

令和3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状態の
維持向上等に関する調査研究事業**

令和4（2022）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

令和３年度の介護報酬改定では、地域包括ケアシステム推進の柱のひとつとして「医療と介護の連携の推進」と、自立支援・重度化防止の取り組みの推進として「リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取り組みの連携・強化」が基本方針として示されました。通所系サービスでは、介護職員等が実施可能な口腔スクリーニングを評価する加算として、口腔・栄養スクリーニング加算が創設され、口腔機能に関する評価を栄養スクリーニングによる取組・評価と一体的に行うことが期待されています。

また、歯科治療が必要と考えられる要介護高齢者は高率であるものの、十分に歯科受診につながっていないとの報告もあり、通所系サービス利用者に対する医療と介護の連携が、今後ますます重要となることが予想されます。利用者が有する能力に応じて自立した生活を営むことができるよう、医療と介護の連携においては、「かかりつけ医が、介護サービスを利用する高齢者の社会生活面の課題にも目を向け、地域社会における支援につながる取組を行う」ことが期待されています。

そこで、本事業では、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、通所サービス事業所を対象とした郵送調査、通所サービス利用者の口腔および栄養管理の実態調査、居宅療養管理を行う歯科診療所へのヒアリング調査を行うことにより、口腔に関連する介護サービスの提供状況や口腔の状態の変化等を含めた実態把握・課題抽出を行いました。

郵送調査の結果では、口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）および（Ⅱ）の算定率は、5.9%、3.4%と低率でした。しかしながら、加算を行った事業所では、職員の口腔や栄養に関する意識変化や介護支援専門員・利用者およびご家族との口腔・栄養に関する情報共有の機会の増加が認められたとの回答が得られました。口腔・栄養に係る各種加算の算定には、人員の確保が課題として挙げられました。また、通所サービス利用者の口腔・栄養に関する実態調査では、口腔機能低下の兆候を示す割合が高く、93.2%に歯科受診の必要があること、また、栄養状態については、低栄養のリスク者が46.6%、低栄養者が10.9%にのぼることが明らかとなりました。

以上の結果から、居宅系サービス利用者においては口腔・栄養両面からの介入の必要性は高く、口腔および栄養に関するサービス提供の普及啓発に向けての課題を提示することができました。口腔と栄養の一体的な取組に向け、今後はサービス提供による介入の効果検証を行っていく必要があると考えられます。

本報告書が、口腔の健康状態の維持向上の推進にむけた一助となれば幸いです。

目次

I	事業の概要	1
1.	事業目的	2
2.	事業実施体制	3
3.	検討の経過	5
4.	事業の実施概要	5
II	通所事業所における口腔サービスの提供に関する調査	15
III	通所系サービス利用者の口腔および栄養管理に関する実態調査	53
IV	居宅系サービス・居宅療養管理等における口腔の健康管理に関する調査	71
V	参考資料	97

I 事業の概要

1. 事業目的

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、口腔に関連する介護サービスの提供状況や口腔の状態の変化等を含めた実態を把握・分析し、課題の抽出・整理等を行うことを目的とした。

調査事業 1: 通所事業所における口腔サービスの提供に関する調査

通所事業所を対象とした郵送による質問紙調査により、口腔・栄養スクリーニング加算、口腔機能向上加算等の居宅系サービスにおける口腔サービス等の算定状況、取り組み状況、医療との連携状況等に関する実態把握を行い、円滑なサービス提供に向けた課題を抽出・整理する。

調査事業 2: 通所系サービス利用者の口腔および栄養管理に関する実態調査

通所系サービス利用者の口腔および栄養状態の実態調査により、実際の口腔内状態等と歯科保健サービスのニーズを把握し、サービスの提供状況に関する課題の検証を行う。抽出された課題等に対して、必要なサービス・職種等への連携状況を確認し、充実が期待される体制のあり方等について検証する。

調査事業 3: 居宅系サービス・居宅療養管理等における口腔の健康管理に関する調査

居宅系サービスならびに居宅療養管理に関わる歯科医師・歯科衛生士を対象に、居宅サービス利用者の口腔の健康管理に係るアセスメントの概要、具体的な管理計画と実施内容、他機関との連携状況、歯科専門職の関与による効果・好事例や課題等に関するヒアリング調査を行い、先駆事例の収集・分析を行う。

2. 事業実施体制

本事業の実施にあたり、調査事業の基本設計、データ収集・分析、報告の取りまとめに関して検討を行うことを目的として有識者で構成される研究委員会を設置した。

研究委員会名簿（五十音順・敬称略） ○委員長

秋野 憲一	札幌市保健福祉局保健所 成人保健・歯科保健担当部長
有松 ひとみ	大分県歯科衛生士会 会長
岩佐 康行	原土井病院 歯科部長
岩崎 正則	東京都健康長寿医療センター研究所 専門副部長
枝広 あや子	東京都健康長寿医療センター研究所 研究員
小原 由紀○	東京都健康長寿医療センター研究所 専門副部長
菊谷 武	日本歯科大学 口腔リハビリテーション多摩クリニック 教授
久保山 裕子	日本歯科衛生士会 副会長
栗原 明子	株式会社ケアサービス 管理栄養士
小玉 剛	日本歯科医師会 常務理事
柴崎 美紀	杏林大学保健学部看護学科在宅看護学 教授
白部 麻樹	東京都健康長寿医療センター研究所 研究員
竹内 嘉伸	富山県南砺市地域包括支援センター 主幹・センター長補佐
恒石 美登里	日本歯科総合研究機構 主任研究員
西村 一弘	駒沢女子大学 教授 / 日本栄養士会 常任理事
平野 浩彦	東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長
平原 佐斗司	東京ふれあい医療生活共同組合長 研修・研究センター長
本川 佳子	東京都健康長寿医療センター研究所 研究員
森下 志穂	明海大学保健医療学部 助教
渡邊 裕	北海道大学大学院 高齢者歯科学教室 准教授

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 谷 正隆

研究協力者（五十音順・敬称略）

五十嵐 憲太郎	日本大学 松戸歯学部 有床義歯補綴学講座 助教
川島 貴重	小倉学園 新宿医療専門学校 歯科衛生学科 学科長
川村 佳美	大分県歯科衛生士会 理事
齋藤 貴之	医療法人社団森 ごはんがたべたい歯科クリニック 理事長
澄川 裕之	医療法人里山会 澄川歯科医院/匹見歯科診療所 院長
花形 哲夫	花形歯科医院
濱 芳央子	原土井病院 歯科衛生士
早川 美知	東京都健康長寿医療センター研究所 研究員
藤田 菊子	明海大学歯学部歯科麻酔学分野 非常勤講師
細川 隆司	九州歯科大学口腔再建リハビリテーション学分野 教授
正木 千尋	九州歯科大学口腔再建リハビリテーション学分野 准教授
松原 ちあき	東京医科歯科大学 大学院医歯学総合研究科 大学院生
目黒 郁美	日本大学松戸歯学部 有床義歯補綴学講座 大学院生
本橋 佳子	東京都健康長寿医療センター研究所 研究員
吉田 直美	日本歯科衛生士会 会長
	東京医科歯科大学 大学院 医歯学総合研究科 教授
渡部 芳彦	東北福祉大学 健康科学部 医療経営管理学科 教授

研究協力団体（五十音順・敬称略）

医療法人社団 東北福祉会
学校法人 小倉学園
KSI-PartNer'S 株式会社
株式会社ケアサービス
社会福祉法人 光薫福祉会

3. 検討の経過

研究委員会では、期間中に下表の通り、計４回の会議を開催し、本事業における調査の設計、分析および結果の取りまとめ等に関する検討を行った。

1	令和３年７月５日（月）	検討委員会（コアメンバー） 調査対象者および質問項目の予備的検討 全体スケジュールの確認
2	令和３年９月１日（水）	第１回研究委員会の開催 事業目的と全体像の説明 各調査事業の概要と全体スケジュールの確認 調査項目の検討
3	令和３年９月２１日（火）	検討委員会（コアメンバー） 調査項目の検討
4	令和４年３月２日（水）	第２回研究委員会の開催 分析・報告書構成案について

4. 事業の実施概要

1) 通所事業所における口腔サービスの提供に関する調査

(1) 全国郵送調査

全国の通所介護、地域密着型通所介護、通所リハビリテーション、認知症対応型通所介護、指定療養通所介護の各サービスを提供している事業所について、都道府県および事業所区分の件数割合に応じて無作為抽出を行い、2,000件を対象に自記式質問調査票を郵送した。有効回答数は639件、回答率32.9%であった。

各種加算の算定状況については、口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）が5.9%、口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）が3.4%であった。口腔関連サービスについては、口腔機能向上加算（Ⅰ）は10.2%、口腔機能向上加算（Ⅱ）は6.4%であった。栄養関連サービスについては、栄養アセスメント加算が3.0%、栄養改善加算が0.9%であった。

表 各種加算の算定状況

	算定率	平均算定人数
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	5.9%	47.2±43.3 人
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	3.4%	16.6±20.7 人
口腔機能向上加算（Ⅰ）	10.2%	19.5±21.7 人
口腔機能向上加算（Ⅱ）	6.4%	25.6±32.0 人
栄養アセスメント加算	3.0%	43.3±51.4 人
栄養改善加算	0.9%	1.9±3.4 人

口腔・栄養スクリーニング加算を算定していない理由として、もっとも多かったのは、「評価・算定に必要な人員を確保できないから」（45.4%）であった。専門職を1名以上配置していると回答していた事業所は、歯科衛生士 0.3%、言語聴覚士 0.6%、管理栄養士 1.7%、栄養士 0.3%であった。

口腔・栄養スクリーニング加算の算定に際して、スクリーニングを実施している職種は、看護師が 60.5%でもっとも多く、ついで介護職員の 41.9%であった（複数回答）。口腔・栄養スクリーニング加算を算定した事業所に対しては、その後の口腔・栄養に関する加算の算定状況について尋ねた。口腔・栄養スクリーニング加算算定者に占める割合は、それぞれ、口腔機能向上加算（Ⅰ）が 3.8%、口腔機能向上加算（Ⅱ）が 5.1%、栄養改善加算が 0.2%であった。口腔栄養スクリーニング加算算定による口腔の評価によって、歯科受診につながったのは 27 人（0.9%）であり、そのうち「かかりつけ歯科医に相談・連携」したのは 16 人（0.5%）であった。口腔に関する問題について相談できる歯科医療機関があると回答した事業所は 23 件（3.6%）であった。一方、口腔・栄養スクリーニング加算による栄養の評価によってつながった介護・福祉関連のサービスについては、居宅療養管理指導と外来栄養食事指導がいずれも 3 人（0.1%）、医科への受診が 4 人（0.1%）であった。

口腔・栄養スクリーニング加算算定による効果については、「職員の口腔および栄養に対する意識の変化がみられた」と回答する割合が 77.5%、「介護支援専門員や本人・家族との口腔・栄養に関する情報共有が増えた」と回答する割合が 58.5%であった。約 2 割が「口腔機能向上加算の算定件数が増加した」、「口腔機能向上加算が必要な利用者の判断につながった」と回答していた一方、「歯科医療機関との連携の機会、外部の医療機関、介護保険施設、栄養ケア・ステーションの管理栄養士との連携の機会が増えた」と回答していたのは、それぞれ 9.8%、5.0%であった。

表 口腔・栄養スクリーニング加算算定の効果

		n	%
職員の口腔に対する意識の変化	あり	31	77.5
職員の食事・栄養に対する意識の変化	あり	31	77.5
口腔機能向上加算の算定件数	増えた	9	22.5
口腔機能向上加算が必要な利用者の判断	容易になった	10	25.0
介護支援専門員と口腔・栄養に関する情報共有の機会	増えた	24	58.5
利用者・家族等との口腔・栄養に関する情報共有の機会	増えた	24	58.5
歯科医療機関との連携の機会	増えた	4	9.8
外部の医療機関、介護保険施設、栄養ケア・ステーションの管理栄養士との連携の機会	増えた	2	5.0

口腔機能向上加算の算定を実施している事業所において、サービス提供を行っている職種は看護師の 81.0%がもっとも多く、言語聴覚士が 25.0%、歯科衛生士が 11.0%であった。看護師のみが実施している事業所が 56 件でもっとも多かった。口腔機能向上加算算定の効果としては、「むせが減った」が 73.1%でもっとも多く、次いで、「会話が增えた」43.6%、「食事が楽しめるようになった」41.0%、「口の渇きが減った」41.0%の順であった。一方、口腔機能向上加算を算定していない事業所における、算定していない理由については、サービス提供できる歯科衛生士、言語聴覚士がいないこと、評価やサービス提供に係る時間の不足と回答する割合が高かった。

栄養アセスメント加算については、加算算定するきっかけとして、もっとも割合が高かったのは、「加算取得のため」の 84.2%であった。栄養アセスメント加算のサービス提供を行った管理栄養士の所属でもっとも多かったのは、「施設の所属」が 78.9%でもっとも多く、次いで「都道府県栄養士会の栄養ケア・ステーション」が 15.8%であった。栄養アセスメント算を算定していない理由としては、「管理栄養士の配置や外部機関との連携が難しい」の 52.7%がもっとも多かった。

栄養改善加算のサービス提供を実施した管理栄養士の所属は、「施設の所属」が 50.0%を占めていた。栄養改善加算を算定していない理由でもっとも多かったのは、「管理栄養士の配置や外部機関との連携が難しいから」が 61.3%であった。

結果のまとめ

- 令和 3 年度の介護報酬改定により新たに「口腔・栄養スクリーニング加算」が導入されたが、算定率は低かった。その背景は、人員の確保が課題として挙げられた。
- 口腔・栄養スクリーニング加算の算定により、職員の口腔・栄養に関する意識が変化し、介護支援専門員や、利用者本人・家族との情報共有の機会が増えたと回答している割合が高かった一方、歯科医療機関や外部の医療機関、介護保険施設、栄養ケア・ステーションの管理栄養士との連携の機会については、ほとんど変化がみられなかった。
- 口腔機能向上加算の算定率は 1 割程度にとどまり、加算を算定していない理由として、サービス提供ができる歯科衛生士を配置できていないと回答する割合が高かった。実際に、本調査に回答のあった事業所において、歯科衛生士を雇用している事業所はほとんどなく、口腔機能向上加算に係るサービス提供者は看護師が担っていた。
- 栄養アセスメント加算ならびに栄養改善加算の算定率も低かった。栄養関連のサービスに関与する管理栄養士は、施設の所属である場合が多く、管理栄養士を雇用できていない事業所においては、管理栄養士の配置や外部機関との連携が困難であることが、算定上の課題となっている可能性がある。
- 居宅系サービス利用者の口腔健康管理ならびに栄養管理のためには、専門職の配置が課題となると考えられた。

(2) 口腔機能向上加算に関する後ろ向き調査

調査協力の得られた宮城県仙台市および大分県国東市の2通所介護事業所において、令和3年7月～11月に口腔機能向上加算の算定を行った利用者41名（男性27名、女性14名、平均年齢は79.4±9.6歳）を対象に、口腔機能向上加算の算定に関する効果を検証した。本研究は、東京都健康長寿医療センター倫理審査委員会の承認を得て実施した（整理番号 R21-039）。

平均介入期間は、42.0±23.4日であった。アセスメント時と評価時における口腔・栄養スクリーニング項目の比較を表に示す。いずれの項目についても、前後で有意な変化は認められなかった。

表 口腔・栄養スクリーニング項目の変化

	アセスメント時	評価時	p-value
硬いものを避け、柔らかいものばかり食べる（%はい）	9 (22.0%)	8 (19.5%)	N.S ^a
入れ歯を使っている（%はい）	25 (61.0%)	25 (61.0%)	N.S ^a
むせやすい（%はい）	18 (43.9%)	16 (39.0%)	N.S ^a
BMI	21.8 (19.1-24.8)	21.5 (19.2-24.2)	N.S ^b

a: McNemar 検定 b: Wilcoxon Signed-rank Test

BMI 中央値（25-75 パーセンタイル）

嚥下機能のスクリーニング評価指標である反復唾液嚥下テスト（RSST）と舌口唇運動機能評価のオーラルディアドコキネシス（ODK）の結果を表に示す。アセスメント時と事後評価の前後比較を Wilcoxon Signed-rank Test を用いて検証したところ、RSST と ODK カ音において有意な改善を認めていた。

表 専門職の評価による評価項目の変化

	n	アセスメント時		モニタリング時		事後評価時	
		中央値	第 1-3 四分位	中央値	第 1-3 四分位	中央値	第 1-3 四分位
RSST（回/30 秒）	21	1.5	(1-2)	2	(1-2)	2	(1-2)
ODK：パ音（回/秒）	20	4.7	(1.0-5.5)	4.4	(2.8-5.6)	5.4	(4.2-5.8)
ODK：タ音（回/秒）	20	5.0	(3.9-5.6)	4.2	(2.4-5.6)	5.0	(4.4-5.9)
ODK：カ音（回/秒）	20	4.4	(3.7-5.6)	4.3	(3.3-5.6)	4.9	(4.0-5.8)

RSST:反復唾液嚥下テスト ODK:オーラルディアドコキネシス

専門職（歯科衛生士）により抽出された利用者の口腔機能に関する問題点を図に示す（複数回答）。「歯みがき」が11名でもっとも多く、次いで、「口臭」の9名であった。

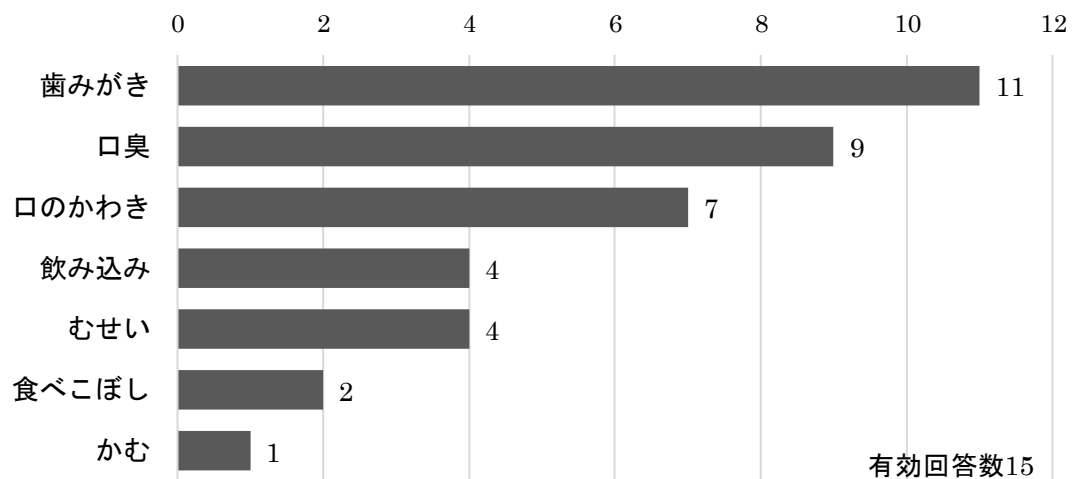


図 利用者の口腔機能の問題点（複数回答）

専門職の評価による口腔機能向上加算による利用者への効果としては、「食事がおいしくなった」が7名でもっとも多く、次いで「むせが減った」、「口臭が減った」の順であった。

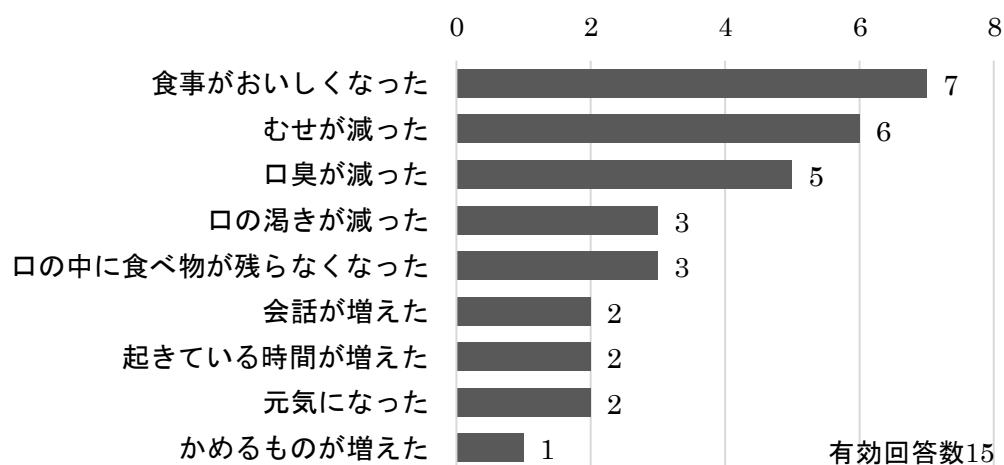


図 口腔機能向上加算算定の効果

算定期間における口腔機能向上加算のサービスの具体的な提供内容としては、「口腔体操・嚥下体操」が平均 8.4 ± 6.5 回でもっとも多く、次いで「口腔清掃の指導」の 8.0 ± 6.8 回であった。

表 サービスの実施内容と頻度

	平均値	標準偏差
口腔機能向上に関する情報提供	4.6	1.9
口腔体操・嚥下体操等	8.4	6.5
口腔清掃の指導	8.0	6.8
口腔清掃の実施	6.6	6.7
唾液腺マッサージ（指導）	4.5	8.3
咀嚼機能に関する訓練（指導）	0.0	0.0
嚥下機能に関する訓練（指導）	0.4	1.9
発音・発声に関する訓練（指導）	4.0	4.4
呼吸に関する訓練（指導）	0.1	0.5
食事姿勢や食環境についての指導	1.1	2.2

本調査では、調査協力の得られた通所介護事業において、既に口腔機能向上加算の算定が行われた利用者のデータを後方視的に検証した。対象者の認知機能等の問題により、実施できない評価項目もあり、また事業所によって実施状況が異なるために、本調査の結果を一般化するには限界があると考えられる。しかしながら、通所系サービス事業所における口腔機能向上に係る取り組みは、嚥下機能や舌運動機能の向上、口腔衛生状態の改善のみならず、食事の楽しみといった QOL に寄与するものと考えられた。

今回は、歯科衛生士がサービス提供者となっている通所介護事業所を対象とした。郵送調査の結果では、口腔機能向上加算の主たるサービス提供者は看護師が担っていることから、サービス提供者による差異を前向きに検証するなど、より詳細な介入効果の検証が必要であると考えられた。

2) 通所系サービス利用者の口腔および栄養管理に関する実態調査

令和3年10月～12月、調査協力の得られた通所介護事業所6か所（東京都内5事業所、福岡県内1事業所）を利用する在宅高齢者311名（男性63名、女性248名、 85.7 ± 7.4 歳）を対象に、職員を対象とした基本属性等に関する事前調査と、口腔および栄養に関する対面調査を実施した。

かかりつけ歯科医があることが把握されていた対象者の割合は35.7%、直近1年間の歯科受診があることが把握されていた対象者の割合は32.5%であった。

対象者の現在歯数は、平均 12.2 ± 10.0 本、機能歯数 23.4 ± 7.6 本であり、可撤式補綴装置も含めて両側の臼歯部咬合を維持できている割合は78.2%であった。本調査の対象者では、補綴処置等によって比較的、咬合支持状態が維持されていると考えられたが、口腔機能低下症等の基準に準じた、舌運動機能、咬合力低下、舌圧の項目では、7割以上が口腔機能低下者に該当した。

表 口腔機能低下者の割合

口腔不潔度 (N=308) TCI スコア 50%以上		
不良	45 人	14.6%
口腔乾燥 (N=306) ムーカス 27 未満		
乾燥あり	136 人	44.4%
舌運動機能 (N=279) ODK (タ音のみ) 6.0 回/秒 未満		
低下群	205 人	73.5%
咬合力低下 (N=267) デンタルプレスケールⅡ 350N 未満		
低下群	198 人	74.2%
舌圧 (N=279) 30kPa 未満		
低下群	199 人	71.3%
嚥下機能 (N=307) 4 点未満		
低下群	65 人	21.2%

また対象者の93.2%が歯科受診の必要性があると歯科医師が判断し、その内訳は、「口腔衛生の管理」が58.8%でもっとも多く、次いで「歯周治療」が57.9%、「義歯治療」が49.5%であった。歯科衛生士によるアセスメントも類似の結果であった。歯科衛生士による歯科受診および口腔機能向上加算の算定に必要性に関する評価結果は、歯科医師の評価結果に対して、感度がそれぞれ0.934、0.849の高値を示しており、歯科衛生士による口腔内評価によって、口腔の健康管理のニーズを精度よくスクリーニングできることが示唆された。

対象者の平均 BMI は、 21.7 ± 3.8 であった。「日本人の食品摂取基準（2020 年版）」の基準である BMI21.5 未満の者は、対象者の 63.7% を占めた。同様に、MNA[®]-SF による評価でも、「低栄養のおそれあり」の割合が 46.6%、「低栄養」の割合が 10.9% であった。特に女性で低栄養の傾向がみられた。

表 MNA[®]-SF の結果

	全体 (n=311)		男性 (n=63)		女性 (n=248)		p-value
	n	%	n	%	n	%	
栄養状態良好	132	42.4	38	60.3	94	37.9	0.005 ^a
低栄養のおそれあり	145	46.6	21	33.3	124	50.0	
低栄養	34	10.9	4	6.3	30	12.1	
スコア（点） ^c	11 (9-13)		12 (11-13)		11 (9-12)		0.005 ^b

a カイ二乗検定 b Mann-Whitney U 検定

c MNA[®]-SF スコア 中央値（25-75 パーセンタイル）

通所介護事業所による対面実測調査により、通所サービス利用者の口腔健康状態と栄養状態の実態が明らかとなった。通所サービス利用者のうち、歯科医師の対面調査によって歯科受診が必要と判断された者の割合は 9 割以上であり、「歯周治療」、「義歯治療」の必要性が特に高かった。通所系サービスで口腔機能向上に係るサービス提供者となる歯科衛生士が口腔のアセスメントを行った場合、歯科受診の必要性の有無を 0.934 の高感度でスクリーニングできる可能性が示された。

また、通所サービスを利用する高齢者においては、低栄養のリスク者も多いことから、口腔と栄養の複合的なサービス提供のニーズが高いことが明らかとなった。

3) 居宅系サービス・居宅療養管理等における口腔の健康管理に関する調査

歯科医師・歯科衛生士による居宅療養管理に関する事例を収集し、居宅系サービス利用者に対する円滑な歯科保健サービス提供のための基礎資料を得ることを目的として、居宅療養管理指導を算定している歯科診療所 3 件にヒアリング調査を実施した。

調査時期：令和 3 年 11 月～令和 4 年 1 月

調査内容：歯科診療所の概要、居宅療養管理の実情と課題、事例等

上記、ヒアリング結果に基づき、オンラインによる研修会を開催した。

開催日程：2022 年 2 月 26 日（土）（Zoom Webinar による開催）

登壇者：高田靖氏、平野浩彦氏（モデレーター）

基調講演：柴崎美紀氏（杏林大学保健学部看護学科 在宅看護学）取

り組み紹介：花形哲夫氏、澄川裕之氏、齋藤貴之氏

参加者人数：102 名（歯科医師・歯科衛生士・管理栄養士他）

令和3年度より新たに導入された口腔・栄養スクリーニング加算の算定率は低い結果であった。口腔・栄養スクリーニング加算を算定した事業所では、職員の口腔・栄養に対する意識の変化がみられ、介護支援専門員や本人・家族との情報共有の場が増えたといった肯定的な評価が多く、加算による一定の効果が事業所においても認識されていると考えられた。しかしながら、口腔機能向上加算、栄養改善加算の算定につながる件数は現状では少なく、歯科医療機関や栄養ケア・ステーションへの連携も十分とはいえない結果であった。本調査は、介護報酬改定直後に実施されたものであり、新型コロナウイルス感染症への対応に係る人員不足、「科学的介護情報システム（LIFE）」も含めた算定への体制整備に時間を要していたことが算定率に影響していた可能性もある。口腔および栄養に関する加算の効果が周知されることにより、介護支援専門員等の他職種に理解が進み、制度が浸透していく可能性が高い。算定の効果や課題を検討する上では、加算導入1,2年後の算定状況の実態把握等、継続的な検証が必要である。

口腔・栄養に係る加算の算定状況が低率であった要因として、関与できる専門職の配置ができないといった人的資源の問題と時間の不足が挙げられていた。専門職の配置に関しては、採用募集の状況や人件費の確保といった雇用に関わる具体的な課題については、本調査事業では明らかとはなっていない。今後、通所系サービス事業所における歯科衛生士・管理栄養士の雇用に関する詳細な実態把握が必要である。

対面実測調査では、通所系サービスを利用する高齢者の低栄養リスクと口腔機能の低下が顕著であったことから、自立支援・重度化防止の取り組みの推進にあたっては、口腔と栄養の複合的な取組が今後ますます重要となる。また、本事業の調査対象者では、歯科受診が必要と判断された者は9割以上にのぼっており、医療との連携が喫緊の課題となる。通所系サービスにおける口腔・栄養に係るサービスの拡充のためは、医療機関・居宅介護支援事業所をはじめとする外部機関との連携の推進が求められ、各種加算算定のメリットやサービス提供による効果について、専門職からの発信も含めて目に見える形で提示していく必要があると考えられた。

口腔機能向上加算においては、看護師が中心となってサービス提供が行われていたが、さらに歯科衛生士・言語聴覚士が関与することによって、「話がしやすくなる」といったQOL向上につながる効果が認められていた。また、歯科衛生士による口腔のアセスメントは、高い感度で歯科受診と口腔機能向上加算のニーズをスクリーニングできることが明らかとなった。歯科衛生士が積極的に関与できる環境の整備や人材育成が課題である。実測調査の対象者の7割以上に口腔機能向上加算の必要性があったが、郵送調査での口腔機能向上加算の算定率は15.0%にとどまっていた。今後は、関与する職種によるプログラムの実施内容や効果の差異の検証を行うとともに、口腔機能向上加算の主たるサービス提供者となる看護師においても実践できるマニュアルの整備等も検討する必要がある。

Ⅱ 通所事業所における口腔サービスの 提供に関する調査

1. 郵送調査

1) 調査の概要

(1) 対象の抽出方法について

通所介護、地域密着型通所介護、通所リハビリテーション、認知症対応型通所介護、指定療養通所介護の各サービスを提供している全国の事業所より無作為抽出を行い、自記式質問調査票を郵送した。厚生労働省の介護事業所・生活関連情報検索サイトの情報をもとに都道府県および事業所区分の件数割合に応じて 2,000 件無作為抽出を行った。

