

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

一般社団法人 日本健康・栄養システム学会

令和6（2024）年3月

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分）の交付を令和4年度に引き続いて受け、「リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組に関する調査研究事業」（以下「本事業」という。）に取り組んできた。

リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組（以下「一体的取組」という。）は、高齢者の自立支援・重度化防止につながることから、令和6年度介護報酬・診療報酬の同時改定にあたっての重要な政策課題であった。

本事業では、施設系サービス及び通所系サービスにおける一体的取組の充実を図るため、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年後の実態調査を実施し、それらを比較検討するとともに、介護・医療連携等の観点からインタビュー調査を行い、その成果は中間報告等を含めて、今次同時改定に際して資料として提供された。さらに、介護サービスにおいて一体的取組を推進するための手引書を編纂した。

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とともに、研修の機会を設けることにしている。

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

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）

「リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組に関する調査研究事業」

研究代表者 三浦公嗣

（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分）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

検討委員会

新井 英一	静岡県立大学 教授
植田 耕一郎	日本大学歯学部 摂食機能療法学講座 教授
宇田 淳	滋慶医療科学大学大学院 教授
江澤 和彦	公益社団法人 日本医師会 常任理事
梶井 文子	東京慈恵会医科大学 教授
加藤 昌彦	椙山女学園大学 教授
野村 圭介	公益社団法人 日本歯科医師会 常務理事
小山 秀夫	学会事務局長 兵庫県立大学 名誉教授
斉藤 秀之	公益社団法人 日本理学療法士協会 会長
斉藤 正身	一般社団法人 日本リハビリテーション病院・施設協会 会長
田中 和美	神奈川県立保健福祉大学 教授
○仲井 培雄	一般社団法人 地域包括ケア病棟協会 会長
山本 伸一	一般社団法人 日本作業療法士協会 会長
深浦 順一	一般社団法人 日本言語聴覚士協会 会長
◎三浦 公嗣	一般社団法人 日本健康・栄養システム学会 代表理事
元家 玲子	公益社団法人 日本栄養士会 理事
吉田 直美	公益社団法人 日本歯科衛生士会 会長
中村 春基	千理リハビリテーション病院 副院長
オブザーバー	
前田 圭介	愛知医科大学 栄養治療支援センター 特任教授
上島 順子	NTT 東日本関東病院 栄養部 医療技術主任

◎：委員長 ○：副委員長

事業実施小委員会

池田 公平	公立大学法人 神奈川県立保健福祉大学 （作業療法学専攻 助教）
植田耕一郎	日本大学歯学部 摂食機能療法学講座 教授
榎 裕美	愛知淑徳大学 健康医療科学部 教授
大原 里子	大原歯科医院
苅部 康子	介護老人保健施設リハパーク舞岡 栄養課長
桐谷裕美子	医療法人社団輝生会 初台リハビリテーション病院 栄養士教育担当部長
古賀奈保子	医療法人社団いばらき会 いばらき診療所

杉山みち子	日本健康・栄養システム学会 専務理事
高田 健人	十文字学園女子大学 人間生活学部 食物栄養学科 講師
谷中 景子	医療法人社団千春会 千春会病院 栄養科 統括主任
土田 将之	湘南医療大学 健康医療学部 リハビリテーション学科 理学療法学専攻 助教
堤 亮介	平成医療福祉グループ 栄養管理部 部長
寺井 秀樹	慶応義塾大学医学部 呼吸器内科 講師
遠又 靖丈	神奈川県立保健福祉大学 准教授
友藤 孝明	朝日大学 教授
西井 穂	神戸女子大学 家政学部 管理栄養士養成課程 講師
長谷川未帆子	大和市保健福祉部 健康づくり推進課
Le Bich Hop	大阪歯科大学大学院

協力委員

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

協力者

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

研究補助

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

事務局	駒形 公大	日本健康・栄養システム学会
-----	-------	---------------

目 次

研究概要	・・・1
I. 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・・・16	
はじめに	
方 法	
結 果・考 察	
結 論	
参考文献	
II. 施設及び通所系サービスにおけるリハビリテーション・機能訓練、口腔、 栄養の一体的取組に関する1年後の施設・事業所実態調査・・・41	
はじめに	
方 法	
結 果・考 察	
結 論	
参考文献	
III. 施設及び通所系サービスにおけるリハビリテーション・機能訓練、口腔、 栄養の一体的取組に関するインタビュー調査・・・・・・・・・・108	
はじめに	
方 法	
結 果	
考 察	
結 論	
文 献	
資料	
調査票一式・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・147	

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、施設系サービス及び通所系サービスにおけるリハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組（以下「一体的取組」という。）の充実を図るため、有識者による検討委員会を開催の上、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書」の活用状況や多職種連携による効果、課題等に関して整理し、今後の推進方策の検討を行うための基礎資料を体系的に提供することを目的とし、Ⅰ. 令和4年度の実態調査データの二次分析、Ⅱ. 令和4年度の施設・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なった。さらに、それらの成果を踏まえて手引書の策定を行った。

Ⅰ. 施設及び通所系サービスにおけるリハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組に関する施設・事業所実態調査：二次解析

目的

施設系及び通所系サービスにおける一体的取組について実態調査を行い、その充実を図るための推進方策の検討を行うことを目的とした。

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特別養護老人ホーム（以下「特養」という。）1,450か所、老人保健施設（以下「老健」という。）1,025か所、通所介護事業所（以下「通所介護」という。）1,775か所、通所リハビリテーション事業所（以下「通所リハ」という。）1,450か所のうち、回答のあった特養222か所、老健166か所、通所介護277か所、通所リハ309か所に関するデータについて二次解析を行った。

解析の方針

一体的取組については令和4年度と同様に、「リハビリテーション専門職・機能訓練指導員、栄養専門職、歯科口腔専門職が連携して設定した目標を個別のリハビリテーション計画または機能訓練計画に反映できていますか」の設問に対する回答（「反映できている」vs「反映できていない」）に基づき、反映できている場合を一体的取組を実施していることとした。

本二次解析では、以下の仮説について検討した。

- ① 管理栄養士の常勤換算配置数により、業務の構造・プロセス・アウトカムに差はあるか
⇒管理栄養士常勤換算配置数（特養と老健では2名以上・未満、通所介護と通所リハでは0.1名以上・未満）により群分け
- ② リハビリテーション職種（PT・OT・ST）の配置状況により、業務の構造・プロセス・アウトカムに差はあるか

⇒PT・OT・ST それぞれ「常勤換算 0.1 名以上」を配置ありとし、配置ありの職種数により群分けし、傾向性の検定を実施

③ 歯科の関与状況により、業務の構造・プロセス・アウトカムに差はあるか

⇒歯科医師・歯科衛生士それぞれ「常勤換算 0.1 名以上」または「外部機関（同一法人・他法人）の専門職と連携あり」を「関与あり」とし、関与の有無により群間比較

結果・考察

1. 管理栄養士の常勤換算配置数により、業務の構造・プロセス・アウトカムに差はあるか

(1) 施設種別各群の客数

特養：2 名以上配置 (n=46)・2 名未満 (n=147)

老健：2 名以上配置 (n=29)・2 名未満 (n=85)

通所介護：0.1 名以上配置 (n=25)・0.1 名未満 (n=252)

通所リハ：0.1 名以上配置 (n=110)・0.1 名未満 (n=199)

施設・事業所種ごとに管理栄養士の配置状況は異なっていた。

(2) 管理栄養士配置状況による比較

施設種別に管理栄養士 2 名未満と比べ、2 名以上配置は下記の傾向がみられた。

① 特養

- ・栄養マネジメント強化加算、経口維持加算Ⅰ、口腔衛生管理加算Ⅱ、個別機能訓練加算等の栄養・口腔・リハビリテーションに関連する加算の算定割合が高い。
- ・リハビリテーション・個別機能訓練目標の共有、栄養ケアの目標の共有、口腔ケア・マネジメントの目標の共有等の業務において各専門職が連携して実施している割合が高い。

② 老健

- ・栄養マネジメント強化加算、在宅復帰・在宅療養支援機能加算の算定割合が高い。
- ・一体的取組の効果として「リハビリテーションのアウトカムがよくなった」、「在宅復帰が促進された」と回答された割合が高い

事業所種別に管理栄養士 0.1 名未満と比べ、0.1 名以上配置は下記の傾向がみられた。

③ 通所介護

- ・事業主体は社会福祉法人の割合が高く、営利法人の割合は低い。併設施設は特養の割合が高い。
- ・BMI18.5 未満の利用者が「いる」の割合が高く、「把握していない」の割合が低い。
- ・外部機関（同一法人）の管理栄養士と連携している割合が高い。
- ・栄養アセスメント加算、栄養改善加算、個別機能訓練加算Ⅰイ等の算定割合が高い。
- ・リハビリテーション・個別機能訓練計画の共有、栄養ケアの目標の共有等の業務において各専門職が連携して実施している割合が高い。

- ・一体的取組の効果として「歯科口腔のアウトカムがよくなった」と回答された割合が高い。

④通所リハ

- ・併設施設は老健の割合が高く、診療所の割合が低い。
- ・BMI18.5未満の利用者が「いる」の割合が高く、「把握していない」の割合が低い。
- ・「噛むことに問題がある」利用者が「いる」の割合が高く、「把握していない」の割合が低い。
- ・「飲み込むこと（嚥下）に問題がある」利用者が「いる」の割合が高く、「把握していない」の割合が低い。
- ・外部機関（同一法人・他法人）の歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士、管理栄養士と連携している割合が高い。
- ・口腔・栄養スクリーニング加算、栄養アセスメント加算、栄養改善加算、個別機能訓練加算Ⅰ・Ⅱ、リハビリテーションマネジメント加算（A）ロ、（B）ロ等の算定割合が高い。
- ・「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」（「一体的取組している」）割合が高い。
- ・リハビリテーション・個別機能訓練目標の共有、栄養ケアの目標の共有、口腔ケア・マネジメントの目標の共有等の業務において各専門職が連携して実施している割合が高い。
- ・リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の3領域が参加するカンファレンスやインフォーマルな話し合いを実施している割合が高い。
- ・一体的取組の効果として「各専門職の業務フローへの理解が深まった」、「在宅復帰が促進された」と回答された割合が高い。
- ・居宅介護支援事業所の介護支援専門員との連携において、栄養ケアや口腔ケアに関する情報が共有されている割合が高い。

これらの結果から、管理栄養士の配置が充実しているほど、リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔が連携した「一体的取組」が推進されており、関連加算の算定やカンファレンスの実施、多くの業務項目において多職種が関与し、一体的取組による業務プロセスやアウトカムへの効果が実感されていた。また、通所リハにおいては居宅介護支援専門員との連携が実施されるなど良好な業務プロセスが推進されていた。特養、老健では栄養マネジメント強化加算により管理栄養士の複数配置（入所者50名あたり1名以上）が推進されており、経口維持の取り組み強化などサービスの質の向上に寄与することが期待されている。また、施設において十分な人員が配置されることで併設の通所サービス等への兼任による関わりも可能となる。このように栄養ケア・マネジメントを実践する管理栄養士の充実した配置は施設および居宅サービスにおける一体的取組を推進するうえで不可欠な要因であるといえる。

2. リハビリテーション職種 (PT・OT・ST) の配置状況により、業務の構造・プロセス・アウトカムに差はあるか

(1) 施設種別各群の客数

特養：リハビリテーション（以下「リハ」という。）専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）配置なし（n=124）・1職種配置（n=86）・2職種配置（n=12）

老健：リハ専門職配置なし（n=2）・1職種配置（n=24）・2職種配置（n=57）・3職種配置（n=83）

通所介護：リハ専門職配置なし（n=177）・1職種配置（n=65）・2職種配置（n=33）・3職種配置（n=2）

通所リハ：リハ専門職配置なし（n=2）・1職種配置（n=111）・2職種配置（n=118）・3職種配置（n=78）

施設・事業所種ごとにリハ専門職の職種の配置状況は異なり、特養、通所介護には配置がないところが多くみられた。

(2) リハ専門職配置状況による比較

施設・事業所別にリハ専門職配置なしと比べ、リハ職種数が多いほど以下の傾向がみられた。

①特養

- ・ 管理栄養士2名以上配置の割合が高い。
- ・ 栄養、口腔、個別機能訓練、看取りに関する加算算定率が高い。
- ・ 「一体的取組」をしている割合が高い。
- ・ 「リハビリテーション・個別機能訓練目標の共有」、「リハビリテーション・個別機能訓練計画の共有」といったリハ関連の業務においてリハ専門職、機能訓練指導員、栄養をはじめとした多職種が連携している割合が高い。
- ・ 「栄養ケア・マネジメントの目標の共有」や「栄養ケア計画の共有」においてリハ専門職、機能訓練指導員、歯科口腔専門職の関与の割合が高い。
- ・ 「口腔ケア・マネジメントの目標の共有」や「口腔ケア・マネジメント計画の共有」へのリハ専門職の関与の割合が高い。
- ・ リハ・口腔・栄養3領域が参加するカンファレンスを開催している割合が高い。
- ・ リハビリテーション・個別機能訓練に関するインフォーマルな話し合いが行われている割合が高い。
- ・ 「一体的取組」の効果として、「入所者の新たな課題やニーズを早期に把握できるようになった」、「日常の職種間の情報連携の頻度が増えた」、「ケアプランで共通した目標設定ができるようになった」、「各専門職の専門用語への理解が深まった」、「個別機能訓練のアウトカムがよくなった」を実感している割合が高い。
- ・ 外部機関所属の専門職との連携体制、専門職と本人・家族、ケアマネジャー等が参加するカンファレンスの開催、互いの業務に対する理解を深めるための研修会、電子システム導入、気軽に相談できる職場づくりに取り組まれている割合が高い。

- ・ 多職種連携においてカンファレンス中の発言や互いの専門性に対する尊重がされている割合が高い。

②老健

- ・ 管理栄養士2名以上配置の割合が高い。
- ・ 栄養、口腔、個別機能訓練、看取りに関する加算算定率が高い。
- ・ 「一体的取組」をしている割合が高い。
- ・ 「リハビリテーション・個別機能訓練目標の共有」、「リハビリテーション・個別機能訓練計画の共有」といったリハ関連の業務において栄養専門職をはじめとした多職種が連携している割合が高い。
- ・ 「栄養ケア・マネジメントの目標の共有」や「栄養ケア計画の共有」においてリハ専門職、栄養専門職の関与の割合が高い。
- ・ 「口腔ケア・マネジメントの目標の共有」や「口腔ケア・マネジメント計画の共有」へのリハ専門職、栄養専門職の関与の割合が高い。
- ・ リハ・口腔・栄養3領域が参加するカンファレンスを開催している割合が高い。
- ・ リハビリテーション・個別機能訓練に関するインフォーマルな話し合いが行われている割合が高い。
- ・ 「一体的取組」の効果として、「入所者の新たな課題やニーズを早期に把握できるようになった」、「日常の職種間の情報連携の頻度が増えた」、「ケアプランで共通した目標設定ができるようになった」、「各専門職の業務フローへの理解が深まった」、「リハビリテーションのアウトカムがよくなった」を実感している割合が高い。
- ・ 専門職の新規の雇用、外部機関所属の専門職との連携体制、専門職と本人・家族、ケアマネ等が参加するカンファレンスの開催に取り組まれている割合が高い。
- ・ 多職種連携において意思疎通や全体での話し合いができている割合が高い。

③通所介護

- ・ BMI18.5kg/m²未満の利用者を「把握していない」割合が低い。
- ・ 栄養、口腔、個別機能訓練に関する加算算定率が高い。
- ・ 「一体的計画書」は知っている、使用している割合が高い。使用していないところでは「別の書式で運用している」が多い。
- ・ 「一体的取組」をしている割合が高い。「一体的取組」をできない理由としては「歯科口腔専門職が勤務していない」「事業所外(同一法人を含む)の歯科口腔専門職との連携体制がない」が多い。
- ・ 「リハビリテーション・個別機能訓練目標の共有」、「リハビリテーション・個別機能訓練計画の共有」といったリハ関連の業務においてリハ専門職をはじめとした多職種が連携している割合が高い。
- ・ 「栄養ケア・マネジメントの目標の共有」や「栄養ケア計画の共有」は低調。
- ・ 栄養、歯科口腔専門職の関与には差はなく極めて低調(他職種で把握された低栄養状

態リスク、口腔衛生の問題が専門職によるケア計画つながない可能性がある)

- ・ 「一体的取組」の効果として、「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」、「ケアプランで共通した目標設定ができるようになった」、「各専門職の業務フローへの理解が深まった」、「個別機能訓練のアウトカムがよくなった」等を実感している割合が高い。
- ・ 多職種連携において「専門職が尊重され協働している」割合が高い。
- ・ 居宅介護支援専門員との連携において、リハ専門職が相談しており、居宅への訪問も実施されている割合が高い。

④通所リハ

- ・ 老健、病院併設の割合が高い。
- ・ 機能訓練指導員として OT, ST が勤務している割合が高い
- ・ 外部機関の ST と連携している割合が高い
- ・ 管理栄養士を常勤換算 0.1 人以上配置している割合が高い
- ・ 栄養、口腔、リハビリテーションに関する加算算定率が高い。
- ・ 「一体的取組」をしている割合が高い。
- ・ 「リハビリテーション・個別機能訓練目標の共有」、「リハビリテーション・個別機能訓練計画の共有」といったリハ関連の業務において栄養専門職、歯科口腔専門職が連携している割合が高い。
- ・ 「栄養ケア・マネジメントの目標の共有」や「栄養ケア計画の共有」においてリハ専門職、栄養専門職、歯科口腔専門職の関与の割合が高い。
- ・ 「口腔ケア・マネジメントの目標の共有」や「口腔ケア・マネジメント計画の共有」へのリハ専門職、栄養専門職、歯科口腔専門職の関与の割合が高い。
- ・ リハ・口腔・栄養 3 領域が参加するカンファレンスを開催している割合が高い。
- ・ リハビリテーション・個別機能訓練に関するインフォーマルな話し合いが行われている割合が高い。
- ・ 居宅の介護支援専門員と連携しており、栄養や口腔に関する情報を共有している

これらの結果から、リハ専門職の職種が多様なほど、栄養、口腔が連携した「一体的取組」が推進されており、関連加算の算定やカンファレンスの実施、多くの業務項目において多職種が関与し、通所サービスにおいては居宅介護支援専門員との連携が実施されるなど良好な業務プロセスが推進されていた。また、一体的取組による業務プロセスやアウトカムへの効果が実感されていた。本解析ではリハ専門職の人数ではなく配置職種の多様さによって比較したものであり、多様な専門職がサービスに関わることの意義が示されたといえる。

3. 歯科医師・歯科衛生士の関与状況により、業務の構造・プロセス・アウトカムに差はあるか

(1) 施設種別各群の客数

特養：歯科医師関与あり（n=192）・関与なし（n=30）、歯科衛生士関与あり（n=150）・関与なし（n=72）

老健：歯科医師関与あり（n=119）・関与なし（n=47）、歯科衛生士関与あり（n=112）・関与なし（n=54）

通所介護：歯科医師関与あり（n=30）・関与なし（n=247）、歯科衛生士関与あり（n=11）・関与なし（n=266）

通所リハ：歯科医師関与あり（n=21）・関与なし（n=288）、歯科衛生士関与あり（n=26）・関与なし（n=283）

以上により、通所介護、通所リハビリテーションでは歯科医師、歯科衛生士の関与は1割程度と低調であった。通所介護については群間比較が困難であったため記載していない。

（2）歯科医師・歯科衛生士の関与による比較

施設・事業所種別に、歯科医師・歯科衛生士の関与なしに比べて、関与ありでは、以下の状況がみられた。

①特養

- ・ 歯科医師・歯科衛生士の関与がある施設では、栄養、口腔に関する加算算定率が高い。
- ・ 歯科衛生士の関与がある施設では、「一体的取組」をしている割合が高い。
- ・ 歯科医師・歯科衛生士の関与がある施設では、歯科専門職がリハビリテーション、栄養、口腔関連業務に関与する割合が高い。
- ・ 歯科衛生士の関与がある施設では、リハビリテーション専門職、介護福祉士を含む介護職員、介護支援専門職の関与割合も高い。
- ・ 歯科衛生士の関与がある施設では、歯科口腔のアウトカムが良くなったと実感されている割合が高い。
- ・ 歯科医師の関与がある特養では、「カンファレンスでは、話し合うだけでなく一定の結論を導き出す場になるように配慮されている」、「多職種チーム内で支援目標を共有している」で「とてもあてはまる」の割合が高い。

②老健

- ・ 歯科医師・歯科衛生士の関与がある施設では、経口維持、口腔、褥瘡ケアに関する加算算定率が高い。
- ・ 歯科衛生士の関与がある老健では、在宅復帰に関連する加算の算定率が高い。
- ・ 歯科医師・歯科衛生士の関与がある老健では、歯科口腔専門職がリハビリテーション、栄養、口腔関連業務への関与する割合が高く、リハ専門職、介護福祉士を含む介護職員、介護支援専門職の口腔関連業務への関与割合も高い。
- ・ 歯科医師・歯科衛生士の関与がある老健では、歯科口腔のアウトカムが良くなった割合が高い一方、リハ、栄養のアウトカムが良くなったという割合は低い。

③通所リハ

- ・ 歯科衛生士の関与がある事業所では、BMI18.5kg/m²未満の利用者・摂食嚥下の問題を

「把握していない」割合が低い。

- ・ 歯科医師・歯科衛生士の関与がある事業所では、管理栄養士が外部連携または配置で関与している割合が高い。
- ・ 歯科衛生士の関与がある事業所では、栄養口腔関連加算を算定している割合が高い。
- ・ 歯科医師の関与がある事業所では、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。
- ・ 歯科衛生士の関与がある事業所では、「一体的取組」をしている割合が高い。
- ・ 歯科医師・歯科衛生士の関与がある事業所では、リハビリテーションの目標・計画の共有に栄養と口腔が関与している割合が高い。
- ・ 歯科医師・歯科衛生士の関与がある事業所では、栄養ケアの目標・計画の共有に多くの職種が関与している割合が高い。
- ・ 歯科医師・歯科衛生士の関与がある事業所では、口腔ケア・マネジメントの目標、計画共有に多く多職種が関与している割合が高い。
- ・ 歯科衛生士の関与がある事業所では、リハ・口腔・栄養3職種が参加するカンファレンス、インフォーマルな話し合いが行われている割合が高い。
- ・ 歯科医師・歯科衛生士の関与がある通所リハでは、多職種チームで連携がなされている
- ・ 歯科医師・歯科衛生士の関与がある通所リハでは、居宅介護支援専門員と栄養・歯科口腔専門職が互いに相談に乗っている割合が高い。

これらの結果から、歯科医師、歯科衛生士の関与は一体的取組の推進において重要であり、リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔関連加算の算定や多職種が連携した業務プロセスの推進にも寄与していた。特養と老健では歯科口腔アウトカムの効果は実感されているが、老健ではリハビリテーション、栄養のアウトカムの効果の実感は低調であった。そのため、歯科専門職が関与している対象者の特性や内容についてはさらに検討する必要があると考えられた。

4. 結論

管理栄養士、リハビリテーション専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）、歯科医師・歯科衛生士の配置や関与がある施設・事業所においては、一体的取組の実施、加算算定、リハビリテーション・栄養・口腔の目標や計画における専門職の連携、カンファレンスやインフォーマルな話し合いといった多職種連携が必要な業務プロセスが良好であり、通所サービスでは居宅介護支援事業所の介護支援専門員と専門職の連携も密に実施されていた。また、一体的取組の効果として、業務プロセスおよび歯科、栄養、リハビリテーション等のアウトカムに対する効果も実感されていた。一体的取組を推進するためには専門職の配置や連携体制の充実を図る必要があり、施設・事業所単独での配置が困難な場合は施設間連携や地域連携を含めた体制構築が急務であると考えられた。

II. 施設及び通所系サービスにおけるリハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組に関する1年後の施設・事業所実態調査

目的

施設系及び通所系サービスにおける一体的取組の充実を図るため、前年度に回答のあった施設・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

Iで回答のあった施設・事業所のうち、ID突合ができなかったところを除外した特養216か所、老健145か所、通所介護262か所、通所リハ292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特養76か所、老健58か所、通所介護99か所、通所リハ159か所のデータベースについて解析を行った。

結果・考察

1. 回収状況

令和5年度の回収率は特養35.2%、老健40.0%、通所介護37.8%、通所リハ54.5%であった。なお、令和4年度の対象施設・事業所数（特養1,450か所、老健1,025か所、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特養5.2%、老健5.7%、通所介護5.6%、通所リハ11.0%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。一体的取組に関する初の全国実態調査として、今後の推進方策の検討を行うための基礎資料を体系的に提供するという目的に資するものであると考えられた。

以下、令和4年度の値⇒令和5年度の値を示す。

2. 「一体的計画書」の活用・一体的取組の実施状況

「一体的取組」の様式例を使用している施設・事業所は、特養7.9%⇒7.9%と変化がなかったが、老健22.4%⇒13.8%、通所介護19.2%⇒13.1%、通所リハ25.8%⇒21.4%と低調であった。令和5年度に当該様式例を使用していない主な理由は「別の書式で運用している」、「活用を促す加算がない」、「電子システムが対応していない」、「様式例の使い勝手が悪い」等であり、様式例を新たに導入する実務上、経営上のメリットがないことが推察された。

一方、実務面では「リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映」で「反映できている」と回答した施設・事業所は特養51.3%⇒47.4%、老健67.5%⇒75.9%、通所介護60.6%⇒51.5%、通所リハ54.7%⇒47.2%と老健では増加、その他ではいずれも減少していた。令和5年度に増加した「反映できていない」主な理由として、「リハビリテーション専門職の3職種がそ

ろわない（全施設・事業所種）」、「リハビリテーション専門職が勤務していない（特養・通所介護）」、「栄養専門職が勤務していない（通所介護・通所リハ）」、「歯科口腔専門職が勤務していない（通所介護）」、「事業所外（同一法人を含む）の栄養専門職との連携体制がない（通所介護・通所リハ）」、「施設外（同一法人を含む）の歯科口腔専門職との連携体制がない（老健）」であり、専門職の配置を進めるとともに、歯科をはじめとした施設・事業所外（同一法人を含む）の専門職との連携を強く推進することが一層必要とされていた。

具体的な業務 31 項目についてみていくと、通所介護ではリハビリテーション、歯科口腔、栄養の各専門職の連携協働は他の施設・事業所種と比べて、令和 4 年度と同様に全体的に低調であり、機能訓練指導員、介護福祉士を含む介護職員、看護師・准看護師が主に担っていた。

一体的取組の推進による効果として、「日常の職種間の情報連携の頻度が増えた」（特養 35.5%⇒27.6%、老健 46.6%⇒44.8%、通所介護 27.3%⇒32.3%、通所リハ 27.0%⇒22.0%）、「ケアプランで共通した目標設定ができるようになった」（特養 26.3%⇒26.3%、老健 32.8%⇒44.8%、通所介護 17.2%⇒17.2%、通所リハ 19.5%⇒19.5%）、「入所者・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」（特養 31.6%⇒26.3%、老健 37.9%⇒53.4%、通所介護 35.4%⇒37.4%、通所リハ 30.8%⇒31.4%）であり、一体的取組の推進がみられた老健では実務面でも効果が実感される結果につながっていると推察される。アウトカム、ADL・IADL の維持改善等については主観的な回答であることに留意する必要があるが、一体的取組の推進がサービス利用者の生活機能や予後にとって有用である可能性が引き続き示唆された。

これらの結果から、令和 6 年度の介護報酬改定以後は、一体的取組については様式例の使用のみならず実務面で専門職の連携を推進し、施設・事業所の取り組みを進めていくことが肝要であると考えられた。

3. 一体的取組の体制・実施に関する要因について

(1) 専門職の配置について

管理栄養士を 2 名以上配置している施設は特養 31.6%⇒35.5%、老健 24.1%⇒29.3%であり、令和 3 年度新設の栄養マネジメント強化加算を背景とした管理栄養士の手厚い配置については一定の効果がみられていると推察される。一方、PT, OT, ST の 3 職種については入所者 100 名あたりの配置数の平均はいずれも減少していた。これは前述の「リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映」ができない理由である「リハビリテーション専門職が勤務していない」特養 48.6%⇒55.0%、「リハビリテーション専門職の 3 職種が揃わない」特養 29.7%⇒35.0%、老健 10.5%⇒42.5%、通所介護 46.2%⇒56.3%、通所リハ 34.7%⇒41.7%の大幅な増加に影響していると考えられる。歯科医師・歯科衛生士についてはほとんど配置がないまま横ばいであり、一体的取組の推進に不可欠な歯科口腔専門職をどのように確保するかは引き続き課題

である。同様に、通所系サービスにおける管理栄養士の配置は進んでおらず、「反映できていない」理由として「栄養専門職が勤務していない」通所介護 35.5%⇒50.0%、通所リハ 47.2%⇒51.2%といずれも増大しており、専門職の配置はいずれの施設・事業所においても後退していた。

(2) 加算算定状況

一体的取組が推進されていた老健では栄養マネジメント強化加算 (41.4%⇒53.4%)、経口維持加算 I (50.0%⇒55.2%)、リハビリテーションマネジメント計画書情報加算 (67.2%⇒75.9%) の算定が増加していたが、特養、通所介護、通所リハではおおむね横ばいであった。これらの加算は一体的取組の推進と相関する可能性が示された。

(3) 「一体的計画書」

「一体的計画書」を使用している割合はいずれの施設・事業所種でも低調であり、使用していない理由として、「別の書式で運用している」、「様式例の使い勝手が悪い」、「活用を促す加算がない」、「活用を主導する旗振り役がない」等であった。「一体的計画書」は一体的取組を推進するための手段として活用の広がりが期待されるが、実務面での「一体的取組」を評価することを一層重視することが重要である。令和 6 年度の介護報酬改定ではカンファレンスによる 3 領域の共通した目標の設定と共有を重視した新たな様式例が示されており、具体的な活用例を提示するとともに、実務に即した形で既存の様式から「一体的計画書」にスムーズに置き換えることができる方策を検討することが求められる。

(4) 31 業務項目別の連携協働している職種

特養ではリハビリテーション専門職の関与が全体的に減少しており、配置状況の後退が影響していると考えられる。また、通所介護ではいずれの専門職も関与は低調なままであった。特養や通所介護では介護福祉士を含む介護職員と看護師・准看護師が多くの業務項目で中心的な役割を担っていると推察されるが、高度な専門性が要求される内容については当該専門職からの定期的な関与やコンサルテーションの機会を増やすことが重要であると考えられた。

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

リハビリテーション・機能訓練指導員、栄養専門職、歯科口腔が参加するカンファレンスは一体的取組の実務において重要であるが、カンファレンスの実施はいずれの施設・事業所種でも低下しており、専門職の配置が推進される必要がある。一方、インフォーマルな話し合いについては老健と通所リハでは実施している施設・事業所は増加していた。その場に職種がいなくても日常的に適切な情報共有がなされていれば十分に意義があり、日々の業務の中で多職種が緊密な情報共有を行うことのできることは、専門職が一体となって利用者の目標を計画に反映させる取り組みを推進する上で重要であると考えられた。

(6) 一体的取組を推進する上での課題

専門職の配置や外部連携体制がないことが継続して多く挙げられており、当然のことながら専門職が不在であれば一体的取組の推進は困難である。特養では「主導する専門職が決まっていない・わからない」、「経営上のメリットがない」が増加しており、特養に求められる機能訓練や認知症ケア、看取りのケア等においてサービスの質の向上やアウトカムの改善に資する実感が得られることが重要と推察される。一方で一体的取組が一定程度推進された老健では「専門職が互いの業務に対する理解がない」が20.7%⇒12.1%と大きく減少しており、職種間の垣根を超えた連携・協働に寄与するものであると考えられた。一体的取組の推進には専門職の配置と合わせて日々の業務の中で専門職が互いに緊密な情報連携をとれる環境を醸成することが肝要であるといえる。

(7) アウトカムについて

入所者・利用者100名あたりの「過去6か月間の誤嚥性肺炎による入院」については大きな変化はない。本調査は過去に発生したアウトカムを調査時点の業務プロセスと比較していることから、プロセスからアウトカムへの因果関係に言及することはできないため、追跡調査による継続的な評価が今後求められる。

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

居宅介護支援事業所の介護支援専門員との連携は通所介護36.4%⇒44.4%、通所リハ60.4%⇒67.3%といずれも推進しており、特に口腔や栄養に関する情報で共有される割合が増加していた。通所サービスの利用者のニーズや課題は在宅での療養状況を包括的に評価する必要がある。また複数の居宅サービスを組み合わせて利用することもあるため、一体的取組を推進するためには介護支援専門員が核となり、専門職の配置が手薄な事業所では介護職員によるスクリーニングから専門職へつなぐ機能を更に強化する必要がある。一方で介護支援専門員が専門職に相談しやすい体制をつくることにより、地域での一体的取組が推進されることが期待される。

4. 結論

令和4年度から令和5年度にかけて、老健を除く特養、通所介護、通所リハにおいて、「一体的取組」の推進は多少後退していた。主な理由としてリハビリテーション専門職や栄養専門職の関与が低調である点が増加しており、一体的取組を実施する体制が整わないことが課題となっていた。老健では関連する職種が配置されており、一体的取組の推進要因となっていた。歯科口腔専門職の関与は全体的に増加傾向にあったものの、多くの施設・事業所に広がっているとは言えない状況であった。関与する専門職配置が十分でない特養と通所系サービスにおいては外部機関との連携が重要となり、歯科医療機関の歯科医師・歯科衛生士や、医療機関や介護保険施設等に勤務する管理栄養士の存在が鍵となり、地域連携を推進する必要がある。また、通所系サービスでは居宅介護支援事業所の介護支援専門員が利用者のニーズを把握し、適切な専門職へつなぐ役割を一層強化することが望まれる。本調査を実施した令和4年度及び5年度の時点では、厚生労働省から示されていたのは基

本的に様式例のみであり、専門職間の連携の下で一体的取組として実際にすべきことについては各施設・事業所が検討して実施していたと推察される。本調査では「リハビリテーション計画または機能訓練計画への反映ができています」ことを「一体的取組」の重要な要素ととらえて分析した。令和6年度の介護報酬改定では新たな様式例とともに、「リハ・栄養・口腔の三領域が共同して計画書を作成し共有すること」等が加算の算定要件として介護保険施設及び通所リハビリテーションで評価されることとなった。本調査で把握された課題に対して適切な対応がなされるとともに、一体的取組を推進し、入所者・利用者のアウトカムや提供されるサービスの質の向上に寄与することが望まれる。

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

目的

本研究は、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）「リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組に関する調査研究事業」の一環として、施設系サービス及び通所系サービスにおけるリハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組（以下「一体的取組」という）の充実を図るため、インタビュー調査を実施した。本調査により、一体的取組における地域における医療・介護・福祉の連携及び制度(様式例を含む)のあり方についての具体的な現状、意見や要望を検討することを目的とした。

方法

インタビュー対象は、令和4年度「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」においてインタビュー調査を実施した一体的取組を先駆的に推進している施設・事業所うち、協力が得られなかった2か所を除く特養9か所、老健8か所、通所介護8か所、通所リハ9か所の全34か所の施設長、管理者、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、看護師、相談員、介護支援専門員、事務長等全82名である。令和4年度の当該研究のインタビューガイドをもとに、継続してWEBによる約1時間のインタビューを行った。

結果・考察

専門職種の配置については、一体的取組に関わる職種を報酬上明文化することについての要望があり、特に歯科衛生士と管理栄養士については、配置することにより効果が見込める可能性を示している。計画書の様式例およびLIFEとの関係については、従来の個別サービスの計画書は、サービス計画書に統括して、署名も当該計画書を包括化してほしい、リハビリテーション計画書によって一体的取組を行うことができる、一体的取組はリハビリテーション計画書、サービス計画書等及びLIFEへの情報提供とリンクさせ、一体的取組

の報酬システムと請求システムともリンクさせてほしい等の意見が出された。これらは、まさに、令和6年1月22日に行われた社会保障審議会介護給付分科会で示されたリハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組を評価し、新設されるリハビリテーションマネジメント加算を裏付けるものである。リハビリテーションマネジメント加算は、リハビリテーションに併せて口腔・栄養のアセスメントも実施、リハビリテーション・口腔・栄養の情報を関係職種間で一体的に共有、リハビリテーション計画書の見直し、共有された情報を活用し、それぞれの職種がケアを行うものである。これらの効果については、令和4年度の報告書に示したインタビュー調査において、主観的な意見ではあるが、専門職からは、口腔衛生維持・改善、口腔機能維持・改善、食事形態維持・改善、栄養状態の維持・改善、筋力の向上・ADLの改善に関する意見が多々述べられた。具体的には、誤嚥性肺炎のリスク軽減、個々に適した食事形態の評価と経口摂取のための訓練が実施され、栄養状態の維持・向上とADLの改善に繋がっている可能性があることが示された。また、利用者と家族のQOL向上に加え、専門職のモチベーションにも繋がることを報告している。

一方、診療報酬では、地域において、救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担う一般病棟に、地域包括医療病棟入院料を1日につき3,050点を新設した。高齢者の救急患者をはじめとした急性疾患等の患者に対する適切な入院医療を推進する観点から、高齢者の救急患者等に対して、一定の体制を整えたいとリハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に提供する体制を評価している。このように、令和6年度の診療報酬及び介護報酬の改定により、医療と介護の切れ目のない栄養管理に向けた情報連携とリハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組の推進が加速することが推測される。これらの施設、病院、在宅の連携は、本インタビュー調査においても、強化を求めることを言及しており、今後の取組みが期待できる。

一体的取組の推進に向けての、医療・介護・福祉の連携強化に対する意見として、研修会等を通して一体的取組の連携教育の充実の必要性と連携を強化するための共通のツールやネットワークを構築することが述べられていた。そして、自治体の支援体制を求める声は多く、旗振り役として、その地域における専門職の配置状況および業務内容の把握はもちろん、医療・福祉の関係職種の交流の場を設置する等の仕組みづくりを主導し、多職種での研修会の開催等してほしいとの意見があった。さらに、一体的取組に向けての専門職の雇用がない施設については、介護予防事業と同様に、自治体に支援を求める意見も示された。令和4年度の報告においては、課題解決には、ICTの活用等を通じた情報の共有化と、各専門職の有機的な連携や徹底的な共同作業としてのチームケアの改善活動の必要性を視野に入れ検討すべきであると示したが、これらを検討したうえで、自治体の支援体制の整備も求められる。

結論

インタビュー調査による一体的取組のあり方については、令和6年度介護報酬改定の方
向性をイメージできるものであった。また、今後の一体的取組の推進に向けては、各施設
および各事業所内でのチームケアの改善活動の活性化に加え、自治体のリハビリレーショ
ン・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組への支援体制の整備および研修会の企画・立案が
求められ、今後は、各地域と各施設の特性に合わせや体制づくりとチームビルディングが
必要である。

なお、本事業により策定された手引書は、本学会のウェブサイト公表される。また、
関係団体の協力を得ながら、本手引書を用いて一体的取組を推進するための研修を行うこ
ととしている。

I. 施設及び通所系サービスにおけるリハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組に関する施設・事業所実態調査：二次解析

はじめに

リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組は一体的に運用される（以下「一体的取組」という。）ことで、効果的な自立支援・重度化防止につながることを期待されており、医師、歯科医師、リハビリテーション職種、管理栄養士等の多職種が協働して総合的に実施されることが望ましい。

本学会が令和4年度老人保健健康増進等事業において実施した施設・事業所実態調査からは、施設サービスにおいて「一体的取組」を担う専門職が連携して設定した目標がリハビリテーション計画または機能訓練計画に反映できている施設は、特別養護老人ホーム（以下「特養」という。）45.5%、老人保健施設（以下「老健」という。）67.5%であり、当該施設では関連加算算定の増大や誤嚥性肺炎による入院率の減少及び在宅復帰率の増加（老健）が見られた。一方、通所サービスにおいては、「一体的取組」が、通所介護事業所（以下「通所介護」という。）59.9%、通所リハビリテーション事業所（以下、「通所リハ」という。）の50.2%であるものの、関連する口腔・栄養の専門職は殆ど関わっていないために、低栄養や口腔機能の評価がなされず、口腔・栄養の関連加算の算定も殆ど行われていないことが判明した。また、居宅介護支援専門員との連携については、通所介護事業所で33%、通所リハビリテーション事業所で64.7%と差があった。

当該研究においては、令和4年度調査結果のデータベースの二次分析を行い、一体的取組における専門職の配置状況がプロセスやアウトカムに関係するかを検討することを通じて、全国的に「一体的取組」を展開し推進できる体制や運営の手法を検討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特別養護老人ホーム（以下「特養」という。）1,450か所、老人保健施設（以下「老健」という。）1,025か所、通所介護事業所（以下「通所介護」という。）1,775か所、通所リハビリテーション事業所（以下「通所リハ」という。）1,450か所のうち、回答のあった特養222か所、老健166か所、通所介護277か所、通所リハ309か所に関するデータについて二次解析を行った。

一体的取組については令和4年度と同様に、「リハビリテーション専門職・機能訓練指導員、栄養専門職、歯科口腔専門職が連携して設定した目標を個別のリハビリテーション計画または機能訓練計画に反映できていますか」の設問に対する回答（「反映できている」vs「反映できていない」）に基づき、反映できている場合を一体的取組を実施していることとした。

本二次解析では、以下の仮説について検討した。

1. 管理栄養士の常勤換算配置数により、業務の構造・プロセス・アウトカムに差はあるか
⇒管理栄養士常勤換算配置数（特養と老健では2名以上・未満、通所介護と通所リハで

は0.1名以上・未満)により群分け。

2. リハビリテーション職種(理学療法士・作業療法士・言語聴覚士)の配置状況により、業務の構造・プロセス・アウトカムに差はあるか
3. 歯科の関与状況により、業務の構造・プロセス・アウトカムに差はあるか
⇒歯科医師・歯科衛生士それぞれ「常勤換算0.1名以上」または「外部機関(同一法人・他法人)の専門職と連携あり」を「関与あり」とし、関与の有無により群間比較。

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. 管理栄養士の常勤換算配置数により、業務の構造・プロセス・アウトカムに差はあるか

施設・事業所種別に管理栄養士常勤配置数によって以下の特徴がみられた。

(1) 特養

特養において、管理栄養士の常勤配置数2名以上の施設(n=46)を2名未満の施設(n=147)と比較した常勤配置数2名以上の施設の特徴は、以下のとおりであった(表I-1-1)

- ・栄養マネジメント強化加算、経口維持加算Ⅰ、口腔衛生管理加算Ⅱ、個別機能訓練加算等の栄養・口腔・リハビリテーションに関連する加算の算定割合が高い。
- ・リハビリテーション・個別機能訓練目標の共有、栄養ケアの目標の共有、口腔ケア・マネジメントの目標の共有等の業務において各専門職が連携して実施している割合が高い。

表 I-1-1 一体的取組（二次解析） 特養 管理栄養士配置数の比較

	管理栄養士配置数				P値
	2名以上 (n=46)		2名未満 (n=147)		
	n	(%)	n	(%)	
加算算定あり					
栄養マネジメント強化加算	34	(73.9)	48	(32.7)	0.001
経口維持加算Ⅰ	18	(39.1)	34	(23.1)	0.033
口腔衛生管理加算Ⅱ	18	(39.1)	22	(15.0)	0.001
科学的介護推進連携加算	36	(78.3)	85	(57.8)	0.012
個別機能訓練加算Ⅰ	37	(80.4)	88	(59.9)	0.011
ADL維持等加算Ⅱ	7	(15.2)	7	(4.8)	0.017
業務ごとの連携する職種					
リハビリテーション・個別機能訓練目標の共有					
リハビリテーション専門職	41	(89.1)	105	(71.4)	0.015
介護福祉士を含む介護職員	37	(80.4)	83	(56.6)	0.003
介護支援専門員	39	(84.8)	92	(62.6)	0.005
看護師・准看護師	33	(71.7)	80	(54.4)	0.037
栄養ケアの目標の共有					
栄養専門職	44	(95.7)	124	(84.4)	0.046
口腔ケア・マネジメントの目標の共有					
歯科口腔専門職	21	(45.7)	37	(25.2)	0.008
介護支援専門員	28	(60.9)	59	(40.1)	0.014
業務ごとの連携する職種					
食事姿勢や椅子・机の高さの把握					
リハビリテーション専門職	18	(39.1)	27	(18.4)	0.004
栄養専門職	36	(78.3)	89	(60.5)	0.028
歯科口腔専門職	9	(19.6)	9	(6.1)	0.006
褥瘡の把握					
リハビリテーション専門職	16	(34.8)	21	(14.3)	0.002
栄養専門職	44	(95.7)	122	(83.0)	0.031
口腔機能状態（摂食嚥下、頸部・顔面周囲筋の緊張や筋力、頸部、口腔周囲の可動域、口腔内や口唇の感覚、舌の動き、むせ、口腔乾燥等）の把握					
機能訓練指導員	24	(52.2)	51	(34.7)	0.034
栄養専門職	36	(78.3)	85	(57.8)	0.012
歯科口腔専門職	23	(50.0)	48	(32.7)	0.033
経口維持加算による多職種ミールラウンド・カンファレンスへの参加					
栄養専門職	31	(67.4)	56	(38.1)	0.001
介護福祉士を含む介護職員	27	(58.7)	55	(37.4)	0.011
介護支援専門員	25	(54.3)	53	(36.1)	0.027
看護師・准看護師	26	(56.5)	51	(34.7)	0.008

P値: χ^2 検定

(2) 老健

老健において、管理栄養士の常勤配置数2名以上の施設 (n=29) を2名未満の施設 (n=85) と比較した常勤配置数2名以上の施設の特徴は、以下のとおりであった (表 I-1-2)。

- ・栄養マネジメント強化加算、在宅復帰・在宅療養支援機能加算の算定割合が高い。
- ・一体的取組の効果として「リハビリテーションのアウトカムがよくなった」、「在宅復帰が促進された」と回答された割合が高い。

表 I-1-2 一体的取組（二次解析） 老健 管理栄養士配置数の比較

	管理栄養士配置数				P値
	2名以上 (n=29)		2名未満 (n=85)		
	n	(%)	n	(%)	
加算算定あり					
栄養マネジメント強化加算	22	(75.9)	29	(34.1)	0.001
在宅復帰・在宅療養支援機能加算	24	(82.8)	51	(60.0)	0.026
業務ごとの連携する職種					
栄養ケアの目標の共有					
機能訓練指導員	4	(13.8)	2	(2.4)	0.017
看護師・准看護師	27	(93.1)	64	(75.3)	0.039
一体的取組の効果					
リハビリテーションのアウトカムがよかった	6	(20.7)	6	(7.1)	0.039
在宅復帰が促進された	6	(20.7)	6	(7.1)	0.039
一体的取組推進の課題					
外部機関（同一法人を含む）所属の専門職との連携	0	(0.0)	15	(17.6)	0.015

P値: χ^2 検定

（3）通所介護

通所介護において、管理栄養士の常勤配置数 0.1 名以上の事業所 (n=25) を 0.1 名未満の事業所 (n=252) と比較した常勤配置数 0.1 名以上の事業所の特徴は、以下のとおりであった (表 I-1-3)。

- ・事業主体は社会福祉法人の割合が高く、営利法人の割合は低い。併設施設は特養の割合が高い。
- ・BMI18.5 未満の利用者が「いる」の割合が高く、「把握していない」の割合が低い。
- ・外部機関（同一法人）の管理栄養士と連携している割合が高い。
- ・栄養アセスメント加算、栄養改善加算、個別機能訓練加算 I イ等の算定割合が高い。
- ・リハビリテーション・個別機能訓練計画の共有、栄養ケアの目標の共有等の業務において各専門職が連携して実施している割合が高い。
- ・一体的取組の効果として「歯科口腔のアウトカムがよかった」と回答された割合が高い。

表 I-1-3 一体的取組（二次解析） 通所介護 管理栄養士配置数の比較

	管理栄養士配置数				P値
	0.1名以上 (n=25)		0.1名未満 (n=252)		
	n	(%)	n	(%)	
事業主体					
社会福祉法人	16	(64.0)	61	(24.2)	0.001
医療法人	3	(12.0)	17	(6.7)	
営利法人	4	(16.0)	132	(52.2)	
NPO法人	0	(0.0)	10	(4.0)	
その他	2	(8.0)	35	(13.9)	
併設施設					
特養	11	(44.0)	20	(7.9)	0.001
あてはまるものはない	13	(52.0)	217	(86.1)	0.001
BMI18.5未満					
いる	13	(52.0)	69	(27.4)	0.020
いない	0	(0.0)	23	(9.1)	
把握していない	12	(48.0)	160	(63.5)	
外部機関の管理栄養士との連携					
あり（同一法人）	11	(44.0)	22	(8.7)	0.001
あり（他法人）	1	(4.0)	9	(3.6)	
なし	13	(52.0)	221	(87.7)	
加算算定あり					
栄養アセスメント加算	8	(32.0)	2	(0.8)	0.001
栄養改善加算	2	(8.0)	0	(0.0)	0.001
個別機能訓練加算Ⅰイ	18	(72.0)	116	(46.0)	0.013
生活機能向上連携加算Ⅱ	5	(20.0)	12	(4.8)	0.002
業務ごとの連携する職種					
リハビリテーション・個別機能訓練計画の共有					
リハビリテーション専門職	10	(40.0)	52	(20.6)	0.027
栄養専門職	2	(8.0)	4	(1.6)	0.036
栄養ケアの目標の共有					
機能訓練指導員	5	(20.0)	18	(7.1)	0.026
栄養専門職	8	(32.0)	6	(2.4)	0.001
介護福祉士を含む介護職員	9	(36.0)	30	(11.9)	0.001
介護支援専門員	4	(16.0)	10	(4.0)	0.009
低栄養状態リスクの把握					
栄養専門職	11	(44.0)	9	(3.6)	0.001
歯科口腔専門職	3	(12.0)	3	(1.2)	0.001
介護福祉士を含む介護職員	13	(52.0)	70	(27.8)	0.012
看護師・准看護師	16	(64.0)	89	(35.3)	0.005
業務ごとの連携する職種					
口腔機能状態（摂食嚥下、頸部・顔面周囲筋の緊張や筋力、頸部、口腔周囲の可動域、口腔内や口唇の感覚、舌の動き、むせ、口腔乾燥等）の把握					
栄養専門職	4	(16.0)	2	(0.8)	0.001
歯科口腔専門職	4	(16.0)	11	(4.4)	0.014
介護福祉士を含む介護職員	18	(72.0)	110	(43.7)	0.007
一体的取組の効果					
歯科口腔のアウトカムがよくなった	3	(12.0)	8	(3.2)	0.031

P値: χ^2 検定

(4) 通所リハ

通所リハにおいて、管理栄養士の常勤配置数 0.1 名以上の事業所 (n=110) を 0.1 名未満の事業所 (n=199) と比較した常勤配置数 0.1 名以上の事業所特徴は、以下のとおりであった (表 I-1-4)。

- ・併設施設は老健の割合が高く、診療所の割合が低い。
- ・BMI18.5 未満の利用者が「いる」の割合が高く、「把握していない」の割合が低い。

- ・「噛むことに問題がある」利用者が「いる」の割合が高く、「把握していない」の割合が低い。
- ・「飲み込むこと（嚥下）に問題がある」利用者が「いる」の割合が高く、「把握していない」の割合が低い。
- ・外部機関（同一法人・他法人）の歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士、管理栄養士と連携している割合が高い。
- ・口腔・栄養スクリーニング加算、栄養アセスメント加算、栄養改善加算、個別機能訓練加算Ⅰ・Ⅱ、リハビリテーションマネジメント加算（A）ロ、（B）ロ等の算定割合が高い。
- ・「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」（「一体的取組している」）割合が高い。
- ・リハビリテーション・個別機能訓練目標の共有、栄養ケアの目標の共有、口腔ケア・マネジメントの目標の共有等の業務において各専門職が連携して実施している割合が高い。
- ・リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の3領域が参加するカンファレンスやインフォーマルな話し合いを実施している割合が高い。
- ・一体的取組の効果として「各専門職の業務フローへの理解が深まった」、「在宅復帰が促進された」と回答された割合が高い。
- ・居宅介護支援事業所の介護支援専門員との連携において、栄養ケアや口腔ケアに関する情報が共有されている割合が高い。

表 I-1-4 一体的取組（二次解析） 通所リハ 管理栄養士配置数の比較

	管理栄養士配置数				P値
	0.1名以上 (n=110)		0.1名未満 (n=199)		
	n	(%)	n	(%)	
事業主体					
社会福祉法人	9	(8.2)	2	(1.0)	0.004
医療法人	92	(83.6)	169	(84.9)	
営利法人	0	(0.0)	4	(2.0)	
NPO法人	0	(0.0)	0	(0.0)	
その他	9	(8.2)	24	(12.1)	
併設施設					
老健	54	(49.1)	45	(22.6)	0.001
診療所	30	(27.3)	94	(47.2)	0.001
BMI18.5未満					
いる	79	(71.8)	86	(43.2)	0.001
いない	6	(5.5)	23	(11.6)	
把握していない	25	(22.7)	90	(45.2)	
嘔むことに問題がある					
いる	79	(71.8)	86	(43.2)	0.001
いない	20	(18.2)	54	(27.1)	
把握していない	11	(10.0)	59	(29.6)	
飲み込むこと（嚥下）に問題がある利用者					
いる	83	(75.5)	110	(55.3)	0.001
いない	17	(15.5)	50	(25.1)	
把握していない	10	(9.1)	39	(19.6)	
外部機関の歯科医師と連携					
あり（同一法人）	5	(4.5)	2	(1.0)	0.030
あり（他法人）	7	(6.4)	5	(2.5)	
なし	98	(89.1)	192	(96.5)	
外部機関の歯科衛生士と連携					
あり（同一法人）	10	(9.1)	4	(2.0)	0.001
あり（他法人）	7	(6.4)	3	(1.5)	
なし	93	(84.5)	192	(96.5)	
外部機関の言語聴覚士と連携					
あり（同一法人）	20	(18.2)	14	(7.0)	0.010
あり（他法人）	1	(0.9)	1	(0.5)	
なし	89	(80.9)	184	(92.5)	
外部機関の管理栄養士					
あり（同一法人）	27	(24.5)	20	(10.1)	0.002
あり（他法人）	2	(1.8)	2	(1.0)	
なし	81	(73.6)	177	(88.9)	

P値: χ^2 検定

表 I-1-4 一体的取組（二次解析） 通所リハ 管理栄養士配置数の比較

	管理栄養士配置数				P値
	0.1名以上 (n=110)		0.1名未満 (n=199)		
	n	(%)	n	(%)	
加算算定あり					
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	25	(22.7)	12	(6.0)	0.001
栄養アセスメント加算	50	(45.5)	9	(4.5)	0.001
栄養改善加算	27	(24.5)	4	(2.0)	0.001
口腔機能向上加算Ⅰ	25	(22.7)	18	(9.0)	0.001
口腔機能向上加算Ⅱ	27	(24.5)	21	(10.6)	0.001
科学的介護推進体制加算	78	(70.9)	77	(38.7)	0.001
リハビリテーションマネジメント加算 (A) ロ	31	(28.2)	25	(12.6)	0.001
リハビリテーションマネジメント加算 (B) ロ	49	(44.5)	38	(19.1)	0.001
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (Ⅱ)	9	(8.2)	3	(1.5)	0.004
一体的計画書の様式例					
知っている	84	(76.4)	121	(60.8)	0.006
使用している	26	(23.6)	58	(29.1)	0.297
使用していない理由					
別の様式で運用している	56	(66.7)	71	(50.4)	0.017
様式例の使い勝手が悪い	17	(20.2)	10	(7.1)	0.003
電子システムが対応していない	24	(28.6)	20	(14.2)	0.008
活用を促す加算がない	15	(17.9)	61	(43.3)	0.001
リハ・機能訓練、栄養、口腔が連携して設定した目標を計画 （「一体的取組している」とした項目）					
反映できている	75	(68.2)	110	(55.3)	0.027
反映できていない理由					
機能訓練指導員 勤務していない	4	(17.6)	30	(37.5)	0.037
栄養専門職 勤務していない	0	(0.0)	55	(64.7)	0.001
事業所外との連携体制がない	7	(21.2)	54	(62.8)	0.001
歯科口腔専門職 勤務していない	19	(54.3)	70	(80.5)	0.003
外部との連携体制がない	15	(44.1)	66	(76.7)	0.001

P値: χ^2 検定

表 I-1-4 一体的取組（二次解析） 通所リハ 管理栄養士配置数の比較

業務ごとの連携する職種	管理栄養士配置数				P値
	0.1名以上 (n=110)		0.1名未満 (n=199)		
	n	(%)	n	(%)	
リハビリテーション・個別機能訓練目標の共有					
栄養専門職	26	(23.6)	8	(4.0)	0.001
介護福祉士を含む介護職員	82	(74.5)	113	(56.8)	0.002
介護支援専門員	58	(52.7)	71	(35.7)	0.004
看護師・准看護師	67	(60.9)	76	(38.2)	0.001
栄養ケアの目標の共有					
リハビリテーション専門職	46	(41.8)	34	(17.1)	0.001
栄養専門職	62	(56.4)	14	(7.0)	0.001
歯科口腔専門職	8	(7.3)	3	(1.5)	0.009
介護福祉士を含む介護職員	42	(38.2)	33	(16.6)	0.001
介護支援専門員	29	(26.4)	16	(8.0)	0.001
看護師・准看護師	42	(38.2)	29	(14.6)	0.001
口腔ケア・マネジメントの目標の共有					
リハビリテーション専門職	47	(42.7)	43	(21.6)	0.001
栄養専門職	27	(24.5)	5	(2.5)	0.001
歯科口腔専門職	12	(10.9)	8	(4.0)	0.018
介護福祉士を含む介護職員	41	(37.3)	42	(21.1)	0.002
介護支援専門員	29	(26.4)	19	(9.5)	0.001
看護師・准看護師	40	(36.4)	32	(16.1)	0.001
低栄養状態リスクの把握					
リハビリテーション専門職	76	(69.1)	86	(43.2)	0.001
栄養専門職	76	(69.1)	16	(8.0)	0.001
介護福祉士を含む介護職員	68	(61.8)	65	(32.7)	0.001
看護師・准看護師	63	(57.3)	58	(29.1)	0.001
口腔機能状態（摂食嚥下、頸部・顔面周囲筋の緊張や筋力、頸部、口腔周囲の可動域、口腔内や口唇の感覚、舌の動き、むせ、口腔乾燥等）の把握					
リハビリテーション専門職	71	(64.5)	84	(42.2)	0.001
栄養専門職	27	(24.5)	7	(3.5)	0.001
歯科口腔専門職	14	(12.7)	7	(3.5)	0.002
介護福祉士を含む介護職員	74	(67.3)	67	(33.7)	0.001
介護支援専門員	29	(26.4)	26	(13.1)	0.003
看護師・准看護師	62	(56.4)	51	(25.6)	0.001
リハ・機能訓練、口腔、栄養の3領域が参加するカンファレ開催している	40	(36.4)	45	(22.6)	0.010
リハ・機能訓練、口腔、栄養のインフォーマルな話し合い実施している	59	(53.6)	82	(41.2)	0.036

