

令和5年度 老人保健事業推進費等補助金

老人保健健康増進等事業

通所事業所における口腔・栄養関連サービスに
関する調査研究事業

令和6（2024）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5年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金 老人保健健康増進等事業の交付を令和4年度に引き続いて受け、「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、通所事業所等における口腔・栄養スクリーニング加算及び栄養アセスメント加算等が新設されたことにより、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、令和4年度に行った実態調査のデータについての二次解析を行うとともに、1年後の実態調査からも検証し、さらに、口腔・栄養スクリーニングの体制や取組等に関するインタビュー調査を行なった。さらに、これらの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・栄養サービスの一層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リーフレット」を編纂した。

本学会としては、これらの本事業の成果を本学会のウェブサイトに掲載し、広く活用されることを願うものである。

本学会では、高齢者の「食べることの楽しみをいつまでも」をめざして、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6年3月

令和5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）

「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」

研究代表者 三浦公嗣

（一般社団法人 日本健康・栄養システム学会 代表理事）

令和5年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
通所事業所における口腔・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	日本歯科大学 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	椙山女学園大学 教授	
小山 秀夫	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 講師	
◎三浦 公嗣	日本健康・栄養システム学会 代表理事	
元家 玲子	日本栄養士会 理事	
野村 圭介	日本歯科医師会 常務理事	
吉田 直美	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	検討委員会副委員長	
榎 裕美	愛知淑徳大学教授	
大原 里子	大原歯科医院	
金久 弥生	明海大学 教授	
苅部 康子	介護老人保健施設リハパーク舞岡 栄養科長	
古賀奈保子	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 講師	
谷中 景子	千春会病院栄養科 統括主任	
遠又 靖丈	神奈川県立保健福祉大学 准教授	
堤 亮介	平成医療福祉グループ 部長	
寺井 秀樹	慶應義塾大学 講師	
友藤 孝明	朝日大学 教授	
西井 穂	神戸女子大学 講師	
長谷川未帆子	大和市保健福祉部	○:小委員長

協力委員

志村 栄二 愛知淑徳大学 教授
百合草 誠 愛知淑徳大学 教授

協力者

大田 圭要 神奈川県立保健福祉大学 大学院生

研究事務補助

萩原奈緒、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	5
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:二次解析	
はじめに	15
方 法	
結 果・考 察	
結 論	
参考文献	
II. 通所事業所における口腔・栄養関連サービスに関する 1 年後の実態調査	
はじめに	27
方 法	
結 果・考 察	
結 論	
参考文献	
表一式	
III. 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	45
方 法	
結 果	
考 察	
結 論	
文 献	
表一式	
リーフレット	
通所サービス利用要介護高齢者の「口から食べる楽しみをいつまでも」を実現するために：口腔・栄養関連サービス リーフレット	69
資 料 調査票	101

研究概要

本事業では、令和4年度の当該課題に引き続いて、令和3年度介護報酬改定を踏まえた通所事業所における口腔・栄養サービスの推進を図るため、有識者による検討委員会を開催の上、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、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て、Ⅰ. 令和4年度に実施した実態調査の二次分析、Ⅱ. 令和4年度の実態調査において回答した事業所に対する1年後の実態調査及びⅢ. インタビュー調査を行った。さらに、それらの成果をもとにリーフレットの策定を行った。

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:二次解析

目的

令和3年度介護報酬改定を踏まえ、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、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

令和4年度実態調査の対象であった通所事業所及び本学会による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」（以下、「一体的取組」）の実態調査の対象であった通所事業所の2つのデータ（下記①・②）について二次解析を行った。

- ① 令和4年度研究事業実態調査の対象として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か所のうち、回答のあった通所介護580か所、通所リハ472か所のデータ。
- ② 令和4年度「一体的取組」に関する実態調査の対象であった全国地域別無作為抽出した通所介護1,775か所、通所リハ1,450か所のうち、回答のあった通所介護277か所、通所リハ309か所のデータ。

解析の方針

本二次解析では、以下の仮説について検討した。

- ①通所サービス事業所において、口腔・栄養スクリーニング加算を算定している事業所にはどのような特徴があるか（②の分析より）
- ②歯科口腔栄養関連加算のいずれかを算定していない事業所において、もし要件が変更されたら算定したいと思っている事業所の特徴は何か（①の分析より）

- ③歯科口腔栄養関連加算のいずれかを算定している事業所において、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事業所の特徴は何か（①の分析より）

結果・考察

1. 通所サービス事業所において、口腔・栄養スクリーニング加算を算定している事業所にはどのような特徴があるか

以下、口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ、Ⅱいずれか算定している事業所を「算定あり」とした。なお、通所介護の加算算定事業所は少数で偏りが大きいため分析を実施しなかった。

通所リハにおいては、「算定あり」（n=57）を「算定無し」（n=241）の比較した特徴は以下の通りであった。

- ・ 常勤医師、歯科衛生士*、介護福祉士*、看護師が少なく、作業療法士*、管理栄養士*が多い。
（ただし*は統計的な差はあるが実数に大きな差はない）
- ・ 病院併設の割合が低い。
- ・ BMI18.5未満の利用者、噛むことに問題がある利用者、飲み込むこと（嚥下）に問題がある利用者についてそれぞれ「把握していない」割合が低く、「いる」割合が高い。
- ・ 栄養、口腔、リハビリテーション関連加算を算定している割合が高い
- ・ リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔が連携して設定した目標を計画に反映できている（「一体的取組」の実施あり）割合が高い。
- ・ 「一体的取組」の効果として、利用者の新たな課題やニーズの早期把握、日常の職種間の情報連携、歯科口腔アウトカムに対して効果を実感している。
- ・ リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔のそれぞれの目標や計画の共有において専門職が連携し、多職種で共有されている。
- ・ 多職種連携において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。
- ・ 居宅の介護支援専門員と連携し、食事・栄養・歯科口腔の状況について共有している。
- ・ 居宅の介護支援専門員と栄養専門職、歯科口腔専門職は相談しており、居宅訪問を行っている。

これらの結果から、口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ・Ⅱを算定している通所リハは利用者の口腔・栄養の問題を適切に把握しており、他の栄養・口腔・リハビリテーションの関連加算算定率も高く、リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔が連携して設定した目標を計画に反映させる一体的取組を実施し、居宅介護支援事業所の介護支援専門員を含めた多職種連携が推進されていた。

2. 歯科口腔栄養関連加算のいずれかを算定していない事業所において、もし要件が変更されたら算定したいと思っている事業所の特徴は何か

以下、「要件が変更されたら算定したいと思っている」を「思っている」とした。

(1) 通所介護

思っている事業所 (n=249) を思っていない事業所 (n=322) と比べた特徴は以下の通りであった。

- ・ 常勤の管理栄養士、理学療法士、作業療法士が配置されている割合が高い。
- ・ 嚥むことに問題がある利用者、オーラルフレイルに該当する利用者、BMI18.5 未満の利用者が「いる」割合が高い。
- ・ 口腔や栄養の問題に関して同一事業所や他の事業所の専門職に相談したことがある割合が高い。
- ・ 専門職による口腔ケアをこの 1 か月で 1 回以上実施していた割合が高い。
- ・ 加算の非算定理由として、「対象者の把握が困難」や「利用者にとって必要ない」割合は低い。

(2) 通所リハ

思っている事業所 (n=248) を思っていない事業所 (n=217) と比較した特徴は以下の通りであった。

- ・ 老健の併設の割合が高い。
- ・ 常勤管理栄養士が配置されている割合が高い。
- ・ 嚥むことの問題、義歯の有無と義歯使用の有無、オーラルフレイル、BMI18.5 未満の利用者が「いる」割合が高く、「把握していない」割合は低い。
- ・ 口腔や栄養の問題に関して同一事業所や他の事業所の専門職に相談したことがある割合が高い。
- ・ 食事を提供している割合が高い。
- ・ 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に関わっている割合が高い。
- ・ 口腔体操を毎回実施している割合が高い。
- ・ 専門職による口腔ケアを実施（言語聴覚士が実施）している割合が高い
- ・ 口腔・栄養スクリーニング加算 I を算定、いずれかの加算を算定している割合が高い
- ・ 口腔・栄養スクリーニング加算を算定していない理由として、「内容や算定要件を知らない」「利用者にとって必要ない」「すでに十分に実施している」「効果や意義がない」の割合は低い。
- ・ 栄養アセスメント加算、栄養改善加算を算定していない理由として、「内容や算定要件を知らない」「利用者にとって必要ない」「すでに十分に実施している」「効果や意義がない」「介護支援専門員の理解が得られない（栄養アセスメント加算）」の割合は低い。

これらの結果から、もし要件が変更されれば算定したいと思っている事業所は、一定程度の専門職の関わりが既にあるか、併設施設などから関わるのが可能な体制があり、加算の要件や意義については認識していることが推察された。

3. 歯科口腔栄養関連加算のいずれかを算定している事業所において、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事業所の特徴は何か

以下、「必要に応じて歯科医師、歯科衛生士につないでいる」を「つないでいる」とした。

(1) 通所介護

つないでいる事業所 (n=57) をつないでない事業所 (n=80) 及び把握していない事業所 (n=23) と比較した特徴は以下の通りであった。

- ・ 常勤の歯科衛生士が配置されている割合が高い。
- ・ オーラルフレイルに該当する利用者がいる割合が高い。
- ・ 相談する職種は医師、歯科衛生士の割合が高い。
- ・ 口腔体操、専門職による口腔ケアを歯科衛生士が実施している割合が高い。
- ・ 口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰを算定している割合が低い。
- ・ 口腔機能向上加算Ⅰを算定している割合が高い。
- ・ 加算算定により誤嚥性肺炎の予防、サービスの質の向上の効果を実感している割合が高い。

(2) 通所リハ

つないでいる事業所 (n=63) をつないでない事業所 (n=104) 及び把握していない事業所 (n=25) と比較した特徴は以下の通りであった。

- ・ 常勤の歯科衛生士が配置されている割合が高い。
- ・ オーラルフレイルに該当する利用者がいる割合が高い。
- ・ 相談する職種は歯科衛生士の割合が高い。
- ・ 口腔体操、専門職による口腔ケアを歯科衛生士が実施している割合が高い。
- ・ 口腔機能向上加算Ⅱを算定している割合が高い。
- ・ 加算算定により誤嚥性肺炎の予防、利用者の ADL や IADL の向上サービスの質の向上の効果を実感している割合が高い。

これらの結果から、必要に応じて歯科医師、歯科衛生士につないでいる事業所は、歯科衛生士が関わる体制があり、オーラルフレイルを把握し、専門的なケア等に携わっていた。また、回答者の主観ではあるが誤嚥性肺炎の予防やサービスの質の向上が実感されており、歯科専門職がかかわる意義は大きいと考えられる。

結論

口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ・Ⅱを算定している通所リハビリテーション事業所は利用者の口腔・栄養の問題を適切に把握しており、他の栄養・口腔・リハビリテーションの関連加算算定率も高く、リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔が連携して設定した目標を計画に反映させる一体的取組を実施し、居宅介護支援事業所の介護支援専門員を含めた多職種連携が推進されていた。通所サービス事業所にはやせや歯科口腔の問題をかかえている利用者が一定数いる中で、その問題が把握されずに見落とされている可能性が示唆さ

れており、適切な口腔・栄養管理を推進するために、問題の把握から専門職につなぐためのスクリーニング体制やプロセスを評価することが重要と考えられた。口腔栄養関連の加算を算定していない事業所においても要件が変更されれば算定する意向のある事業所では口腔・栄養専門職が関わっており、適切な連携・相談先が明確になっている必要があると考えられた。

II. 通所事業所における口腔・栄養関連サービスに関する1年後の実態調査

目的

通所事業所における口腔・栄養関連サービスの推進を図るため、前年度に回答のあった通所事業所の1年後の追跡調査を実施し、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

Iで回答のあった事業所（データ①）のうち、ID 突合ができなかったものを除外した通所介護 557 か所、通所リハ 450 か所を対象とし、1年後の本実態調査への回答の得られた通所介護 273 か所、通所リハ 234 か所について基本集計を行った。

結果・考察

1. 回収状況

令和5年度の回収率は通所介護 49.0%、通所リハ 52.0%であった。なお、令和4年度の対象事業所数（通所介護 1,775 か所、通所リハ 1,450 か所）に対する最終的な有効回答率は通所介護 15.4%、通所リハ 16.1%であった。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。口腔・栄養関連サービスに関する令和3年度介護報酬改定後の初の全国的な追跡調査として、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すること目的に資するものであると考えられた。

以下、令和4年度の値⇒令和5年度の値を示す。

2. 併設施設

併設施設について、「いずれもなし」が通所介護 72.9%⇒74.0%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ことから、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引き続き求められる。

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 42.9%⇒38.1%、通所リハ 43.6%⇒42.7%、BMI18.5未満を「把握していない」が通所介護 44.7%⇒44.3%、通所リハ 28.2%⇒35.0%、BMI18.5未満の者が「いる」が通所介護 43.6%⇒44.3%、通所リハ 60.3%⇒56.4%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未だ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 50.9%⇒55.7%、通所リハ 46.6%⇒46.2%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の提供は減少傾向にある者の未だ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等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 37.7%⇒37.0%、通所リハ 36.8%⇒37.6%と横ばいで半数に満たない。また、実施した専門職については通所介護では看護師 80.6%⇒72.3%、介護福祉士 68.9%⇒72.3%、介護職 52.4%⇒52.5%、歯科衛生士 19.4%⇒20.8%、通所リハでは介護福祉士 76.7%⇒79.5%、看護師 54.7%⇒45.5%、介護職 45.3%⇒48.9%、歯科衛生士 15.1%⇒17.0%であり、歯科による介入はほとんど増加せず少数にとどまり、多くの事業所で未だに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%程度とで横ばいであり、いずれも未だに低調であった。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%弱であった。その中で、通所介護では「内容や要件を知らないから」、「対象になる利用者を把握することが難しいと思うから」、「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」、「介護支援専門員の理解や協力が得られないと思うから」が増加傾向であった。一方、通所リハでは「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」、「介護支援専門員の理解や協力が得られないと思うから」、「手間がかかると思うから」等いずれも減少傾向であった。また、いずれかの加算を算定している事業所において、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」に対しては「つないでいる」が通所介護 32.0%⇒47.9%、通所リハ 36.4%⇒39.0%と特に通所介護で大きく増加がみられた。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 55.2%⇒54.6%、通所リハ 47.4%⇒46.6%と横ばいのままであり、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未だ不十分であることが示唆された。非算定の事業所では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、あるいは優先的な課題と考えられていないと推察された。

7. 口腔・栄養関連加算を算定してよかったという実感

口腔・栄養関連加算について、いずれかの加算を算定している事業所においては、「利用者の誤嚥性肺炎の予防」が通所介護 60.5%⇒65.8%、通所リハ 59.6%⇒57.0%と高い割合で効果が実感されており、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。また、通所介護では「利用者の食事量の改善」38.7%⇒46.6%、「利用者の体重の改善」29.3%⇒35.6%、「本人・家族の食べる楽しみを支援」36.0%⇒50.7%、通所リハでは「口腔・栄養の専門職と協働してサービスの質が向上すること」29.3%⇒39.0%が大きく増加していた。一方、通所リハでは「本人・家族に喜ばれていること」46.5%⇒32.0%、「本人・家族の食べる楽しみを支援」44.4%⇒30.0%、「利用者の食欲の回復」36.4%⇒27.0%と大きく減少していた。利用者や家族の満足感はサービス提供側から一方的に評価することはできず、サービスの自己負担に対する理解を得ることも必要であり、この点は慎重に検討すべきである。口から食べることは効果的なリハビリテーションにおいて極めて重要であり、支援の必要性や効果について普及していくことが必要であると考えられた。

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、加算による取り組みを実施している通所介護では利用者の誤嚥性肺炎の予防、食事量や体重の改善といった効果の実感が増しており、口腔・栄養サービスに関する体制、プロセス、アウトカムの実感については加算の算定事業所と非算定事業所での差が拡大していることも推察された。通所リハにおいては令和6年度介護報酬改定によってリハビリテーション・栄養・口腔の一体的取組が評価されることとなり、リハビリテーションにおける口腔・栄養問題の把握と専門職によるかかわりの必要性と意義について普及啓発の推進を一層強化することが重要であると考えられた。

Ⅲ. 通所事業所における口腔・栄養スクリーニングを中心とした口腔・栄養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一層の推進を目指すことを目的とし、本学会における厚生労働省令和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」の調査（以下、「前回調査」という。）の継続として、口腔・栄養スクリーニングを中心とした口腔・栄養関連サービスを推進する事業所に引き続きインタビューを行った。

方法

通所介護事業所8カ所及び通所リハビリテーション事業所2カ所の口腔・栄養スクリーニング等の口腔・栄養関連サービスの取組を推進する各専門職にインタビューを実施した。

結果・考察

前回調査と比較検討をし、新たに得られた情報は以下の通りであった。

1. 算定状況

前回調査のインタビュー調査結果と比較し、概ね変わりなく継続的に算定ができ、口腔・栄養関連サービス提供体制の維持に努めていると考えられた。

口腔・栄養関連サービス算定が少ない理由の一つとして、施設入所増といった通所事業所利用者の重度化によるということも調査から示され、利用者層の状態変化が加算算定状況に影響を及ぼしていることが明らかになった。

2. サービス提供体制

一事業所が非加算体制となり、現在、必要に応じて管理栄養士・歯科衛生士にコンサルテーションをする体制へ変化していた。この理由は、口腔・栄養関連サービスを加算が新設される前から、同様のサービスを提供してきた経緯より、利用者や家族から理解が得られないためであることであった。また、法人内施設に在籍する管理栄養士等の休職によって、事業所へ専門職を送り出すことができなくなったことも算定を中止とした理由の一つである。非加算体制ではあるが、口腔・栄養関連サービスを継続する事業所の存在があることは、口腔・栄養管理の意義が組織内に浸透しているためと考えられた。

一方、口腔・栄養スクリーニングの導入から、OJTを実施し、1年をかけ、全介護職員がスクリーニングを実施できるようになったという事業所の存在が認められた。このように多くの介護職の観察力や情報聴取力が向上したという成果を得るためには、時間が必要であり、教育への熱意や目標達成への組織方針が求められる。各サービス提供のための体制づくりにおいても口腔・栄養管理の意義や重要性を組織内で十分に共有できている事業所が多く、体制づくりには、法人や事業所のパーパス（purpose：目的、意図）を明確にすることが重要であることが示された。

3. 専門職との連携について

通所事業所における管理栄養士、歯科衛生士等の配置状況も前回調査と変化は無く、併設施設に所属する専門職が短時間に通所事業所を訪れる体制が殆どである。歯科衛生士の配置計画は今後も無いという事業所や、月に数回の事業所訪問といったケースもあり、口腔サービスの専門職との連携が進んでいるとは言えない。多くの事業所は、生活相談員が通所事業所を利用する前に情報収集をし、介護職や看護職がスクリーニングを担い、問題があれば専門職に繋ぐといったケースが多い状況であった。

4. 多職種が担う口腔・栄養ケアについて

本調査では、介護職及び看護師は、主に器質的口腔ケア、機能的口腔ケア、口腔ケアの準備や見守り、スクリーニングにおける情報収集、食事介助を積極的に担っていることが明らかとなった。通所事業所では口腔・栄養関連の専門職が不在の時もあるため、多職種が口腔・栄養ケアを担うことがあり、通所事業所でマンパワーの一番多い介護職、看護師の役割は大きい。食事提供をする上で、口腔・栄養のアセスメントとケアをワンセットで行い、問題があれば専門職にコンサルテーションを受けるといった業務の流れを教育することが必要と考えられた。

5. 口腔・栄養関連サービスを実施することにより得られた効果

利用者の状態の改善状況について、口腔機能、嚥下機能の改善や、利用者のモチベーションの向上、口腔ケアの習慣化、歯科受診の増加、管理栄養士への食事相談の増加や栄養状態

の改善効果が認められたといった意見があり、前回調査と同様に口腔サービスには各事業所ともケアの効果を実感していると考えられた。

一方、サービス提供者側の視点では、口腔・栄養関連サービスの実施によって介護職員等に好影響が及んでいた。介護職員は専門職への相談支援体制の構築によってケアへの不安が軽減していることや、専門職の不在時には、他の職種が器質的口腔ケア、機能的口腔ケア、口腔ケアや食事介助、スクリーニングを担い、口腔・栄養管理に関する意義の理解が深められていたことが新たに把握できた点であった。

結論

口腔・栄養関連各サービスの取組を推進する事業所の算定状況は、前回調査との大きな変化は見られなかったが、利用者、家族、介護支援専門員へのサービスの理解が得られないことが障壁となっていた。事業所はこれらの課題を抱えながらも、組織体にパーパスや口腔・栄養関連サービスの意義が浸透していることにより、サービスの継続ができていく状況であることが示唆された。

通所事業所の常在職員である介護職、看護職、生活相談員が早期に口腔・栄養の問題把握をし、口腔・栄養の専門職へと連携をしていることから、これらのマンパワーの多い職種を対象に、口腔・栄養関連加算の内容や、各事業所のサービスの取組と効果を広く周知していくことが口腔・栄養関連サービスの一層の推進をするために求められる。

なお、本事業により策定されたリーフレットは、通所事業所における口腔・栄養関連サービスの推進のために、本学会ウェブサイト公表される。

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：二次解析

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。

当該研究においては、令和4年度調査結果のデータの二次分析を行い、令和3年度介護報酬改定を踏まえ、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

令和4年度実態調査の対象であった通所事業所及び本学会による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」（以下、「一体的取組」）の実態調査の対象であった通所事業所の2つのデータ（下記①・②）について二次解析を行った。

- ① 令和4年度研究事業実態調査の対象として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か所のうち、回答のあった通所介護580か所、通所リハ472か所のデータ。
- ② 令和4年度「一体的取組」に関する実態調査の対象であった全国地域別無作為抽出した通所介護1,775か所、通所リハ1,450か所のうち、回答のあった通所介護277か所、通所リハ309か所のデータ。

本二次解析では、以下の仮説について検討した。

- ①通所サービス事業所において、口腔・栄養スクリーニング加算を算定している事業所にはどのような特徴があるか（②の分析より）
- ②歯科口腔栄養関連加算のいずれかを算定していない事業所において、もし要件が変更されたら算定したいと思っている事業所の特徴は何か（①の分析より）
- ③歯科口腔栄養関連加算のいずれかを算定している事業所において、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事業所の特徴は何か（①の分析より）

以下の結果は、令和5年9月末日に中間報告を行った。なお、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行われた。

結果・考察

1. 通所サービス事業所において、口腔・栄養スクリーニング加算を算定している事業所にはどのような特徴があるか

以下、口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ、Ⅱいずれか算定している事業所を「算定あり」とした。なお、通所介護の加算算定事業所は少数で偏りが大きいため分析を実施しなかった。

通所リハにおいては、「算定あり」(n=57)を「算定なし」(n=241)の比較した特徴は以下の通りであった。(表Ⅰ-2-1-1~4)

- ・ 常勤医師、歯科衛生士*、介護福祉士*、看護師が少なく、作業療法士*、管理栄養士*が多い。(ただし*は統計的な差はあるが実数に大きな差はない)
- ・ 病院併設の割合が低い。(算定あり 25.9% , 算定なし 42.3%)
- ・ BMI18.5 未満の利用者 (算定あり : いる 81.0% , 把握していない 10.3% , 算定なし : いる 46.6% , 把握していない 43.5%)、噛むことに問題がある利用者(算定あり : いる 75.9% , 把握していない 8.6% , 算定なし : いる 47.8% , 把握していない 26.1%)、飲み込むこと(嚥下)に問題がある利用者 (算定あり : いる 82.8% , 把握していない 5.2% , 算定なし : いる 57.3% , 把握していない 18.6%) についてそれぞれ「把握していない」割合が低く、「いる」割合が高い。
- ・ 栄養、口腔、リハビリテーション関連加算を算定している割合が高い。(栄養アセスメント加算 : 算定あり 43.1% , 算定なし 13.4%、栄養改善加算 : 算定あり 31.0% , 算定なし 5.1%、口腔機能向上加算Ⅰ : 算定あり 29.3% , 算定なし 10.3%、口腔機能向上加算Ⅱ : 算定あり 37.9% , 算定なし 10.3%、リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ : 算定あり 36.2% , 算定なし 13.8% , リハビリテーションマネジメント加算(B)イ : 算定あり 36.2% , 算定なし 17.8% , リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ : 算定あり 63.8% , 算定なし 19.8% , 生活行為向上リハビリテーション実施加算 : 算定あり 63.8% , 算定なし 19.0% , 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ) : 算定あり 17.2% , 算定なし 4.0% , 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ) : 算定あり 13.8% , 算定なし 1.6%)
- ・ リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔が連携して設定した目標を計画に反映できている(「一体的取組」の実施あり)割合が高い。(算定あり 72.4% , 算定なし 56.5%)
- ・ 「一体的取組」の効果として、利用者の新たな課題やニーズの早期把握(算定あり 50.0% , 算定なし 33.2%)、日常の職種間の情報連携(算定あり 41.4% , 算定なし 26.9%)、歯科口腔アウトカム(算定あり 8.6% , 算定なし 2.8%) に対して効果を実感している。
- ・ リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔のそれぞれの目標や計画の共有において専門職が連携し、多職種で共有されている。
- ・ 多職種連携において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。(算定あり : とてもあてはまる 31.0% , ややあてはまる 58.6% , 算定なし : とてもあてはまる 17.0% , ややあてはまる 60.9%)

- ・ 居宅の介護支援専門員と連携し（算定あり 77.6%, 算定なし 61.3%）、食事・栄養・歯科口腔の状況について共有している。
- ・ 居宅の介護支援専門員と栄養専門職（算定あり 26.7%, 算定なし 9.6%）、歯科口腔専門職（算定あり 17.8%, 算定なし 4.5%）は相談しており、居宅訪問を栄養専門職（算定あり 22.2%, 算定なし 1.9%）と歯科口腔専門職（算定あり 8.9%, 算定なし 1.3%）は行っている。

表 I-2-1-1 口腔・栄養（二次解析） 通所リハ 口腔・栄養スクリーニング加算算定有無の比較

	口腔・栄養スクリーニング加算の算定		P値
	I・IIいずれか算定あり n=57	算定なし n=241	
利用者100名あたり常勤換算配置	(平均(SD))	(平均(SD))	
医師	1.7(3.1)	2.4(5.1)	0.040
歯科衛生士	0.05(0.17)	0.06(0.35)	0.020
介護福祉士	5.8(4.9)	5.9(19.5)	0.012
看護師	1.6(2.2)	2.2(9.7)	0.027
作業療法士	1.7(1.9)	1.7(3.1)	0.005
管理栄養士	0.68(1.26)	0.48(1.73)	<0.001

P値: マンホイットニーのU検定

表 I-2-1-2 口腔・栄養（二次解析） 通所リハ 口腔・栄養スクリーニング加算算定有無の比較

	口腔・栄養スクリーニング加算の算定		P値
	I・IIいずれか算定あり n=57	算定なし n=241	
併設施設			
病院	25.9%	42.3%	0.021
口腔・栄養の問題の把握			
BMI18.5未満いる	81.0%	46.6%	<0.001
把握していない	10.3%	43.5%	
嚙むことに問題がある利用者いる	75.9%	47.8%	<0.001
把握していない	8.6%	26.1%	
飲み込むこと（嚥下）に問題がある利用者いる	82.8%	57.3%	0.001
把握していない	5.2%	18.6%	
加算算定			
栄養アセスメント加算	43.1%	13.4%	<0.001
栄養改善加算	31.0%	5.1%	<0.001
口腔機能向上加算 I	29.3%	10.3%	<0.001
口腔機能向上加算 II	37.9%	10.3%	<0.001
科学的介護推進体制加算	81.0%	42.7%	<0.001
リハビリテーションマネジメント加算 (A) ロ	36.2%	13.8%	<0.001
リハビリテーションマネジメント加算 (B) イ	36.2%	17.8%	0.002
リハビリテーションマネジメント加算 (B) ロ	63.8%	19.8%	<0.001
生活行為向上リハビリテーション実施加算	63.8%	19.0%	<0.001
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (I)	17.2%	4.0%	<0.001
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (II)	13.8%	1.6%	<0.001

P値: χ^2 検定

表 I-2-1-3 口腔・栄養（二次解析） 通所リハ 口腔・栄養スクリーニング加算算定有無の比較

	口腔・栄養スクリーニング加算の算定		P値
	I・IIいずれか算定あり n=57	算定なし n=241	
リハ・機能訓練、栄養、口腔が連携して設定した目標を計画に反映			
反映できている=一体的取組している	72.4%	56.5%	0.026
できない理由：リハ3職種がそろわない	73.3%	34.7%	0.004
栄養専門職が勤務していない	20.0%	50.5%	0.027
事業所外（同一法人含む）の栄養専門職との連携体制がない	13.3%	55.7%	0.002
事業所外（同一法人含む）の歯科口腔専門職との連携体制がない	37.5%	70.8%	0.009
業務ごとの連携する職種（抜粋）			
リハビリテーション・個別機能訓練目標の共有			
介護福祉士を含む介護職員	79.3%	58.9%	0.004
看護師・准看護師	60.3%	42.7%	0.015
リハビリテーション・個別機能訓練計画の共有			
歯科口腔専門職	8.6%	1.2%	0.001
介護福祉士を含む介護職員	74.1%	58.5%	0.027
看護師・准看護師	58.6%	41.5%	0.018
栄養ケアの目標の共有			
リハビリテーション専門職	41.4%	22.1%	0.002
栄養専門職	41.4%	20.6%	<0.001
介護福祉士を含む介護職員	44.8%	19.4%	<0.001
介護支援専門員	29.3%	11.1%	<0.001
看護師・准看護師	36.2%	19.8%	0.007
栄養ケア計画の共有			
リハビリテーション専門職	39.7%	19.4%	<0.001
栄養専門職	43.1%	20.2%	<0.001
介護福祉士を含む介護職員	41.4%	19.0%	<0.001
介護支援専門員	25.9%	10.7%	0.002
看護師・准看護師	36.2%	18.2%	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	56.9%	22.5%	<0.001
栄養専門職	24.1%	7.1%	<0.001
歯科口腔専門職	15.5%	4.3%	0.002
介護福祉士を含む介護職員	51.7%	20.9%	<0.001
介護支援専門員	37.9%	10.3%	<0.001
看護師・准看護師	44.8%	18.2%	<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	55.2%	21.3%	<0.001
栄養専門職	24.1%	7.1%	<0.001
歯科口腔専門職	15.5%	4.0%	<0.001
介護福祉士を含む介護職員	51.7%	20.6%	<0.001
介護支援専門員	37.9%	9.9%	<0.001
看護師・准看護師	44.8%	17.4%	<0.001
一体的取組の効果の実感			
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	50.0%	33.2%	0.016
日常の職種間の情報連携の頻度が増えた	41.4%	26.9%	0.029
歯科口腔のアウトカムが良くなった	8.6%	2.8%	0.037