(2) 配布・回収期間 令和 3 年 10 月～11 月

(3) 調査項目

- ・ 事業所の概要（開設主体、定員数、稼働日数、職員数、食事の提供状況等）
- ・ 各種加算の算定状況（算定の効果、算定上の課題、算定していない理由等）

(4) 倫理的配慮

本研究は、東京都健康長寿医療センター倫理審査委員会の承認を得て実施した（整理番号 R21-036）。

2) 結果

(1) 回収状況

郵送調査の回収状況を図 1 に示す。有効回答数は 639 件であった。

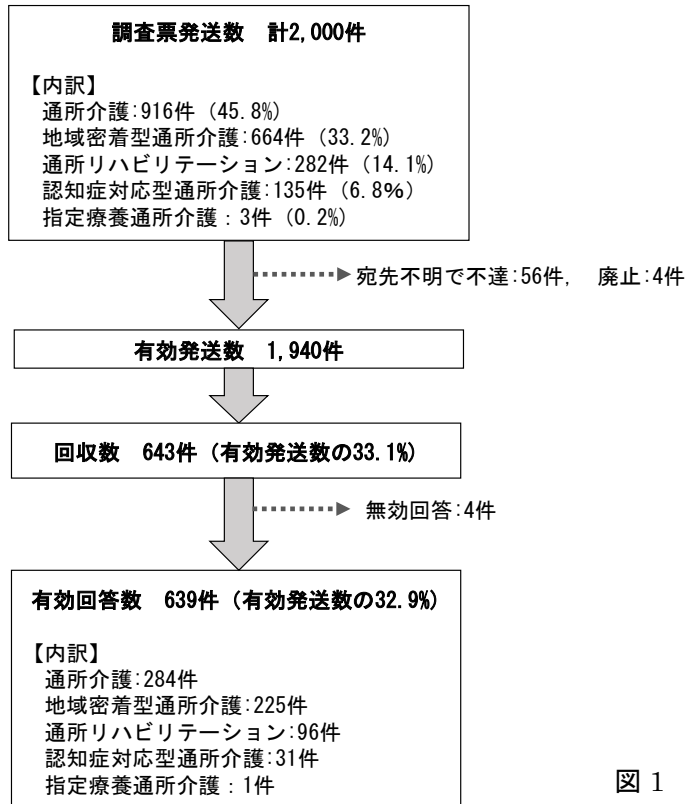


図 1 調査票の回収状況

事業所の内訳は、通所介護が284件(44.6%)でもっとも多く、次いで、地域密着型通所介護の225件(35.2%)であった(図2)。

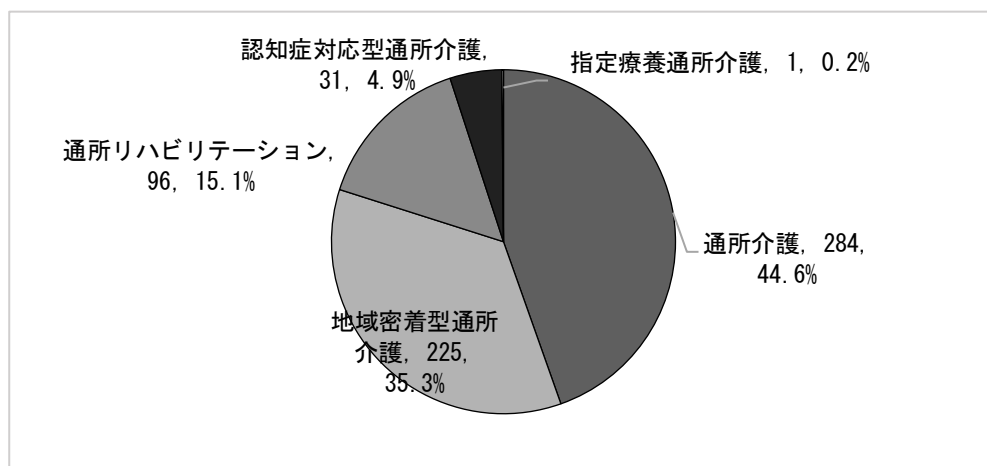


図2 事業所の内訳

開設主体は、営利法人が42.1%(269件)、社会福祉法人が20.5%(131件)の順に多かった(表1)。併設している施設があると回答していたのは、70.2%(449件)であった。その内訳は、特別養護老人ホームが76件、有料老人ホームが66件であった(表2)。その他(140件)で記載があったものとしては、グループホーム、居宅介護支援事業所、サービス付き高齢者向け住宅、小規模多機能居宅介護等であった。

表1 開設主体の内訳

	n	%
地方公共団体	3	0.5
社会福祉協議会	31	4.9
社会福祉法人	131	20.5
医療法人	104	16.3
社団・財団法人	13	2.0
協同組合および連合会	13	2.0
営利法人	269	42.1
特定非営利活動法人:NPO	21	3.3
その他	40	6.3
無回答	14	2.2

表2 併設施設の内訳(複数回答)

病院	41
診療所	44
介護老人保健施設	42
特別養護老人ホーム	76
有料老人ホーム	66
その他	140

【定員数および利用者数】

定員数の平均値は、 25.2 ± 15.1 人で、26 人未満が 61.0%、26～50 人が 34.9%であり、50 人以下の事業所が 9 割以上を占めていた（表 3）。令和 3 年 9 月の平均稼働日数は、 24.6 ± 3.5 日であった。令和 3 年度 9 月の介護度別の延べ利用者数の平均を表 4 に示す。要介護 1 が 92.3 ± 102.3 人ともっとも多く、次いで要介護 2 が 78.9 ± 84.4 人、要支援 1,2 の 57.0 ± 94.1 人の順であった。

表 3 定員数

	n	%
1-25 人	390	61.0
26-50 人	223	34.9
51-75 人	15	2.3
76-100 人	7	1.1
100 人以上	2	0.3
未回答	2	0.3

表 4 令和 3 年 9 月の延べ利用者数（介護度別）

	平均値±標準偏差
要支援 1,2	57.0 ± 94.1
要介護 1	92.3 ± 102.3
要介護 2	78.9 ± 84.4
要介護 3	45.4 ± 57.5
要介護 4	27.0 ± 44.2
要介護 5	13.3 ± 26.7
その他	27.0 ± 134.9

【職員の配置状況】

職員の職種別・勤務形態別の配置状況を表 5 に示す。介護職員の配置状況は、常勤専従 3.22 ± 2.99 人、常勤兼務 2.34 ± 1.96 人、非常勤が 3.88 ± 3.57 人であった。口腔機能向上加算に関与する職種では、看護師がもっとも多く勤務形態に関わらず平均 1.0 人以上であったが、歯科衛生士および言語聴覚士の平均常勤専従者の配置者数はともに、0.1 人以下であった。管理栄養士の配置状況も同様に、常勤専従 0.22 ± 0.66 人、常勤兼務 0.47 ± 1.13 人、非常勤 0.11 ± 0.35 人であり、栄養士は常勤専従 0.13 ± 0.52 人、常勤兼務 0.08 ± 0.27 人、非常勤 0.10 ± 0.37 人にとどまっていた。

表 5 職員の職種別の配置状況

単位：人

	平均値±標準偏差		
	常勤専従	常勤兼務	非常勤
介護職員	3.22 ± 2.99	2.34 ± 1.96	3.88 ± 3.57
看護師	1.07 ± 1.07	1.27 ± 1.30	1.88 ± 1.29
生活相談員	1.00 ± 0.66	1.85 ± 1.20	0.96 ± 1.17
歯科衛生士	0.03 ± 0.23	0.08 ± 0.30	0.12 ± 0.33
言語聴覚士	0.05 ± 0.23	0.27 ± 0.65	0.18 ± 0.56
管理栄養士	0.22 ± 0.66	0.47 ± 1.13	0.11 ± 0.35
栄養士	0.13 ± 0.52	0.08 ± 0.27	0.10 ± 0.37
理学療法士	0.93 ± 1.17	1.08 ± 1.93	0.83 ± 1.21
作業療法士	0.68 ± 1.25	0.59 ± 1.23	0.37 ± 0.64
柔道整復師	0.52 ± 0.77	0.32 ± 0.67	0.35 ± 0.69
あん摩マッサージ師	0.15 ± 0.42	0.06 ± 0.25	0.34 ± 0.94
その他	0.76 ± 1.83	0.78 ± 1.60	1.60 ± 2.40

歯科衛生士、言語聴覚士、管理栄養士、栄養士を勤務形態に関わらず 1 名以上配置している事業所の割合を表 6 に示す。歯科衛生士 0.3%（2 件）、言語聴覚士 0.6%（4 件）、管理栄養士 1.7%（11 件）、栄養士 0.3%（2 件）であった。

表 6 各職種を雇用している事業所の割合

	n	%
歯科衛生士	2	0.3
言語聴覚士	4	0.6
管理栄養士	11	1.7
栄養士	2	0.3

【食事の提供状況】

食事の提供状況を図3に示す。主食では、「ごはん」以外では、「粥」71.8%、「ミキサー粥」38.2%の順で多かった。副食については、「常食」以外では、「一口大」が74.3%、「刻み」が71.6%の順で多かった。約16%の事業所が食事提供をしていないと回答していた。

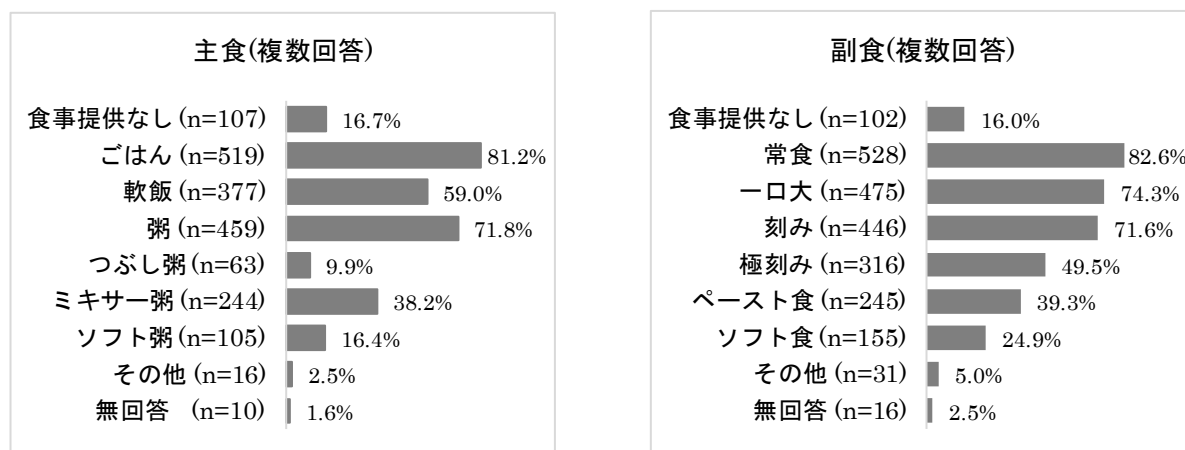


図3 食事の提供状況（主食・副食）

嚥下調整食の提供状況について回答が得られたのは、24.7%（158件）であった。約半数の事業所が、「提供なし・回答が難しい」と回答していた。提供されている嚥下調整食の詳細については、「2-1（ピューレ・ペースト・ミキサー食など、均質でなめらかで、べたつかず、まとまりやすいもの、スプーンですくって食べることが可能なもの）」が68.4%でもっとも多く、次いで、「4（かたさ・ばらけやすさ・貼りつきやすさなどのないもの、箸やスプーンで切れるやわらかさ）」が57.0%であった（図4）。

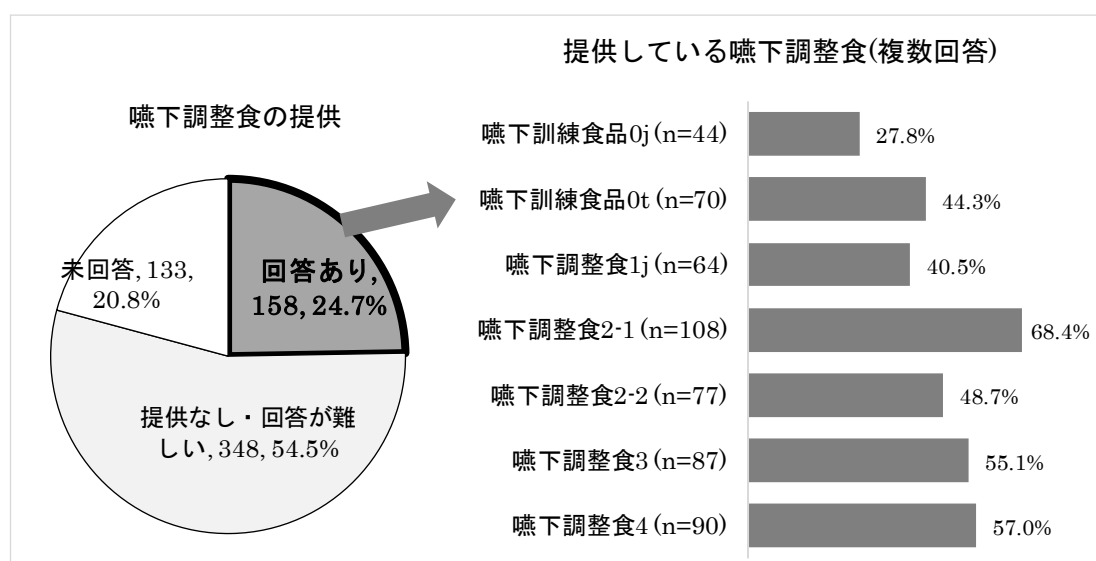


図4 嚥下調整食の提供状況

(2)加算の算定状況

【口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)】

令和3年4月～9月の期間において口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)の算定実績があると回答したのは5.9%(38件)であった(図5)。スクリーニングを実施した利用者数の平均は、 54.4 ± 51.6 人、スクリーニング後に実際に口腔・栄養スクリーニング加算を算定したのは 47.2 ± 43.3 人であった。

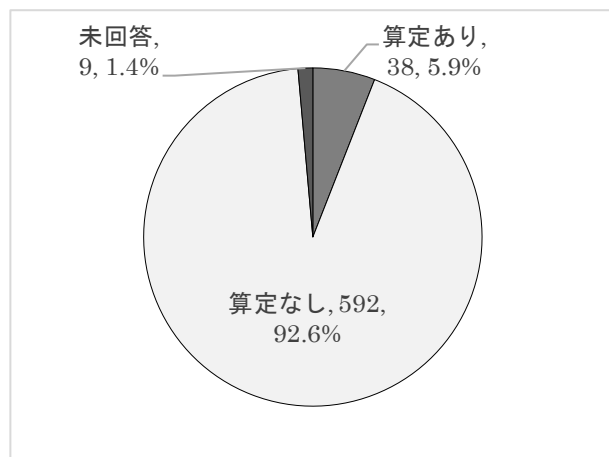


図5 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)の算定状況

【口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)】

令和3年4月～9月の期間において口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)の算定実績があると回答したのは3.4%(22件)であった(図6)。スクリーニング項目のうち口腔に関するスクリーニングを実施した利用者数の平均は 18.2 ± 22.9 人、スクリーニング後に実際に口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)を算定したのは 16.6 ± 20.7 人であった。一方、栄養に関するスクリーニングを実施した利用者の平均は 18.9 ± 25.1 人、スクリーニング後に口腔栄養スクリーニング加算(Ⅱ)を算定したのは、 13.7 ± 22.0 人であった。

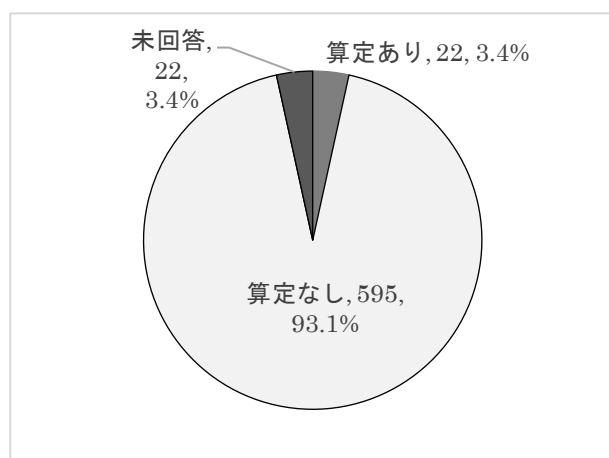


図6 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)の算定状況

口腔・栄養に関するスクリーニングを実施している職種でもっとも割合が高かったのが看護師の 60.5%（26 件）であり、次いで介護職員 41.9%（18 件）、生活相談員 30.2%（13 件）の順であった（図 7）。

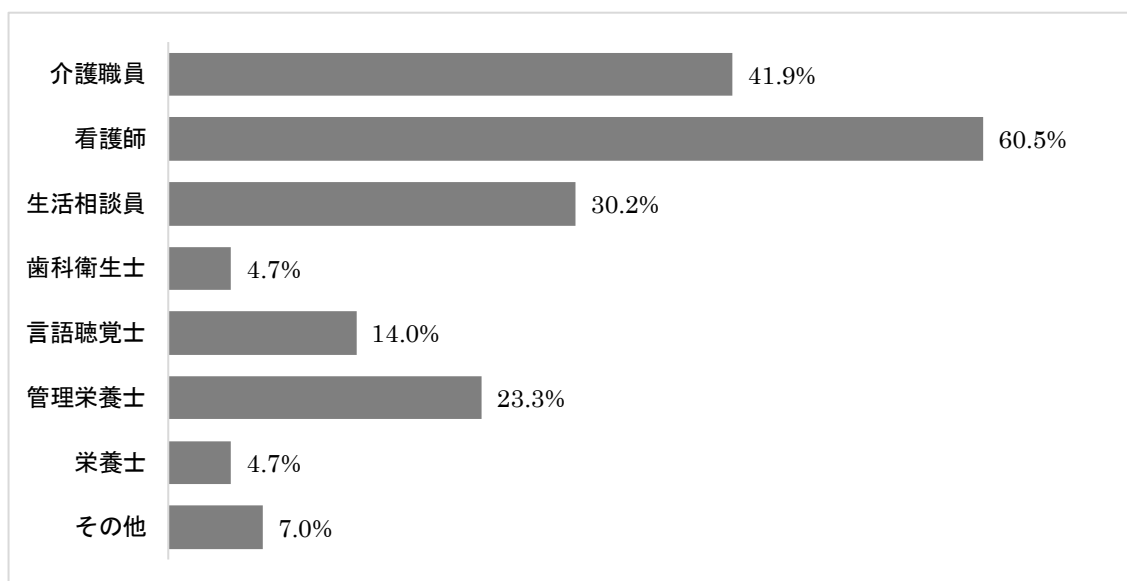


図 7 口腔・栄養に関するスクリーニングを実施している職種（n=47）（複数回答）

口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)および(Ⅱ)を算定したと回答した事業所 49 件のうち未記入の 1 件を除いた 48 件、加算該当者 2,939 人分のデータについて、算定後のその後の加算への移行状況について分析し結果を表 7 に示す。口腔機能向上加算(Ⅰ)の加算につながった人数は、112 人（3.8%），口腔機能向上加算(Ⅱ)の算定につながった人数は 150 人（5.1%）、栄養改善加算の算定につながった人数は、6 人（0.2%）であった。

表 7 口腔・栄養スクリーニング加算算定後の状況（n=49）

	口腔機能向上 加算(Ⅰ)	口腔機能向上 加算(Ⅱ)	栄養改善加算
加算へつながった人数	112	150	6
口腔栄養スクリーニング加算 算定者に占める割合(%)	3.8	5.1	0.2
加算につながった事業所数	5	7	1

【歯科医療機関との連携】

口腔栄養スクリーニング加算算定による口腔の評価によって、歯科受診につながったのは 27 人（0.9%）であり、そのうち「かかりつけ歯科医に相談・連携」したのは 16 人（0.5%）であった。口腔に関する問題について相談できる歯科医療機関があると回答した事業所は 23 件（3.6%）であった。

【栄養指導関連サービスへ連携】

口腔・栄養スクリーニング加算による栄養の評価によってつながった介護・福祉関連のサービスについては、居宅療養管理指導と外来栄養食事指導がいずれも 3 人（0.1%）、医科への受診が 4 人（0.1%）であった。

【口腔・栄養スクリーニング加算の評価の難易度】

口腔の項目については、「容易」もしくは「どちらかと容易」と回答する割合が約 9 割を占めていた。栄養の項目については、体重測定や体重減少の確認については「容易」もしくは「どちらかというと容易」と回答する割合が 7 割以上を占めていた一方で、血清アルブミン値の確認については、「どちらかというと難しい」もしくは「難しい」と回答する割合が 9 割以上を占めていた（図 8）。

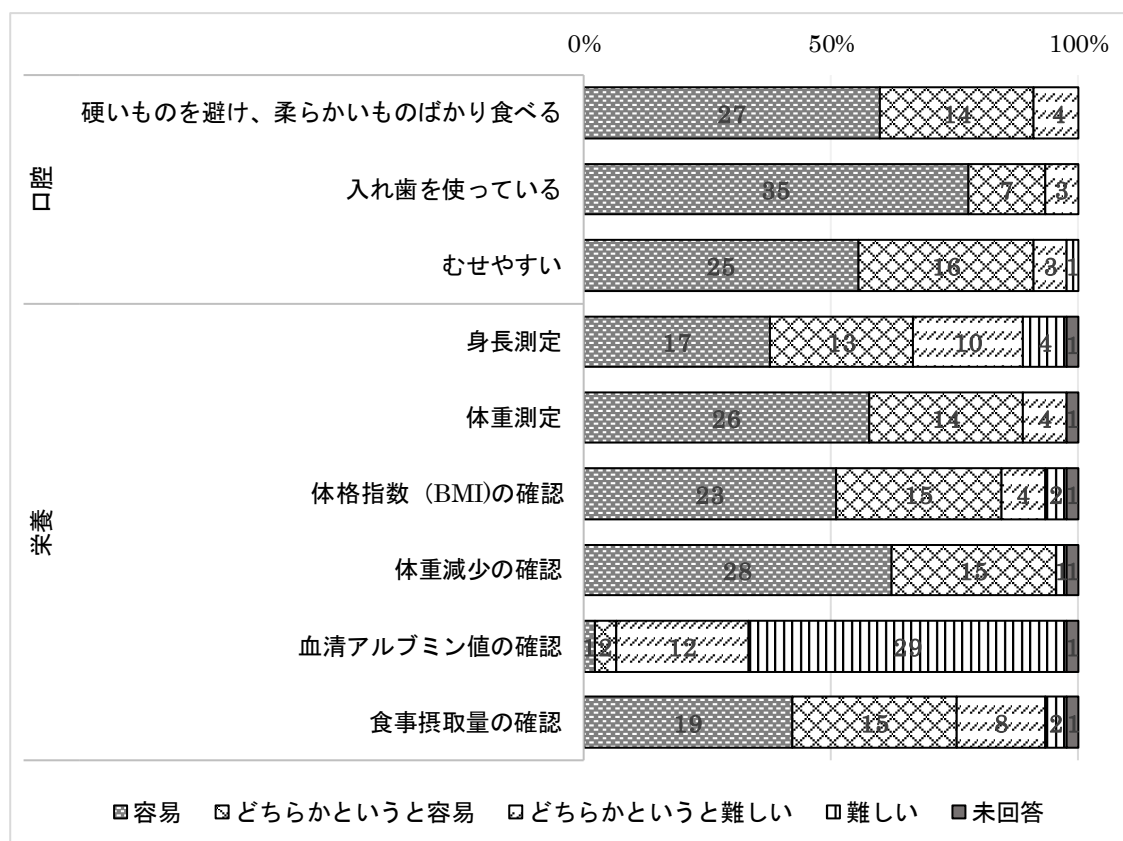


図 8 口腔・栄養に関するスクリーニング項目の評価の難易度（n=45）

【口腔・栄養スクリーニング加算の算定による効果】

口腔・栄養スクリーニング加算算定による効果については、「職員の口腔に対する意識」や「食事・栄養に対する意識」に変化があったと回答する割合が77.5%（31件）と最も高かった。口腔機能向上加算の算定件数については、22.5%（9件）が増えたと回答し、25.0%（10件）が口腔・栄養スクリーニングの実施によって、口腔機能向上加算が必要な利用者の判断が容易になったと回答した（表8-1,2,3,4）。栄養改善加算に関しては、算定が増えたと回答したのは2.6%（1件）、栄養改善加算が必要な利用者の判断が容易になったと回答したのは15.8%（6件）であった（表8-5,6）。

表 8-1 職員の口腔に対する意識の変化

	n	%
あった	31	77.5
なかった	3	7.5
分からない	6	15.0
合計	40	100

表 8-2 職員の食事・栄養に対する意識の変化

	n	%
あった	31	77.5
なかった	3	7.5
分からない	6	15.0
合計	40	100

表 8-3 口腔機能向上加算の算定件数

	n	%
増えた	9	22.5
変わらない	30	75.0
減った	1	2.5
合計	40	100

表 8-4 口腔機能向上加算が必要な利用者の判断

	n	%
容易になった	10	25.0
変わらない	29	72.5
難しくなった	1	2.5
合計	40	100

表 8-5 栄養改善加算の算定件数

	n	%
増えた	1	2.6
変わらない	35	92.1
減った	2	5.3
合計	38	100

表 8-6 栄養改善加算が必要な利用者の判断

	n	%
容易になった	6	15.8
変わらない	30	78.9
難しくなった	2	5.3
合計	38	100

また、58.8%（24 件）が、口腔・栄養スクリーニング加算の算定により、介護支援専門員や利用者・家族との口腔・栄養に関する情報共有の機会が増えたと回答した（表 8-7,8）。一方で、連携の機会については、「歯科医療機関」に対しては 9.8%（4 件）、「外部の医療機関、介護保険施設、栄養ケア・ステーションの管理栄養士」に対しては 5.0%（2 件）が増えたと回答した（表 8-9,10）。口腔・栄養スクリーニング加算算定による効果および口腔・栄養スクリーニング加算算定上の課題に関する自由記載内容を表 9,10 に示す。

表 8-7 介護支援専門員と口腔・栄養に関する情報共有の機会

	n	%
増えた	24	58.5
変わらない	17	41.5
合計	41	100

表 8-8 利用者・家族等との口腔・栄養に関する情報共有の機会

	n	%
増えた	24	58.5
変わらない	17	41.5
合計	41	100

表 8-9 歯科医療機関との連携の機会

	n	%
増えた	4	9.8
変わらない	36	87.8
減った	1	2.4
合計	41	100

表 8-10 外部の医療機関、介護保険施設、栄養ケア・ステーションの管理栄養士との連携の機会

	n	%
増えた	2	5.0
変わらない	37	92.5
減った	1	2.5
合計	40	100

表 9 口腔・栄養スクリーニング加算算定による効果（自由記載）

・利用者の口腔、栄養状況の把握に伴い、職員の口腔、食事に対する意識の向上が見られた。
・車イスの方の体重測定に関して、他事業所へ測定の依頼（車イス対応の体重計にて）を行う事で、体重への意識づけを持てた。
・職員が日々の関わりの中で身体的なケアだけではなく、口腔や栄養面にも意識し目を向ける体制が確立されてきた。
・BMIの数値でリストアップが容易になった。
・ご利用者様や職員の口腔に対する意識が前向きに変わってきている。
・栄養状態の変化を数値で確認することができた。
・初めての算定で、今後効果が出てくるのだと思います。（利用者様にとって）
・職員にとっては、口腔や栄養の状態がよく分かるようになり、意識をして関われるようになってきています。
・BMIの肥満度Ⅰ度、Ⅱ度の方も注意して見る様になった。口腔ケア時に口腔内の確認を行うようになり、口腔内汚染の方が多くいる事に気付き、口腔機能向上改善加算の算定に結び付いた。
・利用者のムセなど、身長、体重など、職員の意識が高くなった。
・利用者様の口腔内の様子を見せてもらうきっかけにつながりやすくなったこと。家族様が歯磨きを任せて下さるようになった。
・一人暮らしの方が多く、口腔内の清潔に対して利用者に伝え、自身ができるようになってきている。体重の増減がわかり家族への安心があった。
・利用者の食事や口腔状態について、意識が向くようになった。
・口腔について再確認する機会になった。
・普段から食事量は変わらないのに、体重減少がみられる方がわかった。見た目では痩せていなくてもアルブミン値の低い方もいる事がわかる。
・利用者および職員が嚥下や栄養についての意識が少し上がったように思う。
・職員が利用者様の体重や口腔機能（ムセの状況）について関心を高められた。
・食事摂取については、介助の必要性（食べてもらうための介助）を分かってもらうことが出来た。
・口腔機能や栄養状態など定期的に客観的数値として確認でき、異常の早期発見につなぐ事ができる。
・一人一人のご利用者の口腔、栄養状態を確認出来た。今後は研究発表につなげていきたい。
・算定した事により1件歯科受診に繋ぐことができた。口腔機能低下の予防に繋がった。
・栄養士と利用者、家族との関わりが増えた。

表 10 口腔・栄養スクリーニング加算算定上の課題（自由記載）

・業務量に対して報酬の低さ。
・ケアマネと家族の意向で、必要ないと言われると、強くはでられない。また、半年に 1 回の加算である為、今後対応忘れないようにする対策を講じる必要性有り。
・人員体制が整っていない。
・他の事業所と重複している場合の判断。
・認知症利用者様の対応が難しいことがある。
・食事摂取量がデイサービスだけの評価となっている（自宅での状況まで把握できていない）。
・利用中に関わられたとしても、ご自宅での対応ができなければ、何も変わらないこともあり、その対応について難しさを感じています。（それぞれの家庭で介護状況が違うので。）
・アルブミン値の確認がなかなかできない。
・身長測定方法が立位では難しく、寝て測定に統一しているが、誤差が生じやすい。
・6 ヶ月に 1 回の算定であり、かつ単位数も低く労力に対して見合っていない。
・6 ヶ月毎のケアマネへの文書報告も、利用者に変化があれば即座に報告しており、加算のメリットを感じにくい。
・ケアマネに対する報告の為、家族への説明時に利点を理解して頂く事が難しい。

【口腔・栄養スクリーニング加算を算定しない理由】

口腔・栄養スクリーニング加算を算定しない理由について、複数回答で回答を求めた結果を図9に示す。「評価・算定に必要な人員の確保ができないから」と回答する割合が、45.4%（290件）でもっとも多く、次いで、「6ヶ月に1度の算定のための管理等の手間に対しての単位数が少ないから」25.7%（164件）、「スクリーニングの手間に対しての単位数が少ないから」25.5%（163件）の順であった。

