終了・維持（改善・維持）には「PT/OTによる介入」「STによる介入」の影響が大きく、開始（悪化）には「年齢」「疾患の重症度」の影響が大きい。
- 「嚥下」について、改善・維持には「PT/OTによる介入」「STによる介入」の影響が大きく、悪化には「年齢」「疾患の重症度」の影響が大きい。
- 「尿失禁」について、改善・維持には「PT/OTによる介入」の影響が大きく、悪化には「年齢」「疾患の重症度」の影響が大きい。
- 「便失禁」について、改善・維持には「PT/OTによる介入」の影響が大きく、悪化には「年齢」「疾患の重症度」の影響が大きい。
- 「排泄介助」について、改善・維持には「PT/OTによる介入」の影響が大きく、悪化には「年齢」「疾患の重症度」の影響が大きい。
- ICFレベルの変化を見ると、「基本動作」「認知機能～オリエンテーション」「認知機能～コミュニケーション」「認知機能～精神活動」「食事～嚥下機能」「食事～食事動作および食事介助」「排泄の動作」「整容～整容」のレベルの低下が認められた。

問6 前回調査から今回調査までの状況変化 ADLの変化 (0.0%) (20.0%) (40.0%) (60.0%) (80.0%) (100.0%)



問6 前回調査から今回調査までの状況変化



（留意点）対象者のADL等の変化やその要因等については、統一的なスケールや同一の判断基準に則って計測されたものではなく、調査者の主観による回答である点には留意する必要がある。

ADL等の改善・維持・悪化に影響を与えている要因（全コホート群）

問6 前回調査から今回調査までの状況変化 1)起居や起立、移乗 × 問6 前回調査から今回調査までの状況変化 1)起居や起立、移乗の状況変化に影響を与えている要因（複数回答）

	全体	①年齢	②性	③疾患の重症度	④発症からの経過日数	⑤STIによる介入	⑥PT/OTによる介入	⑦DHIによる介入	⑧その他
全体	1335 (100%)	633 (47.4%)	5 (0.4%)	533 (39.9%)	237 (17.8%)	5 (0.4%)	402 (30.1%)	19 (1.4%)	244 (18.3%)
改善	120 (100%)	3 (2.5%)	0 (0.0%)	4 (3.3%)	14 (11.7%)	0 (0.0%)	107 (89.2%)	0 (0.0%)	29 (24.2%)
維持	358 (100%)	101 (28.2%)	1 (0.3%)	65 (18.2%)	51 (14.2%)	4 (1.1%)	260 (72.6%)	17 (4.7%)	99 (27.7%)
悪化	857 (100%)	529 (61.7%)	4 (0.5%)	464 (54.1%)	172 (20.1%)	1 (0.1%)	35 (4.1%)	2 (0.2%)	116 (13.5%)

χ²乗検定の有意水準<0.05

問6 前回調査から今回調査までの状況変化 2)移動や歩行 × 問6 前回調査から今回調査までの状況変化 2)移動や歩行の状況変化に影響を与えている要因（複数回答）

	全体	①年齢	②性	③疾患の重症度	④発症からの経過日数	⑤STIによる介入	⑥PT/OTによる介入	⑦DHIによる介入	⑧その他
全体	1277 (100%)	597 (46.8%)	5 (0.4%)	490 (38.4%)	213 (16.7%)	4 (0.3%)	405 (31.7%)	17 (1.3%)	233 (18.2%)
改善	117 (100%)	4 (3.4%)	0 (0.0%)	5 (4.3%)	13 (11.1%)	0 (0.0%)	102 (87.2%)	0 (0.0%)	32 (27.4%)
維持	361 (100%)	100 (27.7%)	0 (0.0%)	62 (17.2%)	50 (13.9%)	4 (1.1%)	268 (74.2%)	16 (4.4%)	97 (26.9%)
悪化	799 (100%)	493 (61.7%)	5 (0.6%)	423 (52.9%)	150 (18.8%)	0 (0.0%)	35 (4.4%)	1 (0.1%)	104 (13.0%)

χ²乗検定の有意水準<0.05

問6 前回調査から今回調査までの状況変化 3)認知症(精神機能) × 問6 前回調査から今回調査までの状況変化 3)認知症(精神機能)の状況変化に影響を与えている要因（複数回答）

	全体	①年齢	②性	③疾患の重症度	④発症からの経過日数	⑤STIによる介入	⑥PT/OTによる介入	⑦DHIによる介入	⑧その他
全体	1141 (100%)	634 (55.6%)	7 (0.6%)	457 (40.1%)	274 (24.0%)	18 (1.6%)	141 (12.4%)	14 (1.2%)	234 (20.5%)
改善	35 (100%)	0 (0.0%)	1 (2.9%)	2 (5.7%)	7 (20.0%)	2 (5.7%)	12 (34.3%)	0 (0.0%)	23 (65.7%)
維持	302 (100%)	107 (35.4%)	1 (0.3%)	51 (16.9%)	46 (15.2%)	16 (5.3%)	117 (38.7%)	14 (4.6%)	138 (45.7%)
進行	804 (100%)	527 (65.5%)	5 (0.6%)	404 (50.2%)	221 (27.5%)	0 (0.0%)	12 (1.5%)	0 (0.0%)	73 (9.1%)

χ²乗検定の有意水準<0.05

問6 前回調査から今回調査までの状況変化 4)行動障害(BPSD) × 問6 前回調査から今回調査までの状況変化 4)行動障害(BPSD)の状況変化に影響を与えている要因（複数回答）

	全体	①年齢	②性	③疾患の重症度	④発症からの経過日数	⑤STIによる介入	⑥PT/OTによる介入	⑦DHIによる介入	⑧その他
全体	699 (100%)	303 (43.3%)	7 (1.0%)	295 (42.2%)	166 (23.7%)	10 (1.4%)	113 (16.2%)	16 (2.3%)	184 (26.3%)
改善	40 (100%)	6 (15.0%)	0 (0.0%)	10 (25.0%)	10 (25.0%)	0 (0.0%)	13 (32.5%)	0 (0.0%)	23 (57.5%)
維持	288 (100%)	86 (29.9%)	2 (0.7%)	65 (22.6%)	52 (18.1%)	10 (3.5%)	97 (33.7%)	16 (5.6%)	121 (42.0%)
悪化	371 (100%)	211 (56.9%)	5 (1.3%)	220 (59.3%)	104 (28.0%)	0 (0.0%)	3 (0.8%)	0 (0.0%)	40 (10.8%)

χ²乗検定の有意水準<0.05

問6 前回調査から今回調査までの状況変化 5)失語・失行・失認など高次脳機能障害 × 問6 前回調査から今回調査までの状況変化 5)失語・失行・失認など高次脳機能障害の状況変化に影響を与えている要因（複数回答）

	全体	①年齢	②性	③疾患の重症度	④発症からの経過日数	⑤STIによる介入	⑥PT/OTによる介入	⑦DHIによる介入	⑧その他
全体	594 (100%)	237 (39.9%)	2 (0.3%)	281 (47.3%)	136 (22.9%)	30 (5.1%)	112 (18.9%)	12 (2.0%)	131 (22.1%)
改善	17 (100%)	2 (11.8%)	1 (5.9%)	2 (11.8%)	6 (35.3%)	5 (29.4%)	11 (64.7%)	0 (0.0%)	3 (17.6%)
維持	274 (100%)	80 (29.2%)	0 (0.0%)	64 (23.4%)	40 (14.6%)	23 (8.4%)	98 (35.8%)	12 (4.4%)	109 (39.8%)
悪化	303 (100%)	155 (51.2%)	1 (0.3%)	215 (71.0%)	90 (29.7%)	2 (0.7%)	3 (1.0%)	0 (0.0%)	19 (6.3%)

χ²乗検定の有意水準<0.05



問6 前回調査から今回調査までの状況変化 6)せん妄状態 × 問6 前回調査から今回調査までの状況変化 6)せん妄状態の状況変化に影響を与えている要因 (複数回答)

	全体	①年齢	②性	③疾患の重症度	④発症からの経過日数	⑤STIによる介入	⑥PT/OTIによる介入	⑦DHIによる介入	⑧その他
全体	388 (100%)	146 (37.6%)	3 (0.8%)	136 (35.1%)	87 (22.4%)	5 (1.3%)	60 (15.5%)	13 (3.4%)	138 (35.6%)
改善	29 (100%)	3 (10.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	6 (20.7%)	0 (0.0%)	5 (17.2%)	1 (3.4%)	22 (75.9%)
維持	241 (100%)	71 (29.5%)	1 (0.4%)	62 (25.7%)	48 (19.9%)	5 (2.1%)	55 (22.8%)	12 (5.0%)	103 (42.7%)
悪化	118 (100%)	72 (61.0%)	2 (1.7%)	74 (62.7%)	33 (28.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	13 (11.0%)

χ²乗検定の有意水準<0.05

問6 前回調査から今回調査までの状況変化 7)褥瘡 × 問6 前回調査から今回調査までの状況変化 7)褥瘡の状況変化に影響を与えている要因 (複数回答)

	全体	①年齢	②性	③疾患の重症度	④発症からの経過日数	⑤STIによる介入	⑥PT/OTIによる介入	⑦DHIによる介入	⑧その他
全体	329 (100%)	66 (20.1%)	2 (0.6%)	100 (30.4%)	49 (14.9%)	2 (0.6%)	58 (17.6%)	11 (3.3%)	175 (53.2%)
改善	75 (100%)	2 (2.7%)	0 (0.0%)	3 (4.0%)	15 (20.0%)	0 (0.0%)	12 (16.0%)	1 (1.3%)	59 (78.7%)
維持	169 (100%)	31 (18.3%)	0 (0.0%)	40 (23.7%)	15 (8.9%)	1 (0.6%)	45 (26.6%)	10 (5.9%)	98 (58.0%)
悪化	85 (100%)	33 (38.8%)	2 (2.4%)	57 (67.1%)	19 (22.4%)	1 (1.2%)	1 (1.2%)	0 (0.0%)	18 (21.2%)

χ²乗検定の有意水準<0.05

問6 前回調査から今回調査までの状況変化 8)食事摂取介助 × 問6 前回調査から今回調査までの状況変化 8)食事摂取介助の状況変化に影響を与えている要因 (複数回答)

	全体	①年齢	②性	③疾患の重症度	④発症からの経過日数	⑤STIによる介入	⑥PT/OTIによる介入	⑦DHIによる介入	⑧その他
全体	822 (100%)	352 (42.8%)	4 (0.5%)	400 (48.7%)	163 (19.8%)	49 (6.0%)	78 (9.5%)	30 (3.6%)	190 (23.1%)
改善	51 (100%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)	2 (3.9%)	5 (9.8%)	17 (33.3%)	11 (21.6%)	3 (5.9%)	28 (54.9%)
維持	216 (100%)	48 (22.2%)	1 (0.5%)	48 (22.2%)	28 (13.0%)	19 (8.8%)	58 (26.9%)	18 (8.3%)	111 (51.4%)
悪化	555 (100%)	303 (54.6%)	2 (0.4%)	350 (63.1%)	130 (23.4%)	13 (2.3%)	9 (1.6%)	9 (1.6%)	51 (9.2%)

χ²乗検定の有意水準<0.05

問6 前回調査から今回調査までの状況変化 9)経管栄養 × 問6 前回調査から今回調査までの状況変化 9)経管栄養の状況変化に影響を与えている要因 (複数回答)

	全体	①年齢	②性	③疾患の重症度	④発症からの経過日数	⑤STIによる介入	⑥PT/OTIによる介入	⑦DHIによる介入	⑧その他
全体	195 (100%)	49 (25.1%)	0 (0.0%)	101 (51.8%)	21 (10.8%)	17 (8.7%)	14 (7.2%)	5 (2.6%)	66 (33.8%)
終了	19 (100%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	6 (31.6%)	2 (10.5%)	5 (26.3%)	3 (15.8%)	0 (0.0%)	8 (42.1%)
維持	103 (100%)	29 (28.2%)	0 (0.0%)	34 (33.0%)	12 (11.7%)	10 (9.7%)	10 (9.7%)	5 (4.9%)	51 (49.5%)
開始	73 (100%)	20 (27.4%)	0 (0.0%)	61 (83.6%)	7 (9.6%)	2 (2.7%)	1 (1.4%)	0 (0.0%)	7 (9.6%)

χ²乗検定の有意水準<0.05

問6 前回調査から今回調査までの状況変化 10)嚥下 × 問6 前回調査から今回調査までの状況変化 10)嚥下の状況変化に影響を与えている要因 (複数回答)

	全体	①年齢	②性	③疾患の重症度	④発症からの経過日数	⑤STIによる介入	⑥PT/OTIによる介入	⑦DHIによる介入	⑧その他
全体	795 (100%)	350 (44.0%)	2 (0.3%)	359 (45.2%)	147 (18.5%)	91 (11.4%)	70 (8.8%)	30 (3.8%)	198 (24.9%)
改善	38 (100%)	2 (5.3%)	0 (0.0%)	2 (5.3%)	6 (15.8%)	25 (65.8%)	9 (23.7%)	2 (5.3%)	11 (28.9%)
維持	287 (100%)	78 (27.2%)	1 (0.3%)	62 (21.6%)	30 (10.5%)	44 (15.3%)	55 (19.2%)	20 (7.0%)	144 (50.2%)
悪化	470 (100%)	270 (57.4%)	1 (0.2%)	295 (62.8%)	111 (23.6%)	22 (4.7%)	6 (1.3%)	8 (1.7%)	43 (9.1%)

χ²乗検定の有意水準<0.05

問6 前回調査から今回調査までの状況変化 11)尿失禁 × 問6 前回調査から今回調査までの状況変化 11)尿失禁の状況変化に影響を与えている要因(複数回答)

	全体	①年齢	②性	③疾患の重症度	④発症からの経過日数	⑤STIによる介入	⑥PT/OTIによる介入	⑦DHIによる介入	⑧その他
全体	821 (100%)	432 (52.6%)	17 (2.1%)	311 (37.9%)	137 (16.7%)	2 (0.2%)	60 (7.3%)	17 (2.1%)	225 (27.4%)
改善	35 (100%)	1 (2.9%)	0 (0.0%)	2 (5.7%)	6 (17.1%)	0 (0.0%)	17 (48.6%)	1 (2.9%)	21 (60.0%)
維持	270 (100%)	92 (34.1%)	3 (1.1%)	63 (23.3%)	46 (17.0%)	1 (0.4%)	42 (15.6%)	15 (5.6%)	137 (50.7%)
悪化	516 (100%)	339 (65.7%)	14 (2.7%)	246 (47.7%)	85 (16.5%)	1 (0.2%)	1 (0.2%)	1 (0.2%)	67 (13.0%)

χ²乗検定の有意水準<0.05

問6 前回調査から今回調査までの状況変化 12)便失禁 × 問6 前回調査から今回調査までの状況変化 12)便失禁の状況変化に影響を与えている要因(複数回答)

	全体	①年齢	②性	③疾患の重症度	④発症からの経過日数	⑤STIによる介入	⑥PT/OTIによる介入	⑦DHIによる介入	⑧その他
全体	665 (100%)	314 (47.2%)	8 (1.2%)	256 (38.5%)	112 (16.8%)	0 (0.0%)	52 (7.8%)	18 (2.7%)	202 (30.4%)
改善	21 (100%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (14.3%)	0 (0.0%)	10 (47.6%)	1 (4.8%)	13 (61.9%)
維持	269 (100%)	80 (29.7%)	2 (0.7%)	63 (23.4%)	44 (16.4%)	0 (0.0%)	41 (15.2%)	16 (5.9%)	141 (52.4%)
悪化	375 (100%)	234 (62.4%)	6 (1.6%)	193 (51.5%)	65 (17.3%)	0 (0.0%)	1 (0.3%)	1 (0.3%)	48 (12.8%)

χ²乗検定の有意水準<0.05

問6 前回調査から今回調査までの状況変化 13)排泄介助 × 問6 前回調査から今回調査までの状況変化 13)排泄介助の状況変化に影響を与えている要因(複数回答)

	全体	①年齢	②性	③疾患の重症度	④発症からの経過日数	⑤STIによる介入	⑥PT/OTIによる介入	⑦DHIによる介入	⑧その他
全体	896 (100%)	433 (48.3%)	13 (1.5%)	364 (40.6%)	169 (18.9%)	2 (0.2%)	128 (14.3%)	17 (1.9%)	241 (26.9%)
改善	55 (100%)	1 (1.8%)	0 (0.0%)	4 (7.3%)	14 (25.5%)	0 (0.0%)	35 (63.6%)	1 (1.8%)	28 (50.9%)
維持	259 (100%)	73 (28.2%)	2 (0.8%)	54 (20.8%)	37 (14.3%)	0 (0.0%)	80 (30.9%)	15 (5.8%)	135 (52.1%)
悪化	582 (100%)	359 (61.7%)	11 (1.9%)	306 (52.6%)	118 (20.3%)	2 (0.3%)	13 (2.2%)	1 (0.2%)	78 (13.4%)

χ²乗検定の有意水準<0.05

(参考) ADL等の改善・維持・悪化に影響を与えている要因
(言語聴覚士が配置されている施設に入所しているコホート群)

問6 前回調査から今回調査までの状況変化 1)起居や起立、移乗 × 問6 前回調査から今回調査までの状況変化 1)起居や起立、移乗の状況変化に影響を与えている要因(複数回答)

	全体	①年齢	②性	③疾患の重症度	④発症からの経過日数	⑤STIによる介入	⑥PT/OTIによる介入	⑦DHIによる介入	⑧その他
全体	480 (100%)	234 (48.8%)	0 (0.0%)	181 (37.7%)	81 (16.9%)	5 (1.0%)	151 (31.5%)	9 (1.9%)	87 (18.1%)
改善	45 (100%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (4.4%)	0 (0.0%)	43 (95.6%)	0 (0.0%)	11 (24.4%)
維持	129 (100%)	37 (28.7%)	0 (0.0%)	26 (20.2%)	24 (18.6%)	4 (3.1%)	92 (71.3%)	7 (5.4%)	33 (25.6%)
悪化	306 (100%)	197 (64.4%)	0 (0.0%)	155 (50.7%)	55 (18.0%)	1 (0.3%)	16 (5.2%)	2 (0.7%)	43 (14.1%)

χ²乗検定の有意水準<0.05

問6 前回調査から今回調査までの状況変化 2)移動や歩行 × 問6 前回調査から今回調査までの状況変化 2)移動や歩行の状況変化に影響を与えている要因(複数回答)

	全体	①年齢	②性	③疾患の重症度	④発症からの経過日数	⑤STIによる介入	⑥PT/OTIによる介入	⑦DHIによる介入	⑧その他
全体	448 (100%)	213 (47.5%)	1 (0.2%)	157 (35.0%)	64 (14.3%)	4 (0.9%)	150 (33.5%)	7 (1.6%)	86 (19.2%)
改善	45 (100%)	1 (2.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (4.4%)	0 (0.0%)	42 (93.3%)	0 (0.0%)	13 (28.9%)
維持	138 (100%)	39 (28.3%)	0 (0.0%)	27 (19.6%)	25 (18.1%)	4 (2.9%)	96 (69.6%)	6 (4.3%)	33 (23.9%)
悪化	265 (100%)	173 (65.3%)	1 (0.4%)	130 (49.1%)	37 (14.0%)	0 (0.0%)	12 (4.5%)	1 (0.4%)	40 (15.1%)

χ²乗検定の有意水準<0.05

問6 前回調査から今回調査までの状況変化 3)認知症(精神機能) × 問6 前回調査から今回調査までの状況変化 3)認知症(精神機能)の状況変化に影響を与えている要因(複数回答)

	全体	①年齢	②性	③疾患の重症度	④発症からの経過日数	⑤STIによる介入	⑥PT/OTIによる介入	⑦DHIによる介入	⑧その他
全体	393 (100%)	240 (61.1%)	1 (0.3%)	152 (38.7%)	93 (23.7%)	16 (4.1%)	45 (11.5%)	7 (1.8%)	75 (19.1%)
改善	10 (100%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (20.0%)	1 (10.0%)	4 (40.0%)	0 (0.0%)	6 (60.0%)
維持	107 (100%)	41 (38.3%)	0 (0.0%)	24 (22.4%)	18 (16.8%)	15 (14.0%)	38 (35.5%)	7 (6.5%)	41 (38.3%)
進行	276 (100%)	199 (72.1%)	1 (0.4%)	128 (46.4%)	73 (26.4%)	0 (0.0%)	3 (1.1%)	0 (0.0%)	28 (10.1%)

χ²乗検定の有意水準<0.05

問6 前回調査から今回調査までの状況変化 4)行動障害(BPSD) × 問6 前回調査から今回調査までの状況変化 4)行動障害(BPSD)の状況変化に影響を与えている要因(複数回答)

	全体	①年齢	②性	③疾患の重症度	④発症からの経過日数	⑤STIによる介入	⑥PT/OTIによる介入	⑦DHIによる介入	⑧その他
全体	230 (100%)	105 (45.7%)	3 (1.3%)	90 (39.1%)	52 (22.6%)	9 (3.9%)	36 (15.7%)	7 (3.0%)	59 (25.7%)
改善	14 (100%)	2 (14.3%)	0 (0.0%)	3 (21.4%)	4 (28.6%)	0 (0.0%)	3 (21.4%)	0 (0.0%)	7 (50.0%)
維持	105 (100%)	35 (33.3%)	0 (0.0%)	28 (26.7%)	20 (19.0%)	9 (8.6%)	33 (31.4%)	7 (6.7%)	37 (35.2%)
悪化	111 (100%)	68 (61.3%)	3 (2.7%)	59 (53.2%)	28 (25.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	15 (13.5%)

χ²乗検定の有意水準<0.05

問6 前回調査から今回調査までの状況変化 5)失語・失行・失認など高次脳機能障害 × 問6 前回調査から今回調査までの状況変化 5)失語・失行・失認など高次脳機能障害の状況変化に影響を与えている要因(複数回答)

	全体	①年齢	②性	③疾患の重症度	④発症からの経過日数	⑤STIによる介入	⑥PT/OTIによる介入	⑦DHIによる介入	⑧その他
全体	219 (100%)	87 (39.7%)	1 (0.5%)	98 (44.7%)	47 (21.5%)	23 (10.5%)	43 (19.6%)	7 (3.2%)	45 (20.5%)
改善	11 (100%)	2 (18.2%)	1 (9.1%)	1 (9.1%)	2 (18.2%)	4 (36.4%)	6 (54.5%)	0 (0.0%)	3 (27.3%)
維持	106 (100%)	30 (28.3%)	0 (0.0%)	25 (23.6%)	18 (17.0%)	18 (17.0%)	36 (34.0%)	7 (6.6%)	35 (33.0%)
悪化	102 (100%)	55 (53.9%)	0 (0.0%)	72 (70.6%)	27 (26.5%)	1 (1.0%)	1 (1.0%)	0 (0.0%)	7 (6.9%)

χ²乗検定の有意水準<0.05

問6 前回調査から今回調査までの状況変化 6)せん妄状態 × 問6 前回調査から今回調査までの状況変化 6)せん妄状態の状況変化に影響を与えている要因 (複数回答)

	全体	①年齢	②性	③疾患の重症度	④発症からの経過日数	⑤STによる介入	⑥PT/OTによる介入	⑦DHIによる介入	⑧その他
全体	134 (100%)	52 (38.8%)	1 (0.7%)	43 (32.1%)	30 (22.4%)	4 (3.0%)	18 (13.4%)	7 (5.2%)	42 (31.3%)
改善	13 (100%)	2 (15.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (30.8%)	0 (0.0%)	2 (15.4%)	1 (7.7%)	8 (61.5%)
維持	83 (100%)	25 (30.1%)	0 (0.0%)	19 (22.9%)	16 (19.3%)	4 (4.8%)	16 (19.3%)	6 (7.2%)	30 (36.1%)
悪化	38 (100%)	25 (65.8%)	1 (2.6%)	24 (63.2%)	10 (26.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (10.5%)

χ²乗検定の有意水準<0.05

問6 前回調査から今回調査までの状況変化 7)褥瘡 × 問6 前回調査から今回調査までの状況変化 7)褥瘡の状況変化に影響を与えている要因 (複数回答)

	全体	①年齢	②性	③疾患の重症度	④発症からの経過日数	⑤STによる介入	⑥PT/OTによる介入	⑦DHIによる介入	⑧その他
全体	139 (100%)	33 (23.7%)	0 (0.0%)	40 (28.8%)	25 (18.0%)	2 (1.4%)	25 (18.0%)	5 (3.6%)	68 (48.9%)
改善	29 (100%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	8 (27.6%)	0 (0.0%)	2 (6.9%)	1 (3.4%)	22 (75.9%)
維持	76 (100%)	16 (21.1%)	0 (0.0%)	20 (26.3%)	7 (9.2%)	1 (1.3%)	23 (30.3%)	4 (5.3%)	37 (48.7%)
悪化	34 (100%)	17 (50.0%)	0 (0.0%)	20 (58.8%)	10 (29.4%)	1 (2.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	9 (26.5%)

χ²乗検定の有意水準<0.05

問6 前回調査から今回調査までの状況変化 8)食事摂取介助 × 問6 前回調査から今回調査までの状況変化 8)食事摂取介助の状況変化に影響を与えている要因 (複数回答)

	全体	①年齢	②性	③疾患の重症度	④発症からの経過日数	⑤STによる介入	⑥PT/OTによる介入	⑦DHIによる介入	⑧その他
全体	295 (100%)	128 (43.4%)	0 (0.0%)	124 (42.0%)	59 (20.0%)	35 (11.9%)	27 (9.2%)	12 (4.1%)	63 (21.4%)
改善	24 (100%)	1 (4.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (12.5%)	13 (54.2%)	4 (16.7%)	1 (4.2%)	11 (45.8%)
維持	80 (100%)	18 (22.5%)	0 (0.0%)	18 (22.5%)	10 (12.5%)	13 (16.3%)	20 (25.0%)	8 (10.0%)	33 (41.3%)
悪化	191 (100%)	109 (57.1%)	0 (0.0%)	106 (55.5%)	46 (24.1%)	9 (4.7%)	3 (1.6%)	3 (1.6%)	19 (9.9%)

χ²乗検定の有意水準<0.05

問6 前回調査から今回調査までの状況変化 9)経管栄養 × 問6 前回調査から今回調査までの状況変化 9)経管栄養の状況変化に影響を与えている要因 (複数回答)

	全体	①年齢	②性	③疾患の重症度	④発症からの経過日数	⑤STによる介入	⑥PT/OTによる介入	⑦DHIによる介入	⑧その他
全体	68 (100%)	19 (27.9%)	0 (0.0%)	29 (42.6%)	9 (13.2%)	10 (14.7%)	5 (7.4%)	4 (5.9%)	28 (41.2%)
終了	5 (100%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (60.0%)	1 (20.0%)	0 (0.0%)	2 (40.0%)
維持	43 (100%)	11 (25.6%)	0 (0.0%)	14 (32.6%)	8 (18.6%)	6 (14.0%)	3 (7.0%)	4 (9.3%)	21 (48.8%)
開始	20 (100%)	8 (40.0%)	0 (0.0%)	15 (75.0%)	1 (5.0%)	1 (5.0%)	1 (5.0%)	0 (0.0%)	5 (25.0%)

χ²乗検定の有意水準<0.05

問6 前回調査から今回調査までの状況変化 10)嚥下 × 問6 前回調査から今回調査までの状況変化 10)嚥下の状況変化に影響を与えている要因 (複数回答)

	全体	①年齢	②性	③疾患の重症度	④発症からの経過日数	⑤STによる介入	⑥PT/OTによる介入	⑦DHIによる介入	⑧その他
全体	316 (100%)	141 (44.6%)	1 (0.3%)	130 (41.1%)	62 (19.6%)	74 (23.4%)	24 (7.6%)	12 (3.8%)	75 (23.7%)
改善	23 (100%)	1 (4.3%)	0 (0.0%)	1 (4.3%)	2 (8.7%)	21 (91.3%)	5 (21.7%)	2 (8.7%)	5 (21.7%)
維持	113 (100%)	31 (27.4%)	0 (0.0%)	29 (25.7%)	14 (12.4%)	36 (31.9%)	17 (15.0%)	8 (7.1%)	49 (43.4%)
悪化	180 (100%)	109 (60.6%)	1 (0.6%)	100 (55.6%)	46 (25.6%)	17 (9.4%)	2 (1.1%)	2 (1.1%)	21 (11.7%)

χ²乗検定の有意水準<0.05

問6 前回調査から今回調査までの状況変化 11)尿失禁 × 問6 前回調査から今回調査までの状況変化 11)尿失禁の状況変化に影響を与えている要因 (複数回答)

	全体	①年齢	②性	③疾患の重症度	④発症からの経過日数	⑤STIによる介入	⑥PT/OTによる介入	⑦DHIによる介入	⑧その他
全体	295 (100%)	152 (51.5%)	3 (1.0%)	105 (35.6%)	45 (15.3%)	0 (0.0%)	16 (5.4%)	9 (3.1%)	89 (30.2%)
改善	15 (100%)	1 (6.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (20.0%)	0 (0.0%)	6 (40.0%)	1 (6.7%)	8 (53.3%)
維持	104 (100%)	31 (29.8%)	0 (0.0%)	26 (25.0%)	24 (23.1%)	0 (0.0%)	10 (9.6%)	7 (6.7%)	53 (51.0%)
悪化	176 (100%)	120 (68.2%)	3 (1.7%)	79 (44.9%)	18 (10.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.6%)	28 (15.9%)

χ²乗検定の有意水準<0.05

問6 前回調査から今回調査までの状況変化 12)便失禁 × 問6 前回調査から今回調査までの状況変化 12)便失禁の状況変化に影響を与えている要因 (複数回答)

	全体	①年齢	②性	③疾患の重症度	④発症からの経過日数	⑤STIによる介入	⑥PT/OTによる介入	⑦DHIによる介入	⑧その他
全体	241 (100%)	112 (46.5%)	3 (1.2%)	88 (36.5%)	39 (16.2%)	0 (0.0%)	14 (5.8%)	9 (3.7%)	79 (32.8%)
改善	10 (100%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (20.0%)	0 (0.0%)	5 (50.0%)	1 (10.0%)	4 (40.0%)
維持	102 (100%)	26 (25.5%)	0 (0.0%)	24 (23.5%)	22 (21.6%)	0 (0.0%)	9 (8.8%)	7 (6.9%)	55 (53.9%)
悪化	129 (100%)	86 (66.7%)	3 (2.3%)	64 (49.6%)	15 (11.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)	20 (15.5%)

χ²乗検定の有意水準<0.05

問6 前回調査から今回調査までの状況変化 13)排泄介助 × 問6 前回調査から今回調査までの状況変化 13)排泄介助の状況変化に影響を与えている要因 (複数回答)

	全体	①年齢	②性	③疾患の重症度	④発症からの経過日数	⑤STIによる介入	⑥PT/OTによる介入	⑦DHIによる介入	⑧その他
全体	331 (100%)	163 (49.2%)	3 (0.9%)	121 (36.6%)	56 (16.9%)	1 (0.3%)	48 (14.5%)	9 (2.7%)	90 (27.2%)
改善	24 (100%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (12.5%)	0 (0.0%)	18 (75.0%)	1 (4.2%)	12 (50.0%)
維持	97 (100%)	26 (26.8%)	0 (0.0%)	21 (21.6%)	19 (19.6%)	0 (0.0%)	28 (28.9%)	7 (7.2%)	47 (48.5%)
悪化	210 (100%)	137 (65.2%)	3 (1.4%)	100 (47.6%)	34 (16.2%)	1 (0.5%)	2 (1.0%)	1 (0.5%)	31 (14.8%)

