

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

通所事業所における口腔・栄養関連サービスに  
関する調査研究事業

令和5（2023）年3月

一般社団法人 日本健康・栄養システム学会



## 序

一般社団法人日本健康・栄養システム学会では、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、「通所事業所における口腔・栄養関連サービス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。

令和3年度介護報酬改定において、通所事業所等で早期に口腔・栄養関連サービスが必要な者を把握するため、口腔・栄養スクリーニング加算及び栄養アセスメント加算の新設等により、口腔機能向上や栄養改善の取組の充実が図られた。本事業では、こうした関連加算の算定に関する詳細な状況を把握し、さらなる推進のための課題の整理を行うため、有識者による検討会議を開催の上、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った。

さらに、両調査から得られた課題と対応策等を踏まえ、通所事業所における口腔・栄養サービスの推進を図る観点から「通所事業所における口腔・栄養関連サービスに関する手引・事例集」(以下「本手引・事例集」という)を編纂し、本事業の成果を広く活用いただけることを期待している。

本学会では、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口腔・栄養サービス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にしている。

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年度老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費等補助金）  
通所事業所における口腔・栄養関連サービス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
梶井 文子	東京慈恵会医科大学 教授
加藤 昌彦	相山女学園大学 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
高瀬 義昌	医療法人社団 至高会 たかせクリニック理事長
田中 和美	神奈川県立保健福祉大学 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
◎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

◎：委員長 ○：副委員長

### 事業実施小委員会

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
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
I. 通所事業所における口腔・栄養関連サービスに関する実態調査	
はじめに	5
方 法	5
結 果	7
考 察	14
結 論	17
文 献	17
表一式	18
II. 通所事業所における口腔・栄養関連サービスに関するインタビュー調査	
はじめに	36
方 法	36
結 果	37
考 察	41
結 論	45
文 献	46
表一式	48
手引・事例集	
高齢者の「口から食べる楽しみをいつまでも」を実現する口腔・栄養関連サービス手引・事例集	59
資 料 調査票	97

## 研究概要

本事業では、口腔・栄養に関する関係団体及び日本健康・栄養システム学会の有識者による検討会を開催し、令和3年度介護報酬改定を踏まえた通所事業所等における口腔・栄養関連サービスの推進のために、実態を把握し、課題分析や今後の展開のための方策について検討を行うことを目的とし、Ⅰ．通所事業所実態調査及びⅡ．インタビュー調査を行うとともに、手引・事例集を策定した。

### Ⅰ．通所事業所における口腔・栄養関連サービスに関する実態調査

#### 目的

令和3年度介護報酬改定を踏まえ、全国規模で通所事業所における口腔・栄養関連サービスの実態調査を実施し、状況を把握し、現状の体制や取組における解決すべき課題やその対応について明らかにし、今後の介護保険制度の改善に寄与することを目的とした。

#### 方法

全国地域別無作為抽出した通所介護事業所（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。

#### 結果・考察

##### 1. 回収状況

予測回収率 20%に対し、通所介護 580 件（32.7%）、通所リハ 472 件（30.7%）といずれも大きく上回っており、WEB による回答としたことによる回答者負担の軽減や郵送による督促を繰り返し実施したことで実態調査として十分な回収数が得られたと考えられる。

##### 2. 併設施設

通所介護で「いずれもなし」74.7%であり、併設施設を持たない単独型の事業所では、施設との兼務による専門職の配置は困難であることが推察される。地域の医療機関、歯科医療機関、介護保険施設等との提携による専門職の地域連携を推進することが求められる。

##### 3. 口腔・栄養問題の把握と、専門職へつなぐこと

オーラルフレイルについて「把握していない」が通所介護 42.8%、通所リハ 43.4%、BMI18.5 未満を「把握していない」が通所介護 44.0%、通所リハ 31.7%、BMI18.5 未満の者が「いる」が通所介護 42.9%、通所リハ 57.2%であり、令和3年度介護報酬改定で新設された口腔・栄養スクリーニング加算による問題把握は十分に機能していないと考えられた。また、通所サービスの職員が、口腔や栄養の問題に関して、専門職に「相談していない」通所介護 58.5%、通所リハ 50.7%であり、問題点を歯科衛生士や管理栄養士につなぐ体制が未整備であり、併設施設がある事業所は施設との兼務、ない場合は外部事業所等との連携を推し進める必要があると考えられた。

##### 4. 咀嚼機能が低下した利用者への食事の対応

食事を提供している事業所において、咀嚼機能が低下した利用者に対してきざみ食が 3~4 割の事業所で提供されていた。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質の高いケアには、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と言わざるをえない。また、②軟らかいものが噛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、不適切な対応である。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。

## 5. 専門職による口腔ケア

専門職による口腔ケア（口腔清掃、歯石の除去、義歯の手入れのいずれか）を1回以上実施している事業所は、通所介護 39.8%、通所リハ 37.7%と半数に満たない。また、実施した専門職については通所介護では看護師 77.1%、介護福祉士 72.3%、介護職 55.4%、歯科衛生士 18.6%、通所リハでは介護福祉士 81.4%、看護師 53.7%、介護職 49.7%、歯科衛生士 13.0%であり、歯科による介入は少数にとどまり、適切な口腔ケアが十分に実施されていない可能性が示唆された。

## 6. 口腔、栄養関連加算

口腔・栄養スクリーニング加算を算定している事業所は通所介護 10%未満、通所リハ 20%未満、栄養アセスメント加算および栄養改善加算は通所介護 5%未満、通所リハ 10%程度といずれも低調であった。非算定の理由として、「手間がかかると思うから」が通所介護、通所リハともに 40%強、「対象になる利用者を把握することが難しいと思うから」が通所介護、通所リハともに 30%程度、「内容や算定要件を知らないから」が通所介護、通所リハともに 30%弱であり、さらに非算定事業所では要件変更されても算定したいと「思っていない」が通所介護 56.4%、通所リハ 46.7%と約半数を占め、口腔、栄養問題に対するスクリーニングやアセスメントの意識も不十分であることが示唆された。歯科口腔栄養の配置が少なく、介護職員等において問題としての認識が弱い、優先的な課題と考えられていないと推察された。

## 7. 加算を算定してよかったという実感

いずれかの加算を算定している事業所（通所介護 n=162、通所リハ n=198）では、「利用者の誤嚥性肺炎の予防」が通所介護 60.5%、通所リハ 59.9%、「利用者の食事量の改善」が通所介護 37.7%、通所リハ 47.4%、「本人・家族に喜ばれていること」が通所介護 36.4%、通所リハ 38.1%と効果が実感されていた。個別の利用者に関する数値として評価されたものではないが、事業所職員が効果を実感し、利用者のアウトカムにつながる可能性が示唆されたことは、口腔・栄養の取り組みを一層推進する意義を示すものと考えられる。

## 結論

通所系サービスにおける口腔・栄養問題の把握や、専門職につなぐ体制について、令和3年度に新設された加算を「手間がかかる」等の理由で算定しない事業所、「内容や要件を知らない」事業所も未だ多く、機能しているとは言えない状況であった。一方、加算による取り組みを実施している事業所では利用者の誤嚥性肺炎の予防や食事量の改善、本人・家族に喜ばれているという効果を実感しており、口腔・栄養問題の把握と専門職によるかかわりの必要性和意義について卒前教育も含めて広く周知することが急務であると考えられた。

## II. 通所事業所における口腔・栄養関連サービスに関するインタビュー調査

### 目的

今後の口腔・栄養関連サービスの改善に向けた課題を検討するため、各サービスを推進している通所事業者等を対象としたインタビュー調査を実施し、現状のサービス提供体制や取組の実態を捉えることにし



た。次の4点を分析の視点に含めて、解決すべき課題やその対応について考察することを目的とした。1. 口腔・栄養関連サービスの算定はどこまで進んでいるか。2. 加算が算定されている場合は、各専門職の配置が手厚いか。3. 口腔・栄養関連サービスに関わる各専門職の連携が進んでいる場合は、良好なアウトカムが得られているか。4. 通所事業所等における口腔・栄養ケアの充実に向けた課題と対策は何か。

## 方法

口腔・栄養関連サービスの取り組みを効果的に推進する通所事業所等14事業所（通所介護事業所10、通所リハビリテーション事業所4）を対象にインタビュー調査を実施した。

## 結果・考察

### 1. 口腔・栄養サービスを効果的に推進する事業所の共通点

口腔・栄養サービスを効果的に推進する事業所の共通点	1	構造	<ul style="list-style-type: none"> <li>・組織内に口腔・栄養サービスが重要視される理念や方針、風土が醸成されている。</li> <li>・人員体制 主たる施設0.7～0.8：通所事業所等に0.1～0.2兼務をするケースが多い。</li> <li>・口腔・栄養関連サービスの主たる関係職種が一堂に会する体制を保有する事業所は無い。</li> <li>・通所事業所等に専門職が関わられるよう、原資捻出の努力をしている（例：老健・通所での加算取組、配食サービス）。</li> <li>・口腔・栄養管理の複数の役割を担う専門職の存在。</li> </ul>
	2	過程	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「いつ、どの職種がリスクを抽出し、どのようにケアをし、情報共有をするのか」といったルールと役割を明確にしている。</li> <li>・情報連携の状況は、サービス導入時、通所等利用時、食事時間、在宅訪問時に利用者の情報を収集し、デジタルツールによる効率的運用の他、インフォーマルなコミュニケーション、介護職、看護師、リハビリ専門職等が軸となって兼務者に情報を密に伝達している。家族との連絡にノートを活用している。</li> </ul>
	3	効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者側：セルフケア能力が向上し、在宅生活を長く送れている。舌苔を除去し、口腔乾燥が改善され唾液量が増加し、口腔状態が整うことで食事量が増え、食事形態のレベルが向上した。言語聴覚士が、嚥下機能評価を行うことで、食事の安心、安全が確保され、栄養改善効果が見られた、体重減少を留められた。満足度向上。</li> <li>・ケア提供者側：経時的にアセスメントをするシステムが形成された。利用者との信頼関係構築。介護支援専門員や地域との関わりが増え、情報共有の意識が高まった。職員のモチベーション向上。</li> </ul>

・サービスの算定状況：口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ（5事業所）Ⅱ（7事業所）、栄養アセスメント加算（9事業所）、栄養改善加算（7事業所）、口腔機能向上加算Ⅰ（7事業所）Ⅱ（7事業所）であった。言語聴覚士または歯科衛生士が配置されている事業所は、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のいずれの加算を算定している。栄養改善加算については、2事業所が加算体制はあるが対象者がいない。実態調査においても、栄養改善加算の算定状況は9割の事業所が算定しておらず、算定率の低さがインタビュー調査においても現れていた。理由として、利用者の需要がない、人員不足の課題から、管理栄養士が利用者の居宅を訪問し、利用者の居宅での食事状況などを把握するといった加算条件を満たすことが困難であると考えられた。

・各専門職の配置状況：サービスの各専門職の配置は兼務体制が多く、各専門職の配置が手厚いとは言えない状況であるが、各職種が手順、役割を明確にし、情報連携の体系を構築していた。情報連携ツールは、電子媒体、手帳を利用し、専門職間、かかりつけ医、介護支援専門員、利用者・家族との情報連携を推進していた。

・アウトカム：サービスに関わる各専門職の連携が進んでいる場合は、利用者のセルフケア能力の向上、健康上の変化、生活の質向上、家族も含めた満足度の向上の効果が得られていた。また、専門職は、利用者の改善によるモチベーション向上、利用者や連携職種と顔の見える関係や信頼関係の構築、定期的なモニタリングの実施体制、ケア介入への習慣形成といった利用者の栄養状態がよく把握され、良好なアウトカムが得られていた。

## 2. 示された課題と対策

経営資源	課題	対策
ヒト	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1人体制</li> <li>・管理栄養士（言語聴覚士、歯科衛生士）の関与がない</li> <li>・人材が配置されても、役割、作業が分からない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・旗振り役が組織内で目的や方針を共有し、各サービスへの理解を専門職、介護支援専門員、利用者、家族等へ促進する</li> <li>・専門性の壁を取り除いた口腔・栄養関連に関する学習の場を設定する</li> </ul>
モノ (サービスの設計)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・報酬費用が安価でありモチベーションが上がらない</li> <li>・加算の算定対象者がいない</li> <li>・介護支援専門員、利用者・家族のサービスへの理解が得られない</li> <li>・居宅療養管理指導の医師指示が得られない（居宅訪問が出来ていない）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者、家族への各サービスの効果を伝え、啓発する活動を絶え間なく行う</li> <li>・介護支援専門員の更新研修時に、通所事業所の管理栄養士からの情報をもとに、どのように在宅でケアに取り組んでいくかということを具体的に研修する</li> <li>・医師オーダーの簡便なシステムを構築する</li> </ul>
カネ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・収益が得られず専門職を十分に配置できない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・原資捻出に努める</li> <li>・サービスへの理解を推進する</li> </ul>
情報	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅での日常の課題把握が困難</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・効率的かつ効果的な情報連携ツールを活用する（デジタル、連絡ノート）</li> </ul>

・各事業所における課題：経営資源である人的資源、人材育成、収益と費用、情報連携に関する課題があり、これらの課題に手厚い方策を講じることが、口腔・栄養関連サービスに実効があると考えられた。

## 結論

加算が算定されている事業所は、現状、各専門職の配置が手厚いとは言えず、専門職が他の職種の役割を担い、複雑化する高齢者のケアに対応をしていた。なお、サービスに関わる各専門職の連携が進んでいる場合は、利用者、家族等との連携が進み、信頼関係が構築されている。このような人的資源が豊富ではない場合でも、栄養状態の把握が早期にされていると共に、良好なアウトカムが得られており、高齢者の口から食べる楽しみを実現する先駆的事业所の存在が本調査で明らかになった。

なお、本事業により策定された手引・事例集は、本学会のウェブサイト公表される。また、本手引・事例集を用いて通所事業所における口腔・栄養関連サービスを推進するための研修を行うこととしている。

## I. 通所事業所における口腔・栄養関連サービスに関する実態調査

### はじめに

令和3年度介護報酬改定において、通所事業所等で早期に口腔・栄養関連サービスが必要な者を把握し、専門職へつなげる取組を推進するため、「口腔・栄養スクリーニング加算」及び「栄養アセスメント加算」が新設された。また、「栄養改善加算」では必要時に管理栄養士による居宅訪問が可能になる等、口腔機能向上や栄養改善の取組の充実が図られた。こうした取組の普及や定着のためには、課題の把握や更なる推進方策の検討が必要である。そこで本調査では、全国規模での通所事業所等における口腔・栄養関連サービスの実態を把握し、現状の体制や取組における解決すべき課題やその対応について検討を行い、その成果を令和6年後介護報酬改定に提供することを目的とした。

### 方 法

#### 1. 調査デザイン

WEB調査による横断調査(観察研究)とした。

#### 2. 対象事業所及び回答者及び対象事業所の選定方法

全国地域別に無作為抽出した通所介護事業所1,775か所(以下「通所介護」という。)及び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か所を対象事業所とした。回答者は事業所管理者あるいは当該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)に掲載されている通所介護25,903か所、通所リハ8,091か所のうち本学会によって同時期に実施される令和4年度老人保健事業推進等補助金(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:事業所実態調査において選定された通所リハ及び通所介護の協力事業所を除外したうえで、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、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

対象事業所の管理者に依頼・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)、事業所番号が付された調査票を郵送した。本調査への協力は管理者の自由な意思に任され、協力を承諾した場合には、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。WEB調査票から作成されたデータベースにより、事業所種別の基礎集計を行った。

### 4. 調査内容(資料 調査票参照のこと)

- ・ 記入日及び主な記入者
- ・ 事業所の概要:事業種、事業主体、併施設種、記載日時点の利用者数(1週間合計の実人数)、職種別常勤職員の有無
- ・ 利用者状況:噛むこと(咀嚼)に問題がある者 [いる(いる場合は人数)・いない・把握していない、以下の項目についても同様]、義歯がある者、義歯を使用している者、オーラルフレイル(口腔機能低下症)に該当する者、BMI18.5未満(やせ)の者
- ・ 専門職への相談:2022年9月の1か月間に通所サービス事業所職員が口腔・栄養の問題に関して専門職に相談したか、相談した場合はその専門職
- ・ 栄養食事サービス提供状況:2022年9月の食事の提供の有無 [食事が提供された場合:提供量は個人ごとに設定されていたか、咀嚼機能が低下した利用者への対応した食事形態(①軟らかいものが噛める利用者、②軟らかいものが噛めない利用者)]、管理栄養士が栄養・食事に関する支援が目的で利用者と関わる機会があったか [関わる機会があった場合の内容]
- ・ 口腔サービス提供状況:2022年9月に口腔体操(パタカラ体操など)を毎回実施していたか [実施していた場合に実施した専門職]、専門職による口腔ケア(口腔清掃、歯石の除去、義歯の手入れのいずれか)を1回以上実施したか [実施していた場合の実施した専門職]
- ・ 栄養口腔関連加算の算定状況:2022年4月~9月までに口腔・栄養に関する各加算(口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ・Ⅱ、栄養アセスメント加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算Ⅰ・Ⅱ)を算定したか [すべてあるいはいずれかの加算を算定しなかった場合:算定しなかった理由、算定要件が変更されたら算定したいと思っているか]、[いずれを算定した場合に必要なに応じて歯科医師及び歯科衛生士に繋いだか、算定してよかったと実感しているものは何か]

## 5. 調査期間

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（調査終了）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

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。統計解析にはIBM SPSS ver. 26を用いた。

## 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（資料1）に記載した。本調査は、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、2022A2）。

## 結 果

### 1. 有効回答数及び有効回答率

通所介護580件（32.7%）、通所リハ472件（30.7%）

### 2. 基本集計

基本集計の結果を表1～4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）通所介護（表1, 2）

##### ①主な回答者

管理者 n=408（70.3%）、管理者以外の職員 n=172（29.7%）

##### ②事業主体

営利法人 n=227（39.1%）、社会福祉法人 n=207（35.7%）、医療法人 n=55（9.5%）

### ③併設施設（複数回答）

介護老人福祉施設（特養） n=109（18.8%）、診療所 n=19（3.3%）、病院 n=23（4.0%）、介護老人保健施設（老健） n=12（2.1%）、上記いずれもなし n=433（74.7%）

### ④常勤職員の配置

看護師 n=515（88.7%）、理学療法士 n=152（26.2%）、作業療法士 n=90（15.5%）、管理栄養士 n=52（9.0%）、歯科衛生士 n=23（4.0%）、言語聴覚士 n=10（1.7%）

### ⑤利用者数（1週間合計の実利用者数）

平均92.7（SD71.0）

### ⑥噛むことに問題がある利用者

いる n=398（有効68.7%）、いない n=153（有効26.4%）、把握していない n=28（有効4.8%）  
⇒いる場合[人数：平均8.2（SD11.4）、利用者100名あたりの人数：平均12.5（SD16.2）]

### ⑦義歯がある利用者

いる n=575（99.1%）、いない n=5（0.9%）、把握していない n=0（0.0%）  
⇒いる場合[人数：平均39.7（SD29.3）、利用者100名あたりの人数：平均51.8（SD28.4）]

### ⑧義歯を使用している利用者

いる n=519（89.5%）、いない n=6（1.0%）、把握していない n=55（9.5%）  
⇒いる場合[人数：平均36.9（SD28.0）、利用者100名あたりの人数：平均49.4（SD28.4）]

### ⑨オーラルフレイル（口腔機能低下症）に該当する利用者

いる n=179（30.9%）、いない n=153（26.4%）、把握していない n=248（42.8%）  
⇒いる場合[人数：平均13.0（SD21.2）、利用者100名あたりの人数：平均15.4（SD20.1）]

### ⑩BMI18.5未満（やせ）の利用者

いる n=249（42.9%）、いない n=76（13.1%）、把握していない n=255（44.0%）  
⇒いる場合[人数：平均7.4（SD6.9）、利用者100名あたりの人数：平均11.6（SD11.7）]

### ⑪1か月間に、通所サービスの職員が、口腔や栄養の問題に関して、専門職に相談をしたことがある

同一事業所内と相談 n=133（有効24.9%）、他の事業所（同一法人内）と相談 n=40（有効7.5%）、他の事業所（同一法人外）と相談 n=49（有効9.2%）、相談していない n=313（有効58.5%）  
⇒相談した場合（n=222）[相談した専門職（複数回答）：看護職（看護師、准看護師） n=127（有効57.2%）、介護福祉士 n=64（有効28.8%）、栄養士 n=72（有効32.4%）、管理栄養士 n=56（有効25.2%）、医師 n=56（有効25.2%）、歯科衛生士 n=43（有効19.4%）]

## ⑫食事提供の有無

食事を提供していた n=542 (93.4%)、食事を提供していなかったn=38 (6.6%)

⇒食事を提供していた場合[提供量の設定：個人ごとに設定されていた n=343 (有効63.3%)、個人ごとに設定していなかった n=186 (34.3%)、わからない n=13 (有効2.4%)、咀嚼機能が低下した利用者への対応した食事について頻度が最も高いもの ①軟らかいものが噛める利用者への対応：きざみ食 n=200 (有効37.2%)、軟食・軟菜食 n=174 (有効32.4%)、常食 n=147 (有効27.4%)、②軟らかいものが噛めない利用者への対応：きざみ食 n=205 (有効39.8%)、ミキサー食 n=148 (有効28.7%)、ソフト食・ムース食 n=93 (有効18.1%)]

## ⑬管理栄養士が栄養・食事に関する支援が目的で通所サービスの利用者に関わる機会

あった n=100 (17.2%)、なかった n=446 (76.9%)、わからない n=34 (5.9%)

⇒あった場合[管理栄養士関わった内容(複数回答)：食事時の観察(ミールラウンド) n=66 (有効66.0%)、食事の個別調整 n=60 (有効60.0%)、栄養相談 n=44 (有効44.0%)、喫食量の記録 n=30 (有効30.0%)]