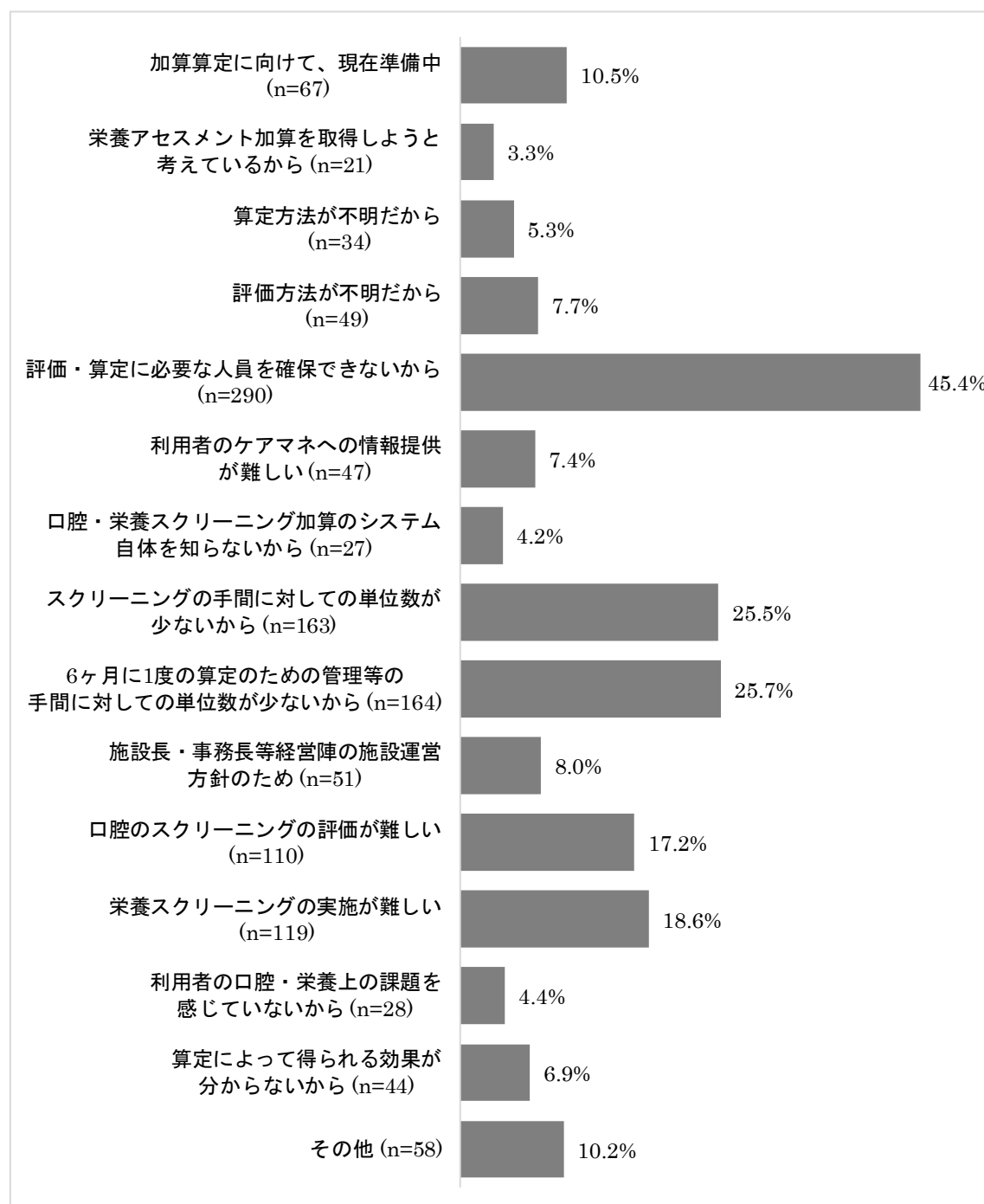


図9 口腔・栄養スクリーニング加算を算定しない理由（複数回答）

【口腔機能向上加算の算定状況】

口腔機能向上加算の算定状況について、表 11 に示す。口腔機能向上加算を算定していると回答したのは 15.0%（96 件）であった。加算の別では、口腔機能向上加算(Ⅰ)が 10.2%（65 件）、口腔機能向上加算(Ⅱ)の 6.4%（41 件）であった。算定している利用者数の平均は、口腔機能向上加算(Ⅰ)が 19.5 ± 21.7 人、口腔機能向上加算(Ⅱ)の 25.6 ± 32.0 人であった。

表 11 口腔機能向上加算の算定状況

口腔機能向上加算	算定あり	96 件	15.0%
【内訳】			
口腔機能向上加算（Ⅰ）	算定あり	65 件	10.2%
算定している利用者数（平均） 19.5 ± 21.7 人			
口腔機能向上加算（Ⅱ）	算定あり	41 件	6.4%
算定している利用者数（平均） 25.6 ± 32.0 人			

口腔機能向上加算のサービス提供を行っている職種について、回答があった事業所 84 件の結果を図 10 に示す。看護職 81.0%（68 件）が、もっとも多く、言語聴覚士が 25.0%（21 件）、歯科衛生士が 11.0%（10 件）であった。看護師のみが実施している事業所が 56 件で最も多かった（図 11）。

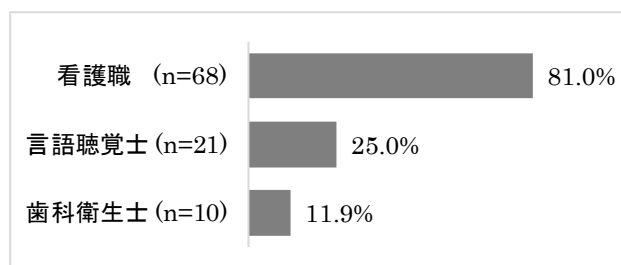


図 10 口腔機能向上加算のサービス提供者（複数回答）(n=84)

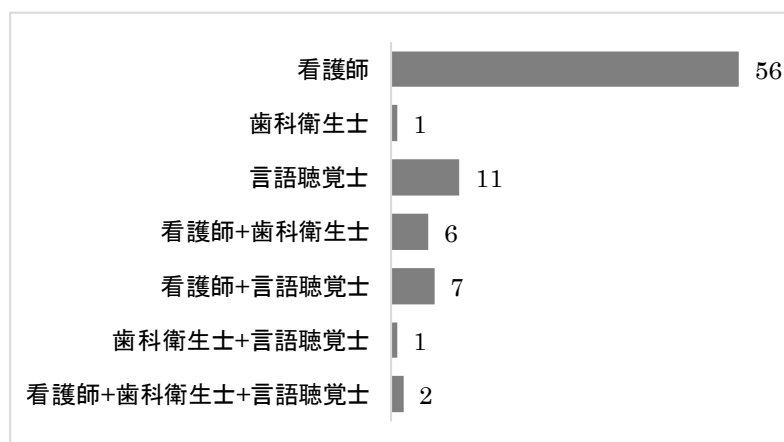


図 11 職種の内訳

【口腔機能向上加算を算定したことの利用者への効果】

口腔機能向上加算を算定したことにより利用者にもたらされる効果については、「むせが減った」が73.1%（57件）でもっとも多く、次いで、「会話が増えた」43.6%（34件）、「食事が楽しめるようになった」41.0%（32件）、「口の渇きが減った」41.0%（32件）の順であった（図12）。

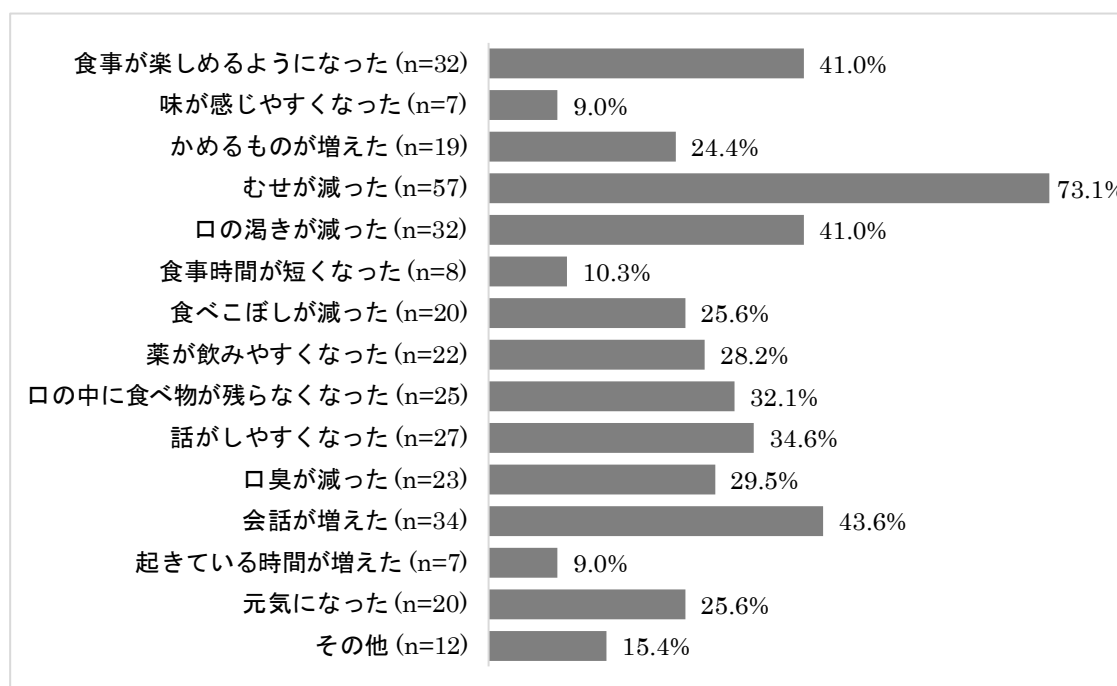


図12 口腔機能向上加算を算定したことの利用者への効果(複数回答) (n=78)

「そのほか」の自由記載内容

- ・呼吸機能の向上。
- ・口腔ケアが自宅でも習慣となった。
- ・舌苔の汚れが少なくなり、口腔清潔の意識が変わった。
- ・歯の欠損や治療の必要性を発見できる。
- ・口内炎で体調不良を早期発見し、うがいを勧めることができる。
- ・口腔内の環境に意識を向けてくれるようになり、自分でブラッシングできるようになった。
- ・誤嚥性肺炎を予防しているという達成感が得られた。
- ・口腔内の汚れが減った（舌苔など）。
- ・妻の調理の手間が減った。
- ・声が良く出るようになった、滑舌が良くなった。
- ・嚥下、咀嚼であったり、口腔内機能の維持が図れている。

口腔機能向上加算を算定したことの利用者への効果について、サービス提供者が看護師のみが関与している事業所と、歯科衛生士・言語聴覚士も関与している事業所との差異を比較したところ、「話がしやすくなった」について、歯科衛生士・言語聴覚士が関与している事業所で有意に割合が高かった（表 12）。

表 12 口腔機能向上加算を算定したことの利用者への効果（関与職種の比較）

(n=77)	看護師のみ (n=50)		歯科衛生士・ 言語聴覚士が関与 (n=27)		p-value
	n	%	n	%	
食事が楽しめるようになった	19	38.0	12	44.4	0.582
味が感じやすくなった	3	6.0	4	14.8	0.199
かめるものが増えた	12	24.0	7	25.9	0.852
むせが減った	37	74.0	20	74.1	0.994
口の渇きが減った	23	46.0	9	33.3	0.282
食事時間が短くなった	3	6.0	5	18.5	0.086
食べこぼしが減った	10	20.0	10	37.0	0.104
薬が飲みやすくなった	15	30.0	7	25.9	0.706
口の中に食べ物が残らなくなった	14	28.0	11	40.7	0.255
話がしやすくなった	13	26.0	14	51.9	0.023
会話が増えた	23	46.0	10	37.0	0.448
起きている時間が増えた	5	10.0	2	7.4	0.706
元気になった	11	22.0	8	29.6	0.459

※カイ二乗もしくは Fisher の直接法
太字が有意だった項目

【口腔機能向上加算の算定上の課題】

口腔機能向上加算を算定するにあたって、現状で感じている課題について自由記載で回答を求めた（表 13）。

表 13 口腔機能向上加算算定上の課題（自由記載）

算定の手間・単位数等制度上の課題
・ 算定する上での手間を考えると、加算単位が少ないように感じる。
・ 加算を要するデータの収集に手間（時間）を要する。
・ 加算点数が低過ぎる。
・ 書類の煩雑さ、啓発活動の少なさ、加算点数の少なさ。
・ 単位数のわりに作業量が多い。
・ 1 ヶ月に 2 回までの算定で単位数に対して、アセスメントや計画書等の労力が見合っていない。
・ 月に 2 回のサービスの為、利用者の口腔機能向上に変化が見られない事が多い。
・ 向上を図るには月 2 回は少ないと感じる。
・ 関われる回数が少ない。
・ 自宅でできる運動のお伝えもしていますが、実際毎日自宅でも訓練されている方は数えられるほどで、より効果を出すためにももう少し頻度を多くして提供できるようにしたい。※人員、提供時間の兼ね合いもあるかと思います。
人員・時間的制約に関する課題
・ 口腔の専門知識を持った職員の不在。
・ サービス提供者の少なさ。
・ 十分なサービスを行うためには、サービス提供者の増員や時間が必要だと思います。
・ 様々なサービスプログラムを行う中で、口腔体操、指導などにあてる時間が短くなってしまいう傾向があるので、見直していこうと思います。
・ 機能訓練として直接携わる時間が取りにくい。
・ 訓練内容が恒常化しやすい。
・ 口腔ケアの介助に要する時間が長く、人数が増えた際、待ち時間が長くなってしまいう。（現状、加算を算定されている方への口腔ケアに関わる看護職員が一名で行っているため）
・ 看護師が常勤でないため、可算を取るための申請は上げてあるが、評価を記入する時間がないため、現在は取れていない。
・ 定期的にサービス提供に割く時間を作る事が難しい。
・ 大規模の通所介護では入浴、食事、排泄などの介助に時間がかかって、口腔機能向上加算を複数名指導する時間が足りない。看護師は他の業務も多く、歯科衛生士や言語聴覚士のような専門職がいないとサービスが不十分になってしまう。

プログラム実施上の課題
・ 評価が難しい。
・ 利用者が口腔内を見られることに抵抗を感じる方が多い。
・ 口腔内の汚染が多い。
・ 利用回数の少ない方に対する自宅でのケア、リハの習慣化が難しい。
・ プログラムのレベルアップ等が課題。
・ 評価の内容が国の定めている物では薄い。
・ 口腔ケアについては専門職でなくてもできるが、食べる事、飲み込む事などの注意点や指導方法が不十分。またどの範囲までが含まれるのか（口腔機能向上の内容）不明瞭。
・ オーラルディアドコネシス、RSST の測定時、息が続かないと途中で休んでしまわれ正確な値が出ているのか不安になる方もいらっしゃいます。
・ 加算が算定できる対象者がチェックリストで該当する方、もしくは口腔機能の低下のおそれがある方だが、チェックリストは自己申告となり専門職が判断した方がよい。
・ 月 2 回の介入（訓練）となると、機能維持、評価は可能でも、「改善」は難しいと感じています。指導した内容についても、ご自宅で自主的に取り組むには、それぞれの環境によっては困難であることもあと思います
・ 食事提供がないためヒアリングを主に聞き取りを行っているが、食事の様子を実際に見られてはいないこと。より詳細な聞き取りと口腔機能の評価を行っていかれたらと思う。
・ 施設に来られた時は、口腔清掃や口腔体操が出来るが自宅に帰られて継続していただくことが難しい方が多い。口腔機能維持、低下予防の為に施設での実施をしっかりとすることは重要だと感じている。同時に異常の早期発見の場として生かしていきたい。
・ 共通の書式など、もっと使い勝手の良い計画書や記録があると良いと思う。
加算に対する認知・理解に関する課題
・ ケアマネジャーのオーラルフレイル等の知識に差があり、本来必要な方へのアプローチがケアマネジャーによって阻止されてしまうことにより予防ができない。（限度額超過理由除く）
・ 課題が見つかり歯科受診に結び付けようと家族と連絡取ると、年だから義歯はもう作らない、通院が大変だからと結びつかないケースも見られる。
・ 家族や本人が必要を感じていなければ行えない。また、必要性のある方に金銭面で算定できない。
・ ケアマネも口腔に関しては知識不足の方や運動と比べると口腔をおろそかにしている人が多い。
・ 家族の期待（サービス回数や実施内容）に対して、現サービス内容が合っていない。
・ 本人家族もケアマネジャーも口腔の重要性を理解することが難しく、説明しても理解が得られない時がある。
・ 利用者自身の口腔サービスに対する意識が低い。
・ ケアマネ、利用者家族などから、算定するメリットが分からないので、プランに入れたくないなどの声が多い。
・ 手や足に対するリハビリよりも、必要性に対する理解が得られにくい。

その他
・義歯を使用されている方、もしくは高齢の方は定期的（月 1, 2 回）に口腔内の確認を実施して欲しい。
・歯科受診をすすめても、家庭環境等で難しい場合も多く、口腔や嚥下状態は一進一退を繰り返しやすい。その為、算定する期間は長期間となることも多い。
・食事提供がない為、利用者が実感を持ちにくくなっている。
・当事業所では口腔機能向上加算を算定していない利用も一緒になって口腔体操や食後のケア等職員が関わっています。すべての利用者に対し加算対象となればよい。

【口腔機能向上加算におけるサービスの提供状況】

具体的なサービスの提供内容では、「口腔清掃、口腔清掃に関する指導」が 72.2%ともっとも実施率が高く、次いで、「音声・言語機能に関する指導」67.7%、「摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導」64.7%の順であった（表 14-1）。職種間での差異は認められなかった（表 14-2）。その他として自由記載に回答があったものは、「食前の口腔体操」、「唾液腺マッサージ」、「食事姿勢や食環境の指導、食形態の調整」等が挙げられていた。

表 14-1 口腔機能向上加算におけるサービス内容（複数回答）

	n	%
口腔清掃、口腔清掃に関する指導	161	72.2%
摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導	137	61.4%
音声・言語機能に関する指導	151	67.7%
その他	20	9.0%
合計	223	

表 14-2 口腔機能向上加算におけるサービス内容（関与職種による比較）

(n=78)	看護師のみ (n=50)		歯科衛生士・ 言語聴覚士が 関与(n=27)		p-value
	n	%	n	%	
口腔清掃、口腔清掃に関する指導	43	86.0	26	92.9	0.363
摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導	47	94.0	27	96.4	0.641
音声・言語機能に関する指導	42	84.0	25	89.3	0.520
その他	5	10.0	3	10.7	0.921

【口腔機能向上加算を算定していない理由】

口腔機能向上加算を算定していない理由としては、サービス提供できる歯科衛生士、言語聴覚士がいないと回答する割合が高かった。次いで、サービス提供や口腔評価の時間確保が困難とする回答が挙げられた（図 13）。

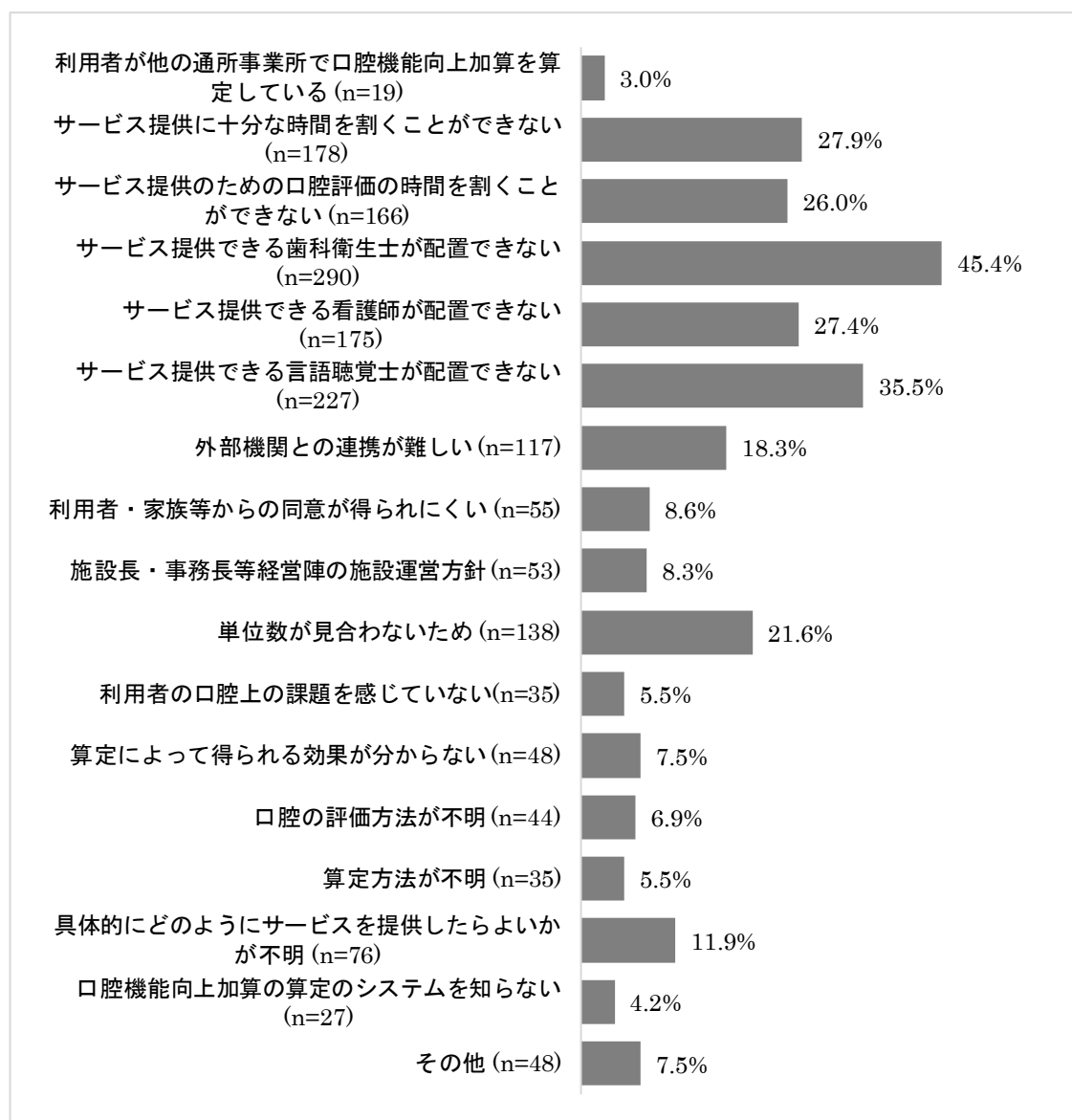


図 13 口腔機能向上加算を算定していない理由（複数回答）

その他の自由記載内容を表 15 に示す。

表 15 口腔機能向上加算を算定していない理由に関する自由記載内容

・ 現在準備中（他 5 件）。
・ 実際行っているが、算定していない。
・ 利用者の単位数が足りないため、実施はしているが算定はしていない。
・ ケアマネジャーの同意が得られにくいから。
・ 利用人数が少なく、人件費をまかなえない。
・ 対象となる人がいないため（他 1 件）。
・ LIFE への情報提供が難しい（他 5 件）。
・ 他サービスを利用し、限度額を超えてしまうから。
・ 記録や事務時間の確保が取りづらい。
・ 書類等の記入や記録など、単位のわりに手間がかかる。
・ 機能訓練（運動器）を算定しており、書類がこれ以上対応できないのが正直なところ です。
・ モニタリング、計画、評価を文書で出すことが職員の現在の業務に追加することが困 難です。
・ ケアマネに言いづらい。また、単位数も高いため、お金のことを言われると加算しづ らい。本当は加算の算定をしたい。
・ 実際には、口腔機能向上のための取り組みは、日々のプログラムで実施しているが、 加算により利用者の利用料負担が増えたり、利用日数の調整が必要になるケースがあ る。
・ 単位数が多くなるから。
・ 指導計画を立てる人員がいない。
・ 基準が曖昧、面倒、年々この感覚が増して来る。大きな事業所は 5～6 ケの加算を入 れているが、当方は入浴と体制加算のみとしている。
・ ケアマネの口腔に対する意識が低い場合がある。
・ コロナの為、外部の連携が難しい。
・ ケアマネの理解が乏しい場合がある。
・ ケアマネが重要としていない。
・ ケアマネが必要性を賛同していない人もいる。
・ 食事の提供をしていない。

【口腔機能向上加算の必要性】

口腔機能向上加算がどのような利用者に必要と思われるかについて、自由記載で回答を求めた。自由記載欄に記入のあった 285 件分について分析を行った。そのうち 60 件の回答で、加算の可否の問題があるが、原則すべての利用者に口腔機能向上の取り組みが必要である旨の記載があった。得られた質的データについて、テキストマイニングソフト（KH Coder 3）を用い、自由記載内容の計量テキスト分析を行った（表 16）。387 文、総抽出語数 5,696 語を分析対象とした。

表 16 頻出語（上位 10 位）

語	頻度	記載内容（抜粋）
口腔	88	口腔ケア、口腔衛生、口腔内状態、口腔トラブル
低下	81	口腔機能低下、嚥下機能低下、ADL 低下、認知機能低下、
嚥下	65	嚥下機能低下、嚥下障害、嚥下困難、摂食嚥下
機能	45	機能低下、口腔機能、嚥下機能
食事	43	食事摂取量、食事の姿勢、食事時のむせ
口腔機能	38	口腔機能低下、口腔機能のトラブル、口腔機能関連サービス
ケア	34	口腔ケア、セルフケア、ケアマネ
誤嚥	31	誤嚥性肺炎、誤嚥リスク、誤嚥の可能性
状態	30	口腔衛生状態、口腔機能の状態、嚥下状態
悪い	28	飲み込みが悪い、嚥下状態が悪い、歯の状態が悪い

【栄養アセスメント加算の算定状況】

栄養アセスメント加算の算定状況を表 17 に示す。栄養アセスメント加算を算定していると回答したのは 3.0%（19 件）であった。栄養アセスメントが必要と考えられる利用者数は、平均 50.7 ± 52.3 人、算定している利用者数の平均は、 43.3 ± 51.4 人であった。

表 17 栄養アセスメント加算の算定状況

栄養アセスメント加算	算定あり	19 件	3.0%
栄養アセスメントが必要と考えられる利用者数（平均）		50.7 ± 52.3 人	
算定している利用者数（平均）		43.3 ± 51.4 人	

栄養アセスメント加算算定につながったきっかけでもっとも割合が高かったのは、「加算取得のため」の 84.2%（16 件）であった（表 18）。

表 18 栄養アセスメント加算の算定につながったきっかけ
（複数回答）

	n	%
加算取得のため	16	84.2%
口腔・栄養スクリーニング加算をきっかけに	1	5.3%
施設または連携する管理栄養士からの意見	5	26.3%
その他	0	0.0%
合計	19	

栄養アセスメント加算のサービス提供を行った管理栄養士の所属でもっとも多かったのは、「施設の所属」が 78.9%（15 件）でもっとも多く、次いで「都道府県栄養士会の栄養ケア・ステーション」が 15.8%（3 件）であった（表 19）。

表 19 栄養アセスメント加算のサービス提供を実施した
管理栄養士の所属（複数回答）

	n	%
施設の所属	15	78.9%
外部の医療機関所属	1	5.3%
外部の介護保険施設所属	1	5.3%
都道府県栄養士会の栄養ケア・ステーション	3	15.8%
合計	19	

【栄養アセスメント加算の算定上の課題】

栄養アセスメント算定における課題に関する自由記載内容を表 20 に示す。

表 20 栄養アセスメント加算の算定上の課題（自由記載）

・ 独居利用者に対しての説明、ケア等。
・ 報告書類に対しての報酬の少なさ。
・ 単位数が見合っていない。
・ 職員の配置の問題。
・ 管理栄養士が常駐していないため、細かな変化に気付きにくい。
・ 利用者様によって利用日数が異なり、関わりが持ちにくい方がみえる。
・ 低リスク、中リスク者に対する現状でできることは何か、改善へと導くアプローチ法など。
・ 栄養士との連携、踏み込んだ栄養指導ができない。
・ 単独の事業所では連携しにくい。
・ 様々な家庭の事情があり、週に数回の昼食を見て栄養改善加算につなげていくのは難しい状況に感じます。
・ 自宅での食事量が把握しにくい方がいる（一人暮らしの方）。
・ 自宅での食事状況が把握しにくい（本人への聞き取り難しい方多い）。

【栄養アセスメント加算を算定していない理由】

栄養アセスメント加算を算定していない理由としてもっとも多かったのは、「管理栄養士の配置や外部機関との連携が難しい」の52.7%（365件）であった（図14）。

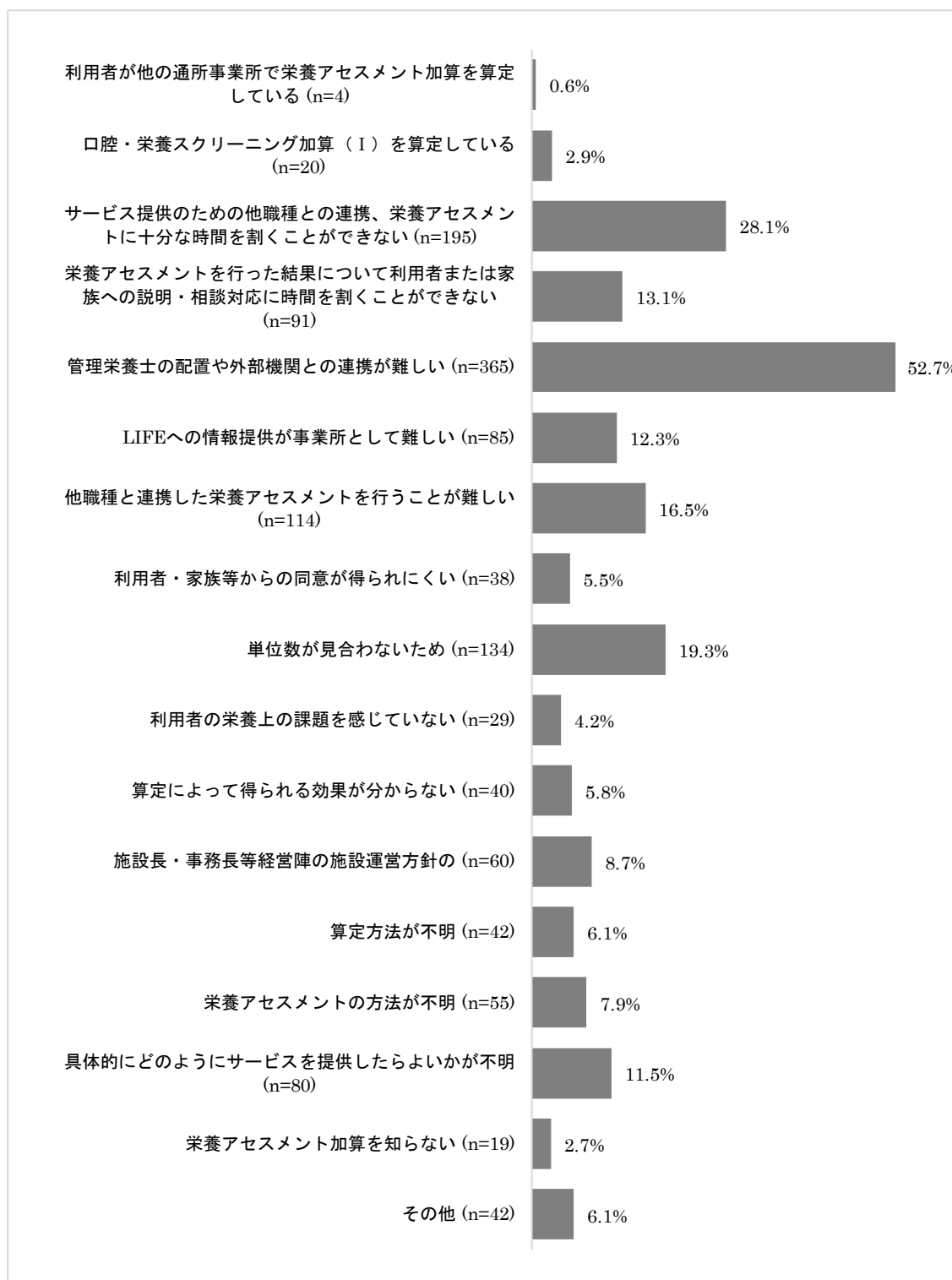


図14 栄養アセスメント加算を算定していない理由（複数回答）(n=578)