χ²乗検定の有意水準<0.05

前回→今回調査におけるICFレベルの変化

	昨年度 平均値	本年度(今回) 平均値	
問8-2.基本動作のレベル	3.20	3.08	P<0.05
問8-3-a.歩行・移動のレベル	2.05	2.03	
問8-4-a.認知機能～オリエンテーションのレベル	3.29	3.21	P<0.05
問8-4-b.認知機能～コミュニケーションのレベル	3.18	3.10	P<0.05
問8-4-c.認知機能～精神活動のレベル	3.16	3.10	P<0.05
問8-5-a.食事～嚥下機能のレベル	3.75	3.64	P<0.05
問8-5-b.食事～食事動作及び食事介助のレベル	3.86	3.76	P<0.05
問8-6-a.排泄の動作のレベル	3.10	3.04	P<0.05
問8-7-a.入浴動作のレベル	2.69	2.68	
問8-8-a.整容～口腔ケアのレベル	2.85	2.79	
問8-8-b.整容～整容のレベル	2.56	2.51	P<0.05
問8-8-c.整容～衣服の着脱のレベル	2.59	2.54	

(3) 前回調査→今回調査に発生した出来事と対応



ポイント

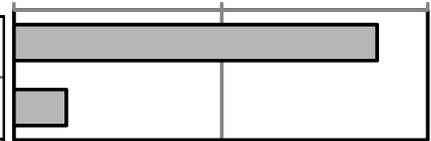
- 前回調査から今回調査にかけて発生した出来事（リスク・イベント）を見ると、最も多いのは「発熱と全ての急性感染症（誤嚥性肺炎を除く）」（3割弱）、「日常的な頑固な（3日以上）便秘」（3割弱）であり、次いで、「転倒、外傷等」（4分の1）などとなっている。
- 発生した出来事に対する対応の状況を見ると、「転院」での対応が多いのは、「骨折」「誤嚥性肺炎」「上部消化管出血（胃潰瘍等）」「脳卒中発作」「心臓発作」「動脈・静脈閉塞関連」である。



問6-4 前回調査から今回調査に発生した出来事・対応 1)点滴の実施

(0.0%) (50.0%) (100.0%)

期間中「点滴」なし	2829 (87.6%)
期間中「点滴」あり	401 (12.4%)
合計	3230 (100.0%)



問6-4-2) 平成23年8月から10月までの92日のうち何日点滴が行われたか
(n=465)

平均点滴日数	7.2日
--------	------

問6-4-3) 平成23年8月から10月までの92日のうち何日、「経口・坐薬」抗生物質の投与が行われたか
(n=767)

平均投与日数	12.0日
--------	-------

問6-4-4) 平成23年8月から10月までの93日のうち何日、「点滴・静注・筋注」抗生物質の投与が行われたか
(n=294)

平均投与日数	5.7日
--------	------

問6-4 前回調査から今回調査に発生した出来事・対応 5)酸素の投与

(0.0%) (50.0%) (100.0%)

期間中「酸素投与」なし	3334 (97.3%)
期間中「酸素投与」あり	91 (2.7%)
合計	3425 (100.0%)

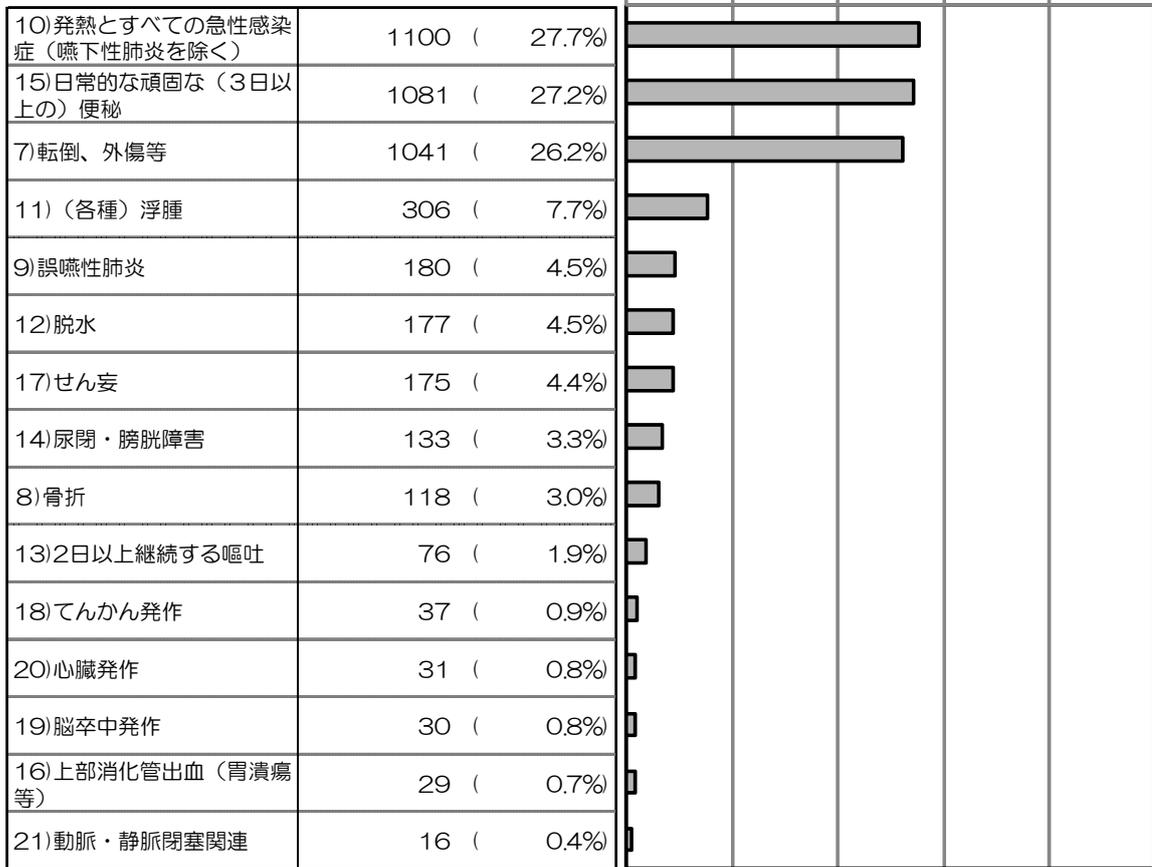


問6-4-6) 平成23年8月から10月までの92日のうち何日酸素の投与が行われたか
(n=71)

平均投与日数	30.4日
--------	-------



問6-4 前回調査から今回調査に発生した出来事・対応(n=3974) (0.0%) (10.0%) (20.0%) (30.0%) (40.0%) (50.0%)





問6-4 7) 転倒、外傷等の対応 (複数回答)

(0.0%) (50.0%) (100.0%)

施設内で対応	881 (84.9%)	
併設病院等の他科受診	138 (13.3%)	
転院	28 (2.7%)	
回答件数	1038 (1.01)	

問6-4 8) 骨折の対応 (複数回答)

(0.0%) (50.0%) (100.0%)

施設内で対応	14 (12.0%)	
併設病院等の他科受診	48 (41.0%)	
転院	56 (47.9%)	
回答件数	117 (1.01)	

問6-4 9) 誤嚥性肺炎の対応 (複数回答)

(0.0%) (50.0%) (100.0%)

施設内で対応	62 (35.2%)	
併設病院等の他科受診	43 (24.4%)	
転院	75 (42.6%)	
回答件数	176 (1.02)	

問6-4 10) 発熱とすべての急性感染症の対応 (嚥下性肺炎を除く) (複数回答)

(0.0%) (50.0%) (100.0%)

施設内で対応	922 (84.3%)	
併設病院等の他科受診	125 (11.4%)	
転院	77 (7.0%)	
回答件数	1094 (1.03)	

問6-4 11) (各種) 浮腫の対応 (複数回答)

(0.0%) (50.0%) (100.0%)

施設内で対応	275 (90.8%)	
併設病院等の他科受診	19 (6.3%)	
転院	10 (3.3%)	
回答件数	303 (1.00)	

問6-4 12) 脱水の対応 (複数回答)

(0.0%) (50.0%) (100.0%)

施設内で対応	149 (85.1%)	
併設病院等の他科受診	13 (7.4%)	
転院	15 (8.6%)	
回答件数	175 (1.01)	

問6-4 13) 2日以上継続する嘔吐の対応 嘔吐 (複数回答)

(0.0%) (50.0%) (100.0%)

施設内で対応	49 (66.2%)	
併設病院等の他科受診	16 (21.6%)	
転院	13 (17.6%)	
回答件数	74 (1.05)	

問6-4 14) 尿閉・膀胱障害の対応 (複数回答)

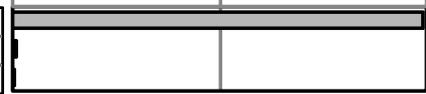
(0.0%) (50.0%) (100.0%)

施設内で対応	90 (69.2%)	
併設病院等の他科受診	30 (23.1%)	
転院	12 (9.2%)	
回答件数	130 (1.02)	



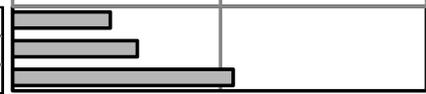
問6-4 15) 日常的な頑固な（3日以上）便秘の対応（3日以上）便秘（複数回答） (0.0%) (50.0%) (100.0%)

施設内で対応	1065 (99.3%)
併設病院等の他科受診	6 (0.6%)
転院	3 (0.3%)
回答件数	1073 (1.00)



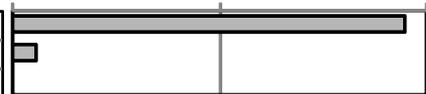
問6-4 16) 上部消化管出血（胃潰瘍等）の対応（胃潰瘍等）（複数回答） (0.0%) (50.0%) (100.0%)

施設内で対応	7 (23.3%)
併設病院等の他科受診	9 (30.0%)
転院	16 (53.3%)
回答件数	30 (1.07)



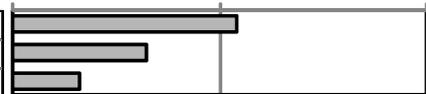
問6-4 17) せん妄の対応（複数回答） (0.0%) (50.0%) (100.0%)

施設内で対応	165 (94.8%)
併設病院等の他科受診	10 (5.7%)
転院	0 (0.0%)
回答件数	174 (1.01)



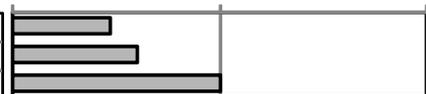
問6-4 18) てんかん発作の対応（複数回答） (0.0%) (50.0%) (100.0%)

施設内で対応	20 (54.1%)
併設病院等の他科受診	12 (32.4%)
転院	6 (16.2%)
回答件数	37 (1.03)



問6-4 19) 脳卒中発作の対応（複数回答） (0.0%) (50.0%) (100.0%)

施設内で対応	7 (23.3%)
併設病院等の他科受診	9 (30.0%)
転院	15 (50.0%)
回答件数	30 (1.03)



問6-4 20) 心臓発作の対応（複数回答） (0.0%) (50.0%) (100.0%)

施設内で対応	10 (32.3%)
併設病院等の他科受診	9 (29.0%)
転院	13 (41.9%)
回答件数	31 (1.03)



問6-4 21) 動脈・静脈閉塞関連の対応（複数回答） (0.0%) (50.0%) (100.0%)

施設内で対応	4 (25.0%)
併設病院等の他科受診	8 (50.0%)
転院	4 (25.0%)
回答件数	16 (1.00)



(4) コホート集団の口腔ケアスクリーニングおよび栄養状況

ポイント

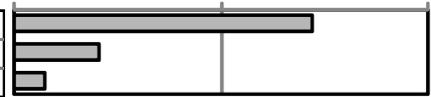
- 食事中や食後の痰のからみについては、「ない」が7割、「たまにある・あり」が3割である。
- 口臭については、「ない」が7割、「少しある・つよい」が3割である。
- BMIについては、「18.5以上」が7割、「18.5未満」が3割である。
- 体重平均値は44.9kg、TC（大腿周囲長）平均値は36.8cm、血清アルブミン値平均値は3.7g/dlである。
- 褥そうは「あり」が4%であり、その程度は「Ⅰ度・Ⅱ度」が9割である。
- 口腔内での水分保持は、「可能」が7割、「困難・不可能」が3割である。
- 口腔ケアの拒否は、「なし」が4分の3、「時々あり・あり」が4分の1である。



問7 食事中や食後の痰のからみ

(0.0%) (50.0%) (100.0%)

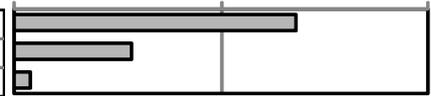
ない	2687 (72.1%)
たまにある	758 (20.3%)
あり	280 (7.5%)
合計	3725 (100.0%)



問7 口臭

(0.0%) (50.0%) (100.0%)

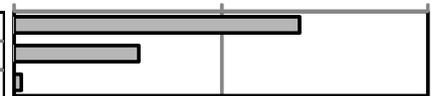
ない	2536 (68.0%)
少しある	1056 (28.3%)
つよい	139 (3.7%)
合計	3731 (100.0%)



問7 BMI/体重減少 (複数回答)

(0.0%) (50.0%) (100.0%)

1) 18.5以上	2207 (68.9%)
2) 18.5未満	963 (30.1%)
3) 3カ月で3キロ以上の減少	55 (1.7%)
回答件数	3202 (1.01)



問7 BMIの実測値
(n=3500)

平均値	20.6
-----	------

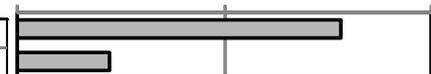
問7 体重の実測値
(n=3619)

平均値	44.9 kg
-----	---------

問7 TC (大腿周囲長)

(0.0%) (50.0%) (100.0%)

31cm以上	1228 (78.0%)
31cm未満	346 (22.0%)
合計	1574 (100.0%)



問7 TC (大腿周囲長) の実測値
(n=1573)

平均値	36.8 cm
-----	---------

問7 血清アルブミン値
(n=2170)

平均値	3.7 g/dl
-----	----------



問7 褥そうの有無

(0.0%) (50.0%) (100.0%)

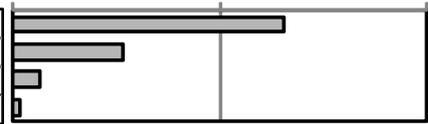
ない	3599 (96.2%)
あり	141 (3.8%)
合計	3740 (100.0%)



問7 褥そうありの場合の度数

(0.0%) (50.0%) (100.0%)

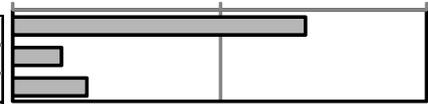
I度	79 (65.3%)
II度	32 (26.4%)
III度	8 (6.6%)
IV度	2 (1.7%)
合計	121 (100.0%)



問7 口腔内での水分保持

(0.0%) (50.0%) (100.0%)

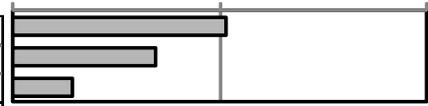
可能	2690 (70.6%)
困難	440 (11.6%)
不可能	678 (17.8%)
合計	3808 (100.0%)



問7 口腔内での水分保持が不可能な場合の状況

(0.0%) (50.0%) (100.0%)

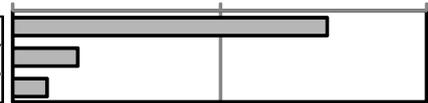
むせ	360 (51.6%)
飲んでしまう	239 (34.2%)
口から出る	99 (14.2%)
合計	698 (100.0%)



問7 口腔ケアの拒否

(0.0%) (50.0%) (100.0%)

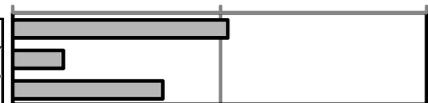
なし	2899 (75.9%)
時々あり	599 (15.7%)
あり	320 (8.4%)
合計	3818 (100.0%)



問7 口腔ケアの自発性

(0.0%) (50.0%) (100.0%)

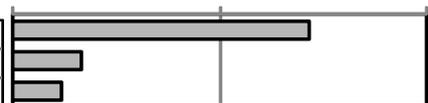
なし	1972 (51.8%)
時々あり	467 (12.3%)
あり	1370 (36.0%)
合計	3809 (100.0%)



問7 座位保持

(0.0%) (50.0%) (100.0%)

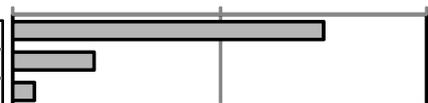
可	2757 (71.8%)
不安定	640 (16.7%)
不可	443 (11.5%)
合計	3840 (100.0%)



問7 頸部可動性

(0.0%) (50.0%) (100.0%)

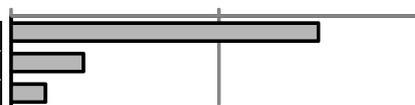
可	2857 (75.1%)
不十分	748 (19.7%)
不可	198 (5.2%)
合計	3803 (100.0%)



問7 開口保持

(0.0%) (50.0%) (100.0%)

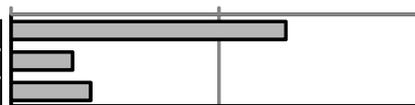
可	2849 (74.4%)
不十分	673 (17.6%)
不可	306 (8.0%)
合計	3828 (100.0%)



問7 含嗽

(0.0%) (50.0%) (100.0%)

可	2514 (66.1%)
不十分	561 (14.8%)
不可	726 (19.1%)
合計	3801 (100.0%)



問7 重度歯周病

(0.0%) (50.0%) (100.0%)

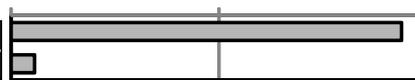
なし	3132 (92.8%)
あり	243 (7.2%)
合計	3375 (100.0%)



問7 重度う蝕

(0.0%) (50.0%) (100.0%)

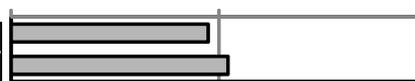
なし	3173 (94.4%)
あり	187 (5.6%)
合計	3360 (100.0%)



問7 咬合

(0.0%) (50.0%) (100.0%)

義歯作成の必要あり	139 (47.4%)
義歯修理の必要あり	154 (52.6%)
合計	293 (100.0%)



(5) ADLの変化等に影響を及ぼす要因について

ポイント

- 施設における口腔ケア・嚥下リハの個別対応時間（平成23年10月1カ月間）について、「0時間（全く実施していない）の施設（193施設）」「1～200時間未満実施している施設（303施設）」「200時間以上実施している施設（96施設）」の3つのグループに分けて、それぞれの入所者がICFレベルでどのように変化したかを見た。（→47～49ページ参照）
 - ✓個別対応時間が少ないグループ（「0時間」「1～200時間未満」施設の入所者）においては、ICFレベルのほぼ全ての項目で悪化が認められた。
 - ✓個別対応が多いグループ（「200時間以上」施設の入所者）においては、「歩行・移動」「認知機能～オリエンテーション」「認知機能～コミュニケーション」「認知機能～精神活動」「入浴動作」で維持を示していた。
 - ✓個別対応が「1～200時間未満」の施設では、口腔ケア・嚥下リハに関わる職種（平均）は2.2人、「200時間以上」の施設では、2.8人と違いが見られ、多職種で個別対応の取り組みを推進することが効果をもたらしていると考えられる。
- 食事中や食後の痰のからみの状態と、前回調査から今回調査における状況変化を見たところ、以下の特徴が見られた。（50ページ参照）
 - ✓食事中や食後の痰のからみの有無と、「嚥下」の状態は関連が見られる。
 - ✓食事中や食後の痰のからみの有無と、「誤嚥性肺炎」の発生状況は関連が見られる。
 - ✓食事中や食後の痰のからみの有無と、「発熱とすべての急性感染症（誤嚥性肺炎を除く）」の発生状況は関連が見られる。
 - ✓食事中や食後の痰のからみの有無と、「脱水」の発生状況は関連が見られる。
- 栄養状態と、前回調査から今回調査における状況の変化を見たところ、以下の特徴が見られた。（栄養状態の指標として血清アルブミン値を用いた。）（51～54ページ参照）
 - ✓BMIと血清アルブミン値、TC（大腿周囲長）と血清アルブミン値、BMIとTC（大腿周囲長）は相互に関連している。
 - ✓血清アルブミン値の水準と、「ADL」の変化は関連が見られる。
 - ✓血清アルブミン値の水準と、「起居や起立、移乗」の変化は関連が見られる。
 - ✓血清アルブミン値の水準と、「移動や歩行」の変化は関連が見られる。
 - ✓血清アルブミン値の水準と、「褥瘡」の変化は関連が見られる。



ポイント

- ✓血清アルブミン値の水準と、「食事摂取介助」の変化は関連が見られる。
- ✓血清アルブミン値の水準と、「経管栄養」の変化は関連が見られる。
- ✓血清アルブミン値の水準と、「嚥下」の変化は関連が見られる。
- ✓血清アルブミン値の水準と、「尿失禁」の変化は関連が見られる。
- ✓血清アルブミン値の水準と、「便失禁」の変化は関連が見られる。

●喀痰吸引の状況と誤嚥性肺炎・発熱とすべての急性感染症（誤嚥性肺炎を除く）の関係を見たところ、以下の特徴が見られた。（55ページ参照）

- ✓喀痰吸引の有無や頻度と、「誤嚥性肺炎」の発生状況は関連が見られる。
- ✓喀痰吸引の有無や頻度と、「発熱とすべての急性感染症（誤嚥性肺炎を除く）」の発生状況は関連が見られる。

施設における口腔ケア・嚥下リハの個別対応時間とICFレベルの変化の関係

口腔ケア・嚥下リハにかかる個別対応時間が1カ月当たり0時間の施設

	昨年度	本年度	
問8-2.基本動作のレベル	3.53	3.24	p<0.05
問8-3-a.歩行・移動のレベル	2.18	2.08	p<0.05
問8-4-a.認知機能～オリエンテーションのレベル	3.43	3.29	
問8-4-b.認知機能～コミュニケーションのレベル	3.32	3.13	p<0.05
問8-4-c.認知機能～精神活動のレベル	3.29	3.14	p<0.05
問8-5-a.食事～嚥下機能のレベル	4.00	3.77	p<0.05
問8-5-b.食事～食事動作及び食事介助のレベル	4.11	3.88	p<0.05
問8-6-a.排泄の動作のレベル	3.34	3.13	p<0.05
問8-7-a.入浴動作のレベル	2.78	2.74	p<0.05
問8-8-a.整容～口腔ケアのレベル	3.07	2.89	p<0.05
問8-8-b.整容～整容のレベル	2.78	2.61	p<0.05
問8-8-c.整容～衣服の着脱のレベル	2.85	2.66	p<0.05

口腔ケア・嚥下リハにかかる個別対応時間が1カ月当たり1～199時間の施設

	昨年度	本年度	
問8-2.基本動作のレベル	3.22	2.95	p<0.05
問8-3-a.歩行・移動のレベル	2.06	1.99	p<0.05
問8-4-a.認知機能～オリエンテーションのレベル	3.32	3.12	p<0.05
問8-4-b.認知機能～コミュニケーションのレベル	3.23	3.03	p<0.05
問8-4-c.認知機能～精神活動のレベル	3.21	3.04	p<0.05
問8-5-a.食事～嚥下機能のレベル	3.77	3.54	p<0.05
問8-5-b.食事～食事動作及び食事介助のレベル	3.89	3.69	p<0.05
問8-6-a.排泄の動作のレベル	3.13	2.95	p<0.05
問8-7-a.入浴動作のレベル	2.72	2.66	p<0.05
問8-8-a.整容～口腔ケアのレベル	2.90	2.72	p<0.05
問8-8-b.整容～整容のレベル	2.63	2.43	p<0.05
問8-8-c.整容～衣服の着脱のレベル	2.67	2.46	p<0.05

口腔ケア・嚥下リハにかかる個別対応時間が1カ月当たり200時間以上の施設

	昨年度	本年度	
問8-2.基本動作のレベル	3.28	3.11	p<0.05
問8-3-a.歩行・移動のレベル	2.07	2.04	
問8-4-a.認知機能～オリエンテーションのレベル	3.39	3.26	
問8-4-b.認知機能～コミュニケーションのレベル	3.28	3.17	
問8-4-c.認知機能～精神活動のレベル	3.25	3.17	
問8-5-a.食事～嚥下機能のレベル	3.86	3.69	p<0.04
問8-5-b.食事～食事動作及び食事介助のレベル	3.97	3.77	p<0.05
問8-6-a.排泄の動作のレベル	3.19	3.09	p<0.05
問8-7-a.入浴動作のレベル	2.69	2.67	
問8-8-a.整容～口腔ケアのレベル	2.98	2.83	p<0.05
問8-8-b.整容～整容のレベル	2.63	2.54	p<0.05
問8-8-c.整容～衣服の着脱のレベル	2.69	2.57	p<0.05

食事中や食後の痰のからみとADL等の変化の関係

問7 食事中や食後の痰のからみ × 問6 前回調査から今回調査までの状況変化 10)嚔下

	全体	改善	維持	悪化	(無回答)
全体	6263 (100.0%)	46 (0.7%)	3082 (49.2%)	515 (8.2%)	2620 (41.8%)
ない	2687 (100.0%)	27 (1.0%)	2239 (83.3%)	149 (5.5%)	272 (10.1%)
たまにある	758 (100.0%)	10 (1.3%)	498 (65.7%)	205 (27.0%)	45 (5.9%)
あり	280 (100.0%)	2 (0.7%)	143 (51.1%)	124 (44.3%)	11 (3.9%)

χ²乗検定の有意水準<0.05

問7 食事中や食後の痰のからみ × 問6-4 前回調査から今回調査に発生した出来事・対応 9)誤嚥性肺炎

	全体	あり	なし	(無回答)
全体	6263 (100.0%)	180 (2.9%)	6083 (97.1%)	0 (0.0%)
ない	2687 (100.0%)	49 (1.8%)	2638 (98.2%)	0 (0.0%)
たまにある	758 (100.0%)	68 (9.0%)	690 (91.0%)	0 (0.0%)
あり	280 (100.0%)	48 (17.1%)	232 (82.9%)	0 (0.0%)

χ²乗検定の有意水準<0.05

問7 食事中や食後の痰のからみ × 問6-4 前回調査から今回調査に発生した出来事・対応 10)発熱とすべての急性感染症(誤嚥性肺炎を除く)

	全体	あり	なし	(無回答)
全体	6263 (100.0%)	1100 (17.6%)	5163 (82.4%)	0 (0.0%)
ない	2687 (100.0%)	618 (23.0%)	2069 (77.0%)	0 (0.0%)
たまにある	758 (100.0%)	274 (36.1%)	484 (63.9%)	0 (0.0%)
あり	280 (100.0%)	123 (43.9%)	157 (56.1%)	0 (0.0%)

χ²乗検定の有意水準<0.05

問7 食事中や食後の痰のからみ × 問6-4 前回調査から今回調査に発生した出来事・対応 12)脱水

	全体	あり	なし	(無回答)
全体	6263 (100.0%)	177 (2.8%)	6086 (97.2%)	0 (0.0%)
ない	2687 (100.0%)	80 (3.0%)	2607 (97.0%)	0 (0.0%)
たまにある	758 (100.0%)	54 (7.1%)	704 (92.9%)	0 (0.0%)
あり	280 (100.0%)	28 (10.0%)	252 (90.0%)	0 (0.0%)

χ²乗検定の有意水準<0.05

栄養状態とADL等の変化の関係

問7 BMI/体重減少(複数回答) × 問7血清アルブミン値(3段階)

	全体	3.5以上	3.0以上3.5未満	3.0未満	(無回答)
全体	2170 (100.0%)	1364 (62.9%)	648 (29.9%)	158 (7.3%)	0 (0.0%)
18.5以上	1265 (100.0%)	852 (67.4%)	356 (28.1%)	57 (4.5%)	0 (0.0%)
18.5未満	558 (100.0%)	299 (53.6%)	198 (35.5%)	61 (10.9%)	0 (0.0%)
(無回答)	348 (100.0%)	213 (61.2%)	95 (27.3%)	40 (11.5%)	0 (0.0%)

χ² 二乗検定の有意水準<0.05

問7 TC(大腿周囲長) × 問7血清アルブミン値(3段階)

	全体	3.5以上	3.0以上3.5未満	3.0未満	(無回答)
全体	2170 (100.0%)	1364 (62.9%)	648 (29.9%)	158 (7.3%)	0 (0.0%)
31cm以上	824 (100.0%)	552 (67.0%)	223 (27.1%)	49 (5.9%)	0 (0.0%)
31cm未満	223 (100.0%)	91 (40.8%)	110 (49.3%)	22 (9.9%)	0 (0.0%)
(無回答)	1123 (100.0%)	721 (64.2%)	315 (28.0%)	87 (7.7%)	0 (0.0%)

χ² 二乗検定の有意水準<0.05

問7 BMI/体重減少(複数回答) × 問7 TC(大腿周囲長)

	全体	31cm以上	31cm未満	(無回答)
全体	2170 (100.0%)	824 (38.0%)	223 (10.3%)	1123 (51.8%)
18.5以上	1265 (100.0%)	554 (43.8%)	71 (5.6%)	640 (50.6%)
18.5未満	558 (100.0%)	175 (31.4%)	119 (21.3%)	264 (47.3%)
(無回答)	348 (100.0%)	95 (27.3%)	33 (9.5%)	220 (63.2%)

χ² 二乗検定の有意水準<0.05



問7血清アルブミン値(3段階) × 問6 前回調査から今回調査までの状況変化 1.ADLの変化

	全体	維持(ほぼ同)	明らかに改善	多少改善	多少衰退(悪)	明らかに衰退	(無回答)
全体	2170 (100.0%)	1131 (52.1%)	26 (1.2%)	45 (2.1%)	461 (21.2%)	145 (6.7%)	362 (16.7%)
3.5以上	1364 (100.0%)	750 (55.0%)	21 (1.5%)	40 (2.9%)	273 (20.0%)	55 (4.0%)	225 (16.5%)
3.0以上3.5未満	648 (100.0%)	323 (49.8%)	3 (0.5%)	5 (0.8%)	143 (22.1%)	63 (9.7%)	111 (17.1%)
3.0未満	158 (100.0%)	58 (36.7%)	2 (1.3%)	0 (0.0%)	45 (28.5%)	27 (17.1%)	26 (16.5%)
(無回答)	0	0	0	0	0	0	0

χ 二乗検定の有意水準<0.05

問7血清アルブミン値(3段階) × 問6 前回調査から今回調査までの状況変化 1)起居や起立、移乗

	全体	改善	維持	悪化	(無回答)
全体	2170 (100.0%)	63 (2.9%)	1524 (70.2%)	491 (22.6%)	92 (4.2%)
3.5以上	1364 (100.0%)	54 (4.0%)	996 (73.0%)	249 (18.3%)	65 (4.8%)
3.0以上3.5未満	648 (100.0%)	6 (0.9%)	436 (67.3%)	182 (28.1%)	24 (3.7%)
3.0未満	158 (100.0%)	3 (1.9%)	92 (58.2%)	60 (38.0%)	3 (1.9%)
(無回答)	0	0	0	0	0

χ 二乗検定の有意水準<0.05

問7血清アルブミン値(3段階) × 問6 前回調査から今回調査までの状況変化 2)移動や歩行

	全体	改善	維持	悪化	(無回答)
全体	2170 (100.0%)	62 (2.9%)	1536 (70.8%)	464 (21.4%)	108 (5.0%)
3.5以上	1364 (100.0%)	57 (4.2%)	981 (71.9%)	254 (18.6%)	72 (5.3%)
3.0以上3.5未満	648 (100.0%)	4 (0.6%)	457 (70.5%)	157 (24.2%)	30 (4.6%)
3.0未満	158 (100.0%)	1 (0.6%)	98 (62.0%)	53 (33.5%)	6 (3.8%)
(無回答)	0	0	0	0	0

χ 二乗検定の有意水準<0.05

問7血清アルブミン値(3段階) × 問6 前回調査から今回調査までの状況変化 7)褥瘡

	全体	改善	維持	悪化	(無回答)
全体	2170 (100.0%)	67 (3.1%)	1233 (56.8%)	53 (2.4%)	817 (37.6%)
3.5以上	1364 (100.0%)	34 (2.5%)	781 (57.3%)	27 (2.0%)	522 (38.3%)
3.0以上3.5未満	648 (100.0%)	30 (4.6%)	359 (55.4%)	17 (2.6%)	242 (37.3%)
3.0未満	158 (100.0%)	3 (1.9%)	93 (58.9%)	9 (5.7%)	53 (33.5%)
(無回答)	0	0	0	0	0