P値： χ^2 検定

表 I-2-1-4 口腔・栄養（二次解析） 通所リハ 口腔・栄養スクリーニング加算算定有無の比較

	口腔・栄養スクリーニング加算の算定		P値
	I・IIいずれか算定あり n=57	算定なし n=241	
多職種連携状況			
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			
とてあてはまる	31.0%	17.0%	0.018
ややあてはまる	58.6%	60.9%	
居宅の介護支援専門員との連携			
連携している人がいる	77.6%	61.3%	0.019
共有している情報			
栄養ケアの目標	40.0%	15.4%	<0.001
栄養ケア計画	35.6%	12.8%	<0.001
口腔ケア・マネジメント計画	48.9%	14.7%	<0.001
低栄養状態リスク	66.7%	29.5%	<0.001
身長・体重・BMI・体脂肪率（身体計測）	77.8%	42.3%	<0.001
エネルギー・栄養素摂取量	26.7%	10.3%	0.005
食事形態	68.9%	49.4%	0.021
使用している食具の状況	51.1%	32.1%	0.019
褥瘡	66.7%	45.5%	0.012
口腔衛生状態	44.4%	26.3%	0.020
義歯の問題	46.7%	28.8%	0.025
口腔・栄養スクリーニングの結果	71.1%	8.3%	<0.001
栄養アセスメント・モニタリングの結果	28.9%	12.8%	0.010
栄養ケア計画の内容	26.7%	8.3%	0.001
居宅の介護支援専門員からの相談			
栄養専門職が相談にのる	26.7%	9.6%	0.003
歯科口腔専門職が相談にのる	17.8%	4.5%	0.003
居宅の介護支援専門員への相談			
栄養専門職は相談している	33.3%	12.8%	0.001
居宅訪問			
栄養専門職は居宅訪問している	22.2%	1.9%	<0.001
歯科口腔専門職は居宅訪問している	8.9%	1.3%	0.008

P値: χ^2 検定

これらの結果から、口腔・栄養スクリーニング加算 I・II を算定している通所リハは利用者の口腔・栄養の問題を適切に把握しており、他の栄養・口腔・リハビリテーションの関連加算算定率も高く、リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔が連携して設定した目標を計画に反映させる一体的取組を実施し、居宅介護支援事業所の介護支援専門員を含めた多職種連携が推進されていた。非算定の事業所では併設の病院等と連携するなどして専門職がかかわる体制を構築し、目標や計画の共有を通して専門職間の連携を推進することが求められる。

2. 歯科口腔栄養関連加算のいずれかを算定していない事業所において、もし要件が変更されたら算定したいと思っている事業所の特徴は何か

以下、「要件が変更されたら算定したいと思っている」を「思っている」とした。

(1) 通所介護（表 I-1）

思っている事業所（n=249）を思っていない事業所（n=322）と比べた特徴は以下の通りであった。

- ・ 常勤の管理栄養士（思っている：いる 12.0%，思っていない 6.2%）、理学療法士（思っ

ている 30.5%, 思っていない 23.0%)、作業療法士 (思っている 20.1%, 思っていない 11.5%) が配置されている割合が高い。

- ・ 噛むことに問題がある利用者 (思っている : いる 75.0%, 把握していない 5.6%, 思っていない : いる 63.4%, 把握していない 4.3%)、オーラルフレイルに該当する利用者 (思っている : いる 36.9%, 把握していない 42.2%, 思っていない : いる 25.8%, 把握していない 42.9%)、BMI18.5 未満 (思っている : いる 45.4%, 把握していない 45.8%, 思っていない : いる 41.3%, 把握していない 42.9%) の利用者が「いる」割合が高い。
- ・ 口腔や栄養の問題に関して同一事業所や他の事業所の専門職に相談したことがある割合が高い。(思っている : 同一事業所 30.7%, 相談していない 53.1%, 思っていない : 同一事業所 20.5%, 相談していない 63.1%)
- ・ 専門職による口腔ケアをこの 1 か月で 1 回以上実施していた割合が高い。(思っている 43.0%, 思っていない 37.3%)
- ・ 加算の非算定理由として、「対象者の把握が困難」(口腔・栄養スクリーニング加算 : 思っている 25.8%, 思っていない 34.1%) や「利用者にとって必要ない」(栄養アセスメント加算 : 思っている 11.6%, 思っていない 17.9%、口腔機能向上加算 I : 思っている 11.0%, 思っていない 17.6%) 割合は低い。

表 I-1 口腔・栄養 (二次解析) 通所介護 歯科口腔関連加算非算定事業所、要件変更による算定意向有無の比較

	歯科口腔関連加算のいずれかを算定していない事業所において、 もし要件が変更されたら算定したいと思っている		P値
	思っている n=249	思っていない n=322	
常勤専門職の配置			
管理栄養士	12.0%	6.2%	0.014
理学療法士	30.5%	23.0%	0.042
作業療法士	20.1%	11.5%	0.005
栄養口腔問題がある利用者がある			
噛むことに問題がある利用者 いる	75.0%	63.4%	0.002
把握していない	5.6%	4.3%	
オーラルフレイルに該当する利用者 いる	36.9%	25.8%	0.003
把握していない	42.2%	42.9%	
BMI18.5未満の利用者 いる	45.4%	41.3%	0.045
把握していない	45.8%	42.9%	
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	30.7%	20.5%	0.028
他の事業所 (同一法人内) と相談	6.1%	8.4%	
他の事業所 (同一法人外) と相談	10.1%	8.1%	
相談していない	53.1%	63.1%	
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	43.0%	37.3%	0.002
口腔・栄養スクリーニング加算を算定していない場合			
対象者の把握が困難	25.8%	34.1%	0.041
栄養アセスメント加算を算定していない場合			
利用者にとって必要ない	11.6%	17.9%	0.044
口腔機能向上加算 I を算定してない場合			
利用者にとって必要ない	11.0%	17.6%	0.037
口腔機能向上加算 II を算定してない場合			
利用者にとって必要ない	12.0%	18.5%	0.045

P値: χ^2 検定

(2) 通所リハ (表 I-2-2-1~2)

思っている事業所 (n=248) を思っていない事業所 (n=217) と比較した特徴は以下の通りであった。

- 老健の併設の割合が高い。(思っている 48.4%, 思っていない 30.4%)
- 常勤管理栄養士が配置されている割合が高い。(思っている 44.0%, 思っていない 27.6%)
- 噛むことの問題 (思っている : いる 75.0%, 把握していない 7.7%, 思っていない : いる 44.2%, 把握していない 18.9%)、義歯の有無 (思っている : いる 96.8%, 思っていない : いる 88.9%) と義歯使用の有無 (思っている : いる 84.3%, 把握していない 14.1%, 思っていない : いる 69.1%, 把握していない 26.3%)、オーラルフレイル (思っている : いる 43.5%, 把握していない 35.9%, 思っていない : いる 25.8%, 把握していない 52.5%)、BMI18.5 未満 (思っている : いる 62.5%, 把握していない 27.4%, 思っていない : いる 50.7%, 把握していない 36.9%) の利用者が「いる」割合が高く、「把握していない」割合は低い。
- 口腔や栄養の問題に関して同一事業所や他の事業所の専門職に相談したことがある割合が高い。(思っている : 同一事業所 46.0%, 相談していない 40.2%, 思っていない : 同一事業所 30.7%, 相談していない 63.4%)
- 食事を提供している割合が高い。(思っている 82.7%, 思っていない 63.6%)
- 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に関わっている割合が高い。(思っている 50.4%, 思っていない 27.6%)
- 口腔体操を毎回実施している割合が高い。(思っている 77.4%, 思っていない 53.5%)
- 専門職による口腔ケアを実施 (言語聴覚士が実施 (思っている 28.7%, 思っていない 12.1%)) している割合が高い
- 口腔・栄養スクリーニング加算 I を算定 (思っている 21.4%, 思っていない 11.5%)、いずれかの加算 (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 (思っている 48.8%, 思っていない 32.7%) している割合が高い
- 口腔・栄養スクリーニング加算を算定していない理由として、「内容や算定要件を知らない」(思っている 16.6%, 思っていない 25.8%)、「利用者にとって必要ない」(思っている 11.4%, 思っていない 30.5%)、「すでに十分に実施している」(思っている 8.8%, 思っていない 17.4%)「効果や意義がない」(思っている 7.8%, 思っていない 14.2%) の割合は低い。
- 栄養アセスメント加算を算定していない理由として、「内容や算定要件を知らない」(思っている 16.2%, 思っていない 26.8%)、「利用者にとって必要ない」(思っている 11.3%, 思っていない 32.0%)、「すでに十分に実施している」(思っている 8.8%, 思っていない 19.6%)、「効果や意義がない」(思っている 8.8%, 思っていない 15.5%)「介護支援専門員の理解が得られない」(思っている 11.8%, 思っていない 19.1%) の割合は低い。
- 栄養改善加算を算定していない理由として、「内容や算定要件を知らない」(思っている 14.0%, 思っていない 23.9%)、「利用者にとって必要ない」(思っている 11.8%, 思っていない 29.4%)、「すでに十分に実施している」(思っている 8.8%, 思っていない 17.4%)、

「効果や意義がない」（思っている 6.6%, 思っていない 13.4%）の割合は低い。

表 I-2-2-1 口腔・栄養（二次解析） 通所リハ 歯科口腔関連加算非算定事業所、要件変更による算定意向有無の比較
 歯科口腔関連加算のいずれかを算定していない事業所において、
 もし要件が変更されたら算定したいと思っている

	思っている n=248	思っていない n=217	P値
併設施設			
老健	48.4%	30.4%	<0.001
常勤専門職の配置			
管理栄養士	44.0%	27.6%	<0.001
栄養口腔問題がある利用者がいる			
噛むことに問題がある利用者 いる	75.0%	44.2%	<0.001
把握			
していない	7.7%	18.9%	
義歯がある利用者 いる	96.8%	88.9%	<0.001
義歯を使用している利用者 いる	84.3%	69.1%	<0.001
把握			
していない	14.1%	26.3%	
オーラルフレイルに該当する利用者 いる	43.5%	25.8%	<0.001
把握			
していない	35.9%	52.5%	
BMI18.5未満の利用者 いる	62.5%	50.7%	0.036
把握			
していない	27.4%	36.9%	
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	46.0%	30.7%	<0.001
他の事業所（同一法人内）と相談	8.8%	4.0%	
他の事業所（同一法人外）と相談	5.0%	2.0%	
相談していない	40.2%	63.4%	
食事の提供			
食事提供していた	82.7%	63.6%	<0.001
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	50.4%	27.6%	<0.001
口腔体操（バ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	77.4%	53.5%	<0.001
歯科衛生士が実施	5.2%	0.9%	0.046
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	43.5%	30.4%	0.013
看護師が実施	48.1%	63.6%	0.047
言語聴覚士が実施	28.7%	12.1%	0.011

P値: χ^2 検定

表 I-2-2-2 口腔・栄養（二次解析） 通所リハ 歯科口腔関連加算非算定事業所、要件変更による算定意向有無の比較

	歯科口腔関連加算のいずれかを算定していない事業所において、 もし要件が変更されたら算定したいと思っている		P値
	思っている n=248	思っていない n=217	
加算算定あり（1人以上）			
口腔・栄養スクリーニング加算 I	21.4%	11.5%	0.018
いずれかの算定あり	48.8%	32.7%	<0.001
口腔・栄養スクリーニング加算 I を算定していない場合			
内容や算定要件を知らない	16.6%	25.8%	0.027
利用者にとって必要ない	11.4%	30.5%	<0.001
すでに十分に実施している	8.8%	17.4%	0.013
効果や意義がない	7.8%	14.2%	0.044
口腔・栄養スクリーニング加算 II を算定していない場合			
内容や算定要件を知らない	14.4%	25.1%	0.006
利用者にとって必要ない	11.2%	29.1%	<0.001
すでに十分に実施している	8.8%	18.1%	0.006
効果や意義がない	7.0%	13.6%	0.026
栄養アセスメント加算を算定していない場合			
内容や算定要件を知らない	16.2%	26.8%	0.010
利用者にとって必要ない	11.3%	32.0%	<0.001
すでに十分に実施している	8.8%	19.6%	0.002
効果や意義がない	8.8%	15.5%	0.042
介護支援専門員の理解が得られない	11.8%	19.1%	0.043
栄養改善加算を算定していない場合			
内容や算定要件を知らない	14.0%	23.9%	0.009
利用者にとって必要ない	11.8%	29.4%	<0.001
すでに十分に実施している	8.8%	17.4%	0.008
効果や意義がない	6.6%	13.4%	0.017
口腔機能向上加算 I を算定していない場合			
内容や算定要件を知らない	15.8%	27.4%	0.005
利用者にとって必要ない	11.8%	30.5%	<0.001
すでに十分に実施している	7.4%	18.4%	0.001
効果や意義がない	6.9%	14.2%	0.018
口腔機能向上加算 II を算定していない場合			
内容や算定要件を知らない	16.3%	25.4%	0.025
利用者にとって必要ない	12.0%	29.9%	<0.001
すでに十分に実施している	7.7%	18.3%	0.001
効果や意義がない	6.3%	13.7%	0.012

P値: χ^2 検定

これらの結果から、もし要件が変更されれば算定したいと思っている事業所は、一定程度の専門職の関わりが既にあるか、併施設などから関わるのが可能な体制があり、加算の要件や意義については認識していることが推察された。一方で思っていない事業所は口腔・栄養の問題把握がされていないにもかかわらずすでに十分にサービスを実施しているとの回答も多くあり、サービスの質と利用者のアウトカム向上のため効果的な栄養・口腔ケアを適切に評価することが求められる。

3. 歯科口腔栄養関連加算のいずれかを算定している事業所において、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事業所の特徴は何か

以下、「必要に応じて歯科医師、歯科衛生士につないでいる」を「つないでいる」とした。

(1) 通所介護（表 I-2）

つないでいる事業所（n=57）をつないでない事業所（n=80）及び把握していない事業所（n=23）と比較した特徴は以下の通りであった。

- ・ 常勤の歯科衛生士が配置されている割合が高い。（つないでいる 28.1%， つないでない

- い 0.0%、把握していない 0.0%)
- ・ オーラルフレイルに該当する利用者がいる割合が高い。(つないでいる 64.9%、つないでいない 37.5%、把握していない 34.8%)
 - ・ 相談する職種は医師 (つないでいる 29.7%、つないでいない 5.3%、把握していない 15.4%)、歯科衛生士(つないでいる 43.2%、つないでいない 2.6%、把握していない 15.4%)の割合が高い。
 - ・ 口腔体操 (つないでいる 25.5%、つないでいない 0.0%、把握していない 0.0%)、専門職による口腔ケア (つないでいる 48.9%、つないでいない 0.0%、把握していない 7.1%) を歯科衛生士が実施している割合が高い。
 - ・ 口腔・栄養スクリーニング加算 I を算定している割合が低い。(つないでいる 19.3%、つないでいない 35.0%、把握していない 52.2%)
 - ・ 口腔機能向上加算 I を算定している割合が高い。(つないでいる 64.9%、つないでいない 27.5%、把握していない 17.4%)
 - ・ 加算算定により誤嚥性肺炎の予防 (つないでいる 75.4%、つないでいない 56.3%、把握していない 43.5%)、サービスの質の向上(つないでいる 35.1%、つないでいない 20.0%、把握していない 13.0%) の効果を実感している割合が高い。

表 I-2 口腔・栄養 (二次解析) 通所介護 歯科口腔関連加算算定事業所、歯科医師・歯科衛生士へつなく有無の比較

	歯科口腔関連加算のいずれかを算定している事業所において、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			P値
	つないでいる n=57	つないでいない n=80	把握していない n=23	
常勤専門職の配置				
歯科衛生士	28.1%	0.0%	0.0%	<0.001
栄養口腔問題がある利用者				
オーラルフレイルに該当する利用者 いる	64.9%	37.5%	34.8%	0.003
把握していない	15.8%	35.0%	52.2%	
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				
医師に相談	29.7%	5.3%	15.4%	0.019
歯科衛生士に相談	43.2%	2.6%	15.4%	<0.001
管理栄養士に相談	16.2%	42.1%	15.4%	0.024
栄養士に相談	24.3%	47.4%	15.4%	0.036
理学療法士に相談	10.8%	28.9%	0.0%	0.024
作業療法士に相談	2.7%	18.4%	0.0%	0.028
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				
歯科衛生士が実施	25.5%	0.0%	0.0%	<0.001
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				
歯科衛生士が実施	48.9%	0.0%	7.1%	<0.001
加算算定あり (1 人以上)				
口腔・栄養スクリーニング加算 I	19.3%	35.0%	52.2%	0.018
口腔機能向上加算 I	64.9%	27.5%	17.4%	<0.001
加算のいずれかを算定による効果の実感				
誤嚥性肺炎の予防	75.4%	56.3%	43.5%	0.013
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	35.1%	20.0%	13.0%	0.050

P値: χ^2 検定

(2) 通所リハ (表 I-2-3)

つないでいる事業所 (n=63) をつないでいない事業所 (n=104) 及び把握していない事業所 (n=25) と比較した特徴は以下の通りであった。

- ・ 常勤の歯科衛生士が配置されている割合が高い。(つないでいる 33.3%、つないでいない 3.8%、把握していない 8.0%)

- ・ オーラルフレイルに該当する利用者がいる割合が高い。(つないでいる 76.2%、 つないでいない 46.2%、 把握していない 52.0%)
- ・ 相談する職種は歯科衛生士の割合が高い。(つないでいる 46.2%、 つないでいない 3.2%、 把握していない 0.0%)
- ・ 口腔体操 (つないでいる 19.3%、 つないでいない 0.0%、 把握していない 0.0%)、 専門職による口腔ケア (つないでいる 38.8%、 つないでいない 1.8%、 把握していない 0.0%) を 歯科衛生士が実施している割合が高い。
- ・ 口腔機能向上加算Ⅱを算定している割合が高い。(つないでいる 41.3%、 つないでいない 25.0%、 把握していない 12.0%)
- ・ 加算算定により誤嚥性肺炎の予防 (つないでいる 73.0%、 つないでいない 52.9%、 把握していない 60.0%)、 利用者の ADL や IADL の向上 (つないでいる 36.5%、 つないでいない 19.2%、 把握していない 24.0%)、 サービスの質の向上 (つないでいる 46.0%、 つないでいない 22.1%、 把握していない 20.0%) の効果を実感している割合が高い。

表 I-2-3 口腔・栄養 (二次解析) 通所リハ 歯科口腔関連加算算定事業所、歯科医師・歯科衛生士へつなぐ有無の比較

	歯科口腔関連加算のいずれかを算定している事業所において、 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			P値
	つないでいる n=63	つないでいない n=104	把握していない n=25	
常勤専門職の配置				
歯科衛生士	33.3%	3.8%	8.0%	<0.001
栄養口腔問題がある利用者				
オーラルフレイルに該当する利用者 いる	76.2%	46.2%	52.0%	0.001
把握していない	11.1%	32.7%	40.0%	
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				
歯科衛生士に相談	46.2%	3.2%	0.0%	<0.001
管理栄養士に相談	44.2%	68.3%	64.3%	0.030
栄養士に相談	44.2%	69.8%	64.3%	0.019
口腔体操 (バ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				
歯科衛生士が実施	19.3%	0.0%	0.0%	<0.001
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				
歯科衛生士が実施	38.8%	1.8%	0.0%	<0.001
加算算定あり (1 人以上)				
口腔機能向上加算Ⅱ	41.3%	25.0%	12.0%	0.040
加算のいずれかを算定による効果の実感				
誤嚥性肺炎の予防	73.0%	52.9%	60.0%	0.036
利用者のADLやIADLの向上	36.5%	19.2%	24.0%	0.045
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	46.0%	22.1%	20.0%	0.002

P値: χ^2 検定

これらの結果から、歯科口腔栄養関連加算のいずれかを算定している事業所において、必要に応じて歯科医師、歯科衛生士につないでいる事業所は、歯科衛生士が関わる体制があり、オーラルフレイルを把握し、専門的なケア等に携わっていた。また、回答者の主観ではあるが誤嚥性肺炎の予防やサービスの質の向上が実感されており、歯科専門職がかかわる意義は大きいと考えられる。問題の把握にとどまっていたは利用者の良好なアウトカムへの寄与は限定的であり、つないでいない事業所では先進的な先行事例の周知により、把握された問題を専門職による介入へとつなげることができる体制の構築と意義や効果について知ってもらう必要があると考えられた。

結 論

口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ・Ⅱを算定している通所リハビリテーション事業所は利用者の口腔・栄養の問題を適切に把握しており、他の栄養・口腔・リハビリテーションの関連加算算定率も高く、リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔が連携して設定した目標を計画に反映させる一体的取組を実施し、居宅介護支援事業所の介護支援専門員を含めた多職種連携が推進されていた。通所サービス事業所にはやせや歯科口腔の問題をかかえている利用者が一定数いる中で、その問題が把握されずに見落とされている可能性が示唆されており、適切な口腔・栄養管理を推進するために、問題の把握から専門職につなぐためのスクリーニング体制やプロセスを評価することが重要と考えられた。口腔栄養関連の加算を算定していない事業所においても要件が変更されれば算定する意向のある事業所では口腔・栄養専門職が関わっており、適切な連携・相談先が明確になっている必要があると考えられた。

参考文献

- ・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. p5-35、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」報告書、日本健康・栄養システム学会、令和5年3月.

<https://www.j-ncm.com/wp-content/uploads/2023/04/r4-rouken-52houkousyo.pdf>

- ・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。p8-210. 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、日本健康・栄養システム学会、令和4年3月31日.

<https://www.j-ncm.com/wp-content/uploads/2023/04/r4-rouken-52houkousyo.pdf>

Ⅱ. 通所事業所における口腔・栄養関連サービスに関する1年後の実態調査

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。

当該研究においては、令和4年度調査に回答のあった事業所の1年後の追跡調査を行い、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

令和4年度実態調査の対象であった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か所のうち、Iで回答のあった施設・事業所からID突合ができなかったものを除外した通所介護557か所、通所リハ450か所を対象とし、1年後の本実態調査への回答の得られた通所介護273か所、通所リハ234か所のデータについて解析を行った。

なお、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行われた。

結 果・考 察

1. 回収状況

令和5年度の回収率は通所介護49.0%、通所リハ52.0%であった。なお、令和4年度の対象事業所数（通所介護1,775か所、通所リハ1,450か所）に対する最終的な有効回答率は通所介護15.4%、通所リハ16.1%であった。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。口腔・栄養関連サービスに関する令和3年度介護報酬改定後の初の全国的な追跡調査として、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すること目的に資するものであると考えられた。

以下、令和4年度の値⇒令和5年度の値を示し、また、集計した結果の全表（末頁参照のこと。）より該当する（表番号）を示した。

2. 併設施設

併設施設について、「いずれもなし」が通所介護72.9%⇒74.0%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ことから、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引き続き求められる（表Ⅱ-1-2、表Ⅱ-2-2）。

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 42.9%⇒38.1%、通所リハ 43.6%⇒42.7%、BMI18.5未満を「把握していない」が通所介護 44.7%⇒44.3%、通所リハ 28.2%⇒35.0%、BMI18.5未満の者が「いる」が通所介護 43.6%⇒44.3%、通所リハ 60.3%⇒56.4%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未だ十分に機能していないと考えられた（表Ⅱ-1-2、表Ⅱ-2-2）。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 50.9%⇒55.7%、通所リハ 46.6%⇒46.2%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（表Ⅱ-1-3、表Ⅱ-2-3）。

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の提供は減少傾向にある者の未だ3～4割の事業所で提供されていた（表Ⅱ-1-3、表Ⅱ-2-3）。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等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 37.7%⇒37.0%、通所リハ 36.8%⇒37.6%と横ばいで半数に満たない（表Ⅱ-1-4、表Ⅱ-2-4）。また、実施した専門職については通所介護では看護師 80.6%⇒72.3%、介護福祉士 68.9%⇒72.3%、介護職 52.4%⇒52.5%、歯科衛生士 19.4%⇒20.8%、通所リハでは介護福祉士 76.7%⇒79.5%、看護師 54.7%⇒45.5%、介護職 45.3%⇒48.9%、歯科衛生士 15.1%⇒17.0%であり、歯科による介入はほとんど増加せず少数にとどまり、多くの事業所で未だに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（表Ⅱ-1-4、表Ⅱ-2-4）。

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%程度とで横ばいであり、いずれも未だに低調であった(表Ⅱ-1-4, 表Ⅱ-2-4)。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%弱であった(表Ⅱ-1-5, 表Ⅱ-1-6, 表Ⅱ-2-5, 表Ⅱ-2-6)。その中で、通所介護では「内容や要件を知らないから」、「対象になる利用者を把握することが難しいと思うから」、「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」、「介護支援専門員の理解や協力が得られないと思うから」が増加傾向であった(表Ⅱ-1-5, 表Ⅱ-1-6, 表Ⅱ-2-5, 表Ⅱ-2-6)。一方、通所リハでは「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」、「介護支援専門員の理解や協力が得られないと思うから」、「手間がかかるから」等いずれも減少傾向であった(表Ⅱ-1-5, 表Ⅱ-1-6, 表Ⅱ-2-5, 表Ⅱ-2-6)。また、いずれかの加算を算定している事業所において、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」に対しては「つないでいる」が通所介護 32.0%⇒47.9%、通所リハ 36.4%⇒39.0%と特に通所介護で大きく増加がみられた(表Ⅱ-1-7, 表Ⅱ-2-7)。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 55.2%⇒54.6%、通所リハ 47.4%⇒46.6%と横ばいのままであり、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未だ不十分であることが示唆された(表Ⅱ-1-7, 表Ⅱ-2-7)。非算定の事業所では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、あるいは優先的な課題と考えられていないと推察された。

7. 口腔・栄養関連加算を算定してよかったという実感

口腔・栄養関連加算について、いずれかの加算を算定している事業所においては、「利用者の誤嚥性肺炎の予防」が通所介護 60.5%⇒65.8%、通所リハ 59.6%⇒57.0%と高い割合で効果が実感されており、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(表Ⅱ-1-7, 表Ⅱ-2-7)。また、通所介護では「利用者の食事量の改善」38.7%⇒46.6%、「利用者の体重の改善」29.3%⇒35.6%、「本人・家族の食べる楽しみを支援」36.0%⇒50.7%、通所リハでは「口腔・栄養の専門職と協働してサービスの質が向上すること」29.3%⇒39.0%が大きく増加していた(表Ⅱ-1-7, 表Ⅱ-2-7)。一方、通所リハでは「本人・家族に喜ばれていること」46.5%⇒32.0%、「本人・家族の食べる楽しみを支援」44.4%⇒30.0%、「利用者の食欲の回復」36.4%⇒27.0%と大きく減少していた(表Ⅱ-1-7, 表Ⅱ-2-7)。利用者や家族の満足感はサービス提供側から一方的に評価することはできず、サービスの自己負担に対する理解を得ることも必要であり、この

点は慎重に検討すべきである。口から食べることは効果的なリハビリテーションにおいて極めて重要であり、支援の必要性や効果について普及していくことが必要であると考えられた。

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、加算による取り組みを実施している通所介護では利用者の誤嚥性肺炎の予防、食事量や体重の改善といった効果の実感が増しており、口腔・栄養サービスに関する体制、プロセス、アウトカムの実感については加算の算定事業所と非算定事業所での差が拡大していることも推察された。通所リハにおいては令和6年度介護報酬改定によってリハビリテーション・栄養・口腔の一体的取組が評価されることとなり、リハビリテーションにおける口腔・栄養問題の把握と専門職によるかかわりの必要性と意義について普及啓発の推進を一層強化することが重要であると考えられた。

参考文献

- ・ 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. p8-210. 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. 日本健康・栄養システム学会、令和5年3月31日.
<https://www.j-ncm.com/wp-content/uploads/2023/04/r4-rouken-52houkousyo.pdf>
- ・ 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：二次解析. 令和5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、日本健康・栄養システム学会、令和5年3月31日.
<https://www.j-ncm.com/wp-content/uploads/2023/04/r4-rouken-56houkokusyo.pdf>

表Ⅱ-1-1 口腔・栄養（1年後の追跡調査）（通所介護）基本集計（統計量）

通所介護（n=273）	令和4年度				令和5年度			
	度数	平均値	中央値	標準偏差	度数	平均値	中央値	標準偏差
利用者実人数（週）	272	96.1	82	(76.1)	272	95.4	74	(75.5)
* 噛むことに問題のある利用者人数	182	9.0	5	(13.3)	174	9.6	4	(19.0)
* 義歯がある利用者人数	243	41.6	35	(31.3)	246	41.4	33	(35.0)
* 義歯を使用している利用者人数	229	38.9	32	(29.8)	227	38.8	31	(33.2)
* オーラルフレイル人数	77	11.8	4	(19.7)	88	12.2	5	(18.3)
* BMI18.5未満人数	108	6.5	5	(5.4)	117	10.5	5	(24.4)

