

令和元年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進事業

居宅系サービス利用者等の口腔の健康管理等に関する
調査研究 事業報告書

令和2年3月

地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター

令和元年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進事業

居宅系サービス利用者等の口腔の健康管理等に関する
調査研究 事業報告書

令和2年3月

地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター

はじめに

平成 30 年度の介護報酬改定では、口腔衛生管理の体制強化を図り、発熱や肺炎、口腔疾患の予防を目的とした口腔衛生管理体制加算の対象が、認知症対応型共同生活介護施設や特定施設に拡充されました。在宅療養高齢者の口腔の健康管理のもたらす効果の提示と、実施における課題抽出と解決策の検討により、口腔に関する介護サービスの普及啓発と、実施の介護現場が求めているニーズを把握することにより、次期改定において、口腔保健の増進、地域における療養生活の質向上に寄与することと考えられます。

そこで、本事業では、居宅系サービス利用者における口腔の健康管理の充実を図るため、通所介護事業所、認知症対応型共同生活介護施設、特定施設利用者における口腔と栄養に関する実態把握と口腔機能向上に関するサービス提供の効果検証、在宅療養における多職種との連携上の課題抽出、対応策の検討を行いました。

① 居宅系サービス利用者コホート調査

通所介護事業所 6 か所、認知症対応型共同生活介護施設 3 か所、有料老人ホーム 1 か所で、口腔・栄養を中心とした実測調査を、計 228 名を対象に実施しました。

② 口腔機能向上加算導入の効果検証

平成 30 年度老人健康増進等事業の調査で、平成 30 年度より新規に口腔機能向上加算を導入したと回答した事業所 34 か所を対象に、郵送による質問紙調査を行い、そのうち 1 事業所を対象に面接調査を行いました。

さらには、口腔機能向上加算の円滑なサービス導入と運用を促進するマニュアルを作成し、これまで口腔機能向上加算を実施していない通所介護事業所において、口腔機能向上加算導入による口腔機能、栄養状態に与える影響を検証しました。

③ 在宅療養患者における口腔の健康ならびに栄養管理に関する質問紙調査

無作為抽出した全国の在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、栄養ケア・ステーション、在宅療養支援歯科診療所計 2156 件を対象に郵送による質問紙調査を実施し、651 件 (30.2%) から回答を頂きました。

令和 2 年 3 月 31 日

居宅系サービス利用者等の口腔の健康管理等に関する調査研究事業 班員一同

<目次>

第1部 研究調査事業の概要	1
1. 調査実施体制	2
2. 検討の経過	4
3. 事業全体の流れ	4
4. 居宅系サービス利用者の実測調査結果の概要	5
5. 口腔機能向上加算の効果検証に関する調査の概要	8
6. 全国郵送調査の概要	12
第2部 居宅系サービス利用者の実測調査	17
第3部 口腔機能向上加算の効果検証	45
1. 郵送調査	46
2. ヒアリング調査	53
3. 介入調査	55
第4部 全国郵送調査	61
1. 調査方法	62
2. 量的分析	64
3. テキストマイニングによる分析	97
参考資料	105

第 1 部 研究調査事業の概要

1. 調査実施体制

本事業における調査の設計及び分析、結果のとりまとめ等に関する検討を行うため、関係者 31 名から構成される検討委員会を設置した。

【検討委員会名簿】 (50 音順) ○ : 研究代表者

氏名	所属
秋野 憲一	札幌市保健福祉局保健所 母子保健・歯科保健担当部長
猪原 健	猪原歯科 歯科医師
岩崎 正則	東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム 研究部長
岩佐 康行	原土井病院 歯科部長、摂食・栄養支援部長
枝広 あや子	東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム 研究員
大堀 嘉子	横浜市高齢者グループホーム連絡会
小原 由紀	東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム 専門副部長
菊谷 武	日本歯科大学大学院生命学研究科臨床口腔機能学 教授
久保山 裕子	日本歯科衛生士会 常務理事
栗原 明子	株式会社ケアサービス 第一営業部 管理栄養士
小玉 剛	公益社団法人日本歯科医師会 常務理事
佐川 敬一郎	日本歯科大学大学院生命学研究科臨床口腔機能学 助教
柴崎 美紀	杏林大学保健学部在宅看護学 准教授
白部 麻樹	東京都健康長寿医療センター研究所 東京都介護予防推進支援センター 研究員
竹内 嘉伸	富山県南砺市地域包括支援センター 副主幹
田中 弥生	関東学院大学栄養学部管理栄養学科 教授

恒石 美登里	日本歯科総合研究機構 主任研究員
戸原 玄	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 医歯学系専攻老化制御学講座高齢者歯科分野 准教授
西村 一弘	駒沢女子大学人間健康学部健康栄養学科 教授
野村義明	鶴見大学歯学部探索歯学講座 准教授
花形 哲夫	花形歯科医院 院長
花田 信弘	鶴見大学歯学部探索歯学講座 教授
○平野 浩彦	東京都健康長寿医療センター 歯科口腔外科 部長 研究所 自立促進と精神保健研究チーム 研究部長
平原 佐斗司	東京ふれあい医療生活協同組合梶原診療所 医師
藤谷 順子	国立国際医療研究センターリハビリテーション科 医長
古屋 裕康	日本歯科大学大学院生命学研究科臨床口腔機能学 助教
細野 純	細野歯科クリニック 院長
丸山 道生	医療法人財団緑秀会田無病院 院長
本川 佳子	東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム 研究員
葭原 明弘	新潟大学大学院医歯学総合研究科口腔保健学分野 教授
渡邊 裕	北海道大学大学院歯学研究院 准教授

【研究協力者名簿】

氏名	所属
森下 志穂	東京都健康長寿医療センター研究所
本橋 佳子	東京都健康長寿医療センター研究所
五十嵐 憲太郎	日本大学松戸歯学部 有床義歯補綴学講座
星野 大地	昭和大学歯学部スペシャルニーズ 口腔医学講座

目黒 郁美	日本大学大学院松戸歯学研究科歯学専攻 有床義歯補綴学
松原 ちあき	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 高齢者歯科分野
松川 千夏	東京都健康長寿医療センター研究所
早川 美知	東京都健康長寿医療センター研究所
高橋 知佳	東京都健康長寿医療センター研究所

【事務局】

東京都健康長寿医療センター 健康長寿イノベーションセンター
事務ユニット 井出 ひろ美

2. 検討の経過

本事業の実施にあたり「居宅系サービス利用者等の口腔の健康管理等に関する調査研究事業」研究委員会を設置した。委員会では、期間中に計3回の会議を開催し、本事業における調査の設計および分析、結果のとりまとめ等について検討を行った。

回数	開催日	検討内容
第1回	令和元年6月27日	事業内容および委員の検討（作業部会）
第2回	令和元年8月2日	調査項目および調査フィールドの検討
第3回	令和2年3月16日	分析結果の供覧と報告書内容の検討

3. 事業全体の流れ

【事業実施目的】

居宅系サービス利用者の口腔の健康管理の充実を図るため、口腔に関する介護サービスの利用状況、口腔や栄養状態の実態把握を行うことにより、サービス提供に係る課題の抽出・整理、対応策等の検討を行うため、下記の調査を行った。

- (1) 居宅系サービス利用者の実測調査
- (2) 口腔機能向上加算の効果検証に関する調査
- (3) 在宅療養患者における口腔の健康ならびに栄養管理に関する全国質問紙調査

4. 居宅系サービス利用者の実測調査結果の概要

<対象者>

愛知県、福岡県、秋田県の6か所の通所介護施設（以下、通所）に通う在宅高齢者111名、神奈川県内の3か所の認知症対応型共同生活介護（以下、GH）入所者52名、山梨県内の介護付有料老人ホーム（以下、有料）入所者65名、計228名を対象に口腔機能検査、身体組成検査、自記式アンケート等を実施した。

<調査期間>

愛知県内通所施設：令和元年11月
福岡県内通所施設：令和元年12月
秋田県内通所施設：令和2年2月
神奈川県内グループホーム：令和元年10、11月
山梨県内特定施設：令和元年12月

<調査項目>

事前調査は、対象者に関する基本情報とし、日常生活をよく知る介護職員に回答を依頼した。実測調査は、本人への聞き取りのほか、歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士が実施した。

- ①事前調査：介護度、加算の算定状況、既往歴、服薬状況、歯科的介入の状態、日常生活動作（Barthel Index [BI]）、意欲（Vitality Index [VI]）、認知機能（Clinical Dementia Rating [CDR]）、栄養状態（Mini Nutritional Assessment[®]-Short Form [MNA[®]-SF]）、栄養摂取方法、食品多様性スコア（Dietary Variety Score [DVS]）、食欲（Council on Nutrition Appetite Questionnaire [CNAQ]）等
- ②実測調査：基本チェックリスト口腔3項目（咀嚼・嚥下・口腔乾燥）、嚥下質問票（The 10-item Eating Assessment Tool [EAT-10]）、反復唾液嚥下テスト（Repetitive Saliva Swallowing Test [RSST]）、オーラルディアドコキネシス（ODK；タ音のみ）、咀嚼筋触診、インプラント治療の有無、歯数の状態、咬合状態、粘膜異常の有無、口腔衛生状態（プラーク・舌苔）、口腔湿潤度、舌圧、歯科受診の必要性、身長・体重測定、体組成の計測、握力、下腿周囲径、歩行状態等。

<結果および考察>

調査に参加した 228 名の平均年齢は 86.5 歳（標準偏差 7.1 歳）であり、男性が 47 名、女性が 181 名であった。要介護認定状況を見ると、「認定なし」から「要介護 2」までで全体の 7 割程度を占めていた。調査参加者の既往歴では循環器疾患（63.2%）が最も多く、次いで認知症（59.2%）が多かった。

通所における加算算定状況を見ると、栄養改善加算、栄養スクリーニング加算、口腔機能向上加算いずれも算定実績はなく、「算定対象だが算定できていない」ケースが全体の 3 割程度に認められた。GH における加算算定状況では、口腔衛生管理体制加算が 100%算定されており、歯科医師・歯科衛生士による居宅療養管理指導が約 3 割で算定されていた。有料における加算算定状況では、歯科医師による居宅療養管理指導がほぼ全例で算定されていた。一方で、口腔衛生管理体制加算は「算定対象だが算定できていない」ケースが 95%以上を占めていた。

歯科的介入状況について見てみると、定期的な口腔のアセスメントを受けている割合は全体の 16.4%であった。施設別に内訳を見ると、通所において定期的な口腔のアセスメントを受けている者はいなかった。しかしながら、定期的なアセスメントの受診状況が「不明」である者の割合が 3 割程度認められた。

表 定期的なアセスメントの有無

	全体		通所		GH		有料		p 値
	n	%	n	%	n	%	n	%	
あり	37	16.4	0	0	20	40.0	17	73.8	**
なし	153	68.0	78	70.3	27	54.0	48	26.2	
不明	35	15.6	32	28.8	3	6.0	0	0	
合計	228	100	110	100	50	100	65	100	

*:p<0.05 **:p<0.01 χ^2 検定

定期的なアセスメントの実施状況と同様に「歯科衛生士による口腔衛生管理」、「歯科専門職による個別プランの作成」、「歯科治療」、「口腔機能訓練」についても、通所においてその状況が「不明」である者の割合が高かった。GH および有料と比較して、通所においては施設利用者の歯科受診に関する情報把握が十分になされていない可能性が示された。

嚥下調整食の提供状況を見てみると、どの施設においても嚥下調整食を提供しているケースはなかった。

MNA[®]-SF にもとづく栄養状態評価について見てみると、「低栄養のおそれ」あるいは「低栄養」と判定される者が全体の 6 割程度を占めていた。GH や有料と比較して、栄養状態が良好であった通所においても、「低栄養のおそれ」あるいは「低栄養」と判定される者が半数を超えていた。

表 MNA®-SF による低栄養のスクリーニング結果

	全体		通所		GH		有料		p 値
	n	%	n	%	n	%	n	%	
栄養状態良好	82	36.1	57	51.8	14	26.9	11	16.9	**
低栄養のおそれ	116	51.1	49	44.5	30	57.7	37	56.9	
低栄養	29	12.8	4	3.6	8	15.4	17	26.2	
合計	227	100	110	100	52	100	65	100	

*:p<0.05 **:p<0.01 χ^2 検定

続いて実測調査にもとづく結果を見てみると、歯科治療を要する者の割合は全体の6割程度であった。

さらに実測調査において測定した種々の口腔機能について、口腔機能低下症の判定基準と照らし合わせてみると、基準値以下の者の割合は舌圧（87.9%）で最も高く、ついで、現在歯数が20歯未満（73.9%）であった。

表 口腔機能低下症の基準による判定

	全体		通所		GH		有料		p 値
	n	%	n	%	n	%	n	%	
舌苔付着度									
TCI50%以上	26	11.7	11	10.2	4	8.0	11	17.2	N.S
口腔湿潤度									
27 未満	155	70.8	64	59.8	43	86.0	48	77.4	*
現在歯数									
20 歯未満	164	73.9	85	79.4	30	58.8	49	76.6	*
ODK									
6 回未満	148	64.9	75	67.6	34	65.4	39	60.0	N.S
舌圧									
30 kPa 未満	153	87.9	84	84.8	32	88.9	37	94.9	N.S
EAT-10									
3 点以上	26	14.5	18	17.5	1	3.0	7	16.3	N.S

*:p<0.05 **:p<0.01 χ^2 検定

以上の結果から、居宅系サービス利用者において、歯科治療が必要である者の割合が半数を超え、さらに口腔機能の低下が高頻度に認められることから、歯科専門職の介入の必要性が明らかとなった。しかしながら、定期的なアセスメントをはじめとする歯科的介入は十分には行われておらず、口腔機能低下症の概念を含めた歯科の重要性およびその効果の普及啓発が今後必要であると考えられる。また、口腔機能が低下している者が多いにもかかわらず、嚥下調整食が提供されていない状況を見ると、歯科と栄養の複合的介入の必要性もあわせて明らかとなった。口腔および栄養の専門職介入のニーズの高さと、口腔の問題を早期に発見できるスクリーニングツールの開発の必要性が示唆された。

5. 口腔機能向上加算の効果検証の概要

口腔機能向上加算算定による効果検証を行うため、1)平成30年度より新規に口腔機能向上加算を導入した事業所34か所を対象とした郵送調査、2)ヒアリング調査を行い、口腔機能向上加算の円滑なサービス導入と運用を促進するマニュアルを作成した。3)これまで口腔機能向上加算を実施していない通所介護事業所において、口腔機能向上加算導入による口腔機能、栄養状態に与える影響検証した。

1) 郵送調査

<調査方法>

令和元年度の老人保健健康増進等事業によって実施した郵送調査の結果より、平成30年度より新規に口腔機能向上加算を導入したと回答した事業所34か所を対象に、郵送質問紙調査を行った。

<配布・回収期間> 令和元年10月から11月

<調査項目>

・事業所の概要（定員数、稼働日数、1か月間の延べ利用者数と介護度、職員数）、加算の算定状況、口腔機能向上加算の状況と導入による効果等

<結果>

口腔機能向上加算を算定し始めた理由としては、「口腔機能の維持は重要だと考えたから」（75.0%）が最も多かった。口腔機能向上加算に際して、具体的にサービス提供を行っているのは、看護師（83.3%）が最も多かった。歯科衛生士および言語聴覚士が行っているのは全体の2割弱だった。口腔機能向上加算導入によって得られた効果については、口腔衛生状態の改善が最も多く、次いで口臭の軽減、誤嚥性肺炎の減少、介護職の意識の変化が挙げられた。

表 口腔機能向上加算導入による効果（N=12）（複数回答）

	n	%
口腔衛生状態の改善	8	66.7
口臭の軽減	5	41.7
誤嚥性肺炎の減少	4	33.3
介護職員の意識変化	4	33.3
栄養状態の改善	3	25.0
表情の改善（笑顔が増えた等）	3	25.0
発話の増加	2	16.7
発語明瞭度の改善	2	16.7
生活意欲の改善	2	16.7
認知機能の改善	1	8.3
要介護度の改善	0	0
その他（具体的に）	1	8.3

口腔機能向上加算を算定している理由として、自施設（法人内）で、専門職を配置で来ているからと回答したのは7事業所、外部からの委託等により専門職を配置で来ているからと回答したのは1事業所だった。

「現在、口腔機能向上加算を算定していない利用者の中で、必要と思われる利用者があるか」の問いに対して、「分からない」と回答したのは5事業所だった。加算を算定していない理由としては、「口腔機能向上加算の必要性について利用者（家族）の同意を得られなかったため（n=6）」、「利用者の把握を行ったが、ケアプランに反映されなかった（n=3）」だった。

以上の結果から口腔機能向上加算によって、利用者の口腔衛生状態の改善等の効果がある一方で、口腔機能向上加算の算定の対象となる利用者の把握の方法や、口腔機能向上加算の必要性を利用者本人やその家族に啓発するための手段が今後必要であることが明らかとなった。

2) ヒアリング調査

<調査の概要>

郵送調査に返答のあった事業所のうち、ヒアリング調査に協力の得られた1事業所において、事業所を訪問し、対面によるヒアリング調査を実施した。

<結果>

ヒアリング調査を行ったのは、半日型の運動を中心とした地域密着型通所介護であった。食事提供は行っておらず、介護職員の中に歯科衛生士免許を有する者がいたこと、口腔の重要性を感じて、スタートすることとなった。

現在、1人当たり15分程度の個別サービスの提供を行っている。機能の評価が重要であり、現在は歯科衛生士が加算に関わる業務を担っているが、本人・家族の理解を得ること、人材確保が課題として挙げられていた。

3) 介入調査

<調査方法>

調査に協力の得られた東京都内の通所介護事業所（以下、通所）において、利用者96名の口腔の実態調査を行った後、その結果に基づき、口腔機能低下が4項目以上該当した者の中から、介入群12名（男性3名、女性9名）と対照群12名（男性3名、女性9名）に振り分け、介入群に対して3か月間の口腔機能向上加算の介入効果を検証した。

<結果>

ベースライン時において介入群と対照群の口腔状態や栄養状態等に有意差は認められなかった。介入前後の比較を表に示す。なお、新型コロナウイルスの影響のため、介入群の4名および対照群への介入後調査が実施できなかったため、介入群8名（男性3名、女性5名）の結果のみを示す。介入前後の比較の結果、スクリーニングに用いた基準の該当数が有意に減少した。

介入前後の比較

		事前 n (%) Mean±SD	事後 n (%) Mean±SD	p 値
歯科治療受診の 必要性	あり	4 (50.0)	3 (37.5)	1.000
プラーク	なし	3 (37.5)	6 (75.0)	0.250
	中等度・ 高度	5 (62.5)	2 (25.0)	
舌苔	なし	4 (50.0)	7 (87.5)	0.250
	中等度・ 高度	4 (50.0)	1 (12.5)	
TCI	%	26.4 ± 27.5	14.6 ± 7.2	0.262
ムーカス		25.3 ± 2.2	25.9 ± 1.9	0.441
RSST	回/30s	2.1 ± 1.0	2.6 ± 0.9	0.480
ODK/ta/	回/s	4.1 ± 0.9	4.9 ± 0.8	0.115
咬筋触診	強い	6 (75.0)	6 (75.0)	1.000
	弱い・なし	2 (25.0)	2 (25.0)	
側頭筋触診	強い	1 (12.5)	4 (50.0)	0.375
	弱い・なし	7 (87.5)	4 (50.0)	
舌圧	kPa	18.4 ± 8.6	21.8 ± 9.1	0.123
KCL 固いもの	はい	4 (50.0)	1 (12.5)	0.250
KCL むせ	はい	2 (25.0)	2 (25.0)	1.000
KCL 口腔乾燥	はい	1 (12.5)	1 (12.5)	1.000
握力	kg	16.1 ± 8.1	16.0 ± 8.3	0.833
cc	cm	32.5 ± 4.8	31.6 ± 4.8	0.050
スクリーニング 該当数		5.2 ± 1.1	4.0 ± 1.5	0.039
TCI	該当	3 (37.5)	0 (0)	0.250
ムーカス	該当	7 (87.5)	5 (62.5)	0.500
ODK/ta/	該当	8 (100)	7 (87.5)	1.000
舌圧	該当	7 (87.5)	7 (87.5)	1.000
RSST	該当	5 (62.5)	3 (37.5)	0.625
cc	該当	4 (50.0)	4 (50.0)	1.000

Wilcoxon rank sum test, McNemar test

本調査では、予期せぬ事態から調査の中断を余儀なくされたため、口腔機能向上加算の介入効果を正しく評価することはできなかった。しかしながら、限られた結果から、介入群において口腔機能・栄養状態が改善する可能性が示されたことは興味深い。本結果をもとに効果量を推定し、改めて介入調査を実施し、口腔機能向上加算の効果の検証を行いたいと考える。

6. 全国郵送調査の概要

<調査方法>

厚生労働省介護給付費等実態調査報告「介護サービスの年間実需給者数、都道府県別、サービス種別」から、都道府県別の年間受給者数を全国の年間受給者数で除し、得られた割合を元に都道府県別に層化抽出した（表1）。

表1 都道府県別 500 件当たりの調査票送付数

都道府県名	全国介護給付費受給者総数に対する受給者の割合 (%)	発送数	都道府県名	全国介護給付費受給者総数に対する受給者の割合 (%)	発送数
1 北海道	4.6	23	25 滋賀県	1.0	5
2 青森県	0.6	3	26 京都府	2.3	11
3 岩手県	0.9	4	27 大阪府	8.7	43
4 宮城県	1.7	8	28 兵庫県	6.4	32
5 秋田県	0.7	3	29 奈良県	1.2	6
6 山形県	0.8	4	30 和歌山県	1.1	6
7 福島県	1.3	6	31 鳥取県	0.6	3
8 茨城県	1.3	7	32 島根県	0.8	4
9 栃木県	1.3	6	33 岡山県	2.0	10
10 群馬県	1.4	7	34 広島県	3.5	17
11 埼玉県	3.6	18	35 山口県	1.4	7
12 千葉県	3.2	16	36 徳島県	0.8	4
13 東京都	8.1	40	37 香川県	1.0	5
14 神奈川県	5.2	26	38 愛媛県	1.7	9
15 新潟県	2.1	11	39 高知県	0.6	3
16 富山県	0.8	4	40 福岡県	5.0	25
17 石川県	0.9	5	41 佐賀県	0.9	5
18 福井県	0.6	3	42 長崎県	1.4	7
19 山梨県	0.4	2	43 熊本県	1.8	9
20 長野県	1.9	10	44 大分県	1.2	6
21 岐阜県	1.6	8	45 宮崎県	0.8	4
22 静岡県	2.9	14	46 鹿児島県	1.6	8
23 愛知県	6.2	31	47 沖縄県	0.8	4
24 三重県	1.4	7	合計	100	500

在宅療養支援診療所、在宅療養支援歯科診療所、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所については、表1の都道府県別の発送数の割合に基づき、各事業所につき500件を無作為抽出して発送を行った。栄養ケア・ステーションは、公益社団法人日本栄養士会のホームページに掲載されていた栄養ケア・ステーションならびに認定栄養ケア・ステーションすべてに調査票を郵送した。

<調査項目>

1. 事業所の概要（開設年月日、開設主体、職員数、令和元年9月の患者（利用者）数および訪問件数
2. 口腔の健康管理・栄養管理の実施状況等
3. 口腔健康管理に関する外部の専門職との連携状況等
4. 自由記載項目：有効な連携手段、歯科との連携に関する好事例、歯科との連携における課題等

<結果と考察>

1. 回収率

調査票の返送総数は651件で、回収率は30.2%だった（表2）。

表2 配布先ごとの回収率

事業所	発送数	返送数	回収率
在宅療養支援診療所	500	72	14.4%
在宅療養支援歯科診療所	500	156	31.2%
訪問看護ステーション	500	170	34.0%
居宅介護支援事業所	500	202	40.4%
栄養ケア・ステーション	156	51	32.7%
計	2156	651	30.2%

2. 在宅療養支援歯科診療所における在宅療養患者の口腔の健康ならびに栄養管理の状況
 歯科訪問診療時に口腔の健康評価が実施されていないケースが全体の約 25%に認められ、口腔の健康評価の普及拡大の必要性が示された。口腔の健康評価の方法としては、口腔衛生状態、歯科疾患の有無、義歯の状況の評価がほぼ全てのケースで実施されていた（表 3）。

表 3 実施している口腔の健康評価の方法（複数回答 n=105）

	n	%
口腔衛生状態（プラーク、食渣残留、舌苔等）	102	97.1
歯科疾患の有無（歯周病、う蝕等）	102	97.1
義歯の状況	100	95.2
臼歯部での咬合の有無	82	78.1
口臭	69	65.7
食事時の食後のムセの有無	67	63.8
食事時間	41	39.0
食事時の食べこぼしの有無	40	38.1
食事中や食後の痰	39	37.1
頸部聴診	35	33.3
その他	9	8.6

ともに実施している栄養評価として食事摂取量を把握しているケースが約 4 割認められた。また、外部専門職、具体的には介護支援専門員、医師、看護師、保健師などと口腔の健康管理について連携しているケースが全体の約 7 割であった。口腔の問題を発見した際には約 6 割のケースで多職種連携が実施されており（表 4）、多職種連携によって口腔の問題が解決されていた。よって、口腔の健康管理において、多職種連携のさらなる拡大の必要性が示された。

表 4 口腔の問題発見時に連携する職種（複数回答 n=86）

	n	%
介護支援専門員	76	88.4
医師	71	82.6
看護師・保健師	48	55.8
歯科医師（他医療機関）	45	52.3
歯科衛生士	44	51.2
介護職種	39	45.3
言語聴覚士	24	27.9
管理栄養士・栄養士	22	25.6
理学療法士	11	12.8
作業療法士	10	11.6
薬剤師	6	7.0
その他	1	1.2

3. 歯科以外の事業所（在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、栄養ケア・ステーション）における、在宅療養患者の口腔の健康ならびに栄養管理の状況

口腔の健康ならびに栄養管理の実施割合は5割を切っており、専門職以外が実施できる簡便な方法を提案する必要性が示された。事業所内の職員で実施可能な口腔健康評価の項目について尋ねたところ、「食事中や食後のムセの有無の評価」など食事の観察によって評価可能な項目が挙げられた。こうした項目は専門職以外が実施できる簡便な方法の候補となりうるが、食事提供のないような場面でも実施可能な方法の探求をあわせて進めていく必要がある。

口腔の問題を発見した際には、約2割のケースで多職種連携が行われていなかった。また、多職種連携が行われたとしても、それが問題の解決につながらないケースが約2割で認められた。多職種連携のルートの整備や連携内容の充実が今後の課題である。

【考察】

本事業により、居宅系サービス利用者の口腔の健康管理上の課題が明らかとなった。実測調査では、口腔機能の低下の傾向を示す者、口腔衛生状態に改善が必要と思われる者等、歯科介入のニーズを有する者が多いものの、約 7 割が口腔におけるアセスメントを定期的実施していないことが明らかとなり、口腔の健康の維持のためには、適時適切な歯科専門職の関与が必要であると考えられた。

しかしながら、郵送調査において、在宅支援診療所、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、栄養ケア・ステーションといった在宅療養患者の生活を支援する場においては、口腔の健康ならびに栄養管理の実施率は 5 割にも満たないことが明らかとなった。歯科の専門職以外が口腔機能・口腔衛生状態に関する簡易なアセスメントを行うことにより、適切に歯科専門職につなげるといった、早期発見・早期対処のための仕組みづくりが重要であると言える。

そこで、本事業の研究委員会としては、今後につながる検討課題として、歯科的専門知識を持たない多職種でも口腔に関する簡便な評価が行える口腔スクリーニング項目について議論がなされた。（※巻末、参考資料参照）

これまで、口腔のスクリーニング指標について、他の職種も含めた有効性や再現性の検証は行われておらず、エビデンスの裏付けをもったスクリーニング指標の開発が喫緊の課題であるとの複数の委員より出された。

今後、感度・特異度の評価や、歯科衛生士—多職種の検者間一致率の検討など、さらなる検証が必要であると考えられた。

第2部 居宅系サービス利用者の実測調査

1. 調査方法

1) 対象者

愛知県、福岡県、秋田県の6か所の通所介護施設（以下、通所）に通う在宅高齢者111名、神奈川県内の3か所の認知症対応型共同生活介護（以下、GH）入所者52名、山梨県内の介護付有料老人ホーム（以下、有料）入所者65名、計228名を対象に口腔機能検査、身体組成検査、自記式アンケート等を実施した。

2) 調査期間

調査期間は、以下の通りである。

愛知県内通所施設：令和元年11月

福岡県内通所施設：令和元年12月

秋田県内通所施設：令和2年2月

神奈川県内グループホーム：令和元年10、11月

山梨県内特定施設：令和元年12月

3) 調査項目

事前調査は、対象者に関する基本情報とし、日常生活をよく知る介護職員に回答を依頼した。実測調査は、本人への聞き取りのほか、歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士が実施した。（参考資料参照）