χ² 二乗検定の有意水準<0.05

問7血清アルブミン値(3段階) × 問6 前回調査から今回調査までの状況変化 8)食事摂取介助

	全体	改善	維持	悪化	(無回答)
全体	2170 (100.0%)	34 (1.6%)	1365 (62.9%)	339 (15.6%)	432 (19.9%)
3.5以上	1364 (100.0%)	20 (1.5%)	884 (64.8%)	157 (11.5%)	303 (22.2%)
3.0以上3.5未満	648 (100.0%)	11 (1.7%)	400 (61.7%)	131 (20.2%)	106 (16.4%)
3.0未満	158 (100.0%)	3 (1.9%)	81 (51.3%)	51 (32.3%)	23 (14.6%)
(無回答)	0	0	0	0	0

χ² 二乗検定の有意水準<0.05

問7血清アルブミン値(3段階) × 問6 前回調査から今回調査までの状況変化 9)経管栄養

	全体	終了	維持	開始	(無回答)
全体	2170 (100.0%)	35 (1.6%)	854 (39.4%)	45 (2.1%)	1236 (57.0%)
3.5以上	1364 (100.0%)	21 (1.5%)	555 (40.7%)	16 (1.2%)	772 (56.6%)
3.0以上3.5未満	648 (100.0%)	14 (2.2%)	236 (36.4%)	21 (3.2%)	377 (58.2%)
3.0未満	158 (100.0%)	0 (0.0%)	63 (39.9%)	8 (5.1%)	87 (55.1%)
(無回答)	0	0	0	0	0

χ² 二乗検定の有意水準<0.05



問7血清アルブミン値(3段階) × 問6 前回調査から今回調査までの状況変化 10)嚔下

	全体	改善	維持	悪化	(無回答)
全体	2170 (100.0%)	26 (1.2%)	1665 (76.7%)	291 (13.4%)	188 (8.7%)
3.5以上	1364 (100.0%)	13 (1.0%)	1092 (80.1%)	128 (9.4%)	131 (9.6%)
3.0以上3.5未満	648 (100.0%)	12 (1.9%)	477 (73.6%)	111 (17.1%)	48 (7.4%)
3.0未満	158 (100.0%)	1 (0.6%)	96 (60.8%)	52 (32.9%)	9 (5.7%)
(無回答)	0	0	0	0	0

χ^2 二乗検定の有意水準 < 0.05

問7血清アルブミン値(3段階) × 問6 前回調査から今回調査までの状況変化 11)尿失禁

	全体	改善	維持	悪化	(無回答)
全体	2170 (100.0%)	24 (1.1%)	1632 (75.2%)	310 (14.3%)	204 (9.4%)
3.5以上	1364 (100.0%)	20 (1.5%)	1017 (74.6%)	185 (13.6%)	142 (10.4%)
3.0以上3.5未満	648 (100.0%)	4 (0.6%)	504 (77.8%)	87 (13.4%)	53 (8.2%)
3.0未満	158 (100.0%)	0 (0.0%)	111 (70.3%)	38 (24.1%)	9 (5.7%)
(無回答)	0	0	0	0	0

χ^2 二乗検定の有意水準 < 0.05

問7血清アルブミン値(3段階) × 問6 前回調査から今回調査までの状況変化 12)便失禁

	全体	改善	維持	悪化	(無回答)
全体	2170 (100.0%)	17 (0.8%)	1696 (78.2%)	230 (10.6%)	227 (10.5%)
3.5以上	1364 (100.0%)	13 (1.0%)	1060 (77.7%)	132 (9.7%)	159 (11.7%)
3.0以上3.5未満	648 (100.0%)	4 (0.6%)	519 (80.1%)	67 (10.3%)	58 (9.0%)
3.0未満	158 (100.0%)	0 (0.0%)	117 (74.1%)	31 (19.6%)	10 (6.3%)
(無回答)	0	0	0	0	0

χ^2 二乗検定の有意水準 < 0.05

喀痰吸引の状況と誤嚥性肺炎・発熱とすべての急性感染症（誤嚥性肺炎を除く）
の関係

問5-7 1日ほぼ8回以上の喀痰吸引 × 問6-4 前回調査から今回調査に発生した出来事・対応 9)誤嚥性肺炎

	全体	あり	なし	(無回答)
全体	6263 (100.0%)	180 (2.9%)	6083 (97.1%)	0 (0.0%)
なし	3900 (100.0%)	160 (4.1%)	3740 (95.9%)	0 (0.0%)
あり	46 (100.0%)	16 (34.8%)	30 (65.2%)	0 (0.0%)
(無回答)	2317 (100.0%)	4 (0.2%)	2313 (99.8%)	0 (0.0%)

χ^2 二乗検定の有意水準 < 0.05

問5-7 1日ほぼ8回以上の喀痰吸引 × 問6-4 前回調査から今回調査に発生した出来事・対応 10)発熱とすべての急性感染症（誤嚥性肺炎を除く）

	全体	あり	なし	(無回答)
全体	6263 (100.0%)	1100 (17.6%)	5163 (82.4%)	0 (0.0%)
なし	3900 (100.0%)	1064 (27.3%)	2836 (72.7%)	0 (0.0%)
あり	46 (100.0%)	25 (54.3%)	21 (45.7%)	0 (0.0%)
(無回答)	2317 (100.0%)	11 (0.5%)	2306 (99.5%)	0 (0.0%)

χ^2 二乗検定の有意水準 < 0.05

問5-8 1日1-7回の喀痰吸引 × 問6-4 前回調査から今回調査に発生した出来事・対応 9)誤嚥性肺炎

	全体	あり	なし	(無回答)
全体	6263 (100.0%)	180 (2.9%)	6083 (97.1%)	0 (0.0%)
なし	3730 (100.0%)	125 (3.4%)	3605 (96.6%)	0 (0.0%)
あり	211 (100.0%)	51 (24.2%)	160 (75.8%)	0 (0.0%)
(無回答)	2322 (100.0%)	4 (0.2%)	2318 (99.8%)	0 (0.0%)

χ^2 二乗検定の有意水準 < 0.05

問5-8 1日1-7回の喀痰吸引 × 問6-4 前回調査から今回調査に発生した出来事・対応 10)発熱とすべての急性感染症（誤嚥性肺炎を除く）

	全体	あり	なし	(無回答)
全体	6263 (100.0%)	1100 (17.6%)	5163 (82.4%)	0 (0.0%)
なし	3730 (100.0%)	987 (26.5%)	2743 (73.5%)	0 (0.0%)
あり	211 (100.0%)	97 (46.0%)	114 (54.0%)	0 (0.0%)
(無回答)	2322 (100.0%)	16 (0.7%)	2306 (99.3%)	0 (0.0%)

χ^2 二乗検定の有意水準 < 0.05



**第4章 口腔ケアのハイリスク要因に関する
ロジスティック回帰分析（追跡調査）**





(1) 目的と作業概要

○目的

本業務は、ハイリスクイベント発生の要因をロジスティック回帰分析により把握することを目的とする。そのために、介護老人保健施設利用者を対象に、追跡調査(平成22年度調査対象者に再度依頼)を実施し、ハイリスク要因が与える影響を確率化することで、口腔ケアスケールの精緻化に資する知見をとりまとめる。

○分析の進め方

1) 研究・分析手法

- ・介護老人保健施設及び医療療養病床・介護療養型医療施設等の医療経験者からなる委員会での検討を元に、データ収集や分析手法の適応性について助言を求め。
- ・施設及び個別対象者調査データに対して、目的変数（ハイリスクイベント）と説明変数（ハイリスク要因）を整理し、ロジスティック回帰分析モデルを適用する。

2) 調査対象と期間

- ・592老健施設での個別対象者5586サンプルを回収、整理した。
- ・調査時点は平成23年10月31日現在である。

3) アンケート調査と分析

□入力作業

- ・入力データのクロスチェックとデータ精度を確認する。
- ・アンケート調査データの欠損値処理を行う。
- ・ADL（Activities of Daily Living）、食事介助のICF（International Classification of Functioning, Disability and Health）スケール、整容～口腔ケアのICFスケールなどのダミーデータ変換によるカテゴリー化（順序を示すデータを多変数解析ができるように（0, 1）で構成されたカテゴリーに置換）を行う。

□分析ツール

- ・単純集計、クロス集計はEXCEL等を使用し、構成分布や傾向を把握する。
- ・ロジスティック回帰分析にはSPSS（Statistical Package for Social Science 19.0J）及びアドオンソフトSPSS Regressionを使用した。

(2) ケーススタディの構成

○使用データ

- ・データファイルは「平成23年度 対象者個別調査票の集計用ファイル」を使用する。

○計算ケース

- ・目的変数であるハイリスクイベントは、介護老人保健施設における次の4項目とする。
 - ▶転倒や外傷等
 - ▶骨折
 - ▶誤嚥性肺炎
 - ▶発熱とすべての急性感染症（誤嚥性肺炎を除く）
- ・計算ケースは、これらの目的変数に対して、平成22年度に検証したモデルとその更新モデルに基づく計7ケースである。

計算ケース	施設タイプ	目的変数	該当データ数／総数
1 - 1	介護老人保健施設	転倒、外傷等	1,041／5,586
1 - 2		骨折	118／5,586
1 - 3		誤嚥性肺炎	180／5,586
1 - 4		発熱とすべての急性感染症（誤嚥性肺炎を除く）	1,100／5,586
1 - a	介護老人保健施設	転倒、外傷等	1,041／5,586
1 - b		誤嚥性肺炎	180／5,586
1 - c		発熱とすべての急性感染症（誤嚥性肺炎を除く）	1,100／5,586

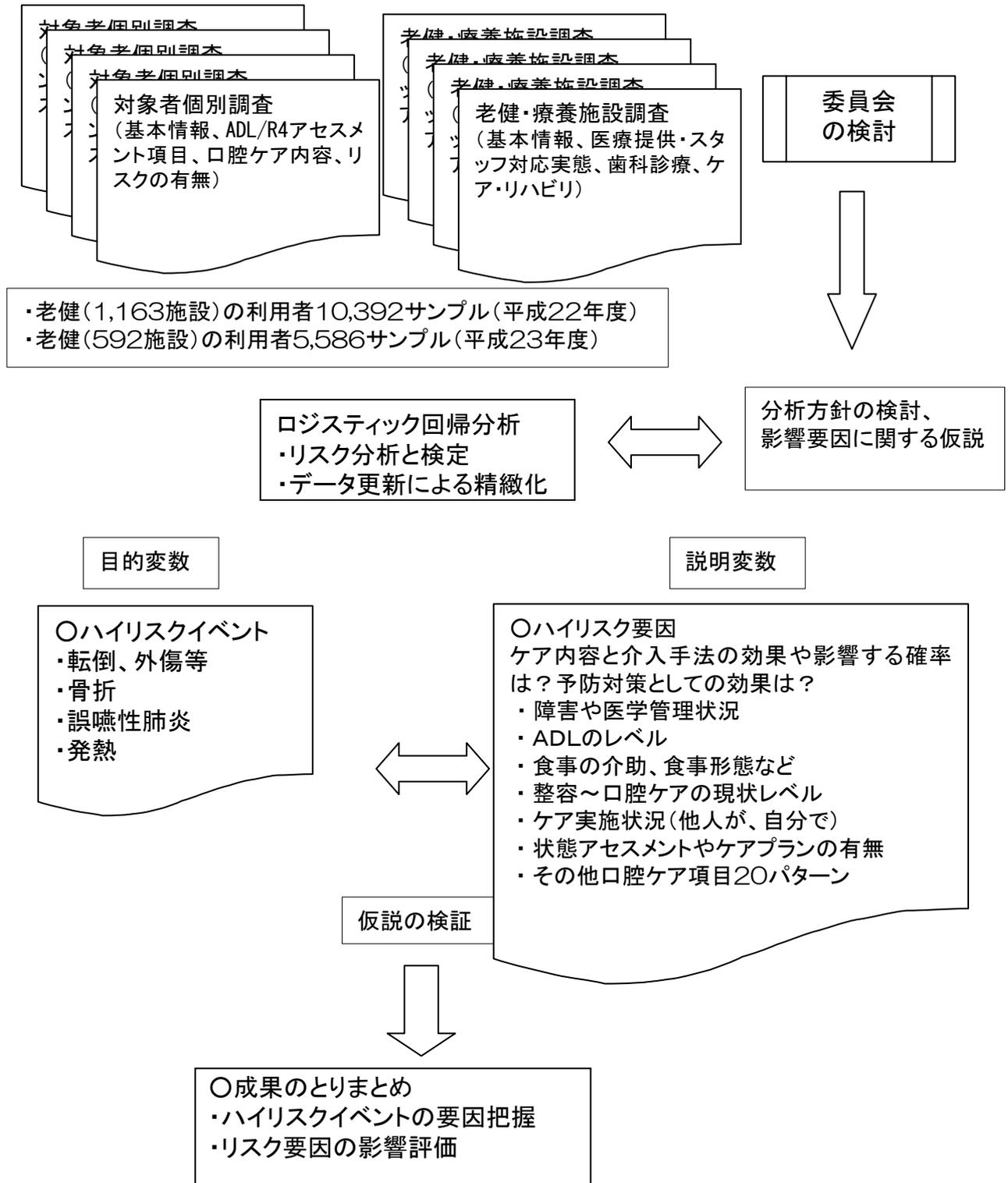
- ・説明変数としてのハイリスク要因は、目的変数毎に、以下の障害・医学管理状況、ADL、ICFスケール及び口腔ケアから構成される次の調査項目（調査票の設問番号に準拠）を想定する。

問2.現在の要介護度	問2.現在の寝たきり度	問2.現在の認知症自立度	
問5-1.片麻痺（あるいは両片麻痺）	問5-2.認知症の周辺症状（BPSD）	問5-3.高次脳機能障害	問5-4.高度な聴力障害
問5-5.全盲や高度の視野障害	問5-6.仮性球麻痺等による嚥下障害	問5-7.喀痰吸引（1日8回以上）	問5-8.喀痰吸引（1日1～7回）
問5-9.日常的な酸素療法	問5-10.疼痛に対する麻薬の投与	問5-11.中心静脈栄養（IVH）	問5-12.経管栄養（経鼻・胃ろう等）
問5-13.ペースメーカー装着	問5-14.カテーテル留置	問5-15.人工肛門造設・処置	問5-16.膀胱瘻、人工膀胱造設・処置
問5-17.人工透析	問7-3-13-4.経鼻胃管の挿入		
問8-2.基本動作のレベル	問8-3-a.歩行・移動のレベル	問8-4-a.認知機能～オリエンテーションのレベル	問8-4-b.認知機能～コミュニケーションのレベル
問8-4-c.認知機能～精神活動のレベル	問8-5-a.食事～嚥下機能のレベル	問8-5-b.食事～食事動作及び食事介助のレベル	問8-5-c.食事の形態性状
問8-6-a.排泄の動作のレベル	問8-7-a.入浴動作のレベル	問8-8-a.整容～口腔ケアのレベル	問8-8-b.整容～整容のレベル
問8-8-c.整容～衣服の着脱のレベル			
問13-1.歯およびその周囲へのプラークの付着状況	問13-2.義歯へのプラークの付着状況	問13-3.口腔内の食物残渣	問13-4.舌苔
問13-5.口腔の乾燥	問13-6.口臭		
問14-1.過去3か月以内の歯科治療	問14-2.（現在）総義歯の使用	問14-3.（現在）部分義歯の使用	問14-4.歯科衛生士による日常的口腔ケア
問14-5.言語聴覚士による日常的口腔ケア	問14-6.看護職による日常的口腔ケア	問14-7.介護職による日常的口腔ケア	問14-8.口腔の状態アセスメント
問14-9.口腔ケアのケアプランの作成	問14-10.（自分で）リップクリームを塗る	問14-11.（自分で）歯磨き	問14-12.（自分で）義歯の手入れ
問14-13.（自分で）フロスの使用	問14-14.（自分で）うがい水の準備	問14-15.（自分で）歯ブラシの保管、準備と清掃	問14-16.（自分で）舌ブラシの使用
問14-17.（自分で）電動歯ブラシの使用	問14-18.（自分で）義歯の保管	問14-19.（自分で）うがい（ぶくぶくうがい）	問14-20.（自分で）うがい（がらがらうがい）

(3) アンケート調査と分析の流れ

○調査分析のフロー

アンケート調査と分析



(4) ロジスティック回帰分析の概要

○多変量を扱うリスク分析モデル

医療・看護・福祉分野でのハイリスクイベント発生とその要因と考えられるリスクとの関係を簡単なモデル式で表現するために、ロジスティック回帰分析手法を適用する。

例えば、誤嚥性肺炎などのハイリスクイベント発生が、認知症の周辺症状や喀痰吸引、基本動作のレベル、或いは看護職による口腔ケアや歯磨きの有無によってどのような影響を受けているか、が統計的にわかれば、リスク要因を特定し個別のリスク防止や予後治療に活用することが可能となる。

○ロジスティック回帰分析手法による関係式の構成イメージ

誤嚥性肺炎の発生確率（ p ）が、いくつかの医学的症状や口腔ケアによって、線形関係（各々が比例関係にある）として表現できるなら、その係数（或いは相関関係を示す重み）がわかれば、次のようなモデル式で構成することができる。

（誤嚥性肺炎の発生しない確率（ $1-p$ ）に対する発生確率（ p ）のオッズの自然対数値： $\log(p/(1-p))$ ）、これを対数オッズという

＝回帰係数1×（認知症の周辺症状の有無、疑い）＋係数2×（基本動作のレベル5段階）
＋係数3×（看護職による日常的口腔ケアの有無）＋係数4×（口腔アセスメントの有無）
＋係数5×（自分で歯磨きできるか？）＋係数6×（自分で義歯の保管ができるか？）
＋係数7×（がらがらうがいできるか？）＋定数

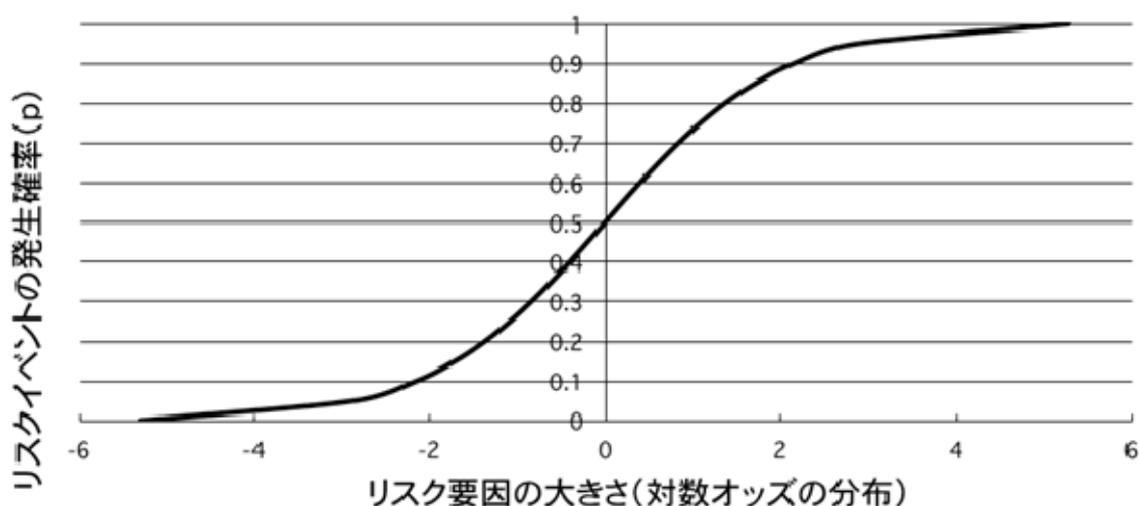
誤嚥性肺炎の発生確率は、この左辺(対数オッズ: $\log(p/(1-p))$)を指数変換することで求めることができる。

あるリスクイベント（例えば、誤嚥性肺炎）の発生確率：
 $p = 1 / (1 + e^{-x \cdot \text{対数オッズ}})$

本来、発生確率は【0,1】区間にあるが、こうした対数オッズに変換することで【 $-\infty, \infty$ 】に範囲を拡大することができるため、あらゆるリスク要因を表わすデータ値をそのまま扱うことが可能となる。対数オッズとリスクイベントの発生確率は、次のSの字カーブでグラフ化できて、これをロジスティック曲線と呼ぶ。

このロジスティック曲線では、リスク要因がまったく無い場合は、リスクイベントの発生確率は限りなくゼロに近く、逆にすべてのリスク要因が働くことによって、リスクイベントはほぼ確実に発生する（確率が100%に近づく）ことがわかる。

ロジスティック曲線



また、個々のリスク要因がリスクイベントに与える影響も、このモデル式で推定することができる。例えば、あるリスク要因が「ない状態」から「ある状態」に移れば、リスク要因の回帰係数の指数値（オッズ比=Exp（回帰係数））だけリスクイベントの発生確率は変化する。

つまり、先の「自分で歯磨き」や「看護職による口腔ケア」の有無が、誤嚥性肺炎の発生確率を何ポイント上げ下げするのかが推定できるので、介護予防やケアの効果や優先順位などを知ることができる。



○ロジスティック回帰分析のモデル構成

1) 目的変数と説明変数

ハイリスクイベントの発生確率（ p ）が求めたい変数であるので、目的となる変数＝目的変数という。

ここでは、ハイリスクイベントが発生するか（発生確率 $p=1$ ）しないか（ $p=0$ ）の2値をとるケースなので、ハイリスクのイベント発生確率を目的関数としても一般的な線形重回帰式モデルの適用では【0,1】区間に収めることができない。

そのために、既述したように定義域を【 $-\infty, \infty$ 】に拡張するために、オッズ $p/(1-p)$ を導入し、その対数をとった対数オッズ $\log(p/(1-p))$ を計算上の目的変数とする。

また、目的変数との因果関係を説明するために代入するデータ群を説明変数という。目的変数は、説明変数データに従属して変動するので従属変数とも呼ばれる。説明変数は、お互いに独立した存在であるので独立変数とも呼ばれている。

2) ダミー変数変換

例えば、名義尺度であるリスクイベントの骨折の有無については、「なし=0、あり=1」、性別は、「男性=1、女性=0」、ケアの有無は「あり=1、なし=0」などとカテゴリー(類型)に置くことができる。

また、一般的に連続データである年齢や身長は説明変数としてそのまま適用できるが、口腔ケア項目では、歯へのプラーク付着状況の「ほとんどない、中程度、著しい」や基本動作のレベル1（寝返りは行っていない）～レベル5（両足での立位の保持を行っている）など複数レベルの順序尺度で表現されているので、そのままでは使用できない。そのために、各レベルを(0,1)の組合せで構成されるダミー変数に置換する。

順序データのダミー変数化は次表の通りである。

例えば、

- ・基本動作のレベル1（寝返りは行っていない）＝4つのパラメータ群（0,0,0,0）
- ・基本動作のレベル4（立位の保持は行っていないが、座位での乗り降りは行っている）＝パラメータ群（0,0,1,0）

と置換した。ダミー変数のパラメータ数は、（レベル数－1）となる。したがって、基本動作レベルが5段階の場合は、 $5-1=4$ つの（0,1）のダミー変数で定義できる。

5段階レベル		パラメータ コーディング			
		ダミー(1)	ダミー(2)	ダミー(3)	ダミー(4)
基本動作のレベル	1	0	0	0	0
	2	1	0	0	0
	3	0	1	0	0
	4	0	0	1	0
	5	0	0	0	1

3) 説明変数の選択

回帰式は、すべての説明変数を用いることで精度が上がるとは限らない。本来説明変数が互いに独立して目的変数に最も影響を与える組合せでなければ、返って再現精度を悪くする場合がある（例えば、メタボリック症の評価に、説明変数として体重と体脂肪率を使用するのは、両者の相関が高すぎるため適切ではない。どちらか一方に代表させるべきである）。

説明変数同士の相関（関連性）が高いことを共線性とよび、これが高い組合せから不要な説明変数を除去することを説明変数の選定、共線性のチェックという。

また、臨床上簡単な検査で測定できる項目、有意である場合に実現可能な療法などが実用上好ましい。モデルの不安定を避けるためには、説明変数の数はなるべく少ない方が良いとされている。

4) χ 二乗検定による回帰係数の有意性評価

ロジスティック回帰式における各説明変数の重要度（相関関係の重み）を示す係数が回帰係数である。

この回帰係数は、各ハイリスクに対してリスク要因の影響度、有意性を χ 二乗検定により適合性を判定する。また、その符号によって、プラスならリスクイベントを発生を促進する効果、マイナスなら減少させる効果となる。

リスク要因の変化に応じたイベント発生確率の変化を知ることが可能である。例えば、他の条件が同じならば介護職によるケアの有無が、誤嚥性肺炎発生に対してどの程度影響するかが確率として計算できる。 χ 二乗検定による有意な説明変数を次表にまとめた。

5) オッズ比の影響と検定

オッズ比は、リスク要因の有無がハイリスクイベントに与える影響を確率とみなした指数変数で、 Exp （各説明変数の回帰係数）で示され、説明変数の単位増加に対する目的変数の増分に相当する。すなわち、その変動はハイリスクイベント発生確率に寄与する。

リスク要因に対して、オッズ比が信頼できるインデックスかを判定する必要がある。オッズ比の有意性を検定するには、通常95%信頼限界の【下限、上限】が1.0未満か、1.0より大きい（オッズ比=1.0であれば、回帰係数が0となる）で判定する。

↓説明変数	データ 尺度	目的変数			
		転倒・外傷等	骨折	誤嚥性肺炎	発熱と急性感 染症(誤嚥性 肺炎を除く)
要介護度	順序				
寝たきり度	順序				
認知症自立度	順序				○
片麻痺(あるいは両片麻痺)(*)	順序				
認知症の周辺症状(*)	順序	○			
失語・失行・失認等高次脳機能障害(*)	順序				
高度な聴力障害(*)	順序				
全盲や高度の視野障害(*)	順序				
仮性球麻痺等による嚥下障害(*)	順序			○	
1日ほぼ8回以上の喀痰吸引(*)	名義			○	
1日1-7回の喀痰吸引(*)	名義			○	○
日常的な酸素療法(在宅酸素療法)(*)	名義				
疼痛に対する麻薬の投与(*)	名義		○		
中心静脈栄養(IVH)(*)	名義				
経管栄養(経鼻・胃瘻等)(*)	名義				
ペースメーカー装着(*)	名義				○
膀胱等カテーテル留置(*)	名義			○	
人工肛門造設・処置(*)	名義				
膀胱瘻、人工膀胱造設・処置(*)	名義				
人工透析(*)	名義				
経鼻胃管の挿入	名義				
基本動作のレベル(*)	順序	○			
歩行・移動のレベル(*)	順序	○			
認知機能～オリエンテーション(見当識)のレベル(*)	順序				
認知機能～コミュニケーションのレベル(*)	順序				
認知機能～精神活動のレベル(*)	順序				
食事～嚥下機能のレベル(*)	順序			○	
食事～食事動作及び食事介助のレベル(*)	順序	○			
食事の形態性状の7ケース(*)	順序			○	
排泄の動作のレベル(*)	順序	○			○
入浴動作のレベル(*)	順序			○	

(*)は今年度、追跡調査した項目



↓説明変数	データ尺度	目的変数			
		転倒・外傷等	骨折	誤嚥性肺炎	発熱と急性感染症(誤嚥性肺炎を除く)
整容～口腔ケアのレベル	順序				
整容～整容のレベル(*)	順序				
整容～衣服の着脱のレベル(*)	順序				
歯およびその周囲へのブラークの付着状況	順序				
義歯へのブラークの付着状況	順序				
口腔内の食物残渣	順序				
舌苔	順序				
口腔の乾燥	順序				
口臭	順序	○		○	○
過去3か月以内の歯科治療	名義				
(現在) 総義歯の使用	名義				
(現在) 部分義歯の使用	名義				
歯科衛生士による日常的口腔ケア	名義				
言語聴覚士による日常的口腔ケア	名義				
看護職による日常的口腔ケア	名義			○	
介護職による日常的口腔ケア	名義				
口腔の状態アセスメント	名義			○	
口腔ケアのケアプランの作成	名義				
(自分で) リップクリームを塗る	名義				
(自分で) 歯磨き	名義				
(自分で) 義歯の手入れ	名義				
(自分で) フロスの使用	名義				
(自分で) うがい水の準備	名義				
(自分で) 歯ブラシの保管、準備と清掃	名義				
(自分で) 舌ブラシの使用	名義	○			
(自分で) 電動歯ブラシの使用	名義			○	
(自分で) 義歯の保管	名義				
(自分で) うがい(ぶくぶくうがい)	名義				
(自分で) うがい(がらがらうがい)	名義				

(*) は今年度、追跡調査した項目

(5) ケーススタディ結果

本年度の対象は、介護老人保健施設（1,163施設）での個別対象者1,042サンプルである。

ケース1-1) 転倒、外傷等

- ・説明変数は、上記のリスク項目を基に χ^2 乗検定で昨年検証しており、最終ステップの有意確率が5%を満足している。なお、変数選択は変数増加法（尤度比で選択）を適用した。
- ・ダミー変数化は次表の通りである。基本動作レベル5段階の場合は、 $5-1=4$ つの(0, 1)のダミー変数で定義できる。
- ・ここでは、
 - ✓基本動作のレベル1(寝返りは行っていない)=4つのダミー変数化されたパラメータ群(0,0,0,0)
 - ✓レベル2(座位(端座位)の保持は行なっていないが、寝返りは行なっている)=(1,0,0,0)
 - ✓レベル3(座位で・の乗り移りは行なっていないか・、座位(端座位)の保持は行なっている)=(0,1,0,0)
 - ✓レベル4(立位の保持は行なっていないか・、座位で・の乗り移りは行なっている)=(0,0,1,0)
 - ✓レベル5(両足で・の立位の保持を行なっている)=(0,0,0,1)と置換した。
- ・同様に、(認知症の周辺症状パラメータ(1), 認知症の周辺症状パラメータ(2))=(0,0)の組合せは、認知症の周辺症状のレベル1(なし)を意味し、パラメータ群(1,0)はレベル2(疑いあり)、パラメータ群(0,1)はレベル3(あり)を意味する。



		パラメータ コーディング			
		(1)	(2)	(3)	(4)
基本動作のレベル	1	.000	.000	.000	.000
	2	1.000	.000	.000	.000
	3	.000	1.000	.000	.000
	4	.000	.000	1.000	.000
	5	.000	.000	.000	1.000
食事～食事動作及び食事 介助のレベル	1	.000	.000	.000	.000
	2	1.000	.000	.000	.000
	3	.000	1.000	.000	.000
	4	.000	.000	1.000	.000
	5	.000	.000	.000	1.000
口腔の乾燥	1	.000	.000		
	2	1.000	.000		
	3	.000	1.000		
認知症の周辺症状 (BPSD)	1	.000	.000		
	2	1.000	.000		
	3	.000	1.000		

方程式中の変数

	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
認知症の周辺症状 (BPSD) (*)			35.775	2	.000			
認知症の周辺症状 (BPSD) (1)	.467	.115	16.629	1	.000	1.595	1.275	1.997
認知症の周辺症状 (BPSD) (2)	.499	.089	31.668	1	.000	1.647	1.384	1.959
ICFレベル 基本動作 (*)			7.408	4	.116			
ICFレベル 基本動作(1)	.287	.147	3.824	1	.051	1.332	.999	1.775
ICFレベル 基本動作(2)	.296	.159	3.438	1	.064	1.344	.983	1.837
ICFレベル 基本動作(3)	.388	.151	6.582	1	.010	1.473	1.096	1.981
ICFレベル 基本動作(4)	.262	.163	2.575	1	.109	1.300	.944	1.791
ICFレベル 食事～食事動作及び 食事介助 (*)			54.121	4	.000			
ICFレベル 食事～食事動作及び 食事介助(1)	1.415	.231	37.586	1	.000	4.115	2.618	6.468
ICFレベル 食事～食事動作及び 食事介助(2)	1.236	.260	22.570	1	.000	3.441	2.067	5.730
ICFレベル 食事～食事動作及び 食事介助(3)	1.691	.240	49.549	1	.000	5.425	3.388	8.687
ICFレベル 食事～食事動作及び 食事介助(4)	1.435	.246	33.928	1	.000	4.201	2.592	6.810
口腔の乾燥			3.908	2	.142			
口腔の乾燥(1)	.159	.092	3.012	1	.083	1.172	.980	1.403
口腔の乾燥(2)	.404	.372	1.181	1	.277	1.498	.723	3.105
(自分で) 舌ブラシの使用	-.158	.145	1.186	1	.276	.854	.642	1.135
定数	-2.808	.275	103.877	1	.000	.060		

