

令和4年度 老人保健健康増進等事業

老人保健事業推進費等補助金

リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の  
一体的取組に関する調査研究事業

一般社団法人 日本健康・栄養システム学会

令和5（2023）年3月



## 序

一般社団法人日本健康・栄養システム学会は令和4年度厚生労働省老人保健健康増進等事業(老人保健事業推進費等補助金)の交付を受け、「リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組に関する調査研究事業」(以下「本事業」という。)に取り組んできた。

リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組は一体的に運用されることで、効果的な高齢者の自立支援・重度化防止につながることを期待され、多職種が協働して総合的に実施されることが政策課題となっている。

本事業では、施設系サービス及び通所系サービスにおけるリハビリテーション、機能訓練、口腔、栄養の一体的取組(以下「一体的取組」という。)の充実を図るため、有識者による検討委員会を開催の上、一体的取組の状況や多職種連携による効果及び課題等に関する実態調査及びインタビュー調査を実施するとともに、その成果を踏まえて、一体的取組の先駆的事例集を作成した。

なお、本学会としては、これらの本事業の成果が広く活用されることを期待している。また、関係団体の協力を得て、先駆的事例集等を用いた研修会を開催することを予定している。

本学会は、高齢者の「食べることの楽しみをいつまでも」をめざした効果的な一体的取組の推進に貢献できるよう、引き続き研究・教育活動に取り組んでいくこととしている。

令和5年3月

一般社団法人 日本健康・栄養システム学会

代表理事 三浦公嗣

令和4年度厚生労働省老人保健健康増進等事業(老人保健事業推進費等補助金)  
リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組に関する調査研究事業

### 検討委員会

新井 英一	静岡県立大学 教授
植田 耕一郎	日本大学歯学部 摂食機能療法学講座 教授
宇田 淳	滋慶医療科学大学大学院 教授
江澤 和彦	公益社団法人 日本医師会 常任理事
梶井 文子	東京慈恵会医科大学 教授
加藤 昌彦	椙山女学園大学 教授
小玉 剛	公益社団法人 日本歯科医師会 常務理事
小山 秀夫	学会事務局長 兵庫県立大学 名誉教授
斉藤 秀之	公益社団法人 日本理学療法士協会 会長
斉藤 正身	一般社団法人 日本リハビリテーション病院・施設協会 会長
田中 和美	神奈川県立保健福祉大学 教授
○仲井 培雄	一般社団法人 地域包括ケア病棟協会 会長
中村 春基	一般社団法人 日本作業療法士協会 会長
深浦 順一	一般社団法人 日本言語聴覚士協会 会長
◎三浦 公嗣	学会代表理事 藤田医科大学 教授
元家 玲子	公益社団法人 日本栄養士会 理事
吉田 直美	公益社団法人 日本歯科衛生士会 会長
オブザーバー	
前田 圭介	国立長寿医療研究センター 老年内科 医長 愛知医科大学大学院緩和・支持医療学客員教授

◎:委員長 ○:副委員長

### 事業実施小委員会

池田 公平	公立大学法人 神奈川県立保健福祉大学 (作業療法学専攻 助教)
植田耕一郎	日本大学歯学部 摂食機能療法学講座 教授
榎 裕美	愛知淑徳大学 健康医療科学部 教授
大原 里子	大原歯科医院
苅部 康子	介護老人保健施設リハパーク舞岡 栄養課長
桐谷裕美子	医療法人社団輝生会 教育研修局 栄養士教育担当
黒澤 千尋	公立大学法人 神奈川県立保健福祉大学 (理学療法学専攻) 助教
古賀奈保子	医療法人社団いばらき会 いばらき診療所
杉山みち子	日本健康・栄養システム学会 専務理事
高田 健人	十文字学園女子大学 人間生活学部 食物栄養学科 講師

谷中 景子 医療法人社団千春会 千春会病院 栄養科 統括主任  
堤 亮介 平成医療福祉グループ 栄養管理部  
寺井 秀樹 慶応義塾大学医学部 呼吸器内科 講師  
遠又 靖丈 神奈川県立保健福祉大学 准教授  
友藤 孝明 朝日大学 教授  
西井 穂 神戸女子大学 家政学部 管理栄養士養成課程 講師  
長谷川未帆子 大和市保健福祉部 健康づくり推進課

協力委員

志村 栄二 愛知淑徳大学 健康医療科学部 教授  
百合草 誠 愛知淑徳大学 健康医療科学部 教授

協力者

大田 圭要 神奈川県立保健福祉大学 大学院生  
浅見 桃子 神奈川県立保健福祉大学 大学院生

研究補助

萩原 奈緒 日本健康・栄養システム学会  
森田 智美 日本健康・栄養システム学会

事務局 駒形 公大 日本健康・栄養システム学会

## 目 次

研究概要	1
<b>I. 施設及び通所系サービスにおけるリハビリテーション・機能訓練、口腔、 栄養の一体的取組に関する施設・事業所実態調査</b>	
はじめに	8
方 法	8
結 果	11
考 察	59
結 論	67
文 献	67
表一式	69
<b>II. 施設及び通所系サービスにおけるリハビリテーション・機能訓練、口腔、 栄養の一体的取組に関するインタビュー調査</b>	
はじめに	211
方 法	212
結 果	213
考 察	218
結 論	220
文 献	220
表一式	222
<b>先駆的事例集</b>	
令和6年度介護報酬改定に向けた先進的事例集：高齢者の口から食べる楽し みをいつまでも！！ リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の「一体 的取組」のために	243
資 料 実態調査票	326

## 研究概要

本事業では、施設系サービス及び通所系サービスにおけるリハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組（以下「一体的取組」という。）の充実を図るため、有識者による検討委員会を開催の上、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書」の活用状況や多職種連携による効果、課題等に関して整理し、今後の推進方策の検討を行うための基礎資料を体系的に提供することを目的とし、Ⅰ．施設・事業所実態調査及びⅡ．インタビュー調査を行なった。さらに、それらの成果を踏まえて先駆的事例集の策定を行った。

### Ⅰ．施設及び通所系サービスにおけるリハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組に関する施設・事業所実態調査

#### 目的

施設系及び通所系サービスにおける一体的取組の充実を図るための実態調査を行い、推進方策の検討を行うための基礎資料を体系的に提供することを目的とした。

#### 方法

全国地域別無作為抽出した特別養護老人ホーム（以下「特養」という。）1,450 か所、老人保健施設（以下「老健」という。）1,025 か所、通所介護事業所（以下「通所介護」という。）1,775 か所、通所リハビリテーション事業所（以下「通所リハ」という。）1,450 か所に対して調査票と WEB 回答フォームへのリンクを送付。

#### 解析の方針

一体的取組について、「リハビリテーション専門職・機能訓練指導員、栄養専門職、歯科口腔専門職が連携して設定した目標を個別のリハビリテーション計画または機能訓練計画に反映できていますか」の設問に対する回答（「反映できている」vs「反映できていない」）とし、解析の仮説である「一体的取組ができているほど構造、プロセス、アウトカム（具体的には以下の項目）が良好であるか」を検討した。

##### ① 一体的取組の推進要因や阻害要因について（構造、プロセス）

専門職の配置、施設・事業所外の専門職との連携、加算算定状況、様式例の使用状況、カンファレンスやインフォーマルな話し合いの実施状況、推進上の課題

##### ② 一体的取組の効果について（プロセス、アウトカム）

各専門職が連携協働した業務の実施状況、一体的取組による効果、アウトカムとの関連（誤嚥性肺炎による入院、死亡、在宅復帰）

## 結果・考察

### 1. 回収状況

予測回収率 20%を上回ったのは通所リハ、他は 16%程度。回答者の負担は大きかったが、WEB による回答としたことや郵送による督促を繰り返し実施したことで回収率の大幅な低下は避けられた。一体的取組に関する初の全国実態調査として、今後の推進方策の検討を行うための基礎資料を体系的に提供するという目的に資するものであると考えられた。

### 2. 基本集計より「一体的計画書」の活用・一体的取組の実施状況

「一体的計画書」を「使用している」施設・事業所は特養 8.6%、老健 19.3%、通所介護 14.8%、通所リハ 27.2%と低調であった。使用していない主な理由は「別の書式で運用している」、「活用を促す加算がない」、

「電子システムが対応していない」等、様式例を新たに導入する経営上のメリットがないことと推察された。

一方、実務面では「リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映」で「反映できている」と回答した施設・事業所は特養 45.7%、老健 67.5%、通所介護 50.2%、通所リハ 59.9%といずれも半数程度であった。「反映できていない」主な理由として、「歯科口腔専門職が勤務していない（全施設・事業所種）」、「リハビリテーション専門職が勤務していない（特養・通所介護）」、「栄養専門職が勤務していない（通所介護・通所リハ）」、「事業所外（同一法人を含む）の栄養専門職との連携体制がない（通所介護・通所リハ）」、歯科をはじめとした施設・事業所外（同一法人を含む）の専門職との連携を強く推進することが必要と考えられる。

具体的な業務 31 項目についてみていくと、通所介護ではリハビリテーション、歯科口腔、栄養の各専門職の連携協働は他の施設・事業所種と比べて全体的に低調であり、機能訓練指導員、介護福祉士を含む介護職員、看護師・准看護師が主に担っていた。

一体的取組の推進による効果として、「日常の職種間の情報連携の頻度が増えた」（特養 28.8%、老健 41.1%、通所介護 24.2%、通所リハ 29.8%）、「ケアプランで共通した目標設定ができるようになった」（特養 24.3%、老健 31.9%、通所介護 17.3%、通所リハ 23.0%）という実務面での連携強化から、「入所者の新たな課題やニーズを早期に把握できるようになった」（特養 25.7%、老健 37.3%、通所介護 29.2%、通所リハ 36.6%）につながっていると推察される。アウトカム、ADL・IADL の維持改善等については主観的な回答であることに留意する必要があるが、一体的取組の推進がサービス利用者の生活機能や予後にとって有用である可能性が示唆された。

これらの結果から、一体的取組については様式例の使用状況のみならず実務面で専門職の連携を推進し、施設・事業所の取り組みを進めていくことが肝要であると考えられた。

### 3. クロス集計より、一体的取組の推進要因、阻害要因、効果について

#### a. 専門職の配置（入所・利用者 100 名あたり）について

「反映できている」では、リハビリテーション専門職を中心に常勤配置や外部との連携が推進されており、一体的取組の推進要因であるといえる。歯科は全施設・事業所種で絶対的に少なく、通所系サービスでは管理栄養士も未だ少なく、併設施設系サービスと兼務する形での配置（週 4 時間、0.1 名程度）も求められる。

#### b. 加算算定状況

「反映できている」では、栄養ケア・マネジメント・口腔ケア、個別機能訓練に関する加算が高い割合で算定されており、専門職配置の充実や連携推進にかかわる加算の算定は一体的取組の実施と相関することが示された。

#### c. 「一体的計画書」

「反映できている」では、「一体的計画書」について「知っている」、「使用している」割合が高かった。使用していない理由として、「反映できている」では「別の書式で運用している」と「様式例の使い勝手が悪い」が多く、「反映できてない」施設・事業所では「活用を促す加算がない」、「活用を主導する旗振り役がない」等であり、「一体的計画書」は一体的取組を推進するための手段として活用の広がりが期待されるが、実務面での「一体的取組」を評価することを一層重視し、各専門職がそれぞれに運用している既存の様式から「一体的計画書」にスムーズに置き換えることができる方策を検討することが求められる。

#### d. 31 業務項目別の連携協働している職種

「反映できている」施設・事業所は大半の項目で各専門職が連携協働している割合が高かった。特にリハビリテーション、栄養、口腔のケアにおける目標や計画の共有、栄養や ADL に関するアセスメントは、該当する専門職のみならず、他の職種も「反映できている」として多く関わっており、一体的取組の具体的な業



務内容として表れていると推察された。介護福祉士を含む介護職員と看護師・准看護師は、他の専門職の配置が少ない特養や通所介護において多くの業務項目で中心的な役割を担っていると推察された。口腔問題の把握やケアなど高度な専門性が要求される内容については当該専門職からの定期的な関与やコンサルテーションの機会を増やすことが重要であると考えられた。

#### e. リハビリテーション・機能訓練指導員、栄養専門職、歯科口腔が参加するカンファレンスおよびインフォーマルな話し合いの状況

カンファレンス、インフォーマルな話し合いはいずれも「反映できている」施設・事業所で高い割合で実施されていた。実施していると回答した施設・事業所において、頻度や内容については「反映できていない」施設とさほど差はないものの、日々の業務の中で多職種が緊密な情報共有を行うことのできることは、専門職が一体となって利用者の目標を計画に反映させる取り組みを推進する上で重要であると考えられた。

#### f. 「一体的取組」の推進による効果の状況

「反映できている」施設・事業所は、「日常の職種間の情報連携の頻度が増えた」、「入所者の新たな課題やニーズを早期に把握できるようになった」、「ケアプランで共通した目標設定ができるようになった」と回答した割合が高く、日々の業務における情報共有が緊密になることで、早期からの課題の把握につながり、目標が計画に反映できているという良い循環が生まれていると推察された。また、主観的な回答ではあるものの栄養、口腔、ADL・IADL、QOL等のアウトカムの向上が「反映できている」施設・事業所で高い割合で実感されており、「一体的取組」のプロセスが利用者のアウトカムにより影響を与えていることが示唆された。

#### g. 一体的取組を推進する上での課題

「反映できていない」施設・事業所では、「専門職が常勤配置されていない」ことが高い割合で回答されており、当然のことながら専門職が不在であれば一体的取組の推進は困難である一方で「主導する専門職が決まっていない・わからない」が「反映できている」、「反映できていない」で差はなく、いずれも3~4割でみられており、単に専門職が配置されているだけでは一体的取組は進まない。日々の業務の中で専門職が互いに緊密な情報連携をとれる環境を醸成することが肝要であるといえる。

#### i. 多職種協働の状況

多職種連携がどの程度推進されているかを示す項目について、「反映できている」特養ではすべての項目でとてもあてはまる、あてはまると回答する傾向がみられた。「反映されていない」施設では、カンファレンスにおいては多くの職種が参加し、すべての職種が発言して意見を述べ、一定の結論を導き出すことが「あまりできてない」と2割程度で回答されており、各職種の専門性がカンファレンスの場でしっかりと発揮されて情報を共有し、日々の業務の中で多職種が互いの専門性を尊重し、いつでも気軽に情報共有できる職場環境を作ることが「一体的取組」の推進要因であると示された。

#### j. アウトカムについて

特養では「過去6か月間で入院した人のうち、誤嚥性肺炎により入院した人数（入所者100名あたり）」が「反映できている」施設で少なく、老健では「過去6か月間に退所した人のうち在宅へ退所した人数（入所100名あたり）」が多かった。本調査は過去に発生したアウトカムを調査時点の業務プロセスで比較していることから、プロセスからアウトカムへの因果関係に言及することはできないものの、前述した主観的なアウトカムとも合致することから、一体的取組を推進することは入所・利用者にとって意義が大きいと考えられる。

#### k. 居宅介護支援事業所の介護支援専門員とのかかわり（通所介護・通所リハ）

「反映できている」通所介護・通所リハは、「連携している居宅介護支援事業所の介護支援専門員がいる」と回答している割合が高い。共有する内容は、通所介護では「リハビリテーションに関すること」が多く、

栄養や口腔への関心は低い。「反映できている」通所リハでは「栄養ケアの目標」「栄養ケア計画」「口腔ケア・マネジメント計画」が高い割合であり、通所リハ事業所の「栄養、口腔専門職に相談していた」割合も高い。

#### **4. 結論**

「一体的計画書」は単に使用すること自体を目的化するのではなく、一体的取組を円滑に実施するための手段として実務に実装され、「一体的取組」の実務面での連携協働を推進することが重要であると示唆された。「リハビリテーション専門職・機能訓練指導員、栄養専門職、歯科口腔専門職が連携して設定した目標を個別のリハビリテーション計画または機能訓練計画に反映できている」というかたちで「一体的取組」が推進されることは、構造、プロセス、アウトカムのいずれにおいても良好な施設・事業所であることが示された。今後さらに分析を進め、「一体的取組」の推進方策について検討を進めていくこととする。

## **II. 施設及び通所系サービスにおけるリハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組に関するインタビュー調査**

### **目的**

特別養護老人ホーム（以下「特養」という。）、老人保健施設（以下「老健」という。）、通所介護事業所（以下「通所介護」という。）および通所リハビリテーション事業所（以下「通所リハ」という。）の管理者、専門職種等をインタビュー対象として、施設系サービス及び通所系サービスにおけるリハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組（以下「一体的取組」という。）の体制や取組の状況および効果（客観的、主観的、本人・家族の意見を含めて）を聴取し、課題の分析を行い、一体的取組の必要性やあり方について論点整理を行うことを目的とした。

### **方法**

対象施設は、特養：9施設、老健：10施設、通所介護：8事業所、通所リハ：9事業所であり、一体的取組について、サービスの提供のための体制づくりの経緯、現在の体制と取組手順、サービスの効果および制度に関する要望や今後の啓発研修のあり方について、インタビューガイドに基づく半構造化インタビューを実施した。

### **結果・考察**

専門職種の配置について、特養および老健の管理栄養士は、施設基準があることから常勤1名以上配置されていた。しかし、口腔専門職種である歯科医師、歯科衛生士は、老健、特養ともに常勤で雇用している施設は少なく、協力歯科医院との委託契約を結んでいる施設が複数認められた。通所介護・通所リハでは、栄養専門職の配置は未だ少ない状況であり、歯科衛生士を雇用しているほとんどの事業所が同一法人との兼任であった。

特養、老健、通所介護、通所リハにおける専門職種の配置と加算の算定状況の関係を表1に示した。通所介護では、専門職種の配置に関わらず、栄養改善加算の算定は進んでいなかった。また、通所事業所における栄養専門職の配置は、口腔・栄養サービスの算定に結び付いている可能性が示唆された。

表1 リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の専門職種の配置と加算の算定状況

施設種別	専門職の配置	施設数	栄養改善加算	栄養アセスメント加算	口腔・栄養スクリーニング加算 I・II	口腔機能向上加算 I・II	個別機能訓練加算 I・II	
通所介護 (8)	リハ+口腔+栄養	3	0	2	3	3	3	
	リハ+口腔	1	0	0	0	0	1	
	口腔+栄養	1	1	1	1	1	0	
	リハのみ	1	0	0	0	0	1	
	配置なし	2	0	0	0	0	1	
通所リハ (9)	リハ+口腔+栄養	6	4	5	5	5	0	
	リハ+栄養	2	1	2	2	2	0	
	リハのみ	1	0	0	0	0	0	
施設種別	専門職の配置	施設数	栄養マネジメント強化加算	経口移行加算	経口維持加算 I	経口維持加算 II	口腔衛生管理加算 I・II	個別機能訓練加算 I・II
特養 (9)	リハ+口腔+栄養	9	9	2	8	8	8	8
老健 (10)	リハ+口腔+栄養	9	8	5	9	9	6	4
	リハ+栄養	1	1	1	1	0	0	0

リハ：リハビリテーション専門職である理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が1名（非常勤を含む）以上配置、口腔：歯科医師、歯科衛生士のどちらかが1名（非常勤を含む）以上配置、栄養：管理栄養士が1名（非常勤を含む）以上配置

一体的取組の効果について、表2に示した。これらは主観的意見ではあるが、一体的取組が進んでいる、または進めることにより良好なアウトカムが得られる可能性が示唆された。

次に、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の専門職種の配置と連携の状況および効果の関係を表3に示した。先に述べたように、施設では口腔専門職の配置が少なく、事業所においては栄養専門職および口腔専門職の配置が進んでいないが、表3に示すように、専門職種の雇用形態を工夫して、一体的取組の体制を整え、各種サービスを提供していることが明らかとなった。また、取組のプロセスでは、口腔専門職による口腔機能の改善におよび言語聴覚士の嚥下機能評価後に食事形態が決定すること、リハビリテーションの質と量によりエネルギーおよびタンパク質の補給量が決定することを鑑みると、栄養専門職がそれぞれの専門職と情報共有し協働しており、インタビュー結果からも栄養専門職がチームの中で専門職と専門職の繋ぎの役割を果たしつつ栄養ケア・マネジメント業務を遂行していると考えられた。

表2 一体的取組の効果（客観的、主観的、本人・家族の意見を含めて）

効果	インタビュー結果
口腔衛生維持・改善	「歯科衛生士の配置により高齢者の口腔内の衛生環境は大きく変化した」「歯科医師の協力により誤嚥のリスクに対応できるようになった」「歯科専門職が関わることによって、誤嚥性肺炎が減ってきた」「誤嚥性肺炎が減ってきたと実感」「誤嚥性肺炎で入院する利用者が少ない」「歯科衛生士が配置されて口腔の評価の水準があがり、誤嚥性肺炎は減っていることを実感している」
口腔機能維持・改善	「歯科衛生士による助言で義歯を入れて、食事形態のレベルが上がる高齢者が多い」「利用者の入れ歯や口腔の状態を改善」「残存歯の本数が全体的に増加したというは確か」
食事形態維持・改善	「食形態が適正に維持できている」「利用者自身が飲み込みやすくなったことを実感」「言語聴覚士、歯科衛生士、管理栄養士の3職種が一体的取組をすることによって、個別の適切な食事形態が提供できるようになった」
経口摂取のための訓練	「言語聴覚士、歯科衛生士、管理栄養士の3職種が一体的取組をすることによって、個別の適切な食事形態が提供できるようになった」「リハビリテーション職がいることで、シーティング、ポジショニングがよくなった」、
栄養状態の維持・改善	「高齢者の栄養状態は以前に比べて格段によくなった」「高齢者の食べる量が増えた」「食欲低下や食べられなかった状態が改善・維持されるようになり、体力が維持できた」
筋力の向上・ADL改善	「管理栄養士が本当に美味しい食事を作る。その効果として、体重が増えた、脚力が上がった」「目に見えて利用者が元気になった、食事量をしっかりとれて運動ができてADLが向上した」
利用者のQOL向上	「利用者の健康状態が維持できている」、「高齢者がおいしそうに食べられるようになっている」「利用者本人は、自分自身で食べられてうれしい」「利用者の笑顔」
専門職のモチベーション向上	「介護職等の知識量や技術が向上した」「口腔衛生に関しては、関係者の意識が向上した」「一体化により職員の意識も少しずつ変わってきた。やる気や問題意識及び職種の垣根を越えて皆でやっという意識になってきた」「食形態を気にしていなかった職員も食形態を気にするようになった」「栄養ケアの重要性に対する意識が非常に高まった」

表3 リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の専門職種の配置と連携の状況および効果

ID	加算	専門職の役割と連携の状況	効果
特養07 リハ+口腔 +栄養	栄養マネジメント加算、経口移行・維持加算、口腔衛生管理加算、個別機能訓練加算、看取り加算	<ul style="list-style-type: none"> <li>管理栄養士は訪問歯科医師に嚥下評価の依頼、摂食嚥下に対する調整食のレベルの対応</li> <li>歯科医師による嚥下機能の評価時は、介護支援専門員、機能訓練士、介護職、管理栄養士と一緒に確認。</li> <li>歯科衛生士は、口腔ケアの方法を介護職等にアドバイス。口腔問題がある場合、介護支援専門員から訪問歯科医師に訪問依頼。（歯科衛生士は非常勤）</li> </ul>	歯科衛生士の配置により利用者の口腔衛生環境が改善。
老健08 リハ+口腔 +栄養	栄養マネジメント強化加算、経口移行・維持加算、口腔衛生管理加算、個別機能訓練加算、看取り加算	<ul style="list-style-type: none"> <li>管理栄養士は2人体制。経口維持加算は、介護、看護職と歯科衛生士で行い管理栄養士が調整。</li> <li>多職種でのミーラウンドを毎月1回、その後会議室に月1回集まって通常のカンファレンス(3か月に1回)と一緒に、経口維持加算のカンファレンスを行っている。</li> <li>管理栄養士のミーラウンドは毎日、介護職やその他の専門職と密にコミュニケーションがとれ、情報収集できている。</li> <li>作業療法士は、食事の姿勢、食事のための上肢の動きに日常生活の中で関わっている。</li> <li>歯科衛生士は、口腔内の状態を確認、歯科医師の指導のもと口腔清掃の仕方を介護職と一緒に行う。</li> <li>通常の口腔ケアは、介護職と看護職が行っている。</li> <li>嚥下の評価は、協力病院の言語聴覚士に問診や遠隔診療を依頼している。（歯科医師、歯科衛生士は非常勤）</li> </ul>	歯科衛生士による定期研修により介護職等の知識量や技術が向上。誤嚥性肺炎は減っていることを実感。
通所介護 06 リハ+口腔 +栄養	栄養アセスメント加算、口腔・栄養スクリーニング加算、口腔機能向上加算、口腔機能訓練加算	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者全員の体重を毎月1回計測。管理栄養士が体重の変化をもとに栄養スクリーニングを行う。歯科衛生士は、口腔アセスメント評価をする。相談員を通じ、歯科衛生士、管理栄養士が作成した書面で介護支援相談員に提示する。</li> <li>介護支援専門員は、家族の意向を聞き、アセスメント加算を算定したほうが良い利用者には、計画書を作成し算定している。サービスの進捗については相談員が管理をし、介護職も含め、チームの調整をしている。</li> <li>管理栄養士は、利用者の食事時間などに1時間しか通所していないが、利用者の普段の様子を事前や訪問時に聞いて問題がある方に声掛けをする。（歯科衛生士、管理栄養士は同一法人と兼務）</li> </ul>	利用者の意欲の向上。下肢筋力の低下予防となり筋力向上に繋がる。
通所介護 08 口腔+栄養	栄養改善加算、栄養アセスメント加算、口腔・栄養スクリーニング加算、口腔機能向上加算	<ul style="list-style-type: none"> <li>管理栄養士は、昼食を自ら作り、必ず食堂に出てきて、利用者の食事摂取状況、スプーンの大きさや姿勢までを見ている。管理栄養士、歯科衛生士、看護師によるミーラウンドを行っている。気になった利用者を確認し、直接的な話し合いは随時できる。</li> <li>歯科衛生士は、利用者に声掛けで口の中を診る。口腔ケアは、在宅で継続してもらうことから、家族に利用者の1日の様子を伝える中で、アセスメントしながら支援を進めている。常勤の看護師が1回加算に関する業務に携わっている。（歯科衛生士は非常勤）</li> </ul>	体重増加、脚力が上がった。利用者の残存歯の本数が全体的に増加。
通所リハ 02 リハ+栄養	栄養改善加算、栄養アセスメント加算、口腔・栄養スクリーニング加算、口腔機能向上加算	<ul style="list-style-type: none"> <li>診療所に日本栄養士会登録の栄養ケアステーションを設置。</li> <li>カンファレンスは、医師と理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が基本で、必要に応じて看護師、管理栄養士、介護職、社会福祉士、介護福祉士も参加。</li> <li>管理栄養士は、常勤換算0.6人である。リハビリテーション計画書に栄養ケアに関する情報を記載し共有し、日常的に話し合いをしている。（管理栄養士0.6人）</li> </ul>	家族のモチベーションが向上。

リハ：リハビリテーション専門職である理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が1名（非常勤を含む）以上配置、口腔：歯科医師、歯科衛生士のどちらかが1名（非常勤を含む）以上配置、栄養：管理栄養士が1名（非常勤を含む）以上配置

特養・老健における一体的取組を連携・強化するための課題として、専門職の増員を挙げる施設が複数認められた。通所介護・通所リハにおいても同様で、特に歯科衛生士および管理栄養士の配置を希望する事業所が多かった。また、連携・強化のためのツールとして、各専門職の計画を一体化し共有できる情報システムの整備の必要性が示された。その他、一体的取組に関する介護支援専門員の理解を求める意見もあった。これらの対応策としては、業務の効率化と各専門職の有機的な連携や徹底的な共同作業としてのチームケアの改善により解決の余地がある。また、各専門職の技術の標準化は必須であり、専門職の養成段階での徹底した多職種連携に特化した教育と卒後教育の必要性は否定できない。チームケアのスキルを上げていくためにも、多職種による合同研修は必須と考えられる。

## 結論

一体的取組は、利用者および家族の良好なアウトカムが得られる可能性が示唆され、専門職のモチベーション向上にも寄与していた。多職種の専門職の配置と加算算定は、人的資源の効率化により対処している施設および事業所が確認でき、一体的取組を連携・強化するための課題解決には、ICTの活用等を通じた情報の共有化と各専門職の有機的な連携や徹底的な共同作業としてのチームケアの改善活動の必要性を視野に入れ検討すべきである。

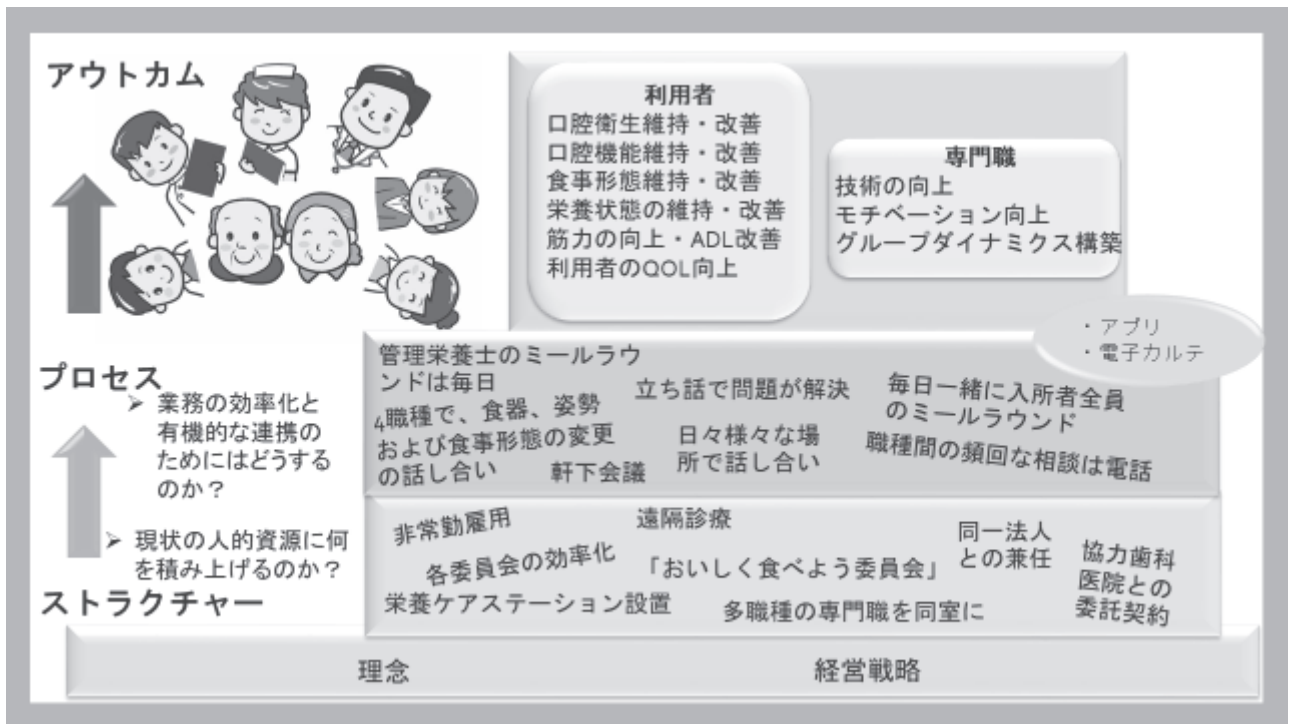


図 一体的取組の構築に向けて

なお、本事業により策定された先駆的事例集は、本学会のウェブサイト公表される。また、関係団体の協力を得ながら、本先駆的事例集等を用いて一体的取組を推進するための研修を行うこととしている。

## I. 施設及び通所系サービスにおけるリハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の 一体的取組に関する施設・事業所実態調査

### はじめに

リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組は一体的に運用されることによって、効果的な自立支援・重度化防止につながることを期待されており、医師、歯科医師、リハビリテーション専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種が協働して総合的に実施されることが政策課題となっている。通所系サービスに関しては、本国庫補助事業を受けて平成30年度及び令和元年度に実施された「リハビリテーションを行う通所事業所における栄養管理のあり方に関する調査研究事業」において、栄養管理はIADL等の改善に効果があることが確認されている<sup>1,2)</sup>。しかし、施設系サービスに関しては、令和3年度に介護保険施設の管理栄養士を対象として行われた「介護保険施設等における栄養ケア・マネジメントの実態に関する調査研究」によると、令和3年度介護報酬改定後に一体的取組が強化されて多職種間の情報連携が密になったという施設は、調査回答施設の半数以下であった<sup>3)</sup>。また、このことがアウトカム（入院の減少、在宅復帰促進、重度化防止、ADL・IADLの維持改善等）に効果があったと回答した施設は1割に満たなかったことにつながっていた可能性がある。さらに、介護保険施設併設の通所系サービスにおける栄養・口腔サービスの関連加算の算定は拡大しているとはいえない結果であった。

そこで、本調査では、施設系サービス及び通所系サービスにおけるリハビリテーション、機能訓練、口腔、栄養の一体的取組（以下、「一体的取組」という）の充実を図るため、有識者による検討委員会を開催の上、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書」の活用状況や多職種連携による効果、課題等に関する調査を実施し、インタビュー調査（本報告書のⅡ.参照のこと）とあわせて推進方策の検討を行うための基礎資料を体系的に提供することを目的とした。

### 方 法

#### 1. 研究デザイン

WEB 調査による横断調査(観察研究)

#### 2. 対象事業所および回答者、および対象事業所の選定方法

全国地域別に無作為抽出した介護老人福祉施設（以下「特養」という。）1,450か所、介護老人保健施設（以下「老健」という。）1,025か所、通所介護事業所（以下「通所介護」という。）1,775か所、通所リハビリテーション事業所（以下「通所リハ」という。）1,450か所を対象施設・事業所とした。回答者は施設長及び事業所管理者、あるいは当該施設長及び事業所管理者が依頼した職員とした。

なお、対象事業所の選定は、ホームページ上の「介護サービス情報公表システム」オープンデータ（厚生労働省，調査時点）に掲載されている特養8,282か所、老健4,264か所、通所介護25,903か所、通所リハ8,091か所から、事業所種、地域ブロック別に階層化し無作為抽出して選定した。

また、上記の対象事業所数は、母比率の区間推定における必要サンプルサイズ（誤差±5%、信頼度95%、母比率50%としたときのサンプルサイズ $n=385$ に有限母集団修正項を乗じ、特養 $n=290$ 、老健 $n=205$ 、通所介護 $n=355$ 、通所リハ $n=290$ ）を求め、過去の実態調査から想定される回収率20%で除した数を算出の根拠とした。

### 3. 調査方法

対象施設・事業所の施設長および事業所管理者に依頼・説明書（調査票の記載要綱とWEB調査票へのリンクQRコードを含む、資料）、施設・事業所番号が付された調査票（資料）を郵送した。本調査への協力は施設長および事業所管理者の自由な意思に任され、協力を承諾した場合には、施設長および事業所管理者あるいはこれらの者が依頼した職員（以下「回答者」という）が日本健康・栄養システム学会ホームページ上のWEB調査票に、令和4年9月30日時点または記入日時点の状況を回答した。必要に応じて施設・事業所保管の資料からの転記及び関連職種に問い合わせを行い11月末日までに送信することとした。なお回収数を確保するために、11月末に督促葉書を送付し、締め切りを12月15日に延長した。WEB調査票から作成されたデータベースにより、施設・事業所種別の基礎集計とクロス集計を行った。

### 4. 調査内容（資料（巻末） 調査票参照のこと）

#### （1）特養・老健

入所定員、入所実者数、平均在所日数、在宅復帰率（老健）、要介護度別入所実人数内訳、低栄養状態リスク別入所実人数内訳、食事形態別入所実人数内訳、咀嚼機能が低下した入所者への対応、過去6か月間の退所・入院・死亡の各人数、職種別従業員数、外部機関所属で連携している専門職の有無、関連加算算定状況、リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に

係る実施計画書（施設系・通所系）（一体的計画書）の使用状況、専門職間の連携の実態、一体的取組の推進による効果と推進上の課題、多職種連携の状況、自由意見

## （２）通所介護・通所リハ

事業主体、併設施設、利用定員数、利用者実人数、要介護度別利用者実人数内訳、BMI が 18.5 未満の利用者の有無、噛むことに問題のある利用者の有無、義歯があるものと利用している者の有無、咀嚼機能が低下した入所者への対応、過去 6 か月間の利用終了・入院・死亡の各人数、職種別従業員数、外部機関所属で連携している専門職の有無、関連加算算定状況、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書（施設系・通所系）（一体的計画書）」の使用状況、専門職間の連携の実態、一体的取組の推進による効果と推進上の課題、多職種連携の状況、居宅介護支援事業所の介護支援専門員との連携状況、自由意見

## 5. 研究期間

倫理審査承認後～令和4年11月末（調査実施）、令和5年3月末（研究終了）及び令和10年3月末（事業所名簿及びデータベースの保管終了）とした。

## 6. 統計解析

施設・事業所別に基本集計（名義・順序変数：n、%、有効%（回答者が限定される設問は全数を分母とした%ではなく有効%を示し、さらに欠損値がある場合は除外した分母による有効%を示す）、連続変数：n、平均値、中央値、標準偏差、最小値、最大値）を行った。さらに、「一体的取組」の実施状況を示す変数として、「リハビリテーション専門職・機能訓練指導員、栄養専門職、歯科口腔専門職が連携して設定した目標を個別のリハビリテーション計画または機能訓練計画に反映できていますか」の設問に対する回答（「反映できている」vs「反映できていない」）を説明変数としたクロス集計（名義変数： $\chi^2$ 検定、順序・連続変数：マンホイットニーU検定）を行った。統計解析には IBM SPSS ver. 26 を用い、有意水準は 5%とした。

なお、クロス集計による解析においては以下の①、②について、いずれも「一体的取組」が推進されているほど良好であるという仮説について検証することを課題とした。

### ①「一体的取組」の推進要因や阻害要因について（構造、プロセス）

専門職の配置、施設・事業所外の専門職との連携、加算算定状況、様式例の使用状況、カンファレンスやインフォーマルな話し合いの実施状況、推進上の課題

### ②「一体的取組」の効果について（プロセス、アウトカム）



各専門職が連携協働した業務の実施状況、一体的取組による効果、アウトカムとの関連（誤嚥性肺炎による入院、死亡、在宅復帰）

## 7. 倫理的配慮

本調査は個人情報等を扱うものではない。しかし、WEB調査票には、あらかじめ郵送した施設・事業所番号を入力してもらい、2重回答の確認及び未回収の施設・事業所への葉書による督促ができるようにした。回答にかかる負担、調査に協力しない場合も不利益が生じないこと、研究に関する情報公開の方法、研究や研究倫理審査に関わる相談窓口等の倫理的事項について、依頼・説明書に記載した。本研究は、日本健康・栄養システム学会倫理委員会の承認を得て実施した（令和4年9月13日、2022A1）。

## 結 果

### 1. 有効回答数および有効回答率

有効回収数および有効回答率は特養222件（15.3%）、老健166件（16.2%）、通所リハ309件（21.3%）、通所介護277件（15.6%）であった。

### 2. 基本集計

基本集計の結果を表1～8に示す。また、各施設・事業所種別の結果について、特に「リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養」に関わる項目と回答を抜粋し以下に示す。なお、回答者が限定される設問は全数を分母とした%ではなく有効%を示し、さらに欠損値がある場合は除外した分母による有効%を記載している。

#### （1）特養（n=222. 表1, 2）

##### ①主回答者

施設長 n=88（39.6%）、管理栄養士 n=31（14.0%）

##### ②入所者の状況

定員数：平均 70.1（SD25.5）床、入所実人数：平均 66.8（SD24.2）人、低栄養リスク別人数割合 [中リスク：平均 47.8（SD18.0）%、高リスク：平均 11.9（SD10.7）%、食事形態別人数割合 [常食でない主食または副食：平均 65.2（SD20.6）%]

##### ③咀嚼機能が低下した入所者への食事形態（頻度が最も高いもの）

a. 軟らかいものが噛める入所者：「きざみ食」n=106（有効 48.0%）、「軟食・軟菜食」n=62（有効 28.1%）、「ソフト食・ムース食」n=31（有効 14.0%）

b. 軟らかいものが噛めない入所者：「ミキサー食」 n=107（有効 48.4%）、「ソフト食・ムース食」 n=80（有効 36.2%）、「きざみ食」 n=27（有効 12.2%）

#### ④入所者 100 名当たりの過去 6 か月間の状況

誤嚥性肺炎により入院した人数：平均 2.7（SD4.5）人、死亡した人数：平均 11.8（SD7.5）人

#### ⑤専門職の常勤換算人数（実人数）

歯科医師：平均 0.0（SD0.2）人、歯科衛生士：平均 0.1（SD 0.3）人、理学療法士：平均 0.3（SD 0.5）人、作業療法士：平均 0.1（SD 0.4）人、言語聴覚士：平均 0.0（SD 0.2）人、専任の機能訓練指導員：平均 0.5（SD 0.6）人、管理栄養士：平均 1.2（SD 0.7）人

#### ⑥専門職の常勤換算人数（入所 100 名当たり人数）

歯科医師：平均 0.1（SD 0.3）人、歯科衛生士：平均 0.1（SD 0.4）人、理学療法士：平均 0.4（SD 0.9）人、作業療法士：平均 0.2（SD 0.6）人、言語聴覚士：平均 0.1（SD 0.3）人、専任の機能訓練指導員 0.7：平均（SD 0.9）人、管理栄養士：平均 2.0（SD 1.0）人

#### ⑦管理栄養士を常勤換算で 2 名以上配置

管理栄養士を常勤換算で 2 名以上配置している n=46（有効 23.8%）

#### ⑧機能訓練指導員（専任）の資格\*（複数回答）

柔道整復師 n=26（11.7%）、准看護師 n=24（10.8%）、看護師 n=22（9.9%）、理学療法士 n=20（9.0%）、あん摩マッサージ指圧師 n=17（7.7%）

\*⑤、⑥で回答された看護師・准看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士とは重複しない専任の職員。

#### ⑨外部機関等に所属し連携（評価・治療・ケア等）している専門職

歯科医師：「あり（同一法人）」 n=10（有効 4.5%）、「あり（他法人）」 n=175（有効 79.2%）

歯科衛生士：「あり（同一法人）」 n=15（有効 6.8%）、「あり（他法人）」 n=118（有効 53.4%）

#### ⑩加算算定の状況（2022 年 9 月の 1 か月間に 1 件以上）（複数回答）

栄養マネジメント強化加算 n=95（42.8%）、経口移行加算 n=12（5.4%）、経口維持加算 I n=59（26.6%）、経口維持加算 II n=37（16.7%）、口腔衛生管理加算 I n=42（18.9%）、口腔衛生管理加算 II n=42（18.9%）、個別機能訓練加算 I n=143（64.4%）、個別機能訓練加算 II n=77（34.7%）、ADL 維持等加算 I n=23（10.4%）、ADL 維持等加算 II n=16（7.2%）、看取り介護加算 I n=109（49.1%）、看取り介護加算 II n=63（28.4%）

#### ⑪「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書（一体的計画書）」

（厚生労働省公開の様式例）について

一体的計画書を「知っている」 n=129 (有効 58.4%)

一体的計画書を「使用している」 n=19 (8.6%)

⇒一体的計画様式例を使用していない場合 (「使用していない」 n=202) [理由 (複数回答) :

「別の書式で運用している」 n=109 (有効 54.0%)、「活用を主導する旗振り役がない」 n=45 (有効 22.3%)、「電子システムが対応していない」 n=43 (有効 21.3%)、「多職種で書類を共有することが難しい」 n=39 (有効 19.3%)、「活用を促す加算がない」 n=38 (有効 18.8%)]

#### ⑫リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映

「反映できている」 n=101 (有効 45.7%)

⇒「反映できていない」場合の理由 (反映できていない n=120) [リハビリテーション専門職が勤務していない n=67 (有効 55.4%)、歯科口腔専門職が勤務していない n=63 (有効 52.5%)、リハビリテーション専門職の3職種が揃わない n=49 (有効 40.8%)、連携を主導する旗振り役がない n=44 (有効 36.7%)、施設外 (同一法人を含む) のリハビリテーション専門職との連携体制がない n=40 (有効 33.3%)]

#### ⑬業務項目別の連携協働している職種 (各項目について職種は複数回答)

- ・ リハビリテーション・個別機能訓練目標の共有: リハビリテーション専門職 n=163 (73.4%)、機能訓練指導員 n=135 (60.8%)、栄養専門職 n=91 (41.0%)、歯科口腔専門職 n=14 (6.3%)、介護福祉士を含む介護職員 n=135 (60.8%)、介護支援専門員 n=144 (64.9%)、看護師・准看護師 n=126 (56.8%)
- ・ リハビリテーション・個別機能訓練計画の共有: リハビリテーション専門職 n=58 (26.1%)、機能訓練指導員 n=134 (60.4%)、栄養専門職 n=92 (41.4%)、歯科口腔専門職 n=16 (7.2%)、介護福祉士を含む介護職員 n=134 (60.4%)、介護支援専門員 n=143 (64.4%)、看護師・准看護師 n=127 (57.2%)
- ・ 栄養ケアの目標の共有: リハビリテーション専門職 n=36 (16.2%)、機能訓練指導員 n=81 (36.5%)、栄養専門職 n=195 (87.8%)、歯科口腔専門職 n=27 (12.2%)、介護福祉士を含む介護職員 n=153 (68.9%)、介護支援専門員 n=169 (76.1%)、看護師・准看護師 n=156 (70.3%)
- ・ 栄養ケア計画の共有: リハビリテーション専門職 n=35 (15.8%)、機能訓練指導員 n=83 (37.4%)、栄養専門職 n=196 (88.3%)、歯科口腔専門職 n=28 (12.6%)、介護福祉士を含む介護職員 n=157 (70.7%)、介護支援専門員 n=170 (76.6%)、看護師・准看護師 n=160 (72.1%)
- ・ 口腔ケア・マネジメントの目標の共有: リハビリテーション専門職 n=19 (8.6%)、機能訓練

- 指導員 n=47 (21.2%)、栄養専門職 n=82 (36.9%)、歯科口腔専門職 n=66 (29.7%)、介護福祉士を含む介護職員 n=98 (44.1%)、介護支援専門員 n=99 (44.6%)、看護師・准看護師 n=98 (44.1%)
- ・ 口腔ケア・マネジメント計画の共有：リハビリテーション専門職 n=17 (7.7%)、機能訓練指導員 n=49 (22.1%)、栄養専門職 n=81 (36.5%)、歯科口腔専門職 n=64 (28.8%)、介護福祉士を含む介護職員 n=97 (43.7%)、介護支援専門員 n=94 (42.3%)、看護師・准看護師 n=95 (42.8%)
  - ・ 口腔衛生状態（歯や義歯の汚れ、舌苔、口臭等）の把握：リハビリテーション専門職 n=26 (11.7%)、機能訓練指導員 n=46 (20.7%)、栄養専門職 n=104 (46.8%)、歯科口腔専門職 n=93 (41.9%)、介護福祉士を含む介護職員 n=184 (82.9%)、介護支援専門員 n=134 (60.4%)、看護師・准看護師 n=153 (68.9%)
  - ・ 日常的な口腔ケアの実施：リハビリテーション専門職 n=18 (8.1%)、機能訓練指導員 n=46 (20.7%)、栄養専門職 n=70 (31.5%)、歯科口腔専門職 n=72 (32.4%)、介護福祉士を含む介護職員 n=197 (88.7%)、介護支援専門員 n=115 (51.8%)、看護師・准看護師 n=128 (57.7%)
  - ・ 口腔機能状態（摂食嚥下、頸部・顔面周囲筋の緊張や筋力、頸部、口腔周囲の可動域、口腔内や口唇の感覚、舌の動き、むせ、口腔乾燥等）の把握：リハビリテーション専門職 n=33 (14.9%)、機能訓練指導員 n=83 (37.4%)、栄養専門職 n=141 (63.5%)、歯科口腔専門職 n=79 (35.6%)、介護福祉士を含む介護職員 n=173 (77.9%)、介護支援専門員 n=143 (64.4%)、看護師・准看護師 n=167 (75.2%)
  - ・ 経口維持加算による多職種ミーラウンド・カンファレンスへの参加：リハビリテーション専門職 n=26 (11.7%)、機能訓練指導員 n=47 (21.2%)、栄養専門職 n=98 (44.1%)、歯科口腔専門職 n=29 (13.1%)、介護福祉士を含む介護職員 n=90 (40.5%)、介護支援専門員 n=85 (38.3%)、看護師・准看護師 n=86 (38.7%)

#### ⑭リハビリテーション・機能訓練指導員、栄養専門職、歯科口腔が参加するカンファレンスの状況

「開催している」 n=87 (有効 39.5%)

⇒ 「開催している場合」 [頻度：「毎日」 n=2 (有効 2.3%)、「週 3~6 日」 n=7 (有効 8.0%)、「週 1,2 日」 n=22 (有効 25.3%)、「月 1~3 日」 n=41 (有効 47.1%)、「月 1 回未満」 n=15 (有効 17.2%)、カンファレンスの目的 (複数回答)：「介護支援専門員が主催するサービス担当者会議」 n=77 (有効 88.5%)、「ケアプランの共有」 n=58 (有効 66.7%)、「ミーラウンド後のカンファレン

ス」 n=31 (有効 35.6%)、「一体的計画書の共有」 n=19 (有効 21.8%)

#### ⑮ リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養のインフォーマルな話し合いの状況

実施している n=101 (有効 45.5%)

⇒実施している場合 [頻度：「毎日」 n=23 (有効 23.0%)、「週 3~6 日」 n=17 (有効 17.0%)、「週 1, 2 日」 n=30 (有効 30.0%)、「月 1~3 日」 n=21 (有効 21.0%)、「月 1 回未満」 n=9 (有効 9.0%)、  
内容 (複数回答)：「栄養・食事に関すること」 n=88 (有効 87.1%)、「利用者の体調に関するこ  
と」 n=85 (有効 84.2%)、「リハビリテーション・個別機能訓練に関すること」 n=58 (有効 57.4%)、  
「口腔に関すること」 n=54 (有効 53.5%)

#### ⑯ 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」の推進による効果の状況 (複数回答)

「入所者の新たな課題やニーズを早期に把握できるようになった」 n=57 (25.7%)、「日常の職種間の情報連携の頻度が増えた」 n=64 (28.8%)、「ケアプランで共通した目標設定ができるようになった」 n=54 (24.3%)、「栄養のアウトカムが良くなった」 n=32 (14.4%)、「褥瘡のケアが充実した」 n=28 (12.6%)

#### ⑰ 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」を推進するうえでの課題 (複数回答)

「専門職が常勤配置されていない」 n=119 (53.6%)、「主導する職種が決まっていない・わからない」 n=80 (36.0%)、「外部機関 (同一法人を含む) 所属の専門職との連携体制がない・わからない」 n=53 (23.9%)、「電子システムが対応していない」 n=37 (16.7%)、「専門職が互いの業務に対する理解がない」 n=20 (9.0%)

#### ⑱ 「一体的取組」を推進するうえで、すでに取り組んでいること (複数回答)

「専門職同士がわからないことがあったときに気軽に相談できる職場づくりに努めている」 n=92 (41.4%)、「リハビリテーション・機能訓練・栄養管理・口腔管理の専門職 (同一事業所・同一法人所属) と本人・家族、ケアマネジャー等が参加するカンファレンスを (定期的に) 開催している」 n=42 (18.9%)、「電子システムを導入している」 n=38 (17.1%)、「外部機関所属 (同一法人を含む) の専門職との連携体制を強化している」 n=26 (11.7%)、「連携に関与する専門職を新規に雇用している」 n=14 (6.3%)

#### ⑲ 多職種協働の状況

利用者への支援について、多職種チームの誰かが何かを気にかけている場合に、全体で取り上げるようにしている：「とてもあてはまる」 n=60 (27.0%)、「ややあてはまる」 n=140 (63.1%)、

カンファレンスで一度も発言しない職種がないように配慮されている：「とてもあてはまる」  
n=88 (39.6%)、「ややあてはまる」n=98 (44.1%)、多職種チーム内で支援目標を共有している：  
「とてもあてはまる」n=59 (有効 26.7%)、「ややあてはまる」n=128 (有効 57.9%)

## (2) 老健 (n=166. 表3, 4)

### ①主回答者

施設長 n=9 (5.4%)、事務長 n=32、管理栄養士 n=21 (12.7%)、その他 n=103 (62.6%)

### ②入所者の状況

定員数：平均 88.0 (SD33.9)床、入所実人数：平均 78.0 (SD31.5)人、平均在所日数：平均  
398.4(SD258.5)日、在宅復帰率：平均 38.3(SD22.8)%、低栄養リスク別人数割合 [中リスク：平  
均 44.6 (SD16.9)%、高リスク：平均 12.7 (SD10.5)%、食事形態別人数割合 [常食でない主食ま  
たは副食：平均 58.7 (SD22.0)%]

### ③咀嚼機能が低下した入所者への食事形態 (頻度が最も高いもの)

- a. 軟らかいものが噛める入所者：「軟食・軟菜食」n=85 (51.2%)、「きざみ食」n=54(32.5%)、  
「常食」n=19 (有効 11.4%)
- b. 軟らかいものが噛めない入所者：「きざみ食」n=68 (41.0%)、「ミキサー食」n=47 (28.3%)、  
「ソフト食・ムース食」n=45 (27.1%)

### ④入所者 100 名当たりの過去 6 か月間の状況

在宅へ退所した人数：平均 21.4(SD19.3)人、誤嚥性肺炎により入院した人数：平均 2.0 (SD2.6)  
人、死亡した人数：平均 7.3 (SD9.7)人

### ⑤専門職の常勤換算人数 (実人数)

歯科医師：平均 0.0 (SD0.1)人、歯科衛生士：平均 0.1 (SD 0.4)人、理学療法士：平均 3.0  
(SD 2.5)人、作業療法士：平均 1.9 (SD1.7)人、言語聴覚士：平均 0.5 (SD 0.7)人、専任の機  
能訓練指導員：平均 0.0 (SD 0.3)人、管理栄養士：平均 1.4 (SD 0.8)人

### ⑥専門職の常勤換算人数 (入所 100 名当たり人数)

歯科医師：平均 0.0 (SD 0.1)人、歯科衛生士：平均 0.2 (SD 0.4)人、理学療法士：平均 3.9  
(SD 4.3)人、作業療法士：平均 2.5 (SD 2.0)人、言語聴覚士：平均 0.7 (SD 1.1)人、専任の機  
能訓練指導員 0.1：平均(SD 0.4)人、管理栄養士：平均 2.0 (SD 2.0)人

### ⑦管理栄養士を常勤換算で 2 名以上配置

管理栄養士を常勤換算で 2 名以上配置している n=29 (有効 25.4%)

⑧機能訓練指導員（専任）の資格\*（複数回答）

理学療法士 n=13（7.8%）、作業療法士 n=10（6.0%）、言語聴覚士 n=6（3.6%）

\*⑤、⑥で回答された看護師・准看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士とは重複しない専任の職員。

⑨外部機関等に所属し連携（評価・治療・ケア等）している専門職

歯科医師：「あり（同一法人）」n=21（12.7%）、「あり（他法人）」n=98（59.0%）

歯科衛生士：「あり（同一法人）」n=29（17.5%）、「あり（他法人）」n=65（39.2%）

⑩加算算定の状況（2022年9月の1か月間に1件以上）（複数回答）

栄養マネジメント強化加算 n=75（45.2%）、経口移行加算 n=34（20.5%）、経口維持加算Ⅰ n=89（53.6%）、経口維持加算Ⅱ n=69（41.6%）、口腔衛生管理加算Ⅰ n=22（13.3%）、口腔衛生管理加算Ⅱ n=49（29.5%）、リハビリテーションマネジメント計画書情報加算 n=106（63.9%）、ターミナルケア加算 n=93（56.0%）

⑪「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書（一体的計画書）」（厚生労働省公開の様式例）について

一体的計画書を「知っている」n=125（75.3%）

一体的計画書を「使用している」n=32（19.3%）

⇒一体的計画様式例を「使用していない」場合（使用していない n=134）[理由（複数回答）：「別の書式で運用している」n=86（有効 64.2%）、「電子システムが対応していない」n=39（有効 29.1%）、「多職種で書類を共有することが難しい」n=31（有効 23.1%）、「活用を主導する旗振り役がいらない」n=24（有効 17.9%）、「様式例の使い勝手が悪い」n=17（有効 12.7%）、「活用を促す加算がない」n=16（有効 11.9%）]

⑫リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映

「反映できている」n=112（67.5%）

⇒「反映できていない」場合の理由（反映できていない n=54）[「歯科口腔専門職が勤務していない」n=35（有効 64.8%）、「連携を主導する旗振り役がいらない」n=15（有効 27.8%）、「各職種の業務についての相互の理解不足」n=15（有効 27.8%）、「機能訓練指導員が勤務していない」n=14（有効 25.9%）、「リハビリテーション専門職の3職種が揃わない」n=13（有効 24.1%）]

⑬業務項目別の連携協働している職種（各項目について職種は複数回答）

・ リハビリテーション・個別機能訓練目標の共有：リハビリテーション専門職 n=158（95.2%）、

- 機能訓練指導員 n=9 (5.4%)、栄養専門職 n=98 (59.0%)、歯科口腔専門職 n=14 (8.4%)、介護福祉士を含む介護職員 n=135 (81.3%)、介護支援専門員 n=136 (81.9%)、看護師・准看護師 n=130 (78.3%)
- ・ リハビリテーション・個別機能訓練計画の共有：リハビリテーション専門職 n=151 (91.0%)、機能訓練指導員 n=9 (5.4%)、栄養専門職 n=93 (56.0%)、歯科口腔専門職 n=14 (8.4%)、介護福祉士を含む介護職員 n=127 (76.5%)、介護支援専門員 n=130 (78.3%)、看護師・准看護師 n=122 (73.5%)
  - ・ 栄養ケアの目標の共有：リハビリテーション専門職 n=107 (64.5%)、機能訓練指導員 n=8 (4.8%)、栄養専門職 n=146 (88.0%)、歯科口腔専門職 n=21 (12.7%)、介護福祉士を含む介護職員 n=120 (72.3%)、介護支援専門員 n=124 (74.7%)、看護師・准看護師 n=121 (72.9%)
  - ・ 栄養ケア計画の共有：リハビリテーション専門職 n=101 (60.8%)、機能訓練指導員 n=9 (5.4%)、栄養専門職 n=145 (87.3%)、歯科口腔専門職 n=23 (13.9%)、介護福祉士を含む介護職員 n=112 (67.5%)、介護支援専門員 n=123 (74.1%)、看護師・准看護師 n=115 (69.3%)
  - ・ 口腔ケア・マネジメントの目標の共有：リハビリテーション専門職 n=71 (42.8%)、機能訓練指導員 n=6 (3.6%)、栄養専門職 n=77 (46.4%)、歯科口腔専門職 n=47 (28.3%)、介護福祉士を含む介護職員 n=90 (54.2%)、介護支援専門員 n=88 (53.0%)、看護師・准看護師 n=88 (53.0%)
  - ・ 口腔ケア・マネジメント計画の共有：リハビリテーション専門職 n=69 (41.6%)、機能訓練指導員 n=6 (3.6%)、栄養専門職 n=77 (46.4%)、歯科口腔専門職 n=46 (27.7%)、介護福祉士を含む介護職員 n=87 (52.4%)、介護支援専門員 n=86 (51.8%)、看護師・准看護師 n=85 (51.2%)
  - ・ 口腔衛生状態（歯や義歯の汚れ、舌苔、口臭等）の把握：リハビリテーション専門職 n=75 (45.2%)、機能訓練指導員 n=7 (4.2%)、栄養専門職 n=91 (54.8%)、歯科口腔専門職 n=57 (34.3%)、介護福祉士を含む介護職員 n=131 (78.9%)、介護支援専門員 n=94 (56.6%)、看護師・准看護師 n=128 (77.1%)
  - ・ 日常的な口腔ケアの実施：リハビリテーション専門職 n=63 (38.0%)、機能訓練指導員 n=5 (3.0%)、栄養専門職 n=65 (39.2%)、歯科口腔専門職 n=39 (23.5%)、介護福祉士を含む介護職員 n=139 (83.7%)、介護支援専門員 n=86 (51.8%)、看護師・准看護師 n=124 (74.7%)
  - ・ 口腔機能状態（摂食嚥下、頸部・顔面周囲筋の緊張や筋力、頸部、口腔周囲の可動域、口腔内や口唇の感覚、舌の動き、むせ、口腔乾燥等）の把握：リハビリテーション専門職 n=107



(64.5%)、機能訓練指導員 n=7 (4.2%)、栄養専門職 n=100 (60.2%)、歯科口腔専門職 n=47 (28.3%)、介護福祉士を含む介護職員 n=125 (75.3%)、介護支援専門員 n=98 (59.0%)、看護師・准看護師 n=127 (76.5%)

- ・ 経口維持加算による多職種ミーラウンド・カンファレンスへの参加：リハビリテーション専門職 n=96 (57.8%)、機能訓練指導員 n=3 (1.8%)、栄養専門職 n=110 (66.3%)、歯科口腔専門職 n=27 (16.3%)、介護福祉士を含む介護職員 n=88 (53.0%)、介護支援専門員 n=80 (48.2%)、看護師・准看護師 n=93 (56.0%)

#### ⑭ リハビリテーション・機能訓練指導員、栄養専門職、歯科口腔が参加するカンファレンスの状況

「開催している」 n=102 (61.8%)

⇒ 「開催している」場合 [頻度：「毎日」 n=1 (有効 1.0%)、「週 3~6 日」 n=16 (有効 15.7%)、「週 1,2 日」 n=37 (有効 36.3%)、「月 1~3 日」 n=39 (有効 38.2%)、「月 1 回未満」 n=9 (有効 8.0%)、カンファレンスの目的(複数回答)：「介護支援専門員が主催するサービス担当者会議」 n=75 (有効 73.5%)、「ケアプランの共有」 n=65 (有効 63.7%)、「退所前情報共有」 n=54 (有効 52.9%)、「ミーラウンド後のカンファレンス」 n=38 (有効 37.3%)、「一体的計画書の共有」 n=22 (有効 21.6%)

#### ⑮ リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養のインフォーマルな話し合いの状況

「実施している」 n=99 (59.6%)、

⇒ 「実施している」場合 [頻度：「毎日」 n=21 (有効 21.2%)、「週 3~6 日」 n=29 (有効 29.3%)、「週 1,2 日」 n=25 (有効 25.3%)、「月 1~3 日」 n=19 (有効 19.2%)、「月 1 回未満」 n=5 (有効 5.1%)、内容(複数回答)：「栄養・食事に関すること」 n=86 (有効 86.9%)、「利用者の体調に関すること」 n=82 (有効 82.8%)、「リハビリテーション・個別機能訓練に関すること」 n=71 (有効 71.7%)、「口腔に関すること」 n=60 (有効 60.6%)

#### ⑯ 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」の推進による効果の状況(複数回答)

「日常の職種間の情報連携の頻度が増えた」 n=68 (41.0%)、「入所者の新たな課題やニーズを早期に把握できるようになった」 n=62 (37.3%)、「ケアプランで共通した目標設定ができるようになった」 n=53 (31.9%)、「栄養のアウトカムが良くなった」 n=30 (18.1%)、「ADL・IADL が維持改善された」 n=28 (16.9%)

#### ⑰ 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」を推進するうえ

### での課題(複数回答)

「主導する職種が決まっていない・わからない」 n=61 (36.7%)、「専門職が常勤配置されていない」 n=60 (36.1%)、「電子システムが対応していない」 n=37 (22.3%)、「外部機関(同一法人を含む) 所属の専門職との連携体制がない・わからない」 n=29 (17.5%)、「専門職が互いの業務に対する理解がない」 n=25 (15.1%)

### ⑱「一体的取組」を推進するうえで、すでに取り組んでいること(複数回答)

「専門職同士がわからないことがあったときに気軽に相談できる職場づくりに努めている」 n=84 (50.6%)、「リハビリテーション・機能訓練・栄養管理・口腔管理の専門職(同一事業所・同一法人所属) と本人・家族、ケアマネジャー等が参加するカンファレンスを(定期的に)開催している」 n=39 (23.5%)、「外部機関所属(同一法人を含む)の専門職との連携体制を強化している」 n=35 (21.1%)、「電子システムを導入している」 n=29 (17.5%)、「主導する専門職を決めている」 n=16 (9.6%)

### ⑲多職種協働の状況

利用者への支援について、多職種チームの誰かが何かを気にしている場合に、全体で取り上げるようにしている:「とてもあてはまる」 n=45 (有効 27.3%)、「ややあてはまる」 n=106 (有効 64.2%)、カンファレンスで一度も発言しない職種がないように、配慮されている:「とてもあてはまる」 n=72 (有効 43.6%)、「ややあてはまる」 n=64 (有効 38.8%)、多職種チーム内で支援目標を共有している:「とてもあてはまる」 n=58 (有効 35.2%)、「ややあてはまる」 n=87 (有効 52.7%)

## (3) 通所介護 (n=277. 表5, 6)

### ①主回答者

事業所管理者 n=224 (80.9%)、その他 n=53 (19.1%)

### ②事業主体

営利法人 n=133 (48.0%)、社会福祉法人 n=77 (27.8%)

### ③併設施設(複数回答)

特養 n=31 (11.2%)、併設施設はない n=230 (83.0%)

### ④定員数、利用実人数

定員数: 平均 33.1 (SD16.0) 床、1週間の利用実人数: 平均 84.3 (SD65.2) 人

### ⑤BMI18.5の利用者

「いる」 n=82 (29.6%)、「いない」 n=23 (8.3%)、「把握していない」 n=172 (62.1%)

⇒「いる」場合 [人数 (利用実人数 100 名あたり) : 平均 11.8 (SD10.0)人]

#### ⑥噛むことに問題がある利用者

「いる」 n=191 (69.0%)、「いない」 n=56 (20.2%)、「把握していない」 n=30 (10.8%)

⇒「いる」場合 [人数 (利用実人数 100 名あたり) : 平均 10.5 (SD11.2)人]

#### ⑦義歯がある利用者

「いる」 n=234 (84.5%)、「いない」 n=3 (1.1%)、「把握していない」 n=40 (14.4%)

⇒「いる」場合 [人数 (利用実人数 100 名あたり) : 平均 54.2 (SD27.7)人]

#### ⑧飲み込むこと (嚥下) に問題がある利用者

「いる」 n=172 (有効 62.5%)、「いない」 n=82 (有効 29.8%)、「把握していない」 n=21 (有効 7.6%)

⇒「いる」場合 [人数 (利用実人数 100 名あたり) 平均 7.2 (SD8.9)人]

#### ⑨咀嚼機能が低下した入所者への食事形態 (頻度が最も高いもの)

a. 軟らかいものが噛める入所者:「きざみ食」 n=110 (39.7%)、「軟食・軟菜食」 n=90 (32.5%)、「常食」 n=46 (16.6%)

b. 軟らかいものが噛めない入所者:「きざみ食」 n=93 (33.6%)、「ミキサー食」 n=81 (29.2%)、「ソフト食・ムース食」 n=58 (20.9%)

#### ⑩利用者 100 名当たりの過去 6 か月間の状況

a. 利用終了した人数 (死亡含む):「わかる」 n=183 (有効 66.3%) ⇒平均 10.3 (SD18.3)

人

b. 入院した人数:「わかる」 n=165 (有効 59.8%) ⇒平均 6.0 (SD5.4)人

c. 誤嚥性肺炎により入院した人数:「わかる」 n=152 (有効 55.1%) ⇒平均 0.4 (SD0.8)人

d. 死亡した人数:「わかる」 n=178 (有効 64.5%) ⇒平均 2.1 (SD2.3)人

#### ⑪専門職の常勤換算人数 (実人数)

歯科医師: 平均 0.0 (SD0.0)人、歯科衛生士: 平均 0.0 (SD 0.1)人、理学療法士: 平均 0.4 (SD 0.7)人、作業療法士: 平均 1.2 (SD0.6)人、言語聴覚士: 平均 0.0 (SD 0.2)人、専任の機能訓練指導員: 平均 0.5 (SD 0.8)人、管理栄養士: 平均 0.1 (SD 0.4)人

#### ⑫専門職の常勤換算人数 (入所 100 名当たり人数)

歯科医師: 平均 0.0 (SD 0.0)人、歯科衛生士: 平均 0.0 (SD 0.1)人、理学療法士: 平均 0.4 (SD 0.7)人、作業療法士: 平均 0.3 (SD 0.9)人、言語聴覚士: 平均 0.0 (SD 0.3)人、専任の

機能訓練指導員：平均 0.8 (SD 2.0)人、管理栄養士：平均 0.1 (SD 0.6)人

**⑬管理栄養士・歯科衛生士を常勤換算で 0.1 名以上配置**

管理栄養士を常勤換算で 0.1 名以上「配置している」 n=25 (9.0%)

歯科衛生士を常勤換算で 0.1 名以上「配置している」 n=9 (3.2%)

**⑭機能訓練指導員（専任）の資格\*（複数回答）**

看護師 n=106 (38.3%)、准看護師 n=92 (33.2%)、理学療法士 n=53 (19.1%)、柔道整復師 n=38(13.7%)、作業療法士 n=32 (11.6%)、言語聴覚士 n=5 (1.8%)

\*⑪、⑫で回答された看護師・准看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士とは重複しない専任の職員。

**⑮外部機関等に所属し連携(評価・治療・ケア等)している専門職**

歯科医師：「あり（同一法人）」n=0 (0.0%)、「あり（他法人）」n=30 (10.8%)

歯科衛生士：「あり（同一法人）」n=3 (1.1%)、「あり（他法人）」n=24 (8.7%)

管理栄養士：「あり（同一法人）」n=33 (11.9%)、「あり（他法人）」n=10 (3.6%)

**⑯加算算定の状況（2022年9月の1か月間に1件以上）（複数回答）**

口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰn=16 (5.8%)、口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱn=7 (2.5%)、  
栄養アセスメント加算 n=10 (3.6%)、栄養改善加算 n=2 (0.7%)、口腔機能向上加算Ⅰn=16  
(5.8%)、口腔機能向上加算Ⅱn=26 (9.4%)、個別機能訓練加算Ⅰ(イ)n=134 (48.4%)、個別機能  
訓練加算Ⅰ(ロ)n=87 (31.4%)、個別機能訓練加算Ⅱn=91 (32.9%)

**⑰「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書(一体的計画書)」（厚生労働省公開の様式例）について**

一体的計画書を「知っている」n=117 (42.2%)

一体的計画書を「使用している」n=41 (14.8%)

⇒一体的計画様式例を「使用していない」場合(使用していないn=236) [理由(複数回答)：

「別の書式で運用している」n=121 (有効 51.3%)、「活用を促す加算がない」n=89 (有効

37.7%)、「電子システムが対応していない」n=29 (有効 12.3%)、「多職種で書類を共有する

ことが難しい」n=24 (有効 10.2%)、「活用を主導する旗振り役がない」n=24 (有効 10.2%)、

「各職種の業務についての相互の理解不足」n=16 (有効 6.8%)、「様式例の使い勝手が悪い」

n=9 (有効 3.8%)]

**⑱リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映**

「反映できている」 n=139 (50.2%)

⇒「反映できていない」場合(反映できていない n=138) [理由:「リハビリテーション専門職が勤務していない」 n=80 (有効 58.0%)、「歯科口腔専門職が勤務していない」 n=67 (有効 48.6%)、「栄養専門職が勤務していない」 n=66 (有効 47.8%)、「事業所外(同一法人を含む)の栄養専門職との連携体制がない」 n=61 (有効 44.2%)、「事業所外(同一法人を含む)の薬剤師との連携体制がない」 n=61 (有効 44.2%)、「事業所外(同一法人を含む)の歯科口腔専門職との連携体制がない」 n=60 (有効 43.5%)、「リハビリテーション専門職の3職種が揃わない」 n=57 (有効 41.3%)、「連携を主導する旗振り役がない」 n=51 (有効 37.0%)、「事業所外(同一法人を含む)のリハビリテーション専門職との連携体制がない」 n=49 (有効 35.5%)、「事業所外(同一法人を含む)の機能訓練指導員との連携体制がない」 n=46 (有効 33.3%)、「各職種の業務についての相互の理解不足」 n=26 (有効 18.8%)、「機能訓練指導員が勤務していない」 n=21 (有効 15.2%)]

**⑩業務項目別の連携協働している職種**(各項目について職種は複数回答)

- ・ リハビリテーション・個別機能訓練目標の共有:リハビリテーション専門職 n=63 (22.7%)、機能訓練指導員 n=156 (56.3%)、栄養専門職 n=7 (2.5%)、歯科口腔専門職 n=2 (0.7%)、介護福祉士を含む介護職員 n=162 (58.5%)、介護支援専門員 n=45 (16.2%)、看護師・准看護師 n=157 (56.7%)
- ・ リハビリテーション・個別機能訓練計画の共有:リハビリテーション専門職 n=62 (22.4%)、機能訓練指導員 n=156 (56.3%)、栄養専門職 n=6 (2.2%)、歯科口腔専門職 n=3 (1.1%)、介護福祉士を含む介護職員 n=161 (58.1%)、介護支援専門員 n=42 (15.2%)、看護師・准看護師 n=154 (55.6%)
- ・ 栄養ケアの目標の共有:リハビリテーション専門職 n=10 (3.6%)、機能訓練指導員 n=23 (8.3%)、栄養専門職 n=14 (5.1%)、歯科口腔専門職 n=5 (1.8%)、介護福祉士を含む介護職員 n=39 (14.1%)、介護支援専門員 n=14 (5.1%)、看護師・准看護師 n=37 (13.4%)
- ・ 栄養ケア計画の共有:リハビリテーション専門職 n=9 (3.2%)、機能訓練指導員 n=22 (7.9%)、栄養専門職 n=15 (5.4%)、歯科口腔専門職 n=4 (1.4%)、介護福祉士を含む介護職員 n=37 (13.4%)、介護支援専門員 n=13 (4.7%)、看護師・准看護師 n=32 (11.6%)
- ・ 口腔ケア・マネジメントの目標の共有:リハビリテーション専門職 n=15 (5.4%)、機能訓練指導員 n=33 (11.9%)、栄養専門職 n=3 (1.1%)、歯科口腔専門職 n=15 (5.4%)、介護福祉士を含む介護職員 n=57 (20.6%)、介護支援専門員 n=17 (6.1%)、看護師・准看護師 n=62 (22.4%)

- ・ 口腔ケア・マネジメント計画の共有：リハビリテーション専門職 n=13 (4.7%)、機能訓練指導員 n=33 (11.9%)、栄養専門職 n=3 (1.1%)、歯科口腔専門職 n=14 (5.1%)、介護福祉士を含む介護職員 n=53 (19.1%)、介護支援専門員 n=17 (6.1%)、看護師・准看護師 n=59 (21.3%)
- ・ 口腔衛生状態（歯や義歯の汚れ、舌苔、口臭等）の把握：リハビリテーション専門職 n=26 (9.4%)、機能訓練指導員 n=67 (24.2%)、栄養専門職 n=7 (2.5%)、歯科口腔専門職 n=15 (5.4%)、介護福祉士を含む介護職員 n=143 (51.6%)、介護支援専門員 n=22 (7.9%)、看護師・准看護師 n=151 (54.5%)
- ・ 日常的な口腔ケアの実施：リハビリテーション専門職 n=21 (7.6%)、機能訓練指導員 n=68 (24.5%)、栄養専門職 n=6 (2.2%)、歯科口腔専門職 n=12 (4.3%)、介護福祉士を含む介護職員 n=161 (58.1%)、介護支援専門員 n=22 (7.9%)、看護師・准看護師 n=152 (54.9%)
- ・ 口腔機能状態（摂食嚥下、頸部・顔面周囲筋の緊張や筋力、頸部、口腔周囲の可動域、口腔内や口唇の感覚、舌の動き、むせ、口腔乾燥等）の把握：リハビリテーション専門職 n=31 (11.2%)、機能訓練指導員 n=71 (25.6%)、栄養専門職 n=6 (2.2%)、歯科口腔専門職 n=15 (5.4%)、介護福祉士を含む介護職員 n=128 (46.2%)、介護支援専門員 n=27 (9.7%)、看護師・准看護師 n=149 (53.8%)
- ・ 経口維持加算による多職種ミーラウンド・カンファレンスへの参加：リハビリテーション専門職 n=7 (2.5%)、機能訓練指導員 n=15 (5.4%)、栄養専門職 n=4 (1.4%)、歯科口腔専門職 n=2 (0.7%)、介護福祉士を含む介護職員 n=24 (8.7%)、介護支援専門員 n=9 (3.2%)、看護師・准看護師 n=27 (9.7%)

**㊸リハビリテーション専門職・機能訓練指導員、栄養専門職、歯科口腔が参加するカンファレンスの状況**

「開催している」 n=47 (17.0%)

⇒ 「開催している」場合 [頻度：「毎日」 n=1 (有効 2.6%)、「週 3~6 日」 n=1 (有効 2.6%)、「週 1,2 日」 n=2 (有効 5.1%)、「月 1~3 日」 n=24 (有効 61.5%)、「月 1 回未満」 n=11 (有効 28.2%)、カンファレンスの目的（複数回答）：「ケアプランの共有」 n=31 (有効 66.0%)、「介護支援専門員が主催するサービス担当者会議」 n=22 (有効 46.8%)、「一体的計画書の共有」 n=14 (有効 29.8%)

**㊹リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養のインフォーマルな話し合いの状況**

「実施している」 n=106 (38.3%)、

⇒ 「実施している」場合 [頻度：「毎日」 n=45 (有効 42.5%)、「週 3~6 日」 n=29 (有効 27.4%)、

「週 1,2 日」 n=13 (有効 12.3%)、「月 1~3 日」 n=17 (有効 16.0%)、「月 1 回未満」 n=2 (有効 1.9%)、内容 (複数回答) : 「利用者の体調に関すること」 n=103 (有効 97.2%)、「リハビリテーション・個別機能訓練に関すること」 n=89 (有効 84.0%)、「家族からの情報に関すること」 n=81 (有効 76.4%)、「栄養・食事に関すること」 n=68 (有効 64.2%)、「口腔に関すること」 n=49 (有効 46.2%)

㉔ 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」の推進による効果の状況 (複数回答)

「利用者の新たな課題やニーズを早期に把握できるようになった」 n=81 (29.2%)、「日常の職種間の情報連携の頻度が増えた」 n=67 (24.2%)、「ケアプランで共通した目標設定ができるようになった」 n=48 (17.3%)、「個別機能訓練のアウトカムが良くなった」 n=30 (10.8%)、「介護者の負担軽減につながった」 n=28 (10.1%)

㉕ 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」を推進するうえでの課題 (複数回答)

「専門職が常勤配置されていない」 n=153 (55.2%)、「外部機関 (同一法人を含む) 所属の専門職との連携体制がない・わからない」 n=97 (35.0%)、「主導する職種が決まっていない・わからない」 n=54 (19.5%)、「電子システムが対応していない」 n=48 (17.3%)、「専門職が互いの業務に対する理解がない」 n=21 (7.6%)

㉖ 「一体的取組」を推進するうえで、すでに取り組んでいること (複数回答)

「専門職同士がわからないことがあったときに気軽に相談できる職場づくりに努めている」 n=67 (24.2%)、「外部機関所属 (同一法人を含む) の専門職との連携体制を強化している」 n=26 (9.4%)、「電子システムを導入している」 n=24 (8.7%)、「主導する専門職を決めている」 n=20 (7.2%)、「専門職が互いの業務に対する理解を深めるための研修会を開催している」 n=17 (6.1%)、「リハビリテーション・機能訓練・栄養管理・口腔管理の専門職 (同一事業所・同一法人所属) と本人・家族、ケアマネジャー等が参加するカンファレンスを (定期的に) 開催している」 n=14 (5.1%)

㉗ 多職種協働の状況

利用者への支援について、多職種チームの誰かが何かを気にかけている場合に、全体で取り上げるようにしている : 「とてもあてはまる」 n=73 (有効 26.4%)、「ややあてはまる」 n=154 (有効 55.8%)、カンファレンスで一度も発言しない職種がないように、配慮されている : 「とてもあてはまる」 n=31 (有効 11.2%)、「ややあてはまる」 n=133 (有効 48.2%)、

多職種チーム内で支援目標を共有している：「とてもあてはまる」 n=35 (有効 12.7%)、「ややあてはまる」 n=141 (有効 51.1%)

#### ②⑥居宅介護支援事業所の介護支援専門員との連携状況

連携している介護支援専門員が「いる」 n=92 (33.2%)

⇒連携している介護支援専門員が「いる」場合 [通所事業所から情報共有している内容 (複数回答) : 「リハビリテーション・個別機能訓練目標」 n=64 (有効69.6%)、「ADL・IADL」 n=45 (有効48.9%)、「リハビリテーション・個別機能訓練計画・具体的内容」 n=4 (有効4.3%)、「栄養ケアの目標」 n=6 (有効6.5%)、「栄養ケア計画」 n=5 (有効5.4%)、「食事形態」 n=55 (有効59.8%)、「食事介助状況」 n= 48 (有効52.2%)、「口腔ケア・マネジメントの目標」 n=0 (有効0.0%)、「口腔ケア・マネジメント計画」 n=9 (有効9.8%)、「口腔衛生状態 (口の中の汚れ等)」 n=24 (有効26.1%)、居宅支援事業所の介護支援専門員からの相談にのる職種 (複数回答) : リハビリテーション専門職n=29 (有効31.5%)、機能訓練指導員n=60 (有効65.2%)、栄養専門職n=7 (有効7.6%)、歯科口腔専門職n=8 (有効8.7%)、居宅支援事業所の介護支援専門員に相談する職種 (複数回答) : リハビリテーション専門職n=28 (有効30.4%)、機能訓練指導員n=63 (有効68.5%)、栄養専門職n=7 (有効7.6%)、歯科口腔専門職n=9 (有効9.8%)、必要に応じて利用者の居宅を訪問している職種 (複数回答) : リハビリテーション専門職n=23 (有効25.0%)、機能訓練指導員n=54 (有効58.7%)、栄養専門職n=2 (有効2.2%)、歯科口腔専門職n=6 (有効6.5%)]

#### (4) 通所リハ(n=309. 表7, 8)

##### ①主回答者

事業所管理者 n=122 (39.5%)、その他 n=187 (60.5%)

##### ②事業主体

医療法人 n=261 (84.5%)、社会福祉法人 n=11 (3.6%)

##### ③併設施設 (複数回答)

診療所 n=124 (40.1%)、病院 n=122 (39.5%)、老健 n=99 (32.0%)、併設施設はない n=5 (1.6%)

##### ④定員数、利用実人数

定員数：平均 44.1 (SD38.7)床、1週間の利用実人数：平均 98.1 (SD89.3)人

##### ⑤BMI18.5の利用者



「いる」 n=165 (53.4%)、「いない」 n=29 (9.4%)、「把握していない」 n=115 (37.2%)

⇒「いる」場合 [人数 (利用実人数 100 名あたり) : 平均 9.9 (SD11.5) 人]

#### ⑥噛むことに問題がある利用者

「いる」 n=165 (53.4%)、「いない」 n=74 (23.9%)、「把握していない」 n=70 (22.7%)

⇒いる場合 [人数 (利用実人数 100 名あたり) : 平均 11.7 (SD13.2) 人]

#### ⑦義歯がある利用者

「いる」 n=208 (67.3%)、「いない」 n=1 (0.3%)、「把握していない」 n=100 (32.4%)

⇒「いる」場合 [人数 (利用実人数 100 名あたり) : 平均 49.0 (SD25.5) 人]

#### ⑧飲み込むこと (嚥下) に問題がある利用者

「いる」 n=193 (62.5%)、「いない」 n=67 (21.7%)、「把握していない」 n=49 (15.9%)

⇒「いる」場合 [人数 (利用実人数 100 名あたり) 平均 7.9 (SD8.6) 人]

#### ⑨咀嚼機能が低下した入所者への食事形態 (頻度が最も高いもの)

a. 軟らかいものが噛める入所者:「軟食・軟菜食」 n=108 (35.2%)、「きざみ食」 n=64 (20.8%)、  
「常食」 n=35 (11.4%)

b. 軟らかいものが噛めない入所者:「きざみ食」 n=92 (30.0%)、「ミキサー食」 n=47 (15.3%)、  
「ソフト食・ムース食」 n=45 (14.7%)

#### ⑩利用者 100 名当たりの過去 6 か月間の状況

a. 利用終了した人数 (死亡含む):「わかる」 n=263 (85.1%) ⇒平均 16.4 (SD18.6) 人

b. 入院した人数:「わかる」 n=231 (有効 74.8%) ⇒平均 10.4 (SD13.6) 人

c. 誤嚥性肺炎により入院した人数:「わかる」 n=190 (有効 61.5%) ⇒平均 0.6 (SD 2.1)

人

d. 死亡した人数:「わかる」 n=243 (有効 78.6%) ⇒平均 2.2 (SD 3.6) 人

#### ⑪専門職の常勤換算人数 (実人数)

歯科医師: 平均 0.0 (SD 0.1) 人、歯科衛生士: 平均 0.0 (SD 0.2) 人、理学療法士: 平均 2.6 (SD 2.6) 人、作業療法士: 平均 1.1 (SD1.4) 人、言語聴覚士: 平均 0.3 (SD 0.7) 人、専任の機能訓練指導員: 平均 0.2 (SD 1.1) 人、管理栄養士: 平均 0.3 (SD 0.6) 人

#### ⑫専門職の常勤換算人数 (入所 100 名当たり人数)

歯科医師: 平均 0.0 (SD 0.2) 人、歯科衛生士: 平均 0.1 (SD 0.3) 人、理学療法士: 平均 4.8 (SD 9.3) 人、作業療法士: 平均 1.7 (SD 2.9) 人、言語聴覚士: 平均 0.4 (SD 1.4) 人、専任の機能訓練指導員: 平均 0.3 (SD 1.6) 人、管理栄養士: 平均 0.5 (SD 1.7) 人

**⑬管理栄養士・歯科衛生士を常勤換算で0.1名以上配置**

管理栄養士を常勤換算で0.1名以上「配置している」 n=110 (35.6%)

歯科衛生士を常勤換算で0.1名以上「配置している」 n=17 (5.5%)

**⑭機能訓練指導員（専任）の資格\*（複数回答）**

理学療法士 n=120 (38.8%)、作業療法士 n=72 (23.3%)、看護師 n=29 (9.4%)、言語聴覚士 n=27 (8.7%)

\*⑪、⑫で回答された看護師・准看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士とは重複しない専任の職員。

**⑮外部機関等に所属し連携（評価・治療・ケア等）している専門職**

歯科医師：「あり（同一法人）」n=80 (25.9%)、「あり（他法人）」n=16 (5.2%)

歯科衛生士：「あり（同一法人）」n=7 (2.3%)、「あり（他法人）」n=12 (3.9%)

管理栄養士：「あり（同一法人）」n=47 (15.2%)、「あり（他法人）」n=4 (1.3%)

**⑯加算算定の状況（2022年9月の1か月間に1件以上）（複数回答）**

口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ n=36 (11.7%)、口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ n=37 (12.0%)、栄養アセスメント加算 n=59 (19.1%)、栄養改善加算 n=31 (10.0%)、口腔機能向上加算Ⅰ n=43 (13.9%)、口腔機能向上加算Ⅱ n=48 (15.5%)、リハビリテーションマネジメント加算(A)(イ) n=60 (19.4%)、リハビリテーションマネジメント加算(A)(ロ) n=56 (18.1%)、リハビリテーションマネジメント加算(B)(イ) n=66 (21.4%)、リハビリテーションマネジメント加算(A)(ロ) n=87 (28.2%)

**⑰「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書（一体的計画書）」（厚生労働省公開の様式例）について**

一体的計画書を「知っている」 n=205 (66.3%)

一体的計画書を「使用している」 n=84 (27.2%)

⇒一体的計画様式例を「使用していない」場合（使用していない n=225）[理由（複数回答）：「別の書式で運用している」 n=127 (有効 56.4%)、「活用を促す加算がない」 n=76 (有効 33.8%)、「多職種で書類を共有することが難しい」 n=46 (有効 20.4%)、「電子システムが対応していない」 n=44 (有効 19.6%)、「様式例の使い勝手が悪い」 n=27 (有効 12.0%)、「活用を主導する旗振り役がいらない」 n=21 (有効 9.3%)、「各職種の業務についての相互の理解不足」 n=14 (有効 6.2%)]

**⑱リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリ**

## テーション計画または機能訓練計画への反映

「反映できている」 n=185 (59.9%)

⇒「反映できていない」場合(反映できていない n=124) [理由:「歯科口腔専門職が勤務していない」 n=89 (有効 73.0%)、「事業所外(同一法人を含む)の歯科口腔専門職との連携体制がない」 n=81 (有効 67.5%)、「事業所外(同一法人を含む)の薬剤師との連携体制がない」 n=70 (有効 58.3%)、「事業所外(同一法人を含む)の栄養専門職との連携体制がない」 n=61 (有効 51.3%)、「栄養専門職が勤務していない」 n=55 (有効 46.6%)、「リハビリテーション専門職の3職種が揃わない」 n=44 (有効 40.4%)、「連携を主導する旗振り役がない」 n=38 (有効 32.5%)、「機能訓練指導員が勤務していない」 n=36 (有効 19.1%)、「事業所外(同一法人を含む)の機能訓練指導員との連携体制がない」 n=34 (有効 29.3%)、「各職種の業務についての相互の理解不足」 n=26 (有効 22.4%)、「事業所外(同一法人を含む)のリハビリテーション専門職との連携体制がない」 n=22 (有効 19.1%)]

### ⑨業務項目別の連携協働している職種(各項目について職種は複数回答)

- ・ リハビリテーション・個別機能訓練目標の共有:リハビリテーション専門職 n=292 (94.5%)、機能訓練指導員 n=22 (7.1%)、栄養専門職 n=34 (11.0%)、歯科口腔専門職 n=8 (2.6%)、介護福祉士を含む介護職員 n=195 (63.1%)、介護支援専門員 n=129 (41.7%)、看護師・准看護師 n=143 (46.3%)
- ・ リハビリテーション・個別機能訓練計画の共有:リハビリテーション専門職 n=290 (93.9%)、機能訓練指導員 n=22 (7.1%)、栄養専門職 n=30 (9.7%)、歯科口腔専門職 n=8 (2.6%)、介護福祉士を含む介護職員 n=191 (61.8%)、介護支援専門員 n=125 (40.5%)、看護師・准看護師 n=139 (45.0%)
- ・ 栄養ケアの目標の共有:リハビリテーション専門職 n=80 (25.9%)、機能訓練指導員 n=7 (2.3%)、栄養専門職 n=76 (24.6%)、歯科口腔専門職 n=11 (3.6%)、介護福祉士を含む介護職員 n=75 (24.3%)、介護支援専門員 n=45 (14.6%)、看護師・准看護師 n=71 (23.0%)
- ・ 栄養ケア計画の共有:リハビリテーション専門職 n=72 (23.3%)、機能訓練指導員 n=6 (1.9%)、栄養専門職 n=76 (24.6%)、歯科口腔専門職 n=11 (3.6%)、介護福祉士を含む介護職員 n=72 (23.3%)、介護支援専門員 n=42 (13.6%)、看護師・准看護師 n=67 (21.7%)
- ・ 口腔ケア・マネジメントの目標の共有:リハビリテーション専門職 n=90 (29.1%)、機能訓練指導員 n=6 (1.9%)、栄養専門職 n=32 (10.4%)、歯科口腔専門職 n=20 (6.5%)、介護福祉士を含む介護職員 n=83 (26.9%)、介護支援専門員 n=48 (15.5%)、看護師・准看護師 n=72

(23.3%)

- ・ 口腔ケア・マネジメント計画の共有：リハビリテーション専門職 n=86 (27.8%)、機能訓練指導員 n=6 (1.9%)、栄養専門職 n=32 (10.4%)、歯科口腔専門職 n=19 (6.1%)、介護福祉士を含む介護職員 n=82 (26.5%)、介護支援専門員 n=47 (15.2%)、看護師・准看護師 n=70 (22.7%)
- ・ 口腔衛生状態（歯や義歯の汚れ、舌苔、口臭等）の把握：リハビリテーション専門職 n=124 (40.1%)、機能訓練指導員 n=9 (2.9%)、栄養専門職 n=34 (11.0%)、歯科口腔専門職 n=22 (7.1%)、介護福祉士を含む介護職員 n=157 (50.8%)、介護支援専門員 n=60 (19.4%)、看護師・准看護師 n=126 (40.8%)
- ・ 日常的な口腔ケアの実施：リハビリテーション専門職 n=105 (34.0%)、機能訓練指導員 n=10 (3.2%)、栄養専門職 n=25 (8.1%)、歯科口腔専門職 n=19 (6.1%)、介護福祉士を含む介護職員 n=157 (50.8%)、介護支援専門員 n=52 (16.8%)、看護師・准看護師 n=121 (39.2%)
- ・ 口腔機能状態（摂食嚥下、頸部・顔面周囲筋の緊張や筋力、頸部、口腔周囲の可動域、口腔内や口唇の感覚、舌の動き、むせ、口腔乾燥等）の把握：リハビリテーション専門職 n=155 (50.2%)、機能訓練指導員 n=9 (2.9%)、栄養専門職 n=34 (11.0%)、歯科口腔専門職 n=21 (6.8%)、介護福祉士を含む介護職員 n=141 (45.6%)、介護支援専門員 n=55 (17.8%)、看護師・准看護師 n=113 (36.6%)
- ・ 経口維持加算による多職種ミーラウンド・カンファレンスへの参加：リハビリテーション専門職 n=40 (12.9%)、機能訓練指導員 n=3 (1.0%)、栄養専門職 n=21 (6.8%)、歯科口腔専門職 n=3 (1.0%)、介護福祉士を含む介護職員 n=30 (9.7%)、介護支援専門員 n=16 (5.2%)、看護師・准看護師 n=26 (8.4%)

#### ㊸リハビリテーション・機能訓練指導員、栄養専門職、歯科口腔が参加するカンファレンスの状況

「開催している」 n=85 (27.5%)

⇒「開催している」場合〔頻度：「毎日」 n=5 (有効 8.8%)、「週 3~6 日」 n=3 (有効 5.3%)、「週 1,2 日」 n=8 (有効 14.0%)、「月 1~3 日」 n=24 (有効 42.1%)、「月 1 回未満」 n=17 (有効 29.8%)、カンファレンスの目的（複数回答）：「ケアプランの共有」 n=60 (有効 70.6%)、] 介護支援専門員が主催するサービス担当者会議」 n=47 (有効 55.3%)、「一体的計画書の共有」 n=29 (有効 34.1%)

#### ㊹リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養のインフォーマルな話し合いの状況

「実施している」 n=141 (45.6%)、

⇒「実施している」場合 [頻度:「毎日」 n=61 (有効 43.3%)、「週 3~6 日」 n=18 (有効 12.8%)、「週 1,2 日」 n=31 (有効 22.0%)、「月 1~3 日」 n=20 (有効 14.2%)、「月 1 回未満」 n=11 (有効 7.8%)、内容 (複数回答):「リハビリテーション・個別機能訓練に関すること」 n=126 (有効 89.4%)、「利用者の体調に関すること」 n=115 (有効 81.6%)、「家族からの情報に関すること」 n=100 (有効 70.9%)、「栄養・食事に関すること」 n=99 (有効 70.2%)、「口腔に関すること」 n=68 (有効 48.2%)

⑳ 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」の推進による効果の状況 (複数回答)

「利用者の新たな課題やニーズを早期に把握できるようになった」 n=113 (36.6%)、「日常の職種間の情報連携の頻度が増えた」 n=92 (29.8%)、「ケアプランで共通した目標設定ができるようになった」 n=71 (23.0%)、「ADL・IADL が維持改善された」 n=37 (12.0%)、「外部の関連者との連携が強化された」 n=33 (10.7%)、「リハビリテーションのアウトカムがよくなった」 n=31 (10.0%)

㉑ 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」を推進するうえでの課題 (複数回答)

「専門職が常勤配置されていない」 n=176 (57.0%)、「外部機関 (同一法人を含む) 所属の専門職との連携体制がない・わからない」 n=105 (34.0%)、「主導する職種が決まっていない・わからない」 n=77 (24.9%)、「電子システムが対応していない」 n=66 (21.4%)、「経営上のメリットがない」 n=53 (17.2%)

㉒ 「一体的取組」を推進するうえで、すでに取り組んでいること (複数回答)

「専門職同士がわからないことがあったときに気軽に相談できる職場づくりに努めている」 n=116 (37.5%)、「リハビリテーション・機能訓練・栄養管理・口腔管理の専門職 (同一事業所・同一法人所属) と本人・家族、ケアマネジャー等が参加するカンファレンスを (定期的) に開催している」 n=60 (19.4%)、「電子システムを導入している」 n=33 (10.7%)、「外部機関所属 (同一法人を含む) の専門職との連携体制を強化している」 n=29 (9.4%)、「専門職が互いの業務に対する理解を深めるための研修会を開催している」 n=28 (9.1%)、「主導する専門職を決めている」 n=26 (8.4%)

㉓ 多職種協働の状況

利用者への支援について、多職種チームの誰かが何かを気にかけている場合に、全体で

取り上げるようにしている：「とてもあてはまる」 n=96（有効 31.1%）、「ややあてはまる」 n=182（有効 58.9%）、カンファレンスで一度も発言しない職種がないように、配慮されている：「とてもあてはまる」 n=64（有効 20.7%）、「ややあてはまる」 n=147（有効 47.6%）、多職種チーム内で支援目標を共有している：「とてもあてはまる」 n=83（有効 26.9%）、「ややあてはまる」 n=165（有効 53.4%）

#### ㊦居宅介護支援事業所の介護支援専門員との連携状況

連携している介護支援専門員が「いる」 n=200（64.7%）

⇒連携している介護支援専門員が「いる」場合〔通所事業所から情報共有している内容（複数回答）：「リハビリテーション・個別機能訓練目標」 n=186（有効92.5%）、「ADL・IADL n=144」（有効71.6%）、「リハビリテーション・個別機能訓練計画・具体的内容」 n=1（有効0.5%）、「栄養ケアの目標」 n=42（有効20.9%）、「栄養ケア計画」 n=36（有効17.9%）、「食事形態」 n=108（有効53.7%）、「身長・体重・BMI・体脂肪率（身体計測）」 n=101（有効50.2%）、「食事介助状況」 n= 99（有効49.3%）、「口腔ケア・マネジメントの目標」 n=0（有効0.0%）、「口腔ケア・マネジメント計画」 口腔衛生状態（口の中の汚れ等）〕 n=61（有効30.3%）、居宅支援事業所の介護支援専門員からの相談にのる職種（複数回答）：リハビリテーション専門職 n=192（有効95.5%）、機能訓練指導員 n=15（有効7.5%）、栄養専門職 n=27（有効13.4%）、歯科口腔専門職 n=15（有効7.5%）、居宅支援事業所の介護支援専門員に相談する職種（複数回答）：リハビリテーション専門職 n=186（有効92.5%）、機能訓練指導員 n=13（有効6.5%）、栄養専門職 n=35（有効17.4%）、歯科口腔専門職 n=17（有効8.5%）、必要に応じて利用者の居宅を訪問している職種（複数回答）：リハビリテーション専門職 n=186（有効92.5%）、機能訓練指導員 n=9（有効4.5%）、栄養専門職 n=13（有効6.5%）、歯科口腔専門職 n=6（有効3.0%）]

### 3. クロス集計（欠損値がある場合は除外した有効%を記載）

「リハビリテーション専門職・機能訓練指導員、栄養専門職、歯科口腔専門職が連携して設定した目標を個別のリハビリテーション計画または機能訓練計画に反映できていますか」の設問に対する回答（「反映できている」 vs 「反映できていない」）を説明変数としたクロス集計の結果を表 9～16 に示す。また、各施設・事業所種別の結果について、特にリハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養に関わる項目で有意差の見られた項目を抜粋し以下に示す。

(1) 特養 (表9, 10)

①入所者の状況

定員数 (床) : 「反映できている」平均 76.5 (SD26.6) vs 「反映できていない」平均 65.1 (SD 23.3),  $p=0.001$

入所実人数 (人) : 「反映できている」平均 73.5 (SD 26.4) vs 「反映できていない」平均 61.5 (SD 20.6),  $p<0.001$

②入所者 100 名当たりの過去 6 か月間の状況

誤嚥性肺炎により入院した人数 (人) : 「反映できている」平均 1.6 (SD 3.5) vs 「反映できていない」平均 2.9 (SD 4.7),  $p=0.008$

③専門職の常勤換算人数 (実人数)

歯科衛生士 (人) : 「反映できている」平均 0.2 (SD 0.4) vs 「反映できていない」平均 0.0 (SD 0.1),  $p=0.001$

理学療法士 (人) : 「反映できている」平均 0.4 (SD0.6) vs 「反映できていない」平均 0.2 (SD0.5),  $p=0.006$

作業療法士 (人) : 「反映できている」平均 0.2 (SD0.5)人 vs 「反映できていない」平均 0.1 (SD0.2),  $p=0.010$

言語聴覚士 (人) : 「反映できている」平均 0.1 (SD0.2) vs 「反映できていない」平均 0.0 (SD0.2),  $p=0.014$

専任の機能訓練指導員 (人) : 「反映できている」平均 0.6 (SD0.7) vs 「反映できていない」平均 0.3 (SD0.5),  $p=0.007$

管理栄養士 (人) : 「反映できている」平均 1.4 (SD0.7) vs 「反映できていない」平均 1.1 (SD0.6),  $p=0.002$

④専門職の常勤換算人数 (入所 100 名当たり人数)

歯科衛生士 (人) : 「反映できている」平均 0.2 (SD 0.6) vs 「反映できていない」平均 0.0 (SD 0.1),  $p=0.001$

理学療法士 (人) : 「反映できている」平均 0.6 (SD 0.9) vs 「反映できていない」平均 0.3 (SD 0.9),  $p=0.009$

作業療法士 (人) : 「反映できている」平均 0.3 (SD 0.7)人 vs 「反映できていない」平均 0.1 (SD 0.4),  $p=0.013$

言語聴覚士 (人) : 「反映できている」平均 0.1 (SD 0.3) vs 「反映できていない」平均 0.0 (SD

0.2), p=0.014

専任の機能訓練指導員(人):「反映できている」平均0.9(SD 1.0) vs 「反映できていない」平均0.6(SD 0.8), p=0.038

#### ⑤外部機関等に所属し連携(評価・治療・ケア等)している専門職

歯科衛生士:「反映できている」で「あり(同一法人)」n=12(11.9%)、「あり(他法人)」n=51(50.5%) vs 「反映できていない」で「あり(同一法人)」n=2(1.7%)、「あり(他法人)」n=67(56.5%), p=0.008

#### ⑥加算算定の状況(2022年9月の1か月間に1件以上)(複数回答)

栄養マネジメント強化加算:「反映できている」n=54(53.5%) vs 「反映できていない」n=41(34.2%), p=0.004

経口移行加算:「反映できている」n=11(10.9%) vs 「反映できていない」n=1(0.8%), p=0.001

経口維持加算Ⅰ:「反映できている」n=39(38.6%) vs 「反映できていない」n=20(16.7%), p<0.001

経口維持加算Ⅱ:「反映できている」n=28(27.7%) vs 「反映できていない」n=9(7.5%), p<0.001

療養食加算:「反映できている」n=68(67.3%) vs 「反映できていない」n=59(49.2%), p=0.007

口腔衛生管理加算Ⅰ:「反映できている」n=30(29.7%) vs 「反映できていない」n=11(9.2%), p<0.001

口腔衛生管理加算Ⅱ:「反映できている」n=31(30.7%) vs 「反映できていない」n=11(9.2%), p<0.001

科学的介護推進連携加算:「反映できている」n=77(76.2%) vs 「反映できていない」n=62(51.7%), p<0.001

個別機能訓練加算Ⅰ:「反映できている」n=86(85.1%) vs 「反映できていない」n=57(47.5%), p<0.001

個別機能訓練加算Ⅱ:「反映できている」n=56(55.4%) vs 「反映できていない」n=21(17.5%), p<0.001

看取り介護加算Ⅱ:「反映できている」n=39(38.6%) vs 「反映できていない」n=23(19.2%), p=0.001

#### ⑦「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書(一体的計画書)」(厚生労働省公開の様式例)について

一体的計画書様式例「知っている」:「反映できている」n=71(70.3%) vs 「反映できていない」



n=58 (48.3%), p=0.001

一体的計画書「使用している」:「反映できている」 n=17 (16.8%) vs 「反映できていない」 n=2 (1.7%), p<0.001

一体的計画様式例を「使用していない理由 (複数回答)」（有効%:一体的様式例を使用していないと回答した施設）:

「別の書式で運用している」:「反映できている」 n=59 (70.2%) vs 「反映できていない」 n=50 (42.4%), p<0.001

「様式例の使い勝手が悪い」:「反映できている」 n=16 (19.0%) vs 「反映できていない」 n=6 (5.1%), p=0.002

「活用を促す加算がない」:「反映できている」 n=8 (9.5%) vs 「反映できていない」 n=30 (25.4%), p=0.004

#### ⑧業務項目別の連携協働している職種(各項目について職種は複数回答)

- ・ 「リハビリテーション・個別機能訓練目標の共有」:

機能訓練指導員:「反映できている」 n=79 (78.2%) vs 「反映できていない」 n=56 (46.7%), p<0.001

栄養専門職:「反映できている」 n=60 (59.4%) vs 「反映できていない」 n=31 (25.8%), p<0.001

歯科口腔専門職:「反映できている」 n=14 (13.9%) vs 「反映できていない」 n=0 (0.0%), p<0.001

介護福祉士を含む介護職員:「反映できている」 n=78 (77.2%) vs 「反映できていない」 n=57 (47.5%), p<0.001

介護支援専門員:「反映できている」 n=85 (84.2%) vs 「反映できていない」 n=59 (49.2%), p<0.001

看護師・准看護師:「反映できている」 n=78 (77.2%) vs 「反映できていない」 n=48 (40.0%), p<0.001

- ・ 「リハビリテーション・個別機能訓練計画の共有」:

リハビリテーション専門職:「反映できている」 n=37 (36.6%) vs 「反映できていない」 n=21 (17.5%), p=0.001

機能訓練指導員:「反映できている」 n=77 (76.2%) vs 「反映できていない」 n=57 (47.5%), p<0.001

栄養専門職:「反映できている」 n=61 (60.4%) vs 「反映できていない」 n=31 (25.8%), p<0.001

- 歯科口腔専門職：「反映できている」 n=15 (14.9%) vs 「反映できていない」 n=1 (0.8%),  
p<0.001
- 介護福祉士を含む介護職員：「反映できている」 n=77 (76.2%) vs 「反映できていない」 n=57  
(47.5%), p<0.001
- 介護支援専門員：「反映できている」 n=83 (82.2%) vs 「反映できていない」 n=60 (50.0%)  
p<0.001
- 看護師・准看護師：「反映できている」 n=77 (76.2%) vs 「反映できていない」 n=50 (41.7%),  
p<0.001
- ・ 「栄養ケアの目標の共有」：
    - リハビリテーション専門職：「反映できている」 n=27 (26.7%) vs 「反映できていない」 n=9  
(7.5%), p<0.001
    - 機能訓練指導員：「反映できている」 n=54 (53.5%) vs 「反映できていない」 n=27 (22.5%),  
p<0.001
    - 栄養専門職：「反映できている」 n=96 (95.0%) vs 「反映できていない」 n=99 (82.5%), p=0.004
    - 歯科口腔専門職：「反映できている」 n=25 (24.8%) vs 「反映できていない」 n=2 (1.7%),  
p<0.001
    - 介護福祉士を含む介護職員：「反映できている」 n=80 (79.2%) vs 「反映できていない」 n=73  
(60.8%), p=0.003
    - 介護支援専門員：「反映できている」 n=85 (84.2%) vs 「反映できていない」 n=84 (70.0%)  
p=0.013
    - 看護師・准看護師：「反映できている」 n=78 (77.2%) vs 「反映できていない」 n=78 (65.0%),  
p=0.047
  - ・ 「栄養ケア計画の共有」：
    - リハビリテーション専門職：「反映できている」 n=27 (26.7%) vs 「反映できていない」 n=8  
(6.7%), p<0.001
    - 機能訓練指導員：「反映できている」 n=55 (54.5%) vs 「反映できていない」 n=28 (23.3%),  
p<0.001
    - 栄養専門職：「反映できている」 n=96 (95.0%) vs 「反映できていない」 n=100 (83.3%), p=0.006
    - 歯科口腔専門職：「反映できている」 n=25 (24.8%) vs 「反映できていない」 n=3 (2.5%),  
p<0.001

- 介護福祉士を含む介護職員：「反映できている」 n=82 (81.2%) vs 「反映できていない」 n=75 (62.5%), p=0.002
- 介護支援専門員：「反映できている」 n=86 (85.1%) vs 「反映できていない」 n=84 (70.0%)  
p=0.008
- 看護師・准看護師：「反映できている」 n=81 (80.2%) vs 「反映できていない」 n=79 (65.8%),  
p=0.017
- ・ 「口腔ケア・マネジメントの目標の共有」：
    - リハビリテーション専門職：「反映できている」 n=18 (17.8%) vs 「反映できていない」 n=1 (0.8%), p<0.001
    - 機能訓練指導員：「反映できている」 n=33 (32.7%) vs 「反映できていない」 n=14 (11.7%),  
p<0.001
    - 栄養専門職：「反映できている」 n=53 (52.5%) vs 「反映できていない」 n=29 (24.2%), p<0.001
    - 歯科口腔専門職：「反映できている」 n=44 (43.6%) vs 「反映できていない」 n=22 (18.3%),  
p<0.001
    - 介護福祉士を含む介護職員：「反映できている」 n=59 (58.4%) vs 「反映できていない」 n=39 (32.5%), p<0.001
    - 介護支援専門員：「反映できている」 n=57 (56.4%) vs 「反映できていない」 n=42 (35.0%)  
p=0.001
    - 看護師・准看護師：「反映できている」 n=60 (59.4%) vs 「反映できていない」 n=38 (31.7%),  
p<0.001
  - ・ 「口腔ケア・マネジメント計画の共有」：
    - リハビリテーション専門職：「反映できている」 n=17 (16.8%) vs 「反映できていない」 n=0 (0.0%), p<0.001
    - 機能訓練指導員：「反映できている」 n=35 (34.7%) vs 「反映できていない」 n=14 (11.7%),  
p<0.001
    - 栄養専門職：「反映できている」 n=52 (51.5%) vs 「反映できていない」 n=29 (24.2%), p<0.001
    - 歯科口腔専門職：「反映できている」 n=43 (42.6%) vs 「反映できていない」 n=21 (17.5%),  
p<0.001
    - 介護福祉士を含む介護職員：「反映できている」 n=58 (57.4%) vs 「反映できていない」 n=39 (32.5%), p<0.001