※欠損値は項目ごとに除外

*それぞれ該当する利用者が「いる」と回答した事業所をnとして集計

表 II-1-2 口腔・栄養（1年後の追跡調査）（通所介護）基本集計（n・%）

	令和4年度		通所介護（n=273）		令和5年度	
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
主な記入者						
事業所管理者	193	(70.7)		198	(72.5)	
その他	80	(29.3)		75	(27.5)	
事業主体						
社会福祉法人	98	(35.9)		98	(35.9)	
医療法人	27	(9.9)		27	(9.9)	
営利法人	107	(39.2)		104	(38.1)	
NPO法人	5	(1.8)		5	(1.8)	
その他	36	(13.2)		39	(14.3)	
併設施設（複数回答）						
特養	54	(19.8)		54	(19.8)	
老健	6	(2.2)		4	(1.5)	
病院	13	(4.8)		16	(5.9)	
診療所	8	(2.9)		7	(2.6)	
歯科医療機関	0	(0.0)		0	(0.0)	
いずれもなし	199	(72.9)		202	(74.0)	
常勤職員の配置あり職種（複数回答）						
医師	2	(0.7)		2	(0.7)	
看護師または准看護師	240	(87.9)		242	(88.6)	
歯科医師	1	(0.4)		0	(0.0)	
歯科衛生士	11	(4.0)		9	(3.3)	
管理栄養士	24	(8.8)		22	(8.1)	
栄養士	27	(9.9)		19	(7.0)	
理学療法士	70	(25.6)		67	(24.5)	
作業療法士	42	(15.4)		40	(14.7)	
言語聴覚士	4	(1.5)		2	(0.7)	
噛むことに問題のある利用者						
いる	185	(67.8)		178	(65.2)	
いない	72	(26.4)		71	(26.0)	
把握していない	16	(5.9)		24	(8.8)	
義歯がある利用者						
いる	268	(98.2)		264	(96.7)	
義歯を使用している利用者	(義歯がある利用者いるn=268)		(義歯がある利用者いるn=264)			
いる	242	(88.6)	(90.3)	238	(87.2)	(90.2)
いない	1	(0.4)	(0.4)	1	(0.4)	(0.4)
把握していない	25	(9.2)	(9.3)	25	(9.2)	(9.5)
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	82	(30.0)		92	(33.7)	
いない	74	(27.1)		77	(28.2)	
把握していない	117	(42.9)		104	(38.1)	
Body Mass Index (BMI) が 18.5 未満のやせの利用者						
いる	119	(43.6)		121	(44.3)	
いない	32	(11.7)		31	(11.4)	
把握していない	122	(44.7)		121	(44.3)	

表Ⅱ-1-3 口腔・栄養（1年後の追跡調査）（通所介護）基本集計（n・%）

	通所介護（n=273）					
	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
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か						
同一事業所内と相談	68	(24.9)		63	(23.1)	
他の事業所（同一法人内）と相談	22	(8.1)		19	(7.0)	
他の事業所（同一法人外）と相談	19	(7.0)		21	(7.7)	
相談していない	139	(50.9)		152	(55.7)	
わからない	25	(9.2)		18	(6.6)	
相談した職種（複数回答）	(いずれかと相談したn=109)			(いずれかと相談したn=103)		
医師	21	(7.7)	(19.3)	21	(7.7)	(20.4)
看護職（看護師、准看護師）	64	(23.4)	(58.7)	53	(19.4)	(51.5)
介護福祉士	32	(11.7)	(29.4)	34	(12.5)	(33.0)
介護職（介護福祉士以外）	10	(3.7)	(9.2)	13	(4.8)	(12.6)
歯科医師	13	(4.8)	(11.9)	16	(5.9)	(15.5)
歯科衛生士	20	(7.3)	(18.3)	28	(10.3)	(27.2)
管理栄養士	26	(9.5)	(23.9)	23	(8.4)	(22.3)
栄養士	37	(13.6)	(33.9)	26	(9.5)	(25.2)
調理師	6	(2.2)	(5.5)	1	(0.4)	(1.0)
理学療法士	11	(4.0)	(10.1)	11	(4.0)	(10.7)
作業療法士	9	(3.3)	(8.3)	2	(0.7)	(1.9)
言語聴覚士	12	(4.4)	(11.0)	8	(2.9)	(7.8)
その他	9	(3.3)	(8.3)	0	(0.0)	(0.0)
食事（給食やお弁当）を毎回提供						
提供していた	251	(91.9)		252	(92.3)	
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	(食事提供ありn=251)			(食事提供ありn=252)		
はい（提供量は個人ごとに設定されていた）	161	(59.0)	(64.1)	174	(63.7)	(69.0)
いいえ（提供量は個人ごとに設定していなかった）	84	(30.8)	(33.5)	73	(26.7)	(29.0)
わからない	6	(2.2)	(2.4)	5	(1.8)	(2.0)
①軟らかいものが噛める利用者への対応で最も多いもの	(食事提供ありn=251)			(食事提供ありn=252)		
常食	58	(21.2)	(22.9)	66	(24.2)	(26.3)
軟食、軟菜食	89	(32.6)	(52.4)	96	(35.2)	(38.2)
きざみ食	98	(35.9)	(21.8)	83	(30.4)	(33.1)
ソフト食・ムース食	2	(0.7)	(2.9)	4	(1.5)	(1.6)
ミキサー食	3	(1.1)	(0.0)	2	(0.7)	(0.8)
（欠損）	1	(0.4)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
②軟らかいものが噛めない利用者への対応で最も多いもの	(食事提供ありn=251)			(食事提供ありn=252)		
常食	1	(0.4)	(1.2)	3	(1.1)	(1.2)
軟食、軟菜食	22	(8.1)	(12.5)	23	(8.4)	(9.5)
きざみ食	96	(35.2)	(48.2)	104	(38.1)	(42.8)
ソフト食・ムース食	46	(16.8)	(21.4)	60	(22.0)	(24.7)
ミキサー食	64	(23.4)	(13.7)	50	(18.3)	(20.6)
その他	12	(4.4)	(3.0)	3	(1.1)	(1.2)
（欠損）	10	(3.7)		9	(3.3)	
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	46	(16.8)		47	(17.2)	
なかった	210	(76.9)		206	(75.5)	
わからない	17	(6.2)		20	(7.3)	
管理栄養士がかかわった内容（複数回答）	(関わりあったn=46)			(関わりあったn=47)		
食事の観察（ミールラウンド）	31	(11.4)	(67.4)	32	(11.7)	(68.1)
食事の個別調整	31	(11.4)	(67.4)	25	(9.2)	(53.2)
喫食量の記録	13	(4.8)	(28.3)	13	(4.8)	(27.7)
栄養相談	17	(6.2)	(37.0)	12	(4.4)	(25.5)
自宅訪問	4	(1.5)	(8.7)	3	(1.1)	(6.4)
その他	6	(2.2)	(13.0)	0	(0.0)	(0.0)

表Ⅱ-1-4 口腔・栄養（1年後の追跡調査）（通所介護）基本集計（n・%）

	通所介護（n=273）					
	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	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	249	(91.2)		250	(91.6)	
実施しなかった	23	(8.4)		23	(8.4)	
わからない	1	(0.4)		0	(0.0)	
口腔体操の実施職種（複数回答）						
	（口腔体操実施していたn=249）			（口腔体操実施していたn=250）		
医師	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
看護職（看護師、准看護師）	151	(55.3)	(60.6)	150	(54.9)	(60.0)
介護福祉士	220	(80.6)	(88.4)	214	(78.4)	(85.6)
介護職（介護福祉士以外）	157	(57.5)	(63.1)	158	(57.9)	(63.2)
歯科医師	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
歯科衛生士	12	(4.4)	(4.8)	10	(3.7)	(4.0)
管理栄養士	1	(0.4)	(0.4)	1	(0.4)	(0.4)
栄養士	4	(1.5)	(1.6)	1	(0.4)	(0.4)
調理師	2	(0.7)	(0.8)	0	(0.0)	(0.0)
理学療法士	23	(8.4)	(9.2)	24	(8.8)	(9.6)
作業療法士	15	(5.5)	(6.0)	13	(4.8)	(5.2)
言語聴覚士	3	(1.1)	(1.2)	0	(0.0)	(0.0)
その他	10	(3.7)	(4.0)	0	(0.0)	(0.0)
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	103	(37.7)		101	(37.0)	
実施しなかった	151	(55.3)		148	(54.2)	
わからない	19	(7.0)		24	(8.8)	
専門職による口腔ケアの実施職種（複数回答）						
	（口腔ケア実施していたn=103）			（口腔ケア実施していたn=88）		
医師	5	(1.8)	(4.9)	9	(3.3)	(8.9)
看護職（看護師、准看護師）	83	(30.4)	(80.6)	73	(26.7)	(72.3)
介護福祉士	71	(26.0)	(68.9)	73	(26.7)	(72.3)
介護職（介護福祉士以外）	54	(19.8)	(52.4)	53	(19.4)	(52.5)
歯科医師	5	(1.8)	(4.9)	9	(3.3)	(8.9)
歯科衛生士	20	(7.3)	(19.4)	21	(7.7)	(20.8)
管理栄養士	0	(0.0)	(0.0)	1	(0.4)	(1.0)
栄養士	0	(0.0)	(0.0)	1	(0.4)	(1.0)
調理師	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
理学療法士	3	(1.1)	(2.9)	7	(2.6)	(6.9)
作業療法士	4	(1.5)	(3.9)	4	(1.5)	(4.0)
言語聴覚士	3	(1.1)	(2.9)	1	(0.4)	(1.0)
その他	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
2021年4月～2023年9月までの加算算定						
①口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ						
算定した（1人以上）	24	(8.8)		21	(7.7)	
算定しなかった	246	(90.1)		250	(91.6)	
わからない	3	(1.1)		2	(0.7)	
②口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ						
算定した（1人以上）	9	(3.3)		9	(3.3)	
算定しなかった	262	(96.0)		263	(96.3)	
わからない	2	(0.7)		1	(0.4)	
③栄養アセスメント加算						
算定した（1人以上）	10	(3.7)		11	(4.0)	
算定しなかった	260	(95.2)		260	(95.2)	
わからない	3	(1.1)		2	(0.7)	
④栄養改善加算						
算定した（1人以上）	5	(1.8)		5	(1.8)	
算定しなかった	265	(97.1)		267	(97.8)	
わからない	3	(1.1)		1	(0.4)	
⑤口腔機能向上加算Ⅰ						
算定した（1人以上）	24	(8.8)		24	(8.8)	
算定しなかった	246	(90.1)		247	(90.5)	
わからない	3	(1.1)		2	(0.7)	
⑥口腔機能向上加算Ⅱ						
算定した（1人以上）	26	(9.5)		28	(10.3)	
算定しなかった	244	(89.4)		244	(89.4)	
わからない	3	(1.1)		1	(0.4)	
すべての加算を非算定						
すべての加算を非算定	196	(71.8)		198	(72.5)	

表Ⅱ-1-5 口腔・栄養（1年後の追跡調査）（通所介護）基本集計（n・%）

	通所介護（n=273）					
	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
加算を算定しなかった理由						
①～⑥すべての加算を算定しなかった理由（複数回答）						
	（すべて非算定n=196）			（すべて非算定n=198）		
内容や算定要件を知らないから	52	(19.0)	(26.5)	69	(25.3)	(34.8)
利用者にとって必要なサービスではないと思うから	33	(12.1)	(16.8)	37	(13.6)	(18.7)
既に十分に口腔や栄養の支援ができていると思うから	33	(12.1)	(16.8)	37	(13.6)	(18.7)
対象になる利用者を把握することが難しいと思うから	54	(19.8)	(27.6)	87	(31.9)	(43.9)
効果や意義がなさそうだと思うから	20	(7.3)	(10.2)	37	(13.6)	(18.7)
介護職（介護福祉士を含めて）の理解や協力が得られないと思うから	34	(12.5)	(17.3)	51	(18.7)	(25.8)
介護支援専門員の理解や協力が得られないと思うから	23	(8.4)	(11.7)	42	(15.4)	(21.2)
手間がかかると思うから	96	(35.2)	(49.0)	101	(37.0)	(51.0)
加算の点数が低いと思うから	61	(22.3)	(31.1)	71	(26.0)	(35.9)
①口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰを算定しなかった理由（複数回答）						
	（非算定n=246）			（非算定n=250）		
内容や算定要件を知らないから	60	(22.0)	(24.4)	75	(27.5)	(30.0)
利用者にとって必要なサービスではないと思うから	36	(13.2)	(14.6)	41	(15.0)	(16.4)
既に十分に口腔や栄養の支援ができていると思うから	36	(13.2)	(14.6)	42	(15.4)	(16.8)
対象になる利用者を把握することが難しいと思うから	64	(23.4)	(26.0)	91	(33.3)	(36.4)
効果や意義がなさそうだと思うから	25	(9.2)	(10.2)	37	(13.6)	(14.8)
介護職（介護福祉士を含めて）の理解や協力が得られないと思うから	38	(13.9)	(15.4)	52	(19.0)	(20.8)
介護支援専門員の理解や協力が得られないと思うから	27	(9.9)	(11.0)	43	(15.8)	(17.2)
手間がかかると思うから	111	(40.7)	(45.1)	108	(39.6)	(43.2)
加算の点数が低いと思うから	72	(26.4)	(29.3)	77	(28.2)	(30.8)
①～⑥のうち他の加算を算定しているから	34	(12.5)	(13.8)	48	(17.6)	(19.2)
②口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱを算定しなかった理由（複数回答）						
	（非算定n=262）			（非算定n=263）		
内容や算定要件を知らないから	62	(22.7)	(23.7)	75	(27.5)	(28.5)
利用者にとって必要なサービスではないと思うから	38	(13.9)	(14.5)	42	(15.4)	(16.0)
既に十分に口腔や栄養の支援ができていると思うから	37	(13.6)	(14.1)	43	(15.8)	(16.3)
対象になる利用者を把握することが難しいと思うから	62	(22.7)	(23.7)	92	(33.7)	(35.0)
効果や意義がなさそうだと思うから	25	(9.2)	(9.5)	38	(13.9)	(14.4)
介護職（介護福祉士を含めて）の理解や協力が得られないと思うから	39	(14.3)	(14.9)	53	(19.4)	(20.2)
介護支援専門員の理解や協力が得られないと思うから	29	(10.6)	(11.1)	44	(16.1)	(16.7)
手間がかかると思うから	110	(40.3)	(42.0)	109	(39.9)	(41.4)
加算の点数が低いと思うから	70	(25.6)	(26.7)	80	(29.3)	(30.4)
①～⑥のうち他の加算を算定しているから	30	(11.0)	(11.5)	33	(12.1)	(12.5)
③栄養アセスメント加算を算定しなかった理由（複数回答）						
	（非算定n=260）			（非算定n=260）		
内容や算定要件を知らないから	62	(22.7)	(23.8)	77	(28.2)	(29.6)
利用者にとって必要なサービスではないと思うから	40	(14.7)	(15.4)	41	(15.0)	(15.8)
既に十分に口腔や栄養の支援ができていると思うから	38	(13.9)	(14.6)	43	(15.8)	(16.5)
対象になる利用者を把握することが難しいと思うから	65	(23.8)	(25.0)	93	(34.1)	(35.8)
効果や意義がなさそうだと思うから	28	(10.3)	(10.8)	39	(14.3)	(15.0)
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	39	(14.3)	(15.0)	53	(19.4)	(20.4)
介護支援専門員の理解や協力が得られないと思うから	28	(10.3)	(10.8)	45	(16.5)	(17.3)
手間がかかると思うから	114	(41.8)	(43.8)	109	(39.9)	(41.9)
加算の点数が低いと思うから	72	(26.4)	(27.7)	78	(28.6)	(30.0)
①～⑥のうち他の加算を算定しているから	19	(7.0)	(7.3)	29	(10.6)	(11.2)

表Ⅱ-1-6 口腔・栄養（1年後の追跡調査）（通所介護）基本集計（n・%）

	令和4年度		通所介護（n=273）		令和5年度	
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
④栄養改善加算を算定しなかった理由（複数回答）	(非算定n=265)		(非算定n=267)			
内容や算定要件を知らないから	61	(22.3)	(23.0)	75	(27.5)	(28.1)
利用者にとって必要なサービスではないと思うから	39	(14.3)	(14.7)	42	(15.4)	(15.7)
既に十分に口腔や栄養の支援ができていると思うから	36	(13.2)	(13.6)	43	(15.8)	(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	65	(23.8)	(24.5)	91	(33.3)	(34.1)
効果や意義がなさそうだと思うから	25	(9.2)	(9.4)	37	(13.6)	(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と思うから	39	(14.3)	(14.7)	52	(19.0)	(19.5)
介護支援専門員の理解や協力が得られないと思うから	27	(9.9)	(10.2)	44	(16.1)	(16.5)
手間がかかると思うから	116	(42.5)	(43.8)	113	(41.4)	(42.3)
加算の点数が低いと思うから	70	(25.6)	(26.4)	75	(27.5)	(28.1)
①～⑥のうち他の加算を算定しているから	19	(7.0)	(7.2)	28	(10.3)	(10.5)
⑤口腔機能向上加算Ⅰを算定しなかった理由（複数回答）	(非算定n=246)		(非算定n=247)			
内容や算定要件を知らないから	54	(19.8)	(22.0)	73	(26.7)	(29.6)
利用者にとって必要なサービスではないと思うから	39	(14.3)	(15.9)	40	(14.7)	(16.2)
既に十分に口腔や栄養の支援ができていると思うから	36	(13.2)	(14.6)	40	(14.7)	(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	59	(21.6)	(24.0)	89	(32.6)	(36.0)
効果や意義がなさそうだと思うから	23	(8.4)	(9.3)	37	(13.6)	(15.0)
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	37	(13.6)	(15.0)	51	(18.7)	(20.6)
介護支援専門員の理解や協力が得られないと思うから	24	(8.8)	(9.8)	42	(15.4)	(17.0)
手間がかかると思うから	105	(38.5)	(42.7)	107	(39.2)	(43.3)
加算の点数が低いと思うから	65	(23.8)	(26.4)	74	(27.1)	(30.0)
①～⑥のうち他の加算を算定しているから	20	(7.3)	(8.1)	20	(7.3)	(8.1)
⑥口腔機能向上加算Ⅱを算定しなかった理由（複数回答）	(非算定n=244)		(非算定n=244)			
内容や算定要件を知らないから	57	(20.9)	(23.4)	73	(26.7)	(29.9)
利用者にとって必要なサービスではないと思うから	41	(15.0)	(16.8)	43	(15.8)	(17.6)
既に十分に口腔や栄養の支援ができていると思うから	38	(13.9)	(15.6)	39	(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	59	(21.6)	(24.2)	89	(32.6)	(36.5)
効果や意義がなさそうだと思うから	26	(9.5)	(10.7)	37	(13.6)	(15.2)
介護職（介護福祉士を含めて）の理解や協力が得られないと思うから	39	(14.3)	(16.0)	52	(19.0)	(21.3)
介護支援専門員の理解や協力が得られないと思うから	26	(9.5)	(10.7)	43	(15.8)	(17.6)
手間がかかると思うから	110	(40.3)	(45.1)	108	(39.6)	(44.3)
加算の点数が低いと思うから	67	(24.5)	(27.5)	76	(27.8)	(31.1)
①～⑥のうち他の加算を算定しているから	17	(6.2)	(7.0)	16	(5.9)	(6.6)

表Ⅱ-1-7 口腔・栄養（1年後の追跡調査）（通所介護）基本集計（n・%）

	通所介護（n=273）					
	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
①～⑥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？						
思っている	121	(44.3)	(44.8)	122	(44.7)	(45.4)
思っていない	149	(54.6)	(55.2)	147	(53.8)	(54.6)
(欠損)	3	(1.1)		4	(1.5)	
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						
	(いずれか算定n=75)			(いずれか算定n=73)		
つないでいる	24	(8.8)	(32.0)	35	(12.8)	(47.9)
つないでいない	42	(15.4)	(56.0)	26	(9.5)	(35.6)
把握していない	9	(3.3)	(12.0)	12	(4.4)	(16.4)
算定してよかったと実感しているもの（複数回答）	(いずれか算定n=75)			(いずれか算定n=73)		
利用者の食欲の回復	23	(8.4)	(30.7)	23	(8.4)	(31.5)
利用者の食事量の改善	29	(10.6)	(38.7)	34	(12.5)	(46.6)
利用者の体重の改善	22	(8.1)	(29.3)	26	(9.5)	(35.6)
利用者の誤嚥性肺炎の予防	45	(16.5)	(60.0)	48	(17.6)	(65.8)
利用者の ADL や IADL の向上	28	(10.3)	(37.3)	25	(9.2)	(34.2)
本人・家族の食べる楽しみを支援	27	(9.9)	(36.0)	37	(13.6)	(50.7)
本人・家族に喜ばれていること	29	(10.6)	(38.7)	29	(10.6)	(39.7)
本人の自己実現に貢献できること	13	(4.8)	(17.3)	17	(6.2)	(23.3)
口腔・栄養の専門職に相談しやすくなること	22	(8.1)	(29.3)	20	(7.3)	(27.4)
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	21	(7.7)	(28.0)	19	(7.0)	(26.0)
よかったと感じていることはない	4	(1.5)	(5.3)	2	(0.7)	(2.7)

表Ⅱ-2-1 口腔・栄養（1年後の追跡調査）（通所リハ）基本集計（統計量）

通所リハ（n=234）	令和4年度				令和5年度			
	度数	平均値	中央値	標準偏差	度数	平均値	中央値	標準偏差
利用者実人数（週）	233	95.4	74	(77.2)	231	92.7	70	(75.3)
* 噛むことに問題のある利用者人数	140	9.0	5	(10.2)	125	11.6	5	(17.5)
* 義歯がある利用者人数	190	40.1	31	(32.0)	191	45.6	39	(37.4)
* 義歯を使用している利用者人数	165	39.1	30	(31.6)	168	43.1	36	(35.0)
* オーラルフレイル人数	86	11.2	6	(13.4)	86	12.1	7	(14.8)
* BMI18.5未満人数	129	8.2	5	(8.6)	122	9.0	5	(11.4)

※欠損値は項目ごとに除外

*それぞれ該当する利用者が「いる」と回答した事業所をnとして集計

表 II-2-2 口腔・栄養（1年後の追跡調査）（通所リハ）基本集計（n・%）

	通所リハビリテーション（n=234）					
	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
主な記入者						
事業所管理者	69	(29.5)		80	(34.2)	
その他	165	(70.5)		154	(65.8)	
事業主体						
社会福祉法人	23	(9.8)		24	(10.3)	
医療法人	189	(80.8)		189	(80.8)	
営利法人	2	(0.9)		2	(0.9)	
NPO法人	0	(0.0)		0	(0.0)	
その他	20	(8.5)		19	(8.1)	
併設施設（複数回答）						
特養	8	(3.4)		8	(3.4)	
老健	86	(36.8)		88	(37.6)	
病院	91	(38.9)		90	(38.5)	
診療所	74	(31.6)		74	(31.6)	
歯科医療機関	4	(1.7)		3	(1.3)	
いずれもなし	2	(0.9)		5	(2.1)	
常勤職員の配置あり職種（複数回答）						
医師	197	(84.2)		195	(83.3)	
看護師または准看護師	165	(70.5)		162	(69.2)	
歯科医師	2	(0.9)		3	(1.3)	
歯科衛生士	17	(7.3)		14	(6.0)	
管理栄養士	87	(37.2)		81	(34.6)	
栄養士	29	(12.4)		24	(10.3)	
理学療法士	219	(93.6)		212	(90.6)	
作業療法士	145	(62.0)		138	(59.0)	
言語聴覚士	65	(27.8)		58	(24.8)	
嚥むことに問題のある利用者						
いる	146	(62.4)		134	(57.3)	
いない	56	(23.9)		63	(26.9)	
把握していない	32	(13.7)		37	(15.8)	
義歯がある利用者						
いる	222	(94.9)		219	(93.6)	
義歯を使用している利用者	(義歯がある利用者いるn=222)			(義歯がある利用者いるn=219)		
いる	184	(78.6)	(82.9)	187	(79.9)	(85.4)
いない	2	(0.9)	(0.9)	1	(0.4)	(0.5)
把握していない	36	(15.4)	(16.2)	32	(13.7)	(14.6)
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	91	(38.9)		88	(37.6)	
いない	41	(17.5)		46	(19.7)	
把握していない	102	(43.6)		100	(42.7)	
Body Mass Index (BMI) が 18.5 未満のやせの利用者						
いる	141	(60.3)		132	(56.4)	
いない	27	(11.5)		20	(8.5)	
把握していない	66	(28.2)		82	(35.0)	

表Ⅱ-2-3 口腔・栄養（1年後の追跡調査）（通所リハ）基本集計（n・%）

	通所リハビリテーション（n=234）					
	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
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か						
同一事業所内と相談	89	(38.0)		83	(35.5)	
他の事業所（同一法人内）と相談	14	(6.0)		18	(7.7)	
他の事業所（同一法人外）と相談	11	(4.7)		12	(5.1)	
相談していない	109	(46.6)		108	(46.2)	
わからない	11	(4.7)		13	(5.6)	
相談した職種（複数回答）	(いずれかと相談したn=114)			(いずれかと相談したn=113)		
医師	29	(12.4)	(25.4)	19	(8.1)	(16.8)
看護職（看護師、准看護師）	39	(16.7)	(34.2)	39	(16.7)	(34.5)
介護福祉士	17	(7.3)	(14.9)	32	(13.7)	(28.3)
介護職（介護福祉士以外）	5	(2.1)	(4.4)	8	(3.4)	(7.1)
歯科医師	8	(3.4)	(7.0)	4	(1.7)	(3.5)
歯科衛生士	19	(8.1)	(16.7)	15	(6.4)	(13.3)
管理栄養士	60	(25.6)	(52.6)	68	(29.1)	(60.2)
栄養士	64	(27.4)	(56.1)	70	(29.9)	(61.9)
調理師	1	(0.4)	(0.9)	2	(0.9)	(1.8)
理学療法士	22	(9.4)	(19.3)	18	(7.7)	(15.9)
作業療法士	13	(5.6)	(11.4)	13	(5.6)	(11.5)
言語聴覚士	52	(22.2)	(45.6)	55	(23.5)	(48.7)
その他	4	(1.7)	(3.5)	0	(0.0)	(0.0)
食事（給食やお弁当）を毎回提供						
提供していた	171	(73.1)		174	(74.4)	
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 (食事提供ありn=171)						
はい（提供量は個人ごとに設定されていた）	136	(58.1)	(79.5)	139	(59.4)	(79.9)
いいえ（提供量は個人ごとに設定していなかった）	31	(13.2)	(18.1)	32	(13.7)	(18.4)
わからない	4	(1.7)	(2.3)	3	(1.3)	(1.7)
①軟らかいものが嚙める利用者への対応で最も多いもの (食事提供ありn=171)						
常食	39	(16.7)	(22.9)	42	(17.9)	(24.4)
軟食、軟菜食	89	(38.0)	(52.4)	85	(36.3)	(49.4)
きざみ食	37	(15.8)	(21.8)	38	(16.2)	(22.1)
ソフト食・ムース食	5	(2.1)	(2.9)	5	(2.1)	(2.9)
ミキサー食	0	(0.0)	(0.0)	2	(0.9)	(1.2)
(欠損)	1	(0.4)	(0.0)	5	(2.1)	(0.0)
②軟らかいものが嚙めない利用者への対応で最も多いもの (食事提供ありn=171)						
常食	2	(0.9)	(1.2)	1	(0.4)	(0.6)
軟食、軟菜食	21	(9.0)	(12.5)	24	(10.3)	(14.2)
きざみ食	81	(34.6)	(48.2)	68	(29.1)	(40.2)
ソフト食・ムース食	36	(15.4)	(21.4)	39	(16.7)	(23.1)
ミキサー食	23	(9.8)	(13.7)	32	(13.7)	(18.9)
その他	5	(2.1)	(3.0)	5	(2.1)	(3.0)
(欠損)	3	(1.3)		5	(2.1)	
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	95	(40.6)		95	(40.6)	
なかった	130	(55.6)		125	(53.4)	
わからない	9	(3.8)		14	(6.0)	
管理栄養士がかかわった内容（複数回答） (関わりあったn=95)						
食事の観察（ミールラウンド）	61	(26.1)	(64.2)	56	(23.9)	(58.9)
食事の個別調整	55	(23.5)	(57.9)	57	(24.4)	(60.0)
喫食量の記録	22	(9.4)	(23.2)	26	(11.1)	(27.4)
栄養相談	49	(20.9)	(51.6)	48	(20.5)	(50.5)
自宅訪問	9	(3.8)	(9.5)	8	(3.4)	(8.4)
その他	3	(1.3)	(3.2)	0	(0.0)	(0.0)