①事前調査：介護度、加算の算定状況、既往歴、服薬状況、歯科的介入の状態、日常生活動作（Barthel Index [BI]）、意欲（Vitality Index [VI]）、認知機能（Clinical Dementia Rating [CDR]）、栄養状態（Mini Nutritional Assessment[®]-Short Form [MNA[®]-SF]）、栄養摂取方法、食品多様性スコア（Dietary Variety Score [DVS]）、食欲（Council on Nutrition Appetite Questionnaire [CNAQ]）等

②実測調査：基本チェックリスト口腔3項目（咀嚼・嚥下・口腔乾燥）、嚥下質問票（The 10-item Eating Assessment Tool [EAT-10]）、反復唾液嚥下テスト（Repetitive Saliva Swallowing Test [RSST]）、オーラルディアドコネシス（ODK；タ音のみ）、咀嚼筋触診、インプラント治療の有無、歯数の状態、咬合状態、粘膜異常の有無、口腔衛生状態（プラーク・舌苔）、口腔湿潤度（3回測定して中央値を採用）、舌圧、歯科受診の必要性、身長・体重測定、体組成の計測、握力、下腿周囲径、歩行状態等。

身体組成については、身長および体重を測定後に、InBody S10(InBody社)を用いて、インピーダンス法により除脂肪、四肢骨格筋量を測定した。それぞれの身長²で除したFat-free Mass Index (FFMI)、Skeletal Muscle Mass Index (SMI)を算出した。

2. 調査結果

【事前調査】

1) 対象者の属性

1) 年齢

対象者全体の平均年齢は、86.5±7.1歳で、通所、GHと比較して有料の平均年齢が高かった。

表1 年齢の比較 (歳)

全体			通所(a)			GH(b)			有料(c)			p値
n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	
228	86.5	7.1	111	84.5	7.1	52	87.0	5.7	65	89.6	6.8	a-b**, a-c**

*:p<0.05 **:p<0.01 Bonferroni法による多重比較

2) 性別

対象者全体の男女比は、男性20.6%、女性79.4%で、3群間に有意差は認められなかった。

表2 男女構成比

	全体		通所		GH		有料		p値
	n	%	n	%	n	%	n	%	
男性	47	20.6	30	27.0	7	13.5	10	15.4	N.S
女性	181	79.4	81	73.0	45	86.5	55	84.6	
合計	228	100	111	100	52	100	65	100	

3) 要介護認定状況

全体では、要介護2が28.2%、要介護1が27.8%の順で多かった。通所では、要介護1が41.8%で最も多く、GHは、要介護3が40.4%、有料では、要介護2が35.4%で最も多かった。

表3 要介護認定状況

	全体		通所		GH		有料		p値
	n	%	n	%	n	%	n	%	
認定なし	2	0.9	2	1.8	0	0	0	0	*
要支援1	9	4.0	7	6.4	0	0	2	3.1	
要支援2	12	5.3	12	10.9	0	0	0	0	
要介護1	63	27.8	46	41.8	5	9.6	12	18.5	
要介護2	64	28.2	28	25.5	13	25.0	23	35.4	
要介護3	44	19.4	10	9.1	21	40.4	13	20.0	
要介護4	20	8.8	4	3.6	7	13.5	9	13.8	
要介護5	13	5.7	1	0.9	6	11.5	6	9.2	
合計	227	100	110	100	52	100	65	100	

*:p<0.05 **:p<0.01 χ^2 検定

4) 既往歴

既往歴では、循環器疾患が 63.2%で最も多かった。次いで、認知症の 59.2%だった。

表 4 既往歴（複数回答）

		全体 (n=228)		通所 (n=111)		GH (n=52)		有料 (n=65)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
循環器疾患	あり	144	63.2	68	61.3	34	65.4	42	64.6
脳血管疾患	あり	36	15.8	23	20.7	2	3.8	11	16.9
糖尿病	あり	28	12.3	19	17.1	5	9.6	4	6.2
呼吸器疾患	あり	18	7.9	11	9.9	3	5.8	4	6.2
	肺炎	2	0.9	1	0.9	0	0	1	1.5
	COPD	8	3.5	5	4.5	1	1.9	2	3.1
	喘息	8	3.5	6	5.4	1	1.9	1	1.5
	その他	1	0.4	1	0.9	0	0	0	0
腫瘍性疾患	あり	28	12.3	18	16.2	1	1.9	9	13.8
	脳	0	0	0	0	0	0	0	0
	消化器	10	4.4	6	5.4	1	1.9	3	4.6
	呼吸器	2	0.9	1	0.9	0	0	1	1.5
	その他	16	7.0	11	9.9	0	0	5	7.7
精神疾患	あり	16	7.0	4	3.6	4	7.7	8	12.3
認知症	あり	135	59.2	40	36.0	52	100	43	66.2
パーキンソン	あり	5	2.2	4	3.6	0	0	1	1.5
その他	あり	57	25.0	47	42.3	8	15.4	2	3.1

5) 加算の算定状況

表 5 通所における加算の算定状況 (n=127)

		n	%
栄養改善 加算	算定中	0	0
	算定対象だが実施できていない	45	35.4
	算定対象ではない	82	64.6
	以前は算定していたが、現在は算定していない	0	0
栄養スク リーニン グ加算	算定中	0	0
	算定対象だが実施できていない	45	35.4
	算定対象ではない	82	64.6
	以前は算定していたが、現在は算定していない	0	0
口腔機能 向上加算	算定中	0	0
	算定対象だが実施できていない	45	35.4
	算定対象ではない	82	64.6
	以前は算定していたが、現在は算定していない	0	0
その他	算定中	3	3.0
	算定対象だが実施できていない	29	28.7
	算定対象ではない	69	68.3
	以前は算定していたが、現在は算定していない	0	0

表 6 GH および有料における加算の算定状況

		GH(n=35)		有料 (n=68)	
		n	%	n	%
栄養 スクリーニング 加算	算定中	0	0	0	0
	算定対象だが実施できていない	28	80.0	65	95.6
	算定対象ではない	7	20.0	3	4.4
	以前は算定していたが、現在は算定していない	0	0	0	0
居宅療養 管理指導 (歯科医師)	算定中	10	30.3	66	97.1
	算定されていない	22	66.7	2	2.9
	不明	1	3.0	0	0
居宅療養 管理指導 (歯科衛生士)	算定中	10	30.3	0	0
	算定対象だが実施できていない	19	57.6	0	35.4
	算定対象ではない	4	12.1	68	100
	以前は算定していたが、現在は算定していない	0	0	0	0
居宅療養 管理指導 (管理栄養士)	算定中	0	0	0	0
	算定対象だが実施できていない	18	56.3	68	100
	算定対象ではない	14	43.7	0	0
	以前は算定していたが、現在は算定していない	0	0	0	0
口腔衛生 管理体制加算	算定中	33	100	0	0
	算定対象だが実施できていない	0	0	65	95.6
	算定対象ではない	0	0	3	4.4
	以前は算定していたが、現在は算定していない	0	0	0	0
その他	算定中	18	100	65	97.0
	算定対象だが実施できていない	0	0	2	3.0
	算定対象ではない	0	0	0	0
	以前は算定していたが、現在は算定していない	0	0	0	0

6) 誤嚥性肺炎等状況

過去6か月間の疑いも含めた誤嚥性肺炎の発症の有無については、全体では0.9%（2名）であり、GHと有料でそれぞれ1名ずつだったが、3群間で有意差はなかった。

過去6か月間の発熱の有無については、なしが82.8%（188名）だった。施設間で有意差が認められ、GHと有料の発生率は7.7%、通所では4.5%だったが、通所では、不明が20.9%（23件）であった。発熱回数については、有意差はなかった。

表7 過去6か月間の誤嚥性肺炎発生の有無

	全体		通所		GH		有料		p 値
	n	%	n	%	n	%	n	%	
あり	2	0.9	0	0	1	1.9	1	1.5	N. S
なし	214	93.9	101	91.0	49	94.2	64	98.5	
不明	12	5.3	10	9.0	2	3.8	0	0	
合計	228	100	111	100	52	100	65	100	

*:p<0.05 **:p<0.01 χ^2 検定

表8 過去6か月間の発熱の有無

	全体		通所		GH		有料		p 値
	n	%	n	%	n	%	n	%	
あり	14	6.2	5	4.5	4	7.7	5	7.7	**
なし	188	82.8	82	74.5	46	88.5	60	92.3	
不明	25	11.0	23	20.9	2	3.8	0	0	
合計	227	100	110	100	52	100	65	100	

*:p<0.05 **:p<0.01 χ^2 検定

表9 過去6か月間の発熱の発生回数 (回)

全体			通所 (a)			GH (b)			有料 (c)			p 値
n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	
13	1.46	0.66	5	1.60	0.89	3	1.67	0.57	5	1.20	0.44	N. S

*:p<0.05 **:p<0.01 Bonferroni 法による多重比較

7) 過去6か月間の歯科介入の有無

① 定期的なアセスメント

全体で16.4%が受けていたが、通所では不明との回答が28.8%を占めており、歯科受診に関する情報把握が、GHおよび有料に比べてなされていない可能性がある。アセスメントを受けていると回答した者について、具体的な回数を尋ねたところ、平均9.4±8.2回であり、GHが12.4±9.9回で最も多かった。

表10 定期的なアセスメントの有無

	全体		通所		GH		有料		p値
	n	%	n	%	n	%	n	%	
あり	37	16.4	0	0	20	40.0	17	73.8	**
なし	153	68.0	78	70.3	27	54.0	48	26.2	
不明	35	15.6	32	28.8	3	6.0	0	0	
合計	228	100	110	100	50	100	65	100	

*:p<0.05 **:p<0.01 χ^2 検定

表11 アセスメントの回数 (n=37) (回)

全体			通所(a)			GH(b)			有料(c)			p値
n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	
37	9.4	8.3	0	-	-	20	12.4	9.9	17	5.8	3.3	N.S

*:p<0.05 **:p<0.01 Mann-Whitney検定 (GHと有料で比較)

② 歯科衛生士による口腔衛生管理

歯科衛生士の過去6か月の口腔衛生管理の有無については、「あり」が16.4%だった、通所では、「不明」が29.1%だった。有料では、73.8%が「あり」だった。

口腔衛生管理を受けていた者の平均回数は、全体では11.5±8.6回であり、GHが最も多かった。

表12 歯科衛生士による口腔衛生管理の有無

	全体		通所		GH		有料		p値
	n	%	n	%	n	%	n	%	
あり	37	16.4	0	0	20	40.0	17	73.8	**
なし	153	68.0	78	70.9	27	54.0	48	26.2	
不明	35	15.6	32	29.1	3	6.0	0	0	
合計	228	100	110	100	50	100	65	100	

*:p<0.05 **:p<0.01 χ^2 検定

表13 口腔衛生管理の回数 (n=34) (回)

全体			通所(a)			GH(b)			有料(c)			p値
n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	
34	11.5	8.6	0	-	-	22	14.0	9.6	12	6.9	2.9	N.S

*:p<0.05 **:p<0.01 Mann-Whitney検定 (GHと有料で比較)

③ 歯科専門職による個別プランの作成

歯科専門職による個別のプラン作成を作成していたのは、全体の4.9%のみで、作成していたのは、GH(22.4%)のみで、平均11.2±10.2回だった。

表 14 歯科専門職による個別プラン作成の有無

	全体		通所		GH		有料		p 値
	n	%	n	%	n	%	n	%	
あり	11	4.9	0	0	11	22.4	0	0	**
なし	174	77.7	78	70.3	34	69.4	62	95.4	
不明	39	17.4	32	28.8	4	8.2	3	4.6	
合計	224	100	110	100	49	100	65	100	

*:p<0.05 **:p<0.01 χ^2 検定

表 15 歯科専門職による個別プラン作成の回数 (n=34) (回)

全体			通所(a)			GH(b)			有料(c)		
n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD
11	11.2	10.2	0	-	-	11	11.2	10.2	0	-	-

④ 歯科治療

歯科治療を6か月に受けていた割合は、全体で10.7%、GHが20.4%、有料が18.5%だった、一方、通所は不明が66.4%だった。

表 16 歯科治療の有無

	全体		通所		GH		有料		p 値
	n	%	n	%	n	%	n	%	
あり	24	10.7	2	1.8	10	20.4	12	18.5	**
なし	123	54.9	35	31.8	35	71.4	53	81.5	
不明	77	34.4	73	66.4	4	8.2	0	0	
合計	224	100	110	100	49	100	65	100	

*:p<0.05 **:p<0.01 χ^2 検定

表 17 歯科治療の回数 (n=23) (回)

全体			通所(a)			GH(b)			有料(c)			p 値
n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	
23	2.9	2.4	2	1.0	<0.1	10	1.30	0.7	11	4.7	2.4	a-c*, b-c**

*:p<0.05 **:p<0.01 Bonferroni 法による多重比較

⑤ 口腔機能訓練

口腔機能訓練を実施していたのは、全体の1.8%(4名)のみで、実施していたのは、すべてGH入所者だった。

表 18 口腔機能訓練の有無

	全体		通所		GH		有料		p 値
	n	%	n	%	n	%	n	%	
あり	4	1.8	0	0	4	8.0	0	0	**
なし	182	80.9	76	69.1	42	84.0	64	98.5	
不明	39	17.3	34	30.9	4	8.0	1	1.5	
合計	225	100	110	100	50	100	65	100	

*:p<0.05 **:p<0.01 χ^2 検定

表 19 口腔機能訓練 (n=4) (回)

全体			通所(a)			GH(b)			有料(c)		
n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD
23	4	1.0	0	-	-	4	1.0	1.0	0	-	-

⑥ 嚥下調整食の提供

嚥下調整食の提供は、すべて「なし」と回答していた。通所とGHでは不明が含まれていた。

表 20 嚥下調整食提供の有無

	全体		通所		GH		有料		p 値
	n	%	n	%	n	%	n	%	
あり	0	0	0	0	0	0	0	0	**
なし	186	83.4	77	70.6	46	92.0	63	98.4	
不明	37	16.6	32	28.8	4	7.7	1	1.6	
合計	223	100	111	100	50	100	65	100	

*:p<0.05 **:p<0.01 χ^2 検定

8) 血清アルブミン

血清アルブミンの値を把握しているのは全体の48.7%で、GHは96.2%、有料では89.2%が把握していた一方、通所は、98.2%が把握していなかった。

全体の平均値は、3.74±0.41で、施設間において有意差は認められなかった。

表 21 血清アルブミン測定の有無

	全体		通所		GH		有料		p 値
	n	%	n	%	n	%	n	%	
あり	110	48.7	2	1.8	50	96.2	58	89.2	**
なし	116	51.3	107	98.2	2	3.8	7	10.8	
合計	226	100	109	100	52	100	65	100	

*:p<0.05 **:p<0.01 χ^2 検定

表 22 血清アルブミン測定値 (mg/dL)

全体			通所 (a)			GH (b)			有料 (c)			p 値
n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	N. S
110	3.74	0.41	2	3.65	0.78	50	3.73	0.38	58	3.75	0.44	

*:p<0.05 **:p<0.01 Bonferroni 法による多重比較

9) 服薬状況

服薬している薬剤数は、全体平均 3.5±1.9 種で、通所は、GH および有料と比較して、服薬数が有意に少なかった。

表 23 服用している薬剤数 (種)

全体			通所 (a)			GH (b)			有料 (c)			p 値
n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	a-b**, a-c**
227	3.5	1.9	110	2.6	2.2	52	4.1	1.2	65	4.5	1.0	

*:p<0.05 **:p<0.01 Bonferroni 法による多重比較

10) Barthel Index

基本的 ADL を評価する Barthel Index の全体平均は、61.9±30.6 点だった。通所は、GH および有料と比較して、ADL が有意に高かった。

表 24 Barthel Index の点数 (点)

全体			通所 (a)			GH (b)			有料 (c)			p 値
n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	a-b**, a-c**
227	61.9	30.6	111	74.7	23.8	51	55.3	30.9	65	45.2	31.6	

*:p<0.05 **:p<0.01 Bonferroni 法による多重比較

11) Vitality Index (VI)

活力を示す指標である、Vitality Index の全体平均は、7.5±2.7 点で、通所は GH および有料と比較して、VI のスコアが有意に高かった。

表 25 Vitality Index の点数 (点)

全体			通所 (a)			GH (b)			有料 (c)			p 値
n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	a-b**, a-c**
228	7.5	2.7	111	8.4	2.0	52	7.0	2.7	65	6.4	3.1	

*:p<0.05 **:p<0.01 Bonferroni 法による多重比較

12) 認知機能 (CDR)

認知機能の評価では、全体では中等度と高度が同じく 23.2%だった。通所では、疑いが 24.3%だった。一方、GH では中等度が 40.4%、有料では高度が 36.9%であり、通所では軽度認知症の割合が有意に高かった。

表 26 CDR の分布

	全体		通所		GH		有料		p 値
	n	%	n	%	n	%	n	%	
なし	33	14.5	25	22.5	0	0	8	12.3	**
疑い	40	17.5	27	24.3	1	1.9	12	18.5	
軽度	49	21.5	28	25.2	14	26.9	7	10.8	
中等度	53	23.2	18	16.2	21	40.4	14	21.5	
高度	53	23.2	13	11.7	16	30.8	24	36.9	
合計	228	100	111	100	52	100	65	100	

*:p<0.05 **:p<0.01 χ^2 検定

13) 栄養状態

① MNA[®]-SF

MNA[®]-SF のスコアは、全体平均は 10.3±2.6 点で、通所が、GH および有料と比較して、有意に高かった。低栄養の者は全体で 12.8%で、有料で割合が有意に高かった。

表 27 MNA[®]-SF のスコアの比較 (点)

全体			通所 (a)			GH (b)			有料 (c)			p 値
n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	
227	10.3	2.6	110	11.3	2.1	52	9.9	2.6	65	8.8	2.7	a-b**, a-c**, b-c*

*:p<0.05 **:p<0.01 Bonferroni 法による多重比較

表 28 低栄養リスクの分布

	全体		通所		GH		有料		p 値
	n	%	n	%	n	%	n	%	
栄養状態良好	82	36.1	57	51.8	14	26.9	11	16.9	**
低栄養のおそれ	116	51.1	49	44.5	30	57.7	37	56.9	
低栄養	29	12.8	4	3.6	8	15.4	17	26.2	
合計	227	100	110	100	52	100	65	100	

*:p<0.05 **:p<0.01 χ^2 検定

② 栄養摂取方法

本調査の対象者は、全員経口摂取であり、食形態については、主食、副食ともに普通食の割合が高かった。

摂食力については、いずれの施設においても「ゼリーなど容器やパッケージを開けたり、紙パックにストローを挿入することができる」の項目が、「毎食できない」、「時々できない」と回答する割合が高かった。

表 29 栄養摂取方法

	全体		通所		GH		有料	
	n	%	n	%	n	%	n	%
経口	220	100	108	100	52	100	64	100
胃瘻	1	0.5	0	0	0	0	1	1.6
経鼻経管栄養	0	0	0	0	0	0	0	0
静脈栄養（点滴等）	0	0	0	0	0	0	0	0
その他	0	0	0	0	0	0	0	0

表 30 食事形態

	全体		通所		GH		有料		p 値
	n	%	n	%	n	%	n	%	
主食									
普通	161	70.6	90	80.4	42	80.8	29	39.7	N. S
軟飯	25	11.0	17	15.2	4	7.7	4	5.5	
粥	31	13.6	3	2.7	5	9.6	23	31.5	
ソフト粥	2	0.9	2	1.8	0	0	0	0	
ミキサー粥	9	3.9	0	0	1	1.9	8	11.0	
その他	9	3.9	0	0	0	0	9	12.3	
副食									
普通	140	61.4	86	77.5	33	63.5	140	76.1	N. S
1cm 角（一口大）刻み	51	22.4	18	16.2	15	28.8	18	9.8	
極刻み（小刻み）	21	9.2	5	4.5	2	3.8	14	7.6	
ソフト食	3	1.3	2	1.8	1	1.9	0	0	
その他	13	5.7	0	0	1	1.9	12	6.5	

*:p<0.05 **:p<0.01 χ^2 検定

表 31 高齢者の摂取力評価表

	全体		通所		GH		有料		p 値
	n	%	n	%	n	%	n	%	
1 自ら食べ始めることができる									
毎食できない	19	8.3	3	2.7	8	15.4	8	12.3	**
時々できない	28	12.3	4	3.6	11	21.2	13	20.0	
毎食できる	181	79.4	104	93.7	33	63.5	44	67.7	
2 食事道具を適切に用いることができる									
毎食できない	15	6.6	3	2.7	6	11.5	6	9.2	**
時々できない	18	7.9	3	2.7	5	9.6	10	15.4	
毎食できる	195	85.5	105	94.6	41	78.8	49	75.4	
3 食物を適量すくうことができる									
毎食できない	15	6.6	3	2.7	6	11.5	6	9.2	*
時々できない	21	9.2	6	5.4	4	7.7	11	16.9	
毎食できる	192	84.2	102	91.9	42	80.8	48	73.8	
4 ゼリーなど容器やパッケージを開けたり、紙パックにストローを挿入することができる									
毎食できない	44	19.3	8	7.2	18	34.6	18	27.7	**
時々できない	41	18.0	19	17.1	8	15.4	14	21.5	
毎食できる	143	62.7	84	75.7	26	50.0	33	50.8	
5 食物をこぼすことなく食べることができる									
毎食できない	22	9.6	3	2.7	11	21.2	8	12.3	**
時々できない	59	25.9	19	17.1	12	23.1	28	43.1	
毎食できる	147	64.5	89	80.2	29	55.8	29	44.6	
6 配食された全ての食物を自分の食べる対象物として認知できる									
毎食できない	13	5.7	1	0.9	7	13.5	5	7.7	**
時々できない	22	9.6	3	2.7	9	17.3	10	15.4	
毎食できる	193	84.6	107	96.4	36	69.2	50	76.9	
7 食べることに對して注意を維持することができる									
毎食できない	11	4.8	1	0.9	5	9.6	5	7.7	**
時々できない	39	17.1	7	6.3	13	25.0	19	29.2	
毎食できる	178	78.1	103	92.8	34	65.4	41	63.1	
8 食事中に眠ることなく食べ続けることができる									
毎食できない	7	3.1	1	0.9	4	7.7	2	3.1	**
時々できない	24	10.5	2	1.8	8	15.4	14	21.5	
毎食できる	197	86.4	108	97.3	40	76.9	49	75.4	
9 むせることなく嚥下することができる									
毎食できない	7	3.1	4	3.6	0	0	3	4.6	N. S
時々できない	49	21.5	17	15.3	13	25.0	19	29.2	
毎食できる	172	75.4	90	81.1	39	75.0	43	66.2	
10 1日に必要な食事量を摂取することができる									
毎食できない	9	3.9	2	1.8	1	1.9	6	9.2	**
時々できない	27	11.8	6	5.4	7	13.5	14	21.5	
毎食できる	192	84.2	103	92.8	44	84.6	45	69.2	

③ 食品多様性スコア (DVS)

全体の DVS のスコアの平均は、 3.5 ± 2.4 点で、通所の平均が 1.5 ± 2.3 点で、GH および有料と比較して有意に低かった。

表 32 DVS のスコア (点)

全体			通所 (a)			GH (b)			有料 (c)			p 値
n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	
228	3.5	2.4	111	1.8	2.3	52	4.8	1.4	65	5.5	0.7	a-b**, a-c**

*:p<0.05 **:p<0.01 Bonferroni 法による多重比較

④ 食欲 (CNAQ)

食欲のスコアは、全体の平均が 30.8 ± 3.1 点だった。しかし、意思疎通の問題により、CNAQ のデータが取得できたのは、GH では 30.1%、有料では 6.2%であり、多くが欠損データだった。

表 33 CNAQ のスコア (点)

全体			通所 (a)			GH (b)			有料 (c)			p 値
n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	
78	30.8	3.1	58	30.9	3.1	16	30.2	3.2	4	31.8	1.3	N.S

*:p<0.05 **:p<0.01 Bonferroni 法による多重比較

【実測調査】

1. 歯数の状態

現在歯数の平均値は、全体で 11.0 ± 9.6 本であり、3 群間で有意差は認められなかった。義歯数の平均値は全体で 10.8 ± 11.3 本であり、GH が少なく平均 7.5 ± 11.1 本で、通所と比較して有意に少なかった。機能歯数の平均値は、全体で 22.5 ± 8.9 本であり、3 群間で有意差は認められなかった。

表 1 歯数の状態 (本)

	全体			通所 (a)			GH (b)			有料 (c)			p 値
	n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	
現在歯数													
	222	11.1	9.6	107	10.2	8.9	51	13.5	11.1	64	10.7	9.3	N.S
義歯数													
	222	10.8	11.3	107	12.4	11.0	51	7.5	11.1	64	10.6	11.5	a-b*
機能歯数													
	222	22.5	8.9	107	23.0	8.3	51	21.5	10.0	64	22.6	9.2	N.S

*: $p < 0.05$ **: $p < 0.01$ Bonferroni 法による多重比較

咬合状態について、施設間で有意差が認められたのは、左右大臼歯だった。右大臼歯部は、GHにおいて、上下現在歯どうしで咬合している割合が32.0%であり、通所12.3%、有料15.9%と比較して高い割合だった。左大臼歯は、GHにおいて、上下現在歯どうしで咬合している割合が34.0%であり、通所9.4%、有料23.8%と比較して高い割合だった。

表2 咬合の状態

		全体		通所		GH		有料		p 値
		n	%	n	%	n	%	n	%	
右大臼歯部	現在歯どうし	39	17.8	13	12.3	16	32.0	10	15.9	*
	現在歯と義歯	46	21.0	28	26.4	8	16.0	10	15.9	
	義歯どうし	63	28.8	31	29.2	9	18.0	23	36.5	
	なし	71	32.4	34	32.1	17	34.0	20	31.7	
右小臼歯部	現在歯どうし	71	32.7	28	26.4	24	49.0	19	30.6	N. S
	現在歯と義歯	45	20.7	26	24.5	5	10.2	14	22.6	
	義歯どうし	54	24.9	28	26.4	10	20.4	16	25.8	
	なし	47	21.7	24	22.6	10	20.4	13	21.0	
前歯部	現在歯どうし	100	46.3	48	45.7	28	57.1	24	38.7	N. S
	現在歯と義歯	41	19.0	22	21.0	4	8.2	15	24.2	
	義歯どうし	39	18.1	19	18.1	8	16.3	12	19.4	
	なし	36	16.7	16	15.2	9	18.4	11	17.7	
左小臼歯部	現在歯どうし	69	31.5	27	25.5	21	42.0	21	33.3	N. S
	現在歯と義歯	45	20.5	26	24.5	4	8.0	15	23.8	
	義歯どうし	54	24.7	28	26.4	12	24.0	14	22.2	
	なし	51	23.3	25	23.6	13	26.0	13	20.6	
左大臼歯部	現在歯どうし	42	19.2	10	9.4	17	34.0	15	23.8	*
	現在歯と義歯	36	16.4	23	21.7	6	12.0	7	11.1	
	義歯どうし	70	32.0	35	33.0	11	22.0	24	38.1	
	なし	71	32.4	38	35.8	16	32.0	17	27.0	

*:p<0.05 **:p<0.01 χ^2 検定

2. 反復唾液嚥下テスト (RSST)

RSST の 1 回目嚥下惹起時間については施設間で有意な差は認められなかったが、30 秒間の嚥下回数については、通所が、GH および有料と比較して回数が有意に多かった。

表 3 RSST

	全体			通所 (a)			GH (b)			有料 (c)			p 値
	n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	
1 回目秒数 (秒)	191	4.4	4.3	97	3.9	3.4	43	4.7	3.2	51	5.2	6.2	N. S
30 秒回数 (回)	191	2.9	1.3	97	3.3	1.5	43	2.7	0.9	51	2.3	1.1	a- b**, a-c*
	n	%		n	%		n	%		n	%		
基準値以下	141	73.1%		58	59.8%		37	86.0%		46	86.8%		**

*:p<0.05 **:p<0.01 Bonferroni 法による多重比較

3. オーラルディアドコキネシス (ODK)

ODK の夕音の対象者全体の平均値は、 4.7 ± 1.4 回だった。施設間での有意差は認められなかった。

表 4 ODK(夕音) (回)

全体			通所 (a)			GH (b)			有料 (c)			p 値
n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	
182	4.7	1.4	98	4.9	1.3	39	4.5	1.5	45	4.4	1.4	N. S

*:p<0.05 **:p<0.01 Bonferroni 法による多重比較

4. 咀嚼筋触診

咀嚼筋の触診のうち、咬筋については、「強い」の割合が全体で72.6%だったが、有料では、50.8%であり、通所やGHに比べて割合が低かった。

側頭筋については、施設間で有意差は認められなかった。

表5 咬筋・側頭筋の触診

		全体		通所		GH		有料		p 値
		n	%	n	%	n	%	n	%	
咬筋触診	強い	154	72.6	84	79.2	40	85.1	30	50.8	*
	弱い	49	23.1	22	20.8	6	12.8	21	35.6	
	なし	9	4.2	0	0	1	2.1	8	13.6	
側頭筋触診	強い	88	41.5	47	44.3	25	53.2	16	27.1	N. S
	弱い	104	49.1	52	49.1	21	44.7	31	52.5	
	なし	20	9.4	7	6.6	1	2.1	12	20.3	