- 介護支援専門員：「反映できている」 n=54 (53.5%) vs 「反映できていない」 n=40 (33.3%)  
p=0.003
- 看護師・准看護師：「反映できている」 n=57 (56.4%) vs 「反映できていない」 n=38 (31.7%),  
p<0.001
- ・ 「口腔衛生状態（歯や義歯の汚れ、舌苔、口臭等）の把握」：
    - リハビリテーション専門職：「反映できている」 n=21 (20.8%) vs 「反映できていない」 n=5 (4.2%), p<0.001
    - 機能訓練指導員：「反映できている」 n=30 (29.7%) vs 「反映できていない」 n=16 (13.3%), p=0.003
    - 栄養専門職：「反映できている」 n=59 (58.4%) vs 「反映できていない」 n=45 (37.5%), p=0.002
    - 歯科口腔専門職：「反映できている」 n=56 (55.4%) vs 「反映できていない」 n=37 (30.8%), p<0.001
  - ・ 「口腔機能状態（摂食嚥下、頸部・顔面周囲筋の緊張や筋力、頸部、口腔周囲の可動域、口腔内や口唇の感覚、舌の動き、むせ、口腔乾燥等）の把握」：
    - リハビリテーション専門職：「反映できている」 n=25 (24.8%) vs 「反映できていない」 n=8 (6.7%), p<0.001
    - 機能訓練指導員：「反映できている」 n=52 (51.5%) vs 「反映できていない」 n=31 (25.8%), p<0.001
    - 歯科口腔専門職：「反映できている」 n=52 (51.5%) vs 「反映できていない」 n=27 (22.5%), p<0.001
  - ・ 「経口維持加算による多職種ミーラウンド・カンファレンスへの参加」：
    - リハビリテーション専門職：「反映できている」 n=21 (20.8%) vs 「反映できていない」 n=5 (4.2%), p<0.001
    - 機能訓練指導員：「反映できている」 n=36 (35.6%) vs 「反映できていない」 n=11 (9.2%), p<0.001
    - 栄養専門職：「反映できている」 n=58 (57.4%) vs 「反映できていない」 n=40 (33.3%), p<0.001、
    - 歯科口腔専門職：「反映できている」 n=22 (21.8%) vs 「反映できていない」 n=7 (5.8%), p<0.001
    - 介護福祉士を含む介護職員：「反映できている」 n=52 (51.5%) vs 「反映できていない」 n=38 (31.7%), p=0.003

介護支援専門員：「反映できている」 n=48 (47.5%) vs 「反映できていない」 n=37 (30.8%)  
p=0.011

看護師・准看護師：「反映できている」 n=50 (49.5%) vs 「反映できていない」 n=36 (30.0%),  
p=0.003

#### ⑨リハビリテーション・機能訓練指導員、栄養専門職、歯科口腔が参加するカンファレンスの状況

「開催している」：「反映できている」 n=67 (66.3%) vs 「反映できていない」 n=20 (16.8%),  
p<0.001

#### ⑩リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養のインフォーマルな話し合いの状況

「実施している」：「反映できている」 n=69 (68.3%) vs 「反映できていない」 n=32 (26.9%),  
p<0.001

内容（有効%：「実施している」と回答した施設）：

「リハビリテーション・機能訓練に関すること」：「反映できている」 n=45 (65.2%) vs 「反映できていない」 n=13 (40.6%), p=0.020、

共有方法（有効%：「実施している」と回答した施設）（複数回答）：「議事録を作成して共有している」：「反映できている」 n=24 (34.3%) vs 「反映できていない」 n=4 (12.1%), p=0.018

#### ⑪「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」の推進による効果の状況（複数回答）

「入所者の新たな課題やニーズを早期に把握できるようになった」：「反映できている」 n=43 (42.6%) vs 「反映できていない」 n=14 (11.7%), p<0.001

「日常の職種間の情報連携の頻度が増えた」：「反映できている」 n=52 (51.5%) vs 「反映できていない」 n=12 (10.0%), p<0.001

「ケアプランで共通した目標設定ができるようになった」：「反映できている」 n=42 (41.6%) vs 「反映できていない」 n=12 (10.0%), p<0.001

「栄養のアウトカムが良くなった」：「反映できている」 n=24 (23.8%) vs 「反映できていない」 n=8 (6.7%), p<0.001

「褥瘡のケアが充実した」：「反映できている」 n=21 (20.8%) vs 「反映できていない」 n=7 (5.8%),  
p=0.001

#### ⑫「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」を推進するうえでの課題（複数回答）

「専門職が配置されていない」:「反映できている」 $n=35$  (34.7%) vs 「反映できていない」 $n=84$  (70.0%),  $p<0.001$

「外部機関(同一法人を含む)所属の専門職との連携体制がない・わからない」:「反映できている」 $n=14$  (13.9%) vs 「反映できていない」 $n=39$  (32.5%),  $p=0.001$

#### ⑬「一体的取組」を推進するうえで、すでに取り組んでいること(複数回答)

「リハビリテーション・機能訓練・栄養管理・口腔管理の専門職(同一事業所・同一法人所属)と本人・家族、ケアマネジャー等が参加するカンファレンスを(定期的に)開催している」:「反映できている」 $n=35$  (34.7%) vs 「反映できていない」 $n=7$  (5.8%),  $p<0.001$

「電子システムを導入している」:「反映できている」 $n=27$  (26.7%) vs 「反映できていない」 $n=11$  (9.2%),  $p=0.001$

「専門職が互いの業務に対する理解を深めるための研修会を開催している」:「反映できている」 $n=23$  (22.8%) vs 「反映できていない」 $n=6$  (5.0%),  $p<0.001$

「外部機関所属(同一法人を含む)の専門職との連携体制を強化している」:「反映できている」 $n=18$  (17.8%) vs 「反映できていない」 $n=8$  (6.7%),  $p=0.010$

「連携に関与する専門職を新規に雇用している」:「反映できている」 $n=10$  (9.9%) vs 「反映できていない」 $n=4$  (3.3%),  $p=0.046$

#### ⑭多職種協働の状況

「利用者への支援について多職種チームの誰かが何かを気にかけている場合に全体で取り上げるようにしている」:「反映できている」が「とてもあてはまる」 $n=36$  (35.6%)、「ややあてはまる」 $n=62$  (61.4%)、「あまりあてはまらない」 $n=3$  (3.0%) vs 「反映できていない」が「とてもあてはまる」 $n=24$  (20.0%)、「ややあてはまる」 $n=78$  (65.0%)、「あまりあてはまらない」 $n=16$  (13.3%),  $p=0.001$

「カンファレンスで一度も発言しない職種がないように配慮されている」:「反映できている」が「とてもあてはまる」 $n=53$  (52.5%)、「ややあてはまる」 $n=39$  (38.6%)、「あまりあてはまらない」 $n=9$  (8.9%) vs 「反映できていない」が「とてもあてはまる」 $n=35$  (29.2%)、「ややあてはまる」 $n=58$  (48.3%)、「あまりあてはまらない」 $n=25$  (20.8%),  $p<0.001$

### (2) 老健 (表11, 12)

#### ①入所者の状況

低栄養リスク別人数(入所者100名あたり)高リスク(人):「反映できている」平均11.4 (SD8.9)

vs 「反映できていない」平均 15.7 (SD 13.3),  $p=0.043$

## ②入所者 100 名当たりの過去 6 か月間の状況

退所した人のうち、在宅へ退所した人数 (人) : 「反映できている」平均 25.3 (SD 28.3) vs 「反映できていない」平均 16.4 (SD 17.1),  $p=0.049$

## ③専門職の常勤換算人数 (実人数)

理学療法士 (人) : 「反映できている」平均 3.2 (SD 2.6) vs 「反映できていない」平均 2.5 (SD 2.3),  $p=0.020$

作業療法士 (人) : 「反映できている」平均 2.0 (SD 1.8)人 vs 「反映できていない」平均 1.6 (SD 1.4),  $p=0.050$

言語聴覚士 (人) : 「反映できている」平均 0.6 (SD 0.7) vs 「反映できていない」平均 0.3 (SD 0.6),  $p=0.007$

## ④専門職の常勤換算人数 (入所 100 名当たり人数)

言語聴覚士 (人) : 「反映できている」平均 0.8 (SD 1.2) vs 「反映できていない」平均 0.4 (SD 0.7),  $p=0.028$

## ⑤加算算定の状況 (2022 年 9 月の 1 か月間に 1 件以上) (複数回答)

経口維持加算Ⅱ : 「反映できている」 $n=54$  (48.2%) vs 「反映できていない」 $n=15$  (27.8%),  $p=0.012$

療養食加算 : 「反映できている」 $n=108$  (96.4%) vs 「反映できていない」 $n=47$  (87.0%),  $p=0.023$

口腔衛生管理加算Ⅱ : 「反映できている」 $n=41$  (36.6%) vs 「反映できていない」 $n=8$  (14.8%),  $p=0.004$

## ⑥「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書(一体的計画書)」(厚生労働省公開の様式例) について

一体的計画書様式例を「知っている」: 「反映できている」 $n=91$  (81.3%) vs 「反映できていない」 $n=34$  (63.0%),  $p=0.010$

一体的計画書を「使用している」: 「反映できている」 $n=29$  (25.9%) vs 「反映できていない」 $n=3$  (5.6%),  $p=0.002$

一体的計画書様式例を「使用していない」理由 (複数回答) (有効%:一体的様式例を使用していないと回答した施設) :

「別の書式で運用している」: 「反映できている」 $n=62$  (74.7%) vs 「反映できていない」 $n=24$  (47.1%),  $p=0.001$

「活用を主導する旗振り役がない」：「反映できている」 n=10 (12.0%) vs 「反映できていない」 n=14 (27.5%), p=0.024

⑦業務項目別の連携協働している職種(各項目について職種は複数回答)

- ・ 「リハビリテーション・個別機能訓練目標の共有」:

リハビリテーション専門職：「反映できている」 n=110 (98.2%) vs 「反映できていない」 n=48 (88.9%), p=0.009

栄養専門職：「反映できている」 n=76 (67.9%) vs 「反映できていない」 n=22 (40.7%), p=0.001

歯科口腔専門職：「反映できている」 n=13 (11.6%) vs 「反映できていない」 n=1 (1.9%), p=0.034

介護福祉士を含む介護職員：「反映できている」 n=97 (86.6%) vs 「反映できていない」 n=38 (70.4%), p=0.012

介護支援専門員：「反映できている」 n=100 (89.3%) vs 「反映できていない」 n=36 (66.7%) p<0.001

看護師・准看護師：「反映できている」 n=95 (84.8%) vs 「反映できていない」 n=35 (64.8%), p=0.003

- ・ リハビリテーション・個別機能訓練計画の共有:

栄養専門職：「反映できている」 n=72 (64.3%) vs 「反映できていない」 n=21 (38.9%), p=0.002

歯科口腔専門職：「反映できている」 n=13 (11.6%) vs 「反映できていない」 n=1 (1.9%), p=0.034

介護福祉士を含む介護職員：「反映できている」 n=92 (82.1%) vs 「反映できていない」 n=35 (64.8%), p=0.014

介護支援専門員：「反映できている」 n=96 (85.7%) vs 「反映できていない」 n=34 (63.0%) p=0.001

看護師・准看護師：「反映できている」 n=90 (80.4%) vs 「反映できていない」 n=32 (59.3%), p=0.004

- ・ 「栄養ケアの目標の共有」:

リハビリテーション専門職：「反映できている」 n=84 (75.0%) vs 「反映できていない」 n=23 (42.6%), p<0.001

栄養専門職：「反映できている」 n=104 (92.9%) vs 「反映できていない」 n=42 (77.8%), p=0.005

歯科口腔専門職：「反映できている」 n=19 (17.0%) vs 「反映できていない」 n=2 (3.7%),



p=0.016

介護福祉士を含む介護職員：「反映できている」 n=89 (79.5%) vs 「反映できていない」 n=31 (57.4%), p=0.003

介護支援専門員：「反映できている」 n=91 (81.3%) vs 「反映できていない」 n=33 (61.1%), p=0.005

看護師・准看護師：「反映できている」 n=89 (79.5%) vs 「反映できていない」 n=32 (59.3%), p=0.006

- ・ 「栄養ケア計画の共有」：

リハビリテーション専門職：「反映できている」 n=81 (72.3%) vs 「反映できていない」 n=20 (37.0%), p<0.001

栄養専門職：「反映できている」 n=102 (91.1%) vs 「反映できていない」 n=43 (79.6%), p=0.038

歯科口腔専門職：「反映できている」 n=21 (18.8%) vs 「反映できていない」 n=2 (3.7%), p=0.009

介護福祉士を含む介護職員：「反映できている」 n=86 (76.8%) vs 「反映できていない」 n=26 (48.1%), p<0.001

介護支援専門員：「反映できている」 n=92 (82.1%) vs 「反映できていない」 n=31 (57.4%), p=0.001

看護師・准看護師：「反映できている」 n=86 (76.8%) vs 「反映できていない」 n=29 (53.7%), p=0.003

- ・ 「口腔ケア・マネジメントの目標の共有」：

リハビリテーション専門職：「反映できている」 n=60 (53.6%) vs 「反映できていない」 n=11 (20.4%), p<0.001

栄養専門職：「反映できている」 n=59 (52.7%) vs 「反映できていない」 n=18 (33.3%), p=0.019

介護福祉士を含む介護職員：「反映できている」 n=69 (61.6%) vs 「反映できていない」 n=21 (38.9%), p=0.016

介護支援専門員：「反映できている」 n=67 (59.8%) vs 「反映できていない」 n=21 (38.9%), p=0.011

看護師・准看護師：「反映できている」 n=66 (58.9%) vs 「反映できていない」 n=22 (40.7%), p=0.028

- ・ 「口腔ケア・マネジメント計画の共有」：

リハビリテーション専門職：「反映できている」n=57 (50.9%) vs 「反映できていない」n=12 (22.2%), p<0.001

栄養専門職：「反映できている」n=59 (52.7%) vs 「反映できていない」n=18 (33.3%), p=0.019

歯科口腔専門職：「反映できている」n=37 (33.0%) vs 「反映できていない」n=9 (16.7%), p=0.027

介護福祉士を含む介護職員：「反映できている」n=69 (61.6%) vs 「反映できていない」n=18 (33.3%), p=0.001

介護支援専門員：「反映できている」n=67 (59.8%) vs 「反映できていない」n=19 (35.2%), p=0.003

看護師・准看護師：「反映できている」n=66 (58.9%) vs 「反映できていない」n=19 (35.2%), p=0.004

・ 「口腔衛生状態（歯や義歯の汚れ、舌苔、口臭等）の把握」:

リハビリテーション専門職：「反映できている」n=59 (52.7%) vs 「反映できていない」n=16 (29.6%), p=0.005

介護支援専門員：「反映できている」n=72 (64.3%) vs 「反映できていない」n=22 (40.7%), p=0.004

・ 「口腔機能状態（摂食嚥下、頸部・顔面周囲筋の緊張や筋力、頸部、口腔周囲の可動域、口腔内や口唇の感覚、舌の動き、むせ、口腔乾燥等）の把握」:

リハビリテーション専門職：「反映できている」n=81 (72.3%) vs 「反映できていない」n=26 (48.1%), p=0.002

介護福祉士を含む介護職員：「反映できている」n=90 (80.4%) vs 「反映できていない」n=35 (64.8%), p=0.030

介護支援専門員：「反映できている」n=74 (66.1%) vs 「反映できていない」n=24 (44.4%), p=0.008

・ 「経口維持加算による多職種ミーラウンド・カンファレンスへの参加」:

リハビリテーション専門職：「反映できている」n=73 (65.2%) vs 「反映できていない」n=23 (42.6%), p=0.006

介護福祉士を含む介護職員：「反映できている」n=67 (59.8%) vs 「反映できていない」n=21 (38.9%), p=0.011

介護支援専門員：「反映できている」n=61 (54.5%) vs 「反映できていない」n=19 (35.2%)

p=0.020

看護師・准看護師：「反映できている」n=70 (62.5%) vs 「反映できていない」n=23 (42.6%),

p=0.015

⑧リハビリテーション・機能訓練指導員、栄養専門職、歯科口腔が参加するカンファレンスの状況

「開催している」：「反映できている」n=85 (75.9%) vs 「反映できていない」n=17 (31.5%),

p<0.001

「カンファレンスの目的」：一体的計画書の共有「反映できている」n=22 (25.9%) vs 「反映できていない」n=0 (0.0%), p=0.018

⑨リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養のインフォーマルな話し合いの状況

実施している：「反映できている」n=80 (71.4%) vs 「反映できていない」n=19 (35.2%), p<0.001

⑩「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」の推進による効果の状況（複数回答）

「入所者の新たな課題やニーズを早期に把握できるようになった」：「反映できている」n=51 (45.5%) vs 「反映できていない」n=11 (20.4%), p=0.002

「日常の職種間の情報連携の頻度が増えた」：「反映できている」n=57 (50.9%) vs 「反映できていない」n=11 (20.4%), p<0.001

「ケアプランで共通した目標設定ができるようになった」：「反映できている」n=42 (37.5%) vs 「反映できていない」n=11 (20.4%), p=0.027

「栄養のアウトカムが良くなった」：「反映できている」n=26 (23.2%) vs 「反映できていない」n=4 (7.4%), p=0.013

「歯科口腔のアウトカムが良くなった」：「反映できている」n=15 (13.4%) vs 「反映できていない」n=0 (0.0%), p=0.005

「入院が減少した」：「反映できている」n=8 (7.1%) vs 「反映できていない」n=0 (0.0%), p=0.044

「在宅復帰が促進された」：「反映できている」n=19 (17.0%) vs 「反映できていない」n=1 (1.9%), p=0.005

「ADL・IADLが維持改善された」：「反映できている」n=25 (22.3%) vs 「反映できていない」n=3 (5.6%), p=0.007

「転倒頻度・転倒リスクが减弱した」：「反映できている」n=10 (8.9%) vs 「反映できていない」n=0 (0.0%), p=0.024

「生きがい・QOLがその人らしく感じるようになった」:「反映できている」 $n=13$  (11.6%) vs 「反映できていない」 $n=1$  (1.9%),  $p=0.034$

**⑩「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」を推進するうえでの課題(複数回答)**

「専門職が配置されていない」:「反映できている」 $n=32$  (28.6%) vs 「反映できていない」 $n=28$  (51.9%),  $p=0.003$

**⑪「一体的取組」を推進するうえで、すでに取り組んでいること(複数回答)**

「リハビリテーション・機能訓練・栄養管理・口腔管理の専門職(同一事業所・同一法人所属)と本人・家族、ケアマネジャー等が参加するカンファレンスを(定期的に)開催している」:「反映できている」 $n=34$  (30.4%) vs 「反映できていない」 $n=5$  (9.3%),  $p=0.003$

「外部機関所属(同一法人を含む)の専門職との連携体制を強化している」:「反映できている」 $n=29$  (25.9%) vs 「反映できていない」 $n=6$  (11.1%),  $p=0.029$

「専門職が互いの業務に対する理解を深めるための研修会を開催している」:「反映できている」 $n=23$  (20.5%) vs 「反映できていない」 $n=4$  (7.4%),  $p=0.032$

**⑫多職種協働の状況**

「利用者への支援について、多職種チームの誰かが何かを気にかけている場合に、全体で取り上げるようにしている」:「反映できている」が「とてもあてはまる」 $n=35$  (31.3%)、「ややあてはまる」 $n=72$  (64.3%)、「あまりあてはまらない」 $n=5$  (4.5%) vs 「反映できていない」が「とてもあてはまる」 $n=10$  (18.9%)、「ややあてはまる」 $n=34$  (64.2%)、「あまりあてはまらない」 $n=8$  (15.1%),  $p=0.012$

「カンファレンスで一度も発言しない職種がないように配慮されている」:「反映できている」が「とてもあてはまる」 $n=54$  (48.2%)、「ややあてはまる」 $n=42$  (37.5%)、「あまりあてはまらない」 $n=16$  (14.3%) vs 「反映できていない」が「とてもあてはまる」 $n=18$  (34.0%)、「ややあてはまる」 $n=22$  (41.5%)、「あまりあてはまらない」 $n=10$  (18.9%),  $p=0.040$

**(3) 通所介護 (表13, 14)**

**①利用者の状況**

1週間の利用実人数:「反映できている」平均 92.5 (SD 62.1) vs 「反映できていない」平均 76.3 (SD 67.6),  $p=0.002$ 、飲み込むこと(嚥下)に問題がある人(利用実人数100名あたり):「反映できている」平均 6.6 (SD 9.4) vs 「反映できていない」平均 8.0 (SD 8.3),  $p=0.047$

### ②専門職の常勤換算人数（入所100名当たり人数）

理学療法士（人）：「反映できている」平均0.5（SD 0.9）vs 「反映できていない」平均0.2（SD 0.5）， $p<0.001$

作業療法士（人）：「反映できている」平均0.4（SD 1.0）vs 「反映できていない」平均0.2（SD 0.7）， $p=0.001$

### ③外部機関等に所属し連携（評価・治療・ケア等）している専門職

理学療法士：「反映できている」で「あり（同一法人）」 $n=20$ （14.5%）、「あり（他法人）」 $n=14$ （10.1%）vs 「反映できていない」で「あり（同一法人）」 $n=10$ （7.2%）、「あり（他法人）」 $n=8$ （5.8%）， $p=0.047$

作業療法士：「反映できている」で「あり（同一法人）」 $n=17$ （12.3%）、「あり（他法人）」 $n=8$ （5.8%）vs 「反映できていない」で「あり（同一法人）」 $n=5$ （3.6%）、「あり（他法人）」 $n=2$ （1.4%）， $p=0.003$

### ④加算算定の状況（2022年9月の1か月間に1件以上）（複数回答）

口腔機能向上加算Ⅰ：「反映できている」 $n=12$ （8.7%）vs 「反映できていない」 $n=4$ （2.9%）， $p=0.039$

口腔機能向上加算Ⅱ：「反映できている」 $n=20$ （14.5%）vs 「反映できていない」 $n=6$ （4.3%）， $p=0.004$

個別機能訓練加算Ⅰ（イ）：「反映できている」 $n=88$ （63.8%）vs 「反映できていない」 $n=45$ （32.6%）， $p<0.001$

個別機能訓練加算Ⅰ（ロ）：「反映できている」 $n=62$ （44.9%）vs 「反映できていない」 $n=25$ （18.1%）， $p<0.001$

個別機能訓練加算Ⅱ：「反映できている」 $n=67$ （48.6%）vs 「反映できていない」 $n=24$ （17.4%）， $p<0.001$

### ⑤「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書（一体的計画書）」（厚生労働省公開の様式例）について

一体的計画書様式例「知っている」：「反映できている」 $n=68$ （49.3%）vs 「反映できていない」 $n=49$ （35.5%）， $p=0.021$

一体的計画書「使用している」：「反映できている」 $n=37$ （26.8%）vs 「反映できていない」 $n=4$ （2.9%）， $p<0.001$

一体的計画書様式例を「使用していない」理由（複数回答）（一体的様式例を使用していないと回

答した施設) :

「別の書式で運用している」場合 : 「反映できている」 n=67 (65.7%) vs 「反映できていない」 n=54 (40.3%), p<0.001

「活用を促す加算がない」場合 : 「反映できている」 n=29 (28.4%) vs 「反映できていない」 n=60 (44.8%), p=0.010

⑥業務項目別の連携協働している職種(各項目について職種は複数回答)

- ・ 「リハビリテーション・個別機能訓練目標の共有」:

リハビリテーション専門職 : 「反映できている」 n=43 (31.2%) vs 「反映できていない」 n=20 (14.5%), p=0.001

機能訓練指導員 : 「反映できている」 n=103 (74.6%) vs 「反映できていない」 n=52 (37.7%), p<0.001

介護福祉士を含む介護職員 : 「反映できている」 n=102 (73.9%) vs 「反映できていない」 n=60 (43.5%), p<0.001

看護師・准看護師 : 「反映できている」 n=96 (69.6%) vs 「反映できていない」 n=61 (44.2%), p<0.001

- ・ 「リハビリテーション・個別機能訓練計画の共有」:

リハビリテーション専門職 : 「反映できている」 n=43 (31.2%) vs 「反映できていない」 n=19 (13.8%), p=0.001

機能訓練指導員 : 「反映できている」 n=104 (75.4%) vs 「反映できていない」 n=51 (37.0%), p<0.001

介護福祉士を含む介護職員 : 「反映できている」 n=101 (73.2%) vs 「反映できていない」 n=60 (43.5%), p<0.001

看護師・准看護師 : 「反映できている」 n=94 (68.1%) vs 「反映できていない」 n=60 (43.5%), p<0.001

- ・ 「栄養ケアの目標の共有」:

機能訓練指導員 : 「反映できている」 n=18 (13.0%) vs 「反映できていない」 n=5 (3.6%), p=0.005

栄養専門職 : 「反映できている」 n=11 (8.0%) vs 「反映できていない」 n=3 (2.2%), p=0.028

- ・ 「栄養ケア計画の共有」:

機能訓練指導員 : 「反映できている」 n=17 (12.3%) vs 「反映できていない」 n=5 (3.6%),

p=0.008

- ・ 「口腔ケア・マネジメントの目標の共有」:

機能訓練指導員:「反映できている」 n=24 (17.4%) vs 「反映できていない」 n=9 (6.5%),  
p=0.005

- ・ 「口腔ケア・マネジメント計画の共有」:

リハビリテーション専門職:「反映できている」 n=10 (7.2%) vs 「反映できていない」 n=3  
(2.2%), p=0.047

機能訓練指導員:「反映できている」 n=24 (17.4%) vs 「反映できていない」 n=9 (6.5%),  
p=0.005

- ・ 「口腔衛生状態(歯や義歯の汚れ、舌苔、口臭等)の把握」:リハビリテーション専門職:「反  
映できている」 n=18 (13.0%) vs 「反映できていない」 n=8 (5.8%), p=0.039

機能訓練指導員:「反映できている」 n=45 (32.6%) vs 「反映できていない」 n=22 (15.9%),  
p=0.001

- ・ 「口腔機能状態(摂食嚥下、頸部・顔面周囲筋の緊張や筋力、頸部、口腔周囲の可動域、口  
腔内や口唇の感覚、舌の動き、むせ、口腔乾燥等)の把握」:

リハビリテーション専門職:「反映できている」 n=22 (15.9%) vs 「反映できていない」 n=9  
(6.5%), p=0.013

機能訓練指導員:「反映できている」 n=44 (31.9%) vs 「反映できていない」 n=27 (19.6%),  
p=0.019

- ・ 「経口維持加算による多職種ミーラウンド・カンファレンスへの参加」:

機能訓練指導員:「反映できている」 n=13 (9.4%) vs 「反映できていない」 n=2 (1.4%), p=0.003

栄養専門職:「反映できている」 n=4 (2.9%) vs 「反映できていない」 n=0 (0.0%), p=0.044

介護福祉士を含む介護職員:「反映できている」 n=18 (13.0%) vs 「反映できていない」 n=6  
(4.3%), p=0.010

看護師・准看護師:「反映できている」 n=19 (13.8%) vs 「反映できていない」 n=8 (5.8%),  
p=0.026

#### ⑦リハビリテーション・機能訓練指導員、栄養専門職、歯科口腔が参加するカンファレンスの状 況

「開催している」:「反映できている」 n=42 (30.4%) vs 「反映できていない」 n=5 (3.6%), p<0.001

#### ⑧リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養のインフォーマルな話し合いの状況

「実施している」:「反映できている」 n=79 (57.2%) vs 「反映できていない」 n=27 (19.6%),  
p<0.001

・話し合いの内容:

「リハビリテーション・個別機能訓練に関すること」:「反映できている」 n=70 (88.6%) vs 「反映できていない」 n=19 (70.4%), p=0.026

「家族からの情報に関すること」:「反映できている」 n=66 (83.5%) vs 「反映できていない」 n=15 (55.6%), p=0.003

#### ⑨「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」の推進による効果の状況 (複数回答)

「入所者の新たな課題やニーズを早期に把握できるようになった」:「反映できている」 n=62 (44.9%) vs 「反映できていない」 n=19 (13.8%), p<0.001

「日常の職種間の情報連携の頻度が増えた」:「反映できている」 n=55 (39.9%) vs 「反映できていない」 n=12 (8.7%), p<0.001

「ケアプランで共通した目標設定ができるようになった」:「反映できている」 n=35 (25.4%) vs 「反映できていない」 n=13 (9.4%), p<0.001

「個別機能訓練のアウトカムが良くなった」:「反映できている」 n=27 (19.6%) vs 「反映できていない」 n=3 (2.2%), p<0.001

「ADL・IADLが維持改善された」:「反映できている」 n=20 (14.5%) vs 「反映できていない」 n=7 (5.1%), p=0.008

「転倒頻度・転倒リスクが減弱した」:「反映できている」 n=19 (13.8%) vs 「反映できていない」 n=3 (2.2%), p<0.001

「生きがい・QOLがその人らしく感じるようになった」:「反映できている」 n=16 (11.6%) vs 「反映できていない」 n=6 (4.3%), p=0.026

#### ⑩「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」を推進するうえでの課題(複数回答)

「専門職が配置されていない」:「反映できている」 n=55 (39.9%) vs 「反映できていない」 n=98 (71.0%), p<0.001

#### ⑪「一体的取組」を推進するうえで、すでに取り組んでいること (複数回答)

「主導する専門職を決めている」:「反映できている」 n=15 (10.9%) vs 「反映できていない」 n=5 (3.6%), p=0.020



「専門職が互いの業務に対する理解を深めるための研修会を開催している」：「反映できている」  
n=13 (9.4%) vs 「反映できていない」 n=4 (2.9%), p=0.024

「連携に関与する専門職を新規に雇用している」：「反映できている」 n=9 (6.5%) vs 「反映でき  
ていない」 n=1 (0.7%), p=0.010

## ⑫多職種協働の状況

「利用者への支援について多職種チームの誰かが何かを気にかけている場合に全体で取り上げ  
るようにしている」：「反映できている」で「とてもあてはまる」 n=49 (35.5%)、「ややあてはまる  
n=76 (55.1%)」、「あまりあてはまらない」 n=13 (9.4%) vs 「反映できていない」で「とてもあて  
はまる」 n=24 (17.5%)、「ややあてはまる」 n=77 (56.2%)、「あまりあてはまらない」 n=36 (26.3%),  
p<0.001

「カンファレンスで一度も発言しない職種がないように配慮されている」：「反映できている」  
で「とてもあてはまる」 n=22 (15.9%)、「ややあてはまる」 n=71 (51.4%)、「あまりあてはまらな  
い」 n=45 (32.6%) vs 「反映できていない」で「とてもあてはまる」 n=8 (5.8%)、「ややあてはま  
る」 n=62 (45.3%)、「あまりあてはまらない」 n=67 (48.9%), p=0.003

「多職種チーム内で支援目標を共有している」：「反映できている」で「とてもあてはまる」 n=25  
(18.1%)、「ややあてはまる」 n=78 (56.5%)、「あまりあてはまらない」 n=35 (25.4%) vs 「反映  
できていない」で「とてもあてはまる」 n=10 (7.3%)、「ややあてはまる」 n=62 (45.3%)、「あまり  
あてはまらない」 n=65 (47.4%), p<0.001

## ⑬居宅介護支援事業所の介護支援専門員との連携状況

「連携している人がいる」：「反映できている」 n=57 (41.3%) vs 「反映できていない」 n=34  
(24.6%), p=0.003

・通所事業所から情報共有している内容（複数回答）：

「リハビリテーション・個別機能訓練目標」：「反映できている」 n=45 (78.9%) vs 「反映でき  
ていない」 n=19 (55.9%), p=0.020

「居宅支援事業所の介護支援専門員からの相談にのる職種（複数回答）」：機能訓練指導員：「反  
映できている」 n=42 (73.7%) vs 「反映できていない」 n=18 (52.9%), p=0.043

「必要に応じて利用者の居宅を訪問している職種（複数回答）」：機能訓練指導員：「反映でき  
ている」 n=39 (68.4%) vs 「反映できていない」 n=14 (41.2%), p=0.011

### (4) 通所リハ (表15, 16)

## ①利用者の状況

「BMI18.5未満の利用者」:「反映できている」で「いる」 $n=109$  (59.6%)、「いない」 $n=21$  (11.5%)、「把握していない」 $n=53$  (29.0%) vs 「反映できていない」で「いる」 $n=53$  (43.1%)、「いない」 $n=8$  (6.5%)、「把握していない」 $n=62$  (50.4%),  $p=0.001$

「噛むことに問題がある利用者」:「反映できている」で「いる」 $n=109$  (59.6%)、「いない」 $n=44$  (24.0%)、「把握していない」 $n=30$  (16.4%) vs 「反映できていない」で「いる」 $n=54$  (43.9%)、「いない」 $n=29$  (23.6%)、「把握していない」 $n=40$  (32.5%),  $p=0.003$

「飲み込むこと(嚥下)に問題がある利用者」:「反映できている」で「いる」 $n=130$  (71.0%)、「いない」 $n=30$  (16.4%)、「把握していない」 $n=23$  (12.6%) vs 「反映できていない」で「いる」 $n=61$  (49.6%)、「いない」 $n=36$  (29.3%)、「把握していない」 $n=26$  (21.1%),  $p=0.001$

「過去6か月間に誤嚥性肺炎により入院した人数(利用実人数100名あたり)」:「反映できている」平均0.6 (SD1.2) vs 「反映できていない」平均0.5 (SD 2.9),  $p=0.012$

「過去6か月間に死亡した人数(利用実人数100名あたり)」:「反映できている」平均2.5 (SD 2.9) vs 「反映できていない」平均1.9 (SD 4.3),  $p=0.007$

## ②専門職の常勤換算人数

歯科衛生士(人):「反映できている」平均0.1 (SD 0.2) vs 「反映できていない」平均0.0 (SD 0.1),  $p=0.020$

作業療法士(人):「反映できている」平均1.3 (SD 1.6) vs 「反映できていない」平均0.8 (SD 1.0),  $p=0.006$

言語聴覚士(人):「反映できている」平均0.4 (SD 0.9) vs 「反映できていない」平均0.1 (SD 0.3),  $p=0.007$

管理栄養士(人):「反映できている」平均0.4 (SD 0.7) vs 「反映できていない」平均0.3 (SD 0.6),  $p=0.033$

## ③専門職の常勤換算人数(入所100名当たり人数)

歯科衛生士(人):「反映できている」平均0.1 (SD 0.4) vs 「反映できていない」平均0.0 (SD 0.0),  $p=0.019$

作業療法士(人):「反映できている」平均1.9 (SD 3.1) vs 「反映できていない」平均1.4 (SD 2.6),  $p=0.024$

言語聴覚士(人):「反映できている」平均0.5 (SD 1.6) vs 「反映できていない」平均0.2 (SD 0.7),  $p=0.017$

管理栄養士（人）：「反映できている」平均 0.6 (SD 2.0) vs 「反映できていない」平均 0.4 (SD 1.1), p=0.038

#### ④管理栄養士と歯科衛生士の常勤換算 0.1 人以上配置

管理栄養士：「反映できている」 n=73 (39.9%) vs 「反映できていない」 n=34 (27.6%), p=0.028

歯科衛生士：「反映できている」 n=14 (7.7%) vs 「反映できていない」 n=2 (1.6%), p=0.020

#### ⑤加算算定の状況 (2022 年 9 月の 1 か月間に 1 件以上) (複数回答)

口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ：「反映できている」 n=31 (16.9%) vs 「反映できていない」 n=6 (4.9%), p=0.002

栄養アセスメント加算：「反映できている」 n=43 (23.5%) vs 「反映できていない」 n=13 (10.6%), p=0.004

栄養改善加算：「反映できている」 n=23 (12.6%) vs 「反映できていない」 n=6 (4.9%), p=0.024

口腔機能向上加算Ⅰ：「反映できている」 n=36 (19.7%) vs 「反映できていない」 n=7 (5.7%), p=0.001

口腔機能向上加算Ⅱ：「反映できている」 n=35 (19.1%) vs 「反映できていない」 n=11 (8.9%), p=0.015

リハビリテーションマネジメント加算(B)(イ)：「反映できている」 n=47 (25.7%) vs 「反映できていない」 n=19 (15.4%), p=0.033

リハビリテーションマネジメント加算(B)(ロ)：「反映できている」 n=63 (34.4%) vs 「反映できていない」 n=22 (17.9%), p=0.002

#### ⑥「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書(一体的計画書)」(厚生労働省公開の様式例) について

・一体的計画書様式例「知っている」：「反映できている」 n=134 (73.2%) vs 「反映できていない」 n=69 (56.1%), p=0.002

・一体的計画書「使用している」：「反映できている」 n=72 (39.3%) vs 「反映できていない」 n=11 (8.9%), p<0.001

・一体的計画書様式例を使用していない理由(複数回答)(有効:一体的様式例を使用していないと回答した施設)：

「別の書式で運用している」：「反映できている」 n=74 (66.1%) vs 「反映できていない」 n=53 (46.9%), p=0.004

「活用を主導する旗振り役がない」：「反映できている」 n=6 (5.4%) vs 「反映できていない」

n=15 (13.3%), p=0.041

⑦業務項目別の連携協働している職種(各項目について職種は複数回答)

- ・ 「リハビリテーション・個別機能訓練目標の共有」:

リハビリテーション専門職:「反映できている」n=178 (97.3%) vs 「反映できていない」n=111 (90.2%), p=0.009

栄養専門職:「反映できている」n=28 (15.3%) vs 「反映できていない」n=4 (3.3%), p=0.001

歯科口腔専門職:「反映できている」n=7 (3.8%) vs 「反映できていない」n=0 (0.0%), p=0.028、

介護福祉士を含む介護職員:「反映できている」n=128 (69.9%) vs 「反映できていない」n=65 (52.8%), p=0.002

看護師・准看護師:「反映できている」n=99 (54.1%) vs 「反映できていない」n=41 (33.3%), p<0.001

- ・ 「リハビリテーション・個別機能訓練計画の共有」:

リハビリテーション専門職:「反映できている」n=176 (96.2%) vs 「反映できていない」n=111 (90.2%), p=0.035

栄養専門職:「反映できている」n=25 (13.7%) vs 「反映できていない」n=3 (2.4%), p=0.001

歯科口腔専門職:「反映できている」n=7 (3.8%) vs 「反映できていない」n=0 (0.0%), p=0.028

介護福祉士を含む介護職員:「反映できている」n=127 (69.4%) vs 「反映できていない」n=62 (50.4%), p=0.001

看護師・准看護師:「反映できている」n=96 (52.5%) vs 「反映できていない」n=40 (32.5%), p=0.001

- ・ 「栄養ケアの目標の共有」:

リハビリテーション専門職:「反映できている」n=68 (37.2%) vs 「反映できていない」n=9 (7.3%), p<0.001

栄養専門職:「反映できている」n=58 (31.7%) vs 「反映できていない」n=15 (12.2%), p<0.001

介護福祉士を含む介護職員:「反映できている」n=64 (35.0%) vs 「反映できていない」n=9 (7.3%), p<0.001

介護支援専門員:「反映できている」n=38 (20.8%) vs 「反映できていない」n=5 (4.1%), p<0.001

看護師・准看護師:「反映できている」n=55 (30.1%) vs 「反映できていない」n=13 (10.6%), p<0.001

- ・ 「栄養ケア計画の共有」：
  - リハビリテーション専門職：「反映できている」 n=61 (33.3%) vs 「反映できていない」 n=9 (7.3%), p<0.001
  - 栄養専門職：「反映できている」 n=57 (31.1%) vs 「反映できていない」 n=16 (13.0%), p<0.001
  - 介護福祉士を含む介護職員：「反映できている」 n=61 (33.3%) vs 「反映できていない」 n=9 (7.3%), p<0.001、介護支援専門員：「反映できている」 n=36 (19.7%) vs 「反映できていない」 n=4 (3.3%), p<0.001、看護師・准看護師：「反映できている」 n=51 (27.9%) vs 「反映できていない」 n=13 (10.6%), p<0.001
- ・ 口腔ケア・マネジメントの目標の共有：
  - リハビリテーション専門職：「反映できている」 n=71 (38.8%) vs 「反映できていない」 n=17 (13.8%), p<0.001
  - 栄養専門職：「反映できている」 n=27 (14.8%) vs 「反映できていない」 n=3 (2.4%), p<0.001
  - 介護福祉士を含む介護職員：「反映できている」 n=67 (36.6%) vs 「反映できていない」 n=15 (12.2%), p<0.001
  - 介護支援専門員：「反映できている」 n=38 (20.8%) vs 「反映できていない」 n=9 (7.3%), p=0.001、看護師・准看護師：「反映できている」 n=55 (30.1%) vs 「反映できていない」 n=15 (12.2%), p<0.001
- ・ 口腔ケア・マネジメント計画の共有：
  - リハビリテーション専門職：「反映できている」 n=67 (36.6%) vs 「反映できていない」 n=17 (13.8%), p<0.001
  - 栄養専門職：「反映できている」 n=27 (14.8%) vs 「反映できていない」 n=3 (2.4%), p<0.001
  - 歯科口腔専門職：「反映できている」 n=15 (8.2%) vs 「反映できていない」 n=3 (2.4%), p=0.036
  - 介護福祉士を含む介護職員：「反映できている」 n=65 (35.5%) vs 「反映できていない」 n=16 (13.0%), p<0.001
  - 介護支援専門員：「反映できている」 n=37 (20.2%) vs 「反映できていない」 n=9 (7.3%), p=0.002
  - 看護師・准看護師：「反映できている」 n=53 (29.0%) vs 「反映できていない」 n=15 (12.2%), p=0.001
- ・ 口腔衛生状態（歯や義歯の汚れ、舌苔、口臭等）の把握：
  - リハビリテーション専門職：「反映できている」 n=87 (47.5%) vs 「反映できていない」 n=35

(28.5%), p=0.001

栄養専門職:「反映できている」n=27 (14.8%) vs 「反映できていない」n=5 (4.1%), p=0.003

歯科口腔専門職:「反映できている」n=18 (9.8%) vs 「反映できていない」n=3 (2.4%), p=0.012

介護福祉士を含む介護職員:「反映できている」n=107 (58.5%) vs 「反映できていない」n=48 (39.0%), p=0.001

介護支援専門員:「反映できている」n=43 (23.5%) vs 「反映できていない」n=16 (13.0%), p=0.023

看護師・准看護師:「反映できている」n=90 (49.2%) vs 「反映できていない」n=34 (27.6%), p<0.001

- ・ 口腔機能状態（摂食嚥下、頸部・顔面周囲筋の緊張や筋力、頸部、口腔周囲の可動域、口腔内や口唇の感覚、舌の動き、むせ、口腔乾燥等）の把握：

リハビリテーション専門職:「反映できている」n=111 (60.7%) vs 「反映できていない」n=41 (33.3%), p<0.001

栄養専門職:「反映できている」n=30 (16.4%) vs 「反映できていない」n=2 (1.6%), p<0.001

歯科口腔専門職:「反映できている」n=18 (9.8%) vs 「反映できていない」n=2 (1.6%), p=0.004

介護福祉士を含む介護職員:「反映できている」n=103 (56.3%) vs 「反映できていない」n=36 (29.3%), p<0.001

看護師・准看護師:「反映できている」n=85 (46.4%) vs 「反映できていない」n=26 (21.1%), p<0.001

- ・ 経口維持加算による多職種ミーラウンド・カンファレンスへの参加：

リハビリテーション専門職:「反映できている」n=31 (16.9%) vs 「反映できていない」n=8 (6.5%), p=0.007

介護福祉士を含む介護職員:「反映できている」n=24 (13.1%) vs 「反映できていない」n=5 (4.1%), p=0.008

介護支援専門員:「反映できている」n=14 (7.7%) vs 「反映できていない」n=2 (1.6%), p=0.020

## ⑧リハビリテーション・機能訓練指導員、栄養専門職、歯科口腔が参加するカンファレンスの状況

「開催している」:「反映できている」n=73 (39.9%) vs 「反映できていない」n=10 (8.1%), p<0.001

「カンファレンスの目的:介護支援専門員が主催するサービス担当者会議」:「反映できている」

n=37 (50.7%) vs 「反映できていない」 n=10 (100.0%), p=0.003

「一体的計画書の共有」: 「反映できている」 n=28 (38.4%) vs 「反映できていない」 n=0 (0.0%), p=0.016

#### ⑨リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養のインフォーマルな話し合いの状況

「実施している」: 「反映できている」 n=101 (55.2%) vs 「反映できていない」 n=39 (31.7%), p<0.001

「話し合いの内容: 支援には直接関係しない利用者の情報に関する事」: 「反映できている」 n=50 (49.0%) vs 「反映できていない」 n=18 (28.2%), p=0.026

#### ⑩「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」の推進による効果の状況 (複数回答)

「入所者の新たな課題やニーズを早期に把握できるようになった」: 「反映できている」 n=93 (50.8%) vs 「反映できていない」 n=18 (14.6%), p<0.001

「日常の職種間の情報連携の頻度が増えた」: 「反映できている」 n=78 (42.6%) vs 「反映できていない」 n=12 (9.8%), p<0.001

「ケアプランで共通した目標設定ができるようになった」: 「反映できている」 n=61 (33.3%) vs 「反映できていない」 n=9 (7.3%), p<0.001

「外部の関係者との連携が強化された」: 「反映できている」 n=28 (15.3%) vs 「反映できていない」 n=4 (3.3%), p=0.001

「リハビリテーションのアウトカムが良くなった」: 「反映できている」 n=26 (14.2%) vs 「反映できていない」 n=5 (4.1%), p=0.004

「個別機能訓練のアウトカムが良くなった」: 「反映できている」 n=16 (8.7%) vs 「反映できていない」 n=1 (0.8%), p=0.003

「ADL・IADLが維持改善された」: 「反映できている」 n=33 (18.0%) vs 「反映できていない」 n=3 (2.4%), p<0.001

「転倒頻度・転倒リスクが減弱した」: 「反映できている」 n=22 (12.0%) vs 「反映できていない」 n=1 (0.8%), p<0.001

「栄養のアウトカムが良くなった」: 「反映できている」 n=19 (10.4%) vs 「反映できていない」 n=4 (3.3%), p=0.020

「歯科口腔のアウトカムが良くなった」: 「反映できている」 n=11 (6.0%) vs 「反映できていない」 n=1 (0.8%), p=0.022

「生きがい・QOLがその人らしく感じるようになった」:「反映できている」 $n=23$  (12.6%) vs 「反映できていない」 $n=3$  (2.4%),  $p=0.002$

**⑩「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」を推進するうえでの課題(複数回答)**

「専門職が配置されていない」:「反映できている」 $n=88$  (48.1%) vs 「反映できていない」 $n=86$  (69.9%),  $p<0.001$

「外部機関(同一法人を含む)所属の専門職との連携体制がない・わからない」:「反映できている」 $n=46$  (25.1%) vs 「反映できていない」 $n=57$  (46.3%),  $p<0.001$

「電子システムが対応していない」:「反映できている」 $n=49$  (26.8%) vs 「反映できていない」 $n=17$  (13.8%),  $p=0.007$

**⑪「一体的取組」を推進するうえで、すでに取り組んでいること(複数回答)**

「専門職同士がわからないことがあったときに気軽に相談できる職場づくりに努めている」:「反映できている」 $n=80$  (43.7%) vs 「反映できていない」 $n=34$  (27.6%),  $p=0.004$

「リハビリテーション・機能訓練・栄養管理・口腔管理の専門職(同一事業所・同一法人所属)と本人・家族、ケアマネジャー等が参加するカンファレンスを(定期的に)開催している」:「反映できている」 $n=49$  (26.8%) vs 「反映できていない」 $n=9$  (7.3%),  $p<0.001$

「リハビリテーション・機能訓練・栄養管理・口腔管理の専門職(同一事業所・同一法人を除く外部機関所属)と本人・家族、ケアマネジャー等が参加するカンファレンスを(定期的に)開催している」:「反映できている」 $n=26$  (14.2%) vs 「反映できていない」 $n=2$  (1.6%),  $p<0.001$

「主導する専門職を決めている」:「反映できている」 $n=23$  (12.6%) vs 「反映できていない」 $n=3$  (2.4%),  $p=0.002$

**⑫多職種協働の状況**

「利用者への支援について多職種チームの誰かが何かを気にかけている場合に全体で取り上げるようにしている」:「反映できている」で「とてもあてはまる」 $n=69$  (37.7%)、「ややあてはまる」 $n=101$  (55.2%)、「あまりあてはまらない」 $n=13$  (7.1%) vs 「反映できていない」で「とてもあてはまる」 $n=25$  (20.3%)、「ややあてはまる」 $n=80$  (65.0%)、「あまりあてはまらない」 $n=18$  (14.6%),  $p=0.002$

「多職種チーム内で支援目標を共有している」:「反映できている」で「とてもあてはまる」 $n=59$  (32.2%)、「ややあてはまる」 $n=101$  (55.2%)、「あまりあてはまらない」 $n=23$  (21.6%) vs 「反映できていない」で「とてもあてはまる」 $n=21$  (17.1%)、「ややあてはまる」 $n=64$  (52.0%)、「あま



りあてはまらない」 n=38 (30.9%), p<0.001

#### ⑭居宅介護支援事業所の介護支援専門員との連携状況

「連携している人がいる」：「反映できている」 n=128 (69.9%) vs 「反映できていない」 n=70 (56.9%), p=0.019

「通所事業所から情報共有している内容(複数回答):栄養ケアの目標」:「反映できている」 n=38 (29.7%) vs 「反映できていない」 n=3 (4.3%), p<0.001

「栄養ケア計画」:「反映できている」 n=33 (25.8%) vs 「反映できていない」 n=2 (2.9%), p<0.001

「低栄養状態リスク」:「反映できている」 n=59 (46.1%) vs 「反映できていない」 n=16 (22.9%), p=0.001

「身長・体重・BMI・体脂肪率(身体計測)」:「反映できている」 n=73 (57.0%) vs 「反映できていない」 n=27 (38.6%), p=0.013

「食事形態」:「反映できている」 n=79 (61.7%) vs 「反映できていない」 n=27 (38.6%), p=0.002

「口腔ケア・マネジメント計画」:「反映できている」 n=40 (31.3%) vs 「反映できていない」 n=4 (5.7%), p<0.001

「口腔衛生状態(口の中の汚れ等)」:「反映できている」 n=48 (37.5%) vs 「反映できていない」 n=12 (17.1%), p=0.003

「居宅支援事業所の介護支援専門員に相談する職種(複数回答)」:栄養専門職「反映できている」 n=29 (22.7%) vs 「反映できていない」 n=5 (7.1%), p=0.006、歯科口腔専門職「反映できている」 n=14 (10.9%) vs 「反映できていない」 n=2 (2.9%), p=0.046

## 考 察

### 1. 回収状況

過去に当学会が実施した実態調査<sup>1)</sup>から予測回収率を20%としていたが、上回ったのは通所リハのみであり、他は16%程度であった。本調査は「一体的取組」に関する初の全国実態調査であり、これまで当学会が実施してきた栄養ケア・マネジメントに関する実態調査と比較して項目が多く複雑であり、回答者は様々な関連職種から連携の実態を把握する必要もあるため回答者の負担が大きかったと推察されるが、WEBによる回答としたことや郵送による督促を繰り返し実施したことで回収率の大幅な低下は避けられた。なお、本調査に回答したのは「一体的取組」に関して日ごろから関心をもっている施設・事業所であるというバイアスは避けられない。その中でも、後述するクロス集計により「一体的取組」が特に推進されていると考えられる施設・事業所の特

徴が明らかとなったことで、「一体的取組」に関する初の全国実態調査として、今後の推進方策の検討を行うための基礎資料を体系的に提供するという目的に資するものであると考えられた。

## 2. 基本集計より

施設種別の基本集計により「一体的取組」の具体的な実態が明らかとなった。

厚生労働省が示した「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書(一体的計画書)<sup>4)</sup>」については、「使用している」と回答した施設・事業所は特養 8.6%、老健 19.3%、通所介護 14.8%、通所リハ 27.2%と低調であった。一体的計画書を使用していない主な理由は「別の書式で運用している」がいずれの施設・事業所種も半数程度であり、「活用を促す加算がない」が通所介護・通所リハでともに 30%以上とやや高い傾向がみられることから、「電子システムが対応していない」こととあわせて様式例を新たに導入する経営上のメリットがないと考えられていることが推察された。

一方、実務面では「リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映」で「反映できている」と回答した施設・事業所は特養 45.7%、老健 67.5%、通所介護 50.2%、通所リハ 59.9%といずれも半数程度であり、特にリハビリテーション専門職の常勤配置が求められる老健と通所リハでは高い傾向がみられた。「反映できていない」と回答した施設・事業所の理由(複数回答)として、特養、老健、通所リハでは「歯科口腔専門職が勤務していない」が最多(特養 52.5%、老健 64.8%、通所リハ 73.0%)であり、通所介護では「リハビリテーション専門職が勤務していない」が最多(58.8%)で「歯科専門職が勤務していない」が次点(49.3%)であった。また、通所介護、通所リハでは「栄養専門職が勤務していない」(通所介護 48.9%、通所リハ 46.6%)、「事業所外(同一法人を含む)の栄養専門職との連携体制がない」(通所介護 44.9%、通所リハ 51.3%)も半数程度であった。特に通所介護はリハビリテーション、歯科口腔、栄養のいずれの専門職も常勤配置数は中央値が 0 であった。なお、具体的な業務として「リハビリテーション・個別機能訓練目標の共有」、「栄養ケアの目標の共有」、「口腔ケア・マネジメントの目標の共有」等の 31 項目についてみていくと、特に通所介護ではリハビリテーション、歯科口腔、栄養の各専門職の連携協働は他の施設・事業所種と比べて全体的に低調であり、機能訓練指導員、介護福祉士を含む介護職員、看護師・准看護師が主に担っていた。これらの業務には高度な専門性が求められるものも多く、可能な限りそれぞれの専門職が中心となり、そこに他の職種が一体となって連携協働することが望ましいと考えられる。また、リハビリテーション、歯科口腔、栄養の 3 職種が個別に利用者へ関わるのではなく、3 職種が参加するカンファレンスやインフォーマルな話し合いの実施と情報の共有も重要

であると考えられる。ただし、こうした専門職を各施設・事業所が常勤や非常勤で確保することは困難な実情がある。特に通所系サービスには管理栄養士や歯科栄養士の配置基準はなく、在宅領域に対応した人材養成の体制が全国的に十分に整っているとは言えない。管理栄養士や歯科衛生士に関しては、地域の拠点となる医療機関や歯科医療機関、介護保険施設等において適切な人材を確保・養成し、地域の実情に応じたネットワークを構築して対応する仕組みを推進することが必要と考えられる。

「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」の推進による効果として、「日常の職種間の情報連携の頻度が増えた」（特養 28.8%、老健 41.1%、通所介護 24.2%、通所リハ 29.8%）、「ケアプランで共通した目標設定ができるようになった」（特養 24.3%、老健 31.9%、通所介護 17.3%、通所リハ 23.0%）という実務面での連携強化から、「入所者の新たな課題やニーズを早期に把握できるようになった」（特養 25.7%、老健 37.3%、通所介護 29.2%、通所リハ 36.6%）につながっていると推察される。サービス利用者の栄養やリハビリテーション・個別機能訓練のアウトカム、ADL・IADL の維持改善等については主観的な回答であることに留意する必要があるが、一体的取組の推進がサービス利用者の生活機能や予後にとって有用である可能性が示唆され、今後さらなる推進が求められた。

これらの結果から、「一体的取組」については様式例の使用状況のみならず実務面で専門職の連携を推進し、施設・事業所の取り組みを進めていくことが肝要であると考えられた。

また、BMI18.5 未満の者の把握が未だに行われていない事業所は通所介護 62.1%、通所リハ 37.2%にみられた。平成 30 年に当学会で実施した全国実態調査<sup>1)</sup>では、BMI18.5 未満を把握していない事業所は通所介護 66.3%、通所リハ 52.0%であり、通所リハにおいては把握していない割合は下がったが、通所介護ではほぼ横ばいであった。通所リハでは本研究結果から管理栄養士の配置や連携、一体的取組が通所介護と比べ比較的推進されており、また、リハビリテーションと栄養の連携による効果のエビデンスが示されてきたことで、BMI を把握する重要性が定着しつつあると推察される。さらに、「噛むことに問題がある利用者」について「把握していない」と回答した事業所は通所介護 10.8%、通所リハ 22.7%、「飲み込むことに問題がある利用者」について「把握していない」と回答した事業所は通所介護 7.6%、通所リハ 15.9%であり、利用者の摂食嚥下の問題について相当数が見落とされている可能性が考えられた。咀嚼機能が低下した利用者への食事形態について、①軟らかいものが噛める利用者への対応は、残存機能を生かして食べる楽しみを感じられる食事を提供することが、質の高いケアには重要であり、軟らかいものが噛める利用者には軟食、軟菜食が適している。噛める利用者にはきざむ必要はなく、きざみ食は不適切な対

応である。また、②軟らかいものが嚙めない利用者への対応として、舌や歯ぐきで潰せる硬さの食事の提供が必要である。きざみ食は舌や歯ぐきでつぶしにくく、潰せる硬さであればきざむ必要はなく、不適切な対応と言わざるをえない。嚥下しやすいものの条件として、まとまっていること、均質であること、軟らかいこと、滑りが良いこと等があり、嚥下に問題がある利用者にはソフト食、ムース食が適している。きざみ食は均質でなく、また誤嚥のリスクを増すため、嚥下に問題がある利用者には不適切な対応である。したがって、摂食機能の把握とともに、適切な食事形態を提供するためには歯科口腔と栄養の専門職が連携し、食事の対応をしている介護職員らとも緊密に連携することが必須であると考えられる。

### 3. クロス集計より

この度のクロス集計では、「リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映」を説明変数とし、施設・事業所ごとに「反映できている」と「反映できていない」で比較を行った。「一体的取組」の意義については、基本集計より様式例の使用状況よりも実務面での連携協働が重要であると示唆され、連携協働で設定した目標が計画に反映されることは「一体的取組」の推進状況を評価する上で重要な要素であると考えられた。本解析を皮切りに、今後は専門職の配置や外部との連携といった体制面、および具体的な日常業務や専門業務への各専門職の連携協働への関与など様々な角度から検証していくこととする。

なお、クロス集計による解析においては以下の①、②について、いずれも「一体的取組」が推進されているほど良好であるという仮説について検証している。

#### ①「一体的取組」の推進要因や阻害要因について（構造、プロセス）

専門職の配置、施設・事業所外の専門職との連携、加算算定状況、様式例の使用状況、カンファレンスやインフォーマルな話し合いの実施状況、推進上の課題

#### ②「一体的取組」の効果について（プロセス、アウトカム）

各専門職が連携協働した業務の実施状況、一体的取組による効果、アウトカムとの関連（誤嚥性肺炎による入院、死亡、在宅復帰）

##### （1）専門職の配置について

特養では歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、機能訓練指導員の入所者 100 名あたりの常勤換算配置は「反映できている」方が多い結果であった。また、外部機関に所属し連携している歯科衛生士も「反映できている」で高い割合であった。老健では言語聴覚士の入所者

100名あたりの常勤換算配置は「反映できている」方が多い結果であった。通所介護では、理学療法士、作業療法士の利用実人数100名あたりの常勤換算配置は「反映できている」が多く、一方で介護福祉士、介護職員（介護福祉士を除く）、准看護師は「反映できていない」で多い結果であった。また、外部機関に所属し連携している専門職（同一法人または他法人）では、理学療法士と作業療法士は「反映できている」で高い割合であり、医師と歯科医師は「反映できていない」で高い割合であった。通所リハでは、歯科衛生士、介護福祉士、看護師、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、栄養士の利用実人数100名あたりの常勤換算配置は「反映できている」が多かった。外部機関に所属し連携している専門職（同一法人または他法人）には差がなかった。これらの結果から、歯科衛生士やリハビリテーション専門職の配置や連携は「一体的取組」の推進要因であるといえる。後に示す通り、歯科専門職が不在であることを推進上の課題として挙げている施設・事業所は多く、特に歯科衛生士はいずれの施設・事業所種においても常勤配置は極めて少ないため、外部との連携を推進することが急務である。また、通所系サービスでは管理栄養士の配置は未だ少ない。通所リハでは「反映できている」事業所で管理栄養士の配置が多いこともあり、配置や外部連携の推進は有用であると考えられる。令和3年度介護報酬改定によって栄養マネジメント強化加算が新設され、施設系サービスへの管理栄養士の複数配置が推進されており、併設の通所サービス事業所を兼務する形での配置（週4時間、0.1名程度）も求められる。

## （2）加算算定状況

特養では栄養マネジメント強化加算や経口維持加算Ⅰ・Ⅱといった管理栄養士による多職種連携の取り組みを評価する加算が「反映できている」施設で高い割合であった。また、口腔衛生管理加算Ⅰ・Ⅱ、個別機能訓練加算Ⅰ・Ⅱ、看取り介護加算Ⅱも同様に高い割合であった。老健では歯科または言語聴覚士が連携してかかわる経口維持加算Ⅱ、計画の内容等の情報を厚労省に提出して活用する口腔衛生管理加算Ⅱのようなプロセスを一層強化する加算が「反映できている」で高い割合で算定されていた。通所介護では、口腔機能向上加算Ⅰ・Ⅱ、科学的介護推進体制加算、個別機能訓練加算が、通所リハでは、口腔・栄養に関連する加算も「反映できている」で高い割合で算定されていた。

このように、専門職配置の充実や連携推進にかかわる加算の算定は「一体的取組」の実施と関連することが示された。施設系サービスにおいては平成27年度介護報酬改定で新設された経口維持加算Ⅰ・Ⅱ、令和3年度介護報酬改定で新設された栄養マネジメント強化加算が「口から食べる楽しみの支援の充実」の観点から多職種連携を推進する取り組みとして評価されている。当学

会が令和元年度に実施した調査から、低栄養状態の中・高リスク者数が少ない施設は、多職種ミーラウンドによる経口維持の取り組みの実施割合が高く、さらに多職種ミーラウンドに医師や歯科衛生士が参加していると誤嚥性肺炎による入院者数が少ない傾向があると報告されている<sup>5)</sup>。このような多職種連携を評価する仕組みを一層強化することは、入所者・利用者にとって有用であるといえる。

### **(3) 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書(一体的計画書)」(厚生労働省公開の様式例) について**

特養・老健および通所介護・通所リハいずれも、「一体的計画書」について「知っている」、「使用している」と回答した割合が「反映できている」施設・事業所で高かった。しかし、基本集計で示した通り、「使用している」施設の割合は全体として低調であった。その理由として「反映できている」施設・事業所では「別の書式で運用している」と「様式例の使い勝手が悪い」が多く、「反映できてない」施設・事業所では特養と通所介護は「活用を促す加算がない」、老健と通所リハでは「活用を主導する旗振り役がない」が多かった。

「一体的計画書」は「一体的取組」を推進するための手段として活用の広がりが期待されるが、実務面での「一体的取組」を評価することを一層重視し、各専門職がそれぞれに運用している既存の様式から「一体的計画書」にスムーズに置き換えることができる方策を検討することが求められる。

### **(4) 業務項目別の連携協働している職種**

「反映できている」施設・事業所は「反映できてない」施設・事業所と比較して、大半の項目で各専門職が連携協働している割合が高かった。特にリハビリテーション、栄養、口腔のケアにおける目標や計画の共有は、該当する専門職のみならず、他の職種についても「反映できている」施設・事業所で多く関わっており、「一体的取組」の具体的な業務内容として表れていると推察された。ADL や低栄養リスクの把握といったアセスメントに関する項目は当該専門職が中心となっているが、「反映できている」老健では食事に関する項目にリハビリテーション専門職も多く関与しており、栄養専門職もリハビリテーションに関わるアセスメントに幅広くかかわっていた。歯科口腔専門職についてはすべての施設・事業所種で絶対的な割合が他の専門職と比べて低く、通所介護・通所リハでは栄養専門職も低いものの、「反映できている」施設・事業所では「反映できていない」施設・事業所と比較すると総じて高い割合であり、専門職の配置や外部からの連携を

推進することでこれらの業務への関与を増やすことができると考えられる。また、介護福祉士を含む介護職員と看護師・准看護師は、他の専門職の配置が少ない特養や通所介護において多くの業務項目で中心的な役割を担っていると推察された。口腔問題の把握やケアなど特異的な専門性が要求される内容については当該専門職からの定期的な関与やコンサルテーションの機会を増やすことが重要であると考えられた。

#### **(5) リハビリテーション・機能訓練指導員、栄養専門職、歯科口腔が参加するカンファレンスおよびインフォーマルな話し合いの状況**

カンファレンス、インフォーマルな話し合いはいずれも「反映できている」施設・事業所で高い割合で実施されていた。実施していると回答した施設・事業所において、頻度や内容については「反映できていない」施設とさほど差はないものの、日々の業務の中で多職種が緊密な情報共有を行うことのできることは、専門職が一体となって利用者の目標を計画に反映させる取り組みを推進するうえで重要であると考えられた。

#### **(6) 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」の推進による効果の状況**

「反映できている」施設・事業所は、「日常の職種間の情報連携の頻度が増えた」、「入所者の新たな課題やニーズを早期に把握できるようになった」、「ケアプランで共通した目標設定ができるようになった」と回答した割合が高く、日々の業務における情報共有が緊密になることで、早期からの課題の把握につながり、目標が計画に反映できているという良い循環が生まれていると推察された。また、主観的な回答ではあるものの、ADL・IADL や QOL（全施設・事業所種）、栄養や歯科口腔（特養、老健、通所リハ）等のアウトカムの向上が「反映できている」施設・事業所で高い割合で実感されていた。前述の通り、施設系サービスにおいては「口から食べる楽しみの支援の充実」の観点から多職種連携の取り組みが推進されている。当学会が平成 28 年度に実施した調査において、経口維持加算Ⅰ・Ⅱを算定している特養では 1 年間の累積入院率が抑制される効果が示されている<sup>6)</sup>。特に歯科衛生士または言語聴覚士がミールラウンドに参加することによる効果は大きく、これらの先行研究は「一体的取組」のプロセスが利用者のアウトカムによい影響を与えているという結果を支持するものである。

#### **(7) リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」を推進する上で**

## の課題・すでに取り組んでいること

「反映できていない」施設・事業所では、「専門職が常勤配置されていない」ことが高い割合で回答されており、当然のことながら専門職が不在であれば「一体的取組」の推進は困難であることが示された。一方で「主導する専門職が決まっていない・わからない」が「反映できている」、「反映できていない」で差はなく、いずれも3～4割で程度みられた。また、「反映できている」施設・事業所では、「リハビリテーション・機能訓練・栄養管理・口腔管理の専門職（同一事業所・同一法人所属）と本人・家族、ケアマネジャー等が参加するカンファレンスを（定期的に）開催している」、「専門職が互いの業務に対する理解を深めるための研修会を開催している」、「外部機関所属（同一法人を含む）の専門職との連携体制を強化している」がともに高い割合で実施されていた。このことから、単に専門職が配置されているだけでは「一体的取組」は進まないと考えられた。これまで述べたように、「一体的取組」を推進するためには日々の業務の中で専門職が互いに緊密な情報連携をとれる環境を醸成することが肝要であるといえる。

### （8）多職種協働の状況

多職種連携がどの程度推進されているかを示す項目について、「反映できている」特養ではすべての項目でとてもあてはまる、あてはまると回答する傾向がみられた。「反映されていない」施設では、カンファレンスにおいては多くの職種が参加し、すべての職種が発言して意見を述べ、一定の結論を導き出すことが「あまりできてない」と2割程度で回答されており、各職種の専門性がカンファレンスの場でしっかりと発揮されて情報を共有し、日々の業務の中で多職種が互いの専門性を尊重し、いつでも気軽に情報共有できる職場環境を作ることが「一体的取組」の推進要因であると示された。

### （9）居宅介護支援事業所の介護支援専門員との連携（通所介護・通所リハ）

「反映できている」通所介護・通所リハは、「連携している居宅介護支援事業所の介護支援専門員がいる」と回答している割合が高かった。共有する内容は、通所介護では「リハビリテーションに関すること」が多く、栄養や口腔への関心は低いと考えられた。「反映できている」通所リハでは「栄養ケアの目標」「栄養ケア計画」「口腔ケア・マネジメント計画」が高い割合であり、通所リハ事業所の「栄養、口腔専門職に相談していた」割合も高かった。

居宅の要介護高齢者のニーズを踏まえた適切なサービスにつなぐ役割として居宅介護支援は重要である。しかし前述の通り、通所系サービスにおいてBMIを把握していないなど、栄養の問題



が相当数見落とされている可能性がある。通所介護、通所リハにおける栄養関連サービスの算定率は未だ低調であるが、「一体的取組」が推進されることでこれらの問題が顕在化することが期待される。栄養や口腔の問題が利用者の予後への影響が大きいという認識を高め、優先的な課題として対応できるよう普及啓発を進めるとともに、通所系サービスに管理栄養士や歯科衛生士が関わる体制を推進し、居宅介護支援と情報共有ができる体制を整えていくことが求められる。

#### (10) アウトカムについて

特養では「過去6か月間で入院した人のうち、誤嚥性肺炎により入院した人数（入所者100名あたり）」が「反映できている」施設で少なく、老健では「過去6か月間に退所した人のうち在宅へ退所した人数（入所100名あたり）」が多かった。本調査は過去に発生したアウトカムを調査時点の業務プロセスで比較していることから、プロセスからアウトカムへの因果関係に言及することはできないものの、前述した主観的なアウトカムや経口維持の取り組みによる効果の先行研究とも合致することから、「一体的取組」を推進することは入所・利用者にとって意義が大きいと考えられる。

## 結 論

「リハビリテーション専門職・機能訓練指導員、栄養専門職、歯科口腔専門職が連携して設定した目標を個別のリハビリテーション計画または機能訓練計画に反映できている」というかたちで「一体的取組」が推進されることは、構造、プロセス、アウトカムのいずれにおいても良好であることが示された。「一体的計画書」は単に使用すること自体を目的化するのではなく、「一体的取組」を円滑に実施するための手段として実務に実装され、「一体的取組」の実務面での連携協働を推進することが重要であると示唆された。「リハビリテーション専門職・機能訓練指導員、栄養専門職、歯科口腔専門職が連携して設定した目標を個別のリハビリテーション計画または機能訓練計画に反映できている」というかたちで「一体的取組」が推進されることは、構造、プロセス、アウトカムのいずれにおいても良好な施設・事業所であることが示された。今後さらに分析を進め、「一体的取組」の推進方策について検討を進めていくこととする。

## 文 献

- 1) 平成30年度 厚生労働省 老人保健推進費等補助金「リハビリテーションを行う通所事業所における栄養管理のあり方に関する調査研究事業」日本健康・栄養システム学会

<https://www.j-ncm.com/wp-content/uploads/2022/04/h30-rouken-houkousyo.pdf>

2) 令和元年度 厚生労働省 老人保健推進費等補助金「リハビリテーションを行う通所事業所における栄養管理のあり方に関する調査研究事業」日本健康・栄養システム学会

<https://www.j-ncm.com/wp-content/uploads/2022/04/r1-rouken-houkousyo2.pdf>

3) 令和3年度 厚生労働省 老人保健推進費等補助金「介護保険施設等における栄養ケア・マネジメントの実態に関する調査研究事業」日本健康・栄養システム学会

<https://www.j-ncm.com/wp-content/uploads/2022/04/r3-rouken-houkokusyo.pdf>

4) 厚生労働省 老認発 0316 第3号「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する 基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000755018.pdf>

5) 令和元年度 厚生労働省 老人保健推進費等補助金「介護保険施設における効果的・効率的な栄養ケア・マネジメント及び医療施設との栄養連携の推進に関する調査研究事業」日本健康・栄養システム学会

<https://www.j-ncm.com/wp-content/uploads/2022/04/r1-rouken-houkousyo1.pdf>

6) 平成28年度 厚生労働省 老人保健推進費等補助金「介護保険施設における重点的な栄養ケア・マネジメントのあり方に関する調査研究事業」日本健康・栄養システム学会

<https://www.j-ncm.com/wp-content/uploads/2022/04/h28-rouken-houkousyo.pdf>

表1 基本集計（特養）統計量の集計

特養n=222	度数	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
定員・利用者数						
定員（床）	222	70.1	70.0	(25.5)	29.0	207.0
入所実人数（人）	222	66.8	65.0	(24.2)	26.0	202.0
平均在所日数（日）	195	1069.5	1060.0	(810.2)	3.5	9825.0
在宅復帰率（%）	17	0.2	0.0	(1.0)	0.0	4.0
要介護度別利用者数						
要介護1	216	0.5	0.0	(1.2)	0.0	7.0
要介護2	217	1.7	1.0	(2.8)	0.0	17.0
要介護3	217	17.5	16.0	(10.2)	0.0	49.0
要介護4	217	26.6	25.0	(11.4)	4.0	77.0
要介護5	217	20.5	19.0	(10.5)	0.0	83.0
要介護その他	206	0.2	0.0	(1.3)	0.0	13.0
要介護度別利用者数（利用実人数100名当たり）						
要介護1	216	0.8	0.0	(2.1)	0.0	15.9
要介護2	215	2.6	1.0	(4.5)	0.0	38.6
要介護3	217	26.1	25.5	(12.6)	0.0	55.2
要介護4	217	39.9	39.7	(9.6)	9.1	70.0
要介護5	217	30.8	30.0	(12.0)	0.0	80.0
要介護その他	206	0.4	0.0	(2.7)	0.0	29.5
低栄養リスク別人数（人）						
低リスク	205	25.2	23.0	(15.7)	0.0	80.0
中リスク	205	32.2	29.0	(18.0)	0.0	116.0
高リスク	205	7.6	6.0	(7.2)	0.0	42.0
不明	198	1.5	0.0	(8.4)	0.0	90.0
低栄養リスク別人数割合（%）						
低リスク	204	39.2	37.3	(21.4)	0.0	100.0
中リスク	204	47.8	50.0	(18.0)	0.0	93.2
高リスク	204	11.9	10.0	(10.7)	0.0	84.0
食事形態別人数（人）						
常食	212	19.5	15.0	(15.5)	0.0	88.0
常食でない主食または副食	212	43.4	42.0	(21.3)	0.0	156.0
経管栄養または静脈栄養のみ	212	3.3	2.0	(3.5)	0.0	16.0
不明	212	0.2	0.0	(0.9)	0.0	12.0
食事形態別人数割合（%）						
常食	212	29.7	24.2	(20.6)	0.0	100.0
常食でない主食または副食	212	65.2	70.5	(20.6)	0.0	97.8
経管栄養または静脈栄養のみ	212	5.0	3.5	(5.5)	0.0	27.6
過去6か月間の状況（人）						
退所した人数（死亡を含む）	209	10.4	10.0	(5.4)	0.0	38.0
退所した人のうち、在宅へ退所した人数	208	0.3	0.0	(1.5)	0.0	17.0
入院した人数（入院先で死亡も含む）	207	8.7	6.0	(9.7)	0.0	75.0
入院した人のうち、誤嚥性肺炎により入院した人数	187	1.8	1.0	(3.2)	0.0	25.0
死亡した人数	208	7.6	7.0	(4.8)	0.0	30.0
死亡した人のうち、亡くなる1か月前の時点で経口摂取（プリン・アイス等を含む）していた後に看取った人数	193	5.6	5.0	(4.3)	0.0	19.0
過去6か月間の状況※入所100名当たり（人）						
退所した人数（死亡を含む）	211	16.1	15.0	(8.3)	0.0	56.3
退所した人のうち、在宅へ退所した人数	208	0.4	0.0	(2.0)	0.0	20.0
入院した人数（入院先で死亡も含む）	208	13.1	10.0	(11.9)	0.0	72.5
入院した人のうち、誤嚥性肺炎により入院した人数	189	2.7	1.3	(4.5)	0.0	32.6
死亡した人数	208	11.8	11.4	(7.5)	0.0	42.3
死亡した人のうち、亡くなる1か月前の時点で経口摂取（プリン・アイス等を含む）していた後に看取った人数	193	8.6	8.0	(6.9)	0.0	42.3

表1 基本集計（特養）統計量の集計

特養n=222	度数	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
専門職の常勤換算人数（人）						
医師	222	0.3	0.1	(0.7)	0.0	8.0
歯科医師	222	0.0	0.0	(0.2)	0.0	1.0
歯科衛生士	222	0.1	0.0	(0.3)	0.0	2.0
薬剤師	222	0.0	0.0	(0.1)	0.0	1.0
介護福祉士	222	22.6	22.0	(11.0)	0.0	83.0
介護職員（介護福祉士を除く）	222	12.8	10.2	(10.1)	0.0	64.0
介護支援専門員	222	1.7	1.0	(1.6)	0.0	19.0
看護師	222	3.0	2.8	(2.3)	0.0	26.0
准看護師	222	1.8	1.8	(2.2)	0.0	28.0
理学療法士	222	0.3	0.0	(0.5)	0.0	3.2
作業療法士	222	0.1	0.0	(0.4)	0.0	2.0
言語聴覚士	222	0.0	0.0	(0.2)	0.0	2.0
専任の機能訓練指導員	222	0.5	0.0	(0.6)	0.0	3.0
管理栄養士	222	1.2	1.0	(0.7)	0.0	4.0
栄養士（管理栄養士を除く）	222	0.2	0.0	(0.5)	0.0	2.0
専門職の常勤換算人数※入所100名当たり（人）						
医師	222	0.4	0.2	(1.2)	0.0	11.6
歯科医師	222	0.1	0.0	(0.3)	0.0	2.7
歯科衛生士	222	0.1	0.0	(0.4)	0.0	3.4
薬剤師	222	0.0	0.0	(0.1)	0.0	1.1
介護福祉士	222	34.4	32.9	(12.5)	0.0	93.1
介護職員（介護福祉士を除く）	222	19.6	16.7	(14.0)	0.0	78.0
介護支援専門員	222	2.7	2.0	(3.0)	0.0	38.8
看護師	222	4.7	4.3	(4.0)	0.0	53.1
准看護師	222	3.0	2.5	(4.3)	0.0	57.1
理学療法士	222	0.4	0.0	(0.9)	0.0	7.0
作業療法士	222	0.2	0.0	(0.6)	0.0	3.3
言語聴覚士	222	0.1	0.0	(0.3)	0.0	2.5
専任の機能訓練指導員	222	0.7	0.0	(0.9)	0.0	4.1
管理栄養士	222	2.0	2.0	(1.0)	0.0	5.3
栄養士（管理栄養士を除く）	222	0.4	0.0	(0.8)	0.0	4.2

表2 基本集計（特養）n, %の集計

特養n=222	n	(%)	(有効%)
主回答者			
施設長	88	(39.6)	
管理栄養士	31	(14.0)	
生活相談員	17	(7.7)	
その他（事務長、副施設長 等）	86	(38.7)	
1 (1) 咀嚼機能が低下した入所者への食事形態（頻度が最も高いもの）			
柔らかいものが噛める入所者			
常食	19	(8.6)	(8.6)
軟食、軟菜食	62	(27.9)	(28.1)
きざみ食	106	(47.7)	(48.0)
ソフト食、ムース食	31	(14.0)	(14.0)
ミキサー食	1	(0.5)	(0.5)
その他	2	(0.9)	(0.9)
(欠損値)	1	(0.5)	
柔らかいものが噛めない入所者への対応			
常食	0	(0.0)	(0.0)
軟食、軟菜食	1	(0.5)	(0.5)
きざみ食	27	(12.2)	(12.2)
ソフト食、ムース食	80	(36.0)	(36.2)
ミキサー食	107	(48.2)	(48.4)
その他	6	(2.7)	(2.7)
(欠損値)	1	(0.5)	
1 (4) 機能訓練指導員(専任) の資格（複数回答）			
看護師	22	(9.9)	
准看護師	24	(10.8)	
理学療法士	20	(9.0)	
作業療法士	11	(5.0)	
言語聴覚士	2	(0.9)	
柔道整復師	26	(11.7)	
あん摩マッサージ指圧師	17	(7.7)	
鍼灸師（6か月以上の実務経験有）	5	(2.3)	
管理栄養士常勤換算2以上			
あり	46	(20.7)	(23.8)

表2 基本集計（特養）n, %の集計

特養n=222		n	(%)	(有効%)
1 (5) 外部機関等に所属し連携(評価・治療・ケア等)している専門職				
医師	あり(同一法人)	28	(12.6)	
	あり(他法人)	160	(72.1)	
	なし	34	(15.3)	
歯科医師	あり(同一法人)	10	(4.5)	(4.5)
	あり(他法人)	175	(78.8)	(79.2)
	なし	36	(16.2)	(16.3)
	(欠損値)	1	(0.5)	
歯科衛生士	あり(同一法人)	15	(6.8)	(6.8)
	あり(他法人)	118	(53.2)	(53.4)
	なし	88	(39.6)	(39.8)
	(欠損値)	1	(0.5)	
理学療法士	あり(同一法人)	14	(6.3)	
	あり(他法人)	27	(12.2)	
	なし	181	(81.5)	
作業療法士	あり(同一法人)	10	(4.5)	(4.5)
	あり(他法人)	8	(3.6)	(3.6)
	なし	203	(91.4)	(91.9)
	(欠損値)	1	(0.5)	
言語聴覚士	あり(同一法人)	8	(3.6)	(3.6)
	あり(他法人)	9	(4.1)	(4.1)
	なし	204	(91.9)	(92.3)
	(欠損値)	1	(0.5)	
管理栄養士	あり(同一法人)	32	(14.4)	(14.5)
	あり(他法人)	5	(2.3)	(2.3)
	なし	184	(82.9)	(83.3)
	(欠損値)	1	(0.5)	

表2 基本集計（特養）n, %の集計

特養n=222	n	(%)	(有効%)
1 (6) 加算算定の状況（2022年9月の1か月間に1件以上）（複数回答）			
栄養マネジメント強化加算	95	(42.8)	
経口移行加算	12	(5.4)	
経口維持加算Ⅰ	59	(26.6)	
経口維持加算Ⅱ	37	(16.7)	
再入所時栄養連携加算	6	(2.7)	
療養食加算	128	(57.7)	
口腔衛生管理加算Ⅰ	42	(18.9)	
口腔衛生管理加算Ⅱ	42	(18.9)	
生活機能向上連携加算	15	(6.8)	
褥瘡マネジメント加算	80	(36.0)	
科学的介護推進連携加算	139	(62.6)	
認知症専門ケア加算Ⅰ	12	(5.4)	
認知症専門ケア加算Ⅱ	6	(2.7)	
栄養ケア・マネジメント未実施減算	6	(2.7)	
個別機能訓練加算Ⅰ	143	(64.4)	
個別機能訓練加算Ⅱ	77	(34.7)	
ADL維持等加算Ⅰ	23	(10.4)	
ADL維持等加算Ⅱ	16	(7.2)	
看取り介護加算Ⅰ	109	(49.1)	
看取り介護加算Ⅱ	63	(28.4)	
退所時等相談援助加算	8	(3.6)	
2 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書(一体的計画書)」（厚生労働省公開の様式例）について			
2 (1) 「一体的計画書」を知っている	129	(58.1)	(58.4)
「一体的計画書」を使用している	19	(8.6)	
「一体的計画書」の作成に関与している職種（複数回答）（有効%:使用している n=19)			
医師	9	(4.1)	(47.4)
歯科医師	4	(1.8)	(21.1)
歯科衛生士	6	(2.7)	(31.6)
薬剤師	0	(0.0)	(0.0)
介護福祉士	14	(6.3)	(73.7)
介護職員（介護福祉士を除く）	13	(5.9)	(68.4)
介護支援専門員	16	(7.2)	(84.2)
看護師	15	(6.8)	(78.9)
准看護師	8	(3.6)	(42.1)
理学療法士	6	(2.7)	(31.6)
作業療法士	1	(0.5)	(5.3)
言語聴覚士	0	(0.0)	(0.0)
専任で勤務する機能訓練指導員	9	(4.1)	(47.4)
管理栄養士	16	(7.2)	(84.2)
栄養士（管理栄養士を除く）	0	(0.0)	(0.0)
その他	3	(1.4)	(15.8)

表2 基本集計（特養）n, %の集計

特養n=222	n	(%)	(有効%)
「一体的計画書」の入所者・家族への意向確認、聞き取りに關与している 職種（複数回答）（有効%:使用している n=19）			
医師	3	(1.4)	(15.8)
歯科医師	2	(0.9)	(10.5)
歯科衛生士	5	(2.3)	(26.3)
薬剤師	0	(0.0)	(0.0)
介護福祉士	11	(5.0)	(57.9)
介護職員（介護福祉士を除く）	10	(4.5)	(52.6)
介護支援専門員	17	(7.7)	(89.5)
看護師	13	(5.9)	(68.4)
准看護師	7	(3.2)	(36.8)
理学療法士	6	(2.7)	(31.6)
作業療法士	1	(0.5)	(5.3)
言語聴覚士	0	(0.0)	(0.0)
専任で勤務する機能訓練指導員	8	(3.6)	(42.1)
管理栄養士	15	(6.8)	(78.9)
栄養士（管理栄養士を除く）	0	(0.0)	(0.0)
その他	3	(1.4)	(15.8)
「一体的計画」様式例を使用していない理由（複数回答）（有効%:使用していないn=202）			
別の書式で運用している	109	(49.1)	(54.0)
様式例の使い勝手が悪い	22	(9.9)	(10.9)
電子システムが対応していない	43	(19.4)	(21.3)
活用を主導する旗振り役がない	45	(20.3)	(22.3)
多職種で書類を共有することが難しい	39	(17.6)	(19.3)
各職種の業務についての相互の理解不足	31	(14.0)	(15.3)
活用を促す加算がない	38	(17.1)	(18.8)
その他	17	(7.7)	(8.4)



表2 基本集計（特養）n, %の集計

特養n=222		n	(%)	(有効%)
1	(3) リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映			
	反映できている	101	(45.5)	(45.7)
	反映できていない理由（複数回答）（有効%:反映できていないn=120）			
	リハビリテーション専門職が勤務していない	67	(30.2)	(55.4)
	機能訓練指導員が勤務していない	12	(5.4)	(9.9)
	施設外（同一法人を含む）のリハビリテーション専門職との連携体制がない	40	(18.0)	(33.3)
	施設外（同一法人を含む）の機能訓練指導員との連携体制がない	25	(11.3)	(20.8)
	リハビリテーション専門職の3職種が揃わない	49	(22.1)	(40.8)
	栄養専門職が勤務していない	4	(1.8)	(3.3)
	施設外（同一法人を含む）の栄養専門職との連携体制がない	10	(4.5)	(8.3)
	歯科口腔専門職が勤務していない	63	(28.4)	(52.5)
	施設外（同一法人を含む）の歯科口腔専門職との連携体制がない	25	(11.3)	(20.8)
	連携を主導する旗振り役がない	44	(19.8)	(36.7)
	各職種の業務についての相互の理解不足	22	(9.9)	(18.3)
	その他	2	(0.9)	(1.7)

表2 基本集計（特養）n, %の集計

特養n=222	n	(%)	(有効%)
2 (4) 業務項目別の連携協働している職種(各項目について職種は複数回答)			
[1.リハビリテーション・個別機能訓練目標の共有]			
リハビリテーション専門職	163	(73.4)	
機能訓練指導員	135	(60.8)	
栄養専門職	91	(41.0)	
歯科口腔専門職	14	(6.3)	
介護福祉士を含む介護職員	135	(60.8)	
介護支援専門員	144	(64.9)	
看護師・准看護師	126	(56.8)	
[2.リハビリテーション・個別機能訓練計画の共有]			
リハビリテーション専門職	58	(26.1)	
機能訓練指導員	134	(60.4)	
栄養専門職	92	(41.4)	
歯科口腔専門職	16	(7.2)	
介護福祉士を含む介護職員	134	(60.4)	
介護支援専門員	143	(64.4)	
看護師・准看護師	127	(57.2)	
[3.栄養ケアの目標の共有]			
リハビリテーション専門職	36	(16.2)	
機能訓練指導員	81	(36.5)	
栄養専門職	195	(87.8)	
歯科口腔専門職	27	(12.2)	
介護福祉士を含む介護職員	153	(68.9)	
介護支援専門員	169	(76.1)	
看護師・准看護師	156	(70.3)	
[4.栄養ケア計画の共有]			
リハビリテーション専門職	35	(15.8)	
機能訓練指導員	83	(37.4)	
栄養専門職	196	(88.3)	
歯科口腔専門職	28	(12.6)	
介護福祉士を含む介護職員	157	(70.7)	
介護支援専門員	170	(76.6)	
看護師・准看護師	160	(72.1)	
[5.口腔ケア・マネジメントの目標の共有]			
リハビリテーション専門職	19	(8.6)	
機能訓練指導員	47	(21.2)	
栄養専門職	82	(36.9)	
歯科口腔専門職	66	(29.7)	
介護福祉士を含む介護職員	98	(44.1)	
介護支援専門員	99	(44.6)	
看護師・准看護師	98	(44.1)	

表2 基本集計（特養）n, %の集計

特養n=222	n	(%)	(有効%)
[6.口腔ケア・マネジメント計画の共有]			
リハビリテーション専門職	17	(7.7)	
機能訓練指導員	49	(22.1)	
栄養専門職	81	(36.5)	
歯科口腔専門職	64	(28.8)	
介護福祉士を含む介護職員	97	(43.7)	
介護支援専門員	94	(42.3)	
看護師・准看護師	95	(42.8)	
[7.リハビリテーション・個別機能訓練における活動量、筋緊張、不随意運動の有無の把握]			
リハビリテーション専門職	50	(22.5)	
機能訓練指導員	108	(48.6)	
栄養専門職	39	(17.6)	
歯科口腔専門職	12	(5.4)	
介護福祉士を含む介護職員	87	(39.2)	
介護支援専門員	84	(37.8)	
看護師・准看護師	89	(40.1)	
[8.筋肉量、筋力の把握]			
リハビリテーション専門職	47	(21.2)	
機能訓練指導員	93	(41.9)	
栄養専門職	26	(11.7)	
歯科口腔専門職	5	(2.3)	
介護福祉士を含む介護職員	62	(27.9)	
介護支援専門員	55	(24.8)	
看護師・准看護師	64	(28.8)	
[9.エネルギー消費量の把握]			
リハビリテーション専門職	17	(7.7)	
機能訓練指導員	38	(17.1)	
栄養専門職	129	(58.1)	
歯科口腔専門職	7	(3.2)	
介護福祉士を含む介護職員	57	(25.7)	
介護支援専門員	61	(27.5)	
看護師・准看護師	70	(31.5)	
[10.呼吸機能の把握]			
リハビリテーション専門職	31	(14.0)	
機能訓練指導員	58	(26.1)	
栄養専門職	35	(15.8)	
歯科口腔専門職	6	(2.7)	
介護福祉士を含む介護職員	83	(37.4)	
介護支援専門員	74	(33.3)	
看護師・准看護師	136	(61.3)	

表2 基本集計（特養）n, %の集計

特養n=222	n	(%)	(有効%)
[11.ADLの把握]			
リハビリテーション専門職	53	(23.9)	
機能訓練指導員	133	(59.9)	
栄養専門職	129	(58.1)	
歯科口腔専門職	21	(9.5)	
介護福祉士を含む介護職員	179	(80.6)	
介護支援専門員	179	(80.6)	
看護師・准看護師	169	(76.1)	
[12.食事姿勢や椅子・机の高さの把握]			
リハビリテーション専門職	53	(23.9)	
機能訓練指導員	125	(56.3)	
栄養専門職	137	(61.7)	
歯科口腔専門職	20	(9.0)	
介護福祉士を含む介護職員	188	(84.7)	
介護支援専門員	167	(75.2)	
看護師・准看護師	155	(69.8)	
[13.低栄養状態リスクの把握]			
リハビリテーション専門職	36	(16.2)	
機能訓練指導員	72	(32.4)	
栄養専門職	205	(92.3)	
歯科口腔専門職	21	(9.5)	
介護福祉士を含む介護職員	147	(66.2)	
介護支援専門員	157	(70.7)	
看護師・准看護師	172	(77.5)	
[14.身長・体重・BMI・体脂肪率（身体計測）の把握]			
リハビリテーション専門職	37	(16.7)	
機能訓練指導員	79	(35.6)	
栄養専門職	203	(91.4)	
歯科口腔専門職	13	(5.9)	
介護福祉士を含む介護職員	157	(70.7)	
介護支援専門員	161	(72.5)	
看護師・准看護師	170	(76.6)	
[15.エネルギー・栄養素摂取量の把握]			
リハビリテーション専門職	25	(11.3)	
機能訓練指導員	57	(25.7)	
栄養専門職	199	(89.6)	
歯科口腔専門職	11	(5.0)	
介護福祉士を含む介護職員	128	(57.7)	
介護支援専門員	125	(56.3)	
看護師・准看護師	132	(59.5)	

表2 基本集計（特養）n, %の集計

特養n=222	n	(%)	(有効%)
[16.食事形態の把握]			
リハビリテーション専門職	38	(17.1)	
機能訓練指導員	85	(38.3)	
栄養専門職	206	(92.8)	
歯科口腔専門職	32	(14.4)	
介護福祉士を含む介護職員	192	(86.5)	
介護支援専門員	180	(81.1)	
看護師・准看護師	180	(81.1)	
[17.食嗜好の把握]			
リハビリテーション専門職	25	(11.3)	
機能訓練指導員	59	(26.6)	
栄養専門職	205	(92.3)	
歯科口腔専門職	19	(8.6)	
介護福祉士を含む介護職員	182	(82.0)	
介護支援専門員	161	(72.5)	
看護師・准看護師	130	(58.6)	
[18.使用している食器具の状況の把握]			
リハビリテーション専門職	42	(18.9)	
機能訓練指導員	86	(38.7)	
栄養専門職	196	(88.3)	
歯科口腔専門職	21	(9.5)	
介護福祉士を含む介護職員	195	(87.8)	
介護支援専門員	164	(73.9)	
看護師・准看護師	151	(68.0)	
[19.食事介助状況の把握]			
リハビリテーション専門職	39	(17.6)	
機能訓練指導員	96	(43.2)	
栄養専門職	198	(89.2)	
歯科口腔専門職	26	(11.7)	
介護福祉士を含む介護職員	196	(88.3)	
介護支援専門員	182	(82.0)	
看護師・准看護師	179	(80.6)	
[20.褥瘡の把握]			
リハビリテーション専門職	42	(18.9)	
機能訓練指導員	108	(48.6)	
栄養専門職	187	(84.2)	
歯科口腔専門職	15	(6.8)	
介護福祉士を含む介護職員	194	(87.4)	
介護支援専門員	183	(82.4)	
看護師・准看護師	199	(89.6)	

表2 基本集計（特養）n, %の集計

特養n=222	n	(%)	(有効%)
[21.口腔衛生状態（歯や義歯の汚れ、舌苔、口臭等）の把握]			
リハビリテーション専門職	26	(11.7)	
機能訓練指導員	46	(20.7)	
栄養専門職	104	(46.8)	
歯科口腔専門職	93	(41.9)	
介護福祉士を含む介護職員	184	(82.9)	
介護支援専門員	134	(60.4)	
看護師・准看護師	153	(68.9)	
[22.日常的な口腔ケアの実施]			
リハビリテーション専門職	18	(8.1)	
機能訓練指導員	46	(20.7)	
栄養専門職	70	(31.5)	
歯科口腔専門職	72	(32.4)	
介護福祉士を含む介護職員	197	(88.7)	
介護支援専門員	115	(51.8)	
看護師・准看護師	128	(57.7)	
[23.口腔機能状態（摂食嚥下、頸部・顔面周囲筋の緊張や筋力、頸部、口腔周囲の可動域、口腔内や口唇の感覚、舌の動き、むせ、口腔乾燥等）の把握]			
リハビリテーション専門職	33	(14.9)	
機能訓練指導員	83	(37.4)	
栄養専門職	141	(63.5)	
歯科口腔専門職	79	(35.6)	
介護福祉士を含む介護職員	173	(77.9)	
介護支援専門員	143	(64.4)	
看護師・准看護師	167	(75.2)	
[24.義歯の有無の把握]			
リハビリテーション専門職	28	(12.6)	
機能訓練指導員	72	(32.4)	
栄養専門職	159	(71.6)	
歯科口腔専門職	86	(38.7)	
介護福祉士を含む介護職員	195	(87.8)	
介護支援専門員	170	(76.6)	
看護師・准看護師	165	(74.3)	
[25.義歯の問題の把握]			
リハビリテーション専門職	24	(10.8)	
機能訓練指導員	54	(24.3)	
栄養専門職	126	(56.8)	
歯科口腔専門職	87	(39.2)	
介護福祉士を含む介護職員	183	(82.4)	
介護支援専門員	162	(73.0)	
看護師・准看護師	160	(72.1)	

表2 基本集計（特養）n, %の集計

特養n=222	n	(%)	(有効%)
[26.服薬状況の把握]			
リハビリテーション専門職	22	(9.9)	
機能訓練指導員	59	(26.6)	
栄養専門職	99	(44.6)	
歯科口腔専門職	19	(8.6)	
介護福祉士を含む介護職員	192	(86.5)	
介護支援専門員	164	(73.9)	
看護師・准看護師	196	(88.3)	
[27.排泄状況の把握]			
リハビリテーション専門職	24	(10.8)	
機能訓練指導員	75	(33.8)	
栄養専門職	86	(38.7)	
歯科口腔専門職	13	(5.9)	
介護福祉士を含む介護職員	195	(87.8)	
介護支援専門員	162	(73.0)	
看護師・准看護師	184	(82.9)	
[28.認知機能の把握]			
リハビリテーション専門職	42	(18.9)	
機能訓練指導員	106	(47.7)	
栄養専門職	132	(59.5)	
歯科口腔専門職	30	(13.5)	
介護福祉士を含む介護職員	191	(86.0)	
介護支援専門員	186	(83.8)	
看護師・准看護師	189	(85.1)	
[29.アドバンス・ケア・プランニングへの参加]			
リハビリテーション専門職	18	(8.1)	
機能訓練指導員	45	(20.3)	
栄養専門職	74	(33.3)	
歯科口腔専門職	19	(8.6)	
介護福祉士を含む介護職員	90	(40.5)	
介護支援専門員	105	(47.3)	
看護師・准看護師	93	(41.9)	
[30.経口維持加算による多職種ミールラウンド・カンファレンスへの参加]			
リハビリテーション専門職	26	(11.7)	
機能訓練指導員	47	(21.2)	
栄養専門職	98	(44.1)	
歯科口腔専門職	29	(13.1)	
介護福祉士を含む介護職員	90	(40.5)	
介護支援専門員	85	(38.3)	
看護師・准看護師	86	(38.7)	

表2 基本集計（特養）n, %の集計

特養n=222	n	(%)	(有効%)
[31.居宅を訪問し、状況を把握（各専門職の視点で）]			
リハビリテーション専門職	3	(1.4)	
機能訓練指導員	8	(3.6)	
栄養専門職	6	(2.7)	
歯科口腔専門職	1	(0.5)	
介護福祉士を含む介護職員	16	(7.2)	
介護支援専門員	38	(17.1)	
看護師・准看護師	17	(7.7)	
1 (5) リハビリテーション・機能訓練指導員、栄養専門職、歯科口腔が参加するカンファレンスの状況			
開催している	87	(39.2)	(39.5)
開催している場合の頻度（有効%:開催しているn=87）			
毎日	2	(0.9)	(2.3)
週3~6日	7	(3.2)	(8.0)
週1,2日	22	(9.9)	(25.3)
月1~3日	41	(18.5)	(47.1)
月1回未満	15	(6.8)	(17.2)
カンファレンスの目的（複数回答）（有効%:開催しているn=87）			
介護支援専門員が主催するサービス担当者会議	77	(34.7)	(88.5)
ケアプランの共有	58	(26.1)	(66.7)
ミールラウンド後のカンファレンス	31	(14.0)	(35.6)
一体的計画書の共有	19	(8.6)	(21.8)
退所前情報共有	4	(1.8)	(4.6)
委員会	23	(10.4)	(26.4)
飲食レクリエーション	8	(3.6)	(9.2)
その他	0	(0.0)	(0.0)



表2 基本集計（特養）n, %の集計

特養n=222	n	(%)	(有効%)
1 (6) リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養のインフォーマルな話し合いの状況			
実施している	101	(45.5)	
インフォーマルな話し合いの1日の平均人数（有効%:実施しているn=101）			
1名以下	18	(8.3)	(22.9)
2～5名	53	(24.0)	(67.1)
6名以上	8	(3.7)	(10.2)
(欠損値)	22	(9.9)	
インフォーマルな話し合いの頻度（有効%:開催しているn=101）			
毎日	23	(10.4)	(23.0)
週3～6日	17	(7.7)	(17.0)
週1,2日	30	(13.5)	(30.0)
月1～3日	21	(9.5)	(21.0)
月1回未満	9	(4.1)	(9.0)
(欠損値)	1	(0.5)	
インフォーマルな話し合いの内容(複数回答)（有効%:実施しているn=101）			
リハビリテーション・個別機能訓練に関する事	58	(26.1)	(57.4)
栄養・食事に関する事	88	(39.6)	(87.1)
口腔に関する事	54	(24.3)	(53.5)
利用者の体調に関する事	85	(38.3)	(84.2)
モニタリング（計画の実施状況）に関する事	42	(18.9)	(41.6)
支援には直接関係しない利用者の情報に関する事	32	(14.4)	(31.7)
家族からの情報に関する事	48	(21.6)	(47.5)
その他	2	(0.9)	(2.0)
インフォーマルに話し合った情報の共有（有効%:実施しているn=101）			
その場にはいないものを含むすべての職員	75	(33.8)	(75.0)
その場にいた職員のみ	25	(11.3)	(25.0)
(欠損値)	1	(0.5)	
インフォーマルに話し合った情報の共有方法(複数回答)（有効%:実施しているn=101）			
カルテなどに記録して共有する	57	(25.7)	(55.3)
議事録を作成して共有している	28	(12.6)	(27.2)
口頭で伝達する	74	(33.3)	(73.3)
その他	13	(5.9)	(12.9)

表2 基本集計（特養）n, %の集計

特養n=222		n	(%)	(有効%)
1	(7) 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」の推進による効果の状況（複数回答）			
	入所者の新たな課題やニーズを早期に把握できるようになった	57	(25.7)	※修正後
	日常の職種間の情報連携の頻度が増えた	64	(28.8)	
	ケアプランで共通した目標設定ができるようになった	54	(24.3)	
	各専門職の専門用語への理解が深まった	15	(6.8)	
	各専門職の業務フローへの理解が深まった	17	(7.7)	
	職員の職務満足度が高まった	4	(1.8)	
	褥瘡のケアが充実した	28	(12.6)	
	看取りのケアが充実した	0	(0.0)	
	認知症のケアが充実した	0	(0.0)	
	外部の関連者との連携が強化された	8	(3.6)	
	リハビリテーションのアウトカムがよかった	3	(1.4)	
	個別機能訓練のアウトカムがよかった	20	(9.0)	
	栄養のアウトカムが良くなった	32	(14.4)	
	歯科口腔のアウトカムがよかった	20	(9.0)	
	入院が減少した	8	(3.6)	
	肺炎が少なくなった	17	(7.7)	
	在宅復帰が促進された	0	(0.0)	
	認知症の重度化が防止された	4	(1.8)	
	ADL・IADLが維持改善された	16	(7.2)	
	ポリファーマシー対策が強化された	1	(0.5)	
	転倒頻度・転倒リスクが減弱した	6	(2.7)	
	生きがい・QOLがその人らしく感じるようになった	13	(5.9)	
	残存機能の今後の見通しがわかりやすくなった	13	(5.9)	
	介護者の負担軽減につながった	9	(4.1)	
	取り組んでいないのでわからない	0	(0.0)	
	その他	3	(1.4)	

表2 基本集計（特養）n, %の集計

特養n=222		n	(%)	(有効%)
1	(8) 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」を推進するうえでの課題(複数回答)			
	専門職が常勤配置されていない	119	(53.6)	
	外部機関（同一法人を含む）所属の専門職との連携体制がない・わからない	53	(23.9)	
	専門職が互いの業務に対する理解がない	20	(9.0)	
	主導する職種が決まっていない・わからない	80	(36.0)	
	電子システムが対応していない	37	(16.7)	
	専門職同士がわからないことがあったときに気軽に相談できない	16	(7.2)	
	経営上のメリットがない	17	(7.7)	
	その他	13	(5.9)	
1	(9) 「一体的取組」を推進するうえで、すでに取り組んでいること（複数回答）			
	連携に関与する専門職を新規に雇用している	14	(6.3)	
	外部機関所属（同一法人を含む）の専門職との連携体制を強化している	26	(11.7)	
	リハビリテーション・機能訓練・栄養管理・口腔管理の専門職（同一事業所・同一法人所属）と本人・家族、ケアマネジャー等が参加するカンファレンスを（定期的に）開催している	42	(18.9)	
	リハビリテーション・機能訓練・栄養管理・口腔管理の専門職（（同一事業所・同一法人を除く外部機関所属））と本人・家族、ケアマネジャー等が参加するカンファレンスを（定期的に）開催している	13	(5.9)	
	専門職が互いの業務に対する理解を深めるための研修会を開催している	29	(13.1)	
	主導する職種を決めている	12	(5.4)	
	電子システムを導入している	38	(17.1)	
	専門職同士がわからないことがあったときに気軽に相談できる職場づくりに努めている	92	(41.4)	
	職種間でのSNSを活用した気付きの共有や合意形成	4	(1.8)	

表2 基本集計（特養）n, %の集計

特養n=222	n	(%)	(有効%)
1 (10) 多職種協働の状況			
利用者への支援について、多職種チームの誰かが何かを気にかけている場合に、全体で取り上げるようにしている。			
全くあてはまらない	2	(0.9)	
あまりあてはまらない	20	(9.0)	
ややあてはまる	140	(63.1)	
とてもあてはまる	60	(27.0)	
利用者の価値観への配慮が必要で、技術で割り切れない問題は、多職種チームで話し合っ て決めている。			
全くあてはまらない	5	(2.3)	
あまりあてはまらない	18	(8.1)	
ややあてはまる	142	(64.0)	
とてもあてはまる	57	(25.7)	
多職種チームは、ある程度の期間一緒に働いて人となりが分かった人が何人かいる			
全くあてはまらない	5	(2.3)	
あまりあてはまらない	25	(11.3)	
ややあてはまる	122	(55.0)	
とてもあてはまる	70	(31.5)	
多職種チームは、紙や電子カルテでの意思疎通だけでなく、顔を合わせて意見や気持ちを話 し合っている			
全くあてはまらない	5	(2.3)	
あまりあてはまらない	26	(11.7)	
ややあてはまる	119	(53.6)	
とてもあてはまる	72	(32.4)	
多職種チームは、わからないことがあれば、他職種に教えてもらうことができる			
全くあてはまらない	1	(0.5)	
あまりあてはまらない	17	(7.7)	
ややあてはまる	117	(52.7)	
とてもあてはまる	87	(39.2)	
カンファレンスには多くの職種が参加し、それぞれが意見を述べている			
全くあてはまらない	4	(1.8)	
あまりあてはまらない	24	(10.8)	
ややあてはまる	112	(50.5)	
とてもあてはまる	82	(36.9)	
カンファレンスで一度も発言しない職種がないように、配慮されている			
全くあてはまらない	2	(0.9)	
あまりあてはまらない	34	(15.3)	
ややあてはまる	98	(44.1)	
とてもあてはまる	88	(39.6)	

表2 基本集計（特養）n, %の集計

特養n=222	n	(%)	(有効%)
職種の専門性を尊重した協働がなされるように配慮されている			
全くあてはまらない	2	(0.9)	(0.9)
あまりあてはまらない	31	(14.0)	(14.0)
ややあてはまる	125	(56.3)	(56.6)
とてもあてはまる	63	(28.4)	(28.5)
(欠損値)	1	(0.5)	
カンファレンスでは、話し合うだけではなく一定の結論を導き出す場になるように配慮されている			
全くあてはまらない	3	(1.4)	(1.4)
あまりあてはまらない	35	(15.8)	(15.8)
ややあてはまる	130	(58.6)	(58.8)
とてもあてはまる	53	(23.9)	(24.0)
(欠損値)	1	(0.5)	
多職種チーム内で支援目標を共有している			
全くあてはまらない	2	(0.9)	(0.9)
あまりあてはまらない	32	(14.4)	(14.5)
ややあてはまる	128	(57.7)	(57.9)
とてもあてはまる	59	(26.6)	(26.7)
(欠損値)	1	(0.5)	

表3 基本集計（老健）統計量の集計

老健n=166	度数	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
定員・利用者数						
定員（床）	166	88.0	100.0	(33.9)	10.0	266.0
入所実人数（人）	166	78.0	82.0	(31.5)	8.0	247.0
平均在所日数（日）	150	398.4	327.5	(258.5)	10.0	1310.0
在宅復帰率（%）	160	38.3	40.0	(22.8)	0.0	97.0
要介護度別利用者数						
要介護1	161	9.8	9.0	(6.1)	0.0	28.0
要介護2	161	14.3	14.0	(7.2)	0.0	46.0
要介護3	161	19.7	20.0	(9.5)	1.0	71.0
要介護4	161	21.7	21.0	(11.5)	0.0	84.0
要介護5	161	12.2	12.0	(7.6)	0.0	39.0
要介護その他	158	0.4	0.0	(2.0)	0.0	23.0
要介護度別利用者数（利用実人数100名当たり）						
要介護1	161	13.1	12.1	(7.9)	0.0	40.0
要介護2	161	18.8	19.1	(6.8)	0.0	45.5
要介護3	161	24.7	24.5	(6.6)	8.3	42.6
要介護4	161	27.4	27.1	(8.3)	0.0	50.0
要介護5	161	15.4	14.6	(8.3)	0.0	58.3
要介護その他	158	0.6	0.0	(2.4)	0.0	24.0
低栄養リスク別人数（人）						
低リスク	152	32.3	27.0	(22.3)	1.0	116.0
中リスク	152	34.5	33.0	(21.0)	0.0	135.0
高リスク	152	9.2	7.0	(7.7)	0.0	37.0
不明	149	1.2	0.0	(8.1)	0.0	92.0
低栄養リスク別人数割合（%）						
低リスク	151	41.9	38.8	(21.0)	4.3	96.1
中リスク	151	44.6	46.3	(16.9)	0.0	84.5
高リスク	151	12.7	10.9	(10.5)	0.0	75.0
食事形態別人数（人）						
常食	155	28.9	22.0	(27.9)	0.0	243.0
常食でない主食または副食	155	44.3	43.0	(22.4)	0.0	107.0
経管栄養または静脈栄養のみ	155	4.4	3.0	(4.1)	0.0	21.0
不明	155	0.1	0.0	(0.7)	0.0	6.0
食事形態別人数割合（%）						
常食	156	35.2	30.9	(21.6)	0.0	98.4
常食でない主食または副食	156	58.7	62.3	(22.0)	0.0	98.7
経管栄養または静脈栄養のみ	156	6.1	5.2	(6.5)	0.0	45.8
過去6か月間の状況（人）						
退所した人数（死亡を含む）	151	50.0	40.0	(47.1)	0.0	372.0
退所した人のうち、在宅へ退所した人数	153	17.4	13.0	(19.6)	0.0	148.0
入院した人数（入院先で死亡も含む）	144	20.7	13.0	(39.9)	0.0	365.0
入院した人のうち、誤嚥性肺炎により入院した人数	94	1.4	1.0	(1.8)	0.0	9.0
死亡した人数	151	5.2	4.0	(5.9)	0.0	46.0
死亡した人のうち、亡くなる1か月前の時点で経口摂取（プリン・アイス等を含む）していた後に看取った人数	113	3.0	2.0	(3.5)	0.0	16.0
過去6か月間の状況※入所100名当たり（人）						
退所した人数（死亡を含む）	139	53.9	54.4	(25.0)	0.0	98.9
退所した人のうち、在宅へ退所した人数	149	21.4	16.9	(19.3)	0.0	90.5
入院した人数（入院先で死亡も含む）	142	21.1	18.4	(16.1)	0.0	80.0
入院した人のうち、誤嚥性肺炎により入院した人数	95	2.0	1.1	(2.6)	0.0	10.3
死亡した人数	151	7.3	5.0	(9.7)	0.0	90.0
死亡した人のうち、亡くなる1か月前の時点で経口摂取（プリン・アイス等を含む）していた後に看取った人数	114	4.6	2.7	(6.3)	0.0	40.0