表Ⅱ-2-4 口腔・栄養（1年後の追跡調査）（通所リハ）基本集計（n・%）

	通所リハビリテーション（n=234）					
	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
口腔体操（バ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	154	(65.8)		158	(67.5)	
実施しなかった	75	(32.1)		72	(30.8)	
わからない	5	(2.1)		4	(1.7)	
口腔体操の実施職種（複数回答）	（口腔体操実施していたn=154）			（口腔体操実施していたn=158）		
医師	1	(0.4)	(0.6)	2	(0.9)	(1.3)
看護職（看護師、准看護師）	55	(23.5)	(35.7)	49	(20.9)	(31.0)
介護福祉士	138	(59.0)	(89.6)	136	(58.1)	(86.1)
介護職（介護福祉士以外）	88	(37.6)	(57.1)	85	(36.3)	(53.8)
歯科医師	0	(0.0)	(0.0)	1	(0.4)	(0.6)
歯科衛生士	7	(3.0)	(4.5)	6	(2.6)	(3.8)
管理栄養士	3	(1.3)	(1.9)	2	(0.9)	(1.3)
栄養士	3	(1.3)	(1.9)	3	(1.3)	(1.9)
調理師	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
理学療法士	22	(9.4)	(14.3)	24	(10.3)	(15.2)
作業療法士	10	(4.3)	(6.5)	16	(6.8)	(10.1)
言語聴覚士	22	(9.4)	(14.3)	25	(10.7)	(15.8)
その他	3	(1.3)	(1.9)	0	(0.0)	(0.0)
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	86	(36.8)		88	(37.6)	
実施しなかった	142	(60.7)		138	(59.0)	
わからない	6	(2.6)		8	(3.4)	
専門職による口腔ケアの実施職種（複数回答）	（口腔ケア実施していたn=86）			（口腔ケア実施していたn=88）		
医師	3	(1.3)	(3.5)	3	(1.3)	(3.4)
看護職（看護師、准看護師）	47	(20.1)	(54.7)	40	(17.1)	(45.5)
介護福祉士	66	(28.2)	(76.7)	70	(29.9)	(79.5)
介護職（介護福祉士以外）	39	(16.7)	(45.3)	43	(18.4)	(48.9)
歯科医師	3	(1.3)	(3.5)	3	(1.3)	(3.4)
歯科衛生士	13	(5.6)	(15.1)	15	(6.4)	(17.0)
管理栄養士	1	(0.4)	(1.2)	0	(0.0)	(0.0)
栄養士	2	(0.9)	(2.3)	0	(0.0)	(0.0)
調理師	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
理学療法士	4	(1.7)	(4.7)	5	(2.1)	(5.7)
作業療法士	2	(0.9)	(2.3)	6	(2.6)	(6.8)
言語聴覚士	18	(7.7)	(20.9)	20	(8.5)	(22.7)
その他	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
2021年4月～2023年9月までの加算算定						
①口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ						
算定した（1人以上）	38	(16.2)		35	(15.0)	
算定しなかった	194	(82.9)		194	(82.9)	
わからない	2	(0.9)		5	(2.1)	
②口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ						
算定した（1人以上）	29	(12.4)		29	(12.4)	
算定しなかった	203	(86.8)		199	(85.0)	
わからない	2	(0.9)		6	(2.6)	
③栄養アセスメント加算						
算定した（1人以上）	30	(12.8)		35	(15.0)	
算定しなかった	201	(85.9)		196	(83.8)	
わからない	3	(1.3)		3	(1.3)	
④栄養改善加算						
算定した（1人以上）	16	(6.8)		18	(7.7)	
算定しなかった	214	(91.5)		212	(90.6)	
わからない	4	(1.7)		4	(1.7)	
⑤口腔機能向上加算Ⅰ						
算定した（1人以上）	35	(15.0)		38	(16.2)	
算定しなかった	197	(84.2)		192	(82.1)	
わからない	2	(0.9)		4	(1.7)	
⑥口腔機能向上加算Ⅱ						
算定した（1人以上）	24	(10.3)		23	(9.8)	
算定しなかった	207	(88.5)		207	(88.5)	
わからない	3	(1.3)		4	(1.7)	
すべての加算を非算定						
すべての加算を非算定	132	(56.4)		130	(55.6)	

表Ⅱ-2-5 口腔・栄養（1年後の追跡調査）（通所リハ）基本集計（n・%）

	通所リハビリテーション（n=234）					
	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
加算を算定しなかった理由						
①～⑥すべての加算を算定しなかった理由（複数回答）						
	（すべて非算定n=132）			（すべて非算定n=130）		
内容や算定要件を知らないから	39	(16.7)	(29.5)	38	(16.2)	(29.2)
利用者にとって必要なサービスではないと思うから	32	(13.7)	(24.2)	27	(11.5)	(20.8)
既に十分に口腔や栄養の支援ができていていると思うから	22	(9.4)	(16.7)	16	(6.8)	(12.3)
対象になる利用者を把握することが難しいと思うから	50	(21.4)	(37.9)	47	(20.1)	(36.2)
効果や意義がなさそうだと思うから	19	(8.1)	(14.4)	12	(5.1)	(9.2)
介護職（介護福祉士を含めて）の理解や協力が得られないと思うから	34	(14.5)	(25.8)	22	(9.4)	(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	30	(12.8)	(22.7)	18	(7.7)	(13.8)
手間がかかると思うから	68	(29.1)	(51.5)	58	(24.8)	(44.6)
加算の点数が低いと思うから	49	(20.9)	(37.1)	41	(17.5)	(31.5)
①口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰを算定しなかった理由（複数回答）						
	（非算定n=194）			（非算定n=194）		
内容や算定要件を知らないから	44	(18.8)	(22.7)	41	(17.5)	(21.1)
利用者にとって必要なサービスではないと思うから	37	(15.8)	(19.1)	29	(12.4)	(14.9)
既に十分に口腔や栄養の支援ができていていると思うから	27	(11.5)	(13.9)	17	(7.3)	(8.8)
対象になる利用者を把握することが難しいと思うから	59	(25.2)	(30.4)	51	(21.8)	(26.3)
効果や意義がなさそうだと思うから	23	(9.8)	(11.9)	14	(6.0)	(7.2)
介護職（介護福祉士を含めて）の理解や協力が得られないと思うから	38	(16.2)	(19.6)	25	(10.7)	(12.9)
介護支援専門員の理解や協力が得られないと思うから	33	(14.1)	(17.0)	24	(10.3)	(12.4)
手間がかかると思うから	82	(35.0)	(42.3)	70	(29.9)	(36.1)
加算の点数が低いと思うから	64	(27.4)	(33.0)	56	(23.9)	(28.9)
①～⑥のうち他の加算を算定しているから	42	(17.9)	(21.6)	37	(15.8)	(19.1)
②口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱを算定しなかった理由（複数回答）						
	（非算定n=203）			（非算定n=199）		
内容や算定要件を知らないから	44	(18.8)	(21.7)	41	(17.5)	(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	37	(15.8)	(18.2)	30	(12.8)	(15.1)
既に十分に口腔や栄養の支援ができていていると思うから	29	(12.4)	(14.3)	17	(7.3)	(8.5)
対象になる利用者を把握することが難しいと思うから	58	(24.8)	(28.6)	50	(21.4)	(25.1)
効果や意義がなさそうだと思うから	24	(10.3)	(11.8)	14	(6.0)	(7.0)
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	37	(15.8)	(18.2)	26	(11.1)	(13.1)
介護支援専門員の理解や協力が得られないと思うから	34	(14.5)	(16.7)	25	(10.7)	(12.6)
手間がかかると思うから	82	(35.0)	(40.4)	72	(30.8)	(36.2)
加算の点数が低いと思うから	65	(27.8)	(32.0)	60	(25.6)	(30.2)
①～⑥のうち他の加算を算定しているから	35	(15.0)	(17.2)	32	(13.7)	(16.1)

表Ⅱ-2-6 口腔・栄養（1年後の追跡調査）（通所リハ）基本集計（n・%）

	通所リハビリテーション（n=234）					
	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
③栄養アセスメント加算を算定しなかった理由（複数回）	（非算定n=201）			（非算定n=199）		
内容や算定要件を知らないから	44	(18.8)	(21.9)	42	(17.9)	(21.4)
利用者にとって必要なサービスではないと思うから	39	(16.7)	(19.4)	31	(13.2)	(15.8)
既に十分に口腔や栄養の支援ができていると思うから	30	(12.8)	(14.9)	18	(7.7)	(9.2)
対象になる利用者を把握することが難しいと思うから	65	(27.8)	(32.3)	55	(23.5)	(28.1)
効果や意義がなさそうだと思うから	24	(10.3)	(11.9)	12	(5.1)	(6.1)
介護職（介護福祉士を含めて）の理解や協力が得られないと思うから	40	(17.1)	(19.9)	26	(11.1)	(13.3)
介護支援専門員の理解や協力が得られないと思うから	36	(15.4)	(17.9)	23	(9.8)	(11.7)
手間がかかると思うから	86	(36.8)	(42.8)	73	(31.2)	(37.2)
加算の点数が低いと思うから	64	(27.4)	(31.8)	52	(22.2)	(26.5)
①～⑥のうち他の加算を算定しているから	18	(7.7)	(9.0)	25	(10.7)	(12.8)
④栄養改善加算を算定しなかった理由（複数回答）	（非算定n=214）			（非算定n=212）		
内容や算定要件を知らないから	42	(17.9)	(19.6)	42	(17.9)	(19.8)
利用者にとって必要なサービスではないと思うから	41	(17.5)	(19.2)	33	(14.1)	(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	27	(11.5)	(12.6)	17	(7.3)	(8.0)
対象になる利用者を把握することが難しいと思うから	64	(27.4)	(29.9)	56	(23.9)	(26.4)
効果や意義がなさそうだと思うから	23	(9.8)	(10.7)	13	(5.6)	(6.1)
介護職（介護福祉士を含めて）の理解や協力が得られないと思うから	40	(17.1)	(18.7)	27	(11.5)	(12.7)
介護支援専門員の理解や協力が得られないと思うから	39	(16.7)	(18.2)	26	(11.1)	(12.3)
手間がかかると思うから	86	(36.8)	(40.2)	75	(32.1)	(35.4)
加算の点数が低いと思うから	60	(25.6)	(28.0)	53	(22.6)	(25.0)
①～⑥のうち他の加算を算定しているから	23	(9.8)	(10.7)	25	(10.7)	(11.8)
⑤口腔機能向上加算Ⅰを算定しなかった理由（複数回答）	（非算定n=197）			（非算定n=192）		
内容や算定要件を知らないから	44	(18.8)	(22.3)	41	(17.5)	(21.4)
利用者にとって必要なサービスではないと思うから	37	(15.8)	(18.8)	29	(12.4)	(15.1)
既に十分に口腔や栄養の支援ができていると思うから	26	(11.1)	(13.2)	18	(7.7)	(9.4)
対象になる利用者を把握することが難しいと思うから	58	(24.8)	(29.4)	55	(23.5)	(28.6)
効果や意義がなさそうだと思うから	22	(9.4)	(11.2)	12	(5.1)	(6.3)
介護職（介護福祉士を含めて）の理解や協力が得られないと思うから	37	(15.8)	(18.8)	27	(11.5)	(14.1)
介護支援専門員の理解や協力が得られないと思うから	35	(15.0)	(17.8)	23	(9.8)	(12.0)
手間がかかると思うから	80	(34.2)	(40.6)	69	(29.5)	(35.9)
加算の点数が低いと思うから	58	(24.8)	(29.4)	49	(20.9)	(25.5)
①～⑥のうち他の加算を算定しているから	24	(10.3)	(12.2)	28	(12.0)	(14.6)
⑥口腔機能向上加算Ⅱを算定しなかった理由（複数回答）	（非算定n=207）			（非算定n=207）		
内容や算定要件を知らないから	45	(19.2)	(21.7)	43	(18.4)	(20.8)
利用者にとって必要なサービスではないと思うから	38	(16.2)	(18.4)	31	(13.2)	(15.0)
既に十分に口腔や栄養の支援ができていると思うから	28	(12.0)	(13.5)	20	(8.5)	(9.7)
対象になる利用者を把握することが難しいと思うから	60	(25.6)	(29.0)	55	(23.5)	(26.6)
効果や意義がなさそうだと思うから	22	(9.4)	(10.6)	13	(5.6)	(6.3)
介護職（介護福祉士を含めて）の理解や協力が得られないと思うから	38	(16.2)	(18.4)	28	(12.0)	(13.5)
介護支援専門員の理解や協力が得られないと思うから	37	(15.8)	(17.9)	25	(10.7)	(12.1)
手間がかかると思うから	85	(36.3)	(41.1)	75	(32.1)	(36.2)
加算の点数が低いと思うから	60	(25.6)	(29.0)	49	(20.9)	(23.7)
①～⑥のうち他の加算を算定しているから	24	(10.3)	(11.6)	31	(13.2)	(15.0)

表Ⅱ-2-7 口腔・栄養（1年後の追跡調査）（通所リハ）基本集計（n・%）

	通所リハビリテーション（n=234）					
	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
①～⑥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？						
思っている	121	(51.7)	(52.6)	124	(53.0)	(53.4)
思っていない	109	(46.6)	(47.4)	108	(46.2)	(46.6)
(欠損)	4	(1.7)		2	(0.9)	
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						
	(いずれか算定n=99)			(いずれか算定n=100)		
つないでいる	36	(15.4)	(36.4)	39	(16.7)	(39.0)
つないでいない	49	(20.9)	(49.5)	55	(23.5)	(55.0)
把握していない	14	(6.0)	(14.1)	6	(2.6)	(6.0)
算定してよかったと実感しているもの（複数回答）	(いずれか算定n=99)			(いずれか算定n=100)		
利用者の食欲の回復	36	(15.4)	(36.4)	27	(11.5)	(27.0)
利用者の食事量の改善	44	(18.8)	(44.4)	43	(18.4)	(43.0)
利用者の体重の改善	48	(20.5)	(48.5)	46	(19.7)	(46.0)
利用者の誤嚥性肺炎の予防	59	(25.2)	(59.6)	57	(24.4)	(57.0)
利用者の ADL や IADL の向上	30	(12.8)	(30.3)	27	(11.5)	(27.0)
本人・家族の食べる楽しみを支援	44	(18.8)	(44.4)	30	(12.8)	(30.0)
本人・家族に喜ばれていること	46	(19.7)	(46.5)	32	(13.7)	(32.0)
本人の自己実現に貢献できること	15	(6.4)	(15.2)	14	(6.0)	(14.0)
口腔・栄養の専門職に相談しやすくなること	32	(13.7)	(32.3)	36	(15.4)	(36.0)
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	29	(12.4)	(29.3)	39	(16.7)	(39.0)
よかったと感じていることはない	4	(1.7)	(4.0)	3	(1.3)	(3.0)

Ⅲ. 通所事業所における口腔・栄養スクリーニングを中心とした口腔・栄養サービスに関するインタビュー調査

はじめに

通所事業所等で早期に口腔・栄養に関する問題の把握や、専門職につなぐ体制づくりを推進するため、令和3年度介護報酬改定に口腔・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¹⁾。また、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、口腔衛生管理や栄養ケア・マネジメントの強化が図られた²⁾。しかしながら、本学会における厚生労働省令和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」の調査（以下、「前回調査」という。）では、これらの加算について、「手間がかかる」、「内容や要件を知らない」等の理由で算定をしない事業所が多く存在することが示され、口腔・栄養関連サービスの機能が十分普及しているとはいえない状況であった³⁾。一方、これらの加算に取り組む事業所では、利用者の誤嚥性肺炎の予防や、体重の改善、本人・家族の食べる楽しみが支援できているといった効果が認められていた。また、専門職側にも口腔・栄養の専門職に相談しやすい体制が構築されたことや、専門職と共同することによるサービスの質が向上した、サービスによって利用者が改善していく姿から職務へのモチベーションが変化した等の効果が得られていた。こうした口腔・栄養関連サービスの効果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となる。

そこで本調査では、口腔・栄養関連サービスの一層の推進を目指すことを目的とし、前回調査の継続として、口腔・栄養スクリーニングを中心とした口腔・栄養関連サービスを推進する事業所に引き続きインタビューを行った。通所事業所で提供される口腔・栄養サービスにおいて、介護職等が担当する口腔・栄養スクリーニングの体制や取組について聴取し、課題分析及び今後の展開について検討し整理を行った。

方 法

1. 対象事業所及びインタビュー対象者

対象は、本学会が令和4年度に実施した前回調査の参加事業所であり、引き続き本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。）8カ所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。）2カ所の口腔・栄養スクリーニング等の口腔・栄養関連サービスの取組を推進する事業所とした。インタビュー対象者は、当該事業所の管理者から承諾が

得られた事業所の口腔・栄養関連サービスに関わる職員（看護師、管理栄養士、歯科衛生士、言語聴覚士、介護職等）である。

2. インタビュー方法

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。インタビュアーは、事業実施小委員会の委員2名または1名とした。インタビューガイドの内容は、口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ及びⅡを中心とした口腔・栄養スクリーニングについて、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各サービスの現在の体制について、②各サービス提供のための体制づくりの経緯について、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意見を聴取した。

調査実施期間は、令和5年10月から令和5年12月末日迄で、調査は1回あたり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。

3. 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。本報告について、事業所名を匿名化するためID番号を付与した。なお、ID番号は、継続調査のため前年度調査報告書と同一の番号を割当てた。本研究は、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

調査対象である10事業所（通所介護8事業所、通所リハ2事業所）の概要、口腔・栄養関連サービスにおける従事者の配置状況、組織的特徴を表1に、現在の体制を表2に示した。調査対象の事業主体は、医療法人が6事業所、社会福祉法人が3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5事業所、委託が4事業所、給食提供無しが1事業所であった。

管理栄養士、歯科衛生士を雇用する事業所は、事業主体が所有する施設と兼務体制であり、頻回では無く、専門職が短時間勤務で事業所に訪問をし、サービスを提供していた。

口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ・Ⅱは5カ所、栄養アセスメント加算は6カ所、栄養改善加算は4カ所、口腔機能向上加算Ⅰ・Ⅱは8カ所の事業所で算定していた。概ねの事業所が、口腔・栄養関連サービスの算定を継続している状況であった。なお、通所09は、昨年度は口腔・栄養スクリーニング加算を算定していたが、現在では非加算で同等の情報を提供するようにしている状況であった。これは「他サービスとの兼ね合いを考えた時に家族からこの程度の情報は加算を算定してまでは不要」といった理由によるものであり、現在、必要に応じて管理栄養士・歯科衛生士にコンサルテーションをする体制へ変化していた。

2. 各サービスの提供のための体制づくりの経緯

各サービスの提供のための体制づくりの経緯（表3）では、口腔・栄養サービスを重要視する法人の方針や体制や、加算が新設されたことを契機に、専門職として口腔機能の向上目的のために取組をしたケースや、加算が新設される従前からの取組であったという意見があった。

サービス導入当初には、居宅関係者や本人・家族に、内容を知ってもらうためにリーフレットを配布する工夫があった。また、OJTにて看護師や管理栄養士が指導者なって、数名の介護職へ口腔・栄養スクリーニング項目の詳細な聴取の方法を教示し、数名の介護職から他の介護職に伝達をした結果、1年程度後に全介護職が担当可能に至ったという事業所があった。

3. 各サービスの取組手順

各サービスの取組手順については、表4-1、表4-2、表4-3に示した。

(1) 具体的な手順

手順について、利用開始前または利用初回時に、生活相談員が利用者の情報収集及び問題の把握を行い、初回時に口腔・栄養関連サービスの必要性を説明するといった回答が複数あった。中には、誰もが内容説明が可能なリーフレットを活用し説明を実施していたという事業所も認められた。歯科衛生士の関りがある事業所においては、初回から全ての利用者の口腔内を確認するケースもあった。次に、スクリーニングは、介護職、看護師が主に役割を担っていた。ここで、問題があった場合は、管理栄養士、言語聴覚士、歯科衛生士等の専門職へ相談を行っていた。通

所利用時に、利用者との会話の中で、口腔スクリーニングを行うこともあり、各専門職が、日常の口腔内の状態、食事の摂取状況等をアセスメントし、本人・家族に説明をして、同意を得た上で、加算の算定をしていた。加算の対象者は、独居やBMIが低値の利用者を重点的に絞り込むという意見があった。スクリーニングでリスクが抽出された利用者には、各専門職がケアの対応を実践し、その後のケアの在り方については、カンファレンスを行っていた。カンファレンスの開催については、毎日、毎月1～2回と事業所によって頻度の差があるものの、定期的に多職種で行われていた。

(2)担当者等への繋ぎ方

まず、口腔・栄養に関する問題を発見した職種が、専門職へ相談をし、介護支援専門員と連携を図り加算へ繋いでいる。介護支援専門員への繋ぎ方として、主に生活相談員、責任者、介護職を介するケース、あるいはケアの課題を抽出した専門職から直接的に働きかけて報告をするケースがあった。

歯科治療が必要な場合は、生活相談員や責任者が本人・家族へ連絡をし、介護支援専門員を通じて受診をしている事業所が複数あった。口腔・栄養関連サービスのスクリーニングやアセスメント結果については、責任者が介護支援専門員へ情報提供をし、フィードバックがあれば専門職へ伝えていた。

情報連携の手法は、対面でのカンファレンス、文書、スクリーニング評価用紙の他、電子媒体によるケアカルテ、タブレット端末を活用する事業所があった。なお、家族との連絡には「家族ノート」をツールとして活用する例があった。

(3)多職種が担う口腔・栄養ケア

多職種が担う口腔・栄養ケアとして、介護職は、器質的口腔ケア、機能的口腔ケア、口腔ケアの準備や見守り、スクリーニングにおける情報収集を行っていた。看護師は、器質的口腔ケア、機能的口腔ケア、胃ろう利用者の口腔ケア、食事介助を担っていた。言語聴覚士は、介護職から寄せられる飲み込みやむせへの対応やとろみ剤の利用方法や食形態に関するコンサルテーション対応、個別機能訓練及び補完、介護士の新人研修における口腔ケア・歯磨きの指導、胃ろう利用者の口腔ケア、食事介助を行っていた。管理栄養士は、利用者の食事時のポジショニングについて作業療法士から助言を受け、利用者家族へ伝達をし、歯科衛生士は、スタッフへ口腔ケアのアドバイスをしていた。

4. 各サービスの効果

各サービスによって得られた効果について、表5-1、表5-2に示した。

(1)利用者への効果

口腔関連では、食べられなかったものが食べられるようになった、むせることが少なくなった、本人の意識が変わりモチベーションの向上があることで口腔ケアが習慣化した、齲蝕発生の低下や予防、オーラルフレイルの第3レベルである「口の機能低下段階」でケアがしっかりアプローチできている、発語や声量の改善が見られた、歯科受診に繋がる利用者が増加した等の意見があった。

一方、栄養関連については、在宅の食事を管理栄養士に確認したいという声や、低栄養状態から回復した例、入院しなくなっている、体重減少の早期発見によって早期受診へと繋がったといったケースがあった。

(2)介護職等の意識の変化

介護職の意識の変化として、言語聴覚士にすぐに相談ができることから食事介助の不安が軽減した、歯科衛生士の不在時に、介護職が嚥下体操をするので意識的にも変わっている、専門職が通所に出向くことで口腔栄養の意識が高まってきている、食事摂取時の観察力や情報収集及びアセスメント精度の向上、利用者の体重変動に関する意識化、利用者への声掛けの頻度の向上といった意見があった。その他の職種の意識の変化として、栄養・食事について考えるようになった、口腔、栄養、運動の全部が繋がっていることの大切さを理解し、利用者に説明することが多くなった、夏場の体重減少や熱中症対策について言語聴覚士および管理栄養士が情報提供をし、その他の職種が利用者へアドバイスをしている、歯科衛生士にケアに関する質問が増えたという声があった。

5. 各サービスにおける課題

各サービスにおける課題を表6-1、表6-2、表6-3に示した。

人材に関する課題では、専門職が所属する法人側スタッフの退職や休職による欠員が、通所事業所側のサービス提供へ影響を及ぼしていることや、歯科関連の専門職の関りが通所には無いということが課題として挙げられた。また、連携に関する課題では、介護サービスでは、旗振り役が不在であり、知識やバイタリティーのある職員に依拠するや、オーラルフレイルに関しては、歯科のみが対応しており、リハビリとの連携が不十分であるという意見があった。

サービスに対する理解では、利用者、家族、介護支援専門員に口腔ケアや栄養ケアに関するサ

ービスへの理解が得られないという回答が多数あった。本人が、食事面に関与してほしくないという声や、介護支援専門員が積極的にサービスを進める姿勢がないといった課題があった。

さらに、在宅での課題把握については、通所事業所の利用が週2回程で昼食のみということから、在宅での食事場面が見えず栄養管理が難しいという意見があった。一方、在宅での食事状況を確認するために、利用者本人からのヒアリング、家族に電話をして確認をする、介護支援専門員からの聞き取り、送迎時の機会を利用するや、管理栄養士による在宅訪問によって情報を得るという事業所もあった。また、栄養に関する管理や、食生活の変容は困難であるという意見があった。

在宅での課題把握については、通所事業所回数が週に2回の利用であることや、家族が食事に関して、「在宅の食事のことは精一杯やっているの、それ以上言わないでほしい」という場合がある等、介入が困難である意見があった。一方、利用者、家族、介護支援専門員に食事状況を尋ねる、送迎の機会を活用した確認をする、管理栄養士による在宅訪問の経費は持ち出しで行なって在宅の食事状況を確認する事業所も存在した。

6. 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について、表7-1、表7-2、表7-3に示した。

制度の見直しに関しては、「要件を複雑にして実施を困難にしてはいけない」という声があった。報酬制度上は、口腔・栄養の専門職が働きやすい要件を作成すべきであり、地域の潜在的有資格者を短時間で雇用する提案や、法人内外の病院や歯科医院で管理栄養士の雇用を強化し、報酬化をして居宅療養管理指導を促進するという案があった。また、企業型の認定栄養ケア・ステーションあるいは訪問看護ステーションから管理栄養士の居宅療養管理指導ができるような制度変更への要望もあった。その他、口腔関連専門職が通所事業所へ巡回し介入してくれるようなサービスに関する意見があった。さらに、現制度の問題として、通所事業所の利用回数が少ない中で評価をすること、在宅でのセルフケアの実施状況もサービスへ影響を及ぼすため改善が難しい、半年に一回の口腔・栄養スクリーニングでは状態の変化に対応できず意味がないという意見があった。

啓発研修への要望では、口腔・栄養サービスの意義、仕事の内容や方法、ITシステムの組み入れに関することが研修に必要であるとの回答があった。

今後の取組に関しては、介護教室を介して、通所事業所に配置された歯科衛生士及び管理栄養

士等から地域の高齢者や家族、介護支援専門員に情報を発信し、交流して繋がることのできる場を促進していく意見があった。また、生活機能向上連携加算によって、法人外にサービスを提供する事業所や、栄養アセスメント加算を再度算定するにあたっては、管理栄養士が送迎業務に関わることで食事の聞き取りを行いたいと回答した事業所があった。また、通所事業所では利用者に対面している時間が多く、一番マンパワーのある介護職によって、栄養関連サービスを介護ケアに落とし込み、その後、専門職へ依頼をするや、専門職がマネジメントをする流れにしたいと回答した事業所が複数あった。

考 察

1. 前回調査報告との比較による新たに得られた情報

(1) 算定状況

前回調査の一部である実態調査において、全国の通所介護 580 件、通所リハ 472 件を対象とした結果では、口腔・栄養スクリーニングの算定率は通所介護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。この様な状況下で、本調査の事業所の口腔・栄養関連サービスの提供状況は、前回調査のインタビュー調査結果と比較し、概ね変わりなく継続的に算定ができ、口腔・栄養関連サービス提供体制の維持に努めていると考えられた。加算算定状況では、各事業所における職員の配置体制や、それに伴う併算定の算定要件の適合性によって、各種の口腔・栄養関連加算を算定していた。口腔・栄養スクリーニング加算では、通所02が利用者の5%程度、通所03は23%程度である。全国的に加算算定事業所が数少ない上に、口腔・栄養関連サービスを取組む事業所の加算算定の現状からも、サービスの提供が多くないことが言える。口腔・栄養関連サービス算定が少ない理由として、施設入所増といった通所事業所利用者の重度化によるということも示された。また、栄養改善加算は、重度の低栄養リスク者が認められず、需要が無いことから算定がされない状況であった（通所04）。従って、利用者層の状態変化が加算算定状況に影響を及ぼしていることが明らかになった。

(2) サービス提供体制

この度の調査では、通所09は非加算体制となった。この理由は、口腔・栄養関連サービスを加算が新設される前から、同様のサービスを提供してきた経緯より、利用者や家族から理解が得られないためであることであった。また、法人内施設に在籍する管理栄養士等の休職によって、事業所へ専門職を送り出すことができなくなったことも算定を中止とした理由の一つである。しか

し、加算の算定はしていないが、非加算でも必要に応じて管理栄養士・歯科衛生士にコンサルテーションをするといった体制によって、口腔・栄養関連サービスを継続する事業所の存在があることは、口腔・栄養管理の意義が組織内に浸透しているためと考えられた。

通りハ04では、口腔・栄養スクリーニングの導入から、OJTを実施し、1年をかけ、全介護職員がスクリーニングを実施できるようになったという良好な経過が認められた。このように多くの介護職の観察力や情報聴取力が向上したという成果を得るためには、時間が必要であり、教育への熱意や目標達成への組織方針が求められる。各サービス提供のための体制づくりにおいても口腔・栄養管理の意義や重要性を組織内で十分に共有できている事業所が多く、体制づくりには、パーパス（purpose：目的、意図）を明確にすることが重要⁴⁾であることが示されていた。

(3) 専門職との連携について

通所事業所における管理栄養士、歯科衛生士等の配置状況も前回調査と変化は無く、併設施設に所属する専門職が短時間に通所事業所を訪れる体制が殆どである。歯科衛生士の配置計画は今後も無いという事業所（通所07）や、月に数回の事業所訪問といったケースもあり、口腔サービスの専門職との連携が進んでいるとは言えない。多くの事業所は、生活相談員が通所事業所を利用する前に情報収集をし、介護職や看護職がスクリーニングを担い、問題があれば専門職に繋ぐといったケースが多い状況であった。スクリーニングやアセスメントの結果は、責任者や生活相談員が介護支援専門員や利用者、家族に共有され、問題がある場合は医療機関および歯科受診に繋いでいる。しかしながら、受診をすすめるが、通院しないケースも多いという意見もあり、口腔・栄養管理の重要性が利用者や家族に浸透していないことや、家族が受診に付き添う時間の調整が障壁となることが示された。

(4) 多職種が担う口腔・栄養ケアについて

通所事業所では口腔・栄養関連の専門職が不在の時もあるため、多職種が口腔・栄養ケアを担うことがある。前回実態調査では、専門職による口腔ケアの状況は、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った。管理栄養士、歯科衛生士、歯科医師が必ずしも十分に配置や連携していない状況においては、介護職や看護職の役割は大きい。

本調査では、介護職及び看護師は、主に器質的口腔ケア、機能的口腔ケア、口腔ケアの準備や見守り、スクリーニングにおける情報収集、食事介助を積極的に担っていることが明らかとなった。通所事業所でマンパワーの一番多い介護職、看護師が口腔・栄養の問題を把握せず、また、

食事提供時の観察において、職員の意識が不十分であれば、専門職に繋ぐことができないことは自明である。食事提供をする上で、口腔・栄養のアセスメントとケアをワンセットで行い、問題があれば専門職にコンサルテーションを受けるといった業務の流れを教育することが必要である。通りハ04の取組では、介護職、看護職に正しいケア技術を指導し、質の高いケア提供者が増え、ケアへの意識が高まっていった様子が伺える。このような口腔・栄養関連専門職から介護職、看護師にケアの助言、指導や研修教育の実施が求められる。