*:p<0.05 **:p<0.01 χ^2 検定

5. 粘膜異常

粘膜異常は、対象者全体の8.0%で認められたが、施設間で有意差はなかった。

表6 粘膜異常

	全体		通所		GH		有料		p 値
	n	%	n	%	n	%	n	%	
あり	18	8.0	8	7.4	3	5.7	7	10.9	N. S
なし	206	92.0	100	92.6	49	94.3	57	89.1	
合計	224	100	108	100	52	100	64	100	

6. 口腔衛生状態

歯垢・デンチャープラークの付着は、「なし」が全体で49.3%であり、すべての施設において「なし」の割合が高く、施設間で有意差は認められなかった。

一方、舌苔については、有料で高度の割合が12.5%あり、施設間で有意差が認められた。TCIのスコアは、全体の平均は19.6±21.5だったが、有料は26.2±24.8で通所およびGHと比較してスコアが有意に高かった。

表7 歯垢・デンチャープラークおよび舌苔の付着状況

		全体		通所		GH		有料		p値
		n	%	n	%	n	%	n	%	
歯垢・ デンチャー プラーク	なし	109	49.3	52	48.1	29	59.2	28	43.8	N.S
	中等度	99	44.8	51	47.2	19	38.8	29	45.3	
	高度	13	5.9	5	4.6	1	2.0	7	10.9	
	合計	221	100	108	100	49	100	64	100	
舌苔	なし	111	50.0	52	48.1	32	64.0	27	42.2	*
	中等度	100	45.0	54	50.0	17	34.0	29	45.3	
	高度	11	5.0	2	1.9	1	2.0	8	12.5	
	合計	222	100	108	100	50	100	64	100	

*:p<0.05 **:p<0.01 χ^2 検定

表8 舌苔付着状況 (TCI スコア)

全体			通所(a)			GH(b)			有料(c)			p値
n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	
222	19.6	21.5	108	17.9	18.7	50	15.0	21.0	64	26.2	24.8	a-c*, b-c*

*:p<0.05 **:p<0.01 Bonferroni 法による多重比較

7. 口腔湿潤度 (舌背)

舌背で測定した口腔湿潤度の対象者全体の平均値は23.7±5.1だった。通所は、GHおよび有料と比較して、数値が有意に高かった。

表9 口腔湿潤度 (舌背)

全体			通所(a)			GH(b)			有料(c)			p値
n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	
219	23.7	5.1	107	25.1	4.3	50	21.9	5.3	62	22.6	5.6	a-b**, a-c**

8. 咬合圧

デンタルプレスケールⅡを用いた咬合圧の測定結果では、対象者全体の平均値は 342.4 ±331.4N だった。施設間で有意差は認められなかった。

表 10 咬合圧 (N)

全体			通所 (a)			GH (b)			有料 (c)			p 値
n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	
179	342.4	331.4	92	321.6	312.2	40	304.8	264.2	47	415.2	406.8	N. S

*:p<0.05 **:p<0.01 Bonferroni 法による多重比較

9. 舌圧

舌圧の対象者全体の平均値は 18.4 ±10.5kPa だった。いずれの施設も基準値の 30kPa を下回り、施設間で有意差は認められなかった。

表 11 舌圧 (kPa)

全体			通所 (a)			GH (b)			有料 (c)			p 値
n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	
174	18.4	10.5	99	19.1	11.2	36	17.3	9.7	39	17.5	9.5	N. S

*:p<0.05 **:p<0.01 Bonferroni 法による多重比較

10. 歯科治療の必要性

歯科治療を要する者は、全体の 59.0%に認め、その内訳は、う蝕が 38.9%と最も多く、次いで義歯の 36.6%だった。施設間で有意差は認めなかった。

表 12 歯科治療の必要性

		全体		通所		GH		有料		p 値
		n	%	n	%	n	%	n	%	
なし		91	41.0	47	43.9	17	33.3	27	42.2	N. S
あり		131	59.0	60	56.1	34	66.7	37	57.8	
合計		222	100	107	100	51	100	64	100	
治療項目	う蝕	51	38.9	26	43.3	14	41.2	11	29.7	
	歯周炎	39	29.8	18	30.0	7	20.6	14	37.8	
	義歯	48	36.6	26	43.3	11	32.4	11	29.7	
	その他	50	38.2	17	28.3	18	52.9	15	40.5	

*:p<0.05 **:p<0.01 χ^2 検定

11. 口腔機能低下症基準による判定

口腔機能低下症の判定基準でみると、舌圧が 30kPa 未満の者が、87.9%（153 名）と最も多く、次いで、現在歯数が 20 歯未満の者が 73.9%（164 名）、口腔湿潤度が 27 未満の者が、70.8%（155 名）だった。

表 13 口腔機能低下症の基準による判定

	全体		通所		GH		有料		p 値
	n	%	n	%	n	%	n	%	
舌苔判定									
TCI50%以上	26	11.7	11	10.2	4	8.0	11	17.2	N. S
口腔湿潤度									
27 未満	155	70.8	64	59.8	43	86.0	48	77.4	*
現在歯数									
20 歯未満	164	73.9	85	79.4	30	58.8	49	76.6	*
ODK									
6 回未満	148	64.9	75	67.6	34	65.4	39	60.0	N. S
舌圧									
30 kPa 未満	153	87.9	84	84.8	32	88.9	37	94.9	N. S
EAT-10									
3 点以上	26	14.5	18	17.5	1	3.0	7	16.3	N. S

*:p<0.05 **:p<0.01 χ^2 検定

12. 身体組成

体格指数であるBMIの平均値は、 22.9 ± 11.7 で、施設間で有意差は認められなかった。除脂肪指数であるFFMIの平均値は、 15.6 ± 11.3 で、施設間で有意差は認められなかった。骨格筋指数であるSMIの平均値は、 5.5 ± 1.3 だった。通所のSMIの平均値は、 5.9 ± 1.0 で、GHおよび通所と比較して有意に高かった。

表 14 身体組成

	全体 (n=214)		通所(a) (n=102)		GH(b) (n=50)		有料(c)		p 値
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
BMI	22.9	11.7	23.3	4.0	21.8	3.0	23.0	21.0	N. S
FFMI	15.6	11.3	15.8	1.6	14.1	1.3	16.5	20.8	N. S
SMI	5.5	1.3	5.9	1.0	5.0	1.0	5.1	1.6	a-b**, a-c**
	n	%	n	%	n	%	n	%	
BMI 基準値以下	97	42.5	48	43.2	16	30.8	33	50.8	N. S
FFMI 基準値以下	131	61.2	43	42.2	43	86.0	45	72.6	**
SMI 基準値以下	133	62.1	49	48.0	39	78.0	45	72.6	**

*:p<0.05 **:p<0.01 Bonferroni 法による多重比較

13. 下腿周囲長

下腿周囲長の対象者全体の平均値は、 30.8 ± 4.2 cm だった。通所の平均は 32.5 ± 3.8 cm であり、GH および有料と比較して、有意に長かった。GH の平均値は 30.3 ± 3.3 cm であり、有料の平均値 28.3 ± 4.1 cm と比較して、有意に長かった。

表 15 下腿周囲長 (cm)

全体			通所(a)			GH(b)			有料(c)			p 値
n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	
224	30.8	4.2	108	32.5	3.8	52	30.3	3.3	64	28.3	4.1	a-b**, b-c**, a-c**
基準値以下												
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	p 値		
89	39.7	25	23.1	21	40.4	43	67.2			**		

14. 左側上肢の麻痺・拘縮

左上肢の麻痺もしくは拘縮がある者の割合は、全体では5.4%だったが、有料では14.1%と高く、有意差を認めた。

表 16 左上肢の麻痺・拘縮の有無

		全体		通所		GH		有料		p 値
		n	%	n	%	n	%	n	%	
麻痺・拘縮	なし	210	94.6	108	100	47	94.0	55	85.9	**
	あり	12	5.4	0	0	3	6.0	9	14.1	
	合計	222	100	108	100	50	100	64	100	

*:p<0.05 **:p<0.01 χ^2 検定

15. 握力

握力の全体の平均値は、14.4±6.0kg だった。通所の握力の平均値は、16.2±6.1kg であり、GHの12.9±5.6kg および有料の11.5±4.5kg と比較して、有意に高かった。

表 17 握力

(kg)

全体			通所(a)			GH(b)			有料(c)			p 値
n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	
189	14.4	6.0	104	16.2	6.1	40	12.9	5.6	45	11.5	4.5	a-b**, a-c**
基準値以下												
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
171	90.5	89	85.6	37	92.5	45	100	N.S				

16. 歩行

補助具なしで歩行が可能な者は、対象者全体では40.4%だった。通所で可能な者の割合は53.7%、GHは43.1%だったのに対して、有料は15.6%であり、施設間で有意差を認めた。

表 18 歩行能力

		全体		通所		GH		有料		p 値
		n	%	n	%	n	%	n	%	
歩行	補助具なしで可能	90	40.4	58	53.7	22	43.1	10	15.6	**
	補助具ありで可能	70	31.4	43	39.8	17	33.3	10	15.6	
	不可	63	28.3	7	6.5	12	23.5	44	68.8	

*:p<0.05 **:p<0.01 χ^2 検定

【対面での聞き取り調査】

1. 嚥下質問票 (EAT-10)

EAT-10 の点数の平均値は、 1.1 ± 2.5 点で、各施設間に有意差は認められなかった。

表 1 EAT-10 のスコア (点)

全体			通所 (a)			GH (b)			有料 (c)			p 値
n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	
179	1.1	2.5	103	1.3	3.0	33	0.3	1.0	43	1.1	1.8	N. S

2. 基本チェックリストの質問項目

咀嚼困難感ありは 15.3%、嚥下困難感は 12.7%、口腔乾燥感は 19.3% だった。口腔乾燥感を訴える者の割合が高かったが、施設間での有意差は認められなかった。

表 2 基本チェックリストの質問項目

		全体		通所		GH		有料		p 値
		n	%	n	%	n	%	n	%	
半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	いいえ	160	84.7	88	84.6	36	90.0	36	80.0	N. S
	はい	29	15.3	16	15.4	4	10.0	9	20.0	
	合計	189	100	104	100	40	100	45	100	
お茶や汁物等でむせることがありますか	いいえ	165	87.3	90	86.5	39	97.5	36	80.0	N. S
	はい	24	12.7	14	13.5	1	2.5	9	20.0	
	合計	189	100	104	100	40	100	45	100	
口の渴きが気になりますか	いいえ	151	80.7	78	76.5	35	87.5	38	84.4	N. S
	はい	36	19.3	24	23.5	5	12.5	7	15.6	
	合計	189	100	104	100	40	100	45	100	

*: $p < 0.05$ **: $p < 0.01$ χ^2 検定

以上の結果から、居宅系サービス利用者において、歯科治療が必要であるものの割合が半数を超え、さらに口腔機能の低下が高頻度に認められることから、歯科専門職の介入の必要性が明らかとなった。しかしながら、定期的なアセスメントをはじめとする歯科の介入は十分には行われておらず、口腔機能低下症の概念を含めた歯科の重要性およびその効果の普及啓発が今後必要であると考えられる。また、口腔機能が低下している者が多いにもかかわらず、嚥下調整食が提供されていない状況を見ると、歯科と栄養の複合的介入の必要性もあわせて明らかとなった。口腔および栄養の専門職介入のニーズの高さと、口腔の問題を早期に発見できるスクリーニングツールの開発の必要性が示唆された。

通所介護施設の継続に影響する口腔機能および栄養に関する因子の検討

A. 研究目的

地域包括ケアシステムは、可能な限り住み慣れた地域、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）を構築し、在宅医療・介護の連携推進している。そのためには、在宅生活を困難にする要因を早期に把握し解決する必要がある。本研究は、在宅生活を困難にする要因に対して介入する判断基準を探索することを目的とし、通所介護施設の利用継続に影響する口腔機能および栄養に関連する要因を検討した。

B. 研究方法

対象はA県の通所介護施設を利用している要介護高齢者のうち、2013年、2014年、2015年、2016年のいずれかの調査に参加した79名で2年後の転機が調査可能であった者とした。2年後も通所介護施設を利用していた継続群と、死亡・入所等で利用不可となった非継続群の2群に分けた。

2群間のベースライン比較は χ^2 検定とMann-Whitney U検定を行った。継続の可否を従属変数として、独立変数は性別、年齢、Barthel Index（以下：BI）、臨床認知症評価尺度（以下：CDR）、四肢骨格筋量（以下：SMI）、基礎代謝量、握力、栄養評価（MNA[®]-SF）、下腿周囲径（以下：CC）、シニア向け食欲調査票（以下：CNAQ）、摂食力評価、口腔衛生状態、口腔機能（リンシング、咬筋の緊張、オーラルディアドコキネシス/TA/（以下：ODK/TA/））、反復唾液嚥下テスト（以下：RSST）、改訂水飲みテスト（以下：MWST）、咳テスト）として決定木分析（CHAID）を行なった。

本研究は東京都健康長寿医療センター研究部門倫理委員会の倫理・利益相反委員会の承認を得て実施した（2009年第38号）。調査対象者本人および家族等の代諾者に対して、研究目的、方法、期待される成果について口頭と書面にて説明を行い、同意を得た上で調査を行った。なお、本研究により得られたデータは匿名化し個人を特定できない状態で分析を行った。統計解析には統計解析用ソフトSPSS Statistics 225（IBM社）を用い、有意水準5%未満を有意差ありとした。

C. 研究結果

2群間のベースラインの比較では、非継続群においてCDRの高い者が有意に多かった。BI、握力、MNA[®]-SF、CCでは非継続群で有意に低かった。非継続群は咬筋の緊張が強い者の割合が少なかった（表1・2）。

表1 ベースライン時の比較

項目	全体 (N=79)	継続群 (N=42)	非継続群 (N=37)	p-value
性別 (女性/%)	64(81.0)	37(88.1)	27(73.0)	0.09
CDR				
0: なし	19(24.1)	13(31.0)	6(16.2)	
0.5: 疑わしい	21(26.6)	15(35.7)	6(16.2)	
1: 軽度	28(35.4)	12(28.6)	16(43.2)	0.02
2: 中程度	7(8.9)	2(4.8)	5(13.5)	
3: 重度	4(5.1)	0(0.0)	4(10.8)	
食形態(常食/%)	55(69.6)	30(71.4)	25(67.6)	0.71
リンシング(できる/%)	60(75.9)	35(83.3)	25(67.6)	0.10
ガーグリング(できる/%)	52(65.8)	31(73.8)	21(56.8)	0.11
プラークの付着(なし/%)	47(59.5)	29(69.0)	18(48.6)	0.07
食物残渣(なし/%)	60(75.9)	33(78.6)	27(73.0)	0.56
舌苔(なし/%)	49(62.0)	29(69.0)	20(54.1)	0.17
口腔乾燥(なし/%)	67(84.8)	36(85.7)	31(83.8)	0.81
口臭(なし/%)	68(86.1)	36(85.7)	32(86.5)	0.92
MWST				
1 嚥下なし、むせる and/or 呼吸切迫	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	
2 嚥下あり、むせずに呼吸切迫	1(1.3)	1(2.4)	0(0.0)	
3 嚥下あり、むせる and/or 湿性嘔声	6(7.7)	5(11.9)	1(2.8)	0.24
4 嚥下あり、むせない	13(16.7)	5(11.9)	8(22.2)	
5 4の後に空嚥下が2回/30秒間以上可能	58(74.4)	31(73.8)	27(75.0)	
咳テスト(反射あり/%)	68(89.5)	37(90.2)	31(88.6)	0.81
咬筋の緊張(強い/%)	56(71.8)	34(82.9)	22(59.5)	0.02

表2 ベースライン時の比較

項目	継続群 (N=42)	非継続群 (N=37)	p-value
	mean ± SD	mean ± SD	
年齢(歳)	86.2 ± 6.5	86.8 ± 5.4	0.95
BI(点)	83.0 ± 22.0	68.6 ± 27.5	0.01
MNA [®] -SF(点)	12.4 ± 1.8	11.2 ± 2.4	0.01
CNAQ(点)	30.0 ± 2.7	29.2 ± 2.7	0.18
認知症高齢者の摂食力評価(点)	19.2 ± 1.3	18.9 ± 2.5	0.53
現在歯数(本)	3.9 ± 6.8	2.4 ± 5.5	0.26
機能歯数(本)	25.6 ± 5.4	23.0 ± 9.5	0.30
ODK/TA/(回/秒)	4.1 ± 1.3	4.0 ± 1.5	0.63
RSST(回/30秒)	2.6 ± 1.2	2.6 ± 1.4	0.09
咬合力(N)	61.0 ± 77.5	38.2 ± 80.1	0.68
握力(kg)	14.6 ± 5.5	12.0 ± 5.6	0.04
CC(cm)	31.2 ± 3.6	29.0 ± 3.6	0.02
SMI(kg/m ²)	5.7 ± 1.2	5.3 ± 1.1	0.28
基礎代謝量(kcal)	1069.2 ± 151.1	1038.3 ± 120.3	0.41

決定木分析の結果を図1に示す。ノード0は2年後の通所利用継続42名(53.2%)、非継続37名(46.8%)とした。分析の結果、最優先の要因としてCDR(0.5以下/1以上)($p=0.002$)が挙げられた。CDR1以上39名のうち非継続群が25名(64.1%)であった。2番目の要因は咬筋の緊張(弱い・なし/強い)($p=0.003$)であった。咬筋の緊張が弱い・なし15名のうち非継続群が14名(93.3%)であった。3番目の要因はCC(30cm未満/30cm以上)($p=0.038$)であった。30cm未満の12名全員が非継続群であった。通所介護施設の利用を困難にする要因として、最優先されたのはCDR(1以上)であった。第2の要因は咬筋の緊張(弱い・なし)、第3の要因はCC(30cm未満)であった。

D. 考察

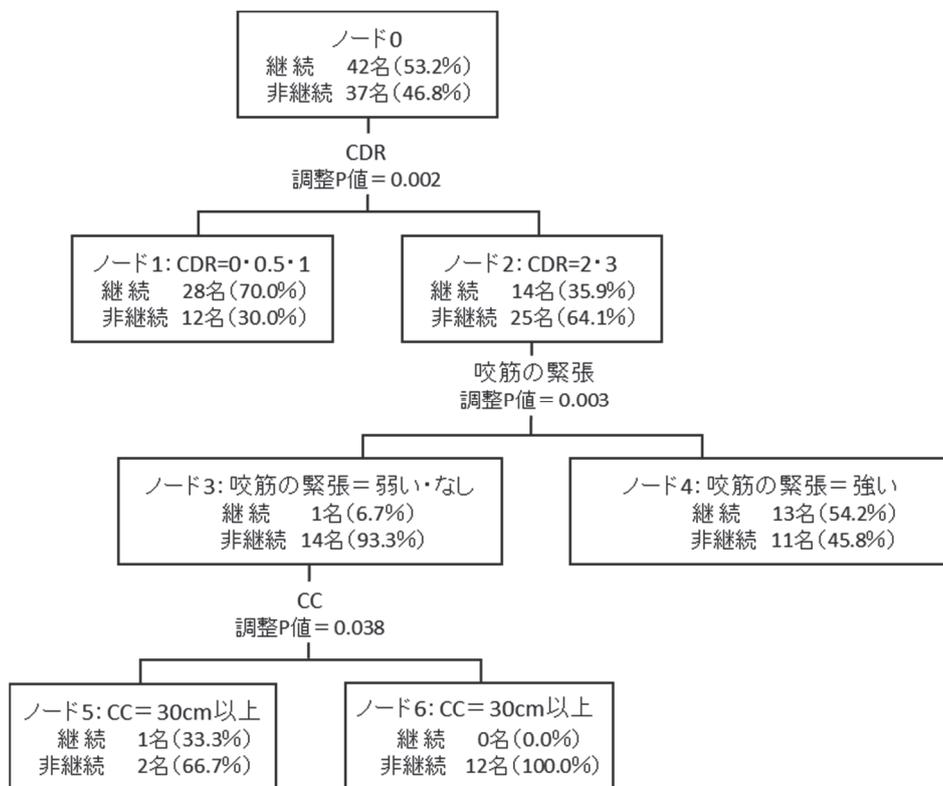


図1 通所介護施設の利用継続に関する決定木

継続群と非継続群の2群間における各要因の比較では、CDR、BI、握力、MNA[®]-SF、CC、咬筋の緊張に有意差がみられた。認知症の重度化や、ADLや筋力の低下、栄養状態の悪化は介護度の重度化の要因として報告されており、本研究でも同様の結果となった。決定木分析の結果では、要介護高齢者の在宅生活を支援するための介入の判断基準として、CDR、咬筋の緊張、CCが抽出された。決定木分析による結果は多変量解析と異なり、必ずしも通所利

用継続に関する要因を全て抽出しているわけではないが、要因間の相互関係を知ることができるという利点がある。

今回抽出された項目は、施設や在宅などでも比較的簡便に評価できることから、介入判断の基準の一つとして、今後も検討していく必要があると思われる。本研究の限界として、特定地域の1施設での結果であり、また利用者のうち同意が得られた者を対象としたためサンプルサイズが少ないこと、介護者の負担や生活状況を配慮していないことから、今後、他地域や他施設でのさらなる検討が必要であると考えられる。

第3部 口腔機能向上加算の効果検証

1. 郵送調査

1) 調査対象

令和元年度老人保健健康増進等事業によって実施した郵送調査の結果より、平成30年度より新規に口腔機能向上加算を導入したと回答した事業所34か所を対象に、郵送質問紙調査を行った。

2) 配布・回収期間

令和元年10月から11月

3) 調査項目

事業所の概要（定員数、稼働日数、1か月間の延べ利用者数と介護度、職員数）、加算の算定状況、口腔機能向上加算の状況と導入による効果等とした。

4) 結果および考察

調査票の返送は、34施設中12施設であり、回収率は35.3%だった。

(1) 事業所の概要

事業所の平均稼働日数は、24.8±2.9日だった。

表1 事業所ごとの延べ利用者の要介護度の内訳（令和元年9月）

	要支援 1.2		要介護 1		要介護 2		要介護 3		要介護 4		要介護 5		その他		計
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
1	110	30.3	118	32.5	83	22.9	29	8.0	13	3.6	3	0.8	7	1.9	363
2	70	74.5	9	9.6	12	12.8	1	1.1	2	2.1	0	0	0	0	94
3	67	13.8	101	20.8	181	37.2	66	13.6	37	7.6	34	7.0	0	0	486
4	99	13.7	192	26.5	230	31.8	108	14.9	67	9.3	28	3.9	0	0	724
5	66	12.3	130	24.3	140	26.2	78	14.6	51	9.5	70	13.1	0	0	535
6	55	35.3	47	30.1	28	17.9	9	5.8	4	2.6	0	0	13	8.3	156
7	14	30.4	10	21.7	13	28.3	5	10.9	4	8.7	0	0	0	0	46
8	40	5.1	335	42.7	229	29.2	92	11.7	53	6.8	36	4.6	0	0	785
9	57	14.1	123	30.4	133	32.9	61	15.1	23	5.7	0	0	7	1.7	404
10	0	0	11	25.0	13	29.5	8	18.2	8	18.2	4	9.1	0	0	44
11	3	1.2	69	28.6	114	47.3	25	10.4	30	12.4	0	0	0	0	241
12	15	34.1	10	22.7	12	27.3	3	6.8	2	4.5	2	4.5	0	0	44
計	596	15.2	1155	29.4	1188	30.3	485	12.4	294	7.5	177	4.5	27	0.7	3922

平均介護職数は、常勤専従 3.1±1.9 人、常勤兼務 0.7±1.2 人、非常勤 3.3±2.6 人だった。平均看護師数は、常勤 0.4±0.5 人、常勤兼務 0.4±0.5 人、非常勤 1.8±1.7 人だった。看護師と並んで口腔機能向上加算に関わる専門職である言語聴覚士および歯科衛生士については、常勤配置している事業所はなく、非常勤でも、言語聴覚士 0.1±0.3 人、歯科衛生士 0.2±0.4 人だった。

表 2 従業員数の状況 (人)

	常勤専従		常勤兼務		非常勤	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
介護職員	3.1	1.9	0.7	1.2	3.3	2.6
看護師	0.4	0.5	0.4	0.5	1.8	1.7
言語聴覚士	—	—	0.1	0.3	0.1	0.3
歯科衛生士	—	—	—	—	0.2	0.4
管理栄養士	—	—	0.2	0.4	0	0
栄養士	—	—	0.1	0.3	0	0
調理師・料理員	—	—	0.2	0.6	0.1	0.3
その他	0.7	1.5	0.7	1.2	0.2	0.6

食形態について回答のあったうち、食事提供を行っていたのは 9 事業所 (75%) だった。主食では、ソフト粥を提供していたのは 1 事業所のみだった。副食については、2 事業所がソフト食の提供を行っていた。主食の「その他」は、ミキサー粥用トロミ添加、副食の「その他」は、ミキサー食 (2 事業所)、トロミあんかけ添加 (1 事業所) だった。

表 3 提供されている食形態 (N=9)

		n	%
主食	普通	8	88.9
	軟飯	7	77.8
	粥	9	100
	ソフト粥	1	11.1
	ミキサー粥	6	66.7
	その他	1	11.1
	副食	普通	8
1cm 角 (一口大) 刻み		9	100
極刻み		8	88.9
ソフト食		2	22.2
その他		3	33.3

栄養改善加算と栄養スクリーニング加算を算定していたのは、同一の 1 事業所のみであり、栄養改善加算の算定人数は 6 人であり、当該事業所の算定割合は 13.0% だった。一方、栄養スクリーニング加算の算定人数は 40 人であり、算定割合は 87.0% だった。

(2) 口腔機能向上加算について

口腔機能向上加算を算定し始めた理由としては、「口腔機能の維持は、重要だと考えたから」が75.0%と最も多かった。口腔機能向上加算に際して、具体的にサービス提供を行っているのは、83.3%と看護師が最も多かった。歯科衛生士および言語聴覚士が行っているのは2事業所のみだった。

表4 口腔機能向上加算を算定し始めた理由 (N=12) (複数回答)

	n	%
口腔機能の維持は、重要だと考えたから	9	75.0
利用者および家族からの要望があったから	4	33.3
サービスが提供できる人材が確保できたから	2	16.7
ほかの事業所との差別化のため	2	16.7
その他 (具体的に)	1	8.3

表5 サービスを提供している専門職 (N=12) (複数回答)

	n	%
看護師	10	83.3
歯科衛生士	2	16.7
言語聴覚士	2	16.7

表6 具体的なサービスの提供内容 (N=12) (複数回答)

	n	%
構音・発声訓練	9	75.0
舌・口唇の機能訓練	8	66.7
嚥下訓練	8	66.7
義歯の清掃管理の指導	8	66.7
口腔衛生指導 (個別)	8	66.7
呼吸訓練	8	66.7
口腔機能に関する教育	6	50.0
咀嚼訓練	6	50.0
日常的なセルフケアへの支援	5	41.7
口腔衛生指導 (集団)	5	41.7
栄養指導	1	8.3

導入に際しての工夫について、自由記述による回答を求めたところ、自宅でも実施できるようなプログラムの工夫や、職員への意識付け、空間への配慮等の工夫が挙げられた。

表7 導入に際して工夫したこと。（自由記述）

・口腔運動時、他者に見られることを嫌う使用者様がいたので個室となる空間を使用した。
・自主トレが自宅でもできるよう表を作って提供した。
・スタッフによる内容の統一。
・全利用者にスクリーニング実施。
・口腔機能向上についての利用者、職員スタッフへの意義づけ。 (全体訓練の導入と定着化)
・居宅介護支援事業所に向けて加算導入のPR活動、HP掲載も含む。
・該当者の個別トレーニング法の設定。
・高齢者が理解し実施出来る訓練の提供。
・自宅でも自分で実施継続出来る訓練の提供。

口腔機能向上加算導入によって得られた効果については、口腔衛生状態の改善が最も多く、次いで口臭の軽減、誤嚥性肺炎の減少、介護職の意識の変化が挙げられた。

表8 口腔機能向上加算導入による効果 (N=12) (複数回答)

	n	%
口腔衛生状態の改善	8	66.7
口臭の軽減	5	41.7
誤嚥性肺炎の減少	4	33.3
介護職員の意識変化	4	33.3
栄養状態の改善	3	25.0
表情の改善 (笑顔が増えた等)	3	25.0
発話の増加	2	16.7
発語明瞭度の改善	2	16.7
生活意欲の改善	2	16.7
認知機能の改善	1	8.3
要介護度の改善	0	0
その他 (具体的に)	1	8.3

介護度別の口腔機能向上加算の算定状況では、各事業所間で算定の割合に差異がなかったが、介護度5では算定者数が少なかった。

表9 各事業所における口腔機能向上加算の算定実績（令和元年9月）

	要支援 1.2		要介護 1		要介護 2		要介護 3		要介護 4		要介護 5		合計
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
事業所 1	6	37.5	5	31.3	3	18.8	2	12.5	0	0	0	0	16
事業所 2	12	70.6	1	5.9	2	11.8	1	5.9	1	5.9	0	0	17
事業所 3	4	14.3	5	17.9	7	25.0	6	21.4	2	7.1	4	0.8	28
事業所 4	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1
事業所 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
事業所 6	53	39.0	45	33.1	27	19.9	7	5.1	4	2.9	0	0	136
事業所 7	0	0	0	0	1	50.0	1	50.0	0	0	0	0	2
事業所 8	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1
事業所 9	—		—		—		—		—		—		—
事業所 10	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	1
事業所 11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
事業所 12	0	0	0	0	0	0	1	33.3	1	33.3	1	33.3	3