表3 基本集計（老健）統計量の集計

老健n=166	度数	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
専門職の常勤換算人数（人）						
医師	166	1.2	1.0	(0.9)	0.0	11.0
歯科医師	166	0.0	0.0	(0.1)	0.0	1.0
歯科衛生士	166	0.1	0.0	(0.4)	0.0	3.0
薬剤師	166	0.4	0.3	(0.8)	0.0	9.8
介護福祉士	166	21.4	20.7	(12.1)	1.0	94.0
介護職員（介護福祉士を除く）	165	8.1	6.0	(7.2)	0.0	56.0
介護支援専門員	166	1.9	1.5	(2.1)	0.2	24.0
看護師	166	6.6	6.0	(3.8)	0.3	24.0
准看護師	166	3.5	3.4	(2.5)	0.0	15.0
理学療法士	166	3.0	3.0	(2.5)	0.0	18.2
作業療法士	166	1.9	1.7	(1.7)	0.0	14.0
言語聴覚士	166	0.5	0.1	(0.7)	0.0	4.0
専任の機能訓練指導員	166	0.0	0.0	(0.3)	0.0	3.0
管理栄養士	166	1.4	1.0	(0.8)	0.0	4.0
栄養士（管理栄養士を除く）	166	0.2	0.0	(0.7)	0.0	3.8
専門職の常勤換算人数※入所100名当たり（人）						
医師	166	1.7	1.3	(1.6)	0.0	14.7
歯科医師	166	0.0	0.0	(0.1)	0.0	0.9
歯科衛生士	166	0.2	0.0	(0.4)	0.0	2.6
薬剤師	166	0.6	0.4	(1.3)	0.0	11.5
介護福祉士	166	28.0	27.2	(10.9)	2.7	75.0
介護職員（介護福祉士を除く）	165	11.0	8.8	(9.5)	0.0	62.2
介護支援専門員	166	2.8	2.2	(2.8)	0.8	25.0
看護師	166	9.0	8.5	(5.2)	1.7	50.0
准看護師	166	5.0	4.3	(4.5)	0.0	30.0
理学療法士	166	3.9	3.3	(4.3)	0.0	48.8
作業療法士	166	2.5	2.2	(2.0)	0.0	13.8
言語聴覚士	166	0.7	0.1	(1.1)	0.0	10.0
専任の機能訓練指導員	166	0.1	0.0	(0.4)	0.0	3.8
管理栄養士	166	2.0	1.7	(2.0)	0.0	23.8
栄養士（管理栄養士を除く）	166	0.3	0.0	(1.1)	0.0	10.0

表4 基本集計（老健）n, %の集計

老健n=166	n	(%)	(有効%)
主回答者			
施設長	9	(5.4)	
事務長	32	(19.3)	
管理栄養士	21	(12.7)	
その他（PT、事務員 等）	103	(62.6)	
1 (1) 咀嚼機能が低下した入所者への食事形態（頻度が最も高いもの）			
柔らかいものが噛める入所者			
常食	19	(11.4)	
軟食、軟菜食	85	(51.2)	
きざみ食	54	(32.5)	
ソフト食、ムース食	6	(3.6)	
ミキサー食	1	(0.6)	
その他	1	(0.6)	
柔らかいものが噛めない入所者への対応			
常食	0	(0.0)	
軟食、軟菜食	3	(1.8)	
きざみ食	68	(41.0)	
ソフト食、ムース食	45	(27.1)	
ミキサー食	47	(28.3)	
その他	3	(1.8)	
1 (4) 機能訓練指導員(専任) の資格（複数回答）			
看護師	3	(1.8)	
准看護師	2	(1.2)	
理学療法士	13	(7.8)	
作業療法士	10	(6.0)	
言語聴覚士	6	(3.6)	
柔道整復師	1	(0.6)	
あん摩マッサージ指圧師	1	(0.6)	
鍼灸師（6か月以上の実務経験有）	0	(0.0)	
その他	0	(0.0)	
管理栄養士常勤換算2以上			
あり	29	(17.5)	(25.4)



表4 基本集計（老健）n, %の集計

老健n=166	n	(%)	(有効%)
1 (5) 外部機関等に所属し連携(評価・治療・ケア等)している専門職			
医師			
あり(同一法人)	52	(31.3)	
あり(他法人)	20	(12.0)	
なし	94	(56.6)	
歯科医師			
あり(同一法人)	21	(12.7)	
あり(他法人)	98	(59.0)	
なし	47	(28.3)	
歯科衛生士			
あり(同一法人)	29	(17.5)	
あり(他法人)	65	(39.2)	
なし	72	(43.4)	
理学療法士			
あり(同一法人)	23	(13.9)	
あり(他法人)	3	(1.8)	
なし	140	(84.3)	
作業療法士			
あり(同一法人)	18	(10.8)	
あり(他法人)	3	(1.8)	
なし	145	(87.3)	
言語聴覚士			
あり(同一法人)	20	(12.0)	
あり(他法人)	2	(1.2)	
なし	144	(86.7)	
管理栄養士			
あり(同一法人)	18	(10.8)	
あり(他法人)	2	(1.2)	
なし	146	(88.0)	

表4 基本集計（老健）n, %の集計

老健n=166	n	(%)	(有効%)
1 (6) 加算算定の状況（2022年9月の1か月間に1件以上）（複数回答）			
栄養マネジメント強化加算	75	(45.2)	
経口移行加算	34	(20.5)	
経口維持加算Ⅰ	89	(53.6)	
経口維持加算Ⅱ	69	(41.6)	
再入所時栄養連携加算	11	(6.6)	
療養食加算	155	(93.4)	
口腔衛生管理加算Ⅰ	22	(13.3)	
口腔衛生管理加算Ⅱ	49	(29.5)	
生活機能向上連携加算	6	(3.6)	
褥瘡マネジメント加算	91	(54.8)	
科学的介護推進連携加算	134	(80.7)	
認知症専門ケア加算Ⅰ	16	(9.6)	
認知症専門ケア加算Ⅱ	8	(4.8)	
栄養ケア・マネジメント未実施減算	2	(1.2)	
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算	106	(63.9)	
ターミナルケア加算	93	(56.0)	
在宅復帰・在宅療養支援機能加算	108	(65.1)	
入所前後訪問指導加算	132	(79.5)	
退所時等支援等加算	100	(60.2)	
かかりつけ医連携薬剤調整加算	21	(12.7)	
2 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書(一体的計画書)」(厚生労働省公開の様式例) について			
一体的計画書様式例知っている	125	(75.3)	
一体的計画書使用している	32	(19.3)	
「一体的計画書」の作成に関与している職種（複数回答） (有効%:使用しているn=32)			
医師	19	(11.4)	(59.4)
歯科医師	1	(0.6)	(3.1)
歯科衛生士	7	(4.2)	(21.9)
薬剤師	6	(3.6)	(18.8)
介護福祉士	20	(12.0)	(62.5)
介護職員（介護福祉士を除く）	19	(11.4)	(59.4)
介護支援専門員	21	(12.7)	(65.6)
看護師	20	(12.0)	(62.5)
准看護師	16	(9.6)	(50.0)
理学療法士	28	(16.9)	(87.5)
作業療法士	23	(13.9)	(71.9)
言語聴覚士	0	(0.0)	(0.0)
専任で勤務する機能訓練指導員	0	(0.0)	(0.0)
管理栄養士	23	(13.9)	(71.9)
栄養士（管理栄養士を除く）	1	(0.6)	(3.1)
その他	1	(0.6)	(3.1)

表4 基本集計（老健）n, %の集計

老健n=166	n	(%)	(有効%)
「一体的計画書」の入所者・家族への意向確認、聞き取りに参与している 職種（複数回答）（有効%:使用しているn=32）			
医師	15	(9.0)	(46.9)
歯科医師	1	(0.6)	(3.1)
歯科衛生士	4	(2.4)	(12.5)
薬剤師	1	(0.6)	(3.1)
介護福祉士	17	(10.2)	(53.1)
介護職員（介護福祉士を除く）	13	(7.8)	(40.6)
介護支援専門員	24	(14.5)	(75.0)
看護師	17	(10.2)	(53.1)
准看護師	13	(7.8)	(40.6)
理学療法士	20	(12.0)	(62.5)
作業療法士	16	(9.6)	(50.0)
言語聴覚士	0	(0.0)	(0.0)
専任で勤務する機能訓練指導員	0	(0.0)	(0.0)
管理栄養士	15	(9.0)	(46.9)
栄養士（管理栄養士を除く）	1	(0.6)	(3.1)
その他	2	(1.2)	(6.3)
「一体的計画」様式例を使用していない理由（複数回答）（有効%:使用していないn=134）			
別の書式で運用している	86	(51.8)	(64.2)
様式例の使い勝手が悪い	17	(10.2)	(12.7)
電子システムが対応していない	39	(23.5)	(29.1)
活用を主導する旗振り役がない	24	(14.5)	(17.9)
多職種で書類を共有することが難しい	31	(18.7)	(23.1)
各職種の業務についての相互の理解不足	9	(5.4)	(6.7)
活用を促す加算がない	16	(9.6)	(11.9)
その他	11	(6.6)	(8.2)

表4 基本集計（老健）n, %の集計

老健n=166		n	(%)	(有効%)
1	(3) リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映			
	反映できている	112	(67.5)	
	反映できていない理由（複数回答）（有効%:反映できていないn=54）			
	リハビリテーション専門職が勤務していない	3	(1.8)	(5.6)
	機能訓練指導員が勤務していない	14	(8.4)	(25.9)
	施設外（同一法人を含む）のリハビリテーション専門職との連携体制がない	8	(4.8)	(14.8)
	施設外（同一法人を含む）の機能訓練指導員との連携体制がない	9	(5.4)	(16.7)
	リハビリテーション専門職の3職種が揃わない	13	(7.8)	(24.1)
	栄養専門職が勤務していない	1	(0.6)	(1.9)
	施設外（同一法人を含む）の栄養専門職との連携体制がない	5	(3.0)	(9.3)
	歯科口腔専門職が勤務していない	35	(21.1)	(64.8)
	施設外（同一法人を含む）の歯科口腔専門職との連携体制がない	11	(6.6)	(20.4)
	連携を主導する旗振り役がない	15	(9.0)	(27.8)
	各職種の業務についての相互の理解不足	15	(9.0)	(27.8)
	その他	0	(0.0)	(0.0)

表4 基本集計（老健）n, %の集計

老健n=166	n	(%)	(有効%)
2 (4) 業務項目別の連携協働している職種(各項目について職種は複数回答)			
[1.リハビリテーション・個別機能訓練目標の共有]			
リハビリテーション専門職	158	(95.2)	
機能訓練指導員	9	(5.4)	
栄養専門職	98	(59.0)	
歯科口腔専門職	14	(8.4)	
介護福祉士を含む介護職員	135	(81.3)	
介護支援専門員	136	(81.9)	
看護師・准看護師	130	(78.3)	
[2.リハビリテーション・個別機能訓練計画の共有]			
リハビリテーション専門職	151	(91.0)	
機能訓練指導員	9	(5.4)	
栄養専門職	93	(56.0)	
歯科口腔専門職	14	(8.4)	
介護福祉士を含む介護職員	127	(76.5)	
介護支援専門員	130	(78.3)	
看護師・准看護師	122	(73.5)	
[3.栄養ケアの目標の共有]			
リハビリテーション専門職	107	(64.5)	
機能訓練指導員	8	(4.8)	
栄養専門職	146	(88.0)	
歯科口腔専門職	21	(12.7)	
介護福祉士を含む介護職員	120	(72.3)	
介護支援専門員	124	(74.7)	
看護師・准看護師	121	(72.9)	
[4.栄養ケア計画の共有]			
リハビリテーション専門職	101	(60.8)	
機能訓練指導員	9	(5.4)	
栄養専門職	145	(87.3)	
歯科口腔専門職	23	(13.9)	
介護福祉士を含む介護職員	112	(67.5)	
介護支援専門員	123	(74.1)	
看護師・准看護師	115	(69.3)	
[5.口腔ケア・マネジメントの目標の共有]			
リハビリテーション専門職	71	(42.8)	
機能訓練指導員	6	(3.6)	
栄養専門職	77	(46.4)	
歯科口腔専門職	47	(28.3)	
介護福祉士を含む介護職員	90	(54.2)	
介護支援専門員	88	(53.0)	
看護師・准看護師	88	(53.0)	

表4 基本集計（老健）n, %の集計

老健n=166	n	(%)	(有効%)
[6.口腔ケア・マネジメント計画の共有]			
リハビリテーション専門職	69	(41.6)	
機能訓練指導員	6	(3.6)	
栄養専門職	77	(46.4)	
歯科口腔専門職	46	(27.7)	
介護福祉士を含む介護職員	87	(52.4)	
介護支援専門員	86	(51.8)	
看護師・准看護師	85	(51.2)	
[7.リハビリテーション・個別機能訓練における活動量、筋緊張、不随意運動の有無の把握]			
リハビリテーション専門職	148	(89.2)	
機能訓練指導員	9	(5.4)	
栄養専門職	62	(37.3)	
歯科口腔専門職	9	(5.4)	
介護福祉士を含む介護職員	88	(53.0)	
介護支援専門員	87	(52.4)	
看護師・准看護師	91	(54.8)	
[8.筋肉量、筋力の把握]			
リハビリテーション専門職	141	(84.9)	
機能訓練指導員	9	(5.4)	
栄養専門職	50	(30.1)	
歯科口腔専門職	7	(4.2)	
介護福祉士を含む介護職員	65	(39.2)	
介護支援専門員	66	(39.8)	
看護師・准看護師	65	(39.2)	
[9.エネルギー消費量の把握]			
リハビリテーション専門職	72	(43.4)	
機能訓練指導員	7	(4.2)	
栄養専門職	108	(65.1)	
歯科口腔専門職	7	(4.2)	
介護福祉士を含む介護職員	50	(30.1)	
介護支援専門員	52	(31.3)	
看護師・准看護師	62	(37.3)	
[10.呼吸機能の把握]			
リハビリテーション専門職	106	(63.9)	
機能訓練指導員	8	(4.8)	
栄養専門職	50	(30.1)	
歯科口腔専門職	9	(5.4)	
介護福祉士を含む介護職員	71	(42.8)	
介護支援専門員	63	(38.0)	
看護師・准看護師	111	(66.9)	

表4 基本集計（老健）n, %の集計

老健n=166	n	(%)	(有効%)
[11.ADLの把握]			
リハビリテーション専門職	147	(88.6)	
機能訓練指導員	9	(5.4)	
栄養専門職	103	(62.0)	
歯科口腔専門職	15	(9.0)	
介護福祉士を含む介護職員	142	(85.5)	
介護支援専門員	137	(82.5)	
看護師・准看護師	141	(84.9)	
[12.食事姿勢や椅子・机の高さの把握]			
リハビリテーション専門職	140	(84.3)	
機能訓練指導員	8	(4.8)	
栄養専門職	107	(64.5)	
歯科口腔専門職	16	(9.6)	
介護福祉士を含む介護職員	135	(81.3)	
介護支援専門員	107	(64.5)	
看護師・准看護師	129	(77.7)	
[13.低栄養状態リスクの把握]			
リハビリテーション専門職	106	(63.9)	
機能訓練指導員	7	(4.2)	
栄養専門職	151	(91.0)	
歯科口腔専門職	17	(10.2)	
介護福祉士を含む介護職員	103	(62.0)	
介護支援専門員	109	(65.7)	
看護師・准看護師	123	(74.1)	
[14.身長・体重・BMI・体脂肪率（身体計測）の把握]			
リハビリテーション専門職	105	(63.3)	
機能訓練指導員	7	(4.2)	
栄養専門職	148	(89.2)	
歯科口腔専門職	17	(10.2)	
介護福祉士を含む介護職員	114	(68.7)	
介護支援専門員	115	(69.3)	
看護師・准看護師	129	(77.7)	
[15.エネルギー・栄養素摂取量の把握]			
リハビリテーション専門職	92	(55.4)	
機能訓練指導員	7	(4.2)	
栄養専門職	149	(89.8)	
歯科口腔専門職	17	(10.2)	
介護福祉士を含む介護職員	97	(58.4)	
介護支援専門員	97	(58.4)	
看護師・准看護師	114	(68.7)	

表4 基本集計（老健）n, %の集計

老健n=166	n	(%)	(有効%)
[16.食事形態の把握]			
リハビリテーション専門職	116	(69.9)	
機能訓練指導員	7	(4.2)	
栄養専門職	148	(89.2)	
歯科口腔専門職	23	(13.9)	
介護福祉士を含む介護職員	134	(80.7)	
介護支援専門員	121	(72.9)	
看護師・准看護師	135	(81.3)	
[17.食嗜好の把握]			
リハビリテーション専門職	80	(48.2)	
機能訓練指導員	6	(3.6)	
栄養専門職	147	(88.6)	
歯科口腔専門職	13	(7.8)	
介護福祉士を含む介護職員	125	(75.3)	
介護支援専門員	103	(62.0)	
看護師・准看護師	116	(69.9)	
[18.使用している食器の状況の把握]			
リハビリテーション専門職	119	(71.7)	
機能訓練指導員	7	(4.2)	
栄養専門職	142	(85.5)	
歯科口腔専門職	16	(9.6)	
介護福祉士を含む介護職員	138	(83.1)	
介護支援専門員	112	(67.5)	
看護師・准看護師	125	(75.3)	
[19.食事介助状況の把握]			
リハビリテーション専門職	130	(78.3)	
機能訓練指導員	8	(4.8)	
栄養専門職	140	(84.3)	
歯科口腔専門職	20	(12.0)	
介護福祉士を含む介護職員	146	(88.0)	
介護支援専門員	128	(77.1)	
看護師・准看護師	137	(82.5)	
[20.褥瘡の把握]			
リハビリテーション専門職	127	(76.5)	
機能訓練指導員	8	(4.8)	
栄養専門職	131	(78.9)	
歯科口腔専門職	11	(6.6)	
介護福祉士を含む介護職員	141	(84.9)	
介護支援専門員	125	(75.3)	
看護師・准看護師	146	(88.0)	



表4 基本集計（老健）n, %の集計

老健n=166	n	(%)	(有効%)
[21.口腔衛生状態（歯や義歯の汚れ、舌苔、口臭等）の把握]			
リハビリテーション専門職	75	(45.2)	
機能訓練指導員	7	(4.2)	
栄養専門職	91	(54.8)	
歯科口腔専門職	57	(34.3)	
介護福祉士を含む介護職員	131	(78.9)	
介護支援専門員	94	(56.6)	
看護師・准看護師	128	(77.1)	
[22.日常的な口腔ケアの実施]			
リハビリテーション専門職	63	(38.0)	
機能訓練指導員	5	(3.0)	
栄養専門職	65	(39.2)	
歯科口腔専門職	39	(23.5)	
介護福祉士を含む介護職員	139	(83.7)	
介護支援専門員	86	(51.8)	
看護師・准看護師	124	(74.7)	
[23.口腔機能状態（摂食嚥下、頸部・顔面周囲筋の緊張や筋力、頸部、口腔周囲の可動域、口腔内や口唇の感覚、舌の動き、むせ、口腔乾燥等）の把握]			
リハビリテーション専門職	107	(64.5)	
機能訓練指導員	7	(4.2)	
栄養専門職	100	(60.2)	
歯科口腔専門職	47	(28.3)	
介護福祉士を含む介護職員	125	(75.3)	
介護支援専門員	98	(59.0)	
看護師・准看護師	127	(76.5)	
[24.義歯の有無の把握]			
リハビリテーション専門職	96	(57.8)	
機能訓練指導員	6	(3.6)	
栄養専門職	119	(71.7)	
歯科口腔専門職	54	(32.5)	
介護福祉士を含む介護職員	139	(83.7)	
介護支援専門員	113	(68.1)	
看護師・准看護師	137	(82.5)	
[25.義歯の問題の把握]			
リハビリテーション専門職	77	(46.4)	
機能訓練指導員	6	(3.6)	
栄養専門職	101	(60.8)	
歯科口腔専門職	56	(33.7)	
介護福祉士を含む介護職員	132	(79.5)	
介護支援専門員	108	(65.1)	
看護師・准看護師	137	(82.5)	

表4 基本集計（老健）n, %の集計

老健n=166	n	(%)	(有効%)
[26.服薬状況の把握]			
リハビリテーション専門職	88	(53.0)	
機能訓練指導員	6	(3.6)	
栄養専門職	80	(48.2)	
歯科口腔専門職	18	(10.8)	
介護福祉士を含む介護職員	123	(74.1)	
介護支援専門員	119	(71.7)	
看護師・准看護師	147	(88.6)	
[27.排泄状況の把握]			
リハビリテーション専門職	115	(69.3)	
機能訓練指導員	8	(4.8)	
栄養専門職	73	(44.0)	
歯科口腔専門職	9	(5.4)	
介護福祉士を含む介護職員	146	(88.0)	
介護支援専門員	120	(72.3)	
看護師・准看護師	144	(86.7)	
[28.認知機能の把握]			
リハビリテーション専門職	139	(83.7)	
機能訓練指導員	8	(4.8)	
栄養専門職	98	(59.0)	
歯科口腔専門職	16	(9.6)	
介護福祉士を含む介護職員	145	(87.3)	
介護支援専門員	130	(78.3)	
看護師・准看護師	143	(86.1)	
[29.アドバンス・ケア・プランニングへの参加]			
リハビリテーション専門職	64	(38.6)	
機能訓練指導員	4	(2.4)	
栄養専門職	58	(34.9)	
歯科口腔専門職	13	(7.8)	
介護福祉士を含む介護職員	64	(38.6)	
介護支援専門員	72	(43.4)	
看護師・准看護師	67	(40.4)	
[30.経口維持加算による多職種ミールラウンド・カンファレンスへの参加]			
リハビリテーション専門職	96	(57.8)	
機能訓練指導員	3	(1.8)	
栄養専門職	110	(66.3)	
歯科口腔専門職	27	(16.3)	
介護福祉士を含む介護職員	88	(53.0)	
介護支援専門員	80	(48.2)	
看護師・准看護師	93	(56.0)	

表4 基本集計（老健）n, %の集計

老健n=166	n	(%)	(有効%)
[31.居宅を訪問し、状況を把握（各専門職の視点で）]			
リハビリテーション専門職	134	(80.7)	
機能訓練指導員	5	(3.0)	
栄養専門職	22	(13.3)	
歯科口腔専門職	3	(1.8)	
介護福祉士を含む介護職員	55	(33.1)	
介護支援専門員	118	(71.1)	
看護師・准看護師	44	(26.5)	
1 (5) リハビリテーション・機能訓練指導員、栄養専門職、歯科口腔が参加するカンファレンスの状況			
開催している	102	(61.8)	
開催している場合頻度（有効%:開催しているn=102）			
毎日	1	(0.6)	(1.0)
週3~6日	16	(9.6)	(15.7)
週1,2日	37	(22.3)	(36.3)
月1~3日	39	(23.5)	(38.2)
月1回未満	9	(5.4)	(8.8)
カンファレンスの目的（有効%:開催しているn=102）			
介護支援専門員が主催するサービス担当者会議	75	(45.2)	(73.5)
ケアプランの共有	65	(39.2)	(63.7)
ミールラウンド後のカンファレンス	38	(22.9)	(37.3)
一体的計画書の共有	22	(13.3)	(21.6)
退所前情報共有	54	(32.5)	(52.9)
委員会	29	(17.5)	(28.4)
飲食レクリエーション	4	(2.4)	(3.9)
その他	7	(4.2)	(6.9)

表4 基本集計（老健）n, %の集計

老健n=166	n	(%)	(有効%)
1 (6) リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養のインフォーマルな話し合いの状況			
実施している	99	(59.6)	
インフォーマルな話し合いの1日の平均人数（有効%:実施しているn=99）			
1名以下	10	(6.0)	(15.4)
2~5名	47	(28.3)	(72.3)
6名以上	8	(4.8)	(12.3)
インフォーマルな話し合いの頻度（有効%:実施しているn=99）			
毎日	21	(12.7)	(21.2)
週3~6日	29	(17.5)	(29.3)
週1,2日	25	(15.1)	(25.3)
月1~3日	19	(11.4)	(19.2)
月1回未満	5	(3.0)	(5.1)
インフォーマルな話し合いの内容（複数回答）（有効%:実施しているn=99）			
リハビリテーション・個別機能訓練に関する事	71	(42.8)	(71.7)
栄養・食事に関する事	86	(51.8)	(86.9)
口腔に関する事	60	(36.1)	(60.6)
利用者の体調に関する事	82	(49.4)	(82.8)
モニタリング（計画の実施状況）に関する事	41	(24.7)	(41.4)
支援には直接関係しない利用者の情報に関する事	34	(20.5)	(34.3)
家族からの情報に関する事	53	(31.9)	(53.5)
その他	2	(1.2)	(2.0)
インフォーマルに話し合った情報の共有（有効%:実施しているn=99）			
その場にはいないものを含むすべての職員	74	(44.6)	(74.7)
その場にいた職員のみ	25	(15.1)	(25.3)
インフォーマルに話し合った情報の共有方法(複数回答)（有効%:実施しているn=99）			
カルテなどに記録して共有する	70	(42.2)	(70.7)
議事録を作成して共有している	22	(13.3)	(22.2)
口頭で伝達する	68	(41.0)	(68.7)
その他	9	(5.4)	(9.1)

表4 基本集計（老健）n, %の集計

老健n=166	n	(%)	(有効%)
1 (7) 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」の推進による効果の状況（複数回答）			
入所者の新たな課題やニーズを早期に把握できるようになった	62	(37.3)	
日常の職種間の情報連携の頻度が増えた	68	(41.0)	
ケアプランで共通した目標設定ができるようになった	53	(31.9)	
各専門職の専門用語への理解が深まった	18	(10.8)	
各専門職の業務フローへの理解が深まった	18	(10.8)	
職員の職務満足度が高まった	10	(6.0)	
褥瘡のケアが充実した	25	(15.1)	
看取りのケアが充実した	1	(0.6)	
認知症のケアが充実した	1	(0.6)	
外部の関連者との連携が強化された	10	(6.0)	
リハビリテーションのアウトカムがよかった	20	(12.0)	
個別機能訓練のアウトカムがよかった	8	(4.8)	
栄養のアウトカムが良くなった	30	(18.1)	
歯科口腔のアウトカムがよかった	15	(9.0)	
入院が減少した	8	(4.8)	
肺炎が少なくなった	21	(12.7)	
在宅復帰が促進された	20	(12.0)	
認知症の重度化が防止された	7	(4.2)	
ADL・IADLが維持改善された	28	(16.9)	
ポリファーマシー対策が強化された	5	(3.0)	
転倒頻度・転倒リスクが减弱した	10	(6.0)	
生きがい・QOLがその人らしく感じるようになった	14	(8.4)	
残存機能の今後の見通しがわかりやすくなった	23	(13.9)	
介護者の負担軽減につながった	17	(10.2)	
取り組んでいないのでわからない	1	(0.6)	
その他	1	(0.6)	

表4 基本集計（老健）n, %の集計

老健n=166	n	(%)	(有効%)
1 (8) 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」を推進するうえでの課題(複数回答)			
専門職が常勤配置されていない	60	(36.1)	
外部機関（同一法人を含む）所属の専門職との連携体制がない・わからない	29	(17.5)	
専門職が互いの業務に対する理解がない	25	(15.1)	
主導する職種が決まっていない・わからない	61	(36.7)	
電子システムが対応していない	37	(22.3)	
専門職同士がわからないことがあったときに気軽に相談できない	9	(5.4)	
経営上のメリットがない	18	(10.8)	
その他	11	(6.6)	
1 (9) 「一体的取組」を推進するうえで、すでに取り組んでいること（複数回答）			
連携に関与する専門職を新規に雇用している	13	(7.8)	
外部機関所属（同一法人を含む）の専門職との連携体制を強化している	35	(21.1)	
リハビリテーション・機能訓練・栄養管理・口腔管理の専門職（同一事業所・同一法人所属）と本人・家族、ケアマネジャー等が参加するカンファレンスを（定期的に）開催している	39	(23.5)	
リハビリテーション・機能訓練・栄養管理・口腔管理の専門職（（同一事業所・同一法人を除く外部機関所属））と本人・家族、ケアマネジャー等が参加するカンファレンスを（定期的に）開催している	30	(18.1)	
専門職が互いの業務に対する理解を深めるための研修会を開催している	27	(16.3)	
主導する職種を決めている	16	(9.6)	
電子システムを導入している	29	(17.5)	
専門職同士がわからないことがあったときに気軽に相談できる職場づくりに努めている	84	(50.6)	
職種間でのSNSを活用した気付きの共有や合意形成	5	(3.0)	

表4 基本集計（老健）n, %の集計

老健n=166	n	(%)	(有効%)
1 (10) 多職種協働の状況			
利用者への支援について、多職種チームの誰かが何かを気にかけている場合に、全体で取り上げるようにしている。			
全くあてはまらない	1	(0.6)	(0.6)
あまりあてはまらない	13	(7.8)	(7.9)
ややあてはまる	106	(63.9)	(64.2)
とてもあてはまる	45	(27.1)	(27.3)
(欠損値)	1	(0.6)	
利用者の価値観への配慮が必要で、技術で割り切れない問題は、多職種チームで話し合っている。			
全くあてはまらない	2	(1.2)	(1.2)
あまりあてはまらない	12	(7.2)	(7.3)
ややあてはまる	107	(64.5)	(64.8)
とてもあてはまる	44	(26.5)	(26.7)
(欠損値)	1	(0.6)	
多職種チームは、ある程度の期間一緒に働いて人となりが分かった人が何人かいる			
全くあてはまらない	1	(0.6)	(0.6)
あまりあてはまらない	9	(5.4)	(5.5)
ややあてはまる	92	(55.4)	(55.8)
とてもあてはまる	63	(38.0)	(38.2)
(欠損値)	1	(0.6)	
多職種チームは、紙や電子カルテでの意思疎通だけでなく、顔を合わせて意見や気持ちを話し合っている			
全くあてはまらない	3	(1.8)	(1.8)
あまりあてはまらない	11	(6.6)	(6.7)
ややあてはまる	94	(56.6)	(57.0)
とてもあてはまる	57	(34.3)	(34.5)
(欠損値)	1	(0.6)	
多職種チームは、わからないことがあれば、他職種に教えてもらうことができる			
全くあてはまらない	0	(0.0)	(0.0)
あまりあてはまらない	8	(4.8)	(4.8)
ややあてはまる	86	(51.8)	(52.1)
とてもあてはまる	71	(42.8)	(43.0)
(欠損値)	1	(0.6)	
カンファレンスには多くの職種が参加し、それぞれが意見を述べている			
全くあてはまらない	2	(1.2)	(1.2)
あまりあてはまらない	18	(10.8)	(10.9)
ややあてはまる	75	(45.2)	(45.5)
とてもあてはまる	70	(42.2)	(42.4)
(欠損値)	1	(0.6)	

表4 基本集計（老健）n, %の集計

老健n=166	n	(%)	(有効%)
カンファレンスで一度も発言しない職種がないように、配慮されている			
全くあてはまらない	3	(1.8)	(1.8)
あまりあてはまらない	26	(15.7)	(15.8)
ややあてはまる	64	(38.6)	(38.8)
とてもあてはまる	72	(43.4)	(43.6)
(欠損値)	1	(0.6)	
職種の専門性を尊重した協働がなされるように配慮されている			
全くあてはまらない	0	(0.0)	(0.0)
あまりあてはまらない	17	(10.2)	(10.3)
ややあてはまる	101	(60.8)	(61.2)
とてもあてはまる	47	(28.3)	(28.5)
(欠損値)	1	(0.6)	
カンファレンスでは、話し合うだけでなく一定の結論を導き出す場になるように配慮されている			
全くあてはまらない	3	(1.8)	(1.8)
あまりあてはまらない	26	(15.7)	(15.8)
ややあてはまる	94	(56.6)	(57.0)
とてもあてはまる	42	(25.3)	(25.5)
(欠損値)	1	(0.6)	
多職種チーム内で支援目標を共有している			
全くあてはまらない	0	(0.0)	(0.0)
あまりあてはまらない	20	(12.0)	(12.1)
ややあてはまる	87	(52.4)	(52.7)
とてもあてはまる	58	(34.9)	(35.2)
(欠損値)	1	(0.6)	



表5 基本集計（通所介護）統計量の集計

通所介護n=277	度数	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
定員・利用者数						
定員（名）	276	33.1	30.0	(16.0)	10.0	180.0
1週間の利用実人数（人）	261	84.3	69.0	(65.2)	9.0	483.0
要介護度別利用者数						
要支援1（人）	261	6.1	3.0	(12.4)	0.0	120.0
要支援2（人）	261	9.1	6.0	(11.6)	0.0	72.0
要介護1（人）	261	24.6	18.0	(24.9)	0.0	259.0
要介護2（人）	261	20.5	16.0	(27.5)	0.0	374.0
要介護3（人）	261	12.3	8.0	(12.8)	0.0	93.0
要介護4（人）	261	7.1	5.0	(8.6)	0.0	66.0
要介護5（人）	261	3.2	2.0	(6.1)	0.0	72.0
その他※審査中等（人）	261	1.3	0.0	(3.6)	0.0	35.0
要介護度別利用者数（利用実人数100名当たり）						
要支援1（%）	261	6.6	3.7	(9.1)	0.0	62.5
要支援2（%）	261	10.0	8.3	(8.7)	0.0	41.7
要介護1（%）	261	28.6	28.8	(11.9)	0.0	68.8
要介護2（%）	261	23.6	23.8	(9.8)	0.0	77.4
要介護3（%）	261	15.1	14.2	(8.7)	0.0	48.3
要介護4（%）	261	9.8	7.4	(9.1)	0.0	75.0
要介護5（%）	261	4.4	2.8	(5.6)	0.0	38.7
その他※審査中等（%）	261	1.8	0.0	(6.2)	0.0	83.3
該当する人数（記入日時点）						
BMI18.5未満人数（人）	75	8.2	5.0	(8.2)	1.0	53.0
噛むことに問題あり人数（人）	177	6.7	4.0	(9.9)	1.0	102.0
義歯がある利用者人数（人）	199	36.5	32.0	(27.2)	1.0	221.0
義歯を使用している人数（人）	185	34.5	30.0	(26.5)	1.0	211.0
義歯を使用している人数（義歯ある人100あたり）（人）	181	91.8	100.0	(14.6)	20.0	100.0
飲み込むこと（嚥下）に問題がある利用者人数（人）	160	5.7	3.0	(14.2)	1.0	156.0
該当する人数（記入日時点 利用実人数100名当たり）						
BMI18.5未満人数（人）	72	11.8	9.2	(10.0)	0.7	37.5
噛むことに問題あり人数（人）	171	10.5	6.6	(11.2)	0.5	57.9
義歯がある利用者人数（人）	194	54.2	53.0	(27.7)	2.7	100.0
義歯を使用している人数（人）	181	51.2	50.0	(27.0)	1.1	100.0
飲み込むこと（嚥下）に問題がある利用者人数（人）	155	7.2	4.4	(8.9)	0.5	62.4

表5 基本集計（通所介護）統計量の集計

通所介護n=277	度数	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
過去6か月間の該当する人数						
利用終了した人数（死亡を含む）（人）	181	10.3	7.0	(18.3)	0.0	237.0
入院した人数（入院先で死亡も含む）（人）	162	6.0	5.0	(5.4)	0.0	41.0
誤嚥性肺炎により入院した人数（人）	148	0.4	0.0	(0.8)	0.0	4.0
死亡した人数（人）	177	2.1	2.0	(2.3)	0.0	20.0
過去6か月間の該当する人数（利用実人数100名当たり）						
利用終了した人数（死亡を含む）（人）	176	14.7	10.7	(17.2)	0.0	163.4
入院した人数（入院先で死亡も含む）（人）	159	9.8	7.1	(9.5)	0.0	57.9
誤嚥性肺炎により入院した人数（人）	141	0.7	0.0	(1.5)	0.0	10.0
死亡した人数（人）	171	3.8	2.3	(6.5)	0.0	58.3
常勤換算配置数						
医師	277	0.0	0.0	(0.1)	0.0	1.1
歯科医師	277	0.0	0.0	(0.0)	0.0	0.0
歯科衛生士	277	0.0	0.0	(0.1)	0.0	1.0
薬剤師	277	0.0	0.0	(0.4)	0.0	6.3
介護福祉士	277	4.5	4.0	(2.8)	0.0	19.0
介護職員（介護福祉士を除く）	277	4.3	3.0	(4.1)	0.0	28.0
介護支援専門員	277	0.4	0.0	(0.8)	0.0	4.0
看護師	277	1.4	1.0	(1.4)	0.0	7.0
准看護師	277	1.0	1.0	(1.0)	0.0	6.0
理学療法士	277	0.4	0.0	(0.7)	0.0	5.0
作業療法士	277	0.2	0.0	(0.6)	0.0	4.0
言語聴覚士	277	0.0	0.0	(0.2)	0.0	2.0
専任の機能訓練指導員	277	0.5	0.0	(0.8)	0.0	5.0
管理栄養士	277	0.1	0.0	(0.4)	0.0	3.0
栄養士（管理栄養士を除く）	277	0.1	0.0	(0.3)	0.0	2.0
常勤換算配置数（利用実人数100名当たり）						
医師	261	0.0	0.0	(0.7)	0.0	11.1
歯科医師	261	0.0	0.0	(0.0)	0.0	0.0
歯科衛生士	261	0.0	0.0	(0.1)	0.0	1.3
薬剤師	261	0.0	0.0	(0.7)	0.0	11.3
介護福祉士	261	7.7	6.3	(7.0)	0.0	51.7
介護職員（介護福祉士を除く）	261	8.1	4.4	(10.7)	0.0	75.9
介護支援専門員	261	0.7	0.0	(2.2)	0.0	22.2
看護師	261	2.7	1.4	(4.8)	0.0	50.0
准看護師	261	2.1	1.0	(3.5)	0.0	30.0
理学療法士	261	0.4	0.0	(0.7)	0.0	3.9
作業療法士	261	0.3	0.0	(0.9)	0.0	6.7
言語聴覚士	261	0.0	0.0	(0.3)	0.0	3.3
専任の機能訓練指導員	261	0.8	0.0	(2.0)	0.0	25.0
管理栄養士	261	0.1	0.0	(0.6)	0.0	5.8
栄養士（管理栄養士を除く）	261	0.2	0.0	(0.9)	0.0	10.0

表6 基本集計（通所介護）n, %の集計

通所介護n=277	n	(%)	有効(%)
主回答者			
事業所管理者	224	(80.9)	
その他	53	(19.1)	
1-(1)			
事業主体			
社会福祉法人	77	(27.8)	
医療法人	20	(7.2)	
営利法人	133	(48.0)	
NPO法人	10	(3.6)	
その他	37	(13.4)	
併設施設（複数回答）			
特養	31	(11.2)	
老健	4	(1.4)	
病院	10	(3.6)	
診療所	8	(2.9)	
歯科医療機関	0	(0.0)	
併設施設はない	230	(83.0)	
BMI18.5未満の利用者			
いる	82	(29.6)	
いない	23	(8.3)	
把握していない	172	(62.1)	
噛むことに問題ある利用者			
いる	191	(69.0)	
いない	56	(20.2)	
把握していない	30	(10.8)	
義歯がある利用者			
いる	234	(84.5)	
いない	3	(1.1)	
把握していない	40	(14.4)	
義歯を使用している人いる（有効%:義歯がある利用者n=234）			
いる	221	(79.8)	(94.4)
いない	1	(0.4)	(0.4)
把握していない	12	(4.3)	(5.1)

表6 基本集計（通所介護）n, %の集計

通所介護n=277	n	(%)	有効(%)
咀嚼機能が低下した利用者への対応[①軟らかいものが噛める]			
常食	46	(16.6)	
軟食・軟菜食	90	(32.5)	
きざみ食	110	(39.7)	
ソフト食・ムース食	8	(2.9)	
ミキサー食	7	(2.5)	
その他	2	(0.7)	
食事提供がない	14	(5.1)	
咀嚼機能が低下した利用者への対応[②軟らかいものが噛めない]			
常食	1	(0.4)	
軟食・軟菜食	14	(5.1)	
きざみ食	93	(33.6)	
ソフト食・ムース食	58	(20.9)	
ミキサー食	81	(29.2)	
その他	9	(3.2)	
食事提供がない	20	(7.2)	
(欠損値)	1	(4.0)	
飲み込むこと（嚥下）に問題がある利用者いる			
いる	172	(62.1)	(62.5)
いない	82	(29.6)	(29.8)
把握していない	21	(7.6)	(7.6)
(欠損値)	2	(0.7)	
1-(2)			
過去6か月で利用終了人数わかる			
わかる	183	(66.1)	(66.3)
わからない	93	(33.6)	(33.7)
(欠損値)	1	(0.4)	
過去6か月で入院した人数わかる			
わかる	165	(59.6)	(59.8)
わからない	111	(40.1)	(40.2)
(欠損値)	1	(0.4)	
過去6か月で誤嚥性肺炎で入院した人数わかる			
わかる	152	(54.9)	(55.1)
わからない	124	(44.8)	(44.9)
(欠損値)	1	(0.4)	
過去6か月で死亡した人数わかる			
わかる	178	(64.3)	(64.5)
わからない	98	(35.4)	(35.5)
(欠損値)	1	(0.4)	

表6 基本集計（通所介護）n, %の集計

通所介護n=277	n	(%)	有効(%)
1-(3)			
常勤換算0.1人以上配置			
歯科衛生士	9	(3.2)	
管理栄養士	25	(9.0)	
1-(4)			
機能訓練指導員(専任)の資格(複数回答)			
看護師	106	(38.3)	
准看護師	92	(33.2)	
理学療法士	53	(19.1)	
作業療法士	32	(11.6)	
言語聴覚士	5	(1.8)	
柔道整復師	38	(13.7)	
あん摩マッサージ指圧師	10	(3.6)	
鍼灸師(6か月以上の実務経験有)	9	(3.2)	
その他	3	(1.1)	
1-(5)			
外部機関等に所属し連携(評価・治療・ケア等)している専門職			
医師			
あり(同一法人)	12	(4.3)	(4.3)
あり(他法人)	44	(15.9)	(15.9)
なし	220	(79.4)	(79.7)
(欠損値)	1	(0.4)	
歯科医師			
あり(同一法人)	0	(0.0)	
あり(他法人)	30	(10.8)	
なし	247	(89.2)	
歯科衛生士			
あり(同一法人)	3	(1.1)	
あり(他法人)	24	(8.7)	
なし	250	(90.3)	
理学療法士			
あり(同一法人)	30	(10.8)	
あり(他法人)	22	(7.9)	
なし	225	(81.2)	
作業療法士			
あり(同一法人)	22	(7.9)	
あり(他法人)	10	(3.6)	
なし	245	(88.4)	
言語聴覚士			
あり(同一法人)	7	(2.5)	
あり(他法人)	6	(2.2)	
なし	264	(95.3)	
管理栄養士			
あり(同一法人)	33	(11.9)	
あり(他法人)	10	(3.6)	
なし	234	(84.5)	

表6 基本集計（通所介護）n, %の集計

通所介護n=277	n	(%)	有効(%)
1-(6)			
加算算定の状況（2022年9月の1か月間に1件以上）（複数回答）			
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	16	(5.8)	
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	7	(2.5)	
栄養アセスメント加算	10	(3.6)	
栄養改善加算	2	(0.7)	
口腔機能向上加算Ⅰ	16	(5.8)	
口腔機能向上加算Ⅱ	26	(9.4)	
科学的介護推進体制加算	118	(42.6)	
個別機能訓練加算Ⅰイ	134	(48.4)	
個別機能訓練加算Ⅰロ	87	(31.4)	
個別機能訓練加算Ⅱ	91	(32.9)	
生活機能向上連携加算Ⅰ	7	(2.5)	
生活機能向上連携加算Ⅱ	17	(6.1)	
A D L 維持等加算Ⅰ	17	(6.1)	
A D L 維持等加算Ⅱ	20	(7.2)	

表6 基本集計（通所介護）n, %の集計

通所介護n=277	n	(%)	有効(%)
2-(1)			
「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書(一体的計画書)」(厚生労働省公開の様式例)について			
一体的計画書様式例を知っている	117	(42.2)	
2-(2)			
一体的計画書様式例を使用している	41	(14.8)	
一体的計画書の書類作成に関与している職種（複数回答）（有効%:使用しているn=41）			
医師	1	(0.4)	(2.4)
歯科医師	1	(0.4)	(2.4)
歯科衛生士	2	(0.7)	(4.9)
薬剤師	1	(0.4)	(2.4)
介護福祉士	27	(9.7)	(65.9)
介護職員（介護福祉士を除く）	16	(5.8)	(39.0)
介護支援専門員	2	(0.7)	(4.9)
看護師	24	(8.7)	(58.5)
准看護師	15	(5.4)	(36.6)
理学療法士	17	(6.1)	(41.5)
作業療法士	11	(4.0)	(26.8)
言語聴覚士	1	(0.4)	(2.4)
専任で勤務する機能訓練指導員	7	(2.5)	(17.1)
管理栄養士	0	(0.0)	(0.0)
栄養士（管理栄養士を除く）	1	(0.4)	(2.4)
その他	3	(1.1)	(7.3)
「一体的計画書」の入所者・家族への意向確認、聞き取りに関与している職種（複数回答）（有効%:使用しているn=41）			
医師	0	(0.0)	(0.0)
歯科医師	0	(0.0)	(0.0)
歯科衛生士	1	(0.4)	(2.4)
薬剤師	0	(0.0)	(0.0)
介護福祉士	32	(11.6)	(78.0)
介護職員（介護福祉士を除く）	20	(7.2)	(48.8)
介護支援専門員	2	(0.7)	(4.9)
看護師	22	(7.9)	(53.7)
准看護師	13	(4.7)	(31.7)
理学療法士	15	(5.4)	(36.6)
作業療法士	11	(4.0)	(26.8)
言語聴覚士	1	(0.4)	(2.4)
専任で勤務する機能訓練指導員	5	(1.8)	(12.2)
管理栄養士	0	(0.0)	(0.0)
栄養士（管理栄養士を除く）	0	(0.0)	(0.0)
その他	6	(2.2)	(14.6)
一体的様式を使用していない理由（複数回答）（有効%:使用していないn=236）			
別の書式で運用している	121	(43.7)	(51.3)
様式例の使い勝手が悪い	9	(3.2)	(3.8)
電子システムが対応していない	29	(10.5)	(12.3)
活用を主導する旗振り役がない	24	(8.7)	(10.2)
多職種で書類を共有することが難しい	24	(8.7)	(10.2)
各職種の業務についての相互の理解不足	16	(5.8)	(6.8)
活用を促す加算がない	89	(32.1)	(37.7)
その他	11	(4.0)	(4.7)

表6 基本集計（通所介護）n, %の集計

通所介護n=277	n	(%)	有効(%)
2-(3)			
リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映			
反映できている	139	(50.2)	
反映できていない理由（複数回答）（有効%:反映できていないn=138）			
リハビリテーション専門職が勤務していない	80	(28.9)	(58.0)
機能訓練指導員が勤務していない	21	(7.6)	(15.2)
事業所外（同一法人を含む）のリハビリテーション専門職との連携体制がない	49	(17.7)	(35.5)
事業所外（同一法人を含む）の機能訓練指導員との連携体制がない	46	(16.6)	(33.3)
リハビリテーション専門職の3職種が揃わない	57	(20.6)	(41.3)
栄養専門職が勤務していない	66	(23.8)	(47.8)
事業所外（同一法人を含む）の栄養専門職との連携体制がない	61	(22.0)	(44.2)
歯科口腔専門職が勤務していない	67	(24.2)	(48.6)
事業所外（同一法人を含む）の歯科口腔専門職との連携体制がない	60	(21.7)	(43.5)
事業所外（同一法人を含む）の薬剤師との連携体制がない	61	(22.0)	(44.2)
連携を主導する旗振り役がない	51	(18.4)	(37.0)
各職種の業務についての相互の理解不足	26	(9.4)	(18.8)
その他	8	(2.9)	(5.8)
2-(4)			
業務項目別の連携協働している職種(各項目について職種は複数回答)			
[1.リハビリテーション・個別機能訓練目標の共有]			
リハビリテーション専門職	63	(22.7)	
機能訓練指導員	156	(56.3)	
栄養専門職	7	(2.5)	
歯科口腔専門職	2	(0.7)	
介護福祉士を含む介護職員	162	(58.5)	
介護支援専門員	45	(16.2)	
看護師・准看護師	157	(56.7)	
[2.リハビリテーション・個別機能訓練計画の共有]			
リハビリテーション専門職	62	(22.4)	
機能訓練指導員	156	(56.3)	
栄養専門職	6	(2.2)	
歯科口腔専門職	3	(1.1)	
介護福祉士を含む介護職員	161	(58.1)	
介護支援専門員	42	(15.2)	
看護師・准看護師	154	(55.6)	
[3.栄養ケアの目標の共有]			
リハビリテーション専門職	10	(3.6)	
機能訓練指導員	23	(8.3)	
栄養専門職	14	(5.1)	
歯科口腔専門職	5	(1.8)	
介護福祉士を含む介護職員	39	(14.1)	
介護支援専門員	14	(5.1)	
看護師・准看護師	37	(13.4)	



表6 基本集計（通所介護）n, %の集計

通所介護n=277	n	(%)	有効(%)
[4.栄養ケア計画の共有]			
リハビリテーション専門職	9	(3.2)	
機能訓練指導員	22	(7.9)	
栄養専門職	15	(5.4)	
歯科口腔専門職	4	(1.4)	
介護福祉士を含む介護職員	37	(13.4)	
介護支援専門員	13	(4.7)	
看護師・准看護師	32	(11.6)	
[5.口腔ケア・マネジメントの目標の共有]			
リハビリテーション専門職	15	(5.4)	
機能訓練指導員	33	(11.9)	
栄養専門職	3	(1.1)	
歯科口腔専門職	15	(5.4)	
介護福祉士を含む介護職員	57	(20.6)	
介護支援専門員	17	(6.1)	
看護師・准看護師	62	(22.4)	
[6.口腔ケア・マネジメント計画の共有]			
リハビリテーション専門職	13	(4.7)	
機能訓練指導員	33	(11.9)	
栄養専門職	3	(1.1)	
歯科口腔専門職	14	(5.1)	
介護福祉士を含む介護職員	53	(19.1)	
介護支援専門員	17	(6.1)	
看護師・准看護師	59	(21.3)	
[7.リハビリテーション・個別機能訓練における活動量、筋緊張、不随意運動の有無の把握]			
リハビリテーション専門職	53	(19.1)	
機能訓練指導員	118	(42.6)	
栄養専門職	3	(1.1)	
歯科口腔専門職	3	(1.1)	
介護福祉士を含む介護職員	92	(33.2)	
介護支援専門員	32	(11.6)	
看護師・准看護師	110	(39.7)	
[8.筋肉量、筋力の把握]			
リハビリテーション専門職	53	(19.1)	
機能訓練指導員	96	(34.7)	
栄養専門職	2	(0.7)	
歯科口腔専門職	2	(0.7)	
介護福祉士を含む介護職員	67	(24.2)	
介護支援専門員	22	(7.9)	
看護師・准看護師	85	(30.7)	
[9.エネルギー消費量の把握]			
リハビリテーション専門職	20	(7.2)	
機能訓練指導員	39	(14.1)	
栄養専門職	11	(4.0)	
歯科口腔専門職	1	(0.4)	
介護福祉士を含む介護職員	31	(11.2)	
介護支援専門員	9	(3.2)	
看護師・准看護師	43	(15.5)	

表6 基本集計（通所介護）n, %の集計

通所介護n=277	n	(%)	有効(%)
[10.呼吸機能の把握]			
リハビリテーション専門職	31	(11.2)	
機能訓練指導員	60	(21.7)	
栄養専門職	2	(0.7)	
歯科口腔専門職	3	(1.1)	
介護福祉士を含む介護職員	51	(18.4)	
介護支援専門員	14	(5.1)	
看護師・准看護師	86	(31.0)	
[11.ADLの把握]			
リハビリテーション専門職	60	(21.7)	
機能訓練指導員	136	(49.1)	
栄養専門職	7	(2.5)	
歯科口腔専門職	4	(1.4)	
介護福祉士を含む介護職員	162	(58.5)	
介護支援専門員	49	(17.7)	
看護師・准看護師	161	(58.1)	
[12.食事姿勢や椅子・机の高さの把握]			
リハビリテーション専門職	51	(18.4)	
機能訓練指導員	113	(40.8)	
栄養専門職	7	(2.5)	
歯科口腔専門職	4	(1.4)	
介護福祉士を含む介護職員	143	(51.6)	
介護支援専門員	30	(10.8)	
看護師・准看護師	142	(51.3)	
[13.低栄養状態リスクの把握]			
リハビリテーション専門職	32	(11.6)	
機能訓練指導員	63	(22.7)	
栄養専門職	20	(7.2)	
歯科口腔専門職	6	(2.2)	
介護福祉士を含む介護職員	83	(30.0)	
介護支援専門員	23	(8.3)	
看護師・准看護師	105	(37.9)	
[14.身長・体重・BMI・体脂肪率（身体計測）の把握]			
リハビリテーション専門職	39	(14.1)	
機能訓練指導員	92	(33.2)	
栄養専門職	17	(6.1)	
歯科口腔専門職	4	(1.4)	
介護福祉士を含む介護職員	119	(43.0)	
介護支援専門員	32	(11.6)	
看護師・准看護師	134	(48.4)	
[15.エネルギー・栄養素摂取量の把握]			
リハビリテーション専門職	18	(6.5)	
機能訓練指導員	33	(11.9)	
栄養専門職	17	(6.1)	
歯科口腔専門職	3	(1.1)	
介護福祉士を含む介護職員	62	(22.4)	
介護支援専門員	16	(5.8)	
看護師・准看護師	67	(24.2)	

表6 基本集計（通所介護）n, %の集計

通所介護n=277	n	(%)	有効(%)
[16.食事形態の把握]			
リハビリテーション専門職	40	(14.4)	
機能訓練指導員	97	(35.0)	
栄養専門職	23	(8.3)	
歯科口腔専門職	10	(3.6)	
介護福祉士を含む介護職員	163	(58.8)	
介護支援専門員	44	(15.9)	
看護師・准看護師	161	(58.1)	
[17.食嗜好の把握]			
リハビリテーション専門職	29	(10.5)	
機能訓練指導員	82	(29.6)	
栄養専門職	16	(5.8)	
歯科口腔専門職	5	(1.8)	
介護福祉士を含む介護職員	168	(60.6)	
介護支援専門員	35	(12.6)	
看護師・准看護師	155	(56.0)	
[18.使用している食器具の状況の把握]			
リハビリテーション専門職	39	(14.1)	
機能訓練指導員	94	(33.9)	
栄養専門職	19	(6.9)	
歯科口腔専門職	5	(1.8)	
介護福祉士を含む介護職員	171	(61.7)	
介護支援専門員	39	(14.1)	
看護師・准看護師	164	(59.2)	
[19.食事介助状況の把握]			
リハビリテーション専門職	44	(15.9)	
機能訓練指導員	106	(38.3)	
栄養専門職	18	(6.5)	
歯科口腔専門職	6	(2.2)	
介護福祉士を含む介護職員	182	(65.7)	
介護支援専門員	42	(15.2)	
看護師・准看護師	182	(65.7)	
[20.褥瘡の把握]			
リハビリテーション専門職	46	(16.6)	
機能訓練指導員	112	(40.4)	
栄養専門職	14	(5.1)	
歯科口腔専門職	2	(0.7)	
介護福祉士を含む介護職員	177	(63.9)	
介護支援専門員	43	(15.5)	
看護師・准看護師	187	(67.5)	
[21.口腔衛生状態（歯や義歯の汚れ、舌苔、口臭等）の把握]			
リハビリテーション専門職	26	(9.4)	
機能訓練指導員	67	(24.2)	
栄養専門職	7	(2.5)	
歯科口腔専門職	15	(5.4)	
介護福祉士を含む介護職員	143	(51.6)	
介護支援専門員	22	(7.9)	
看護師・准看護師	151	(54.5)	

表6 基本集計（通所介護）n, %の集計

通所介護n=277	n	(%)	有効(%)
[22.日常的な口腔ケアの実施]			
リハビリテーション専門職	21	(7.6)	
機能訓練指導員	68	(24.5)	
栄養専門職	6	(2.2)	
歯科口腔専門職	12	(4.3)	
介護福祉士を含む介護職員	161	(58.1)	
介護支援専門員	22	(7.9)	
看護師・准看護師	152	(54.9)	
[23.口腔機能状態（摂食嚥下、頸部・顔面周囲筋の緊張や筋力、頸部、口腔周囲の可動域、口腔内や口唇の感覚、舌の動き、むせ、口腔乾燥等）の把握]			
リハビリテーション専門職	31	(11.2)	
機能訓練指導員	71	(25.6)	
栄養専門職	6	(2.2)	
歯科口腔専門職	15	(5.4)	
介護福祉士を含む介護職員	128	(46.2)	
介護支援専門員	27	(9.7)	
看護師・准看護師	149	(53.8)	
[24.義歯の有無の把握]			
リハビリテーション専門職	28	(10.1)	
機能訓練指導員	81	(29.2)	
栄養専門職	8	(2.9)	
歯科口腔専門職	15	(5.4)	
介護福祉士を含む介護職員	170	(61.4)	
介護支援専門員	36	(13.0)	
看護師・准看護師	169	(61.0)	
[25.義歯の問題の把握]			
リハビリテーション専門職	24	(8.7)	
機能訓練指導員	71	(25.6)	
栄養専門職	6	(2.2)	
歯科口腔専門職	15	(5.4)	
介護福祉士を含む介護職員	143	(51.6)	
介護支援専門員	30	(10.8)	
看護師・准看護師	150	(54.2)	
[26.服薬状況の把握]			
リハビリテーション専門職	28	(10.1)	
機能訓練指導員	84	(30.3)	
栄養専門職	3	(1.1)	
歯科口腔専門職	2	(0.7)	
介護福祉士を含む介護職員	153	(55.2)	
介護支援専門員	36	(13.0)	
看護師・准看護師	193	(69.7)	
[27.排泄状況の把握]			
リハビリテーション専門職	36	(13.0)	
機能訓練指導員	97	(35.0)	
栄養専門職	3	(1.1)	
歯科口腔専門職	1	(0.4)	
介護福祉士を含む介護職員	185	(66.8)	
介護支援専門員	39	(14.1)	
看護師・准看護師	186	(67.1)	

表6 基本集計（通所介護）n, %の集計

通所介護n=277	n	(%)	有効(%)
[28.認知機能の把握]			
リハビリテーション専門職	55	(19.9)	
機能訓練指導員	124	(44.8)	
栄養専門職	6	(2.2)	
歯科口腔専門職	6	(2.2)	
介護福祉士を含む介護職員	188	(67.9)	
介護支援専門員	46	(16.6)	
看護師・准看護師	185	(66.8)	
[29.アドバンス・ケア・プランニングへの参加]			
リハビリテーション専門職	15	(5.4)	
機能訓練指導員	23	(8.3)	
栄養専門職	3	(1.1)	
歯科口腔専門職	0	(0.0)	
介護福祉士を含む介護職員	39	(14.1)	
介護支援専門員	15	(5.4)	
看護師・准看護師	34	(12.3)	
[30.経口維持加算による多職種ミールラウンド・カンファレンスへの参加]			
リハビリテーション専門職	7	(2.5)	
機能訓練指導員	15	(5.4)	
栄養専門職	4	(1.4)	
歯科口腔専門職	2	(0.7)	
介護福祉士を含む介護職員	24	(8.7)	
介護支援専門員	9	(3.2)	
看護師・准看護師	27	(9.7)	
[31.居宅を訪問し、状況を把握（各専門職の視点で）]			
リハビリテーション専門職	48	(17.3)	
機能訓練指導員	91	(32.9)	
栄養専門職	1	(0.4)	
歯科口腔専門職	2	(0.7)	
介護福祉士を含む介護職員	116	(41.9)	
介護支援専門員	39	(14.1)	
看護師・准看護師	72	(26.0)	

表6 基本集計（通所介護）n, %の集計

通所介護n=277	n	(%)	有効(%)
2-(5)			
リハビリテーション・機能訓練指導員、栄養専門職、歯科口腔が参加するカンファレンスの状況			
開催している	47	(17.0)	
開催している場合の頻度（有効%:開催しているn=47）			
毎日	1	(0.4)	(2.6)
週3～6日	1	(0.4)	(2.6)
週1, 2日	2	(0.7)	(5.1)
月1～3日	24	(8.7)	(61.5)
月1回未満	11	(4.0)	(28.2)
（欠損値）	8	(2.9)	
カンファレンスの目的（複数回答）（有効%:開催しているn=47）			
介護支援専門員が主催するサービス担当者会議	22	(7.9)	(46.8)
ケアプランの共有	31	(11.2)	(66.0)
ミールラウンド後のカンファレンス	0	(0.0)	(0.0)
一体的計画書の共有	14	(5.1)	(29.8)
退所前情報共有	2	(0.7)	(4.3)
委員会	2	(0.7)	(4.3)
飲食レクリエーション	0	(0.0)	(0.0)
その他	5	(1.8)	(10.6)
2-(6)			
リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養のインフォーマルな話し合いの状況			
実施している	106	(38.3)	
インフォーマルな話し合いの1日の平均人数（有効%:実施しているn=106）			
1名以下	7	(2.5)	(8.3)
2～5名	65	(23.4)	(77.4)
6名以上	12	(4.4)	(14.4)
（欠損値）	22	(7.9)	
インフォーマルな話し合いの頻度（有効%:実施しているn=106）			
毎日	45	(16.2)	(42.5)
週3～6日	29	(10.5)	(27.4)
週1, 2日	13	(4.7)	(12.3)
月1～3日	17	(6.1)	(16.0)
月1回未満	2	(0.7)	(1.9)
インフォーマルな話し合いの内容（複数回答）（有効%:実施しているn=106）			
リハビリテーション・個別機能訓練に関する事	89	(32.1)	(84.0)
栄養・食事に関する事	68	(24.5)	(64.2)
口腔に関する事	49	(17.7)	(46.2)
利用者の体調に関する事	103	(37.2)	(97.2)
モニタリング（計画の実施状況）に関する事	47	(17.0)	(44.3)
支援には直接関係しない利用者の情報に関する事	38	(13.7)	(35.8)
家族からの情報に関する事	81	(29.2)	(76.4)
その他	2	(0.7)	(1.9)
インフォーマルに話し合った情報の共有（有効%:実施しているn=106）			
その場にはいないものを含むすべての職員	95	(34.3)	(89.6)
その場にいた職員のみ	11	(4.0)	(10.4)

表6 基本集計（通所介護）n, %の集計

通所介護n=277	n	(%)	有効(%)
インフォーマルに話し合った情報の共有方法（複数回答）（有効%:実施しているn=106）			
カルテなどに記録して共有する	62	(22.4)	(58.5)
議事録を作成して共有している	42	(15.2)	(39.6)
口頭で伝達する	68	(24.5)	(64.2)
その他	11	(4.0)	(10.4)

2-(7)

「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」の推進による効果の状況

(複数回答)

利用者の新たな課題やニーズを早期に把握できるようになった	81	(29.2)
日常の職種間の情報連携の頻度が増えた	67	(24.2)
ケアプランで共通した目標設定ができるようになった	48	(17.3)
各専門職の専門用語への理解が深まった	16	(5.8)
各専門職の業務フローへの理解が深まった	17	(6.1)
職員の職務満足度が高まった	11	(4.0)
褥瘡のケアが充実した	13	(4.7)
看取りのケアが充実した	0	(0.0)
認知症のケアが充実した	22	(7.9)
外部の関連者との連携が強化された	17	(6.1)
リハビリテーションのアウトカムがよかった	12	(4.3)
個別機能訓練のアウトカムがよかった	30	(10.8)
栄養のアウトカムが良くなった	6	(2.2)
歯科口腔のアウトカムがよかった	11	(4.0)
入院が減少した	3	(1.1)
肺炎が少なくなった	5	(1.8)
在宅復帰が促進された	2	(0.7)
認知症の重度化が防止された	5	(1.8)
ADL・IADLが維持改善された	27	(9.7)
ポリファーマシー対策が強化された	0	(0.0)
転倒頻度・転倒リスクが减弱した	22	(7.9)
生きがい・QOLがその人らしく感じるようになった	22	(7.9)
残存機能や今後の見通しがわかりやすくなった	20	(7.2)
介護者の負担軽減につながった	28	(10.1)
その他	4	(1.4)
取り組んでいないのでわからない	153	(55.2)

2-(8)

「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」を推進するうえでの課題(複数回答)

専門職が常勤配置されていない	153	(55.2)
外部機関（同一法人を含む）所属の専門職との連携体制がない・わからない	97	(35.0)
専門職が互いの業務に対する理解がない	21	(7.6)
主導する職種が決まっていない・わからない	54	(19.5)
電子システムが対応していない	48	(17.3)
専門職同士がわからないことがあったときに気軽に相談できない	26	(9.4)
経営上のメリットがない	36	(13.0)
その他	11	(4.0)

表6 基本集計（通所介護）n, %の集計

通所介護n=277	n	(%)	有効(%)
2-(9)			
「一体的取組」を推進するうえで、すでに取り組んでいること（複数回答）			
連携に関与する専門職を新規に雇用している	10	(3.6)	
外部機関所属（同一法人を含む）の専門職との連携体制を強化している	26	(9.4)	
リハビリテーション・機能訓練・栄養管理・口腔管理の専門職（同一事業所・同一法人所属）と本人・家族、ケアマネジャー等が参加するカンファレンスを（定期的に）開催している	14	(5.1)	
リハビリテーション・機能訓練・栄養管理・口腔管理の専門職（同一事業所・同一法人を除く外部機関所属）と本人・家族、ケアマネジャー等が参加するカンファレンスを（定期的に）開催している。	12	(4.3)	
専門職が互いの業務に対する理解を深めるための研修会を開催している	17	(6.1)	
主導する職種を決めている	20	(7.2)	
電子システムを導入している	24	(8.7)	
専門職同士がわからないことがあったときに気軽に相談できる職場づくりに努めている	67	(24.2)	
職種間でのSNSを活用した気付きの共有や合意形成をしている	12	(4.3)	
その他	26	(9.4)	
2-(10)			
多職種協働の状況			
利用者への支援について、多職種チームの誰かが何かを気にかけている場合に、全体で取り上げるようにしている			
まったくあてはまらない	0	(0.0)	(0.0)
あまりあてはまらない	49	(17.7)	(17.8)
ややあてはまる	154	(55.6)	(55.8)
とてもあてはまる	73	(26.4)	(26.4)
（欠損値）	1	(0.4)	
利用者の価値観への配慮が必要で、技術で割り切れない問題は、多職種チームで話し合っている			
まったくあてはまらない	0	(0.0)	(0.0)
あまりあてはまらない	60	(21.7)	(21.7)
ややあてはまる	150	(54.2)	(54.3)
とてもあてはまる	66	(23.8)	(23.9)
（欠損値）	1	(0.4)	
多職種チームは、ある程度の期間一緒に働いて人となりが分かった人が何人かいる			
まったくあてはまらない	0	(0.0)	(0.0)
あまりあてはまらない	76	(27.4)	(27.5)
ややあてはまる	147	(53.1)	(53.3)
とてもあてはまる	53	(19.1)	(19.2)
（欠損値）	1	(0.4)	
多職種チームは、紙や電子カルテでの意思疎通だけでなく、顔を合わせて意見や気持ちを話し合っている			
まったくあてはまらない	0	(0.0)	(0.0)
あまりあてはまらない	73	(26.4)	(26.4)
ややあてはまる	140	(50.5)	(50.7)
とてもあてはまる	63	(22.7)	(22.8)
（欠損値）	1	(0.4)	



表6 基本集計（通所介護）n, %の集計

通所介護n=277	n	(%)	有効(%)
多職種チームは、わからないことがあれば、他職種に教えてもらうことができる			
まったくあてはまらない	0	(0.0)	(0.0)
あまりあてはまらない	58	(20.9)	(21.0)
ややあてはまる	135	(48.7)	(48.9)
とてもあてはまる	83	(30.0)	(30.1)
(欠損値)	1	(0.4)	
カンファレンスには多くの職種が参加し、それぞれが意見を述べている			
まったくあてはまらない	0	(0.0)	(0.0)
あまりあてはまらない	112	(40.4)	(40.6)
ややあてはまる	131	(47.3)	(47.5)
とてもあてはまる	33	(11.9)	(12.0)
(欠損値)	1	(0.4)	
カンファレンスで一度も発言しない職種がないように、配慮されている			
まったくあてはまらない	0	(0.0)	(0.0)
あまりあてはまらない	112	(40.4)	(40.6)
ややあてはまる	133	(48.0)	(48.2)
とてもあてはまる	31	(11.2)	(11.2)
(欠損値)	1	(0.4)	
職種の専門性を尊重した協働がなされるように配慮されている			
まったくあてはまらない	0	(0.0)	(0.0)
あまりあてはまらない	90	(32.5)	(32.6)
ややあてはまる	152	(54.9)	(55.1)
とてもあてはまる	34	(12.3)	(12.3)
(欠損値)	1	(0.4)	
カンファレンスでは、話し合うだけでなく一定の結論を導き出す場になるように配慮されている			
まったくあてはまらない	0	(0.0)	(0.0)
あまりあてはまらない	89	(32.1)	(32.2)
ややあてはまる	151	(54.5)	(54.7)
とてもあてはまる	36	(13.0)	(13.0)
(欠損値)	1	(0.4)	
多職種チーム内で支援目標を共有している			
まったくあてはまらない	0	(0.0)	(0.0)
あまりあてはまらない	100	(36.1)	(36.2)
ややあてはまる	141	(50.9)	(51.1)
とてもあてはまる	35	(12.6)	(12.7)
(欠損値)	1	(0.4)	

表6 基本集計（通所介護）n, %の集計

通所介護n=277	n	(%)	有効(%)
2-(11)			
居宅介護支援事業所の介護支援専門員との連携状況			
連携している介護支援専門員がいる	92	(33.2)	
通所事業所から情報共有している内容（複数回答）			
（有効%:連携している介護支援専門員がいるn=92）			
リハビリテーション・個別機能訓練目標	64	(23.1)	(69.6)
リハビリテーション・個別機能訓練計画・具体的内容	4	(1.4)	(4.3)
栄養ケアの目標	6	(2.2)	(6.5)
栄養ケア計画	5	(1.8)	(5.4)
口腔ケア・マネジメントの目標	0	(0.0)	(0.0)
口腔ケア・マネジメント計画	9	(3.2)	(9.8)
リハビリテーション・個別機能訓練における活動量、筋緊張、不随意運動の有無	1	(0.4)	(1.1)
筋肉量、筋力	11	(4.0)	(12.0)
エネルギー消費量	0	(0.0)	(0.0)
呼吸機能	7	(2.5)	(7.6)
ADL・IADL	45	(16.2)	(48.9)
食事姿勢や椅子・机の高さ	20	(7.2)	(21.7)
低栄養状態リスク	14	(5.1)	(15.2)
身長・体重・BMI・体脂肪率（身体計測）	32	(11.6)	(34.8)
エネルギー・栄養素摂取量	8	(2.9)	(8.7)
食事形態	55	(19.9)	(59.8)
食嗜好	27	(9.7)	(29.3)
使用している食器の状況	26	(9.4)	(28.3)
食事介助状況	48	(17.3)	(52.2)
褥瘡	46	(16.6)	(50.0)
口腔衛生状態（口の中の汚れ等）	24	(8.7)	(26.1)
日常的な口腔ケア	27	(9.7)	(29.3)
口腔機能状態（摂食嚥下、頸部・顔面周囲筋の緊張や筋力、頸部、口腔周囲の可動域、口腔内や口唇の感覚等）	11	(4.0)	(12.0)
義歯の問題	29	(10.5)	(31.5)
オーラルフレイルの状況	7	(2.5)	(7.6)
服薬状況	52	(18.8)	(56.5)
排泄状況	56	(20.2)	(60.9)
居宅の状況	47	(17.0)	(51.1)
口腔・栄養スクリーニングの結果	8	(2.9)	(8.7)
栄養アセスメント・モニタリングの結果	6	(2.2)	(6.5)
栄養ケア計画の内容	3	(1.1)	(3.3)
廃用症状出現の兆候の有無	24	(8.7)	(26.1)
介護者の負担軽減の方法	38	(13.7)	(41.3)
住居の環境	45	(16.2)	(48.9)
サービス利用中の様子	68	(24.5)	(73.9)
利用者の残存機能の今後の見通し	34	(12.3)	(37.0)
家族の状況	59	(21.3)	(64.1)
移動の自立状況	54	(19.5)	(58.7)
その他	0	(0.0)	(0.0)

表6 基本集計（通所介護）n, %の集計

通所介護n=277	n	(%)	有効(%)
居宅支援事業所の介護支援専門員からの相談にのる職種（複数回答）			
（有効%:連携している人がいるn=92）			
リハビリテーション専門職	29	(10.5)	(31.5)
機能訓練指導員	60	(21.7)	(65.2)
栄養専門職	7	(2.5)	(7.6)
歯科口腔専門職	8	(2.9)	(8.7)
その他の職員が代わりに相談に乗る	7	(2.5)	(7.6)
相談に乗ることはない	3	(1.1)	(3.3)
居宅支援事業所の介護支援専門員に相談する職種（複数回答）			
（有効%:連携している人がいるn=92）			
リハビリテーション専門職	28	(10.1)	(30.4)
機能訓練指導員	63	(22.7)	(68.5)
栄養専門職	7	(2.5)	(7.6)
歯科口腔専門職	9	(3.2)	(9.8)
相談することはない	6	(2.2)	(6.5)
必要に応じて利用者の居宅を訪問している職種（複数回答）			
（有効%:連携している人がいるn=92）			
リハビリテーション専門職	23	(8.3)	(25.0)
機能訓練指導員	54	(19.5)	(58.7)
栄養専門職	2	(0.7)	(2.2)
歯科口腔専門職	6	(2.2)	(6.5)
訪問することはない	22	(7.9)	(23.9)

表6 基本集計（通所介護）n, %の集計

通所介護n=277	n	(%)	有効(%)
訪問の際に居宅で把握している内容（複数回答）			
（有効%:いずれかの職種が訪問しているn=72）			
自宅の間取り	56	(20.2)	(77.8)
自宅の周辺環境	49	(17.7)	(68.1)
睡眠・ベッド・寝具の状況	48	(17.3)	(66.7)
入浴の状況	52	(18.8)	(72.2)
排泄・トイレの状況	56	(20.2)	(77.8)
服薬状況	42	(15.2)	(58.3)
ADL・IADL	50	(18.1)	(69.4)
転倒の危険性	51	(18.4)	(70.8)
身体活動量	26	(9.4)	(36.1)
いすやテーブルの高さ	22	(7.9)	(30.6)
食事姿勢	21	(7.6)	(29.2)
調理設備・調理器具	5	(1.8)	(6.9)
調理担当者	12	(4.3)	(16.7)
食事場所	39	(14.1)	(54.2)
買い物方法	25	(9.0)	(34.7)
食事回数	20	(7.2)	(27.8)
食事内容	22	(7.9)	(30.6)
食事にかかる時間	14	(5.1)	(19.4)
食事形態	32	(11.6)	(44.4)
食事摂取量	28	(10.1)	(38.9)
水分摂取量	24	(8.7)	(33.3)
食器具	12	(4.3)	(16.7)
共食者の有無	10	(3.6)	(13.9)
食事介助状況	28	(10.1)	(38.9)
栄養補助食品の利用	11	(4.0)	(15.3)
褥瘡	31	(11.2)	(43.1)
口腔衛生状態（歯や義歯の汚れ、舌苔、口臭等）	17	(6.1)	(23.6)
口腔ケア実施状況	17	(6.1)	(23.6)
口腔機能状態（摂食嚥下、頸部・顔面周囲筋の緊張や筋力、頸部、 口腔周囲の可動域、口腔内や口唇の感覚、舌の動き、むせ、口腔乾燥 等）	14	(5.1)	(19.4)
義歯の問題	24	(8.7)	(33.3)
移動手段	41	(14.8)	(56.9)
日中と夜間の活動や暮らしの違い	34	(12.3)	(47.2)
家族の状況	47	(17.0)	(65.3)
一日の生活リズム	33	(11.9)	(45.8)
その他	1	(0.4)	(1.4)

表7 基本集計（通所リハ）統計量の集計

通所リハビリテーションn=309	度数	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
定員・利用者数						
定員（名）	308	44.1	36.0	(38.7)	5.0	300.0
1週間の利用実人数	298	98.1	74.5	(89.3)	3.0	790.0
要介護度別利用者数						
要支援1（人）	298	11.7	7.0	(14.8)	0.0	107.0
要支援2（人）	298	18.7	12.0	(20.8)	0.0	144.0
要介護1（人）	298	24.5	18.0	(24.3)	0.0	157.0
要介護2（人）	298	21.5	16.0	(21.4)	0.0	163.0
要介護3（人）	298	11.6	7.0	(18.0)	0.0	248.0
要介護4（人）	298	7.0	3.0	(20.3)	0.0	331.0
要介護5（人）	298	2.6	1.0	(8.5)	0.0	136.0
その他※審査中等（人）	297	0.4	0.0	(1.1)	0.0	9.0
要介護度別利用者数（利用実人数100名当たり）						
要支援1（%）	298	13.7	10.5	(12.3)	0.0	88.1
要支援2（%）	298	20.4	18.5	(13.0)	0.0	83.3
要介護1（%）	298	24.6	24.5	(11.4)	0.0	60.4
要介護2（%）	298	21.6	21.8	(10.3)	0.0	57.1
要介護3（%）	298	10.7	9.7	(7.4)	0.0	40.0
要介護4（%）	298	6.4	4.9	(7.2)	0.0	62.5
要介護5（%）	298	2.3	0.8	(3.9)	0.0	37.5
その他※審査中等（%）	298	0.4	0.0	(1.0)	0.0	9.1
該当する人数（記入日時点）						
BMI18.5未満人数（人）	147	8.0	5.0	(7.9)	1.0	41.0
噛むことに問題あり人数（人）	143	10.0	5.0	(14.7)	1.0	106.0
義歯がある利用者人数（人）	178	39.5	30.0	(33.8)	1.0	204.0
義歯を使用している人数（義歯ある人100あたり）	170	36.2	28.5	(32.1)	1.0	204.0
義歯を使用している人数（人）	165	92.3	100.0	(18.1)	3.0	100.0
飲み込むこと（嚥下）に問題がある利用者人数	174	6.9	3.0	(9.8)	1.0	85.0
該当する人数（記入日時点 利用実人数100名当たり）						
BMI18.5未満人数（利用実人数100当たり） （人）	145	9.9	7.4	(11.5)	0.8	100.0
噛むことに問題あり人数（利用実人数100当たり）	138	11.7	7.4	(13.2)	0.4	74.1
義歯がある利用者人数（利用実人数100当たり）	173	49.0	47.6	(25.5)	2.1	97.0
義歯を使用している人数（利用実人数100当たり）	165	45.8	44.3	(26.1)	1.0	97.0
飲み込むこと（嚥下）に問題がある利用者（利用 実人数100当たり）（人）	171	7.9	5.0	(8.6)	0.7	50.0
過去6か月間の該当する人数						
利用終了した人数（死亡を含む）（人）	262	13.3	9.0	(14.8)	0.0	108.0
入院した人数（入院先で死亡も含む）（人）	230	7.1	4.0	(8.3)	0.0	60.0
誤嚥性肺炎により入院した人数（人）	189	0.4	0.0	(0.7)	0.0	4.0
死亡した人数（人）	241	1.7	1.0	(2.2)	0.0	15.0

表7 基本集計（通所リハ）統計量の集計

通所リハビリテーションn=309	度数	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
過去6か月間の該当する人数（利用実人数100名当たり）						
利用終了した人数（死亡を含む）（人）	257	16.4	12.8	(18.6)	0.0	200.0
入院した人数（入院先で死亡も含む）（人）	225	10.4	6.7	(13.6)	0.0	122.2
誤嚥性肺炎により入院した人数（人）	186	0.6	0.0	(2.1)	0.0	25.0
死亡した人数（人）	238	2.2	1.2	(3.6)	0.0	37.5
常勤換算配置数						
医師	309	1.0	1.0	(0.9)	0.0	7.0
歯科医師	309	0.0	0.0	(0.1)	0.0	1.0
歯科衛生士	309	0.0	0.0	(0.2)	0.0	2.0
薬剤師	309	0.1	0.0	(0.5)	0.0	6.0
介護福祉士	309	4.4	3.0	(6.7)	0.0	70.0
介護職員（介護福祉士を除く）	309	2.7	1.9	(6.1)	0.0	90.0
介護支援専門員	309	0.2	0.0	(0.8)	0.0	6.0
看護師	309	1.2	0.6	(4.1)	0.0	65.0
准看護師	309	0.5	0.0	(2.1)	0.0	33.0
理学療法士	309	2.6	2.0	(2.6)	0.0	29.0
作業療法士	309	1.1	0.9	(1.4)	0.0	12.0
言語聴覚士	309	0.3	0.0	(0.7)	0.0	6.0
専任の機能訓練指導員	309	0.2	0.0	(1.1)	0.0	17.0
管理栄養士	309	0.3	0.0	(0.6)	0.0	4.0
栄養士（管理栄養士を除く）	309	0.1	0.0	(0.4)	0.0	3.8
常勤換算配置数（利用実人数100名当たり）						
医師	298	2.3	1.2	(4.8)	0.0	66.7
歯科医師	298	0.0	0.0	(0.2)	0.0	3.6
歯科衛生士	298	0.1	0.0	(0.3)	0.0	3.0
薬剤師	298	0.3	0.0	(1.7)	0.0	15.8
介護福祉士	298	5.9	3.7	(17.7)	0.0	291.7
介護職員（介護福祉士を除く）	298	4.7	1.8	(22.5)	0.0	375.0
介護支援専門員	298	0.5	0.0	(2.6)	0.0	33.3
看護師	298	2.1	0.3	(8.8)	0.0	120.4
准看護師	298	1.1	0.0	(5.3)	0.0	61.1
理学療法士	298	4.8	2.3	(9.3)	0.0	100.0
作業療法士	298	1.7	0.6	(2.9)	0.0	22.2
言語聴覚士	298	0.4	0.0	(1.4)	0.0	11.1
専任の機能訓練指導員	298	0.3	0.0	(1.6)	0.0	18.9
管理栄養士	298	0.5	0.0	(1.7)	0.0	15.4
栄養士（管理栄養士を除く）	298	0.1	0.0	(1.0)	0.0	11.8

表8 基本集計（通所リハ） n, %の集計

通所リハビリテーションn=309	n	(%)	有効(%)
主回答者			
事業所管理者	122	(39.5)	
その他	187	(60.5)	
1-(1)			
事業主体			
社会福祉法人	11	(3.6)	
医療法人	261	(84.5)	
営利法人	4	(1.3)	
NPO法人	0	(0.0)	
その他	33	(10.7)	
併設施設（複数回答）			
特養	7	(2.3)	
老健	99	(32.0)	
病院	122	(39.5)	
診療所	124	(40.1)	
歯科医療機関	5	(1.6)	
併設施設はない	5	(1.6)	
BMI18.5未満の利用者			
いる	165	(53.4)	
いない	29	(9.4)	
把握していない	115	(37.2)	
噛むことに問題ある利用者			
いる	165	(53.4)	
いない	74	(23.9)	
把握していない	70	(22.7)	
義歯がある利用者			
いる	208	(67.3)	
いない	1	(0.3)	
把握していない	100	(32.4)	
義歯を使用している人（有効%:義歯がある利用者いるn=208）			
いる	199	(64.4)	(95.7)
いない	0	(0.0)	(0.0)
把握していない	9	(2.9)	(4.3)

表8 基本集計（通所リハ） n, %の集計

通所リハビリテーションn=309	n	(%)	有効(%)
咀嚼機能が低下した利用者への対応[①軟らかいものが噛める]			
常食	35	(11.3)	(11.4)
軟食・軟菜食	108	(35.0)	(35.2)
きざみ食	64	(20.7)	(20.8)
ソフト食・ムース食	7	(2.3)	(2.3)
ミキサー食	1	(0.3)	(0.3)
その他	0	(0.0)	(0.0)
食事提供がない (欠損値)	92	(29.8)	(30.0)
2	(0.6)		
咀嚼機能が低下した利用者への対応[②軟らかいものが噛めない]			
常食	3	(1.0)	(1.0)
軟食・軟菜食	18	(5.8)	(5.9)
きざみ食	92	(29.8)	(30.0)
ソフト食・ムース食	45	(14.6)	(14.7)
ミキサー食	47	(15.2)	(15.3)
その他	1	(0.3)	(0.3)
食事提供がない (欠損値)	101	(32.7)	(32.9)
2	(0.6)		
飲み込むこと（嚥下）に問題がある利用者いる			
いる	193	(62.5)	
いない	67	(21.7)	
把握していない	49	(15.9)	
1-(2)			
過去6か月で利用終了人数わかる			
わかる	263	(85.1)	
わからない	46	(14.9)	
過去6か月で入院した人数わかる			
わかる	231	(74.8)	
わからない	78	(25.2)	
過去6か月で誤嚥性肺炎で入院した人数わかる			
わかる	190	(61.5)	
わからない	119	(38.5)	
過去6か月で死亡した人数わかる			
わかる	243	(78.6)	
わからない	66	(21.4)	
1-(3)			
常勤換算0.1人以上配置			
歯科衛生士	17	(5.5)	
管理栄養士	110	(35.6)	
1-(4)			
機能訓練指導員（専任）の資格（複数回答）			
看護師	29	(9.4)	
准看護師	12	(3.9)	
理学療法士	120	(38.8)	
作業療法士	72	(23.3)	
言語聴覚士	27	(8.7)	
柔道整復師	9	(2.9)	
あん摩マッサージ指圧師	7	(2.3)	
鍼灸師（6か月以上の実務経験有）	2	(0.6)	
その他	6	(1.9)	



表8 基本集計（通所リハ） n, %の集計

通所リハビリテーションn=309	n	(%)	有効(%)
1-(5)			
外部機関等に所属し連携(評価・治療・ケア等)している専門職			
医師			
あり(同一法人)	80	(25.9)	
あり(他法人)	16	(5.2)	
なし	213	(68.9)	
歯科医師			
あり(同一法人)	7	(2.3)	
あり(他法人)	12	(3.9)	
なし	290	(93.9)	
歯科衛生士			
あり(同一法人)	14	(4.5)	
あり(他法人)	10	(3.2)	
なし	285	(92.2)	
理学療法士			
あり(同一法人)	64	(20.7)	
あり(他法人)	10	(3.2)	
なし	235	(76.1)	
作業療法士			
あり(同一法人)	44	(14.2)	
あり(他法人)	7	(2.3)	
なし	258	(83.5)	
言語聴覚士			
あり(同一法人)	34	(11.0)	
あり(他法人)	2	(0.6)	
なし	273	(88.3)	
管理栄養士			
あり(同一法人)	47	(15.2)	
あり(他法人)	4	(1.3)	
なし	258	(83.5)	

表8 基本集計（通所リハ） n, %の集計

通所リハビリテーションn=309	n	(%)	有効(%)
1-(6)			
加算算定の状況（2022年9月の1か月間に1件以上）（複数回答）			
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	36	(11.7)	
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	37	(12.0)	
栄養アセスメント加算	59	(19.1)	
栄養改善加算	31	(10.0)	
口腔機能向上加算Ⅰ	43	(13.9)	
口腔機能向上加算Ⅱ	48	(15.5)	
科学的介護推進体制加算	155	(50.2)	
リハビリテーションマネジメント加算（A）イ	60	(19.4)	
リハビリテーションマネジメント加算（A）ロ	56	(18.1)	
リハビリテーションマネジメント加算（B）イ	66	(21.4)	
リハビリテーションマネジメント加算（B）ロ	87	(28.2)	
生活行為向上リハビリテーション実施加算	85	(27.5)	
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）	20	(6.5)	
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）	12	(3.9)	

表8 基本集計（通所リハ）n, %の集計

通所リハビリテーションn=309	n	(%)	有効(%)
2-(1)			
「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書(一体的計画書)」(厚生労働省公開の様式例)について			
一体的計画書様式例を知っている	205	(66.3)	
2-(2)			
一体的計画書様式例を使用している	84	(27.2)	
一体的計画書の書類作成に関与している職種（複数回答）（有効%:使用しているn=84）			
医師	66	(21.4)	(78.6)
歯科医師	0	(0.0)	(0.0)
歯科衛生士	3	(1.0)	(3.6)
薬剤師	0	(0.0)	(0.0)
介護福祉士	49	(15.9)	(58.3)
介護職員（介護福祉士を除く）	40	(12.9)	(47.6)
介護支援専門員	15	(4.9)	(17.9)
看護師	42	(13.6)	(50.0)
准看護師	17	(5.5)	(20.2)
理学療法士	77	(24.9)	(91.7)
作業療法士	54	(17.5)	(64.3)
言語聴覚士	31	(10.0)	(36.9)
専任で勤務する機能訓練指導員	2	(0.6)	(2.4)
管理栄養士	17	(5.5)	(20.2)
栄養士（管理栄養士を除く）	0	(0.0)	(0.0)
その他	4	(1.3)	(4.8)
「一体的計画書」の入所者・家族への意向確認、聞き取りに関与している職種（複数回答）（有効%:使用しているn=84）			
医師	32	(10.4)	(38.1)
歯科医師	0	(0.0)	(0.0)
歯科衛生士	2	(0.6)	(2.4)
薬剤師	0	(0.0)	(0.0)
介護福祉士	41	(13.3)	(48.8)
介護職員（介護福祉士を除く）	31	(10.0)	(36.9)
介護支援専門員	13	(4.2)	(15.5)
看護師	33	(10.7)	(39.3)
准看護師	16	(5.2)	(19.0)
理学療法士	73	(23.6)	(86.9)
作業療法士	51	(16.5)	(60.7)
言語聴覚士	27	(8.7)	(32.1)
専任で勤務する機能訓練指導員	1	(0.3)	(1.2)
管理栄養士	8	(2.6)	(9.5)
栄養士（管理栄養士を除く）	0	(0.0)	(0.0)
その他	4	(1.3)	(4.8)
一体的様式を使用していない理由（複数回答）（有効%:使用していないn=225）			
別の書式で運用している	127	(41.1)	(56.4)
様式例の使い勝手が悪い	27	(8.7)	(12.0)
電子システムが対応していない	44	(14.2)	(19.6)
活用を主導する旗振り役がない	21	(6.8)	(9.3)
多職種で書類を共有することが難しい	46	(14.9)	(20.4)
各職種の業務についての相互の理解不足	14	(4.5)	(6.2)
活用を促す加算がない	76	(24.6)	(33.8)
その他	16	(5.2)	(7.1)

表8 基本集計 (通所リハ) n, %の集計

通所リハビリテーションn=309	n	(%)	有効(%)
2-(3)			
リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映			
反映できている	185	(59.9)	
反映できていない理由 (複数回答) (有効%:反映できていないn=124)			
リハビリテーション専門職が勤務していない	3	(1.0)	(2.6)
機能訓練指導員が勤務していない	36	(11.7)	(31.6)
事業所外(同一法人を含む)のリハビリテーション専門職との連携体制がない	22	(7.1)	(19.1)
事業所外(同一法人を含む)の機能訓練指導員との連携体制がない	34	(11.0)	(29.3)
リハビリテーション専門職の3職種が揃わない	46	(14.9)	(40.4)
栄養専門職が勤務していない	55	(17.8)	(46.6)
事業所外(同一法人を含む)の栄養専門職との連携体制がない	61	(19.7)	(51.3)
歯科口腔専門職が勤務していない	89	(28.8)	(73.0)
事業所外(同一法人を含む)の歯科口腔専門職との連携体制がない	81	(26.2)	(67.5)
事業所外(同一法人を含む)の薬剤師との連携体制がない	70	(22.7)	(58.3)
連携を主導する旗振り役がない	38	(12.3)	(32.5)
各職種の業務についての相互の理解不足	26	(8.4)	(22.4)
その他	3	(1.0)	(2.7)
2-(4)			
業務項目別の連携協働している職種(各項目について職種は複数回答)			
[1. リハビリテーション・個別機能訓練目標の共有]			
リハビリテーション専門職	292	(94.5)	
機能訓練指導員	22	(7.1)	
栄養専門職	34	(11.0)	
歯科口腔専門職	8	(2.6)	
介護福祉士を含む介護職員	195	(63.1)	
介護支援専門員	129	(41.7)	
看護師・准看護師	143	(46.3)	
[2. リハビリテーション・個別機能訓練計画の共有]			
リハビリテーション専門職	290	(93.9)	
機能訓練指導員	22	(7.1)	
栄養専門職	30	(9.7)	
歯科口腔専門職	8	(2.6)	
介護福祉士を含む介護職員	191	(61.8)	
介護支援専門員	125	(40.5)	
看護師・准看護師	139	(45.0)	
[3. 栄養ケアの目標の共有]			
リハビリテーション専門職	80	(25.9)	
機能訓練指導員	7	(2.3)	
栄養専門職	76	(24.6)	
歯科口腔専門職	11	(3.6)	
介護福祉士を含む介護職員	75	(24.3)	
介護支援専門員	45	(14.6)	
看護師・准看護師	71	(23.0)	

表8 基本集計（通所リハ）n, %の集計

通所リハビリテーションn=309	n	(%)	有効(%)
[4. 栄養ケア計画の共有]			
リハビリテーション専門職	72	(23.3)	
機能訓練指導員	6	(1.9)	
栄養専門職	76	(24.6)	
歯科口腔専門職	11	(3.6)	
介護福祉士を含む介護職員	72	(23.3)	
介護支援専門員	42	(13.6)	
看護師・准看護師	67	(21.7)	
[5. 口腔ケア・マネジメントの目標の共有]			
リハビリテーション専門職	90	(29.1)	
機能訓練指導員	6	(1.9)	
栄養専門職	32	(10.4)	
歯科口腔専門職	20	(6.5)	
介護福祉士を含む介護職員	83	(26.9)	
介護支援専門員	48	(15.5)	
看護師・准看護師	72	(23.3)	
[6. 口腔ケア・マネジメント計画の共有]			
リハビリテーション専門職	86	(27.8)	
機能訓練指導員	6	(1.9)	
栄養専門職	32	(10.4)	
歯科口腔専門職	19	(6.1)	
介護福祉士を含む介護職員	82	(26.5)	
介護支援専門員	47	(15.2)	
看護師・准看護師	70	(22.7)	
[7. リハビリテーション・個別機能訓練における活動量、筋緊張、不随意運動の有無の把握]			
リハビリテーション専門職	273	(88.3)	
機能訓練指導員	19	(6.1)	
栄養専門職	20	(6.5)	
歯科口腔専門職	6	(1.9)	
介護福祉士を含む介護職員	145	(46.9)	
介護支援専門員	85	(27.5)	
看護師・准看護師	111	(35.9)	
[8. 筋肉量、筋力の把握]			
リハビリテーション専門職	256	(82.8)	
機能訓練指導員	17	(5.5)	
栄養専門職	18	(5.8)	
歯科口腔専門職	5	(1.6)	
介護福祉士を含む介護職員	107	(34.6)	
介護支援専門員	61	(19.7)	
看護師・准看護師	81	(26.2)	
[9. エネルギー消費量の把握]			
リハビリテーション専門職	103	(33.3)	
機能訓練指導員	10	(3.2)	
栄養専門職	49	(15.9)	
歯科口腔専門職	4	(1.3)	
介護福祉士を含む介護職員	53	(17.2)	
介護支援専門員	26	(8.4)	
看護師・准看護師	54	(17.5)	

表8 基本集計（通所リハ）n, %の集計

通所リハビリテーションn=309	n	(%)	有効(%)
[10. 呼吸機能の把握]			
リハビリテーション専門職	165	(53.4)	
機能訓練指導員	12	(3.9)	
栄養専門職	13	(4.2)	
歯科口腔専門職	3	(1.0)	
介護福祉士を含む介護職員	81	(26.2)	
介護支援専門員	47	(15.2)	
看護師・准看護師	96	(31.1)	
[11. ADLの把握]			
リハビリテーション専門職	280	(90.6)	
機能訓練指導員	19	(6.1)	
栄養専門職	33	(10.7)	
歯科口腔専門職	10	(3.2)	
介護福祉士を含む介護職員	207	(67.0)	
介護支援専門員	117	(37.9)	
看護師・准看護師	144	(46.6)	
[12. 食事姿勢や椅子・机の高さの把握]			
リハビリテーション専門職	212	(68.6)	
機能訓練指導員	12	(3.9)	
栄養専門職	30	(9.7)	
歯科口腔専門職	12	(3.9)	
介護福祉士を含む介護職員	168	(54.4)	
介護支援専門員	63	(20.4)	
看護師・准看護師	126	(40.8)	
[13. 低栄養状態リスクの把握]			
リハビリテーション専門職	162	(52.4)	
機能訓練指導員	13	(4.2)	
栄養専門職	92	(29.8)	
歯科口腔専門職	12	(3.9)	
介護福祉士を含む介護職員	133	(43.0)	
介護支援専門員	67	(21.7)	
看護師・准看護師	121	(39.2)	
[14. 身長・体重・BMI・体脂肪率（身体計測）の把握]			
リハビリテーション専門職	194	(62.8)	
機能訓練指導員	14	(4.5)	
栄養専門職	84	(27.2)	
歯科口腔専門職	12	(3.9)	
介護福祉士を含む介護職員	165	(53.4)	
介護支援専門員	79	(25.6)	
看護師・准看護師	132	(42.7)	
[15. エネルギー・栄養素摂取量の把握]			
リハビリテーション専門職	94	(30.4)	
機能訓練指導員	8	(2.6)	
栄養専門職	84	(27.2)	
歯科口腔専門職	6	(1.9)	
介護福祉士を含む介護職員	90	(29.1)	
介護支援専門員	44	(14.2)	
看護師・准看護師	80	(25.9)	

表8 基本集計（通所リハ）n, %の集計

通所リハビリテーションn=309	n	(%)	有効(%)
[16. 食事形態の把握]			
リハビリテーション専門職	176	(57.0)	
機能訓練指導員	10	(3.2)	
栄養専門職	95	(30.7)	
歯科口腔専門職	14	(4.5)	
介護福祉士を含む介護職員	175	(56.6)	
介護支援専門員	80	(25.9)	
看護師・准看護師	143	(46.3)	
[17. 食嗜好の把握]			
リハビリテーション専門職	135	(43.7)	
機能訓練指導員	11	(3.6)	
栄養専門職	90	(29.1)	
歯科口腔専門職	8	(2.6)	
介護福祉士を含む介護職員	169	(54.7)	
介護支援専門員	65	(21.0)	
看護師・准看護師	124	(40.1)	
[18. 使用している食器具の状況の把握]			
リハビリテーション専門職	183	(59.2)	
機能訓練指導員	10	(3.2)	
栄養専門職	79	(25.6)	
歯科口腔専門職	9	(2.9)	
介護福祉士を含む介護職員	176	(57.0)	
介護支援専門員	71	(23.0)	
看護師・准看護師	127	(41.1)	
[19. 食事介助状況の把握]			
リハビリテーション専門職	192	(62.1)	
機能訓練指導員	12	(3.9)	
栄養専門職	58	(18.8)	
歯科口腔専門職	9	(2.9)	
介護福祉士を含む介護職員	191	(61.8)	
介護支援専門員	82	(26.5)	
看護師・准看護師	141	(45.6)	
[20. 褥瘡の把握]			
リハビリテーション専門職	203	(65.7)	
機能訓練指導員	14	(4.5)	
栄養専門職	51	(16.5)	
歯科口腔専門職	5	(1.6)	
介護福祉士を含む介護職員	184	(59.5)	
介護支援専門員	92	(29.8)	
看護師・准看護師	156	(50.5)	
[21. 口腔衛生状態（歯や義歯の汚れ、舌苔、口臭等）の把握]			
リハビリテーション専門職	124	(40.1)	
機能訓練指導員	9	(2.9)	
栄養専門職	34	(11.0)	
歯科口腔専門職	22	(7.1)	
介護福祉士を含む介護職員	157	(50.8)	
介護支援専門員	60	(19.4)	
看護師・准看護師	126	(40.8)	

表8 基本集計（通所リハ）n, %の集計

通所リハビリテーションn=309	n	(%)	有効(%)
[22. 日常的な口腔ケアの実施]			
リハビリテーション専門職	105	(34.0)	
機能訓練指導員	10	(3.2)	
栄養専門職	25	(8.1)	
歯科口腔専門職	19	(6.1)	
介護福祉士を含む介護職員	157	(50.8)	
介護支援専門員	52	(16.8)	
看護師・准看護師	121	(39.2)	
[23. 口腔機能状態（摂食嚥下、頸部・顔面周囲筋の緊張や筋力、頸部、口腔周囲の可動域、口腔内や口唇の感覚、舌の動き、むせ、口腔乾燥等）の把握]			
リハビリテーション専門職	155	(50.2)	
機能訓練指導員	9	(2.9)	
栄養専門職	34	(11.0)	
歯科口腔専門職	21	(6.8)	
介護福祉士を含む介護職員	141	(45.6)	
介護支援専門員	55	(17.8)	
看護師・准看護師	113	(36.6)	
[24. 義歯の有無の把握]			
リハビリテーション専門職	155	(50.2)	
機能訓練指導員	12	(3.9)	
栄養専門職	41	(13.3)	
歯科口腔専門職	19	(6.1)	
介護福祉士を含む介護職員	174	(56.3)	
介護支援専門員	71	(23.0)	
看護師・准看護師	132	(42.7)	
[25. 義歯の問題の把握]			
リハビリテーション専門職	114	(36.9)	
機能訓練指導員	10	(3.2)	
栄養専門職	32	(10.4)	
歯科口腔専門職	21	(6.8)	
介護福祉士を含む介護職員	149	(48.2)	
介護支援専門員	64	(20.7)	
看護師・准看護師	119	(38.5)	
[26. 服薬状況の把握]			
リハビリテーション専門職	181	(58.6)	
機能訓練指導員	16	(5.2)	
栄養専門職	18	(5.8)	
歯科口腔専門職	5	(1.6)	
介護福祉士を含む介護職員	181	(58.6)	
介護支援専門員	88	(28.5)	
看護師・准看護師	160	(51.8)	
[27. 排泄状況の把握]			
リハビリテーション専門職	186	(60.2)	
機能訓練指導員	13	(4.2)	
栄養専門職	14	(4.5)	
歯科口腔専門職	2	(0.6)	
介護福祉士を含む介護職員	199	(64.4)	
介護支援専門員	79	(25.6)	
看護師・准看護師	139	(45.0)	



表8 基本集計（通所リハ） n, %の集計

通所リハビリテーションn=309	n	(%)	有効(%)
[28. 認知機能の把握]			
リハビリテーション専門職	257	(83.2)	
機能訓練指導員	20	(6.5)	
栄養専門職	29	(9.4)	
歯科口腔専門職	8	(2.6)	
介護福祉士を含む介護職員	205	(66.3)	
介護支援専門員	98	(31.7)	
看護師・准看護師	150	(48.5)	
[29. アドバンス・ケア・プランニングへの参加]			
リハビリテーション専門職	64	(20.7)	
機能訓練指導員	5	(1.6)	
栄養専門職	16	(5.2)	
歯科口腔専門職	6	(1.9)	
介護福祉士を含む介護職員	51	(16.5)	
介護支援専門員	34	(11.0)	
看護師・准看護師	43	(13.9)	
[30. 経口維持加算による多職種ミールラウンド・カンファレンスへの参加]			
リハビリテーション専門職	40	(12.9)	
機能訓練指導員	3	(1.0)	
栄養専門職	21	(6.8)	
歯科口腔専門職	3	(1.0)	
介護福祉士を含む介護職員	30	(9.7)	
介護支援専門員	16	(5.2)	
看護師・准看護師	26	(8.4)	
[31. 居宅を訪問し、状況を把握（各専門職の視点で）]			
リハビリテーション専門職	241	(78.0)	
機能訓練指導員	14	(4.5)	
栄養専門職	14	(4.5)	
歯科口腔専門職	4	(1.3)	
介護福祉士を含む介護職員	116	(37.5)	
介護支援専門員	95	(30.7)	
看護師・准看護師	68	(22.0)	

表8 基本集計（通所リハ） n, %の集計

通所リハビリテーションn=309	n	(%)	有効(%)
2-(5)			
リハビリテーション・機能訓練指導員、栄養専門職、歯科口腔が参加するカンファレンスの状況			
開催している	85	(27.5)	
リハ・機能訓練、口腔、栄養の3領域が参加するカンファレンス頻度（有効%:開催しているn=85）			
毎日	5	(1.6)	(8.8)
週3～6日	3	(1.0)	(5.3)
週1, 2日	8	(2.6)	(14.0)
月1～3日	24	(7.8)	(42.1)
月1回未満	17	(5.5)	(29.8)
（欠損値）	28	(9.1)	
カンファレンスの目的（複数回答）（有効%:開催しているn=85）			
介護支援専門員が主催するサービス担当者会議	47	(15.2)	(55.3)
ケアプランの共有	60	(19.4)	(70.6)
ミールラウンド後のカンファレンス	10	(3.2)	(11.8)
一体的計画書の共有	29	(9.4)	(34.1)
退所前情報共有	9	(2.9)	(10.6)
委員会	10	(3.2)	(11.8)
飲食レクリエーション	1	(0.3)	(1.2)
その他	14	(4.5)	(16.5)
2-(6)			
リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養のインフォーマルな話し合いの状況			
実施している	141	(45.6)	
インフォーマルな話し合いの1日の平均人数（有効%:実施しているn=141）			
1名以下	23	(7.4)	(20.7)
2～5名	67	(21.6)	(60.3)
6名以上	21	(6.7)	(18.9)
（欠損値）	30	(9.7)	
インフォーマルな話し合いの頻度（有効%:実施しているn=141）			
毎日	61	(19.7)	(43.3)
週3～6日	18	(5.8)	(12.8)
週1, 2日	31	(10.0)	(22.0)
月1～3日	20	(6.5)	(14.2)
月1回未満	11	(3.6)	(7.8)
インフォーマルな話し合いの内容（複数回答）（有効%:実施しているn=141）			
リハビリテーション・個別機能訓練に関する事	126	(40.8)	(89.4)
栄養・食事に関する事	99	(32.0)	(70.2)
口腔に関する事	68	(22.0)	(48.2)
利用者の体調に関する事	115	(37.2)	(81.6)
モニタリング（計画の実施状況）に関する事	57	(18.4)	(40.4)
支援には直接関係しない利用者の情報に関する事	61	(19.7)	(43.3)
家族からの情報に関する事	100	(32.4)	(70.9)
その他	1	(0.3)	(0.7)
インフォーマルに話し合った情報の共有（有効%:実施しているn=141）			
その場にいないものを含むすべての職員	117	(37.9)	(83.0)
その場にいた職員のみ	24	(7.8)	(17.0)

表8 基本集計（通所リハ）n, %の集計

通所リハビリテーションn=309	n	(%)	有効(%)
インフォーマルに話し合った情報の共有方法（複数回答）（有効%:実施しているn=141）			
カルテなどに記録して共有する	103	(33.3)	(73.0)
議事録を作成して共有している	44	(14.2)	(31.2)
口頭で伝達する	97	(31.4)	(68.8)
その他	7	(2.3)	(5.0)
2-(7)			
「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」の推進による効果の状況（複数回答）			
利用者の新たな課題やニーズを早期に把握できるようになった	113	(36.6)	
日常の職種間の情報連携の頻度が増えた	92	(29.8)	
ケアプランで共通した目標設定ができるようになった	71	(23.0)	
各専門職の専門用語への理解が深まった	30	(9.7)	
各専門職の業務フローへの理解が深まった	24	(7.8)	
職員の職務満足度が高まった	13	(4.2)	
褥瘡のケアが充実した	11	(3.6)	
看取りのケアが充実した	0	(0.0)	
認知症のケアが充実した	23	(7.4)	
外部の関連者との連携が強化された	33	(10.7)	
リハビリテーションのアウトカムがよくなった	31	(10.0)	
個別機能訓練のアウトカムがよくなった	17	(5.5)	
栄養のアウトカムが良くなった	24	(7.8)	
歯科口腔のアウトカムがよくなった	12	(3.9)	
入院が減少した	9	(2.9)	
肺炎が少なくなった	7	(2.3)	
在宅復帰が促進された	5	(1.6)	
認知症の重度化が防止された	3	(1.0)	
ADL・IADLが維持改善された	37	(12.0)	
ポリファーマシー対策が強化された	1	(0.3)	
転倒頻度・転倒リスクが減弱した	24	(7.8)	
生きがい・QOLがその人らしく感じるようになった	28	(9.1)	
残存機能や今後の見通しがわかりやすくなった	31	(10.0)	
介護者の負担軽減につながった	24	(7.8)	
その他	8	(2.6)	
取り組んでいないのでわからない	152	(49.2)	
2-(8)			
「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」を推進するうえでの課題(複数回答)			
専門職が常勤配置されていない	176	(57.0)	
外部機関（同一法人を含む）所属の専門職との連携体制がない・わからない	105	(34.0)	
専門職が互いの業務に対する理解がない	27	(8.7)	
主導する職種が決まっていない・わからない	77	(24.9)	
電子システムが対応していない	66	(21.4)	
専門職向上がわからない・このためのところに気軽に相談できない	22	(7.1)	
経営上のメリットがない	53	(17.2)	
その他	15	(4.9)	

表8 基本集計（通所リハ）n, %の集計

通所リハビリテーションn=309	n	(%)	有効(%)
2-(9)			
「一体的取組」を推進するうえで、すでに取り組んでいること（複数回答）			
連携に関与する専門職を新規に雇用している	9	(2.9)	
外部機関所属（同一法人を含む）の専門職との連携体制を強化している	29	(9.4)	
リハビリテーション・機能訓練・栄養管理・口腔管理の専門職（同一事業所・同一法人所属）と本人・家族、ケアマネジャー等が参加するカンファレンスを（定期的に）開催している	60	(19.4)	
リハビリテーション・機能訓練・栄養管理・口腔管理の専門職（（同一事業所・同一法人を除く外部機関所属）と本人・家族、ケアマネジャー等が参加するカンファレンスを（定期的に）開催している。	30	(9.7)	
専門職が互いの業務に対する理解を深めるための研修会を開催している	28	(9.1)	
主導する職種を決めている	26	(8.4)	
電子システムを導入している	33	(10.7)	
専門職同士がわからないことがあったときに気軽に相談できる職場づくりに努めている	116	(37.5)	
職種間でのSNSを活用した気付きの共有や合意形成をしている	7	(2.3)	
その他	23	(7.4)	
2-(10)			
多職種協働の状況			
利用者への支援について、多職種チームの誰かが何かを気にかけている場合に、全体で取り上げるようにしている			
まったくあてはまらない	0	(0.0)	
あまりあてはまらない	31	(10.0)	
ややあてはまる	182	(58.9)	
とてもあてはまる	96	(31.1)	
利用者の価値観への配慮が必要で、技術で割り切れない問題は、多職種チームで話し合って決めてい			
まったくあてはまらない	0	(0.0)	
あまりあてはまらない	38	(12.3)	
ややあてはまる	165	(53.4)	
とてもあてはまる	106	(34.3)	
多職種チームは、ある程度の期間一緒に働いて人となりが出た人が何人かいる			
まったくあてはまらない	0	(0.0)	
あまりあてはまらない	37	(12.0)	
ややあてはまる	161	(52.1)	
とてもあてはまる	111	(35.9)	
多職種チームは、紙や電子カルテでの意思疎通だけでなく、顔を合わせて意見や気持ちを話し合えて			
まったくあてはまらない	0	(0.0)	
あまりあてはまらない	54	(17.5)	
ややあてはまる	145	(46.9)	
とてもあてはまる	110	(35.6)	

表8 基本集計 (通所リハ) n, %の集計

通所リハビリテーションn=309	n	(%)	有効(%)
多職種チームは、わからないことがあれば、他職種に教えてもらうことができる			
まったくあてはまらない	0	(0.0)	
あまりあてはまらない	40	(12.9)	(13.0)
ややあてはまる	155	(50.2)	(50.3)
とてもあてはまる	113	(36.6)	(36.7)
(欠損値)	1	(0.3)	
カンファレンスには多くの職種が参加し、それぞれが意見を述べている			
まったくあてはまらない	0	(0.0)	
あまりあてはまらない	109	(35.3)	
ややあてはまる	145	(46.9)	
とてもあてはまる	55	(17.8)	
カンファレンスで一度も発言しない職種がないように、配慮されている			
まったくあてはまらない	0	(0.0)	
あまりあてはまらない	98	(31.7)	
ややあてはまる	147	(47.6)	
とてもあてはまる	64	(20.7)	
職種の専門性を尊重した協働がなされるように配慮されている			
まったくあてはまらない	0	(0.0)	
あまりあてはまらない	60	(19.4)	
ややあてはまる	188	(60.8)	
とてもあてはまる	61	(19.7)	
カンファレンスでは、話し合うだけでなく一定の結論を導き出す場になるように配慮されている			
まったくあてはまらない	0	(0.0)	
あまりあてはまらない	77	(24.9)	
ややあてはまる	194	(62.8)	
とてもあてはまる	38	(12.3)	
多職種チーム内で支援目標を共有している			
まったくあてはまらない	0	(0.0)	
あまりあてはまらない	61	(19.7)	
ややあてはまる	165	(53.4)	
とてもあてはまる	83	(26.9)	