P値: χ^2 検定

表 I-1-4 一体的取組（二次解析） 通所リハ 管理栄養士配置数の比較

	管理栄養士配置数				P値
	0.1名以上 (n=110)		0.1名未満 (n=199)		
	n	(%)	n	(%)	
一体的取組の効果					
各専門職の業務フローへの理解が深まった	13	(11.8)	11	(5.5)	0.048
在宅復帰が促進された	4	(3.6)	1	(0.5)	0.037
一体的取組推進の課題					
専門職が常勤配置されていない	43	(39.1)	133	(66.8)	0.001
外部機関（同一法人を含む）所属の専門職との連携体制がない・わからない	28	(25.5)	77	(38.7)	0.019
主導する職種が決まっていない・わからない	38	(34.5)	39	(19.6)	0.004
多職種連携の状況					
多職種チームは、ある程度の期間一緒に働いて人となりが分かった人が何人かいる					
あまりあてはまらない	8	(7.3)	29	(14.6)	0.027
ややあてはまる	53	(48.2)	108	(54.3)	
とてもあてはまる	49	(44.5)	62	(31.2)	
カンファレンスで一度も発言しない職種がないように、配慮されている					
あまりあてはまらない	27	(24.5)	71	(35.7)	0.025
ややあてはまる	52	(47.3)	95	(47.7)	
とてもあてはまる	31	(28.2)	33	(16.6)	
居宅介護支援事業所の介護支援専門員との連携					
共有する情報					
栄養ケアの目標	31	(39.7)	11	(8.9)	0.001
栄養ケア計画	29	(37.2)	7	(5.7)	0.001
口腔ケア・マネジメント計画	28	(35.9)	17	(13.8)	0.001
ADL・IADL	48	(62.8)	95	(77.2)	0.027
低栄養状態リスク	39	(50.0)	37	(30.1)	0.005
エネルギー・栄養素摂取量	17	(21.8)	11	(8.9)	0.010
口腔衛生状態（口の中の汚れ等）	35	(44.9)	26	(21.1)	0.001
日常的な口腔ケア	33	(42.3)	29	(23.6)	0.005
口腔機能状態（摂食嚥下、頸部・顔面周囲筋の緊張や筋力、頸部、口腔周囲の可動域、口腔内や口唇の感覚等）	28	(35.9)	25	(20.3)	0.015
口腔・栄養スクリーニングの結果	27	(34.6)	18	(14.6)	0.001
栄養アセスメント・モニタリングの結果	25	(32.1)	8	(6.5)	0.001
栄養ケア計画の内容	20	(25.6)	5	(4.1)	0.001
居宅介護支援事業所の介護支援専門員との相談・居宅訪問					
栄養専門職が相談に乗る	25	(32.1)	2	(1.6)	0.001
栄養専門職は相談している	29	(37.2)	6	(4.9)	0.001
栄養専門職は居宅訪問している	10	(12.8)	3	(2.4)	0.004

P値: χ^2 検定

これらの結果から、管理栄養士の配置が充実しているほど、リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔が連携した「一体的取組」が推進されており、関連加算の算定やカンファレンスの実施、多くの業務項目において多職種が関与し、一体的取組による業務プロセスやアウトカムへの効果が実感されていた。また、通所リハにおいては居宅介護支援専門員との連携が実施されるなど良好な業務プロセスが推進されていた。特養、老健では栄養マネジメント強化加算により管理栄養士の複数配置(入所者50名あたり1名以上)が推進されており、経口維持の取り組み強化などサービスの質の向上に寄与することが期待されている。また、施設において十分な人員が配置されることで併設の通所サービス等への兼任による関わりも可能となる。このように栄養ケア・マネジメントを実践する管理栄養士の充実した配置は施設および居宅サービスにおける一体的取組を推進するうえで不可欠な要因であるといえる。

2. リハビリテーション職種（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）の配置状況により、業務の構造・プロセス・アウトカムに差はあるか

施設・事業所種別にリハビリテーション職種（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）の各職種常勤換算 0.1 以上を「配置あり」とし、職種数により「リハ配置なし」、「リハ 1 職種配置」、「リハ 2 職種配置」、「リハ 3 職種配置」として比較した特徴（傾向性）は以下のとおりであった。

（1）特養

特養において、リハ職種の配置なし（n=124）、リハ 1 職種配置（n=86）、リハ 2 職種配置（n=12）を比較した場合の職種数が多い施設の特徴は、以下のとおりであった（表 I-2-1）。

- ・管理栄養士についても 2 名以上配置されている割合が高い。
- ・栄養、口腔、個別機能訓練、看取りに関する加算算定割合が高い。
- ・「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」（「一体的取組している」）割合が高い。
- ・リハビリテーション・個別機能訓練目標や計画の共有、栄養ケアの目標や計画の共有、口腔ケア・マネジメントの目標や計画の共有等の業務において各専門職が連携して実施している割合が高い。
- ・リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の 3 領域が参加するカンファレンスやインフォーマルな話し合いを実施している割合が高い。
- ・一体的取組の効果として「入所者の新たな課題やニーズを早期に把握できるようになった」、「日常の職種間の情報連携の頻度が増えた」、「ケアプランで共通した目標設定ができるようになった」等と回答された割合が高い。
- ・外部機関所属の専門職との連携体制、専門職と本人・家族、ケアマネ等が参加するカンファレンスの開催、互いの業務に対する理解を深めるための研修会、電子システム導入、気軽に相談できる職場づくりに取り組まれている。
- ・多職種連携においてカンファレンス中の発言や互いの専門性に対する尊重がされている。

表 I-2-1 一体的取組（二次解析） 特養 リハ配置職種数の比較

	リハ配置なし	リハ1職種配置	リハ2職種配置	P値
	n=124	n=86	n=12	
管理栄養士 常勤換算2名以上配置 2名以上配置あり	15.9%	33.3%	36.4%	0.006
加算算定あり				
経口維持加算 I	18.5%	33.7%	58.3%	<0.001
経口維持加算 II	8.1%	23.3%	58.3%	<0.001
口腔衛生管理加算 I	15.3%	20.9%	41.7%	0.040
口腔衛生管理加算 II	9.7%	27.9%	50.0%	<0.001
個別機能訓練加算 I	46.0%	88.4%	83.3%	<0.001
個別機能訓練加算 II	17.7%	54.7%	66.7%	<0.001
看取り介護加算 II	22.6%	33.7%	50.0%	0.015
リハ口腔栄養が連携して設定した目標の反映 反映できている（＝一体的取組している）	32.5%	61.6%	66.7%	<0.001
反映できていない理由				
リハビリテーション専門職が勤務していない 施設外（同一法人を含む）のリハビリテーション 専門職との連携体制がない	71.1%	21.2%	20.0%	<0.001
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				
リハビリテーション専門職	67.7%	80.2%	83.3%	0.037
機能訓練指導員	54.0%	67.4%	83.3%	0.011
栄養専門職	31.5%	52.3%	58.3%	0.002
介護福祉士を含む介護職員	49.2%	74.4%	83.3%	<0.001
介護支援専門員	53.2%	76.7%	100%	<0.001
看護師・准看護師	46.2%	69.8%	75.0%	<0.001
リハビリテーション・個別機能訓練計画の共有				
リハビリテーション専門職	6.5%	48.8%	66.7%	<0.001
機能訓練指導員	55.6%	64.0%	83.3%	0.049
栄養専門職	32.3%	51.2%	66.7%	0.001
介護福祉士を含む介護職員	50.0%	70.9%	91.7%	<0.001
介護支援専門員	54.0%	74.4%	100%	<0.001
看護師・准看護師	46.8%	69.8%	75.0%	<0.001
栄養ケアの目標の共有				
歯科口腔専門職	8.1%	15.1%	33.3%	0.009
栄養ケア計画の共有				
リハビリテーション専門職	2.4%	32.6%	33.3%	<0.001
機能訓練指導員	29.8%	47.7%	41.7%	0.022
歯科口腔専門職	8.9%	16.3%	25.0%	0.039

P値：傾向性の検定

表 I-2-1 一体的取組（二次解析） 特養 リハ配置職種数の比較

業務ごとの連携する職種（抜粋）	リハ配置なし	リハ1職種配置	リハ2職種配置	P値
	n=124	n=86	n=12	
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	0.8%	17.4%	25.0%	<0.001
歯科口腔専門職	20.2%	39.5%	58.3%	<0.001
介護支援専門員	40.3%	46.5%	75.0%	0.044
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	0.8%	15.1%	25.0%	<0.001
歯科口腔専門職	19.4%	39.5%	50.0%	<0.001
低栄養リスクの把握				
リハビリテーション専門職	1.6%	32.6%	50.0%	<0.001
機能訓練指導員	25.8%	38.4%	58.3%	0.007
歯科口腔専門職	4.8%	12.8%	33.3%	0.001
口腔衛生状態（歯や義歯の汚れ、舌苔、口臭等）の把握				
リハビリテーション専門職	0.8%	22.1%	50.0%	<0.001
機能訓練指導員	16.1%	25.6%	33.3%	0.047
栄養専門職	39.5%	53.5%	75.0%	0.005
介護福祉士を含む介護職員	33.9%	48.8%	75.0%	0.002
リハ口腔栄養3職種が参加するカンファレンス開催している	29.3%	51.8%	58.3%	<0.001
カンファレンスの目的	22.2%	38.6%	85.7%	0.003
ミーラウンド後のカンファレンス				
リハ口腔栄養インフォーマルな話し合い実施している	39.0%	51.8%	75.0%	0.007
リハビリテーション・個別機能訓練に関すること	41.7%	70.5%	77.8%	0.004
支援には直接関係しない利用者の情報に関すること	47.9%	20.5%	0.0%	<0.001
一体的取組の効果として実感していること				
入所者の新たな課題やニーズを早期に把握できるようになった	16.9%	38.4%	25.0%	0.006
日常の職種間の情報連携の頻度が増えた	17.7%	41.9%	50.0%	<0.001
ケアプランで共通した目標設定ができるようになった	16.1%	36.0%	25.0%	0.008
各専門職の専門用語への理解が深まった	2.4%	11.6%	16.7%	0.003
個別機能訓練のアウトカムがよくなった	4.0%	15.1%	16.7%	0.006
一体的取組のために取り組んでいること（抜粋）				
外部機関所属（同一法人を含む）の専門職との連携体制を強化している	8.9%	11.6%	41.7%	0.013
リハビリテーション・機能訓練・栄養管理・口腔管理の専門職（同一事業所・同一法人所属）と本人・家族、ケアマネジャー等が参加するカンファレンスを（定期的に）開催している	12.9%	24.4%	41.7%	0.004
専門職が互いの業務に対する理解を深めるための研修会を開催している	7.3%	18.6%	33.3%	0.001
電子システムを導入している	11.3%	22.1%	41.7%	0.003
専門職同士がわからないことがあったときに気軽に相談できる職場づくりに努めている	31.5%	53.5%	58.3%	0.001
多職種連携の状況（抜粋）				
カンファレンスには多くの職種が参加し、それぞれが意見を述べている【とても+ややあてはまる】	84.7%	90.7%	91.7%	0.001
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【とても+ややあてはまる】	79.7%	91.9%	91.6%	<0.001

P値：傾向性の検定

（2）老健

老健において、リハ職種の配置なし（n=2）、リハ1職種配置（n=24）、リハ2職種配置（n=57）、リハ3職種配置（n=83）を比較した場合の職種数が多い施設の特徴は、以下の

とおりであった（表 1-2-2）。

- ・管理栄養士についても 2 名以上配置されている割合が高い。
- ・栄養、口腔、個別機能訓練、看取りに関する加算算定割合が高い。
- ・「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」（「一体的取組している」）割合が高い。
- ・リハビリテーション・個別機能訓練目標や計画の共有、栄養ケアの目標や計画の共有、口腔ケア・マネジメントの目標や計画の共有等の業務において各専門職が連携して実施している割合が高い。
- ・リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の 3 領域が参加するカンファレンスやインフォーマルな話し合いを実施している割合が高い。
- ・一体的取組の効果として「入所者の新たな課題やニーズを早期に把握できるようになった」、「日常の職種間の情報連携の頻度が増えた」、「ケアプランで共通した目標設定ができるようになった」等と回答された割合が高い。
- ・専門職の新規の雇用、外部機関所属の専門職との連携体制、専門職と本人・家族、ケアマネ等が参加するカンファレンスの開催に取り組まれている。
- ・多職種連携において意思疎通や全体での話し合いができています。

表 I-2-2 一体的取組（二次解析） 老健 リハ配置職種数の比較

	リハ配置なし	リハ1職種配置	リハ2職種配置	リハ3職種配置	P 値
	n=2	n=24	n=57	n=83	
管理栄養士 常勤換算2名以上配置					
2名以上配置あり	0%	11.8%	17.5%	36.4%	0.011
加算算定あり					
経口維持加算 I	0%	25.0%	45.6%	68.7%	<0.001
経口維持加算 II	0%	12.5%	31.6%	57.8%	<0.001
療養食加算	0%	87.5%	96.5%	95.2%	0.007
褥瘡マネジメント加算	0%	37.5%	50.9%	63.9%	0.005
科学的介護推進連携加算	0%	70.7%	80.7%	85.5%	0.014
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算	0%	45.8%	66.7%	68.7%	0.022
ターミナルケア加算	0%	37.5%	52.6%	65.1%	0.004
在宅復帰・在宅療養支援機能加算	0%	50.0%	64.9%	71.1%	0.017
入所前後訪問指導加算	0%	62.5%	78.9%	86.7%	<0.001
退所時等支援等加算	0%	41.7%	54.4%	71.1%	0.001
リハ口腔栄養が連携して設定した目標の反映					
反映できている（＝一体的取組している）	0%	54.2%	61.4%	77.1%	0.003
反映できていない理由					
リハビリテーション専門職が勤務していない	100%	9.1%	0%	0%	<0.001
リハビリテーション専門職の 3 職種が揃わない	50.0%	36.4%	31.8%	5.3%	0.024

P値：傾向性の検定

表 I-2-2 一体的取組（二次解析） 老健 リハ配置職種数の比較

	リハ配置なし n=2	リハ1職種配置 n=24	リハ2職種配置 n=57	リハ3職種配置 n=83	P 値
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					
栄養専門職	0%	29.2%	59.6%	68.7%	<0.001
介護福祉士を含む介護職員	50.0%	62.5%	82.5%	86.7%	0.008
介護支援専門員	50.0%	62.5%	80.7%	89.2%	0.002
看護師・准看護師	50.0%	62.5%	80.7%	81.9%	0.051
リハビリテーション・個別機能訓練計画の共有					
リハビリテーション専門職	0%	87.5%	91.2%	94.0%	0.014
栄養専門職	0%	33.3%	59.6%	61.4%	0.013
介護支援専門員	50.0%	62.5%	75.4%	85.5%	0.007
栄養ケアの目標の共有					
リハビリテーション専門職	0%	37.5%	66.7%	72.3%	<0.001
栄養専門職	0%	70.8%	89.5%	94.0%	<0.001
栄養ケア計画の共有					
リハビリテーション専門職	0%	29.2%	63.2%	69.9%	<0.001
栄養専門職	0%	66.7%	91.2%	92.8%	<0.001
介護支援専門員	0%	54.2%	75.4%	80.7%	0.002
看護師・准看護師	0%	54.2%	71.9%	73.5%	0.030
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	0%	16.7%	35.1%	56.6%	<0.001
栄養専門職	0%	25.0%	47.4%	53.0%	0.011
介護支援専門員	50.0%	29.2%	50.9%	61.4%	0.009
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	0%	16.7%	35.1%	54.2%	<0.001
栄養専門職	0%	25.0%	47.4%	53.0%	0.011
介護支援専門員	50.0%	25.0%	50.9%	60.2%	0.006
口腔衛生状態（歯や義歯の汚れ、舌苔、口臭等）の把握					
リハビリテーション専門職	0%	16.7%	28.1%	66.3%	<0.001
栄養専門職	0%	29.2%	54.4%	63.9%	0.001
歯科口腔専門職	0%	16.7%	35.1%	39.8%	0.031
介護福祉士を含む介護職員	50.0%	66.7%	73.7%	86.1%	0.008
リハ口腔栄養3職種が参加するカンファレンス開催している	0%	45.8%	61.4%	67.5%	0.020
ミールラウンド後のカンファレンス	0%	9.1%	34.3%	44.6%	0.030
リハ口腔栄養インフォーマルな話し合い実施している	0%	41.7%	59.6%	66.3%	0.012
一体的取組の効果として実感していること					
入所者の新たな課題やニーズを早期に把握できるようになった	0%	12.5%	36.8%	45.8%	0.002
日常の職種間の情報連携の頻度が増えた	0%	20.8%	33.3%	53.0%	<0.001
ケアプランで共通した目標設定ができるようになった	0%	12.5%	31.6%	38.6%	0.013
各専門職の業務フローへの理解が深まった	0%	0%	8.8%	15.7%	0.022
リハビリテーションのアウトカムがよくなった	0%	4.2%	7.0%	18.1%	0.022
一体的取組のために取り組んでいること（抜粋）					
連携に関与する専門職を新規に雇用している	0%	0%	5.3%	12.0%	0.032
外部機関所属（同一法人を含む）の専門職との連携体制を強化している	0%	4.2%	22.8%	25.3%	0.037
リハビリテーション・機能訓練・栄養管理・口腔管理の専門職（同一事業所・同一法人所属）と本人・家族、ケアマネジャー等が参加するカンファレンスを（定期的に）開催している	50.0%	4.2%	21.1%	30.1%	0.030
多職種連携の状況（抜粋）					
利用者の価値観への配慮が必要で、技術で割り切れない問題は、多職種チームで話し合っていて決めているが何かを気にかけている場合に、全体で取り上げるようにしている。	100%	79.2%	91.2%	95.1%	0.045
利用者への支援について、多職種チームの誰かが何かを気にかけている場合に、全体で取り上げるようにしている。【とても+ややあてはまる】	100%	83.3%	91.2%	93.9%	0.005
多職種チームは、紙や電子カルテでの意思疎通だけでなく、顔を合わせて意見や気持ちを話し合えている【とても+ややあてはまる】	100%	87.5%	89.4%	93.9%	0.030

P値：傾向性の検定

(3) 通所介護

通所介護において、リハ職種の配置なし (n=177)・リハ1職種配置 (n=65)・リハ2職種配置 (n=33)・リハ3職種配置 (n=2) を比較した場合の職種数が多い事業所の特徴は、以下のとおりであった (表 I-2-3)。

- ・BMI18.5未満の利用者が「いる」の割合が高く、「把握していない」の割合が低い。
- ・機能訓練指導員の資格が理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の割合が高い。
- ・栄養・口腔・個別機能訓練に関連する加算算定割合が高い。
- ・「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」(「一体的取組している」) 割合が高い。
- ・リハビリテーション・個別機能訓練目標や計画の共有、栄養ケアの目標や計画の共有、口腔ケア・マネジメントの目標や計画の共有等の業務において各専門職が連携して実施している割合が高い。ただし、栄養や歯科口腔の専門職の関与は低調。
- ・一体的取組の効果として「入所者の新たな課題やニーズを早期に把握できるようになった」、「ケアプランで共通した目標設定ができるようになった」、「個別機能訓練・栄養・歯科口腔・ADL・IADLのアウトカムがよくなった」等と回答された割合が高い。
- ・多職種連携において専門職が尊重され協働している割合が高い。
- ・居宅介護支援専門員との連携でリハビリテーション専門職が相談しており、居宅への訪問も実施されている割合が高い。

表 I-2-3 一体的取組 (二次解析) 通所介護 リハ配置職種数の比較

	リハ配置なし n=177	リハ1職種配置 n=65	リハ2職種配置 n=33	リハ3職種配置 n=2	P値
BMI18.5未満					
いる	22.0%	36.9%	51.5%	100%	<0.001
把握していない	68.4%	56.9%	42.4%	0%	
機能訓練指導員職種					
准看護師	41.8%	20.0%	15.2%	0%	<0.001
理学療法士	2.3%	46.2%	54.5%	50.0%	<0.001
作業療法士	0.6%	21.5%	45.5%	100%	<0.001
言語聴覚士	0.6%	1.5%	6.1%	50.0%	0.001
加算算定あり					
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	0.6%	4.6%	6.1%	50.0%	0.001
口腔機能向上加算Ⅱ	4.0%	18.5%	18.2%	50.0%	<0.001
科学的介護推進体制加算	33.3%	58.5%	57.6%	100%	<0.001
個別機能訓練加算Ⅰロ	14.7%	50.8%	78.8%	100%	<0.001
個別機能訓練加算Ⅱ	22.6%	47.7%	54.5%	100%	<0.001
生活機能向上連携加算Ⅱ	3.4%	7.7%	18.2%	0%	0.003
ADL維持等加算Ⅰ	2.8%	12.3%	12.1%	0%	0.009
ADL維持等加算Ⅱ	2.8%	12.3%	15.2%	100%	<0.001
一体的計画書様式例					
知っている	32.8%	56.9%	63.6%	50.0%	<0.001
使用している	10.7%	21.5%	21.2%	50.0%	0.013
使用していない理由：別の書式で運用している	46.8%	58.8%	61.5%	100%	0.049
リハ口腔栄養が連携して設定した目標の反映					
反映できている (=一体的取組している)	39.0%	69.2%	72.7%	50.0%	<0.001
できない理由：リハビリテーション専門職が勤務していない	71.3%	16.7%	0%	0%	<0.001
事業所外 (同一法人を含む) のリハビリテーション専門職との連携体制がない	42.1%	16.7%	11.1%	0%	0.008
歯科口腔専門職が勤務していない	44.3%	55.0%	88.9%	100%	0.007
事業所外 (同一法人を含む) の歯科口腔専門職との連携体制がない	39.6%	52.6%	77.8%	100%	0.010

P値：傾向性の検定

表 I-2-3 一体的取組（二次解析） 通所介護 リハ配置職種数の比較

	リハ配置なし n=177	リハ1職種配置 n=65	リハ2職種配置 n=33	リハ3職種配置 n=2	P値
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					
リハビリテーション専門職	5.6%	46.2%	63.6%	100%	<0.001
機能訓練指導員	44.1%	76.9%	81.8%	100%	<0.001
介護福祉士を含む介護職員	50.8%	66.2%	81.8%	100%	<0.001
介護支援専門員	11.3%	27.7%	18.2%	50.0%	0.017
看護師・准看護師	51.4%	60.0%	75.8%	100%	0.004
リハビリテーション・個別機能訓練計画の共有					
リハビリテーション専門職	5.6%	44.6%	63.6%	100%	<0.001
機能訓練指導員	44.1%	76.9%	81.8%	50.0%	<0.001
介護福祉士を含む介護職員	52.0%	63.1%	78.8%	100%	0.001
介護支援専門員	10.2%	27.7%	15.2%	50.0%	0.019
看護師・准看護師	49.7%	60.0%	75.8%	100%	0.002
栄養ケアの目標の共有					
リハビリテーション専門職	1.1%	7.7%	9.1%	0%	0.008
機能訓練指導員	4.0%	15.4%	18.2%	0%	0.002
栄養ケア計画の共有					
リハビリテーション専門職	0.6%	7.7%	9.1%	0%	0.002
機能訓練指導員	3.4%	15.4%	18.2%	0%	0.001
歯科口腔専門職	0%	4.6%	3.0%	0%	0.037
介護福祉士を含む介護職員	8.5%	26.2%	15.2%	0%	0.035
看護師・准看護師	7.3%	21.5%	15.2%	0%	0.035
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	1.1%	9.2%	18.2%	50.0%	<0.001
機能訓練指導員	6.2%	18.5%	30.3%	0%	<0.001
介護福祉士を含む介護職員	15.3%	29.2%	30.3%	50.0%	0.005
看護師・准看護師	19.2%	24.6%	33.3%	50.0%	0.041
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	1.1%	7.7%	18.2%	0.0%	<0.001
機能訓練指導員	6.8%	16.9%	30.3%	0%	<0.001
介護福祉士を含む介護職員	14.7%	27.7%	27.3%	0%	0.041
低栄養状態リスクの把握					
リハビリテーション専門職	2.3%	15.4%	48.5%	100%	<0.001
機能訓練指導員	16.9%	23.1%	51.5%	50.0%	<0.001
栄養専門職	4.5%	15.4%	6.1%	0%	0.192
介護福祉士を含む介護職員	24.9%	30.8%	51.5%	100%	0.001
看護師・准看護師	32.2%	38.5%	63.6%	100%	<0.001
口腔衛生状態（歯や義歯の汚れ、舌苔、口臭等）の把握					
リハビリテーション専門職	1.1%	12.3%	42.4%	100%	<0.001
機能訓練指導員	20.3%	21.5%	48.5%	50.0%	0.002
歯科口腔専門職	6.8%	3.1%	3.0%	0.0%	0.214
介護福祉士を含む介護職員	46.3%	58.5%	63.6%	100%	0.012

P値：傾向性の検定

（４） 通所リハ

通所リハにおいて、リハ職種の配置なし（n=2）・リハ1職種配置（n=111）・リハ2職種配置（n=118）・リハ3職種配置（n=78）を比較した場合の職種数が多い事業所の特徴は、以下のとおりであった（表 I-2-4）。

- ・老健、病院の併設割合が高い。
- ・機能訓練指導員の資格が作業療法士、言語聴覚士の割合が高い。
- ・外部機関（同一法人・他法人）の言語聴覚士と連携している割合が高い。
- ・管理栄養士常勤換算 0.1 名以上配置の割合が高い。
- ・栄養・口腔・リハビリテーションに関連する加算算定割合が高い。
- ・「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」（「一体的取組している」）割合が高い。

- ・リハビリテーション・個別機能訓練目標や計画の共有、栄養ケアの目標や計画の共有、口腔ケア・マネジメントの目標や計画の共有等の業務において各専門職が連携して実施している割合が高い。
- ・多職種連携においてチームで意見交換ができていている割合が高い。
- ・居宅の介護支援専門員と連携し栄養や口腔に関する情報を共有している割合が高い。

表 I-2-3 一体的取組（二次解析） 通所介護 リハ配置職種数の比較

	リハ配置なし n=177	リハ1職種配置 n=65	リハ2職種配置 n=33	リハ3職種配置 n=2	P値
リハ・機能訓練、口腔、栄養の3領域が参加するカンファレンス開催している	13.6%	24.6%	21.2%	0%	0.139
リハ・機能訓練、口腔、栄養のインフォーマルな話し実施している	30.5%	56.9%	39.4%	100%	0.005
一体的取組による効果の実感					
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	23.7%	33.8%	48.5%	50.0%	0.002
ケアプランで共通した目標設定ができるようになった	15.3%	15.4%	30.3%	50.0%	0.044
各専門職の業務フローへの理解が深まった	3.4%	7.7%	18.2%	0%	0.003
個別機能訓練のアウトカムがよくなった	6.8%	12.3%	27.3%	50.0%	<0.001
栄養のアウトカムがよくなった	0.6%	1.5%	9.1%	50.0%	<0.001
歯科口腔のアウトカムがよくなった	1.7%	3.1%	15.2%	50.0%	<0.001
ADL・IADLが維持改善された	6.8%	9.2%	24.2%	50.0%	0.001
介護者の負担軽減につながった	6.2%	13.8%	21.2%	50.0%	0.001
多職種連携の状況					
利用者への支援について、多職種チームの誰かが何かを気にかけている場合に、全体で取り上げるようにしている【とても+ややあてはまる】	80.2%	84.6%	87.9%	100%	0.001
利用者の価値観への配慮が必要で、技術で割り切れない問題は、多職種チームで話し合っ決めていく【とても+ややあてはまる】	77.3%	76.9%	84.8%	100%	0.015
カンファレンスには多くの職種が参加し、それぞれが意見を述べている【とても+ややあてはまる】	56.9%	60.0%	69.7%	100%	0.018
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【とても+ややあてはまる】	62.5%	70.8%	84.9%	100%	0.001
居宅のケアマネとの連携					
連携している人がいる	29.4%	38.5%	45.5%	0%	0.097
居宅ケアマネからの相談					
リハビリテーション専門職が相談に乗る	11.5%	48.0%	73.3%	-	<0.001
通所の専門職に相談					
リハビリテーション専門職は相談している	11.5%	52.0%	60.0%	-	<0.001
居宅への訪問					
リハビリテーション専門職は居宅訪問している	9.6%	44.0%	46.7%	-	<0.001

P値：傾向性の検定

表 I-2-4 一体的取組（二次解析） 通所リハ リハ配置職種数の比較

	リハ配置なし リハ1職種配置 リハ2職種配置 リハ3職種配置				P 値
	n=2	n=111	n=118	n=78	
併設施設					
老健	0%	18.9%	33.9%	48.7%	<0.001
病院	0%	30.6%	42.4%	48.7%	0.006
診療所	50.0%	59.5%	36.4%	17.9%	<0.001
機能訓練指導員の資格					
作業療法士	0%	6.3%	34.7%	30.8%	<0.001
言語聴覚士	0%	0.9%	5.1%	25.6%	<0.001
外部機関の専門職との連携（同一＋他法人）					
言語聴覚士	0%	2.7%	13.5%	21.8%	<0.001
管理栄養士常勤換算0.1人以上の配置					
0.1人以上配置あり	0%	17.1%	39.0%	57.7%	<0.001
加算算定あり					
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	0%	4.5%	14.4%	19.2%	0.001
栄養アセスメント加算	0%	5.4%	22.0%	34.6%	<0.001
栄養改善加算	0%	1.8%	11.0%	20.5%	<0.001
口腔機能向上加算Ⅰ	0%	9.0%	7.6%	30.8%	<0.001
口腔機能向上加算Ⅱ	0%	5.4%	10.2%	38.5%	<0.001
科学的介護推進体制加算	0%	35.1%	55.1%	64.5%	<0.001
リハビリテーションマネジメント加算（B）ロ	0%	19.8%	25.4%	44.9%	<0.001
生活行為向上リハビリテーション実施加算	0%	19.8%	24.6%	43.6%	<0.001
リハ・機能訓練、栄養、口腔が連携して設定した目標を反映できている＝一体的取組している	50.0%	52.3%	60.2%	70.5%	0.012
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					
栄養専門職	0%	5.4%	11.0%	19.2%	0.003
歯科口腔専門職	0%	0.9%	0.8%	7.7%	0.007
リハビリテーション・個別機能訓練計画の共有					
栄養専門職	0%	5.4%	10.2%	15.4%	0.020
歯科口腔専門職	0%	0.9%	0.8%	7.7%	0.007
栄養ケアの目標の共有					
リハビリテーション専門職	0%	20.7%	23.7%	37.2%	0.011
栄養専門職	0%	13.5%	22.0%	44.9%	<0.001
歯科口腔専門職	0%	0.9%	3.4%	7.7%	0.014
介護支援専門員	0%	9.0%	14.4%	23.1%	0.006
栄養ケアの目標の共有					
リハビリテーション専門職	0%	18.0%	22.0%	33.3%	0.013
栄養専門職	0%	14.4%	22.0%	43.6%	<0.001
歯科口腔専門職	0%	0.9%	3.4%	7.7%	0.014
介護支援専門員	0%	6.3%	14.4%	23.1%	0.001
口腔ケア・マネジメントの目標の共有					
リハビリテーション専門職	0%	15.3%	24.6%	56.4%	<0.001
栄養専門職	0%	4.5%	9.3%	20.5%	<0.001
歯科口腔専門職	0%	3.6%	5.1%	12.8%	0.014
介護福祉士を含む介護職員	50.0%	19.8%	23.7%	41.0%	0.004
介護支援専門員	0%	9.9%	15.3%	24.4%	0.006
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	0%	14.4%	24.6%	52.6%	<0.001
栄養専門職	0%	4.5%	9.3%	20.5%	<0.001
歯科口腔専門職	0%	3.6%	4.2%	12.8%	0.013
介護福祉士を含む介護職員	50.0%	19.8%	23.2%	39.7%	0.006
介護支援専門員	0%	9.9%	15.3%	23.1%	0.011
ADLの把握					
リハビリテーション専門職	0%	85.6%	94.9%	93.6%	0.004
栄養専門職	0%	4.5%	11.9%	17.9%	0.003
低栄養状態リスクの把握					
リハビリテーション専門職	0%	41.4%	54.2%	66.7%	<0.001
栄養専門職	0%	11.7%	32.2%	52.6%	<0.001
歯科口腔専門職	0%	0%	2.5%	11.5%	<0.001
介護福祉士を含む介護職員	100%	35.1%	42.4%	53.8%	0.030
介護支援専門員	0%	15.3%	22.9%	29.5%	0.014

P値：傾向性の検定

表 I-2-4 一体的取組（二次解析） 通所リハ リハ配置職種数の比較

	リハ配置なし				P 値
	n=2	n=111	n=118	n=78	
リハ・機能訓練、口腔、栄養の3領域が参加するカンファレンス開催している	0%	23.4%	27.1%	34.6%	0.072
リハ・機能訓練、口腔、栄養のインフォーマルな話し合実施している	50.0%	36.0%	49.2%	53.8%	0.015
一体的取組の課題					
専門職が常勤配置されていない	100%	68.5%	52.5%	46.2%	0.001
外部機関（同一法人を含む）所属の専門職との連携体制がない・わからない	50.0%	40.5%	36.4%	20.5%	0.005
多職種連携の状況					
利用者の価値観への配慮が必要で、技術で割り切れない問題は、多職種チームで話し合っ決めて【とても+ややあてはまる】	50.0%	85.6%	85.6%	94.9%	0.019
多職種チームは、わからないことがあれば、他職種に教えてもらうことができる【とても+ややあてはまる】	50.0%	85.4%	84.8%	93.6%	0.003
カンファレンスには多くの職種が参加し、それぞれが意見を述べている【とても+ややあてはまる】	50.0%	64.0%	59.3%	74.3%	0.017
居宅のケアマネが連携している人がいる					
連携している人がいる	0%	57.7%	64.4%	76.9%	0.003
内容：栄養ケアの目標	0%	7.8%	19.5%	36.7%	<0.001
栄養ケア計画	0%	6.3%	19.5%	28.3%	0.001
口腔ケア・マネジメント計画	0%	9.4%	20.8%	38.3%	<0.001
低栄養状態リスク	0%	23.4%	36.4%	55.0%	<0.001
食事形態	0%	42.2%	53.2%	66.7%	0.006
口腔衛生状態（口の中の汚れ等）	0%	15.6%	28.6%	48.3%	<0.001
居宅ケアマネからの相談					
栄養専門職が相談に乗る	0%	6.3%	13.0%	21.7%	0.012
居宅ケアマネへの相談					
リハビリテーション専門職は相談している	0%	85.9%	93.5%	98.3%	0.009
栄養専門職は相談している	0%	7.8%	15.6%	30.0%	0.001
歯科口腔専門職は相談している	0%	4.7%	5.2%	16.7%	0.018

P値：傾向性の検定

これらの結果から、リハ専門職の職種が多様なほど、管理栄養士についても2名以上配置が進んでおり、栄養、口腔が連携した「一体的取組」が推進され、関連加算の算定やカンファレンスの実施、多くの業務項目において多職種が関与し、通所サービスにおいては居宅介護支援専門員との連携が実施されるなど良好な業務プロセスが推進されていた。また、一体的取組による業務プロセスやアウトカムへの効果が実感されていた。本解析ではリハ専門職の人数ではなく配置職種の多様さによって比較したものであり、多様な専門職がサービスに関わることの意義が示されたといえる。

3. 歯科の関与状況により、業務の構造・プロセス・アウトカムに差はあるか

歯科医師、歯科衛生士について、施設・事業所種別の「常勤換算0.1人以上」または「外部機関（同一法人・他法人）の専門職と連携あり」を「関与あり」とした。なお、通所介護はnが小さく統計的な比較困難なため集計しなかった。

(1) 特養

特養において、歯科医師関与あり（n=192）・関与なし（n=30）及び歯科衛生士関与あり（n=150）・関与なし（n=72）を比較し、歯科医師、歯科衛生士の関与がある施設の特徴は、以下のとおりであった（表 I-3-1）。

・経口維持・栄養・口腔に関連する加算算定割合が高い。

- ・歯科衛生士の関与ありでは、「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」（「一体的取組している」）割合が高い。
- ・リハビリテーション・個別機能訓練目標や計画の共有、栄養ケアの目標や計画の共有、口腔ケア・マネジメントの目標や計画の共有等の業務において各専門職が連携して実施している割合が高い。
- ・歯科衛生士の関与ありでは、一体的取組の効果として「歯科口腔のアウトカムが良くなった」と実感されている。

表 I-3-1 一体的取組（二次解析） 特養 歯科医師・歯科衛生士の関与有無の比較

	歯科医師			歯科衛生士		
	関与あり n=192	関与なし n=30	P値	関与あり n=150	関与なし n=72	P値
加算算定						
経口維持加算 I	29.2%	10.0%	0.027	-	-	-
経口維持加算 II	-	-	-	20.7%	8.3%	0.021
口腔衛生管理加算 I	-	-	-	25.3%	5.6%	<0.001
口腔衛生管理加算 II	21.4%	3.3%	0.019	26.7%	2.8%	<0.001
科学的介護推進連携加算				67.3%	52.8%	0.036
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	-	-	-	51.7%	33.3%	0.010
リハビリテーション専門職の3職種が揃わない	-	-	-	31.9%	54.2%	0.015
施設外（同一法人を含む）の栄養専門職との連携体制がない	-	-	-	2.8%	16.7%	0.007
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 歯科口腔専門職	-	-	-	9.3%	0%	0.007
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	-	-	-	10.0%	1.4%	0.020
栄養ケアの目標の共有						
歯科口腔専門職	-	-	-	18.0%	0%	<0.001
介護福祉士を含む介護職員	-	-	-	74.1%	58.3%	0.018
栄養ケア計画の共有						
歯科口腔専門職	-	-	-	18.7%	0%	<0.001
介護福祉士を含む介護職員	-	-	-	76.0%	59.7%	0.013
介護支援専門員	79.2%	60.0%	0.021	80.7%	68.1%	0.038
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	-	-	-	12.7%	0%	0.002
歯科口腔専門職	33.3%	6.7%	0.003	38.7%	11.1%	<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	-	-	-	11.3%	0%	0.003
歯科口腔専門職	32.3%	6.7%	0.004	37.3%	11.1%	<0.001
一体的取組による効果の実感						
歯科口腔のアウトカムがよくなった	-	-	-	12.0%	2.8%	0.025
多職種連携の状況						
カンファレンスでは、話し合うだけではなく一定の結論を導き出す場になるように配慮されている						
とてもあてはまる	25.1%	16.7%	0.046	-	-	-
ややあてはまる	58.6%	60.0%				
多職種チーム内で支援目標を共有している						
とてもあてはまる	28.3%	16.7%	0.002	-	-	-
ややあてはまる	56.5%	66.7%				

P値: χ^2 検定

(2) 老健

老健において、歯科医師関与あり (n=119)・関与なし (n=47)、歯科衛生士関与あり (n=112)・関与なし (n=54) を比較し、歯科医師、歯科衛生士の関与がある施設の特徴は、以下のとおりであった (表 I-3-2)。

- ・経口維持・栄養・口腔に関連する加算算定割合が高い。
- ・リハビリテーション・個別機能訓練目標や計画の共有、栄養ケアの目標や計画の共有、口

腔ケア・マネジメントの目標や計画の共有等の業務において各専門職が連携して実施している割合が高い。

- ・一体的取組の効果として「歯科口腔のアウトカムが良くなった」と回答した割合が高い。

表 I-3-2 一体的取組（二次解析） 老健 歯科医師・歯科衛生士の関与有無の比較

	歯科医師			歯科衛生士		
	関与あり n=119	関与なし n=47	P 値	関与あり n=112	関与なし n=54	P 値
加算算定あり						
経口維持加算 I	58.8%	40.4%	0.032	-	-	-
経口維持加算 II	48.7%	23.4%	0.003	47.3%	29.6%	0.030
口腔衛生管理加算 I	-	-	-	17.9%	3.7%	0.012
口腔衛生管理加算 II	-	-	-	39.3%	9.3%	<0.001
褥瘡マネジメント加算	-	-	-	61.6%	40.7%	0.011
在宅復帰・在宅療養支援機能加算	-	-	-	70.5%	53.7%	0.033
退所時等支援等加算	-	-	-	67.0%	46.3%	0.011
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						
歯科口腔専門職	-	-	-	11.6%	1.9%	0.034
介護福祉士を含む介護職員	85.7%	70.2%	0.021	-	-	-
介護支援専門員	87.4%	68.1%	0.004	-	-	-
看護師・准看護師	82.4%	68.1%	0.044	-	-	-
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	-	-	-	11.6%	1.9%	0.034
介護支援専門員	82.4%	68.1%	0.044	-	-	-
栄養ケアの目標の共有						
リハビリテーション専門職	-	-	-	69.6%	53.7%	0.044
歯科口腔専門職	16.0%	4.3%	0.041	17.9%	1.9%	0.004
栄養ケア計画の共有						
歯科口腔専門職	17.6%	4.3%	0.024	19.6%	1.9%	0.002
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	-	-	-	50.0%	27.8%	0.007
歯科口腔専門職	35.3%	10.6%	0.001	39.3%	5.6%	<0.001
介護福祉士を含む介護職員	60.5%	38.3%	0.010	60.7%	40.7%	0.016
介護支援専門員	58.8%	38.3%	0.017	58.9%	40.7%	0.028
看護師・准看護師	58.0%	40.4%	0.041	-	-	-
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	-	-	-	49.1%	25.9%	0.005
歯科口腔専門職	34.5%	10.6%	0.002	38.4%	5.6%	<0.001
介護福祉士を含む介護職員	58.0%	38.3%	0.022	58.9%	38.9%	0.015
介護支援専門員	57.1%	38.3%	0.029	58.0%	38.9%	0.021
一体的取組による効果の実感						
リハビリテーションのアウトカムがよくなった	8.4%	21.3%	0.022	8.0%	20.4%	0.022
栄養のアウトカムがよくなった	14.3%	27.7%	0.044	-	-	-
歯科口腔のアウトカムがよくなった	11.8%	2.1%	0.051	13.4%	0%	0.005

P値: χ^2 検定

(3) 通所リハ

通所リハにおいて、歯科医師関与あり (n=21)・関与なし (n=288)、歯科衛生士関与あり (n=26)・関与なし (n=283)を比較し、歯科医師、歯科衛生士の関与がある事業所の特徴は、以下のとおりであった (表 I-3-3)。

- ・歯科衛生士の関与ありでは、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を把握している。
- ・管理栄養士が外部連携または配置で関与している。
- ・歯科衛生士の関与ありでは、栄養口腔関連加算を算定している。歯科医師の関与ありでは、リハビリテーション関連加算を算定している。
- ・歯科衛生士の関与がある通所リハでは、「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」（「一体的取組している」）割合が高い。

- ・リハビリテーション・個別機能訓練目標や計画の共有、栄養ケアの目標や計画の共有、口腔ケア・マネジメントの目標や計画の共有等の業務において各専門職が連携して実施している割合が高い。
- ・歯科衛生士の関与ありでは、リハビリテーション・口腔・栄養3職種が参加するカンファレンス、インフォーマルな話し合いが行われている。
- ・居宅の介護支援専門員と栄養・歯科口腔専門職が互いに相談に乗っている

表 I-3-3 一体的取組（二次解析） 通所リハ 歯科医師・歯科衛生士の関与有無の比較

	歯科医師			歯科衛生士		
	関与あり n=21	関与なし n=288	P値	関与あり n=26	関与なし n=283	P値
BMI18.5未満いる						
いる	-	-	-	76.9%	51.2%	0.028
把握していない	-	-	-	23.1%	38.5%	
噛むことに問題あり						
いる	-	-	-	84.6%	50.5%	0.003
把握していない	-	-	-	3.8%	24.4%	
飲み込むこと（嚥下）に問題がある利用者いる						
いる	-	-	-	84.6%	60.4%	0.046
把握していない	-	-	-	3.8%	17.0%	
管理栄養士の関与						
外部機関の管理栄養士と連携 （同一+他法人）	42.9%	14.6%	0.001	42.3%	14.1%	<0.001
常勤換算0.1名以上の配置	61.9%	33.7%	0.009	65.4%	32.9%	0.001
加算算定あり						
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	-	-	-	26.9%	10.6%	0.014
栄養アセスメント加算	-	-	-	38.5%	17.3%	0.009
栄養改善加算	-	-	-	26.9%	8.5%	0.003
口腔機能向上加算Ⅰ	-	-	-	26.9%	12.7%	0.045
口腔機能向上加算Ⅱ	-	-	-	42.3%	13.1%	<0.001
科学的介護推進体制加算	-	-	-	76.9%	47.7%	0.004
リハビリテーションマネジメント加算（A）ロ	38.1%	16.7%	0.014	46.2%	26.5%	0.033
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 （I）	19.0%	5.6%	0.015			
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	-	-	-	80.8%	58.0%	0.023
反映できていない理由						
栄養専門職が勤務していない	-	-	-	0%	48.7%	0.033
歯科口腔専門職が勤務していない	-	-	-	20.0%	75.2%	0.006
事業所外（同一法人を含む）の歯科口腔専門職との連携体制がない	-	-	-	20.0%	69.6%	0.021
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						
栄養専門職	28.6%	9.7%	0.008	34.6%	8.8%	<0.001
歯科口腔専門職	9.5%	2.1%	0.038	26.9%	0.4%	<0.001
リハビリテーション・個別機能訓練計画の共有						
栄養専門職	28.6%	8.3%	0.002	34.6%	7.4%	<0.001
歯科口腔専門職	9.5%	2.1%	0.038	26.9%	0.4%	<0.001
栄養ケアの目標の共有						
リハビリテーション専門職	47.6%	24.3%	0.019	46.2%	24.0%	0.014
機能訓練指導員	9.5%	1.7%	0.021	-	-	-
栄養専門職	52.4%	22.6%	0.002	50.0%	22.3%	0.002
歯科口腔専門職	14.3%	2.8%	0.006	19.2%	2.1%	<0.001
介護福祉士を含む介護職員	47.6%	22.6%	0.010	-	-	-
介護支援専門員	42.9%	12.5%	<0.001	-	-	-
看護師・准看護師	42.9%	21.5%	0.025	-	-	-
栄養ケア計画の共有						
リハビリテーション専門職	-	-	-	42.3%	21.6%	0.017
機能訓練指導員	9.5%	1.4%	0.009	-	-	-
栄養専門職	52.4%	22.6%	0.002	46.2%	22.6%	0.008
歯科口腔専門職	14.3%	2.8%	0.006	19.2%	2.1%	<0.001
介護福祉士を含む介護職員	42.9%	21.9%	0.028	-	-	-
介護支援専門員	38.1%	11.8%	0.001	-	-	-
口腔ケア・マネジメントの目標の共有						
リハビリテーション専門職	-	-	-	50.0%	27.2%	0.014
栄養専門職	23.8%	9.4%	0.036	23.1%	9.2%	0.026
歯科口腔専門職	23.8%	5.2%	0.001	53.8%	2.1%	<0.001
介護福祉士を含む介護職員	52.4%	25.0%	0.006	46.2%	25.1%	0.020
介護支援専門員	38.1%	13.9%	0.003	34.6%	13.8%	0.050
看護師・准看護師	42.9%	21.9%	0.028			

P値： χ^2 検定

表 I-3-3 一体的取組（二次解析） 通所リハ 歯科医師・歯科衛生士の関与有無の比較

	歯科医師		P 値	歯科衛生士		P 値
	関与あり n=21	関与なし n=288		関与あり n=26	関与なし n=283	
業務ごとの連携する職種（抜粋）						
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	-	-	-	50.0%	25.8%	0.008
栄養専門職	23.8%	9.4%	0.036	23.1%	9.2%	0.026
歯科口腔専門職	23.8%	4.9%	<0.001	53.8%	1.8%	<0.001
介護福祉士を含む介護職員	47.6%	25.0%	0.023	46.2%	24.7%	0.018
介護支援専門員	33.3%	13.9%	0.017	34.6%	13.4%	0.004
リハ口腔栄養3職種が参加するカンファレンス開催している	-	-	-	53.8%	25.1%	0.002
リハ口腔栄養インフォーマルな話し合い実施している	-	-	-	76.9%	42.8%	0.001
多職種連携						
利用者の価値観への配慮が必要で、技術で割り切れない問題は、多職種チームで話し合っている						
とてあてはまる	-	-	-	57.7%	32.2%	0.025
ややあてはまる	-	-	-	38.5%	32.9%	
多職種チームは、ある程度の期間一緒に働いて人となり分かった人が何人かいる						
とてあてはまる	61.9%	34.0%	0.034	69.2%	32.9%	0.001
ややあてはまる	33.3%	53.5%		23.1%	54.8%	
居宅ケアマネからの相談						
栄養専門職が相談に乗る						
歯科口腔専門職が相談に乗る	23.1%	6.4%	0.027	31.8%	11.2%	0.007
居宅ケアマネへの相談						
栄養専門職は相談している	46.2%	15.4%	0.005	36.4%	15.1%	0.013
歯科口腔専門職は相談している	30.8%	6.9%	0.003	36.4%	5.0%	<0.001

P値: χ^2 検定

これらの結果から、歯科医師、歯科衛生士の関与は一体的取組の推進において重要であり、リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔関連加算の算定や多職種が連携した業務プロセスの推進にも寄与していた。特養と老健では歯科口腔アウトカムの効果は実感されているが、老健ではリハビリテーション、栄養のアウトカムの効果の実感は低調であった。そのため、歯科専門職が関与している対象者の特性や内容についてはさらに検討する必要があると考えられた。

結 論

管理栄養士、リハビリテーション専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）、歯科医師・歯科衛生士の配置や関与がある施設・事業所においては、一体的取組の実施、加算算定、リハビリテーション・栄養・口腔の目標や計画における専門職の連携、カンファレンスやインフォーマルな話し合いといった多職種連携が必要な業務プロセスが良好であり、通所サービスでは居宅介護支援事業所の介護支援専門員と専門職の連携も密に実施されていた。また、一体的取組の効果として、業務プロセスおよび歯科、栄養、リハビリテーション等のアウトカムに対する効果も実感されていた。

リハビリテーション、栄養、歯科口腔の各専門職は相互に配置数や関与の有無にかかわっており、利用者数に応じて適切に配置することはサービスの体制やプロセスの質を向上させ、さらに3領域による一体的取組によって相乗効果が期待される。リハビリテーション専門職の配置状況による比較は理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の3職種が常勤換算0.1

名以上を配置ありとしたため、2 職種配置や1 職種配置の施設・事業所において合計の人数では上回っている可能性もある。一方、3 職種の専門性は異なり、アセスメントやケア計画の立案、調整においてそれぞれの視点から関わることができる意義は大きい。また、通所サービス事業所においては直接雇用されている専門職は限られる。特に栄養や歯科口腔専門職は併設施設との兼務や地域資源を活用した連携の体制構築によって一体的取組を推進することが求められる。したがって、一体的取組を推進するためには専門職の配置や連携体制の充実を図る必要があり、施設・事業所単独での配置が困難な場合は施設間連携や地域連携を含めた体制構築が急務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>

Ⅱ. 施設及び通所系サービスにおけるリハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組に関する1年後の施設・事業所実態調査

はじめに：

リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組は一体的に運用される（以下「一体的取組」という。）ことで、効果的な自立支援・重度化防止につながることを期待されており、医師、歯科医師、リハビリテーション職種、管理栄養士等の多職種が協働して総合的に実施されることが望ましい。

本学会が令和4年度老人保健健康増進等事業において実施した施設・事業所実態調査からは、施設サービスにおいて「一体的取組」を担う専門職が連携して設定した目標がリハビリテーション計画または機能訓練計画に反映できている施設は、特別養護老人ホーム（以下「特養」という。）45.5%、老人保健施設（以下「老健」という。）67.5%であり、当該施設では関連加算算定の増大や誤嚥性肺炎による入院率の減少及び在宅復帰率の増加（老健）が見られた。一方、通所サービスにおいては、「一体的取組」が、通所介護事業所（以下「通所介護」という。）59.9%、通所リハビリテーション事業所（以下、「通所リハ」という。）の50.2%であるものの、関連する口腔・栄養の専門職は殆ど関わっていないために、低栄養や口腔機能の評価がなされず、口腔・栄養の関連加算の算定も殆ど行われていないことが判明した。また、居宅介護支援専門員との連携については、通所介護事業所で33%、通所リハビリテーション事業所で64.7%と差があった。

当該研究においては、施設系及び通所系サービスにおける一体的取組の充実を図るため、前年度に回答のあった施設・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特別養護老人ホーム（以下「特養」という。）1,450か所、老人保健施設（以下「老健」という。）1,025か所、通所介護事業所（以下「通所介護」という。）1,775か所、通所リハビリテーション事業所（以下「通所リハ」という。）1,450か所のうち、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ところを除外した特養216か所、老健145か所、通所介護262か所、通所リハ292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特養76か所、老健58か所、通所介護99か所、通所リハ159か所のデータについて解析を行った。

一体的取組については令和4年度と同様に、「リハビリテーション専門職・機能訓練指導員、栄養専門職、歯科口腔専門職が連携して設定した目標を個別のリハビリテーション計画または機能訓練計画に反映できていますか」の設問に対する回答（「反映できている」vs「反映できていない」）に基づき、反映できている場合を一体的取組を実施していることとした。

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年度の回収率は特養 35.2%、老健 40.0%、通所介護 37.8%、通所リハ 54.5%であった。なお、令和4年度の対象施設・事業所数（特養 1,450 か所、老健 1,025 か所、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特養 5.2%、老健 5.7%、通所介護 5.6%、通所リハ 11.0%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。一体的取組に関する初の全国実態調査として、今後の推進方策の検討を行うための基礎資料を体系的に提供するという目的に資するものであると考えられた。

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. 「一体的計画書」の活用・一体的取組の実施状況

「一体的取組」の様式例を使用している施設・事業所は、特養 7.9%⇒7.9%と変化がなかったが、老健 22.4%⇒13.8%、通所介護 19.2%⇒13.1%、通所リハ 25.8%⇒21.4%と低調であった（表Ⅱ-1-2-3、表Ⅱ-2-2-3、表Ⅱ-2-3-2、表Ⅱ-4-2-4）令和5年度に当該様式例を使用していない主な理由は「別の書式で運用している」、「活用を促す加算がない」、「電子システムが対応していない」、「様式例の使い勝手が悪い」等であり、様式例を新たに導入する実務上、経営上のメリットがないことが推察された。

一方、実務面では「リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映」で「反映できている」と回答した施設・事業所は特養 51.3%⇒47.4%、老健 67.5%⇒75.9%、通所介護 60.6%⇒51.5%、通所リハ 54.7%⇒47.2%と老健では増加、その他ではいずれも減少していた（表Ⅱ-1-2-4、表Ⅱ-2-2-4、表Ⅱ-3-2-5、表Ⅱ-4-2-5）令和5年度に増加した「反映できていない」主な理由として、「リハビリテーション専門職の3職種がそろわない（全施設・事業所種）」、「リハビリテーション専門職が勤務していない（特養・通所介護）」、「栄養専門職が勤務していない（通所介護・通所リハ）」、「歯科口腔専門職が勤務していない（通所介護）」、「事業所外（同一法人を含む）の栄養専門職との連携体制がない（通所介護・通所リハ）」、「施設外（同一法人を含む）の歯科口腔専門職との連携体制がない（老健）」であり、専門職の配置を進めるとともに、歯科をはじめとした施設・事業所外（同一法人を含む）の専門職との連携を強く推進することが一層必要とされていた。

具体的な業務 31 項目についてみていくと、通所介護ではリハビリテーション、歯科口腔、栄養の各専門職の連携協働は他の施設・事業所種と比べて、令和4年度と同様に全体的に低調であり、機能訓練指導員、介護福祉士を含む介護職員、看護師・准看護師が主に担っていた。

一体的取組の推進による効果として、「日常の職種間の情報連携の頻度が増えた」（特養

35.5%⇒27.6%、老健 46.6%⇒44.8%、通所介護 27.3%⇒32.3%、通所リハ 27.0%⇒22.0%)、
「ケアプランで共通した目標設定ができるようになった」(特養 26.3%⇒26.3%、老健
32.8%⇒44.8%、通所介護 17.2%⇒17.2%、通所リハ 19.5%⇒19.5%)、「入所者・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」(特養 31.6%⇒26.3%、老健
37.9%⇒53.4%、通所介護 35.4%⇒37.4%、通所リハ 30.8%⇒31.4%) であり(表Ⅱ-1-2-10、表
Ⅱ-2-2-10、表Ⅱ-3-2-10、表Ⅱ-4-2-10)、一体的取組の推進がみられた老健では実務面でも
効果が実感される結果につながっていると推察される。アウトカム、ADL・IADLの維持改善
等については主観的な回答であることに留意する必要があるが、一体的取組の推進がサー
ビス利用者の生活機能や予後にとって有用である可能性が引き続き示唆された。

これらの結果から、令和6年度の介護報酬改定以後は、一体的取組については様式例の使
用のみならず実務面で専門職の連携を推進し、施設・事業所の取り組みを進めていくことが
肝要であると考えられた。

3. 一体的取組の体制・実施に関する要因について

(1) 専門職の配置について

管理栄養士を2名以上配置している施設は特養 31.6%⇒35.5%、老健 24.1%⇒29.3%であり、
令和3年度新設の栄養マネジメント強化加算を背景とした管理栄養士の手厚い配置につい
ては一定の効果がみられていると推察される。一方、PT, OT, STの3職種については入所者
100名あたりの配置数の平均はいずれも減少していた(表Ⅱ-1-1-2、表Ⅱ-2-1-1、表Ⅱ-3-
1-2、表Ⅱ-4-1-2)。これは前述の「リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が
連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映」ができな
い理由である「リハビリテーション専門職が勤務していない」特養 48.6%⇒55.0%、「リハビ
リテーション専門職の3職種が揃わない」特養 29.7%⇒35.0%、老健 10.5%⇒42.5%、通所介
護 46.2%⇒56.3%、通所リハ 34.7%⇒41.7%の大幅な増加に影響していると考えられる(表Ⅱ
-1-2-4、表Ⅱ-2-2-4、表Ⅱ-3-2-5、表Ⅱ-4-2-5)。歯科医師・歯科衛生士についてはほとん
ど配置がないまま横ばいであり(表Ⅱ-1-1-2、表Ⅱ-2-1-1、表Ⅱ-3-5-2、表Ⅱ-4-1-2)、一
体的取組の推進に不可欠な歯科口腔専門職をどのように確保するかは引き続き課題である。
同様に、通所系サービスにおける管理栄養士の配置は進んでおらず、「反映できていない」
理由として「栄養専門職が勤務していない」通所介護 35.5%⇒50.0%、通所リハ 47.2%⇒51.2%
といずれも増大しており、専門職の配置はいずれの施設・事業所においても後退していた。