表 21 栄養アセスメント加算を算定していない理由（自由記載）

・ 食事提供していないため（他 4 件）。
・ 現在、準備中（他 5 件）。
・ 口腔、栄養スクリーニング加算（Ⅰ）を算定予定のため。
・ 栄養改善加算を算定しており、併算定不可の為。
・ 次期見直し時までには進められると思っています。
・ 必要な人員の確保が難しい為。
・ 利用人数が少ないため、人件費をまかなえない。
・ 月 1 回のご利用のため、モニタリング等が難しいため。
・ 実際行っているが、算定していない。
・ 基準が曖昧、面倒、年々この感覚が増して来る。大きな事業所は 5～6 ケの加算を入れているが、当方は入浴と体制加算のみとしている。
・ 必要性はないとの家族の判断により。
・ 食事が外部委託業者のため。
・ 行うなら口腔機能向上加算を算定したい。
・ 主は在宅サービス（訪問系、往診）で、1 回/週利用、胃ろうで何年も経過してきた方に急に通所で導入するのは難しい。管理できていると感じているので。
・ ケアマネが必要性感じて下さらない様子もあります。
・ ケアマネの同意が得られにくい。
・ LIFE と評価表の準備のためスクリーニングから医療の栄養指導とも連携している。
・ 併設の老健の業務あり対応困難。
・ ケアマネ、本人、家族と相談し実施しているが、加算はしていない。
・ 家族からのニーズはあっても、本人は拒否等ある。
・ 現在、休止中。
・ 対象と考えられる利用者がいないため（他 1 件）。
・ 業務が浅く勉強予定です。

【栄養改善加算の算定状況】

栄養改善加算を算定している回答したのは、0.8%（5 件）であった。算定している利用者数の平均は、1.9±3.4 人であった（表 22）。

表 22 栄養改善加算の算定状況

栄養改善加算	算定あり	5 件	0.8%
算定している利用者数（平均）		1.9 ± 3.4 人	

栄養改善加算の算定につながったきっかけとして、「以前から算定している」が半数、次いで「加算取得のため」であった（表 23）。

表 23 栄養改善加算の算定につながったきっかけ（複数回答）

	n	%
以前から算定している	3	50.0%
加算取得のため	2	33.3%
口腔・栄養スクリーニング加算をきっかけに	1	16.7%
栄養アセスメント加算をきっかけに	0	0.0%
施設または連携する管理栄養士からの意見	1	16.7%
その他	1	16.7%
合計	6	

栄養改善加算のサービス提供を実施した管理栄養士の所属は、「施設の所属」が半数を占めていた（表 24）。

表 24 栄養改善加算のサービス提供を実施した管理栄養士の所属

	n	%
施設の所属	3	50.0%
外部の医療機関所属	1	16.7%
外部の介護保険施設所属	1	16.7%
都道府県栄養士会の栄養ケア・ステーション	1	16.7%
合計	6	100.0%

令和 3 年度の改定後居宅への訪問が増えたと回答したのは、1.3%（8 件）であった（表 25）。

表 25 令和 3 年度の改定後、
居宅への訪問頻度は増えましたか

	n	%
増えた	8	1.3
変わらない	25	3.9
減った	6	0.9
未回答	600	93.9
合計		100.0

【栄養改善加算を算定していない理由】

栄養改善加算を算定していない理由でもっとも多かったのは、「管理栄養士の配置や外部機関との連携が難しいから」61.3%（392 件）であった（図 15）。

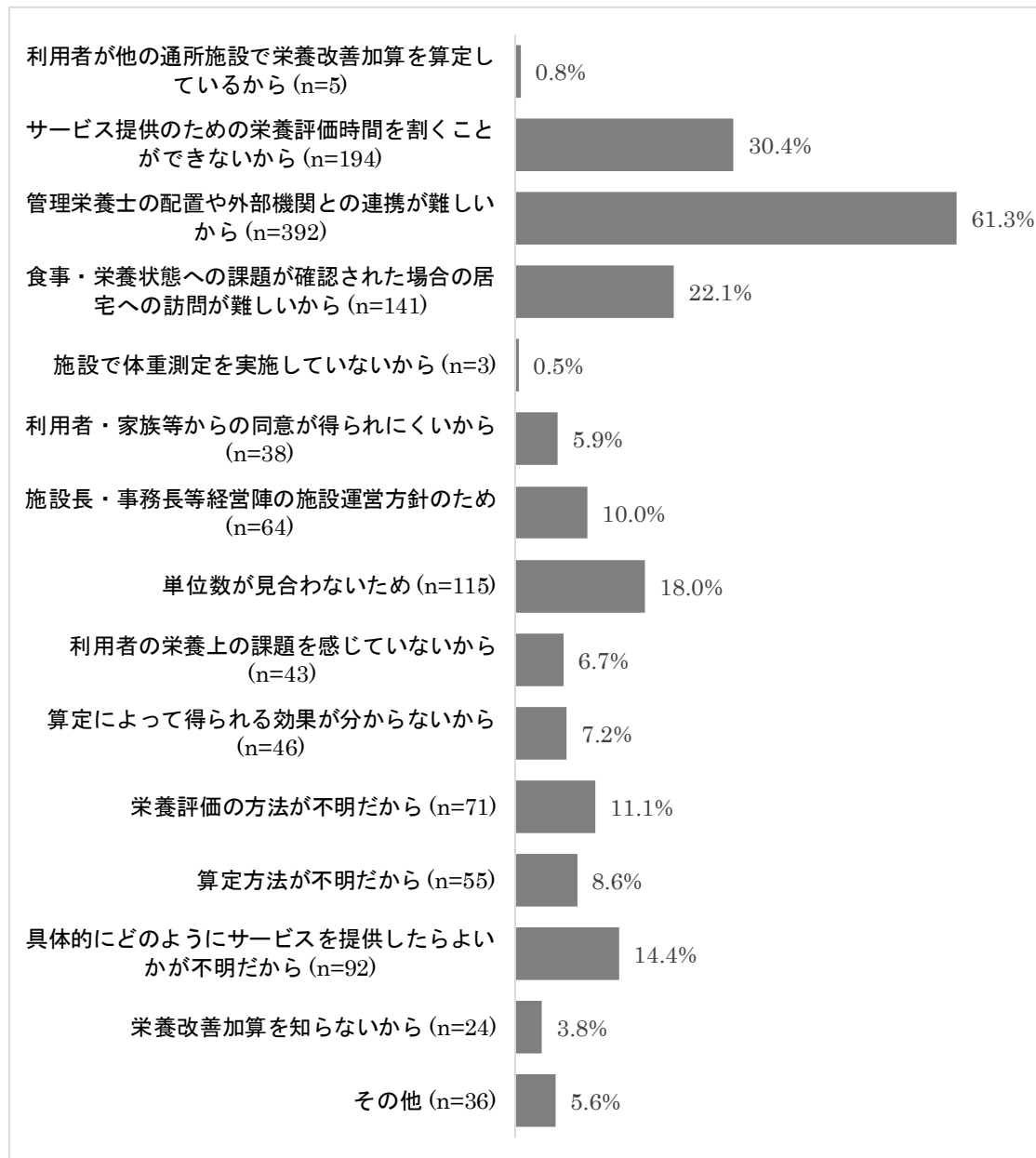


図 15 栄養改善加算を算定していない理由（複数回答）

表 26 栄養改善加算を算定していない理由（自由記載）

・ 食事提供していないため（他 5 件）。
・ 現在、準備中（他 4 件）。
・ 口腔、栄養スクリーニング加算（Ⅰ）を算定予定のため。
・ 利用人数が少ないため、人件費をまかなえない。
・ ケアマネの理解が得られない（他 1 件）。
・ 行政で同じようなことを行っている。
・ 管理栄養士がいない。
・ 栄養士の見つけ方がわからない。人件費が合わない。
・ 必要な人員の確保が難しい為（他 1 件）。
・ 管理栄養士が同法人内の別事業所のため連携が難しい。
・ 栄養士の配置がない。
・ 管理栄養士の退職のため。
・ 併設の老健の業務あり対応困難のため。
・ 3 ヶ月以内という期限付きのものは取り組みにくい。3 ヶ月でどうにかなれるのか。低栄養の疑いがある方のご家族にアプローチするも、主治医には不要と判断され、そのまま…。普段の食事をしっかり摂るようにという意図があつての加算だと受け取っているが、実際 1 人 1 人の食生活を把握するにはご家族の協力が必要。その協力は負担であるとともに、協力いただけないことがほとんどである。
・ 現在算定要件を満たす利用者様がいないため（他 6 件）。
・ 医療の栄養指導と連携できているため。
・ ケアマネ、本人、家族と相談し食事を決め実施しているが、加算はしていない。
・ 基準が曖昧、面倒、年々この感覚が増して来る。大きな事業所は加算を入れているが、当方は入浴と体制加算のみとしている。
・ 通所でできることは、来所された時に摂取量チェック、食べやすい形態の提供、ケアマネ、家族への連絡だと思うので、それ以上のことはできない。

2. 口腔機能向上加算算定の効果に関する後ろ向き調査

1) 調査の概要

(3) 調査対象

調査協力の得られた宮城県仙台市および大分県国東市の 2 通所介護事業所を対象とした。

(4) 分析対象

令和 3 年 7 月～11 月に口腔機能向上加算の算定を行った利用者 41 名（男性 27 名、女性 14 名）

(5) 調査項目

- ・ 基本属性（年齢、性別、介護保険の認定状況）、かかりつけ歯科の有無、各種加算の算定状況
- ・ 口腔・栄養スクリーニング項目
- ・ 口腔機能向上サービス実施時のアセスメント、モニタリング、評価項目
- ・ 口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録に基づく、サービスの提供状況

(6) 倫理的配慮

本研究は、東京都健康長寿医療センター倫理審査委員会の承認を得て実施した（整理番号 R21-039）。

2) 結果

分析対象者の平均年齢は、79.4±9.6 歳であった。対象者の介護保険の認定状況の分布を表 27 に示す。要介護 1 が 26.8%（11 名）でもっとも多く、ついで要介護 3 の 19.5%（8 名）、要介護 2 の 14.6%（6 名）の順であった。かかりつけ歯科医があると回答していたのは、65.9%（27 名）であった。

表 27 介護保険の認定状況

	n	%
事業対象者	4	9.8
要支援 1	5	12.2
要支援 2	2	4.9
要介護 1	11	26.8
要介護 2	6	14.6
要介護 3	8	19.5
要介護 4	3	7.3
要介護 5	2	4.9
合計	41	100

各種加算の算定状況を表 28 に示す。口腔・栄養スクリーニング加算は、63.4%（26 名）が算定されていた。栄養改善加算の算定はなかったが、12.2%（5 名）は算定対象だが実施されていなかった。栄養改善加算は、41.5%（17 名）が算定されていた。

表 28 各種加算の算定状況

		n	%
口腔・栄養スクリーニング加算	算定中	26	63.4
	算定対象ではない	15	36.6
栄養改善加算	算定対象だが実施できてない	5	12.2
	算定対象ではない	36	87.8
運動器機能向上加算	算定中	17	41.5
	算定対象ではない	24	58.5

平均介入期間は、42.0±23.4 日であった。アセスメント時と評価時における口腔・栄養スクリーニング項目の比較を表 29 に示す。いずれの項目についても、前後で有意な変化は認められなかった。

表 29 口腔・栄養スクリーニング項目の変化（n=41）

	アセスメント時	評価時	p-value
硬いものを避け、柔らかいものばかり食べる（%はい）	9 (22.0%)	8 (19.5%)	N.S ^a
入れ歯を使っている（%はい）	25 (61.0%)	25 (61.0%)	N.S ^a
むせやすい（%はい）	18 (43.9%)	16 (39.0%)	N.S ^a
BMI	21.8 (19.1-24.8)	21.5 (19.2-24.2)	N.S ^b

a: McNemar 検定 b: Wilcoxon Signed-rank Test

BMI 中央値（25-75 パーセンタイル）

関連職種（介護職員等）による対象者への聞き取りによる質問項目の変化を表 30 に示す。咀嚼、嚥下に関する質問については、アセスメント時と評価時で変化は認められなかった。口腔乾燥については、やや減少したが統計学的に有意な改善は認められなかった。

健康状態の自己評価では、口腔の健康状態については、良い、やや良いと回答する割合が、評価時で増加する傾向がみられた。いずれの項目も、聞き取りを実施できてない対象者が 27 名と大半を占めていた。

表 30 関連職種等による質問項目の変化

	有効回 答数	アセスメ ント時		評価時	
		n	%	n	%
固いものは食べにくいですか（はい）	14	5	35.7	5	35.7
お茶や汁物でむせることがありますか（はい）	14	3	21.4	3	21.4
口の渇きが気になりますか（はい）	14	11	78.6	9	64.3
左右の奥歯をしっかりと噛みしめられますか					
両方できる	14	10	71.4	10	71.4
片方だけできる		2	14.3	2	14.3
どちらもできない		2	14.3	2	14.3
過去 1 ヶ月間の健康状態					
とても良い	14	0	0.0	1	7.1
良い		11	78.6	9	64.3
あまり良くない		1	7.1	4	28.6
良くない		1	7.1	0	0
全然よくない		1	7.1	0	0
お口の健康状態					
良い	14	0	0.0	1	7.1
やや良い		2	14.3	4	28.6
普通		6	42.9	5	35.7
やや悪い		5	35.7	3	21.4
悪い		1	7.1	1	7.1

関連職種（介護職員等）による対象者の日常の観察からの評価項目の変化を表 31 に示す。いずれの観察項目についても、アセスメント時と評価時での著明な変化は認められなかった。

表 31 関連職種等による観察項目の変化

	有効回答数	アセスメント時		評価時	
		n	%	n	%
口臭					
ない	40	15	37.5	15	37.5
弱い		24	60.0	24	60.0
強い		1	2.5	1	2.5
自発的な口腔清掃習慣					
ある	14	9	64.3	9	64.3
多少ある		4	28.6	4	28.6
ない		1	7.1	1	7.1
むせ					
ない	40	26	65.0	27	67.5
多少ある		13	32.5	12	30.0
ある		1	2.5	1	2.5
食べこぼし					
ない	40	33	82.5	34	85.0
多少ある		7	17.5	6	15.0
表情の豊かさ					
豊富	14	3	21.4	3	21.4
やや豊富		2	14.3	3	21.4
ふつう		5	35.7	4	28.6
やや乏しい		3	21.4	4	28.6
乏しい		1	7.1	0	0

専門職による課題把握のためのアセスメント、モニタリング、事後評価時の変化を表 32-1 に示す。今回の調査協力機関である通所介護事業所での主なサービス提供者および評価者は歯科衛生士であった。咀嚼機能の評価である咬筋触診については左右ともに前後での変化は認められなかった。一方、口腔衛生状態とブクブクうがい（リンス）については、事後評価時において良好者が増加し、不良者の割合が事後評価時に減少する傾向を認めた。

表 32-1 専門職による評価項目の変化（カテゴリ変数）

	有効回答数	アセスメント時		モニタリング時		事後評価時	
		n	%	n	%	n	%
咬筋触診（右側）							
強い	13	1	7.7	1	7.7	1	7.7
弱い		10	76.9	10	76.9	10	76.9
なし		2	15.4	2	15.4	2	15.4
咬筋触診（左側）							
強い	15	0	0.0	0	0.0	0	0.0
弱い		10	24.4	10	24.4	10	24.4
なし		3	7.3	3	7.3	3	7.3
歯や義歯の汚れ							
ない	38	3	7.9	4	10.5	7	18.4
ある		31	81.6	33	86.8	30	78.9
多い		4	10.5	1	2.6	1	2.6
舌の汚れ							
ない	38	10	26.3	10	26.3	11	28.9
ある		22	57.9	24	63.2	26	68.4
多い		6	15.8	4	10.5	1	2.6
ブクブクうがい							
できる	13	2	15.4	3	23.1	4	30.8
やや不十分		6	46.2	7	53.8	8	61.5
不十分		5	38.5	3	23.1	1	7.7

嚥下機能のスクリーニング評価指標である反復唾液嚥下テスト（RSST）と舌口唇運動機能評価のオーラルディアドコキネシス（ODK）の結果を表 32-2 に示す。アセスメント時と事後評価の前後比較を Wilcoxon Signed-rank Test を用いて検証したところ、RSST と ODK カ音において有意な改善を認めていた。

表 32-2 専門職による評価項目の変化（連続変数）

	n	アセスメント時		モニタリング時		事後評価時	
		中央値	第 1-3 四分位	中央値	第 1-3 四分位	中央値	第 1-3 四分位
RSST（回/30 秒）	21	1.5	(1-2)	2	(1-2)	2	(1-2)
ODK：パ音（回/秒）	20	4.7	(1.0-5.5)	4.4	(2.8-5.6)	5.4	(4.2-5.8)
ODK：タ音（回/秒）	20	5.0	(3.9-5.6)	4.2	(2.4-5.6)	5.0	(4.4-5.9)
ODK：カ音（回/秒）	20	4.4	(3.7-5.6)	4.3	(3.3-5.6)	4.9	(4.0-5.8)

RSST:反復唾液嚥下テスト

ODK:オーラルディアドコキネシス

※太字が有意差のあった項目

専門職により抽出された利用者の口腔機能に関する問題点を図 16 に示す（複数回答）。「歯みがき」が 11 名でもっとも多く、次いで、「口臭」の 9 名であった。

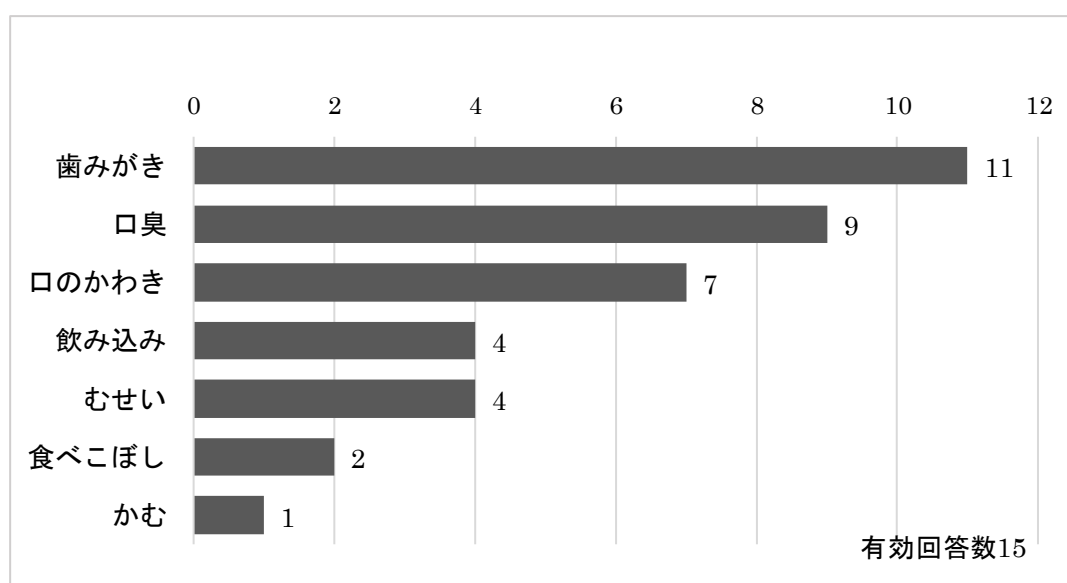


図 16 利用者の口腔機能の問題点（複数回答）

専門職の評価による口腔機能向上加算による利用者への効果としては、「食事がおいしくなった」が7名でもっとも多く、次いで「むせが減った」、「口臭が減った」の順であった（図 17）。

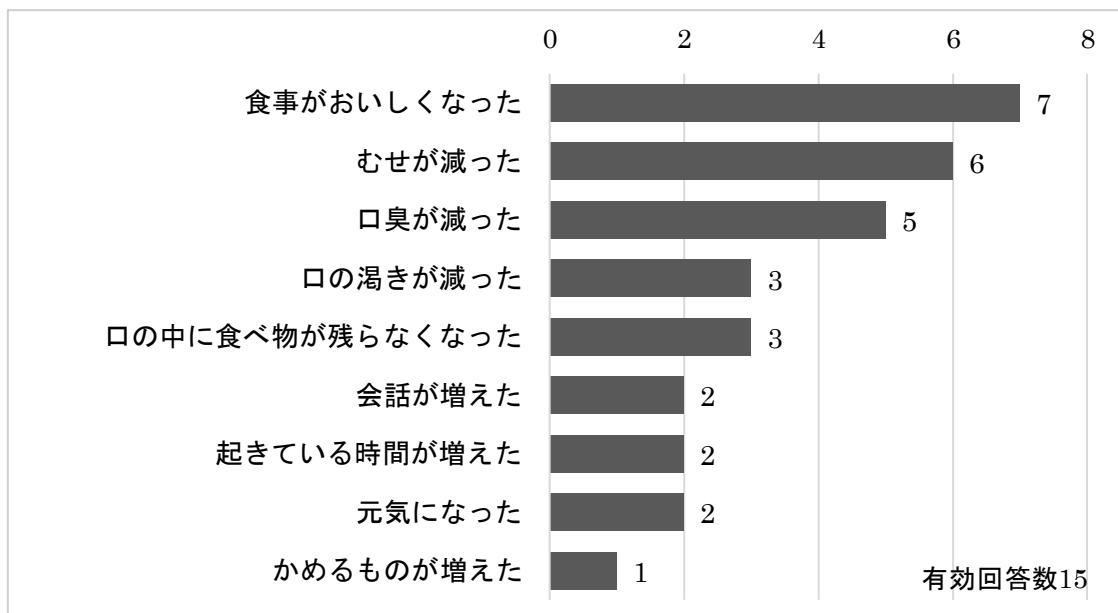


図 17 口腔機能向上加算算定の効果

算定期間における口腔機能向上加算のサービスの具体的な提供内容としては、「口腔体操・嚥下体操」が平均 8.4 ± 6.5 回でもっとも多く、次いで「口腔清掃の指導」の 8.0 ± 6.8 回であった（表 33）。

表 33 サービスの実施内容と頻度

	平均値	標準偏差
口腔機能向上に関する情報提供	4.6	1.9
口腔体操・嚥下体操等	8.4	6.5
口腔清掃の指導	8.0	6.8
口腔清掃の実施	6.6	6.7
唾液腺マッサージ（指導）	4.5	8.3
咀嚼機能に関する訓練（指導）	0.0	0.0
嚥下機能に関する訓練（指導）	0.4	1.9
発音・発声に関する訓練（指導）	4.0	4.4
呼吸に関する訓練（指導）	0.1	0.5
食事姿勢や食環境についての指導	1.1	2.2

【結果の概要】

- 令和 3 年度の介護報酬改定により新たに「口腔・栄養スクリーニング加算」が導入されたが、算定率は低かった。その背景は、人員の確保と算定にかかる手間が課題として挙げられていた。
- 口腔・栄養スクリーニング加算を算定により、職員の口腔・栄養に関する意識が変化し、介護支援専門員や、利用者本人・家族との情報共有の機会が増えたと回答している割合が高かった一方、歯科医療機関や外部の医療機関、介護保険施設、栄養ケア・ステーションの管理栄養士との連携の機会については、ほとんど変化がみられなかった。
- 口腔機能向上加算の算定率は 15.0%にとどまり、加算を算定してない理由として、サービス提供をできる歯科衛生士・言語聴覚士を配置できていないと回答する割合が高かった。実際に、本調査に回答のあった事業所において、歯科衛生士を雇用している事業所はほとんどなく、口腔機能向上加算に係るサービス提供者は看護師が担っていた。
- 栄養アセスメント加算ならびに栄養改善加算の算定率も低かった。栄養関連のサービスに関与する管理栄養士は、施設の所属である場合が多く、管理栄養士を雇用できていない事業所においては、管理栄養士の配置や外部機関との連携が困難であることが、算定上の課題となっている可能性がある。
- 居宅系サービス利用者の口腔健康管理ならびに栄養管理のためには、歯科衛生士、栄養士・管理栄養士といった専門職の配置が課題となると考えられた。
- 調査協力の得られた通所介護事業において、既に口腔機能向上加算の算定が行われた利用者のデータを後方視的に検証した。対象者の認知機能等の問題により、実施できない評価項目もあり、また事業所によって実施状況が異なるために、本調査の結果を一般化するには限界があると考えられる。しかしながら、通所系サービス事業所における口腔機能向上に係る取組みは、嚥下機能や舌運動機能の向上、口腔衛生状態の改善のみならず、食事の楽しみといった QOL に寄与するものと考えられた。

Ⅲ 通所系サービス利用者の口腔および 栄養管理に関する実態調査

1. 調査方法

1) 調査対象

通所介護事業所 6 か所（東京都内 5 事業所、福岡県内 1 事業所）を利用する在宅高齢者 311 名（男性 63 名、女性 248 名）を対象に、職員を対象とした基本属性等に関する事前調査と、歯科医師・歯科衛生士による口腔および栄養に関する対面調査を実施した。

2) 調査期間

令和 3 年 10 月～12 月

3) 倫理的配慮

東京都健康長寿医療センター倫理審査委員会の承認を得て実施した（整理番号: R21-015）

4) 調査項目

【事前調査】

事前調査は、主に対象者の基本属性について、本人の日常を熟知している職員に以下の内容について回答を依頼した。

調査項目：年齢、性別、介護保険認定状況、口腔・栄養に関する加算の算定状況、栄養状態（Mini Nutritional Assessment[®]-Short Form: MNA[®]-F）、口腔スクリーニング評価、かかりつけ歯科医院の有無、直近 1 年の歯科受診状況。

【対面調査】

対面調査は、対象者本人への聞き取りのほか、口腔状態および栄養状態に関する評価を歯科医師および歯科衛生士が実施した。歯科治療および口腔機能向上加算の必要性については、対象者 1 名につき歯科医師・歯科衛生士がそれぞれ評価した。

調査項目：歯数（現在歯数、機能歯数、う蝕歯数等）、口腔粘膜湿潤度（口腔水分計ムーカス）、口腔衛生状態（プラーク・舌苔）、舌苔スコア（Tongue Coat Index: TCI）、口腔乾燥度、オーラルディアドコキネシス（タ音）、咬合力（デンタルプレスケールⅡ）、咬筋触診、舌圧（舌圧計）、改訂水飲みテスト、歯科治療ニーズ、基本チェックリスト口腔関連 3 項目（咀嚼・嚥下・口腔乾燥）、下腿周囲長、歩行状態。

2. 結果

【調査実施場所の概要】

本調査を実施した事業所の開設主体の内訳は、営利法人 4 事業所、社会福祉法人 1 事業所、学校法人 1 事業所であった。事業所の区分では、通所介護事業所が 1 事業所、認知症対応型通所介護が 1 事業所であった。定員は、平均 32.3 ± 9.0 名、令和 3 年の稼働日数の平均は、 26.0 ± 2.5 日であった。介護職員の配置状況は、常勤専従が平均 6.2 ± 2.9 名、常勤兼務が平均 1.0 ± 1.6 名、非常勤が平均 1.7 ± 1.5 名であった。看護師の配置状況は、常勤専従が平均 0.7 ± 0.5 名、非常勤が平均 0.5 ± 0.8 名であった。生活相談員の配置状況は、常勤専従が平均 1.0 ± 0.9 名、常勤兼務が平均 0.4 ± 0.5 名であった。全国の郵送調査の結果と比較して、介護職員は常勤専従者が多い傾向を示していた。その他、理学療法士およびあん摩マッサージ師を雇用している事業所が各 1 事業所で、1 名ずつ配置していた。歯科衛生士を配置している事業所はなく、4 事業所については、法人全体で管理栄養士が雇用されていた。

口腔・栄養に関する加算の算定状況については、口腔・栄養スクリーニング加算、口腔機能向上加算、栄養スクリーニング加算を算定している事業所はなく、栄養改善加算は 3 事業所が算定し、加算算定者の平均は、 $8.7 \text{ 名} \pm 1.7 \text{ 名}$ であった。食事提供をしている事業所は、5 件であり、いずれも嚥下調整食を提供していた（表 1）。

表 1 食事の提供状況(N=5)

		n	%
主食	ごはん	5	100.0
	軟飯	4	80.0
	粥	4	80.0
	つぶし粥	0	0.0
	ミキサー粥	2	40.0
	ソフト粥	1	20.0
	そのほか	1	20.0
副食	常食	5	100.0
	一口大	5	100.0
	刻み	4	80.0
	極刻み	3	60.0
	ペースト食	1	20.0
	ソフト食	3	60.0
	そのほか	2	40.0

【事前調査】

1) 基本情報

対象者の平均年齢は、 85.7 ± 7.4 歳であった。介護保険の認定状況の分布を表 2 に示す。要介護 2 が 23.5%（73 名）で最も多く、ついで要介護 1 の 21.5%（67 名）であった。

