

令和5年度老人保健事業推進費等補助金

老人保健健康増進等事業

通所事業所等における
口腔・栄養関連サービスに関する
調査研究事業

報告書

令和6(2024)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

日本は他の先進諸国に類を見ない速さで超高齢社会に突入し、要介護や介護の重度化を予防していくことが重要な課題となっています。その中で、通所介護は要介護状態となった場合においても、利用者が可能な限り利用者の居宅において、持っている能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指すために様々な取り組みが行われています。

令和3年度にはより早期から口腔・栄養改善を進めるために「口腔・栄養スクリーニング加算」が新設されました。しかし、口腔・栄養スクリーニング加算は算定率が低く、重要性等について広く普及・啓発していくことが今後求められています。

本事業では、口腔・栄養スクリーニング加算算定の実態から算定した場合の効果について検討を行いました。その結果、口腔・栄養スクリーニング加算をはじめとした口腔・栄養に関する取り組みを行っている通所事業所では、利用者の方の歯科治療ニーズが有意に低いということが明らかとなりました。また全国通所事業所を対象とした郵送調査により、口腔・栄養スクリーニング加算を算定することで通所事業所スタッフの口腔・栄養に関する意識の向上が認められることもわかりました。

これらの結果をもとに本事業では、口腔・栄養に取り組むための通所事業所向け、介護支援専門員向けの媒体を作成いたしました。

本報告および媒体が口腔・栄養状態の維持・向上の推進につながる一助となれば幸いです。

通所事業所等における口腔・栄養関連サービスに関する調査研究事業 研究班

目次

第1章 調査研究事業の概要	1
1. 調査研究事業の概要	1
2. 検討の経過	2
第2章 郵送調査	3
1. 郵送調査の方法	3
2. 郵送調査の結果	3
i. 通所介護事業所・通所リハビリテーション事業所	3
ii. 追跡調査	92
iii. 居宅介護支援事業所	128
3. 郵送調査の結果のまとめ	152
第3章 実測調査	155
1. 実測調査の方法	155
2. 実測調査の結果	156
i. 事前アンケート	156
ii. 訪問調査	159
iii. 歯科治療ニーズに関する検討	161
3. 実測調査の結果のまとめ	161
第4章 媒体	163
参考資料(調査票・媒体)	164

第1章 調査研究事業の概要

1. 調査実施体制

本事業における調査の設計及び分析、結果の取りまとめ等に関する検討を行うため、関係者18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】(五十音順) ○研究代表者

氏名	所属
秋野 憲一	札幌市保健福祉局 保健所 成人保健・歯科保健担当部長
荒井 秀典	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 理事長
岩佐 康行	原土井病院 副院長、歯科部長、摂食・栄養支援部長
岩崎 正則	北海道大学大学院歯学研究院 口腔健康科学講座 予防歯科学教室 教授
上野 俊	公益社団法人東京都栄養士会 常務理事
大淵 修一	東京都健康長寿医療センター 福祉と生活ケア研究チーム 研究部長
栗原 明子	株式会社ケアサービス 配食サービス課 管理栄養士
白部 麻樹	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
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
西岡 心大	一般社団法人是真会 法人本部教育研修部 副部長
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 圭介	公益社団法人日本歯科医師会 常務理事
原 純也	武蔵野赤十字病院 栄養課 課長
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/ 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
○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
山田 律子	北海道医療大学 看護福祉学部 看護学科 教授
吉田 直美	公益社団法人日本歯科衛生士会 会長
渡邊 裕	北海道大学大学院歯学研究院 口腔健康科学分野 高齢者歯科学教室 准教授

【協力研究員名簿】

氏 名	所 属
本橋 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
松原 ちあき	静岡県立短期大学
五味 達之祐	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
早川 美知	東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム
三上 友里江	東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム
カランタル 玲奈	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
江口 佳奈	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

【事務局】 地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター 谷 正隆

2. 検討の経過

検討委員会では、期間中に計 2 回の会議を開催し、本事業における調査の設計及び分析、結果の取りまとめについて検討を行った。各回における検討事項の概要は下表のとおりである。

回数	開催日	検討事項
第 1 回	令和 5 年 7 月 24 日	事業の説明、調査計画の共有・検討
第 2 回	令和 6 年 1 月 25 日	調査の進捗報告、媒体の共有・検討

第2章 郵送調査

1. 郵送調査の方法

全国の通所介護事業所、通所リハビリテーション事業所(結果 i)、居宅介護支援事業所(結果 iii)については、介護給付費級地区別にそれぞれ 2000 件、1000 件、1000 件を層化抽出し、郵送法でアンケートを実施した(参考資料 1, 2)。追跡調査(結果 ii)は、令和 3 年度老健事業「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」1)において実施した全国郵送調査で回答の得られた 629 施設を対象に継続調査を行った(参考資料 3)。

なお本研究にあたっては東京都健康長寿医療センター研究倫理審査委員会の承認を得て実施した(R21-25)。

2. 郵送調査の結果

i. 通所介護事業所・通所リハビリテーション事業所

回収率は、通所介護事業所は、有効数 1969 件に対し、回答 505 件(回答率 25.6%)、通所リハビリテーション事業所は有効数 994 に対し、回答 286 件(回答率 28.8%)であった。

1) 事業所概要

1)-1. 開設主体

事業所の開設主体は通所介護事業所(以下、通所介護)では「営利法人」が 48.1%、通所リハビリテーション事業所(以下、通所リハ)では「医療法人」が 74.8%と最も多かった。次いで、通所介護では「社会福祉法人」27.5%、通所リハでは「社会福祉協議会」11.9%であった。

図表 1 各事業所の開設主体

	通所介護		通所リハビリテーション	
	n	(%)	n	(%)
地方公共団体	2	(0.4)	8	(2.8)
社会福祉協議会	31	(6.1)	34	(11.9)
社会福祉法人	139	(27.5)	0	(0.0)
医療法人	50	(9.9)	214	(74.8)
社団・財団法人	7	(1.4)	13	(4.5)
協同組合および連合会	7	(1.4)	6	(2.1)
営利法人	243	(48.1)	0	(0.0)
特定非営利活動法人(NPO)	10	(2.0)	0	(0.0)
その他	7	(1.4)	11	(3.8)
無回答	9	(1.8)	0	(0.0)

その他:

【通所介護】宗教法人

【通所リハ】医療機関内での短時間通所リハビリ、個人、診療所、学校法人、健康保険組合、個人事業

1)-2. 併設施設

事業所の併設施設は通所介護では「併設施設なし」が 38.4%、通所リハでは「介護老人保健施設」が 43.0%と最も多かった。次いで、通所介護では「その他」が 26.1%、通所リハでは「病院」が 33.2%であった。

図表 2 各事業所の併設施設(複数回答/有効回答のみ)

	通所介護		通所リハビリテーション	
	n	(%)	n	(%)
併設施設なし	194	(38.4)	13	(4.5)
病院	14	(2.8)	95	(33.2)
診療所・クリニック	10	(2.0)	93	(32.7)
介護老人保健施設	14	(2.8)	123	(43.0)
特別養護老人ホーム	82	(16.2)	4	(1.4)
有料老人ホーム	74	(14.7)	12	(4.2)
その他	132	(26.1)	42	(14.8)

その他:

【通所介護】ショートステイ、グループホーム、ケアプランセンター、小規模多機能型居宅介護センター、サービス付高齢者住宅、ヘルパーステーション、居宅介護支援事業所、認知症対応型通所介護、ケアハウス、デイサービス、フィットネスジム、介護付き有料老人ホーム、看護小規模多機能型居宅介護、訪問介護、軽費老人ホーム、住宅型有料老人ホーム、障害者支援施設、身体障がい者生活支援施設、生活支援ハウス、訪問看護ステーション、知的障害者デイサービス、放課後等デイサービス、障がい者相談支援事業所、こども発達支援センター、地域包括支援センター、通所リハビリテーション、認知症専門デイサービス、認知症対応型共同生活介護、福祉用具、認知症対応型通所施設、居宅支援センター、養護老人ホーム、老人福祉センター

【通所リハ】ショートステイ、看護小規模多機能型居宅介護、居宅介護支援事業所、グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅、ケアプランセンター、介護医療院、ヘルパーステーション、訪問リハビリテーション、軽費老人ホーム、認知症対応型共同生活介護、在宅介護支援センター、地域密着型サービス事業所、通所介護、特定施設、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、訪問看護ステーション

1)-3. 定員数、稼働日数、延べ利用者数

それぞれの平均±標準偏差は通所介護では、定員数 34.0±41.1 人、稼働日数(令和 5 年 7 月実績) 25.6±3.5 日、通所リハでは、定員数 38.8±23.2 人、稼働日数(令和 5 年 7 月実績)23.5±3.8 日であった。延べ利用者数(令和 5 年 7 月実績)は通所介護・通所リハともに「要介護 1」が最も多くそれぞれ 127.6±126.7 人、136.4±157.7 人であった。

図表 3 各事業所の定員数、稼働日数、延べ利用者数

	通所介護			通所リハビリテーション		
	n	Mean	SD	n	Mean	SD
定員数	502	34.0 ± 41.1		282	38.8 ± 23.2	
稼働日数	485	25.6 ± 3.5		280	23.5 ± 3.8	
延べ利用者数						
要支援	462	59.7 ± 90.1		275	108.5 ± 127.8	
要介護 1	477	127.6 ± 126.7		277	136.4 ± 157.7	
要介護 2	477	107.6 ± 101.0		278	132.5 ± 176.8	
要介護 3	479	66.0 ± 71.1		274	85.8 ± 239.9	
要介護 4	477	39.3 ± 56.1		270	60.8 ± 333.1	
要介護 5	460	18.7 ± 28.7		264	26.9 ± 196.2	
その他	254	34.8 ± 135.2		192	15.4 ± 91.8	

1)-4. 各職種の職員数

通所介護の職種別の職員数で最も多かったのは「介護職員」で 8.81 ± 4.70 人であった。次いで「その他」が 2.95 ± 2.47 人、「看護師」が 2.76 ± 1.31 人であった。勤務形態別で見ると、常勤専従、非常勤は「介護職員」が最も多く、常勤専従で 3.01 ± 3.09 人、非常勤で 3.82 ± 3.87 人であった。常勤兼務は「歯科医師」が最も多く、 2.00 ± 2.83 人であった。

通所リハの職種別の職員数で最も多かったのは「介護職員」で 9.39 ± 9.65 人であった。次いで「その他」が 5.43 ± 8.38 人、「理学療法士」が 3.98 ± 4.78 人であった。勤務形態別で見ると、常勤専従、非常勤は「介護職員」が最も多く、常勤専従で 6.37 ± 7.65 人、非常勤で 2.35 ± 3.41 人であった。常勤兼務は「理学療法士」が最も多く、 1.50 ± 2.75 人であった。

図表 4 通所介護事業所 職種別の職員数(各職種で「あり」と回答した平均)

	n	常勤専従		常勤兼務		非常勤 (実人数)		総人数	
		Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
医師	14	0.14	± 0.36	0.36	± 0.50	0.71	± 0.73	1.21	± 0.43
歯科医師	2	0.00	± 0.00	2.00	± 2.83	0.50	± 0.71	2.50	± 2.12
介護職員	470	3.01	± 3.09	1.98	± 2.29	3.82	± 3.87	8.81	± 4.70
看護師	47	0.41	± 0.71	0.72	± 1.05	1.64	± 1.43	2.76	± 1.31
生活相談員	466	0.60	± 0.81	1.68	± 1.24	0.24	± 0.65	2.53	± 1.22
歯科衛生士	15	0.07	± 0.26	0.40	± 0.51	0.73	± 0.88	1.20	± 0.56
理学療法士	127	0.72	± 0.69	0.29	± 0.63	0.50	± 0.93	1.52	± 0.95
作業療法士	72	0.76	± 0.70	0.32	± 0.60	0.42	± 0.55	1.50	± 0.71
言語聴覚士	8	0.38	± 0.52	0.38	± 0.52	0.38	± 0.52	1.13	± 0.35
管理栄養士	36	0.25	± 0.44	0.61	± 0.55	0.25	± 0.44	1.11	± 0.32
栄養士	31	0.39	± 0.56	0.35	± 0.49	0.32	± 0.48	1.06	± 0.25
柔道整復師	73	0.74	± 0.71	0.34	± 0.69	0.32	± 0.57	1.40	± 0.89
あん摩 マッサージ師	40	0.35	± 0.53	0.20	± 0.46	0.68	± 0.62	1.23	± 0.42
その他	71	0.30	± 0.52	0.44	± 0.89	2.22	± 2.60	2.95	± 2.47

その他:

ドライバー、厨房職員・調理員、マッサージ、助手、管理者、事務員、機能訓練士、機能訓練指導員、針きゅう師、整体療法士、清掃員、鍼灸師

図表 5 通所リハビリテーション事業所 職種別の職員数(各職種で「あり」と回答した平均)

	n	常勤専従		常勤兼務		非常勤 (実人数)		総人数	
		Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
医師	273	0.38 ± 0.81		0.89 ± 0.89		0.44 ± 1.64		1.71 ± 2.16	
歯科医師	2	0.00 ± 0.00		0.00 ± 0.00		1.00 ± 0.00		1.00 ± 0.00	
介護職員	257	6.37 ± 7.65		0.67 ± 3.00		2.35 ± 3.41		9.39 ± 9.65	
看護師	203	2.12 ± 8.06		0.74 ± 5.03		1.09 ± 2.02		3.96 ± 10.54	
生活相談員	85	0.96 ± 1.18		0.57 ± 0.86		0.06 ± 0.24		1.59 ± 1.10	
歯科衛生士	19	0.26 ± 0.56		0.37 ± 0.50		0.42 ± 0.51		1.05 ± 0.23	
理学療法士	274	1.98 ± 4.28		1.50 ± 2.75		0.50 ± 1.49		3.98 ± 4.78	
作業療法士	184	1.01 ± 1.61		1.02 ± 2.25		0.32 ± 0.78		2.35 ± 2.46	
言語聴覚士	97	0.38 ± 0.87		0.76 ± 1.02		0.22 ± 0.42		1.36 ± 1.05	
管理栄養士	122	0.51 ± 0.91		0.88 ± 0.90		0.16 ± 0.40		1.55 ± 0.96	
栄養士	27	0.63 ± 1.04		0.81 ± 1.39		0.12 ± 0.32		1.56 ± 1.37	
柔道整復師	4	0.50 ± 0.58		1.00 ± 1.41		0.00 ± 0.00		1.50 ± 1.00	
あん摩 マッサージ師	9	0.56 ± 0.53		0.22 ± 0.44		0.22 ± 0.44		1.00 ± 0.00	
その他	69	2.05 ± 6.04		1.09 ± 3.52		2.29 ± 2.65		5.43 ± 8.38	

その他:

クラーク、事務職員、スタッフ、ドライバー、リハビリ助手、介護アシスタント、健康運動士、健康運動指導士、支援相談員、介助員、助手、放射線技士、ソーシャルワーカー、用務、准看護師、厨房職員、調理補助、薬剤師

1)-5. 食事提供および提供される食事形態

①主食

通所介護では 91.1%、通所リハでは 75.2%が主食の「提供あり」と回答している。主食で提供されている食形態としては、「普通」が通所介護で 98.9%、通所リハ 96.3%、「嚥下調整食 4(軟飯・全粥)」が通所介護は 95.2%、通所リハ 94.4%と、どちらも 9 割を超えている。次いで多いのは「嚥下調整食 2-1・2-2 (ミキサー粥)」で通所介護は 57.4%、通所リハ 54.9%であった。

図表 6 各事業所の主食提供の有無

	通所介護		通所リハビリテーション	
	n	%	n	%
提供あり	460	(91.1)	215	(75.2)
提供なし	36	(7.1)	64	(22.4)
無回答	9	(1.8)	7	(2.4)

図表 7 各事業所の主食で提供されている食形態(複数回答/有効回答のみ)

	通所介護		通所リハビリテーション	
	n	%	n	%
普通	455	(98.9)	207	(96.3)
嚥下調整食 4 (軟飯・全粥)	438	(95.2)	203	(94.4)
嚥下調整食 3 (離水に配慮した粥)	79	(17.2)	56	(26.0)
嚥下調整食 2-1・2-2 (ミキサー粥)	264	(57.4)	118	(54.9)
嚥下調整食 1j (おもゆゼリー)	57	(12.4)	58	(27.0)
その他	1	(0.2)	5	(2.3)

その他:

【通所介護】ソフト食

【通所リハ】パン・パン粥、ソフト食

②副食

通所介護では 91.3%、通所リハでは 75.5%が副食の「提供あり」と回答している。副食で提供されている食形態としては、「普通」が通所介護では 98.9%、通所リハでは 96.8%、次いで多いのは、どちらも「一口大」で通所介護は 89.2%、通所リハでは 86.1%であった。

図表 8 各事業所の副食提供の有無

	通所介護		通所リハビリテーション	
	n	%	n	%
提供あり	461	(91.3)	216	(75.5)
提供なし	35	(6.9)	63	(22.0)
無回答	9	(1.8)	7	(2.4)

図表 9 各事業所の副食で提供されている食形態(複数回答/有効回答のみ)

	通所介護		通所リハビリテーション	
	n	%	n	%
普通	456	(98.9)	209	(96.8)
一口大	411	(89.2)	186	(86.1)
刻み	406	(88.1)	173	(80.1)
嚥下調整 4	69	(15.0)	59	(27.3)
嚥下調整 3	97	(21.0)	77	(35.6)
嚥下調整 2-2	153	(33.2)	79	(36.6)
嚥下調整 2-1	220	(47.7)	105	(48.6)
嚥下調整 1j	69	(15.0)	53	(24.5)
その他	2	(0.4)	3	(1.4)

その他:

【通所介護】ソフト食、配食を利用(外部委託)し形態は人それぞれに変えて対応

【通所リハ】ソフト食、一口大より小さめきざみにトロミを含めたもの、嚥下訓練としてペースト食(1~2品のみ)の提供あり

2) 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(Ⅱ)の算定状況(令和5年2月~7月実績)

2)-1. 各加算の算定状況および算定人数

最も多かったのは、「算定していない」で、通所介護が86.5%、通所リハが77.3%であった。「口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)のみを算定している」事業所は、通所介護で7.1%、通所リハで10.8%、「口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)のみを算定している」事業所は、通所介護で2.2%、通所リハで5.2%、「両方ともに算定している」事業所は、通所介護で1.4%、通所リハで4.2%であった。

各加算の算定利用者数は、「口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)」が通所介護46.9±26.2人、通所リハでは75.1±79.4人、「口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)口腔スクリーニングのみ」が通所介護49.0±44.1人、通所リハでは54.4±36.1人、「口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)栄養スクリーニングのみ」が通所介護17.9±14.9人、通所リハでは42.1±106.3人であった。

図表 10 各事業所の口腔・栄養スクリーニング加算の取得の有無

	通所介護		通所リハビリテーション	
	n	%	n	%
口腔・栄養スクリーニング(Ⅰ)	36	(7.1)	31	(10.8)
口腔・栄養スクリーニング(Ⅱ)	11	(2.2)	15	(5.2)
口腔・栄養スクリーニング(Ⅰ)および(Ⅱ)	7	(1.4)	12	(4.2)
算定なし	437	(86.5)	221	(77.3)
無回答	14	(2.8)	7	(2.4)

図表 11 各事業所の各加算の算定利用者数(該当加算を算定している事業所の平均)

	通所介護			通所リハビリテーション		
	n	Mean	SD	n	Mean	SD
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	43	46.9 ± 26.2		43	75.1 ± 79.4	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)a	9	49.0 ± 44.1		19	54.4 ± 36.1	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)b	10	17.9 ± 14.9		14	42.1 ± 106.3	

a: 栄養アセスメント加算または栄養改善加算を算定しており、口腔スクリーニングのみを実施

b: 口腔機能向上加算を算定しており栄養スクリーニングのみ実施

2)-2. 口腔・栄養スクリーニング加算算定後から他の加算につながった利用者数

口腔・栄養スクリーニング加算算定後に他の加算につながった利用者数は、「口腔機能向上加算(Ⅰ)」が、通所介護 2.7±6.7 人、通所リハ 1.3±4.0 人、「口腔機能向上加算(Ⅱ)」が、通所介護 5.0±12.8 人、通所リハ 3.0±8.5 人、「栄養改善加算」が、通所介護 1.3±5.1 人、通所リハ 1.2±3.9 人、「選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)」が、通所介護 2.3±7.3 人、通所リハ 0.4±1.7 人、「選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)」が、通所介護 1.0±5.1 人、通所リハ 0.1±0.3 人、「該当なし」が、通所介護 31.9±30.3 人、通所リハ 43.4±83.2 人であった。

図表 12 各事業所の口腔・栄養スクリーニング加算算定後に各加算につながった利用者数
(加算を算定している事業所の平均)

	通所介護			通所リハビリテーション		
	n	Mean	SD	n	Mean	SD
口腔機能向上加算(Ⅰ)	13	2.7 ± 6.7		18	1.3 ± 4.0	
口腔機能向上加算(Ⅱ)	12	5.0 ± 12.8		20	3.0 ± 8.5	
栄養改善加算	10	1.3 ± 5.1		18	1.2 ± 3.9	
選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)	11	2.3 ± 7.3		17	0.4 ± 1.7	
選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)	10	1.0 ± 5.1		18	0.1 ± 0.3	
該当なし	10	31.9 ± 30.3		16	43.4 ± 83.2	

2)-3. 口腔・栄養スクリーニング加算による口腔の評価後の歯科医師・歯科衛生士への必要に応じた接続

口腔・栄養スクリーニング加算による口腔の評価後に必要に応じて歯科医師・歯科衛生士に「つないでいる」事業所は、通所介護で 20.4%、通所リハで 20.7%であった。一方、「つないでいない」事業所は、通所介護で 77.8%、通所リハで 77.6%であった。

図表 13 各事業所の口腔評価後の歯科関係者への接続

	通所介護		通所リハビリテーション	
	n	%	n	(%)
つないでいる	11	(20.4)	12	(20.7)
つないでいない	42	(77.8)	45	(77.6)
無回答	1	(1.9)	1	(1.7)

2)-3-2. 口腔評価後に歯科関係者につないでいない理由

口腔評価後に歯科関係者につないでいない理由として最も多かったのは、「介護支援専門員に情報提供を行っているから」で、通所介護 85.7%、通所リハ 84.4%と共に 80%を超えた。次に「連携する歯科医療機関がないから」が、通所介護 35.7%、通所リハ 22.2%、「手軽に歯科専門職に聞ける環境がないから」が、通所介護 11.9%、通所リハ 13.3%、「紹介する対象者がいないから」が、通所介護 4.8%、通所リハ 4.4%であった。

図表 14 各事業所の歯科関係者へ接続していない理由(複数回答/有効回答のみ)

	通所介護		通所リハビリテーション	
	n	%	n	%
連携する歯科医療機関がないから	15	(35.7)	10	(22.2)
紹介する対象者が分からないから	2	(4.8)	2	(4.4)
手軽に歯科専門職に聞ける環境がないから	5	(11.9)	6	(13.3)
介護支援専門員に情報提供を行っているから	36	(85.7)	38	(84.4)
その他	5	(11.9)	2	(4.4)

その他:

【通所介護】家族に情報提供、受診をすすめているから。ご家族に情報状況説明をしている。家族に情報提供しているから。家族に連絡しているから。定期的に無料訪問歯科健診を実施しているため。

【通所リハ】ご家族へ連絡し、歯科受診。家族に報告しているから。

2)-4. 口腔・栄養スクリーニング加算による栄養の評価後の管理栄養士・栄養士への必要に応じた接続

口腔・栄養スクリーニング加算による栄養の評価後に必要に応じて管理栄養士・栄養士に「つないでいる」事業所は、通所介護で 27.8%、通所リハで 58.6%であった。一方、「つないでいない」事業所は、通所介護で 72.2%、通所リハで 37.9%であった。

図表 15 各事業所の栄養評価後の管理栄養士・栄養士への接続

	通所介護		通所リハビリテーション	
	n	%	n	%
つないでいる	15	(27.8)	34	(58.6)
つないでいない	39	(72.2)	22	(37.9)
無回答	0	(0.0)	2	(3.4)

2)-4-2. 栄養評価後に管理栄養士・栄養士につないでいない理由

栄養評価後に管理栄養士・栄養士につないでいない理由として最も多かったのは、「介護支援専門員に情報提供を行っているから」で、通所介護 74.4%、通所リハ 77.3%と共に 70%を超えた。「管理栄養士・栄養士の配置がないから」が、通所介護 53.8%、通所リハ 22.7%、「紹介する対象者がわからないから」が、通所介護 5.1%、通所リハ 9.1%、「手軽に管理栄養士・栄養士に聞ける環境がないから」が、通所介護 15.4%、通所リハ 4.5%であった。

図表 16 各事業所の管理栄養士・栄養士へ接続していない理由(複数回答/有効回答のみ)

	通所介護		通所リハビリテーション	
	n	%	n	%
管理栄養士・栄養士の配置がないから	21	(53.8)	5	(22.7)
紹介する対象者がわからないから	2	(5.1)	2	(9.1)
手軽に管理栄養士・栄養士に聞ける環境がないから	6	(15.4)	1	(4.5)
介護支援専門員に情報提供を行っているから	29	(74.4)	17	(77.3)
その他	5	(12.8)	2	(9.1)

その他:

【通所介護】ご家族に情報状況説明をしている。家族に情報提供を行っているから。家族に連絡しているから。

【通所リハ】ご本人、ご家族に情報提供を行っている。栄養アセスメント加算を実施しているから。

2)-5. 口腔・栄養スクリーニング加算による口腔の評価（新規・継続を含む）によって、歯科受診につながった利用者数

口腔・栄養スクリーニング加算算定によって歯科受診につながった利用者数は、通所介護 2.0±3.9 人、通所リハ 0.9±1.9 人であった。

図表 17 口腔・栄養スクリーニング加算による口腔評価によって、歯科受診につながった利用者数

	通所介護			通所リハビリテーション		
	n	Mean	SD	n	Mean	SD
利用者数	49	2.0	± 3.9	49	0.9	± 1.9

2)-6. 口腔・栄養スクリーニング加算の算定前後の変化

口腔・栄養スクリーニング加算の算定前後による変化については、「a) 口腔機能向上加算の算定件数」として最も多かった回答は「変わらない」であり、通所介護、通所リハともに 74.1%であった。「b) 口腔機能向上加算が必要な利用者の判断」でも最も多い回答は「変わらない」であり、通所介護が 66.7%、通所リハが 74.1%であった。「c) 栄養改善加算の算定件数」でも最も多い回答は「変わらない」であり、通所介護が 72.2%、通所リハが 75.9%であった。「d) 栄養改善加算が必要な利用者の判断」でも最も多い回答は「変わらない」であり、通所介護 70.4%、通所リハ 67.2%であった。「e) 介護支援専門員口腔・栄養に関する情報共有の機会」では、「増えた」が通所介護、通所リハともに最も多く、通所介護 64.8%、通所リハ 65.5%であった。「f) リハビリテーション専門職種との口腔・栄養に関する情報共有の機会」は、通所介護では「変わらない」が 66.7%で最も多く、通所リハでは「増えた」が 56.9%で最も多かった。「g) 利用者・家族との口腔・栄養に関する情報共有の機会」では通所介護、通所リハともに「増えた」が最も多く、それぞれ 63.0%、63.8%であった。「h) 歯科医療機関との連携の機会」は、「変わらない」が最も多く、通所介護は 81.5%、通所リハは 82.8%であった。「i) 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」は、「変わらない」が最も多く、通所介護では 75.9%、通所リハは 84.5%であった。「j) 施設介護スタッフの口腔・栄養への意識向上」では「向上した」が最も多く、通所介護では 61.1%、通所リハでは 62.1%であった。

図表 18 口腔・栄養スクリーニング加算算定前後の変化

		通所介護		通所リハビリテーション	
		n	%	n	%
a) 口腔機能向上加算の算定件数	増えた	6	(11.1)	9	(15.5)
	変わらない	40	(74.1)	43	(74.1)
	減った	1	(1.9)	2	(3.4)
	無回答	7	(13.0)	4	(6.9)
b) 口腔機能向上加算が必要な利用者の判断	容易になった	7	(13.0)	9	(15.5)
	変わらない	36	(66.7)	43	(74.1)
	難しくなった	2	(3.7)	2	(3.4)
	無回答	9	(16.7)	4	(6.9)
c) 栄養改善加算の算定件数	増えた	2	(3.7)	6	(10.3)
	変わらない	39	(72.2)	44	(75.9)
	減った	0	(0.0)	1	(1.7)
	無回答	13	(24.1)	7	(12.1)
d) 栄養改善加算が必要な利用者の判断	容易になった	3	(5.6)	12	(20.7)
	変わらない	38	(70.4)	39	(67.2)
	難しくなった	0	(0.0)	0	(0.0)
	無回答	13	(24.1)	7	(12.1)

e) 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	35	(64.8)	38	(65.5)
	変わらない	13	(24.1)	17	(29.3)
	減った	0	(0.0)	0	(0.0)
	無回答	6	(11.1)	3	(5.2)
f) リハビリテーション専門職種との口腔・栄養に関する情報共有の機会	増えた	8	(14.8)	33	(56.9)
	変わらない	36	(66.7)	21	(36.2)
	減った	0	(0.0)	0	(0.0)
	無回答	10	(18.5)	4	(6.9)
g) 利用者・家族との口腔・栄養に関する情報共有の機会	増えた	34	(63.0)	37	(63.8)
	変わらない	15	(27.8)	18	(31.0)
	減った	0	(0.0)	0	(0.0)
	無回答	5	(9.3)	3	(5.2)
h) 歯科医療機関との連携の機会	増えた	1	(1.9)	5	(8.6)
	変わらない	44	(81.5)	48	(82.8)
	減った	0	(0.0)	0	(0.0)
	無回答	9	(16.7)	5	(8.6)
i) 管理栄養士との連携の機会	増えた	5	(9.3)	2	(3.4)
	変わらない	41	(75.9)	49	(84.5)
	減った	0	(0.0)	1	(1.7)
	無回答	8	(14.8)	6	(10.3)
j) 通所施設介護スタッフの口腔・栄養への意識向上	向上した	33	(61.1)	36	(62.1)
	変わらない	16	(29.6)	20	(34.5)
	減った	0	(0.0)	0	(0.0)
	無回答	5	(9.3)	2	(3.4)

2)-7. 口腔・栄養スクリーニング加算算定による効果

全ての回答は次の通り。(原則、原文ママ。明らかな誤字のみ修正。)

【通所介護】

- ・口腔内に異常があった方の食事形態を変更し、飲み込みを良くした。口腔内の状態を把握することで、体重の増減の理由を知ることができた。
- ・利用者様、家族様、ケアマネとの共有機会の増加。スタッフの口腔、栄養に対する知識の向上。
- ・「運動リハビリのみをしていただく」の意識から、介護職員の運動するためには栄養が必要、栄養を取るためには、口腔内の健康が必要という意識ができ、ご利用者への声かけが変わった。ご利用者も栄養改善をして健康でいたいと思う方が数人ですが出てきた。
- ・6ヶ月に1回であるが、口腔、栄養の評価を行い、運動と関連付けることができた。
- ・6月に1回とはいえスタッフの利用者に対する意識は算定していなかったころに比べ、明らかに変わった。利用者の状態の変化も算定前に比べ、気を付けるようにもなったと思う。
- ・お客様の口腔の状態を観察する機会が以前はあまりなかったが、把握する時間をしっかり作れている。
- ・ご利用者の歯の状態観察を詳細に行うようになり、スタッフの意識の持ち方が変わった。体重の減少も明確化してくるため、原因の探求に努め、改善の為にどうしたらよいかを現場内だけでなく、家族、ケアマネと報告、相談する機会が増えた。
- ・介護スタッフの意識の向上及び歯科衛生士による指導により口腔ケアの技術向上。食事時の姿勢や椅子、テーブルの高さの調整を行うようになった。利用者の食事時の様子観察の視点の変化・むせてないか？食事形態はあっているか？等
- ・該当者の食事摂取量、体重推移、変化の把握ができる。好まれない食材、必要なもののアドバイス。
- ・御利用者様の口腔や栄養状態を確認する事で、口腔や栄養の面からのアプローチも検討できるようになった。
- ・口腔ケアをしっかりと実施していきたいと思っていたため実施したところ、ご自身で義歯を外す事ができるようになった。
- ・口腔ケア時、観察ポイントを共有して介助、見守りを行うようになり、記録に残すことができた。記録からモニタリングにつなげることができた。
- ・口腔機能の低下と要介護認定や死亡リスクの増加などは関連性が高いため、口腔・栄養スクリーニングを実施することでいち早く気づくことができる。利用者に応じて必要な医療や口腔機能向上サービス、栄養改善などの提供につなげることが出来る。低栄養の利用者を正しく把握することが出来る。
- ・口腔中の環境を知る機会が増えた。体重の変動を知ることができる。
- ・口腔内の衛生状況の確認等を注意して観察するようになった。
- ・口腔内の観察を行い毎食後の口腔ケアが定着した。口腔内の清潔保持により、食事量の向上、健康維持につながる事が利用者さまも実感できるようになった。意識の向上や利用者様同士、職員とのコミュニケーションも増えた。また適宜アセスメントを行う事で、食事形態の見直しや情報共有もでき安心、安全環境下にて食事を召し上がって頂く良い機会となりました。
- ・口腔内の状態について意識するようになり、口腔ケアを強化。その結果、体調不良による欠席者数が減り、稼働率、収益共にUPした。
- ・口腔内の清掃の確認ができ、摂取・嚥下状態の確認をし、必要に応じて歯科 Dr への連絡(ケアマネを通し)相談し受診につながっていく。
- ・口腔内の他にも体重管理などデータ化できる為。利用者様の変化があった際に活用できていた。
- ・口腔面・栄養面共に意識することが多くなり、ケアマネジャーとの情報共有に生かしている。
- ・今まで以上に摂食状態を注意深く観察するようになり、口腔機能向上加算の算定は行っていないが個別機能訓練の中に、口腔向上に資するメニューを入れるようになった。
- ・歯科受診につながることが難しいと思います。
- ・自身で口腔ケアに対してスタッフが個別でケアの方法や洗浄ポイントを伝えることで、ケアに対しての意識が向上した。認知症の方で、自宅でケアが行えない方に対して口腔内の状況の把握とご家族への情報提供と共有ができたこと。

- ・食事摂取状況、口腔内衛生状況等の観察がしっかりと行えるようになった。
- ・体重の増減にすばやく対応でき、ご家族、ケアマネに報告し対応できた。
- ・体重の増減を把握出来る様になったこと。
- ・体重増加がみられ、低体重改善傾向。必要に応じて対象の方を増やしていきたい。
- ・体重変動、食事摂取量などを把握し続ける事で、利用者様それぞれの様子の变化、活動量の増減なども観察する事ができ、レベルの低下にも気づきやすくなっている。
- ・定期的な体重測定により、体重減少が伴う病気や、受診をすすめるための指標となっている。
- ・年2回のスクリーニングの実施でスタッフの意識向上。
- ・本人、家族と悩みを共有し、スタッフ相互に意識の向上が一定程度改善している。
- ・利用者、家族、介護スタッフの意識の向上。長く食事を楽しむ。入れ歯の咬み合わせやはずれやすさの調整もお願いしやすくなった。衛生面にかける指導による効果として、嚥下もよくなり、誤嚥性肺炎も防げているように感じられる。
- ・利用者の健康状態の問題を早期発見できる点。早めの対応がフレイルの予防につながる。
- ・利用者様の食事量と体重の増減への関心が高まり、職員が利用者様の状態を観察する意識が高まった。

【通所リハビリテーション】

- ・6ヶ月の体重の増減をケアマネや家族で話し合い、現状を知ることが出来る。
- ・BMI、体重、栄養状態についてケアマネジャー（CM）と話す機会を作ることができた。
- ・管理栄養士、栄養士がカンファレンスに参加することで利用者が満足、職員の意識向上につながった。
- ・スクリーニングの評価を言語聴覚士（ST）や管理栄養士以外の介護職員が行うことで、口腔や栄養に関する意識の向上にはつながった。また、スクリーニングの結果を元に、その後の栄養アセスメントや口腔機能向上加算への移行がスムーズにできるようになった。また、評価を元に管理栄養士やSTとの情報共有する機会が増えた。それ以外にも評価結果を元にしてSTや管理栄養士が家族へ相談する機会も増えた。
- ・スタッフの口腔・栄養への意識向上、評価指標の1つになった。
- ・栄養状態の把握することによって、食事への意識づけの声かけ、体調把握、サービスの変更など検討するようになった。
- ・家族に対しての栄養状態による身体の変化を報告することができるので、継続して行っています。
- ・介護支援専門員への情報提供を行うことによる連携の強化。モニタリングの際の情報として利用できる。
- ・介護職の食事介助時の意識向上、歯の状況により食事形態の提案の改善。
- ・管理栄養士との連携がとれるようになった。
- ・現状の栄養状態の把握につながる。
- ・現状を知ることができる。
- ・口腔・嚥下機能への観察。評価意識が向上している。口腔・嚥下機能低下の早期発見につながる。口腔スクリーニング評価→口腔機能訓練への流れがスムーズになった。
- ・口腔内環境や栄養状態を把握する事により健康の維持・増進につながっていると考える。
- ・今の所、算定に向けての書類提出で精一杯で、その後進め方までできておらず効果は得られていない。
- ・今まで施設で取り組んでいた事に対して加算がついた為、大きな効果等の感覚はないが、スクリーニングを通してケアマネジャー（CM）や家族（Fa）と共有できるようになったことは大きいと思います。
- ・算定するにあたり、事業所内でこのスクリーニングの説明や算定することの意義を知ってもらう機会になった。算定前に関連する居宅介護支援事業所にスクリーニングの説明を行うことができ、当事業所が口腔と栄養に重きを置いていると周知できた。スクリーニングについて利用者全員に簡単にはあるが説明したので、改めて口腔機能の重要性を知らせることができた。

- ・施設内外での口腔・栄養に関する情報交換頻度が増加しました。
- ・職員の意識の向上(特に介護スタッフ)。委員会での議題にもあがっている為、問題点のある利用者様の情報を共有し、日々の関わりの中での気づきに役立っている。
- ・食に対する意識が向上した。
- ・全職員が食事の観察の時に以前よりも気にかけて接しているように感じる。
- ・想像していたより低体重の方が多かったので、把握できたことが良かった。少しずつではあるが、口腔・栄養の重要性についてスタッフ・利用者とも認識されつつある。
- ・体重、BMI、食事を把握することにより介護支援専門員と利用者の状態を客観的に共有することができ、食事の改善を話し合うことができました。また、口の中のことを具体的に聞くことにより入れ歯のことで困っていることや歯が折れて困っていることなど把握することが歯科医院に行くことを介護支援専門員や家族に勧めることができました。
- ・体重、BMI の大幅増減の利用者に対する職員の意識向上(一部ではありますが)。
- ・体重の増減を定期的を確認し、家族やケアマネへの情報共有の機会が増えて、結果的に利用者様の健康状態の把握が可能となった。また、主治医との連携が深まった。
- ・体重減少などの変動に気づき、口腔又は栄養に問題があるのか、他の問題によるものか介護支援専門員への報告の判断や目安につながった。
- ・体重減少に早く気付く事ができる。低体重リスクがある対象者に対して、介護スタッフ、支援相談員と情報を共有、家人へ情報を提供し、低栄養対策を行う事ができる。
- ・定期的な栄養評価を行うことで、栄養状態の管理が行いやすくなった。
- ・定期的にスタッフが利用者様のお口の健康状態や体重の把握を行うことで、オーラルフレイル予防への意識は向上したと思う。
- ・半年に1度行うことで、利用者の健康・栄養・生活への変化や状況を把握しやすくなった。
- ・評価については加算算定以前より実施していた為、業務に見合った報酬が頂けるようになったと感じている。
- ・利用者1人1人の口腔及び栄養状態が把握できるようになった。低栄養リスクの高い方について他職種で情報共有しやすくなり、ケアマネジャーや介護スタッフの口腔・栄養への意識が向上した。自歯が1〜2本で義歯のない方や自歯がなく義歯もつけず生活しておられる方など実状がわかり、食事形態を検討する機会となった。口腔・栄養スクリーニングを継続することにより、栄養状態の変化がわかり、自宅での食生活について家族と話をすることができた。
- ・利用者の栄養状態の悪化に早く気付けるようになった。スクリーニングにより食生活の問題点に結びつけられるようになった。在宅で栄養の問題のある方が多いことに改めて気付くことができた。
- ・利用者の口腔機能の状態、摂食状況及び栄養状態がより把握できるようになった。また、家庭での食事状況も詳しく知ることができたため、家族との情報共有も安易となった。
- ・利用者の状態の把握がしやすくなる事。利用者に対して専門職(言語聴覚士、歯科衛生士、管理栄養士)との関わりが増えた事。
- ・利用者様、家族の栄養に関する興味関心が高まった。
- ・利用者様の口腔機能を確認することで、早い段階で口腔機能低下を発見することができる。適切なケア、管理をすることや自宅でのケアも含め、お手伝いすることで重度化の予防につなげることができる。口腔機能に応じた適切な食形態で食事の提供ができる。ST などにもつなげることができ、また CM などとも情報共有することで、多方面からの支援につなぐことができる。
- ・利用者様の口腔状態や栄養について知ること、家庭環境などの生活背景を合わせて把握することができるようになった。半年ごとのスクリーニング評価だが、気がかりな方に対しては、随時確認・評価する意識が持てるようになった。
- ・利用者様の摂取量を把握する様になった介護スタッフが増えたように感じました。摂取量が低い方の原因等を考えられるようになりました。また、介護スタッフが利用者様の体重の変化にも気付く様になり、職員の意識を高めている効果があると思います。

2)-8. 口腔・栄養スクリーニング加算を算定していない理由

口腔・栄養スクリーニング加算を算定していないに理由として最も多かったのは、「算定の手間に対しての単位数が少ないから」で、通所介護 55.6%、通所リハ 53.4%であった。次に「対象となる利用者の把握が難しいから」が、通所介護 40.0%、通所リハ 31.7%、「口腔のスクリーニング項目の聞き取りが難しいから」が、通所介護 23.6%、通所リハ 21.7%であった。

図表 19 口腔・栄養スクリーニング加算を算定していない理由(複数回答/有効回答のみ)

	通所介護		通所リハビリテーション	
	n	%	n	%
単位数が少ない	243	(55.6)	118	(53.4)
利用者の把握が難しい	175	(40.0)	70	(31.7)
体重の測定が難しい	14	(3.2)	5	(2.3)
口腔のスクリーニング項目の聞き取りが難しい	103	(23.6)	48	(21.7)
効果や意義がなさそう	21	(4.8)	7	(3.2)
介護職の理解や協力が得られない	52	(11.9)	21	(9.5)
介護支援専門員の理解や協力が得られない	35	(8.0)	17	(7.7)
栄養アセスメント加算を取得しようとしている	6	(1.4)	19	(8.6)
その他の加算を取得しようとしている	16	(3.7)	4	(1.8)
その他	95	(21.7)	58	(26.2)

その他の加算:

【通所介護】LIFE 加算、看取り加算、個別機能訓練加算、口腔機能向上加算、中重度加算、認知症加算

【通所リハ】栄養アセスメント強化加算(老健)、口腔機能向上加算

その他の内容(原則、原文ママ。明らかな誤字のみ修正.):

【通所介護】

- ・10月から栄養アセスメント加算、口腔・栄養スクリーニングⅡ算定予定。
- ・グループ全体で加算をしていない為。
- ・ケアマネやご家族からの希望も聞かれてないから。
- ・スタッフの人員体制が難しい。
- ・そのような加算を必要としている利用者がほとんどいない。
- ・どのような加算なのか知識不足の為。
- ・まだ理解できていない。
- ・以前は取得していたが、担当者の退職により算定できなくなった。
- ・運営法人が変わったばかり。+令和6年改正の動向で。
- ・栄養アセスメント加算を算定している。
- ・栄養士がいない為。
- ・栄養士を採用すると人件費が上がるが、その分の収入が見込めない。

- ・加算を得るのに当てはまる職種の人材がないので。
- ・加算検討したことがない。
- ・加算算定に取り組む時間がない為。
- ・家族への説明、同意がなかなかすまない。
- ・会社からこの加算の話をされたことがないため。
- ・会社が算定を決めていないため。
- ・希望される利用者がいない為。
- ・機能訓練型のため、他の加算を重点的に取り組んでいるため。
- ・記録の手間など。
- ・業務多忙につき計画作成ができない為。
- ・血清アルブミン値の確認が困難。本人、家族が把握出来ない。受診の頻度採血の頻度等。
- ・検討中及び準備中。
- ・元々、口腔機能向上加算を算定していたが、手間と単位数により算定中止しそのため、この加算も算定していない。
- ・現在、取得意向がなかったため。
- ・限度額上限等利用者さんに制限があるため。
- ・個別機能訓練加算を取得していますが、その対応で職員の対応、時間が一杯一杯の為、他の加算への余裕がないと感じています。
- ・口腔・栄養スクリーニング加算を知らなかった。
- ・口腔ケアは行っておりますが、具体的な加算は未算定。事務処理上等。
- ・口腔機能に不慣れである。
- ・口腔機能向上加算を算定している。
- ・口腔機能向上加算算定しているため。スクリーニング加算はいいかと思ってしまう。
- ・今後、算定を検討している。
- ・今後取得予定。
- ・昨年新規開設した施設のため、体制が整い次第算定予定。
- ・算定できる介護サービスに当てはまらない。
- ・算定にかかるスタッフがいない。
- ・算定のための対応が難しいため。
- ・算定要件を満たしていない。
- ・市・県が対応していますか？
- ・時間のある時に。
- ・手間がかかる。
- ・手間で職員に負担。限度額超過で利用者減。
- ・書類の問題、手間がかかる。
- ・職員の確保が難しい。
- ・職員の雇用がむずかしい。機能訓練に力を入れている。
- ・職員数が基準ギリギリであり、義務への対応が困難。
- ・職員数が少ない。
- ・食事を提供していないから。

- ・新たな加算を取得する余裕がない。マンパワー不足と社内の報告に関する仕事で精一杯。
- ・人手不足で算定する余裕がない(入力する暇がない)職員の残業になってしまうため。
- ・正しく判断する専門職がない。
- ・設備が不十分。
- ・専門職がないから。
- ・他の加算の取得も多く、利用者の料金負担が増える為。
- ・他の加算を取得しだして間が無く、慣れる迄次の加算取得を見合わせている。
- ・体制が作れない。
- ・体制が整っていないため。
- ・大変そうだし、現在必要性がない。
- ・知りませんでした。
- ・通所には該当しない。
- ・統括本部の意向・加算可能な収入のある利用者が少ない(回収できない)。
- ・同法人の ST が評価しており、介護職が行う必要がない。
- ・導入している介護ソフトが 6 月ごとの正確な算定管理に対応していない。
- ・特に加算算定を考えていない。
- ・内容を理解していない。現状の業務以上の働きは難しい。
- ・評価内容に個人差が出て改善する為には専門的知識が必要。
- ・法人として算定予定なし。
- ・本部の意向。
- ・利用者がいない。
- ・利用者により加算をとらないように。
- ・利用者の金銭的な負担を少しでも減らしたい為。
- ・利用者の自己負担が増えるため。
- ・利用者の料金負担。6 ヶ月スクリーニングを行う時間。
- ・理解が出来ていない。そこまで手が回らない
- ・咀嚼、嚥下の面で現状として言語聴覚士が介入していただいている

【通所リハビリテーション】

- ・通リハで算定している加算すべてが高く、利用回数が多いこと、他のサービス併用者は負担も多い。
- ・言語聴覚士(ST)が施設に 1 名しか在籍していない為。
- ・ご本人やご家族の理解を得るのが難しい。
- ・サービス提供時間が短いため(2 時間)。
- ・スタッフのマンパワー不足(看護師)、歯科衛生士がいない。
- ・スタッフ数の不足のため、手が回らない。
- ・デイ担当の看護師がいないため。
- ・リハビリ特化型半日デイの為、理学療法士(PT)2人の勤務の為。
- ・運動器中心のリハビリテーション提供だから。

- ・栄養アセスメント加算のみを算定している。
- ・栄養アセスメント加算を取得済みのため。
- ・栄養スクリーニング(アルブミン値や食事摂取量)の評価が困難なため。
- ・栄養スクリーニング項目の確認が難しいから。
- ・加算のシステムを知らなかったため。
- ・管理栄養士 1 名で入所・通所の加算取得は難しい。
- ・管理栄養士の配置なし。
- ・希望者がいない、対象がない。
- ・業務が多く、加算まで手が伸ばせない。
- ・筋力訓練を主に行う事業所で口腔機能のリハビリは行っていない。嚥下に問題のない方が利用している為。
- ・検討中。
- ・現在、算定を考えていない。
- ・限度額ギリギリの方が多く、実費負担してまで算定することに家族の理解が得られない。
- ・口腔・栄養スクリーニング加算について知識がない。
- ・口腔機能向上加算を算定しているため。
- ・今後、本加算の算定を考えていきたいと思っています。
- ・算定していないが個別に対応を行っています。
- ・算定に具体的に動いていない。
- ・算定の解釈があいまいなため。単位が低い。
- ・算定方法等、詳細を把握できていないため。
- ・施設全体が必要性をかんじていないため。
- ・事業所が加算の対象ではない。食事提供していない。
- ・事務作業の増加の懸念。コスト。
- ・事務時間が足りない。
- ・手間がかかりすぎる。
- ・職員の確保が難しい。
- ・食事の提供をしていないこと。他の加算もあり多忙。
- ・食事提供がない、対象者が少ない。
- ・人員配置。
- ・人員不足のため、加算を算定するための業務が困難
- ・整形外科の分野のため、評価を行う機会が無い。
- ・専属の栄養士が無い為。
- ・専属の管理栄養士がいないため。
- ・専門職等の人員不足。
- ・組織体制の変更に伴い、まだ整備できていない。
- ・他の加算も多く、ケアマネジャー(CM)等にいやがられるから。運動メインで、食事や口腔の問題のない方が紹介されているので。
- ・対応できる人員が不足しているため。
- ・対象となる利用者が少ない為。

- ・短時間のリハビリ特化型のため。
- ・短時間通所リハでリハビリスタッフのみで運営しており、他の時間は他業務に努めており、手が回らないのが正直なところ。
- ・半日コース主体で昼食をとる利用者が3名しかおらず、口腔ケアの対象自体が少ない、マンパワー不足でそこを割く人員、時間がない。
- ・評価者がいない。必要性がある利用者がいない。

3) 口腔・栄養スクリーニング加算を算定する上での現状の課題(自由記述)

全ての回答は次の通り。(原則、原文ママ。明らかな誤字のみ修正。)

【通所介護】

- ・テストバッテリーの統一。算定要件の緩和(算定できるスタッフの範囲拡大)
- ・家族、ケアマネへの(理解)説明。スタッフの理解、知識の向上。
- ・会費等の値上げがあり、さらに加算による利用者負担が気になる。他の通所介護との兼ね合い
- ・看護師の人員不足(個別機能訓練加算を取得しているためそちらに手をとられる)。ケアマネのアセスメント(ケアマネジメント)で問題として挙がってくるのが少ない。アルブミン値などの情報提供が少ない。
- ・業務量が多く、業務が追いつかない。人員が不足している。
- ・通所介護のため、昼食時の様子しかわからず又、週1回程度のご利用だと判断が難しい場合がある。家族との連携(あまり関心がない家庭が多い)
- ・(Ⅰ)について:栄養アセスメント加算を3月まで算定していたが、管理栄養士の入れ替わりがあり、その都合で4月から算定していない。いつかの時点で再開する予定がある。口腔・栄養スクリーニング加算については併算定できないことからまったく眼中になく、取り組みもしていないので課題となるものはない。; (Ⅱ)について:6ヶ月に1回5単位では手間に対し単位数が少ない。問題があれば都度スクリーニング実施しなくても家族(Fa)やケアマネには報告や対応しているのでサービス内容としては充分である。
- ・ケアマネジャーの理解や協力。家族の理解や協力
- ・食事摂取量把握ができない。食事摂取状況把握ができない。
- ・6ヶ月ごとなど期間しよりの把握に手間どってしまう。
- ・6ヶ月ごとのスクリーニング実施を取り入れたいが、うまく時間が割けないと感じている。
- ・6ヶ月ごとの算定であるため、管理が大変。(提案集の誤りが散見)
- ・6ヶ月に1回となっており、その月はどうしても他の業務におわれてしまう。
- ・6ヶ月に1回の実施でもそれに伴うデータ入力やケアマネへの提出などが伴うので、職員体制に余裕がない事業所では算定が困難と思われる。
- ・6ヶ月に1度の加算であり単位数も少ないため、算定の手間を考えると難しいと感じている。
- ・6月に1回の評価、20単位200円、5単位50円ではコストパフォーマンス的にもあまりにも乖離している。目的がはっきりしていない。口腔機能向上加算との違い、意図が解りにくい。
- ・ケアマネジャー(CM)、家族が理解できていない。
- ・言語聴覚士(ST)の雇用が難しい。食事提供がないので実場面での評価ができない。
- ・アセスメントから実施・評価まで一定の基準での判断が難しい。また、定期的に取り組める職場の環境づくりが難しい。
- ・アルブミン測定を依頼しなくてはならない(手間)。だいたいの方が、70%~80%の食事摂取量である。
- ・アルブミン値は測定できてない。食事摂取量75%は的確ではない。算定月や予定月にショート利用になると次の月に変更になるので、少しややこしい。
- ・お客様の栄養面での状態把握が通所だけでは難しい。

- ・ケアマネジャーや家族へ現状を伝え、必要時に歯科へ受診していただける。システム作りが必要ではないかと思う。
- ・この加算を知らなかった。
- ・コロナが有り担当者会議がないことが多くどの事業所で算定するかなどの把握が難しいため。
- ・サービス提供に十分な時間を割くことも職員の余裕もない。
- ・サービス提供者の人手不足。
- ・スキルがある職員がいない。
- ・スクリーニングが大変。CM への提供が大変。
- ・スクリーニングにおける事務量の増大。加算算定時に他サービスとの調整が必要。
- ・スクリーニングの必要性を利用者やケアマネに理解してもらうことが難しいと思います。効果が見えにくいことから算定に同意されない方が多く出てきそうなので、施設職員が効果を説明出来るような研修の機能を作ってほしいです。
- ・スクリーニングを行っているが、評価がきちんとできているのか不安が残る。
- ・スクリーニング項目の評価が難しい。
- ・スタッフの知識。スタッフの数。現状の業務に追われそこまで手が回らない状況。
- ・その加算に対する知識がまだあまりありません。
- ・デイサービスでは血清アルブミン値などの採血データの測定が不可。日常の中でスクリーニングを行うことの難しさ、データ結果をその後のサービスに反映させられるかが不透明。
- ・デイサービス単体の施設であり、血清アルブミン値の採血、検査を行うことが困難。
- ・トレーニング時間で、他のサービスを追加する時間が足りないため。
- ・どんな人が口腔・栄養スクリーニングの対象となるのか判断が難しい。
- ・どんな方を対象にしているのか、加算の取り方がわからない。
- ・ブラッシングの指導、書面の記入。個別の状況の把握の難しさ。
- ・ほとんどの方が義歯使用しています。家族様も高齢で直しが必要であるが、歯科受診をすすめるが直しに行けない。子供さんも仕事があり受診が出来ない。
- ・デイ、ショート、訪問などさまざまなサービスを利用している方が多く、毎日の単位数がギリギリでこれ以上の加算は難しい方が多いです。
- ・一日の流れでもうこれ以上時間がとれない。
- ・運動を主として行っているため、口腔・栄養に関与する時間がない。
- ・栄養スクリーニングを行う専門知識を有する職員がいない。介護福祉士、看護師では評価する知識がないので算定できない。
- ・栄養に関する資格者がいない。
- ・栄養士等との連携がとれないこと。現状は、なにかあれば家族に伝え、受診時に医師に伝えてもらっている。
- ・栄養状態の確認が介護職等では困難。
- ・栄養評価に対するニーズにばらつきがある。(家族によって、不要という方も多い)
- ・加算していない。栄養士・歯科と連携している。
- ・加算ではなくなれば良いと思う。
- ・加算の算定後、ご利用者の口腔機能や栄養改善にどこまでつながるか疑問を感じる。通所は限られた時間しか関われないので、自宅での生活と結びつかないと、改善は難しいと感じるため。
- ・加算の種類も増え、加算算定の種類を増やしていくごとにそのシステム作りや負担が増加し管理することが難しくなってくるのが課題。職員のスキルの差もあり、管理していく職員が固定化され、時間外勤務も増加していくことが懸念される。職員のモチベーションもうかうか上がらない。

- ・加算の単位数が低い。必要性を感じない。福祉資格だけで対応、加算取得できるようにしてほしい。
- ・加算の単位数に対しての人件費、労力。
- ・加算は取得していないが、実費で歯科衛生士を入れている。加算をとっているところでも、書類上のみで、本当に実施しているのかは疑問に思う。加算取得ありきはおかしい。
- ・加算を取る為の手間(継続も)を考えると難しい。
- ・加算を取る枠がないため。
- ・加算額が少ない。人件費に値しない。
- ・加算算定に対する書類やアセスメントの時間に手間が多い。そのための人件費増加となる。
- ・加算算定はしていないが、看護師や介護職員で口腔ケアを実施している。年に1回、大阪府歯科医師会による口腔保健指導に参加し、口腔ケアについて学んでいる。職員の意識向上や利用者支援につなげるために役立っている。
- ・加算取得していないのでわからないが、個別評価できる専門知識をもつスタッフが少ない。加算項目が増えると利用料金アップにつながり、避けられるから。
- ・加算出来る程の知識・人員がない。
- ・家族、CMに必要と考えてもらえないと思う。単位数などのからみもあり。
- ・家庭の環境やご家族様、ご本人様のご意向など、栄養状態を把握する事の必要性を栄養士として伝えきれていない事。レベル低下してからでは遅いと考えため、デイサービスをご利用されている方には必要であると思う。
- ・介護を提供する側は口腔の健康の重要性をよく理解しているが、利用者やその家族への啓蒙が不十分な事もあるが、口腔の健康の重要性の理解が劣しい。また、ケアマネジャーの中には、口腔の健康の重要性を理解していない人がいる。
- ・介護支援専門員の理解勉強不足により、介護度が低いと必要ないとプランに入れず「サービスでして欲しい」と言われることがある。
- ・介護支援専門員への情報提供自体がどう役立っているかがわかりづらい。
- ・介護職員が不足しており、書類作成等の時間がとれない。
- ・介護職員の見解で口腔の健康状態についてどこまで把握できるか。
- ・介護度も軽度化にあり、状態低下がみられると、在宅生活が困難となり、施設入所系のサービスに切り替わる現状がある。現在利用の皆さんも元気に食べられる方が多い。
- ・介護保険の上限があるので、これ以上算定したらオーバーしてしまう方が多いので、取り組むメリットがありません。
- ・割ける時間がない上に、人員を増せる単位数ではない。1人暮らしや認知の方、家庭環境から効果が少なそう。
- ・看護師の人員不足により配置基準を満たさない為。
- ・看護職員が兼務して行うことが業務上難しい(職員不足)。単位数が少ないので業績が上がらない。日々の業務に追われているので新しいことを始める時間研修が難しいと思います。
- ・管理栄養士が常駐していないので。
- ・義歯があわず使用せずに摂取している方がいること。
- ・求められる取り組みに対し、単位数が少ない。求められる取り組み内容が明確でない。ご利用者様へ内容を説明して理解を求めることが難しい。
- ・業務の増加。
- ・業務負担の増大。人員不足。
- ・計画書作成業務が負担になるのではないかと思います。利用者・ご家族への説明も負担です。
- ・結果がわかりづらい、認知症が重度でしっかりすることが難しい。
- ・血清アルブミン値については血液検査の結果を持参して頂くことはなかなか難しいです。

- ・血清アルブミン値を確認出来ない方はどうすれば良いか？
- ・現行人員での評価、書類作成が難しい(時間的に)。利用者・家族の同意がとりにくい(加算に対する必要性の理解)。
- ・現在、個別機能訓練加算を算定していて、時間内に口腔栄養まで手が回らない。
- ・現在、利用されている方は口腔ケアを行っているが、口腔内不衛生で歯ブラシの管理もしっかりできていないご利用者様が多いため、ゆっくとケアする時間をとりたいが利用者に対し、口腔ケアにあたるスタッフの確保が難しい。
- ・現在の加算に対しての計画書作成で一杯一杯になっている。
- ・現在の勤務上において、加算の算定事務を行う時間が取れない。
- ・現在の職員数でアセスメント、モニタリング等書類関係に対応出来ない。冷凍食品で対応している為、加算算定が難しい。
- ・現場に算定できるような余裕がない。
- ・現場の手間は増えるが事業としては成立しない。
- ・現状では少人数のため把握もしやすいが、今後増えた時の管理。
- ・現状の業務に手いっぱいであり、口腔・栄養のスクリーニングが難しい。また知識をもった職員の採用、育成が難しい。
- ・現状の業務の質を落とさぬよう、職員の時間を確保する事(必要書類の作成の為)。
- ・現状の人員では、スクリーニング項目の聞き取りや評価に掛かる時間を捻出するのが難しい。
- ・現利用者で口腔、栄養、嚥下面で課題な方があまりおらず意義が難しいため。
- ・限られた時間内で一人に十分にケアをする時間をさけない。利用者様も入浴、機能訓練などが重なり時間配分が難しい。職員の人手不足。
- ・限られた人員で現状業務をすることで精一杯で加算取得の為の評価や文書作成、管理時間、人手がさけない。
- ・限られた人員の中で策定要件を満たすため実践が難しい。
- ・個機、LIFE、ADL など以前に比べて書類や配置のしぼりなど増え、それだけでなく人材不足の中で、新しい加算算定の余裕がない。
- ・個別、口腔の問診もある為、スクリーニングにかける時間が難しい。
- ・効果や意義について家族さんの理解を得ることが難しいこともある。加算の認知度が低い気がしている。
- ・口腔・栄養スクリーニングが必要な人は、加算はとらなくても昼食時の摂取状況や昼食後の歯みがきの際に、ご家族やご本人必要ならケアマネに報告し対応して来た。加算をとるとスクリーニング後の定期的な記録や報告が求められ、それに完全に対応する体制をつくるのが人員不足、専門職不足等から難しい。
- ・口腔・栄養スクリーニングの必要性がいまいち理解できていない。介護職員の負担が大きすぎる。
- ・口腔・栄養スクリーニングを行うことは、利用者の健康を維持する上で必要なことと思われるが、介護保険における他科さん等の取得における事務作業も多く、対応が難しいと感じている。
- ・口腔・栄養スクリーニング加算算定に必要な実務内容を遂行することが困難である。
- ・口腔・栄養について評価する時間がないため、計画が難しい。
- ・口腔・栄養的なケアについて知識、技術の不足。
- ・口腔ケアを各個人にまかせていて介護職員が口腔ケアのための時間を設けることが難しくなっている。
- ・口腔スクリーニングは目で確認する事が出来るが栄養スクリーニングは、自宅での様子が必要となるため、ご家族様の協力がないと難しい。
- ・口腔はのみこみが悪くなったり、ムセが多くなるなど CM も家族も比較的算定に好意的 or 前向き。栄養は今もふつうに食べられるし・・・と理解のない CM が多い。
- ・口腔栄養スクリーニングに充てる時間が現状では難しい。
- ・口腔環境があまり良くない方は経済状況も困っている方が多い。(当事業所では)口腔の環境改善は健康寿命をのばすことを本人も理解していても「口腔にお金をかけるのであれば・・・」という方が多い。
- ・口腔機能向上加算を取得しており、他の加算を増やすことによる利用者料金負担が増える。