(2) 加算算定状況

一体的取組が推進されていた老健では栄養マネジメント強化加算(41.4%⇒53.4%)、経口
維持加算Ⅰ(50.0%⇒55.2%)、リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(67.2%⇒
75.9%)の算定が増加していたが、特養、通所介護、通所リハではおおむね横ばいであつた
(表Ⅱ-2-2-2、表Ⅱ-2-2-2、表Ⅱ-3-2-3、表Ⅱ-4-2-2)これらの加算は一体的取組の推進
と相関する可能性が示された。

(3) 「一体的計画書」

「一体的計画書」を使用している割合はいずれの施設・事業所種でも低調であり、使用していない理由として、「別の書式で運用している」、「様式例の使い勝手が悪い」、「活用を促す加算がない」、「活用を主導する旗振り役がない」等であった（表Ⅱ-1-2-3、表Ⅱ-2-2-3、表Ⅱ-3-2-4、表Ⅱ-4-2-4）。「一体的計画書」は一体的取組を推進するための手段として活用の広がり期待されるが、実務面での「一体的取組」を評価することを一層重視することが重要である。令和6年度の介護報酬改定ではカンファレンスによる3領域の共通した目標の設定と共有を重視した新たな様式例が示されており、具体的な活用例を提示するとともに、実務に即した形で既存の様式から「一体的計画書」にスムーズに置き換えることができる方策を検討することが求められる。

(4) 31 業務項目別の連携協働している職種

特養ではリハビリテーション専門職の関与が全体的に減少しており、配置状況の後退が影響していると考えられる。また、通所介護ではいずれの専門職も関与は低調なままであった（表Ⅱ-1-2-4～8、表Ⅱ-2-2-4～8、表Ⅱ-3-2-5～9、表Ⅱ-4-2-5～9）。特養や通所介護では介護福祉士を含む介護職員と看護師・准看護師が多くの業務項目で中心的な役割を担っていると推察されるが、高度な専門性が要求される内容については当該専門職からの定期的な関与やコンサルテーションの機会を増やすことが重要であると考えられた。

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

リハビリテーション・機能訓練指導員、栄養専門職、歯科口腔が参加するカンファレンスは一体的取組の実務において重要であるが、カンファレンスの実施はいずれの施設・事業所種でも低下しており（表Ⅱ-1-2-9、表Ⅱ-2-2-9、表Ⅱ-3-2-9、表Ⅱ-4-2-9）、専門職の配置が推進される必要がある。一方、インフォーマルな話し合いについては老健と通所リハでは実施している施設・事業所は増加していた。その場に職種がいなくても日常的に適切な情報共有がなされていれば十分に意義があり、日々の業務の中で多職種が緊密な情報共有を行うことのできることは、専門職が一体となって利用者の目標を計画に反映させる取り組みを推進する上で重要であると考えられた。

(6) 一体的取組を推進する上での課題

専門職の配置や外部連携体制がないことが継続して多く挙げられており（表Ⅱ-1-2-10、表Ⅱ-2-2-10、表Ⅱ-3-2-10、表Ⅱ-4-2-10）、当然のことながら専門職が不在であれば一体的取組の推進は困難である。特養では「主導する専門職が決まっていない・わからない」、「経営上のメリットがない」が増加しており、特養に求められる機能訓練や認知症ケア、看取りのケア等においてサービスの質の向上やアウトカムの改善に資する実感が得られることが重要と推察される。一方で一体的取組が一定程度推進された老健では「専門職が互いの業務に対する理解がない」が20.7%⇒12.1%と大きく減少しており、職種間の垣根を超えた連携・協働に寄与するものであると考えられた。一体的取組の推進には専門職の配置と合わせて

日々の業務の中で専門職が互いに緊密な情報連携をとれる環境を醸成することが肝要であるといえる。

(7) アウトカムについて

入所者・利用者 100 名あたりの「過去 6 か月間の誤嚥性肺炎による入院」については大きな変化はない（表Ⅱ-1-1-1、表Ⅱ-2-1-1、表Ⅱ-3-1-1、表Ⅱ-4-1-2）。本調査は過去に発生したアウトカムを調査時点の業務プロセスで比較していることから、プロセスからアウトカムへの因果関係に言及することはできないため、追跡調査による継続的な評価が今後求められる。

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

居宅介護支援事業所の介護支援専門員との連携は、通所介護 36.4%⇒44.4%、通所リハ 60.4%⇒67.3%といずれも推進しており、特に口腔や栄養に関する情報で共有される割合が増加していた（表Ⅱ-3-2-12、表Ⅱ-4-2-12）。通所サービスの利用者のニーズや課題は在宅での療養状況を包括的に評価する必要がある。また複数の居宅サービスを組み合わせて利用することもあるため、一体的取組を推進するためには介護支援専門員が核となり、専門職の配置が手薄な事業所では介護職員によるスクリーニングから専門職へつなぐ機能を更に強化する必要がある。一方で介護支援専門員が専門職に相談しやすい体制をつくることにより、地域での一体的取組が推進されることが期待される。

結 論

令和 4 年度から令和 5 年度にかけて、老健を除く特養、通所介護、通所リハにおいて、「一体的取組」の推進は多少後退していた。主な理由としてリハビリテーション専門職や栄養専門職の関与が低調である点が増加しており、一体的取組を実施する体制が整わないことが課題となっていた。老健では関連する職種が配置されており、一体的取組の推進要因となっていた。歯科口腔専門職の関与は全体的に増加傾向にあったものの、多くの施設・事業所に広がっているとは言えない状況であった。関与する専門職配置が十分でない特養と通所系サービスにおいては外部機関との連携が重要となり、歯科医療機関の歯科医師・歯科衛生士や、医療機関や介護保険施設等に勤務する管理栄養士の存在が鍵となり、地域連携を推進する必要がある。また、通所系サービスでは居宅介護支援事業所の介護支援専門員が利用者のニーズを把握し、適切な専門職へつなぐ役割を一層強化することが望まれる。

本調査を実施した令和 4 年度及び 5 年度の時点では、厚生労働省から示されていたのは基本的に様式例のみであり、専門職間の連携の下で一体的取組として実際にすべきことについては各施設・事業所が検討して実施していたと推察される。本調査では「リハビリテーション計画または機能訓練計画への反映ができていない」ことを「一体的取組」の重要な要素ととらえて分析した。令和 6 年度の介護報酬改定では新たな様式例とともに、「リハ・栄養・口腔の三領域が共同して計画書を作成し共有すること」等が加算の算定要件として介護保険施設及び通所リハビリテーションで評価されることとなった。本調査で把握された課題

に対して適切な対応がなされるとともに、一体的取組を推進し、入所者・利用者のアウトカムや提供されるサービスの質の向上に寄与することが望まれる。

参考文献

- ・ 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-56houkokusyo.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/study-report/>)

表Ⅱ-1-1-1 一体的取組（1年後の追跡）（特養）基本集計（統計量）

特養n=76	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
定員・利用者数								
定員（床）	76	73.5	72.5	(25.2)	76	71.7	72.5	(23.3)
入所実人数（人）	76	68.7	69.5	(22.8)	76	67.7	69.5	(22.9)
平均在所日数（日）	66	1114.1	995.0	(1165.2)	59	940.9	1012.0	(417.4)
在宅復帰率（%）	-	-	-	-	-	-	-	-
要介護度別利用者数								
要介護1	74	0.7	0.0	(1.4)	74	0.6	0.0	(1.2)
要介護2	75	1.8	1.0	(3.0)	74	1.8	1.0	(2.6)
要介護3	74	18.5	18.0	(10.2)	74	18.3	16.5	(9.9)
要介護4	74	27.2	26.0	(11.6)	74	28.2	26.0	(11.6)
要介護5	74	20.5	21.5	(9.5)	74	18.6	17.5	(9.3)
要介護その他	73	0.2	0.0	(1.3)	73	0.1	0.0	(0.3)
要介護度別利用者数（利用実人数100名当たり）								
要介護1	74	1.0	0.0	(2.5)	74	0.9	0.0	(2.1)
要介護2	75	2.8	1.0	(5.4)	74	2.8	1.2	(3.8)
要介護3	74	27.4	27.1	(13.2)	74	27.4	29.4	(12.1)
要介護4	74	39.3	40.5	(10.7)	74	41.6	42.2	(9.2)
要介護5	74	29.5	28.1	(10.4)	74	27.3	25.1	(9.9)
要介護その他	73	0.2	0.0	(1.6)	73	0.1	0.0	(0.4)
低栄養リスク別人数（人）								
低リスク	70	26.4	24.5	(16.2)	72	24.6	21.5	(16.5)
中リスク	70	32.0	31.0	(16.8)	72	32.9	34.0	(16.5)
高リスク	70	8.2	7.0	(7.6)	72	14.1	7.0	(40.6)
不明	70	0.8	0.0	(3.4)	69	0.2	0.0	(0.7)
低栄養リスク別人数割合（%）								
低リスク	70	39.9	38.6	(22.8)	72	37.2	35.2	(22.3)
中リスク	70	46.3	49.4	(18.0)	72	47.9	49.7	(18.0)
高リスク	70	11.9	9.1	(9.7)	72	21.7	12.7	(67.4)
不明	70	1.0	0.0	(3.9)	69	0.2	0.0	(1.0)
食事形態別人数（人）								
常食	73	22.9	18.0	(17.1)	71	19.8	17.0	(13.1)
常食でない主食または副食	73	41.9	41.0	(19.7)	71	43.9	41.0	(20.7)
経管栄養または静脈栄養のみ	75	3.4	2.0	(3.9)	72	3.3	1.5	(3.9)
不明	73	0.2	0.0	(1.4)	68	0.2	0.0	(0.8)
食事形態別人数割合（%）								
常食	73	33.7	28.3	(21.0)	71	30.7	26.4	(20.1)
常食でない主食または副食	73	61.7	67.1	(20.4)	71	64.1	67.6	(20.0)
経管栄養または静脈栄養のみ	75	4.8	2.9	(5.8)	72	4.7	2.5	(5.7)
不明	73	0.2	0.0	(1.6)	68	0.3	0.0	(1.0)
過去6か月間の状況（人）								
退所した人数（死亡を含む）	72	11.4	11.0	(5.6)	76	10.6	10.0	(5.0)
退所した人のうち、在宅へ退所した人数	71	0.5	0.0	(1.6)	73	0.3	0.0	(1.2)
入院した人数（入院先で死亡も含む）	71	8.4	7.0	(9.1)	75	9.0	6.0	(8.3)
入院した人のうち、誤嚥性肺炎により入院した人数	60	1.4	1.0	(3.4)	62	1.7	1.0	(2.3)
死亡した人数	68	8.9	8.0	(5.3)	70	7.7	7.0	(4.8)
死亡した人のうち、亡くなる1か月前の時点で経口摂取（プリン・アイス等を含む）していた後に看取った人数	67	6.1	6.0	(4.4)	58	6.0	5.0	(4.2)

表Ⅱ-1-1-2 一体的取組（1年後の追跡）（特養）基本集計（統計量）

特養n=76	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
過去6か月間の状況※入所100名当たり（人）								
退所した人数（死亡を含む）	72	17.8	17.1	(8.8)	76	16.3	15.3	(7.4)
退所した人のうち、在宅へ退所した人数	71	0.7	0.0	(2.5)	73	0.3	0.0	(1.3)
入院した人数（入院先で死亡も含む）	71	12.7	10.0	(11.8)	75	13.8	10.0	(13.1)
入院した人のうち、誤嚥性肺炎により入院した人数	60	1.9	1.1	(3.8)	62	2.7	1.7	(4.0)
死亡した人数	68	13.7	12.1	(8.5)	70	11.8	10.3	(6.9)
死亡した人のうち、亡くなる1か月前の時点で経口摂取（プリン・アイス等を含む）していた後に看取った人数	67	9.5	8.3	(7.8)	58	8.9	8.2	(5.5)
専門職の常勤換算人数（人）								
医師	76	0.3	0.1	(1.0)	76	0.2	0.1	(0.4)
歯科医師	76	0.0	0.0	(0.0)	76	0.0	0.0	(0.2)
歯科衛生士	76	0.1	0.0	(0.3)	76	0.1	0.0	(0.5)
薬剤師	76	0.0	0.0	(0.0)	76	0.0	0.0	(0.0)
介護福祉士	76	23.1	22.9	(8.8)	76	23.6	22.2	(11.5)
介護職員（介護福祉士を除く）	76	15.0	12.5	(11.8)	76	12.3	10.8	(9.4)
介護支援専門員	76	2.1	1.9	(2.3)	76	1.7	1.0	(1.1)
看護師	76	3.5	3.0	(3.1)	76	3.1	2.9	(1.7)
准看護師	76	2.1	2.0	(3.3)	76	1.7	1.8	(1.3)
理学療法士	76	0.3	0.0	(0.6)	76	0.3	0.0	(0.5)
作業療法士	76	0.2	0.0	(0.4)	76	0.2	0.0	(0.4)
言語聴覚士	76	0.0	0.0	(0.3)	76	0.1	0.0	(0.9)
専任の機能訓練指導員	76	0.4	0.0	(0.5)	76	0.4	0.0	(0.5)
管理栄養士	76	1.4	1.0	(0.6)	76	1.4	1.0	(0.7)
栄養士（管理栄養士を除く）	76	0.2	0.0	(0.4)	76	0.2	0.0	(0.5)
専門職の常勤換算人数※入所100名当たり（人）								
医師	76	0.5	0.2	(1.4)	76	0.2	0.1	(0.4)
歯科医師	76	0.0	0.0	(0.0)	76	0.0	0.0	(0.2)
歯科衛生士	76	0.1	0.0	(0.3)	76	0.1	0.0	(0.5)
薬剤師	76	0.0	0.0	(0.0)	76	0.0	0.0	(0.0)
介護福祉士	76	34.4	33.9	(10.6)	76	23.6	22.2	(11.5)
介護職員（介護福祉士を除く）	76	21.7	19.5	(14.5)	76	12.3	10.8	(9.4)
介護支援専門員	76	3.4	2.3	(4.6)	76	1.7	1.0	(1.1)
看護師	76	5.4	4.4	(6.0)	76	3.1	2.9	(1.7)
准看護師	76	3.3	2.4	(6.7)	76	1.7	1.8	(1.3)
理学療法士	76	0.5	0.0	(1.0)	76	0.3	0.0	(0.5)
作業療法士	76	0.3	0.0	(0.7)	76	0.2	0.0	(0.4)
言語聴覚士	76	0.1	0.0	(0.3)	76	0.1	0.0	(0.9)
専任の機能訓練指導員	76	0.7	0.0	(0.9)	76	0.4	0.0	(0.5)
管理栄養士	76	2.1	2.0	(0.9)	76	1.4	1.0	(0.7)
栄養士（管理栄養士を除く）	76	0.3	0.0	(0.7)	76	0.2	0.0	(0.5)

表Ⅱ-1-2-1 一体的取組（1年後の追跡）（特養）基本集計（n・%）

特養n=76	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
主回答者						
	施設長	36	(47.4)	34	(44.7)	
	その他	40	(52.6)	42	(55.3)	
1	(1) 咀嚼機能が低下した入所者への食事形態（頻度が最も高いもの）					
	①軟らかいものが噛める入所者への対応					
	常食	8	(10.5)	8	(10.5)	
	軟食、軟菜食	19	(25.0)	22	(28.9)	
	きざみ食	36	(47.4)	37	(48.7)	
	ソフト食、ムース食	12	(15.8)	9	(11.8)	
	ミキサー食	1	(1.3)	0	(0.0)	
	その他	0	(0.0)	0	(0.0)	
	②軟らかいものが噛めない入所者への対応					
	常食	0	(0.0)	0	(0.0)	
	軟食、軟菜食	1	(1.3)	0	(0.0)	
	きざみ食	11	(14.5)	13	(17.1)	
	ソフト食、ムース食	31	(40.8)	30	(39.5)	
	ミキサー食	32	(42.1)	32	(42.1)	
	その他	1	(1.3)	1	(1.3)	
1	(4) 機能訓練指導員(専任)の資格（複数回答）					
	看護師	6	(7.9)	5	(6.6)	
	准看護師	8	(10.5)	6	(7.9)	
	理学療法士	8	(10.5)	7	(9.2)	
	作業療法士	3	(3.9)	2	(2.6)	
	言語聴覚士	0	(0.0)	0	(0.0)	
	柔道整復師	6	(7.9)	6	(7.9)	
	あん摩マッサージ指圧師	7	(9.2)	5	(6.6)	
	鍼灸師（6か月以上の実務経験有）	0	(0.0)	0	(0.0)	
	その他	0	(0.0)	0	(0.0)	
	管理栄養士2名以上配置					
	2名以上配置	24	(31.6)	27	(35.5)	
1	(5) 外部機関等に所属し連携(評価・治療・ケア等)している専門職					
	医師					
	あり（同一法人）	11	(14.5)	11	(14.5)	
	あり（他法人）	55	(72.4)	54	(71.1)	
	なし	10	(13.2)	11	(14.5)	
	歯科医師					
	あり（同一法人）	3	(3.9)	3	(3.9)	(3.9)
	あり（他法人）	62	(81.6)	59	(77.6)	(77.6)
	なし	10	(13.2)	14	(18.4)	(18.4)
	(欠損値)	1	(1.3)	0	(0.0)	
	歯科衛生士					
	あり（同一法人）	5	(6.6)	5	(6.6)	
	あり（他法人）	44	(57.9)	44	(57.9)	
	なし	27	(35.5)	27	(35.5)	
	理学療法士					
	あり（同一法人）	9	(11.8)	7	(9.2)	
	あり（他法人）	15	(19.7)	13	(17.1)	
	なし	52	(68.4)	56	(73.7)	
	作業療法士					
	あり（同一法人）	7	(9.2)	3	(3.9)	(3.9)
	あり（他法人）	4	(5.3)	4	(5.3)	(5.3)
	なし	64	(84.2)	69	(90.8)	(90.8)
	(欠損値)	1	(1.3)	0	(0.0)	
	言語聴覚士					
	あり（同一法人）	6	(7.9)	3	(3.9)	(3.9)
	あり（他法人）	3	(3.9)	4	(5.3)	(5.3)
	なし	66	(86.8)	69	(90.8)	(90.8)
	(欠損値)	1	(1.3)	0	(0.0)	
	管理栄養士					
	あり（同一法人）	15	(19.7)	17	(22.4)	(22.4)
	あり（他法人）	3	(3.9)	0	(0.0)	(0.0)
	なし	57	(75.0)	59	(77.6)	(77.6)
	(欠損値)	1	(1.3)	0	(0.0)	

表Ⅱ-1-2-2 一体的取組（1年後の追跡）（特養）基本集計（n・%）

特養n=76	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
1	(6) 加算算定の状況（調査年9月の1か月間に1件以上）（複数回答）					
	栄養マネジメント強化加算	35	(46.1)	37	(48.7)	
	経口移行加算	5	(6.6)	1	(1.3)	
	経口維持加算Ⅰ	17	(22.4)	19	(25.0)	
	経口維持加算Ⅱ	12	(15.8)	11	(14.5)	
	再入所時栄養連携加算	3	(3.9)	2	(2.6)	
	療養食加算	44	(57.9)	47	(61.8)	
	口腔衛生管理加算Ⅰ	16	(21.1)	12	(15.8)	
	口腔衛生管理加算Ⅱ	15	(19.7)	20	(26.3)	
	生活機能向上連携加算	7	(9.2)	7	(9.2)	
	褥瘡マネジメント加算	29	(38.2)	31	(40.8)	
	科学的介護推進連携加算	50	(65.8)	53	(69.7)	
	認知症専門ケア加算Ⅰ	6	(7.9)	6	(7.9)	
	認知症専門ケア加算Ⅱ	2	(2.6)	0	(0.0)	
	栄養ケア・マネジメント未実施減算	1	(1.3)	1	(1.3)	
	個別機能訓練加算Ⅰ	55	(72.4)	52	(68.4)	
	個別機能訓練加算Ⅱ	30	(39.5)	32	(42.1)	
	ADL維持等加算Ⅰ	12	(15.8)	11	(14.5)	
	ADL維持等加算Ⅱ	9	(11.8)	11	(14.5)	
	看取り介護加算Ⅰ	40	(52.6)	38	(50.0)	
	看取り介護加算Ⅱ	20	(26.3)	21	(27.6)	
	退所時等相談援助加算	2	(2.6)	3	(3.9)	

表Ⅱ-1-2-3 一体的取組（1年後の追跡）（特養）基本集計（n・%）

特養n=76	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
2	「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書(一体的計画書)」 (厚生労働省公開の様式例)について					
(1)	44	(57.9)		46	(60.5)	
(2)	6	(7.9)		6	(7.9)	
	「一体的計画書」の作成に関与している職種（複数回答）					
	(有効%:使用している n=6)			(有効%:使用している n=6)		
医師	4	(5.3)	(66.7)	2	(2.6)	(33.3)
歯科医師	2	(2.6)	(33.3)	1	(1.3)	(16.7)
歯科衛生士	2	(2.6)	(33.3)	1	(1.3)	(16.7)
薬剤師	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
介護福祉士	4	(5.3)	(66.7)	4	(5.3)	(66.7)
介護職員（介護福祉士を除く）	5	(6.6)	(83.3)	3	(3.9)	(50.0)
介護支援専門員	6	(7.9)	(100.0)	6	(7.9)	(100.0)
看護師	5	(6.6)	(83.3)	4	(5.3)	(66.7)
准看護師	4	(5.3)	(66.7)	4	(5.3)	(66.7)
理学療法士	2	(2.6)	(33.3)	3	(3.9)	(50.0)
作業療法士	0	(0.0)	(0.0)	2	(2.6)	(33.3)
言語聴覚士	0	(0.0)	(0.0)	1	(1.3)	(16.7)
専任で勤務する機能訓練指導員	3	(3.9)	(50.0)	2	(2.6)	(33.3)
管理栄養士	5	(6.6)	(83.3)	5	(6.6)	(83.3)
栄養士（管理栄養士を除く）	0	(0.0)	(0.0)	2	(2.6)	(33.3)
その他	1	(1.3)	(16.7)	0	(0.0)	(0.0)
	「一体的計画書」の入所者・家族への意向確認、聞き取りに関与している職種（複数回答）					
	(有効%:使用している n=6)			(有効%:使用している n=6)		
医師	2	(2.6)	(33.3)	0	(0.0)	(0.0)
歯科医師	2	(2.6)	(33.3)	0	(0.0)	(0.0)
歯科衛生士	2	(2.6)	(33.3)	0	(0.0)	(0.0)
薬剤師	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
介護福祉士	3	(3.9)	(50.0)	3	(3.9)	(50.0)
介護職員（介護福祉士を除く）	3	(3.9)	(50.0)	3	(3.9)	(50.0)
介護支援専門員	6	(7.9)	(100.0)	6	(7.9)	(100.0)
看護師	4	(5.3)	(66.7)	3	(3.9)	(50.0)
准看護師	3	(3.9)	(50.0)	3	(3.9)	(50.0)
理学療法士	2	(2.6)	(33.3)	2	(2.6)	(33.3)
作業療法士	0	(0.0)	(0.0)	2	(2.6)	(33.3)
言語聴覚士	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
専任で勤務する機能訓練指導員	3	(3.9)	(50.0)	2	(2.6)	(33.3)
管理栄養士	4	(5.3)	(66.7)	3	(3.9)	(50.0)
栄養士（管理栄養士を除く）	0	(0.0)	(0.0)	2	(2.6)	(33.3)
その他	1	(1.3)	(16.7)	0	(0.0)	(0.0)
	「一体的計画」様式例を使用していない理由（複数回答）					
	(有効%:使用していない n=7)			(有効%:使用していない n=70)		
別の書式で運用している	41	(53.9)	(58.6)	40	(52.6)	(57.1)
様式例の使い勝手が悪い	9	(11.8)	(12.9)	7	(9.2)	(10.0)
電子システムが対応していない	21	(27.6)	(30.0)	14	(18.4)	(20.0)
活用を主導する旗振り役がない	16	(21.1)	(22.9)	16	(21.1)	(22.9)
多職種で書類を共有することが難しい	16	(21.1)	(22.9)	17	(22.4)	(24.3)
各職種の業務についての相互の理解不足	12	(15.8)	(17.1)	6	(7.9)	(8.6)
活用を促す加算がない	10	(13.2)	(14.3)	15	(19.7)	(21.4)
その他	4	(5.3)	(5.7)	4	(5.3)	(5.7)

表Ⅱ-1-2-4 一体的取組（1年後の追跡）（特養）基本集計（n・%）

特養n=76	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
2 (3)	リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標の リハビリテーション計画または機能訓練計画への反映					
	39	(51.3)		36	(47.4)	
	反映できている					
	反映できていない理由（複数回答）					
	(有効%:反映できていない n=3 (有効%:使用していない n=40)					
	18	(23.7)	(48.6)	22	(28.9)	(55.0)
	1	(1.3)	(2.7)	2	(2.6)	(5.0)
	8	(10.5)	(21.6)	9	(11.8)	(22.5)
	6	(7.9)	(16.2)	7	(9.2)	(17.5)
	11	(14.5)	(29.7)	14	(18.4)	(35.0)
	1	(1.3)	(2.7)	0	(0.0)	(0.0)
	3	(3.9)	(8.1)	6	(7.9)	(15.0)
	20	(26.3)	(54.1)	20	(26.3)	(50.0)
	9	(11.8)	(24.3)	4	(5.3)	(10.0)
	16	(21.1)	(43.2)	17	(22.4)	(42.5)
	6	(7.9)	(16.2)	5	(6.6)	(12.5)
	0	(0.0)		0	(0.0)	
2 (4)	業務項目別の連携協働している職種(各項目について職種は複数回答)					
	[1. リハビリテーション・個別機能訓練目標の共有]					
	25	(32.9)		21	(27.6)	
	51	(67.1)		55	(72.4)	
	35	(46.1)		36	(47.4)	
	5	(6.6)		4	(5.3)	
	51	(67.1)		52	(68.4)	
	54	(71.1)		55	(72.4)	
	51	(67.1)		48	(63.2)	
	[2. リハビリテーション・個別機能訓練計画の共有]					
	25	(32.9)		22	(28.9)	
	50	(65.8)		55	(72.4)	
	35	(46.1)		36	(47.4)	
	6	(7.9)		4	(5.3)	
	49	(64.5)		52	(68.4)	
	52	(68.4)		56	(73.7)	
	49	(64.5)		49	(64.5)	
	[3. 栄養ケアの目標の共有]					
	13	(17.1)		9	(11.8)	
	30	(39.5)		35	(46.1)	
	67	(88.2)		70	(92.1)	
	10	(13.2)		5	(6.6)	
	54	(71.1)		57	(75.0)	
	58	(76.3)		59	(77.6)	
	57	(75.0)		59	(77.6)	
	[4. 栄養ケア計画の共有]					
	13	(17.1)		9	(11.8)	
	30	(39.5)		33	(43.4)	
	66	(86.8)		69	(90.8)	
	9	(11.8)		5	(6.6)	
	54	(71.1)		57	(75.0)	
	58	(76.3)		58	(76.3)	
	57	(75.0)		58	(76.3)	

表Ⅱ-1-2-5 一体的取組（1年後の追跡）（特養）基本集計（n・%）

特養n=76	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
2 (4) 業務項目別の連携協働している職種(各項目について職種は複数回答)						
[5. 口腔ケア・マネジメントの目標の共有]						
リハビリテーション専門職	9	(11.8)		6	(7.9)	
機能訓練指導員	21	(27.6)		17	(22.4)	
栄養専門職	36	(47.4)		35	(46.1)	
歯科口腔専門職	27	(35.5)		30	(39.5)	
介護福祉士を含む介護職員	39	(51.3)		40	(52.6)	
介護支援専門員	40	(52.6)		41	(53.9)	
看護師・准看護師	46	(60.5)		37	(48.7)	
[6. 口腔ケア・マネジメント計画の共有]						
リハビリテーション専門職	8	(10.5)		6	(7.9)	
機能訓練指導員	21	(27.6)		16	(21.1)	
栄養専門職	34	(44.7)		32	(42.1)	
歯科口腔専門職	27	(35.5)		30	(39.5)	
介護福祉士を含む介護職員	37	(48.7)		38	(50.0)	
介護支援専門員	38	(50.0)		39	(51.3)	
看護師・准看護師	44	(57.9)		35	(46.1)	
[7. リハビリテーション・個別機能訓練における活動量、筋緊張、不随意運動の有無の把握]						
リハビリテーション専門職	24	(31.6)		20	(26.3)	
機能訓練指導員	42	(55.3)		47	(61.8)	
栄養専門職	12	(15.8)		19	(25.0)	
歯科口腔専門職	3	(3.9)		3	(3.9)	
介護福祉士を含む介護職員	34	(44.7)		44	(57.9)	
介護支援専門員	30	(39.5)		40	(52.6)	
看護師・准看護師	36	(47.4)		40	(52.6)	
[8. 筋肉量、筋力の把握]						
リハビリテーション専門職	22	(28.9)		16	(21.1)	
機能訓練指導員	36	(47.4)		37	(48.7)	
栄養専門職	7	(9.2)		14	(18.4)	
歯科口腔専門職	1	(1.3)		2	(2.6)	
介護福祉士を含む介護職員	26	(34.2)		29	(38.2)	
介護支援専門員	21	(27.6)		30	(39.5)	
看護師・准看護師	30	(39.5)		29	(38.2)	
[9. エネルギー消費量の把握]						
リハビリテーション専門職	5	(6.6)		7	(9.2)	
機能訓練指導員	13	(17.1)		17	(22.4)	
栄養専門職	43	(56.6)		45	(59.2)	
歯科口腔専門職	1	(1.3)		4	(5.3)	
介護福祉士を含む介護職員	18	(23.7)		21	(27.6)	
介護支援専門員	21	(27.6)		22	(28.9)	
看護師・准看護師	23	(30.3)		24	(31.6)	
[10. 呼吸機能の把握]						
リハビリテーション専門職	14	(18.4)		10	(13.2)	
機能訓練指導員	24	(31.6)		22	(28.9)	
栄養専門職	10	(13.2)		16	(21.1)	
歯科口腔専門職	1	(1.3)		4	(5.3)	
介護福祉士を含む介護職員	32	(42.1)		29	(38.2)	
介護支援専門員	32	(42.1)		26	(34.2)	
看護師・准看護師	52	(68.4)		51	(67.1)	
[11. ADLの把握]						
リハビリテーション専門職	23	(30.3)		21	(27.6)	
機能訓練指導員	51	(67.1)		50	(65.8)	
栄養専門職	45	(59.2)		48	(63.2)	
歯科口腔専門職	6	(7.9)		8	(10.5)	
介護福祉士を含む介護職員	62	(81.6)		59	(77.6)	
介護支援専門員	62	(81.6)		60	(78.9)	
看護師・准看護師	59	(77.6)		59	(77.6)	

表Ⅱ-1-2-6 一体的取組（1年後の追跡）（特養）基本集計（n・%）

特養n=76	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
2 (4) 業務項目別の連携協働している職種(各項目について職種は複数回答)						
[12. 食事姿勢や椅子・机の高さの把握]						
リハビリテーション専門職	22	(28.9)		19	(25.0)	
機能訓練指導員	47	(61.8)		45	(59.2)	
栄養専門職	46	(60.5)		47	(61.8)	
歯科口腔専門職	6	(7.9)		7	(9.2)	
介護福祉士を含む介護職員	65	(85.5)		60	(78.9)	
介護支援専門員	56	(73.7)		55	(72.4)	
看護師・准看護師	57	(75.0)		53	(69.7)	
[13. 低栄養状態リスクの把握]						
リハビリテーション専門職	12	(15.8)		9	(11.8)	
機能訓練指導員	21	(27.6)		30	(39.5)	
栄養専門職	70	(92.1)		73	(96.1)	
歯科口腔専門職	4	(5.3)		4	(5.3)	
介護福祉士を含む介護職員	52	(68.4)		58	(76.3)	
介護支援専門員	56	(73.7)		56	(73.7)	
看護師・准看護師	63	(82.9)		64	(84.2)	
[14. 身長・体重・BMI・体脂肪率（身体計測）の把握]						
リハビリテーション専門職	13	(17.1)		10	(13.2)	
機能訓練指導員	28	(36.8)		29	(38.2)	
栄養専門職	69	(90.8)		71	(93.4)	
歯科口腔専門職	5	(6.6)		5	(6.6)	
介護福祉士を含む介護職員	55	(72.4)		57	(75.0)	
介護支援専門員	56	(73.7)		56	(73.7)	
看護師・准看護師	56	(73.7)		63	(82.9)	
[15. エネルギー・栄養素摂取量の把握]						
リハビリテーション専門職	8	(10.5)		7	(9.2)	
機能訓練指導員	18	(23.7)		23	(30.3)	
栄養専門職	70	(92.1)		70	(92.1)	
歯科口腔専門職	3	(3.9)		5	(6.6)	
介護福祉士を含む介護職員	47	(61.8)		42	(55.3)	
介護支援専門員	43	(56.6)		47	(61.8)	
看護師・准看護師	45	(59.2)		52	(68.4)	
[16. 食事形態の把握]						
リハビリテーション専門職	12	(15.8)		12	(15.8)	
機能訓練指導員	28	(36.8)		33	(43.4)	
栄養専門職	70	(92.1)		72	(94.7)	
歯科口腔専門職	8	(10.5)		15	(19.7)	
介護福祉士を含む介護職員	67	(88.2)		68	(89.5)	
介護支援専門員	62	(81.6)		65	(85.5)	
看護師・准看護師	64	(84.2)		66	(86.8)	
[17. 食嗜好の把握]						
リハビリテーション専門職	9	(11.8)		8	(10.5)	
機能訓練指導員	20	(26.3)		22	(28.9)	
栄養専門職	70	(92.1)		68	(89.5)	
歯科口腔専門職	5	(6.6)		4	(5.3)	
介護福祉士を含む介護職員	64	(84.2)		65	(85.5)	
介護支援専門員	52	(68.4)		56	(73.7)	
看護師・准看護師	45	(59.2)		49	(64.5)	
[18. 使用している食器具の状況の把握]						
リハビリテーション専門職	13	(17.1)		12	(15.8)	
機能訓練指導員	29	(38.2)		35	(46.1)	
栄養専門職	66	(86.8)		66	(86.8)	
歯科口腔専門職	6	(7.9)		4	(5.3)	
介護福祉士を含む介護職員	68	(89.5)		67	(88.2)	
介護支援専門員	56	(73.7)		56	(73.7)	
看護師・准看護師	50	(65.8)		50	(65.8)	

表Ⅱ-1-2-7 一体的取組（1年後の追跡）（特養）基本集計（n・%）

特養n=76	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
2 (4) 業務項目別の連携協働している職種(各項目について職種は複数回答)						
[19. 食事介助状況の把握]						
リハビリテーション専門職	12	(15.8)		14	(18.4)	
機能訓練指導員	34	(44.7)		40	(52.6)	
栄養専門職	68	(89.5)		68	(89.5)	
歯科口腔専門職	8	(10.5)		11	(14.5)	
介護福祉士を含む介護職員	69	(90.8)		69	(90.8)	
介護支援専門員	62	(81.6)		63	(82.9)	
看護師・准看護師	64	(84.2)		64	(84.2)	
[20. 褥瘡の把握]						
リハビリテーション専門職	16	(21.1)		16	(21.1)	
機能訓練指導員	39	(51.3)		42	(55.3)	
栄養専門職	63	(82.9)		62	(81.6)	
歯科口腔専門職	5	(6.6)		2	(2.6)	
介護福祉士を含む介護職員	69	(90.8)		66	(86.8)	
介護支援専門員	64	(84.2)		62	(81.6)	
看護師・准看護師	69	(90.8)		69	(90.8)	
[21. 口腔衛生状態（歯や義歯の汚れ、舌苔、口臭等）の把握]						
リハビリテーション専門職	9	(11.8)		6	(7.9)	
機能訓練指導員	14	(18.4)		16	(21.1)	
栄養専門職	34	(44.7)		43	(56.6)	
歯科口腔専門職	36	(47.4)		38	(50.0)	
介護福祉士を含む介護職員	61	(80.3)		65	(85.5)	
介護支援専門員	45	(59.2)		51	(67.1)	
看護師・准看護師	54	(71.1)		54	(71.1)	
[22. 日常的な口腔ケアの実施]						
リハビリテーション専門職	5	(6.6)		7	(9.2)	
機能訓練指導員	15	(19.7)		13	(17.1)	
栄養専門職	24	(31.6)		27	(35.5)	
歯科口腔専門職	27	(35.5)		32	(42.1)	
介護福祉士を含む介護職員	68	(89.5)		64	(84.2)	
介護支援専門員	37	(48.7)		38	(50.0)	
看護師・准看護師	48	(63.2)		43	(56.6)	
[23. 口腔機能状態（摂食嚥下、頸部・顔面周囲筋の緊張や筋力、頸部、口腔周囲の可動域、口腔内や口唇の感覚、舌の動き、むせ、口腔乾燥等）の把握]						
リハビリテーション専門職	13	(17.1)		12	(15.8)	
機能訓練指導員	29	(38.2)		26	(34.2)	
栄養専門職	46	(60.5)		46	(60.5)	
歯科口腔専門職	30	(39.5)		37	(48.7)	
介護福祉士を含む介護職員	57	(75.0)		58	(76.3)	
介護支援専門員	50	(65.8)		47	(61.8)	
看護師・准看護師	60	(78.9)		54	(71.1)	
[24. 義歯の有無の把握]						
リハビリテーション専門職	9	(11.8)		8	(10.5)	
機能訓練指導員	24	(31.6)		25	(32.9)	
栄養専門職	57	(75.0)		52	(68.4)	
歯科口腔専門職	34	(44.7)		40	(52.6)	
介護福祉士を含む介護職員	67	(88.2)		66	(86.8)	
介護支援専門員	59	(77.6)		56	(73.7)	
看護師・准看護師	59	(77.6)		60	(78.9)	
[25. 義歯の問題の把握]						
リハビリテーション専門職	7	(9.2)		8	(10.5)	
機能訓練指導員	16	(21.1)		12	(15.8)	
栄養専門職	44	(57.9)		43	(56.6)	
歯科口腔専門職	33	(43.4)		40	(52.6)	
介護福祉士を含む介護職員	61	(80.3)		61	(80.3)	
介護支援専門員	55	(72.4)		50	(65.8)	
看護師・准看護師	55	(72.4)		55	(72.4)	

表Ⅱ-1-2-8 一体的取組（1年後の追跡）（特養）基本集計（n・%）

特養n=76	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
2 (4) 業務項目別の連携協働している職種(各項目について職種は複数回答)						
[26. 服薬状況の把握]						
リハビリテーション専門職	9	(11.8)		6	(7.9)	
機能訓練指導員	20	(26.3)		15	(19.7)	
栄養専門職	34	(44.7)		30	(39.5)	
歯科口腔専門職	7	(9.2)		10	(13.2)	
介護福祉士を含む介護職員	69	(90.8)		68	(89.5)	
介護支援専門員	57	(75.0)		56	(73.7)	
看護師・准看護師	69	(90.8)		70	(92.1)	
[27. 排泄状況の把握]						
リハビリテーション専門職	10	(13.2)		11	(14.5)	
機能訓練指導員	29	(38.2)		22	(28.9)	
栄養専門職	29	(38.2)		31	(40.8)	
歯科口腔専門職	5	(6.6)		4	(5.3)	
介護福祉士を含む介護職員	70	(92.1)		70	(92.1)	
介護支援専門員	60	(78.9)		55	(72.4)	
看護師・准看護師	65	(85.5)		67	(88.2)	
[28. 認知機能の把握]						
リハビリテーション専門職	16	(21.1)		14	(18.4)	
機能訓練指導員	39	(51.3)		42	(55.3)	
栄養専門職	42	(55.3)		43	(56.6)	
歯科口腔専門職	9	(11.8)		13	(17.1)	
介護福祉士を含む介護職員	69	(90.8)		69	(90.8)	
介護支援専門員	66	(86.8)		64	(84.2)	
看護師・准看護師	67	(88.2)		67	(88.2)	
[29. アドバンス・ケア・プランニングへの参加]						
リハビリテーション専門職	10	(13.2)		7	(9.2)	
機能訓練指導員	15	(19.7)		19	(25.0)	
栄養専門職	26	(34.2)		30	(39.5)	
歯科口腔専門職	9	(11.8)		7	(9.2)	
介護福祉士を含む介護職員	34	(44.7)		35	(46.1)	
介護支援専門員	40	(52.6)		43	(56.6)	
看護師・准看護師	36	(47.4)		41	(53.9)	
[30. 経口維持加算による多職種ミールラウンド・カンファレンスへの参加]						
リハビリテーション専門職	9	(11.8)		10	(13.2)	
機能訓練指導員	15	(19.7)		16	(21.1)	
栄養専門職	37	(48.7)		37	(48.7)	
歯科口腔専門職	9	(11.8)		14	(18.4)	
介護福祉士を含む介護職員	31	(40.8)		29	(38.2)	
介護支援専門員	27	(35.5)		28	(36.8)	
看護師・准看護師	28	(36.8)		32	(42.1)	
[31. 居宅を訪問し、状況を把握（各専門職の視点で）]						
リハビリテーション専門職	2	(2.6)		3	(3.9)	
機能訓練指導員	4	(5.3)		2	(2.6)	
栄養専門職	3	(3.9)		1	(1.3)	
歯科口腔専門職	0	(0.0)		2	(2.6)	
介護福祉士を含む介護職員	6	(7.9)		6	(7.9)	
介護支援専門員	17	(22.4)		17	(22.4)	
看護師・准看護師	7	(9.2)		7	(9.2)	

表Ⅱ-1-2-9 一体的取組（1年後の追跡）（特養）基本集計（n・%）

特養n=76	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
2 (5) リハビリテーション・機能訓練指導員、栄養専門職、歯科口腔が参加するカンファレンスの状況						
開催している	33	(43.4)		29	(38.2)	
開催している場合の頻度	(有効%:開催しているn=33)			(有効%:開催しているn=29)		
毎日	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
週3~6日	1	(1.3)	(3.0)	2	(2.6)	(6.9)
週1,2日	8	(10.5)	(24.2)	8	(10.5)	(27.6)
月1~3日	18	(23.7)	(54.5)	13	(17.1)	(44.8)
月1回未満	6	(7.9)	(18.2)	6	(7.9)	(20.7)
カンファレンスの目的（複数回答）	(有効%:開催しているn=33)			(有効%:開催しているn=29)		
介護支援専門員が主催するサービス担当者会議	29	(38.2)	(87.9)	22	(28.9)	(75.9)
ケアプランの共有	21	(27.6)	(63.6)	16	(21.1)	(55.2)
ミールラウンド後のカンファレンス	12	(15.8)	(36.4)	9	(11.8)	(31.0)
一体的計画書の共有	9	(11.8)	(27.3)	2	(2.6)	(6.9)
退所前情報共有	1	(1.3)	(3.0)	1	(1.3)	(3.4)
委員会	7	(9.2)	(21.2)	7	(9.2)	(24.1)
飲食レクリエーション	3	(3.9)	(9.1)	2	(2.6)	(6.9)
その他	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
2 (6) リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養のインフォーマルな話し合いの状況						
実施している	34	(44.7)	(44.7)	27	(35.5)	(35.5)
インフォーマルな話し合いの頻度	(有効%:実施しているn=34)			(有効%:実施しているn=27)		
毎日	11	(14.5)	(32.4)	2	(2.6)	(7.4)
週3~6日	6	(7.9)	(17.6)	7	(9.2)	(25.9)
週1,2日	6	(7.9)	(17.6)	9	(11.8)	(33.3)
月1~3日	7	(9.2)	(20.6)	8	(10.5)	(29.6)
月1回未満	4	(5.3)	(11.8)	1	(1.3)	(3.7)
インフォーマルな話し合いの内容（複数回答）	(有効%:実施しているn=34)			(有効%:実施しているn=27)		
リハビリテーション・個別機能訓練に関すること	22	(28.9)	(64.7)	19	(25.0)	(70.4)
栄養・食事に関すること	29	(38.2)	(85.3)	26	(34.2)	(96.3)
口腔に関すること	18	(23.7)	(52.9)	23	(30.3)	(85.2)
利用者の体調に関すること	30	(39.5)	(88.2)	22	(28.9)	(81.5)
モニタリング（計画の実施状況）に関すること	11	(14.5)	(32.4)	11	(14.5)	(40.7)
支援には直接関係しない利用者の情報に関すること	9	(11.8)	(26.5)	8	(10.5)	(29.6)
家族からの情報に関すること	12	(15.8)	(35.3)	12	(15.8)	(44.4)
その他	1	(1.3)	(2.9)	0	(0.0)	(0.0)
インフォーマルに話し合った情報の共有	(有効%:実施しているn=34)			(有効%:実施しているn=27)		
その場にいないものを含むすべての職員	29	(38.2)	(85.3)	19	(25.0)	(70.4)
その場にいた職員のみ	5	(6.6)	(14.7)	8	(10.5)	(29.6)
インフォーマルに話し合った情報の共有方法（複数回答）	(有効%:実施しているn=34)			(有効%:実施しているn=27)		
カルテなどに記録して共有する	20	(26.3)	(58.8)	15	(19.7)	(55.6)
議事録を作成して共有している	10	(13.2)	(29.4)	7	(9.2)	(25.9)
口頭で伝達する	24	(31.6)	(70.6)	18	(23.7)	(66.7)
その他	3	(3.9)	(8.8)	2	(2.6)	(7.4)

表Ⅱ-1-2-10 一体的取組（1年後の追跡）（特養）基本集計（n・%）

特養n=76	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
2	(7) 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」の推進による効果の状況（複数回答）					
	入所者の新たな課題やニーズを早期に把握できるようになった	24	(31.6)	20	(26.3)	
	日常の職種間の情報連携の頻度が増えた	27	(35.5)	21	(27.6)	
	ケアプランで共通した目標設定ができるようになった	20	(26.3)	20	(26.3)	
	各専門職の専門用語への理解が深まった	8	(10.5)	9	(11.8)	
	各専門職の業務フローへの理解が深まった	10	(13.2)	7	(9.2)	
	職員の職務満足度が高まった	2	(2.6)	5	(6.6)	
	褥瘡のケアが充実した	10	(13.2)	12	(15.8)	
	看取りのケアが充実した	0	(0.0)	0	(0.0)	
	認知症のケアが充実した	0	(0.0)	0	(0.0)	
	外部の関連者との連携が強化された	4	(5.3)	4	(5.3)	
	リハビリテーションのアウトカムがよくなった	2	(2.6)	4	(5.3)	
	個別機能訓練のアウトカムがよくなった	11	(14.5)	10	(13.2)	
	栄養のアウトカムが良くなった	9	(11.8)	10	(13.2)	
	歯科口腔のアウトカムがよくなった	6	(7.9)	8	(10.5)	
	入院が減少した	3	(3.9)	5	(6.6)	
	肺炎が少なくなった	8	(10.5)	6	(7.9)	
	在宅復帰が促進された	0	(0.0)	0	(0.0)	
	認知症の重度化が防止された	2	(2.6)	3	(3.9)	
	ADL・IADLが維持改善された	9	(11.8)	7	(9.2)	
	ポリファーマシー対策が強化された	1	(1.3)	0	(0.0)	
	転倒頻度・転倒リスクが减弱した	3	(3.9)	3	(3.9)	
	生きがい・QOLがその人らしく感じるようになった	3	(3.9)	5	(6.6)	
	残存機能の今後の見通しがわかりやすくなった	5	(6.6)	8	(10.5)	
	介護者の負担軽減につながった	3	(3.9)	5	(6.6)	
	その他	2	(2.6)	0	(0.0)	
	取り組んでいないのでわからない	33	(43.4)	39	(51.3)	
2	(8) 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」を推進するうえでの課題（複数回答）					
	専門職が常勤配置されていない	41	(53.9)	41	(53.9)	
	外部機関（同一法人を含む）所属の専門職との連携体制がない・わからない	15	(19.7)	16	(21.1)	
	専門職が互いの業務に対する理解がない	8	(10.5)	5	(6.6)	
	主導する職種が決まっていない・わからない	27	(35.5)	31	(40.8)	
	電子システムが対応していない	16	(21.1)	14	(18.4)	
	専門職同士がわからないことがあったときに気軽に相談できない	6	(7.9)	5	(6.6)	
	経営上のメリットがない	3	(3.9)	8	(10.5)	
	その他	3	(3.9)	1	(1.3)	

表Ⅱ-1-2-11 一体的取組（1年後の追跡）（特養）基本集計（n・%）

特養n=76	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
2	(9) 「一体的取組」を推進するうえで、すでに取り組んでいること（複数回答）					
	連携に関する専門職を新規に雇用している	4	(5.3)	3	(3.9)	
	外部機関所属（同一法人を含む）の専門職との連携体制を強化している	11	(14.5)	14	(18.4)	
	リハビリテーション・機能訓練・栄養管理・口腔管理の専門職（同一事業所・同一法人所属）と本人・家族、ケアマネジャー等が参加するカンファレンスを（定期的に）開催している	17	(22.4)	11	(14.5)	
	リハビリテーション・機能訓練・栄養管理・口腔管理の専門職（（同一事業所・同一法人を除く外部機関所属）と本人・家族、ケアマネジャー等が参加するカンファレンスを（定期的に）開催している	3	(3.9)	4	(5.3)	
	専門職が互いの業務に対する理解を深めるための研修会を開催している	11	(14.5)	11	(14.5)	
	主導する職種を決めている	2	(2.6)	2	(2.6)	
	電子システムを導入している	17	(22.4)	12	(15.8)	
	専門職同士がわからないことがあったときに気軽に相談できる職場づくりに努めている	34	(44.7)	31	(40.8)	
	職種間でのSNSを活用した気付きの共有や合意形成	2	(2.6)	2	(2.6)	
	その他	6	(7.9)	6	(7.9)	

表Ⅱ-1-2-12 一体的取組（1年後の追跡）（特養）基本集計（n・%）

特養n=76	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
2 (10) 多職種協働の状況						
利用者への支援について、多職種チームの誰かが何かを気にかけている場合に、全体で取り上げるようにしている。						
全くあてはまらない	0	(0.0)		0	(0.0)	
あまりあてはまらない	7	(9.2)		9	(11.8)	
ややあてはまる	49	(64.5)		47	(61.8)	
とてもあてはまる	20	(26.3)		20	(26.3)	
利用者の価値観への配慮が必要で、技術で割り切れない問題は、多職種チームで話し合っている。						
全くあてはまらない	1	(1.3)		1	(1.3)	
あまりあてはまらない	4	(5.3)		8	(10.5)	
ややあてはまる	49	(64.5)		50	(65.8)	
とてもあてはまる	22	(28.9)		17	(22.4)	
多職種チームは、ある程度の期間一緒に働いて人となりが分かった人が何人かいる						
全くあてはまらない	1	(1.3)		0	(0.0)	
あまりあてはまらない	7	(9.2)		6	(7.9)	
ややあてはまる	42	(55.3)		39	(51.3)	
とてもあてはまる	26	(34.2)		31	(40.8)	
多職種チームは、紙や電子カルテでの意思疎通だけでなく、顔を合わせて意見や気持ちを話し合っている						
全くあてはまらない	2	(2.6)		2	(2.6)	
あまりあてはまらない	5	(6.6)		9	(11.8)	
ややあてはまる	39	(51.3)		39	(51.3)	
とてもあてはまる	30	(39.5)		26	(34.2)	
多職種チームは、わからないことがあれば、他職種に教えてもらうことができる						
全くあてはまらない	0	(0.0)		1	(1.3)	
あまりあてはまらない	3	(3.9)		4	(5.3)	
ややあてはまる	40	(52.6)		37	(48.7)	
とてもあてはまる	33	(43.4)		34	(44.7)	
カンファレンスには多くの職種が参加し、それぞれが意見を述べている						
全くあてはまらない	2	(2.6)		0	(0.0)	
あまりあてはまらない	8	(10.5)		12	(15.8)	
ややあてはまる	35	(46.1)		39	(51.3)	
とてもあてはまる	31	(40.8)		25	(32.9)	
カンファレンスで一度も発言しない職種がないように、配慮されている						
全くあてはまらない	1	(1.3)		0	(0.0)	
あまりあてはまらない	14	(18.4)		17	(22.4)	
ややあてはまる	33	(43.4)		33	(43.4)	
とてもあてはまる	28	(36.8)		26	(34.2)	
職種の専門性を尊重した協働がなされるように配慮されている						
全くあてはまらない	1	(1.3)		0	(0.0)	
あまりあてはまらない	8	(10.5)		11	(14.5)	
ややあてはまる	44	(57.9)		42	(55.3)	
とてもあてはまる	23	(30.3)		23	(30.3)	
カンファレンスでは、話し合うだけでなく一定の結論を導き出す場になるように配慮されている						
全くあてはまらない	0	(0.0)		0	(0.0)	
あまりあてはまらない	12	(15.8)		10	(13.2)	
ややあてはまる	49	(64.5)		51	(67.1)	
とてもあてはまる	15	(19.7)		15	(19.7)	
多職種チーム内で支援目標を共有している						
全くあてはまらない	0	(0.0)		1	(1.3)	
あまりあてはまらない	8	(10.5)		13	(17.1)	
ややあてはまる	43	(56.6)		44	(57.9)	
とてもあてはまる	25	(32.9)		18	(23.7)	

表Ⅱ-2-1-1 一体的取組（1年後の追跡）（老健）基本集計（統計量）

老健n=58	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
定員・利用者数								
定員（床）	58	86.4	100.0	(36.2)	58	86.5	100.0	(36.3)
入所実人数（人）	58	76.3	81.5	(34.2)	58	75.9	82.5	(33.2)
平均在所日数（日）	55	470.2	407.0	(279.8)	52	582.5	463.5	(694.7)
在宅復帰率（%）	58	36.5	39.0	(23.3)	56	37.6	35.9	(25.5)
要介護度別利用者数								
要介護1	57	9.0	8.0	(6.2)	56	9.3	8.0	(6.6)
要介護2	57	13.3	13.0	(7.4)	57	14.1	15.0	(7.0)
要介護3	57	20.0	20.0	(10.6)	57	19.1	20.0	(10.2)
要介護4	57	21.3	20.0	(12.5)	57	21.4	21.0	(12.1)
要介護5	57	12.0	12.0	(7.3)	57	11.5	11.0	(6.6)
要介護その他	57	0.2	0.0	(0.6)	54	0.1	0.0	(0.5)
要介護度別利用者数（利用実人数100名当たり）								
要介護1	57	12.2	10.5	(8.1)	56	13.1	10.8	(9.3)
要介護2	57	18.0	18.4	(7.4)	57	18.7	18.7	(6.4)
要介護3	57	25.9	25.3	(7.1)	57	24.4	25.8	(6.2)
要介護4	57	27.5	28.9	(7.9)	57	27.4	27.8	(8.1)
要介護5	57	16.1	14.5	(10.4)	57	15.9	14.5	(9.0)
要介護その他	57	0.2	0.0	(0.7)	54	0.1	0.0	(0.5)
低栄養リスク別人数（人）								
低リスク	57	29.7	29.0	(17.3)	55	27.5	29.0	(16.6)
中リスク	57	35.5	33.0	(21.3)	54	36.2	34.5	(20.3)
高リスク	57	8.8	7.0	(7.5)	54	9.7	8.0	(7.5)
不明	57	0.2	0.0	(1.0)	53	0.1	0.0	(0.5)
低栄養リスク別人数割合（%）								
低リスク	57	39.7	39.8	(18.2)	55	36.9	36.1	(18.7)
中リスク	57	47.7	48.4	(15.7)	54	48.8	50.7	(13.7)
高リスク	57	11.9	9.1	(9.4)	54	13.2	12.7	(9.8)
不明	57	0.3	0.0	(1.2)	53	0.1	0.0	(0.6)
食事形態別人数（人）								
常食	57	29.2	22.0	(34.2)	55	22.2	19.0	(15.9)
常食でない主食または副食	57	41.3	42.0	(20.2)	54	48.9	51.0	(26.5)
経管栄養または静脈栄養のみ	57	4.6	3.0	(4.7)	55	3.6	2.0	(3.7)
不明	57	1.0	0.0	(6.0)	54	0.3	0.0	(1.5)
食事形態別人数割合（%）								
常食	57	34.6	31.4	(19.1)	55	29.3	27.1	(17.4)
常食でない主食または副食	57	57.1	61.4	(21.1)	54	65.3	69.4	(16.8)
経管栄養または静脈栄養のみ	57	7.0	4.3	(8.4)	55	5.7	4.0	(6.9)
不明	57	1.9	0.0	(12.4)	54	0.4	0.0	(1.6)
過去6か月間の状況（人）								
退所した人数（死亡を含む）	54	49.4	35.5	(58.3)	54	39.8	37.5	(27.8)
退所した人のうち、在宅へ退所した人数	57	14.6	10.0	(21.2)	57	13.8	10.0	(16.0)
入院した人数（入院先で死亡も含む）	53	22.0	12.0	(50.1)	54	14.4	11.5	(11.1)
入院した人のうち、誤嚥性肺炎により入院した人数	38	1.4	1.0	(2.0)	34	1.4	1.0	(2.1)
死亡した人数	55	5.8	5.0	(5.8)	54	5.1	4.0	(5.0)
死亡した人のうち、亡くなる1か月前の時点で経口摂取（プリン・アイス等を含む）していた後に看取った人数	44	3.8	3.0	(3.8)	38	3.8	2.0	(4.9)