※—は未回答

口腔機能向上加算を算定している理由として、自施設（法人内）で、専門職を配置で来ているからと回答したのは7事業所、外部からの委託等により専門職を配置で来ているからと回答したのは1事業所だった。その他の理由としては、「加算対象者が存在するかから」、「希望される利用者の方・ご家族がいた為」が挙げられていた。

表 10 口腔機能向上加算算定に至った経緯（自由記述）

・口腔機能の低下により認知機能に影響がある。更に食事をすることが困難になることで栄養が十分に取れず身体機能の低下にもつながることを知り、有資格者も確保できたため、訓練を取り入れることになった。
・以前から、口腔機能向上加算の算定を検討していたが、本部からのシステム導入が開始となり、算定の運びとなる。
・高齢者にとって口腔機能の維持は重要であり、嚥下訓練や発声訓練により、誤嚥リスクを軽減したり、口内保清に務める事で食事量のアップや体調管理につなげれば、と考えています。
・利用者の口腔機能、特に加齢に伴う嚥下機能の低下が、身体機能の低下とともに著明となってくる傾向がみられたため、スクリーニング実施。病名として、誤嚥性肺炎や嚥下障害の診断がある方とともにハイリスクの対象者を選定。結果として担当の介護支援専門員へ情報提供しケアマネジメントの結果、算定となった。その後は、該当者のサービス担当者会議にて情報提供や家族への指導を行い、持続的に該当利用者の獲得につなげている。
・言語聴覚士を配置していることにより、介護支援専門員、家族、他病院からの訓練の依頼あり。構音、嚥下が主に要望あり。
・自宅で口腔ケアが全く出来ていない利用者の方がおり、口腔内不調・義歯の不具合あり、ご家族よりケアマネジャーに強い希望があった為。※2019年9月現在対象者なし。
・前任者よりの引きつぎにより詳細不明

口腔機能向上加算の算定期間に関して、「3ヶ月以内の期間に限り」は適当だと思いませんか？の質問に対して、短いと回答したのは半数の6事業所だった。

口腔機能向上加算を一度算定した後、継続して算定していない利用者の有無について尋ねたところ、半数の事業所が「いる」と回答していた。

表 11 算定していない理由（複数回答）

口腔機能向上加算の必要性について利用者（家族）の同意を得られなかったため	4
ケアプランから外れたため	4
算定期間が終了したため	2
その他	6

その他の理由として挙げられたのは、以下の通りである。

- ・本人が継続を希望しなかった。
- ・継続実施にて向上が見られたり、自宅でも口腔機能訓練を習慣化し指導者が不要となったりした為。
- ・必要性を説明するも今はまだ大丈夫と現段階で必要と感じていない。

- ・入院、入所、デイサービスに移行など、デイケアの利用がなくなったため。
- ・自宅で自発的に口腔ケアを本人が実施できる習慣が付き、口腔内の清掃の保持が出来るようになった為。
- ・本人が自力で口腔ケアが可能となったため。

現在、口腔機能向上加算を算定していない利用者の中で、必要と思われる利用者があるかの問いに対して、分からないと回答したのは5事業所だった。加算を算定していない理由としては、口腔機能向上加算の必要性について利用者（家族）の同意を得られなかったため(n=6)、利用者の把握を行ったが、ケアプランに反映されなかった(n=3)だった。

その他の理由としては、以下の記述があった。

- ・限度額オーバー。
- ・自分でケアできる方も多く、算定にあたっての曜日に限りがあるため専門職によるピックアップが難しいため。
- ・書類業務の圧迫となる可能性が高く、3ヶ月に1回の評価、報告書、毎月のモニタリング、これを適正に行っていくには、人員が不足。
- ・デイサービスでの個別機能Ⅰ、Ⅱの書類に加えて、さらに口腔となると口腔は15人が最高でも限度と考える。50%以上算定されているところは、人員も配置されているものかと思えます。

2. ヒアリング調査

1) 調査の概要

郵送調査に返答のあった事業所のうち、ヒアリング調査に協力の得られた1事業所において、事業所を訪問し、対面によるヒアリング調査を実施した。

2) 事業所の概要

- ・ 静岡県内の半日型の運動を中心とした地域密着型通所介護（食事提供なし）
- ・ 定員 10名/日

3) ヒアリング結果

(1) 導入のきっかけ

- ・ 施設管理者自身が、口腔の重要性を認識していたこと、また、介護職員の中に歯科衛生士免許保有者がいたため、開始することとなった。
- ・ 導入に当たっては、近隣で既に口腔機能向上加算を導入していた事業所から情報収集を行った。

(2) 加算対象者の選定方法

- ・ 原則として新規利用開始に際して、加算について全例説明を行うほか、見学時には、必ず実際に歯科衛生士によるサービス提供の状況を見てもらうようにしている。
- ・ 現在は、本人もしくは家族の希望、介護支援専門員からの依頼があり、算定を行っている。

(3) 提供状況について

- ・ 歯科衛生士を非常勤として直接雇用し、一人当たり週1回各15分、個別にサービス提供を行っている。
- ・ 複数の通所介護を利用し、ほかの事業所で加算算定されている利用者は除外している。
- ・ 現在55人中15人程度が加算対象となっている。
- ・ 加算を算定していたが、本人や家族の希望により加算を取らなくなるケースもある。目に見えた効果がないと感じられた場合などが主な理由となっている。
- ・ 現在は、歯科衛生士がサービス提供を行っている理由は、機能の評価が一番重要であると考えているためである。機能評価には職種間に差異がある。口腔機能の適切な評価は、歯科口腔領域に関する専門知識を有する歯科衛生士が行うべきであると考えている。機能向上の取り組みとしては言語聴覚士の関与も必要であると思われるが、現状では、言語聴覚士の多くが病院勤務であることから、人材の確保が困難である。
- ・ 口腔機能向上加算にかかるサービス提供の時間以外は、歯科衛生士は、介護職員として勤務に従事している。

(4) 加算算定上の課題

- ・書式が複雑であり、ペーパーワークが多くなること。かける労力にみあった単位数ではないと思われる。
- ・個別的なサービス提供が必要と考えているが、個別対応と全体への対応の2段階方式として、事業所の実情に合わせて加算を取るような形式が良いのではないかと考える。
- ・ケアプランに上がらないと、加算に繋がらないため、口腔機能向上加算をより実装させるためには、介護支援専門員の意識啓発につながる情報提供も必要と考える。

3. 介入調査

1) 調査デザイン

調査に協力の得られた東京都内の通所介護事業所（以下、通所）において、利用者 96 名の口腔の実態調査（スクリーニング調査）を行った後、その結果に基づき、口腔機能・栄養状態に関する 7 項目の指標のうち 4 項目以上該当した者の中から、24 名を介入群 12 名（男性 3 名、女性 9 名）と対照群 12 名（男性 3 名、女性 9 名）に無作為に振り分け、介入群に対してマニュアルを活用し口腔機能向上加算を導入した。3 ヶ月間後、両群の口腔機能、栄養状態を測定することで介入効果を検証する調査をデザインした。なお、使用したマニュアルは郵送調査、ヒアリング調査の結果をもとに作成した。

2) 通所介護事業所におけるスクリーニング調査の結果

(1) 通所介護事業所における口腔の実態調査

通所介護事業所（以下、通所）利用者のうち、調査協力への同意を得られた 96 名（男性 20 名、女性 76 名）を対象に、調査を実施した。口腔内の状態を表 1 に示す。現在歯数の平均値は 10.7 ± 9.8 本、機能歯数の平均値は、 22.8 ± 8.0 本であり、義歯等により比較的機能歯数は維持されていた。口腔衛生状態については、歯垢・デンチャープラーク、舌苔とも半数以上が良好だった。

表 1 口腔内の状態 (N=96)

		n	%	Mean	±	SD
現在歯数	本			10.7	±	9.8
インプラント数	本			<0.01	±	0.2
義歯数	本			11.6	±	11.7
機能歯数	本			22.8	±	8.0
歯科治療受診の必要性	あり	58	60.4			
プラーク	なし	51	53.1			
	中等度	30	31.3			
	高度	13	13.5			
舌苔	なし	54	56.3			
	中等度	37	38.5			
	高度	2	2.1			

口腔機能の調査結果を表 2 に示す。口腔湿潤度、ODK、舌圧の集団平均値が口腔機能低下症の基準値を下回り、RSST もカットオフ値（3 回/30s）以下だった。

表 2 口腔機能の状態 (N=96)

		n	%	Mean	±	SD
TCI	%			23.4	±	20.7
口腔湿潤度				25.8	±	2.6
RSST	回/30s			2.7	±	1.3
ODK/ta/	回/s			4.9	±	1.0
咬筋触診	強い	52	54.2			
	弱い	37	38.5			
	なし	1	1.0			
側頭筋触診	強い	30	31.3			
	弱い	51	53.1			
	なし	8	8.3			
舌圧	kPa			21.8	±	9.3

口腔に関する主観的評価指標の結果を表 3 に示す。基本チェックリストの口腔 3 項目のうち、最も有訴率が高かったのは、口腔乾燥感の 29.2%であった。

表 3 口腔に関する主観的評価指標 (N=96)

			n	%
基本チェックリスト	咀嚼	はい	21	21.9
基本チェックリスト	嚥下	はい	21	21.9
基本チェックリスト	口腔乾燥	はい	28	29.2

握力の平均値は、14.2±6.1kg で、下腿周囲長の平均値は、31.8±3.8cm だった（表 4）。

表 4 握力・下腿周囲長 (N=96)

		Mean	±	SD
握力	kg	14.2	±	6.1
cc	cm	31.8	±	3.8

口腔機能・栄養状態についての判定基準を設定し、口腔機能・栄養状態が低下している者を抽出した結果を表5に示す。低下の該当率が一番高かったのは、現在歯20本未満で71.9%（69名）だった。

表5 口腔機能・栄養状態の低下の基準と割合

	基準値	n	%
TCI	50%以上	16	16.7
口腔湿潤度	27.0 未満	58	60.4
現在歯数	20 本未満	69	71.9
ODK/ta/	6.0 回/s 未満	67	69.8
舌圧	30kPa 未満	65	67.7
RSST	3 回未満	37	38.5
下腿周囲長	34cm 未満	66	68.8

(2) マニュアルを活用した介入による効果検証

ベースライン調査時の介入群12名（男性3名、女性9名）および対照群12名（男性3名、女性9名）の2群比較の結果を表6に示す。介入群と対照群で有意差が認められた項目はなかった。

表6 ベースライン時の比較

		介入群 n (%) Mean±SD	対照群 n (%) Mean±SD	p 値
現在歯数	本	7.7 ± 8.9	9.5 ± 7.7	0.443
インプラント数	本	0 ± 0.0	0 ± 0.0	1.000
義歯数	本	17.1 ± 11.7	11.3 ± 11.1	0.219
機能歯数	本	25.1 ± 5.4	21.2 ± 8.8	0.143
歯科治療受診の必要性	あり	6 (50.0)	10 (83.3)	0.097
プラーク	なし	6 (50.0)	6 (50.0)	
	中等度	4 (33.3)	5 (41.7)	0.801
	高度	2 (16.7)	1 (8.3)	
舌苔	なし	6 (50.0)	4 (33.3)	
	中等度	6 (50.0)	8 (66.7)	0.408
	高度	0 (0)	0 (0)	
TCI	%	26.4 ± 25.4	37 ± 20.3	0.347
ムーカス		25.7 ± 1.8	25.1 ± 3.7	0.799

RSST	回/30s	2.2 ± 0.9	2.2 ± 0.6	0.755
ODK/ta/	回/s	4.4 ± 1.2	4.9 ± 0.7	0.160
咬筋触診	強い	8 (66.7)	5 (41.7)	0.219
	弱い	4 (33.3)	7 (58.3)	
	なし	0 (0)	0 (0)	
側頭筋触診	強い	1 (8.3)	4 (33.3)	0.158
	弱い	11 (91.7)	7 (58.3)	
	なし	0 (0)	1 (8.3)	
舌圧	kPa	14.7 ± 9.5	20.5 ± 5.9	0.089
KCL 咀嚼	はい	8 (66.7)	4 (33.3)	0.102
KCL 嚥下	はい	2 (16.7)	2 (16.7)	1.000
KCL 口腔乾燥	はい	2 (16.7)	4 (33.3)	0.320
握力	kg	15.2 ± 7.0	13.7 ± 5.8	0.786
cc	cm	31.9 ± 4.2	31.7 ± 4.0	0.932
スクリーニング該当数		5.1 ± 1.0	5.3 ± 1.1	0.713
TCI	該当	4 (33.3)	3 (25.0)	0.500
口腔湿潤度	該当	11 (91.7)	8 (66.7)	0.158
現在歯数	該当	9 (75.0)	11 (91.7)	0.295
ODK/ta/	該当	11 (91.7)	11 (91.7)	1.000
舌圧	該当	11 (91.7)	12 (100)	0.500
RSST	該当	7 (58.3)	9 (75.0)	0.333
下腿周囲長	該当	8 (66.7)	9 (75.0)	0.500

Mann-Whitney U test, χ^2 -test

ベースライン調査時および3ヶ月間の介入終了後の介入後調査時の比較結果を表7に示す。なお、新型コロナウイルスの影響のため、介入群の4名および対照群への介入後調査を実施できなかったため、介入群8名（男性3名、女性5名）の結果のみを示す。介入前後の比較の結果、スクリーニングに用いた基準の該当数が有意に減少した。

表7 介入前後の比較

		事前	事後	p 値
		n (%)	n (%)	
		Mean±SD	Mean±SD	
歯科治療受診の 必要性	あり	4 (50.0)	3 (37.5)	1.000
	プラーク	なし	6 (75.0)	
舌苔	中等度・ 高度	5 (62.5)	2 (25.0)	0.250
	なし	4 (50.0)	7 (87.5)	
TCI	中等度・ 高度	4 (50.0)	1 (12.5)	0.250
	%	26.4 ± 27.5	14.6 ± 7.2	
ムーカス		25.3 ± 2.2	25.9 ± 1.9	0.441
RSST	回/30s	2.1 ± 1.0	2.6 ± 0.9	0.480

ODK/ta/	回/s	4.1 ± 0.9	4.9 ± 0.8	0.115
咬筋触診	強い	6 (75.0)	6 (75.0)	1.000
	弱い・なし	2 (25.0)	2 (25.0)	
側頭筋触診	強い	1 (12.5)	4 (50.0)	0.375
	弱い・なし	7 (87.5)	4 (50.0)	
舌圧	kPa	18.4 ± 8.6	21.8 ± 9.1	0.123
KCL 固いもの	はい	4 (50.0)	1 (12.5)	0.250
KCL むせ	はい	2 (25.0)	2 (25.0)	1.000
KCL 口腔乾燥	はい	1 (12.5)	1 (12.5)	1.000
握力	kg	16.1 ± 8.1	16.0 ± 8.3	0.833
cc	cm	32.5 ± 4.8	31.6 ± 4.8	0.050
スクリーニング 該当数		5.2 ± 1.1	4.0 ± 1.5	0.039
TCI	該当	3 (37.5)	0 (0.0)	0.250
ムーカス	該当	7 (87.5)	5 (62.5)	0.500
ODK/ta/	該当	8 (100)	7 (87.5)	1.000
舌圧	該当	7 (87.5)	7 (87.5)	1.000
RSST	該当	5 (62.5)	3 (37.5)	0.625
cc	該当	4 (50.0)	4 (50.0)	1.000

Wilcoxon rank sum test, McNemar test

本調査では、予期せぬ事態から調査の中断を余儀なくされたため、口腔機能向上加算の介入効果を正しく評価することはできなかった。しかしながら、限られた結果から、介入群において口腔機能・栄養状態が改善する可能性が示されたことは興味深い。本結果をもとに効果量を推定し、改めて介入調査を実施し、口腔機能向上加算の効果の検証を行いたいと考える。

第 4 部 全国郵送調査

1) 対象の抽出方法について

在宅療養支援診療所、在宅療養支援歯科診療所、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、栄養ケア・ステーションを対象とした郵送調査を実施した。

栄養ケア・ステーションは、公益社団法人日本栄養士会のホームページに掲載されていた栄養ケア・ステーションならびに認定栄養ケア・ステーションを対象とした全数調査とした（n=156）。在宅療養支援診療所、在宅療養支援歯科診療所、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所については、各事業所につき 500 件を無作為抽出して発送を行った。

無作為抽出の手順は、以下の通り。厚生労働省介護給付費等実態調査報告「介護サービスの年間実需給者数、都道府県別、サービス種別」から、都道府県別の年間受給者数を全国の年間受給者数で除し、得られた割合を元に都道府県別に層化抽出した（表 1）。

在宅療養支援診療所、在宅支援歯科診療所、訪問看護ステーションについては、厚生労働省の各地方厚生局のホームページに掲載された令和元年 9 月時点の届出受理医療機関名簿、届出受理指定訪問看護事業所名簿より無作為抽出を行った。居宅介護支援事業所については、厚生労働省の介護事業所・生活関連情報検索サイトより令和元年 9 月時点の情報を基にリストを作成し、無作為抽出を行った。

2) 配布・回収期間 令和元年 11 月

3) 調査項目

- (1) 事業所の概要（開設年月日、開設主体、職員数、令和元年 9 月の患者（利用者）数および訪問件数
- (2) 口腔の健康管理・栄養管理の実施状況等
- (3) 口腔健康管理に関する外部の専門職との連携状況等
- (4) 自由記載項目：有効な連携手段、歯科との連携に関する好事例、歯科との連携における課題等

4) 倫理的配慮

本研究は、東京都健康長寿医療センター研究部門倫理委員会の承認を得て実施した。

（受付番号：23、承認日：令和元年 8 月 23 日）

表1 都道府県別の調査票送付数

都道府県名	全国介護給付費受給者総数に対する受給者の割合 (%)	発送数	都道府県名	全国介護給付費受給者総数に対する受給者の割合 (%)	発送数
1 北海道	4.6	23	25 滋賀県	1.0	5
2 青森県	0.6	3	26 京都府	2.3	11
3 岩手県	0.9	4	27 大阪府	8.7	43
4 宮城県	1.7	8	28 兵庫県	6.4	32
5 秋田県	0.7	3	29 奈良県	1.2	6
6 山形県	0.8	4	30 和歌山県	1.1	6
7 福島県	1.3	6	31 鳥取県	0.6	3
8 茨城県	1.3	7	32 島根県	0.8	4
9 栃木県	1.3	6	33 岡山県	2.0	10
10 群馬県	1.4	7	34 広島県	3.5	17
11 埼玉県	3.6	18	35 山口県	1.4	7
12 千葉県	3.2	16	36 徳島県	0.8	4
13 東京都	8.1	40	37 香川県	1.0	5
14 神奈川県	5.2	26	38 愛媛県	1.7	9
15 新潟県	2.1	11	39 高知県	0.6	3
16 富山県	0.8	4	40 福岡県	5.0	25
17 石川県	0.9	5	41 佐賀県	0.9	5
18 福井県	0.6	3	42 長崎県	1.4	7
19 山梨県	0.4	2	43 熊本県	1.8	9
20 長野県	1.9	10	44 大分県	1.2	6
21 岐阜県	1.6	8	45 宮崎県	0.8	4
22 静岡県	2.9	14	46 鹿児島県	1.6	8
23 愛知県	6.2	31	47 沖縄県	0.8	4
24 三重県	1.4	7	合計	100	500

2. 量的分析

1) 調査票の回収状況

調査票の返送総数は 651 件で、回収率は 30.2%だった。

表 2 事業所ごとの調査票の回収状況

事業所	発送数	返送数	回収率
在宅療養支援診療所	500	72	14.4%
在宅療養支援歯科診療所	500	156	31.2%
訪問看護ステーション	500	170	34.0%
居宅介護支援事業所	500	202	40.4%
栄養ケア・ステーション	156	51	32.7%
計	2156	651	30.2%

2) 在宅療養支援歯科診療所からの回答結果

(1) 設置主体

開設主体は、個人が 56.9% (87 件) で最も多く、次いで、法人 42.5% (65 件) だった。国・公共機関の詳細は、市町村 1 件、その他 2 件だった。法人はすべて医療法人だった。

表 3 開設主体

	n	%
国・公的機関	3	1.9
社会保険関係団体	0	0.0
法人	66	42.3
個人	87	55.8
合計	156	1.9

(2) 標榜科目

標榜科目は、多い順に、歯科が 98.7% (152 件)、小児歯科 64.9% (100 件) だった。

表 4 標榜科目 (複数回答 n=156)

	n	%
歯科	152	98.7
歯科口腔外科	61	39.6
小児歯科	100	64.9
矯正歯科	53	34.4
その他	2	1.3

(3) 職員数

職員数の平均値は、歯科医師では常勤 1.7±1.1 名、非常勤 2.1±2.3 名だった。一方、歯科衛生士では常勤 2.7±2.0 名、非常勤 2.6±2.5 名だった。

表 5 職員数 (人)

	常勤		非常勤	
	n	平均値±標準偏差	n	平均値±標準偏差
歯科医師	156	1.7±1.1	93	2.1±2.3
歯科衛生士	141	2.7±2.0	119	2.6±2.5
その他	189	10.5±16.1	116	6.8±8.0

(4) 患者数

1 か月間の診療実人数は、外来で 412±396.6 名、訪問診療で 57.0±153.9 名だった。一方、延べ患者数では、外来が 723.2±396.6 名、訪問診療で 132.0±340.6 名だった。

表 6 令和元年 9 月の患者数 (人)

	実人数		延べ人数	
	n	平均値±標準偏差	n	平均値±標準偏差
歯科外来患者数	153	412.3±396.6	151	723.2±396.6
歯科訪問診療患者数	151	57.0±153.9	147	132.0±340.6

(5) 設置基準

在宅支援歯科診療所 1 および 2 以外では、かかりつけ歯科医機能強化型診療所が 66.0% (103 件) で最も多く、次いで、歯科疾患在宅療養管理料 総合医療管理加算が 36.5% (57 件) だった。

表 7 届出を行っている設置基準の内訳 (複数回答 n=156)

	n	%
かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所	103	66.0
在宅療養支援歯科診療所 1	52	33.3
在宅療養支援歯科診療所 2	84	53.8
在宅歯科医療推進加算	24	15.4
地域医療連携体制加算	19	12.2
歯科疾患在宅療養管理料 総合医療管理加算	57	36.5
在宅患者歯科治療時医療管理料	47	30.1
歯科診療特別対応連携加算	23	14.7
歯科治療時医療管理料	56	35.9

(6) 歯科訪問診療に関する算定実績

平成30年度の1年間の算定実績で最も多かったのは、歯科訪問診療料1の86.5%だった。次いで、歯科医師による居宅療養管理指導料だった。

令和元年9月の1か月間の算定回数の平均値で最も多かったのは、歯科訪問診療料3の93.0±326.2回で、次いで、歯科衛生士等による居宅療養管理指導料の62.5±137.1回だった。

表8 算定実績の内訳と算定回数（複数回答 n=156）

	平成30年度の算定実績		令和元年9月の算定回数	
	n	%	n	平均値±標準偏差
歯科医師による居宅療養管理指導料	99	63.5	111	50.4±103.8
歯科衛生士等による居宅療養管理指導料	84	53.8	105	62.5±137.1
歯科訪問診療料1	135	86.5	127	24.3±44.2
歯科訪問診療料2	85	54.5	103	53.0±110.3
歯科訪問診療料3	39	25.0	81	93.0±326.2
訪問歯科衛生指導料（対1人）	78	50.0	96	39.9±186.9
歯科疾患在宅療養管理料	97	62.2	106	42.9±115.1
退院時共同指導料	2	1.3	55	0.0±0.1
在宅患者連携指導料	0	0.0	0	
在宅患者緊急時等カンファレンス料	5	3.2	56	0.0±0.1
摂食機能療法	24	15.4	65	4.0±0.1
在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導料	27	17.3	69	9.7±45.3
その他	1	0.6	0	

(7) 1か月間の訪問先と平均訪問回数

令和元年9月の訪問先で、最も訪問頻度が高かったのは、患者宅の9.8±21.0回で、次いで、介護付有料老人ホームの2.4±4.9回だった。

表9 令和元年9月の訪問先の内訳と平均訪問回数（複数回答 n=156）

	n	平均値±標準偏差
患者宅	130	9.8±21.0
介護付有料老人ホーム	88	2.4±4.9
養護老人ホーム	89	1.4±2.4
軽費老人ホーム（介護型ケアハウス）	76	0.6±1.7
サービス付き高齢者向け住宅	84	1.5±2.4
認知症高齢者グループホーム	90	1.7±3.2
その他	66	2.8±6.0

(8) 訪問頻度

1件当たりの1か月間の訪問回数の平均は、患者宅では、歯科医師が 1.8 ± 2.0 回、歯科衛生士が 2.4 ± 26.4 回だった。施設では、歯科医師が 2.5 ± 2.8 回、歯科衛生士が 2.5 ± 2.7 回だった。

表 10 1件当たりの1か月の訪問回数 (回)

	患者宅1件あたり		施設1件あたり	
	n	平均値±標準偏差	n	平均値±標準偏差
歯科医師	137	1.8 ± 2.0	131	2.5 ± 2.8
歯科衛生士	131	2.4 ± 6.4	124	2.5 ± 2.7

(9) 口腔健康管理を必要とする人数

1か月間で歯科訪問診療の対象者で口腔健康管理を必要とする人数は、令和元年9月の延べ人数で、平均 101 ± 310.8 名、0~25名と回答する歯科診療所の割合が66.7% (82件)で最も多かった。

表 11 口腔健康管理を必要とする対象者数 (人)

	n	%
0~25名	82	66.7
26~50名	13	10.6
51~75名	1	0.8
76~100名	4	3.3
101~125名	3	2.4
126~150名	4	3.3
151名以上	16	13.0
合計	123	100

(10) 歯科訪問診療時の口腔の健康評価の実施

歯科訪問診療時に口腔の健康評価を行っているかについては、71.4% (105件)が、「はい」と回答していた。

表 12 歯科訪問診療時の口腔の健康評価実施の有無

	n	%
はい	105	71.4
いいえ	42	28.6
合計	147	100

「はい」と回答したうち、実際に行っている評価方法について具体的に回答を求めたところ、歯科疾患の有無および口腔衛生状態がともに97.1%（102件）で最も多く、次いで、義歯の状況が95.2%（100件）だった。

表 13 実施している口腔の健康評価の方法（複数回答 n=105）

	n	%
口腔衛生状態（プラーク、食渣残留、舌苔等）	102	97.1
歯科疾患の有無（歯周病、う蝕等）	102	97.1
義歯の状況	100	95.2
臼歯部での咬合の有無	82	78.1
口臭	69	65.7
食事時の食後のムセの有無	67	63.8
食事時間	41	39
食事時の食べこぼしの有無	40	38.1
食事中や食後の痰	39	37.1
頸部聴診	35	33.3
その他	9	8.6

ともに実施している栄養評価の内容については、食事摂取量の把握が、42.9%（45件）で最も多く、次いで、栄養相談の27.6%（29件）だった。栄養管理は行っていないと回答したのは、25.7%（27件）だった。

表 14 ともに実施している栄養評価（複数回答 n=105）

	n	%
食事摂取量の把握	45	42.9
栄養相談	29	27.6
定期的な体重測定	16	15.2
特別食の提供（減塩食、嚥下調整食等）	10	9.5
個別栄養アセスメント	8	7.6
栄養に関するケアプランの作成	3	2.9
その他	8	7.6
栄養管理は行っていない	27	25.7
分からない	6	5.7

実施可能な口腔の健康評価の内容についてたずねたところ、義歯の状況が 93.9%（138 件）で最も多く、次いで、歯科疾患の有無の 92.5%（136 件）だった。

表 15 実施可能な口腔の健康評価の方法（複数回答 n=147）

	n	%
義歯（入れ歯）の状況	138	93.9
歯科疾患の有無（歯周病、う蝕等）	136	92.5
口腔衛生状態（プラーク、食渣残留、舌苔等）	131	89.1
臼歯部での咬合の有無	123	83.7
口臭	109	74.1
食事中や食後のムセの有無	74	50.3
食事時間	56	38.1
食事時の食べこぼしの有無	51	34.7
食事中や食後の痰	48	32.7
頸部聴診	45	30.6
その他	7	4.8
該当なし	2	1.4

(11) 外部の専門職との連携状況

歯科訪問診療時に、口腔健康管理において外部の専門職と連携していると回答したのは、71.2%（104 件）だった。

表 16 外部の専門職との連携状況

	n	%
はい	104	71.2
いいえ	42	28.8
合計	146	100

連携している施設として最も多かったのは、連携医科医療機関の 61.5% (64 件) で、次いで居宅介護支援事業所の 58.7% (61 件) だった。

表 17 連携している施設 (複数回答 n=104)

	n	%
提携医科医療機関	64	61.5
居宅介護支援事業所	61	58.7
地域包括支援センター	49	47.1
訪問看護ステーション	42	40.4
病院歯科・大学病院	39	37.5
提携歯科医療機関	19	18.3
保健所・保健センター	11	10.6
薬局	8	7.7
訪問歯科専門歯科医院	2	1.9
その他	1	1.0