- ・口腔内のチェック保清、体重測定以外に食事の食べ方や嚥下の仕方など、どこの事業所よりかなりきちんと対応している。書類を別に作るなどはしていないが、小さい事業所なので、スタッフ間の情報共有も行っている。入浴時に口腔内もきれいにシャワーし、食後も義歯口腔内をきれいにし、チェックは毎回全員必ず行い、都度カンファレンスは行っている。
- ・口腔内のトラブルが多い中、専門職がない(看護師がいます)。会社として考えていない。
- ・口腔内の状態を確認し、問題があったとしてもすぐに受診に繋がらない。
- ・口腔内や栄養状態について現状把握することは困難状況である。介護職への理解。
- ・今さら実行しても、行って頂けないと思われる。
- ・今のところ半年一回の算定することにより口腔の状態がみれることも多くなった。
- ・在宅でご利用者様の場合、単身者又は老夫婦のみ世帯多く、助言してもその先につながらない。受診控えもあり、歯科受診ひとつができない。しかし、必要な方という意見では施設入居の方より、在宅の方々が必要と思う。施設入居の方へ一応は義歯の洗浄や歯みがきチェックは行います。単身者の方はそれがない。
- ・在宅の方は週1回の方から週5回の方まで利用回数もまちまちです。その中でこの加算を算定しても意義を感じられないと思います。
- ・算定する回数が6ヶ月に1度と限定されていることに加え、算定に必要な業務量に対して、単位数が少ないため割に合わない。口腔・栄養スクリーニング加算の算定を行う場合に、サービス担当者会議で決定することとなっており、算定を開始しようとする場合に契約者全ての算定開始ができるまでに時間と労力がかかる。
- ・算定に関わる業務時間や人員をいかに確保するかが課題であると感じています。
- ・算定に関わる手間が大変だと思う。
- ・算定に向けて準備する手間、事業所内の役割分担の見直し。
- ・算定に至るまでの準備。
- ・算定に対するスクリーニングの工数や利用者様一人に対してかかる時間に課題を感じる。
- ・算定のシステムがわかりづらい(間違ったら大変なので)
- ・算定のハードルが高いと感じる。
- ・算定の手間。理解が追いつかない。
- ・算定の手間に対して単位数が少ない。
- ・算定を考えた事がないためわからない
- ・算定基準が難しいのに、加算単位が少ない。それだけの職種をかかえても基準に値しないため算定できないことが多い。
- ・算定条件の明確化。長期に渡りご利用されている方がフレイルやサルコペニアにより劣えてきている為、全てのご利用者様に必要があると思う。必ず、声かけをし、声を出していく事により、改善される点もある。
- ・算定要件対象職種の採用が進まない。
- ・施設の設備状況で提供が難しい食形態がある。
- ・歯科でみてもらったほうが良いと思う(専門なので)。
- ・歯科との関わりが薄い。課題はあっても解決に結びついている。
- ・歯科における口腔アセスメントと通所介護施設に求められるアセスメントの内容、密度などどの程度必要か曖昧。
- ・歯科医などの専門的なアドバイスができていない。
- ・歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士等への報告、相談へのハードルは高い。ケアマネジャーへの提案も上記専門職の所属がない事業所としてはにくい。「6ヶ月で2~3kgの体重減少」対象者は少ない。単位数が少ない。
- ・歯科受診が困難(独り暮らし、交通機関の調整、家族の協力等)な方も多い実情と口腔内の問題は、重症化するまで放置しがち。(予防歯科としての時代の方々ではないため理解も含む)

- ・歯科専門職との連携や研修、勉強会の機会を増やし、質の向上をはかりたいと考えています。
- ・事業所では歯科衛生士を在中させていない事、1部(午前)利用の方のお食事後すぐ送迎時間のため、時間がとれにくいこと。又、運動機能向上、入浴目的の方が多いため、スクリーニングの加算する程のメニューで設定していないこと。
- ・事業所内の歯科衛生士・栄養士がいない。
- ・事務量、実施の際の人員の面でまったく単位数が合わない。
- ・時間の確保、対応できる職員の確保が難しい。
- ・自事業だけでは判断は難しい。会社と相談した上で可否を決める。
- ・自宅で家人の理解や費用面についてよく考えているご家族さんとそうでないご家族さんに分かれる。また、年金の内でサービスや生活費となると生活の質の改善には費用を納得してもらえるかわかりにくい所あり。そこで家人の協力が難しいご家族が多い。
- ・自分自身が加算についてしっかりと把握できていない。
- ・実際には、口腔ケア、栄養状態の観察を全利用者に対してかなり細かくケアを行っている。特に口腔ケアは、生死に関わる重要課題ととらえており、口腔ケア時の観察の中で問題が見つかった利用者に関しては、家族、ケアマネに連絡し、歯科受診や訪問歯科診療、ポリドント使用の指導などを積極的に行っている。加算につなげたい現状ながら他の加算の管理もあり算定に至れていない(手間の問題)。
- ・実際は、口腔スクリーニングや栄養については実際行えてはいますが、負担金について利用者の負担が色々増加している中で算定しづらい部分。
- ・実務に対してのメリット(報酬等)が少ない。
- ・社内の業務手続きに関する改善が必要。人員不足の解消。
- ・取得する条件の職員を集める事が難しい。介護界は(特にデイ)マイナス傾向の為、上司から職員を入职させてもらえない。
- ・手がかかる。
- ・手間、事務的負担の増加。
- ・手間(コストパフォーマンス低いと感じている)、そもそも手も欲しいくらいなので。
- ・手間がかかりすぎる。
- ・手間がかかる。時間的余裕がない。人手不足。
- ・手間がかかる。職員不足。日々の業務に追われスクリーニングを実施する余裕がない。
- ・手間と労力、書類の多さと報酬が合わない。
- ・手間に対しての単位数が少なく意義が感じられない。
- ・手間に対しての利用者満足がどこまであるか？慎重です。
- ・手間に対して単位数が少ない。
- ・手間のわりに収入のメリットが少ない。
- ・手間の割に単価が低い。
- ・十分な学習ができていない。
- ・重要性の高さに単位数が合っていない。
- ・書類の作成など手間が増えるので、これ以上現場の業務を増やせません。
- ・書類の作成や手間、人員の投下に対して、全く見合わない単位数である。口腔に対する意義はと思う。
- ・書類の整理、サービス提供中の仕事量の増加。
- ・書類業務の追加。現状、日中のサービス通常書類で時間使用。
- ・書類作成が大変そう。人員不足。
- ・書類整備の時間がない。

- ・書類等の負担。
- ・少ない人員における労力不足
- ・算定の手間に対しての単位数が少なく、利用者、利用者家族の希望者がいないということも算定していない理由の1つ。
- ・職員が介助に入り定期的な評価・計画 LIFE 活用が難しく思う。
- ・職員が現在通われている利用者様(認知症等)から聞き取りが難しかったり、御家族様の協力をもらわないと難しい部分がある。
- ・職員に必要性を理解してもらいづらい。また、職員の負担が増えることで不満感が出ることも考えられる。スクリーニングの結果を活かしていくための知識も必要になってくる。
- ・職員の業務に新たに業務が増えるのであれば職員の人員配置基準の見直しが必要になる。
- ・職員の雇用がむずかしい。
- ・職員の手間が多く、現状の業務以上に負担かけられない。
- ・職員の能力のばらつき、学習のための時間取得、実施することに対して一般職員の理解。
- ・職員の負担が大きい。
- ・職員数が少なく対応が難しい。
- ・職員全体のスキルアップ。
- ・職員体制が整わない。
- ・職員不足。
- ・色々な予防にはなと思うが、課題となるとピンとこない。
- ・食後口腔ケアはしていますが、お断りされる方もいて声かけが難しい(起伏の激しい利用者様もいらっしゃるので、お断りされると出来ないことが続く)。スクリーニング項目の聞き取りが難しい。
- ・食事のサービス提供がないので、状態の把握が難しい。又、事業所のサービスで改善に取り組む事が難しい。
- ・食事をする上で、そこまで管理できていない。
- ・食事摂取量など総合的に測ることができないので、信頼性にかけると思われる。
- ・食事摂取量の割合の計算(通所利用時の食事量のみでは正確な食事摂取量が計算出来ない)
- ・食事提供を行っていない事業所なので栄養については把握しにくい。
- ・新しいことに取り組む時間が作れない
- ・新たな加算取得の為に体制が整うか？(計画作成、実施記録、アセスメントなど)
- ・新規で算定する上で実施する事業所、居宅ケアマネのこの加算についての理解(やる必要性、意味合い)を根づかせる必要があると思う。
- ・身長について円背の方の正確な値を出すのが難しい。
- ・人員が足りず算定する上での手間をかけられない。
- ・人員の確保。
- ・人員の配置が難しそう。
- ・人員配置上、余裕がなく算定に至っていない
- ・人員不足、取り組むにあたって準備をする時間がない
- ・人員不足のため、作業を増やすことができない。
- ・人手が足りない。労力と算定数のバランスが見合っていない。
- ・専門職(看護師や栄養士)の不足。
- ・専門職がいなく難しい。
- ・専門職が在籍しておらずアセスメントが難しく感じる。

- ・専門職の配置が難しい。利用者・家族のニーズが少ない。
- ・専門職等の人員不足等。
- ・全ての利用者様の口腔関係の把握が難しいから。
- ・全体の体重や食事状況を入力するだけでもとても大変。算定してもしなくても口腔状況や体重は継続的に観察しているので、算定してもしなくてもやっている内容は同じなので、入力する手間が増えてしまう。算定する気がなくなってしまう。
- ・全利用者の口腔状況の把握することが現状の体制では難しい。
- ・他に算定している加算があり、算定している加算が多いとケアマネや家族に言われる。口腔機能向上加算は取得しているので、現状、加算を増やす予定はない。
- ・他の介護サービスと併用している方は負担限度額ギリギリで新たな加算を算定することで自己負担が発生してしまう。それを回避しようと利用日数を減らしたり、別の加算サービスを減らす等の調整が入り、これまでの利用スケジュールが乱れることがある。
- ・他の事業所で既に加算を算定している場合は、算定できないという事なので、対象となる方の把握が難しい為。算定に至らない点。
- ・他職種の理解が得られにくい。定期的にスクリーニングをする難しさ。
- ・体制、オペレーションの確立。
- ・対象者の理解、把握が問題と考えます。
- ・単位が低すぎる(アセスメント加算との併算のため)。
- ・単位数と手間が合わない為。書類等作成が業務の中に入れることが困難の為。
- ・単位数にしては手間がかかる。食後の歯磨きは一週に行うので一人ひとり見ることができない。
- ・単位数に対する業務の負担が大きい。サービス提供内のアセスメントや情報把握の時間の確保が難しい。
- ・単位数の少なさ、事務作業の多さ。現状算定している加算と平行して算定を進めるのは人間的に困難。
- ・値上げにつながり、効果など含めて理解してもらう説明文をどうするかなど課題としている。
- ・通所介護には口腔・栄養スクリーニング加算の項目はありません。
- ・通所介護の提供時間外の栄養状況の把握が難しいと思います。
- ・通所介護を利用される方の中には費用を抑えたいと考えている方も多いのが現状です。口腔ケアや栄養面での支援をそこまで重要視されていないご家族も多いです。実際、受診の状況を把握することも難しく、主治医やかかりつけ歯科医との連携はハードルが高いように感じます。
- ・通所施設の為、利用回数によっては継続性が難しく、評価しにくいのではないかなと思うから。利用者、家族の協力が得にくい。
- ・定期的に書類作成を行い、ケアマネジャーに報告する点で人員不足で難しいです。
- ・適切に評価を行う職員、時間の確保。書類作成等の業務負担が増すことに対して単位数が少ない。現在必要としている利用者様が少ない。
- ・当デイサービスでは基本的に半日利用の方が多く、1日利用の方(現状1名)のみ食事を提供しております。他利用者は運動・入浴をメインとしているため、食事は提供していません。このようなサービス提供内容のデイサービスですと、食事は問題なく自立で召し上がれる方がほとんどで、1日利用の方も栄養状態など問題はないため、必要はないのではないのでしょうか。低栄養状態のリスク状況の把握も難しい事が上げられます。
- ・当施設では単位を上限まで使っている方が多く、さらに加算にて単位を取得することが難しい。
- ・当事業所の現利用者様は介護度が低く皆、普通にお食事を召し上がり歯磨きもされている方々の為、今の段階では算定が困難(理解が得にくい)と思われます。自分で歯科等にも通われています。
- ・当方では介護職以外の専門職を雇用する事ができない(非常勤で雇用したとしても加算で得られる報酬が低いため)。介護職では通常業務で手一杯であり、算定はあきらめている(実際、食後の歯みがき、BMI値管理、毎月の体重測定はしているが、プラン作成が困難)。
- ・導入することで利用者の口腔状態が少しでも良くなっていくのか？

- ・内容が良く把握できていない。
- ・内容について理解してから算定しようと考えている。
- ・難しそうである。
- ・日々の業務の中で当たり前に行っていることを加算とすること。6 カ月ごとの評価だとただ加算取得するだけの表面上の評価になってしまう可能性が懸念される。
- ・日常業務が多く加算の必要性にあり、対象者もあるかと思われるがまだ手つかずの状況。
- ・日常業務で時間がとれない。
- ・日常業務の流れの中で、スクリーニングの手間がとれない。
- ・入浴や機能訓練が優先され、口腔や栄養状態は後回しにされている。口腔機能が保たれ、栄養状態が安定しての”健康”なのに。利用者さま、家族様、ケアマネジャーにもっと理解して欲しい。
- ・認知症や他の疾患により聞き取りが難しい。
- ・認知症対応型共同生活介護施設で算定を試みたが、市の対応がなかったため他部所についても考えていない。
- ・半年に 1 回という間隔をまれや重複なく取り組むシステムやチェック管理が大変。
- ・費用対効果。
- ・必要な加算だと思うが、6 ヶ月に 1 度 20 単位だと算定する施設は少ないのではないと思う。
- ・必要性を感じない。
- ・評価に人員とられ、そこまでの人員不足にて。
- ・評価基準や算定要件等、時間と手間がかかり現実的に取り組む事が難しい。
- ・評価内容が実感しにくいと思います。加算算定の目的について理解しきれていない。職員の共通認識ができていないと思います。
- ・病気等分かりやすい定義を決めてほしい。
- ・複数のデイサービスを利用している等の場合、ケアマネが知らない状況で算定させてしまっていることがあり、結果的に過誤することになってしまった。重複算定をしないように、ケアマネも対応策が必要だと思う。
- ・複数の方のスクリーニングに時間を要すわりには算定の単位数も少ない。
- ・併設型のデイサービスの為、算定しても限度額超過となってしまう。ご家族の理解を得るのが難しく算定しづらい
- ・本人、家族の意識が低いことは理解しており、事あるごとに話をしていますが、ケアマネジャーの意識(理解)が低く、受け入れてもらえない。
- ・毎月、体重測定は行っているが、血清アルブミン値の把握が難しい。デイサービスでの食事摂取状況だけでは自宅での栄養補給量のチェックがむずかしい。独居の人の場合、指導が困難。
- ・毎月、体重測定実施しているが、身長は姿勢により変動あり管理が難しい。アルブミン値(必須ではないが)データがない。他加算(認知症、中重度ケア、個別機能)とのかねあいでも 1 日の単価増限度額超過につながってしまう。
- ・目の前のお客様の日常の介護、介助が優先になっており、そこまでの余裕がない。(人手不足、職員のスキル)サービスの提供ができるような配置ではない。
- ・有意義と思うが、人員不足、手間がかかる等。労力がかかるイメージ。
- ・有資格者の採用や外部医療事業所と連携や協働体制の確保が難しい状況。
- ・様々な加算があるが、算定する為のハードル等はもとより、ご利用者様への負担につながる為、安易に算定する事は難しく感じる。実際にあまりにも多くの加算を算定している施設から当デイに移った方もいる。
- ・利用者、家族、CA への必要性の説明。
- ・利用者の口腔機能の低下を早期に発見し、重症化の防止につなげること。
- ・利用者の情報把握が難しい。

- ・利用者様、ご家族の理解を得る事が難しく、口腔の事は後回しになってしまいがちだと思います。
- ・利用者様の口腔や栄養状態を把握する事が難しいのではないかと、基準となるものがなく、これ以上に評価する人員を確保するのが困難である。
- ・利用者様の体重等をきちんと把握できる様になった(毎月体重管理は実施していましたけど・・・)。
- ・利用者様本人が望まない事。
- ・利用人数が多く、個別でのスクリーニングを行う手間と加算単位数が釣り合っていない。BMI などの正確な数値が割り出せない(身長測定)。
- ・両スクリーニングを行うことで目に見える効果が望めるかが不明である。
- ・労力と単価が合わない。

【通所リハビリテーション】

- ・アルブミン値の検査はできない。
- ・算定方法、要件がよくわからない。
- ・6ヶ月ごとに1回の算定では負担のほうが大きい
- ・6ヶ月に1回がわかりにくい。
- ・6ヶ月に1回のみでの加算であり、算定歴について、算定月である事の介護支援専門員との共有が難しく、辺戻や保留が増えた(ある)。
- ・言語聴覚士(ST)が在籍していないので、分からないし、食事の提供をしている施設ではないため、課題も分からない。
- ・アルブミン値が血液データのある方しか分からない
- ・アルブミン値の情報提供が難しい
- ・アルブミン値の把握はハードルが高い。利用者の薬情報を取得するのも大変なのに。特にスクリーニング対象になる方は、独居であったり、自己管理の難しい方です。加算算定は行っていませんが、1回/月以上の体重測定、補助食品の提案等、ケアマネ他事業所との連携は当然行っています。取得率が低いのは、相応の理由があり改善していただけることを期待します。
- ・ケアマネジャーが必要を感じていない方が多く、なかなかケアプランに位置付けしてもらえない。
- ・ケアマネジャーへの情報提供をしているが、口腔・栄養状態に応じて専門職への連携がとれているのかわからない。
- ・この加算にかかわらず、加算については利用者さんの負担増になるため、なかなかふみきれない。算定の手間を考えると(算定するなら)別の加算(栄養改善)を考える。
- ・この算定のためだけに人材を確保することが難しく、まず栄養アセスメント、栄養改善加算を整備する事が先であり、後回しになっている。
- ・ご自宅とサービスご利用時の食事の提供量に違いがあることも多く、摂取量の把握が難しい。
- ・ご本人、ご家族が必要を感じていない事。フィードバックを上手く活用できていない事。
- ・ご利用者様全員にきちんと口腔清掃して頂きたいが、洗面スペースが足りない。また、対応する職員も足りない。身長、体重測定を行う時間、場所、職員の余裕がない(行ってはいるが)。ご利用者様が複数の施設をご利用になっている場合の加算算定がケアマネさん次第。
- ・サービス担当者会議の際に加算の算定について決定する必要があり、面倒に思う。
- ・サービス提供に十分な時間を割くことができない現状です。
- ・サービス提供時間が短い為。把握する為の時間がとれない状態。
- ・スクリーニングが必要な方の選定と実施した際の改善度が伴うか。
- ・スクリーニングの重要性を広め、協力を得るための啓発。業務の増加をどのように取り入れていくかの検討。
- ・スクリーニングをする事で現時点での状況はわかるが、そこからケアマネに報告するのみで、そこからのアプローチ方法は課題である。
- ・スクリーニング項目が栄養の項目でアルブミン値など記入しにくいところがある。

- ・スクリーニング項目でみると、情報を把握することが難しい項目もあるのではないかと感じます。
- ・スタッフ不足で次の課題に勧めない。
- ・すでに他の加算算定に必要な書類の作成や事務に追われ、算定していて人間的な余裕がない。単位数の増加によっては算定を考えていく。
- ・デイ利用時の食事で栄養状態を把握しているのに、スクリーニングとして不十分な部分もある。栄養士のコメントができない。栄養不良の場合、採血HbA1cを組み合わせるとよいと思う。
- ・どう評価をしたら良いのかわからない。
- ・とても大切な取り組みだとは感じるが、口腔・栄養の加算だけでなく、トータル的な単位数も会議や手間、スタッフ数を考えると難しい。
- ・マンパワーが足りない。
- ・もう少し条件を緩和しないと算定しにくい。
- ・育休・育休中の欠員補充。
- ・飲食後の飲み込みが出来ているかの確認が難しい。
- ・運動するための施設で、食事の提供がないため、口腔や栄養の把握をしていません。
- ・栄養アセスメント加算の内容と重複している項目も多い。
- ・栄養スクリーニングで血清アルブミン値まで確認することは無理。通所サービスで週一回程度とかでは効果が期待できない。担当者会議で決定しなければいけないが、まずは介護支援専門員のこの加算に関する知識やアセスメントが出来ていないので、難しい。
- ・栄養改善加算との併算定不可なので。
- ・栄養士の確保する為の費用。
- ・栄養士や歯科衛生士がいないため、次につなげることができない。
- ・栄養状態についての確認が難しい。
- ・衛生管理、感染リスク管理。時間と手間がかかり、マンパワー的に実施は困難。
- ・加算の算定が6ヶ月に1回という点での管理の難しさがみられる。歯科との連携がうまく取れていないことがスクリーニングの活用として出来ていない。また、他事業所で栄養の評価をしており、別の事業所で口腔の評価をされているケースもあり、一体的にできていないこともある。
- ・加算の内容をスタッフが理解できていないので算定できていない。
- ・加算期待に伴う事務的な手続きの増加は現状として厳しい(対象期間におけるスクリーニング管理の負担など)。
- ・加算月にケアマネジャーに報告する事で、利用者の今後の目標や現在の目標を再確認し(リハビリに対する長期・短期目標)、利用者の身体の状態を共有できている。
- ・加算算定の同意が取れない場合がある(それでもサービスとして評価は行っています)。利用者様ごとに利用開始から6ヶ月ごとのスケジュール管理の手間が点数と比べて過大に感じている。口腔の評価や必要を感じるほどの能力変化があれば、STや歯科衛生士もサービスで介入してきており、コストとして見合わない。
- ・介護、看護職員の人員不足。スタッフの理解と協力が得られにくい。スクリーニングの時間がない。
- ・介護職の職員数確保が難しく、新しい加算をとる余裕がない。日々の業務で精一杯。
- ・介護職員、居宅ケアマネの口腔環境に対する意識が低い。
- ・介護度が全体的に低い方が対象の事業所となるため、必要性のある対象者が現れない。ケアマネジャーの中でもなかなか理解が得られない。
- ・看・介護職員などの人員不足。他の業務に時間がかかり、スクリーニングの時間が少なく対応が難しい。
- ・管理栄養士・栄養士の配置が十分充足しないから。
- ・管理栄養士の介入(栄養アセスメント加算)のため、介護職員から主体となって実施するのは困難。

- ・居宅 CM へ情報提供した後のフォローが十分にできない。
- ・業務に割く時間と単位数が見合っていない。
- ・業務の分担が難しい。
- ・業務負担の増大と情報管理。
- ・具体的算定の流れを作っていない(実施に向けた課題)。
- ・血清アルブミン値の確認がとりにくく、全員が定期的に行われていない。食事摂取量の見極めも困難。
- ・血清アルブミン値の把握(毎回受診時に血液検査を行っているか分からない)。食思低下している方へのアプローチを誰がどこで行うか(利用時には食事を食べて、自宅では食べない方など)。6ヶ月に1回の算定のため、課題を抱えている対象者に対しては頻度的に疑問を感じる。
- ・血清アルブミン値を確認するために受診を促さないといけない。本人や介護者に負担がかかる。食事摂取量の判断が難しい(利用時以外の摂取状況が把握しにくい)。書類の作成などの負担が大きい。
- ・月によって算定人数がまばらで負担差がある。
- ・現在、利用されている方が少ないため、算定していません。今後、利用者様が増えた時に考えていきたいと思えます。
- ・現在は、看護師1名で算定しており、手間がかかっている。
- ・現在、栄養アセスメント加算を取得しているため、口腔・栄養スクリーニング加算の取得は算定要件上でできていない。
- ・現状、運動機能向上加算の為のアセスメント、評価で業務はギリギリである。
- ・現状の職員体制ではそこまで手がかけられない。書類が多すぎる。
- ・現状を知っても改善するのに何もしていないことが多い。
- ・効果と意義が分からない。
- ・効果を感じない。
- ・口腔・栄養スクリーニングを算定していると、口腔機能向上が必要な方が移行しにくい。
- ・口腔・栄養スクリーニングを実施した上で、どのように他職種との連携を図れば利用者のADLやQOLの向上につながるのかが不明。
- ・口腔・栄養スクリーニング加算の算定に必要なスクリーニング項目の全てを把握するのが困難。
- ・口腔・栄養スクリーニング加算の算定の際、口腔機能向上加算との併用ができない。もしくは(Ⅱ)しか算定できないため。体重等の測定は実施しているが、算定となると他職との協力・用紙への計算・記入等の手間が多いわりに単位数が低い。
- ・口腔・栄養に関する取組みが必要であることは承知しておりますが、必要な人員や提供体制の確保が難しく、算定に至っていないのが現状です。
- ・口腔・栄養に対する重要性についての認識について不足しているから。業務量が増える事と管理を継続していく事がむずかしいと思われるから。
- ・口腔・栄養の具体的な知識が少ない。
- ・口腔・栄養はとても大切だと感じていますが、管理栄養士の配置が難しい。
- ・口腔、栄養について通所に関わる職員がいない。歯科衛生士などの人件費を払えるほどの加算ではない。
- ・口腔・栄養面の評価は行っているが、家族への報告が主である。直接、歯科医師に報告するといった対応がとれていない。
- ・口腔ケアの大切さは理解しているが、加算要件を満たすまでの取り組みを実施していない。
- ・口腔ケアや歯科受診へのつながりに対しては家族の協力も重要であるが、協力が得られなかったり、連携が難しい場合がある。
- ・口腔スクリーニング及び栄養スクリーニング項目の聞き取り、確認等が課題と思います。
- ・口腔に関心のない方へのアプローチ。機能低下。
- ・口腔のスクリーニングが難しいと思う。

- ・口腔の健康状態の確認を行う職員がいない。マンパワーの不足。
- ・口腔の必要性ある方でも指示が入らないため、なかなか困難。
- ・口腔機能に問題が一見なさそうな利用者に関しては、ケアマネジャーがこの加算の必要性を感じていない場合がある。
- ・口腔機能の評価を行うことになるが、単位数が少ない。
- ・口腔機能を計画する専門職がいない(常駐していない)。人件費等の兼ね合いで、1名の配置が難しい。
- ・口腔機能向上加算と違い、記入する項目が少なく体重とBMIのみの記入で終わっているケースもある。スクリーニング加算に対するスタッフ間の格差があり、極端に体重が減少しているケース以外は興味を示さないスタッフが多い。目的の再確認を施設で行っていかねばならない。6ヶ月に一度という管理面について手間がかかる。居宅ケアマネジャー自体に認識が低く、計画はぬげが目立つ。周知不足なのではないか？算定事業者が少ないのは当然と考える。
- ・口腔機能低下の重症化の予防、維持、回復につながっているか不明なことと低栄養のリスクの高い方を栄養改善加算の取得につなげていくことも難しい。
- ・高齢の利用者が多いため、体重減少、食事摂取量が低下した場合でも「仕方ない」という感じで、あまり問題視されにくい。スタッフの中でも栄養スクリーニングの関心が低い方がいる。
- ・今後算定を検討しているが介護職の理解と協力が必要であること、介護支援専門員の理解や協力を得てサービス担当者会議の中で必要性を提案できるスキルを身につけていないことが課題と考えています。
- ・採血の結果がない方もあり、食事指導が話しにくいときもある。
- ・在宅ケアマネが栄養管理に対して優先順位が低いと思われる為、栄養管理の重要性を多職種が理解していない為、栄養士の配置人数が少ない為。
- ・在宅生活の方の受診の有無は家族判断になる為、評価を活かすかは家族次第であると感じる。
- ・算定するにあたっての作業と書類作成の労力が単位数に見合っていない。
- ・算定するには食事の提供がないため、アセスメントが信憑性にかけるものになる可能性がある。
- ・算定する上でのメリットや必要性を利用者や家族が理解できるのかわからない。
- ・算定について対応できる余裕がない。
- ・算定に手間。利用者の把握。口腔の聞き取りが難しい。管理栄養士や栄養士がいない。
- ・算定に手間がかかる。提供した情報が活かされているのか。6月に1回20単位算定しているが、CMとの請求が合わずエラーとなることが度々ある。
- ・算定の為の情報収集が手間。
- ・算定の手間に対しての単位数があまりに少ない。フレイル自体の認識が乏しく、低栄養状態のリスク度の説明をしてもさほど、必要に感じない方が多い。
- ・算定の手間に対しての単位数が少なく、現状のスタッフ人員では対応が難しい。サービスの定着にはまず保険制度自体の改変を行い、各施設で無理なく介護スタッフが確保出来る収益性が持てる必要があると考えます。
- ・算定の手間に対して単位数が少ない。
- ・算定はしていないが、手間に対しての単位数が少なく、そのための人員補充も見込めず、介護職員の負担が大きい。
- ・算定予定なし(リハビリの中心が運動機能向上の為)。
- ・算定要件が厳しいわりに単位数が少ない。算定しにくい。
- ・算定要件が複雑。
- ・算定要件について詳細に把握できていない。口腔機能・栄養状態の評価についての専門知識が不足している。実際に算定を行った事のあるスタッフが在籍していない。

- ・算定要件を満たす環境が整えられない(スタッフ数)。
- ・歯科専門職との連携。
- ・事務処理作業の負担が大きい。単位数の範疇内での制約がある。担当 CM やご家族への説明等の理解が得られない。
- ・自宅での食事摂取状況を詳細に把握できない(形態や量、時間など)。身長を測ることが難しい人も多い。家族の協力が欠かせない。
- ・自宅での食事量の把握がむずかしい。自歯が 1 本もない人でも、義歯を使用していない場合、義歯を使用していないとチェックしている。これで良いのか、自歯が全部ある人も義歯を使用していないにチェックしているが、どう判断すれば良いか、わからない。
- ・手間、人手不足、必要だとは思う。
- ・手間が掛かるので現状そこまでできない。CM のケアプランに沿って必要な利用者に提供しますが、現状は居ません。
- ・週に数回のご利用の方の自宅での現状を把握する事が困難、外部のケアマネとの連携が難しい。
- ・準備、実施に時間がかかる
- ・書類が多い中、算定するにあたり単価が安いいため、そのような取り組み(体重測定など)を定期的に行っていますが、算定に至って居ません。人員を検討するにも値しない印象です。
- ・書類作成に手間がかかるわりに単位が少ない。認知面の低下がある方からは正確な情報が聞き出しにくい。
- ・条件が難しい、算定可能な方が少なく看護師(NS)の評価も困難。やることと加算点数見合わない
- ・職員の協力が得にくい、手間に対しての単位数、職員数を考えると時間的に難しい。
- ・職員の業務上の手間。
- ・食事指導が必要な場合、利用中はバランスが良い食事を提供出来るが、自宅での指導、提供が難しい(理解を得るのも含めて)。
- ・人員の確保と時間の確保が難しい。
- ・人員配置、必要項目の達成。
- ・人員不足、算定基準の周知。
- ・人員不足により、十分な時間を確保することが難しい。加算を算定するための知識不足。
- ・人手不足。加算算定に対して負担業務が増えることへの現場の理解、協力。また、給与に反映されないことも影響すると思います。
- ・人手不足で、スクリーニングまでいたっていない。
- ・生活の場のメインが自宅である以上、評価の妥当性に疑問があります。
- ・生活環境により、歯科受診しやすい方、困難な方がいる。
- ・生活相談員、ケアマネジャーに問題点などの報告を行っているが、質問等はあまり返ってこない。6 ヶ月に 1 度の加算の管理が困難。
- ・専属の管理栄養士の配置。業務量に見合った加算。
- ・専門スタッフの確保と実際のスクリーニング方法の勉強不足。
- ・専門職の配置、介護職等の口腔に関する知識不足。
- ・専門知識のある人員が必要なこととそこに割く人員の確保。
- ・他施設での取得確認に労力がかかる。
- ・他事業所で算定されている場合、算定不可のため、対象者の把握が難しい。
- ・体重減少の状況をつかんでも一人暮らしの方の生活の中まで入り込めない為、改善が難しい。
- ・対応できる職員(職種)が限られている。
- ・対応できる人員が不足しているため。
- ・対象になるご利用者の選択が難しい。他の加算も算定している為、これ以上ご利用者への負担が大きいと思います。
- ・対象者の選定、家族、ケアマネジャーへの説明について、計画的に取り組むことが課題と感じています。
- ・対象利用者が全てアルブミン値の検査データを提出しているわけではないこと。

- ・誰がどの部署が中心となって行うのか。又、現状では通常業務を行っているだけで仕事量が多く感じる。その上で新たな加算を取得となると、どのように業務を行っていかばいいのか。
- ・単位数が少ないものもあるし、併算不可でなによりもややこしい。効果があるとあまり思えない。
- ・単位数が低いので継続した取組みにつながり難い。
- ・単位数と算定可能回数が少なすぎると思います。せめて、5単位のままなら、月1回は算定できるようにして欲しいです。ケアプランに入れてなくても施設加算などで簡単に算定できるようにして欲しいです。
- ・単位数の少なさ、書類に追われる業務のなかで、更に書類を増すことへのメリットを感じない。
- ・短時間のみでは難しい。
- ・短時間の通所サービスのため、困難。
- ・地位によるかもしれませんが、口腔・栄養スクリーニング加算により利用者様の問題点が出て経済的理由により、次の改善する為の行動が難しい場合があります。スタッフが不足すると、業務の負担になることがあります。介護支援専門員に情報提供を行っていますが、この加算を理解されていないことがあります。
- ・昼食前後にかけて、食事摂取に介助を必要とする方が多く、職員の手がかり、時間もとられるのが実情です。
- ・通常規模事業所では労力に対して、収入になる単位数が少ないため。歯科衛生士、管理栄養士等の専門職の配置が困難。利用者からの要望が少ない。必要な利用者に対しては加算をとらず、サービスの一環として情報提供をするにとどまっている。
- ・通常業務に加え手間がかかり負担が増える。
- ・定期的な体重(BMI)測定をしている時間がとれない。単位数に対しての時間が大きい。
- ・当デイケアが退院直後の利用が多く、口腔等の問題がない方がCMより選ばれている。その中で、サービスとして加算をすすめるににくい(専門スタッフはいるのであるが)。また、ほとんどの利用者が定期的に歯科受診されている。栄養面のフォローも医療でのフォローがされている。
- ・当該加算にも LIFE 内で作成できず別書式で作成している状況のため。LIFE に統合されれば業務負担軽減に繋がると考える。
- ・当事業所には看護師等の口腔、栄養面に詳しいスタッフが勤務しておらず、また加算に関しても勉強不足であり、算定に躊躇している現状である。
- ・当事業所は、管理栄養士や歯科衛生士との連携が難しい。
- ・当事業所は、短時間型デイケアとして個別リハビリに特化した通所リハビリテーションであり、職員が口腔や栄養に関するスクリーニング、評価を行う時間の確保が困難。
- ・日々の食事量を記録し、日の平均値を算出したり、BMI や体重の変動を把握したり、口の中の状態を聞き取り、必要であれば介護支援専門員と話し合ったりとすることが多いわりには点数が少ないと思います。
- ・日常生活における食事環境の把握には限度がある(利用者および同居者への聞き取りだけでは正確な情報が得られないことがある)。
- ・年々ご利用者の自立度が高まり対象者がいなくなりました。
- ・半年間というスパンでの評価は、状態変化が顕著な可能性がある。3ヶ月スパンでの評価が期間として望ましい。
- ・費用対効果が悪い。6ヶ月に1回なので管理がしにくい。Cmへ情報共有しているが、活用されているか不明。利用者によっては、病院や歯科受診時にチェックされているようだが、そのような方にスクリーニングが必要か不明。
- ・必要と感じるが、労力をそこにかけられない。その分、残業となり、加算によりマイナスになる。
- ・必要な人員配置、定期的なスクリーニングの時間。
- ・必要性は感じるが、費用対効果で算定には至っていない。
- ・必要性をケアプランに反映するのが難しい。効果を実感するのに時間を要する。
- ・評価するうえで、センター内での様子(昼食のみ1回/W)は分かりにくい。1人暮らしで家での様子が聴取困難な場合がある。QOLと評価内容との差異について。

- ・忙しい。効果を感じにくい。
- ・利用者にムセが出てきた、食事が減ってきた、体重の増減があった等の変化が見られたときに必要な項目とは考えている。
- ・利用者のための加算になりにくく、事業所の利益が先行しやすい。
- ・利用者の口腔や栄養状態の確認がむずかしい(専門職がおらず知識がない)。
- ・利用者やケアマネにメリットを感じてもらいにくい。
- ・利用者様が評価に対して理解しにくい。
- ・利用者様に対して行う手間と加算の点数を見ても見合うものでない。在宅の人には、あまり必要を感じない。
- ・利用者様の口腔内を見る事はなかなか難しく体重測定は行っているが、BMI 値などその他の事まで手が回らない状況。
- ・利用者様を支えていく上で、口腔面・栄養面でのフォローは必要と思っているが、算定できるよう体制・準備が整っていない。
- ・利用者、ケアマネに対して有効な情報提供となっていない。
- ・老健で栄養アセスメント強化加算を算定し始める予定であり、デイケアの栄養管理までは手が回っていない状況。入居とデイケアでは栄養リスクは入居の方が高い印象で、限られた人員で栄養管理を行う上でデイケアは後まわしになっている現状がある。

4) 口腔・栄養スクリーニング加算が必要だと考える利用者について(自由記述)

全ての回答は次の通り。(原則、原文ママ。明らかな誤字のみ修正。)

【通所介護】

- ・口腔機能低下がみられる方。食事の際にむせや咀嚼や嚥下に問題がある方。自分自身で口腔の健康状態の維持が困難な方。
- ・自分で食事摂取が難しく、寝たきり等の方。胃ろうの方。
- ・柔らかいものばかり食べて硬いものは食べない方。義歯を使用している方。ムセの多い方(嚥下機能の低下が見られる方)。
- ・嚥下困難な方、又は嚥下が難しくなった方。独居、ご自分でお食事を用意される方。
- ・口腔機能に問題が認められた方。低栄養と思われる状態が継続されている方。
- ・嚥下障害のある方。義歯を使用している方。食事摂取量が減少している方。体重減少している方
- ・20歳をすぎた成人全員が対象と思っています。
- ・BMI 値が低い方。栄養不良や体重が軽い方。普通の食生活で栄養面に偏りがある方。
- ・うがいや歯磨きが難しく、自分でセルフケアができない方など。
- ・おかゆ一口、きざみ食に対して。
- ・ご家族様の協力を得られる低栄養の利用者様。
- ・ご自身で口腔機能、栄養状態に問題が生じているにも関わらず、自覚に乏しい方に対して「気づき」を与えるため。
- ・ご自宅での口腔ケアが十分に行えない方。
- ・ご自宅での口腔ケアが難しい方。
- ・ご自分でケアが困難であり、ご家族様の協力が難しいご利用者様。
- ・ご自分で口腔内の異常等の訴えができない方。
- ・サービスを使う全ての人。入れ歯が合わない、下痢気味など個々の状況に都度対応しているのにそれを当たり前ととらえられる。
- ・自立度の高いかた。事業対象者や要支援の方々。
- ・すべての高齢者
- ・すべての人が対象となるが、自分自身が管理を行うことが出来る要支援～要介護1くらいの人。
- ・すべての利用者に対して評価していくことが必要だと考えます。
- ・すべての利用者が必要と思うが、ハードルが高い様に感じる。

- ・御本人の QOL にとって重要な要素となる方
- ・デイを利用する全員が必要だと思う。
- ・できれば全員必要(特に食事とれていない方)。介護度が低いうちから、口腔ケアの練習をしていく必要がある。
- ・フレイルの方。
- ・フレイルの予防や健康管理に不安がある方。
- ・フレイル予防という観点から考えると全ての方が必要だと考えます。
- ・フレイル予防の方に必要。
- ・ほぼ全ての方に必要と考えます。自ら管理できず、家族も携わっている方が少ないため。
- ・ほぼ全ての利用者、特にフレイル傾向の方。
- ・ほぼ全員。
- ・ご自宅、ご家族様ではなかなか口腔内の把握は難しく、通所ご利用者様全般にサービスが受けられると良いと感じています。(オーラルフレイルの重要性)
- ・まだまだ元気に生活している利用者こそ非常に大事だと考えています。
- ・ミキサー食などを食べられている利用者様。水分が多く完食しても他の利用者様と同じ量が摂取できているかの確認のため。
- ・むせやすい方、入れ歯の方
- ・むせやすい方や重介護の方。
- ・飲み込みが悪く、通常の食事が摂れない方。
- ・栄養が足りない人。
- ・栄養管理が困難。むせ込みや誤嚥の予防が必要な方。定期点に評価を行い、病状の悪化を防いだり、早期治療につなげる必要がある方。
- ・栄養状態、口腔内の状態に問題がある方、又はその予備軍。
- ・栄養状態、嚥下機能等に問題のある方
- ・栄養状態が悪い方、又は医師からの指示。
- ・栄養状態が悪い方。口腔ケアが不十分な方。
- ・栄養状態が悪く、食事の摂取が少ない方。
- ・栄養状態が悪化傾向にある方など
- ・栄養状態の悪い方、口腔ケアの難しい方。
- ・栄養状態の悪い人(体重減少の著しい人、アルブミン値の低い人など)。
- ・栄養状態の管理が自身では行えない方や食事摂取の介助が必要な方、口腔機能の著しい低下がみられる方などは、専門的な知識のある者の評価・介入が必要かと考えます。
- ・栄養状態の管理が必要な方。
- ・栄養摂取の難しい方。
- ・栄養不十分、摂取(食)が難しい方。体重が増加しない方など。
- ・栄養不足がみの方。
- ・嚥下困難な方。
- ・加算算定に関わらず、全利用者に必要と思っている。
- ・家族が必要と認める方。
- ・介護サービスの利用が開始となった方。
- ・介護度が重い方。

- ・介護度の高い方、認知症の方、独居の方。
- ・基本的に全利用者に必要。口腔ケアへの意識づけや習慣化をすすめる必要がある。
- ・希望の利用者に必要だと思います。
- ・義歯の手入れが出来ていない方。残渣物が多く、うがい時に多く出てくる方等に行えれば、状態が確認でき、良い状態が保て、良いのかもしれません。
- ・義歯を使われている方、食材のより分けをされる方。むせやすい方。栄養、健康状態の悪い方。
- ・義歯を自力で洗うことが難しく、清潔が保てない方。食事形態が合わず、摂食量が少ない方。誤嚥しやすい方。
- ・義歯を入れっぱなしの方、歯の調子が悪いと言っている方。
- ・義歯使用者。むせやすい方。BMI18.5 未満の方。低栄養状態の方。
- ・急に義歯の調子が悪くなった方もいるので、その時歯科受診をされた方など。
- ・健康に深く関わるので全員できると良い。
- ・現在、健康な方でも少しの体重減少から身体機能が落ちてしまうため、全員に必要だと思います。
- ・御利用者全員に必要と思われる。受診等の最終判断は本人または家族になるが、情報提供する事で考えるきっかけになる。
- ・誤嚥や自力での歯みがきが不十分な方。施設で見きれない方など。
- ・誤嚥や肺炎のリスクがある方。
- ・誤嚥性肺炎の既往歴のある利用者。又は予備軍？
- ・誤嚥性肺炎を繰り返す方。
- ・口腔、栄養に課題アセスメントがある方。
- ・口腔ケアが頻繁な方。
- ・口腔ケアできていない人。体重減少の人。
- ・口腔ケアの実施が難しい方。食事摂取量が少なかったり、体重減少又は太りすぎの方。
- ・口腔ケアや食事の介護支援が必要な方。
- ・口腔ケアを十分に実施できない方(認知症、片マヒ等)。
- ・口腔に関しては、どの利用者にも必要なことだと思います。データ化まではしていませんが日々のサービスの中で行っていることなので、基本報酬に反映していただきたいです。栄養に関しては、日々食事が上手く摂れていない方に必要だと思います。
- ・口腔の状態に問題があり、食事が満足にとれず、栄養状態が芳しくない方。
- ・口腔衛生が悪く、栄養状態が悪い方。
- ・口腔衛生が保たれていない方。
- ・口腔衛生管理必要な方で飲み込みが悪く、誤嚥性肺炎になりやすい方。
- ・口腔機能が低下された方。
- ・口腔機能が低下している方、低栄養の方。
- ・口腔機能についてのケアはこれから重要になってくるので、どなたにも必要があると感じます。
- ・口腔機能の低下がある人。食事がうまく取れない。ムセ込みがひどい等。
- ・口腔機能の低下した方や栄養状態が悪い方。
- ・口腔機能の低下は低栄養にもつながっているので、独居や高齢夫婦など周囲で気がついてあげられない場合に必要でないかと思います。
- ・口腔機能の低下や低栄養の利用者様の把握に役立つものなので、全ての利用者様に必要と思います。
- ・口腔機能の低下を早めに予防することで、食べること、のみこみ生きていく上で”栄養”必要な食事が届く。よって、認知症の方は特に必要だと思います。

- ・口腔機能の低下を早期発見できるので、体重減少されている方には必要だと思います。
- ・口腔機能を定期的に評価する事で機能維持が図れる方。独居等栄養面で不安定な方。
- ・口腔機能低下につながる疾患を抱えられた方。
- ・口腔機能低下のおそれのある方や栄養状態の低下が懸念される方。
- ・口腔機能低下の重症化等のおそれのある方。
- ・口腔機能低下の方はもちろん、現在心配のない方も状態を把握して低下させない為にも全ての利用者に必要だとは思う。
- ・口腔疾患の自覚のない方や疾患があっても症状が軽微で気付いていなかったり、潜伏している方。疾患の発症が予測される方。
- ・口腔清掃が不十分な方。口腔機能の低下により食事が減少している方。
- ・口腔内の影響により、食事摂取が困難な人。栄養状態が偏っている人。
- ・口腔内の保清や体重が減少しており栄養の目通しが必要と感じる方に必須。
- ・口腔内疾患がある方。介護者(自宅での)がおられない方などサポート必須な方。
- ・口腔内状況が悪いと食事摂取量も減ってきて低栄養な状態になる人。むせやすい人。
- ・口腔内不衛生な方。口腔ケアへの意識が低い方。嚥下能力低下している方。
- ・在宅で生活しており、介護サービスの利用も特に少ない方。
- ・在宅生活を最後まで希望される方。
- ・施設入所の方。
- ・歯や嚥下の能力の問題で食事が思うようにとれず、体重が減少してきている方。健康状態が低下してきている方。
- ・歯科健診等受けていない方、体重増減のある方
- ・事業所、在宅でも協力的体制が得られるのであれば、どの方にも必要であると思う。口腔内を保清する事は大切な事だと思うから。
- ・自己管理が不十分な方には、必要であると思う。
- ・自歯があり義歯を装着しているが、不具合を常に感じている方が必要だと思う。
- ・自歯の状況や義歯の状況が不安定で食事摂取量の低下傾向にある利用者。
- ・自歯の方の口腔機能を清潔に守るため。低栄養にならないようにする。
- ・自身でケア出来ない方。
- ・自身で歯磨き等ケアするのが困難な方。糖尿病など栄養状態に問題のある方(感染しやすい状況にある方)。義歯を使用している方。嚥下に問題のある方。
- ・自分で口腔のケアができない方や家族等がみれない方。認知面で難がある方。
- ・自分で食事ができない介助が必要な方や認知症の方など。
- ・疾患等により特別な配慮をした食事が必要な人。褥瘡等により速やかな栄養改善が望まれる方。
- ・若者、未成年。
- ・若年高齢者。
- ・柔らかい物ばかり食べている人、義歯がある人、むせやすい人など。食事摂取量が不良の人、低たんぱく血症の人、BMI18.5未満の方、直近6ヶ月間で大きな体重減少がある人。
- ・出来ることなら利用者全てに必要であると思います。現在の状態を知ることと予防にもつながると思う。
- ・食の弱ってきた方。
- ・食事が思うように摂取できていない方。
- ・食事が特別な形態の人。体重に変動のある人。
- ・食事など問題があり、体重、栄養などしっかりとれていない方に必要と思う。

- ・食事による栄養摂取が十分に行えておらず、体重や BMI 値が減少傾向の方。
- ・食事の状態の把握が必要な方。
- ・食事の摂取がしにくい方。
- ・食事の入りや体重の減少が目に見えて分かる方など。
- ・食事を召し上がっている方であれば、どなたにも必要だと考えます。
- ・食事を食べたいのに食べられない方。
- ・食事介助、口腔内の清掃介助がいる方はもちろんですが、今の健康状態を維持する為にはすべての方に加算された方が良いと思います。
- ・食事介助が必要な方。
- ・食事形態がさざみ食等の方。
- ・食事場面において、咀嚼能力の低下やムセの頻度が多い増加している方。食欲低下などで体重減少の著しい方。
- ・食事摂取が思うようにできない低栄養の方。
- ・食事摂取されている方、全ての方に必要かとは思いますが。
- ・食事摂取に問題がある。体重が減少していきっている。口腔内の機能に問題があり、尚かつ栄養状態に支障をきたしている。
- ・食事時のむせ込みや咀嚼動作に低下傾向が見られる方。
- ・食事等、摂取時にむせやすい方。硬い食べ物をさける方。
- ・食事量が少なく、体重減少がみられる方。
- ・食事量が低下している方、体重の減少が著しい方。
- ・食欲不振。歯磨きなどの口腔内のケアを日常的に行なえない方。
- ・寝たきり。
- ・寝たきりの方やご自身で口腔内を清潔に保てない方に必要だと思います。
- ・寝たきりの方や家族に見放されている方、独居で認知症の方など。
- ・身体機能の低下や体重の減少などの健康管理に必要だと思う。
- ・全ての高齢者、主に人の手助けが必要とする人たち
- ・全ての高齢者に健康を保つためにも必要だと思います。
- ・全ての利用者に必要
- ・全員を対象にしてふるいにかける。そのうえで、専門的に口腔栄養内容に入ると思うので基本全員。
- ・全体に必要なと思います。ご家族と同居していても気づかない点もある為。
- ・体重が減少傾向にある方など、低栄養になっている方や口腔機能が低下している方に必要と思われる。
- ・体重の増減がある方。
- ・体重の増減の著しい方はもちろんだが、現状安定している方でも高齢者は必要かと思う。今後、算定を具体的に検討していく。
- ・体重減少(筋力低下、褥瘡等も)。食事に対しての問題のある方に必要。
- ・体重減少が続いている方や口腔の清潔が維持できない方。
- ・体重減少が著しい方、入れ歯が合っていない方。
- ・体重減少の続いている方。嚥下力低下(不定)のある方。褥瘡の出来やすい方(ある方)。
- ・体重等を継続的にみなければいけない方だけど、ほぼ全員になるかと。
- ・退院直後の方(長期入院)など。
- ・虫歯のある方、義歯の方。
- ・通われている、すべてのお客様。

- ・低栄養、口腔機能が低下している利用者に対しては必要だと思います。
- ・低栄養、嚥下不良、自宅で口腔ケアがきちんと行えていない方に必要だと思います。
- ・低栄養が著明な方。
- ・低栄養と思われる方はもちろん、現在は必要と感じない方々でも今後必要になった時に活用できる様全ての方に必要だと思う。
- ・低栄養やオーラルフレイルの方。
- ・低栄養や低体重のおそれのある方。
- ・低栄養状態の方。管理できる家族がいない方。
- ・低栄養状態の方で改善が見込める方。
- ・低栄養状態の方や口腔にトラブルのある方。
- ・低栄養状態の利用者さんはもちろんのこと、すべての利用者さんに行えると継続的に身体状態を把握できるのではないかと思います。
- ・あきらかな低栄養状態だけでなく、予防的に必要な方に対するアプローチは必要。(→明らかな低栄養の方、低栄養予防が必要な方)
- ・低下を早期発見できるところから入所時から全員必要だと思う。
- ・当方は、年2回体力測定を実施しており、BMI 値を把握しケアマネ、家族に報告している。BMI18 以下の利用者は骨折、感染リスクが高い事は実例からしてもわかる事であり、そのような方には栄養加算は必要。口腔スクリーニングについては高齢者全般に必要と感じている。
- ・特別な理由が無いのに体重低下が見られる方の他、独居の男性高齢者。
- ・独居、栄養状態不良、認知症。
- ・独居、高齢者世帯で、自身が口腔状態を把握できない方にとって必要。
- ・独居か生活がままになっていない方。
- ・独居で、食生活の確認ができていない方、義歯使用の方。
- ・独居の方、家族と同居されていても適切なケアが受けられていない方、ご家族がご本人の状態の変化に気付いていない場合も含めて、定期的な口腔内の状態や栄養状態の評価は必要。
- ・独居の方。経鼻経管の方(口腔内)。
- ・独居の方。独居でなくても食事の用意が困難な方。
- ・独居の方。認知症の方。家でも口腔ケアされておらず義歯があったが合わなくなって歯がないままの方が多くおられます。このような方には少しでも改善ができるのではないかと思います。
- ・独居の方で栄養に偏りのある方。嚥下障害のある方。食事量の少ない方。短期間で体重の減少が認められる方。
- ・独居の方や食事の時、水分を摂る時にむせる人、口腔内が不衛生な方。
- ・独居や高齢者世帯など栄養が偏っていたり、口腔ケアが困難な方に対して、定期的に支援することで、状態把握や改善が図れる。
- ・独居や状態把握、管理が困難な方。
- ・独居や嚥下に問題のある方。
- ・日々の栄養状態が悪い方。疾病により栄養管理が必要な方。
- ・入れ歯の方、むせやすい方、体重の減少がある方。
- ・入れ歯を使っている方やむせやすい方で食事摂取量が不良、体重の減少が6ヶ月で3%など口腔機能の低下している方。
- ・入居施設利用者。
- ・認知症、食事量が低下している方、退院間もない方。
- ・認知症、独居、老々介護の方々など
- ・認知症の方。
- ・認知症の方など、自身の口腔状態や栄養管理(食事)をコントロールできない方

- ・肺炎をおこしやすい方や低栄養の方。
- ・比較的自立度は高いが自宅での食事摂取状況が気になる方。体重減少や口臭(歯ブラシ習慣)気になる方
- ・不顕性誤嚥等、見ていても普段の様子では問題無いように見える方がいるのでスクリーニングは全ての方に必要。
- ・片麻痺、認知機能低下に伴う発語や食の低下の方、要支援の方。全ての高齢者に必要だと思えます。
- ・本来であれば全員に必要であると思われる。
- ・明らかに低栄養と思われる方。
- ・予防、支援の方々。認知症。
- ・予防の考えから、要支援者の方に必要と思えます。
- ・予防もかねて希望される方。
- ・要介護3以上の方。保健所や歯科衛生士の訪問しサービスで担う。
- ・要介護の人には少なからず必要だと思えます。
- ・要介護の人も健康維持として大切だが、要支援等予防に対しても積極的に介入が必要と思う。
- ・要介護者全員。
- ・要支援、要介護状態の方。フレイル、口腔、嚥下機能の低下の可能性のある難病。基礎疾患のある方。
- ・要支援1、2。要介護度が低い方に積極的に行っていく事で重症化予防。
- ・要支援の方。要介護の方は拒否が多い。
- ・要支援の方はもちろん、要介護の方でも全員。予防のためには必要。
- ・利用している全ての人(フレイル等の予防につながるため)
- ・利用している方全て大切に思う。
- ・利用者の口腔、栄養面で改善が必要と思われる方。
- ・利用者の状態の把握(口腔機能)によりフレイル予防が図れる為、咀嚼、嚥下、機能低下が見られる。もしくは予測される方。
- ・利用者の方全員。
- ・利用者全員。口腔・栄養状態の維持・改善のために早期からの介入が必要だと思えます。
- ・咀嚼や嚥下機能の低下があるが、回復や機能向上の見込みのある方。
- ・嚥下が悪い利用者様。
- ・嚥下の悪い方。訓練により嚥下の能力向上が見込める方。
- ・嚥下の困難な方、誤嚥性肺炎などの既往がある方など。
- ・嚥下の状態、歯の状態など健康面に対しての方々。
- ・嚥下機能が低下してきている方。病院退院後。
- ・嚥下機能が低下してきている方。病院退院後低下した方。
- ・嚥下機能に問題がある方。発語に問題がある方。低い栄養状態にある方。独居で栄養的な支援が乏しい方。
- ・嚥下機能の低下が著しい方。栄養状態の低下が考えられる方。
- ・嚥下機能や身体機能が低下気味の方。
- ・嚥下機能低下している方、口腔内環境が悪い方。
- ・嚥下機能低下している方や体重減少がある方。
- ・嚥下機能低下の方。
- ・嚥下障害のある方、予備軍。
- ・嚥下障害や口腔内の課題により低栄養の方。

- ・嚥下状況に関わらず、全員名に実施できることが理想的。
- ・嚥下状態、食欲不振、栄養状態の悪い人に必要。
- ・嚥下状態が悪い方に必要だと感じている。
- ・嚥下力の低下している方。誤嚥性肺炎をおこしやすい方。
- ・褥瘡のある方など、継続的に評価し、効果的に栄養が摂れば良いと思う。

【通所リハビリテーション】

- ・嚥下機能低下の方(脳卒中後遺症、パーキンソン病、廃用症候群など)。食欲不振⇒低栄養状態の方。義歯を装着されている方。
- ・1人暮らしで生活背景が見えづらい方には特に必要だと感じる。
- ・1人暮らしや認知症の方は特に栄養について把握しづらいので必要かと思います。
- ・BMI値の低い人。
- ・ある程度自立されている等で、他者が変化に気付きにくい方。
- ・オーラルフレイルや低栄養状態の方。
- ・オーラルフレイルを予防し、その為に必要な受診や検査を積極的に行う意志のある方
- ・かかりつけの歯科医があり、低栄養状態が3ヶ月継続し、アルブミン値の検査データを提出可能な利用者。
- ・ご自分で体調管理の維持が難しい方。
- ・スクリーニングを実施している利用者。
- ・すべての高齢者。想像していたよりも低体重の方もみえるし、過体重の方も栄養指導が入ったほうがよい。
- ・デイケアの方。
- ・フレイル、サルコペニアが疑われる方。
- ・フレイルの前段階の介護予防の為。
- ・フレイルの方、介護度が重くなった方。
- ・フレイルやサルコペニアの予防が必要な高齢者や、基礎疾患のある方、栄養管理が難しい方に有効であると思います。
- ・フレイルを予防するために、利用している方々全員に必要であると考えます。
- ・フレイル予備軍含めて、高齢者に対しての身体や活動以外の口腔・栄養評価は重要と感じている。
- ・フレイル予防の為にはすべての高齢者に必要。
- ・マスクをしている事で、高齢者の口の中の状態は分かりづらくなっています。また、食事量、体重、BMIの記録を定期的に残し、把握し、共有することは全利用者にとって有益だと思います。よって、全ての利用者に必要だと思います。
- ・みんな利用者様には必要だと思います。
- ・ムセ込みが多い方、食事摂取量が低い方。
- ・ヤセ型の方。肥満の方 etc.
- ・リハビリテーションが必要な全ての方。
- ・リハビリ対象者、ムセやのみこみが悪い方。
- ・一見元気そうに見える方。
- ・一人暮らし。認知症の方。
- ・一人暮らしの高齢者。
- ・飲み込みが困難な方や会話が困難な方。
- ・飲食・飲水でむせ込みがある方。口腔ケアが出来ていない方。口から食べ物がこぼれる方。噛み合わせが悪い方。

- ・栄養アセスメント加算や栄養改善加算の体制がとれておらず、低栄養改善等の積極的なアプローチができていない。低体重で少食の方へ食生活改善に向けて効果的な取り組みが難しい。
- ・栄養については、逆に体重が重い(太っている)方への食事指導についても加算の対象とすべきではないか。
- ・栄養失調(うまく飲み込めない、食欲不振の方)。
- ・栄養状態が悪い方。口腔内の清潔保持が難しい方等に必要かと思われる。
- ・栄養状態が悪く、食事が充分にとれていない方。
- ・栄養状態が明らかに悪く、自宅での把握が困難な方。
- ・栄養状態が良くない方。
- ・栄養状態によって、体調の変化が大きくみられる方や、老老介護、一人ぐらしの食事に重点がおきにくい方。
- ・加齢や疾患に伴う口腔・栄養機能低下の恐れがある人。
- ・可能であれば、全員に必要だと思います。
- ・基本チェックリストの口腔、嚥下の項目にチェックがある方。食事について何か気になっていることがある方。
- ・基本的にはサービスを使う方全てが対象になるくらいの必要な要素はあります。
- ・基本的には要支援者はスクリーニングの結果が良好に感じるため、要介護者には必要性を感じる。また、退院後の患者などは栄養面低下していること多く必要性を感じています。
- ・既往に誤嚥性肺炎のある方、サルコペニア・フレイルの疑いがある方、90歳以上の高齢者
- ・義歯の人。
- ・義歯使用の方、むせが多い方。・虚弱、食事量低下、誤嚥性肺炎や易褥瘡形成などの方に必要と考えます。
- ・経管栄養、低体重、新規利用者。
- ・健康状態や栄養状態が低下している方。嚥下機能が低下して誤嚥のおそれのある方
- ・原則、全ての利用者に必要な項目だと考えられます。
- ・現在の栄養が不良な方、食事摂取が自宅でできていない方。
- ・現状の内容だと不要。
- ・誤嚥のリスクの高い方や義歯を使用している方など。
- ・誤嚥性肺炎の既往がある方。食形態が普通食ではない方。嚥下障害がある方。
- ・口腔・嚥下に問題のある方、サルコペニアの方。
- ・口腔、栄養状態を健康に保つことは全利用者に大切なことだと思う。
- ・口腔ケアがきちんと行っている方。
- ・口腔の健康状態や栄養状態が低下している利用者様に必要だと思います。
- ・口腔の状態が不安で栄養摂取に影響がありそうな方。
- ・口腔や栄養に不安がある方。
- ・口腔や栄養の状態について相談することが自身では困難な方。
- ・口腔や栄養状態に問題がなくても、高齢者には変化に気づくために必要。
- ・口腔環境は食べ物を摂取するうえで、密接な関係があると思いますので、高齢な方に(特に体重が減少傾向の方)必要だと思います。
- ・口腔機能が低下している方。低栄養状態、栄養管理を自身で行えない方。
- ・口腔機能に問題がある方、ムセがある方、栄養状態に問題がある方。
- ・口腔機能の低下、低栄養と要介護度の関連性が高いことが分かっており、食事管理が困難であると考えられる。高齢夫婦や独居(特に男性)を中心に必要性が高いと感じる。