表Ⅱ-2-1-1 一体的取組（1年後の追跡）（老健）基本集計（統計量）

老健n=58	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
表Ⅱ-2-1-2 一体的取組（1年後の追跡）（老健）基本集計（統計量）								
老健n=58	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
過去6か月間の状況※入所100名当たり（人）								
退所した人数（死亡を含む）	54	63.0	55.9	(58.4)	54	52.3	47.4	(28.7)
退所した人のうち、在宅へ退所した人数	57	20.1	12.6	(24.9)	57	18.7	13.8	(18.3)
入院した人数（入院先で死亡も含む）	53	27.2	16.8	(55.0)	54	19.3	16.4	(13.6)
入院した人のうち、誤嚥性肺炎により入院した人数	38	1.9	1.1	(2.6)	34	2.2	1.0	(3.1)
死亡した人数	55	7.8	5.7	(7.4)	54	6.8	5.5	(6.3)
死亡した人のうち、亡くなる1か月前の時点で経口摂取（プリン・アイス等を含む）していた後に看取った人数	44	5.7	4.5	(6.4)	38	5.3	2.5	(6.4)
専門職の常勤換算人数（人）								
医師	58	1.2	1.0	(0.7)	58	1.3	1.0	(2.0)
歯科医師	58	0.0	0.0	(0.0)	58	0.0	0.0	(0.0)
歯科衛生士	58	0.1	0.0	(0.3)	58	0.1	0.0	(0.4)
薬剤師	58	0.3	0.3	(0.4)	58	0.3	0.3	(0.3)
介護福祉士	58	21.1	19.9	(13.5)	58	21.7	20.7	(13.3)
介護職員（介護福祉士を除く）	58	8.1	6.6	(8.1)	58	7.5	6.2	(5.0)
介護支援専門員	58	2.1	1.7	(3.1)	58	2.3	1.0	(3.7)
看護師	58	5.9	6.0	(3.1)	58	6.3	6.0	(3.4)
准看護師	58	4.0	3.9	(2.7)	58	4.3	4.0	(3.2)
理学療法士	58	2.8	2.4	(2.2)	58	2.8	2.6	(2.0)
作業療法士	58	2.0	1.9	(2.1)	58	2.1	1.7	(2.5)
言語聴覚士	58	0.5	0.1	(0.7)	58	0.5	0.0	(0.7)
専任の機能訓練指導員	58	0.0	0.0	(0.0)	58	0.0	0.0	(0.0)
管理栄養士	58	1.3	1.0	(0.7)	58	1.4	1.0	(0.8)
栄養士（管理栄養士を除く）	58	0.2	0.0	(0.6)	58	0.1	0.0	(0.5)
専門職の常勤換算人数※入所100名当たり（人）								
医師	58	1.6	1.3	(0.8)	58	1.3	1.0	(2.0)
歯科医師	58	0.0	0.0	(0.0)	58	0.0	0.0	(0.0)
歯科衛生士	58	0.1	0.0	(0.4)	58	0.1	0.0	(0.4)
薬剤師	58	0.5	0.4	(0.5)	58	0.3	0.3	(0.3)
介護福祉士	58	27.4	26.3	(9.1)	58	21.7	20.7	(13.3)
介護職員（介護福祉士を除く）	58	11.0	8.8	(9.7)	58	7.5	6.2	(5.0)
介護支援専門員	58	2.7	2.2	(1.9)	58	2.3	1.0	(3.7)
看護師	58	8.2	7.9	(3.9)	58	6.3	6.0	(3.4)
准看護師	58	6.0	5.0	(4.7)	58	4.3	4.0	(3.2)
理学療法士	58	3.4	3.2	(2.0)	58	2.8	2.6	(2.0)
作業療法士	58	2.4	2.3	(1.6)	58	2.1	1.7	(2.5)
言語聴覚士	58	0.6	0.1	(0.7)	58	0.5	0.0	(0.7)
専任の機能訓練指導員	58	0.0	0.0	(0.0)	58	0.0	0.0	(0.0)
管理栄養士	58	1.9	1.9	(1.0)	58	1.4	1.0	(0.8)
栄養士（管理栄養士を除く）	58	0.2	0.0	(0.7)	58	0.1	0.0	(0.5)

表Ⅱ-2-2-1 一体的取組（1年後の追跡）（老健）基本集計（n・%）

老健n=58	令和4年度			令和5年度					
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)			
主回答者									
1	(1) 咀嚼機能が低下した入所者への食事形態（頻度が最も高いもの）	施設長	1	(1.7)	7	(12.1)			
		その他	57	(98.3)	51	(87.9)			
	R4①軟らかいものが噛める入所者への対応								
		常食	7	(12.1)	6	(10.3)			
		軟食、軟菜食	29	(50.0)	24	(41.4)			
		きざみ食	19	(32.8)	22	(37.9)			
		ソフト食、ムース食	2	(3.4)	4	(6.9)			
		ミキサー食	1	(1.7)	1	(1.7)			
		その他	0	(0.0)	1	(1.7)			
	R4②軟らかいものが噛めない入所者への対応								
		常食	0	(0.0)	0	(0.0)			
		軟食、軟菜食	1	(1.7)	0	(0.0)			
		きざみ食	22	(37.9)	23	(39.7)			
		ソフト食、ムース食	18	(31.0)	11	(19.0)			
	ミキサー食	15	(25.9)	22	(37.9)				
	その他	2	(3.4)	2	(3.4)				
1	(4) 機能訓練指導員（専任）の資格（複数回答）	看護師	-	-	-	-			
		准看護師	-	-	-	-			
		理学療法士	-	-	-	-			
		作業療法士	-	-	-	-			
		言語聴覚士	-	-	-	-			
		柔道整復師	-	-	-	-			
		あん摩マッサージ指圧師	-	-	-	-			
		鍼灸師（6か月以上の実務経験有）	-	-	-	-			
		その他	-	-	-	-			
		管理栄養士2名以上配置							
			2名以上配置	14	(24.1)	17	(29.3)		
		1	(5) 外部機関等に所属し連携（評価・治療・ケア等）している専門職	医師	あり（同一法人）	17	(29.3)	15	(25.9)
					あり（他法人）	7	(12.1)	3	(5.2)
					なし	34	(58.6)	40	(69.0)
歯科医師	あり（同一法人）			7	(12.1)	7	(12.1)		
	あり（他法人）			34	(58.6)	29	(50.0)		
	なし			17	(29.3)	22	(37.9)		
歯科衛生士	あり（同一法人）			10	(17.2)	10	(17.2)		
	あり（他法人）			28	(48.3)	20	(34.5)		
	なし			20	(34.5)	28	(48.3)		
理学療法士	あり（同一法人）			8	(13.8)	3	(5.2)		
	あり（他法人）			0	(0.0)	1	(1.7)		
	なし			50	(86.2)	54	(93.1)		
作業療法士	あり（同一法人）			6	(10.3)	0	(0.0)		
	あり（他法人）			0	(0.0)	0	(0.0)		
	なし			52	(89.7)	58	(100.0)		
言語聴覚士	あり（同一法人）			7	(12.1)	1	(1.7)		
	あり（他法人）			0	(0.0)	1	(1.7)		
	なし			51	(87.9)	56	(96.6)		
管理栄養士	あり（同一法人）			8	(13.8)	1	(1.7)		
	あり（他法人）			1	(1.7)	1	(1.7)		
	なし			49	(84.5)	56	(96.6)		

表Ⅱ-2-2-2 一体的取組（1年後の追跡）（老健）基本集計（n・%）

老健n=58	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
1 (6) 加算算定の状況（調査年9月の1か月間に1件以上）（複数回答）						
栄養マネジメント強化加算	24	(41.4)		31	(53.4)	
経口移行加算	11	(19.0)		5	(8.6)	
経口維持加算Ⅰ	29	(50.0)		32	(55.2)	
経口維持加算Ⅱ	19	(32.8)		20	(34.5)	
再入所時栄養連携加算	4	(6.9)		3	(5.2)	
療養食加算	54	(93.1)		55	(94.8)	
口腔衛生管理加算Ⅰ	5	(8.6)		2	(3.4)	
口腔衛生管理加算Ⅱ	16	(27.6)		16	(27.6)	
生活機能向上連携加算	2	(3.4)		3	(5.2)	
褥瘡マネジメント加算	38	(65.5)		37	(63.8)	
科学的介護推進連携加算	50	(86.2)		49	(84.5)	
認知症専門ケア加算Ⅰ	7	(12.1)		6	(10.3)	
認知症専門ケア加算Ⅱ	2	(3.4)		1	(1.7)	
栄養ケア・マネジメント未実施減算	0	(0.0)		0	(0.0)	
リハビリテーションマネジメント計画書情報	39	(67.2)		44	(75.9)	
ターミナルケア加算	32	(55.2)		34	(58.6)	
在宅復帰・在宅療養支援機能加算	37	(63.8)		40	(69.0)	
入所前後訪問指導加算	47	(81.0)		45	(77.6)	
退所時等支援等加算	32	(55.2)		27	(46.6)	
かかりつけ医連携薬剤調整加算	9	(15.5)		4	(6.9)	

表Ⅱ-2-2-3 一体的取組（1年後の追跡）（老健）基本集計（n・%）

老健n=58	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
2	「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書(一体的計画書)」 (厚生労働省公開の様式例)について					
(1)	46	(79.3)		42	(72.4)	
(2)	13	(22.4)		8	(13.8)	
	「一体的計画書」の作成に関与している職種（複数回答）					
	(有効%:使用している n=13)			(有効%:使用している n=8)		
医師	6	(10.3)	(46.2)	5	(8.6)	(62.5)
歯科医師	0	(0.0)	(0.0)	1	(1.7)	(12.5)
歯科衛生士	0	(0.0)	(0.0)	1	(1.7)	(12.5)
薬剤師	2	(3.4)	(15.4)	1	(1.7)	(12.5)
介護福祉士	7	(12.1)	(53.8)	5	(8.6)	(62.5)
介護職員（介護福祉士を除く）	7	(12.1)	(53.8)	3	(5.2)	(37.5)
介護支援専門員	9	(15.5)	(69.2)	7	(12.1)	(87.5)
看護師	8	(13.8)	(61.5)	5	(8.6)	(62.5)
准看護師	6	(10.3)	(46.2)	4	(6.9)	(50.0)
理学療法士	10	(17.2)	(76.9)	7	(12.1)	(87.5)
作業療法士	8	(13.8)	(61.5)	4	(6.9)	(50.0)
言語聴覚士	0	(0.0)	(0.0)	4	(6.9)	(50.0)
専任で勤務する機能訓練指導員	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
管理栄養士	8	(13.8)	(61.5)	7	(12.1)	(87.5)
栄養士（管理栄養士を除く）	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
その他	1	(1.7)	(7.7)	0	(0.0)	(0.0)
	「一体的計画書」の入所者・家族への意向確認、聞き取りに関与している職種（複数回答）					
	(有効%:使用している n=13)			(有効%:使用している n=8)		
医師	6	(10.3)	(46.2)	5	(8.6)	(62.5)
歯科医師	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
歯科衛生士	1	(1.7)	(7.7)	0	(0.0)	(0.0)
薬剤師	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
介護福祉士	5	(8.6)	(38.5)	3	(5.2)	(37.5)
介護職員（介護福祉士を除く）	5	(8.6)	(38.5)	1	(1.7)	(12.5)
介護支援専門員	10	(17.2)	(76.9)	7	(12.1)	(87.5)
看護師	7	(12.1)	(53.8)	5	(8.6)	(62.5)
准看護師	4	(6.9)	(30.8)	3	(5.2)	(37.5)
理学療法士	6	(10.3)	(46.2)	5	(8.6)	(62.5)
作業療法士	5	(8.6)	(38.5)	3	(5.2)	(37.5)
言語聴覚士	0	(0.0)	(0.0)	3	(5.2)	(37.5)
専任で勤務する機能訓練指導員	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
管理栄養士	4	(6.9)	(30.8)	5	(8.6)	(62.5)
栄養士（管理栄養士を除く）	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
その他	2	(3.4)	(15.4)	0	(0.0)	(0.0)
	「一体的計画」様式例を使用していない理由（複数回答）					
	(有効%:使用している n=45)			(有効%:使用している n=50)		
別の書式で運用している	26	(44.8)	(57.8)	31	(53.4)	(62.0)
様式例の使い勝手が悪い	6	(10.3)	(13.3)	6	(10.3)	(12.0)
電子システムが対応していない	14	(24.1)	(31.1)	20	(34.5)	(40.0)
活用を主導する旗振り役がない	9	(15.5)	(20.0)	10	(17.2)	(20.0)
多職種で書類を共有することが難しい	11	(19.0)	(24.4)	9	(15.5)	(18.0)
各職種の業務についての相互の理解不足	3	(5.2)	(6.7)	6	(10.3)	(12.0)
活用を促す加算がない	7	(12.1)	(15.6)	8	(13.8)	(16.0)
その他	3	(5.2)	(6.7)	3	(5.2)	(6.0)

表Ⅱ-2-2-4 一体的取組（1年後の追跡）（老健）基本集計（n・%）

老健n=58	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
2 (3)	リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標の リハビリテーション計画または機能訓練計画への反映					
	39	(67.2)		44	(75.9)	
	反映できている					
	反映できていない理由（複数回答）					
	(有効%:反映できていない n=1 (有効%:使用していない n=14)					
	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
	2	(3.4)	(10.5)	1	(1.7)	(7.1)
	2	(3.4)	(10.5)	2	(3.4)	(14.3)
	1	(1.7)	(5.3)	4	(6.9)	(28.6)
	2	(3.4)	(10.5)	6	(10.3)	(42.9)
	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
	1	(1.7)	(5.3)	1	(1.7)	(7.1)
	8	(13.8)	(42.1)	7	(12.1)	(50.0)
	2	(3.4)	(10.5)	3	(5.2)	(21.4)
	7	(12.1)	(36.8)	4	(6.9)	(28.6)
	6	(10.3)	(31.6)	4	(6.9)	(28.6)
	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
2 (4)	業務項目別の連携協働している職種(各項目について職種は複数回答)					
	[1. リハビリテーション・個別機能訓練目標の共有]					
	56	(96.6)		55	(94.8)	
	0	(0.0)		3	(5.2)	
	35	(60.3)		34	(58.6)	
	3	(5.2)		1	(1.7)	
	50	(86.2)		46	(79.3)	
	50	(86.2)		50	(86.2)	
	48	(82.8)		44	(75.9)	
	[2. リハビリテーション・個別機能訓練計画の共有]					
	55	(94.8)		53	(91.4)	
	0	(0.0)		2	(3.4)	
	35	(60.3)		32	(55.2)	
	3	(5.2)		1	(1.7)	
	50	(86.2)		43	(74.1)	
	49	(84.5)		47	(81.0)	
	49	(84.5)		41	(70.7)	
	[3. 栄養ケアの目標の共有]					
	41	(70.7)		38	(65.5)	
	0	(0.0)		3	(5.2)	
	54	(93.1)		54	(93.1)	
	6	(10.3)		4	(6.9)	
	45	(77.6)		41	(70.7)	
	46	(79.3)		49	(84.5)	
	45	(77.6)		42	(72.4)	
	[4. 栄養ケア計画の共有]					
	39	(67.2)		36	(62.1)	
	0	(0.0)		2	(3.4)	
	52	(89.7)		53	(91.4)	
	6	(10.3)		4	(6.9)	
	43	(74.1)		42	(72.4)	
	45	(77.6)		49	(84.5)	
	44	(75.9)		42	(72.4)	

表Ⅱ-2-2-5 一体的取組（1年後の追跡）（老健）基本集計（n・%）

老健n=58	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
2 (4) 業務項目別の連携協働している職種(各項目について職種は複数回答)						
[5. 口腔ケア・マネジメントの目標の共有]						
リハビリテーション専門職	28	(48.3)		27	(46.6)	
機能訓練指導員	0	(0.0)		1	(1.7)	
栄養専門職	29	(50.0)		22	(37.9)	
歯科口腔専門職	17	(29.3)		19	(32.8)	
介護福祉士を含む介護職員	35	(60.3)		34	(58.6)	
介護支援専門員	35	(60.3)		33	(56.9)	
看護師・准看護師	34	(58.6)		32	(55.2)	
[6. 口腔ケア・マネジメント計画の共有]						
リハビリテーション専門職	27	(46.6)		26	(44.8)	
機能訓練指導員	0	(0.0)		0	(0.0)	
栄養専門職	29	(50.0)		20	(34.5)	
歯科口腔専門職	17	(29.3)		19	(32.8)	
介護福祉士を含む介護職員	34	(58.6)		32	(55.2)	
介護支援専門員	34	(58.6)		31	(53.4)	
看護師・准看護師	33	(56.9)		29	(50.0)	
[7. リハビリテーション・個別機能訓練における活動量、筋緊張、不随意運動の有無の把握]						
リハビリテーション専門職	55	(94.8)		56	(96.6)	
機能訓練指導員	0	(0.0)		2	(3.4)	
栄養専門職	23	(39.7)		19	(32.8)	
歯科口腔専門職	2	(3.4)		0	(0.0)	
介護福祉士を含む介護職員	32	(55.2)		34	(58.6)	
介護支援専門員	31	(53.4)		31	(53.4)	
看護師・准看護師	36	(62.1)		35	(60.3)	
[8. 筋肉量、筋力の把握]						
リハビリテーション専門職	53	(91.4)		53	(91.4)	
機能訓練指導員	0	(0.0)		2	(3.4)	
栄養専門職	19	(32.8)		15	(25.9)	
歯科口腔専門職	1	(1.7)		0	(0.0)	
介護福祉士を含む介護職員	24	(41.4)		19	(32.8)	
介護支援専門員	24	(41.4)		21	(36.2)	
看護師・准看護師	27	(46.6)		21	(36.2)	
[9. エネルギー消費量の把握]						
リハビリテーション専門職	26	(44.8)		26	(44.8)	
機能訓練指導員	1	(1.7)		1	(1.7)	
栄養専門職	38	(65.5)		38	(65.5)	
歯科口腔専門職	1	(1.7)		1	(1.7)	
介護福祉士を含む介護職員	18	(31.0)		18	(31.0)	
介護支援専門員	19	(32.8)		19	(32.8)	
看護師・准看護師	24	(41.4)		22	(37.9)	
[10. 呼吸機能の把握]						
リハビリテーション専門職	37	(63.8)		37	(63.8)	
機能訓練指導員	0	(0.0)		1	(1.7)	
栄養専門職	15	(25.9)		16	(27.6)	
歯科口腔専門職	2	(3.4)		0	(0.0)	
介護福祉士を含む介護職員	23	(39.7)		24	(41.4)	
介護支援専門員	21	(36.2)		23	(39.7)	
看護師・准看護師	40	(69.0)		42	(72.4)	
[11. ADLの把握]						
リハビリテーション専門職	51	(87.9)		56	(96.6)	
機能訓練指導員	0	(0.0)		2	(3.4)	
栄養専門職	33	(56.9)		38	(65.5)	
歯科口腔専門職	4	(6.9)		3	(5.2)	
介護福祉士を含む介護職員	48	(82.8)		51	(87.9)	
介護支援専門員	47	(81.0)		51	(87.9)	
看護師・准看護師	47	(81.0)		51	(87.9)	

表Ⅱ-2-2-6 一体的取組（1年後の追跡）（老健）基本集計（n・%）

老健n=58	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
2 (4) 業務項目別の連携協働している職種(各項目について職種は複数回答)						
[12. 食事姿勢や椅子・机の高さの把握]						
リハビリテーション専門職	50	(86.2)		49	(84.5)	
機能訓練指導員	0	(0.0)		1	(1.7)	
栄養専門職	38	(65.5)		38	(65.5)	
歯科口腔専門職	5	(8.6)		3	(5.2)	
介護福祉士を含む介護職員	47	(81.0)		52	(89.7)	
介護支援専門員	37	(63.8)		45	(77.6)	
看護師・准看護師	44	(75.9)		49	(84.5)	
[13. 低栄養状態リスクの把握]						
リハビリテーション専門職	38	(65.5)		42	(72.4)	
機能訓練指導員	0	(0.0)		2	(3.4)	
栄養専門職	52	(89.7)		56	(96.6)	
歯科口腔専門職	3	(5.2)		4	(6.9)	
介護福祉士を含む介護職員	35	(60.3)		41	(70.7)	
介護支援専門員	37	(63.8)		42	(72.4)	
看護師・准看護師	43	(74.1)		47	(81.0)	
[14. 身長・体重・BMI・体脂肪率（身体計測）の把握]						
リハビリテーション専門職	38	(65.5)		38	(65.5)	
機能訓練指導員	0	(0.0)		1	(1.7)	
栄養専門職	52	(89.7)		55	(94.8)	
歯科口腔専門職	2	(3.4)		2	(3.4)	
介護福祉士を含む介護職員	35	(60.3)		40	(69.0)	
介護支援専門員	40	(69.0)		43	(74.1)	
看護師・准看護師	43	(74.1)		46	(79.3)	
[15. エネルギー・栄養素摂取量の把握]						
リハビリテーション専門職	30	(51.7)		30	(51.7)	
機能訓練指導員	1	(1.7)		1	(1.7)	
栄養専門職	51	(87.9)		55	(94.8)	
歯科口腔専門職	3	(5.2)		1	(1.7)	
介護福祉士を含む介護職員	31	(53.4)		30	(51.7)	
介護支援専門員	33	(56.9)		34	(58.6)	
看護師・准看護師	38	(65.5)		40	(69.0)	
[16. 食事形態の把握]						
リハビリテーション専門職	42	(72.4)		44	(75.9)	
機能訓練指導員	0	(0.0)		1	(1.7)	
栄養専門職	51	(87.9)		56	(96.6)	
歯科口腔専門職	7	(12.1)		8	(13.8)	
介護福祉士を含む介護職員	46	(79.3)		53	(91.4)	
介護支援専門員	42	(72.4)		48	(82.8)	
看護師・准看護師	47	(81.0)		53	(91.4)	
[17. 食嗜好の把握]						
リハビリテーション専門職	28	(48.3)		30	(51.7)	
機能訓練指導員	0	(0.0)		1	(1.7)	
栄養専門職	51	(87.9)		53	(91.4)	
歯科口腔専門職	4	(6.9)		2	(3.4)	
介護福祉士を含む介護職員	45	(77.6)		48	(82.8)	
介護支援専門員	36	(62.1)		39	(67.2)	
看護師・准看護師	39	(67.2)		44	(75.9)	
[18. 使用している食器具の状況の把握]						
リハビリテーション専門職	42	(72.4)		40	(69.0)	
機能訓練指導員	0	(0.0)		1	(1.7)	
栄養専門職	51	(87.9)		54	(93.1)	
歯科口腔専門職	5	(8.6)		3	(5.2)	
介護福祉士を含む介護職員	46	(79.3)		51	(87.9)	
介護支援専門員	38	(65.5)		42	(72.4)	
看護師・准看護師	42	(72.4)		47	(81.0)	

表Ⅱ-2-2-7 一体的取組（1年後の追跡）（老健）基本集計（n・%）

老健n=58	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
2 (4) 業務項目別の連携協働している職種(各項目について職種は複数回答)						
[19. 食事介助状況の把握]						
リハビリテーション専門職	46	(79.3)		44	(75.9)	
機能訓練指導員	1	(1.7)		1	(1.7)	
栄養専門職	48	(82.8)		53	(91.4)	
歯科口腔専門職	6	(10.3)		4	(6.9)	
介護福祉士を含む介護職員	50	(86.2)		53	(91.4)	
介護支援専門員	41	(70.7)		46	(79.3)	
看護師・准看護師	47	(81.0)		49	(84.5)	
[20. 褥瘡の把握]						
リハビリテーション専門職	46	(79.3)		45	(77.6)	
機能訓練指導員	0	(0.0)		1	(1.7)	
栄養専門職	46	(79.3)		48	(82.8)	
歯科口腔専門職	2	(3.4)		2	(3.4)	
介護福祉士を含む介護職員	47	(81.0)		52	(89.7)	
介護支援専門員	41	(70.7)		46	(79.3)	
看護師・准看護師	50	(86.2)		55	(94.8)	
[21. 口腔衛生状態（歯や義歯の汚れ、舌苔、口臭等）の把握]						
リハビリテーション専門職	26	(44.8)		26	(44.8)	
機能訓練指導員	0	(0.0)		0	(0.0)	
栄養専門職	31	(53.4)		27	(46.6)	
歯科口腔専門職	23	(39.7)		20	(34.5)	
介護福祉士を含む介護職員	44	(75.9)		47	(81.0)	
介護支援専門員	35	(60.3)		32	(55.2)	
看護師・准看護師	44	(75.9)		47	(81.0)	
[22. 日常的な口腔ケアの実施]						
リハビリテーション専門職	24	(41.4)		18	(31.0)	
機能訓練指導員	0	(0.0)		0	(0.0)	
栄養専門職	22	(37.9)		15	(25.9)	
歯科口腔専門職	11	(19.0)		8	(13.8)	
介護福祉士を含む介護職員	48	(82.8)		51	(87.9)	
介護支援専門員	30	(51.7)		31	(53.4)	
看護師・准看護師	42	(72.4)		47	(81.0)	
[23. 口腔機能状態（摂食嚥下、頸部・顔面周囲筋の緊張や筋力、頸部、口腔周囲の可動域、口腔内や口唇の感覚、舌の動き、むせ、口腔乾燥等）の把握]						
リハビリテーション専門職	0	(0.0)		1	(1.7)	
機能訓練指導員	31	(53.4)		31	(53.4)	
栄養専門職	18	(31.0)		16	(27.6)	
歯科口腔専門職	43	(74.1)		43	(74.1)	
介護福祉士を含む介護職員	33	(56.9)		34	(58.6)	
介護支援専門員	42	(72.4)		48	(82.8)	
看護師・准看護師						
[24. 義歯の有無の把握]						
リハビリテーション専門職	0	(0.0)		1	(1.7)	
機能訓練指導員	37	(63.8)		39	(67.2)	
栄養専門職	19	(32.8)		20	(34.5)	
歯科口腔専門職	50	(86.2)		52	(89.7)	
介護福祉士を含む介護職員	37	(63.8)		42	(72.4)	
介護支援専門員	46	(79.3)		49	(84.5)	
看護師・准看護師						
[25. 義歯の問題の把握]						
リハビリテーション専門職	0	(0.0)		0	(0.0)	
機能訓練指導員	32	(55.2)		33	(56.9)	
栄養専門職	19	(32.8)		19	(32.8)	
歯科口腔専門職	47	(81.0)		49	(84.5)	
介護福祉士を含む介護職員	37	(63.8)		41	(70.7)	
介護支援専門員	47	(81.0)		49	(84.5)	
看護師・准看護師						

表Ⅱ-2-2-8 一体的取組（1年後の追跡）（老健）基本集計（n・%）

老健n=58	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
2 (4) 業務項目別の連携協働している職種(各項目について職種は複数回答)						
[26. 服薬状況の把握]						
リハビリテーション専門職	34	(58.6)		30	(51.7)	
機能訓練指導員	0	(0.0)		0	(0.0)	
栄養専門職	28	(48.3)		29	(50.0)	
歯科口腔専門職	5	(8.6)		3	(5.2)	
介護福祉士を含む介護職員	44	(75.9)		48	(82.8)	
介護支援専門員	41	(70.7)		40	(69.0)	
看護師・准看護師	51	(87.9)		55	(94.8)	
[27. 排泄状況の把握]						
リハビリテーション専門職	42	(72.4)		39	(67.2)	
機能訓練指導員	0	(0.0)		1	(1.7)	
栄養専門職	24	(41.4)		24	(41.4)	
歯科口腔専門職	2	(3.4)		1	(1.7)	
介護福祉士を含む介護職員	50	(86.2)		53	(91.4)	
介護支援専門員	40	(69.0)		42	(72.4)	
看護師・准看護師	49	(84.5)		55	(94.8)	
[28. 認知機能の把握]						
リハビリテーション専門職	51	(87.9)		54	(93.1)	
機能訓練指導員	0	(0.0)		1	(1.7)	
栄養専門職	32	(55.2)		35	(60.3)	
歯科口腔専門職	3	(5.2)		3	(5.2)	
介護福祉士を含む介護職員	50	(86.2)		53	(91.4)	
介護支援専門員	44	(75.9)		50	(86.2)	
看護師・准看護師	49	(84.5)		55	(94.8)	
[29. アドバンス・ケア・プランニングへの参加]						
リハビリテーション専門職	23	(39.7)		24	(41.4)	
機能訓練指導員	0	(0.0)		1	(1.7)	
栄養専門職	21	(36.2)		18	(31.0)	
歯科口腔専門職	6	(10.3)		1	(1.7)	
介護福祉士を含む介護職員	23	(39.7)		23	(39.7)	
介護支援専門員	25	(43.1)		29	(50.0)	
看護師・准看護師	24	(41.4)		30	(51.7)	
[30. 経口維持加算による多職種ミールラウンド・カンファレンスへの参加]						
リハビリテーション専門職	33	(56.9)		35	(60.3)	
機能訓練指導員	0	(0.0)		1	(1.7)	
栄養専門職	40	(69.0)		39	(67.2)	
歯科口腔専門職	8	(13.8)		9	(15.5)	
介護福祉士を含む介護職員	31	(53.4)		33	(56.9)	
介護支援専門員	28	(48.3)		29	(50.0)	
看護師・准看護師	34	(58.6)		37	(63.8)	
[31. 居宅を訪問し、状況を把握（各専門職の視点で）]						
リハビリテーション専門職	49	(84.5)		43	(74.1)	
機能訓練指導員	0	(0.0)		2	(3.4)	
栄養専門職	10	(17.2)		10	(17.2)	
歯科口腔専門職	0	(0.0)		0	(0.0)	
介護福祉士を含む介護職員	19	(32.8)		23	(39.7)	
介護支援専門員	39	(67.2)		41	(70.7)	
看護師・准看護師	16	(27.6)		22	(37.9)	

表Ⅱ-2-2-9 一体的取組（1年後の追跡）（老健）基本集計（n・%）

老健n=58	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
2 (5) リハビリテーション・機能訓練指導員、栄養専門職、歯科口腔が参加するカンファレンスの状況						
開催している	40	(69.0)		33	(56.9)	
開催している場合の頻度	(有効%:開催しているn=40)			(有効%:開催しているn=33)		
毎日	1	(1.7)	(2.5)	0	(0.0)	(0.0)
週3~6日	8	(13.8)	(20.0)	7	(12.1)	(21.2)
週1,2日	15	(25.9)	(37.5)	11	(19.0)	(33.3)
月1~3日	15	(25.9)	(37.5)	13	(22.4)	(39.4)
月1回未満	1	(1.7)	(2.5)	2	(3.4)	(6.1)
カンファレンスの目的（複数回答）	(有効%:開催しているn=40)			(有効%:開催しているn=33)		
介護支援専門員が主催するサービス担当者会議	28	(48.3)	(70.0)	23	(39.7)	(69.7)
ケアプランの共有	28	(48.3)	(70.0)	20	(34.5)	(60.6)
ミールラウンド後のカンファレンス	13	(22.4)	(32.5)	12	(20.7)	(36.4)
一体的計画書の共有	10	(17.2)	(25.0)	5	(8.6)	(15.2)
退所前情報共有	24	(41.4)	(60.0)	16	(27.6)	(48.5)
委員会	13	(22.4)	(32.5)	8	(13.8)	(24.2)
飲食レクリエーション	3	(5.2)	(7.5)	0	(0.0)	(0.0)
その他	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
2 (6) リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養のインフォーマルな話し合いの状況						
実施している	36	(62.1)		38	(65.5)	
インフォーマルな話し合いの頻度	(有効%:実施しているn=36)			(有効%:実施しているn=38)		
毎日	5	(8.6)	(13.9)	1	(1.7)	(2.6)
週3~6日	11	(19.0)	(30.6)	13	(22.4)	(34.2)
週1,2日	10	(17.2)	(27.8)	7	(12.1)	(18.4)
月1~3日	8	(13.8)	(22.2)	17	(29.3)	(44.7)
月1回未満	2	(3.4)	(5.6)	0	(0.0)	(0.0)
インフォーマルな話し合いの内容（複数回答）	(有効%:実施しているn=36)			(有効%:実施しているn=38)		
リハビリテーション・個別機能訓練に関すること	24	(41.4)	(66.7)	20	(34.5)	(52.6)
栄養・食事に関すること	28	(48.3)	(77.8)	29	(50.0)	(76.3)
口腔に関すること	18	(31.0)	(50.0)	19	(32.8)	(50.0)
利用者の体調に関すること	30	(51.7)	(83.3)	25	(43.1)	(65.8)
モニタリング（計画の実施状況）に関すること	14	(24.1)	(38.9)	11	(19.0)	(28.9)
支援には直接関係しない利用者の情報に関すること	14	(24.1)	(38.9)	9	(15.5)	(23.7)
家族からの情報に関すること	20	(34.5)	(55.6)	14	(24.1)	(36.8)
その他	1	(1.7)	(2.8)	0	(0.0)	(0.0)
インフォーマルに話し合った情報の共有	(有効%:実施しているn=36)			(有効%:実施しているn=38)		
その場にいないものを含むすべての職員	28	(48.3)	(77.8)	28	(48.3)	(73.7)
その場にいた職員のみ	8	(13.8)	(22.2)	10	(17.2)	(26.3)
インフォーマルに話し合った情報の共有方法（複数回答）	(有効%:実施しているn=36)			(有効%:実施しているn=38)		
カルテなどに記録して共有する	24	(41.4)	(66.7)	27	(46.6)	(71.1)
議事録を作成して共有している	9	(15.5)	(25.0)	8	(13.8)	(21.1)
口頭で伝達する	23	(39.7)	(63.9)	25	(43.1)	(65.8)
その他	2	(3.4)	(5.6)	1	(1.7)	(2.6)

表Ⅱ-2-2-10 一体的取組（1年後の追跡）（老健）基本集計（n・%）

老健n=58	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
2 (7)	「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」の推進による効果の状況（複数回答）					
	入所者の新たな課題やニーズを早期に把握できるようになった	22	(37.9)	31	(53.4)	
	日常の職種間の情報連携の頻度が増えた	27	(46.6)	26	(44.8)	
	ケアプランで共通した目標設定ができるようになった	19	(32.8)	26	(44.8)	
	各専門職の専門用語への理解が深まった	6	(10.3)	5	(8.6)	
	各専門職の業務フローへの理解が深まった	7	(12.1)	7	(12.1)	
	職員の職務満足度が高まった	5	(8.6)	1	(1.7)	
	褥瘡のケアが充実した	8	(13.8)	7	(12.1)	
	看取りのケアが充実した	0	(0.0)	0	(0.0)	
	認知症のケアが充実した	0	(0.0)	0	(0.0)	
	外部の関連者との連携が強化された	4	(6.9)	5	(8.6)	
	リハビリテーションのアウトカムがよくなった	9	(15.5)	8	(13.8)	
	個別機能訓練のアウトカムがよくなった	4	(6.9)	6	(10.3)	
	栄養のアウトカムが良くなった	8	(13.8)	10	(17.2)	
	歯科口腔のアウトカムがよくなった	3	(5.2)	5	(8.6)	
	入院が減少した	1	(1.7)	1	(1.7)	
	肺炎が少なくなった	4	(6.9)	5	(8.6)	
	在宅復帰が促進された	6	(10.3)	5	(8.6)	
	認知症の重度化が防止された	1	(1.7)	0	(0.0)	
	ADL・IADLが維持改善された	12	(20.7)	7	(12.1)	
	ポリファーマシー対策が強化された	2	(3.4)	1	(1.7)	
	転倒頻度・転倒リスクが减弱した	3	(5.2)	2	(3.4)	
	生きがい・QOLがその人らしく感じるようになった	6	(10.3)	4	(6.9)	
	残存機能の今後の見通しがわかりやすくなった	9	(15.5)	6	(10.3)	
	介護者の負担軽減につながった	4	(6.9)	5	(8.6)	
	その他	0	(0.0)	0	(0.0)	
	取り組んでいないのでわからない	18	(31.0)	15	(25.9)	
2 (8)	「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」を推進するうえでの課題（複数回答）					
	専門職が常勤配置されていない	18	(31.0)	21	(36.2)	
	外部機関（同一法人を含む）所属の専門職との連携体制がない・わからない	6	(10.3)	11	(19.0)	
	専門職が互いの業務に対する理解がない	12	(20.7)	7	(12.1)	
	主導する職種が決まっていない・わからない	25	(43.1)	24	(41.4)	
	電子システムが対応していない	13	(22.4)	16	(27.6)	
	専門職同士がわからないことがあったときに気軽に相談できない	3	(5.2)	2	(3.4)	
	経営上のメリットがない	6	(10.3)	5	(8.6)	
	その他	3	(5.2)	2	(3.4)	

表Ⅱ-2-2-11 一体的取組（1年後の追跡）（老健）基本集計（n・%）

老健n=58	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
2 (9) 「一体的取組」を推進するうえで、すでに取り組んでいること（複数回答）						
連携に関する専門職を新規に雇用している	3	(5.2)		3	(5.2)	
外部機関所属（同一法人を含む）の専門職との連携体制を強化している	11	(19.0)		16	(27.6)	
リハビリテーション・機能訓練・栄養管理・口腔管理の専門職（同一事業所・同一法人所属）と本人・家族、ケアマネジャー等が参加するカンファレンスを（定期的に）開催している	16	(27.6)		11	(19.0)	
リハビリテーション・機能訓練・栄養管理・口腔管理の専門職（（同一事業所・同一法人を除く外部機関所属）と本人・家族、ケアマネジャー等が参加するカンファレンスを（定期的に）開催している	11	(19.0)		5	(8.6)	
専門職が互いの業務に対する理解を深めるための研修会を開催している	7	(12.1)		8	(13.8)	
主導する職種を決めている	7	(12.1)		3	(5.2)	
電子システムを導入している	11	(19.0)		13	(22.4)	
専門職同士がわからないことがあったときに気軽に相談できる職場づくりに努めている	31	(53.4)		31	(53.4)	
職種間でのSNSを活用した気付きの共有や合意形成	3	(5.2)		2	(3.4)	
その他	0	(0.0)		2	(3.4)	

表Ⅱ-2-2-12 一体的取組（1年後の追跡）（老健）基本集計（n・%）

老健n=58	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
2 (10) 多職種協働の状況						
利用者への支援について、多職種チームの誰かが何かを気にかけている場合に、全体で取り上げるようにしている。						
全くあてはまらない	1	(1.7)		1	(1.7)	
あまりあてはまらない	2	(3.4)		10	(17.2)	
ややあてはまる	37	(63.8)		32	(55.2)	
とてもあてはまる	18	(31.0)		15	(25.9)	
利用者の価値観への配慮が必要で、技術で割り切れない問題は、多職種チームで話し合っている。						
全くあてはまらない	1	(1.7)		1	(1.7)	
あまりあてはまらない	2	(3.4)		5	(8.6)	
ややあてはまる	35	(60.3)		37	(63.8)	
とてもあてはまる	20	(34.5)		15	(25.9)	
多職種チームは、ある程度の期間一緒に働いて人となりが分かった人が何人かいる						
全くあてはまらない	1	(1.7)		1	(1.7)	
あまりあてはまらない	3	(5.2)		3	(5.2)	
ややあてはまる	31	(53.4)		25	(43.1)	
とてもあてはまる	23	(39.7)		29	(50.0)	
多職種チームは、紙や電子カルテでの意思疎通だけでなく、顔を合わせて意見や気持ちを話し合っている						
全くあてはまらない	2	(3.4)		1	(1.7)	
あまりあてはまらない	3	(5.2)		1	(1.7)	
ややあてはまる	27	(46.6)		30	(51.7)	
とてもあてはまる	26	(44.8)		26	(44.8)	
多職種チームは、わからないことがあれば、他職種に教えてもらうことができる						
全くあてはまらない	0	(0.0)		1	(1.7)	
あまりあてはまらない	2	(3.4)		1	(1.7)	
ややあてはまる	27	(46.6)		29	(50.0)	
とてもあてはまる	29	(50.0)		27	(46.6)	
カンファレンスには多くの職種が参加し、それぞれが意見を述べている						
全くあてはまらない	1	(1.7)		1	(1.7)	
あまりあてはまらない	4	(6.9)		3	(5.2)	
ややあてはまる	26	(44.8)		33	(56.9)	
とてもあてはまる	27	(46.6)		21	(36.2)	
カンファレンスで一度も発言しない職種がないように、配慮されている						
全くあてはまらない	2	(3.4)		0	(0.0)	
あまりあてはまらない	9	(15.5)		5	(8.6)	
ややあてはまる	18	(31.0)		25	(43.1)	
とてもあてはまる	29	(50.0)		28	(48.3)	
職種の専門性を尊重した協働がなされるように配慮されている						
全くあてはまらない	0	(0.0)		1	(1.7)	
あまりあてはまらない	6	(10.3)		5	(8.6)	
ややあてはまる	30	(51.7)		33	(56.9)	
とてもあてはまる	22	(37.9)		19	(32.8)	
カンファレンスでは、話し合うだけでなく一定の結論を導き出す場になるように配慮されている						
全くあてはまらない	2	(3.4)		1	(1.7)	
あまりあてはまらない	7	(12.1)		6	(10.3)	
ややあてはまる	33	(56.9)		36	(62.1)	
とてもあてはまる	16	(27.6)		15	(25.9)	
多職種チーム内で支援目標を共有している						
全くあてはまらない	0	(0.0)		1	(1.7)	
あまりあてはまらない	4	(6.9)		10	(17.2)	
ややあてはまる	31	(53.4)		26	(44.8)	
とてもあてはまる	23	(39.7)		21	(36.2)	

表 II-3-1-1 一体的取組（1年後の追跡）（通所介護）基本集計（統計量）

通所介護n=99 定員・利用者数	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
定員（名）	99	32.9	30	(16.8)	99	30.3	30	(9.7)
1週間の利用実人数	99	69.8	58	(54.4)	99	66.0	59	(37.5)
要介護度別利用者数								
要支援1（人）	90	6.8	3	(15.1)	91	8.4	4	(16.9)
要支援2（人）	91	9.7	7	(12.4)	91	9.6	6	(12.0)
要介護1（人）	86	24.7	19	(29.8)	91	20.5	16	(14.3)
要介護2（人）	85	17.9	15	(13.7)	91	15.2	14	(9.9)
要介護3（人）	90	11.4	8	(9.5)	91	9.3	8	(6.0)
要介護4（人）	93	7.0	5	(7.5)	91	4.8	4	(3.6)
要介護5（人）	93	2.5	2	(3.4)	91	2.3	1	(2.8)
その他※審査中等（人）	87	1.4	0	(3.2)	91	1.6	0	(5.5)
要介護度別利用者数（利用実人数100名当たり）								
要支援1（%）	91	8.6	5	(12.6)	91	9.4	6	(12.0)
要支援2（%）	91	13.5	11	(12.8)	91	12.2	10	(10.1)
要介護1（%）	86	33.4	31	(18.7)	91	32.6	30	(19.7)
要介護2（%）	85	26.4	24	(15.5)	91	24.9	22	(14.2)
要介護3（%）	90	19.1	17	(16.2)	91	16.8	14	(11.6)
要介護4（%）	93	14.1	8	(19.1)	91	8.7	8	(7.4)
要介護5（%）	93	5.4	3	(8.0)	91	4.3	2	(5.7)
その他※審査中等（%）	87	3.0	0	(10.2)	91	2.0	0	(5.6)
該当する人数（記入日時点）								
BMI18.5未満人数（人）	24	8.1	5	(7.5)	25	6.5	5	(5.7)
嚥むことに問題あり人数（人）	61	5.3	3	(5.8)	62	8.8	5	(10.5)
義歯がある利用者人数（人）	61	36.5	30	(26.4)	59	33.3	30	(21.1)
義歯を使用している人数（人）	58	35.8	33	(24.8)	58	34.3	27	(27.6)
飲み込むこと（嚥下）に問題がある利用者人数	54	5.8	3	(11.2)	54	4.7	3	(5.7)
該当する人数（記入日時点 利用実人数100名当たり）								
BMI18.5未満人数（利用実人数100当たり）（人）	24	16.5	13	(18.0)	25	14.1	8	(17.8)
嚥むことに問題あり人数（利用実人数100当たり）	61	13.7	7	(21.2)	62	16.9	9	(20.5)
義歯がある利用者人数（利用実人数100当たり）	61	57.4	55	(29.1)	59	57.8	63	(29.7)
義歯を使用している人数（利用実人数100当たり）	58	55.6	51	(28.5)	58	55.5	60	(29.0)
飲み込むこと（嚥下）に問題がある利用者（利用実人数100当たり）（人）	54	11.4	6	(12.3)	54	9.1	4	(12.2)
過去6か月間の該当する人数								
利用終了した人数（死亡を含む）（人）	66	8.8	7	(7.1)	62	10.3	9	(7.0)
入院した人数（入院先で死亡も含む）（人）	58	6.0	5	(4.9)	49	6.3	4	(6.1)
誤嚥性肺炎により入院した人数（人）	57	0.4	0	(0.8)	46	0.4	0	(1.1)
死亡した人数（人）	64	2.2	2	(2.9)	54	2.2	2	(1.9)
過去6か月間の該当する人数（利用実人数100名当たり）								
利用終了した人数（死亡を含む）（人）	66	17.9	11	(19.4)	62	18.5	15	(12.8)
入院した人数（入院先で死亡も含む）（人）	58	12.5	8	(13.7)	49	11.2	7	(9.1)
誤嚥性肺炎により入院した人数（人）	57	0.7	0	(1.4)	46	0.7	0	(1.7)
死亡した人数（人）	64	4.9	2	(10.2)	54	4.3	3	(4.5)

表 II-3-1-2 一体的取組（1年後の追跡）（通所介護）基本集計（統計量）

通所介護n=99	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
常勤換算配置数								
医師	99	0.0	0	(0.1)	99	0.0	0	(0.0)
歯科医師	99	0.0	0	(0.0)	99	0.0	0	(0.0)
歯科衛生士	99	0.0	0	(0.1)	99	0.1	0	(0.5)
薬剤師	99	0.0	0	(0.0)	99	0.0	0	(0.0)
介護福祉士	99	4.3	4	(2.4)	99	4.6	4	(3.4)
介護職員（介護福祉士を除く）	99	3.8	3	(3.0)	98	3.7	3	(2.9)
介護支援専門員	99	0.3	0	(0.7)	99	0.3	0	(0.6)
看護師	99	1.5	1	(1.4)	99	1.6	1	(1.4)
准看護師	99	0.9	1	(1.2)	99	0.7	0	(1.0)
理学療法士	99	0.3	0	(0.6)	99	0.3	0	(0.6)
作業療法士	99	0.3	0	(0.7)	99	0.3	0	(0.8)
言語聴覚士	99	0.0	0	(0.2)	99	0.1	0	(0.3)
専任の機能訓練指導員	99	0.5	0	(0.7)	99	0.4	0	(0.9)
管理栄養士	99	0.1	0	(0.3)	99	0.1	0	(0.3)
栄養士（管理栄養士を除く）	99	0.1	0	(0.2)	99	0.1	0	(0.3)
常勤換算配置数（利用実人数100名当たり）								
医師	99	0.0	0	(0.1)	99	0.0	0	(0.0)
歯科医師	99	0.0	0	(0.0)	99	0.0	0	(0.0)
歯科衛生士	99	0.0	0	(0.1)	99	0.1	0	(0.7)
薬剤師	99	0.0	0	(0.0)	99	0.0	0	(0.0)
介護福祉士	99	9.4	7	(8.5)	99	9.2	8	(7.0)
介護職員（介護福祉士を除く）	99	8.9	5	(10.3)	98	7.9	5	(9.5)
介護支援専門員	99	0.7	0	(1.8)	99	0.6	0	(1.9)
看護師	99	3.3	2	(4.2)	99	2.9	2	(3.2)
准看護師	99	2.1	1	(3.4)	99	1.7	0	(2.7)
理学療法士	99	0.6	0	(1.3)	99	0.5	0	(1.0)
作業療法士	99	0.6	0	(1.9)	99	0.6	0	(1.6)
言語聴覚士	99	0.1	0	(0.4)	99	0.1	0	(0.6)
専任の機能訓練指導員	99	1.2	0	(1.9)	99	0.7	0	(1.8)
管理栄養士	99	0.2	0	(0.7)	99	0.2	0	(0.5)
栄養士（管理栄養士を除く）	99	0.1	0	(0.6)	99	0.1	0	(0.5)

表 II-3-2-1 一体的取組（1年後の追跡）（通所介護）基本集計（n・%）

通所介護n=99	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
主回答者						
事業所管理者	79	(79.8)		79	(79.8)	
その他	20	(20.2)		20	(20.2)	
事業主体						
社会福祉法人	27	(27.3)		29	(29.3)	
医療法人	4	(4.0)		4	(4.0)	
営利法人	51	(51.5)		50	(50.5)	
NPO法人	3	(3.0)		3	(3.0)	
その他	14	(14.1)		13	(13.1)	
併設施設						
特養	11	(11.1)		9	(9.1)	
老健	1	(1.0)		1	(1.0)	
病院	5	(5.1)		1	(1.0)	
診療所	3	(3.0)		4	(4.0)	
歯科診療所	0	(0.0)		0	(0.0)	
併設施設はない	81	(81.8)		84	(84.8)	
BM 18.5未満の利用者						
いる	27	(27.3)		27	(27.3)	
いない	3	(3.0)		5	(5.1)	
把握していない	69	(69.7)		67	(67.7)	
噛むことに問題のある利用者						
いる	67	(67.7)		67	(67.7)	
いない	20	(20.2)		18	(18.2)	
把握していない	12	(12.1)		14	(14.1)	
義歯がある利用者						
いる	83	(83.8)		75	(75.8)	
いない	1	(1.0)		2	(2.0)	
把握していない	15	(15.2)		22	(22.2)	
義歯を使用している利用者			(有効%: 義歯がある利用者n=83)			(有効%: 義歯がある利用者n=75)
いる	79	(79.8)	(95.2)	69	(69.7)	(92.0)
いない	1	(1.0)	(1.2)	0	(0.0)	(0.0)
把握していない	3	(3.0)	(3.6)	6	(6.1)	(8.0)
1 (1) 咀嚼機能が低下した入所者への食事形態（頻度が最も高いもの）						
①軟らかいものが噛める入所者への対応						
常食	12	(12.1)		14	(14.1)	
軟食、軟菜食	30	(30.3)		33	(33.3)	
きざみ食	41	(41.4)		40	(40.4)	
ソフト食、ムース食	3	(3.0)		1	(1.0)	
ミキサー食	4	(4.0)		0	(0.0)	
その他	1	(1.0)		1	(1.0)	
食事提供がない	8	(8.1)		10	(10.1)	
②軟らかいものが噛めない入所者への対応						
常食	0	(0.0)		0	(0.0)	
軟食、軟菜食	7	(7.1)		5	(5.1)	
きざみ食	26	(26.3)		29	(29.3)	
ソフト食、ムース食	23	(23.2)		23	(23.2)	
ミキサー食	31	(31.3)		26	(26.3)	
その他	3	(3.0)		4	(4.0)	
食事提供がない	9	(9.1)		12	(12.1)	
飲み込むこと（嚥下）に問題がある利用者いる						
いる	58	(58.6)		61	(61.6)	
いない	31	(31.3)		27	(27.3)	
把握していない	10	(10.1)		11	(11.1)	

表 II-3-2-2 一体的取組（1年後の追跡）（通所介護）基本集計（n・%）

通所介護n=99	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
1 (2) 過去6か月で利用終了人数わかる						
わかる	67	(67.7)		62	(62.6)	
わからない	32	(32.3)		37	(37.4)	
過去6か月で入院した人数わかる						
わかる	58	(58.6)		49	(49.5)	
わからない	41	(41.4)		50	(50.5)	
過去6か月で誤嚥性肺炎で入院した人数わかる						
わかる	57	(57.6)		46	(46.5)	
わからない	42	(42.4)		53	(53.5)	
過去6か月で死亡した人数わかる						
わかる	64	(64.6)		54	(54.5)	
わからない	35	(35.4)		45	(45.5)	
1 (3) 常勤換算0.1人以上配置						
歯科衛生士	3	(3.0)		3	(3.0)	
管理栄養士	9	(9.1)		11	(11.1)	
機能訓練指導員(専任)の資格(複数回答)						
看護師	13	(13.1)		13	(13.1)	
准看護師	8	(8.1)		7	(7.1)	
理学療法士	10	(10.1)		4	(4.0)	
作業療法士	7	(7.1)		5	(5.1)	
言語聴覚士	2	(2.0)		2	(2.0)	
柔道整復師	14	(14.1)		13	(13.1)	
あん摩マッサージ指圧師	4	(4.0)		3	(3.0)	
鍼灸師(6か月以上の実務経験有)	4	(4.0)		2	(2.0)	
その他	0	(0.0)		0	(0.0)	
外部機関等に所属し連携(評価・治療・ケア等)している						
医師						
あり(同一法人)	4	(4.0)		5	(5.1)	
あり(他法人)	19	(19.2)		16	(16.2)	
なし	76	(76.8)		78	(78.8)	
歯科医師						
あり(同一法人)	1	(0.0)		0	(0.0)	
あり(他法人)	9	(9.1)		14	(14.1)	
なし	90	(90.9)		85	(85.9)	
歯科衛生士						
あり(同一法人)	1	(1.0)		1	(1.0)	(1.0)
あり(他法人)	7	(7.1)		9	(9.1)	(9.3)
なし	91	(91.9)		88	(88.9)	(90.7)
(欠損値)				1	(1.0)	
理学療法士						
あり(同一法人)	13	(13.1)		17	(17.2)	(17.5)
あり(他法人)	5	(5.1)		7	(7.1)	(7.2)
なし	81	(81.8)		74	(74.7)	(76.3)
(欠損値)				1	(1.0)	
作業療法士						
あり(同一法人)	9	(9.1)		9	(9.1)	(9.3)
あり(他法人)	2	(2.0)		3	(3.0)	(3.1)
なし	88	(88.9)		85	(85.9)	(87.6)
(欠損値)				2	(2.0)	
言語聴覚士						
あり(同一法人)	3	(3.0)		4	(4.0)	(4.1)
あり(他法人)	2	(2.0)		0	(0.0)	(0.0)
なし	94	(94.9)		93	(93.9)	(95.9)
(欠損値)				2	(2.0)	
管理栄養士						
あり(同一法人)	13	(13.1)		11	(11.1)	(11.3)
あり(他法人)	1	(1.0)		3	(3.0)	(3.1)
なし	85	(85.9)		83	(83.8)	(85.6)
(欠損値)				2	(2.0)	

表 II-3-2-3 一体的取組（1年後の追跡）（通所介護）基本集計（n・%）

通所介護n=99	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
加算算定の状況（2022年9月の1か月間に1件以上）（複数回答）						
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	4	(4.0)		3	(3.0)	
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	2	(2.0)		1	(1.0)	
栄養アセスメント加算	4	(4.0)		2	(2.0)	
栄養改善加算	2	(2.0)		0	(0.0)	
口腔機能向上加算Ⅰ	9	(9.1)		10	(10.1)	
口腔機能向上加算Ⅱ	11	(11.1)		13	(13.1)	
科学的介護推進体制加算	48	(48.5)		52	(52.5)	
個別機能訓練加算Ⅰイ	50	(50.5)		53	(53.5)	
個別機能訓練加算Ⅰロ	34	(34.3)		30	(30.3)	
個別機能訓練加算Ⅱ	39	(39.4)		39	(39.4)	
生活機能向上連携加算Ⅰ	1	(1.0)		3	(3.0)	
生活機能向上連携加算Ⅱ	5	(5.1)		6	(6.1)	
A D L 維持等加算Ⅰ	6	(6.1)		7	(7.1)	
A D L 維持等加算Ⅱ	9	(9.1)		10	(10.1)	

表Ⅱ-3-2-4 一体的取組（1年後の追跡）（通所介護）基本集計（n・%）

通所介護n=99	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
2 (1) 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書(一体的計画書)」(厚生労働省公開の様式例) について						
一体的計画書様式例を知っている						
知っている	44	(44.4)		38	(38.4)	
知らない	55	(55.6)		61	(61.6)	
一体的計画書様式例を使用している						
使用している	19	(19.2)		13	(13.1)	
使用していない	80	(80.8)		86	(86.9)	
一体的計画書の書類作成に関与している職種(複数回答)(有効%:使用しているn=19)				(有効%:使用しているn=13)		
医師	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
歯科医師	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
歯科衛生士	1	(1.0)	(5.3)	1	(1.0)	(7.7)
薬剤師	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
介護福祉士	13	(13.1)	(68.4)	11	(11.1)	(84.6)
介護職員(介護福祉士を除く)	8	(8.1)	(42.1)	7	(7.1)	(53.8)
介護支援専門員	1	(1.0)	(5.3)	1	(1.0)	(7.7)
看護師	14	(14.1)	(73.7)	9	(9.1)	(69.2)
准看護師	8	(8.1)	(42.1)	3	(3.0)	(23.1)
理学療法士	4	(4.0)	(21.1)	4	(4.0)	(30.8)
作業療法士	6	(6.1)	(31.6)	3	(3.0)	(23.1)
言語聴覚士	1	(1.0)	(5.3)	2	(2.0)	(15.4)
専任で勤務する機能訓練指導員	5	(5.1)	(26.3)	3	(3.0)	(23.1)
管理栄養士	0	(0.0)	(0.0)	1	(1.0)	(7.7)
栄養士(管理栄養士を除く)	1	(1.0)	(5.3)	0	(0.0)	(0.0)
その他	1	(1.0)	(5.3)	1	(1.0)	(7.7)
「一体的計画書」の入所者・家族への意向確認、聞き取り(有効%:使用しているn=19)				(有効%:使用しているn=13)		
医師	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
歯科医師	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
歯科衛生士	1	(1.0)	(5.3)	0	(0.0)	(0.0)
薬剤師	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
介護福祉士	14	(14.1)	(73.7)	10	(10.1)	(76.9)
介護職員(介護福祉士を除く)	8	(8.1)	(42.1)	4	(4.0)	(30.8)
介護支援専門員	0	(0.0)	(0.0)	1	(1.0)	(7.7)
看護師	13	(13.1)	(68.4)	8	(8.1)	(61.5)
准看護師	7	(7.1)	(36.8)	5	(5.1)	(38.5)
理学療法士	3	(3.0)	(15.8)	3	(3.0)	(23.1)
作業療法士	6	(6.1)	(31.6)	1	(1.0)	(7.7)
言語聴覚士	1	(1.0)	(5.3)	1	(1.0)	(7.7)
専任で勤務する機能訓練指導員	4	(4.0)	(21.1)	3	(3.0)	(23.1)
管理栄養士	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
栄養士(管理栄養士を除く)	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
その他	3	(3.0)	(15.8)	1	(1.0)	(7.7)
一体的様式を使用していない理由(複数回答)(有効%:使用していないn=80)				(有効%:使用していないn=86)		
別の書式で運用している	38	(38.4)	(47.5)	45	(45.5)	(52.3)
様式例の使い勝手が悪い	4	(4.0)	(5.0)	4	(4.0)	(4.7)
電子システムが対応していない	10	(10.1)	(12.5)	8	(8.1)	(9.3)
活用を主導する旗振り役がない	7	(7.1)	(8.8)	15	(15.2)	(17.4)
多職種で書類を共有することが難しい	11	(11.1)	(13.8)	8	(8.1)	(9.3)
各職種の業務についての相互の理解不足	5	(5.1)	(6.3)	7	(7.1)	(8.1)
活用を促す加算がない	30	(30.3)	(37.5)	33	(33.3)	(38.4)
その他	4	(4.0)	(5.0)	3	(3.0)	(3.5)