- ・ (*) を付けた、認知症の周辺症状 (BPSD)、基本動作のレベル、食事～食事動作及び食事介助のレベルなどは、本年度の更新データを用いている。
- ・ 昨年度実施したモデルによる回帰分析の結果では、認知症の周辺症状 (BPSD)、基本動作のレベル、食事～食事動作及び食事介助のレベル、口腔の乾燥、(自分で) 舌ブラシの使用などが適合性の高い因子として考えられ、その他の因子は除去された。これらの回帰係数は有意確率が5%を満足していた。
- ・ しかし、追跡調査の結果から得た目的変数 (転倒、外傷等) に対しては、基本動作のレベル、口腔の乾燥、(自分で) 舌ブラシの使用などの回帰係数が、有意確率5%をクリアしなかったため、こうした変数を除去して再評価する。

ケース1-a) 転倒、外傷等

- ・今年度の更新データに基づいて、認知症の周辺症状（BPSD）と食事～食事動作及び食事介助のレベルを説明変数として再度分析した。

方程式中の変数

	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
認知症の周辺症状（BPSD）（*）			36.388	2	.000			
認知症の周辺症状（BPSD）(1)	.474	.114	17.192	1	.000	1.606	1.284	2.009
認知症の周辺症状（BPSD）(2)	.497	.088	32.065	1	.000	1.644	1.384	1.953
ICFレベル 食事～食事動作及び食事介助（*）			78.127	4	.000			
ICFレベル 食事～食事動作及び食事介助(1)	1.414	.226	39.056	1	.000	4.113	2.639	6.408
ICFレベル 食事～食事動作及び食事介助(2)	1.354	.247	30.049	1	.000	3.873	2.387	6.285
ICFレベル 食事～食事動作及び食事介助(3)	1.851	.218	71.955	1	.000	6.368	4.152	9.767
ICFレベル 食事～食事動作及び食事介助(4)	1.620	.212	58.154	1	.000	5.051	3.331	7.658
定数	-2.814	.211	178.369	1	.000	.060		

- ・この更新モデルでは、認知症の周辺症状（BPSD）、食事～食事動作及び食事介助のレベルが適合性の高い因子として考えられ、その回帰係数は有意確率が5%を満足する。
- ・オッズ比(回帰係数Bの指数、Exp(B))の95%信頼区間が、1.0より大きいあるいは1.0未満を満足しているため、5%有意と判断できる。
- ・回帰係数の符号（±）を勘案してオッズ比またはその逆数がより大きいことから、食事～食事動作及び食事介助のレベルが認知症の周辺症状（BPSD）より影響が大きく、リスク対策として重要である。

- ・リスクに関する更新モデルの回帰式は以下の通りである。

転倒、外傷等の発生しない確率に対する発生確率オッズの自然対数値＝対数オッズ
 =0.474×（認知症の周辺症状(1) パラメータ）+0.497×（認知症の周辺症状(2)
 パラメータ）
 +1.414×（ICFレベル食事～食事動作及び食事介助(1) パラメータ）
 +1.354×（ICFレベル食事～食事動作及び食事介助(2) パラメータ）
 +1.851×（ICFレベル食事～食事動作及び食事介助(3) パラメータ）
 +1.620×（ICFレベル食事～食事動作及び食事介助(4) パラメータ）
 -2, 814

転倒、外傷等の発生確率 = $1 / (1 + \text{Exp}(-\text{対数オッズ}))$

- ・説明変数とダミーデータの各パラメータの関係は次の通りである。
- ・認知症の周辺症状（BPSD）なしの場合は、認知症の周辺症状(1) パラメータ＝0、認知症の周辺症状(2) パラメータ＝0と入力する。
- ・認知症の周辺症状（BPSD）疑いありの場合は、認知症の周辺症状(1) パラメータ＝1、認知症の周辺症状(2) パラメータ＝0と入力する。
- ・認知症の周辺症状（BPSD）ありの場合は、認知症の周辺症状(1) パラメータ＝0、認知症の周辺症状(2) パラメータ＝1と入力する。
- ・食事～食事動作及び食事介助のレベル1の場合は、レベル(1)＝0、レベル(2)＝0、レベル(3)＝0、レベル(4)＝0と入力する。
- ・食事～食事動作及び食事介助のレベル2の場合は、レベル(1)＝1、レベル(2)＝0、レベル(3)＝0、レベル(4)＝0と入力する。
- ・食事～食事動作及び食事介助のレベル3の場合は、レベル(1)＝0、レベル(2)＝1、レベル(3)＝0、レベル(4)＝0と入力する。
- ・食事～食事動作及び食事介助のレベル4の場合は、レベル(1)＝0、レベル(2)＝0、レベル(3)＝1、レベル(4)＝0と入力する。
- ・食事～食事動作及び食事介助のレベル5の場合は、レベル(1)＝0、レベル(2)＝0、レベル(3)＝0、レベル(4)＝1と入力する。
- ・転倒、外傷等の発生に関するリスク要因の影響を次に示す。
- ・1年間の時間経過により、認知症の周辺症状（BPSD）と食事～食事動作及び食事介助のレベルによる影響が相対的に高くなった。

- ・ オッズ比の比較でイベント発生確率への影響が推定できる。例えば、認知症状の疑いありで、転倒、外傷等の発生確率が1.6倍に増加するリスクがある。食事～食事動作及び食事介助のレベル4については、転倒、外傷等の発生確率が6.4倍に増加する。また、認知症状の周辺症状ありで食事～食事動作及び食事介助のレベル3の症状であれば、 $1.644 \times 3.873 = 6.4$ 倍に増加する。

リスク要因	転倒、外傷等 への影響 (回帰係数： B)	転倒、外傷等 への影響 (オッズ比)
認知症の周辺症状なし	0.0	1.0
認知症の周辺症状疑いあり	+0.474	+1.606
認知症の周辺症状あり	+0.497	+1.644
食事～食事動作及び食事介助のレベル1	0.0	1.0
食事～食事動作及び食事介助のレベル2	+1.414	+4.113
食事～食事動作及び食事介助のレベル3	+1.354	+3.873
食事～食事動作及び食事介助のレベル4	+1.851	+6.368
食事～食事動作及び食事介助のレベル5	+1.620	+5.051

ケース1-2) 骨折

- ・説明変数は、上記のリスク項目を基に χ^2 乗検定で選定した。
- ・昨年度のモデルとサンプルデータを回帰分析した結果、疼痛に対する麻薬の投与が適合性の高い因子として考えられ、その他の因子は除去された。これらの回帰係数は有意確率が5%を満足している。また、オッズ比の95%信頼区間が、1.0より大きいあるいは1.0未満を満足しているため、5%有意と判断できる。
- ・しかし、95%信頼区間の幅について上限値が異常に大きいので母平均に対してサンプル数が小さすぎる（骨折に該当するデータ数は105）ことが疑われる。
- ・また、骨折した入所者の多くは転院すること等も指摘できる。
- ・これより、昨年度は、骨折に関してはすべての説明変数が適合性の高い因子として考えにくいとの結論を得た。
- ・今年度実施した更新モデルでも、有意確率は5%を満足していない。
- ・昨年度と同様に、骨折に関してはすべての説明変数が適合性の高い因子として考えにくいとの結論を得た。

方程式中の変数

	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
疼痛に対する麻薬の投与 (*)	-17.714	20096.547	.000	1	.999	.000	.000	.
定数	14.225	20096.547	.000	1	.999	1505988.225		

ケース1-3) 誤嚥性肺炎

- ・説明変数は、前記のリスク項目を基に χ^2 乗検定で昨年検証しており、最終ステップの有意確率が5%を満足している。なお、変数選択は変数増加法（尤度比で選択）を適用した。
- ・ダミー変数化は次表の通りである。

		パラメータコーディング	
		(1)	(2)
口腔の乾燥	1	.000	.000
	2	1.000	.000
	3	.000	1.000
仮性球麻痺等による嚥下障害	1	.000	.000
	2	1.000	.000
	3	.000	1.000

方程式中の変数

	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
仮性球麻痺等による嚥下障害 (*)			30.864	2	.000			
仮性球麻痺等による嚥下障害(1)	1.242	.251	24.458	1	.000	3.464	2.117	5.667
仮性球麻痺等による嚥下障害(2)	.967	.238	16.475	1	.000	2.631	1.649	4.196
1日ほぼ8回以上の喀痰吸引 (*)	1.350	.439	9.440	1	.002	3.857	1.630	9.124
1日1~7回の喀痰吸引 (*)	1.228	.242	25.749	1	.000	3.414	2.125	5.485
膀胱等カテーテル留置	.481	.238	4.078	1	.043	1.618	1.014	2.581
口腔の乾燥			3.421	2	.181			
口腔の乾燥(1)	.337	.185	3.326	1	.068	1.401	.975	2.012
口腔の乾燥(2)	-.037	.583	.004	1	.949	.963	.307	3.020
看護職による日常的口腔ケア	.222	.183	1.485	1	.223	1.249	.873	1.786
口腔の状態アセスメント	.284	.176	2.608	1	.106	1.328	.941	1.875
定数	-7.570	.656	133.124	1	.000	.001		

- ・（*）を付けた、仮性球麻痺等による嚥下障害、1日ほぼ8回以上の喀痰吸引、1日1～7回の喀痰吸引などは、本年度の更新データを用いている。昨年度実施したモデルによる回帰分析の結果、仮性球麻痺等による嚥下障害、喀痰吸引（1日8回以上）、喀痰吸引（1日1～7回）、膀胱等カテーテル留置、口腔の乾燥、看護職による日常的口腔ケア、口腔の状態アセスメントなどが適合性の高い因子として考えられ、これらの回帰係数は有意確率が5%を満足していた。
- ・しかし、追跡調査の結果から得た目的変数（誤嚥性肺炎）に対しては、口腔の乾燥、看護職による日常的口腔ケア、口腔の状態アセスメントなどの回帰係数が、有意確率5%をクリアしなかったため、こうした変数を除去して再評価する。

ケース1ーb) 誤嚥性肺炎

- ・今年度の更新データに基づいて、仮性球麻痺等による嚥下障害、喀痰吸引（1日8回以上）、喀痰吸引（1日1～7回）を説明変数として再度分析した。

方程式中の変数

	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
仮性球麻痺等による嚥下障害（*）			39.039	2	.000			
仮性球麻痺等による嚥下障害(1)	1.336	.249	28.670	1	.000	3.803	2.332	6.202
仮性球麻痺等による嚥下障害(2)	1.106	.230	23.055	1	.000	3.022	1.924	4.747
1日ほぼ8回以上の喀痰吸引（*）	1.319	.439	9.013	1	.003	3.741	1.581	8.852
1日1～7回の喀痰吸引（*）	1.345	.239	31.600	1	.000	3.838	2.401	6.134
定数	-6.309	.490	165.515	1	.000	.002		

- ・この更新モデルでは、仮性球麻痺等による嚥下障害、喀痰吸引（1日8回以上）、喀痰吸引（1日1～7回）が適合性の高い因子として考えられ、その回帰係数は有意確率が5%を満足する。
- ・オッズ比の95%信頼区間が、1.0より大きいあるいは1.0未満を満足しているため、5%有意と判断できる。
- ・オッズ比(回帰係数Bの指数)またはその逆数がより大きいことから、喀痰吸引（1日1～7回）が最も影響が大きく、仮性球麻痺等による嚥下障害、喀痰吸引（1日8回以上）の順でリスク対策として重要である。

- ・リスクに関する回帰式は以下の通りである。

誤嚥性肺炎の発生しない確率に対する発生確率オッズの自然対数値＝対数オッズ ＝1.336×（仮性球麻痺等による嚥下障害(1) パラメータ） ＋1.106×（仮性球麻痺等による嚥下障害(2) パラメータ） ＋1.319×（喀痰吸引（1日8回以上）） ＋1.245×（喀痰吸引（1日1～7回）） －6.309 誤嚥性肺炎の発生確率＝1 / (1 + Exp (－対数オッズ))

- ・説明変数とダミーデータの各パラメータの関係は次の通りである。
- ・仮性球麻痺等による嚥下障害なしの場合は、仮性球麻痺等による嚥下障害(1)＝0、仮性球麻痺等による嚥下障害(2)＝0と入力する。
- ・仮性球麻痺等による嚥下障害疑いありの場合は、仮性球麻痺等による嚥下障害(1)＝1、仮性球麻痺等による嚥下障害(2)＝0と入力する。
- ・仮性球麻痺等による嚥下障害ありの場合は、仮性球麻痺等による嚥下障害(1)＝0、仮性球麻痺等による嚥下障害(2)＝1と入力する。
- ・口腔の乾燥の場合も同様に各パラメータ群を入力する。
- ・嚥性肺炎の発生に関するリスク要因の影響を次に示す。
- ・1年間の時間経過により、仮性球麻痺等による嚥下障害による影響が高くなった。
- ・オッズ比の比較でイベント発生確率への影響が推定できる。例えば、仮性球麻痺等による嚥下障害ありで、誤嚥性肺炎の発生確率が3.0倍に増加するリスクがある。喀痰吸引（1日8回以上）ありについては、誤嚥性肺炎の発生確率が3.7倍に増加する。

リスク要因	誤嚥性肺炎への影響 (回帰係数：B)	誤嚥性肺炎への影響 (対数オッズ)
仮性球麻痺等による嚥下障害なし	0.0	1.0
仮性球麻痺等による嚥下障害疑いあり	+1.336	+3.803
仮性球麻痺等による嚥下障害あり	+1.106	+3.022
喀痰吸引（1日8回以上）なし	0.0	1.0
喀痰吸引（1日8回以上）あり	+1.319	+3.741
喀痰吸引（1日1～7回）なし	0.0	1.0
喀痰吸引（1日1～7回）あり	+1.345	+3.838

ケース1-4) 発熱とすべての急性感染症（誤嚥性肺炎を除く）

- ・説明変数は、前記のリスク項目を基に χ^2 乗検定で昨年検証しており、最終ステップの有意確率が5%を満足している。なお、変数選択は変数増加法（尤度比で選択）を適用した。
- ・ダミー変数化は次表の通りである。

		パラメータ コーディング			
		(1)	(2)	(3)	(4)
排泄の動作のレベル	1	.000	.000	.000	.000
	2	1.000	.000	.000	.000
	3	.000	1.000	.000	.000
	4	.000	.000	1.000	.000
	5	.000	.000	.000	1.000

方程式中の変数

	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
1日1~7回の喀痰吸引(*)	.581	.151	14.846	1	.000	1.788	1.330	2.402
ICFレベル(6a)排泄の動作(*)			71.487	4	.000			
ICFレベル(6a)排泄の動作(1)	-.271	.148	3.346	1	.067	.762	.570	1.020
ICFレベル(6a)排泄の動作(2)	-.569	.160	12.579	1	.000	.566	.414	.775
ICFレベル(6a)排泄の動作(3)	-.873	.173	25.299	1	.000	.418	.297	.587
ICFレベル(6a)排泄の動作(4)	-1.051	.170	38.162	1	.000	.349	.250	.488
定数	-1.053	.228	21.316	1	.000	.349		

- ・(*)を付けた、1日1~7回の喀痰吸引、排泄の動作のレベルなどは、本年度の更新データを用いている。
- ・昨年度実施したモデルによる回帰分析の結果、喀痰吸引(1日1~7回)、排泄の動作レベルが適合性の高い因子として考えられ、この回帰係数は有意確率が5%を満足していた。
- ・しかし、追跡調査の結果から得た目的変数(発熱とすべての急性感染症(誤嚥性肺炎を除く))に対しては、排泄の動作レベルの回帰係数が、有意確率5%をクリアしなかったため、この変数を除去して最評価する。

ケース1-c) 発熱とすべての急性感染症（嚥下性肺炎を除く）

- ・今年度の更新データに基づいて、1日1～7回の喀痰吸引説明変数とし再度分析した。

方程式中の変数

	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
1日1～7回の喀痰吸引	.871	.143	37.265	1	.000	2.389	1.806	3.160
定数	-1.893	.156	146.348	1	.000	.151		

- ・この更新モデルでは、喀痰吸引（1日1～7回）が適合性の高い因子として考えられ、その回帰係数は有意確率が5%を満足する。
- ・オッズ比の95%信頼区間が、1.0より大きいあるいは1.0未満を満足しているため、5%有意と判断できる。
- ・リスクに関する回帰式は以下の通りである。

発熱とすべての急性感染症の発生しない確率に対する発生確率オッズの自然対数値 =対数オッズ $=0.871 \times (\text{喀痰吸引 (1日1～7回)}) - 1.893$ 発熱とすべての急性感染症の発生確率 $= 1 / (1 + \text{Exp}(-\text{対数オッズ}))$
--

- ・説明変数との関係は次の通りである。
- ・発熱とすべての急性感染症の発生に関するリスク要因の影響を次に示す。
- ・オッズ比の比較でイベント発生確率への影響が推定できる。喀痰吸引（1日1～7回）ありについては、発熱とすべての急性感染症の発生確率が2.4倍に増加する。

リスク要因	発熱とすべての急性感染症の発生への影響 (回帰係数 : B)	発熱とすべての急性感染症の発生への影響 (対数オッズ)
喀痰吸引（1日1～7回）なし	0.0	1.0
喀痰吸引（1日1～7回）あり	+0.871	+2.389



**第5章 口腔ケア・嚥下リハ実施の方向性
(ヒアリング結果のまとめ)**



<口腔ケアの特色>	
口腔ケア・嚥下リハに積極的に取り組んでいる施設の状況	<ul style="list-style-type: none">●歯科衛生士や言語聴覚士など、専門職種が配置されている。そうした専門職が看護・介護職員等と協力・連携しながら業務を遂行している。●専門職の増員に積極的である。●職員と入所者・利用者のコミュニケーションづくりを積極的に行っている。●施設全体の取り組みとして、摂食・嚥下委員会などが組織化されている。 <p><ハード面></p> <ul style="list-style-type: none">●フロアの洗面台等の設備について、口腔ケアのニーズの高まりに応じて、適宜増設している。●食堂の机と椅子などは、一人ひとりの高さに合わせて調整するなど、個別対応に積極的に取り組んでいる。
一般的な施設の状況	<ul style="list-style-type: none">●歯科衛生士や言語聴覚士などの専門職種が配置されていない。●現状の職員のみでは、十分な取り組みを行うことが難しい。

<近隣の医療機関との連携>	
口腔ケア・嚥下リハに積極的に取り組んでいる施設の状況	<ul style="list-style-type: none">●地域の医療機関と勉強会や交流会等を通じて、密接な関係を構築している。●協力・連携先は法人内や併設機関にとどまらず、幅広い。●地域の歯科医師会とも積極的に協力・連携しており、歯科医の往診を定期的実施している。
一般的な施設の状況	<ul style="list-style-type: none">●母体病院や協力歯科医院を中心に協力・連携している。●地域的な広がりには、やや欠ける。



<地域における通所系サービスとの連携>	
□ 口腔ケア・嚥下リハに積極的に取り組んでいる施設の状況	<ul style="list-style-type: none">● 施設から在宅へ戻る時は、必ず担当ケアマネジャーと連携し、退所前カンファレンスに参加して頂けるように呼びかけている。また、当施設で実施している介護研修会などに参加を呼びかけている。● 併設病院で短時間通所リハなど、ニーズに対応したサービスを展開しており、そうしたサービスと協力・連携している。
一般的な施設の状況	<ul style="list-style-type: none">● 同一法人内の機関を中心に協力・連携している。● 地域的な広がりはやや欠ける。

<地域における在宅系サービスとの連携>	
□ 口腔ケア・嚥下リハに積極的に取り組んでいる施設の状況	<ul style="list-style-type: none">● 施設から在宅へ戻る時は、必ず担当ケアマネジャーと連携し、退所前カンファレンスに参加して頂けるように呼びかけている。また、当施設で実施している介護研修会などに参加を呼びかけている。● 併設病院では、訪問リハを実施しており、そうしたサービスと協力・連携している。
一般的な施設の状況	<ul style="list-style-type: none">● 同一法人内の機関を中心に協力・連携している。● 地域的な広がりはやや欠ける。



＜入所者に対する口腔アセスメントの状況＞	
口腔ケア・嚥下リハに積極的に取り組んでいる施設の状況	<ul style="list-style-type: none">●歯科衛生士により、口腔チェック、義歯の有無、清潔状態、かみ合わせ、口腔内炎症等がないか、残存の歯、歯根がどれくらいあるか、アセスメント表に記入している。●スクリーニング、評価・判定等の個別対応に積極的に取り組んでいる。●通所者に対しても口腔アセスメントを実施している。
一般的な施設の状況	<ul style="list-style-type: none">●積極的には実施していない。

＜口腔ケアに関するケアプランや看護計画の状況＞	
口腔ケア・嚥下リハに積極的に取り組んでいる施設の状況	<ul style="list-style-type: none">●アセスメントに沿って、主に歯科衛生士が計画し（暫定）、入所後1週間後に実施しているカンファレンスまでに、他職種も状態把握し再検討している。●ケアプランや看護計画への反映について、個別対応に積極的に取り組んでいる。●書式の改編や手順の改善に積極的である。
一般的な施設の状況	<ul style="list-style-type: none">●積極的には実施していない。



＜口腔ケアの考え方・嚥下リハの考え方・取り組み＞	
口腔ケア・嚥下リハに積極的に取り組んでいる施設の状況	<ul style="list-style-type: none">●口腔ケアと嚥下リハを明確に分けて定義している。 （嚥下リハは食事の前の取り組み・口腔ケアは食事の後の取り組み）●それぞれを関連付けながら、施設全体・多職種協働で取り組んでいる。●専門職種・看護職・介護職の間で役割分担ができています。●摂食・嚥下委員会など、施設全体の組織を作って、考え方や手法等の共有が図られている。●施設内研修も盛んに行われている。
一般的な施設の状況	<ul style="list-style-type: none">●専門職種が配置されておらず、体系的な取り組みが実施されにくい。●現状のスタッフも業務多忙であり、なかなか口腔ケアに時間を充てる余裕がない。

＜口腔ケア・嚥下リハの1日の実施状況＞	
口腔ケア・嚥下リハに積極的に取り組んでいる施設の状況	<ul style="list-style-type: none">●1日の生活の流れの中で、フロア・食堂・洗面台・居室など様々な場所で、多職種が協力・連携しながらきめ細かい対応を行っている。 （1日の実施状況の例は次ページの通り。）
一般的な施設の状況	

	中心となる対象者	場所	対応する職種
午前	朝6～8時	●食堂にある洗面台	●介護職
	8～10時	●居室やフロアの洗面台	●歯科衛生士
午後	10～12時 【正午】	●居室ベッド上	●歯科衛生士 ●看護職
	12～14時	●食堂にある洗面台	●介護職 ●歯科衛生士
	14～16時	●居室 ●フロア	●看護職 ●PT
	16～18時	●食堂にある洗面台	●介護職
夜	18～20時	●食堂にある洗面台	●介護職
	20～22時		
	22～24時		
	0～2時		
	2～4時		
深夜	4～6時		
		●利用者の状態に応じ、看護職が実施。必要でない時は未実施。	



<口腔ケア・嚥下リハを進めるためのポイント>	
口腔ケア・嚥下リハに積極的に取り組んでいる施設の状況	<ul style="list-style-type: none"> ●日々のケアカンファレンスにおいて報告、または医師の指示により申し送りしている。 ●口腔ケアをケアプランに位置付けて、日常的な業務の中でスタッフ間で引き継ぎをするようにしている。そのため、意識も高く保つことができる。 ●地域住民の意識変革への働きかけに積極的である。
一般的な施設の状況	

<口腔ケア・嚥下リハを進めることにより、入所者の生活機能の維持・向上に及ぼす効果>	
口腔ケア・嚥下リハに積極的に取り組んでいる施設の状況	<ul style="list-style-type: none"> ●発熱などの肺炎症状が減少することで、入所者の健康状態を維持し、リハビリが継続でき、日常生活状態が安定して過ごすことができる。 ●特に口腔機能維持管理加算の効果として、外出等の対応や家族理解が深まり、誤嚥による肺炎が予防できている。 ●口から食べられる入所者は、全身状態が落ちていくスピードが遅いと認識している。 ●生活のリズムや適度な刺激による脳の活性化など、幅広い効果を認識している。
一般的な施設の状況	



＜退所後のアフターフォローとして口腔ケア・嚥下リハで実施していること＞

口腔ケア・嚥下リハに積極的に取り組んでいる施設の状況	<ul style="list-style-type: none">●退所時情報提供として居宅ケアマネジャーへ連絡、また、地域の介護事業者（または所）へ向けて、摂食・嚥下研修会を実施している。●家族にも、家庭でできるケアやりハを伝えている。●在宅に往診してくれる歯科医師がいれば、情報提供している。●併設病院では、訪問リハを実施しており、そうしたサービスと協力・連携している。
一般的な施設の状況	

＜通所者に対するサービスとして口腔ケア・嚥下リハで実施していること＞

口腔ケア・嚥下リハに積極的に取り組んでいる施設の状況	<ul style="list-style-type: none">●食前体操、食事の意識付け、標語を読む。正しい姿勢の説明。●併設病院で短時間通所リハなど、ニーズに対応したサービスを展開しており、そうしたサービスと協力・連携している。
一般的な施設の状況	



<口腔ケア・嚥下リハを全国の老人保健施設で普及・浸透していくために必要なこと>		
	口腔ケア・嚥下リハに積極的に取り組んでいる施設からの意見	一般的な施設からの意見
(1) 専門性の高い人材の確保	<ul style="list-style-type: none"> ●基準配置に歯科衛生士を入れる。 ●教育を受けた介護職の育成。 	<ul style="list-style-type: none"> ●口腔ケア・嚥下リハを実施しても、加算単位数が少ないため、専門スタッフを確保しにくい。その点の制度改正が求められる。 ●定期的な歯科衛生士による訪問及び勉強会が必要である。
(2) 口腔ケアや嚥下リハの定義や目的の明確化	<ul style="list-style-type: none"> ●口腔機能維持は、食べることの維持につながり、ひいては生命維持につながっていることを示す。 	<ul style="list-style-type: none"> ●ADL・QOL向上のために口腔ケア・嚥下リハが不可欠であることを認識すべき。
(3) 口腔ケアや嚥下リハの手法の確立	<ul style="list-style-type: none"> ●STやPTを含め、歯科衛生士と協働し、介護の現場での口腔ケア・リハビリ計画の立案（ケースの蓄積）。 	<ul style="list-style-type: none"> ●個別性を高め、利用者個々の状態に適した手法を見極める。またそれが可能なスタッフを確保する。 ●マニュアル作成、勉強会が必要である。
(4) 口腔ケアや嚥下リハに関わる成功体験の蓄積・共有	<ul style="list-style-type: none"> ●老健、歯科医師会、歯科衛生士会協賛による事例研究発表会などの開催。 	<ul style="list-style-type: none"> ●ケアプランに口腔ケアを明確に位置づけ、ケースを重ねて成果を確認していく。胃ろう患者も、みんなで食事をするのが刺激になり、口腔ケアを取り入れ嚥下状態も改善されて、食事が楽しみになって食欲が湧いて元気になった事例がある。
(5) その他	<ul style="list-style-type: none"> ●運営への影響と結びつけた内容など（稼働率の安定など）。 ●利用者・家族に口腔ケア・嚥下リハの重要性を浸透していくこと。 	<ul style="list-style-type: none"> ●事例検討・研究の取り組みが必要である。
特記事項	<ul style="list-style-type: none"> ●上記の中で最も優先度が高いのは、「成功体験の蓄積・共有」であると思う。具体的な成功事例を重ねていく中で、定義や手法も確立していくのではないか。 ●「こういう取り組みをすると、こういう点が改善する」という具体的なイメージを蓄積していくことが大切である。 	

●●●様の自主トレメニュー

- ① 鼻から息をすい、口からはく。
ゆっくりと 10回
- ② 深く息をすい、息をとめる。
3秒 × 3回
- ③ せきはらいをする。
3回
- ④ 発声練習
 - (i) 「パ・パ・パ・パ」を3回
 - (ii) 「タ・タ・タ・タ」を3回
 - (iii) 「カ・カ・カ・カ」を3回
 - (iv) 「ラ・ラ・ラ・ラ」を3回
 - (v) 「パンダのたからもの」を3回
- ⑤ 調子が良ければ歌を1曲歌う。
- ⑥ 深呼吸をゆっくり5回する。

① 首の体操



・ゆっくりと。

・筋肉の伸びを感じて〜

② アイスマッサージ



・右ほっぺと左ほっぺに
・冷たさを感じながら
・ほほのたるみを
引き上げるように。

③ ほほの体操



・両方の頬(ほっぺた)を
はくくらませる。
・できたら片方ずつも

④ 口の運動



声を出しましょー。

- ・パタカラ
- ・パイロット
- ・パイプ
- ・タンポポ

} 3回
ぐらゝ

⑤ 舌の運動



→ 一周回す
反対回りも

- ・ゆっくりと
- ・ていねいに、



調査結果のまとめ





コホート集団のADL等の状況：ポイント

- 1年前の状況からの転帰を見ると、今回追跡可能なケース（「現在も入所を継続中」「退所するも自施設に再入所中」「通所・短期入所等利用中」「その他の追跡可能」合計）は3974ケースである。
- 現在の要介護度を見ると、「要介護5」が4分の1を占めており最も多く、次いで「要介護4」（2割強）、「要介護3」（2割強）、「要介護2」（2割弱）となっている。
- 現在の寝たり度は「B2」が3割で最も多い。
- 現在の認知症自立度は「Ⅲa」が3割で最も多い。
- 現在存在する障害・医学管理等の状況を見ると、以下の特徴がある。
 - ✓認知症の周辺症状（BPSD）のある割合が4割。
 - ✓片麻痺（あるいは両片麻痺）のある割合が3割。
 - ✓失語・失行・失認等高次能機能障害のある割合が3割弱。
 - ✓医学的管理等については、経管栄養（経鼻・胃ろう）のある割合が1割（うち9割は「胃ろう」である）。仮性球麻痺等による嚥下障害のある割合1割と併せて、約2割について、摂食・嚥下に関する問題が見られる。

前回調査→今回調査におけるADL等の変化：ポイント

- 前回調査から今回調査にかけてADL全般の変化を見ると、「維持」が6割、「多少衰退（悪化）」が3割弱となっている。
- ADLの各項目の変化を見ると、「悪化」の度合いが高いのは、「起居や起立、移乗」「認知症（精神機能）」「移動や歩行」「食事摂取介助」「排泄介助」である。
- 「起居や起立、移乗」について、改善・維持には「PT/OTによる介入」の影響が大きく、悪化には「年齢」「疾患の重症度」の影響が大きい。
- 「移動や歩行」について、改善・維持には「PT/OTによる介入」の影響が大きく、悪化には「年齢」「疾患の重症度」の影響が大きい。
- 「認知症（精神機能）」について、改善・維持には「PT/OTによる介入」の影響が大きく、悪化には「年齢」「疾患の重症度」の影響が大きい。
- 「行動障害（BPSD）」について、改善・維持には「PT/OTによる介入」の影響が大きく、悪化には「年齢」「疾患の重症度」の影響が大きい。
- 「失語・失行・失認など高次脳機能障害」について、改善・維持には「PT/OTによる介入」「STによる介入」「発症からの経過日数」の影響が大きく、悪化には「年齢」「疾患の重症度」の影響が大きい。
- 「せん妄状態」について、悪化には「年齢」「疾患の重症度」の影響が大きい。
- 「褥瘡」について、改善・維持には「PT/OTによる介入」の影響が大きく、悪化には「年齢」「疾患の重症度」の影響が大きい。
- 「食事摂取介助」について、改善・維持には「PT/OTによる介入」「STによる介入」の影響が大きく、悪化には「年齢」「疾患の重症度」「発症からの経過日数」の影響が大きい。
- 「経管栄養」について、終了・維持（改善・維持）には「PT/OTによる介入」「STによる介入」の影響が大きく、開始（悪化）には「年齢」「疾患の重症度」の影響が大きい。
- 「嚥下」について、改善・維持には「PT/OTによる介入」「STによる介入」の影響が大きく、悪化には「年齢」「疾患の重症度」の影響が大きい。
- 「尿失禁」について、改善・維持には「PT/OTによる介入」の影響が大きく、悪化には「年齢」「疾患の重症度」の影響が大きい。
- 「便失禁」について、改善・維持には「PT/OTによる介入」の影響が大きく、悪化には「年齢」「疾患の重症度」の影響が大きい。
- 「排泄介助」について、改善・維持には「PT/OTによる介入」の影響が大きく、悪化には「年齢」「疾患の重症度」の影響が大きい。
- ICFレベルの変化を見ると、「基本動作」「認知機能～オリエンテーション」「認知機能～コミュニケーション」「認知機能～精神活動」「食事～嚥下機能」「食事～食事動作および食事介助」「排泄の動作」「整容～整容」のレベルの低下が認められた。