(5) 口腔・栄養関連サービスを実施することにより得られた効果

利用者の状態の改善状況について、口腔機能、嚥下機能の改善や、利用者のモチベーションの向上、口腔ケアの習慣化、歯科受診の増加、管理栄養士への食事相談の増加や栄養状態の改善効果が認められたといった意見があり、前回調査と同様に口腔サービスには各事業所ともケアの効果を実感していると考えられた。

一方、サービス提供者側の視点では、口腔・栄養関連サービスの実施によって介護職員等に好影響が及んでいた。介護職員は専門職への相談支援体制の構築によってケアへの不安が軽減していることや、専門職の不在時には、他の職種が器質的口腔ケア、機能的口腔ケア、口腔ケアや食事介助、スクリーニングを担い、口腔・栄養管理に関する意義の理解が深められていたことが新たに把握できた点であった。各職員による、スクリーニング、計画書の立案、相談等が複合的に重なり合うと連携が進んでいることが示唆された。これらの結果から、口腔・栄養関連サービスの実施は、多職種が口腔・栄養ケアの意識向上に繋がると共に、口腔・栄養関連の専門職以外の職員においては利用者の口腔・栄養状態を見る力が養われることや各職種のチーム意識の醸成にも効果があると考えられた。前述の介護職、看護師へ研修教育の機会には、これらの効果に関する説明を与えることで、ケアの行動へと結びつき、ひいては本人、家族等への口腔・栄養関連サービスの説明がしやすくなることが期待される。

2. 令和6年度の介護報酬改定の動向

令和6年度介護報酬改定⁵⁾において、自立支援・重度化防止に向けた対応の視点から、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組の強化が期待される。通所リハ等においては、「リハビリテーションマネジメント加算（ハ）」が新設され、算定ではリハビリテーションに併せて、口腔・栄養アセスメントの実施が要件化され、リハビリ・口腔・栄養の情報を関係職種間で一体的に共有されることが求められる。居宅療養管理指導における管理栄養士及び歯科衛生士等の通所サービス利用者に対する介入の充実が図られる。

本調査にて通所06の要望では、「法人内外の病院や歯科医療機関側での口腔・栄養関連専門職の雇用を強化し通所事業所へ巡回し、介入できる制度が求められている。このことから、併設施設、地域の医療機関、歯科医療機関、介護保険施設等と専門職の地域連携を促すことが必要である。」とあったが、今次の改定にて、通訪問系及び短期入所系サービスにおいて、事業所と歯科専門職の連携の下、介護職員等による口腔衛生状態及び口腔機能の評価の実施並びに利用者の同意の下での歯科医療機関及び介護支援専門員への情報提供を評価する新たな加算（口腔連携強化加算）が設けられ、連携の推進が期待される。しかしながら、前回実態調査結果³⁾でもあるように、新設された加算の「内容や要件を知らない」という事業所が多ければ、連携は為されない。例えば、当該加算が算定されていた場合、事業所が加算内容の認識がなければ、訪問看護師等が通所利用者の口腔のアセスメント情報を所有しているということさえも、事業所は把握できないと推察される。

従って、サービス提供者である事業所、介護支援専門員、利用者本人、家族等へサービス内容の理解を深めることが、引き続き取り組むべき重要な課題と考えられた。この課題に加え、在宅での利用者の情報収集が困難であることが前回調査と同様に意見があった。本調査では、各事業所が効果的な口腔・栄養関連を進めるためのシステムの在り方が示されている。送迎の機会を活用して利用者の居宅へ訪問をする取組や、口腔・栄養サービスの意義を深めるためのリーフレットの活用や教育、ITシステムでの情報提供や連携手法等、各事業所の自発的な取組や創意工夫については、課題解決に繋がるものと考えられた。これらの課題と具体的な取組について啓発研修等を通じて、今後広く知らせることが必要と考えられた。

結 論

口腔・栄養関連各サービスの取組を推進する事業所の算定状況は、前回調査との大きな変化は見られなかったが、利用者、家族、介護支援専門員へのサービスの理解が得られないことが障壁となっていた。事業所はこれらの課題を抱えながらも、サービスを継続している状況である。このサービス継続の背景として、組織体にパーパスや口腔・栄養関連サービスの意義が浸透が関わるものと示唆された。

通所事業所に常在する職員である、介護職、看護職、生活相談員が早期に口腔・栄養の問題把握をし、口腔・栄養の専門職へと連携することから、介護職、看護職といったマンパワーの多い職種を対象に、口腔・栄養の専門職が教育を継続的に実践することが必要であると示された。その際には、口腔・栄養関連サービスの実施によって得られる効果を説明することも、人を動かす

には必要と考えられる。

今後、啓発研修等において、口腔・栄養関連加算の内容や、各事業所のサービスの取組と効果を広く周知していくことが口腔・栄養関連サービスの一層の推進をするために求められる。

引用文献

- 1) 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
- 2) 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>
- 3) 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「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」報告書 2023.3. <https://www.j-ncm.com/wp-content/uploads/2023/04/r4-rouken-52houkousyo.pdf>
- 4) 日本健康・栄養システム学会：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 2023.3.
<https://www.j-ncm.com/wp-content/uploads/2023/04/r4-rouken-52tebikisyo-2.pdf>
- 5) 厚生労働省：令和6年度介護報酬改定の主な事項について
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001195261.pdf>

表 1. 調査対象事業所の属性

ID	事業主体	併設施設	定員数	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	80	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	40	委託	歯科衛生士：非常勤（週2～3回 5時間程度） 管理栄養士A；病院 0.8；通所 0.2（週1回） 管理栄養士B；病院 0.8；通所 0.2	○	○	○	○	○	○
通所03	医療法人	なし	62	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05	社会福祉 法人	介護老人 福祉施設	43	直営	管理栄養士；特養 0.3；通所 0.4；栄養CS 0.3 作業療法士；通所 1.0	○	○	○	○	○	○
通所06	医療法人	歯科医療機関	9	提供 なし	管理栄養士A；老健 0.8；通りハ 0.2 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 診療所	本館50 別館50	直営	管理栄養士；老健 0.8；通りハ 0.2 言語聴覚士；老健 0.5；通所 0.5	○	○	○	○	○	○
通所08	善利法人	なし	35	直営	管理栄養士；栄養CS 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	40	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						
通りハ 02	医療法人	介護老人 保健施設	115	委託	管理栄養士；老健 0.3；通りハ 0.7 歯科衛生士；老健 0.3；通りハ 0.7	○	○	○	○	○	○
通りハ 04	医療法人	介護老人 保健施設 病院	55	直営	歯科衛生士；病院 0.8；通りハ 0.2 管理栄養士；老健 0.8～0.9；通りハ 0.1～0.2	○	○	○	○	○	○

通所；通所事業所 通りハ；通所リハビリテーション 栄養CS；栄養ケア・ステーション

○は算定していることを示す

利用者数；1週間合計の実人数

表 2. 各サービス提供のための現在の体制

ID	代表的な発言
通所01	口腔・栄養スクリーニングは、口腔機能向上加算を算定しているのでⅡになり、栄養スクリーニング単独でやれないのでⅠの算定なし。
通所02	継続的に算定できている。歯科衛生士 週2～3回、管理栄養士 週1回配置されている。栄養スクリーニングにより問題があった場合には、栄養アセスメント加算を月に7名程算定している。 管理栄養士が、当該事業所に配置されて4年目になり、ようやく関連者に周知されてきたように思われる。 ・ 本法人の介護支援専門員は、利用者50名程度を担当しており、そのうち口腔・栄養スクリーニング加算の算定をしているのは10名程度である。ケアプランの作成が180件程度とすると、そのうち10件なので、5パーセント程度と少ないので、全国的にも口腔・栄養スクリーニングの算定率は低いと思われる。通所利用者の介護度は、要支援20%程度、要介護者80%程度、平均介護度1.7。
通所03	算定状況に関しては、昨年度と特に変わらない。 口腔栄養スクリーニングⅡは、口腔機能向上加算があるため栄養を選択している。 栄養スクリーニング加算算定は、6カ月に1回で、基本的に独居の方を対象としている。独居の方か栄養・食事に偏りがある方、BMI低値の方は、最優先的に見ていかないといけないと考えた。栄養スクリーニング加算算定状況は、昨年度131名（利用者の28%に算定）。現在、138名程度（約23%）。独居の方も、サ高住、老健、特養等に入所が多くなり、対象が少なくなってきた。算定要件に引っ掛かる方がなかなかいないため、%は低下している。 口腔機能向上加算は、契約時に介護福祉士（責任者）がサービスの必要性を説明し理解を得られる。利用者のうち83パーセントに算定している。法人内の通所リハビリと併用者がいると、通所リハビリで、口腔機能向上加算を算定している。
通所05	口腔・栄養スクリーニングについては、口腔スクリーニングだけを実施して、栄養については、栄養アセスメント加算で行っている（口腔・栄養スクリーニングⅡの算定）。
通所06	管理栄養士が月2回程度の勤務であり、介護職は栄養については管理栄養士と話しあう。低栄養の利用者が在宅での食事を食べているか等について、介護職が利用者に関心し、声掛けすることが多くなってきた。
通所07	現在、栄養スクリーニングは誰も取っていない。口腔・栄養スクリーニングを取るに当たって、ケアマネの承諾、ご家族の協力が不可欠であるが、現状としてはちょっと難しい。口腔機能向上加算は、9月まで1名算定していた。歯科医師、歯科衛生士の先生がたは老健に配置はあるが、通所は、関わりがない。今後も、通所で歯科専門職を整備していく動きはない。
通所08	当該通所事業所の利用者における要介護度は比較的低いので、栄養改善加算の対象となる人が少ない。 当該事業所においては、法人内の訪問看護や通所及び訪問リハビリテーションと連携できる体制がある。通所介護（PT、OT、STによる機能訓練）と訪問看護（PT、OT、STによる訪問）は両方利用できるようになっている。言語聴覚士は、リハビリテーション職として在宅訪問をしている。管理栄養士が栄養改善加算として訪問することは未だない。 ・ 言語聴覚士による口腔機能向上加算については、本人・家族及び介護支援専門員も嚥下障害に対する認識があるのでサービスを導入しやすい。一方、栄養アセスメント加算によって把握された低栄養の中高リスク者は、栄養改善加算に繋げにくい。栄養サービスの必要性に対する本人・家族及び介護支援専門員の意識には、この1年間では殆ど変化がみられない。
通所09	以前は口腔・栄養スクリーニングを算定していた時期もあったが、他サービスとの兼ね合いを考えた時に家族からこの程度の情報は加算を算定してまでは不要という意見が多く、現在では非加算で同等の情報を提供するようにしている。 現在、デイには歯科衛生士の配置はなく、管理栄養士も数日昼食時に来ていただく程度の関わりとなっている。一方で歯科衛生士に関してはグループの方針で特養の方には在籍している。そのため、定期的な専門職種による介入の体制をとれているわけではないが、必要に応じて管理栄養士・歯科衛生士にコンサルに入ってもらうことは可能な状況なので、困った時はいつも相談できている。
通所02	去年と同様に、歯科衛生士1名（施設と兼任）で、通所の利用者の加算を取る場合、利用者に対して月2回から3回ぐらいの割合で対応している。
通所04	口腔・栄養スクリーニングは全介護職員が実施できるようになり、6か月毎に行っている。利用者1人当たりの時間は5分程度である。 毎月1回1時間程度の定期カンファレンスを、歯科衛生士、管理栄養士、看護職、介護職が参加し、新規利用者の口腔・栄養スクリーニングからの状況、家庭の状態、食事の状況をところ話し合っている。利用者の平均要介護度は1.4と低いことから、栄養改善加算に繋ぐ必要があるほどの低栄養の中・高リスク者がみられないので、栄養改善加算は、実際には算定されていない。

表 3. 各サービスの提供のための体制づくりの経緯

ID	代表的な発言
通所02	令和3年度の介護報酬の改定によって、口腔・栄養関連サービスが取り組んできた。従来から口腔ケアや栄養ケアは、行ってきた。 居宅関係者や本人・家族に、その仕組みや内容を知ってもらうためにリーフレットを配布した。
通所03	口腔栄養スクリーニング加算ができた時点で、施設で取れることから、利用者を選定しながら取るという法人の方針であり、経営面のことも考えた。 法人のSTや歯科衛生士や管理栄養士も、ちょっとずつの余裕・余力があるため、通所事業所に協力しやすかった。
通所05	管理栄養士が、在宅の栄養ケアに携わりたいという要望を従来からしており、令和3年度介護報酬改定で口腔・栄養スクリーニング加算等が新設されたことから、栄養改善加算からの管理栄養士による訪問が、特養の管理栄養士の増員に相まって役割分担して始めることができた。 令和3年の改正からリハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の三領域で一体的に行うことが言われるようになって、在宅を支える通所事業所としては口腔・栄養スクリーニング等に取り組まないといけないということで、事業所として力を入れるという方針となった。
通リハ02	専門職として口腔機能の向上という目的のために、加算の対象者になる方を抽出して関わっていきこうと考え開始した。
通リハ04	口腔・栄養スクリーニングの導入にあたっては、会議に出席している介護職が、看護師や管理栄養士に、利用者に関くスクリーニング項目の内容について、OJTにて細かく指導してもらった。「食事はどのくらいの量を食べていますか」、「ご飯の量はどのくらいですか、お茶碗はどのくらいの大きさですか」、「魚は、切り身が一つですか、つまむ程度の量ですか等」の具体的な質問の内容を教えてもらった。最初に担当した数名の介護職から全ての介護職に伝達してもらい、全介護職が担当できるようになるまでに1年程度かかった。

表 4-1. 各サービスの取組手順（具体的な手順）

ID	代表的な発言
通所01	利用開始時及びサービス計画書の更新時の3か月に1回、口腔の問題が気になる人は、介護職や看護師がみて、食事の問題も聞いて言語聴覚士に連絡している。 利用者から、むせている等の話があった場合にも、同様に言語聴覚士に連絡してもらっている。生活相談員から言語聴覚士への連絡もある。言語聴覚士が問題を確認して生活相談員に状況を話して、生活相談員から介護支援専門員に連絡し、介護支援専門員が本人・家族に話をして口腔機能向上加算の算定に至る。 在宅での状況については、介護支援専門員を通じて分かるので、言語聴覚士は食事形態のアドバイスをしている。送迎時に言語聴覚士が同行して、直接、家族に話を聞いたり、伝言を介護職に頼んだり、必要事項聞いてもらったり、連絡帳により連絡しあうこともある。
通所02	利用初回には、歯科衛生士が口腔の状態について、管理栄養士はBMI等を提供して、口腔・栄養関連サービスの必要性を提案している。生活相談員を介して文書によって行っている。利用者本人の健康状態について栄養面の評価は難しいので、管理者である看護師が担当し、栄養スクリーニングを行っている。嚥下のステージを食事形態から確認し、通所利用時に主食、副食を食べている量、介護職によって測定された体重の確認を行っている。 利用者「歯茎が腫れていますね」「歯磨きしたときに出血があるありますね」についての会話で、口腔スクリーニングを行う場面もある。 「タンパク質が含まれている食品を食べていますか」「バランスよく食事を食べていますか」いうスクリーニング項目はないので、栄養スクリーニングを強化するためには、利用者全員にチェックを行い、特にBMIは算定して文書により渡している。
通所03	栄養スクリーニング加算は、看護師がメインとなってデータ収集している。口腔栄養に関しては、看護師が専門職というところである。 管理栄養士は、週1回、通所事業所に行き、書類を確認する。栄養委員会が月1回あり、その中で、形態のことや、どういった利用者があるか報告を受ける。 歯科衛生士は、嚥下体操、口腔ケアを中心となってやっている。利用者が自分でどの程度ケアできるかを把握する。うがいができるか、歯磨きの行為ができるか、自分で座って椅子を前に引けるか。看護師に後で、この方はこうですよっていうことを説明する。または、ケアマネに連絡する。 STは月2回事業所へ訪問し、基本的には食事のお困り、むせる等の対象者を絞ってもらい、それに沿って評価する。

表 4-1. 各サービスの取組手順（具体的な手順） つづき

ID	代表的な発言
通所05	<p>介護職1名が口腔・栄養スクリーニングを担当している。</p> <p>口腔・栄養スクリーニングの導入にあたっては、機能訓練指導員が記録しやすい媒体を作成した。体重は記録からチェックできるが、口腔については、新たに「入れ歯が使われているか」、「軟らかくしない普通のご飯を食べられるか」、「むせ込みはないか」の三つの項目を実際に本人に聞き、実際の食事場面を観察して確認して、半年に1回介護支援専門員に連絡している。</p> <p>訪問歯科協会の協力で、歯科の無料検診を行った。全員に近い方が希望された。治療が必要な方は家族ないし、介護支援専門員に連絡した。</p> <p>体重が1か月で2kg程度の変動がある場合には、口腔・栄養スクリーニングを担当している介護職は管理栄養士に連絡している。</p> <p>体重測定は、毎月初めに行っているが、毎回通所時に自分で測定している人もいる。</p> <p>一度、栄養改善加算が算定されれば、6カ月毎の見直しについては、生活相談員に状況や計画変更を伝えておくことにより対応してもらっている。</p> <p>口腔・栄養に関するカンファレンスについては昼礼や終礼の時間を活用して行う。食事変更や入れ歯の確認等の相談を行うので、頻度はほぼ毎日となる。</p>
通所06	<p>毎月1回(利用者一人当たり5分程度)のカンファレンスにおいて、利用者一人ひとりの口腔・栄養の状況やその後のケアのあり方について、全員と一緒に、顔を見合って話し合うことによって、見落とししていたところに気づかされたり、また、最後にこれでよいかと確認し合議することが重要である。この毎月1回必ず行っていたカンファレンスの他に、日常的に顔をあわせては話しあっていることが大事である。</p>
通所07	<p>基本的に相談員による情報から開始される。介護職と看護師、言語聴覚士により食事形態を観察している。体調的に急に悪化した方、嚥下状態が悪くなった方は、看護師と介護士が相談し管理栄養士に繋いで、食事形態を相談する。管理栄養士は、喫食状況を観察するようにしている。</p>
通所08	<p>生活相談員は、利用前の段階で利用者の様々な情報を収集して、利用前から栄養・口腔の問題を把握し、利用後のアセスメント(栄養アセスメント加算を含めて)から栄養改善加算や口腔機能向上加算に繋げやすくしている。利用前に検査データがある場合には、管理栄養士に見せてアドバイスを得ている。また、疾病による障害等からの口腔の状況、摂食嚥下機能や、高次機能障害等については言語聴覚士に連絡し、安全に留意した介護等の支援のあり方について事前に相談して、利用者を迎え入れている。</p> <p>介護支援専門員からの事前情報には、食事形態、義歯の有無、構音障害、高次機能障害、失語症の有無、重症度等の情報を得ている。体重の把握は、利用開始日及び毎月通所利用時に行っている。採血結果等は任意であるが、検査の都度提出いただいております、口腔・栄養スクリーニングが出来ている。</p>
通所09	<p>デイサービス利用日の食事摂取量や毎月の体重測定の情報提供を行っている。</p>
通リハ02	<p>現場から日常の口腔内の状態、食事の時の口腔機能の状態を確認し、歯科衛生士が実際の口腔内の状況、嚥下状態をアセスメントし、ご家族の方に説明をして、同意を得た上で開始している。</p> <p>介護職からも日常の様子を見て、むせの有無、口腔状態の悪化を確認後、歯科専門職に相談しアセスメントをしてもらう流れとなっている。</p> <p>管理栄養士は、食事のときにミールラウンドをして、最近、むせやすくなった利用者、口腔内が不潔な利用者がいた場合に、歯科衛生士に報告している。</p> <p>作業療法士、リハビリ専門職としては、運動量、生活の背景を聴取しながら食事の量も含め、口腔管理をどのようにされているのかを聴取し、必要であれば管理栄養士や歯科衛生士を紹介する形をとっている。</p>
通リハ04	<p>生活相談員あるいはリハビリテーション職が利用開始前の契約のために在宅等で行われる担当者会議に出席し、通所利用に関する全体的な話のなかで口腔・栄養スクリーニング等の口腔・栄養関連サービスについて、誰でも説明できる前述のリーフレットによって話をしてもらうようにしている。この時点で本人・家族や介護支援専門員の理解や興味を引き出していることが、その後の加算の算定の承諾にも影響していると思う。どのようなサービスなのかを説明したリーフレット(1枚)で、フレイル、口腔・栄養、運動及び社会参加の説明とともに説明している。</p> <p>利用後の口腔・栄養スクリーニングについて説明・承諾を得る前にも、「体の状態が弱ると口の健康状態が同時に弱る」と説明し、フレイル予防のためには、体も口の健康状態もみなければいけないことを、当該リーフレット等を用いて具体的に管理栄養士が説明している。</p> <p>口腔の問題がある場合には、歯科衛生士に、栄養アセスメントが必要であれば管理栄養士に繋いでいる。この場合、身長、体重は入所時に既存の記録があっても、測定し直している。食事時の観察をしている。</p> <p>むせがあったり、入れ歯が合わない利用者に対しては、歯科衛生士が専門的に関わり、歯科受診が必要な場合には、口腔の専門職として本人・家族に話している。歯科衛生士による判断の結果としての歯科治療を本人・家族に勧めると説得力があるために加算に繋がっている。</p> <p>入所時及びその後は毎6か月ごとに定期的に口腔・栄養スクリーニングを行い、毎月の口腔・栄養に関するカンファレンスにおいて、口腔・栄養スクリーニング及び栄養アセスメントの結果を共有する。</p> <p>口腔・栄養スクリーニングによって、BMIが低く、1人暮らしの利用者については様子を継続的にみていった方がよいので、栄養アセスメント加算に繋げて毎月実施している。様子観察することを本人・家族及び介護支援専門員に説明して、承諾を得て加算につなげている、その後の口腔機能向上加算や栄養改善加算に繋ぐように説明・依頼をしていくのも、当該会議で検討して決めて、生活相談員を通じて介護支援専門員に繋げている。管理栄養士は、インボディ計測によって体重、体脂肪、筋肉量を測定し、食事の指導のための栄養アセスメントのメリットを栄養アセスメント実施前に話をする。</p> <p>栄養状態が悪い場合には、生活相談員及びリハビリテーション職が介護支援専門員も含めての利用者の在宅での担当者会議で説明している。</p>

表 4-2. 各サービスの取組手順（担当者等への繋ぎ方）

ID	代表的な発言
通所01	言語聴覚士は、事前に1回試しの介入をして、その状況と具体的に対処方法を本人に伝えた後に、生活相談員に説明し、生活相談員から介護支援専門員に連絡し、口腔機能向上加算として継続するかを本人・家族に聞いてもらっている。 本人・家族も一回体験しているので理解して、加算の算定を承諾し継続してくれている。 新規利用者の通所サービスの体験利用時にも、言語聴覚士による口腔機能向上のサービスを体験してもらい、利用開始後の前述の流れに繋がるようにしている。 歯科治療の必要な場合には、相談員に伝えて、相談員が本人・家族に伝えたり、介護支援専門員を通じて治療をすすめている。
通所02	加算算定を本人・家族が希望するかどうかは、デイサービスの生活相談員から介護支援専門員を介してを文書によって行っている。この場合には、口腔・栄養の関連ばかりではなく、現在の状況を包括的に伝えている。
通所03	介護福祉士が、ケアマネージャーとの連携を担っている。歯科衛生士、管理栄養士からの情報や課題は、介護福祉士（責任者）に集約される。何か課題があれば、介護福祉士（責任者）から発信している。ケアマネージャーを通じる、または直接、家族に言ってケアマネージャーに報告の二つのパターンがある。 栄養スクリーニングの評価用紙は、家族、ケアマネージャーに配布をしている。レスポンスがケアマネージャーからあった際、専門職へ返答している。 歯科受診が必要である場合、介護士（責任者）が家族へ連絡と、ケアマネージャーに報告する。受診は、家族判断となり、行く、行かないというところの強要はしていない。義歯の金具が古くなっているとか、義歯自身が劣化していると、歯が入るといふ説明は、歯科衛生士が「家族ノート」に書き、家族のレスポンスを待つ形である。歯科受診は、日中、家族が働いている方が多い状況で、なかなか連れていけない方もいる現状である。
通所05	口腔・栄養スクリーニングや栄養アセスメントの結果は、介護支援専門員に報告している。栄養改善の必要性については、相談員を介せず管理栄養士が直接、介護支援専門員にはたらきかけることもある。 管理栄養士は、栄養改善の必要性を本人・家族及び介護支援専門員に対してしっかり説明しているため、栄養改善加算にスムーズに繋がっている。この場合、栄養アセスメントの結果を紙ベースで提供しているだけでは、栄養改善加算の算定に繋がらないので、まず、栄養改善加算によるサービスが必要な本人・家族に、管理栄養士の栄養改善のサポートは「このようにしますが、どうですか」ということを伝えて内諾を得てから、介護支援専門員に本人が希望されていることを連絡し、算定へ至る。 本人が希望しないと、栄養改善加算は成り立たないので、まず、具体的に本人・家族が理解できるように話して当該サービスを受けたいと言われた場合に、介護支援専門員に連絡している。 介護支援専門員に「どういうことをするのか」と聞かれた場合に、本人の理解度、本人が実際にできること、求めていることに合わせて提案しておかないと、具体的な計画案として介護支援専門員も説明することができない。 介護支援専門員には、管理栄養士が電話で伝えると、介護支援専門員がサービス計画に入れてくれる。 生活相談員が通所利用の開始前の在宅での担当者会議に行き、「当該通所事業所に管理栄養士がいるので、食事でお困り事ないですか、いつでも管理栄養士が相談に乗れます」と提案した折に、「全然思うように食べてくれない」等と、家族、介護支援専門員、関係担当者から食事について問題が提示されて栄養改善加算に繋がっている。
通所07	連携の方法の1つとしてケアカルテがある。パソコンでもiPhoneでも確認ができる。褥瘡の状態も写真で、大きさ、深さを確認でき、看護師から管理栄養士に相談がスピーディーにできる。時間が有効に使えるようになっていく。情報共有は、ケアカルテが導入されてからは、リアルタイムに情報が見れるようになっていく。管理栄養士が確認した喫食率も、ケアカルテ上に入力することにより、情報共有ができていく。
通所08	必要に応じて歯科医院の受診をすすめている。1人で歯科医院に行けない場合には、家族の都合に合わせて受診までの時間がかかる場合がある。食事をするためには、歯が大事だという話をすると、利用者の殆どが、歯科受診してくれている。歯科受診を勧めたことは、生活相談員が介護支援専門員とご家族様に口頭で連絡している。
通所09	デイを利用されていて口腔に問題がある場合や義歯の不具合がある場合もある。その場合はケアマネに相談することで、歯科につなげていただくことはある。一方でそういったことでもない限り歯科受診にかかっていない利用者の方も多いのも事実である。
通リハ02	口腔改善加算については、対象者となる利用者がいた場合、歯科衛生士に相談、その後のアセスメントで、必要性を判断し、必要ということになれば、歯科衛生士から担当の介護支援専門員と家族に同意を確認し、再度歯科衛生士に報告するという流れである。 介護支援専門員との関わりは、責任者や介護職を通じて口腔の状況を伝えている。家族の理解も得られている。 介護支援専門員との関係性は、普段からも会話もあり円滑に連絡ができるような体制となっている。
通リハ04	口腔・栄養スクリーニングによって問題があった場合には、栄養アセスメントの必要があれば連絡することを、先に本人、家族及び介護支援専門員に説明をしているので、生活相談員及び担当の専門員を通じてそのことを本人・家族、介護支援専門員に再度説明すると、すぐに理解してもらえて、サービスの提供の承諾が得られ、加算の算定に繋がっている。 体重減少の原因が食事からか、病気からかは確認するために、かかりつけ医への受診を勧めている。歯科医師やかかりつけ医への受診について、本人が理解しにくい場合には、介護支援専門員や介護職に説明して、家族に伝えてもらっている。しかし、かかりつけ医の検査データが介護支援専門員からフィードバックされることは殆どないので、本人に確認する必要がある。

表 4-3. 各サービスの取組手順（多職種が担う口腔・栄養ケア）

ID	代表的な発言
通所01	<p>個別機能訓練は、作業療法士が担当しているが、言語聴覚士が補完している。失語症に対しては、個別機能訓練として言語聴覚士が担当することもある。</p> <p>言語聴覚士が常勤勤務して5-6年が経過しているので、介護職が飲み込みやむせへの対応やとろみ剤の利用方法及び食形態について言語聴覚士に相談しやすく、リスク管理ができています。</p> <p>利用者からの「最近声が出づらい」「むせがある」等の訴えを聞いた介護職は、すぐに言語聴覚士に伝えてもらい対応している。</p>
通所02	<p>歯科衛生士による口腔ケアは、口腔から出血しても磨くが、看護師は口腔から出血しない程度で口腔ケアとしているところが違う。舌苔については、舌苔あるから飯が食べられないということは、看護師が確認することができるが、その後の口腔ケアによって、舌苔がきれいになるには時間がかかり、看護師は、舌苔に対しては、歯科衛生士の技術をまねていたように思う。</p>
通所03	<p>歯科衛生士の不在時は、看護師と介護士が嚥下体操、口腔ケアを協力してやっているという状況である。歯科衛生士が不在時は、介護職員が前に出て、職員が口腔体操をしている。介護職は、口腔体操の参加への声掛けをしている。口腔ケアは、歯科衛生士のアドバイスをいただきながら、スタッフがその都度やっている。自分で磨ける方もいるが、磨き残しがある方は、歯科衛生士が結構、細かく見てくれますので、そのこの助言の下にさせていただいているという状況。それ以外は、職員が義歯を外したりはしている。</p> <p>栄養士不在時は、STがいるときはST、基本的に看護師が食事介助をしているので、メインは看護職で食事を見ている。特に、食事介助が必要な方が、栄養不足など問題があるので、看護師が見ている状況である。</p>
通所05	<p>栄養改善加算に伴い管理栄養士による訪問を行っている。管理栄養士が訪問してみると、栄養改善を管理栄養士だけですすめても、解決できない問題として、食べるときのポジショニング等がわかっている。例えば、「自宅で食べている椅子でよくない姿勢になっていると家族が言っているが、本人が聞いてくれないので、実際にむせている」という話が家族からあると、通所の作業療法士から、姿勢保持に関する提案をさせていただきますと、管理栄養士が話して、作業療法士が通所利用時の食事の場面の動作や姿勢を確認したり、家屋調査などで訪問した折に、管理栄養士にどうい姿勢で食べるのが一番よいかをアドバイスする場合もある。</p> <p>このようにスクリーニングを担当している介護職、他の介護職の方も含めて、一体的取組の取組の素地が、当該事業所においては既にできている。</p>
通所07	<p>口腔機能、口腔衛生では、看護師と言語聴覚士、口腔ケアでは介護士が介入している。</p> <p>介護士は口腔体操を含む口腔機能全般、管理している胃ろうの利用者に関しては、言語聴覚士や看護師により口腔ケアを行い、誤嚥性肺炎を予防している。口腔衛生について、介護職が多く部分を担っている。介護スタッフの口腔ケアについて、言語聴覚士が新人研修を行っている。歯磨きの基本をはじめ誰にでも当てはまるようなことをベースとして、教えている。</p> <p>報酬を取るからこそ責任感を持つことが重要である。プレッシャーがあつて算定できないこともある。家族の受け止め方も違う。</p>
通所08	<p>全ての介護職は利用者自身による食後の口腔ケアの準備や見守りを行っている。管理栄養士や言語聴覚士は、利用者の口腔・栄養に関して専門的な関わりをし、介護職は、それ以外のできるところを担っている。</p>
通りハ04	<p>全介護職が、スクリーニングにて、食事はどのくらいの量を食べていますか。ご飯の量はどのくらいですか。お茶碗はどのくらいの大きさですか、魚は、切り身が一つですか、つまむ程度の量ですか等の具体的な質問項目を担当することができる。</p>