- ・口腔機能の低下がある方。食事摂取や口腔ケアに介助を要する方。又、今後口腔機能低下、低栄養が予測される方。
- ・口腔機能の低下や栄養の不足、偏りは死亡リスクの増加にも繋がるため、高齢者全般の方に必要だと思う。
- ・口腔機能向上加算につなげていきたいため、口腔機能や栄養状態に不安を持っている方。高齢で今後不安を抱く可能性のある方に必要だと思います。つまり、利用者全員に必要だと思います。(必要ですが、「しっかりとした対応ができれば」が大前提です)。
- ・口腔機能低下、むせや口腔乾燥・低栄養に気付きのない方。
- ・口腔機能低下、低栄養の方の早期発見につながり、高齢者全員に必要と考えている。
- ・口腔機能低下。栄養バランス不良者。
- ・口腔機能低下を予防するため介護支援サービスを受けている方全員に必要と考える。
- ・口腔状態の低下リスクがある方。低栄養状態のリスクがある方。
- ・口腔内に何らかの問題があつて、それが原因で食事がとれず低栄養になってしまう方。
- ・口腔内の衛生状況により、食事が低下している方やおいしく食べる事ができていない方。
- ・口腔内の清掃が難しい方。栄養不足の方や低体重の方。
- ・高齢で、歯科にかよっていない方は必要。
- ・高齢者。
- ・高齢者、脳卒中患者、内部疾患をお持ちの方には必要だと感じています
- ・高齢者の方。身体機能の低下や認知症状のある要介護状態の方。
- ・高齢者全員(介護保険を持っている方)。
- ・高齢世帯、独居や施設入居者には必須と考える。
- ・高齢独居者。
- ・今健康であっても、今後の栄養状態はわからないので、早期に問題を発見する意見で全員に必要だと思う。
- ・在宅で生活される方(特に独居の方)は、口腔状態や栄養状態の把握等の確認が難しく、フレイルやサルコペニアのリスクが高いと思います。口腔・栄養スクリーニングにより、低栄養の早期発見や対策が出来ると思いますので、在宅で生活される高齢者は必要かと考えます。
- ・歯みがきをあまり行う事がない方。口腔状態が悪い方。
- ・自己摂取や口腔ケアができない方。
- ・自身で管理できない方。
- ・自身の口腔・栄養状況の把握が難しい方。
- ・自宅での食生活を把握でき、変更を受け入れて下さる方(食事内容等)
- ・主にフレイル予防として必要な取り組みかと思います。また、病状により著しく栄養状態や口腔機能が低下しているケースの場合に必要なかと思ひます。
- ・食事が摂れない方、やせ型の方。
- ・食事が摂取出来ていない人。
- ・食事に対して気を遣っていない方。
- ・食事に偏りがある方や歯がなく固形物の摂取ができない方。
- ・食事の摂取量が減少した方、体重減少の続く方、誤嚥リスクの高い方。
- ・食事や栄養状態に関して定期的な評価が必要となる方。
- ・食事形態の必要性がある人、栄養補給が必要な場合、体重減少がある場合。
- ・食事摂取が少ない方や褥瘡がある人。
- ・食事が少なく、体重減少が見られる。健康状態に低下が見られる。食事中的ムセ・十分に噛む事ができない。

- ・食事量の低下や中枢神経系の疾患の方。
- ・食事量低下や、食事形態がおちて、ムセが目立つ方。
- ・寝たきり、食事介助が必要な要介護者。認知症の患者、衛生面に問題がある利用者。
- ・心疾患等心筋梗塞リスクの高い利用者(歯周病の影響を踏まえて)。当事業は、短時間(1～2時間)通所であり運動や筋力訓練を行う利用者が多く、効果的に筋力を増強させるためにも栄養面のモニタリング(栄養状態や体重変動のチェック)が必要であると考えている。
- ・神経系、進行性疾患の方、1人暮らしの方、認知症の方。
- ・身体機能などの低下や病気を防ぐため、利用者が口腔内健康状態や栄養が偏り、明らかに不良と認められる方には特に必要であると思います。
- ・身体状況が悪い方また悪くても気付いていない方。
- ・摂食、嚥下不良の方。体重の増減が著しい方。口腔清掃が定着されていない方。
- ・摂食障害のある方。
- ・摂食嚥下状態が悪い方。
- ・潜在的に口腔機能や栄養状態が低下している利用者の方。
- ・全ての方が対象になると思います。
- ・全ての利用者。
- ・全ての利用者に必要だと思いますが、口腔と嚥下の機能を維持、向上が極めて必要な利用者。
- ・全ての利用者に必要と考える。
- ・全員。口腔機能、栄養状態に問題がある方はもちろん、今は大丈夫でも大丈夫という評価、スクリーニングしていく中での変化を追うことが大切。
- ・全利用者に対して必要と考えています。スクリーニングの中でエラーのある利用者をピックアップすることが、その目的であると思っています。
- ・多くの高齢者に必要、健全なうちにとくに予防として必要。
- ・多くの利用者にとって必要だと感じている(特に独居の方)。
- ・体重、BMI値、体型などが平均と比べ高い(低い)方。該当利用者の状況について多職種(主治医、CMも含む)での情報共有が必要な方。
- ・体重が減少している利用者。
- ・体重の減少(やせ)。口腔ケアができていない人(自宅で)。摂取障害のある人。
- ・体重の増減がある方。
- ・体重減少、虚弱の人。
- ・体重減少、筋萎縮を認める方。
- ・体重減少、食事摂取量低下がみられる利用者。
- ・体重減少者。
- ・体重増減の著しい方。むせなど食事に課題のある方。
- ・対象者全員に対して必要と思う。
- ・通所施設に通う方、在宅にて医療介護を受けている高齢者なら、すべての方に必要と思います。
- ・通所等のサービス利用されている全体利用者。
- ・低栄養、飲み込みにくさの予防の段階から必要と思う。
- ・低栄養、誤嚥を繰り返す利用者。
- ・低栄養、口腔機能低下によるフレイルの方。

- ・低栄養、食事摂取の難しい方。口腔機能(かむ、のみこむ力)の低下している方。義歯を使用している方。
- ・低栄養、低体重の方。独居などで栄養管理面に不安のある方。
- ・低栄養が疑われる方。心不全などをもっている方で体重増加がみられる方へ。食事摂取量にムラがある方や、ムセこみなどがあって食事形態に留意が必要な方。
- ・低栄養で家族が協力的(食事形態、栄養管理等、自宅での協力が必要)。
- ・低栄養のリスクがある方。
- ・低栄養のリスクの高い高齢者には必要だと考えます。
- ・低栄養の方。
- ・低栄養の方(摂取量低下している方)。口腔機能が低下している方。入れ歯など使用している方。
- ・低栄養の方や嚥下、口腔機能が低下している方。
- ・低栄養の利用者。口腔の管理が自身で難しい利用者。
- ・低栄養や口腔機能が低下した方
- ・低栄養や摂取が大変な方
- ・低栄養状態が続いている方
- ・低下までには至らないが不具合のある方。
- ・特に介護度の重い方、寝たきりの方等に身体機能の低下や病気を防ぐ。進行の予防には必要と思われる。
- ・独居、高齢者、リスクを持った方。
- ・独居、高齢者のみ世帯、本人または同居家族に精神疾患がある場合等。
- ・独居で食事が管理できていない方。体重増減あるが、その原因に気付いていない方。疾患による体調管理が不十分な方。
- ・独居の方、特に男性に必要かと思えます。
- ・独居の方。
- ・独居の方。認知症状の方。
- ・独居の方で食事や栄養面での自己管理が難しい方。
- ・独居の方や肺炎リスクの高い方。
- ・独居や老老世帯等で口腔や食事の管理が不十分の方。
- ・入れ歯、残歯のない人。
- ・入れ歯を1人できれいにできない方、一人暮らしでバランスよく食事が摂取できない方。
- ・入れ歯を使用している方やむせやすい方。食事摂取量が不良である方。体重の減少が認められる方。
- ・入所系のサービスで継続的に毎日行える者。
- ・認知症症状のある方。
- ・半年に1回スクリーニングを行うことで状態の変化の把握等が行えるため、全利用者必要と感じる。
- ・比較的介護度が高くご自身、主介護者のケアで口腔内環境の悪化が見られる方(出来れば家族、CM等から依頼があって取り組みたい)。
- ・必要な栄養を確保するのに、義歯の調整が必要な方や口腔機能が低下している方。
- ・必要性を自覚している方。
- ・本来、全利用者に対して算定出来ることが望ましいと考えます。
- ・予防を考えると全ての対象者に必要。
- ・要介護者全般。
- ・要支援、介護認定をうけている方であればすべての方に必要と考えている。

- ・要支援の方、要介護状態になる以前の方。
- ・利用されるすべての方の評価をおこない予防、重症化予防につなげることが可能なため、すべての方に必要だと感じています。
- ・利用者すべてに初回取得、それ以降は継続が必要な方。
- ・利用者の状態把握の1つの手段としてすべての利用者が必要だと思う。
- ・利用者全員。
- ・利用者全員にあって良いと思います。
- ・利用者全員に行える事が良いと思う。
- ・理想は高齢者全員できることとは感じている。
- ・嚥下機能が低下している方。
- ・嚥下機能の低下がある利用者様。
- ・嚥下機能の低下されている方。
- ・嚥下障害のある方、独居の方、体重コントロールができない方など。
- ・嚥下障害や低栄養状態になる可能性のある方。
- ・嚥下状態が低下している方や十分な食事が摂取できない方。
- ・利用者様というより、口腔や栄養への施設として意識付けに役立つ加算と思える。

5) 口腔機能向上加算(Ⅰ)(Ⅱ)の算定状況(令和5年2月~7月実績)

5)-1. 各加算の算定状況および算定人数

最も多かったのは、「算定していない」で、通所介護が80.8%、通所リハが78.3%であった。「口腔機能向上加算(Ⅰ)」を算定している事業所は、通所介護で7.3%、通所リハで9.1%、「口腔機能向上加算(Ⅱ)」を算定している事業所は、通所介護で7.5%、通所リハで10.1%、「口腔機能向上加算(Ⅰ)および(Ⅱ)」を算定している事業所は、通所介護で0.6%、通所リハで0.7%であった。

口腔機能向上加算の算定人数は「口腔機能向上加算(Ⅰ)」が通所介護73.3±174.2人、通所リハでは44.5±69.2人、「口腔機能向上加算(Ⅱ)」が通所介護88.9±161.4人、通所リハでは38.9±106.0人であった。

図表 20 各事業所の口腔機能向上加算の取得の有無

	通所介護		通所リハビリテーション	
	n	%	n	%
口腔機能向上加算(Ⅰ)	37	(7.3)	26	(9.1)
口腔機能向上加算(Ⅱ)	38	(7.5)	29	(10.1)
口腔機能向上加算(Ⅰ)および(Ⅱ)	3	(0.6)	2	(0.7)
算定なし	408	(80.8)	224	(78.3)
無回答	19	(3.8)	5	(1.7)

図表 21 各事業所の各加算の算定人数

	通所介護			通所リハビリテーション		
	n	Mean	SD	n	Mean	SD
口腔機能向上加算(Ⅰ)	40	73.3	± 174.2	28	44.5	± 69.2
口腔機能向上加算(Ⅱ)	41	88.9	± 161.4	31	38.9	± 106.0

5)-2. 口腔機能向上加算のサービス提供者の職種

口腔機能向上加算のサービス提供の職種は、通所介護では「看護職」85.9%、「歯科衛生士」17.9%、「言語聴覚士」6.4%であった。一方、通所リハでは「言語聴覚士」59.6%、「看護職」49.1%、「歯科衛生士」28.1%であった。

図表 22 各事業所の口腔機能向上加算でのサービス提供職種(複数回答/有効回答のみ集計)

	通所介護		通所リハビリテーション	
	n	%	n	%
歯科衛生士	14	(17.9)	16	(28.1)
看護職	67	(85.9)	28	(49.1)
言語聴覚士	5	(6.4)	34	(59.6)

5)-3. 口腔機能向上加算(Ⅰ)(Ⅱ)算定による効果(自由記述)

全ての回答は次の通り。(原則、原文ママ。明らかな誤字のみ修正。)

【通所介護】

- ・ケアマネジャーと連携する事により歯科受診に結びつのが早くなった。介護職も口腔について勉強する良い機会になった。嚥下の状態→体重・栄養状態についてアセスメントが出来、リスクマネジメントになっている。施設での食事形態や情報を在宅と共有する事により栄養状態の改善及び体調が安定してきた。
- ・より専門的な関わりができるようになった。口腔内の課題について家族、ケアマネと共有、必要時歯科医師連携している。
- ・歯科につながるケースが増えた。職員の口腔に対する意識が変わった。
- ・利用者様から口腔についての質問も増え、意識される方が増えた。わずかだが事業所の売上も増えた(加算で)。
- ・(利用者面)誤嚥性肺炎の予防で開始しむせる回数が減った方が増えた。(経営面)加算の売上のおかげで設備や人員への割当を大きくすることができた。
- ・口腔機能の低下を早期に発見できた。口腔機能の改善につながった。
- ・高齢で口腔や歯に無関心だった方が積極的になり心地良く噛める喜びを感じている。口腔体操や口腔情報により、自宅でもいろいろ行うようになったと良く聞く。LIFE のフィードバックデータより、34 日前に比して以下の状態が改善。(「有り」に該当する利用者の割合)a)義歯の汚れ 31%→22% b)むせ 17%→12% c)痰がらみ 20%→12% d)口腔乾燥 22%→17%。当施設のデータで、咀嚼力の3年間(計6回)結果(全員の平均値)が毎回右肩上がりになってきている。3年間で15%の向上だった。口腔ケアにより、コミュニケーションの増加。
- ・言語聴覚士(ST)が介入する事で、他職種への情報共有、課題などが明確になる。
- ・STの評価により、言語訓練や飲み込みへの対応(4月いっぱいまでやめたので、その後、算定せず)。
- ・ご利用者様が自分の身体に関心を持ってくださるようになった。また、職員も誤嚥がないか等、口腔機能に関して意識するようになった。
- ・ご利用者様の口腔内や嚥下状態が分かる事により、食事形態の提案を行う事が出来る。
- ・シェーグレン症候群の疑いがあり、日常生活で唾液が出ず困っていた方が2ヶ月後位から唾液の分泌量が増え、食事が食べやすくなった。ごはんを美味しく感じるようになった。少量しか食べられなかった食事がたくさん食べられるようになり家族からも喜ばれた。利用時に毎回口腔機能訓練を行うことで殆どの方に訓練の目的がわかり、効果を感じられていることがわかりました。
- ・スタッフが口腔内をしっかりと見るようになった。
- ・ミキサー食だった方がぎざみへ、トロミ利用の方がトロミなしとなりました。
- ・ムセや飲み込みづらい方が減った。

- ・機能訓練だけでなく、食形態やトロミ等も評価してもらえることから、誤嚥が減ってきている。利用者やスタッフの口腔への意識が強くなっている。専門職へ相談しやすくなっている。
- ・月毎に嚥下状態、口内状態を専門的な視点から確認することが出来る。マンツーマンで実施する為、その方に合った訓練メニューの構築が可能。
- ・御本人様の口腔への意識向上。
- ・誤嚥性肺炎のリスクの軽減につながっていると思う。
- ・誤嚥性肺炎を発症する利用者がいない。
- ・効果がわかりづらい(あまり表れない)方がいる。少しずつ発語等が増えてきている。
- ・効果を感じる事は、口腔機能のアセスメントモニタリングを定期的に行うことで利用者の意識も高まる。また、機能低下が目立つ方には、担当ケアマネに連絡し、対応等を仰ぐことで、重度化予防となるケースが数件あった。
- ・口腔ケアについて利用者、スタッフ共に意識づけができた。食後歯磨きをする習慣が増え、義歯や口腔内のチェックをする機会が増えた。又、義歯洗浄の方法について指導も行なえ、口腔内の清潔保持ができるようになり、肺炎のリスク軽減になった。
- ・口腔の衛生について意識の低い方(本人、家族)がサービス利用時のみであっても口腔ケアを行う機会があること。
- ・口腔衛生・摂食・嚥下機能を把握し、利用者様の生活機能の状況をみて状態によっては、歯科 Dr へ連絡・相談受診と繋がっていく。
- ・口腔衛生状態の把握、ブラッシングのアドバイス、義歯の汚れや安定具合の把握等。各スタッフへ情報伝達し、日々の口腔ケア時に注意するところを喚起。
- ・口腔機能が維持できていること。算定している方は、遠方の家族から希望があり、口腔機能の評価内容、指導内容など報告することで安心されている。
- ・口腔機能向上加算を算定している人の上気道感染が少ない。口臭が減少した。口腔体操を実施する事で誤嚥が減った。
- ・口腔状況を細かくアセスメントができる。1人1人に合った食事形態等を考えることができる。
- ・口腔状態の把握。
- ・口腔清掃が不十分な方に指導を定期的にする事で口腔ケアに対して意識付けができる。口腔内トラブルを早期発見し、歯科受診へつなげることができる。
- ・口腔体操の参加は良好で食後の口腔ケアの支援も特に問題なく対応はできていますが、デイを利用していない日の口腔ケアが不十分な方も多く、デイだけでなく自宅での継続した支援が困難に感じました。もともと誤嚥性肺炎の既往がある方+認知症のある方だと指示も通りになくいためデイだけで実施しても・・・という思いはあります。正直、効果は分かりません。
- ・口腔内がきれいになった。嚥下状態が良くなった。又は現状の維持ができています。
- ・口腔内チェックを通して、歯肉の病変を発見し医療機関につなげることができた。口腔機能の意識づけをすることで、安全に摂食する様子も見られ誤嚥性肺炎を防げたようである。
- ・口腔内で機能の確認を行う意識の向上が図れている。また、口腔状態の変化に気づきやすく、情報共有が迅速に行えるようになった。口腔機能の維持が行えている。
- ・口腔内の衛生面の改善(歯茎の腫れ軽減。歯垢の除去)発語も良くなった。
- ・口腔内の状況を毎回確認でき、口腔内の低下が確認できた時には訪問歯科等の他サービスにつなげ口腔維持することができる。
- ・口腔内の状態や普段のケア方法、嚥下の状況をアセスメントすることで、飲食する際にネックとなる部分を把握し、管理栄養士や介護スタッフと連携し、適切な食事形態を提供することができた。また、それによって食欲の増進につながり、栄養状態の改善が見られた。
- ・口腔内の清潔が保て、誤嚥性肺炎の予防につながっていると思います。
- ・口腔内を清潔にする意識が向上した。発声がしっかり出来る様になり、嚥下機能が向上した。
- ・口腔内衛生状態に対するスタッフの意識向上。嚥下機能面におけるスタッフの意識向上。誤嚥リスク者への対応方法の周知力向上。

- ・口腔内清潔保持ができた。誤嚥を防ぐアドバイスで上手な嚥下を促した。
- ・口腔内等細かくチェックすることで利用者様が歯みがきや口腔ケアに関心を持ってくれたり、今まで発言が少なかった方の発言が少しずつ多くなった。嚥下についてもむせ込みが少なくなったように感じる。
- ・最近、算定を始めたため目立った効果は未だありません。しかし、毎回利用時に行っている口腔ケアへの定着率は高くなった。
- ・歯みがきへの興味や重要なことであるという意識が高くなった
- ・歯科に繋がった。歯磨き等されない方に積極的に取り組み歯みがきが習慣になった。栄養面も含めケアマネとの信頼関係を築く事ができた
- ・歯科衛生士が介入することにより速やかな受診につながっている。独居の方の歯磨きや義歯洗浄を声かけや介助する事で清潔の保持ができています。
- ・事業所の PR の1つ。歯の状況把握により受診につなげられ、入れ歯のメンテナンス等できた。
- ・職員が口腔ケアをしっかりと行うようになった
- ・食形態の変化。
- ・食後、口の中に食べ物が残らず、スッキリしたと言われる。舌苔が白く残らず、ほぼ舌の色がピンク色である。食べたら磨くというクセづけが出来た。毎回の食後の職員の手間はかかるが、その人の口腔内の状態を観察することが出来る。
- ・食後、口腔ケアを行うことが当たり前になり、嫌がることがなくなってきた。口臭に悩むことが減った。
- ・食事形態に変化があった(きざみ食から一口きざみに変更)。発語回数が増えた。ムセがなく食事ができるようになった。
- ・声がよく出る様になった。
- ・昼食前(後)に集団で口腔体操(ほぼ、舌の運動、飲み込み、唾液腺、発生、早口言葉等)へのご利用者の参加、取り組み意欲は高い。例え、週1～2日のご利用でもやらないより効果はあると思う。
- ・当該利用者様が今までご自宅で口腔ケアが行えていなかったが、口腔ケアの大切さを理解し、意識付けができた。歯が何本もない状態だったが、歯医者に診てもらった方が良いのかなと認識ができた
- ・予防として取り組みができています。
- ・利用者が口腔機能に対して興味を持つようになった。利用者が口腔機能の衰えを感じ、危機感を感じるようになった。定期評価(オーラルデイドコネシス)において、向上する方が増えてきた。自主トレーニングとして口腔体操を行う方が増えてきた。
- ・利用者の意識変化。利用者の口腔内の保清。職員の意識変化。むせ込みの減少。
- ・利用者の意欲が増した。
- ・利用者の口腔状況を把握できた。誤嚥性肺炎の予防につながった。歯科受診をすすめる材料となった。
- ・利用者増員に繋がった
- ・利用者様の口腔や栄養状態を同時にチェックすることでフレイル予防や健康管理に役立てることができる。
- ・嚥下、咀嚼、呼吸の訓練の実施により、改善が見られる方が多くある。
- ・嚥下の向上につながり、誤嚥の防止に効果がありと考えています。
- ・嚥下機能の維持につながられている。利用者～担当 CM～各事業所での情報共有ができ、支援内容の統一も可能になった。
- ・嚥下状態の変化に早期に気付く事ができ、対応できる。誤嚥性肺炎予防の為の訓練を早期に実施できる。口腔内の状態の把握ができる。
- ・Ⅱは取得していないので、比較できない。ⅠとⅡの意図がよく解らない。

【通所リハビリテーション】

- ・ST が介入したことによって、正しい食事形態を選定できた。誤嚥性肺炎の予防にはなっていると思うが大きな変化はない。ST 介入が必要な利用者にとっては良い。
- ・スタッフが対象者の状態を把握しやすくなった。

- ・STではサービズを実施していることも多いので、このような加算はとても助かっている。身体機能+口腔・栄養を評価する場面も増加し、利用者様の全身管理につながっていると思う。実際に食欲が改善し、活動性が高まったりと患者さんにもよい影響を認めた。
- ・ケアを通して、スタッフの口腔や栄養に関する必要性を理解した上で、予防・改善への意識向上を図ることが出来ていると思われ。口腔機能の低下をいち早く気づくことができる取り組みであるため、口腔内の清掃により、改善されている様子が目に見えて分かる効果が得られています。
- ・むせることが少なくなり、のみこみが改善した。口腔内が清潔になった。
- ・むせる事が少し良くなった
- ・モニタリングすることで口腔機能の形態をアセスメントし、トロミ剤使用など嚥下機能の改善へつながった。
- ・加算対象者の嚥下能力や口腔機能の状態を施設医師、言語聴覚士、看護師、介護士、管理栄養士がそれぞれの立場で観察し、情報の共有や口腔機能の向上にむけて改善提案、利用者への指導ができています。誤嚥や誤嚥性肺炎の予防、食形態の向上に結びついている。合わせてこの内容を元に家族への自宅での注意点の指導や家庭からの意見、要望の回収を行うことができ、利用者の口腔機能や嚥下能力の向上につながっている
- ・家族やケアマネジャーに利用者の口腔の状態を知らせる機会になる。必要性が伝われば、歯科受診につながる。歯科衛生士不在の時でもスタッフ(他職種)が口腔に関する指導や相談を受けるようになる。利用者が口腔に関しての相談ができることで安心につながる。
- ・介入前と比べて口腔内の汚れが減少したり、口腔機能の維持はできていると感じる。
- ・機能が低下はしておらず、維持できています。
- ・機能維持。家族、ケアマネへの情報提供ができる
- ・義歯の定期的な評価から家族及び歯科への接続がスムーズになった。食事量減少の要因改善の手助けとなっている。
- ・誤嚥性肺炎による入院などを予防できている。また家族とSTとの話し合う機会が増えた。加算を取ることによって、より対象者の嚥下機能を意識して観ることが出来ている。個別訓練を行うことで誤嚥の予防や嚥下機能の維持につながっている。
- ・誤嚥性肺炎のリスクの高い利用者様について、安全な食事環境を設定できる。神経難病の利用者様に対して、状態変化に合わせた専門的な支援を提供できる。
- ・口腔・嚥下機能・音声・言語機能に問題がある方に対して、定期的に介入を行うことで、日常の中で指導内容(食事の際の注意点等)を意識していただくことができる。
- ・口腔ケアの習慣化、疾病予防、疾病の早期発見。
- ・口腔についての意識が高くなってきた(清潔や運動に対して自宅でも気にして行ってくれている)。
- ・口腔についての意識が高まった。口腔内の病気や変化に気づきやすくなった。義歯の着用状態をしっかりと確認できるようになった。
- ・口腔衛生の改善、口腔機能向上による食事形態制限の解除、反対咬合の利用者を歯科へとつなげ、食事形態制限解除、誤嚥症状の改善、口腔フレイルを予防出来ています。
- ・口腔機能に関わる情報交換機会の施設内外での増加。
- ・口腔機能を主とした利用者の増加。
- ・口腔機能向上加算を算定する事で、口から食事を食べる事の大切や口腔ケアの重要性など、利用者様やスタッフの中でも認識されてきた。又、誤嚥性肺炎で入院される方が減少した。
- ・口腔清掃へ動機づけや繰り返しの口腔清掃方法の助言や実施により口腔清掃の意識づけを行い、口腔衛生の改善を図ること。歯科受診が必要と思われる方は、ご家族や他職種と相談検討をいち早く行う事で口腔環境の改善を図り支援に繋げる事。口腔機能の向上により、唾液の貯留や流えんが少なくなり、発話明瞭度の改善に繋がる。
- ・口腔内がきれいになった。
- ・口腔内の状態向上。

- ・口腔内の清潔さを保たれる事と食事の摂取量が増え嚥下機能の維持と歯周病等の予防に繋がっていると考えられる
- ・口腔内の清潔さを保つことができています。歯茎、歯、入れ歯になにかあった際に歯科医へ促すことで早急に対応ができています。
- ・口腔内のチェックケアを行う上で、利用者様の歯みがきに対する意識が向上した。面倒くさいという言葉もきかれるが、自主的に歯みがき、うがいをしてくれるようになった。
- ・口腔内評価を行うだけになってしまい、口腔リハビリにつなげる事が少なかった。
- ・口腔嚥下機能、言語機能ともに改善に繋がっています
- ・高齢となってもしっかりと食べ物を口から摂取する事が出来る。又、誤嚥性肺炎や口腔内の健康を維持することができ、口腔機能の低下を予防改善することができる。
- ・施設での食後の口腔ケアの自発性が生まれ、習慣化できるようになってきている。定期的に口腔内を評価することで歯科へつなぐことができた。各利用者にあった口腔ケアを提供又は指導することで効率良く安全に口腔ケアを実施できている。ミールラウンドによって、多職種で問題に関わり、素早く対応できる。
- ・歯が少なく、ムセのある人は食事量も少なく、体力の低下が見られます。食形態を調整することで、今まで残していた食事も完食することができました。食事のムセが減りました。
- ・歯科衛生士より利用者様の状態をみていただき、歯科受診へ必要時すすめることが出来る。
- ・自宅でも自身で歯みがきや義歯清掃をするようになり、介入前より口腔内環境が改善した。家族の意識が変わった。介入時にしっかりと義歯を洗うことで義歯の汚れが軽減した。本人の嚥下状態を評価することでトロミの濃さを調整でき、ムセが減った。
- ・食形態の検討がしやすい。
- ・正しい義歯の取り扱い方の習得。舌苔や口腔粘膜の清掃により、口腔内最近減少への考え方。口腔機能低下による食事への影響。
- ・専門職による食事の様子観察や嚥下評価から食形態の変更・実施・モニタリングにより食事量増加につながったケースもあり、月 2 回の算定時意識してモニタリング・評価を行う習慣が付き、誤嚥や低栄養(食事量減による)のリスクを少しでも抑えられていると思われる。
- ・対象者の嚥下状態や口腔ケアについてより意識が高まる
- ・定期的に口腔の状態を確認する機会があることで口腔機能の変化や衛生状態の確認が出来、必要に応じてケアマネジャーや家族に情報提供することができる。
- ・定期的に専門職種が評価、リハビリで関われる事により、誤嚥性肺炎のリスクを下げ、栄養状態の改善等の効果もみられている。状態に対しても「口腔衛生」「唾液の分泌量」「咀嚼能力」「嚥下機能」「食事の質(量、栄養、形態等)」等、多岐にわたる状態を継続的に個別で支援できる事が効果につながっていると思われる。
- ・能力向上による発語、摂食嚥下機能の向上。進行性疾患に対する適当なトロミ量・食事補助具の提案。
- ・発語、コミュニケーションの機会が増え、誤嚥することも軽減した。
- ・発語が円滑になった。唾液の分泌やのみこみがスムーズになった。経口摂取が続けられている。
- ・評価を実施しているため、口腔機能に合わせた食形態を考えることができる。機能を維持し、誤嚥予防に繋げることが出来ている。機能低下の早期発見・予防的なトレーニングの提供ができています。
- ・利用者の口腔ケアについての意識が向上、清潔を保つようになった。
- ・流唾が減り、むせが減った。発語がききとりやすくなった。口腔内の衛生が保たれる。口腔内の異常に気付く。
- ・嚥下が維持、向上できた。発語が出やすくなった。
- ・嚥下や口腔ケアに関する情報提供の機会が増えた。
- ・嚥下機能低下の早期発見と早期介入が出来、食形態維持をすることが出来た。嚥下のしくみについて正しい知識を伝達し、口腔機能維持の必要性について理解を促すことが出来た。
- ・嚥下状態の改善により、誤嚥性肺炎が減ったり、ムセこみの減少もみられた。会話数の増加や口腔訓練により発声する機会が増えた。

5)-4. 実施している口腔機能向上加算のサービス内容(複数回答)

実施している口腔機能向上加算のサービス内容は、「摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導」が通所介護、通所リハともに最も多く、それぞれ 85.9%と 96.5%であった。「口腔清掃、口腔清掃に関する指導」は、通所介護が 82.1%、通所リハが 84.2%、「音声・言語機能に関する指導」は、通所介護が 60.3%、通所リハが 73.7%であった。

図表 23 各事業所で実施している口腔機能向上加算サービス内容(複数回答/有効回答のみ)

	通所介護		通所リハビリテーション	
	n	%	n	%
口腔清掃、口腔清掃に関する指導	64	(82.1)	48	(84.2)
摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導	67	(85.9)	55	(96.5)
音声・言語機能に関する指導	47	(60.3)	42	(73.7)
その他	12	(15.4)	4	(7.0)

その他の内容:

【通所介護】

- ・オーラルディアドコキネシス測定器を使用して口腔機能の定期評価を実施。
- ・口腔体操・舌の運動。
- ・仕上げみがき、緑茶又は GUM での最終濯ぎ。
- ・歯みがき、義歯洗浄の方法、保管方法の指導、唾液腺マッサージ、口腔体操等。
- ・歯科衛生士による定期的な口腔ケア、正しいブラッシング等の仕方、多種のリハビリ体操を実施し日常生活に取り入れる。
- ・「口腔体操」内容。昼食後歯磨き時の個別対応(これの実施はまれ)。
- ・食事形態や水分の評価・提案。
- ・定期的なアセスメント。
- ・発声練習、口腔運動。
- ・咀嚼力チェックガムによる咀嚼力測定(全員半年毎)(10段階評価)。
- ・嚥下しやすい食事形態の提案と食事摂取時の姿勢等の提案。

【通所リハビリテーション】

- ・口腔体操。
- ・指導のみではなく、デイ利用時に行う個別訓練も含まれる。
- ・食後の歯みがき指導、食前の口腔体操、トロミ使用の指導。
- ・発語器官、嚥下器官に対してのトレーニング。

5)-5. 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最も多かった回答は「サービス提供に十分な時間を割くことができないから」で、通所介護は 52.0%、通所リハは 50.4%であった。次いで多いのは「サービス提供できる専門職の配置ができないから」であり、通所介護 46.8%、通所リハ 45.1%であった。次に「施設内での連携が難しいから（専門職等の人員不足等）」であり、通所介護 31.4%、通所リハ 31.7%であった。

図表 24 口腔機能向上加算を算定していない理由(複数回答/有効回答のみ)

	通所介護		通所リハビリテーション	
	n	%	n	%
他の通所施設で加算算定している	16	(3.9)	10	(4.5)
口腔・栄養スクリーニング加算を算定している	23	(5.6)	21	(9.4)
LIFE への情報提供が難しい	77	(18.9)	39	(17.4)
口腔の評価方法が不明	90	(22.1)	38	(17.0)
サービス提供に時間が割けない	212	(52.0)	113	(50.4)
他職種との連携が難しい	110	(27.0)	67	(29.9)
専門職の配置ができない	191	(46.8)	101	(45.1)
施設内での連携が難しい	128	(31.4)	71	(31.7)
利用者・家族からの同意が得られにくい	63	(15.4)	23	(10.3)
算定方法が不明	47	(11.5)	20	(8.9)
算定のシステムを知らない	35	(8.6)	16	(7.1)
サービス提供の方法が不明	67	(16.4)	33	(14.7)
その他	50	(12.3)	38	(17.0)

その他の内容(原則、原文ママ。明らかな誤字のみ修正.):

【通所介護】

- ・グループ全体加算をしていない為。
- ・ケアマネからのオーダーがなければ行わない。
- ・ケアマネからの同意も難しい。
- ・そのようなサービスを必要としている利用者が少ない。
- ・医療、介護連携の充実が難しい。
- ・運営法人が変わったばかり。+令和 6 年改正の動向で。
- ・栄養アセスメント加算を算定している。
- ・加算の算定はしていないが、必要に応じて個別対応している。
- ・加算は利用者の金銭的な負担になるから。
- ・加算額が少ない。人件費に値しない。
- ・加算算定を考えていない。
- ・看護職員はいるが、他のサービスに時間をとられてしまっている。

- ・希望される方もなく、問い合わせもないから、必要とする利用者がいないから加算をとらなくてもしっかり機能向上によせた取り組みは行えているから。
- ・希望される利用者がいないため。
- ・機能訓練型のため、他の加算を重点的に取り組んでいるため。
- ・業務多忙につき計画作成ができない為。
- ・現状、すぐに歯科につながられているため。
- ・限度額オーバーしてしまう方が多いから。
- ・限度額上限等、利用者さんに制限があるため。書類を作成しなおす必要があるため。
- ・個別機能訓練加算を取得していますが、その対応で職員の対応、時間が一杯一杯の為、他の加算への余裕がないと感じています。
- ・口腔・栄養スクリーニング加算を取得する予定のため。
- ・今のところ口腔機能に関するリハビリの導入を考えていないから。
- ・今後算定予定。
- ・昨年新規開設した施設のため、体制が整い次第算定予定。
- ・算定に必要な計画書等の作成や評価にかかる事務量に対して単位数が少ない。
- ・算定の手間、実施するに当たっての労力に対しての単位数が少ないから。
- ・算定を目指す予定はしているが、今から情報収集を始める段階。
- ・手間、事務負担の増加。
- ・手間がかかるから。
- ・準備中。
- ・職員に負担。限度額超過で利用を控えなければならないケースが出る。
- ・食事の提供がないから。
- ・食事を提供していない半日型デイサービスのため。
- ・人員不足。
- ・人件費と労力。
- ・他の加算の管理もあり、現場業務優先のため、加算算定に踏み出せずにいる。
- ・大変そう。
- ・単位数が少ないから。
- ・日常的な口腔ケアは行っているが、事務処理上等(書類作成等)の問題もあり未算定。
- ・必要書類、項目が多い。定期的な評価する余裕がない。
- ・法人としての算定予定がない
- ・訪問歯科を各人に入れて、職員は指導を受けている。加算計上の手間が面倒。
- ・本部の意向、算定の手間、加算可能な収入のある利用者が少ない。
- ・本部判断。
- ・利用者がいない。
- ・利用者からの要望が少なかったため。
- ・利用者により加算をとらないようにしているため。
- ・利用者の自己負担が増えるため。

- ・利用者家族に利用料の負担が生じてしまうと、家族に説明したとしても、口腔・栄養スクリーニングと口腔機能向上加算の違いを理解してもらうのは難しいと思うから。
- ・利用者のほとんどの方が口腔内の状況はかなりおざなりになっている為、当事業所に通所することによって、とてもきれいになっていると感じています。状況によりケアマネ・家族に伝え歯科受診したり、自宅での受診・往診が不可能な人は当デイサービス中に受診していただいています。それを書類作成し、算定することにより、管理者自らが現場に出て対応しなければならない事が多くあり、できません!!

【通所リハビリテーション】

- ・知識がない。
- ・食事の提供と歯みがきの時間がプログラムにないため。並設の歯科にて医療保険で対応した方が効果的だから。
- ・ケアマネジャー(CM)に情報提供する手間(3カ月に1度リハビリ会議で話をしているが、そこで補えてしまう)と単位数に差を感じる。
- ・リハビリで ST が介入しているため。
- ・リハビリ特化型半日デイの為、理学療法士(PT)2人の勤務の為。
- ・一時期算定していたが、非常勤歯科衛生士と看護師で対応していたが、人員が減り対応できなくなった。
- ・運動機能向上が目的で行っている為。
- ・加算なしで対応していたこともあり、同じケアであるのに加算算定することを利用者、家族にうまく説明ができていないため。
- ・介護職員の人員不足もある。
- ・希望する利用者なし。
- ・筋力訓練を主に行う事業所で口腔機能のリハビリは行っていない。嚥下に問題のない方が利用している為。
- ・計画書や評価に時間がとられ、更に改善を図るには利用時毎回実施しなければいけないが 2 回/月の算定しかとれないため。
- ・言語聴覚士不在のため。
- ・限度額ギリギリの方が多く、実費負担してまで算定することに家族の理解が得られない。
- ・口腔機能向上加算が必要と感じるご利用者様が現在いないため。
- ・今後、人員配置を検討し、2024 年度より算定できる体制を目指す方向で動いています。
- ・算定に必要なスタッフがいないから。
- ・算定の流れを作りきれない。施設の設備が運動特化であり、口腔関係の動作を考えられていない為、向上サービスの提供自体が困難である。
- ・施設全体が必要性を感じていないため。在宅ケアマネが栄養管理に対して優先順位が低いと思われる為。栄養管理の重要性を多職種が理解していない為。栄養士の配置人数が少ない為。
- ・歯科衛生士は常勤(入所と通所への関わり兼務です)ですが、通所の方の居宅 CM とのやりとりがほとんどない現状です。通所の方で口腔状態が気になる方には個別に指導したり、歯科受診につなげることはしていますが、算定に至っていません。
- ・事業所が加算の対象ではない。
- ・事務的作業が多すぎる割に、対象者の抽出に時間がかかる。
- ・失語症や構音訓練として個別訓練を実施している方がほとんどで別に口腔機能向上加算として上げていない。
- ・主治医、歯科主治医への情報共有が難しい。
- ・食事の提供をしていない。他の加算もとっており多忙。
- ・食事提供していないため。
- ・整形外科の外来通院のため、口腔機能を評価する機会が無いから。
- ・他の加算も色々算定しているので、優先順位を考えながら行っており、取りかかれていない。

- ・多くの利用者が歯科に通われているから。
- ・短時間のリハビリ特化型のため。
- ・当事業所として、算定しても効果を生み出せないと考えている。
- ・半日コース主体で昼食をとる利用者が少なく、口腔ケア自体が少ない。看護職がケアや評価に割く時間がない。
- ・必要書類とその記入例を提示してほしい。
- ・必要性は感じているが、業務等もあり算定までに至っていない。
- ・必要性を感じる反面、実施するメリットが、利用者、サービス提供者に少ない。
- ・付随する業務の負担感が強い。
- ・利用者様一律に算定できない為。

6) 口腔機能向上加算が必要だと考える利用者について(自由記述)

全ての回答は次の通り。(原則、原文ママ。明らかな誤字のみ修正。)

【通所介護】

- ・むせや食べこぼしなどのみられる方。運動機能においても低下がみられる方。
- ・衛生状態が悪い方、口腔の清潔を保つことが出来ない方。嚙む力が弱く、嚥下状態の低下がみられる方。ムセがあり誤嚥性肺炎のリスクのある方。全身の栄養状態が低下している方。
- ・口腔機能が低下している、おそれがある方。
- ・口腔機能の低下リスク高い方。誤嚥性肺炎を繰り返す方。
- ・口腔機能に問題が認められた方。
- ・ムセ込みが多く肺炎のリスクが高い方。飲み込みが不良で窒息のリスクがある方。
- ・1人暮らし、家族の介護力の弱い方。口腔に対して意識の高い方。
- ・20歳以上の全国民。
- ・QOLの維持、向上に加算算定が有効である方。
- ・おかゆ一口、きざみ食を食べている方。
- ・ご自宅での口腔ケアが十分でない方。
- ・ご自分でのケアが困難。ご家族様の協力が難しい方。口腔トラブルの多い方。
- ・自立度の高い方。事業対象者や要支援の方々。
- ・すべての高齢者に必要。
- ・すべての人が対象となるが自分自身が管理を行うことが出来る要支援～要介護度1くらいの人。
- ・すべての方にあれば良いと思います。
- ・セルフケアが十分にできていない方。
- ・できれば全員。
- ・フレイルの可能性のある方、認知症の方など。
- ・フレイルの方。
- ・ほぼ全ての利用者。
- ・ムセ、飲み込みづらさ、嚥下機能低下を認める方。
- ・むせる人。
- ・ムセ込みが多く、誤嚥や肺炎のリスクが高い方。

- ・ムセ込みのあるような方、とろみをつける方。
- ・むせ込みやすい方や入れ歯の方。
- ・ムセ込みや食形態が変わった方。声が小さくなった方。
- ・リハビリに意欲的な方。
- ・以前は問題なく飲食できていたが口腔機能の低下が見られた方。むせやすい、歯磨きしても汚れが残っている方など。
- ・飲み込みの悪い方、口腔機能が低下する恐れのある方に必要だと思う。
- ・飲食時にムセたり、発語がはっきりしなくなった方に必要と思います。
- ・運動機能が著しく低下している方(ADL面に支障がある方)。
- ・栄養状態、嚥下状態の悪い方。
- ・栄養状態が悪い人。口腔状態が悪い人。身体状況が低下している人。
- ・栄養状態が低下している方。食事が低下している方。
- ・栄養状態のみならず今後、口腔機能低下が疑われるプレフレイルの方々
- ・栄養状態や生活能力を改善するためにも、又予防として全ての高齢者に必要だと思います。
- ・栄養状態体重低下、筋力低下、皮膚トラブルの予防の方。
- ・栄養摂取がうまくいっていない方。
- ・加算算定に関わらず、全利用者に必要と思っている。
- ・加算要件の通り。
- ・加齢に伴い口腔機能が低下する為、高齢者すべてに必要だと思います。
- ・家族が必要と認める人。
- ・介護度に関係なく、現在問題なく機能の衰えがない方に関しては予防、機能低下がある方に対しては、現状の把握と具体策を講じての評価ということが必要だと思う。(→全員)
- ・介護度の高い方、認知症の方、独居の方。
- ・顎筋力の低下している方、嚥下力の弱まっている方に必要と考えます。
- ・基本全員の方に必要と思います。予防もかねている為。
- ・基本的には高齢者、みなさん必要だと思います。
- ・基本的には全てのご利用者に必要だと思います。唾液分泌量の低下、言葉の出しにくさ、咀嚼、嚥下機能低下のリスクは共通だと思います。せめて基本チェックリスト「口腔項目2項目以上」→1項目にしてほしい。口腔機能向上訓練を実施する以上加算算定は必要です。
- ・基本的に高齢者の方は口腔機能が低下傾向であるため、必要性は感じております。
- ・希望している方。
- ・既に口腔機能が低下している方。
- ・機能が低下しているものの改善の可能性のある方。
- ・義歯の手入れが出来ていない方。残渣物が多く、うがい時に多く出てくる方等に行えれば、状態が確認でき良い状態が保て良いのかもしれない。
- ・義歯を外さず入れっぱなしの方。歯の見合いが良くないと言っている方。
- ・義歯を使用しているが不衛生な方。義歯が合っていない方。口腔内の状態が悪い方。嚥下状態の悪い方。楽しく食事をしたい方。バランスよく栄養摂取したい方。認知面の進行を防ぎたい方。
- ・継続的にサポート体制があればどの方にも必要であると思う。

- ・軽度者の方は、ご自身で噛む、飲み込む等管理ができて多いが、実際は口腔機能低下に気が付かない方が多くみられる。軽度者の
 方程、意識を高める事で機能の維持、向上につながると考える。(→介護度軽度の方)
- ・健康に深く関わるので全員できると良い、可能であれば取り組めると利用者にもメリットがある。
- ・現在、健康な方でも少しの体重減少から身体機能が落ちてしまうため、全員に必要だと思います。
- ・誤嚥しやすい方。寝たきりの方。
- ・誤嚥のある利用者様、入れ歯を使用している利用者様。
- ・誤嚥の可能性のある方。嚥下の低下。
- ・誤嚥や自力での歯みがきが不十分な方。施設で見きれない方など
- ・誤嚥性肺炎した方。食事中にむせる方(むせるのがわからない方)。
- ・誤嚥性肺炎のリスクが高い方。
- ・誤嚥性肺炎の方など。
- ・口が乾燥する、飲み込みが悪い、舌苔がある、水やお茶でむせる 等。
- ・口の渇き、水分の飲み込みによるむせ、硬い物の咀嚼、滑舌、嚥下に課題を有する、又は課題の発生が予測される方。
- ・口腔ケアが頻繁な方。
- ・口腔ケアが十分に実施できない方(認知症、片マヒ等)。
- ・口腔ケアが出来ていない方、義歯がない又は正しく使われていない方。
- ・口腔ケアが日頃から困難な方、食事の摂取状況や嚥下機能などに低下が見られる方などに対して月 2 回専門職から支援を受ける事で改善
 が図れる。
- ・口腔ケアが不十分な方。介助が必要な方。義歯を使用されている方。
- ・口腔ケアが不十分な方。口腔内にトラブルのある方。
- ・口腔ケアは行っている。プラン有の方は全て必要かと思う。
- ・口腔ケアをがんばりたい方。
- ・口腔ケアを自宅で行っていない方や正しく口腔ケアを行うことが出来ない方。
- ・口腔ケアを自分で十分に行えない方。誤嚥のある方。感染症にかかりやすい方。
- ・口腔に何らかの悩みを抱えており、改善したいと考えられている御利用者様またはご家族様。
- ・口腔の機能が低下してきた方や予防出来る方に必要だと思う。
- ・口腔の健康状態や機能に低下がみられる方。
- ・口腔の状態改善が必要な方。
- ・口腔の清潔を自ら保持できない方。
- ・口腔機能(口腔清潔、唾液分泌、咀嚼、嚥下、食事摂取)が低下するおそれのある方に必要。
- ・口腔機能(嚥下、摂食等)低下のある方
- ・口腔機能が低下している、または、その恐れのある方。
- ・口腔機能が低下している方。病気から復帰された方。
- ・口腔機能が低下してみえる方。
- ・口腔機能が低下し、専門職の介入が必要である方。
- ・口腔機能が明らかに低下したと思われる方。
- ・口腔機能において、低下が認められる方に必要と感じます。
- ・口腔機能に向上の見込みがある方。

- ・口腔機能に問題がある方。
- ・口腔機能の維持・向上が必要な方。
- ・口腔機能の低下があり、デイサービスでの支援提供で維持、向上が必要と判断される方。
- ・口腔機能の低下がみられ、むせ込み等がみられる方。
- ・口腔機能の低下が生じている方にとって必要となることは当然だが、現在、口腔機能に問題を生じていなくても、口腔機能に関心を持ってもらうために全ての利用者にとって必要と考えている。
- ・口腔機能の低下している方。むせやすい、飲み込みにくい、しゃべりにくい、食べこぼしが多い、歯が少ない等
- ・口腔機能の低下している方。また、低下傾向にある方。
- ・口腔機能向上が必要な人。ほぼ全員。必要で向上が可能な方
- ・口腔機能向上加算に必要な方は機能が低下、またはおそれがある方に必要を考える。
- ・口腔機能低下がみられる方、固いものがかみにくい、口が渇く、むせるなど
- ・口腔機能低下が認められる状態または口腔機能が低下するおそれがある方。
- ・口腔状態が悪い方
- ・口腔状態にケアが必要な人。
- ・口腔状態不良、日頃、ご自宅でしっかりとケア実施出来ていない方。
- ・口腔清潔、唾液分泌、咀嚼、嚥下、食事摂取の機能が低下している人。
- ・口腔清潔や咀嚼・嚥下などの口腔機能低下している方や今後、機能低下するおそれのある方。
- ・口腔内が保清されていない方、嚥下の機能が低下している方。
- ・口腔内に問題がある方、OPE 歴のある方。
- ・口腔内のケアが自分では難しい方、ムセが多い方。嚥下機能が落ちている方。発語がしにくい方。
- ・口腔内の衛生面がいきとどいていない方や嚥下機能が弱っている方が誤嚥性肺炎を予防する為に必要だと思います。
- ・口腔内の残歯、義歯の清潔が保ててない。誤嚥(飲食時のむせ)がある。
- ・口腔内の状態の観察が必要である。誤嚥をしやすい方。嚥下機能の低下がみられる方。
- ・口腔内の清潔を維持できない人。
- ・口腔内環境の維持が難しい高齢者。
- ・口腔内清潔保持・食事摂取・咀嚼・嚥下・発音等、気になる項目がある方は、加算していくべきだと思います。
- ・口腔内唾液分泌の少ない方、嚥下機能が低下している方等。
- ・高齢になると口渇や歯の欠損など口腔機能の低下や誤嚥する方も多いので、どのような方というより全体的に必要な項目だと思います。
- ・高齢者、セルフケアが困難な方。
- ・高齢者の方で飲み込み低下のある人。
- ・高齢者はある程度の方でも対象になって算定したい気持ちはある。
- ・高齢者全員が必要だと思う
- ・歯みがきが自分ではできず、口腔内に残渣がある方。うまくしゃべれない方。噛む力が弱い方。
- ・歯医者に通えない方々。
- ・歯磨きがうまく出来ない人、言葉の出にくい人、飲み込みの悪い人、食べ物を舌でまとめられない人。
- ・歯磨きができない方や口腔内の機能低下に気づきにくい方に必要だと思う。
- ・自己管理が不十分な方に必要である。
- ・自己管理可能な方。

- ・自歯、義歯に関わらず全ての高齢者。
- ・自身で口腔ケアが出来ない方。
- ・自分で義歯や歯の管理が難しく、セルフケアするのが難しい方。
- ・自立ケアの難しい方で指導が必要な方。口腔ケアの習慣性のない方。誤嚥性肺炎のリスクがある方。栄養状態や生活能力の改善が必要な方。
- ・自立出来ない方。
- ・自力で口腔ケアができない方(手が上がらない等の身体的に難しい場合や認知症状進行に伴い口腔ケアが伝わらない方)。歯科受診がなかなかできない方。
- ・若者、未成年。
- ・若年高齢者。
- ・主に在宅で生活されていて歯科などの介入が少ない方。介護サービス利用頻度も少ない方。
- ・食べることに楽しみを感じ、生きる目標となっている方。
- ・食事が入らない方。
- ・食事摂取に課題がある人。
- ・食事や言葉などの機能が低下又はその予防が必要と思われる方々。
- ・食事を安全に召し上がって頂くためにそして楽しみを維持できるため(ほとんどの方が対象)。
- ・食事形態が変化していき、ご自宅で用意するのが難しくなってこられた方。
- ・食事摂取が難しくなりつつある方。
- ・食事摂取されている方、全てに必要だとは思いますが。
- ・食事摂取量の著しく低下した方。
- ・食欲不振、誤嚥性肺炎の防止が必要な方。
- ・摂食・嚥下に不便を感じておられる方。
- ・摂食意欲の高い方。
- ・全ての高齢者に必要。認知症、嚥下機能低下防止、健康に過ごすためにも必要。
- ・全ての方に必要と思う。
- ・全ての利用者
- ・全身的に筋力低下している方。マヒのある方。義歯や残存歯の管理ができない方。誤嚥性肺炎の既往がある方。
- ・全利用者。口腔機能の維持が難しい高齢者、障害者の方が増えている。
- ・体重減少、食量減少、口腔内の清潔を保てない等、問題のある方。御本人が口腔内に気になる点がある、客観的に見て気になる等予防的な観点からケアが必要な方。
- ・喋りづらくなった。好きな物が食べづらくなったなど感じ始めた方。
- ・通われているお客様すべて。
- ・低栄養のおそれがある方。
- ・特に認知症の方。
- ・特に嚥下機能が低下し始めた方やその前期にあたる方。
- ・独居であったり、家族介護が困難で口腔内衛生が保てない利用者。
- ・独居で義歯を入れているが、洗浄することが難しい場合。上下義歯を使用しているも、洗う習慣がない。義歯を外さない方。歯磨きをしない方。

- ・独居の方、家族と同居されていても適切なケアが受けられていない方、ご家族がご本人の状態に気付いていない方等に対して、特に必要だと思います。以前と比べて、「食事の際に食べにくくなった」「むせこむようになった」等の身体状況の変化を早期発見し、悪化を予防することができると思います。
- ・日常生活がままならない方は家族が口の中までお世話できる人はほとんどなく、ほぼ全員の方に必要だと思っている。歯が残っていて、認知症になった場合は特にひどい状況になっています。
- ・認知機能低下がみられる方やむせ込みや嚥下、咀嚼機能低下が見られる方。また、独居生活により食事摂取低下や口腔内清潔が保たれていない方。
- ・認知症、独居、老々介護の方々。
- ・認知症の方や嚥下状態が悪い方。
- ・認知症や脳疾患などの身体上の麻痺があり、ご自身で口腔ケアを行えない方など。
- ・脳梗塞の既往がある方、片マヒのある方等。
- ・肺炎のリスクが高い人、栄養状態の低下がみられる人。
- ・肺炎の可能性のある方。ご自身で口腔ケアできない方。嚥下がうまくいかない方。
- ・発語が少ない方。飲み込み、咀嚼に衰えがある方。
- ・発語が難しい方。
- ・発語に問題がある方。嚥下に問題がある方。フレイルの心配がある方。
- ・半日型デイサービスなので、時間が確保出来ない。1 日型デイサービスでそれを踏まえての利用と納得して利用頂ける方。
- ・半年前に比べて、固いものが食べにくくなった方。発音がはっきりしない方。お茶や汁物などでむせてしまう方。口の渇きが気になる方。大きな声が出ない方。
- ・比較的自立度が高く歯みがき指導等の介入で改善できる方。一定の歯みがき介助をしている方。定期的に歯科受診している方。
- ・必要性は全ての方だと思います。
- ・本人の嗜好以外でミキサー食・とろみなどの食事を強いられている人。
- ・予防としては、全利用者。
- ・予防も兼ねて全員。
- ・予防も含め、すべての方に必要だと思います。なぜなら口腔機能の向上は、様々な病気に密に接している為。
- ・予防的に全ての人。嚥下機能の低下がみられる方。
- ・要介護者全員。
- ・要支援、要介護状態の方で口腔・嚥下機能に低下を認める方。フレイル・口腔・嚥下機能に関わる難病の方。
- ・要支援の方。
- ・利用されている方、どなたにも必要な加算だと考えます。
- ・利用されている方すべてに必要なと思うが、現況では難しい。
- ・利用者様の口腔機能が低下しつつ、それを改善し維持向上が必要な方。早期に予防ができるなどもあり、加算はとっていないが看護師中心に口腔ケアには力を入れている。
- ・咀嚼、嚥下機能の向上が必要な方。
- ・咀嚼、嚥下障害、口腔内の疾患等により食事摂取量が低下している方。
- ・咀嚼、嚥下障害のある方、予備軍。
- ・咀嚼、嚥下能力の低下している方。
- ・咀嚼、嚥下不良の方。

- ・咀嚼が難しい方が必要だと思います。
- ・咀嚼や嚥下などの口腔機能が低下してきている人に対して、口腔機能維持向上を行うことに必要だと思います。
- ・咀嚼や嚥下に問題があり、思うように食事が取れない方。
- ・咀嚼機能低下。年齢と共に弱る機能に対しての口腔機能体操。お口の中の乾燥。口腔内の清潔が保てない。食事介助。嚥下訓練の必要な方。
- ・咀嚼能力低下している方や口腔機能が低下するおそれのある方に必要。
- ・嚥下、口腔機能の低下している方。
- ・嚥下、食事摂取、口腔清潔において、口腔機能の低下または低下するおそれがある方には必要だと思いますが、まだ算定する余裕はなく、勉強不足でしっかりと理解出来ていません。
- ・嚥下、発語、衛生等、そのケアによりむせや誤嚥性肺炎などの防止が必要な方。維持、改善が必要な方。
- ・嚥下、咀嚼、呼吸の低下がある方。
- ・嚥下、咀嚼機能が低下している方
- ・嚥下に問題がある人。
- ・嚥下の悪い方。
- ・嚥下の悪い方や咀嚼力が低下している方。
- ・嚥下の困難な方、誤嚥性肺炎などの既往がある方など。
- ・嚥下の状態、歯をみがかない 体重減少の方など。
- ・嚥下や歯みがきに課題のある方。
- ・嚥下や摂取能力の劣えてきている方。ほぼ全員。
- ・嚥下機能が衰えている人。
- ・嚥下機能が著しく低下している方。
- ・嚥下機能が低下されている方。脳梗塞の予後の方。
- ・嚥下機能が低下している方。誤嚥のリスクが高い人。口腔機能低下により摂取量が減少している方。
- ・嚥下機能が低下している方やご自身で口腔ケアがしっかり行えない方。
- ・嚥下機能が低下している方低下している方、口渇のある方、義歯の方。
- ・嚥下機能が低下してきた方など。
- ・嚥下機能の低下が見られる方、口腔清潔を保持できていない方
- ・嚥下機能の低下の方。
- ・嚥下機能や音声・言語の支障がある方。
- ・嚥下機能や咀嚼動作が低下し、むせ込みを起こしてしまう方。退院明け等で医療職より必要と判断された方。
- ・嚥下機能低下が著しい方。
- ・嚥下機能低下が予想される方は定期的にその他の方も自覚症状や年齢に応じて必要。
- ・嚥下機能低下している方(むせ込む方)。
- ・嚥下機能等低下している方や低下のおそれのある方全員かと思います。
- ・嚥下困難な方、食形態変更必要な方。
- ・嚥下困難な利用者に対して必要と思われる。
- ・嚥下状況に関わらず、全員名に実施できることが理想的。
- ・嚥下状態が良くない方。口腔内が汚れている方。ご自身で口腔ケアができない方。
- ・嚥下状態に低下が見られる方等。

- ・嚥下状態の悪い方。
- ・嚥下状態の悪い方や誤嚥リスクの高い方。口腔ケアがお一人では十分に行えない方。
- ・嚥下状態や咀嚼等に問題抱えている、又は可能性のあるご利用者様に必要と思われる。
- ・嚥下能力が低下し、口腔内の清潔を維持するのが困難な御利用者様があり、それを改善する必要がある又は改善したいと希望がある方。
- ・嚥下能力の落ちてくる高齢者全般に必要なだと考える。
- ・嚥下能力低下による誤嚥性肺炎等のリスクのある方。栄養状態の改善が必要な方。

【通所リハビリテーション】

- ・利用者すべて・かかりつけの歯科医をもっていない方。遠方の方。
- ・嚥下の大変な方。
- ・嚥下状態の悪い方。
- ・オーラルフレイル予防の為、必要な受診や検査を積極的に行う意志のある方
- ・お元気なうちから、むせこみがあった場合は、早めに訓練した方が口腔内の機能の低下を予防できるため、希望者又は全ての方に有効であると思われます。(→むせ込みのある方)
- ・お茶等飲み物にムセやすい方や食べ物の飲み込みの悪い方。口腔内に汚れが埋まりやすい方など。当苑では食事前には必ず 15 分程度口腔体操は実施している。
- ・ご自分で体調管理ができない方。
- ・スクリーニング加算と同様。口腔機能が低下している方。
- ・パーキンソン病や脳卒中後遺症で構音障害がある方→コミュニケーションの改善。嚥下機能低下のある方→栄養改善や肺炎予防。
- ・フレイル・サルコペニアと思われる方々。予防の観点からみると高齢者全ての方に必要な加算だと思います。
- ・フレイル前段階の方。
- ・フレイル等、要介護高齢者全般。
- ・マヒ等口腔機能に支障をきたしている方。
- ・ムセのある方、誤嚥性肺炎を 1 回でも起こした方、入れ歯を使用している方、舌下の汚染がひどい方等。
- ・むせのある方。食事を口腔から摂取できる方。
- ・飲みにくさ、食べにくさ、かみ合わせや口腔内のケアから必要な方。
- ・飲み込み、会話が困難な方。
- ・栄養失調(うまく飲み込めない、食欲不振)の方。
- ・衛生保持が難しい方。機能低下または低下のおそれが見られる方。この先、歯科の関与が必要になるとと思われる方。
- ・加齢による筋力低下している方。
- ・家族様で口腔内清浄出来ない方、自宅ではない方に必要だと思う。
- ・介護保険を持っている方。
- ・介護保険認定調査票の調査基準(スクリーニング)等で、一定の基準値に該当する方々に必要があると感じる。
- ・改善の見込みがあり、一定の期間で改善できる人。
- ・基礎疾患を持っている方。
- ・基本チェックリストの口腔、嚥下の項目にチェックがある方。食事について何か気になっていることがある方。
- ・基本全員に必要。年齢と共に機能は低下してくる為、観察は必要。
- ・機能の低下した方。

- ・機能障害によりのみ込みや発語が不十分な方はもちろん、普段から一人暮らしの為、発語、会話の少ない方も必要だと思います。
- ・義歯が必要なのに装着していない方。虫歯等、歯の治療が必要なのに治療していない方。
- ・義歯の方。嚥下機能が低下している方。認知症の方。
- ・義歯使用者。むせが多い。誤嚥を繰り返している方。誤嚥性肺炎の既往リスクのある方。
- ・欠損歯があるにも関わらず、義歯が無い方。咬合崩壊している方。口腔フレイルが進み、飲み込みづらい方。誤嚥性肺炎の既往のある方。
- ・言語・嚥下機能低下の方。低栄養、食事摂取量にムラがあり体重減少を認める方。フレイルに該当する方 etc.
- ・言語障害、嚥下障害のある方。
- ・誤嚥のリスクが高い方。
- ・肺炎のリスクが高い方々に定期的な評価、訓練等、専門的な事を行う事で、在宅生活の維持につながっており、健康的に生活を送りたい方々に必要であると思います。また、機能変化に早く気付ける事もあり、病態の重症化予防にもなっております(特に脳卒中既往の方等)。
- ・誤嚥や肺炎、栄養状態、生活能力が低下している方
- ・誤嚥リスクの高い利用者。
- ・誤嚥性肺炎の可能性のある方。
- ・誤嚥性肺炎の既往の方。発語能力に不満のある方。進行性疾患の方。
- ・口の衛生管理や嚥下機能に問題ある方。
- ・口腔・嚥下機能の低下(食べにくさ、飲みみにくさを感じる、嚥下機能低下により誤嚥性肺炎の既往がある等)がある方。音声、言語機能の低下(難病などの疾患などにより声が出しにくい、話しにくいと感じる等)がある方。
- ・口腔ケアがいき届いていない、家族が口腔内の状況をわかっていない、食事の形態と口腔機能が合っていない方々。
- ・口腔ケアがきちんと行えていない方。
- ・口腔ケアの難しい方。食事摂取の難しい方。唾液分泌の少ない方。咀嚼、嚥下機能が低下している方。
- ・口腔ケアの難しい方。食事摂取の難しい方。唾液分泌の低下している方。咀嚼・嚥下機能の低下している方。
- ・口腔の機能や状態、摂食・嚥下機能について定期的な評価を要する方。
- ・口腔衛生や咀嚼・嚥下等の機能が低下している利用者様に必要だと思います。
- ・口腔機能(摂食、嚥下)が低下している方。
- ・口腔機能低下によるフレイルの方。
- ・口腔機能が低下している、またはそのおそれがある方。
- ・口腔機能が低下している、またはそのおそれのある利用者で、過去1年以内に肺炎の既往がある方。
- ・口腔機能が低下していると感じられる方。
- ・口腔機能が低下している方。オーラルフレイル等。
- ・口腔機能が低下している又は低下していくことが判っている方。本人、家族(Fa)が口腔機能向上の専門的なケアを希望している場合。
- ・口腔機能が低下すると食事摂取が困難となり、低栄養になります。また、誤嚥性肺炎を防ぐために舌や頬の筋肉を鍛えるケアが必要だと思います。機能低下する可能性が高い利用者様はもちろんですが、予防の為にもリスクが低い利用者様も必要ではないかと思えます。(→全員)
- ・口腔機能に低下がある方。食事摂取量の減少がある方。
- ・口腔機能に問題がある方。
- ・口腔機能の低下が見られるが、専門職による指導や訓練を実施することで改善することが見込まれる方。
- ・口腔機能の低下が見られる方。
- ・口腔機能の低下している方。
- ・口腔機能向上サービスを利用している方。