表 2 介護保険認定状況

	n	%
認定なし	4	1.3
要支援 1	25	8.0
要支援 2	38	12.2
要介護 1	67	21.5
要介護 2	73	23.5
要介護 3	48	15.4
要介護 4	30	9.6
要介護 5	23	7.4
不明	1	0.3
未記入	2	0.6
合計	311	100.0

2) 加算の算定状況

口腔・栄養に関する各種加算の算定状況を表 3 に示す。口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ・Ⅱ）、口腔機能向上加算（Ⅰ・Ⅱ）、栄養アセスメント加算を算定している対象者はいなかった。栄養改善加算を算定していたのは 3.9%（12 名）であつた。各種加算が算定できるかが不明との回答が 40%以上を占めていた。

表 3 口腔・栄養に関する加算の算定状況

	算定中		算定対象だが実施できていない		算定対象ではない		不明	
	n	%	n	%	n	%	n	%
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ・Ⅱ）	0	0	44	14.1	131	42.1	136	43.7
口腔機能向上加算（Ⅰ・Ⅱ）	0	0	25	8.0	150	48.2	136	43.7
栄養アセスメント加算	0	0	7	2.3	167	53.7	137	44.1
栄養改善加算	12	3.9	4	1.3	169	54.3	126	40.5

3) 栄養状態

対象者の平均 BMI は、 21.7 ± 3.8 であった。「日本人の食品摂取基準（2020 年版）」の基準である BMI21.5 未満の者は、対象者の 63.7%を占めた（図 1）。

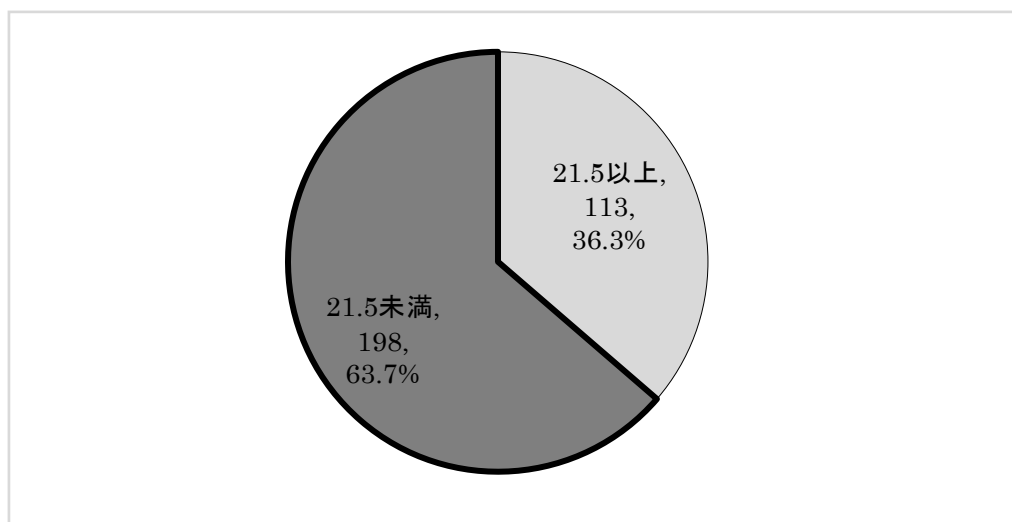


図 1 BMI21.5 未満者の割合

MNA®-SF で評価した対象者の栄養状態を表 4 に示す。女性の「低栄養のおそれあり」の割合が 50.0%（124 名）、「低栄養」の割合が 12.1%（30 名）であり、男女間で有意差が認められた。また、合計点数についても、女性の中央値は 11 点であり、男性の中央値 12 点と比較して有意に低かった。

表 4 MNA®-SF

	全体 (n=311)		男性 (n=63)		女性 (n=248)		p-value
	n	%	n	%	n	%	
栄養状態良好	132	42.4	38	60.3	94	37.9	0.005 ^a
低栄養のおそれあり	145	46.6	21	33.3	124	50.0	
低栄養	34	10.9	4	6.3	30	12.1	
スコア（点） ^c	11 (9-13)		12 (11-13)		11 (9-12)		0.005 ^b

a カイ二乗検定

b Mann-Whitney U 検定

c MNA®-SF スコア 中央値（25-75 パーセンタイル）

4) 口腔スクリーニング項目

口腔・栄養スクリーニング加算の口腔評価項目の該当の有無を図2に示す。「硬いものを避け、柔らかいものばかり食べる」に該当していたのは25.4%（79名）であった。「入れ歯を使っている」は45.7%（142名）、「むせやすい」は23.2%（72名）であった。「むせやすい」の具体的な内容については、「お茶や汁物のみ」（43名）

でもっとも多く、ついで「食事全般」が16名、「服薬」が5名であった。

3項目中1項目該当が39.5%（123名）、2項目該当が17.7%（55名）、3項目該当が6.4%（20名）であった（図3）。

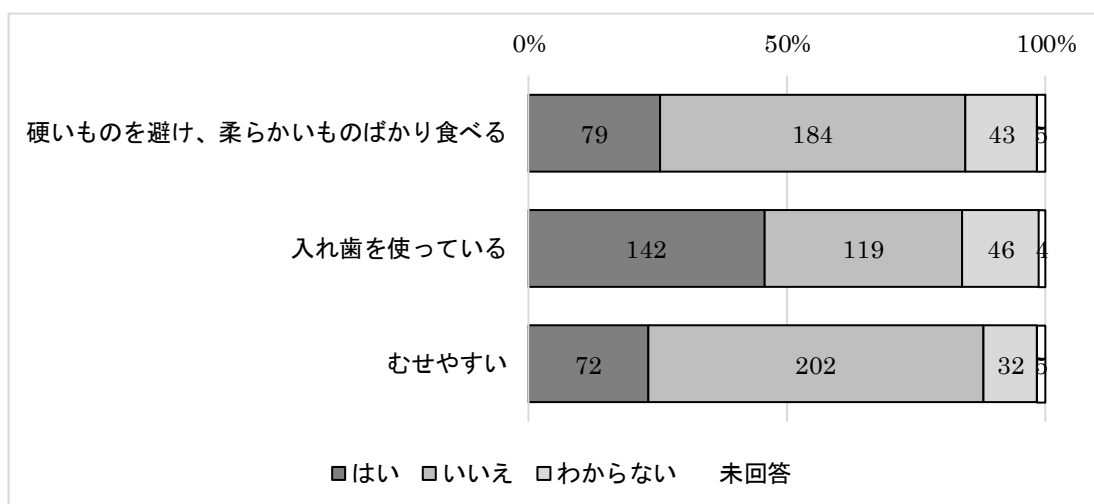


図2 口腔スクリーニング項目

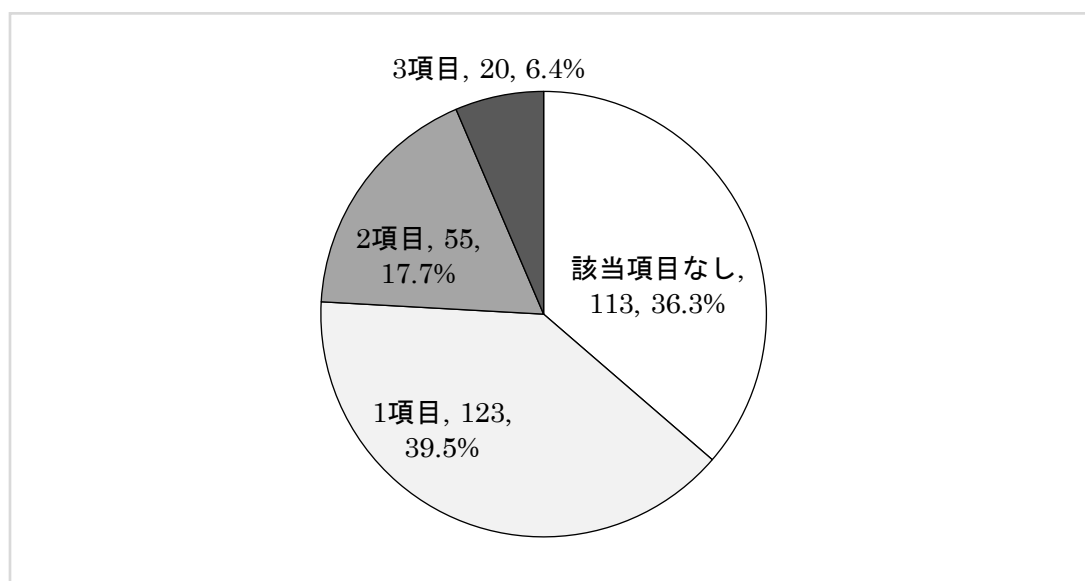


図3 口腔スクリーニング項目の該当数の分布

5) 歯科受診状況

かかりつけ歯科医の有無の把握状況については、「ある」と回答していたのは 35.7%（111 名）、「ない」が 16.1%（50 名）、「以前はあったが、今はない」が 15.8%（49 名）であった（表 5）。事業所で「把握していない」対象者は 29.6%（92 名）であった。

直近 1 年間の歯科受診の有無については、「歯科受診あり」が 32.5%（101 名）、「歯科受診なし」が 34.1%（106 名）であった。事業所で「把握していない」対象者は 30.5%（95 名）であった（表 6）。

表 5 かかりつけ歯科医の有無

	n	%
かかりつけ歯科医あり	111	35.7
かかりつけ歯科医なし	50	16.1
以前はあったが、今はない	49	15.8
把握していない	92	29.6
未回答	9	2.9
合計	311	100

表 6 直近 1 年間の歯科受診の有無

	n	%
受診あり	101	32.5
受診なし	106	34.1
把握していない	95	30.5
未回答	9	2.9
合計	311	100

【対面調査】

1) 下腿周囲長

下腿周囲長の平均は、 $31.9 \pm 3.9\text{cm}$ であった。AWGS2019で示されているサルコペニアの診断のアルゴリズムの基準である、男性 34cm 未満、女性 33cm 未満の者の割合は、男性で 51.6%（32 名）、女性で 66.9%（164 名）であった。

2) 歩行

歩行状態は、「補助具なしで可能」38.9%（121 名）、「補助具ありで可能」42.1%（131 名）、「不可」15.1%（47 名）、「不明」3.9%（12 名）であった。

3) 基本チェックリスト口腔関連項目

各質問に対して「はい」と回答した割合は、「半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか」21.9%（68 名）、「お茶や汁物でむせることがありますか」22.8%（71 名）、「口の渇きが気になりますか」27.0%（84 名）であった。

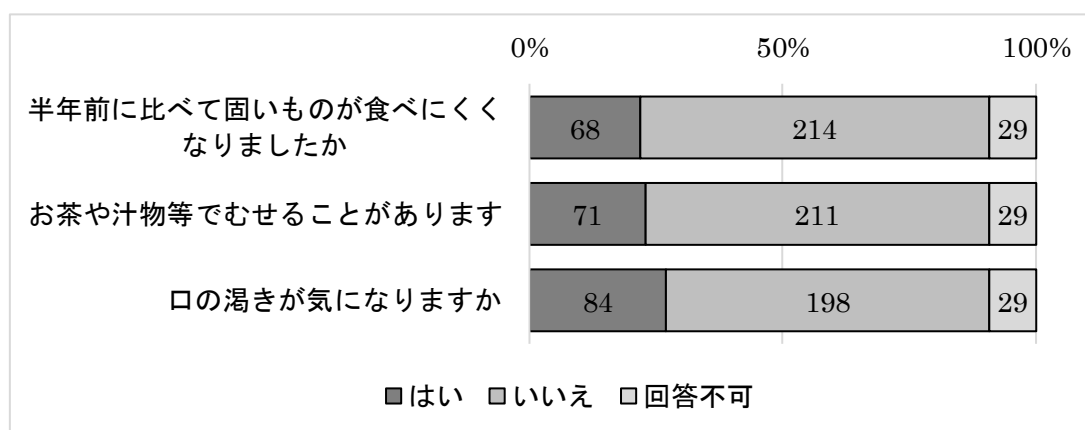


図 4 基本チェックリスト口腔 3 項目

4) 口腔内調査

(1) 歯数と咬合支持の状態

歯数と咬合の状態については、口腔内診査が実施できなかった3名を除いた308名分を分析対象とした。現在歯数は、平均 12.2 ± 10.0 本、機能歯数 23.4 ± 7.6 本であった（表7）。歯科疾患の状況については、残根数は平均 1.2 ± 2.3 本、う蝕歯数は 0.5 ± 1.4 本、重度歯周病歯数は 0.1 ± 0.3 本であった。

表7 歯数の状況 (n=308)

	平均値±標準偏差	中央値（第1-3四分位）
現在歯数	12.2 ± 10.0	10.5 (1-22)
機能歯数	23.4 ± 7.6	27 (22.3-28)
残根歯数	1.2 ± 2.3	0 (0-1)
う蝕歯数	0.5 ± 1.4	0 (0-0)
重度歯周病歯数	0.1 ± 0.3	0 (0-0)

機能歯（現在歯および補綴歯）における右側大臼歯、右側小臼歯、前歯部、左側小臼歯部、左側大臼歯部の5つの咬合支持の有無の分布を図5に示す。いずれの部位にも咬合支持がない者の割合は12.7%（39名）であった。

臼歯部の咬合状態については、現在歯と固定式補綴装置（ブリッジのポンティック、インプラント等）のみの状況では、両側とも咬合支持がある者は30.2%（93名）、片側のみが10.4%（32名）であり、両側ともに支持がない者が59.4%（183名）で最も多かった。可撤式補綴装置（義歯）も含めた機能歯による臼歯部の咬合支持については、両側とも咬合支持がある者が78.2%（241名）で最も多く、片側のみが4.5%（14名）、両側とも咬合支持のない者が17.2%（53名）であった（表8）。

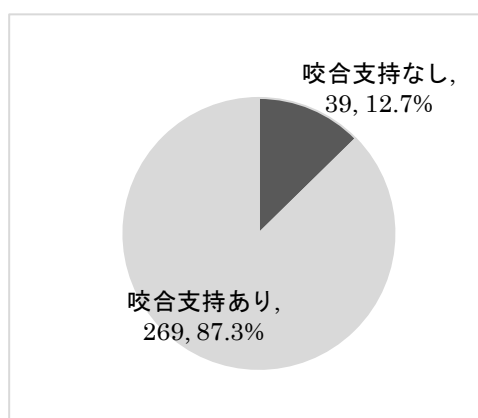


図5 機能歯の咬合支持の状態

表8 臼歯部の咬合状態

	現在歯と固定式補綴装置		可撤式補綴装置も含む	
	n	%	n	%
両側あり	93	30.2	241	78.2
片側のみ	32	10.4	14	4.5
両側なし	183	59.4	53	17.2

(2) 口腔乾燥・口腔衛生状態

口腔乾燥および口腔衛生状態に関する結果を表 9 に示す。口腔水分計口腔乾燥視診では、79.5% (245 名) が正常であった。プラーク・デンチャープラークの付着状況については、「なし」が 45.8% (141 名)、「中等度」が 42.5% (131 名)、「高度」が 11.7% (36 名)であった。舌苔スコアの平均 $29.0 \pm 21.8\%$ であり、視診による評価では、「なし」が 40.6% (125 名)であった。

表 9 口腔乾燥・口腔衛生状態

	平均値±標準偏差	中央値（第 1－4 四分位）
	n（%）	
口腔粘膜湿潤度	27.3 ± 4.1	27.5（25.2-29.6）
口腔乾燥視診（%）		
正常	245（79.5%）	
唾液の粘性亢進	53（17.2%）	
泡沫状唾液	7（2.3%）	
ほとんど唾液みられず	3（1.0%）	
プラーク・デンチャープラークの付着（%）		
なし	141（45.8%）	
中等度	131（42.5%）	
高度	36（11.7%）	
舌苔スコア（%）	29.0 ± 21.8	27.8(11.1-44.4)
舌苔付着		
なし	125（40.6%）	
中等度	171（55.5%）	
高度	12（3.9%）	

(3) 口腔機能

口腔機能の状態を表 10 に示す。舌の運動機能の巧緻性を示すオーラルディアドコキネシス/ta/ は平均 4.9 ± 1.4 回、舌圧は平均 23.7 ± 10.5 kPa、咬合力は 279.3 ± 294.0 N であり、口腔機能低下症の基準値を下回っていた。咬筋触診は、「弱い」が 28.6% (87 名)、「なし」が 8.2% (25 名) であった。嚥下機能の評価項目である改訂水飲みテストでは、4 点以上が 78.9% (242 名) であった。

表 10 口腔機能

	平均値±標準偏差	中央値（第 1－4 四分位）
	n (%)	
オーラルディアドコキネシス Ta (回)	4.9 ± 1.4	5 (4-6)
舌圧 (kPa)	23.7 ± 10.5	24.7 (15.8-30.1)
咬合力 (N)	279.3 ± 294.0	168.4 (71.5-366.7)
咬筋触診		
強い	192 (63.2%)	
弱い	87 (28.6%)	
なし	25 (8.2%)	
改訂水飲みテスト		
0 点:テスト施行不可	35 (11.4%)	
1 点:嚥下なし, むせる and 呼吸切迫	2 (0.7%)	
3 点:嚥下あり, むせる and/or 湿性嚙声	28 (9.1%)	
4 点:嚥下あり, 呼吸良好, むせない	45 (14.7%)	
5 点:4 点に加え, 追加嚥下運動が 30 秒以内に 2 回可能	197 (64.2%)	

(4) 口腔機能低下者の割合

口腔機能低下症等の基準に準じた口腔機能低下者の割合を表 11 に示す。舌運動機能、咬合力、舌圧については、7 割以上が低下群であった。

表 11 口腔機能低下者の割合

口腔不潔度 (N=308) TCI スコア 50%以上		
不良	45 人	14.6%
口腔乾燥 (N=306) ムーカス 27 未満		
乾燥あり	136 人	44.4%
舌運動機能 (N=279) ODK (タ音のみ) 6.0 回/秒 未満		
低下群	205 人	73.5%
咬合力低下 (N=267) デンタルプレスケールⅡ 350N 未満		
低下群	198 人	74.2%
舌圧 (N=279) 30kPa 未満		
低下群	199 人	71.3%
嚥下機能 (N=307) 4 点未満		
低下群	65 人	21.2%

5) 歯科ニーズのアセスメント（歯科医師）

歯科医師による歯科ニーズのアセスメント結果を、図 6 に示す。歯科受診の必要があると評価された対象者は 93.2%（287 名）、通所サービス事業所での口腔機能向上加算によるサービス提供が必要と評価された対象者は 78.3%（225 名）であった。

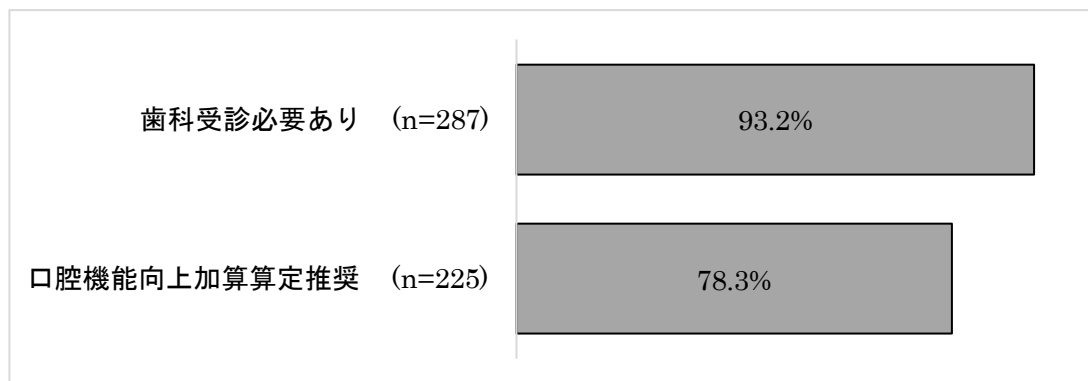


図 6 歯科ニーズ（歯科医師）

必要と考えられる歯科処置の内訳を図 7 に示す。口腔衛生管理が 58.8%（183 名）でもっとも多く、次いで歯周疾患の処置 57.9%（180 名）、義歯治療 49.5%（154 名）であった。

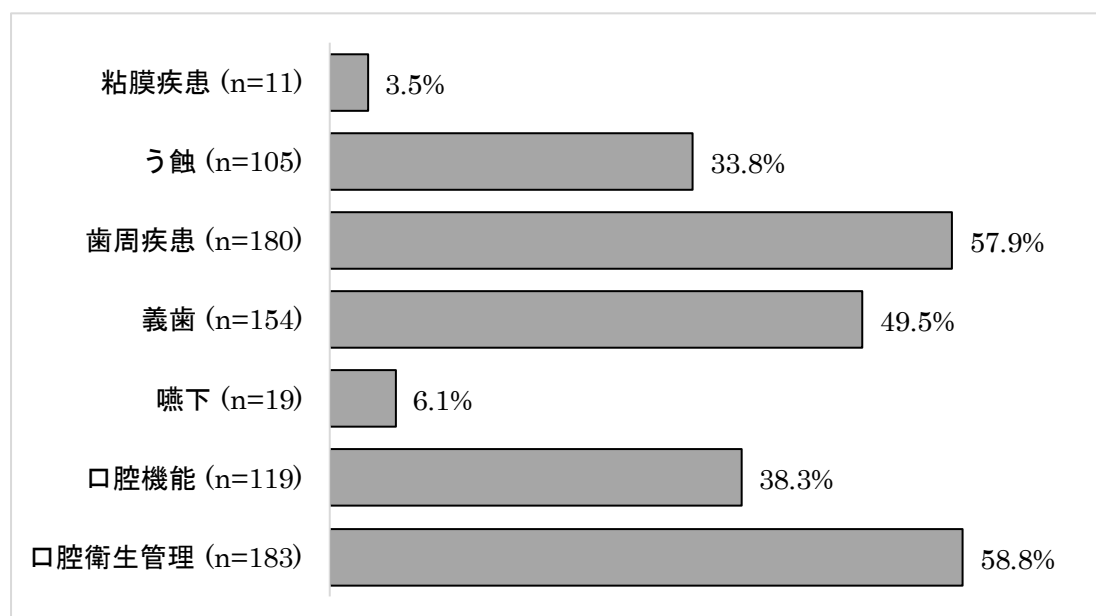


図 7 必要と考えられる歯科処置内容（歯科医師・複数回答）

必要と考えられる歯科処置の具体的な内容の内訳を表 12 に示す。う蝕については、抜歯処置が 52 名でもっとも多く、ついで、保存処置 37 名、根面う蝕処置 22 名の順で合った。次に、歯周疾患については、口腔衛生指導が 146 名でもっとも多く、ついで歯石除去 110 名であった。

義歯については、新たな義歯の製作が 58 名でもっとも多く、次いで義歯ケア指導 49 名、義歯床内面調整 44 名の順であった。

表 12 必要と考えられる歯科処置の具体的内容 (人)

粘膜疾患	カンジダ	3
	口内炎	3
	その他	4
う蝕	保存処置	37
	根面う蝕処置	22
	歯内治療	5
	形態修正	5
	歯冠補綴	25
	抜歯	52
	そのほか	3
歯周疾患	歯石除去	110
	動揺歯固定	3
	咬合調整	5
	抜歯	7
	口腔衛生指導	146
	その他	3
義歯	新製作	58
	破損修理	25
	咬合調整	10
	咬合面再構成(増歯)	2
	義歯床内面調整	44
	義歯ケア指導	49
	その他	4

6) 歯科ニーズのアセスメント（歯科衛生士）

歯科衛生士による歯科ニーズのアセスメント結果を、図 8 に示す。歯科受診の必要があると評価された対象者は 91.8%（280 名）、通所サービス事業所での口腔機能向上加算によるサービス提供が必要と評価された対象者は 77.0%（235 名）であった。

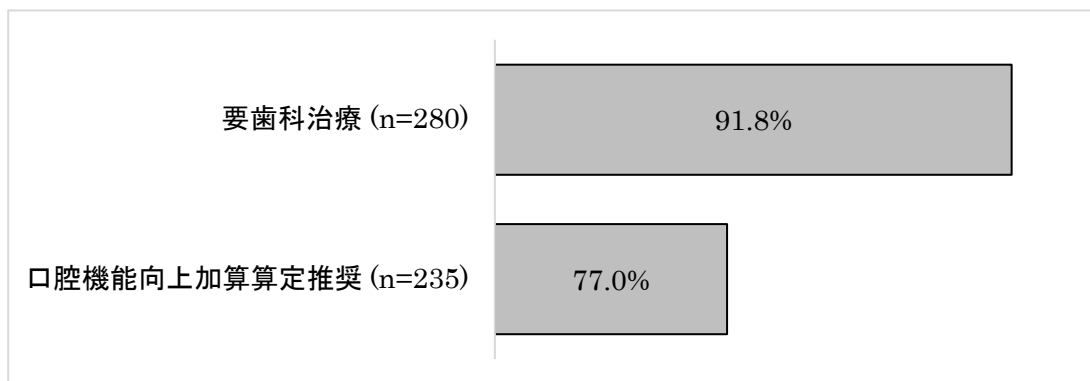


図 6 歯科ニーズ（歯科衛生士）

必要と考えられる歯科処置の内訳を図 8 に示す。歯周疾患が 63.4%（180 名）でもっとも多く、次いで歯周疾患の処置 63.0%（179 名）、義歯治療 57.7%（164 名）であった。

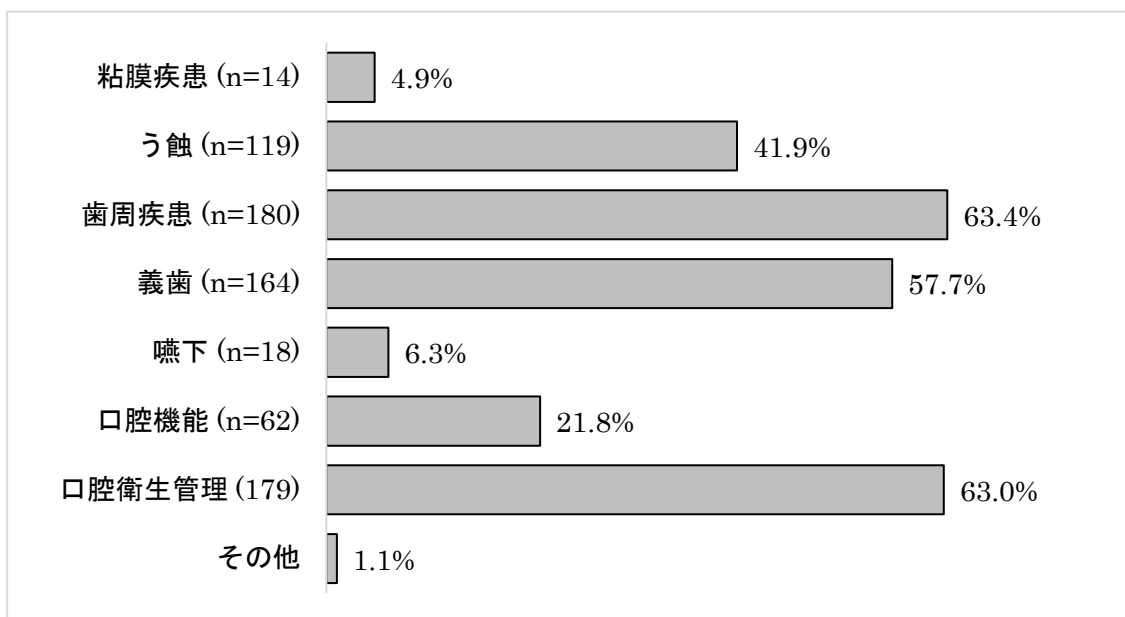


図 8 必要と考えられる歯科処置内容（歯科衛生士・複数回答）

7) 歯科衛生士によるスクリーニングの精度

歯科医師および歯科衛生士が評価した対象者の歯科サービスの必要性に関する評価について、歯科衛生士のスクリーニングの精度を、歯科医師の評価に対する感度および特異度を算出して評価した。歯科受診の必要性の有無に関する歯科衛生士の評価の感度は 0.934、特異度は 0.429 であった。一方、口腔機能向上加算については、感度が 0.849、特異度は 0.470 であった（表 13）。

表 13 歯科サービスの必要性の感度・特異度

		歯科医師			
		歯科受診		口腔機能向上加算	
		必要あり	必要なし	必要あり	必要なし
歯科衛生士	必要あり	268	191	191	44
	必要なし	19	34	34	39
合計		287	21	225	225
感度		0.934		0.849	
特異度		0.429		0.470	

治療項目別では、義歯の感度が 0.812 ともっとも高く、次いで歯周病 0.783、う蝕 0.752 の順であった（表 14）。

表 14 治療内容別の感度・特異度

		粘膜疾患		う蝕		歯周病		義歯	
		歯科医師							
		必要あり	必要なし	必要あり	必要なし	必要あり	必要なし	必要あり	必要なし
歯科衛生士	必要あり	4	10	79	40	141	39	125	39
	必要なし	7	287	26	163	39	89	29	115
合計		11	197	105	203	180	128	154	154
感度		0.364		0.752		0.783		0.812	
特異度		0.966		0.803		0.695		0.747	
		嚥下		口腔機能		口腔衛生			
		歯科医師							
		必要あり	必要なし	必要あり	必要なし	必要あり	必要なし		
歯科衛生士	必要あり	7	11	31	31	108	71		
	必要なし	12	278	88	158	75	54		
合計		19	289	119	189	183	125		
感度		0.368		0.261		0.590			
特異度		0.962		0.836		0.432			

【結果のまとめ】

通所介護事業所による対面実測調査により、通所サービス利用者の口腔健康状態と栄養状態の実態が明らかとなった。通所サービス利用者のうち、歯科医師の対面調査によって歯科受診が必要と判断された者の割合は9割以上であり、「歯周治療」、「義歯治療」の必要性が特に高かった。

通所系サービスで口腔機能向上に係るサービス提供者となる歯科衛生士が口腔のアセスメントを行った場合、歯科受診の必要性の有無を93%以上の感度でスクリーニングできる可能性が示された。しかしながら、直近1年間の歯科受診の有無については、「歯科受診なし」が34.1%

(106名)であり、3割は事業所では歯科受診状況の把握はなされていなかった。歯科受診が必要と思われる通所系サービス利用者に対して、歯科治療が充分提供されていない可能性がある。また、通所サービスを利用する高齢者においては、低栄養のリスク者も多く、口腔と栄養の複合的なサービス提供のニーズが高いことが明らかとなった。