表 5-1. 各サービスの効果（利用者への効果）

ID	代表的な発言
通所01	「食べられなかったものが食べられるようになった」「むせが少なくなった」と言われることもある。自主的にも家で訓練する人もいる。
通所02	「在宅での毎日の食事がこれでよかったか、管理栄養士に確認したくなる」ので、地域の通所事業所のうち管理栄養士がいる当該事業所を選択したという利用者が出てきている。 通所時の歯科衛生士の確認することによって、歯科治療に繋がっている利用者が多くなってきている。 歯科衛生士によって口腔は各段にきれいになる。 本人の意識がかわり、モチベーションが上がって、口腔ケアが習慣化するケースもある。このような場合には、本人が「舌苔の掃除等の口腔ケアをしないと気持ちが悪い」と言うようになり、半年程度かけて口腔の健康状態が驚くほど改善する。
通所03	栄養に関して、利用当初は低栄養な状態であったが、定期的に昼食を摂り、ちょっとずつ低栄養から回復された方というのは数名いる状況である。 デイで歯磨きをする癖づけ、食後、歯磨きをするっていう癖づけはできた。どちらかというと、改善したっていうよりは悪化しないようになっている。話の分かる方、特に舌が汚いような方に、こうやって磨くことによって教えたら、今度は自分から舌を出して見せてくれるようになる。 口腔機能向上加算については、やはり、利用者自身がケアをやっているところが実感としてあるので、やっていく中で、改善も見え、虫歯の低下、予防等、そこは見えやすい。現場として、動いている人間としては、そこが見えるっていうのが一番、実感としてある。 STは、食事評価をして、食べる姿勢や食事の形の対処方法を、看護師やケアスタッフにお伝えした後、十分に食べていられた、それが効果と思う。その後、誤嚥性肺炎にすぐになったとも、そんなに聞かない。とろみが必要か必要でないかの評価時に、必要でないと言うところも効果と思う。 オーラルフレイルでいうと、口腔不潔、第3レベル、口の機能の低下ぐらいっていうところで、ケアがしっかりアプローチできている。そこから、栄養状態が悪くなっていないというのは分からない。 統計は分からないが、誤嚥性肺炎での入院は、多くはないと思う。どちらかというと、自宅で転倒の入院の方が増えてきている。
通所05	管理栄養士が栄養改善を通じて、家族から「誰に相談していいか分からなかった」、「口腔・栄養については不安だったが、デイサービスを使うようになったら、管理栄養士や機能訓練指導員もいて、専門の方がみんな、自分を助けてくれているので、本当に当該通所事業所を利用してよかった」と言われた。 栄養改善加算(訪問を含めて)によって、確実に入院しなくなっていると実感している。 「歯科医院に通うようになって、噛み方の意識も変わった」という利用者の声も聴いている。
通所07	毎月の体重測定により、増減を確認できている。著しい体重減少がある場合は、検査を勧めており、早めに胃カメラを勧めることができたという成功例がある。体重を毎月、測る等の多職種で栄養に関する意識を持つことは、有効だと感じている。
通所08	食事をするためには、歯が大事だという話をすると、利用者の殆どが、歯科受診してくれている。
通りハ 02	管理栄養士として、むせやすかった利用者が、むせなく誤嚥なく継続して口から食べられているということは、口の中を清潔にしていることで、むせが少なくなっていると感じる。介護職からも、コミュニケーションを取る中で、本当に自ら発声する機会が増え、明らかにむせの回数は食事中を見ている、本人からの会話の中での聞き取りでも減っているとの意見がある。 歯科衛生士の立場では、まずは発語や声量が良好になったと感じるケースがある。一緒に発声練習をし、自宅でも練習してもらうことにより、声量が良好となり、発語がはっきりとできるようになった経験がある。また、歯磨きの指導によって、時間をかけて磨くように磨き方が変化し、本人が口の中のさっぱり感を感じるようになったと言っている。

表 5-2. 各サービスの効果（介護職等の意識の変化に関して）

ID	代表的な発言
通所01	介護職からは、言語聴覚士にすぐに相談できること、食事介助の仕方や飲み込みが悪い場合の食べ物等の対処方法について教えてもらえるので、食事介助の不安が減ったと言われている。
通所02	看護師として、管理栄養士から「人間の体が食べ物でできている」と言われて栄養・食事について考えるようになった。
通所03	ケアマネ、職員が、何かあったときに利用者さんの件で話をする際、「こういうことがあるから、やらないといけないのか」と、職員が理解し、それをケアマネだったら家族に言ってくれたり、介護職であれば、歯科衛生士がいないときとかに、利用者さんに嚥下体操をやってくれたりするので、意識的にも違ってきている。 質問が多くなったということは、疑問も出てきて、そのことに関してすごく理解しようと、またさらに頑張ってくれてるんだというのが分かる。 利用者も職員も、われわれが病院から通所へ行くことである程度、口腔栄養の意識が高まっている。他のデイサービスでは、全然、何も加算を取っておらず、特に誤嚥性肺炎で入院されてくる方は、歯の状態、口腔、栄養状態もこんな状態だったのかという方がいて、地域の全体のレベルアップは難しいと思っている。
通所05	介護職は、令和3年度改定の前と後では、介護職の栄養・口腔に対する意識が高まった。以前は、「あの利用者は入れ歯でしたよね」と聞いても、「ああ、どうだったかな」という返事が殆どだったが、現在は「はい、入れ歯ですよ」と回答がすぐに返ってくる。現在は、介護職が「安全に食べれたのか」、「本人がどういう姿勢でどういう食べ方をしているのか」等を観察するようになった。また、通所時の食事で残された場合には、「なぜ残されているのか、食べれないのか、かみ切れないのか、好き嫌いがあるのか」等の原因を考えられるようになったというように、最近変わってきた。 介護職には、管理栄養士が栄養アセスメント(加算)を担っているという意識があるので、管理栄養士に、利用者の体重変動を把握して報告するという意識が強くなった。
通所06	当該事業所に勤務する前は、運動したら筋力がつくと思っていたが、歯があって咀嚼ができて、食事をしっかり食べて栄養状態がよくないと、運動しても筋肉はつかないということが、当該事業所に勤務して、口腔・栄養関係サービスにはじめて携わって初めてわかった。口腔の健康状態がよくないと、運動時の踏み締めができないし、栄養状態もよくないと筋肉にならないというように、全部がつながっていることが理解できるようになった。このことについて、このように、口腔、栄養、運動の全部が繋がっていることの大きさを利用者に説明することが多くなった。 介護職は、栄養については管理栄養士と話しあい、低栄養の利用者が在宅での食事を食べているか等について、介護職が利用者に関心し、声掛けすることが多くなってきた。
通所07	夏場の体重減少や熱中症の方とかに対して、言語聴覚士および管理栄養士が情報提供をして、それを他の職種がアドバイスをしている。
通所04	口腔・栄養スクリーニングによって、介護職が、利用者とはまず話をし、口腔・栄養に関して、どのように聞き取りをするかが、理解され、介護職間で共有化されるようになった。介護職が利用者の口腔・栄養の問題を理解して、その後の介護に取組むことができるようになり、口腔・栄養関連サービスへの必要性の意識が益々高まってきた。 さらに、歯科衛生士や管理栄養士が、在宅での食事の状態や口腔や歯の状況について専門的に聞いてもらっているので、介護職も助かっている。口腔・栄養スクリーニングは、全介護職が行えるようになったので、口腔・栄養の問題が把握される人数も増えてきている。

表 6-1. 各サービスにおける課題（人材・連携に関する課題）

ID	代表的な発言
通所03	オーラルフレイルは、結局、歯科の先生が対応されているという部分がある。STのような、リハビリの対応も必要な場合もあると思うが、歯科と一般の病院とかSTとの連携も、なかなかできていない。歯の部分だけではない口腔機能の低下、オーラルフレイルというところもあると思うが、そういった場合に、連携が十分じゃないのかなってというのは課題と思う。
通所06	介護予防事業の場合には、自治体が旗振り役になって、歯科医院と通所系の介護予防サービスを繋げていっているが、介護サービスの場合には、旗振り役がないので、結局、歯科医師と通所サービス事業所を繋げていく知識やバイタリティーのある職員がいるかに依ってしまう。 管理栄養士が在宅訪問していないので、介護支援専門員や在宅担当の関連者の管理栄養士に対する認識が薄い。 口腔や栄養の専門職には、介護職員の理解や共同での取組がすすむように、介護職による聞き取りや実務に落とし込んでもらい、介護職が口腔・栄養サービスと一緒に関わっていくことができるようにしていきたい。 歯科衛生士及び管理栄養士の雇用については、地域の当該資格者には主婦に多いので、日中に働ける職場として歓迎されている。一方、事業所側には、雇用形態として常勤換算雇用でなくてよいことが、メリットであると考えられる。しかし、地域の他の施設・事業所の管理者は、このような理解のもとに雇用形態を結ぶことができていない。
通所07	歯科医師、歯科衛生士の先生がたは老健に配置はあるが、通所は、関わりがない。今後も、通所で歯科専門職を整備していく動きはない。
通所09	・本体である特養の厨房スタッフの退職や管理栄養士の産休育休が重なったことにより、そちらを優先することになりデイへの介入が手薄になったことが大きな原因。やはりまずは特養が適切に運営されていることがベースに必要である。
通所02	・口腔機能低下症は、通所の利用者にも多く、現場の介護職、管理栄養士等の多職種で連携を取りながら、スクリーニングをしてはどうかと感じている。歯科衛生士の増員は、なかなか難しいことから、多職種での協働が重要である。

表 6-2. 各サービスにおける課題（サービスに対する理解）

ID	代表的な発言
通所02	利用者には、口の中を見られることが恥ずかしいと言う人もいる。 従来から口腔ケアや栄養ケアは、行ってきたため、介護支援専門員等が加算を算定するという意識は低い。歯科衛生士が百何十名分の口腔スクリーニングを行い、舌苔、口臭及び歯磨きができていないことを、介護支援専門員に連絡しているが、介護支援専門員に積極的に家族に口腔・栄養関連サービスの利用を勧めるという姿勢がない。 介護支援専門員に、口腔・栄養関連サービスの必要性が意識されていないので、家族に勧めてもらえていない。介護支援専門員によってケアプランの中に口腔・栄養関連サービスを位置付けられないと、「BMIがいつの間にか減っていた」、「歯磨きがいつの間にか自分でできなくなっていた」ということを防ぎようがない。 「家族がいるから大丈夫」、「かかりつけ医がいるから大丈夫」、「必要になったら歯科医院に行くから大丈夫」ということで、通所事業所における口腔・栄養スクリーニングの重要性がなかなか伝わらない。 高齢者なので、体重減少はあたりまえという風潮も以前としてあり、口腔・栄養スクリーニング等の口腔・栄養関連サービスは、介護支援専門員から不要とされていることが問題である。
通所03	サービスに関して、「なぜこれをしないとイケないの？」という家族の理解が、なかなか得られない。「もう邪魔くさいからいいです」「別に結果だけだから、不要」「そんなの別に要らない。少ないでしょう、単位数も。」と言う方が多い。そこからサービスの説明をし、態度を変えたという方は、なかなかいない。 栄養スクリーニングは、家族が居る場合は、「なぜ算定するのか」という意見もある。口腔であれば、歯を磨き実施することはあるが、栄養スクリーニングは、評価がメインになるので、そこは、家族にとっては、なかなか見えにくい、結果だけの算定という形になってしまうので、徐々に加算数が減っている実情である。 ケアマネジャーは、栄養スクリーニングに関して、他の加算、機能訓練とか口腔機能向上加算に比べ、優先順位が低い。また、単位数が少ないことから、質問は、他の加算に比べたら少ない。書類を渡し、「分かりました」という返答が多い。
通所06	在宅サービスにおいては、介護支援専門員の前職が看護職や介護職等及び医療系と福祉系と様々なため、意識や考え方の違いに影響を受けることが多い。地域の介護支援専門員が、当該事業所の口腔・栄養関連サービス等の取組について十分理解した上で、利用者を紹介してくれる場合もあるが、そうではない場合もある。通所事業所側の専門職が、利用者の口腔・栄養の問題をどう把握して介護支援専門員に説明していけるかが重要だと思う。
通所07	口腔・栄養スクリーニングを取るに当たって、ケアマネの承諾、ご家族の協力が不可欠であるが、現状としてはちょっと難しい。
通所08	低栄養リスクが高い方の中には「食事面にあまり触れてほしくない」、「放っておいてほしい」と受け入れてもらえない場合もある。口腔については、「義歯の利用上の問題（口腔の痛み、噛めない、義歯が合わない、ズレやすい等）」は食事の際の問題と本人・家族もとらえやすく、その都度相談されているので、専門職によるアドバイスも受け入れてもらえる。
通所09	今までやっていたサービスがそのまま加算になったような形であったため、それを加算とすることにあまり理解を得られなかった。また、実際利用者や家族が気にされるのは食分量や体重であり、あまり口腔については関心がないこともしばしばある。 利用者や家族は口腔と栄養の結びつきはあまり意識されておらず、義歯の調整を含めて口腔の介入の必要性を相談員からどこまで伝えればいいのか悩むことも多いので、口腔や栄養の専門家の介入があるととても望ましい。
通リハ04	本人・家族に説明しても、必要がないと言われることがあり、栄養アセスメントが必要とされた利用者全員に当該加算が算定できていないわけではない。

表 6-3. 各サービスにおける課題（在宅での課題把握）

ID	代表的な発言
通所01	送迎時に家族に、在宅での食事の状況を確認し、介護支援専門員からも聞いてもらっている。独居の人の場合には、生活周辺を見て、食事は大丈夫かどうかを確認している。
通所03	週2利用であれば、2回しかデイでは昼食を取らないので、家の方には、結果は報告するが、「家で栄養が取れてませんよ」というのは、なかなか言えない。家族を見ながら、距離感を取りながらになる。入所であれば、管理はできるが、デイは、昼食だけなので、「こうさせていただいてます」という結果の報告が主であり、「栄養はちょっと足りないですかね」って、やんわり報告をしている。サービスに関する説明について、口腔は説明しやすいが、栄養は難しい。通所では、昼だけを食べられる。それを100パーセント食べられても、朝夕が分からないというのも、栄養管理は、なかなか難しい。
通所06	食事の場面を実際見ることは難しい。当該通所事業所においては、このような管理栄養士による在宅訪問の経費については、持ち出しでも行っている。利用者の食事の情報を得るには、実際、利用者が食べているところを観察するか、利用者へのヒアリングによって、いかに細かく情報を収集するかの、いずれかの方法しかない、本人が話す情報が本当かどうかの確認のために、家族に電話して在宅での食事の状況を確認している。あるいは、実際に送迎車に同乗して、利用者の自宅に伺い、家族に対面して伺っている。
通リハ 04	介護職が食事について家族に話すと、在宅の食事のことは精一杯やっているもので、それ以上言わないでほしいという場合がある。介護職は、三食の食事に関する聞き方を管理栄養士にアドバイスしてもらっているもので、「タンパク質について、お肉は食べますか、お魚は食べますか」と、細かく聞いていくと、食べていない人が多いことがわかっている。肉は硬いから食べない、魚は焼くのが大変なので食べないという利用者に対しては、缶詰を提案し、レシピを提供している。在宅訪問して、栄養相談をした利用者については、まだ改善例がない。男性の独居の利用者で、カップラーメンの食事回数が多いので、レシピを何回か渡して説明しているものの、食生活の変容は難しい。

表 7-1. 今後の制度の見直しや啓発研修のあり方（報酬制度への要望）

ID	代表的な発言
通所02	口腔機能向上加算について、介入して改善の見込みがあるものに限ってという一文があるので、当該手順により行っている。しかし、通所時に歯科衛生士が口腔衛生をしっかり行っても、在宅での口腔ケア、口腔清掃が行われていないと改善には結びつかない場合がある。改善への見込みがあるのか、ないのかと問われると難しい。
通所03	栄養は、週に1回の利用者もいるし、昼食だけで栄養評価って言われると、それは難しいものがある。
通所05	介護保険の通所の提供時間中に医療保険の提供ができないが、家族は通所時の専門職に見守ってもらえて。話が分かる専門職がいる環境で診てもらいたいことを望んでいるので、まず、歯科医院から歯科衛生士に当該通所事業所にきてもらえるようになると思う。管理栄養士が行っているのと同様に、歯科医院の歯科衛生士が毎月1回通所に来て、問題がある人には話をし、こういう理由でこうなっているから、こうしたほうが良いということを本人に説明して、歯科診療や口腔機能向上加算に繋いでいくことであれば、口腔・栄養スクリーニングも活用されたうえで、三領域の一体的取組が推進できる。 半年に1回の口腔・栄養スクリーニングでは口腔状態の変化に対応できず意味がないと思う。通所事業所の口腔・栄養の問題の把握は頻回に行われる必要があると思われる。
通所06	口腔・栄養関係サービスを報酬化するとき、その要件を複雑にして実施するのが困難になってはいけない。専門職としての使命感が、サービスを発展させていくものであるため、そこに加算を付けていけばよい。 利用者全員に対面することを要件にすると専門職の業務量が増大し困難となり、雇用することさえも困難になると思う。 報酬制度上は、口腔・栄養の専門職が働きやすい要件を作成する必要がある。 管理栄養士や歯科衛生士の誰でもどこでも気軽にいけるようにして、地域の在宅に眠っている潜在的管理栄養士及び歯科衛生士を、週1回あるいは短時間で月3回程度雇用できればよいと思う。 歯科衛生士や管理栄養士は、短時間の勤務に対して例えば1日で1万円とすれば、1日2-3時間の勤務に対し3,000~5,000円を支払い、外部の派遣側には5,000円とするというビジネスが成り立つ。これを通所事業所の直接雇用によって、事業所が管理栄養士に対してはアルバイト代として5,000円を支払い、残りが事業所の経費となると経営的には成り立つと思う。 居宅療養管理指導をすすめるためには、医療側に管理栄養士の報酬点数を入れることが優先的な制度上の課題である。通所事業所では、口腔・栄養の専門職は雇えないから、歯科医院で雇って、そこから通所事業所に流していくということである。法人内外の歯科医院や病院で管理栄養士の雇用が強化される仕組みをつくることである。医療には、歯科衛生士の実地指導料があるので、同様に、医療に管理栄養士の栄養指導加算として報酬を付けてもらうことである。介護保険の方でも、情報提供書のやり取りに報酬上の単位を付けることで連携する習慣ができ、結果として、管理栄養士や歯科衛生士など専門職の必要性が出てくることになる。 雇用する側は費用対効果がはっきりしないと雇えない。 近隣の歯科診療所や利用者のかかりつけ歯科との連携を強化することが、診療所での管理栄養士の雇用促進に繋がると思う。そこから発展して、いずれは歯科医院から介護施設への訪問やアセスメントにつながると思っている。
通所08	企業型の認定栄養ケア・ステーションからも管理栄養士の居宅療養管理指導ができるよう、あるいは訪問看護ステーションから管理栄養士の居宅療養管理指導ができるような制度になることを望んでいる。 在宅の要介護高齢者において、口腔・栄養の問題が把握しきれないことは、地域の課題だと思う。また、要介護高齢者ばかりでなく、医療的なケアが必要な子どもについても、退院後に母親が口腔や栄養(食事)の問題で困って相談を受けることがあるので、医療的なケアが必要な子どもに対する口腔・栄養関連サービスも提供できるようにしてほしい。
通所09	通所は加算に関してやはり点数が低いので、当施設もそうであったように後回しにされがちである。一方で必要な支援であることも事業所内では理解されているので、早く体制を整えて介入できるようにしていきたい。 口腔はすごく重要ではあるが、歯科衛生士を各事業所で雇用することが困難であるため、各デイサービスやサービス拠点に定期的に歯科衛生士が巡回して介入してくれるようなサービスがあると望ましいと考える。
通りハ02	栄養改善加算のハードルが高いと感じている。限度額の問題も大きい。 歯科衛生士からの意見として、サービスの状況にもよるが、月2回の関わりでは時間的に難しく、せめて週1回・月4回程度、関わることができれば、様々な働き掛けができる。

表 7-2. 今後の制度の見直しや啓発研修のあり方（啓発研修への要望）

ID	主な発言
通所01	通所事業所の介護職の研修は個別機能訓練が主になっているので、口腔・栄養サービスについては余り行われていない。口腔・栄養サービスがなぜ大事なのか、「食べて栄養を付けないと筋力も落ちるので、食べることが大事、口から食べることが生きることだということが一番大事なこと」である。認知機能の低下がすすむと、食べなくなっていく等、全部につながっているということ、わかりやすく説明してもらえれば、口腔・栄養サービスの提供につながっていくと思う。
通所03	歯科衛生士が、利用者の前にいて、話しをする中で、1人ずつには言えない。四十数人いる中で、ちょっと声掛けしたり、起こしてあげたり、こうやってやって言ってるのよっていうのを教えてあげたら、もっと参加する利用者が増える。その辺を、職員でも、分かってる人と分かってない人がいる。研修では、「何故、それをやってるか」というのを、もっと見直す必要がある。
通所06	介護職は、入浴支援などの介護や生活支援に関する意識があるが、実は、口腔・栄養そして運動について大切だという意識が余りないので、まず口腔・栄養について理解できるようになるとよいと思う。 歯科衛生士・管理栄養士等も、通所事業所における口腔・栄養サービスの仕事の内容や方法を理解していないので、短時間で何をすればよいかかわかっていないことから、その手引書が必要である。 歯科衛生士については、介護職員と同じ意識をもって口腔サービスを担当する人材を育成することが必要である。専門職と介護職とが互いに依頼だけをしあう関係の職場になるではない。
通所07	ITシステムをどのように組み入れるのか重要である。

表 7-3. 今後の制度の見直しや啓発研修のあり方（今後の取組について）

ID	主な発言
通所02	介護教室（15～20名程度）において、歯科衛生士による口腔ケアや管理栄養士による食事相談を行っている。この他にリハビリテーション専門職及び看護師も介護教室に関わっている。来年度は本法人の利用者様だけではなく、地域の介護支援専門員にも来てもらって行いたい。歯科衛生士、管理栄養士の知識・技術を、高齢者、家族及び地域の関連者に知ってほしいと思う。 通所事業所に配置された歯科衛生士及び管理栄養士等から介護支援専門員に情報を発信していくことや交流して繋がることのできる場があることが求められていると思う。
通所03	生活機能向上連携加算について、法人組織の方針としてこちらからアピールをして、法人外のデイサービスに訪問をしている。われわれには、あまりお金が入らない。何うところのデイサービスが、加算が取れる。われわれは、そこから委託料をもらえるように今、交渉している段階である。 BMIだとか痩せ形とか肥満っていう言葉だけでは、ちょっと片付けられない問題も含んでると思う。それぞれの、今までの栄養状態であったり活動であったりという背景もしっかり見ないと、単純に痩せてるから栄養不足とかっていう結び付きはできないと思うので、その辺はこれから、もう少し踏み込んだ形になれば、もう少し、きっちりした評価っていうものはできるのではないかな。
通所06	介護職が利用者に対面している時間や回数が圧倒的に一番多いので、栄養関連サービスは、介護ケアに落とし込んでいく必要がある。この介護職による栄養関連サービスは、管理栄養士によるマネジメントのもとに置かれることになると思う。 管理栄養士の短時間雇用時に対しては、介護職がアセスメントをして、管理栄養士に見せて、管理栄養士が、栄養ケアの内容を介護職にコンサルテーションするという流れをつくれればよいと思う。一方、歯科衛生士の口腔機能向上加算の場合は、利用者に定期的に会って、アセスメントを行い、アセスメントの結果を、指導するものである。
通所09	もし算定するのであれば栄養アセスメント加算を算定することで管理栄養士が介入することを前提に前向きに進めていきたい。管理栄養士が送迎に入って食事の聞き取りはそのついでに行っていただくだけでも業務分担は可能である。職種の枠にとらわれないサービス提供が今後の介護サービスの生き残り戦略としては重要ではないかと考える。 スタッフのマルチタスク化が今後は重要になると思う。実際には専門職を雇用することが一番いいがコロナ禍のこの3年は全国でも通所事業所はほとんど閉鎖されており事業継続自体困難なケースが多くそのタイミングで専門職種の雇用はなかなか難しい。 専門職種の介入は回数回の訪問とし、現場で介入する介護職にその知識や技術を指導しながらサービスの充実を図るような方向性も必要かと思う。
通りハ02	管理栄養士や歯科衛生士等の専門職が、一番初めに直接アセスメントを実施することは難しいと考えている。一番マンパワーのある現場の介護スタッフが、スクリーニングを行い、その後、専門職に依頼をする流れのほうが、広がりが出てくると考える。 経過観察においても、現場の介護スタッフが、運動量と口腔の状態、体重変化等を継続的に観察（アセスメント）し、多職種で情報共有を行うスタイルが良いと考える。介護職が一番利用者に関わる時間が長いことから、口腔ケアのときの付き添い、口腔の中を確認できる機会を生かしていきたい。

IV. 口腔・栄養関連サービス リーフレット

通所サービス利用要介護高齢者の
**「口から食べる楽しみを
いつまでも！！」**
を実現するために

口腔・栄養関連サービス リーフレット

一般社団法人 日本健康栄養システム学会

はじめに

本リーフレットは、一般社団法人日本健康・栄養システム学会が令和5年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進等事業分）の交付を受けて取り組んだ「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。）の一環として作成されたものです。

本事業では、通所事業所等における口腔・栄養サービスの推進を図るために、有識者による検討委員会を開催の上、通所事業所（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（以下「通所リハ」という。）を対象として、令和4年度に引き続き行った実態調査及びインタビュー調査を通じて得られた課題と対応について検討した結果を踏まえて、本リーフレットを編纂いたしました。

口腔・栄養サービスの効果的な推進とその質の向上に向けて、本リーフレットが活用されることを願うものです。

また、本リーフレットを本学会のウェブサイトに掲載し、広く活用されることを願うものです。

本学会では、高齢者の「食べることの楽しみをいつまでも」をめざして、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おります。

令和6年3月

令和5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）

「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」

研究代表者 三浦公嗣

（一般社団法人 日本健康・栄養システム学会 代表理事）

目 次

1. 口腔・栄養関連サービスはなぜ必要なのでしょう？・・・・・・・・・・73(4)
 - (1) 「口から食べる楽しみをいつまでも」をスローガンとして
 - (2) フレイル・サイクルとの関係
 - (3) 栄養ケアの効果 低栄養の改善、入院率及び死亡率の減少
 - (4) 口腔ケアの効果 誤嚥性肺炎の発生低下、食事量の改善
 - (5) フレイル・サイクルによる悪循環を止めるために
2. 口腔・栄養の問題が把握されていないことが問題・・・・・・・・・・78(9)
3. 栄養・口腔・リハの一体的取組が始まる・・・・・・・・・・82(13)
4. 口腔・栄養関連サービスについて知っておいてほしいこと・・・・・・・・84(15)
 - (1) 歯科衛生士は口腔ケアのプロフェッショナルです
 - (2) <やわらか食>のすすめ・・・・・・・・
 - (3) 管理栄養士の栄養相談のイメージを変えましょう
 - (4) 在宅での食生活が肝心です
5. 管理栄養士、歯科衛生士等がいる通所事業所は口腔・栄養(食事)の・・・・・・・・89(20)
相談窓口
6. 通所事業所関係者が口腔・栄養関係サービスに取り組むために・・・・・・・・90(21)
(通所事業所関係者のために)
 - (1) 口腔・栄養関係サービスの意義をパーパスに
 - (2) 歯科衛生士や管理栄養士がいる体制づくり
 - (3) 加算算定に繋げるために
 - (4) 一体的取組のために
 - (5) 介護予防事業や配食サービスとの共同体制

参考資料	93(24)
資料 口腔・栄養関連サービス推進のためのリーフレット例（三つ折り）	95(26)
委員名簿	97(28)

1. 口腔・栄養関連サービスはなぜ必要なのでしょう？

(1) 「口から食べる楽しみをいつまでも」をスローガンとして

口腔・栄養関連サービスの必要性については、高齢者の「口から食べる楽しみをいつまでも」をスローガンとして、以下のようにまとめることができます。



口腔・栄養関連サービス

1) 楽しみの支援

要介護高齢者の「楽しいこと」の第1位は食事ですから、口腔・栄養関連サービスによって「口から食べる楽しみ」の支援を通じて、自己実現や生きることへの「意欲」の回復や向上をめざすことができます。