## ⑭口腔体操(パタカラ体操や唾液腺マッサージなど)の取り組みを毎回実施

実施していた n=535 (92.2%)、実施しなかった n=40 (6.9%)、わからない n=5 (0.9%)

⇒実施していた場合[実施した専門職(複数回答)：介護福祉士 n=471 (有効88.0%)、介護職 n=343 (有効64.1%)、看護職(看護師・准看護師) n=317 (有効59.3%)、理学療法士 n=53 (有効9.9%)、作業療法士 n=37 (有効6.9%)、歯科衛生士 n=22 (有効4.1%)]

## ⑮専門職による口腔ケア(口腔清掃、歯石の除去、義歯の手入れのいずれか)を1回以上実施

実施していた n=231 (39.8%)、実施しなかった n=308 (53.1%)、わからない n=41 (7.1%)

⇒実施していた場合[実施した専門職(複数回答)：看護職(看護師・准看護師) n=178 (有効77.1%)、介護福祉士 n=167(有効72.3%)、介護職 n=128 (有効55.4%)、歯科衛生士 n=43 (有効18.6%)、作業療法士 n=12 (有効5.2%)、歯科医師 n=14 (6.1%)]

## ⑯加算算定状況・算定しない理由・算定してよかったこと

a. 口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ：算定した(1人以上) n=51 (有効8.8%)、算定しなかった n=520 (有効89.8%)、わからない n=8 (有効1.4%)

b. 口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ：算定した(1人以上) n=17 (有効2.9%)、算定しなかった n=555 (有効95.9%)、わからない n=7 (有効1.2%)

c. 栄養アセスメント加算：算定した(1人以上) n=22 (有効3.8%)、算定しなかった n=550 (有効95.0%)、わからない n=7 (有効1.2%)

d. 栄養改善加算：算定した（1人以上） n=9（有効1.6%）、算定しなかった n=563（有効97.2%）、わからない n=7（有効1.2%）

e. 口腔機能向上加算Ⅰ：算定した（1人以上） n=64（有効11.1%）、算定しなかった n=508（有効87.7%）、わからない n=7（有効1.2%）

f. 口腔機能向上加算Ⅱ：算定した（1人以上） n=50（有効8.6%）、算定しなかった n=520（有効89.8%）、わからない n=9（有効1.6%）

g. 上記いずれかの加算：算定した（1人以上） n=162（有効28.0%）

⇒すべての加算について算定していなかった場合（n=417）[非算定の理由（複数回答）：手間がかかると思うから n=189（有効45.3%）、対象になる利用者を把握することが難しいと思うから n=137（有効32.9%）、加算の点数が低いと思うから n=130（有効31.2%）、内容や算定要件を知らないから n=121（有効29.0%）、介護職（介護福祉士を含めて）の理解や協力が得られないと思うから n=83（有効19.9%）、既に十分に口腔や栄養の支援ができていると思うから n=76（有効18.2%）、利用者にとって必要なサービスではないと思うから n=69（有効16.5%）、介護支援専門員の理解や協力が得られないと思うから n=67（有効16.1%）、効果や意義がなさそうだと思うから n=55（有効13.2%）]

⇒加算のいずれかを「算定していない」と回答した場合（n=580）[もし要件が変更されたら算定したいと思っている n=249（有効43.6%）]

⇒加算のいずれかを「算定した」と回答した場合（n=163）[その後、必要に応じて歯科医師、歯科衛生士につないでいるか：つないでいる n=57（有効35.6%）、つないでいない n=80（有効50.0%）、把握していない n=23（有効14.4%）、算定してよかったと実感しているもの（複数回答）：利用者の誤嚥性肺炎の予防 n=98（有効60.5%）、利用者の食事量の改善 n=61（有効37.7%）、本人・家族に喜ばれていること n=59（有効36.4%）、本人・家族の食べる楽しみの支援 n=54（有効33.3%）、利用者のADLやIADLの向上 n=56（有効34.6%）、利用者の食欲の回復 n=50（有効30.9%）、利用者の体重の改善 n=50（有効30.9%）、口腔・栄養の専門職に相談しやすくなること n=40（有効24.7%）、口腔・栄養の専門職と共同してサービスの質が向上すること n=39（有効24.1%）、本人の自己実現に貢献できること n=29（有効17.9%）]

## （2）通所リハ（n=472 表3, 4）

### ①主な回答者



管理者 n=134 (有効28.5%)、管理者以外の職員 n=337 (71.5%)

## ②事業主体

医療法人 n=386 (81.8%)、社会福祉法人 n=39 (8.3%)、営利法人 n=2 (0.4%)

## ③併設施設 (複数回答)

介護老人保健施設 (老健) n=190 (40.3%)、病院 n=162 (34.3%)、診療所 n=161 (34.1%)

歯科医療機関 n=9 (1.9%)、上記いずれもなし n=5 (1.1%)

## ④常勤職員の配置

理学療法士 n=429 (有効91.1%)、医師 n=390 (有効82.8%)、看護師 n=344 (有効73.0%)、

作業療法士 n=306 (有効65.0%)、管理栄養士 n=171 (有効36.3%)、言語聴覚士 n=138 (有効29.3%)、歯科衛生士 n=31 (有効6.6%)

## ⑤利用者数 (1週間合計の実利用者数)

平均87.3 (SD70.9)

## ⑥嘸むことに問題がある利用者

いる n=286 (有効60.9%)、いない n=124 (有効26.4%)、把握していない n=60 (有効12.8%)

⇒いる場合[人数：平均9.0 (SD9.9)、利用者100名あたりの人数：平均11.8 (SD12.1)]

## ⑦義歯がある利用者

いる n=438 (有効93.2%)、いない n=32 (有効6.8%)、把握していない n=0 (有効0.0%)

⇒いる場合[人数：平均39.5 (SD30.2)、利用者100名あたりの人数：平均50.2 (SD26.5)]

## ⑧義歯を使用している利用者

いる n=364 (有効77.4%)、いない n=14 (3.0%)、把握していない n=92 (19.6%)

⇒いる場合[人数：平均38.4 (SD30.0)、利用者100名あたりの人数：平均49.2 (SD26.3)]

## ⑨オーラルフレイル (口腔機能低下症) に該当する利用者

いる n=167 (有効35.5%)、いない n=99 (有効21.1%)、把握していない n=204 (有効43.4%)

⇒いる場合[人数：平均12.6 (SD17.8)、利用者100名あたりの人数：平均15.5 (SD17.6)]

## ⑩BMI18.5未満 (やせ) の利用者

いる n=269 (有効57.2%)、いない n=52 (有効11.1%)、把握していない n=149 (有効31.7%)

⇒いる場合[人数：平均8.3 (SD9.6)、利用者100名あたりの人数：平均10.7 (SD9.1)]

## ⑪1か月間に、通所サービスの職員が、口腔や栄養の問題に関して、専門職に相談をしたことがある

同一事業所内と相談 n=175 (有効39.2%)、他の事業所 (同一法人内) と相談 n=29 (有効

6.5%)、他の事業所(同一法人外)と相談 n=16(有効3.6%)、相談していない n=226(有効50.7%)

⇒相談した場合(n=220)[相談した専門職(複数回答):栄養士 n=121(有効55.0%)、管理栄養士 n=116(有効52.7%)、言語聴覚士、n=110(有効50.0%)、看護職(看護師・准看護師) n=84(有効38.2%)、医師 n=57(有効25.9%)、理学療法士 n=46(有効20.9%)、介護福祉士n=46(有効20.9%)、歯科衛生士 n=32(有効14.5%)]

#### ⑫食事提供の有無

食事を提供していた n=348(有効74.0%)

⇒食事を提供していた場合[提供量の設定:個人ごとに設定されていた n=271(有効77.9%)、個人ごとに設定していなかった n=70(20.1%)、わからない n=7(有効2.0%)、咀嚼機能が低下した利用者への対応した食事について頻度が最も高いもの ①軟らかいものが噛める利用者への対応:軟食・軟菜食 n=175(有効50.4%)、きざみ食 n=84(有効24.2%)、常食 n=76(有効21.9%)、②軟らかいものが噛めない利用者への対応:きざみ食 n=161(有効46.9%)、ソフト食・ムース食 n=71(有効20.7%)、ミキサー食 n=65(有効19.0%)]

#### ⑬管理栄養士が栄養・食事に関する支援が目的で通所サービスの利用者に関わる機会

あった n=187(有効39.8%)、なかった n=257(有効54.7%)、わからない n=26(有効5.5%)

⇒あった場合[管理栄養士が関わった内容(複数回答):食事時の観察(ミールラウンド) n=124(有効66.3%)、食事の個別調整 n=114(有効61.0%)、栄養相談 n=98(有効52.4%)、喫食量の記録 n=49(有効26.2%)、自宅訪問n=14(有効7.5%)]

#### ⑭口腔体操(パタカラ体操や唾液腺マッサージなど)の取り組みを毎回実施

実施していた n=312(有効66.4%)、実施しなかった n=149(31.7%)、わからない n=9(1.9%)

⇒実施していた場合[実施した専門職(複数回答):介護福祉士 n=282(有効90.4%)、介護職 n=181(有効58.0%)、看護職(看護師・准看護師) n=107(有効34.3%)、理学療法士 n=54(有効17.6%)、言語聴覚士 n=48(有効15.4%)、作業療法士 n=29(有効17.6%)、歯科衛生士 n=11(有効3.5%)]

#### ⑮専門職による口腔ケア(口腔清掃、歯石の除去、義歯の手入れのいずれか)を1回以上実施

実施していた n=177(有効37.7%)、実施しなかった n=276(有効58.7%)、わからない n=17(有効3.6%)

⇒実施していた場合[実施した専門職(複数回答):介護福祉士 n=144(有効81.4%)、看護職(看護師・准看護師) n=95(有効53.7%)、介護職 n=88(有効49.7%)、言語聴覚士 n=41

(有効23.2%)、歯科衛生士 n=23 (有効13.0%)]

#### ⑩加算算定状況・算定しない理由・算定してよかったこと

- a. 口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ：算定した(1人以上) n=81 (有効17.2%)、算定しなかった n=385 (有効81.9%)、わからない n=4 (有効0.9%)
- b. 口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ：算定した(1人以上) n=50 (有効10.6%)、算定しなかった n=416 (有効88.5%)、わからない n=4 (有効0.9%)
- c. 栄養アセスメント加算：算定した(1人以上) n=64 (有効13.6%)、算定しなかった n=401 (有効85.3%)、わからない n=5 (有効1.1%)
- d. 栄養改善加算：算定した(1人以上) n=31 (有効6.6%)、算定しなかった n=433 (有効92.1%)、わからない n=6 (有効1.3%)
- e. 口腔機能向上加算Ⅰ：算定した(1人以上) n=67 (有効14.3%)、算定しなかった n=396 (有効84.3%)、わからない n=7 (有効1.5%)
- f. 口腔機能向上加算Ⅱ：算定した(1人以上) n=55 (有効11.7%)、算定しなかった n=407 (有効86.6%)、わからない n=8 (有効1.7%)
- g. 上記いずれかの加算：算定した(1人以上) n=196 (有効41.7%)

⇒すべての加算について算定していなかった場合 (n=274) [非算定の理由(複数回答)：手間がかかると思うから n=131 (有効47.8%)、対象になる利用者を把握することが難しいと思うから n=102 (有効37.2%)、加算の点数が低いと思うから n=89 (有効32.5%)、内容や算定要件を知らないから n=75 (有効27.4%)、利用者にとって必要なサービスではないと思うから n=73 (有効26.6%)、介護職(介護福祉士を含めて)の理解や協力が得られないと思うから n=62 (有効22.6%)、介護支援専門員の理解や協力が得られないと思うから n=50 (有効18.2%)、既に十分に口腔や栄養の支援ができていると思うから n=44 (有効16.1%)、効果や意義がなさそうだと思うから n=38 (有効13.9%)]

⇒加算のいずれかを「算定していない」と回答した場合 (n=471) [もし要件が変更されたら算定したいと思っている n=248 (有効53.3%)]

加算のいずれかを「算定した」と回答した場合 (n=198) [その後、必要に応じて歯科医師、歯科衛生士につないでいるか：つないでいる n=63 (有効32.8%)、つないでいない n=104 (有効54.2%)、把握していない n=25 (有効13.0%)、算定してよかったと実感しているもの(複数回答)：利用者の誤嚥性肺炎の予防 n=118 (有効59.9%)、利用者の食事量の改善 n=93 (有効47.4%)、利用者の体重の改善 n=78 (有効39.8%)、本人・家族に喜ばれていること n=75

(有効38.1%)、本人・家族の食べる楽しみの支援 n=74 (有効37.6%)、口腔・栄養の専門職に相談しやすくなること n=63 (有効32.1%)、利用者の食欲の回復 n=58 (有効29.6%)、口腔・栄養の専門職と共同してサービスの質が向上すること n=58 (有効29.6%)、利用者のADLやIADLの向上 n=50 (有効25.4%)、本人の自己実現に貢献できること n=28 (有効14.2%)]

## 考 察

### 1. 回収状況

予測回収率 20%に対し、通所介護 580 件 (32.7%)、通所リハ 472 件 (30.7%) といずれも大きく上回っており、WEB による回答としたことによる回答者負担の軽減や郵送による督促を繰り返し実施したことで実態調査として十分な回収数が得られたと考えられる。なお、本調査に回答したのは口腔・栄養の問題やサービスに関して日ごろから関心をもっている事業所であるというバイアスは避けられないが、現状の体制や取組における解決すべき課題やその対応について検討を行う目的に十分資するものであると考えられた。

### 2. 併設施設

通所介護では「いずれもなし」が 74.7%であった。併設施設を持たない単独型の事業所では、医療機関や介護保険施設と併設されている事業所に比べ、職員の兼務による専門職の確保は困難であることが推察される。特に、通所系サービスに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、通所介護においてはリハビリテーション専門職も含め、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。

### 3. 口腔・栄養問題の把握と、専門職へつなぐこと

オーラルフレイルについて「把握していない」が通所介護 42.8%、通所リハ 43.4%、BMI18.5 未満を「把握していない」が通所介護 44.0%、通所リハ 31.7%、BMI18.5 未満の者が「いる」が通所介護 42.9%、通所リハ 57.2%であり、令和 3 年度介護報酬改定で新設された口腔・栄養スクリーニング加算による問題把握は十分に機能していないと考えられた。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、いずれも把握していない割合は下がったが、栄養や口腔のリスクに関して相当数の見落としがあることが推察される。また、通所サービスの職員が、口腔や栄養の問題に関して、専門職に「相談していない」が通所介護 58.5%、通所リハ 50.7%であった。こちらも令和3年度介護報酬改定で新設された栄養アセスメント加算により把握された栄養問題を管理栄養士につなぐ体制は作られたものの、通所系サービスに関わる管理栄養士が未だ少ないことから、後述するように算定率は低く、問題点の把握と歯科衛生士や管理栄養士につなぐ取り組みはともに十分に機能していない。前述の通り通所サービスにおける常勤配置数は極めて少ないことから、併設施設がある事業所は施設との兼務、ない場合は外部事業所等との連携を推し進める必要があると考えられた。

#### 4. 咀嚼機能が低下した利用者への食事の対応

食事を提供している事業所において、咀嚼機能が低下した利用者きざみ食が3～4割の事業所で提供されていた。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質の高いケアとしては、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軟らかいものが噛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た。

#### 5. 専門職による口腔ケア

専門職による口腔ケア（口腔清掃、歯石の除去、義歯の手入れのいずれか）を1回以上実施している事業所は通所介護 39.8%、通所リハ 37.7%と半数に満たない。また、実施した専門職については通所介護では看護師 77.1%、介護福祉士 72.3%、介護職 55.4%、歯科衛生士 18.6%、通所リハでは介護福祉士 81.4%、看護師 53.7%、介護職 49.7%、歯科衛生士 13.0%であり、歯科によ

る介入は少数であることから、適切な口腔ケアが十分に実施されていない可能性が示唆された。

## 6. 口腔、栄養関連加算

口腔・栄養スクリーニング加算を算定している事業所は、通所介護 10%未満、通所リハ 20%未満、栄養アセスメント加算及び

栄養改善加算は通所介護 5%未満、通所リハ 10%程度といずれも低調であった。非算定の理由として、「手間がかかると思うから」が通所介護、通所リハともに 40%強、「対象になる利用者を把握することが難しいと思うから」が通所介護、通所リハともに 30%程度、「内容や算定要件を知らないから」が通所介護、通所リハともに 30%弱であり、さらに非算定事業所では要件変更されても算定したいと「思っていない」が通所介護 56.4%、通所リハ 46.7%と約半数を占め、口腔、栄養問題に対するスクリーニングやアセスメントの意識も不十分であることが示唆された。通所介護、通所リハには管理栄養士や歯科衛生士の配置が極めて少なく、介護職員等において問題としての認識が弱く、優先的な課題と考えられていないと推察された。スクリーニングについてはいつ、どの職種が問題を把握するのかが明確になっていること、ルーチン化されていることが重要である。加算の算定要件を知らない事業所についてはその意義や、どのように業務に落とし込むかという点も含めて普及啓発を進めることが求められる。

## 7. 加算を算定してよかったと実感

いずれかの加算を算定している事業所（通所介護 n=162、通所リハ n=198）では、「利用者の誤嚥性肺炎の予防」が通所介護 60.5%、通所リハ 59.9%、「利用者の食事量の改善」が通所介護 37.7%、通所リハ 47.4%、「本人・家族に喜ばれていること」が通所介護 36.4%、通所リハ 38.1%と効果が実感されていた。個別の利用者に関する数値として評価されたものではないが、事業所職員が効果を実感し、利用者のアウトカムにつながる可能性が示唆されたことは、口腔・栄養の取り組みを一層推進する意義を示すものと考えられる。通所サービスにおける栄養介入の効果については、当学会が令和元年度に実施した調査<sup>2)</sup>より、必要に応じて管理栄養士による居宅訪問を含む総合的な栄養ケア・マネジメントを実施することで、IADLの維持改善及び体重減少の抑制に寄与することが示され、令和3年度介護報酬改定で必要時の管理栄養士による居宅訪問が栄養改善加算の算定要件に加わった。通所サービス利用者に対しては居宅療養管理指導の算定ができないことから、通所サービス事業所の管理栄養士が居宅を訪問する仕組みができたことによって、在宅ケア領域における栄養の役割が一層拡大することが期待される。前述した通り、手間や把握の困難さ

が加算算定によるサービス開始のハードルと認識されているが、栄養や口腔のサービスを続けていくことで確実に効果を実感することにつながるため、卒前教育も含め、どうすれば取り組みを始められるのかを示した先進的な事例を広く普及させるなど現場の課題に対応した研修が求められる。

## 結 論

通所系サービスにおける口腔・栄養問題の把握や、専門職につなぐ体制について、令和3年度に新設された加算を「手間がかかる」等の理由で算定しない事業所、「内容や要件を知らない」事業所も未だ多く、十分に機能しているとは言えない状況であった。一方、歯科や口腔の専門職の配置や連携は必ずしも充実しているとはいえないが、加算による取り組みを実施している事業所では利用者の誤嚥性肺炎の予防や食事量の改善、本人・家族に喜ばれているという効果を実感していた。口腔・栄養問題の把握と専門職によるかかわりの必要性和意義について、地域や現場の実情を踏まえて、どうすれば取り組みを始められるのかを示した先進的な事例等を持ちいて広く普及啓発を進めることが急務であると考えられた。

## 文 献

- 1) 平成30年度 厚生労働省 老人保健健康増進等事業「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 老人保健健康増進等事業「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>  
<https://www.j-ncm.com/wp-content/uploads/2022/04/r1-rouken-hosoku.pdf>

表1 基本集計（通所介護）統計量の集計

通所介護 (n=580)	度数	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
利用者数（1週間合計の実人数）	578	92.7	77.0	(71.0)	0.2	653.0
該当する人数（「把握している」と回答した事業所）						
噛むこと問題がある	389	8.2	4.0	(11.4)	0.0	100.0
義歯がある	536	39.7	35.0	(29.3)	0.0	215.0
義歯を使用している	492	36.9	30.0	(28.0)	1.0	211.0
義歯使用率（義歯を使用している／義歯あり）	480	93.3	100.0	(14.3)	5.6	100.0
オーラルフレイル（口腔機能低下症）に該当する	168	13.0	5.0	(21.2)	1.0	150.0
BMI18.5未満（やせ）	230	7.4	5.0	(6.9)	1.0	50.0
該当する人数（利用者100名あたり）						
噛むこと問題がある	386	12.5	6.3	(16.2)	0.0	95.2
義歯がある	520	51.8	50.0	(28.4)	0.0	100.0
義歯を使用している	478	49.4	48.1	(28.4)	0.6	100.0
オーラルフレイル（口腔機能低下症）に該当する	165	15.4	7.2	(20.1)	0.6	100.0
BMI18.5未満（やせ）	229	11.6	7.5	(11.7)	0.5	63.6



表2 基本集計（通所介護）n, %の集計

通所介護 (n=580)	n	(%)	(有効%)
主な記入者			
管理者	408	(70.3)	
管理者以外の職員	172	(29.7)	
事業主体			
社会福祉法人	207	(35.7)	
医療法人	55	(9.5)	
営利法人	227	(39.1)	
NPO法人	10	(1.7)	
その他	81	(14.0)	
併設施設（複数回答）			
介護老人福祉施設（特養）	109	(18.8)	
介護老人保健施設（老健）	12	(2.1)	
病院	23	(4.0)	
診療所	19	(3.3)	
歯科医療機関（歯科医院など）	1	(0.2)	
上記いずれもなし	433	(74.7)	
常勤職員の配置あり			
医師	4	(0.7)	
看護師	515	(88.8)	
歯科医師	1	(0.2)	
歯科衛生士	23	(4.0)	
管理栄養士	52	(9.0)	
栄養士	56	(9.7)	
理学療法士	152	(26.2)	
作業療法士	90	(15.5)	
言語聴覚士	10	(1.7)	
噛むことに問題がある利用者			
いる	398	(68.6)	(68.7)
いない	153	(26.4)	(26.4)
把握していない	28	(4.8)	(4.8)
欠損値	1	(0.2)	
義歯がある利用者			
いる	575	(99.1)	
いない	5	(0.9)	
把握していない	0	(0.0)	
義歯を使用している利用者			
いる	519	(89.5)	
いない	6	(1.0)	
把握していない	55	(9.5)	