表Ⅱ-3-2-5 一体的取組（1年後の追跡）（通所介護）基本集計（n・%）

通所介護n=99	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
2 (3) リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映できている	60	(60.6)		51	(51.5)	
反映できていない	39	(39.4)		48	(48.5)	
反映できていない理由（複数回答）	（有効%: 反映できていないn=39）			（有効%: 反映できていないn=48）		
リハビリテーション専門職が勤務していない	22	(22.2)	(56.4)	28	(28.3)	(58.3)
機能訓練指導員が勤務していない	6	(6.1)	(15.4)	5	(5.1)	(10.4)
事業所外（同一法人を含む）のリハビリテーション専門職との連携体制がない	18	(18.2)	(46.2)	27	(27.3)	(56.3)
事業所外（同一法人を含む）の機能訓練指導員との連携体制がない	15	(15.2)	(38.5)	17	(17.2)	(35.4)
リハビリテーション専門職の3職種が揃わない	18	(18.2)	(46.2)	24	(24.2)	(50.0)
栄養専門職が勤務していない	15	(15.2)	(38.5)	24	(24.2)	(50.0)
事業所外（同一法人を含む）の栄養専門職との連携体制がない	16	(16.2)	(41.0)	26	(26.3)	(54.2)
歯科口腔専門職が勤務していない	18	(18.2)	(46.2)	29	(29.3)	(60.4)
事業所外（同一法人を含む）の歯科口腔専門職との連携体制がない	16	(16.2)	(41.0)	23	(23.2)	(47.9)
事業所外（同一法人を含む）の薬剤師との連携体制がない	16	(16.2)	(41.0)	25	(25.3)	(52.1)
連携を主導する旗振り役がない	13	(13.1)	(33.3)	16	(16.2)	(33.3)
各職種の業務についての相互の理解不足	7	(7.1)	(17.9)	14	(14.1)	(29.2)
その他	0	(0.0)	(0.0)	2	(2.0)	(4.2)
業務項目別の連携協働している職種（各項目について職種は複数回答）						
[1. リハビリテーション・個別機能訓練目標の共有]						
リハビリテーション専門職	25	(25.3)		18	(18.2)	
機能訓練指導員	55	(55.6)		55	(55.6)	
栄養専門職	1	(1.0)		3	(3.0)	
歯科口腔専門職	0	(0.0)		2	(2.0)	
介護福祉士を含む介護職員	64	(64.6)		58	(58.6)	
介護支援専門員	14	(14.1)		20	(20.2)	
看護師・准看護師	62	(62.6)		58	(58.6)	
[2. リハビリテーション・個別機能訓練計画の共有]						
リハビリテーション専門職	23	(23.2)		18	(18.2)	
機能訓練指導員	53	(53.5)		28	(28.3)	
栄養専門職	1	(1.0)		5	(5.1)	
歯科口腔専門職	1	(1.0)		1	(1.0)	
介護福祉士を含む介護職員	62	(62.6)		63	(63.6)	
介護支援専門員	13	(13.1)		26	(26.3)	
看護師・准看護師	62	(62.6)		49	(49.5)	
[3. 栄養ケアの目標の共有]						
リハビリテーション専門職	4	(4.0)		1	(1.0)	
機能訓練指導員	8	(8.1)		7	(7.1)	
栄養専門職	6	(6.1)		11	(11.1)	
歯科口腔専門職	3	(3.0)		1	(1.0)	
介護福祉士を含む介護職員	13	(13.1)		13	(13.1)	
介護支援専門員	3	(3.0)		4	(4.0)	
看護師・准看護師	15	(15.2)		13	(13.1)	
[4. 栄養ケア計画の共有]						
リハビリテーション専門職	4	(4.0)		1	(1.0)	
機能訓練指導員	8	(8.1)		7	(7.1)	
栄養専門職	6	(6.1)		11	(11.1)	
歯科口腔専門職	3	(3.0)		1	(1.0)	
介護福祉士を含む介護職員	13	(13.1)		12	(12.1)	
介護支援専門員	3	(3.0)		4	(4.0)	
看護師・准看護師	13	(13.1)		13	(13.1)	
[5. 口腔ケア・マネジメントの目標の共有]						
リハビリテーション専門職	5	(5.1)		4	(4.0)	
機能訓練指導員	10	(10.1)		12	(12.1)	
栄養専門職	1	(1.0)		1	(1.0)	
歯科口腔専門職	7	(7.1)		4	(4.0)	
介護福祉士を含む介護職員	19	(19.2)		21	(21.2)	
介護支援専門員	4	(4.0)		6	(6.1)	
看護師・准看護師	22	(22.2)		19	(19.2)	

表Ⅱ-3-2-6 一体的取組（1年後の追跡）（通所介護）基本集計（n・%）

通所介護n=99	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
[6. 口腔ケア・マネジメント 計画の共有]						
リハビリテーション専門職	5	(5.1)		3	(3.0)	
機能訓練指導員	10	(10.1)		12	(12.1)	
栄養専門職	1	(1.0)		2	(2.0)	
歯科口腔専門職	7	(7.1)		4	(4.0)	
介護福祉士を含む介護職員	18	(18.2)		21	(21.2)	
介護支援専門員	4	(4.0)		6	(6.1)	
看護師・准看護師	21	(21.2)		20	(20.2)	
[7. リハビリテーション・個別機能訓練における活動量、筋緊張、不随意運動の有無の把握]						
リハビリテーション専門職	20	(20.2)		15	(15.2)	
機能訓練指導員	39	(39.4)		43	(43.4)	
栄養専門職	1	(1.0)		1	(1.0)	
歯科口腔専門職	2	(2.0)		0	(0.0)	
介護福祉士を含む介護職員	31	(31.3)		41	(41.4)	
介護支援専門員	9	(9.1)		17	(17.2)	
看護師・准看護師	35	(35.4)		44	(44.4)	
[8. 筋肉量、筋力の把握]						
リハビリテーション専門職	20	(20.2)		13	(13.1)	
機能訓練指導員	34	(34.3)		35	(35.4)	
栄養専門職	1	(1.0)		1	(1.0)	
歯科口腔専門職	1	(1.0)		0	(0.0)	
介護福祉士を含む介護職員	23	(23.2)		28	(28.3)	
介護支援専門員	6	(6.1)		14	(14.1)	
看護師・准看護師	32	(32.3)		32	(32.3)	
[9. エネルギー消費量の把握]						
リハビリテーション専門職	8	(8.1)		6	(6.1)	
機能訓練指導員	14	(14.1)		9	(9.1)	
栄養専門職	3	(3.0)		4	(4.0)	
歯科口腔専門職	1	(1.0)		0	(0.0)	
介護福祉士を含む介護職員	11	(11.1)		14	(14.1)	
介護支援専門員	2	(2.0)		5	(5.1)	
看護師・准看護師	15	(15.2)		17	(17.2)	
[10. 呼吸機能の把握]						
リハビリテーション専門職	11	(11.1)		12	(12.1)	
機能訓練指導員	21	(21.2)		17	(17.2)	
栄養専門職	1	(1.0)		1	(1.0)	
歯科口腔専門職	2	(2.0)		1	(1.0)	
介護福祉士を含む介護職員	13	(13.1)		20	(20.2)	
介護支援専門員	2	(2.0)		7	(7.1)	
看護師・准看護師	32	(32.3)		31	(31.3)	
[11. ADLの把握]						
リハビリテーション専門職	25	(25.3)		15	(15.2)	
機能訓練指導員	47	(47.5)		48	(48.5)	
栄養専門職	3	(3.0)		1	(1.0)	
歯科口腔専門職	2	(2.0)		2	(2.0)	
介護福祉士を含む介護職員	58	(58.6)		65	(65.7)	
介護支援専門員	10	(10.1)		24	(24.2)	
看護師・准看護師	56	(56.6)		60	(60.6)	
[12. 食事姿勢や椅子・机の高さの把握]						
リハビリテーション専門職	18	(18.2)		14	(14.1)	
機能訓練指導員	35	(35.4)		39	(39.4)	
栄養専門職	3	(3.0)		2	(2.0)	
歯科口腔専門職	3	(3.0)		2	(2.0)	
介護福祉士を含む介護職員	47	(47.5)		52	(52.5)	
介護支援専門員	9	(9.1)		19	(19.2)	
看護師・准看護師	46	(46.5)		45	(45.5)	
[13. 低栄養状態リスクの把握]						
リハビリテーション専門職	11	(11.1)		6	(6.1)	
機能訓練指導員	20	(20.2)		20	(20.2)	
栄養専門職	7	(7.1)		8	(8.1)	
歯科口腔専門職	3	(3.0)		0	(0.0)	
介護福祉士を含む介護職員	28	(28.3)		30	(30.3)	
介護支援専門員	6	(6.1)		10	(10.1)	
看護師・准看護師	35	(35.4)		38	(38.4)	

表Ⅱ-3-2-7 一体的取組（1年後の追跡）（通所介護）基本集計（n・%）

通所介護n=99	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
[14. 身長・体重・BMI・体脂肪率(身体計測)の把握]						
リハビリテーション専門職	16	(16.2)		8	(8.1)	
機能訓練指導員	33	(33.3)		30	(30.3)	
栄養専門職	5	(5.1)		6	(6.1)	
歯科口腔専門職	2	(2.0)		1	(1.0)	
介護福祉士を含む介護職員	39	(39.4)		38	(38.4)	
介護支援専門員	8	(8.1)		15	(15.2)	
看護師・准看護師	46	(46.5)		45	(45.5)	
[15. エネルギー・栄養素摂取量の把握]						
リハビリテーション専門職	6	(6.1)		4	(4.0)	
機能訓練指導員	12	(12.1)		15	(15.2)	
栄養専門職	5	(5.1)		6	(6.1)	
歯科口腔専門職	1	(1.0)		1	(1.0)	
介護福祉士を含む介護職員	21	(21.2)		21	(21.2)	
介護支援専門員	4	(4.0)		9	(9.1)	
看護師・准看護師	20	(20.2)		24	(24.2)	
[16. 食事形態の把握]						
リハビリテーション専門職	14	(14.1)		9	(9.1)	
機能訓練指導員	32	(32.3)		33	(33.3)	
栄養専門職	7	(7.1)		11	(11.1)	
歯科口腔専門職	5	(5.1)		2	(2.0)	
介護福祉士を含む介護職員	55	(55.6)		62	(62.6)	
介護支援専門員	10	(10.1)		25	(25.3)	
看護師・准看護師	52	(52.5)		57	(57.6)	
[17. 食嗜好の把握]						
リハビリテーション専門職	13	(13.1)		6	(6.1)	
機能訓練指導員	33	(33.3)		24	(24.2)	
栄養専門職	5	(5.1)		8	(8.1)	
歯科口腔専門職	3	(3.0)		2	(2.0)	
介護福祉士を含む介護職員	59	(59.6)		58	(58.6)	
介護支援専門員	9	(9.1)		20	(20.2)	
看護師・准看護師	52	(52.5)		48	(48.5)	
[18. 使用している食器の状況の把握]						
リハビリテーション専門職	17	(17.2)		11	(11.1)	
機能訓練指導員	36	(36.4)		29	(29.3)	
栄養専門職	5	(5.1)		8	(8.1)	
歯科口腔専門職	2	(2.0)		2	(2.0)	
介護福祉士を含む介護職員	60	(60.6)		58	(58.6)	
介護支援専門員	9	(9.1)		18	(18.2)	
看護師・准看護師	56	(56.6)		48	(48.5)	
[19. 食事介助状況の把握]						
リハビリテーション専門職	17	(17.2)		13	(13.1)	
機能訓練指導員	39	(39.4)		34	(34.3)	
栄養専門職	6	(6.1)		7	(7.1)	
歯科口腔専門職	3	(3.0)		2	(2.0)	
介護福祉士を含む介護職員	62	(62.6)		69	(69.7)	
介護支援専門員	9	(9.1)		23	(23.2)	
看護師・准看護師	63	(63.6)		59	(59.6)	
[20. 褥瘡の把握]						
リハビリテーション専門職	19	(19.2)		11	(11.1)	
機能訓練指導員	41	(41.4)		31	(31.3)	
栄養専門職	5	(5.1)		4	(4.0)	
歯科口腔専門職	1	(1.0)		1	(1.0)	
介護福祉士を含む介護職員	64	(64.6)		61	(61.6)	
介護支援専門員	11	(11.1)		24	(24.2)	
看護師・准看護師	65	(65.7)		65	(65.7)	
[21. 口腔衛生状態(歯や義歯の汚れ、舌苔、口臭等)の把握]						
リハビリテーション専門職	12	(12.1)		5	(5.1)	
機能訓練指導員	25	(25.3)		21	(21.2)	
栄養専門職	3	(3.0)		2	(2.0)	
歯科口腔専門職	6	(6.1)		5	(5.1)	
介護福祉士を含む介護職員	47	(47.5)		52	(52.5)	
介護支援専門員	5	(5.1)		13	(13.1)	
看護師・准看護師	49	(49.5)		50	(50.5)	

表Ⅱ-3-2-8 一体的取組（1年後の追跡）（通所介護）基本集計（n・%）

通所介護n=99	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
[22. 日常的な口腔ケアの実施]						
リハビリテーション専門職	11	(11.1)		4	(4.0)	
機能訓練指導員	24	(24.2)		24	(24.2)	
栄養専門職	2	(2.0)		1	(1.0)	
歯科口腔専門職	5	(5.1)		4	(4.0)	
介護福祉士を含む介護職員	55	(55.6)		62	(62.6)	
介護支援専門員	6	(6.1)		16	(16.2)	
看護師・准看護師	52	(52.5)		51	(51.5)	
[23. 口腔機能状態（摂食嚥下、頸部・顔面周囲筋の緊張や筋力、頸部、口腔周囲の可動域、口腔内や口唇の感覚、舌の動き、むせ、口腔乾燥等）の把握]						
リハビリテーション専門職	14	(14.1)		7	(7.1)	
機能訓練指導員	28	(28.3)		24	(24.2)	
栄養専門職	3	(3.0)		2	(2.0)	
歯科口腔専門職	6	(6.1)		4	(4.0)	
介護福祉士を含む介護職員	44	(44.4)		50	(50.5)	
介護支援専門員	6	(6.1)		12	(12.1)	
看護師・准看護師	47	(47.5)		50	(50.5)	
[24. 義歯の有無の把握]						
リハビリテーション専門職	14	(14.1)		7	(7.1)	
機能訓練指導員	29	(29.3)		30	(30.3)	
栄養専門職	3	(3.0)		4	(4.0)	
歯科口腔専門職	6	(6.1)		4	(4.0)	
介護福祉士を含む介護職員	61	(61.6)		68	(68.7)	
介護支援専門員	9	(9.1)		19	(19.2)	
看護師・准看護師	58	(58.6)		65	(65.7)	
[25. 義歯の問題の把握]						
リハビリテーション専門職	14	(14.1)		6	(6.1)	
機能訓練指導員	27	(27.3)		27	(27.3)	
栄養専門職	3	(3.0)		2	(2.0)	
歯科口腔専門職	6	(6.1)		5	(5.1)	
介護福祉士を含む介護職員	47	(47.5)		58	(58.6)	
介護支援専門員	8	(8.1)		20	(20.2)	
看護師・准看護師	51	(51.5)		53	(53.5)	
[26. 服薬状況の把握]						
リハビリテーション専門職	14	(14.1)		7	(7.1)	
機能訓練指導員	33	(33.3)		30	(30.3)	
栄養専門職	1	(1.0)		3	(3.0)	
歯科口腔専門職	0	(0.0)		1	(1.0)	
介護福祉士を含む介護職員	55	(55.6)		59	(59.6)	
介護支援専門員	10	(10.1)		22	(22.2)	
看護師・准看護師	68	(68.7)		71	(71.7)	
[27. 排泄状況の把握]						
リハビリテーション専門職	16	(16.2)		9	(9.1)	
機能訓練指導員	36	(36.4)		31	(31.3)	
栄養専門職	1	(1.0)		2	(2.0)	
歯科口腔専門職	0	(0.0)		1	(1.0)	
介護福祉士を含む介護職員	66	(66.7)		71	(71.7)	
介護支援専門員	8	(8.1)		17	(17.2)	
看護師・准看護師	64	(64.6)		63	(63.6)	
[28. 認知機能の把握]						
リハビリテーション専門職	23	(23.2)		14	(14.1)	
機能訓練指導員	44	(44.4)		42	(42.4)	
栄養専門職	3	(3.0)		4	(4.0)	
歯科口腔専門職	3	(3.0)		2	(2.0)	
介護福祉士を含む介護職員	68	(68.7)		73	(73.7)	
介護支援専門員	12	(12.1)		23	(23.2)	
看護師・准看護師	66	(66.7)		66	(66.7)	

表Ⅱ-3-2-9 一体的取組（1年後の追跡）（通所介護）基本集計（n・%）

通所介護n=99	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
[29. アドバンス・ケア・プランニングへの参加]						
リハビリテーション専門職	9	(9.1)		1	(1.0)	
機能訓練指導員	13	(13.1)		8	(8.1)	
栄養専門職	2	(2.0)		1	(1.0)	
歯科口腔専門職	0	(0.0)		1	(1.0)	
介護福祉士を含む介護職員	15	(15.2)		11	(11.1)	
介護支援専門員	5	(5.1)		4	(4.0)	
看護師・准看護師	15	(15.2)		11	(11.1)	
[30. 経口維持加算による多職種ミールラウンド・カンファレンスへの参加]						
リハビリテーション専門職	6	(6.1)		0	(0.0)	
機能訓練指導員	8	(8.1)		5	(5.1)	
栄養専門職	4	(4.0)		2	(2.0)	
歯科口腔専門職	1	(1.0)		2	(2.0)	
介護福祉士を含む介護職員	10	(10.1)		5	(5.1)	
介護支援専門員	3	(3.0)		2	(2.0)	
看護師・准看護師	10	(10.1)		7	(7.1)	
[31. 居宅を訪問し、状況を把握（各専門職の視点で）]						
リハビリテーション専門職	19	(19.2)		9	(9.1)	
機能訓練指導員	29	(29.3)		30	(30.3)	
栄養専門職	1	(1.0)		1	(1.0)	
歯科口腔専門職	0	(0.0)		2	(2.0)	
介護福祉士を含む介護職員	42	(42.4)		37	(37.4)	
介護支援専門員	12	(12.1)		17	(17.2)	
看護師・准看護師	24	(24.2)		31	(31.3)	
2 (5) リハビリテーション・機能訓練指導員、栄養専門職、歯科口腔が参加するカンファレンスの状況						
開催している	21	(21.2)		10	(10.1)	
開催していない	78	(78.8)		89	(89.9)	
開催している場合の頻度	(有効%: 開催しているn=21)			(有効%: 開催しているn=10)		
毎日	2	(2.0)	(9.5)	0	(0.0)	(0.0)
週3～6日	0	(0.0)	(0.0)	1	(1.0)	(10.0)
週1, 2日	1	(1.0)	(4.8)	0	(0.0)	(0.0)
月1～3日	12	(12.1)	(57.1)	5	(5.1)	(50.0)
月1回未満	6	(6.1)	(28.6)	4	(4.0)	(40.0)
カンファレンスの目的（複数回答）	(有効%: 開催しているn=21)			(有効%: 開催しているn=10)		
介護支援専門員が主催するサービス担当者会議	10	(10.1)	(47.6)	4	(4.0)	(40.0)
ケアプランの共有	14	(14.1)	(66.7)	6	(6.1)	(60.0)
ミールラウンド後のカンファレンス	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
一体的計画書の共有	6	(6.1)	(28.6)	2	(2.0)	(20.0)
退所前情報共有	1	(1.0)	(4.8)	1	(1.0)	(10.0)
委員会	0	(0.0)	(0.0)	1	(1.0)	(10.0)
飲食レクリエーション	0	(0.0)	(0.0)	1	(1.0)	(10.0)
その他	3	(3.0)	(14.3)	2	(0.0)	(0.0)

表Ⅱ-3-2-10 一体的取組（1年後の追跡）（通所介護）基本集計（n・%）

通所介護n=99	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
2 (6) リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養のインフォーマルな話し合いの状況						
実施している	38	(38.4)		40	(40.4)	
実施していない	61	(61.6)		59	(59.6)	
インフォーマルな話し合いの頻度	(有効%: 実施している n=38)			(有効%: 実施している n=40)		
毎日	17	(17.2)	(44.7)	21	(21.2)	(52.5)
週3～6日	8	(8.1)	(21.1)	8	(8.1)	(20.0)
週1, 2日	4	(4.0)	(10.5)	5	(5.1)	(12.5)
月1～3日	7	(7.1)	(18.4)	5	(5.1)	(12.5)
月1回未満	2	(2.0)	(5.3)	1	(1.0)	(2.5)
インフォーマルな話し合いの内容(複数回答)	(有効%: 実施している n=38)			(有効%: 実施している n=40)		
リハビリテーション・個別機能訓練に関すること	32	(32.3)	(84.2)	34	(34.3)	(34.7)
栄養・食事に関すること	23	(23.2)	(60.5)	27	(27.3)	(27.6)
口腔に関すること	15	(15.2)	(39.5)	22	(22.2)	(22.4)
利用者の体調に関すること	38	(38.4)	(100.0)	39	(39.4)	(39.8)
モニタリング(計画の実施状況)に関すること	12	(12.1)	(31.6)	13	(13.1)	(13.3)
支援には直接関係しない利用者の情報に関すること	13	(13.1)	(34.2)	22	(22.2)	(22.4)
家族からの情報に関すること	30	(30.3)	(78.9)	33	(33.3)	(33.7)
その他	1	(1.0)	(2.6)	0	(0.0)	(0.0)
インフォーマルに話し合った情報の共有	(有効%: 実施している n=38)			(有効%: 実施している n=40)		
その場にはないものを含むすべての職員	34	(34.3)	(89.5)	37	(37.4)	(92.5)
その場にいた職員のみ	4	(4.0)	(10.5)	3	(3.0)	(7.5)
インフォーマルに話し合った情報の共有方法	(有効%: 実施している n=38)			(有効%: 実施している n=40)		
カルテなどに記録して共有する	20	(20.2)	(52.6)	26	(26.3)	(26.5)
議事録を作成して共有している	19	(19.2)	(50.0)	13	(13.1)	(13.3)
口頭で伝達する	26	(26.3)	(68.4)	24	(24.2)	(24.5)
その他	2	(2.0)	(5.3)	5	(5.1)	(5.1)
2 (7) 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」の推進による効果の状況(複数回答)						
利用者の新たな課題やニーズを早期に把握できるようになった	35	(35.4)		37	(37.4)	
日常の職種間の情報連携の頻度が増えた	27	(27.3)		32	(32.3)	
ケアプランで共通した目標設定ができるようになった	17	(17.2)		17	(17.2)	
各専門職の専門用語への理解が深まった	6	(6.1)		5	(5.1)	
各専門職の業務フローへの理解が深まった	4	(4.0)		9	(9.1)	
職員の職務満足度が高まった	4	(4.0)		5	(5.1)	
褥瘡のケアが充実した	5	(5.1)		4	(4.0)	
看取りのケアが充実した	0	(0.0)		0	(0.0)	
認知症のケアが充実した	8	(8.1)		10	(10.1)	
外部の関連者との連携が強化された	7	(7.1)		8	(8.1)	
リハビリテーションのアウトカムがよくなった	4	(4.0)		6	(6.1)	
個別機能訓練のアウトカムがよくなった	15	(15.2)		13	(13.1)	
栄養のアウトカムが良くなった	2	(2.0)		6	(6.1)	
歯科口腔のアウトカムがよくなった	5	(5.1)		7	(7.1)	
入院が減少した	1	(1.0)		2	(2.0)	
肺炎が少なくなった	3	(3.0)		2	(2.0)	
在宅復帰が促進された	1	(1.0)		2	(2.0)	
認知症の重度化が防止された	2	(2.0)		6	(6.1)	
ADL・I ADLが維持改善された	12	(12.1)		13	(13.1)	
ポリファーマシー対策が強化された	0	(0.0)		1	(1.0)	
転倒頻度・転倒リスクが減弱した	11	(11.1)		11	(11.1)	
生きがい・QOLがその人らしく感じるようになった	8	(8.1)		12	(12.1)	
残存機能や今後の見通しที่わかりやすくなった	10	(10.1)		14	(14.1)	
介護者の負担軽減につながった	13	(13.1)		13	(13.1)	
その他	1	(1.0)		1	(1.0)	
取り組んでいないのでわからない	49	(49.5)		49	(49.5)	
2 (8) 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」を推進するうえでの課題(複数回答)						
専門職が常勤配置されていない	51	(51.5)		60	(60.6)	
外部機関(同一法人を含む)所属の専門職との連携体制がない・わからない	38	(38.4)		27	(27.3)	
専門職が互いの業務に対する理解がない	7	(7.1)		3	(3.0)	
主導する職種が決まっていない・わからない	15	(15.2)		19	(19.2)	
電子システムが対応していない	17	(17.2)		9	(9.1)	

専門職同士がわからないことがあったときに気軽に相談できない	12	(12.1)	7	(7.1)
経営上のメリットがない	13	(13.1)	14	(14.1)
その他	5	(5.1)	10	(10.1)

表Ⅱ-3-2-11 一体的取組（1年後の追跡）（通所介護）基本集計（n・%）

通所介護n=99	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
2 (9)「一体的取組」を推進するうえで、すでに取り組んでいること(複数回答)						
連携に関する専門職を新規に雇用している	3	(3.0)		2	(2.0)	(2.0)
外部機関所属(同一法人を含む)の専門職との連携体制を強化している	9	(9.1)		11	(11.1)	(11.1)
リハビリテーション・機能訓練・栄養管理・口腔管理の専門職(同一事業所・同一法人所属)と本人・家族、ケアマネジャー等が参加するカンファレンスを(定期的に)開催している	8	(8.1)		5	(5.1)	(5.1)
リハビリテーション・機能訓練・栄養管理・口腔管理の専門職(同一事業所・同一法人を除く外部機関所属)と本人・家族、ケアマネジャー等が参加するカンファレンスを(定期的に)開催している。	4	(4.0)		5	(5.1)	(5.1)
専門職が互いの業務に対する理解を深めるための研修会を開催している	7	(7.1)		9	(9.1)	(9.1)
主導する職種を決めている	8	(8.1)		8	(8.1)	(8.1)
電子システムを導入している	11	(11.1)		11	(11.1)	(11.1)
専門職同士がわからないことがあったときに気軽に相談できる職場づくりに努めている	16	(16.2)		27	(27.3)	(27.3)
職種間でのSNSを活用した気付きの共有や合意形成をしている	3	(3.0)		7	(7.1)	(7.1)
その他	11	(11.1)		16	(16.2)	(16.2)
多職種協働の状況						
利用者への支援について、多職種チームの誰かが何かを気にかけている場合に、全体で取り上げるようにしている						
まったくあてはまらない	5	(5.1)		7	(7.1)	
あまりあてはまらない	14	(14.1)		16	(16.2)	
ややあてはまる	50	(50.5)		45	(45.5)	
とてもあてはまる	30	(30.3)		31	(31.3)	
利用者の価値観への配慮が必要で、技術で割り切れない問題は、多職種チームで話し合っている						
まったくあてはまらない	9	(9.1)		6	(6.1)	
あまりあてはまらない	13	(13.1)		15	(15.2)	
ややあてはまる	51	(51.5)		51	(51.5)	
とてもあてはまる	26	(26.3)		27	(27.3)	
多職種チームは、ある程度の期間一緒に働いて人となりが分かった人が何人						
まったくあてはまらない	9	(9.1)		8	(8.1)	
あまりあてはまらない	16	(16.2)		14	(14.1)	
ややあてはまる	52	(52.5)		44	(44.4)	
とてもあてはまる	22	(22.2)		33	(33.3)	
多職種チームは、紙や電子カルテでの意思疎通だけでなく、顔を合わせて意見や気持ちを話し合っている						
まったくあてはまらない	8	(8.1)		9	(9.1)	
あまりあてはまらない	13	(13.1)		12	(12.1)	
ややあてはまる	51	(51.5)		48	(48.5)	
とてもあてはまる	27	(27.3)		30	(30.3)	
多職種チームは、わからないことがあれば、他職種に教えてもらうことが						
まったくあてはまらない	6	(6.1)		7	(7.1)	
あまりあてはまらない	14	(14.1)		15	(15.2)	
ややあてはまる	51	(51.5)		44	(44.4)	
とてもあてはまる	28	(28.3)		33	(33.3)	
カンファレンスには多くの職種が参加し、それぞれが意見を述べている						
まったくあてはまらない	14	(14.1)		7	(7.1)	
あまりあてはまらない	24	(24.2)		26	(26.3)	
ややあてはまる	45	(45.5)		47	(47.5)	
とてもあてはまる	16	(16.2)		19	(19.2)	
カンファレンスで一度も発言しない職種がないように、配慮されている						
まったくあてはまらない	15	(15.2)		8	(8.1)	
あまりあてはまらない	28	(28.3)		31	(31.3)	
ややあてはまる	44	(44.4)		39	(39.4)	
とてもあてはまる	12	(12.1)		21	(21.2)	
職種の専門性を尊重した協働がなされるように配慮されている						
まったくあてはまらない	11	(11.1)		6	(6.1)	
あまりあてはまらない	21	(21.2)		21	(21.2)	
ややあてはまる	50	(50.5)		50	(50.5)	
とてもあてはまる	17	(17.2)		22	(22.2)	

表 II-3-2-12 一体的取組（1年後の追跡）（通所介護）基本集計（n・%）

通所介護n=99	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
カンファレンスでは、話し合うだけではなく一定の結論を導き出す場になる						
まったくあてはまらない	11	(11.1)		10	(10.1)	
あまりあてはまらない	22	(22.2)		25	(25.3)	
ややあてはまる	49	(49.5)		50	(50.5)	
とてもあてはまる	17	(17.2)		14	(14.1)	
多職種チーム内で支援目標を共有している						
まったくあてはまらない	10	(10.1)		11	(11.1)	
あまりあてはまらない	27	(27.3)		25	(25.3)	
ややあてはまる	47	(47.5)		44	(44.4)	
とてもあてはまる	15	(15.2)		19	(19.2)	
2 (11) 居宅介護支援事業所の介護支援専門員との連携状況						
連携している介護支援専門員がいる	36	(36.4)		44	(44.4)	
いない	63	(63.6)		55	(55.6)	
通所事業所から情報共有している内容（複数回答）	（有効%: 連携している 介護支援専門員がいるn=36）			（有効%: 連携している 介護支援専門員がいるn=44）		
リハビリテーション・個別機能訓練目標	29	(29.3)	(80.6)	35	(35.4)	(79.5)
リハビリテーション・個別機能訓練計画・ 具体的内容	0	(0.0)	(0.0)	2	(2.0)	(4.5)
栄養ケアの目標	3	(3.0)	(8.3)	2	(2.0)	(4.5)
栄養ケア計画	2	(2.0)	(5.6)	2	(2.0)	(4.5)
口腔ケア・マネジメントの目標	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
口腔ケア・マネジメント計画	2	(2.0)	(5.6)	9	(9.1)	(20.5)
リハビリテーション・個別機能訓練におけ る活動量、筋緊張、不随意運動の有無	0	(0.0)	(0.0)	1	(1.0)	(2.3)
筋肉量、筋力	5	(5.1)	(13.9)	6	(6.1)	(13.6)
エネルギー消費量	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
呼吸機能	2	(2.0)	(5.6)	2	(2.0)	(4.5)
ADL・I ADL	18	(18.2)	(50.0)	18	(18.2)	(40.9)
食事姿勢や椅子・机の高さ	7	(7.1)	(19.4)	8	(8.1)	(18.2)
低栄養状態リスク	5	(5.1)	(13.9)	6	(6.1)	(13.6)
身長・体重・BM・体脂肪率（身体計測）	12	(12.1)	(33.3)	19	(19.2)	(43.2)
エネルギー・栄養素摂取量	3	(3.0)	(8.3)	0	(0.0)	(0.0)
食事形態	20	(20.2)	(55.6)	21	(21.2)	(47.7)
食嗜好	9	(9.1)	(25.0)	12	(12.1)	(27.3)
使用している食器の状況	10	(10.1)	(27.8)	16	(16.2)	(36.4)
食事介助状況	21	(21.2)	(58.3)	17	(17.2)	(38.6)
褥瘡	19	(19.2)	(52.8)	16	(16.2)	(36.4)
口腔衛生状態（口の中の汚れ等）	9	(9.1)	(25.0)	8	(8.1)	(18.2)
日常的な口腔ケア	7	(7.1)	(19.4)	12	(12.1)	(27.3)
口腔機能状態（摂食嚥下、頸部・顔面周囲 筋の緊張や筋力、頸部、口腔周囲の可動 域、口腔内や口唇の感覚等）	2	(2.0)	(5.6)	8	(8.1)	(18.2)
義歯の問題	8	(8.1)	(22.2)	15	(15.2)	(34.1)
オーラルフレイルの状況	2	(2.0)	(5.6)	5	(5.1)	(11.4)
服薬状況	23	(23.2)	(63.9)	23	(23.2)	(52.3)
排泄状況	24	(24.2)	(66.7)	24	(24.2)	(54.5)
居宅の状況	21	(21.2)	(58.3)	20	(20.2)	(45.5)
口腔・栄養スクリーニングの結果	1	(1.0)	(2.8)	4	(4.0)	(9.1)
栄養アセスメント・モニタリングの結果	1	(1.0)	(2.8)	1	(1.0)	(2.3)
栄養ケア計画の内容	2	(2.0)	(5.6)	0	(0.0)	(0.0)
廃用症状出現の兆候の有無	11	(11.1)	(30.6)	5	(5.1)	(11.4)
介護者の負担軽減の方法	16	(16.2)	(44.4)	15	(15.2)	(34.1)
住居の環境	20	(20.2)	(55.6)	17	(17.2)	(38.6)
サービス利用中の様子	27	(27.3)	(75.0)	27	(27.3)	(61.4)
利用者の残存機能の今後の見通し	15	(15.2)	(41.7)	16	(16.2)	(36.4)
家族の状況	28	(28.3)	(77.8)	22	(22.2)	(50.0)
移動の自立状況	24	(24.2)	(66.7)	24	(24.2)	(54.5)
その他	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)

表 II-3-2-13 一体的取組（1年後の追跡）（通所介護）基本集計（n・%）

通所介護n=99	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
居宅支援事業所の介護支援専門員からの相談にのる職種（有効%: 連携している 介護支援専門員がいるn=36）						
リハビリテーション専門職	13	(13.1)	(36.1)	13	(13.1)	(29.5)
機能訓練指導員	22	(22.2)	(61.1)	28	(28.3)	(63.6)
栄養専門職	3	(3.0)	(8.3)	4	(4.0)	(9.1)
歯科口腔専門職	4	(4.0)	(11.1)	3	(3.0)	(6.8)
その他の職員が代わりに相談に乗る	7	(7.1)	(19.4)	0	(0.0)	(0.0)
相談に乗ることはない	2	(2.0)	(5.6)	0	(0.0)	(0.0)
居宅支援事業所の介護支援専門員に相談する職種（複数回（有効%: 連携している 介護支援専門員がいるn=36）						
リハビリテーション専門職	11	(11.1)	(30.6)	13	(13.1)	(29.5)
機能訓練指導員	23	(23.2)	(63.9)	36	(36.4)	(81.8)
栄養専門職	2	(2.0)	(5.6)	7	(7.1)	(15.9)
歯科口腔専門職	4	(4.0)	(11.1)	7	(7.1)	(15.9)
相談することはない	3	(3.0)	(8.3)	1	(1.0)	(2.3)
必要に応じて利用者の居宅を訪問している職種（複数回答（有効%: 連携している 介護支援専門員がいるn=36）						
リハビリテーション専門職	10	(10.1)	(27.8)	10	(10.1)	(22.7)
機能訓練指導員	21	(21.2)	(58.3)	29	(29.3)	(65.9)
栄養専門職	1	(1.0)	(2.8)	2	(2.0)	(4.5)
歯科口腔専門職	2	(2.0)	(5.6)	1	(1.0)	(2.3)
訪問することはない	6	(6.1)	(16.7)	8	(8.1)	(18.2)
訪問の際に居宅で把握している内容（複数回答）（有効%: いずれかの職種が 訪問しているn=36）						
自宅の間取り	29	(29.3)	(80.6)	30	(30.3)	(68.2)
自宅の周辺環境	27	(27.3)	(75.0)	27	(27.3)	(61.4)
睡眠・ベッド・寝具の状況	23	(23.2)	(63.9)	25	(25.3)	(56.8)
入浴の状況	25	(25.3)	(69.4)	26	(26.3)	(59.1)
排泄・トイレの状況	28	(28.3)	(77.8)	31	(31.3)	(70.5)
服薬状況	25	(25.3)	(69.4)	28	(28.3)	(63.6)
ADL・IADL	26	(26.3)	(72.2)	28	(28.3)	(63.6)
転倒の危険性	28	(28.3)	(77.8)	34	(34.3)	(77.3)
身体活動量	11	(11.1)	(30.6)	13	(13.1)	(29.5)
いすやテーブルの高さ	10	(10.1)	(27.8)	14	(14.1)	(31.8)
食事姿勢	12	(12.1)	(33.3)	15	(15.2)	(34.1)
調理設備・調理器具	3	(3.0)	(8.3)	8	(8.1)	(18.2)
調理担当者	8	(8.1)	(22.2)	12	(12.1)	(27.3)
食事場所	19	(19.2)	(52.8)	18	(18.2)	(40.9)
買い物方法	12	(12.1)	(33.3)	15	(15.2)	(34.1)
食事回数	12	(12.1)	(33.3)	16	(16.2)	(36.4)
食事内容	11	(11.1)	(30.6)	12	(12.1)	(27.3)
食事にかかる時間	9	(9.1)	(25.0)	9	(9.1)	(20.5)
食事形態	18	(18.2)	(50.0)	23	(23.2)	(52.3)
食事摂取量	16	(16.2)	(44.4)	17	(17.2)	(38.6)
水分摂取量	12	(12.1)	(33.3)	14	(14.1)	(31.8)
食器具	5	(5.1)	(13.9)	13	(13.1)	(29.5)
共食者の有無	7	(7.1)	(19.4)	10	(10.1)	(22.7)
食事介助状況	13	(13.1)	(36.1)	19	(19.2)	(43.2)
栄養補助食品の利用	4	(4.0)	(11.1)	11	(11.1)	(25.0)
褥瘡	18	(18.2)	(50.0)	20	(20.2)	(45.5)
口腔衛生状態（歯や義歯の汚れ、舌苔、口臭等）	9	(9.1)	(25.0)	10	(10.1)	(22.7)
口腔ケア実施状況	8	(8.1)	(22.2)	10	(10.1)	(22.7)
口腔機能状態（摂食嚥下、頸部・顔面周囲筋の緊張や筋力、頸部、口腔周囲の可動域、口腔内や口唇の感覚、舌の動き、むせ、口腔乾燥等）	7	(7.1)	(19.4)	9	(9.1)	(20.5)
義歯の問題	12	(12.1)	(33.3)	19	(19.2)	(43.2)
移動手段	22	(22.2)	(61.1)	30	(30.3)	(68.2)
日中と夜間の活動や暮らしの違い	17	(17.2)	(47.2)	19	(19.2)	(43.2)
家族の状況	26	(26.3)	(72.2)	25	(25.3)	(56.8)
一日の生活リズム	17	(17.2)	(47.2)	24	(24.2)	(54.5)
その他	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)

表II-4-1-2 一体的取組（1年後の追跡）（通所リハ）基本集計（統計量）

通所リハn=159	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
定員・利用者数								
定員(名)	158	44.5	36	(39.4)	159	41.1	35	(30.8)
1週間の利用実人数	159	83.0	60	(73.2)	158	87.4	69	(69.5)
要介護度別利用者数								
要支援1(人)	148	12.8	8	(14.0)	146	13.7	9	(14.4)
要支援2(人)	147	19.0	12	(20.1)	146	19.8	14	(21.2)
要介護1(人)	145	22.9	17	(22.4)	146	22.0	20	(18.1)
要介護2(人)	141	19.4	15	(18.7)	146	19.8	15	(19.8)
要介護3(人)	152	9.7	7	(11.0)	146	9.7	7	(11.2)
要介護4(人)	153	5.0	3	(6.2)	146	4.9	2	(7.6)
要介護5(人)	153	1.9	1	(3.0)	146	1.8	1	(3.0)
その他※審査中等(人)	136	0.4	0	(0.9)	146	0.3	0	(0.7)
要介護度別利用者数(利用実人数100名当たり)								
要支援1(%)	148	17.4	13	(15.7)	146	16.5	14	(13.7)
要支援2(%)	147	25.4	22	(19.3)	146	22.1	20	(13.2)
要介護1(%)	145	28.4	25	(17.9)	146	26.6	25	(15.1)
要介護2(%)	141	23.9	22	(15.6)	146	23.1	23	(13.1)
要介護3(%)	152	13.9	10	(15.2)	146	11.0	10	(8.5)
要介護4(%)	153	8.6	5	(12.3)	146	5.9	4	(7.2)
要介護5(%)	153	3.0	1	(5.2)	146	2.1	0	(3.0)
その他※審査中等(%)	136	0.6	0	(2.0)	146	0.5	0	(1.7)
該当する人数(記入日時点)								
BM 18.5未満人数(人)	70	7.9	6	(6.7)	75	8.6	6	(8.4)
噛むことに問題あり人数(人)	71	10.5	5	(16.7)	72	12.9	5	(19.2)
義歯がある利用者人数(人)	78	39.3	27	(37.7)	80	41.8	34	(35.6)
義歯を使用している人数(人)	76	34.5	25	(35.6)	75	38.8	30	(33.0)
飲み込むこと(嚥下)に問題がある利用者人数	89	6.7	3	(9.0)	86	6.1	3	(7.1)
該当する人数(記入日時点 利用実人数100名当たり)								
BM 18.5未満人数(利用実人数100当たり)(人)	70	12.7	9	(15.3)	75	11.5	9	(11.8)
噛むことに問題あり人数(利用実人数100当たり)	71	13.8	9	(16.2)	72	14.3	9	(16.3)
義歯がある利用者人数(利用実人数100当たり)	78	52.0	51	(22.8)	80	52.3	54	(26.1)
義歯を使用している人数(利用実人数100当たり)	76	46.8	46	(24.9)	75	49.6	51	(25.7)
飲み込むこと(嚥下)に問題がある利用者(利用実人数100当たり)(人)	89	9.9	6	(9.5)	86	7.8	5	(7.2)
過去6か月間の該当する人数								
利用終了した人数(死亡を含む)(人)	135	12.3	8	(13.6)	129	12.5	10	(12.1)
入院した人数(入院先で死亡も含む)(人)	120	6.6	4	(7.5)	113	7.4	5	(9.9)
誤嚥性肺炎により入院した人数(人)	97	0.3	0	(0.7)	90	0.4	0	(0.8)
死亡した人数(人)	126	1.5	1	(1.8)	123	1.7	1	(2.0)
過去6か月間の該当する人数(利用実人数100名当たり)								
利用終了した人数(死亡を含む)(人)	135	17.9	13	(15.8)	129	16.2	14	(11.5)
入院した人数(入院先で死亡も含む)(人)	120	11.2	8	(10.9)	113	11.3	8	(10.5)
誤嚥性肺炎により入院した人数(人)	97	0.7	0	(2.7)	90	0.8	0	(1.8)
死亡した人数(人)	126	2.7	1	(4.3)	123	2.7	2	(4.0)

表II-4-1-2 一体的取組（1年後の追跡）（通所リハ）基本集計（統計量）

通所リハn=159	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
常勤換算配置数								
医師	159	1.1	1	(1.0)	159	1.2	1	(1.5)
歯科医師	159	0.0	0	(0.1)	159	0.0	0	(0.1)
歯科衛生士	159	0.0	0	(0.2)	159	0.0	0	(0.2)
薬剤師	159	0.1	0	(0.7)	159	0.2	0	(0.9)
介護福祉士	159	4.0	3	(4.4)	159	4.2	3	(5.1)
介護職員（介護福祉士を除く）	159	2.2	1	(3.8)	159	2.2	1	(4.0)
介護支援専門員	159	0.2	0	(0.6)	159	0.2	0	(0.6)
看護師	159	1.2	0	(5.2)	159	1.8	0	(7.3)
准看護師	159	0.6	0	(2.7)	159	0.6	0	(2.8)
理学療法士	159	2.7	2	(3.0)	159	2.6	2	(2.9)
作業療法士	159	1.0	1	(1.5)	159	1.1	1	(1.6)
言語聴覚士	159	0.3	0	(0.8)	159	0.2	0	(0.7)
専任の機能訓練指導員	159	0.1	0	(0.5)	159	0.1	0	(0.6)
管理栄養士	159	0.3	0	(0.6)	159	0.3	0	(0.5)
栄養士（管理栄養士を除く）	159	0.0	0	(0.2)	159	0.0	0	(0.2)
常勤換算配置数（利用実人数100名当たり）								
医師	159	2.8	1	(3.6)	159	2.5	1	(3.6)
歯科医師	159	0.0	0	(0.4)	159	0.0	0	(0.2)
歯科衛生士	159	0.1	0	(0.4)	159	0.0	0	(0.2)
薬剤師	159	0.4	0	(2.1)	159	0.3	0	(1.5)
介護福祉士	159	7.0	4	(8.6)	159	5.7	5	(6.9)
介護職員（介護福祉士を除く）	159	4.2	2	(7.6)	159	3.4	1	(6.0)
介護支援専門員	159	0.6	0	(2.4)	159	0.2	0	(1.1)
看護師	159	2.4	0	(9.2)	159	3.1	0	(9.7)
准看護師	159	1.3	0	(5.3)	159	1.0	0	(4.1)
理学療法士	159	5.8	3	(8.4)	159	5.0	3	(9.1)
作業療法士	159	1.8	1	(3.3)	159	1.5	1	(2.1)
言語聴覚士	159	0.4	0	(1.5)	159	0.3	0	(1.0)
専任の機能訓練指導員	159	0.3	0	(1.1)	159	0.2	0	(0.8)
管理栄養士	159	0.6	0	(2.0)	159	0.3	0	(0.8)
栄養士（管理栄養士を除く）	159	0.1	0	(0.9)	159	0.0	0	(0.4)

表 II-4-2-1 一体的取組（1年後の追跡）（通所リハ）基本集計（n・%）

通所リハn=159	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
主回答者						
事業所管理者	73	(45.9)		63	(39.6)	
その他	86	(54.1)		96	(60.4)	
事業主体						
社会福祉法人	10	(6.3)		10	(6.3)	
医療法人	126	(79.2)		125	(78.6)	
営利法人	4	(2.5)		4	(2.5)	
NPO法人	0	(0.0)		0	(0.0)	
その他	19	(11.9)		20	(12.6)	
併設施設						
特養	3	(1.9)		2	(1.3)	
老健	38	(23.9)		36	(22.6)	
病院	57	(35.8)		64	(40.3)	
診療所	78	(49.1)		68	(42.8)	
歯科診療所	3	(1.9)		2	(1.3)	
併設施設はない	3	(1.9)		6	(3.8)	
BM 18.5未満の利用者						
いる	78	(49.1)		82	(51.6)	
いない	11	(6.9)		8	(5.0)	
把握していない	70	(44.0)		69	(43.4)	
噛むことに問題のある利用者						
いる	80	(50.3)		83	(52.2)	
いない	35	(22.0)		36	(22.6)	
把握していない	44	(27.7)		40	(25.2)	
義歯がある利用者						
いる	101	(63.5)		97	(61.0)	
いない	0	(0.0)		2	(1.3)	
把握していない	58	(36.5)		60	(37.7)	
義歯を使用している利用者			(有効%: 義歯がある利用者n=101)			(有効%: 義歯がある利用者n=97)
いる	97	(61.0)	(96.0)	89	(56.0)	(91.8)
いない	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
把握していない	4	(2.5)	(4.0)	8	(5.0)	(8.2)
1 (1) 咀嚼機能が低下した入所者への食事形態(頻度が最も高いもの)						
①軟らかいものが噛める入所者への対応						
常食	17	(10.7)		13	(8.2)	
軟食、軟菜食	48	(30.2)		47	(29.6)	
きざみ食	32	(20.1)		32	(20.1)	
ソフト食、ムース食	3	(1.9)		3	(1.9)	
ミキサー食	0	(0.0)		1	(0.6)	
その他	0	(0.0)		0	(0.0)	
食事提供がない	59	(37.1)		63	(39.6)	
②軟らかいものが噛めない入所者への対応						
常食	1	(0.6)		1	(0.6)	
軟食、軟菜食	11	(6.9)		6	(3.8)	
きざみ食	39	(24.5)		42	(26.4)	
ソフト食、ムース食	23	(14.5)		13	(8.2)	
ミキサー食	21	(13.2)		27	(17.0)	
その他	1	(0.6)		2	(1.3)	
食事提供がない	63	(39.6)		68	(42.8)	
(欠損値)	1	(0.6)				
飲み込むこと(嚥下)に問題がある利用者						
いる	99	(62.3)		96	(60.4)	
いない	32	(20.1)		34	(21.4)	
把握していない	27	(17.0)		29	(18.2)	

表 II-4-2-2 一体的取組（1年後の追跡）（通所リハ）基本集計（n・%）

通所リハn=159	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
1 (2) 過去6か月で利用終了人数						
わかる	139	(87.4)		129	(81.1)	
わからない	20	(12.6)		30	(18.9)	
過去6か月で入院した人数						
わかる	120	(75.5)		113	(71.1)	
わからない	39	(24.5)		46	(28.9)	
過去6か月で誤嚥性肺炎で入院した人数						
わかる	97	(61.0)		90	(56.6)	
わからない	62	(39.0)		69	(43.4)	
過去6か月で死亡した人数						
わかる	126	(79.2)		123	(77.4)	
わからない	33	(20.8)		36	(22.6)	
1 (3) 常勤換算0.1人以上配置						
歯科衛生士	7	(4.4)		5	(3.1)	
管理栄養士	49	(30.8)		43	(27.0)	
1 (4) 機能訓練指導員(専任)の資格(複数回答)						
看護師	2	(1.3)		2	(1.3)	
准看護師	1	(0.6)		1	(0.6)	
理学療法士	9	(5.7)		7	(4.4)	
作業療法士	3	(1.9)		4	(2.5)	
言語聴覚士	1	(0.6)		1	(0.6)	
柔道整復師	6	(3.8)		4	(2.5)	
あん摩マッサージ指圧師	2	(1.3)		1	(0.6)	
鍼灸師(6か月以上の実務経験有)	0	(0.0)		0	(0.0)	
その他	0	(0.0)		0	(0.0)	
1 (5) 外部機関等に所属し連携(評価・治療・ケア等)している専門職						
医師						
あり(同一法人)	37	(23.3)		42	(26.4)	(26.6)
あり(他法人)	9	(5.7)		12	(7.5)	(7.6)
なし	113	(71.1)		104	(65.4)	(65.8)
(欠損値)				1	(0.6)	
歯科医師						
あり(同一法人)	3	(1.9)		2	(1.3)	(1.3)
あり(他法人)	6	(3.8)		7	(4.4)	(4.4)
なし	150	(94.3)		149	(93.7)	(94.3)
(欠損値)				1	(0.6)	
歯科衛生士						
あり(同一法人)	4	(2.5)		4	(2.5)	(2.5)
あり(他法人)	7	(4.4)		4	(2.5)	(2.5)
なし	148	(93.1)		150	(94.3)	(94.9)
(欠損値)				1	(0.6)	
理学療法士						
あり(同一法人)	33	(20.8)		37	(23.3)	(23.4)
あり(他法人)	3	(1.9)		4	(2.5)	(2.5)
なし	123	(77.4)		117	(73.6)	(74.1)
(欠損値)				1	(0.6)	
作業療法士						
あり(同一法人)	18	(11.3)		15	(9.4)	(9.5)
あり(他法人)	1	(0.6)		3	(1.9)	(1.9)
なし	140	(88.1)		140	(88.1)	(88.6)
(欠損値)				1	(0.6)	
言語聴覚士						
あり(同一法人)	12	(7.5)		13	(8.2)	(8.2)
あり(他法人)	2	(1.3)		3	(1.9)	(1.9)
なし	145	(91.2)		142	(89.3)	(89.9)
(欠損値)				1	(0.6)	
管理栄養士						
あり(同一法人)	22	(13.8)		20	(12.6)	(12.7)
あり(他法人)	2	(1.3)		1	(0.6)	(0.6)
なし	135	(84.9)		137	(86.2)	(86.7)
(欠損値)				1	(0.6)	

表 II-4-2-3 一体的取組（1年後の追跡）（通所リハ）基本集計（n・%）

通所リハn=159	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
1 (6) 加算算定の状況（調査年9月の1か月間に1件以上）（複数回答）						
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	18	(11.3)		17	(10.7)	
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	17	(10.7)		19	(11.9)	
栄養アセスメント加算	19	(11.9)		18	(11.3)	
栄養改善加算	11	(6.9)		10	(6.3)	
口腔機能向上加算Ⅰ	16	(10.1)		18	(11.3)	
口腔機能向上加算Ⅱ	24	(15.1)		20	(12.6)	
科学的介護推進体制加算	74	(46.5)		77	(48.4)	
リハビリテーションマネジメント加算(A)イ	29	(18.2)		29	(18.2)	
リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ	28	(17.6)		34	(21.4)	
リハビリテーションマネジメント加算(B)イ	29	(18.2)		24	(15.1)	
リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ	38	(23.9)		39	(24.5)	
生活行為向上リハビリテーション実施加算	6	(3.8)		4	(2.5)	
認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ	7	(4.4)		3	(1.9)	
認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ	5	(3.1)		2	(1.3)	

表Ⅱ-4-2-4 一体的取組（1年後の追跡）（通所リハ）基本集計（n・%）

通所リハn=159	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
2 (1) 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書(一体的計画書)」(厚生労働省公開の様式例) について						
一体的計画書様式例を知っている						
知っている	100	(62.9)		102	(64.2)	
知らない	59	(37.1)		57	(35.8)	
一体的計画書様式例を使用している						
使用している	41	(25.8)		34	(21.4)	
使用していない	118	(74.2)		125	(78.6)	
一体的計画書の書類作成に関与している職種(複数回答)(有効%:使用しているn=41)						(有効%:使用しているn=34)
医師	33	(20.8)	(80.5)	21	(13.2)	(61.8)
歯科医師	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
歯科衛生士	1	(0.6)	(2.4)	0	(0.0)	(0.0)
薬剤師	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
介護福祉士	19	(11.9)	(46.3)	22	(13.8)	(64.7)
介護職員(介護福祉士を除く)	17	(10.7)	(41.5)	11	(6.9)	(32.4)
介護支援専門員	7	(4.4)	(17.1)	3	(1.9)	(8.8)
看護師	22	(13.8)	(53.7)	13	(8.2)	(38.2)
准看護師	13	(8.2)	(31.7)	7	(4.4)	(20.6)
理学療法士	37	(23.3)	(90.2)	31	(19.5)	(91.2)
作業療法士	24	(15.1)	(58.5)	24	(15.1)	(70.6)
言語聴覚士	13	(8.2)	(31.7)	12	(7.5)	(35.3)
専任で勤務する機能訓練指導員	2	(1.3)	(4.9)	1	(0.6)	(2.9)
管理栄養士	6	(3.8)	(14.6)	4	(2.5)	(11.8)
栄養士(管理栄養士を除く)	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
その他	1	(0.6)	(2.4)	2	(1.3)	(5.9)
「一体的計画書」の入所者・家族への意向確認、聞き取り(有効%:使用しているn=41)						(有効%:使用しているn=34)
医師	15	(9.4)	(36.6)	10	(6.3)	(29.4)
歯科医師	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
歯科衛生士	1	(0.6)	(2.4)	0	(0.0)	(0.0)
薬剤師	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
介護福祉士	18	(11.3)	(43.9)	22	(13.8)	(64.7)
介護職員(介護福祉士を除く)	13	(8.2)	(31.7)	12	(7.5)	(35.3)
介護支援専門員	6	(3.8)	(14.6)	7	(4.4)	(20.6)
看護師	17	(10.7)	(41.5)	11	(6.9)	(32.4)
准看護師	11	(6.9)	(26.8)	6	(3.8)	(17.6)
理学療法士	35	(22.0)	(85.4)	29	(18.2)	(85.3)
作業療法士	22	(13.8)	(53.7)	24	(15.1)	(70.6)
言語聴覚士	11	(6.9)	(26.8)	10	(6.3)	(29.4)
専任で勤務する機能訓練指導員	1	(0.6)	(2.4)	1	(0.6)	(2.9)
管理栄養士	1	(0.6)	(2.4)	5	(3.1)	(14.7)
栄養士(管理栄養士を除く)	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
その他	2	(1.3)	(4.9)	2	(1.3)	(5.9)
一体的様式を使用していない理由(複数回答)(有効%:使用していないn=118)						(有効%:使用していないn=125)
別の書式で運用している	65	(40.9)	(55.1)	67	(42.1)	(53.6)
様式例の使い勝手が悪い	15	(9.4)	(12.7)	5	(3.1)	(4.0)
電子システムが対応していない	20	(12.6)	(17.1)	26	(16.4)	(20.8)
活用を主導する旗振り役がない	10	(6.3)	(8.5)	18	(11.3)	(14.4)
多職種で書類を共有することが難しい	18	(11.3)	(15.3)	15	(9.4)	(12.0)
各職種の業務についての相互の理解不足	6	(3.8)	(5.1)	5	(3.1)	(4.0)
活用を促す加算がない	41	(25.8)	(34.7)	51	(32.1)	(40.8)
その他	10	(6.3)	(8.5)	5	(3.1)	(4.0)