前回調査→今回調査に発生した出来事と対応：ポイント

- 前回調査から今回調査にかけて発生した出来事（リスク・イベント）を見ると、最も多いのは「発熱と全ての急性感染症（誤嚥性肺炎を除く）」（3割弱）、「日常的な頑固な（3日以上）便秘」（3割弱）であり、次いで、「転倒、外傷等」（4分の1）などとなっている。
- 発生した出来事に対する対応の状況を見ると、「転院」での対応が多いのは、「骨折」「誤嚥性肺炎」「上部消化管出血（胃潰瘍等）」「脳卒中発作」「心臓発作」「動脈・静脈閉塞関連」である。

コホート集団の口腔ケアスクリーニングおよび栄養状況：ポイント

- 食事中や食後の痰のからみについては、「ない」が7割、「たまにある・あり」が3割である。
- 口臭については、「ない」が7割、「少しある・つよい」が3割である。
- BMIについては、「18.5以上」が7割、「18.5未満」が3割である。
- 体重平均値は44.9kg、TC（大腿周囲長）平均値は36.8cm、血清アルブミン値平均値は3.7g/dlである。
- 褥そうは「あり」が4%であり、その程度は「Ⅰ度・Ⅱ度」が9割である。
- 口腔内での水分保持は、「可能」が7割、「困難・不可能」が3割である。
- 口腔ケアの拒否は、「なし」が4分の3、「時々あり・あり」が4分の1である。

ADLの変化等に影響を及ぼす要因について：ポイント

- 施設における口腔ケア・嚥下リハの個別対応時間（平成23年10月1カ月間）について、「0時間（全く実施していない）の施設（193施設）」「1～200時間未満実施している施設（303施設）」「200時間以上実施している施設（96施設）」の3つのグループに分けて、それぞれの入所者がICFレベルでどのように変化したかを見た。（→47～49ページ参照）
 - ✓個別対応時間が少ないグループ（「0時間」「1～200時間未満」施設の入所者）においては、ICFレベルのほぼ全ての項目で悪化が認められた。
 - ✓個別対応が多いグループ（「200時間以上」施設の入所者）においては、「歩行・移動」「認知機能～オリエンテーション」「認知機能～コミュニケーション」「認知機能～精神活動」「入浴動作」で維持を示していた。
 - ✓個別対応が「1～200時間未満」の施設では、口腔ケア・嚥下リハに関わる職種（平均）は2.2人、「200時間以上」の施設では、2.8人と違いが見られ、多職種で個別対応の取り組みを推進することが効果をもたらしていると考えられる。
- 食事中や食後の痰のからみの状態と、前回調査から今回調査における状況変化を見たところ、以下の特徴が見られた。（50ページ参照）
 - ✓食事中や食後の痰のからみの有無と、「嚥下」の状態は関連が見られる。
 - ✓食事中や食後の痰のからみの有無と、「誤嚥性肺炎」の発生状況は関連が見られる。
 - ✓食事中や食後の痰のからみの有無と、「発熱とすべての急性感染症（誤嚥性肺炎を除く）」の発生状況は関連が見られる。
 - ✓食事中や食後の痰のからみの有無と、「脱水」の発生状況は関連が見られる。
- 栄養状態と、前回調査から今回調査における状況の変化を見たところ、以下の特徴が見られた。（栄養状態の指標として血清アルブミン値を用いた。）（51～54ページ参照）
 - ✓BMIと血清アルブミン値、TC（大腿周囲長）と血清アルブミン値、BMIとTC（大腿周囲長）は相互に関連している。
 - ✓血清アルブミン値の水準と、「ADL」の変化は関連が見られる。
 - ✓血清アルブミン値の水準と、「起居や起立、移乗」の変化は関連が見られる。
 - ✓血清アルブミン値の水準と、「移動や歩行」の変化は関連が見られる。
 - ✓血清アルブミン値の水準と、「褥瘡」の変化は関連が見られる。



ADLの変化等に影響を及ぼす要因について：ポイント（つづき）

- ✓血清アルブミン値の水準と、「食事摂取介助」の変化は関連が見られる。
- ✓血清アルブミン値の水準と、「経管栄養」の変化は関連が見られる。
- ✓血清アルブミン値の水準と、「嚥下」の変化は関連が見られる。
- ✓血清アルブミン値の水準と、「尿失禁」の変化は関連が見られる。
- ✓血清アルブミン値の水準と、「便失禁」の変化は関連が見られる。

●喀痰吸引の状況と誤嚥性肺炎・発熱とすべての急性感染症（誤嚥性肺炎を除く）の関係を見たところ、以下の特徴が見られた。（55ページ参照）

- ✓喀痰吸引の有無や頻度と、「誤嚥性肺炎」の発生状況は関連が見られる。
- ✓喀痰吸引の有無や頻度と、「発熱とすべての急性感染症（誤嚥性肺炎を除く）」の発生状況は関連が見られる。



研究班としての提言



実態調査およびヒアリング調査を踏まえ、研究班での議論に基づいて、研究班として、以下の提言を行う。

- 言語聴覚士や歯科衛生士などの専門職種を配置して、口腔ケア・嚥下リハを積極的に進めていく必要がある。
 - ✓ 現在、言語聴覚士や歯科衛生士を配置している介護老人保健施設は少なく、それぞれの配置人員も非常に少ない。
 - ✓ 昨年度から本年度に渡る入所者のコホート分析においては、口腔ケアや嚥下リハの取り組みが、摂食・嚥下の状態にとどまらず、転倒・外傷等のリスクイベントの抑制や、ADL等の全身状態の維持・改善に効果を及ぼしていることが推測される。
 - ✓ 平成24年度介護報酬改定においては、口腔ケアに関する加算の算定要件などが見直されており、言語聴覚士や歯科衛生士の活動が各種加算に結びつく度合いが高まっている。
 - ✓ 今後、全国の介護老人保健施設において、多様化・高度化する入所者・利用者のニーズに対応しながら、専門職種と看護・介護の職員がチームを組んで、施設全体の取り組みとして口腔ケア・嚥下リハを実践していくことが求められている。
 - ✓ また、施設においては、多職種協働による取り組みが効果的であることから、地域を視野に入れた施設内のチーム作りを進めることも求められる。そうした取り組みを推進するためには、加算等で評価していくことが望ましい。

<参考：経口維持加算（I）の算定要件>

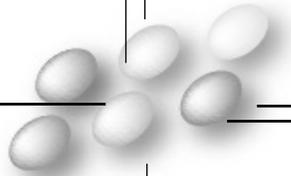
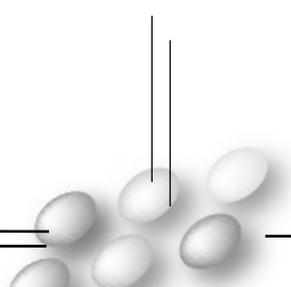
- 医師、歯科医師、管理栄養士、看護職員、**言語聴覚士**、介護支援専門員その他の者が共同して、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理の方法等を示した経口維持計画を作成すること。
(※下線部が追加された)

<参考：経口移行加算の算定要件>

- 現に経管により食事を摂取している者であって、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理が必要であるとして、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、**言語聴覚士**、介護支援専門員その他の者が共同して、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理の方法等を示した経口移行計画を作成すること。
(※下線部が追加された)

- 
- 入所者一人ひとりに個別対応する口腔ケアや嚥下リハを推進するとともに、入所者の在宅復帰や在宅生活支援に結び付けた形で推進する必要がある。
 - ✓ 実態調査の結果によれば、口腔ケアや嚥下リハに関する個別対応を積極的に行っている施設ほど、ADL等の全身状態の維持の度合いが高い。
 - ✓ 先進的な施設のヒアリング調査においても、口腔ケアや嚥下リハの取り組みと在宅復帰の取り組みは密接に関連しているものと考えられる。
 - ✓ 平成24年度介護報酬改定でも、より一層、施設の在宅復帰・ベッドの回転率に焦点を当てた報酬制度が導入されており、口腔ケアや嚥下リハも在宅復帰・在宅生活支援と関連した取り組みとして推進されることが求められている。

 - 地域全体を視野に入れた口腔ケア・嚥下リハに取り組んでいく必要がある。
 - ✓ 現在、各地域において地域包括ケアシステムの構築が進められているが、介護老人保健施設も地域の拠点施設として、積極的に参画し、けん引する役割を担うことが期待されている。
 - ✓ 先進的な施設においては、すでに、地域の病院・診療所・高齢者ケア機関等を巻き込んだ形で、口腔ケア・嚥下リハに関する勉強会や交流会などを推進しており、地域全体のレベルアップに貢献している。
 - ✓ 入所者の在宅復帰や地域の高齢者の在宅生活支援を推進するためには、入所者だけでなく、通所者に対する取り組みや在宅の高齢者に対する訪問サービス等も充実させていくことが求められる。
 - ✓ 介護老人保健施設は、地域の医療資源・福祉資源と密接に協力・連携しながら、地域全体の高齢者のニーズに応えていく活動を展開していくことが求められている。



平成23年度「生活機能衰退のプロセス解明と口腔・嚥下およびコミュニケーション障害への適切な介入方法構築のための調査研究事業」
ヒアリング結果

平成23年度「生活機能衰退のプロセス解明と口腔・嚥下およびコミュニケーション障害への適切な介入方法構築のための調査研究事業」
ヒアリング結果
(A施設)

施設の概要

- 入所定員：90名
- 通所定員：35名
- 設置形態：独立型
- 言語聴覚士の配置数（常勤換算）：（入所）なし（通所）なし
- 歯科衛生士の配置数（常勤換算）：（入所）1名（通所）なし
- 看護職員の配置数（常勤換算）：（入所）10名（通所）3名
- 介護福祉士の配置数（常勤換算）：（入所）22名（通所）8名
- 口腔に関するアセスメント：全員に対して行っている
- 口腔ケアへの対応をケアプランや看護計画に入れているか：
全員に対して行っている
- 口腔ケアを行う職種：介護職・看護職・歯科衛生士
- 嚥下リハを行う職種：
専門医、歯科医師、医師、看護職、理学療法士、介護職、管理栄養士、歯科衛生士

<施設の理念>

- 志高くあたたかく地域を支えます。
- ## <施設の方針>
- 個人の意向を大切にします。
 - 状態に応じた考える医療・看護・介護サービスを提供します。
 - 日々研さんし、事業所、スタッフ間の連絡を密にします。
 - 地域を愛し、地域から愛される施設を目指します。

<口腔ケアの特色>

- 歯科衛生士が1名、常勤として勤務しており、日常の口腔ケアや摂食・嚥下評価に関わっている。日々のケアカンファレンスにも参加しており、意見を述べている。
- 必要な方は、施設の方から受診を勧めている
 - 3年前に施設全体の摂食・嚥下委員会を設置して、口腔ケアにも本格的に取り組むようになった。その時に歯科衛生士を常勤で配置するようになった。
 - まずは歯科衛生士の顔を利用者に覚えてもらうことが重要だと考えたので、歯科衛生士には、看護・介護職員とともにフロアで活動してもらうようにした。少しずつ施設全体の活動になじんでもらった。
 - 1年前から、歯科衛生士が専門職種としてどのような業務を行っているか、体系的に整理し始めている。やはり、口腔ケアについて看護・介護職が気付かない点やチェックしきれない点を専門的な視点から指導してもらうのが重要であると考えている。
 - 歯科衛生士の事務的な業務はなるべく減らすように努めている。ただし、加算を取得する等を考えると、書類やファイルをきちんと残していくことは必須になるとともに、専門職の業務としてエビデンスを残していくことは大切でもあるので、その点はきちんと実施してもらうようにしている。
 - フロアの洗面台について、口腔ケアのニーズが高まってきたので、3年前に洗面台を増設した。

<地域における施設の役割>

- 介護老人保健施設は唯一、医療従事者が整っており、要介護者の健康状態維持の手助けを行える機関である。また、地域の介護にかかわる同業者のスキルアップを働きかけやすい。
 - 近隣の特別養護老人ホームや有料老人ホームの職員やホームヘルパー等に参加してもらって、摂食・嚥下の講習会を開催している。
 - 当施設で口腔ケアや嚥下リハを実施して状況が改善しても、退所後に入所した施設（特別養護老人ホームや有料老人ホーム等）で悪化してしまうケースもあり、地域全体でスキルを底上げ・向上していく取り組みは必要である。施設によっては、食事の形態にあまり気を使わないケースが見られ、ソフト食の対応が必要なケースでも刻み食＋トロミ付けだけの対応を行っている場合もある（そうしたケースではやはり誤嚥になりやすくなってしまう）。
 - 有料老人ホーム等の施設は増えており、1日1件くらいのペースで営業に来ている。しかし、それぞれの施設がどのようなサービスを提供しているのか見えにくい点があり、地域全体でお互いの風通しを良くしていく必要がある。
 - 最近では、口腔ケアや嚥下リハに関心を持つ施設が増えていると感じる。

<近隣の医療機関との連携の状況>

- 協力医療機関を中心として、地域の医療機関とは、相談者がいる都度と、年に数回の頻度で訪問しお互いの機関の関係性を深めていて、相談しやすい状態になっている。
 - 周辺は、医療機関も多く、連携はしやすい。
 - 近隣の医療機関とは一緒に勉強会も実施している（半年に1回くらいのペースで開催している）。近々、地域の相談員等の発表会なども開催する予定である。
 - 交流の場があると、担当者同士で顔の見える関係を作りやすく、深みのある話ができるようになる。
 - 当施設の母体の診療所とは連携はしているが、（病院ではないので）緊急時の入院等は他の病院に支援をお願いしている。
 - 地域密着を重視している医療機関とは連携しやすい。
 - ただし、例えば熱発が多少あっても、なるべく当施設内で対応するようにしている。

<地域における通所系サービスとの連携の状況>

- 施設から在宅へ戻る時は、必ず担当ケアマネジャーと連携し、退所前カンファレンスに参加して頂けるように呼びかけている。また、当施設で実施している介護研修会などに参加を呼びかけている。

<地域における在宅系サービスとの連携の状況>

- 施設から在宅へ戻る時は、必ず担当ケアマネジャーと連携し、退所前カンファレンスに参加して頂けるように呼びかけている。また、当施設で実施している介護研修会などに参加を呼びかけている。

2011年4月～2012年1月に退所した入所者の状況

2011年4月～2012年1月に退所した入所者の入退所の経路

入所前の居場所	⇒	退所後の居場所	
自宅	36 (41.4%)	自宅	33 (38.4%)
急性期病床	22 (25.3%)	急性期病床	12 (14.0%)
慢性期病床	2 (2.3%)	慢性期病床	1 (1.2%)
亜急性期病床	0 (0.0%)	亜急性期病床	0 (0.0%)
回復期リハビリテーション病棟	12 (13.8%)	回復期リハビリテーション病棟	0 (0.0%)
その他一般病床	0 (0.0%)	その他一般病床	0 (0.0%)
老健施設	15 (17.2%)	老人保健施設	23 (26.7%)
その他の施設	0 (0.0%)	特別養護老人ホーム	11 (12.8%)
		有料老人ホーム	1 (1.2%)
		グループホーム	0 (0.0%)
		高齢者専用賃貸住宅	1 (1.2%)
		その他	0 (0.0%)
		死亡	4 (4.7%)

2011年4月～2012年1月に退所した入所者の入所時点の要介護度

要介護1	2 (2.3%)
要介護2	17 (19.5%)
要介護3	22 (25.3%)
要介護4	25 (28.7%)
要介護5	21 (24.1%)
平均要介護度	3.5

2011年4月～2012年1月に退所した入所者の入所時点の寝たきり度

J1	0 (0.0%)
J2	0 (0.0%)
A1	8 (9.3%)
A2	10 (11.6%)
B1	28 (32.6%)
B2	28 (32.6%)
C1	7 (8.1%)
C2	5 (5.8%)

2011年4月～2012年1月に退所した入所者の入所時点の認知症自立度

なし	7 (8.1%)
I	11 (12.8%)
II a	21 (24.4%)
II b	21 (24.4%)
III a	20 (23.3%)
III b	5 (5.8%)
IV	1 (1.2%)
M	0 (0.0%)

2011年4月～2012年1月に退所した入所者の入所時点の主な疾患

脳血管性	(34.4%)
認知症	(17.2%)
内科的疾患	(15.2%)
骨折	(10.1%)
整形外科的疾患 (骨折以外)	(5.6%)

2011年4月～2012年1月に退所した入所者の平均的な入所期間

300日くらい

2011年4月～2012年1月に退所した入所者の口腔ケア・嚥下リハニーズ

口腔ケアについては、関心の高い方とそうでない方で二分する。摂食・嚥下については脳血管性の後遺症等でリハビリをし、その機能回復を望まれる方が多い。また、加齢に伴う肺炎（反復性）で入院を繰り返している方が、体力の維持や増進を望まれるケースが多い。

※年齢層が若い入所者では、「形のあるものを食べたい」というニーズが高い。本人だけでなく、配偶者の方も希望するケースが多い。

※認知症の方については、（認知症専門棟はないが）なるべく断らないようにしている。ただし、周囲の入所者に影響があるケース（暴力性のある場合）などは入所可能かどうか検討している。

※気管切開・経鼻経管栄養の方は受け入れしていない。

※胃ろうの方は、受け入れており、常時5人くらい入所しているイメージである。当施設では、以前は5人の受け入れが限度であったが、最近は9人くらいまでは対応可能な状況になっている。

口腔アセスメントや口腔ケアに関するケアプラン・看護計画

<入所者に対する口腔アセスメントの概要>

- 歯科衛生士により、口腔チェック、義歯の有無、清潔状態、かみ合わせ、口腔内炎症等がないか、残存の歯、歯根がどれくらいあるか、アセスメント表に記入している。
 - ゼロベースで施設が考えたものではなく、介護保険の参考書式に基づいて、歯科衛生士や施設長等が相談しながら今の形になっている。
 - 現在でも改編を加えており、今後さらに変えていくことになると思う。
 - なお、当施設では、入所者だけではなく通所者の方も全員に口腔アセスメントを実施している。

<口腔ケアに関するケアプランや看護計画の概要>

- アセスメントに沿って、主に歯科衛生士が計画し（暫定）、入所後1週間後に実施しているカンファレンスまでに、他職種も状態把握し再検討している。
 - ケアプランについては、まだまだ模索中であり、よい書式があれば、参考していきたい。

摂食・嚥下障害スクリーニングシート(阪大顎治式)

Q. 現在の状態についてA,B,Cの中で適するものに○をつけてください。 様式 1A
本人から聴取できないときは 1.~9.までの観察項目だけで結構です。

	A	B	C
1. 食べるのが遅くなった	はい		いいえ
2. やせてきた	はい		いいえ
3. 食べこぼす	いつも	ときどき	ない
4. 口の中に食べ物が残る	いつも	ときどき	ない
5. 食事中にむせる	いつも	ときどき	ない
6. 咳がでる	いつも	ときどき	ない
7. 痰が多い	いつも	ときどき	ない
8. のどがゴロゴロ鳴る	いつも	ときどき	ない
9. 風邪以外で熱が出ることもある	はい		いいえ
<hr/>			
10. 食べにくいものが出てきた	はい		いいえ
11. のどの奥に食べ物が残る	いつも	ときどき	ない
12. 食べ物がつっかえる	いつも	ときどき	ない
13. 飲み込みにくい	いつも	ときどき	ない
14. 食べ物や胃液が逆流する	いつも	ときどき	ない

診療の要否: 要 不要 再チェック

名前



DHP NPO法人摂食嚥下支援プロジェクト
Dysphagia Support and Health Care Project

2010/7/13 石きり嚥下往診

1. ●●●●●●氏(初診)

【既往歴】

- ・腰椎圧迫骨折、胃潰瘍、高血圧、ヘルペス
- ・過去に肺炎性肺炎にて入院した既往あり。
- ・咳が出ることに対し、過去に『メジコン』処方されていた。

【全身所見】

- ・上肢の姿勢、運動性に問題なし。
- ・口腔内、運動問題なし。
- ・認知機能も特に問題なし。
- ・問いかけ、指示にも従うこと可能。
- ・本人曰く、『痰が良く出る、咳で出しています。』とのこと。
- ・熱発(一)

【食事内容】

現在の食事形態は、全粥、刻み食、水分トロミあり。
水分のトロミを解除できないかと現場からの声があり、今回の診察。(家族は、なるべくLOW RISKでトロミ付けて欲しいと希望あり)

【嚥下所見】

- ・自食可能。
- ・食時の一口量、適量。
- ・粥、刻み食、トロミ味増汁、嚥下問題なし。
- ・トロミ茶、嚥下問題なし。
- ・トロミなし茶、嚥下時、ムセなどはないが、2～3回の複数回嚥下を認める。
(おそらく、一回の嚥下では処理できず、咽頭に貯留した分を複数回に分けて嚥下しているのだろう)

【指示】

トロミなし茶も今回はムセなく可能であったが、リスクは高い、一口量が多いと誤嚥の危険性大。
本人も、トロミ茶のほうが飲みやすく、トロミ茶を希望されている。
以上から、食事形態は現在のものを継続。水分はトロミを付与する。
食事以外の咳に関しては、唾液が喉頭侵入して咳が出現している可能性も否定できない。
咳止めは、むしろ不顕性誤嚥の危険性が増す副作用があるため注意が必要。

様式 1 B

経口摂取維持の取組実施の指示書

平成22年 5 月 25 日

下記の者については、摂食嚥下機能障害を有する状態であり、経口摂取維持の取組が必要である。特別な栄養管理を行うため、下記の摂食嚥下機能の評価に必要な検査を指示する。

医師氏名：

田中 433

1.利用者氏名： ●●●●●● (M・T・S・H) 年 月 日(生まれ)

2.検査実施日： 平成 22 年 5 月 25 日

3.摂食嚥下機能障害の確認方法

内視鏡検査

水のみテスト

①1回でむせることなく飲むことができる

②2回以上に分けるが、むせることなく飲むことができる

③1回で飲むことができるが、むせることがある

④2回以上に飲むにもかかわらず、むせることがある

⑤むせることがしばしばで、全量飲むことが困難である

※ブローマイール3以上が(異常)。1～2で5秒以上(疑い)1で5秒以内(正常範囲)

4.経口摂取維持取組の方法

別紙、経口維持計画の通り。



様式 2

解決すべき課題の把握 口腔・摂食嚥下機能アセスメント

記入者: 木 知 職種 () 管理栄養士・() 歯科衛生士・() 看護職員
実施年月日 前: 2016 年 5 月 25 日 後: 年 月 日

[1]

氏名	(50音かな)		性別	病名・障害名
	●●●●●●●●●●	●●●●●●●●●●		
氏名		明・昭 4 年 月 日		
□の中の状態や嚥下に 関する利用者及び家族 の希望				

	質問項目	評価項目	前	後
理学的情 検査	視診による口腔内の衛生状態	1 良好 2 不良	やや 2	
	検査 (内視鏡・水飲みテスト)	1 良好 2 不良	2	

機能	質問項目	評価項目		
		1	2	3
衛生	1 食物残渣	1 なし・少量	2 中程度	3 多量
	2 舌苔	1 なし・少量	2 中程度	3 多量
	3 歯面あるいは歯の汚れ	1 なし・少量	2 中程度	3 多量
	4 □内衛生習慣 (声かけの必要性)	1 必要がない	2 必要あり	3 不可
機能	1 誤嚥 (むせ・咳き込み)	1 なし	2 あり	/
	2 食事時間	1 適度	2 長い	/
	3 頬の膨らまし (空気がくちかい)	1 左右十分膨ら	2 やや十分	3 不十分
	4 発熱 (発熱を含む)	1 なし	2 時々	3 頻回
その他	1 今回のサービス等の満足度	1 満足	2 やや満足	3 どちらでもない
		4 やや不満足	5 不満足	

実施のための利用者の情報

嚥時の状況	□なし □有り □上顎 □下顎	□全部床義歯 □部分床義歯	□口腔内状況
清掃用具や 食事環境の状況	義歯ブラシ	スポンジブラシ	コープ
主治の歯科医師又は は連携する歯科医 師等からの指示	義歯の清掃		
特記事項			

口腔ケアの考え方と嚥下リハの考え方

<口腔ケアの定義>

- 口腔の疾病予防、健康保持・増進を行い、リハビリテーションにより利用者のQOLの向上を目指した技術。

<口腔ケアの目的>

- 口腔清拭、義歯の着脱、手入れ、そしゃく、嚥下リハビリ等により、いつまでも食事がおいしくしっかりとれるように実施していく。

<口腔ケアに関わる人材・職種>

- 歯科衛生士、介護職員、看護職員。

<口腔ケアに関わるチーム対応・多職種協働>

- 日常的には介護職員、その中で主に歯科衛生士が実施している。注入食や、状態悪化による困難ケースは看護職が対応している。

□介護職が対応することが困難なケースは、看護職や歯科衛生士が対応している。居室で食事を摂っている入所者については、歯科衛生士に居室に向いてもらって介入してもらっている。

<口腔ケアに関する考え方を共有するために実施していること>

- ケアプランに沿って実施。訪問歯科受診している方に関しては、受診結果をファイルし、情報を共有化をしている。統一した介助ができるように、変化のあるケースは連絡ノートに記入して報告している。

<口腔ケアとして提供している具体的なサービス>

- 口腔清拭、義歯の着脱と手入れ、歯肉・頬部のマッサージ、口腔乾燥についてはオーラルケア用のジェルを使用し保湿している。
- 必要な方には、口腔ケアグッズの案内や無料で提供するケースもある。

<口腔ケアに関する教育・研修>

- 年に1~2回、施設内研修において実施、主に、摂食・嚥下委員会に関わっている。

<嚥下リハの定義>

- 正しい食事姿勢をとり、正しい食事環境を設定し、専門医の診察のもと、正しい食事形態を提供し、「いつまでも安全に快適に楽しく口から食べること」を支援する。

<嚥下リハの目的>

- 評価診察を行い、利用者にとって正しい食事形態、食事姿勢、食事環境を提供することで誤嚥を予防する。

<嚥下リハに関わる人材・職種>

- 専門医、歯科医師、医師、看護職員、理学療法士、介護職員、管理栄養士、歯科衛生士。

<嚥下リハに関わるチーム対応・多職種協働>

- 食事環境の設定、食事時の姿勢の調整、正しい食事姿勢のポスターの掲示、食事前の意識付け（食前体操、標語を読む等）。

<嚥下リハに関する考え方を共有するために実施していること>

- 摂食・嚥下委員会を開催し、各セクションへ伝達している。

<嚥下リハとして提供している具体的なサービス>

- 特に食事時の姿勢を正しくすることを実施している。

<嚥下リハに関する教育・研修>

- 施設内研修として、摂食・嚥下について基礎的な知識・食事姿勢などの内容で実施している。

※口腔ケアと嚥下リハは関連しており、明確には切り分けられないのではないかと考えている。

※大きく分ければ、嚥下リハは食事の前の取り組みであり、口腔ケアは食事の後の取り組みではないかと考えている。

口腔ケア・嚥下リハの1日の実施状況

		中心となる対象者	場所	対応する職種
午前	朝6～8時	●ケアにおいて一部介助・全介助の方	●食堂にある洗面台	●介護職
	8～10時	●自己ケアできる方の状態チェック	●居室やフロアの洗面台	●歯科衛生士
	10～12時 【正午】	●胃ろうの方で寝たきりの方	●居室ベッド上	●歯科衛生士 ●看護職
午後	12～14時	●ケアにおいて一部介助・全介助の方	●食堂にある洗面台	●介護職 ●歯科衛生士
	14～16時	●嚥下リハ対象者	●居室 ●フロア	●看護職 ●PT
	16～18時	●ケアにおいて一部介助・全介助の方	●食堂にある洗面台	●介護職
夜	18～20時	●ケアにおいて一部介助・全介助の方	●食堂にある洗面台	●介護職
	20～22時	●利用者の状態に応じ、看護職が実施。必要でない時は未実施。		
深夜	22～24時			
	0～2時			
	2～4時			
4～6時				

口腔ケア・嚥下リハを進めるためのポイント等

<口腔ケア・嚥下リハを進めるためのポイント>

- 日々のケアカンファレンスにおいて報告、または医師の指示により申し送り。
 - 口腔ケアをケアプランに位置付けて、日常的な業務の中でスタッフ間で引き継ぎをするようにしているので、意識も高く保つことができる。

<口腔ケア・嚥下リハを進めることにより、入所者の生活機能の維持・向上に及ぼす効果>

- 発熱などの肺炎症状が減少することで、入所者の健康状態を維持し、リハビリが継続でき、日常生活状態が安定して過ごすことができる。

<誤嚥性肺炎の診断>

- 診断は受診によるB x Pの実施だが、肺炎が疑われても施設内で対応できる範囲内であれば、施設医師の判断により診ている。微熱傾向でむせ込み等あれば、嚥下診察を実施している。

<喀痰吸引の実施>

- 自己排痰が難しい方、誤嚥性によるむせ込みがみられる方に対し、各居室へ吸引機を設置し看護職が行っている。(状況によっては、食堂で行うこともある。)

<口腔ケアとして提供している具体的なサービス>

- 口腔清拭、義歯の着脱と手入れ、歯肉・頬部のマッサージ、口腔乾燥についてはオーラルケア用のジェルを使用し保湿している。
- 必要な方には、口腔ケアグッズの案内や無料で提供するケースもある。

<退所後のアフターフォローとして口腔ケア・嚥下リハで実施していること>

- 退所時情報提供として居宅ケアマネジャーへ連絡、また、地域の介護事業者(または所)へ向けて、摂食・嚥下研修会を実施している。
 - 家族にも、家庭でできるケアやリハをお伝えしている。
 - 在宅に往診してくれる歯科医師がいれば、情報提供している。