IV 居宅系サービス・居宅療養管理等 における口腔の健康管理に関する調査

1. 歯科診療所における居宅療養管理に関する取組事例ヒアリング調査

1. 調査の概要

【目的】

歯科医師・歯科衛生士による居宅療養管理に関する事例を収集し、居宅系サービス利用者に対する円滑な歯科保健サービス提供のための基礎資料を得る。

【対象】

居宅療養管理指導を算定している歯科診療所 3 件

【調査内容】

- 歯科診療所の概要
- 居宅療養管理指導料算定に関する概要
- 居宅療養管理の実情と課題
- 事例 等

【調査時期】

令和 3 年 11 月～令和 4 年 1 月

2. 調査結果

ヒアリング対象 1：医療法人社団 森 ごはんがたべたい歯科クリニック

実施日：2021 年 11 月 4 日

1) 歯科診療所の概要

所在地：東京都板橋区

法人全体の職員数： 11 人

（歯科医師 4 名、歯科衛生士 4 名、受付・事務職員 3 名 2021 年 12 月現在 非常勤含む）

現在は、訪問診療 95%：外来診療 5%の割合で診療を行っている。

居宅療養管理指導料に関する概要

算定開始年月：2020 年 04 月（2020 年 4 月クリニック開設）

算定実績（令和 3 年 12 月実績） 歯科医師：205 件 歯科衛生士：190 件

（当院では歯科医師と診療補助員で訪問するケースもあり、その際には歯科衛生士の居宅療養は算定していない。）

主な訪問先：個人宅 143 件、グループホーム 0 件、有料老人ホーム 3 件

2) 居宅療養管理の実情と課題

・当院の訪問歯科診療の介入患者は 170 名で（2021 年 12 月実績）そのうち在宅は 143 名、病院（急性期、老健）が 23 名、有料老人ホームが 4 名である。新規の依頼は 35 名でそのうち急性期病院からの依頼が 14 件で残りの 21 件が居宅療養指導の対象となる在宅患者からの依頼であった。（2021 年 12 月）その内訳は、地域の介護支援専門員からの依頼が 1/3 程度であり、2/3 は連携している在宅支援診療所からの依頼であった。提携している在宅医療からの依頼は終末期高齢者等、医療依存度の高く、余命も限られているため、歯科の介入期間が平均で約 3 か月程度となる患者が多い。そのため治療内容は義歯や摂食嚥下訓練に関わる内容が多い。一方、抜歯等の外科処置や根管治療は身体

的な制限もあり、相対的に少ない傾向にある。地域の介護支援専門員からの依頼の場合には、新たな義歯の製作依頼が多く、保存的な治療から長期的な関わりが多い。（2021年算定実績 根管治療 13 件、抜歯手術 41 件、義歯修理・新製等 198 件、嚥下評価（内視鏡検査含む）71 件、口腔リハビリテーション 67 件）

- ・現在は居宅での訪問歯科診療を中心としているため、移動時間や家族との連絡調整などの業務に時間を要し、多くの件数を訪問することが難しく、施設での訪問歯科診療と比較して、多くの患者に対応することが困難である。部分的に歯科衛生士の単独訪問を行っているが、1 日 4～5 件が限度であることから、現状では歯科医師と歯科衛生士の 2 名体制の診療を主軸とした居宅への訪問歯科診療を行っている。

- ・義歯や抜歯、摂食嚥下評価等の処置も多く、歯科衛生士の歯科診療補助業務が必要とされる場面が多いため、歯科衛生士の業務は口腔衛生管理等と診療補助の両面の業務がある。歯科衛生士単独訪問も検討しているが、現在の診療内容を鑑みると歯科医師よりも歯科衛生士の人材確保に課題がある。居宅療養管理で歯科衛生士に求められる資質として、認知症のある方への対応や在宅特有の患者対応等、経験や技術的な面に加えて、歯科衛生士の対人援助職としてのコミュニケーション能力や価値観なども重要となってくると考えている。歯科衛生士に限らず歯科医師も含めて、卒前教育で在宅歯科医療について実習で経験する機会・回数を増やしていくことが、人材確保の面からも重要だと思われる。

- ・連携している在宅支援診療所からの依頼の場合には、患者情報等について事前の情報提供に加えてオンラインツールを用いており、リアルタイムで情報共有がなされている。一方、地域の介護支援専門員からの依頼の場合には、事前に把握できる情報が限定的である。本人が利用している医療・介護のサービスの具体的な内容やかかりつけ医の情報などは、ほとんど上がってこない現状がある。その上、必要な情報の取得のために連絡を行ってもなかなか連絡が繋がらないことも多い。そのため、初回の訪問時は情報収集も含めて 1 時間～1 時間半の時間を要することとなる。歯科への依頼に際して、他の職種からは、歯科の介入に際しては服薬の情報は最低限必要だとしても、患者の家族構成や生活歴などの情報が必要だと思われていないのかもしれない。こういった必要な情報に対する認識のギャップが背景にあると考えられる。

- ・介護保険での請求業務は伝送ソフトなどが整備されつつあるものの、入力や郵送の手間など、医療保険の請求に比べると、やや手続き等が煩雑であると感じる。規模の大きい診療所であれば、事務処理の担当者を雇用することが可能であろうが、単に雇用によ

って人員を確保すれば解決するような単純な問題とはいえない。たとえ担当者を雇用しても、歯科医師が介護保険のシステムを理解し教える必要があり、かつ長期にわたって勤務を継続してもらう必要があるなど、介護保険請求に係る業務の円滑化においてはハードルが高いと考えられる。また、施設における訪問歯科診療とは異なり、居宅系サービスでは、介護支援事務所ごとに請求に関する書類を送付する必要があること、また書類送付先の担当の介護支援専門員が変更になる場合も頻繁にあり、事務的対応が施設での訪問歯科診療に比べて居宅での訪問歯科診療は多くなる傾向にある。

- ・ 情報共有については、個人情報保護の問題も存在する。介護支援専門員からは、FAXで情報提供がなされる場合が多いが、名前等の個人情報の一部が黒塗りされた状態となっており、改めて電話等で正確な情報を確認することになる。お互いのタイミングが合わないで連絡がスムーズにいかないことも多い。電子メール等が活用できれば業務の効率化が図れるが、デジタルデバイスの問題や個人情報保護の観点からなかなか進まないのが現状である。

- ・ 居宅療養管理は、在宅療養高齢者の継続的な管理を目指すものであるが、その考え方に歯科医師も患者本人も慣れていない点も課題だと考えられる。例えば、高血圧や糖尿病のように定期的な検査によって状態を確認し、変化がなくても継続的に管理していくことが当然となっているが、口腔に関する主訴が解決すれば終了となってしまう認識が依然としてある。そういった意識をいかに変容していけるかが、歯科における居宅療養管理を今後充実させていく上での“カギ”になると考えられる。歯科衛生士が行う口腔衛生処置なども、理学療法士や作業療法士といったセラピストのような関わりが在宅でも広がっていくことが大切ではないだろうか。そうすると歯科衛生士に求められるのは、単に口腔ケアに関する手技だけでなく、継続的に患者さんのメンテナンスに関与できる、人と繋がることのできる力となる。

事例①： 歯科医師による嚥下評価が介護家族の介護負担軽減につながった事例

嚥下障害があり、連携している病院からの紹介により歯科介入となった男性患者。90歳、男性。肺がん術後で誤嚥性肺炎を繰り返していた。また廃用症候群により、ADLが低下し、要介護度は4で、ほかにアルツハイマー型認知症もありながら在宅でご夫婦と長男夫婦と同居していた。主たる介護者である長男の配偶者が、在宅療養では食事の準備をすることになっていたが、家族間での認識の統一が図られておらず、家族関係と食事が原因となっ

て、介護崩壊する可能性があったため居宅療養に不安を抱えていた。そのため、歯科が介入し、歯科医師が嚥下評価を行い、環境調整を行ったことで介護負担の軽減につながった。もともと、この患者には肺がんの既往はあったが、その手術後も在宅で暮らしていた。口腔機能低下とフレイルの経過によって、徐々に肺炎を繰り返すようになり、何度も肺炎を繰り返していた。

依頼経緯は誤嚥性肺炎で地域の急性期病院に入院、肺炎の加療は終わったものの、その後在宅に復帰するにあたって、主たる介護者である長男の配偶者が「このような状態では在宅では見切れない」と訴えていた。しかしながら本人の配偶者である姑と長男には在宅復帰の意向が強く、環境調整をする意味で提携する地域包括ケア病院に入院し、環境調整を目的にポストアキュートで入院することとなった。

入院時に歯科医師による嚥下評価を行い、在宅療養における食支援に向け、本人の口腔機能・嚥下機能に合った食形態等の栄養状態の維持に関わる管理計画を、介護家族とともに検討した。また義歯の不適合に対しては、義歯調整を行い、同時に病棟内の言語聴覚士と連携し、口腔機能の回復に向けたリハビリを行った。また入院中の環境調整では、病棟の地域連携部が姑及び主たる介護者である長男の配偶者にヒアリングを行った。その結果、姑は病院の指示を守らず介護職ではない普通食を食べさせていたこと、配偶者の嫁は病院で指示された介護食を作ると、姑から「ドロドロのご飯では本人がかわいそう」と言われ、配偶者には肺炎を繰り返すたびに、「食事の準備に問題があるのではないか」と言われ、板挟みの状態になっていたことが判明した。そこで入院中から退院後の在宅生活の継続に向けた環境調整を行った。退院時カンファレンスにおいても口腔機能の低下により嚥下機能が若い時からに比べて低下していること、そのため退院後も継続的なリハビリと食事による調整が必要なことなどを説明した。姑には食事は歯科と相談しながら徐々に上げていくが、しかしながら現状では普通食をそのまま食べるのは難しいと言うことを説明した。長男には食事の問題で肺炎になっているわけではなく、機能的に肺炎になりやすい状態ということを説明した。

在宅復帰後も定期的に嚥下評価と口腔リハビリ、義歯の調整を目的に訪問した。訪問時は歯科的な問題の解決だけでなく、姑に今食べさせたいもの現在食べさせているものを随時確認し、無理な食べ物を食べさせているようであれば、歯科医師が訪問時に食べさせるように指示をした。また聞き取りから姑が食事の見た目の部分に重きを置いていることが分かったため、見た目が普通のものと変わらない介護食などを紹介した。入院中にこのような機会を作ったことにより、患者本人、患者の配偶者、長男配偶者の共通認識が図られた。また在宅復帰後も継続して嚥下機能の評価、療養上の指導を目的とした歯科介入を実施することが決

まったため、当初、食事準備に関する不安・負担感が大きかった長男配偶者の精神的ストレス軽減に寄与するに至った。その後、本人が新たにパーキンソン病を発症したため、経時的に嚥下機能は低下したが、食形態を本人の嚥下機能の状態に合わせて調整できたため、食事量もしっかり確保でき、肺炎を再発することなく、介護崩壊することなく、在宅でのお看取りまで支えることができた。このように専門職が適時適切な評価を行い、居宅療養に係る指導につなげることは、介護家族の負担軽減につながると考えられた。

事例②： 歯科衛生士の食事を通した関わりにより ADL（褥瘡）と家族関係を改善した事例

73 歳、男性。「詰め物がとれた。」を主訴として当院の訪問歯科診療を受診することとなった。主病名は左下肢褥瘡、ほかに前立腺肥大症、大腸炎がん、うつ病、腹部から下肢にかけて麻痺などがあった。大腸がんなどの既往があるものの、予後を規定する因子ではなく、基本的には老衰、フレイルの経過によって、長期間にわたる自宅での療養生活をされていた。歯科介入以前から連携する在宅医療の医科チームが長い療養生活の中で、褥瘡の悪化（主病）と寝たきりの生活の長期化によって廃用症候群となり、排尿障害、便秘、不眠症、鬱などの問題が顕在化しているという理由で介入していた。特に食思不振からくる経口摂取量の低下、それに伴う体重減少と褥瘡の悪化は在宅療養生活を困難なものとし、褥瘡がこれ以上悪化するようであれば入院が必要な状態であった。

これまでは褥瘡に対しては除圧や患部の清掃を中心に対応することにより、改善していたが、これまでの方法では改善には至らなかったため、褥瘡の要因となっている食事の問題（低栄養）のために歯科診療を依頼した。食思不振に対しては医科からエンシュア等の栄養補助食品が処方され、不眠や鬱に対しては投薬がなされていた。食思不振となり、口腔機能の低下はみられたものの、嚥下機能そのものには問題はなかった。2021 年 1 月下旬に歯科介入が開始したが、当初は患者本人も歯科の介入にあまり積極的ではなく、脱離した（左上 7 の全部鑄造冠がコアごと脱離）あとの歯が尖っており、舌にあたり痛いところを治してほしい（困りごとの解決）という状況であった。しかしながら口腔内に目を向けると、残存歯はほとんどなく残根状態で、以前義歯のクラスプをかけていた支台歯はなく、咬合接触や支持もない状態で義歯が口腔内で浮いている状態であった。新義歯の作製を本人に提案したが、受け入れられず、旧義歯の修理（増歯増床）と口腔衛生管理による口腔衛生状態の改善を行いながら、「以前はどんなものを食べていたのか？」「食べたい食べ物はあるのか？」という食事に関する日常会話を繰り返しながら、徐々に問題の本質へとせまっていっていった。

当初は「食べたいものはない」「もう楽しいことはない」という返答であったが、徐々に「お煎餅が食べたい」などと口にするようになった。そこでお煎餅を食べるためには上下の

歯で咬む必要があると、再度新義歯の作成を提案したところ受け入れてもらえたため、新義歯の作成を開始した。新義歯装着後は、徐々に食事の形態を改善して、普通食に近い内容に変わっていった。食事内容が変わるなかで、本人からも「アプリコットジャムのジャムパンが食べたい」など具体的な話が出てくるようになり、我々が『なぜそれが食べたいか？』と尋ねると、その食べ物に関わるエピソードなどを話してくれるようになった。患者は妻と息子との同居であったが、妻に先立たれた後はもともと折り合いが悪かった息子との関係はさらに悪化し、息子も父の介護に関わることに對して消極的であった。しかし、私たちの食事に関する関わりを通して、徐々に患者が食べられるようになってくると、口腔機能低下の改善のため咀嚼機能訓練の一環でおせんべいを食べてもらっていると、「自分が食べる練習の材料（お煎餅）を準備したい」「お父さんが食べたいものは何か？準備したい」と申し出てくれるようになった。

こうした食事を通した関わりから親子関係が徐々に回復し、親子関係の回復による精神的な問題の解決と低栄養・褥瘡の改善による身体的な問題の解決により、自然と食指不振や鬱の状態も改善し、身体のアDL自体が改善していった。加えて、本人がみんなの集まる場所への参加や以前従事していた仕事への復帰など社会参加に意欲的になったこともあり、周囲の支えを借りながらではあるが、主体的に自分の暮らしを前向きに考えられるようになった事例である。

ヒアリング対象2：医療法人里山会 澄川歯科医院

実施日：2021年12月20日～21日

1) 歯科診療所の概要

所在地：島根県益田市（本院・分院）

法人全体の職員数： 11人

（歯科医師1名、歯科衛生士7名、受付・事務職員4名）

2) 居宅療養管理指導料に関する概要

算定開始年月：平成30年4月

算定実績（令和3年11月実績） 歯科医師 33件、 歯科衛生士 175件

主な訪問先：個人宅約5件、グループホーム（1ユニット3件、2ユニット2件）、
サービス付き高齢者向け住宅1件

3) 居宅療養管理の実情と課題

・居宅療養管理のきっかけとしては、本人もしくは介護家族から義歯等の補綴装置の脱離、義歯不適合等の訴えによるものが多い。摂食嚥下関連よりも、義歯関連の依頼が多い。

・介護支援専門員から、本院がかかりつけの歯科医院であることを対象者本人や家族に確認したことによって訪問につながるケースや、介護支援専門員が気がかりな対象者について口腔内を診てほしいとの直接連絡が入り訪問につながるケースもある。また、勤務する歯科衛生士に患者・患者家族、介護支援専門員から相談を持ち掛けられる、近隣住民からの勧め等により紹介につながるなど地域のネットワークによるものもある。

・歯科衛生士による居宅療養管理指導の体制としては、週5日の1名の訪問専任歯科衛生士と1名のアシスタントによる2名体制による訪問、訪問専門の歯科衛生士2名（非常勤）による訪問を実施している。アシスタントは、アセスメントや実施内容のタブレットへの入

力、口腔衛生管理・指導に必要な機材の準備等を担っており、このシステムの導入により居宅療養管理の効率化が図られ、歯科衛生士が対応できる患者数が増加した。また、従来は訪問診療後に行っていた書類作成業務にかかる時間が削減された。歯科衛生士が本来の指導・患者や家族、職員とのコミュニケーションに集中できるようになった。

- ・ 本人や家族からの理解が得られないことや、入院などによる転帰によって継続的な口腔健康管理が難しい例も散見される。本人の生活の場が変わることで、シームレスなケアにつながらないことが課題と感じられる。

- ・ 介護支援専門員の口腔に対する関心・理解が重要であると考えられる。新型コロナウイルス感染症の影響によるものもあるが、サービス担当者会議に歯科医師・歯科衛生士が呼ばれる機会が非常に少ない点も課題である。現場での肌感として歯科介入に対するニーズは、現状では居宅系よりも施設職員の方が高い印象を受ける。

- ・ 居宅療養管理指導を今後推進していく上での課題としては、本人や家族が歯科の関与について必要性を感じていないといった地域住民の口腔に対するリテラシーの問題のほか、移動距離の問題が挙げられる。地理的に不利な条件を克服するためには、オンライン診療の推進が必要であると考えられる。

- ・ 介護保険制度上の課題として、医療保険に加えて介護保険を算定しなければならないという保険請求手続きの煩雑さが挙げられる。返戻された請求書に対する対応に加えて年々増える書類作成の作業などは、歯科医院の運営管理上必須であることは理解しつつも、費用対効果を考えると介護保険による居宅療養管理料の算定にはハードルがあると感じる。

- ・ 地域の居宅療養高齢者への居宅療養を拡充するためには、できれば歯科衛生士をさらに1～2名雇用したいが、歯科衛生士の人材確保の問題がある。歯科衛生士雇用において、待遇面やキャリア形成への支援等、長期にわたり歯科衛生士が勤務を継続できるマネジメントが必要であると考え、現在取り組んでいる。

4) 特徴的な事例

事例①：顎関節脱臼を頻発するので診てほしいとご家族からの依頼により、訪問した事例。本人の意識なく常時開口状態で口腔乾燥が顕著であった。下顎前歯3歯のみ残存していたが、舌側へ傾斜していたために嚥下困難となっていた。歯科処置としては、傾斜歯の削合を行った。歯科医師、歯科衛生士、家族、訪問看護師、介護保険支援専門員が連携し、口腔にとどまらず部屋の加湿の改善など療養生活全体の支援について協議するに至った。連携が円

滑であった背景には、キーパーソンである介護家族（息女）の存在が挙げられる。息女本人が、定期的に歯科受診をしていたために、口腔に対する関心が高かった。そのために、家族の口腔の問題を解決したいという熱意が居宅療養管理による歯科の介入につながったと考えられる。

事例②：介護支援専門員から依頼された事例。上顎部分床義歯の破折と下顎前歯部のブリッジの脱離により、咬合支持がない状態であった。また上顎には歯周病の進行による保存不可能歯が存在していた。義歯修理とブリッジの新規作製・装着により、リンゴが噛めるようになったと本人の訴えあり、歯科治療による主訴の解決は図られた。その後、本人の自立性を考慮し、継続的な居宅療養管理による口腔衛生管理を推奨するも、本人からは「不要」と訴えあり、継続的な管理には至らなかった。その後、毎日の食事の工夫をするなど食べる楽しみを享受できるように積極的に取り組んでいた妻と介護支援専門員から本人へ、口腔衛生管理の必要性を説得されたことで、歯科衛生士による訪問等居宅療養管理に移行でき、最終的に看取りまで歯科が継続的に関与した事例であった。本人が口腔衛生管理の必要性を感じられてない場合、歯科専門職からの説得よりも、本人を取り巻くキーパーソンや関係職種からのアプローチが奏功した例であった。

事例③：通院から居宅療養管理に移行した事例。開院当初から外来に通院していた患者。下肢運動機能の低下により定期受診が困難となった。義歯の不具合の調整を介護支援専門員から依頼された。義歯床粘膜調整（リベース）による対応を図ったが、徐々に経口摂取が困難となっていった。急に元気がなくなる、しゃべらなくなるなど、フレイルにつながる兆候にいち早く気づくためにも、患者からの訴えがなくても、口腔機能を評価し、継続的な管理につなげていく必要性があったと考えられた例であった。

ヒアリング対象 3：花形歯科医院

実施日：2022 年 1 月 6 日～7 日

1) 歯科診療所の概要

所在地：山梨県甲府市

法人全体の職員数： 14 人

（歯科医師 2 名、歯科衛生士 6 名、歯科技工士 1 名、受付・事務職員 5 名）

2) 居宅療養管理指導料に関する概要

算定開始年月：2003 年月頃。本来は 2000 年介護保険制度開始時には、介護保険専門員指導員（山梨県）・介護保険専門員資格取得していた。

算定実績（令和 3 年 11 月実績） 歯科医師 1 件、 歯科衛生士 5 件

主な訪問先：個人宅約 4 件、シェアハウス 1 件

3) 居宅療養管理の実情と課題

・現在、週 5 日、歯科医師 1 名・歯科衛生士 2 名体制で、施設等を含めて歯科訪問診療を行っている。

・口腔衛生管理は、専門職だけでは対応できない。チームアプローチが必要であり看護師との連携は欠かせないと考えている。円滑な情報共有のため、以下のような工夫をしている。1) 居宅などにおいては、関係職種のケアの内容・状況などを記載する連絡帳を活用している。今後は、情報通信技術を活用した在宅連携（ICT）活用を今後検討する必要がある。2) 口腔情報提供書を活用して関係職種に口腔に関する情報を提供するように心がけている。3) 退院時の医療・看護情報・主治医の意見書等の医療情報を活用する。

・地域の介護支援専門員との連携が、歯科が居宅療養管理を推進していく上で重要となる。地域の研修会での口腔健康管理に関する講話などを通し、顔の見える連携を心掛けている。

・医療・介護の対象者には、医療の進歩により外来医療・入院医療から終末期までが長期化しているなかで、在宅療養期間が長期にわたる要介護者がみられる。療養の長期化による廃用性症候群により寝たきりになる。そしてその療養中に誤嚥性肺炎などの合併症に罹患することもある。一連の流れのなかで口腔ケアを行うにあたり、外来・入院中から継続した介護職も含めての多職種の連携医療提供体制の整備が必要である。しかし、医療・介護の現場において、必要とするすべての職種が揃うわけではない。限られた人的資源という点では、Trans disciplinary team という考え方も有用で、それぞれの職種は互いに意思の疎通を図り、直接の緊密な指導の下、自己の専門職域を超え、積極的にカバーしながら協業することが大切であると考えている。

・山梨県内において令和3年10月、医療保険による訪問診療の請求が、98機関、2,780件であったのに対して、居宅療養管理指導の算定があったのは、47機関、請求件数は607件であった。山梨県内の要介護（要支援）認定者数は、39,685人であり（令和2年3月末）、今後ますます居宅療養管理指導のニーズが高まると考えられる。

・在宅医療に特化したSNSである「しんげんネット」を山梨県医師会で運営している。居宅療養管理においては、多職種との情報共有がきわめて重要となるため、患者の情報をリアルタイムで情報発信・共有できるツールとして有用であると考えられる。しかしながら、多職種連携を担うべき医師および歯科医師の参加が少なく、また、患者・利用者は高齢者が大半であることから、ICTに慣れていないこと、個人情報管理の徹底などの課題が挙げられる。また、「しんげんネット」は現在モデル事業として公費で行っているが、今後は継続のためのコスト、他の地域との連携など、考慮すべき点がある。

・在宅療養でのICTの活用は、COVID-19等における、感染予防を考慮する中で、有効な手法であり、動画により、症状や動作などリアルな情報提供およびカンファレンス等が可能であるので、より活用していきたいと考えている。しかしながら、平時からの利用促進を図る必要がある。医科・歯科の立場から、家族を含めた一般市民への摂食嚥下、口腔健康管理及び栄養管理の必要性を広報することも必要であると考えられる。

4) 特徴的な事例

事例①：

くも膜下出血発症、胃瘻・気管切開造設。回復期病院で摂食機能訓練を含みリハビリテーションを実施していたが、本人・家族の強い希望により、在宅療養となった。誤嚥性肺炎の予防と経口摂取希望を主訴として、歯科介入となった。嚥下機能の評価を行ったが、嚥下反射惹起の遅延やむせの所見がみられた。歯科衛生士による居宅療養管理指導の開始となり、要介護者、介護者への口腔衛生管理および指導を実施した。歯科医師・歯科衛生士による訪問診療も実施し、嚥下内視鏡検査の評価に基づき、口腔衛生管理に加えて口腔機能の維持向上を目的とした指導、食事訓練を行った。「口の中を清潔に保ち、口から安全に美味しく食べたい」という本人および介護者の主訴・要望を尊重するとともに、全身状態を考慮して、主治医・訪問看護師・言語聴覚士・通所介護・歯科衛生士・福祉用具介護・介護支援専門員等と連携のもと、う蝕・歯周病治療と併行して口腔ケア、口腔衛生・機能の維持・改善の為に訓練を行った。ケアカンファレンスでは、多職種に情報提供を行うよう努めた。嚥下造影検査については、市内の病院の神経内科医師、言語聴覚士に評価を依頼し、本人の残存機能に即した食形態、食事摂取方法を多職種で検討するに至った。

本事例では、くも膜下出血罹患後、症状の改善・悪化を繰り返す中で、口腔健康管理において歯科医師および歯科衛生士による口腔衛生管理・口腔機能管理を、医療保険及び介護保険制度を活用して行った。口腔衛生管理下で口腔機能の診査において、スクリーニング・検査に加えて在宅での嚥下内視鏡検査、医療機関と連携しての嚥下造影検査を行った。その検査結果を基に摂食機能療法を行った。医師・訪問看護師・言語聴覚士等の多職種連携の下、摂食嚥下リハビリテーションを行ったことで、摂食機能障害の改善が見られ誤嚥のリスクが少なくなったので、胃瘻および気管カニューレを外して経口摂取が可能となった。一開業医として介護者も含めての口腔衛生管理を行った上で、摂食機能療法をVE・VFの特徴を活用し診査・診断ができる体制づくりは不可欠であることをこの事例報告を通して再確認した。

事例②：

脳梗塞、脳血管性認知症を有する症例。上下肢左片麻痺、構音障害を有していた。ケアの目標を、口腔衛生状態の保持：舌苔の除去、口腔機能の維持向上：口腔体操の実施、口唇・舌訓練（バンゲード法）、構音訓練、意識嚥下とし、歯科衛生士による口腔衛生処置に加え、山梨県歯科医師会が考案した DVD 媒体である「梨歯ビリ体操」を使用して、摂食機能訓練の指導を行った。舌苔の除去は、歯科衛生士の実施に加えて、介護職員への手技の指導を行った。また、義歯の管理方法について、患者本人および介護職員に指導した。嚥下機能については、管理栄養士、調理師と連携し、食形態に関する検討を行ったほか、咀嚼訓練、喀出の向上を目的とした咳訓練、咀嚼訓練を提案した。

義歯装着後の食事状況の確認には、「しんげんネット」を活用して、食事風景の動画を介護者に送信してもらい、オンライン上での機能評価や改善点の指導を行うことができた。摂食嚥下機能の改善がみられたが、舌機能および咀嚼機能に課題があったので、摂食嚥下・咀嚼機能訓練、義歯のリハビリを踏まえた使用方法、食形態等の指導を行った。その様子の動画撮影を行い、関わっている医療・介護関係者に「しんげんネット」で配信して、相互の見解と質問に対応し情報の共有を図ることができた。

2. 居宅系サービスならびに居宅療養管理に関する歯科の関わり 研修会

1) 研修会の目的

居宅系サービスならびに居宅療養管理における歯科医師・歯科衛生士の役割について、居宅サービス利用者の口腔の健康管理のける関わりや他機関との連携状況、歯科専門職の関与による効果・好事例について取り組み紹介を行うことにより、今後の居宅療養管理における歯科サービス提供の推進を目指す。

2) 開催日程

2022 年 2 月 26 日（土）14:00~16:00（Zoom Webinar による開催）

3) 登壇者

モデレーター：高田靖氏（豊島区歯科医師会）

平野浩彦氏（東京都健康長寿医療センター）

基調講演：柴崎美紀氏（杏林大学保健学部看護学科 在宅看護学）

「在宅医療において歯科専門職に期待すること」

取り組み紹介 1:花形哲夫氏（花形歯科医院）

取り組み紹介 2:澄川裕之氏（医療法人里山会 澄川歯科医院）

取り組み紹介 3:齋藤貴之氏（医療法人社団森 ごはんがたべたい歯科クリニック）

4) 参加者人数

102 名（歯科医師・歯科衛生士・管理栄養士他）

5) 研修会の様子

(1) 基調講演



(2) 取り組み紹介

令和3年度老人保健事業推進費等補助金事業
居宅系サービス利用者等の口腔の健康状態
の維持向上等に関する調査研究

取り組み紹介 1 花形 哲夫



令和3年度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状態の維持向上等に関する調査研究事業」
居宅系サービスならびに居宅療養管理に関する歯科の関わり
研修会

取り組み紹介2
限られた人材での居宅療養“運営”！？
～高齢先進県 島根県での事例～

(医) 里山会
瀬川歯科医院/匠見歯科診療所
院長：瀬川 裕之
(島根県歯科医師会所属)
令和4年2月26日(土)