2) 生活の質 (QOL) の改善・維持

高齢者は、住み慣れた在宅において、その人らしい生活を送ることを望んでいます。「食べること」の支援は、本人・家族の食事準備に関する一連の生活行為を支援することでもあります。また、一日の生活で、三食を「食べること」によって、規則的な生体リズムが回復し、体内の消化酵素やホルモンの分泌、神経調節及び臓器組織の活性のバランスを保ち、日常の食欲や規則的な便通を促すことにもなります。

3) 低栄養状態の予防と生活機能の維持

人が生命を維持し日常生活を営むためには、生存するために重要なタンパク質と活動するためのエネルギーを「食べること」によって体内に取り入れることが必要です。しかし、高齢者は、口腔や嚥下の問題、発熱や病気、身近な人の死等のライフイベントによる食欲低下、身体機能の低下、あるいは食事準備が困難な状況等によって、日常の「食べる」量が低下し、エネルギーやたんぱく質が欠乏して低栄養のリスクが高まります。また、脳梗塞、がん、呼吸器疾患、肝臓疾患などの病気によっても低栄養の高リスクになります。高齢者の低栄養を予防・改善することは、(i) 内臓タンパク質及び筋タンパク質量の低下を予防・改善し、(ii) 身体機能及び生活機能の及び免疫能の維持・向上による感染症の防止や、(iii) 要介護状態や疾病の重度化への移行を予防し、(iv) クオリティ・オブ・ライフ (QOL、生活の質) を向上します。

4) 感染症の予防

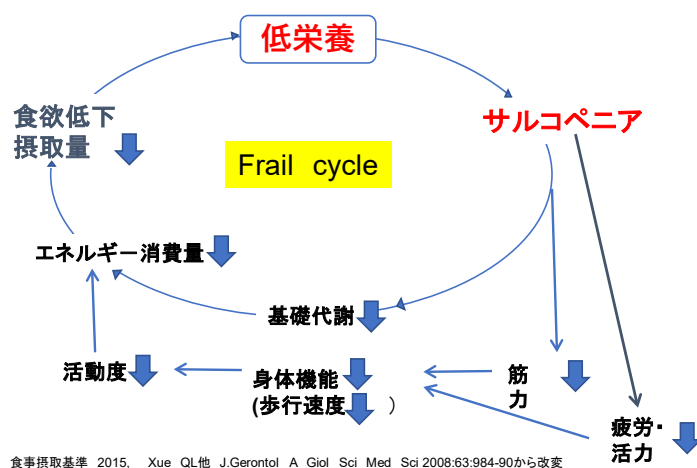
高齢者の「口から食べること」を口腔・栄養関連サービスによって支援することは、消化管の腸粘膜の構造や腸管の免疫機能を維持し、消化管におけるバクテリアル・トランスロケーション (腸管内の細菌や細菌が産生する様々な生体障害物質が腸管粘膜細胞あるいは細胞間隙より生体内に侵入すること) による感染症の合併に大きな予防効果があります。

(参考資料1より改変)

(2) フレイル・サイクルとの関係

フレイルとは、虚弱や健康障害に陥りやすい状態です。要介護高齢者の最大の栄養問題であるタンパク質とエネルギーの低栄養 (Protein Energy Malnutrition PEM) のリスクがあると、以下のようなフレイル・サイクルが回り出します。

フレイル・サイクルは低栄養のサイクル 口腔・栄養の問題を把握してこの循環を早期に切る



低栄養(protein energy malnutrition:PEM):エネルギーとたんぱく質の欠乏した状態

フレイル: 虚弱 健康障害に陥りやすい状況

サルコペニア:加齢に伴う筋力の減少、または老化に伴う筋肉量の減少

(3) 栄養ケアの効果 低栄養の改善、入院率及び死亡率の減少

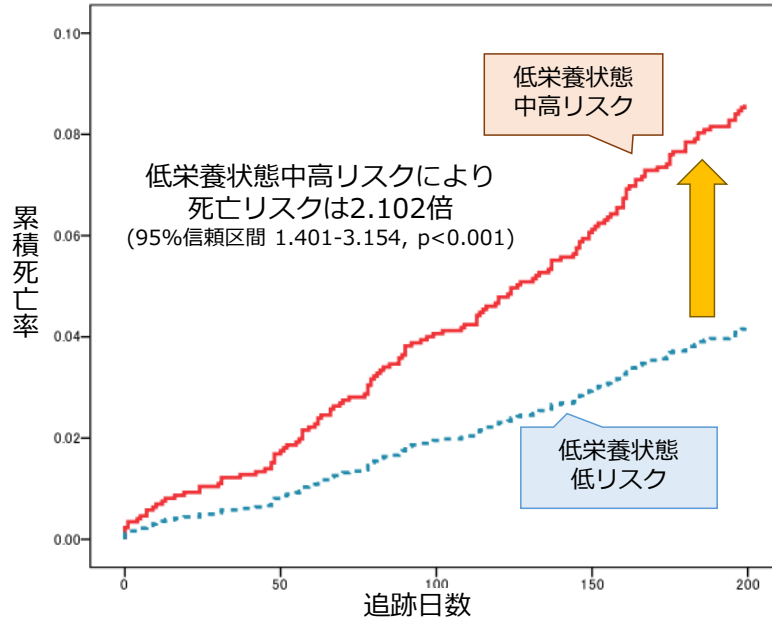
低栄養の中高リスクによって低栄養の状態が続くと、体重が減少し、筋肉量が減少していきます。そのため、日常生活自立度低下、転倒や骨折、あるいは慢性疾患が悪化する危険性が高まり、入院率や死亡率が増大し、フレイル・サイクルの悪循環がおこります。しかし、管理栄養士をはじめ多職種による栄養ケアや経口維持の取組によって、これらのリスクの改善や死亡率及び入院率を減少させることがわかっています。

要介護高齢者において低栄養状態は死亡リスクを増加させる

(特養・老健1,646名 200日間の追跡データ)

低栄養リスク×7か月間の累積死亡率

COX比例ハザード分析 (調整変数: 性別、年齢、Barthel index、併存疾患指数)

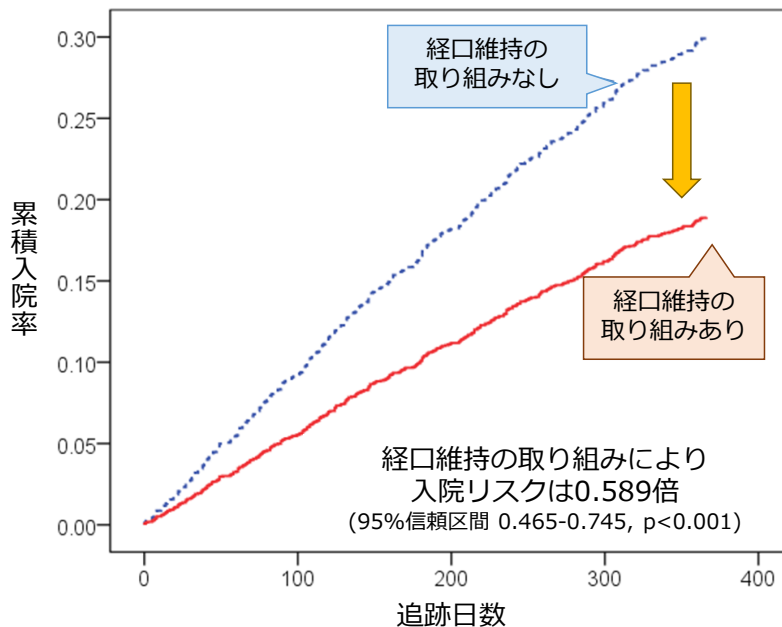


平成 26 年度厚生労働省老人保健推進費等補助金「施設入所・退所者の経口維持のための栄養管理・口腔管理体制の整備とあり方に関する調査研究」日本健康・栄養システム学会

多職種によるミールラウンド・カンファレンスを実施する経口維持の取り組みは、入院のリスクを低下させる (特養919名 1年間の追跡データ)

経口維持の取り組み (経口維持加算 I 算定) × 1年間の累積入院率

COX比例ハザード分析 (調整変数: 性別、年齢、要介護度、摂食・嚥下能力グレード、低栄養リスク、入所者数)



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

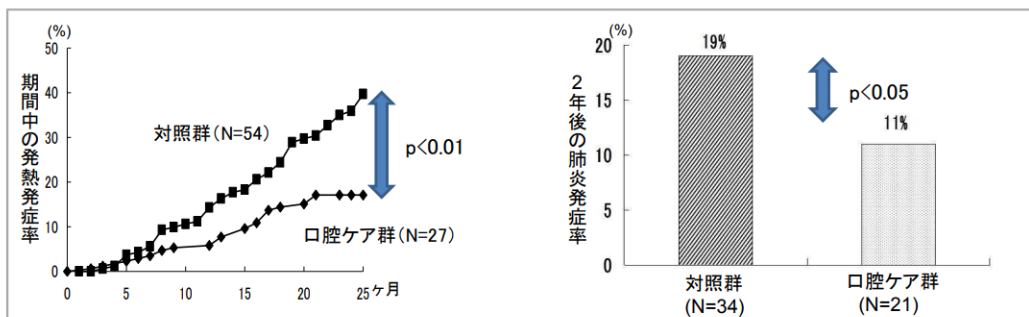
(4) 口腔ケアの効果 誤嚥性肺炎*の発症低下、食事量の改善

要介護高齢者の咀嚼機能は低栄養のリスクと関係しますが、口腔ケアによって体重減少が抑えられ、また、発熱の発症率や肺炎発症率が低下することがわかっています。

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

○介護保険施設入所者に対し、介護者による毎食後の口腔清掃+週に1~2回歯科医師もしくは歯科衛生士による口腔衛生管理を実施したところ、対照群に比べて、口腔ケア群では期間中の発熱発生率が低く、2年間の肺炎発症率が低かった。

- 対象: 特別養護老人ホーム入所者 366名 (肺炎以外の原因で死亡した者を除く)
- 方法: 口腔ケア介入群(184名:平均年齢82歳)と対照群(182名:平均年齢82歳)を無作為割り付け
2年間の発熱発生率、肺炎発症率を調査
対照群: 入所者本人または介護者による口腔清掃
口腔ケア群: 介護者による毎食後の口腔清掃+週に1~2回歯科医師もしくは歯科衛生士による専門的、機械的な口腔清掃
- 発熱者: 37.8℃以上の発熱が開始日より起算して7日以上発熱があったもの
- 肺炎発症者: 新たな肺浸潤像がレントゲン上で認められることならびに咳、37.8℃以上の発熱、呼吸困難といった主要症状で、入院もしくは死亡したもの



要介護高齢者に対する口腔衛生の誤嚥性肺炎予防効果に関する研究:
米山武義、吉田光由他 日歯医学会誌:20.58-68.2001

Yoneyama T, Yoshida Y, Matsui T, Sasaki H. Lancet 354(9177), 515, 1999.

12

口腔衛生管理の有効性

- 全国30以上の介護保険施設入所者の縦断調査の結果、現在歯数が多いほど肺炎の発症が多く、歯科衛生士による口腔衛生管理を受けているの方が、肺炎の発症が少ないという結果であった。
- 常食を摂取していた256名について、その後1年間に5%以上の体重減少と関連があったのは、年齢とベースライン時の体重、肺炎の既往と、歯科衛生士による口腔衛生管理と歯科受診の有無であった。

1年間の肺炎発症の有無に関するポアソン回帰分析

(n=504)	PRR	95%信頼区間	P-value
年齢	1.010	0.971 - 1.051	0.609
性別(男性)	1.509	0.794 - 2.866	0.209
Berthel Index	0.988	0.973 - 1.003	0.116
Body mass index	0.954	0.862 - 1.056	0.363
Clinical dementia rating			
0, 0.5	Reference		
1	0.879	0.202 - 2.381	0.560
2	0.879	0.135 - 1.863	0.303
3	0.879	0.188 - 1.963	0.405
糖尿病の既往	0.449	0.147 - 1.372	0.160
現在歯数	1.042	1.009 - 1.076	0.013
口腔衛生管理サービスあり	0.388	0.217 - 0.694	0.001

PRR = Adjusted prevalence rate ratio

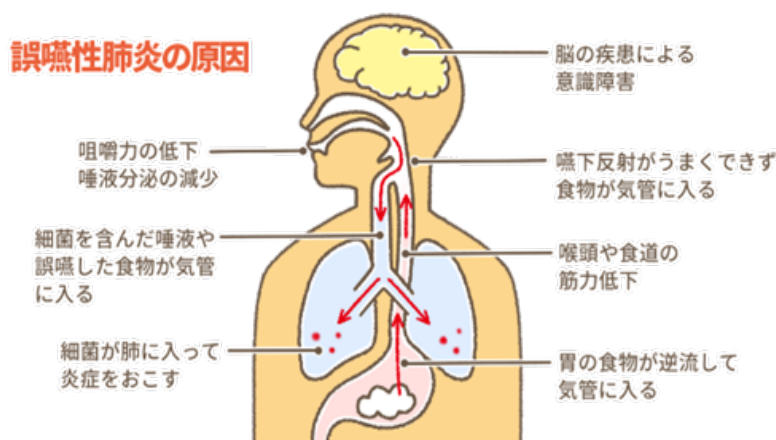
1年間の5%以上の体重減少の有無に関するポアソン回帰分析(常食摂取者)

(n=256)	PRR	95%信頼区間	P-value
年齢	1.03	1.00 - 1.06	0.024
性別(女性)	0.93	0.58 - 1.48	0.748
体重(kg)ベースライン	1.02	1.00 - 1.04	0.045
Berthel Index	1.00	0.99 - 1.01	0.945
Clinical Dementia Rating			
0, 0.5	Reference		
1	2.49	0.93 - 6.67	0.068
2	3.21	1.26 - 8.19	0.015
3	2.92	1.08 - 7.88	0.034
機能歯数	0.99	0.97 - 1.01	0.160
定期的歯科管理	0.48	0.24 - 0.95	0.036
肺炎の既往	3.72	2.34 - 5.92	< 0.001
脳血管疾患の既往	1.10	0.73 - 1.65	0.649
糖尿病の既往	1.07	0.65 - 1.74	0.796
うつ病の既往	0.02	0.03 - 1.31	0.093

出典: 令和3年度老人保健健康増進等事業「施設系サービス利用者等の口腔衛生等の管理に関する調査研究事業」一般社団法人 日本老年歯科医学会

介護給付費分科会(第232回) 令和5年11月27日資料

※ 誤嚥性肺炎について



物を飲み込む働きを嚥下機能、口から食道へ入るべきものが気管に入ってしまうことを誤嚥と言います。誤嚥性肺炎は、嚥下機能障害のため唾液や食べ物、あるいは胃液などと一緒に細菌を気道に誤って吸引することにより発症します（日本呼吸器学会ホームページより）。2019年に宮城県内の8つの病院で入院治療を受けた肺炎患者に関する報告では、高齢者になる程、誤嚥性肺炎の割合が高くなり、70歳未満では、22.3%であるのに対して、70歳以上では、42.8%が誤嚥性肺炎でした（PLoS One, 2021 Jul 30;16(7):e0254261.）。また、誤嚥性肺炎患者109例を追跡した石川県の病院からの報告においては、生存期間中央値254日、1年生存率41.8%と、1年の時点で半数以上が死亡していたと報告されていて、誤嚥性肺炎の予後が不良であることが分かります。さらに、BMIが18.5g/m²以上の群、18.5-16kg/m²の痩せ群、16kg/m²未満の痩せすぎ群と痩せの程度が強くなるに従い生存率は低下し、痩せすぎ群では生存期間中央値96日、1年生存率22.2%と半年で7割、1年で8割の症例が死亡していたことが分かっています（日摂食嚥下リハ会誌 24(3):247-257, 2020）。このように、口腔ケアによって、高齢者にとってリスクが高い誤嚥性肺炎を回避すると共に、栄養状態の改善を目指すことは、患者生命予後への影響を鑑みても重要なアプローチなのです。

(5) フレイル・サイクルによる悪循環を止めるために

要介護高齢者の口腔・栄養の問題については、スクリーニングやアセスメント（口腔・栄養スクリーニングや栄養アセスメント加算）によって把握できます。一方、フレイル・サイクルは回り続けていますので、このサイクルに陥っている高齢者の問題を解決するためには、口腔ケア（口腔機能向上加算）や栄養ケア（栄養改善加算）を行って、フレイル・サイクルの悪循環を、できるだけ早くに断ち切ることが必要です。

2. 口腔・栄養の問題が把握されていないことが問題

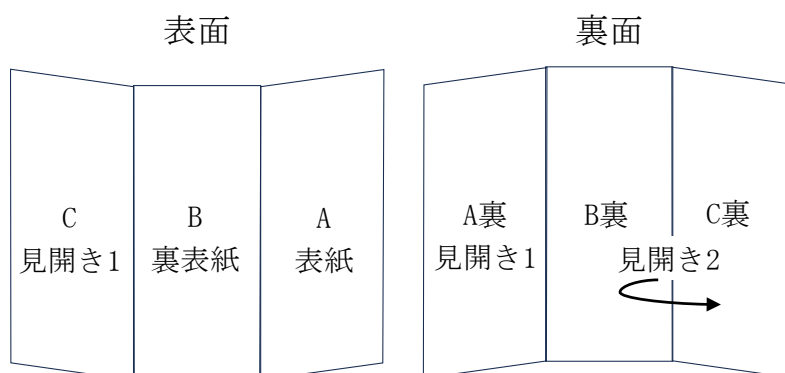
本事業の調査の結果、通所事業所の利用者のうち低栄養の中高リスクに相当する「やせ：BMI18.5 kg/m²未満」は1割程度でしたが、「BMIを把握していない」という事業所が3~4割にも及んでいました。一方、「噛むことに問題がある」者は、同様に8~9%程度ですが、このような「噛むことに問題がある」利用者を把握していないという事業所は、通所リハビリテーション事業所で12%程度でした。通所介護事業所では半数以上にも及んでいました。このように、利用者の口腔・栄養の問題を把握していない通所事業所が非常に多いことが大きな問題と言えます。そこで、サービスの周知をすることが必要になります。

本リーフレットの資料として、利用者や家族へサービスを周知するために、通所事業所での口腔・栄養関連サービスについてのリーフレット(両面 三つ折り版)を作成いたしました(最終頁参照のこと)。

このリーフレットには、以下のポイントを含めました。各事業所の状況に合わせてご活用ください。

<表面>

- A 表紙
 - ・口腔・栄養関連サービスの関連加算
 - チェックボックスによるサービスの紹介
- B 裏表紙
 - ・口腔・栄養関連サービスの事例紹介
 - サービスの具体的な内容
 - ・問い合わせ先
- C 見開き1
 - ・口腔・栄養関連の代表的な課題
 - 利用者や家族への「自分の課題である」という気づきの促し



<裏面>

- A 裏
 - ・口腔・栄養関連サービスの重要性の啓発
 - サービスが必要な理由
- B・C 裏
 - ・担当の専門職の名前と顔写真
 - 顔の見えるサービスによる安心感
 - ・サービスの利用の流れ

さらに、口腔・栄養関連サービスが提供されていない主な理由として、「内容や加算要件を知らない」という事業所も多くみられました。そこで、口腔・栄養関連サービスの内容と要件についてのポイントを表に簡単にまとめました（詳細は厚生労働省からの通知参照のこと）。

通所事業所における口腔・栄養関連サービス

利用者の口腔の健康状態及び栄養状態に問題があるかを確認するサービス

<p>●口腔・栄養 スクリーニング加算（Ⅰ） 20 単位/回</p>	<p>スクリーニング？は介護職員等が行い、情報を担当の介護支援専門員に提供します。利用者全員に、利用開始時から行うことが望ましく、その後は 6 か月毎に行います。確認するチェック項目は以下の表参照（厚生労働省による）のこと。但し、栄養アセスメント加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算を算定している場合には、算定できません。</p>
<p>●口腔・栄養 スクリーニング加算（Ⅱ） 5 単位/回</p>	<p>栄養アセスメント加算及び栄養改善加算においては、栄養スクリーニングが、口腔機能向上加算には口腔スクリーニングが行われるので、これらが算定される場合には、算定されていない口腔あるいは栄養のいずれかのスクリーニングを、介護職等が 6 か月毎に行い、情報を担当の介護支援専門員に提供します。該当する利用者全員に、（Ⅰ）と同じチェック項目を用いて行うことができます。チェック項目は、表の口腔あるいは栄養のどちらかになります。</p>
<p>●栄養アセスメント加算 50 単位/月</p>	<p>事業所に管理栄養士を常勤、非常勤、併任などで配置していることが必要です。介護保険施設との併任の場合は併任元で栄養マネジメント強化加算を算定する配置人数に含まれている場合、制度上、併任が認められないため事前に確認してください。</p> <p>個別の利用者について、管理栄養士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員等が共同して栄養アセスメント（栄養状態の問題や原因を多角的に把握すること）を行います。</p> <p>利用者・家族に説明して、相談等は、必要に応じて対応しますが、栄養改善加算のように一人ひとりのためのオーダーメイドの栄養ケア計画を作成するものではありません。「栄養アセスメントの結果（低栄養状態のリスク、解決すべき栄養管理上の課題の有無等）を当該利用者又はその家族に対して説</p>

	<p>明し、必要に応じ解決すべき栄養管理上の課題に応じた栄養食事相談、情報提供等を行うこと。」とされています。その目的は、利用者の解決すべき栄養管理上の課題を的確に把握し、適切な栄養改善サービスにつなげることであり、利用者全員に継続的に提供することが望ましいです。</p> <p>栄養アセスメント加算自体は毎月算定が可能ですが、実際にアセスメントの頻度は通常栄養ケア・マネジメントの頻度と同様に最低3か月に一度で大丈夫です。また、利用者の情報は、科学的介護のために厚生労働省に提供します。</p> <p>口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)及び栄養改善加算を算定している場合には、算定することができません。</p>
--	--

令和3年度診療報酬改定：口腔栄養スクリーニング様式

口腔・栄養スクリーニング様式			
ふりがな		口男 口女	口嚼口大口嚼 ; 年 ; 月 ; 日
氏名	要介護度・病名・特記事項等	記入者名	
		作成毎月日 年 月 日	
		事業所内の歯科衛生士 口無 口有 事業所内の管理栄養士・栄養士 口無 口有	
スクリーニング項目		前回結果 (●月●日)	今回結果 (●月●日)
口 腔	硬いものを避け、柔らかいものばかり食べる	はい・いいえ	はい・いいえ
	入れ歯を使っている	はい・いいえ	はい・いいえ
	むせやすい	はい・いいえ	はい・いいえ
	特記事項（歯科医師等への連絡の必要性）		
栄 養	身長 (cm) ※1	(cm)	(cm)
	体重 (kg)	(kg)	(kg)
	BMI (kg/m ²) ※1 18.5未満	口無 口有 (kg/ m ²)	口無 口有 (kg/ m ²)
	直近1～6か月間における 3%以上の体重減少 ※2	口無 口有 (kg/ か月)	口無 口有 (kg/ か月)
	直近6か月間における 2～3kg以上の体重減少 ※2	口無 口有 (kg/ 6か月)	口無 口有 (kg/ 6か月)
	血清アルブミン値 (g/dl) ※3 3.5 g/dl未満	口無 口有 (g/dl)	口無 口有 (g/dl)
	食事摂取量 75%以下 ※3	口無 口有 (%)	口無 口有 (%)
	特記事項（医師、管理栄養士等への 連絡の必要性等）		

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

(参考) 口腔スクリーニング項目について
「硬いものを避け、柔らかいものばかり食べる」
 歯を失うと肉や野菜等の摂取割合が減り、柔らかい麺類やパン等の摂取割合が増えることが指摘されています。
「入れ歯を使っている」
 入れ歯があわないと噛みにくい、発音しにくい等の問題がでてきます。また、歯が少なくても入れ歯を使っていない場合には、口腔の問題だけでなく認知症や転倒のリスクが高まります。
「むせやすい」
 飲み込む力が弱るとと飲食の際にむせたり、飲み込みづらくなって、食事が大変になります。誤嚥性肺炎のリスクも高まることから口腔を清潔に保つことが重要です。

(参考) 低栄養状態のリスク分類について

リスク分類	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5～29.9	18.5未満	
体重減少率	変化なし (減少3%未満)	1か月に3～5%未満 3か月に3～7.5%未満 6か月に3～10%未満	1か月に5%以上 3か月に7.5%以上 6か月に10%以上
血清アルブミン値	3.6g/dl以上	3.0～3.5g/dl	3.0g/dl未満
食事摂取量	76～100%	75%以下	
栄養補給法		経腸栄養法 静脈栄養法	
褥瘡			褥瘡

BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)
 身長147cm、体重38kgの利用者の場合、
 $38(\text{kg}) \div 1.47(\text{m}) \div 1.47(\text{m}) = 17.6$

口腔・栄養の問題の解決を一人ひとりに行うためのサービス



<p>●栄養改善加算 200 単位/回 (原則 3 か月以内、 2 回/月まで)</p>	<p>低栄養の改善、栄養状態の維持し、要介護度の悪化防止を目的としています。通所事業所に管理栄養士を常勤、非常勤及び併任により配置(外部との連携可)していることが必要です。管理栄養士が多職種と共同して、栄養状態のスクリーニング、栄養アセスメント及び栄養ケア計画の作成と実施、モニタリング(定期的な栄養状態の把握)等の栄養管理のPDCAのサイクルを回して、フレイル・サイクルの悪循環を早期に断ち切るためのサービスです。利用者の摂食・嚥下機能、食形態や介護する家族の介護力にも配慮したオーダーメイドの栄養ケア計画を作成して栄養相談を行います。必要に応じて、管理栄養士が居宅訪問し、在宅での看取りまで対応することができます。要介護1～5の利用者に対しては、原則3月以内の期間に限り月2回まで、また、要支援1・2、総合事業対象者に対しては原則3か月以内に限り月1回までサービスを提供できます。</p>
<p>●口腔機能向上加算(I)</p>	<p>口腔機能の改善及び維持を通じて介護度の悪化防止や改善</p>

<p>150 単位/回 (原則 3 か月以内、 2 回/月まで)</p>	<p>を目的としたサービスです。 通所事業所の言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が介護職員や生活相談員と共同して、利用時に口腔清潔、唾液分泌、咀嚼・嚥下、食事摂取などの口腔機能の低下が認められる状態、またはそのおそれがある利用者に対して、口腔機能改善管理指導計画を作成したうえで、個別指導が行われ、定期的に記録・評価されます。</p>
<p>●口腔機能向上加算 (II) 160 単位/回 (原則 3 か月以内、月 2 回まで)</p>	<p>(I)と同様のサービスですが、口腔機能改善管理指導計画の情報を厚生労働省に提出して、フィードバックを活用してサービスの質の向上を図ることができます((I) と併算できません)。</p>

3. 栄養・口腔・リハの一体的取組が始まる

令和 6 年度介護報酬改定から、施設及び通所サービスにおいて、口腔管理・栄養管理にリハビリテーション・機能訓練の三つの領域の専門職が、アセスメント(問題の状況やその原因等)の情報を共有し、一緒に話し合い、目的やケア計画を一緒に作成する「一体的取組」が始まります。この「一体的取組」によって効果的な成果に繋がるのが本学会による調査事業から明らかになっています。

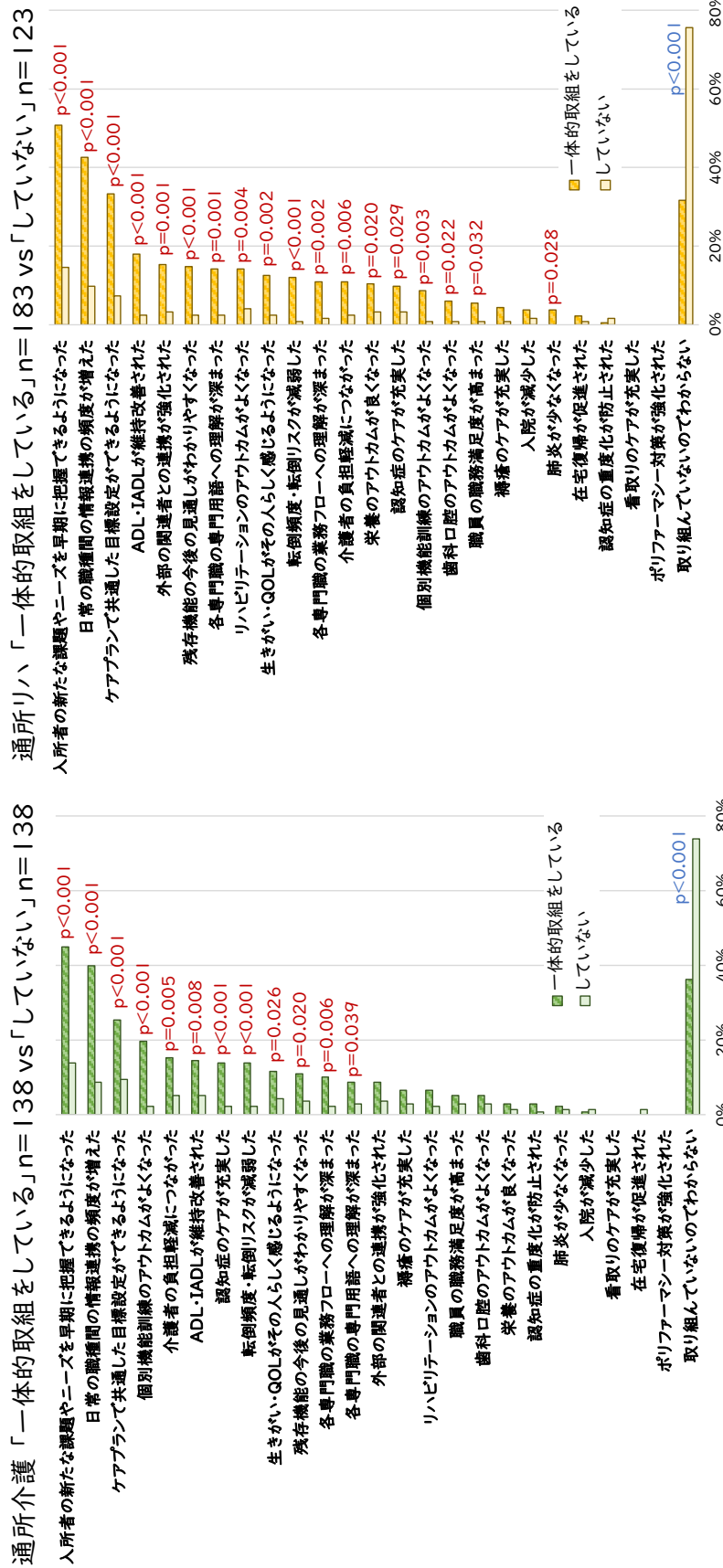
「一体的取組」はリハビリテーション・機能訓練と口腔・栄養関連サービスとを包括的に行う取組みですので、その体制が整う通所サービスにおいて、積極的に取組まれることが期待されます。