表8 基本集計（通所リハ） n, %の集計

通所リハビリテーションn=309	n	(%)	有効(%)
2-(11)			
居宅介護支援事業所の介護支援専門員との連携状況			
連携している人がいる	200	(64.7)	
通所事業所から情報共有している内容（複数回答）（有効%:連携している人がいるn=200）			
リハビリテーション・個別機能訓練目標	186	(60.2)	(92.5)
リハビリテーション・個別機能訓練計画・具体的内容	1	(0.3)	(0.5)
栄養ケアの目標	42	(13.6)	(20.9)
栄養ケア計画	36	(11.7)	(17.9)
口腔ケア・マネジメントの目標	0	(0.0)	(0.0)
口腔ケア・マネジメント計画	45	(14.6)	(22.4)
リハビリテーション・個別機能訓練における活動量、筋緊張、不随意運動の有無	0	(0.0)	(0.0)
筋肉量、筋力	82	(26.5)	(40.8)
エネルギー消費量	0	(0.0)	(0.0)
呼吸機能	40	(12.9)	(19.9)
ADL・IADL	144	(46.6)	(71.6)
食事姿勢や椅子・机の高さ	65	(21.0)	(32.3)
低栄養状態リスク	76	(24.6)	(37.8)
身長・体重・BMI・体脂肪率（身体計測）	101	(32.7)	(50.2)
エネルギー・栄養素摂取量	28	(9.1)	(13.9)
食事形態	108	(35.0)	(53.7)
食嗜好	72	(23.3)	(35.8)
使用している食器具の状況	73	(23.6)	(36.3)
食事介助状況	99	(32.0)	(49.3)
褥瘡	101	(32.7)	(50.2)
口腔衛生状態（口の中の汚れ等）	61	(19.7)	(30.3)
日常的な口腔ケア	62	(20.1)	(30.8)
口腔機能状態（摂食嚥下、頸部・顔面周囲筋の緊張や筋力、頸部、口腔周囲の可動域、口腔内や口唇の感覚等）	53	(17.2)	(26.4)
義歯の問題	66	(21.4)	(32.8)
オーラルフレイルの状況	20	(6.5)	(10.0)
服薬状況	130	(42.1)	(64.7)
排泄状況	120	(38.8)	(59.7)
居宅の状況	138	(44.7)	(68.7)
口腔・栄養スクリーニングの結果	45	(14.6)	(22.4)
栄養アセスメント・モニタリングの結果	33	(10.7)	(16.4)
栄養ケア計画の内容	25	(8.1)	(12.4)
廃用症状出現の兆候の有無	69	(22.3)	(34.3)
介護者の負担軽減の方法	117	(37.9)	(58.2)
住居の環境	141	(45.6)	(70.1)
サービス利用中の様子	151	(48.9)	(75.1)
利用者の残存機能の今後の見通し	110	(35.6)	(54.7)
家族の状況	137	(44.3)	(68.2)
移動の自立状況	143	(46.3)	(71.1)
その他	1	(0.3)	(0.5)

表8 基本集計（通所リハ） n, %の集計

通所リハビリテーションn=309	n	(%)	有効(%)
居宅支援事業所の介護支援専門員からの相談にのる職種（複数回答） （有効%：連携している人がいるn=200）			
リハビリテーション専門職	192	(62.1)	(95.5)
機能訓練指導員	15	(4.9)	(7.5)
栄養専門職	27	(8.7)	(13.4)
歯科口腔専門職	15	(4.9)	(7.5)
その他の職員が代わりに相談に乗る	3	(1.0)	(1.5)
相談に乗ることはない	0	(0.0)	(0.0)
居宅支援事業所の介護支援専門員に相談する職種（複数回答） （有効%：連携している人がいるn=200）			
リハビリテーション専門職	186	(60.2)	(92.5)
機能訓練指導員	13	(4.2)	(6.5)
栄養専門職	35	(11.3)	(17.4)
歯科口腔専門職	17	(5.5)	(8.5)
相談することはない	3	(1.0)	(1.5)
必要に応じて居宅を訪問している職種（複数回答） （有効%：連携している人がいるn=200）			
リハビリテーション専門職	186	(60.2)	(92.5)
機能訓練指導員	9	(2.9)	(4.5)
栄養専門職	13	(4.2)	(6.5)
歯科口腔専門職	6	(1.9)	(3.0)
訪問することはない	6	(1.9)	(3.0)

表8 基本集計（通所リハ） n, %の集計

通所リハビリテーションn=309	n	(%)	有効(%)
訪問の際に居宅で把握している内容（複数回答） （有効%:いずれかの職種が訪問しているn=195）			
自宅の間取り	182	(58.9)	(93.3)
自宅の周辺環境	183	(59.2)	(93.8)
睡眠・ベッド・寝具の状況	178	(57.6)	(91.3)
入浴の状況	179	(57.9)	(91.8)
排泄・トイレの状況	185	(59.9)	(94.9)
服薬状況	126	(40.8)	(64.6)
ADL・IADL	178	(57.6)	(91.3)
転倒の危険性	177	(57.3)	(90.8)
身体活動量	103	(33.3)	(52.8)
いすやテーブルの高さ	131	(42.4)	(67.2)
食事姿勢	87	(28.2)	(44.6)
調理設備・調理器具	48	(15.5)	(24.6)
調理担当者	58	(18.8)	(29.7)
食事場所	127	(41.1)	(65.1)
買い物方法	93	(30.1)	(47.7)
食事回数	71	(23.0)	(36.4)
食事内容	68	(22.0)	(34.9)
食事にかかる時間	52	(16.8)	(26.7)
食事形態	86	(27.8)	(44.1)
食事摂取量	73	(23.6)	(37.4)
水分摂取量	71	(23.0)	(36.4)
食器具	57	(18.4)	(29.2)
共食者の有無	58	(18.8)	(29.7)
食事介助状況	93	(30.1)	(47.7)
栄養補助食品の利用	52	(16.8)	(26.7)
褥瘡	92	(29.8)	(47.2)
口腔衛生状態（歯や義歯の汚れ、舌苔、口臭等）	40	(12.9)	(20.5)
口腔ケア実施状況	47	(15.2)	(24.1)
口腔機能状態（摂食嚥下、頸部・顔面周囲筋の緊張や筋力、頸部、口腔周囲の可動域、口腔内や口唇の感覚、舌の動き、むせ、口腔乾燥等）	45	(14.6)	(23.1)
義歯の問題	65	(21.0)	(33.3)
移動手段	153	(49.5)	(78.5)
日中と夜間の活動や暮らしの違い	107	(34.6)	(54.9)
家族の状況	157	(50.8)	(80.5)
一日の生活リズム	137	(44.3)	(70.3)
その他	1	(0.3)	(0.5)



表9 クロス集計（特養）統計量の比較

特養	リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標の リハビリテーション計画または機能訓練計画への反映				マンホッケー 11確定				
	度数	平均値	中央値	標準偏差	度数	平均値	中央値	標準偏差	p値
定員・利用者数									
定員(床)	101	76.5	80.0	(26.6)	120	65.1	60.0	(23.3)	0.001
入所実人数(人)	101	73.5	75.0	(26.4)	120	61.5	57.5	(20.6)	0.000
平均在所日数(日)	89	1156.5	1060.0	(1111.1)	105	994.5	1053.0	(409.3)	0.798
在宅復帰率(%)	9	0.4	0.0	(1.3)	8	0.0	0.0	(0.0)	0.346
要介護度別利用者数(利用実人数100名当たり)									
要介護1	99	0.8	0.0	(2.1)	116	0.8	0.0	(2.1)	0.576
要介護2	100	2.6	1.2	(4.8)	114	2.5	0.0	(4.3)	0.260
要介護3	100	25.2	25.5	(12.8)	116	27.0	25.8	(12.4)	0.390
要介護4	100	40.1	40.2	(9.3)	116	39.6	39.2	(9.7)	0.423
要介護5	100	32.2	31.6	(12.5)	116	29.5	27.5	(11.5)	0.118
低栄養リスク別人数(利用実人数100名当たり)									
低リスク	94	37.7	35.0	(20.4)	109	40.8	42.0	(22.2)	0.306
中リスク	94	49.7	52.2	(16.7)	109	45.8	46.9	(18.6)	0.067
高リスク	94	12.1	8.9	(12.0)	109	11.8	10.3	(9.4)	0.780
食事形態別人数割合(利用実人数100名当たり)									
常食	97	28.9	24.0	(21.1)	114	30.5	25.0	(20.3)	0.411
常食でない主食または副食	97	65.5	71.3	(21.5)	114	64.9	69.6	(20.0)	0.658
経管栄養または静脈栄養のみ	97	5.5	4.0	(5.7)	114	4.6	3.0	(5.4)	0.089
過去6か月間の状況※入所100名当たり(人)									
退所した人数(死亡を含む)	101	15.1	14.3	(9.2)	120	15.4	14.4	(8.6)	0.585
退所した人のうち、在宅へ退所した人数	101	0.4	0.0	(1.9)	120	0.4	0.0	(1.9)	0.859
入院した人数(入院先で死亡も含む)	101	11.5	8.1	(12.1)	120	12.9	10.0	(11.8)	0.133
入院した人のうち、誤嚥性肺炎により入院した人数	101	1.6	0.0	(3.5)	120	2.9	1.4	(4.7)	0.008
死亡した人数	101	11.0	10.5	(7.3)	120	11.1	10.3	(8.3)	0.985
死亡した人のうち、亡くなる1か月前の時点で経口摂取(プリン・アイス等を含む)していた後に看取った人数	101	7.5	6.5	(6.3)	120	7.4	5.8	(7.6)	0.537

表1-9 クロス集計（特養）統計量の比較

特養	リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標の リハビリテーション計画または機能訓練計画への反映				マンホワイストニー II検査				
	度数	平均値	中央値	標準偏差	度数	平均値	中央値	標準偏差	p値
専門職の常勤換算人数（人）									
医師	101	0.2	0.1	(0.4)	120	0.3	0.1	(0.8)	0.579
歯科医師	101	0.1	0.0	(0.2)	120	0.0	0.0	(0.1)	0.438
歯科衛生士	101	0.2	0.0	(0.4)	120	0.0	0.0	(0.1)	0.001
薬剤師	101	0.0	0.0	(0.0)	120	0.0	0.0	(0.1)	0.110
介護福祉士	101	25.4	24.1	(11.4)	120	20.4	18.7	(10.1)	0.000
介護職員（介護福祉士を除く）	101	15.0	12.0	(12.3)	120	11.0	9.7	(7.4)	0.033
介護支援専門員	101	2.0	1.0	(2.2)	120	1.5	1.0	(0.9)	0.015
看護師	101	3.4	3.0	(2.9)	120	2.7	2.2	(1.6)	0.021
准看護師	101	2.1	2.0	(3.0)	120	1.5	1.5	(1.2)	0.046
理学療法士	101	0.4	0.0	(0.6)	120	0.2	0.0	(0.5)	0.006
作業療法士	101	0.2	0.0	(0.5)	120	0.1	0.0	(0.2)	0.010
言語聴覚士	101	0.1	0.0	(0.2)	120	0.0	0.0	(0.2)	0.014
専任の機能訓練指導員	101	0.6	0.8	(0.7)	120	0.3	0.0	(0.5)	0.007
管理栄養士	101	1.4	1.0	(0.7)	120	1.1	1.0	(0.6)	0.002
栄養士（管理栄養士を除く）	101	0.2	0.0	(0.5)	120	0.2	0.0	(0.5)	0.634
専門職の常勤換算人数※入所100名当たり（人）									
医師	101	0.4	0.1	(0.8)	120	0.5	0.2	(1.4)	0.180
歯科医師	101	0.1	0.0	(0.4)	120	0.0	0.0	(0.2)	0.428
歯科衛生士	101	0.2	0.0	(0.6)	120	0.0	0.0	(0.1)	0.001
薬剤師	101	0.0	0.0	(0.0)	120	0.0	0.0	(0.1)	0.110
介護福祉士	101	36.1	33.3	(13.9)	120	32.9	32.0	(11.0)	0.096
介護職員（介護福祉士を除く）	101	20.7	17.5	(15.1)	120	18.7	16.6	(13.1)	0.368
介護支援専門員	101	3.0	2.1	(4.1)	120	2.5	2.0	(1.7)	0.801
看護師	101	5.0	4.3	(5.4)	120	4.4	4.2	(2.3)	0.780
准看護師	101	3.3	2.5	(5.9)	120	2.7	2.4	(2.3)	0.879
理学療法士	101	0.6	0.0	(0.9)	120	0.3	0.0	(0.9)	0.009
作業療法士	101	0.3	0.0	(0.7)	120	0.1	0.0	(0.4)	0.013
言語聴覚士	101	0.1	0.0	(0.3)	120	0.0	0.0	(0.2)	0.014
専任の機能訓練指導員	101	0.9	0.8	(1.0)	120	0.6	0.0	(0.8)	0.038
管理栄養士	101	2.1	2.0	(1.0)	120	1.9	1.9	(1.0)	0.472
栄養士（管理栄養士を除く）	101	0.3	0.0	(0.7)	120	0.4	0.0	(0.8)	0.556

表10 クロス集計（特養）n, %の比較

特養	リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映				$\chi^2$ 検定 p値
	反映できている		反映できていない		
	n	(%)	n	(%)	
咀嚼機能低下者に提供する食事形態					
柔らかいものが噛める入所者					
常食	10	(9.9)	9	(7.5)	0.214
軟食、軟菜食	29	(28.7)	33	(27.5)	
きざみ食	43	(42.6)	63	(52.5)	
ソフト食、ムース食	19	(18.8)	12	(10.0)	
ミキサー食	0	(0.0)	1	(0.8)	
その他	0	(0.0)	2	(1.7)	
柔らかいものが噛めない入所者への対応					
常食	0	(0.0)	0	(0.0)	0.091
軟食、軟菜食	0	(0.0)	1	(0.8)	
きざみ食	14	(13.9)	13	(10.8)	
ソフト食、ムース食	45	(44.6)	34	(28.3)	
ミキサー食	40	(39.6)	67	(55.8)	
その他	2	(2.0)	4	(3.3)	
管理栄養士常勤換算2以上					
あり	27	(30.0)	19	(18.6)	0.065
外部機関等に所属し連携(評価・治療・ケア等)している専門職					
医師					
あり(同一法人)	14	(13.9)	14	(11.7)	0.726
あり(他法人)	70	(69.3)	89	(74.2)	
なし	17	(16.8)	17	(14.2)	
歯科医師					
あり(同一法人)	7	(6.9)	3	(2.5)	0.294
あり(他法人)	78	(77.2)	96	(80.7)	
なし	16	(15.8)	20	(16.8)	
<b>歯科衛生士</b>					
<b>あり(同一法人)</b>	<b>12</b>	<b>(11.9)</b>	<b>2</b>	<b>(1.7)</b>	<b>0.008</b>
<b>あり(他法人)</b>	<b>51</b>	<b>(50.5)</b>	<b>67</b>	<b>(56.3)</b>	
<b>なし</b>	<b>38</b>	<b>(37.6)</b>	<b>50</b>	<b>(42.0)</b>	
理学療法士					
あり(同一法人)	10	(9.9)	4	(3.3)	0.101
あり(他法人)	10	(9.9)	17	(14.2)	
なし	81	(80.2)	99	(82.5)	
作業療法士					
あり(同一法人)	7	(6.9)	3	(2.5)	0.153
あり(他法人)	2	(2.0)	6	(5.0)	
なし	92	(91.1)	110	(92.4)	
言語聴覚士					
あり(同一法人)	6	(5.9)	2	(1.7)	0.243
あり(他法人)	4	(4.0)	5	(4.2)	
なし	91	(90.1)	112	(94.1)	
管理栄養士					
あり(同一法人)	15	(14.9)	17	(14.3)	0.978
あり(他法人)	2	(2.0)	2	(1.7)	
なし	84	(83.2)	100	(84.0)	

表10 クロス集計（特養）n, %の比較

特養	リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映				$\chi^2$ 検定 p値
	反映できている		反映できていない		
	n	(%)	n	(%)	
加算算定の状況（2022年9月の1か月間に1件以上）（複数回答）					
栄養マネジメント強化加算	54	(53.5)	41	(34.2)	0.004
経口移行加算	11	(10.9)	1	(0.8)	0.001
経口維持加算Ⅰ	39	(38.6)	20	(16.7)	<0.001
経口維持加算Ⅱ	28	(27.7)	9	(7.5)	<0.001
再入所時栄養連携加算	5	(5.0)	1	(0.8)	0.061
療養食加算	68	(67.3)	59	(49.2)	0.007
口腔衛生管理加算Ⅰ	30	(29.7)	11	(9.2)	<0.001
口腔衛生管理加算Ⅱ	31	(30.7)	11	(9.2)	<0.001
生活機能向上連携加算	8	(7.9)	7	(5.8)	0.539
褥瘡マネジメント加算	42	(41.6)	38	(31.7)	0.126
科学的介護推進連携加算	77	(76.2)	62	(51.7)	<0.001
認知症専門ケア加算Ⅰ	4	(4.0)	8	(6.7)	0.376
認知症専門ケア加算Ⅱ	3	(3.0)	3	(2.5)	0.830
栄養ケア・マネジメント未実施減算	3	(3.0)	3	(2.5)	0.830
個別機能訓練加算Ⅰ	86	(85.1)	57	(47.5)	<0.001
個別機能訓練加算Ⅱ	56	(55.4)	21	(17.5)	<0.001
ADL維持等加算Ⅰ	14	(13.9)	8	(6.7)	0.075
ADL維持等加算Ⅱ	10	(9.9)	6	(5.0)	0.161
看取り介護加算Ⅰ	53	(52.5)	56	(46.7)	0.390
看取り介護加算Ⅱ	39	(38.6)	23	(19.2)	0.001
退所時等相談援助加算	5	(5.0)	3	(2.5)	0.331

表10 クロス集計（特養）n, %の比較

特養	リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映				$\chi^2$ 検定 p値
	反映できている		反映できていない		
	n	(%)	n	(%)	
「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書(一体的計画書)」(厚生労働省公開)					
一体的計画書様式例知っている					
知っている	71	(70.3)	58	(48.3)	0.001
一体的計画書使用している					
使用している	17	(16.8)	2	(1.7)	<0.001
一体的様式例書類作成に関与（一体的計画書使用していると回答した施設 複数選択）					
医師	7	(41.2)	2	(100.0)	0.115
<b>歯科医師</b>	2	(11.8)	2	(100.0)	0.004
歯科衛生士	5	(29.4)	1	(50.0)	0.554
薬剤師	0	(0.0)	0	(0.0)	-
介護福祉士	12	(70.6)	2	(100.0)	0.372
介護職員（介護福祉士を除く）	11	(64.7)	2	(100.0)	0.310
介護支援専門員	14	(82.4)	2	(100.0)	0.517
看護師	13	(76.5)	2	(100.0)	0.440
准看護師	6	(35.3)	2	(100.0)	0.080
理学療法士	6	(35.3)	0	(0.0)	0.310
作業療法士	1	(5.9)	0	(0.0)	0.725
言語聴覚士	0	(0.0)	0	(0.0)	-
専任で勤務する機能訓練指導員	9	(52.9)	0	(0.0)	0.156
管理栄養士	14	(82.4)	2	(100.0)	0.517
栄養士（管理栄養士を除く）	0	(0.0)	0	(0.0)	-
その他	3	(17.6)	0	(0.0)	0.517
一体的様式例意向確認聞き取りに関与（一体的計画書使用していると回答した施設 複数選択）					
医師	2	(11.8)	1	(50.0)	0.161
<b>歯科医師</b>	1	(5.9)	1	(50.0)	0.054
歯科衛生士	4	(23.5)	1	(50.0)	0.421
薬剤師	0	(0.0)	0	(0.0)	-
介護福祉士	9	(52.9)	2	(100.0)	0.202
介護職員（介護福祉士を除く）	8	(47.1)	2	(100.0)	0.156
介護支援専門員	15	(88.2)	2	(100.0)	0.608
看護師	11	(64.7)	2	(100.0)	0.310
准看護師	5	(29.4)	2	(100.0)	0.050
理学療法士	6	(35.3)	0	(0.0)	0.310
作業療法士	1	(5.9)	0	(0.0)	0.725
言語聴覚士	0	(0.0)	0	(0.0)	-
専任で勤務する機能訓練指導員	8	(47.1)	0	(0.0)	0.202
管理栄養士	13	(76.5)	2	(100.0)	0.440
栄養士（管理栄養士を除く）	0	(0.0)	0	(0.0)	-
その他	3	(17.6)	0	(0.0)	0.517
一体的様式例未使用理由（一体的計画書使用していないと回答した施設 複数選択）					
別の書式で運用している	59	(70.2)	50	(42.4)	<0.001
様式例の使い勝手が悪い	16	(19.0)	6	(5.1)	0.002
電子システムが対応していない	18	(21.4)	25	(21.2)	0.967
活用を主導する旗振り役がない	18	(21.4)	27	(22.9)	0.807
多職種で書類を共有することが難しい	17	(20.2)	22	(18.6)	0.777
各職種の業務についての相互の理解不足	11	(13.1)	20	(16.9)	0.454
活用を促す加算がない	8	(9.5)	30	(25.4)	0.004
その他	4	(4.8)	13	(11.0)	0.115

表10 クロス集計（特養）n, %の比較

特養	リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映				$\chi^2$ 検定 p値
	反映できている n (%)	反映できていない n (%)			
業務項目別の連携協働している職種(各項目について職種は複数回答)					
[1. リハビリテーション・個別機能訓練目標の共有]					
リハビリテーション専門職	80 (79.2)	83 (69.2)			0.091
機能訓練指導員	79 (78.2)	56 (46.7)			<0.001
栄養専門職	60 (59.4)	31 (25.8)			<0.001
歯科口腔専門職	14 (13.9)	0 (0.0)			<0.001
介護福祉士を含む介護職員	78 (77.2)	57 (47.5)			<0.001
介護支援専門員	85 (84.2)	59 (49.2)			<0.001
看護師・准看護師	78 (77.2)	48 (40.0)			<0.001
[2. リハビリテーション・個別機能訓練計画の共有]					
リハビリテーション専門職	37 (36.6)	21 (17.5)			0.001
機能訓練指導員	77 (76.2)	57 (47.5)			<0.001
栄養専門職	61 (60.4)	31 (25.8)			<0.001
歯科口腔専門職	15 (14.9)	1 (0.8)			<0.001
介護福祉士を含む介護職員	77 (76.2)	57 (47.5)			<0.001
介護支援専門員	83 (82.2)	60 (50.0)			<0.001
看護師・准看護師	77 (76.2)	50 (41.7)			<0.001
[3. 栄養ケアの目標の共有]					
リハビリテーション専門職	27 (26.7)	9 (7.5)			<0.001
機能訓練指導員	54 (53.5)	27 (22.5)			<0.001
栄養専門職	96 (95.0)	99 (82.5)			0.004
歯科口腔専門職	25 (24.8)	2 (1.7)			<0.001
介護福祉士を含む介護職員	80 (79.2)	73 (60.8)			0.003
介護支援専門員	85 (84.2)	84 (70.0)			0.013
看護師・准看護師	78 (77.2)	78 (65.0)			0.047
[4. 栄養ケア計画の共有]					
リハビリテーション専門職	27 (26.7)	8 (6.7)			<0.001
機能訓練指導員	55 (54.5)	28 (23.3)			<0.001
栄養専門職	96 (95.0)	100 (83.3)			0.006
歯科口腔専門職	25 (24.8)	3 (2.5)			<0.001
介護福祉士を含む介護職員	82 (81.2)	75 (62.5)			0.002
介護支援専門員	86 (85.1)	84 (70.0)			0.008
看護師・准看護師	81 (80.2)	79 (65.8)			0.017
[5. 口腔ケア・マネジメントの目標の共有]					
リハビリテーション専門職	18 (17.8)	1 (0.8)			<0.001
機能訓練指導員	33 (32.7)	14 (11.7)			<0.001
栄養専門職	53 (52.5)	29 (24.2)			<0.001
歯科口腔専門職	44 (43.6)	22 (18.3)			<0.001
介護福祉士を含む介護職員	59 (58.4)	39 (32.5)			<0.001
介護支援専門員	57 (56.4)	42 (35.0)			0.001
看護師・准看護師	60 (59.4)	38 (31.7)			<0.001
[6. 口腔ケア・マネジメント計画の共有]					
リハビリテーション専門職	17 (16.8)	0 (0.0)			<0.001
機能訓練指導員	35 (34.7)	14 (11.7)			<0.001
栄養専門職	52 (51.5)	29 (24.2)			<0.001
歯科口腔専門職	43 (42.6)	21 (17.5)			<0.001
介護福祉士を含む介護職員	58 (57.4)	39 (32.5)			<0.001
介護支援専門員	54 (53.5)	40 (33.3)			0.003
看護師・准看護師	57 (56.4)	38 (31.7)			<0.001

表10 クロス集計（特養）n, %の比較

特養	リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映				$\chi^2$ 検定 p値
	反映できている		反映できていない		
	n	(%)	n	(%)	
[7. リハビリテーション・個別機能訓練における活動量、筋緊張、不随意運動の有無の把握]					
リハビリテーション専門職	33	(32.7)	17	(14.2)	0.001
機能訓練指導員	65	(64.4)	43	(35.8)	<0.001
栄養専門職	29	(28.7)	10	(8.3)	<0.001
歯科口腔専門職	10	(9.9)	2	(1.7)	0.007
介護福祉士を含む介護職員	55	(54.5)	32	(26.7)	<0.001
介護支援専門員	50	(49.5)	34	(28.3)	0.001
看護師・准看護師	55	(54.5)	34	(28.3)	<0.001
[8. 筋肉量、筋力の把握]					
リハビリテーション専門職	34	(33.7)	13	(10.8)	<0.001
機能訓練指導員	56	(55.4)	37	(30.8)	<0.001
栄養専門職	16	(15.8)	10	(8.3)	0.084
歯科口腔専門職	5	(5.0)	0	(0.0)	0.014
介護福祉士を含む介護職員	33	(32.7)	29	(24.2)	0.161
介護支援専門員	30	(29.7)	25	(20.8)	0.129
看護師・准看護師	36	(35.6)	28	(23.3)	0.044
[9. エネルギー消費量の把握]					
リハビリテーション専門職	15	(14.9)	2	(1.7)	<0.001
機能訓練指導員	21	(20.8)	17	(14.2)	0.193
栄養専門職	62	(61.4)	67	(55.8)	0.404
歯科口腔専門職	7	(6.9)	0	(0.0)	0.003
介護福祉士を含む介護職員	29	(28.7)	28	(23.3)	0.363
介護支援専門員	26	(25.7)	35	(29.2)	0.571
看護師・准看護師	36	(35.6)	34	(28.3)	0.245
[10. 呼吸機能の把握]					
リハビリテーション専門職	23	(22.8)	8	(6.7)	0.001
機能訓練指導員	32	(31.7)	26	(21.7)	0.092
栄養専門職	16	(15.8)	19	(15.8)	0.999
歯科口腔専門職	6	(5.9)	0	(0.0)	0.007
介護福祉士を含む介護職員	34	(33.7)	49	(40.8)	0.273
介護支援専門員	32	(31.7)	42	(35.0)	0.603
看護師・准看護師	60	(59.4)	76	(63.3)	0.550
[11. ADLの把握]					
リハビリテーション専門職	33	(32.7)	20	(16.7)	0.005
機能訓練指導員	76	(75.2)	57	(47.5)	<0.001
栄養専門職	63	(62.4)	66	(55.0)	0.268
歯科口腔専門職	15	(14.9)	6	(5.0)	0.013
介護福祉士を含む介護職員	82	(81.2)	97	(80.8)	0.947
介護支援専門員	81	(80.2)	98	(81.7)	0.782
看護師・准看護師	75	(74.3)	94	(78.3)	0.477
[12. 食事姿勢や椅子・机の高さの把握]					
リハビリテーション専門職	35	(34.7)	18	(15.0)	0.001
機能訓練指導員	72	(71.3)	53	(44.2)	<0.001
栄養専門職	66	(65.3)	71	(59.2)	0.346
歯科口腔専門職	17	(16.8)	3	(2.5)	<0.001
介護福祉士を含む介護職員	87	(86.1)	101	(84.2)	0.682
介護支援専門員	76	(75.2)	91	(75.8)	0.920
看護師・准看護師	69	(68.3)	86	(71.7)	0.588

表10 クロス集計（特養）n, %の比較

特養	リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映				$\chi^2$ 検定 p値
	反映できている		反映できていない		
	n	(%)	n	(%)	
[13. 低栄養状態リスクの把握]					
リハビリテーション専門職	25	(24.8)	11	(9.2)	0.002
機能訓練指導員	47	(46.5)	25	(20.8)	<0.001
栄養専門職	98	(97.0)	107	(89.2)	0.025
歯科口腔専門職	17	(16.8)	4	(3.3)	0.001
介護福祉士を含む介護職員	73	(72.3)	74	(61.7)	0.096
介護支援専門員	78	(77.2)	79	(65.8)	0.063
看護師・准看護師	83	(82.2)	89	(74.2)	0.153
[14. 身長・体重・BMI・体脂肪率（身体計測）の把握]					
リハビリテーション専門職	26	(25.7)	11	(9.2)	0.001
機能訓練指導員	51	(50.5)	28	(23.3)	<0.001
栄養専門職	98	(97.0)	105	(87.5)	0.010
歯科口腔専門職	12	(11.9)	1	(0.8)	0.001
介護福祉士を含む介護職員	75	(74.3)	82	(68.3)	0.333
介護支援専門員	74	(73.3)	87	(72.5)	0.898
看護師・准看護師	79	(78.2)	91	(75.8)	0.675
[15. エネルギー・栄養素摂取量の把握]					
リハビリテーション専門職	18	(17.8)	7	(5.8)	0.005
機能訓練指導員	33	(32.7)	24	(20.0)	0.032
栄養専門職	94	(93.1)	105	(87.5)	0.168
歯科口腔専門職	10	(9.9)	1	(0.8)	0.002
介護福祉士を含む介護職員	62	(61.4)	66	(55.0)	0.338
介護支援専門員	61	(60.4)	64	(53.3)	0.291
看護師・准看護師	60	(59.4)	72	(60.0)	0.929
[16. 食事形態の把握]					
リハビリテーション専門職	27	(26.7)	11	(9.2)	0.001
機能訓練指導員	55	(54.5)	30	(25.0)	<0.001
栄養専門職	98	(97.0)	108	(90.0)	0.038
歯科口腔専門職	25	(24.8)	7	(5.8)	<0.001
介護福祉士を含む介護職員	90	(89.1)	102	(85.0)	0.367
介護支援専門員	83	(82.2)	97	(80.8)	0.798
看護師・准看護師	83	(82.2)	97	(80.8)	0.798
[17. 食嗜好の把握]					
リハビリテーション専門職	20	(19.8)	5	(4.2)	<0.001
機能訓練指導員	39	(38.6)	20	(16.7)	<0.001
栄養専門職	98	(97.0)	107	(89.2)	0.025
歯科口腔専門職	16	(15.8)	3	(2.5)	<0.001
介護福祉士を含む介護職員	89	(88.1)	93	(77.5)	0.039
介護支援専門員	78	(77.2)	83	(69.2)	0.179
看護師・准看護師	63	(62.4)	67	(55.8)	0.325
[18. 使用している食器具の状況の把握]					
リハビリテーション専門職	30	(29.7)	12	(10.0)	<0.001
機能訓練指導員	56	(55.4)	30	(25.0)	<0.001
栄養専門職	92	(91.1)	104	(86.7)	0.301
歯科口腔専門職	17	(16.8)	4	(3.3)	0.001
介護福祉士を含む介護職員	92	(91.1)	103	(85.8)	0.227
介護支援専門員	76	(75.2)	88	(73.3)	0.746
看護師・准看護師	71	(70.3)	80	(66.7)	0.563



表10 クロス集計（特養）n, %の比較

特養	リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映				$\chi^2$ 検定 p値
	反映できている		反映できていない		
	n	(%)	n	(%)	
[19. 食事介助状況の把握]					
リハビリテーション専門職	28	(27.7)	11	(9.2)	<0.001
機能訓練指導員	57	(56.4)	39	(32.5)	<0.001
栄養専門職	95	(94.1)	103	(85.8)	0.046
歯科口腔専門職	22	(21.8)	4	(3.3)	<0.001
介護福祉士を含む介護職員	91	(90.1)	105	(87.5)	0.543
介護支援専門員	86	(85.1)	96	(80.0)	0.317
看護師・准看護師	83	(82.2)	96	(80.0)	0.681
[20. 褥瘡の把握]					
リハビリテーション専門職	29	(28.7)	13	(10.8)	0.001
機能訓練指導員	66	(65.3)	42	(35.0)	<0.001
栄養専門職	89	(88.1)	98	(81.7)	0.185
歯科口腔専門職	13	(12.9)	2	(1.7)	0.001
介護福祉士を含む介護職員	91	(90.1)	103	(85.8)	0.335
介護支援専門員	87	(86.1)	96	(80.0)	0.228
看護師・准看護師	95	(94.1)	104	(86.7)	0.067
[21. 口腔衛生状態（歯や義歯の汚れ、舌苔、口臭等）の把握]					
リハビリテーション専門職	21	(20.8)	5	(4.2)	<0.001
機能訓練指導員	30	(29.7)	16	(13.3)	0.003
栄養専門職	59	(58.4)	45	(37.5)	0.002
歯科口腔専門職	56	(55.4)	37	(30.8)	<0.001
介護福祉士を含む介護職員	86	(85.1)	98	(81.7)	0.490
介護支援専門員	59	(58.4)	75	(62.5)	0.536
看護師・准看護師	72	(71.3)	81	(67.5)	0.543
[22. 日常的な口腔ケアの実施]					
リハビリテーション専門職	15	(14.9)	3	(2.5)	0.001
機能訓練指導員	28	(27.7)	18	(15.0)	0.020
栄養専門職	38	(37.6)	32	(26.7)	0.081
歯科口腔専門職	47	(46.5)	25	(20.8)	<0.001
介護福祉士を含む介護職員	93	(92.1)	104	(86.7)	0.198
介護支援専門員	52	(51.5)	63	(52.5)	0.880
看護師・准看護師	63	(62.4)	65	(54.2)	0.218
[23. 口腔機能状態（摂食嚥下、頸部・顔面周囲筋の緊張や筋力、頸部、口腔周囲の可動域、口腔内や口唇の感覚、舌の動き、むせ、口腔乾燥等）の把握]					
リハビリテーション専門職	25	(24.8)	8	(6.7)	<0.001
機能訓練指導員	52	(51.5)	31	(25.8)	<0.001
栄養専門職	71	(70.3)	70	(58.3)	0.065
歯科口腔専門職	52	(51.5)	27	(22.5)	<0.001
介護福祉士を含む介護職員	83	(82.2)	90	(75.0)	0.197
介護支援専門員	65	(64.4)	78	(65.0)	0.921
看護師・准看護師	76	(75.2)	91	(75.8)	0.920
[24. 義歯の有無の把握]					
リハビリテーション専門職	21	(20.8)	7	(5.8)	0.001
機能訓練指導員	46	(45.5)	26	(21.7)	<0.001
栄養専門職	75	(74.3)	84	(70.0)	0.483
歯科口腔専門職	54	(53.5)	32	(26.7)	<0.001
介護福祉士を含む介護職員	92	(91.1)	103	(85.8)	0.227
介護支援専門員	77	(76.2)	93	(77.5)	0.824
看護師・准看護師	76	(75.2)	89	(74.2)	0.854

表10 クロス集計（特養）n, %の比較

特養	リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映				$\chi^2$ 検定 p値
	反映できている		反映できていない		
	n	(%)	n	(%)	
[25. 義歯の問題の把握]					
リハビリテーション専門職	19	(18.8)	5	(4.2)	<0.001
機能訓練指導員	34	(33.7)	20	(16.7)	0.003
栄養専門職	57	(56.4)	69	(57.5)	0.873
歯科口腔専門職	54	(53.5)	33	(27.5)	<0.001
介護福祉士を含む介護職員	84	(83.2)	99	(82.5)	0.896
介護支援専門員	74	(73.3)	88	(73.3)	0.991
看護師・准看護師	71	(70.3)	89	(74.2)	0.521
[26. 服薬状況の把握]					
リハビリテーション専門職	17	(16.8)	5	(4.2)	0.002
機能訓練指導員	37	(36.6)	22	(18.3)	0.002
栄養専門職	49	(48.5)	50	(41.7)	0.308
歯科口腔専門職	13	(12.9)	6	(5.0)	0.038
介護福祉士を含む介護職員	88	(87.1)	104	(86.7)	0.919
介護支援専門員	70	(69.3)	94	(78.3)	0.127
看護師・准看護師	92	(91.1)	104	(86.7)	0.301
[27. 排泄状況の把握]					
リハビリテーション専門職	18	(17.8)	6	(5.0)	0.002
機能訓練指導員	46	(45.5)	29	(24.2)	0.001
栄養専門職	44	(43.6)	42	(35.0)	0.193
歯科口腔専門職	10	(9.9)	3	(2.5)	0.020
介護福祉士を含む介護職員	91	(90.1)	104	(86.7)	0.430
介護支援専門員	72	(71.3)	90	(75.0)	0.534
看護師・准看護師	87	(86.1)	97	(80.8)	0.293
[28. 認知機能の把握]					
リハビリテーション専門職	29	(28.7)	13	(10.8)	0.001
機能訓練指導員	66	(65.3)	40	(33.3)	<0.001
栄養専門職	67	(66.3)	65	(54.2)	0.066
歯科口腔専門職	21	(20.8)	9	(7.5)	0.004
介護福祉士を含む介護職員	90	(89.1)	101	(84.2)	0.285
介護支援専門員	84	(83.2)	102	(85.0)	0.710
看護師・准看護師	89	(88.1)	100	(83.3)	0.314
[29. アドバンス・ケア・プランニングへの参加]					
リハビリテーション専門職	14	(13.9)	4	(3.3)	0.004
機能訓練指導員	30	(29.7)	15	(12.5)	0.002
栄養専門職	41	(40.6)	33	(27.5)	0.040
歯科口腔専門職	17	(16.8)	2	(1.7)	<0.001
介護福祉士を含む介護職員	45	(44.6)	45	(37.5)	0.288
介護支援専門員	53	(52.5)	52	(43.3)	0.175
看護師・准看護師	47	(46.5)	46	(38.3)	0.219
[30. 経口維持加算による多職種ミールラウンド・カンファレンスへの参加]					
リハビリテーション専門職	21	(20.8)	5	(4.2)	<0.001
機能訓練指導員	36	(35.6)	11	(9.2)	<0.001
栄養専門職	58	(57.4)	40	(33.3)	<0.001
歯科口腔専門職	22	(21.8)	7	(5.8)	<0.001
介護福祉士を含む介護職員	52	(51.5)	38	(31.7)	0.003
介護支援専門員	48	(47.5)	37	(30.8)	0.011
看護師・准看護師	50	(49.5)	36	(30.0)	0.003

表10 クロス集計（特養）n, %の比較

特養	リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映				$\chi^2$ 検定 p値
	反映できている		反映できていない		
	n	(%)	n	(%)	
[31. 居宅を訪問し、状況を把握（各専門職の視点で）]					
リハビリテーション専門職	3	(3.0)	0	(0.0)	0.057
機能訓練指導員	5	(5.0)	3	(2.5)	0.331
栄養専門職	3	(3.0)	3	(2.5)	0.830
歯科口腔専門職	1	(1.0)	0	(0.0)	0.275
介護福祉士を含む介護職員	7	(6.9)	9	(7.5)	0.871
介護支援専門員	20	(19.8)	18	(15.0)	0.346
看護師・准看護師	7	(6.9)	10	(8.3)	0.697
<b>リハビリテーション・機能訓練指導員、栄養専門職、歯科口腔が参加するカンファレンスの状況</b>					
<b>開催している</b>	<b>67</b>	<b>(66.3)</b>	<b>20</b>	<b>(16.8)</b>	<b>&lt;0.001</b>
開催している場合頻度（開催していると回答した施設）					
毎日	1	(1.5)	1	(5.0)	
週3~6日	6	(9.0)	1	(5.0)	
週1,2日	16	(23.9)	6	(30.0)	
月1~3日	33	(49.3)	8	(40.0)	
月1回未満	11	(16.4)	4	(20.0)	0.782
カンファレンスの目的（開催していると回答した施設 複数回答）					
介護支援専門員が主催するサービス担当者会議	60	(89.6)	17	(85.0)	0.575
ケアプランの共有	46	(68.7)	12	(60.0)	0.471
ミールラウンド後のカンファレンス	24	(35.8)	7	(35.0)	0.946
一体的計画書の共有	16	(23.9)	3	(15.0)	0.399
退所前情報共有	3	(4.5)	1	(5.0)	0.922
委員会	17	(25.4)	6	(30.0)	0.681
飲食レクリエーション	6	(9.0)	2	(10.0)	0.887
その他	0	(0.0)	0	(0.0)	-
<b>リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養のインフォーマルな話し合いの状況</b>					
<b>実施している</b>	<b>69</b>	<b>(68.3)</b>	<b>32</b>	<b>(26.9)</b>	<b>&lt;0.001</b>
インフォーマルな話し合いの頻度（実施していると回答した施設）					
毎日	16	(23.5)	7	(21.9)	
週3~6日	12	(17.6)	5	(15.6)	
週1,2日	20	(29.4)	10	(31.3)	
月1~3日	12	(17.6)	9	(28.1)	
月1回未満	8	(11.8)	1	(3.1)	0.550
インフォーマルな話し合いの内容（実施していると回答した施設 複数回答）					
<b>リハビリテーション・個別機能訓練に関すること</b>	<b>45</b>	<b>(65.2)</b>	<b>13</b>	<b>(40.6)</b>	<b>0.020</b>
栄養・食事に関すること	60	(87.0)	28	(87.5)	0.940
口腔に関すること	39	(56.5)	15	(46.9)	0.366
利用者の体調に関すること	61	(88.4)	24	(75.0)	0.086
モニタリング（計画の実施状況）に関すること	31	(44.9)	11	(34.4)	0.317
支援には直接関係しない利用者の情報に関すること	19	(27.5)	13	(40.6)	0.188
家族からの情報に関すること	31	(44.9)	17	(53.1)	0.443
その他	2	(2.9)	0	(0.0)	0.331
インフォーマルな話し合いの共有（実施していると回答した施設）					
その場にはいないものを含むすべての職員	53	(77.9)	22	(68.8)	
その場にいた職員のみ	15	(22.1)	10	(31.3)	0.322
インフォーマルな話し合いの共有方法（実施していると回答した施設 複数選択）					
カルテなどに記録して共有する	41	(58.6)	16	(48.5)	0.337
<b>議事録を作成して共有している</b>	<b>24</b>	<b>(34.3)</b>	<b>4</b>	<b>(12.1)</b>	<b>0.018</b>
口頭で伝達する	50	(72.5)	24	(75.0)	0.789
その他	8	(11.6)	5	(15.6)	0.574

表10 クロス集計（特養）n, %の比較

特養	リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映				$\chi^2$ 検定 p値
	反映できている		反映できていない		
	n	(%)	n	(%)	
「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」の推進による効果の状況 (複数回答)					
入所者の新たな課題やニーズを早期に把握できるようになった	43	(42.6)	14	(11.7)	<0.001
日常の職種間の情報連携の頻度が増えた	52	(51.5)	12	(10.0)	<0.001
ケアプランで共通した目標設定ができるようになった	42	(41.6)	12	(10.0)	<0.001
各専門職の専門用語への理解が深まった	13	(12.9)	2	(1.7)	0.001
各専門職の業務フローへの理解が深まった	15	(14.9)	2	(1.7)	<0.001
職員の職務満足度が高まった	2	(2.0)	2	(1.7)	0.862
褥瘡のケアが充実した	21	(20.8)	7	(5.8)	0.001
看取りのケアが充実した	0	(0.0)	0	(0.0)	-
認知症のケアが充実した	0	(0.0)	0	(0.0)	-
外部の関連者との連携が強化された	7	(6.9)	1	(0.8)	0.016
リハビリテーションのアウトカムがよくなった	2	(2.0)	1	(0.8)	0.463
個別機能訓練のアウトカムがよくなった	14	(13.9)	6	(5.0)	0.022
栄養のアウトカムが良くなった	24	(23.8)	8	(6.7)	<0.001
歯科口腔のアウトカムがよくなった	15	(14.9)	5	(4.2)	0.006
入院が減少した	8	(7.9)	0	(0.0)	0.002
肺炎が少なくなった	15	(14.9)	2	(1.7)	<0.001
在宅復帰が促進された	0	(0.0)	0	(0.0)	-
認知症の重度化が防止された	3	(3.0)	1	(0.8)	0.235
ADL・IADLが維持改善された	12	(11.9)	4	(3.3)	0.015
ポリファーマシー対策が強化された	1	(1.0)	0	(0.0)	0.275
転倒頻度・転倒リスクが減弱した	6	(5.9)	0	(0.0)	0.007
生きがい・QOLがその人らしく感じるようになった	12	(11.9)	1	(0.8)	0.001
残存機能の今後の見通しがわかりやすくなった	11	(10.9)	2	(1.7)	0.004
介護者の負担軽減につながった	7	(6.9)	2	(1.7)	0.049
取り組んでいないのでわからない	0	(0.0)	0	(0.0)	-

表10 クロス集計（特養）n, %の比較

特養	リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映				$\chi^2$ 検定 p値
	反映できている		反映できていない		
	n	(%)	n	(%)	
「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」を推進するうえでの課題（複数回答）					
専門職が常勤配置されていない	35	(34.7)	84	(70.0)	<0.001
外部機関（同一法人を含む）所属の専門職との連携体制がない・わからない	14	(13.9)	39	(32.5)	0.001
専門職が互いの業務に対する理解がない	11	(10.9)	9	(7.5)	0.381
主導する職種が決まっていない・わからない	33	(32.7)	47	(39.2)	0.317
電子システムが対応していない	21	(20.8)	16	(13.3)	0.139
専門職同士がわからないことがあったときに気軽に相談できない	6	(5.9)	10	(8.3)	0.494
経営上のメリットがない	9	(8.9)	8	(6.7)	0.533
「一体的取組」を推進するうえで、すでに取り組んでいること（複数回答）					
連携に関与する専門職を新規に雇用している	10	(9.9)	4	(3.3)	0.046
外部機関所属（同一法人を含む）の専門職との連携体制を強化している	18	(17.8)	8	(6.7)	0.010
リハビリテーション・機能訓練・栄養管理・口腔管理の専門職（同一事業所・同一法人所属）と本人・家族、ケアマネジャー等が参加するカンファレンスを（定期的に）開催している	35	(34.7)	7	(5.8)	<0.001
リハビリテーション・機能訓練・栄養管理・口腔管理の専門職（（同一事業所・同一法人を除く外部機関所属））と本人・家族、ケアマネジャー等が参加するカンファレンスを（定期的に）開催している	9	(8.9)	4	(3.3)	0.079
専門職が互いの業務に対する理解を深めるための研修会を開催している	23	(22.8)	6	(5.0)	<0.001
主導する職種を決めている	9	(8.9)	3	(2.5)	0.036
電子システムを導入している	27	(26.7)	11	(9.2)	0.001
専門職同士がわからないことがあったときに気軽に相談できる職場づくりに努めている	49	(48.5)	43	(35.8)	0.057
職種間でのSNSを活用した気付きの共有や合意形成	2	(2.0)	2	(1.7)	0.862

表10 クロス集計（特養）n, %の比較

特養	反映できている		反映できていない		$\chi^2$ 検定 p値
	n	(%)	n	(%)	
リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映					
利用者への支援について、多職種チームの誰かが何かを気にかけている場合に、全体で取り上げるようにしている					0.001 †
全くあてはまらない	0	(0.0)	2	(1.7)	
あまりあてはまらない	3	(3.0)	16	(13.3)	
ややあてはまる	62	(61.4)	78	(65.0)	
とてもあてはまる	36	(35.6)	24	(20.0)	
利用者の価値観への配慮が必要で、技術で割り切れない問題は、多職種チームで話し合っている。					<0.001 †
全くあてはまらない	1	(1.0)	4	(3.3)	
あまりあてはまらない	4	(4.0)	13	(10.8)	
ややあてはまる	60	(59.4)	82	(68.3)	
とてもあてはまる	36	(35.6)	21	(17.5)	
多職種チームは、ある程度の期間一緒に働いて人となりが分かった人が何人かいる					<0.001 †
全くあてはまらない	1	(1.0)	4	(3.3)	
あまりあてはまらない	5	(5.0)	19	(15.8)	
ややあてはまる	51	(50.5)	71	(59.2)	
とてもあてはまる	44	(43.6)	26	(21.7)	
多職種チームは、紙や電子カルテでの意思疎通だけでなく、顔を合わせて意見や気持ちを話し合っている					<0.001 †
全くあてはまらない	0	(0.0)	5	(4.2)	
あまりあてはまらない	5	(5.0)	20	(16.7)	
ややあてはまる	51	(50.5)	68	(56.7)	
とてもあてはまる	45	(44.6)	27	(22.5)	
多職種チームは、わからないことがあれば、他職種に教えてもらうことができる					0.002 †
全くあてはまらない	1	(1.0)	0	(0.0)	
あまりあてはまらない	4	(4.0)	12	(10.0)	
ややあてはまる	45	(44.6)	72	(60.0)	
とてもあてはまる	51	(50.5)	36	(30.0)	
カンファレンスには多くの職種が参加し、それぞれが意見を述べている					<0.001 †
全くあてはまらない	0	(0.0)	4	(3.3)	
あまりあてはまらない	4	(4.0)	20	(16.7)	
ややあてはまる	42	(41.6)	69	(57.5)	
とてもあてはまる	55	(54.5)	27	(22.5)	
カンファレンスで一度も発言しない職種がないように、配慮されている					<0.001 †
全くあてはまらない	0	(0.0)	2	(1.7)	
あまりあてはまらない	9	(8.9)	25	(20.8)	
ややあてはまる	39	(38.6)	58	(48.3)	
とてもあてはまる	53	(52.5)	35	(29.2)	
職種の専門性を尊重した協働がなされるように配慮されている					<0.001 †
全くあてはまらない	1	(1.0)	1	(0.8)	
あまりあてはまらない	8	(7.9)	22	(18.5)	
ややあてはまる	51	(50.5)	74	(62.2)	
とてもあてはまる	41	(40.6)	22	(18.5)	
カンファレンスでは、話し合うだけでなく一定の結論を導き出す場になるように配慮されている					0.001 †
全くあてはまらない	1	(1.0)	2	(1.7)	
あまりあてはまらない	9	(9.0)	26	(21.7)	
ややあてはまる	57	(57.0)	72	(60.0)	
とてもあてはまる	33	(33.0)	20	(16.7)	
多職種チーム内で支援目標を共有している					<0.001 †
全くあてはまらない	0	(0.0)	2	(1.7)	
あまりあてはまらない	6	(6.0)	26	(21.7)	
ややあてはまる	54	(54.0)	73	(60.8)	
とてもあてはまる	40	(40.0)	19	(15.8)	

†：マンホイットニーのU検定

表11 クロス集計（老健）統計量の比較

老健	リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標の リハビリテーション計画または機能訓練計画への反映				マンホワイティング 検査				
	度数	平均値	中央値	標準偏差	度数	平均値	中央値	標準偏差	p値
定員・利用者数									
定員（床）	112	91.1	100.0	(32.1)	54	81.7	87.5	(36.8)	0.075
入所実人数（人）	112	81.3	85.0	(30.2)	54	71.1	75.0	(33.2)	0.052
平均在所日数（日）	105	417.3	343.0	(260.7)	45	354.1	300.0	(250.3)	0.133
在宅復帰率（%）	111	39.9	42.0	(23.5)	49	34.6	37.0	(20.7)	0.177
要介護度別利用者数（利用実人数100名当たり）									
要介護1	110	13.0	12.3	(7.4)	51	13.3	12.0	(8.9)	0.981
<b>要介護2</b>	<b>110</b>	<b>17.9</b>	<b>17.5</b>	<b>(6.1)</b>	<b>51</b>	<b>20.6</b>	<b>20.5</b>	<b>(7.7)</b>	<b>0.008</b>
要介護3	110	25.0	24.5	(6.6)	51	24.0	24.8	(6.6)	0.688
要介護4	110	28.0	27.8	(8.7)	51	25.9	26.3	(7.1)	0.065
要介護5	110	15.3	14.8	(6.6)	51	15.8	14.6	(11.1)	0.589
低栄養リスク別人数（利用実人数100名当たり）									
低リスク	105	43.4	42.6	(21.3)	46	38.4	30.9	(19.9)	0.181
中リスク	105	44.3	45.1	(17.2)	46	45.2	50.0	(16.6)	0.592
<b>高リスク</b>	<b>105</b>	<b>11.4</b>	<b>9.1</b>	<b>(8.9)</b>	<b>46</b>	<b>15.7</b>	<b>13.6</b>	<b>(13.1)</b>	<b>0.043</b>
食事形態別人数割合（利用実人数100名当たり）									
<b>常食</b>	<b>106</b>	<b>37.1</b>	<b>33.2</b>	<b>(21.2)</b>	<b>50</b>	<b>31.2</b>	<b>24.2</b>	<b>(22.1)</b>	<b>0.036</b>
常食でない主食または副食	106	57.7	61.1	(21.0)	50	61.0	68.8	(24.1)	0.168
経管栄養または静脈栄養のみ	106	5.3	4.3	(4.9)	50	7.8	6.0	(8.9)	0.148
過去6か月間の状況※入所100名当たり（人）	112	63.1	53.4	(57.1)	54	53.9	56.1	(43.6)	0.404
退所した人数（死亡を含む）	112	63.1	53.4	(57.1)	54	53.9	56.1	(43.6)	0.404
<b>退所した人のうち、在宅へ退所した人数</b>	<b>111</b>	<b>25.3</b>	<b>16.9</b>	<b>(28.3)</b>	<b>54</b>	<b>16.4</b>	<b>12.9</b>	<b>(17.1)</b>	<b>0.049</b>
入院した人数（入院先で死亡も含む）	111	23.1	16.7	(40.1)	53	20.4	13.2	(35.0)	0.113
入院した人のうち、誤嚥性肺炎により入院した人数	112	1.3	0.0	(2.3)	53	0.9	0.0	(2.0)	0.193
死亡した人数	112	5.8	4.3	(9.5)	54	8.3	5.7	(9.4)	0.093
死亡した人のうち、亡くなる1か月前の時点で経口摂取（ブリン・アイス等を含む）していた後に看取った人数	111	3.0	1.1	(5.2)	54	3.5	0.0	(6.7)	0.227

表1-11 クロス集計（老健）統計量の比較

老健 専門職の常勤換算人数（人）	反映できている			反映できていない			マンホットニ ン偏差 p値		
	度数	平均値	中央値	標準偏差	度数	平均値		中央値	標準偏差
医師	112	1.1	1.0	(0.6)	54	1.2	1.0	(1.4)	0.863
歯科医師	112	0.0	0.0	(0.1)	54	0.0	0.0	(0.0)	0.161
歯科衛生士	112	0.1	0.0	(0.4)	54	0.1	0.0	(0.2)	0.252
薬剤師	112	0.5	0.3	(1.0)	54	0.4	0.3	(0.4)	0.195
<b>介護福祉士</b>	<b>112</b>	<b>23.1</b>	<b>22.3</b>	<b>(12.3)</b>	<b>54</b>	<b>17.8</b>	<b>17.8</b>	<b>(11.0)</b>	<b>0.001</b>
介護職員（介護福祉士を除く）	112	13.0	6.0	(57.2)	54	9.0	7.5	(7.1)	0.150
介護支援専門員	112	2.1	1.9	(2.4)	54	1.6	1.0	(1.2)	0.073
<b>看護師</b>	<b>112</b>	<b>7.0</b>	<b>6.2</b>	<b>(3.8)</b>	<b>54</b>	<b>5.9</b>	<b>5.4</b>	<b>(3.6)</b>	<b>0.042</b>
准看護師	112	3.6	3.4	(2.7)	54	3.4	3.4	(2.3)	0.768
<b>理学療法士</b>	<b>112</b>	<b>3.2</b>	<b>3.0</b>	<b>(2.6)</b>	<b>54</b>	<b>2.5</b>	<b>2.0</b>	<b>(2.3)</b>	<b>0.020</b>
<b>作業療法士</b>	<b>112</b>	<b>2.0</b>	<b>2.0</b>	<b>(1.8)</b>	<b>54</b>	<b>1.6</b>	<b>1.0</b>	<b>(1.4)</b>	<b>0.050</b>
<b>言語聴覚士</b>	<b>112</b>	<b>0.6</b>	<b>0.4</b>	<b>(0.7)</b>	<b>54</b>	<b>0.3</b>	<b>0.0</b>	<b>(0.6)</b>	<b>0.007</b>
専任の機能訓練指導員	112	0.0	0.0	(0.2)	54	0.1	0.0	(0.4)	0.448
管理栄養士	112	1.4	1.0	(0.7)	54	1.3	1.0	(0.8)	0.153
栄養士（管理栄養士を除く）	112	0.3	0.0	(0.7)	54	0.1	0.0	(0.5)	0.091
専門職の常勤換算人数※入所100名当たり（人）									
医師	112	1.5	1.3	(1.2)	54	2.0	1.3	(2.2)	0.190
歯科医師	112	0.0	0.0	(0.1)	54	0.0	0.0	(0.0)	0.161
歯科衛生士	112	0.2	0.0	(0.5)	54	0.1	0.0	(0.4)	0.281
薬剤師	112	0.6	0.4	(1.3)	54	0.7	0.5	(1.3)	0.073
<b>介護福祉士</b>	<b>112</b>	<b>29.2</b>	<b>28.2</b>	<b>(11.1)</b>	<b>54</b>	<b>25.4</b>	<b>24.7</b>	<b>(10.3)</b>	<b>0.041</b>
<b>介護職員（介護福祉士を除く）</b>	<b>112</b>	<b>15.7</b>	<b>8.1</b>	<b>(65.7)</b>	<b>54</b>	<b>14.0</b>	<b>11.3</b>	<b>(10.3)</b>	<b>0.001</b>
介護支援専門員	112	2.7	2.2	(2.7)	54	2.9	2.2	(3.0)	0.440
看護師	112	9.1	8.5	(5.7)	54	8.7	8.5	(3.9)	0.929
准看護師	112	4.9	4.1	(4.4)	54	5.4	4.8	(4.5)	0.417
理学療法士	112	4.2	3.5	(4.9)	54	3.3	2.9	(2.6)	0.098
作業療法士	112	2.6	2.2	(2.0)	54	2.3	2.1	(2.1)	0.290
<b>言語聴覚士</b>	<b>112</b>	<b>0.8</b>	<b>0.3</b>	<b>(1.2)</b>	<b>54</b>	<b>0.4</b>	<b>0.0</b>	<b>(0.7)</b>	<b>0.028</b>
専任の機能訓練指導員	112	0.0	0.0	(0.3)	54	0.1	0.0	(0.6)	0.436
管理栄養士	112	2.0	1.7	(2.3)	54	2.1	1.7	(1.5)	0.743
栄養士（管理栄養士を除く）	112	0.4	0.0	(1.3)	54	0.1	0.0	(0.5)	0.091



表12 クロス集計（老健）n, %の比較

老健	リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映				$\chi^2$ 検定 p値
	反映できている		反映できていない		
	n	(%)	n	(%)	
咀嚼機能低下者に提供する食事形態					
柔らかいものが噛める入所者					
常食	13	(11.6)	6	(11.1)	0.658
軟食、軟菜食	57	(50.9)	28	(51.9)	
きざみ食	36	(32.1)	18	(33.3)	
ソフト食、ムース食	5	(4.5)	1	(1.9)	
ミキサー食	1	(0.9)	0	(0.0)	
その他	0	(0.0)	1	(1.9)	
柔らかいものが噛めない入所者への対応					
常食	0	(0.0)	0	(0.0)	0.963
軟食、軟菜食	2	(1.8)	1	(1.9)	
きざみ食	48	(42.9)	20	(37.0)	
ソフト食、ムース食	30	(26.8)	15	(27.8)	
ミキサー食	30	(26.8)	17	(31.5)	
その他	2	(1.8)	1	(1.9)	
管理栄養士常勤換算2以上					
あり	24	(29.6)	5	(15.2)	0.107
外部機関等に所属し連携(評価・治療・ケア等)している専門職					
医師					
あり(同一法人)	34	(30.4)	18	(33.3)	0.627
あり(他法人)	12	(10.7)	8	(14.8)	
なし	66	(58.9)	28	(51.9)	
歯科医師					
あり(同一法人)	17	(15.2)	4	(7.4)	0.211
あり(他法人)	67	(59.8)	31	(57.4)	
なし	28	(25.0)	19	(35.2)	
歯科衛生士					
あり(同一法人)	22	(19.6)	7	(13.0)	0.551
あり(他法人)	42	(37.5)	23	(42.6)	
なし	48	(42.9)	24	(44.4)	
理学療法士					
あり(同一法人)	16	(14.3)	7	(13.0)	0.974
あり(他法人)	2	(1.8)	1	(1.9)	
なし	94	(83.9)	46	(85.2)	
作業療法士					
あり(同一法人)	11	(9.8)	7	(13.0)	0.411
あり(他法人)	3	(2.7)	0	(0.0)	
なし	98	(87.5)	47	(87.0)	
言語聴覚士					
あり(同一法人)	15	(13.4)	5	(9.3)	0.443
あり(他法人)	2	(1.8)	0	(0.0)	
なし	95	(84.8)	49	(90.7)	
管理栄養士					
あり(同一法人)	14	(12.5)	4	(7.4)	0.362
あり(他法人)	2	(1.8)	0	(0.0)	
なし	96	(85.7)	50	(92.6)	

表12 クロス集計（老健）n, %の比較

老健	リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映				$\chi^2$ 検定 p値
	反映できている		反映できていない		
	n	(%)	n	(%)	
加算算定の状況（2022年9月の1か月間に1件以上）（複数回答）					
栄養マネジメント強化加算	54	(48.2)	21	(38.9)	0.258
経口移行加算	25	(22.3)	9	(16.7)	0.398
経口維持加算Ⅰ	62	(55.4)	27	(50.0)	0.517
<b>経口維持加算Ⅱ</b>	<b>54</b>	<b>(48.2)</b>	<b>15</b>	<b>(27.8)</b>	<b>0.012</b>
再入所時栄養連携加算	7	(6.3)	4	(7.4)	0.779
<b>療養食加算</b>	<b>108</b>	<b>(96.4)</b>	<b>47</b>	<b>(87.0)</b>	<b>0.023</b>
口腔衛生管理加算Ⅰ	14	(12.5)	8	(14.8)	0.680
<b>口腔衛生管理加算Ⅱ</b>	<b>41</b>	<b>(36.6)</b>	<b>8</b>	<b>(14.8)</b>	<b>0.004</b>
生活機能向上連携加算	6	(5.4)	0	(0.0)	0.083
褥瘡マネジメント加算	65	(58.0)	26	(48.1)	0.230
科学的介護推進連携加算	92	(82.1)	42	(77.8)	0.504
認知症専門ケア加算Ⅰ	12	(10.7)	4	(7.4)	0.499
認知症専門ケア加算Ⅱ	7	(6.3)	1	(1.9)	0.215
栄養ケア・マネジメント未実施減算	1	(0.9)	1	(1.9)	0.596
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算	77	(68.8)	29	(53.7)	0.059
ターミナルケア加算	64	(57.1)	29	(53.7)	0.676
在宅復帰・在宅療養支援機能加算	78	(69.6)	30	(55.6)	0.075
入所前後訪問指導加算	90	(80.4)	42	(77.8)	0.700
退所時等支援等加算	71	(63.4)	29	(53.7)	0.232
<b>かかりつけ医連携薬剤調整加算</b>	<b>19</b>	<b>(17.0)</b>	<b>2</b>	<b>(3.7)</b>	<b>0.016</b>

表12 クロス集計（老健）n, %の比較

老健	リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映				$\chi^2$ 検定 p値
	反映できている		反映できていない		
	n	(%)	n	(%)	
「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書(一体的計画書)」(厚生労働省公開の一体的計画書様式例知っている)					
知っている	91	(81.3)	34	(63.0)	0.010
一体的計画書使用している					
使用している	29	(25.9)	3	(5.6)	0.002
一体的様式例書類作成に関与（一体的計画書使用していると回答した施設 複数選択）					
医師	16	(55.2)	3	(100.0)	0.132
歯科医師	1	(3.4)	0	(0.0)	0.744
歯科衛生士	7	(24.1)	0	(0.0)	0.336
薬剤師	6	(20.7)	0	(0.0)	0.382
介護福祉士	17	(58.6)	3	(100.0)	0.159
介護職員（介護福祉士を除く）	16	(55.2)	3	(100.0)	0.132
介護支援専門員	18	(62.1)	3	(100.0)	0.188
看護師	17	(58.6)	3	(100.0)	0.159
准看護師	13	(44.8)	3	(100.0)	0.069
理学療法士	25	(86.2)	3	(100.0)	0.492
作業療法士	21	(72.4)	2	(66.7)	0.833
言語聴覚士	0	(0.0)	0	(0.0)	-
専任で勤務する機能訓練指導員	0	(0.0)	0	(0.0)	-
管理栄養士	21	(72.4)	2	(66.7)	0.833
栄養士（管理栄養士を除く）	1	(3.4)	0	(0.0)	0.744
その他	1	(3.4)	0	(0.0)	0.744
一体的様式例意向確認聞き取りに関与（一体的計画書使用していると回答した施設 複数選択）					
医師	14	(48.3)	1	(33.3)	0.621
<b>歯科医師</b>	1	(3.4)	0	(0.0)	0.744
歯科衛生士	4	(13.8)	0	(0.0)	0.492
薬剤師	1	(3.4)	0	(0.0)	0.744
介護福祉士	15	(51.7)	2	(66.7)	0.621
介護職員（介護福祉士を除く）	11	(37.9)	2	(66.7)	0.335
介護支援専門員	21	(72.4)	3	(100.0)	0.294
看護師	15	(51.7)	2	(66.7)	0.621
准看護師	11	(37.9)	2	(66.7)	0.335
理学療法士	17	(58.6)	3	(100.0)	0.159
作業療法士	14	(48.3)	2	(66.7)	0.544
言語聴覚士	0	(0.0)	0	(0.0)	-
専任で勤務する機能訓練指導員	0	(0.0)	0	(0.0)	-
管理栄養士	14	(48.3)	1	(33.3)	0.621
栄養士（管理栄養士を除く）	1	(3.4)	0	(0.0)	0.744
その他	2	(6.9)	0	(0.0)	0.639
一体的様式例未使用理由（一体的計画書使用していないと回答した施設 複数選択）					
<b>別の書式で運用している</b>	<b>62</b>	<b>(74.7)</b>	<b>24</b>	<b>(47.1)</b>	<b>0.001</b>
様式例の使い勝手が悪い	13	(15.7)	4	(7.8)	0.187
電子システムが対応していない	27	(32.5)	12	(23.5)	0.265
<b>活用を主導する旗振り役がない</b>	<b>10</b>	<b>(12.0)</b>	<b>14</b>	<b>(27.5)</b>	<b>0.024</b>
多職種で書類を共有することが難しい	19	(22.9)	12	(23.5)	0.932
各職種の業務についての相互の理解不足	4	(4.8)	5	(9.8)	0.263
活用を促す加算がない	9	(10.8)	7	(13.7)	0.617
その他	6	(7.2)	5	(9.8)	0.598

表12 クロス集計（老健）n, %の比較

老健	リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映				$\chi^2$ 検定 p値
	反映できている		反映できていない		
	n	(%)	n	(%)	
業務項目別の連携協働している職種(各項目について職種は複数回答)					
[1. リハビリテーション・個別機能訓練目標の共有]					
リハビリテーション専門職	110	(98.2)	48	(88.9)	0.009
機能訓練指導員	7	(6.3)	2	(3.7)	0.497
栄養専門職	76	(67.9)	22	(40.7)	0.001
歯科口腔専門職	13	(11.6)	1	(1.9)	0.034
介護福祉士を含む介護職員	97	(86.6)	38	(70.4)	0.012
介護支援専門員	100	(89.3)	36	(66.7)	<0.001
看護師・准看護師	95	(84.8)	35	(64.8)	0.003
[2. リハビリテーション・個別機能訓練計画の共有]					
リハビリテーション専門職	105	(93.8)	46	(85.2)	0.071
機能訓練指導員	7	(6.3)	2	(3.7)	0.497
栄養専門職	72	(64.3)	21	(38.9)	0.002
歯科口腔専門職	13	(11.6)	1	(1.9)	0.034
介護福祉士を含む介護職員	92	(82.1)	35	(64.8)	0.014
介護支援専門員	96	(85.7)	34	(63.0)	0.001
看護師・准看護師	90	(80.4)	32	(59.3)	0.004
[3. 栄養ケアの目標の共有]					
リハビリテーション専門職	84	(75.0)	23	(42.6)	<0.001
機能訓練指導員	6	(5.4)	2	(3.7)	0.641
栄養専門職	104	(92.9)	42	(77.8)	0.005
歯科口腔専門職	19	(17.0)	2	(3.7)	0.016
介護福祉士を含む介護職員	89	(79.5)	31	(57.4)	0.003
介護支援専門員	91	(81.3)	33	(61.1)	0.005
看護師・准看護師	89	(79.5)	32	(59.3)	0.006
[4. 栄養ケア計画の共有]					
リハビリテーション専門職	81	(72.3)	20	(37.0)	<0.001
機能訓練指導員	6	(5.4)	3	(5.6)	0.958
栄養専門職	102	(91.1)	43	(79.6)	0.038
歯科口腔専門職	21	(18.8)	2	(3.7)	0.009
介護福祉士を含む介護職員	86	(76.8)	26	(48.1)	<0.001
介護支援専門員	92	(82.1)	31	(57.4)	0.001
看護師・准看護師	86	(76.8)	29	(53.7)	0.003
[5. 口腔ケア・マネジメントの目標の共有]					
リハビリテーション専門職	60	(53.6)	11	(20.4)	<0.001
機能訓練指導員	4	(3.6)	2	(3.7)	0.966
栄養専門職	59	(52.7)	18	(33.3)	0.019
歯科口腔専門職	36	(32.1)	11	(20.4)	0.115
介護福祉士を含む介護職員	69	(61.6)	21	(38.9)	0.006
介護支援専門員	67	(59.8)	21	(38.9)	0.011
看護師・准看護師	66	(58.9)	22	(40.7)	0.028
[6. 口腔ケア・マネジメント計画の共有]					
リハビリテーション専門職	57	(50.9)	12	(22.2)	<0.001
機能訓練指導員	4	(3.6)	2	(3.7)	0.966
栄養専門職	59	(52.7)	18	(33.3)	0.019
歯科口腔専門職	37	(33.0)	9	(16.7)	0.027
介護福祉士を含む介護職員	69	(61.6)	18	(33.3)	0.001
介護支援専門員	67	(59.8)	19	(35.2)	0.003
看護師・准看護師	66	(58.9)	19	(35.2)	0.004

表12 クロス集計（老健）n, %の比較

老健	リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映				$\chi^2$ 検定 p値
	反映できている		反映できていない		
	n	(%)	n	(%)	
[7. リハビリテーション・個別機能訓練における活動量、筋緊張、不随意運動の有無の把握]					
リハビリテーション専門職	104	(92.9)	44	(81.5)	0.027
機能訓練指導員	7	(6.3)	2	(3.7)	0.497
栄養専門職	48	(42.9)	14	(25.9)	0.035
歯科口腔専門職	9	(8.0)	0	(0.0)	0.032
介護福祉士を含む介護職員	64	(57.1)	24	(44.4)	0.125
介護支援専門員	68	(60.7)	19	(35.2)	0.002
看護師・准看護師	68	(60.7)	23	(42.6)	0.028
[8. 筋肉量、筋力の把握]					
リハビリテーション専門職	99	(88.4)	42	(77.8)	0.073
機能訓練指導員	7	(6.3)	2	(3.7)	0.497
栄養専門職	38	(33.9)	12	(22.2)	0.124
歯科口腔専門職	7	(6.3)	0	(0.0)	0.061
介護福祉士を含む介護職員	46	(41.1)	19	(35.2)	0.467
介護支援専門員	49	(43.8)	17	(31.5)	0.130
看護師・准看護師	49	(43.8)	16	(29.6)	0.081
[9. エネルギー消費量の把握]					
リハビリテーション専門職	55	(49.1)	17	(31.5)	0.032
機能訓練指導員	4	(3.6)	3	(5.6)	0.551
栄養専門職	80	(71.4)	28	(51.9)	0.013
歯科口腔専門職	7	(6.3)	0	(0.0)	0.061
介護福祉士を含む介護職員	41	(36.6)	9	(16.7)	0.009
介護支援専門員	40	(35.7)	12	(22.2)	0.079
看護師・准看護師	51	(45.5)	11	(20.4)	0.002
[10. 呼吸機能の把握]					
リハビリテーション専門職	79	(70.5)	27	(50.0)	0.010
機能訓練指導員	6	(5.4)	2	(3.7)	0.641
栄養専門職	37	(33.0)	13	(24.1)	0.238
歯科口腔専門職	9	(8.0)	0	(0.0)	0.032
介護福祉士を含む介護職員	54	(48.2)	17	(31.5)	0.041
介護支援専門員	47	(42.0)	16	(29.6)	0.125
看護師・准看護師	78	(69.6)	33	(61.1)	0.274
[11. ADLの把握]					
リハビリテーション専門職	104	(92.9)	43	(79.6)	0.012
機能訓練指導員	7	(6.3)	2	(3.7)	0.497
栄養専門職	77	(68.8)	26	(48.1)	0.010
歯科口腔専門職	14	(12.5)	1	(1.9)	0.025
介護福祉士を含む介護職員	103	(92.0)	39	(72.2)	0.001
介護支援専門員	99	(88.4)	38	(70.4)	0.004
看護師・准看護師	103	(92.0)	38	(70.4)	<0.001
[12. 食事姿勢や椅子・机の高さの把握]					
リハビリテーション専門職	102	(91.1)	38	(70.4)	0.001
機能訓練指導員	6	(5.4)	2	(3.7)	0.641
栄養専門職	78	(69.6)	29	(53.7)	0.044
歯科口腔専門職	16	(14.3)	0	(0.0)	0.003
介護福祉士を含む介護職員	95	(84.8)	40	(74.1)	0.096
介護支援専門員	80	(71.4)	27	(50.0)	0.007
看護師・准看護師	94	(83.9)	35	(64.8)	0.006

表12 クロス集計（老健）n, %の比較

老健	リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映				$\chi^2$ 検定 p値
	反映できている		反映できていない		
	n	(%)	n	(%)	
[13. 低栄養状態リスクの把握]					
リハビリテーション専門職	82	(73.2)	24	(44.4)	<0.001
機能訓練指導員	5	(4.5)	2	(3.7)	0.819
栄養専門職	105	(93.8)	46	(85.2)	0.071
歯科口腔専門職	15	(13.4)	2	(3.7)	0.054
介護福祉士を含む介護職員	77	(68.8)	26	(48.1)	0.010
介護支援専門員	83	(74.1)	26	(48.1)	0.001
看護師・准看護師	90	(80.4)	33	(61.1)	0.008
[14. 身長・体重・BMI・体脂肪率（身体計測）の把握]					
リハビリテーション専門職	80	(71.4)	25	(46.3)	0.002
機能訓練指導員	5	(4.5)	2	(3.7)	0.819
栄養専門職	104	(92.9)	44	(81.5)	0.027
歯科口腔専門職	16	(14.3)	1	(1.9)	0.013
介護福祉士を含む介護職員	82	(73.2)	32	(59.3)	0.069
介護支援専門員	84	(75.0)	31	(57.4)	0.021
看護師・准看護師	92	(82.1)	37	(68.5)	0.048
[15. エネルギー・栄養素摂取量の把握]					
リハビリテーション専門職	72	(64.3)	20	(37.0)	0.001
機能訓練指導員	6	(5.4)	1	(1.9)	0.292
栄養専門職	103	(92.0)	46	(85.2)	0.177
歯科口腔専門職	16	(14.3)	1	(1.9)	0.013
介護福祉士を含む介護職員	69	(61.6)	28	(51.9)	0.232
介護支援専門員	72	(64.3)	25	(46.3)	0.028
看護師・准看護師	83	(74.1)	31	(57.4)	0.030
[16. 食事形態の把握]					
リハビリテーション専門職	89	(79.5)	27	(50.0)	<0.001
機能訓練指導員	6	(5.4)	1	(1.9)	0.292
栄養専門職	105	(93.8)	43	(79.6)	0.006
歯科口腔専門職	22	(19.6)	1	(1.9)	0.002
介護福祉士を含む介護職員	95	(84.8)	39	(72.2)	0.054
介護支援専門員	90	(80.4)	31	(57.4)	0.002
看護師・准看護師	97	(86.6)	38	(70.4)	0.012
[17. 食嗜好の把握]					
リハビリテーション専門職	64	(57.1)	16	(29.6)	0.001
機能訓練指導員	5	(4.5)	1	(1.9)	0.398
栄養専門職	104	(92.9)	43	(79.6)	0.012
歯科口腔専門職	12	(10.7)	1	(1.9)	0.046
介護福祉士を含む介護職員	91	(81.3)	34	(63.0)	0.010
介護支援専門員	75	(67.0)	28	(51.9)	0.060
看護師・准看護師	85	(75.9)	31	(57.4)	0.015
[18. 使用している食器具の状況の把握]					
リハビリテーション専門職	90	(80.4)	29	(53.7)	<0.001
機能訓練指導員	6	(5.4)	1	(1.9)	0.292
栄養専門職	101	(90.2)	41	(75.9)	0.014
歯科口腔専門職	14	(12.5)	2	(3.7)	0.072
介護福祉士を含む介護職員	98	(87.5)	40	(74.1)	0.030
介護支援専門員	82	(73.2)	30	(55.6)	0.023
看護師・准看護師	90	(80.4)	35	(64.8)	0.030

表12 クロス集計（老健）n, %の比較

老健	リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映				$\chi^2$ 検定 p値
	反映できている		反映できていない		
	n	(%)	n	(%)	
[19. 食事介助状況の把握]					
リハビリテーション専門職	96	(85.7)	34	(63.0)	0.001
機能訓練指導員	7	(6.3)	1	(1.9)	0.215
栄養専門職	100	(89.3)	40	(74.1)	0.012
歯科口腔専門職	18	(16.1)	2	(3.7)	0.022
介護福祉士を含む介護職員	103	(92.0)	43	(79.6)	0.022
介護支援専門員	91	(81.3)	37	(68.5)	0.067
看護師・准看護師	96	(85.7)	41	(75.9)	0.120
[20. 褥瘡の把握]					
リハビリテーション専門職	92	(82.1)	35	(64.8)	0.014
機能訓練指導員	6	(5.4)	2	(3.7)	0.641
栄養専門職	93	(83.0)	38	(70.4)	0.061
歯科口腔専門職	11	(9.8)	0	(0.0)	0.017
介護福祉士を含む介護職員	99	(88.4)	42	(77.8)	0.073
介護支援専門員	89	(79.5)	36	(66.7)	0.073
看護師・准看護師	102	(91.1)	44	(81.5)	0.075
[21. 口腔衛生状態（歯や義歯の汚れ、舌苔、口臭等）の把握]					
リハビリテーション専門職	59	(52.7)	16	(29.6)	0.005
機能訓練指導員	6	(5.4)	1	(1.9)	0.292
栄養専門職	67	(59.8)	24	(44.4)	0.062
歯科口腔専門職	43	(38.4)	14	(25.9)	0.113
介護福祉士を含む介護職員	93	(83.0)	38	(70.4)	0.061
介護支援専門員	72	(64.3)	22	(40.7)	0.004
看護師・准看護師	90	(80.4)	38	(70.4)	0.151
[22. 日常的な口腔ケアの実施]					
リハビリテーション専門職	51	(45.5)	12	(22.2)	0.004
機能訓練指導員	4	(3.6)	1	(1.9)	0.544
栄養専門職	49	(43.8)	16	(29.6)	0.081
歯科口腔専門職	33	(29.5)	6	(11.1)	0.009
介護福祉士を含む介護職員	96	(85.7)	43	(79.6)	0.320
介護支援専門員	64	(57.1)	22	(40.7)	0.048
看護師・准看護師	88	(78.6)	36	(66.7)	0.098
[23. 口腔機能状態（摂食嚥下、頸部・顔面周囲筋の緊張や筋力、頸部、口腔周囲の可動域、口腔内や口唇の感覚、舌の動き、むせ、口腔乾燥等）の把握]					
リハビリテーション専門職	81	(72.3)	26	(48.1)	0.002
機能訓練指導員	6	(5.4)	1	(1.9)	0.292
栄養専門職	73	(65.2)	27	(50.0)	0.061
歯科口腔専門職	37	(33.0)	10	(18.5)	0.052
介護福祉士を含む介護職員	90	(80.4)	35	(64.8)	0.030
介護支援専門員	74	(66.1)	24	(44.4)	0.008
看護師・准看護師	90	(80.4)	37	(68.5)	0.092
[24. 義歯の有無の把握]					
リハビリテーション専門職	72	(64.3)	24	(44.4)	0.015
機能訓練指導員	5	(4.5)	1	(1.9)	0.398
栄養専門職	85	(75.9)	34	(63.0)	0.083
歯科口腔専門職	44	(39.3)	10	(18.5)	0.007
介護福祉士を含む介護職員	95	(84.8)	44	(81.5)	0.585
介護支援専門員	81	(72.3)	32	(59.3)	0.091
看護師・准看護師	98	(87.5)	39	(72.2)	0.015

表12 クロス集計（老健）n, %の比較

老健	リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映				$\chi^2$ 検定 p値
	反映できている		反映できていない		
	n	(%)	n	(%)	
[25. 義歯の問題の把握]					
リハビリテーション専門職	61	(54.5)	16	(29.6)	0.003
機能訓練指導員	5	(4.5)	1	(1.9)	0.398
栄養専門職	76	(67.9)	25	(46.3)	0.008
歯科口腔専門職	43	(38.4)	13	(24.1)	0.068
介護福祉士を含む介護職員	93	(83.0)	39	(72.2)	0.106
介護支援専門員	78	(69.6)	30	(55.6)	0.075
看護師・准看護師	98	(87.5)	39	(72.2)	0.015
[26. 服薬状況の把握]					
リハビリテーション専門職	67	(59.8)	21	(38.9)	0.011
機能訓練指導員	5	(4.5)	1	(1.9)	0.398
栄養専門職	59	(52.7)	21	(38.9)	0.096
歯科口腔専門職	17	(15.2)	1	(1.9)	0.010
介護福祉士を含む介護職員	87	(77.7)	36	(66.7)	0.129
介護支援専門員	85	(75.9)	34	(63.0)	0.083
看護師・准看護師	102	(91.1)	45	(83.3)	0.142
[27. 排泄状況の把握]					
リハビリテーション専門職	85	(75.9)	30	(55.6)	0.008
機能訓練指導員	6	(5.4)	2	(3.7)	0.641
栄養専門職	56	(50.0)	17	(31.5)	0.024
歯科口腔専門職	9	(8.0)	0	(0.0)	0.032
介護福祉士を含む介護職員	101	(90.2)	45	(83.3)	0.204
介護支援専門員	85	(75.9)	35	(64.8)	0.135
看護師・准看護師	102	(91.1)	42	(77.8)	0.018
[28. 認知機能の把握]					
リハビリテーション専門職	99	(88.4)	40	(74.1)	0.019
機能訓練指導員	6	(5.4)	2	(3.7)	0.641
栄養専門職	72	(64.3)	26	(48.1)	0.048
歯科口腔専門職	15	(13.4)	1	(1.9)	0.018
介護福祉士を含む介護職員	101	(90.2)	44	(81.5)	0.114
介護支援専門員	91	(81.3)	39	(72.2)	0.186
看護師・准看護師	101	(90.2)	42	(77.8)	0.030
[29. アドバンス・ケア・プランニングへの参加]					
リハビリテーション専門職	49	(43.8)	15	(27.8)	0.048
機能訓練指導員	2	(1.8)	2	(3.7)	0.450
栄養専門職	45	(40.2)	13	(24.1)	0.041
歯科口腔専門職	13	(11.6)	0	(0.0)	0.009
介護福祉士を含む介護職員	49	(43.8)	15	(27.8)	0.048
介護支援専門員	55	(49.1)	17	(31.5)	0.032
看護師・准看護師	51	(45.5)	16	(29.6)	0.050
[30. 経口維持加算による多職種ミーラウンド・カンファレンスへの参加]					
リハビリテーション専門職	73	(65.2)	23	(42.6)	0.006
機能訓練指導員	3	(2.7)	0	(0.0)	0.225
栄養専門職	79	(70.5)	31	(57.4)	0.094
歯科口腔専門職	22	(19.6)	5	(9.3)	0.089
介護福祉士を含む介護職員	67	(59.8)	21	(38.9)	0.011
介護支援専門員	61	(54.5)	19	(35.2)	0.020
看護師・准看護師	70	(62.5)	23	(42.6)	0.015



表12 クロス集計（老健）n, %の比較

老健	リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映				$\chi^2$ 検定 p値
	反映できている		反映できていない		
	n	(%)	n	(%)	
[31. 居宅を訪問し、状況を把握（各専門職の視点で）]					
リハビリテーション専門職	94	(83.9)	40	(74.1)	0.132
機能訓練指導員	3	(2.7)	2	(3.7)	0.717
栄養専門職	16	(14.3)	6	(11.1)	0.572
歯科口腔専門職	2	(1.8)	1	(1.9)	0.976
介護福祉士を含む介護職員	39	(34.8)	16	(29.6)	0.506
<b>介護支援専門員</b>	<b>85</b>	<b>(75.9)</b>	<b>33</b>	<b>(61.1)</b>	<b>0.049</b>
看護師・准看護師	32	(28.6)	12	(22.2)	0.385
<b>リハビリテーション・機能訓練指導員、栄養専門職、歯科口腔が参加するカンファレンスの状況</b>					
<b>開催している</b>	<b>85</b>	<b>(75.9)</b>	<b>17</b>	<b>(31.5)</b>	<b>&lt;0.001</b>
開催している場合頻度（開催していると回答した施設）					
毎日	1	(1.2)	0	(0.0)	0.503
週3~6日	13	(15.3)	3	(17.6)	
週1,2日	30	(35.3)	7	(41.2)	
月1~3日	35	(41.2)	4	(23.5)	
月1回未満	6	(7.1)	3	(17.6)	
カンファレンスの目的（開催していると回答した施設 複数回答）					
介護支援専門員が主催するサービス担当者会議	62	(72.9)	13	(76.5)	0.763
ケアプランの共有	56	(65.9)	9	(52.9)	0.311
ミーラウンド後のカンファレンス	33	(38.8)	5	(29.4)	0.464
一体的計画書の共有	<b>22</b>	<b>(25.9)</b>	<b>0</b>	<b>(0.0)</b>	<b>0.018</b>
退所前情報共有	47	(55.3)	7	(41.2)	0.287
委員会	24	(28.2)	5	(29.4)	0.922
飲食レクリエーション	3	(3.5)	1	(5.9)	0.648
その他	5	(5.9)	2	(11.8)	0.381
<b>リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養のインフォーマルな話し合いの状況</b>					
<b>実施している</b>	<b>80</b>	<b>(71.4)</b>	<b>19</b>	<b>(35.2)</b>	<b>&lt;0.001</b>
インフォーマルな話し合いの頻度（実施していると回答した施設）					
毎日	17	(21.3)	4	(21.1)	0.998
週3~6日	24	(30.0)	5	(26.3)	
週1,2日	20	(25.0)	5	(26.3)	
月1~3日	15	(18.8)	4	(21.1)	
月1回未満	4	(5.0)	1	(5.3)	
インフォーマルな話し合いの内容（実施していると回答した施設 複数回答）					
リハビリテーション・個別機能訓練に関すること	60	(75.0)	11	(57.9)	0.137
栄養・食事に関すること	68	(85.0)	18	(94.7)	0.259
口腔に関すること	50	(62.5)	10	(52.6)	0.429
利用者の体調に関すること	66	(82.5)	16	(84.2)	0.859
モニタリング（計画の実施状況）に関すること	34	(42.5)	7	(36.8)	0.653
支援には直接関係しない利用者の情報に関すること	25	(31.3)	9	(47.4)	0.184
家族からの情報に関すること	43	(53.8)	10	(52.6)	0.930
その他	2	(2.5)	0	(0.0)	0.486
インフォーマルな話し合いの共有（実施していると回答した施設）					
その場にはいないものを含むすべての職員	63	(78.8)	11	(57.9)	
その場にいた職員のみ	17	(21.3)	8	(42.1)	0.060
インフォーマルな話し合いの共有方法（実施していると回答した施設 複数選択）					
カルテなどに記録して共有する	56	(70.0)	14	(73.7)	0.751
議事録を作成して共有している	20	(25.0)	2	(10.5)	0.173
口頭で伝達する	55	(68.8)	13	(68.4)	0.978
その他	7	(8.8)	2	(10.5)	0.809

表12 クロス集計（老健）n, %の比較

老健	リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映				$\chi^2$ 検定 p値
	反映できている		反映できていない		
	n	(%)	n	(%)	
「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」の推進による効果の状況 (複数回答)					
入所者の新たな課題やニーズを早期に把握できるようになった	51	(45.5)	11	(20.4)	0.002
日常の職種間の情報連携の頻度が増えた	57	(50.9)	11	(20.4)	<0.001
ケアプランで共通した目標設定ができるようになった	42	(37.5)	11	(20.4)	0.027
各専門職の専門用語への理解が深まった	13	(11.6)	5	(9.3)	0.649
各専門職の業務フローへの理解が深まった	15	(13.4)	3	(5.6)	0.128
<b>職員の職務満足度が高まった</b>	<b>10</b>	<b>(8.9)</b>	<b>0</b>	<b>(0.0)</b>	<b>0.024</b>
褥瘡のケアが充実した	20	(17.9)	5	(9.3)	0.147
看取りのケアが充実した	0	(0.0)	1	(1.9)	0.149
認知症のケアが充実した	0	(0.0)	1	(1.9)	0.149
外部の関連者との連携が強化された	9	(8.0)	1	(1.9)	0.117
リハビリテーションのアウトカムがよくなった	17	(15.2)	3	(5.6)	0.074
個別機能訓練のアウトカムがよくなった	6	(5.4)	2	(3.7)	0.641
<b>栄養のアウトカムが良くなった</b>	<b>26</b>	<b>(23.2)</b>	<b>4</b>	<b>(7.4)</b>	<b>0.013</b>
<b>歯科口腔のアウトカムがよくなった</b>	<b>15</b>	<b>(13.4)</b>	<b>0</b>	<b>(0.0)</b>	<b>0.005</b>
<b>入院が減少した</b>	<b>8</b>	<b>(7.1)</b>	<b>0</b>	<b>(0.0)</b>	<b>0.044</b>
肺炎が少なくなった	18	(16.1)	3	(5.6)	0.056
<b>在宅復帰が促進された</b>	<b>19</b>	<b>(17.0)</b>	<b>1</b>	<b>(1.9)</b>	<b>0.005</b>
認知症の重度化が防止された	7	(6.3)	0	(0.0)	0.061
<b>ADL・IADLが維持改善された</b>	<b>25</b>	<b>(22.3)</b>	<b>3</b>	<b>(5.6)</b>	<b>0.007</b>
ポリファーマシー対策が強化された	3	(2.7)	2	(3.7)	0.717
<b>転倒頻度・転倒リスクが減弱した</b>	<b>10</b>	<b>(8.9)</b>	<b>0</b>	<b>(0.0)</b>	<b>0.024</b>
<b>生きがい・QOLがその人らしく感じるようになった</b>	<b>13</b>	<b>(11.6)</b>	<b>1</b>	<b>(1.9)</b>	<b>0.034</b>
残存機能の今後の見通しがわかりやすくなった	18	(16.1)	5	(9.3)	0.234
介護者の負担軽減につながった	15	(13.4)	2	(3.7)	0.054
取り組んでいないのでわからない	0	(0.0)	1	(1.9)	0.154

表12 クロス集計（老健）n, %の比較

老健	リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映				$\chi^2$ 検定 p値
	反映できている		反映できていない		
	n	(%)	n	(%)	
「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」を推進するうえでの課題(複数回答)					
<b>専門職が常勤配置されていない</b>	<b>32</b>	<b>(28.6)</b>	<b>28</b>	<b>(51.9)</b>	<b>0.003</b>
外部機関（同一法人を含む）所属の専門職との連携体制がない・わからない	20	(17.9)	9	(16.7)	0.850
専門職が互いの業務に対する理解がない	15	(13.4)	10	(18.5)	0.387
主導する職種が決まっていない・わからない	37	(33.0)	24	(44.4)	0.153
電子システムが対応していない	28	(25.0)	9	(16.7)	0.227
専門職同士がわからないことがあったときに気軽に相談できない	8	(7.1)	1	(1.9)	0.158
経営上のメリットがない	13	(11.6)	5	(9.3)	0.649
「一体的取組」を推進するうえで、すでに取り組んでいること(複数回答)					
連携に関与する専門職を新規に雇用している	10	(8.9)	3	(5.6)	0.449
<b>外部機関所属（同一法人を含む）の専門職との連携体制を強化している</b>	<b>29</b>	<b>(25.9)</b>	<b>6</b>	<b>(11.1)</b>	<b>0.029</b>
<b>リハビリテーション・機能訓練・栄養管理・口腔管理の専門職（同一事業所・同一法人所属）と本人・家族、ケアマネジャー等が参加するカンファレンスを（定期的に）開催している</b>	<b>34</b>	<b>(30.4)</b>	<b>5</b>	<b>(9.3)</b>	<b>0.003</b>
リハビリテーション・機能訓練・栄養管理・口腔管理の専門職（（同一事業所・同一法人を除く外部機関所属））と本人・家族、ケアマネジャー等が参加するカンファレンスを（定期的に）開催している	23	(20.5)	7	(13.0)	0.235
<b>専門職が互いの業務に対する理解を深めるための研修会を開催している</b>	<b>23</b>	<b>(20.5)</b>	<b>4</b>	<b>(7.4)</b>	<b>0.032</b>
主導する職種を決めている	14	(12.5)	2	(3.7)	0.072
電子システムを導入している	23	(20.5)	6	(11.1)	0.134
専門職同士がわからないことがあったときに気軽に相談できる職場づくりに努めている	62	(55.4)	22	(40.7)	0.078
職種間でのSNSを活用した気付きの共有や合意形成	5	(4.5)	0	(0.0)	0.115

表12 クロス集計（老健）n, %の比較

老健	リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映				$\chi^2$ 検定 p値
	反映できている		反映できていない		
	n	(%)	n	(%)	
利用者への支援について、多職種チームの誰かが何かを気にかけている場合に、全体で取り上げるようにしている。					
全くあてはまらない	0	(0.0)	1	(1.9)	0.012 †
あまりあてはまらない	5	(4.5)	8	(15.1)	
ややあてはまる	72	(64.3)	34	(64.2)	
† とてもあてはまる	35	(31.3)	10	(18.9)	
利用者の価値観への配慮が必要で、技術で割り切れない問題は、多職種チームで話し合っている。					
全くあてはまらない	1	(0.9)	1	(1.9)	0.123 †
あまりあてはまらない	5	(4.5)	7	(13.2)	
ややあてはまる	74	(66.1)	33	(62.3)	
† とてもあてはまる	32	(28.6)	12	(22.6)	
多職種チームは、ある程度の期間一緒に働いて人となりが出た人が何人かいる					
全くあてはまらない	0	(0.0)	1	(1.9)	0.656 †
あまりあてはまらない	5	(4.5)	4	(7.5)	
ややあてはまる	64	(57.1)	28	(52.8)	
† とてもあてはまる	43	(38.4)	20	(37.7)	
多職種チームは、紙や電子カルテでの意思疎通だけでなく、顔を合わせて意見や気持ちを話し合っている					
全くあてはまらない	1	(0.9)	2	(3.8)	0.346 †
あまりあてはまらない	6	(5.4)	5	(9.4)	
ややあてはまる	65	(58.0)	29	(54.7)	
† とてもあてはまる	40	(35.7)	17	(32.1)	
多職種チームは、わからないことがあれば、他職種に教えてもらうことができる					
全くあてはまらない	0	(0.0)	0	(0.0)	0.311 †
あまりあてはまらない	3	(2.7)	5	(9.4)	
ややあてはまる	59	(52.7)	27	(50.9)	
† とてもあてはまる	50	(44.6)	21	(39.6)	
カンファレンスには多くの職種が参加し、それぞれが意見を述べている					
全くあてはまらない	0	(0.0)	2	(3.8)	0.139 †
あまりあてはまらない	11	(9.8)	7	(13.2)	
ややあてはまる	50	(44.6)	25	(47.2)	
† とてもあてはまる	51	(45.5)	19	(35.8)	
カンファレンスで一度も発言しない職種がないように、配慮されている					
全くあてはまらない	0	(0.0)	3	(5.7)	0.040 †
あまりあてはまらない	16	(14.3)	10	(18.9)	
ややあてはまる	42	(37.5)	22	(41.5)	
† とてもあてはまる	54	(48.2)	18	(34.0)	
職種の専門性を尊重した協働がなされるように配慮されている					
全くあてはまらない	0	(0.0)	0	(0.0)	0.218 †
あまりあてはまらない	9	(8.0)	8	(15.1)	
ややあてはまる	69	(61.6)	32	(60.4)	
† とてもあてはまる	34	(30.4)	13	(24.5)	
カンファレンスでは、話し合うだけでなく一定の結論を導き出す場になるように配慮されている					
全くあてはまらない	0	(0.0)	3	(5.7)	0.541 †
あまりあてはまらない	17	(15.2)	9	(17.0)	
ややあてはまる	67	(59.8)	27	(50.9)	
† とてもあてはまる	28	(25.0)	14	(26.4)	
多職種チーム内で支援目標を共有している					
全くあてはまらない	0	(0.0)	0	(0.0)	0.230 †
あまりあてはまらない	10	(8.9)	10	(18.9)	
ややあてはまる	61	(54.5)	26	(49.1)	
† とてもあてはまる	41	(36.6)	17	(32.1)	

† : マンホイットニーのU検定

表13 クロス集計（通所介護）統計量の比較

通所介護 定員・利用者数	リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標の リハビリテーション計画または機能訓練計画への反映				マンホワイストニー II検査				
	度数	平均値	標準偏差	度数	平均値	標準偏差	中央値	標準偏差	p値
137	34.0	30.0	(18.0)	138	32.2	(13.7)	30.0	(13.7)	0.574
<b>131</b>	<b>92.5</b>	<b>81.0</b>	<b>(62.1)</b>	<b>129</b>	<b>76.3</b>	<b>(67.6)</b>	<b>58.0</b>	<b>(67.6)</b>	<b>0.002</b>
131	7.1	4.8	(8.5)	129	6.1	(9.8)	3.2	(9.8)	0.036
131	11.2	9.6	(8.7)	129	8.8	(8.5)	6.6	(8.5)	0.011
131	30.4	30.4	(11.4)	129	26.6	(11.9)	26.6	(11.9)	0.011
131	23.1	23.1	(7.8)	129	24.3	(11.5)	24.3	(11.5)	0.507
131	14.0	13.1	(8.3)	129	16.4	(8.8)	15.7	(8.8)	0.013
131	8.7	6.7	(7.2)	129	10.9	(10.7)	8.2	(10.7)	0.197
131	3.9	2.6	(5.1)	129	4.9	(6.2)	3.3	(6.2)	0.280
131	1.6	0.0	(3.8)	129	2.0	(8.0)	0.0	(8.0)	0.350
栄養・口腔・嚥下の問題がある人数（利用実人数100名当たり） ※それぞれの項目で「いる」と回答した事業所であり、「把握していない」事業所は含まれない	48	11.0	8.5	24	13.4	(10.0)	10.7	(9.9)	0.208
BMI18.5未満（人）	89	10.0	5.5	82	11.1	(11.5)	7.0	(10.8)	0.147
嘔むことに問題がある（人）	93	54.0	51.3	100	54.2	(28.6)	53.2	(27.1)	0.957
義歯がある（人）	86	51.4	48.8	94	50.8	(27.7)	50.0	(26.5)	0.883
義歯を使用している（義歯ある人100人あたり）（人）	86	91.9	100.0	94	91.7	(14.5)	100.0	(14.9)	0.964
飲み込むこと（嚥下）に問題がある（人）	<b>81</b>	<b>6.6</b>	<b>4.1</b>	<b>73</b>	<b>8.0</b>	<b>(9.4)</b>	<b>5.0</b>	<b>(8.3)</b>	<b>0.047</b>
過去6か月間の状況（利用実人数100名当たり）（人）	85	14.8	10.6	91	14.7	(19.6)	11.4	(14.7)	0.788
利用終了した人数（死亡を含む）（人）	75	9.6	6.7	83	9.9	(10.3)	7.2	(8.9)	0.533
入院した人数（入院先で死亡も含む）（人）	71	0.6	0.0	69	0.9	(1.0)	0.0	(1.9)	0.807
誤嚥性肺炎により入院した人数（人）	83	3.5	1.8	87	4.1	(6.0)	2.7	(6.9)	0.288
死亡した人数（人）									

表1-13 クロス集計（通所介護）統計量の比較

通所介護 専門職の常勤換算人数（人）	反映できている			反映できていない			p値 (検定)	
	度数	平均値	中央値	標準偏差	度数	平均値		中央値
医師	138	0.0	0.0	0.0	138	0.0	0.0	(0.1) 0.044
歯科医師	138	0.0	0.0	0.0	138	0.0	0.0	(0.0) 1.000
歯科衛生士	138	0.0	0.0	0.0	138	0.0	0.0	(0.2) 0.719
薬剤師	138	0.0	0.0	0.0	138	0.0	0.0	(0.0) 0.317
介護福祉士	138	4.4	4.0	4.0	138	4.5	4.0	(2.9) 0.635
介護職員（介護福祉士を除く）	138	4.2	3.0	3.0	138	4.4	3.4	(4.0) 0.316
介護支援専門員	138	0.3	0.0	0.0	138	0.4	0.0	(0.8) 0.843
看護師	138	1.4	1.0	1.0	138	1.4	1.0	(1.5) 0.951
准看護師	138	0.8	1.0	1.0	138	1.2	1.0	(0.8) 0.004
理学療法士	138	0.5	0.0	0.0	138	0.2	0.0	(0.9) 0.001
作業療法士	138	0.4	0.0	0.0	138	0.1	0.0	(0.7) 0.001
言語聴覚士	138	0.0	0.0	0.0	138	0.0	0.0	(0.2) 0.252
専任の機能訓練指導員	138	0.6	0.0	0.0	138	0.4	0.0	(0.8) 0.047
管理栄養士	138	0.1	0.0	0.0	138	0.1	0.0	(0.4) 0.066
栄養士（管理栄養士を除く）	138	0.1	0.0	0.0	138	0.1	0.0	(0.3) 0.695
専門職の常勤換算人数※利用実人数100名当たり（人）								
医師	131	0.0	0.0	0.0	129	0.1	0.0	(0.0) 0.080
歯科医師	131	0.0	0.0	0.0	129	0.0	0.0	(0.0) 1.000
歯科衛生士	131	0.0	0.0	0.0	129	0.0	0.0	(0.1) 0.987
薬剤師	131	0.0	0.0	0.0	129	0.1	0.0	(0.0) 0.314
介護福祉士	131	6.6	5.7	5.7	129	8.8	6.8	(5.8) 0.020
介護職員（介護福祉士を除く）	131	6.2	3.8	3.8	129	10.1	5.4	(7.4) 0.018
介護支援専門員	131	0.5	0.0	0.0	129	0.8	0.0	(1.3) 0.742
看護師	131	2.1	1.3	1.3	129	3.3	1.8	(3.2) 0.186
准看護師	131	1.3	0.8	0.8	129	2.9	1.5	(1.7) 0.002
理学療法士	131	0.5	0.0	0.0	129	0.2	0.0	(0.9) 0.001
作業療法士	131	0.4	0.0	0.0	129	0.2	0.0	(1.0) 0.001
言語聴覚士	131	0.1	0.0	0.0	129	0.0	0.0	(0.4) 0.101
専任の機能訓練指導員	131	0.9	0.0	0.0	129	0.7	0.0	(2.5) 0.106
管理栄養士	131	0.2	0.0	0.0	129	0.1	0.0	(0.7) 0.085
栄養士（管理栄養士を除く）	131	0.1	0.0	0.0	129	0.3	0.0	(0.3) 0.526

表14 クロス集計（通所介護）n, %の比較

通所介護	リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映				$\chi^2$ 検定 p値
	反映できている		反映できていない		
事業主体	n	(%)	n	(%)	
社会福祉法人	33	(23.9)	43	(31.2)	0.640
医療法人	11	(8.0)	9	(6.5)	
営利法人	70	(50.7)	63	(45.7)	
NPO法人	4	(2.9)	6	(4.3)	
その他	20	(14.5)	17	(12.3)	
併設施設（複数回答）					
特養	14	(10.1)	17	(12.3)	0.567
老健	3	(2.2)	1	(0.7)	
病院	7	(5.1)	3	(2.2)	
診療所	4	(2.9)	4	(2.9)	
歯科医療機関	0	(0.0)	0	(0.0)	
併設施設はない	113	(81.9)	116	(84.1)	
BMI18.5未満の利用者					
いる	49	(35.5)	33	(23.9)	0.100
いない	11	(8.0)	11	(8.0)	
把握していない	78	(56.5)	94	(68.1)	
噛むことに問題ある利用者					
いる	99	(71.7)	92	(66.7)	0.153
いない	29	(21.0)	26	(18.8)	
把握していない	10	(7.2)	20	(14.5)	
義歯がある利用者					
いる	115	(83.3)	118	(85.5)	0.790
いない	2	(1.4)	1	(0.7)	
把握していない	21	(15.2)	19	(13.8)	
義歯を使用している利用者（有効%:義歯がある利用者いるn=233）					
いる	106	(92.2)	114	(96.6)	0.274
いない	1	(0.9)	0	(0.0)	
把握していない	8	(7.0)	4	(3.4)	
咀嚼機能が低下した利用者への対応[①軟らかいものが噛める]					
常食	21	(15.1)	25	(18.1)	0.053
軟食・軟菜食	48	(34.5)	42	(30.4)	
きざみ食	49	(35.3)	61	(44.2)	
ソフト食・ムース食	7	(5.0)	1	(0.7)	
ミキサー食	2	(1.4)	5	(3.6)	
その他	1	(0.7)	1	(0.7)	
食事提供がない	11	(7.9)	3	(2.2)	
咀嚼機能が低下した利用者への対応[②軟らかいものが噛めない]					
常食	1	(0.7)	0	(0.0)	0.111
軟食・軟菜食	10	(7.2)	4	(2.9)	
きざみ食	45	(32.6)	48	(34.8)	
ソフト食・ムース食	28	(20.3)	30	(21.7)	
ミキサー食	35	(25.4)	46	(33.3)	
その他	4	(2.9)	5	(3.6)	
食事提供がない	15	(10.9)	5	(3.6)	
飲み込むこと（嚥下）に問題がある利用者いる					
いる	90	(65.7)	81	(59.1)	0.115
いない	41	(29.9)	41	(29.9)	
把握していない	6	(4.4)	15	(10.9)	

表14 クロス集計（通所介護）n, %の比較

通所介護	リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映				$\chi^2$ 検定 p値
	反映できている		反映できていない		
	n	(%)	n	(%)	
過去6か月で利用終了人数わかる					
わかる	89	(65.0)	94	(68.1)	0.580
わからない	48	(35.0)	44	(31.9)	
過去6か月で入院した人数わかる					
わかる	78	(56.9)	86	(62.3)	0.363
わからない	59	(43.1)	52	(37.7)	
過去6か月で誤嚥性肺炎で入院した人数わかる					
わかる	78	(56.9)	73	(52.9)	0.501
わからない	59	(43.1)	65	(47.1)	
過去6か月で死亡した人数わかる					
わかる	87	(63.5)	90	(65.2)	0.767
わからない	50	(36.5)	48	(34.8)	
常勤換算0.1人以上配置					
歯科衛生士	5	(3.6)	4	(2.9)	0.735
管理栄養士	17	(12.3)	8	(5.8)	0.059
機能訓練指導員(専任)の資格(複数回答)					
看護師	53	(38.4)	52	(37.7)	0.901
准看護師	<b>35</b>	<b>(25.4)</b>	<b>56</b>	<b>(40.6)</b>	0.007
理学療法士	<b>38</b>	<b>(27.5)</b>	<b>15</b>	<b>(10.9)</b>	<0.001
作業療法士	<b>23</b>	<b>(16.7)</b>	<b>9</b>	<b>(6.5)</b>	0.008
言語聴覚士	4	(2.9)	1	(0.7)	0.176
柔道整復師	21	(15.2)	17	(12.3)	0.485
あん摩マッサージ指圧師	8	(5.8)	2	(1.4)	0.053
鍼灸師(6か月以上の実務経験有)	<b>8</b>	<b>(5.8)</b>	<b>1</b>	<b>(0.7)</b>	0.018
その他	1	(0.7)	2	(1.4)	0.562
外部機関等に所属し連携(評価・治療・ケア等)している専門職					
医師					
あり(同一法人)	<b>9</b>	<b>(6.6)</b>	<b>3</b>	<b>(2.2)</b>	0.041
あり(他法人)	<b>16</b>	<b>(11.7)</b>	<b>28</b>	<b>(20.3)</b>	
なし	112	(81.8)	107	(77.5)	
歯科医師					
あり(同一法人)	<b>0</b>	<b>(0.0)</b>	<b>0</b>	<b>(0.0)</b>	0.020
あり(他法人)	<b>9</b>	<b>(6.5)</b>	<b>21</b>	<b>(15.2)</b>	
なし	129	(93.5)	117	(84.8)	
歯科衛生士					
あり(同一法人)	2	(1.4)	1	(0.7)	0.202
あり(他法人)	8	(5.8)	16	(11.6)	
なし	128	(92.8)	121	(87.7)	
理学療法士					
あり(同一法人)	<b>20</b>	<b>(14.5)</b>	<b>10</b>	<b>(7.2)</b>	0.047
あり(他法人)	<b>14</b>	<b>(10.1)</b>	<b>8</b>	<b>(5.8)</b>	
なし	104	(75.4)	120	(87.0)	
作業療法士					
あり(同一法人)	<b>17</b>	<b>(12.3)</b>	<b>5</b>	<b>(3.6)</b>	0.003
あり(他法人)	<b>8</b>	<b>(5.8)</b>	<b>2</b>	<b>(1.4)</b>	
なし	113	(81.9)	131	(94.9)	
言語聴覚士					
あり(同一法人)	6	(4.3)	1	(0.7)	0.109
あり(他法人)	4	(2.9)	2	(1.4)	
なし	128	(92.8)	135	(97.8)	
管理栄養士					
あり(同一法人)	20	(14.5)	13	(9.4)	0.079
あり(他法人)	2	(1.4)	8	(5.8)	
なし	116	(84.1)	117	(84.8)	