居宅系サービスならびに居宅療養管理に関する
歯科の関わり研修会

TEAM BLUE

生と死と愛
Life, Death and Love

在宅歯科診療の取り組み事例 紹介③

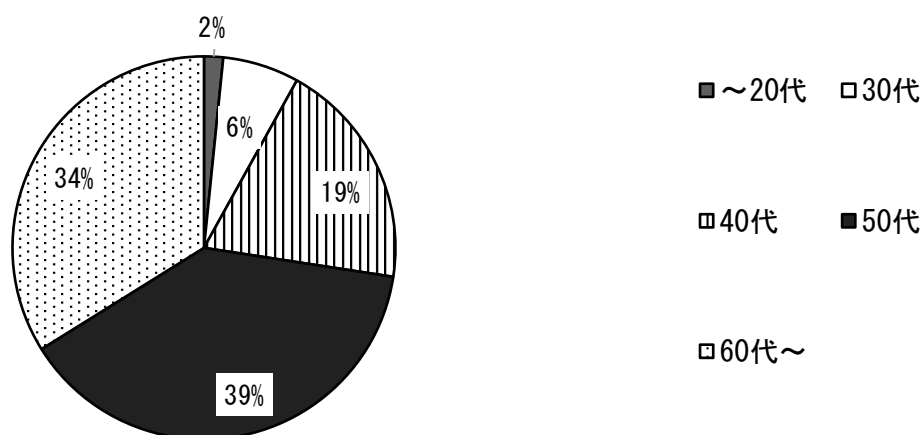
医療法人社団 森（はるか）
ごはながたべたい歯科クリニック 院長 齋藤 貴之

(3) 総合討論

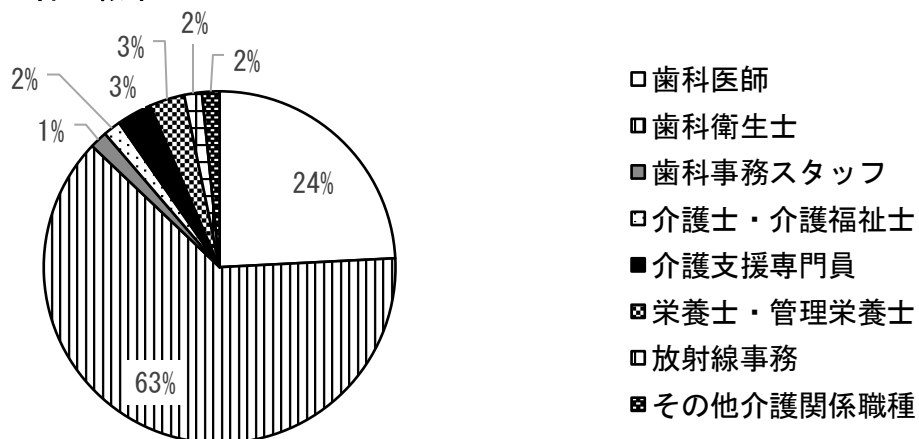


6) 参加者アンケートの結果

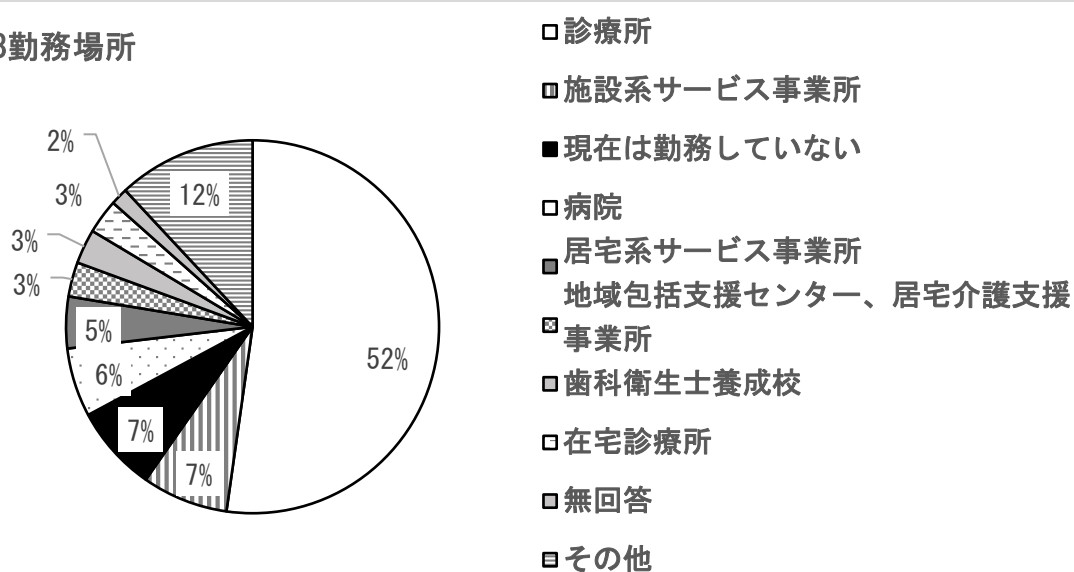
Q1. 参加者の年齢



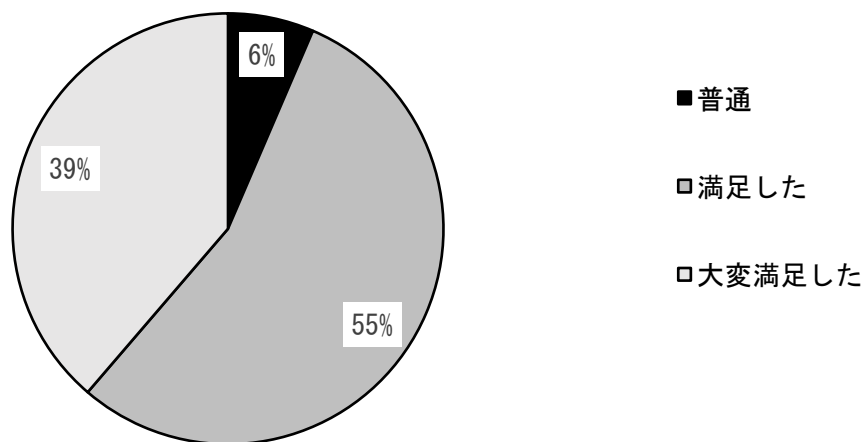
Q2. 参加者の職業



Q3勤務場所



Q4. 参加者の満足度



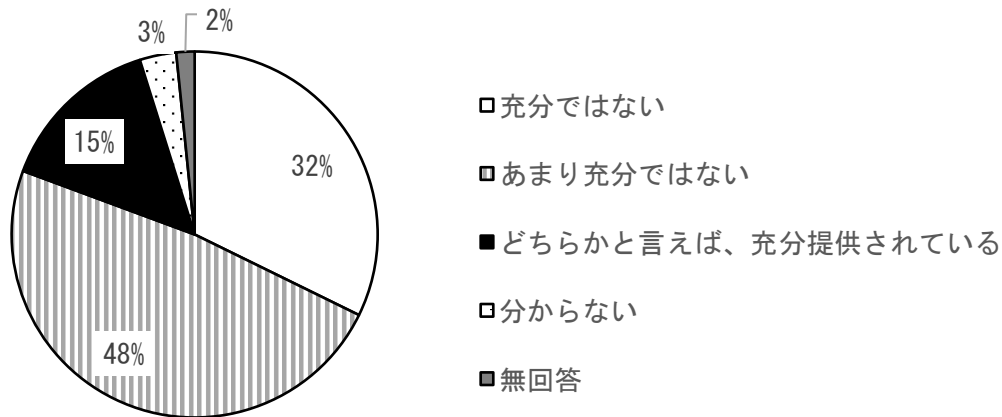
Q5 本研修会の感想をお聞かせください

・ 各地域での取り組みを聞けて、今後の診療体系の参考にさせていただきたいと思いました。ありがとうございました。
・ 訪問歯科診療、居宅療養管理指導としての歯科のかかわりに取り組んでいる事例を見られてよかった。どこも簡単にはいかないのだと思った。
・ 澄川先生のご講演をお聞きし、私自身が在宅訪問を始めた頃の苦労を思い出しました。このような、具体的なお話を多くの歯科専門職に聞いていただくことで、最初の一步を踏み出せるのではないかと考えます。ひとりでも多くの歯科専門職の方に、居宅療養管理に関わっていただきたいと思います。
・ 居宅療養管理が当たり前に日常的に訪問していましたが、訪問を始める時にシステムに入れ込むまでのハードルの高さに気がきました。コロナ禍で多職種連携がしづらい（対面）状況が続きますが、ICT活用などで新しく、かつ効率よい連携の形が出来てくると良いと思いました。
・ 様々な方の講義を聞けて非常に勉強になりました。ありがとうございました。
・ 非常に有意義な研修会でした。時に地域の NST や在宅医療にご尽力されている他職種の先生や歯科関連職種の生の声は今後の目標と指標になる気がします。
・ 貴重な講演を聴く機会を設けてくださりありがとうございました。先生方のご活躍により、更なる口腔衛生管理の重要性や生活の質を維持するための指導連携が進み増すよう期待します。
・ とても良かったです。清濁あわせて現実ですね。
・ 今日は貴重なお話をありがとうございました。今、特養で訪問していますがショートステイもお願いされていますが通所の問題があるようでどうすれば介入できるか教えて頂きたいです。
・ 歯科の重要性はよく理解できていますが、管理栄養士による居宅療養管理指導が歯科医を介して主治医から指示書をいただくこともできることを知り参考になりました。

・ 普段聞くことのできない職種や他地域の先生方のお話が聞けて、とても勉強になりました。子育てしながら働いていると研修会やセミナー参加することが困難な為、オンライン研修会の存在はとても助かります。また機会がありましたら参加させて頂きたいです。
・ 明日からの業務に役立つ研修会でした。東京都練馬区内の回復期リハビリテーション病院に勤務している歯科衛生士です。当院は歯科標榜がなく、歯科治療が必要な患者さんには地域歯科医師会の先生にご協力いただいています。全入院患者さんのなかで常時2～3割が入院中に歯科治療が必要な状態です。 歯科衛生士がいない病院が多いなか、歯科の介入がないまま在宅で埋もれてしまう要介護者が多くいらっしゃいます。当院では入院時に必ずかかりつけ歯科医院をお訊ねして退院後歯科治療が途切れないようにするため、退院時に当院主治医または協力歯科医師からかかりつけ歯科宛に診療情報提供書を用意するようにしています。
・ 連携している様子がわかりやすかったです。ICTの活用はよいなと思いました。
・ 実際の診療の問題点がよくわかりました。
・ いろいろな実践がまとめて見られて参考になりました。 基調講演の視点も参考になりました。
・ 居宅療養管理には課題が山積している。
・ 素晴らしい取り組みについてご講演いただき、大変参考になりました。10年経った日本は、地域は、どうなっているかを考える機会になりました。
・ 居宅療養管理の現状（本音）がお聞きできた有意義な研修会でした。
・ 地域的な事情の中で歯科口腔衛生管理のあり方をそれぞれの先生の立場からお話を伺え、大変有意義でした。また、柴崎先生の自覚・他覚の役割認識に関するお話は興味深く拝聴しました。
・ 様々な立場の先生からの課題提供や、お考えを聞くことが出来る機会となり、とても有意義な研修会でした。厚生労働省の方に直接声が届いてリアルタイムでご意見をいただける事に驚きました。この様な貴重な機会を作っていただきありがとうございます。
・ どの地域でもICTが活用できるようになるといいと思った。まだまだ県内では、難しいそう。
・ 各先生方の講演が今の業務に参考になった。地域の実情、今後10年後等不安もあるが、出来ることから続けなければならない。国の政策が未だ追いついていないと感じた。今後も仕事をする以上学びは大事です。本日はありがとうございました。
・ ご活躍されている先生方でも、課題があると知り、地域の心ある歯科医師にもお伝えしたいと思います。また、このような研修があれば、地域の歯科医師会にもお声をかけます。ありがとうございました。
・ ICTが普及されると良いな。居宅訪問すると、事前準備などで時間がかかる。歯科助手のアシスタントは目からうろこ。よいヒントを得ました。
・ 私は歯科衛生士ですが、理解ある院長とともに10年前から、一歯科医院として在宅訪問、とくに在宅に於ける歯科衛生士による口腔健康管理(単独訪問)を進めております。現在は歯科医師1名、院内常勤歯科衛生士1名、非常勤の訪問歯科衛生士9名です。多職種連携にも力を入れているので、依頼も多く、歯科衛生士の人材をもっと育成しなければならないと考えています。ただ、歯科衛生士のこのような働き方に対する歯科医師側の理解が進まないことが残念でなりません。ニーズは多いと感じておりますので当院のようなスタイルで地域に歯科衛生士を出してくれる歯科医院が増えるために、本日のような研修により多くの歯科医師の先生方にご参加いただくことを望みます。もし、同様の研修会開催を企画されることがありましたらお願いいたします。お話を聞きながらもっと多くの方々に本日の研修をご案内すればよかったと悔や

まれました。本日は素晴らしい内容の研修を企画いただきましてありがとうございました。
・ 歯科の訪問の内容の幅が広くて、食支援につながっているのか、保清のみになっているのか、多職種連携できているのかと歯科医院によって大きく差があります。歯科衛生士の居宅療養管理指導の仕事内容もひろくて、患者様やご家族のことを思えば連携のために多くの時間をさいているのが現状です。実際、熱意でやってこられたと思います。これからの訪問歯科のため、制度的な面においても先生方や行政の方々に知ってもらえる機会を、これからも増やして欲しいと思います。
・ 医科歯科連携、多職種連携を勧めつつ、個の力だけでは今後増えて行く在宅医療への訪問はなかなか難しいのかと思いましたが、本日の研修会での先生方の働き方、力の入れ方で明るい未来が見えているような気がします。 在宅で過ごしたい方が何を、望んでいるのかが大切ではないのでしょうか？胃瘻？経管栄養？自分だったら？出来るだけ最後まで、口から食べたい。それをかなえてくださる本日の研修会でした。
・ 澄川先生のお話が興味深かったです。居住県と似たようなところかもしれませんが、歯科訪問診療未開の地からでも（歯科医師おひとりでも！）築き上げてこられたことに感銘を受けました。私は歯科衛生士なので、やはり歯科医師がいなくては動くことができません。「熱意だけでは続けられない…」という先生のお言葉もとても深く刺さりました。外来に通院できる患者さん、依頼があった時だけの往診ではない生活に寄り添える歯科訪問診療という環境に益々身を置いてみたいと感じました。
・ 柴崎先生の主観的 vs 客観的認識の違い、とても興味深く聞きました。澄川先生の悩みながら取り組んでいる正直な現状報告にもとても共感しました。
・ 先生方のお話の中で印象に残ったキーワード：職種による認識の違い、情報共有、歯科衛生士の働き方改革、居宅療養管理指導。とても参考になりました。ありがとうございます。
・ 高田先生をはじめ、柴崎先生のお話を伺え大変勉強になりました。訪問診療を開始するにも事務書類等の煩雑さや人材確保が問題で地方での医療格差の原因になっているのだと改めて認識しました。ICT活用することによりある程度、業務効率化するとは思いましたが、今も昔も必要なのは医科歯科連携、コミュニケーション、ネットワーク、横の繋がりが必要なのだと改めて感じました。“地方、限られたリソース使用することが大切である”まさに、人が集まるイノベーションのハブに通所サービスがその役割を担ってもらえれば、より利用者は豊かな生活を送れるのではないかと感じました。本日はこのような貴重なセミナーを主催していただきありがとうございました。
・ とても勉強になりました。
・ 他職種連携の重要性を更に感じました。 連携に繋がるように心がけるようにしていきます。
・ 他職種からみて、客観的に口腔ケアなのだと改めて認識した。
・ 自分が気づかないところを気づかせてくれるので受講しているだけでも十分です。
・ 沢山の現状や知識が学べて勉強になりました。
・ とにかく訪問歯科のアピールをしなければ！との思いが高まりました。また介護保険について より訪歯科が動きやすくなるような改訂を望みます。ドクターと歯科衛生士の体力と情熱だけで薄利なのに頑張っているのが現状です。
・ 講演は勿論ですが、ディスカッションの具体的発言は素晴らしい内容でした。主催者の皆様に感謝申し上げます。

Q6. サービスの提供状況



Q7. Q6 のように考えた理由について、あなたのご意見をお聞かせください。（自由記載）

・ 退院時のカンファレンスに歯科の介入が少ないため。
・ 訪問診療より往診対応の方が多く感じます。歯科医師にも未だ往診対応の意識が強く、訪問診療についての認識が足りていないと思います。
・ 自分が住んでいる地域で居宅療養管理を取って動いている歯科医院はないため。
・ 本日の研修会に参加し、改めてリソースとしては十分提供されているのだと感じる一方で、どのような状態で介入が必要な状況なのか、見極める機会があるとより早期介入が出来て良いと感じました。
・ 地域差が大きいと思うが、訪問している新宿区は医科歯科介護行政の連携が比較的良好に取れている。退院時カンファレンスに参加する機会もあった（今はコロナでない）。先導する熱心な歯科医師の存在が大きいと思う。
・ そもそも提供状況を理解している人が少ないと思う。私自身、介護業界に携わる前は全く知らなかった。オーラルフレイル予防がまだまだ浸透されていない。本日の先生が仰られていたように、まさに在宅の高齢者の初診時は口腔衛生状態が悪化している。この状態を防ぐ為に、いかに予防が大切か、またどのように予防していくべきかの理解普及をし続ける必要がある。
・ 広報や研修が不足している。治療がすべてではない。温かく接して頑張っている方が報われるように。
・ 在宅での生活に「歯科」がどのように貢献できるかを歯科側が理解していないから。
・ 活用しやすい制度設計と地域の仕組みづくりに課題がある。
・ 訪問歯科医院が数少なく、なかなか充実していない。
・ 訪問診療の周知はまだまだだと思う。歯科衛生士をしていても働く場所により業務内容も違うし、地域柄、訪問診療を行っている医院はまだまだ少ないと思います。
・ 地域的なこともあると思うが訪問可能な歯科医院が圧倒的に少ない。訪問できる歯科衛生士の確保も難しい。
・ 訪問診療は患者さんからのニーズが拾いにくい場合が多くみられます。ケアマネさんと訪問をしっかりとっている先生の個人的な紹介がほとんどのような気がします。
・ 医療介護分野の連携が、あくまでも診療報酬を中心としたものとしかなっていないから。算定へのハードルが高ければ、対比用効果が良くなければ、進まない。民間事業所がやっている限り、自由経済社会において、論理性のある結果が出ているだけだと

思います。飴が飴となっていないので、ムチもセットでうまく使いながらの、ルールと基準と見合う報酬、での、医療介護保険制度を構築しなければ、大きく進むことは無いと思います。
・ 退院時連携の依頼が少ない。訪問歯科医師や歯科衛生士の質の問題。行政と開業医の認識の問題などなど。
・ 多職種連携の必要性を理解していない歯科医師が多い。
・ 自分の周りには在宅で活躍する歯科医療従事者が沢山いらっしゃいますが、歯科界全体としてはまだまだ担い手が少ないからです。
・ 充分とは言い切れないとは思いますが、管理栄養士の訪問栄養に比べれば多いため。
・ 県内の地域によっては、訪問歯科が少なく探すのが大変な地区もあるから。
・ 歯科医師の日頃の関わり方に関係があるのでは？・・・関心度で異なる。又、国の政策が機能し反映されているのでしょうか？
・ まだまだ連携がされていない 歯科は歯科疾患急性期のみの期待されることが多い。
・ 地域の歯科医師会が本当に必要な訪問診療、また居宅療養管理指導について理解できていない。医師会や他医療職団体も地域住民の健康や健康長寿について、アクションを起こせない。急性期病院のベッド回転をスムーズにさせることが中心となっている。医療介護連携機関ができたが、医師会中心で歯科を同等の職種とっていない。（運営する高齢の一看護師の考え方に左右されるから）そのため、誤嚥性肺炎後の高齢者が在宅で食事をするのに、マニアックな姿勢や食形態を指示されている。当然、施設入所となる。本人の希望や尊厳は尊重されていない。1人のリハビリ医や1看護師が地域住民の人生を左右させるのなら、介護保険前の方が良かったのかもしれない、とまで思ってしまう。
・ 訪問を20年近くしているが、未だに治療優先であることに嘆く場面が多い。施設などの訪問依頼は増えているが、在宅（居宅）患者の依頼が少なくなっている。残存歯が多くなっているため、ニーズはあるはず。CMの力量に左右される。近隣地域では訪問して下さる歯科医院がなく、縁もゆかりもない他府県より訪問していると聞く。治療だけで終了しているようだ。
・ 新型コロナ感染の拡大時期も重なり訪問停止など経験しています。他職種の連携の難しさと関わりについて歯科サービスが十分に提供できていないと思います。
・ 当院では一歯科診療所としてかなり頑張っているつもりですが、地域内で訪問にかかわる歯科医院が非常に少なく、しかも歯科衛生士に居宅訪問を任せているところは他に存在しません。
・ 訪問歯科で口から食べられる、衛生状態ではない、機能低下も見られる。ご本人の気持ちは、継続的な歯科の訪問口腔健康管理が希望であっても子供さんは、必要な時（痛いとき、義歯の破損など）のみ歯科の介入希望。・施設での食事風景を見ていて、本人が自食できますからと職員の方が他の方の食支援を行っておられる場面で、半分以上の食べこぼしが見られる時。（なぜ自食できると思われているのか？どうしたら食べこぼしを防ぐ食べ方で食べてもらえるのか？を考えたい）いろんな状況を確認できたときに、どこへ相談すれば良いのでしょうか。
・ 居住地では外来にいらっしゃる患者さんを待っているだけの診療所が多いように感じています。もちろん依頼があれば出向くし、協力医として施設にも介入されているクリニックもあります。けれども、継続的な口腔健康管理にまで至らず終わっているケースが多い印象です。歯科衛生士の単独訪問は在宅では殆ど聞きません。直接食することに関わる職種でありながら開業歯科医で摂食嚥下を診断治療できる先生は大学以外にはいないので、在宅や施設へ退院しても歯科医療職に情報提供することはありませんでした。結局、退院とともに支援が切れてしまうのを目にするたびに歯がゆい思いをしてきました。
協力歯科医に、「居宅療養管理指導は書類が面倒だからやらない」と言われたことも

ありますが、歯科医師が一步踏み出せない理由で、居宅で生活されている方の人生が否応なく変えられてしまいますような気もしています（大げさかもしれませんが…）。実例を挙げての講演を拝聴できましたこと、感謝申し上げます。大変ありがとうございました。
・私の住む地域でも在宅高齢者＆要介護者の口腔課題がとて多いと感じています。多職種連携はもちろんです、様々な働く場の歯科医療従事者の連携ももっと考えていなくてはならないと思っています。
・居宅に関しては、以前の勤務先は、回りきれないほどの要請をもらうこともありましたが、現在お世話になっている歯科ではそのようなことはないのでは現状が見えませんが（コロナの影響で件数が減っているのかもしれませんが）。
・訪問を希望されるお家には行ける流れができてきたが、まだ希望自体が少ないと思う。その必要性を多職種や患者・家族に知らせていくことが課題だと考えます。
・都会と地方での差があるため。利用者がどの地域に住み、どの医療（歯科、病院）と繋がっているかで歯科サービスの提供状況が左右されると感じました。情報を得たいと思っていても、1番必要とする高齢者（特に地方）がその情報を得られないと思いました。ケアマネジャーの方が身近にいる可能性が高いため、その方への歯科サービスについて情報提供できたらと思います。既に下記のようなシステムがあるのかもしれませんが利用者（もしくはケアマネ）や医療従事者が必要情報を入力すれば、総合的な最新情報を手軽に入手することが出来るサイトもしくはアプリがあればと思いました。医科、歯科、リハビリ等のマッチング（AI、ICTやロボット）で必要な情報、医療を利用者に提供できる未来が来ればと思います。本日は貴重なご講演を頂きましてありがとうございました。
・退院時のカンファレンスに、歯科の介入がほとんどないため、在宅への繋がりができていない時がある。
・口腔ケアを必要と感じている方々が、一般・医療従事者ともに少な過ぎるから。
・単独で訪問しています。同じ1時間なら施設の方が、在宅より人数を多くケアできる場合が多いので利益が上がるため、現在、在宅が減らされています。
・訪問診療などは、専門知識があるから自分1人でやりがちになり、責任が重くなってしまう。アシスタントを上手く使う事により、時間に余裕を持てるようになるし、他のことに気を配れると分かった。やり方の改革が必要と思った。
・糖尿病の利用者など、口腔内の管理が重要であることは認識しておりますが、利用者に重要さを説明してサービス導入することが難しい。
・在宅歯科医療の重要性が理解されておらず、必要な方にサービスが提供されていない感じがするから。
・大切さを理解してもらえない。
・実は私は現在歯科衛生士をしていません。昨年私が勤めているクリニックが歯科を閉鎖し私は現在放射線事務と内視鏡助手を行っています。また歯科に戻りたく今は新しい知識をたくさん取得しその日が来たら活躍出来るよう、今回研修に望んだしだいなので、アンケートが的をえず申し訳ありませんでした。 やはり、他職種と同じ温度で働ける環境が大事だと思います。本日は参加させて頂きありがとうございました
・訪問歯科の認知度が低い。（訪問先でご家族様に歯科さんがきてくれると思わなくて…とよく言われる）ケアマネさんですら『サービスをマックス利用しているので歯科さんはどうでしょう』と言われたりカンファレンスに歯科は呼ばなくて良いと思われているところがある。

V 參考資料

通所サービス事業所における口腔関連サービスの算定状況に関する郵送調査

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所

ご提出期限 令和3年11月19日

【アンケートへのご協力をお願い】

このたび、皆様方には「通所サービス事業所における口腔関連サービスの算定状況に関する郵送調査」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。

本調査は、通所サービス利用者等、在宅高齢者の口腔の健康管理の充実を図ることを目指し、口腔に関する介護サービスの提供状況や口腔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ことを目的として、厚生労働省より令和3年度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状態の維持向上等に関する調査研究事業」の採択を受け、東京都健康長寿医療センターが実施するものです。

この調査により、令和3年度の介護報酬改定の効果、影響を把握し、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。

ぜひ調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようよろしくお願い申し上げます。

【ご回答いただくにあたって】

- ◆ 調査票は、貴事業所の中で、実際にご利用者様の生活支援に関わっている職員の方に回答をお願いいたします。
- ◆ 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ます、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。
- ◆ 調査票にはIDがつけられていますが、ご回答がない場合でも一切の不利益はございません。
- ◆ お忙しいところを恐縮ですが、今回郵送させていただきました調査票は、**11月19日（金）まで**に、返信用封筒でお送りください。

※ 本アンケート調査の発送・回収は、以下の会社に委託しています。

株式会社山手情報処理センター 〒114-0015 東京都北区中里 2-18-5

【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：080-4514-0152

対応日：月～金（祝日を除く）9：30～17：00



問 1 貴事業所の概要についてお伺いします

1. 貴事業所の開設主体として、あてはまるもの 1 つに○をつけてください。

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	8. 特定非営利活動法人：N P O	
9. その他（ ）		

2. 貴事業所の区分について、あてはまるもの 1 つに○をつけてください。

1. 通所介護	2. 地域密着型通所介護	3. 通所リハビリテーション
4. 認知症対応型通所介護		5. 指定療養通所介護

3. 併設している施設等であてはまるものすべてに○をつけてください。

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. 併設している施設はない
7. その他（ ）	

4. 貴事業所の定員数をご記入ください。 人

5. 貴事業所の令和 3 年 9 月の稼働日数をご記入ください。 日

6. 貴事業所の令和 3 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	人
要介護 1	人
要介護 2	人
要介護 3	人
要介護 4	人
要介護 5	人
その他	人

7. 貴事業所の次の職種のおおよその職員数をご記入ください。

	常勤専従	常勤兼務	非常勤 (実人数)
介護職員	人	人	人
看護師	人	人	人
生活相談員	人	人	人
歯科衛生士	人	人	人
言語聴覚士	人	人	人
管理栄養士	人	人	人
栄養士	人	人	人
理学療法士	人	人	人
作業療法士	人	人	人
柔道整復師	人	人	人
あん摩マッサージ師	人	人	人
その他 職種：	人	人	人

(注1) 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。

(注2) 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。

8. 貴事業所で提供されている食事の形態について、ご回答ください。

1) 主食（あてはまる番号すべてに○）

1. 食事提供なし	2. ごはん	3. 軟飯
4. 粥	5. つぶし粥（粥のつぶがなくなるまですりつぶしたもの）	
6. ミキサー粥（粥をミキサーにかけたもの）	7. ソフト粥（ミキサー粥をゲル化剤等で固めたもの）	
8. その他 具体的に		

2) 副食（あてはまる番号すべてに○）

1. 食事提供なし	2. 常食
3. 一口大（一口で食べられる程度の大きさ）	4. 刻み
5. 極刻み（みじん切状）	6. パースト食
7. ソフト食（ミキサーにかけゲル化剤等で固めたもの）	
8. その他 具体的に	

3) 日本摂食嚥下リハビリテーション学会による嚥下調整食学会分類による嚥下調整食が提供されている場合は、その形態について、あてはまる番号すべてに○をつけてください。

☐ 回答が難しい・嚥下調整食は提供していない（→問 2 にお進みください）

名称	形態
1. 嚥下訓練食品 0j	均質で、付着性・凝集性・かたさに配慮したゼリー 離水が少なく、スライス状にすくうことが可能なもの 
2. 嚥下訓練食品 0t	均質で、付着性・凝集性・かたさに配慮した とろみ水（原則的には、中間のとろみあるいは濃い とろみのどちらかが適している） 
3. 嚥下調整食 1j	均質で、付着性、凝集性、かたさ、離 水に配慮したゼリー・プリン・ムース状のもの 
4. 嚥下調整食 2-1	ピューレ・ペースト・ミキサー食など、 均質でなめらかで、べたつかず、 まとまりやすいもの、スプーンですくって 食べることが可能なもの  
5. 嚥下調整食 2-2	ピューレ・ペースト・ミキサー食などで、 べたつかず、まとまりやすいもので不 均質なものも含む、スプーンですくって 食べることが可能なもの  
6. 嚥下調整食 3	形はあるが、押しつぶしが容易、食塊 形成や移送が容易、咽頭でばらけず、 嚥下しやすいように配慮されたもの 多量の離水がない  
7. 嚥下調整食 4	かたさ・ばらけやすさ・貼りつきやすさ などのないもの 箸やスプーンで切れるやわらかさ  

問 2 貴事業所における加算取得状況についてお伺いします

I. 口腔・栄養スクリーニング加算についてお伺いします

【参考】口腔・栄養スクリーニング加算の算定要件

口腔栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	
単位	20単位／回 ※6ヵ月に1回を限度
算定要件	事業所の従業者が利用開始時及び利用中 6ヵ月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を利用者の担当ケアマネジャーに提供していること。 ※栄養アセスメント加算、栄養改善加算及び口腔機能向上加算との併算定不可。
口腔栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	
単位	5単位／回 ※6ヵ月に1回を限度
算定要件	利用者が栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合、口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を利用者の担当ケアマネジャーに提供していること。 栄養アセスメント加算 or 栄養改善加算を算定の場合、口腔項目のスクリーニングのみ実施。（栄養項目のスクリーニング不要） 口腔機能向上加算を算定の場合、栄養項目のスクリーニングのみ実施。（口腔項目のスクリーニング不要） ※併算定の関係で（Ⅰ）が算定できない場合のみ算定可。 ※栄養アセスメントもしくは栄養改善加算と口腔機能向上加算を両方算定している場合は、口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）（Ⅱ）算定不可。