連携している職種で最も多かったのは、介護支援専門員の 82.7% (86 件) で、次いで、医師の 76.0% (79 件)、看護師・保健師の 59.6% (62 件) だった。

表 18 連携している職種 (複数回答 n=104)

	n	%
介護支援専門員	86	82.7
医師	79	76.0
看護師・保健師	62	59.6
歯科医師	31	29.8
言語聴覚士	30	28.8
歯科衛生士	27	26.0
管理栄養士・栄養士	27	26.0
その他	3	2.9

連携に至った依頼ルート（きっかけ）で最も多かったのは、介護支援専門員の 79.8%（83 件）だった。

表 19 連携に至ったきっかけ（複数回答 n=104）

	n	%
介護支援専門員	83	79.8
居宅介護支援事業所	56	53.8
かかりつけ病院・歯科医院・医院	51	49.0
地域包括支援センター	44	42.3
訪問看護ステーション	32	30.8
行政	16	15.4
配食サービス	0	0
その他	7	6.7

(12) 地域単位での多職種との連携状況について

連携を行っている事業所数の平均が最も多かったのは、居宅介護支援事業所の 11.9±28.3 件だった。

表 20 連携を行っている事業所数（複数回答 n=103）

	n	%	平均値±標準偏差
居宅介護支援事業所	78	50.0	11.9±28.3
病院の地域連携室	75	48.1	1.8±1.9
地域包括支援センター	73	46.8	2.0±3.2
在宅療養支援診療所	63	40.4	2.1±6.2
訪問看護ステーション	62	39.7	2.0±2.4
訪問介護事業所（ヘルパーステーション）	47	30.1	1.9±3.6
薬局	46	29.5	0.8±1.2
栄養ケア・ステーション（含認定栄養 CS）	37	23.7	0.1±0.3

サービス担当者会議、地域ケア会議、退院時カンファレンス等、多職種との会議や打ち合わせへの出席状況については、主に歯科医師が出席しているのが43.7%（59件）だった。出席していないと回答したのは、43.7%（59件）だった。

出席していると回答した歯科診療所に対して、平成30年における参加回数について尋ねたところ、平均参加回数は、 5.3 ± 9.4 回だった。

表 21 会議や打ち合わせへの出席状況 (回)

	n	%
主に歯科医師が出席	59	43.7
主に歯科衛生士が出席	9	6.7
主に歯科医師・歯科衛生士が両方出席	8	5.9
出席していない	59	43.7
合計	135	100

(13 口腔の問題の発見と多職種連携)

口腔の問題を発見した時に、多職種が連携して対応しているかどうかについて、「はい」と回答していたのは、62.8%（86件）だった。

表 22 口腔の問題発見時に多職種が連携して対応していますか

	n	%
はい	86	62.8
いいえ	51	37.2
合計	137	100

口腔の問題を発見した時に、連携する職種として最も多かったのは、介護支援専門員の88.4%（76件）で、次いで、医師の82.6%（71件）だった。

表 23 口腔の問題発見時に連携する職種（複数回答 n=86）

	n	%
介護支援専門員	76	88.4
医師	71	82.6
看護師・保健師	48	55.8
歯科医師（他医療機関）	45	52.3
歯科衛生士	44	51.2
介護職種	39	45.3
言語聴覚士	24	27.9
管理栄養士・栄養士	22	25.6
理学療法士	11	12.8
作業療法士	10	11.6
薬剤師	6	7.0
その他	1	1.2

口腔の問題を発見した時に、多職種が連携して対応していると回答した歯科医療機関すべてが、問題の解決につながったと回答していた。

表 24 多職種連携による問題の解決の有無（n=86）

	n	%
はい	86	100
いいえ	0	0
合計	0	100

問題の解決につながった職種としては、医師が58.1%（50件）と最も多く、次いで、介護支援専門員の55.8%（48件）だった。

表 25 問題の解決につながった職種 （複数回答 n=86）

	n	%
医師	50	58.1
介護支援専門員	48	55.8
看護師・保健師	39	45.3
歯科医師（他医療機関）	34	39.5
介護職種	31	36.0
歯科衛生士	26	30.2
言語聴覚士	17	19.8
管理栄養士・栄養士	17	19.8
理学療法士	8	9.3
薬剤師	5	5.8
作業療法士	5	5.8
その他	0	0

2) 歯科以外の事業所からの回答結果

(1) 施設の種別

有効回答数 489 件のうち、在宅療養診療所が 16.4% (80 件)、訪問看護ステーションが 34.2% (167 件)、居宅介護支援事業所 38.9% (190 件)、栄養ケア・ステーションが 10.6% (52 件) であった。

表 1 施設の種別

	n	%
在宅療養支援診療所	80	16.4
訪問看護ステーション	167	34.2
居宅介護支援事業所	190	38.9
栄養ケア・ステーション	52	10.6
合計	489	100

(2) 開設主体

表 2 開設主体の内訳

	n	%
地方公共団体	6	1.2
社会福祉協議会	13	2.7
社会福祉法人	70	14.3
医療法人	156	31.9
社団・財団法人	33	6.7
協同組合および連合会	8	1.6
営利法人（有限会社）	27	5.5
営利法人（株式会社）	110	22.5
特定非営利活動法人	14	2.9
その他	38	7.8
未回答	14	2.9
合計	489	100

(3) 併設している施設

同一敷地内または道路を隔てて隣接する併設施設については、デイサービスが23.9%で最も多く、次いで、病院の14.9%であった。

その他としては、学校法人、合同会社、自営等があった。

表3 併設している施設

	合計 (n=489)		在宅療養支 援診療所 (n=80)		訪問看護ス テーション (n=167)		居宅介護支 援事業所 (n=190)		栄養ケア・ ステーショ ン (n=52)		p 値
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
病院	73	14.9	1	1.3	44	26.3	24	12.6	4	7.7	<0.001
診療所	26	5.3	-	-	14	8.4	6	3.2	6	11.5	N. S.
介護老人保健 施設	55	11.2	4	5.0	28	16.8	21	11.1	2	3.8	0.014
特別養護老人 ホーム	42	8.6	0	0	9	5.4	31	16.3	2	3.8	<0.001
有料老人ホー ム	26	5.3	2	2.5	9	5.4	14	7.4	1	1.9	N. S.
デイケア	63	12.9	7	8.8	28	16.8	27	14.2	1	1.9	0.040
デイサービス	117	23.9	8	10.0	30	18.0	75	39.5	4	7.7	<0.001
ショートステ イ	57	11.7	1	1.3	10	6.0	44	23.2	2	3.8	<0.001
小規模多機能 型居住介護	14	2.9	0	0	7	4.2	7	3.7	0	0	N. S.
その他	168	34.4	7	8.8	59	35.3	83	43.7	19	36.5	<0.001

(4) 職員数

職種ごとの職員数の平均値を表4に示す。常勤では看護師が最も多く、 4.2 ± 2.3 名、非常勤では栄養士・管理栄養士の 3.8 ± 13.1 名であった。

表4 施設ごとの職員数

		常勤				非常勤			
		n	Mean	SD	p 値	n	Mean	SD	p 値
医師	在宅療養支援診療所	75	1.8	1.3	<0.001	30	3.1	3.4	0.002
	居宅介護支援事業所	9	0.4	1.0		9	0.7	1.1	
	訪問看護ステーション	18	0	0		17	0.1	0.5	
	栄養ケア・ステーション	4	1.5	1.3		2	3.0	4.2	
	合計	106	1.3	1.3		58	1.8	2.9	
看護師・保健師	在宅療養支援診療所	67	4.8	4.5	N. S.	44	2.6	1.7	N. S.
	居宅介護支援事業所	22	3.0	3.6		17	2.6	3.9	
	訪問看護ステーション	163	4.1	2.3		138	3.0	2.5	
	栄養ケア・ステーション	5	2.6	1.7		6	2.3	1.8	
	合計	257	4.2	3.1		205	2.9	2.5	
栄養士・管理栄養士	在宅療養支援診療所	17	0.5	0.6	<0.001	13	0.5	0.5	N. S.
	居宅介護支援事業所	8	0.1	0.4		7	0.1	0.4	
	訪問看護ステーション	18	0.1	0.2		16	0.1	0.3	
	栄養ケア・ステーション	39	1.8	1.3		28	8.4	19.0	
	合計	82	1.0	1.2		64	3.8	13.1	
介護支援専門員	在宅療養支援診療所	21	1.1	1.2	<0.001	13	0.6	0.8	0.0342
	居宅介護支援事業所	178	2.9	1.8		71	1.1	1.1	
	訪問看護ステーション	30	1.3	1.7		23	0.4	0.8	
	栄養ケア・ステーション	4	1.5	1.3		2	0.5	0.7	
	合計	233	2.5	1.9		109	0.9	1.0	
薬剤師	在宅療養支援診療所	15	0.3	0.5	<0.001	10	0.3	0.5	<0.001
	居宅介護支援事業所	8	0.9	2.5		5	0	0	
	訪問看護ステーション	17	0	0		15	0	0	
	栄養ケア・ステーション	10	5.3	5.7		6	1.3	0.8	
	合計	50	1.3	3.3		36	0.3	0.6	
理学療法士	在宅療養支援診療所	19	2.1	3.3	N. S.	12	0.4	0.7	N. S.
	居宅介護支援事業所	13	1.0	1.6		8	1.3	2.1	
	訪問看護ステーション	62	1.5	1.3		54	1.3	1.5	
	栄養ケア・ステーション	4	1.3	1.3		3	2.0	2.6	
	合計	98	1.5	1.9		77	1.2	1.5	
作業療法士	在宅療養支援診療所	15	0.7	1.0	N. S.	9	0.2	0.4	N. S.
	居宅介護支援事業所	10	0.8	1.3		7	0.7	1.5	
	訪問看護ステーション	48	1.1	1.1		44	1.1	1.3	
	栄養ケア・ステーション	1	0	0		2	1.5	2.1	
	合計	74	0.9	1.1		62	1.0	1.2	

言語聴覚士	在宅療養支援診療所	13	0.2	0.4	N. S.	8	0	0	N. S.
	居宅介護支援事業所	6	0	0		7	0.3	0.5	
	訪問看護ステーション	29	0.4	0.6		27	0.4	0.6	
	栄養ケア・ステーション	1	0	0		3	0.7	0.6	
	合計	49	0.3	0.5		45	0.3	0.5	

(5) 利用者数

令和元年9月の1か月間の利用者の実人数は、在宅療養支援診療所の706.7±662.2名で最も多く、次いで、栄養ケア・ステーションの240±683.6名だった。延べ人数で最も多かったのも在宅療養支援診療所で、1097.4±977.2名だった。

表5 利用者数の実人数と延べ人数 (名)

	実人数				延べ人数			
	n	Mean	SD	p 値	n	Mean	SD	p 値
在宅療養支援診療所	68	706.7	662.2	<0.001	62	1097.4	977.2	<0.001
居宅介護支援事業所	177	96.2	70.6		92	285.2	1542.5	
訪問看護ステーション	163	71.2	44.8		140	339.2	288.3	
栄養ケア・ステーション	32	240.0	683.6		32	358.3	716.3	
合計	440	191.7	391.1		326	470.0	1011.6	

(6) 訪問施設数

訪問数で最も多かったのは、居宅の 64.2±68.9 件だった。訪問数で、施設間に有意差があったのは、居宅、介護付有料老人ホーム、軽費老人ホームだった。

表 6 訪問施設数

全体		在宅療養支援診療所		訪問看護ステーション		居宅介護支援事業所		栄養ケア・ステーション		p 値
Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
居宅										
64.2	68.9	34.9	59.8	72.8	70.2	79.1	69.4	13.4	24.6	<0.001
介護付有料老人ホーム										
1.8	2.5	2.2	2.9	1.2	1.4	2.9	3.1	1.2	3.0	0.009
養護老人ホーム										
0.7	3.6	1.9	6.5	0	0	0.7	1.6	0	0	N.S.
軽費老人ホーム										
0.9	2.5	0.8	1.5	0.4	0.7	2.1	4.4	0.1	0.4	0.048
サービス付き高齢者向け住宅										
2.1	4.0	2.3	3.1	1.5	1.6	3.3	6.5	0.6	1.8	N.S.
認知症高齢者グループホーム										
1.4	2.6	2.7	4.1	1.0	1.1	0.4	0.9	0	0	0.002
その他										
2.5	5.9	2.9	5.6	0.8	1.0	5.1	9.0	0.4	0.7	0.035

(7) 口腔健康管理の必要性

1 か月間で口腔の健康管理を必要としている利用者の延べ人数の平均は、全体では、23.3±55.0 名、訪問看護ステーションが 36.4±75.8 名で最も多かった。

表 7 口腔健康管理の必要性を把握している人数 (名)

全体		在宅療養支援診療所		訪問看護ステーション		居宅介護支援事業所		栄養ケア・ステーション		p 値
Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
23.3	55.0	27.1	64.0	36.4	75.8	13.6	21.5	5.8	8.8	0.002

(8) 口腔健康評価・栄養評価について

口腔健康評価・栄養評価をしていると回答していたのは、全体の45.6%（208件）であり、最も割合が高かったのは、訪問看護ステーションの56.1%（88件）で、群間に有意差が認められた。

表8 口腔健康評価・栄養評価の実施の有無

	合計		在宅療養支援診療所		訪問看護ステーション		居宅介護支援事業所		栄養ケア・ステーション		p 値
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
はい	208	45.6	31	40.3	88	56.1	66	37.9	23	47.9	0.007
いいえ	248	54.4	46	59.7	69	43.9	108	62.1	25	52.1	
合計	456	100	77	100	157	100	174	100	48	100	

(9) 実施している評価方法と職種

食事中や食後のムセの有無を評価している職種は、全体では看護職が67.8%（141件）で最も多かった。

表9 食事中や食後のムセの有無

	合計 (n=208)		在宅療養支援診療所 (n=31)		訪問看護ステーション (n=88)		居宅介護支援事業所 (n=66)		栄養ケア・ステーション (n=23)		p 値
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
介護職	74	35.6	12	38.7	13	14.8	45	68.2	4	17.4	<0.001
看護職	141	67.8	20	64.5	83	94.3	35	53.0	3	13.0	<0.001
歯科専門職	22	10.6	3	9.7	3	3.4	13	19.7	3	13.0	0.009
管理栄養士・栄養士	31	14.9	1	3.2	3	3.4	9	13.6	18	78.3	<0.001
リハビリテーション専門職	58	27.9	4	12.9	31	35.2	20	30.3	3	13.0	N.S.
実施していない	11	5.3	5	16.1	1	1.1	3	4.5	2	8.7	0.007

食事中や食後の痰を評価している職種で最も多かったのは、全体では看護職の65.4%（136件）だった。

表 10 食事中や食後の痰

	合計 (n=208)		在宅療養 支援診療 所 (n=31)		訪問看護 ステーシ ョン (n=88)		居宅介護 支援事業 所 (n=66)		栄養ケ ア・ステ ーション (n=23)		p 値
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
介護職	56	26.9	10	32.3	13	14.8	30	45.5	3	13.0	<0.001
看護職	136	65.4	20	64.5	78	88.6	34	51.5	4	17.4	<0.001
歯科専門職	15	7.2	2	6.5	1	1.1	9	13.6	3	13.0	0.008
管理栄養士・ 栄養士	21	10.1	0	0	0	0	6	9.1	15	65.2	<0.001
リハビリテー ション専門職	49	23.6	4	12.9	26	29.5	16	24.2	3	13.0	0.206
実施してい ない	16	7.7	5	16.1	3	3.4	6	9.1	2	8.7	0.102

食事時の食べこぼしの有無について評価している職種で最も多かったのは、全体では看護職の 46.6% (97 件) だった。

表 11 食事時の食べこぼしの有無

	合計 (n=208)		在宅療養 支援診療 所 (n=31)		訪問看護 ステーシ ョン (n=88)		居宅介護 支援事業 所 (n=66)		栄養ケ ア・ステ ーション (n=23)		p 値
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
介護職	73	35.1	13	41.9	15	17.0	41	62.1	4	17.4	<0.001
看護職	97	46.6	14	45.2	59	67.0	21	31.8	3	13.0	<0.001
歯科専門職	12	5.8	2	6.5	1	1.1	6	9.1	3	13.0	0.063
管理栄養士 ・栄養士	24	11.5	1	3.2	1	1.1	7	10.6	15	65.2	<0.001
リハビリテー ション専門職	39	18.8	3	9.7	21	23.9	13	19.7	2	8.7	0.170
実施してい ない	19	9.1	5	16.1	6	6.8	6	9.1	2	8.7	0.470

食事時間について評価している職種で最も多かったのは、全体では看護職の 47.1% (98 件) で、次いで、介護職の 32.2% (67 件) だった。

表 12 食事時間

	合計 (n=208)		在宅療養 支援診療 所 (n=31)		訪問看護 ステーシ ョン (n=88)		居宅介護 支援事業 所 (n=66)		栄養ケ ア・ステ ーション (n=23)		p 値
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
介護職	67	32.2	13	41.9	14	15.9	36	54.5	4	17.4	<0.001
看護職	98	47.1	13	41.9	61	69.3	22	33.3	2	8.7	<0.001
歯科専門職	12	5.8	2	6.5	1	1.1	6	9.1	3	13.0	N.S.
管理栄養士・栄 養士	30	14.4	2	6.5	3	3.4	7	10.6	18	78.3	<0.001
リハビリテーシ ョン専門職	37	17.8	2	6.5	19	21.6	12	18.2	4	17.4	N.S.
実施していない	23	11.1	6	19.4	6	6.8	9	13.6	2	8.7	N.S.

頸部聴診で評価している職種で最も多かったのは、全体では看護職の 30.8% (64 件) で、次いで、介護職の 32.2% (67 件) だった。

表 13 頸部聴診

	合計 (n=208)		在宅療養 支援診療 所 (n=31)		訪問看護 ステーシ ョン (n=88)		居宅介護 支援事業 所 (n=66)		栄養ケ ア・ステ ーション (n=23)		p 値
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
介護職	4	1.9	0	0	2	2.3	1	1.5	1	4.3	N.S.
看護職	64	30.8	7	22.6	47	53.4	8	12.1	2	8.7	<0.001
歯科専門職	17	8.2	1	3.2	3	3.4	9	13.6	4	17.4	0.008
管理栄養士・栄 養士	8	3.8	0	0	2	2.3	0	0	6	26.1	<0.001
リハビリテーシ ョン専門職	27	13.0	1	3.2	13	14.8	9	13.6	4	17.4	N.S.
実施していない	37	17.8	9	29.0	10	11.4	15	22.7	3	13.0	0.005

プラークや食物残渣、舌苔といった口腔衛生状態を評価している職種で最も多かったのは、看護職の 55.8% (116 件) で、次いで、歯科専門職の 22.1% (46 件) だった。

表 14 口腔衛生状態

	合計 (n=208)		在宅療養 支援診療 所 (n=31)		訪問看護 ステーシ ョン (n=88)		居宅介護 支援事業 所 (n=66)		栄養ケ ア・ステ ーション (n=23)		p 値
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
介護職	43	20.7	8	25.8	10	11.4	23	34.8	2	8.7	0.001
看護職	116	55.8	16	51.6	74	84.1	24	36.4	2	8.7	<0.001
歯科専門職	46	22.1	3	9.7	10	11.4	26	39.4	7	30.4	<0.001
管理栄養士・栄 養士	13	6.3	0	0	1	1.1	3	4.5	9	39.1	<0.001
リハビリテーシ ョン専門職	31	14.9	2	6.5	17	19.3	10	15.2	2	8.7	N.S.
実施していない	19	9.1	6	19.4	2	2.3	8	12.1	3	13.0	0.010

義歯（入れ歯）の状況を評価している専門職で最も多かったのが、看護師の 54.8% (114 件) で、次いで、介護職の 28.4% (59 件) だった。

表 15 義歯（入れ歯）の状況

	合計 (n=208)		在宅療養 支援診療 所 (n=31)		訪問看護 ステーシ ョン (n=88)		居宅介護 支援事業 所 (n=66)		栄養ケ ア・ステ ーション (n=23)		p 値
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
介護職	59	28.4	9	29.0	10	11.4	36	54.5	4	17.4	<0.001
看護職	114	54.8	15	48.4	68	77.3	28	42.4	3	13.0	<0.001
歯科専門職	46	22.1	3	9.7	10	11.4	26	39.4	7	30.4	<0.001
管理栄養士・栄 養士	18	8.7	2	6.5	0	0	4	6.1	12	52.2	<0.001
リハビリテーシ ョン専門職	31	14.9	1	3.2	15	17.0	12	18.2	3	13.0	N.S.
実施していない	16	7.7	5	16.1	4	4.5	4	6.1	3	13.0	N.S.

臼歯部（奥歯）での咬合の有無を評価していないとの回答が最も多く、21.6%（45件）だった。評価をしている専門職で最も多かったのは、歯科専門職の18.8%（39件）だった。

表 16 臼歯部（奥歯）での咬合の有無

	合計 (n=208)		在宅療養 支援診療 所 (n=31)		訪問看護 ステーシ ョン (n=88)		居宅介護 支援事業 所 (n=66)		栄養ケ ア・ステ ーション (n=23)		p 値
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
介護職	9	4.3	0	0	3	3.4	5	7.6	1	4.3	N. S.
看護職	31	14.9	3	9.7	20	22.7	7	10.6	1	4.3	0.003
歯科専門職	39	18.8	3	9.7	9	10.2	20	30.3	7	30.4	0.019
管理栄養士・栄 養士	8	3.8	0	0	1	1.1	3	4.5	4	17.4	0.005
リハビリテーシ ョン専門職	15	7.2	0	0	7	8.0	6	9.1	2	8.7	N. S.
実施していない	45	21.6	10	32.3	15	17.0	16	24.2	4	17.4	N. S.

歯周病やむし歯といった歯科疾患の有無の評価については、看護職が最も多く、30.8%（64件）、次いで、歯科専門職の21.6%（45件）だった。

表 17 歯科疾患の有無

	合計 (n=208)		在宅療養 支援診療 所 (n=31)		訪問看護 ステーシ ョン (n=88)		居宅介護 支援事業 所 (n=66)		栄養ケ ア・ステ ーション (n=23)		p 値
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
介護職	17	8.2	3	9.7	3	3.4	9	13.6	2	8.7	N. S.
看護職	64	30.8	10	32.3	40	45.5	13	19.7	1	4.3	<0.001
歯科専門職	45	21.6	3	9.7	10	11.4	25	37.9	7	30.4	<0.001
管理栄養士・栄 養士	6	2.9	0	0	0	0	3	4.5	3	13.0	0.002
リハビリテーシ ョン専門職	16	7.7	1	3.2	9	10.2	5	7.6	1	4.3	N. S.
実施していない	33	15.9	8	25.8	12	13.6	10	15.2	3	13.0	N. S.

口臭についての評価を行っている職種で最も多かったのは、看護職の 47.6% (99 件) で、次いで、介護職の 21.2% (44 件) だった。

表 18 口臭

	合計 (n=208)		在宅療養 支援診療 所 (n=31)		訪問看護 ステーシ ョン (n=88)		居宅介護 支援事業 所 (n=66)		栄養ケ ア・ステ ーション (n=23)		p 値
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
介護職	44	21.2	8	25.8	10	11.4	23	34.8	3	13.0	<0.001
看護職	99	47.6	14	45.2	67	76.1	17	25.8	1	4.3	<0.001
歯科専門職	34	16.3	3	9.7	7	8.0	19	28.8	5	21.7	<0.001
管理栄養士・栄 養士	12	5.8	0	0	2	2.3	3	4.5	7	30.4	<0.001
リハビリテーシ ョン専門職	29	13.9	2	6.5	17	19.3	8	12.1	2	8.7	N.S.
実施していない	25	12.0	5	16.1	6	6.8	11	16.7	3	13.0	N.S.

実施している栄養評価の項目で一番多かったのは、食事摂取量の把握の 90.4% (188 件) で、次いで、定期的な体重測定が 80.8% (168 件) だった。

表 19 実施している栄養評価

	合計 (n=208)		在宅療養 支援診療 所 (n=31)		訪問看護 ステーシ ョン (n=88)		居宅介護 支援事業 所 (n=66)		栄養ケ ア・ステ ーション (n=23)		p 値
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
定期的な体重測定	168	80.8	27	87.1	75	85.2	46	69.7	20	87.0	N.S.
食事摂取量の把握	188	90.4	28	90.3	85	96.6	53	80.3	22	95.7	N.S.
個別栄養アッセメン ト	81	38.9	10	32.3	35	39.8	13	19.7	23	100	<0.001
栄養に関するケアプ ランの作成	56	26.9	6	19.4	17	19.3	16	24.2	17	73.9	<0.001
特別食の提供	95	45.7	14	45.2	42	47.7	26	39.4	13	56.5	N.S.
栄養相談	110	52.9	12	38.7	57	64.8	20	30.3	21	91.3	<0.001
その他	20	9.6	3	9.7	7	8.0	3	4.5	7	30.4	0.006
行っていない	7	3.4	0	0	0	0	6	9.1	1	4.3	0.010
分からない	3	1.4	2	6.5	0	0	1	1.5	0	0	N.S.