表2 基本集計（通所介護）n, %の集計

通所介護 (n=580)	n	(%)	(有効%)
オーラルフレイル（口腔機能低下症）に該当する利用者			
いる	179	(30.9)	
いない	153	(26.4)	
把握していない	248	(42.8)	
BMI18.5未満（やせ）の利用者			
いる	249	(42.9)	
いない	76	(13.1)	
把握していない	255	(44.0)	
1か月間に、通所サービスの職員が、口腔や栄養の問題に関して、専門職に相談をしたことがある			
同一事業所内と相談	133	(22.9)	(24.9)
他の事業所（同一法人内）と相談	40	(6.9)	(7.5)
他の事業所（同一法人外）と相談	49	(8.4)	(9.2)
相談していない	313	(54.0)	(58.5)
欠損値	45	(7.8)	
相談した専門職（複数回答）（有効%:相談ありと回答n=222）			
医師	56	(9.7)	(25.2)
看護職（看護師、准看護師）	127	(21.9)	(57.2)
介護福祉士	64	(11.0)	(28.8)
介護職（介護福祉士以外）	21	(3.6)	(9.5)
歯科医師	36	(6.2)	(16.2)
歯科衛生士	43	(7.4)	(19.4)
管理栄養士	56	(9.7)	(25.2)
栄養士	72	(12.4)	(32.4)
調理師	9	(1.6)	(4.1)
理学療法士	23	(4.0)	(10.4)
作業療法士	16	(2.8)	(7.2)
言語聴覚士	23	(4.0)	(10.4)
その他（介護支援専門員等）	20	(3.4)	(9.0)

表2 基本集計（通所介護）n, %の集計

通所介護 (n=580)	n	(%)	(有効%)
食事を提供していた			
提供していた	542	(93.4)	
提供していなかった	38	(6.6)	
提供量は個人ごとに設定されていた（有効%:食事を提供していたn=542）			
個人ごとに設定されていた	343	(59.1)	(63.3)
個人ごとに設定していなかった	186	(32.1)	(34.3)
わからない	13	(2.2)	(2.4)
咀嚼機能が低下した利用者への対応した食事について、頻度が最も高いもの （有効%:食事を提供していたn=542）			
①軟らかいものが噛める利用者への対応			
常食	147	(25.3)	(27.4)
軟食、軟菜食	174	(30.0)	(32.4)
きざみ食	200	(34.5)	(37.2)
ソフト食・ムース食	10	(1.7)	(1.9)
ミキサー食	4	(0.7)	(0.7)
その他	2	(0.3)	(0.4)
欠損値	5	(0.9)	
②軟らかいものが噛めない利用者への対応			
常食	4	(0.7)	(0.8)
軟食、軟菜食	45	(7.8)	(8.7)
きざみ食	205	(35.3)	(39.8)
ソフト食・ムース食	93	(16.0)	(18.1)
ミキサー食	148	(25.5)	(28.7)
その他	20	(3.4)	(3.9)
欠損値	27	(4.7)	
管理栄養士が栄養・食事に関する支援が目的で通所サービスの利用者と関わる機会			
あった	100	(17.2)	
なかった	446	(76.9)	
わからない	34	(5.9)	
管理栄養士が関わった内容（複数回答）（有効%:関わる機会あったn=100）			
食事時の観察（ミールラウンド）	66	(11.4)	(66.0)
食事の個別調整	60	(10.3)	(60.0)
喫食量の記録	30	(5.2)	(30.0)
栄養相談	44	(7.6)	(44.0)
自宅訪問	7	(1.2)	(7.0)
その他	11	(1.9)	(11.0)

表2 基本集計（通所介護）n, %の集計

通所介護 (n=580)	n	(%)	(有効%)
口腔体操（パタカラ体操や唾液腺マッサージなど）の取り組みを毎回実施			
実施していた	535	(92.2)	
実施しなかった	40	(6.9)	
わからない	5	(0.9)	
実施した専門職（複数回答）（有効%:口腔体操実施していたn=535）			
医師	1	(0.2)	(0.2)
看護職（看護師、准看護師）	317	(54.7)	(59.3)
介護福祉士	471	(81.2)	(88.0)
介護職（介護福祉士以外）	343	(59.1)	(64.1)
歯科医師	1	(0.2)	(0.2)
歯科衛生士	22	(3.8)	(4.1)
管理栄養士	6	(1.0)	(1.1)
栄養士	11	(1.9)	(2.1)
調理師	7	(1.2)	(1.3)
理学療法士	53	(9.1)	(9.9)
作業療法士	37	(6.4)	(6.9)
言語聴覚士	8	(1.4)	(1.5)
その他	22	(3.8)	(4.1)
専門職による口腔ケア（口腔清掃、歯石の除去、義歯の手入れのいずれか）を1回以上実施			
実施していた	231	(39.8)	(39.8)
実施しなかった	308	(53.1)	(53.1)
わからない	41	(7.1)	(7.1)
実施した専門職（複数回答）（有効%:専門職による口腔ケア実施していたn=231）			
医師	12	(2.1)	(5.2)
看護職（看護師、准看護師）	178	(30.7)	(77.1)
介護福祉士	167	(28.8)	(72.3)
介護職（介護福祉士以外）	128	(22.1)	(55.4)
歯科医師	14	(2.4)	(6.1)
歯科衛生士	43	(7.4)	(18.6)
管理栄養士	1	(0.2)	(0.4)
栄養士	2	(0.3)	(0.9)
調理師	0	(0.0)	(0.0)
理学療法士	9	(1.6)	(3.9)
作業療法士	12	(2.1)	(5.2)
言語聴覚士	8	(1.4)	(3.5)
その他	3	(0.5)	(1.3)

表2 基本集計（通所介護）n, %の集計

通所介護 (n=580)	n	(%)	(有効%)
口腔・栄養スクリーニング加算 I			
算定した（1人以上）	51	(8.8)	(8.8)
算定しなかった	520	(89.7)	(89.8)
わからない	8	(1.4)	(1.4)
欠損値	1	(0.2)	
口腔・栄養スクリーニング加算 II			
算定した（1人以上）	17	(2.9)	(2.9)
算定しなかった	555	(95.7)	(95.9)
わからない	7	(1.2)	(1.2)
欠損値	1	(0.2)	
栄養アセスメント加算			
算定した（1人以上）	22	(3.8)	(3.8)
算定しなかった	550	(94.8)	(95.0)
わからない	7	(1.2)	(1.2)
欠損値	1	(0.2)	
栄養改善加算			
算定した（1人以上）	9	(1.6)	(1.6)
算定しなかった	563	(97.1)	(97.2)
わからない	7	(1.2)	(1.2)
欠損値	1	(0.2)	
口腔機能向上加算 I			
算定した（1人以上）	64	(11.0)	(11.1)
算定しなかった	508	(87.6)	(87.7)
わからない	7	(1.2)	(1.2)
欠損値	1	(0.2)	
口腔機能向上加算 II			
算定した（1人以上）	50	(8.6)	(8.6)
算定しなかった	520	(89.7)	(89.8)
わからない	9	(1.6)	(1.6)
欠損値	1	(0.2)	
上記加算いずれか算定あり			
いずれか算定あり	162	(27.9)	(28.0)

表2 基本集計（通所介護）n, %の集計

通所介護 (n=580)	n	(%)	(有効%)
加算を算定していない理由			
すべての加算非算定（複数回答）（有効%:n=417）			
内容や算定要件を知らないから	121	(20.9)	(29.0)
利用者にとって必要なサービスではないと思うから	69	(11.9)	(16.5)
既に十分に口腔や栄養の支援ができていると思うから	76	(13.1)	(18.2)
対象になる利用者を把握することが難しいと思うから	137	(23.6)	(32.9)
効果や意義がなさそうだと思うから	55	(9.5)	(13.2)
介護職（介護福祉士を含めて）の理解や協力が得られない	83	(14.3)	(19.9)
介護支援専門員の理解や協力が得られないと思うから	67	(11.6)	(16.1)
手間がかかると思うから	189	(32.6)	(45.3)
加算の点数が低いと思うから	130	(22.4)	(31.2)
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ非算定（複数回答）（有効%:n=520）			
内容や算定要件を知らないから	136	(23.4)	(26.2)
利用者にとって必要なサービスではないと思うから	79	(13.6)	(15.2)
既に十分に口腔や栄養の支援ができていると思うから	83	(14.3)	(16.0)
対象になる利用者を把握することが難しいと思うから	156	(26.9)	(30.0)
効果や意義がなさそうだと思うから	64	(11.0)	(12.3)
介護職（介護福祉士を含めて）の理解や協力が得られない	88	(15.2)	(16.9)
介護支援専門員の理解や協力が得られないと思うから	72	(12.4)	(13.8)
手間がかかると思うから	214	(36.9)	(41.2)
加算の点数が低いと思うから	150	(25.9)	(28.8)
①～⑥のうち他の加算を算定しているから	71	(12.2)	(13.7)
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ非算定（複数回答）（有効%:n=555）			
内容や算定要件を知らないから	140	(24.1)	(25.2)
利用者にとって必要なサービスではないと思うから	79	(13.6)	(14.2)
既に十分に口腔や栄養の支援ができていると思うから	85	(14.7)	(15.3)
対象になる利用者を把握することが難しいと思うから	155	(26.7)	(27.9)
効果や意義がなさそうだと思うから	65	(11.2)	(11.7)
介護職（介護福祉士を含めて）の理解や協力が得られない	91	(15.7)	(16.4)
介護支援専門員の理解や協力が得られないと思うから	76	(13.1)	(13.7)
手間がかかると思うから	220	(37.9)	(39.6)
加算の点数が低いと思うから	152	(26.2)	(27.4)
①～⑥のうち他の加算を算定しているから	58	(10.0)	(10.5)
栄養アセスメント加算非算定（複数回答）（n=550）			
内容や算定要件を知らないから	139	(24.0)	(25.3)
利用者にとって必要なサービスではないと思うから	82	(14.1)	(14.9)
既に十分に口腔や栄養の支援ができていると思うから	85	(14.7)	(15.5)
対象になる利用者を把握することが難しいと思うから	162	(27.9)	(29.5)
効果や意義がなさそうだと思うから	67	(11.6)	(12.2)
介護職（介護福祉士を含めて）の理解や協力が得られない	89	(15.3)	(16.2)
介護支援専門員の理解や協力が得られないと思うから	75	(12.9)	(13.6)
手間がかかると思うから	227	(39.1)	(41.3)
加算の点数が低いと思うから	154	(26.6)	(28.0)
①～⑥のうち他の加算を算定しているから	42	(7.2)	(7.6)

表2 基本集計（通所介護）n, %の集計

通所介護 (n=580)	n	(%)	(有効%)
栄養改善加算非算定（複数回答）（有効%:n=563）			
内容や算定要件を知らないから	136	(23.4)	(24.2)
利用者にとって必要なサービスではないと思うから	81	(14.0)	(14.4)
既に十分に口腔や栄養の支援ができていると思うから	82	(14.1)	(14.6)
対象になる利用者を把握することが難しいと思うから	158	(27.2)	(28.1)
効果や意義がなさそうだと思うから	64	(11.0)	(11.4)
介護職（介護福祉士を含めて）の理解や協力が得られない	90	(15.5)	(16.0)
介護支援専門員の理解や協力が得られないと思うから	73	(12.6)	(13.0)
手間がかかると思うから	226	(39.0)	(40.1)
加算の点数が低いと思うから	148	(25.5)	(26.3)
①～⑥のうち他の加算を算定しているから	46	(7.9)	(8.2)
口腔機能向上加算Ⅰ非算定（有効%:n=508）			
内容や算定要件を知らないから	123	(21.2)	(24.2)
利用者にとって必要なサービスではないと思うから	74	(12.8)	(14.6)
既に十分に口腔や栄養の支援ができていると思うから	79	(13.6)	(15.6)
対象になる利用者を把握することが難しいと思うから	147	(25.3)	(28.9)
効果や意義がなさそうだと思うから	56	(9.7)	(11.0)
介護職（介護福祉士を含めて）の理解や協力が得られない	85	(14.7)	(16.7)
介護支援専門員の理解や協力が得られないと思うから	68	(11.7)	(13.4)
手間がかかると思うから	207	(35.7)	(40.7)
加算の点数が低いと思うから	139	(24.0)	(27.4)
①～⑥のうち他の加算を算定しているから	36	(6.2)	(7.1)
口腔機能向上加算Ⅱ非算定（有効%:n=520）			
内容や算定要件を知らないから	129	(22.2)	(24.8)
利用者にとって必要なサービスではないと思うから	81	(14.0)	(15.6)
既に十分に口腔や栄養の支援ができていると思うから	84	(14.5)	(16.2)
対象になる利用者を把握することが難しいと思うから	151	(26.0)	(29.0)
効果や意義がなさそうだと思うから	63	(10.9)	(12.1)
介護職（介護福祉士を含めて）の理解や協力が得られない	89	(15.3)	(17.1)
介護支援専門員の理解や協力が得られないと思うから	71	(12.2)	(13.7)
手間がかかると思うから	218	(37.6)	(41.9)
加算の点数が低いと思うから	145	(25.0)	(27.9)
①～⑥のうち他の加算を算定しているから	38	(6.6)	(7.3)
もし要件が変更されたら算定したいと思っている（有効%:いずれか算定無しn=580）			
思っている	249	(42.9)	(43.6)
思っていない	322	(55.5)	(56.4)
欠損値	9	(1.6)	

表2 基本集計（通所介護）n, %の集計

通所介護 (n=580)	n	(%)	(有効%)
加算のいずれかを「算定した」と回答した場合に、その後、必要に応じて歯科医師、歯科衛生士につないでつないでいる（有効%:n=163）			
つないでいる	57	(9.8)	(35.6)
つないでいない	80	(13.8)	(50.0)
把握していない	23	(4.0)	(14.4)
欠損値	3	(0.5)	
加算のいずれかを「算定した」と回答した場合に、算定してよかったと実感しているもの（有効%:n=198）			
利用者の食欲の回復	50	(8.6)	(30.9)
利用者の食事量の改善	61	(10.5)	(37.7)
利用者の体重の改善	50	(8.6)	(30.9)
利用者の誤嚥性肺炎の予防	98	(16.9)	(60.5)
利用者のADLやIADLの向上	56	(9.7)	(34.6)
本人・家族の食べる楽しみを支援	54	(9.3)	(33.3)
本人・家族に喜ばれていること	59	(10.2)	(36.4)
本人の自己実現に貢献できること	29	(5.0)	(17.9)
口腔・栄養の専門職に相談しやすくなること	40	(6.9)	(24.7)
口腔・栄養の専門職と共同してサービスの質が向上すること	39	(6.7)	(24.1)
よかったと感じていることはない	9	(1.6)	(5.6)



表3 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=472)	度数	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
利用者数（1週間合計の実人数）	471	87.3	67.0	(70.9)	0.0	415.0
該当する人数（「把握している」と回答した事業所）						
噛むこと問題がある	277	9.0	5.0	(9.9)	1.0	60.0
義歯がある	385	39.5	31.0	(30.2)	0.0	180.0
義歯を使用している	334	38.4	30.0	(30.0)	0.0	179.0
義歯使用率（義歯を使用している／義歯あり）	325	94.4	100.0	(14.5)	2.9	100.0
オーラルフレイル（口腔機能低下症）に該当する	157	12.6	5.0	(17.8)	1.0	104.0
BMI18.5未満（やせ）	250	8.3	6.0	(9.6)	1.0	100.0
該当する人数（利用者100名あたり）						
噛むこと問題がある	277	11.8	7.8	(12.1)	0.4	69.6
義歯がある	369	50.2	50.0	(26.5)	0.0	100.0
義歯を使用している	322	49.2	50.0	(26.3)	0.0	100.0
オーラルフレイル（口腔機能低下症）に該当する	156	15.5	8.4	(17.6)	0.4	97.5
BMI18.5未満（やせ）	249	10.7	8.0	(9.1)	0.3	57.1

表4 基本集計（通所リハ） n, %の集計

通所リハビリテーション(n=472)	度数	(%)	(有効%)
主な記入者			
管理者	134	(28.4)	(28.5)
管理者以外の職員	337	(71.4)	(71.5)
欠損値	1	(0.2)	
事業主体			
社会福祉法人	39	(8.3)	
医療法人	386	(81.8)	
営利法人	2	(0.4)	
NPO法人	0	(0.0)	
その他	45	(9.5)	
併設施設（複数回答）			
介護老人福祉施設（特養）	14	(3.0)	
介護老人保健施設（老健）	190	(40.3)	
病院	162	(34.3)	
診療所	161	(34.1)	
歯科医療機関（歯科医院など）	9	(1.9)	
上記いずれもなし	5	(1.1)	
常勤職員の配置あり			
医師	390	(82.6)	(82.8)
看護師	344	(72.9)	(73.0)
歯科医師	3	(0.6)	(0.6)
歯科衛生士	31	(6.6)	(6.6)
管理栄養士	171	(36.2)	(36.3)
栄養士	53	(11.2)	(11.3)
理学療法士	429	(90.9)	(91.1)
作業療法士	306	(64.8)	(65.0)
言語聴覚士	138	(29.2)	(29.3)
嚙むことに問題がある利用者			
いる	286	(60.6)	(60.9)
いない	124	(26.3)	(26.4)
把握していない	60	(12.7)	(12.8)
欠損値	2	(0.4)	
義歯がある利用者			
いる	438	(92.8)	(93.2)
いない	32	(6.8)	(6.8)
把握していない	0	(0.0)	(0.0)
欠損値	2	(0.4)	
義歯を使用している利用者			
いる	364	(77.1)	(77.4)
いない	14	(3.0)	(3.0)
把握していない	92	(19.5)	(19.6)
欠損値	2	(0.4)	

表4 基本集計（通所リハ）n, %の集計

通所リハビリテーション(n=472)	度数	(%)	(有効%)
オーラルフレイル（口腔機能低下症）に該当する利用者			
いる	167	(35.4)	(35.5)
いない	99	(21.0)	(21.1)
把握していない	204	(43.2)	(43.4)
欠損値	2	(0.4)	
BMI18.5未満（やせ）の利用者			
いる	269	(57.0)	(57.2)
いない	52	(11.0)	(11.1)
把握していない	149	(31.6)	(31.7)
欠損値	2	(0.4)	
1 か月間に、通所サービスの職員が、口腔や栄養の問題に関して、専門職に相談をしたことがある			
同一事業所内と相談	175	(37.1)	(39.2)
他の事業所（同一法人内）と相談	29	(6.1)	(6.5)
他の事業所（同一法人外）と相談	16	(3.4)	(3.6)
相談していない	226	(47.9)	(50.7)
欠損値	26	(5.5)	
相談した専門職（複数回答）（有効%:相談ありと回答n=220）			
医師	57	(12.1)	(25.9)
看護職（看護師、准看護師）	84	(17.8)	(38.2)
介護福祉士	46	(9.7)	(20.9)
介護職（介護福祉士以外）	15	(3.2)	(6.8)
歯科医師	11	(2.3)	(5.0)
歯科衛生士	32	(6.8)	(14.5)
管理栄養士	116	(24.6)	(52.7)
栄養士	121	(25.6)	(55.0)
調理師	3	(0.6)	(1.4)
理学療法士	46	(9.7)	(20.9)
作業療法士	28	(5.9)	(12.7)
言語聴覚士	110	(23.3)	(50.0)
その他（介護支援専門員等）	8	(1.7)	(3.6)

表4 基本集計（通所リハ） n, %の集計

通所リハビリテーション(n=472)	度数	(%)	(有効%)
食事を提供していた			
提供していた	348	(73.7)	(74.0)
提供量は個人ごとに設定されていた（有効%:食事を提供していたn=348）			
個人ごとに設定されていた	271	(57.4)	(77.9)
個人ごとに設定していなかった	70	(14.8)	(20.1)
わからない	7	(1.5)	(2.0)
咀嚼機能が低下した利用者への対応した食事について、頻度が最も高いもの （有効%:食事を提供していたn=348）			
①軟らかいものが噛める利用者への対応			
常食	76	(16.1)	(21.9)
軟食、軟菜食	175	(37.1)	(50.4)
きざみ食	84	(17.8)	(24.2)
ソフト食・ムース食	10	(2.1)	(2.9)
その他	2	(0.4)	(0.6)
欠損値	1	(0.2)	
②軟らかいものが噛めない利用者への対応			
常食	2	(0.4)	(0.6)
軟食、軟菜食	33	(7.0)	(9.6)
きざみ食	161	(34.1)	(46.9)
ソフト食・ムース食	71	(15.0)	(20.7)
ミキサー食	65	(13.8)	(19.0)
その他	11	(2.3)	(3.2)
欠損値	5	(1.1)	
管理栄養士が栄養・食事に関する支援が目的で通所サービスの利用者に関わる機会			
あった	187	(39.6)	(39.8)
なかった	257	(54.4)	(54.7)
わからない	26	(5.5)	(5.5)
欠損値	2	(0.4)	
管理栄養士が関わった内容（複数回答）（有効%:関わる機会あったn=187）			
食事時の観察（ミールラウンド）	124	(26.3)	(66.3)
食事の個別調整	114	(24.2)	(61.0)
喫食量の記録	49	(10.4)	(26.2)
栄養相談	98	(20.8)	(52.4)
自宅訪問	14	(3.0)	(7.5)
その他	8	(1.7)	(4.3)