1. 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）の算定状況（令和3年4～9月実績）

1) 算定実績

1. あり	2. なし → <u>2. へ</u>
-------	---------------------

2) スクリーニングを実施した利用者数

 人

3) スクリーニングを実施し、実際に算定した利用者数

 人

2. 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）の算定状況（令和3年4～9月実績）

1) 算定実績

1. あり → 2) へ	2. なし → <u>12. へ</u>
--------------	----------------------

2) 口腔に関するスクリーニングを実施した利用者数

 人

3) 口腔に関するスクリーニングを実施し、実際に算定した利用者数

 人

4) 栄養に関するスクリーニングを実施した利用者数

人

5) 栄養に関するスクリーニングを実施し、実際に算定した利用者数

人

3. 実際に、口腔・栄養に関するスクリーニングを実施している職種について、あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 介護職員	2. 看護師	3. 生活相談員
4. 歯科衛生士	5. 言語聴覚士	6. 管理栄養士
7. 栄養士	8. その他（ ）	

4. 口腔・栄養スクリーニング加算算定後から、次の加算につながった利用者の人数をお答えください。

1. 口腔機能向上加算（Ⅰ）	人
2. 口腔機能向上加算（Ⅱ）	人
3. 栄養改善加算	人
4. いずれの加算にも該当なし	人

5. 口腔・栄養スクリーニング加算による口腔の評価によって、歯科への受診につながった利用者の人数を把握している範囲でお答えください。

人

5-a そのうち、かかりつけ歯科医に相談・連携した人数

人

6. 口腔に関する問題について相談・連携できる歯科医療機関はありますか。

1. あり	2. なし
-------	-------

7. 口腔・栄養スクリーニング加算による栄養の評価によって、以下のサービス等につながった利用者の人数を把握している範囲でお答えください。

1. 居宅療養管理指導	人
2. 外来栄養食事指導	人
3. 医科受診	人
4. その他（ ）	人

8. 口腔・栄養スクリーニング加算の各スクリーニング項目の評価の難易度について、あてはまるものに○をつけてください。（各項目につき、○は1つ）

	容易	どちらかという と容易	どちらかという と難しい	難しい
1. 硬いものを避け、柔らかいものばかり食べる				
2. 入れ歯を使っている				
3. むせやすい				
4. 身長測定				
5. 体重測定				
6. BMI（体格指数）の確認				
7. 体重減少の確認				
8. 血清アルブミン値の確認				
9. 食事摂取量の確認				

9. 口腔・栄養スクリーニング加算の算定による変化に関する以下の各質問について、もっともあてはまるものひとつに○をつけてください。（各項目につき、○は1つ）

1. 職員の口腔に対する意識の変化 例：ムセ・口腔衛生に関する観察の機会の増加等	1. あった	2. なかった	3. 分からない
2. 職員の食事・栄養に対する意識の変化 例：体重変化、食形態への意識等	1. あった	2. なかった	3. 分からない
3. 口腔機能向上加算の算定件数	1. 増えた	2. 変わらない	3. 減った
4. 口腔機能向上加算が必要な利用者の判断	1. 容易になった	2. 変わらない	3. 難しくなった
5. 栄養改善加算の算定件数	1. 増えた	2. 変わらない	3. 減った
6. 栄養改善加算が必要な利用者の判断	1. 容易になった	2. 変わらない	3. 難しくなった
7. 介護支援専門員と口腔・栄養に関する情報共有の機会	1. 増えた	2. 変わらない	3. 減った
8. 利用者・家族等との口腔・栄養に関する情報共有の機会	1. 増えた	2. 変わらない	3. 減った
9. 歯科医療機関との連携の機会	1. 増えた	2. 変わらない	3. 減った
10. 外部の医療機関、介護保険施設、栄養ケア・ステーションの管理栄養士との連携の機会	1. 増えた	2. 変わらない	3. 減った

10. 口腔・栄養スクリーニング加算を算定したことの効果として、どのようなものが挙げられますか。

11. 口腔・栄養スクリーニング加算を算定する上で、現状で感じている課題についてお聞かせください。

--

12. 口腔・栄養スクリーニング加算を算定していない理由で、あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 加算算定に向けて、現在準備中
2. 栄養アセスメント加算を取得しようと考えているから
3. 算定方法が不明だから
4. 評価方法が不明だから
5. 評価・算定に必要な人員を確保できないから
6. 利用者のケアマネへの情報提供が難しい
7. 口腔・栄養スクリーニング加算のシステム自体を知らないから
8. スクリーニングの手間に対しての単位数が少ないから
9. 6ヶ月に1度の算定のための管理等の手間に対しての単位数が少ないから
10. 施設長・事務長等経営陣の施設運営方針のため
11. 口腔のスクリーニングの評価が難しい
12. 栄養スクリーニングの実施が難しい
13. 利用者の口腔・栄養上の課題を感じていないから
14. 算定によって得られる効果が分からないから
15. その他 具体的に：

Ⅱ 口腔機能向上加算についてお伺いします。

1. 口腔機能向上の加算が必要と考えられる利用者数

	人
--	---

2. 口腔機能向上加算（Ⅰ）の算定状況（令和3年9月実績）



1) 算定実績

1. あり → 2) へ	2. なし → <u>7. へ</u>
--------------	---------------------

2) 算定した利用者数

	人
--	---

3. 口腔機能向上加算（Ⅱ）の算定状況（令和3年9月実績）

1) 算定実績

1. あり → 2)へ	2. なし → <u>8.へ</u>
-------------	--------------------

2) 算定した利用者数

	人
--	---

4. 口腔機能向上加算の貴事業所でのサービス提供者であてはまる職種すべてに、○をつけてください。

1. 歯科衛生士	2. 看護職	3. 言語聴覚士
----------	--------	----------

5. 口腔機能向上加算を算定したことの利用者への効果として、どのようなものが挙げられますか。

あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 食事が楽しめるようになった	2. 味が感じやすくなった
3. かめるものが増えた	4. むせが減った
5. 口の渇きが減った	6. 食事時間が短くなった
7. 食べこぼしが減った	8. 薬が飲みやすくなった
9. 口の中に食べ物が残らなくなった	10. 話がしやすくなった
11. 口臭が減った	12. 会話が增えた
13. 起きている時間が増えた	14. 元気になった
15. その他 具体的に：	

6. 口腔機能向上加算を算定する上で、現状で感じている課題についてお聞かせください。

--

7. 貴事業所で実施している口腔機能向上加算のサービス内容について、あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 口腔清掃、口腔清掃に関する指導	2. 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導
3. 音声・言語機能に関する指導 ※構音訓練・早口言葉など	4. その他 具体的に：

8. 口腔機能向上加算を算定していない理由で、あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 利用者が他の通所事業所で口腔機能向上加算を算定しているから
2. サービス提供のための口腔評価の時間を割くことができないから
3. サービス提供に十分な時間を割くことができないから
4. サービス提供できる歯科衛生士が配置できないから
5. サービス提供できる看護師が配置できないから
6. サービス提供できる言語聴覚士が配置できないから
7. 外部機関との連携が難しいから
8. 利用者・家族等からの同意が得られにくいから
9. 施設長・事務長等経営陣の施設運営方針のため
10. 単位数が見合わないため
11. 利用者の口腔上の課題を感じていないから
12. 算定によって得られる効果が分からないから
13. 口腔の評価方法が不明だから
14. 算定方法が不明だから
15. 具体的にどのようにサービスを提供したらよいかが不明だから
16. 口腔機能向上加算の算定のシステムを知らないから
17. その他 具体的に：

9. 【すべての方へ】口腔機能向上加算はどのような方に必要だと思いますか。

--

Ⅲ 栄養アセスメント加算についてお伺いします。

【参考】栄養アセスメント加算の算定要件

栄養アセスメント加算	
単位	50 単位／月
人員配置	事業所の職員として、又は外部との連携により管理栄養士を 1 名以上配置 ※外部との連携：医療機関、介護保険施設又は公益社団法人日本栄養士会 もしくは都道府県栄養士会が設置し運営する栄養ケア・ステーションとの連携
算定要件	● 利用者ごとに、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して栄養アセスメントを 3 か月に 1 回以上実施すること。 ※ 通所リハビリテーションの場合における共同して栄養アセスメントを行う職種：医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者 ● アセスメント結果を利用者又はその家族に対して説明し、必要に応じ栄養管理上の課題に応じた栄養食事相談、情報提供等を行うこと。 ● LIFE を用いて、利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省へ提出し、フィードバックを受け、利用者の状態に応じた栄養管理の内容決定、決定に基づく支援の提供、支援内容の評価、評価結果を踏まえた栄養管理の内容の見直し・改善の一連のサイクルによりサービスの質の管理を行うこと。(LIFE への提出情報及びフィードバック情報を活用)

1. 栄養アセスメント加算の算定状況（令和 3 年 9 月実績）

1) 算定実績

1. あり → 2) へ	2. なし → 3. へ
--------------	---------------------

2) 栄養アセスメントが必要と考えられる利用者数

 人

3) 算定した利用者数

 人

4) 栄養アセスメント加算算定につながったきっかけは何ですか？

1. 加算取得のため	2. 口腔・栄養スクリーニング加算をきっかけに	3. 施設または連携する管理栄養士からの意見	4. その他 ()
------------	-------------------------	------------------------	------------

5) 栄養アセスメント加算のサービス提供を実施した管理栄養士の所属に○をつけてください

1. 施設の所属	2. 外部の医療機関所属	3. 外部の介護保険施設所属	4. 都道府県栄養士会の栄養ケア・ステーション
----------	--------------	----------------	-------------------------

2. 栄養アセスメント加算を算定する上で、現状で感じている課題についてお聞かせください。

3. 栄養アセスメント加算を算定していない理由で、あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 利用者が他の通所事業所で栄養アセスメント加算を算定しているから
2. 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）を算定しているから
3. サービス提供のための他職種との連携、栄養アセスメントに十分な時間を割くことができないから
4. 栄養アセスメントを行った結果について利用者または家族への説明・相談対応に時間を割くことができないから
5. 管理栄養士の配置や外部機関との連携が難しいから
6. LIFE への情報提供が事業所として難しいから
7. 他職種と連携した栄養アセスメントを行うことが難しいから
8. 利用者・家族等からの同意が得られにくいから
9. 単位数が見合わないため
10. 利用者の栄養上の課題を感じていないから
11. 算定によって得られる効果が分からないから
12. 施設長・事務長等経営陣の施設運営方針のため
13. 算定方法が不明だから
14. 栄養アセスメントの方法が不明だから
15. 具体的にどのようにサービスを提供したらよいかが不明だから
16. 栄養アセスメント加算を知らないから
17. その他 具体的に：

IV 栄養改善加算についてお伺いします。

【参考】栄養改善加算の算定要件

栄養改善加算	
単位	200 単位／回 原則 3 か月以内、月 2 回を限度
人員配置	事業所の職員として、又は外部との連携により管理栄養士を 1 名以上配置 ※外部との連携：医療機関、介護保険施設又は公益社団法人日本栄養士会 もしくは都道府県栄養士会が設置し運営する栄養ケア・ステーションとの連携
追加要件	栄養改善サービスの提供にあたって、 必要に応じて居宅を訪問する ことを新たに求める。

1. 栄養改善加算の算定状況（令和 3 年 9 月実績）

1) 算定実績

1. あり → 2) へ	2. なし → 3. へ
--------------	---------------------

2) 算定した利用者数

	人
--	---

3) 栄養改善加算算定につながったきっかけは何ですか？

1. 以前から算定している	2. 加算取得のため	3. 口腔・栄養スクリーニング加算をきっかけに	4. 栄養アセスメント加算をきっかけに	5. 施設または連携する管理栄養士からの意見	6. その他 ()
---------------	------------	-------------------------	---------------------	------------------------	------------

4) 栄養改善加算のサービス提供を実施した管理栄養士の所属に○をつけてください

1. 施設の所属	2. 外部の医療機関所属	3. 外部の介護保険施設所属	4. 都道府県栄養士会の栄養ケア・ステーション
----------	--------------	----------------	-------------------------

2. 令和3年度の改定後、居宅への訪問頻度は増えましたか。

1. 増えた	2. 変わらない	3. 減った
--------	----------	--------

3. 栄養改善加算を算定していない理由で、あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 利用者が他の通所施設で栄養改善加算を算定しているから
2. サービス提供のための栄養評価時間を割くことができないから
3. 管理栄養士の配置や外部機関との連携が難しいから
4. 食事・栄養状態への課題が確認された場合の居宅への訪問が難しいから
5. 施設で体重測定を実施していないから
6. 利用者・家族等からの同意が得られにくいから
7. 施設長・事務長等経営陣の施設運営方針のため
8. 単位数が見合わないため
9. 利用者の栄養上の課題を感じていないから
10. 算定によって得られる効果が分からないから
11. 栄養評価の方法が不明だから
12. 算定方法が不明だから
13. 具体的にどのようにサービスを提供したらよいか不明だから
14. 栄養改善加算を知らないから
15. その他 具体的に：

Ⅱ. 口腔・栄養関連項目

	スクリーニング項目	(月 日)	(月 日)
口 腔	硬いものを避け、柔らかいものばかり食べる	はい・いいえ	はい・いいえ
	入れ歯を使っている	はい・いいえ	はい・いいえ
	むせやすい	はい・いいえ	はい・いいえ
	特記事項（歯科医師等への連携の必要性）		
栄 養	身長（cm）※ ¹	（cm）	（cm）
	体重（kg）	（kg）	（kg）
	BMI（kg/ m ² ）※ ¹ 18.5 未満	☐ 無 ☐ 有（ kg/ m ² ）	☐ 無 ☐ 有（ kg/ m ² ）
	直近 1 ～ 6 か月間における 3 %以上の体重減少※ ²	☐ 無 ☐ 有（ kg/ か月）	☐ 無 ☐ 有（ kg/ か月）
	直近 6 か月間における 2 ～ 3 kg 以上の体重減少※ ²	☐ 無 ☐ 有（ kg/ 6 か月）	☐ 無 ☐ 有（ kg/ 6 か月）
	血清アルブミン値（g/dl）※ ³ 3. 5 g/dl 未満	☐ 無 ☐ 有 （ （g/dl） ）	☐ 無 ☐ 有 （ （g/dl） ）
	食事摂取量 7 5 %以下※ ³	☐ 無 ☐ 有 （ %）	☐ 無 ☐ 有 （ %）
	特記事項 （医師、管理栄養士等への連携の必要性等）		

身長が測定出来ない場合は、空欄でも差し支えないです。

※² 体重減少について、いずれかの評価でも差し支えないです。

※³ 確認出来ない場合は、空欄でも差し支えないです。

口腔機能向上サービスの記録 アセスメント・モニタリング・評価

要介護度・病名等	
かかりつけ歯科医	☐ あり ☐ なし

1 関連職種等による質問と観察

(実施期間中に少なくとも1回記入。1回目：令和 年 月 日 2回目：令和 年 月 日)

質問項目・観察項目等		評価項目	1回目	2回目
質問	①固いものは食べにくいですか	1 いいえ 2 はい		
	②お茶や汁物でむせることがありますか	1 いいえ 2 はい		
	③口の渇きが気になりますか	1 いいえ 2 はい		
	④自分の歯又は入れ歯で左右の奥歯をしっかりと噛みしめられますか	1 両方できる 2 片方だけできる 3 どちらもできない		
	⑤全体的にみて過去1ヶ月間のあなたの健康状態はいかがですか	1 最高によい 2 とても良い 3 良い 4 あまり良くない 5 良くない 6 全然良くない		
	⑥お口の健康状態はいかがですか	1 よい 2 やや良い 3 ふつう 4 やや悪い 5 悪い		
観察	⑦口臭	1 ない 2 弱い 3 強い		
	⑧自発的な口腔清掃習慣	1 ある 2 多少ある 3 ない		
	⑨むせ	1 ない 2 多少ある 3 ある		
	⑩食事の食べこぼし	1 ない 2 多少ある 3 多い		
	⑪表情の豊かさ	1 豊富 2 やや豊富 3 ふつう 4 やや乏しい 5 乏しい		
特記事項等(※1)				

2 専門職による課題把握のためのアセスメント、モニタリング（番号を事前・モニタリング・事後それぞれ記入）

事前	令和 年 月 日	モニタリング	令和 年 月 日	事後	令和 年 月 日
	☐ 言語聴覚士 ☐ 歯科衛生士 ☐ 看護師		☐ 言語聴覚士 ☐ 歯科衛生士 ☐ 看護師		☐ 言語聴覚士 ☐ 歯科衛生士 ☐ 看護師
観察・評価等		評価項目	事前	モニタリング	事後
①右側の咬筋の緊張の触診(咬合力)		1 強い 2 弱い 3 無し			
①左側の咬筋の緊張の触診(咬合力)		1 強い 2 弱い 3 無し			
③歯や義歯の汚れ		1 ない 2 ある 3 多い			
④舌の汚れ		1 ない 2 ある 3 多い			
⑤R S S Tの積算時間 (専門家の判断により必要に応じて実施)		1回目： 秒 2回目： 秒 3回目： 秒	1() 2() 3()	1() 2() 3()	1() 2() 3()
⑥オーラルティアドコネシス (専門家の判断により必要に応じて実施)		パ()回/秒 ※パ、タ、力をそれぞれ10秒間に タ()回/秒 言える回数を測定し、1秒あたりに カ()回/秒 換算。	パ() タ() カ()	パ() タ() カ()	パ() タ() カ()
⑦ブクブクうがい(空ブクブクでも可)		1 できる 2 やや不十分 3 不十分			
⑧特記事項等(※1)					
⑨問題点		☐ かむ ☐ 飲み込み ☐ 口のかわき ☐ 口臭 ☐ 歯みがき ☐ 食べこぼし ☐ むせ ☐ 会話 ☐ その他()			

※1 対象者・利用者の状況により質問項目・観察項目が実施できない場合は、特記事項等の欄に理由を記入する。

※2 モニタリングは利用開始日の翌月の結果をモニタリングの欄に記載する

3 総合評価

①口腔機能向上サービスの利用前後の比較であてはまるものをチェック		
☐ 食事がよりおいしくなった	☐ 薄味がわかるようになった	☐ かめるものが増えた
☐ むせが減った	☐ 口の渇きが減った	☐ 噛みしめられるようになった
☐ 食事時間が短くなった	☐ 食べこぼしが減った	☐ 薬が飲みやすくなった
☐ 口の中に食べ物が残らなくなった	☐ 話しやすくなった	☐ 口臭が減った
☐ 会話が増えた	☐ 起きている時間が増えた	☐ 元気になった
☐ その他()		
②事業またはサービスを継続しないことによる口腔機能の著しい低下のおそれ		☐ あり ☐ なし
③事業又はサービス継続の必要性		☐ あり ☐ なし(終了)
④計画変更の必要性		☐ あり ☐ なし
⑤備考		

口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録

1 口腔機能改善管理指導計画（令和____年____月____日作成） ※1

①ご本人の希望・目標	②作成者職種	()
③ 備考		

◎実施計画 (実施する項目をチェックし、必要に応じて「その他」にチェックし、記入する)

⑤専門職 実施項目	☐ 口腔機能向上に関する情報提供 ☐ 口腔体操・嚥下体操					
	☐ 口腔清掃の指導 ☐ 口腔清掃の実施 ☐ 唾液腺マッサージ					
	機能訓練	☐ かむ ☐ 飲み込み ☐ 発音・発声 ☐ 呼吸				
☐ その他 ()						
⑥関連職種 実施項目	☐ 口腔体操・嚥下体操 ☐ 口腔清掃の支援 ☐ 実施確認 ☐ 声かけ ☐ 介助					
	☐ その他 ()					
⑦家庭での 実施項目	本人	☐ 口腔体操・嚥下体操 ☐ 口腔清掃の実施				☐ その他 唾液腺マッサージ
	介護者	☐ 口腔清掃の支援	☐ 確認	☐ 声かけ	☐ 介助	☐ その他

2 口腔機能向上サービスの実施記録 ※2

①専門職の実施 (実施項目をチェックし必要に応じて記入)

実施日	担当職種	口腔機能向上に関する情報提供	口腔体操・嚥下体操等	口腔清掃の指導	口腔清掃の実施	唾液腺マッサージ（指導）	咀嚼機能に関する訓練（指導）	嚥下機能に関する訓練（指導）	発音・発声に関する訓練（指導）	呼吸に関する訓練（指導）	食事姿勢や食環境についての指導

特記事項（注意すべき点・利用者の変化等）

②関連職種の実施（実施項目をチェックし必要に応じて記入）

関連職種 実施項目	☐ 口腔体操・嚥下体操等 ☐ 口腔清掃の支援 ☐ 実施確認 ☐ 声かけ ☐ 介助					
	☐ その他 ()					

特記事項（利用者の変化・専門職への質問等）

※1：内容を通所介護計画、通所リハ計画、介護予防通所介護計画、介護予防通所リハ計画に記載する場合は不要。

※2：サービスの提供の記録において、口腔機能向上サービス提供の経過を記録する場合は不要。

★★訪問調査へのご協力お願い★★★

今回の調査事業では、こちらのアンケートにご回答をいただいた事業所の中から無作為に、実際に口腔・栄養スクリーニング加算ならびに口腔機能向上加算を算定している通所サービス事業所を調査員が個別訪問し、口腔機能向上サービスを提供している担当者を対象とした 30 分程度のヒアリング調査を計画しております。

つきましては、訪問調査へのご協力の可否について、いずれかに○をつけ、ご協力をいただける場合は、連絡先等についてお知らせいただけますと幸いです。

1. 協力可能	2. 協力不可
---------	---------



ご連絡先を記入してください。

事業所名	
ご住所	〒
電話番号	
メールアドレス	

これで、アンケートへの回答は終了です。ご協力ありがとうございました。
返信用封筒に入れて、**11 月 19 日までに**、ご返送をお願いいたします。

施設職員票

施設名： _____ 様

調査日： 令和3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

年齢 歳 (令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日現在)

(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) 加算の算定状況 (あてはまるもの1つに○を付けてください)

口腔機能向上加算 (Ⅰ・Ⅱ)	1. 算定中 2. 算定対象だが実施できていない 3. 算定対象ではない 4. 以前は算定していたが、現在は算定していない
口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅰ・Ⅱ)	1. 4月以降に1回以上算定した 2. 算定対象だが実施できていない 3. 算定対象ではない 4. 以前は算定していたが、現在は算定していない
栄養アセスメント加算	1. 算定中 2. 算定対象だが実施できていない 3. 算定対象ではない 4. 以前は算定していたが、現在は算定していない
栄養改善加算	1. 算定中 2. 算定対象だが実施できていない 3. 算定対象ではない 4. 以前は算定していたが、現在は算定していない

2. 栄養状態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

(2) 体重

0. 測定していない

1. 測定している → . kg

(3) A～F 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 スクリーニング	
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。	
0. 高度の食事量の減少	1. 中等度の食事量の減少 2. 食事量の減少なし
B. 過去 3 ヶ月で体重の減少はありましたか。	
0. 3kg 以上の減少	1. わからない 2. 1～3kg の減少 3. 体重減少なし
C. 運動能力	
0. 寝たきりまたは車椅子を常時使用	1. ベッドや車椅子を離れられるが、外出はできない
2. 自由に外出できる	
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。 例：家族の不幸や離別、社会的トラブルなど	
0. はい 2. いいえ	
E. 神経・精神的問題の有無	
0. 高度の認知症またはうつ状態	1. 中等度の認知症 2. 精神的問題なし

3. 利用者様の日常の状態について、もっともよくあてはまるもの 1 つに○をつけてください

口腔スクリーニング	
1. 硬いものを避け、柔らかいものばかり食べる	0. はい 1. いいえ 2. わからない
2. 入れ歯を使っている	0. はい 1. いいえ 2. わからない
3. むせやすい	0. はい 1. いいえ 2. わからない
「はい」→どんなときにむせやすいか	0. お茶や汁物のみ 1. 食事中全般 2. 服薬 3. その他 ()

4. かかりつけ歯科医はありますか。

1. ある	2. ない
3. 以前はあったが、今はない	4. 把握していない

5. 直近 1 年間に歯科受診をしていますか。

1. 受診あり	2. 受診なし	3. 把握していない
---------	---------	------------

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)

【栄養1】 下腿周囲長 () cm

【栄養2】 歩行 1. 補助具なしで可能 2. 補助具ありで可能 3. 不可

【聞き取り】 基本チェックリスト 1. 可 2. 不可

(13)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
(14)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
(15)口の渇きが気になりますか。	1. はい	0. いいえ

【歯科1】 オーラルディアドコキネシス タ () 回/秒

【歯科2】 口腔湿潤度ムーカス

1回目 () 2回目 () 3回目 ()

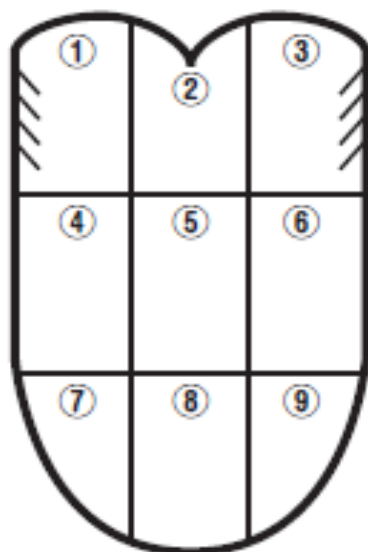
99：未実施 → 1. 不可 2. 拒否 3. その他

【歯科3】 口腔乾燥度（柿木分類） 0：正常 1：唾液の粘性亢進
2：泡沫状唾液 3：ほとんど唾液みられず

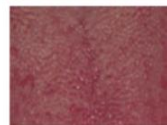
【歯科4】 歯垢・デンチャープラーク 1. なし 2. 中等度 3. 高度

【歯科5】 舌苔 1. なし 2. 中等度 3. 高度

【歯科6】 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

【歯科7】 プレスケールⅡ（咬合圧） 1. 実施 2. 未実施

【歯科8】 咬筋触診 1. 強い 2. 弱い 3. なし

【歯科9】 舌圧

1 回目（ ）kPa, 2 回目（ ）kPa, 3 回目（ ）kPa

99：未実施 → 1. 不可 2. 拒否 3. その他

【歯科10】 改訂水飲みテスト

0	テスト施行不可
1	嚥下なし， むせる and 呼吸切迫
2	嚥下あり， 呼吸切迫（不顕性誤嚥疑い）
3	嚥下あり， むせる and/or 湿性嚔声
4	嚥下あり， 呼吸良好， むせない
5	4に加え， 追加嚥下運動が30秒以内に2回可能

【歯科11】 歯数の状態 ※咬合状態は、歯式内に記入。

歯式	右	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	左
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 機能歯数 本 残根歯数（C4） 本

う蝕歯数（C） 本 重度歯周病(P3)歯数 本

【歯科12】 歯科治療受診必要性（歯科医師） ※あてはまるものすべてに○

1. 要歯科治療 2. 口腔機能向上加算算定推奨 3. 問題なし



【歯科13】 必要歯科処置（歯科医師）

1つでも治療が必要な場合は○

	(1) 粘膜疾患	①カンジダ ②口内炎 ③その他 ()
	(2) う蝕	①保存処置 本 ②根面う蝕 本 ③歯内治療 本 ④形態修正 本 ⑤歯冠補綴 本 ⑥抜歯 本 ⑦その他 ()
	(3) 歯周疾患	①歯石除去 ②動揺歯固定 本 ③咬合調整 ④抜歯 本 ⑤口腔衛生指導 ⑥その他 ()
	(4) 義歯	①新製作 ②破損修理 ③咬合調整 ④咬合面再構成(増歯) ⑤義歯床内面調整(リライン・T-Cond) ⑥義歯ケア指導 ⑦その他 ()
	(5) 嚥下	要精密検査 (VE/VF)
	(6) 口腔機能	口腔機能低下症の検査・管理
	(6) その他	自由記載

【歯科12】 歯科治療受診必要性（DH） ※あてはまるものすべてに○

1. 要歯科治療
2. 口腔機能向上加算算定推奨
3. 問題なし



【歯科13】 必要歯科処置（DH） ※左の欄に○を記入

必要な 治療に○	治療内容	治療例
	(1)粘膜疾患	義歯性口内炎 カンジダ等 ※自然治癒が見込めず、加療を要するもの
	(2)う蝕	保存修復処置・歯内療法・歯冠補綴（FMC等）・ 歯牙鋭縁の形態修正・根面う蝕処置・う蝕による 保存不可能歯の抜歯等
	(3)歯周疾患	歯石除去、動揺歯固定、咬合調整、口腔衛生指導 重度歯周病による保存不可能歯の抜歯も含む
	(4)義歯	新製作、破損修理、咬合調整、増歯、 義歯床内面調整(リライン・T-Cond) 義歯ケア指導
	(5)嚥下	要精密検査（VE/VF）
	(6)口腔機能	口腔機能低下症の検査・管理
	(7)口腔衛生処置	機械的歯面清掃・舌ケア・フッ化物塗布
	(7)その他	自由記載

居宅系サービスならびに 居宅療養管理に関する 歯科の関わり 研修会

2022/02/26 Sat. Online



介護保険制度の居宅系サービスならびに居宅療養管理における歯科医師・歯科衛生士の役割、居宅サービス利用者の口腔の健康管理における関わりや他機関との連携状況、歯科専門職の関与による効果・好事例について、地域で在宅歯科医療に関わる先生方の取り組みについてご紹介いただき、今後の居宅療養管理における歯科サービス提供の推進を目指すことを目的として、研修会を開催します。

2022年2月26日（土）14:00-16:00（Zoom Webinar）

▶ 基調講演

柴崎美紀先生（杏林大学保健学部看護学科 在宅看護学）

「在宅医療において歯科専門職に期待すること」

▶ 取り組み紹介 1：花形哲夫先生（花形歯科医院・山梨県）

▶ 取り組み紹介 2：澄川裕之先生（澄川歯科医院・島根県）

▶ 取り組み紹介 3：齋藤貴之先生（ごはんがたべたい。歯科・東京都）

▶ モデレーター 高田靖先生（東京都豊島区歯科医師会）

平野浩彦先生（東京都健康長寿医療センター）

お申込み先

<http://ptix.at/S7clAT>

（申し込み期限:2/20）

定員

150名



地方独立行政法人 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 口腔保健と栄養研究
TEL 03-3964-3241（内線4211）担当：小原
✉ yohara@tmig.or.jp

令和３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状態の
維持向上等に関する調査研究事業
事業報告書

発行 令和４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研究所
自立促進と精神保健研究チーム

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