<通所者に対するサービスとして口腔ケア・嚥下リハで実施していること>

- 食前体操、食事の意識付け、標語を読む。正しい姿勢の説明。

口腔ケアに関する加算

<口腔機能維持管理加算について・・・算定している>

【効果・変化した点】

- 口腔ケアや口腔内機能維持に向けた取り組みや関心が高まった。

【加算の普及・浸透に必要なこと】

- 常勤歯科衛生士が不在でも加算がとれる仕組みと説明
- または、加算点数が増えるとその位置づけの意味が浸透しやすい。

<経口移行加算について・・・算定していない>

【今後の取得の意向】

- 対象者がたまたまいない状況であり、可能になれば取得したい。

<口腔機能維持管理加算について・・・算定している>

【効果・変化した点】

- 摂食に対する本人希望、家族希望と照らし合わせた時、現実として在宅復帰への効果は薄いですが、外出等の対応や家族理解が深まり、誤嚥による肺炎が予防できている。

【加算の普及・浸透に必要なこと】

- 経口維持計画が介護職でも実施できるような力量の育成（専門的介護職など）。
- 嚥下診察のできる医師の施設への定期的な往診。

口腔ケアや嚥下リハを普及・浸透していくために必要なこと

<口腔ケア・嚥下リハを全国の老人保健施設で普及・浸透していくために必要なこと>

(1) 専門性の高い人材の確保

- 基準配置に歯科衛生士を入れる。
- 教育を受けた介護職の育成。

(2) 口腔ケアや嚥下リハの定義や目的の明確化

- 口腔機能維持は、食べることの維持につながり、ひいては生命維持につながっていることを示す。

(3) 口腔ケアや嚥下リハの手法の確立

- STやPTを含め、歯科衛生士と協働し、介護の現場での口腔ケア・リハビリ計画の立案（ケースの蓄積）。

(4) 口腔ケアや嚥下リハに関わり成功体験の蓄積・共有

- 全老健、歯科医師会、歯科衛生士会協賛による事例研究発表会などの開催。

(5) その他

- 運営への影響と結びつけた内容など（稼働率の安定など）。

※上記の中で最も優先度が高いのは、「成功体験の蓄積・共有」であると思う。
具体的な成功事例を重ねていく中で、定義や手法も確立していくのではないかな。

※「こういう取り組みをすると、こういう点が改善する」という具体的なイメージを蓄積していくことが大切である。

口腔ケア・嚥下リハの効果によって、生活機能が改善して在宅復帰に結び付いたケース

<ケース事例のプロフィール>

- 女性、59歳。
- 要介護度 4
- 回復期リハ病院より紹介
- 本人の母と夫、息子の4人暮らし
- 49歳より脳梗塞、高血圧にてフォロー中
- 昨年9月に脳出血発症。重度の右麻痺、失語症、嚥下障害が残る。
- 現在、同居の母が要支援状態なので、在宅での長期の介護は困難。当施設への入所申し込みとなる。

<入所からの経過>

- 入所時より精神面は安定。
- リハビリにも積極的に参加。
- 夫は毎日面会に来ており、仕事との条件が整えば、短期間なら在宅復帰できることとなる。
- 本人は入所時に発熱があったが、以後なく、食事も安定して摂れている。

<実施した口腔ケア・嚥下リハビリテーションの内容>

- VE検査後、医師より指示を受け、咳練習、口腔ケアの徹底を行う。
- また、自宅にてできるお口のリハビリを実施する。（自主トレーニングの内容は次ページ・次々ページを参照）

<口腔ケア・嚥下リハビリテーションに関与した職種>

- PT、OT、歯科衛生士、介護職員。

<口腔ケア・嚥下リハビリテーションのタイミング>

- 食前に口腔内運動を行う。食後にも口腔ケアを行う。

<口腔ケア・嚥下リハビリテーションによって改善した生活機能>

- 咀嚼意識、嚥下機能も維持し、本人から「形のあるものを食べたい」という希望が出ており、長期間発熱もなく経過し、ADLが維持できるようになり、希望通り在宅復帰した。

<口腔ケア・嚥下リハビリテーションの関わりを中心にして、在宅復帰に成功したポイント>

- 的確な診断と食形態の選択。
- 家族とのカンファレンスと在宅に向けた試験外出、外泊の実施。
- 摂食・嚥下についての家族への指導等を行えたこと。
 - 一般的に多少の発熱はあっても、嚥下維持できるかどうかは大きなポイントである。

●●●●様の自主トレーニング

- ① 鼻から息をすい、口からはく。
ゆくりと 10回
- ② 深く息をすい、息をとめる。
3秒 × 3回
- ③ せきはらいをする。
3回
- ④ 発声練習
 - (i) 「パ・パ・パ・パ」を3回
 - (ii) 「タ・タ・タ・タ」を3回
 - (iii) 「カ・カ・カ・カ」を3回
 - (iv) 「ウ・ウ・ウ・ウ」を3回
 - (v) 「パンダのたからもの」を3回
- ⑤ 調子が良ければ歌を1曲歌う。
- ⑥ 深呼吸をゆくりと5回する。

①. 首の体操



- ・ゆくりと。
- ・筋肉の伸びを感じて〜

② アイスマッサージ



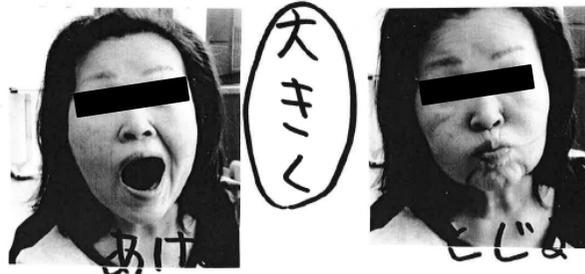
- ・右ほっぺと左ほっぺに
- ・冷たさを感じながら
- ・ほほのたるみを
- ・引き上げるように。

③ ほほの体操



- ・両方の頬(ほっぺた)を
はくらませる.
- ・できたら片方ずつも

④ 口の運動



声を出しましょー。

- ・パタカラ
 - ・パイロット
 - ・パイプ
 - ・タンポポ
- } 3回
ぐらい

⑤ 舌の運動



→一周回す
反対回りも

- ・ゆっくりと
- ・ていねいに、

口腔ケアを進める上での要望事項等

- 地域で活躍している訪問歯科との連携の報酬（情報提供）。
 - もっと訪問活動できるような報酬を導入してほしい。
- 入れ歯の方の口腔ケアについて、国民の認識を変える広報活動等を行ってほしい。
 - 「入れ歯なのに口腔ケアが必要なんですか」「入れ歯なんだから口腔ケアは必要ない」と本人・家族から言われることが多いが、入れ歯であっても口腔ケアは有効である。

(参考)ケアプラン等

施設介護サービス計画書(1)

作成年月日

平成 23年 09月 27日



初回・紹介・**経緯**

認定済・申請中

利用者名 1560 株式会社 殿 生年月日 昭和 26年 05月 22日 住所 〒 578-0901 大阪府東大阪市加納8丁目26-10
 施設サービス計画作成者氏名及び職種 株式会社 (介護支援専門員)
 施設サービス計画作成介護保険施設名及び所在地 〒 579-8011 大阪府東大阪市東石切町1丁目7-27 介護老人保健施設 石きり
 施設サービス計画作成(変更)日 平成 23年 09月 26日 初回施設サービス計画作成日 平成 23年 03月 07日
 認定日 平成 23年 02月 16日 認定の有効期間 平成 23年 03月 01日 ~ 平成 24年 02月 29日

要介護状態区分	要介護1・要介護2・要介護3・ 要介護4 ・要介護5 (その他:)
利用者及び家族の生活に対する意向	本人: 失語症、意思が上手に伝わらない。出来るのなら自宅で生活したい。 家族: 要支援の母親と同居、主介護者は居ないので出来るだけ施設生活に慣れてほしい。本人と在宅状況を調整しながら在宅復帰を検討する。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	
総合的な援助の方針	失語症による意思疎通困難があるが、安心して施設生活を送ることが出来るよう支援いたします。また、自分で出来ることは自分で出来るよう工夫し、日常生活の介護負担を軽減できるよう支援いたします。また、安心して在宅復帰が出来るように支援します

施設サービス計画書について説明を受け、内容に同意し

平成 23年 11月 28日 利用者(代理人)氏名

施設サービス計画書（2）

作成年月日

平成 23年09月27日

利用者名 XXXXXXXXXX 殿

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	目標				援助内容			
	長期目標	（期間）	短期目標	（期間）	サービス内容	担当者	頻度	期間
＃1 脳梗塞後遺症による失語症、右麻痺が残るが身体状態や活動性の維持・向上を図り在宅復帰したい	①生活意欲と身体状態の維持をして在宅復帰したい	H23年9月27日 ～H24年3月26日	①誤嚥性肺炎の予防 ②皮膚状態の現状維持 ③活動性の維持	H23年9月27日 ～H23年12月26日	離床・臥床時のポジショニングを行う。（離床時、患側に傾きがあるので座り直しやクッション等使用しポジショニングを行う）	本人・介護職員、看護職員・理学療法士・作業療法士	随時	H23年9月27日 ～H23年12月26日
					本人の身体状態に合わせて介助や過ごしやすい様に居室の環境調整を行う（ベッド位置や高さやキャビネットの配置位置）	本人・介護職員、看護職員・理学療法士・作業療法士	随時	
					体調に合わせてレク・体操・行事への参加を促し施設生活の生活リズムや離床時間の延長を図り、生活にメリハリを付ける	本人・介護職員、看護職員・理学療法士・作業療法士	活動時	
					自己にて出来ることを探り促す（車椅子時に下肢に力を入れる・車イス自操・食事摂取）	本人・介護職員、看護職員・理学療法士・作業療法士	適宜	
					高脂血症食1300kcal（トロミ粥+ソフト食）での提供を行い水分にはトロミを付けて提供を行う。また、むせ込みや食事摂取状況の確認を行いケースに記載を残す	医師・栄養士・歯科衛生士・介護職員・看護職員	食事時	
					入浴・更衣・日常生活介助時に皮膚状態の確認を行い、必要時軟膏塗布を行う	介護職員・看護職員	適宜	
					臥床時、体動がなく適宜の体位交換・車椅子離床時の座りなおしやポジショニングチェックを行う	介護職員・看護職員・理学療法士・作業療法士	適宜	

1 / 2 ページ

施設サービス計画書について説明を受け、内容に同意し

平成 23年 11月 28日 利用者（代理者）氏名 XXXXXXXXXX

利用者名  殿

週間サービス計画書

作成年月日

平成 23年 09月 27日

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00							↓
	6:00							起床準備 排泄介助
早朝	8:00	食事の準備・後始	食事の準備・後始	食事の準備・後始	食事の準備・後始	食事の準備・後始	食事の準備・後始	整容
	10:00	体操	体操 個別リハビリ	体操	体操	体操	体操	朝食 口腔ケア 環境整備 バイタル測定 体操
午前	12:00	食事の準備・後始	食事の準備・後始	食事の準備・後始	食事の準備・後始	食事の準備・後始	食事の準備・後始	排泄介助
	14:00	余暇活動介助	入浴介助(リフト浴)	余暇活動介助	余暇活動介助	入浴介助(リフト浴)	余暇活動介助	△:尿意 排泄介助
	16:00	コミュニケーション	コミュニケーション	コミュニケーション	コミュニケーション	コミュニケーション	コミュニケーション	レクリエーション おやつ
	18:00	食事の準備・後始	食事の準備・後始	食事の準備・後始	食事の準備・後始	食事の準備・後始	食事の準備・後始	個別リハビリ 排泄介助
午後	20:00							補水
	22:00							夕食 口腔ケア
	24:00							就寝準備 排泄介助
夜間	2:00							就寝・消燈
	4:00							監視・ナースコール対応・排泄介助
深夜	6:00							↓
	8:00							↓
深夜	10:00							↓
	12:00							↓
深夜	14:00							↓
	16:00							↓
深夜	18:00							↓
	20:00							↓
深夜	22:00							↓
	24:00							↓
週単位以外のサービス	月1回、主治医回診の実施 家族希望時、理美容ボランティアの実施 週2回の個別リハビリの実施							

施設サービス計画書について説明を受け、内容に同意し

平成 23年 11月 28日 利用者(代理人)氏名 

【須賀原 幸志

様】

モニタリング評価表

作成日 [平成23年09月24日] 作成者 [ ]

課題（ニーズ）	長期目標	（期間）	短期目標	（期間）	サービス内容	スタッフ名	評価
#1 脳梗塞後遺症による失語症、右麻痺が残るが安心して施設生活を送りたい	自分で出来ることがひとつでも増え意欲的な生活を通じたい	H23年6月25日～H23年12月24日	①誤嚥性肺炎の予防 ②皮膚状態の現状維持	H23年6月25日～H23年9月24日	離床・臥床時のポジショニングを行う。（離床時、患側に傾きがあるので座り直しやクッション等使用しポジショニングを行う）	本人・介護職員、看護職員・理学療法士・作業療法士	離床・臥床時のポジショニングはしっかりと行っている。車椅子自換時に体がずれ易く、都度座り直し行っている。
					本人の身体状態に合わせて介助や過ごしやすい様に居室の環境調整を行う（ベッド位置や高さやキャビネットの配置位置）	本人・介護職員、看護職員・理学療法士・作業療法士	居室について本人より訴えはきかれず、環境維持を行っている。
					体調に合わせてレク・体操・行事への参加を促し施設生活の生活リズムや離床時間の延長を図り、生活にメリハリを付ける	本人・介護職員、看護職員・理学療法士・作業療法士	家族の希望もあり、朝食後、オヤツ後に短時間の臥床を促している。体操などしっかり参加されている。
					自己にて出来ることを探り促す（車椅子時に下肢に力を入れる・車イス目操・食事摂取）	本人・介護職員、看護職員・理学療法士・作業療法士	トイレの行き帰りや、居室からフロアなど車椅子の目操を促している。食事も自己摂取されている。
					高脂血症食1300kcal（トロミ粥+ソフト食）での提供を行い水分にはトロミを付けて提供を行う。また、むせ込みや食事摂取状況の確認を行いケースに記載を残す	医師・栄養士・歯科衛生士・介護職員・看護職員	体重は9月14日57.5kg、6月8日60.1より-2.6kgとなっている。食事時、むせ込み見られるも、むせ込み時は手を止め自己のペースにて食べられている。
					入浴・更衣・日常生活介助時に皮膚状態の確認を行い、必要時軟膏塗布を行う	介護職員・看護職員	現在皮膚状態に問題認めず。
					臥床時、体動がなく適宜の体位交換・車椅子離床時の座りなおしやポジションチェックを行う	介護職員・看護職員・理学療法士・作業療法士	臥床時は2時間後との体位交換を行っており、特訴は認めず。
					家族面会時に日々の状態報告を行い情報共有や外出や散歩の機会を持ち本人の気分転換の機会を持つ、また家族様と一緒に出来るリハビリを検討する。	家族・本人・相談員・介護職員・看護職員	家族の面会も多く、外泊の機会を持っていたっている。9月22日外泊時、拒否されることがあった。理由は家族一人で、お風呂に入れてもらうのが怖いとの事。
#2 リハビリを行い安定した施設生活を通じたい	日常生活動作能力の現状維持	H23年6月25日～H23年12月24日	座位の安定	H23年6月25日～H23年9月24日	①右上下肢可動域運動	理学療法士	
			起立時介助量の軽減		①体幹・右下肢筋力増強訓練 ②座位訓練 ③起立訓練 ④咳訓練	理学療法士	
			口腔機能の向上		①発声・発話練習	作業療法士	

[〇〇〇 〇〇] 様

モニタリング評価表

作成日 [平成23年09月24日] 作成者 [〇〇〇 〇〇]

課題（ニーズ）	長期目標	（期間）	短期目標	（期間）	サービス内容	スタッフ名	評価
#3 おいしく継続して食べたい	口腔機能の現状維持	H23年6月25日～H23年12月24日	口腔ケアの実施	H23年6月25日～H23年9月24日	①口腔ケアの実施 ②口腔内定期健診	①歯科衛生士・介護職員・看護職員 ②歯科衛生士	排便について、頻度が増えてきているように感じる。朝起床後に2～3回、昼食後3～4回ほどトイレに行かれており、毎回排便あり。

サービス担当者会議の要点

作成年月日 平成 23年 09月 26日

利用者名 ~~〇〇〇〇~~ 〇〇 殿

施設サービス計画作成者(担当者)氏名 ~~〇〇〇~~ ~~〇〇〇~~

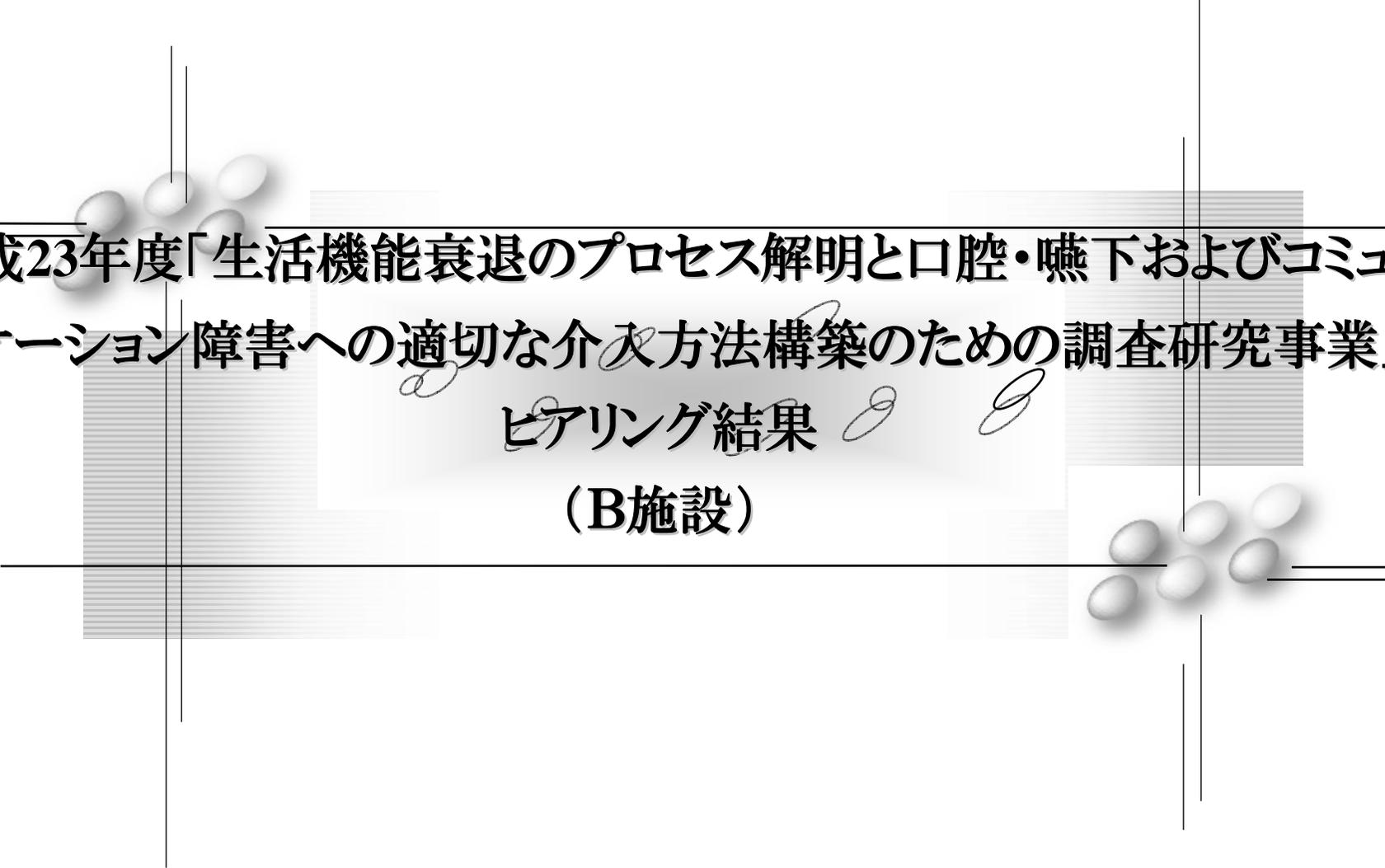
開催日 平成 23年 09月 26日

開催場所 3階SS

開催時間 15:30 ~ 15:45

開催回数 3

会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
			介護老人保健施設 石きり(歯科衛生士)	〇〇〇 〇〇〇	介護老人保健施設 石きり(介護職員)	〇〇〇 〇〇〇
	介護老人保健施設 石きり(看護師)	〇〇〇 〇〇〇	石きり訪問介護ステーション(介護職員)	〇〇〇 〇〇〇	介護老人保健施設 石きり(介護支援専門員)	〇〇〇 〇〇〇
	介護老人保健施設 石きり(理学療法士)	〇〇〇 〇〇〇				
検討した項目	# 1 脳梗塞後遺症による失語症、右麻痺が残るが安心して施設生活を送りたい					
検討内容	NS/脳出血後遺症・HT・高脂血症あり嚥下障害があり入所時に熱発、臥床時にゼイメイ見られていたが、内服にて解熱しゼイメイも現在は安定している。職員から発語を促している。食事は最近は上手に摂取されているが時々ムセ込み見られおり見守りをしている。PT/右片麻痺で失語症がある。入所して座位能力や全体的な身体状態の向上が見られており今後は週1回のPT+OTの個別リハを実施していく。DH/上下部分入れ歯。だ液やりゅうえんが多く食事時も見守りの必要がある。CW/日中は体調に合わせて数字盤や自己にて整容を行っている。日中はトイレ誘導を行い夜間はオムツ交換を行っている。食事前に口腔体操の指示があり食前体操で実施していく。SW/家族は就労しており本人の母親も本人宅で要支援を受けている。家族もタイミングを見て在宅復帰をH24年1月ごろを予定している。先日、在宅訪問は行っており家族との調整やCMの決定などの支援を行っていく					
結論	今後は、家族の状態を見ながら在宅復帰を検討中。今後も活動性や身体状態の維持を行っていく					
残された課題 (次回の開催時期)	3ヶ月後再評価					



平成23年度「生活機能衰退のプロセス解明と口腔・嚥下およびコミュニケーション障害への適切な介入方法構築のための調査研究事業」
ヒアリング結果
(B施設)

施設の概要

- 入所定員：100名
- 通所定員：35名
- 設置形態：病院併設型
- 言語聴覚士の配置数（常勤換算）：（入所）1名（通所）なし
- 歯科衛生士の配置数（常勤換算）：（入所）なし（通所）なし
- 看護職員の配置数（常勤換算）：（入所）10.5名（通所）1名
- 介護福祉士の配置数（常勤換算）：（入所）22名（通所）8名
- 口腔に関するアセスメント：少しでも気になった場合は行っている
- 口腔ケアへの対応をケアプランや看護計画に入れているか：
少しでも気になった場合は行っている
- 口腔ケアを行う職種：介護職・看護職・言語聴覚士・歯科医師
- 嚥下リハを行う職種：介護職・看護職・言語聴覚士・歯科医師

<施設の理念>

- 私たちは絆を大切にし、安心して笑顔で過ごせる施設をめざします。

<施設の基本方針>

- その人らしさを大切にします。
- その人の望む生活の実現をともにめざします。
- 地域の皆様とともに手をとり支え合う施設をめざします。

<施設の運営方針>

- 挨拶の励行
- レクリエーション行事の充実
- 研修勉強会への参加
- 環境整備
- 季節を感じてもらう
- 在宅復帰に向けての生活支援
 - 当施設は、平成17年に開設され、開設後8年たつ。設立当初から、地域に根差した施設、人と人の「絆」を高める施設、という目標掲げている。
 - 併設病院とは合築の形になっており、1～4階が病院、5～6階が老健施設となっている。従って、24時間必ず、建物内に医師がおり、老健施設の職員にとっても、心理的な面で効果が大きい（何か緊急事項があっても安心して対応できる）ということと言える。
 - また、同一法人内では人事ローテーションも行っており、リハのセラピストも、ずっと当施設だけで勤務しているわけではなく、2～3年の頻度で、併設病院など法人内の機関を異動していくことになる。その結果、セラピストの業務の幅は広がっているのではないかと考えている。

<口腔ケアの特色>

●定期的に歯科医師の往診があるため、口腔ケアが困難な方への手技的なところから、義歯が外れない等まで相談に乗ってもらうことができる。

●口腔のガーゼによる拭き取りに、以前はお茶を使用していた（口腔内の爽快感と口臭予防のため）が、効果が明らかでないことから、現在はお茶を中止し、口腔洗浄薬（ネオステリングリーン）を使用している。

□施設開設当初から、各種のリハビリテーションには積極的に取り組んでおり、その時から言語聴覚士も配置されており、口腔ケア・嚥下リハに取り組んできた（ただし、人材の入れ替わりはあり、現在配置されている言語聴覚士は4年前から勤務している）。

□開設当初から歯科医師の往診も行っている。概ね月に1回の往診であるが、それは老健施設への往診であり、同じ建物にある併設病院や隣接している特別養護老人ホーム（同じグループ）まで考えればほぼ毎日のように往診して頂いている。したがって、老健施設入所者でも受診が必要な方が発生すれば随時、ピンポイントで受診してもらっている。

□当市は歯科医師の往診が積極的に実施されているが、これは、市の歯科医師会が口腔ケアに熱意をもって取り組んでいることの結果である。当施設（および併設病院）に往診して頂いている歯科医師についても、こちらからお願いするというよりも、むしろ市の歯科医師会から「派遣したい」という申し入れがあって始まったものである。一般的な地域では、往診してくれる歯科医師を探すだけで大変なようであり、当地域は大変恵まれていると考えている。

□近隣地域にリハビリテーション病院があり、そこで多くのセラピスト（特に回復期リハ）が勤務しており、県立医療福祉大学でも多くのセラピストを養成しており、そうした機関がセラピストの人材供給源となっているため、セラピストの確保にも困らない状況である。

□前述の通り、各種のリハビリテーションを積極的に推進しており、当施設にもPT・OT・ST全て配置されて、セラピスト同士で横の連携をしながらリハビリテーションを提供している。

□STは当施設には1名配置であるが、同じ建物内の併設病院には4名配置されているので、建物内で5名のSTが勤務している。また、それ以外に育児休暇をとっているST（併設病院勤務）もあり、いずれ職場復帰することになっている。そのSTには病院ではなく当施設で勤務してもらうことを現在検討中である。（老健施設におけるSTのニーズは高まっている。）

<地域における施設の役割>

●当施設は療養型病院が併設されており、老健施設だけの在宅復帰施設だけではなく、当施設当院で地域からのいろいろなニーズに対応している。

□当市では、市内にある県立病院（急性期）が基幹病院となっており、亜急性期や回復期の患者さん（多くは高齢者）の受け入れが厳しい面がある。そうした面で、老健施設が医療機関の後方支援施設としての役割を果たしていく必要がある。

□ただし、当市内には老健施設が3つ（市の人口は10万人）しかなく、相対的に老健施設の数が少ない。市の行政担当者も老健施設の増加については検討しているようである。

<近隣の医療機関との連携の状況>

- 近隣の医療機関から緊急での受け入れ依頼があった場合、併設病院と合わせて、受け入れ調整している。また、併設病院入院後に当施設につないでいるケースもある。
- また、地域における研修や会議に参加し、横のつながりも大切にしている。

<地域における通所系サービスとの連携の状況>

- 当施設と当施設デイケア、他デイケア当の利用者の状況については、ケアマネジャーを通して随時情報を共有している。

<地域における在宅系サービスとの連携の状況>

- 当施設・当院には、デイケア、短時間デイケア、訪問リハ、ショートステイなど在宅サービスがあり、互いに情報を共有し、その方にとって必要なサービス提供ができるように連携している。

※当地域は冬季の雪・寒さが厳しいので、冬季だけ当施設に入所するケースもある。そうした方を見ていると、当施設を退所して自宅に戻ると全身状態（口腔や嚥下の状況も含めて）が悪化してしまうことが多い。また、他の機関に退所して、再度当施設に入所するケースでも、同じような傾向が見られる。

※地域全体のケアシステムを構築していくという面では、地域で連携してサービスを提供していく仕組みを構築していくことが求められるのではないかと考えている。

最近1年間に退所した入所者の状況

最近1年間で退所した入所者の入退所の経路

入所前の居場所

自宅	40	(41.7%)
急性期病床	11	(11.5%)
慢性期病床	32	(33.3%)
亜急性期病床	0	(0.0%)
回復期リハビリテーション病棟	5	(5.2%)
その他一般病床	2	(2.1%)
老健施設	5	(5.2%)
その他の施設	1	(1.0%)

⇒ 退所後の居場所

自宅	22	(23.4%)
急性期病床	25	(26.6%)
慢性期病床	21	(22.3%)
亜急性期病床	0	(0.0%)
回復期リハビリテーション病棟	0	(0.0%)
その他一般病床	0	(0.0%)
老人保健施設	7	(7.4%)
特別養護老人ホーム	16	(17.0%)
有料老人ホーム	0	(0.0%)
グループホーム	0	(0.0%)
軽費老人ホーム	2	(2.1%)
その他	0	(0.0%)
死亡	1	(1.1%)

※気管切開の方については、当施設では対応が難しいため、受け入れを行っていない。
 ※入所前に、「むせ込みがある」と判断される入所者については口腔アセスメントをしている。おそらく、脳梗塞の後遺症を持っている方が大半ではないか。

※経管栄養の方は、現在、8名（胃ろうが6名、経鼻栄養が2名）入所している。あと、2～3人が受け入れの限界かと考えている。

※胃ろうの設置については、あくまでもご家族に判断して頂いている。当施設からは、胃ろうチューブの写真等、判断基準となるような資料を提供するケースはある。

※認知症の方は、食べ物を噛まないですぐに飲み込んでしまうケースもあるので、声かけして噛んでもらうようにしている。また、認知症の方も義歯洗浄も実施している。

※認知症の入所者でも、拒食のケースはほとんどない。

最近1年間で退所した入所者の入所時点の要介護度

要介護1	9	(9.4%)
要介護2	10	(10.4%)
要介護3	39	(40.6%)
要介護4	20	(20.8%)
要介護5	18	(18.8%)
平均要介護度	3.3	

最近1年間で退所した入所者の入所時点の寝たきり度

J1	0	(0.0%)
J2	0	(0.0%)
A1	3	(3.1%)
A2	14	(14.6%)
B1	19	(19.8%)
B2	44	(45.8%)
C1	0	(0.0%)
C2	16	(16.7%)

最近1年間で退所した入所者の入所時点の認知症自立度

なし	0	(0.0%)
I	11	(11.5%)
II a	25	(26.0%)
II b	18	(18.8%)
III a	34	(35.4%)
III b	7	(7.3%)
IV	1	(1.0%)
M	0	(0.0%)

最近1年間で退所した入所者の入所時点の主な疾患

脳梗塞後遺症	22	(22.9%)
高血圧症	32	(33.3%)
認知症	14	(14.6%)
アルツハイマー型認知症	11	(11.5%)
糖尿病	10	(10.4%)

最近1年間で退所した入所者の平均的な入所期間

381日くらい

最近1年間で退所した入所者の口腔ケア・嚥下リハビリ

利用者自身が口腔ケアや嚥下リハについて訴えてくることはほとんどないが、家族から「口臭が強いからどうにかしてほしい」「食事形態を向上してほしい」などと言われることがある。

口腔アセスメントや口腔ケアに関するケアプラン・看護計画

<入所者に対する口腔アセスメントの概要>

- 現在のところ未実施であるが、むせ込み等がある場合には、適宜アセスメントを実施している。

<口腔ケアに関するケアプランや看護計画の概要>

- 現在は、経管栄養の方をメインにプラン立案している（下記参照）。

【 施設サービス計画書（2） 】

作成年月日 平成24年02月03日
印刷日 平成24年02月08日

利用者名 ██████████ 様

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目 標				援助内容			
	長期目標	期間	短期目標	期間	サービス内容	担当者	頻度	期間
#1 からだの機能を維持し安楽に過ごしたい	現在の機能が維持できます	H24/02/08	からだや飲み込みの機能が維持できます	H24/02/08	①身体機能の訓練を行います - 関節の可動域 - 基本動作（寝返り、座位） - 嚥床 ②嚥下訓練を行います - 口腔ケア - 嚥下訓練（直接、間接）	作業療法士 言語聴覚士	週～3回	H24/04/24
		～ H24/04/24		～ H24/04/24		言語聴覚士		週～1回
#2 苑生活を穏やかに過ごしたい	精神的に安定して過ごすことができます	H24/02/08	コミュニケーションがとりやすくなります	H24/02/08	①声かけにより刺激を与えます " ②コミュニケーション能力の評価を行います	作業療法士 言語聴覚士 全担当者	週～3回	H24/04/24
		～ H24/04/24		～ H24/04/24		言語聴覚士	週～1回	H24/04/24
#3 栄養状態の低下なく過ごしたい	良好な栄養状態が保たれます	H24/02/08	安全に十分な栄養が確保できます	H24/02/08	①経鼻より食事を提供します - サンエットSA×2 - エンジョイポチ [1日1000kcal] - 白湯300ml×2 ②チューブトラブルを防ぎます ※手の動きに注意し観察する ③体重の変動を観察します	医師 管理栄養士	経管栄養時	H24/04/24
		～ H24/04/24		～ H24/04/24		看護師	経管栄養時	H24/04/24
#4 体調変化なく過ごしたい	体調が安定し健康に過ごすことができます	H24/02/08	1) 体調変化がありません	H24/01/25	①状態を観察します - 一般状態 - バイタル（血圧、脈拍、熱） - 尿の性状（量、澀濁の有無） ※必要時、吸引施行	看護師 介護士	随時	H24/04/24
		～ H24/04/24		～ H24/02/07		②皮膚状態を観察します	介護士	随時
				2) 皮膚状態が良好に保たれます	H24/02/08	③除圧を図ります - 体位交換 - 体圧分散マットレスの使用	介護士	常時
#5 事故なく過ごしたい	事故なく安全に過ごすことができます	H24/02/08	安全な環境で生活できます	H24/02/08	①安全な環境を提供します - ベッド低床 - 柵カバー ②ベッド上での動きを観察します	介護士	随時	H24/04/24
		～ H24/04/24		～ H24/04/24		介護士 看護師	臥床時	H24/04/24