表14 クロス集計（通所介護）n, %の比較

通所介護	リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映				$\chi^2$ 検定 p値
	反映できている		反映できていない		
	n	(%)	n	(%)	
加算算定の状況（2022年9月の1か月間に1件以上）（複数回答）					
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	11	(8.0)	5	(3.6)	0.122
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	6	(4.3)	1	(0.7)	0.056
栄養アセスメント加算	8	(5.8)	2	(1.4)	0.053
栄養改善加算	1	(0.7)	1	(0.7)	1.000
口腔機能向上加算Ⅰ	12	(8.7)	4	(2.9)	0.039
口腔機能向上加算Ⅱ	20	(14.5)	6	(4.3)	0.004
科学的介護推進体制加算	67	(48.6)	50	(36.2)	0.038
個別機能訓練加算Ⅰイ	88	(63.8)	45	(32.6)	<0.001
個別機能訓練加算Ⅰロ	62	(44.9)	25	(18.1)	<0.001
個別機能訓練加算Ⅱ	67	(48.6)	24	(17.4)	<0.001
生活機能向上連携加算Ⅰ	3	(2.2)	4	(2.9)	0.702
生活機能向上連携加算Ⅱ	12	(8.7)	5	(3.6)	0.080
ADL維持等加算Ⅰ	11	(8.0)	6	(4.3)	0.211
ADL維持等加算Ⅱ	14	(10.1)	6	(4.3)	0.063

表14 クロス集計（通所介護）n, %の比較

通所介護	リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映				$\chi^2$ 検定 p値
	反映できている		反映できていない		
	n	(%)	n	(%)	
「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書(一体的計画書)」(厚生労働省公開の様式例)について					
一体的計画書様式例知っている	68	(49.3)	49	(35.5)	0.021
一体的計画書使用している	37	(26.8)	4	(2.9)	<0.001
一体的計画書の書類作成に関与している職種（複数回答）（有効%:使用している事業所）					
医師	1	(2.7)	0	(0.0)	0.739
歯科医師	1	(2.7)	0	(0.0)	0.739
歯科衛生士	2	(5.4)	0	(0.0)	0.634
薬剤師	1	(2.7)	0	(0.0)	0.739
介護福祉士	24	(64.9)	3	(75.0)	0.685
介護職員（介護福祉士を除く）	15	(40.5)	1	(25.0)	0.545
介護支援専門員	2	(5.4)	0	(0.0)	0.634
看護師	22	(59.5)	2	(50.0)	0.715
准看護師	14	(37.8)	1	(25.0)	0.613
理学療法士	15	(40.5)	2	(50.0)	0.715
作業療法士	11	(29.7)	0	(0.0)	0.202
言語聴覚士	1	(2.7)	0	(0.0)	0.739
専任で勤務する機能訓練指導員	7	(18.9)	0	(0.0)	0.339
管理栄養士	0	(0.0)	0	(0.0)	-
栄養士（管理栄養士を除く）	1	(2.7)	0	(0.0)	0.739
その他	3	(8.1)	0	(0.0)	0.554
一体的様式例意向確認聞き取りに関与（一体的計画書使用していると回答した施設 複数選択）					
医師	0	(0.0)	0	(0.0)	-
歯科医師	0	(0.0)	0	(0.0)	-
歯科衛生士	1	(2.7)	0	(0.0)	0.739
薬剤師	0	(0.0)	0	(0.0)	-
介護福祉士	29	(78.4)	3	(75.0)	0.877
介護職員（介護福祉士を除く）	19	(51.4)	1	(25.0)	0.317
介護支援専門員	1	(2.7)	1	(25.0)	0.049
看護師	21	(56.8)	1	(25.0)	0.226
准看護師	11	(29.7)	2	(50.0)	0.408
理学療法士	13	(35.1)	2	(50.0)	0.558
作業療法士	11	(29.7)	0	(0.0)	0.202
言語聴覚士	1	(2.7)	0	(0.0)	0.739
専任で勤務する機能訓練指導員	5	(13.5)	0	(0.0)	0.433
管理栄養士	0	(0.0)	0	(0.0)	-
栄養士（管理栄養士を除く）	0	(0.0)	0	(0.0)	-
その他	6	(16.2)	0	(0.0)	0.383
一体的様式例未使用理由（一体的計画書使用していないと回答した施設 複数選択）					
別の書式で運用している	67	(65.7)	54	(40.3)	<0.001
様式例の使い勝手が悪い	6	(5.9)	3	(2.2)	0.148
電子システムが対応していない	11	(10.8)	18	(13.4)	0.539
活用を主導する旗振り役がない	9	(8.8)	15	(11.2)	0.551
多職種で書類を共有することが難しい	11	(10.8)	13	(9.7)	0.785
各職種の業務についての相互の理解不足	4	(3.9)	12	(9.0)	0.128
活用を促す加算がない	29	(28.4)	60	(44.8)	0.010
その他	3	(2.9)	8	(6.0)	0.274

表14 クロス集計（通所介護）n, %の比較

通所介護	リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映				$\chi^2$ 検定 p値
	反映できている		反映できていない		
	n	(%)	n	(%)	
[1. リハビリテーション・個別機能訓練目標の共有]					
リハビリテーション専門職	43	(31.2)	20	(14.5)	0.001
機能訓練指導員	103	(74.6)	52	(37.7)	<0.001
栄養専門職	5	(3.6)	2	(1.4)	0.251
歯科口腔専門職	2	(1.4)	0	(0.0)	0.156
介護福祉士を含む介護職員	102	(73.9)	60	(43.5)	<0.001
介護支援専門員	25	(18.1)	20	(14.5)	0.415
看護師・准看護師	96	(69.6)	61	(44.2)	<0.001
[2. リハビリテーション・個別機能訓練計画の共有]					
リハビリテーション専門職	43	(31.2)	19	(13.8)	0.001
機能訓練指導員	104	(75.4)	51	(37.0)	<0.001
栄養専門職	4	(2.9)	2	(1.4)	0.409
歯科口腔専門職	3	(2.2)	0	(0.0)	0.082
介護福祉士を含む介護職員	101	(73.2)	60	(43.5)	<0.001
介護支援専門員	25	(18.1)	17	(12.3)	0.180
看護師・准看護師	94	(68.1)	60	(43.5)	<0.001
[3. 栄養ケアの目標の共有]					
リハビリテーション専門職	8	(5.8)	2	(1.4)	0.053
機能訓練指導員	18	(13.0)	5	(3.6)	0.005
栄養専門職	11	(8.0)	3	(2.2)	0.028
歯科口腔専門職	3	(2.2)	2	(1.4)	0.652
介護福祉士を含む介護職員	22	(15.9)	17	(12.3)	0.388
介護支援専門員	6	(4.3)	8	(5.8)	0.583
看護師・准看護師	21	(15.2)	16	(11.6)	0.377
[4. 栄養ケア計画の共有]					
リハビリテーション専門職	7	(5.1)	2	(1.4)	0.090
機能訓練指導員	17	(12.3)	5	(3.6)	0.008
栄養専門職	10	(7.2)	5	(3.6)	0.184
歯科口腔専門職	3	(2.2)	1	(0.7)	0.314
介護福祉士を含む介護職員	21	(15.2)	16	(11.6)	0.377
介護支援専門員	6	(4.3)	7	(5.1)	0.776
看護師・准看護師	20	(14.5)	12	(8.7)	0.133
[5. 口腔ケア・マネジメントの目標の共有]					
リハビリテーション専門職	11	(8.0)	4	(2.9)	0.063
機能訓練指導員	24	(17.4)	9	(6.5)	0.005
栄養専門職	2	(1.4)	1	(0.7)	0.562
歯科口腔専門職	7	(5.1)	8	(5.8)	0.791
介護福祉士を含む介護職員	33	(23.9)	24	(17.4)	0.181
介護支援専門員	10	(7.2)	7	(5.1)	0.453
看護師・准看護師	35	(25.4)	27	(19.6)	0.249
[6. 口腔ケア・マネジメント計画の共有]					
リハビリテーション専門職	10	(7.2)	3	(2.2)	0.047
機能訓練指導員	24	(17.4)	9	(6.5)	0.005
栄養専門職	2	(1.4)	1	(0.7)	0.562
歯科口腔専門職	7	(5.1)	7	(5.1)	1.000
介護福祉士を含む介護職員	32	(23.2)	21	(15.2)	0.093
介護支援専門員	10	(7.2)	7	(5.1)	0.453
看護師・准看護師	35	(25.4)	24	(17.4)	0.106

表14 クロス集計（通所介護）n, %の比較

通所介護	リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映				$\chi^2$ 検定 p値
	反映できている		反映できていない		
	n	(%)	n	(%)	
[7. リハビリテーション・個別機能訓練における活動量、筋緊張、不随意運動の有無の把握]					
リハビリテーション専門職	34	(24.6)	19	(13.8)	0.022
機能訓練指導員	77	(55.8)	40	(29.0)	<0.001
栄養専門職	2	(1.4)	1	(0.7)	0.562
歯科口腔専門職	3	(2.2)	0	(0.0)	0.082
介護福祉士を含む介護職員	52	(37.7)	40	(29.0)	0.125
介護支援専門員	20	(14.5)	12	(8.7)	0.133
看護師・准看護師	62	(44.9)	48	(34.8)	0.085
[8. 筋肉量、筋力の把握]					
リハビリテーション専門職	33	(23.9)	20	(14.5)	0.047
機能訓練指導員	66	(47.8)	30	(21.7)	<0.001
栄養専門職	2	(1.4)	0	(0.0)	0.156
歯科口腔専門職	2	(1.4)	0	(0.0)	0.156
介護福祉士を含む介護職員	41	(29.7)	26	(18.8)	0.035
介護支援専門員	16	(11.6)	6	(4.3)	0.026
看護師・准看護師	52	(37.7)	33	(23.9)	0.013
[9. エネルギー消費量の把握]					
リハビリテーション専門職	14	(10.1)	6	(4.3)	0.063
機能訓練指導員	29	(21.0)	10	(7.2)	0.001
栄養専門職	8	(5.8)	3	(2.2)	0.124
歯科口腔専門職	1	(0.7)	0	(0.0)	0.316
介護福祉士を含む介護職員	18	(13.0)	13	(9.4)	0.341
介護支援専門員	3	(2.2)	6	(4.3)	0.309
看護師・准看護師	25	(18.1)	18	(13.0)	0.245
[10. 呼吸機能の把握]					
リハビリテーション専門職	18	(13.0)	13	(9.4)	0.341
機能訓練指導員	36	(26.1)	24	(17.4)	0.080
栄養専門職	2	(1.4)	0	(0.0)	0.156
歯科口腔専門職	2	(1.4)	1	(0.7)	0.562
介護福祉士を含む介護職員	28	(20.3)	23	(16.7)	0.438
介護支援専門員	5	(3.6)	9	(6.5)	0.273
看護師・准看護師	41	(29.7)	45	(32.6)	0.603
[11. ADLの把握]					
リハビリテーション専門職	38	(27.5)	22	(15.9)	0.020
機能訓練指導員	85	(61.6)	50	(36.2)	<0.001
栄養専門職	5	(3.6)	2	(1.4)	0.251
歯科口腔専門職	1	(0.7)	3	(2.2)	0.314
介護福祉士を含む介護職員	91	(65.9)	71	(51.4)	0.014
介護支援専門員	22	(15.9)	27	(19.6)	0.431
看護師・准看護師	84	(60.9)	77	(55.8)	0.393
[12. 食事姿勢や椅子・机の高さの把握]					
リハビリテーション専門職	33	(23.9)	18	(13.0)	0.020
機能訓練指導員	66	(47.8)	46	(33.3)	0.014
栄養専門職	5	(3.6)	2	(1.4)	0.251
歯科口腔専門職	2	(1.4)	2	(1.4)	1.000
介護福祉士を含む介護職員	79	(57.2)	64	(46.4)	0.071
介護支援専門員	18	(13.0)	12	(8.7)	0.246
看護師・准看護師	74	(53.6)	68	(49.3)	0.470

表14 クロス集計（通所介護）n, %の比較

通所介護	リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映				$\chi^2$ 検定 p値
	反映できている		反映できていない		
	n	(%)	n	(%)	
[13. 低栄養状態リスクの把握]					
リハビリテーション専門職	23	(16.7)	9	(6.5)	0.008
機能訓練指導員	42	(30.4)	21	(15.2)	0.003
栄養専門職	13	(9.4)	7	(5.1)	0.164
歯科口腔専門職	5	(3.6)	1	(0.7)	0.099
介護福祉士を含む介護職員	49	(35.5)	34	(24.6)	0.049
介護支援専門員	12	(8.7)	11	(8.0)	0.828
看護師・准看護師	58	(42.0)	46	(33.3)	0.136
[14. 身長・体重・BMI・体脂肪率（身体計測）の把握]					
リハビリテーション専門職	28	(20.3)	11	(8.0)	0.003
機能訓練指導員	62	(44.9)	30	(21.7)	<0.001
栄養専門職	13	(9.4)	4	(2.9)	0.024
歯科口腔専門職	1	(0.7)	3	(2.2)	0.314
介護福祉士を含む介護職員	70	(50.7)	49	(35.5)	0.011
介護支援専門員	16	(11.6)	16	(11.6)	1.000
看護師・准看護師	72	(52.2)	61	(44.2)	0.185
[15. エネルギー・栄養素摂取量の把握]					
リハビリテーション専門職	14	(10.1)	4	(2.9)	0.015
機能訓練指導員	25	(18.1)	8	(5.8)	0.002
栄養専門職	11	(8.0)	6	(4.3)	0.211
歯科口腔専門職	3	(2.2)	0	(0.0)	0.082
介護福祉士を含む介護職員	36	(26.1)	26	(18.8)	0.149
介護支援専門員	8	(5.8)	8	(5.8)	1.000
看護師・准看護師	38	(27.5)	28	(20.3)	0.158
[16. 食事形態の把握]					
リハビリテーション専門職	28	(20.3)	12	(8.7)	0.006
機能訓練指導員	61	(44.2)	36	(26.1)	0.002
栄養専門職	14	(10.1)	9	(6.5)	0.276
歯科口腔専門職	6	(4.3)	4	(2.9)	0.519
介護福祉士を含む介護職員	88	(63.8)	75	(54.3)	0.112
介護支援専門員	22	(15.9)	22	(15.9)	1.000
看護師・准看護師	85	(61.6)	75	(54.3)	0.223
[17. 食嗜好の把握]					
リハビリテーション専門職	19	(13.8)	10	(7.2)	0.077
機能訓練指導員	49	(35.5)	33	(23.9)	0.035
栄養専門職	10	(7.2)	6	(4.3)	0.303
歯科口腔専門職	4	(2.9)	1	(0.7)	0.176
介護福祉士を含む介護職員	87	(63.0)	81	(58.7)	0.459
介護支援専門員	17	(12.3)	18	(13.0)	0.856
看護師・准看護師	80	(58.0)	74	(53.6)	0.467
[18. 使用している食器具の状況の把握]					
リハビリテーション専門職	29	(21.0)	10	(7.2)	0.001
機能訓練指導員	61	(44.2)	33	(23.9)	<0.001
栄養専門職	12	(8.7)	7	(5.1)	0.235
歯科口腔専門職	4	(2.9)	1	(0.7)	0.176
介護福祉士を含む介護職員	90	(65.2)	81	(58.7)	0.264
介護支援専門員	20	(14.5)	19	(13.8)	0.863
看護師・准看護師	84	(60.9)	79	(57.2)	0.541

表14 クロス集計（通所介護）n, %の比較

通所介護	リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映				$\chi^2$ 検定 p値
	反映できている		反映できていない		
	n	(%)	n	(%)	
[19. 食事介助状況の把握]					
リハビリテーション専門職	31	(22.5)	13	(9.4)	0.003
機能訓練指導員	65	(47.1)	41	(29.7)	0.003
栄養専門職	13	(9.4)	5	(3.6)	0.051
歯科口腔専門職	5	(3.6)	1	(0.7)	0.099
介護福祉士を含む介護職員	96	(69.6)	86	(62.3)	0.204
介護支援専門員	23	(16.7)	19	(13.8)	0.503
看護師・准看護師	95	(68.8)	86	(62.3)	0.254
[20. 褥瘡の把握]					
リハビリテーション専門職	33	(23.9)	13	(9.4)	0.001
機能訓練指導員	67	(48.6)	45	(32.6)	0.007
栄養専門職	9	(6.5)	5	(3.6)	0.273
歯科口腔専門職	2	(1.4)	0	(0.0)	0.156
介護福祉士を含む介護職員	96	(69.6)	81	(58.7)	0.060
介護支援専門員	23	(16.7)	20	(14.5)	0.619
看護師・准看護師	97	(70.3)	89	(64.5)	0.304
[21. 口腔衛生状態（歯や義歯の汚れ、舌苔、口臭等）の把握]					
リハビリテーション専門職	18	(13.0)	8	(5.8)	0.039
機能訓練指導員	45	(32.6)	22	(15.9)	0.001
栄養専門職	5	(3.6)	2	(1.4)	0.251
歯科口腔専門職	6	(4.3)	9	(6.5)	0.426
介護福祉士を含む介護職員	76	(55.1)	67	(48.6)	0.278
介護支援専門員	13	(9.4)	9	(6.5)	0.374
看護師・准看護師	80	(58.0)	70	(50.7)	0.227
[22. 日常的な口腔ケアの実施]					
リハビリテーション専門職	15	(10.9)	6	(4.3)	0.041
機能訓練指導員	45	(32.6)	23	(16.7)	0.002
栄養専門職	4	(2.9)	2	(1.4)	0.409
歯科口腔専門職	6	(4.3)	6	(4.3)	1.000
介護福祉士を含む介護職員	87	(63.0)	74	(53.6)	0.112
介護支援専門員	11	(8.0)	11	(8.0)	1.000
看護師・准看護師	83	(60.1)	68	(49.3)	0.070
[23. 口腔機能状態（摂食嚥下、頸部・顔面周囲筋の緊張や筋力、頸部、口腔周囲の可動域、口腔内や口唇の感覚、舌の動き、むせ、口腔乾燥等）の把握]					
リハビリテーション専門職	22	(15.9)	9	(6.5)	0.013
機能訓練指導員	44	(31.9)	27	(19.6)	0.019
栄養専門職	5	(3.6)	1	(0.7)	0.099
歯科口腔専門職	6	(4.3)	9	(6.5)	0.426
介護福祉士を含む介護職員	67	(48.6)	61	(44.2)	0.469
介護支援専門員	17	(12.3)	10	(7.2)	0.156
看護師・准看護師	80	(58.0)	68	(49.3)	0.147
[24. 義歯の有無の把握]					
リハビリテーション専門職	20	(14.5)	8	(5.8)	0.017
機能訓練指導員	49	(35.5)	32	(23.2)	0.025
栄養専門職	6	(4.3)	2	(1.4)	0.151
歯科口腔専門職	6	(4.3)	9	(6.5)	0.426
介護福祉士を含む介護職員	89	(64.5)	81	(58.7)	0.322
介護支援専門員	19	(13.8)	17	(12.3)	0.721
看護師・准看護師	88	(63.8)	80	(58.0)	0.324

表14 クロス集計（通所介護）n, %の比較

通所介護	リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映				$\chi^2$ 検定 p値
	反映できている		反映できていない		
	n	(%)	n	(%)	
[25. 義歯の問題の把握]					
リハビリテーション専門職	17	(12.3)	7	(5.1)	0.033
機能訓練指導員	43	(31.2)	28	(20.3)	0.039
栄養専門職	5	(3.6)	1	(0.7)	0.099
歯科口腔専門職	6	(4.3)	9	(6.5)	0.426
介護福祉士を含む介護職員	82	(59.4)	61	(44.2)	0.011
介護支援専門員	18	(13.0)	12	(8.7)	0.246
看護師・准看護師	86	(62.3)	63	(45.7)	0.005
[26. 服薬状況の把握]					
リハビリテーション専門職	21	(15.2)	7	(5.1)	0.005
機能訓練指導員	53	(38.4)	31	(22.5)	0.004
栄養専門職	3	(2.2)	0	(0.0)	0.082
歯科口腔専門職	1	(0.7)	1	(0.7)	1.000
介護福祉士を含む介護職員	84	(60.9)	69	(50.0)	0.069
介護支援専門員	21	(15.2)	15	(10.9)	0.284
看護師・准看護師	101	(73.2)	91	(65.9)	0.191
[27. 排泄状況の把握]					
リハビリテーション専門職	25	(18.1)	11	(8.0)	0.012
機能訓練指導員	61	(44.2)	36	(26.1)	0.002
栄養専門職	3	(2.2)	0	(0.0)	0.082
歯科口腔専門職	1	(0.7)	0	(0.0)	0.316
介護福祉士を含む介護職員	101	(73.2)	84	(60.9)	0.030
介護支援専門員	21	(15.2)	18	(13.0)	0.604
看護師・准看護師	99	(71.7)	86	(62.3)	0.096
[28. 認知機能の把握]					
リハビリテーション専門職	37	(26.8)	18	(13.0)	0.004
機能訓練指導員	75	(54.3)	49	(35.5)	0.002
栄養専門職	4	(2.9)	2	(1.4)	0.409
歯科口腔専門職	4	(2.9)	2	(1.4)	0.409
介護福祉士を含む介護職員	103	(74.6)	85	(61.6)	0.020
介護支援専門員	25	(18.1)	21	(15.2)	0.518
看護師・准看護師	96	(69.6)	88	(63.8)	0.307
[29. アドバンス・ケア・プランニングへの参加]					
リハビリテーション専門職	12	(8.7)	3	(2.2)	0.017
機能訓練指導員	18	(13.0)	5	(3.6)	0.005
栄養専門職	3	(2.2)	0	(0.0)	0.082
歯科口腔専門職	0	(0.0)	0	(0.0)	-
介護福祉士を含む介護職員	27	(19.6)	12	(8.7)	0.010
介護支援専門員	9	(6.5)	6	(4.3)	0.426
看護師・准看護師	24	(17.4)	10	(7.2)	0.010
[30. 経口維持加算による多職種ミールラウンド・カンファレンスへの参加]					
リハビリテーション専門職	6	(4.3)	1	(0.7)	0.056
機能訓練指導員	13	(9.4)	2	(1.4)	0.003
栄養専門職	4	(2.9)	0	(0.0)	0.044
歯科口腔専門職	1	(0.7)	1	(0.7)	1.000
介護福祉士を含む介護職員	18	(13.0)	6	(4.3)	0.010
介護支援専門員	5	(3.6)	4	(2.9)	0.735
看護師・准看護師	19	(13.8)	8	(5.8)	0.026

表14 クロス集計（通所介護）n, %の比較

通所介護	リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映				$\chi^2$ 検定 p値
	反映できている		反映できていない		
	n	(%)	n	(%)	
[31. 居宅を訪問し、状況を把握（各専門職の視点で）]					
リハビリテーション専門職	34	(24.6)	14	(10.1)	0.001
機能訓練指導員	66	(47.8)	25	(18.1)	<0.001
栄養専門職	1	(0.7)	0	(0.0)	0.316
歯科口腔専門職	2	(1.4)	0	(0.0)	0.156
介護福祉士を含む介護職員	78	(56.5)	38	(27.5)	<0.001
介護支援専門員	22	(15.9)	16	(11.6)	0.295
看護師・准看護師	49	(35.5)	23	(16.7)	<0.001
リハ・機能訓練、口腔、栄養の3領域が参加するカンファレンス開催している	42	(30.4)	5	(3.6)	<0.001
開催している場合頻度（開催していると回答した施設）					
毎日	1	(2.9)	0	(0.0)	0.928
週3~6日	1	(2.9)	0	(0.0)	
週1, 2日	2	(5.9)	0	(0.0)	
月1~3日	21	(61.8)	3	(60.0)	
月1回未満	9	(26.5)	2	(40.0)	
カンファレンスの目的（開催していると回答した施設 複数回答）					
介護支援専門員が主催するサービス担当者会議	19	(45.2)	3	(60.0)	0.532
ケアプランの共有	27	(64.3)	4	(80.0)	0.483
ミールラウンド後のカンファレンス	0	(0.0)	0	(0.0)	-
一体的計画書の共有	12	(28.6)	2	(40.0)	0.597
退所前情報共有	2	(4.8)	0	(0.0)	0.618
委員会	2	(4.8)	0	(0.0)	0.618
飲食レクリエーション	0	(0.0)	0	(0.0)	-
その他	4	(9.5)	1	(20.0)	0.473
リハ・機能訓練、口腔、栄養のインフォーマルな話し合い実施している	79	(57.2)	27	(19.6)	<0.001
リハ・機能訓練、口腔、栄養のインフォーマルな話し合い 頻度					
毎日	36	(45.6)	9	(33.3)	0.144
週3~6日	21	(26.6)	8	(29.6)	
週1, 2日	9	(11.4)	4	(14.8)	
月1~3日	13	(16.5)	4	(14.8)	
月1回未満	0	(0.0)	2	(7.4)	
インフォーマルな話し合いの内容（実施していると回答した施設 複数回答）					
リハビリテーション・個別機能訓練に関すること	70	(88.6)	19	(70.4)	0.026
栄養・食事に関すること	47	(59.5)	21	(77.8)	0.087
口腔に関すること	38	(48.1)	11	(40.7)	0.508
利用者の体調に関すること	78	(98.7)	25	(92.6)	0.097
モニタリング（計画の実施状況）に関すること	35	(44.3)	12	(44.4)	0.990
支援には直接関係しない利用者の情報に関すること	26	(32.9)	12	(44.4)	0.281
家族からの情報に関すること	66	(83.5)	15	(55.6)	0.003
その他	2	(2.5)	0	(0.0)	0.404
インフォーマルな話し合いの共有（実施していると回答した施設）					
その場にはいないものを含むすべての職員	70	(88.6)	25	(92.6)	0.558
その場にいた職員のみ	9	(11.4)	2	(7.4)	
インフォーマルな話し合いの共有方法（実施していると回答した施設 複数選択）					
カルテなどに記録して共有する	49	(62.0)	13	(48.1)	0.206
議事録を作成して共有している	30	(38.0)	12	(44.4)	0.553
口頭で伝達する	51	(64.6)	17	(63.0)	0.881
その他	9	(11.4)	2	(7.4)	0.558



表14 クロス集計（通所介護）n, %の比較

通所介護	リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映				$\chi^2$ 検定 p値
	反映できている n	(%)	反映できていない n	(%)	
「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」の推進による効果の状況（複数回答）					
入所者の新たな課題やニーズを早期に把握できるようになった	62	(44.9)	19	(13.8)	<0.001
日常の職種間の情報連携の頻度が増えた	55	(39.9)	12	(8.7)	<0.001
ケアプランで共通した目標設定ができるようになった	35	(25.4)	13	(9.4)	<0.001
各専門職の専門用語への理解が深まった	12	(8.7)	4	(2.9)	0.039
各専門職の業務フローへの理解が深まった	14	(10.1)	3	(2.2)	0.006
職員の職務満足度が高まった	7	(5.1)	4	(2.9)	0.356
褥瘡のケアが充実した	9	(6.5)	4	(2.9)	0.155
看取りのケアが充実した	0	(0.0)	0	(0.0)	-
認知症のケアが充実した	19	(13.8)	3	(2.2)	<0.001
外部の関連者との連携が強化された	12	(8.7)	5	(3.6)	0.080
リハビリテーションのアウトカムがよくなった	9	(6.5)	3	(2.2)	0.077
個別機能訓練のアウトカムがよくなった	27	(19.6)	3	(2.2)	<0.001
栄養のアウトカムが良くなった	4	(2.9)	2	(1.4)	0.409
歯科口腔のアウトカムがよくなった	7	(5.1)	4	(2.9)	0.356
入院が減少した	1	(0.7)	2	(1.4)	0.562
肺炎が少なくなった	3	(2.2)	2	(1.4)	0.652
在宅復帰が促進された	0	(0.0)	2	(1.4)	0.156
認知症の重度化が防止された	4	(2.9)	1	(0.7)	0.176
ADL・IADLが維持改善された	20	(14.5)	7	(5.1)	0.008
ポリファーマシー対策が強化された	0	(0.0)	0	(0.0)	-
転倒頻度・転倒リスクが減弱した	19	(13.8)	3	(2.2)	<0.001
生きがい・QOLがその人らしく感じるようになった	16	(11.6)	6	(4.3)	0.026
残存機能の今後の見通しがわかりやすくなった	15	(10.9)	5	(3.6)	0.020
介護者の負担軽減につながった	21	(15.2)	7	(5.1)	0.005
取り組んでいないのでわからない	50	(36.2)	102	(73.9)	<0.001
「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」を推進するうえでの課題（複数回答）					
専門職が常勤配置されていない	55	(39.9)	98	(71.0)	<0.001
外部機関（同一法人を含む）所属の専門職との連携体制がない・わからない	50	(36.2)	47	(34.1)	0.705
専門職が互いの業務に対する理解がない	12	(8.7)	9	(6.5)	0.496
主導する職種が決まっていない・わからない	27	(19.6)	27	(19.6)	1.000
電子システムが対応していない	26	(18.8)	22	(15.9)	0.525
専門職同士がわからないことがあったときに気軽に相談できない	16	(11.6)	10	(7.2)	0.216
経営上のメリットがない	15	(10.9)	21	(15.2)	0.284
その他	4	(2.9)	7	(5.1)	0.356

表14 クロス集計（通所介護）n, %の比較

通所介護	リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映				$\chi^2$ 検定 p値
	反映できている n	(%)	反映できていない n	(%)	
「一体的取組」を推進するうえで、すでに取り組んでいること（複数回答）					
<b>連携に関与する専門職を新規に雇用している</b>	<b>9</b>	<b>(6.5)</b>	<b>1</b>	<b>(0.7)</b>	0.010
外部機関所属（同一法人を含む）の専門職との連携体制を強化している	16	(11.6)	10	(7.2)	0.216
リハビリテーション・機能訓練・栄養管理・口腔管理の専門職（同一事業所・同一法人所属）と本人・家族、ケアマネジャー等が参加するカンファレンスを（定期的に）開催している	10	(7.2)	4	(2.9)	0.100
リハビリテーション・機能訓練・栄養管理・口腔管理の専門職（同一事業所・同一法人を除く外部機関所属）と本人・家族、ケアマネジャー等が参加するカンファレンスを（定期的に）開催している	6	(4.3)	6	(4.3)	1.000
<b>専門職が互いの業務に対する理解を深めるための研修会を開催している</b>	<b>13</b>	<b>(9.4)</b>	<b>4</b>	<b>(2.9)</b>	0.024
<b>主導する職種を決めている</b>	<b>15</b>	<b>(10.9)</b>	<b>5</b>	<b>(3.6)</b>	0.020
電子システムを導入している	14	(10.1)	10	(7.2)	0.393
専門職同士がわからないことがあったときに気軽に相談できる職場づくりに努めている	38	(27.5)	29	(21.0)	0.206
職種間でのSNSを活用した気付きの共有や合意形成	9	(6.5)	3	(2.2)	0.077
その他	9	(6.5)	17	(12.3)	0.099

表14 クロス集計（通所介護）n, %の比較

通所介護	リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映				$\chi^2$ 検定 p値
	反映できている		反映できていない		
	n	(%)	n	(%)	
[利用者への支援について、多職種チームの誰かが何かを気にかけている場合に、全体で取り上げるようにしている]					
全くあてはまらない	0	(0.0)	0	(0.0)	<0.001 †
あまりあてはまらない	13	(9.4)	36	(26.3)	
ややあてはまる	76	(55.1)	77	(56.2)	
とてもあてはまる	49	(35.5)	24	(17.5)	
[利用者の価値観への配慮が必要で、技術で割り切れない問題は、多職種チームで話し合っている]					
全くあてはまらない	0	(0.0)	0	(0.0)	0.001 †
あまりあてはまらない	17	(12.3)	43	(31.4)	
ややあてはまる	82	(59.4)	68	(49.6)	
とてもあてはまる	39	(28.3)	26	(19.0)	
[多職種チームは、ある程度の期間一緒に働いて人となりが分かった人が何人かいる]					
全くあてはまらない	0	(0.0)	0	(0.0)	0.017 †
あまりあてはまらない	29	(21.0)	47	(34.3)	
ややあてはまる	76	(55.1)	71	(51.8)	
とてもあてはまる	33	(23.9)	19	(13.9)	
[多職種チームは、紙や電子カルテでの意思疎通だけでなく、顔を合わせて意見や気持ちを話し合っている]					
全くあてはまらない	0	(0.0)	0	(0.0)	0.021 †
あまりあてはまらない	27	(19.6)	46	(33.6)	
ややあてはまる	74	(53.6)	66	(48.2)	
とてもあてはまる	37	(26.8)	25	(18.2)	
[多職種チームは、わからないことがあれば、他職種に教えてもらうことができる]					
全くあてはまらない	0	(0.0)	0	(0.0)	0.010 †
あまりあてはまらない	19	(13.8)	39	(28.5)	
ややあてはまる	72	(52.2)	63	(46.0)	
とてもあてはまる	47	(34.1)	35	(25.5)	
[カンファレンスには多くの職種が参加し、それぞれが意見を述べている]					
全くあてはまらない	0	(0.0)	0	(0.0)	0.002 †
あまりあてはまらない	43	(31.2)	69	(50.4)	
ややあてはまる	72	(52.2)	58	(42.3)	
とてもあてはまる	23	(16.7)	10	(7.3)	
[カンファレンスで一度も発言しない職種がないように、配慮されている]					
全くあてはまらない	0	(0.0)	0	(0.0)	0.003 †
あまりあてはまらない	45	(32.6)	67	(48.9)	
ややあてはまる	71	(51.4)	62	(45.3)	
とてもあてはまる	22	(15.9)	8	(5.8)	
[職種の専門性を尊重した協働がなされるように配慮されている]					
全くあてはまらない	0	(0.0)	0	(0.0)	0.001 †
あまりあてはまらない	32	(23.2)	58	(42.3)	
ややあてはまる	83	(60.1)	69	(50.4)	
とてもあてはまる	23	(16.7)	10	(7.3)	
[カンファレンスでは、話し合うだけでなく一定の結論を導き出す場になるように配慮されている]					
全くあてはまらない	0	(0.0)	0	(0.0)	0.001 †
あまりあてはまらない	33	(23.9)	56	(40.9)	
ややあてはまる	79	(57.2)	71	(51.8)	
とてもあてはまる	26	(18.8)	10	(7.3)	
[多職種チーム内で支援目標を共有している]					
全くあてはまらない	0	(0.0)	0	(0.0)	<0.001 †
あまりあてはまらない	35	(25.4)	65	(47.4)	
ややあてはまる	78	(56.5)	62	(45.3)	
とてもあてはまる	25	(18.1)	10	(7.3)	

† : マンホイットニーのU検定

表14 クロス集計（通所介護）n, %の比較

通所介護	リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映				$\chi^2$ 検定 p値
	反映できている		反映できていない		
	n	(%)	n	(%)	
居宅介護支援事業所の介護支援専門員との連携状況					
連携している人がいる	57	(41.3)	34	(24.6)	0.003
通所事業所から情報共有している内容（複数回答） <input type="checkbox"/> 有効%:連携している介護支援専門員がいる事業所					
リハビリテーション・個別機能訓練目標	45	(78.9)	19	(55.9)	0.020
リハビリテーション・個別機能訓練計画・具体的内容	4	(7.0)	0	(0.0)	0.114
栄養ケアの目標	4	(7.0)	2	(5.9)	0.833
栄養ケア計画	3	(5.3)	2	(5.9)	0.900
口腔ケア・マネジメントの目標	0	(0.0)	0	(0.0)	-
口腔ケア・マネジメント計画	6	(10.5)	3	(8.8)	0.792
リハビリテーション・個別機能訓練における活動量、筋緊張、不随意運動の有無	1	(1.8)	0	(0.0)	0.437
筋肉量、筋力	9	(15.8)	2	(5.9)	0.161
エネルギー消費量	0	(0.0)	0	(0.0)	-
呼吸機能	5	(8.8)	2	(5.9)	0.617
ADL・IADL	29	(50.9)	16	(47.1)	0.725
食事姿勢や椅子・机の高さ	10	(17.5)	10	(29.4)	0.186
低栄養状態リスク	9	(15.8)	5	(14.7)	0.890
身長・体重・BMI・体脂肪率（身体計測）	21	(36.8)	11	(32.4)	0.664
エネルギー・栄養素摂取量	6	(10.5)	2	(5.9)	0.449
食事形態	34	(59.6)	21	(61.8)	0.842
食嗜好	13	(22.8)	14	(41.2)	0.063
使用している食器具の状況	16	(28.1)	10	(29.4)	0.891
食事介助状況	29	(50.9)	19	(55.9)	0.644
褥瘡	26	(45.6)	20	(58.8)	0.223
口腔衛生状態（口の中の汚れ等）	14	(24.6)	10	(29.4)	0.611
日常的な口腔ケア	13	(22.8)	14	(41.2)	0.063
口腔機能状態（摂食嚥下、頸部・顔面周囲筋の緊張や筋力、頸部、口腔周囲の可動域、口腔内や口唇の感覚等）	6	(10.5)	5	(14.7)	0.554
義歯の問題	16	(28.1)	13	(38.2)	0.314
オーラルフレイルの状況	3	(5.3)	4	(11.8)	0.260
服薬状況	32	(56.1)	20	(58.8)	0.802
排泄状況	32	(56.1)	24	(70.6)	0.171
居宅の状況	28	(49.1)	19	(55.9)	0.532
口腔・栄養スクリーニングの結果	6	(10.5)	2	(5.9)	0.449
栄養アセスメント・モニタリングの結果	3	(5.3)	3	(8.8)	0.508
栄養ケア計画の内容	2	(3.5)	1	(2.9)	0.883
廃用症状出現の兆候の有無	13	(22.8)	11	(32.4)	0.317
介護者の負担軽減の方法	24	(42.1)	14	(41.2)	0.931
住居の環境	27	(47.4)	18	(52.9)	0.607
サービス利用中の様子	42	(73.7)	26	(76.5)	0.767
利用者の残存機能の今後の見通し	20	(35.1)	14	(41.2)	0.561
家族の状況	36	(63.2)	23	(67.6)	0.664
移動の自立状況	33	(57.9)	20	(58.8)	0.931
その他	0	(0.0)	0	(0.0)	-

表14 クロス集計（通所介護）n, %の比較

通所介護	リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映				$\chi^2$ 検定 p値
	反映できている		反映できていない		
	n	(%)	n	(%)	
居宅支援事業所の介護支援専門員からの相談にのる職種（複数回答）	□[有効%:連携している人がいる事業所]				
リハビリテーション専門職	18	(31.6)	11	(32.4)	0.939
<b>機能訓練指導員</b>	<b>42</b>	<b>(73.7)</b>	<b>18</b>	<b>(52.9)</b>	0.043
栄養専門職	3	(5.3)	4	(11.8)	0.260
歯科口腔専門職	4	(7.0)	4	(11.8)	0.439
その他の職員が代わりに相談に乗る	3	(5.3)	4	(11.8)	0.260
相談に乗ることはない	1	(1.8)	2	(5.9)	0.286
居宅支援事業所の介護支援専門員に相談する職種（複数回答）	（有効%:連携している人がいる事業所）				
リハビリテーション専門職	15	(26.3)	13	(38.2)	0.233
機能訓練指導員	43	(75.4)	19	(55.9)	0.053
栄養専門職	4	(7.0)	3	(8.8)	0.754
歯科口腔専門職	4	(7.0)	5	(14.7)	0.235
相談することはない	2	(3.5)	4	(11.8)	0.125
必要に応じて利用者の居宅を訪問している職種（複数回答）	（有効%:連携している人がいる事業所）				
リハビリテーション専門職	14	(24.6)	9	(26.5)	0.839
<b>機能訓練指導員</b>	<b>39</b>	<b>(68.4)</b>	<b>14</b>	<b>(41.2)</b>	0.011
栄養専門職	1	(1.8)	1	(2.9)	0.709
歯科口腔専門職	3	(5.3)	3	(8.8)	0.508
訪問することはない	8	(14.0)	14	(41.2)	0.003

表14 クロス集計（通所介護）n, %の比較

通所介護	リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映				$\chi^2$ 検定 p値
	反映できている		反映できていない		
	n	(%)	n	(%)	
訪問の際に居宅で把握している内容（複数回答）（有効%:いずれかの職種が訪問している事業所）					
自宅の間取り	40	(81.6)	15	(68.2)	0.210
自宅の周辺環境	36	(73.5)	12	(54.5)	0.115
睡眠・ベッド・寝具の状況	34	(69.4)	13	(59.1)	0.396
<b>入浴の状況</b>	<b>39</b>	<b>(79.6)</b>	<b>12</b>	<b>(54.5)</b>	<b>0.030</b>
排泄・トイレの状況	41	(83.7)	14	(63.6)	0.062
服薬状況	29	(59.2)	12	(54.5)	0.714
ADL・IADL	36	(73.5)	13	(59.1)	0.226
転倒の危険性	36	(73.5)	15	(68.2)	0.647
身体活動量	15	(30.6)	10	(45.5)	0.226
いすやテーブルの高さ	12	(24.5)	9	(40.9)	0.161
食事姿勢	13	(26.5)	7	(31.8)	0.647
調理設備・調理器具	3	(6.1)	2	(9.1)	0.651
調理担当者	9	(18.4)	3	(13.6)	0.623
食事場所	27	(55.1)	11	(50.0)	0.690
買い物方法	17	(34.7)	7	(31.8)	0.813
食事回数	12	(24.5)	7	(31.8)	0.519
食事内容	13	(26.5)	8	(36.4)	0.401
食事にかかる時間	8	(16.3)	6	(27.3)	0.284
食事形態	23	(46.9)	8	(36.4)	0.406
食事摂取量	20	(40.8)	7	(31.8)	0.470
水分摂取量	15	(30.6)	8	(36.4)	0.632
食器具	7	(14.3)	5	(22.7)	0.380
共食者の有無	5	(10.2)	5	(22.7)	0.161
食事介助状況	17	(34.7)	10	(45.5)	0.388
栄養補助食品の利用	6	(12.2)	4	(18.2)	0.506
褥瘡	20	(40.8)	10	(45.5)	0.714
口腔衛生状態（歯や義歯の汚れ、舌苔、口臭等）	12	(24.5)	4	(18.2)	0.556
口腔ケア実施状況	11	(22.4)	5	(22.7)	0.979
口腔機能状態（摂食嚥下、頸部・顔面周囲筋の緊張や筋力、頸部、口腔周囲の可動域、口腔内や口唇の感覚、舌の動き、むせ、口腔乾燥等）	9	(18.4)	4	(18.2)	0.985
義歯の問題	17	(34.7)	6	(27.3)	0.537
移動手段	30	(61.2)	10	(45.5)	0.215
日中と夜間の活動や暮らしの違い	23	(46.9)	10	(45.5)	0.908
家族の状況	33	(67.3)	13	(59.1)	0.501
一日の生活リズム	22	(44.9)	11	(50.0)	0.690
その他	0	(0.0)	1	(4.5)	0.133

表1-15 クロス集計（通所リハ）統計量の比較

通所リハビリテーション 定員・利用者数	リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標の リハビリテーション計画または機能訓練計画への反映				マンホィットニ ー検定				
	度数	平均値	中央値	標準偏差	度数	平均値	中央値	標準偏差	p値
定員（床）	183	47.4	40.0	(44.7)	122	38.5	35.0	(26.9)	0.137
1週間の利用実人数（人）	176	108.1	77.0	(103.2)	119	83.6	67.0	(62.3)	0.129
要介護度別利用者数（利用実人数100名当たり）									
要支援1	176	13.4	9.9	(12.4)	119	14.3	11.8	(12.3)	0.473
要支援2	176	19.4	17.8	(11.7)	119	22.0	19.0	(14.5)	0.178
要介護1	176	25.1	24.8	(11.2)	119	24.1	24.7	(11.8)	0.506
要介護2	176	21.8	21.6	(9.9)	119	21.1	21.9	(10.7)	0.876
要介護3	176	10.7	9.9	(7.7)	119	10.4	9.3	(6.8)	0.851
要介護4	176	6.9	5.2	(7.9)	119	5.6	4.1	(5.9)	0.196
要介護5	176	2.3	0.8	(3.5)	119	2.2	0.6	(4.2)	0.676
その他※審査中等	176	0.4	0.0	(1.2)	119	0.3	0.0	(0.7)	0.976
栄養・口腔・嚥下の問題がある人数（利用実人数100名当たり）									
※それぞれの項目で「いる」と回答した事業所であり、「把握していない」事業所は含まれない									
BMI18.5未満（人）	94	9.4	8.1	(7.7)	48	10.9	6.3	(16.7)	0.345
嘔むことに問題がある（人）	88	11.8	7.6	(13.2)	48	10.8	5.8	(12.7)	0.605
義歯がある（人）	111	49.1	47.6	(26.2)	59	47.9	48.1	(23.9)	0.760
義歯を使用している（人）	106	45.6	43.4	(27.1)	56	45.2	43.4	(24.0)	0.979
義歯を使用している（義歯ある人100人あたり）（人）	106	90.9	100.0	(20.0)	56	94.7	100.0	(14.0)	0.351
飲み込むこと（嚥下）に問題がある（人）	113	8.8	5.2	(9.8)	56	6.1	4.4	(5.1)	0.157
過去6か月間の状況（利用実人数100名当たり）（人）									
利用終了した人数（死亡を含む）（人）	148	15.5	12.5	(12.9)	106	17.6	12.8	(24.5)	0.997
入院した人数（入院先で死亡も含む）（人）	130	10.0	6.7	(13.6)	92	10.4	6.7	(13.0)	0.849
誤嚥性肺炎により入院した人数（人）	<b>107</b>	<b>0.6</b>	<b>0.0</b>	<b>(1.2)</b>	<b>78</b>	<b>0.5</b>	<b>0.0</b>	<b>(2.9)</b>	<b>0.012</b>
死亡した人数（人）	<b>138</b>	<b>2.5</b>	<b>1.4</b>	<b>(2.9)</b>	<b>97</b>	<b>1.9</b>	<b>0.7</b>	<b>(4.3)</b>	<b>0.007</b>

表15 クロス集計（通所リハ）統計量の比較

通所リハビリテーション 専門職の常勤換算人数(人)	リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリ 反映できている			反映できていない			マンホィットニー U検定 p値		
	度数	平均値	中央値	標準偏差	度数	平均値		中央値	標準偏差
医師	183	1.0	1.0	(0.8)	123	1.1	1.0	(0.9)	0.804
歯科医師	183	0.0	0.0	(0.1)	123	0.0	0.0	(0.0)	0.246
歯科衛生士	183	0.1	0.0	(0.2)	123	0.0	0.0	(0.1)	0.020
薬剤師	183	0.1	0.0	(0.6)	123	0.1	0.0	(0.5)	0.560
介護福祉士	183	5.4	4.0	(8.0)	123	3.0	1.3	(3.5)	<0.001
介護職員(介護福祉士を除く)	183	3.1	1.8	(7.7)	123	2.1	2.0	(2.2)	0.885
介護支援専門員	183	0.3	0.0	(0.9)	123	0.2	0.0	(0.6)	0.687
看護師	183	1.5	1.0	(5.2)	123	0.7	0.0	(1.4)	0.001
准看護師	183	0.6	0.0	(2.7)	123	0.4	0.0	(0.7)	0.761
理学療法士	183	2.7	2.0	(3.0)	123	2.3	2.0	(1.9)	0.386
作業療法士	183	1.3	1.0	(1.6)	123	0.8	0.3	(1.0)	0.006
言語聴覚士	183	0.4	0.0	(0.9)	123	0.1	0.0	(0.3)	0.007
専任の機能訓練指導員	183	0.2	0.0	(1.4)	123	0.1	0.0	(0.3)	0.994
管理栄養士	183	0.4	0.0	(0.7)	123	0.3	0.0	(0.6)	0.033
栄養士(管理栄養士を除く)	183	0.1	0.0	(0.4)	123	0.0	0.0	(0.3)	0.030
専門職の常勤換算人数※利用実人数100名当たり(人)									
医師	176	1.9	1.1	(2.8)	119	2.9	1.4	(6.8)	0.073
歯科医師	176	0.0	0.0	(0.3)	119	0.0	0.0	(0.0)	0.244
歯科衛生士	176	0.1	0.0	(0.4)	119	0.0	0.0	(0.0)	0.019
薬剤師	176	0.4	0.0	(1.8)	119	0.3	0.0	(1.6)	0.768
介護福祉士	176	7.3	4.2	(22.6)	119	3.8	2.0	(4.5)	0.002
介護職員(介護福祉士を除く)	176	5.8	1.7	(29.0)	119	3.1	2.2	(3.9)	0.463
介護支援専門員	176	0.7	0.0	(3.2)	119	0.3	0.0	(1.2)	0.523
看護師	176	2.8	0.7	(11.2)	119	1.1	0.0	(2.3)	0.001
准看護師	176	1.5	0.0	(6.8)	119	0.6	0.0	(1.6)	0.721
理学療法士	176	4.6	2.3	(9.4)	119	5.0	2.3	(9.3)	0.581
作業療法士	176	1.9	0.9	(3.1)	119	1.4	0.4	(2.6)	0.024
言語聴覚士	176	0.5	0.0	(1.6)	119	0.2	0.0	(0.7)	0.017
専任の機能訓練指導員	176	0.3	0.0	(1.9)	119	0.2	0.0	(0.7)	0.842
管理栄養士	176	0.6	0.0	(2.0)	119	0.4	0.0	(1.1)	0.038
栄養士(管理栄養士を除く)	176	0.2	0.0	(1.1)	119	0.1	0.0	(0.8)	0.043



表16 クロス集計（通所リハ）n, %の比較

通所リハビリテーション	リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映				$\chi^2$ 検定 p値
	反映できている		反映できていない		
	n	(%)	n	(%)	
事業主体					
社会福祉法人	5	(2.7)	5	(4.1)	0.685
医療法人	153	(83.6)	106	(86.2)	
営利法人	3	(1.6)	1	(0.8)	
NPO法人	0	(0.0)	0	(0.0)	
その他	22	(12.0)	11	(8.9)	
併設施設（複数回答）					
特養	3	(1.6)	4	(3.3)	0.355
老健	60	(32.8)	38	(30.9)	0.728
病院	75	(41.0)	45	(36.6)	0.440
診療所	73	(39.9)	50	(40.7)	0.894
歯科医療機関	3	(1.6)	2	(1.6)	0.993
併設施設はない	3	(1.6)	2	(1.6)	0.993
BMI18.5未満の利用者					
いる	109	(59.6)	53	(43.1)	0.001
いない	21	(11.5)	8	(6.5)	
把握していない	53	(29.0)	62	(50.4)	
噛むことに問題ある利用者					
いる	109	(59.6)	54	(43.9)	0.003
いない	44	(24.0)	29	(23.6)	
把握していない	30	(16.4)	40	(32.5)	
義歯がある利用者					
いる	139	(76.0)	66	(53.7)	<0.001
いない	0	(0.0)	1	(0.8)	
把握していない	44	(24.0)	56	(45.5)	
義歯を使用している利用者（有効%:義歯がある利用者いるn=233）					
いる	133	(95.7)	63	(95.5)	0.940
いない	0	(0.0)	0	(0.0)	
把握していない	6	(4.3)	3	(4.5)	
咀嚼機能が低下した利用者への対応[①軟らかいものが噛める]					
常食	24	(13.0)	11	(8.9)	0.033
軟食・軟菜食	72	(39.1)	36	(29.3)	
きざみ食	40	(21.7)	24	(19.5)	
ソフト食・ムース食	5	(2.7)	2	(1.6)	
ミキサー食	1	(0.5)	0	(0.0)	
その他	0	(0.0)	0	(0.0)	
食事提供がない	42	(22.8)	50	(40.7)	
咀嚼機能が低下した利用者への対応[②軟らかいものが噛めない]					
常食	1	(0.5)	2	(1.6)	0.003
軟食・軟菜食	13	(7.1)	5	(4.1)	
きざみ食	62	(33.7)	30	(24.4)	
ソフト食・ムース食	28	(15.2)	17	(13.8)	
ミキサー食	35	(19.0)	12	(9.8)	
その他	0	(0.0)	1	(0.8)	
食事提供がない	45	(24.5)	56	(45.5)	
飲み込むこと（嚥下）に問題がある利用者いる					
いる	130	(71.0)	61	(49.6)	0.001
いない	30	(16.4)	36	(29.3)	
把握していない	23	(12.6)	26	(21.1)	

表16 クロス集計（通所リハ）n, %の比較

通所リハビリテーション	反映できている		反映できていない		$\chi^2$ 検定 p値
	n	(%)	n	(%)	
リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映					
過去6か月で利用終了人数わかる					
わかる	153	(83.6)	107	(87.0)	0.417
わからない	30	(16.4)	16	(13.0)	
過去6か月で入院した人数わかる					
わかる	134	(73.2)	94	(76.4)	0.529
わからない	49	(26.8)	29	(23.6)	
過去6か月で誤嚥性肺炎で入院した人数わかる					
わかる	111	(60.7)	78	(63.4)	0.626
わからない	72	(39.3)	45	(36.6)	
過去6か月で死亡した人数わかる					
わかる	142	(77.6)	98	(79.7)	0.665
わからない	41	(22.4)	25	(20.3)	
常勤換算0.1人以上配置					
<b>歯科衛生士</b>	<b>14</b>	<b>(7.7)</b>	<b>2</b>	<b>(1.6)</b>	<b>0.020</b>
<b>管理栄養士</b>	<b>73</b>	<b>(39.9)</b>	<b>34</b>	<b>(27.6)</b>	<b>0.028</b>
機能訓練指導員(専任)の資格(複数回答)					
<b>看護師</b>	<b>24</b>	<b>(13.1)</b>	<b>4</b>	<b>(3.3)</b>	<b>0.003</b>
准看護師	9	(4.9)	3	(2.4)	0.273
理学療法士	77	(42.1)	42	(34.1)	0.163
<b>作業療法士</b>	<b>53</b>	<b>(29.0)</b>	<b>18</b>	<b>(14.6)</b>	<b>0.004</b>
<b>言語聴覚士</b>	<b>21</b>	<b>(11.5)</b>	<b>6</b>	<b>(4.9)</b>	<b>0.046</b>
柔道整復師	7	(3.8)	2	(1.6)	0.264
あん摩マッサージ指圧師	3	(1.6)	4	(3.3)	0.355
鍼灸師(6か月以上の実務経験有)	1	(0.5)	1	(0.8)	0.777
その他	4	(2.2)	2	(1.6)	0.729
外部機関等に所属し連携(評価・治療・ケア等)している専門 医師					
あり(同一法人)	51	(27.9)	28	(22.8)	0.567
あり(他法人)	10	(5.5)	6	(4.9)	
なし	122	(66.7)	89	(72.4)	
歯科医師					
あり(同一法人)	6	(3.3)	1	(0.8)	0.367
あり(他法人)	7	(3.8)	5	(4.1)	
なし	170	(92.9)	117	(95.1)	
歯科衛生士					
あり(同一法人)	10	(5.5)	3	(2.4)	0.436
あり(他法人)	6	(3.3)	4	(3.3)	
なし	167	(91.3)	116	(94.3)	
理学療法士					
あり(同一法人)	38	(20.8)	25	(20.3)	0.995
あり(他法人)	6	(3.3)	4	(3.3)	
なし	139	(76.0)	94	(76.4)	
作業療法士					
あり(同一法人)	28	(15.3)	16	(13.0)	0.850
あり(他法人)	4	(2.2)	3	(2.4)	
なし	151	(82.5)	104	(84.6)	
言語聴覚士					
あり(同一法人)	25	(13.7)	8	(6.5)	0.067
あり(他法人)	2	(1.1)	0	(0.0)	
なし	156	(85.2)	115	(93.5)	
管理栄養士					
あり(同一法人)	29	(15.8)	18	(14.6)	0.782
あり(他法人)	3	(1.6)	1	(0.8)	
なし	151	(82.5)	104	(84.6)	

表16 クロス集計（通所リハ）n, %の比較

通所リハビリテーション	反映できている		反映できていない		$\chi^2$ 検定 p値
	n	(%)	n	(%)	
リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映					
加算算定の状況（2022年9月の1か月間に1件以上）（複数回答）					
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	25	(13.7)	11	(8.9)	0.209
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	31	<b>(16.9)</b>	6	<b>(4.9)</b>	<b>0.002</b>
栄養アセスメント加算	43	<b>(23.5)</b>	13	<b>(10.6)</b>	<b>0.004</b>
栄養改善加算	23	<b>(12.6)</b>	6	<b>(4.9)</b>	<b>0.024</b>
口腔機能向上加算Ⅰ	36	<b>(19.7)</b>	7	<b>(5.7)</b>	<b>0.001</b>
口腔機能向上加算Ⅱ	35	<b>(19.1)</b>	11	<b>(8.9)</b>	<b>0.015</b>
科学的介護推進体制加算	105	<b>(56.8)</b>	50	<b>(40.3)</b>	<b>0.005</b>
リハビリテーションマネジメント加算（A）イ	37	(20.2)	23	(18.7)	0.743
リハビリテーションマネジメント加算（A）ロ	40	(21.9)	16	(13.0)	0.050
リハビリテーションマネジメント加算（B）イ	47	<b>(25.7)</b>	19	<b>(15.4)</b>	<b>0.033</b>
リハビリテーションマネジメント加算（B）ロ	63	<b>(34.4)</b>	22	<b>(17.9)</b>	<b>0.002</b>
生活行為向上リハビリテーション実施加算	63	<b>(34.4)</b>	22	<b>(17.9)</b>	<b>0.002</b>
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）	15	(8.2)	5	(4.1)	0.152
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）	9	(4.9)	3	(2.4)	0.273

表16 クロス集計（通所リハ）n, %の比較

通所リハビリテーション	反映できている		反映できていない		$\chi^2$ 検定 p値
	n	(%)	n	(%)	
リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映					
「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書(一体的計画書)」(厚生労働省公開の様式例) について					
一体的計画書様式例を知っている	134	(73.2)	69	(56.1)	0.002
一体的計画書様式例を使用している	72	(39.3)	11	(8.9)	<0.001
一体的計画書の書類作成に関与している職種（複数回答）（有効%:使用している事業所）					
医師	58	(80.6)	7	(63.6)	0.205
歯科医師	0	(0.0)	0	(0.0)	-
歯科衛生士	3	(4.2)	0	(0.0)	0.490
薬剤師	0	(0.0)	0	(0.0)	-
介護福祉士	42	(58.3)	6	(54.5)	0.813
介護職員（介護福祉士を除く）	32	(44.4)	7	(63.6)	0.235
介護支援専門員	12	(16.7)	3	(27.3)	0.395
看護師	38	(52.8)	4	(36.4)	0.311
准看護師	17	(23.6)	0	(0.0)	0.071
理学療法士	66	(91.7)	10	(90.9)	0.933
作業療法士	45	(62.5)	8	(72.7)	0.511
言語聴覚士	26	(36.1)	5	(45.5)	0.551
専任で勤務する機能訓練指導員	2	(2.8)	0	(0.0)	0.576
管理栄養士	17	(23.6)	0	(0.0)	0.071
栄養士（管理栄養士を除く）	0	(0.0)	0	(0.0)	-
その他	4	(5.6)	0	(0.0)	0.423
一体的様式例意向確認聞き取りに関与（一体的計画書使用していると回答した施設 複数選択）					
医師	28	(38.9)	3	(27.3)	0.458
歯科医師	0	(0.0)	0	(0.0)	-
歯科衛生士	2	(2.8)	0	(0.0)	0.576
薬剤師	0	(0.0)	0	(0.0)	-
介護福祉士	39	(54.2)	1	(9.1)	0.005
介護職員（介護福祉士を除く）	26	(36.1)	4	(36.4)	0.987
介護支援専門員	10	(13.9)	3	(27.3)	0.255
看護師	30	(41.7)	3	(27.3)	0.364
准看護師	16	(22.2)	0	(0.0)	0.082
理学療法士	63	(87.5)	9	(81.8)	0.605
作業療法士	43	(59.7)	7	(63.6)	0.805
言語聴覚士	22	(30.6)	5	(45.5)	0.326
専任で勤務する機能訓練指導員	1	(1.4)	0	(0.0)	0.694
管理栄養士	8	(11.1)	0	(0.0)	0.245
栄養士（管理栄養士を除く）	0	(0.0)	0	(0.0)	-
その他	4	(5.6)	0	(0.0)	0.423
一体的様式例未使用理由（一体的計画書使用していないと回答した施設 複数選択）					
別の書式で運用している	74	(66.1)	53	(46.9)	0.004
様式例の使い勝手が悪い	17	(15.2)	10	(8.8)	0.144
電子システムが対応していない	26	(23.2)	18	(15.9)	0.168
活用を主導する旗振り役がない	6	(5.4)	15	(13.3)	0.041
多職種で書類を共有することが難しい	21	(18.8)	25	(22.1)	0.530
各職種の業務についての相互の理解不足	6	(5.4)	8	(7.1)	0.593
活用を促す加算がない	33	(29.5)	43	(38.1)	0.173
その他	4	(3.6)	12	(10.6)	0.040

表16 クロス集計（通所リハ）n, %の比較

通所リハビリテーション	反映できている		反映できていない		$\chi^2$ 検定 p値
	n	(%)	n	(%)	
リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔 の専門職が連携して設定した目標のリハビリ テーション計画または機能訓練計画への反映					
[1. リハビリテーション・個別機能訓練目標の共有]					
リハビリテーション専門職	178	(97.3)	111	(90.2)	0.009
機能訓練指導員	14	(7.7)	8	(6.5)	0.704
栄養専門職	28	(15.3)	4	(3.3)	0.001
歯科口腔専門職	7	(3.8)	0	(0.0)	0.028
介護福祉士を含む介護職員	128	(69.9)	65	(52.8)	0.002
介護支援専門員	78	(42.6)	48	(39.0)	0.531
看護師・准看護師	99	(54.1)	41	(33.3)	<0.001
[2. リハビリテーション・個別機能訓練計画の共有]					
リハビリテーション専門職	176	(96.2)	111	(90.2)	0.035
機能訓練指導員	14	(7.7)	8	(6.5)	0.704
栄養専門職	25	(13.7)	3	(2.4)	0.001
歯科口腔専門職	7	(3.8)	0	(0.0)	0.028
介護福祉士を含む介護職員	127	(69.4)	62	(50.4)	0.001
介護支援専門員	76	(41.5)	46	(37.4)	0.469
看護師・准看護師	96	(52.5)	40	(32.5)	0.001
[3. 栄養ケアの目標の共有]					
リハビリテーション専門職	68	(37.2)	9	(7.3)	<0.001
機能訓練指導員	6	(3.3)	1	(0.8)	0.157
栄養専門職	58	(31.7)	15	(12.2)	<0.001
歯科口腔専門職	8	(4.4)	2	(1.6)	0.185
介護福祉士を含む介護職員	64	(35.0)	9	(7.3)	<0.001
介護支援専門員	38	(20.8)	5	(4.1)	<0.001
看護師・准看護師	55	(30.1)	13	(10.6)	<0.001
[4. 栄養ケア計画の共有]					
リハビリテーション専門職	61	(33.3)	9	(7.3)	<0.001
機能訓練指導員	5	(2.7)	1	(0.8)	0.235
栄養専門職	57	(31.1)	16	(13.0)	<0.001
歯科口腔専門職	8	(4.4)	2	(1.6)	0.185
介護福祉士を含む介護職員	61	(33.3)	9	(7.3)	<0.001
介護支援専門員	36	(19.7)	4	(3.3)	<0.001
看護師・准看護師	51	(27.9)	13	(10.6)	<0.001
[5. 口腔ケア・マネジメントの目標の共有]					
リハビリテーション専門職	71	(38.8)	17	(13.8)	<0.001
機能訓練指導員	4	(2.2)	2	(1.6)	0.729
栄養専門職	27	(14.8)	3	(2.4)	<0.001
歯科口腔専門職	15	(8.2)	4	(3.3)	0.079
介護福祉士を含む介護職員	67	(36.6)	15	(12.2)	<0.001
介護支援専門員	38	(20.8)	9	(7.3)	0.001
看護師・准看護師	55	(30.1)	15	(12.2)	<0.001
[6. 口腔ケア・マネジメント計画の共有]					
リハビリテーション専門職	67	(36.6)	17	(13.8)	<0.001
機能訓練指導員	4	(2.2)	2	(1.6)	0.729
栄養専門職	27	(14.8)	3	(2.4)	<0.001
歯科口腔専門職	15	(8.2)	3	(2.4)	0.036
介護福祉士を含む介護職員	65	(35.5)	16	(13.0)	<0.001
介護支援専門員	37	(20.2)	9	(7.3)	0.002
看護師・准看護師	53	(29.0)	15	(12.2)	0.001

表16 クロス集計（通所リハ）n, %の比較

通所リハビリテーション	反映できている		反映できていない		$\chi^2$ 検定 p値
	n	(%)	n	(%)	
リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映					
[7. リハビリテーション・個別機能訓練における活動量、筋緊張、不随意運動の有無の把握]					
リハビリテーション専門職	171	(93.4)	99	(80.5)	0.001
機能訓練指導員	12	(6.6)	7	(5.7)	0.758
栄養専門職	17	(9.3)	2	(1.6)	0.006
歯科口腔専門職	5	(2.7)	0	(0.0)	0.065
介護福祉士を含む介護職員	101	(55.2)	42	(34.1)	<0.001
介護支援専門員	49	(26.8)	34	(27.6)	0.867
看護師・准看護師	81	(44.3)	28	(22.8)	<0.001
[8. 筋肉量、筋力の把握]					
リハビリテーション専門職	158	(86.3)	95	(77.2)	0.039
機能訓練指導員	11	(6.0)	6	(4.9)	0.671
栄養専門職	15	(8.2)	3	(2.4)	0.036
歯科口腔専門職	5	(2.7)	0	(0.0)	0.065
介護福祉士を含む介護職員	79	(43.2)	27	(22.0)	<0.001
介護支援専門員	36	(19.7)	24	(19.5)	0.972
看護師・准看護師	59	(32.2)	21	(17.1)	0.003
[9. エネルギー消費量の把握]					
リハビリテーション専門職	74	(40.4)	28	(22.8)	0.001
機能訓練指導員	8	(4.4)	2	(1.6)	0.185
栄養専門職	35	(19.1)	11	(8.9)	0.015
歯科口腔専門職	3	(1.6)	0	(0.0)	0.154
介護福祉士を含む介護職員	41	(22.4)	11	(8.9)	0.002
介護支援専門員	20	(10.9)	6	(4.9)	0.063
看護師・准看護師	41	(22.4)	11	(8.9)	0.002
[10. 呼吸機能の把握]					
リハビリテーション専門職	112	(61.2)	50	(40.7)	<0.001
機能訓練指導員	10	(5.5)	2	(1.6)	0.090
栄養専門職	11	(6.0)	1	(0.8)	0.022
歯科口腔専門職	2	(1.1)	0	(0.0)	0.245
介護福祉士を含む介護職員	59	(32.2)	21	(17.1)	0.003
介護支援専門員	27	(14.8)	19	(15.4)	0.868
看護師・准看護師	71	(38.8)	22	(17.9)	<0.001
[11. ADLの把握]					
リハビリテーション専門職	172	(94.0)	105	(85.4)	0.012
機能訓練指導員	13	(7.1)	6	(4.9)	0.429
栄養専門職	27	(14.8)	4	(3.3)	0.001
歯科口腔専門職	8	(4.4)	0	(0.0)	0.019
介護福祉士を含む介護職員	137	(74.9)	67	(54.5)	<0.001
介護支援専門員	70	(38.3)	45	(36.6)	0.768
看護師・准看護師	102	(55.7)	39	(31.7)	<0.001
[12. 食事姿勢や椅子・机の高さの把握]					
リハビリテーション専門職	141	(77.0)	68	(55.3)	<0.001
機能訓練指導員	8	(4.4)	4	(3.3)	0.621
栄養専門職	25	(13.7)	3	(2.4)	0.001
歯科口腔専門職	10	(5.5)	0	(0.0)	0.008
介護福祉士を含む介護職員	115	(62.8)	50	(40.7)	<0.001
介護支援専門員	45	(24.6)	17	(13.8)	0.022
看護師・准看護師	90	(49.2)	33	(26.8)	<0.001

表16 クロス集計（通所リハ）n, %の比較

通所リハビリテーション	反映できている		反映できていない		$\chi^2$ 検定 p値
	n	(%)	n	(%)	
リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔 の専門職が連携して設定した目標のリハビリ テーション計画または機能訓練計画への反映					
[13. 低栄養状態リスクの把握]					
リハビリテーション専門職	115	(62.8)	44	(35.8)	<0.001
機能訓練指導員	9	(4.9)	4	(3.3)	0.479
栄養専門職	71	(38.8)	18	(14.6)	<0.001
歯科口腔専門職	11	(6.0)	0	(0.0)	0.006
介護福祉士を含む介護職員	92	(50.3)	39	(31.7)	0.001
介護支援専門員	49	(26.8)	17	(13.8)	0.007
看護師・准看護師	89	(48.6)	29	(23.6)	<0.001
[14. 身長・体重・BMI・体脂肪率（身体計測）の把握]					
リハビリテーション専門職	129	(70.5)	62	(50.4)	<0.001
機能訓練指導員	10	(5.5)	4	(3.3)	0.364
栄養専門職	65	(35.5)	16	(13.0)	<0.001
歯科口腔専門職	11	(6.0)	0	(0.0)	0.006
介護福祉士を含む介護職員	111	(60.7)	51	(41.5)	0.001
介護支援専門員	53	(29.0)	24	(19.5)	0.062
看護師・准看護師	95	(51.9)	34	(27.6)	<0.001
[15. エネルギー・栄養素摂取量の把握]					
リハビリテーション専門職	71	(38.8)	21	(17.1)	<0.001
機能訓練指導員	7	(3.8)	1	(0.8)	0.105
栄養専門職	65	(35.5)	16	(13.0)	<0.001
歯科口腔専門職	6	(3.3)	0	(0.0)	0.043
介護福祉士を含む介護職員	65	(35.5)	24	(19.5)	0.003
介護支援専門員	34	(18.6)	9	(7.3)	0.005
看護師・准看護師	57	(31.1)	20	(16.3)	0.003
[16. 食事形態の把握]					
リハビリテーション専門職	120	(65.6)	53	(43.1)	<0.001
機能訓練指導員	8	(4.4)	2	(1.6)	0.185
栄養専門職	67	(36.6)	25	(20.3)	0.002
歯科口腔専門職	12	(6.6)	1	(0.8)	0.015
介護福祉士を含む介護職員	115	(62.8)	57	(46.3)	0.004
介護支援専門員	57	(31.1)	21	(17.1)	0.006
看護師・准看護師	99	(54.1)	41	(33.3)	<0.001
[17. 食嗜好の把握]					
リハビリテーション専門職	95	(51.9)	37	(30.1)	<0.001
機能訓練指導員	8	(4.4)	3	(2.4)	0.373
栄養専門職	65	(35.5)	22	(17.9)	0.001
歯科口腔専門職	7	(3.8)	0	(0.0)	0.028
介護福祉士を含む介護職員	114	(62.3)	52	(42.3)	0.001
介護支援専門員	49	(26.8)	14	(11.4)	0.001
看護師・准看護師	89	(48.6)	33	(26.8)	<0.001
[18. 使用している食器具の状況の把握]					
リハビリテーション専門職	123	(67.2)	57	(46.3)	<0.001
機能訓練指導員	8	(4.4)	2	(1.6)	0.185
栄養専門職	59	(32.2)	17	(13.8)	<0.001
歯科口腔専門職	8	(4.4)	0	(0.0)	0.019
介護福祉士を含む介護職員	119	(65.0)	55	(44.7)	<0.001
介護支援専門員	48	(26.2)	21	(17.1)	0.060
看護師・准看護師	90	(49.2)	35	(28.5)	<0.001

表16 クロス集計（通所リハ）n, %の比較

通所リハビリテーション	リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映				$\chi^2$ 検定 p値
	反映できている		反映できていない		
	n	(%)	n	(%)	
[19. 食事介助状況の把握]					
リハビリテーション専門職	129	(70.5)	60	(48.8)	<0.001
機能訓練指導員	8	(4.4)	4	(3.3)	0.621
栄養専門職	50	(27.3)	6	(4.9)	<0.001
歯科口腔専門職	8	(4.4)	0	(0.0)	0.019
介護福祉士を含む介護職員	126	(68.9)	62	(50.4)	0.001
介護支援専門員	54	(29.5)	26	(21.1)	0.102
看護師・准看護師	97	(53.0)	41	(33.3)	0.001
[20. 褥瘡の把握]					
リハビリテーション専門職	131	(71.6)	69	(56.1)	0.005
機能訓練指導員	9	(4.9)	5	(4.1)	0.726
栄養専門職	40	(21.9)	9	(7.3)	0.001
歯科口腔専門職	4	(2.2)	0	(0.0)	0.099
介護福祉士を含む介護職員	122	(66.7)	59	(48.0)	0.001
介護支援専門員	58	(31.7)	32	(26.0)	0.285
看護師・准看護師	107	(58.5)	46	(37.4)	<0.001
[21. 口腔衛生状態（歯や義歯の汚れ、舌苔、口臭等）の把握]					
リハビリテーション専門職	87	(47.5)	35	(28.5)	0.001
機能訓練指導員	7	(3.8)	2	(1.6)	0.264
栄養専門職	27	(14.8)	5	(4.1)	0.003
歯科口腔専門職	18	(9.8)	3	(2.4)	0.012
介護福祉士を含む介護職員	107	(58.5)	48	(39.0)	0.001
介護支援専門員	43	(23.5)	16	(13.0)	0.023
看護師・准看護師	90	(49.2)	34	(27.6)	<0.001
[22. 日常的な口腔ケアの実施]					
リハビリテーション専門職	77	(42.1)	26	(21.1)	<0.001
機能訓練指導員	8	(4.4)	2	(1.6)	0.185
栄養専門職	20	(10.9)	3	(2.4)	0.006
歯科口腔専門職	17	(9.3)	1	(0.8)	0.002
介護福祉士を含む介護職員	109	(59.6)	46	(37.4)	<0.001
介護支援専門員	40	(21.9)	11	(8.9)	0.003
看護師・准看護師	84	(45.9)	35	(28.5)	0.002
[23. 口腔機能状態（摂食嚥下、頸部・顔面周囲筋の緊張や筋力、頸部、口腔周囲の可動域、口腔内や口唇の感覚、舌の動き、むせ、口腔乾燥等）の把握]					
リハビリテーション専門職	111	(60.7)	41	(33.3)	<0.001
機能訓練指導員	7	(3.8)	2	(1.6)	0.264
栄養専門職	30	(16.4)	2	(1.6)	<0.001
歯科口腔専門職	18	(9.8)	2	(1.6)	0.004
介護福祉士を含む介護職員	103	(56.3)	36	(29.3)	<0.001
介護支援専門員	38	(20.8)	15	(12.2)	0.052
看護師・准看護師	85	(46.4)	26	(21.1)	<0.001
[24. 義歯の有無の把握]					
リハビリテーション専門職	104	(56.8)	48	(39.0)	0.002
機能訓練指導員	8	(4.4)	4	(3.3)	0.621
栄養専門職	35	(19.1)	4	(3.3)	<0.001
歯科口腔専門職	16	(8.7)	2	(1.6)	0.009
介護福祉士を含む介護職員	118	(64.5)	53	(43.1)	<0.001
介護支援専門員	49	(26.8)	20	(16.3)	0.031
看護師・准看護師	93	(50.8)	36	(29.3)	<0.001



表16 クロス集計（通所リハ）n, %の比較

通所リハビリテーション	リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映				$\chi^2$ 検定 p値
	反映できている n	(%)	反映できていない n	(%)	
[25. 義歯の問題の把握]					
リハビリテーション専門職	82	(44.8)	29	(23.6)	<0.001
機能訓練指導員	8	(4.4)	2	(1.6)	0.185
栄養専門職	26	(14.2)	3	(2.4)	0.001
歯科口腔専門職	17	(9.3)	3	(2.4)	0.017
介護福祉士を含む介護職員	108	(59.0)	38	(30.9)	<0.001
介護支援専門員	46	(25.1)	16	(13.0)	0.010
看護師・准看護師	86	(47.0)	30	(24.4)	<0.001
[26. 服薬状況の把握]					
リハビリテーション専門職	120	(65.6)	58	(47.2)	0.001
機能訓練指導員	11	(6.0)	5	(4.1)	0.453
栄養専門職	14	(7.7)	3	(2.4)	0.051
歯科口腔専門職	5	(2.7)	0	(0.0)	0.065
介護福祉士を含む介護職員	122	(66.7)	57	(46.3)	<0.001
介護支援専門員	54	(29.5)	33	(26.8)	0.611
看護師・准看護師	112	(61.2)	45	(36.6)	<0.001
[27. 排泄状況の把握]					
リハビリテーション専門職	126	(68.9)	57	(46.3)	<0.001
機能訓練指導員	10	(5.5)	3	(2.4)	0.198
栄養専門職	11	(6.0)	2	(1.6)	0.062
歯科口腔専門職	2	(1.1)	0	(0.0)	0.245
介護福祉士を含む介護職員	133	(72.7)	63	(51.2)	<0.001
介護支援専門員	48	(26.2)	30	(24.4)	0.717
看護師・准看護師	96	(52.5)	40	(32.5)	0.001
[28. 認知機能の把握]					
リハビリテーション専門職	162	(88.5)	92	(74.8)	0.002
機能訓練指導員	13	(7.1)	7	(5.7)	0.624
栄養専門職	23	(12.6)	4	(3.3)	0.005
歯科口腔専門職	7	(3.8)	0	(0.0)	0.028
介護福祉士を含む介護職員	133	(72.7)	69	(56.1)	0.003
介護支援専門員	59	(32.2)	37	(30.1)	0.690
看護師・准看護師	102	(55.7)	45	(36.6)	0.001
[29. アドバンス・ケア・プランニングへの参加]					
リハビリテーション専門職	46	(25.1)	16	(13.0)	0.010
機能訓練指導員	4	(2.2)	1	(0.8)	0.353
栄養専門職	11	(6.0)	3	(2.4)	0.143
歯科口腔専門職	5	(2.7)	0	(0.0)	0.065
介護福祉士を含む介護職員	39	(21.3)	11	(8.9)	0.004
介護支援専門員	28	(15.3)	5	(4.1)	0.002
看護師・准看護師	32	(17.5)	9	(7.3)	0.010
[30. 経口維持加算による多職種ミールラウンド・カンファレンスへの参加]					
リハビリテーション専門職	31	(16.9)	8	(6.5)	0.007
機能訓練指導員	3	(1.6)	0	(0.0)	0.154
栄養専門職	16	(8.7)	4	(3.3)	0.057
歯科口腔専門職	3	(1.6)	0	(0.0)	0.154
介護福祉士を含む介護職員	24	(13.1)	5	(4.1)	0.008
介護支援専門員	14	(7.7)	2	(1.6)	0.020
看護師・准看護師	18	(9.8)	7	(5.7)	0.194

表16 クロス集計（通所リハ）n, %の比較

通所リハビリテーション	反映できている		反映できていない		$\chi^2$ 検定 p値
	n	(%)	n	(%)	
リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔 の専門職が連携して設定した目標のリハビリ テーション計画または機能訓練計画への反映					
[31. 居宅を訪問し、状況を把握（各専門職の視点で）]					
リハビリテーション専門職	147	(80.3)	91	(74.0)	0.191
機能訓練指導員	10	(5.5)	4	(3.3)	0.364
栄養専門職	9	(4.9)	3	(2.4)	0.273
歯科口腔専門職	4	(2.2)	0	(0.0)	0.099
<b>介護福祉士を含む介護職員</b>	<b>77</b>	<b>(42.1)</b>	<b>37</b>	<b>(30.1)</b>	<b>0.033</b>
介護支援専門員	62	(33.9)	32	(26.0)	0.144
<b>看護師・准看護師</b>	<b>47</b>	<b>(25.7)</b>	<b>19</b>	<b>(15.4)</b>	<b>0.033</b>
<b>リハ・機能訓練、口腔、栄養の3領域が参加するカンファレンス 開催している</b>	<b>73</b>	<b>(39.9)</b>	<b>10</b>	<b>(8.1)</b>	<b>&lt;0.001</b>
開催している場合頻度（開催していると回答した施設）					
毎日	3	(6.7)	1	(10.0)	0.099
週3～6日	3	(6.7)	0	(0.0)	
週1, 2日	5	(11.1)	3	(30.0)	
月1～3日	23	(51.1)	1	(10.0)	
月1回未満	11	(24.4)	5	(50.0)	
カンファレンスの目的（開催していると回答した施設 複数回答）					
<b>介護支援専門員が主催するサービス担当者会議</b>	<b>37</b>	<b>(50.7)</b>	<b>10</b>	<b>(100.0)</b>	<b>0.003</b>
ケアプランの共有	53	(72.6)	5	(50.0)	0.144
ミールラウンド後のカンファレンス	9	(12.3)	1	(10.0)	0.832
<b>一体的計画書の共有</b>	<b>28</b>	<b>(38.4)</b>	<b>0</b>	<b>(0.0)</b>	<b>0.016</b>
退所前情報共有	7	(9.6)	2	(20.0)	0.321
委員会	10	(13.7)	0	(0.0)	0.212
飲食レクリエーション	1	(1.4)	0	(0.0)	0.710
その他	12	(16.4)	2	(20.0)	0.778
<b>リハ・機能訓練、口腔、栄養のインフォーマルな話し合い 実施している</b>	<b>101</b>	<b>(55.2)</b>	<b>39</b>	<b>(31.7)</b>	<b>&lt;0.001</b>
リハ・機能訓練、口腔、栄養のインフォーマルな話し合い 頻度					
毎日	46	(45.5)	14	(35.9)	0.578
週3～6日	13	(12.9)	5	(12.8)	
週1, 2日	23	(22.8)	8	(20.5)	
月1～3日	13	(12.9)	7	(17.9)	
月1回未満	6	(5.9)	5	(12.8)	
インフォーマルな話し合いの内容（実施していると回答した施設 複数回答）					
リハビリテーション・個別機能訓練に関すること	93	(91.2)	33	(84.6)	0.258
栄養・食事に関すること	73	(71.6)	26	(66.7)	0.569
口腔に関すること	53	(52.0)	15	(38.5)	0.151
利用者の体調に関すること	87	(85.3)	28	(71.8)	0.064
モニタリング（計画の実施状況）に関すること	44	(43.1)	13	(33.3)	0.289
<b>支援には直接関係しない利用者の情報に関する こと</b>	<b>50</b>	<b>(49.0)</b>	<b>11</b>	<b>(28.2)</b>	<b>0.026</b>
家族からの情報に関すること	77	(75.5)	23	(59.0)	0.053
その他	1	(1.0)	0	(0.0)	0.535
インフォーマルな話し合いの共有（実施していると回答した施設）					
その場にはいないものを含むすべての職員	85	(84.2)	31	(79.5)	0.511
その場にいた職員のみ	16	(15.8)	8	(20.5)	
インフォーマルな話し合いの共有方法（実施していると回答した施設 複数選択）					
カルテなどに記録して共有する	77	(76.2)	25	(64.1)	0.148
議事録を作成して共有している	33	(32.7)	11	(28.2)	0.610
口頭で伝達する	67	(66.3)	29	(74.4)	0.359
その他	5	(5.0)	1	(2.6)	0.532

表16 クロス集計（通所リハ）n, %の比較

通所リハビリテーション	反映できている		反映できていない		$\chi^2$ 検定 p値
	n	(%)	n	(%)	
リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映					
「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」の推進による効果の状況（複数回答）					
入所者の新たな課題やニーズを早期に把握できるようになった	93	(50.8)	18	(14.6)	<0.001
日常の職種間の情報連携の頻度が増えた	78	(42.6)	12	(9.8)	<0.001
ケアプランで共通した目標設定ができるようになった	61	(33.3)	9	(7.3)	<0.001
各専門職の専門用語への理解が深まった	26	(14.2)	3	(2.4)	0.001
各専門職の業務フローへの理解が深まった	20	(10.9)	2	(1.6)	0.002
職員の職務満足度が高まった	10	(5.5)	1	(0.8)	0.032
褥瘡のケアが充実した	8	(4.4)	1	(0.8)	0.071
看取りのケアが充実した	0	(0.0)	0	(0.0)	-
認知症のケアが充実した	18	(9.8)	4	(3.3)	0.029
外部の関連者との連携が強化された	28	(15.3)	4	(3.3)	0.001
リハビリテーションのアウトカムがよくなった	26	(14.2)	5	(4.1)	0.004
個別機能訓練のアウトカムがよくなった	16	(8.7)	1	(0.8)	0.003
栄養のアウトカムが良くなった	19	(10.4)	4	(3.3)	0.020
歯科口腔のアウトカムがよくなった	11	(6.0)	1	(0.8)	0.022
入院が減少した	7	(3.8)	2	(1.6)	0.264
肺炎が少なくなった	7	(3.8)	0	(0.0)	0.028
在宅復帰が促進された	4	(2.2)	1	(0.8)	0.353
認知症の重度化が防止された	1	(0.5)	2	(1.6)	0.347
ADL・IADLが維持改善された	33	(18.0)	3	(2.4)	<0.001
ポリファーマシー対策が強化された	0	(0.0)	0	(0.0)	-
転倒頻度・転倒リスクが減弱した	22	(12.0)	1	(0.8)	<0.001
生きがい・QOLがその人らしく感じるようになった	23	(12.6)	3	(2.4)	0.002
残存機能の今後の見通しがわかりやすくなった	27	(14.8)	3	(2.4)	<0.001
介護者の負担軽減につながった	20	(10.9)	3	(2.4)	0.006
取り組んでいないのでわからない	58	(31.7)	93	(75.6)	<0.001
「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」を推進するうえでの課題（複数回答）					
専門職が常勤配置されていない	88	(48.1)	86	(69.9)	<0.001
外部機関（同一法人を含む）所属の専門職との連携体制がない・わからない	46	(25.1)	57	(46.3)	<0.001
専門職が互いの業務に対する理解がない	16	(8.7)	11	(8.9)	0.952
主導する職種が決まっていない・わからない	45	(24.6)	31	(25.2)	0.903
電子システムが対応していない	49	(26.8)	17	(13.8)	0.007
専門職同士がわからないことがあったときに気軽に相談できない	13	(7.1)	9	(7.3)	0.944
経営上のメリットがない	31	(16.9)	22	(17.9)	0.830
その他	11	(6.0)	4	(3.3)	0.273

表16 クロス集計（通所リハ）n, %の比較

通所リハビリテーション	リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映				$\chi^2$ 検定 p値
	反映できている		反映できていない		
	n	(%)	n	(%)	
「一体的取組」を推進するうえで、すでに取り組んでいること（複数回答）					
連携に関与する専門職を新規に雇用している	7	(3.8)	1	(0.8)	0.105
外部機関所属（同一法人を含む）の専門職との連携体制を強化している	18	(9.8)	9	(7.3)	0.446
リハビリテーション・機能訓練・栄養管理・口腔管理の専門職（同一事業所・同一法人所属）と本人・家族、ケアマネジャー等が参加するカンファレンスを（定期的に）開催している	49	(26.8)	9	(7.3)	<0.001
リハビリテーション・機能訓練・栄養管理・口腔管理の専門職（同一事業所・同一法人を除く外部機関所属）と本人・家族、ケアマネジャー等が参加するカンファレンスを（定期的に）開催している。	26	(14.2)	2	(1.6)	<0.001
専門職が互いの業務に対する理解を深めるための研修会を開催している	20	(10.9)	6	(4.9)	0.063
主導する職種を決めている	23	(12.6)	3	(2.4)	0.002
電子システムを導入している	18	(9.8)	13	(10.6)	0.835
専門職同士がわからないことがあったときに気軽に相談できる職場づくりに努めている	80	(43.7)	34	(27.6)	0.004
職種間でのSNSを活用した気付きの共有や合意形成をしている	6	(3.3)	1	(0.8)	0.157
その他	11	(6.0)	12	(9.8)	0.223

表16 クロス集計（通所リハ）n, %の比較

通所リハビリテーション	反映できている		反映できていない		$\chi^2$ 検定 p値
	n	(%)	n	(%)	
リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映					
[利用者への支援について、多職種チームの誰かが何かを気にかけている場合に、全体で取り上げるようにしている]					
全くあてはまらない	0	(0.0)	0	(0.0)	0.002
あまりあてはまらない	13	(7.1)	18	(14.6)	
ややあてはまる	101	(55.2)	80	(65.0)	
とてもあてはまる	69	(37.7)	25	(20.3)	
[利用者の価値観への配慮が必要で、技術で割り切れない問題は、多職種チームで話し合っている]					
全くあてはまらない	0	(0.0)	0	(0.0)	0.047
あまりあてはまらない	17	(9.3)	21	(17.1)	
ややあてはまる	96	(52.5)	68	(55.3)	
とてもあてはまる	70	(38.3)	34	(27.6)	
[多職種チームは、ある程度の期間一緒に働いて人となりが分かった人が何人かいる]					
全くあてはまらない	0	(0.0)	0	(0.0)	0.007
あまりあてはまらない	21	(11.5)	16	(13.0)	
ややあてはまる	84	(45.9)	76	(61.8)	
とてもあてはまる	78	(42.6)	31	(25.2)	
[多職種チームは、紙や電子カルテでの意思疎通だけでなく、顔を合わせて意見や気持ちを話し合っている]					
全くあてはまらない	0	(0.0)	0	(0.0)	0.007
あまりあてはまらない	23	(12.6)	31	(25.2)	
ややあてはまる	87	(47.5)	58	(47.2)	
とてもあてはまる	73	(39.9)	34	(27.6)	
[多職種チームは、わからないことがあれば、他職種に教えてもらうことができる]					
全くあてはまらない	0	(0.0)	0	(0.0)	<0.001
あまりあてはまらない	14	(7.7)	26	(21.1)	
ややあてはまる	89	(48.9)	66	(53.7)	
とてもあてはまる	79	(43.4)	31	(25.2)	
[カンファレンスには多くの職種が参加し、それぞれが意見を述べている]					
全くあてはまらない	0	(0.0)	0	(0.0)	0.012
あまりあてはまらない	54	(29.5)	55	(44.7)	
ややあてはまる	90	(49.2)	53	(43.1)	
とてもあてはまる	39	(21.3)	15	(12.2)	
[カンファレンスで一度も発言しない職種がないように、配慮されている]					
全くあてはまらない	0	(0.0)	0	(0.0)	0.070
あまりあてはまらない	50	(27.3)	48	(39.0)	
ややあてはまる	90	(49.2)	55	(44.7)	
とてもあてはまる	43	(23.5)	20	(16.3)	
[職種の専門性を尊重した協働がなされるように配慮されている]					
全くあてはまらない	0	(0.0)	0	(0.0)	0.002
あまりあてはまらない	24	(13.1)	36	(29.3)	
ややあてはまる	118	(64.5)	68	(55.3)	
とてもあてはまる	41	(22.4)	19	(15.4)	
[カンファレンスでは、話し合うだけでなく一定の結論を導き出す場になるように配慮されている]					
全くあてはまらない	0	(0.0)	0	(0.0)	0.001
あまりあてはまらない	33	(18.0)	44	(35.8)	
ややあてはまる	123	(67.2)	70	(56.9)	
とてもあてはまる	27	(14.8)	9	(7.3)	
[多職種チーム内で支援目標を共有している]					
全くあてはまらない	0	(0.0)	0	(0.0)	<0.001
あまりあてはまらない	23	(12.6)	38	(30.9)	
ややあてはまる	101	(55.2)	64	(52.0)	
とてもあてはまる	59	(32.2)	21	(17.1)	

表16 クロス集計（通所リハ）n, %の比較

通所リハビリテーション	反映できている		反映できていない		$\chi^2$ 検定 p値
	n	(%)	n	(%)	
リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映					
居宅のケアマネが連携している人がいる					
<b>連携している人がいる</b>	<b>128</b>	<b>(69.9)</b>	<b>70</b>	<b>(56.9)</b>	<b>0.019</b>
通所事業所から情報共有している内容（複数回答） <input type="checkbox"/> 有効%:連携している介護支援専門員がいる事業所					
リハビリテーション・個別機能訓練目標	121	(94.5)	63	(90.0)	0.234
リハビリテーション・個別機能訓練計画・具体的内容	1	(0.8)	0	(0.0)	0.458
<b>栄養ケアの目標</b>	<b>38</b>	<b>(29.7)</b>	<b>3</b>	<b>(4.3)</b>	<b>&lt;0.001</b>
<b>栄養ケア計画</b>	<b>33</b>	<b>(25.8)</b>	<b>2</b>	<b>(2.9)</b>	<b>&lt;0.001</b>
口腔ケア・マネジメントの目標	0	(0.0)	0	(0.0)	-
<b>口腔ケア・マネジメント計画</b>	<b>40</b>	<b>(31.3)</b>	<b>4</b>	<b>(5.7)</b>	<b>&lt;0.001</b>
リハビリテーション・個別機能訓練における活動量、筋緊張、不随意運動の有無	0	(0.0)	0	(0.0)	-
筋肉量、筋力	49	(38.3)	32	(45.7)	0.309
エネルギー消費量	0	(0.0)	0	(0.0)	-
呼吸機能	24	(18.8)	15	(21.4)	0.651
ADL・IADL	87	(68.0)	55	(78.6)	0.113
食事姿勢や椅子・机の高さ	44	(34.4)	19	(27.1)	0.296
<b>低栄養状態リスク</b>	<b>59</b>	<b>(46.1)</b>	<b>16</b>	<b>(22.9)</b>	<b>0.001</b>
<b>身長・体重・BMI・体脂肪率（身体計測）</b>	<b>73</b>	<b>(57.0)</b>	<b>27</b>	<b>(38.6)</b>	<b>0.013</b>
エネルギー・栄養素摂取量	21	(16.4)	7	(10.0)	0.216
<b>食事形態</b>	<b>79</b>	<b>(61.7)</b>	<b>27</b>	<b>(38.6)</b>	<b>0.002</b>
<b>食嗜好</b>	<b>52</b>	<b>(40.6)</b>	<b>18</b>	<b>(25.7)</b>	<b>0.036</b>
使用している食器の状況	51	(39.8)	20	(28.6)	0.114
食事介助状況	67	(52.3)	30	(42.9)	0.202
褥瘡	70	(54.7)	29	(41.4)	0.074
<b>口腔衛生状態（口の中の汚れ等）</b>	<b>48</b>	<b>(37.5)</b>	<b>12</b>	<b>(17.1)</b>	<b>0.003</b>
<b>日常的な口腔ケア</b>	<b>47</b>	<b>(36.7)</b>	<b>14</b>	<b>(20.0)</b>	<b>0.015</b>
口腔機能状態（摂食嚥下、頸部・顔面周囲筋の緊張や筋力、頸部、口腔周囲の可動域、口腔内や口唇の感覚等）	37	(28.9)	14	(20.0)	0.171
義歯の問題	44	(34.4)	20	(28.6)	0.404
オーラルフレイルの状況	14	(10.9)	5	(7.1)	0.386
服薬状況	84	(65.6)	44	(62.9)	0.697
排泄状況	81	(63.3)	37	(52.9)	0.153
居宅の状況	89	(69.5)	47	(67.1)	0.729
<b>口腔・栄養スクリーニングの結果</b>	<b>34</b>	<b>(26.6)</b>	<b>10</b>	<b>(14.3)</b>	<b>0.047</b>
<b>栄養アセスメント・モニタリングの結果</b>	<b>28</b>	<b>(21.9)</b>	<b>4</b>	<b>(5.7)</b>	<b>0.003</b>
<b>栄養ケア計画の内容</b>	<b>22</b>	<b>(17.2)</b>	<b>2</b>	<b>(2.9)</b>	<b>0.003</b>
廃用症状出現の兆候の有無	41	(32.0)	26	(37.1)	0.467
介護者の負担軽減の方法	73	(57.0)	42	(60.0)	0.686
住居の環境	93	(72.7)	46	(65.7)	0.307
サービス利用中の様子	98	(76.6)	51	(72.9)	0.564
利用者の残存機能の今後の見通し	74	(57.8)	34	(48.6)	0.212
家族の状況	92	(71.9)	43	(61.4)	0.131
移動の自立状況	90	(70.3)	51	(72.9)	0.705
その他	1	(0.8)	0	(0.0)	0.458

表16 クロス集計（通所リハ）n, %の比較

通所リハビリテーション	リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映				$\chi^2$ 検定 p値
	反映できている		反映できていない		
	n	(%)	n	(%)	
居宅支援事業所の介護支援専門員からの相談にのる職種（複数回答） □(有効%:連携している人がいる事業所)					
リハビリテーション専門職	122	(95.3)	68	(97.1)	0.532
機能訓練指導員	12	(9.4)	3	(4.3)	0.196
栄養専門職	21	(16.4)	5	(7.1)	0.065
歯科口腔専門職	10	(7.8)	4	(5.7)	0.582
その他の職員が代わりに相談に乗る	2	(1.6)	1	(1.4)	0.941
相談に乗ることはない	0	(0.0)	0	(0.0)	-
居宅支援事業所の介護支援専門員に相談する職種（複数回答） (有効%:連携している人がいる事業所)					
リハビリテーション専門職	121	(94.5)	63	(90.0)	0.234
機能訓練指導員	11	(8.6)	2	(2.9)	0.119
<b>栄養専門職</b>	<b>29</b>	<b>(22.7)</b>	<b>5</b>	<b>(7.1)</b>	<b>0.006</b>
<b>歯科口腔専門職</b>	<b>14</b>	<b>(10.9)</b>	<b>2</b>	<b>(2.9)</b>	<b>0.046</b>
<b>相談することはない</b>	<b>0</b>	<b>(0.0)</b>	<b>3</b>	<b>(4.3)</b>	<b>0.018</b>
必要に応じて利用者の居宅を訪問している職種（複数回答） (有効%:連携している人がいる事業所)					
リハビリテーション専門職	117	(91.4)	67	(95.7)	0.258
機能訓練指導員	8	(6.3)	1	(1.4)	0.119
栄養専門職	10	(7.8)	2	(2.9)	0.162
歯科口腔専門職	5	(3.9)	0	(0.0)	0.094
訪問することはない	5	(3.9)	1	(1.4)	0.331

表16 クロス集計（通所リハ）n, %の比較

通所リハビリテーション	反映できている		反映できていない		$\chi^2$ 検定 p値
	n	(%)	n	(%)	
リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映					
訪問の際に居宅で把握している内容（複数回答）（有効%:いずれかの職種が訪問している事業所）					
<b>自宅の間取り</b>	<b>119</b>	<b>(96.7)</b>	<b>61</b>	<b>(88.4)</b>	<b>0.022</b>
自宅の周辺環境	116	(94.3)	65	(94.2)	0.976
睡眠・ベッド・寝具の状況	112	(91.1)	64	(92.8)	0.683
入浴の状況	112	(91.1)	65	(94.2)	0.436
排泄・トイレの状況	118	(95.9)	65	(94.2)	0.586
服薬状況	75	(61.0)	49	(71.0)	0.163
ADL・IADL	110	(89.4)	66	(95.7)	0.135
転倒の危険性	111	(90.2)	64	(92.8)	0.557
身体活動量	65	(52.8)	36	(52.2)	0.929
いすやテーブルの高さ	86	(69.9)	43	(62.3)	0.282
食事姿勢	58	(47.2)	27	(39.1)	0.283
調理設備・調理器具	29	(23.6)	17	(24.6)	0.869
調理担当者	36	(29.3)	20	(29.0)	0.967
食事場所	83	(67.5)	42	(60.9)	0.357
買い物方法	60	(48.8)	31	(44.9)	0.608
食事回数	46	(37.4)	23	(33.3)	0.573
食事内容	48	(39.0)	19	(27.5)	0.109
食事にかかる時間	37	(30.1)	14	(20.3)	0.140
食事形態	57	(46.3)	27	(39.1)	0.334
<b>食事摂取量</b>	<b>53</b>	<b>(43.1)</b>	<b>18</b>	<b>(26.1)</b>	<b>0.019</b>
<b>水分摂取量</b>	<b>53</b>	<b>(43.1)</b>	<b>16</b>	<b>(23.2)</b>	<b>0.006</b>
食器具	40	(32.5)	15	(21.7)	0.113
共食者の有無	41	(33.3)	15	(21.7)	0.090
食事介助状況	61	(49.6)	30	(43.5)	0.415
栄養補助食品の利用	36	(29.3)	14	(20.3)	0.174
褥瘡	63	(51.2)	27	(39.1)	0.107
口腔衛生状態（歯や義歯の汚れ、舌苔、口臭等）	28	(22.8)	11	(15.9)	0.260
口腔ケア実施状況	34	(27.6)	11	(15.9)	0.066
口腔機能状態（摂食嚥下、頸部・顔面周囲筋の緊張や筋力、頸部、口腔周囲の可動域、口腔内や口唇の感覚、舌の動き、むせ、口腔乾燥等）	28	(22.8)	15	(21.7)	0.870
<b>義歯の問題</b>	<b>47</b>	<b>(38.2)</b>	<b>16</b>	<b>(23.2)</b>	<b>0.033</b>
移動手段	94	(76.4)	57	(82.6)	0.316
日中と夜間の活動や暮らしの違い	69	(56.1)	36	(52.2)	0.600
家族の状況	101	(82.1)	54	(78.3)	0.516
一日の生活リズム	90	(73.2)	45	(65.2)	0.247
その他	1	(0.8)	0	(0.0)	0.453



## II. 施設及び通所系サービスにおけるリハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組に関するインタビュー調査

### はじめに

令和3年度の介護報酬改定では、5つの論点が示され、「自立支援・重度化防止の取組の推進」においては、施設および通所サービスでは、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化、介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進、寝たきり防止等、重度化防止の取組の推進についての改定となった<sup>1)</sup>。リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組については一体的に運用されることによって、効果的な自立支援・重度化防止につながることを期待されており、医師、歯科医師、リハビリテーション専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種が協働して総合的に実施することが政策課題となっている<sup>2)</sup>。

具体的には、医師、歯科医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種が連携した総合的なリハビリテーション、口腔の管理および栄養管理として、リハビリテーションの負荷又は活動量に応じた必要なエネルギー量や栄養素を調整することによる筋力・持久力の向上及びADLの維持・改善、医師・歯科医師等の多職種連携による摂食・嚥下機能の評価に基づく口腔衛生や口腔機能、食事形態・摂取方法の適切な管理、経口摂取のための訓練等による摂食・嚥下障害の改善及び誤嚥性肺炎の予防等の効果的な取組が期待されている。

施設系サービス、通所系サービスでは、平成30年度に導入された「栄養スクリーニング加算」が令和3年度介護報酬改定によって「口腔・栄養スクリーニング加算」として見直された。さらに「栄養改善加算」へ流れを作るために「栄養アセスメント加算」が新設されるなど、早期の介護予防にも重点を置いた仕組みづくりが構築された。しかしながら、施設系サービスに関しては、令和3年度に介護保険施設の管理栄養士を対象として実施された「介護保険施設等における栄養ケア・マネジメントの実態に関する調査研究事業」によると、令和3年度介護報酬改定後に一体的取組が強化されて多職種間の情報連携が密になったという施設は、調査回答施設の半数以下であり、入院の減少、在宅復帰促進、重度化防止、ADL・IADLの維持改善等のアウトカムに効果があったと回答した施設は1割に満たなかった<sup>3)</sup>。

そこで、本調査は、厚生労働省令和4年度老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費等補助金）「リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組に関する調査研究事業」の一

環として、施設系サービス及び通所系サービスにおけるリハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組（以下「一体的取組」という。）の充実を図るため、全国規模で施設及び通所系サービスにおける一体的取組に関する施設・事業所の実態を踏まえ、一体的取組を先駆的に推進している施設・事業所に対しインタビュー調査を実施した。体制や取組の状況を聴取し、課題の分析を行い、一体的取組の必要性やあり方について論点整理を行うことを目的とした。

## 方 法

### 1. 対象施設・事業所およびインタビュー対象者

対象施設・事業所は、「リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組に関する調査」において、インタビュー調査に対する協力の回答があった施設・事業所及び検討会議の委員からの推薦を得た施設・事業所から選定した特別養護老人ホーム（以下「特養」という。）：9施設、老人保健施設（以下「老健」という。）：10施設、通所介護事業所（以下「通所介護」という。）：8事業所、通所リハビリテーション事業所（以下「通所リハ」という。）：9事業所であり、管理者、医師、歯科医師、リハビリテーション専門職種、管理栄養士等をインタビュー対象とした。調査時期は、令和4年11月19日から令和5年1月31日の期間である。

インタビュー協力対象者に対しては依頼・説明書を郵送してデータの管理・廃棄の方法、公表時のプライバシーの保護、研究協力への拒否の権利（撤回）等について説明を行い、承諾書のメール返信により同意を得た。承諾書には、施設・事業所名と連絡担当者の氏名と連絡先メールアドレス、電話番号、インタビューに協力する人数と職種にアルファベットを付して記載するよう個人情報を含まないよう配慮した。本研究は、日本健康・栄養システム学会倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号2022A3 令和4年10月27日）。

### 2. インタビューの方法

インタビューガイドを用いた半構造化インタビューをインターネットに繋がったパソコン、スマートフォンあるいはタブレットを利用し、Zoom 会議システムを用いて実施した。インタビューは、2名または1名とした。対象者に対し、倫理的配慮に関する事前の説明と同意の確認後に、インタビューガイドに沿ったインタビューを実施し、録音を行った。インタビューの終了後、録音した電子媒体をパスワード付の電子ファイルとし、個人情報保護管理規定に基づいて逐語録から概要表を作成した。

### 3. インタビューの内容

一体的取組について、サービス提供のための体制づくりの経緯および現在の体制と取組手順、サービスの効果（客観的、主観的、本人・家族の意見・要望を含めて）および制度に関する意見・要望や今後の啓発研修のあり方についてである。

## 結 果

### 1. リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養専門職種の配置

インタビューの調査対象となった特養9施設、老健10施設、通所介護8事業所、通所リハ9事業所の定員、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養専門職種の配置、加算の算定状況等の基本情報を表1-1および表1-2に示した。

#### 1) 特養・老健

栄養専門職については、特養、老健ともに、常勤の管理栄養士が1名以上配置されていた。しかし、口腔専門職種である歯科医師、歯科衛生士については、老健、特養ともに常勤で雇用している施設は少なく、歯科医師、歯科衛生士は、週1日での非常勤勤務の雇用が多く認められ、協力歯科医院との委託契約を結んでいる施設も複数認められた。なお、特養については9施設すべてにおいて歯科医師または歯科衛生士が配置されていた。一方、リハビリテーション専門職である理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の配置については、施設基準の人員を上回る人数を配置している施設が多かった。

#### 2) 通所介護・通所リハ

栄養専門職の配置が無かった事業所は17事業所中5事業所であった。口腔専門職種である歯科医師、歯科衛生士について配置が無かった事業所は17事業所中6事業所であった。全事業所で歯科医師の配置は無く、歯科衛生士を雇用しているほとんどの事業所が同一法人との兼任での雇用であった。リハビリテーション専門職である理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の配置については、3職種を全て配置している施設は、4事業所のみであった。

## 2. 介護報酬の算定状況

### 1) 特養・老健

栄養マネジメント強化加算は、老健1施設を除いた18施設が算定していた。経口維持加算Ⅰま

たはⅡは、全施設で算定していた。口腔衛生管理加算ⅠまたはⅡは、特養1施設および老健4施設が未算定であり、看取り加算ⅠまたはⅡは、特養で7施設、老健で1施設のみが算定していた。

## 2) 通所介護・通所リハ

栄養改善加算は、通所介護8事業所のうち1事業所、通所リハ9事業所のうち5事業所で算定していた。栄養アセスメント加算については、通所介護8事業所のうち3事業所、通所リハ9事業所のうち7事業所で算定されていた。口腔栄養スクリーニング加算ⅠまたはⅡは、通所介護8事業所のうち3事業所、通所リハ9事業所のうち7事業所で算定されていた。

## 3. 専門職種の配置と加算の算定状況との関連について

特養、老健、通所介護、通所リハにおけるリハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の専門職種の配置と加算の算定状況の関係を表2に示した。専門職種の組み合わせについて、リハビリテーション・機能訓練は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のうち1職種の配置、口腔専門職は、歯科医師または歯科衛生士のどちらかの配置、栄養専門職は管理栄養士の配置を条件とした。なお、非常勤での配置であっても配置ありとして検討した。通所介護では、専門職種の配置に関わらず、栄養改善加算の算定は進んでいなかった。

## 4. サービスの提供のための一体的取組：体制づくりおよび各職種の役割

一体的取組のサービス提供のための体制づくりの経緯および現在の体制と取組手順については、表3-1、表3-2に示した。体制づくりの根幹は、施設および事業所の理念であり、経営戦略上の目的を達成するために、様々な理念や方針を掲げながら、現在持っている同一法人を含めた人的資源および協力施設等を活用し、一体的取組の体制を構築していた。

### (1) 特養・老健

施設によって配置されている専門職の種類が異なることから、それぞれ特色ある体制が構築されていた。特養では、固定の会議を設定している施設、褥瘡委員会と経口維持の委員会を一体的に定例会議としている施設、1日に複数回、多職種で意見交換をしている体制を整えている施設等が認められた。老健では、全職種によるミールラウンドを行い廊下等でのインフォーマルなミーティングやカンファレンスを実施している施設、週1回NST会議によって多職種で意見交換を

行う施設、ユニットごとに全職種参加のサービス担当者会議に相当する定期カンファレンスを開いている施設等が認められた。

多職種の役割は、各施設が配置している職種および人数によって、分担を決めて利用者ごとにPDCAサイクルが推進されていた。歯科医師、歯科衛生士は、主に義歯等の口腔状態の評価、口腔ケア、嚥下評価を行い、言語聴覚士は、食形態の評価と確認、理学療法士は姿勢、座り方、ポジショニングの観察・指導、作業療法士は所作、IADLを主観的に評価している。管理栄養士は、多職種の情報をもとに、摂取エネルギーの調整および食事形態の提案を行っていた。

## (2) 通所介護・通所リハ

多くの事業所は、同一法人内に老健、特養および医療機関を有することから、同一法人の専門職が兼任する形で一体的取組に向け、体制を構築していた。新設された栄養関連加算について、多職種が参加する説明会をまず行ったうえで、管理栄養士、介護福祉士、歯科衛生士、理学療法士、看護師の多職種で実際に取り組むためにはどうするのかの話し合いを行い、共有しやすい方法や書式を工夫して体制づくりをした事業所もあった。先駆的取組がなされている事業所では、平成30年以前から管理栄養士や歯科衛生士を配置し、管理者が機能訓練、栄養、レクリエーション、口腔ケアの4つに重点的に取り組んでいくことを提言し、現在も継続している。さらに、すでに一体的取組が構築できている施設においては、法人側からの提案によって、品質改善活動(Continuous Quality Improvement: CQI)として、サービスを見直す活動をしている事業所も認められた。

多職種の役割については、併設施設を兼任している管理栄養士は、通所事業所には調理員がないため、週1回調理の指導・監督に入って昼食を作りながら、栄養状態の相談にも応じていた。栄養改善加算の算定には、多職種と協働して在宅での利用者の食の問題を把握し、改善に向け取り組んでいる様子が伺えた。

## 5. 一体的取組の効果(職員・本人・家族の主観的、客観的意見を含めて)

一体的取組の効果については、表3-1、表3-2に示した。

### (1) 特養・老健

摂食・嚥下機能の評価に基づく口腔衛生や口腔機能に関しては、「歯科衛生士の配置により高齢者の口腔内の衛生環境は大きく変化した」、「歯科衛生士による助言で義歯を入れて、食事形

態のレベルが上がる高齢者が多い」、「歯科医師の協力により誤嚥のリスクに対応ができるようになった」等の意見があった。食事形態、摂取方法の適切な管理、経口摂取のための訓練に関しては、「食形態が適正に維持できている」、「リハビリテーション専門職がいることで、シーティング、ポジショニングがよくなった」、「言語聴覚士、歯科衛生士、管理栄養士の3職種が一体的取組をすることによって、個別の適切な食事形態が提供できるようになった」等の意見があった。栄養状態に関しては、「高齢者の栄養状態は以前に比べて格段によくなった」、「高齢者の食べる量が増えた」等の意見があった。誤嚥性肺炎に関しては、「歯科専門職が関わることによって、誤嚥性肺炎が減ってきた」、「誤嚥性肺炎が減ってきたと実感」、「誤嚥性肺炎での入院する利用者が少ない」、「歯科衛生士が配置されて口腔の評価の水準があがり、誤嚥性肺炎は減っていることを実感している」等の意見があり、さらには、利用者および家族のQOL向上を示唆する効果として、「利用者の健康状態が維持できている」、「高齢者がおいしそうに食べられるようになっている」、「利用者本人は、自分自身で食べられてうれしい」、「利用者の笑顔」などの声も聴かれた。