- ・口腔機能低下で生活に支障が生じている方。
- ・口腔機能低下のおそれのある方すべて。
- ・口腔内での環境が不十分な方。
- ・口腔内の衛生が独力で保てない方。加齢により機能低下が生じてきている方。
- ・口腔内の衛生状態の悪い方。食事中、食後のムセがある方。誤嚥性肺炎を起こした事のある方。
- ・口腔内の清潔が保てない方。口腔機能や嚥下機能が低下している方。
- ・口腔内衛生が保てず、また嚥下機能の低下があり、肺炎などを起こしかねない方。但し、毎日ケアや訓練が出来る状態にある方。
- ・口腔内清潔保持が難しい方。義歯を使用。嚥下機能が低下している(ムセ・口腔内ため込み、流延がある)。食事摂取量が低下している。
- ・口腔内清掃がうまくできていない方。
- ・口腔嚥下機能や言語面に改善を望む方たち。
- ・高齢者、脳卒中患者、内部疾患の方。
- ・高齢者。脳血管疾患の方。進行性疾患の方。通所リハご利用は高齢な為、全て介入が必要と感じる。
- ・高齢者あるいは脳血管障害のある利用者で口腔運動機能の低下がみられる方。パーキンソン病等進行性の疾患で、嚥下機能の低下が懸念される方。
- ・高齢者のみならず、全ての方に必要だと思います。
- ・高齢者の全て、特に嚥下機能の低下している方(脳卒中後遺症、パーキンソン病、廃用症候群など)。
- ・高齢者の方。呼吸器系に問題のある方。顔面麻痺のある方。パーキンソン病。
- ・高齢世帯、独居や施設入居者には必須と考える。
- ・在宅の方より入所の方に必要だと思う。
- ・歯みがきを行う事がすくない方。義歯が合っていない方。
- ・歯科に通えていない方。
- ・歯磨き習慣がなく、口腔内の汚れが多い人。飲み込みが悪く、ムセがある人。歯・義歯の不具合があり、食事量が低下している人。
- ・自宅で口腔ケアが上手くできていない方。
- ・自分でできない方、入れ歯の方。
- ・主治医が必要と認めた場合(主治医意見書に記入のある場合)。
- ・食形態、嚥下機能に課題のある方、栄養状態不良の方、リハビリの必要な方。
- ・食事が充分にとれていない方。
- ・食事が摂取しにくい方やムセがある方。
- ・食事でむせがある方(嚥下低下)、口腔内の清潔が保てていない方(誤嚥リスク)。
- ・食事でむせるなど嚥下障害がある方に対しては、もちろん必要だが、そうでない方にも予防目的に介入することも必要と考えている。
- ・食事において何らかの支援が必要な者や嚥下機能の低下が懸念される者。
- ・食事や会話に支障をきたす人。
- ・食事形態が普通食以外の利用者。誤嚥を繰り返す利用者。
- ・食事摂取されている全利用者様。
- ・食事摂取量が不足していると思われる方、ムセ込みがある方。
- ・摂取障害のある人、嚥下機能障害、歯の状態不良(自歯・義歯)、誤嚥性肺炎リスクのある人。
- ・摂食・嚥下不良の方。体重の増減が著しい方。口腔清掃が定着されていない方。
- ・摂食、嚥下機能が低下している方。

- ・摂食、嚥下機能の低下が見られ、日常生活に支障があると評価された方。
- ・摂食障害のある方や今後そのような状態になりえる方。
- ・摂食能力が低下している方、歯科受診されている、脳卒中などによる摂食嚥下機能の低下した方。
- ・摂食嚥下機能が低下した人。
- ・摂食嚥下状態が悪い方。
- ・舌や口唇の運動機能や嚥下機能がおちた方。
- ・専門的な介入が必要な方。
- ・全ての人に必要。フレイルなどを予防するために…。
- ・全ての利用者。
- ・体重減、食事量減等、胃等の内部疾患の方。
- ・対象者(スクリーニングで口腔機能が低下しているか?)評価方法で7項目中3項目以上低下がみられた場合。義歯使用の方など。
- ・対象者全員に必要なと思う。
- ・著しく口腔衛生不良で、それにより口腔機能や食事量の低下や誤嚥性肺炎を誘発するリスクが高くなると予想される方。嚥下機能の低下により、食事摂取が困難になってきた方。口腔機能の低下により、発話の不明瞭さがある方、唾液の貯留や流涎がある方。
- ・長期的に見て、口腔、摂食嚥下機能が低下されると予想される方(進行性疾患や誤嚥性肺炎の既往がある)。
- ・通所等のサービスを利用している全利用者。
- ・低栄養状態の方、口腔内や嚥下障害がある方。
- ・定期的に口腔状態の評価をし、口腔機能向上が必要な方。
- ・定期的に歯科受診できていない方。
- ・糖尿病などの基礎疾患のある方、義歯の方。
- ・独居、高齢の利用者。
- ・独居、認知症状の方。
- ・独居の方で自己での口腔衛生管理が困難な方。
- ・独居や高齢者世帯等、体調や生活状況の確認に他者の支援が必要な低栄養傾向の利用者。
- ・認知症の有無に関わらず、年代的に歯みがきが幼少期から習慣化されていない方が多いため、現状第一号被保険者は全員必要と考える。
- ・脳梗塞など嚥下障害を来す疾患が既往にある方で症状が残存している方。高齢で口腔、嚥下機能の低下がある方。認知機能の低下により口腔清掃に介助が必要な方。
- ・脳梗塞後遺症、ALS、パーキンソン症のリハビリとして必要(→脳梗塞後遺症のある方、ALS、パーキンソン病の方)
- ・廃用や中枢性麻痺により口腔機能が低下されている方や定期的に歯科医療を受診することが困難な方。
- ・発話に支障のある方。飲み込みに支障のある方。経口摂取の維持を希望される方(胃ろう造設した方の内で)。
- ・麻痺や廃用があり、第三者による定期的な評価管理が必要な方。
- ・予防を考えると全ての対象者に必要。
- ・要支援の方。要介護状態以前の方。
- ・利用者の状態に応じて、舌や口唇の運動機能低下、唾液の分泌量が少ない、味覚や食欲の低下、舌苔の付着量が多いなどの方に必要であると思います。
- ・利用者本人が口腔ケアを身につけられるだけの理解力や手指機能が保たれている方。
- ・理想は高齢者全員できると感じている。
- ・咀嚼能力、嚥下能力が低下している高齢者。また、問題なく食事を食べている人でも予防的に介入する意義はあると思われる。

- ・嚥下、咀嚼に問題がある人。歯槽膿漏、顎関節症、義歯の不具合がある人。
- ・嚥下が十分にできていなく食事中にムセ込みがある人。
- ・嚥下に課題のある高齢者。
- ・嚥下に問題のある方。
- ・嚥下機能が低下している若しくは低下が予想される方。
- ・嚥下機能が低下してきている方(飲み込みづらい、ムセやすくなってきた等)。声が出にくくなっている方、口内の清掃がうまくできていない方。口腔内の乾燥が著しい方など。
- ・嚥下機能が低下し、誤嚥のおそれのある方。
- ・嚥下機能に不安がある方、よくむせる方、食事形態が常食でない方、認知面の低下が認められる方、予備軍として現在、嚥下機能は問題ないが、四肢を含めて体のどこかにマヒがある方。
- ・嚥下機能の低下している方。誤嚥リスクの高い方。
- ・嚥下機能の低下のある方。
- ・嚥下機能や口腔機能に何かしらの低下がみられる。
- ・嚥下機能低下、ムセが多くみられる方、誤嚥性肺炎の既往がある方。
- ・嚥下機能低下がうたがわれる方や食事摂取量がなかなか確保されない方など。
- ・嚥下困難のある方など。
- ・嚥下困難や誤嚥性肺炎ハイリスクの方が対象者になると思う。食事量低下の方にも必要だと思う。
- ・嚥下障害、よくむせられる方、流延の多い方。脳梗塞後遺症による発語障害(構音障害)等。
- ・嚥下障害があり、誤嚥性肺炎のリスクのある方、軽度の認知機能低下があり、清潔が保ちにくなっている方。
- ・嚥下障害のある方、咀嚼障害のある方(マヒ含む)。
- ・嚥下障害の方。誤嚥性肺炎の既往のある方。経口摂取をされていない方。
- ・嚥下障害の方はもちろん、漏嚥で今後、嚥下障害になる可能性のある方。
- ・嚥下障害者又はその予防者。
- ・嚥下難しい方。口腔内トラブルのある方など。

7) 栄養アセスメント加算の算定状況(令和5年2月～7月実績)

7)-1. 算定状況および算定人数

栄養アセスメント加算を「取得している」事業所は、通所介護で2.2%、通所リハで12.9%だった。

また、栄養アセスメント加算を算定している事業所の算定人数は、通所介護で55.2±46.8人、通所リハで232.3±233.6人であった。

図表 25 栄養アセスメント加算算定人数

	通所介護		通所リハビリテーション	
	n	%	n	%
取得している	11	(2.2)	37	(12.9)
取得していない	470	(93.1)	240	(83.9)
無回答	24	(4.8)	9	(3.1)

図表 26 栄養アセスメント加算算定人数の平均値と標準偏差

	通所介護			通所リハビリテーション		
	n	Mean	SD	n	Mean	SD
栄養アセスメント加算算定人数	11	55.2	± 46.8	37	232.3	± 233.6

7)-2. 栄養アセスメント加算算定につながったきっかけ

栄養アセスメント加算につながったきっかけで最も多かったのは、「加算取得のため」で、通所介護81.8%、通所リハ75.7%であった。次に多かったのは、「施設または連携する管理栄養士からの意見」で、通所介護54.5%、通所リハ35.1%であった。「口腔・栄養スクリーニング加算」は、通所介護18.2%、通所リハ24.3%、「その他」が通所介護9.1%、通所リハ10.8%であった。

図表 27 栄養アセスメント加算につながったきっかけ(複数回答/有効回答のみ)

	通所介護		通所リハビリテーション	
	n	%	n	%
加算取得のため	9	(81.8)	28	(75.7)
施設または連携する管理栄養士からの意見	6	(54.5)	13	(35.1)
口腔・栄養スクリーニング加算	2	(18.2)	9	(24.3)
その他	1	(9.1)	4	(10.8)

その他:

【通所介護】同法人内の他デイ管理者からの意見

【通所リハ】LIFEの開始より、栄養の評価を強化したかったため、機能維持に栄養は重要であるため、低栄養の予防のため

7)-3. 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

栄養アセスメント加算のサービスを提供した管理栄養士の所属で最も多かったのは「施設」で、通所介護 63.6%、通所リハ 91.9%であった。次に「外部の医療機関」で、通所介護 18.2%、通所リハ 2.7%であった。「外部の介護保険施設」、「栄養ケア・ステーション」所属の管理栄養士は 0%であった。

図表 28 栄養アセスメント加算のサービス提供した管理栄養士の所属(複数回答/有効回答のみ)

	通所介護		通所リハビリテーション	
	n	%	n	%
施設	7	(63.6)	34	(91.9)
外部医療機関	2	(18.2)	1	(2.7)
外部介護保険施設	0	(0.0)	0	(0.0)
栄養ケア・ステーション	0	(0.0)	0	(0.0)

7)-4. 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で最も多かったのは、「管理栄養士の配置や外部機関との連携が難しいから」で、通所介護が 53.0%、通所リハが 46.7%であった。次いで、「他職種との連携、栄養アセスメントに十分な時間を割けない」が、通所介護 46.2%、通所リハ 45.0%、「施設内での連携が難しい(管理栄養士等の人員不足等)」が、通所介護 31.5%、通所リハ 33.3%であった。

図表 29 栄養アセスメント加算を算定していない理由(複数回答/有効回答のみ)

	通所介護		通所リハビリテーション	
	n	%	n	%
他の施設で栄養アセスメント加算を算定	8	(1.7)	4	(1.7)
口腔・栄養スクリーニング加算を算定	25	(5.3)	23	(9.6)
LIFE への情報提供が難しい	83	(17.7)	44	(18.3)
栄養アセスメントの方法が不明	93	(19.8)	32	(13.3)
他職種との連携、栄養アセスメントに十分な時間を割けない	217	(46.2)	108	(45.0)
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	141	(30.0)	73	(30.4)
結果について利用者・家族への説明や相談対応に時間を割けない	85	(18.1)	43	(17.9)
管理栄養士の配置や外部機関との連携が難しい	249	(53.0)	112	(46.7)
施設内での連携が難しい(管理栄養士等の人員不足等)	148	(31.5)	80	(33.3)
利用者・家族等からの同意が得られにくい	61	(13.0)	20	(8.3)
算定方法が不明	60	(12.8)	16	(6.7)
栄養アセスメント加算を知らない	43	(9.1)	13	(5.4)
サービスの提供方法が不明	65	(13.8)	26	(10.8)
その他	46	(9.8)	23	(9.6)

その他(原則、原文ママ。明らかな誤字のみ修正。):

【通所介護】

- ・グループとして実施していない、加算をしていない、算定していない、指示がないため。
- ・そもそも管理栄養士をデイに配置していない。
- ・まずは LIFE から算定予定の為。
- ・運営法人が変わったばかり。+令和 6 年改正の動向で。
- ・加算ではなく報酬を増やした方が良いと思うから。
- ・加算算定を考えていない。
- ・該当しない。
- ・各医療機関から栄養評価がまばら。ALB のみの採血結果での CONUT などとれない。
- ・希望される方もなく問い合わせもないから、必要とする利用者がいない。加算をとらなくてもしっかり機能向上によせた取り組みは行えている。
- ・機能訓練型のため、他の加算を重点的に取り組んでいるため。
- ・限度額オーバーしてしまう方が多いから。

- ・口腔・栄養スクリーニング加算を取得予定のため。
- ・算定に必要な計画書等の書類作成や評価にかかる事務量に対して、単位数が少ない。
- ・算定の手間、サービス実施にかかる労力に対する単位数が少ないから。
- ・算定までの手順が難しい。
- ・手間がかかる。
- ・全体的に必要とすることなので、口腔ケアは必ず行っております。ほぼ全員が行っているためアセスメントや計画を立てることを考えると難しい。
- ・職員に負担。限度額超過で利用を控えなければならないケースが出る。
- ・食事の提供がない為。
- ・食事は委託しており、管理栄養士による献立だが、算定に要する時間と手間をとれない。
- ・食事を提供していない半日型デイのため。運動することが目的で来られるため。
- ・人員不足。
- ・人件費と労力。
- ・他の計画、評価、記録など、介護事業において多くの仕事がある中で、人員配置や報酬、手間、ニーズを考えた際、取得は難しくなる。
- ・他加算の関係で1日単価上がってしまう。それによる利用日調整が必要になるから。
- ・多くの加算をとる事により事業所はうるおうが利用者負担が増えるので控えてしまうのではないかと。専門的にしている事業所が増える事により利用者にとっては、プラスの作用に働くとおもいますが、未だそこまで浸透していない。
- ・大変そう。
- ・単位数が少なすぎる、点数が低い。
- ・必要書類、項目が多い。定期的な評価する余裕がない。
- ・本部の意向、算定の手間、加算分回収不能。
- ・利用者がいない。
- ・利用者により加算をとらないように。

【通所リハビリテーション】

- ・お昼のみの提供のため、管理が困難。
- ・ケアマネから依頼されることがないから。
- ・サービス提供時間が短いため。
- ・リハビリ特化型半日デイの為、PT2人の勤務の為。
- ・加算を算定できる届けは済ませていますが、始めたばかりで栄養士も準備段階です。加算を取っている利用者はいません。
- ・加算算定はないが、管理栄養士(併設老健)と連携しています。
- ・管理栄養士がいないため、栄養面での指導を行う機会が少ないため。
- ・筋力訓練を主に行う事業所で口腔機能のリハビリは行っていない。嚥下に問題のない方が利用している為。
- ・算定の手間に対しての単位数が少ないから。
- ・施設全体が必要を感じていないため。在宅ケアマネが栄養管理に対して優先順位が低いと思われる為。栄養管理の重要性を多職種が理解していない為。栄養士の配置人数が少ない為。
- ・準備が整い、ニーズ把握の上、必要性あるため、近々算定予定。
- ・食事の提供をしていないから。

- ・他のサービス単価も高いため。
- ・対象者がいらっしやらないため。
- ・退院時に必要な方はスクリーニングされ、適切な紹介をされているから。食事が出せないから。
- ・短時間のリハビリ特化型のため。
- ・知識不足。
- ・必要書類・記入例の提示をしてほしい。

8) 栄養改善加算の算定状況(令和5年2月～7月実績)

8)-1. 算定状況および算定人数

栄養改善加算を取得している事業所は、通所介護で0.4%、通所リハで3.1%であった。

また、栄養改善加算を算定している事業所の算定人数は、通所介護が2.5±2.1人、通所リハが5.3±4.1人であった。

図表 30 各事業所の栄養改善加算の算定状況

	通所介護		通所リハビリテーション	
	n	%	n	%
取得している	2	(0.4)	9	(3.1)
取得していない	479	(94.9)	268	(93.7)
無回答	24	(4.8)	9	(3.1)

図表 31 各事業所の栄養改善加算の算定人数

	通所介護			通所リハビリテーション		
	n	Mean	SD	n	Mean	SD
栄養改善加算算定人数	2	2.5	± 2.1	9	5.3	± 4.1

8)-2. 栄養改善加算算定につながったきっかけ

栄養改善加算算定につながったきっかけは、通所介護では「施設または連携する管理栄養士の意見」が100%と最も多く、ついで「加算取得のため」、「栄養アセスメント加算」が共に50.0%であった。通所リハでは、「以前から算定している」が66.7%と最も多く、「口腔・栄養スクリーニング加算」「栄養アセスメント加算」が共に22.2%、「加算取得のため」「施設または連携する管理栄養士の意見」が共に11.1%であった。

図表 32 各事業所の栄養改善加算算定きっかけ(複数回答/有効回答のみ)

	通所介護		通所リハビリテーション	
	n	%	n	%
以前から算定している	0	(0.0)	6	(66.7)
加算取得のため	1	(50.0)	1	(11.1)
施設または連携する管理栄養士からの意見	2	(100.0)	1	(11.1)
口腔・栄養スクリーニング加算	0	(0.0)	2	(22.2)
栄養アセスメント加算	1	(50.0)	2	(22.2)
その他	0	(0.0)	0	(0.0)

8)-3. 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

栄養改善加算のサービス提供をした管理栄養士の所属は、通所介護では、「施設」、「外部の医療機関」が共に50.0%、通所リハでは、「施設」が77.8%、「外部の医療機関」が11.1%であった。「外部の介護保険施設」、「栄養ケア・ステーション」所属の管理栄養士は0%であった。

図表 33 各事業所のサービス提供を実施した管理栄養士の所属(有効回答のみ)

	通所介護		通所リハビリテーション	
	n	%	n	%
施設	1	(50.0)	7	(77.8)
外部医療機関	1	(50.0)	1	(11.1)
外部介護保険施設	0	(0.0)	0	(0.0)
栄養ケア・ステーション	0	(0.0)	0	(0.0)

8)-4. 栄養改善加算を算定していない理由

栄養改善加算を取得していない事業所の算定していない理由で最も多かったのが「管理栄養士の配置や外部機関との連携が難しいから」で、通所介護 62.0%、通所リハ 50.7%であった。次いで「サービス提供のための栄養評価に時間を割くことができないから」で、通所介護 43.6%、通所リハ 41.0%、「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」が通所介護で 23.0%、通所リハで 28.4%であった。

図表 34 各事業所の栄養改善加算を算定していない理由(複数回答/有効回答のみ)

	通所介護		通所リハビリテーション	
	n	%	n	%
他の通所施設で栄養改善加算を算定している	8	(1.7)	4	(1.5)
口腔・栄養スクリーニング加算を算定している	25	(5.2)	29	(10.8)
LIFE への情報提供が難しい	85	(17.7)	48	(17.9)
栄養評価の方法が不明	96	(20.0)	33	(12.3)
栄養評価に時間を割けない	209	(43.6)	110	(41.0)
施設で体重測定を実施していない	11	(2.3)	6	(2.2)
課題が確認された場合の居宅への訪問が難しい	110	(23.0)	76	(28.4)
管理栄養士の配置や外部機関との連携が難しい	297	(62.0)	136	(50.7)
利用者・家族等からの同意が得られにくい	64	(13.4)	32	(11.9)
算定方法が不明	61	(12.7)	17	(6.3)
栄養改善加算を知らない	45	(9.4)	15	(5.6)
サービスの提供方法が不明	70	(14.6)	26	(9.7)
その他	43	(9.0)	32	(11.9)

その他(原則、原文ママ。明らかな誤字のみ修正。):

【通所介護】

- ・LIFE 加算をはじめたが、現在栄養改善加算においても取得に向け動いていない。
- ・グループとして実施していない、加算していない、算定していない、指示がない為。
- ・まずは LIFE から算定予定の為。
- ・運営法人が変わったばかり。+令和 6 年改正の動向で。
- ・栄養士の業務を増やすことに協力が得られない。
- ・加算は基本的に利用者の負担になるので取りたくない。
- ・加算算定を考えていない。
- ・該当しない。
- ・希望される方もなく、問い合わせもないから、必要とする利用者がいない。加算をとらなくてもしっかり機能向上によせた取り組みは行えているから。
- ・機能訓練型のため、他の加算を重点的に取り組んでいるため。
- ・口腔・栄養スクリーニング加算を取得予定のため。

- ・口腔機能向上加算取得を考えていきたいから。
- ・算定に必要な計画書等の書類作成や評価にかかる事務量に対して、単位数が少ない。
- ・手間、事務的負担の増加。
- ・週 1～3 日程の利用者に対してデイサービスだけで栄養の改善は見込めないように思う。家族も協力が困難。
- ・少ない加算額で書類は多い。職員に管理栄養士と栄養士もいるので細かい対処、インボディを使用しての計測も出来ている。
- ・職員に負担。限度額超過で利用を控えなければならないケースが出る。
- ・食事の提供がない為。
- ・食事を提供していない半日型のデイサービスのため。
- ・親設のため、検討中。
- ・人員不足。
- ・人件費と労力。
- ・他の計画、評価、記録など、介護事業において多くの仕事がある中で、人員配置や報酬、手間、ニーズを考えた際、取得は難しくなる。
- ・他加算の関係で 1 日単価上がってしまう。それによる利用日調整が必要になるから。
- ・大変そう。
- ・単位数が少ないから、点数が低い。
- ・昼食事が他業社からの配食システムなので直接的に管理栄養士がいない。
- ・必要書類、項目が多い。定期的な評価する余裕がない
- ・本部の意向、算定の手間、加算分回収不能
- ・利用者がいない。
- ・利用者が朝来所したと同時に、現場はてんでこまいです。どれだけスタッフがたくさんいたとしても、きっと手はキツキツの状況だと思えます。それだけ厳しい状況の中で書類のことをじっくり座って行って、情報を得ている事業所の本当の中身を疑ってしまうほどです。現場責任者である私は看護師ですが、病院勤務時代より介護施設からの入院患者の口腔内の汚さはよく見てきました。うちの利用者の方は絶対そうならないために、口腔内・栄養面のチェックは常に行っていますが、書類にかかわる煩わしさから算定していません!!
- ・利用者により加算をとらないように。

【通所リハビリテーション】

- ・ケアマネ・介護支援専門員から依頼されることがないから。
- ・ニーズが不明。単位数上限の方(他サービス利用)が多い。
- ・マンパワー不足。
- ・リハビリ特化型半日デイの為、理学療法士(PT)2人の勤務の為。
- ・栄養アセスメント加算を算定しているから。
- ・加算算定はないが、管理栄養士と連携しています。
- ・該当する利用者がいないから。
- ・管理栄養士がいないため、栄養面での指導を行う機会が少ないため。
- ・居宅療養管理指導にて管理栄養士が栄養改善に対して対応している。
- ・筋力訓練を主に行う事業所で口腔機能のリハビリは行っていない。嚥下に問題のない方が利用している為。
- ・具体的な評価項目及び手順。評価期間及び頻度。特に栄養評価マニュアル。
- ・効果を感じられない。しっかりした利用者には必要がなく理解が得られない。

- ・施設全体が必要性を感じていないため。在宅ケアマネが栄養管理に対して優先順位が低いと思われる為。栄養管理の重要性を多職種が理解していない為。栄養士の配置人数が少ない為。
- ・症状、認知症状、家族の協力(家族も高齢者、独居など)、金銭的経済的理由などの問題があり難しい方が多い。また、改善が見込める方がいない。
- ・食事提供のサービスがないため。
- ・他の加算(リハビリなどの)を算定している為。
- ・他の加算も色々算定しているため、優先順を考え行っており、取りかかれていない。
- ・対象となる方が、現時点でない為。
- ・退院時に必要な方はスクリーニングされ、適切な紹介をされているから。食事が出せないから。
- ・短時間のリハビリ特化型のため。
- ・知識不足。
- ・昼食のみの提供。体重増のみでの判断、管理は困難である。
- ・低栄養の方の場合、多くは食事を提供する家族にも課題があり、改善につながるアプローチが難しい。痺れが進んでいる方で「食べてもいるのに」という方は食品の案内等になるので、そのために自宅に訪問指導をするのも…という感じ。
- ・必要な方は居宅療養管理指導として訪問指導している。

9) 通所施設における口腔・栄養のケアに関するマニュアル作成を行う際に、期待される記載内容 全ての回答は次の通り。(原則、原文ママ。明らかな誤字のみ修正。)

【通所介護】

- ・加算取得にあたってのアセスメント、プラン、評価の具体例。口腔ケアや嚥下訓練の具体的内容について。
 - ・口腔、栄養のケア不足による事例と重要性について。口腔・栄養のケア方法。口腔、栄養等ケアの加算の書類及び算定要件。取得施設の事例など。
 - ・口腔ケアの実際について具体的内容。口腔の機能が栄養摂取、体の健康に関係するので口腔ケアが重要であること。
 - ・口腔ケア症例別の対応。摂食・嚥下機能、注意すべきこと など。
 - ・口腔栄養スクリーニング加算の書類について。どのような取り組みをしているのか。実施例。
 - ・実施する内容・担当を明記しておく。揃える書類一覧と時期。
 - ・正しいセルフケアの手順。義歯の着脱方法、清掃方法、保管方法、安定剤の使い方。歯ブラシの選び方。舌苔の除去方法。わかりやすい栄養素の説明と組み合わせ。1日に必要な食べ物(栄養)の量。
 - ・多職種との連携。・食事支援、指導マニュアル等
 - ・評価方法のやり方。・具体的な改善事例
- 口腔・栄養スクリーニング加算の書類、実際に取得している施設の事例 等
- ・入浴加算の様に介護計画書に組み込める様にして欲しいです。LIFE は算定していませんが、すべての加算算定を LIFE の様に PDCA サイクルの様な仕組みにしてみるのも良いと思います。
 - ・CM が家族へどんな説明が必要なのか。好事例。
 - ・アセスメント、計画書の事例。加算算定に必要な実施内容、それにかかる時間。
 - ・アセスメントからサービスの提供、再評価までの流れ。各種様式の使用例。実際に算定を行っている事例。
 - ・アセスメント例やひな型があれば嬉しい。
 - ・オペレーションの例、タイムスケジュールなど。

- ・ケアの際の一連の手順と誤嚥防止の方法。
- ・ケアの方法。
- ・ケアマネ等との連携方法。
- ・ケース事例(疾患別、個別対応、集団対応など)具体的な評価方法や実施内容の例を記載してほしいです。
- ・スクリーニング表。改善に向けた取り組み具体例。家族(Fa)への適切な説明。加算代金。
- ・それぞれ具体的な項目と評価法。シンプルかつ簡便であることを望みます。
- ・どこまでの管理やケアが必要なのかとその方法。
- ・どのスタッフが読んでも理解できるようなマニュアル。
- ・どのような方にはどの加算の算定が望ましいかなど。
- ・どの程度の事を行わなければいけないのか？詳細。
- ・とろみなど嚥下状態判断の指標。言語聴覚士との連絡や連携のための書式や手順。
- ・どんな人をどんな風に振り分ける等、もう少し細かく指示が出ているとわかりやすいかと思います。
- ・ブラッシングの仕方、義歯の入れ方、口腔ケアの専門的な内容。
- ・フロー。カテゴリ別事例等の実施等あれば。スケジュール。
- ・わかりやすい物が良
- ・一連の手順を実際にどのように行っているかの事例。
- ・栄養アセスメントのすすめ方やアセスメントシートのひな形などがあればよい。
- ・何のための加算か。
- ・何を記録し何を評価していくのか、明確に記載してほしい。
- ・加算についての説明、ケアの具体的方法、事例。
- ・加算に関する書類の様式と記入の例。
- ・加算に対する必要書類。負担の軽減できる方法
- ・加算に必要な要件が詳しく記載されている。具体的な取り組みについて。具体的なサービスの提供について。スクリーニングのやり方について。誰が見ても分かりやすい(新人であっても)。
- ・加算の要件、書類について。詳しく説明されている。
- ・加算の算定基準。必要な書類一式。具体的な運用例。
- ・加算の算定方法。算定する上での実施方法や事例。
- ・加算の算定要件。具体的な取り組み事例。口腔・栄養ケアに関するエビデンス資料。
- ・加算の算定要件が視覚的にわかりやすくなるフローチャートの記載。
- ・加算の取得方法や事例。
- ・加算の種類。実例として、どのような効果があったのか。
- ・加算の種類と基準、加算の取組状況。
- ・加算の書式例。実際に取得している施設での事例。
- ・加算の書類、実施状況の記録。どの程度のレベルで実施しているのか？
- ・加算の説明や意義。家族への説明事例や質疑応答の事例。実施例と効果。
- ・加算をとっておらず、現在マニュアル等ありませんが、利用者様のレベルに合わせてケアの仕方があると分かりやすい。例えば、どの段階で食事形態を変化していく、栄養面でも家庭にいるときがやはり多く、食事内容を把握していく必要があり、様々な知識が現在のスタッフでは難しい。そういう分かりやすく細かいマニュアルがあるとだれが見ても対応できると思います。

- ・加算を算定する上で、必須とされるものが明文化されている。
- ・加算を取得している施設の例などがあればとても参考になると思われる。
- ・加算を取得するために最低限必要なこと。
- ・加算を取得する目的やどういった効果をご利用者の方々に出るのか。
- ・加算関連の書類作成マニュアル
- ・加算算定する際の記入方法
- ・加算算定に至るまでの手順書(書式含む)、実施において得られる(期待される)効果。
- ・加算算定に必要な取得要件や書面の事例の掲載。
- ・加算算定条件がわかりやすく理解されていること。書式と運用例。
- ・加算取得の流れ、PDCA サイクルの流れにそって行う内容、書式、記録の具体例等。
- ・加算取得の流れ。加算取得した際のメリット。具体的なアセスメント方法。
- ・加算取得方法、どの様にご利用時行うかなどのマニュアルの配置。
- ・加算等の計算方法、制度説明をわかりやすく記載。
- ・家族や利用者への説明例、実際に取得している施設の事例。
- ・介護の職員がわかりやすく、実践したい実践しやすい内容にしてほしい。
- ・介護職でもできる口腔・栄養ケアの手順。
- ・介護福祉士が分かる範囲内のマニュアルを希望。
- ・介護報酬の基準がチェックリストになっていて全てレ点がつけば算定できるようなシート。
- ・各加算がどのような方に必要でどのような目的・効果があるのかを詳しく知りたいです。
- ・各種加算算定について。算定事例。口腔・栄養ケアの意義。ケアの標準的な実施方法。計画事例。
- ・各職種の実際の動きの事例
- ・簡素で実情へ配慮。保険者で認識の違いがおきない。
- ・記入しやすい書式、誰が見ても判り易いマニュアル等
- ・近隣の往診していただける歯科の所在地。嚥下障害の機能訓練方法のサイトの紹介。マニュアルの中に個人の歯のならば等書きやすいもの。
- ・具体的なケアの実践方法。
- ・具体的な事例、今の制度の中でどう工夫すれば加算が可能か知りたい。
- ・具体的な事例も含めて、わかりやすく記載されているとありがたいです。
- ・具体的な実務の流れ。
- ・具体的な取得方法。
- ・具体的な取得方法から算定、評価全てわかりやすく表記されている。
- ・具体的な対象となり得る利用者像と具体的な支援内容、方法。
- ・具体的に誰が何をすれば良いか等、詳細においてマニュアルひな型があり、フローチャートなどを準備していただければ着手しやすいのかと思われまます。
- ・具体的事例の提示。
- ・計画書記載に必要なアセスメント、モニタリング内容。血液検査結果の添付方法等。
- ・現在の状態や疾患、病歴。
- ・言語聴覚士等専門性のあるスタッフが状態のタイプ別に分けた訓練メニュー。
- ・効果的な口腔ケアの手順。

- ・口腔・栄養スクリーニングに対する書類、その書類についても簡単に記入ができるようシステム化された書式の公開。実際の事例とその効果例。
- ・口腔・栄養スクリーニングの事例と効果。
- ・口腔・栄養スクリーニングの実際の書類や具体的な内容(具体例)。
- ・口腔・栄養スクリーニングの流れ、取得方法。例など。
- ・口腔・栄養スクリーニング加算がどういったものかわかる資料など。
- ・口腔・栄養スクリーニング加算の実施方法、必要な書類、実際に取得している施設の事例。
- ・口腔・栄養スクリーニング加算の書類、実際に取得している施設の事例、取得している施設のモニタリング結果の集計など。
- ・口腔・栄養スクリーニング加算の書類と例文、実際に取得している施設の事例。
- ・口腔・栄養スクリーニング加算の書類や方法、実際に取得している施設の事例。
- ・口腔・栄養スクリーニング加算の評価方法、他職種への展開方法。
- ・口腔・栄養スクリーニング加算の要件と評価の仕方がわかるマニュアルが望ましい。
- ・口腔・栄養スクリーニング加算の書き方。チェックや状態に応じた利用者への対応のやり方。
- ・口腔・栄養に関する加算の違い。加算算定までの流れ。具体的な事例。
- ・口腔・栄養に関する各加算の活用法の事例、口腔・栄養ケアに関する事例。
- ・口腔・栄養状態のフローチャート式なもの。対象者の適切なしほり出しの出来る形式。
- ・口腔、栄養、初期の評価等に必要な時間について。事業所として行う事前準備の手順とその対応者(相談員、看護師、介護師)。
- ・口腔、栄養、問診の具体的な評価基準。口腔ケア方法の実際の方法。
- ・口腔、栄養については、利用者個人でケアされている為加算は取得していません。
- ・口腔、栄養のケアについての条件や加算の書類、これに記入すればという書類があればいいと思う。
- ・口腔ケアのポイント。
- ・口腔ケアの手順。口腔機能低下に対する評価基準。低栄養の評価基準。低栄養からの改善方法。
- ・口腔ケアの適切な手順、算定要件、実施内容等の手順についての記載があると現場職員も知識を身につけることができる為、望ましいと思われれます。
- ・口腔ケアの必要性、口腔内保湿について。
- ・口腔ケアの方法、栄養状態の確認方法。
- ・口腔の状態。
- ・口腔機能向上サービスに関する計画書、実施記録の記入にあたり利用回数が多い人と少ない人に対するサービスや効果に差がある為公平性を保つ工夫が必要と思われれます。
- ・口腔機能向上サービスに関する計画書の作成例(様式)。
- ・口腔内や栄養状態の評価基準。
- ・口腔内や低栄養が原因で起こってしまう病気。その予防法と治療法。高齢者の口腔内の状態。正しい口腔ケアの手順(通常、義歯要介護者に対するケア等)。高齢者の嚥下の仕組み。食事を摂る姿勢。必要な栄養素。誤嚥、むせ込み時等といった緊急時の対応。
- ・項目も少ない上にチェックボックスのみで行えれば良い。
- ・今回ヒアリングされた加算を総合的にまとめ、管理栄養士が居なくても介護職員が実施できるようなマニュアルを作成して頂けると算定しやすいです。現在の単位数では管理栄養士さんの給与が支払えません。
- ・今後の対応や対策等の記載。
- ・在宅、事務所、ケアマネ、多職種との PDCA サイクル方法。

- ・算定されている施設の事例は知りたいと思います。
- ・算定の具体的方法。
- ・算定までの手順をフローチャートで示していただけると助かると考えます。
- ・算定方法、書式等。
- ・算定要件や方法など全てにおいて細かい説明含めて作成いただけると助かります。
- ・糸ようじ等の使い方。実際に口腔ケアを行っている所を見たい。
- ・歯の図式、義歯の有無、ムセ・食べこぼし、摂食、嚥下。
- ・歯科医院との連絡、義歯の作成年月日、義歯が合うか合わないか。
- ・事例、記録等の書類。
- ・事例が記載されていると良いです。
- ・事例など。実際に必要な書類等。
- ・事例や具体的な記入例。
- ・事例や具体例、書類の書き方など。
- ・事例や様式例の記入例等。
- ・実際に行っている施設の事例。作成にあたっての注意事項。
- ・実際に取得している施設の事例、設備や効果も知りたい。一から始めるにあたって必要なもの、手続きなど一連の流れを知りたい。
- ・実際に取得している施設の事例は、参考に出来る部分もあれば取り入れたいと思うし、ありがたい。特に栄養系の加算については、実例は興味があります。
- ・実際に取得している施設の事例取得している事業所のパターンのフローチャートや加算にかかわる書類(データ)。
- ・実際に取得している施設の手順や事例があると分かり易く、再度取り組める機会となりそうです。
- ・実際に取得している施設の書類、事例。問題点、改善点。
- ・実際のマニュアルを参考にしたい。取得のための細かい内容や実際の取り組みなど。
- ・実際の事例やわかりやすいもの。
- ・実際の実施内容や通所での時間の使い方などわかりやすく参考になる例があると助かると思います。口腔ケアの大切さは十分理解しているつもりですが、算定内容など手間のかかることが多い気がします。その辺もどのように行っているのか見てみたい気はします。
- ・実際の取得しているデイサービス事業所の事例
- ・実施している施設や通所介護の事例と結果報告。
- ・実施している事業所の運用方法、事例。基本的な手順、評価、必要書類の記載。
- ・実施のねらい、チェックリストとその実施、評価時間。
- ・実施後の改善事例。
- ・実施方法について。
- ・実践事例。
- ・実務の手順や詳細。
- ・取得(算定)する上での取り組みや方法。
- ・取得している施設が使っている様式シートやツール、取得後における前後の評価を行った記載書類。
- ・取得している事業所のマニュアル等。
- ・手順、書類の詳細、LIFE の流れ。
- ・手順と効果。

- ・書式の添付。嚥下体操や口腔ケアに対する具体的な手順。感染に対する注意事項対応。
- ・書類、事例。利用者本人と家族にとって有益であるという明確な根拠。
- ・書類、内容など詳しく、記入、事例なども詳しく記入してほしい。
- ・書類の作成方法や実例などのスタディケース。
- ・書類の作成例。
- ・書類作成例、実際の具体例にそった説明。
- ・小さい規模を対象とした事業所の記載例。
- ・小規模事業所等における有資格者配置の補助や助成金の配慮など。
- ・実際に導入している事例をベースにし、書類作成や実際に見て確認する上でのポイントなどを分かりやすくまとめてもらえると、幅広い職種が対応しても統一的な介入ができると思います。
- ・食事形態、動作能力、咀嚼・嚥下レベル。
- ・食事にむせる事はないが、飲み込んだ時に違和感があるといわれるが、嚥下状態を詳しく聞き取れる項目があると良いかと思われる。
- ・新たに取り入れることは、具体例があると良いと思います。
- ・新規の利用者の利用開始からの流れが細かく示されているマニュアルがありますと、わかりやすいです。
- ・身長、体重、BMI、血清アルブミン値、食事摂取量、褥瘡の有無、口腔内のチェック項目。
- ・身長 of 正確な測り方や工夫など。
- ・全員が参加してくれそうなマニュアル等。
- ・他施設ではどのような取り組みをしているのか。
- ・他職種との連携方法。計画書作成やアセスメントの仕方。
- ・多職種で共通理解しやすい言葉表現の記載。
- ・唾液腺マッサージやケア、体操等の正しいやり方。
- ・対象基準。算定の仕方など。
- ・対象利用者の条件、実際に取得している施設の事例、書類の記入方法。
- ・大・小のデイに使える様なものにして欲しい。記入例の多い(書類等)マニュアルにして欲しいです。
- ・誰がどのように行い、ケアマネジャーにどういったタイミングで情報提供を行うのかを記載されている事(上記にあるように実際に取得されている施設の事例があれば分かりやすいと思います)。
- ・通所施設を2箇所以上使用している場合の加算をどうしているか、家族やケアマネ等の理解を得るための方法など。
- ・適切な人員配置例、適切な実施時間。
- ・土台になるシートがあれば。
- ・当事業所では口腔加算のみですので、他施設の事例を参考にしたいと思います。
- ・統一した書類が欲しい。
- ・統一的なテストバッテリー。
- ・特に事例を踏まえて書類作成例があると良い。
- ・認知症の方への対応、座位の取れない方への対応、施設での口腔ケア実践事例、加算の書類。
- ・必要な記録を網羅したマニュアルで、全事業所で統一した帳票。
- ・必要書類、アセスメントの内容等。
- ・必要性、スクリーニングテストの方法(介護職、ご家族様にも理解し易い内容で)。
- ・必要性がケアマネジャー(CM)にわかるような説明、入浴などと違いなかなか理解されにくい

- ・評価の具体的方法。CM との具体的な連携方法。
- ・評価の内容、何のための評価でその結果から何が分かるのか、介護職員(介護福祉士でない人)も分かる内容。
- ・評価基準、加算算定の可否基準。
- ・評価方法、ケースによるケアの方法。
- ・評価方法、訓練方法。
- ・普段の介護業務、運動機能訓練、レクリエーション等の間にどの様に時間と人員を確保するのか知りたいです。
- ・分かりやすい項目に見られるような工夫。事例をあげての説明。
- ・分かりやすい評価方法。計画書、頻度。具体的な方法。
- ・勉強不足の為、現状まだどのような内容が記載してあると良いかわかりません。口腔ケアに関するマニュアル基本知識。自歯があるが開口されない方の対応。
- ・明確な判定内容、簡易的な書類である。明確な基準なし。
- ・目標例、具体例、対処方法の書類。
- ・様々な事例を載せて欲しい。
- ・様式の記載例。ケアの具体例。
- ・利用者 1 名に対してのやること、かかる時間。
- ・利用者ご自身やご家族の目的に沿って行うものである旨。
- ・利用者様、ご家族への説明。同意の仕方。
- ・理解しやすい内容であれば。
- ・両ケアを取り入れることで具体的な効果につながる様フロー図等で分かりやすく使いで示されること。
- ・嚥下障害への食事アプローチ方法、口腔内の観察ポイント等。

【通所リハビリテーション】

- ・算定日と次期算定日のスケジュール管理。評価後の情報提供先とその後の対応の見える化
- ・加算種類。加算種類における算定要件。各加算における書類一式。具体的評価例。
- ・6 ヶ月間の体重、BMI。口腔内の問題がないか。
- ・LIFE とのかね合いでスケジュール管理の工夫、実例。提供サービス事例、症例。
- ・LIFE への入力例。加算に関する必要書類や記入例。実際に算定している症例の具体例。
- ・ケアマネへの説明の仕方やその目的を簡単に伝えられるもの。算定におけるプロセスについて。
- ・スクリーニングシートのテンプレート。取得などのフローチャート。
- ・スクリーニングにおいて口腔の健康状態や栄養状態の確認がしづらい。アルブミン値や食事摂取量について把握がしづらい。もう少し確認しやすい内容があれば希望します(評価基準について)。
- ・スクリーニングを行い、リスクが見つかった際に専門職種とどのように連携したか、栄養士なら自施の栄養士、外部施設、栄養ケア・ステーションなどいろいろな連携の方法はあるはずですが、どのようにして連携をとることができたのか、具体的な事例があるといいと思います。
- ・スクリーニングを実施する際の注意点や実施者により結果にばらつきが少なくなるようなポイント。スクリーニング結果のフィードバックの方法。結果を実施のケアにつなげるためのケア計画の作成方法。内容。
- ・スクリーニング加算の書類、記入例。スクリーニング手順。
- ・スクリーニング加算を取得することでどんなことがわかるのか、などの資料がほしい。
- ・とにかく分かりやすい内容。

- ・どのような方が対象になっているかの事例。
- ・なぜスクリーニングが必要か。行った事で良かった事例の提示。
- ・マニュアル、事例、経口摂取の大切さ。
- ・マニュアルに関しては、読みやすく、分かりやすい内容を希望します。どのような方が対象となるのか具体的な事例が記載されていると助かります。
- ・より具体的なスクリーニング方法
- ・栄養アセスメント加算における通所サービス利用者の摂食栄養量、提案栄養量の算出例。栄養改善加算における食生活についての聞き取り記録について。時期、様式、確認事項などの例。
- ・栄養項目について空欄でも差し支えない項目が多いため、最低限必要なのが体重のみということなので、算定しやすい加算だということがわかりやすいようにしたら良いと思います。
- ・加算にあてはまる・あてはまらない事例。
- ・加算についての書類。利用者、ケアマネに理解を得られるための説明。事例や方法のレクチャー。
- ・加算の算定に必要な書類、算定の流れ、具体的な例。
- ・加算の算定要件が明確になっている。書類の記載例。
- ・加算の種類が多岐にわたる為、個々に見合った加算を選定するチェック項目。
- ・加算の種類や併用可能な加算などのわかりやすいチャート。
- ・加算の書類の書式、事例、誤りやすい点などが記載されていると良いと思います。
- ・加算の書類や様式例、算定までの手順、実際に取得している施設の事例など。
- ・加算の目的・考え方や具体的な算定方法が記載されている。
- ・加算までの流れ(料金や時間など)が、利用者様、そのご家族様に一目で分かるような図や表を用いた一覧表。
- ・加算を取る場合の基準、環境、人員等の取得する前に準備する事。
- ・加算を取得している施設の事例、評価について(どの職種がどのように)。
- ・加算算定にあたっての書類やフローチャートがあるとありがたいです。
- ・加算算定までの手順を効率より実施できる工夫。
- ・加算取得に対する手順。
- ・各加算の算定に必要な書類のテンプレートや算定のための流れ。
- ・各事業所での取り組み事例。
- ・具体的な事例を複数掲載して欲しい。特に小規模な事業所はどのように専門スタッフを配置し、算定しているのかを掲載して欲しい。
- ・具体的な実施指導内容や評価の方法(口腔ケアの方法、基本的な訓練方法など)(全体的な流れが分からず、他のスタッフとの共有が難しい)。加算を始める時と中止する時のポイント。
- ・具体的な評価方法、対象となる利用者。
- ・具体的にわかりやすい内容。読み方によって、どうとでもとれる様なあいまいな表現ではなく、初めての方でもそれを見れば求められている事が正確に行える内容になって欲しい。
- ・計画書の内容。
- ・血液検査の結果があれば各加算の評価が容易となり、状態変化への対応も早期に行える為、定期検査の必要性を強く訴えてもらいたい。
- ・検査評価手順。結果の考察と判定方法。再評価手順。
- ・言語聴覚士→施設内での運用方法(評価、情報共有、対応)の事例。算定条件のわかりやすい資料。効果のあった事例。管理栄養士→口腔・栄養スクリーニング加算書類の記入例。実際、どのような流れで算定しているのか事例(何パターンかあるとよい)。

- ・誤嚥性肺炎の既往確認の必要性/口腔ケアのポイント。
- ・口腔・栄養ケアに関する注意点。
- ・口腔・栄養スクリーニング、口腔機能向上加算について、利用者や御家族に分かりやすく説明できる内容の記載(どういう加算なのか、どういう内容を実施するのか等)。補助食品の記載:メイバランスジュースなど(低栄養や体重減少がある方に対して、勧められるようなもの)。
- ・口腔・栄養スクリーニング加算の書類、実際に取得している施設の事例等。
- ・口腔・栄養スクリーニング加算の対象者への説明、同意。評価等の書類、取得している事業所の事例、対応・方法等。
- ・口腔・栄養スクリーニング加算の様式。ケアプランの具体的な事例や評価ポイントが分かりやすく記載されていると参考になると思います。まわりの事業所で算定している施設があるかも不明なため、算定の開始準備に必要な項目(条件)等知りたいです。
- ・口腔・栄養スクリーニング加算マニュアルの作り方や見本。
- ・口腔・栄養スクリーニング加算や口腔機能向上加算等を算定している事業所の事例。
- ・口腔・栄養スクリーニング項目の説明。低栄養状態のリスク分類。日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類 2021 の食形態分類。口腔・栄養スクリーニング加算算定後のケアマネジャーから多職種連携の事例。栄養アセスメント加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算等の事例。
- ・口腔・栄養スクリーニング方法のフローチャートなど誰もが見て分かりやすいもの。
- ・口腔・栄養スクリーニング様式、算定要件、算定実施一評価、ケアマネジャーへの連携までのプロセス、表。
- ・口腔・栄養それぞれの詳しいやり方。実施する目的。どのような人が必要か?など。DSなどは加算をとっているが、実際にやっているか不明なところがある。1人にかかる時間等考慮すると、やっていないのではと思う。良くなった事例もきかない。
- ・口腔・栄養に関する加算項目の書類、手続きも含む内容。
- ・口腔・栄養に関する各種ケアの手順や方法に加え、各加算に関しての算定方法や算定施設での実例等の記載があるとありがたいです。
- ・口腔・栄養に関する評価の仕方、解釈。実際の介入の仕方と算定の方法についてなど、一連の流れ等。
- ・口腔・栄養のケアの手順。実際に取得している施設の事例。
- ・口腔:使用する物品(スポンジブラシ等)とその使い方について。栄養:食事時の観察するポイント(食形態、食事姿勢、嚥下時のムセ等)。
- ・口腔スクリーニングの項目・内容、居宅 CM への書式など。
- ・口腔に関する問題点の有無(口腔内の衛生状態、義歯の適合、口腔疾患)、口腔ケアの方法、栄養状態、摂食嚥下機能と食事形態、トロミの濃度の有無。
- ・口腔栄養ケアの実際に行う方法。注意点、気をつけることなど事例にもとづいて作成してほしい。
- ・口腔機能の評価。
- ・細かい作業手順書と症例。実際に使用しているもしくは理想的な記入例(栄養調査、家族説明の書類など)。
- ・細かな算定方法や、利用者が加算可能かどうかの項目、チェック欄等。
- ・作業分担。始め方、成果、事例など。
- ・算定している事例。
- ・算定する手順や帳票。Q&A を含めた事例など。
- ・算定できない事例の代表的なものを記載してほしい(どういう場合に算定できないか、その都度役場に電話で聞いていた)。
- ・算定できる加算の組み合わせ。支援⇄介護へ変更時の算定方法。
- ・算定についての具体的な流れ。書類の様式例。
- ・算定リストがきちんと出来上がっている事が望ましい。
- ・算定要件。必要書類(記入例も)。実際の実施内容。家族、CM の説明書類など。
- ・算定要件、必要書類の雛形。運用、活用の事例(多様な施設ごとに)。他職種との具体的な連携方法、内容。

- ・指定された書式があり、対象者の決定や基準、タイミングがわかりやすい内容。評価までに行うべき具体的内容など。
 - ・歯科衛生士より歯科受診をすすめられた場合の流れについてのマニュアルがあるといいと思う。
 - ・歯周病と全身疾患。口腔清掃の方。摂食・嚥下のメカニズム。唾液の動き。口腔体操。
 - ・自宅での口腔に関する(歯みがき、口ゆすぎの実施)ケアの有無。
 - ・自宅での食事の摂取量、すききらいなど。むせや誤嚥をおこしたことがある食事の種類や形態など。
 - ・自宅で行う(施設で行う)内容と受診が必要な場合等のフローチャート。
 - ・実際に加算を取得している施設が、誰がどのように行っているのか？実際に行ってみて利用者家族からどのような反響があったか？
 - ・実際に効果のあった事例。
 - ・実際に算定を行い、良い結果が得られている他施設様の事例があると参考になります。
 - ・実際に取得している加算の実績の変化。
 - ・実際に取得している施設の実績、どの様に評価しているのかも知りたいです。
- 実際に取得している施設の実例。歯科医師との連携方法や書式。口腔・栄養における専門職の関わり方(例)。
- ・実際に取得している施設の実例(いろいろなパターンで)。
 - ・実際に取得している施設の実例(様式、記載例)。
 - ・実際に取得している施設の人員配置の実例。
 - ・実際に取得している施設の対応事例や注意点。
 - ・実際に取得している事例があると取得に向けての流れ、対象者等が分かりやすい。
 - ・実際に取得するまでの流れ。書類の詳細な記入方法。
 - ・実際に必要な書類。
 - ・実際の LIFE への入力例。必要書類とその記入例。実際の症例の記入例。
 - ・実際の事例。スクリーニング加算からの他の加算への支援のつなげ方。実施方法のフローチャート。
 - ・実例や情報提供の書式等。
 - ・手順・方法。
 - ・手順、必要書類、通所サービス提供体制ごとの事例。
 - ・集団で行える(利用者個人、ご家族で行える)内容を掲載していただけるとご利用者様全体に周知できると思います。
 - ・書類(使用している)の種類や事例を含めてであると分かりやすい。
 - ・書類の記入例や実際に取得している施設の実例。
 - ・書類の実例。
 - ・書類作成の項目の基準、加算の書類関係、他サービス事業所の加算の有無、連携。
 - ・施設の実例の中で利用者にとどのような変化が起こったのかを教えてください(介護度、ADL、QOL、バーセルインデックスの変化など)。
- 上記例題に加え、評価の指針や PDCA の方法。実際の介助の方法や Fa との Q&A 集など。
- ・食事を提供していない場合に評価を具体的にどう行うのか。加算を算定するための具体的な要件(アセスメント方法)が不明瞭。改訂による加算の変更についてケアマネや家族、ご本人への説明とご理解の手間等のコストに対し報酬が少ない。
 - ・食事形態、本人の食に対する QOL ニーズ。
 - ・食事前の口腔体操の手順、ADL の維持・向上、低栄養・脱水の予防、誤嚥・肺炎・窒息の予防に関する実施事例。
 - ・身長体重測定、病歴、年齢、嗜好、義歯はあるか、嚥下状態。
 - ・整形外科クリニック、利用時間平均 1~2 時間の場合、実際に行われている事例などあれば欲しいです。
 - ・専門職が配置されていか(歯科衛生士、管理栄養士等)。施設内外の連携体制について。

- ・全ての必要書類と記入例。各項目の例外の場合の記録方法等。
- ・他の施設の事例、加算の様式・算定に必要な業務内容。
- ・他の施設の着目点が知りたいです。
- ・他通所施設の様式や、口腔・栄養スクリーニング加算の実施に基づく改善事例を記載して頂けたらと思います。
- ・対象者のスクリーニング方向(どのような場合、利用者に口腔、栄養のケアが必要となるか)専門職が不在の施設で他職種ができるケアの方法(動画、資料など)事例集。Q&Aのような注意点(ケアをする際や算定、書類作成時の注意点)。
- ・誰がどのようにすすめるのか、詳しく。施設・通所の事例。
- ・誰が見ても分かる簡易的な物だとありがたいです。
- ・通所施設は入所施設と異なりスケジュールに追われる傾向があるため、その点加味した内容に期待。
- ・適応となる方の症例。算定方法や算定に必要な書類。
- ・統一書式及び実際の記入例など。
- ・届出から算定に至るまでの流れ(事業所形態での事例)→事業所規模、利用時間、利用者の重傷度等。
- ・年齢、家庭環境、性別、義歯の状況等。細かく記載されていれば尚良いのでは。
- ・必要な書類・会議・測定項目等を時系列で分かるようなマニュアル。
- ・必要書類、アセスメントの方法・頻度。本人・Faの同意のとり方。口腔機能向上プログラム実際の方法(個別や小集団など)。事例見本あればよい。
- ・必要書類の記入例や記録用紙の記入例など。実際業務内容が見えるようになると算定開始する場合のハードルが下がるように思える。
- ・必要書類の有無、算定要件。口腔機能エクササイズ例。口腔衛生面の評価法。計画書等の様式例。
- ・必要書類や算定の流れが分かりやすく記載。
- ・標準的なケアに関する流れ、手順、事務処理方法。
- ・評価チャート。
- ・評価の具体例。
- ・評価や算定までのスタッフの流れ、文章でないとフローチャート等。家族や本人、CM等の効果に対する反応。算定する事でのメリット・デメリット(効果)(事業所、本人、CM)等。
- ・評価後、受診をすすめる目安等。
- ・評価項目、計画書書式、口腔機能に対するトレーニング方法についての資料。
- ・評価項目等。実際に取得している手順
- ・評価表、記入例、取り扱い事例など
- ・様式例や体重のチェックシートの雛形。栄養に関するバイオマーカーの基準値やカットオフ値等。
- ・利用者ご家族にそのまま渡すことのできるパンフレット型のマニュアル、算定するための計画・実施までの流れが詳しく記載されていると良い。
- ・利用者の記録の管理
- ・口腔・栄養ケアの加算の取り組み方法の手順が詳しくあると良いかと思います。
- ・家族に対してどのように説明し同意を得られたのか？
- ・自宅での食事や口腔について、くわしい基準を設けたものを記載してほしい。
- ・実際に取得している施設の事例は見てみたい。誰でも見て分かるマニュアルが良いと思うので、加算対象者や方法など詳しくのせたい。

ii. 追跡調査

令和3年度老健事業「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」

1)において実施した全国郵送調査で回答の得られた 639 施設のうち現在も事業を継続している 629 施設を対象に調査票を送付し、回収率は、有効数 629 件に対し、回答 291 件(回答率 46.3%)であった。

1) 事業所の概要

1)-1. 開設主体

事業所の開設主体は「営利法人」が 49.5%と最も多く、次いで、社会福祉法人 18.6%、医療法人 16.2%であった。

図表 35 開設主体

	n	%
地方公共団体	0	(0)
社会福祉協議会	17	(5.8)
社会福祉法人	54	(18.6)
医療法人	47	(16.2)
社団、財団法人	4	(1.4)
協同組合および連合会	6	(2.1)
営利法人	144	(49.5)
特定非営利活動法人(NPO)	13	(4.5)
その他	3	(1.0)
未回答	3	(1.0)

その他:学校法人、個人事業主

1)-2. 事業所の区分

事業所の区分は「通所介護事業所」が 85.6%と多くを占めていた。

図表 36 事業所の区分

	n	%
通所介護事業所	249	(85.6)
通所リハビリテーション事業所	40	(13.7)
未回答	2	(0.7)

1)-3. 併設施設

併設施設は「有料老人ホーム」が 19.0%と最も多く、次いで「特別養護老人ホーム」が 16.6%であった。また、併設施設「なし」が 36.8%であった。

図表 37 併設施設（複数回答/有効回答のみ）

	n	%
併設施設なし	107	(36.8)
病院	14	(8.6)
診療所	26	(16.0)
介護老人保健施設	19	(11.7)
特別養護老人ホーム	27	(16.6)
有料老人ホーム	31	(19.0)
その他	74	(45.4)

その他:

居宅介護支援事務所・居宅介護支援事業所・居宅介護支援・居宅介護・居宅支援介護事業所・居宅、サ高住・サービス付高齢者住宅・サービス付高齢者向け住宅・サービス付き高齢者向け住宅・サービス付き、グループホーム・GH、接骨院・整骨院・治療院、訪問介護、認知症対応型共同生活介護施設・認知症対応型共同生活介護、短期入所生活介護事業所・短期入所生活介護・短期入所事業・ショートステイ、訪問看護ステーション・訪問看護・訪看、小規模多機能施設、通所リハビリ・通所リハ、保育園、病児保育、通所介護、地域包括支援センター、専門学校、生活支援ハウス、障害者支援施設、軽費老人ホーム、ヘルパーステーション、地域生活支援センター、定期巡回、看多機、住宅型有料老人ホーム

1)-4. 定員数、稼働日数、延べ利用者数

それぞれの平均±標準偏差は定員 25.3±15.8 人、稼働日数(令和 5 年 7 月実績)24.1±4.2 日であった。延べ利用者数(令和 5 年 7 月実績)は「要介護 1」が最も多く 95.6±101.3 人であった。

図表 38 定員数、稼働日数、延べ利用者数

	n	Mean	SD
定員数	282	25.3 ± 15.8	
稼働日数 (令和 5 年 7 月実績)	281	24.1 ± 4.2	
延べ利用者数 (令和 5 年 7 月実績)			
要支援 1・2	254	65.4 ± 118.4	
要介護 1	260	95.6 ± 101.3	
要介護 2	261	81.7 ± 93.4	
要介護 3	251	49.8 ± 60.3	
要介護 4	253	30.5 ± 46.0	
要介護 5	243	15.9 ± 30.3	
その他	167	16.2 ± 69.7	

1)-5. 職種別の職員数

職種別の職員数はどの勤務形態においても「介護職員」が最も多く、「常勤専従」2.88±4.78人、「常勤兼務」1.61±2.18人、「非常勤(実数)」2.78±2.82人であった。勤務形態別で介護職員に次ぐ職種は(その他は除く)、「常勤専従」で「理学療法士」1.44±3.39人、「常勤兼務」で「生活相談員」1.39±1.31人、「非常勤(実数)」で「看護師」1.24±1.29人であった。

図表 39 職種別の職員数(各職種で「あり」と回答した平均数)