通所リハビリテーションでの「一体的取組」の詳細について、後述の「6. 通所事業所関係者が口腔・栄養関係サービスに取組むために(通所事業所関係者のために) (4) 一体的取組のために」をご参照ください。

また、通院が困難な場合、管理栄養士は、医師の指示に基づき、療養上必要な栄養や食事の管理及び指導を、歯科衛生士は歯科医師の指示に基づき、口腔や義歯の清掃、口腔機能に関する指導、誤嚥性肺炎の予防に関する指導等をご家庭に定期的に訪問し行なうサービスにあります(居宅療養管理指導)。「一体的取組」による問題の状況の把握からご家庭への訪問サービスにつなぐことで、ご利用者の口腔と栄養を支えることも可能です。

在宅の要介護高齢者・家族、介護支援専門員は、身近な地域で一体的取組をしている通所事業所を是非選択して頂き、在宅においての「口から食べる楽しみをいつまでも」を目指して、フレイル・サイクルの悪循環に陥らないようにしてほしいものです。

「一体的取組をしている」通所介護・通所リハは、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」と回答している。また、個別機能訓練やリハビリテーションのアウトカムが良くなったとしている。



4. 口腔・栄養関連サービスについて知っておいてほしいこと

(1) 歯科衛生士は口腔ケアのプロフェッショナルです

歯科衛生士は、口腔の問題を適切に把握して、必要があれば歯科医師による治療を勧めています。また、口腔の健康状態を改善・維持するために、口腔の清掃、口腔内の保湿を含めた口腔衛生管理や、口腔・嚥下体操等の口腔機能管理を行っています。通所事業所を利用している本人・家族はもちろんのこと、看護職や介護職及び介護支援専門員にも、口腔ケアのプロフェッショナルとしての助言や指導をしています。



(2) <やわらか食>のすすめ

かむ力が弱くなって咬合力が低下した場合には、<やわらか食>と言われる軟らかい軟菜食なら噛むことができます。以下の図や表に示すように、<硬いきざみ食>はきざんでも硬さは変わらず、きざむ手間をかけても、かみやすくはなりません。<きざみ食>は丸呑みやため込みには窒息しにくいというメリットがありますが、口腔内でまとまりにくいことから、誤嚥のリスクになる場合があります。<やわらか食>は、使用頻度の高い硬い食べ物をまとめて加圧調理器具や電子レンジで軟らかく調理して、冷凍保存しておくことで調理にかかる時間が短縮できます。軟かいものなら噛めるのであれば、きざむ必要はありません。やわらか食はきざみ食に比較して、ばらけず、手間が少なく、見た目が常食により近いという利点があります。かむ力がさらに弱くなった場合は、歯茎や舌でつぶせるようなソフト食やゼリー食が適しています。

しかし、事業所やご家庭でソフト食等を作ることは困難かもしれません。そこで、①入れ歯を調整してかむ力を向上させる、②食形態レベルを下げる、③硬い食品を軟らかい食品に置き換えるなどの一工夫ができるか、歯科衛生士や管理栄養士等に相談してみましょう。

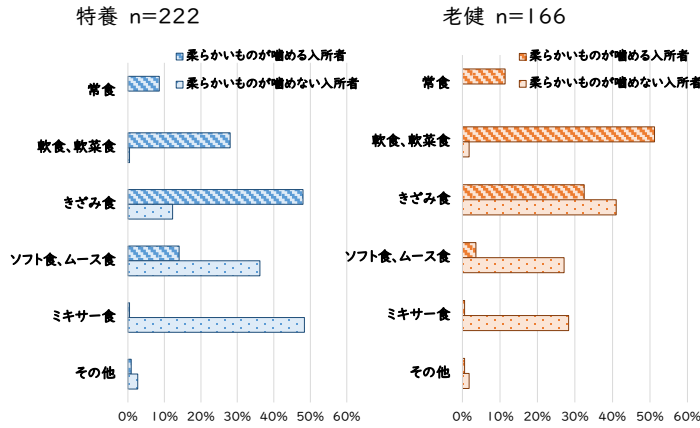
○咬合力低下を体験してみましょう

両頬に手のひらを当てて臼歯を噛みしめると、かたくなった咬筋が触れます。咬筋がかたくならない低い咬合力で軟菜食やきざみ食を噛むと、それぞれの噛みやすさ、まとまりやすさを確認できます。対象者、家族、介護者等に体験していただくと、理解が得やすくなります。



介護保険施設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提供されているが、きざみ食は咀嚼回数が増え、噛みにくく、口腔内でまとまりにくいことから誤嚥のリスクがあるため適切な対応とはいえない。

咀嚼機能が低下した入所者への対応として提供される食事形態(頻度が最も高いもの)



令和4年度老人保健健康増進等事業「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 日本健康・栄養システム学会

弱い咀嚼力による硬めの食べ物の一口大ときざみの比較

	一口大	5mm角のきざみ
生の人参 5g		
弱い力でかみ砕けた	0 (0.0)	1 (0.9)
弱い力でかみ砕けない	112 (100.0)	111 (99.1)

通常の咀嚼力による硬めの食べ物の一口大ときざみの比較

	一口大	5mm角のきざみ
生の人参 5g		
すりつぶすまでの平均咀嚼回数(回)	66.7±25.2*	77.9±29.0*
かみやすい(名、()内%)	101 (90.2)	11 (9.8)**
口腔内でまとまりやすい(名、()内%)	105 (93.8)	7 (6.3)**

* p<0.001 対応のあるt検定, **p<0.001 マクネマー検定

大原里子他. 咀嚼機能が低下した要介護高齢者における栄養改善と義歯使用およびきざみ食の関連について. 厚生 の指標 63(15). .37-44, 2016.

以下の表及び写真は、固いものが噛めなくなった人に対する、＜やわらか食＞(軟菜食)の効果について行った実験的研究の結果です。

実験的に臼歯のすり潰し運動を行う模擬咀嚼装置を用いて、噛む力(咬合力)低下と診断される200N未満の咬合力から、咬合力50N, 100N, 150N, 200Nの4段階に設定しました。ニンジンを試料として、軟菜食1種類(軟らかい一口大+人工唾液1ml)ときざみ食2種類(硬いきざみ+とろみ1mlと軟らかいきざみ+とろみ1ml)の計3種類としました。当該実験装置による模擬咀嚼(30回 1回/秒)後に、細かく噛み砕けずにくふるい>に残留した試料重量とくふるい>を通過して細かく噛み砕かれた試料重量から算出された咀嚼能率を比較しました。

その結果、以下のことがわかりました(残留状況は、以下の写真参照のこと)。

- 軟らかい一口大(軟菜食)の咀嚼能率は、硬いきざみ+とろみより大きく良好であること。
- 軟らかいきざみ+とろみの咀嚼能率は、硬いきざみ+とろみより大きく良好であること。
- 軟らかい一口大(軟菜食)の咀嚼能率は、軟らかいきざみ+とろみの咀嚼能率と比較して、50N, 100Nでは同程度で、150N, 200Nでは大きいこと。つまり、咀嚼能率の向上には、軟らかくすることが重要であり、きざむことやとろみがけによる効果は認められませんでした。

軟菜食（軟らかい一口大）ときざみ食の咀嚼能率平均値（％）の比較¹⁾

咬合力	軟菜食		きざみ食		
	軟らかい 一口大 +人工唾液		硬いきざみ +人工唾液	硬いきざみ +とろみ	軟らかいきざみ +とろみ
50N	22.9±5.4		4.8±1.4	4.5±1.4	19.7±3.3
5.1kgf		有意確率 ³⁾	<0.001*	<0.001*	0.206
100N	28.3±4.8		8.0±2.6	6.7±2.4	25.4±4.4
10.2kgf		有意確率 ³⁾	<0.001*	<0.001*	0.353
150N	33.2±6.7		10.2±1.7	11.2±2.0	25.6±6.5
15.3kgf		有意確率 ³⁾	<0.001*	<0.001*	0.020*
200N ²⁾	36.4±3.0		11.9±2.8	11.7±2.9	29.3±7.0
20.4kgf		有意確率 ³⁾	<0.001*	<0.001*	0.014*

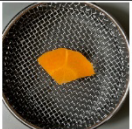









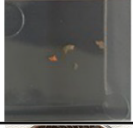

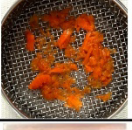
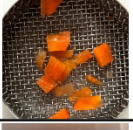
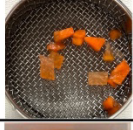


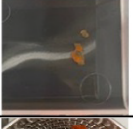


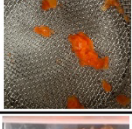


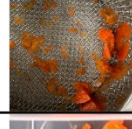









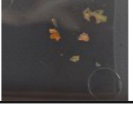


平均値±標準偏差

Dunnett の多重比較検定, * p <0.05

- 1) 模擬咀嚼装置による 30 回咀嚼後に目開き 1.7mm（10 メッシュ）篩で篩分
- 2) 口腔機能低下症診断基準による咬合力低下：200N（約 20.4kgf）未満
- 3) 軟菜食ときざみ食比較の有意確率

引用文献：大原里子, 川口陽子, 梶井文子, 吉池信男, 高田健人, 中澤貴士, 吉見佳那子, 中川量晴, 戸原 玄. 軟菜食ときざみ食の咬合力低下における咀嚼能率の比較—模擬咀嚼装置を用いた検討—. 日本摂食嚥下リハビリテーション学会雑誌. 2024（印刷中）

軟菜食ときざみ食の模擬咀嚼装置による30回咀嚼後¹⁾の各試料の変化

		軟菜食	きざみ食		
		軟らかい一口大 +人工唾液	硬いきざみ +人工唾液	硬いきざみ +とろみ	軟らかいきざみ +とろみ
咬合力 ²⁾	咀嚼前				
50N 5.1kgf	咀嚼後 ³⁾ (篩上に残留した試料)				
	篩を通過した試料 ⁴⁾				
100N 10.2kgf	咀嚼後 ³⁾ (篩上に残留した試料)				
	篩を通過した試料 ⁴⁾				
150N 15.3kgf	咀嚼後 ³⁾ (篩上に残留した試料)				
	篩を通過した試料 ⁴⁾				
200N 20.4kgf	咀嚼後 ³⁾ (篩上に残留した試料)				
	篩を通過した試料 ⁴⁾				

¹⁾咀嚼回数30回 咀嚼速度1回/秒

²⁾口腔機能低下症判断基準による咬合力低下: 200N(約20.4kgf)未満

³⁾目開き1.7mm(10メッシュ)で篩分

⁴⁾通過した試料を目開き0.08mm(200メッシュ)で篩分後、篩上に残留した試料

引用文献: 大原里子,川口陽子,梶井文子,吉池信男,高田健人,中澤貴士,吉見佳那子, 中川量晴,戸原 玄.軟菜食ときざみ食の咬合力低下における咀嚼能率の比較—模擬咀嚼装置を用いた検討—.日本摂食嚥下リハビリテーション学会雑誌.2024 (印刷中)

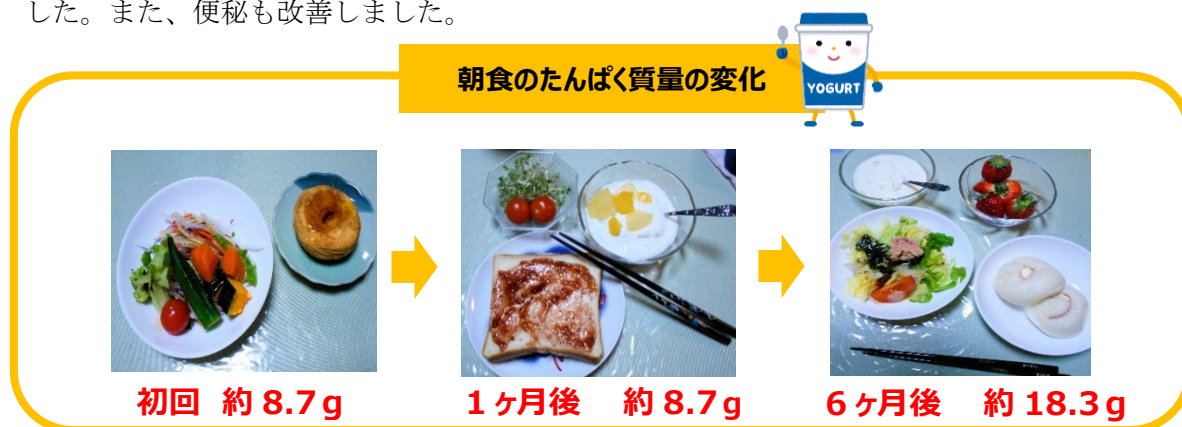
(3) 管理栄養士の栄養相談のイメージを変えましょう

管理栄養士の栄養相談については、「バランスよく」「野菜は 300g 以上」「減塩」「甘いものは控えて」等のワンパターンのイメージが本人・家族に刷り込まれているようです。そのため、本人や家族に、管理栄養士の栄養相談(栄養改善加算)や在宅訪問が敬遠されがちです。しかし、管理栄養士の栄養相談(栄養改善加算)においては、本人が好きな食べ物、食べたいものから、エネルギーやたんぱく質が高密度に含まれている食べ物を本人・家族と一緒に探して、その簡単な準備方法を管理栄養士が助言や提案をしています。管理栄養士による栄養相談は、一人ひとりのオーダーメイドの計画によるものであり、家族等の食事に対する不安や心配に寄り添い、その介護負担を軽減することにも充分配慮しています。

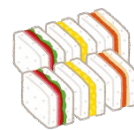
(4) 在宅での食生活が肝心です

通所事業所の食事は一日 3 回の食事のうちの 1 回にすぎません。そこで、「通所事業所での食事は完食しているのに、体重が減少している」ということが起こります。このような場合には、<実は在宅での食事はカップラーメンだけ><一日 1 回の配食弁当を奥様と半分ずつにしていた>というようなことがあります。通所事業所の利用時に管理栄養士等が本人に聞いて、在宅での食生活の状況がわかる場合はよいのですが、わからない場合には、管理栄養士が移動車に同乗等して在宅訪問する場合があります(栄養改善加算によって在宅訪問をすることができる)。そして、管理栄養士は、在宅の食習慣の状況や買い物等の生活環境から、本人・家族が簡単に取組める方法として、例えば、以下のように提案しています。

- 朝食にたんぱく質が不足している 80 歳代男性 (必要たんぱく質量* 60 g/日、1 食あたり 20 g *体格やご病気によって必要量は変わります) に対して、初回訪問時は「朝食にヨーグルト 1 個 (100 g) を追加することから始めて、たんぱく質の多い食品をたくさん摂りましょう」とお伝えしました。その後、たんぱく質の必要性を徐々に理解していただき、写真の通り、6 か月後は、サラダにツナ(缶詰)が追加され、ロールパンからハムロールを選んでもくれるようになりました。手軽さ、常備できるものを心掛け、パンの選定時のポイントを栄養支援しました。たんぱく質量は初回 8.7 g/食から、6 か月後に 18.3 g/食に増加しました。また、便秘も改善しました。



●脳梗塞後遺症 70 歳代の独居男性では、通所が無い日の昼食は、商店街の喫茶店でトーストとコーヒーで済ませていることがわかりました。管理栄養士は、喫茶店のメニューを確認し、トーストから卵サンドやミックスサンドに変更を提案しました。また、コーヒーにはミルクと砂糖を入れることで不足のエネルギーが増量することを説明しました。初回 BMI (Body Mass Index) 18.1 kg/m²から、3 ヶ月後 18.6 kg/m²に改善することが出来ました。



●夕食のみ同居家族と食事を摂り、朝食や通所がない昼食は欠食しがちの 80 歳代リウマチの女性に、栄養バランスゼリー(パウチタイプ)を提案しました。その後、体重減少は抑制され維持できています。



5. 管理栄養士、歯科衛生士等がいる通所事業所は口腔・栄養(食事)の相談窓口

利用者や家族の口腔・栄養について、以下のような気付きや不安をそのままにしておく、フレイル・サイクルが悪循環に陥って手遅れになり、要介護度の悪化や入院ということになりかねません。何より「口から食べる楽しみ」が失われていきます。

例えば、「硬いものを避け、軟らかいものばかり食べている」「入れ歯があわない」「むせやすい」「食べる時口腔の痛みある」「噛めない」だから、「食事量が減ってきている」

「体重が減少してきている」「めっきり痩せた」「食欲がない」「少ししか食べれないが、この量でよいのかわからない」「買い物や食事の準備ができなくなった」「むせるので食事をどうしたらよいのかわからない」「おいしいと感じない」だから「食事を楽しめない」等・

このような在宅での本人・家族及び介護支援専門員の気付きや、不安は、通所事業所の利用時にスタッフ・介護支援専門員に早く相談します。口腔・栄養関連サービスを行っている通所事業所であれば、歯科衛生士や管理栄養士がすぐに対応して、口腔・栄養関連サービスを受けることができます(「2. 口腔・栄養の問題が把握されていないことが問題」を参照のこと)。通所事業所は、日常的に口腔・栄養に関する気付きや不安を気楽に相談できる専門職の窓口でもあります。

ですから、通所事業所の提供している口腔・栄養関連サービスを前向きに利用してください。そして、在宅で「口から食べる楽しみをいつまでも」を実現して頂きたいものです。



6. 通所事業所関係者が口腔・栄養関係サービスに取り組むために(通所事業所関係者のために)

通所事業所関係者が、口腔・栄養関係サービスの体制づくりや取組を推進するために活用できる内容を、本事業等の先駆的取組を行っている事業所の実態調査やインタビュー調査からまとめました。

(1) 口腔・栄養関係サービスの意義をパーパスに

通所事業所における口腔・栄養サービスの体制づくりのためには、まず、「パーパス(Purpose)」「(目的、意図)」を明確にすることです。口腔・栄養サービスが、介護報酬上の評価が低いサービスであっても、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っても、「パーパス」は、事業所経営や職員個々人の指針となり、その「存在意義」を明確化し、口腔・栄養サービスの提供のみならず、その継続的な品質改善活動やイノベーションに繋がっていきます。口腔・栄養関係サービスの、在宅高齢者の「口から食べることを支援する」という意義は、人生の喜びとして最期まで存在しますので、「パーパス」として共有して利用者・家族に説明できるようにします(「1. 口腔・栄養関連サービスはなぜ必要なのでしょうか?」を参照のこと)。



(2) 歯科衛生士や管理栄養士がいる体制づくり

通所事業所に歯科衛生士や管理栄養士が常勤配置されている事業所は殆どありませんが、法人や事業所のパーパスのもとに、これらの職種を常勤配置することによって、地域の他事業所との差別化をはかり、「売り」にしている先駆的な事業所があります。一方、多くの事業所は、常勤配置は経営的に困難なことから、法人の病院や介護保険施設の歯科衛生士や管理栄養士が常勤換算人数で0.1~0.2人程度(0.2は1週間1日程度)兼任しています。介護保険施設が併設している通所事業所においては、介護保険施設における入所者50人に一人の常勤管理栄養士の配置(栄養マネジメント強化加算による)を強化して、併設の通所事業所の栄養関連サービスを兼任しています。また、法人外の歯科衛生士や管理栄養士の非常勤雇用の採用に際しては、これらの専門職は子育て時期にある場合が多いので、業務時間帯が本人の希望に沿う柔軟な採用条件が必要です。歯科衛生士については、通所事業所と協力歯科医院との連携を強化して、当該医院に勤務する歯科衛生士と連携できるようにしていきます。

(3) 加算算定に繋げるために

口腔・栄養関連サービスは、加算の算定までに繋がらないという状況が多く、その理由としては、本人・家族に承諾が得られない、介護支援専門員に承諾が得られないということがあります。そこで、口腔・栄養関連サービスが加算の算定に繋がられている事業所の共通の手順は、以下のようなものです。

- ① 通所事業所利用前の説明のための生活相談員による在宅訪問等を利用して、生活相談員は、リーフレットを用いて口腔・栄養関連サービスについて説明をします。特に口腔・栄養スクリーニングや栄養アセスメント等を全員に行っていることを伝えて加算の算定を要することに承諾を得ておきます。
- ② 利用者の事前情報(かかりつけ医からの検査データ、体重等が含まれる場合もある)や面談によっても、口腔・栄養の状況の問題があるかを把握して、問題がみられる場合には、歯科衛生士や管理栄養士に連絡して、予め生活相談員に入所後に対応について意見をもらいます。
- ③ 利用者の最初のスクリーニング及び栄養アセスメントから口腔・栄養の問題が把握された利用者には、歯科衛生士や管理栄養士から、問題について具体的に説明後に非加算での栄養・口腔サービスを体験してもらい、今後の当該サービスの継続についての内諾を、本人・家族からもらいます。これらの内容は、専門職から介護支援専門員に文章を添えて説明します。
- ④ ③を踏まえて、生活相談員は、介護支援専門員に、利用者に口腔・栄養の問題がどのようなものか、また、問題の解決のために口腔・栄養サービスをいつ、どこで、どのように提供するのかを、本人・家族が当該サービスの継続を承諾していることを伝えます(各専門職から介護支援専門員に伝える場合もあります)。
- ⑤ ①から④によって口腔・栄養関連サービスは、本人・家族の承諾が得られて、介護支援専門員によってサービス計画書に位置付けられ、加算の算定に至ります。
- ⑥ 歯科医師やかかりつけ医への受診が必要な場合には、必要とする理由を③、④のなかで本人・家族が納得できるように説明をします。
- ⑦ 歯科衛生士・管理栄養士は、生活相談員を介して本人・家族及び介護支援専門員に、必要に応じて経過と、6か月毎及び計画変更をした場合の報告を必ず行います。

- ⑧ 事業所側からの報告書には、介護支援専門員が記載できるフィードバックの欄を設けて、適宜生活相談員にフィードバックをもらい、歯科衛生士及び管理栄養士等関連者と共有化します。



(4) 一体的取組のために

令和6年度介護報酬改定において、通所リハビリテーションにおけるリハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組を推進し、自立支援・重度化防止を効果的に進める観点から、リハビリテーションマネジメント加算に、以下のような要件の加算(ハ)（同意日の属する月から6月以内793単位/月、6月超473単位/月）が新設されました。

【リハビリテーションマネジメント加算（ハ）の算定要件】

従来のリハビリテーションマネジメント加算の算定のLIFEへの情報提供やフィードバックの活用等の要件に加えて、

- ・事業所の従業員として、または外部との連携により管理栄養士を1名配置していること。
- ・利用者ごとに、多職種が共同して栄養アセスメント及び口腔の健康状態の評価を行っていること。
- ・利用者ごとに、言語聴覚士、歯科衛生士または看護職員がその他の職種と共同して口腔の健康状態を評価し、解決すべき課題の把握を行っていること。
- ・利用者ごとに、関係職種が、通所リハビリテーション計画の内容の情報等や、利用者の口腔の健康状態や栄養状態に関する情報を相互に共有し、必要に応じてリハビリテーション計画を見直し、その内容を関連職種に対して情報提供すること等。

※リハビリテーション事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合に、上記の加算に270単位が加算されます。

令和6年度介護報酬改定によって、通所介護においては、一体的取組のための加算が新設されておりませんが、一体的取組を推進している事業所においては、効果的な取組が行われています。通所介護においても個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理に関する評価等を一体的に記入する様式の活用が求められており、一体的取組の推進が期待されています。

一体的取組の様式例等を含めた詳細は、日本健康・栄養システム学会による令和5年度老

人保健事業等推進等補助金(老人保健健康増進等事業)「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における手引が日本健康・栄養システム学会ホームページに掲載されていますので、ご参照ください。

(5) 介護予防事業や配食サービスとの共同体制

事業所経営の側面から以下のようなサービスにも取組まれています。

- ・介護サービスにおける口腔・栄養関連サービスとともに、自治体の介護予防事業の委託を受けて、地域の非介護認定者や要支援1, 2の高齢者を対象とした口腔・栄養等のサービスを提供しています。
- ・通所事業所利用者が弁当の持ち帰りや配食サービスが利用できるようにして、人件費の採算がとれるようしています。

参考資料

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

効果等に関するエビデンス(介護給付費分科会資料より)

- ・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
- ・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

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/content/12300000/000672514.pdf>

口腔・栄養関係

・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>

・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. 令和4年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金 老人保健健康増進等事業「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」報告書. 日本健康・栄養システム学会

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

・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

・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）「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」

・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）（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>

口腔・栄養関連サービス推進のためのリーフレット例（三つ折り）
本稿をもとに、オンラインツールを活用し作成

お食事でお困りになっていることはありませんか？

かむこと、
飲みこむことが
最近難しい。
体重が減ってきた。
どんな食事のかたち
や内容がいいの？
など・・・

**管理栄養士、
歯科衛生士等がいる
通所事業所は
口腔・栄養（食事）の
相談窓口です。
お困りごとを
お気軽にご相談ください！**

**栄養改善加算・口腔機能向上加算の
具体的なサービス利用例**

朝食にたんぱく質が不足している80歳代男性
1食あたりたんぱく質が20g（必要たんぱく質量
1日60g）が必要のところ、朝食では8.7gと不足し
ていました。*体格やご病気によって必要量は変わります。

管理栄養士が、「朝食にヨーグルト1個（100g）を
追加して、たんぱく質の多い食品を食べましょう」と
お声掛けしました。手軽さ、常備できるものを心掛
け、パンの選定時のポイントをお伝えした結果、たん
ぱく質の必要性を理解され、6か月後、1食18.3gに
増加しました。また、便秘も改善しました。

そして、歯科衛生士に、「上手な歯みがきの習慣
で、誤嚥性（ごえんせい）肺炎の予防ができました
ね」と言われました。



初回 約8.7g 1ヶ月後 約8.7g 6ヶ月後 約18.3g

朝食のたんぱく質量の変化

令和5年度老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業
「通所事業所における口腔・栄養関連
サービスに関する調査研究事業」

口腔・栄養のサービスの
くわしくはこちら

通所サービスご利用者様・
ご家族のみなさまへ

**口から食べる楽しみを
いつまでも**



ご存知ですか？
通所の口腔・栄養のサービス
当事業所は次のサービス
を行っています

- 口腔・栄養の問題を
確認するサービス
- 口腔・栄養スクリーニング加算
- 栄養アセスメント加算
- 口腔・栄養の問題解決を
一人ひとりに行うための
サービス
- 栄養改善加算
- 口腔機能向上加算

お問い合わせ

TEL 123-456-7890

住所

●●事業所

一般社団法人
日本健康・栄養システム学会
Association Society on Nutrition Care and Management

2024.3.●作成

口腔・栄養ケアの大切さ

口から食べる楽しみを維持することは、体重減少を抑えられ、筋肉量の減少を防ぎます。筋肉量が減ると、転倒や骨折、疾患が悪化する危険性が高まります。重度化防止のためにサービスを活用しましょう。



かめない・飲みこめない・食べられないと体重、筋肉量が減り転倒などの恐れがあります。

口腔を健康に！
食べられると元気に！
リハビリも効果的に！



ご利用の流れ

1. 相談する

相談員等が口腔・栄養のお困りごとを伺います。
電話などでお問い合わせください。

3. サービス開始

ケアプランに沿って、口腔や栄養に関する支援が開始されます。

シニア期の栄養目標

担当者
管理栄養士



2. 介護保険



サービスの調整

ケアマネジャーが、課題を踏まえ、専門職の支援を提案、ご本人・ご家族の同意を得て、通所との調整を進めていきます。ケアプランを作成します。

4. モニタリング

経過を確認するため、相談員等がお話を伺います。

「身体の機能を低下させない」
そのために

- ・適度な運動や休養による体力の維持
- ・生きがいや楽しみを感じながら日々の生活を送ること
- ・栄養バランスのとれた食生活で低栄養を防ぐ



令和5年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
通所事業所における口腔・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	日本歯科大学 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	
小山 秀夫	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 講師	
◎三浦 公嗣	日本健康・栄養システム学会 代表理事	
元家 玲子	日本栄養士会 理事	
野村 圭介	日本歯科医師会 常務理事	
吉田 直美	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	検討委員会副委員長	
榎 裕美	愛知淑徳大学教授	
大原 里子	大原歯科医院	
金久 弥生	明海大学 教授	
苅部 康子	介護老人保健施設リハパーク舞岡 栄養科長	
古賀奈保子	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 講師	
谷中 景子	千春会病院栄養科 統括主任	
遠又 靖丈	神奈川県立保健福祉大学 准教授	
堤 亮介	平成医療福祉グループ 部長	
寺井 秀樹	慶應義塾大学 講師	
友藤 孝明	朝日大学 教授	
西井 穂	神戸女子大学 講師	
長谷川未帆子	大和市保健福祉部	○：小委員長

協力委員

志村 栄二 愛知淑徳大学 教授
百合草 誠 愛知淑徳大学 教授

協力者

大田 圭要 神奈川県立保健福祉大学 大学院生

研究事務補助

萩原奈緒、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

本リーフレットの編集は、実務小委員会委員、西井穂を中心に大原里子、苅部康子、古賀奈保子、高田健人、堤亮介、寺井秀樹が主に担当しました。

令和5年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
通所事業所における口腔・栄養関連サービスに関する調査研究事業
通所サービス利用要介護高齢者の
「口から食べる楽しみをいつまでも！！」を実現するために
口腔・栄養サービス リーフレット(初版)

2024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

厚生労働省令和5年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）

「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、2023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。	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

※ 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

2023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. 2023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. 2023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～2023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に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. 2023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したが？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. 2023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～2023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 checked="" 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。

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 2023 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5年度老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業
通所事業所における口腔・栄養関連サービスに
関する調査研究事業

2024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>