表Ⅱ-4-2-5 一体的取組（1年後の追跡）（通所リハ）基本集計（n・%）

通所リハn=159	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
2 (3) リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の専門職が連携して設定した目標のリハビリテーション計画または機能訓練計画への反映できている	87	(54.7)		75	(47.2)	
反映できていない	72	(45.3)		84	(52.8)	
反映できていない理由（複数回答）	（有効%: 反映できていないn=72）			（有効%: 反映できていないn=84）		
リハビリテーション専門職が勤務していない	2	(1.3)	(2.8)	1	(0.6)	(1.2)
機能訓練指導員が勤務していない	20	(12.6)	(28.6)	21	(13.2)	(25.0)
事業所外（同一法人を含む）のリハビリテーション専門職との連携体制がない	14	(8.8)	(19.4)	18	(11.3)	(21.4)
事業所外（同一法人を含む）の機能訓練指導員との連携体制がない	22	(13.8)	(30.6)	27	(17.0)	(32.1)
リハビリテーション専門職の3職種が揃わない	25	(15.7)	(34.7)	35	(22.0)	(41.7)
栄養専門職が勤務していない	34	(21.4)	(47.2)	43	(27.0)	(51.2)
事業所外（同一法人を含む）の栄養専門職との連携体制がない	35	(22.0)	(48.6)	42	(26.4)	(50.0)
歯科口腔専門職が勤務していない	51	(32.1)	(70.8)	62	(39.0)	(73.8)
事業所外（同一法人を含む）の歯科口腔専門職との連携体制がない	44	(27.7)	(61.1)	56	(35.2)	(66.7)
事業所外（同一法人を含む）の薬剤師との連携体制がない	40	(25.2)	(55.6)	42	(26.4)	(50.0)
連携を主導する旗振り役がない	19	(11.9)	(26.4)	22	(13.8)	(26.2)
各職種の業務についての相互の理解不足	11	(6.9)	(15.3)	15	(9.4)	(17.9)
その他	0	(0.0)	(0.0)	5	(3.1)	(6.0)
2 (4) 業務項目別の連携協働している職種（各項目について職種は複数回答）						
[1. リハビリテーション・個別機能訓練目標の共有]						
リハビリテーション専門職	148	(93.1)		147	(92.5)	
機能訓練指導員	14	(8.8)		14	(8.8)	
栄養専門職	10	(6.3)		17	(10.7)	
歯科口腔専門職	4	(2.5)		3	(1.9)	
介護福祉士を含む介護職員	99	(62.3)		107	(67.3)	
介護支援専門員	69	(43.4)		67	(42.1)	
看護師・准看護師	69	(43.4)		74	(46.5)	
[2. リハビリテーション・個別機能訓練計画の共有]						
リハビリテーション専門職	147	(92.5)		146	(91.8)	
機能訓練指導員	14	(8.8)		39	(24.5)	
栄養専門職	9	(5.7)		11	(6.9)	
歯科口腔専門職	4	(2.5)		4	(2.5)	
介護福祉士を含む介護職員	99	(62.3)		97	(61.0)	
介護支援専門員	67	(42.1)		58	(36.5)	
看護師・准看護師	66	(41.5)		81	(50.9)	
[3. 栄養ケアの目標の共有]						
リハビリテーション専門職	29	(18.2)		33	(20.8)	
機能訓練指導員	5	(3.1)		2	(1.3)	
栄養専門職	29	(18.2)		24	(15.1)	
歯科口腔専門職	2	(1.3)		3	(1.9)	
介護福祉士を含む介護職員	30	(18.9)		30	(18.9)	
介護支援専門員	17	(10.7)		15	(9.4)	
看護師・准看護師	27	(17.0)		29	(18.2)	
[4. 栄養ケア計画の共有]						
リハビリテーション専門職	26	(16.4)		29	(18.2)	
機能訓練指導員	4	(2.5)		2	(1.3)	
栄養専門職	30	(18.9)		23	(14.5)	
歯科口腔専門職	2	(1.3)		3	(1.9)	
介護福祉士を含む介護職員	29	(18.2)		26	(16.4)	
介護支援専門員	15	(9.4)		12	(7.5)	
看護師・准看護師	26	(16.4)		26	(16.4)	
[5. 口腔ケア・マネジメントの目標の共有]						
リハビリテーション専門職	41	(25.8)		39	(24.5)	
機能訓練指導員	3	(1.9)		4	(2.5)	
栄養専門職	10	(6.3)		6	(3.8)	
歯科口腔専門職	9	(5.7)		9	(5.7)	
介護福祉士を含む介護職員	39	(24.5)		36	(22.6)	
介護支援専門員	22	(13.8)		13	(8.2)	
看護師・准看護師	34	(21.4)		31	(19.5)	

表Ⅱ-4-2-6 一体的取組（1年後の追跡）（通所リハ）基本集計（n・%）

通所リハn=159	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
[6. 口腔ケア・マネジメント計画の共有]						
リハビリテーション専門職	39	(24.5)		41	(25.8)	
機能訓練指導員	3	(1.9)		4	(2.5)	
栄養専門職	10	(6.3)		7	(4.4)	
歯科口腔専門職	9	(5.7)		9	(5.7)	
介護福祉士を含む介護職員	39	(24.5)		36	(22.6)	
介護支援専門員	21	(13.2)		14	(8.8)	
看護師・准看護師	33	(20.8)		32	(20.1)	
[7. リハビリテーション・個別機能訓練における活動量、筋緊張、不随意運動の有無の把握]						
リハビリテーション専門職	136	(85.5)		137	(86.2)	
機能訓練指導員	12	(7.5)		11	(6.9)	
栄養専門職	6	(3.8)		7	(4.4)	
歯科口腔専門職	3	(1.9)		3	(1.9)	
介護福祉士を含む介護職員	70	(44.0)		73	(45.9)	
介護支援専門員	42	(26.4)		49	(30.8)	
看護師・准看護師	53	(33.3)		58	(36.5)	
[8. 筋肉量、筋力の把握]						
リハビリテーション専門職	129	(81.1)		132	(83.0)	
機能訓練指導員	11	(6.9)		12	(7.5)	
栄養専門職	6	(3.8)		10	(6.3)	
歯科口腔専門職	3	(1.9)		3	(1.9)	
介護福祉士を含む介護職員	60	(37.7)		66	(41.5)	
介護支援専門員	33	(20.8)		41	(25.8)	
看護師・准看護師	42	(26.4)		49	(30.8)	
[9. エネルギー消費量の把握]						
リハビリテーション専門職	47	(29.6)		52	(32.7)	
機能訓練指導員	6	(3.8)		5	(3.1)	
栄養専門職	15	(9.4)		17	(10.7)	
歯科口腔専門職	2	(1.3)		3	(1.9)	
介護福祉士を含む介護職員	22	(13.8)		22	(13.8)	
介護支援専門員	13	(8.2)		10	(6.3)	
看護師・准看護師	21	(13.2)		25	(15.7)	
[10. 呼吸機能の把握]						
リハビリテーション専門職	78	(49.1)		86	(54.1)	
機能訓練指導員	8	(5.0)		8	(5.0)	
栄養専門職	4	(2.5)		5	(3.1)	
歯科口腔専門職	2	(1.3)		3	(1.9)	
介護福祉士を含む介護職員	40	(25.2)		44	(27.7)	
介護支援専門員	23	(14.5)		23	(14.5)	
看護師・准看護師	43	(27.0)		50	(31.4)	
[11. ADLの把握]						
リハビリテーション専門職	141	(88.7)		144	(90.6)	
機能訓練指導員	12	(7.5)		14	(8.8)	
栄養専門職	8	(5.0)		10	(6.3)	
歯科口腔専門職	3	(1.9)		3	(1.9)	
介護福祉士を含む介護職員	101	(63.5)		99	(62.3)	
介護支援専門員	60	(37.7)		58	(36.5)	
看護師・准看護師	67	(42.1)		70	(44.0)	
[12. 食事姿勢や椅子・机の高さの把握]						
リハビリテーション専門職	103	(64.8)		107	(67.3)	
機能訓練指導員	9	(5.7)		9	(5.7)	
栄養専門職	11	(6.9)		12	(7.5)	
歯科口腔専門職	5	(3.1)		4	(2.5)	
介護福祉士を含む介護職員	80	(50.3)		80	(50.3)	
介護支援専門員	29	(18.2)		28	(17.6)	
看護師・准看護師	56	(35.2)		56	(35.2)	
[13. 低栄養状態リスクの把握]						
リハビリテーション専門職	74	(46.5)		84	(52.8)	
機能訓練指導員	8	(5.0)		7	(4.4)	
栄養専門職	34	(21.4)		34	(21.4)	
歯科口腔専門職	4	(2.5)		3	(1.9)	
介護福祉士を含む介護職員	63	(39.6)		61	(38.4)	
介護支援専門員	31	(19.5)		37	(23.3)	
看護師・准看護師	55	(34.6)		63	(39.6)	

表Ⅱ-4-2-7 一体的取組（1年後の追跡）（通所リハ）基本集計（n・%）

通所リハn=159	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
[14. 身長・体重・BMI・体脂肪率(身体計測)の把握]						
リハビリテーション専門職	97	(61.0)		103	(64.8)	
機能訓練指導員	10	(6.3)		8	(5.0)	
栄養専門職	29	(18.2)		31	(19.5)	
歯科口腔専門職	4	(2.5)		3	(1.9)	
介護福祉士を含む介護職員	84	(52.8)		78	(49.1)	
介護支援専門員	38	(23.9)		38	(23.9)	
看護師・准看護師	63	(39.6)		63	(39.6)	
[15. エネルギー・栄養素摂取量の把握]						
リハビリテーション専門職	43	(27.0)		40	(25.2)	
機能訓練指導員	6	(3.8)		3	(1.9)	
栄養専門職	28	(17.6)		31	(19.5)	
歯科口腔専門職	2	(1.3)		2	(1.3)	
介護福祉士を含む介護職員	42	(26.4)		40	(25.2)	
介護支援専門員	20	(12.6)		14	(8.8)	
看護師・准看護師	33	(20.8)		38	(23.9)	
[16. 食事形態の把握]						
リハビリテーション専門職	74	(46.5)		92	(57.9)	
機能訓練指導員	7	(4.4)		10	(6.3)	
栄養専門職	32	(20.1)		37	(23.3)	
歯科口腔専門職	5	(3.1)		4	(2.5)	
介護福祉士を含む介護職員	81	(50.9)		87	(54.7)	
介護支援専門員	36	(22.6)		40	(25.2)	
看護師・准看護師	66	(41.5)		72	(45.3)	
[17. 食嗜好の把握]						
リハビリテーション専門職	68	(42.8)		74	(46.5)	
機能訓練指導員	8	(5.0)		6	(3.8)	
栄養専門職	34	(21.4)		36	(22.6)	
歯科口腔専門職	2	(1.3)		4	(2.5)	
介護福祉士を含む介護職員	84	(52.8)		86	(54.1)	
介護支援専門員	31	(19.5)		28	(17.6)	
看護師・准看護師	60	(37.7)		60	(37.7)	
[18. 使用している食器の状況の把握]						
リハビリテーション専門職	85	(53.5)		89	(56.0)	
機能訓練指導員	7	(4.4)		7	(4.4)	
栄養専門職	25	(15.7)		28	(17.6)	
歯科口腔専門職	3	(1.9)		4	(2.5)	
介護福祉士を含む介護職員	83	(52.2)		87	(54.7)	
介護支援専門員	30	(18.9)		30	(18.9)	
看護師・准看護師	56	(35.2)		63	(39.6)	
[19. 食事介助状況の把握]						
リハビリテーション専門職	88	(55.3)		98	(61.6)	
機能訓練指導員	8	(5.0)		8	(5.0)	
栄養専門職	18	(11.3)		24	(15.1)	
歯科口腔専門職	3	(1.9)		4	(2.5)	
介護福祉士を含む介護職員	92	(57.9)		94	(59.1)	
介護支援専門員	37	(23.3)		35	(22.0)	
看護師・准看護師	65	(40.9)		67	(42.1)	
[20. 褥瘡の把握]						
リハビリテーション専門職	95	(59.7)		106	(66.7)	
機能訓練指導員	10	(6.3)		9	(5.7)	
栄養専門職	16	(10.1)		16	(10.1)	
歯科口腔専門職	1	(0.6)		3	(1.9)	
介護福祉士を含む介護職員	90	(56.6)		91	(57.2)	
介護支援専門員	46	(28.9)		47	(29.6)	
看護師・准看護師	74	(46.5)		77	(48.4)	
[21. 口腔衛生状態(歯や義歯の汚れ、舌苔、口臭等)の把握]						
リハビリテーション専門職	53	(33.3)		56	(35.2)	
機能訓練指導員	6	(3.8)		4	(2.5)	
栄養専門職	9	(5.7)		9	(5.7)	
歯科口腔専門職	9	(5.7)		8	(5.0)	
介護福祉士を含む介護職員	73	(45.9)		70	(44.0)	
介護支援専門員	24	(15.1)		19	(11.9)	
看護師・准看護師	59	(37.1)		63	(39.6)	

表Ⅱ-4-2-8 一体的取組（1年後の追跡）（通所リハ）基本集計（n・%）

通所リハn=159	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
[22. 日常的な口腔ケアの実施]						
リハビリテーション専門職	50	(31.4)		50	(31.4)	
機能訓練指導員	7	(4.4)		4	(2.5)	
栄養専門職	6	(3.8)		7	(4.4)	
歯科口腔専門職	6	(3.8)		8	(5.0)	
介護福祉士を含む介護職員	75	(47.2)		76	(47.8)	
介護支援専門員	19	(11.9)		14	(8.8)	
看護師・准看護師	58	(36.5)		61	(38.4)	
[23. 口腔機能状態（摂食嚥下、頸部・顔面周囲筋の緊張や筋力、頸部、口腔周囲の可動域、口腔内や口唇の感覚、舌の動き、むせ、口腔乾燥等）の把握]						
リハビリテーション専門職	68	(42.8)		73	(45.9)	
機能訓練指導員	6	(3.8)		6	(3.8)	
栄養専門職	8	(5.0)		10	(6.3)	
歯科口腔専門職	8	(5.0)		7	(4.4)	
介護福祉士を含む介護職員	68	(42.8)		65	(40.9)	
介護支援専門員	25	(15.7)		21	(13.2)	
看護師・准看護師	53	(33.3)		55	(34.6)	
[24. 義歯の有無の把握]						
リハビリテーション専門職	71	(44.7)		70	(44.0)	
機能訓練指導員	8	(5.0)		6	(3.8)	
栄養専門職	11	(6.9)		13	(8.2)	
歯科口腔専門職	7	(4.4)		8	(5.0)	
介護福祉士を含む介護職員	84	(52.8)		80	(50.3)	
介護支援専門員	35	(22.0)		31	(19.5)	
看護師・准看護師	62	(39.0)		59	(37.1)	
[25. 義歯の問題の把握]						
リハビリテーション専門職	51	(32.1)		62	(39.0)	
機能訓練指導員	7	(4.4)		5	(3.1)	
栄養専門職	7	(4.4)		8	(5.0)	
歯科口腔専門職	9	(5.7)		7	(4.4)	
介護福祉士を含む介護職員	71	(44.7)		74	(46.5)	
介護支援専門員	28	(17.6)		30	(18.9)	
看護師・准看護師	55	(34.6)		60	(37.7)	
[26. 服薬状況の把握]						
リハビリテーション専門職	87	(54.7)		92	(57.9)	
機能訓練指導員	11	(6.9)		9	(5.7)	
栄養専門職	4	(2.5)		5	(3.1)	
歯科口腔専門職	3	(1.9)		3	(1.9)	
介護福祉士を含む介護職員	90	(56.6)		94	(59.1)	
介護支援専門員	41	(25.8)		46	(28.9)	
看護師・准看護師	77	(48.4)		82	(51.6)	
[27. 排泄状況の把握]						
リハビリテーション専門職	88	(55.3)		93	(58.5)	
機能訓練指導員	9	(5.7)		10	(6.3)	
栄養専門職	4	(2.5)		5	(3.1)	
歯科口腔専門職	2	(1.3)		3	(1.9)	
介護福祉士を含む介護職員	98	(61.6)		98	(61.6)	
介護支援専門員	35	(22.0)		43	(27.0)	
看護師・准看護師	66	(41.5)		74	(46.5)	
[28. 認知機能の把握]						
リハビリテーション専門職	127	(79.9)		137	(86.2)	
機能訓練指導員	13	(8.2)		14	(8.8)	
栄養専門職	7	(4.4)		7	(4.4)	
歯科口腔専門職	2	(1.3)		3	(1.9)	
介護福祉士を含む介護職員	101	(63.5)		108	(67.9)	
介護支援専門員	50	(31.4)		56	(35.2)	
看護師・准看護師	72	(45.3)		82	(51.6)	

表Ⅱ-4-2-9 一体的取組（1年後の追跡）（通所リハ）基本集計（n・%）

通所リハn=159	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
[29. アドバンス・ケア・プランニングへの参加]						
リハビリテーション専門職	26	(16.4)		25	(15.7)	
機能訓練指導員	3	(1.9)		0	(0.0)	
栄養専門職	4	(2.5)		6	(3.8)	
歯科口腔専門職	2	(1.3)		2	(1.3)	
介護福祉士を含む介護職員	23	(14.5)		16	(10.1)	
介護支援専門員	15	(9.4)		11	(6.9)	
看護師・准看護師	17	(10.7)		16	(10.1)	
[30. 経口維持加算による多職種ミールラウンド・カンファレンスへの参加]						
リハビリテーション専門職	13	(8.2)		15	(9.4)	
機能訓練指導員	1	(0.6)		0	(0.0)	
栄養専門職	3	(1.9)		8	(5.0)	
歯科口腔専門職	1	(0.6)		2	(1.3)	
介護福祉士を含む介護職員	10	(6.3)		14	(8.8)	
介護支援専門員	7	(4.4)		7	(4.4)	
看護師・准看護師	7	(4.4)		13	(8.2)	
[31. 居宅を訪問し、状況を把握（各専門職の視点で）]						
リハビリテーション専門職	122	(76.7)		120	(75.5)	
機能訓練指導員	9	(5.7)		9	(5.7)	
栄養専門職	0	(0.0)		2	(1.3)	
歯科口腔専門職	2	(1.3)		2	(1.3)	
介護福祉士を含む介護職員	58	(36.5)		63	(39.6)	
介護支援専門員	50	(31.4)		47	(29.6)	
看護師・准看護師	30	(18.9)		33	(20.8)	
2 (5) リハビリテーション・機能訓練指導員、栄養専門職、歯科口腔が参加するカンファレンスの状況						
開催している	40	(25.2)		35	(22.0)	
開催していない	119	(74.8)		124	(78.0)	
リハ・機能訓練、口腔、栄養の3領域が参加するカンファ（有効%: 開催しているn=40）				（有効%: 開催しているn=35）		
毎日	3	(1.9)	(7.5)	3	(1.9)	(8.6)
週3～6日	2	(1.3)	(5.0)	2	(1.3)	(5.7)
週1, 2日	7	(4.4)	(17.5)	6	(3.8)	(17.1)
月1～3日	16	(10.1)	(40.0)	12	(7.5)	(34.3)
月1回未満	12	(7.5)	(30.0)	12	(7.5)	(34.3)
（欠損値）	40	(25.2)	(100.0)			
カンファレンスの目的（複数回答）（有効%: 開催しているn=40）				（有効%: 開催しているn=35）		
介護支援専門員が主催するサービス担当者会議	25	(15.7)	(62.5)	18	(11.3)	(51.4)
ケアプランの共有	28	(17.6)	(70.0)	26	(16.4)	(74.3)
ミールラウンド後のカンファレンス	3	(1.9)	(7.5)	2	(1.3)	(5.7)
一体的計画書の共有	13	(8.2)	(32.5)	15	(9.4)	(42.9)
退所前情報共有	5	(3.1)	(12.5)	3	(1.9)	(8.6)
委員会	5	(3.1)	(12.5)	4	(2.5)	(11.4)
飲食レクリエーション	1	(0.6)	(2.5)	1	(0.6)	(2.9)
その他	8	(5.0)	(20.0)	6	(3.8)	(17.1)

表Ⅱ-4-2-10 一体的取組（1年後の追跡）（通所リハ）基本集計（n・%）

通所リハn=159	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
2 (6) リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養のインフォーマルな話し合いの状況						
実施している	71	(44.7)		155	(97.5)	
実施していない	88	(55.3)		4	(2.5)	
インフォーマルな話し合いの頻度	(有効%:実施しているn=71)			(有効%:実施しているn=155)		
毎日	29	(18.2)	(40.8)	21	(13.2)	(33.3)
週3~6日	8	(5.0)	(11.3)	15	(9.4)	(23.8)
週1, 2日	16	(10.1)	(22.5)	11	(6.9)	(17.5)
月1~3日	12	(7.5)	(16.9)	11	(6.9)	(17.5)
月1回未満	6	(3.8)	(8.5)	5	(3.1)	(7.9)
インフォーマルな話し合いの内容(複数回答)	(有効%:実施しているn=71)			(有効%:実施しているn=155)		
リハビリテーション・個別機能訓練に関すること	62	(39.0)	(87.3)	51	(32.1)	(32.9)
栄養・食事に関すること	46	(28.9)	(64.8)	47	(29.6)	(30.3)
口腔に関すること	29	(18.2)	(40.8)	28	(17.6)	(18.1)
利用者の体調に関すること	53	(33.3)	(74.6)	54	(34.0)	(34.8)
モニタリング(計画の実施状況)に関すること	29	(18.2)	(40.8)	30	(18.9)	(19.4)
支援には直接関係しない利用者の情報に関すること	32	(20.1)	(45.1)	26	(16.4)	(16.8)
家族からの情報に関すること	48	(30.2)	(67.6)	45	(28.3)	(29.0)
その他	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
インフォーマルに話し合った情報の共有	(有効%:実施しているn=71)			(有効%:実施しているn=155)		
その場にはないものを含むすべての職員	59	(37.1)	(83.1)	45	(28.3)	(71.4)
その場にいた職員のみ	12	(7.5)	(16.9)	18	(11.3)	(28.6)
インフォーマルに話し合った情報の共有方法(複数回答)	(有効%:実施しているn=71)			(有効%:実施しているn=155)		
カルテなどに記録して共有する	51	(32.1)	(71.8)	39	(24.5)	(25.2)
議事録を作成して共有している	27	(17.0)	(38.0)	22	(13.8)	(14.2)
口頭で伝達する	52	(32.7)	(73.2)	46	(28.9)	(29.7)
その他	1	(0.6)	(1.4)	4	(2.5)	(2.6)
2 (7) 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」の推進による効果の状況(複数回答)						
利用者の新たな課題やニーズを早期に把握できるようになった	49	(30.8)		50	(31.4)	
日常の職種間の情報連携の頻度が増えた	43	(27.0)		35	(22.0)	
ケアプランで共通した目標設定ができるようになった	31	(19.5)		31	(19.5)	
各専門職の専門用語への理解が深まった	17	(10.7)		12	(7.5)	
各専門職の業務フローへの理解が深まった	10	(6.3)		9	(5.7)	
職員の職務満足度が高まった	6	(3.8)		5	(3.1)	
褥瘡のケアが充実した	4	(2.5)		7	(4.4)	
看取りのケアが充実した	0	(0.0)		0	(0.0)	
認知症のケアが充実した	9	(5.7)		13	(8.2)	
外部の関連者との連携が強化された	18	(11.3)		20	(12.6)	
リハビリテーションのアウトカムがよくなった	18	(11.3)		18	(11.3)	
個別機能訓練のアウトカムがよくなった	11	(6.9)		10	(6.3)	
栄養のアウトカムが良くなった	11	(6.9)		11	(6.9)	
歯科口腔のアウトカムがよくなった	4	(2.5)		8	(5.0)	
入院が減少した	5	(3.1)		3	(1.9)	
肺炎が少なくなった	1	(0.6)		5	(3.1)	
在宅復帰が促進された	0	(0.0)		3	(1.9)	
認知症の重度化が防止された	1	(0.6)		4	(2.5)	
ADL・IADLが維持改善された	19	(11.9)		21	(13.2)	
ポリファーマシー対策が強化された	0	(0.0)		0	(0.0)	
転倒頻度・転倒リスクが減弱した	13	(8.2)		12	(7.5)	
生きがい・QOLがその人らしく感じるようになった	16	(10.1)		18	(11.3)	
残存機能や今後の見通しがわかりやすくなった	13	(8.2)		17	(10.7)	
介護者の負担軽減につながった	11	(6.9)		13	(8.2)	
その他	3	(1.9)		5	(3.1)	
取り組んでいないのでわからない	85	(53.5)		90	(56.6)	
2 (8) 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」を推進するうえでの課題(複数回答)						
専門職が常勤配置されていない	95	(59.7)		103	(64.8)	
外部機関(同一法人を含む)所属の専門職との連携体制がない・わからない	53	(33.3)		72	(45.3)	
専門職が互いの業務に対する理解がない	13	(8.2)		16	(10.1)	
主導する職種が決まっていない・わからない	37	(23.3)		34	(21.4)	
電子システムが対応していない	29	(18.2)		34	(21.4)	

専門職同士がわからないことがあったときに気軽に相談できない	9	(5.7)	10	(6.3)
経営上のメリットがない	27	(17.0)	32	(20.1)
その他	6	(3.8)	12	(7.5)

表Ⅱ-4-2-11 一体的取組（1年後の追跡）（通所リハ）基本集計（n・%）

通所リハn=159	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
2 (9) 「一体的取組」を推進するうえで、すでに取り組んでいること（複数回答）						
連携に関する専門職を新規に雇用している	5	(3.1)		6	(3.8)	
外部機関所属（同一法人を含む）の専門職との連携体制を強化している	14	(8.8)		16	(10.1)	
リハビリテーション・機能訓練・栄養管理・口腔管理の専門職（同一事業所・同一法人所属）と本人・家族、ケアマネジャー等が参加するカンファレンスを（定期的に）開催している	32	(20.1)		24	(15.1)	
リハビリテーション・機能訓練・栄養管理・口腔管理の専門職（同一事業所・同一法人を除く外部機関所属）と本人・家族、ケアマネジャー等が参加するカンファレンスを（定期的に）開催している。	11	(6.9)		12	(7.5)	
専門職が互いの業務に対する理解を深めるための研修会を開催している	12	(7.5)		18	(11.3)	
主導する職種を決めている	10	(6.3)		11	(6.9)	
電子システムを導入している	13	(8.2)		20	(12.6)	
専門職同士がわからないことがあったときに気軽に相談できる職場づくりに努めている	55	(34.6)		57	(35.8)	
職種間でのSNSを活用した気付きの共有や合意形成をしている	3	(1.9)		3	(1.9)	
その他	15	(9.4)		18	(11.3)	
2 (10) 多職種協働の状況						
利用者への支援について、多職種チームの誰かが何かを気にかけている場合に、全体で取り上げるようにしている						
まったくあてはまらない	5	(3.1)		5	(3.1)	
あまりあてはまらない	10	(6.3)		17	(10.7)	
ややあてはまる	95	(59.7)		81	(50.9)	
とてもあてはまる	49	(30.8)		56	(35.2)	
利用者の価値観への配慮が必要で、技術で割り切れない問題は、多職種チームで話し合っている						
まったくあてはまらない	6	(3.8)		8	(5.0)	
あまりあてはまらない	14	(8.8)		11	(6.9)	
ややあてはまる	83	(52.2)		86	(54.1)	
とてもあてはまる	56	(35.2)		54	(34.0)	
多職種チームは、ある程度の期間一緒に働いて人となりが分かった人が何人かいる						
まったくあてはまらない	6	(3.8)		10	(6.3)	
あまりあてはまらない	9	(5.7)		10	(6.3)	
ややあてはまる	81	(50.9)		86	(54.1)	
とてもあてはまる	63	(39.6)		53	(33.3)	
多職種チームは、紙や電子カルテでの意思疎通だけでなく、顔を合わせて意見や気持ちを話し合っている						
まったくあてはまらない	3	(1.9)		7	(4.4)	
あまりあてはまらない	22	(13.8)		13	(8.2)	
ややあてはまる	76	(47.8)		79	(49.7)	
とてもあてはまる	58	(36.5)		60	(37.7)	
多職種チームは、わからないことがあれば、他職種に教えてもらうことができる						
まったくあてはまらない	6	(3.8)		8	(5.0)	
あまりあてはまらない	15	(9.4)		9	(5.7)	
ややあてはまる	78	(49.1)		70	(44.0)	
とてもあてはまる	60	(37.7)		72	(45.3)	
カンファレンスには多くの職種が参加し、それぞれが意見を述べている						
まったくあてはまらない	11	(6.9)		10	(6.3)	
あまりあてはまらない	45	(28.3)		44	(27.7)	
ややあてはまる	77	(48.4)		72	(45.3)	
とてもあてはまる	26	(16.4)		33	(20.8)	
カンファレンスで一度も発言しない職種がないように、配慮されている						
まったくあてはまらない	12	(7.5)		12	(7.5)	
あまりあてはまらない	40	(25.2)		38	(23.9)	
ややあてはまる	77	(48.4)		77	(48.4)	
とてもあてはまる	30	(18.9)		32	(20.1)	
職種の専門性を尊重した協働がなされるように配慮されている						
まったくあてはまらない	5	(3.1)		7	(4.4)	
あまりあてはまらない	26	(16.4)		21	(13.2)	
ややあてはまる	94	(59.1)		96	(60.4)	
とてもあてはまる	34	(21.4)		35	(22.0)	

表II-4-2-12 一体的取組（1年後の追跡）（通所リハ）基本集計（n・%）

通所リハn=159	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
カンファレンスでは、話し合うだけでなく一定の結論を導き出す場になるように配慮されている						
まったくあてはまらない	9	(5.7)		9	(5.7)	
あまりあてはまらない	27	(17.0)		29	(18.2)	
ややあてはまる	103	(64.8)		95	(59.7)	
とてもあてはまる	20	(12.6)		26	(16.4)	
多職種チーム内で支援目標を共有している						
まったくあてはまらない	4	(2.5)		9	(5.7)	
あまりあてはまらない	25	(15.7)		23	(14.5)	
ややあてはまる	88	(55.3)		89	(56.0)	
とてもあてはまる	42	(26.4)		38	(23.9)	
2 (11) 居宅介護支援事業所の介護支援専門員との連携状況						
連携している人がいる	96	(60.4)		107	(67.3)	
連携している人がいない	63	(39.6)		52	(32.7)	
通所事業所から情報共有している内容(複数回答)						
	(有効%:連携している 介護支援専門員がいるn=96)			(有効%:連携している 介護支援専門員がいるn=107)		
リハビリテーション・個別機能訓練目標	89	(56.0)	(92.7)	102	(64.2)	(95.3)
リハビリテーション・個別機能訓練計画・ 具体的内容	1	(0.6)	(1.0)	2	(1.3)	(1.9)
栄養ケアの目標	12	(7.5)	(12.5)	12	(7.5)	(11.2)
栄養ケア計画	10	(6.3)	(10.4)	6	(3.8)	(5.6)
口腔ケア・マネジメントの目標	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
口腔ケア・マネジメント計画	19	(11.9)	(19.8)	16	(10.1)	(15.0)
リハビリテーション・個別機能訓練におけ る活動量、筋緊張、不随意運動の有無	1	(0.6)	(1.0)	2	(1.3)	(1.9)
筋肉量、筋力	47	(29.6)	(49.0)	48	(30.2)	(44.9)
エネルギー消費量	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
呼吸機能	19	(11.9)	(19.8)	22	(13.8)	(20.6)
ADL・I ADL	71	(44.7)	(74.0)	78	(49.1)	(72.9)
食事姿勢や椅子・机の高さ	30	(18.9)	(31.3)	34	(21.4)	(31.8)
低栄養状態リスク	30	(18.9)	(31.3)	31	(19.5)	(29.0)
身長・体重・BM・体脂肪率(身体計測)	44	(27.7)	(45.8)	49	(30.8)	(45.8)
エネルギー・栄養素摂取量	14	(8.8)	(14.6)	10	(6.3)	(9.3)
食事形態	47	(29.6)	(49.0)	46	(28.9)	(43.0)
食嗜好	32	(20.1)	(33.3)	27	(17.0)	(25.2)
使用している食器の状況	34	(21.4)	(35.4)	34	(21.4)	(31.8)
食事介助状況	43	(27.0)	(44.8)	39	(24.5)	(36.4)
褥瘡	48	(30.2)	(50.0)	53	(33.3)	(49.5)
口腔衛生状態(口の中の汚れ等)	20	(12.6)	(20.8)	29	(18.2)	(27.1)
日常的な口腔ケア	28	(17.6)	(29.2)	22	(13.8)	(20.6)
口腔機能状態(摂食嚥下、頸部・顔面周囲 筋の緊張や筋力、頸部、口腔周囲の可動 域、口腔内や口唇の感覚等)	21	(13.2)	(21.9)	19	(11.9)	(17.8)
義歯の問題	25	(15.7)	(26.0)	28	(17.6)	(26.2)
オーラルフレイルの状況	12	(7.5)	(12.5)	12	(7.5)	(11.2)
服薬状況	65	(40.9)	(67.7)	63	(39.6)	(58.9)
排泄状況	59	(37.1)	(61.5)	63	(39.6)	(58.9)
居宅の状況	72	(45.3)	(75.0)	74	(46.5)	(69.2)
口腔・栄養スクリーニングの結果	20	(12.6)	(20.8)	21	(13.2)	(19.6)
栄養アセスメント・モニタリングの結果	10	(6.3)	(10.4)	10	(6.3)	(9.3)
栄養ケア計画の内容	8	(5.0)	(8.3)	6	(3.8)	(5.6)
廃用症状出現の兆候の有無	33	(20.8)	(34.4)	41	(25.8)	(38.3)
介護者の負担軽減の方法	54	(34.0)	(56.3)	65	(40.9)	(60.7)
住居の環境	74	(46.5)	(77.1)	75	(47.2)	(70.1)
サービス利用中の様子	74	(46.5)	(77.1)	81	(50.9)	(75.7)
利用者の残存機能の今後の見通し	57	(35.8)	(59.4)	61	(38.4)	(57.0)
家族の状況	67	(42.1)	(69.8)	71	(44.7)	(66.4)
移動の自立状況	71	(44.7)	(74.0)	79	(49.7)	(73.8)
その他	1	(0.6)	(1.0)	0	(0.0)	(0.0)
居宅支援事業所の介護支援専門員からの相談にのる職種((有効%:連携している 介護支援専門員がいるn=96)						
リハビリテーション専門職	92	(57.9)	(95.8)	104	(65.4)	(97.2)
機能訓練指導員	9	(5.7)	(9.4)	7	(4.4)	(6.5)
栄養専門職	9	(5.7)	(9.4)	8	(5.0)	(7.5)
歯科口腔専門職	7	(4.4)	(7.3)	6	(3.8)	(5.6)
その他の職員が代わりに相談に乗る	21	(13.2)	(21.9)	1	(0.6)	(0.9)
相談に乗ることはない	0	(0.0)	(0.0)	2	(1.3)	(1.9)
居宅支援事業所の介護支援専門員に相談する職種(複数回(有効%:連携している 介護支援専門員がいるn=96)						
リハビリテーション専門職	88	(55.3)	(91.7)	97	(61.0)	(90.7)
機能訓練指導員	7	(4.4)	(7.3)	8	(5.0)	(7.5)
栄養専門職	8	(5.0)	(8.3)	6	(3.8)	(5.6)

歯科口腔専門職	6	(3.8)	(6.3)	6	(3.8)	(5.6)
相談することはない	2	(1.3)	(2.1)	4	(2.5)	(3.7)

表 II-4-2-12 一体的取組（1年後の追跡）（通所リハ）基本集計（n・%）

通所リハn=159	令和4年度			令和5年度		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
必要に応じて居宅を訪問している職種（複数回答）	（有効%: 連携している 介護支援専門員がいるn=96）			（有効%: 連携している 介護支援専門員がいるn=107）		
リハビリテーション専門職	87	(54.7)	(90.6)	96	(60.4)	(89.7)
機能訓練指導員	5	(3.1)	(5.2)	5	(3.1)	(4.7)
栄養専門職	5	(3.1)	(5.2)	3	(1.9)	(2.8)
歯科口腔専門職	3	(1.9)	(3.1)	2	(1.3)	(1.9)
訪問することはない	3	(1.9)	(3.1)	7	(4.4)	(6.5)
訪問の際に居宅で把握している内容（複数回答）	（有効%: いずれかの職種が 訪問しているn=96）			（有効%: いずれかの職種が 訪問しているn=107）		
自宅の間取り	89	(56.0)	(92.7)	101	(63.5)	(94.4)
自宅の周辺環境	90	(56.6)	(93.8)	96	(60.4)	(89.7)
睡眠・ベッド・寝具の状況	87	(54.7)	(90.6)	91	(57.2)	(85.0)
入浴の状況	86	(54.1)	(89.6)	93	(58.5)	(86.9)
排泄・トイレの状況	92	(57.9)	(95.8)	96	(60.4)	(89.7)
服薬状況	65	(40.9)	(67.7)	72	(45.3)	(67.3)
ADL・I ADL	90	(56.6)	(93.8)	97	(61.0)	(90.7)
転倒の危険性	91	(57.2)	(94.8)	96	(60.4)	(89.7)
身体活動量	51	(32.1)	(53.1)	60	(37.7)	(56.1)
いすやテーブルの高さ	65	(40.9)	(67.7)	75	(47.2)	(70.1)
食事姿勢	41	(25.8)	(42.7)	43	(27.0)	(40.2)
調理設備・調理器具	22	(13.8)	(22.9)	29	(18.2)	(27.1)
調理担当者	28	(17.6)	(29.2)	39	(24.5)	(36.4)
食事場所	62	(39.0)	(64.6)	72	(45.3)	(67.3)
買い物方法	44	(27.7)	(45.8)	51	(32.1)	(47.7)
食事回数	34	(21.4)	(35.4)	38	(23.9)	(35.5)
食事内容	29	(18.2)	(30.2)	36	(22.6)	(33.6)
食事にかかる時間	22	(13.8)	(22.9)	22	(13.8)	(20.6)
食事形態	37	(23.3)	(38.5)	48	(30.2)	(44.9)
食事摂取量	34	(21.4)	(35.4)	29	(18.2)	(27.1)
水分摂取量	30	(18.9)	(31.3)	31	(19.5)	(29.0)
食器具	21	(13.2)	(21.9)	26	(16.4)	(24.3)
共食者の有無	26	(16.4)	(27.1)	33	(20.8)	(30.8)
食事介助状況	38	(23.9)	(39.6)	47	(29.6)	(43.9)
栄養補助食品の利用	19	(11.9)	(19.8)	26	(16.4)	(24.3)
褥瘡	43	(27.0)	(44.8)	46	(28.9)	(43.0)
口腔衛生状態（歯や義歯の汚れ、舌苔、口臭等）	18	(11.3)	(18.8)	16	(10.1)	(15.0)
口腔ケア実施状況	19	(11.9)	(19.8)	22	(13.8)	(20.6)
口腔機能状態（摂食嚥下、頸部・顔面周囲筋の緊張や筋力、頸部、口腔周囲の可動域、口腔内や口唇の感覚、舌の動き、むせ、口腔乾燥等）	21	(13.2)	(21.9)	18	(11.3)	(16.8)
義歯の問題	29	(18.2)	(30.2)	30	(18.9)	(28.0)
移動手段	79	(49.7)	(82.3)	86	(54.1)	(80.4)
日中と夜間の活動や暮らしの違い	50	(31.4)	(52.1)	59	(37.1)	(55.1)
家族の状況	76	(47.8)	(79.2)	85	(53.5)	(79.4)
一日の生活リズム	69	(43.4)	(71.9)	80	(50.3)	(74.8)
その他	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)

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

はじめに

令和3年度の介護報酬改定では、5つの論点が示され、「自立支援・重度化防止の取組の推進」においては、施設および通所サービスでは、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化、介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進、寝たきり防止等、重度化防止の取組の推進についての改定となった^{1)・2)}。

そこで、本調査は、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）「リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組に関する調査研究事業」の一環として、施設系サービス及び通所系サービスにおけるリハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組（以下「一体的取組」という）の充実を図るため、インタビュー調査を実施した。対象は、令和4年度「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」においてインタビュー調査を実施した一体的取組を先駆的に推進している施設・事業所である。本調査により、一体的取組における地域における医療・介護・福祉の連携及び制度（様式例を含む）のあり方についての具体的な現状、意見や要望を検討することを目的とした。

方 法

令和4年度本事業において作成された先進的事例集に掲載されたインタビュー調査の対象施設及び事業所のうち、協力が得られなかった2か所を除く特養9か所、老健8か所、通所介護8か所、通所リハ9か所の全34か所の施設長、管理者、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、看護師、相談員、介護支援専門員、事務長等全82名に対して、令和4年度の当該研究のインタビュー・ガイドのもとに、継続してWEBによる1時間程度のヒアリングを以下の①から⑤の内容について行った（表1-1、表2-2）。インタビュアーは、事業実施小委員会の委員である。

- ①施設及び事業所において多職種協働を進めて、要介護者に対する医学的管理を充実させるにはどのようにしたらよいか
- ②地域特性に応じて、外部の医療・福祉法人等の協力を得るにはどのようにしたらよいか
- ③地域特性に応じて、自治体所属の専門職の協力を得るにはどのようにしたらよいか
- ④施設の管理栄養士2人配置や居宅訪問によって、生活全般にどのようにしたら関わることができるか
- ⑤「一体的取組」を報酬制度とする場合の体制、運用、実務手順及び様式例等はどのようにしたら活用できるか

インタビューの録音から逐語録を作成し、検討委員会の意見等を踏まえ、施設及び通所系サービスにおける「一体的取組」の課題と推進方策についての基礎資料をまとめた。

なお、当該研究は、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行われた（承認番号 2022A3 令和4年10月27日）。

表1-1 対象施設の定員、専門職種の配置、加算の算定状況について

ID	定員数	給食運営	管理栄養士の配置	歯科医師	歯科衛生士	言語聴覚士	理学療法士	作業療法士	栄養マネジメント強化加算	経口移行加算	経口維持加算Ⅰ	経口維持加算Ⅱ	口腔衛生管理加算Ⅰ、Ⅱ	個別機能訓練加算Ⅰ、Ⅱ	短期集中リハビリテーション加算	看取り加算Ⅰ、Ⅱ
特養01	入所50、ショート10	直営	2		月8回(時短勤務)	1		非常勤1	○		○	○	○	○		○
特養02	特養50、ショート30	委託	1.4	月2回往診	月3回(1回2時間)	非常勤1	非常勤1		○		○	○	○			○
特養03	50	委託	1	月4回往診×2人	月4回×2人		非常勤1		○		○	○	○	○		○
特養04	80	委託	2.7		常勤1	1			○		○	○	○	○		
特養05	124	委託	3	月2回往診	常勤1、非常勤1			2	○		○	○	○	○		○
特養07	130	委託	2		130床に対して非常勤の歯科衛生士1名		ユニットの100に対して2人配置		○	○	○	○	○	○		○
特養08	80	直営	2		1			1	○		○	○	○	○		
特養09	70	委託	1.4	1(協力歯科医院)	非常勤1			1	○	○	○	○	○	○		○
老健01	100	委託	1.9	非常勤	非常勤		5	4.4	○		○	○	○			
老健02	100	委託	4	週3回	1.4	2	6.4	2.6	○		○	○	○			
老健03	100	委託	1.9		0.7	3		3.8	○		○	○	○		○	
老健04	54	委託	1			0.1	2.5	1.5	○	○	○					
老健05	80	委託	2	協力歯科医院		0.8	1.8	2.8	○	○	○	○			○	
老健06	100	委託	2		1	2	6	2	○	○	○	○	○			
老健07	100	直営	0.5	0.1	0.1			その他の機能訓練員2		○	○	○			○	
老健08	110	委託	2	月4回	非常勤1		5	1	○	○	○	○	○	○	○	○
老健09	90	委託	2	1(協力歯科医院)	歯科衛生士2~3(協力歯科医院)	1	1	3	○		○	○	○		○	

表1-2 対象事業所の定員、専門職種の配置、加算の算定状況について

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

結 果

1. 一体的取組のあり方について（様式例等を含めて）

（1）専門職の配置について

○一体的取組に関わる職種が報酬上明文化されていることが必要である。歯科衛生士、管理栄養士等は採用が困難な職種であるが、配置されることによって栄養や口腔サービスは活性化する。

【詳細内容】

・リハビリテーション、個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に関わる実施計画書を一体化することによって報酬につなげやすい。しかし、一体的取組の中でリハビリテーション職種の報酬上の評価や情報発信が課題である。当該施設ではミールラウンドに歯科医師、言語聴覚士、歯科衛生士、管理栄養士、機能訓練指導士、介護支援専門員、看護職が関わっているが、この職種が参加することが、報酬上明文化されていることが必要である。特養では機能訓練の担当者の配置が難しいところもある。全事業所に一体的取組の関係職種の配置や兼任ができれば、栄養も口腔サービスが活性化される。一方、専門職の配置だけでいいのかということも課題である（特養 07）。

・介護保険施設に歯科医師、歯科衛生士が配置されている施設は県内で 20%程度と少ない。歯科衛生士による口腔ケアのモデル的な取組として、来年から通所サービスにも歯科衛生士による口腔ケアを導入していく予定である（特養 08）。

・専門職を配置するための人件費を賄う報酬体系が必要である。併設の通所サービスにおいても歯科衛生士が採用できていないので、入所サービスと通所サービスの兼務で採用したいが、施設に歯科衛生士 1 人なので、通所サービスを兼務してもらう余力がない。歯科衛生士の採用が難しいのは、コロナ禍であったこと、特養に必須な職種になっていないことによる。経営が難しくなると採用に二の足を踏むことになる。併設の通所介護は、様々な加算を算定しているが、口腔関係が算定しきれていない。現状の口腔関係の加算では採算が全く合わないので、もう少し評価してもらいたい（特養 08）。

・法人内の病院の常勤の歯科衛生士が、併設の老健施設において、毎月 2 回、1 回 1 時間、口腔スクリーニングも含めて口腔ケアを行っているので、一体的取組の体制はすでにできている。歯科衛生士には、看護師と施設の介護支援専門員が、利用者状況や計画の作成のための必要な事前情報を提供している。歯科衛生士は、経口維持加算 I や経口移行加算にも関わり、訪問時に必要に応じてカンファレンスに参加している（老健 04）。

・今月から併設施設の管理栄養士が常勤 2 名の配置になったので、通所リハビリテーションに関わることができるようになり、今後はサービス担当者会議出席に合わせて、在宅訪問をする予定である（老健 04）。

・一体的取組に関わる歯科衛生士の人材不足に対しては、介護福祉士とのダブルライセンスの人材が望ましいので、専門職養成あるいは卒後教育において是非検討してほしい。管理栄養士は、地域に人材が不足しており、募集できる状況にはないことから、通所事業所の管理栄養士については、施設の管理栄養士が通所事業所を併任した場合でも報酬上の評価をしてほしい。この通所事業所では、保育園児や障害児から高齢者まで様々な事業を包括しているので、これらの事業全体に管理栄養士を一人配置する予定である。施設の管理栄養士等が併設の事業所を兼任した場合に各事業に報酬が算定されると、今後は小さな事業所を包括した施設に管理栄養士や歯科衛生士を 1 人配置し、兼任で施設内の事業所を巡回できるようになる。これらの専門職の効率的な配置を制度によって進められるとよい（通所介護 01）。

・管理栄養士の配置数を増やして、施設から退所支援のための在宅訪問や通所サービスを兼任で

きるようにしたい（老健 07）。

- ・摂食機能療法については、歯科衛生士と言語聴覚士及び看護師が算定できるので、一体的取組にあたっては、歯科衛生士、言語聴覚士、リハビリテーション職及び介護福祉士を要件として算定できるようにすることを提案する。歯科衛生士、言語聴覚士の算定が月 2 回であれば、言語聴覚士や歯科衛生士と同等の口腔ケアができる介護福祉士に対してコンサルテーションしてもらえるとよい。一体的取組に対しては、人員配置の基準（どの職種が 1 日当たり何時間配置され、この点数で評価される）が必要である（通所介護 01）。

- ・通所サービスにおける管理栄養士、歯科衛生士の配置基準が明確になれば、介入するケースが増えるのではないかと（通所介護 06）。

- ・管理栄養士が通所サービスに関わることを殆どないので、加算を付けて管理栄養士の配置に踏み出させないと、通所サービスに管理栄養士は根付かない（通所リハ 03）。

- ・歯科衛生士の配置に対する報酬がないので、これからは配置に対する加算があると良いのではないかと。法人で雇用されている歯科衛生士が老健施設と通所サービスを兼任している状況である。歯科医師も常駐ではないが、歯科医師の指示があって、歯科衛生士は動くことができるので、歯科医師からの指示ルートを確認した連携体制が必要である。通所で常勤 1 でなくても、常勤配置換算によって配置あれば報酬がつくという制度が必要ではないかと（通所リハ 07）。

- ・一体的取組に関わる職種が配置される報酬体制が必要である。法人内であれば病院や施設があると協力体制ができるが、そうでなく単独の場合には必要である（通所リハ 09）。

（2）一体的取組の旗振りについて

○一体的取組の旗振り役としては管理栄養士が考えられるが、施設、事業所により異なる。

【詳細内容】

- ・カンファレンスは施設の介護支援専門員が旗振り役だが、通常の一體的取組を調整しているのは管理栄養士である。通所サービスを担っている管理栄養士（施設勤務の経験者）が連携を取る必要がある問題を把握したときや連携の必要性がある状況になると動いている（特養 08）。

- ・旗振り役を作るのは難しい。例えば「フレイル・サルコペニア」であれば、全課が介入する必要があるため、共通した項目に各課が入力すれば、自ずと計画書が作成されている（老健 01）。

（3）計画書の様式例やLIFE 等との関係について

○様式例は、現行の重複項目は見直し、簡便、簡素化し、本人・家族が理解しやすく、また、専門職が利用者のところに行ける時間を増やしてほしい。

【詳細内容】

- ・様式例及びその記述は、説明し署名をもらう家族に理解しやすい簡潔なものにしてほしい。サービス計画書に連動させて家族の署名は当該計画書 1 か所にしてほしい（特養 02）。

- ・個別機能訓練計画書においては、生活機能チェックシート等を作成しているが、これらの書類を簡略化してほしい。書類が 1 人 2 枚でも全体では 200 から 300 枚にもなる（特養 01, 06）。

- ・様式例では、各加算別に各専門職が入力している現行の重複した項目の整合性をはかってほしい（特養 04）。

- ・老健施設の場合は、リハビリテーション計画書、栄養ケア・経口移行・経口維持計画書のほかに、R4 への入力もあり、そのほかに一体的取組の計画書への入力となると大変である。LIFE も入力項目が多すぎるため、なにが課題なのかわかりにくい。一体的取組の計画書はシンプルにした

方が取組みやすい（老健 01）。

- ・リハビリテーションは、サマリーが病院と老健施設が同じ様式なので、一体的取組のサマリーも統一した様式にして欲しい（老健 01）。
- ・計画の一体化を要件とし、1枚で全部の情報が見られると、家族に対してもよいし、業務も簡便になる。体重の記録等の重複項目の全てを統合して一体化してほしい。目標や実際のケアプランと一緒に書けるようにしてほしい（老健 03）。
- ・一体的取組を契機に様々な加算の書式を簡単にして、本来のケアや居宅に関わる時間を捻出できるようにすることが重要である（老健 07）。
- ・一体的取組の計画書への家族のサインが1回で済むようにしてほしい。計画書の更新や変更のタイミングによってサインの時期もずれる（老健 09）。
- ・様々な計画書が何回も家族に送られると、家族は分かりにくい。書類があり過ぎて煩雑になることは避けたい。書類の種類は少なく網羅される様式で一体化してほしい（老健 09）。
- ・一体的取組に関わる様式内の記載は最低限にしてほしい。電子カルテ上のアセスメント項目から必要な記載項目として、三領域からの問題を様式1枚で書き、計画は三領域で一体化して作成するのがよい（通所介護 01）。
- ・様式例について、リハビリテーション計画書に管理栄養士が記載することは問題がない。しかし、利用者・家族は、リハビリテーション計画書を説明されても、理解されていないという実態がある。LIFEのフィードバックもわかりにくい。レーダーチャート形式等で、全国平均と利用者の個別の状況の比較ができると、利用者・家族にわかりやすくなり、〈もっと頑張ろう〉となるだろう。現状の取組がいいので、制度としてうまく繋がると、やりたい事業所が増える。一体的取組によって、利用者の重症化し寝たきりになる前に、健康で長く楽しく生き生きと生活できる人が増えるようにしたい（通所リハ 02）。
- ・書式が様々に異なるために、記載や入力に時間がとられて、本来のケアをする時間がなくなるのでは困る（通所リハ 08）。
- ・様式は、経口維持加算からの問題や対応など、カンファレンスの内容等を記載できるようにするべき（通所リハ 07）。

○従来の個別サービスの計画書は、サービス計画書に統括して、署名も当該計画書1つにしてほしい。

【詳細内容】

- ・一体型的取組として、施設サービス計画書を各職種が記入し活用している（老健 02）。
- ・褥瘡のケア、栄養ケア・経口維持加算・経口維持計画等（栄養ケア等計画書）の個別サービスの計画をサービス計画書一つに全部統括してほしい。例えば褥瘡に対応した補助食品の使用は、褥瘡の計画書にも栄養ケア等計画書にも、サービス計画書にも3か所書いているので、一体的取組を契機にして、計画書も一体化してほしい。また、褥瘡に対して、リハビリテーションは姿勢について、栄養は補食について、看護は体位変換についてサービス計画書に書いたら褥瘡の計画書としてよいとしてほしい。これらを全部に書く（入力）作業は、証拠書類の作成をしているようで、本来のケアの時間を削っている。様々な加算の算定のための書式を簡単にして効率的なものにしてほしい（老健 07）。
- ・3年毎に新しい介護報酬が新設される。実務者側は算定したいが、業務が圧迫され、書類もサインも多くなる。現行の報酬制度に一体的取組を入れてもらう方が対応しやすい。サービス計画書

に一体的取組を入れて、それで報酬化してほしい。リハビリテーション計画を口腔・栄養の計画と一体化すると大変である。現行のものに少し工夫して全体がうまくいくような運用が、利用者にとってメリットがあり、多くの利用者に還元できる（通所リハ04）。

・当施設においては一体的取組の体制及び運用においては、各職種がそれぞれの役割を果たして、ケア会議も実施しているが、多職種間での課題、目標の共有に関しては未だ不十分である。ケア会議においての情報共有の質的向上が必要であり、一体的計画書の使用によって、リハビリテーション、個別機能訓練、栄養、口腔の課題や目標が把握しやすく、現場での早期の気づきやリスク管理につながっている。当施設では、今年3月に電子カルテを導入し、iPhoneも活用しているが、未だ課題が多い。一体的取組の計画書については、サービスの計画書との位置付けに違いがあるという点と加算との関係性やLIFEとの整合性が必要である（特養09）。

・通所事業所においては、サービス計画書に三領域それぞれの課題を抽出記載した後に、担当者が集まる全体のカンファレンスにおいて情報共有をして1枚のサービス計画書の作成を完結する。通常、出勤時の朝礼で情報交換や申し送りをして、解決できる課題については日常的日本話しあう。口腔機能は、現在のところ月2回の算定であるが、一体化にあたり、リハビリテーションの毎回の算定と同一の頻度にするべき（通所介護01）。

○リハビリテーション計画書によって一体的取組を行うことができる。

【詳細内容】

・様式例について、リハビリテーション計画書に管理栄養士が記載することは問題がない。しかし、利用者および家族は、リハビリテーション計画書を説明されても、理解されていないという実態がある（通所リハ02）。

・一体的取組はリハビリテーション実施計画書によって行っている。要は当法人が行っていることが一体的取組であると理解している。リハビリテーション専門職、歯科衛生士、管理栄養士による各記載欄が、リハビリテーション実施計画書1枚の様式になっている。日常的な記載は、定型文でよいが、栄養改善加算の計画は別プランを作成している。栄養改善加算の家族の承諾もリハビリテーション実施計画と一緒にしている。リハビリテーション実施計画は、3か月毎なので、栄養改善加算も同時にスタートし、3か月で終了にする形にしている。具体的なプランに対して改善が見られたら終了である。6か月間、毎月リハビリテーション実施計画の作成があるので、栄養改善加算をこの間でいつでも開始できる。利用開始時には、病院からの退院後体重が落ちている、食形態が入院前と違ってしまい在宅でどうしたらよいか困っている等の多くの課題が、栄養改善加算をスタートすると3か月間で成果が出てくる。具体的には、体重が減り続けている人には、食べられるものを探して、好きなものを提供する。認知症の場合には、食べ物が見えていないから残すので、在宅での食事提供の仕方を変えてもらう。嚥下障害に対しては、自分でとろみをつける練習をして、在宅でもできるようにする等の栄養ケア計画を作成している。当通所リハビリテーションでのリハビリテーション実施計画には一体的取組がすでに入っていて、家族の承諾サインは当計画書でまとめてもらうので効率的であるので、体制加算として報酬上評価してほしい。体制に加算がついたら、通所事業所に担当の管理栄養士が定着すると思う。また、令和3年度の介護報酬改定において新設された栄養アセスメント加算の後の流れができるとうい。しかし、管理栄養士の専従にしたのでは何もできなくなってしまう。在宅の食事に関する生活状況を知らないでカンファレンス等で発言することは恥ずかしいことだという認識をもったうえで、通所事業所での栄養の評価や栄養ケアを行う管理栄養士が増えてほしい（通所リハ05）。

○LIFE においても一体的取組がわかるようにしてほしい。

【詳細内容】

・多職種が LIFE のデータを確認し、課題の見える化や擦り合わせができるようになったので、LIFE において一体的取組の計画内容がわかるようにしてほしい（特養 04）。

○一体的取組はリハビリテーション計画書、サービス計画書等及び LIFE への情報提供とリンクさせ、一体的取組の報酬システムと請求システムとをリンクさせてほしい。

【詳細内容】

・一体的取組の当該報酬システムと請求システムにつなげて、LIFE のデータも連携させてほしい。同じ内容でもサービスの様式例から請求システムにはデータが飛ばないので連携させてほしい（老健 05）。

・一体的取組は、LIFE の情報提供及びリハビリテーション計画書とリンクできればよい。別になると煩雑になり業務量が増える。計画書を多職種協働で作ればよいが、入力するタイミングが様々になるので、足並みをそろえるには、実務の場での工夫が必要になる（老健 09）。

・通所リハビリテーションにおいては、利用者の書類作りに業務時間をかなり使っている。LIFE のソフトを使って資料を作っているの、一部分に少しチェックを入れると一体的取組や口腔・栄養の加算を取れるようにしてほしい。現在の業務にプラス数分間の作業を追加する形で、サービス提供ができると思うので、現行の報酬の加算に少し工夫する形に変えてほしい（通所リハ 04）。

・一体的取組の様式は LIFE と兼ねてもらい、一体的取組の様式を入力することで、リハビリテーション計画書を再度入力する必要がなく、そのまま LIFE にデータが送れるシステムになればよい（通所リハ 08）。

○現行の LIFE のデータに経口維持加算等の項目は入っていないが、経口維持加算は一体的取組のもとになっているので LIFE の項目に入れる必要がある。また、義歯の状況や口腔機能向上に関する項目を入れてほしい。

【詳細内容】

・経口維持加算に関するデータが LIFE に入っていないが、経口維持のミールラウンドから一体的取組のチームができていますので、経口維持加算に関するデータを LIFE に入れてほしい（特養 04）。

・経口維持加算等の現行加算の様式を取り込んだうえで書類関係を減らしてほしい（老健 05）。

・LIFE へのデータは、各専門職がそれぞれ入力しているが、栄養情報はシステムが別途にあり、経口維持計画も別途なのでやりにくい。口腔に関して義歯を持っている・持っていない、あっている・あっていない、衛生状態等の歯科衛生士の口腔機能向上の把握項目を LIFE に入れてほしい（老健 03）

○LIFE に健康管理及び栄養管理の総合的評価がないと本人・家族に説明できないので、入れる必要がある。

【詳細内容】

・LIFE には、健康管理及び栄養管理の総合的な評価がないが、本人・家族に報告する必要がある。例えば、看取りにおいて栄養状態の情報は家族にとって重要である。LIFE に様式を示してもらえば、そこに管理栄養士は記載できる。一体的取組においては、三領域の専門職による入所者の現状の問題や問題解決のための計画の記載が必要だが、栄養ケア・マネジメントについては今ま

でそのような形で栄養ケア計画を作成してきている（特養 01, 06）。

○LIFE には栄養改善加算の計画の継続性に関する必要性の有無について、介護システムからの反映ができない。

【詳細内容】

・LIFE には、併設通所サービスにおける栄養改善加算での今後の計画の継続の必要性の有無について、現在使用している介護システムから反映させるところがない。電子カルテにチェック欄があれば自動的に LIFE に反映させられるはずだが、LIFE の入力画面では、〈はい、いいえ〉のチェックを毎回全員分付けなければならない状況にある（老健 09）。