一方、専門職側のモチベーションの変化として、「介護職等の知識量や技術が向上した」、「口腔衛生に関しては、関係者の意識が向上した」、「一体化により職員への意識も少しずつ変わってきた。やる気や問題意識及び職種の垣根を越えて皆でやっという意識になってきた」との意見があった。

## (2) 通所介護・通所リハ

摂食・嚥下機能の評価に基づく口腔衛生や口腔機能に関しては、「利用者の入れ歯や口腔の状態を改善」等の意見があり、食事形態、摂取方法の適切な管理、経口摂取のための訓練に関しては、「利用者自身が飲み込みやすくなったことを実感」等の意見があった。栄養状態に関しては、「食欲低下や食べられなかった状態が改善・維持されるようになり、体力が維持できた」、筋力の向上、ADLの改善に関しては、「管理栄養士が本当に美味しい食事を作る。その効果として、体重が増えた、脚力が上がった」、「目に見えて利用者が元気になった、食事量をしっかりとれて運動ができてADLが向上した」との意見があった。誤嚥性肺炎予防の効果では、「誤嚥性肺炎にかかる方はほとんどいない」との意見があり、利用者および家族のQOL向上を示唆する効果として、「家族がここに来てるとやっぱり楽しそうと話してくれる」との意見があった。なお、専門職側のモチベーションの変化として、「通所事業所職員や利用者・家族の栄養ケアの重要性に対する意識が非常に高まった」、「食形態を気にしていなかった職員も食形態を気にする

ようになった」との意見があった。

## 6. 一体的取組の実施計画を記録する方法（様式）について

一体的取組についての実施計画を記録する方法（様式）について、表4-1、表4-2に示した。

### （1）特養・老健

特養・老健ともに、電子カルテやアプリ等で、各専門職のすべての計画が一体化している一括した情報管理と情報共有を行い、各専門職がリアルタイムに情報が確認できるシステムを構築している施設もあれば、記録は紙媒体やExcel上での手入力、手書きで対応している施設も認められた。

### （2）通所介護・通所リハ

19事業所のうち、明確に一体化の実施計画を記録するシステムが整っているのは、5事業所のみであった。特養・老健と同様に、それぞれの事業所で電子媒体、紙媒体による対応がなされていた。

## 7. 一体的取組を連携・強化するための課題

一体的取組を連携・強化するための課題については、表5-1、表5-2に示した。

特養・老健における一体的取組を連携・強化するための課題として、専門職の配置または増員を挙げる施設が複数認められた。また、多職種で共有できる電子システムの整備について言及する意見もあった。「一体的取組を担う3専門職種が高齢者ケアにおいて何をする職種なのかが浸透していない施設も多く、知名度が低い」との意見もあった。通所介護・通所リハにおいても、特養・老健と同様に専門職の配置を課題として挙げる声が多く、特に歯科衛生士および管理栄養士の配置を希望する事業所が多かったが、小規模の通所事業所でどのようにしていくのかが大きな課題であると述べられていた。一方、一体的取組が整備されている事業所からは、「先に価値をサービスとして提供することが大事である、その後、差別化が図られ、結果的に高稼働率、高利用率につながる」との意見があった。その他、電子システムの整備についても意見が述べられた。その他、一体的取組に関する介護支援専門員の理解を求める意見もあった。

## 8. 制度の見直しに関する要望や今後の啓発研修のあり方

介護保険等の制度に対する意見・要望は表6-1、表6-2に、啓発研修についての意見は、表7-1、表7-2に示した。

制度に対する意見としては、特養・老健の施設および通所介護・通所リハの事業所ともに、具体的な要件を示し加算の増額を求める意見が多かった。例えば、「法人の専門職が通所サービス事業所にアドバイスをしていることから、今後、そこに加算が算定できるようになるとよい」、「適切な加算体系をつくって頂きたい」、「併設のサービスの多職種連携に対して報酬上の評価が付けば、口腔・栄養の専門職が配置されていなくても、バックヤードの併設施設の専門職が機能できるようになる」等の意見である。また、「リハビリテーション・自立訓練、口腔、栄養に関するプランの様式例など個別にあるが、一枚にまとめられたほうが一体的な取組としては分かりやすい」等、一体的取組を進めるための様式を求める声も多かった。

啓発研修についての意見では、一体的取組の事例検討等を学習する多職種による共同研修等を求める意見が多く出され、研修の義務付けを求める声もあった。また、それぞれの専門職の卒後教育の必要性についても強い要望があった。

## 考 察

本研究は、一体的取組の課題を分析し、一体的取組の必要性やあり方について論点整理を行うことを目的としている。考察するにあたり、1) 加算が算定されている場合は、専門職種の配置が手厚いか、2) 専門職種の配置が手厚い場合は、連携強化が進んでいるか、3) 専門職種の連携が進んでいる場合は、利用者の良好なアウトカムが得られているか、4) 一体的取組の強化と推進に向けての課題と対応策は何か、の4つの視点から検討した。

専門職種の配置と加算の算定状況の関係を考察すると、施設では口腔専門職の配置が少なく、事業所においては、栄養専門職および口腔専門職の配置が進んでいない。まず、1) の視点であるが、インタビュー調査の概要表に示すように、加算算定について、必ずしも手厚く専門職種を配置している施設が、多くの種類の加算を満遍なく算定し利用者へのサービスを提供しているわけではない。つまり、配置状況ではなく、施設および事業所における強い理念のもと、専門職種の雇用形態の工夫および業務の効率化により、一体的取組の体制を整え、各種サービスを提供していることが本インタビューから明らかとなった。本事業の一部である実態調査<sup>4)</sup>では、特に事業所においては、すべての職種で配置が進んでいないのが現状であるが、例えば、協力歯科医院の協力を得る等の工夫により加算に結び付く可能性がある。

一方、取組のプロセスでは、歯科専門職による口腔機能の改善および言語聴覚士の嚥下機能評



価後に食事形態が決定すること、リハビリテーションの質と量によりエネルギーおよびタンパク質の補給量が決定することを鑑みると、栄養専門職がそれぞれの専門職と情報共有し協働しており、インタビュー結果からも、栄養専門職がチームの中で、専門職と専門職の繋ぎの役割を果たしつつ栄養ケア・マネジメント業務を遂行していることは否定できない。通所事業所における栄養専門職の配置は、口腔・栄養サービスの算定に結び付いていることも、この役割から説明できる。今後は、介護支援専門員とのさらなる情報共有と連携を進めることが求められている。従って、2)については、専門職種配置が手厚い場合は、連携強化が進んでいるか否かは明らかにはできないが、本インタビューにおいては、少なくとも栄養専門職の配置により連携が進み、加算に結び付いていることが示唆された。

3)の視点である専門職種の連携と利用者の良好なアウトカムとの関連については、本インタビューにおいて、口腔衛生、口腔機能の維持・改善、食事形態の維持、筋力の維持・向上とADL改善により、利用者と家族のQOL向上に繋がっていることが、主観的意見ではあるが多数述べられており、一定の効果があることが示唆された。また、良好なアウトカムは、専門職側においても、多職種協働による各専門職の技術の向上、職務に対するモチベーションの向上、グループダイナミクス構築にも寄与していた。

最後に、4)の一体的取組の強化と推進に向けての課題と対応策の視点については、一体的取組を連携・強化するための課題として、施設、事業所ともに専門職の増員を挙げる施設が複数認められ、法令として配置基準を示すことを要望する意見もあった。また、連携・強化のためのツールとして、各専門職の計画を一体化し共有できる情報システムの整備の必要性が示された。対応策として、人的資源の確保についてであるが、専門職の増員のみを求めるのではなく、業務の効率化と各専門職の有機的な連携や徹底的な共同作業としてのチームケアの改善による解決の方法も検討すべきであろう。本インタビューの概要表にも具体的な取組が施設ごとに示されており、個々の施設に適したプロセスを構築することが必要である。そして、結果でも述べたように、まずは、利用者のQOLの維持・向上に目を向け、価値をサービスとして提供する考えを持つことである。利用者および家族の評価により、他の施設、事業所との差別化が図られ、結果的に高稼働率、高利用率となり収益につながり人的資源の確保に至ることが期待される。そして、ツールとしての電子カルテやアプリなどの活用は、業務の効率化に拍車をかける。さらに、本インタビューの啓発研修に向けての意見でも示されたように、一体的取組の強化に各専門職の技術の標準化は必須であり、専門職の養成段階での徹底した多職種連携に特化した教育と卒後教育の必要性は否定できない。チームケアのスキルを上げていくためにも、多職種による合同研修は必須

であろう。

一体的取組の構築には、各施設および事業所の理念と経営戦略を土台として、現状の人的資源に何を積み上げるのか：ストラクチャー、業務の効率化と有機的な連携のためにどうするのか、どのようなツールが必要か：プロセスを構築し、さらには継続的に品質改善活動（CQI）を行うことにより、利用者と家族、および専門職の良好なアウトカムが得られることが示唆された。図1に示した概念図中のストラクチャーとプロセスは、インタビュー調査で得られた成果から作成したものである。

## 結 論

一体的取組は、利用者と家族の良好なアウトカムが得られる可能性が示唆され、専門職のモチベーション向上にも寄与していた。専門職の配置と加算算定は、人的資源の効率化により対処している施設および事業所が確認でき、一体的取組を連携・強化するための課題解決には、ICTの活用等を通じた情報の共有化と各専門職の有機的な連携や徹底的な共同作業としてのチームケアの改善活動の必要性を視野に入れ検討すべきである。

## 文 献

- 1) 厚生労働省 令和3年度介護報酬改定の主な事項について  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000753776.pdf>
- 2) 厚生労働省：令和3年度介護報酬改定について  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411\\_00034.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00034.html)
- 3) 厚生労働省令和3年度老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費等補助金）「介護保険施設等における栄養ケア・マネジメントの実態に関する調査研究事業」報告書，2021.3.
- 4) 厚生労働省令和4年度老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費等補助金）「リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組に関する調査研究事業」報告書，2023.2.（速報）

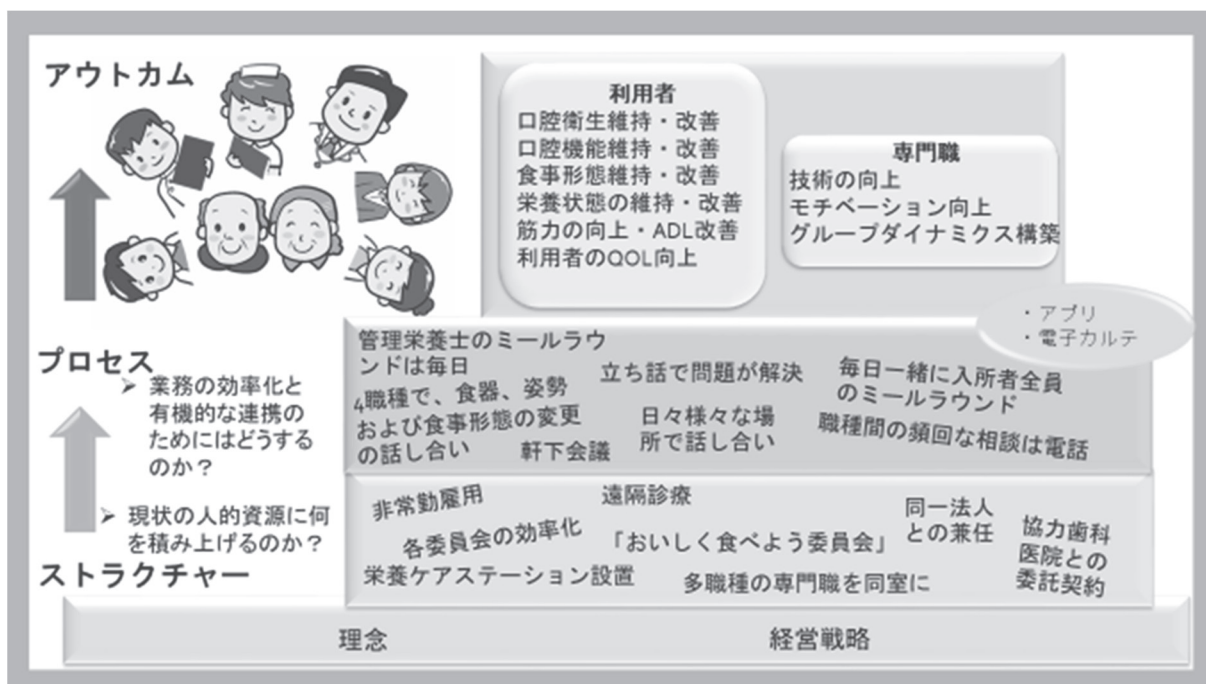


図 一体的取組の構築に向けての概念

表1-1 対象施設の定員、専門職種の配置、加算の算定状況について

ID	定員数	給食運営	管理栄養士の配置	歯科医師	歯科衛生士	言語聴覚士	理学療法士	作業療法士	栄養マネジメント強化加算	経行加算	口維持加算Ⅰ	口維持加算Ⅱ	口衛生管理加算Ⅰ、Ⅱ	個機訓加ⅠⅡ	別能訓練、短集リハビリテーション	期中ハリーヨ加	看り護算ⅠⅡ	取介加
特養01	入所50、シヨート10	直営	2		月8回(時短勤務)	1		非常勤1	○		○	○	○	○				○
特養02	特養50、シヨート30	委託	1.4	月2回往診	月3回(1回2時間)	非常勤1	非常勤1		○		○	○	○					○
特養03	50	委託	1	月4回往診×2人	月4回×2人		非常勤1		○		○	○	○	○				○
特養04	80	委託	2.7		常勤1	1			○		○	○	○	○				
特養05	124	委託	3	月2回往診	常勤1、非常勤1			2	○		○	○	○	○				○
特養06	特養110、短期10	委託	2.4	嚥下の専門：月4回/歯科医院：月4回	月4回		1	0.4	○		○							○
特養07	130	委託	2		130床に対して非常勤の歯科衛生士1名		ユニットの100に対して2人配置		○	○	○	○	○	○				○
特養08	80	直営	2		1			1	○		○	○	○	○				
特養09	70	委託	1.4	1(協力歯科医院)	非常勤1			1	○	○	○	○	○	○				○
老健01	100	委託	1.9	非常勤	非常勤		5	4.4	○		○	○	○					
老健02	100	委託	4	週3回	1.4	2	6.4	2.6	○		○	○	○					
老健03	100	委託	1.9		0.7	3		3.8	○		○	○	○					○
老健04	54	委託	1			0.1	2.5	1.5	○	○	○							
老健05	80	委託	2	協力歯科医院		0.8	1.8	2.8	○	○	○	○						○
老健06	100	委託	2		1	2	6	2	○	○	○	○	○					
老健07	100	直営	1	0.1	0.1	1	2.4	2.3		○	○	○						○
老健08	110	委託	2	月4回	非常勤1		5	1	○	○	○	○	○	○				○
老健09	90	委託	2	1(協力歯科医院)	歯科衛生士2~3(協力歯科医院)	1	1	3	○		○	○	○					○
老健10	150	委託	2	週1回(協力歯科医院)	週1回(協力歯科医院)	常勤1非常勤1	常勤4非常勤6	常勤4非常勤1	○	○	○							○

表1-2 対象事業所の定員、専門職種の配置、加算の算定状況について

ID	定員数	同一法人施設の有無	管理栄養士の配置	歯科衛生士	言語聴覚士	理学療法士	作業療法士	栄養改善加算	栄養アセスメント加算	口腔・栄養スクリーニング加算I、II	口腔向上加算I、II	個別機能訓練加算I、II
通所介護01	40	なし	1	1		1				○	○	○
通所介護02	25	あり	0			1	1					○
通所介護03	35	あり	0									
通所介護04	70	あり	0									○
通所介護05	50	あり	0	特養兼任の非常勤歯科衛生士1名配置	2(週1日)	2(1は非常勤)						○
通所介護06	35	あり	0.2	老健施設兼務週3回 2時間程度		0.5	0.5		○	○	○	○
通所介護07	通所・総合事業：30名、認知症対応型：36名	あり	1	週3回4時間		1			○	○	○	○
通所介護08	40	なし	2	歯科衛生士4名交代体制(非常勤 2回/月 10時～15時)				○	○	○	○	
通所リハ01	250	あり	1	非常勤2	1	4.2	1.2	○	○	○	○	
通所リハ02	83.8	あり	0.6		6	2	3	○	○	○	○	
通所リハ03	55	あり	0.1		1	0	4		○	○	○	
通所リハ04	20	あり	0			4						
通所リハ05	75	あり	1	1日2名、11～15時常駐	2.8	4.5	1.9	○	○		○	
通所リハ06	40	あり	0.5	非常勤1		2	1	○	○	○	○	
通所リハ07	55	あり	0.1	0.3		1		○	○	○	○	
通所リハ08	80	あり	0.5	月1回	1	2.4	2.3			○		
通所リハ09	50	あり	1	非常勤1		4	1		○	○	○	

表2 リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の専門職種の配置と加算の算定状況

施設種別	専門職の配置※	施設数	栄養マネジメント強化加算	経口移行加算	経口維持加算Ⅰ	経口維持加算Ⅱ	口腔衛生管理加算Ⅰ・Ⅱ	個別機能訓練加算Ⅰ・Ⅱ
特養(9)	リハ＋口腔＋栄養	9	9	2	8	8	8	8
老健(10)	リハ＋口腔＋栄養	9	8	5	9	9	6	4
	リハ＋栄養	1	1	1	1	0	0	0

施設種別	専門職の配置※	施設数	栄養改善加算	栄養アセスメント加算	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ・Ⅱ	口腔機能向上加算Ⅰ・Ⅱ	個別機能訓練加算Ⅰ・Ⅱ
通所介護(8)	リハ＋口腔＋栄養	3	0	2	3	3	3
	リハ＋口腔	1	0	0	0	0	1
	口腔＋栄養	1	1	1	1	1	0
	リハのみ	1	0	0	0	0	1
	配置なし	2	0	0	0	0	1
通所リハ(9)	リハ＋口腔＋栄養	6	4	5	5	5	0
	リハ＋栄養	2	1	2	2	2	0
	リハのみ	1	0	0	0	0	0

表中の数字は、施設数を示す

リハ：リハビリテーション専門職である理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が1名（非常勤を含む）以上配置

口腔：歯科医師、歯科衛生士のどちらかが1名（非常勤を含む）以上配置

栄養：管理栄養士が1名（非常勤を含む）以上配置

表 3-1 対象施設の一体的取組のサービス提供のための体制づくりの経緯および現在の体制と取組手順と効果（職員・本人・家族の主観的、客観的意見を含めて）

ID	一体的取組の体制づくり	一体的取組における各職種の役割	一体的取組の効果
特養 0 1	平成27年度より経口維持加算にミールラウンド・カンファレンスが導入されたことが一体的取組の契機となった。経口維持に関するカンファレンスは、担当者会議とは別に「ミールラウンドの会議」として毎月1回の固定日に30分間開催。ミールラウンドの会議には、連携をとっている歯科診療所の歯科医師が参加。	【管理栄養士】食事形態、食具、食器を適切に選択する。ミールラウンド会議の運営、司会や調整を行っている。【歯科衛生士】個別の義歯調整、嚥下について把柄し情報共有をしていく。【歯科医師】個別の義歯調整、嚥下について把柄し情報共有をしていく。【管理栄養士】食事形態、食具、食器を適切に選択する。ミールラウンド会議の運営、司会や調整を行っている。【歯科衛生士】個別の義歯調整、嚥下について把柄し情報共有をしていく。【歯科医師】個別の義歯調整、嚥下について把柄し情報共有をしていく。【管理栄養士】食事形態、食具、食器を適切に選択する。ミールラウンド会議の運営、司会や調整を行っている。	単独では困難であるが、他職種と相談し、情報収集し、情報共有によって、より良いサービスが提供できる。歯科だけでなく、安全に食事することに關しては、実際のケアにうまくつなげることができないが、機能訓練指導員が姿勢を、管理栄養士が食形態の側面から相談し合っており、連携している。管理栄養士が利用者の食事形態を話し合うことと、15年前に比べて嚥下性肺炎が減ってきたことと有感している。管理栄養士、歯科医師とミールラウンドを含めて協議することで、利用者の嚥下状態の維持ができていく。また、生活相談員として実感している。異なる専門の視点で、多職種で協力することで利用者を見ることの意味がある。
特養 0 2	施設の方針は、「普通の人が普通に暮らすような生活を、最後までしてもらおうのが自分の役割だ」という考えである。職種間の簡単な連絡は、フロアで日常的にやられているが、問題のある利用者に対して、短時間でも集まることだが、担当者会議とは別に必要である。	【管理栄養士】1日3食の栄養面に特化して栄養と口腔の管理に取り組んでいる。管理栄養士が週3回ミールラウンドを行っている。【言語聴覚士】外部から月3回訪問し、「管理栄養士と一緒にミールラウンドして相対員が参加する場合もある。高齢者が食事以外の時間などという生活に重なる場合もある。高齢者が参加する場合は、歯磨きの他にリハビリテーションのことも行う。丁寧な口腔内の掃除についてのスキルを介職種にアドバイスしている。	歯科衛生士が関わることにより、食事量の減っていた高齢者が食べられるようになった。言語聴覚士ミールラウンドによって、食形態の少し高いレベルで調整ができていた。嚥下性肺炎で入院する高齢者は、他の施設より少ないと思う。
特養 0 3	高齢者を寝たきりにさせないという理念に基づき、最期まで食事時にはベッドから起す。寝たきりにならない。【歯科診療所】歯科医師、歯科衛生士が非常勤として協力している。経口維持加算IとIIの算定は、50味の入庫者のうち、22名が当該加算を算定している。【給食委員会】、最期まで口から食べなくてもいいように取組んでいる。【給食委員会】、最期まで口から食べなくてもいいように取組んでいる。	【管理栄養士】調整役として、看護師、管理栄養士、介護職、介護支援専門員が参加し、看護師が療養の報告を、体変化、食事摂取量が不足しない高齢者について、各フロアの担当介護職が個別の高齢者の口腔ケアの状況から意向を述べている。【管理栄養士】調整役として、週3回以上、栄養士が個別の高齢者の口腔ケアの状況から意向を述べている。【管理栄養士】調整役として、週3回以上、栄養士が個別の高齢者の口腔ケアの状況から意向を述べている。【管理栄養士】調整役として、週3回以上、栄養士が個別の高齢者の口腔ケアの状況から意向を述べている。	非常勤の歯科医師は、夜の7時半や8時に口腔ケアをしていない場合もある。このような口腔ケアによって、高齢者の食べる量が増え、おいしそうに食べられるようになっている。
特養 0 4	言語聴覚士、歯科衛生士、管理栄養士の3職種が事務所にデスクを構え日々働いて仕事をしている。朝夕の申し送りに加え、それぞれがフロアにラウンドして得られた利用者の個別情報が全て事務所に一元化され、共有することによって、誰かがその情報を得ることができ、共有することによって、看護師、ケアワーカー、介護職員の責任者と、朝夕の1日2回の申し送りによって、その日のうちに連絡し、意見交換ができる体制になっている。	【管理栄養士】調整役として、看護師、管理栄養士、介護職、介護支援専門員が参加し、看護師が療養の報告を、体変化、食事摂取量が不足しない高齢者について、各フロアの担当介護職が個別の高齢者の口腔ケアの状況から意向を述べている。【管理栄養士】調整役として、週3回以上、栄養士が個別の高齢者の口腔ケアの状況から意向を述べている。【管理栄養士】調整役として、週3回以上、栄養士が個別の高齢者の口腔ケアの状況から意向を述べている。	3職種と関連職種が協働することによって、入所時に胃腸であった方が、朝昼晩の3食とも口から食べられるようになった。【言語聴覚士】調整役として、週3回以上、栄養士が個別の高齢者の口腔ケアの状況から意向を述べている。【管理栄養士】調整役として、週3回以上、栄養士が個別の高齢者の口腔ケアの状況から意向を述べている。
特養 0 5	一体的取組は、2017年に当該施設が市から委譲されて始まり、作業療法士は5年目、歯科衛生士は6年目、管理栄養士は5年目になる。同一法人からの入所の場合には、法人内の病院及び施設はTeamsやiPhoneによって繋がっている。【言語聴覚士】調整役として、週3回以上、栄養士が個別の高齢者の口腔ケアの状況から意向を述べている。【管理栄養士】調整役として、週3回以上、栄養士が個別の高齢者の口腔ケアの状況から意向を述べている。	【作業療法士】はじめに入所者の入所前の状態を把握し計画書を作成し、全職種にフェーズシートを配布し入所前の食事形態、排泄状況、ADL等も含めて全体のモニタリングを依頼する。入所当日の状態と当該計画書を照らし合わせて介入となり、リハビリテーション専門職と話しあうことが多くなくなり大きな強みとなっている。【歯科衛生士】歯科衛生士は、口腔内のみならず、食事介助を毎日行う。全入所者の口腔ケアを徹底している。【管理栄養士】調整役として、週3回以上、栄養士が個別の高齢者の口腔ケアの状況から意向を述べている。【管理栄養士】調整役として、週3回以上、栄養士が個別の高齢者の口腔ケアの状況から意向を述べている。	嚥下性肺炎発症数の減少は客観的なアウトカムだが、特養として主観的なアウトカムも重要視したい。利用者の笑顔を、笑顔が一つ増えるだけでも、本人にも家族にもとても喜んでもらえる。看取り、それ以外の場面においても3職種での協働は、個別性の高い対応ができる。

ID	一体的取組の体制づくり	一体的取組における各職種の役割	一体的取組の効果
特養 0 6	管理栄養士によるミールラウンドは、栄養ケア・マネジメントが始まった平成17年10月1日から既に毎日行っていた。一体的取組の基礎は、平成27年度に経口維持加算に管理栄養士や多職種によるミールラウンド、カンファレンスが導入される以前の栄養ケア・マネジメントの導入時から先行して行われていた。栄養ケア・マネジメントの実務は、令和3年度より4.4月介護職改正に際し、施設の運営基準として基本サービス化されたので、各専門職との連携・信頼性・情報共有の意識改革が推進したと実感している。	管理栄養士ばかりでなく機能訓練士もベツトサイドに行っており、相談員は家族への説明のために入所者の全体像、健康状態を把握している。医師による週1回の回診が行われ、看護師、相談員、その他の専門職全てが、一人一人の利用者の状態を必ず直接に見ることが一体的取組の基本として、日常的な実務として成り立っている。【歯科医師】非常勤で、嚥下機能や食事中の姿勢の評価、指導、機能訓練を行っている。必要に応じて内視鏡検査を行っている。【理学療法士】食事姿勢では、評価しないように、車椅子やテーブルの高さ等の調整や自助具を使用する等して改善できるように取り組んでいない。座位姿勢保持可能な時間に関しては、車椅子をテーブル式車椅子やリクライニング式車椅子等に変更したり、クッション等を用いてポジションニングを行い対応している。	嚥下専門の歯科医師の協力を得ることによって、誤嚥のリスクへの対応ができるようになった
特養 0 7	特養入居者は毎日の口腔ケアが重要で、前施設長が歯科衛生士の専門的な技術と知識を生かしてしっかりと体制をとっていたこと、歯科衛生士の常勤配置に至ったこと、誤嚥性肺炎が注目されてきたことから、歯科衛生士の口腔ケアでは足りないというところもあると考え、歯科衛生士がフォローしながら口腔衛生やその維持を診てほしいということが始まった。	【管理栄養士】訪問歯科医師に嚥下評価依頼し、摂食嚥下に対する調整食のレベルの対応をしている。歯科医師による嚥下機能の評価時は、介護支援専門員、機能訓練士、介護職、管理栄養士と一緒に確認している。【歯科衛生士】口腔ケアの方法を介護職等にアドバイスしている。歯科衛生士は、口腔問題がある場合、早期に介護支援専門員に伝えて、訪問歯科医師に訪問依頼をしている。歯科衛生士の配置により、歯科医師とのやりとりがうまくいくようになった。ACPには、機能訓練士、歯科衛生士、管理栄養士、介護職、看護師に家族が参加している。	歯科衛生士が配置されて口腔内の衛生環境が大きく変化したと感じ、高年齢者の口腔内の衛生環境が大きく変化したと感じている。
特養 0 8	法人理事長が口腔ケアは大事だということ、歯科衛生士は各施設に常勤配置され、100名規模の特養、老健には2、3人あるいは常勤換算で2.5名程度配置されている。	【管理栄養士】2人体制である。経口維持加算Ⅱは、管理栄養士、介護職、看護職と歯科衛生士とで行い、管理栄養士が調整をしている。多職種でのミールラウンドは毎月1回行い、その後会議室に月1回集まって通常のカンファレンス(3か月1回)と一緒に、経口維持加算のカンファレンスと密にコミュニケーションがとれ、情報がかかり取り集まることができる。【作業療法士】機能訓練は作業療法士が見ている。食事の姿勢、食事のための上肢の動きに日常生活の中で関わっている。関節の拘縮予防、座位のポジション、姿勢、筋力、体力も必要である。定期的な口腔の専門職である歯科衛生士を入れている。歯科ケアは、介護職、看護職が行っているが、定期的な口腔の状態を確認して、歯科医師の指導のもと利用者一人一人に合った口腔清掃の仕方を実施している。【言語聴覚士】言語聴覚士一人に合った口腔清掃の仕方を介護職と一緒に、口腔ケアを実施している。【言語聴覚士】言語聴覚士は配置されていない。嚥下の評価は、協力病院の言語聴覚士に回診や遠隔診療を依頼している。	歯科衛生士による施設内定期研修によって介護職等の知識や技術が向上した。特養に歯科衛生士が配置されて4年目だが、口腔の評価の水準があがり、嚥下肺炎は減っていることを実感している。
特養 0 9	リハビリテーション職、管理栄養士、歯科衛生士、歯科医師が関係するようになり、専門的なサービス提供ができるようになった。経口維持におけるミールラウンド後には、定期的にも多職種カンファレンスの計画が作成される。サード・サード計画作成のための担当者会議が、3ヶ月に1回行われている。ミールラウンドのメンバーには看護師も参加、看護師が必要な場合には、当該対応が計画書にも反映される。管理栄養士が事務局にいることもあり、一番情報が入りやすく、相談しやすく、チームとして積極的に協働できる体制ができている。	【管理栄養士】栄養マネジメント強化加算から管理栄養士のミールラウンドを1週間に3回行っている。【作業療法士】機能訓練指導員は、介護職や看護職と連携しながら食事支援をしている。実際、食事場面に介入して介助し、情報共有している。【歯科医師】協力歯科医師は、定期的に当該特養に来ていて、経口維持加算の月に1回のミールラウンドで入所者の嚥下状態の判断について管理栄養士では不安なところを、歯科医師に診てもらいたい判断してもらっている。	口腔衛生に関して、関係者の意識を向上させた。当該特養では、昔、口臭があったが、その匂いが減った。食事の面に関しても、リハビリテーション職がいることで、シーティング、ボジショニングがよくなった。歯科医師や歯科衛生士が口腔ケアに専門的に関わることによって、誤嚥性肺炎も統計的ではないが減ってきた。栄養に関して、数値で示すと利用者の意識が向上してきた。
老健 0 1	令和27年度介護報酬改定において経口維持加算に多職種でのミールラウンド・カンファレンスが導入されたこと、全職種によるミールラウンド及び「軒下会議」と称してミールラウンド後に廊下でのカンファレンスが行われ一体的取組ができてきた。歯科衛生士を含めた多職種で行うミールラウンドは各ユニット月1回行い、専門職が同じ目線で摂食嚥下機能や食事時の姿勢、覚醒状況等、一人一人の課題に対してどのような支援が必要か、話し合いが行われている。	【管理栄養士】ミールラウンドでは、管理栄養士がアシスタントをとり、多職種の意見を聞きながらまとめて、お互いの意見をよく聞き、他職種間の意見交換が活発にできている。【歯科医師】介護職に口腔内の状況の説明、指導、介助、口腔に関する支援をしている。【歯科衛生士】多職種によるミールラウンドには必ず歯科衛生士が参加している。入所者への実際の口腔ケアや口腔マッサージは、歯科医師や歯科衛生士から介護職への指導や口腔マッサージの導入によって、舌の動きをよくしたり、汚れ、汚れ、舌苔の入所者の口腔の清潔指導をしている。	嚥下の状況を確認するために、咽喉マイクを取り入れたことは画期的で、嚥下状況が嚥下音のクアアの評価改善につながって見えてきた。それが毎年のクアアの評価改善につながっている。一体的取組によって、本施設が一番目指している在宅復帰が強化されている。例えば、経管栄養利用者が家族に経管栄養の手持を指導すると、高齢者が在宅に帰れるようになる。その他、看護師がリハビリテーション職員に、家族に高齢者の移動や介助方法を教えてほしいと助言し在宅復帰できた事例もある。







ID	一体的取組の体制づくり	一体的取組における各職種役割	一体的取組の効果
老健 110	<p>リハビリテーション計画書は、初回入所日に、入所カンファレンスをし、その2週間後と、その後3カ月ごとに作成している。初回評価をしたら、各チームで集まってカンファレンスをやる。2週間程度で身体評価、嚥下も含めた評価を全行い、プログラムを立てたものを初回評価として、カンファレンスを全行い、作業療法士、理学療法士が参加する。サービス計画書は、その後3カ月から半年ごとに集まってのカンファレンスを行い作成し、経口移行加算及び経口維持加算のカンファレンスをまとめて、月に1回ずつ各フロアで開催している。カンファレンスには、リハビリテーション職、介護支援専門員、相談員等、毎回担当するチームが全員集まっている。</p>	<p>【管理栄養士】ミールラウンドを通じて言語聴覚士や介護職等との情報共有を行っている。最も言語聴覚士と関わりがある部分は、経口維持加算である。言語聴覚士の評価に基づいた検科を多職種により会議で行っている。毎日ミールラウンドにおいて、経口維持加算の担当者、嚥下のリスクが重いため時間をかけ注視して電子カルテにラウンド記録を残している。【言語聴覚士】現在、2フロアを全て1人で見ているが、1人では足りない。せめて1フロア（75床）に言語聴覚士1人が必要である。もう少し頻回に介入し、食事もしくは口腔ケアに関わりたい。【歯科衛生士】歯科衛生士は常駐ではない、往診という形で、週に1回、協力歯科病院の歯科医と同行し、口腔ケアを行っている。【歯科医師】利用者全体の義歯の調整、口腔の問題に関わるか時間に関りがあがる。</p>	

表 3-2 対象事業所の一体的取組のサービスクラス提供のための体制づくりの経緯および現在の体制と取組手順と効果（職員・本人・家族の主観的、客観的意見を含めて）

ID	一体的取組の体制づくり	一体的取組における各職種役割	一体的取組の効果
通所介護 0.1	開設時に通所介護でも、口腔ケアについては、オーラルフレイルの観点からしっかり対応するために歯科衛生士を常勤採用した。通所事業所において、理学療法士、歯科衛生士によるカンファレンスは取組はないが、毎日のように情報交換をして情報の共有化をしている。	【管理栄養士】併設施設の常勤であることから、食事形態に関する相談に回答する程度の関わりで、通所事業所の栄養関連加算の算定は行っていない。【歯科衛生士】口腔ケアを専門的業務を任せられている。歯科衛生士は、利用者の口腔に問題のあった状態と、改善状態とを口腔内写真によって比較し、一目で分かるようにして本人・家族及び介護支援専門員、介護職等に提示し、口腔・汚染の仕組み、菌周病、病気の関連などを説明し続けて、理解が得られている。利用者には、在宅での口腔ケアの方法も含めて話し、全くできていない場合は、通所で実際に指導している。【理学療法士】食事の姿勢、自己摂食できるか、痺痺側からの自助食器が使えるか等話し合っている。	口腔ケアにより、利用者の入れ歯や口腔の状態を改善し、その結果、食欲低下や食べられなかつた状態が改善、維持されるようになり、体力が維持できた場合もある。
通所介護 0.2	口腔・栄養スクリーニング加算、栄養、及び口腔関係の加算を算定していない。95名の通所事業所で、口腔・栄養サービス算定できない人員状況であるが、食後は必ず口腔の援助をして、かなり口腔に対しては気が悪い場合や口腔の問題等がある場合は、併設の特養の管理栄養士に相談できる環境である。歯科衛生士も併設通所事業所には関わっていない。	併設施設の管理栄養士は、通所には調理員がいないため、週1回調理の指導、監督に入って25名分の昼食をつくる。	
通所介護 0.3	毎月体重測定をしている。また、飲み込みが困難な利用者もあり、常勤の看護士2人は、特養だけ業務が精一杯である。嚥下障害がある場合は、早め担当の介護支援専門員に連絡し情報交換を行っている。管理栄養士が本体施設にいて、食事形態に対しては対応できる。食事形態は特養施設と同様、ベースト食から糖質制限まで全て同じように対応している。	併設施設の管理栄養士は、日常的に利用者の状態に合わせて食事を調整したり、要望・相談を受けて食事の変更をしたり、アドバイスもしている。	
通所介護 0.4	併設事業所には、未だ口腔・栄養のサービスクラスを入れていない。特養の管理栄養士2人は、特養だけ業務が精一杯である。人員を増やせば、少しずつ通所のほうにも関わっていけるようにしたい。通所介護における口腔と栄養に関しては、予防の観点からとても大切である。		
通所介護 0.5	口腔船橋向上加算Ⅱ算定、栄養関連サービスクラスの加算は算定していない。兼任の歯科衛生士（週4日）採用、通所介護に関しては、機能訓練指導員をリハビリテーション専門員のみで構成している。常勤の理学療法士1人に加えて、日替わりで出向職員が各曜日1名ずつ来ており2名体制となっている。水曜日以外は全て理学療法士が、水曜日は言語療法士が近隣の関連施設から出向して1回来ている。主に、通所介護の個別機能訓練や集団の関わりをしている。それぞれ専門職が個別機能訓練計画書を作成し、現場介護職等とカンファレンスをし、生活相談員や歯科衛生士と連携を取っている。担当の利用者に関して、身体状況、嚥下状況、生活や環境等の全体を観察し、問題把握と対応をしている。	併設の特養に在籍している管理栄養士に介護職からの相談や連絡は食形態に関する内容が多い。歯科衛生士からは、相談科を通して管理栄養士へ問い合わせることが多い。生活相談員からの相談は、その利用者現在の口腔・嚥下機能に連した在宅での食形態の提案に関する内容が多い。【理学療法士】主に通所介護、ショートステイ、ケアハウス担当、その他施設全体の機能訓練に関する相談や提案等に対応している。【歯科衛生士】口腔ケアや職員へのアドバイス、連携歯科医院への報告・相談を行っている。経営栄養の方でも、希望する利用者には口腔ケアの介入をしている。希望のある方は、お昼の時間に口腔ケアをするようにしている。	
通所介護 0.6	法人の管理栄養士及び歯科衛生士は、兼任で通所事業所に対応している。栄養相談、栄養アセスメント加算のサービスクラスのために対応するようになったのは1年前からである。口腔と栄養の両方から見ていることが、利用者の今後の経口や身体的維持にも繋がる。サービスクラスが導入されたことで、大きく状況が一変するわけではなく、現状悪化しないが維持できることを目指している。栄養改善加算は、現在、管理栄養士が在宅訪問をするシステムが出来上がっていないため算定出来ていない。	利用者全員の体重を毎月1回計測する。管理栄養士が体重の変化をもとに栄養スクリーニングを行う。歯科衛生士は、口腔アセスメント評価をする。歯科衛生士と管理栄養士は別々でアセスメントを行ってアセスメントからの問題や課題について、相談員を通じ、歯科衛生士、管理栄養士が作成した書面が介護支援相談員に提示する。介護支援専門員は、家族の意向を聞き、アセスメント加算を算定したほうが良いという方々に、計画書を作成し算定している。サービスクラスの連携については相談員が管理をした介護職も含め、チームの調整をしている。管理栄養士は、利用者の食事時間などに時間がかかると通所にいられないので、利用者の普段の様子の子の話を事前や訪問時に聞いて問題がある方に声掛けをする。	利用者は、食欲低下の方が多く、意欲の向上に繋がる。明らかに表情が明るくなる。家族も「ここに来ているとやっぱ楽しそう」と話してくれる。体力面は、自宅では寝たままの方が多く、通所に来たら嫌でも、トイレ、入浴等、多く歩いてもらうことになるので、下肢筋力の低下予防にもなり、結果、筋力向上に繋がる。

ID	一体的取組の体制づくり	一体的取組における各職種の役割	一体的取組の効果
通所介護07	<p>平成30年度以前から、当該通所介護に、管理栄養士や歯科衛生士は配置されていた。平成30年度事業計画として、管理者が機能訓練、栄養・レクリエーション、口腔ケアの四つに重点的に取り組んでいくことを提言し、現在も継続している。このように4つの視点での取組みを行う通所介護は殆どない。骨を強くするための運動、歩行、便器予防の水分摂取や栄養、病気罹患予防のための行動をプログラムからまらさすようにした。通所介護の利用者については、居宅や地域包括ケアから予防や普通型通所介護、ケアプランが作成され、ヘルパーステーション、防や普通型通所介護及び認知症通所介護、半数以上がジョイントステイ等が利用されており、最終的に特養に入所して看取りまでという流れがつけられている。高齢者は最後まで住み慣れた地域で過ごすことができ</p>	<p>管理栄養士の作成した糖尿病に関する食生活のプリント等も持ち帰ってもらい、<b>居食前には講義形式の学びの時間を設置</b>している。歯科衛生士も<b>口腔キャンペーン</b>を行っている。口腔評価の結果を提供している。</p>	<p>当該事業所の特徴は、管理栄養士が本当に美味しい食事を作る。その効果として、<b>体重が増えた、脚力が上がった</b>という客観的なデータを見ると、よりうれしく感じる。要支援の方の運動機能向上の加算にて、<b>5m歩行速度や個別の対応訓練が向上</b>してきている。歯科衛生士からの視点として、利用者の口のの変化が、開始当初に比べ大変顕著で、<b>残存歯の本数が全体的に増加</b>したというのは確かである。</p>
通所介護08	<p>15年ほど前に、保健所長より、「高齢者も口腔機能を維持する必要がある」という話があり、当時の事業所所長と一緒にタッグを組み、通所介護で取り組むを開始した。口腔機能向上加算について、月2回算定している中で、<b>利用者一人に対して歯科衛生士が1回、常勤の看護師が1回加算</b>に関する業務に携わっている。リハビリテーション職は当該事業所に配置されていないが、非常勤の看護師は毎日2人体制で関わっている。看護師が機能訓練指導員として、運動等の全体の提供に関わっている。</p>	<p>【管理栄養士】居食を自ら作り、必ず食堂に出てきて、利用者の食事摂取状況、スプーンの大きさや姿勢までを見ている。口腔の部分には、管理栄養士がフロアに出て食事の様子を見ている。歯科衛生士、看護師もいるのでミールラウンドのようにはならないが、それが「<b>日常の準備ができていないか、管理ができていないか</b>」も把握している。口腔ケアも、在宅で継続してもらい、家族に利用者の1日の様子をお伝えする中で、できているとこと、できていないことをアセスメントしながら支援を進めている。</p>	<p>歯科衛生士の通所利用時の月2回、月1回程度の口腔清掃や訓練で、食事はなかなか改善しないので、利用者には自宅でも継続してやってもらわないといけない。その結果、<b>利用者自身が飲み込みやすくなったことを実感</b>している。</p>
通所リハ01	<p>通所での一体的な取組としての、専門職の配置体制は、<b>言語聴覚士及び管理栄養士が施設と併任、非常勤で歯科衛生士を配置</b>している。新規利用者に<b>対して管理栄養士と歯科医師が口腔及び低栄養のリスク評価</b>を行っている。その評価内容を、本事業所の書式に記載して、介護支援専門員にFAXして情報提供しているが、<b>介護支援専門員からのフィードバックは、栄養関連サービスでは殆どなく、口腔機能向上は2割程度</b>である。介護支援専門員が口腔・栄養のリスク及び当該口腔・栄養サービスについて説明して、あるいは通所の歯科衛生士や管理栄養士が利用者・家族に説明して、利用者・家族からサービス導入への同意が得られて、その後、利用者・家族から介護支援専門員に当該サービスを導入することに同意された場合に、介護支援専門員はサービスの導入をする。</p>	<p>【管理栄養士】介護職員からの情報があり、身体状況や健康状態を把握したうえで、管理栄養士が問題点を把握し、<b>栄養改善加算を算定</b>。通所での食事は全量採取できているが、家では食べられていないと危惧される場合には、<b>在宅訪問してやっど状況が分かる</b>。このような高齢者に市販の介護食や栄養補助食品の活用をすすめること、<b>体重改善や食欲の回復がみられる</b>。【言語聴覚士】在宅での食事形態に合わせているのかなどの依頼があると、介護職から情報をもとに、<b>加算の算定とは関係なく摂食嚥下機能の評価</b>をしている。他職種と連携して今後どういった食事形態にしていったらよいかに関わっている。【理学療法士】個別リハビリテーションとして、筋力増強訓練や関節可動域訓練、機械リハビリテーションとして、自転車やウォーキングマシンを用いた運動を実施している。【歯科衛生士】通所での口腔機能向上加算のサービス申し込み契約した利用者には、<b>介護支援専門員の了解を得て、口腔清掃、口腔機能、嚥下機能の訓練、口腔機能維持のための口腔体操や唾液腺マッサージ</b>をしている。</p>	<p>サルコペニア肥満で特に下肢の筋量が少ないという個別情報をPTと共有すると、PTが下肢筋力強化プログラムを追加したり、管理栄養士が昼と夜のタンパク質摂取をアドバイスしたりする。その結果、<b>家族のモチベーションがあがってきた</b>、利用者の3食の食事写真を2週間に1回、管理栄養士に送ってくるようになる。昼・夜食に具体的なアドバイスが管理栄養士からできるようになった。管理栄養士がアセスメント加算の算定によって、<b>介護職が利用者、家族に栄養・食事について説明しやすくなった</b>ことで、<b>介護職が送迎時に家族に直接アドバイス</b>できるようになった。</p>
通所リハ02	<p><b>在宅対応を強化して診療所の一つ一つの売りにしたい</b>ということ、<b>診療所に日本栄養士会登録の栄養ケアアセスメント(令和4年4月1日)を配置</b>することで、当該通所リハビリテーション事業所での栄養アセスメント加算も算定していく流れができた。<b>一体的取組は、理学療法士(統括・管理)を含めて4名が、リハビリテーション・マネジメント加算を医師と連携して取組み、目標を設定して今後の流れを見いだすことを基本</b>としている。スタッフが常駐する部屋は、各職種の机は決まらずにそれぞれ自由に使っている。そこに管理栄養士や言語聴覚士、理学療法士等がいるので、その場で質問、意見交換、一対一でのやりとり等カミングアウトが気軽にできる。そのうえで、定期的なカンファレンスに臨むという形をとっている。</p>	<p>定期カンファレンスは、リハビリテーション・マネジメント加算の算定のために行う。カンファレンスは、利用開始6か月間で必要な方には毎月、それ以降は3か月に1回、計画書の見直しに合わせて行っている。<b>医師と理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が基本で、必要に応じて看護師、管理栄養士、介護士、社会福祉士、介護福祉士も参加</b>している。管理栄養士は、<b>当該事業所の配置は常勤換算0.6人</b>である。現在は、栄養改善加算を算定している利用者1名に対応している。ケアに関する情報を記載し共有し、日常的に話し合いをしている。</p>	<p>PTが下肢筋力強化プログラムを追加したり、管理栄養士が昼と夜のタンパク質摂取をアドバイスしたりする。その結果、家族のモチベーションがあがってきた、利用者の3食の食事写真を2週間に1回、管理栄養士に送ってくるようになる。昼・夜食に具体的なアドバイスが管理栄養士からできるようになった。管理栄養士がアセスメント加算の算定によって、介護職が利用者、家族に栄養・食事について説明しやすくなったことで、介護職が送迎時に家族に直接アドバイスできるようになった。</p>

ID	一体的取組の体制づくり	一体的取組における各職種役割	一体的取組の効果
通所 リハ 03	<p>利用者の当該通所事業所の体職利用の時に全員の口腔内を言語聴覚士がアセスメントし(食事時の観察項目の一部は介護職、口腔や話し方を言語聴覚士が観察) 摂食嚥下のリスクのある者を介護支援専門員に連絡し、ケアプランに口腔機能向上加算Ⅱの算定を入れている。栄養アセスメント加算の算定にあたり、併設老健の常勤管理栄養士が参加し、通所事業所の常勤の介護員及び言語聴覚士が一緒に、口腔・栄養アセスメント加算を算定している。リハビリテーション会議において多職種による話し合いが行われる。管理栄養士の配置数は栄養マネジメント強化加算を算定によりぎりぎり人数を確保している。管理栄養士を常勤換算1.8名配置している。これが、1.9で、0.1アラスであれば、併設の通所の栄養アセスメント加算、栄養管理加算及び併設の認知症グループホームにも対応できると推算している。</p>	<p>初回時に体重、身長を測定し、食事摂取量を介護職が記録し、管理栄養士が対応する。口腔・栄養スクリーニング加算の算定も同時にできる。リハビリ会議において、管理栄養士対象者がいた場合、管理栄養士も参加し話し合った事をリハ口腔栄養一体型の計画書に反映することで加算取得できるのが、流れとしては一番良い。</p>	
通所 リハ 04	<p>言語聴覚士による摂食嚥下リハビリテーションは、在宅の介護支援専門員から、嚥下障害がある方で言語聴覚士のリハビリテーションを受けた職員から、嚥下障害により始まった。本通所リハビリテーションは、1、2時間の短時間機能訓練を主にしている。そのため、要介護度の低い利用者が多い。そのため、慢性性肺炎に対しては予防的に行われている。</p>	<p>【管理栄養士】併設回復期リハビリテーション病棟の50床の栄養管理及びセントラルキッチンによる給食対応を一人に対応している。通所リハビリテーションまで対応できていない。【リハビリテーション職】リハビリテーションの体位変換時にむせが多くなった。流涎が増えたという情報が多い。機能訓練の内容の変更や頭筋のボジニングなどの対応に困っている。言語聴覚士が入らず、理学療法士、作業療法士、作業療法士から提案も多し。言語聴覚士が入っていない利用者には嚥下障害がある場合は、単発で評価している。言語聴覚士による嚥下リハビリテーションの必要性がある場合には、介護支援専門員に相談した上で言語聴覚士をリハビリテーションに追加することがある。</p>	
通所 リハ 05	<p>同一法人病棟の常勤管理栄養士11名中4名で担当だが、経験者は採用病院2、3年経過後、新卒は5、6年後に通所(在宅)を担当し、通所事業所及び管理栄養士による居宅療養管理指導も行っている。入院・通所一在宅訪問と連続的な栄養ケアができている。栄養関係の加算の算定に関わらず、以前から管理栄養士が常勤で通所利用に栄養ケアを提供していた。言語聴覚士3名が通所の配属となつている。法人病棟の歯科衛生士12名のうち通所事業所に2名/日、11～15時までの間常駐して、利用者者以外全員に算定している。栄養アセスメント加算は低栄養の中高リスク者で以外全員に算定するようになり、栄養改善加算は低栄養の中高リスク者専門員から要望があった場合、管理栄養士が在宅訪問が必要だと感じた場合に行っている。</p>	<p>【管理栄養士】食事についてアセスメントする要点は、食欲があるのか、体重減少が最近あったか、口の中の状態・噛みにくいや食べにくさがあるか、むせることがあるかなどである。食事形態については、言語聴覚士、歯科衛生士と話しあっている。【リハビリテーション職】作業療法士は食べるとき姿勢や食べ方を見ているが、理学療法士が食べ方や姿勢を見ることもあれば、作業療法士が歩き方を見ることがもあり、専門性は重複している。【歯科衛生士】居食後に口腔ケアを行っている。歯科衛生士、言語聴覚士が日常的に一緒にいる状況なので、あえて連絡を取らなくてもなく、立ち話しで問題が解決している。</p>	
通所 リハ 06	<p>口腔・栄養サービスに関する毎月のアセスメント・モニタリング及び計画に関する情報の提供および、本人・家族及び介護支援専門員、関連する他事業所への情報の提供は、情報提供書の中で行っている。本通所事業所の職員も当該情報提供書を必ず確認している。栄養アセスメント加算の内容を通所、リハビリテーション職や介護職との情報やり取りが行われている。食事摂取量や体重の減少の理由は、管理栄養士と介護職員とが共有している。食事の必要性や促しは介護職からも行っている。</p>	<p>管理栄養士は、外来の栄養指導の少ない時間の殆どが通所事業所に帯び、カルテ入力も行い毎日5時間程度はいるが、病院に勤務の形になつている。管理栄養士による栄養レクレーションを行っている。【リハビリテーション職】管理栄養士から密に体重減少、食事摂取量の低下などを連絡・相談されるので、家族や介護支援専門員への情報提供について相談に乗っている。リハビリテーション職は在宅訪問して家庭調査に行くことが義務づけられているが、それ以降の訪問は制度上は特に取り決めがない。【歯科衛生士】口腔機能向上加算及び、栄養アセスメント加算にも関わっている。</p>	<p>管理栄養士による栄養レクレーションや1日5時間いることにより、利用者個々に食事量が少なくなっている、BMIが低下しているという話を毎日声掛けして、利用者が自己の栄養状態をその都度感じ、さらには栄養的アプローチもしてもらえ、通所事業所職員や利用者・家族の栄養ケアの重要性に対する意識が非常に高まった。</p>

ID	一体的取組の体制づくり	一体的取組における各職種役割	一体的取組の効果
通所 リハ 07	令和6年度介護報酬改定によって新設された栄養関連加算について、 <b>多職種</b> の参加の <b>説明会をまず行</b> ったうえで、管理栄養士、介護福祉士、歯科衛生士、理学療法士、看護職の多職種で実際に取り組むためにはどうするかの話し合いを何回かした。介護職員が、口腔・栄養スクリーニングを担当し、 <b>共有しやすい方法や書式を工夫して体制づくり</b> をした。5職種で <b>2回、定期的な会議</b> をして、口腔・栄養スクリーニングの結果をもとに、栄養アセスメント加算での取組みが必要かを話しあっている。	管理栄養士が食形態や提供量の調整をしている。食形態の調整は、 <b>言語聴覚士が摂食嚥下機能の評価を</b> し、 <b>管理栄養士と情報共有</b> をしている。変更した食事で実際にどうなのかもブライドバックしてもらい、 <b>食事提供について、常にモニタリング</b> をしている。言語聴覚士は、嚥下機能が低下しているおそれのある利用者について、嚥下機能評価を嚥下造影、VFで実施してもらい相対している。 <b>理学療法士とは、必要に応じて併設病院内に設置された座りやすい椅子や歩行器を介して、筋力の組成も評価し、そこで不足している必要な栄養素を取っていただくようにアドバイスを記載して渡している。</b> 言語聴覚士は、入所時から <b>必要</b> な栄養素の調整が必要な場合に問わり、理学療法士と相談して姿勢の調整を行い、できるだけ安全に食事にできるようにしている。	従来はスタッフが集まって話し合う機会が殆どなかったが、話し合いを定例会として設けることにより、 <b>食形態を気にしていないか職員も食形態を気にするようになり</b> 、管理栄養士に連絡があり、利用者の状態をより細かく知ることができるようになったことが一番大きな変化である。
通所 リハ 08	口腔・栄養スクリーニング加算を算定している。経口維持加算及び口腔ケアは言語聴覚士（入所及び通所兼務、老健には2名の常勤言語聴覚士がおり、通所の失語症ケアを担当し1週間に1回通所リハ担当をしている）、歯科衛生士は協力病院から1回程度度内りがある。口腔・栄養スクリーニング加算は、介護職が記載して、口腔あるいは栄養に問題があった利用者は担当の介護支援専門員に当該情報を提供しているが、そこで断ち切れてしまっている状態であり、 <b>法人経営からの提案</b> によって、この1年間、通所事業所の新人を含めた全員が参加して、 <b>サービスマを見守り取り組み</b> をしているところである。サービスマを24項目に分けて、その中には食事チームがある。問わるのは管理栄養士、作業療法士、言語聴覚士、介護福祉士である。通所の食事に関する見直しであるが、皆で課題を出し合っ、その解決策を考えていく取組みを始めている。このような <b>QOL活動は、当該事業所の新体制づくりを始めた関係で、通所のプランディングをばきりとして、それをさらに強化して、地域で選ばれる通所リハビリテーション</b> になろうとしている。	<b>全員で口腔・栄養スクリーニング</b> をしている。日頃の食事の食べる状況を観察できる介護職が、飲み込みが惡かったり、むせが気になる利用者がいれば、言語聴覚士からならば、管理栄養士に食事形態の調整について依頼してくる。介護職から管理栄養士の方に直接依頼がくる場合もある。一方、管理栄養士から言語聴覚士に依頼して、摂食嚥下状況、食事量低下の原因などをみってもらう。管理栄養士から言語聴覚士が見てくれることによつて、食事形態を決めることができる。	QOL活動は、色々な成果が見えてきた。成功体験が職員の中間にできると、それがモチベーションにつながっていった。成功体験には、 <b>目に見えて利用者が元気になる</b> といった、 <b>食事量をしっかりとれて運動ができてADLが向上した</b> などがあり、このような成功体験を重ねて、それをチームが共有していくことがモチベーションを上げていくことになった。
通所 リハ 09	令和4年4月から栄養アセスメント加算の算定により管理栄養士が介入することになった。歯科衛生士は、 <b>法人経営者が口腔ケアが重要</b> であるということなどで以前から非常勤として雇用していた。リハビリテーション会議は12月に1回である。利用者の課題や対応について話をしている。 <b>意見交換のよう</b> な形で正式に行うのは <b>月1回のリハビリテーション会議</b> で、口腔・栄養の問題が強い人がいる場合はそこで話し合われる。これらの会議には、必要に応じて管理栄養士や言語聴覚士が参加する場合もある。月に1回でタイムリーな会議が合わない場合も多いので、何かあればその都度、電話等でやりとりをしている方が多い。	【管理栄養士】栄養アセスメント加算が入ってから、 <b>病院の管理栄養士が1週間に1回、昼食時のミールラウンドに定期的に来る</b> 。栄養アセスメント加算は、 <b>管理栄養士がミールラウンドに行き、そこで対象者について気になったことを、毎日来ている歯科衛生士、管理者あるいは介護職に確認して、少しでも改善できるように支援</b> している。利用者のうち食事摂取量が少ない方は少ないが、食べられていない方には、食事形態の確認をしたり、在宅での食事についても飲み込みの状態をおかしい、ここ最近むせが多いという利用者に対する依頼がリハビリテーション専門職や職員からくるので、その場合に、嚥下評価と、食形態を少し下げたほうがいいのか、という姿勢のほうがいいかもしれないなどのアドバイスをしている。【歯科衛生士】毎回、口腔のアセスメントと口腔ケアの指導をしている。利用者が自分でできるよ	<b>誤嚥性肺炎にかかる方はほとんどいない</b> (数値の変化はわからない)。既往の疾患に、例えば脳血管障害等があったり肺炎になった方はいない。

表4-1 対象施設の一体的取組の実施計画の作成について

ID	実施計画を一体的に記入する方法（様式）
特養01	カルテを共通の資料としており、ミールラウンドの記録は管理栄養士が記載している。ケアプラン（計画書）の作成は、介護職、管理栄養士、相談員が行い、総合的にまとめたものが計画書になっている。アセスメント・モニタリング、ケアプランの記録は各専門職が行っており、一体化していない。記録の電子化は未だ行われていない。
特養02	電子カルテによる情報の共有ができていて、各職種の書き込みができるようになっている。
特養03	サービス計画が電子化されて、各職種の全ての計画が一体化し、各職種が情報を共有することができる。1人の入所者に対して年に2回ほど会議をし、そのうち1回は家族に来てもらう。後の微調整や連絡は介護支援専門員がしている。
特養04	日々の介護の記録は、誰が見ても分かるようにケア記録のアプリを用いている。PCとタブレットを用意してどのフロアからでも入力できる。そのアプリの中の利用者ごとの記録ページに各職種が入力し、ミールラウンド等の記録も管理栄養士、歯科衛生士、言語聴覚士が評価記録を全てそのページに入力し、情報を集約できるようにしている。
特養05	記録は現状は紙媒体であり、電子化はこれからだが、文書管理として一体化していく予定である。
特養07	電子カルテには、「ほのぼのネクスト（令和3年度の一体化された計画書の様式例にも対応）」を用いて、サービス担当者会議が期間ごとに記録され、経過支援記録で日々あったことも記録され、一括して情報共有と管理がされている。介護支援専門員及び介護職の日々の経過記録には、日常の個別の状態が記録され、このなかには、介護職が記録している食事量や水分量の記録もある。
特養08	記録は各専門職が介護サービス用ソフトの<ほのぼの>に入力し、情報の共有化と一括管理がされている。職員が一堂に会するのは時間的に負担であるが、このソフトによって情報の共有化と一括管理ができる。
特養09	現在の情報連携は紙ベースで行われている。令和5年3月から電子化される。
老健01	一体的取組について令和3年度介護報酬改定において通知された様式例は使用していない。一体的なイメージがあるが、目標や取組みが共有できているかという点、それぞれの職種が単に同じ紙に書いているという状況である。ミールラウンドでそれぞれ職種の意見を聞いて、統一して記録できることが、一体化への一番の近道かもしれない。
老健02	厚労省から公表されている一体化の様式例は活用せず、サービス担当者会議を経て介護支援専門員から作成・提供されるケアプランに全職種の目標等を反映させている。手書きの紙ベースで、個別ファイルになっている。
老健03	リハビリテーション・機能向上・口腔・栄養のケア計画の一体化した様式は利用していない。各職種が夫々のケア計画を作成し、最終的には介護支援専門員の計画書で確認できる形である。Excelのファイルで作成し、それをみんなで見られるような状態にして情報の共有や意見交換をしている。
老健04	平成28年度からコンピューターで職員の誰もが栄養ケアプランも見れて、介護のケアプラン、看護計画、リハビリテーション計画をみられるようになっていたので、情報の共有化は直ちにできる体制になっている。職員はノートパソコン、iPadをもって移動しながら記録できるようになった。法人の中の施設では個々の利用者のIDは1本で統一されており、当該栄養ケアの計画書が、例えば入所から退所されるまで、計画書が見られるようになっている。
老健05	相談員（事務職）は、書類関係の作成、家族への対処と相談で食事形態の状況等を連絡して在宅復帰の支援もしている。情報は電子カルテ化されて、職員が共有できている。
老健06	電子カルテを導入により、日々の出来事や問題点などを各職種が入力し、全職種に同じ情報がタイムラグなく共有されている。定期カンファレンスには、カンファレンスシート（画面共有）を用いて、各職種ごとに目標に対する評価を入力するシートになっている。ケアプランの短期目標については介護、リハビリテーション・看護、栄養・歯科の各専門職が夫々評価している。自立支援促進に関する評価・支援の項目もあり、LIFEへの情報提供には、当該シートでの評価内容が提供される。リハビリテーション職だけではなく、多職種で評価する視点や介護職が入力できることを重視している。
老健07	電子データには、ワイズマンを使いLIFEのデータ入力をしているので、全ての職種が情報共有できている。昨年からは、LINE WORKSを活用し、各部署にiPadが置かれ、随時連絡が行き来している。「何とか食べられました」「これからちょっと一緒に行けます」と共有情報がすぐに入り助かっている。管理職や個人の携帯もLINE WORKSアプリで活用できるので業務効率が大変よくなった。
老健09	施設内情報共有と管理には、電子カルテを用いている。記録としては、後で見返すときに電子カルテが見やすいが、連絡や急ぎの用件の場合には、電子カルテよりも直接連絡したほうが早く、動きやすい。管理栄養士のアセスメント、モニタリング、ケア計画等も、全てその電子カルテ「ほのぼの」に一括されている。
老健10	電子データではあるが、各職種がそれぞれの計画書とアセスメント、モニタリング計画書を作成する。それぞれの情報を見たいときは、利用者の、各ファイルを見ていく。各職種で計画書が異なる。リハビリテーションについては、ST、PT、OTの全てを含めたもので1つの計画書になっている。



表4-2 対象事業所の一体的取組の実施計画の作成について

ID	実施計画を一体的に記入する方法（様式）
通所介護 06	LIFEの登録は、担当者が入力している。口腔機能改善の計画書は、3か月に1回で、毎回、数に追われるわけではない。また、栄養、口腔のアセスメントも6か月に1回であり煩雑ではない。ほとんどの利用者が、介護保険を利用し始めると、医師会が発行する「療養手帳」を持っている。これは、薬や利用者の様子、食事量、体重、血圧等がこの1冊に書けるようになっている。相談員、看護師、管理栄養士等を書いてもらうこともある。管理栄養士は、普段の食事のことを聞き、通所の食事は食べられるが、家では食べられていない場合は、「療養手帳」を使って利用者家族に栄養の提案をしている。
通所介護 07	専門職は、アセスメントのシートでそれぞれ行い、それに基づいて計画書・モニタリングはそれぞれでしている。必要なことがあれば各専門職ごとに利用者に話し、家族に伝えることが必要であれば相談員が入る。月2回のケース会議(1回/7~8名)によって情報を共有している。ケース会議の資料をみんなで共有できるような介護ソフトはない。エクセルで作成して紙ベースの連絡帳に入れファイルに閉じている
通所リハ 02	情報の記録管理は電子カルテで行われている。LIFEの導入前から成果評価やフィードバックを意識してきたが、通所リハビリテーションでの栄養の介入に関しては、令和3年度の介護報酬改定以降の令和4年度から始めた。リハビリテーション計画書に栄養ケアに関する情報を記載し共有し、日常的に話し合いをしている。
通所リハ 03	記載書類は、施設、事業所も独自のエクセルのシステムだが、入力に時間がかかる。今後は、介護ソフトに移行することを考えている。ソフトは、「ほのぼの」を用いているが、介護職のケース記録は手書きであるので、記載する時間が2重にかかっている。リハ、口腔、栄養の専門職の電子化された情報と介護職の記録も繋がっていないので、情報を共有化するために結局は立ち話をしている。
通所リハ 05	電子化されたリハビリテーション計画書に栄養ケアも一緒に記載し全職種が情報を共有化しているが、日々の行っていることを紙面に落としていく形である。
通所リハ 09	管理栄養士は栄養アセスメント加算での問題のある人には計画を立てる。また、歯科衛生士、言語聴覚士の方からの問題と解決のための対応は電子カルテに一括して記録し、共有できるようになっている。

表5-1 対象施設における一体的取組連携強化のための課題

ID	一体的取組を連携・強化するための課題
特養 03	言語聴覚士が、歯科医師と同じように非常勤で1週間に1回、あるいは1月に1回でもよいからきてくれるとよい。嚥下機能が衰えていく場合に、食事形態は簡単に落としていけるが、喉が詰まったり、むせたりしていることに悩むことがあり、言語聴覚士による的確なアドバイスがほしい。
特養 04	施設に言語聴覚士、歯科衛生士、管理栄養士の3職種が常勤でそろって配置されるのは、経営側の考えによる風土が大きい。「口から食べることを支援」する専門職を重要視してもらい、3職種がその専門的な機能を発揮できるように責任者が推してくれた。これらの3職種が高齢者ケアにおいて何をやる職種なのか浸透していない施設も多く、まだまだ知名度が低いと思われる。
特養 05	各専門職が何をしているのかを、他の専門職や介護職等が理解していない。従って、一体化といってもお互いに何をしてくれるのか分からないという状況が発生している。よって、互いの実務内容をく見える化>する必要がある。
特養 07	介護施設の歯科衛生士に対する認識や理解が高まると、介護サービスを担う歯科衛生士が全国的に広がるかもしれない。
特養 08	一体的にサービスを提供をしようとする、専門職の増員となるが、特養では、全員にサービスを提供するのに、専門職自身が直接行うのは難しく、看護、介護、他職種が共同してどのように取り組んでいくかということになる、一方的に専門職側だけで進めても無理であり、報酬を上げてもらうことも必要である。
老健 02	多職種で共有できる電子システムの構築が必要である。病院一施設一通所一在宅の地域の関連施設・事業所と電子情報システムが共有できてこそ繋がっていきけるが、この連携した情報システムは弱い。
老健 03	リハビリテーション職と言語聴覚士とは日常的にその都度やりとりがある。管理栄養士とのやり取りも増えてきた。しかし、リハビリテーション職員と歯科衛生士との関わりがあまりない。しかし、歯科衛生士は、姿勢あるいは摂食機能としての手指訓練も必要となるので、この側面からリハビリテーション職と協働が今後の課題である。
老健 04	現在、歯科衛生士がいなので、口腔については誰も書き込めないでいる。口腔の問題には、歯科衛生士に関わってほしいし、嚥下には言語聴覚士に対応してもらえると、栄養状態は高まり、運動もできて、より元気になってもらえる。
老健 10	一体的な取り組みを強化するにあたり、管理栄養士、言語聴覚士、歯科衛生士の数が少ない。地域では、老人保健施設に言語聴覚士が常勤でいる所は、全部ではない印象がある。病院の言語聴覚士等が、施設には何日か行く形を取っていることが多い。

表5-2 対象事業所における一体的取組の効果と連携強化のための課題

ID	一体的取組を連携・強化するための課題
通所介護03	管理栄養士常勤配置1名の雇用は、大きな通所事業所でないと難しい。小さな通所事業所でどのようにしていくのが大きな課題である。家族や介護支援専門員からは、サービスの質が良くなるが料金も高くなり、限度額を超えるのは困ると言われる。これが障害となり、現状維持になってしまう。
通所介護04	機能訓練加算では、在宅訪問し、在宅の状況を見て、それに合わせたリハビリテーションに取り組んでいるが、当該通所介護においては、機能訓練指導員1名、看護師2名の配置なので利用者・家族には口腔・栄養サービスへのニーズはあるが、専門職を配置することが難しく在宅訪問の実施は難しい。
通所介護05	リハ・口腔・栄養の一体的なつながりを具体的に示す方法がなかなか難しい。それに伴って、人員も必要となる一方で、現場では人員が少ないという現状がある。
通所介護06	法人の方針で医療と介護が連携しているので、今のシステムは口腔・栄養だけではなく、非常に様々なことに対してやり易いと感じている。介護だけではなく、多職種連携も取れている。そこに地域の介護支援専門員を巻き込めると、医師も動いてくれると考えている。単独の通所のみであれば、ここまでできていなかったと思う。
通所介護07	人を充足しないのではなく、先に価値をサービスとして提供することが大事である。結局は差別化が図られて、当該通所介護は、市でナンバーワンの利用率となり、結果的に高稼働率、高利用率につながっていった。これは単体のデイサービスではできない。法人、特養、併設の通所介護というグループ全体での成果である。
通所リハ01	職種が話し合える体制は未だなく、サービスの実施に対して介護支援専門員との連携が最大の障害となっている。令和3年度介護報酬改定によって口腔・栄養スクリーニングが導入されたが、口腔・栄養スクリーニングは、毎月実施されてもよいが6か月に1回であり、20単位にしかならないと、介護支援専門員は、利用者の負担が増えるという理由からサービスに導入しない。
通所リハ02	口腔・栄養サービスがリハビリテーション・マネジメントと一体化するのがよい場合もあれば、個別の各問題が非常に特定されている利用者には、単独の特化したサービスとして選択できた方がよい場合もある。管理栄養士によるアセスメント・モニタリング情報をリハビリテーション計画の中に入れられるかは悩むところだが、リハビリテーション計画やサービス計画に栄養及び口腔ケア計画等が位置付けられないと一体化は進まない。
通所リハ03	通所サービスで一体的サービスを進めるためには、情報が共有化できる電子システムという基盤整備が一番必要と考える。
通所リハ04	歯科衛生士の雇用について、地域人材が少ないため、歯科衛生士協会に相談したり、募集もしているが雇用できない。連携については介護支援専門員の資質や力量に掛かっている。
通所リハ05	通所サービスに管理栄養士1名を配属させるほどの加算が算定できないのが現状で、管理栄養士の配置が進まないが、通所事業所に管理栄養士の必要性は絶対にある。住み慣れた地域で安心して生活していくうえで、栄養とリハビリテーションは切り離せないものであり、地域包括ケアを支えるリハビリテーションとしても重要である。
通所リハ06	体制については、管理栄養士の配置があると、もう少し介入しやすい施設が増える。自立支援会議にも管理栄養士が参加しているともっと連携が取りやすい。
通所リハ08	通所リハビリテーションの職員配置は、言語聴覚士、歯科衛生士、及び管理栄養士が常勤で1名ずついることが望ましい。そうすれば連携がとりやすく、利用者の食事時の観察もできる。
通所リハ09	通所サービスに関わっている管理栄養士が全国的に少ないので、インターネットを調べても、例えば、栄養改善加算、栄養アセスメント加算の手順等が分からない。一からの研修があればもっと深く理解して進めることができる。

表6-1 対象施設における制度に対する意見・要望について

ID	制度に対する意見・要望
特養 01	基本的なミールラウンドの様式例を厚生労働省は提供してほしい。ミールラウンドの1週間の記録の様式例がほしい。厚生労働省からの通知の手順には、介護職に情報を伝えるとう一文があると良い。様式の項目も介護職の視点を入れたものであることが必要だ。
特養 02	歯科衛生士、言語聴覚士及び管理栄養士という専門職は、ある意味ではセーフティーネット的な、介護職のケアの下支えをしてきている。特養の場合は、高齢者の身体状態を良くするというより、高齢者が負担を感じずに穏やかに看取り期を過ごすことを支える介護だと思う。そこを介護職と一緒に支えてくれる専門職が求められている。
特養 03	特養の栄養マネジメント強化加算の場合は、50名で割ることになっているが、通所サービスを兼任する場合には、いくつで割ればよいか明確にしてもらえないか。栄養関連の加算の算定は、管理栄養士が動かないと算定できない、算定をする場合には、特養での様式等が活用できるので、本人・家族にも説明するところまではできても、結局は、介護支援専門員の判断にゆだねられてしまう。制度的に介護支援専門員への橋渡しをスムーズにってもらえないのか。
特養 05	通所サービス事業所が法人の専門職からアドバイスを受けることもできるので、今後、加算が算定できるようになるとよい。歯科医師は、病院からの退院患者や通所利用者の訪問診療を行い、歯科衛生士による居宅療養管理指導も出している。本法人の病院の歯科にも出向しているので、管理栄養士の居宅療養管理指導に歯科病院から指示ができる形になってほしい。LIFEを入力しても別様式でご家族送付用の計画書を作成するという二度手間が発生しているのが事実である。
特養 06	特養における医療従事者の充足、医師の連携の強化に見合った単価がどうしても必要だ。特養だけが、療養が必要とされながら、慢性期病院や老健（60-70万円）と比べて40万円程度というのはおかしい。専門職は、志だけでは動けないので妥当な加算体系をつくって頂きたい。
特養 07	令和3年から科学的介護情報システム、LIFEの加算を算定している。個別の入居者のADL、栄養状態、口腔機能、認知症の状況、疾病の状況と、その他心身の状況に係る基本的な情報を厚労省に提出することで加算を算定しているが、厚労省からのフィードバックがプランニングに結び付けて活かさない。LIFEに係る入力作業に時間を要するが、基本単価と見合っていないと感じる。費用対効果が見合っていないのと、フィードバックがプランニングに結びついていない事が課題ではないか。
特養 08	各加算の要件を満たすのに精一杯の状況である。カンファレンスで他職種一堂に会することが大事なのは分かるので、苦労して集まっているが、どうしても集まらないことが非常に多く、関連職種が一堂に会することがどれほど大変なことなのか分かってほしい。新卒の管理栄養士の給料は低すぎる。看護師と給与のバランスが低いのはおかしい。歯科衛生士も同様であり、その存在意義をもっとアピールすることが必要である。
特養 09	栄養マネジメント強化加算から管理栄養士のミールラウンドが1週間に3回行われるようになり、そのミールラウンドの記録に、制度として細かい指示がされなかったので示してほしい。
老健 01	令和6年度の介護報酬改定の時には、介護支援専門員からのフィードバックがあれば、プラスの加算が取れるなど考えていただくと、管理栄養士が通所サービスで活躍できる資金源となっていく。管理栄養士がもう1人採用できるようになることに繋がっていくようなプラスアルファの加算を考えてほしい。リハビリテーション、口腔、栄養の一体化した計画書（厚生省様式例）は、サービス計画書の中の特化した形で一体化した方がよいのではないか。
老健 02	老健の口腔衛生管理加算に関しては、歯科医師の指示が要ることがネックになっている。経口維持加算Ⅱはあるが、言語聴覚士が食事に積極的に関わった場合を評価する加算はない。認知リハの加算は付いている。言語聴覚士、歯科衛生士、管理栄養士の一体的な体制での取組みが評価されるとよい。最初は、言語聴覚士や歯科衛生士の体制加算があってもよい。
老健 03	歯科衛生士の配置は現在のところ法令としてないので、進められるようにしてほしい。
老健 04	LIFEのデータはあまり活用していないのが実情である。フィードバックされてもデータ自体の使い方が考えものである。
老健 05	食事形態を報酬として評価してほしい。常食、コード4から2まで、食事形態用献立作成、発注と仕入れ、調理に手間がかかる。
老健 06	歯科衛生士、言語聴覚士、管理栄養士の配置数を増やすための加算が必要であり、配置数が多くなれば頻回な話し合いによってサービスの質が充実する。3領域が一体化することによる効果については、誤嚥性肺炎の低下や低栄養の改善として全国規模のエビデンスがあるとよい。その結果、報酬化されると専門職人材が確保され、最終的にご利用者に行き届くサービスができるようになる。
老健 07	一体的取組の強化のためには、老健も回復期リハビリテーションのようにリハビリテーション計画のなかに栄養ケア計画や経口維持の計画を含めて、高い加算で評価されるほうが徹底されるかもしれない。
老健 08	リハビリテーション職を置いても、その人件費を賄うのは厳しい。地域密着型や小規模な特養になると専門職を配置しても難しい部分もあるので、小規模であっても点数をもう少し手厚くしてくれると、リハビリテーション職との関係性も進むのではないか。

ID	制度に対する意見・要望
老健 09	<p>全国老人保健施設協議会の令和4年の総合計画書を用いている。これには<b>栄養の欄</b>があるが、<b>口腔・嚥下の欄</b>がないので、今後は共有化のためにシステム上取り入れほしい。経口維持計画も別途の計画書になっている。また、<b>施設サービス計画書</b>は、LIFEと紐づいていないので、LIFEへ提供するリハビリテーションや<b>栄養等のデータ</b>と関連づけたものにしてほしい。</p>

表6-2 対象事業所における制度に対する意見。要望

ID	制度に対する意見・要望
通所介護01	口腔機能向上加算が算定できる月2回では口腔衛生の状態維持ができない。個別の機能訓練、口腔、栄養が一体化となったときに、一つ要件を満たさないと全部駄目という要件になるのは困る。そうすると、かなりハードルが上がるので、取り組みについて一体化してほしい。
通所介護02	併設のサービスの多職種連携に対して報酬上の評価が付けば、口腔・栄養の専門職が配置されていなくても、バックヤードの併設施設の専門職が機能できるようになる。
通所介護03	地域のことを支えていくのは通所介護が一番窓口になるので、併設の特養に管理栄養士や歯科衛生士がいる場合は、できれば、一体化したサービスは通所介護の基本料金に含まれて、減算方式の形になれば、より取り組みやすい。
通所介護07	一体化したサービス提供については、介護予防の総合事業の複合サービスのような形がよい。口腔・栄養スクリーニング加算は160名程度算定しているが、半年に1回、1人5単位で実際の労力に見合っていない。LIFEのフィードバックの活用の仕方が未だ発信されていないので、このフィードバックがどのような形でもらえるのか、歯科衛生士がどう活用できるのか、管理栄養士がどう活用できるのかという指針がほしいところである。
通所介護08	書類作成等が大変ではなく、専門職がしっかりと連携して取り組んでいる事業所には、報酬や加算・評価が得られると、事業所の利益ではなく、「利用者がそこで助かる」というのが絶対的にある。そのためであれば、現場の我々は万難を排して頑張れる思いがある。
通所リハ01	利用者の最初の利用時に、口腔・栄養スクリーニングは全員に行い、低栄養の中高リスクや摂食嚥下の問題があると判定された人には一括してこのサービスが提供されるという一括同意の形の算定の在り方はないのか。通所では、歯科衛生士による口腔体操の指導及び口腔ケアに対する歯科医師の指示は必要ないので、歯科衛生士が通所事業所に配置されれば機能的に働くことができる。
通所リハ02	LIFEへのデータ入力は大変だが、利用者に見せるものとデータを入力するものは別にしてもよい。
通所リハ06	リハビリテーション、栄養、口腔の一体化を進めていく上では、口腔機能のアセスメントをきちんと加算として設けることによって、歯科衛生士の従事できるような環境が整うような流れにもなるので、そこはぜひお願いしたい。言語聴覚士の通所リハビリテーションでの訓練が月2回と限定されてしまうと、効果的な訓練ができないと思う。回数を多く関わられるような制度があるとよい。
通所リハ07	LIFE関係では、リハビリテーション計画書、これとは別にリハビリテーション・自立訓練、口腔、栄養に関するプランの様式例など個別にあるが、一枚にまとめられたほうが一体的な取り組みとしては分かりやすい。栄養改善加算を算定して、実際に管理栄養士が在宅訪問して家族と話をしたいと思うが、なかなか訪問するのが難しい。もう少し訪問しやすい形にできればよい。法人の在宅部から管理栄養士の居宅療養管理指導ができるようにして連携することや、栄養改善加算からテレビ電話等で行うなどを検討しているところだが、他事業所の参考事例を知りたい。
通所リハ09	通所サービスの専門職の配置基準があるとよい。

表 7-1 対象施設における制度推進に向けての啓発研修について

ID	啓発研修について
特養 02	もう少し気軽に受けられる介護施設向けの専門職研修が増えてほしい。看取りの介護やケアに関して多職種が参加できる研修はあるが、 <b>栄養、口腔、リハビリの三つをどう連携して取り組むかという研修がない。</b>
特養 04	<b>言語聴覚士、歯科衛生士、管理栄養士が養成校で学ぶ部分は重複しているところがあると思うが、他職種の詳細な専門的な部分は学んでいない。専門的な部分についてはその分野の専門職が必要である。</b> 施設内は、コロナ禍前は年に数回の専門的な研修を設けていた。例えば言語聴覚士は嚥下について、管理栄養士が食中毒や栄養のことを講義し、食事介助の方法なども話していた。最近はず、入職時の新人研修に口腔ケア、嚥下、栄養、さらには作業療法士による食事時の姿勢調節等についての講義を組み込んでいる
特養 05	<b>歯科衛生士に対して、認知症や要介護高齢者とコミュニケーションをとり、口腔ケアを行えるように教育していくことが必要とされる。</b>
特養 06	一体化のための新たな制度、新たな介護方針になるとときには研修は、 <b>多職種による研修として参加を義務付けてほしい。</b> 一体化して実践に取り組むということで、きちんと研修を受講したことを認定してほしい。そうでないと制度として構築されない。
特養 09	<b>老健、特養での求人数は少ない。</b> 対象者が高齢者というところは変わらないので、急性期から在宅まで全てのニーズに応じた <b>栄養管理ができる人材を法人全体で育成</b> していきたい。
老健 07	新人研修の中に、リハビリテーション、摂食嚥下、口腔、栄養の関連講義が最近含まれるようになったが、新人研修のときだけになっている。 <b>経験のある職員の研修には、口腔、摂食、食事という研修がないのが課題である。</b>
老健 09	<b>一体的取組の事例検討等に関する多職種による共同研修が必要である。</b>
老健 10	専門職は、同じ職種の経験者に相談したいことがあると思うので、地域の専門職に聞けるとよい。相談できる所があると業務に継続して取組みやすくなる。 <b>ネットワークがあったら安心なのかもしれない。</b>

表 7-2 対象事業所における制度推進に向けての啓発研修について

ID	啓発研修について
通所介護 04	若い専門職は、まず社会性やコミュニケーションから学ばないといけないので、病院で色々な症例を見ながら、専門職チームの在り方や付き合い方を学び、ある時期がきたら在宅を学ぶというのがよい。 <b>専門職養成で在宅や福祉施設における教育において、病院ばかりにかたよらないように施設や在宅に少し力を入れてもらいたい。</b>
通所介護 08	<b>介護支援専門員への教育が要</b> である。通所の事業所の口腔・栄養サービスにも着目してもらえるので、職員に「こういう加算があるから」というよりも、「これだけ効果があるからやってみよう」という働きかけと、職員の協力を得ることに繋がる。口腔、栄養に関わるのが、どのように効果が上がるのかを教えていかなくてはならない。 <b>歯科衛生士の育成については、基礎的研修が必要</b> とされる。
通所リハ 01	<b>担当国会議で利用者・家族中心に多職種で話し合うことが重要視されていることから、それぞれの職種における卒後研修が必須</b> である。歯科衛生士に対する何らかの介護サービスに関する研修が必要である。言語聴覚士、管理栄養士は、高齢者の介護方法やサービスの技術、あるいはコミュニケーションの方法は深くは学んでいない。理学療法士は、養成における栄養の講義はなく生理学的にたんぱく質がなくなったら筋たんぱくが分解するという知識は勉強しても、実際のリハビリテーションに栄養が関係することは職に就いて自己学習で学んだ。口腔に関しても、近年は、誤嚥性肺炎との関係を独学で勉強しているが限界がきている。
通所リハ 02	専門職団体でいうとPOS (PT・OT・ST) を合同で研修しているが、 <b>各職能団体での合同研修会があってもよいし、栄養及び口腔も入った研修があるとよい。</b>
通所リハ 04	職種が変わっても、同じ職種内で差がなく評価できないと、具体的な介入方法が変わってくる。まずは <b>評価の視点をしっかり持てるような多職種の研修</b> があるとよい。
通所リハ 05	管理栄養士を対象とした研修については、管理栄養士は勉強熱心なので、知識は持っているが、その知識が実務で病棟や在宅で活用できるか、 <b>実務的を勉強する機会が少ない。</b>
通所リハ 06	一体的取組みの部分に関する研修の機会、 <b>職種間の理解を深めるための研修は年に何回は受けるというような要件があってもよい。</b> 通所リハビリテーションの質を高めるためには、研修の機会を年に何回は設けて参加すると加算で評価されるようなこともあってよい。
通所リハ 07	専門職間で栄養に関しては知識の差がある。高齢者の低栄養改善の便益に関して理解するための多職種への研修があると、栄養に関するサービスの必要性のイメージがつく。



令和6年度介護報酬改定に向けた先進的事例集：高齢者の口から食べる楽しみをいつまでも！！ リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の「一体的取組」のために

目次	(1)	243
序文	(3)	245
1. 「一体的取組」のための体制づくり	(4)	246
1. 1 高齢者の「口から食べる楽しみをいつまでも」の意義	(4)	246
1. 2 「一体的取組」を進めるための経営方針	(5)	247
1. 3 「一体的取組」のためのチームビルディング	(7)	249
2. 専門職による実務の実際	(21)	263
2. 1 理学療法士、作業療法士・機能訓練指導員	(22)	264
2. 2 言語聴覚士	(27)	269
2. 3 歯科衛生士	(29)	271
2. 4 管理栄養士	(36)	278
2. 5 介護職	(41)	283
2. 6 看護職	(42)	284
2. 7 生活相談員・支援相談員	(42)	284
2. 8 介護支援専門員	(44)	286
2. 9 医師・歯科医師	(45)	287
3. 認知症、看取り、経口維持・経口移行のための実務と連携	(46)	288
3. 1 認知症	(46)	288
3. 2 看取り	(49)	291
3. 3 経口維持・経口移行	(53)	295
4. 在宅生活のための支援（在宅訪問を含めて）	(56)	298
4. 1 入所・利用前の在宅生活に関する情報収集	(56)	298
4. 2 在宅復帰支援	(57)	299
4. 3 通所サービスにおける在宅生活の継続	(66)	302
5. 通所サービスにおける一体化の推進のために	(66)	308
6. 医療・介護連携	(67)	309
7. 電子システムの活用	(68)	310

8. 「一体的取組」の推進のための研修のあり方……………	(71)	313
資 料……………	(77)	319
委員名簿……………	(81)	323
検討委員会……………	(88)	323
事業実施小委員会……………	(88)	323

## 序文

本先駆的事例集は、一般団法人日本健康・栄養システム学会が令和4年度老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費等補助金）の交付を受け取り組んだ「リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組に関する調査研究事業」（以下「本事業」という。）の一環として策定された。

本事業では、施設系サービス及び通所系サービスにおけるリハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組（以下「一体的取組」という。）の推進を図るため、有識者による検討委員会を開催の上、介護保険施設（特別養護老人ホーム及び老人保健施設）及び通所事業所（通所介護事業所及び通所リハビリテーション事業所）を対象とした実態調査及びインタビュー調査を行ない、今後の推進のための課題の整理と対応策について検討を行うとともに、一体的取組を先駆的に取り組んでいる施設や事業所から得られた実績等を踏まえて、先駆的事例集を編纂した。

一体的取組の推進とその質の向上に向けて、本先駆的事例集を活用されることを願うものである。

また、本学会では本先駆的事例集をウェブサイトに掲載するとともに、研修会を開催することとしていることを申し添える。

令和5年3月

令和4年度老人保健健康増進等事業  
（老人保健事業推進費等補助金）  
「リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の  
一体的取組に関する調査研究事業」  
研究代表者 三浦 公嗣  
（日本健康・栄養システム学会 代表理事）

## 1. 「一体的取組」のための体制づくり

### 1. 1 高齢者の「口から食べる楽しみをいつまでも」の意義

介護保険サービスは、介護保険法第1条「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有す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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする」に基づいて行われるものである。＜尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができる＞は、要介護高齢者一人一人に対して、その最期まで目指すものである。

一方、高齢者の「口から食べる楽しみを支援する」ことの意義は、厚生労働省老人保健事業推進費等補助金による栄養ケア・マネジメントに関する調査研究事業の報告や介護予防「栄養改善」に関するマニュアル等の中で説明されている（資料1. 1（1））。ここで、標的とされる高齢者における低栄養は、介護保険施設入所者において日常生活自立度の低下及び入院率や死亡率を増大することや、管理栄養士や多職種の間による栄養ケア・マネジメントや経口摂取維持の取組が低栄養のリスクの改善および死亡率や入院率を減少させる等のエビデンスが蓄積されてきた。また、要介護高齢者の咀嚼機能（咬合支持）は低栄養リスクと関係し、歯科医師や歯科衛生士による口腔ケアが発熱発症率や肺炎発症率を低下させるというエビデンスがある。さらに、管理栄養士がリハビリテーション専門職等とともに、リハビリテーション計画に個別に栄養管理を組み込むと、約9割に栄養改善が見られ、リハビリテーションの効果が明らかになっている（資料1. 1（2））。

これらのエビデンスは、厚生労働省介護給付費分科会の資料として活用され、これまでのリハビリテーション、口腔、栄養の介護報酬改定に寄与してきた（資料1. 1（2））。リハビリテーション、口腔、栄養の個別のサービスは、これまでの介護報酬改定によって、新たな体制、取組が創設され、質の改善のための見直しが図られてきた。令和3年度介護報酬改定に関する通知等や様式例は厚生労働省のホームページに一括掲載されている（資料1. 1.（3））

本調査研究事業による実態調査からは、一体的取組の推進による効果として、「日常の職種間の情報連携の頻度が増えた」（特別養護老人ホーム（以下「特養」という。）28.8%、老人保健施設（以下「老健」という。）41.1%、通所介護事業所（以下「通所介護」という。）

(4)

24.2%、通所リハビリテーション事業所(以下「通所リハ」という。)29.8%)、「ケアプランで共通した目標設定ができるようになった」(特養 24.3%、老健 31.9%、通所介護 17.3%、通所リハ 23.0%)という実務面での連携強化から、「入所者の新たな課題やニーズを早期に把握できるようになった」(特養 25.7%、老健 37.3%、通所介護 29.2%、通所リハ 36.6%)につながっていると推察される。アウトカムである ADL・IADL の維持改善等については主観的な回答であることに留意する必要があるが、一体的取組の推進がサービス利用者の生活機能や予後にとって有用である可能性が示唆された(本事業報告書 I 参照のこと、本学会ホームページ掲載)。

そこで、介護サービスの利用高齢者の特性である認知症、看取り、経口維持及び在宅生活の支援等において「口から食べる楽しみをいつまでも」等の目標を、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の専門職と介護職・看護職及び生活相談員・支援相談員や介護支援専門員、さらに医師、歯科医師等が共有化し、連携共同した一体的サービスに関する介護報酬制度を創設し(以下「一体的取組」という。)、地域資源を有効に活用して施設、通所、在宅と連続的に効率的に提供していくことが必要とされている。

一体的取組を行っている先駆的な介護保険施設(特養、老健)及び通所事業所(通所介護、通所リハ)を対象として実施した本調査研究事業のインタビュー調査をもとに、先駆的体制や取組の実際を、以下のように編集し、先駆的事例として掲載させて頂いた。

## 1. 2 「一体的取組」を進めるための経営方針

本事業におけるインタビュー調査の対象となった職員から語られた一体的取組のもととなっている経営方針を表 1. 2 に示した。

これらの先駆的事例においては、平成 17 年 10 月に栄養ケア・マネジメントが介護報酬に栄養マネジメント加算として新設され、平成 18 年 4 月には介護予防に運動、口腔・栄養サービスが導入されて以来、高齢者の低栄養のリスクの対応した「口から食べることの支援」の充実を主に口腔・栄養サービスから図ることを通じて目指している。さらに、平成 27 年度に経口維持加算に多職種によるミールラウンド・カンファレンスが導入され、令和 3 年度に施設には管理栄養士による栄養マネジメント強化加算が、通所事業所には多職種による栄養アセスメント加算が新設されたことによつて、多職種協働による一体的取組がより強化された。

経営方針は、介護報酬上の評価が低いサービスであっても、また、揺れ動く社会情勢のなかで組織経営そのものが困難な時代にあつても、最近の経営戦略上のキーワードである「パ

ーパス (Purpose)」(目的、意図)」として経営組織や職員個々人の指針となり、その「存在意義」を明確化し、一体的取組の提供のみならず、その継続的な品質改善活動の取組に繋がって、イノベーションされていくものである。

## 表 1. 2 先駆的事例における経営方針

---

### 特養

○高齢者を寝たきりにさせないという理念に基づき、最期まで食事時にはベッドから起こし、褥瘡をつくらずに、食べるのが一番の楽しみに、という3つを目指している。(特養 03)。

○「医療だけでは患者を治すことはできない。生活を整えることが必須」を法人の創設理念としながら施設を立ち上げた(平成14年2月)。高齢者の生活に対して専門的な見地からアプローチし、誤嚥性肺炎の予防の観点から、言語聴覚士、歯科衛生士、管理栄養士が関わってきた。(特養 04)

○栄養ケア・マネジメント(栄養マネジメント加算)の報酬化以降(平成17年10月)、全職員で最期まで口から食べることの支援に取組むことを目指す。エンド・オブ・ライフにおいても、個別の生き方に食べることを通じて寄り添って総合的な栄養ケア・マネジメントのアプローチをする。(特養 06)

○誤嚥性肺炎の発生防止には毎日の口腔ケアが重要という観点から、歯科衛生士の専門的な技術と知識を生じた体制と取組が行われてきた。(特養 07)

○歯科衛生士による口腔ケアの重要性が管理栄養士による栄養管理と共に提唱され、100床に常勤換算で2.5名程度の歯科衛生士が配置されてきた。(特養 08)

○在宅訪問の口腔ケアができる歯科衛生士の人材育成を通じて、地域に対して口腔衛生について啓発してきた。(特養 09)

### 老健

○「口から食べることは非常に重要であり、食べない状態でリハビリテーションをしても意味がない」として、言語聴覚士、歯科衛生士、管理栄養士によって口から食べることの支援が重視されてきた。(老健 02)

○高齢者施設には言語聴覚士が必須とされて全施設に配置され、さらに、口腔の健康状態が誤嚥性肺炎に繋がるということで、各施設に歯科衛生士の配置が進められる。(老健 03)。

### 通所介護

○通所介護における口腔ケアを、オーラルフレイルの観点からチームで行うために歯科衛

生士を常勤採用されてきた(通所介護 01)。

○機能訓練、栄養、レクリエーション、口腔ケアの四つに重点をおいた個別の専門職サービスが取り組んでいる。(通所介護 07)

○「人間は食べているもので、体ができている」と、食に対しての理念で経営されている。全職員は、利用者が「食べているから元気が喜び」として食べることを支援している(通所介護 08)

### 通所リハ

○法人の3方針は、回復期リハ病棟の充実、生活期の充実、そして地域リハビリテーション事業の推進であり、本事業所は、地域リハビリテーションの推進を担っている。(通所リハ 02)

○地域住民が安心して住み慣れた地域で暮らしてことのできる地域福祉のために、医師、リハビリテーション専門職、歯科衛生士、管理栄養士等が参加し、病棟、外来、通所の全てにわたるチームアプローチが重視されてきた(通所リハ 05)

○通所事業所の職員全員が参加して、サービスを見直し、食事の課題等の解決策を考えていく継続的品質改善活動(CQI活動)を展開することによって、当該事業所のブランディングを明確化して、チームの強化をはかり、地域で選ばれる通所リハ事業所になることを目指している。(通所リハ 08)

○本グループの方針として、令和4年4月から栄養アセスメント加算の算定により管理栄養士による介入が開始された。さらに、法人経営者が誤嚥性肺炎に対応して口腔機能を維持することが、高齢者の健康寿命の延長に直結するとして、歯科衛生士が非常勤として雇用されている。(通所リハ 09)

---

## 1. 3 「一体的取組」のためのチームビルディング

一体的取組のためのチームビルディング「メンバーの能力や経験を最大限に引き出し、高いパフォーマンスを上げるチームを作ること」のためには、どのようにしたらよいか。インタビュー調査から、一体的取組のためのチームのコミュニケーションの活性化(意見交換、協力しあう、気さくな声掛け、情報交換等)や結束力(一体感をもって目標に向かい、目標の達成率を高める力)に影響を与えている経営戦略とも言えるような要点及びその恩恵にあたる利点を表1.3に紹介した

一体的取組による利点としては、本人・家族の喜び、チームメンバーの専門職としての意欲の高まり、生産性や問題解決能力の向上、新たな多職種が共同する業務のアイデア等が挙

げられていた。また、本研究事業の全国の実態調査からも、一体的取組を「リハビリテーション専門職・機能訓練指導員、栄養専門職、歯科口腔専門職が連携して設定した目標を個別のリハビリテーション計画または機能訓練計画に反映できていますか」の設問に対する回答（「反映できている」vs「反映できていない」）としたところ、「反映できている」施設・事業所は、「日常の職種間の情報連携の頻度が増えた」、「入所者の新たな課題やニーズを早期に把握できるようになった」、「ケアプランで共通した目標設定ができるようになった」と回答した割合が高く、日々の業務における情報共有が緊密になることで、早期からの課題の把握につながり、目標が計画に反映できているという良い循環が生まれていた。また、主観的な回答ではあるものの栄養、口腔、ADL・IADL 及び QOL 等のアウトカムの向上が「反映できている」施設・事業所で高い割合で実感されており、一体的取組のプロセスが利用者のアウトカムにより影響を与えていることが示唆された（本研究事業報告書 I 参照のこと、本学会ホームページに掲載）。

### 表 1. 3 チームビルディングとその利点

---

#### 特養

#### ○ミーラウンド会議の意義(特養 01)

平成 27 年度より経口維持加算にミールラウンド・カンファレンスが導入されたことが一体的取組を進める契機となった。経口維持に関するカンファレンス:「ミールラウンドの会議」(対面)を、担当者会議とは別に毎月 1 回 30 分間開催してきた。当該会議には、生活相談員、看護職、管理栄養士(運営、司会や調整)、介護職等が参加した。歯科衛生士の参加は難しいため、協力歯科医師が、施設の歯科衛生士と連携してミールラウンドに参加している。参加できない介護職は事前に作成された資料に記載し、また、出席できない職種は事前情報を提供する。当該会議では、経口維持加算の各対象者(現在は 50 名の入所者のうち 23 名程度)の近時 1 カ月の変化及び問題点について、情報交換が行われる。例えば、歯科衛生士は、義歯、口腔清掃状態、嚥下に関して把握された問題と口腔ケア(口腔衛生、咀嚼筋のマッサージ、保湿等)や介護職に対するアドバイス等の問題解決の方法について、管理栄養士は、歯科衛生士及び他職種の意見に基づいて食事形態、食具、食器を選択し、個別の身体・栄養状態の変化に適時対応して食事変更をしていく。褥瘡に対応した栄養提供量、機能訓練から食事時の姿勢へのアプローチ方法等が検討される。情報の電子化は未だ行われていないが、話し合う機会を日常的に多くもって職種間のコミュニケーションをとり、高齢者の状態の変化に対して当該会議によってチームで考えて問題解決してきたことは有意義であつ



たが、重要なことは、介護職との情報の共有化が円滑にできないと一体的取組はできないことである。

### 【利点】

「ミールラウンドの会議」に多職種が関わることによって、他の職種の考え方を聞ける機会が増え、各専門職単独よりも仕事がしやすく、単独では困難であることも、他職種と相談し、情報を収集し共有することによって、入所高齢者に一番よいケアや食事が提供できるようになった。例えば、歯科治療や口腔ケアの単独ではなく、機能訓練担当者が姿勢を、管理栄養士が食事形態を相談しあって支援するようになり、食事を安全にすることが実際のケアにうまく繋がるようになったので誤嚥性肺炎が減ってきたと実感している。生活相談員は、管理栄養士、歯科医師等と当該会議において協議することによって、利用者の健康状態の維持ができていますと実感している。多職種で一緒に考えていくことが、利用者が良い生活を送れることに繋がっている。例えば食事が食べられなくなったという問題に対して、介護は情緒面から、看護は排便や睡眠からと多職種が夫々の専門性から見て、話し合いながら、食事形態のレベルや食事量を調整しているので、生活相談員が3カ月毎に1回、個別機能訓練について家族と話すときにも、口腔や食事の状況を適切に説明することができる。この場合、介護職から未だ把握されていない問題点について教えてもらうことは、プラン作成や支援上助かる。多職種により一体的取組を進めていくことは重要である。

### ○専門支援チームとアプリの活用（特養04）

理事長(医師)が「医療だけでは治すことはできない。生活を整えることが必須」として高齢者の口腔、嚥下機能及び栄養を重視し、管理栄養士、言語聴覚士、歯科衛生士の3職種を常勤配置した。加えて作業療法士、介護支援専門員(看護師)、レクリエーションワーカー(介護福祉士)らを専門支援チームとし、ケアワーカーによる生活支援を中心に、当該チームと共に考え指導する役割を担った。その後、事務所所属のチームとして再編成され、言語聴覚士、歯科衛生士、管理栄養士の3職種が事務所内に隣同士の席の配置とした。毎日、夫々がフロアをラウンドすることで得た情報をすぐに共有して相談している。看護師、ケアワーカーの責任者とも朝・夕の1日2回の申し送りの際に報告・意見交換を行い、課題があれば速やかに解決に向けて取り組んでいる。記録用のアプリケーションソフト(アプリ)の利用者ごとの記録ページには、各職種がフロアのタブレットから入力し情報が集約されている。利用者入所者の個別ページをみれば、職員の誰もが利用者の個別の状況や変化、誰がどう対応したかがわかる。協力歯科医師の往診の際は歯科衛生士が診療に同席して、その診療結果を

当該アプリに入力することで、歯科医師からの情報も共有している。

### 【利点】

言語聴覚士、歯科衛生士及び管理栄養士の3職種を中心にした専門支援チームによる一体的取組によって、胃瘻で入所した複数の高齢者が、朝昼晩の三食とも口から食べられるようになった。これらの高齢者は、入所した時には元気がなかったが、ケアワーカーと看護師と共に専門支援チームが関わることで食事が食べられるようになり、本人・家族にとっても喜んでもらえた。胃瘻から経口摂取の移行には3年かかった場合もあり、ケアワーカーを中心とした専門支援チームが継続して対応ができるかが重要になってくる。介護支援専門員や生活相談員が入所前に病院や在宅に情報収集に行く際には、3職種に声をかけてくれることも多い。在宅の介護支援専門員やかかりつけ医師からも、3職種がそろった特養として理解と信頼を得ている。

### ○全職員による栄養ケア・マネジメントによるチームアプローチ：最期まで食べることに寄添う（特養06）

平成17年10月に栄養ケア・マネジメント（栄養マネジメント加算）が導入された。入所者は何らかの医療的なケアを必要とし、要介護度は4以上であり、認知症を有していた。全職員による栄養ケア・マネジメントを通じて、入所者の健康、生き甲斐、生き方を大切にしてきた。現在、最期まで食べることに寄添う栄養ケア・マネジメントの総合的なチームアプローチは、新たなステージを迎えている。介護サービス計画には、アドバンス・ケア・プラン（ACP、愛称：人生会議）における意向・尊重・自己実現等が課せられている（資料1.3（1））。

食べることの楽しみを最期まで支援する専門職チームの基本は、それぞれの専門職がその人を全人的に理解し、各専門職がその専門性を生かしたミールラウンドを通じて随時現状と課題を把握し、共同して考え対応していくことである。

医療的療養が必要な高齢者に最期まで寄り添って看取るためには、献身的なケアの提供だけでは限界がある。一体的取組は、入所者の療養の実像に鑑み、医師との連携強化、24時間の看護師の配置あるいは吸引のできる介護職員の配置が、管理栄養士の配置強化を含めて求められる。

### 【利点】

入所者一人一人が食事を自分で食べる喜びを感じ、また、最期まで一口でも食べることを喜んでもらえるように諦めない徹底したケアができていますので、入所者本人に本当に幸せ

だったと一番喜ばれていると職員は信じている。最期まで看取ることを職員が家族と一緒に  
行うことによって、家族には喜んでもらっている。さらに、職員自身も、最期まで食べる  
ことの支援に専門性を提供し合って、ヒューマンサービスが一体的取組として提供できた  
ことに誇りを感じて喜びとなっている。

### ○アドバンス・ケア・プラン（ACP）によるチームアプローチ（特養 07）

アドバンス・ケア・プラン（ACP）（資料 1. 3（1））を用いて、家族に、本人が元気な  
頃から人生の最終段階について考えてもらっている。看護師の 24 時間配置をし、看取りが  
できる体制づくりがされている。また、介護職が 24 時間シート（個別入所者の 1 日の生活  
を時間軸にしたシート）を作成し、朝何時に起きて、生活習慣として何をしたいか、その時  
に支援が必要なことは何か等を予測してリスクマネジメントに繋げている。入所者が食べ  
られなくなり、飲めなくなって看取りの時期が近づいたときには、ACP に基づいて、家族と  
看取りチームが、今何ができるのかを一緒に考えている。まず、看取りチームで意見を交換  
して考え、一つの答えを共有後に、家族と一緒に挙げた選択肢から、最終的には家族が選択  
する。医療を選択するのか、それとも当該サービスを継続するのか、誰とどのよう過ごした  
いのか等を家族による人生会議を通じて確認し、それを基にケアプランを作成している。  
ACP は、介護支援専門員が調整・報告を担い、姿勢等は機能訓練指導員、食事は管理栄養士、  
口腔は歯科衛生士、体調等は看護師等と夫々の専門性を生かした話し合いが行われる。この  
段階での主な課題は、1 口をおいしいと思って食べてもらえるには、どうしたらよいかを家  
族と一緒に考えることである。普段は口が開かないような場合も、好きだった寿司や鰻はし  
っかり食べられる。

#### 【利点】

家族が少しでもやりきったと思えるようないい看取り、多職種と家族と一緒に同じ方向  
を向いて皆が納得できる看取りを目指して「1 口をおいしいと思って食べてもらえる」よう  
にチームアプローチをしている。その結果、家族も一緒に看取りをやりきった感がある、

### 老健

#### ○全職種によるミールラウンド：咽喉マイクの導入(老健 01)

平成 27 年度介護報酬改定において、経口維持加算に多職種でのミールラウンド・カンフ  
ァレンス(月 1 回)が導入されたことによって、全職種によるミールラウンド及び「軒下会  
議」と称されるミールラウンド後に廊下でのカンファレンスが行われ、一体的取組が、現在

まで継続されてきた。全職種によるミールラウンド・チームを強化、継続できているのは、言語聴覚士がチームにいないものの、咽喉マイクによる嚥下音をオシロスコープにより見える化できたことである。これにより、ミールラウンドに参加する全職種が、同じ目的や方向性をもって、食事形態のレベルや摂食嚥下機能、食事時の姿勢、覚醒状況等について、個別の課題に対しどのような支援が必要かについて話し合っていくことができた。施設長である医師も、咽喉マイクを用いたチームアプローチを評価している。

#### 【利点】

口から食べることの支援については、全職種によるミールラウンドを行い、利用者が食べる姿を見ながら、各職種が考え判断したことを随時フロアで話し合うことが、一体化の強化に効果的なプロセスであった。チームが強化されたことから、消費エネルギーと摂取エネルギーとの相互関係や、体内の貯蔵エネルギーの検討の新たな多職種間の共通の課題や取組が創出されている。

#### ○栄養サポートチーム会議（老健 02）

法人理事長による「口から食べることは非常に重要であり、食べないとリハビリテーションをしても意味がない」という方針のもとに、言語聴覚士、歯科衛生士、管理栄養士の3職種による食べることへの支援体制がある。週1回の栄養サポートチーム（NST）会議（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、管理栄養士、看護師、医師、介護支援専門員、介護職）によって栄養問題等が把握された高齢者について、問題解決に向けての意見交換が行われている。退所支援に対しても、管理栄養士は、理学療法士に同行して在宅訪問するとともに、言語聴覚士と管理栄養士は協力して、退所に向けて、本人・家族の要望に対応した食事形態に徐々に近づける等の退所支援のための食事指導を行っている。

#### 【利点】

多職種が栄養サポートチーム会議に参加し、情報連携を密にして意見交換し問題解決を行うという一体的取組を継続してきたことによって、胃瘻の高齢者が入所時に3食注入食が、1食の少量からの経口摂取を始めて、最終的に1年後には3食、経口摂取ができて在宅復帰した例は過去にいくつもあった。退所後も併設のデイケアに繋がって、継続して現在も支援ができています。

#### ○インフォーマルな絶え間ないコミュニケーションによるチームづくり（老健 05）

「食べることを支援」を行うための管理栄養士と言語聴覚士との強固な連携のもとに、介

護職のリーダーが加わり、この3職種がチームの核となって、職員間のコミュニケーションが絶えず行われる風土をつくってきた。管理医師は、通常の場合には専門職に任せて、食事形態の指示等をしている。リハビリテーション会議やサービス担当者会議等は規定どおりに行っているが、入所者に問題が把握された時点での各専門職の適時適切な問題解決に向けた動きがはやい。また、当該正式会議のいずれも形式張った会議ではなく、看護師と言語聴覚士、看護師と管理栄養士、管理栄養士と言語聴覚士及び医師がまるで立ち話をするようにコミュニケーションがとれている。これは、専門職相互が遠慮せずに尋ね合い、意見を言い合い最良の方法を考えるという一体的取組の雰囲気作りに心掛けてきたからである。

### 【利点】

利用者本人は、「自分自身で食べられるようになってうれしい」と言っている。食べることにに関して、食具一つ、姿勢一つ出来なかったことが出来るようになることは自信に繋がっている。このような利用者の変化を見たり、聞いたりする家族も、「病院では食べられなかったのに」「もう駄目だって言われたのに、食べられるようになった」「すごいよね」と言ってくれる。利用者・家族にとっての「食べること」への喜びを支援できると、職員のモチベーションが上がる。例えば、「体重や血清アルブミン値は改善しないかもしれない、亡くなることもあるかもしれないが、何かができるようになった」「少しでも食べられるようになった」「明らかに食べる姿勢や摂取量が改善し、座る時間が長くなった」「表情が変わってきて、面会時に家族が喜んでいる」「専門職種が共同連携して知識、知恵、特技を生かしていくことは、とてもよいことだ」と実感している。