(9) 事業所内の職員で実施可能な口腔健康評価の項目

食事中や食後のムセの有無の評価を実施可能な専門職で最も多かったのは、看護師の43.1% (211件) で、次いで、介護職の20.0% (98件) だった。

表 20 食事中や食後のムセの有無

	合計 (n=208)		在宅療養 支援診療 所 (n=31)		訪問看護 ステー ション (n=88)		居宅介護 支援事業 所 (n=66)		栄養ケ ア・ステ ーション (n=23)		p 値
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
介護職	98	20.0	13	16.3	18	10.8	65	34.2	2	3.8	<0.001
看護職	211	43.1	37	46.3	133	79.6	37	19.5	4	7.7	<0.001
歯科専門職	16	3.3	1	1.3	1	0.6	10	5.3	4	7.7	0.002
管理栄養士・ 栄養士	43	8.8	5	6.3	3	1.8	5	2.6	30	57.7	<0.001
リハビリテー ション専門職	59	12.1	3	3.8	41	24.6	13	6.8	2	3.8	<0.001
該当なし	57	11.7	17	21.3	4	2.4	32	16.8	4	7.7	<0.001

食事中や食後の痰について、評価可能な職種として最も多かったのは、看護師の41.7% (204件) で、次いで、介護職の16.2% (79件) だった。

表 21 食事中や食後の痰

	合計 (n=208)		在宅療養 支援診療 所 (n=31)		訪問看護ス テーション (n=88)		居宅介護 支援事業 所 (n=66)		栄養ケ ア・ステ ーション (n=23)		p 値
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
介護職	79	16.2	12	15.0	19	11.4	46	24.2	2	3.8	<0.001
看護職	204	41.7	35	43.8	130	77.8	35	18.4	4	7.7	<0.001
歯科専門職	13	2.7	1	1.3	0	0	9	4.7	3	5.8	0.001
管理栄養士・ 栄養士	31	6.3	4	5.0	1	0.6	4	2.1	22	42.3	<0.001
リハビリテー ション専門職	55	11.2	3	3.8	40	24.0	10	5.3	2	3.8	<0.001
該当なし	61	12.5	17	21.3	4	2.4	34	17.9	6	11.5	<0.001

食事時の食べこぼしについて、評価可能な職種として最も多かったのは、看護師の38.4%（188件）で、次いで、介護職の18.8%（92件）だった。

表 22 食事時の食べこぼしの有無

	合計 (n=208)		在宅療養 支援診療 所 (n=31)		訪問看護 ステーシ ョン (n=88)		居宅介護 支援事業 所 (n=66)		栄養ケ ア・ステ ーション (n=23)		p 値
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
介護職	92	18.8	12	15.0	19	11.4	59	31.1	2	3.8	<0.001
看護職	188	38.4	33	41.3	121	72.5	30	15.8	4	7.7	<0.001
歯科専門職	14	2.9	1	1.3	1	0.6	8	4.2	4	7.7	0.007
管理栄養士・ 栄養士	39	8.0	3	3.8	2	1.2	4	2.1	30	57.7	<0.001
リハビリテー ション専門職	50	10.2	2	2.5	37	22.2	9	4.7	2	3.8	<0.001
該当なし	60	12.3	17	21.3	4	2.4	35	18.4	4	7.7	<0.001

食事時間について、評価可能な職種として最も多かったのは、看護師の38.0%（186件）で、次いで、介護職の17.2%（84件）だった。

表 23 食事時間

	合計 (n=208)		在宅療養 支援診療 所 (n=31)		訪問看護 ステーシ ョン (n=88)		居宅介護 支援事業 所 (n=66)		栄養ケ ア・ステ ーション (n=23)		p 値
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
介護職	84	17.2	12	15.0	19	11.4	51	26.8	2	3.8	<0.001
看護職	186	38.0	33	41.3	117	70.1	32	16.8	4	7.7	<0.001
歯科専門職	14	2.9	1	1.3	1	0.6	8	4.2	4	7.7	0.007
管理栄養士・ 栄養士	39	8.0	4	5.0	1	0.6	4	2.1	30	57.7	<0.001
リハビリテー ション専門職	50	10.2	2	2.5	37	22.2	9	4.7	2	3.8	<0.001
該当なし	61	12.5	17	21.3	5	3.0	35	18.4	4	7.7	<0.001

頸部聴診による評価を実施可能な職種として最も多かったのは、看護師の 27.4% (186 件) だった。該当なしが、16.2% (79 件) だった。

表 24 頸部聴診

	合計 (n=208)		在宅療養 支援診療 所 (n=31)		訪問看護 ステーシ ョン (n=88)		居宅介護 支援事業 所 (n=66)		栄養ケ ア・ステ ーション (n=23)		p 値
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
介護職	10	2.0	4	5.0	5	3.0	0	0	1	1.9	N. S.
看護職	134	27.4	20	25.0	99	59.3	13	6.8	2	3.8	<0.001
歯科専門職	12	2.5	1	1.3	2	1.2	6	3.2	3	5.8	0.018
管理栄養士・ 栄養士	13	2.7	2	2.5	1	0.6	1	0.5	9	17.3	<0.001
リハビリテー ション専門職	36	7.4	2	2.5	25	15.0	7	3.7	2	3.8	0.026
該当なし	79	16.2	21	26.3	7	4.2	41	21.6	10	19.2	<0.001

口腔衛生状態を評価可能な職種として最も多かったのは、看護師の 35.2% (172 件) だった。該当なしが、14.7% (72 件) だった。

表 25 口腔衛生状態

	合計 (n=208)		在宅療養 支援診療 所 (n=31)		訪問看護 ステーシ ョン (n=88)		居宅介護 支援事業 所 (n=66)		栄養ケ ア・ステ ーション (n=23)		p 値
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
介護職	51	10.4	10	12.5	15	9.0	25	13.2	1	1.9	0.003
看護職	172	35.2	23	28.8	120	71.9	27	14.2	2	3.8	<0.001
歯科専門職	28	5.7	2	2.5	6	3.6	16	8.4	4	7.7	0.002
管理栄養士・ 栄養士	14	2.9	3	3.8	0	0	0	0	11	21.2	<0.001
リハビリテー ション専門職	39	8.0	2	2.5	27	16.2	8	4.2	2	3.8	0.009
該当なし	72	14.7	21	26.3	5	3.0	37	19.5	9	17.3	<0.001

義歯（入れ歯）の状況を評価可能な職種として最も多かったのは、看護師の 36.0%（176 件）で、次いで、介護職が、16.4%（80 件）だった。

表 26 義歯（入れ歯）の状況

	合計 (n=208)		在宅療養 支援診療 所 (n=31)		訪問看護 ステー ション (n=88)		居宅介護 支援事業 所 (n=66)		栄養ケ ア・ステ ーション (n=23)		p 値
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
介護職	80	16.4	10	12.5	16	9.6	53	27.9	1	1.9	<0.001
看護職	176	36.0	22	27.5	119	71.3	32	16.8	3	5.8	<0.001
歯科専門職	23	4.7	2	2.5	4	2.4	13	6.8	4	7.7	0.017
管理栄養士・ 栄養士	12	2.5	2	2.5	0	0	0	0	10	19.2	<0.001
リハビリテー ション専門職	40	8.2	3	3.8	24	14.4	11	5.8	2	3.8	N.S.
該当なし	72	14.7	20	25.0	6	3.6	35	18.4	11	21.2	<0.001

臼歯部の咬合の有無については、該当なしが 18.8%（92 件）で最も多かった。実施可能な職種として最も多かったのは、看護職の 13.1（64 件）だった。

表 27 臼歯部（奥歯）での咬合の有無

	合計 (n=208)		在宅療養 支援診療 所 (n=31)		訪問看護 ステー ション (n=88)		居宅介護 支援事業 所 (n=66)		栄養ケ ア・ステ ーション (n=23)		p 値
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
介護職	15	3.1	6	7.5	6	3.6	2	1.1	1	1.9	N.S.
看護職	64	13.1	8	10.0	48	28.7	7	3.7	1	1.9	<0.001
歯科専門職	30	6.1	2	2.5	7	4.2	18	9.5	3	5.8	0.008
管理栄養士・ 栄養士	5	1.0	0	0	0	0	0	0	5	9.6	<0.001
リハビリテー ション専門職	21	4.3	2	2.5	12	7.2	7	3.7	0	0	N.S.
該当なし	92	18.8	25	31.3	16	9.6	40	21.1	11	21.2	<0.001

歯科疾患の有無について評価可能な職種として最も多かったのは、看護職の 20.9% (102 件) だった。該当なしが、18.0% (88 件) だった。

表 28 歯科疾患の有無

	合計 (n=208)		在宅療養 支援診療 所 (n=31)		訪問看護 ステー ション (n=88)		居宅介護 支援事業 所 (n=66)		栄養ケ ア・ステ ーション (n=23)		p 値
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
介護職	23	4.7	7	8.8	7	4.2	8	4.2	1	1.9	N. S.
看護職	102	20.9	18	22.5	68	40.7	13	6.8	3	5.8	<0.001
歯科専門職	32	6.5	2	2.5	8	4.8	19	10.0	3	5.8	0.005
管理栄養士・ 栄養士	5	1.0	1	1.3	0	0	0	0	4	7.7	<0.001
リハビリテー ション専門職	20	4.1	1	1.3	13	7.8	6	3.2	0	0	0.044
該当なし	88	18.0	23	28.8	14	8.4	40	21.1	11	21.2	<0.001

口臭の有無について評価可能な職種として最も多かったのは、看護職の 37.2% (182 件) で、次いで、介護職の 16.0 (78 件) だった。

表 29 口臭

	合計 (n=208)		在宅療養 支援診療 所 (n=31)		訪問看護 ステー ション (n=88)		居宅介護 支援事業 所 (n=66)		栄養ケ ア・ステ ーション (n=23)		p 値
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
介護職	78	16.0	12	15.0	17	10.2	47	24.7	2	3.8	<0.001
看護職	182	37.2	28	35.0	121	72.5	30	15.8	3	5.8	<0.001
歯科専門職	21	4.3	1	1.3	3	1.8	13	6.8	4	7.7	0.001
管理栄養士・ 栄養士	15	3.1	1	1.3	1	0.6	1	0.5	12	23.1	<0.001
リハビリテー ション専門職	43	8.8	1	1.3	32	19.2	9	4.7	1	1.9	<0.001
該当なし	66	13.5	18	22.5	3	1.8	36	18.9	9	17.3	<0.001

(10) 外部の専門職との連携

外部の専門職との連携については、全体の66.7%が、「している」と回答していた。特に連携していると回答した割合が最も高かったのは、居宅介護支援事業所の76.8%（146件）だった。

表 30 連携の有無

	合計 (n=489)		在宅療養支援診療所 (n=80)		訪問看護ステーション (n=167)		居宅介護支援事業所 (n=190)		栄養ケア・ステーション (n=52)		p 値
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
はい	326	66.7	40	50.0	114	68.3	146	76.8	26	50.0	<0.001
いいえ	163	33.3	40	50.0	53	31.7	44	23.2	26	50.0	
合計	489	100	80	100	167	100	190	100	52	100	

連携していると回答した中で、具体的な連携先について複数回答で回答を求めたところ、訪問歯科専門歯科医院が、60.7%（198件）で最も多く、連携歯科医療機関の20.6%（67件）と合わせると8割強を占めていた。

表 31 連携している施設（複数回答）

	合計 (n=326)		在宅療養支援診療所 (n=40)		訪問看護ステーション (n=167)		居宅介護支援事業所 (n=146)		栄養ケア・ステーション (n=26)		p 値
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
提携歯科医療機関	67	20.6	15	37.5	19	11.4	27	18.5	6	23.1	0.036
訪問歯科専門歯科医院	198	60.7	15	37.5	62	37.1	110	75.3	11	42.3	<0.001
連携医療機関	81	24.8	7	17.5	42	25.1	25	17.1	7	26.9	0.002
訪問看護ステーション	113	34.7	21	52.5	11	6.6	69	47.3	12	46.2	<0.001
薬局	41	12.6	7	17.5	13	7.8	16	11.0	5	19.2	N.S.
地域包括支援センター	51	15.6	7	17.5	22	13.2	15	10.3	7	26.9	N.S.
保健所・保健センター	15	4.6	1	2.5	7	4.2	5	3.4	2	7.7	N.S.
居宅介護支援事業所	80	24.5	11	27.5	50	29.9	9	6.2	10	38.5	<0.001
近隣の歯科医院・診療所（未提携）	102	31.3	18	45.0	31	18.6	47	32.2	6	23.1	N.S.
その他	34	10.4	0	0	7	4.2	23	15.8	4	15.4	0.008

連携している職種で最も多かったのが、歯科医師の 73.6% (240 件) で、次いで歯科衛生士の 53.7% (175 件) だった。

依頼ルートで最も多かったのが、かかりつけ病院・歯科医院・医院の 54.0% (176 件) だった。

表 32 連携している職種 (複数回答)

	合計 (n=326)		在宅療養 支援診療 所 (n=40)		訪問看護 ステーシ ョン (n=167)		居宅介護 支援事業 所 (n=146)		栄養ケ ア・ステ ーション (n=26)		p 値
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
医師	110	33.7	11	27.5	55	32.9	32	21.9	12	46.2	<0.001
歯科医師	240	73.6	34	85.0	74	44.3	115	78.8	17	65.4	0.014
歯科衛生士	175	53.7	13	32.5	61	36.5	86	58.9	15	57.7	0.029
言語聴覚士	93	28.5	8	20.0	29	17.4	46	31.5	10	38.5	N.S.
管理栄養士 栄養士	68	20.9	9	22.5	30	18.0	17	11.6	12	46.2	<0.001
看護師 保健師	126	38.7	20	50.0	29	17.4	67	45.9	10	38.5	0.003
介護支援 専門員	117	35.9	18	45.0	64	38.3	20	13.7	15	57.7	<0.001
その他	18	5.5	1	2.5	6	3.6	7	4.8	4	15.4	<0.001

表 33 連携に至った依頼ルート (きっかけ) (複数回答)

	合計 (n=326)		在宅療養 支援診療 所 (n=40)		訪問看護 ステーシ ョン (n=167)		居宅介護 支援事業 所 (n=146)		栄養ケ ア・ステ ーション (n=26)		p 値
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
介護支援専門員	168	51.5	24	60.0	74	44.3	55	37.7	15	57.7	<0.001
かかりつけ病院・ 歯科医院・医院	176	54.0	19	47.5	65	38.9	79	54.1	13	50.0	N.S.
行政	17	5.2	3	7.5	6	3.6	5	3.4	3	11.5	N.S.
地域包括支援セン ター	47	14.4	7	17.5	18	10.8	15	10.3	7	26.9	N.S.
居宅介護支援事業 所	78	23.9	13	32.5	32	19.2	22	15.1	11	42.3	0.004
訪問看護ステーシ ョン	96	29.4	13	32.5	16	9.6	56	38.4	11	42.3	<0.001
配食サービス	6	1.8	1	2.5	1	0.6	3	2.1	1	3.8	N.S.
その他	64	19.6	7	17.5	17	10.2	32	21.9	8	30.8	N.S.

(11) 口腔の問題を発見した時の対応

口腔の問題を発見した時に、多職種で連携して対応しているかの質問に、79.3%が「はい」と回答していた。「はい」と回答した割合が最も高かったのが、訪問看護ステーションの87.4%（139件）だった。

表 34 口腔の問題を発見した時に多職種で連携しているか

	合計		在宅療養支援診療所		訪問看護ステーション		居宅介護支援事業所		栄養ケア・ステーション		p 値
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
はい	372	79.3	52	65.8	139	87.4	152	82.6	29	61.7	<0.001
いいえ	97	20.7	27	34.2	20	12.6	32	17.4	18	38.3	
合計	469	100	79	100	159	100	184	100	47	100	

口腔の問題を発見した時に連携する職種として最も多かったのは、他の医療機関の歯科医師で、82.0%（305件）、次いで、介護支援専門員の53.2%（198件）だった。

表 35 発見した時に対応する職種（複数回答）

	合計 (n=372)		在宅療養支援診療所 (n=52)		訪問看護ステーション (n=139)		居宅介護支援事業所 (n=152)		栄養ケア・ステーション (n=29)		p 値
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
歯科医師 (他医療機関)	305	82.0	46	88.5	100	71.9	142	93.4	17	58.6	<0.001
歯科衛生士	159	42.7	8	15.4	57	41.0	84	55.3	10	34.5	<0.001
医師	98	26.3	11	21.2	53	38.1	28	18.4	6	20.7	0.003
看護師 保健師	157	42.2	23	44.2	40	28.8	85	55.9	9	31.0	<0.001
薬剤師	20	5.4	7	13.5	7	5.0	4	2.6	2	6.9	0.025
言語聴覚士	98	26.3	8	15.4	30	21.6	51	33.6	9	31.0	0.021
理学療法士	27	7.3	5	9.6	10	7.2	11	7.2	1	3.4	N.S.
作業療法士	23	6.2	6	11.5	8	5.8	8	5.3	1	3.4	N.S.
介護職	126	33.9	11	21.2	41	29.5	68	44.7	6	20.7	0.002
介護支援 専門員	198	53.2	18	34.6	117	84.2	45	29.6	18	62.1	<0.001
管理栄養士 栄養士	67	18.0	6	11.5	21	15.1	28	18.4	12	41.4	0.003
その他	18	4.8	0	0	3	2.2	12	7.9	3	10.3	0.017

口腔の問題について、多職種と連携して問題の解決につながるかの質問に、「はい」と回答したのは、全体の 79.3% (372 件) で、訪問看護ステーションが 87.4% (139 件) で最も多かった。

表 36 多職種連携により問題が解決につながるか

	合計		在宅療養支援診療所		訪問看護ステーション		居宅介護支援事業所		栄養ケア・ステーション		p 値
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
はい	372	79.3	52	65.8	139	87.4	152	82.6	29	61.7	<0.001
いいえ	97	20.7	27	34.2	20	12.6	32	17.4	18	38.3	
合計	469	100	79	100	159	100	184	100	47	100	

問題の解決につながると回答したうち、具体的な職種について複数回答で聞いたところ、他医療機関の歯科医師が 85.5% (300 件) で最も多く、次いで、歯科衛生士が 46.2% (162 件) だった。

表 37 問題の解決につながった職種 (複数回答)

	合計 (n=372)		在宅療養支援診療所 (n=52)		訪問看護ステーション (n=139)		居宅介護支援事業所 (n=152)		栄養ケア・ステーション (n=29)		p 値
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
歯科医師 (他医療機関)	300	85.5	40	80.0	113	83.7	133	93.0	14	60.9	<0.001
歯科衛生士	162	46.2	14	28.0	62	45.9	77	53.8	9	39.1	0.022
医師	61	17.4	12	24.0	30	22.2	16	11.2	3	13.0	0.040
看護師 保健師	109	31.1	21	42.0	28	20.7	51	35.7	9	39.1	0.008
薬剤師	14	4.0	7	14.0	6	4.4	1	0.7	0	0	<0.001
言語聴覚士	84	23.9	10	20.0	25	18.5	43	30.1	6	26.1	N.S.
理学療法士	19	5.4	4	8.0	8	5.9	5	3.5	2	8.7	N.S.
作業療法士	15	4.3	4	8.0	6	4.4	4	2.8	1	4.3	N.S.
介護職種	88	25.1	11	22.0	22	16.3	48	33.6	7	30.4	0.011
介護支援専門員	114	32.5	11	22.0	63	46.7	29	20.3	11	47.8	<0.001
管理栄養士 栄養士	46	13.1	8	16.0	13	9.6	17	11.9	8	34.8	0.012
その他	4	1.1	0	0	1	0.7	3	2.1	0	0	N.S.

(12) 歯科医院との連携

歯科医院との連携については、行っているが61.0%（271件）、行っていないが28.8%（128件）、以前は行っていたが今は行っていないが10.1%（45件）であった。

表 38 歯科医院との連携の有無

	合計		在宅療養支援診療所		訪問看護ステーション		居宅介護支援事業所		栄養ケア・ステーション		p 値
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
はい	271	61.0	48	69.6	75	49.0	132	75.0	16	34.8	<0.001
いいえ	128	28.8	20	29.0	56	36.6	25	14.2	27	58.7	
前は行っていたが今は行っていない	45	10.1	1	1.4	22	14.4	19	10.8	3	6.5	
合計	444	100	69	100	153	100	176	100	46	100	

表 39 連携を行っていない理由（複数回答）

在宅支援診療所
・ 地域の課題でもあるが、訪問歯科の体制がない
・ 利用者家族の希望する医療機関を受診してもらっている
・ 家族に任せている
訪問看護ステーション
・ 直接は連携とっていないがケアマネを介して
・ かかりつけの歯科へ家族より相談していただくことが多い
・ 直接やり取りする機会がない（口腔内の著しいトラブルがない）
居宅介護支援事業所
・ 必要な場合は家族が個人的に依頼していたため
・ たくさんのケースがあることで連携できていないケースも多い
・ 相談しづらい
栄養ケア・ステーション
・ 連携の方法がわからない
・ 患者が歯科受診を拒否している
・ 今後連携していく予定となっています

多職種連携のための会議や打ち合わせへの参加を歯科に依頼したことがあるかについて回答を求めたところ、サービス担当者会議が26.0%（114件）で最も多かった。

表 40 多職種連携のための会議への歯科の参加依頼の有無

	合計 (n=439)		在宅療養 支援診療 所 (n=69)		訪問看護 ステーシ ョン (n=154)		居宅介護 支援事業 所 (n=176)		栄養ケ ア・ステ ーション (n=46)		p 値
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
サービス担当者会議	114	26.0	17	24.6	28	18.2	63	35.8	6	13.0	0.001
事例検討会	50	11.4	15	21.7	12	7.8	18	10.2	5	10.9	0.047
退院時カンファ	36	8.2	6	8.7	11	7.1	18	10.2	1	2.2	N.S.
その他	24	5.5	2	2.9	7	4.5	10	5.7	5	10.9	N.S.

在宅療養支援診療所における在宅療養患者の口腔の健康ならびに栄養管理の状況を見ると、歯科訪問診療時に口腔の健康評価が実施されていないケースが全体の約25%に認められ、口腔の健康評価の普及拡大の必要性が示された。口腔の健康評価の方法としては、口腔衛生状態、歯科疾患の有無、義歯の状況の評価がほぼ全てのケースで実施されていた。ともに実施している栄養評価として食事摂取量を把握しているケースが約4割認められた。また、外部専門職、具体的には介護支援専門員、医師、看護師、保健師などと口腔の健康管理について連携しているケースが全体の約7割であった。口腔の問題を発見した際には約6割のケースで多職種連携が実施されており、多職種連携によって口腔の問題が解決されていた。よって、口腔の健康管理において、多職種連携のさらなる拡大の必要性が示された。

在宅療養支援歯科診療所、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、栄養ケア・ステーションにおける、在宅療養患者の口腔の健康ならびに栄養管理の状況を見ると、実施割合は5割を切っており、専門職以外が実施できる簡便な方法を提案する必要性が示された。事業所内の職員で実施可能な口腔健康評価の項目について尋ねたところ、「食事中や食後のムセの有無の評価」など食事の観察によって評価可能な項目が挙げられた。こうした項目は専門職以外が実施できる簡便な方法の候補となりうるが、食事提供のないような場面でも実施可能な方法の探求をあわせて進めていく必要がある。

口腔の問題を発見した際には、約2割のケースで多職種連携が行われていなかった。また、多職種連携が行われたとしても、それが問題の解決につながらないケースが約2割に認められた。多職種連携のルートや連携内容の充実が今後の課題である。

3. テキストマイニングによる分析

1) 分析の手続き

調査項目のうち、自由記述による回答によって得られた定性的データについて、テキストマイニングソフトを用いて分析を行った。ソフトは、Text Mining Studio (NTT データ数理システム) を用いて、係り受け頻度分析、注目語分析を行った。

2) 分析結果

(1) 情報共有について

在宅支援診療所 38 件、居宅介護支援事業所 120 件、訪問看護ステーション 94 件、栄養ケア・ステーション 21 件、歯科診療所 64 件から自由記述による回答を得た。総単語数 3004 語を分析対象とした。

品詞別では、名詞が 2354 語と最も多く、次いで動詞が 365 語、副詞が 92 語だった。

① 係り受け分析

係り受け頻度分析では、「電話」、「FAX」に関連するものが多かったが、「介護支援専門員」に関連するものが抽出され、手段としては、電話や FAX によるものが多く、人的資源としては「介護支援専門員」が鍵となっている可能性が示された。

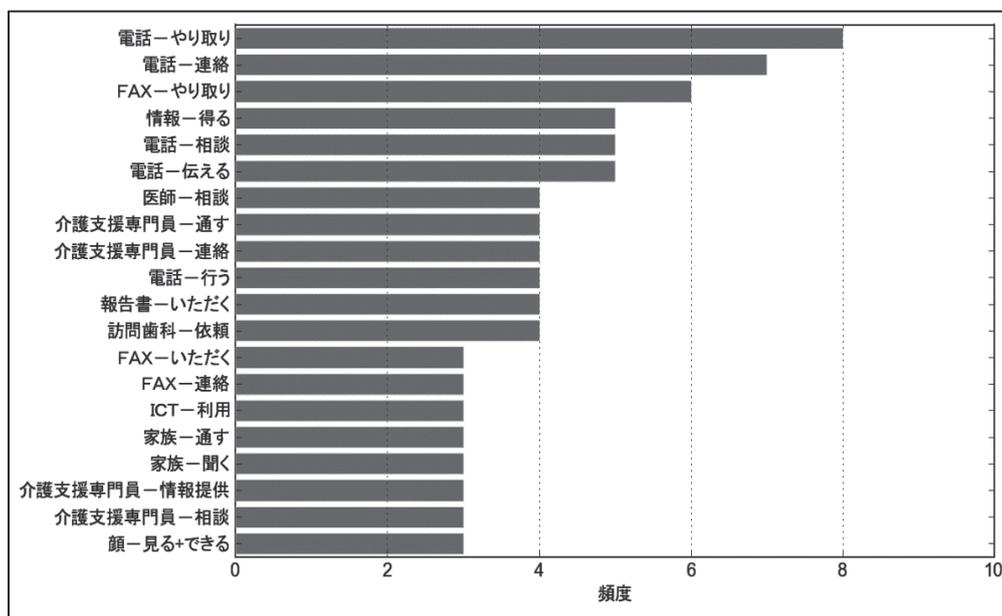


図1 係り受け分析 (情報共有)

【原文参照】

- ・ほとんどがケアマネを通しての電話やFAXにてのやりとりですが、緊急の時は直接医師に電話します。
- ・歯科衛生士と電話でやり取りする。
- ・得た情報、本人、家族の意向、了解を得て書面にて連絡する。
- ・ケアマネを通して、受診できるよう調整してもらう。情報に関してもケアマネを通すか、ご家族を通す。
- ・ケアマネを通しての情報共有・歯科医師との直接 TEL や ICT 活用連絡で情報共有→依頼・サービス担当者会議の利用。

②注目語分析

「歯科」を注目語として分析を行ったところ、「認知症」、「高齢者」、「協力」、「伝達」などが共起関係にあることが示された。

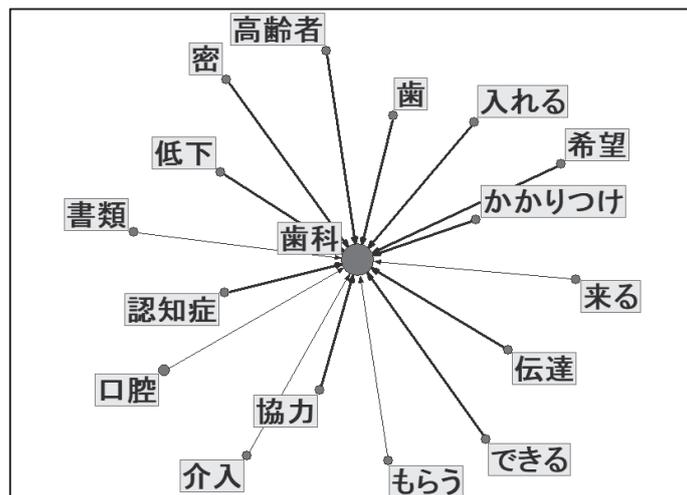


図2 注目語分析（情報共有—歯科）

(2) 好事例について

在宅支援診療所 13 件、居宅介護支援事業所 61 件、訪問看護ステーション 60 件、栄養ケア・ステーション 16 件、歯科診療所 32 件から自由記述による回答を得た。総単語数 2971 語を分析対象とした。

品詞別では、名詞が 2282 語と最も多く、次いで動詞が 460 語、副詞が 77 語だった。

① 係り受け頻度分析

多い順に「義歯—調整」、「指導—受ける」、「栄養—改善」だった。「指導—受ける」については、口腔ケアに関する記述が多かった。

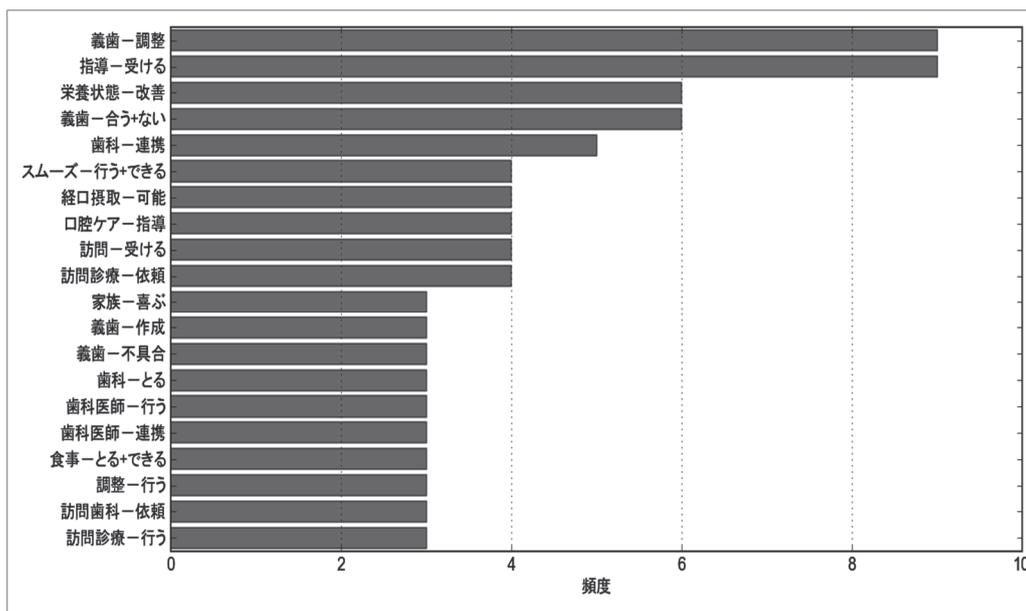


図3 係り受け分析（好事例）

【原文参照】

- ・ 要介護4 ほぼ寝たきりの方、口渇、乾燥強く義歯調整に難しさがあったが、歯科の先生から内科医へコンサルしていただき、シェーグレンが判明した。介護についても口腔ケアのアドバイスをいただき、ご本人、ご家族、介護スタッフ共に前向きに取り組めた。
- ・ 体重減少により義歯があつておらず歯茎に傷ができていた。ケアマネに報告し、すぐに歯科受診を行い、義歯の調整を行った。食事摂取量アップ、体重も増加した。
- ・ ご家族の依頼で、訪問していただき、日頃の口腔ケアの指導を受け、訪問介護で支援継続した。痰がらみの咳が少し軽減している。
- ・ 歯科衛生士が訪問時に言語聴覚士、看護師同行し、ケアの指導を受けた。日々の口内の衛生状態を一緒に確認でき、有意義でした。
- ・ 歯科での嚥下内視鏡検査実施後、具体的な調理指導で当事業所が介入し、栄養状態の改善や、食形態の調整による誤嚥予防などを行うことができています。

②注目分析

「義歯」を注目語として分析を行ったところ、「不具合」、「食欲」、「作成」、「調整」などが共起関係にあることが示された。

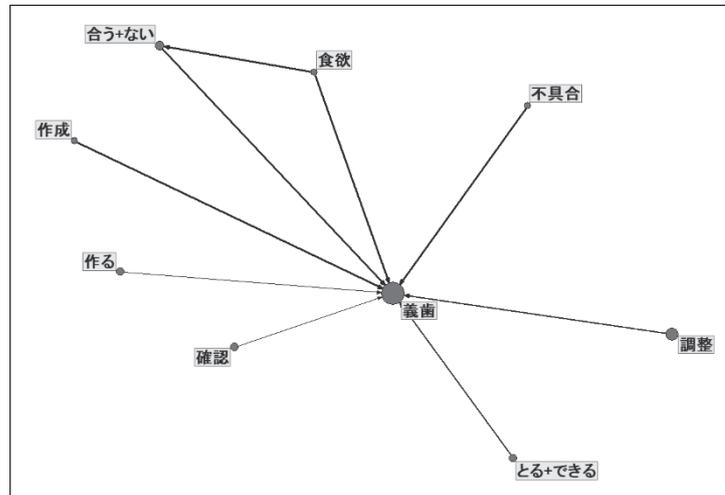


図4 注目語分析（好事例—義歯）

(3) 連携の課題について

在宅支援診療所 22 件、居宅介護支援事業所 74 件、訪問看護ステーション 63 件、栄養ケア・ステーション 25 件、歯科診療所 36 件から自由記述による回答を得た。総単語数 2720 語を分析対象とした。