	常勤専従			常勤兼務		非常勤(実人数)		総人数	
	n	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
医師	39	0.36 ± 0.54		0.77 ± 1.08		0.95 ± 2.36		2.08 ± 2.47	
歯科医師	3	1.00 ± 1.73		1.00 ± 1.00		0.33 ± 0.58		2.33 ± 1.53	
介護職員	258	2.88 ± 4.78		1.61 ± 2.18		2.78 ± 2.82		7.26 ± 5.36	
看護師	248	0.54 ± 1.19		0.65 ± 1.12		1.24 ± 1.29		2.43 ± 1.59	
生活相談員	239	0.60 ± 0.89		1.39 ± 1.31		0.34 ± 0.96		2.32 ± 1.36	
歯科衛生士	8	0.13 ± 0.35		0.13 ± 0.35		0.75 ± 0.46		1.00 ± 0.00	
理学療法士	86	1.44 ± 3.39		0.65 ± 1.99		0.70 ± 1.55		2.79 ± 4.26	
作業療法士	46	1.11 ± 1.62		0.65 ± 1.23		0.48 ± 1.21		2.24 ± 2.05	
言語聴覚士	19	0.47 ± 0.61		0.63 ± 1.71		0.79 ± 0.79		1.89 ± 1.73	
管理栄養士	23	0.43 ± 0.79		0.57 ± 0.59		0.35 ± 0.88		1.35 ± 0.88	
栄養士	11	0.18 ± 0.40		0.64 ± 0.50		0.10 ± 0.30		0.92 ± 0.27	
柔道整復師	36	0.58 ± 0.55		0.31 ± 0.86		0.72 ± 1.16		1.61 ± 1.18	
あん摩 マッサージ師	16	0.44 ± 0.51		0.50 ± 1.51		0.63 ± 0.62		1.56 ± 1.75	
その他	37	1.84 ± 8.17		0.54 ± 1.10		0.88 ± 1.37		3.26 ± 8.04	

2)利用者の誤嚥性肺炎の発生状況(令和5年2月~7月)

利用者のうち誤嚥性肺炎を理由とした欠席者が「いる」が17.5%であり、その延べ人数は2.9±7.0人であった。

図表 40 誤嚥性肺炎を理由とした欠席者(令和5年2月~7月)

	n	%		Mean	SD
いない	233	(80.1)			
いる	51	(17.5)	→ 延べ人数	2.9 ± 7.0	
未回答	7	(2.4)			

3)口腔・栄養スクリーニング加算の算定状況

3)-1. 口腔・栄養スクリーニング加算の算定状況および算定人数

口腔・栄養スクリーニング加算の算定状況は「算定していない」が 85.2%と大半を占めていた。算定している施設については、「口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)」が 6.9%、「口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)」が 3.1%、「口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)および(Ⅱ)」が 2.1%であった。

口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)を算定している施設は 26 施設で、算定人数は 46.2±44.7 人であった。口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)の口腔スクリーニングのみを実施している施設は 9 施設で、算定人数は 50.0±44.6 人、口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)の栄養スクリーニングのみを実施している施設は 7 施設で、算定人数は 18.0±14.6 人であった。

図表 41 口腔・栄養スクリーニング加算の算定状況

	n	%
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20	(6.9)
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	9	(3.1)
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)および(Ⅱ)	6	(2.1)
算定していない	248	(85.2)
未回答	8	(2.7)

図表 42 口腔・栄養スクリーニング加算の算定人数

	n	Mean	SD
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	26	46.2 ± 44.7	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)a	9	50.0 ± 44.6	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)b	7	18.0 ± 14.6	

a: 栄養アセスメント加算または栄養改善加算を算定しており、口腔スクリーニングのみを実施

b: 口腔機能向上加算を算定しており、栄養スクリーニングのみ実施

3)-2. 口腔・栄養スクリーニング加算算定後から、別の加算につながった利用者人数

いずれの加算にも「該当なし」が最も多かった。別の加算につながった中では「口腔機能向上加算(Ⅰ)」が3.4±8.4人で最も多かった。

図表 43 口腔・栄養スクリーニング加算算定後から、別の加算につながった利用者人数

	n	Mean	SD
口腔機能向上加算(Ⅰ)	23	3.4 ± 8.4	
口腔機能向上加算(Ⅱ)	20	2.4 ± 8.7	
栄養改善加算	18	1.7 ± 7.1	
選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)	18	0.4 ± 1.0	
選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)	18	0.0 ± 0.0	
該当なし	19	24.6 ± 34.5	

3)-3. 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受診につながった人数

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受診につながった人数は1.3±2.5人であった。

図表 44 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受診につながった利用者数

	n	Mean	SD
受診利用者数	28	1.3 ± 2.5	

3)-4. 口腔・栄養スクリーニング加算の算定前後の変化

口腔・栄養スクリーニング加算の算定前後の変化として増えた、向上したものは「介護支援専門員と口腔・栄養に関する情報共有の機会」が57.1%、「利用者・家族等との口腔・栄養に関する情報共有の機会」が57.1%、「通所施設介護スタッフの口腔・栄養への意識の向上」が57.1%であった。

図表 45 口腔・栄養スクリーニング加算の算定前後の変化

		n	%
a) 口腔機能向上加算の算定件数	増えた	6	(17.1)
	変わらない	24	(68.6)
	減った	1	(2.9)
	未回答	4	(11.4)
b) 口腔機能向上加算が必要な利用者の判断	容易になった	7	(20.0)
	変わらない	24	(68.6)
	難しくなった	0	(0.0)
	未回答	4	(11.4)

c) 栄養改善加算の算定件数	増えた	2	(5.7)
	変わらない	27	(77.1)
	減った	0	(0.0)
	未回答	6	(17.1)
d) 栄養改善加算が必要な利用者の判断	容易になった	6	(17.1)
	変わらない	23	(65.7)
	難しくなった	0	(0.0)
	未回答	6	(17.1)
e) 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	20	(57.1)
	変わらない	10	(28.6)
	減った	0	(0.0)
	未回答	5	(14.3)
f) リハビリテーション専門職種との口腔・栄養に関する情報共有の機会	増えた	7	(20.0)
	変わらない	22	(62.9)
	減った	0	(0.0)
	未回答	6	(17.1)
g) 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	20	(57.1)
	変わらない	11	(31.4)
	減った	0	(0.0)
	未回答	4	(11.4)
h) 歯科医療機関との連携の機会	増えた	2	(5.7)
	変わらない	28	(80.0)
	減った	0	(0.0)
	未回答	5	(14.3)
i) 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	(5.7)
	変わらない	27	(77.1)
	減った	0	(0.0)
	未回答	6	(17.1)
j) 通所施設介護スタッフの口腔・栄養への意識の向上	向上した	20	(57.1)
	変わらない	12	(34.3)
	減った	0	(0.0)
	未回答	3	(8.6)

3)-5. 口腔栄養スクリーニング加算の算定効果

全ての回答は次の通り。(原則、原文ママ。明らかな誤字のみ修正。)

- ・口腔に問題点がある場合は気づけるようになった。
- ・口腔・栄養・体重の意識が向上した。
- ・とくに体重の変化がないかを、今まで以上に気にするようになった。
- ・食後に歯磨き誘導する利用者様が増えた。
- ・ムセの軽減、肺炎症状なく食事が食べられている、食事形態の維持が出来ている。
- ・体重変化が可視化できた。
- ・半年に1回のスクリーニングをすることで、利用者の状態把握、情報共有につながった。またスタッフの意識の向上も図れている。健康寿命を延ばす意味では必要だと思われる。
- ・体重減少率等から、口腔栄養ケアの必要な方を選定でき、支援につながられた。
- ・口腔・栄養について考える機会が増えた。
- ・半年毎の評価になるため、体重の増減がわかりやすい。
- ・①ケアマネ・家族・本人への情報共有がしやすくなった。②リハビリテーション会議での議題となり、主治医への相談をするように助言をするようになった。
- ・算定以前から情報共有は行っていた。
- ・体重測定を実施することで、利用者の食事の摂取量について、より観察するようになった。食後にうがいや義歯洗浄、歯みがきを行うことで口腔内を観察する機会が増えた。
- ・口腔内の清潔が保たれた。
- ・体重の増減を、半年ごとに追う事ができた。
- ・数値によるきちんとした根拠に基づいた低栄養状態の把握ができました。ケアマネにも情報提供できたことで家族へのサービス追加や受診をすすめるなどの動きが見られました。
- ・利用者1人1人の口腔状態、また栄養状態の見直しができた。
- ・利用者様の食事に関することについて、家族やご本人と話す機会が持てる。口腔状況での食量低下なのか、好みなのか判断につながる。食事形態の工夫などにも繋げることができる。
- ・口腔内の清潔が保たれるようになった。
- ・食事前の口腔体操の実施が、ご利用者様にも習慣となっている。入れ歯の不具合がないか、食事の様子や口腔ケア時の観察、スタッフ間での情報共有ができるようになった。
- ・介護員1人1人が口腔ケア時しっかりとケアを意識するようになった。
- ・口腔ケアの工夫、ミーティングでの話題が多くなりました。栄養の工夫も多くなりました。
- ・食欲不振や食事の量、体重の減少等に変化が必ず生じている、歯科治療等を嫌がり、面倒がるご本人様や家族様に歯科での診察や治療の機会につなげるチャンスだと考えています。口腔内を観察することは容易でないことから、本人様も実感することが遅れてしまう要因になっていると思います。著しく効果は出ます。

3)-6. 口腔・栄養スクリーニング加算を算定していない理由

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「算定の手間に対して単位数が少ないから」が58.5%、「対象となる利用者の把握が難しいと思うから」が40.2%であった。「その他加算を取得しようと考えているから」の具体的な加算名は口腔機能向上加算が多かった。

図表 46 口腔・栄養スクリーニング加算を算定していない理由(複数回答/有効回答のみ)

	n	%
算定の手間に対しての単位数が少ないから	144	(58.5)
対象となる利用者の把握が難しいと思うから	99	(40.2)
体重の測定が難しいから	10	(4.1)
口腔のスクリーニング項目の聞き取りが難しいから	61	(24.8)
効果や意義がなさそうだと思うから	6	(2.4)
介護職の理解や協力が得られないと思うから	29	(11.8)
介護支援専門員の理解や協力が得られないと思うから	18	(7.3)
栄養アセスメント加算を取得しようと考えているから	5	(2.0)
その他の加算を取得しようと考えているから	7	(2.8)
その他	60	(24.5)

その他加算：口腔機能向上加算(4)、ADL、個別機能訓練加算

その他(原則、原文ママ。明らかな誤字のみ修正。):

- ・1日の平均利用者数が少ないため(3~4人/日)
- ・3時間のデイサービスで、食事の提供をしていないから。
- ・アルブミン値が把握できない為。
- ・いずれ算定しようと考えている。
- ・運動リハが主なため。
- ・栄養アセスメント加算を取得している為。
- ・栄養士やST等の評価や支援がないため。
- ・介護保険の単位数の中で生活をされている為、今以上の加算は取り難い。
- ・加算をとると利用者様にオーバーが出るため。
- ・看護師が勤務していないため。
- ・期間が短期で終了するから歯科衛生士の確保が難しい。
- ・機能訓練が主な為。
- ・希望者がいない、体制が整っていない。
- ・業務過多、相談員(介護職含)の残業が請求業務でかなりの負担となっている。
- ・共用型デイサービスであり、そこまでの需要がないと感じるため。
- ・記録が大変なため。
- ・計画・評価が難しいから。口腔ケアは全員実施している。
- ・系列施設全体が取っていないから。

- ・現在、口腔機能向上加算1のみ取得で対応がいっぱいです(業務的に)。
- ・現状の業務で手いっぱいな状況のため。
- ・限度額いっぱいに使っている利用者が多いため。
- ・効果や意義はあると感じますが、勤務体制的に実施困難なため。
- ・口腔機能向上加算を算定しているから。
- ・この加算について良く調べていない。
- ・個別機能訓練加算、口腔機能向上加算を取得していて、他の加算まで手が回っていない。
- ・個別機能訓練で加算を取っている為。
- ・コロナの為。
- ・今後取得するために準備中のため。
- ・時間がない。
- ・食事の提供はしていない為。
- ・書類の手間が増える。
- ・人力的問題。
- ・すでに口腔機能向上加算(Ⅱ)、栄養アセスメント加算を取得しており併算できないため。
- ・専門職がない、著明な口腔機能低下の方がいない、当施設の役割と異なる。
- ・専門のスタッフがいないため。
- ・その他の加算を取得している為やりきれない。
- ・対象となる利用者がいない、前年度までの人員が算定を満たしていなかった為。
- ・手間がかかり、余力がない。
- ・当施設がリハビリデイのため。
- ・場所(広い流しが無いから)。
- ・半日デイのため、比較的自立度高いため。
- ・必要性を感じないから。
- ・理解・協力を得る為の説明が手間に感じる。
- ・利用時間内に対応できない為。
- ・利用者負担が増えるから。
- ・利用者本人または家族の理解が得られないと思う。

4)口腔・栄養スクリーニング加算の算定上の課題

全ての回答は次の通り。(原則、原文ママ。明らかな誤字のみ修正。)

- ・(Ⅰ)に該当せず、(Ⅱ)の5単位では正直、手間等考えると、人員不足の中、業務が増えるのみでメリットがない。
- ・2つ以上のデイを利用している場合、先に他のデイが算定していると新しいデイは算定できないため、すべての利用者に対して算定することができなくなり、加算の管理が難しい。
- ・6ヶ月に1回の算定の割に算定率が低く、複数事業所で加算ができないこと。特定加算と併用不可なこと。計画指導や対象者の把握に時間を要する割にメリットが少ない。
- ・6か月に1回のみ算定という点が問題。なぜ毎月算定ではないのか。単位数が大きいわけでもないのに。
- ・6か月毎の算定で抜けてしまうことがある(途中での利用が休止になってしまった場合等)。

- ・6ヶ月毎の利用者の把握、スクリーニング実施に対する時間の確保が難しい。書類上の問題(BMI 値算出や Alb 値の把握が困難)。ご家族から情報を得るのが困難。
- ・6月に1回の算定の為、その管理に手間がかかる現状がある。算定のためにソフトを活用し管理しているが、算定月に利用者がいない場合は設定の変更が必要となってしまう。
- ・I、II、の算定方法を理解している人が乏しい。
- ・Alb 値を把握するのが困難、スタッフ数が少なく追跡していく時間がない。
- ・BMIが18.5未満、血清アルブミン値が3.5g/dlなどの状態を確認していくことが大変。
- ・アセスメント等の時間を取ることが難しい。
- ・意志疎通が難しい方、理解力の低下、必要性を感じられない方が多い。
- ・今の業務で追加して行える余裕がない。
- ・売上不足や人材、人員不足のために余裕がないこと。
- ・栄養アセスメント加算を算定しており、更なる加算の利用は、家族、ケアマネジャーの理解を得られにくい。
- ・栄養スクリーニング項目の情報取得が難しい。
- ・栄養スクリーニングである血清アルブミン値と食事摂取量の把握(どこを75%とするのか)が難しいかと思います。
- ・栄養に対して興味はあるが、食事関連の内容に対してあまり話されない方が多い印象を持っています。特に口腔機能が低下し、特殊な摂取方法、食事形態が必要となった利用者様に対して感じています。
- ・介護員の質の向上が困難。
- ・介護保険区分支給限度額オーバーのため、必要に応じて口腔ケアは行っていたが、算定はできない。
- ・過去に加算していたが、採算が合わない。一定の期間にて終了するので、長続きしない。加算の割には時間がとられる。人件費増となる。加算は取っていないが行っている。
- ・加算取得は全てにおいて事務手続きが大変なため。
- ・加算単位が職務内容に見合わない気がする。
- ・加算月の把握、管理。体重を測らせてくれない人の対応。
- ・加算に対してメリットがなく、負担が増える。
- ・加算の算定が必要な方には担当者会議などで必要性を提案していただきたいです。
- ・加算の算定予定なし。
- ・加算を算定時、必ずケアマネ・ご家族に説明し同意を得てからとなりますが、単位を取得するだけで限度額オーバーする方もおられる。必要であっても実際同意を得られない場合もあります。
- ・加算を取得する為の知識がなく、よくわかりません。
- ・加算をする上で、利用者、家族の同意をとることがむずかしい。
- ・加算をとっていないため分かりません
- ・加算をとるとして、地域密着型では延人数が限られており、専門職の給与の確保が難しい。今後、人員不足の問題で更に難しいと思う。専門職を集中させて取り組む方が長く提供できるのでは…と考えます。加算をとるために外部評価も可とすれば、全ての施設が導入しやすいかも…。
- ・管理できる専門職が不在。
- ・機能訓練中に口腔栄養スクリーニングを実施している時間等を確保する余裕がないのが現状です。
- ・業務が忙しく、計画書の作成が遅れがちである。
- ・業務過多のため算定の手間がありリソースを割く余力がない。

- ・業務内で算定する時間をとるのが難しい。
- ・業務内容の見直しなどをしなければ、職員の負担が大きくなりすぎる。
- ・居宅介護支援事業所含め、認知度が低い。
- ・グループホーム入所の方に対しても出来ておらず、まずはそちらから、と考えています。
- ・ケアプラン変更、サービス担当者会議開催を要するため、担当ケアマネとの連携や算定する(開始)タイミングなどについて課題を感じます。
- ・ケアマネが必要を感じていないこと。
- ・ケアマネジャーやご利用者様の理解を得られるかどうか。
- ・ケアマネの同意をとることが難しい、看護師の業務が増えるため看護師からの理解が得られない、歯科衛生士の採用も難しい(給与を含めて)。
- ・ケアマネの理解、認識が高まれば良い。
- ・計画書、評価が追いつかない。
- ・計画書作成の手間。
- ・継続的な実施が難しいように感じる。ケアマネや家族の理解が得られない。
- ・血液データの管理が大変、算定単位数が低い。
- ・血清アルブミン値の確認が出来ない。
- ・現在も書類関係の作成が多く、業務を増やしたくない。
- ・現時点では、関わっていないため、特にありません。
- ・現状として、食後の歯みがき、義歯洗浄等行っていますが、職員数や介護の手間が多く、加算取得までには至っていないのが現状。アルブミン値の基準や聞きとりなどの手間がかかり、なかなか難しい。
- ・現状の配置基準で小さいデイサービスが加算を取るのはかなり困難。
- ・効果がわかりにくい。
- ・効果や意義はあると感じておりますが、勤務体制的に加算を算定することは困難な現状にあります。
- ・口腔・栄養スクリーニング加算についての理解不足、算定の手間に対しての単位数が少ない、算定を行う場合、サービス担当者会議を開かなければならないため。
- ・口腔・栄養スクリーニング加算は、利用者ごとに算定できる加算なので、要件を満たしているか把握するのが難しい、担当ケアマネにスクリーニングの結果を提供する必要があること、6か月ごとに評価しても口腔機能の改善につながるかわからない。
- ・口腔・栄養スクリーニングの理解、どうつながっていくのかを他スタッフへしっかり伝え、毎月のケアでつなげていかないと成果は出ないと感じている。
- ・口腔・栄養とても大切だと思います。しかし現状出来ない事業者も多いと思います。
- ・口腔・栄養について家族へ説明を行い、算定までの必要性を感じない所もある。他サービスを利用し、限度額いっぱいの方がいる。
- ・口腔機能向上加算との違いが難しい。介護職員がスクリーニングを行う時間がなかなか取れない。
- ・口腔ケアは実施しているが、加算算定となると、それに伴う人件費、時間を要し、加算に見合う効果が得られない。
- ・口腔ケアは大事だと思うが、書類に時間をとられたくない。
- ・口腔状態から歯科受診をおすすめするも、理解を得にくい。栄養状態が不足であっても生活背景などから食生活を変えることが難しい。
- ・口腔内の状態を確認するのは困難。食後の口腔ケアだけでも認知症により拒否も多い。栄養状態も自宅での食事に関してまでは分からない。
- ・厚労省が提示しているスクリーニング内容で評価しているが、口腔の状態から支援の必要な方をふるい出せていないと感じている。
- ・個人の栄養状態の把握が困難。

- ・ご利用者・家族・ケアマネに、この加算の重要性が伝わらない。
- ・ご利用者様、ご家族様の周知がほとんどない。
- ・算定内容のハードルが高い気がしており、なかなか算定まで至っていない。
- ・算定の手間に対して、単位数が少ない。利用者数が少ない。
- ・算定要件がナース、ST、歯科衛生士の配置ですが、PT・OTでも算定できるような改正にならないでしょうか？
- ・算定を行っていないので特になし。
- ・歯科医・栄養士との連携が難しい。
- ・歯科医師が栄養士さんの協力が必要だが、なかなか連携が難しい。タンパク質摂取が大切だが腎機能、肝機能の評価をしつつ1日何gを目安にすればいいかの判断が難しい。
- ・歯科とのかかわりに手間がかかりそう。他の加算もあり、書類等の負担。
- ・歯科との連携、書類の作成。
- ・時間、手間がかかる。
- ・実施するスタッフ、時間がなく、困難。
- ・実施をするスタッフの確保が難しい。あまり需要がないように感じる。
- ・実務を中心とするため、管理書類の簡略化が必要。算定する為の手間が多すぎる。
- ・週1回の利用で算定するには時間と労力がかかる、当施設内でなく在宅サービスで関わっているスタッフに任せている、全員、胃ろうである、経管栄養の内容も決まっており変更はほとんどといってない。
- ・出血している人。入れ歯の人。
- ・上記加算を算定するにあたっての書類作成や勉強会に費やす時間、人員の確保。
- ・小規模デいで、人員を確保する事が難しいというのが一番の課題だと感じます。
- ・小規模の事業所では、専門職の確保が難しく、加算によって生じる収入より人件費の支出の方が多く、利益が見込めないため加算の算定が難しい。現在サービスを利用している方で、加算を取っている方がおらず、加算が取れる環境にしてもケアマネのケアプランの中に入っていないと加算に繋がらない。
- ・状況が変わらない方の記載が簡略化してしまう。ケアマネジャーが何を知りたいか、情報共有することで、役立っているのか気になる。
- ・正直よくわかりません。
- ・状態は把握しているが、病院受診が必要な方が必ずしも治療につながっていない(通院困難だったり、本人の意識の問題など)。
- ・職員が少なく、口腔・栄養スクリーニングの業務ができない。
- ・職員数もギリギリで、対応が難しい。
- ・職員の業務が増えるため、算定が難しい。管理する上でも難しい部分がある。
- ・職員の仕事の増加。
- ・職員のスキルアップが課題です。
- ・職員の体制が整っていない。
- ・職員配置及びサービス提供に対し、十分な時間を割くことが出来ない為。
- ・職員不足。書類等の作成・調査実施に現状では時間が不足してしまう。栄養アセスメント加算を取っている為。
- ・職員不足もありスクリーニングを実施することが難しい。
- ・食事提供がないため、専門職を配置していない。その為、加算を算定しようと考えていない。
- ・食事なしの短時間の利用が多く、口腔を行う余裕がない。
- ・書類が多すぎる。

- ・書類の記入が大変ですが、それ以外は大丈夫です。
- ・人員体制が厳しい、事務作業も残業に繋がる。
- ・人員不足、環境の整備。
- ・人材不足で実施や記録ができない。
- ・身長・体重の測定の難しい方が居られる。
- ・スクリーニングにおいて、身長や体重、アルブミン値等、利用者の身体機能等の状態次第で、正しく測定できない事業所が多いのではないかと思います。
- ・スクリーニングをし、リスクや課題を抽出しても、本人や家族に改善への意欲が乏しく、実際的な効果に結びつけにくい。
- ・スタッフに余裕がないので加算していない。
- ・全ての作業を行う時間と人手が足りない。
- ・専門職種の配置、時間の確保。
- ・専門職である管理栄養士や作業療法士、言語聴覚士が現場にいない。看護師や介護職員のみでスクリーニングするのにあたり、正確性があるのか、課題があると思う。
- ・専門職の採用、提携する医師・看護師がいない。
- ・専門知識を持った職員の確保と配置と、それに見合った加算を取るのが難しい。
- ・専門的な知識が必要であり、看護・介護とも研修や勉強会等の参加は必要だと感じる。
- ・専門的な知識不足により、状態把握や指導が不足してしまう。また、計画・評価を行う時間確保が難しい。
- ・送迎なしの短時間通所のため、比較的自立度の高い利用者が多い。口腔や栄養の面が問題になる方は少ない。
- ・そもそも人員確保が難しく、余力がない。
- ・大規模施設では実施できそうだが、小規模では困難である。
- ・体重の減少に関わる口腔や栄養状態について、客観的に表示できるものだと感じています。
- ・体重は毎月測っているが、身長は測定していないので BMI 値を出すのが難しい。
- ・対象者の把握が難しい、口腔内の衛生状態や機能をアセスメントできる専門職がいないと難しい。
- ・対象となる人を決めにくい。
- ・対象となる利用者の把握が難しい、他職種(介護、看護、リハビリ)の協力が不可欠で連絡を取っていくのが難しい。
- ・大切だとは考えているので、体操の際に嚥下体操は行って、唾液の分泌を促しています。
- ・他の加算をしているが、その計画・評価で手がいっぱい。同じ職(看護師)の負担が大きい。口腔の加算が色々あって、よく分からない。
- ・単位数が少ないが、長期的に確認が必要。
- ・単位数、明確な支援、加算算定要件の理解が少ないため。
- ・単位数が少ないので、業務のプライオリティが低い。
- ・単位数が低い、管理栄養士等の専門職が不在。
- ・単位の割に手間と感じてしまいます。求められていることに対して結果を出すことが難しい面があると思い、時々算定はしますが、積極的に行っておらず、歯科受診を勧めています。
- ・単位は少ないが、書類が必要。
- ・地域密着型通所介護サービスを提供しています。毎日の利用の中で、口腔ケアも口腔体操も欠かさずとり入れ、利用される方みなさん元気で過ごされますが、加算の算定はできません。
- ・知識・経験の不足、加算を追加する上での業務時間の捻出。
- ・知識が乏しいため、いまいち回答できません。

- ・昼食後に歯磨きをする利用者が1人います。認知が進み、日増しに歯磨きの方法も分からなくなってきました。1人の対応で行っていますが、もしも全員またはスクリーニングを必要とする利用者へ実施するとなると、機能訓練もしている為、なかなか対処しきれないと懸念しています。口腔内のケアや栄養面に関する状況把握は必要と思います。
- ・費やす人員と時間の問題がある。
- ・通所介護での限られた提供時間での利用者様の栄養、口腔内の把握の困難さ。
- ・通所だと、なかなか自宅での食事や口腔ケアのことを把握するのはムズカシイ！
- ・デイサービスの利用中に加算となる介助を行うことは可能だとは思いますが、決められた時間内での算定や、スクリーニングが難しいため、職員は残業して業務を行うこととなる。そこまでして算定しても加算の点数がそんなに高くないので、パートさんの理解が得られにくいと思います。
- ・手間が多いが、単位数が少ない。
- ・手間がかかりそう。
- ・手間がかかる。
- ・手間と時間を考えると単位数が少ない。口腔ケアは大切であることは分かっていますが。
- ・当社は運動特化型デイの為、口腔栄養の加算をとる時間(対応)が足りないし、対価が伴っていない。
- ・特になし。血清アルブミン値は、情報を家族からもらうのは難しい。
- ・とくにわからない。
- ・取る予定がない。
- ・内容はいいものと判断するが、算定する手間が大きく、職員のスキルもあると思うが、現段階の職員体制では算定が厳しい状況。人手不足、人材育成が優先で、残念ながらそこまで追いつかないのが現状。
- ・認知症の方が多く、聞き取りや対応が困難。現状、職員の負担が重く、新たな業務を課す事も難しい。
- ・認知症の方々が殆どで、中でも理解力のある利用者として口腔内含嗽ができず、水分を飲み込んでしまう方も居られる。通所介護の現場ではスタッフ人数と業務内容から、ブラッシング担当を作るのは、現時点では困難。
- ・半年に1度の算定のため、ケアマネに書類を提出する等、管理が大変だと思いました。歯科受診に繋がったケースがなく、ケアマネがあまり重要視していないようにも感じています。
- ・必要性・効果がよく分からないので、すすめ辛い。
- ・日々の業務の中で、加算を算定するための必要な作業や事務(計画の見直し等)に時間をとる事ができない。
- ・評価結果をお渡ししても、それに対する反応がほとんどみられず、伝わっているか不安になる時がある。
- ・評価や算定に必要な人員確保が難しい、スクリーニングの評価が難しい。
- ・費用対効果が低く、リスクが多いと感じている。
- ・負担が多い。
- ・不勉強のためコメント書けず、人員および勉強不足。
- ・弊社は歩行特化型のデイサービスです。営業時間は9:00~12:15、13:15~16:30です。その中で看護師が午前1名、午後1名体制です。そこでこの加算を取っていく時間が課題だと考えております。
- ・併用サービス利用者の場合、一事業所のみでの算定の確認が難しい。算定が6か月に1回のため、管理が難しい。
- ・訪問看護事業所と契約をしているため、人員規定が難しい。
- ・本加算については、利用者の口腔の健康状態及び栄養状態を把握し、それらの維持・改善につなげ、利用者の健康的な在宅生活を支援する上で有用と理解している。しかし中心となる言語聴覚士・栄養士の配置が手薄で、効果的な介入が難しい上に、加算と手間が見合わないと考えている。また多くの加算に言えることではあるが、サービス利用時のみの支援に留まり、本来重視すべき在宅生活へ反映されないことが多い。

く、生活改善に繋がらない。その要因として知識や理解不足により、介護支援専門員の積極的な協力が得られないことが挙げられる。多くの利用者を抱える介護支援専門員の多忙さは理解しているが、介護支援専門員には各サービスと利用者の生活をつなげるために、より積極的な役割を果たしていただくことを期待したい。

- ・短いサービス提供時間の中で、人員を割いて聞き取り・指導を行うことが難しいため。新しく計画書を作成することになるが、現状に加えて作業量が増えることで、残業につながる可能性が高いため。
- ・よくわからない(加算を算定しないため)。
- ・より丁寧に評価しようとするともかかるともかかるとも重要であると感じます。(理解のある職場内環境が大切)。また、ご利用者にとってはオーラルフレイル予防にとっても有効であり健康寿命や介護予防の観点から必要であると思っても、ご本人やケアマネジャー(一部)に理解してもらえない現状もあると感じます。
- ・利用者様、ケアマネから利用開始紹介の際、料金を選んで利用されている事が多いため、算定していない。
- ・利用者全員算定したいが、単位数の問題があり、なかなか算定に繋がらない。
- ・利用者に関わる時間より計画書など書類に関わる時間が多い。
- ・利用者の人数も減って、職員数も最低人数である。山間地域のデイサービスであり、年金額も少ない利用者が多く、これ以上加算を算定する事で利用も減ったりするので、加算は考えていない。山間地まで来てくれる医療体制ができていない。
- ・利用者本人・家族が重要性を理解できていない。ケアマネの中にも理解していない人もいる。忙しすぎる業務中に時間が取りづらい。

5)口腔・栄養スクリーニング加算はどのような方に必要か

全ての回答は次の通り。(原則、原文ママ。明らかな誤字のみ修正。)

- ・「最近むせやすくなったが受診はしていない」と言われる方に受診を勧める材料(根拠)になると思います。
- ・義歯装着者、誤嚥性肺炎の可能性のある方(トロミ対応である方)、日中からムセが頻繁にある方。
- ・1人1人の利用者様は日々変化するため必要です。特に認知症の利用者様や独居でお住まいの利用者様。
- ・3食とも1人で食事をしている方。
- ・BMIが低い方、体重減少が著しい方、口腔状態に課題のある方(口腔機能向上加算を算定している方)。
- ・明らかに出血されていて歯周病と思われる人。
- ・著しい体重変化のある方。
- ・一般の通所介護で経口摂取されている方。
- ・入れ歯の方、歯のない方、むせのある方、痩せていく方。
- ・栄養に偏りがある方、義歯を使用している方、虫歯が多い方。
- ・嚥下機能されておられる方。
- ・嚥下機能低下の方。
- ・嚥下困難な方、かけ込んで食べられる方。
- ・嚥下困難の方、ムセやすい方。
- ・嚥下状態が悪く、食事が少なめで、体重増加しにくい方。
- ・嚥下に問題があり、体重低下がみられる方。
- ・嚥下不良、咀嚼困難、口腔内不衛生、発語不良など。
- ・主に独居の方に必要だと思う。
- ・介護度の高い人は自分でケアできるので。特養は100%必要。
- ・改善が見込める全利用者。

- ・加算の算定予定なし。
- ・片麻痺で食事中にむせ込みや口腔内に残渣物の多い利用者さん。
- ・活動量が落ちフレイル予防が必要な方、食事が落ちた等の訴えをあまり自分から話さない方。
- ・義歯の方。
- ・義歯を使用している、むせやすい方。体重の変化がある方。
- ・基本的にご本人や家族の方が望む方には必要かと思います。又、普段からムセやすい方、一人暮らしや老々介護で周りの支援を得ることが少ない方など。
- ・口で食事を出来る方々は全員に必要。
- ・口の健康は、とっても大事だとは心得ています。
- ・現状は不明。
- ・構音障害等。
- ・口腔・栄養とリハビリテーションや身体・認知機能には密接な関係性があり、高齢者には重要と思われる。※自宅での生活(食事摂取状況等)の把握が困難(聴取しても詳しくは教えていただけない事が多い)
- ・口腔機能が低下されている方、低栄養と思われる方、飲みこみが悪い方。
- ・口腔機能低下傾向にある方。
- ・口腔機能低下した方。
- ・口腔機能低下と要介護認定や死亡リスクの高い方に特に必要だと思われます。
- ・口腔機能低下の恐れがある者。
- ・口腔機能の低下により、栄養(食事がしっかり摂取できない)不足の可能性のある方。
- ・口腔ケアが自分でよくできない方、食事摂取が少ない方。
- ・口腔ケアが不十分な方、歯科受診が出来ていない方、体重管理が出来ていない方、食事を残される方。
- ・口腔ケアが難しい方等、食欲がない、入れ歯が合わない？
- ・口腔ケアをうまく行えない高齢者。
- ・口腔状態があまり良くない方(残歯が少ない、虫歯あり、義歯が合っていない)、咀嚼嚥下状態が悪い方、低栄養状態の方。
- ・口腔状態の低下や、低下するおそれのある方。お茶や汁物を飲む時にむせやすい方。歯みがきをしても口の中に汚れが残っている方。食べ物を食べやすい大きさにカットする等の介助が必要な方。
- ・口腔トラブルのある方(義歯の不具合、ムセがある方、自歯や残歯の少ない方)。独居で食事摂取状況が困難な方。食事摂取量にムラがあり、体重の変動が大きい方。
- ・口腔内に問題がある方、体重の増減・見た目の変化など栄養に問題がありそうな方。
- ・口腔内の清潔保持が必要な方。
- ・高齢者(要介護以上)には必要。
- ・高齢者、障害者。
- ・高齢者全般。
- ・高齢者は口腔栄養とフレイルが密接に関係しているので、支援の必要性の早期発見の為に、全利用者にとって必要だと思います。
- ・誤嚥しやすい方、家でも外でも食事摂取に関して気に掛ける必要な方。
- ・誤嚥性肺炎の可能性が多い方、最近むせ込みや咀嚼が悪い方、体重低下が見られる方。
- ・誤嚥性肺炎の予防、病気の早期予防。
- ・誤嚥性肺炎の予防には、全ての方に必要、特に脊椎疾患があり、円背姿勢の方、脳血管疾患により、口腔周囲の筋力の低下がある方。

- ・誤嚥性肺炎のリスクを控えている方、入れ歯を使っている方、むせやすい方。
- ・誤嚥のリスクのある方。
- ・誤嚥をおこしやすい人、入れ歯の人、逆流性食道炎の人、食事摂取量が少ない人、刻み食の人。
- ・ご家族が強く望む方。
- ・ご家庭での口腔ケアが出来ていないご利用者様、食事の提供が規則正しく摂取されていないご利用者様。
- ・ご自身で口腔ケアができない、または不十分、口腔機能低下。
- ・ご自宅にて食事がしっかり摂れているか分からない方、また義歯等の汚れが目立つ方。
- ・個人的には介護度の軽い方、ご自身である程度の事ができる方、予防的に取り組んでいく事が大切だと思います。もちろん重度の方にも大切なことですが、本人や家族が優先する事項が別の部分の事が多いと感じています。
- ・ご利用者様全員。
- ・在宅で生活をされている方。
- ・残存歯がある方。
- ・算定要件の緩和、利用者個々に合わせ対応していることを評価していただきたい。
- ・歯科への受診が少ない人。
- ・自己管理ができない方で、家族の協力が得られない方。
- ・自己にて口腔衛生困難な方。のみ込み等困難な方。
- ・自身で口腔ケアを管理できない方。
- ・姿勢が前傾で歯を食いしばってしまう方、内臓疾患の方、脳への血流が不安定な認知症の方。
- ・自宅での口腔ケアの継続が困難な方。
- ・自宅での調理を行わなくなった家族様に高齢者向けの食事提供の知識が不足している方に必要だと思います。
- ・自歯がある方で歯みがきが自分でできない方は、汚れの付着が多いため必要と思うが、介護職員がどこまで対応できるか不安はある。
- ・自分で入れ歯の洗浄が出来ない方。
- ・食事介助が必要な方。義歯の手入れができない方。
- ・食事形態、口腔内の様子、義歯のない方。
- ・食事形態が「普通」以外の方は必要。
- ・食事摂取の少ない方、口腔ケアがいき届かない方、ADLの低下している方。
- ・食事の摂取を管理した方がいい方に必要だと思います。
- ・食事量、体重減、BMIの値が低い方。
- ・食事を提供される方。口腔・歯科疾患で治療を有している方。栄養状態の経過を必ずみていく必要のある方。口腔ケア・栄養面に関しての専門的なケアが必要な方。栄養士や歯科衛生士などの専門職が介入している方。
- ・自立～支援の方で理解ができる方。
- ・スクリーニング自体は全利用者に必要。悪化の時点で行うのではなく、何も無い状態を把握しておくことが大切。
- ・すべての方。
- ・すべての方に必要な評価ではあると思うが、向上加算・改善加算のサービス提供をするのは、施設都合で難しい。
- ・全ての後期高齢者は必須。特に歯科受診等していない高齢者も多くいるため、その方々へも必要と感じます。
- ・全ての高齢者。
- ・全ての人に必要、リハビリ(筋トレ)と栄養摂取はセットで行って初めて効果があると思うため。
- ・全ての人に必要と考えますが、特に認知症の方には必須だと思う。

- ・全ての利用者。
- ・摂食障害のある方、口腔環境に問題のある方。
- ・全員に必要と思っている。入れ歯の方、歯が抜けている方。
- ・体力低下、病状悪化している利用者。
- ・食べにくいと感じておられる方(飲みにくさ、かみにくさ含む)。
- ・常に食事形態の工夫が必要な方。食事中にむせ込みがある方。体重減少がみられる方。
- ・低栄養、寝たきりの方。
- ・低栄養状態、又はその恐れがある方など。
- ・低栄養の方(現在はいない)。
- ・低栄養の方、口腔機能のトラブルがある方。
- ・低栄養や低体重の方、皮膚状態が悪い方、むせやすい方。
- ・定期的な状態を把握する意味では全ての利用者に必要だと思われる。
- ・低体重、嚥下機能低下。
- ・低体重・低栄養リスクのある、特に高齢独居の方に対しては必要性を感じています。
- ・手間がかからず、ある程度の知識を備えた人材であれば評価可能にする(栄養士、ST だけでなく)。
- ・とくに自身で口腔ケアが難しい方は、介護職員によるケアは必要であると思います。
- ・独居の方。
- ・独居の方、認知症の方、食べているとご本人が思っているにもかかわらず体重の増加が見られない方。
- ・独居の方で、口腔ケアが難しい方、歯磨きが行き届いていない方。
- ・独居の方は特に感じるが、高齢者は全て必要と考えている。
- ・独居の高齢者で、日常の様子を把握する事が難しい方への健康状態の観察に有効だと思う。
- ・どなたでも必要だと思う(チェックとして)。
- ・認知が重度の場合。
- ・認知症、脳疾患、難病など。
- ・認知症の方。
- ・認知症や、身体が自由に動かすことが困難な利用者には必要である。
- ・認知症等で拒否のない方。独居の方。
- ・寝たきりに近い方、低栄養・褥瘡・誤嚥性肺炎の既往・リスクが高い方に必要。
- ・飲み込みが悪かったり、むせ込みがある方には大切だと思う。
- ・飲みこみ等に問題がある方。
- ・歯の欠損および義歯のない方や食事摂取がうまく出来てない方。
- ・歯みがきや食事に介助が必要な方。
- ・一人暮らしで食事・栄養バランスが偏っている方。
- ・一人暮らしの方や認知症などで自己管理できない方。
- ・評価をすれば、必要な方は、必ず対象者はいると思います。
- ・フレイルの危険がある方。
- ・フレイルの予防になるので多くの高齢者に必要と考えます。
- ・ほとんどの利用者。

- ・本来はすべての方に必要なことだとは感じます。
- ・むせやすい方、入れ歯を使用している方。
- ・要介護度が高い方、低栄養の方。
- ・予防も含め、全利用者に対し、必要と感じているが、いろいろな加算がある中で、時間を作る事が一番困難である。又、職員不足のなかでもあり、その他の雑務が時間外となり、負担が多い。
- ・より早く口腔・栄養状態のリスクを把握するため、なるべく全員の対象が望ましい。
- ・利用者様全員。口腔・栄養に問題が今ない方へは問題の早期発見、問題がある方へは適切なケア方法の確立。
- ・利用者様の体調管理のためには、必要なケアの部分であると感じてはおります。
- ・老衰状態に向かおうとしている方、誤嚥性肺炎になった方、再発しやすいので予防のためにも必要だと思います。
- ・分け隔てなく利用者全員(理想)

6) 口腔機能向上加算の算定状況

6)-1. 口腔機能向上加算の算定状況および算定人数(令和5年2月～7月実績)

口腔機能向上加算の算定状況は「算定していない」が80.4%と大半を占めていた。算定している施設については、「Ⅰのみ算定」が11.3%、「Ⅱのみ算定」が4.8%、「ⅠおよびⅡを算定」が1.0%であった。

図表 47 口腔機能向上加算の算定状況

	n	%
口腔機能向上加算(Ⅰ)	33	(11.3)
口腔機能向上加算(Ⅱ)	14	(4.8)
口腔機能向上加算(Ⅰ)および(Ⅱ)	3	(1.0)
算定していない	234	(80.4)
未回答	7	(2.4)

口腔機能向上加算(Ⅰ)を算定している施設は36施設で、算定人数は28.6±66.2人であった。口腔機能向上加算(Ⅱ)を算定している施設は17施設で、算定人数は37.6±37.8人であった。

図表 48 口腔機能向上加算の算定人数

	n	Mean	SD
口腔機能向上加算(Ⅰ)	36	28.6 ± 66.2	
口腔機能向上加算(Ⅱ)	17	37.6 ± 37.8	

6)-2. 口腔機能向上加算のサービス提供者の職種

口腔機能向上加算のサービス提供者は「看護師」が 86.0%であった。

図表 49 口腔機能向上加算のサービス提供者の職種(複数回答/有効回答のみ)

	n	%
歯科衛生士	7	(17.5)
看護職	37	(86.0)
言語聴覚士	11	(26.2)

6)-3. 口腔機能向上加算の算定効果

全ての回答は次の通り。(原則、原文ママ。明らかな誤字のみ修正。)

- ・「むせ込みの減少」「固いものが食べられるようになった」「唾液の分泌量増加」等利用者からの効果を感じる声が上がった。
- ・以前は食事の飲み込みの際むせることも多くあったが、むせる回数が減ってきた、という声が聞かれました。声枯れが改善したという声もありました。
- ・入れ歯の不具合の早期発見、異常の早期発見が行えた。
- ・嚥下、発語の改善が見られたとご利用者から声あり。
- ・嚥下能力の維持、お楽しみレベルでも食べる事ができるようになってきた人がいる。
- ・家族への経過報告をするきっかけになり、改善策を見出すことに役立っていると思います。口腔体操や口腔衛生、また、言語(発声)の指導をすることにより、本人の自覚(口腔の状態)を持たせることが出来る。
- ・課題が具体的に把握できる、スタッフの意識向上、他利用者への口腔機能の意識づけ。
- ・言語聴覚士の評価を受けて安全な食事形態に変更することが出来、誤嚥事故を防ぐことができた。
- ・現状として、その方は口腔機能を維持できており、家族の協力もある。
- ・口腔機能の維持ができる。利用者やご家族としての満足感が高い。
- ・口腔機能を維持、向上できることで、健康状態を維持できる。
- ・口腔ケアを利用毎提供することで、利用前と比較して格段にお口の中がきれいになっている。しかし自宅での口腔ケアを習慣化する方はごくわずか、通所時のみ歯科通院へ繋がたくても通院手段がない。いままで通院すらしたことがない人もおられるため、通所での口腔ケア提供は、とても重要なことととらえている。
- ・口腔内環境改善、口腔ケアへの意識向上→自宅でのケアの取組方法の指導を行うことで改善につながる、嚥下機能改善→嚥下体操の取組による口腔器官の運動機能改善・息こらえ嚥下や一口量調整指導による食事の意識づけ、構音機能改善→構音訓練指導による発話明瞭度の改善。
- ・口腔内義歯の汚れが少し目立たなくなった、また少し発語が聞き取りやすくなった。
- ・口腔内の衛生管理、歯科受診へのスムーズな移行、多職種間での情報共有、特に入れ歯での評価高い、嚥下訓練の実施。
- ・口腔内の清潔が保持でき、早期に残存歯の治療ができ、食事内容の改善につながり、体調が安定。
- ・口腔内の清潔の継続、義歯の調整を受診につなげる、口腔内運動、発声練習、日タトレニングを行うことができる。
- ・口腔内の清潔保持ができています。
- ・口腔内を観察する機会が増え、口腔内の衛生が保てるようになった。口の動きの出来る事、出来ない事が明確になった。
- ・口腔の加算をとることにより、利用者・職員共に、意識づけが出来るようになってきている。

- ・誤嚥に対する意識づけ、口腔ケアに対する意識づけ、ゆっくり話す事に対する意識づけ。
- ・ご利用者様の歯磨きに対する意識がついてきた。
- ・算定し、まだ明確な効果はないが、続けることによって効果はあると思われる。
- ・歯科受診をしてくださったり、食事形態を見直したり、歯科衛生士の方が評価して下さったことを情報共有している。利用者の方の口腔状態がよくなることはとても良いことだと思う。本当は必要な方には算定していきたいが・・・。
- ・実際にご利用者様から「食べ飲みこみやすくなった」とおっしゃっていただけていることも多く、評価時、RSST やオーラルディアドコ評価でも目に見える評価を行うことでご本人様たちの意識の改善にも効果があるように思います。
- ・職員の意識・知識の向上、利用者の意識・習慣づけ、吸引が必要になる程の誤嚥が減少した。
- ・食事の自立度が維持できた。
- ・食でのむせ込みが減った。
- ・著変なし。
- ・定期的な歯科検診と口腔内の状態を確認して、歯科受診につなげている。
- ・発語や他者とのコミュニケーションの向上。
- ・歯ミガキ指導・援助することにより口腔内が清潔に保たれた。
- ・歯みがきなどの口腔ケアの必要性の意識が高まった。食前の口腔体操を行うことで、誤嚥予防に繋がった。
- ・利用者様の嚥下状態の維持が出来ている。
- ・利用者様の肺炎に対する意識が高くなった。発声・表情筋に対するリハビリを提供し易くなった。
- ・利用者の口腔衛生状態の理解。
- ・口腔ケアについて意識が上がった(特に誤嚥性肺炎予防につながる)。

6)-4. 口腔機能向上加算のサービス内容

口腔機能向上加算のサービス内容は「口腔清掃、口腔清掃に関する指導」が 89.1%であった。

図表 50 口腔機能向上加算のサービス内容(複数回答/有効回答のみ)

	n	%
口腔清掃、口腔清掃に関する指導	41	(89.1)
摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導	38	(82.6)
音声・言語機能に関する指導	36	(78.3)
その他	3	(6.5)

その他内容:

- ・失語症に対する言語訓練、認知症に対する認知機能訓練、呼吸器能に対する指導。
- ・吸引歯ブラシが多くなりました。声出し向上の指導を行う。
- ・口腔ジスキネジアに対して PT・NS と連携を取り訓練指導を行っている。

6)-5. 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、「サービス提供に十分な時間を割くことができないから」が 57.8%と最も高かった。次いで、「サービス提供できる専門職が配置できないから」が 53.9%であった。

図表 51 口腔機能向上加算を算定していない理由（複数回答/有効回答のみ）

	n	%
利用者が他の通所施設で口腔機能向上加算を算定しているから	7	(3.0)
口腔・栄養スクリーニング加算を算定しているから	14	(6.1)
LIFE への情報提供が事業所として難しいから	40	(17.4)
口腔の評価方法が不明だから	54	(23.5)
サービス提供に十分な時間を割くことができないから	133	(57.8)
他職種と連携した口腔機能向上サービスを行うことが難しいから	62	(27.0)
サービス提供できる専門職が配置できないから	124	(53.9)
施設内での連携が難しいから（専門職等の人員不足）	62	(27.0)
利用者・家族等からの同意が得られにくいから	20	(8.7)
算定方法が不明だから	28	(12.2)
口腔機能向上加算の算定のシステムを知らないから	18	(7.8)
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	29	(12.6)
その他	33	(14.3)

その他内容(原則、原文ママ。明らかな誤字のみ修正。):

- ・利用者負担を増やすことになるから。
- ・来年度から算定に向けて只今準備中。
- ・広い流しがないから。
- ・人が足りない。単位と手間が合わない。加算を取れば行政に目をつけられチェックが厳しい。加算がなくても口腔体操や必要な方への口腔ケア、定期的な歯科検診はしている。
- ・半日デイで入浴もあるので、時間がたりない。
- ・当施設がリハビリデイのため、身体機能のトレーニングが中心となっている。
- ・保険請求をしていない。
- ・担当できる職員がいない。
- ・対象者が少ない。
- ・専門スタッフがいないため。
- ・専門職との連携では、病院関係の通所などは、加算が取得しやすいと思うが、個人経営で行っている事業所には、不利であり、平等性に欠けると思う。又、加算算定に対しての事務処理が多くなり、職員不足の中で、残業などを進める事はできない。(離職者が増える)
- ・専門職が 1 名なので、時間の確保が現状難しく、個別機能訓練加算を優先させている為。
- ・生活動作を中心に行っている為。
- ・自立度が高く、口腔機能が低下しているおそれのある利用者様が少なく、対象者の数と体制を整えるために必要なコストが見合わない。対象となる方は同時にデイや訪問サービスを利用されており、そちらで必要なケアは受けられているため。

- ・書類が増えるから。
- ・少人数でのデイサービスであり、需要を感じない(歯磨き等の口腔ケアは職員が実施している)
- ・今後算定予定。
- ・口腔ケアは行っているが、手間が多いため加算は取っていない。
- ・現在、対象者がいないため。
- ・系列施設全体が取っていないから。
- ・希望者がいない、体制が整っていない。
- ・看護がない為。
- ・介護保険の単位数の中で生活をされている為、今以上の加算は取り難い。
- ・運動リハが主なため。
- ・運動特化型デイの為、利用者 9 割が自立している為。
- ・9 月算定予定。
- ・3 時間のデイサービスで、なおかつ、運動に特化したサービスのため。食事の提供をしておらず、加算を算定する必要がない。

7)口腔機能向上加算はどのような方に必要か

全ての回答は次の通り。(原則、原文ママ。明らかな誤字のみ修正。)

- ・義歯装着者、誤嚥リスクがある方(トロミ対応者)。
- ・1 日型デイ、施設。
- ・60 代以上の全ての方、肺炎の予防が必要・・・特に嚥下障害やマヒのある方。
- ・ADL 低下、認知。
- ・VEやVFで医師が必要と判断した者。
- ・入れ歯の人、誤嚥を起こしやすい人。
- ・飲食中のむせ込みがある方、発語がしにくくなってきた方。
- ・栄養改善が必要と思われる方。
- ・栄養が傾き気味、また、自分で摂取できない方。誤嚥しやすい方。
- ・嚥下機能が落ちている人。
- ・嚥下機能低下、言語機能低下、構音機能低下、口腔内環境悪化。
- ・嚥下機能低下、その他に体重減少、体力低下の方々。
- ・嚥下機能低下。現場の状況知ってますか？人が足りないところが多いと思います。
- ・嚥下機能に課題がある方、誤嚥性肺炎を繰り返すような方。
- ・嚥下機能に低下がみられる方、食事介助が必要な方、むせ込みが多い方。
- ・嚥下機能の低い方、口腔内が汚い方。
- ・嚥下困難な方。
- ・嚥下障害のある方、食事介助が必要な方、硬いものが食べられない方、ムセのある方など。
- ・嚥下状態の悪い人。
- ・嚥下に課題がある人。
- ・嚥下不良、咀嚼困難、口腔内不衛生等。
- ・主に独居の方に必要だと思う。

- ・顎関節症の方、誤嚥性肺炎がある方。
- ・可能な限り、全ての方に必要と感じています。
- ・義歯、自歯が少なく、食物残渣物が多くある方。ADLが低下している(麻痺・筋力低下等)方で、自分で口腔ケアが難しい方。
- ・義歯をしていない方、誤嚥性肺炎歴のある方。
- ・義歯を使っている方、誤嚥のある方など。
- ・機能低下がある方に必要と思われます。
- ・基本的に 75 歳以上の利用者には 1 回は必要。しっかりとスクリーニングをかけて評価したうえで算定する(評価の値が平均より下回る場合は、全員一律かけていく)、機能向上が見られれば外す。
- ・基本的には、皆様へ行うことが望ましいと思いますが、嚥下が低下している方は、特に必要だと思います。
- ・基本的には高齢者の方々には必要な加算であると認識しております。
- ・口から食事摂取される方は口腔状態により摂取へ変化が伴うため、必要と思っています。
- ・口で食事を出来る方々は全員に必要。
- ・継続して口腔ケアが行える方、口腔ケアに対して意欲のある方。
- ・言語障害の方など。
- ・現状はわからない。
- ・構音障害等。
- ・後期高齢者全般に必要なかと思えます。
- ・口腔・歯科の専門的治療・ケアの必要な方。そしてそれが問題になっている方。全身状態の悪い方。栄養士や歯科衛生士などの専門職が介入しているような方。
- ・口腔嚥下機能の低下、食事場面での嚥下で問題がある方、退院時より嚥下機能に注意が必要な方。
- ・口腔機能維持改善に支援が必要な人。支援により改善が見込まれる人。
- ・口腔機能が低下している、または低下すると思われる方が必要だと思われます。
- ・口腔機能が低下している方。
- ・口腔機能が低下している方(嚥下機能、摂食機能の低下)、口腔衛生が保たれていない方。
- ・口腔機能が低下している方、入れ歯をしている方。
- ・口腔機能が低下している方、ご自身で口腔ケアが難しい方。
- ・口腔機能が低下してきている方(ムセる方、食べ物が詰まりそうになる方)。
- ・口腔機能が低下する恐れがある方。
- ・口腔機能が弱い方。
- ・口腔機能低下傾向にある方。
- ・口腔機能に問題のある方。
- ・口腔機能の低下が見られ、アプローチが必要な方。
- ・口腔機能の低下している人、または低下するリスクのある人。
- ・口腔機能の低下により、生活面の課題が生じている、又は生じる可能性がある、且つ積極的に改善が見込める方。
- ・口腔機能の低下や、そのおそれのある方。誤嚥性肺炎のリスクのある方。
- ・口腔機能の低下を防ぎ死亡リスクを減らすため。低栄養の利用者、口腔状態の悪い利用者だけでなく、意識を高めるため、ほとんどの高齢者に必要と考えます。
- ・口腔機能の低下を予防するため、口腔機能の状態を把握し、口腔機能の維持を図り、誤嚥や肺炎などのリスクを防止することが必要な方。

- ・口腔ケアが自分で十分に行えない方。
- ・口腔ケアが不十分な方。
- ・口腔ケアが難しい方。
- ・口腔清掃、嚥下等に問題、予防が必要な方。
- ・口腔内トラブルが見られ、嚥下機能低下、口腔周囲筋の低下が顕著な方には必要だと思われる。
- ・口腔内トラブルのある方、嚥下にトラブルのある方。
- ・口腔内の衛生が保てない方、歯科受診に通っている方、予防が必要な方。
- ・口腔内の状態が良くないが、本人や家族の都合でなかなか歯科受診に繋がらないような方。
- ・口腔内の清潔に対し、歯科の定期受診などで指摘を受ける機会がない方、嚥下等の機能低下のリスクがあり早期に対処するために定期的なチェックや介入が必要な方。
- ・口腔内をご自分で把握できない方は皆さん必要だと思います(家族の方がチェックできていればいいですが)。
- ・口腔や嚥下機能に不安がある方。
- ・向上が見込める利用者(家族が協力的な場合)。
- ・高齢者全員に必要だと思う。元気な方も寝たきりの方も口腔機能向上は今後の課題になると思う。
- ・高齢者全般。
- ・高齢者には必要と思います。
- ・高齢者やマヒのある方。
- ・高齢独居の方は必要だと思います。
- ・誤嚥しがちな方、残存歯のある方、食事をとれる機能を維持したい方。
- ・誤嚥性肺炎や誤嚥リスクのある方。
- ・誤嚥性肺炎を繰り返す方など。
- ・誤嚥の危険がある方。
- ・誤嚥や肺炎などのリスクがある方、口腔機能の低下のリスクがある方。
- ・誤嚥リスクの高い人。
- ・誤嚥を繰り返している方。トロミなどが必要な方。
- ・ご家族が強く望む方。
- ・個別リハビリのみではかかわりや指導が足りない方。
- ・在宅で生活をされている方。
- ・歯科衛生士が評価して必要だと思う利用者の方。介護職が関わっているところで、必要だと思ったときに他職種で情報共有し、歯科衛生士に相談(口腔状態、嚥下等の口腔機能)。
- ・歯科衛生士さんによる指導のため、専門職の目から見ていただける。
- ・自身で嚥下ができにくい方。
- ・自身で口腔衛生状態を維持できない方、嚥下機能・唾液分泌が低下している方。
- ・施設入所者全員。居室に1人で入居されており、会話も少なく、TVなど目から入る情報ばかりです。規則的なリズムある生活ができておらず、歯みがき・義歯洗浄を1人で出来ないで、口腔内残渣物・プラーク歯垢など気づかずに過ごされている。口内細菌繁殖予防の為、口内ケアは全員に。
- ・実施できていない為、分からない。
- ・自分で入れ歯の洗浄や歯ミガキが難しい方。

- ・正直、加算の内容をしっかりと把握していませんが、咀嚼に問題(嚥下)がある人全てに必要だと思います
 - ・食事介助、口腔ケアの介助が必要な方だと思います。
 - ・食事がスムーズに摂れない方(ムセの多い方)。体重の増減が激しく、原因が不明の方。
 - ・食事後、口腔内に残渣物が残り続けている方。
 - ・食事摂取の少ない方、口腔ケアがいき届かない方、ADLの低下している方。
 - ・食事摂取量が少ない方、嚥下が悪い方。
 - ・食事中に常に見守りが必要な方、嚥下状態が低下している方、誤嚥性肺炎を引き起こしたことがある方。
 - ・食事は大事であり、口腔面の維持は必須、全般的に必要性あり。
 - ・食事や水分補給時にむせ込みがみられる方。口腔体操の時に舌の動きや口の動作が出来ない方。舌が乾燥している方。
 - ・汁や水分でむせこまれる方や施設で提供する常食(自分で食べるものよりやわらかく調理されているため)が食べにくい方には必要かと思う。
 - ・全ての方。
 - ・全ての人に必要、口腔内の清潔で肺炎も減るし、義歯が合わないなどで栄養が十分でないことで様々な疾患を引き起こしてくると思う。
 - ・全ての利用者。
 - ・咀嚼・嚥下が難しくなってきた方、ムセが多くなってきた方、唾液の分泌が少なくなってきた方。
 - ・咀嚼・嚥下機能が低下している方。
 - ・咀嚼等が満足にできない方
 - ・咀嚼や嚥下機能の低下が考えられる高齢者には全員必要だと思います。加算を算定するかは別として。
 - ・咀嚼や嚥下機能の低下の方、食事摂取がうまくできていない方。
 - ・退院直後で口腔機能が低下しており、誤嚥のリスクが高く、肺炎に繋がる可能性が高い方。
 - ・体力低下、病状悪化している利用者。
 - ・確かにフレイル予防のためには必要だと感じるが、それに係る職員と書類の多さ、単位数の低さにより疲弊する。
 - ・通所利用されるすべての方にとって必要なことと考える。
 - ・定期歯科通院のない、特に高齢独居の方には必要性を感じています。
 - ・できるなら2号保険者世代の方々も取り入れてほしいもの。難しくなる前に40~出来れば予防に努めてほしいです。(的を射ない回答で申し訳ありません)
- 不勉強のためコメント書けず、人員および勉強不足
- ・どなたでも必要だと思う(チェックとして)
 - ・口腔ケアが難しい方等、食欲がない、入れ歯が合わない?
 - ・特には思いあたりません。利用者様のケアの一環としては、今後必要ではあると思います。
 - ・独居、嚥下能力の低下がみられる方。
 - ・独居、認知症、体重の増減が多い方。
 - ・独居生活の方、食事がうまく摂れない方、歯の状態が良くない方、誤嚥のリスクのある方。
 - ・独居で家族遠方、残滓がある方、ハミガキ習慣がない方。
 - ・独居の方。
 - ・独居の方で、口腔ケアが難しい方、歯磨きが行き届いていない方。

- ・トルト「口腔機能分析」を試用して音声分析を行ったところ、必要性を感じました。在宅生活を続けていく為には口腔機能の維持はとても重要と思われま(施設入所の要因として、食事が不十分となり、健康管理が行えなくなったケースが多い為)。AIによる分析にて評価しサービスを実施していくには、加算単位数が少ない為、検討中。
- ・二次感染予防につながるので、ご利用者様全員に必要だと思います。
- ・認知症の方。
- ・認知症の方や、特に限定せずすべての人に必要と思う。
- ・認知症の進行を抑制したい方、歯が抜けたままで治療していない方。
- ・認知症や身体が不自由な利用者には必要だと思います。
- ・脳梗塞などの疾患により、口腔機能の低下が生じると考えられる方。
- ・脳卒中後の方、神経内科疾患の方など、口腔機能低下の可能性のある方。
- ・飲み込みが悪かったり、むせ込みがある方に大切だと思う。
- ・発声・発音が出来にくい方や、嚥下機能低下がいちじるしい方に必要。
- ・日頃、家族との会話が少なく、発声することに努力をしない方。
- ・一人暮らしの方や認知症などで自己管理できない方。
- ・広い意味で考えると、全てのご利用者様に算定できる事が理想だと思います。
- ・普段より自らケアが行うことが出来ない方等。
- ・フレイル、低栄養の方へ特に。肺炎リスクのある方。
- ・ほとんどの利用者。
- ・無口でほとんど会話しない方。
- ・むせがある、固いものが食べにくくなった、食べ物が飲みにくくなった、会話で舌が回らない、などの口腔の症状がある方はもちろん、そのような症状がない方でも予防の観点からも必要だと思います。
- ・むせ込みやすい方、のみ込みが良くない方、むせを予防したいと考えている方、口腔ケアができない方、など。
- ・むせの多い方、口腔ケアへの拒否が強い方。
- ・ムセやすい方、よだれが少ない方、自分もしくは家族の支援が受けられず口腔清拭が出来てない方。
- ・むせる方、入れ歯の方、口腔内に汚れがある方。
- ・要介護以上の高齢者。
- ・予防を含めすべての方。
- ・理解の出来る方。
- ・理想は全員。
- ・利用者様自身がケアできない方。
- ・利用者全てに必要と思います。
- ・要介助の方全員

8) 栄養アセスメント加算の算定状況

8)-1. 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は「算定していない」が 91.1%と大半を占めていた。

栄養アセスメント加算を算定している施設は 11 施設で、算定利用者数は 121.8±108.9 人であった。

図表 52 栄養アセスメント加算の算定状況

	n	%
算定している	11	(3.8)
算定していない	265	(91.1)
未回答	15	(5.2)