### ○全職員のチームアプローチによる「一体的取組」（老健06）

言語聴覚士は施設開設からの配置、歯科衛生士は経口衛生管理加算Ⅱの算定のために常勤配置され、管理栄養士は栄養マネジメント強化加算によって2名体制になった。一体的取組に関係しているのは、これらの職種に、看護師、介護福祉士、介護支援専門員を含めた全職種が参加して、多職種の意見を反映したサービスが計画されている。利用者に対する各職種からの情報を共有化して効率的に取組めるのには、大きく二つの工夫点がある。

一つ目は必ず月1回、ユニットごとに全職種参加のサービス担当者会議に相当する定期カンファレンスが開かれている。定期カンファレンスの事前準備として、各職種が同じエクセルシートに現状報告・問題点・その解決のための手段等を記載する。これにより事前に各職種の考えが分かり、その上でカンファレンスに参加して、白熱した議論ができるようになる。また、当該会議に参加できない職員も当該エクセルシートを見ることにより、各職種か

らの情報を共有化できる。二つ目には、2年前から電子カルテを導入し、日々の出来事や問題点等を各職種が入力し、全職種に同じ情報がタイムラグなく共有されている。情報の共有化によって、日々のラウンドにおける多職種での会話が生まれやすくなり、情報収集がしやすくなっている。

定期カンファレンスでは、カンファレンスシート(画面共有)を用いて、各職種が目標に対する評価を入力する。ケアプランの短期目標については、介護、リハビリテーション、看護、栄養及び歯科・口腔の各専門職が夫々評価している。自立支援促進に関する評価・支援の項目もあり、LIFE への情報提供には、当該シートでの評価内容が提供される。リハビリテーション専門職だけではなく、多職種で評価する視点や介護職が入力できることを重視している。

定期的カンファレンスにおいては、ケアプランの3カ月毎の見直しを行い、1時間で数人の入所者について話し合いをする。新規の入所者に関しては、入所数週間内に1度、定期カンファレンスとは別にケアカンファレンスを行っている。当該ケアカンファレンスは、新規入居者に対しては個別に30分程度行い、各職種が発言できるようにし、司会進行も各職種が担当して意見が言いやすいように努めている。不慣れな職員にとっては一つの研修の場となっている。

### 【利点】

言語聴覚士、歯科衛生士、管理栄養士の3職種が一体的取組をすることによって、個別の適切な食事形態が提供できるようになった。例えば、病院からペースト食で入所した場合に、歯科衛生士、言語聴覚士、管理栄養士、及び看護師等の評価(アセスメント・モニタリング)を頻回に行って、適切な食事形態が提供できるので、食事形態のレベルがアップし、食事量及び体重が改善し在宅復帰に繋がっている。何より食事形態がアップしたことに一番本人が、そして家族が喜んでいる場面を見ることが多い。3職種によってサービスが過不足なく行われているので、口腔の問題、嚥下の問題は見逃さない。きちんと口腔及び嚥下障害に対するケアがされているので、栄養・食事も適切な対応がなされ、リハビリテーションに対してもよい栄養状態が維持されるので効果的である。現在では、サービス計画の目標も、従来の<安楽に>とか、<穏やかに落ち着いて過ごす>等の感覚的な目標設定から、例えば看取りの場合も、<食事が取れるようにするにはどうしたらよいか><自宅に帰るときにはこのような食事形態に>と、具体的な目標に変わり、根拠のある目標設定となったことで、介護支援専門員は本人・家族に適切な説明ができるようになった。

## ○「おいしく食べよう委員会」と電子化された情報システム（老健 07）

施設開設時より、リハビリテーション専門職は介護職と同じチームになってケアプランを作成し、専門職種間の関係性は従来から良好であり、わからないことを相談し合う関係性にあった。最初の経口維持加算の導入時から、言語聴覚士が嚥下スクリーニングテストを行いチームに関わっていた。その後、平成 27 年に経口維持加算にミールラウンド・カンファレンスが導入され、管理栄養士と言語聴覚士がチームになって「食べること」ための取組の一体化が進んだ。ミールラウンド・カンファレンスは月 1 回程度行っている。作業療法士及び理学療法士は、リハビリテーション専門職として、食べる姿勢や食べ物を口に取り込むまでの上肢の動きの課題に対して、必要であれば機能訓練、自助具及び食器の工夫を行い、口から食べる支援に取り組んでいる。これらの口から食べることの支援に関するカンファレンス等は、「おいしく食べよう委員会」と称され、協力歯科医師からの意見も伝えられる。

担当者会議は、家族も入って 3 カ月毎にあるが、その 2 週間前にはミニカンファレンスを開催して、リハビリテーション専門職と介護職とが目標の共有化を行う。また、管理栄養士や言語聴覚士が参加して、在宅復帰に対しての食事の目標を設定してから試案を作成し担当者会議に臨んでいる。電子データには、ワイズマンを使い LIFE のデータ入力をしているので、全ての職種が情報共有できている。昨年からは、LINE WORKS を活用し、携帯の LINE と同様に各部署に iPad が置かれ、入所者ごとの担当グループの職種間で連絡し合っている。個人の携帯も LINE WORKS アプリで活用している。

### 【利点】

専門職の情報を互いに共有化した上で在宅復帰に向けての目標の共有化ができ、担当者会議にサービス計画書試案を提供することができる。また、電子化によって業務効率もあがっている。現在、歯科衛生士が配置されていないので、訪問時にアドバイスをもらい、介護職が取組んでいるが充分ではない。一体的取組のさらなる強化のために、リハビリテーション計画のなかに、栄養ケア計画や経口維持の計画を含めた計画の一体化に対する介護報酬上の評価がされてほしい。

## ○インフォーマル及びフォーマルなコミュニケーションによる情報共有に伴う迅速、確実な専門職実務（老健 09）

管理栄養士とリハビリテーション専門職は事務所の臨席に配置され、日常的に情報を共有化している。食べる姿勢や動作、リハビリテーション強度との関係等について話し合いをして、迅速に問題解決に向けて対応をしている。施設サービス計画書原案は、介護支援専門

員が管理栄養士とともに作成し、担当者会議には介護支援専門員、介護職、看護師、支援相談員、管理栄養士及び、リハビリテーション専門職等が出席している。協力歯科医師は、口腔衛生及び嚥下障害の評価を専門とする2名が協力し、口腔衛生委員会を月1回の多職種会議として行っている。当該会議では、歯科医師、歯科衛生士が月2回口腔ケアを提供した入所者全員の報告やアドバイス等をフロアの介護職に伝え、介護職等からの日頃の口腔ケアでの疑問や困難事例等を相談する場として機能している。当該会議には、リハビリテーション専門職も参加している。嚥下専門の歯科医師は、管理栄養士とミールランドを行い、経口維持のカンファレンスが月2回、各フロアで月1回1時間半開催される。管理栄養士が、夕方に第2部として、当該歯科医師からのアドバイスを介護職、看護師、リハビリテーション専門職に申し送りをしている。施設内情報共有と管理には、電子カルテ「ほのぼの」が用いられ、管理栄養士のアセスメント、モニタリング、ケア計画等も、全て当該電子カルテに一括されている。サービス計画書においては、入所者に食事関連で問題がある場合には、上位の課題として栄養ケアの内容が記載され、目標達成のための計画として作成されている。電子カルテは、後で見返すときに見やすいが、連絡や急ぎの用件の場合には、直接連絡したほうが早く動きやすい。

### 【利点】

一体的取組として、歯科医師との連携を強化してきたことにより、職員の意識も変わってきた。言語聴覚士が産休中なので、管理栄養士がミールラウンド前に嚥下障害の入所者の口腔体操やアイスマッサージを担当している。それを見学している介護職から「自分たちもやりたい」という声があがり、やる気や問題意識が向上し、職種の垣根を越えて皆で共同していこうという意識が高まった。実際に専門職の実務を見ることは大切だった。歯科医師と管理栄養士との会議によって、早期に食事の内容や形態を変えることができるようになったので、食事形態がアップしやすく、食欲がでるとともに、誤嚥性肺炎の件数がかなり減ったと実感している。管理栄養士は二人体制となり、週3回のミールラウンドが義務付けられたことで、入所者との関わりが格段に増え、個別の日頃の変化から迅速に問題を把握し、食事の介入計画を変更するタイミングが早くなった。また、看護師や介護職に、その日の食事後に声掛けをするようになった。そのため、高齢者の食事量は増え、低栄養の中高リスク者も改善し、リハビリテーションの目標も達成できるようになった。このように入所者の低栄養が適切に改善されれば、生活機能等の日常生活動作が、もう少しよくなることが期待される。

### 通所介護



### ○チームリーダー（生活相談員）によるチームづくり（通所介護 06）

法人の医療・介護連携の方針により、病院・施設に配置されている歯科衛生士・管理栄養士が通所サービスを兼務し、近隣の老健の歯科衛生士は週 3 回 2 時間程度により口腔機能向上加算を、管理栄養士は週 1 回 2 時間程度により通所の栄養アセスメント加算や全般的な栄養相談を担っている。生活相談員は、これらのサービスの進捗をマネジメントしている。生活相談員は、介護職も含めたチームのマネジメントにあたり、＜利用者が自信をつけて生き甲斐を持って元気に在宅生活を送れるために＞を目的として、＜職員の良さを見つけ認めること＞を大切に、「さすがだな」「これができるすごいな」と日常的に個別に伝えている。「この部分はこの人に行ってもらおう、意見を言ってもらおう」「こういう方針でやりたいから、このようにしてほしい」と一人一人に声かけをして、責任をもって一体的取組のチームづくりをしている。

#### 【利点】

当該通所介護の利用者の意欲の向上がみられ、表情がよくなって、下肢筋力の低下予防や筋力向上に繋がっている。家族からも「楽しそう」「見てもらっているから安心」と言われている。利用者には通所時の昼食がメインで、家では食べていない、食事自体が準備できない方が多数いるため、通所での歯科衛生士・管理栄養士や職員が共同して行う＜口から食べること＞の支援と在宅生活に継続させていく対応は極めて重要になっている。

### ○経営方針としての専門職チームのマネジメント（通所介護 07）

当該事業所の経営方針として、機能訓練、栄養、レクリエーション、口腔ケアの四つに重点的に取り組んでいる。作業療法士、歯科衛生士、管理栄養士が常勤配置され、口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ、栄養アセスメント加算、栄養改善加算（現算定無）、口腔機能向上加算Ⅱ、口腔機能向上訓練加算を算定している。医師を常勤配置した上で、専門職の価値あるサービスを全力で提供している。利用者自身の意識や行動を変えるために、専門職によるレクチャーや図書館の利用サービスも提供している。専門職チームによる一体化したサービスを、価値として提供することで差別化が図っている。また、通所介護の利用者が住み慣れた地域で過ごして、法人内の介護施設で看取るまでの、連続的サービスのための種まきをしている。スタッフ全員がインカム、チャットツールやコミュニケーションアプリを使って、利用者のその日の状態の変化に応じた行動を瞬時に行えるように連絡し合っている。このように電子システムを導入しても、一番大事な職員間のコミュニケーションは、言葉ですぐに伝え、その頻度を多くすることなので、情報が新鮮な 48 時間以内に夕礼や朝礼で伝えて

いる。利用者、家族及び地域に対しては、通所介護の YouTube 動画を QR コードで「センターだより」として配信している。例えば、通所介護での口腔ケアのブラッシングの映像等口腔清掃について学んでもらい、栄養に関しても、『まごわやさしい』（豆、ゴマ、ワカメ・・・）の献立等の情報提供を行っている。

#### 【利点】

価値をサービスとして提供することで差別化が図られて、地域で最高の稼働率及び利用率に繋がっている。通所介護の利用者が住み慣れた地域で過ごし、法人内の介護施設で看取るまでの種まき作業が実ってきている。

#### ○パーパス（目的）の体現をめざして（通所介護 08）

法人理事長（医師）の「人間は食べているもので、体ができている」という食に対する非常に強い理念を受けて、事業所の常勤管理栄養士が調理した食事提供を継続している。一方、設置時の保健所歯科医師の「高齢者の口腔機能を維持する必要がある」との考えを受けて、介護予防の口腔機能向上サービスが開始され、食事と口腔による一体的取組が提供されてきた。管理者は、食べることへの支援によって目の前の利用者様が元気になっていくことを体現するために、「口腔、栄養、運動が体を作る」を基本とした介護予防の観点を重視して、その人の生活をつくっている。なお、理事長（100 歳、総義歯を歯科医に作ってもらう）に「この歯があるから食べられる。食べているから元気なのだから、利用者にも同じようにしなさい」と教えられ、職員も口腔・食事・栄養によって通所介護利用者が元気になることを体験してきた。利用者、職員にとっては「食べているから元気は『喜び』」となっている。

#### 【利点】

当該事業所の特徴は、口腔や栄養のケアのもとに管理栄養士が本当に美味しい食事を提供していることである。その効果として、体重が増えた、脚力が上がり、要支援者の運動機能向上の加算においては、5m 歩行速度や個別の対応訓練が向上している。一方、体重が 3kg 減った場合には、一体的取組による良い効果のみではなく、悪い結果の場合にも着目し、経過を振り返ることで気付きが得られた。

#### ○診療所併設事業所：リハビリテーション計画による「一体的取組」（通所リハ 02）

法人の 3 本柱は、回復期リハビリテーション病棟の充実、生活期の充実、そして地域リハビリテーション事業の推進であり、当該事業所は、この三つ目の目的達成を目指し、地域で何をやっているかを住民にアピールすることがポイントになる。一体的取組は、理学療法士

(統括・管理)を含めて4名)が、リハビリテーション・マネジメント加算を医師と連携し、目標を設定して取り組んでいることが基本にある。同じ施設内に全職種がおり、全員一緒のスタッフルームでは、各職種が机を自由に使っている。理学療法士、言語聴覚士、管理栄養士が同フロアにいるため、その場で質問や意見交換、一対一でのやりとり、ミニカンファレンス等が常時行われている。その上で、定期的なカンファレンスに臨むという形をとっている。定期カンファレンスは、リハビリテーション・マネジメント加算の算定のために、利用開始6カ月間で必要な方には毎月、それ以降は3カ月に1回、計画書の見直しに合わせて行っている。医師と理医学療法士、作業療法士、言語聴覚士が基本で、必要に応じて看護師、管理栄養士、介護職、社会福祉士、介護福祉士が参加している。管理栄養士は、当該事業所の配置は常勤換算0.6人である。リハビリテーション計画書に栄養ケアに関する情報を記載し共有している。日常的に話し合いをし、回復期リハビリテーション病棟で展開している一体的取組をモデルにすすめており、職種間の風通しはよい。情報の記録管理は電子カルテで行われている。日本栄養士会認定の栄養ケア・ステーションも併設し、居宅療養管理指導に繋げる体制をつくっている。(資料1.3(2))

#### 【利点】

リハビリテーション計画と栄養ケア計画を一体化することによって、栄養ケアの目標が短期目標の1項目に統合化され、多職種及び利用者・家族と目標を共有化して一致させることにより、一体的取組が進んでいる。専門職は知識だけでは、実際どのようにアプローチして行動してよいのか分からない。現場で他職種の実務をみて、説明の仕方等への気付きは大きい。管理栄養士が個別に利用者の栄養状態を見える化し、他職種も説明しやすく、課題も見えやすくなった。その結果、家族のモチベーションがあがり、具体的なアドバイスを受け入れられるようになった。これは、リハビリテーションと栄養の内容がリンクしていることを、利用者・家族が理解しているためでもあった。

#### ○チームアプローチのための風土、目標の共有化、共同(通所リハ05)

「地域の方が安心して住み慣れた地域で暮らしていく地域福祉のため」に、設立時からチームアプローチによる入院-通所-在宅を繋げた一体的取組のサービス提供がすすめられてきた。当該チームには、医師、リハビリテーション専門職(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士)、歯科衛生士、管理栄養士、他全職種が入り、各専門性は、重複し共通部分は共同して行ってきた。例えば理学療法士が食べ方や姿勢を、作業療法士が歩き方を見ることもあり、管理栄養士や看護職が配膳や食事介助もする。そして、職種間の絶え間ない声かけ、伝

達、フィードバックにより、職種間の信頼関係がつけられてきた。通所リハは、このような入院-通所-在宅の継続的チームアプローチの一環である。リハビリテーション、口腔、栄養ケアともに、利用者が日常生活の中で、何を目的とし（例えばコーヒーが好きなら、あのコーヒーショップまで頑張って歩けるようにしよう等）、個別の目標に沿って、栄養管理も栄養状態の改善を考えていく。このようにチーム、本人、家族間で目標を共有して、はじめてチームアプローチになる。電子化されたリハビリテーション計画書に栄養ケア計画等も一緒に記載することによって、全職種が情報を共有化している。例えば、栄養アセスメント加算（栄養改善加算の算定者以外全員）及び栄養改善加算は、法人全体の管理栄養士が常勤で担当している。管理栄養士による在宅訪問は、加算に係わらず従来から行われ、必要に応じて居宅療養管理指導に繋げている。このように、栄養関係加算の算定に関わらず、以前から管理栄養士が栄養ケアとして利用者全員に提供し、加算が算定できる場合には算定してきた。このようなチームアプローチが開設以来築かれてきた。なお、歯科衛生士は通所事業所に2名/日で11～15時常駐し、言語聴覚士3名が通所の配属となっている。

#### 【利点】

職員は働き甲斐があり、事業所及び職員は、地域の高齢者・家族、介護支援専門員等に信頼されている。利用者・家族にとっても、課題がすみやかに他職種にも発信され、連絡帳を用いたアドバイスや対応が受けられる。さらには、随時通所リハから管理栄養士等の在宅訪問が迅速に実施されており、高齢者が何も食べずに、通所の昼食だけで過ごしている状態が放置されることがないので、利用者・家族の安心に繋がっている。

#### ○継続的品質改善活動とブランディング(通所リハ 08)

経口維持加算及び口腔ケアは言語聴覚士（入所及び通所兼務）が通所の失語症デイサービスとともに担当し（1週間に1回通所リハ担当）、歯科衛生士は協力病院から月1回程度開り、口腔機能向上加算を算定している。電子化されたリハビリテーション計画書に栄養ケアも一緒に記載して全職種が情報を共有化しているが、栄養関係では、口腔・栄養スクリーニング加算のみ算定し、介護職が記載しているものの、食べることを支援する一体的取組はこれからである

法人経営者からの提案によって、継続的品質改善活動（CQI）活動を、当該事業所の新体制づくりの一環として、ブランディングを明確化して、地域で選ばれる通所リハになるためのチーム強化の戦略として、この1年間取組んできた。当該活動は、「通所リハビリテーションセンターの新体制づくりの総点検とブランディング」という名称である。この活動にお

ける食事チームには、管理栄養士（老健の兼任）、作業療法士、言語聴覚士、介護福祉士が参加して、1カ月毎に当該事業所の食事の課題を出し合い、その解決策を考え、1枚のシートを作る作業を行い、月1回の会議でチームの活動報告をしている。食事チームの課題は、食事の廃棄量が多いこと、リハビリテーション時に口腔内の食事残渣が多いこと、職員間の食事介助の違いがあること、高齢者の個別性への対応等であり、個別の喫食量、食事形態のレベルの適正性等の個別評価と栄養ケア計画の必要性が解決策として提示されていることから、栄養アセスメント加算や栄養改善加算に結びついていくことが想定されている。

### 【利点】

当該CQI活動を通じて「目に見えて利用者が元気になった」、「食事量をしっかりとれて運動ができてADLが向上した」等の成功体験を重ねて、それをチームが共有していくことが職員のモチベーションを上げている。食事チームの成功体験はこれからだが、メンバーの動きが良くなって、課題が見えてきたので、食事チームのメンバー自身が一体的取組に向けて活動し始めようとしている。このように職員自身のモチベーションがあがると、業務の楽しさを実感して、提案された課題解決を全てやってみている。その後のモニタリングは毎2カ月毎に行い、新たな課題に対しての継続的品質改善活動に展開している。

## 2. 専門職による実務の実際

本研究事業における実態調査からは、施設及び事業所には、言語聴覚士、歯科衛生士及び管理栄養士等の専門職が未だ配置及び関連していない状況が報告された（報告書I。参照のこと）。さらに、リハビリテーション専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）、機能訓練指導員、栄養専門職、介護福祉士を含む介護職員、介護支援専門員、看護師・准看護師による31項目の業務項目の実施状況が報告され、口腔や栄養に関する専門性の高い業務項目についても介護職や介護職が分担している実態が報告された（本事業報告書I参照のこと、学会ホームページ掲載）。

施設及び事業所には施設・事業所の他職種、利用者本人・家族及び地域の介護支援専門員が、「口から食べる楽しみをいつまでも」の支援に関わる各専門職がその専門性をどのように発揮して何をどのように行っていくのか？どのようなチームになるのかのイメージを未だ持っていないことは、一体的取組をすすめるにあたっての課題と考えられた。

当該インタビュー調査からは、「口から食べる楽しみをいつまでも」を支援する一体的取組を担う主たる専門職にはリハビリテーション専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）、機能訓練指導員、歯科衛生士、管理栄養士が、介護職・看護職、介護支援専門員およ

び生活相談員が共同し、支援者として医師、歯科医師が関連していた。

そこで、インタビューからの各専門職別の実際の実務の詳細について表2.1のように紹介することとした。その一方で、専門職同士が、問題の把握や解決にあたっては、専門性の壁を越えて常時情報交換し、相談し、一緒に考え、問題解決のために共同し、補い合っている。

## 2.1 理学療法士、作業療法士・機能訓練指導員

リハビリテーション計画及び個別機能訓練計画書は、一体的取組の基盤となるものである。これらの個別計画作成の検討を行うカンファレンスにおいて、一体的取組の目標や計画として、口腔や栄養に関する課題が検討され、一体化されることが望ましい。

理学療法士、作業療法士や個別機能訓練の担当者は、一体的取組において、表2.1のように個別のリハビリテーションや個別機能訓練の強度の調整、姿勢、ポジショニング、食べる動作の観察と問題の解決、関節可動域訓練、筋力増強訓練、在宅訪問への他職種の同行や他職種からの問い合わせや確認事項の在宅での観察や家族等に確認する等の仲介役を担っている。

### 表2.1 理学療法士、作業療法士及び機能訓練指導員の取組

#### 特養

○機能訓練指導員は、利用者が食事中によく咽たり、食べこぼしが多い等の場合に、食事動作、姿勢や環境整備について評価し、介護職員と情報共有している。入所者に食事を自立して食べることに喜びを感じてもらうために、主に食事姿勢、座位姿勢保持時間、認知機能の低下を重視している。食事姿勢は誤嚥しないように、入所者個々の特性に合わせて車椅子やテーブルの高さ等の調整や自助具の使用している。また、座位姿勢保持時間については、車椅子をティルト式車椅子やリクライニング式車椅子等に変更し、クッション等を用いてポジショニングを行い対応している。さらに、関節可動域制限や筋力低下等が原因である時は、関節可動域練習等を行い、姿勢保持できるように機能訓練を行っている。認知機能の低下があるときは、入所者が食事に集中できる環境や声かけを評価し、介護職員と情報共有を行なっている。(特養06)

○機能訓練の作業療法士は、食事の姿勢、食事時の上肢の動きに関わっている。認知症の有無にかかわらず、全身の機能訓練や身体運動は必要であり、関節の拘縮予防、座位のポジショニング、姿勢、筋力、体力も必要であるので、体操を兼ねた運動・作業活動をしている。体操を兼ねた運動・作業活動は、入所者の嗜好や趣味等の生活歴に基づいた内容が採用され

る。(特養 08)

○個別機能訓練のプラン作成をしていく上では、一体的取組によって様々な情報が得られる。具体的には、3 カ月毎に家族と話す際は、「ご飯は食べられていますか」と食事の状況に関する情報収集を行うだけでなく、「毎月の体重計測でこれだけ減っていますよ、増えていますよ」と機能訓練士から家族へ情報提供を行なっている。(特養 01)

○機能訓練においては、食べることで排泄や生活リズムが関連していることを考慮して対応している。低栄養の場合には、リハビリテーションや機能訓練の介入によって、逆効果になって痩せて、体力が落ちることになるので、食事量を見て適切な活動量になるように介入を調整している。(特養 05)

○機能訓練は、入所高齢者の残存機能を維持し、今できることを維持するために行っている。そのため、施設環境やマンパワー等を加味して、これならできるという方法を現場の介護職や介護支援専門員と相談しながら実施している。一方、機能訓練指導員としては機能向上を目指したいところだが、入所者の能力が、自分で少し歩くことはできるが転倒リスクがあり、車椅子であれば安全に過ごせる場合、リスクを考慮して後者の方法を取らざるを得ない。このような状況の中で、入所者が活動の楽しみや、自分で移動できる喜び等のモチベーションを維持できるように工夫している。具体的には、環境設定として導線の変更、ベッドにL型バーの設置、移乗を安全に行うために車椅子の停止線の目標をつけることを行なっている。これらの支援により、ベッドから起きてトイレに行くことや、着替えや立ち座り、起き上がりといった食事を摂るといった大事な生活動作につながる一連の活動を入所者自身で少しでもできるようにしている。このように、入所者の特徴に合わせて個々に環境を調整していくことを主に関わっている。(特養 07)

○経管栄養の入所者については、体位交換は看護師が行っている。自力で体動できない入所者の場合、機能訓練として、エアマットの導入や、全身の状態に応じてリクライニング車椅子に乗りしていただきフロアに出て、部屋に閉じこもるよりも外の刺激を楽しんでもらい、人がいることを感じてもらうようにしている。(特養 07)

○寝たきりになった場合の機能訓練は、拘縮予防のために、関節の運動、筋緊張を調整する関節可動域訓練が必要とされる。摂食・嚥下については、まず、日々の申し送りを確認し、実際の食事場面を観察し、嚥下機能の低下や、むせの回数が多くなっている等の情報を取集する。次に、歯科衛生士、看護職及び管理栄養士と相談して食事形態を変更する。その上で入所者の食事量が減少したままであれば、回診のときにグループ病院に受診するよう調整する。嚥下機能については、当該特養からグループ内の病院に現状を伝えて検査を行っても

らい、言語聴覚士に食事形態の変更、食事のときの座位姿勢、ギャジアップと飲み込みの関係も評価してもらい対応している。その後の様子に変化があれば、当該病院での嚥下機能検査を繰り返している。(特養 08)

○リハビリテーションは離床を目的に行っている。「食べること」は嚥下咀嚼能力だけではなく、座位保持能力や上肢操作能力、食具の操作や、それらの能力の基礎となる体幹機能や上肢機能、認知機能等様々な側面が関係している。入所者がうまく嚥下できない場合、嚥下機能トレーニングのプログラムが必要となる。リハビリテーション専門職は食べる動作や姿勢の問題を把握してその対応を行う。今後は、口腔・栄養と関わってリハビリテーション専門職の専門性を発揮し、オーラルフレイルへの介入も検討していくことが必要とされる。(特養 09)

○機能訓練指導員は、介護職や看護と連携して食事支援を行なっている。実際の現場でも、食事場面への介入・介助を通して専門職間で情報共有をしている。個別機能訓練は週 1 回実施しているものの、指定された時間では足りない。特に、ショートステイでの機能訓練は、1泊2日の間で1回実施のみである。制度上、利用者に対して支援・介入できる時間が限られているため、日常的な離床の介助方法、福祉用具の活用にもっと力を入れたいと考えている。具体的には、食事時のポジショニングや車椅子のシーティングは、一対一かつ口頭で個々の介護職に伝えるだけでなく、すべての介護職と機能訓練指導員が共通の理解となるように写真等を用いて視覚的に説明している。(特養 09)

## **老健**

○リハビリテーション専門職は、消費エネルギーと摂取エネルギーとの相互関係や、体内の貯蔵エネルギーに着目して管理栄養士と協力して対応している。(老健 01) (資料 2. 1)

○担当者会議において、体重、エネルギーの出納、エネルギー不足分の補充が検討される。しかし、実際は身体運動、リハビリテーションや日常生活動作による消費エネルギー量以外にも、疾患、がん、振戦、熱感等の全身的な状況の情報が必要となる。介護職が、24 時間生活シートを記入しているので、生活による消費エネルギーは Mets で計算し、ミールラウンドのときに、看護師に全身状態に関わる消費エネルギーに関する助言を得て考慮している。(老健 01)

○理学療法士は、必要に応じて言語聴覚士や管理栄養士とともに、退所前自宅訪問を行っている。(老健 02)

○理学療法士は、管理栄養士と協力して、過剰体重の場合には、膝に負担がかからないよう



に、また、食事が取れない状態ではリハビリテーション強度を少し落す等リハビリテーションの内容と、摂取エネルギーを総合的に計算して調整している。(老健 08)

○作業療法士は、食事中の食具の操作や姿勢の確認等、主に食事動作に関する相談に対応している。具体的な支援としては、利用者の上肢・手指の機能に合わせた箸やスプーンの選定、食べ物がすくいやすい食器の選択、カットアウトテーブルの導入や車椅子の調整等を行う。経口維持に関するカンファレンスでは、食事姿勢に関する相談が多いため、管理栄養士とミールラウンドを一緒に行い、利用者の姿勢を評価し、支援方法の提案を行なっている。(老健 09)

### 通所介護

○機能訓練指導員をリハビリテーション専門職のみで構成している。常勤の理学療法士 1 人に加えて、法人の出向職員が各曜日 1 名加わり 2 名体制である。水曜日以外は全て理学療法士、水曜日は近隣の関連施設からの言語聴覚士が嚥下機能の評価を行うが、当該通所介護の他にショートステイ、ケアハウス等を分担し、必要に応じて特養の入所者の嚥下機能の評価をしている。理学療法士の業務内容は、作業療法士と大きく変わらず、機能訓練だけでなく、トイレ動作、介助方法及び入浴動作の評価や介助方法の検討や歩行器や車椅子の選定、家族や介護支援専門員から自宅では寝ている場合にもどういった運動したらいいか等の相談に対応している。(通所介護 01)

○リハビリテーション専門職は、歯科衛生士と食事の姿勢、自己摂取できるか、麻痺側で自助食器が使えるか等を話し合っている。歯ブラシの当て方、持ちやすさや持ちにくさ、歯ブラシやうがい時の姿勢の維持、椅子とテーブルの高さ等も一緒に検討している。リハビリテーション専門職は、食べとるときの嚥下状態をみて、理学療法士は、歯科衛生士からの「食べることを支援する」という観点からの食器、ポジション、食べ方の工夫、食べやすい位置及び機能できる場所等の相談に対応している。(通所介護 01)

○当該事業所は、リハビリテーション及び機能訓練を重視しているため、アクティブに動ける利用者が多い。その上で歯科衛生士による口腔ケアを一つの売りとしている。利用者本人がしたいことをできるようなサポート体制をプログラムしており、日によって手芸、運動と・・本人が選択できることが特徴である。個別の利用者が社会参加できるよう支援しているよう工夫している。(通所介護 01)

○専門職が話し合って個別機能訓練計画書を作成し、機能訓練指導員は、介護職等とカンファレンスをし、生活相談員や歯科衛生士との連携を取っている。(通所介護 05)

## 通所リハ

○リハビリテーション専門職は、管理栄養士から体重減少、食事摂取量の低下等について連絡・相談される。また、管理栄養士等からの家族や介護支援専門員への情報提供について相談に乗っている。栄養改善加算の流れとともに、リハビリテーションとしての介入を検討して、筋肉量をプラスにしていくところまでには至っていないものの、これからの重要な課題であるので、一体的取組を全職員で今後していきたい。リハビリテーション専門職は在宅訪問して家屋調査に行くことが義務づけられているが、その後の訪問については、制度上の取り決めがない。身体機能が変われば生活状況も変わるので、半年に1回、遅くても1年に1回は在宅訪問する流れをつくる必要がある。今は送迎にリハビリテーション専門職が加わり、生活状況や在宅環境との関わりをみている。同一法人に訪問リハビリテーション(医療保険)はなく、訪問看護ステーションがあるので、訪問看護から通所に移行する利用者もいるし、通所から訪問看護に移行する場合もあるので、両者は情報連携しているが、在宅状況を把握するために訪問看護を1回入れることが難しいので、通所の職員が送迎の時に在宅状況をみて、介護支援専門員から情報を得るかたちである。(通所リハ 07)

○リハビリテーションの目標について、筋肉量を増加させる訓練を行うためには栄養状態は必須の情報である。本人・家族の歩きたい、介助量が減るように立ち座りをもっと多くしたいという希望を叶えるために、運動負荷量は、本人に負担がかからないように、食事摂取量を十分考慮して行っているが、結果的に運動量を下げざるを得ない状況がある。支援計画に関してもく歩けるようになる>という目標ではなく、栄養状態に合わせて個々の目標設定が下方修正されることもあるので悩ましいところもある。そのために、家族への説明も誤解が生じないよう、丁寧に行なっている。リハビリテーションの目標は、具体的な身体的機能の目標を逸脱できない。例えば、座ってられる時間を少しでも長くする、生活上で臥床時間を減らし、座位で活動している時間を延長できるように、生活の中でこの時間は立って作業をする等を目標としている。重度の要介護状態の利用者には、過剰な目標設定にはならないように注意している。具体的には、頭位を上げて座位を取らない、起立しない、褥瘡に繋がらないように、過負荷にならないように、定期的なモニタリング等が目標になっている。(通所リハ 06)

○理学療法士は、必要に応じて併設病院に設置され持ち運び可能な InBody による測定をして、筋肉組成を評価し、不足している必要栄養素を取るようアドバイスに記載して渡している。言語聴覚士には、嚥下機能が落ちるおそれのある利用者には、嚥下機能評価のために嚥下造影(VF)を行ってもらい相談している。なお、InBodyの結果は、通所のリハビ

リテーション会議等で本人、家族、介護支援専門員とも共有し、書面でデータとして提示ができるので、目に見えて筋肉量が落ちていることや維持できていること等が理解しやすいと言われている。(通所リハ07)

---

## 2. 2 言語聴覚士

摂食嚥下機能の低下に対応して、食事調整食やとろみ剤の必要な利用者が、本実態調査から相当数が把握されたものの、言語聴覚士が配置や関連していない施設・事業所は極めて多い(本事業報告書I、学会ホームページ参照、資料2. 2)。言語聴覚士が配置や関連している施設・事業所の取組については、以下の表2. 2のように、経口移行や嚥下障害のおそれのある利用者の経口維持のために、言語聴覚士による摂食嚥下機能の評価が加わることによって、管理栄養士は嚥下調整食のレベルや食事内容を適切に選定し、誤嚥を回避するセーフティネットのもとに食べる楽しみの支援を安心して進めることができる。

一方、嚥下機能の評価を専門とする協力歯科医師の訪問や法人内病院に嚥下機能検査や言語聴覚士による評価を依頼している施設・事業所も多くみられ、同一法人内の施設に退院した場合には、病院入院中の食事時の食事形態や食事介助の様子及び嚥下造影検査等の録画の施設への配信も行われていた。さらに、言語聴覚士が配置・関連していないために、咽喉マイクを用いて嚥下咀嚼音をオシロスコープにより見える化し、多職種による意見交換をおこなって食事形態レベルの検討をすすめる取組がされていた。

### 表2. 2 言語聴覚士の取組について

---

○言語聴覚士は、当該法人外部から月3回訪問し、管理栄養士と一緒に(必要に応じて相談員も)にミールラウンドを実施している。当該ミールラウンドによって、食事形態のレベルを下げることなく、食事形態の少し高いレベルで調整ができています。高齢者の就寝時のポジショニングや生活活動を上げないと、食べる機能も上がらないため、食事以外の生活を重視している。自力で寝返りが打てない場合には緊張が高まり、寝ているときに緊張していると、覚醒時も緊張し、食事がスムーズに飲み込めないことや、しっかり歩くと食べられることも指摘している。(特養02)

○同一法人の病院の言語聴覚士が入院中の食事形態、食事介助等の食事時の撮影動画をTeamsを用いて特養に送り、それを各担当者に配画している。法人の病院で嚥下造影検査(VF)を行った場合には、その映像とともに嚥下リスク状況や<食べないで>というコメントも配信される。入院中のリハビリテーションの動画も同様に配信されるので、歩行状態や機能

訓練の状況や方法を細かく確認することができる。(特養 05)

○個々の利用者の食事形態のレベルについて、どこまでなら食べられるか分からない部分が多くある。言語聴覚士は管理栄養士と一緒にミールラウンドをして、ケアワーカーから日々の食事介助の情報聴取を行う。管理栄養士は、言語聴覚士から、利用者の嚥下機能に応じた食事形態についてアドバイスをもらい、最適の食事内容を選択できる。(特養 04)

○言語聴覚士が、入所時に全入所者に嚥下評価を行うために、昼食もしくは夕食の食事形態等を確認している。誤嚥リスクが高いと評価した場合、栄養サポート会議で報告、口腔ケアの強化を多職種で共有している。言語聴覚士は、食べることに関する相談窓口として、管理栄養士との連絡役を担っている。高齢者の食事が進まない場合に、口腔内を刺激すると食欲が増し、食べる意欲につながる。言語聴覚士は、歯科衛生士と協力し、介護職に、口腔の汚れ、義歯が適切に入っていない等の個別の口腔の問題を説明し、介護職は個別に声掛けをする。言語聴覚士は、管理栄養士と毎日一緒に入所者全員のミールラウンドをし、その折に両専門職は密に意見交換をしている。体調の僅かな変化にも対応して食事形態のレベルを下げる等、管理栄養士と食事の形態の調整等を頻繁に行う。(老健 02)

○法人本部の方針として、言語聴覚士が高齢者施設には必須ということから 10 年程度前から法人の全老健に配置され、言語聴覚士が配置されていない特養及び併設通所リハビリテーションも兼務して巡回している。(老健 03)

○言語聴覚士は誤嚥性肺炎だけではなく、失語症に対しても専門的技術を発揮し、高次機能障害者のリハビリテーションも行っている。(老健 03)

### **通所介護**

○通所介護の摂食嚥下障害のある利用者に対して、言語聴覚士が毎週 1 日来ている。通所介護の利用日ではない日でも、来訪曜日にショートステイを利用すれば嚥下機能評価ができるようにしている。また、食事形態については管理栄養士に相談している。(通所介護 05)

○利用者の個別の身体状況、嚥下状況、生活や環境等を観察し、問題把握と対応をしている。在宅期、生活期の中での言語聴覚士の需要は高く、嚥下障害だけでなく、構音、失語の利用者にも対応している。(通所介護 05)

### **通所リハ**

○言語聴覚士には、食事が食べにくくなった、むせが多くなった、在宅での食事形態が合っているか等の相談依頼がある。このような介護職からの相談依頼のあった利用者に対しては、言語聴覚士は、加算の算定とは関係なく摂食嚥下機能の評価を行い、管理栄養士とともに、食事形態の評価にも関わっている。(通所リハ 01)

○言語聴覚士による摂食嚥下リハビリテーションの依頼は、介護支援専門員を通じて嚥下障害がある利用者からある。当該通所リハは、1、2 時間程度の短時間の機能訓練を主にしているため、要介護度の低い（要支援、介護 1～3 程度）利用者が多い。そのため、嚥下障害も、比較的軽度の摂食嚥下機能低下が多く、誤嚥性肺炎への対応が予防的に行われている。利用者は常食及び軟食の利用者が殆どである。基本的には機能訓練を主に行い、特に飲み込みが少し悪く誤嚥のリスクがある利用者には、食事形態の変更を家族に提案し、とろみ剤の使用量を調整し、使用方法の説明を行っている。（通所リハ 04）

○言語聴覚士による摂食嚥下リハビリテーションの対象者は、1 年に 2、3 人程度であり、1 カ月間対象者がいない場合もある。現在は、利用者 11 名のうち嚥下機能に問題がある人は 5 人程度である。また、言語聴覚士は、食事形態にも対応している。全身状態、例えば体重が減り続けている、進行性の疾患、進行性核上性麻痺、パーキンソン病及び機能的に症状が進んでいる場合には、医師に相談している。他に狭義の嚥下障害だけではなく、服薬のタイミングが適切か、自宅での摂食方法が正しいか等にも対応している。例えばパーキンソン病では、重度になり進行が進んでくると、誤嚥性肺炎をいかに防ぐか、しっかり安全に食べることを重視し、食べるときにベストパフォーマンスを出せるタイミングを検討している。（通所リハ 04）

○低栄養の中高リスク者は、利用者 67 名のうち 6 名程度で、重度者はいない。言語聴覚士が日常の食べている状況を観察すると、摂食嚥下機能の低下している利用者が 3 名程度いる。また、日頃の食事の食べる状況を観察している介護職が「飲み込みが悪いようだ」「むせが気になる」と利用者については、言語聴覚士に摂食嚥下機能の評価が依頼される。言語聴覚士からは、管理栄養士に食事形態の調整を依頼する。また、介護職から管理栄養士の方に直接依頼がくる場合もある。一方、管理栄養士は、言語聴覚士に摂食嚥下状況、食事量低下の原因等を見てもらい、食事形態を決めることができる。（通所リハ 08）

○言語聴覚士自身が評価しないと、食事形態調整、食器の変更の必要性等が適切かはわからないので、相談依頼があつたら、利用者を見に行くようにしている。（通所リハ 08）

○言語聴覚士には、「普段よりも飲み込みの状態がおかしい」「ここ最近むせが多い」という利用者に対する相談依頼が理学療法士、作業療法士からある。その場合には、嚥下機能評価を行い、食事形態、姿勢等のアドバイスをしている。（通所リハ 09）

○言語聴覚士は依頼があつた時に係る程度であるが、管理栄養士が通所の利用者と係るようになったので、情報交換や相談がしやすくなった。利用者の課題については、カンファレンスで話し、カンファレンスがない場合には、直接、管理栄養士と相談している。食事形態の変更については、通所の医師やかかりつけ医にも伝えている。（通所リハ 09）

## 2. 3 歯科衛生士

歯科衛生士による口腔ケアについては、早期に口腔内の問題を把握し、歯科治療に繋げるとともに、個別に対応した歯磨き等の口腔衛生の方法や保湿用具について介護職等に助言

し、誤嚥性肺炎の軽減に貢献する専門性の高いものと評価されている。

しかし、高齢者本人や家族及び介護支援専門員の口腔の問題や口腔ケアに関する関心や認識が低いことがインタビュー調査から指摘されていた。地域の高齢者や家族及び介護支援専門員や関連者への口腔ケアについての啓発を進めていくことが必要である。

これまで調査研究された口腔ケアの誤嚥性肺炎の軽減への効果や高齢者のオーラルフレイルに関する調査研究成果を啓発活動の際には活用することができる(資料1. 1 (2))。また、歯科衛生士の配置や関連している施設・事業所における歯科衛生士の取組については、表2. 3に示した。

### 表2. 3 歯科衛生士の取組について

○歯科衛生士は、義歯、口腔清掃の状態、嚥下にする問題を把握している。また、介護職等が磨きにくい箇所や個別の高齢者の問題に対応した口腔ケアの実務指導を行い、口腔機能が衰えている口腔内の箇所とその口腔ケアの方法や口腔周囲や咀嚼筋マッサージについて介護職等へ指導している(特養01)。

○口腔ケアは食後だけではなく、寝たきりの高齢者には、食前の口腔掃除とマッサージをしている。また、歯科衛生士から介護職に「舌が汚れている」等のアドバイスをしている。歯科衛生士、言語聴覚士及び管理栄養士等の専門職は、セーフティーネットとして機能し、特養においては、高齢者の身体状態を良くするというより、負担を感じることなく穏やかに看取り期を過ごすことを介護職と一緒に支えている。歯科衛生士は、口腔内の状態の改善をめざして、実際の歯磨きの他に、リハビリテーション的なことも行っている。入所者の平均年齢90歳であるが、自歯の人が多く、総義歯(上下とも全部義歯)の人の方が少ない。自歯の有無によって、食べられるものや食事量も変わる。水分が飲めるかどうかにも関わる。口腔体操ができる入所者には少ないが、歯の有無によって、口腔機能をどれだけ使えるかが変わるということが「食べること」を支援することの基本にある。(特養02)

○歯茎の腫れ、歯の痛み、歯が抜けた等の場合には、歯科衛生士(常勤)が様子を観察して、協力歯科医師に相談して対応している。日々の口腔ケアについて、磨き方や上手なうがいの方法などをケアワーカー等にアドバイスしている。適切な口腔ケア用品を常備するために、保湿用のジェル等や特殊な口腔ケア用の歯ブラシ、口臭除去のための用品等の選択や購入手配もしている。利用者の体調や状態の変化に伴って口腔内の状況も変わるので、ケアワーカーからの情報をもとに速やかに、必要な物品を用いて、最適な口腔ケアの方法に切り替えている。また、利用者の毎日の歯磨きが適切に行えているかどうかを、専用の調査様式を用

いて毎月チェックしている。そのため、利用者入所者の口腔内は、比較的清潔に維持されている。(特養 04)

○歯科衛生士が配置されて、入所者の口腔内衛生環境が大きく改善した。それ以前の介護職による口腔ケアは汚れが残っていたという。また、訪問の歯科医師との連絡調整がうまくいくようになった。食事形態は、歯科衛生士から、口腔内に残渣が多い、しっかり噛めていない、歯が動いている等の情報を得た管理栄養士が、そのまま飲み込むと詰まる可能性がある場合には、少しつぶして提供する等食事形態を変えている。このように、歯科衛生士の配置によって、嚥下の前段階の問題に対応ができるようになった。食事を積極的に摂取できない入所者の場合には、歯科衛生士が口腔内の舌や咬筋及び頬の柔軟性等を総合的にみて、口腔乾燥が顕著にみられる場合には、保湿ジェルや唾液腺や口腔内のマッサージによって保湿を行っている。発語がない場合には、筋肉の低下が著しくなるので、表情筋に触って硬いときはむせに気を付けて口腔内をマッサージして柔らかくすると、口腔ケアがやりやすくなり、また、唾液がでてくるようになる。歯科衛生士は、介護職等から残渣の取り方等を相談されることが多いので、介護職への個別指導を行っている。食事は義歯を入れたほうが食べられる場合と、義歯が邪魔して食べられない場合がある。認知症においては、このような状況が顕著であるので、介護職から相談があると、歯科衛生士は随時入所者の様子を見に行き、本人や介護職からの聞き取りをする。自立している高齢者は、自分で歯磨きができるが、逆に磨き残しが多い。歯科衛生士は、うがいの仕方を見て、口がよく動いているかの確認をする等口腔ケア全般を行っている。また、歯科衛生士は、協力歯科医師との連携を取って早期に訪問してもらい、問題等を介護支援専門員に伝えているので、早期治療や対応できている。(特養 07)

○歯科衛生士(常勤)による口腔ケアは、介護職・看護職の口腔ケアよりも専門性が高い。そこで、通常の口腔ケアは、介護、看護が行い、定期的に歯科衛生士が口腔ケアを実施し。協力歯科医師が往診し相互連携を深めている。歯科衛生士が専門的に口腔を見ることにより、例えば抜歯が必要な状況の発見が遅れることがなくなった。特養に歯科衛生士が常勤配置されて4年目だが、口腔の評価のレベルがあがり、誤嚥性肺炎は減っていることが実感されている。歯科衛生士による施設内定期研修によって介護職等の知識量や技術量も増えてきた。(特養 08)

## 通所介護

○開設時(平成30年)に口腔ケアは非常に大事であるので、歯科衛生士を常勤採用した。そ

れまで通所利用者には<治療されていない><義歯が入っていない><口腔衛生が殆どできていない>者が非常に多かった。歯科衛生士は、利用者全員の口腔の状況：汚れ具合、噛み合わせできる残存歯数、食事時の状況（食べれているかどうか）等を見た。歯科衛生士による口腔ケアによって、口腔がきれいになり、誤嚥性肺炎が予防され、食欲が増大し、食事がおいしく感じられるようになったと言われている。口腔機能向上加算が算定できるのは月2回であるが、これでは利用者の口腔衛生状態の維持ができない。歯科衛生士は来所する度に、口腔ケアを行い、介護職が同じスキルで口腔ケアが実施できるようアドバイスしている。口腔・栄養スクリーニング加算は令和3年介護報酬改定から算定されたが、口腔機能向上加算によって3カ月ごとに口腔機能計画を作成して口腔機能の状態がよく維持できていたので、6カ月毎の口腔・栄養スクリーニングに切り替えた。利用者の口腔機能は徐々に衰えるものの、日々の状況が変わりやすいので、口腔機能を維持するには、利用者自身による口腔ケアの実施が必要とされる。栄養・口腔スクリーニングを6カ月ごとやらなくても、歯科衛生士や管理栄養士が、定期的に問題を把握することが必要である。利用者の義歯の不具合、義歯の未利用については、介護支援専門員を通じて本人・家族に歯科医院への受診をすすめているが、受診が難しい利用者の場合は、当該通所事業所において歯科医師に診てもらえることができる。一方、介護支援専門員は限度額を超えての費用負担になると新たなサービスを導入しない。そこで、歯科衛生士は、利用者の口腔に問題のあった状態と、改善状態とを口腔内写真を撮影して比較し、一目で分かるようにして本人・家族及び介護支援専門員や介護職等に提示し、口腔・汚染の仕組み、歯周病、病気との関連等を説明し、やっと理解が得られるようになってきたところである。その結果、関心のある利用者は、入れ歯や口腔の状態を改善し、食欲や食べられなかった状態が改善・維持されるようになり、体力的維持もできている。利用者には、在宅での口腔ケアができていない者が多いので、在宅での口腔ケアの方法も含めて話し、全くできてない場合は、通所で実際に実演して見せている。本通所事業所を利用しないで、在宅で引きこもっている利用者には、在宅で、継続的に本人が実施できるように、通所時にやり方を教えて、在宅で継続してもらうようにしている。歯磨き指導もするが、一度、口腔ケアによって汚れが付きにくい状態にまでになると、汚染が付きにくい状態になり、在宅で口腔ケアが継続できない場合でも、口腔の状態が悪化しにくく、次の来所時に口腔ケアを行っている。口腔機能向上加算の点数が月に2回しか算定できないので、在宅での自己清掃が困難な場合には、来所時に2回以上、歯科衛生士が実施している。介護職に簡易的な歯磨きの通所利用者全員に実施をしてもらっている。口腔機能向上についても、リハビリテーションや機能的訓練と同様に、利用者の口腔の状態に合わせて口腔



ケアの回数も変わるので、歯科衛生士が介入したときには算定できることが望ましい。(通所介護 01)

○歯科衛生士(専任、週4日)は、利用者の通所時に口腔を見て、本人が指導内容の理解が可能な場合には指導し、全介助や在宅での口腔ケアが難しい場合には、通所で歯科衛生士が行っている。通所時の週に1度の歯磨きでも、全くしないよりは口腔機能を維持できる。コロナ禍の感染予防のため、積極的に歯磨きができない状況があった。歯科衛生士も関わり、利用者全員の歯磨きを昼食後に行っていたが、今は歯科衛生士が選定した利用者には口腔ケアを実施している状況であった。コロナ禍前には、歯科衛生士が介護職等を指導して、介護職等による口腔ケアが難しい方への指導もしていた。歯科衛生士は、例えば、義歯が合わず嘔むことが難しい場合や、歯周病が悪化している等の場合には、歯科医院への受診を家族に勧めている。歯医医院に付き添いがないと行けない場合には、相談員を通じて介護支援専門員に伝えてもらい、訪問歯科を利用するように勧めてもらっている。このような口腔の課題に対する解決のための橋渡しの役割を担っているので、通所介護に歯科衛生士は必要な専門職である。家族からの電話で歯科衛生士に相談があると、利用者の口腔の状態や歯科受診の必要性等を詳しく説明し、利用者が持参した連絡帳に家族への手紙を添えると、家族にも安心感が生まれている。通所サービスは、家族が専門職に相談ができる場所として大切である。利用者が食べられない場合には、嚥下機能の低下だけではなく、脳血管疾患からの高次脳機能障害の注意障害や認知機能の低下に伴う先行期の問題があるので、環境設定で解決できる問題かどうかのスクリーニングをリハビリテーション専門職へ依頼して多角的に評価してもらおう。リハビリテーション専門職に姿勢の評価をしてもらい、姿勢に問題がある場合には、椅子の変更や高さの調整によって問題が解決されることがある。管理栄養士とは食事形態のレベルを下げるのか、あるいは食事提供の環境調整をするのかを相談する。例えば1人掛けの席で食べる、食事の他に注意をひくものをそばに置かない、食事時間を早めて一人で食べてもらう等チームで考えて問題解決を図っている。(通所介護 05)

○法人の歯科衛生士は、通所事業所を兼務している(週3回2時間程度)。通所介護の利用者は、口腔が非常に汚い場合が多く、そのために食欲がなくなり、食事摂取が進まない。このような利用者に対して食前の口腔ケアを実施している。なかには舌苔のために味が分からない利用者もいる。歯科衛生士は、「口腔がきれいになって帰ってもらう」「味覚が変わるように」と舌苔の除去等の口腔ケアを行っている。歯科衛生士から利用者の口腔の問題や口腔ケアの方法を生活相談員に伝えて、生活相談員から家族や介護支援専門員に「口腔の問題がわかる写真をみせて「受診したほうがよい」と伝えてもらっている。(通所介護 06)

○歯科衛生士(週 3 回 4 時間勤務)は、加算の算定に関わらず利用者全員に口腔ケアを提供している。口腔アセスメントから、口腔のリスクのある利用者を把握し、生活相談員を通じて、これらのリスクのある利用者の家族や介護支援専門員に説明し、同意を得て口腔関連の加算を算定している。歯科衛生士は、利用者の口腔の問題を写した写真を、相談員を通じて家族や介護支援専門員に提供して、歯科受診をして入れ歯も調整してもらう等している。家族や介護支援専門員は、利用者の口腔を見ていないので、写真提供によって口腔の問題を認識しないと放置されてしまうので、すみやかに対応している。誤嚥の予防の観点からも「口の中が汚れているのは、生ごみの三角コーナーの状態が口の中にあるようなもので、1日3回ご飯を食べる口の中の汚れた状態が身体の状態に直結する」と説明している。歯科衛生士が口腔内の写真を撮るサービスは口腔機能向上加算の対象者だけでなく、利用者全員に行っている。このような口腔の写真や体重のグラフ等はリアリティーがあり、家族や介護支援専門員を引き込んでいくことができる。また、利用前の無料体験をしてもらい、利用者全員の利益になるようにサービスを提供し、利用者が自らサービスの継続を決定してもらうようにしている。大切な家族や自分の身体が大事と府に落ちれば利用者・家族から利用継続をしてもらえている。(通所介護 07)

○口腔機能向上加算について、月 2 回算定し、利用者一名に対して歯科衛生士が月 1 回(非常勤で複数名が口腔機能向上サービスの実施に携わる。)、非常勤の看護師が同様に 1 回当該加算に関する業務に携わっている。リハビリテーション専門職は当該事業所には配置されていないが、非常勤の看護師の毎日 2 人体制である。その看護師が機能訓練指導員として、運動等の全体の提供に関わっている。口腔機能向上加算は、必ずしも高く評価されている単位ではないが、継続できているのは、法人理念に拠るところが大きい。法人理事長は 100 歳であるが、総義歯を歯科医に作ってもらい、「この歯があるから僕は食べられる、食べているから元気だから、利用者にも口腔ケアを提供しなさい」と言っている。歯科衛生士は、利用者に「日頃何か変わったことないですか」というような声掛けをしてから口腔を診ている。ユニフォームに気遣い、「専門職としてここにいる」ということをアピールしている。口腔ケアのための歯ブラシ等は個別に持参してもらうが、それが「日常的なもので、家庭での準備ができているか、管理ができているか」というところも把握している。口腔ケアを在宅で継続してもらえるように、家族に利用者の 1 日の様子を伝えるとともに、できていることと、できていないことをアセスメントしながら支援を進めている。「歯科衛生士が何をしてくれるかが分からない」という他職種や家族に対して、歯科衛生士が生活の中での口腔の大切さを共に考えていく活動が必要である。口腔に関する気付きは、専門職側から促さない

と、利用者から伝えられることはない。日常の会話をする中で、「歯のことが…」という話を切り出すのは難しい。当初は、歯科衛生士が挨拶をし、初期は「何をするか」から説明をし、このサービスが受けられるかどうか、アセスメント・モニタリング、サービスの申込書の手続きまでに時間がかかっていた。しかし、介護保険制度のシステムが変わり、様式変更や把握状態が変わった時点で、管理者や、介護支援専門員が、サービスの目的を利用者・家族へ説明し、申込みをしてもらえるようになった。歯科衛生士は看護師とミールラウンドしている。気になった利用者の口腔を確認し、直接的な話し合いを随時して口腔機能向上加算に繋いでいる。しかし、口腔機能向上加算を算定外の方に関しては、口腔の問題が把握できていないこともある。また、歯磨きを介護職が介助する場合も多いが、なるべく歯科衛生士が多く関わるとよい。残存歯が多い利用者が増えて、歯周病に関する全身的な疾患等が、食べることに繋がっていることも多くなったことが今後の課題でもある。利用者は、かかりつけの歯科医院に通えなくなる実情も起きている。訪問歯科に直接繋がるケースは少ない。(通所介護 08)

### 通所リハ

○歯科衛生士は、非常勤2名で、常勤換算0.8で週3～4日で1日4.5時間勤務である。通所での口腔機能向上加算を申し込まれ、契約した利用者には、介護支援専門員の了解を得て、口腔清掃、口腔機能、嚥下機能の訓練、口腔機能維持のための口腔体操や唾液腺マッサージをしている。なお、現在は、基本的には全員に対して口腔・栄養スクリーニングを行うことになっている。利用者は、通所利用時の月2回、月1回程度の歯科衛生士による口腔清掃や訓練では食事量はなかなか改善しないので、利用者には自宅での継続が必要である。その結果、利用者自身が飲み込みやすくなることを実感している。(通所リハ 01)

○歯科衛生士は口腔機能向上加算及び栄養アセスメント加算(主は管理栄養士)に関わっている。近年、誤嚥性肺炎が死亡理由の上位になり、口腔機能を維持するのが、高齢者の健康寿命の延長に直結する。高齢者は、3食毎に歯磨きをする習慣がなく、特に男性が歯磨きをしない。歯科衛生士が介入するまでは全然歯磨きしない利用者が多数いる。歯科衛生士は、口腔ケアの重要性や健康への影響について説明しながら取り組んでいる。誤嚥性肺炎にかかる方はほとんどいない。歯科衛生士は、毎回、口腔のアセスメントと口腔ケアの指導をしている。利用者が自分でできるようになったら見守り、質問には回答する。通所リハビリテーションにおいては、利用者自身が自立し管理することが大事なので、必ず数人ずつチェックしているが、利用者が順番に並んで自身による口腔ケアの様子を横で見ながら問題があれば

ば指導している。今まで全く歯磨きしてなかった利用者の中には、他の利用者の歯磨きを見ているうちに、<自分もやろうかな>と言われることが多く、利用者の行動は変わっていく。口腔ケアは利用者にとっても気持ちがいいので生活習慣として定着する。(通所リハ 09)

## 2. 4 管理栄養士

管理栄養士は、多職種による「食べる楽しみることの支援」を目指す栄養ケア・マネジメントの推進と連絡調整に関わっている。施設における栄養マネジメント強化加算によって、50 床に常勤管理栄養士 1 名の配置が推進され、当該加算算定の要件に週に 3 回以上のミールランドが必要とされたことから、管理栄養士がフロワーを食事時に訪問し、入所者の食べる状況を観察し、介護職や他職種との日常的なコミュニケーションが頻繁に行われるようになった。さらに、当該栄養マネジメント加算によって複数の管理栄養士が特養・老健に常勤で配置されたことから、業務時間の 2 割程度を活用した併設の通所事業所等の栄養アセスメント加算や栄養改善加算に関わる先駆的事例が多くみられた。

栄養ケア・マネジメントに関わる低栄養の改善や管理栄養士の配置数による効果に関する既存の研究報告からのエビデンスは資料 1. 1 (2) に示した。栄養ケア・マネジメントの実務については、本学会による手引が活用できる(資料 2. 1)。一体的取組における管理栄養士の取組についてはインタビュー調査から表 2. 4 にまとめた。

### 表 2. 4 管理栄養士の取組について

---

#### 特養

○管理栄養士は、食事形態、食具、食器の適時適切な選択をしている。個別の身体・栄養状態の変化に適時対応した食事の量、内容、形態の変更をしている。ミールランド会議の運営、司会や調整を行い、食事時の姿勢や嚥下状態、褥瘡に対応した情報提供や対応をしている。

(特養 01)

○管理栄養士は、週 3 回のミールランド時には、介護職から「最近よくむせる」「認知症で食べなくなってきている、食行動の認識ができない」等の問い合わせに対応している。管理栄養士は、ミールラウンドをして「器と箸を持ってきてみましょう」「渡し方をちょっと工夫してみたら」「食事形態を変えましょう」等と回答している (特養 02)

○管理栄養士は、利用者ごとの栄養状態の評価、配慮すべき事項(禁食等)の他職員への伝達、食事形態の変更による摂取エネルギー量の増減の確認、利用すべき栄養補助食品の選定、給食業務の委託業者から提案される献立や食材の確認・修正等を行っている。利用者ごとの栄

養面の問題を把握し、問題解決のための栄養ケア計画作成や実務を繰り返し行い、他職種や本人・家族への助言をしている。朝、昼、晩の食事が楽しみになるように、食事が進まない場合には、パンや麺類、嗜好品などの個別で対応できるものがないか検討している。日常的に職員が共通に関われるのが食事であるので、「食事をどうしよう」という相談が職種間でよく行われている。できる限り、個別の QOL の向上に繋がるような回答ができるように、日々努力している。(特養 04)

○管理栄養士が一番大事にしているのは、「おいしいものを食べてもらいたい」ということである。終の棲家で喜んでもらえる食事の提供を大事にしている。食事が全然、食べられなく、食欲がなく、嘔吐もあるが、酒が飲みたいという場合には、病気になって以来全然飲めないのだが、お酒を出してみると飲めて喜ばれたことがある。入所者の一人一人に＜食物の楽しみを感じてもらいたい＞という思いである。入所者の日頃の表情をよく見て、＜甘いもの等を食べると幸せそうになる＞という主観的なモニタリングを大事にしている。(特養 05)

○栄養マネジメント強化加算によって、管理栄養士二人体制で、週 3 回のミールラウンドが行われ、管理栄養士と入所者との関わりが格段に増え、利用者個別の日頃の変化を捉えやすくなり、食事の介入計画を変更するタイミングが早くなった。管理栄養士 1 人の時には、利用者のミールラウンドは週 1、2 回で、介護職に問題を指摘されて 2、3 日たってからミールラウンドを行うことがあったが、管理栄養士 2 名体制になり週 3 回ミールラウンドをしているので、問題提起がスピーディーにできた。看護師や介護職に、その日の食事後に声掛けをするようになった。これによって、高齢者の食事量は増え、低栄養の中高リスク者も改善して、リハビリテーションの目標も達成できることが多くなった。(老健 09)

## **通所介護**

○管理栄養士は、併設老健から週 1 回 1 時間程度兼任し、栄養アセスメント加算を担っている。対象者は、長期的な利用者が多い事業所であるが、相談員が新規の方に声掛けしているため、介護支援専門員からの依頼があった利用者は 6 名である。当該加算に関する手順は、利用者全員の体重を毎月 1 回、あるいは必要に応じて週 1 回計測する。管理栄養士が体重の変化をもとに栄養スクリーニングを行う。歯科衛生士は、口腔アセスメントの評価をする。歯科衛生士と管理栄養士は別々でアセスメントを行っている。アセスメントからの問題や課題について、相談員を通じ、歯科衛生士、管理栄養士が作成した書面を介護支援相談員に提示する。介護支援専門員は、家族の意向を聞き、アセスメント加算を算定したほうが良いという場合に、計画書を作成し算定している。今のところ、口腔・栄養のリスクは無いが、

家族から心配だからと依頼された利用者も含まれている。その理由として、過去の病歴で一時的に食べられないことが続いた例、通所利用時には食事は完食しているが自宅では食が進んでいない例、現在は落ち着いているが健康でいてほしい例がある。また、管理栄養士は胃瘻を有する利用者の栄養ケア計画も作成する。体重の推移や、栄養量をアップする提案を介護支援専門員や家族に伝えている。食事摂取量の問題も、家族が把握し、医療サービスへ依頼してほしいこと、訪問看護の導入等様々な計画内容になる。また、通所時の昼食の食事形態の変更は可能であるが、在宅でどうするか提案事項についても介護支援専門員に連絡している。通所事業所の利用者の状態が悪化した場合には、栄養アセスメント加算は中止し、法人内病院の管理栄養士による居宅療養管理指導に繋ぐ場合がある。居宅療養管理指導は、法人の訪問診療や法人外の別の診療所の医師から、当院院長宛てに紹介状をもらっている。現在のところは、管理栄養士は、利用者の食事時間を含めて1時間の兼務時間であるので、利用者の普段の様子について事前あるいは訪問時に状況を聞いている。そして、問題がある利用者には通所時に声掛けをしている。(通所介護 06)

○管理栄養士が通所介護に常勤配置され、口腔・栄養スクリーニング加算、栄養アセスメント加算及び栄養改善加算の算定(現在算定無)に係わっている。栄養アセスメント加算については、生活相談員が家族や介護支援専門員に体重の推移のグラフを用いて説明すると、理解が得られやすい。また、当該グラフをもとに、体重の減少に対する入院、水分が取れなかった、食欲がなかった等の原因について考えやすい。口腔・栄養スクリーニング加算に関しては、体重等の推移をグラフ化できるので、介護支援専門員に情報を伝えやすい。栄養アセスメント加算に関しては、体重の変動を気付くきっかけにはなるが、160人分の入力は大変である。利用者の食事摂取エネルギーの聞き取りが全員確実にできるかは難しい。栄養アセスメント加算に関しては、利用者・家族や介護支援専門員に具体的に説明するのが効果的であるが、栄養改善加算には、管理栄養士が利用者や家族と一層密に関わることができる。(通所介護 07)

○管理栄養士2名が常勤配置され、口腔・栄養スクリーニング加算及び栄養改善加算を算定している。生活相談員は、管理栄養士を担当者会議に同伴し、管理栄養士から利用者・家族に話をしてもらっている。管理栄養士は、在宅訪問時に、利用者が嚥下しやすい食事の調理指導等を家族に行う場合もある。また、食べられなくて困っている利用者の昼食時の観察を管理栄養士にしてもらい、どのような介護食を買ったらよいか助言してもらうこともある。(通所介護 08)

○管理栄養士が通所介護事業所での昼食を自ら作り、必ず食堂にきて、利用者個別の食事摂

取状況、スプーンの大きさや姿勢までをみている。把握された問題に対しては、管理栄養士は、歯科衛生士、看護師、介護職員に情報を共有して対応をしている。管理栄養士が、利用者に「完食して、元気になってもらいたい」と対応することによって多職種連携ができていく。こうした日常的な体制があるかどうかが大事であり、自然に職種間が繋がり、利用者のための支援体制ができていく。各専門職による一つ一つのサービスによって改善が見られるのではなく、チームでの取組によって、全体として改善に繋がっている。当該事業所の特徴は、管理栄養士が美味しい食事を作っていることである。その結果として、体重が増えた、脚力が上がったという客観的なデータとなっている。要支援の利用者の運動機能向上加算においては、5m歩行速度や個別の対応訓練が向上している。一方、体重が3kg減った等の、栄養、運動、口腔と一体的取組が良い結果に繋がらない場合にも、着目する観点について振り返ることによって気付きがある。(通所介護 08)

### 通所リハ

○管理栄養士は、介護職員からの情報によって身体状況や健康状態を把握した上で、アセスメントからの問題を把握し、栄養改善加算を算定している。栄養改善加算については、言語聴覚士による嚥下機能の評価をしてもらっている。管理栄養士が栄養改善加算の利用者に対して、在宅訪問が必要と思うのは、在宅での食事を含めた生活状況の把握が必要な場合である。例えば、独居の場合、利用者にく在宅で食事は食べている>と言われても、買い物ができるか、配食弁当を自己管理して食べているか等、管理栄養士が在宅訪問して状況を把握している。嚥下調整食が必要な利用者の家族には負担があるので、通所での食事は必要な食事摂取量を食べていても、家では食べられていないと危惧される場合には、在宅訪問によって状況を把握している。このような高齢者には市販の介護食や栄養補助食品の活用をすすめると、体重改善や食欲の回復がみられている。(通所リハ 01)

○併設施設の管理栄養士の配置数は栄養マネジメント強化加算を算定によりぎりぎりの人数を確保している。例えば、当該老健は定員100床で、実数95か96名で推移しているため管理栄養士を常勤換算1.9名配置し、残り0.1名の人員で、併設の通所の栄養アセスメント加算、栄養管理加算及び併設の認知症グループホームにも対応できると推算している。これからは、法人全体での管理栄養士をどのように通所等事業所に関わらせていけるかが課題になってくる。(通所リハ 03)

○常勤管理栄養士11名中4名が連携して3か所の通所事業所の利用者を担当している。栄養アセスメント加算を栄養改善加算の算定者以外全員に算定し、栄養改善加算は低栄養の

中高リスク者（BMI018.5 以下・体重減少のみられる、介護支援専門員や本人が栄養に対して低栄養のおそれの不安のある場合）に算定している。栄養改善加算における在宅訪問は、利用者・家族や医師、介護支援専門員等から依頼があった場合や管理栄養士が在宅訪問の必要性を感じた場合に行っている。なお、管理栄養士が、在宅訪問が必要と感じるのは、在宅での生活状況の確認が必要な場合や家族及び訪問介護職が食事準備等の方法が分からない場合等である。（通所リハ 05）

○栄養関係の加算の算定に関わらず、以前から管理栄養士が常勤で通所利用者全員に栄養のサービスを提供し、加算が算定できる場合には算定し、加算ありきではなかった。栄養改善加算による在宅訪問も以前から行っている。管理栄養士が介護職のように介助もするし、様々な職種が配属されているが、どの職種もできることを共同でおこなっている。管理栄養士が食事についてアセスメントとする要点は、食欲があるのか、体重減少が最近あったか、口の中の状態：噛みにくさや食べにくさがあるか、咽ることがあるか等である。また、自宅での食事内容や食生活状況等である。リハビリテーション計画の個別の目標として、栄養状態の改善をあげ、例えば、利用者が疲れて日中起きて好きな庭の花の世話ができない場合には、持久力がないのはエネルギーが足りないから、「水分や食事をもう少しとると持久力がつきますよ」と説明している。食べたいものがある場合には、「喉の筋肉をもう少し鍛えると食べやすくなりますので、頑張ってください」と話しかけている。（通所リハ 05）

○管理栄養士（病院と兼任（1 日 1 時間程度））は、栄養アセスメント加算、栄養改善加算を算定している。月に 2 回のレクレーションでは、栄養の話やクイズによって利用者及び介護職等に食事に関する知識や興味を持ってもらうようにしている。通所利用者と管理栄養士が顔なじみになっていることが大事である。栄養スクリーニング加算の導入から管理栄養士が参加し、栄養アセスメント加算を中高リスクの利用者全員に算定するようになり、対象は、予防サービスを入れて 6 割程度、栄養改善加算は 4 名程度である。家族に在宅の状況を聞きたい場合には、管理栄養士が送迎車に乗って、玄関で家族と話している。栄養改善加算は低栄養のリスクが進行し、その改善が見込まれる場合に算定している。管理栄養士による栄養レクレーション時や 1 日 5 時間の兼任時には、通所事業所の職員等から利用者個々に食事量が少なくなっている、BMI が低下しているという情報が提供され、栄養的フォローもしてもらえ、通所事業所職員や利用者・家族による管理栄養士による栄養ケアの重要性に対する意識が非常に高まった。（通所リハ 06）

○管理栄養士（常勤）は、口腔・栄養スクリーニング加算、栄養アセスメント加算に関わっている。入れ歯の調整、体調の悪化がある利用者には、通所リハの職員と連絡して、食事形態



や提供量の調整をしている。食事形態の調整は、言語聴覚士が摂食嚥下機能の評価をし、管理栄養士と情報共有をしている。変更した食事でも実際どうなのかもフィードバックしてもらい、食事提供について、常にモニタリングをして必要があれば修正を繰り返している。(通所リハ07)

○令和4年4月から栄養アセスメント加算を算定するために、病院の管理栄養士が1週間に1回、昼食時のミールラウンドに定期的に来ている。栄養アセスメント加算は、管理栄養士がミールラウンドし、そこで対象者について気になったことを、歯科衛生士、管理者あるいは介護職に確認して、少しでも改善できるように支援している。利用者のうち食べられていない方には、食事形態の確認をし、在宅での食事について質問して、少しでも食べられるように支援している。血清アルブミン値や体重の変動も確認している。例えば、通所では嚥下調整食コード3の嚥下食が提供されている利用者は、在宅では嚥下調整食コード4(資料2.4)あるいは軟菜食程度を食べていた。管理栄養士は、家族と電話で話し、かかりつけの耳鼻咽喉科での嚥下造影(VF)による嚥下評価をしてもらい、通所ではコード3とし、また、在宅での食事についても家族に電話アドバイスをした。在宅での食事の問題については、通所での管理栄養士によるミールラウンド時に把握することができる。栄養アセスメント加算のために管理栄養士が通所事業所に来るようになったので、利用者からの、「どういふものをよく食べたらいいか」「あまり食欲がないときは何を選んだらいいか」「栄養に気を付けるには食事の内容はどうするか」等の質問に管理栄養士から直接回答して、利用者から喜んでもらっている。(通所リハ09)

---

## 2.5 介護職

介護職は利用者の最も身近で寄添い、「食べることの楽しみの支援」の充実のために、問題に気づき、関係する専門職に連絡し、また、問題解決のために日常的な生活支援を実際に行っている。一体的取組に関わる専門職と介護職とがしっかりと情報共有して、連携共同しないと「食べることの楽しみの支援」のための一体的取組は推進されない。先駆的事例からの介護職の実務の実際を表2.5に示した。

### 表2.5 介護職の取組について

---

○介護職は、利用者一人一人の普段の食事から生活までみて全て理解している。介護職のために、言語聴覚士による摂食嚥下評価は、個室ではなくてホールで行うことで、どこが問題だからどうすればいいのかを伝達している。このような専門的な情報や技術の介護職等へ

の伝達が行われなければ、一体的取組を進めることはできない。(特養 05)

○介護職が個別入所者の1日の生活を時間軸にした24時間シートを作成している。当該24時間シートは、朝何時に起きて、生活習慣として何をしたいか？その時に支援が必要な事は何か？入居者の今までの生活習慣を知ることによって、在宅生活の継続性に繋がり、入居者が戸惑う事なく毎日を送る事ができるようにしている。また、24時間シートを使い、入居者の行動を把握する事で、いつ何に気を付ける必要があるかを把握でき、リスクマネジメントにもつながっている。(特養 07)

○介護職には、管理栄養士が「食事の状況はどうか？」と毎日情報交換をしている。また、看護師には服薬状況や全身状態を確認し、栄養ケアプランの変更にあたっては、介護職や看護師に予め確認して、管理栄養士から医師に報告している。(老健 08)

---

## 2. 6 看護職

看護職は、言語聴覚士や歯科衛生士の配置や関係がない場合には、口腔の衛生管理を担っている。寝たきりの高齢者の口腔ケアにも関わっている。場合によっては表2.6のように看護職が、毎日の食事摂取量、水分摂取や排泄量についてチェックし、食事の姿勢、食べ方についての問題を把握し、歯科衛生士、管理栄養士等の専門職へ繋いでいる。

一体的取組においては、全身状態や服薬に関する問題について情報提供を行うとともに、医師との情報連携を行っている。看取りでの体位交換を行い、看取りのためのチーム及び家族との調整をしている。表2.6は、先駆的事例における看護職の取組である。

### 表2.6 看護職の取組

---

○看護職は、食事摂取量、水分摂取や排泄量についてチェックし、管理栄養士と相談している。看護職は、医療的な観点に留まらずに、嚥下、摂食動作等の問題を理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士と確認し検討している。また、看護職は、利用者の服薬状態や全身状態を確認し、医薬品との関係から、傾眠が強くなり、昼間に傾眠していると食事摂取が減少する利用者に対して、覚醒レベルが上がるように医師と相談している。(老健 05)

---

## 2. 7 生活相談員・支援相談員

生活相談員・支援相談員は、施設・事業所内の連携・調整を担当し、職員間、利用者と職員間、さらに、施設入所者の入所・退所時、再入院・再入所及び通所事業所と利用者・家族及び介護支援専門員に一体的取組に関わる情報提供・説明をしてするための重要な役割を担っている。また、在宅においても継続して本人・家族及び在宅サービスの関係者によって

継続できるかは生活相談員・支援相談員の事前の説明や活動さらに関係者との信頼関係が影響している。

表2. 7は、先駆的事例における生活相談員・支援相談員の取組である。

## 表2. 7 生活相談員の取組

---

○生活相談員は、入所者の法人内の病院への入院に際しては、病院のソーシャルワーカーに2、3日に1回1あるいは週間に1回は電話して入所者の状態を聞いて、介護職等の職種に情報提供している。他職種から聞いてほしいことを依頼されるので、情報収集は度々行っている。退院時には、再度聞いている。(特養05)。

○支援相談員は、在宅からの入所に際しては、家族及び介護支援専門員から情報収集している。介護支援専門員からは、利用者が例えば在宅サービス、通所サービス及びショートステイを利用している場合には、それぞれの支援相談員からの情報を収集している(特養05)。

○支援相談員が家族との面談を入所1カ月後に行う際には、管理栄養士等が可能な限り参加する。管理栄養士等から栄養・食事に関する現状を説明し、家族の意見や希望を再度聞いて、その後、多職種に伝えている。退所決定後には、退所目標に向けて、現状どの程度かを確認し、あらかじめ作成した退所計画を可能な限り進めている。(老健02)

○支援相談員は、予め家族に本人の状況や入所後のサービスについてよく説明し、報告し、家族に安心してもらっている。実際、経口移行につながった事例の場合には、入所時に、家族からの聞き取りや相談員からの情報も確認した上で、本人がしっかり話しができるか、今後どうしていきたいか、口から食べられるようになってほしいか、自分も食べられるようになりたいという希望があり、可能であれば経口摂取に向けて取り組んでいくことを入所時から本人・家族に話し、言語聴覚士による評価、看護師による吸引、歯科衛生士が把握した口腔の状態、管理栄養士による栄養・食事評価や栄養ケアの経過等を確認しながら、徐々に進めている。(老健02)

○生活相談員は、利用開始前に、介護支援専門員と一緒に在宅訪問をして契約を行う。その際に、利用者の食事形態、食事内容等の情報を家族や介護支援専門員から得ている。とろみ剤もメーカーによって量が違うので利用しているとろみ剤の情報も収集する。(通所介護05)

○生活相談員は、利用前の訪問等において、利用者の日常の食事の様子をもとに、その場で通所での食事形態を提案している(家族が「筋っぼいお肉は出さないようにしている」と話していたら、「常食よりもやわらかいほうを提供します」等の提案をしている)。通所の食事形態を具体的にどうするかを概ね決めるようにしている。例えば、「常菜食の肉は酵素を使ってやわらかくしているので、普通の私たちが食べているような肉の硬さではないので安

全に食べてもらえる」「歯がないので、食事形態のレベルを1段階下げたほうがいいのかもしれない」等を家族と相談しながら生活相談員が決め、必要に応じて管理栄養士に相談して決定している。また、家族から相談があった際に、どういった提案ができるかについて管理栄養士と情報共有をしている。(通所介護 05)

○通所事業所は利用者の在宅生活を支える所である。家族の負担軽減、レスパイト的機能もあり、利用者が生き生きと過ごせるための場所である。生活相談員は、利用者は、様々なものを失くしたり、喪失感が大きいいため、ここで自信をつけてもらい、生きがいを持っていただいたり、元気に在宅生活を送れることを目指している。意欲の低下した利用者が多いので、通所サービスの利用によって意欲の向上に変化がみられるようになり、明らかに表情が異なってくる。家族も「ここに来ているとやっぱり楽しそう」と話してくれる。体力面は、自宅では、寝たままのことが多い利用者が、通所サービスでは、トイレ、入浴等に歩いてもらうことになるので、下肢筋力の低下予防にもなり、筋力向上に繋がっている。(通所介護 06)

○生活相談員は、「このサービスをすることは、良いことだ」「誤嚥性肺炎が低下するから」「こういうふうには食べられるようになるから」ということを、ケアプランを立てる前に、利用者、家族に説明している。そこが、この事業で大きく変わった点であり、最初のサービス導入を受け入れてもらえるように説明するところが重要である。(通所介護 08)

## 2. 8 介護支援専門員

施設の介護支援専門員は、利用者の介護全般に関する相談援助や関係機関との連絡調整を行い、援助の流れは本人・家族はどのような介護サービスの希望をするかの面接（インタビュー）、どのような介護サービスが必要かの査定（アセスメント）、介護保険が利用できるようにサービス計画、個別支援計画の作成（プランニング）である。そしてサービスの利用開始後も提供されている介護サービスが適切か否かを定期的に評価（モニタリング）して要介護者と介護者の状況に合わせて再びアセスメント、プランニングをおこなっている。

以下の先駆的实施施設における介護支援専門員の言葉は、その役割をよく示している。

「介護支援専門員は、基本的には在宅復帰を目標として専門職の情報を集約する役割を担い、多職種連携を念頭に置いて調整支援をしている。定期カンファレンスを体系化し、情報の集約・発信を中心に担ってきたので在宅復帰率も高く推移している。多職種連携の体系化が現状に結び付いてきている。(老健 06)

一体的取組のために施設の介護支援専門員がどのように機能しているかは、3. の認知症、看取り、経口維持、4. の在宅生活のための支援を参照してほしい。通所サービスにおいて

は、地域の介護支援専門員が、通所事業所における口腔・栄養サービスの介護報酬制度についての理解や必要性の認識に乏しいことが本調査研究事業の実態調査からもインタビュー調査からも指摘されている。通所事業所の管理者や生活相談員、支援相談員及びリハビリテーション専門職等が地域の介護支援専門員との信頼関係に至るまで、説明とフィードバックを継続的に丁寧に行うことや、介護支援専門員に8の一体的取組に関する多職種研修への参加してもらうことが必要とされる。

## 2. 9 医師・歯科医師

医師・歯科医師は一体的取組における支援・助言者として機能している。言語聴覚士が配置及び関連していない場合には、嚥下障害を専門とする歯科医師が摂食嚥下機能の評価を担っている。また、高齢者ケアや在宅ケアにおける口腔や栄養のケアを担える歯科衛生士や管理栄養士が歯科医師のもとで育成されてきたという先進的もみられた。

特養においては看取りまでの支援の充実が求められるなかで、医師の訪問回数が少ないために、最終的な死亡確認ができないために看取りが困難となり、入院せざるえないことも指摘されていた。

表 2. 9 医師・歯科医師の取組

### 歯科医師

○協力歯科医師は、ミールラウンド後に、食事介助や食事提供について介護職に、食事内容や食事形態について管理栄養士へアドバイスをしている。たとえば、個別高齢者の口腔機能を残存するための体操、ベッドの角度及び姿勢、メンタルに関するアドバイスをしている。歯科医師は、経口維持のために自作のペットボトルにストローを入れて“ふうっ”と吹く練習方法を壁に掲示している。このような口腔ケアによって高齢者の食べる量が増え、おいしそうに食べられるようになる。口腔衛生管理加算として、口腔内の状態を確認して、歯科医師の指導のもと利用者一人一人に合った口腔清掃を介護職と一緒にしている。認知症で入れ歯を外さない入所者については、介護支援専門員に状況を伝えて協力歯科医師と連携して介入することもある。口腔ケアの実施経過記録を作成し、問題点については、カンファレンスで他職種と共有し検討して計画書に反映させている。当該施設では入所者 20～30 人については、最後まで口から楽しみとして食べて頂くため、経口維持加算Ⅱを協力歯科医師に依頼している。(特養 03)

○訪問歯科医師は、嚥下評価をしている。管理栄養士は訪問歯科医師に嚥下評価依頼し、摂

食嚥下に対する調整食レベルの食事を提供している。歯科医師による嚥下機能の評価時は、介護支援専門員、機能訓練指導員、介護職、管理栄養士と一緒に確認している。(特養 07)

○口腔衛生に関しては、保存不可能な(感染源になりそうな)歯を入所時に抜歯している。月一回口腔チェックし、口臭がするようなことはない。口腔を綺麗にするのは食べること的前提であり、口が汚いと食べることには結び付かない。看取りになっても、口腔衛生は大事である。口腔衛生によって誤嚥性肺炎による入院が減っている。(特養 09)

○協力歯科医師は歯科衛生士と一緒に、入居時全員に歯科医師によるスクリーニングテストを受けてもらっている。義歯の作成、口腔ケアの必要性の問題点が把握されると、家族に許可を得て歯科診療に繋げている。口腔衛生管理加算の算定上は、3カ月に1回、歯科医師のスクリーニングを行い、歯科衛生士が計画を立案して歯科医師に許可を得ている。また歯科医師からの助言は、定期カンファレンスで情報提供し問題を解決している。(老健 06)

## 医 師

○管理医師(呼吸器内科、血液内科)は、当該通所に関わって5年であるが、「食べることを支援」するための管理栄養士と言語聴覚士を中心とした連携が既に行っている中に入った。医師は通常の場合には専門職に任せており、また、食事形態の指示等をしている。リハビリテーション会議やサービス担当者会議等は規定回数どおりに行っているが、形式張った会議ではなく、様々な職種、例えば看護師と言語聴覚士、看護師と管理栄養士、管理栄養士と言語聴覚士、そしてこれらの職種と医師が立ち話みたい、コミュニケーションが取れているところがよいところだ。なお、血清アルブミン値は4カ月に1回採血して把握し、血清アルブミン値が3.5g/dl以下になると、会議まで待たずに、その場で随時、管理栄養士と検討している。正式会議によらないインフォーマルなコミュニケーションが絶えず行われているところがよいところである。これは、施設の入所者が80名程度で、チームの核となる管理栄養士、言語聴覚士、介護職のリーダーがいるので成り立っている。医師の考え方やあり方もチームづくりには影響する(老健 05)

---

### **3. 認知症、看取り、経口維持・経口移行のための実務と連携**

介護サービスにおいて、認知症、看取り、経口維持・経口移行のための実務と連携は、それぞれの特性のある状況に対応して、一体化した取組の強化が一層求められるところである。そこで、先駆的事例から具体的な実務のあり方は以下のものであった(一部、2の項の再掲)。

#### **3. 1 認知症**

(46)

認知症においては食事時に特有の兆候・症状がみられる（資料2. 1）。これらの兆候症状に対して、一体的取組を担う様々な職種による声掛けを頻繁に行うことによって食事の完食をめざす等「口から食べることを支援している。個別に食事時にみられる認知症による兆候・症状である食行動の失効、徘徊、傾眠等に対して多職種によって相談し合って対応し、可能なかぎり本人の嗜好を重視した取組が行われている（表3.1）。

認知症の人を支える周囲の人において行われる意思決定支援の基本的考え方（理念）や姿勢、方法、配慮すべき事柄等を整理して示した「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」（厚生労働省、資料3. 1）をもとに、認知症の人が自らの意思に基づいての「口から食べる楽しみ」を支援したいものである。

### 表3. 1 認知症に対する取組

---

#### 特養

○認知症の入居者が食べていることを忘れて、廊下を徘徊している場合がある。家族の名前を出して「〇〇さんがご飯作ってきてくれたから食べませんか」と声掛けして席に戻ってもらう。このような繰り返しの声掛けによって食事の完食を目指していく。また、例えば午前中の水分補給時には、「茶室のほうでおいしいお茶を飲みませんか」と声掛けする。また、他の人が水分補給しているところに声掛けして連れていくこともある。このように認知症の入居者には声掛けによって、食べることを支援をしている。対応が難しいのは食べたことをすぐに忘れて、食べてすぐに空腹を訴える場合である。（特養01）

○歯科衛生士は、認知症の入所者に対しては、口腔内をみるだけではなく、食事介助を毎日しているが、強く拒否されることは経験していない。これは、口腔ケアの開始前の声掛けや口腔の触り方も関係しているからである。事前に必ず声掛けして名前を呼ぶ、同じ目線でボディータッチ等で「食べることを」への認識が変わるようである。いずれにしても、嫌がることを無理強いしない。（特養05）

○認知症には、個別性があり、機能訓練を拒否したり、消極的な性格や特性を有する場合がある一方で、機能訓練に積極的であったり、徘徊等して動き続けてしまう場合もある。機能訓練が拒否される場合には、声掛けを行い、食事やトイレ動作等の日常生活動作の中で、身体機能の維持ができるように介護職員と相談しながら機能訓練を行っている。機能訓練に積極的な場合には、本人・家族から話を聞き、その意向に添えるように機能訓練を行っている。また、機能訓練のなかで、積極的に会話をし、会話が困難な場合にも発声を促せるように声掛けを行い、嚥下機能を少しでも維持できるように取り組んでいる。（特養06）

○脳疾患等の後遺症により食器の位置や食べ物を認識できない場合や認知症等によって自分の意思を伝えることや言葉で伝えられない場合には、問題点が把握しにくい。このような場合は、実際に本人がどのように食べているのかを見て、少しでも本人の意向を汲み取れるように、多職種で意見交換をして検討している。(特養 06)

○認知症に関しては、食の好みが偏っている場合には、個人で食べ物等を購入してもらい給食にプラスして提供している。個別の嗜好に合うものを、日々の様子を見ながら提供している。また、家族に好きな食べ物を差し入れてもらう場合もある。バナナ、ヤクルト、ヨーグルト等が多く用いられている(特養 06)

○認知症の場合には、食事は義歯を入れたほうが食べられる場合と、義歯が邪魔して食べられない場合が顕著であるので、介護職から歯科衛生士に相談があったときには、様子を見に行き。本人や介護職等から聞き取りをしている。(特養 07)

○認知症の場合の機能訓練は、個別に対応が異なる。例えば、徘徊してフロアを歩く場合には、休憩場所を設けて、自分で座れるような環境をつくる。食事時の注意が散漫になり、飲み込むことはできるがスプーンを認識できないため、食事動作に失行症状が出て食べられない場合等がある。このように、食べる動作に失行を呈している場合には、例えばパンをちぎって手渡しする、食具を使わないでおにぎりにして手に持たせて食べてもらう等の工夫をする。食器も日頃使い慣れているものを持参してもらい、今まで使っていたもの、馴染みのある食器を継続して使ってもらい、自分で食べられる環境を作っている。食事時の対応は主に介護職が担い、場合によっては介護支援専門員や管理栄養士、機能訓練士も一緒に携わっている。職員が食事の介助しながら、食事がとれない原因を考えて、問題によって管理栄養士、機能訓練士、言語聴覚士及び歯科医師等の各専門職の視点でみて、食べることに問題に対応したアプローチの方法を相談している。(特養 07)

○嚥下体操は介護職が担っている。認知症の場合には、この嚥下体操の指示が、認識困難なので、どうしたら分かってもらえるかが課題である。マスクをしているので、口を大きく開けてとか、横に開いてとかいうことは伝えにくい。頷いても理解しているかは難しい。リハビリテーションでは、首から肩にかけての硬くなっている緊張をほぐすことで、食事を取りやすい状態になるので、ベッドサイドや食事前のリハビリテーションとして行っている。緊張感を取らないと、嚥下機能に問題が出て、食べる意欲にも関わる。実際は、首から肩が硬くなっていると、嚥下しにくいので、首の前や後ろにかけてリラックスさせて食事がしやすくなるようにアプローチしている。このような手技については、法人内グループのリハビリテーション専門職全員が、介護研修として学んでいる。(特養 08)



## 老健

○認知症と口腔との関係は重要である。認知症になってから義歯を入れても食べられないが、使っていた義歯だと食べられる場合もある。このような義歯への対応や口腔の問題には、歯科衛生士が関わり、嚥下障害には言語聴覚士に対応してもらえると、栄養状態が改善・維持され、運動もできて、より元気になってもらえる。(老健 04)

---

### 3. 2 看取り

看取りに対する一体的取組は、人生の最期まで少しでも口から好きなものを食べて、人生の食べる楽しみを支援し、家族が<よかった>と感じられるように、そして、関連職種の夫々が満足感をもてるように取組まれている(表 3.2)。このためには、施設や在宅での看取りの体制ができているかが前提であり、駆け付けてくれる協力医師、24 時間の看護体制あるいは吸引ができる介護職等の医療との連携体制が基本的に必要とされる。その体制のなかで、一体的取組の専門職は看取りチームと一体化あるいはよく連携して、夫々の専門性を発揮して、頻回な観察を通じて状況の変化を共有し、相談を繰り返して迅速な対応が行われている。先進的取組事例においては、家族とともに専門職等が学ぶアドバンス・ケア・プランニング(ACP、人生会議)(資料 1. 3 (1))がとり入れられている。

### 表 3. 2 看取りに対する取組

---

#### 特養

○歯科衛生士は、看取り期の口腔の乾燥に対する保湿中心の口腔ケアをしている(具体的には、保湿剤を口腔内全体に塗布して口腔内の状態を良くする等している。管理栄養士は、その入所者が昔から好きだった食べ物等を聞き、その人が食べられるよう個別提供している。好きな食べ物は、介護職の協力を得て購入し、厨房で個別調理し、少しでも口から食べられるよう支援している(特養 01)。

○特養では、高齢者齢者の身体状態を良くするというより、高齢者が負担を感じずに穏やかに看取り期を過ごすことを介護職と一緒に支える専門職が求められている。(特養 02)

○特養においては、看取り期の利用者・家族が満足に思えるように職員全員が寄り添っている。たとえ 1,000kcal の摂取が必要であっても強要しない。入所者が楽しく笑顔で、特養で過ごしてほしいので、職員は利用者に優しく寄り添えることが基本である。看取りにおいては、最後に何が食べたいかを聞いている。酒が飲みたいというので、食事もできない状況でも、ノンアルコールの日本酒をゲル化剤で固めて少量を綺麗な器に入れて提供したところ、<おいしい>と言われた。看取りではない場合にも、<回復させたい時には何が食べたいか

>と聞いている。これは、看護師や介護職が聞いて、管理栄養士ができるだけ形にして提供している。111歳の入所者の誕生日を祝いには、通常は濃厚流動食をゼラチンで固めたプリンを1日3つ提供していたが、その誕生日には、柔らかいゼリー状のショートケーキに見立てたものを作り、介護主任がお誕生日プレートにメッセージを書いてお祝いして家族に喜ばれた。(特養03)

○言語聴覚士は、看取りの介護をしているケアワーカーから「誤嚥のリスクはあるが、できれば好きな食物を食べさせたい。けれど、利用者に苦しい思いをさせたくはないので、食べても大丈夫か評価をしてほしい」と相談される。歯科衛生士は、看取り期になると、口腔内乾燥や口唇のただれ等による出血により口腔ケアが困難となる方が増えるので、「どのような口腔ケア用具を用いて、どのくらいまで行えばよいのか」と相談される。管理栄養士には、「どの位の量を食べられるか」「家族から『これを食べさせてほしい』と差し入れが届いたが、どのように加工したら食べられるようになるか」「少ない量で効率的にカロリーを摂る方法はないか」等の相談が持ちかけられる。その都度、ケアワーカーや看護師と相談してチームで意志決定をしている。認知症高齢者で嚥下障害がある場合には、最期は胃瘻にするかどうかよく問われる。本施設の嘱託医は、日本老年医学会「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン～人工的水分・栄養補給の導入を中心として～」を踏まえ、要介護高齢者の積極的な胃瘻を勧めていない。胃瘻を造設しても、結局は、胃管の退縮等に伴った逆流による誤嚥性肺炎の繰り返しによって体調不良を起こすことが多い。最近では家族が胃瘻を望まない場合も増え、可能な範囲で食事を口から食べてほしいと言われることが多い。言語聴覚士は、「こういうものなら食べられるが施設で用意できるか」等を管理栄養士に相談している。看取り期の人に対しては、ケアワーカーが中心になりながらも、ケアの相談支援体制の下に歯科衛生士が口腔ケアを積極的に行って口の環境を整え、管理栄養士が食べられるものを準備し、言語聴覚士が嚥下機能をみながら食事介助を行っている。(特養04)

○ターミナル期には、栄養状態も悪くなり、褥瘡や誤嚥性肺炎のリスクが高くなり、体位変換やポジショニングは欠かせなくなる。看取りには、看護職、機能訓練指導員、歯科衛生士、管理栄養士、介護職が支援している。食事介助のスピードには気を付けている。看取り時の24時間の状態変化を全員が共有するのは難しいことだが、ちょっとしたエラーが誤嚥性肺炎に繋がる。例えば、ポジショニング等が全職種共通にできないと不顕性誤嚥に陥る。(特養05)

○看取りに関しては、栄養が少しずつ入らなくなると低栄養状態になるため、皮膚トラブル

が生じやすくなる。これには、エアマットやクッション等を使用しポジショニングを行い、対応している。最期まで食事を一口でも喜んで食べていただけるような支援や声掛けしている。(特養 06)

○看取りに対しては、食事は最期まで止めないことを基本にしている。食べられない場合も最期まで経口維持のための食事を提供し、介護職が一口でも食べてほしいと食事の介助をしている。栄養ケア・マネジメントとして記録し、関係する専門職や介護職等全職員が一口でも食べることを支援しようという思いでターミナルケアをしている。高齢者は殆ど言葉を発することができない場合もあるが、時々目を開けたり、何か動作があることもあるので、観察を通じて感じ取れるものがある。看取りでの口腔ケアは大事である。関わる全職種が最期まで諦めないと徹底したケア>をしているので、入所者は本当に幸せではないかと実感している。専門職として食べることの支援に最期まで専門性を出し合っていくことには、専門職として深淵なるヒューマンサービスの誇りが感じられるものである。リハビリテーションをしながら入所者と話すなかで、あれが食べたい、これがおいしかったとかいう話をよくする。最期まで、その方の食べる楽しみを支えられたことが一体的取組のチームの喜びにもなる。(特養 07)

○生活相談員は、看取りについては、家族の方に状況を常に報告して、多床室の4人部屋から1人部屋に移動して、最期の看取りをしている。家族に来てもらい、会ってもらっている。よく晩酌されていた利用者に対しては、最期はビールにとろみ付けて、家族がいる中で少しでも飲んでもらう等、最期まで家族と一緒に看取ることによって、家族にも喜んでもらっている。「やわらぎ膳」が嚥下困難になられた方の最期の特別食<祝い膳>として提供されている。これは、イベント食としている。誕生日に提供するタイミングを案内し、家族が食事介助を少しする場合もある。(特養 06)

○管理栄養士によるエンド・オブ・ライフ期のミールラウンドでは、訪室し脈を取り、呼吸の仕方、必ず鼻の下に手を当てて呼吸の仕方もみる。声掛けして挨拶し、「おはようございます」。記録を確認する。もう一度、大きな声で声掛けし、今日の天候のこと等話しかけると、目や口も開いてくれる。「喉渇きませんか」「きょうは少しみそ汁召し上がれましたね」と声かけすることがコミュニケーションになっている。ボディータッチと声かけが大事である。低栄養状態になっているので、「ちょっと失礼します」と声掛けする。管理栄養士は身体状況を見るために、布団をちょっと上げて、浮腫の状態、水分の状況(ツルゴール方法)、下肢の低体温の状態、苦しかったり、痛みがあるか等を確認し、布団の上から足をなでたり、手をしっかり握ると呼吸が安定していると手を握り返してくれる。「今日も1日よろしくお

願います」と声かけして、朝の訪室は終わりであるが、また2時間後には訪室し1日8回程度は訪室を繰り返し様子の観察を行う。これが、1カ月程度続く場合もある。看取りにあたっては、ケアしやすい浴衣にし、最後に入浴をしてもらう。水分補給は、脱水症状にならないように行い、嚥下状態に合わせてとろみ剤の濃度を変えて、嚥下の安全なレベルの方はとろみ剤の濃度1%程度、標準的には3%程度、<ごっくん>できない場合は5%にしている。相談員が家族を案内し、医師も来室しているなかで、家族が10%糖水を最期の一口として提供する。(特養06)

○看取りにあたって、歯科衛生士は、口の中が乾いて<ねばねば>していたり、痰がらみがある場合には、特に乾燥すると上あごや口蓋に汚れが貯まり剥がれなくなるため、ジェルをつけて定期的に汚れを取っている。(特養07)

○管理栄養士は、口から食べられる最期に好きなもので終わらせてあげたいという思いから、入所時本人が喋ることができれば、事前に本人から好きなものを聞いている。家族、歯科医師、歯科衛生士、介護支援専門員、ケアスタッフ、看護職と相談しながら、本人がそのときに食べられる食事形態等にして提供している。お酒が飲みたい希望があれば、スポンジに湿らせて口に含んでももらうこともある。(特養07)

○介護支援専門員は、アドバンス・ケア・プランニング(ACP、人生会議)(資料1.3(1))を用いて、家族に、本人の元気な頃から人生の最終段階について考えてもらうようにしている。だんだん食べられなくなって、飲めなくなってという時期が近づいたときに、その都度、多職種と一緒に家族が話をして、今その時期で何ができるのかを考えながら一緒に進めている。(特養07)

○ACPには、機能訓練指導員、歯科衛生士、管理栄養士、介護職、看護師に家族が参加している。ACPの立ち上げ・報告等は主に介護支援専門員が行うが、上記多職種にてカンファレンスを行い姿勢等は機能訓練指導員、食事は管理栄養士、口腔に関することは歯科衛生士、体調面等に関しては看護師等、話し合いの中での課題や内容により該当の専門職が。徐々に食べられなくなってきた段階から、家族に細かく説明をしているので、段階的に食べられなくなったから本人が好きだった食べ物を聞いて、家族に差し入れてもらい、もし食べられない場合には、次の段階はどうしていくかを考える。看取りにおいては、1口をおいしいと思って食べていくのかを、家族に選択をしてもらっている。普段は口が開かなかった方が、好きだった食べ物を家族が持ってきたときだけ口を開き、寿司や鰻だけはしっかり食べられることがある。どうしても家族が高齢で持参できないとか、遠方であることもあり、その場合には、行きつけだった寿司屋や鰻屋の出前を取ったこともある。家族も一緒にやりきった

と思えるような看取りをしたい。(特養 07)

○看取り時の機能訓練は、ベッド上で過ごす時間が長いので、褥瘡、拘縮及び誤嚥に対するアプローチとして、主にポジショニングについて携わることになる。ベッド上で安楽に過ごして頂きながらも呼吸がしやすくなるように、介護職と相談しベッドの角度や体位交換の仕方について掲示する。なお、経管栄養の利用者の体位交換には、看護師が介入している。自力で体動できない場合には、エアマットを導入したり、状態によって車椅子に2人介助で乗車できる状態であれば、リクライニング車椅子でフロアに出たり、部屋に閉じこもることよりも外の刺激を楽しんでもらいたい、人がいることを感じてもらいたい。(特養 07)

○介護支援専門員は、看取りにおいて、一番大事にしていることは、本人の意向と家族の意向を組み込んだケアプランの作成である。多職種と話し合いながら、それをいかに現実にしていくかを日々みんなで考えながら取り組んでいる。(特養 07)

○看取りにおいては、食べさせようと無理をしないこと、無理に食べさせたら咽や窒息の危険がある。高齢者が目を開けてない意識障害の状態では、食べられるだけにして無理をしないことである。看取りになっても、口腔衛生は大事である。口腔衛生によって誤嚥性肺炎の減少や、口臭の減少に繋がる。(特養 08)

○看取りに対しては、無理をしないことを大事にしている。本人の負担にならないように、食事についても好きなものの情報をできるだけ捉えて、好きなものを口に入れてもらえるように心掛けている。(特養 08)

---

### 3. 3 経口維持・経口移行

平成 27 年度に、「食べることの楽しみの充実」というスローガンのもとに、ミールラウンド及びカンファレンスが導入されたことがその後の一体的取組が推進される契機となった。ミールラウンドでは、各専門職の専門性を生かした観察の観点と問題の把握と、対応ケア内容については、学会のこれまでの手引きに解説されている(資料 2. 1)。当該手引きに解説されている観察項目は、現在の厚生労働省の公表しているミールラウンドの観察項目となっている。表 3. 3 には先駆的取組における経口維持、経口移行の取組をまとめた。

#### 表 3. 3 経口維持、経口移行の取組

---

○歯科衛生士、言語聴覚士、管理栄養士の 3 職種で相談して、ケアワーカーや看護師からの<最近すごくむせるので再評価をしてほしい><食事イベント(餅つき大会、クリスマス会、焼きいも会等)時にこの利用者は食べられるか><本人が食べたいと言われているがどう

しようか><誕生日にこういうものを食べたいと言われているが食べられるか>という質問に対応できるのは利点である(特養 04)。

○管理栄養士は、クリスマス会で寿司を提供する際、普通の寿司が食べられない利用者に対して、軟らかいしゃり玉とネギトロ等の軟らかいネタで作った寿司を用意した。家族に、本人が昔からチョコレート味の食品が好きだという情報をもらった場合には、言語聴覚士と相談して、チョコレート味の食品のうち、どの形状のものなら食べられるかを検討して、様々な商品サンプルから選択し、食べてもらった。コップ等の食器一つにしても、その利用者に適したものを選択する必要がある。3職種が組むことで食事に関して個別性の高い対応ができています。(特養 04)

○このような取組を3職種と関連職種が行うことによって、胃瘻の状態が入所されたが、朝昼晩の三食とも口から食べられるようになった症例を何人か経験している。入所時には、元気がなかったが、ご飯が全部食べられるようになって、本人や家族にもとても喜んでもらえることも多い。胃瘻から経口摂取の移行に3年かかった場合もあり、いかに粘り強くチームで継続した対応ができるかということが重要になってくる。(特養 04)

○経口維持加算によって、リハビリテーション、機能訓練、口腔。栄養と一体的に介入したときに、食べることは大事だが、誤嚥、窒息のリスクは高く、死に直結する行為になるので二の足踏むところがある。リスク管理の問題があるので、経口維持加算Ⅱの算定数を伸ばせないでいる。3食に介護職員が関わるので、介護職による吸引が進んでいかないと、何かあった時に、夜間帯には看護師がいないので、吸引できる介護職が必要なことから吸引研修を推進している。(特養 05)

○管理栄養士も他職種もケア現場を回っているので、立ち話での情報連携は絶えず行っている。管理栄養士のミールランドは栄養マネジメント強化加算によって週3回となり、リハビリテーション専門職と話しあうことが多くなり大きな強みとなっている(特養 05)。

○嚥下の専門の歯科医師が非常勤で、嚥下機能や食事時の姿勢の評価、指導、機能訓練を行い、必要に応じて内視鏡検査を行っている。相談員が調整して家族も見て今後の対応を相談している。このように嚥下専門の歯科医師の協力を得ることによって、誤嚥のリスクへの対応ができるようになった。経口維持の取組のための連絡調整等は日常的な立ち話の中でしている。認知症や看取りにおいても内視鏡検査が必要な時期がある。内視鏡検査から経口移行のためには胃瘻にした方がよいと評価されて、昼と夕食が経口になる場合もあった。胃瘻は、入所時にすでに入っている場合でも、言葉が喋れて、本人・家族からも食べたいと訴えがあるような場合には、嚥下専門の歯科医師を相談しながら経口移行加算の対象として対

応した結果、経口維持加算の対象となっていくこともあった。このような場合、ミールラウンド時の多職種の専門的視点を通じて日常の変化を適時把握して、食事の内容や形態、姿勢等に丁寧に対応していくことが必要である。(特養 06)

○協力歯科医師は、経口維持加算の月に1回のミールラウンドで、入所者の嚥下状態の判断について管理栄養士では不安なところを、歯科医師に診てもらい判断してもらっている。言語聴覚士がいると、管理栄養士と一緒に摂食嚥下の問題に対応していくことができる。歯科衛生士も同様であるが、安全性の確保と食べることの支援の中で判断していくことは一職種では不安になる。歯科医師と一緒に判断してもらえることで助かっている。(特養 09)

## 老健

○経口維持加算Ⅱは、非常勤の歯科衛生士・歯科医師が担い、看護師が歯科の専門職との情報伝達調整をしている。歯科医師は、介護職に口腔内の状況を説明、指導し、介護職が、口腔に関する支援をしている。管理栄養士が行うミールラウンドは毎日実施し、日常の<軒下会議>は日々行われている。歯科衛生士を含めた多職種で行うミールラウンドは各ユニット月1回行い、専門職が同じ目的で摂食嚥下機能や食事時の姿勢、覚醒状況等、お一人お一人の課題に対しどのような支援が必要か、話し合いが行われている。同じ方向に向かって実践しているので、一体化した取組ということがいえる。(老健 01)

○経口維持加算Ⅱのミールラウンドは、協力歯科医院の歯科衛生士が施設にくる日にあわせてしているので、多職種によるミールラウンドには必ず歯科衛生士が参加している。この場合、事前に関連情報は歯科衛生士に提供している。入所者への実際の口腔ケアや口腔マッサージは、歯科医師や歯科衛生士から介護職への指導や口腔マッサージの入所者への直接的な実施によって舌の動きをよくし、汚れ、舌苔の入所者の口腔の清潔指導をしている。(老健 01)

○歯科衛生士は、非常勤3人が交代で対応し、入所者の口腔衛生加算の算定に係り、肺炎予防や口腔機能の維持向上を目指した口腔ケアを行っている。始めに相談員のカルテ等から事前の情報を得て、初回入所者のアセスメントを行い、その後、言語聴覚士や管理栄養士のアセスメント等の情報を参考に、プランを作成する。多職種との情報連携、調整は、週1回、NSTカンファレンス、ミールラウンドによって行い、その場で、各専門職に相談している。一方、口腔衛生管理加算は歯科医師の指示が必要であり、週3回、協力歯科医院の医師に訪問してもらい、歯科衛生士が歯科医師に個々の入所者の口腔の状態を報告している。月1回、歯科医師から指示・助言をもらい、非常勤の歯科衛生士3名でこれを共有している。歯衛生

士は、月 2 回以上入所者の口腔ケア及び口腔機能維持のためのリハビリテーション等を行い、月 1 回介護職員に対して、個別の利用者の口腔ケアの指導をしている。歯科衛生士は、常時 1 日に 1 人が在所しているため、介護職からの相談に対応している。また、各歯科衛生士は、入所者全員をアセスメントし、日報からの経過記録を見て歯科衛生士間の情報連携をとっている。(老健 02)

---

#### 4. 在宅生活のための支援（在宅訪問を含めて）

施設や通所事業所での一体的取組は、在宅生活との継続性を重視し、在宅での問題把握や本人・家族の無理のない生活の一部となるためには、どのように支援していくか重要な課題となっている。

##### 4. 1 入所・利用前の在宅生活に関する情報収集

施設入所者における在宅からの入所時や退所支援及び通所サービス利用者における在宅生活支援等における取組について表 4. 1 に示した（表 4. 1 には、先の表 2. 7 以外をまとめたので、2. 7 も参照のこと）。施設入所及び利用開始の前の在宅生活に関する情報の収集は、介護支援専門員や生活相談員・支援相談員及び支援に任されている。特に食事形態については、入所・利用時直後の食事提供が安全に行われるためにも重要な情報である。

なお、在宅の食生活に関する問題把握には、厚生労働省の介護予防 栄養改善マニュアルの食事に関するチェック表等が活用できる等、介護予防マニュアルは口腔機能向上マニュアル等も含めて有用である(資料 4. 1)。

##### 表 4. 1 入所・利用前の在宅生活に関する情報収集の取組

---

○在宅からの入所前に、施設の介護支援専門員や生活相談員が自宅を訪問して情報収集を行ったり、あるいは在宅生活時の情報が介護支援専門員を通じて提供されたりする。法人内であれば、電話やビデオ通話を使用して、専門職間での情報提供が行われている。介護支援専門員や生活相談員の在宅訪問前には、専門支援チームにも声がかかけられ、可能な限り訪問に同行している。(特養 04)