品詞別では、名詞が 185 語と最も多く、次いで動詞が 49 語、形容詞が 13 語だった。

① 係り受け頻度分析

多い順に、「歯科医師—少ない」、「歯科—連携」、「必要—思う」だった。

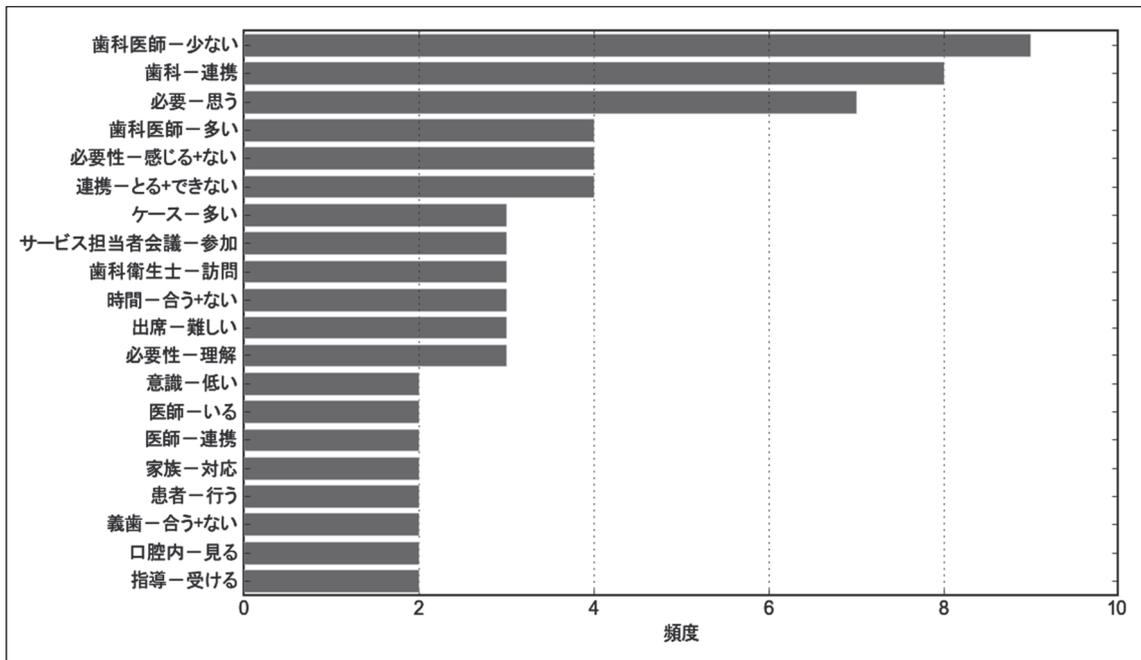


図 5 係り受け分析（連携の課題）

【原文参照】

- ・ 訪問歯科診療をして頂ける歯科医が少ない。
- ・ 訪問されていても、嚥下状態を確認して下さる歯科の先生が少なく、連携が難しい。
- ・ なかなか在宅に往診してくれる歯科医師が少なく、必要性を感じていないと思われる。
- ・ この地域は訪問診療している歯科が少ないため、歯科との連携が困難です。
- ・ 在宅歯科診療を受けていても歯科との連携はとれていない現状。→口腔ケアの方法など相談できると良い。担当者会議にも参加された事例はない。

② 注目語分析（連携の課題）

「連携」を注目語として分析したところ、「連携+できない」、「取る+できない」等と共起関係にあることが明らかとなった。」

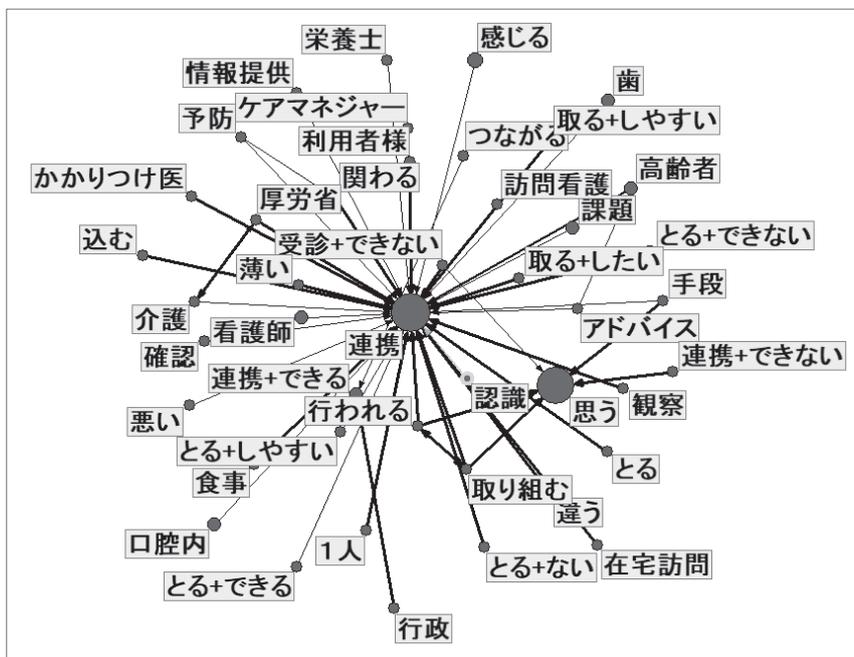


図6 注目語分析（連携の課題—連携）

【原文参照】

- ・ 糖尿病などの疾患につながることも知ってはいるが、特に連携はできていない。
- ・ 連携できるチャンスをもっと作ってほしい。行政からも主導して多職種連携の機会を作
ってほしい。
- ・ 連携は現実的に非常に難しいと感じています。医師も患者の家族も口の中のことは関心
が薄く、ケアマネジャーも充分連携とれていません。

(3) 歯科訪問診療に関する診療料・管理料等の算定における課題

<p>・訪問診療は一般と違い色々な人との関わりがあり、その場面での報告、連絡、相談が大変です。診療料、管理料をもっと簡単に算定できればもっと充実した診療が可能になると思います。</p>
<p>・同施設で2人の診察だと、訪問診療2になり、処置内容が義歯の調整のみだと、かなり点数が低い。</p>
<p>・口の機能障害のある口腔への対応をしていますが、検査及び診断についての評価がなされない状況での対応が求められていると思います。口腔の機能評価に関わる対応を、検査、診断をして処置と分けて評価してほしいと思います。</p>
<p>・歯科訪問診療科1~3について、患者数、時間による区分が一律化していない</p>
<p>・経営的観点から訪問診療を実施している診療所については、治療内容や請求方法に疑問を感じることがある。要介護に対する算定における課題は、なかなか難しい…？</p>
<p>・介護保険を使用できる施設とできない施設があり、分かりにくい。算定したことのない管理料は、いつどのタイミングで算定するのか分かりにくい。</p>
<p>・一施設にひとりの時に比べ、一施設に2~3人の時、こちらの方が労力大きいのに時間点数がグッと減ることに疑問を感じます。</p>
<p>・認知症の方のケアマネが義歯作成を希望され、2回担当者会議に呼ばれて出席したが、拒否が強く何もできないので何も請求していません。</p>
<p>・残念だが訪問の歯科医はケアマネ、看護、ヘルパーから見ると非常に権限が弱く、医師の指示がないと歯科にかかれぬ。</p>
<p>・どうしても診療人数、時間、訪問—外来の割合等、保険制度上の制限を意識した診療になってしまう。ルールは必要だと思うが、出来る限り在宅診療に貢献したいと思っていても、障害になっていることが多い。</p>
<p>・訪問時間の長さによる点数の差が大き過ぎる。</p>
<p>・訪問診療は多くの機材が必要であるが、点数に反映されていない。</p>
<p>・訪問2の算定が低く、同一建物でも訪問1の点が必要。</p>
<p>・保険改訂があればあるだけ屋に屋を重ねるような改訂で、現場を知って改訂してくれているのか、全く疑問。ぜひシンプルにしてもらいたいし、レセコンありきでカルテやレセ記載を多くしてもらっても大変困る。紙をまとめ管理する手間ばかり増え、診る時間が逆に減る。</p>
<p>・管理料算定をもっとシンプルにしほしい。とにかく訪問は時間もかかるし大変なので、もっと診療料は高くしてもいいと思う。</p>
<p>・施設や患者に提出する書類や記録保存すべき書類が多すぎる。医療保険、介護保険とも、施術時間による制約があるのはおかしい。</p>
<p>・施設に入居されると施設の方の都合で続けて訪問診療をさせてもらえず、治療の継続ができない。患者主体の訪問診療にして欲しい。</p>

在宅療養患者に対する歯科を含めた多職種連携の好事例において「栄養改善」が挙がること、および「義歯」と「食欲」が共起関係にあることから、多職種連携による栄養改善効果が示唆された。一方、訪問歯科診療の課題として、実施している歯科医師の不足が実態として見えた。また診療内容として、義歯の調整などは十分に行われている一方で、摂食嚥下機能に対する対応は不十分である可能性が示された。

参考資料

施設職員票

施設名： _____ 様

主な評価者： _____ 様

担当介護職： _____ 様

担当看護職： _____ 様

担当（ _____ ）職： _____ 様

調査日：令和元 年 _____ 月 _____ 日

利用者様氏名： 様

1. 利用者様の基本情報についてお尋ねします

(1) 性別 (1. 男性 2. 女性)

(2) 生年月日 (明治・大正・昭和) _____ 年 _____ 月 _____ 日

(3) 要介護認定 (あてはまるもの1つに○を付けてください)

0. 認定なし	1. 要支援1	2. 要支援2	3. 要介護1	4. 要介護2
5. 要介護3	6. 要介護4	7. 要介護5	8. 不明	

(4) 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか (複数回答可)

0. なし	1. 高血圧	2. 脳卒中 (脳出血・脳梗塞など)
3. 心臓病	4. 糖尿病	5. 高脂血症 (脂質異常)
6. 呼吸器の病気 (<input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> COPD (慢性気管支炎・肺気腫) <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> その他)		
7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気	8. 腎臓・前立腺の病気	
9. 筋骨格の病気 (骨粗しょう症・関節症など)		10. 外傷 (転倒・骨折など)
11. がん (新生物) 部位 (<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 消化器 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> その他)		
12. 血液・免疫の病気	13. 精神疾患 (うつ等)	
14. 認知症	病型 (<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 (AD) <input type="checkbox"/> 脳血管性認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> 前頭側頭葉型認知症 <input type="checkbox"/> その他)	
16. パーキンソン病	17. 目の病気	18. 耳の病気
19. その他 (_____)		

(5) 加算の算定状況

(施設ごとに項目が異なりますので、貴施設区分を選択し、各項目について、あてはまるもの1つに○を付けてください)

<通所>

1. 栄養改善加算	○. 算定中 1. 算定対象だが実施できていない 2. 算定対象ではない
2. 栄養スクリーニング加算	○. 算定中 1. 算定対象だが実施できていない 2. 算定対象ではない
3. 口腔機能向上加算	○. 算定中 1. 算定対象だが実施できていない 2. 算定対象ではない
4. その他 ()	○. 算定中 1. 算定対象だが実施できていない 2. 算定対象ではない

<特定施設>

1. 栄養スクリーニング加算	○. 算定中 1. 算定対象だが実施できていない 2. 算定対象ではない
2. 居宅療養管理指導 (歯科医師)	○. 算定中 1. 算定対象だが実施できていない 2. 算定対象ではない
3. 居宅療養管理指導 (歯科衛生士)	○. 算定中 1. 算定対象だが実施できていない 2. 算定対象ではない
4. 居宅療養管理指導 (栄養士・管理栄養士)	○. 算定中 1. 算定対象だが実施できていない 2. 算定対象ではない
5. その他 ()	○. 算定中 1. 算定対象だが実施できていない 2. 算定対象ではない

<グループホーム>

1. 栄養スクリーニング加算	○. 算定中 1. 算定対象だが実施できていない 2. 算定対象ではない
2. 居宅療養管理指導 (歯科医師)	○. 算定中 1. 算定対象だが実施できていない 2. 算定対象ではない
3. 居宅療養管理指導 (歯科衛生士)	○. 算定中 1. 算定対象だが実施できていない 2. 算定対象ではない
4. 居宅療養管理指導 (栄養士・管理栄養士)	○. 算定中 1. 算定対象だが実施できていない 2. 算定対象ではない
5. その他 ()	○. 算定中 1. 算定対象だが実施できていない 2. 算定対象ではない

(6) 誤嚥性肺炎の発症状況

(あてはまるもの1つに○を付けてください。括弧内には回数を数字でご記入ください。)

(6) - 1. 過去6か月間(2019年4月~9月)に誤嚥性肺炎(疑い症状を含む)が何回発生しましたか。

(0. 0回 1. ()回 2. 不明)

(6) - 2. 過去6か月間(2019年4月~9月)に37.5度以上、2日以上続く発熱が何回ありましたか。

(0. 0回 1. ()回 2. 不明)

(7) 過去6か月間(2019年4月~9月)に歯科の介入は、ありましたか。

(あてはまるもの1つに○を付けてください。括弧内には回数を数字でご記入ください。)

定期的なアセスメント	0. なし	1. ()回	2. 不明
歯科衛生士による口腔衛生管理	0. なし	1. ()回	2. 不明
歯科専門職による個別プランの作成	0. なし	1. ()回	2. 不明
歯科治療(むし歯、入れ歯の調整等)	0. なし	1. ()回	2. 不明
口腔機能訓練	0. なし	1. ()回	2. 不明
嚥下調整食の提供	0. なし	1. ()回	2. 不明
その他()	0. なし	1. ()回	2. 不明

(8) 血液検査値(直近のもの)

① 血清アルブミン値 Alb

0. 測定していない

1. 測定している → g/dl (測定日: _____年 ____月 ____日)

② 血清アルブミン値 PA (TTR)

0. 測定していない

1. 測定している → mg/dl (測定日: _____年 ____月 ____日)

(9) 処方せん医薬品(「なし」「あり」いずれかに○をつけてください)

0. なし

1. あり



「1. あり」の場合、処方箋のコピーの貼付または処方せん医薬品名の転記をお願いします。

0. 不可能(困難) → 「(9) - ② 薬の種類」にお進みください。

1. 可能 → (9) - ①にお進みください。

(9) —① 処方箋のコピーの貼付または処方せん医薬品名の転記

枠内に、処方箋のコピーの貼付または処方せん医薬品名の転記をお願いいたします。

(9) —② 薬の種類（あてはまるもの1つに○を付けてください）

0. なし 1. 1種類 2. 2種類 3. 3種類 4. 4種類 5. 5種類以上

2. 基本的な日常生活活動度（Barthel Index）についてお尋ねします

各項目について、あてはまる数字（配点）を選び、記入欄にお書きください。
合計点数計算は行わなくて結構です。

項目	配点	記入欄
1 食事	10：自立、自助具などの装着使用可、標準的時間内に食べ終える 5：部分介助（おかずを切って細かくしてもらうなど） 0：全介助	
2 車椅子から ベッドへの移動	15：自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む（歩行自立も含む） 10：軽度の部分介助または監視を要する 5：座ることは可能であるがほぼ全介助 0：全介助または不可能（車椅子を使用していない場合は椅子と ベッドの間の移動が安全にできるかどうかで評価）	
3 整容	5：自立（洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り） 0：部分介助または不可能	
4 トイレ動作	10：自立、衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む 5：部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する 0：全介助または不可能	
5 入浴	5：自立 0：部分介助または不可能	
6 歩行 現在の状態で 45m 移動す ると想定して 評価	15：45m 以上の歩行、杖など補装具（車椅子、歩行器は除く）の使用の有無は問わない 10：45m以上の介助歩行可能（歩行器の使用を含む） 5：歩行不能の場合、車椅子にて45m以上の自立操作可能 0：上記以外	
7 階段昇降 現在の状態で 階段を使うと 想定して評価	10：自立して（手すり、杖などの使用の有無は問わない）1階分上り下りができる 5：介助または監視を要する 0：不能	
8 着替え	10：自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む 5：部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える 0：上記以外	
9 排便 コントロール	10：失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能 5：ときに失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む 0：上記以外（しばしば失禁～常に失禁）	
10 排尿 コントロール	10：失禁なし、収尿器の取り扱いも可能 5：ときに失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む 0：上記以外（しばしば失禁～常に失禁）	

集計は行わなくて結構です
合計＝（ ）

3. 生活意欲（Vitality Index）についてお尋ねします

各項目について、あてはまる数字（配点）を選び、記入欄にお書きください。
合計点数計算は行わなくて結構です。

項目	配点	記入欄
1 起床	2：いつも定時に起床している 1：起こさないと起床しないことがある 0：自分から起床することがない	
2 意思疎通	2：自分から挨拶する、話しかける 1：挨拶、呼びかけに対し返答や笑顔がみられる 0：反応がない	
3 食事	2：自分で進んで食べようとする 1：促されると食べようとする 0：食事に関心がない、全く食べようとしない	
4 排泄	2：いつも自ら便意尿意を伝える、あるいは自分で排便、排尿を行う 1：時々尿意、便意を伝える 0：排泄に全く関心がない	
5 リハビリ、活動	2：自らリハビリに向かう、活動を求める 1：促されて向かう 0：拒否、無関心	

集計は行わなくて結構です
合計＝（ ）

除外規定；意識障害、高度の臓器障害、急性疾患（肺炎など発熱）がある場合

判定上の注意

- 1) 薬剤の影響（睡眠薬など）を除外。起座できない場合、開眼し覚醒していれば2点。
- 2) 失語の合併がある場合、言語以外の表現でよい。
- 3) 器質的消化器疾患を除外。麻痺で食事の介護が必要な場合、介助により摂取意欲があれば2点（口まで運んだ場合も積極的に食べようとするれば2点）。
- 4) 失禁の有無は問わない。尿意不明の場合、失禁後にいつも不快を伝えれば2点。
- 5) リハビリでなくとも散歩やリクリエーション、テレビでもいい。寝たきりの場合、受動的理学運動に対する反応で判定する。

4. 認知機能（CDR）についてお尋ねします

「記憶」～「身の回りの世話」までの各項目について、もっともよくあてはまるもの1つ選んで○をつけてください。

得点	なし 0	疑わしい 0.5	軽度 1	中等度 2	重度 3
記憶	記憶障害なし、あるいは軽度の断続的な物忘れ。	軽度の物忘れが常に存在。出来事を部分的に思い出す。“良性”健忘。	中等度の記憶障害。障害は最近の出来事についてより著しい。障害は日々の活動を妨げる。	重度の記憶障害。十分に学習したことのみ保持。新しいことは急速に記憶から消失。	重度の記憶障害。断片的なことのみ記憶に残存。
見当識	十分に見当識がある。	時間的前後関係に軽度の困難があることを除き、十分に見当識がある。	時間的前後関係に中等度の困難がある。検査の場所についての見当識は正常。他の場所についての地理的見当識障害があるかもしれない。	時間的前後関係に重度の困難がある。たいていの場合、時間的見当識は障害され、地理的見当識もしばしば障害される。	自分についての見当識のみが保たれている。
判断力と問題解決能力	日常の問題を解決し、仕事上および金銭上の問題を十分処理できる。過去の実績と比較して、遜色のないすぐれた判断力。	問題解決、類似点および相違点に軽度の障害がある。	問題解決、類似点および相違点に中等度の困難がある。たいていの場合、社会的判断力は保持されている。	問題解決、類似点および相違点に重度の障害。たいていの場合、社会的判断力は障害されている。	判断あるいは、問題解決ができない。
地域社会の活動	仕事、買い物、ボランティア、社会集団において、通常のレベルでは自立して機能する。	左記の活動に軽度の障害がある。	左記の活動のいくつかに、まだたずさわっているかもしれないが、自立して機能できない。通り一遍の検査だと正常そうに見える。	家庭外において、自立して機能するようには見えない。 家庭外の会合に連れて行ってもらえるくらい健康そうに見える。	家庭外の会合に連れて行ってもらうには、具合が悪すぎるように見える。
家庭および趣味	家庭生活、趣味および知的興味の十分な保持。	家庭生活、趣味および知的興味は軽度に障害される。	家庭における機能は軽度だが、明確に障害されている。より困難な家事はやめている。より複雑な趣味や興味の喪失。	単純な家事のみの維持。非常に限られた興味が不十分に保持されている。	家庭において、重要な機能が果たせない。
身の回りの世話	自分の面倒は自分で十分みることができる。		促すことが必要。	着衣、衛生、身の回りの品の保管などに手伝いが必要。	身の回りの世話において、多くの助けが必要。頻繁に失禁がある。

CDR 判定 _____

※判定は調査員が行います。

5. 栄養状態（MNA-SF）についてお尋ねします

(1) 身長

0. 測定していない

1. 測定している → cm (測定日：_____年 ____月 ____日)

(2) 体重

0. 測定していない

1. 測定している → kg (測定日：_____年 ____月 ____日)

(3) A～Fの各項目について、もっともよくあてはまるものを1つ選び、□の中に数字を記入してください。

1 スクリーニング	
<p>A. 過去3ヶ月間に食欲不振、消化器系の問題、咀嚼、嚥下困難などで食事が減少しましたか。</p> <p>0 = 高度の食事量の減少</p> <p>1 = 中等度の食事量の減少</p> <p>2 = 食事量の減少なし</p>	<input type="text"/>
<p>B. 過去3ヶ月で体重の減少はありましたか。</p> <p>0 = 3kg以上の減少</p> <p>1 = わからない</p> <p>2 = 1～3kgの減少</p> <p>3 = 体重減少なし</p>	<input type="text"/>
<p>C. 運動能力</p> <p>0 = 寝たきりまたは車椅子を常時使用</p> <p>1 = ベッドや車椅子を離れられるが、外出はできない</p> <p>2 = 自由に外出できる</p>	<input type="text"/>
<p>D. 精神的なストレスや急性疾患を過去3ヶ月間に経験しましたか。</p> <p>0 = はい</p> <p>2 = いいえ</p>	<input type="text"/>
<p>E. 神経・精神的問題の有無</p> <p>0 = 高度の認知症またはうつ状態</p> <p>1 = 中等度の認知症</p> <p>2 = 精神的問題なし</p>	<input type="text"/>
<p>F. BMI指数：体重(kg) ÷ 身長(m²)</p> <p>0 = BMIが19未満</p> <p>1 = BMIが19以上、21未満</p> <p>2 = BMIが21以上、23未満</p> <p>3 = BMIが23以上</p>	<input type="text"/>
<p>スクリーニング値：小計（最大：14ポイント）</p> <p>12ポイント以上：正常。危険なし</p> <p>11ポイント以下：栄養不良の疑いあり</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> この欄は記入しないでください </div> <input style="width: 100%; height: 100%; border: none;" type="text"/>

6. 栄養摂取方法についてお尋ねします（複数回答可）

0. 経口 1. 胃瘻 2. 経鼻経管栄養 3. 静脈栄養（点滴等） 4. その他（ ）



「1. 胃瘻、2. 経鼻経管栄養、3. 静脈栄養（点滴等）、4. その他」の場合、ほかに経口摂取は行っていますか。

- | |
|--|
| 1. 継続的に一定量食べている（昼食のみ経口など）
2. たまに調子のよい時のみ少量食べる
3. 全く経口摂取していない |
|--|

7. 食事形態についてお尋ねします（複数回答可）

(1) 主食

1. 普通 2. 軟飯 3. 粥 4. ソフト粥 5. ミキサー粥 6. その他（ ）

(2) 副食

1. 普通 2. 1cm角（一口大）刻み 3. 極刻み（小刻み（フードプロセッサー）
4. ソフト食 5. その他（ ）

8. 食事摂取状況（高齢者の摂食力評価表）についてお尋ねします

1～10の各項目について、もっともよくあてはまるもの1つに○をつけてください

評価項目	毎食 できない	時々 できない	毎食 できる
1 自ら食べ始めることができる	0	1	2
2 食事道具を適切に用いることができる	0	1	2
3 食物を適量すくうことができる	0	1	2
4 ゼリーなどの容器やパッケージを開けたり、紙パックにストローを挿入することができる	0	1	2
5 食物をこぼすことなく食べることができる	0	1	2
6 配食された全ての食物を自分の食べる対象物として認知できる	0	1	2
7 食べることに對して注意を維持することができる	0	1	2
8 食事中に眠ることなく食べ続けることができる	0	1	2
9 むせることなく嚥下することができる（食後に変声もない）	0	1	2
10 1日に必要な食事量を摂取することができる	0	1	2

9. さまざまな食品の摂取頻度（食品摂取多様性）についてお尋ねします

①～⑰の各項目について、もっともよくあてはまるもの1つに○をつけてください

①ごはん	1. 毎食	2. 1日に2回	3. 1日1回	4. 日によって 食べない
②漬物	1. 毎食	2. 1日に2回	3. 1日1回	4. 日によって 食べない
③みそ汁（すまし汁も含む）	1. 毎食	2. 1日に2回	3. 1日1回	4. 日によって 食べない
④パン（ごはんの代わりに食べるパン）	1. ほぼ毎日	2. 2日に1回	3. 週に1～2回	4. ほとんど 食べない
⑤めん類（ごはんの代わりに食べるめん類）	1. ほぼ毎日	2. 2日に1回	3. 週に1～2回	4. ほとんど 食べない
⑥魚介類（生・ねり製品・缶詰・貝類など）	1. ほぼ毎日	2. 2日に1回	3. 週に1～2回	4. ほとんど 食べない
⑦肉類（生・ハム・ソーセージなど）	1. ほぼ毎日	2. 2日に1回	3. 週に1～2回	4. ほとんど 食べない
⑧卵（鶏卵・うずら卵などで、魚卵は除く）	1. ほぼ毎日	2. 2日に1回	3. 週に1～2回	4. ほとんど 食べない
⑨牛乳（コーヒー牛乳やフルーツ牛乳は除く）	1. ほぼ毎日	2. 2日に1回	3. 週に1～2回	4. ほとんど 食べない
⑩乳製品（ヨーグルト・チーズなど。バターは除く）	1. ほぼ毎日	2. 2日に1回	3. 週に1～2回	4. ほとんど 食べない
⑪大豆製品 （豆腐・納豆・油あげ・厚あげなど）	1. ほぼ毎日	2. 2日に1回	3. 週に1～2回	4. ほとんど 食べない
⑫緑黄色野菜（ほうれん草・にんじん・南瓜など 色の濃い野菜）	1. ほぼ毎日	2. 2日に1回	3. 週に1～2回	4. ほとんど 食べない
⑬その他の野菜（大根・玉ねぎ・白菜など色の薄い野菜）	1. ほぼ毎日	2. 2日に1回	3. 週に1～2回	4. ほとんど 食べない
⑭海そう（わかめ・ひじき・こんぶなど）	1. ほぼ毎日	2. 2日に1回	3. 週に1～2回	4. ほとんど 食べない
⑮いも類（じゃがいも・さつまいも・里芋・長いもなど）	1. ほぼ毎日	2. 2日に1回	3. 週に1～2回	4. ほとんど 食べない
⑯果物（生・缶詰、トマトは含まない）	1. ほぼ毎日	2. 2日に1回	3. 週に1～2回	4. ほとんど 食べない
⑰油脂類（油炒め・バター・マヨネーズ・マーガリン、油を使う料理など）	1. ほぼ毎日	2. 2日に1回	3. 週に1～2回	4. ほとんど 食べない

10. 食欲 (CNAQ) についてお尋ねします

A~Hの各項目について、もっともよくあてはまるもの1つに○をつけてください

A 食欲はありますか？

1. ほとんどない
 2. あまりない
 3. 普通
 4. ある
 5. とてもある
99. 不明

B 食事の時、どれくらい食べると満腹感を感じているようですか？

1. 数口で満腹
 2. 3分の1くらいで満腹
 3. 半分ほどで満腹
 4. ほとんど食べて満腹
 5. 全部食べても満腹感がない
99. 不明

C お腹がすいたと感じているようですか？

1. まったく感じない
 2. ごくたまに感じる
 3. 時々感じる
 4. よく感じる
 5. いつも感じる
99. 不明

D 食べ物の味をどのように感じているようですか？

1. とてもまずい
 2. まずい
 3. 普通
 4. おいしい
 5. とてもおいしい
99. 不明

E 50歳のころに比べて、食べ物の味はどのように感じているようですか？

1. とてもまずい
 2. まずい
 3. 変わらない
 4. おいしい
 5. とてもおいしい
99. 不明

F 普段、1日に食事を何回食べますか？

1. 1回未満
 2. 1回
 3. 2回
 4. 3回
 5. 4回以上（間食を含む）
99. 不明

G 食事をして気分が悪くなったり、吐き気を催す事がありますか？

1. ほぼ毎回感じる
 2. よく感じる
 3. 時々感じる
 4. ほとんど感じない
 5. まったく感じない
99. 不明

H 普段、どのような気分で過ごしているようですか？

1. とても沈んでいる
 2. 沈んでいる
 3. 沈んでもなく、元気でもない
 4. 元気
 5. とても元気
99. 不明

口腔・栄養検査調査票

受診日： 年 月 日 受付番号：
 氏名： 様 (1 . 男 2 . 女)