○LIFE のフィードバックにおいては、一体的取組が、レーダーチャート形式等によって、利用者・家族にわかりやすくしてほしい。

【詳細内容】

・LIFE のフィードバックがわかりにくい。レーダーチャート形式等で、全国平均と利用者の個別の状況の比較ができると、利用者・家族にわかりやすくなり、〈もっと頑張ろう〉となるだろう。現状の取組がいいので、制度として一体的取組がうまく繋がると、やりたい事業所が増える。一体的取組によって、利用者の重症化し寝たきりになる前に、健康で長く楽しく生き生きと生活できる人が増えるようにしたい（通所リハ 02）。

○一体的取組の書式が走ってしまうとシステムが構築されないので、カンファレンスや日常的な情報連携ができている等の運用の要件を必須にすべきである。

【詳細内容】

・普段からカンファレンスや日常的な情報連携ができていることが必須であり、書式だけが先行するとシステムが構築されないので、運用としては困る状態になる（特養 08）。

○一体的取組の実務手順のプロセスの簡素化と情報共有の方法がサービスの質を決めるので、ICT の活用は必須である。

【詳細内容】

・様式を埋めるだけで計画書ができて加算が算定されるのでは、サービスの質が伴わない。実務手順のプロセスをどれだけ簡素化でき、情報共有をどのように行うかがサービスの質を決定する（特養 09）。

・一体的取組によりそれぞれの計画書に反映させ、解決に向けて協働しやすくなった。電子カルテ等の ICT を利用することで多くの情報が共有できている。アセスメントシートで低栄養リスク者の選定を行い、高リスク者・中リスク者を中心にアプローチできているが、施設高齢者の場合は高リスク者の改善が難しいため、機能訓練、口腔ケア、栄養ケアが早期介入できるようにしている。この場合、ICT の活用は必須であり、ICT を活用した施設・事業所は加算が算定できるが、できない場合に算定できないという方法もあってもよいのではないか。その場合、2 度、3 度と同一項目の入力がないようにする必要がある（特養 09）。

・書式について、リハビリテーション計画書と介護支援専門員の計画書が一つの様式なので、同じものを 2 職種で作るとなると面倒で、いつどちらが作ろうとか、これをどういうふうに運用したらいいのか等に悩んでいる。多職種での入力に便利なのは、例えば、病院の電子カルテであり、

それぞれの役割を分担しつつ共有できる形式である。誰がどの情報を入力しているかも見ることができ、自分は今より特化した形で書いたほうがいいのか、あるいは多職種が協働する内容を誰も記載していないので書くというような判断をすることができる。誰もがアクセスでき、かつ、それぞれの分担が示されていることが一番重要である。一体的取組の分担が明確であれば、それぞれのタイミングで業務の中できちんと運用はできる（通所リハ 09）。

・職種による分担がないと、結局どこまでやるのか、最初の 1 人が書くのに時間がかかってしまう。取りまとめが上手にできればよいが、やはりシステムが重要である。紙ベースではなくて、カルテ上で誰もが同時にアクセスできるシステムであると運用しやすい。管理栄養士は、現在入力していないが、好きなタイミングで入力できるようなカルテ上の書式があれば、役割分担して入力することができる。基本的には、情報のすり合わせはカンファレンスの場できちっとして行い、この書式と運用上での情報の共有を混同しない報酬体制であるとよい（通所リハ 09）。

○一体的取組はモニタリング表で、多職種へ情報発信や確認内容の記録を行う等の経過を残すようにすべきである。

【詳細内容】

・一体的取組は、計画書だけでは、リハビリテーション・機能訓練、栄養・口腔がどのように協働したのかがわかりにくい。モニタリング表で、多職種へ情報を発信し、確認した内容の記録を行うなど実績を残すようにしたい（老健 01）。

○一体的取組への移行にあたっては、従来の書式を更新して取組めるようにしてほしい。

【詳細内容】

・当通所リハビリテーションにおいては、リハビリテーション職と介護職は、連携して計画書を作成し、同じ目標に向かっている。栄養がどう一体化していけばいいのか、計画書をどう作成すればよいかは、施設の管理栄養士が 1 人配置で通所リハビリテーションに未だに関わっていないので、一体化された計画書をどのように作成したらよいか分からない。一体的取組への移行に時間が取れてないというところもあるので、今まで作成したものを更新して取組みをはじめたい（通所リハ 08）。

○一体的取組に計画書等の各自治体による監査に相違がないようにしてほしい。

【詳細内容】

・LIFE に取り込まれている計画書において、リハビリテーション職、口腔の専門職、管理栄養士が、指定の場所に記入すれば、別途栄養ケアプランを作らなくてもよいとなっていたが、実際はそれでは駄目といわれる自治体もあり、自治体によって違っていたので、制度化されたら全国の自治体に周知してほしい。一体的取組の計画に一度書いたら、LIFE にきちんと取り込まれて、それ以上の手間がかからないことが効率化につながる。本人・家族にメリットもあり、専門職の業務にもメリットもあることが実感できれば実行できる（通所リハ 08）。

（4）運営・実務手順等について

○一体的取組の現行の施設サービスにおけるリハビリテーション・個別機能訓練及び栄養については、基本サービスに包括化されて、入所者全員に毎日提供されるのに対して、口腔については、歯科医師の指示に基づいて歯科衛生士が入所者に対し、口腔衛生等の管理を月二回以上行い、ま

た、介護職員に対し、具体的な技術的助言及び指導や相談を行うものと相違がある。そのため対象範囲やサービス提供回数への検討が必要である。

【詳細内容】

・リハビリテーションは、全員に行われる体制加算として基本サービスに包括され、また、栄養ケア・マネジメントも基本サービスに包括化されている。一方、口腔ケアについては、歯科衛生士が常勤配置されておらず、口腔の関係の加算は出来高払いで基本サービスには包括化されていない。一体的取組にあたって、歯科衛生士を非常勤でも雇うことが困難な施設がある。そこで、歯科衛生士に相当する研修を受けた専門職でもよいのかどうかだが、歯科衛生士が行う口腔ケアと介護職、看護師等の他職種が行うものとは全く違うと言われている。現在は、口腔の関係の加算に関して、歯科医師等が介護職からの相談等を踏まえて、口腔衛生の管理に関わる技術助言や指導を行うというものになっている。一体的取組について、計画書の作成をもって行うのか、ミールラウンドや担当者会議のようなカンファレンスの回数をもって行うかである(特養 05)。

・ミールラウンドを毎日行う施設もあれば、月に 2 回の施設もあるかもしれないので、一体的取組の要件をどうするかが大事である(通所介護 01)。

○カンファレンスの時期や頻度についての要件が必要である。

【詳細内容】

・カンファレンスについては、病院の NST は 1 週間に一度に行っているが、施設は 1 か月に 2 回(2 週間に 1 回)、通所は 1 か月の 1 回程度かと思う(通所リハ 07、再掲)。

○一体的取組におけるミールラウンドの要件が重要である。

【詳細内容】

・ミールラウンドを毎日行う施設もあれば、月に 2 回の施設もあるかもしれないので、一体的取組の要件をどうするかが大事である(通所介護 01)。

○一体的取組を効果的なものにするためには、例えば、低栄養のリスクの中高リスク者には、栄養の介入が先行し、タイミングをみてリハビリテーションが入る等の三領域の介入の順番やタイミングを計画することが必要である。

【詳細内容】

・実務にあたっては、入力タイミングや期間、入力内容の変更の伝達等の申しあわせが必要になる(特養 04)。

・三職種で共同して作る計画書は、共同作業で一気に作成するのが難しいので、結局、単発で各職種が作っていくような作業になる。管理栄養士に対しては、歯科衛生士が先立って関わり、その上でリハビリテーション職が入ってくる順序が大事である。特に通所リハビリテーションでは、リハビリテーションが先行して入って負荷を上げてしまうことが問題である。利用者の低栄養のリスクに対応して、管理栄養士による栄養の関わりが先行すると、リハビリテーションはこれ位の時から負荷を高めるとい話し合いもなされる。各専門職が関わる順序や協働するタイミングが効果的であるためには、専門職の関わりのタイミングを決めておくことが大事だ。各領域の専門職の関わる介入のタイミングが正しいと、効果的な取組になる。書式の使い方の中では提示されていないが、そこを提示してもらえれば、一体的取組の計画書はうまく活用できると思う(通所リハ 06)。

○一体的取組のために一体化したアセスメント表が作成されると、関連者全員が見ることができ
る。

【詳細内容】

・各領域のアセスメントを一体化したアセスメント表が作成されれば、関連者全員が見ることが
できる。当老健施設は、全老健施設マネジメント方式（以下、「R4」という。）に基づいて運営され
ているので、R4のもとにリハビリテーション、栄養、口腔及び看護等の領域に分かれてのアセス
メントが、ケアプランの基になっている。多職種協働での計画作成はR4の概念であるので、一体
的取組の計画作成には向いている。三領域の職種がそろっていることが報酬になるのか、アセス
メント及び計画作成を一体化して行うことが報酬になるかが重要である。R4においては、様々な
アセスメントを寄せ集めているが、リハビリテーションと、口腔、栄養に特段フォーカスしては
いない。R4による現在の取組をもとに、一体的取組を構築する必要がある。しかし、一体的取組
のアセスメントを全員に対して行うことが報酬化されないと、施設のモチベーションは上がらな
い（老健04）。

・一体的取組が必要となっているのは、リハビリテーション・口腔・栄養の三領域のアセスメン
トを必要とする利用者が増えているからである。一体的取組のアセスメントをまずして、それに
付随するサービスを付けたほうがよい。一体的取組では、三領域のアセスメントは必ず個別では
なく一体的に行わないとうまくいかないだろう。三つの領域の全部に問題が把握されれば、一体
的にアセスメントしながら継続する。例えば、リハビリテーションと栄養は問題ないが、歯周病
だけあるという場合には、その先のプログラムから外れて、2～3カ月後に一体的再アセスメン
ト（モニタリング）をして、プログラムを終了できるかの判断を繰り返す。アセスメント後に一
体的取組を行う場合と、個別にプログラムが行われる場合とがある。一体的取組における低栄養
のスクリーニングは全員に行われ、低栄養の中高リスク者には、ミールラウンドは週3回以上継
続される（栄養マネジメント強化加算の場合）。新たな報酬を設定する場合には、現行の加算と同
一のアセスメントにならないように、一体的取組のアセスメントを明確にすることが課題である
（老健04）。

○一体的取組は、三領域全てのサービスが提供されないと報酬上評価されないのか検討してほしい。

【詳細内容】

・一体的取組に対しての介護報酬の付け方は、三つともしないと算定できないのか、リハビリテ
ーション・機能訓練以外のどれか一つが提供できれば算定できるのか、その職種が配置されてい
るかではなく、プロセスを評価するのか、議論があるだろう。例えば、個別機能訓練、栄養アセ
スメント加算と経口腔機能向上加算等のアセスメントを一体的に行うと評価されるか、一体的に
計画を作成すると評価されるかどうかである（通所介護01）

○三領域の各領域のアセスメントは、各専門職の他に介護職が行ってもよいか検討してほしい。

【詳細内容】

・三領域の各専門職によるアセスメントは、各領域の専門職の他に介護職がやってもいいのか。
一体的取組においては、入所時及び通所の利用開始時には、全員に三領域のアセスメントを行い、
その後は月1回アセスメント（モニタリング）を行う。スクリーニングによって一体的取組の提
供が必要な人と、そうでない人、例えば、栄養と身体機能の問題はないが、口腔ケアが必要な場

合などがある。スクリーニングの結果から、それぞれ専門職にサービスが配分されればよいが、一体的ではない場合への対応はどのように検討する必要がある（通所介護 01）。

（その他）

- ・法人全体の取り組みとして、「家族様向け介護教室」を食事の工夫、口腔衛生、排せつ等をテーマにして開催している（月 1 回、20 名程度が参加）（通所介護 06）
- ・自宅で困っていることを事前に記入してもらい、講義の内容に反映し、栄養や口腔関連の通所介護での介入にもつなげている（通所介護 06）。
- ・一体的取組において、一番大事なことは、利用者のやりたいことを行ってもらうことである。やらされている、食事と一緒に食べなければいけない、何々しなければならいとなると、結局のところ効果はあがらない。本人がやりたい、楽しみたい、何が何でも誰に止められても通所介護に行きたいということが個別に大事になる。徹底的に、全員の利用者に何をしたいのかをヒアリングしている。その後、定期的に個別アンケートもと取り、本人の希望を実現している。ハワイに行きたいということであれば、エレベーター内をハワイの写真で一杯にして喜ばれた。サプライズで実現することが大事である。食べることについてもアンケートによる要望を献立に入れて、少しでもくうなぎ>を出している。冷凍野菜は使用せずに、契約農家の地元野菜を使っている。職員弁当は福利厚生で作って 200 円で提供している。楽しみながら栄養改善していくことが大事である（通所介護 07）。
- ・管理栄養士の業務は、厨房の発注や全員分の入力業務もあるので大変であるが、LIFE のフィードバックに入力データがまとめられていて、とても分かりやすかった。栄養状態が中リスクから低リスクになった利用者が多く、相談員から職員会議で報告があった（通所介護 07）。
- ・口腔・栄養スクリーニング加算によって、口腔や栄養に問題が把握された利用者を栄養改善加算や口腔の加算に繋げることができない現状がある。これは、介護支援専門員に口腔・栄養サービスの必要性が伝わらないことや浸透していないためである。口腔や栄養のサービスが何をやるのかが伝わっていない。せっかく口腔と栄養のスクリーニング加算が一体化したのに、実際の取組としては良くなっていない。介護支援専門員に伝えるところがうまくいかないの、次のステップにいけない。せっかく栄養サービスで食べ方等を支援しているのに、義歯を入れたくないということもある。利用者・家族に関わる各介護支援専門員が分かるように伝えて判断できるようにしていくことである。毎月、当通所サービスから介護支援専門員には書類で情報提供をしているが、問題点を書き出しても、それがどの程度かが、電話で話さないと真剣にならない。介護支援専門員に説明することが相談員の業務の大変なところだが、この伝えていくことができれば、その先の動きに繋がると信じている。口腔・栄養スクリーニングについても半年に 1 回、書類に項目をチェックしてコメントを書いて渡しているが、介護支援専門員がそれを読んでも 6 か月毎に通所事業所からの提供書類としか感じてないのかもしれない。口腔・栄養スクリーニングは、介護士ができるが、より専門性を増すために、管理栄養士や歯科衛生士が行うと、介護士では見えなかった問題が把握されるので、専門職から介護支援専門員に伝えてもらえれば、もっと伝わるのかもしれない。誰でもできるというのは良いところでもあり、弱いところでもある（通所介護 08）。
- ・老健施設に併設された通所事業所の特徴として、管理栄養士・歯科衛生士を配置している事業所では、栄養評価や口腔スクリーニングを行い介入する流れができれば、一体的取組が実施できる（通所リハ 01）。

・一体的取組においては、予防の段階から地域の方に関わることが重要なので、通所リハビリテーションでは、要介護認定を受ける前の利用者に対しても、何かしら報酬が付くとよい（通所リハ02）

・在宅で料理づくりが大変になってくる高齢者が多くなっているため、弁当や配食、通所で夕飯の持ち帰り、昼食をみんなで食べられる食堂等の提供等の自費のサービスも提供しなければならない状況にきている。調理の人材が集まりにくい状況に対して、後押しをするものがあると広がるかもしれない。経済や独居の問題を抱えている高齢者には、食べることで自己への支援が、一部自己負担で必要な状況になってきている（通所リハ02）。

・管理栄養士が通所サービスに携わることが、未だほとんど行われていないので、通所サービスの介護職員も管理栄養士は、給食を作る人だと思っている。施設の職員は管理栄養士の業務が理解できているが、通所サービスの職員は全く理解していない。通所サービスのスタッフの認識が変わらないと、在宅の問題に入っていけない。通所サービスの言語聴覚士とは管理栄養士との交流はあるが、理学療法士、作業療法士とは立ち話する程度であり、加算を付けて管理栄養士に踏み込ませないと、なかなか通所サービスには管理栄養士は根付かない（通所リハ03）

・入院患者には栄養管理計画の情報を共有しているが、通所リハビリテーションにおいても、利用開始までの情報を収集して、利用時には計画書の説明を通して、どういう方向性でいくかを話し合う必要がある（通所リハ06）。

・通所リハビリテーションは入浴目的に利用する利用者が多く、初めの入所受け入れの話し合いで、かかりつけ医からの情報や医薬品の情報は少ない。利用の時点では、栄養があまり重視されていないので、最初から栄養の評価と管理が入ることが必要である（通所リハ06）。

（5）在宅サービスへの継続性と情報連携の強化について

○病院、施設、在宅間で連続的な一体的取組の体制が取れることが必要である。特に、老健施設からの在宅復帰及び通所サービスからの在宅サービスにおける、一体的取組の継続性や情報連携を強化するためには、介護支援専門員や居宅サービスの関係者への一体的取組の計画書の提供、居宅のケアプランへの継続性及び介護支援専門員からのフィードバックを徹底すること等が必要である。

【詳細内容】

・在宅に退所後、老健施設でのリハビリテーションの概念、担当職種やサービス形態が施設のスタッフから外部の通所リハビリテーションのスタッフに引き継がれないと、内容が変わって、悪化し再入所するケースもある。そこで、一体的取組の計画書自体が、在宅、施設、入院中の病院間で共有される仕組みがあるといい。老健施設の場合には、リハビリテーション計画書が在宅の介護支援専門員、通所サービス等の退所後の関係者全部に提供される体制を作ることが大事である。施設で作成された通所リハビリテーション計画が在宅サービスにも継続して使用されると繋がっていくことができる（老健04）。

・法人内や地域においても病院、施設、在宅間で連続的な一体化の体制が取れることが必要である。これには、介護支援専門員の資質や地域での通所リハビリテーション事業所数等が関係する。在宅サービスにおいては、リハビリテーションを提供すると自己負担額が上がることや医師の診察を受ける等煩雑になること等が、在宅の介護支援専門員や利用者・家族が動かない理由である。地域において、連続的なリハビリテーション体制を作る必要がある。法人グループが回復期リハビリテーション病棟を持ち、担当介護支援専門員がいない人が入院した場合に、グループ内の介

護支援専門員が担当するという場合にはうまくいっている（老健 04）。

- ・地域包括ケア病棟が主体の病院は、担当介護支援専門員がいる人がほとんどであるので、リハビリテーションが入った一体的なケアプランが作成しにくい。家族から、リハビリテーションはお金がかかるのでいらないと言われると、介護支援専門員はサービスをいれないので、リハビリテーションが継続しない。老健施設や病院から在宅に戻ったときに、リハビリテーションや栄養の継続性が損なわれるのは、リハビリテーションの質や介護支援専門員の資質、利用者・家族の認識がないこと及び経済的要因等が複雑に関わっている（老健 04）。

- ・リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組は、職種間の連携でやればよいが、入院、入所していた人が在宅に戻るときの一体的取組の継続性には、介護支援専門員、利用者・家族及び地域の構造的問題が関わり、地域に実際に通所や在宅においてリハビリテーションができる事業所の有無もある。一体的取組をすすめるためには、職種連携と地域連携の両者を強調する必要がある（老健 04）。

- ・当該施設の併設の通所リハビリテーションや訪問リハビリテーションを、介護支援専門員や利用者が選びやすくなるかが課題である。通所リハビリテーションの質を更に向上させて、それを地域内で浸透させると、通所リハビリテーションと通所介護の取り組み内容や質で介護支援専門員や利用者がサービスを選びやすくなるのではないかと。また、一体的取組を施設から通所リハビリテーションや在宅に繋ぐ場合には、一体的取組の計画を介護支援専門員の理解が得られるように説明するとともに、地域の一体化の連続性が必要なタイミングを重視する必要がある。（老健 04）

- ・平成 30 年度改定以降に、機能訓練の視点を取り入れられた居宅のケアプランが少しずつできてきた。一体的取組について連続性をもって進めていくには、居宅のケアプランの要件として機能訓練、口腔、栄養の視点を取り入れることが重要。提供するサービス側だけではなく、ケアプランを作る介護支援専門員の意識や視点を変えられるような、働きかけや要件が入ると、サービス提供側も提案しやすい（老健 04）。

○一体的取組の推進にあたっては、現状では施設・病院・在宅の情報連携が不十分であり、体制強化が必要である。

【詳細内容】

- ・在宅から特養への入所者には食べられない者が増えているが、入所前の介護支援専門員やかかりつけ医からの情報が殆どない場合が多い（特養 03）

- ・病院から特養への入所について、リハビリテーション職に対しては、病院の同一職からのサマリーが提供されるが、入所前の病院、施設、在宅の管理栄養士によるサマリイの提供は現在のところない（特養 03）。そのため入所時には健康診断書の提出を必須としている（特養 03）。

- ・医療と介護の連携については、口腔の情報連携が整うようにしてほしい。事前に身長と体重すら情報提供されないで法人外の病院から入所する場合があります、食事摂取に関する情報がなければエネルギーの設定ができない等、大変困る。地域の医療・介護連携体制がつかれるように絶対にしてほしい。食事に影響するシーティングやポジショニングの実施に対する評価もしてほしい。在宅と老健施設の往復利用をしている高齢者もいて、家では本人にあった車椅子をレンタルしている人が入所すると一回それを返さないといけない。本人に適合しきらない施設保有の車椅子を用意したうえでシーティングをし直すのは非効率的である。施設が車いすやシーティングのための道具を潤沢に保有していればよいが、古い車いすやウレタンを切り貼りして自作してやりくりをしているのが現状である。対象者によっては、適切な座位姿勢を取るためには、ベッド上の筋

緊張から整えるためのポジショニングを行う必要がある場合があるが、ポジショニングクッションに関して、新しいものは中々購入できず、古く質の悪いものを使いまわしている状況である。当施設では、基本的に必要なクッション類は本人・家族負担で購入してもらうことにしているが、高価なものも多いため、一度試して効果を確認するために試し用の備品を取り揃えておく必要があるなど、シーティングやポジショニングには相応の費用や時間がかかっているが、報酬上評価してもらえる仕組みがないため、施設の持出となっている。また、在宅復帰後に再度レンタルが可能になるため、施設内での必要物品の購入が難しく、施設からの備品貸し出しとなり、その割合が高くなるほど施設の負担が大きくなる。サービスの種類が異なることは理解しているが、もう少し居宅サービス・在宅サービス間で連携を取れるようにしてもらうか、シーティングやポジショニングにかかる費用や時間に対する報酬があればよい（老健 03）。

○特養における一体的取組を推進するために、法人内病院所属の言語聴覚士等による摂食嚥下評価等について、ICTを活用した情報提供やコンサルテーションが必要である。

【詳細内容】

- ・グループ内の病院からの入所者に対しては、スマートグラス（iPhone 様の ICT 機器）を用いて病院所属の言語聴覚士と定期的に情報共有を行い、摂食・嚥下会議の開催や介護職員に対する摂食・嚥下障害や食事介助等の手技、観察点及びリスク管理に関する情報連携が必要である（特養 08）。
- ・全職種が入所者の病歴、服薬状況、身体状態や口腔機能状態などの詳細な情報を把握し、評価・判定の基準の一つにすることが必要である（特養 08）。

○病院からの入所者の食形態に関する情報に〈日本摂食嚥下障害学会のコード〉が使われていないことや病院・施設の管理栄養士間の情報連携がないことを改善すべきである。

【詳細内容】

- ・病院から当該老健への入所者情報の食形態やとろみ剤の濃度のレベルに、日本摂食嚥下障害学会の学会コードが使われていないので困っている。病院と施設間の管理栄養士の情報連携は殆どない。食事形態のレベルの聞き取りには、担当している相談員あるいはソーシャルワーカーの知識の相違が影響している。リハビリテーションに関する情報については、評価表による基準を用いて記載されているが、日常生活動作の記載が薄いので、ケアワーカーや看護師からの生活機能の状態の情報がほしい（老健 03）。

○一体的取組を進めるには、通所事業所と介護支援専門員間の情報連携のあり方について見直しが必要である。

【詳細内容】

- ・医薬品の変更等やかかりつけ医への受診情報については、直接かかりつけ医に連絡をとることは難しいので、介護支援専門員に対して頻繁に連絡をとるが、これをおろそかにすると利用者の状態の管理が難しくなるために、利用継続が難しいことを介護支援専門員に話すと対応してくれている（通所リハ 06）。
- ・かかりつけ医の受診に介護タクシーを利用している場合には、介護支援専門員がかかりつけ医からの情報を把握できるが、家族が送迎をしている場合には、かかりつけ医からの情報が入手できず、介護支援専門員も把握していないことが多い。当通所リハビリテーションでは、管理者の

理学療法士が介護支援専門員へ連絡している（通所リハ06）。

- ・通所リハビリテーション利用時に利用者の調子が悪くなったときには、法人内の病院を緊急受診してもらうが、かかりつけ医からの薬や疾患についての情報がないと言われ、介護支援専門員がかかりつけ医の情報を提供できていない場合には、本当に困っている（通所リハ06）。

- ・利用者のかかりつけ医と情報共有することは極めて少ない。介護支援専門員を通じて、かかりつけ医に情報がどの程度提供されているかはわからない。通所事業所とかかりつけ医及び介護支援専門員間の情報連携に関して見直されるとよい。介護支援専門員に情報提供しても、その後のことがわからないと、情報共有に繋がらない形式的な連携となってしまう。通所サービスにおける会議録を介護支援専門員やかかりつけ医にも送っているが、ただ送っているだけかもしれない。実際に機能的に連携し得ているのかは、PDCAでフィードバックされていないのでわからないことは問題である（通所リハ08）。

○利用者の医学的管理に関する情報が不十分である。

【詳細内容】

- ・通所サービスにおいて、医学的管理に関する情報として、かかりつけ医の情報、医薬品の利用状況、血液検査のデータが不十分である。当事業所から利用者へ働き掛けて入手しないといけない（通所リハ04）。

○医療機関同士の連携を進めるための必要最低限の情報が登録事業所間で共有できるとよい。

【詳細内容】

- ・医療機関同士の連携を進めるための電子カルテによる情報共有のように、登録した事業所でも必要最低限の情報が見られるようなシステムがあるとよい。地域における情報システムが一元化されて、情報ネットワークが整備されると、地域の多職種協働による一体的取組が継続的に推進できる。（通所リハ04）。

○医学的管理を適切に行うには看護師を含めた職種のコミュニケーションが日常的に行われる職場であることが必要である。

【詳細内容】

- ・日頃から様々な職種とコミュニケーションをとる職場風土が大切である。「色々な職種が揃う」というだけではなく、何でも聞ける、言えるという日常のコミュニケーションが大事であり、看護師は、リハビリテーション職や介護職等の他の職種の日常のひと言によって、医学的管理に関わる必要なアセスメント結果に気付くことができる（老健05）。

○法人内の病院と施設との情報連携やカンファレンスにはWEB等のICTの活用が行われていたが、法人外病院との情報連携体制づくりが今後の課題である。

【詳細内容】

- ・法人内の病院とはWEBによってオンラインでの情報共有をしているが、法人外の病院の場合は、WEBでのカンファレンスや退院前の情報共有の機会がないことが、今後の課題である（特養06）。
- ・グループ内の病院からの入所者に対しては、スマートグラス（iPhone様のIT機器）を用いて病院の言語聴覚士と定期的に情報共有を行っている（特養08）。

(6) 勉強会・研修会について

○医療・介護サービスの地域における一体的取組を進めるためには、勉強会を通じて顔の見える関係性をつくる必要がある。

【詳細内容】

・一体的取組を地域で進めるには、勉強会等を通じて顔の見える関係をつくる必要がある。特に介護支援専門員と専門職がお互いの顔を知りあって、どこで何をしているかを理解し合って横に繋がることできる（特養 04）。

○地域ケア会議に一体的取組の担当者が参加する必要がある。

【詳細内容】

・一体的取組を地域で進めるには、地域ケア会議も医師との繋がりもできるので参加することが必要である（特養 04）。

○多職種による勉強会・研修会は、LIFE のデータへの理解や活用についての意見交換という観点からも必要である。

【詳細内容】

・LIFE のフィードバックについて、当施設が関連加算の算定率、障害自立度、食事、栄養、口腔等のデータを全国平均と比べようとしても、施設毎に介入プログラムが違うので、現状をどのように評価したらよいか分からない。入所者の要介護度分布等の特性は、各施設で異なるので、当施設と同様な特性を持つ施設の情報の開示があるとよい。他施設の状況やその活用方法について、施設間の横のつながりが少ないので、全体あるいは地域での結果の分析評価がほしい。LIFE のフィードバックの情報の活用方法まで支援してもらえる研修会があるとよい（特養 07）。

(7) 報酬のあり方について

○通所サービスにおいて、基本単価が上がらず、加算だけが上がると、利用回数が減り、算定しても赤字になるので、基本単価を上げて、包括化して要件を満たさない場合は減算することを検討してほしい。

【詳細内容】

・基本の単価が上がらないで、加算だけが上がっていくと、利用回数が減ることになりがちなので、基本単価を上げて、包括化して要件を満たさない場合には減算するようにしないと、加算を積算する方法であると赤字になる（特養 09）。

・併設の通所介護においては、加算の算定によって書類作成のための業務が増え、同一の内容の転記が増える。単価に見合った加算が少なく、担当職員の書類作成及び請求時期における時間外での書類の確認・仕上げ作業による時間外手当が増大している。サービスの質の向上を効率的に図るという観点から減算という方法があるのではないかと（特養 09）。

○カンファレンスは重要であるので、時間の確保に見合う加算が必要である。

【詳細内容】

・各職種による評価、情報共有、カンファレンスへの参加等は運用上重要であるので、手順書、様式、実例の研修等を通じて理解と取組みが円滑に行われるようにしてほしい。カンファレンスの時間を確保するのは大変であり、実施のためには見合った加算が必要である（特養 01, 特養 05）。

・カンファレンスについては、病院のNSTは1週間に一度に行っているが、施設は1か月に2回(2週間に1回)、通所は1か月の1回程度かと思う。様式は、経口維持加算からの問題や対応など、カンファレンスの内容等を記載できるようにするべき(通所リハ07)。

○一体的取組の手順に対しての報酬による評価は必要である。

【詳細内容】

・計画書を、リハビリテーション、栄養、口腔で一体化するためには、その運用や実務手順として、例えば栄養の場合は入所から1週間以内にスクリーニングをし、アセスメントを継続して行うが、リハビリテーションや口腔の場合には、このような決まりがないので整合性を取って、ケアプランの目的を共有し、計画作成・実施、評価の流れをつくることになる(特養09)。

・体制・運用については、管理栄養士、リハビリテーション職、機能訓練指導員、歯科衛生士、看護師等のうち2職種が関わり、課題抽出し本人や家族を中心に検討し評価まで行くと報酬(加算)として400単位程度(多職種が関わるため複数の人件費・訪問時に車輦費等を含めて)評価してもらいたい(老健01)。

・実務手順について、アセスメント(課題抽出)→入所は施設にて、通所は自宅または施設にて改善や実践:本人や家族へ課題の説明と課題改善のため専門職と共に方法を検討し実践→記録(検討や実践風景を所定様式に記録と写真を1枚貼付)→評価(1か月後に評価、次の課題抽出)という流れとし、評価までを報酬として国保連へ申請するという手順を提案する(老健01)

・各課担当者が、在宅復帰者のリストに在宅復帰の課題と解決に向けた取り組みを記載し、「進捗状況確認表」によってモニタリングをしている。目標が明確であれば、一体的な取組みは行いやすい。(老健01)。

・ケアカルテの電子記録から、リハビリテーション計画のインポートやエクスポートができる体制になっている。病院と老健が記録等を介しての情報のやり取りはできるが、データの連携には至っていない。管理栄養士による栄養ケア計画はサービス計画書に入っており、経口維持加算については、栄養ケア計画書に記載している。各専門職がそれぞれの計画を作成しているが、一体的取組にあたって情報共有できているので、リハビリテーション計画書の目標を共有しながら作成することができている。リハビリテーション計画書の新規作成や更新時には、担当者会議に必ず多職種が集まり、各職種の目標を共有している(老健04)。

○通所サービスにおける一体的取組の加算については、経済的負担が重すぎて利用者が利用回数を減らさないように、包括化して簡素化してはどうか。

【詳細内容】

・人員配置や書類記載等を報酬で評価してほしいが、総単位数が増えると利用者は通所では利用回数を減らすことになる。加算の種類が多すぎるので「丸め」で評価し簡素化すると算定しやすい(特養01、特養05)。

・規模や法人にもよるが、併設の通所介護においては医療から福祉までの様々な連携がICTの活用により連携も比較的タイムリーに行われている。家族は、基本的に通所サービスの利用回数を維持したいので、加算額が増えることで利用回数を減らさざるを得ないことを嫌がる。家族の利用回数の課題から脱却するには、基本サービスに包括化して減算していく方式がよいのではないかと(特養08)。

○再入所時栄養連携加算は、協力病院以外の病院とは連携体制がないために算定が困難である場合がある。

【詳細内容】

・再入所時栄養連携加算は、協力病院に対しては算定されているが、協力関係のない病院では算定することが難しい状況である（老健 07）

○一体的取組による看取りは、QOD の向上が期待されることから、特養にリハビリテーション職を配置した場合に報酬による評価をしてもらいたい。

【詳細内容】

・特養にリハビリテーション職を配置して、看取りの最期まで一体的取組を継続して、身体を起こして食べることにより QOD の向上が期待されるので、リハビリテーション職を特養や通所介護に配置できるような報酬制度にしてほしい（特養 03）。

2. 一体的取組を進めるための医療・介護・福祉の連携の強化について

（1）医療との連携について

○看取りにおいては、一体的取組による QOD の向上が期待されており、24 時間体制での看取りに対応できる医師の関与の強化が必要である。

【詳細内容】

・特養での看取りに対しては配置医 2 名体制等の医療管理の強化が必要である（特養 01, 02）。
・本人・家族の希望により外部のかかりつけ医による看取りが行われている（特養 03）。
・内外の医療機関からの 24 時間の外来・往診のサポート体制の整備や、ICT の活用によって多職種が情報連携しやすい環境づくりが必要である（特養 08）。
・24 時間体制で看取りに対応するために、近隣の協力病院と 24 時間の医療体制を整えている。今後は地域で看取りをしている訪問診療の医師と連携することになっている（老健 07）。

○特養での医学的管理の充実のためには、職員教育が必要である。

【詳細内容】

・特養における医学的管理の充実のためには、介護職等が入所者の急変を把握し看護師に伝えられること、また、看護師がその状況を判断して配置医の適切に上申できることが必要とされ、そのためには、カンファレンスや事例検討を通じた職員教育が必要である（特養 03）。

○病院からの入所（再入所を含めて）に移行する場合に、食事形態が要件となっており、病院側と施設側の調整をするためには、医療・介護の両分野が理解できる人材が必要である。また、入所後 1 週間は一体的取組による頻回なミールラウンドが有効と考えられる。

【詳細内容】

・法人内の病院からの入所調整は、病院及び特養の看護師が医師の判断のもとに行っている。一方、外部の病院からの入所の場合には、介護支援専門員を介して、ADL、食事形態や食事関連の情報、吸引回数等の医療的・身体的な情報の提供を依頼し、提供された情報をもとに施設の看護師と多職種が総合的に入所の検討を行い、最終的な判断は、病院側及び施設側の医師が行っている

(特養 06)。

・病院からの栄養状態や食事形態、口腔に関する情報をもとに、施設側で入所のための食事形態の調整ができない場合には、入所後に食事摂取ができない状況に陥る可能性があるため、病院での最終時の食事形態が当該施設で調整できるかが重要な入所の判断の根拠である。入所にあたっての口腔・摂食機能への対応については、病院と施設との判断に差異があり、入所に至らないケースがある。入所後には、一体的取組が機能し、必ず管理栄養士、機能訓練指導員、介護支援専門員、介護職、必要に応じて看護師が再入所 1 週間程度の頻回なミールラウンドを行い、食べることができているか、胃瘻造設の必要はないか、誤嚥性肺炎による再入院のおそれはないか等の観点から摂食状況の評価をしている (特養 06)。

○ミールラウンド・カンファレンスは、医師、看護師及び協力歯科医院からの歯科衛生士を含めた関係職種によって医学管理について検討できる重要な場である。

【詳細内容】

・療養長 (看護課長兼務) 及び栄養課長が介護支援専門員に働きかけ、施設長 (医師)、リハビリテーション課、介護課等がいつでも集合できる体制がある。医学的管理に関する情報や決定事項を各課へ持ち帰り伝達が迅速に行われ、決定事項を電子介護システムに入力し、申し送りノートに記入している。ミールラウンドは医学的管理にとって重要であり、全課の専門職と協力歯科医院からの歯科衛生士が参加し、フロアをラウンドし、廊下でカンファレンスを行い、医師、歯科医師、看護師等が、個別の医学的管理を要する入所者に対して情報交換ができています。入所判定会議は毎週行われ、利用者の病状 (例えば糖尿病や褥瘡等) における医学的管理について検討し、医療依存度の高い高齢者の受け入れに努めている。外部の精神科の協力医院から医師に毎月 2 回訪問してもらい、また、総合病院 2 か所が急な体調変化があった入所者を受け入れてくれている (老健 01)。

○かかりつけ医による介護保険施設への訪問往診が行われている。

【詳細内容】

・在宅からの新規入所については、相談員およびリハビリテーション職による入所前訪問が行われ、食事や口腔の情報を聞き取り、管理栄養士・歯科衛生士と情報共有し、入所時計画に反映できている。かかりつけ医が訪問診療医の往診という形で、施設入所中に訪問ができており、在宅復帰やショートステイの利用にもつながっている (老健 02)。

○老健施設の相談員によって、地域の病院やかかりつけ医との連携に向けての広報活動が行われている。

【詳細内容】

・病院や在宅サービスとの協力関係の仕組みづくりのために、地域の病院や介護支援専門員に対する当老健の広報活動を行い、地域連携関係の会議等には相談員が参加している (老健 07)。
・グループ内の病院やかかりつけ医、あるいは入所前の病院を受診したり、適切な医療機関が直ちに見つからない場合には、相談員が探して依頼している。臨床検査の必要性については看護師が医師に上申している (老健 09)。

○通所介護において、家族・かかりつけ医、歯科医師、介護支援専門員、訪問看護等と療養手帳

を活用して情報連携できる。

【詳細内容】

・人工透析の利用者の低栄養への対応にあたり、法人内の透析センターと連携し、家族による食事準備の工夫、栄養補助食品の紹介及び通所利用時の食事について、療養手帳を活用して情報提供している。同様に通所介護と訪問診療医・かかりつけ医、歯科医師、訪問看護との情報連携は、介護支援専門員を通して療養手帳を用いて行っている（通所介護 06）。

○歯科衛生士による口腔に関する情報（画像情報を含む）をかかりつけ医、歯科医師、介護支援専門員及び家族へ提供することが有効である。

【詳細内容】

・歯科衛生士は、加算算定の有無に関わらず、利用者全員の口腔をチェックする際に、口腔内写真を撮影しコメントを添付して、かかりつけ医や歯科医師、介護支援専門員及び家族に提供している（通所介護 07）。

○通所介護での一体的取組においては、在宅との継続への介護支援専門員の力量により、全くすまなくなり、かかりつけ医に情報を伝えることも難しい。

【詳細内容】

・通所介護での医学的管理を含めた多職種との連携については、介護支援専門員が中心になっており、その力量によって全く進まない（通所介護 08）。
・通所事業所から各利用者のかかりつけ医に情報を伝えることが難しい。また、各かかりつけ医によっても考えが違う（通所リハ 08）。

○かかりつけ医の考え方によっては、通所サービスからの情報が活用されていない。例えば歯科衛生士によって把握された口腔の問題が、かかりつけ医を通じても利用者に歯科受診が勧められないと、治療まで繋がらない。

【詳細内容】

・歯科衛生士が把握した問題点を、介護支援専門員を通じて、かかりつけ医に伝えても、「必要がない」「年相応」という答えが多く、かかりつけ医を通じて本人・家族に歯科受診が勧められないため、歯科衛生士は、そこから先何もできなくなる。このように通所介護において専門職が問題点を把握しても次につながらないのが現実である。かかりつけ医が決まらない利用者もいるので、歯科医院での治療まで足が向かないというのも現実である。医師も疾患レベルととして問題がないと判断するかもしれないが、機能、生活及び栄養として考えれば問題があるが、治療として考えてしまうのではないか（通所介護 08）。

○担当者会議は情報共有できる重要な機会であるが、サービス内容の変更や要介護度の区分変更がないと開催されない場合がある。

【詳細内容】

・担当者会議の場は、短い時間でも医師や看護師と通所の専門職が情報の共有化して検討してもらえる重要な機会であるが、要介護度の区分変更がないと集まらないので機会が少ない（通所介護 08）。

○通所リハビリテーションにおいて、一体的取組は利用者への嚥下訓練の実施及び経口移行に有効である。

【詳細内容】

- ・通所リハビリテーションでは一体的取組によって嚥下訓練がうまく機能する場合がある。胃瘻造設後に老健施設に入所し経口移行を目標として退所した後、在宅の訪問診療、訪問看護と通所リハビリテーションでの嚥下訓練を継続できる。在宅での経口移行に対しても、通所リハビリテーションを絡めた多職種連携が可能である（通所リハ01）。
- ・嚥下機能が低下している利用者についての嚥下訓練について家族の理解を得られない場合があるので、このような利用者については、医師の指示によって介入できる制度があってもいいのではないかと（通所リハ01）。

○サービス担当者会議に加えて、他の事業所や専門職と対面で話し合えるカンファレンスの機会が必要である。

【詳細内容】

- ・通所事業所からは、報告書を提供し確認のための電話連絡をしているが、外部の他の事業者や専門職と対面で話し合える機会が、サービス担当者会議という縛られた会議以外にあるとよい（通所リハ02）。
- ・訪問看護ステーションやリハビリテーション連絡会を通じて交流して互いを知り、信頼関係をつくり、任せられるという関係をつくっていくことから始めることが必要である（通所リハ02）
- ・一体的取組の専門職と介護支援専門員等とが、担当者会議以外に対面で話し合うことが報酬化されると進めやすい（通所リハ02）。
- ・現在、リハビリテーション会議には医師とリハビリテーション専門職が参加している。サービス担当者会議では、リハビリテーション会議の情報を代読し、介護支援専門員がケアプランの内容を話し、リハビリテーション計画書に盛り込むために情報を共有化しているが形式化している（通所リハ02）。
- ・担当者会議は通所リハビリテーションの一体的取組を在宅サービスの関連職種と情報共有する有効な機会であるが形式的になっているので、必要に応じて開催できる会議が別途必要である（通所リハ04）。
- ・通所リハビリテーションでは、サービス開始時の担当者会議やリハビリテーション開始後の3か月毎のリハビリテーション会議をうまく活用して、口腔・栄養に関して情報共有できる。利用者自身、家族、介護支援専門員、各事業所の担当者が参加する介護サービスに関するカンファレンスをうまく活用すると一体的取組を充実しやすい。通所サービスの関係者と在宅サービスの関連職種とが一度に話し合える場も必要であるが、形式的になり日時も決まってしまうので、各職種、気付いたときに話し合える関係や横のつながりといった日常的なコミュニケーションが必要である（通所リハ04）。

○一体的取組においては、通所時の利用者の情報をかかりつけ医に、定期的及び緊急な場合には適宜提供しフィードバックが得られるシステムが必要である。

【詳細内容】

- ・利用者のかかりつけ医との連携について、医学的な課題があったときには、家族もしくは介護支援専門員を通じてかかりつけ医に伝えてもらい、かかりつけ医からの返事を待つので、時間が

かかる。緊急性の高いときは、すぐに電話連絡をしている（通所リハ 05）。

- ・かかりつけ医に連絡する内容は、例えば、「通所利用時の食事を取りたくないと言って摂取量が非常に少ない」、「体重の急激な減少がある等であり、かかりつけ医を受診したときに、家族から医師に聞いてもらい、かかりつけ医に「大丈夫」と言われました」という連絡があれば経過観察している（通所リハ 05）。

- ・専門職として心配なことを、直接にかかりつけ医に尋ねられないため、家族への説明内容がオブラートに包んだようになる。例えば、摂食嚥下や座位保持が困難なこと、食事のときに座位が崩れるという情報等は、通所リハビリテーションだからこそ、かかりつけ医に情報提供ができる（通所リハ 05）。

- ・通所の利用者の情報にかかりつけ医に定期的に提供しフィードバックが得られるシステムがあるとよい（通所リハ 05）。

- ・通所リハビリテーションは、医学的管理体制にあり、看護師はかかりつけ医との連携に不可欠である（通所リハ 06）。

- ・通所リハビリテーションでは、利用者の契約前に必ず法人内の病院の医師の受診を経て、通所リハビリテーションの利用を開始している。（通所リハ 06）。

- ・通所リハビリテーションでは、医者が常駐していないので、利用者の体調変化をどう管理するかが課題であり、看護師がバイタルチェックから体調変化を把握している（通所リハ 09）。

- ・インスリンの利用者は、基本的に自己管理してもらい、通所リハビリテーションでは見守りをしている（通所リハ 09）。

- ・かかりつけの医師や歯科医師への情報提供については、相談員から介護支援専門員を通じてかかりつけ医という経由で行うことが多い（通所リハ 01）。

（2）歯科医師との連携について

○介護保険施設の協力歯科医院との情報連携は良好である。

【詳細内容】

- ・歯科受診の際には、協力歯科医師に紹介状を書いてもらい、受診歯科医院から手紙が返ってきて、入所者が受診している（老健 05）

- ・協力歯科医師には管理栄養士から電話かメールで直接連絡しているが、電話が繋がりにくいので、LINEで行われ、既読の確認が必要である。また、歯科医師が事務所の前を通った際に管理栄養士と頻りに情報交換をしている。摂食嚥下専門の歯科医師は、月2回来所し、ミールラウンドとカンファレンスを行っており、この来所時に各関連職種のスケジュールをあわせて歯科医師と対面で情報交換をしている（老健 09）。

（3）一体的取組の医療・介護・福祉の連携の強化について

○研修会や勉強会等を通じた一体的取組を推進するための連携教育の充実が必要である。そのためには、地域の医療や福祉の関連組織の橋渡しをし、コーディネートする専門的機関が必要である。

【詳細内容】

- ・地域包括ケアシステムの整備・推進の観点から研修会や勉強会等を通じた一体的取組を推進するための連携教育の充実が必要である。そのためには、地域の医療や福祉の関連組織の橋渡しをコーディネートする専門的機関が必要である。法人外の関連組織との連携のために医療情報や生

活支援情報を共有し活用することについて、報酬による評価があると推進されるであろう。関連職種は、地域特性を把握し法人外の医療・福祉の関係者と互いの特性を知り合い交流することが基盤になる。現在は、法人外医療機関との連携はないが、福祉については施設利用者が入所する関係からサ高住等との連携がある（特養 01）。

○地域において一体的取組を推進するために、地域の医療・福祉の連携の強化を進める NPO 法人を新設することを検討している法人がある。

【詳細内容】

・当法人は、NPO 法人を新設して、地域の医療と福祉の連携を進めようとしている。地域の介護支援専門員や相談員の活動は一体的取組を進める上で重要である。施設の言語聴覚士等には、各種専門職の集まりや在宅医療・介護医療推進協議会のリハビリテーション部会等から、地域の介護支援専門員、看護職、介護職に対する嚙下障害についての研修会の依頼が増えている。（特養 04）

○地域の福祉事業所、病院、診療所等が連携できる共通のツールやネットワークを構築することが重要である。

【詳細内容】

・リハビリテーション職や機能訓練指導員が所属先を超えて、ウェブ形式や対面式の研修会や意見交換会で交流を図る機会がほとんどない。今後、例えばリハビリテーション職、歯科衛生士、管理栄養士等、職種ごとに集いの場をつくって、徐々に垣根を越えて交流を深めることが、外部の医療福祉法人の協力が得られることになるのではないかと。介護支援専門員、生活相談員、ソーシャルワーカーの連携が必要ではないかと（特養 09）。

・地域等の福祉法人等の居宅介護支援事業所に月に 1～2 回訪問し、入所や通所の利用者の紹介に繋げている（老健 01）。

・老健施設入所中にかかりつけ医が往診という形で、施設を訪問する場合も多い（老健 02）

・リハビリテーション職については、地域での医療・介護等リハビリテーション職による話し合いが行われている（老健 03）。

・法人内では連携加算があるので、法人内の全施設間ではリハビリテーション職間での情報共有やアセスメントの連携ができています。法人内の管理栄養士同士のコミュニケーションがよく、法人内病院からは栄養情報提供書がきている。介護保険施設からは、再入所時栄養連携加算について、外部の病院向け発信はしているが、法人外からの依頼は未だない（老健 03）。

・コロナ前は、OJT として、法人内の医療法人や社会福祉法人のリーダーの経験があるリハビリテーション職が、他の病院や施設を 1 日 1 カ所見学して、情報交換をしていたが、法人外とは体制がないとできない（老健 03）。

・県の地域リハビリテーション広域支援センターが中心的役割を担っているので、地域のお施設から、指導や勉強会の依頼がある。以前は、県から予算が出ていたが、定着したので、現在は直接、依頼者と契約を結んで、報酬を決めて派遣される場合もある。（老健 05）。

・新型コロナにより、病床が満床で空かない状況になってから、地域の病院同士の連携が必要となっている。病院からの在宅への退院の前にリハビリテーション施設としての老健施設の流れのなかで、病院や在宅サービスとの協力関係の仕組みづくりとして、地域の病院や介護支援専門員に対する広報活動を行い、当施設のアピールをしている。また、地域連携関係の会議等には相談員が出向いている（老健 07）。

- ・法人内には、老健施設2つの他に有床診療所、グループホーム2つがある。グループホームにリハビリテーション職と管理栄養士はいないが、連携は殆どない（老健09）。
- ・通所介護の新規利用時には、利用者の居宅に介護支援専門員、訪問看護訪問介護の職員が集まり、情報共有ができる連携はできている。ここで、食事や口腔ケアについても聞き取りを行っている。新規の場合は、栄養アセスメント加算の算定要件として「食事のことで困っていること」について聞き取り、管理栄養士が介入する流れができている（通所介護06）。
- ・口腔機能向上加算や栄養アセスメント加算を算定している利用者には、通所での様子、食事摂取状況、口腔の問題点等を「療養手帳」の記入を行い、家族や通所サービス関係以外の職種（訪問リハビリテーション、訪問看護等）への情報共有を行っている（通所リハ01）。
- ・医療・看護多職種連携のコミュニケーションツールを活用して協力体制を増やしていくことが重要である。もっと活用する人が増えていくとよい。（通所リハ02）。
- ・算定要件の中にも ITC 機器を活用して算定できるとされているので、今後は、もっと活用するようになるとよい（通所リハ02）。

○医療・介護機関等についての職種別員数、得意としているサービス内容等についての情報が把握され共有されていることが重要。協力する側にとってメリットがないと、協力は進まない。自治体の旗振りが必要である。

【詳細内容】

- ・法人内の一体的取組については、褥瘡の写真の情報共有などにより後押しているが、これを地域の法人外に広げるとなったときには、地域のどこの医療・介護機関等に、どの職種が何人いて、得意としているサービス内容は何か等の情報が把握され共有されていることが前提になる。協力する側は、その協力によるメリットがないと、本体の業務が切り取られる感じがしてすまない。その場合自治体の旗振りが必要である（通所リハ04：自治体の頁参照）。

○食事（調整食等を含む）の宅配サービスが必要である。

【詳細内容】

- ・当地域には、車がないと訪問できない山間部に住んでいる高齢者が多い、口腔・栄養の観点から、在宅での食事準備ができないときに、宅配食を配達してくれる事業所が少なく、配達地域になっていない場合もある。何日分かの食事が冷凍宅配できるシステムや、嚥下障害に対応した食事形態の宅配システムによって、山間部の高齢者の在宅生活ができるようになる。当グループは、嚥下障害の高齢者のためのセントラルキッチンを持っているので、このような山間部の高齢者への宅配サービスを提供することができるが、地域の医療・介護・福祉の提供できるサービス関連の情報を共有できることが前提となる（通所リハ04）。

○同一利用者が異なる通所サービス事業所を利用している場合も相互の連携が行われている。

【詳細内容】

- ・複数の通所リハビリテーションを利用している利用者の体重測定の結果が違う場合に、リハビリテーション会議のミニカンファレンスを通じて法人外の介護支援専門員を通じて利用者の近況を共有している（通所リハ05）。
- ・コロナ前には、法人外の介護支援専門員に会議にも参加してもらっていたので、WEB会議も活用して他事業所の職員とも連携して進めることができる（通所リハ05）。

・法人内の殆ど病院、施設、通所サービスの連携は完結できているものの、外部の病院やかかりつけ医と連携を得ることができれば、当通所リハビリテーションが看護師を常勤採用する意味があるが、現在のところ連携がとれていない（通所リハ06）。

・当通所リハビリテーションでは、介護支援専門員からの基本情報があるが、利用者が同時に利用している他の通所介護の担当者に、通所介護でどんなリハビリテーションや機能訓練をしているのか、レクリエーション内容への反応、通常血圧や血糖の状況等について連絡をとることがある（通所リハ09）。

・法人内の病院と管理栄養士、歯科衛生、言語聴覚士とは、困ったときに相談する体制ができています。しかし、法人外の通所リハビリテーションや通所介護を利用している場合には、十分に様子が分からない（通所リハ09）。

（４）自治体の支援体制について

○施設・事業所は自治体の様々な事業に協力しているが、一体的取組に関連する専門職の配置や業務内容等についての情報が公表されていない。法人内だけでは地域の医療・介護・福祉が守れる体制が築きにくいので、自治体は連携、評価、医療・福祉機関の地域活動・研修及び交流を支援する機関の設置等の仕組みづくりを進める必要がある。

【詳細内容】

・地域の人口減少により、法人内だけでは地域の医療・介護・福祉が守れる体制が今後築きにくくなる。自治体による仕組みとして、連携、評価、地域内の医療・福祉機関の地域活動・研修・交流に関する促進サポート機関の設置等が必要である（特養05）。

・自治体内の専門職に関する情報がない。地域の栄養ケアステーションとの連携も今後検討したいが情報がない（特養03）。

○現在のところ、自治体の介護予防事業等はリハビリテーションや運動が中心であるので、口腔・栄養の大切さをアピールすることや、地域の住民主体の活動の場において一体的取組について啓発することが必要である。

【詳細内容】

・地域では、地域包括支援センター等と連携した住民自身の運営による活動が活発になってきており、一体的取組の啓発は、このような住民主体の活動の場や機会を活用して行うことが必要である（特養07）。

・自治体が認知症ケアに力を入れており、認知症カフェの普及や認知症高齢者を支えるオレンジリングの啓発を、地域包括支援センターの推進委員と連携を図って行っている。小学生講座、大人向けのサポーター養成講座を運営し、自治体のパネル展示にも協力している。自治体の認知症カフェに十数カ所の代表が集まる機会に、自治体の認知症担当者も交えて話し合いをしている。これらの自治体の介護予防事業は、現在のところ廃用症候群予防としての運動、リハビリテーション及び体操に重きが置かれ、食事・栄養や口腔ケアの大切さについては未だアプローチできていないのが現状である。当施設は、管理栄養士と歯科衛生士を非常勤で配置しているので、次回の介護予防教室が口腔と食事の食べることに関する介護予防教室をテーマとして挙げて、運動と栄養と口腔という一体的取組の形で大切さをアピールしていこうとしている。自治体や地域住民のニーズを把握して協力していきたいし、地域に開かれた施設にしていきたい。但し主業務ではないので、業務時間配分が課題となる（特養07）。

○自治体は、地域の医療・介護等に携わる各専門職によって構成される連絡協議会等において、一体的取組みについて話し合いや多職種による研修ができるようにすべきである。歯科衛生士、言語聴覚士及び管理栄養士については職能としての地域の連絡会がない場合が多いので、新たに作る必要がある。

【詳細内容】

・施設同士が繋がって意見や情報を共有し合う多職種連絡会や介護事業連携会等があるとよい。介護保険施設ごとに問題に対して悩みながら取り組んでいるが、地域の介護保険施設同士で問題を持ち寄って相談して、解決に向かう動きができていない。施設の管理者同士等が話し合う機会がつけられるとよい。地域に出る機会が少ない職員にも対応して、他施設の関係者同士が話し合える機会を、自治体が設けてもらえるとよい（特養 07）。

・当法人外の通所介護では、リハビリテーション職員の雇用も難しく、看護師が機能訓練指導員となっている。一体化した計画書の作成のハードルが高いので、フォローしてもらいたい。自治体に所属しているリハビリテーション職に個別の通所の案件を相談していいかどうかは分からない。地域の管理栄養士について、栄養ケアステーションに関する情報も伝わってきていない。協議会を通じて自治体所属の専門職がいることを知ったが、協議会に参加しなければ情報がなかった。自治体の専門職についての情報がなく、自治体の支援も現在のところないように思う（特養 08）。

○地域に言語聴覚士、歯科衛生士及び管理栄養士がいない場合には、介護予防事業と同様に自治体が支援すべきである。

【詳細内容】

・通所事業所では管理栄養士の直接雇用はできないので、自治体のフォローがあるとよい。低栄養のリスクが高い場合には、リハビリテーションの効果があがらないので、栄養サービスから入る必要があるが、現在のところ自治体は相談先となっていない（特養 08）。

・県の作業療法士会の活動で行政や地域包括支援センターとの連携等もあったが、今はできていない。しかし、法人内でも、自治体による介護予防教室でつながりを持っている職員もいる。特養においては、認知症の対応スキルのさらなる向上が必要であることから、自治体所属の専門職の協力を得たい。認知症カフェや、市長や地域包括支援センターの主催の研修会に参加して繋がりをつくりたい。自治体より定期的に情報提供してもらい、日頃よりコミュニケーションを取りやすい環境づくりと関係性を築いていきたい。自治体との合同会議体をつくり、官民が連携した地域の福祉・医療ニーズを検討する場をつくりたい。実際には自治体所属の専門職も少ないので、市町村内に多職種チームが普及し、これが軸となり活動できる環境が全国的に整備されれば各地域の問題点も分かるのではないかと。（特養 09，老健 08）。

・自治体との連携については、法人の作業療法士は、作業療法士会に個人的に参加しており、認知症の総合事業や介護予防事業に関わっている。地域包括支援センターのケア会議等に専門職が配置されることが連携体制に繋がっていく。地域包括センターにおいて、一体的取組に関わるチームが必要である。（特養 09，老健 08）

・自治体所属の専門職との関わりはない。今後は、一体的取組を進めるにあたり、在宅部門に関しては、自治体所属の専門職との連携が必要となる。当自治体は、中学校区に1つの介護、保育、障害の総合相談所があり、その中に地域包括支援センターがあり、自治体が地域包括支援センタ