図表 53 栄養アセスメント加算の算定利用者数

	n	Mean	SD
栄養アセスメント加算	11	121.8	± 108.9

8)-2. 栄養アセスメント加算の算定のきっかけ

栄養アセスメント加算の算定のきっかけは「加算取得のため」が 90.9%であった。

図表 54 栄養アセスメント加算の算定のきっかけ

	n	%
加算取得のため	10	(90.9)
施設または連携する管理栄養士からの意見	3	(27.3)
口腔・栄養スクリーニング加算	1	(9.1)
その他	2	(18.2)

その他(原則、原文ママ。明らかな誤字のみ修正。):

- ・通所リハにおける栄養状況の把握のため。
- ・フレイル予防として。

8)-3. 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

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は「施設」が100%であった。

図表 55 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

	n	%
施設	11	(100.0)
外部の医療機関	0	(0.0)
外部の介護保険施設	0	(0.0)
都道府県栄養士会の栄養ケア・ステーション	0	(0.0)

8)-4. 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「管理栄養士の配置や外部機関との連携が難しいから」が61.5%、「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」が42.3%であった。

図表 56 栄養アセスメント加算を算定していない理由（複数回答/有効回答のみ）

	n	%
利用者が他の通所施設で栄養アセスメント加算を算定しているから	7	(2.6)
口腔・栄養スクリーニング加算を算定しているから	15	(5.7)
LIFE への情報提供が事業所として難しいから	43	(16.2)
栄養アセスメントの方法が不明だから	50	(18.9)
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	112	(42.3)
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	81	(30.6)
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	43	(16.2)
管理栄養士の配置や外部機関との連携が難しいから	163	(61.5)
施設内での連携が難しいから（管理栄養士等の人員不足等）	60	(22.6)
利用者・家族等からの同意が得られにくいから	17	(6.4)
算定方法が不明だから	26	(9.8)
栄養アセスメント加算を知らないから	21	(7.9)
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	29	(10.9)
その他	23	(8.7)

その他(原則、原文ママ。明らかな誤字のみ修正。):

・専門職との連携では、病院関係の通所などは、加算が取得しやすいと思うが、個人経営で行っている事業所には、不利であり、平等性に欠けると思う。又、加算算定に対しての事務処理が多くなり、職員不足の中で、残業などを進める事はできない。(離職者が増える)

・運動特化型デイの為、短時間の為。

・運動リハが主なため。

- ・介護保険の単位数の中で生活をされている為、今以上の加算は取り難い。
- ・希望者がいない、体制が整っていない。
- ・系列施設全体が取っていないから。
- ・昨年度、管理栄養士を雇い、来年度からの算定に向けて準備中。
- ・時間が足りない。
- ・事業所は通所型、なおかつ、食事提供なしのため。
- ・少人数でのデイサービスであり、需要を感じない(口腔ケアは職員が実施している)。
- ・食事サービスを実施していないため。
- ・書類が増えるから。
- ・専門のスタッフがいないため。
- ・対象者が少ない。
- ・通所でする程度では意味がない。
- ・低栄養状態の方に対して、専門家を招き、指導していただいたことがあるが、主治医と連携がとれず、また利用者から理解を得られず、退所されてしまったことがあるため、栄養に関しては主治医に確認することが一番良いと学びました。
- ・利用者負担が増えるから。

9) 栄養改善加算の算定状況

9)-1. 栄養改善加算の算定状況

栄養改善加算の算定状況は「算定していない」が 94.5%と大半を占めていた。

栄養改善加算を算定している施設は 5 施設で、算定人数は 7.2±12.8 人であった。

図表 57 栄養改善加算の算定状況

	n	%
算定している	5	(1.7)
算定していない	275	(94.5)
未回答	11	(3.8)

図表 58 栄養改善加算の算定人数(「算定している」と回答した施設)

	n	Mean	SD
栄養改善加算	5	7.2 ±	12.8

9)-2. 栄養改善加算の算定のきっかけ

栄養改善加算の算定のきっかけは「以前から算定している」60.0%であった。

図表 59 栄養改善加算の算定のきっかけ(複数回答/有効回答のみ)

	n	%
以前から算定している	3	(60.0)
加算取得のため	1	(20.0)
施設または連携する管理栄養士からの意見	0	(0.0)
口腔・栄養スクリーニング加算	1	(20.0)
栄養アセスメント加算	0	(0.0)
その他	0	(0.0)

9)-3. 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

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」が 100.0%であった。

図表 60 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(複数回答/有効回答のみ)

	n	%
施設	2	(100.0)
外部の医療機関	0	(0.0)
外部の介護保険施設	0	(0.0)
都道府県栄養士会の栄養ケア・ステーション	0	(0.0)

9)-4. 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として、「管理栄養士の配置や外部機関との連携が難しいから」が「サービス提供のための栄養評価に時間を割くことができないから」が42.3%であった。

図表 61 栄養改善加算を算定していない理由(複数回答/有効回答のみ)

	n	%
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	(0.7)
口腔・栄養スクリーニング加算を算定しているから	16	(6.0)
LIFE への情報提供が事業所として難しいから	47	(17.6)
栄養評価の方法が不明だから	59	(22.1)
サービス提供のための栄養評価に時間を割くことができないから	113	(42.3)
施設で体重測定を実施していないから	4	(1.5)
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	66	(24.7)
管理栄養士の配置や外部機関との連携が難しいから	173	(64.8)
利用者・家族等からの同意が得られにくいから	21	(7.9)
算定方法が不明だから	35	(13.1)
栄養改善加算を知らないから	23	(8.6)
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	30	(11.2)
その他	27	(10.2)

その他(原則、原文ママ。明らかな誤字のみ修正。):

- ・専門のスタッフがいないため。
- ・専門職との連携では、病院関係の通所などは、加算が取得しやすいと思うが、個人経営で行っている事業所には、不利であり、平等性に欠けると思う。又、加算算定に対しての事務処理が多くなり、職員不足の中で、残業などを進める事はできない。(離職者が増える)
- ・運動特化型デイの為。
- ・運動リハが主なため。
- ・栄養アセスメント算定後、まだ現段階で改善の必要性の有無を把握できていない。
- ・栄養改善加算算定対象者が現状いないため。その一步手前の体重減少率や血清アルブミン数値の方もいたがやはり改善加算で必要となる数値の方はいませんでした。
- ・栄養管理が難しい、食事サービス非実施のため。
- ・栄養のアドバイスは、全身状態をしっかり把握していないとできないので、自分では力不足と感じる。
- ・介護保険の単位数の中で生活をされている為、今以上の加算は取り難い。
- ・希望者がいない、体制が整っていない。
- ・系列施設全体が取っていないから。
- ・時間が足りない。
- ・時間がない、残業が増える、職員の負担が増える。
- ・準備中。
- ・少人数でのデイサービスであり、需要を感じない(食後等の口腔ケアは職員が実施している)。

- ・食事の提供はしていない為。
- ・書類が増えるから。
- ・対象者がいないから。
- ・通所型でなおかつ食事提供していないため。
- ・低栄養状態の方に対して、専門家を招き、指導していただいたことがあるが、主治医と連携がとれず、また利用者から理解を得られず、退所されてしまったことがあるため、栄養に関しては主治医に確認することが一番良いと学びました。
- ・人が足りない。
- ・利用者負担が増えるから。

10)通所施設における口腔・栄養のケアに関するマニュアルへの記載期待内容

全ての回答は次の通り。(原則、原文ママ。明らかな誤字のみ修正。)

- ・「例」の通りの書類や事例、むせの程度等、状態に合わせたキザミやトロミの加工例。
- ・1.口腔内残渣物確認 2.舌苔の有無と除去法 3.嚥下の観察 4.摂取時の姿勢 5.トロミの割合配分 6.ベッド上摂取時の姿勢・角度・ポジション ヨニング 7.麻痺有な方の介助法と介助位置 8.自助具紹介と選び方 9.義歯脱着 10.ブラッシング方法 11.口腔内乾燥予防(乾燥するとどうなるか) 12.保湿剤種数。
- ・CM や家族・ご本人への意識の向け方(理解してもらうためにどのようなアプローチを実際におこなっているか)、オーラルフレイル⇄フレイルの関係性等わかりやすくマニュアルに取り入れ、全員が理解できる仕組みを作る事。
- ・Q&A等。
- ・アセスメント表の書式のひな型や、記入例、注意事項、必要項目など。
- ・ある程度のマニュアルがあると参考になります。
- ・一連の流れ。書類や実施する内容。細かい内容(詳しく)。算定できない事柄(こういう時は算定できない等)。
- ・イラストや図が多く、シンプルなものが良い。
- ・栄養スクリーニングを評価する為に、期待している事例をいくつか挙げてもらいたい。
- ・行った際の実際の変化等の実績。
- ・行った場合の効果内容。
- ・解剖、運動、生理学的視点、エクササイズに対する効果、効果判定について。
- ・各行為の目的、意義。加算の算定フロー。事例。
- ・各書類等の記入例。
- ・加算が必要な事項。
- ・加算算定前後での効果の結果を数値化したもの、それぞれの職種から見たケアの方法。
- ・加算算定に必要な書類、及びその記載例、評価のポイント。加算対象者の具体例、及びその状態。サービスを提供したことで、どのような効果があったのか。
- ・加算算定に必要な手順について。算定して良かった事例。
- ・加算取得に必要な書類や、施設で実際に行うサービスの具体的な事例が知りたい。
- ・加算取得のための手順や実際に取得している施設はどのように日常の中で実施しているかの事例。
- ・加算に必要な書類の書き方。
- ・加算に必要な書類や評価方法など。

- ・加算の算定に必要な書類等の説明、手順、実施施設での変化。
- ・加算の書類と計画書などの様式、口腔ケア：歯のチェック項目、日常的な口腔ケアの方法。
- ・加算の内容と実施方法や必要な人員等を1から詳しく説明してあるとよいと思います。
- ・加算を取得するまでの一連の流れ。
- ・家族への指導例。
- ・簡潔でチェックリストなどを使っているもの。
- ・簡単で分かりやすい評価方法。
- ・簡単にわかるシステムがあれば。
- ・管理栄養士から、どの様にすれば飲み込みが良くなるか等、助言や指導がほしい。
- ・簡略化され、分かりやすい表現で書かれているもの。
- ・簡略化したシステム。
- ・記入例、事例に基づいて算定した事によるメリット、などが記載されていることを期待します。
- ・共通書式、分かりやすい加算要件等。
- ・具体的かつ統一された内容。
- ・具体的な聞き取りの仕方や事例、口腔体操の内容の例(複数個)。
- ・具体的な書類の記入の仕方など。
- ・具体的な事例。わかりやすく記載。
- ・ケアの方法。
- ・ケア方法や評価ポイント。
- ・継続的にできるにはどうやっていったらいいかを参考にしたい。
- ・現時点では、特にありません。
- ・現状は特にわからない。
- ・口腔：わかりやすい物。目的、物品、個々のケア方法 栄養：目的、栄養状態の確認方法、看護・介護・栄養・調理の役割。
- ・口腔・栄養スクリーニング加算算定の流れ、特にケアマネジャーとの連携について。
- ・口腔・栄養スクリーニング加算の実際の書類、算定する際の注意事項、取得した際の評価の方法など。
- ・口腔・栄養スクリーニング加算の書類、実施に取得している施設例と効果、利用者さんの意見等。
- ・口腔・栄養スクリーニング加算の書類、実施に取得している施設の事例が具体的に書かれていると分かりやすいと思います。
- ・口腔・栄養のケアを行うことへの意義と効果(これまでの実績)の記載を期待します。
- ・口腔機能向上加算の書類の記入例、短時間で書類作成できるやり方。
- ・口腔機能低下を早期に確認し、適切な管理が出来たといったような、この加算の体制での成功例。
- ・口腔機能の低下と認知・身体的機能低下の関係性。
- ・口腔ケア実践例。
- ・口腔ケアと栄養改善のサービス実施例、利用者の QOL 向上の為に位置づけ(図解)。
- ・口腔スクリーニング・栄養スクリーニングに関して、具体的な方法と事例、取り入れるためのノウハウ。
- ・個々に口腔ケアのマニュアルが分かり易く書いてあると職員間で統一して行える。
- ・最新の口腔ケア用品等案内と使い方。取得している施設の事例と、どのような取り組みをし、どこまで口腔・栄養面が向上したのか知りたい。
- ・算定可能な方は、どのような方なのか等、具体的な事例を知りたい。
- ・算定が見直しの期間、評価期間の記録等。

- ・算定するために必要な物の記載。各書類のフォーマット。
- ・算定の仕方、タイミング、簡易な管理方法。
- ・事業所内での準備、職種間の連携の取り方、事例。
- ・施設の事例があると、イメージが付きやすいと思います。家族・本人に向けて口腔・栄養ケアの必要性(有効性)を伝えるものがあると良い。
- ・実際に行っている事業所例、役所の文書、説明がわかりにくい。
- ・実際に実施する内容・方法。
- ・実際に取得している施設の事例、実施方法、職員の枠割りや職員数等。
- ・実際に取得している施設の実組例(居宅 CM との連携の仕方、家族への同意や説明マニュアルなど)、口腔・栄養スクリーニングから栄養改善加算へのつなげ方。
- ・実際に取得している事例等や評価をした者等、一目でわかりやすいものを記載されているもの。
- ・実際にどのような状態が医師と連携をとって治療しなければならないかわかるような映像や写真がついているとよい。
- ・実施されている施設での効果結果。
- ・実例や書類整備方法、書類の書式。
- ・取得している施設の事例、必要書類。
- ・詳細な方法、頻度、実施時間、注意事項など。
- ・食後や就寝前に早口、舌の清掃を行う、顔面体操や舌体操、唾液腺マッサージ等を行う。
- ・食事摂取から口腔ケアの流れで、どれだけ効率的にできるか記載していただきたい。
- ・書類作成について。
- ・書類の書き方、評価の注意点。
- ・書類の作成において、必須の項目や記入例。実施時の具体的な内容(ポイントや進め方等)。
- ・書類のひな型。
- ・事例、基本的な知識、手順。
- ・事例に詳細(やりとりの中身や生じた問題点等や指導に使用したツール)などがあると、導入する検討から繋げやすいかと考えます。
- ・事例のように「このような方に算定していますよ」というような分かりやすい内容記載。
- ・人員基準、作業内容(具体的な)。
- ・身長が測定できない場合、体重測定について、書式について。
- ・スクリーニングによって得られた結果から、どのような支援が必要か、具体的事例やフローチャートのものがあると分かりやすいと思います。
- ・それぞれの項目の基準。
- ・大事なことが端的に記載されていること。
- ・多職種との連携の方法等が記載されているもの。
- ・地域密着型デイ(自分達と同じ種別の施設)の算定状況や、サービス提供の状況など知ることが出来たら助かります。
- ・通所施設に求めるものが多いと思う。かかりつけ医で専門職の指導を受け(家族や本人など)指示がでた方だけで良いと思う。
- ・特には不明です。マニュアルガイドブックなど、誰でも理解しやすい手引書があると良いと思われれます。
- ・どのような申請、毎月の評価ポイントや対応の内容など。
- ・配置する専門職の人数、実施するにあたり必要な時間・場所・器具等。
- ・半年、1年で、どのくらいの体重増減があると、どういうリスクがある等の基準。

- ・半日のデイサービスにおける具体的な加算算定の方法、加算算定するにあたってケアマネ・ご家族様・ご利用者様への説明の方法、これらのケアを行った結果、改善される具体的な内容、これらの加算を取っていく様々な面から考えられる必要性。
- ・必要書類の記載例、書類が簡素化出来るなら助かります。
- ・評価項目、算定方法。
- ・評価の具体的内容。
- ・普段食べている食事の形態、摂取量、時間、誰と食べているか、麻痺はあるか、入れ歯か自歯か、弁当か自分達で作っているか、好み、アレルギ-、体重測定経過。
- ・不明なことが多いが、難しい言葉よりも、理解できる内容が良い。
- ・ブラッシングや義歯洗浄の正しい行い方。
- ・ほんとうに小さい事業所でも取得できるような加算のあり方を検討していただきたい。実際にはほぼマンツーマンで利用者さんの自立や権利擁護、ご家族の支援に活動しているのですが…。
- ・マニュアルの見本、必要事項。
- ・目的、対象者、準備方法、書類・記録・必須項目の見本。
- ・文字だけでなく、図での事例。
- ・要点をしぼった、わかりやすくまとめたマニュアル。
- ・利用者・家族も含めて全ての加算に対して、具体的な内容や期待できる効果、もしくは事例などを挙げ、専門的用語は避け、一般の方でも理解しやすい分かりやすいマニュアル作成を期待したい。
- ・利用者家族への説明、介護職の理解の向上。
- ・例として挙げてある内容を分かりやすく。
- ・例の通り。

11)ヒアリング調査の協力

ヒアリング調査の協力について、協力可能は 8.2%であった。

図表 62 ヒアリング調査の協力

	n	%
協力可能	24	(8.2)
協力不可	242	(83.2)
未回答	25	(8.6)

iii. 居宅介護支援事業所

回収率は、有効数 963 件に対し、回答 346 件(回答率 35.9%)であった。

1) 事業所の概要

1)-1. 開設時期

事業所の開設時期(年)は「2000 年代」が 46.0%と最も多く、次いで、「2010 年代」が 35.0%であった。開設時期(月)は「4 月」が 29.8%と最も多かった。

図表 63 開設時期(年)

	n	%
1990 年代	23	(6.6)
2000 年代	159	(46.0)
2010 年代	121	(35.0)
2020 年代	23	(6.6)
無回答	20	(5.8)

図表 64 開設時期(月)

	n	%
1 月	19	(5.5)
2 月	13	(3.8)
3 月	26	(7.5)
4 月	103	(29.8)
5 月	22	(6.4)
6 月	20	(5.8)
7 月	15	(4.3)
8 月	33	(9.5)
9 月	26	(7.5)
10 月	17	(4.9)
11 月	18	(5.2)
12 月	14	(4.0)
無回答	20	(5.8)

1)-2. 開設主体

事業所の開設主体は「営利法人」が 42.2%と最も多く、次いで、社会福祉法人 24.6%であった。

図表 65 開設主体

	n	%
地方公共団体	2	(0.6)
社会福祉協議会	15	(4.3)
社会福祉法人	85	(24.6)
医療法人	65	(18.8)
社団・財団法人	8	(2.3)
協同組合および連合会	6	(1.7)
営利法人	146	(42.2)
特定非営利活動法人(NPO)	11	(3.2)
その他	3	(0.9)
無回答	5	(1.4)

その他:記載なし

1)-3. 所属している介護支援専門員数

事業所に所属している介護支援専門職員数の平均±標準偏差は、常勤 3.11±3.92 人、非常勤 1.11±4.03 人であった。

図表 66 所属している介護支援専門員数

	n	Mean	SD
常勤	346	3.11 ±	3.92
非常勤	244	1.11 ±	4.03

1)-4. 併設施設

事業所の併設施設は「特別養護老人ホーム」が 24.2%と最も多かった(「併設施設なし」および「その他」を除く)。また、「その他」として訪問介護支援事業所・訪問介護・訪問介護事業所、デイサービス、通所介護・通所介護事業所等が挙げられた。

図表 67 併設施設(複数回答/有効回答のみ)

	n	%
併設施設なし	90	(27.6)
病院	30	(12.7)
診療所	19	(8.1)
介護老人保健施設	21	(8.9)
特別養護老人ホーム	57	(24.2)
有料老人ホーム	31	(13.1)
その他	134	(56.8)

その他:

訪問介護支援事業所・訪問介護・訪問介護事業所、デイサービス、通所介護・通所介護事業所、グループホーム、訪看・訪問看護・訪問看護ステーション、ショートステイ・短期入所・短期入所生活介護、サービス付高齢者向け住宅・サービス付高齢者住宅・サ高住、地域密着型通所介護・地域密着型通所、通所リハ・通所リハビリ、小規模多機能型居宅介護・小規模多機能居宅介護・小規模多機能、養護老人ホーム、地域包括支援センター・地域包括・包括、介護医療院、デイケア、認知症対応型共同生活介護・認知症対応型生活介護、ヘルパーステーション、訪問リハ、軽費老人ホーム、高齢者住宅、通所、認知症対応型共同生活介護、認知症対応型通所介護、医療保険デイ、学童保育所、ケアハウス、住宅型有料老人ホーム、障害者施設、整骨院、精神科クリニック、デイ、認知症対応型デイ、配食サービス、複合施設、福祉用具事業所、訪問入浴、薬局

2) 回答者の基礎資格

回答者の基礎資格として、「介護福祉士」が 53.5%と最も多く、次いで「社会福祉士」が 10.1%であった。その他の基礎資格として介護支援専門員、主任介護支援専門員等が挙げられた。

図表 68 回答者の基礎資格

	n	%
生活相談員	5	(1.4)
支援相談員	5	(1.4)
相談支援専門員	13	(3.8)
薬剤師	1	(0.3)
助産師	1	(0.3)
看護師	18	(5.2)
准看護師	13	(3.8)
理学療法士	5	(1.4)
作業療法士	1	(0.3)
社会福祉士	35	(10.1)
介護福祉士	185	(53.5)
歯科衛生士	10	(2.9)
あん摩マッサージ師	1	(0.3)
柔道整復師	3	(0.9)
管理栄養士	6	(1.7)
栄養士	2	(0.6)
精神保健福祉士	2	(0.6)
その他	22	(6.4)
複数回答	16	(4.6)
無回答	2	(0.6)

その他:

介護支援専門員、主任介護支援専門員、社会福祉主事、ケアマネジャー、役員、相談援助、臨床検査技師、ヘルパー2 級、居宅介護支援専門員

3) 事業所における栄養に関する課題等

3)-1. ケアプラン作成時等における食事や栄養の課題の有無

「ある」が92.8%、「ない」が6.9%、「無回答」が0.3%であった。

図表 69 ケアプラン作成時等における食事や栄養の課題の有無

	n	%
ある	321	(92.8)
ない	24	(6.9)
無回答	1	(0.3)

3)-2. ケアプラン作成時等に挙がる食事や栄養の課題の内容

ケアプラン作成時等における食事や栄養の課題の有無にて「ある」と回答した者のうち、ケアプラン作成時等に挙がる食事や栄養の課題の内容として、「食事摂取量の低下」が85.0%と最も多く、次いで「摂食嚥下機能障害」が71.2%、「食事の準備が困難」が61.8%であった。「その他」の課題の内容として、肥満、病状に合わせた食事、食べすぎ、体重増加、偏食等が挙げられた。

図表 70 ケアプラン作成時等に挙がる食事や栄養の課題の内容
(複数回答/有効回答のみ)

	n	%
摂食嚥下機能障害	227	(71.2)
食事の準備が困難	214	(61.8)
食事摂取量の低下	271	(85.0)
治療食が必要となった	118	(37.0)
褥瘡	184	(57.7)
やせ、体重減少	186	(53.8)
経管栄養管理	128	(37.0)
低栄養	179	(51.7)
その他	13	(3.8)

その他:

肥満、病状に合わせた食事、食べ過ぎ、体重増加、偏食、特別食、塩分調整等、義歯を提案しても作成せず、やわらかいものばかり食べる生活を変えたくない、食事形態、食欲、食思低下、バランス良い食事をしてもらいたい、カリウム制限、糖尿病のカロリー制限

3)-2. ケアプラン作成時等に食事や栄養の課題が挙がらない理由

ケアプラン作成時等における食事や栄養の課題の有無にて「ない」と回答した者のうち、「利用者の栄養状態の課題がないため」が 3.5%と最も多かった。次いで、「利用者の食事の課題がないため」、「栄養状態の評価方法が不明」が 2.3%であった。「その他」の内容として言語聴覚士(ST)・栄養士との連携が少ない等が挙げられた。

図表 71 ケアプラン作成時等、食事や栄養の課題が挙がらない理由(複数回答/有効回答のみ)

	n	%
食事の評価方法が不明	6	(1.7)
栄養状態の評価方法が不明	8	(2.3)
食事・栄養に関して介入した際の効果が不明	4	(1.2)
利用者の食事の課題がないため	8	(2.3)
利用者の栄養状態の課題がないため	12	(3.5)
栄養専門職以外の他の職種とすでに連携しているため	0	(0.0)
利用者・家族の同意が得られにくいから	2	(0.6)
その他	1	(0.3)

その他:ST・栄養士との連携が少ない

4) 栄養の課題としてケアプランに挙げようとするもの

栄養の課題としてケアプランに挙げようとするものとして、「食事量が減少した」が 79.2%で最も多く、次いで「食事中にむせる」が 73.4%であった。その他の内容として、褥瘡、血糖コントロール、アルブミン値低い、骨粗鬆症が挙げられた。

図表 72 栄養の課題としてケアプランに挙げようとするもの(複数回答/有効回答のみ)

	n	%
食事量が減少した	271	(79.2)
食欲が低下した	206	(60.2)
食事中にむせる	251	(73.4)
固いものが食べにくくなった	163	(47.7)
食事の準備が難しくなった	229	(67.0)
疲れやすくなった	36	(10.5)
体重減少	235	(68.7)
BMI 18.5 未満を基準としたやせ	67	(19.6)
BMI 21.5 未満を基準としたやせ	9	(2.6)
BMI 25.0 以上を基準とした肥満	23	(6.7)
BMI 30.0 以上を基準とした肥満	27	(7.9)
その他	4	(1.2)

その他:褥瘡、血糖コントロール、アルブミン値低い、骨粗鬆症

5) 栄養の課題があった場合の主な連携先および職種

栄養の課題があった場合に連携する主な連携先として、「訪問看護事業所」が73.0%と最も多かった。次いで、「訪問介護事業所」が65.5%、「病院」が63.2%、であった。連携する職種として、自併設の病院や施設では「管理栄養士・栄養士」が58.8%、病院では「医師」が79.8%と最も多かった。

図表 73 主な連携先(複数回答/有効回答のみ)

	n	%
自併設の病院や施設	68	(19.7)
病院	218	(63.2)
診療所	145	(42.0)
訪問介護事業所	226	(65.5)
訪問看護事業所	252	(73.0)
通所施設	209	(60.6)
保健所、保健センター	12	(3.5)
配食サービス事業所	114	(33.0)
自治体	21	(6.1)
その他	33	(9.6)
栄養の課題に関する連携先はない	4	(1.2)

その他:

薬局・薬局(認定栄養ケア・ステーション)、訪問歯科指導・訪問歯科、歯科・歯科医・歯科医院、訪問リハ、包括支援センター、栄養士会、訪問診療・往診、訪問栄養指導、法人内居宅、ショートステイ事業所、巡回看護、歯科医師会、サ高住、契約者様、居宅療養管理指導、居宅介護支援事業所、家族

図表 74 連携する職種

	自併設の病院や施設		病院		診療所	
	n	%	n	%	n	%
医師	24	(35.3)	174	(79.8)	121	(83.4)
歯科医師	1	(1.5)	43	(19.7)	30	(20.7)
薬剤師	2	(2.9)	12	(5.5)	7	(4.8)
保健師	0	(0)	0	(0)	0	(0)
看護師	32	(47.1)	85	(39)	55	(37.9)
PT・OT・ST	13	(19.1)	22	(10.1)	3	(2.1)
歯科衛生士	1	(1.5)	11	(5)	10	(6.9)
管理栄養士・栄養士	40	(58.8)	67	(30.7)	14	(9.7)
相談支援専門員	11	(16.2)	20	(9.2)	3	(2.1)
ホームヘルパー・初任者研修終了	4	(5.9)	2	(0.9)	0	(0)
その他	2	(2.9)	14	(6.4)	1	(0.7)
	訪問介護事業所		訪問看護事業所		通所施設	
	n	%	n	%	n	%
医師	2	(0.9)	3	(1.2)	2	(1)
歯科医師	1	(0.4)	1	(0.4)	0	(0)
薬剤師	0	(0)	3	(1.2)	1	(0.5)
保健師	1	(0.4)	3	(1.2)	0	(0)
看護師	4	(1.8)	221	(87.7)	81	(38.8)
PT・OT・ST	1	(0.4)	62	(24.6)	39	(18.7)
歯科衛生士	0	(0)	0	(0)	6	(2.9)
管理栄養士・栄養士	3	(1.3)	8	(3.2)	35	(16.7)
相談支援専門員	6	(2.7)	3	(1.2)	93	(44.5)
ホームヘルパー・初任者研修終了	188	(83.2)	2	(0.8)	14	(6.7)
その他	19	(8.4)	3	(1.2)	31	(14.8)

	保健所、保健センター		配食サービス事業所		自治体	
	n	%	n	%	n	%
医師	0	(0)	1	(0.9)	0	(0)
歯科医師	0	(0)	0	(0)	0	(0)
薬剤師	0	(0)	0	(0)	0	(0)
保健師	12	(100)	0	(0)	10	(47.6)
看護師	0	(0)	0	(0)	4	(19)
PT・OT・ST	0	(0)	1	(0.9)	3	(14.3)
歯科衛生士	0	(0)	0	(0)	0	(0)
管理栄養士・栄養士	4	(33.3)	27	(23.7)	9	(42.9)
相談支援専門員	1	(8.3)	4	(3.5)	1	(4.8)
ホームヘルパー・初任者研修終了	0	(0)	2	(1.8)	0	(0)
その他	0	(0)	51	(44.7)	4	(19)

その他		
	n	%
医師	2	(6.1)
歯科医師	9	(27.3)
薬剤師	6	(18.2)
保健師	1	(3)
看護師	4	(12.1)
PT・OT・ST	2	(6.1)
歯科衛生士	7	(21.2)
管理栄養士・栄養士	10	(30.3)
相談支援専門員	0	(0)
ホームヘルパー・初任者研修終了	0	(0)
その他	1	(3)

その他:

【自設の病院や施設】施設長、施設相談員、デイサービス 【病院】医療ソーシャルワーカー・MSW、相談員 【診療所】医療ソーシャルワーカー・MSW 【訪問介護事業所】サービス提供責任者・サ責、担当スタッフ、ケアマネ、介護福祉士、管理者 【訪問看護事業所】管理者
【通所施設】生活相談員、施設長、担当職員、デイサービス管理者、管理者 【配食サービス事業所】担当者・担当・担当エリア職員・担当区域の営業の方・担当管理者・営業担当、管理者、配達員・宅配業者・宅配担当者、配食事業者スタッフ・事業所スタッフ・事業所の人・店の人・サービス事業所職員、受付担当・窓口担当、責任者、事業所責任者、ケアマネジャー、サービス提供責任者 【自治体】包括等、配食サービス担当者、地域包括支援センター、配食サービス 【その他】基本資格が管理栄養士のケアマネジャー

6) 栄養の課題と管理栄養士との連携状況

6)-1. 栄養の課題が挙げられた際における管理栄養士との連携の有無

管理栄養士との連携について、「ある」が 54.3%、「ない」が 44.8%、「無回答」が 0.9%であった。

図表 75 栄養の課題が挙げられた際における管理栄養士との連携の有無

	n	%
ある	188	(54.3)
ない	155	(44.8)
無回答	3	(0.9)

6)-2. 連携した管理栄養士の所属先

栄養の課題が挙げられた際における管理栄養士との連携の有無で「ある」と回答した者のうち、連携した管理栄養士の所属先として、「病院」が47.2%と最も多く、次いで「自施設や併設する病院・施設・診療所」が26.1%であった。

図表 76 連携した管理栄養士の所属先(複数回答/有効回答のみ)

	n	%
所属なし	0	(0.0)
自施設や併設する病院・施設・診療所	47	(26.1)
介護老人保健施設	32	(17.8)
介護老人福祉施設	20	(11.1)
介護療養型医療施設	1	(0.6)
介護医療院	0	(0.0)
病院	85	(47.2)
診療所	20	(11.1)
歯科医療機関	7	(3.9)
通所介護施設	32	(17.8)
訪問看護ステーション	12	(6.7)
訪問介護施設	5	(2.8)
認知症グループホーム	1	(0.6)
地域包括支援センター	8	(4.4)
栄養ケア・ステーション	10	(5.6)
保健所	3	(1.7)
保健センター	4	(2.2)
自治体	10	(5.6)
その他	15	(8.3)

その他:

配食サービス事業所・配食サービス・民間の配食サービス事業所、訪問診療、薬局、療養管理指導(栄養士)、施設厨房事業者、入所先の住宅型有料老人ホーム、栄養食品卸業者、法人内の管理栄養士、短期入所生活介護、県栄養士会、養護老人ホーム、職員、ケアハウス、自治体医師会、通所リハビリテーション

6)-3. 管理栄養士と連携を行っていない理由

管理栄養士と連携を行っていない理由として、「相談できる管理栄養士の所在が分からない」が49.3%と最も高かった。次いで、「管理栄養士との連携方法が分からない」が42.6%であった。その他の内訳として、「退院の場合、食事内容は決定していて、看護師より申し送られる。居宅の場合、診療所に管理栄養士はいないため。」「何をどこまでしてくれるか分からない」等が挙げられた。

図表 77 管理栄養士と連携を行っていない理由(複数回答/有効回答のみ)

	n	%
相談できる管理栄養士の所在が分からない	73	(49.3)
管理栄養士との連携方法が分からない	63	(42.6)
管理栄養士の介入の必要性を感じない	32	(21.6)
ケアプランの中で食事・栄養の課題の優先度が低い	28	(18.9)
ニーズにあがっても利用者・家族の同意が得られにくい	24	(16.2)
費用面の問題	16	(10.8)
その他	17	(11.5)

その他(原則、原文ママ。明らかな誤字のみ修正。)

- ・退院の場合、食事内容は決定していて、看護師より申し送られる。居宅の場合、診療所に管理栄養士はいないため。
- ・何をどこまでしてくれるか分からない。
- ・併設している施設に栄養士がいるため。
- ・ケースがない。
- ・連携している事業所に管理栄養士の有資格者がいない。
- ・事例なし。
- ・医師と栄養士の資格がある看護師との連携を行い、必要がなかった。
- ・相談員などを通じて相談。
- ・管理栄養士の行うサービス内容が分からない。
- ・施設栄養士に相談程度。
- ・施設内の栄養士との相談で問題ない。
- ・管理栄養士がいない。
- ・退院時のみの指導が多い。
- ・主治医やナースに伝え、相談する。
- ・居宅療養管理指導で管理栄養士に介入依頼しようと思ったが、かかりつけ医師と管理栄養士協会？との契約と言われ、かかりつけ医にそれをお願いすることは難しく、利用すること自体のハードルが高すぎると思いました。

7) 管理栄養士と連携希望の有無

管理栄養士と連携希望の有無は「はい」が 88.4%、「いいえ」が 10.7%、「無回答」が 0.9%であった。

図表 78 管理栄養士との連携希望の有無

	n	(%)
はい	306	(88.4)
いいえ	37	(10.7)
無回答	3	(0.9)

8) 事業所における口腔に関する課題等

8)-1. ケアプラン作成時等における歯・口腔機能の課題の有無

ケアプラン作成時等における歯・口腔機能の課題の有無は「ある」が 90.5%、「ない」が 9.2%、「無回答」が 0.3%であった。

図表 79 ケアプラン作成時等における歯・口腔機能の課題の有無

	n	%
ある	313	(90.5)
ない	32	(9.2)
無回答	1	(0.3)

8)-2. ケアプラン作成時等における歯・口腔機能の課題の内容

ケアプラン作成時等における歯・口腔機能の課題の有無にて、「ある」と回答した者のうち、歯・口腔機能の課題の内容として「摂食嚥下機能障害」が 83.7%と最も多く、次いで「義歯の不具合（義歯の新規作製・調整も含む）」が 78.9%であった。その他の課題として、「健康管理」、「痛みがある時」、「自歯も義歯もない」等が挙げられた。

図表 80 歯・口腔機能の課題の内容(複数回答/有効回答のみ)

	n	%
摂食嚥下機能障害	262	(83.7)
う蝕（むし歯）	100	(31.9)
歯周病	93	(29.7)
歯のぐらつき	115	(36.7)
口腔内の粘膜の炎症	45	(14.4)
口腔内の乾燥	82	(26.2)
口腔衛生（歯や義歯の汚れ、舌の汚れなど）	221	(70.6)
義歯の不具合（義歯の新規作製・調整も含む）	247	(78.9)
インプラントの不具合	17	(5.4)
その他	6	(1.9)

その他：健康管理、痛みがある時、自歯も義歯もない、義歯があるが、使わずに食べている。訪問歯科医利用者が数名いる、扁平苔癬

8)-3. ケアプラン作成時等に歯・口腔機能の課題が挙がらない理由

ケアプラン作成時等における歯・口腔機能の課題の有無にて、「ない」と回答した者のうち、ケアプラン作成時等に食事や栄養の課題が挙がらない理由として、「利用者の口腔の課題がないため」が 4.9%と最も多かった。次いで「口腔の評価方法が不明」が 3.8%であった。

図表 81 歯・口腔機能の課題が挙がらない理由(複数回答/有効回答のみ)

	n	%
口腔の評価方法が不明	13	(3.8)
口腔に関して介入した際の効果が不明	12	(3.5)
利用者の口腔の課題がないため	17	(4.9)
歯科専門職以外の他の職種とすでに連携しているため	1	(0.3)
利用者・家族の同意が得られにくいから	6	(1.7)
その他	5	(1.4)

その他：

・痛みの訴えや入歯が合わないなどは考えます

・歯科受診しているため、モニタリング、アセスメントで把握するが、課題としてケアプラン作成時にあえて課題として挙げることはなかった。

・歯科医紹介

9) 歯・口腔機能の課題があった場合の主な連携先および職種

歯・口腔機能の課題があった場合の主な連携先は「歯科診療所」が80.6%と最も多かった。次いで、「訪問看護事業所」が40.6%であった。連携する職種として、歯科診療所では「歯科医師」が76.6%、訪問看護事業所では「看護師」が80.7%と最も多かった。

図表 82 主な連携先（複数回答/有効回答のみ）

	n	%
自併設の病院や施設	28	(8.1)
病院	88	(25.5)
歯科診療所	278	(80.6)
歯科以外の診療所	19	(5.5)
訪問介護事業所	101	(29.3)
訪問看護事業所	140	(40.6)
通所施設	128	(37.1)
保健所、保健センター	5	(1.4)
歯科医師会(在宅歯科医療連携室など)	48	(13.9)
自治体	8	(2.3)
その他	20	(5.8)
歯科の課題に関する連携先はない	12	(3.5)

その他:

訪問歯科・訪問歯科診療・訪問歯科診療所、訪問リハビリ・訪問リハ、訪問栄養指導、ショートステイ事業所、通所リハ、介護老人保健施設、法人内居宅、サービス付高齢者向け住宅、住宅型有料老人ホーム、居宅介護支援事業所、包括支援センター

図表 83 連携する職種

	自併設の病院や施設		病院		歯科診療所	
	n	%	n	%	n	%
医師	12	(42.9)	57	(64.8)	27	(9.7)
歯科医師	4	(14.3)	30	(34.1)	213	(76.6)
薬剤師	1	(3.6)	2	(2.3)	4	(1.4)
保健師	0	(0.0)	1	(1.1)	0	(0.0)
看護師	0	(0.0)	30	(34.1)	10	(3.6)
PT・OT・ST	16	(57.1)	21	(23.9)	4	(1.4)
歯科衛生士	6	(21.4)	9	(10.2)	132	(47.5)
管理栄養士・栄養士	7	(25.0)	8	(9.1)	6	(2.2)
相談支援専門員	5	(17.9)	7	(8.0)	7	(2.5)
ホームヘルパー・初任者研修終了	5	(17.9)	1	(1.1)	1	(0.4)
その他	0	(0.0)	2	(2.3)	2	(0.7)

	歯科以外の診療所		訪問介護事業所		訪問看護事業所	
	n	%	n	%	n	%
医師	14	(73.7)	0	(0.0)	2	(1.4)
歯科医師	1	(5.3)	2	(2.0)	1	(0.7)
薬剤師	1	(5.3)	0	(0.0)	1	(0.7)
保健師	0	(0.0)	1	(1.0)	1	(0.7)
看護師	7	(36.8)	0	(0.0)	120	(85.7)
PT・OT・ST	1	(5.3)	0	(0.0)	42	(30.0)
歯科衛生士	1	(5.3)	0	(0.0)	0	(0.0)
管理栄養士・栄養士	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
相談支援専門員	1	(5.3)	3	(3.0)	0	(0.0)
ホームヘルパー・初任者研修終了	0	(0.0)	87	(86.1)	2	(1.4)
その他	0	(0.0)	9	(8.9)	2	(1.4)

	通所施設		保健所、保健センター		歯科医師会(在宅医療 連携室など)	
	n	%	n	%	n	%
医師	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
歯科医師	0	(0.0)	0	(0.0)	25	(52.1)
薬剤師	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
保健師	0	(0.0)	3	(60.0)	0	(0.0)
看護師	55	(43.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
PT・OT・ST	26	(20.3)	0	(0.0)	0	(0.0)
歯科衛生士	9	(7.0)	1	(20.0)	20	(41.7)
管理栄養士・栄養士	9	(7.0)	1	(20.0)	0	(0.0)
相談支援専門員	0	(0.0)	0	(0.0)	5	(10.4)
ホームヘルパー・初任者研修終了	11	(8.6)	0	(0.0)	0	(0.0)
その他	15	(11.7)	0	(0.0)	4	(8.3)

	自治体		その他	
	n	%	n	%
医師	0	(0.0)	1	(5.0)
歯科医師	0	(0.0)	8	(40.0)
薬剤師	0	(0.0)	0	(0.0)
保健師	4	(50.0)	1	(5.0)
看護師	1	(12.5)	1	(5.0)
PT・OT・ST	0	(0.0)	4	(20.0)
歯科衛生士	3	(37.5)	8	(40.0)
管理栄養士・栄養士	4	(50.0)	3	(15.0)
相談支援専門員	0	(0.0)	0	(0.0)
ホームヘルパー・初任者研修終了	0	(0.0)	0	(0.0)
その他	0	(0.0)	3	(15.0)

PT:理学療法士、OT:作業療法士、ST:言語聴覚士

その他:

【病院】訪問診療、MSW 【歯科診療所】電話に出た人、事務員 【訪問介護事業所】サービス提供責任者・サ責、介護福祉士 【通所施設】生活相談員・相談員、管理者、デイ職員、介護福祉士 【歯科医師会】受付担当者、担当職員等、コーディネーター 【その他】基礎資格が歯科衛生士のケアマネジャー・ケアマネジャー、サービス提供責任者

10) 歯・口腔に関する課題と歯科医師・歯科衛生士との連携

10)-1. 歯・口腔の課題が挙げた際における歯科医師または歯科衛生士との連携の有無

歯・口腔の課題が挙げた際における歯科医師または歯科衛生士との連携の有無は「ある」が 86.4%、「ない」が 13.6%であった。

図表 84 歯科医師または歯科衛生士と連携の有無

	n	%
ある	299	(86.4)
ない	47	(13.6)

10)-2. 連携した歯科医師または歯科衛生士の所属先

歯・口腔の課題が挙げた際における歯科医師または歯科衛生士との連携の有無で「ある」と回答した者のうち、連携した歯科医師または歯科衛生士の所属先として、「歯科診療所」が 86.3%と最も多く、次いで「歯科医師会」が 14.0%であった。

図表 85 連携した歯科医師または歯科衛生士の所属先(複数回答/有効回答のみ)

	n	%
所属なし	5	(1.7)
自施設や併設する病院・施設・診療所	10	(3.3)
介護老人保健施設	9	(3.0)
介護老人福祉施設	2	(0.7)
介護療養型医療施設	47	(0.0)
介護医療院	0	(0.0)
病院	21	(7.0)
歯科診療所	258	(86.3)
歯科以外の診療所	2	(0.7)
通所介護施設	11	(3.7)
訪問看護ステーション	10	(3.3)
訪問介護施設	1	(0.3)
認知症グループホーム	0	(0.0)
地域包括支援センター	3	(1.0)
保健所	0	(0.0)
口腔(歯科)保健センター	2	(0.7)
歯科医師会(在宅歯科医療連携室など)	42	(14.0)
自治体	5	(1.7)
その他	17	(5.7)

その他：訪問歯科・歯科往診・歯科医院・訪問診療の歯科クリニック・かかりつけの歯科、自施設が連携している歯科医師

10)-3. 歯科医師・歯科衛生士と連携を行っていない理由

歯・口腔の課題が挙げられた際における歯科医師または歯科衛生士との連携の有無で「ない」と回答した者のうち、連携を行っていない理由として「歯科医師・歯科衛生士との連携方法が分からない」が45.7%と最も多く、次いで「相談できる歯科医師・歯科衛生士の所在が分からない」が30.4%であった。

図表 86 歯科医師・歯科衛生士と連携を行っていない理由(複数回答/有効回答のみ)

	n	(%)
相談できる歯科医師・歯科衛生士の所在が分からない	14	(	30.4)
歯科医師・歯科衛生士との連携方法が分からない	21	(	45.7)
歯科医師・歯科衛生士の介入の必要性を感じない	3	(	6.5)
ケアプランの中で歯・口腔の課題の優先度が低い	9	(	19.6)
ニーズにあがっても利用者・家族の同意が得られにくい	9	(	19.6)
費用面の問題	5	(	10.9)
その他	8	(	17.4)

その他:

- ・家族が歯科医師に相談して対処できている。
- ・既に予防の為に歯科通院されているため、本人が歯科医師に連絡を済ませる
- ・事例なし
- ・本人・家族に動いてもらっている、機会がなかった、受付が窓口となっているため

11) 歯科医師・歯科衛生士との連携希望の有無

歯科医師・歯科衛生士との連携希望の有無について、「はい」が98.6%、「いいえ」が1.4%であった。

図表 87 今後歯科医師・歯科衛生士と連携したいか

	n	(%)
はい	341	(	98.6)
いいえ	5	(	1.4)

12) 口腔・栄養スクリーニング加算

12)-1. 通所施設から利用者の口腔・栄養スクリーニング加算の書面を受け取った経験の有無

「はい」が57.8%、「いいえ」が41.9%、「無回答」が0.3%であった。

図表 88 口腔・栄養スクリーニング加算の書面を受け取った経験の有無

	n	(%)
はい	200	(	57.8)
いいえ	145	(	41.9)
無回答	1	(	0.3)

12)-2. (ア)令和5年2月～7月に口腔・栄養スクリーニング加算の書面を受け取った件数
 通所施設から利用者の口腔・栄養スクリーニング加算の書面を受け取った経験の有無で「はい」と回答した者のうち、受け取った件数として平均±標準偏差は5.1±8.2件であった。

図表 89 口腔・栄養スクリーニング加算の書面を受け取った件数(令和5年2月～7月)

	n	Mean	SD
件数	187	5.1 ±	8.2

12)-2. (イ)口腔・栄養スクリーニング加算の書面をきっかけに、つながったサービス
 通所施設から利用者の口腔・栄養スクリーニング加算の書面を受け取った経験の有無で「はい」と回答した者のうち、「つながった事例はない」が50.5%と最も多く、次いで「通所施設での口腔機能向上加算」が29.6%であった。

図表 90 口腔・栄養スクリーニング加算の書面をきっかけに、
 つながったサービス(複数回答/有効回答のみ)

	n	%
歯科医師による訪問歯科診療	32	(16.9)
医師による訪問診療	2	(1.1)
通所施設での口腔機能向上加算	56	(29.6)
通所施設での栄養改善加算	20	(10.6)
その他	3	(1.6)
つながった事例はない	96	(50.5)

その他：歯科医療機関受診、歯科の通院

13) 利用者の歯科医療機関の通院

13)-1. 利用者の歯科医療機関通院に同行した経験の有無

「はい」が27.5%、「いいえ」が71.7%、「無回答」が0.9%であった。

図表 91 利用者の歯科医療機関通院に同行した経験の有無

	n	(%)
はい	95	(27.5)
いいえ	248	(71.7)
無回答	3	(0.9)

13)-2. 歯科医療機関通院同行時の治療内容

利用者の歯科医療機関通院に同行した経験の有無で「はい」と答えた者のうち、治療内容として「義歯の不具合」が76.8%と最も多く、次いで「歯のぐらつき」が33.7%であった。

図表 92 歯科医療機関通院同行時の治療内容(複数回答/有効回答のみ)

	n	%
摂食嚥下機能障害	19	(20.0)
う蝕(むし歯)	25	(26.3)
歯周病	13	(13.7)
歯のぐらつき	32	(33.7)
口腔内の粘膜の炎症	6	(6.3)
口腔内の乾燥	5	(5.3)
口腔衛生(歯や義歯の汚れ、舌の汚れなど)	28	(29.5)
義歯の不具合(義歯の新規作製・調整も含む)	73	(76.8)
インプラントの不具合	3	(3.2)
その他	1	(1.1)

その他:記載なし

14) 介護支援専門員と歯科医師・歯科衛生士の連携強化の必要性

「はい」が95.4%、「いいえ」が4.0%、「無回答」が0.6%であった。

図表 93 連携の強化の必要性(歯科)

	n	(%)
はい	330	(95.4)
いいえ	14	(4.0)
無回答	2	(0.6)

15) 介護支援専門員と管理栄養士の連携の強化連携強化の必要性

「はい」が89.6%、「いいえ」が9.0%、「無回答」が1.4%であった。

図表 94 連携の強化の必要性(栄養)

	n	(%)
はい	310	(89.6)
いいえ	31	(9.0)
無回答	5	(1.4)

16) 通所施設を利用する高齢者の口腔・栄養ケアに関するマニュアルの内容案

全ての回答は次の通り。(原則、原文ママ。明らかな誤字のみ修正。)

- ・口腔内の状況と、通所でできること、在宅で取り組んでほしいこと、考えられる今後のリスクなど。口腔ケアに対する本人の考え方などもあると、大変参考になります。
- ・加算を取る前に詳しく必要性について説明してほしい。
- ・口腔・栄養スクリーニング加算を取得するための書類また必要な条件(わかりやすく)、加算取得後の継続に要する提出書類など。
- ・栄養指導の必要性、口腔内状態・受診の必要性の有無等。
- ・口腔・栄養スクリーニング加算を取得する際に、具体的な事例または目的・方法・成果などをどのように報告をしてくるのか明記してほしい。
- ・口腔内のチェックの仕方、的確な歯のみがき方、飲み込みやむせについて(傾向と対策)。
- ・加算を算定するための要件。
- ・実際に取得している施設の事例。
- ・口腔状態、嚥下機能、運動量に合わせたカロリー計算、家人への指導内容。
- ・義歯の調整方法や頻度について。
- ・具体的かつわかりやすい。
- ・どんな方に導入するといいか、などの具体例。
- ・口腔のことに関しては、介護支援専門員は素人なので、素人でも分かるようなマニュアル作りをしてほしいです。
- ・毎月の体重を書いてほしい。
- ・対象となる方の具体的な例。
- ・目標や日常生活指導など、具体的な内容。
- ・口腔内の状態(医師との連携の必要性)、体重、BMI、アルブミン値。
- ・口腔:虫歯の有無、入れ歯の調整具合(使用していない場合等の理由)、自歯の現状の様子。栄養:好き嫌いの有無、それによって起こる病気等、家族が協力できる献立の種類の提供。
- ・利用者や家族にもわかり易く記載して欲しいと思います。
- ・どのような形態の食事が適正であるか?
- ・自宅でもケアが継続できる内容で、本人もちろん、ヘルパーや家族などでも、日々できる内容にしてほしい。また評価しやすい内容にしてほしい。
- ・個人に合ったブラシ等の説明。個人に合った磨き方の説明。今後気をつけて行うことを分かりやすく説明(大きな字で、細かすぎると読めない)。
- ・ケア開始の目安と終了の目安。
- ・書類書式の統一。
- ・事例があると分かりやすいと思います。
- ・口腔状態の評価。
- ・現在の状況、食事摂取状況、改善点等。
- ・主治医と連携した上での情報提供を希望したい。ケアマネからの主治医へ情報提供する上で正確なデータ(根拠)が欲しい。
- ・とろみ剤の正しい使用方法。
- ・口腔ケアの重要性、実際の手入れと症状別の対応方法。
- ・食事形態やカロリー、歯の残数や義歯の状況、嚥下能力や口腔内状況。
- ・口腔や栄養面に課題がある人に対して、対応した事例を多く挙げてもらいたい。

- ・嚥下機能の評価、その対応方法。栄養面での具体的なアドバイス。
 - ・加算取得のポイントがあると分かりやすい。
 - ・具体的にどのような事をしているのか？見てすぐ理解できる内容にしてほしい。
 - ・口腔・栄養の評価、施設でどのような取り組みをしているか？在宅生活でのアドバイス、提案など。
 - ・自宅でのケア方法の助言。
 - ・口腔・栄養スクリーニング加算の書類。
 - ・口腔機能が低下している利用者に対し、口腔清掃の指導や、摂食嚥下機能の訓練指導などの内容。
 - ・アルブミンについて記載があれば、参考にサービスにつながる事が容易かもしれない、利用者にも説明がしやすいと思う。
 - ・家ででの食事摂取状況(食事の場所、家族と一緒に食べているか、デイでは10割食べるが、家ではあまり食べていない方もいる)。
 - ・栄養アセスメント加算を算定している場合のアセスメント実施状況や計画についての具体案。
- 利用者が分かりやすい文章、読みやすい字の大きさ、かかる費用面も分かりやすく説明されている。ケアマネだけが理解できても、家族や本人が理解できるマニュアルが欲しいです。必要性を感じない家族や利用者が多いと思います。
- ・口腔、栄養に関する書類、現状の口腔内の様子を書いたものをよく見かけるが、食事摂取状況、口腔内に残っている残渣物など、細かい情報ももう少しほしいと思うことがあります。BMIの記載。デイでの食事量の報告。
 - ・義歯が合っているか、歯に異常はないかのアセスメント方法、咀嚼・嚥下評価方法。栄養量の評価方法。
 - ・加算について、どのような決まりがあるか教えて欲しいです。
 - ・身長、体重。
 - ・提案実施によるメリット・デメリットの記載。
 - ・加算を取得するために施設として、どのように関わっているか。
 - ・本人の嚥下の状態。
 - ・情報提供(利用時の内容や、それによってどう変化した等)の取り扱いについて。
 - ・目で見て判断しやすい物、専門職でなくても分かりやすい書類。
 - ・すでに色々な連携の為に書類や連絡が手間で困っている。ケアマネの負担を増やすことはやめてほしい。
 - ・口腔機能向上加算は加算しているが、パタカラ位しかしていない。
 - ・どのような状態になったら通う必要があるのか？相談先はどこなのか細かく記載すると分かりやすいのではないかな。
 - ・訪問診療が可能な利用者の例など、歯科との連携方法、受診までの手順など。
 - ・現場に即したもの、ケアプランに反映できる内容のものがあれば(利用者本人が問題意識をもてるような)。
 - ・多職種との連携。
 - ・基本的なことから個別事例に対応できるような内容。
 - ・詳細な口腔・栄養の状態を知りたい。
 - ・モニタリング時に確認できるチェック項目など。
 - ・口腔機能の低下と死亡リスクの増加は関連性が高いこと。
 - ・歯ブラシの硬さ、歯ブラシの状態、歯医者者の通院回数(定期・不定期)。
 - ・口腔や栄養のケアが必要な場合の事例、日常からできるケアの方法例。
 - ・歯科医師や栄養士等の連携は家族同意、必要時で良い。
 - ・在宅での口腔ケアの仕方を紙に書いて渡す。1日3回の食事、どのように摂ったら良いかを渡す。
 - ・本人に分かりやすい指導内容、ケアマネが今後取り組みを理解でき、支援時に活用していく事が出来る内容を知りたい。
 - ・高齢者が自分で口腔ケアが可能な方法、デイサービス、ヘルパーにて容易に出来る方法。

- ・口腔内の衛生、舌の状態。
- ・口腔栄養スクリーニング加算の対象となる基準等がわかりやすいと良。基準表等。加算の為に対象としているのか？と考えられるケースもある。
- ・栄養の改善：体力、認知症の改善にもつながる。口腔ケアについても美味しく食べる他、心疾患や誤嚥性肺炎の予防にもつながると考える。
- 嚥下訓練：口から食べるを支援することについて一緒に考えられると良い。
- ・残存している歯の数、状態、義歯の有る無し、清掃状態、食事がきちんと摂取できる口腔状態か、指導した内容。
- ・口腔、栄養スクリーニングなど評価、嚥下評価。
- ・実際に取得している施設の事例があると参考になり、ありがたいです。
- ・地域に全くないので、実践している事例を知りたい。
- ・嚥下機能能力。
- ・通所施設が加算取得の為、一律に加算取得するのではなく、アセスメントをきちんとした上で、必要な方に介入していく。利用者家族に現状、実施する必要性、実施する方法、結果など、分かりやすく説明。
- ・高齢者は入れ歯があわないと、食事の時のみつける。または入れないまま食事をする人が多いです。噛み合わせが悪くなると口の中でどのようになっているか？など、具体的な本人に分かりやすいようにマニュアルがあればよいと思います。
- ・定期的な口腔・歯の評価があると助かります。
- ・残歯、う歯の状況、口腔内の衛生。
- ・体重変動、BMI、食事形態、食事量、歯の状態(自歯・義歯の不具合等)、生活の変化やエピソード。
- ・口腔内：歯の状態を確認し評価したもの、口腔機能：発声、発語機能、口腔・栄養が全身に及ぼす影響。
- ・摂取時の様子(咀嚼、嚥下状態、姿勢)の変化確認。
- ・口腔・栄養のケアは高齢者の健康と生活の質に大きな影響を与える重要な要素であることを踏まえて、例えば①正しい口腔ケアの方法を案内する(正しい歯磨き、口腔ケア道具の説明)②栄養ケア(栄養評価方法を説明、食欲不振時の食事の調整方法)③食事環境をアドバイス(食事の時間に音楽や会話の奨励などの提案)なども考慮されていることを期待します。
- ・嚥下障害と口腔ケア、よく熱が出ることと、嚥下障害と口の乾燥。
- ・口腔：歯周病は認知症リスクが高いとの事です。口腔内環境の記載も欲しいです。栄養：現病とリンクした内容を記載して欲しい。
- ・連携の取り方(市町により違うため)。
- ・口腔ケアが不十分だった場合の懸念される疾患への影響など。
- ・加算の条件。
- ・口腔ケアの大切さを利用者家族に伝える。口腔内の状態(虫歯、歯周病、義歯など)問題があった場合には、歯科受診をすすめる。嚥下機能についての状態。
- ・義歯の有無、義歯が合っているか、むせやすい、体重の増減、食事摂取量、医師や管理栄養士への連携の必要性。
- ・しっかりとかめている状態か。歯の汚れ具合等。

17) ヒアリング調査実施の可否

「協力可能」が 10.1%、「協力不可」が 79.2%、「無回答」が 10.7%であった。

図表 95 ヒアリング調査実施の可否

	n	(%)
協力可能	35	(10.1)
協力不可	274	(79.2)
無回答	37	(10.7)

3. 郵送調査の結果のまとめ

<結果 i >

- 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)のみ、(Ⅱ)のみ又は(Ⅰ)および(Ⅱ)の各算定状況は通所介護事業所が 7.1%、2.2%、1.4%であり、通所リハビリテーション事業所は 10.8%、5.2%、4.2%であった。(図表 10)
- 口腔・栄養スクリーニングの評価後、歯科関係者、管理栄養士・栄養士それぞれにつないでいないの回答が、通所介護事業所 77.8%、72.2%であり、通所リハビリテーション事業所 77.6%、37.9%であった。(図表 13、15)
- 上記の質問に対し、なぜ歯科関係者、管理栄養士・栄養士につないでいないのかという質問に対して、介護支援専門員につないでいるからの回答が最も多くなっていた。(図表 14、16)
- 口腔・栄養スクリーニング加算を実施した効果として最も多かったのは、通所介護事業所、通所リハビリテーション事業所ともに介護支援専門員と口腔・栄養に関する情報共有の機会が増えたという回答であり、2 番目に利用者・家族との口腔・栄養に関する情報共有の機会が増えたであり、3 番目に通所施設介護スタッフの口腔・栄養への意識が向上したという回答となっていた。(図表 18)

口腔・栄養スクリーニング加算ⅠおよびⅡの算定率は、令和 3 年度の同様の調査の結果¹⁾は 5.9%、3.4%であり微増していたが、依然として算定率は低く、さらなる普及・啓発が求められると考えられる。また口腔・栄養スクリーニングの評価後、歯科や栄養の専門職につないでいるかの質問については、つないでいないが 7 割を越えており、介護支援専門員への情報共有に留まっている実情が明らかとなった。

一方、口腔・栄養スクリーニング加算算定の効果としては、介護支援専門員、利用者・家族への情報共有の機会の増加とともに通所施設介護スタッフの口腔・栄養への意識が向上したとの回答が多くなっていた。この結果から介護支援専門員と連携する必要性が示され、結果 iii に示す居宅介護支援事業所向けのアンケート調査を実施した。

これらの結果から、口腔・栄養スクリーニング加算を実施することで通所事業所スタッフの口腔・栄養への意識向上から適切な口腔ケア、栄養ケアにつながることを期待される。オーラルフレイルを有することは要介護認定、サルコペニア、死亡のリスクを 2 倍以上高めることが報告され²⁾、また栄養状態についても低栄養を有することで合併症の発症³⁾、褥瘡の発生⁴⁾につながるということがわかっている。通所事業所における適切な口腔ケア、栄養ケアは、利用者の機能の維持や介護の重度化の予防につなげていくことが可能となると考

えられ、口腔・栄養スクリーニングを広く普及・啓発していくことが喫緊の課題であり、本事業では通所事業所向けに普及・啓発のための媒体を作成した(媒体 1)。

<結果 ii >

- 事業所の区分は「通所介護事業所」が 85.6%と多くを占めていた。(図表 36)
- 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)のみ、(Ⅱ)のみ又は(Ⅰ)および(Ⅱ)の各算定状況は 6.9%、3.1%、2.1%であった。(図表 41)
- 口腔・栄養スクリーニング加算を実施した効果として最も多かったのは、介護支援専門員と口腔・栄養に関する情報共有の機会が増えたという回答であり、2 番目に利用者・家族との口腔・栄養に関する情報共有の機会が増えたであり、3 番目に通所施設介護スタッフの口腔・栄養への意識が向上したという回答となっていた。(図表 45)

本調査は令和 3 年度「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」の回答施設にアンケート送っており、そのため口腔・栄養スクリーニング加算算定の継続的な効果を検討することができる。

口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)および(Ⅱ)の算定率は、令和 3 年度¹⁾と比較して(Ⅰ)は微増(1 ポイント増加)、(Ⅱ)はほぼ同等であった(0.4 ポイント減少)。本調査でも依然として算定率が低く、さらなる普及・啓発が求められる結果となった。

一方、口腔・栄養スクリーニング加算算定の効果としては、結果 i と同様に介護支援専門、利用者・家族への情報共有の機会の増加、通所施設介護スタッフの口腔・栄養への意識が向上したとの回答が多くなっていたが、口腔機能向上加算の算定件数の増加は 6 ポイント、口腔機能向上加算が必要な利用者の判断の増加が 7.0 ポイント、栄養改善加算が必要な利用者の判断の増加が 11.5 ポイントと、結果 i より多くなっていた。本対象者は令和 3 年度より口腔・栄養スクリーニング加算を算定している施設であり、口腔・栄養スクリーニングを継続的に実施することで口腔機能向上加算・栄養改善加算へつなげることやその判断を行うことが容易になっていると考えられた。

<結果 iii>

- ケアプラン作成時等における食事や栄養の課題ありが 92.8%であった。(図表 69)
- ケアプラン作成時等に挙がる食事や栄養の課題の内容は、食事摂取量の低下が最も多く 85.0%で、2 番目に摂食嚥下機能障害 71.2%、3 番目に食事の準備困難 61.8%であった。(図表 70)
- 栄養の課題としてケアプランに挙げようとするものとして、食事量の減少が最も多く、2 番目に食事中にむせる 73.4%、3 番目に体重減少 68.7%であった。(図表 72)
- 栄養の課題が挙げた際の管理栄養士との連携なしの回答が 44.8%であった。(図表 75)
- ケアプラン作成時等における歯・口腔機能の課題ありが 90.5%であった。(図表 79)
- ケアプラン作成時等に挙がる歯・口腔機能の課題の内容は、摂食嚥下機能障害が 83.7%と最も多く、2 番目に義歯の不具合 78.9%、3 番目に口腔衛生 70.6%であった。(図表 80)
- 歯・口腔に関する課題が挙げた際の歯科医師・歯科衛生士との連携なしの回答が 13.6%であった。(図表 85)
- 口腔・栄養スクリーニング加算の書面受取の経験なしの回答が 41.9%であった。(図表 88)
- 口腔・栄養スクリーニング加算の書面をきっかけにつながったサービスはないという回答が最も多く 50.5%であった。(図表 90)

本調査は<結果 i>において、口腔・スクリーニング加算によって介護支援専門員との情報共有の機会増加の回答が多かったことから、居宅介護支援事業所を対象に調査した結果である。

ケアプラン作成時には栄養、口腔で課題が挙がることが明らかとなり、歯科、栄養、介護支援専門との連携強化の必要性があると考ええる。

一方で、通所施設から口腔・栄養スクリーニング加算に係る書面を受け取ったことが無いとの回答が多く、また受け取ったとしても次のサービスにはつながっていないことが明らかとなった。

以上結果から、通所事業所のみではなく介護支援専門への口腔・栄養スクリーニングの必要性を普及・啓発する必要性が示され、介護支援専門向けの媒体を作成した。(媒体 2)

参考文献

- 1)東京都健康長寿医療センター研究所, 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報告書
- 2)Tanaka T, Takahashi K, Hirano H, et al., Oral Frailty as a Risk Factor for Physical Frailty and Mortality in Community-Dwelling Elderly. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2018, 10; 73(12): 1661-1667.
- 3)Potter J, Klipstein K, Reilly JJ, et al. The nutritional status and clinical course of acute admissions to a geriatric unit. Age Ageing. 1995, 24: 131-136.
- 4)Bergstrom N, Braden B. A prospective study of pressure sore risk among institutionalized elderly. J Am Geriatr Soc. 1992, 40: 747-758.