表4 基本集計（通所リハ） n, %の集計

通所リハビリテーション(n=472)	度数	(%)	(有効%)
口腔体操（パタカラ体操や唾液腺マッサージなど）の取り組みを毎回実施			
実施していた	312	(66.1)	(66.4)
実施しなかった	149	(31.6)	(31.7)
わからない	9	(1.9)	(1.9)
欠損値	2	(0.4)	
実施した専門職（複数回答）（有効%:口腔体操実施していたn=312）			
医師	1	(0.2)	(0.3)
看護職（看護師、准看護師）	107	(22.7)	(34.3)
介護福祉士	282	(59.7)	(90.4)
介護職（介護福祉士以外）	181	(38.3)	(58.0)
歯科医師	0	(0.0)	(0.0)
歯科衛生士	11	(2.3)	(3.5)
管理栄養士	4	(0.8)	(1.3)
栄養士	3	(0.6)	(1.0)
調理師	0	(0.0)	(0.0)
理学療法士	55	(11.7)	(17.6)
作業療法士	29	(6.1)	(9.3)
言語聴覚士	48	(10.2)	(15.4)
その他	4	(0.8)	(1.3)
専門職による口腔ケア（口腔清掃、歯石の除去、義歯の手入れのいずれか）を1回以上実施			
実施していた	177	(37.5)	(37.7)
実施しなかった	276	(58.5)	(58.7)
わからない	17	(3.6)	(3.6)
欠損値	2	(0.4)	
実施した専門職（複数回答）（有効%:専門職による口腔ケア実施していたn=177）			
医師	5	(1.1)	(2.8)
看護職（看護師、准看護師）	95	(20.1)	(53.7)
介護福祉士	144	(30.5)	(81.4)
介護職（介護福祉士以外）	88	(18.6)	(49.7)
歯科医師	5	(1.1)	(2.8)
歯科衛生士	23	(4.9)	(13.0)
管理栄養士	1	(0.2)	(0.6)
栄養士	2	(0.4)	(1.1)
調理師	0	(0.0)	(0.0)
理学療法士	7	(1.5)	(4.0)
作業療法士	5	(1.1)	(2.8)
言語聴覚士	41	(8.7)	(23.2)
その他	0	(0.0)	(0.0)

表4 基本集計（通所リハ） n, %の集計

通所リハビリテーション(n=472)	度数	(%)	(有効%)
口腔・栄養スクリーニング加算 I			
算定した（1人以上）	81	(17.2)	(17.2)
算定しなかった	385	(81.6)	(81.9)
わからない	4	(0.8)	(0.9)
欠損値	2	(0.4)	
口腔・栄養スクリーニング加算 II			
算定した（1人以上）	50	(10.6)	(10.6)
算定しなかった	416	(88.1)	(88.5)
わからない	4	(0.8)	(0.9)
欠損値	2	(0.4)	
栄養アセスメント加算			
算定した（1人以上）	64	(13.6)	(13.6)
算定しなかった	401	(85.0)	(85.3)
わからない	5	(1.1)	(1.1)
欠損値	2	(0.4)	
栄養改善加算			
算定した（1人以上）	31	(6.6)	(6.6)
算定しなかった	433	(91.7)	(92.1)
わからない	6	(1.3)	(1.3)
欠損値	2	(0.4)	
口腔機能向上加算 I			
算定した（1人以上）	67	(14.2)	(14.3)
算定しなかった	396	(83.9)	(84.3)
わからない	7	(1.5)	(1.5)
欠損値	2	(0.4)	
口腔機能向上加算 II			
算定した（1人以上）	55	(11.7)	(11.7)
算定しなかった	407	(86.2)	(86.6)
わからない	8	(1.7)	(1.7)
欠損値	2	(0.4)	
上記加算いずれか算定あり			
いずれか算定あり	196	(41.5)	(41.7)

表4 基本集計（通所リハ）n, %の集計

通所リハビリテーション(n=472)	度数	(%)	(有効%)
加算を算定していない理由			
すべての加算非算定（複数回答）（有効%:n=274）			
内容や算定要件を知らないから	75	(15.9)	(27.4)
利用者にとって必要なサービスではないと思うから	73	(15.5)	(26.6)
既に十分に口腔や栄養の支援ができていると思うから	44	(9.3)	(16.1)
対象になる利用者を把握することが難しいと思うから	102	(21.6)	(37.2)
効果や意義がなさそうだと思うから	38	(8.1)	(13.9)
介護職（介護福祉士を含めて）の理解や協力が得られない	62	(13.1)	(22.6)
介護支援専門員の理解や協力が得られないと思うから	50	(10.6)	(18.2)
手間がかかると思うから	131	(27.8)	(47.8)
加算の点数が低いと思うから	89	(18.9)	(32.5)
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ非算定（複数回答）（有効%:n=385）			
内容や算定要件を知らないから	81	(17.2)	(21.0)
利用者にとって必要なサービスではないと思うから	80	(16.9)	(20.8)
既に十分に口腔や栄養の支援ができていると思うから	50	(10.6)	(13.0)
対象になる利用者を把握することが難しいと思うから	120	(25.4)	(31.2)
効果や意義がなさそうだと思うから	42	(8.9)	(10.9)
介護職（介護福祉士を含めて）の理解や協力が得られない	67	(14.2)	(17.4)
介護支援専門員の理解や協力が得られないと思うから	56	(11.9)	(14.5)
手間がかかると思うから	153	(32.4)	(39.7)
加算の点数が低いと思うから	115	(24.4)	(29.9)
①～⑥のうち他の加算を算定しているから	69	(14.6)	(17.9)
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ非算定（複数回答）（有効%:n=416）			
内容や算定要件を知らないから	81	(17.2)	(19.5)
利用者にとって必要なサービスではないと思うから	82	(17.4)	(19.7)
既に十分に口腔や栄養の支援ができていると思うから	55	(11.7)	(13.2)
対象になる利用者を把握することが難しいと思うから	120	(25.4)	(28.8)
効果や意義がなさそうだと思うから	42	(8.9)	(10.1)
介護職（介護福祉士を含めて）の理解や協力が得られない	65	(13.8)	(15.6)
介護支援専門員の理解や協力が得られないと思うから	56	(11.9)	(13.5)
手間がかかると思うから	152	(32.2)	(36.5)
加算の点数が低いと思うから	116	(24.6)	(27.9)
①～⑥のうち他の加算を算定しているから	69	(14.6)	(16.6)
栄養アセスメント加算非算定（複数回答）（有効%:n=401）			
内容や算定要件を知らないから	85	(18.0)	(21.2)
利用者にとって必要なサービスではないと思うから	85	(18.0)	(21.2)
既に十分に口腔や栄養の支援ができていると思うから	56	(11.9)	(14.0)
対象になる利用者を把握することが難しいと思うから	124	(26.3)	(30.9)
効果や意義がなさそうだと思うから	48	(10.2)	(12.0)
介護職（介護福祉士を含めて）の理解や協力が得られない	71	(15.0)	(17.7)
介護支援専門員の理解や協力が得られないと思うから	61	(12.9)	(15.2)
手間がかかると思うから	162	(34.3)	(40.4)
加算の点数が低いと思うから	111	(23.5)	(27.7)
①～⑥のうち他の加算を算定しているから	34	(7.2)	(8.5)

表4 基本集計（通所リハ）n, %の集計

通所リハビリテーション(n=472)	度数	(%)	(有効%)
栄養改善加算非算定（複数回答）（有効%:n=433）			
内容や算定要件を知らないから	80	(16.9)	(18.5)
利用者にとって必要なサービスではないと思うから	86	(18.2)	(19.9)
既に十分に口腔や栄養の支援ができていると思うから	55	(11.7)	(12.7)
対象になる利用者を把握することが難しいと思うから	124	(26.3)	(28.6)
効果や意義がなさそうだと思うから	42	(8.9)	(9.7)
介護職（介護福祉士を含めて）の理解や協力が得られない	68	(14.4)	(15.7)
介護支援専門員の理解や協力が得られないと思うから	64	(13.6)	(14.8)
手間がかかると思うから	158	(33.5)	(36.5)
加算の点数が低いと思うから	104	(22.0)	(24.0)
①～⑥のうち他の加算を算定しているから	40	(8.5)	(9.2)
口腔機能向上加算Ⅰ非算定（有効%:n=396）			
内容や算定要件を知らないから	84	(17.8)	(21.2)
利用者にとって必要なサービスではないと思うから	82	(17.4)	(20.7)
既に十分に口腔や栄養の支援ができていると思うから	50	(10.6)	(12.6)
対象になる利用者を把握することが難しいと思うから	115	(24.4)	(29.0)
効果や意義がなさそうだと思うから	41	(8.7)	(10.4)
介護職（介護福祉士を含めて）の理解や協力が得られない	68	(14.4)	(17.2)
介護支援専門員の理解や協力が得られないと思うから	57	(12.1)	(14.4)
手間がかかると思うから	147	(31.1)	(37.1)
加算の点数が低いと思うから	101	(21.4)	(25.5)
①～⑥のうち他の加算を算定しているから	47	(10.0)	(11.9)
口腔機能向上加算Ⅱ非算定（有効%:n=407）			
内容や算定要件を知らないから	84	(17.8)	(20.6)
利用者にとって必要なサービスではないと思うから	84	(17.8)	(20.6)
既に十分に口腔や栄養の支援ができていると思うから	52	(11.0)	(12.8)
対象になる利用者を把握することが難しいと思うから	121	(25.6)	(29.7)
効果や意義がなさそうだと思うから	40	(8.5)	(9.8)
介護職（介護福祉士を含めて）の理解や協力が得られない	71	(15.0)	(17.4)
介護支援専門員の理解や協力が得られないと思うから	60	(12.7)	(14.7)
手間がかかると思うから	160	(33.9)	(39.3)
加算の点数が低いと思うから	104	(22.0)	(25.6)
①～⑥のうち他の加算を算定しているから	33	(7.0)	(8.1)
もし要件が変更されたら算定したいと思っている（有効%:いずれか算定無しn=471）			
思っている	248	(52.5)	(53.3)
思っていない	217	(46.0)	(46.7)
欠損値	6	(1.3)	



表4 基本集計（通所リハ）n, %の集計

通所リハビリテーション(n=472)	度数	(%)	(有効%)
加算のいずれかを「算定した」と回答した場合に、その後、必要に応じて歯科医師、歯科衛生士につないでつないでいる（有効%:n=198）			
つないでいる	63	(13.3)	(32.8)
つないでいない	104	(22.0)	(54.2)
把握していない	25	(5.3)	(13.0)
欠損値	6	(1.3)	
加算のいずれかを「算定した」と回答した場合に、算定してよかったと実感しているもの（有効%:n=198）			
利用者の食欲の回復	58	(12.3)	(29.6)
利用者の食事量の改善	93	(19.7)	(47.4)
利用者の体重の改善	78	(16.5)	(39.8)
利用者の誤嚥性肺炎の予防	118	(25.0)	(59.9)
利用者のADLやIADLの向上	50	(10.6)	(25.4)
本人・家族の食べる楽しみを支援	74	(15.7)	(37.6)
本人・家族に喜ばれていること	75	(15.9)	(38.1)
本人の自己実現に貢献できること	28	(5.9)	(14.2)
口腔・栄養の専門職に相談しやすくなること	63	(13.3)	(32.1)
口腔・栄養の専門職と共同してサービスの質が向上すること	58	(12.3)	(29.6)
よかったと感じていることはない	8	(1.7)	(4.1)

## II. 通所事業所における口腔・栄養関連サービスに関するインタビュー調査

### はじめに

令和3年度介護報酬改定において、通所事業所等で早期に口腔・栄養関連サービスが必要な者を把握するため、口腔・栄養スクリーニング加算及び栄養アセスメント加算が新設された。栄養改善加算では管理栄養士による訪問が可能になる等、口腔機能向上や栄養改善の取組の充実が図られた。しかしながら、通所系サービスにおいて、口腔・栄養関連サービスを担う職種である、管理栄養士、言語聴覚士、歯科衛生士等の常勤配置数は少なく、口腔・栄養関連サービスの加算算定は普及しているとはいえない<sup>1)</sup>。

本稿では、今後の口腔・栄養関連サービスの改善に向けた課題を検討するため、これらのサービスを推進している通所事業者等を対象としたインタビュー調査を実施し、現状のサービス提供体制や取組の実態を捉えることにした。本調査では、以下の点を分析の視点に含めて、解決すべき課題やその対応について考察することを目的とする。

- 1) 口腔・栄養関連サービスの算定はどこまで進んでいるか。
- 2) 加算が算定されている場合は、各専門職の配置が手厚いか。
- 3) サービスに関わる各専門職の連携が進んでいる場合は、良好なアウトカムが得られているか。
- 4) 通所事業所等における口腔・栄養ケアの充実に向けた課題とその対策は何か。

### 方 法

#### 1. 実施対象

対象は「通所事業所における口腔・栄養関連サービスに関する調査研究事業」において、調査に協力が得られた通所介護事業所（以下「通所介護」という。）及び通所リハビリテーション事業所（以下「通所リハ」という。）のうち、効果的な口腔・栄養関連サービスの取組を実践、または推進する事業所とした。

#### 2. 実施方法

##### (1) インタビュー方法

インタビュアーは、主インタビュアーと副インタビュアーの2名であり、インタビューガイドを用いたグループインタビューをオンラインで実施した。インタビューガイドの内容は、口腔・栄養関連サービスについて、具体的に促進している要因や、困難な要因にどのように対応してき

たか、現状の体制や取組に関する①各サービスの提供のための体制づくりの経緯について、②各サービスの現在の体制について、③各サービスの取組手順について、④各サービスの効果について、⑤今後の制度の見直しや啓発研修のあり方に関する要望についてとし、意見を聴取した。

調査実施期間は、令和4年11月から令和5年1月末迄で、調査は1回あたり概ね60分で実施し、終了の見極めは調査項目に関する発言が出尽くしたことを対象者に確認したうえで終了した。

## (2) 倫理的配慮

対象者に、研究の目的および意義、方法の他、研究への参加は自由意志であり、研究に参加せずとも不利益は生じないこと等を説明文書で提示するとともに口頭で説明をした。対象者の同意を確認した後、インタビューを実施し、録音を行った。インタビュー終了後、録音した電子媒体にパスワードを付与し、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。本調査は、日本健康・栄養システム学会倫理審査委員会の承認を得て実施した（令和4年10月27日承認番号2022A4）。

## 結 果

### 1. 口腔・栄養関連サービスの現在の体制について（構造）

#### (1) 組織体制

調査対象である14事業所（通所介護10事業所、通所リハ4事業所）の概要、口腔・栄養関連サービスにおける体制（従事者の配置状況・専門性・勤務時間・組織的特徴など）について表1と表2に示した。調査対象の事業主体は、医療法人が9事業所、社会福祉法人が4事業所、営利法人が1事業所であり、通所事業所に病院、診療所、老人保健施設、特別養護老人ホームが併設、あるいは法人グループ内で、同様の施設に加え訪問看護ステーション、栄養ケア・ステーション、居宅介護支援事業所、児童通所支援事業所を保有する環境であった。給食業務の運営形態は、直営が6事業所、委託が7事業所、給食提供無しが1事業所であった。

各サービスに関与する職種は、管理栄養士、言語聴覚士、理学療法士、作業療法士、歯科衛生士、介護職員、看護師であった。勤務体制は、事業主体が所有する施設との兼務者が極めて多く、口腔・栄養関連サービスの加算を算定している事業所の特徴として、常勤・専従を1とすると、主たる施設に0.7~0.8、通所事業所等に0.1~0.2の比率で兼務をするケースが多かった。一方、通所事業所等に0.6~0.8と高い比率の職種も見られた。なお、口腔・栄養関連サービスの主たる関係職種が一堂に会する体制を保有する事業所は無かった。通所に口腔・栄養関連サービスは介護職と看護師だけでは難しいという回答がある一方、3職種（管理栄養士、言語聴覚士、歯科衛

生士)が常勤配置されることが理想であるが経営的に困難である、歯科衛生士、管理栄養士の雇用は主に介護予防事業と介護サービスの加算で賄えている、通所介護だけの収益では経営が困難等の意見が挙げられた。

## (2) 算定状況

各サービスの算定状況は、口腔機能向上加算Ⅰ・Ⅱ、口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ・Ⅱ、栄養アセスメント加算、栄養改善加算を算定していた。通所04は、管理栄養士が通所に関わりを持つが、口腔・栄養関連のサービス体制を整備中であり、加算算定までは至っていない。この理由として、現在の加算点数では、口腔・栄養関連サービスの人件費を払えず、算定単位が将来的に増加すれば検討をするという意見が挙げられた。

各サービスの提供のための体制づくりの経緯では、経営と利用者のニーズ、口腔・栄養サービスを重要視する法人の方針や体制と回答した事業所が多かった。また、算定開始当初は、管理者が旗振り役となり、方針やサービスへの理解を利用者、家族、介護支援専門員やサービス構成員に働きかけ、算定へと結びつけたケースがみられた。

## 2. 各サービスの専門職の行動(プロセス)

インタビュー内容から、各サービスにおける専門職の行動として、手順・各職種の役割・情報連携ツール・多職種との連携状況を表3に示した。

手順について、事業所は、利用者のニーズを抽出し、サービス利用開始時に算定を介護支援専門員に伝え、ケアプランに入れる。算定対象者名簿を作成し、スクリーニングやアセスメントを実施、算定月末にLIFEへ入力をし、介護支援専門員へ情報提供をしていた。こうした取組の手順書を作成し、プロセスを共有化している回答もあった。多くの事業所が「いつ、どの職種がリスクを抽出し、どのようにケアをし、情報共有をするのか」といったルールと役割を明確にしていた。口腔・栄養スクリーニングでは、看護師や介護職員がサービスに関わる職種に情報を繋ぐ役割があり、問題の早期把握をしているケースがみられた。歯科衛生士は、口腔ケア・嚥下体操、言語聴覚士は食事評価、食事形態、食事介助の方法の助言、食事介助も実施、管理栄養士はミールラウンドにて、嚥下機能や栄養状態に関してアセスメントをし、各サービスに繋げたケアを実践していた。

情報連携の状況は、サービス導入時、通所利用時、食事時間、在宅訪問時に利用者の情報(身体状況、食事量、嚥下機能、口腔環境)を収集し、動画、電子カルテ、Webアプリケーションにインプットし、タブレット端末を活用するといったデジタルツールによる効率的運用を進める事

業所があった。多職種との連携は、専門職が集まる定期的なカンファレンスの開催、あるいはインフォーマルなコミュニケーションにて行っている事業所があった。他方、兼務をする専門職同士が通所で日常的に連携の場を確保できない事業所においては、通所に常勤する介護職、看護師、リハビリテーション専門職等が軸となって兼務者に情報を伝達しているケースがみられた。また、家族や関連職種との連絡には「連絡ノート」をツールとして活用している事業所があった（通所03）。

### 3. 各サービスの効果（アウトカム）

各サービスによって得られた効果を表4に示した。利用者への効果として、専門職の介入によって、利用者は、セルフケア能力が向上し、在宅でのケアを継続することで、摂食嚥下機能の維持ができ、在宅生活を長く送れている、また独居や家族の協力が得られない利用者の場合にも、通所時の口腔ケアによって現状維持が図れているといった回答があった。歯科衛生士による口腔ケアでは、高齢者に多い舌苔を除去し、口腔乾燥が改善されることによって唾液量が増加し、口腔状態が整うことで食事量が増え、食事形態のレベルが向上し、食べられなかったものが食べられるようになった。言語聴覚士が、嚥下機能評価を行うことで、食事の安心、安全が確保され、管理栄養士の食べることへの支援により栄養改善効果が見られた、体重減少を留められたという効果があり、利用者および家族の満足にも繋がっていた。

一方、ケア提供者側が得られた効果は、このサービスによって経時的にアセスメントをするシステムができた、利用者との専門職のコミュニケーションが生まれて信頼関係を構築ができ、ケア提供者の役割について利用者の理解が深まった、介護支援専門員や地域との関わりが増え情報共有の意識が高まった、介護職をはじめ多職種と議論がしやすくなった、職員のモチベーションが向上したと回答した事業所が多かった。

### 4. 各サービスにおける課題

各サービスにおける課題を表5に示した。

体制に関する面では、専門職が1人体制であるため全ての利用者の食事場면을把握ができていない、特養には協力歯科医師・歯科衛生士が訪問をしているが通所事業所とは関わりがない、特養の各加算の要件を満たすのに精一杯の状況、必要な職員の採用が難しい状況にある等、人的資源に関する課題があった。また、口腔及び栄養のアセスメントは必要書類も増えて時間がかかり困難である、管理栄養士及び歯科衛生士は、雇用されてもすべき作業が分かっていないという発

言があった。

サービスにおける面では、栄養状態を体重で見ても「昼を完食しているので大丈夫」と評価できない、通所サービス外の食事摂取状況が不明、在宅まで管理栄養士が踏み込むことができていない等、在宅での日常の課題把握が困難であるといった事業所が多かった。

加算に関する面では、口腔栄養関連サービスを算定できる体制があり、対象者がいるものの、介護支援専門員の理解が得られない、介護保険の限度額を超過すると算定できない、利用者・家族から他のサービスを使いたいと言われ介入しにくい状況であると多数の事業所から回答があった。また、栄養改善加算を算定しないまま深く介入すると、採算が合わないサービスという形になってしまう、管理栄養士の居宅療養管理指導は、診療所の医師の指示が必要となるので、歯科医院からは出られない、歯科衛生士、管理栄養士はまだ居宅訪問はしていないと（通所06）いった、居宅訪問に繋がっていない回答があった。