口腔ケアの考え方と嚥下リハの考え方

<口腔ケアの定義・目的>

- 気分を爽快にし、食欲増進を促す。
- 口腔内の汚れを除去し、細菌繁殖を防ぎ、2次感染を予防する。
- 口臭の除去によって不快感をなくし、対人関係の円滑化を図る。
- 歯肉や粘膜の刺激により血行を促進し、口腔内の自浄作用を高め、生理機能を保持する。
- う歯、歯周疾患を予防する。
- 口腔乾燥、口内炎症などの治癒促進を図る。
- 生活にリズムをつけ諸行動の動機付けとする。
- 爽快感を得ることで、自己の健康への意欲を高める。
- 口腔内の観察の機会とする。
- 正常な味覚を保ち、食文化へのニーズを充足させる。

<口腔ケアに関わる人材・職種>

- 看護職・介護職・言語聴覚士。

<口腔ケアに関わるチーム対応・多職種協働>

- 明確な形では未実施だが、歯科医には定期的に訪問してもらっており、気になった方がいれば（定められた書式で）随時コメントを頂いている。そのコメントを各職種が共有して、対応している。（歯科医の往診の際には、介護職が立ち会っており、情報を共有するようにしている。）
 - できれば、書式等もより改善していきたい。当施設だけでなく、併設病院とも連携できる形で取り組んでいきたいと考えている。
 - また、STを中心として施設全体のチームを作って組織的な取り組みも進めていく予定である。

<口腔ケアに関する考え方を共有するために実施していること>

- 歯科医師の助言が記載された用紙を共有している。
- カンファレンス内容を申し送りノートやミーティングの場で共有している。

<口腔ケアとして提供している具体的なサービス>

- 歯ブラシ、舌ブラシの提供。
- 開口不良な方へバイドブロックや指ガードの使用。

<口腔ケアに関する教育・研修>

- 外部研修への参加（平成23年10月14日：介護職2名参加）。

<嚥下リハの定義>

- 加齢や脳血管障害等による嚥下機能障害への治療的アプローチ。
- 対象者の生活上生じる摂食嚥下に関する問題点への環境改善のアプローチ。

<嚥下リハの目的>

- 摂取・嚥下機能の維持向上。

<嚥下リハに関わる人材・職種>

- 言語聴覚士。

<嚥下リハに関わるチーム対応・多職種協働>

- 評価時は多職種からの情報収集を行い、評価内容の伝達と対象の方針についての統一を図るようにしている。
 - 1日の時間帯の中で、全員が集まる時間があるので、そこで、何か気付いたことがあれば、情報共有している。口腔・嚥下についても、入所者の食事等の際に気付いたことをSTにつないでおり、適宜STから介入するようにしている。なお、ケアカンファレンスにもSTが参加して、意見を述べ得るようにしている。
 - 管理栄養士も1名配置されており、入所者一人ひとりに合った食事の形や量などを調整・工夫している。（同じ建物の併設病院と合わせると、管理栄養士は3名いる。）

<嚥下リハに関する考え方を共有するために実施していること>

- 申し送りノートの活用。

<嚥下リハとして提供している具体的なサービス>

- 基礎訓練（マッサージ、リラクゼーション、アイシング当の間接嚥下訓練等）。
- 摂食訓練（直接嚥下訓練等）。

<嚥下リハに関する教育・研修>

- 職員採用時に、STによる摂食嚥下障害に関する研修を実施。
- 入職2年目の職員を対象に、嚥下について口腔ケアに関する研修を実施。
 - 法人本部主催で定期的に研修会を開催している。

口腔ケア・嚥下リハの1日の実施状況

		中心となる対象者	場所	対応する職種
午前	朝6～8時			
	8～10時	●施設利用者	●入所棟・通所棟	●言語聴覚士
	10～12時 【正午】	●施設利用者	●入所棟・通所棟	●言語聴覚士
午後	12～14時	●施設利用者	●入所棟・通所棟	●言語聴覚士
	14～16時	●施設利用者	●入所棟・通所棟	●言語聴覚士
	16～18時	●施設利用者	●入所棟・通所棟	●言語聴覚士
夜	18～20時			※経管栄養の方は、主に、看護職が対応するよう になっている。 ※それ以外の方は、主に言語聴覚士と介護職が 対応するようになっている。
	20～22時			
深夜	22～24時	※同じ建物内にある併設病院には24時間、医師がいるので、当施設内でも何かあれば協力を 求めている。そうした点は職員の安心感につながっていると思う。		
	0～2時			
	2～4時			
	4～6時			

口腔ケア・嚥下リハを進めるためのポイント等

<口腔ケア・嚥下リハを進めるためのポイント>

- 全身状態を含めた個別プログラムの立案と実施。
 - ただし、ST1人だけの配置では、できる業務に限りがあるので、今後は配置数を増やしていくことを検討している。
 - 地域の住民の意識として、老健施設がリハ施設であるとの認識が浸透していないため、老健施設を特別養護老人ホームのように利用しようとするケースもある。こうした点で、住民意識の変革も必要になると思う。

<口腔ケア・嚥下リハを進めることにより、入所者の生活機能の維持・向上に及ぼす効果>

- 嚥下機能の維持と向上により誤嚥性肺炎を防ぎ、口腔ケアの実施により衛生状態を良好に保つ。
 - 口から食べられる入所者は、全身状態が落ちていくスピードが遅いと感ずる。
 - 経管の方でも、嚥下リハによって飲み込みをうまくできるようになって、おやつを口から食べられるようになったケースがある。その方は、はっきりと全身状況が良くなり、生活に活気が出てきた。それも効果ではないかと思う。

<誤嚥性肺炎の診断>

- 胸部レントゲン検査を行い、医師が画像診断。
 - レントゲンは併設病院で実施している。
 - 肺炎については、なるべく当施設内で対応するようにしている。

<喀痰吸引の実施>

- 基本的に看護職が実施している。夜間帯は入出が少なくなるため、急を要する場合は口腔内の貯留物の除去に限り介護職も吸引を実施している。
- 100床中、中央配管を要するベッドは8床、重症度の高い方が利用している。その他ポータブルの吸引器が各フロアに1台あり。

<口腔ケアとして提供している具体的なサービス>

- 口腔清拭、義歯の着脱と手入れ、歯肉・頬部のマッサージ、口腔乾燥についてはオーラルケア用のジェルを使用し保湿している。
- 必要な方には、口腔ケアグッズの案内や無料で提供するケースもある。

<退所後のアフターフォローとして口腔ケア・嚥下リハで実施していること>

- 当施設としては現在のところはなし。
 - ただし、希望すれば、訪問も行って、適宜対応している（口腔ケアや嚥下リハの認知度・重要度がまだ浸透していないこともあり、そうしたニーズはまだ少ない）。
 - 同じ建物内にある併設病院では、3年前から訪問リハを実施している。いまのところ、PTのみの派遣であるが、STやOTの派遣もニーズが大きく検討している状況である。
 - 3職種全ての派遣事業が始まれば、セラピストも在宅での業務を経験することになり、さらに幅が広がるものと考えている。（もちろんセラピスト本人の適性や希望もあるので、そうしたことも考慮しながら、派遣する人材を検討していく予定である。
 - 当施設としても派遣事業を実施するか検討している。

<通所者に対するサービスとして口腔ケア・嚥下リハで実施していること>

- 当施設では通所者に対しても、口腔ケアや・嚥下リハの個別リハビリは実施している。
 - 併設病院では、2011年10月から、利用時間1～2時間くらいの短時間通所リハを実施している。現在のところ認知度が低いこともあり、利用者の実人数は5人くらいであるが、地域的にはニーズが大きいものと考えており、今後事業を拡大していくことを検討している。
 - 上記の短時間通所リハは、送迎は行っておらず、家族等に自動車を送り迎えしてもらっている。ただし、当地域は冬季の降雪も多く、移動も大変な地域であるため、施設として送迎サービスを行うかどうか、今後の利用者の伸びを見ながら判断していきたい。

口腔ケアに関する加算

<口腔機能維持管理加算について・・・算定している>

【効果・変化した点】

- 特になし。

【加算の普及・浸透に必要なこと】

- 内容の具体化・システムの整備。

<経口移行加算について・・・算定していない>

【今後の取得の意向】

- 対象者がいない。

<口腔機能維持管理加算について・・・算定していない>

【今後の取得の意向】

- 取れる加算は取っていきたいと考えている。

※取れる加算はぜひ取っていきたいと考えている。

※当施設では歯科衛生士が配置されていないので、今後配置を検討している。介護報酬体系を見ていると、口腔・嚥下に関する加算も広がっていく可能性が高く、かつ、加算の要件として歯科衛生士の活動が重要になっていくと思われるので、ぜひ配置を進めていきたいと考えている。

※法人内の他の施設には歯科衛生士の資格を持っている介護職もいるので、人事ローテーションの中で法人内でうまく配置できればと考えている。

口腔ケアや嚥下リハを普及・浸透していくために必要なこと

<口腔ケア・嚥下リハを全国の老人保健施設で普及・浸透していくために必要なこと>

- 利用者・家族に口腔ケア・嚥下リハの重要性を浸透していく必要がある。特に、誤嚥性肺炎の予防や転倒・骨折の予防にもつながっていることをぜひ社会的に認識を高めて頂きたい。
- 介護全体の流れの中で、リハによる予防（疾患の予防であったり、ADL悪化の予防であったり）が強調されるようになっており、報酬体系でも具体化していくことと思われるが、そこに、ぜひ口腔ケア・嚥下リハを明示してほしい。

口腔ケアを進める上での要望事項等

- 介護報酬が改定されるたびに感じるが、文書の説明を分かりやすくしてほしい。
- また、アセスメント等の書式について、国が考える推奨書式も合わせて示して頂けると有難い。
- 介護報酬で新たな考え方が導入されるたびに、それに対応した書式をどのようにすればよいか、ゼロベースで検討しており大変である。推奨書式等が提示されていれば、無駄な労力が減少すると思う。

平成23年度「生活機能衰退のプロセス解明と口腔・嚥下およびコミュニケーション障害への適切な介入方法構築のための調査研究事業」
ヒアリング結果
(C施設)

施設の概要

- 入所定員：100名
- 通所定員：50名
- 設置形態：病院併設型
- 言語聴覚士の配置数（常勤換算）：（入所）なし（通所）なし
- 歯科衛生士の配置数（常勤換算）：（入所）なし（通所）なし
- 看護職員の配置数（常勤換算）：（入所）10.4名（通所）2.6名
- 介護福祉士の配置数（常勤換算）：（入所）29.1名（通所）5名

- 口腔に関するアセスメント：明確な症状が出た場合は行っている
- 口腔ケアへの対応をケアプランや看護計画に入れているか：

明確な症状が出た場合は行っている

- 口腔ケアを行う職種：介護職・看護職・歯科医師
- 嚥下リハを行う職種：介護職・PT・OT

<施設の沿革>

- 病院の併設施設として1999年に開設。
- リハビリテーションやレクリエーションを通じて日常生活に関わる動作感覚を取り戻し、生活復帰を目指す。
- 在宅療養者向けの通所リハビリテーション、ショートステイなどのサービスを提供。
- 療養棟は地上3階建て、2階は自立度の高い利用者、3階は重度の利用者向け。各階にドクター常駐、救急指定病院である併設病院と密接に連携。
- ショートステイは、個室から4名の部屋で構成され、デイケアサービス定員は50名。
- 隣接する病院に体調を崩した入所者は入院して治療療養を受けることができる。

<施設の理念・運営方針>

- 全人介護（キリスト教精神に基づく）の実践
- 高齢者の尊厳を重視した介護の実践
- 在宅支援の取り組み
- 医療機関との連携
- 地域並びに他の団体との連携
- 職員の研修・自己啓発

<地域における施設の役割>

- ボランティア活動の機会提供。活動を通しての施設の外部公開を行う。
- 研修受け入れを行い、地域における介護への理解を深め、地域の介護職員の養成に貢献する。
- 関係団体への積極的参加と連携を行う。

<近隣の医療機関との連携の状況>

- 隣接する病院、眼科クリニックとの連携
 - 施設内で実施困難な検査や診療等の他に、必要に応じて救急、外来、入院治療を依頼している。

<特に、歯科に関する連携>

- クルマで10分ほどの近距離の歯科医院（契約）が、利用者の歯の痛みや入れ歯の相談、職員や本人・家族からの要望に応じてほぼ毎日往診。相談件数は複数件で、毎日一人は歯の治療に当たる。

<地域における通所系サービスとの連携の状況>

- 通所リハビリテーションの利用者に関する情報交換を行っている。

<地域における在宅系サービスとの連携の状況>

- 訪問看護ステーションの利用者に関する情報交換を行っている。

2011年4月～9月に退所した入所者の状況

2011年4月～9月に退所した入所者の入退所の経路

入所前の居場所	⇒	退所後の居場所	
自宅	403 (85.2%)	自宅	404 (85.6%)
急性期病床	48 (10.1%)	急性期病床	38 (8.1%)
慢性期病床		慢性期病床	
亜急性期病床		亜急性期病床	
回復期リハビリテーション病棟	0 (0.0%)	回復期リハビリテーション病棟	
その他一般病床	17 (3.6%)	その他一般病床	7 (1.5%)
老健施設	3 (0.6%)	老人保健施設	18 (3.8%)
その他の施設	2 (0.4%)	その他	4 (0.8%)
		死亡	1 (0.2%)

※自宅からの入所が多いのは、地域特有の冬の底冷えや猛暑の夏に食欲がなくなる等の要因であり、季節的に自宅では過ごしにくい事情もある。

2011年4月～9月に退所した入所者の入所時点の要介護度

要介護1	(8.8%)
要介護2	(27.0%)
要介護3	(33.5%)
要介護4	(20.2%)
要介護5	(10.5%)
平均要介護度	3.0

2011年4月～9月に退所した入所者の入所時点の寝たきり度

J1	0 (0.0%)
J2	0 (0.0%)
A1	9 (8.7%)
A2	37 (35.9%)
B1	28 (27.2%)
B2	18 (17.5%)
C1	6 (5.8%)
C2	5 (4.9%)

2011年4月～9月に退所した入所者の入所時点の認知症自立度

なし	2 (1.9%)
I	13 (12.6%)
Ⅱa	9 (8.7%)
Ⅱb	45 (43.7%)
Ⅲa	32 (31.1%)
Ⅲb	2 (1.9%)
Ⅳ	0 (0.0%)
M	0 (0.0%)

2011年4月～9月に退所した入所者の入所時点の主な疾患

認知症	14 (3.0%)
脳梗塞	11 (2.3%)
大腿骨骨折	9 (1.9%)
心不全	7 (1.5%)
圧迫骨折	4 (0.8%)

2011年4月～9月に退所した入所者の平均的な入所期間

192日くらい

2011年4月～9月に退所した入所者の口腔ケア・嚥下リハニース

義歯調整、その後のケア
ポリグリップの使用法
嚥下・飲み込み訓練
自立していても磨ききれないところの介助

口腔ケアや嚥下リハに対する考え方・実施の際の阻害要因等

<口腔ケア・嚥下リハに対する施設の考え方や方針>

- 毎回の食事と3時のおやつは各階の食堂兼集会室で提供し、食後の口腔ケアの必要性を感じている。
- 口腔ケアのための洗面所がやや狭いので、集会室でブラッシングや義歯使用法を訓練している。
- 現場での口腔ケアは、体系的ではない。往診歯科医によるブラッシングの指導をしている際に、看護スタッフが見学している。
- まんべんなく口腔ケアを実施したいのだが、特に嚥下のリハビリテーションに取り組みたい。STがないが、レクリエーションの一貫で口や舌を動かす訓練を行いたい。今のスタッフだけでは難しい。
- 義歯が合わないので食事がとれなくて体調を崩す例がある。
- 基本的な日常生活援助の一つとして実施している。
- 食事をおいしく、食欲を増進させるために口腔ケアは必要である。
- 誤嚥性肺炎の防止。
- 口臭予防。
- 爽快感を得る等。
- 口腔は人間の生活にきわめて重要な機能を担っているため、口腔ケア、嚥下リハは大切である。

<口腔ケア・嚥下リハを積極的には実施していない要因>

- 業務の多忙、人員不足により、口腔ケアに十分な時間が取れていない。
- 口腔ケアへの認識度の低さ。
- ニーズがあっても拒否があり、利用者の協力が得られないケースもある。
- STや歯科衛生士がスタッフとして従事していない。
- 普段、軽介助で生活している入所者のサポートが十分ではない。
- （アンケートへの回答で）口腔ケアにどれだけ時間が掛かったのかを時間数で回答するのは難しい。人の配置はカウントできるが、口腔ケア業務は、他の業務の様にまとまった単位で観測できず、「はい、こうして下さい」との指示、「洗った」かの確認、様々なチェック業務等はほんの一瞬であって、他の作業と重複したりすることもあり、口腔ケアに実際どれだけの時間を費やしたかは答えにくい。

口腔ケアや嚥下リハに対する考え方・実施の際の阻害要因等

<口腔ケア・嚥下リハに関する今後の実施意向>

- 年一回は口腔ケアに関する勉強会をおこなっており、スタッフにも好評である。指導体制強化も今は準備期間である。併設病院にはSTがいるので、教育や指導も可能である。
- ケアマネジャーが衛生士資格を持っており、これからはこの歯科衛生士を施設内の中心に、口腔ケアを充実させる計画である。
- レクリエーションの一環で、口を動かす練習を行なっている。ガイダンスやプログラムは、歯科衛生士のスタッフがマニュアルを作成し、スタッフにブラッシングの体験をしてもらうようにしている。
- 独自のケア指導用具を工夫し、隣接する看護専門学校でも学生に教えているので、指導体験は豊富である。
- 新しいマニュアルでは、事故防止、とくに嚥下事故を防ぐための内容を充実させる予定である。
- 義歯関係の悩みが多い。歯科サービスを加えることで点数加算の動きがある。今後力を入れたい。

<口腔ケア・嚥下リハを全国の老人保健施設で普及・浸透していくために必要なこと>

(1) 専門性の高い人材の確保

- 口腔ケア・嚥下リハを実施しても、加算単位数が少ないため、専門スタッフを確保しにくい。その点の制度改正が求められる。
- 定期的な歯科衛生士による訪問及び勉強会が必要である。

(2) 口腔ケアや嚥下リハの定義や目的の明確化

- ADL・QOL向上のために口腔ケア・嚥下リハが不可欠であることを認識すべき。

(3) 口腔ケアや嚥下リハの手法の確立

- 個別性を高め、利用者個々の状態に適した手法を見極める。またそれが可能なスタッフを確保する。
- マニュアル作成、勉強会が必要である。

(4) 口腔ケアや嚥下リハに関わる成功体験の蓄積・共有

- ケアプランに口腔ケアを明確に位置づけ、ケースを重ねて成果を確認していく。
- 誤嚥性肺炎で入院した利用者が、退院後には義歯を食後やおやつ後に掃除することで、口腔ケアの重要性を感じたようだ。事故防止にもつながると期待している。
- 胃ろう患者も、みんなで食事をすることが刺激になり、口腔ケアを取り入れ嚥下状態も改善されて、食事が楽しみになって食欲が湧いて元気になった事例がある。
- 注入食しか口にできなかった利用者が、口腔ケアをきっかけに、口臭もなくなり、口を洗い、口の中を乾かないようにして、1年後には通常食を摂取するようになった。口の筋肉も良くなり粘膜も健常化して、発語も回復した。研究成果報告会での発表で口腔ケアの成果が確認された例である。この成果は施設内だけでなく、併設病院でも医師が患者の変貌に驚いた程度である。

(5) その他

- 事例検討・研究の取り組みが必要である。

口腔ケアを進める上での要望事項等

- 現場のスタッフは、口腔ケアの重要性はひしひしと感じているが、時間に追われ、じっくり取り組めないのが現状である。
- ゆとりのある介護ができれば、口腔ケアも含めて質の高いケアが実施できると思われる。
- 人員配置をゆとりのあるものにできるよう予算化してほしい。
- 介護職員処遇改善交付金が加算方式に変更となれば、一層処遇改善が進まなくなるのではと懸念される。
- ケアマネジャーの要望があって、歯科医師のサポートがあれば単位加算も可能だが体制的にまだ整備されていない。



調査票等



**平成 23 年度「生活機能衰退のプロセス解明と口腔・嚥下および
コミュニケーション障害への適切な介入方法構築のための調査研究事業」
～ 調査実施要綱 ～**

1. 調査の目的

本調査は、厚生労働省の老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)の交付を受け、昨年度調査(平成 22 年度「介護保険施設における適切な口腔機能維持および口腔機能向上に関する調査研究事業」)において入所等利用者の 10%無作為抽出により設定された約 10,000 例のコホートに対し、約1年後の状況について追跡調査を行うものです。

今回の調査では、疾患の発症や事故等のイベント発生による生活機能の変化や一定期間での衰退確率等について調査し、生活機能衰退のプロセスを検討することを目的としています。

また、口腔・嚥下障害を持った利用者について、多職種(Communication and Oral Support Team[COST]:医師、歯科医師、言語聴覚士、歯科衛生士、栄養士等)による介入効果について検証するため、調査対象者に対する口腔ケア等の介入状況等をお伺いする調査項目を追加しております。

よりよい調査結果を得るため、本調査の趣旨についてご理解いただき、ご協力下さいますようお願い申し上げます。

2. 調査対象施設

継続調査の観点から、昨年度事業において調査にご協力をいただいた約 1,200 施設に、引き続きご協力をお願いしております。

3. お送りしている調査票類と、ご回答いただきたい期限

- | | |
|--|------|
| (1) 調査実施要綱(この用紙です) | 1 部 |
| ※ 当該実施要綱の最終ページに「調査協力同意撤回書(様式)」を掲載しています。調査対象者の意向により同意撤回書をご提出いただいた際は、調査票提出後であっても調査対象者のご意思を優先し、集計対象から除外させていただきます。 | |
| (2) 対象者個別調査用「対比表」 | 1 部 |
| ※ 昨年度調査時に対比表を提出頂いた場合はその写しを同封しています。 | |
| ※ 対比表のご提出が無かった場合は白紙の対比表を同封しました。継続調査の対象者については、貴施設で保管されている対比表原本をご参照下さい。 | |
| (3) 施設調査票 | 1 部 |
| (4) 対象者個別調査票 | 15 部 |
| ※ 昨年度調査において「同意書」をご提出いただいておりますので、今回の継続調査について改めて同意書を取り付けていただく必要はありません。 | |
| (5) 調査票別紙「ICFレベルアセスメント」 | 1 部 |
| ※ 調査票の間 8 につきましては、別紙「ICFレベルアセスメント」を参照し、該当するレベルの番号を記入してください。 | |
| (6) 返信用封筒 | 1 部 |

お送りした調査票類のうち上記(2)、(3)、(4)について、(6)の返信用封筒をご利用のうえ、**平成23年12月9日(金)を目処にご返送下さい。**

※ 上記締め切りを過ぎても、ご返送頂いた調査票は極力集計に加えさせていただきます。

4. 調査実施者

調査実施者については、貴施設等の看護職・介護福祉士・リハ専門職の方で、これまでも高齢者の定型的なアセスメントを行った経験がある方が実施してください。(可能であれば昨年度調査の調査実施者にご記入をお願いします。)

なお、対象者個別調査票のうち、問 5、問 6、問7につきましては、貴施設の医師等、医療専門職の方にご記入をお願いします。

また、施設調査票の問 203、204 および対象者個別調査票の問 7 については、歯科医師、歯科衛生士等、専門職の方にご協力をいただける場合にご記入をお願いします。(記入が困難な場合は空欄のままご返送下さい)

5. 調査対象者（個別調査票）

今回の調査は昨年度実施調査(平成 22 年 10 月度調査)対象者の方について、約1年後の状況をお伺いする目的で実施するものです。したがって、**調査対象者は前回調査対象者
と同一の方となります**。(欠員が生じた場合でも、新たに調査対象者を抽出していただく必要はありません)

1) 昨年度実施調査(平成 22 年 10 月度調査)にご協力いただいた際の調査対象者(「対比表」にお名前が記載されたご利用者)の方を継続調査の対象としてください。なお、個人情報保護のため、調査票本体には利用者名は記入せず、対比表の「対象者番号」を調査票1枚目の右肩に記入してください。

2) 退所等により貴施設でのサービスを利用しなくなった調査対象者については、「問 3」までご記入ください。

今回の調査は同一被験者について前回からの変化を追う目的で実施するものであることから、あらためて調査対象者を選出・補充していただく必要はありません。ただし、入所利用から退所された方で、デイケアやショート利用等で追跡が可能な利用者については、可能な範囲で調査の実施をお願いします。それ以外の場合でも、追跡が可能な方は継続調査の実施をお願いします。

3) 継続調査となりますので、今回改めて同意書を取り付けていただく必要はありません。

※ 平成 22 年度「介護保険施設における適切な口腔機能維持および口腔機能向上に関する調査研究事業」(平成 22 年 10 月度調査)で取り付けていただいた同意書を適用させていただきます。

なお、途中で調査への協力を撤回することも可能です。調査対象者より同意撤回のお申し出があった際には、本実施要綱の最終ページ「調査協力同意撤回書」をコピーしてご利用ください。

7. 調査票・対比表の返送

記入済み調査票は同封の返信用封筒をご利用のうえ、「対比表」と「調査票」をまとめてご返送ください。

8. 本件照会先

公益社団法人全国老人保健施設協会 (担当:業務部 業務第二課 高野、羽切)
〒105-0014 東京都港区芝 2-1-28 成旺ビル 7 階
TEL:03-3455-4165 FAX:03-3455-4172 e-mail: takanot@roken.or.jp

施設調査票(平成23年度版)

都道府県	都・道・府・県	貴施設名	
調査実施者 (ご記入者名)		ご連絡先 電話番号	() -

問1 施設の定員について

101. 定員	入所定員	名	通所定員	名
102. 協力歯科は	1)なし 2)あり	103. 左記協力歯科の定期的な訪問歯科診療	1)なし 2)あり	

問2 施設のスタッフ(口腔ケアや嚥下に関するリハビリテーションに関わる方)等について

201. H23年10月31日現在のスタッフ配置数(常勤換算)

職種・資格等	入所	通所
20101. 歯科医師	. 名	. 名
20102. 摂食・嚥下障害看護認定看護師	. 名	. 名
20103. 上記以外の看護師	. 名	. 名
20104. 介護福祉士	. 名	. 名
20105. 歯科衛生士	. 名	. 名
20106. 言語聴覚士	. 名	. 名
20107. 栄養士	. 名	. 名
20108. うち管理栄養士	. 名	. 名

202. 上記スタッフが平成23年10月の1ヶ月間に口腔ケアや嚥下に関するリハビリテーションに関わった時間数(各職種の合計値をご記入下さい)

職種・資格等	入所		通所	
	口腔ケアや嚥下に関するリハビリテーションに関わった時間数	左のうち、個別対応を実施した時間数	口腔ケアや嚥下に関するリハビリテーションに関わった時間数	左のうち、個別対応を実施した時間数
20101. 歯科医師	時間	時間	時間	時間
20102. 摂食・嚥下障害看護認定看護師	時間	時間	時間	時間
20103. 上記以外の看護師	時間	時間	時間	時間
20104. 介護福祉士	時間	時間	時間	時間
20105. 歯科衛生士	時間	時間	時間	時間
20106. 言語聴覚士	時間	時間	時間	時間
20107. 栄養士	時間	時間	時間	時間
20108. うち管理栄養士	時間	時間	時間	時間

203. 口腔に関するアセスメントをしていますか？(1つに○)

- 1) 全員に対してしている
- 2) 少しでも気になった場合はしている
- 3) 明確な症状等が出た場合はしている
- 4) ほとんどしていない
- 5) していない
- 6) 不明

204. 口腔ケアへの対応をケアプランや看護計画に入れていますか？(1つに○)

- 1) 全員に対してしている
- 2) 少しでも気になった場合にしている
- 3) 明確な症状等が出た場合はしている
- 4) ほとんどしていない
- 5) していない
- 6) 不明

205. 利用者の口腔ケアを行うのは？(あてはまるもの全てに○)

- | | | |
|--------|----------|-----------------|
| 1) 介護職 | 4) 言語聴覚士 | 7) 歯科医師 |
| 2) 看護職 | 5) PT・OT | 8) 医師 |
| 3) 栄養士 | 6) 歯科衛生士 | 9) その他 10) 実施なし |

206. 嚥下に関するリハビリテーションを行うのは？(あてはまるもの全てに○)

- | | | |
|--------|----------|-----------------|
| 1) 介護職 | 4) 言語聴覚士 | 7) 歯科医師 |
| 2) 看護職 | 5) PT・OT | 8) 医師 |
| 3) 栄養士 | 6) 歯科衛生士 | 9) その他 10) 実施なし |