【歯科1】 反復唾液嚥下テスト 不可 拒否
 1回目 秒 30秒での回数 回

【歯科2】 オーラルディアドコキネシス タ () 回/秒

【歯科3】 咬筋触診 1. 強い 2. 弱い 3. なし

【歯科4】 側頭筋触診 1. 強い 2. 弱い 3. なし

<質問> インプラント治療を受けたことがありますか？

1. ある (部位) 2. ない 3. 不明

【歯科5】 歯数の状態 ※咬合状態は、歯式内に記入。

歯式	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
咬合	①			②			③			④			⑤				
歯式	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	

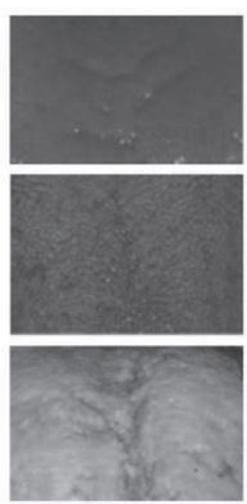
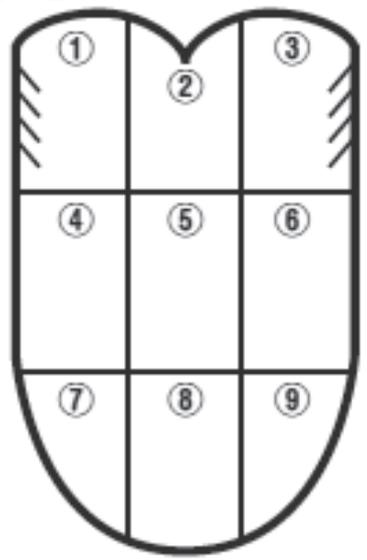
現在歯数 (/) 本, インプラント数 (イ) 本, 義歯 (D) 本
 ポンティック数 (O) 本, 機能歯数 本

【歯科6】 粘膜異常
 1. なし 2. あり ①咬傷 ②火傷 ③その他 ()

【歯科7】 歯垢・デンチャープラーク 1. なし 2. 中等度 3. 高度

【歯科8】 舌苔 1. なし 2. 中等度 3. 高度

【歯科9】 舌苔付着状況



Score 0
舌苔は認められない

Score 1
舌乳頭が認識可能な薄い舌苔

Score 2
舌乳頭が認識不可能な厚い舌苔

飲み込みに関するアンケート（EAT-10）

質問1 この3か月の間に、飲み込みの問題が原因で体重が減少しましたか。

- 0. 体重は減少していない
- 1. よくわからない
- 2. この3か月の間で、0～1kg体重が減少した
- 3. この3か月の間で、1～3kg体重が減少した
- 4. この3か月の間で、3kg以上体重が減少した

質問2 飲み込みの問題が原因で外食に行きたくないと考えたことがありますか。

- 0. 全くそうは思わなかった
- 1. めったにそうは思わなかった
- 2. ときどきそう思うことがあった
- 3. よくそう思った
- 4. いつもそう思った

質問3 液体を飲み込む時に、余分な努力が必要だ

- 0. 全くそうは思わなかった
- 1. めったにそうは感じない
- 2. ときどきそう感じることもある
- 3. よくそう感じる
- 4. いつもそう感じる

質問4 固形物を飲み込む時に、余分な努力が必要だ

- 0. 全くそうは思わなかった
- 1. めったにそうは感じない
- 2. ときどきそう感じることもある
- 3. よくそう感じる
- 4. いつもそう感じる

質問5 錠剤を飲み込む時に、余分な努力が必要だ

- 0. 全くそうは思わなかった
- 1. めったにそうは感じない
- 2. ときどきそう感じることもある
- 3. よくそう感じる
- 4. いつもそう感じる

質問6 飲み込むことが苦痛だ

- 0. 全くそうは思わなかった
- 1. めったにそうは感じない
- 2. ときどきそう感じることもある
- 3. よくそう感じる
- 4. いつもそう感じる

質問7 食べる喜びが飲み込みによって影響を受けている

- 0. 全くそうは思わなかった
- 1. めったにそうは感じない
- 2. ときどきそう感じることもある
- 3. よくそう感じる
- 4. いつもそう感じる

質問8 飲み込む時に食べ物のがのどにひっかかる

- 0. 全くそうは思わなかった
- 1. めったにそうは感じない
- 2. ときどきそう感じることもある
- 3. よくそう感じる
- 4. いつもそう感じる

質問9 食べるときに咳が出る

- 0. 全く出ない
- 1. めったに出ない
- 2. ときどき出ることがある
- 3. よく出る
- 4. いつも出る

質問10 飲み込むことはストレスが多い

- 0. 全くそうは思わなかった
- 1. めったにそうは感じない
- 2. ときどきそう感じることもある
- 3. よくそう感じる
- 4. いつもそう感じる

口腔機能質問項目（基本チェックリスト）

(1)半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。	1. はい	0. いいえ
(2)お茶や汁物等でむせることがありますか。	1. はい	0. いいえ
(3)口の渇きが気になりますか。	1. はい	0. いいえ

令和元年度 厚生労働省老人保健健康増進等補助金

老人保健健康増進等事業

居宅系サービス利用者等の口腔の 健康管理等に関する調査研究事業

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所

このたび、皆様方には「居宅系サービス利用者等の口腔の健康管理等に関する調査研究事業」にご協力いただきたく、アンケートをお送りさせていただきました。

本事業の目的は通所サービス利用者等、在宅高齢者の口腔の健康管理及び栄養管理の充実を図るため、口腔や栄養に関する介護サービスの提供状況や口腔や栄養の状態の変化等実態を把握し、サービスの提供に係る課題の抽出、対応策等の検討を行うものです。

昨年度の老人保健健康増進等事業「通所サービス利用者等の口腔の健康管理及び栄養管理の充実に関する調査研究」事業において回答して頂いた事業所のうち、2018年より新たに口腔機能向上加算算定を開始した通所事業所様に調査協力をお願いいたしたく、本質問票をお送りいたしております。

本事業により、平成30年度の介護報酬改定の効果、影響を把握することができます。この結果から通所サービス利用者等、在宅高齢者の口腔や栄養に関する介護サービスの普及啓発を促進し、また次期改定に向け新たな課題を提示することによって、現場のニーズに即した次期介護報酬改定に必要な調査研究を促進することを目指しています。

本事業は東京都健康長寿医療センター研究所が受託して行います。調査結果は、今後の通所施設におけるサービス・施策の充実のために活用いたします。

調査票の回収をもって調査参加へのご承諾とさせていただき、ご回答いただいた内容の管理は厳重に行い、上記の目的以外には使用しません。

今回郵送させていただきました調査票は、**11月30日（土）までに**、返信用封筒でお送りください。ご多忙の中、大変恐縮ではございますが、今後の施策につながる重要な調査ですので、皆様のご協力をよろしくお願いいたします。

【お問い合わせ】 東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム

担当：小原（おはら）

電話：03-3964-3241（内線 4211）

対応日：月～金（土日祝日除く）

時 間：10：00～17：00



1. 事業所の概要についてお伺いします

①調査票の回答者はどなたですか。

1. 事業所代表	5. 管理栄養士・栄養士
2. 事務担当者	6. 歯科衛生士
3. 介護職員	7. その他（ ）
4. 看護師・保健師	

②貴事業所の 2019年9月 の稼働日数 _____ 日

③貴事業所の現在の利用者数について 2019年9月 の延べ利用者数を介護度別にご記入ください。

	要支援 1・2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	その他
利用者数	人	人	人	人	人	人	人

③貴事業所の 2019年9月 の従業員数について常勤^(注1)、非常勤^(注2) 別にご記入ください

	常勤 専従	常勤 兼務	非常勤		常勤 専従	常勤 兼務	非常勤
介護職員	人	人	人	管理栄養士	人	人	人
看護職員	人	人	人	栄養士	人	人	人
言語聴覚士	人	人	人	歯科衛生士	人	人	人
調理師・調理員	人	人	人	その他	人	人	人

(注1) 常勤職員とは、原則として貴事業所で定められた勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務する者をいいます。したがって、雇用形態(正規・非正規)を問わず、貴事業所の勤務時間数の全てを勤務しているパートタイマーは、常勤職員に含みます。

(注2) 非常勤職員とは、貴事業所で定められた勤務時間(所定労働時間)を全て勤務しない者(他の施設・事業所にも勤務するなど収入及び時間的拘束の伴う仕事を持っている者、短時間のパートタイマー等)をいいます。

④貴事業所で提供されている食事の形態について、あてはまるものすべてに○をつけてください。

④-1 主食

1. 普通	4. ソフト粥
2. 軟飯	5. ミキサー粥
3. 粥	6. その他（ ）

④-2 副食

1. 普通	4. ソフト食
2. 1cm角(一口大)刻み	5. その他（ ）
3. 極刻み(フードプロセッサー)	

⑤栄養改善加算の算定実績（2019年9月）

1. あり → 算定している利用者数（ ）人

2. なし

⑥栄養スクリーニング加算の算定実績（2019年9月）

1. あり → 算定している利用者数（ ）人

2. なし

2. 貴事業所において口腔機能向上加算の算定を開始した当時のことについてお伺いします

① 口腔機能向上加算を算定し始めた理由を教えてください。（複数回答可）

1. 利用者および家族からの要望があったから
2. サービスが提供できる人材が確保できたから
3. 口腔機能の維持は、重要だと考えたから
4. ほかの事業所との差別化のため
5. そのほか（具体的に）

② 具体的にサービス提供を行っている専門職について教えてください。（複数回答可）

1. 歯科衛生士
2. 看護師
3. 言語聴覚士

③ 提供しているサービス内容を教えてください。(当てはまるものすべてに○)

1. 口腔衛生指導（個別）
2. 口腔衛生指導（集団）
3. 口腔機能に関する教育
4. 嚥下訓練
5. 咀嚼訓練
6. 構音・発声訓練
7. 舌・口唇の機能訓練
8. 呼吸訓練
9. 栄養指導
10. 日常的なセルフケアへの支援
11. 義歯の清掃管理の指導
12. そのほか（具体的に）

[]

④ 導入に際して工夫したことがあれば、具体的に教えてください。

[]

⑤ 導入によってどのような効果が得られましたか。（複数回答可）

1. 栄養状態の改善
2. 誤嚥性肺炎の減少
3. 口腔衛生状態の改善
4. 口臭の軽減
5. 要介護度の改善
6. 発話の増加
7. 発語明瞭度の改善
8. 表情の改善（笑顔が増えた等）
9. 認知機能の改善
10. 生活意欲の改善
11. 介護職員の意識変化
12. そのほか（具体的に）

[]

⑥-1 現在、口腔機能向上加算を算定していない利用者の中で、必要と思われる利用者は何人いますか。

() 人 ・ 分からない

⑥-2 口腔機能向上加算を算定していない利用者の理由（複数回答可）

1. 口腔機能向上加算の算定における利用者の把握が難しい
2. 口腔機能向上加算の必要性について利用者（家族）の同意を得られなかった
3. 利用者の把握を行ったが、ケアプランに反映されなかった
4. そのほか（具体的に）

[

]

お問い合わせ先

質問についてお伺いしたいことがありましたら、ご連絡をさせていただく場合がございます。

事業所名	
ご住所	(〒 -) TEL - - FAX - -
ご担当者様	フリガナ
	e-mail:

これですべての質問が終わりました。長時間のご協力誠にありがとうございました。
記入もれがないか、いま一度おたしかめください。

ヒアリング調査のお願いについて

今回、ご返送いただきました施設様の中から、より詳細に口腔機能向上サービスの導入に関する情報をお聞かせいただくため、1時間ほどのインタビュー調査をお願いしたく存じます。
インタビュー調査をご依頼させていただく事業所様には、アンケートご返送後に、個別にご連絡をいたします。何卒ご協力のほど宜しくお願い申し上げます。

ヒアリング調査に際して、何かご要望がありましたら、ご記入ください。

在宅療養高齢者に対する口腔健康管理
における多職種連携上の課題抽出
に関する調査研究への調査協力をお願い
地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所

このたび、皆様方には「在宅療養高齢者における口腔の健康管理における多職種連携上の課題抽出に関する調査」にご協力いただきたく、アンケートをお送りさせていただきました。

本事業の目的は、居宅系サービスにおける在宅療養高齢者の口腔の健康管理の充実を図るため、口腔に関する介護サービスの提供状況や多職種との連携状況について検討するものです。

本事業によって得られた結果から、在宅療養高齢者の口腔に関する介護サービスの普及啓発における課題を抽出・提起することによって、現場のニーズに即した次期介護報酬改定に資するデータとすることを目指しています。

なお、本事業は東京都健康長寿医療センター研究所が受託して行います。調査結果は、厚生労働省の介護保険報酬改定、在宅医療におけるサービス・施策の充実および研究目的に活用いたします。

自由記載による回答項目が最後でございます。これは現場での生の声をお聞かせいただき、分析するためのものであるため、お分かりになる範囲でお答えいただければ幸いです。

本調査への協力は任意であり調査票の回収をもって調査参加へのご承諾とさせていただきます。未回答の場合に対する不利益はございませんが、無記名による調査であるため、一度ご回答（参加への同意）をされますと、撤回することはできませんのでご了承ください。なお、ご回答いただいた内容の管理は厳重に行い、上記の目的以外には使用しません

今回郵送させていただきました調査票は、**11月30日（土）まで**に返信用封筒でお送りください。ご多忙の中、大変恐縮ではございますが、今後の施策につながる重要な調査ですので、皆様のご協力をよろしくお願いいたします。

※左のミシン目より本説明文書を切り離してご返送ください。

【お問い合わせ】 東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム

担当：小原 由紀（おはら ゆき）

電話：03-3964-3241（内線 4211）

対応日：月、火、木、金（水、土、日曜祝日除く）

時間：10:00～17:00



2. 貴院で行っている歯科訪問診療等について

① 届出を行っている施設基準 (複数回答可)	1. かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所 2. 在宅療養支援歯科診療所 1 3. 在宅療養支援歯科診療所 2 4. 在宅歯科医療推進加算 5. 地域医療連携体制加算 6. 歯科疾患在宅療養管理料 総合医療管理加算 7. 在宅患者歯科治療時医療管理料 8. 歯科診療特別対応連携加算 9. 歯科治療時医療管理料		
② 昨年 1 年間に算定実績がある項目と令和元年 9 月の算定回数について		平成 30 年度の算定実績	令和元年 9 月の算定回数
	歯科医師による居宅療養管理指導	あり・なし	() 件
	歯科衛生士等による居宅療養管理指導	あり・なし	() 件
	歯科訪問診療 1	あり・なし	() 件
	歯科訪問診療 2	あり・なし	() 件
	歯科訪問診療 3	あり・なし	() 件
	訪問歯科衛生指導料 (対 1 人)	あり・なし	() 件
	歯科疾患在宅療養管理料	あり・なし	() 件
	退院時共同指導料	あり・なし	() 件
	在宅患者連携指導料	あり・なし	() 件
	在宅患者緊急時等加算料	あり・なし	() 件
	摂食機能療法	あり・なし	() 件
	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料	あり・なし	() 件
	その他 ()	あり・なし	() 件
③ 訪問診療を行っている施設等の数	令和元年 9 月 訪問施設数		
	患者宅	軒	
	介護付き有料老人ホーム	施設	
	養護老人ホーム	施設	
	軽費老人ホーム (介護型ケアハウス)	施設	
	サービス付き高齢者向け住宅	施設	
	認知症高齢者グループホーム	施設	
	その他 ()	施設	
④ 訪問頻度について	患者宅 1 軒あたり、 1 ヶ月に平均何回訪問しますか	歯科医師は 約	約 回
	施設 1 か所あたり、 1 ヶ月に平均何回訪問しますか	歯科医師は 約	約 回

3. 貴診療所の歯科訪問診療時における口腔の健康管理について

※ここでの【口腔の健康管理】とは、口腔衛生状態と摂食機能の管理を意味しています

① 歯科訪問診療の対象者のうち口腔の健康管理を必要とする人数

(令和元年 9 月延べ人数) _____ 人

② 歯科訪問診療時に、口腔の健康評価を行っていますか

1. はい 2. いいえ
 ↓ 質問③へ

②-1 行っている口腔の健康評価方法はどれですか（複数回答可）

1. 食事中や食後のムセの有無	7. 義歯の状況
2. 食事中や食後の痰	8. 臼歯部での咬合の有無
3. 食事時の食べこぼしの有無	9. 歯科疾患の有無（歯周病、う蝕等）
4. 食事時間	10. 口臭
5. 頸部聴診	11. その他（ ）
6. 口腔衛生状態（プラーク、食渣残留、舌苔等）	

②-2 口腔の健康評価とともに実施している栄養管理はどれですか（複数回答可）

1. 定期的な体重測定	6. 栄養相談
2. 食事摂取量の把握	7. その他（ ）
3. 個別栄養アセスメント	8. 栄養管理は行っていない
4. 栄養に関するケアプランの作成	9. 分からない
5. 特別食の提供（減塩食、嚥下調整食等）	

③ 歯科訪問診療時に、実施可能な口腔の健康評価方法はどれですか（複数回答可）

1. 食事中や食後のムセの有無	7. 義歯（入れ歯）の状況
2. 食事中や食後の痰	8. 臼歯部での咬合の有無
3. 食事時の食べこぼしの有無	9. 歯科疾患の有無（歯周病、う蝕等）
4. 食事時間	10. 口臭
5. 頸部聴診	11. その他（ ）
6. 口腔衛生状態（プラーク、食渣残留、舌苔等）	12. 該当なし

④ 歯科訪問診療時の口腔の健康管理において外部の専門職と連携していますか

1. はい 2. いいえ
 ↓ 質問 4.ハ

④-1 連携しているのはどの施設ですか（複数回答可）

1. 提携歯科医療機関	6. 地域包括支援センター
2. 訪問歯科専門歯科医院	7. 保健所・保健センター
3. 連携内科医療機関	8. 居宅介護支援事業所
4. 訪問看護ステーション	9. 病院歯科・大学病院
5. 薬局	10. その他（ ）

④-2 連携しているのはどの職種ですか（複数回答可）

1. 医師	5. 管理栄養士・栄養士
2. 歯科医師	6. 看護師・保健師
3. 歯科衛生士	7. ケアマネジャー
4. 言語聴覚士	8. その他（ ）

④-3 上記職種と連携するに至った依頼ルート（きっかけ）はどれですか（複数回答可）

1. ケアマネジャー	6. 訪問看護ステーション
2. かかりつけ病院・歯科医院・医院	7. 配食サービス
3. 行政	8. その他
4. 地域包括支援センター	（ ）
5. 居宅介護支援事業所	

※以下の自由記載の質問項目は、皆様からお寄せいただいた現場の声を文章データとして分析するために活用します。記載項目が多く恐縮ですが、お分かりになる範囲でお答えいただければ幸いです。

⑤多職種との具体的な情報共有の手段について、ご記載ください（自由回答）	
⑥多職種との連携に関する好事例があれば教えてください（自由回答）	
⑦多職種との連携おける課題について、ご記載ください（自由回答）	
⑧歯科訪問診療に関する診療料・管理料等の算定における課題について、ご記載ください。（自由回答）	

これですべての質問が終わりました。

長時間のご協力誠にありがとうございました。

記入もれがないか、いま一度おたしかめください。

在宅療養高齢者に対する口腔健康管理
における多職種連携上の課題抽出
に関する調査研究への調査協力をお願い
地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所

このたび、皆様方には「在宅療養高齢者における口腔の健康管理における多職種連携上の課題抽出に関する調査」にご協力いただきたく、アンケートをお送りさせていただきました。

本事業の目的は、居宅系サービスにおける在宅療養高齢者の口腔の健康管理の充実を図るため、口腔に関する介護サービスの提供状況や多職種との連携状況について検討するものです。

本事業によって得られた結果から、在宅療養高齢者の口腔に関する介護サービスの普及啓発における課題を抽出・提起することによって、現場のニーズに即した次期介護報酬改定に資するデータとすることを目指しています。

なお、本事業は東京都健康長寿医療センター研究所が受託して行います。調査結果は、厚生労働省の介護報酬改定、在宅医療におけるサービス・施策の充実および研究目的のために活用いたします。

自由記載による回答項目が4項目ございます。これは現場での生の声をお聞かせいただき、分析するためのもので、お分かりになる範囲でお答えいただければ幸いです。

本調査への協力は任意であり調査票の回収をもって調査参加へのご承諾とさせていただきます。未回答の場合に対する不利益はございませんが、無記名による調査であるため、一度ご回答（参加への同意）をされますと、撤回することはできませんのでご了承ください。なお、ご回答いただいた内容の管理は厳重に行い、上記の目的以外には使用しません。

今回郵送させていただきました調査票は、11月30日（土）までに、返信用封筒でお送りください。ご多忙の中、大変恐縮ではございますが、今後の施策につながる重要な調査ですので、皆様のご協力をよろしくお願いいたします。

※左のミシン目より本説明文書を切り離してご返送ください。

【お問い合わせ】東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム

担当：小原 由紀（おはら ゆき）

電話：03-3964-3241（内線 4211）

対応日：月、火、木、金（水、土、日曜祝日除く）

時間：10:00~17:00



各質問につきまして、該当する項目に○をつけてください。また人数等に関するご回答は、数字をご記入ください。

1. 事業所の概要について				
① 事業所開設年月	西暦 年 月			
② 施設の種別	1. 在宅療養支援診療所 2. 訪問看護ステーション 3. 栄養ケア・ステーション（認定栄養CS） 4. 居宅介護支援事業所			
③ 開設主体	1. 地方公共団体 2. 社会福祉協議会 3. 社会福祉法人 4. 医療法人 5. 社団・財団法人 6. 協同組合および連合会 7. 営利法人（有限会社） 8. 営利法人（株式会社） 9. 特定非営利活動法人 10. その他（ ）			
④ 併設している施設 （同一敷地内または道路を隔てて隣接する場合） （複数回答可）	1. 病院 2. 診療所 3. 介護老人保健施設 4. 特別養護老人ホーム 5. 有料老人ホーム 6. デイケア 7. デイサービス 8. ショートステイ 9. 小規模多機能型居住介護 10. その他（ ）			
⑤ 職員数	医師	常勤	人	非常勤 人
	看護師・保健師	常勤	人	非常勤 人
	栄養士・管理栄養士	常勤	人	非常勤 人
	介護支援専門員	常勤	人	非常勤 人
	薬剤師	常勤	人	非常勤 人
	理学療法士	常勤	人	非常勤 人
	作業療法士	常勤	人	非常勤 人
	言語聴覚士	常勤	人	非常勤 人
	その他（具体的に） （ ）	常勤	人	非常勤 人
	その他（具体的に） （ ）	常勤	人	非常勤 人
その他（具体的に） （ ）	常勤	人	非常勤 人	
<p>※常勤職員とは、原則として貴施設で定められた勤務時間（所定労働時間）の全てを勤務する者をいいます。したがって、雇用形態（正規・非正規）を問わず、貴施設の勤務時間数の全てを勤務しているパートタイマーは、常勤職員に含みます。</p> <p>※非常勤職員とは、貴施設で定められた勤務時間（所定労働時間）を全て勤務しない者（他の施設・事業所にも勤務するなど収入及び時間的拘束の伴う仕事を持っている者、短時間のパートタイマー等）をいいます。</p>				

③ 貴事業所内の職員が必要であれば実施可能な口腔の健康評価方法はどれですか

(実施可能な職種すべてに○をつけてください)

	介護職	看護職	歯科 専門職	管理 栄養士・ 栄養士	リハビリ テーション 専門職	該当 なし
1. 食事中や食後のムセの有無						
2. 食事中や食後の痰						
3. 食事時の食べこぼしの有無						
4. 食事時間						
5. 頸部聴診						
6. 口腔衛生状態（プラーク（歯垢）、 食渣残留、舌苔（舌の汚れ）等）						
7. 義歯（入れ歯）の状況						
8. 臼歯部（奥歯）での咬合の有無						
9. 歯科疾患の有無（歯周病、虫歯等）						
10. 口臭						
11. その他（ ）						

④ 口腔の健康管理において外部の専門職と連携していますか

1. はい

2. いいえ

↳ 質問3.へ

④-1 連携しているのはどの施設ですか（複数回答可）

- | | |
|---------------|---------------------|
| 1. 提携歯科医療機関 | 6. 地域包括支援センター |
| 2. 訪問歯科専門歯科医院 | 7. 保健所・保健センター |
| 3. 連携医療機関 | 8. 居宅介護支援事業所 |
| 4. 訪問看護ステーション | 9. 近隣の歯科医院・診療所（未提携） |
| 5. 薬局 | 10. その他（ ） |

④-2 連携しているのはどの職種ですか（複数回答可）

- | | |
|----------|--------------|
| 1. 医師 | 5. 管理栄養士・栄養士 |
| 2. 歯科医師 | 6. 看護師・保健師 |
| 3. 歯科衛生士 | 7. ケアマネジャー |
| 4. 言語聴覚士 | 8. その他（ ） |

④-3 上記職種と連携するに至った依頼ルート（きっかけ）はどれですか（複数回答可）

- | | |
|--------------------|---------------|
| 1. ケアマネジャー | 5. 居宅介護支援事業所 |
| 2. かかりつけ病院・医院・歯科医院 | 6. 訪問看護ステーション |
| 3. 行政 | 7. 配食サービス |
| 4. 地域包括支援センター | 8. その他（ ） |

3. 歯科との連携に関する詳しい状況について		
① 口腔の問題を発見した時に、多職種が連携して対応していますか	はい	いいえ
①で【はい】と回答した方は、以下の②-1にお進みください。 【いいえ】と回答した方は、③にお進みください。		
②-1 口腔の問題を発見した時に、連携する職種はどれですか (複数回答可)	1. 歯科医師 (他医療機関) 2. 歯科衛生士 3. 医師 4. 看護師・保健師 5. 薬剤師 6. 言語聴覚士 7. 理学療法士 8. 作業療法士 9. 介護職 10. ケアマネジャー 11. 管理栄養士・栄養士 12. その他 (具体的に:)	
②-2 口腔の問題について、多職種と連携して問題の解決につながっていますか	はい	いいえ
②-2で【はい】と回答した方 具体的に解決につながった職種はどれですか (複数回答可)	1. 歯科医師 (他医療機関) 2. 歯科衛生士 3. 医師 4. 看護師・保健師 5. 薬剤師 6. 言語聴覚士 7. 理学療法士 8. 作業療法士 9. 介護職 10. ケアマネジャー 11. 管理栄養士・栄養士 12. その他 (具体的に:)	
③ 歯科医院と連携を行っていますか?	1. はい 2. いいえ 3. 前は行っていたが今は行っていない	
③で「2.いいえ」または、「3.前は行っていたが今は行っていない」と回答した方	その理由をお聞かせください	
④ 多職種連携のための会議や打合せへの参加を歯科に依頼したことはありますか (複数回答可)	1. サービス担当者会議	はい ・ いいえ
	2. 事例検討会	はい ・ いいえ
	3. 退院時カンファ	はい ・ いいえ
	4. その他 ()	はい ・ いいえ
④で 1.サービス担当者会議に【はい】と回答した方は、以下の⑤にお進みください。 【いいえ】と回答した方は、次頁の⑥にお進みください。		
⑤ サービス担当者会議へ歯科の参加はありますか	はい	いいえ

次のページに続きます。

※以下の自由記載の質問項目は、皆様からお寄せいただいた現場の声を文章データとして分析するために使います。記載項目が多く恐縮ですが、お分かりになる範囲でお答えいただければ幸いです。

⑥ 歯科との具体的な情報共有の手段について、ご記載ください（自由回答）

⑦ 歯科との連携に関する好事例があれば教えてください（自由回答）

⑧ 歯科との連携における課題について、ご記載ください（自由回答）

これですべての質問が終わりました。
長時間のご協力誠にありがとうございました。
記入もれがないか、いま一度おたしかめください。

口腔に関するスクリーニング項目(素案)

※参考資料

		質問	観察
咀嚼関連	硬いものが食べにくいと感じますか？（通常の硬さの食事が摂りにくくなってませんか？）	○	
	固いものを避け、軟らかいものばかり食べる ★		○
	入れ歯は使っていますか？		○
	ご自分の歯は残っていますか？		○
	歯のせいで食べにくそうにしている ★		○
	咬筋緊張度		○
嚥下関連	お茶や汁物などでむせやすくなってませんか？	○	○
	食事中的ムセこみ、食後の痰がらみ ★		○
	痰絡みが多い		○
	痰が絡んでいるような声になることがある		○
口腔衛生関連	歯ブラシをするのをいやがる ★		○
	うがいのあと口からたくさんの残渣が出てくる		○
	口臭		○
	うがいができない		○
歯科受診関連	過去1年間の歯科受診の有無（健診・歯のクリーニングも含む）	○	

★ 食事提供のない通所では評価が難しい項目

令和元年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進事業
居宅系サービス利用者等の口腔の健康管理等に関する調査研究 事業報告書

発行 令和2年3月31日
地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター
理事長 鳥羽 研二
研究代表者 平野 浩彦

〒173-0015 東京都板橋区栄町 35 番 2 号
TEL : 03-3964-3241 FAX:03-3964-2316