## 5. 今後の制度の見直しや啓発研修のあり方に関する要望

今後の制度の見直しや啓発研修のあり方に関する要望を表6に示した。

制度への意見は、口腔・栄養関連サービス加算の単位が低く人件費が払えない、もう少し報酬単位が高いと頑張れる気力になるという回答が多くある一方、単位が低いことから、家族も納得してサービスを受け入れているという回答もあった。また、サービスを提供することで十分な成果が出て、介護報酬が得られて、専門職等が頑張れるというのが重要だが、成果は報酬だけではなく、利用者が元気になっていくサービスを提供して自立に導き、働く側も喜びと達成感を味わえる仕組みを求めている事業所もあった。栄養関連の加算では、通所の利用者は、肥満や生活習慣病が多く、栄養関連サービスの加算対象に含めてほしいという要望があった。

L I F Eに関して、必要な情報だけをより簡単に記載できるようにしてほしい、毎月、同じ記載する項目をなるべく減らしてほしい、これからの段階ではあるが今後はデータ化して成果として出れば一番良いという回答があった。その他に、分かりやすい加算制度であること、ケアマネジャーにサービスの理解が深められ、ケアプランに積極的に入れてほしい、場所・役割を明確にした詳細なマニュアルが必要といった意見があった。

また、通所への口腔・栄養関連専門職の配置が望まれており、それが困難であれば病院との連携で病院・通所事業所が相互に加算が取れるような制度があると、在宅の高齢者を支援できるサービスが提供できるようになる、病院や介護保険施設の管理栄養士が週に1回併設の通所事業所に行き、ミールラウンドをすることは可能であるので、全国的に実施してほしいといった要望が

あった。

啓発研修のあり方は、いずれの職種も参加できること、口腔、嚥下、栄養に関する専門職の壁を越え、ある程度共通してできるもの、コミュニケーション力や人間力を育成するもの、全人的・全身的に学べるもの、高齢者施設の魅力を若い世代に伝えられるもの、オンデマンド形式、通所における口腔・栄養サービスの研修のための手引きがほしいといった意見があった。

## 考 察

### 1. 各サービスの算定の進捗状況

対象14事業所の各サービスの加算算定状況は、口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ（5事業所）、口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ（7事業所）、栄養アセスメント加算（9事業所）、栄養改善加算（7事業所）、口腔機能向上加算Ⅰ（7事業所）、口腔機能向上加算Ⅱ（7事業所）であった。言語聴覚士または歯科衛生士が配置されている事業所は、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のいずれかの加算を算定している状況であり、口腔ケアを加算算定に結びつけていた。栄養改善加算については、2事業所が（通所08、通りハ04）加算体制はあるが対象者がいないという状況であった。これは本調査研究の実態調査<sup>1)</sup>においても、栄養改善加算の算定状況は通所介護、通所リハとも約9割の事業所が非算定であり、インタビュー調査においても算定の難しさが現れていると示唆された。実態調査での非算定理由は、手間がかかるといった理由が半数近くを占めていたが<sup>1)</sup>、インタビュー調査においては、この理由として、利用者の需要がない（通所07）という回答があった。加えて、各事業者が抱える人員不足の課題から、管理栄養士が利用者の居宅を訪問し、利用者の居宅での食事状況などを把握するとうる加算条件を満たすことが困難であると考えられた。

### 2. 各サービスを算定している事業所等に共通する特徴

特徴として、組織内に口腔・栄養関連サービスが重要視される理念や方針、風土が醸成されていること、専門職の人員体制は通所に兼務であるが、役割、情報連携の体系を構築し、管理ができていたことが共通点として考えられた。サービス算定開始時に、旗振り役が管理者の事業所では、介護支援専門員や利用者、家族にサービスの説明を繰り返し、理解を深める事業所があった。管理栄養士と言語聴覚士が旗振り役の事業所では、関連職種を集めて、サービスの説明と手順をマニュアル化し、多職種の調整を行っていた。旗振り役が各サービスへの理解を他者へ促進し、強いリーダーシップを発揮して、加算体制の構築に関係していた。

また、人員体制は、法人内の病院、老人保健施設、特別養護老人ホーム、診療所等の施設に常勤する専門職が、通所事業所等に兼務をする形が多くを占めていた。実態調査<sup>1)</sup>では、通所の7割において併設施設がないと回答があり単独型事業所が多数であることが示されていた。単独型での通所事業所では各専門職とのかかわりが難しいと感じているが、口腔関連サービスを算定する施設（通所01）や、各専門職の人員体制を整備しサービスの向上に努力をする施設が認められた（通所02、03、08）。給食業務の形態は、直営、委託、給食提供無しに関わらず、通所事業所等の兼務の比率は概ね0.2～0.7であり、比率が高い事業所は、加算算定率の向上や、主たる事業主体の老人保健施設で、令和3年度介護報酬改定の栄養マネジメント強化加算によって管理栄養士2人体制となり、管理栄養士が通所事業所に関われるようになった施設で、配置が確保でき、サービスの収入の効果があつたことが<sup>2) 3)</sup>、通所事業所等への人的資源の有効活用へと繋がっていたと考えられる。通所事業所等に専門職を重点的に配置できることは、法人の保有する施設の人的資源の豊富さの現れともとれる。また、配食サービスを行なうことで人件費を賄うと回答した事業所があつた。このことから、通所事業所等に専門職が関われるよう、原資捻出の努力をしていることが共通の特徴と考えられた。

各サービスにおける過程において、提供サービスの手順や各専門職の役割が明確であることが複数事業所より示された。利用者の状況に関する情報の連携においては、定期的なカンファレンスの開催、あるいはインフォーマルなコミュニケーション、デジタルツールを活用し、情報の網羅性を高め、複数の場所や担当に分散している情報を一カ所でまとめ、効率かつ効果的な情報共有を図っていた。また、利用者、家族、介護支援専門員、かかりつけ医、事業所内外の多様な職種との良好な信頼関係が構築されていることが特徴的であつた。家族や関連職種との連絡ツールに連絡ノートを活用している事業所では、家族の協力が重要であり、家族がこの連絡ノートに本人の状況を記載し、協力が得られると利用者が変わっていくと回答があつたことから、利用者自身、その家族も役割を担っていると言えよう。

### 3. 各サービスを算定していない事業所等に共通する特徴

管理栄養士が通所と関わりがあるが、各サービスを算定していない事業所（通所04）の算定していない理由は、口腔・栄養サービスの報酬が少ないため関連職種の雇用が困難ということが挙げられた。しかしながら、回答者は、「このサービスを利用者が受けられないと、食欲がなくなり、偏った食事になり、口腔がよく掃除できていないということも見受けられる」と口腔・栄養サービスの重要性を述べていた。このことから、サービスの価値の理解を広めるとともに、サービス



に要する経費は当該サービスがもたらす事業所全体にとってのメリットの中で確保されること等を考慮されることが望まれる。

また、介護保険施設等を対象とした調査結果では、居宅の介護支援専門員との連携が難しく加算算定に至らないとの意見も多くあり、介護支援専門員との連携がキーとなる可能性が示された<sup>3)</sup>。事業所等を対象とした本調査においても同様に、各加算を算定する複数の事業所が、介護支援専門員にサービスへの理解が得られていない状況であると回答があった。この課題の方策として、口腔や栄養管理の重要性やその効果を介護支援専門員、利用者、家族に伝え、理解を深めることが必要である。本調査において、口腔、栄養の各分野の専門家の連携が進んでいる事業所では、各サービスによって、利用者側視点では、セルフケア能力の向上、健康上の変化、生活の質向上、家族も含めた満足度の向上の効果が得られていた。他方、従事者側視点では、利用者の改善によるモチベーション向上、利用者や連携職種と顔の見える関係や信頼関係の構築、定期的なモニタリングの実施体制、ケア介入への習慣形成への寄与といった互恵的な影響を受けている。このような効果を説明し、サービスへの理解を促進することが求められる。

#### 4. 通所事業所等における口腔・栄養ケアの充実に向けた課題とその対策

通所事業所等における口腔・栄養ケアの充実には、経営資源である人的資源、人材育成、収益と費用、情報連携に関する課題に手厚い対策や工夫を講じることが必要と考えられた。

まず、人的資源の課題においては、通所事業所等へ専門職を送る仕組みと通所事業所等から在宅に繋げる仕組みが必要である。通所事業所等へ専門職を送る仕組みの視角として、特別養護老人ホームおよび老人保健施設では、栄養マネジメント強化加算の算定により、経営的収益に寄与があり、管理栄養士が複数配置となり人的資源が育まれた施設がある<sup>3)</sup>。現状、法人内の施設の体制が整うことで、通所事業所へ関われるケースが多い。しかし、本調査で事業所から提言があったように、法人の概念に囚われず、人的資源の余裕がある施設が通所事業所等に関与し、巡回体制をつくれることや(通所02)、相互が報酬を得られる仕組みが望まれる。例えば、医療機関の退院時共同指導では、入院医療機関と在宅医療機関の双方が報酬を得られたり、地域医療連携推進法人制度の様にアライアンスを組み、業務連携を推進したりする体制がある。一方、通所事業所等から在宅に繋げる仕組みの視角では、管理栄養士、歯科衛生士が在宅にアウトリーチしやすい体制の構築が望まれる。また、今回の実態調査においては、居宅管理栄養管理指導の加算状況の把握は行われなかったが、管理栄養士等は、利用者の居宅訪問の必要を認識しているものの、地域やかかりつけ医からのオーダーが発生していないことに課題があると回答する施設があった

(通所 05、06、08)。医療機関においては、電子カルテで栄養指導ボタンを押下し、管理栄養士に依頼が行えるが、地域では、どのような管理栄養士がどこに存在するかを認識されていないケースもある。地域の医師がオーダーを簡便に依頼できるような仕組みづくり、依頼手順書の作成、その情報公開や広報活動等についてイニシアチブをとる組織が求められる。

本調査では、各サービスに関連する専門職が、組織運営の状況の変化において機敏に反応した行動力を発揮していた。管理栄養士が法人内に認定栄養ケア・ステーションを立ち上げ、栄養サービスが提供をできる体制を作ったり、加算算定に向けての調整役として、中心的役割を担って方向性を示したり、あるいは、通所外の在宅における情報入手のために、送迎車を利用して在宅訪問し、アセスメントをするといった工夫をこらしている事業所が複数あった。さらには、介護職から、「利用者がむせる」と言われた場合には、管理栄養士が通所の責任者から相談され、食事開始時に咽喉マイクを用いて嚥下機能を評価することもある<sup>4)</sup>。管理栄養士が不在の事業所では、言語聴覚士が食事形態を決め、外部委託の担当者に連絡や、体重の評価をして栄養管理に関与をしていた。言語聴覚士が不在の事業所では、管理栄養士と歯科衛生士が口腔のアセスメントを協働して行っていた。近年、口腔・栄養管理では、利用者の置かれている厳しい状態に対応するケアへと変化しつつある。東京都の後期高齢者約 131 万人分の診療情報の分析によると、後期高齢者の約 8 割が 2 疾患以上の慢性疾患を併存、約 6 割が 3 疾患以上の慢性疾患を併存している報告<sup>5)</sup>からも、高齢者のケアは複雑化していると言える。このような利用者に対し、先駆的な事業所は、専門職の壁を作る以前に、複数の役割を担い、経験をすることにより、知と知の組み合わせが進み、新しい知を創造し、口からしっかり食べられ、自立に繋がるケアを実践し、各サービスへの高い効果を得ていた。これを近年の言葉でいえば「イントラパーソナル・ダイバーシティ（個人内多様性）」<sup>6)</sup>と言い換えることができるのだろう。こうして高齢者へのケア現場が変わり、必然的に口腔・栄養関連の専門職たちの働き方も、貢献の仕方も変化しつつある。この変化に機敏に対応する実践者が少なからず存在していることが今回の調査で鮮明となった。一方、口腔ケアでは、歯科医師や歯科衛生士でなければできない歯石除去もあれば、看護師、介護福祉士、介護職が中心<sup>1)</sup>となって実施する口腔清拭もある。各職種の特長や役割の幅を学び、コンプライアンスを遵守した上で、専門性の壁を取り除いた口腔・栄養関連に関する学習の場が必要となる。今後、個人内多様性が求められつつあることを理解できる専門職育成と、その人材をマネジメントできる能力が高齢者のケアの実践者に求められることであろう。

人材育成では、研修のあり方として、各サービスに関わる職種が参加できるもので、口腔・栄養ケアに関するスキルの他、コミュニケーション力や人間力を育成するもの、高齢者ケアの仕方、

高齢者の見方、全人的・全身的に学べるものが求められていた。口腔・栄養サービスの充実には、単に通所事業所等に関わる専門人材が増えるだけでなく、パーパス（purpose：目的）を達成できるチームづくりにむけ、迅速に柔軟に行動できる力を養う場が必要である。こうした教育コンテンツが必要である。

さらに専門職を配置するにあたり、原資の獲得が必要となるが、介護支援専門員や利用者・家族への口腔・栄養関連サービスへの理解が得られず、加算に繋がっていない。この対応として、介護支援専門員に対し、介護支援専門員の更新研修時に、通所事業所の管理栄養士からの情報をもとに、どのように在宅でケアに取り組んでいくかということを具体的に研修することが望ましいと考えられる。また、利用者、家族への各サービスの効果を伝え、啓発する活動は絶え間なく行う必要がある。

そして、口腔・栄養サービスの進展には、利用者、家族、介護支援専門員及びかかりつけ医との情報連携とフィードバックが求められる。少子高齢化が進む中、生産年齢人口の減少に伴い、医療・介護従事者数が不足する見込みであり、これには医療・介護サービスを提供する多職種が少人数でより効率かつ効果的な密度の高い情報連携が重要となる。現在、自治体間の連携においては、自治体が情報システムを独自に構築した結果、連携ができずに非効率を招いている<sup>7)</sup>。地域の中で多職種協働には ICT を用いた情報連携が進められているが、システムが乱立することなく、仕様が統一されたシステムの導入が推進されることが課題である。さらに、この情報システムの推進と統一を主導する組織が求められると考えられた。そして、本調査では「連絡ノート」をツールとして活用をする事業所があったが、利用者の情報を入手するにあたり、高齢者へのデジタル支援への対応も今後求められるだろう。

## 結 論

本調査では、効果的な口腔・栄養関連サービスの推進を行う通所事業所等の 14 事業所を対象としたインタビュー調査を実施し、今後の口腔・栄養関連サービスの改善に向けた課題を検討した。

本稿の考察で明らかにしたことは以下のとおりである。

- ・各サービスの算定状況については、言語聴覚士または歯科衛生士が配置されている施設は、口腔・栄養スクリーニング加算、口腔機能向上加算のいずれかの加算を算定している。栄養改善加算についての算定状況は実態調査の報告と比較すると良好ではあるが、算定数が僅かであるという施設があった。

- ・各加算の算定が進まない理由として、対象者がいない、サービスでの収益が得られず専門職の

通所事業所等への関わりが充足していない、介護支援専門員や利用者、家族のサービスへの理解が得られないことが障壁となっていた。また、今後において管理栄養士等が在宅への訪問が期待されつつあるが、居宅療養管理指導について、かかりつけ医師からの指示が得られないことが今回の調査にて示された。

- ・各加算が算定されている事業所は、専門職の人員体制は通所事業所等に兼務体制が多く、各専門職の配置が手厚いとは言えない状況であるが、各専門職の役割、情報連携の体系を明確にし、管理ができていた。また、口腔・栄養関連サービスを重要視する理念や方針、風土が醸成されていた。

- ・口腔、栄養の各分野の専門家の連携が進んでいる事業所等では、各サービスによって、利用者はセルフケア能力の向上、健康上の変化、生活の質向上、家族も含めた満足度の向上の効果が得られていた。専門職は、利用者の改善によるモチベーション向上、利用者や連携職種と顔の見える関係や信頼関係の構築、定期的なモニタリングの実施体制、ケア介入への習慣形成といった利用者の栄養状態がよく把握され、良好なアウトカムが得られていると示唆された。

- ・各事業所において人的資源、人材育成、サービスへの理解促進、費用と収益、情報連携に関する課題があり、これらの課題に手厚い方策を講じることが、口腔・栄養関連サービスに実効があると考えられた。

## 文 献

- 1) 日本健康・栄養システム学会：本調査研究事業 実態調査報告書 令和5（2023）年3月.
- 2) 日本健康・栄養システム学会：『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 令和4（2022）年3月. <https://www.j-ncm.com/wp-content/uploads/2022/04/r3-rouken-houkokusyo.pdf> 検索日 2023年3月13日
- 3) 榎裕美、苅部康子、谷中景子、堤亮介、長谷川未帆子ほか：介護保険事業所等における栄養ケア・マネジメントの実態～インタビュー調査から見てきた令和3年度介護報酬改定による効果と今後の課題～. 日本健康・栄養システム学会誌. 2022;22:31-42.
- 4) 日本健康・栄養システム学会：研令和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、令和5年3月.

<https://www.j-ncm.com/study-report/>

5) Mitsutake S, Ishizaki T, Teramoto C, Shimizu S, Ito H. Patterns of Co-Occurrence of Chronic Disease Among Older Adults in Tokyo, Japan. Preventing Chronic Disease. 2019 ; 16 : E11 : 1-11.

6) 入山章栄：世界標準の経営理論. ダイヤモンド社. 2019 : 244.

7) 自治体システム、乱立に歯止め 仕様統一へ国が新法 既得権益の壁高く. 日本経済新聞. 2020. 12. 3, 日経新聞電子版

<https://www.nikkei.com/article/DGXMZ066916140S0A201C2MM8000/> 検索日 2023 年 3 月 13 日

表1. 調査対象事業所の概要

ID	事業主体	併設施設	利用者数 (1週間合計 の実人数)	給食運営	口腔・栄養関連サービス 人員体制	口腔・栄養関連サービス 算定状況					
						口腔・栄養 スクリーニング 加算 I	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	口腔機能 向上加算 I	口腔機能 向上加算 II
通所01	社会福祉 法人	なし	170	委託	言語聴覚士：通所 0.7；児童通所・居宅介護支援事業所 0.3					○	○
通所02	医療法人	なし	37	委託	歯科衛生士：非常勤（週3回 5時間程度） 管理栄養士A：病院 0.8；通所 0.2 管理栄養士B：病院 0.8；通所 0.2	○	○	○		○	○
通所03	医療法人	なし	123	委託	管理栄養士：病院 0.9；通所 0.1 言語聴覚士：病院 0.9；通所 0.1 歯科衛生士：老健 0.8；通所 0.2		○			○	
通所04	社会福祉 法人	介護老人 福祉施設 (特養)	72	委託	管理栄養士：特養 0.8；短期入所 0.2						
通所05	社会福祉 法人	介護老人 福祉施設 (特養)	36	直営	管理栄養士：特養 0.3；通所 0.4；栄養ケア・ステー ション 0.3 作業療法士：通所 1.0	○	○	○	○		
通所06	医療法人	歯科医療機関 (歯科医院な ど)	81	提供なし	管理栄養士A：老健 0.8；通所 0.1；クリニック 0.1 管理栄養士B：老健 0.8；通所 0.1；クリニック 0.1 言語聴覚士：通所 1				○	○	○
通所07	医療法人	介護老人 保健施設 (老健) 診療所	350	直営	管理栄養士：老健 0.8；通所 0.5 言語聴覚士：老健 0.5；通所 0.5			○		○	○
通所08	営利法人	なし	101	直営	管理栄養士：栄養ケア・ステーション 0.6；通所 0.4 言語聴覚士：訪問看護ステーション 0.6；通所 0.4			○	○		○
通所09	社会福祉 法人	介護老人 福祉施設 (特養)	70	直営	管理栄養士A：特養 0.2；通所 0.8 管理栄養士B：特養 0.8；通所 0.2 作業療法士：通所 1			○			
通所10	医療法人	サービス付き 高齢者住宅	104	委託	管理栄養士A：老健 0.8；通所 0.1；クリニック 0.1 管理栄養士B：老健 0.8；通所 0.1；クリニック 0.1 管理栄養士C：老健 0.8；通所 0.1；クリニック 0.1		○	○	○		
通リハ 01	医療法人	介護老人 保健施設 (老健) 診療所	170	委託	管理栄養士A：老健 0.8；通リハ 0.1；クリニック 0.1 管理栄養士B：老健 0.8；通リハ 0.1；クリニック 0.1 管理栄養士C：老健 0.8；通リハ 0.1；クリニック 0.1 言語聴覚士：通所 1		○	○	○		
通リハ 02	医療法人	介護老人 保健施設 (老健)	62	委託	管理栄養士：老健 0.3；通リハ 0.7 歯科衛生士：老健 0.3；通リハ 0.7	○	○	○	○	○	
通リハ 03	医療法人	診療所	415	直営	作業療法士（センター長）：通リハ 1 管理栄養士：入所 0.7；通リハ 0.3 言語聴覚士：通所 1	○					○
通リハ 04	医療法人	介護老人 保健施設 (老健) 病院	325	直営	歯科衛生士：病院 0.8；通リハ 0.2 管理栄養士：老健 0.8；通リハ 0.2	○	○	○	○	○	○