○入所前の在宅からの食事に関する情報には、普通食と記載されていても入所アセスメントでは異なる場合が多い。摂食嚥下評価に関して、在宅からの入所者については、入所時に言語聴覚士によりアセスメントでしっかり評価し、すぐに食事形態の変更をしている。(老健 05)



○入所時の在宅に関する情報は、かかりつけ医の情報提供書と介護支援専門員からのシートにより提供される。リハビリテーションも、在宅からの入所者は、外来リハビリテーションをしている場合も少なくないので、通所事業所から情報提供を依頼すると、リハビリテーション専門職によるリハビリテーション計画書が添付されて提供される。これは法人内外の事業所において同様である。管理栄養士には、介護支援専門員からの情報が提供される。入所者が利用している通所事業所における食事形態、喫食量、嚥下に関してむせがある等の情報が提供されるが、食事に関心がない介護支援専門員の場合には、食事動作が自立している、スプーンで食べられるという程度の内容であり、喫食量は書かれていない。(老健 07)

#### 4. 2 在宅復帰支援

老健においては、在宅復帰をめざしてリハビリテーション計画の作成・実施される。一体的取組も、低栄養状態を改善し在宅復帰後の在宅生活においても、本人・家族による口腔ケア及び食べる楽しみが継続するように、在宅訪問や入所中の相談や指導が行われる。退所日が決まれば、食事形態のレベルがアップを目指した一体的取組が進められている(表4. 2)

#### 表4. 2 在宅復帰支援の取組

##### 老健

○一体的取組によって、在宅復帰が強化されている。例えば、経管栄養利用者で全介助の入所者はなかなか在宅に帰せなかったが、看護師が家族に経管栄養の手技を指導して在宅に帰れるようになった。看護師は、このような高齢者の家族には、施設で利用している食品の栄養剤から医薬品の栄養剤を変えて、家族の経済的負担を軽減できるようにと、管理栄養士に依頼することがある。また、看護師がリハビリテーション専門職に、家族に高齢者の移動や介助方法を教え在宅に帰ることができるようになる。(老健 01)

○在宅退所後に、介護支援専門員から施設の関連職種がコンサルテーションを依頼されることがあり、このような場合には、在宅訪問に繋げている。また、最近では、退所後の状況を家族に質問すること積極的にすすめており、家族に何かあったら相談できる環境づくりをしている。(老健 01)

○管理栄養士は、入所時に本人・家族から入所前の状態を聞き、在宅での食事内容(形態等)に対応した食事の提供を調整する。その後どうなっほしいか等の家族の希望も把握した上で、退所に向けて取り組んでいくことを本人・家族に説明する。(老健 01)

○管理栄養士は、理学療法士に同行して入所中に在宅訪問をする場合には、例えば、在宅で、

食事形態やとろみ剤等、どのような食事を準備して食べていたのか、あるいは、退所後に家族等が食事の準備をして食べられるのかを確認している。家族の入所者の退所後の栄養状態や食事に関する不安に対応するために、管理栄養士は、言語聴覚士から情報を得て家族に直接相談・説明し、また、相談員を通じて説明・相談する場合もある。管理栄養士が在宅での担当者会議に出席して説明し、在宅の介護支援専門員に繋いでいく場合もある。さらに、退所後には、在宅で高齢者がどのような食事を摂られているのか支援相談員を通じて確認している。(老健 01)

○リハビリテーション専門職は、退所前訪問から検討した＜こういった形で退所できる＞ということをチームに明確に示している。在宅復帰に関しては、トイレに行けるか、1人で過ごせるかが問題になる。退所に関しては、リハビリテーション専門職は相談課、介護職及び看護職のチームで対応している。口で食べられるかが、在宅復帰の核心的な問題になったことは現在のところないものの、課題として把握が不十分なかもしれない。退所前訪問リハビリテーション時の管理栄養士の同行が、今後の課題である。歯科治療や口腔ケアが退所後に継続できるかが重要なポイントであり、訪問診療の歯科医師に繋ぐ場合もある。摂食嚥下障害がある場合には、退所後の在宅での食事形態への対応がポイントとなる。施設での日頃の食事形態やとろみ剤の利用に関しては、支援相談員から家族に＜お知らせ＞が出されている。嚥下障害に対するリハビリテーション計画書も家族に提供される。実際に在宅復帰するにあたって、とろみ剤の利用やお粥等の食事準備等については、管理栄養士が家族と相談をして、必要に応じてソフト食の宅配弁当の利用等について説明している。また、施設での食事を実際に家族に見てもらっている。個別の在宅での生活環境や本人家族の意向を取り入れて、利用者に応じた家族用リーフレットを作成して家族支援をしている。(老健 03)

○リハビリテーション専門職が入所前訪問、退所後訪問を行い、在宅改修も行うので支援相談員と一緒に在宅訪問している。本人や家族に食事準備能力がなく、嚥下障害に対応した食事形態の必要がある場合には、言語聴覚士や管理栄養士が退所前や入所中のカンファレンスで家族に話をし、配食サービスの弁当やレトルト食品、既存の嚥下食等の利用を提案している。ドラッグストアで購入できる介護食の中から実際に選んでもらう。家族には、施設での食事の様子を見てもらい、とろみの付け方を言語聴覚士と管理栄養士と一緒に伝えている。コロナ禍では、家族がマスク、ガウン、フェイスシールドを着用して施設に入り、iPadで見てもらった。言語聴覚士や管理栄養士は、退所後の家族からの電話での質問や、ショーステイ時での相談に対応している。(老健 07)

○事前に管理栄養士に調整食やとろみ剤の説明をしてもらった上で、作業療法士が高齢者

が食事準備できる場合には一緒に実演したり、在宅訪問時に家族と一緒に練習したりする。摂食嚥下障害がある場合には、言語聴覚士が退所前に自宅での担当者会議に参加し、情報提供することがある。(老健 07)

○在宅復帰に際して食事摂取に問題を抱えており、管理栄養士による栄養相談をして退所するケースがある。管理栄養士は、支援相談員やリハビリテーション専門職からの情報を踏まえた上で、栄養相談の計画作成をして実施しているが、退所後のフォローができていない。再入院による極痩せや、入所中に栄養相談を継続したものの、退所時までには栄養改善できない場合もあるので、在宅復帰後も継続的に関わりを持てることが理想である。(老健 07)

○在宅訪問について、リハビリテーション専門職は、入所前後訪問と退所前訪問をしている。家屋調査は、基本的に理学療法士か作業療法士が行う。身体面が変わってしまっているの、車いすで過ごすのか、介護者がいるのか等の情報を収集する。入所前後訪問は1週間以内に必ず行き、初回のカンファレンス時に情報をチームに伝えている。言語聴覚士及び管理栄養士は、どちらも人数が多くないので、同行は基本的にはしておらず、必要に応じて実施している。食事準備の情報、主介護者のマンパワー、判断能力等に関しては、相談員、介護支援専門員が一番情報量を最も多く収集しているため、相談に乗ってもらうこともある。自宅に帰るに当たっての食事指導は、最近は行っていない。コロナ禍前は、調理実習を行っていたが、今はコロナの感染対策の関係もあり難しい。介護支援専門員から何か相談があった際は、リーフレットの提供や、自立度が高い場合には簡単なレシピを紹介している。この3年間は、家族との面会が中止となり、直接話をするのが殆どできていない。必要であれば食事介助も含めたリーフレットを配布している。(老健 10)

○退所後訪問は、退所1カ月以内に在宅系を担当するリハビリテーション専門職と介護支援専門員及び他の職種が行い、プランに間違いがなかったか、新たな課題がないのかを確認している。この退所後訪問に管理栄養士が同行することがある(非加算)。咽喉マイクによる嚥下音のオシロスコープを家族に見せて説明している。管理栄養士が在宅訪問すると、食事準備あるいは水分補給の環境(動線)の問題を把握して、リハビリテーション専門職と一緒に食事準備や食環境を整えている。自宅で2食しか食べない人が、しっかり食べていると思いついでいることがある。日常の摂取栄養量や食べることの課題は、訪問してはじめて把握できることが多い。(老健 01)

○リハビリテーション専門職(理学療法士)と介護支援専門員が在宅訪問している。管理栄養士は、まず食事準備担当者は誰かを確認する。その担当者が施設で食べている食事形態の準備がきるかどうかで退所計画の内容を調整し、入院中から在宅復帰に向けて準備してい

く。家族による食事準備が難しい場合は、例えば入所中にお粥は2度炊きに変えて練習する等、退所時までには食事形態をアップするための取組をしている。入所中の食事形態を維持したい場合には、家族等介護者に対して、市販品を活用できる摂食嚥下食の紹介や、とろみ剤の使用方法について情報提供している。また、嚥下調整食を学会分類コードで記載してもわからないので、具体的に記載している。歯科に関しては、施設で歯科医師を受診していた場合には、訪問歯科診療に切り替えている。(老健 05)

---

#### 4. 3 通所サービスにおける在宅生活への継続

通所サービスの利用者は、通所時の食事は通常1食であり、在宅での食事を含めた生活の割合が大きい。通所サービスで行われている日常の身体活動や生活行為、口腔ケアや食事を在宅生活において継続できているか、障害となるような問題はどのようなものか、さらに、どのようにしたら継続できるかが大きな課題となる。そのため、一体的取組においては、利用者への聞き取りや、家族や介護支援専門員からの在宅の生活状況についての情報収集及び専門職による在宅訪問が行われる。在宅での食生活(食事準備や食事摂取状況等)を含めた生活状況を把握し、利用者・家族の不安を解消し、在宅でも「口から食べること」が継続できるように表4. 3の先駆的事例にみるような支援が求められる。

#### 表4. 3 通所サービスにおける在宅生活への継続の取組(在宅訪問を含めて)

---

##### 通所介護

○歯科衛生士は家族及び介護支援専門員に対して、口腔ケアの重要性について、利用者の口腔ケア実施前後の口腔内の写真を比較して、口腔・汚染の仕組み、歯周病、病気との関連等について説明し続けて、理解が得られるようになってきた。その結果、義歯や口腔の状態が改善すると、食欲が出て食べられなかった状態が改善され、体力が向上・維持ができることを、利用者・家族自身が実感するようになった。利用者には、在宅での口腔ケアができていない場合が多いので、在宅で自分できるように通所時に説明し実演している。一度、通所時の口腔ケアによって汚れが付きにくい状態にまで改善することができると、在宅で口腔ケアが継続できなくても、次の通所時まで口腔の状態が悪化しない。(通所介護 01)

○生活相談員は、日常の食事について、普通のご飯で、おかずは歯茎でつぶせる程度等、食事形態に関する情報を介護支援専門員や家族から収集し、管理栄養士に情報をつなぎ、通所利用時には在宅と同じ安全な食事形態で提供していることを説明している。また、家族から食事に関する相談があった際に、どういった提案ができるかについて管理栄養士と情報共

有をしている。(通所介護 04)

○リハビリテーション専門職員が常勤で在籍し、専任の歯科衛生士がいて、口腔はどうしますかと本人・家族に利用前に質問するようにし、専門職がそろって一体的に取り組んでいることをアピールしている。状況が悪化した場合には、看護師だけでなく、主治医に指示を仰いでもらうことが多い。状況によっては、介護支援専門員を通じて主治医の指示や、家族から主治医の指示をもらう場合もある。相談員が直接主治医とやりとりすることは難しいので、現在の状況を、家族や介護支援専門員と相談している。(通所介護 04)

○在宅で看取られる場合、在宅訪問ドクターとの連携が必要である。当該通所介護からの訪問リハビリテーションは行われていないが、法人の他施設からの訪問リハビリテーションが入っている場合には、その施設と連携しながら、在宅の課題や生活リハビリテーションの視点を共有する。(通所介護 04)

○外部の訪問リハビリテーションが入っている場合には、介護支援専門員を通じて目標の修正や在宅での課題を共有している。近隣の利用者には、通所リハの職員が訪問し、在宅の生活状況を確認し、訪問リハビリテーションの専門職と連携を取ることもある。この場合の情報連携は、電話や照会、紙面上でも行う。施設内に居宅介護支援専門員もいるので、実際に在宅で家族が困っている部分に関して、通所時に対応することもできる。しかし、自宅内だと車椅子が入るスペースが限られ、トイレに入るまでに段差を超えなければいけない等制限が生じるため、実際に訪問して解決することが多い。(通所介護 04)

○関連施設外の訪問リハビリテーションとは、通所時や在宅での移動手段を変更する際に確認をし、コロナ前には、訪問リハビリテーションの専門職が実際に来所されて通所介護の様子をみて、お互いの評価や方向性の確認を行ったケースもあった。照会は紙面上でのやりとりにはなるが、課題の抽出や訓練内容、事業所によってはリハビリテーション計画書等を FAX で送ってくれるところもある。(通所介護 05)

○生活相談員は、サービスの進捗について管理をし、介護職も含め、チームの調整をしている。生活相談員が、利用者や家族の希望や要望を聞いて、関連の各専門職に伝えている。自宅で本人・家族が行ってほしいケアは、例えば、口腔を歯科衛生士に見てもらい、その問題や口腔ケアの方法に関する情報を歯科衛生士から生活相談員が得て、家族や介護支援専門員に「歯科衛生士に見てもらったら、こういうことなので、受診したほうがいいですよ」というように伝えている。(通所介護 06)

○管理栄養士による栄養ケア計画のなかには、胃瘻のケースがある。体重の推移や、栄養量をアップする提案を介護支援専門員や家族に伝える。食事摂取量の問題等も、家族が行うこ

と、医療サービスでお願いしてほしいこと、訪問看護の導入等、色々な計画内容に繋がっている。通所での昼食の食事形態の変更は可能であるが、在宅での提案事項を介護支援専門員に連絡している。(通所介護 06)

○口腔の問題は、受診したほうが早く治るので、利用者に受診を促す。通所からは、直接医師には連絡ができない。歯科衛生士から利用者の連絡手帳に問題を書いてもらうこともあるが、手帳を見ない家族の場合は、相談員が家族に電話をしている。(通所介護 06)

○初回利用時に、介護支援専門員から利用者の基本情報等を入手して、新たな問題が生じた場合には相談している。利用者の殆どは、介護保険を利用し始めると、医師会が発行する「療養手帳」を持っている。これは、薬や利用者の様子、食事量、体重、血圧等がこの1冊に書けるようになっていく。相談員、看護師、管理栄養士等にも書いてもらうこともある。管理栄養士は、普段の食事のことを聞き、通所の食事は食べられるが、家では食べられていない場合は、「療養手帳」を使って利用者・家族に栄養の提案をしている。利用者に在宅での普段の食生活を尋ねると、料理名や、このような感じの料理が多いと回答がある。(通所介護 07)

○理学療法士が在宅訪問しアセスメントし、例えば薬局まで自力で歩いて薬取りに行くことが目標であれば、それに向けた具体的な介護ケアプランを作っている。法人では、管理栄養士の居宅管理栄養指導も実施し、A市の在宅栄養管理研究会の管理栄養士とも連携しているので、必要に応じて通所サービスから居宅療養管理指導に切り替えられる。歯科衛生士の訪問は行っていないので、歯科衛生士は口腔の問題を写真で家族や介護支援専門員に提供して、家族に依頼して歯科受診をしてもらう等、口腔の問題解決を図っている。(通所介護 07)

○当該事業所においては、利用前の無料体験も可能である。また、通所介護のYouTube動画をQRコードで「センターだより」として見てもらっている。通所介護での口腔ケアのブラッシングの映像等をYouTubeで流すと、楽しみながら口腔清掃を学んでもらって広がっていく。栄養に関しても、『まごわやさしいこ』と発信して豆、ゴマ、ワカメ・・・の献立等が広まっている。通所介護での栄養は、在宅での状況を把握しないと難しい。認知症がない利用者には聞き取りをし、その日の一日の食事を簡単な記載用紙を渡して記載してもらっている。認知症がある利用者について、家族に聞き取りを行い、通所事業所の食事の写真を見せて「これよりも少なく食べているの？」等と話を聞いている。体重の変動が激しい場合は、生活相談員に家族につないでもらっている。在宅で体重が激減し脱水症状がある場合には、管理栄養士等が在宅訪問し、冷蔵庫や台所見てみると生活状態から食事や飲水の問題を推察することができる。(通所介護 07))

○歯科衛生士は、利用者に歯ブラシ等を持参してもらい「日常的なもので、家庭での準備ができていないか、管理ができていないか」を把握している。口腔ケアも、在宅で継続してもらうために、家族に利用者の1日の様子を伝えるために、できていないことをアセスメントしながら支援を進めている。(通所介護 08)

○生活相談員や介護支援専門員は、利用者の在宅におけるサービスの担当者会議に栄養や食事に問題がある場合には、管理栄養士を同伴している。管理栄養士は、食べられなくて困っている利用者の昼食時の観察をして、どのような介護食の購入をしたらよいかの説明や嚥下しやすい食事の調理指導等をして家族の不安や心配を解決している。(通所介護 08)

○管理栄養士による栄養改善加算における在宅訪問は、在宅で食事を含めて生活状況の把握が必要な場合に行われ、独居、買い物困難、配食弁当の自己管理等に問題があると考えられる場合等に行っている。嚥下調整食が必要な利用者については、通所での食事が全量摂取できていても、家では食べられていないと危惧される場合には、在宅訪問をして食事が食べられていない状況やその原因を把握することができる。このような利用者・家族には、市販の介護食や栄養補助食品の活用をすすめると、体重改善や食欲の回復がみられる。(2. 4から再掲、通所リハ 01)

○言語聴覚士は、食事が食べにくくなった、むせが多くなった、在宅での食事形態が合っているか等の相談依頼が本人・家族及び介護支援専門員からあると、介護職から情報を得て、加算算定とは関係なく摂食嚥下機能の評価をして、管理栄養士等と共同して今後の在宅での食事形態等についてアドバイスしている。(通所リハ 02)

○栄養改善加算の算定のために、家族に食事調査を3カ月に1回依頼する。家族から最近飲み込みが悪くなった、食事に時間がかかった等のコメントをくれる場合もある。栄養アセスメント加算の算定にあたっては、家族から在宅でどのように食べているかを簡単に聞くようにしている。この場合、幕の内弁当様の写真を原寸大で渡して主食・副食について1食で何を何割程度食べているかを書いてもらい、1日の摂取量を推定している。利用者・家族への栄養に関するフィードバックは、わかりやすい形で渡し、計画書にも反映する。(通所リハ 02)。

○作業療法士は、新規の利用者を送迎し、在宅訪問して家屋調査している。家屋調査は、動き、転倒、段差の観点でみている。家族が食事準備をしている場合には、台所をみないが、一人暮らしの高齢者については見ている。(通所リハ 03)

○言語聴覚士は、在宅での食事形態が気になるが、訪問にいけないので、介護支援専門員や家族に状況を聞くことがあるものの、法人内の介護支援専門員とは話しやすいが、外部の介

介護支援専門員と直接話すことは殆どない。外部の介護支援専門員に対しては、居宅支援相談課を通して、毎月のモニタリング結果をフィードバックし、リハビリテーション会議の議事録の「このようなことができるようになった」「このように気を付けてください」という報告は、必ず月1回全利用者について行い、介護支援専門員には、3カ月に1回、場合によって1カ月に1回送付される。リハビリテーション会議の議事録は家族にも提供されている。栄養アセスメント加算のフィードバックも一緒に情報提供を行っている。アセスメント・モニタリングは3か月毎に、口腔機能向上加算も3か月毎に情報提供のために一緒に送る。(通所リハ03)

○栄養改善加算は在宅訪問が必須となっているが、実際に訪問できるマンパワーがない。そのため栄養改善加算が必要な利用者にも栄養アセスメント加算で対応している。施設内で行われる会議等でも加算が取れるようになったら良いと思っている。コロナ禍前には、担当者会議やリハビリテーション会議が利用者の在宅で行われていたので、介護支援専門員や訪問看護・介護も参加することがあったが、現在は、主要メンバーだけで施設内で行うため、利用者の送迎時に玄関先で家族の様子や食事の様子を家族に聞く程度になった。(通所リハ03)

○介護支援専門員との情報連絡は緊密に行っており、管理栄養士からも在宅の介護支援専門員に書面や電話で連絡し、利用者の栄養状態の経過について報告している。利用者の自宅でリハビリテーション会議にリハビリテーションの専門医とともに通所のリハビリテーション専門職や管理栄養士が参加し、介護支援専門員や在宅の各サービスの提供者も参加した会議が行われている。(通所リハ05)

○本人・家族に全関連職種と共有している連絡ノートを通じて聞くこともある。連絡ノートには、通所事業所で実施した内容も記載している。在宅の訪問サービスの担当者が記載することもある。本人は話ができなくても、いつ排便があったか、いつむせ込みがあったか、通所で測定している体重の推移を、連絡ノートによって共有している。家族の記載から、朝食の様子がわかる場合も多い。連絡ノートを通じて家族との連絡を継続していくと、家族も在宅での食事についてどう書いたらよいか理解するようになる。在宅での食事の写真を貼ってくれる場合もある。在宅での生活というプライベートな部分もあるので、管理栄養士は、どうすることが知りたいのかを説明してから聞くようにしている。例えば、「通所では、このような状況でしたが、この部分について在宅ではどうでしょう」という聞き方をしている。家族が悩まれて管理栄養士に相談されることも多い。「こちらでは食べる量が減ってきていますが、自宅ではどんなものを好んで食べられていますか」というと、「自宅でもなかなか



食べてくれないのでこれを試したが」と話してくれて、「じゃあ、こういうものを通所では試してみたら食べて頂いたので、どうですか」という形で、栄養補助食品の紹介をしたりできる。こういうものをプラスしたらどうか、こういうものを簡単に作ってみてはどうかと本人、家族の状況を見てアドバイスしている。(通所リハ 05)

○管理栄養士は、利用者・家族からの依頼によって在宅訪問をするが、急な体重減少があって、同居家族が元気な場合には話しができるが、家族も高齢であると、家族を含めて食事の面で不安がある場合に訪問することが多い。急に訪問すると拒否されるので、介護支援専門員の月 1 回の訪問時に同行するのが訪問しやすい。(通所リハ 06)

○在宅訪問すると、利用者の通所と在宅での様子は大きく違う。実際のところは多くは望めないが、最小限ここまではやってもらいたいことが、どうやったら支援できるかを考える。家族にお願いすると、それで“いっぱい、いっぱい”になる家族も多い。訪問介護による対応が必要な場合もあり、通所への利用者の送り出しの時に訪問介護の担当者をお願いして、朝ご飯に何を食べたかとか、食べているか等をチェックしてもらい、「きょうは何食べたの」と一言聞いてもらう場合もある。(通所リハ 06)

○通所リハビリテーションは、在宅の生活の中心に入っていく必要があるので、通所全体での取組を今後していきたい。リハビリテーション専門職は在宅訪問して家屋調査に行くことが義務づけられているが、それ以降の訪問については、制度上は特に取り決めがない。身体機能が変われば生活状況も変わっているので、半年に 1 回、遅くても 1 年に 1 回は訪問する流れをつくりたい。今は送迎にリハビリテーション専門職も加わり、生活状況や在宅環境との関わりをみている。同一法人に訪問リハビリテーション(医療保険)はなく、訪問看護ステーションがあるので、訪問看護から通所に移行する利用者もいるし、通所から訪問看護に移行する場合もあるので、そういう場合には情報連携しているが、在宅状況を把握するために訪問看護を 1 回入れることも難しいので、通所の職員が送迎の時に在宅状況をみたり、介護支援専門員から情報を得たりする。通所事業所では、管理栄養士については栄養アセスメント加算から栄養改善加算への流れができたが、口腔機能向上加算の歯科衛生士や言語聴覚士に関しては配置義務がなく、また口腔機能のアセスメントに対する加算がないので、口腔機能や摂食嚥下機能の低下について、職員が気付きにくい状況がある。利用者の問題については、介護支援専門員や家族を通して知ることが多い。本人・家族も口腔機能の低下について余り重視していないようである。(通所リハ 06)

・管理栄養士は、利用者や家族に、実際に在宅ではどんな食事かを書いてきてもらい、それを基に食事のエネルギー摂取量、不足している栄養素等を確認し、個々に合ったアドバイスを

等を紙面で作成して渡している。必要エネルギー量は、身長、体重から算出し、摂取量と大きく差があるかも含めて不足している量も提示し、食事の取り方について、例えば、<タンパク質が不足していれば、肉も少し取りましょう><おやつにプリン等の牛乳とか卵とかを使用したものをどうですか>等とアドバイスしている。食べられていない利用者には、アルブミン値や体重の変動も確認し、在宅での食事について質問して、少しでも食べられるように支援している。例えば、コード3の嚥下食の利用者に在宅で食べているものを質問するとコード4あるいは軟菜食程度のものを食べている。専門職種から見ると、それは誤嚥のリスクがあるので、家族と電話で話し、かかりつけの耳鼻咽喉科での嚥下造影（VF）による嚥下評価を確認し、通所ではコード3とし、また、在宅での食事についても家族に電話でアドバイスをしている。在宅での食事の問題を、通所での管理栄養士によるミールラウンドから推察することができる。栄養アセスメント加算が入って管理栄養士が、利用者からの、どういうものをよく食べたらいいか、あまり食欲がないときは何を選んだらいいか、食事の内容でどのように栄養に気を付けたらいいか等の質問を管理栄養士に繋げて、直接やりとりをしてもらい、利用者から喜んでもらっている。（通所リハ07）

○在宅高齢者の通常の食事は個別性が高いので、管理栄養士には聞き取り能力がかなり必要である。利用者・家族は、管理栄養士には見栄をはってすごくよい食事のことしか話さない場合もある。介護職に確認すると全く違って、食事を抜いている場合もある。リハビリテーション専門職が送迎時に家族に様子を聞いて、介護支援専門員とうまく情報連携しているように、管理栄養士も家族及び介護支援専門員等の外部の関係者と連携していくことになる。（通所リハ09）

○通所利用者の在宅での日常的な食生活をどのように聞いて、日々の支援に繋がられるかが一番大きなところであり、これからの課題でもある（通所リハ09）

---

## 5. 通所サービスにおける「一体的取組」の推進のために

本研究事業における実態調査から、通所介護では、機能訓練指導員は看護師、准看護師が、通所リハでは理学療法士や作業療法士が多く、栄養関連加算はほぼ算定されておらず、管理栄養士の関わりもほぼないことが挙げられた。また、通所サービスにおいて、「リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔」の3職種連携によって、リハビリテーション・機能訓練計画上の目標を設定するための課題として「歯科口腔専門職および栄養専門職の配置や外部連携」が共通して挙げられた。さらに、通所介護では、「リハビリテーション専門職の配置や外部連携」も課題として挙げられた。一方、通所リハでは、栄養専門職の配置（常勤換

算 0.1 以上) や管理栄養士による低栄養リスク把握等への連携協働が 3 割程度みられることから、3 職種連携への進展が期待された。居宅介護支援専門員との連携では、通所介護 33.0%、通所リハ 64.7%と差があった。インタビュー調査からは、一体的取組に係る理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士及び管理栄養士の配置や連携体制や、口腔・栄養サービスの加算算定の体制づくりをして、利用者の家族や介護支援専門員に説明しても、サービスの上限額を主な理由として算定に結びつかないという問題が、繰り返して提示された。

そこで、通所サービスにおける一体的取組の推進のためには、次のことが必要とされる。当該先進的事例集を用いた研修等においては、ディスカッションのテーマとして、実際に問題解決のための活動計画等を作成して頂きたい。

- ① 関連団体、医療・介護保険施設・事業所、各関連職種等(関係者という)は、地域住民に対して、「高齢者の口から食べる楽しみをいつまでも!!」のもとに、通所サービス事業所等の一体的取組の専門職チームの必要性とその利得について、啓発し続けること。
- ② 関係者は、介護支援専門員に対して、一体化した専門職チームによるサービスが、高齢者の意欲、身体状況・栄養状態及び生活機能の改善・維持、さらには幸せな看取りを迎えるにあたり重要であることを啓発し続けること。
- ③ 医療・介護等の法人は、一体的取組の専門職チームを育成し、人材資源が不足する地域の施設・事業所及び地域の単独事業所等への巡回や電子システムを用いた遠隔サービスの提供の実現化を図ること。
- ④ 一体化に取り組む全国の専門職チームが事例検討等の多職種連携研修によって自己研鑽を継続して行えるような WEB 研修システム等が提供されること

## 6. 医療・介護連携

地域における医療・介護連携が言われて久しい。当該研究事業におけるインタビュー調査からも、以下のような医療・介護連携の状況や課題が把握されている。

- ① 経営主体が医療法人の通所事業所においては、法人において病院に理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士及び管理栄養士を常勤で雇用し、併設及び近隣通所サービス事業所を兼任として 1 日に 1 回 5 時間程度、常勤人数でいえば、0.1~0.2 程度の業務時間で、口腔ケアや栄養アセスメントや栄養改善加算等の栄養サービスを提供している事例が多くみられた。これらの専門職の常勤専門職の巡回によって医療・介護サー

ビス間の情報連携が円滑となり、専門職間の顔の見える関係性がつくられているばかりでなく、法人内の育成システムとしても、医療、施設、在宅サービスの実務及びスーパーバイザーとも言える指導者の人材育成に活用されていた。

- ② 病院からの施設入所者については、生活相談員・支援相談員による入所前の病院からの情報収集や、本人・家族への施設・事業所サービスに関する説明が行われていた。生活相談員は病院のソーシャルワーカーや看護師に連絡して、専門職チームが必要とする情報を収集していた。また、一体的取組を本人・家族に説明して、サービスが入所時から提供できるように対応していた。さらに、管理栄養士の再入所情報連携加算のように介護施設の管理栄養士等の専門職が病院の同じ専門職との情報連携を直接的に行って、入所・利用後の食事形態等を含めてのケア計画試案を作成するといった同じ専門職種間の情報連携も病院・施設間で進められていた。しかし、このような入所前からの病院・施設間の情報連携や入院中の本人・家族への丁寧な説明は、入所・利用後のサービスの継続性に対する生活相談員の手腕の見せどころを言ってもよいほどである（2. 7 参照のこと）
- ③ 施設や通所事業所に言語聴覚士や歯科衛生士の配置や関係がない場合には、食事形態の決定に際して、病院のレントゲン造影検査や言語聴覚士による嚥下評価を依頼し、協力歯科医院の歯科医師及び歯科衛生士による口腔内も問題の評価を依頼している先行的事例がみられた。
- ④ 老健からの在宅復帰者や通所サービスの利用者の状況が悪化して、在宅訪問栄養ケア・マネジメントの必要性がある場合には、同一法人の病院及び診療所からの管理栄養士による居宅療養管理指導に切り変えるシステムのある法人が複数あった。しかし、利用者のかかりつけ医からスムーズに指示が得られる連携体制が充分でないために、施設退所や通所利用の高齢者の居宅療養管理指導へ移行は今後の課題である。
- ⑤ 特養施設での看取りには、死亡診断を行う協力医師との連携の強化、看護師の 24 時間体制あるいは吸引のできる介護職の必要性等があり、看取りのための一体的取組が推進されている先駆的特養（3. 2 参照のこと）においては、このような医療連携ができていたが、全国的には今後の課題である。
- ⑥ 先駆的事例における法人下にある施設・通所事業所においては上記のような医療・介護連携が機能しているが、今後は、これらの法人下の病院・施設から地域や近隣の単独事業所に対しても専門職チームや各専門職による一体的サービスを提供できる体制づくりをしていくことが今後の課題である。

## 7. 情報システムの活用

一体化の体制や取組には、経営組織やその職員において、その目的や方針を共有し、職種間の日常的なコミュニケーションのもとに、さらに、情報システムを導入することが一体化

を推し進めるひとつのツールとなる。情報システムを活用することによって、各専門職間の情報の共有化やリハビリテーション計画等に計画の作成が一体化され、情報の提供や共有化が効率的に行われることになる。

先駆的事例では、介護保険請求システムを基盤とした情報システムを活用し、パーソナルコンピューターや iPad に代表される携帯端末が活用され、各フロアー（部門）からの情報を音声入力ソフトや、次世代型インカム等の利用し、絶えず把握、共有化し、随時入力可能な状況になっていた（表7）。さらに、ベッドセンサーとの「IoT 連携」や送迎システム等の連携を行う等が行われている。（1章参照のこと）

また、施設内コミュニケーションに有効なツールを活用し、タブレットやスマートフォンを用いて、入所者ごとにグループ化された職種間で即時の連絡調整が可能な状況を整えている事例も見受けられる。

一方、コロナ禍の感染予防対策として、オンライン会議システムが内部・外部を含めたカンファレンスや在宅の本人・家族からの情報収集や状態把握、相談対応に活用されて、接触機会を減らす、あるいは密を避け、新型コロナウイルスの感染リスクを減らすことが可能となった。

同一法人内の病院から施設及び事業所に入院高齢者が移行し、病院で検査を受けた場合等には、病院から施設・事業所にリアルタイム以外にもオンデマンドで配信され説明が行われている。

さらに、本人・家族や地域住民への啓発活動として、SNS を用いた専門職によるレクチャーや教材説明等の配信も行われるようになっている。

施設からの退所支援や通所事業所においては、在宅での食事の内容や量を把握することが重要なことから、今後は、携帯端末を用い、配膳時と下膳時の写真から摂取栄養量が推算されるアプリの活用が期待されている。

一方、施設での給食管理への適切な栄養管理ソフトウェア、献立作成ソフトウェアの専用ソフトウェアが導入されていることは、管理栄養士が栄養ケア・マネジメントのもとに一体的取組がなされる。しかし、依然として表計算ソフト、手計算などの利用がみられる。また、使用されるソフトウェアは、各地のシステム開発業者製品もあり、共通の仕様となっていない。さらに、給食の委託の状況によって、栄養・献立に関する情報システムが、施設側、委託側の管理下にあるなど、複雑な状況にある。先駆的施設では、ベンダー間の情報（マスターなど）を統一し、委託先との業務の効率化を図り、一体化を推進している。

#### 表7. 情報システムの活用について

---

○従来は、日々の記録は部署ごとに書面に記載して保管する方法をとっていた。そのため、

(69)

日々の介護記録を確認する際にはケアワーカーのいるケア現場へ、往診の情報を確認する際には看護師がいる医務室へ、食事の情報を確認する際には専門支援チームのいる事務所へ行かなければならず、情報共有が難しかった。現在がアプリを用いており、全部署に入力・閲覧用のパーソナルコンピューターやアプリの入ったタブレットを常備している。利用者の個別ページをみれば、職員の誰もが利用者の状況、変化、誰がどう対応したのかがわかるようになっている。ミールラウンド等の記録や協力歯科医師による診療情報、管理栄養士、歯科衛生士、言語聴覚士による評価記録も個別ページに集約されている。(特養 04)

○同一法人からの入所の場合には、法人内の病院と施設は Teams や iPhone によって繋がっているため、病院の言語聴覚士が入院中の食事形態、食事介助等の食事時の撮影動画を Teams を用いて当該施設に送り、それを各担当者に配画している。法人の病院で嚥下造影検査 (VF) を行った場合には、その映像とともに嚥下リスク状況や<食べないで>というコメントも配信される。入院中のリハビリテーションの動画も同様に配信されるので、歩行状態や機能訓練の状況や方法を細かく確認することができる。官官連携と言われている再入院時情報連携加算にも当該情報システムが活用できる、このように3つの法人が全て iPhone でつながっているため、Google 会議、退院時前の看護師への直接の情報確認、食事形態、歩行状態等について、グループ Zoom でつなげて確認することができる。通所サービス事業所が法人の専門職からアドバイスを受けることもできる。法人の病院からの当該情報システムは、地域の法人外の事業所でも対応できるものである。(特養 05)

○職員の全てが、コンピューターを用いて、栄養ケア計画、介護のケアプラン、看護計画、及びリハビリテーション計画をみられるので、情報の共有化は直ちにできる体制になっている。職員はノートパソコンや iPad を持って移動しながら入力ができる。法人の老健を主体に通所リハビリテーション、訪問看護、小規模多機能、通所介護、障害に関する事業所等があり、個々の利用者の ID は1本で統一され、利用者の入所から退所まで、法人内の併設施設が異なる通所介護に利用者が移動しても、関連する職員は各計画書に触ることはできないが見られるようになっている。法人の病院の電子カルテ自体はオンプレミス版なので、入院中のデータは病院から他に流れることがなく、サマリーによる情報のやりとりを行っている。コロナ禍に対応して、入所者の退所時にはテレビ電話や WEB (Zoom) を家族への説明等に活用している。食事の場면을オンラインで家族にみてもらうことは未だないが、リハビリテーション動画を家族に提供することは始めている。(老健 04)

○電子データには、ワイズマンを使い LIFE のデータ入力をしているので、全ての職種が情報共有できている。また、LINE WORKS を活用し、各部署に iPad が置かれ、携帯の LINE と同様に入所者 A のグループ、B のグループというように関連職種が随時連絡を取り合っている。「何とか食べられました」「これからちょっと一緒に行けます」と LINE の様に共有情報が直ちにできている。管理職や個人の携帯も LINE WORKS アプリで活用できるので業務効率が大変よくなった。(老健 07)

- サービス担当者会議をオンラインでやるケースがある。(通所介護01)
- 通所介護のYouTube動画をQRコードで「センターだより」として利用者・家族に見てもらっている。インカムを職員全員が用いているので、利用者のその日の状態の変化に応じた行動が瞬時に行える。また、職員間ではITを活用してチャットツールやコミュニケーションアプリを使って連絡し合い、ケアカルテのソフトを使って電子化している。例えば通所介護での口腔ケアのブラッシングの映像などを本人・家族にYouTubeで流して、楽しみながら口腔清掃を学んでもらっている。栄養に関しても、『まごわやさしいこ』と発信して豆、ゴマ、ワカメ・・・の献立等が広まっていくので楽しい。(通所07)
- 地域リハビリテーション活動の一環として、地域の高齢住民の体力測定を行ってきた。このような地域活動の事業には、今は区役所、医師会もタイアップして、様々な取組みを年に10回程度行っている。コロナ禍もオンラインで継続し、打合せ会議にもオンラインを活用している。(通所リハ08)
- 電子化されたリハビリテーション計画書に栄養ケア計画を一緒に記載し、これによって全職種が情報を共有化している。リハビリテーション会議は基本的に直接参加するが、WEB (Zoom) で参加する場合もある。利用者家族が、WEBで参加することもある。(通所リハ05)

## 8. 「一体的取組」の推進のための研修のあり方

一体的取組は、従来の個別の専門職別の教育・研修のあり方を、多職種連携の教育・研修へと大きく変えるものである。本先駆的事例集は、一体的取組のための多職種連携研修に活用するために、作成されたものである。日本健康・栄養システム学会においても一体的取組に対応するための多職種研修の開催を予定している。先駆的事例を参照しながら、多職種連携の教育・研修あるいは法人、施設あるいは事業所内の職員研修OJTのあり方について、多職種で意見交換をして、実際の研修プログラムの作成及び実施を目指していきたい。先駆的取組事例からは、表8のようにOJTが行われていた。

**表8 8. 「一体的取組」の推進のための研修のあり方について**

○報酬制度に関する研修ではなく、ケアの質の向上を目指して多職種が話し合うためには、考え方やチームとして目指す目標を共有するための、多職種参加の研修が必要である。現在、例えば看取りに対しての介護についての研修は行われているが、栄養・口腔に関しての研修はなく、専門職が悩んでいる状況にある。専門職は、利用者の口腔の機能低下を認識して、個別の栄養状態を的確に確認し、残存機能の低下防止のためのケア計画の作成・実施へと繋げなければならない。一体化のために多職種が連携するために必要な研修内容は、看取り及び認知症、口腔、栄養に関する研修、他施設・事業所での体制や取組の事例等である。(特(71))

養 02)

○言語聴覚士、歯科衛生士、管理栄養士は、いずれも食べることを支援する専門職であるが、その養成課程においてお互いの専門的な分野に関する知識や実務について殆ど学んでいない。これはケアワーカーや看護師、事務職員等も同様である。そのため、入所時の新人研修では、職種を問わず新人職員全員が、嚥下や食事介助方法については言語聴覚士から、口腔ケアについては歯科衛生士から、栄養や食事形態については管理栄養士から、食事時の姿勢調節については作業療法士から、レクチャーを一日受ける。また、実務入って最初の2週間程度は、全職種が口腔ケアや食事介助を重点的に行うスケジュールが組まれている。本施設は医療依存度が高い利用者が多いことから、看護師だけでなくケアワーカーや管理栄養士等、全職種に医療知識が必要とされている。(特養 04)

○介護支援専門員には、栄養、口腔というイメージがないので、介護支援専門員への教育が要である。口腔、栄養に関わることが、利用者にどのような効果を齎すかを教えていかなくてはならない。管理栄養士等は、研修等で学習したことについて介護職に伝達講習を行い、一緒に学ぶことを通じて、利用者が食べられない原因を一緒に考える視点を全員が持ち、見守ってくれるようになった。例えば、管理栄養士がミールラウンドにいない時でも、介護職がお茶を飲んでむせていた等の利用者の変化を気付いて情報提供をしてくれるようになった。一体化した取組のためには、多職種が同じ目標を持ち、同じ方向を向くということであり、これが大きな強みになる。なお、調理師もチームの一員として学び続けることが求められる。外部研修の参加の機会が少ないが、常にアンテナを張り、一緒に学び、一緒にやっていくことが、一体化の取組においては大切にしないといけない。なお、以下は、地域保健福祉事務所と協力して当該事業所が、地域の歯科衛生士を高齢者の通所サービスや在宅訪問ができる人材育成を目指して取り組んだ基礎研修のプログラムである。一体化を進めるためには、卒後研修、業務実施中における研修会参加、継続的な自己研鑽の必要性がある。

基礎編(対象：歯科衛生士)：#口腔に対して・高齢者の口腔について・口腔ケアの方法・機能的な口腔の変化・口腔機能低下症について・検査方法等/#日常動作について-理学療法の視点から-言語聴覚の視点から/#日常生活・福祉概論・認知症について・高齢者の疾病と口腔・高齢者を取り巻く福祉環境、地域包括システムと歯科の役割/食と口腔・ミールラウンドについて知る.なにを見るか・安全に食事ができる姿勢、理論と誤嚥予防/歯科衛生士業務記録：アセスメントの書き方、記載の目的、必要な情報を聞き出す問診の進め方、ロールプレイ/情報処理について (通所介護 08)

○一体化を進めるためには、歯科衛生士に対する介護サービスに関する研修が必要である。



口腔の手技だけの研修ではなく、高齢者に対する対応及び多職種連携の在り方等の卒後研修が求められる。歯科衛生士は、一般歯科に勤務後に介護サービスの事業所に勤務すると、全く未知のことばかりである。初任者研修として、介護の手引きのようなやり方、車いすの使用の仕方、洗面所への誘導方法の研修がされている。担当者会議で利用者・家族中心に多職種で話し合うことも、養成の段階では殆ど学んでいない。言語聴覚士も、介護サービスや高齢者ケアに関する法律や制度は学ぶが、高齢者の介護方法やサービスの技術、あるいはコミュニケーションの方法は深く学んでいない。管理栄養士も養成の段階では、同様に学んでいない。就職後に介護職や看護師から教えてもらう初任者研修が必要である。理学療法士も、養成課程で栄養の講義はなかった。生理学的にたんぱく質がなくなったら筋たんぱくが分解するという知識は勉強しても、実際のリハビリテーションに栄養が関係することは自己学習した。口腔に関しても、近年は、誤嚥性肺炎との関係を独学で勉強しているが限界がある。介護職は、養成時に栄養や口腔のことを少し学んでいるが、現在、事業所の歯科衛生士や管理栄養士から学ぶことが重要である。系統だった一体的取組のための多職種がともに学んでいく研修が必要とされる。(通所リハ01)

○言語聴覚士の専門職団体の研修では、リハビリテーション専門職に対する共有の卒後研修制度で研修しているが、各職能団体による合同研修会があるとよい。また、栄養及び口腔についてのOJTによる実務研修があるとよい。経験のない管理栄養士は、利用者の在宅生活を知らない、新卒の管理栄養士は、どうしたら簡単に作れるのか、どうしたら手抜きができるのか等の引き出しが少ない。また、利用者・家族からは夜間の頻尿への対応までを質問されるので、栄養だけではなく、さまざまな高齢者の疾患や状況に関する知識を積み上げないといけない。管理栄養士は、安定している高齢者の場合も、1カ月に1回は安心のために、事前情報を得て在宅訪問し、まず季節に応じた会話をし、その後利用者・家族が良かったと思えるお土産を残せる30分間の在宅訪問を組み立てられる力が必要とされる。そこで、法人の管理栄養士には様々な事例から学んでもらっている。たとえば同じ腎機能障害でも、色々なパターンがあり、対応する仕方も異なる。法人の管理栄養士は、3年程度フードサービス担当後、回復期リハビリテーション病棟、5年目で外来、6年目で在宅訪問というようにOJTをしている。臨床経験としては3年目で在宅訪問という教育計画である。(通所リハ02)

○リハビリテーション専門職も採用2-3年目までは回復期リハビリテーション病棟にいて、そこから診療所で、在宅訪問を3年程度経験し、その後また回復期病棟に戻って、指導者として活躍してもらうような教育計画である。本診療所が地域リハビリテーション支援事業

に取り組むなかで、事例検討会を行っている。最近では議題を決めて、看護師、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、管理栄養士、介護支援専門員等が参加して、年2回講習会を行っている。各専門職団体がそれぞれ企画をたて、D区内の専門側の交流、地域への還元を行ってきた。例えば理学療法士は年に2回地域事業に協力し、地域高齢者の体力測定を行って地域の情報を収集しながら、本診療所の良さを少しずつ宣伝してきたことも、地域との信頼関係のもう一つの軸となっている。このような地域事業には、今は区役所、医師会もタイアップして、様々な取組を年に10回程度行っている。コロナ禍もオンラインで続けた。打合せ会議にもオンラインを活用している。法人は事業の3本柱に、回復期リハビリテーション病棟の充実、生活期の充実、そして地域リハビリテーション事業の推進をあげている。この三つ目のところが本診療所の目的の一つであるので、地域で何をやっているかを地域住民にアピールすることがポイントになる。例えば、年に1回、地域ケアフォーラム、一般市民講座を開催してきた。コロナ禍前は、患者会によるネットワークをつくっていた。(通所リハ02)

○回復期リハビリテーションから通所リハへの連続的な一体的取組の体制及び取組が求められている。地域人材が少ないため、歯科衛生士協会に相談し、募集もしているが雇用できない。歯科的な対応ができていないので、基幹病院の歯科衛生士による職員研修によって補っている。今回、歯科衛生士による研修をきっかけに、院内の職員全員にアンケート調査を行ったが、義歯の不具合がある場合の対応、認知症等で開口できない場合、口腔ケアに対して拒否のある場合、口腔内が乾燥しやすい場合及び出血しやすい場合等への対応がわからないという意見も多く出ている。その他には口腔ケアの方法自体が分からないので、基本的な口腔ケアの方法を丁寧に細かく教えてほしいという意見も多くあった。(通所リハ04)

○同じ職種でも個人によって評価の尺度が違うが、職種が変わっても、同じ職種内でも差がなく評価できないと、具体的な介入方法が変わってしまう。まず、評価の視点をしっかり持てるような多職種研修が必要とされる。管理栄養士には、在宅での食事管理、継続した療養食、簡単な食事提供や食事内容に関する研修が必要である。医師も看護師も、簡単に言えばアルブミンやリンパ球等の検査値や身体計測の知識はあっても、実際、食べるときの観察：食べる姿勢や口腔ケアが結果を伴っているか等を系統的に学んできていない。医学部のときも、研修医のときもそういう視点はなかった。多分、看護師も同じであろう。多職種を対象として、座学だけではなく高齢者ケアの仕方、高齢者の見方の実務が広く研修されると、高齢者に対して良いサービスが提供できる。(通所リハ04)

○言語聴覚士も学校で学んできたことを、実際、臨床で生かすときに初めて、働く場によっ

て持てる知識をどのように活用するかが変わってくる。個別の利用者によって対応が変わるので、症例検討会が地域で行われるとよい。言語聴覚士は、一つの職場に1人しかいないので、1人でよく分からない状態で働いている場合が多い。地域ごとに症例検討会や論文抄読等、言語聴覚士内も連携を取りながら学ぶ場があるとよい。(通所リハ04)

○医師は、回復期、療養病床、介護保険で働く機会が多いが、医師と歯科医師とが効率よく上手に連携できればよい。歯科は歯科医師に依頼して治療・処置という業務のあり方からまだ抜け切れていない。医師と歯科医師はもっと深いことで連携できるはずだ。歯科医師が医師や多職種によるカンファレンスに参加することは余りないので、情報を共有する場が足りないのかもしれない。(通所リハ04)

○管理栄養士を対象とした研修については、知識は持っていても、その知識が活用された病棟や在宅での実務を勉強する機会が少ないことが、今後の課題である。実務の映像化も必要である。(通所リハ05)

○当該法人では、施設間及び職種間での勉強会という形態で研修活動を毎年行っている。法人内の様々な施設間の情報共有ができて、互いがどんなことをしているのか。どのように考えているのかを相互に理解することができるようになる。各15分間のレクチャーでは、管理栄養士が栄養管理の方法、摂取栄養量や活動量をこのように考えているという説明、リハビリテーション専門職が、METsについて、歩行等の活動に伴った食事量をどのように考えるかなどを伝えている。これらの内容は、院内の共通ツールで、動画や録画として配信し、全職員がいつでも見られるようになっている。(通所リハ05)

○通所リハビリテーション協会による様々な職種による様々な研修を受けているが、任意の研修なので、参加義務がないので参加者が少ない状況がある。専門職研修ですら参加できてない状況があるが、一体的取組に関して職種間の理解を深めるための研修は年に何回と受講義務。例えば通所リハの質を高めるためには、研修を年に何回は参加すると加算で評価されるような要件もあるよい。食事の自力摂取のできる利用者は、自宅での運動や食事のときの工夫を指導して、次の週には、実際やってみてどうだったかをフィードバックしてもらおうが、食事介助の必要な利用者には介護職への指導が必要である。また、管理栄養士には、訪問時の聞き取りの研修があるとよい。(通所リハ06)

○専門職間で栄養に関しては知識の差がある。高齢者の低栄養改善の便益に関して理解するための多職種への研修があると、栄養に関するサービスの必要性のイメージが多職種に共有される。(通所リハ07)

○通所事業所全職員が夫々のチームによるCQI活動によって職員が成功体験を重ねて、そ

れをチームが共有していくことがモチベーションを上げていくこととなる。食事チームの成功体験はこれからだが、もっと勉強しないといけない研修をしようという解決策も出てくる。リハビリテーション専門職においては、職員が同じ視点で評価ができて、同じ視点でプログラムが立てられるかが課題であり、その底上げのために事例検討会や研修会を行っている。リハビリテーション専門職においては、段階的達成目標がありマンツーマンによるOJTを行っているが、個人差が大きい。(通所リハ08)

○通所サービスに関わっている管理栄養士が全国的に少ないので、一からの研修があればもっと深く理解して進めることができる。(通所リハ09)

---

## 資料

(本文中の資料番号順に掲載)

### 1. 1 (1) 高齢者の「口から食べる楽しみをいつまでも」の意義

高齢者にとっての「食べること」の意義. 栄養改善マニュアル (改訂版)、p9-10, 平成 21 年 3 月、「介護予防マニュアル」分担研究班 (研究班長 杉山みち子). (厚生労働省)

[https://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/dl/tp0501-1e\\_0001.pdf](https://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/dl/tp0501-1e_0001.pdf)

### 1. 1 (2) 効果等に関するエビデンス (介護給付費分科会資料より)

<リハビリテーション関係>

○個別の栄養管理の実施による栄養状態と FIM 得点の変化 (p38)

栄養管理 個別事項 (その 5 : リハビリテーション) 中央社会保険医療協議会 総会 (第 365 回) 平成 29 年 10 月 25 日 (厚生労働省)

<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-1240400HokenkyokuIryouka/0000182077.pdf>

<口腔関係>

○要介護高齢者における歯科的対応の必要性 (p11)

要介護者に対する介護職と歯科専門職による口腔ケアの効果 (p12)

歯科専門職の評価に基づく口腔衛生管理の効果 (p 14)

要介護高齢者の低栄養リスクと咀嚼機能 (咬合支持の有無) との関係 (p15)

<栄養関係>

管理栄養士の配置数の違管理栄養士の配置数の違いによる栄養ケア・マネジメントの効果の差 (p21)

介護老人福祉施設による業務状況と入所者の低栄養リス (p22)

管理栄養士の配置数の違いによる栄養ケア・マネジメントの効果の差 (介護老人保健施設) (p23)

栄養改善加算に係る状況 (p32)

口腔・栄養関係 (参考資料) 社保審一介護給付費分科会 第 140 回 (H29.6.7) 参考資料 3 (厚生労働省)

[https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000167236.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000167236.pdf)

(口腔関係)

○歯科衛生士による口腔衛生管理の頻度に関して (p5)

(栄養関係)

介護保険施設入所者における低栄養リスクと入院・死亡リスクの関係 (p25)

(77)

栄養改善加算に係る状況① (p42)

口腔・栄養関係 (参考資料) 社保審一介護給付費分科会 第153回 (H29.11.29) 資料(厚生労働省)

[https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000186481.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000186481.pdf)

(経口維持関係)

○ (参考) 経口維持加算の算定状況 (p3)

(参考) 口から食べる楽しみの支援の流れ・効果 (p6)

施設系サービスの口腔・栄養に関する報酬・基準について (案)、社保審一介護給付費分科会 第113回 (H26.11.6) 資料 (厚生労働省)

[https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000064258.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000064258.pdf)

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000672514.pdf>

(口腔関係)

○介護保険施設等における歯科専門職の口腔衛生管理等への関与 (p82)

通所サービス利用者の口腔状態 (p88)

介護保険施設入所者の体重減少に対する口腔衛生管理加算の効果 (p122)

介護保険施設入所者の肺炎発症に対する口腔衛生管理加算の効果 (p123)

通所サービス事業所における口腔機能向上加算の算定実績と加算を算定しない理由 (p128)

(栄養関係)

○介護保険施設入所者の栄養状態 (p125)

栄養ケア・マネジメント体制の強化と在宅復帰率・入院率 (p126)

通所サービス利用者の栄養状態 (p130)

通所サービス利用高齢者に対する栄養ケア・マネジメントの効果 (p131)

社令和3年度介護報酬改定に向けて (自立支援・重度化防止の推進) 社保審一介護給付費分科会 第185回 (R2.9.14) 資料 (厚生労働省)

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000706843.pdf>

1. 1 (3) 令和3年度介護報酬改定に関する通知等、様式例一括掲載

○令和3年度介護報酬改定に関する通知等

3. (1) リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化 (p21-31)

厚生労働省 自立支援・重度化防止の取組の推進 令和3年度介護報酬改定について

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411\\_00034.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00034.html)

1. 3 (1) アドバンス・ケア・プランニング (ACP. 愛称「人生会議」)

厚生労働省「人生会議」してみませんか

[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_02783.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html)

人生会議 (ACP) 普及・啓発リーフレット

<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000536088.pdf>

人生会議学習サイト

<https://www.med.kobe-u.ac.jp/jinsei/>

人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン及び同解説編

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197721.pdf>

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197722.pdf>

1. 3 (2) 日本栄養士会認定 栄養ケア・ステーション

栄養ケア・ステーションとは(日本栄養士会)

<https://www.dietitian.or.jp/carestation/business/index.html>

2. 1 専門職による実務：管理栄養士及び3. 認知症、看取り、経口維持・経口移行のための実務のための手引

○高齢者の慢性期ケアにおける栄養管理の実務

介護サービスにおける栄養ケア・マネジメントの実務の手引き第3版 (一般社団法人 日本健康・栄養システム学会)

<https://www.j-ncm.com/wp-content/uploads/2022/09/koureisya-tebikisyo.pdf>

○令和3年度介護報酬改定対応：介護サービスにおける栄養ケア・マネジメントの実務の手引き (初版)

令和3年度老人保健健康増進等事業 (老人保健事業推進費等補助金)「介護保険施設等における栄養ケア・マネジメントの実態に関する調査研究事業」(一般社団法人 日本健康・栄養システム学会)

<https://www.j-ncm.com/wp-content/uploads/2022/04/r3-rouken-tebiki.pdf>

1. 4 嚥下調整食コード

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. 日本摂食嚥下リハビリテーション学会 嚥下調整食委員会：栢下淳，藤一郎，藤谷順子，弘中祥司，小城明子，水上美樹，仙田直之，森脇元. 日摂食嚥下リハ会誌 25 (2) : 135-149, 2021.

<https://www.jsdr.or.jp/wp-content/uploads/file/doc/classification2021-manual>

### 3. 1 認知症

認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン(厚生労働省)

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000212396.pdf>

### 4. 1 介護予防マニュアル(在宅高齢者のアセスメントや支援に汎用可)

[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_25277.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_25277.html)

序章 介護予防マニュアルについて

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000930363.pdf>

第1章 複合プログラム実施マニュアル

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000930364.pdf>

第2章 運動器の機能向上マニュアル

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000930365.pdf>

第3章 栄養改善マニュアル

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000930366.pdf>

第4章 口腔機能向上マニュアル

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000930367.pdf>

第5章 閉じこもり予防・支援マニュアル

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000930368.pdf>

第6章 認知機能低下予防・支援マニュアル

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000930369.pdf>

第7章 うつ予防・支援マニュアル

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000930370.pdf>

介護予防マニュアル第4版(厚生労働省)

[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_25277.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_25277.html)



令和4年度老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費等補助金）

リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組に関する調査研究事業

検討委員会

新井 英一	静岡県立大学 教授
植田 耕一郎	日本大学歯学部 摂食機能療法学講座 教授
宇田 淳	滋慶医療科学大学大学院 教授
江澤 和彦	公益社団法人 日本医師会 常任理事
梶井 文子	東京慈恵会医科大学 教授
加藤 昌彦	椙山女学園大学 教授
小玉 剛	公益社団法人 日本歯科医師会 常務理事
小山 秀夫	学会事務局長 兵庫県立大学 名誉教授
斉藤 秀之	公益社団法人 日本理学療法士協会 会長
斉藤 正身	一般社団法人 日本リハビリテーション病院・施設協会 会長
田中 和美	神奈川県立保健福祉大学 教授
○仲井 培雄	一般社団法人 地域包括ケア病棟協会 会長
中村 春基	一般社団法人 日本作業療法士協会 会長
深浦 順一	一般社団法人 日本言語聴覚士協会 会長
◎三浦 公嗣	学会代表理事 藤田医科大学 教授
元家 玲子	公益社団法人 日本栄養士会 理事
吉田 直美	公益社団法人 日本歯科衛生士会 会長
オブザーバー	
前田 圭介	国立長寿医療研究センター 老年内科 医長 愛知医科大学大学院緩和・支持医療学客員教授

◎：委員長 ○：副委員長

事業実施小委員会

池田 公平	公立大学法人 神奈川県立保健福祉大学 （作業療法学専攻 助教）
植田耕一郎	検討会委員 日本大学歯学部 摂食機能療法学講座 教授
榎 裕美	愛知淑徳大学 健康医療科学部 教授
大原 里子	大原歯科医院
苅部 康子	介護老人保健施設リハパーク舞岡 栄養課長
桐谷裕美子	医療法人社団輝生会 教育研修局 栄養士教育担当
黒澤 千尋	公立大学法人 神奈川県立保健福祉大学 （理学療法学専攻 助教）
古賀奈保子	医療法人社団いばらき会 いばらき診療所
杉山みち子	日本健康・栄養システム学会専務理事
高田 健人	十文字学園女子大学 人間生活学部 食物栄養学科 講師

谷中 景子	医療法人社団千春会 千春会病院 栄養科統括主任
堤 亮介	平成医療福祉グループ 栄養管理部
寺井 秀樹	慶応義塾大学医学部 呼吸器内科 講師
遠又 靖丈	神奈川県立保健福祉大学 准教授
友藤 孝明	朝日大学 教授
西井 穂	神戸女子大学 家政学部 管理栄養士養成課程 講師
長谷川未帆子	大和市保健福祉部 健康づくり推進課
協力委員	
志村 栄二	愛知淑徳大学 健康医療科学部 教授
百合草 誠	愛知淑徳大学 健康医療科学部 教授
協力者	
大田 圭要	神奈川県立保健福祉大学 大学院生
浅見 桃子	神奈川県立保健福祉大学 大学院生
研究補助	
萩原 奈緒	日本健康・栄養システム学会
森田 智美	日本健康・栄養システム学会
事務局 駒形 公大	日本健康・栄養システム学会

令和4年度老人保健健康増進等事業  
老人保健事業推進費等補助金  
リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組に関する調査研究事業所  
令和6年度介護報酬改定に向けた先進的事例集：  
高齢者の口から食べる楽しみをいつまでも！！  
リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の「一体的取組」のために

令和5（2023）年3月発行  
一般社団法人 日本健康・栄養システム学会  
〒111-0053 東京都台東区浅草橋3-1-1 TJビル3階  
TEL:03-5829-8590 Fax:03-5829-6679 e-mail: jimukyoku@j-ncm.com

★ご協力頂ける場合には、＜調査票記載要項＞をご参照のうえ、日本健康・栄養システム学会ホームページに掲載している WEB 調査票(当該記載要項 1. の URL 及び QR コードからリンクしています。)を用いてご回答頂き、2022 年 11 月末日までにご返信頂きますようお願い致します。

同意確認欄:研究概要をお読みになり、回答に同意する場合は右の□に✓をつけてください。 ●本研究は日本健康・栄養システム学会の研究倫理委員会に承認されています。 ●本研究の概要・目的・方法・倫理面への配慮について理解しました。 ●本研究は無記名で行われ、情報の保護に十分な配慮がなされます。 ●本研究への回答は自由意思であり、ID により不利益を受けること無く撤回できます。 ●結果については報告書および学術論文として取りまとめ、公表されます。	<input type="checkbox"/>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------

※本調査票のお送り先の施設サービスについてのみお答えください(ショートステイや併設の通所サービスは含めないでください)。

ID(事業所番号):	記入日:2022年( )月( )日
主回答者(いずれかに○):a. 施設長、b. その他( )	

1. 2022 年 9 月 30 日時点の施設の概要についてお答えください。

(1). 施設・入所者概要についてご記入下さい。(ショートステイを除く本入所のみ)

a. 定員( )床	b. 入所実人数( )人
c. 平均在所日数( )日	d. 在宅復帰率( )%(老健のみ回答)
e. 要介護度別の入所実人数内訳 (0 人の場合は「0」をご記入ください。合計が b. 入所実人数と一致することをご確認ください。) ① 要介護1( )人, ② 要介護2( )人, ③ 要介護3( )人, ④要介護4( )人, ⑤ 要介護 5( )人, ⑥その他※審査中等( )人	
f. 低栄養状態リスク別*の入所実人数内訳 *栄養ケア・マネジメントの事務処理手順(通知)に示されている低栄養状態のリスク分類 (0 人の場合は「0」をご記入ください。合計が b. 入所実人数と一致することをご確認ください。) ①低リスク( )人, ②中リスク( )人, ③高リスク( )人, ④不明( )人	
g. 食事形態別の入所実人数内訳 (0 人の場合は「0」をご記入ください。合計が b. 入所実人数と一致することをご確認ください。) ①常食( )人, ②常食でない主食または副食( )人, ③経管栄養または静脈栄養のみ( )人, ④不明( )人	
h. 咀嚼機能が低下した入所者への対応について、頻度が最も高いものは何ですか。(いずれかに○) ①軟らかいものが噛める入所者への対応 a.常食 b.軟食、軟菜食 c.きざみ食 d.ソフト食、ムース食 e.ミキサー食 f.その他 ②軟らかいものが噛めない入所者への対応 a.常食 b.軟食、軟菜食 c.きざみ食 d.ソフト食、ムース食 e.ミキサー食 f.その他	

(2). 2022年4月1日から2022年9月30日の6か月間の死亡・入院・退所等についてご記入下さい。

(0人の場合は「0」をご記入ください。不明の場合は「②不明」に○をつけてください)

a. 退所した人数(死亡を含む)①( )人, ②不明
b. 退所した人のうち、在宅へ退所した人数①( )人, ②不明
c. 入院した人数(入院先で死亡も含む)①( )人, ②不明,
d. 入院した人のうち、誤嚥性肺炎により入院した人数①( )人, ②不明
e. 死亡した人数①( )人, ②不明
f. 死亡した人のうち、亡くなる1か月前の時点で経口摂取(プリン・アイス等を含む)していた後に看取った人数①( )人, ②不明

(3). 職種別従業員数(常勤換算)についてご記入ください。(0人の場合は「0」をご記入ください。)

a. 医師( )人, b. 歯科医師( )人, c. 歯科衛生士( )人, d. 薬剤師( )人,
e. 介護福祉士( )人, f. 介護職員(介護福祉士を除く)( )人, g. 介護支援専門員( )人,
h. 看護師( )人, i. 准看護師( )人, j. 理学療法士( )人, k. 作業療法士( )人,
l. 言語聴覚士( )人, m. 専任の機能訓練指導員(h~lの従業員を除く)( )人,
n. 管理栄養士( )人, o. 栄養士(管理栄養士を除く)( )人

(4). (3). m.の専任で勤務する機能訓練指導員の資格で当てはまるものすべてに○をつけてください。

a. 看護師, b. 准看護師, c. 理学療法士, d. 作業療法士, e. 言語聴覚士, f. 柔道整復師,
g. あん摩マッサージ指圧師, h. 鍼灸師(6か月以上の実務経験有), i. その他( )

(5). 貴施設の従業員以外で、外部機関等に所属し、貴施設の従業員と連携(評価・治療・ケア等)している専門職はいますか。①あり ②なし のいずれかに○をつけ、①ありの場合は所属機関のα、βいずれかにください。(貴施設が外部機関と提携していたり、利用者が個別に利用していて情報提供を受けている場合を含む)

a. 医師	:①あり(所属機関(α. 同一法人・β. 他法人)・②なし
b. 歯科医師	:①あり(所属機関(α. 同一法人・β. 他法人)・②なし
c. 歯科衛生士	:①あり(所属機関(α. 同一法人・β. 他法人)・②なし
d. 理学療法士	:①あり(所属機関(α. 同一法人・β. 他法人)・②なし
e. 作業療法士	:①あり(所属機関(α. 同一法人・β. 他法人)・②なし
f. 言語聴覚士	:①あり(所属機関(α. 同一法人・β. 他法人)・②なし
g. 管理栄養士	:①あり(所属機関(α. 同一法人・β. 他法人)・②なし

(6). 以下の加算について、2022年9月の1か月間に1件以上算定しましたか。それぞれ①あり ②なし のいずれかに○をつけてください。

特養・老健共通 (a~k)	算定の有無	特養 (l~r)	算定の有無
a. 栄養マネジメント強化加算	①あり・②なし	l. 個別機能訓練加算 I	①あり・②なし
b. 経口移行加算	①あり・②なし	m. 個別機能訓練加算 II	①あり・②なし
c. 経口維持加算 I	①あり・②なし	n. ADL 維持等加算 I	①あり・②なし
d. 経口維持加算 II	①あり・②なし	o. ADL 維持等加算 II	①あり・②なし
e. 再入所時栄養連携加算	①あり・②なし	p. 看取り介護加算 I	①あり・②なし
f. 療養食加算	①あり・②なし	q. 看取り介護加算 II	①あり・②なし

g. 口腔衛生管理加算Ⅰ	①あり・②なし	r. 退所時等相談援助加算	①あり・②なし
h. 口腔衛生管理加算Ⅱ	①あり・②なし		
i. 生活機能向上連携加算	①あり・②なし	老健（s～w）	算定の有無
j. 褥瘡マネジメント加算	①あり・②なし	s. リハビリテーションマネジメント 計画書情報加算	①あり・②なし
k. 科学的介護推進連携加算	①あり・②なし	t. ターミナルケア加算	①あり・②なし
l. 認知症専門ケア加算Ⅰ	①あり・②なし	u.在宅復帰・在宅療養支援機能加算	①あり・②なし
m. 認知症専門ケア加算Ⅱ	①あり・②なし	v. 入所前後訪問指導加算	①あり・②なし
n. 栄養ケア・マネジメント未実施減算	①あり・②なし	w. 退所時等支援等加算	①あり・②なし
		x. かかりつけ医連携薬剤調整加算	①あり・②なし

2. 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」についてお聞きます。

※「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」とは、入所者の自立支援・重度化防止のための効果的なケアを提供する観点から、医師、歯科医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種による総合的なリハビリテーション・機能訓練、栄養管理及び口腔管理が実施されることをいいます。  
(参照: <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000755018.pdf>)

(1). 回答者は、厚生労働省が公開している「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書(施設系・通所)(一体的計画書)」の様式例を知っていますか。a,b,いずれかに○をつけてください。

a. 知っている, b 知らない

(2). (1)の一体的計画書を使用していますか(様式例を参考に使いやすいようアレンジしている場合も含む)。

a,b,いずれかに○をつけてください。

a. 使用している(以下の①, ②にお答えください) b. 使用していない(以下の③にお答えください)
① 使用している場合、書類の作成に関与している職種すべてに○をつけてください。 a. 医師, b. 歯科医師, c. 歯科衛生士, d. 薬剤師, e. 介護福祉士, f. 介護職員(介護福祉士を除く), g. 介護支援専門員, h. 看護師, i. 准看護師, j. 理学療法士, k. 作業療法士, l. 言語聴覚士, m. 専任で勤務する機能訓練指導員, n. 管理栄養士, o. 栄養士(管理栄養士を除く) p. その他( )
② 使用している場合、入所者や家族への意向確認、聞き取りに関与している職種すべてに○をつけてください。 a. 医師, b. 歯科医師, c. 歯科衛生士, d. 薬剤師, e. 介護福祉士, f. 介護職員(介護福祉士を除く), g. 介護支援専門員, h. 看護師, i. 准看護師, j. 理学療法士, k. 作業療法士, l. 言語聴覚士, m. 専任で勤務する機能訓練指導員, n. 管理栄養士, o. 栄養士(管理栄養士を除く) p. その他( )
③ 使用していない場合、その理由について当てはまるものすべてに○をつけてください。 a.別の書式で運用している, b.様式例の使い勝手が悪い, c.電子システムが対応していない, d.活用を主導する旗振り役がない, e.多職種で書類を共有することが難しい, f.各職種の業務についての相互の理解不足, g. 活用を促す加算がない, h.その他( )

(3). リハビリテーション専門職\*1・機能訓練指導員\*2、栄養専門職\*3、歯科口腔専門職\*4 が連携して設定した目標を個別のリハビリテーション計画または機能訓練計画に反映できていますか(一体的計画書の使用の有無にかかわらず)。a,b,いずれかに○をつけてください。

\*1. リハビリテーション専門職:理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

\*2. 機能訓練指導員:専任で勤務する看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、鍼灸師(6か月以上の実務経験有) \*3. 栄養専門職:管理栄養士・栄養士 \*4. 歯科口腔専門職:歯科医師・歯科衛生士

a. 反映できている(次の(4)にお進みください), b. 反映できていない(以下の①にお答えください)

① 反映できていない場合、その理由について当てはまるものすべてに○をつけてください。

- a. リハビリテーション専門職が勤務していない, b. 機能訓練指導員が勤務していない,
- c. 施設外(同一法人を含む)のリハビリテーション専門職との連携体制がない,
- d. 施設外(同一法人を含む)の機能訓練指導員との連携体制がない,
- e. リハビリテーション専門職の3職種が揃わない, f. 栄養専門職が勤務していない,
- g. 施設外(同一法人を含む)の栄養専門職との連携体制がない, h. 歯科口腔専門職が勤務していない,
- i. 施設外(同一法人を含む)の歯科口腔専門職との連携体制がない, j. 連携を主導する旗振り役がない,
- k. 各職種の業務についての相互の理解不足, l. その他( )

(4). 以下の項目について、リハビリテーション専門職\*1・機能訓練指導員\*2、栄養専門職\*3、歯科口腔専門職\*4、介護職員、介護支援専門員、看護師は連携協働で関わっていますか。関わっている職種 a~g の□に✓をつけてください。(一体的計画書の使用の有無にかかわらず)

\*1. リハビリテーション専門職:理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

\*2. 機能訓練指導員:専任で勤務する看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、鍼灸師(6か月以上の実務経験有) \*3. 栄養専門職:管理栄養士・栄養士 \*4. 歯科口腔専門職:歯科医師・歯科衛生士

	ア リハビリテ ーション専門 職	イ 機能訓練 指導員	ウ 栄養専門 職	エ 歯科口腔 専門職	オ 介護福祉士を 含む介護職 員	カ 介護支援 専門員	キ 看護師・ 准看護師
1. リハビリテーション・個別機能訓練目標の共有	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. リハビリテーション・個別機能訓練計画の共有	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 栄養ケアの目標の共有	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 栄養ケア計画の共有	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 口腔ケア・マネジメントの目標の共有	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 口腔ケア・マネジメント計画の共有	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. リハビリテーション・個別機能訓練における活動量、筋緊張、不随意運動の有無の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 筋肉量、筋力の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. エネルギー消費量の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 呼吸機能の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ADL の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 食事姿勢や椅子・机の高さの把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13.	低栄養状態リスクの把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	身長・体重・BMI・体脂肪率(身体計測)の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	エネルギー・栄養素摂取量の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	食事形態の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	食嗜好の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	使用している食器具の状況の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	食事介助状況の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	褥瘡の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	口腔衛生状態(歯や義歯の汚れ、舌苔、口臭等)の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	日常的な口腔ケアの実施	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	口腔機能状態(摂食嚥下、頸部・顔面周囲筋の緊張や筋力、頸部、口腔周囲の可動域、口腔内や口唇の感覚、舌の動き、むせ、口腔乾燥等)の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	義歯の有無の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	義歯の問題の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	服薬状況の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	排泄状況の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	認知機能の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	アドバンス・ケア・プランニングへの参加	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	経口維持加算による多職種ミーラウンド・カンファレンスへの参加	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	居宅を訪問し、状況を把握(各専門職の視点で)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(5). リハビリテーション専門職\*1・機能訓練指導員\*2、栄養専門職\*3、歯科口腔専門職\*4 の3領域の専門職が参加するカンファレンスを開催していますか。a,b,いずれかに○をつけてください。

\*1. リハビリテーション専門職:理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

\*2. 機能訓練指導員:専任で勤務する看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、鍼灸師(6か月以上の実務経験有) \*3. 栄養専門職:管理栄養士・栄養士 \*4. 歯科口腔専門職:歯科医師・歯科衛生士

a. 開催している(以下の①, ②にお答えください), b. 開催していない(次の(6)にお進みください)
① 開催している場合、頻度について当てはまるもの1つに○をつけてください。 a. 毎日 ・ b. 週3~6日 ・ c. 週1,2日 ・ d. 月1~3日 ・ e. 月1回未満
② 開催している場合、カンファレンスの目的について当てはまるものすべてに○をつけてください。 a. 介護支援専門員が主催するサービス担当者会議, b. ケアプランの共有, c. ミールラウンド後のカンファレンス, d. 一体的計画書の共有, e. 退所前情報共有, f. 委員会(具体的に: _____), g. 飲食レクリエーション, h. その他( _____ )



(6). リハビリテーション専門職\*1・機能訓練指導員\*2、栄養専門職\*3、歯科口腔専門職\*4 の3領域の専門職が、個別の入所者についてカンファレンス以外にフロア等でインフォーマルな話し合いをする機会は日常的にありますか。a,b,いずれかに○をつけてください。

\*1. リハビリテーション専門職:理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

\*2. 機能訓練指導員:専任で勤務する看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、鍼灸師(6か月以上の実務経験有) \*3. 栄養専門職:管理栄養士・栄養士 \*4. 歯科口腔専門職:歯科医師・歯科衛生士

a. 実施している(以下の①～⑤にお答えください) b. 実施していない(次の(7)にお進みください)
① 実施している場合、話し合いの対象となるのは、1日当たり平均で何名程度ですか( )名
② 実施している場合、頻度について当てはまるもの1つに○をつけてください。 a. 毎日 ・ b. 週3～6日 ・ c. 週1,2日 ・ d. 月1～3日 ・ e. 月1回未満
③ 実施している場合、話し合う内容について当てはまるものすべてに○をつけてください。 a. リハビリテーション・個別機能訓練に関すること, b. 栄養・食事に関すること, c. 口腔に関すること d. 利用者の体調に関すること, e. モニタリング(計画の実施状況)に関すること, f. 支援には直接関係しない利用者の情報に関すること, g. 家族からの情報に関すること h. その他( )
④ 実施している場合、情報はどこまで共有されますか。当てはまるもの1つに○をつけてください。 a. その場にはいないものを含むすべての職員, b. その場にいた職員のみ
⑤ 実施している場合、情報はどのように共有されますか。当てはまるものすべてに○をつけてください。 a. カルテなどに記録して共有する, b. 議事録を作成して共有している, c. 口頭で伝達する, d. その他( )

(7). 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」が推進されることで、どのような効果がありましたか。当てはまるものすべてに○をつけてください。

<p>a. 入所者の新たな課題やニーズを早期に把握できるようになった, b. 日常の職種間の情報連携の頻度が増えた, c. ケアプランで共通した目標設定ができるようになった, d. 各専門職の専門用語への理解が深まった, e. 各専門職の業務フローへの理解が深まった, f. 職員の職務満足度が高まった, g. 褥瘡のケアが充実した, h. 看取りのケアが充実した, i. 認知症のケアが充実した, j. 外部の関連者との連携が強化された, k. リハビリテーションのアウトカムがよくなった, l. 個別機能訓練のアウトカムがよくなった, m. 栄養のアウトカムが良くなった, n. 歯科口腔のアウトカムがよくなった, o. 入院が減少した, p. 肺炎が少なくなった, q. 在宅復帰が促進された, r. 認知症の重度化が防止された, s. ADL・IADL が維持改善された, t. ポリファーマシー対策が強化された, u. 転倒頻度・転倒リスクが減弱した, v. 生きがい・QOL がその人らしく感じるようになった, w. 残存機能の今後の見通しがわかりやすくなった, x. 介護者の負担軽減につながった, y. その他( ), z. 取り組んでいないのでわからない</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(8). 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」を推進するうえで課題となっているのはどのようなことですか。当てはまるものすべてに○をつけてください。

<p>a. 専門職が常勤配置されていない, b. 外部機関(同一法人を含む)所属の専門職との連携体制がない・わからない, c. 専門職が互いの業務に対する理解がない, d. 主導する職種が決まっていない・わからない, e. 電子システムが対応していない, f. 専門職同士がわからないことがあったときに気軽に相談できない, g. 経営上のメリットがない i. その他( )</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(9). 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」を推進するうえですでに取り組んでいることはありますか。当てはまるものすべてに○をつけてください。

a. 連携に關与する専門職を新規に雇用している,
b. 外部機関所属(同一法人を含む)の専門職との連携体制を強化している
c. リハビリテーション・機能訓練・栄養管理・口腔管理の専門職(同一事業所・同一法人所属)と本人・家族、ケアマネジャー等が参加するカンファレンスを(定期的に)開催している
d. リハビリテーション・機能訓練・栄養管理・口腔管理の専門職((同一事業所・同一法人を除く外部機関所属)と本人・家族、ケアマネジャー等が参加するカンファレンスを(定期的に)開催している。
e. 専門職が互いの業務に対する理解を深めるための研修会を開催している
f. 主導する職種を決めている, g. 電子システムを導入している
h. 専門職同士がわからないことがあったときに気軽に相談できる職場づくりに努めている
i. 職種間での SNS を活用した気付きの共有や合意形成
j. その他( )

(10). 多職種協働の状況 a～g について、①～④で当てはまるものに○をつけてください。

a. 利用者への支援について、多職種チームの誰かが何かを気にかけている場合に、全体で取り上げるようにしている	①まったくあてはまらない, ②あまりあてはまらない, ③ややあてはまる, ④とてもあてはまる
b. 利用者の価値観への配慮が必要で、技術で割り切れない問題は、多職種チームで話し合っている	①まったくあてはまらない, ②あまりあてはまらない, ③ややあてはまる, ④とてもあてはまる
c. 多職種チームは、ある程度の期間一緒に働いて人となりが分かった人が何人かいる	①まったくあてはまらない, ②あまりあてはまらない, ③ややあてはまる, ④とてもあてはまる
d. 多職種チームは、紙や電子カルテでの意思疎通だけでなく、顔を合わせて意見や気持ちを話し合っている	①まったくあてはまらない, ②あまりあてはまらない, ③ややあてはまる, ④とてもあてはまる
e. 多職種チームは、わからないことがあれば、他職種に教えてもらうことができる	①まったくあてはまらない, ②あまりあてはまらない, ③ややあてはまる, ④とてもあてはまる
f. カンファレンスには多くの職種が参加し、それぞれが意見を述べている	①まったくあてはまらない, ②あまりあてはまらない, ③ややあてはまる, ④とてもあてはまる
g. カンファレンスで一度も発言しない職種がないように、配慮されている	①まったくあてはまらない, ②あまりあてはまらない, ③ややあてはまる, ④とてもあてはまる
h. 職種の専門性を尊重した協働がなされるように配慮されている	①まったくあてはまらない, ②あまりあてはまらない, ③ややあてはまる, ④とてもあてはまる
i. カンファレンスでは、話し合うだけでなく一定の結論を導き出す場になるように配慮されている	①まったくあてはまらない, ②あまりあてはまらない, ③ややあてはまる, ④とてもあてはまる
j. 多職種チーム内で支援目標を共有している	①まったくあてはまらない, ②あまりあてはまらない, ③ややあてはまる, ④とてもあてはまる

3. 以下についてご意見があればご自由にご記入ください。

「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」について
介護報酬改定について
その他(ご自由に)

ご協力ありがとうございました。記入もれがないか、いま一度ご確認ください。

集計結果は、報告書としてWebページ(<http://www.j-ncm.com/>)に掲載予定です。

(URLは依頼状にも記載されております)

### 「インタビュー調査」のお願い

今回の調査に加えて「インタビュー調査」を実施致します。「インタビュー調査」は、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」を検討し、その結果を当該研究事業において作成される手引書に活用することを目的としております。本施設調査にご協力頂いたうえで、さらに「インタビュー調査」にご協力を頂ける場合は以下にご記入をお願い致します。資料一式をお送りさせていただきます。

厚生労働省令和4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分)

「リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組に関する調査研究事業」 インタビュー調査に、

協力します。(□に✓をつけ、以下をご記入下さい)

施設名	
住所(送付先)	
E-mailアドレス	
施設長名	

ご記入頂いた施設名、住所、Emailアドレス、施設長名の情報は、インタビュー調査への協力依頼以外の目的には使用せず、また、研究実施責任者の下で厳重に保管・管理します。「インタビュー調査」に協力しない場合は空欄で結構です。なお、協力をしない場合にも、貴事業所に何ら不利益はありませんので、ご安心下さい。

**ご協力ありがとうございました。**

**再度、記入漏れがないことをご確認いただき 2022年11月末日までに事務局にご返信下さい。**

問い合わせ先 一般社団法人 日本健康・栄養システム学会事務局

〒111-0053 東京都台東区浅草橋3-1-1 JTビル3階

TEL 03-5829-8590 FAX 03-5829-6679 メール:2022kenkyuu@j-ncm

(メール、FAX でできるだけお願い致します)

厚生労働省令和4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分)

「リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組に関する調査研究事業」 施設・事業所実態調査  
(通所介護・通所リハ)

★ご協力頂ける場合には、<調査票記載要項>をご参照のうえ、日本健康・栄養システム学会ホームページに掲載している WEB 調査票(当該記載要項 1. の URL 及び QR コードからリンクしています。)を用いてご回答頂き、2022 年 11 月末日までにご返信頂きますようお願い致します。

同意確認欄:研究概要をお読みになり、回答に同意する場合は右の□に✓をつけてください。 ●本研究は日本健康・栄養システム学会の研究倫理委員会に承認されています。 ●本研究の概要・目的・方法・倫理面への配慮について理解しました。 ●本研究は無記名で行われ、情報の保護に十分な配慮がなされます。 ●本研究への回答は自由意思であり、ID により不利益を受けること無く撤回できます。 ●結果については報告書および学術論文として取りまとめ、公表されます。	<input type="checkbox"/>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------

※本調査票のお送り先の通所サービス事業所についてのみお答えください(併設の施設サービス等は含めないでください)。

ID(事業所番号):	記入日:2022年( )月( )日
主回答者(いずれかに○):a. 事業所管理者、b. その他( )	

1. 事業所の概要についてお答えください。(日付、期間の指定がない場合は記入日時点についてお答えください)

(1). 事業所・利用者概要についてご記入下さい。

a. 事業主体(いずれかに○):① 社会福祉法人, ② 医療法人, ③ 営利法人, ④ NPO 法人, ⑤ その他	
b. 併設施設(あてはまるものすべてに○): ①特養, ②老健, ③病院, ④診療所, ⑤歯科医療機関, ⑥ ①~⑤で当てはまるものはない	
c. 定員( )名	d.利用者実人数( )人
e. 要介護度別利用者実人数内訳: 1 週間合計の利用者実人数 (0 人の場合は「0」をご記入ください。合計が d. 利用者実人数と一致することをご確認ください。) ①要支援1( )人, ②要支援 2( ), ③要介護1( )人, ④要介護2( )人, ⑤要介護3( )人, ⑥要介護4( )人, ⑦要介護 5( )人, ⑧その他※審査中等( )人	
f. Body Mass Index(BMI)が 18.5 未満のやせの利用者はいますか(いずれかに○) ①いる ⇒( )人, ②いない, ③把握していない	
g. 噛むこと(咀嚼)に問題がある利用者はいますか(いずれかに○) ①いる ⇒( )人, ②いない, ③把握していない	
h. 義歯がある利用者(使用していない者も含む)はいますか(いずれかに○) ①いる ⇒( )人 (次の i に進んでください), ②いない (j に進んでください) ③把握していない (j に進んでください)	
i. 上記の h で義歯がある利用者がある場合に、義歯を <u>使用している</u> 利用者はいますか?(いずれかに○) ①いる ⇒( )人, ②いない, ③把握していない	
j. 咀嚼機能が低下した利用者への対応について、頻度が最も高いものは何ですか。(いずれかに○) ①軟らかいものが <u>噛める</u> 利用者への対応	

a. 常食, b. 軟食・軟菜食, c. きざみ食, d. ソフト食・ムース食, e. ミキサー食, f. その他, g. 食事提供がない ②軟らかいものが嚙めない利用者への対応
a. 常食, b. 軟食・軟菜食, c. きざみ食, d. ソフト食・ムース食, e. ミキサー食, f. その他, g. 食事提供がない
k. 飲み込むこと(嚥下)に問題がある利用者はいますか(いずれかに○) ①いる ⇒( )人, ②いない, ③把握していない

(2). 2022年4月1日から2022年9月30日の6か月間の死亡・入院・利用終了等についてご記入下さい。

(0人の場合は「0」をご記入ください。不明の場合は「②不明」に○をつけてください)

a. 利用終了した人数(死亡を含む) ①( )人, ②不明
b. 入院した人数(入院先で死亡も含む) ①( )人, ②不明
c. 入院した人のうち、誤嚥性肺炎により入院した人数 ①( )人, ②不明
d. 死亡した人数 ①( )人, ②不明

(3). 職種別従業員数(常勤換算)についてご記入ください。(0人の場合は「0」をご記入ください。)

a. 医師( )人, b. 歯科医師( )人, c. 歯科衛生士( )人, d. 薬剤師( )人, e. 介護福祉士( )人, f. 介護職員(介護福祉士を除く)( )人, g. 介護支援専門員( )人, h. 看護師( )人, i. 准看護師( )人, j. 理学療法士( )人, k. 作業療法士( )人, l. 言語聴覚士( )人, m. 専任の機能訓練指導員(h~lの従業員を除く)( )人, n. 管理栄養士( )人, o. 栄養士(管理栄養士を除く)( )人
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(4). (3). m.の専任で勤務する機能訓練指導員の資格で当てはまるものすべてに○をつけてください。

a. 看護師, b. 准看護師, c. 理学療法士, d. 作業療法士, e. 言語聴覚士, f. 柔道整復師, g. あん摩マッサージ指圧師, h. 鍼灸師(6か月以上の実務経験有), i. その他( )
------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(5). 貴事業所の従業員以外で、外部機関等に所属し、貴事業所の従業員と連携(評価・治療・ケア等)している専門職はいますか。①あり ②なし のいずれかに○をつけ、①ありの場合は所属機関のα、βいずれかにください。

(貴施設が外部機関と提携していたり、利用者が個別に利用していて情報提供を受けている場合を含む)

a. 医師	:①あり(所属機関(α. 同一法人・β. 他法人)・②なし
b. 歯科医師	:①あり(所属機関(α. 同一法人・β. 他法人)・②なし
c. 歯科衛生士	:①あり(所属機関(α. 同一法人・β. 他法人)・②なし
d. 理学療法士	:①あり(所属機関(α. 同一法人・β. 他法人)・②なし
e. 作業療法士	:①あり(所属機関(α. 同一法人・β. 他法人)・②なし
f. 言語聴覚士	:①あり(所属機関(α. 同一法人・β. 他法人)・②なし
g. 管理栄養士	:①あり(所属機関(α. 同一法人・β. 他法人)・②なし

(6). 以下の加算について、2022年9月の1か月間に1件以上算定しましたか。それぞれ①あり ②なし のいずれかに○をつけてください。

通所リハビリテーション・通所介護共通 (a~g)	算定の有無
a. 口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	①あり・②なし
b. 口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	①あり・②なし
c. 栄養アセスメント加算	①あり・②なし

d. 栄養改善加算	①あり・②なし
e. 口腔機能向上加算Ⅰ	①あり・②なし
f. 口腔機能向上加算Ⅱ	①あり・②なし
g. 科学的介護推進体制加算	①あり・②なし

通所リハビリテーション(h～n)	
h. リハビリテーションマネジメント加算(A)イ	①あり・②なし
i. リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ	①あり・②なし
j. リハビリテーションマネジメント加算(B)イ	①あり・②なし
k. リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ	①あり・②なし
l. 生活行為向上リハビリテーション実施加算	①あり・②なし
m. 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	①あり・②なし
n. 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)	①あり・②なし

通所介護(o～u)	算定の有無
o. 個別機能訓練加算Ⅰイ	①あり・②なし
p. 個別機能訓練加算Ⅰロ	①あり・②なし
q. 個別機能訓練加算Ⅱ	①あり・②なし
r. 生活機能向上連携加算Ⅰ	①あり・②なし
s. 生活機能向上連携加算Ⅱ	①あり・②なし
t. ADL維持等加算Ⅰ	①あり・②なし
u. ADL維持等加算Ⅱ	①あり・②なし

2. 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」についてお聞きします。  
(日付、期間の指定がない場合は記入日時点についてお答えください)

※「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」とは、利用者の自立支援・重度化防止のための効果的なケアを提供する観点から、医師、歯科医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種による総合的なリハビリテーション・機能訓練、栄養管理及び口腔管理が実施されることをいいます。  
(参照: <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000755018.pdf>)

(1). 回答者は、厚生労働省が公開している「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書(施設系・通所)(一体的計画書)」の様式例を知っていますか。a,b,いずれかに○をつけてください。

a. 知っている, b 知らない

(2). (1)の一体的計画書を使用していますか(様式例を参考に使いやすいようアレンジしている場合も含む)。  
a,b いずれかに○をつけてください。

a. 使用している(以下の①, ②にお答えください) b. 使用していない(以下の③にお答えください)  
① 使用している場合、書類の作成に関与している職種すべてに○をつけてください。

<p>a. 医師, b. 歯科医師, c. 歯科衛生士, d. 薬剤師, e. 介護福祉士, f. 介護職員(介護福祉士を除く), g. 介護支援専門員, h. 看護師, i. 准看護師, j. 理学療法士, k. 作業療法士, l. 言語聴覚士, m. 専任で勤務する機能訓練指導員, n. 管理栄養士, o. 栄養士(管理栄養士を除く) p. その他( )</p>
<p>② <u>使用している場合</u>、利用者や家族への意向確認、聞き取りに関与している職種<u>すべてに○をつけてください</u>。 a. 医師, b. 歯科医師, c. 歯科衛生士, d. 薬剤師, e. 介護福祉士, f. 介護職員(介護福祉士を除く), g. 介護支援専門員, h. 看護師, i. 准看護師, j. 理学療法士, k. 作業療法士, l. 言語聴覚士, m. 専任で勤務する機能訓練指導員, n. 管理栄養士, o. 栄養士(管理栄養士を除く) p. その他( )</p>
<p>③ <u>使用していない場合</u>、その理由について当てはまるもの<u>すべてに○をつけてください</u>。 a.別の書式で運用している, b.様式例の使い勝手が悪い, c.電子システムが対応していない, d.活用を主導する旗振り役がない, e.多職種で書類を共有することが難しい f.各職種の業務についての相互の理解不足, g. 活用を促す加算がない h.その他( )</p>

(3). リハビリテーション専門職\*1・機能訓練指導員\*2、栄養専門職\*3、歯科口腔専門職\*4 が連携して設定した目標を個別のリハビリテーション計画または機能訓練計画に反映できていますか(一体的計画書の使用の有無にかかわらず)。a,b,いずれかに○をつけてください。 \*1. リハビリテーション専門職:理学療法士、作業療法士、言語聴覚士  
\*2. 機能訓練指導員:専任で勤務する看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、鍼灸師(6か月以上の実務経験有) \*3. 栄養専門職:管理栄養士・栄養士 \*4. 歯科口腔専門職:歯科医師・歯科衛生士

<p>a. 反映できている(次の(4)にお進みください), b. 反映できていない(以下の①にお答えください)</p>
<p>① <u>反映できていない場合</u>、その理由について当てはまるもの<u>すべてに○をつけてください</u>。 a. リハビリテーション専門職が勤務していない, b. 機能訓練指導員が勤務していない, c. 事業所外(同一法人を含む)のリハビリテーション専門職との連携体制がない, d. 事業所外(同一法人を含む)の機能訓練指導員との連携体制がない, e. リハビリテーション専門職の3職種が揃わない, f. 栄養専門職が勤務していない, g. 事業所外(同一法人を含む)の栄養専門職との連携体制がない, h. 歯科口腔専門職が勤務していない, i. 事業所外(同一法人を含む)の歯科口腔専門職との連携体制がない, j. 事業所外(同一法人を含む)の薬剤師との連携体制がない, k. 連携を主導する旗振り役がない, l. 各職種の業務についての相互の理解不足, m.その他( )</p>

(4). 以下の項目について、リハビリテーション専門職\*1・機能訓練指導員\*2、栄養専門職\*3、歯科口腔専門職\*4、介護職員、介護支援専門員、看護師は連携協働で関わっていますか。関わっている職種 a~g の□に✓をつけてください。が(一体的計画書の使用の有無にかかわらず)

\*1. リハビリテーション専門職:理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

\*2. 機能訓練指導員:専任で勤務する看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、鍼灸師(6か月以上の実務経験有) \*3. 栄養専門職:管理栄養士・栄養士 \*4. 歯科口腔専門職:歯科医師・歯科衛生士

	ア リハビリテ ーション専門 職	イ 機能訓練 指導員	ウ 栄養専門 職	エ 歯科口腔 専門職	オ 介護福祉士を 含む介護職 員	カ 介護支援 専門員	ク 看護師・ 准看護師
1. リハビリテーション・個別機能訓練目標の共有	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. リハビリテーション・個別機能訓練計画の共有	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 栄養ケアの目標の共有	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 栄養ケア計画の共有	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 口腔ケア・マネジメントの目標の共有	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 口腔ケア・マネジメント計画の共有	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. リハビリテーション・個別機能訓練における活動量、筋緊張、不随意運動の有無の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 筋肉量、筋力の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. エネルギー消費量の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 呼吸機能の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ADLの把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 食事姿勢や椅子・机の高さの把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 低栄養状態リスクの把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 身長・体重・BMI・体脂肪率(身体計測)の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. エネルギー・栄養素摂取量の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 食事形態の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 食嗜好の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 使用している食器具の状況の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. 食事介助状況の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 褥瘡の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. 口腔衛生状態(歯や義歯の汚れ、舌苔、口臭等)の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. 日常的な口腔ケアの実施	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. 口腔機能状態(摂食嚥下、頸部・顔面周囲筋の緊張や筋力、頸部、口腔周囲の可動域、口腔内や口唇の感覚、舌の動き、むせ、口腔乾燥等)の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. 義歯の有無の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



25. 義歯の問題の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. 服薬状況の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. 排泄状況の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. 認知機能の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. アドバンス・ケア・プランニングへの参加	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. 経口維持加算による多職種ミーラウンド・カンファレンスへの参加	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. 居宅を訪問し、状況を把握(各専門職の視点で)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(5). リハビリテーション専門職\*1・機能訓練指導員\*2、栄養専門職\*3、歯科口腔専門職\*4の3領域の専門職が参加するカンファレンスを開催していますか。a,b,いずれかに○をつけてください。

\*1. リハビリテーション専門職:理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

\*2. 機能訓練指導員:専任で勤務する看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、鍼灸師(6か月以上の実務経験有) \*3. 栄養専門職:管理栄養士・栄養士 \*4. 歯科口腔専門職:歯科医師・歯科衛生士

a. 開催している(以下の①, ②にお答えください), b. 開催していない(次の(6)にお進みください)
① <u>開催している場合</u> 、頻度について当てはまるもの1つに○をつけてください。 a. 毎日 ・ b. 週3～6日 ・ c. 週1,2日 ・ d. 月1～3日 ・ e. 月1回未満
② <u>開催している場合</u> 、カンファレンスの目的について当てはまるもの <u>すべてに○</u> をつけてください。 a. 介護支援専門員が主催するサービス担当者会議, b. ケアプランの共有, c. ミールラウンド後のカンファレンス, d. 一体的計画書の共有, e. 退所前情報共有, f. 委員会(具体的に: _____), g. 飲食レクリエーション, h. その他( _____ )

(6). リハビリテーション専門職\*1・機能訓練指導員\*2、栄養専門職\*3、歯科口腔専門職\*4の領域の専門職が、個別の利用者についてカンファレンス以外にフロア等でインフォーマルな話し合いをする機会は日常的にありますか。a,b,いずれかに○をつけてください。

\*1. リハビリテーション専門職:理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

\*2. 機能訓練指導員:専任で勤務する看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、鍼灸師(6か月以上の実務経験有) \*3. 栄養専門職:管理栄養士・栄養士 \*4. 歯科口腔専門職:歯科医師・歯科衛生士

a. 実施している(以下の①～⑤にお答えください) b. 実施していない(次の(7)にお進みください)
① <u>実施している場合</u> 、話し合いの対象となるのは、1日当たり平均で何名程度ですか( _____ )名
② <u>実施している場合</u> 、頻度について当てはまるもの1つに○をつけてください。 a. 毎日 ・ b. 週3～6日 ・ c. 週1,2日 ・ d. 月1～3日 ・ e. 月1回未満
③ <u>実施している場合</u> 、話し合う内容について当てはまるもの <u>すべてに○</u> をつけてください。 a. リハビリテーション・個別機能訓練に関する事, b. 栄養・食事に関する事, c. 口腔に関する事 d. 利用者の体調に関する事, e. モニタリング(計画の実施状況)に関する事, f. 支援には直接関係しない利用者の情報に関する事, g. 家族からの情報に関する事 h. その他( _____ )
④ <u>実施している場合</u> 、情報はどこまで共有されますか。当てはまるもの1つに○をつけてください。 a. その場にはないものを含むすべての職員, b. その場にいた職員のみ

⑤ 実施している場合、情報はどのように共有されますか。当てはまるものすべてに○をつけてください。

- a. カルテなどに記録して共有する, b. 議事録を作成して共有している, c. 口頭で伝達する,
- d. その他( )

(7). 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」が推進されることで、どのような効果がありましたか。当てはまるものすべてに○をつけてください。

- a. 利用者の新たな課題やニーズを早期に把握できるようになった,
- b. 日常の職種間の情報連携の頻度が増えた, c. ケアプランで共通した目標設定ができるようになった,
- d. 各専門職の専門用語への理解が深まった, e. 各専門職の業務フローへの理解が深まった,
- f. 職員の職務満足度が高まった, g. 褥瘡のケアが充実した, h. 看取りのケアが充実した,
- i. 認知症のケアが充実した, j. 外部の関連者との連携が強化された,
- k. リハビリテーションのアウトカムがよくなった, l. 個別機能訓練のアウトカムがよくなった,
- m. 栄養のアウトカムが良くなった, n. 歯科口腔のアウトカムがよくなった, o. 入院が減少した,
- p. 肺炎が少なくなった, q. 在宅復帰が促進された, r. 認知症の重度化が防止された,
- s. ADL・IADL が維持改善された, t. ポリファーマシー対策が強化された, u. 転倒頻度・転倒リスクが減弱した, v. 生きがい・QOL がその人らしく感じるようになった, w. 残存機能や今後の見通しがわかりやすくなった, x. 介護者の負担軽減につながった, y. その他( ),
- z. 取り組んでいないのでわからない

(8). 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」を推進するうえで課題となっているのはどのようなことですか。当てはまるものすべてに○をつけてください。

- a. 専門職が常勤配置されていない, b. 外部機関(同一法人を含む)所属の専門職との連携体制がない・わからない, c. 専門職が互いの業務に対する理解がない, d. 主導する職種が決まっていない・わからない,
- e. 電子システムが対応していない, f. 専門職同士がわからないことがあったときに気軽に相談できない,
- g. 経営上のメリットがない i. その他( )

(9). 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」を推進するうえですでに取り組んでいることはありますか。当てはまるものすべてに○をつけてください。

- a. 連携に関与する専門職を新規に雇用している,
- b. 外部機関所属(同一法人を含む)の専門職との連携体制を強化している
- c. リハビリテーション・機能訓練・栄養管理・口腔管理の専門職(同一事業所・同一法人所属)と本人・家族、ケアマネジャー等が参加するカンファレンスを(定期的)に開催している
- d. リハビリテーション・機能訓練・栄養管理・口腔管理の専門職((同一事業所・同一法人を除く外部機関所属)と本人・家族、ケアマネジャー等が参加するカンファレンスを(定期的)に開催している。
- e. 専門職が互いの業務に対する理解を深めるための研修会を開催している
- f. 主導する職種を決めている, g. 電子システムを導入している
- h. 専門職同士がわからないことがあったときに気軽に相談できる職場づくりに努めている
- i. 職種間での SNS を活用した気付きの共有や合意形成をしている
- j. その他( )

(10). 多職種協働の状況 a~g について、①~④で当てはまるものに○をつけてください。

- a. 利用者への支援について、多職種チームの誰かが何 | ①まったくあてはまらない, ②あまりあてはまらない,

かを気にかけている場合に、全体で取り上げるようにしている	③ややあてはまる, ④とてもあてはまる
b. 利用者の価値観への配慮が必要で、技術で割り切れない問題は、多職種チームで話し合っている	①まったくあてはまらない, ②あまりあてはまらない, ③ややあてはまる, ④とてもあてはまる
c. 多職種チームは、ある程度の期間一緒に働いて人となり分かった人が何人かいる	①まったくあてはまらない, ②あまりあてはまらない, ③ややあてはまる, ④とてもあてはまる
d. 多職種チームは、紙や電子カルテでの意思疎通だけでなく、顔を合わせて意見や気持ちを話し合っている	①まったくあてはまらない, ②あまりあてはまらない, ③ややあてはまる, ④とてもあてはまる
e. 多職種チームは、わからないことがあれば、他職種に教えてもらうことができる	①まったくあてはまらない, ②あまりあてはまらない, ③ややあてはまる, ④とてもあてはまる
f. カンファレンスには多くの職種が参加し、それぞれが意見を述べている	①まったくあてはまらない, ②あまりあてはまらない, ③ややあてはまる, ④とてもあてはまる
g. カンファレンスで一度も発言しない職種がないように、配慮されている	①まったくあてはまらない, ②あまりあてはまらない, ③ややあてはまる, ④とてもあてはまる
h. 職種の専門性を尊重した協働がなされるように配慮されている	①まったくあてはまらない, ②あまりあてはまらない, ③ややあてはまる, ④とてもあてはまる
i. カンファレンスでは、話し合うだけでなく一定の結論を導き出す場になるように配慮されている	①まったくあてはまらない, ②あまりあてはまらない, ③ややあてはまる, ④とてもあてはまる
j. 多職種チーム内で支援目標を共有している	①まったくあてはまらない, ②あまりあてはまらない, ③ややあてはまる, ④とてもあてはまる

(11). 利用者が契約している居宅介護支援事業所の介護支援専門員で、通所サービス事業所のリハビリテーション専門職\*1・機能訓練指導員\*2、栄養専門職\*3、・歯科口腔専門職\*4 と連携している人はいますか。a,b,いづれかに○をつけてください。

\*1. リハビリテーション専門職:理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

\*2. 機能訓練指導員:専任で勤務する看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、鍼灸師(6か月以上の実務経験有) \*3. 栄養専門職:管理栄養士・栄養士 \*4. 歯科口腔専門職:歯科医師・歯科衛生士

a. 連携している人がいる(以下の①～⑤にお答えください, b. 連携していない(3へお進みください))
① 連携している人がいる場合、通所事業所から情報共有している内容について当てはまるものすべてに○をつけてください。
a. リハビリテーション・個別機能訓練目標, b. リハビリテーション・個別機能訓練計画・具体的内容, c. 栄養ケアの目標, d. 栄養ケア計画, e 口腔ケア・マネジメントの目標, f. 口腔ケア・マネジメント計画, g. リハビリテーション・個別機能訓練における活動量、筋緊張、不随意運動の有無, h. 筋肉量、筋力, i. エネルギー消費量, j. 呼吸機能, k. ADL・IADL, l. 食事姿勢や椅子・机の高さ, m. 低栄養状態リスク, n. 身長・体重・BMI・体脂肪率(身体計測), o. エネルギー・栄養素摂取量, p. 食事形態, q.食嗜好, r. 使用している食器具の状況, s. 食事介助状況, t. 褥瘡, u. 口腔衛生状態(口の中の汚れ等), v. 日常的な口腔ケア, w. 口腔機能状態(摂食嚥下、頸部・顔面周囲筋の緊張や筋力、頸部、口腔周囲の可動域、口腔内や口唇の感覚等), x. 義歯の問題, y.オーラルフレイルの状況, z. 服薬状況, α. 排泄状況, β. 居宅の状況, γ. 口腔・栄養スクリーニングの結果, δ. 栄養アセスメント・モニタリングの結果, ε. 栄養ケア計画の内容, ζ. 廃用症状出現の兆候の有無, η. 介護者の負担軽減の方法, θ. 住居の環境, ι. サービス利用中の様子, κ. 利用者の残存機能の今後の見通し, λ. 家族の状況, μ. 移動の自立状況, ξ. その他( )

<p>② <u>連携している人がいる場合</u>、介護支援専門員がわからないことがあった時に、通所サービス事業所のリハビリテーション専門職・機能訓練指導員、栄養専門職、・歯科口腔専門職は相談に乗っていますか。当てはまるもの<u>すべてに○</u>をつけてください。</p> <p>a. リハビリテーション専門職が相談に乗る, b. 機能訓練指導員が相談に乗る</p> <p>c. 栄養専門職が相談に乗る, d. 歯科口腔専門職が相談に乗る</p> <p>e. その他の職種(具体的に: _____)が代わりに相談に乗る, f. 相談に乗ることはない</p>
<p>③ <u>連携している人がいる場合</u>、通所サービス事業所のリハビリテーション専門職・機能訓練指導員、栄養専門職、・歯科口腔専門職に相談していますか。当てはまるもの<u>すべてに○</u>をつけてください。</p> <p>a. リハビリテーション専門職は相談している, b. 機能訓練指導員は相談している,</p> <p>c. 栄養専門職は相談している, d. 歯科口腔専門職は相談している, e. 相談することはない</p>
<p>④ <u>連携している人がいる場合</u>、通所サービス事業所のリハビリテーション専門職・機能訓練指導員、栄養専門職、・歯科口腔専門職は必要に応じて利用者の居宅に訪問していますか。当てはまるもの<u>すべてに○</u>をつけてください。</p> <p>a. リハビリテーション専門職は居宅訪問している, b. 機能訓練指導員は居宅訪問している</p> <p>c. 栄養専門職は居宅訪問している, d. 歯科口腔専門職は居宅訪問している</p> <p>e. 訪問することはない (a~dに○をつけた場合、以下⑤にお答えください)</p>
<p>⑤通所サービス事業所のリハビリテーション専門職・機能訓練指導員、栄養専門職、・歯科口腔専門職が利用者の居宅に訪問している場合、居宅で把握している内容で当てはまるもの<u>すべてに○</u>をつけてください。</p> <p>a. 自宅の間取り, b. 自宅の周辺環境, c. 睡眠・ベッド・寝具の状況, d. 入浴の状況,</p> <p>e. 排泄・トイレの状況, f. 服薬状況, g. ADL・IADL, h. 転倒の危険性, i. 身体活動量,</p> <p>j. いすやテーブルの高さ, k. 食事姿勢, l. 調理設備・調理器具, m. 調理担当者, n. 食事場所,</p> <p>o. 買い物方法, p. 食事回数, q. 食事内容, r. 食事にかかる時間, s. 食事形態, t. 食事摂取量,</p> <p>u. 水分摂取量, v. 食器具, w. 共食者の有無, x. 食事介助状況, y. 栄養補助食品の利用, z. 褥瘡,</p> <p>α. 口腔衛生状態(歯や義歯の汚れ、舌苔、口臭等), β. 口腔ケア実施状況,</p> <p>γ. 口腔機能状態(摂食嚥下、頸部・顔面周囲筋の緊張や筋力、頸部、口腔周囲の可動域、口腔内や口唇の感覚、舌の動き、むせ、口腔乾燥等), δ. 義歯の問題, ε. 移動手段,</p> <p>ζ. 日中と夜間の活動や暮らしの違い, η. 家族の状況, θ. 一日の生活リズム,</p> <p>ι. その他( _____ )</p>

3. 以下についてご意見があればご自由にご記入ください。

「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」について
介護報酬改定について
その他(ご自由に)

ご協力ありがとうございました。記入もれがないか、いま一度ご確認ください。

集計結果は、報告書としてWebページ(<http://www.j-ncm.com/>)に掲載予定です。

(URLは依頼状にも記載されております)

## 「インタビュー調査」のお願い

今回の調査に加えて「インタビュー調査」を実施致します。「インタビュー調査」は、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」を検討し、その結果を当該研究事業において作成される手引書に活用することを目的としております。本調査にご協力頂いたうえで、さらに「インタビュー調査」にご協力を頂ける場合は以下にご記入をお願い致します。資料一式をお送りさせていただきます。

厚生労働省令和4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分)

「リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組に関する調査研究事業」 インタビュー調査に、

協力します。 (□に✓をつけ、以下をご記入下さい)

事業所名	
E-mailアドレス	
事業所管理者名	

ご記入頂いた事業所名、Emailアドレス、事業所管理者名の情報は、インタビュー調査への協力依頼以外の目的には使用せず、また、研究実施責任者の下で厳重に保管・管理します。「インタビュー調査」に協力しない場合は空欄で結構です。なお、協力をしない場合にも、貴事業所に何ら不利益はありませんので、ご安心下さい。

**ご協力ありがとうございました。**

**再度、記入漏れがないことをご確認いただき 2022年11月末日までにご送信下さい。**

問い合わせ先

一般社団法人 日本健康・栄養システム学会事務局

〒111-0053 東京都台東区浅草橋3-1-1 JTビル3階

TEL 03-5829-8590 FAX 03-5829-6679 メール:[2022kenkyu@j-ncm.com](mailto:2022kenkyu@j-ncm.com)

(メール、FAX でできるだけお願い致します)

令和4年度 老人保健健康増進等事業  
老人保健事業推進費等補助金  
リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組に関する調査研究事業

令和5(2023)年3月発行  
一般社団法人 日本健康・栄養システム学会  
〒111-0053 東京都台東区浅草橋3-1-1 TJビル3階  
TEL: 03-5829-8590 Fax: 03-5829-6679 E-mail: jimukyoku@j-ncm.com  
<https://www.j-ncm.com/>