第3章 実測調査

1. 実測調査の方法

<対象者>

通所介護事業所 7 施設、認知症対応型通所介護 1 施設を対象に調査を行った。合計 406 名の同意が得られ、アンケート調査へ協力が得られたのは 402 名、口腔・栄養の実測調査に協力が得られたのは 259 名であった。そのうち認知症対応型通所介護 1 施設(49 名)、開設年数の浅い通所介護事業所 1 施設(40 名)を除外した 317 名のうち、アンケート調査、口腔・栄養の実測調査の両方に協力が得られた 200 名を解析対象とした。

<調査項目> 参考資料 4

アンケート調査は、基本項目(年齢、性別、既往歴等)、食生活・栄養状態(飲酒、喫煙、Mini Nutritional Assessment®-Short form¹⁾、Council on Nutrition Appetite Questionnaire²⁾、Dietary Variety Score³⁾等)、口腔機能(オーラルフレイル 5 スコア^{4,5)}等)を収集した。

口腔・栄養の実測調査は、歯科医師・歯科衛生士による口腔機能評価、歯科治療ニーズの必要性を評価し、管理栄養士による身体組成測定(InBody S10)、握力を行った。

<グループ分けおよび解析>

通所施設における口腔・栄養スクリーニングを始め、口腔・栄養の取り組みの有無で比較検討を行うために、各施設の取組状況を把握し、口腔・栄養の取り組みあり群(N=105, 2 施設)、口腔・栄養の取り組みなし群(N=95, 4 施設)のグループ分けを行った。統計解析は SPSS ver.29(IBM, JAPAN)を使用し、2 群間の比較・検討にはマンホイットニーU 検定および χ^2 検定を行った。また関連性を検討する目的でロジスティック回帰分析を行った。

<倫理>

本研究実施にあたっては、東京都健康長寿医療センター研究所倫理審査委員会の承認を得て実施した(R21-015)。

2. 実測調査の結果

i. 事前アンケート

<アンケート調査:基本項目の結果>

	口腔・栄養の取り組みあり		口腔・栄養の取り組みなし		p value
	n,med	%,IQR	n,med	%,IQR	
年齢	88	(84-92)	87	(82-90)	0.045
性別(女性割合)	82	(78.1%)	77	(81.1%)	0.726
介護度					
要介護 1	28	(26.7%)	43	(45.7%)	<0.001
要介護 2	27	(25.7%)	18	(19.1%)	
要介護 3	22	(21.0%)	10	(10.6%)	
要介護 4	13	(12.4%)	2	(2.1%)	
要介護 5	9	(8.6%)	3	(3.2%)	
現病歴有無	102	(97.1%)	94	(98.9%)	0.623
高血圧	41	(40.2%)	49	(52.1%)	0.115
脳卒中	17	(16.7%)	11	(11.7%)	0.414
心臓病	14	(13.7%)	17	(18.1%)	0.438
呼吸器疾患	6	(5.9%)	8	(8.5%)	0.583
糖尿病	13	(12.7%)	17	(18.1%)	0.326
脂質異常症	5	(4.9%)	15	(16.0%)	0.016
高尿酸血症	0	(0.0%)	2	(2.1%)	0.229
腎疾患	2	(2.0%)	8	(8.5%)	0.051
うつ等	1	(1.0%)	3	(3.2%)	0.352
変形性膝関節症	8	(7.8%)	15	(16.0%)	0.119
認知症	43	(42.2%)	34	(36.2%)	0.464
その他	25	(24.5%)	37	(39.4%)	0.031

その他:

ストーマー造設・パーキンソン病・ヘルニア・ムズムズ病・メニエール病・リウマチ・圧迫骨折・右肩関節症・右肩周囲炎・右大腿骨人工骨頭置換術後・肝臓・関節リウマチ・甲状腺機能低下症・高カリウム血症・腰椎圧骨折・腰部脊柱管狭窄症・骨粗鬆症・骨膜腫・失語・失行・弱視・十二指腸炎症・食道がん・神経障害性疼痛・神経性脊髄腫瘍・進行性核上性麻痺・前立腺がん・前立腺肥大・大腸がん・大腸ポリープ・胆のう炎・中心網膜閉鎖症(右眼)・低血圧・頭部外傷による脳障害・乳がん・排尿障害・肺腺がん・白内障・皮膚潰瘍・非定型抗酸菌症・忘れる(年相応)・緑内障・たまに妄想がある・胃がん(ポリープ)除去・右上腕骨折・右臀部挫傷・下咽頭がん・肝機能障害・腰部圧迫骨折・骨粗鬆症・失認症候群・神経鞘腫・脊柱管狭窄症・胆のう疾患・難聴・尿毒症・迷走神経反射性失神・胃炎・右大腿骨人工関節周囲骨折

年齢、介護度及び既往歴のうちの脂質異常症およびその他について有意差が認められた。

<アンケート調査:食生活・栄養状態>

	口腔・栄養の取り組みあり		口腔・栄養の取り組みなし		p-value
	n,med	%,IQR	n,med	%,IQR	
飲酒あり	12	(11.4%)	4	(4.2%)	0.071
喫煙あり	1	(1.0%)	1	(1.1%)	0.683
栄養介入が必要な状態である	22	(21.0%)	3	(3.2%)	<0.001
主食・主菜・副菜を揃えた食事の頻度					
ほとんど毎日	63	(60.0%)	52	(54.7%)	0.038
週4から5日	22	(21.0%)	12	(12.6%)	
週2から3日	16	(15.2%)	19	(20.0%)	
週1日	1	(1.0%)	0	(0.0%)	
ほとんどない	3	(2.9%)	12	(12.6%)	
基本 CL スコア	13.0	(11.0-15.5)	13.0	(10.0-17.0)	0.982
OF-5 スコア(ODK)	2.0	(2.0-3.0)	2.0	(2.0-4.0)	0.222
健常	19	(20.0%)	18	(20.0%)	1.000
オーラルフレイル	76	(80.0%)	72	(80.0%)	
OF-5 スコア(質問票)	2.0	(1.0-3.0)	1.0	(1.0-3.0)	0.749
健常	37	(47.4%)	48	(50.5%)	0.760
オーラルフレイル	41	(52.6%)	47	(49.5%)	
MNA®-SF	11.0	(9.0-12.0)	12.0	(10.0-13.0)	0.002
栄養状態良好	35	(35.0%)	48	(55.8%)	0.006
低栄養のおそれ	55	(55.0%)	36	(41.9%)	
低栄養傾向	10	(10.0%)	2	(2.3%)	
CNAQ	29.0	(27.0-31.0)	29.0	(27.0-31.5)	0.271
食欲良好	28	(52.8%)	59	(63.4%)	0.224
食欲不良	25	(47.2%)	34	(36.6%)	
食欲がありますか(CNAQ から抜粋)					
ほとんどない	1	(1.0%)	8	(8.5%)	<0.001
あまりない	7	(7.1%)	4	(4.3%)	
ふつう	65	(65.7%)	31	(33.0%)	
ある	18	(18.2%)	33	(35.1%)	
とてもある	8	(8.1%)	18	(19.1%)	
DVS	2.0	(0.0-5.0)	3.0	(1.0-5.0)	0.059

基本 CL スコア:基本チェックリストスコア、OF-5 スコア:オーラルフレイル 5、MNA®-SF:Mini Nutritional Assessment®-Short form、CNAQ: Council on Nutrition Appetite Questionnaire、DVS:Dietary Variety Score

栄養改善の介入の必要性の判断(通所施設の介護スタッフによる判断)、主食・主菜・副菜を揃えた食事の頻度、Mini Nutritional Assessment®-Short form による栄養状態の判定、食欲の程度(Council on Nutrition Appetite Questionnaire から抜粋)で有意差が認められた。主食・主菜・副菜を揃えた食事の頻度及び食欲の程度については、さらに残差分析を行い、主食・主菜・副菜を揃えた食事の頻度では調整済み残差±2 以上は認められなかった。口腔・栄養の取り組みなしグループの「食欲:ほとんどない」で調整済み残差が 2.4 となっており、口腔・栄養の取り組みありグループの「食欲:普通」が 4.1 となっていた。

ii. 口腔・栄養の実測調査

<口腔機能等検査の結果>

	口腔・栄養の取り組みあり		口腔・栄養の取り組みなし		p-value
	n,med	%,IQR	n,med	%,IQR	
反復唾液嚥下テスト	3	(2-4)	3	(2-4)	0.516
反復唾液嚥下テスト 低下割合*	28	(30.1%)	28	(31.8%)	0.803
オーラルディアドコネシス					
パ	4.8	(3.6-5.8)	5.2	(4.0-6.0)	0.343
パ 低下割合*	73	(76.8%)	67	(74.4%)	0.704
タ	4.8	(3.6-5.6)	5	(4.0-5.8)	0.278
タ 低下割合*	76	(80.0%)	73	(81.1%)	0.849
カ	4.4	(3.0-5.4)	4.6	(3.8-5.3)	0.151
カ 低下割合*	86	(90.5%)	81	(90.0%)	0.904
現在歯数	11	(1-22)	12	(6-22)	0.596
インプラント数	0	(0-0)	0	(0-0)	1.000
義歯数	3	(0-23)	7	(0-19)	0.893
ポンティック数	0	(0-0)	0	(0-1)	0.009
欠損数	5	(4-9)	6	(4-10)	0.620
機能歯数	27	(23-28)	26	(22-28)	0.638
プラーク					
なし	6	(66.3%)	49	(51.6%)	0.103
中等度	29	(27.9%)	39	(41.1%)	
高度	6	(5.8%)	7	(7.4%)	
舌苔					
なし	58	(56.9%)	41	(43.2%)	0.016
中等度	43	(42.2%)	46	(48.4%)	
高度	1	(1%)	8	(8.4%)	
ムーカス	27.9	(24.7-30.4)	28.7	(26.7-30.6)	0.137
ムーカス 低下割合*	41	(39.4%)	23	(24.7%)	0.028
舌圧	23.3	(15.2-29.3)	25.0	(18.0-30.4)	0.125
舌圧 低下割合*	74	(80.4%)	61	(70.9%)	0.139

※低下割合の判定は口腔機能低下症の判断基準を用いた

口腔機能等検査では、ポンティック数、舌苔の付着度及びムーカスの低下割合で有意差が認められた。

<歯科治療ニーズ>

	口腔・栄養の取り組みあり		口腔・栄養の取り組みなし		p value
	n,med	%,IQR	n,med	%,IQR	
歯科治療ニーズあり	57	(54.8%)	76	(80.0%)	<0.001
う蝕	17	(29.8%)	25	(32.9%)	0.706
歯周炎	12	(21.1%)	35	(46.1%)	0.003
義歯	24	(42.1%)	40	(52.6%)	0.229
その他	22	(38.6%)	30	(39.5%)	0.918

歯科治療のニーズで有意差が認められ、その内容としては歯周炎で有意差が認められた。

<身体組成等検査の結果>

	口腔・栄養の取り組みあり		口腔・栄養の取り組みなし		p-value
	n,med	%,IQR	n,med	%,IQR	
身長	149.5	(144.0-155.0)	147.3	(143.0-152.6)	0.069
体重	46.2	(42.0-52.0)	48.5	(41.4-57.0)	0.373
握力	13.6	(10.2-17.4)	15.4	(12.1-18.5)	0.041
握力 低下割合*	90.9	(53.6%)	78	(84.8%)	0.194
BMI	20.4	(18.7-23.2)	22.2	(19.8-25.7)	0.008
やせ(21.5 未満)	60	(59.4%)	37	(40.7%)	
標準(21.5 から 24.9)	28	(27.7%)	28	(30.8%)	0.010
肥満(25.0 以上)	13	(12.9%)	26	(28.6%)	
SMI	5.4	(5.1-6.2)	5.5	(5.0-6.1)	0.930
SMI 低下割合*	65	(69.9%)	58	(65.9%)	0.566

※低下割合の判定は AWGS2019 を用いた

BMI: Body Mass Index, SMI:Skeletal Muscle Mass Index

握力(測定値)、Body Mass Index(測定値、判定)で有意差が認められた。

iii. 歯科治療ニーズに関する検討

歯科治療のニーズについて口腔・栄養の取り組み有無で大きな差が認められたことから、性、年齢、介護度、脂質異常症の有無、Body Mass Index を調整したロジスティック回帰分析を行った。

モデル 1(調整無し)

	B	odds ratio	95% confidence interval
口腔・栄養の取り組みの有無 1:あり 2:なし	1.19	3.30	1.75 — 6.22
従属変数 歯科治療ニーズの有無 1:なし 2:あり			

モデル 2(調整あり)

	B	odds ratio	95% confidence interval
口腔・栄養の取り組みの有無 1:あり 2:なし	1.57	4.81	2.29 — 10.01
従属変数 歯科治療ニーズの有無 1:なし 2:あり			
調整変数 性、年齢、介護度、脂質異常症の有無、Body Mass Index			

3. 実測調査の結果のまとめ

アンケート調査および口腔・栄養の実測調査を行った結果、口腔・栄養の取り組みありのグループで利用者の年齢が有意に高く、介護度も高い傾向が認められ、Body Mass Index、握力も有意に低値を示した。Body Mass Index や握力については、加齢の影響による差が大きいと考えられる。

一方で、主食・主菜・副菜を揃えた食事をしているや食欲の程度が普通であるという回答は、口腔・栄養の取り組みありのグループで有意に多い傾向が認められ、通所施設での栄養に関する取り組みが自宅での食生活に良い影響を及ぼしている可能性が示された。また通所事業所スタッフの方に利用者の方は栄養介入が必要かという質問に対して、口腔・栄養の取り組みなしのグループで 3.2%と低い値を示したが、実際は口腔・栄養の取り組みなしのグループで低栄養傾向・低栄養が 44.2%、食欲低下者が 36.6%、やせ該当者が 40.7%であり、通所事業所における栄養の取り組みが無いことで栄養介入の必要な高齢者の判断が困難である可能性が考えられた。

また本調査で特に大きな差として認められたのは、歯科治療ニーズであり、口腔・栄養の取り組みありのグループで 54.8%であるのに対し、口腔・栄養の取り組みなしのグループでは 80.0%と多くの方で歯科治療が必要な口腔状態となっていた。治療内容としては、歯周炎治療の必要性の有無で有意差が認められた。また歯科治療ニーズについて、性、年齢、介護度、Body Mass Index を調整したロジスティック回帰分析も有意な関連性を示し、口腔・栄養への取り組みの有無が独立した要因であることが示された。

本調査の結果から、通所事業所において口腔・栄養の取り組みを行うことで、口腔衛生、食欲への維持・向上につながる可能性が示唆された。口腔衛生は誤嚥性肺炎リスク低下⁶⁾のための重要な要因であるとともに低栄養との関連性も報告されている⁷⁾。今後は縦断的な検討や介入研究によって、さらなる検討を行うことが重要であり、すでに口腔・栄養への取り組みを行う先駆的な介護事業所のヒアリングなどを行い普及・啓発に努めることが必要と考えられる。

参考文献

- 1)Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al., Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA-SF): a practical tool for identification of nutritional status. *J Nutr Health Aging*. 2009. 13: 782-788.
- 2)Tokudome Y, Okumura K, Kumagai Y, et al., Development of the Japanese version of the Council on Nutrition Appetite Questionnaire and its simplified versions, and evaluation of their reliability, validity, and reproducibility. *J Epidemiol*. 2017, 27(11): 524-530.
- 3)熊谷修, 渡辺修一郎, 柴田博, 他. 地域在宅高齢者における食品摂取の多様性と高次生活機能低下の関連. *日公衛誌*, 50: 1117-1124. 2003.
- 4)Tanaka T, Hirano H, Ikebe K, et al., Oral frailty five-item checklist to predict adverse health outcomes in community-dwelling older adults: A Kashiwa cohort study. *Geriatr Gerontol Int*. 2023. 23(9): 651-659.
- 5)Iwasaki M, Shirobe M, Motokawa K, et al., Validation of self-reported articulatory oral motor skill against objectively measured repetitive articulatory rate in community-dwelling older Japanese adults: The Otassha Study. *Geriatr Gerontol Int*. 2023, 23(10): 729-735.
- 6)Yoneyama T, Yoshida M, Mtsui T, et al., Oral care and pneumonia. *Oral Care Working Group. Lancet*. 1999. 354: 515.
- 7)今田潤, 江口彰, 吉川昌輝, 他. 誤嚥性肺炎患者の在院日数に与える因子について. *日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌*. 2019. 29: 460-466.

第 4 章 媒体作成について

通所介護事業所等において口腔・栄養スクリーニングを普及・啓発することを目的に、媒体を作成した。(媒体 1)また本事業により介護支援専門員への口腔・栄養に関する取り組みを普及させる重要性が示されたことから、介護支援専門員等を対象とした媒体を作成した。(媒体 2)

媒体作成にあたってはワーキンググループで作成後、介護支援専門員、歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、通所介護事業所スタッフ、有料老人ホームスタッフへ共有し、修正事項の指摘を受け、都度加筆修正した。

参考資料(媒体および調査票)

令和5年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）

「通所事業所等における口腔・栄養関連サービスに関する調査研究事業」

口腔・栄養スクリーニング普及啓発に向けた郵送調査

【通所介護事業所・通所リハビリテーション事業所】

（提出期限 令和5年8月28日（月））

問1 貴事業所の概要についてお伺いします。

1-1. 貴事業所の開設主体を教えてください。（あてはまるもの1つに○）

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（NPO）
9. その他（ ）			

1-2. 併設している施設等について、あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 併設している施設はない	2. 病院	3. 診療所	4. 介護老人保健施設
5. 特別養護老人ホーム	6. 有料老人ホーム	7. その他（ ）	

1-3. 貴事業所の定員数、稼働日数、延べ利用者数をご記入ください。（数字で記入）

(1)定員数	人
(2)稼働日数（令和5年7月）	日
(3)延べ利用者数（令和5年7月）	
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

1-4. 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。（数字で記入）

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

1-5. 貴事業所の食事提供および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。

※参考のため、「日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類 2021」の食形態分類を（ ）に併記しています

1) 主食

1. 食事提供なし	2. 普通	3. 軟飯・全粥（嚥下調整食 4）	4. 水分と粥の分離に配慮した粥（嚥下調整食 3）
5. ミキサー粥（嚥下調整食 2-1・2-2）		6. おもゆゼリー、ミキサー粥のゼリー（嚥下調整食 1j）	
7. その他（ ）			

2) 副食

1. 食事提供なし	2. 普通	3. 1cm 角（一口大）刻み	4. きざみ
5. かたさ・ばらけやすさ・貼りつきやすさなどのないもの（嚥下調整食 4）		6. 舌と口蓋で押しつぶし可能なもの（嚥下調整食 3）	
7. やや不均質（粒あり）のピューレ、ペースト、ミキサー食（嚥下調整食 2-2）		8. 均質でなめらかなピューレ、ペースト、ミキサー食（嚥下調整食 2-1）	
9. 均質で付着性、凝集性、かたさ、利水に配慮したゼリー・プリン・ムース状のもの（嚥下調整食 1j）			
10. その他（ ）			

問 2. 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）（Ⅱ）の算定状況（令和 5 年 2 月～7 月実績）についてお伺いします。

2-1. 各加算の算定状況および算定人数をお答えください。

	算定人数（人）
(1)口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）を取得している	人
(2)口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）を取得している	
a) 栄養アセスメント加算または栄養改善加算を算定しており、口腔スクリーニングのみを実施	人
b) 口腔機能向上加算を算定しており、栄養スクリーニングのみを実施	人
(3)いずれも算定していない ➔ P.4 の質問 2-8 へお進みください。	

2-2. 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)選択的サービス複数実施加算（Ⅰ）	人
(5)選択的サービス複数実施加算（Ⅱ）	人
(6)いずれの加算にも該当なし	人

2-3. 口腔・栄養スクリーニング加算による口腔の評価後に必要に応じて歯科医師・歯科衛生士につないでいますか。

1. つないでいる
2. つないでいない

➔ つないでいない理由について、あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 連携する歯科医療機関がないから
2. 紹介する対象者がわからないから
3. 手軽に歯科専門職に聞ける環境（連携先）がないから
4. 介護支援専門員に情報提供を行っているから
5. その他（ ）

【問 2 の 2-1 で口腔・栄養スクリーニング加算を「(3)いずれも算定していない」と回答された方のみご回答ください。】

2-8. 口腔・栄養スクリーニング加算を算定していない理由について、あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 算定の手間に対しての単位数が少ないから	
2. 対象となる利用者の把握が難しいと思うから	
3. 体重の測定が難しいから	
4. 口腔のスクリーニング項目の聞き取りが難しいから	
5. 効果や意義がなさそうだと思うから	
6. 介護職の理解や協力が得られないと思うから	
7. 介護支援専門員の理解や協力が得られないと思うから	
8. 栄養アセスメント加算を取得しようと考えているから	
9. その他の加算を取得しようと考えているから（具体的な加算名：	）
10. その他（具体的に：	）

以下、口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）（Ⅱ）の算定の有無に関わらず、全員ご回答ください。

問 3. 口腔・栄養スクリーニング加算を算定する上での現状で感じている課題について、お聞かせください。

問 4. 口腔・栄養スクリーニング加算はどのような方に必要だと思えますか。

以下、口腔・栄養スクリーニング加算以外の算定状況等についてお伺いします。

全員ご回答をお願いします。

問 5. 口腔機能向上加算（Ⅰ）（Ⅱ）の算定状況（令和 5 年 2 月～7 月実績）についてお伺いします。

5-1. 各加算の算定状況および算定人数をお答えください。

	算定人数（人）
(1) 口腔機能向上加算（Ⅰ）を取得している	人
(2) 口腔機能向上加算（Ⅱ）を取得している	人
(3) いずれも算定していない ➡ 次ページの質問 5-5 へお進みください。	

以下は、口腔機能向上加算（Ⅰ）（Ⅱ）の算定の有無に関わらずお答えください。

問 6. 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。

--

問 7. 栄養アセスメント加算の算定状況（令和 5 年 2 月～7 月実績）についてお伺いします。

7-1. 算定状況および算定人数をお答えください。

	算定人数（人）
(1) 取得している	人
(2) 取得していない ➡ 質問 7-4 へお進みください。	

7-2. 栄養アセスメント加算算定につながったきっかけについて、あてはまるものすべてに○をつけてください。

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

7-3. 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ついて、あてはまるものすべてに○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・ステーション所属
----------	--------------	----------------	-------------------------------

【問 7 の 7-1 で栄養アセスメント加算を「(2)取得していない」と回答された方のみご回答ください。】

7-4. 栄養アセスメント加算を算定していない理由について、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を算定しているから
3. LIFE への情報提供が事業所として難しいから
4. 栄養アセスメントの方法が不明だから
5. 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
6. 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
7. 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
8. 管理栄養士の配置や外部機関との連携が難しいから
9. 施設内での連携が難しいから（管理栄養士等の人員不足等）
10. 利用者・家族等からの同意が得られにくいから
11. 算定方法が不明だから
12. 栄養アセスメント加算を知らないから
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. その他 具体的に： _____

以下は、栄養アセスメント加算の算定の有無に関わらずお答えください。

問 8. 栄養改善加算の算定状況（令和 5 年 2 月～7 月実績）についてお伺いします。

8-1. 算定状況および算定人数をお答えください。

	算定人数（人）
(1) 取得している	人
(2) 取得していない → <u>質問 8-4 へお進みください。</u>	

8-2. 栄養改善加算算定につながったきっかけについて、あてはまるものすべてに○をつけてください。

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

8-3. 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ついて、あてはまるものすべてに○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・ステーション所属
----------	--------------	----------------	-------------------------------

【問 8 の 8-1 で栄養改善加算を「(2)取得していない」と回答された方のみご回答ください。】

8-4. 栄養改善加算を算定していない理由について、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. 口腔・栄養スクリーニング加算を算定しているから
3. LIFE への情報提供が事業所として難しいから
4. 栄養評価の方法が不明だから
5. サービス提供のための栄養評価に時間を割くことができないから
6. 施設で体重測定を実施していないから
7. 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
8. 管理栄養士の配置や外部機関との連携が難しいから
9. 利用者・家族等からの同意が得られにくいから
10. 算定方法が不明だから
11. 栄養改善加算を知らないから
12. 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
13. その他 具体的に： _____)

次ページにつづきます

以下、全員ご回答をお願いします。

問 9. 通所施設における口腔・栄養のケアに関するマニュアル作成を行う場合、どのような内容が記載されていることを期待しますか。

例：口腔・栄養スクリーニング加算の書類、実際に取得している施設の事例 等

問 10. ヒアリング調査についてのお願い

東京都健康長寿医療センター研究所では、令和 5 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業の採択を受け、通所施設における口腔・栄養に関するサービスと介護支援専門員との連携について調査・研究事業を行っております。こちらのアンケートにご回答をいただいた通所事業所の中から無作為に選ばれた通所施設において、通所施設利用者さまへの口腔・栄養に関するアンケート、また通所施設におけるスクリーニング加算や口腔機能向上加算、栄養改善加算を推進する事業所を調査員が個別訪問し、30 分程度のヒアリング調査をさせていただくことを計画しております。

つきましては、①ご利用者さまのアンケート調査、②施設へのヒアリング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. <u>ご利用者さまのアンケート調査と</u> <u>ヒアリング調査の両方協力可能</u>	2. <u>ご利用者さまのアンケート</u> <u>調査のみ協力可能</u>	3. <u>ヒアリング調査のみ</u> <u>協力可能</u>	4. どちらも協力不可
--	---	------------------------------------	-------------

連絡先をご記入ください。

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、8月28日(月)までに、ご返送をお願いいたします。**

令和5年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）

「通所事業所等における口腔・栄養関連サービスに関する調査研究事業」

口腔・栄養スクリーニング普及啓発に向けた郵送調査

【居宅介護支援事業所】

（提出期限 令和5年8月28日（月））

問1 貴事業所の概要についてお伺いします。

1-1. 貴事業所の開設時期を教えてください。（西暦で記入）

年	月
---	---

1-2. 貴事業所の開設主体を教えてください。（あてはまるもの1つに○）

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（NPO）
9. その他（ ）			

1-3. 貴事業所に所属している介護支援専門員（常勤・非常勤別）をご記入ください。（数字で記入）

常勤 人 非常勤 人

1-4. 併設している施設等について、あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 併設している施設はない	2. 病院	3. 診療所	4. 介護老人保健施設
5. 特別養護老人ホーム	6. 有料老人ホーム	7. その他（ ）	

問2 ご回答いただいている方の基礎資格を教えてください。（あてはまるもの1つに○）

1. 生活相談員	2. 支援相談員	3. 相談支援専門員
4. 医師	5. 歯科医師	6. 薬剤師
7. 保健師	8. 助産師	9. 看護師
10. 准看護師	11. 理学療法士	12. 作業療法士
13. 社会福祉士	14. 介護福祉士	15. 視能訓練士
16. 義肢装具士	17. 歯科衛生士	18. 言語聴覚士
19. あん摩マッサージ指圧師	20. はり師	21. きゅう師
22. 柔道整復師	23. 管理栄養士	24. 栄養士
25. 精神保健福祉士	26. その他（ ）	

次ページにつづきます

問3. 貴事業所における栄養に関する課題等についてお伺いします。

3-1. ケアプラン作成時等、食事や栄養の課題が挙がることはありますか。

1. ある → 3-2. へ

2. ない → 3-3. へ

【3-1. で「1.ある」と回答した方のみお答えください。】

3-2. ケアプラン作成時等に挙がる食事や栄養の課題の内容についてお答えください（あてはまるものすべてに○）。

1. 摂食嚥下機能障害	2. 食事の準備が困難	3. 食事摂取量の低下
4. 治療食が必要となった	5. 褥瘡	6. やせ、体重減少
7. 経管栄養管理	8. 低栄養	9. その他（ ）

【3-1. で「2.ない」と回答した方のみお答えください。】

3-3. ケアプラン作成時等、食事や栄養の課題が挙がらない理由についてお答えください（あてはまるものすべてに○）。

1. 食事の評価方法が不明	2. 栄養状態の評価方法が不明
3. 食事・栄養に関して介入した際の効果が不明	4. 利用者の食事の課題が無いため
5. 利用者の栄養状態の課題が無いため	6. 栄養専門職以外の他の職種とすでに連携しているため 職種名（ ）
7. 利用者・家族の同意が得られにくいから	8. その他（ ）

以下は、全員ご回答ください。

問4. 以下のうち、栄養の課題としてケアプランに挙げようとするものについてお答えください（あてはまるものすべてに○）。

1. 食事量が減少した	2. 食欲が低下した	3. 食事中にむせる
4. 固いものが食べにくくなった	5. 食事の準備が難しくなった	6. 疲れやすくなった
7. 体重減少	8. Body Mass Index 18.5 未満を 基準としたやせ	9. Body Mass Index 21.5 未満を 基準としたやせ
10. Body Mass Index 25.0 以上を 基準とした肥満	11. Body Mass Index 30.0 以上を 基準とした肥満	12. その他（ ）

次ページにつづきます

問5. 栄養の課題があった場合に連携する主な連携先はどこですか（あてはまるものすべてに○）。

またその際に主に連携する職種について下部の四角内から選んでいただき、各回答項目の矢印の後に数字でご記入ください。

栄養課題があった際の主な連携先 (あてはまる番号すべてに○をつけてください。)	その際に連携する職種 (下記の四角内の数字をご記入ください。【複数回答可】) ※⑪その他の職種については、() 内に具体的な職種について記入をお願いします。
1. 自併設の病院や施設 →	〔 〕 ⑪その他 (具体的に:)
2. 病院 →	〔 〕 ⑪その他 (具体的に:)
3. 診療所 →	〔 〕 ⑪その他 (具体的に:)
4. 訪問介護事業所 →	〔 〕 ⑪その他 (具体的に:)
5. 訪問看護事業所 →	〔 〕 ⑪その他 (具体的に:)
6. 通所施設 →	〔 〕 ⑪その他 (具体的に:)
7. 保健所、保健センター →	〔 〕 ⑪その他 (具体的に:)
8. 配食サービス事業所 →	〔 〕 ⑪その他 (具体的に:)
9. 自治体 →	〔 〕 ⑪その他 (具体的に:)
10. その他 () →	〔 〕 ⑪その他 (具体的に:)
11. 栄養の課題に関する連携先はない	

主に連携する職種の欄には、以下の番号を記入してください。

- ①医師 ②歯科医師 ③薬剤師 ④保健師 ⑤看護師 ⑥理学療法士・作業療法士・言語聴覚士
⑦歯科衛生士 ⑧管理栄養士・栄養士 ⑨相談支援専門員 ⑩ホームヘルパー・初任者研修終了 ⑪その他

問6. 栄養の課題と管理栄養士との連携状況についてお伺いします。

6-1. 栄養の課題が学がった際に管理栄養士と連携したことはありますか。

1. ある → 次ページの6-2. へ 2. ない → 次ページの6-3. へ

【6-1. で「1.ある」と回答した方のみお答えください。】

6-2. 連携した管理栄養士の所属先はどちらですか（あてはまるものすべてに○）。

1. 所属なし	2. 自施設や併設する病院・施設・診療所	3. 介護老人保健施設
4. 介護老人福祉施設	5. 介護療養型医療施設	6. 介護医療院
7. 病院	8. 診療所	9. 歯科医療機関
10. 通所介護施設	11. 訪問看護ステーション	12. 訪問介護施設
13. 認知症グループホーム	14. 地域包括支援センター	15. 栄養ケア・ステーション
16. 保健所	17. 保健センター	18. 自治体
19. その他（ ）		

【6-1. で「2.ない」と回答した方のみお答えください。】

6-3. 管理栄養士との連携を行っていない理由についてお答えください（あてはまるものすべてに○）。

1. 相談できる管理栄養士の所在が分からない	2. 管理栄養士との連携の方法がわからない
3. 管理栄養士の介入の必要性を感じない	4. ケアプランの中で食事・栄養の課題の優先度が低い
5. ニーズにあがっても利用者・家族の同意が得られにくい	6. 費用面の問題
7. その他（ ）	

以下、全員ご回答ください。

問 7. （現在連携している場合も含めて）今後、管理栄養士と連携したいと思いますか。

1. はい	2. いいえ
-------	--------

問 8. 貴事業所における口腔に関する課題等についてお伺いします。

8-1 ケアプラン作成時等、歯や口腔機能の課題が挙がることはありますか。

1. ある → 8-2. へ	2. ない → 8-3. へ
----------------	----------------

【8-1. で「1.ある」と回答した方のみお答えください。】

8-2. ケアプラン作成時等に挙がる歯や口腔の課題の内容についてお答えください（あてはまるものすべてに○）。

1. 摂食嚥下機能障害	2. う蝕（虫歯）
3. 歯周病	4. 歯のぐらつき
5. 口腔内の粘膜の炎症	6. 口腔内の乾燥
7. 口腔衛生（歯や義歯の汚れ、舌の汚れなど）	8. 義歯の不具合（義歯の新規作製・調整も含む）
9. インプラントの不具合	10. その他（ ）

【8-1. で「2.ない」と回答した方のみお答えください。】

8-3. ケアプラン作成時等、歯や口腔の課題が挙がらない理由についてお答えください（あてはまるものすべてに○）。

1. 口腔の評価方法が不明	2. 口腔に関して介入した際の効果が不明
3. 利用者の口腔の課題が無いため	4. 歯科専門職以外の他の職種とすでに連携しているため 職種名（ ）
5. 利用者・家族の同意が得られにくいから	6. その他（ ）

以下、全員ご回答ください。

問 9. 歯や口腔機能の課題があった際の主な連携先はどちらですか（あてはまるものすべてに○）。

またその際に主に連携する職種について下部の四角内から選んでいただき、各回答項目の矢印の後に数字でご記入ください。

歯や口腔機能の課題があった際の主な連携先 (あてはまる番号すべてに○をつけてください。)	その際に連携する職種 (下記の四角内の数字をご記入ください。【複数回答可】) ※⑪その他の職種については、() 内に具体的な職種について記入をお願いします。
1. 自施設に併設する病院・施設・診療所 →	〔 ⑪その他 (具体的に:) 〕
2. 病院 →	〔 ⑪その他 (具体的に:) 〕
3. 歯科診療所 →	〔 ⑪その他 (具体的に:) 〕
4. 歯科以外の診療所 →	〔 ⑪その他 (具体的に:) 〕
5. 訪問介護事業所 →	〔 ⑪その他 (具体的に:) 〕
6. 訪問看護事業所 →	〔 ⑪その他 (具体的に:) 〕
7. 通所施設 →	〔 ⑪その他 (具体的に:) 〕
8. 保健所、保健センター →	〔 ⑪その他 (具体的に:) 〕
9. 歯科医師会 (在宅歯科医療連携室など) →	〔 ⑪その他 (具体的に:) 〕
10. 自治体 →	〔 ⑪その他 (具体的に:) 〕
11. その他 () →	〔 ⑪その他 (具体的に:) 〕
12. 歯・口腔の課題に関する連携先はない	

主に連携する職種の欄には、以下の番号を記入してください。

- ①医師 ②歯科医師 ③薬剤師 ④保健師 ⑤看護師 ⑥理学療法士・作業療法士・言語聴覚士
⑦歯科衛生士 ⑧管理栄養士・栄養士 ⑨相談支援専門員 ⑩ホームヘルパー・初任者研修終了 ⑪その他

問 10. 口腔の課題と歯科医師・歯科衛生士との連携状況についてお伺いします。

10-1. 歯・口腔の課題が挙がった際に歯科医師または歯科衛生士と連携したことはありますか。

1. ある → <u>10-2. へ</u>	2. ない → <u>10-3. へ</u>
------------------------	------------------------

【10-1. で「1.ある」と回答した方のみお答えください。】

10-2. 連携した歯科医師・歯科衛生士の所属先はどちらですか（あてはまるものすべてに○）。

1. 所属なし	2. 自施設や併設する病院・施設・診療所	3. 介護老人保健施設
4. 介護老人福祉施設	5. 介護療養型医療施設	6. 介護医療院
7. 病院	8. 歯科診療所	9. 歯科以外の診療所
10. 通所介護施設	11. 訪問看護ステーション	12. 訪問介護施設
13. 認知症グループホーム	14. 地域包括支援センター	15. 保健所
16. 口腔（歯科）保健センター	17. 歯科医師会（在宅歯科医療連携室など）	18. 自治体
19. その他（)		

【10-1. で「2.ない」と回答した方のみお答えください。】

10-3. 歯科医師・歯科衛生士との連携を行っていない理由についてお答えください（あてはまるものすべてに○）。

1. 相談できる歯科医師・歯科衛生士の所在が分からない	2. 歯科医師・歯科衛生士との連携の方法がわからない
3. 歯科医師・歯科衛生士の介入の必要性を感じない	4. ケアプランの中で歯・口腔機能の課題の優先度が低い
5. ニーズにあがっても利用者・家族の同意が得られにくい	6. 費用面の問題
7. その他（)	

以下、全員ご回答ください。

問 11. （現在連携している場合も含めて）今後、歯科医師・歯科衛生士と連携したいと思いますか。

1. はい	2. いいえ
-------	--------

問 12. 口腔・栄養スクリーニング加算についてお伺いします。

12-1. 通所施設から利用者の口腔・栄養スクリーニング加算の書面を受け取ったことがありますか。

1. はい → <u>12-2. へ</u>	2. いいえ → <u>次ページの間 13 へ</u>
------------------------	-----------------------------

【12-1. で「1.はい」と回答した方のみお答えください。】

12-2. (ア) 令和 5 年 2 月～7 月に口腔・栄養スクリーニング加算を受け取った件数はいくつですか。

件

(イ) 口腔・栄養スクリーニング加算の書面をきっかけに、以下のサービスにつながった事例はありますか。

（あてはまるものすべてに○）

1. 歯科医師による訪問歯科診療	2. 医師による訪問診療
3. 通所施設での口腔機能向上加算	4. 通所施設での栄養改善加算
5. その他（)	6. 繋がった事例はない

問 17. ヒアリング調査についてのお願い

東京都健康長寿医療センター研究所では、令和 5 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業の採択を受け、通所施設等における口腔・栄養に関するサービスと介護支援専門員との連携について調査・研究事業を行っております。こちらのアンケートにご回答をいただいた居宅介護支援事業所の中から無作為に選ばれた、通所施設における口腔・栄養スクリーニング加算や口腔機能向上加算、栄養改善加算を推進する事業所を調査員が個別訪問し、30 分程度のヒアリング調査をさせていただくこと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
---------	---------



連絡先をご記入ください。

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、8月28日（月）までに、ご返送をお願いいたします。**

問 1 貴事業所の概要についてお伺いします

1-1. 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 ()		

1-2. 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. 通所介護事業所	2. 通所リハビリテーション事業所
------------	-------------------

1-3. 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 ()	

1-4. 貴事業所の定員数をご記入ください。

	人
--	---

1-5. 貴事業所の令和 5 年 7 月の稼働日数をご記入ください。

	日
--	---

1-6. 貴事業所の令和 5 年 7 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

1-7. 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
そのほか 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。

1-8. ご利用者の誤嚥性肺炎の発生について伺います。

令和5年4月～7月の間にご利用者のうち誤嚥性肺炎で通所の利用をお休みされた方はいらっしゃいましたか? 「あり」の場合は、人数についてもお応えください。

1. あり → (名)	2. なし
-------------------------	-------

問2. 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(Ⅱ)の算定状況(令和5年7月実績)

2-1. 算定実績

1. 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)を取得している ↓ 算定人数： <input type="text"/> 人	2. 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)を取得している ↓ 算定人数： <input type="text"/> 人	3. なし → <u>2-7. へ</u>
--	--	-----------------------

2-2. 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

2-3. 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

2-4. 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。

1. 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
2. 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
3. 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
4. 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
5. 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
6. リハビリテーション専門職種との口腔・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
7. 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
8. 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
9. 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. 通所施設介護スタッフの口腔・栄養への意識の向上	1. 向上した	2. 変わらない	3.減った

2-5. 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。

--

2-6. 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。

--

2-7. 問 2 の 2-1 で「口腔・栄養スクリーニング加算の算定なし」と回答された施設のみご回答ください。
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 1 つに○をつけてください。

1. 算定の手間に対しての単位数が少ないから
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. その他 具体的に：

問 3. 口腔・栄養スクリーニング加算はどのような方に必要だと思えますか。

--

問 4. 口腔機能向上加算（Ⅰ）（Ⅱ）の算定状況（令和 5 年 7 月実績）

4-1. 算定実績

1. 口腔機能向上加算（Ⅰ）を 取得している ↓ 算定人数： <input type="text"/> 人	2. 口腔機能向上加算（Ⅱ）を 取得している ↓ 算定人数： <input type="text"/> 人	3. なし → <u>4-5. へ</u>
--	--	-----------------------

4-2. 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
----------	--------	----------

4-3. 口腔機能向上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。

--

4-4. 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	4. その他 具体的に：

4-5. 4-1で「口腔機能向上加算の算定なし」と回答された方のみご回答ください。
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1つに○をつけてください。

1. 算定方法が不明だから
2. 口腔の評価方法が不明だから
3. サービス提供できる専門職が配置できないから
4. サービス提供に十分な時間を割くことができないから
5. 利用者・家族等からの同意が得られにくいから
6. 口腔機能向上加算の算定のシステムを知らないから
7. 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
8. そのほか 具体的に：

問 5. 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。

問 6. 栄養アセスメント加算の算定状況（令和5年7月実績）

6-1. 算定実績

1. あり ↓ 算定人数： <input type="text"/> 人	2. なし → <u>6-4.ハ</u>
--	----------------------

6-2. 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 ()
------------	-------------------------	------------------------	------------

6-3. 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
----------	--------------	----------------	-------------------------

**6-4. 6-1 で「栄養アセスメント加算の算定なし」と回答された方のみご回答ください。
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. 利用者が他の通所施設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を算定しているから
3. LIFE への情報提供が事業所として難しいから
4. 栄養アセスメントの方法が不明だから
5. 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
6. 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
7. 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
8. 管理栄養士の配置や外部機関との連携が難しいから
9. 利用者・家族等からの同意が得られにくいから
10. 算定方法が不明だから
11. 栄養アセスメント加算を知らないから
12. 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
13. そのほか 具体的に：

問 7. 栄養改善加算の算定状況（令和 5 年 7 月実績）

7-1. 算定実績

1. あり ↓ 算定人数： <input type="text"/> 人	2. なし → <u>7-4. へ</u>
--	-----------------------

7-2. 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 ()
---------------	------------	-------------------------	---------------------	------------------------	------------

7-3. 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
----------	--------------	----------------	-----------------------------

**7-4. 7-1で「栄養改善加算の算定なし」と回答された施設のみご回答ください。
栄養改善加算を算定していない理由で、あてはまるもの1つに○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. 施設で体重測定を実施していないから
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. 栄養評価の方法が不明だから
6. 管理栄養士の配置や外部機関との連携が難しいから
7. 利用者・家族等からの同意が得られにくいから
8. 算定方法が不明だから
9. 栄養改善加算を知らないから
10. 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
11. そのほか 具体的に：

問 8. ヒアリング調査についてのお願い

東京都健康長寿医療センター研究所では、令和5年度厚生労働省老人保健健康増進等事業の採択を受け、通所施設における口腔・栄養に関するサービスと介護支援専門員との連携について調査・研究事業を行っております。こちらのアンケートにご回答をいただいた通所事業所の中から無作為に選ばれた、通所施設における口腔・栄養スクリーニング加算や口腔機能向上加算、栄養改善加算を推進する事業所を調査員が個別訪問し、30分程度のヒアリング調査をさせていただくこと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、〇月〇日までに、ご返送をお願いいたします。

事前調査票（案）

※主に介護を担当されているスタッフの方が
ご本人の状況をご記入してください。

利用者様氏名：

参考資料4

通所施設名：

- 各質問について、あてはまる番号に○、数字の記入、チェックボックスに✓してください。
- 回答に迷うところや意味のわかりにくい質問は、とばさずに直感で最も近いものをお答えください。
- 同じような質問もございますが、すべてにお答えください。

1. 基本調査項目 あてはまる項目に○印をつけてください

- (1) 性別・年齢 (1. 男性 2. 女性) (満 歳)
- (2) 生年月日 (大正・昭和・西暦) ()年 ()月 ()日
- (3) 要介護認定 1. **あり** 2. 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	

- (4) 現病歴について
1. 高血圧 2. 脳卒中 (脳出血、脳梗塞等)
3. 心臓病 4. 呼吸器疾患 (COPD 喘息 その他)
5. 糖尿病 6. 高脂血症 7. 高尿酸血症 8. 腎臓の病気
9. うつ等 10. 変形性関節症
11. 認知症 (病名が分かればご記載ください→)
12. その他 ()

- (5) 身長・体重 **※直近の測定値をお書きください**
身長 (cm) 体重 (kg)

- (6) アルブミン値 **※把握している場合のみ**
(g/dL, 測定時期 年 月)
→測定のきっかけ 定期検査のため, 入院のため, その他

- (7) 居住状況
1. 一人暮らし 2. ご夫婦のみ
3. 配偶者以外の家族なども一緒に同居 (二世帯住宅を含む) 4. その他

- (8) 現在、お酒 (アルコール) は飲みますか？
1. 飲む 2. 飲まない

- (9) 現在、タバコを吸っていますか？
1. 吸っている 2. 吸っていない 3. やめた

- (10) 本アンケート対象の方は栄養に関する介入が必要な状態と思いますか？
1. 必要と感じる 2. 特に必要性は感じない

↓
どのような栄養リスクがありますか？ (自由記載)

--

2. ふだんの生活状況等についてお伺いします

バスや電車で一人で外出していますか (公共交通機関の利用または自分で車を運転する場合は、はい)	O.はい 1.いいえ
日用品の買い物をしていますか	O.はい 1.いいえ
預貯金の出し入れをしていますか(家族に頼む場合は、いいえ)	O.はい 1.いいえ
友人の家を訪ねていますか	O.はい 1.いいえ
家族や友人の相談にのっていますか	O.はい 1.いいえ
階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	O.はい 1.いいえ
椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	O.はい 1.いいえ
15分くらい続けて歩いていますか	O.はい 1.いいえ
この1年間に転んだことがありますか	1.はい O.いいえ
転倒に対する不安が大きいですか	1.はい O.いいえ
最近6ヶ月間で体重減少がありましたか (約  kg) の減少	1.はい O.いいえ
半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか(小さく切って食べる場合は、はい)	1.はい O.いいえ
お茶や汁物等でむせることがありますか(食事中に咳き込むことがある場合は、はい)	1.はい O.いいえ
口の渇きが気になりますか(口の中が乾いて飲み込みにくい場合は、はい)	1.はい O.いいえ
週に1回以上は外出していますか	O.はい 1.いいえ
昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい O.いいえ
周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1.はい O.いいえ
自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	O.はい 1.いいえ
今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい O.いいえ
(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1.はい O.いいえ
(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1.はい O.いいえ
(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1.はい O.いいえ
(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1.はい O.いいえ
(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1.はい O.いいえ

2. ふだんの生活状況等についてお伺いします（つづき）

あなたの現在の健康状態はいかがですか	1. よい 2. まあよい 3. ふつう 4. あまりよくない 5. よくない
毎日の生活に満足していますか	1. 満足 2. やや満足 3. やや不満 4. 不満
1日3食きちんと食べていますか	0.はい 1.いいえ
以前に比べて歩く速度が遅くなって来たと思いますか	0.はい 1.いいえ
ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	0.はい 1.いいえ
ふだんから家族や友人と付き合いがありますか	0.はい 1.いいえ
体調が悪い時に、身近に相談できる人がいますか	0.はい 1.いいえ

3. 口腔機能等についてお伺いします

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
義歯（入れ歯）を使用している	0.はい 1.いいえ
自分の歯は何本ありますか。 ※成人の歯の総本数は親知らずを含めて32本です。差し歯や金属をかぶせた歯は、自分の歯として数えます。インプラントは自分の歯として数えません。	() 本
普段の会話で、言葉をはっきりと発音できないことがありますか	1.はい 0.いいえ
さきいか・たくあんくらいの硬さの食べ物がかめる	0.はい 1.いいえ

4. 栄養の状態についてお伺いします

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
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
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
過去3か月で精神的ストレスや急性疾患がありましたか。	0=はい 1=いいえ
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

5. 主食・主菜・副菜を3つそろえて食べることがあるのは、週に何日ありますか。(○は1つ)

※「主食」とは、ごはん、パン、麺などの穀類、「主菜」とは、肉・魚・卵・大豆製品などを使ったメインの料理「副菜」とは、野菜・きのこ・いも・海藻などを使った小鉢・小皿の料理を指します。

1.ほとんど毎日	2.週4~5日	3.週2~3日	4.週1日	5.ほとんどない
----------	---------	---------	-------	----------

6. 普段、食事を家族や友人などと一緒に食べることはどのくらいありますか。

1.ほとんど誰かと食べる	2.週4~5日	3.週2~3日	4.週1日	5.ほとんど一人で食べる
--------------	---------	---------	-------	--------------

7. 外食、惣菜等の利用についてお伺いします。

(1) 外食の利用頻度はどのくらいですか？

1. 毎日2回以上 2. 毎日1回 3. 週4~6回 4. 週2~3回
5. 週1回 6. 週1回未満 7. 全く利用しない

(2) 惣菜・市販弁当等の利用頻度はどのくらいですか？

1. 毎日2回以上 2. 毎日1回 3. 週4~6回 4. 週2~3回
5. 週1回 6. 週1回未満 7. 全く利用しない

(3) 民間や公的機関の配食サービスをどのくらい利用していますか？

1. 毎日2回以上 2. 毎日1回 3. 週4~6回 4. 週2~3回
5. 週1回 6. 週1回未満 7. 全く利用しない

8. 普段、一人前の食事を完食することはできますか。

1. ほとんど完食する (100%)	2. 少し残す (1/4位残す)	3. 半分以上残す (1/2位残す)	4. ほとんど残す (3/4位残す)
-----------------------	---------------------	-----------------------	-----------------------

9. 医師からの食事療法について指示はありますか。

(糖尿病のエネルギーコントロール食等)

1.はい 2.いいえ



「はい」と回答された方は、どのような食事の指示か教えてください。
(自由記載)

--

10. 食欲についてお伺いします

<p>A 食欲はありますか？</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 6. 不明
<p>B 食事の時、どれくらい食べると満腹感を感じていますか？</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 6. 不明
<p>C お腹がすいたと感じていますか？</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 6. 不明
<p>D 食べ物の味をどのように感じていますか？</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 6. 不明
<p>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ますか？</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 6. 不明
<p>F 普段、1日に食事を何回食べますか？</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1回未満 2. 1回 3. 2回 4. 3回 5. 4回以上（間食を含む） 6. 不明
<p>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？</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 6. 不明
<p>H 普段、どのような気分で過ごしていますか？</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 6. 不明

11. ふだん召し上がる食品についてあてはまる項目に○印をつけてください

①魚介類 (生・ねり製品・缶詰・貝類等)	1. ほぼ毎日	2. 毎日食べない
②肉類 (生・ハム・ソーゼツ等)	1. ほぼ毎日	2. 毎日食べない
③卵 (鶏卵・うずら卵等で、魚卵は除く)	1. ほぼ毎日	2. 毎日食べない
④牛乳 (コヒ牛乳やカルツ牛乳は除く)	1. ほぼ毎日	2. 毎日食べない
⑤大豆製品 (豆腐・納豆・油あげ・厚あげ等)	1. ほぼ毎日	2. 毎日食べない
⑥緑黄色野菜 (ほうれん草・にんじん・南瓜等 色の濃い野菜)	1. ほぼ毎日	2. 毎日食べない
⑦海そう (わかめ・ひじき・こんぶ等)	1. ほぼ毎日	2. 毎日食べない
⑧いも類 (じゃがいも・さつまいも・里芋・長いも等)	1. ほぼ毎日	2. 毎日食べない
⑨果物 (生・缶詰、トマトは含まない)	1. ほぼ毎日	2. 毎日食べない
⑩油脂類 (油炒め・バター・マヨネズ・マーガリ、油を使う料理等)	1. ほぼ毎日	2. 毎日食べない

媒体1

令和5年度
老人保健健康
増進等事業

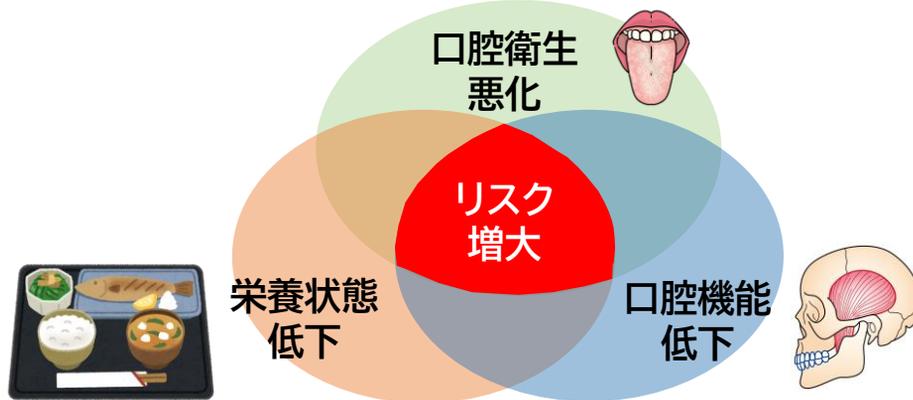
地域で支える！ 口腔管理・栄養ケア

～通所事業所編～

早期からの口腔管理・栄養ケアの必要性

※口腔管理とは口腔機能と口腔ケアの管理を指します

誤嚥性肺炎に関連する3要素

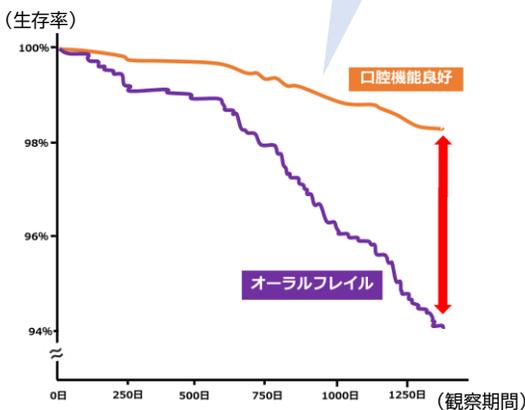


これらが悪化・低下すると誤嚥性肺炎のリスクが高まります

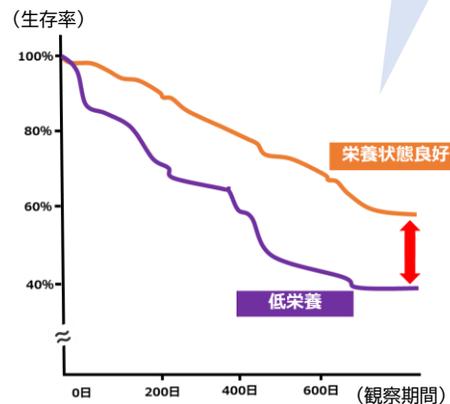


口腔機能の低下であるオーラルフレイルや低栄養を有することは肺炎だけではなく、死亡率の増加にも直結することがわかっています

地域高齢者において、口腔機能の衰えであるオーラルフレイルを有することは、4年後の死亡リスクを**4倍高め**ます¹⁾



要介護高齢者の栄養状態を維持することは、30か月後の死亡リスクを**10%以上減少**させます²⁾



Check!

肺炎や死亡率の増加を抑制するためにも早期からの口腔管理・栄養ケアが重要です



通所等で実施する口腔・栄養スクリーニング加算 創設の経緯

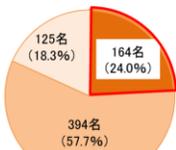
通所事業所を利用する高齢者のうち
低栄養リスクを有する方が一定数います³⁾

通所サービス利用者の栄養状態

社保審-介護給付費分科会
第178 (R2.6.25) | 資料1

○ 通所サービス利用者のうち、BMI18.5未満が24.0%、MNA[®]-SFによる低栄養・低栄養リスクありが38.7%

BMI
■ 18.5未満 ■ 18.5以上25.0未満 □ 25.0以上



※対象者: 全国31か所の通所利用要介護者683名

図 通所利用要介護者における体格指数(BMI)の状況

表 通所利用要介護者の栄養状態

MNA [®] -SFによる 栄養状態判定	該当人数	該当割合
低栄養 (0-7ポイント)	12名	3.4%
低栄養リスクあり (8-11ポイント)	124名	35.3%
栄養状態良好 (12-14ポイント)	215名	61.3%

38.7%

※対象者: 秋田、富山、福岡、愛知に在住の通所利用要介護者351名

出典: 平成28年度老人保健健康増進等事業「通所介護及び通所リハビリテーションを利用する要介護高齢者に対する栄養改善事業及び口腔機能向上サービス等に関する調査研究事業」(日本歯科大学)

出典: 平成28年度長寿医療研究開発費「高齢者の食の自立を守るための口腔と栄養に関する高齢者入居施設における高齢者老人保健健康増進等事業」介護支援専門員による要介護者等の口腔・栄養状態の把握状況に関する調査研究事業(東京都健康長寿医療センター研究所【同研究所提供データ】)

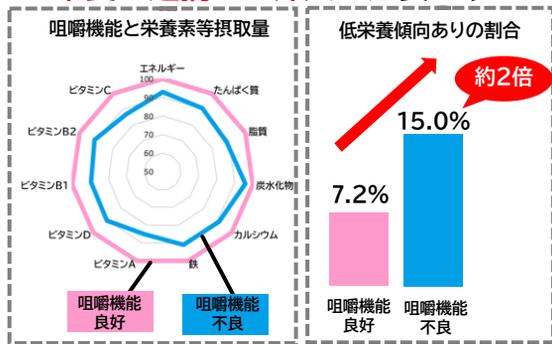
このエビデンスから
平成30年度に栄養スクリーニング加算が新設
されました

しかし!

通所事業所を利用する高齢者は、低栄養だけではなく、**口腔機能の低下リスクも高い**ことが明らかとなりました⁴⁾

舌苔付着あり	23.4%
口腔乾燥あり	58.5%
滑舌低下あり	82.0%
舌圧低下あり	83.9%
嚥下機能低下あり	62.1%
歯科受診の必要性あり	59.1%

また、口腔機能と栄養状態は強く関連することがわかっており⁵⁾、**口腔と栄養が連携した介入が必要です**



咀嚼機能良好グループに比較して、咀嚼機能不良グループは様々な栄養素の摂取が低値を示し、さらに低栄養の割合が高くなります

Check!

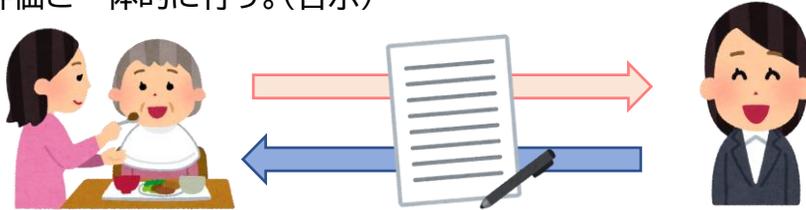
そこで口腔・栄養をいっしょに
スクリーニング評価することのできる
口腔・栄養スクリーニング加算が令和3年に
新設されました!