対象者個別調査票 (今回調査分)		都・道・府・県	施設名
問1 主となる調査担当者について	氏名	職種	管理者・看護・介護・相談・リハ・他
問2 調査対象者について	対象者ID	性別	1.男性 2.女性 年齢 ()歳
問3 転帰 (1つに○) 今回調査時			
[追跡可能]		[追跡不能]	
1. 現在も入所を継続中		5. 死亡	
2. 退所するも自施設に再入所中		6. 自宅に退所後追跡不能	
3. 通所・短期入所等利用中		7. 他の病院に転院し追跡不能	
4. その他の追跡可能		8. 他の老健施設に転入所し追跡不能	
↓以下の質問へ			
対象者が入所しているのは(1つに○)		1)介護老人保健施設 2)介護療養型老人保健施設	
現在の要介護度	()・不明	現在の寝たきり度	J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2
		現在の認知症自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
問4 対応方針・利用目的 (1つに○) 今回調査時点			
1.このまま自施設で終末まで		4.地域の老健施設転入所予定	
2.体調不良で併設病院等に転院予定		5.本人・家族在宅復帰希望	
3.関連老健施設転入所予定		6.特養ホーム入居希望	
		7.関連の有料ホーム等予定	
		8.地域の有料ホーム等予定	
		9.その他	
問5 今回調査時存在する障害・医学管理等の状況 ↓(1つに○) ↓(1つに○)			
1. 片麻痺(あるいは両片麻痺)	1)なし 2)あり疑い 3)あり	11. 中心静脈栄養(IVH)	1)なし 2)あり
2. 認知症の周辺症状(BPSD)	1)なし 2)あり疑い 3)あり	12. 経管栄養(経鼻・胃瘻等)	1)なし 2)あり
3. 失語・失行・失認等高次脳機能障害	1)なし 2)あり疑い 3)あり	(ありの場合 ※当てはまるものを全てに○)→	1)経鼻 2)胃ろう 3)その他
4. 高度な聴力障害	1)なし 2)あり疑い 3)あり	13. ペースメーカー装着	1)なし 2)あり
5. 全盲や高度の視野障害	1)なし 2)あり疑い 3)あり	14. 膀胱等カテーテル留置	1)なし 2)あり
6. 仮性球麻痺等による嚥下障害	1)なし 2)あり疑い 3)あり	15. 人工肛門造設・処置	1)なし 2)あり
7. 1日ほぼ8回以上の喀痰吸引	1)なし 2)あり	16. 膀胱瘻、人工膀胱造設・処置	1)なし 2)あり
8. 1日1-7回の喀痰吸引	1)なし 3)あり	17. 人工透析	1)なし 2)あり
9. 日常的な酸素療法(在宅酸素療法)	1)なし 4)あり	18. インスリン注射 「なし」は0(ゼロ)を記入 1日()回	
10. 疼痛に対する麻薬の投与	1)なし 2)あり		
問6. H22年11月1日から“今回調査”までの入所中の「変化」、「発生した出来事」と「対応」について			
1. H22年10月末に比べ現在のADLは?	2. 左記の具体的な改善、衰退(悪化)	3.左記それぞれの改善、衰退(悪化)に影響を与えている要因(複数回答可)	
(以下1つに○)			
1) 維持(ほぼ同) 2) 明らかに改善 3) 多少改善 4) 多少衰退(悪化) 5) 明らかに衰退(悪化)	1) 起居や起立、移乗	①改善 ②維持 ③悪化	①年齢 ②性 ③疾患の重症度 ④発症からの経過日数 ⑤STIによる介入 ⑥PT/OTによる介入 ⑦DHIによる介入 ⑧その他
	2) 移動や歩行	①改善 ②維持 ③悪化	①年齢 ②性 ③疾患の重症度 ④発症からの経過日数 ⑤STIによる介入 ⑥PT/OTによる介入 ⑦DHIによる介入 ⑧その他
	3) 認知症(精神機能)	①改善 ②維持 ③進行	①年齢 ②性 ③疾患の重症度 ④発症からの経過日数 ⑤STIによる介入 ⑥PT/OTによる介入 ⑦DHIによる介入 ⑧その他
	4) 行動障害(BPSD)	①改善 ②維持 ③悪化	①年齢 ②性 ③疾患の重症度 ④発症からの経過日数 ⑤STIによる介入 ⑥PT/OTによる介入 ⑦DHIによる介入 ⑧その他
	5) 失語・失行・失認など 高次脳機能障害	①改善 ②維持 ③悪化	①年齢 ②性 ③疾患の重症度 ④発症からの経過日数 ⑤STIによる介入 ⑥PT/OTによる介入 ⑦DHIによる介入 ⑧その他
	6) せん妄状態	①改善 ②維持 ③悪化	①年齢 ②性 ③疾患の重症度 ④発症からの経過日数 ⑤STIによる介入 ⑥PT/OTによる介入 ⑦DHIによる介入 ⑧その他
	7) 褥瘡	①改善 ②維持 ③悪化	①年齢 ②性 ③疾患の重症度 ④発症からの経過日数 ⑤STIによる介入 ⑥PT/OTによる介入 ⑦DHIによる介入 ⑧その他
	8) 食事摂取介助	①改善 ②維持 ③悪化	①年齢 ②性 ③疾患の重症度 ④発症からの経過日数 ⑤STIによる介入 ⑥PT/OTによる介入 ⑦DHIによる介入 ⑧その他
	9) 経管栄養	①終了 ②維持 ③開始	①年齢 ②性 ③疾患の重症度 ④発症からの経過日数 ⑤STIによる介入 ⑥PT/OTによる介入 ⑦DHIによる介入 ⑧その他

(問6続き)H22年11月1日から“今回調査”までの入所中の「変化」、「発生した出来事」と「対応」について

	2. H22年10月末からの具体的な改善、衰退(悪化)	3. それぞれの改善、衰退(悪化)に影響を与えている要因(複数回答可)
10) 嚔下	①改善 ②維持 ③悪化	①年齢 ②性 ③疾患の重症度 ④発症からの経過日数 ⑤STIによる介入 ⑥PT/OTによる介入 ⑦DHIによる介入 ⑧その他
11) 尿失禁	①改善 ②維持 ③悪化	①年齢 ②性 ③疾患の重症度 ④発症からの経過日数 ⑤STIによる介入 ⑥PT/OTによる介入 ⑦DHIによる介入 ⑧その他
12) 便失禁	①改善 ②維持 ③悪化	①年齢 ②性 ③疾患の重症度 ④発症からの経過日数 ⑤STIによる介入 ⑥PT/OTによる介入 ⑦DHIによる介入 ⑧その他
13) 排泄介助	①改善 ②維持 ③悪化	①年齢 ②性 ③疾患の重症度 ④発症からの経過日数 ⑤STIによる介入 ⑥PT/OTによる介入 ⑦DHIによる介入 ⑧その他

4. H22年11月1日から“今回調査”までに発生した出来事や対応について

点滴の実施 (中心静脈栄養を含む)	1) 点滴が実施されたうち、最も頻度の高い1日の投与量は？ (1つに○)	①期間中「点滴」なし ④1500ml/日	②500ml/日 ⑤1500ml/日より多い	③1000ml/日
	2) (1日の投与量にかかわらず) H23年8月から10月までの92日のうち“何日”点滴がおこなわれましたか？	() 日		
抗生物質の投与 (あらゆる状態での)	3) (1日の投与量にかかわらず) 同上92日のうち“何日”「経口・坐薬」抗生物質の投与がおこなわれましたか？	経口・坐薬 抗生物質		() 日
	4) (1日の投与量にかかわらず) 同上92日のうち“何日”「点滴・静注・筋注」抗生物質の投与がおこなわれましたか？	点滴・静注・筋注 抗生物質		() 日
酸素の投与 (あらゆる状態での)	5) 酸素が投与されたうち、最も頻度の高い1分間の投与量は？ (1つに○)	①期間中「酸素投与」なし ④4-5L/分	②1-2L/分 ⑤5L/分より多い	③2-3L/分
	6) (1日の投与量にかかわらず) H23年8月から10月までの92日のうち“何日”酸素の投与がおこなわれましたか？	() 日		

項目		↓「あり」に○	※H22年11月～今回調査までの期間に、左記への対応として実施されたもの		
事故等	7) 転倒、外傷等	対応	1)施設内で対応	2)併設病院等の他科受診	3)転院
	8) 骨折	対応	1)施設内で対応	2)併設病院等の他科受診	3)転院
炎・嚔下性肺炎 感染症	9) 誤嚥性肺炎	対応	1)施設内で対応	2)併設病院等の他科受診	3)転院
	10) 発熱とすべての急性感染症 (嚔下性肺炎を除く)	対応	1)施設内で対応	2)併設病院等の他科受診	3)転院
各種体調不良(変調)	11) (各種)浮腫	対応	1)施設内で対応	2)併設病院等の他科受診	3)転院
	12) 脱水	対応	1)施設内で対応	2)併設病院等の他科受診	3)転院
	13) 2日以上継続する嘔吐	対応	1)施設内で対応	2)併設病院等の他科受診	3)転院
	14) 尿閉・膀胱障害	対応	1)施設内で対応	2)併設病院等の他科受診	3)転院
	15) 日常的な頑固な(3日以上)便秘	対応	1)施設内で対応	2)併設病院等の他科受診	3)転院
	16) 上部消化管出血(胃潰瘍等)	対応	1)施設内で対応	2)併設病院等の他科受診	3)転院
脳	17) せん妄	対応	1)施設内で対応	2)併設病院等の他科受診	3)転院
	18) てんかん発作	対応	1)施設内で対応	2)併設病院等の他科受診	3)転院
	19) 脳卒中発作	対応	1)施設内で対応	2)併設病院等の他科受診	3)転院
心臓・血管	20) 心臓発作	対応	1)施設内で対応	2)併設病院等の他科受診	3)転院
	21) 動脈・静脈閉塞関連	対応	1)施設内で対応	2)併設病院等の他科受診	3)転院

問7. 口腔ケアスクリーニングおよび栄養状況

口腔機能評価	食事中や食後の痰のからみ	1)ない 2)たまにある 3)あり	
	口臭	1)ない 2)少しある 3)つよい	
栄養状況	BMI/体重減少	1)18.5以上 2)18.5未満 3)3カ月で3キロ以上の減少 BMIの実測値 () 体重の実測値 ()kg	
	TC(大腿周囲長)	1)31cm以上 2)31cm未満 実測値 ()cm	
	血清アルブミン値	()g/dl	
	褥瘡の有無	1)ない 2)あり (ありの場合 →) 1)Ⅰ度 2)Ⅱ度 3)Ⅲ度 4)Ⅳ度	
	口腔ケアリスク	口腔内での水分保持 1)可能 2)困難 3)不可能 (不可能な場合→)1)むせ 2)飲んでしまう 3)口から出る	
口腔ケアリスク	口腔ケアの拒否	1)なし 2)時々あり 3)あり	
	口腔ケアの自発性	1)なし 2)時々あり 3)あり	
	座位保持	1)可 2)不安定 3)不可	
	頸部可動性	1)可 2)不十分 3)不可	
	開口保持	1)可 2)不十分 3)不可	
	含嗽	1)可 2)不十分 3)不可	
	歯科医療介入	歯科疾患	重度歯周病
重度う蝕			1)なし 2)あり
咬合		1)義歯作成の必要あり 2)義歯修理の必要あり	

問8. 別紙の「ICFレベルアセスメント」から該当する番号等を選択し記入してください。

対象者
ID

(A)：別紙(2)～(3-a)、(4-a)～(4-c)、(5-a)～(5-b)、(6-a)、(7-a)、(8-a)～(8-c)、(9-a)～(9-b)の「ICFレベルアセスメント」について、対象者に該当する番号を記入してください。

ICFレベルアセスメント		(A)		ICFレベルアセスメント関連評価項目	
歩行・移動	(2) 基本動作のレベル	レベル 番号 記入		移動 手段 (3- b) 該当 する 方 に ○	T字杖の利用 1)なし 2)あり
	(3-a) 歩行・移動のレベル	レベル 番号 記入			装具(短下肢装具等) 1)なし 2)あり
認知機能	(4-a) 認知機能～オリエンテーション(見当識)のレベル	レベル 番号 記入		(4- d) 周 辺 症 状 該当 する 方 に ○	歩行器(ウオーカー、シニアカー等)の利用 1)なし 2)あり
	(4-b) 認知機能～コミュニケーションのレベル	レベル 番号 記入			車椅子の利用 1)なし 2)あり
	(4-c) 認知機能～精神活動のレベル	レベル 番号 記入			リクライニング式車椅子の利用 1)なし 2)あり
					介助者や付き添いの必要 1)なし 2)あり
					世話を拒否する 1)なし 2)あり
					不適切に泣いたり笑ったりする 1)なし 2)あり
					興奮して手足を動かす 1)なし 2)あり
					理由なく金切り声をあげる 1)なし 2)あり
					衣服や器物を破壊する 1)なし 2)あり
					食物を投げる 1)なし 2)あり
食事	(5-a) 食事～嚥下機能のレベル	レベル 番号 記入		食事の 形態 性状 (1つに○)	食べ過ぎる 1)なし 2)あり
	(5-b) 食事～食事動作及び食事介助のレベル	レベル 番号 記入			タンスの中身を全部出す 1)なし 2)あり
排泄	(6-a) 排泄の動作のレベル	レベル 番号 記入		使用補 助 状 況 と 尿 意 の 意 識 (6- b) ど ち ら か 1 つ に ○	日中屋外や屋内をうろつきまわる 1)なし 2)あり
					屋間、寝てばかりいる 1)なし 2)あり
					同じことを何度も聞く 1)なし 2)あり
					尿失禁する 1)なし 2)あり
入浴	(7-a) 入浴動作のレベル	レベル 番号 記入		(7-b) 入浴 手段 (1つに○)	1)一般浴 2)介助浴 3)座っての機械浴 4)臥位での機械浴(特殊浴) 5)その他
	(8-a) 整容～口腔ケアのレベル	レベル 番号 記入		整容	
(8-b) 整容～整容のレベル	レベル 番号 記入				
(8-c) 整容～衣服の着脱のレベル	レベル 番号 記入				
社会参加	(9-a) 社会参加～余暇のレベル	レベル 番号 記入		社会参加	
	(9-b) 社会参加～交流のレベル	レベル 番号 記入			

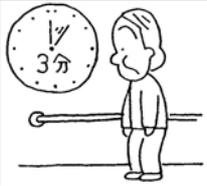
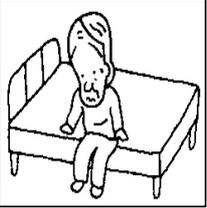
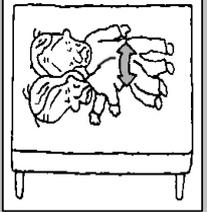
別紙 ICFレベルアセスメント

対象者個別調査票の「問8(A)」欄に該当するレベルの番号をご記入下さい。

「状態の判定」は基本的に上から下に難易度レベル(高→低)を設定しています。

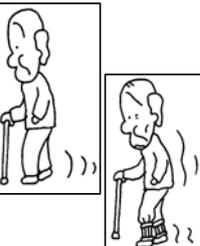
(2) 基本動作のレベル

最も状態に近いレベルの番号1つを選んで「問8(A)」欄にそのレベルの番号を記入

		レベル	状態	状態のイメージ
		5	両足での立位の保持を行なっている	
立位の保持	つかまらずに一定の時間立位を保つこと	行なっている	↑	
		行なっていない	↓	
		4	立位の保持は行なっていないが、座位での乗り移りは行なっている。	
座位での乗り移り	車椅子などからベッドへ移動する時のように、ある面に座った状態から、同等あるいは異なる高さの他の座面へと移動すること	行なっている	↑	
		行なっていない	↓	
		3	座位での乗り移りは行なっていないが、座位(端座位)の保持は行なっている	
座位(端座位)の保持	ベッド等に、背もたれもなく“つかまらない”で、安定して座っていること(端座位)	行なっている	↑	
		行なっていない	↓	
		2	座位(端座位)の保持は行なっていないが、寝返りは行なっている	
寝返り	寝返りをする事(つかまらず・つかまらないに関わらず)	行なっている	↑	
		行なっていない	↓	
		1	寝返りは行なっていない	

(3-a) 歩行・移動のレベル

最も状態に近いレベルの番号1つを選んで「問8(A)」欄にそのレベルの番号を記入

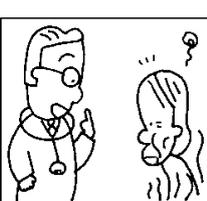
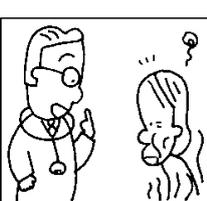
		レベル	状態	状態のイメージ
		5	公共交通機関等を利用した外出を行なっている	
外出状況	公共交通機関（バス・JR・飛行機等）を利用して外出する（杖等の補助具の使用の有無は問わない）	行なっている	↑	
		行なっていない	↓	
		4	公共交通機関等を利用した外出は行なっていないが、手すりに頼らないで安定した階段の昇り降りを行なっている	
昇り降り	階段を5段以上“手すりに頼らず昇り降りする”こと	行なっている	↑	
		行なっていない	↓	
		3	手すりに頼らない安定した階段の昇り降りは行なっていないが、平らな場所での安定した歩行は行なっている	
安定した歩行	安定した歩行をすること（杖と装具の双方を用いてもかまわない）	行なっている	↑	
		行なっていない	↓	
		2	安定した歩行は行なっていないが、施設内の移動は行なっている	
施設内での移動	施設内で居室から別の部屋へと移動すること（車椅子など移動手段は問わない）	行なっている	↑	
		行なっていない	↓	
		1	施設内の移動を行なっていない	

(3-b) 移動手段(それぞれの項目について当てはまる番号1つに○)

	なし	あり
Ｔ字杖の利用	○	1
装具（短下肢装具等）	○	1
歩行器（ウォーカー、シニアカー等）の利用	○	1
しがみつき歩行器の利用（サークル歩行）	○	1
車椅子の利用	○	1
リクライニング式車椅子の利用	○	1
介助者や付き添いの必要	○	1

(4-a) 認知機能～オリエンテーション(見当識)のレベル

最も状態に近いレベルの番号1つを選んで「問8(A)」欄にそのレベルの番号を記入

		レベル	状態	状態のイメージ
		5	年月日がわかる	年月日 
年月日	年月日がわかるか (±1日の誤差)	わかる	↑	
		わからない	↓	
		4	年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる	現在いる施設の名称 
場所の名称	現在いる場所の、種類がわかるか	わかる	↑	
		わからない	↓	
		3	場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰かわかる	
他者に関する見当識	その場にいる人がだれだかわかるか(例えば家族か、職員か、が判れば可)	わかる	↑	
		わからない	↓	
		2	その場にいる人が誰だかわからないが、自分の名前はわかる	自分の名前 
自分の名前	自分の名前がわかるか	わかる	↑	
		わからない	↓	
		1	自分の名前がわからない	自分の名前 

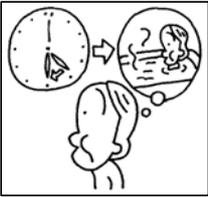
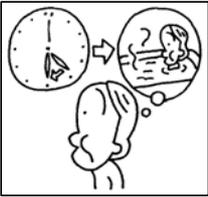
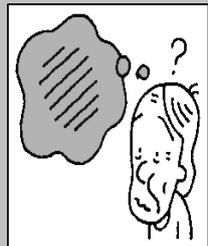
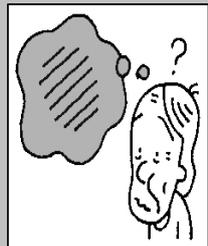
(4-b) 認知機能～コミュニケーションのレベル

最も状態に近いレベルの番号1つを選んで「問8(A)」欄にそのレベルの番号を記入

		レベル	状態	状態のイメージ
		5	複雑な人間関係を保っている	
複雑な人間関係の保持	様々な状況で、他者を理解し、他者が不快にならないように感情や衝動を抑え、常識に基づいて人間関係を保とうとすること (例) 普通の人間関係	保っている	↑	
		保っていない	↓	
		4	複雑な人間関係は保っていないが、書き言葉は理解している	
書き言葉の受容	書き言葉のメッセージを読みとり、理解している。	理解している	↑	
		理解していない	↓	
		3	書き言葉は理解していないが日常会話は行なっている	
日常会話	1対1で“違和感のない(適切でつつまのあった)”対話や意見交換をすること (例) 日常の当たり前の会話；友人関係、日常生活、季節等	行なっている	↑	
		行なっていない	↓	
		2	日常会話は行なっていないが、話し言葉は理解している	
話し言葉の理解	スタッフや家族の話し言葉(音声言語)を理解すること (例) 例示の理解	理解している	↑	
		理解していない	↓	
		1	話し言葉の理解はできない	

(4-c) 認知機能～精神活動のレベル

最も状態に近いレベルの番号1つを選んで「問8(A)」欄にそのレベルの番号を記入

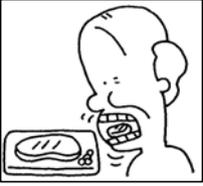
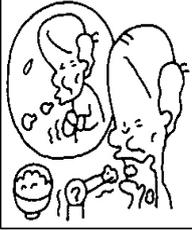
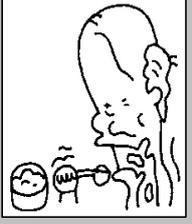
		レベル	状態	状態のイメージ
		5	時間管理ができる	
時間管理	現在の時刻がわかり、かつ一時間後に何をおこなうか理解し、普段から自分で管理している。	できる	↑	
		できない	↓	
		4	時間管理はできないが、簡単な算術計算はできる	
簡単な算術計算	7+8、6+5などの一桁同士の単純な加算ができるか。 ※おおむね7割程度正解すれば、できると判断する。	できる	↑	
		できない	↓	
		3	簡単な算術計算はできないが、記憶の再生はできる	
長期記憶	過去の自伝的な記憶について正しく、再生することができるか	できる	↑	
		できない	↓	
		2	記憶の再生はできないが、意識混濁はない	
意識状態	調査前24時間以内の起きていた時間帯に意識の混濁があったか	なかった	↑	
		あった	↓	
		1	意識の混濁があった	

(4-d) 周辺症状

		なし	あり
A群	世話を拒否する	0	1
	不適切に泣いたり笑ったりする	0	1
	興奮して手足を動かす	0	1
	理由なく金切り声をあげる	0	1
	衣服や器物を破壊する	0	1
	食物を投げる	0	1
B群	食べ過ぎる	0	1
	タンスの中身を全部出す	0	1
	日中屋外や屋内をうろつきまわる	0	1
	昼間、寝てばかりいる	0	1
	同じことを何度も聞く	0	1
	尿失禁する	0	1

(5-a) 食事～嚥下機能のレベル

最も状態に近いレベルの番号1つを選んで「問8(A)」欄にそのレベルの番号を記入

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

(5-b) 食事～食事動作および食事介助のレベル

最も状態に近いレベルの番号1つを選んで「問8(A)」欄にそのレベルの番号を記入

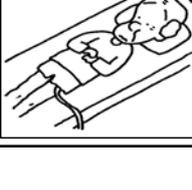
		レベル	状態	状態のイメージ
		5	箸やフォークを使って食べこぼしせず、上手に食べることを行なっている	
食べること	提供された食べ物を、箸やフォーク等を使って、食べこぼしなく上手に食べること	行なっている	↑	
		行なっていない	↓	
		4	箸やフォークを使って上手に食べることは行なっていないが、食べこぼししながらも、何とか自分で食べることを行なっている。	
食べこぼし	提供された食べ物を、“食べこぼしはあるが”、何とか自分で食べること	行なっている	↑	
		行なっていない	↓	
		3	自分で食べることを行なっていないが、食事の際に特別なセッティングをすれば自分で食べることを行なっている	
食事の際の特別なセッティング	姿勢や食べ物の位置の調整、摂食関連補助具の準備が必要である	行なっている	↑	
		行なっていない	↓	
		2	食事の際に特別なセッティングをしても自分で食べることを行なっていないが、直接的な介助があれば食べることを行なっている	
食事の直接介助	食事の際に直接的な介助（食べさせる）が必要である（食事途中からの介助を含む）	行なっている	↑	
		行なっていない	↓	
		1	直接的な介助をしても食べることを行なっていない（食べることを行なっていない）	

食事の形態・性状

- | | | | |
|----------|--------------|---------|---------|
| 1) 常食 | 2) 軟食 | 3) ソフト食 | 4) きざみ食 |
| 5) ミキサー食 | 6) ムース・ペースト食 | 7) その他 | |

(6-a) 排泄の動作のレベル

最も状態に近いレベルの番号1つを選んで「問8(A)」欄にそのレベルの番号を記入

		レベル	状態	状態のイメージ
排泄の後始末	排泄の後に種々の後始末をすること ※排泄後に拭く、水洗を流す、汚染した便器や周囲を拭く、ポータブルトイレの処理、尿器の処理等を含む	行なっている	↑	
		行なっていない	↓	
		4	排泄の後始末は行なっていないが、スポン・パンツの上げ下ろしは行なっている	
スポンやパンツの上げ下ろし	排泄の際、スポン・パンツ等の上げ下ろしを自分ですること	行なっている	↑	
		行なっていない	↓	
		3	スポン・パンツの上げ下ろしは行なっていないが、洋式便器への移乗は行なっている	
洋式便器への移乗	洋式便器への移乗と、洋式便器からの移乗	行なっている	↑	
		行なっていない	↓	
	※トイレ内の移動の際、姿勢の保持を自分で行なっていない場合は「行なっていない」としてください。 ※移乗ができず、洋式トイレを利用していない場合も「行なっていない」としてください。	2	洋式トイレの移乗が自分で行えないため、介助が必要、または普段から床上で排泄を行なっている。	
床上での排泄	トイレへの移乗が行えないため、床上で排泄を行なっている。	行なっている	↑	
		行なっていない	↓	
		1	尿閉(膀胱瘻を含む)や医療的な身体管理のために膀胱等へのカテーテルなどを使用している	

(6-b) 補助具・器具の使用状況と、尿意(それぞれの項目について当てはまる番号1つに○)

	なし	あり
ポータブルトイレの使用	○	1
尿カテーテルの利用	○	1
人工肛門の使用	○	1
おむつの使用	○	1
尿意を意識することができるか	○	1

(7-a) 入浴動作のレベル

最も状態が近いレベルの番号1つを選んで「問8(A)」欄にそのレベルの番号を記入

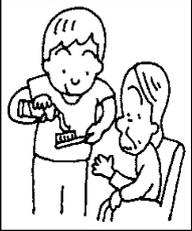
		レベル	状態	状態のイメージ
		5	安定した浴槽の出入りと洗身を行なっている	
安定した浴槽の出入りと洗身	一人で危なげなく浴槽に入り、身体を洗う等の浴室内動作も安定して（特に不安なく）普通に入浴を行なっている	行なっている	↑	
		行なっていない	↓	
		4	安定した浴槽の出入りと洗身は行なっていないが、第三者の援助なしで入浴を行なっている	
第三者の援助なしで入浴	日頃の入浴や清潔の状態や皮膚の洗い残し等により、入浴の不十分さが認識されている。しかし、浴室内で第三者の援助は行われていない（自分でシャワー浴のみを行う場合を含む）	行なっている	↑	
		行なっていない	↓	
		3	第三者の援助なしで入浴することは行なっていないが、一般浴室内での座位保持は行なっている。その他、入浴に必要なさまざまな介助がなされている	
浴室内での座位保持	浴室内での座位保持は安定しているが、見守り・指示・手を添える・洗身の不十分なところを手伝う程度の第三者の援助で入浴できている	行なっている	↑	
		行なっていない	↓	
		2	浴室内での座位保持を行なっておらず、一般浴での入浴を行なっていないが、入浴（特浴など）は行なっている	
入浴の実施	浴室内での座位保持が不安定（またはできない）で、入浴時には第三者の全面的な援助が必要である。特殊浴（機械浴）、車椅子浴、ネットを用いたリフト浴を含む	行なっている	↑	
		行なっていない	↓	
		1	入浴は行なっていない	

(7-b) 入浴手段(当てはまる番号全てに○)

- | | | |
|----------------|-------|-----------|
| 1 一般浴 | 2 介助浴 | 3 座っての機械浴 |
| 4 臥位での機械浴（特殊浴） | | |

(8-a) 整容～口腔ケアのレベル

最も状態に近いレベルの番号1つを選んで「問8(A)」欄にそのレベルの番号を記入

		レベル	状態	状態のイメージ
		5	義歯の手入れなどの口腔ケアを自分で行なっている	
口腔ケア	口唇の乾燥を防いだり、義歯の手入れなど、口腔ケアについては自分で行なっている	行なっている	↑	
		行なっていない	↓	
		4	義歯の手入れなどの口腔ケアは自分で行なっていないが、歯みがきは自分でセッティングして行なっている	
歯みがき	歯磨きを普段から自分でセッティングして行なっている	行なっている	↑	
		行なっていない	↓	
		3	自分でセッティングして歯を磨くことは行なっていないが、セッティングをすれば、自分で歯みがきを行なっている	
歯みがきのセッティング	普段から、歯磨きのセッティングをすれば、自分で歯磨きを行う	行なっている	↑	
		行なっていない	↓	
		2	歯みがきのセッティングをしても自分では歯みがきを行なっていないが、「うがい」は自分で行なっている	
うがい	「うがい」だけであれば自分で行なっている	行なっている	↑	
		行なっていない	↓	
		1	「うがい」を自分で行なっていない	

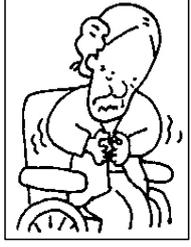
(8-b) 整容～整容のレベル

最も状態に近いレベルの番号1つを選んで「問8(A)」欄にそのレベルの番号を記入

		レベル	状態	状態のイメージ
		5	爪を切ることを自分で行なっている	
爪きり	手足のつめを切ることを普段から自分で行なっている	行なっている	↑	
		行なっていない	↓	
		4	爪を切ることは自分で行なっていないが、髭剃りやスキンケア、整髪は自分で行なっている	
髭そり・スキンケア・整髪	髭剃り（男性）やスキンケア（女性）、髪の毛を整えることを普段から自分で行なっている	行なっている	↑	
		行なっていない	↓	
		3	髭剃りやスキンケア、整髪は自分で行なっていないが、洗顔は自分で行なっている	
洗顔	洗顔（洗面台で、あるいは濡れタオルで顔を拭くことを）を普段から自分で行なっている	行なっている	↑	
		行なっていない	↓	
		2	洗顔は自分で行なっていないが、手洗いは自分で行なっている	
手洗い	手洗いを普段から自分で行なっている	行なっている	↑	
		行なっていない	↓	
		1	手洗いを自分で行なっていない	

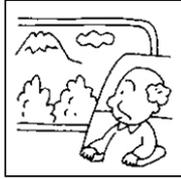
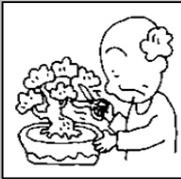
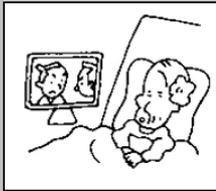
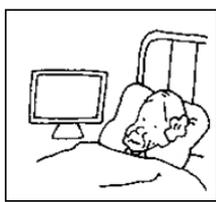
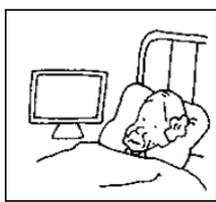
(8-c) 整容～衣服の着脱のレベル

最も状態が近いレベルの番号1つを選んで「問8(A)」欄にそのレベルの番号を記入

		レベル	状態	状態のイメージ
		5	衣服を畳んだり整理することは自分で行なっている	
衣類の 整え	衣服を畳んだり整理することは自分で行なっている	行なっている	↑	
		行なっていない	↓	
		4	衣服を畳んだり整理することを自分で行っていないが、ズボンやパンツの着脱は自分で行なっている	
ズボンやパ ンツの着脱	ズボン・パンツ等の着脱は自分で行なっている	行なっている	↑	
		行なっていない	↓	
		3	ズボンやパンツの着脱を自分で行っていないが、更衣の際のボタンのかけはずしは自分で行なっている	
ボタンのか けはずし	更衣の際にボタンのかけはずしは自分で行なっている	行なっている	↑	
		行なっていない	↓	
		2	更衣の際のボタンのかけはずしを自分で行っていないが、上衣の片袖を通すことは自分で行なっている	
上衣の片袖 を通す	上衣の片袖を通すことは自分で行なっている	行なっている	↑	
		行なっていない	↓	
		1	上衣の片袖を通すことを自分で行っていない	

(9-a) 社会参加～余暇のレベル

最も状態に近いレベルの番号1つを選んで「問8(A)」欄にそのレベルの番号を記入

		レベル	状態	状態のイメージ
		5	施設や家を1日以上離れる外出または旅行をしている。	
旅行	旅行に行く（家および施設を1日以上離れる、施設から家への一時帰宅を除く）	している	↑	
		していない	↓	
		4	旅行はしていないが、個人による趣味活動はしている。	
個人の趣味活動の実施	個人による趣味活動の実施	している	↑	
		していない	↓	
		3	屋外で行うような個人的趣味活動はしていないが、屋内でする程度のことはしている。	
レクリエーション	集団での体操などの集団レクリエーションへの参加	している	↑	
		していない	↓	
		2	集団レクリエーションへは参加していないが、一人でテレビを楽しんでいる。	
テレビ	施設内や家でテレビを見る	している	↑	
		していない	↓	
		1	テレビを見たい、ラジオを聴いていない。	

(9-b) 社会参加～交流のレベル

最も状態に近いレベルの番号1つを選んで「問8(A)」欄にそのレベルの番号を記入

		レベル	状態	状態のイメージ
		5	情報伝達手段を用いて交流を行なっている。	
通信機器を用いての交流	電話を掛けた（e-mail、手紙等含む。相手から掛かってくるのは除く。）	行なっている	↑	
		行なっていない	↓	
		4	自ら連絡を取ることを行っていないが、援助があつての外出はしている。	
外出	施設外に外出した（親族・知人を訪ねる目的で）	している	↑	
		していない	↓	
		3	外出はしていないが、親族・友人の訪問を受け会話している。	
友人との会話	職員や家族以外の友人・知人と会話した	している	↑	
		していない	↓	
		2	近所つきあいはないが、施設利用者や家族と会話はしている。	
身近な人との会話	施設職員や家族などと会話した	している	↑	
		していない	↓	
		1	会話がな、していない、できない。	

 公益社団法人全国老人保健施設協会

〒105-0014

東京都港区芝2-1-28 成旺ビル7階

TEL : 03-3455-4165 FAX : 03-3455-4172