通所：通所事業所 通リハ：通所リハビリテーション  
○は算定していることを示す

表2. 各事業所におけるサービス体制

ID	組織的特徴
通所01	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通所介護事業所に関わっている、管理栄養士がいないので、言語聴覚士が管理栄養士と相談する機会がない。</li> <li>・本事業所のような単独の通所介護事業所においては、管理栄養士の関わりは難しい。事業所への管理栄養士の常勤としての配置は困難であるので、外部または法人内の管理栄養士と連携していけるかを検討する必要がある。</li> </ul>
通所02	<ul style="list-style-type: none"> <li>・歯科衛生士は他の事業所と兼務だったが、本通所介護での加算算定率というのが上がってきて対象者が増えたので、配置が確保できた。そこで、専門職は実績を残さないとけない。</li> <li>・本事業所は、看護師の配置も2人で、看護師が入って高い算定の加算を算定している。専門職が入れば、サービスが提供できる。より良いサービスを提供しようと思うなら、まず専門職の人材が必要である。</li> </ul>
通所03	<ul style="list-style-type: none"> <li>・法人内の病院所属の管理栄養士、言語聴覚士、老健所属の歯科衛生士が、それぞれ通所を訪問をしているので、全職種が一緒に集まることはない。</li> <li>・3職種が一堂に会せる日があるとよいが、これによって利用者の利用日が影響を受けるようになってはよくない。</li> <li>・通所に3職種が常勤で1人ずつ配置されることが一番理想であるが、経営的に困難だろう。</li> </ul>
通所04	<ul style="list-style-type: none"> <li>・口腔・栄養関連 未加算</li> <li>・特養の管理栄養士は当該通所介護の食事提供に関わり、月1回あるいは2カ月に1回料理を一緒につくるレクリエーションを行っていたが、コロナ禍で現在はできていない。</li> <li>・口腔・栄養サービスの加算を算定していないのは、現在の加算点数では、口腔・栄養関連サービスの人件費を払えない。単位自体が増えれば、今後も検討の余地がある。</li> </ul>
通所05	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特養の管理栄養士配置数が安定しない状況で、特養側の常勤の管理栄養士の採用を検討している。</li> <li>・管理栄養士の兼任の特養と在宅サービスの比率は3：7程度である。</li> <li>・本法人における栄養ケア・ステーションにおける管理栄養士の居宅療養管理指導は、法人外の診療所との契約により行うことができる。しかし、このような外部の診療所の医師による指示を得て実施できたのは未だ1件である。</li> <li>・栄養アセスメント加算を開始したときには、介護支援専門員に説明しても、「うちの利用者は必要ない」という回答が多かった。そこで、これは国の方針であり、本法人は自立支援を促す事業所として、リハビリテーションと管理栄養士を置いた体制をつくって、自立支援をメインに行う事業所ということは何度も説明した。この説明は、管理者が行い、それで全員算定に結び付けた。通所事業所での栄養改善加算の開始に伴って、お持ち帰りの配食弁当を始め、その売り上げで何とか管理栄養士1人の人件費を埋めている。</li> </ul>
通所06	<ul style="list-style-type: none"> <li>・歯科医院併設通所介護として設置。厚生労働省老人保健事業として、介護予防の観点から、口腔、栄養と運動の3領域を同時に行うことによって要介護度が軽減するという調査事業に携わった。</li> <li>・当該歯科医院自体が運営する通所介護事業所は現在4か所である。</li> <li>・当該歯科医院は、歯科衛生士、管理栄養士の雇用は主に介護予防事業と介護サービスの加算で賄えている。</li> </ul>
通所07	<ul style="list-style-type: none"> <li>・管理栄養士 併設老健(栄養マネジメント強化加算算定)の常勤管理栄養士3名、うち1名の直営の給食サービス担当が通所兼任している。</li> <li>・言語聴覚士は老健の常勤である。老健常勤、通所兼務。週3回以上2時間以上個別訓練と食事相談に対応。</li> <li>・歯科医師、歯科衛生士は老健(月2回の口腔衛生加算)での関わりがあるものの、通所には関わりはない。</li> </ul>
通所08	<ul style="list-style-type: none"> <li>・栄養改善加算は、体制はあるが過去に算定1名のみ。</li> <li>・通所には、理学療法士及び作業療法士の5名体制であるが、通所介護だけの収益では経営が難しく、午前中に通所介護でリハビリテーションを提供し、午後に訪問リハビリテーションを提供するという兼務の形をとり、訪問看護ステーションがあることで、会社全体として給料のペイができています。従って、通所介護だけでは十分な専門職を雇えない状況である。</li> <li>・管理栄養士に関しては、給与をペイする仕組みが不十分であるが、地域リハビリテーションを展開していく中で、運動と栄養を、バランスよく提供していくことで高齢者のリハビリの成果はあがると考えている。</li> <li>・認定栄養ケア・ステーションを立ち上げ、行政からの委託事業など管理栄養士が活躍できる基盤をつくった。</li> </ul>
通所09	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当該通所事業所が特養の併設で職員が兼務できることと、40人程度の定員だからもっている。</li> <li>・管理栄養士は、令和3年度すぐに開始した栄養アセスメント加算に関わっている。他は機能訓練士、看護師である。</li> <li>・栄養アセスメント加算のために、通所兼任の管理栄養士は1カ月1、2回程度通所事業所に行ってアセスメントして、一人15分程度話をお伺いしている。</li> </ul>
通所10	<ul style="list-style-type: none"> <li>・管理栄養士は、通所リハも通所介護も担当し、栄養アセスメント加算から栄養改善加算まで関わっている。</li> <li>・言語聴覚士は、一つの法人として言語聴覚士が2名いる</li> </ul>
通リハ01	<ul style="list-style-type: none"> <li>・法人に歯科衛生士が1名所属しており、歯科医師は、外部の歯科医院の歯科医師が定期的に来ている。通所サービスのほうに関しての配置基準がないことから、現状として、介入することが難しい。</li> <li>・歯科医師(外部)は、施設入所者のみの歯科診療をしている。</li> </ul>
通リハ02	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当該地域において口腔・栄養関係の専門職が関わっている通所系サービスは殆どない。また、口腔栄養スクリーニング加算や栄養改善加算を算定している事業所も殆どない。</li> <li>・口腔・栄養サービスの積極的な提供体制があるのは、当該法人の考え方によるものである。</li> </ul>
通リハ03	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通所運営開始から法人が管理栄養士を配置。食事提供があるため。</li> <li>・口腔・栄養関連サービス開始の旗振り役は、センター長(作業療法士を兼務)である。センター長が、専任の医師と相談後、法人に掛け合った。</li> <li>・経営と利用者のニーズが、算定開始のきっかけである。</li> <li>・センター長がデスクワークに集中し対応をした。作業療法士として、臨床も実践しながら、管理職を務めているが、臨床業務を減らし、書類業務に集中し、時間の効率を図った。</li> </ul>
通リハ04	<ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の体制として、病院に管理栄養士や歯科衛生士が増員され、その人員を通所に回してもらえるので通所の口腔・栄養サービスが対応できている。</li> <li>・令和3年度介護報酬改定頃から病院の管理栄養士が通所にきてサービス提供するようになった。</li> <li>・口腔関連は、その前から加算算定していたので、病院の歯科衛生士は通所と連携していた。</li> <li>・栄養改善加算は、体制はあるが現在対象者なし。</li> <li>・病院と施設が同一建物内にあるので往来しやす環境である。管理栄養士、歯科衛生士が密に関わってくれるのですごくありがたいと評価されている。</li> <li>・本法人の病院と老健が一緒に施設内にある。</li> <li>・病院が100床で管理栄養士2名の勤務で病棟を1人ずつ担当している。老健は100床で2名、外来の栄養指導に1人で、管理栄養士が合計で5名いる。この5名の管理栄養士は同じ部屋の栄養課にいて、病院、老健、通所の食事の様子を見に行ったり、栄養指導に行ったりしている。</li> <li>・通所事業所の口腔・栄養サービスは介護職と看護師だけでは難しいところもある。</li> </ul>

表3. 口腔・栄養関連サービスにおける各専門職の行動（プロセス）  
（提供サービスのルール・役割・情報連携ツール・多職種との連携状況など）

ID	提供サービスの手順・ポイント	各職種の役割（業務分担）・多職種との連携状況
通所01	<p>・通所では、外部委託の1日1食分の摂取量しかみられないので、在宅での食事の摂取量をみる必要があるができない。そこで、最終的に体重減少をみて、在宅での食事は、介護支援専門員や家族と検討する。</p>	<p>・食事形態の変更が必要な場合には、言語聴覚士が食事形態を決めて、外部委託の担当者に連絡している。摂食嚥下機能の評価、嚥下訓練の他に送迎や機能訓練等にも関わっている。</p>
通所02	<p>・カンファレンスは、3か月に1回定例で、30名～40名の利用者について意見交換を行っている。カンファレンスは、歯科衛生士、管理栄養士がいないサービス提供時間外に行われている</p> <p>・口腔・栄養関連加算の取組みの手順については手順書を作成して共有化している。このような体制と取組みのプロセスが決まっても、加算には結びつかない。これは、本人・家族の意志によるところが大きい。「病院で診てもらおう、栄養食事指導を受けてもらおう」と言うからそれでよいという場合もある。体重減少のモニタリング結果を渡して病院で診てもらおうようにアドバイスする場合もある。</p>	<p>・看護師、介護士と生活相談員はカンファレンスをするので、その中で介護士が把握した個別の問題を看護師から歯科衛生士、管理栄養士の専門職につなげている。</p> <p>・管理栄養士は、週1回の訪問時に、歯科衛生士から歯科受診や口内炎があることなどの情報を適宜得ることができるので、食事を粥に変える、在宅で酸味のあるものや硬いものを控える等の対面でのアドバイスを、食事前やゆっくりとされている時に本人にすることができる。</p> <p>・管理栄養士と歯科衛生士がいつも会えるわけでないので、介護職や看護師に「どなたか困っている人いますか」と聞くと、情報の伝達をしてくれる。</p> <p>・利用者のうち、自分から言えない、書けないという人もいるので、介護職は、日々の観察からの問題点や、独居や在宅での介護者の状況、在宅では「朝ご飯はパンぐらいしか食べてない」などの本人から発せない問題点を見つけ出す役割がある。</p>
通所03	<p>・管理栄養士と相談員は管理栄養士が事業所に来る週1回の金曜日に話し合っている。</p> <p>・口腔機能に関しては、歯科衛生士が来る週に1、2回に相談し、口腔機能向上加算の計画書を一緒に作成している。</p> <p>・言語聴覚士の訪問日には、動画をみて食事介助の方法等を介護職等に伝えていた。</p>	<p>・歯科衛生士は、口腔ケア・嚥下体操、管理栄養士は栄養に関すること、言語聴覚士は食事評価、食事形態、食事介助の方法の助言、食事介助も実施、歯科衛生士、看護師の指導の下に介護職員と看護職員によって口腔ケアの介助をしている。</p> <p>・退院後のフォローは病院の専門職だけでは対応できないので、介護支援専門員から機能的に情報提供をしてもらい、当該専門職と介護支援専門員とが直接に小まめに連絡し合えるようになることよい。このような専門職と介護支援専門員との小まめな連絡は、法人には訪問リハビリテーションや訪問看護でもあり、多様な職種がスタッフとしており、しかも介護支援専門員も多いので連絡が取りやすい。</p> <p>・家族の協力が重要であり、家族や関連職種との連絡には連絡ノートも活用している。家族がこの連絡ノートに本人の状況を記載したり、協力が得られたりすると利用者が変わっていく。</p>
通所04	<p>・看護師や職員は、利用者の入院後に食事形態が変わっている場合や嚥下機能の低下がある場合に特養の管理栄養士に相談している。食事や嚥下機能の低下についての相談があった場合は、通所職員と一緒に利用者の食事の様子をみて、食事形態について一緒に検討している。</p> <p>・2か月に1回の体重測定により体重減少がある利用者には気に掛けて対応している。</p>	<p>・体重減少がある場合、本人、家族がかかりつけ医と相談するようにしている。</p>
通所05	<p>・個別の利用者の利用時の平均食量量は、電子システムから把握できるが、1日の食事の主となる在宅での食事内容や量を把握することは難しいことから、長期的に体重減少がある場合や、前月から比べて大きく体重減少があった場合には、管理栄養士が本人や家族、また必要に応じて介護支援専門員から聞き取り、栄養改善加算に繋げている。</p>	<p>・作業療法士や理学療法士と管理栄養士とは、日常的にリハビリテーション負荷量に対する考慮について話し合いをしている。</p> <p>・歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士と当該事業所の関わりもない。</p> <p>・通所スタッフは本人と話をし、送迎時には家に上がり、ベットまで利用者を迎えに行くこともあり、情報収集や問題の把握ができる。例えば、リビングの机の上に放置された弁当や全く手付かずの弁当を職員は見てくるので、管理栄養士が介入する利用者を選定して本人・家族や介護支援専門員に連絡している。実際の食事準備状況を把握するためには、冷蔵庫等の内容の確認が必要となり、送迎車と一緒に管理栄養士が乗って在宅に行き、利用者と一緒に冷蔵庫の内容を確認している。</p>



ID	提供サービスの手順・ポイント	各職種の役割（業務分担）・多職種との連携状況
通所06	<ul style="list-style-type: none"> <li>・専門職が多く、歯科衛生士、管理栄養士、機能訓練指導員、介護福祉士もいる。情報の共有の場としてカンファレンスも行っている。そこで利用者の状況を逐一報告し、次のような取り組みをするかという情報共有を常にしている。</li> <li>・専門職が集まる月1回の情報共有のミーティングにより、スタッフ間でもコミュニケーションが取りやすい状況にある。日常での情報の共有プラス、相称として月1回のミーティングで、大まかな段階から個別のケア計画に具体的に落とし込んでいくという2つのパターンの体制をとっている。</li> <li>・通所事業所では食事を提供してないので、ミールラウンドはできないが、それ以外の観察は行っている。食事摂取状況は本人の食事だけではなく、調理環境、食材の購入ルート、食事が本人に届くまでの道のり、食材、スーパー、宅配での購入の有無、調理担当者、キッチン状況、本人が立って調理できる環境なのか、コンロを使えるのか、レンジ調理が主なのか、包丁が使えるのか、また、食事が一口大、刻み食、とろみなのかという食事形態も大事であるが、このような食事が提供されるまでが大事なアセスメントである。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・低栄養の中高リスクのある利用者には、栄養改善加算を算定している。栄養改善加算からは在宅訪問ができる。体重が落ちている理由が把握できない場合には、管理栄養士が送迎車に同行し、家族から実際の食事の形態を聞いたり、家族のキーパーソンにアドバイスをすることで関係性を築いている。</li> <li>・介護職、看護職、管理栄養士等と週1回程度の勉強会を繰り返し行うなどして介護職等を巻き込むうちに協力が得られるようになっていった。</li> <li>・理学療法士と柔道整復師がいる。例えば嚥下機能の低下にしても、姿勢で円背が強くなって誤嚥が起こった場合には、機能訓練の指導員、実際に柔道整復師と理学療法士がリハビリによってメンテナンスをしている。専門職が集まる月1回の情報共有のミーティングにより、スタッフ間でもコミュニケーションが取りやすい状況にある。</li> </ul>
通所07	<ul style="list-style-type: none"> <li>・管理栄養士がどうしてもやらなければいけない仕事としては、食事量のチェック、体重測定等があるが、利用者の近くにいる介護職や看護師が様々なタイミングで利用者を見ていたので食べることに関しての情報を得て、とろみの分量を検討して介護職や看護師に伝えて対応ができるようにしている。</li> <li>・言語聴覚士が関連書類作成や入力を行い、看護師や介護職には見てもらっている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・情報の記録は、ケアプラン・システムのソフト上にモニタリング時に入力している。食事のことが問題としてあれば、ケアプランのシステム上で共有される。カルテも利用している。言語聴覚士か管理栄養士のどちらかが記載して、共有される。言語聴覚士と管理栄養士で、特別に作成している書類はない。</li> <li>・食事変更がある場合は、看護師や介護職が記載された書類が提示される。</li> <li>・利用者情報収集はSWが担当し、利用者・家族意向の聞き取り、PC入力もしてもらっている利用者情報は介護支援システムソフト、栄養ケア・マネジメントにて多職種が共有できる。</li> <li>・身長・体重は介護職が測定し、毎月20日過ぎには報告を受けて管理栄養士がソフトに入力 変化・減少率をみている。</li> <li>・喫食率は出来る限り昼食時に管理栄養士が訪問して、利用者の食事の様子を観察し、利用者の喫食状況を把握する。食事の感想を伺う、多職種との食事に関わる相談等を行なう。</li> <li>・嚥下機能の低下のある方はSTに評価してもらい、食事形態・トロミ調整の確認を行なってもらう。</li> <li>・喫食率は毎回介護職も表に残してもらっているので、訪問できなかった部分や気になる方の喫食率は喫食表で後確認にて1か月平均で喫食量を入力している。必要栄養量はハリスベネディクト法で算出している。昼食だけの食事提供なので、提供栄養量 摂取栄養量の記載はしていない。</li> </ul>
通所08	<ul style="list-style-type: none"> <li>・栄養アセスメント加算は、100人弱の利用者全員を対象としている。利用者を3つのグループに分け、3か月毎1人ずつアセスメントをする。アセスメントの内容として、食事摂取状況、体重の推移、摂食嚥下の状況も聞きとる。そこで、栄養に関することの他、身体状況、摂食嚥下機能、健康面を確認し、言語聴覚士、理学療法士、作業療法士、看護職など他職種と連携をとり情報共有している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・言語聴覚士の関わりは、口腔を見ており、嚥下障害の方と、あとは脳卒中の後遺症によって構音障害がある方に対して口腔機能向上加算の中に入れてリハビリテーションをしている。</li> </ul>
通所09	<ul style="list-style-type: none"> <li>・栄養アセスメント加算の手順の概要は、家族へ説明・許可を得てから、利用者の通所利用時の聞き取り、食事量の把握、体重変化の確認等のアセスメントをし、介護職及び看護師と情報を共有して、問題点をアセスメントシートに落とし込み、家族及び介護支援専門員に情報提供している。</li> <li>・利用前には、相談員が介護支援専門員から情報提供してもらい、在宅訪問し本人・家族に会って、食事、入れ歯の利用、嚥下機能の状況を把握する。在宅での食事量、どんなものを食べているか、食物アレルギーについて等を聞き取っている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・栄養アセスメント加算の対象者は、体重を毎月測定し、体重減少率が3%以上ある場合に情報共有し、家族と介護支援専門員に報告し、在宅での食事や量の減少がないかを聞き取る。データソフトは、特養と同じものを用いて体重の経過をみている。入所前の情報もフェイスシートでみることが出来る。</li> </ul>

ID	提供サービスの手順・ポイント	各職種の役割（業務分担）・多職種との連携状況
通所10	<p>・口腔・栄養スクリーニングの手順：① 利用開始前、相談員が算定することをケアマネジャーへ伝え、ケアプランに記載してもらい（担当者会議）、② 利用開始時、スクリーニング用紙（白紙）を事務員が準備する、③ 毎月の算定者名簿を事務員が作成する、④ 算定月のご利用時に担当の看護師・介護士がスクリーニングを実施する、⑤ 算定月の月末に事務員が当該情報を FAX でケアマネジャーへ提供する、⑥ 算定月の月末に事務員が LIFE への入力をする</p> <p>・栄養アセスメント加算の手順：①利用開始前、相談員が算定することをケアマネジャーへ伝え、ケアプランに記載してもらい（担当者会議）、② 毎月の算定者名簿を管理栄養士が作成する、③スプレッドシートで作成した「スクリーニング、アセスメント、モニタリング様式を管理栄養士が準備する、④ 算定月のご利用月に各部署スクリーニングを実施し、自分の担当箇所を記載する（タブレットで入力可）。多職種で共有できる状態にある。体重測定は毎月介護士が実施し、管理栄養士が入力する。「スクリーニング、アセスメント、モニタリング 様式」の役割分担は、管理栄養士が「低栄養状態のリスク状況」「食生活状況本人の意欲・満足感以外」、看護師、介護職が「食生活状況本人の意欲・満足感」「多職種による栄養ケアの課題」である。⑤ 算定月の月末に管理栄養士が報告書を作成する、⑥ 算定月の月末に事務員が報告書を外部ケアマネジャーにFAXで送る、⑦ 算定月の月末に管理栄養士が報告書を内部ケアマネジャーに電子連絡帳に添付する、⑧ 算定月の月末に事務員が報告書をご家族への連絡帳にはさむ、⑨ 算定月の月末に事務員が LIFE への入力をする。</p>	<p>・管理栄養士は、通所リハも通所介護も担当し、栄養アセスメント加算から栄養改善加算まで関わっている。</p> <p>・口腔ケアの指導に関しては、歯科衛生士の介入が今現在なかなかできない。</p>
通リハ01	<p>・算定に向けての調整役は、管理栄養士が中心となり方向性を決定してきた。最初は、看護師、歯科衛生士、介護士を集めて説明会を実施し検討した。中心となったのは、管理栄養士と言語聴覚士であり、実際の手順をマニュアル化した。管理栄養士として算定できる加算は、全て算定していきたいと考えている。</p>	<p>・介護士、看護師から言語聴覚士が相談を受けて、言語聴覚士では解決が難しい場合、歯科衛生士に相談している。</p>
通リハ02	<p>・介護職から利用者個別の姿勢や飲み込みの具合、むせが多い等の連絡を受けて対応している。</p> <p>・定例の会は3カ月に1回のサービス計画書作成において、議題として最近むせることが多くなっている等の個別の利用者の口腔・栄養の問題について相談しあう。</p>	<p>・管理栄養士は、食事時のミールラウンドをして、むせ込みがある方、麻痺のため器が持てない方に、原因となる姿勢についてはリハビリテーション職と相談している。口腔状態も誤嚥性肺炎の予防に繋がるので他職種と口腔ケアからの課題を共有しながら行っている。</p> <p>・歯科衛生士と管理栄養士との関わりは、普段の食事の咽や食べこぼし等の情報交換を行っている。把握された問題に対応して口腔のアセスメントを行い、口腔機能向上加算に繋げている。</p> <p>・従来は言語聴覚士が関わって、むせのある利用者等の嚥下機能の評価を行って、管理栄養士と食事形態の対応をしていたが、言語聴覚士が現在は法人のリハビリテーション職のローテーションの関係から連携していない。通所サービスには作業療法士が配置されているので、食事時の姿勢の問題に対応している。</p>
通リハ03	<p>・口腔・栄養スクリーニング加算は、利用開始時期で1回、6カ月ごとの算定である。手順は、管理栄養士が、食事内容などについてのスクリーニングの聞き取りを行っている。リハビリのスタッフ（PT、OT、ST）が、身長や体重などについての聞き取りを行って、行動で擦り合わせを行っている。</p>	<p>・口腔・栄養サービスの連絡調整はセンター長が軸になって行っている。なお、センター長は、センター長と作業療法士の両方の役割を含んでいる。</p> <p>・医師、看護師、管理栄養士、言語聴覚士、介護福祉士、センター長（作業療法士兼務）が集まり情報共有を行っている。頻度は月1回で、インターネット上での情報の共有でしたり、ソフトでの共有でしたりとか、あとは書面で記載したものを回覧し共有をしている。コロナ禍であり、対面での情報共有ではない。対面での環境やIT設備も十分整っていないため、センター長を中心に情報共有を行っている。</p> <p>・センター長の情報統括する立場として、言語聴覚士、管理栄養士、介護福祉士に、それぞれに重複する情報も含めて指示を出している。まず利用時に、介護福祉士が一定の情報を取得する。それ以外のところで管理栄養士と言語聴覚士のほうから、それぞれからさらに情報を確信のものに変えるという方法である。どうしても本人の情報は、曖昧な部分があり、例えば「むせやすい」と本人は思っていないけど、家族は「むせる」とか、整合性を合わせるためにも、重複して、介護支援専門員や家族にも情報を確認するということがある。</p>