口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20単位
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5単位

口腔・栄養スクリーニング加算について

【対象サービス】通所介護、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、通所型サービス(介護予防も含む)

通所・居住系等のサービスについて、利用者の口腔機能低下を早期に確認し、適切な管理等を行うことにより、口腔機能低下の重症化等の予防、維持、回復等につなげる観点から、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を創設する。その際、栄養スクリーニング加算による取組・評価と一体的に行う。(告示)



事業所スタッフの方がスクリーニングし、介護支援専門員の方に当該情報の共有を文書等で行うというものです



口腔・栄養スクリーニング加算 (I)

20単位

<算定要件>

介護サービス事業所の従業者が、**利用開始時及び利用中6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、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員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)

5単位

<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に**、口腔の健康状態と栄養状態の**いずれかの確認**を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供していること



※栄養アセスメント加算、栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定しており加算(I)を算定できない場合にのみ算定可能

口腔・栄養スクリーニング加算 スクリーニング項目・書式

	スクリーニング項目	前回結果 (●月●日)	今回結果 (●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) 18.5未満 ※1	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ m ²)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ m ²)
	直近1～6か月間における 3%以上の体重減少 ※2	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ か月)
	直近6か月間における 2～3kg以上の体重減少 ※2	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ 6か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ 6か月)
	血清アルブミン値 (g/dl) 3.5 g/dl未満 ※3	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ((g/dl))	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ((g/dl))
	食事摂取量 75%以下 ※3	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (%)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (%)
特記事項（医師、管理栄養士等への 連携の必要性等）			

口腔評価ポイント！
問診で評価可能

<口腔>

※ なお、口腔スクリーニングを実施した場合に、「硬いものを避け、柔らかいものを中心に食べる者」、「入れ歯を使っている者」及び「むせやすい者」の口腔スクリーニング項目で問題があった利用者、誤嚥性肺炎の既往がある利用者、その他の口腔の健康状態に確認を要する状態の利用者においては、居住系サービスで利用する口腔栄養スクリーニング加算の口腔の健康状態の評価項目の利用も検討することが望ましい。

<栄養>

- ※1 身長が測定出来ない場合は、空欄でも差し支えない
- ※2 体重減少について、いずれかの評価でも差し支えない（初回は評価不要）
- ※3 確認出来ない場合は、空欄でも差し支えない

栄養評価ポイント！
体重の評価がしっかり
できていることが重要！



口腔スクリーニング項目に該当した方の口腔機能の状況

硬いものを避け、柔らかいものばかり食べる



咀嚼機能が低下している可能性があります

- ・咀嚼力の低下は、食べられる食品の減少に関連し、低栄養へとつながります。
- ・硬いものを残し、柔らかいものばかり食べているということはないでしょうか？ふだんの食生活から咀嚼の状態を確認することが大切です
- ・歯が欠けたり、無くなっても、歯科治療(歯の修復、義歯調整)や口腔機能訓練により咀嚼機能は改善します

入れ歯を使っている



あわない入れ歯の使用や歯が抜けているのを放置すると食事摂取量の低下に大きく影響します

- ・入れ歯があわないと噛みにくい、発音しにくい等の問題がでてきます
- ・また、歯が無いまたは、少ないけれど入れ歯を使っているという場合、口腔の問題だけでなく認知症や転倒のリスクが高まることが報告されています

むせやすい



えん下機能(のみこみ)が低下している可能性があります

- ・むせは、誤嚥(ごえん)による呼吸器感染症や窒息のリスクにつながります
食事に集中できる環境を整え、よく噛んで、しっかり飲み込むことが大切です
- ・認知症の方など、要介護状態にある方は、嚥下障害のリスクが高まります
- ・食事後や寝ている間にもむせることがある場合は、かかりつけ医院やかかりつけ歯科医院への受診を検討する必要があります

口腔スクリーニング加算に該当した方は 口腔機能の低下とともに口腔衛生状態も 悪くなっている可能性があります

口腔機能が低下するとお口のなかの自浄作用も低下し、食べ物が口の中に残ったり、入れ歯についたまま残ってしまうことが多くなります。

特に麻痺のある方だと、麻痺側に食物残渣が残りやすくなってしまい、

誤嚥性肺炎のリスクを高めます！

口腔内に食べかすが残り歯垢がついていたり、舌に汚れが付着している



歯と歯の間、歯と歯茎の間に
食物残渣が付着している



舌の動きが悪く、舌苔が厚く
付着している

入れ歯に食べ物が残ってしまう

麻痺側に食物残渣が
付着している



また唾液の減少により口が乾いた状態になると、むし歯や歯周病のリスクが増加し、さらに乾きが進行すると、食べることや会話が困難になってしまいます。

口腔乾燥のある状態



重度の
口腔乾燥

栄養スクリーニング項目に該当した方の栄養状態

どのくらい？

直近1～6か月間における3%以上の
体重減少



体重40kg程度の方だと
6か月間で1.2kg程度
の減少が該当します

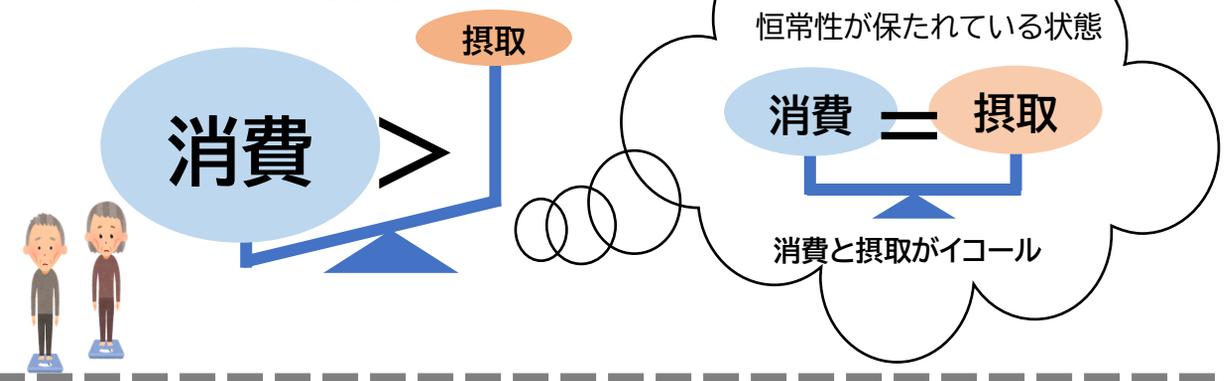
直近6か月間における2～3kg以上の
体重減少



1か月あたり300～400g
程度の減少が該当します

この程度の減少は、見た目にはわかりにくいことが多い、定期的に
体重を確認していないと早期に気づくことができません
また微々たる量だと思いがちですが、エネルギー収支バランスで摂取が少なく、
消費にバランスが傾いている状態は、身体の恒常性が崩れている証拠です。

食事摂取不足等により、消費にバランスが
傾いている状態



体重の減少等による低栄養は、合併症の発症⁶⁾、褥瘡の発生⁷⁾に繋がります



寝たきりの方の
重度の褥瘡

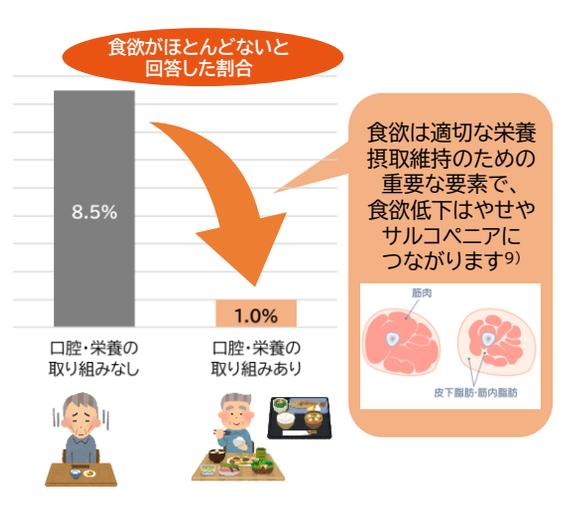
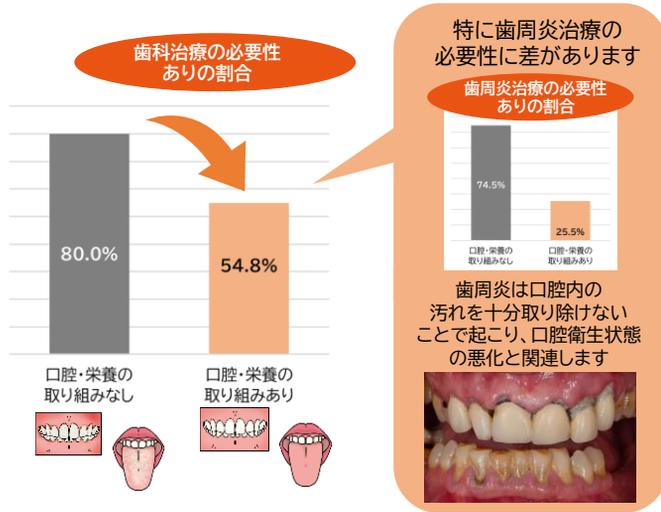
口腔・栄養スクリーニング加算の効果

ご利用者の口腔・栄養状態への効果

通所事業所で口腔・栄養スクリーニングや口腔機能向上・栄養状態改善に取り組むことで良い効果がもたらします⁸⁾

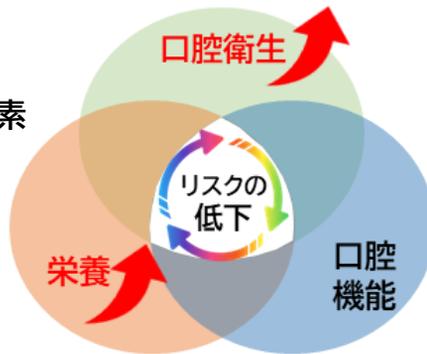
歯科専門職による口腔内の評価で**歯科治療の必要あり**の割合は、口腔・栄養の取り組みなしの通所事業所では57.1%であったのに対し、口腔・栄養の取り組みのある通所事業所では42.9%と低値を示しました

食欲がほとんどないと回答する割合は、口腔・栄養の取り組みなしの通所事業所では8.5%であったのに対し、口腔・栄養の取り組みのある通所事業所では1%と低値を示しました



これらの結果から、口腔衛生、栄養状態の維持・向上は口腔機能維持・向上へと**好循環につながり**誤嚥性肺炎の予防に効果的であると考えられます

誤嚥性肺炎に関連する3要素



また利用者への口腔・栄養の向上への効果のみではなく、通所事業所スタッフの方の口腔・栄養への意識の向上や情報の共有増加につながります

口腔・栄養スクリーニングを実施している通所事業所の加算算定後の効果

介護支援専門員との情報連携の機会が増加した

65.2%

利用者・家族との情報連携の機会が増加した

63.4%

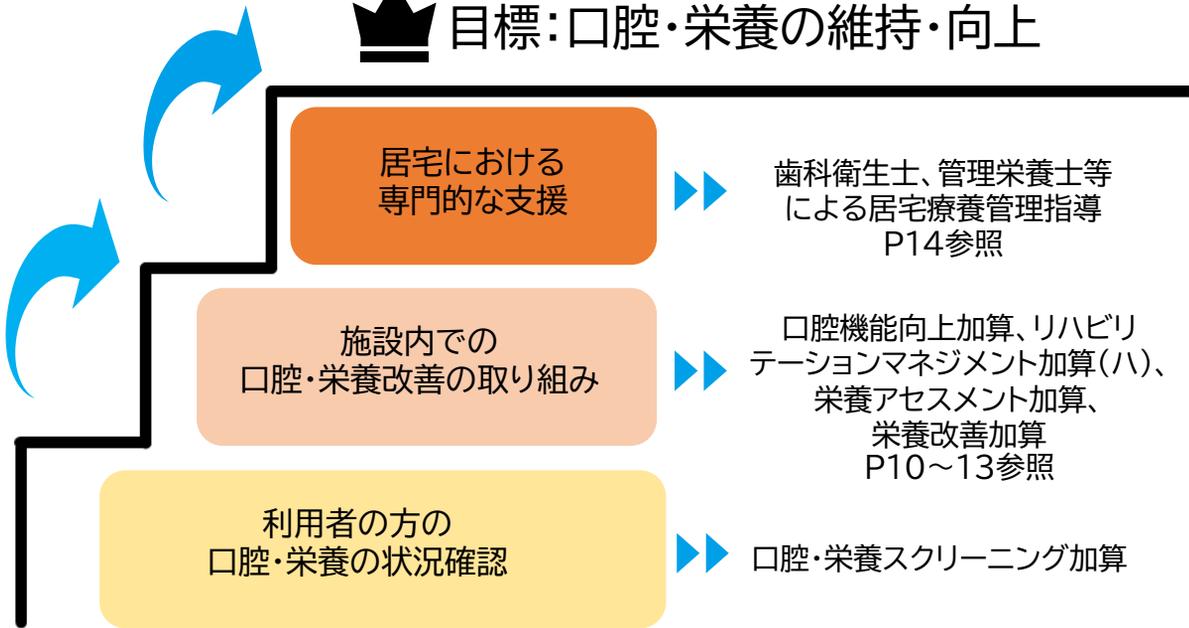
介護スタッフの口腔・栄養への意識が向上した

61.6%

口腔・栄養のスクリーニング後の次のステップ！

口腔・栄養のスクリーニングを実施し課題があったご利用者には、口腔・栄養状態の維持・向上を目指した次のステップとして口腔・栄養改善の取り組みを行い、必要に応じて居宅療養管理指導を行います

目標：口腔・栄養の維持・向上



令和6年度の介護報酬改定において、通所事業所においてもリハビリテーション・栄養・口腔の一体的な取り組みが進められています

上記に記載した加算はその支えとなるもので、下記のようにさまざまな取り組みによってリハビリテーション・栄養・口腔の一体的な取り組みの構築が今後さらに求められていきます

R6年改定後

リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組

赤字：R6の主な改定事項

通所	通所リハ	<p>＜リハビリテーションマネジメント加算＞ (6月以内) イ：560単位/日、ロ：593単位/月、ハ：793単位/月 (6月以上) イ：240単位/日、ロ：273単位/月、ハ：473単位/月</p> <p>ハの算定要件：管理栄養士の配置（外部連携可）、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員の配置。口腔の健康状態の評価及び栄養アセスメントを実施し、関係職種の間で一体的に共有するとともに、LIFEに情報提出</p>	<p>＜栄養アセスメント加算＞ 50単位/月</p> <p>算定要件：管理栄養士が多職種と共同して栄養アセスメント（利用者ごとの低栄養状態のリスク及び解決すべき課題を把握）を実施し、利用者等への相談に応じる</p>	<p>＜栄養改善加算＞ 200単位/回</p> <p>算定要件：栄養改善を目的として管理栄養士等が共同して作成した利用者ごとの栄養ケア計画に従い、必要に応じて居宅訪問等を実施し、栄養管理を行うとともに、定期的な栄養ケア計画の進捗状況の評価を実施</p>	<p>＜口腔機能向上加算＞ (月2回) I：150単位/回、IIイ（リハ・栄養）：155単位/回、IIロ（LIFE）：160単位/回</p> <p>IIイの算定要件：リハビリテーションマネジメント加算ハを算定し、口腔清掃の指導若しくは実施、又は摂食・嚥下訓練の指導若しくは実施</p>	<p>一体的な実施計画書</p> <p>○リハビリテーション・栄養管理・口腔管理実施計画書（通所系）</p> <p>○個別機能訓練・栄養管理・口腔管理実施計画書（通所系）</p>
	介護予防通所リハ	<p>※リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組においては各加算において共有された情報を活用する。</p>		<p>＜口腔機能向上加算＞ (月2回) I：150単位/回、IIロ（LIFE）：160単位/回</p> <p>算定要件：口腔清掃の指導若しくは実施、又は摂食・嚥下訓練の指導若しくは実施</p>		
	通所介護					

口腔管理 次のステップ！ 口腔機能向上加算

口腔機能向上加算の対象となる介護サービス種別

通所介護、地域密着型通所介護、(介護予防)認知症対応型通所介護、(介護予防)通所リハビリテーション、看護小規模多機能型居宅介護

口腔機能向上加算の算定要件

口腔機能向上加算は、口腔機能が低下している、またはそのおそれのある利用者に対し、口腔機能の向上を目的とした口腔機能向上サービス(※)を行った場合に算定できます。

※口腔機能向上サービス:個別的に実施される口腔清掃の指導もしくは実施、摂食・嚥下機能に関する訓練の指導もしくは実施であって、利用者の心身の状態の維持または向上に資すると認められるもの

口腔機能向上加算(I)の算定要件 150単位/回(月2回を限度)

- ・言語聴覚士、歯科衛生士または看護職員を1名以上配置している
- ・利用者の口腔機能を利用開始時に把握している
- ・言語聴覚士、歯科衛生士、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、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成している
- ・利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い、言語聴覚士、歯科衛生士または看護職員が口腔機能向上サービスを行っている
- ・利用者の口腔機能を定期的に記録している
- ・利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価している
- ・評価の結果について、担当の介護支援専門員、主治医、主治歯科医に情報提供している
- ・定員超過利用、人員基準欠如に該当していない

口腔機能向上加算(II)の算定要件 160単位/回(月2回を限度)

- ・加算(I)の算定基準をすべて満たしている
- ・利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している(LIFEへのデータ提出とフィードバックの活用)
- ・加算I・IIの併算定は不可

口腔機能向上加算の対象者

口腔機能向上加算を算定できる利用者は、以下のいずれかに該当し、口腔機能向上サービスが必要だと認められる者になります。

- ・認定調査票における嚥下、食事摂取、口腔清潔の3項目のいずれかの項目において「1」以外に該当する者
- ・基本チェックリストの口腔機能に関連する(13)(14)(15)の3項目のうち、2項目以上が「1」に該当する者
- ・その他口腔機能の低下している者またはそのおそれのある者

口腔機能向上加算の留意点

- ・以下に該当する場合は、口腔機能向上加算は算定できません。
- 介護保険の口腔機能向上サービスとして「摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施」を行っていない場合。
- ・3カ月以内の期間に限り1月に2回を限度として算定
- ※ただし、口腔機能向上サービスの開始から3カ月ごとの利用者の口腔状態の評価の結果、口腔機能が改善せず、引き続き口腔機能向上サービスを行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定可能

口腔・栄養管理 次のステップ！ リハビリテーションマネジメント加算（ハ）

新設・通所リハビリテーション事業所のみ

リハビリテーションマネジメント加算は、リハビリテーションの質の向上を図るため、多職種が共同して、心身機能、活動・参加をするための機能について、バランス良くアプローチするリハビリテーションが提供できているかを継続的に管理していることを評価するものです。リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組を推進し、自立支援・重度化防止を効果的に進める観点から、通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算について、新たな区分としてリハビリテーションマネジメント加算（ハ）が新設されました。

リハビリテーションマネジメント加算（ハ）の算定要件等

- ・リハビリテーションマネジメント加算（ロ）の要件を満たしていること
- ・事業所の従業者として、又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置していること
- ・利用者ごとに、多職種が共同して栄養アセスメント及び口腔の健康状態の把握を行っていること
- ・利用者ごとに、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員がその他の職種の人と共同して口腔の健康状態を評価し、当該利用者の口腔の健康状態に係る解決すべき課題の把握を行っていること
- ・利用者ごとに、関係職種が、通所リハビリテーション計画の内容の情報等や、利用者の口腔の健康状態に関する情報及び利用者の栄養状態に関する情報を相互に共有すること
- ・共有した情報を踏まえ、必要に応じて通所リハビリテーション計画を見直し、当該見直しの内容を関係職種に対して情報提供していること

リハビリテーションマネジメント加算（ハ）の単位

同意日の属する月から6月以内793単位/月、6月超473単位/月

※医師が利用者またはその家族に説明した場合上記に加えて270単位

リハビリテーションマネジメント加算（ハ）の留意点

リハビリテーションマネジメント加算（ハ）を算定している場合は、口腔機能向上加算（Ⅱ）を算定する（口腔機能向上加算（Ⅰ）と（Ⅱ）は算定できない）。

また、口腔機能向上サービスの開始から3月ごとの利用者の口腔機能の評価の結果、口腔機能が向上せず、口腔機能向上サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定することができる。



栄養ケア 次のステップ！ 栄養アセスメント加算

栄養アセスメント加算の対象となる介護サービス種別

通所介護、地域密着型通所介護、(介護予防)認知症対応型通所介護、(介護予防)通所リハビリテーション、看護小規模多機能型居宅介護

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を算定するには、以下の要件すべてを満たすことが求められます。

- ・当該事業所の従業者として、または外部(※1)との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。
- ・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(※2)が共同して栄養アセスメントを実施すること。
- ・利用者またはその家族に対して栄養アセスメント結果を説明し、相談等に必要に応じ対応すること。
- ・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に提出し、栄養管理の実施に当たって、栄養状態等の情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報(LIFEのフィードバック情報等)を活用していること。
- ・定員超過利用・人員欠如減算に該当していないこと。

※1)他の介護事業所、医療機関、介護保険施設、日本栄養士会や都道府県栄養士会が設置・運営する「栄養ケア・ステーション」。ただし、介護保険施設については、常勤で1以上又は栄養マネジメント強化加算の算定要件の数を超えて管理栄養士を配置している施設に限る。

※2)(介護予防)通所リハビリテーションにおける共同して栄養アセスメントを行う職種は、「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」が該当。

栄養アセスメント加算の単位数

50単位/月

栄養アセスメントの手順

栄養アセスメントでは、以下の2項目の実施が求められます。

- ・利用者の体重を1月ごとに測定すること。
 - ・①～④の手順に従い、栄養アセスメントを3月に1回以上実施すること。
- ① 利用者ごとの低栄養状態のリスクを、利用開始時に把握する
 - ② 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、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮しつつ、解決すべき栄養管理上の課題を把握する
 - ③ ①②の結果を利用者又はその家族に対して説明し、必要に応じ解決すべき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
 - ④ 低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者については、介護支援専門員と情報共有を行い、栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供を検討するように依頼する

留意事項

・原則として、利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間、及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月は、栄養アセスメント加算は算定しない。ただし、栄養アセスメントの結果、栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供が必要と判断された場合は、栄養アセスメント加算の算定月でも栄養改善加算を算定できる。

栄養ケア 次のステップ！ 栄養改善加算

栄養改善加算の対象となる介護サービス種別

通所介護、地域密着型通所介護、(介護予防)認知症対応型通所介護、(介護予防)通所リハビリテーション、看護小規模多機能型居宅介護

栄養改善加算の算定要件

栄養改善加算を算定するには、以下の要件をすべて満たす必要があります。

- ・事業所の従業者または外部との連携により、管理栄養士を1名以上配置していること。
- ・利用者の栄養状態を利用開始時に把握していること。
- ・管理栄養士等が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること。
- ・利用者ごとの栄養ケア計画に従い、必要に応じて当該利用者の居宅を訪問し、管理栄養士等が栄養改善サービスを行うこと。
- ・利用者の栄養状態を定期的に記録していること。
- ・利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価すること。
- ・定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

栄養改善加算の単位数

200単位/回(月に2回を限度)

※介護予防サービスの場合、200単位/月

※3カ月以内の期間に限り1月の間に2回を限度として算定できる。

※ただし、栄養改善サービスの開始から3カ月ごとの利用者の栄養状態の評価の結果、低栄養状態が改善せず、栄養改善サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定可能。

栄養改善加算の留意点

- ・栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスの提供は、ケアマネジメントの一環として行う。
- ・口腔及び摂食・嚥下機能、生活機能の低下、褥瘡、食欲の低下、閉じこもり、認知症、うつの問題を有する利用者については、栄養改善加算の対象者となるか適宜確認が求められる。
- ・原則、栄養改善加算は、栄養アセスメント加算、口腔・栄養スクリーニング加算との併算定不可。ただし、栄養アセスメント加算に基づく栄養アセスメントまたは口腔・栄養スクリーニング加算に基づく栄養スクリーニングの結果、栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供が必要と判断された場合は、栄養アセスメント加算、口腔・栄養スクリーニング加算の算定月でも栄養改善加算を算定できる。



Check!

歯科衛生士等、管理栄養士による 居宅療養管理指導が変わります！

	これまで	令和6年度から
 歯科衛生士等	在宅の利用者であって 通院 または通所が困難なものに 対して 、(中略)1月に4回を限度 として、所定単位数を算定	在宅の利用者であって 通院が困難なものに 対して 、(中略)1月に4回を限度として(がん 末期の利用者については、1月に6回(※以下 資料①参照)、所定単位数を算定
 管理栄養士	在宅の利用者であって 通院 または通所が困難なものに 対して 、(中略)1月に2回を 限度として、所定単位数を 算定	在宅の利用者であって 通院が困難なものに 対して 、(中略)1月に4回を限度として(※以下 資料②参照)、所定単位数を算定

通所事業所を利用していても歯科衛生士等・管理栄養士による
居宅療養管理指導が受けられるようになります！

令和5年度まで

利用者の状況	通所可	通所不可
通院可	算定不可	算定不可
通院不可	算定不可	算定可

通所利用者不可
だったのが・・・

令和6年度から

利用者の状況	通所可	通所不可
通院可	算定不可	算定不可
通院不可	算定可	算定可

算定可
緩和

単位数
○歯科衛生士等が行う場合
単一建物居住者が1人：362単位
単一建物居住者が2～9人：326単位
単一建物居住者が10人以上：295単位

○管理栄養士が行う場合
(1)当該事業所の管理栄養士
単一建物居住者が1人：545単位
単一建物居住者が2～9人：487単位
単一建物居住者が10人以上：444単位
(2)当該事業所以外の管理栄養士
単一建物居住者が1人：525単位
単一建物居住者が2～9人：467単位
単一建物居住者が10人以上：424単位

資料①

がん末期の者に対する 歯科衛生士等の介入の充実



居宅療養管理指導について、全身状態の悪化とともに口腔衛生管理の頻度が増加する終末期がん患者の歯科衛生士等による歯科衛生指導を充実させる観点から、終末期がん患者の利用者について居宅療養管理指導(歯科衛生士等が行う場合)の算定回数上限を緩和する。

→1月に4回(がん末期の利用者については、1月に6回)を限度として、所定単位数を算定する

資料②

管理栄養士による居宅療養管理 指導の算定回数の見直し



- ・計画的な医学的管理を行っている医師が、利用者の急性増悪等により一時的に頻回の栄養管理を行う必要がある旨の特別の指示を行う
- ・利用者を訪問し、栄養管理に係る情報提供および指導または助言を行う
- ・特別の指示に基づく管理栄養士による居宅療養管理指導は、その指示の日から30日間に限り、従来の居宅療養管理指導の限度回数(1月に2回)を超えて、2回を限度として行うことができる

引用

- 1) Tanaka T, Takahashi K, Hirano H, et al., Oral Frailty as a Risk Factor for Physical Frailty and Mortality in Community-Dwelling Elderly. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2018, 10; 73(12): 1661-1667.
- 2) Motokawa K, Yasuda J, Mikami Y, et al., The Mini Nutritional Assessment-Short Form as a predictor of nursing home mortality in Japan: A 30-month longitudinal study. *Arch Gerontol Geriatr*. 2020, 86; 103954.
- 3) 厚生労働省, 2018年度診療報酬改定・介護報酬改定(栄養関係)について
- 4) 東京都健康長寿医療センター研究所, 平成30年度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報告書
- 5) Motokawa K, Mikami Y, Shirobe M, et al., Relationship between Chewing Ability and Nutritional Status in Japanese Older Adults: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021, 29; 18(3): 1216.
- 6) Potter J, Klipstein K, Reilly JJ, et al. The nutritional status and clinical course of acute admissions to a geriatric unit. *Age Ageing*. 1995, 24: 131-136.
- 7) Bergstrom N, Braden B. A prospective study of pressure sore risk among institutionalized elderly. *J Am Geriatr Soc*. 1992, 40: 747-758.
- 8) 東京都健康長寿医療センター研究所, 令和5年度老人保健健康増進等事業 通所事業所等における口腔・栄養関連サービスに関する調査研究事業報告書
- 9) Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al., Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001, 56; 146-156.

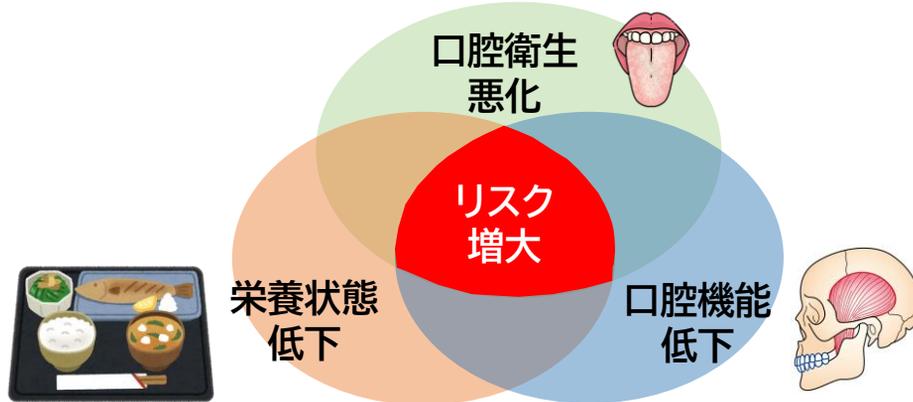


**地域で支える！
口腔管理・栄養ケア**

早期からの口腔管理・栄養ケアの必要性

※口腔管理とは口腔機能と口腔ケアの管理を指します

誤嚥性肺炎に関連する3要素

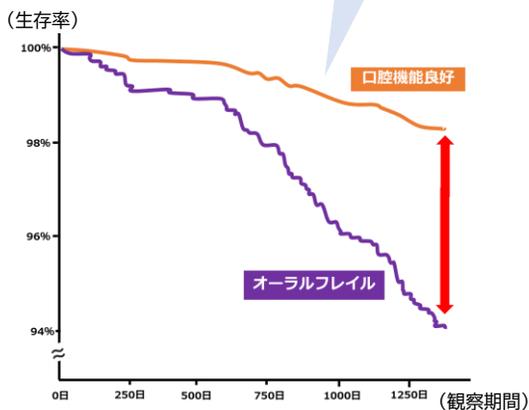


これらが悪化・低下すると誤嚥性肺炎のリスクが高まります

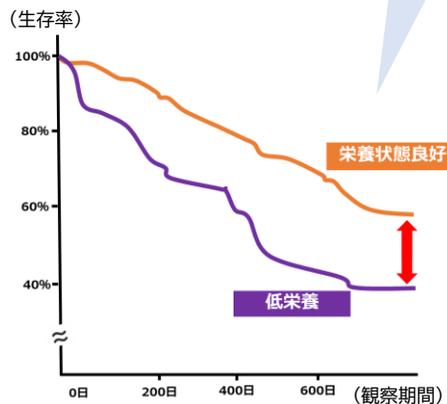


口腔機能の低下であるオーラルフレイルや低栄養を有することは肺炎だけではなく、死亡率の増加にも直結することがわかっています

地域高齢者において、口腔機能の衰えであるオーラルフレイルを有することは、4年後の死亡リスクを**4倍高め**ます¹⁾



要介護高齢者の栄養状態を維持することは、30か月後の死亡リスクを**10%以上減少**させます²⁾



Check!

肺炎や死亡率の増加を抑制するためにも早期からの口腔管理・栄養ケアが重要です



通所等で実施する口腔・栄養スクリーニング加算 創設の経緯

通所事業所を利用する高齢者のうち
低栄養リスクを有する方が一定数います³⁾

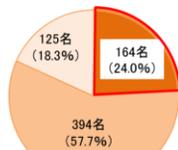
通所サービス利用者の栄養状態

社保審-介護給付費分科会
第178 (R2.6.25) | 資料1

○ 通所サービス利用者のうち、BMI18.5未満が24.0%、MNA[®]-SFによる低栄養・低栄養リスクありが38.7%

3. (1)④

BMI
■ 18.5未満 ■ 18.5以上25.0未満 □ 25.0以上



※対象者：全国31か所の通所利用要介護者683名

図 通所利用要介護者における体格指数(BMI)の状況

表 通所利用要介護者の栄養状態

MNA [®] -SFによる 栄養状態判定	該当人数	該当割合
低栄養 (0-7ポイント)	12名	3.4%
低栄養リスクあり (8-11ポイント)	124名	35.3%
栄養状態良好 (12-14ポイント)	215名	61.3%

38.7%

※対象者：秋田、富山、福岡、愛知に在住の通所利用要介護者351名

出典：平成28年度老人保健健康増進等事業「通所介護及び通所リハビリテーションを利用する要介護高齢者に対する栄養状態調査及び口腔機能向上サービス等に関する調査研究事業」(日本歯科大学)

出典：平成28年度長寿医療研究開発費「高齢者の食の自立を守るための口腔と栄養に関する高齢者入居施設における平成25年度老人保健健康増進等事業「介護支援専門員による要介護者等の口腔・栄養状態の把握状況に関する調査研究事業」(東京都健康長寿医療センター研究所)【同研究所提供データ】

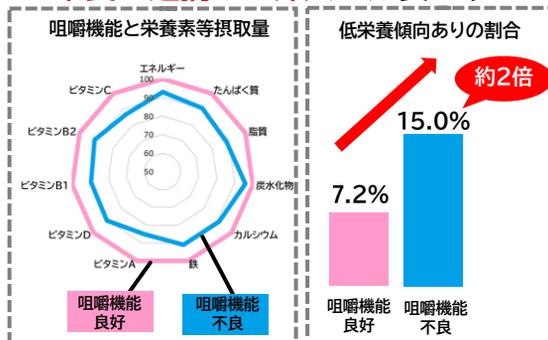
このエビデンスから
平成30年度に栄養スクリーニング加算が新設
されました

しかし！

通所事業所を利用する高齢者は、低栄養だけではなく、**口腔機能の低下リスクも高い**ことが明らかとなりました⁴⁾

舌苔付着あり	23.4%
口腔乾燥あり	58.5%
滑舌低下あり	82.0%
舌圧低下あり	83.9%
嚥下機能低下あり	62.1%
歯科受診の必要性あり	59.1%

また、口腔機能と栄養状態は強く関連することがわかっており⁵⁾、**口腔と栄養が連携した介入が必要です**



咀嚼機能良好グループに比較して、咀嚼機能不良グループは様々な栄養素の摂取が低値を示し、さらに低栄養の割合が高くなります

Check!

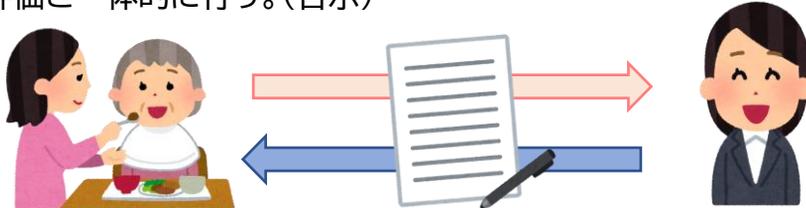
そこで口腔・栄養をいっしょに
スクリーニング評価することのできる
口腔・栄養スクリーニング加算が令和3年に
新設されました！

口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20単位
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5単位

口腔・栄養スクリーニング加算について

【対象サービス】通所介護、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、通所型サービス(介護予防も含む)

通所・居住系等のサービスについて、利用者の口腔機能低下を早期に確認し、適切な管理等を行うことにより、口腔機能低下の重症化等の予防、維持、回復等につなげる観点から、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を創設する。その際、栄養スクリーニング加算による取組・評価と一体的に行う。(告示)



事業所スタッフの方がスクリーニングし、介護支援専門員の方に当該情報の共有を文書等で行うというものです



口腔・栄養スクリーニング加算 (I)

20単位

<算定要件>

介護サービス事業所の従業者が、**利用開始時及び利用中6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、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員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)

5単位

<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に**、口腔の健康状態と栄養状態の**いずれかの確認**を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供していること



※栄養アセスメント加算、栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定しており加算(I)を算定できない場合にのみ算定可能

口腔・栄養スクリーニング加算 スクリーニング項目・書式

	スクリーニング項目	前回結果 (●月●日)	今回結果 (●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) 18.5未満 ※1	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ m ²)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ m ²)
	直近1～6か月間における 3%以上の体重減少 ※2	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ か月)
	直近6か月間における 2～3kg以上の体重減少 ※2	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ 6か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ 6か月)
	血清アルブミン値 (g/dl) 3.5 g/dl未満 ※3	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ((g/dl))	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ((g/dl))
	食事摂取量 75%以下 ※3	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (%)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (%)
特記事項（医師、管理栄養士等への 連携の必要性等）			

口腔評価ポイント！
問診で評価可能

<口腔>

※ なお、口腔スクリーニングを実施した場合に、「硬いものを避け、柔らかいものを中心に食べる者」、「入れ歯を使っている者」及び「むせやすい者」の口腔スクリーニング項目で問題があった利用者、誤嚥性肺炎の既往がある利用者、その他の口腔の健康状態に確認を要する状態の利用者においては、居住系サービスで利用する口腔栄養スクリーニング加算の口腔の健康状態の評価項目の利用も検討することが望ましい。

<栄養>

- ※1 身長が測定出来ない場合は、空欄でも差し支えない
- ※2 体重減少について、いずれかの評価でも差し支えない（初回は評価不要）
- ※3 確認出来ない場合は、空欄でも差し支えない

栄養評価ポイント！
体重の評価がしっかり
できていることが重要！



口腔スクリーニング項目に該当した方の口腔機能の状況

硬いものを避け、柔らかいものばかり食べる



咀嚼機能が低下している可能性があります

- ・咀嚼力の低下は、食べられる食品の減少に関連し、低栄養へとつながります。
- ・硬いものを残し、柔らかいものばかり食べているということはないでしょうか？ふだんの食生活から咀嚼の状態を確認することが大切です
- ・歯が欠けたり、無くなっても、歯科治療(歯の修復、義歯調整)や口腔機能訓練により咀嚼機能は改善します

入れ歯を使っている



あわない入れ歯の使用や歯が抜けているのを放置すると食事摂取量の低下に大きく影響します

- ・入れ歯があわないと噛みにくい、発音しにくい等の問題がでてきます
- ・また、歯が無いまたは、少ないけれど入れ歯を使っているという場合、口腔の問題だけでなく認知症や転倒のリスクが高まることが報告されています

むせやすい



えん下機能(のみこみ)が低下している可能性があります

- ・むせは、誤嚥(ごえん)による呼吸器感染症や窒息のリスクにつながります
食事に集中できる環境を整え、よく噛んで、しっかり飲み込むことが大切です
- ・認知症の方など、要介護状態にある方は、嚥下障害のリスクが高まります
- ・食事後や寝ている間にもむせることがある場合は、かかりつけ医院やかかりつけ歯科医院への受診を検討する必要があります

口腔スクリーニング加算に該当した方は 口腔機能の低下とともに口腔衛生状態も 悪くなっている可能性があります

口腔機能が低下するとお口のなかの自浄作用も低下し、食べ物が口の中に残ったり、入れ歯についてそのまま残ってしまうことが多くなります。特に麻痺のある方だと、麻痺側に食物残渣が残りやすくなってしまい、

誤嚥性肺炎のリスクを高めます！

口腔内に食べかすが残り歯垢がついていたり、舌に汚れが付着している



歯と歯の間、歯と歯茎の間に食物残渣が付着している



舌の動きが悪く、舌苔が厚く付着している

入れ歯に食べ物が残ってしまう

麻痺側に食物残渣が付着している



また唾液の減少により口が乾いた状態になると、むし歯や歯周病のリスクが増加し、さらに乾きが進行すると、食べることや会話が困難になってしまいます。

口腔乾燥のある状態



重度の口腔乾燥

栄養スクリーニング項目に該当した方の栄養状態

どのくらい？

直近1～6か月間における3%以上の
体重減少



体重40kg程度の方だと
6か月間で1.2kg程度
の減少が該当します

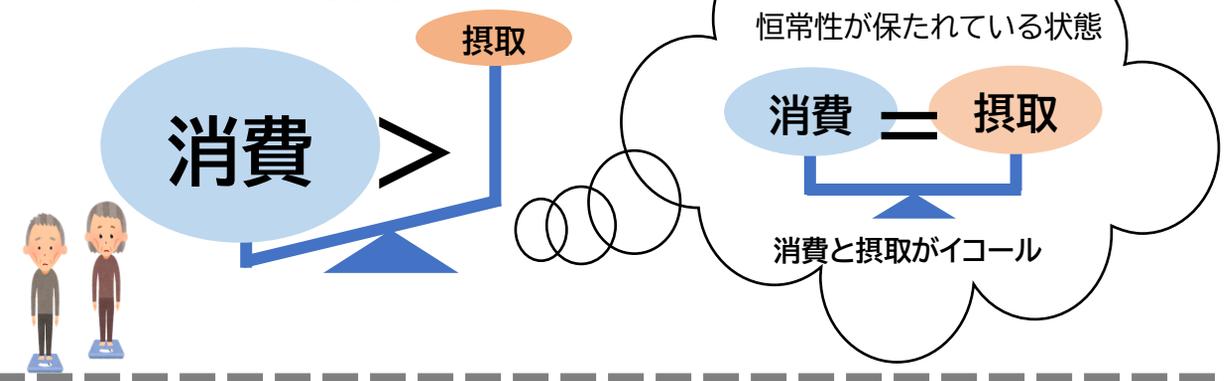
直近6か月間における2～3kg以上の
体重減少



1か月あたり300～400g
程度の減少が該当します

この程度の減少は、見た目にはわかりにくいことが多い、定期的に
体重を確認していないと早期に気づくことができません
また微々たる量だと思いがちですが、エネルギー収支バランスで摂取が少なく、
消費にバランスが傾いている状態は、身体の恒常性が崩れている証拠です。

食事摂取不足等により、消費にバランスが
傾いている状態



体重の減少等による低栄養は、合併症の発症⁶⁾、褥瘡の発生⁷⁾に繋がります



寝たきりの方の
重度の褥瘡

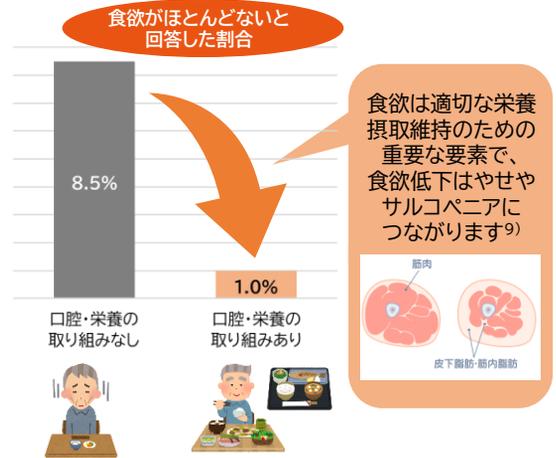
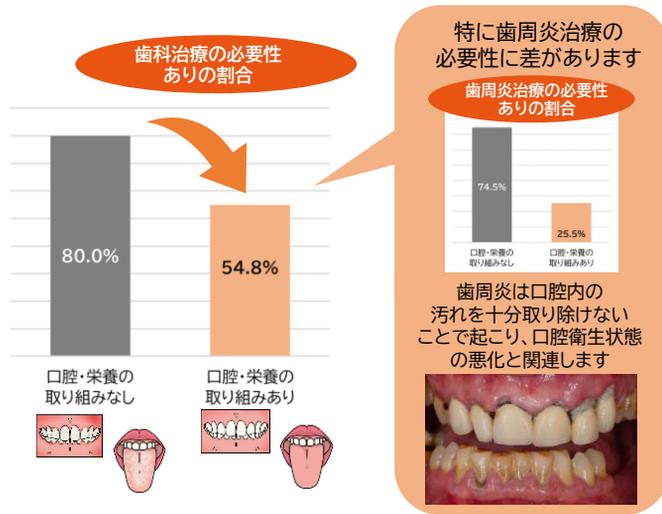
口腔・栄養スクリーニング加算の効果

ご利用者の口腔・栄養状態への効果

通所事業所で口腔・栄養スクリーニングや口腔機能向上・栄養状態改善に取り組むことで良い効果がもたらします⁸⁾

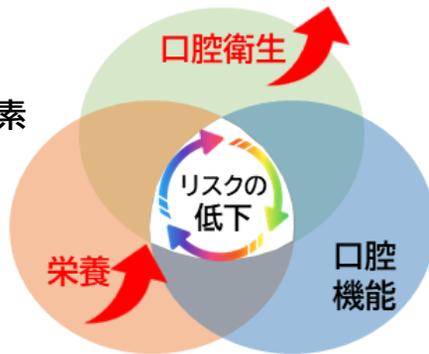
歯科専門職による口腔内の評価で**歯科治療の必要あり**の割合は、口腔・栄養の取り組みなしの通所事業所では57.1%であったのに対し、口腔・栄養の取り組みのある通所事業所では42.9%と低値を示しました

食欲がほとんどないと回答する割合は、口腔・栄養の取り組みなしの通所事業所では8.5%であったのに対し、口腔・栄養の取り組みのある通所事業所では1%と低値を示しました



これらの結果から、口腔衛生、栄養状態の維持・向上は口腔機能維持・向上へと**好循環につながり**誤嚥性肺炎の予防に効果的であると考えられます

誤嚥性肺炎に関連する3要素



また利用者への口腔・栄養の向上への効果のみではなく、通所事業所スタッフの方の口腔・栄養への意識の向上や情報の共有増加につながります

口腔・栄養スクリーニングを実施している通所事業所の加算算定後の効果

介護支援専門員との情報連携の機会が増加した

65.2%

利用者・家族との情報連携の機会が増加した

63.4%

介護スタッフの口腔・栄養への意識が向上した

61.6%

地域におけるシームレスな 口腔・栄養管理を目指した次のステップ！



口腔・栄養のスクリーニングをした後、次のステップは？

Check!

口腔・栄養の状態が低下傾向にある場合は、
改善に取り組むことが大切です！
さらに自宅においても歯科衛生士、管理栄養士等の
専門家から療養上の支援を受け、**地域におけるシームレスな
口腔・栄養管理を行い、介護の重度化等を予防**
することが重要となります！

地域におけるシームレスな 口腔・栄養管理へ



居宅における
専門的な支援

▶▶ 歯科衛生士、管理栄養士等
による居宅療養管理指導
P14参照

施設内での
口腔・栄養改善の取り組み

▶▶ 口腔機能向上加算、リハビリ
テーションマネジメント加算(ハ)、
栄養アセスメント加算、
栄養改善加算
P10～13参照

利用者の方の
口腔・栄養の状況確認

▶▶ 口腔・栄養スクリーニング加算

口腔管理 次のステップ！ 口腔機能向上加算

口腔機能向上加算の対象となる介護サービス種別

通所介護、地域密着型通所介護、(介護予防)認知症対応型通所介護、(介護予防)通所リハビリテーション、看護小規模多機能型居宅介護

口腔機能向上加算の算定要件

口腔機能向上加算は、口腔機能が低下している、またはそのおそれのある利用者に対し、口腔機能の向上を目的とした口腔機能向上サービス(※)を行った場合に算定できます。

※口腔機能向上サービス:個別的に実施される口腔清掃の指導もしくは実施、摂食・嚥下機能に関する訓練の指導もしくは実施であって、利用者の心身の状態の維持または向上に資すると認められるもの

口腔機能向上加算(I)の算定要件 150単位/回(月2回を限度)

- ・言語聴覚士、歯科衛生士または看護職員を1名以上配置している
- ・利用者の口腔機能を利用開始時に把握している
- ・言語聴覚士、歯科衛生士、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、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成している
- ・利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い、言語聴覚士、歯科衛生士または看護職員が口腔機能向上サービスを行っている
- ・利用者の口腔機能を定期的に記録している
- ・利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価している
- ・評価の結果について、担当の介護支援専門員、主治医、主治歯科医に情報提供している
- ・定員超過利用、人員基準欠如に該当していない

口腔機能向上加算(II)の算定要件 160単位/回(月2回を限度)

- ・加算(I)の算定基準をすべて満たしている
- ・利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している(LIFEへのデータ提出とフィードバックの活用)
- ・加算I・IIの併算定は不可

口腔機能向上加算の対象者

口腔機能向上加算を算定できる利用者は、以下のいずれかに該当し、口腔機能向上サービスが必要だと認められる者になります。

- ・認定調査票における嚥下、食事摂取、口腔清潔の3項目のいずれかの項目において「1」以外に該当する者
- ・基本チェックリストの口腔機能に関連する(13)(14)(15)の3項目のうち、2項目以上が「1」に該当する者
- ・その他口腔機能の低下している者またはそのおそれのある者

口腔機能向上加算の留意点

- ・以下に該当する場合は、口腔機能向上加算は算定できません。
- 介護保険の口腔機能向上サービスとして「摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施」を行っていない場合。
- ・3カ月以内の期間に限り1月に2回を限度として算定
- ※ただし、口腔機能向上サービスの開始から3カ月ごとの利用者の口腔状態の評価の結果、口腔機能が改善せず、引き続き口腔機能向上サービスを行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定可能

口腔・栄養管理 次のステップ！ リハビリテーションマネジメント加算（ハ）

新設・通所リハビリテーション事業所のみ

リハビリテーションマネジメント加算は、リハビリテーションの質の向上を図るため、多職種が共同して、心身機能、活動・参加をするための機能について、バランス良くアプローチするリハビリテーションが提供できているかを継続的に管理していることを評価するものです。リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組を推進し、自立支援・重度化防止を効果的に進める観点から、通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算について、新たな区分としてリハビリテーションマネジメント加算(ハ)が新設されました。

リハビリテーションマネジメント加算(ハ)の算定要件等

- ・リハビリテーションマネジメント加算(ロ)の要件を満たしていること
- ・事業所の従業者として、又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置していること
- ・利用者ごとに、多職種が共同して栄養アセスメント及び口腔の健康状態の把握を行っていること
- ・利用者ごとに、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員がその他の職種の者と共同して口腔の健康状態を評価し、当該利用者の口腔の健康状態に係る解決すべき課題の把握を行っていること
- ・利用者ごとに、関係職種が、通所リハビリテーション計画の内容の情報等や、利用者の口腔の健康状態に関する情報及び利用者の栄養状態に関する情報を相互に共有すること
- ・共有した情報を踏まえ、必要に応じて通所リハビリテーション計画を見直し、当該見直しの内容を関係職種に対して情報提供していること

リハビリテーションマネジメント加算(ハ)の単位

同意日の属する月から6月以内793単位/月、6月超473単位/月

※医師が利用者またはその家族に説明した場合上記に加えて270単位

リハビリテーションマネジメント加算(ハ)の留意点

リハビリテーションマネジメント加算(ハ)を算定している場合は、口腔機能向上加算（Ⅱ）イを算定する（口腔機能向上加算（Ⅰ）と（Ⅱ）ロは算定できない）。

また、口腔機能向上サービスの開始から3月ごとの利用者の口腔機能の評価の結果、口腔機能が向上せず、口腔機能向上サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定することができる。



栄養ケア 次のステップ！ 栄養アセスメント加算

栄養アセスメント加算の対象となる介護サービス種別

通所介護、地域密着型通所介護、(介護予防)認知症対応型通所介護、(介護予防)通所リハビリテーション、看護小規模多機能型居宅介護

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を算定するには、以下の要件すべてを満たすことが求められます。

- ・当該事業所の従業者として、または外部(※1)との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。
- ・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(※2)が共同して栄養アセスメントを実施すること。
- ・利用者またはその家族に対して栄養アセスメント結果を説明し、相談等に必要に応じ対応すること。
- ・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に提出し、栄養管理の実施に当たって、栄養状態等の情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報(LIFEのフィードバック情報等)を活用していること。
- ・定員超過利用・人員欠如減算に該当していないこと。

※1)他の介護事業所、医療機関、介護保険施設、日本栄養士会や都道府県栄養士会が設置・運営する「栄養ケア・ステーション」。ただし、介護保険施設については、常勤で1以上又は栄養マネジメント強化加算の算定要件の数を超過して管理栄養士を配置している施設に限る。

※2)(介護予防)通所リハビリテーションにおける共同して栄養アセスメントを行う職種は、「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」が該当。

栄養アセスメント加算の単位数

50単位/月

栄養アセスメントの手順

栄養アセスメントでは、以下の2項目の実施が求められます。

- ・利用者の体重を1月ごとに測定すること。
 - ・①～④の手順に従い、栄養アセスメントを3月に1回以上実施すること。
- ① 利用者ごとの低栄養状態のリスクを、利用開始時に把握する
 - ② 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、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮しつつ、解決すべき栄養管理上の課題を把握する
 - ③ ①②の結果を利用者又はその家族に対して説明し、必要に応じ解決すべき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
 - ④ 低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者については、介護支援専門員と情報共有を行い、栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供を検討するように依頼する

留意事項

・原則として、利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間、及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月は、栄養アセスメント加算は算定しない。ただし、栄養アセスメントの結果、栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供が必要と判断された場合は、栄養アセスメント加算の算定月でも栄養改善加算を算定できる。

栄養ケア 次のステップ！ 栄養改善加算

栄養改善加算の対象となる介護サービス種別

通所介護、地域密着型通所介護、(介護予防)認知症対応型通所介護、(介護予防)通所リハビリテーション、看護小規模多機能型居宅介護

栄養改善加算の算定要件

栄養改善加算を算定するには、以下の要件をすべて満たす必要があります。

- ・事業所の従業者または外部との連携により、管理栄養士を1名以上配置していること。
- ・利用者の栄養状態を利用開始時に把握していること。
- ・管理栄養士等が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること。
- ・利用者ごとの栄養ケア計画に従い、必要に応じて当該利用者の居宅を訪問し、管理栄養士等が栄養改善サービスを行うこと。
- ・利用者の栄養状態を定期的に記録していること。
- ・利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価すること。
- ・定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

栄養改善加算の単位数

200単位/回(月に2回を限度)

※介護予防サービスの場合、200単位/月

※3カ月以内の期間に限り1月の間に2回を限度として算定できる。

※ただし、栄養改善サービスの開始から3カ月ごとの利用者の栄養状態の評価の結果、低栄養状態が改善せず、栄養改善サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定可能。

栄養改善加算の留意点

- ・栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスの提供は、ケアマネジメントの一環として行う。
- ・口腔及び摂食・嚥下機能、生活機能の低下、褥瘡、食欲の低下、閉じこもり、認知症、うつの問題を有する利用者については、栄養改善加算の対象者となるか適宜確認が求められる。
- ・原則、栄養改善加算は、栄養アセスメント加算、口腔・栄養スクリーニング加算との併算定不可。ただし、栄養アセスメント加算に基づく栄養アセスメントまたは口腔・栄養スクリーニング加算に基づく栄養スクリーニングの結果、栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供が必要と判断された場合は、栄養アセスメント加算、口腔・栄養スクリーニング加算の算定月でも栄養改善加算を算定できる。



Check!

歯科衛生士等、管理栄養士による 居宅療養管理指導が変わります！

	これまで	令和6年度から
 <p>歯科衛生士等</p>	<p>在宅の利用者であって通院または通所が困難なものに対して、(中略)1月に4回を限度として、所定単位数を算定</p>	<p>在宅の利用者であって通院が困難なものに対して、(中略)1月に4回を限度として(がん末期の利用者については、1月に6回(※以下資料①参照)、所定単位数を算定</p>
 <p>管理栄養士</p>	<p>在宅の利用者であって通院または通所が困難なものに対して、(中略)1月に2回を限度として、所定単位数を算定</p>	<p>在宅の利用者であって通院が困難なものに対して、(中略)1月に4回を限度として(※以下資料②参照)、所定単位数を算定</p>

通所事業所を利用していても歯科衛生士等・管理栄養士による居宅療養管理指導が受けられるようになります！

令和5年度まで

利用者の状況	通所可	通所不可
通院可	算定不可	算定不可
通院不可	算定不可	算定可

通所利用者不可
だったのが・・・

令和6年度から

利用者の状況	通所可	通所不可
通院可	算定不可	算定不可
通院不可	算定可	算定可

算定可
緩和

単位数
○歯科衛生士等が行う場合
単一建物居住者が1人：362単位
単一建物居住者が2～9人：326単位
単一建物居住者が10人以上：295単位

○管理栄養士が行う場合
(1)当該事業所の管理栄養士
単一建物居住者が1人：545単位
単一建物居住者が2～9人：487単位
単一建物居住者が10人以上：444単位
(2)当該事業所以外の管理栄養士
単一建物居住者が1人：525単位
単一建物居住者が2～9人：467単位
単一建物居住者が10人以上：424単位

資料①

がん末期の者に対する 歯科衛生士等の介入の充実



居宅療養管理指導について、全身状態の悪化とともに口腔衛生管理の頻度が増加する終末期がん患者の歯科衛生士等による歯科衛生指導を充実させる観点から、終末期がん患者の利用者について居宅療養管理指導(歯科衛生士等が行う場合)の算定回数上限を緩和する。

→1月に4回(がん末期の利用者については、1月に6回)を限度として、所定単位数を算定する

資料②

管理栄養士による居宅療養管理 指導の算定回数の見直し



- ・計画的な医学的管理を行っている医師が、利用者の急性増悪等により一時的に頻回の栄養管理を行う必要がある旨の特別の指示を行う
- ・利用者を訪問し、栄養管理に係る情報提供および指導または助言を行う
- ・特別の指示に基づく管理栄養士による居宅療養管理指導は、その指示の日から30日間に限り、従来の居宅療養管理指導の限度回数(1月に2回)を超えて、2回を限度として行うことができる

どうやって評価する？口腔のチェック方法

利用者さんの口腔を
チェックしたいけど
どうやって確認すればいい？



口腔の評価って
何をすればいい？

問診で口腔機能の低下であるオーラルフレイルの評価が可能です！

自分の歯が何本残っていますか
→20本未満



半年前に比べて固いものが
食べにくくなりましたか
→はい



お茶や汁物でむせることが
ありますか
→はい



口の乾きがきになりますか
→はい



普段の会話で、言葉をはっきりと
発音できないことがありますか
→はい



5項目のうち2項目以上該当した場合「オーラルフレイル」と評価します^{10,11)}

地域高齢者においてオーラルフレイル改善のための介入は、口腔機能の向上とともに体重増加につながる事が報告されており¹²⁾、定期的な口腔機能の評価は栄養状態の改善にもつながります！

口腔機能の維持・改善の
取り組み



どうやって評価する？栄養のチェック方法

利用者さんの栄養状態を
チェックしたいけど
どうやって確認すればいい？



食事の評価って
難しそう……

まずは！

① **体重の定期的な評価が大切です！** →P7をご参照ください

② 食生活の評価

→欠食していないか確認！

1日の食事回数が2回以下のかたは、3回の方と比較して、**エネルギー摂取量が100kcal以上低く**、体重減少に直結します

どうしても食欲の無いときは、おやつなどを工夫してエネルギー摂取アップを目指しましょう！



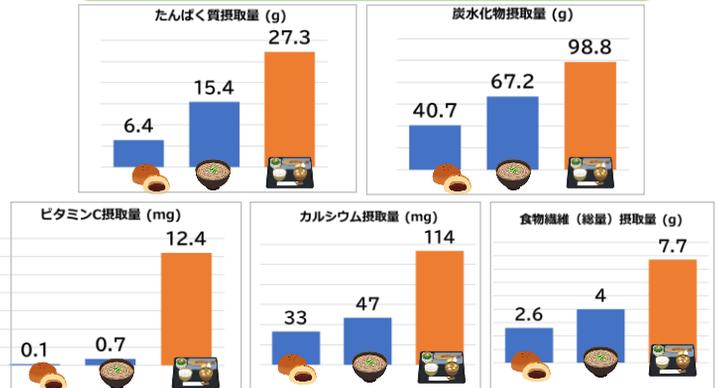
③ 食事バランスはどうか

→食品が偏っていないか？
主食、主菜、副菜がそろった食事
をしているか？

偏った食品摂取は、**栄養素の摂取不足**を招きます
食品の買い物が難しい場合は、**配食**
の活用なども検討してみましょう！



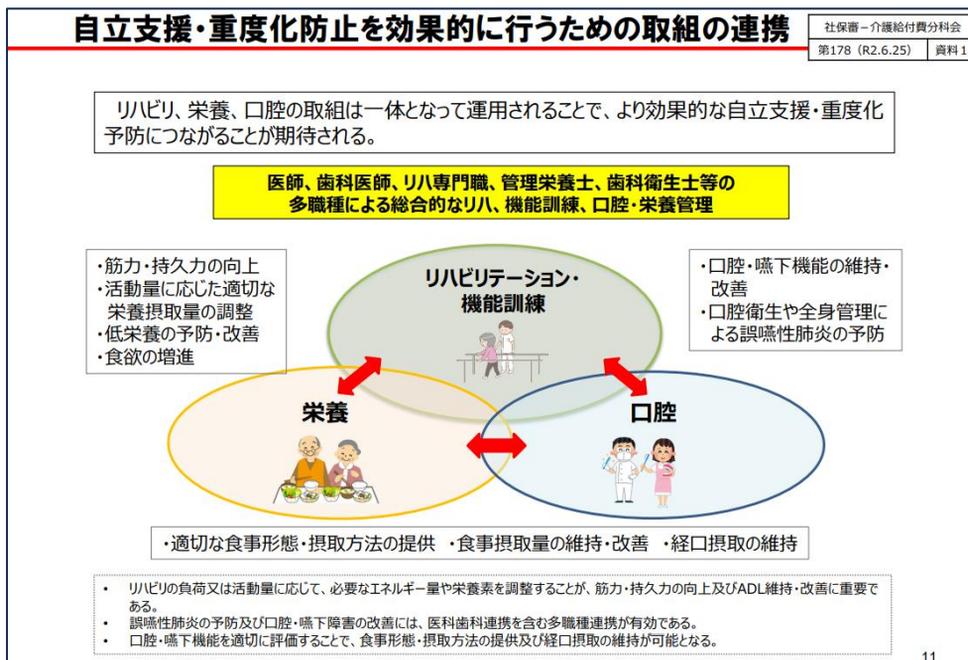
あんパンのみ そばのみ 主食・主菜・副菜の揃った魚定食



パン・麺のみの食事だと、ビタミンなどの摂取が少なくなってしまう一方、定食型の食事だと様々な栄養素がまんべんなく摂取できていることがわかります

口腔・栄養・リハビリテーションの連携のさらなる充実

効果的な運動療法やリハビリテーションのためには適切な栄養摂取が必要であり、適切な栄養摂取のためには健康な口腔環境が必要です
そのため今後はさらに**口腔と栄養プラスリハビリテーションとの連携強化**が求められます



多職種連携のエビデンス

医師、摂食・嚥下障害看護認定看護師、言語聴覚士、管理栄養士等による多職種から構成される摂食・嚥下チームの介入により、摂食・嚥下機能の維持・改善に効果があることが報告されています¹³⁾

- ・経口で摂取可能な患者の割合が増加
- ・摂食状況(ESSスケール)の改善が43.0%、不変54.6%
- ・摂食・嚥下障害の重症度が低い患者の割合が増加

診療報酬も！

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算(120点/日) 新設

→ADLの維持・向上を目的に急性期におけるリハビリテーション、栄養管理および口腔管理の連携・推進が進められる



引用

- 1) Tanaka T, Takahashi K, Hirano H, et al., Oral Frailty as a Risk Factor for Physical Frailty and Mortality in Community-Dwelling Elderly. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2018, 10; 73(12): 1661-1667.
- 2) Motokawa K, Yasuda J, Mikami Y, et al., The Mini Nutritional Assessment-Short Form as a predictor of nursing home mortality in Japan: A 30-month longitudinal study. *Arch Gerontol Geriatr*. 2020, 86; 103954.
- 3) 厚生労働省, 2018年度診療報酬改定・介護報酬改定(栄養関係)について
- 4) 東京都健康長寿医療センター研究所, 平成30年度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報告書
- 5) Motokawa K, Mikami Y, Shirobe M, et al., Relationship between Chewing Ability and Nutritional Status in Japanese Older Adults: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021, 29; 18(3): 1216.
- 6) Potter J, Klipstein K, Reilly JJ, et al. The nutritional status and clinical course of acute admissions to a geriatric unit. *Age Ageing*. 1995, 24: 131-136.
- 7) Bergstrom N, Braden B. A prospective study of pressure sore risk among institutionalized elderly. *J Am Geriatr Soc*. 1992, 40: 747-758.
- 8) 東京都健康長寿医療センター研究所, 令和5年度老人保健健康増進等事業 通所事業所等における口腔・栄養関連サービスに関する調査研究事業報告書
- 9) Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al., Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001, 56; 146-156.
- 10) Tanaka T, Hirano H, Ikebe K, et al., Oral frailty five-item checklist to predict adverse health outcomes in community-dwelling older adults: A Kashiwa cohort study. *Geriatr Gerontol Int*. 2023, 23(9): 651-659.
- 11) Iwasaki M, Shirobe M, Motokawa K, et al., Validation of self-reported articulatory oral motor skill against objectively measured repetitive articulatory rate in community-dwelling older Japanese adults: The Otassha Study. *Geriatr Gerontol Int*. 2023, 23(10): 729-735.
- 12) Shirobe M, Watanabe Y, Tanaka T, et al., Effect of an Oral Frailty Measures Program on Community-Dwelling Elderly People: A Cluster-Randomized Controlled Trial. *Gerontology*. 2022, 68(4): 377-386.
- 13) 戸田美美, 加賀谷斉, 馬場尊, 他., 摂食嚥下障害患者に対する摂食機能療法回診の効果. *Jpn J Compr Rehabil Sci*. 2015, 6: 50-55.



地方独立行政法人

東京都健康長寿医療センター