一を運営している地域もある。自治体との関係を築くには、専門職の紹介から始める必要がある。利用者を担当する地域包括支援センターに必要な応じて出向き、在宅部門での一体的取組について説明を行い、アドバイス等の依頼をして連携を図る。地域包括支援センター主催の地域ケア会議に出席したい旨を話す。その会議の席で、包括支援センターの方から自治体の担当者等を紹介してもらおう。老健施設が取り組んでいる一体的取組について紹介し、自治体からは取組の紹介をしてもらい、利用者の支援方法等のアドバイスをもらえる関係を構築できたらと考えている。施設の管理栄養士が地域でどのような協力が可能なのかを検討したい（老健 01）。

- ・地域包括センターと連携して、緊急入所の依頼に対応している。虐待等の場合には、老健施設の入所中に検討会議を行い、施設入所につなげている（老健 02）。

- ・地域によって歯科・歯科衛生士の介入には差があるが、退所後の歯科・口腔衛生が継続できる体制があるとよい（老健 02）。

- ・自治体からは連携できる専門職に関する情報提供がないが、地域の施設や事業所が具体的なサービス内容や取組み、それらが横につながる情報連携の機会を提供するとともに、自治体からのアドバイス等も含めて情報提供の機会を提供してもらいたい（老健 09）。

- ・現在のところ自治体の協力の必要性を感じていないものの、自治体でのリハビリテーション職の配置の有無や業務内容がわからない。自治体の管理栄養士のことも同様によくわからない。情報提供があれば、法人側が利用する機会はあると思う。（老健 09）。

- ・自治体が介護予防事業と同様に委託事業として取り組むのはどうか。自治体を通じて医療・介護連携もできるし、リハビリテーション専門職、歯科衛生士及び管理栄養士の三専門職を巡回させるのも一つの方法である。1つの法人が実践するという従来の方略の他に、人口が少ない地域であれば自治体に対応し、都市部では医師会・歯科医師会立の事業所に対応するという方法があるかもしれない（通所介護 01）。

3. 管理栄養士による在宅高齢者の生活全般への関わりについて

○施設の管理栄養士が2名配置となっても、通所サービス利用者の在宅での生活全般の支援には対応しきれていない。

【詳細内容】

- ・併設の通所介護においては、利用者・家族の相談会があるので、今後は管理栄養士が関わるようにしたい。在宅の高齢者の生活全般については食事支援だけではなく、買い物等の支援も必要となる。法人からの管理栄養士による居宅療養管理指導については、通所利用者本人・家族が在宅の食事に管理栄養士に関わってほしくないところもあるので、医師からの本人・家族への一言が必要となっている（特養 05）。

- ・当該特養の管理栄養士の配置数は1.42人であり、通所には対応していない。施設での看取りまで、好きなもの、食べられるものを提供することによって最期まで生活全般をみている（特養 02）。

- ・管理栄養士の常勤1名であり通所や在宅訪問はできていない。常勤2名配置になれば、電子システムの活用を進めていく（特養 03）。

- ・管理栄養士は入所者の在宅生活の情報は、施設の介護支援専門員から、法人内病院からの入所者の場合には、病院で家族に面談した生活相談員等を通じて得ている。例えば、嚥下障害がある場合の入院中の検査や訓練のレベル、食事内容、食事摂取状況、アレルギーの有無、各種エネルギー量、治療食の必要性、好きな食べ物、必ず食べていたという食事習慣、今後の食事への希望を収集し、入所後に状況の確認をしている（特養 04）。

・通所事業所における栄養改善加算取得者や単身高齢者を対象に在宅訪問につなげ、自宅での食事状況を確認することで、不足している成分の把握や補うためのヒントを伝えることが可能である（老健 01）。

・在宅での食事のアドバイスを行う担当者は、介護の世界で不在だった。作るのが面倒との思いから、栄養不足になっている高齢者は多く、免疫も下がる。生きていくうえで大切な食事をバランスよく食べる大切さを、話しと調理方法伝達にて教えて、高齢者の生きる力や生活の充実につながる（老健 01）。管理栄養士が数人巡回することで、どのような栄養成分が自宅では取りづらいのかも把握できるため、施設の昼食献立にメニューとして取り入れるなど、高齢者の食事を施設と自宅とトータル的にバックアップすることが可能である（老健 01）。

・入所前、退所後の在宅訪問は、月 2～3 件は理学療法士、作業療法士が中心に行っている。今後、言語聴覚士や管理栄養士の同行訪問も進めていきたい。食事形態や摂食・嚥下については、家族に入所中訪問してもらい、実際の食事の様子を見てもらうようにしている（老健 02）。

・退院支援で管理栄養士が在宅訪問することはないが、家族への送り出しをしている。かかりつけ医及び地域包括支援センターの介護予防につなぐのかでも退院支援が違う。かかりつけ医がいつも診てくれていて、例えば、誤嚥性肺炎を起こす場合なら、かかりつけ医に返せばいい。しかし、かかりつけ医が明確ではなくて、誤嚥性肺炎で初めて入院し老健に入所した場合には、どこにつなげばいいのか明確ではない（老健 04）。

・2 人配置になって施設内は充実している。訪問は、時間がかかるので対応が難しい。（老健 06）。

・当老健施設の管理栄養士は現在 1 名であるが、嚥下に問題、食事が進まない場合の在宅復帰にあたっての相談時間は長くなるので、管理栄養士 1 人でこれに対応するのは難しい。現在は、介護職も勉強会によって栄養・食事関連の知識をもっているため、介護職が家族に教えてもらい、言語聴覚士とも分担している。看取りに関しては、その早い段階で食事面での個別ケアが増えていく。入所者のもとに行き、頻回に話を聞いており、カンファレンスも増えてくるので、管理栄養士の 2 名体制が必要である。入所者が退所のために自立できるように、料理指導等の本人ができることを管理栄養士と一緒にしたい。これは入所者の自信や在宅復帰につながると思う。管理栄養士 2 名体制になれば、個別ケア、ユニットケア、退所にあたっての在宅訪問、フレイル対策、通所サービス等への管理栄養士の関係が強化できる（老健 07）。

・管理栄養士の在宅訪問はしていないが、2 名配置になって入所者一人一人と話し合う時間が取れ、ミールラウンド等を通じて入所者一人一人と向き合う時間が長くなってきた。在宅復帰に向けて、相談員と一緒に在宅訪問をして、在宅の食事の関連状況や生活動作の確認も一緒にできたらと考えている。在宅訪問には、1 時間以上拘束されるケースもあるので、管理栄養士が相談員の訪問に合わせてテレビ電話での面談や、在宅環境を見せてもらうことなどを検討して、遠隔訪問支援をしたい。リハビリテーション職は生活相談員と同行し、在宅復帰に向けて、動線や動作確認をして生活動作のアドバイスをしている。理学療法士は、動作の移乗や移動の動作の中で、安全にできるかをみてアドバイスしている（老健 09）。

・介護保険施設には管理栄養士が 1 人しかいないという現状もあるので、法人の通所事業所を見てと言われても無理である。施設で 2 人配置になれば対応できるかといえば難しい。施設の仕事に少し余裕ができるかという程度の感じである。2 人にしたから併設通所や他の事業所を兼任できるというわけではない（通所介護 08）。

・報酬上の加算があり、書類や会議の負担が少し減って、精神的な負担も減るという意味での介護保険施設での 2 名配置は有効であるが、だからといって通所に力を注げるかという点はまだ無理

がある。通所事業所に常勤配置が難しくても、通所サービス兼在宅サービスの担当として、管理栄養士を1人配置できるとよい。通所を通じて在宅に展開していくなれば制度的な仕組みが検討される必要がある（通所介護 08）。

- ・通所介護の利用者の在宅での食事まで管理栄養士が考えていけることはとてもよい。管理栄養士として、家族がどのような食事を提供しているかというところまで踏み込めることは、通所事業所に管理栄養士がいることの強みである（通所介護 08）。

- ・管理栄養士は、在宅訪問にまでは、まだ至っていない。通所リハビリテーションの利用者に対しては、自宅での食事に関する「栄養相談」という形で関わりを持っている（通所リハ 01）

- ・介護保険施設での2人配置のハードルは高いし、通所事業所では1人配置もしていない。通所サービスでは採算が合わないが、栄養管理によって全般的に機能改善・維持ができることが評価されてきているものの、通所サービスや居宅サービスでの普及のための方策が必要である（通所リハ 02）。

- ・「管理栄養士が栄養指導で話した内容を、利用者が覚えてないことが多い」、「書面にして渡しても、記憶の定着が難しい」と言われている。通所リハビリテーションにおいて、機能訓練、口腔、栄養の一体的取組として、運動と栄養の両方を伝えることで、効果が出る利用者が増えていくと認められ、それに伴って管理栄養士の必要性も高くなり、配置数も増えていくという流れになるのではないかと思う。通所リハビリテーションに管理栄養士が関わることで、この1年半位で行動変容した利用者が多いので、是非取組を続けていきたい（通所リハ 02）。

- ・リハビリテーション職は、新規の利用者に対しては、必ず家屋調査のために在宅訪問をしている。家族から、自宅の様子や困っていることを聴取し、助言をし、最終的な報告書を作成して、介護支援専門員や担当者会議にも情報共有のために提出している。しかし管理栄養士を同行したことはない（通所リハ 03）。

- ・リハビリテーション計画は全員に作成しているが、栄養改善加算の計画は算定していない。栄養アセスメント加算においては、計画書は作成されていない。栄養ケアの計画が作成されるのは栄養改善加算を算定した時だけになる。一体的取組をする場合はリハビリテーション会議、計画の作成までを一緒に行う必要がある。通所サービスにおける一体的取組では、栄養サービスに計画書が必要だということを要件にすることが必要である。一体的な取組みについては、三領域の全てに問題がある人もいれば、ない人もいる。リハビリテーションは全員に関わり、リハビリテーション計画も全員に作成されているが、栄養、口腔は全員に計画の作成はされない。口腔栄養スクリーニングで選別したリスクのある人にはアセスメントをして問題があった利用者に対して栄養改善加算を実施する場合には計画が作成され、その利用者のリハビリテーション会議には専門職が参加する体制が必要になる（通所リハ 03）。

- ・本人・家族に対して栄養サービスの重要性の普及啓発が圧倒的に足りない（通所リハ 04）。

- ・糖尿病、高血圧への治療的な介入の必要性、有効性が言われていてもできていない中で、低栄養に対する栄養のサービスにはその必要性についてのベースが必要である。最低限のこととしてルーティン化して全部入れた上で、上乘せのサービスを追加するような仕組みになれば栄養サービスが入っていきやすい（通所リハ 04）。

- ・選択的サービスにしてしまうと利用が少ないと思うので、栄養は必ず基本的サービスに含む形で運用してほしい。実際に栄養指導に来た家族が家庭で実践してくれるのかという不安がある。本人・家族は実際に食べている食事の過少申告や過大申告があるので、管理栄養士の訪問や、あるいはリモートを活用して在宅の食事の実際に見て、そこでも指導をすることによって印象が強

く残ると思う（通所リハ04）。

・重度者の多い通所リハビリテーション事業所において、管理栄養士の配置が1名から2名に増員され、在宅訪問に行けるようになった。食事を作るところ、食べているところを見る。あるいは買い物への同行等に時間をかけないと実態が分からないので、通所リハビリテーションで管理栄養士の1人体制では在宅訪問に行けなかった。今は、食形態が自宅で加工できるか、食べている環境はどうかなどを言語聴覚士と一緒に見に行く等もできるようになった。栄養改善加算は、コロナ禍で一時できなかつたが、食事に関する生活全般を知るためには、管理栄養士が在宅訪問しないとわからない。在宅訪問については、訪問のリハビリテーション職や介護支援専門員と一緒に行く形が初回にあると、管理栄養士が在宅にスムーズに入って継続することができるし、電話やWEB会議等を活用して継続していける（通所リハ05）。

・管理栄養士は、通所リハビリテーション事業所の送迎車で訪問し、家族に通所リハビリテーションでの食事状況を報告し、自宅での食事内容を伺っている。在宅での食事形態が通所時と違う場合には、持ち帰り検討する。体重の増減も家族に報告する。通所リハビリテーションでの食事は週に2、3回の昼食だけなので、利用者の低栄養改善には、在宅での食事が重要であり、管理栄養士としてアプローチしていく必要がある。家族が自宅でできることを考えて、声を掛けする支援をしている。本人・家族ができることを家族と見つけていくことが栄養改善加算の訪問による支援である。栄養改善加算の訪問については、ハードルが高いと思うようだが、管理栄養士が実際には、日常生活でできることで提案していく。例えば「卵を付けてください、プリンを食べたら」という程度のこともある（通所リハ06）

・本来、管理栄養士が在宅訪問して助言するだけでも栄養状態はよくなるのに、指示書や居宅の介護支援専門員の計画書に入れるなど、いろいろと手続きが煩雑になることで、ハードルが上がって、サービスを遠ざけてしまっているのではないかと。在宅訪問のハードルが下がるような加算体制や研修が行われると在宅に管理栄養士が訪問しやすくなる。介護保険での居宅訪問、居宅療養管理指導は、指示書、契約書等の書類の準備や実施後の報告書等のさまざまな事務処理が多いことが障害になっている。外部の病院の先生から指示書をいただくとなると、2週間程度、長ければ1カ月程度、介入までにかかる場合もあり低栄養のリスクは重度化してしまう（通所リハ06）。

・管理栄養士の認知症に対する重要な対応は、認知症が重度化して食べるのを忘れる、食べられない場合に、低栄養に陥らせないことである。しかし通所サービスの利用者の在宅での様子を知ることは難しいので、管理栄養士、介護職や歯科衛生士等によって「在宅ではどんなものを食べているか」「何を食べてきたか」等と声かけしている。家族に3日間の食事を簡単に記載してもらい確認もしている。特に認知症では日常的な食事や食生活の状況が分からないので、家族を通して確認する必要がある。在宅で用いている食器や食事時のポジショニングへの対応も重要である（通所リハ07）。

・今後、通所サービスを通して管理栄養士が在宅にどのように関わっていくかが重要になる。低栄養やフレイルに陥っている高齢者を早く把握することで、早い時期からの栄養ケアを開始することが重要である。管理栄養士による在宅訪問はできていない現状であるが、今後は病院から管理栄養士を派遣することなどは、検討すべき課題である。現在は、介護支援専門員との連携ができているので、在宅での日常生活の情報を介護支援専門員から聞きとっている。一体的取組は管理栄養士の確保ができるかにかかっている（通所リハ06）。

・在宅訪問をしてみないと個別の生活全般はわからない。在宅生活の状況やその生活のなかでできることを、実際に管理栄養士の目で見ることが必要であるが、在宅訪問には未だに行けていな

い。そのためには施設に管理栄養士 2 名配置を実現する必要がある。管理栄養士による通所サービスにおける訪問を義務付けする、訪問しなかったら減算するくらいしないと在宅訪問は進まない。(通所リハ 08)。

- ・施設で管理栄養士 2 人が 50 人を担当しているが在宅訪問できない状況である。もう一人追加することによって、在宅訪問ができるようになると利用者の生活全般に関わることができる。通所サービスについては、管理栄養士の配置基準は設定されていないので、病院のことで兼務しながら通所リハビリテーション事業所を担当している現状では、在宅訪問にまで時間が取れないのが実情である。通所リハビリテーション利用者 15 名程度を担当し、月にして 5 分、10 分という短い時間になる。通所事業所の管理栄養士の配置基準を定め、それに対する加算があれば通所事業所の一体的取組への管理栄養士の関わりが広がり、在宅訪問にも関わることができる(通所リハ 09)。

- ・老健 100 床に管理栄養士 2 人配置で、評価加算が 50 床では通所に人を介入させることができないので、報酬上も通所サービス対応ができない配置になっている。老健 100 床で通所サービスを担当できるのが一番収支としてはよいが、100 床のところはかなり厳しい。そこにさらに管理栄養士を置くという選択肢は取れない。当通所リハビリテーションでは法人内の病院の管理栄養士に介入してもらっている。病院は管理栄養士の配置基準がないことで自由に動ける。施設は配置基準があることで管理栄養士の配置やサービスが充実してきた反面、これが通所サービスに関わっていく場には、逆に足かせになってしまっている(通所リハ 09)。

- ・施設の管理栄養士が通所サービスも担当したらプラス 1 名ということになればよいが、現状は難しい。グループホームについても検討してほしい。法人の栄養部では在宅訪問の研修会もあったが、栄養士会や学会で在宅サービスに関する勉強会等があるとよい(通所リハ 09)。

- ・リハビリテーション職が在宅訪問しているが、管理栄養士が実際訪問して通用するのが心配ではある。経験を積んでいる管理栄養士でないと難しいのかもしれない。研修を増やす必要がある(通所リハ 09)。

考 察

本研究は、一体的取組における地域における医療・介護・福祉の連携及び制度(様式例を含む)のあり方についての具体的な現状、意見や要望を検討することを目的とした。

表 2 にインタビュー調査の要点をまとめた。まず、専門職種の配置については、一体的取組に関わる職種を報酬上明文化することについての要望があり、特に歯科衛生士と管理栄養士については、配置することにより効果が見込める可能性を示している。計画書の様式例および LIFE との関係については、従来の個別サービスの計画書は、サービス計画書に統括して、署名も当該計画書を包括化してほしい、リハビリテーション計画書によって一体的取組を行うことができる、一体的取組はリハビリテーション計画書、サービス計画書等及び LIFE への情報提供とリンクさせ、一体的取組の報酬システムと請求システムともリンクさせてほしい等の意見が出された。これらは、まさに、令和 6 年 1 月 22 日に行われた社会保障審議会介護給付分科会で示されたリハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組を評価し、新設されるリハビリテーションマネジメント加算を裏付けるものである³⁾。リハビリテーションマネジメント加算は、リハビリテーションに併せて口腔・栄養のアセスメントも実施、リハビリテーション・口腔・栄養の情報を関係職種間で一体的に共有、リハビリテーション計画書の見直し、共有された情報を活用し、それぞ

表2 一体的取組における地域における医療・介護・福祉の連携及び制度のあり方についてのインタビュー結果

項目1	項目2	インタビュー結果
一体的取組のあり方について (様式例等を含めて)	専門職の配置について	一体的取組に関わる職種が報酬上明文化されていることが必要である。歯科衛生士、管理栄養士等は採用が困難な職種であるが、配置されることによって栄養や口腔サービスは活性化する。
	一体的取組の旗振りについて	一体的取組の旗振り役としては管理栄養士が考えられるが、施設、事業所により異なる。
	計画書の様式例やLIFE等との関係について	様式例は、現行の重複項目は見直し、簡便、簡素化し、本人・家族が理解しやすく、また、専門職が利用者のところに行ける時間を増やしてほしい。
		従来の個別サービスの計画書は、サービス計画書に統括して、署名も当該計画書1つにしてほしい。
		リハビリテーション計画書によって一体的取組を行うことができる。
		LIFEにおいても一体的取組がわかるようにしてほしい。
		一体的取組はリハビリテーション計画書、サービス計画書等及びLIFEへの情報提供とリンクさせ、一体的取組の報酬システムと請求システムとをリンクさせてほしい。
		現行のLIFEのデータに経口維持加算等の項目が入っていないが、経口維持加算は一体的取組のもとになっているのでLIFEの項目に入れる必要がある。また、義歯の状況や口腔機能向上に関する項目を入れてほしい。
		LIFEに健康管理及び栄養管理の総合的評価がないと本人・家族に説明できないので、入れる必要がある。
		LIFEには栄養改善加算の計画の継続性に関する必要性の有無について、介護システムからの反映ができない。
		LIFEのフィードバックにおいては、一体的取組が、レーダーチャート形式等によって、利用者・家族にわかりやすくしてほしい。
		一体的取組の書式が走ってしまうとシステムが構築されないので、カンファレンスや日常的な情報連携ができていない等の運用の要件を必須にすべきである。
		一体的取組の実務手順のプロセスの簡素化と情報共有の方法がサービスの質を決めるので、ICTの活用は必須である。
		一体的取組はモニタリング表で、多職種へ情報発信や確認内容の記録を行う等の経過を残すようにすべきである。
	一体的取組への移行にあたっては、従来の書式を更新して取組めるようにしてほしい。	
	一体的取組に計画書等の各自治体による監査に相違がないようにしてほしい。	
	運営・実務手順等について	一体的取組の現行の施設サービスにおけるリハビリテーション・個別機能訓練及び栄養については、基本サービスに包括化されて、入所者全員に毎日提供されるのに対して、口腔については、歯科医師の指示に基づいて歯科衛生士が入所者に対し、口腔衛生等の管理を月二回以上行い、また、介護職員に対し、具体的な技術的助言及び指導や相談を行うものと相違がある。そのため対象範囲やサービス提供回数への検討が必要である。
		カンファレンスの時期や頻度についての要件が必要である。
		一体的取組におけるミールラウンドの要件が重要である。
		一体的取組を効果的なものにするためには、例えば、低栄養のリスクの中高リスク者は、栄養の介入が先行し、タイミングをみてリハビリテーションが入る等の三領域の介入の順番やタイミングを計画することが必要である。
一体的取組のために一体化したアセスメント表が作成されると、関係者全員が見ることができる。		
一体的取組は、三領域全てのサービスが提供されないと報酬上評価されないのか検討してほしい。		
三領域の各領域のアセスメントは、各専門職の他に介護職が行ってもよいか検討してほしい。		

項目 1	項目 2	インタビュー結果
<p>一体的取組のあり方について (様式例等を含めて)</p>	<p>在宅サービスへの継続性と情報連携の強化について</p>	<p>病院、施設、在宅間で連続的な一体的取組の体制が取れることが必要である。特に、老健施設からの在宅復帰及び通所サービスからの在宅サービスにおける、一体的取組の継続性や情報連携を強化するためには、介護支援専門員や居宅サービスの関係者への一体的取組の計画書の提供、居宅のケアプランへの継続性及び介護支援専門員からのフィードバックを徹底すること等が必要である。</p>
		<p>一体的取組の推進にあたっては、現状では施設・病院・在宅の情報連携が不十分であり、体制強化が必要である。</p>
		<p>特養における一体的取組を推進するために、法人内病院所属の言語聴覚士等による摂食嚥下評価等について、ICTを活用した情報提供やコンサルテーションが必要である。</p>
		<p>病院からの入所者の食形態に関する情報に＜日本摂食嚥下リハビリテーション学会のコード＞が使われていないことや病院・施設の管理栄養士間の情報連携がないことを改善すべきである。</p>
		<p>一体的取組を進めるには、通所事業所と介護支援専門員間の情報連携のあり方について見直しが必要である。</p>
		<p>利用者の医学的管理に関する情報が不十分である。</p>
		<p>医療機関同士の連携を進めるための必要最低限の情報が登録事業所間で共有できるとよい。</p>
		<p>医学的管理を適切に行うには看護師を含めた職種のコミュニケーションが日常的に行われる職場であることが必要である。</p>
		<p>法人内の病院と施設との情報連携やカンファレンスにはWEB等のICTの活用が行われていたが、法人外病院との情報連携体制づくりが今後の課題である。</p>
	<p>勉強会・研修会について</p>	<p>医療・介護サービスの地域における一体的取組を進めるためには、勉強会を通じて顔の見える関係性をつくる必要がある。</p>
		<p>地域ケア会議に一体的取組の担当者が参加する必要がある。</p>
		<p>職種による勉強会・研修会は、LIFEのデータへの理解や活用についての意見交換という観点からも必要である。</p>
	<p>報酬のあり方について</p>	<p>通所サービスにおいて、基本単価が上がらず、加算だけが上がると、利用回数が減り、算定しても赤字になるので、基本単価を上げて、包括化して要件を満たさない場合は減算することを検討してほしい。</p>
		<p>カンファレンスは重要であるので、時間の確保に見合う加算が必要である。</p>
		<p>一体的取組の手順に対する報酬による評価は必要である。</p>
<p>通所サービスにおける一体的取組の加算については、経済的負担が重すぎて利用者が利用回数を減らさないように、包括化して簡素化してはどうか。</p>		
<p>再入所時栄養連携加算は、協力病院以外の病院とは連携体制がないために算定が困難である場合がある。</p>		
<p>一体的取組を進めるための医療・介護・福祉の連携の強化について</p>	<p>医療との連携について</p>	<p>看取りにおいては、一体的取組によるQODの向上が期待されており、24時間体制での看取りに対応できる医師の関与の強化が必要である。</p>
		<p>特養での医学的管理の充実のためには、職員教育が必要である。</p>
		<p>病院からの入所（再入所を含めて）に移行する場合に、食事形態が要件となっており、病院側と施設側の調整をするためには、医療・介護の両分野が理解できる人材が必要である。また、入所後1週間は一体的取組による頻回なミールランドが有効と考えられる。</p>
		<p>ミールランド・カンファレンスは、医師、看護師及び協力歯科医院からの歯科衛生士を含めた関係職種によって医学管理について検討できる重要な場である。</p>
		<p>かかりつけ医による介護保険施設への訪問往診が行われている。</p>
		<p>老健施設の相談員によって、地域の病院やかかりつけ医との連携に向けての広報活動が行われている。</p>
		<p>通所介護において、家族・かかりつけ医、歯科医師、介護支援専門員、訪問看護等と療養手帳を活用して情報連携できる。</p>

項目 1	項目 2	インタビュー結果	
<p>一体的取組を進めるための医療・介護・福祉の連携の強化について</p>	<p>医療との連携について</p>	<p>歯科衛生士による口腔に関する情報（画像情報を含む）をかかりつけ医、歯科医師、介護支援専門員及び家族へ提供することが有効である。</p> <p>通所介護での一体的取組においては、介護支援専門員の力量により、在宅との継続へ全くすすまなくなり、かかりつけ医に情報を伝えることも難しい。</p> <p>かかりつけ医の考え方によっては、通所サービスからの情報が活用されていない。例えば歯科衛生士によって把握された口腔の問題が、かかりつけ医を通じても利用者に歯科受診が勧められないと、治療まで繋がらない。</p> <p>担当者会議は情報共有できる重要な機会であるが、サービス内容の変更や要介護度の区分変更がないと開催されない場合がある。</p> <p>通所リハビリテーションにおいて、一体的取組は利用者への嚥下訓練の実施及び経口移行に有効である。</p> <p>サービス担当者会議に加えて、他の事業所や専門職と対面で話し合えるカンファレンスの機会が必要である。</p> <p>一体的取組においては、通所時の利用者の情報をかかりつけ医に、定期的及び緊急な場合には適宜提供しフィードバックが得られるシステムが必要である。</p>	
	<p>歯科医師との連携について</p>	<p>介護保険施設の協力歯科医院との情報連携は良好である。</p>	
	<p>一体的取組の医療・介護・福祉の連携の強化について</p>	<p>研修会や勉強会等を通じた一体的取組を推進するための連携教育の充実が必要である。そのためには、地域の医療や福祉の関連組織の橋渡しをするコーディネーターの専門的機関が必要である。</p> <p>地域において一体的取組を推進するために、地域の医療・福祉の連携の強化を進めるNPO法人を新設することを検討している法人がある。</p> <p>地域の福祉事業所、病院、診療所等が連携できる共通のツールやネットワークを構築することが重要である。</p> <p>医療・介護機関等についての職種別員数、得意としているサービス内容等についての情報が把握され共有されていることが重要。協力する側にとってメリットがないと、協力は進まない。自治体の旗振りが必要である。</p> <p>食事（調整食等を含む）の宅配サービスが必要である。</p> <p>同一利用者が異なる通所サービス事業所を利用している場合も相互の連携が行われている。</p>	
	<p>自治体の支援体制について</p>	<p>施設・事業所は自治体の様々な事業に協力しているが、一体的取組に関連する専門職の配置や業務内容等についての情報が公表されていない。法人内だけでは地域の医療・介護・福祉が守れる体制が築きにくいので、自治体は連携、評価、医療・福祉機関の地域活動・研修及び交流を支援する機関の設置等の仕組みづくりを進める必要がある。</p> <p>現在のところ、自治体の介護予防事業等はリハビリテーションや運動が中心であるので、口腔・栄養の大切さをアピールすることや、地域の住民主体の活動の場において一体的取組について啓発することが必要である。</p> <p>自治体は、地域の医療・介護等に携わる各専門職によって構成される連絡協議会等において、一体的取組について話し合いや多職種による研修ができるようにすべきである。歯科衛生士、言語聴覚士及び管理栄養士については職能としての地域の連絡会がない場合が多いので、新たにつくる必要がある。</p> <p>地域に言語聴覚士、歯科衛生士及び管理栄養士がいない場合には、介護予防事業と同様に自治体が支援すべきである。</p>	
	<p>管理栄養士による在宅高齢者の生活全般への関わりについて</p>		<p>施設の管理栄養士が2名配置となっても、通所サービス利用者の在宅での生活全般の支援には対応しきれていない。</p>

れの職種がケアを行うものである。これらの効果については、令和4年度の報告書に示したイン

タビュー調査において、主観的な意見ではあるが、専門職からは、口腔衛生維持・改善、口腔機能維持・改善、食事形態維持・改善、栄養状態の維持・改善、筋力の向上・ADLの改善に関する意見が多々述べられた。具体的には、誤嚥性肺炎のリスク軽減、個々に適した食事形態の評価と経口摂取のための訓練が実施され、栄養状態の維持・向上とADLの改善に繋がっている可能性があることが示された。また、利用者と家族のQOL向上に加え、専門職のモチベーションにも繋がることを報告している⁴⁾。

さらに、令和6年度介護報酬改定においては、リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅱ)及び個別機能訓練加算(Ⅱに加えてⅢ)を算定する要件として、口腔機能管理加算(Ⅱ)及び栄養マネジメント強化加算の算定が必要とされている。入所者ごとに、理学療法士が、個別機能訓練計画の内容等の情報その他個別機能訓練の適切かつ有効な実施のための必要な情報、入所者の口腔の健康状態に関する情報及び入所者の栄養状態に関する情報を相互に共有し、共有した情報を踏まえ、必要に応じて個別機能訓練計画の見直しを行い、見直しの内容について、理学療法士等の関係職種間で共有していることが求められる。

情報連携については、介護保険施設から居宅、他の介護保険施設、医療機関等に退所する者の栄養管理に関する情報連携が切れ目なく行われるようにする観点から、介護保険施設の管理栄養士が、厚生労働大臣が定める特別食等を必要とする入所者又は低栄養状態にあると医師が判断した入所者の栄養管理に関する情報について、他の介護保険施設や医療機関等に提供することを評価する新たな退所時栄養情報連携加算を設けた。また、これまでの再入所時栄養連携加算は、厚生労働大臣が定める特別食等を提供する必要があるものを新たな要件として加えた。

一方、令和6年度介護報酬改定と同時に行われた診療報酬改定では、医療機関への入院患者ばかりでなく、介護保険施設入所患者や在宅療養患者への栄養管理への歯科専門職の参画が栄養サポートチーム等連携加算の新設によって推進されることになった。

地域において、救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担う一般病棟に、地域包括医療病棟入院料を1日につき3,050点を新設した。高齢者の救急患者をはじめとした急性疾患等の患者に対する適切な入院医療を推進する観点から、高齢者の救急患者等に対して、一定の体制を整えたいうでリハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に提供する体制を評価している。このように、令和6年度の診療報酬及び介護報酬の改定により、医療と介護の切れ目のない栄養管理に向けた情報連携とリハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組の推進が加速することが推測される。これらの施設、病院、在宅の連携は、本インタビュー調査においても、強化を求めることを言及しており、今後の取組みが期待できる。

一体的取組の推進に向けての、医療・介護・福祉の連携強化に対する意見として、研修会等を通して一体的取組の連携教育の充実の必要性と連携を強化するための共通のツールやネットワークを構築することが述べられていた。そして、自治体の支援体制を求める声は多く、旗振り役として、その地域における専門職の配置状況および業務内容の把握はもちろん、医療・福祉の関係職種の交流の場を設置する等の仕組みづくりを主導し、多職種での研修会の開催等してほしいとの意見があった。さらに、一体的取組に向けての専門職の雇用がない施設については、介護予防事業と同様に、自治体に支援を求める意見も示された。令和4年度の報告⁴⁾においては、課題解決には、ICTの活用等を通じた情報の共有化と、各専門職の有機的な連携や徹底的な共同作業としてのチームケアの改善活動の必要性を視野に入れ検討すべきであると示したが、これらを検討したうで、自治体の支援体制の整備も求められる。

結 論

インタビュー調査による一体的取組のあり方については、令和6年度の介護報酬改定の方向性をイメージできるものであった。また、今後の一体的取組の推進に向けては、各施設および各事業所内でのチームケアの改善活動の活性化に加え、自治体のリハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組への支援体制の整備および研修会の企画・立案が求められ、今後は、各地域と各施設の特性に合わせや体制づくりとチームビルディングが必要である。

文 献

- 1) 厚生労働省 令和3年度介護報酬改定の主な事項について
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000753776.pdf>
- 2) 厚生労働省：令和3年度介護報酬改定について
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00034.html
- 3) 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
001200256.pdf (mhlw.go.jp)
- 4) 厚生労働省令和4年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）「リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組に関する調査研究事業」報告書，2023.3

★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ます。 ●本研究の概要・目的・方法・倫理面への配慮について理解しました。 ●本研究は無記名で行われ、情報の保護に十分な配慮がなされます。 ●本研究への回答は自由意思であり、IDにより不利益を受けること無く撤回できます。 ●結果については報告書および学术论文として取りまとめ、公表されます。	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

※本調査票のお送り先の通所サービス事業所についてのみお答えください(併設の施設サービス等は含めないでください)。

ID(事業所番号):	記入日:2023 年()月()日
主回答者(いずれかに○):a. 事業所管理者、b. その他()	

1. 事業所の概要についてお答えください。(日付、期間の指定がない場合は記入日時点についてお答えください)

(1). 事業所・利用者概要についてご記入下さい。

a. 事業主体(いずれかに○):① 社会福祉法人, ② 医療法人, ③ 営利法人, ④ NPO 法人, ⑤ その他	
b. 併設施設(あてはまるものすべてに○): ①特養, ②老健, ③病院, ④診療所, ⑤歯科医療機関, ⑥ ①~⑤で当てはまるものはない	
c. 定員()名	d.利用者実人数()人 ※1日に来所する人数ではなく、通所サービスを利用している人数(延べ人数ではない)を記入
e. 要介護度別利用者実人数内訳: 1 週間合計の利用者実人数 (0 人の場合は「0」をご記入ください。合計が d. 利用者実人数と一致することをご確認ください。) ①要支援1()人, ②要支援 2(), ③要介護1()人, ④要介護2()人, ⑤要介護3()人, ⑥要介護4()人, ⑦要介護 5()人, ⑧その他※審査中等()人	
f. Body Mass Index(BMI)が 18.5 未満のやせの利用者はいますか(いずれかに○) ①いる ⇒()人, ②いない, ③把握していない	
g. 噛むこと(咀嚼)に問題がある利用者はいますか(いずれかに○) ①いる ⇒()人, ②いない, ③把握していない	
h. 義歯がある利用者(使用していない者も含む)はいますか(いずれかに○) ①いる ⇒()人 (次の i に進んでください), ②いない (j に進んでください) ③把握していない (j に進んでください)	
i. 上記の h で義歯がある利用者がある場合に、義歯を使用している利用者はいますか?(いずれかに○) ①いる ⇒()人, ②いない, ③把握していない	
j. 咀嚼機能が低下した利用者への対応について、頻度が最も高いものは何ですか。(いずれかに○) ①軟らかいものが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, g. 食事提供がない ②軟らかいものが嚙めない利用者への対応
a.常食, b.軟食・軟菜食, c.きざみ食, d.ソフト食・ムース食, e.ミキサー食, f.その他, g. 食事提供がない
k. 飲み込むこと(嚥下)に問題がある利用者はいますか(いずれかに○) ①いる ⇒()人, ②いない, ③把握していない

(2). 2023年4月1日から2023年9月30日の6か月間の死亡・入院・利用終了等についてご記入下さい。
(0人の場合は「0」をご記入ください。不明の場合は「②不明」に○をつけてください)

a. 利用終了した人数(死亡を含む) ①()人, ②不明
b. 入院した人数(入院先で死亡も含む) ①()人, ②不明
c. 入院した人のうち、誤嚥性肺炎により入院した人数 ①()人, ②不明
d. 死亡した人数 ①()人, ②不明

(3). 職種別従業員数(常勤換算)についてご記入ください。(0人の場合は「0」をご記入ください。)

a. 医師()人, b. 歯科医師()人, c. 歯科衛生士()人, d. 薬剤師()人, e. 介護福祉士()人, f. 介護職員(介護福祉士を除く)()人, g. 介護支援専門員()人, h. 看護師()人, i. 准看護師()人, j. 理学療法士()人, k. 作業療法士()人, l. 言語聴覚士()人, m. 専任の機能訓練指導員(h~lの従業員を除く)()人, n. 管理栄養士()人, o. 栄養士(管理栄養士を除く)()人

(4). (3). m.の専任で勤務する機能訓練指導員の資格で当てはまるものすべてに○をつけてください。

a. 看護師, b. 准看護師, c. 理学療法士, d. 作業療法士, e. 言語聴覚士, f. 柔道整復師, g. あん摩マッサージ指圧師, h. 鍼灸師(6か月以上の実務経験有), i. その他()
--

(5). 貴事業所の従業員以外で、外部機関等に所属し、貴事業所の従業員と連携(評価・治療・ケア等)している専門職はありますか。①あり ②なし のいずれかに○をつけ、①ありの場合は所属機関のα、βいずれかにください。
(貴施設が外部機関と提携していたり、利用者が個別に利用していて情報提供を受けている場合を含む)

a. 医師 :①あり(所属機関(α. 同一法人・β. 他法人)・②なし
b. 歯科医師:①あり(所属機関(α. 同一法人・β. 他法人)・②なし
c. 歯科衛生士:①あり(所属機関(α. 同一法人・β. 他法人)・②なし
d. 理学療法士:①あり(所属機関(α. 同一法人・β. 他法人)・②なし
e. 作業療法士:①あり(所属機関(α. 同一法人・β. 他法人)・②なし
f. 言語聴覚士:①あり(所属機関(α. 同一法人・β. 他法人)・②なし
g. 管理栄養士:①あり(所属機関(α. 同一法人・β. 他法人)・②なし

(6). 以下の加算について、2023年9月の1か月間に1件以上算定しましたか。それぞれ①あり ②なし のいずれかに○をつけてください。

通所リハビリテーション・通所介護共通 (a~g)	算定の有無
a. 口腔・栄養スクリーニング加算 I	①あり・②なし
b. 口腔・栄養スクリーニング加算 II	①あり・②なし
c. 栄養アセスメント加算	①あり・②なし

d. 栄養改善加算	①あり・②なし
e. 口腔機能向上加算Ⅰ	①あり・②なし
f. 口腔機能向上加算Ⅱ	①あり・②なし
g. 科学的介護推進体制加算	①あり・②なし

通所リハビリテーション(h~n)	
h. リハビリテーションマネジメント加算(A)イ	①あり・②なし
i. リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ	①あり・②なし
j. リハビリテーションマネジメント加算(B)イ	①あり・②なし
k. リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ	①あり・②なし
l. 生活行為向上リハビリテーション実施加算	①あり・②なし
m. 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	①あり・②なし
n. 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)	①あり・②なし

通所介護(o~u)	
算定の有無	
o. 個別機能訓練加算Ⅰイ	①あり・②なし
p. 個別機能訓練加算Ⅰロ	①あり・②なし
q. 個別機能訓練加算Ⅱ	①あり・②なし
r. 生活機能向上連携加算Ⅰ	①あり・②なし
s. 生活機能向上連携加算Ⅱ	①あり・②なし
t. ADL維持等加算Ⅰ	①あり・②なし
u. ADL維持等加算Ⅱ	①あり・②なし

2. 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」についてお聞きします。
(日付、期間の指定がない場合は記入日時点についてお答えください)

※「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」とは、利用者の自立支援・重度化防止のための効果的なケアを提供する観点から、医師、歯科医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種による総合的なリハビリテーション・機能訓練、栄養管理及び口腔管理が実施されることをいいます。
(参照: <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000755018.pdf>)

(1). 回答者は、厚生労働省が公開している「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書(施設系・通所)(一体的計画書)」の様式例を知っていますか。a,b,いずれかに○をつけてください。

a. 知っている, b 知らない

(2). (1)の一体的計画書を使用していますか(様式例を参考に使いやすいようアレンジしている場合も含む)。

a,bいずれかに○をつけてください。

a. 使用している(以下の①, ②にお答えください) b. 使用していない(以下の③にお答えください)
① <u>使用している場合</u> 、書類の作成に <u>関与している職種すべてに○をつけてください</u> 。 a. 医師, b. 歯科医師, c. 歯科衛生士, d. 薬剤師, e. 介護福祉士, f. 介護職員(介護福祉士を除く), g. 介護支援専門員, h. 看護師, i. 准看護師, j. 理学療法士, k. 作業療法士, l. 言語聴覚士, m. 専任で勤務する機能訓練指導員, n. 管理栄養士, o. 栄養士(管理栄養士を除く) p. その他()
② <u>使用している場合</u> 、利用者や家族への意向確認、聞き取りに <u>関与している職種すべてに○をつけてください</u> 。 a. 医師, b. 歯科医師, c. 歯科衛生士, d. 薬剤師, e. 介護福祉士, f. 介護職員(介護福祉士を除く), g. 介護支援専門員, h. 看護師, i. 准看護師, j. 理学療法士, k. 作業療法士, l. 言語聴覚士, m. 専任で勤務する機能訓練指導員, n. 管理栄養士, o. 栄養士(管理栄養士を除く) p. その他()
③ <u>使用していない場合</u> 、その理由について <u>当てはまるものすべてに○をつけてください</u> 。 a.別の書式で運用している, b.様式例の使い勝手が悪い, c.電子システムが対応していない, d.活用を主導する旗振り役がない, e.多職種で書類を共有することが難しい・ f.各職種の業務についての相互の理解不足, g. 活用を促す加算がない h.その他()

(3). リハビリテーション専門職*1・機能訓練指導員*2、栄養専門職*3、歯科口腔専門職*4 が連携して設定した目標を個別のリハビリテーション計画または機能訓練計画に反映できていますか(一体的計画書の使用の有無にかかわらず)。a,bいずれかに○をつけてください。 *1. リハビリテーション専門職:理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

*2. 機能訓練指導員:専任で勤務する看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、鍼灸師(6か月以上の実務経験有) *3. 栄養専門職:管理栄養士・栄養士 *4. 歯科口腔専門職:歯科医師・歯科衛生士

a. 反映できている(次の(4)にお進みください), b. 反映できていない(以下の①にお答えください)
① <u>反映できていない場合</u> 、その理由について <u>当てはまるものすべてに○をつけてください</u> 。 a. リハビリテーション専門職が勤務していない, b. 機能訓練指導員が勤務していない, c. 事業所外(同一法人を含む)のリハビリテーション専門職との連携体制がない, d. 事業所外(同一法人を含む)の機能訓練指導員との連携体制がない, e. リハビリテーション専門職の3職種が揃わない, f. 栄養専門職が勤務していない, g. 事業所外(同一法人を含む)の栄養専門職との連携体制がない, h. 歯科口腔専門職が勤務していない, i. 事業所外(同一法人を含む)の歯科口腔専門職との連携体制がない, j. 事業所外(同一法人を含む)の薬剤師との連携体制がない, k. 連携を主導する旗振り役がない, l. 各職種の業務についての相互の理解不足, m.その他()

(4). 以下の項目について、リハビリテーション専門職*1・機能訓練指導員*2、栄養専門職*3、歯科口腔専門職*4、介護職員、介護支援専門員、看護師は連携協働で関わっていますか。関わっている職種 a~g の□に✓をつけてください。が(一体的計画書の使用の有無にかかわらず)

*1. リハビリテーション専門職:理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

*2. 機能訓練指導員:専任で勤務する看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、鍼灸師(6か月以上の実務経験有) *3. 栄養専門職:管理栄養士・栄養士 *4. 歯科口腔専門職:歯科医師・歯科衛生士

	ア リハビリテ ーション専門 職	イ 機能訓練 指導員	ウ 栄養専門 職	エ 歯科口腔 専門職	オ 介護福祉士を 含む介護職 員	カ 介護支援 専門員	ク 看護師・ 准看護師
1. リハビリテーション・個別機能訓練目標の共有	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. リハビリテーション・個別機能訓練計画の共有	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 栄養ケアの目標の共有	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 栄養ケア計画の共有	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 口腔ケア・マネジメントの目標の共有	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 口腔ケア・マネジメント計画の共有	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. リハビリテーション・個別機能訓練における活動量、筋緊張、不随意運動の有無の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 筋肉量、筋力の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. エネルギー消費量の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 呼吸機能の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ADL の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 食事姿勢や椅子・机の高さの把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 低栄養状態リスクの把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 身長・体重・BMI・体脂肪率(身体計測)の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. エネルギー・栄養素摂取量の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 食事形態の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 食嗜好の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 使用している食器具の状況の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. 食事介助状況の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 褥瘡の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. 口腔衛生状態(歯や義歯の汚れ、舌苔、口臭等)の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. 日常的な口腔ケアの実施	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. 口腔機能状態(摂食嚥下、頸部・顔面周囲筋の緊張や筋力、頸部、口腔周囲の可動域、口腔内や口唇の感覚、舌の動き、むせ、口腔乾燥等)の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. 義歯の有無の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. 義歯の問題の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. 服薬状況の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. 排泄状況の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. 認知機能の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. アドバンス・ケア・プランニングへの参加	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. 経口維持加算による多職種ミールラウンド・カンファレンスへの参加	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. 居宅を訪問し、状況を把握(各専門職の視点で)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(5). リハビリテーション専門職*1・機能訓練指導員*2、栄養専門職*3、歯科口腔専門職*4の3領域の専門職が参加するカンファレンスを開催していますか。a,b,いずれかに○をつけてください。

*1. リハビリテーション専門職:理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

*2. 機能訓練指導員:専任で勤務する看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、鍼灸師(6か月以上の実務経験有) *3. 栄養専門職:管理栄養士・栄養士 *4. 歯科口腔専門職:歯科医師・歯科衛生士

a. 開催している(以下の①, ②にお答えください), b. 開催していない(次の(6)にお進みください)
① 開催している場合、頻度について当てはまるもの1つに○をつけてください。 a. 毎日 ・ b. 週3~6日 ・ c. 週1,2日 ・ d. 月1~3日 ・ e. 月1回未満
② 開催している場合、カンファレンスの目的について当てはまるものすべてに○をつけてください。 a. 介護支援専門員が主催するサービス担当者会議, b. ケアプランの共有, c. ミールラウンド後のカンファレンス, d. 一体的計画書の共有, e. 退所前情報共有, f. 委員会(具体的に:), g. 飲食レクリエーション, h. その他()

(6). リハビリテーション専門職*1・機能訓練指導員*2、栄養専門職*3、歯科口腔専門職*4の領域の専門職が、個別の利用者についてカンファレンス以外にフロア等でインフォーマルな話し合いをする機会は日常的にありますか。a,b,いずれかに○をつけてください。

*1. リハビリテーション専門職:理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

*2. 機能訓練指導員:専任で勤務する看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、鍼灸師(6か月以上の実務経験有) *3. 栄養専門職:管理栄養士・栄養士 *4. 歯科口腔専門職:歯科医師・歯科衛生士

a. 実施している(以下の①~⑤にお答えください) b. 実施していない(次の(7)にお進みください)
① 実施している場合、話し合いの対象となるのは、1日当たり平均で何名程度ですか()名
② 実施している場合、頻度について当てはまるもの1つに○をつけてください。 a. 毎日 ・ b. 週3~6日 ・ c. 週1,2日 ・ d. 月1~3日 ・ e. 月1回未満
③ 実施している場合、話し合う内容について当てはまるものすべてに○をつけてください。 a. リハビリテーション・個別機能訓練に関する事, b. 栄養・食事に関する事, c. 口腔に関する事 d. 利用者の体調に関する事, e. モニタリング(計画の実施状況)に関する事, f. 支援には直接関係しない利用者の情報に関する事, g. 家族からの情報に関する事 h. その他()
④ 実施している場合、情報はどこまで共有されますか。当てはまるもの1つに○をつけてください。 a. その場にはないものを含むすべての職員, b. その場にいた職員のみ

⑤ 実施している場合、情報はどのように共有されますか。当てはまるものすべてに○をつけてください。

- a. カルテなどに記録して共有する, b. 議事録を作成して共有している, c. 口頭で伝達する,
- d. その他()

(7). 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」が推進されることで、どのような効果がありましたか。当てはまるものすべてに○をつけてください。

- a. 利用者の新たな課題やニーズを早期に把握できるようになった,
- b. 日常の職種間の情報連携の頻度が増えた, c. ケアプランで共通した目標設定ができるようになった,
- d. 各専門職の専門用語への理解が深まった, e. 各専門職の業務フローへの理解が深まった,
- f. 職員の職務満足度が高まった, g. 褥瘡のケアが充実した, h. 看取りのケアが充実した,
- i. 認知症のケアが充実した, j. 外部の関連者との連携が強化された,
- k. リハビリテーションのアウトカムがよくなった, l. 個別機能訓練のアウトカムがよくなった,
- m. 栄養のアウトカムが良くなった, n. 歯科口腔のアウトカムがよくなった, o. 入院が減少した,
- p. 肺炎が少なくなった, q. 在宅復帰が促進された, r. 認知症の重度化が防止された,
- s. ADL・IADL が維持改善された, t. ポリファーマシー対策が強化された, u. 転倒頻度・転倒リスクが減弱した, v. 生きがい・QOL がその人らしく感じるようになった, w. 残存機能や今後の見通しがわかりやすくなった, x. 介護者の負担軽減につながった, y. その他(),
- z. 取り組んでいないのでわからない

(8). 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」を推進するうえで課題となっているのはどのようなことですか。当てはまるものすべてに○をつけてください。

- a. 専門職が常勤配置されていない, b. 外部機関(同一法人を含む)所属の専門職との連携体制がない・わからない, c. 専門職が互いの業務に対する理解がない, d. 主導する職種が決まっていない・わからない,
- e. 電子システムが対応していない, f. 専門職同士がわからないことがあったときに気軽に相談できない,
- g. 経営上のメリットがない i. その他()

(9). 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」を推進するうえですでに取り組んでいることはありますか。当てはまるものすべてに○をつけてください。

- a. 連携に関与する専門職を新規に雇用している,
- b. 外部機関所属(同一法人を含む)の専門職との連携体制を強化している
- c. リハビリテーション・機能訓練・栄養管理・口腔管理の専門職(同一事業所・同一法人所属)と本人・家族、ケアマネジャー等が参加するカンファレンスを(定期的)に開催している
- d. リハビリテーション・機能訓練・栄養管理・口腔管理の専門職((同一事業所・同一法人を除く外部機関所属)と本人・家族、ケアマネジャー等が参加するカンファレンスを(定期的)に開催している。
- e. 専門職が互いの業務に対する理解を深めるための研修会を開催している
- f. 主導する職種を決めている, g. 電子システムを導入している
- h. 専門職同士がわからないことがあったときに気軽に相談できる職場づくりに努めている
- i. 職種間での SNS を活用した気付きの共有や合意形成をしている
- j. その他()

(10). 多職種協働の状況 a～g について、①～④で当てはまるものに○をつけてください。

a. 利用者への支援について、多職種チームの誰かが何かを気にかけている場合に、全体で取り上げるようにしている	①まったくあてはまらない、②あまりあてはまらない、 ③ ややあてはまる、④とてもあてはまる
b. 利用者の価値観への配慮が必要で、技術で割り切れない問題は、多職種チームで話し合っている	①まったくあてはまらない、②あまりあてはまらない、 ③ややあてはまる、④とてもあてはまる
c. 多職種チームは、ある程度の期間一緒に働いて人となり分かった人が何人かいる	①まったくあてはまらない、②あまりあてはまらない、 ③ ややあてはまる、④とてもあてはまる
d. 多職種チームは、紙や電子カルテでの意思疎通だけでなく、顔を合わせて意見や気持ちを話し合っている	①まったくあてはまらない、②あまりあてはまらない、 ④ ややあてはまる、④とてもあてはまる
e. 多職種チームは、わからないことがあれば、他職種に教えてもらうことができる	①まったくあてはまらない、②あまりあてはまらない、 ④ ややあてはまる、④とてもあてはまる
f. カンファレンスには多くの職種が参加し、それぞれが意見を述べている	①まったくあてはまらない、②あまりあてはまらない、 ③ややあてはまる、④とてもあてはまる
g. カンファレンスで一度も発言しない職種がないように、配慮されている	①まったくあてはまらない、②あまりあてはまらない、 ③ややあてはまる、④とてもあてはまる
h. 職種の専門性を尊重した協働がなされるように配慮されている	①まったくあてはまらない、②あまりあてはまらない、 ③ややあてはまる、④とてもあてはまる
i. カンファレンスでは、話し合うだけでなく一定の結論を導き出す場になるように配慮されている	①まったくあてはまらない、②あまりあてはまらない、 ③ややあてはまる、④とてもあてはまる
j. 多職種チーム内で支援目標を共有している	①まったくあてはまらない、②あまりあてはまらない、 ③ややあてはまる、④とてもあてはまる

(11). 利用者が契約している居宅介護支援事業所の介護支援専門員で、通所サービス事業所のリハビリテーション専門職*1・機能訓練指導員*2、栄養専門職*3、・歯科口腔専門職*4 と連携している人はいますか。a,b,いずれかに○をつけてください。

*1. リハビリテーション専門職:理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

*2. 機能訓練指導員:専任で勤務する看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、鍼灸師(6か月以上の実務経験有) *3. 栄養専門職:管理栄養士・栄養士 *4. 歯科口腔専門職:歯科医師・歯科衛生士

a. 連携している人がいる(以下の①～⑤にお答えください、b. 連携していない(3へお進みください)
① 連携している人がいる場合、通所事業所から情報共有している内容について当てはまるものすべてに○をつけてください。 a. リハビリテーション・個別機能訓練目標、b. リハビリテーション・個別機能訓練計画・具体的内容、 c. 栄養ケアの目標、d. 栄養ケア計画、e 口腔ケア・マネジメントの目標、f. 口腔ケア・マネジメント計画、 g. リハビリテーション・個別機能訓練における活動量、筋緊張、不随意運動の有無、h. 筋肉量、筋力、 i. エネルギー消費量、j. 呼吸機能、k. ADL・IADL、l. 食事姿勢や椅子・机の高さ、m. 低栄養状態リスク、 n. 身長・体重・BMI・体脂肪率(身体計測)、o. エネルギー・栄養素摂取量、p. 食事形態、q.食嗜好、 r. 使用している食器具の状況、s. 食事介助状況、t. 褥瘡、u. 口腔衛生状態(口の中の汚れ等)、 v. 日常的な口腔ケア、w. 口腔機能状態(摂食嚥下、頸部・顔面周囲筋の緊張や筋力、頸部、口腔周囲の可動域、口腔内や口唇の感覚等)、x. 義歯の問題、y.オーラルフレイルの状況、z. 服薬状況、α. 排泄状況、 β. 居宅の状況、γ. 口腔・栄養スクリーニングの結果、δ. 栄養アセスメント・モニタリングの結果、 ε. 栄養ケア計画の内容、ζ. 廃用症状出現の兆候の有無、η. 介護者の負担軽減の方法、 θ. 住居の環境、ι. サービス利用中の様子、κ. 利用者の残存機能の今後の見通し、λ. 家族の状況、 μ. 移動の自立状況、ξ. その他()

- ② 連携している人がいる場合、介護支援専門員がわからないことがあった時に、通所サービス事業所のリハビリテーション専門職・機能訓練指導員、栄養専門職、・歯科口腔専門職は相談に乗っていますか。当てはまるものすべてに○をつけてください。
- a. リハビリテーション専門職が相談に乗る, b. 機能訓練指導員が相談に乗る
c. 栄養専門職が相談に乗る, d. 歯科口腔専門職が相談に乗る
e. その他の職種(具体的に:)が代わりに相談に乗る, f. 相談に乗ることはない
- ③ 連携している人がいる場合、通所サービス事業所のリハビリテーション専門職・機能訓練指導員、栄養専門職、・歯科口腔専門職に相談していますか。当てはまるものすべてに○をつけてください。
- a. リハビリテーション専門職は相談している, b. 機能訓練指導員は相談している,
c. 栄養専門職は相談している, d. 歯科口腔専門職は相談している, e. 相談することはない
- ④ 連携している人がいる場合、通所サービス事業所のリハビリテーション専門職・機能訓練指導員、栄養専門職、・歯科口腔専門職は必要に応じて利用者の居宅に訪問していますか。当てはまるものすべてに○をつけてください。
- a. リハビリテーション専門職は居宅訪問している, b. 機能訓練指導員は居宅訪問している
c. 栄養専門職は居宅訪問している, d. 歯科口腔専門職は居宅訪問している
e. 訪問することはない (a～dに○をつけた場合、以下⑤にお答えください)
- ⑤通所サービス事業所のリハビリテーション専門職・機能訓練指導員、栄養専門職、・歯科口腔専門職が利用者の居宅に訪問している場合、居宅で把握している内容で当てはまるものすべてに○をつけてください。
- a. 自宅の間取り, b. 自宅の周辺環境, c. 睡眠・ベッド・寝具の状況, d. 入浴の状況,
e. 排泄・トイレの状況, f. 服薬状況, g. ADL・IADL, h. 転倒の危険性, i. 身体活動量,
j. いすやテーブルの高さ, k. 食事姿勢, l. 調理設備・調理器具, m. 調理担当者, n. 食事場所,
o. 買い物方法, p. 食事回数, q. 食事内容, r. 食事にかかる時間, s. 食事形態, t. 食事摂取量,
u. 水分摂取量, v. 食器具, w. 共食者の有無, x. 食事介助状況, y. 栄養補助食品の利用, z. 褥瘡,
α. 口腔衛生状態(歯や義歯の汚れ、舌苔、口臭等), β. 口腔ケア実施状況,
γ. 口腔機能状態(摂食嚥下、頸部・顔面周囲筋の緊張や筋力、頸部、口腔周囲の可動域、口腔内や口唇の感覚、舌の動き、むせ、口腔乾燥等), δ. 義歯の問題, ε. 移動手段,
ζ. 日中と夜間の活動や暮らしの違い, η. 家族の状況, θ, 一日の生活リズム,
ι. その他()

3. 以下についてご意見があればご自由にご記入ください。

「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」について
介護報酬改定について
その他(ご自由に)

ご協力ありがとうございました。記入もれがないか、いま一度ご確認ください。

集計結果は、報告書としてWebページ(<http://www.j-ncm.com/>)に掲載予定です。

(URLは依頼状にも記載されております)

**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 月末日までにご送信下さい。**

問い合わせ先

一般社団法人 日本健康・栄養システム学会事務局

〒111-0053 東京都台東区浅草橋3-1-1 JTビル3階

TEL 03-5829-8590 FAX 03-5829-6679 メール:2022kenkyu@j-ncm.com

(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
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

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>