ID	提供サービスの手順・ポイント	各職種の役割（業務分担）・多職種との連携状況
通りハ 04	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護職がスクリーニングをして、管理栄養士や看護師が介入している。</li> <li>・利用者の特徴として、単純にむせる利用者は多いが、歯科衛生士が関わるまでではない。スクリーニング項目で、むせるという回答がある場合は歯科衛生士に確認を依頼している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・管理栄養士は、病院、老健、通所の情報も入るので、利用者が病院・施設・通所事業所を回っていても管理栄養士は把握できる。問題がある利用者の情報は早くから入り、共有され、切れることがない。</li> <li>・歯科衛生士、管理栄養士も、困ったときは内線電話で依頼でき、すぐ対応してくれて、アドバイスも貰える。介護支援専門員やチームの専門医に相談することも多い。</li> <li>・歯科衛生士、管理栄養士、看護師の意見で説得力が増しているためか、介護支援専門員はすぐに動いてくれる。逆に「どうすればいいんでしょうか」という質問があるときは、専門職が正しく答えるので、連携は取りやすい。</li> <li>・時々、直接家族に相談するということもあるが、介護支援専門員にも協力してもらっている。年数をかけてではなく、初めから良い信頼関係が生まれていた。</li> </ul>

表4. 口腔・栄養関連サービスにおける効果

ID	アウトカム/効果
通所01	<ul style="list-style-type: none"> <li>・言語聴覚士の介入によって、在宅での自主訓練もできるようになり、摂食嚥下機能の維持ができて在宅生活も長くできることを実感している。</li> <li>・本通所事業所に言語聴覚士がいることが一つの強みになって利用されている。</li> </ul>
通所02	<ul style="list-style-type: none"> <li>・LIFEの入力項目に口腔に関する項目が入ったので、入れ歯を使っているか、口の中のケアができてきているか等を確認するようになり、口腔ケアによる成果は大きいと感じている。</li> <li>・歯科衛生士が関わると、高齢者の口腔は乾いている場合が多いが、口腔が整うことで舌がよく動くようになり、唾がよく出て、食事が唾と混ぜ合わされて飲み込みやすくなる。</li> <li>・管理栄養士や歯科衛生士が入ることで、従来気付いていなかったことに本人・家族及び他の職種が気付いたことが一番大きい。</li> <li>・サービス提供回数が重要で、月2回、人によっては月3回と介入回数が頻回なほど状態が良くなる。</li> </ul>
通所03	<ul style="list-style-type: none"> <li>・独居や家族の協力が得られない利用者の場合にも、通所時の口腔ケアによって現状維持が図れている。</li> <li>・栄養については、在宅では体重を測る機会がない場合が多いので、通所利用時に定期的に体重を測って増減を継続的に把握することの意義が大きい。</li> <li>・言語聴覚士が入ることによる効果は、安全に食事ができることが一番。</li> <li>・言語聴覚士は食事介助をするが、その前後には口腔ケアも担当している。しかし、口の汚れがひどい場合には、歯科衛生士が入ると口腔が一層きれいになる。</li> <li>・歯科衛生士による口腔ケアは、きれいにするだけでなく、口唇や舌及び歯茎に触れた時の利用者の反応を見て問題を把握している。様々な職種が関わることで、食べられなかった利用者が、口腔が少しずつきれいになって、少しずつ食べられるようになって、必要な栄養を口から取れる経過を沢山みてきた。</li> </ul>
通所04	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通所の利用は、利用者のストレスが発散されることもあり、特に女性は楽しい顔で帰られる。化粧や身なりを気にしたりすることも見受けられる。サービスを受けられないと、食欲がなくなり、偏った食事になり、口腔がよく掃除できていないということも見受けられる。</li> </ul>
通所05	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者全員について、個別に在宅訪問はできないが、通所時のアセスメントによる身体状況の変化、口腔内の状態の変化、通所で食べている姿の変化及び日常会話の中での認知症の進行の状況等は体重の変化に表れてくる。</li> </ul>
通所06	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護職等が毎日の口腔ケアをできるようになったので、施設内の独特な悪臭が無くなった。</li> <li>・口腔ケアによって高齢者が食べられるようになったが、実際の栄養バランスはどうかということになり、管理栄養士の専門性が必要になってきた。</li> </ul>
通所07	<ul style="list-style-type: none"> <li>・言語聴覚士が摂食嚥下状態をしっかりとして評価して、介護職や看護職も、毎日細かく見て、今日は様子がおかしいと日々の変化をすぐに連絡してくれて、対応できるような形になっているので、食事の安心、安全が確保されている。</li> </ul>
通所08	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現在、訪問に行っている方々に関しては、「来てもらって良かった」「継続して来てほしい」という声がある。状態が改善し、訪問を継続できない利用者もいるが、悪い評価は聞かれない。</li> </ul>
通所09	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者に丁寧に自己紹介していたが、だんだん顔見知りになって廊下ですれ違っても話しかけてくれている。</li> <li>・通所事業所に専門職がいることの意義は大きいと言える。</li> </ul>
通所10	<ul style="list-style-type: none"> <li>・管理栄養士：以前は、通所が栄養管理をする場所となっておらず、今回のこのサービス、加算が始まってから、「好きなものを好きなだけ食べる」という感覚が職員からも無くなり、「栄養管理をする」という意識が変わったことが大きな効果だと考えている。他職種（リハビリスタッフ、介護士、相談員、看護師、ケアマネジャー等）から、以前は情報発信がなかった食事の資料、身長、体重等の情報が届くようになり、管理栄養士が介入しやすい環境が整った。</li> <li>・アセスメント加算の算定により、ケアマネジャーとの関わりが増え、必然と情報共有することが増えた。</li> </ul>
通リハ01	<ul style="list-style-type: none"> <li>・言語聴覚士：口腔・栄養スクリーニング加算について、介護士が利用者の口腔環境に興味を持つようになったと感じている。義歯のこと、食事量のことなどで記録を取り、問題がある場合は相談に繋がってきている。今回スクリーニング加算を算定していることで、介護士からの相談が増えて、栄養面に関することを介護士と議論しやすくなったと感じている。</li> </ul>
通リハ02	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の家族からは、口腔内を見てもらって、体重管理もしているので安心できると評価されている。</li> <li>・栄養改善の効果が見られた数名については、体重増加、嚥下状態の僅かな改善を通じて生活がしやすくなったという声を聞いている。</li> <li>・今まで食べられないものが食べられるようになった、体重減少がストップすることが、在宅でのより良い生活の延長に繋がることを実感している。</li> </ul>
通リハ03	<ul style="list-style-type: none"> <li>・言語聴覚士：このサービスによって、経時的にきちんと評価ができるきっかけになってとてもよかったと実感している。一時点だけの判断ではなくて、2カ月おきに判断していくことで、利用者の口腔機能が向上しているのか、体調が悪いのか、症状が進んでいるのか等が細かく分かるようになり、食形態の調整もしやすい。これは加算を算定してよかったと思う点である。利用者側も、定期的にチェックが入ること、食べることや飲み込むことに対して少し意識が高まってきている。水飲みテストや反復唾液嚥下テストの検査の時点でできた、できないということで利用者も状態が分かる。</li> <li>・口腔に関しては、「従前であれば、刻みだったものが刻まなくても食べられるようになった」というご意見が家族からあった。硬いものが食べられるようになった、おやつがゼリーしか食べられなかったのがカステラも食べられるようになった等、すごくよかったと食形態レベルが改善する声掛けがあった。</li> <li>・改善した利用者の特徴としては、熱心に体操に取り組んでいる。全体で体操をするが、割と無関心という方もいるが、改善した方は熱心に実践していた。</li> <li>・管理栄養士：サービス開始後、直接、利用者とは話ができ、その情報を食事提供に活かしやすい点で、業務に張り合いを感じることができ、モチベーションがアップしている。</li> <li>・定期的に利用者とは対話する中で、自身のことを栄養士だと認識してもらえようになり、何か困ったときに「ちょっと栄養士さん呼んで」と、すぐ声が掛かるようになった。話が通りやすくなったという効果がある。</li> <li>・利用者が入院時に、「僕の食事については栄養士さんに聞いてくれ」と、病院の栄養士から問い合わせがあるということもあった。これは、食事を支援する人として、認識されているという効果であると思われる。「この人に言えば僕の食事が変わってくるんだ」というのが分かった点で信頼関係が築けたと感じている。</li> <li>・やはり利用者には、「この人が言語聴覚士だ」、「この人が管理栄養士だ」という様に認識させることとかができたというのは大きな効果である。「この人がご飯を作っている」とか、「この人が口腔体操やってくれる」と認識があるからこそ、利用者の声やご意見があり、サービスの質の向上にもつながっている。</li> </ul>
通リハ04	<ul style="list-style-type: none"> <li>・舌苔は高齢者に多く、しゃべる回数が少なくなったり、固いものを噛まなくなったりすると舌の動きが少なくなってくるので、汚れが付きやすくなる。舌苔があると味が感じにくいこともあるため、舌を清潔にして、食事をよりおいしく食べられ、唾液の分泌もよくなるようにしている。</li> <li>・スクリーニングができるようになってから、利用者から話を聞くことが多くなったので、歯科衛生士と介護職も関わるが多くなった。口腔・栄養スクリーニングの実施によって、介護職のモチベーションが上がったかもしれない。これは大きい効果と思う。</li> <li>・歯科衛生士が介入することで、口腔ケアをやらねばいけないと思う利用者もいる。</li> </ul>

表5. 口腔・栄養関連サービスにおける課題

ID	課題
通所01	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通所介護には、利用者の血液データの情報等もないので、管理栄養士としての力が発揮しにくいのではないかと感じている。</li> <li>・通所時では、外部委託の1日1食分の摂取量しかみられないので、在宅での食事の摂取量をみる必要があるができない。</li> <li>・理事長が管理栄養士に対して施設の中にもってないで外に出てほしい、アウトリーチしてほしい、在宅に行ってほしいということを言っている。</li> </ul>
通所02	<ul style="list-style-type: none"> <li>・栄養状態は、利用者・家族だけでは改善ができないので、コロナ禍が落ち着けば家族向けの栄養相談会や栄養の必要性の勉強会を開催したい。</li> <li>・口腔や栄養は大切なことだということに気付きを広げていくことが大事である。</li> <li>・当該通所介護では、利用者自身がこんな事を教えてほしいという発信をしていくことを重視している。管理栄養士や歯科衛生士は、利用者からの発信に対応して、全人的に状態を見てあげていくことを重視していきたい。</li> </ul>
通所03	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通所時の昼食の喫食率が100%であっても、朝・夕及びその前後の1日の食事全体がわからないのが一番大きな課題である。</li> <li>・栄養状態を体重で見ても「昼を完食しているので大丈夫」と評価できないことが現実の問題だ。日常的な1日の全体の食事について、介護支援専門員や家族からの情報が必要である。</li> <li>・歯科衛生士が介護支援専門員に利用者のことについて情報提供したい場合に、同一法人の介護支援専門員の場合は伝えやすいが、法人外であると伝えにくい。</li> </ul>
通所04	<ul style="list-style-type: none"> <li>・週1回の昼食の摂取状況だけでは、その日の体調もあり、日常の食事の問題を把握するのは難しい。</li> <li>・通所介護の週1回の利用者でも、職員との信頼関係や人間関係ができていくのが強みであるので、口腔・栄養サービスが限度額に影響されない体制で行われるとよい。</li> </ul>
通所05	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外部の診療所の医師による指示を得て実施できたのは未だ1件である。管理栄養士の人件費については、事業計画は、管理栄養士による居宅療養管理指導と通所の栄養アセスメント、栄養改善加算の合算で、管理栄養士一人分の人件費とする計画をしていた。しかし、管理栄養士による居宅療養管理指導を指示する外部の診療所との契約が取れない。診療所の医師から指示をもらうためには、当該事業所に管理栄養士が常時いるという状況があって、初めて信頼を得ることができる。</li> <li>・利用者の関連職種とは、事例のフィードバックを丁寧にしていかないと信頼関係は築けない。</li> <li>・栄養アセスメント加算の様式例は、特養の栄養ケア・マネジメントと同じものを用いて（一体化した様式例は利用していない）、管理栄養士が全ての項目を把握し記載しているものの使いにくい。</li> <li>・特養には協力歯科医師・歯科衛生士が訪問しているが、これらの口腔の専門職と通所事業所との関わりはない。</li> </ul>
通所06	<ul style="list-style-type: none"> <li>・口腔及び栄養のアセスメントは必要とされる書類も増え、時間がかかり困難な作業である。しかし、管理栄養士及び歯科衛生士は、雇用されてもすべき作業が分かっていないというのが現状である。従って、介護現場で活躍できる教育のための時間が必要になるが、それには費用が充てられていないことが問題である。</li> <li>・医療保険における歯科医師の訪問診療では、チームとして常に歯科衛生士を同行している。管理栄養士の在宅訪問は、診療所の医師の指示が必要となるので、歯科医院からは出られない。</li> </ul>
通所07	<ul style="list-style-type: none"> <li>・栄養アセスメント加算の算定だけで、栄養改善加算までは算定していない。利用者の需要がない。</li> <li>・200点を算定すると、限度額の関係で他のサービスが減ってしまうと聞いている。</li> <li>・通所の1食だけでは、在宅での食事の様子がわからない。管理栄養士が踏み込むことができない。</li> </ul>
通所08	<ul style="list-style-type: none"> <li>・栄養改善加算を算定できる体制であるが、対象者がいてもサービスを受け入れたい利用者・家族がいること、介護支援専門員に理解されない等、介入しにくい状況である。栄養改善加算を算定しないまま深く介入すると、採算が合わないサービスという形になってしまう。対象者で介入できたのは過去に1人だけである。</li> <li>・居宅療養管理指導は、地域の医師の指示や理解が必要であるが、この地域では指示が取れない。</li> <li>・管理栄養士が訪問をする利用者は自費及び介護予防訪問型サービスC事業対象者である。訪問サービスにつながらない問題としては、制度的に介護保険や医療保険での介入が出来ないこと。</li> <li>・嚥下障害が重度の利用者の場合、その家族が栄養士の介入によって食事の様々な課題に対応できるというような情報や理解が乏しいことがある。それは、色々な関係団体や領域から、理解を求めて啓発していく必要と感じている。</li> <li>・介護支援専門員に、口腔機能や摂取嚥下が重要という理解が深まれば、ケアプランの中に、その人の健康ステージに合わせ、口腔・栄養サービスの仕組みを入れてくれると考えるが、それを介護支援専門員に理解してもらうことは、現状まだ難しい。今のところ「どの段階で、在宅の口腔機能の向上に繋がればよいか」というタイミングを外してしまっているのではないかと危惧している。</li> </ul>
通所09	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特養各加算の要件を満たすのに精一杯の状況である。また、必要な職員の採用が進まない。特に介護職の採用が難しい状況にある。</li> <li>・乱立し過ぎた事業所同士で少ない介護職の取り合いになってきている。閉鎖する事業所もたくさんあるし、小さな地密型特養や事業所において、厚生労働省が報酬制度化した質の高いリハビリテーションや口腔サービスを提供するのは経営的に厳しい。</li> <li>・家族からの要望は、リハビリテーションに関するものが多く、食事については未だ関心がない様子で、「食事をこうしてください」ということは言われない。</li> <li>・歯科衛生士は、グループ内での施設及び事業所においては、口腔サービスをしっかり提供しているが、当該事業所には関係していない。歯科衛生士は、利用者100名当たり2.5程度。少なくとも2.0は配置されているが、サービスの質を落とせないので当該事業所に廻してもらえていない。</li> <li>・新たに歯科衛生士を採用したら兼務を一応想定しているが、以前、多数の介護支援専門員から、もうこれ以上単位が高くなることを望んでないと言われた。</li> <li>・地域的に介護支援専門員に理解がある地域ではないので、もっと管理栄養士がサービス担当者会議に出たり、グループ外に向けて出て行ってもらわないといけない。</li> <li>・地域の介護サービスの関係者や家族に、当該通所事業所の管理栄養士の顔がわかってもらえるようになって、管理栄養士に何をしてもらえかがわかるようになること、当該事業所は、「高齢者の食生活支援」相談センターのような位置づけになるだろう。</li> <li>・管理栄養士は、厨房ではなく、事務所に机があると地域に向けて扉が開けていく感じがする。</li> <li>・通所介護での1食で、1日あとは何も食べていない高齢者も沢山いる。訪問事業もしているが本当に悲惨な状況である。その差をどうやって埋めようかと思ったときには、通所サービスを何とか確保して、利用日以外の在宅でどれだけその質を上げられるかである。通所サービスに1回来てくれるとそれが習慣になって生活の一部になりやすい。</li> </ul>
通所10	<ul style="list-style-type: none"> <li>・口腔ケアの指導に関しては、歯科衛生士の介入が今現在なかなかできないことから、歯科衛生士の指導を受ける機会が欲しいという提案が介護士のほうからあった。可能なら、歯科衛生士のスタッフが加わるとよいという声もあがっている。</li> </ul>
通りハ01	<ul style="list-style-type: none"> <li>・加算算定に向けての障害は、スクリーニングの書式が提示されていなかったことが、第一の障がいとなった。また、どのように仕事を配分していくのが課題であり、検討した。</li> </ul>
通りハ02	<ul style="list-style-type: none"> <li>・口腔機能向上加算は介護保険の限度額をオーバーすると算定できないと介護支援専門員に言われているところが難しい。サービスが入っていても、限度額の関係がきたり、他のサービスを使いたいと言われたりする。家族の意思や食事に対して積極性が一番重要である。</li> <li>・管理栄養士による栄養改善加算においては、自宅訪問をしているが、自宅での食事や食べているところを見たくても、自宅に上がれないこともある。ハードルが高いと思うところと、ドクターの指示ではなく、ケアプランに入れないと算定できないところや限度額内で行わないといけないということが、改善の必要性があるのかと思う。</li> </ul>
通りハ03	<ul style="list-style-type: none"> <li>・言語聴覚士の観点から、上手くいかない点として、言語聴覚士は1人体制であることから、全ての利用者の食事場面を把握することが全然できていない。</li> </ul>
通りハ04	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーションをしている。理学療法士は、病院退院後の通所利用時は必ず訪問している。歯科衛生士、管理栄養士はまだ在宅訪問はしていない。栄養改善加算を以前、何名か算定した際は、管理栄養士も一緒に訪問した。</li> <li>・介護施設と病院はシステムが違う。通所では、各専門職がケアの対応を電子入力し、介護職もその情報を閲覧し共有化している。介護は市販のソフトを使用しているが、栄養管理をする画面のキーと管理栄養士が記録に使う画面を出せるキーが種類別となっている。このため、利用者に関する全体像の情報を閲覧できない。</li> </ul>

表6. 口腔・栄養関連サービスの体制および研修への意見

ID	体制への意見	研修への意見
通所01	<ul style="list-style-type: none"> <li>・口腔・栄養スクリーニング加算の評価点数は低い。算定も6カ月に1回では有効ではないが、日常的な観察により全員の口腔・栄養の問題が把握できている。</li> </ul>	
通所02	<ul style="list-style-type: none"> <li>・単独での事業所は、管理栄養士の配置はほとんどない。栄養相談や栄養評価という形で、栄養士の配置(連携)を推進できれば、関わりやすい。地域の栄養士会と連携して、居宅療養管理指導に加えて通所事業所に管理栄養士の巡回体制をつくれるとよい。</li> <li>・病院や介護保険施設の管理栄養士が週に1回併設の通所事業所に行き、ミールラウンドをすることは可能であるので、全国的に実施してほしい。</li> </ul>	
通所03	<ul style="list-style-type: none"> <li>・分かりやすい点数で、算定しやすくなるなら、これで報酬になるなら、もっと算定数を増やして、このようにサービス提供していこう、変えていきたいと思える制度になったら、もっとチームとして力が入る。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・いずれの職種でも参加できる研修があるとよい。</li> </ul>
通所04	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現在の加算点数では、人件費を払えない。単位自体が増えれば、今後も検討の余地がある。</li> <li>・施設の管理栄養士が週何回かだけ併設の通所事業所に関わるというのでは中途半端である。管理栄養士が週に2回程度、2～3時間で通所の利用者に対応しても、それが専門職としてやりがいがある業務なのかは疑問である。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通所における口腔・栄養サービスの研修の手引きがほしい。</li> </ul>
通所05	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅高齢者の「食べること」を支えるのは全ての根源であるので、通所事業所にも管理栄養士の必須配置が必要である。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅高齢者への栄養サービスを担う管理栄養士には、利用者との信頼関係を築くようなコミュニケーション力が必要だ。何気ない会話の中で利用者の本心を聞いて引き出しているような人間力を育成する必要がある。</li> </ul>
通所06	<ul style="list-style-type: none"> <li>・歯科衛生士、機能訓練士及び管理栄養士は、医療の専門職なので治すために訓練されており、そこにやりがいを求めてサービスを提供する。ところが、機能の落ちていく高齢者ばかりを目の当たりにすると、やりがいを失い、離職率の増大に繋がっていく。この悪循環を止めないと、介護の現場ではうまくいかないのが現状である。</li> <li>・サービスを提供することで十分な成果が出て、介護報酬が得られて、専門職等が頑張れるというのが重要だが、ここでいう成果は報酬だけではなく、利用者が元気になるというサービスを提供して自立に導き、働く側も喜びと達成感を味わえる仕組みのことである。</li> <li>・LIFEはこれからの段階であるが、今後はそれをデータ化して成果として出れば一番良い。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・管理栄養士は、食べ物のことや身体状況、認知機能等はしっかり勉強しているが、口腔のこと、歯のこと、嚥下のこと等、食べ物が身体に入る入り口は専門外で、あまり理解できていない。この体への入り口がわかると、利用者に個別に食事の提案ができるようになる。</li> <li>・専門職は、例えば管理栄養士は栄養に関して、歯科衛生士は口腔に関して、また、歯科医師も歯科治療について等専門的なことはもう十分で、とは言え重なる部分の入り口がしっかり分かってないと、結局、口の状態が分からない管理栄養士がこれを食べて下さいと言っても噛めなかったり、歯科医師から義歯を作ったので食べられますよと言われても、栄養の指導ができなければ状態が改善されないといった矛盾が生じる。これらの部分についてきちんと勉強していくことが重要である。</li> <li>・歯科衛生士、管理栄養士、歯科医師等の全職種が口腔だけでなく、全体的に学ぶ機会を増やせば、全人的・全体的に診るという意識付けができる。</li> </ul>
通所07	<ul style="list-style-type: none"> <li>・LIFEについては、必要な情報だけが、より簡単に書けるようにしてほしい。毎月、同じ記載する項目をなるべく減らしてほしい。提出も、1枚にそのデータがないと処理するのに難しいのかもしれないが、その変化がみえない。例えば体重なら、日計表のように、入力すれば増減が分かるようにしてほしい。フィードバックは一覧表や、数カ月分がわかるようにしてほしい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・例えば新人の介護職を指導している先輩が、各専門職に新人が理解しているか聞いてほしいとか、新人本人に各専門職に聞いてくるように言ってくれているので、口腔・栄養の専門職は介護職にある業務については委ねることができる。このような教育システムがあるので、多職種協働がうまく回るようになっていく。</li> </ul>

ID	体制への意見	研修への意見
通所08	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通所介護には、低栄養だけではなく、肥満が多く、サルコペニア肥満のようなケースが見られる。栄養関連サービスでは、肥満に対してもアプローチをしているかを評価する加算が必要。</li> <li>・もしニーズが分かってもらえれば、栄養改善加算はあったほうが良い。栄養アセスメント加算については、全員を対象とすることが可能なものであったほうが良い。この加算体制が両方あれば、口腔・栄養スクリーニング加算は、加算も低く、重複して算定できないため、無くても良い。</li> <li>・リハビリテーションは、通所リハビリテーションと訪問リハビリテーションの両方を使いながら、継続して利用者を見ることが可能である。一方、管理栄養士は、市の委託事業を使いながら訪問をしている。今後、訪問にスムーズにつながる形が必要である。</li> <li>・居宅療養管理指導について、「医療系の認定栄養ケア・ステーションではないので行けない」と言われている。県や国の栄養ケア・ステーションからの派遣は個人で行く形なので可能であるが、当社の管理栄養士として訪問に行けない状況になってしまう制度に問題がある。訪問看護ステーションでは看護師が行ける様に、今後、医療系でない経営主体であっても、管理栄養士が訪問可能となる制度にしてほしい。</li> <li>・現在、全国で訪問看護ステーションがおそらく5000軒ぐらいある。その5000軒の資源をうまく活用していくためには、今、看護師とリハビリテーション職だけが訪問に行ける体制であるが、そこに管理栄養士、歯科衛生士等が訪問できるような体制をとれば、今の資源を活用して、在宅ケアはかなり充実してくると思う。</li> <li>・かかりつけ医の指示書がもっとスムーズに流れて、同じ形で、管理栄養士や歯科衛生士が訪問に行けるようになること。そして通うことができる人は通所で見るようになると、一体化したチームで在宅サービス利用者の「食べること」の支援を充実できる。</li> </ul>	
通所09	<ul style="list-style-type: none"> <li>・栄養アセスメント加算はゴールがなく、アセスメントして情報提供するまでなので、関係者が柔軟に相談して、この人には声掛けしよう、食事の方で調整しよう、家族と介護支援専門員に情報提供とアドバイスしておこうなどと対応している。しかし、利用者のニーズとサービスをマッチングさせないと、加算の算定は難しくなっていくので、栄養アセスメント加算だけの今の状況はあんまり芳しくない。管理栄養士は栄養改善加算を算定しようとしているので実現していきたい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・管理栄養士が栄養のことしかできないのなら、多分利用者には選択されない。専門職種として、本当に頼られる存在になれないといけない。管理栄養士であっても、口腔ケアも少し知識や技術を持っていたり、嚥下障害のある場合の食事形態もある程度判断できたり、専門職としての壁を自分たちで勝手つくらずに、様々な支援が必要に応じてある程度共通してできるようになっていくことで、今の個別機能訓練士のような体制や取り組みに栄養の方も追い付いていくのではないかな。</li> </ul>
通所10	<ul style="list-style-type: none"> <li>・手順書のようなものがあれば、他の施設でも実施できると思う。国から出されたものは、概要だけであることから、詳細なマニュアルがあればよい。どこの場所をどの職種が役割分担する部分まできちんと記載があればよい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護士向けの口腔ケア研究集会の実施、介護士への研修の機会があると良い。</li> </ul>
通所01	<ul style="list-style-type: none"> <li>・歯科衛生士の配置を加算の要件に加えてほしい。ケアマネジャーの理解が高まり、ケアプランへ積極的に盛り込んでいただけると良い。</li> <li>・モニタリング情報の共有がシステム内で行えると良い。記録にも時間がかかっているため、ペーパーレスとして記録をシステム化できるとよい。介護システムと栄養管理のシステム、リハビリシステムとLIFEが一体化すると効率的である。現状は、複数個所に入力しなくてはならず、手間がかかっている。</li> <li>・体重増加の利用者に対する栄養管理で加算算定できるものがあると良い。低栄養より過栄養の利用者の割合が高い。</li> <li>・新たに、病気再発予防のために生活習慣病の食事管理について、加算として評価できないか。デイケアに通う方たちは、多くが糖尿病の方等が、脳梗塞を起こしているため、再発予防に血糖コントロールを通所で管理できればよいと考えている。</li> </ul>	

ID	体制への意見	研修への意見
通りハ 02	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅から通所リハビリテーションを利用する方には口腔の問題あるが、なかなか歯科医院に行けない、入れ歯が緩くても我慢してる状態の方が多いので、通所リハビリテーションにも歯科衛生士がいるともっとより良いサービスを受けられる。</li> <li>・病院の言語聴覚士と事業所の理学療法士との連携は比較的強い。しかし、病院の言語聴覚士の数が充分ではないので、施設や在宅までは足りていない。今後うまく配置ができればよい。それが難しいのであれば病院との連携で病院・通所事業所がお互いに加算が取れるような制度があると、在宅の高齢者を支援できるサービスが提供できるようになる。</li> <li>・通所事業所においては、言語聴覚士が本来提供してくれるはずの知識が不足していると、作業療法士も感じている。病院と事業所とが連携ができるシステムが何かあると、在宅生活の継続に向けて強みになる。</li> <li>・口腔機能向上加算は、ⅠとⅡに分かれているが、当該通所リハビリテーションではⅠを算定している。Ⅱはなかなか厳しい。口腔・栄養スクリーニング加算が半月に1回なので、今後は両方の加算が一体的になるよう何か改善できたらよいと思われる。</li> <li>・口腔・栄養スクリーニング加算は毎月体重測定を行っているので口腔・栄養スクリーニングの頻度によって算定回数も増えてもよい。</li> <li>・栄養改善加算へのハードルが高い。在宅での食事からの改善というところで、ネーミングも栄養改善加算なので、改善が目的になっているが、高齢者だと維持していくところが大事なポイントになるので、改善させないといけないというプレッシャーがないようなネーミングにしてほしい。</li> <li>・栄養改善加算と管理栄養士による居宅療養管理指導との線引きがまた難しいところがある。居宅療養管理指導だと介護報酬外で扱えるが、栄養改善加算になると介護報酬内になってしまう。法人内での通所利用者には栄養改善加算、通所を利用していない者には管理栄養士による居宅療養管理指導となり、提供しているサービスはほとんど一緒になるので、その線引きが難しいので、整理が必要かもしれない。</li> </ul>	
通りハ 03	<ul style="list-style-type: none"> <li>・口腔・栄養スクリーニング加算の評価項目数は、これぐらいがよいと感じている。</li> <li>・制度について、点数がもう少し上だったらよい。頑張る気力になる。本当は利用者をもっと細かく見て差上げたいと思いつつも、そういう点でそこまで労力を割いてしまっているものかと思うところでもある。専門職への技術に点を反映してほしい。</li> <li>・加算ができたことで、サービス向上につながったと思うので、点数が上がればもう少しやる気が出る。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・管理栄養士は、日々の業務に追われて、なかなか研修を受ける時間が取れないのが現状である。新しい情報の取り入れ方はどうしたらスムーズであるか悩んでいたところである。</li> <li>・言語聴覚士は、食形態を統一できるように共通言語として、厨房と言語聴覚士と、みんなで分かり合えるように、画像とか交えた研修があるといいかもしれないと思う。お互い、忙しいので、オンデマンドみたいな形で視聴できるとよい。</li> </ul>
通りハ 04	<ul style="list-style-type: none"> <li>・相談員は、担当者会議の参加時によくスクリーニングの話をするが、単位が低いことから、家族も納得し、スクリーニングしやすい環境と感じている。それがきっかけで利用者とコミュニケーションがとれ、口腔、嚥下のことを聞きやすい。</li> <li>・口腔機能向上加算は、要介護の方は月2回、支援の方が月1回となると、なかなか月に2回の介入で良い状態にしていくのは難しい。加算を取り始めた3か月間は月4回算定できるとよい。利用者の意識付けという意味でも。最初に多くサービスを入れると、少し良いのではないか。</li> <li>・口腔・栄養スクリーニングの項目は、介護職は特に問題無く分かりやすい内容として捉えている。アセスメント項目も問題はない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・口腔、栄養についての若い人たちを育てるための施設内研修は、今のところない。今後自分たちが実施していきたいと考える。</li> <li>・管理栄養士は、大学時代に病院や特養での実習で、高齢者にもおいしく食事を食べてもらいたい、元気で長生きしていただけるように力になりたいと思ひ、高齢者が多い病院や老健を活躍の場として探していたので、そういう考えのある人たちも今後増えていったら良いと思う。</li> </ul>



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）

「通所事業所における口腔・栄養関連サービスに関する調査研究事業」

「通所サービス事業所における口腔・栄養に関する調査」

★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ることを理解しました。

●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、体制や取組みの実態調査であり、個人情報を問うものでないことを理解しました。

●調査への回答は自由意思であり、不利益を受けること無く撤回できることを理解しました。

●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、公表されることを理解しました。

※ 通所サービス事業所の管理者または担当職員が記入してください。

※ 併設する同一法人の事業所ではなく、本調査票のお送り先の事業所についてのみお答えください。

## I . 概要

### I-1. 記入日

2022 年 ( ) 月 ( ) 日

### I-2. 主な記入者（あてはまるもの1つを選択してください。）

管理者

管理者以外の職員

## II. 事業所の概要（記入日時点の状況）

### II-1. 通所サービスの種類について、あてはまるもの1つを選択してください。

通所リハビリテーション

通所介護

### I-2. 事業主体について、あてはまるもの1つを選択してください。

社会福祉法人

医療法人

営利法人

NPO 法人

その他

### I-3. 併設施設について、あてはまるもの全てを選択してください（複数回答可）。

介護老人福祉施設（特養）

介護老人保健施設（老健）

病院

- 診療所
- 歯科医療機関（歯科医院など）
- 上記のいずれもなし

**I-4. 記入日時点の通所サービスの利用者数（1週間合計の実人数。延べ人数ではない）を数字で記入してください。**

（ ）人

**I-5. 通所サービスの常勤職員のうち、下記の資格を持つ者がいるか回答してください（※同一敷地内でも、他の施設や事業所のスタッフは含めないでください）。**

- ① 医師  いる  いない
- ② 看護師または准看護師  いる  いない
- ③ 歯科医師  いる  いない
- ④ 歯科衛生士  いる  いない
- ⑤ 管理栄養士  いる  いない
- ⑥ 栄養士  いる  いない
- ⑦ 理学療法士  いる  いない
- ⑧ 作業療法士  いる  いない
- ⑨ 言語聴覚士  いる  いない

### Ⅲ. 通所サービス利用者の状態把握について

**Ⅲ-1. 記入日時点で、噛むこと（咀嚼）に問題がある利用者はいますか？**

- ① いる ⇒（ ）人
- ② いない
- ③ 把握していない

**Ⅲ-2. 記入日時点で、義歯がある利用者はいますか**

- ① いる ⇒（ ）人（次の※Ⅲ-3-2に進んでください）
- ② いない⇒（次のⅢ-4に進んでください）

**Ⅲ-3. 記入日時点で、上記のⅢ-2で義歯がある利用者がある場合に、義歯を使用している利用者はいますか？**

- ① いる ⇒（ ）人
- ② いない
- ③ 把握していない

**Ⅲ-4. 記入日時点で、オーラルフレイル（口腔機能低下症）に該当する利用者はいますか？**

- ① いる ⇒（ ）人
- ② いない
- ③ 把握していない

**Ⅲ-5. 記入日時点で、Body Mass Index（BMI）が18.5未満のやせの利用者はいますか？**

- ① いる ⇒（ ）人

- ②いない
- ③把握していない

**Ⅲ-6. 2022年9月の1か月間に、通所サービスの職員が、口腔や栄養の問題に関して、専門職に相談をしたことがありましたか？あてはまるもの1つを選択してください。**

- 同一事業所内と相談 ⇒つぎの※Ⅲ-6-2に進んでください
- 他の事業所（同一法人内）と相談 ⇒※つぎの※Ⅲ-6-2に進んでください
- 他の事業所（同一法人外）と相談 ⇒つぎの※Ⅲ-6-2に進んでください
- 相談していない ⇒Ⅳ-1に進んでください
- わからない ⇒Ⅳ-1に進んでください

**Ⅲ-6-2. 相談した場合、どの専門職に相談しましたか？あてはまるもの全てを選択してください（複数回答可）。**

- 医師
- 看護職（看護師、准看護師）
- 介護福祉士
- 介護職（介護福祉士以外）
- 歯科医師
- 歯科衛生士
- 管理栄養士
- 栄養士
- 調理師
- 理学療法士
- 作業療法士
- 言語聴覚士
- その他（                      ）

#### **Ⅳ. サービス提供状況**

**Ⅳ-1. 2022年9月に、通所サービスでは食事（給食やお弁当）を毎回提供していましたか？あてはまる番号1つに○をつけてください。なお行事食やおやつは除いて考えてください。**

- 提供していた ⇒つぎの※Ⅳ-1-2に進んでください
- 提供していなかった⇒Ⅳ-2に進んでください

**Ⅳ-1-2. それは、毎食とも利用者ごとに栄養状態を考慮した量（エネルギー量）の食事でしたか？あてはまるもの1つを選択してください。**

- はい（提供量は個人ごとに設定されていた）
- いいえ（提供量は個人ごとに設定していなかった）
- わからない

**IV-1-3. 咀嚼機能が低下した利用者への対応した食事について、頻度が最も高いもの1つに○をつけてください。**

①軟らかいものが噛める利用者への対応

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

②軟らかいものが噛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

**IV-2. 2021年4月～2022年9月までに、管理栄養士が栄養・食事に関する支援が目的で通所サービスの利用者と関わる機会がありましたか？あてはまるもの1つを選択してください。**

あった ⇒つぎの※IV-2-2に進んでください

なかった ⇒IV-3に進んでください

わからない ⇒IV-3に進んでください

**IV-2-2 それは、どのような関わりでしたか？あてはまるもの全てを選択してください（複数回答可）。**

食事時の観察（ミールラウンド）

食事の個別調整

喫食量の記録

栄養相談

自宅訪問

その他（ ）

**IV-3. 2022年9月に、口腔体操（パタカラ体操や唾液腺マッサージなど）の取り組みを毎回実施していませんか？あてはまるもの1つを選択してください。**

実施していた ⇒つぎの※IV-3-2に進んでください

実施しなかった⇒IV-4に進んでください

わからない ⇒IV-4に進んでください

**IV-3-2 それは、どの専門職が実施していましたか？あてはまるもの全てを選択してください（複数回答可）。**

医師

看護職（看護師、准看護師）

介護福祉士

介護職（介護福祉士以外）

歯科医師

歯科衛生士

管理栄養士

栄養士

調理師

理学療法士

作業療法士

言語聴覚士

その他（ ）

**IV-4. 2022年9月の1か月間に、専門職による口腔ケア（口腔清掃、歯石の除去、義歯の手入れのいずれか）を1回以上実施していましたか？あてはまるもの1つを選択してください。**

- 実施していた ⇒つぎの※IV-4-2に進んでください
- 実施しなかった⇒IV-5に進んでください
- わからない ⇒IV-5に進んでください

**IV-4-2 それは、どの専門職が実施していましたか？あてはまるもの全てを選択してください（複数回答可）。**

- 医師
- 看護職（看護師、准看護師）
- 介護福祉士
- 介護職（介護福祉士以外）
- 歯科医師
- 歯科衛生士
- 管理栄養士
- 栄養士
- 調理師
- 理学療法士
- 作業療法士
- 言語聴覚士
- その他（                      ）

**IV-5. 2021年4月～2022年9月までに、口腔・栄養に関する以下の加算を算定したか回答してください。**

- |                  |                                     |                                  |                                |
|------------------|-------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| ①口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> 算定した（1人以上） | <input type="checkbox"/> 算定しなかった | <input type="checkbox"/> わからない |
| ②口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ | <input type="checkbox"/> 算定した（1人以上） | <input type="checkbox"/> 算定しなかった | <input type="checkbox"/> わからない |
| ③栄養アセスメント加算      | <input type="checkbox"/> 算定した（1人以上） | <input type="checkbox"/> 算定しなかった | <input type="checkbox"/> わからない |
| ④栄養改善加算          | <input type="checkbox"/> 算定した（1人以上） | <input type="checkbox"/> 算定しなかった | <input type="checkbox"/> わからない |
| ⑤口腔機能向上加算Ⅰ       | <input type="checkbox"/> 算定した（1人以上） | <input type="checkbox"/> 算定しなかった | <input type="checkbox"/> わからない |
| ⑥口腔機能向上加算Ⅱ       | <input type="checkbox"/> 算定した（1人以上） | <input type="checkbox"/> 算定しなかった | <input type="checkbox"/> わからない |

**全てあるいはいずれを算定していない場合⇒つぎの※IV-5-2～4に進んでください**

**全て算定している場合⇒IV-6に進んでください**

IV-5-2 上記のIV-5の①～⑥の加算の全てあるいはいずれかを「算定していなかった」と回答した場合に、理由としてあてまるものに全て選択して、☑をつけてください（複数回答可）。

	以下の①～⑥の全て算定していない場合	①口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰを算定していない場合	②口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱを算定していない場合	③栄養アセスメント加算を算定していない場合	④栄養改善加算を算定しない場合	⑤口腔機能向上加算Ⅰを算定しない場合	⑥口腔機能向上加算Ⅱを算定しない場合
内容や算定要件を知らないから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
利用者にとって必要なサービスではないと思うから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
既に十分に口腔や栄養の支援ができていると思うから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
対象になる利用者を把握することが難しいと思うから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
効果や意義がなさそうだと思うから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
介護職（介護福祉士を含めて）の理解や協力が得られないと思うから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
介護支援専門員の理解や協力が得られないと思うから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
手間がかかると思うから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
加算の点数が低いと思うから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①～⑥のうち他の加算を算定しているから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV-5-3 上記の①～⑥のいずれかの加算について、もし要件が変更されたら算定したいと思っていますか？

あてはまるもの1つを選択してください。

- 思っている  
思っていない

**IV-5-4** その算定したいと思える加算や要件とはどのようなものですか？①～⑥の加算名あるいは番号を付して（あるいは全体的に）具体的に記載してください。

**自由記載**

**IV-6** IV-5の①～⑥の加算のいずれかを「算定した」と回答した場合に、その後、必要に応じて歯科医師、歯科衛生士につないでいますか

- ①つないでいる
- ②つないでいない
- ③把握していない

**IV-6-2** IV-5の①～⑥の加算のいずれかを「算定した」と回答した場合に、算定してよかったと実感しているもの全てに☑をつけてください（複数回答可）。

- 利用者の食欲の回復
- 利用者の食事量の改善
- 利用者の体重の改善
- 利用者の誤嚥性肺炎の予防
- 利用者のADLやIADLの向上
- 本人・家族の食べる楽しみを支援
- 本人・家族に喜ばれていること
- 本人の自己実現に貢献できること
- 口腔・栄養の専門職に相談しやすくなること
- 口腔・栄養の専門職と共同してサービスの質が向上すること
- よかったと感じていることはない

**質問は以上です。ご協力ありがとうございました。**

## 「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、「通所事業所における口腔・栄養関連サービス」の体制や取組みを検討し、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)「通所事業所における口腔・栄養関連サービス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	
住所(送付先)	
E-mailアドレス	
管理者名	

ご記入頂いた事業所名、住所、Emailアドレス、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)





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  
通所事業所における口腔・栄養関連サービスに  
関する調査研究事業

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>