令和３年度老人保健事業推進費等補助金

老人保健増進等事業

施設系サービス利用者等の口腔衛生等の管理に関する調査研究事業

事業報告書

一般社団法人　日本老年歯科医学会

令和４年３月

目　次

はじめに …… 1

調査研究組織 …… 2

令和3年度老人保健増進等事業 施設系サービス利用者等の口腔衛生等の管理に関する調査研究事業の要旨 …… 4

Ⅰ 施設系サービス利用者等の口腔衛生等の管理に関する郵送質問紙調査の概要 …… 21

Ⅱ 介護保険施設に対する郵送調査 …… 28

Ⅲ 協力歯科医療機関に対する郵送調査 …… 66

Ⅳ 居住系サービスに対する郵送調査 …… 104

Ⅴ 介護保険施設・居住系サービスと協力歯科医療機関の関係 …… 159

Ⅵ 施設系サービス利用者の口腔衛生等の管理に関する縦断調査 …… 172

Ⅶ 介護保険施設・居宅系サービスにおけるオンライン診療等に関する調査 …… 181

Ⅷ 資料 …… 195

資料 1 介護保険施設調査票

資料 2 協力歯科医療期間調査票

資料 3 居宅系サービス調査票

資料 4 実測調査票（口腔・栄養検査調査票）

はじめに

日本老年歯科医学会は老人保健健康増進等事業において、平成 28 年度から全国約 30 の介護保険施設入所者約 900 名を縦断的に調査し、歯科衛生士による口腔衛生管理加算に関する介護サービスと、歯科医師による口腔健康管理が介護保険施設入所者の肺炎発症の低減や、体重減少者の減少、食形態の維持と関連していることを明らかにしてきた。

そして令和 3 年度の介護報酬改定では施設系サービスにおいて口腔衛生管理体制を確保するよう促すとともに、状態に応じた丁寧な口腔衛生管理を更に充実させるため、口腔衛生管理体制加算を廃止し、同加算の算定要件の取組を一定緩和した上で、３年の経過措置期間を設け、基本サービスとして、口腔衛生の管理体制を整備し、入所者ごとの状態に応じた口腔衛生の管理を行うことが求められた。さらに口腔衛生管理加算については、CHASE へのデータ提出とフィードバックの活用による更なる PDCA サイクルの推進・ケアの向上を図ることを評価する新たな区分が設けられた。

また、入所者の口腔の健康の保持を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、口腔衛生の管理体制を整備し、各入所者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行わなければならないことが規定され、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔衛生に係る技術的助言及び指導を年 2 回以上実施することが求められた。さらに新設された口腔衛生管理加算（Ⅱ）においては、口腔衛生等の管理に係る計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔衛生等の管理の実施に当たって、当該情報その他口腔衛生等の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用することが求められた。

しかし、入所者個別のサービスである口腔衛生管理加算を算定している施設は 23.9%（平成 30 年度老人保健事業調査）と限られている。

そこで本事業では、施設系サービス利用者等の口腔衛生等の管理の実態を把握するとともに、平成 30 年度に行った同調査結果と比較して分析した。特に令和 3 年度介護報酬改定に関する口腔衛生の管理体制の整備状況と各入所者の状態に応じた計画的管理に関する施設職員および歯科専門職の考えなどについて、分析結果から施設系サービス利用者等の口腔衛生等に関する施設(職員)ならびに歯科専門職の課題を抽出、整理し、解決に向けた方策を検討することした。

本事業が、介護保険施設における持続可能な口腔健康管理の推進につながるものと確信している。

令和 4 年 3 月 31 日

令和３年度老人保健健康増進等事業特任委員会一同

施設系サービス利用者等の口腔衛生等の管理に関する調査研究事業

調査研究組織

事業受託者　一般社団法人　日本老年歯科医学会　理事長　水口　俊介

事業担当者

吉田　光由　藤田医科大学医学部 歯科・口腔外科学講座　教授
秋野　憲一　札幌市保健福祉局保健所 成人保健・歯科保健担当部長
伊藤　加代子　新潟大学医歯学総合病院口腔リハビリテーション科　助教
糸田　昌隆　大阪歯科大学　医療保健学部　口腔保健学科　教授
岩崎　正則　東京都健康長寿医療センター研究所　専門副部長
岩佐　康行　原土井病院　歯科部長　副院長
内ヶ島 伸也　北海道医療大学　看護福祉学部看護学科　准教授
大河内　二郎　介護老人保健施設竜間之郷　施設長
小原　由紀　東京都健康長寿医療センター研究所専門副部長
菊谷　武　日本歯科大学　口腔リハビリテーション多摩クリニック院長
小玉　剛　日本歯科医師会　常務理事
阪口　英夫　陵北病院　副院長
竹内 研時　東北大学大学院歯学研究科 国際歯科保健学分野 准教授
恒石　美登里　日本歯科総合研究機構　主任研究員
中川　量晴　東京医科歯科大学　摂食嚥下リハビリテーション分野　助教
中島　純子　東京歯科大学　オーラルメディシン・病院歯科学講座　講師
西　恭宏　鹿児島大学医歯学総合研究科　顎顔面機能再建学講座　准教授
平野　浩彦　東京都健康長寿医療センター歯科口腔外科　部長
古屋　純一　昭和大学 歯学部　高齢者歯科学講座　准教授
水谷　慎介　九州大学大学院歯学研究院 高齢者歯科学・全身管理歯科学分野 准教授
本川　佳子　東京都健康長寿医療センター研究所　研究員
渡邊　裕　北海道大学大学院歯学研究院　高齢者歯科学教室　准教授
渡部　芳彦　東北福祉大学　健康科学部　教授

（50音順）

経理担当者

樫本　稔　　（一財）口腔保健協会

研究協力者

白部　麻樹　　東京都健康長寿医療センター研究所　研究員
本橋　佳子　　東京都健康長寿医療センター研究所　非常勤研究員
早川　美知　　東京都健康長寿医療センター研究所　非常勤研究員
三上友里江　　東京都健康長寿医療センター研究所　非常勤研究員
松下　貴恵　　北海道大学歯学部高齢者歯科学講座 助教
近藤美弥子　　北海道大学歯学部高齢者歯科学講座 助教
新井　絵理　　北海道大学歯学部高齢者歯科学講座 大学院生
三浦　和仁　　北海道大学歯学部高齢者歯科学講座 大学院生
馬場　陽久　　北海道大学歯学部高齢者歯科学講座 大学院生
平良　賢周　　北海道大学歯学部高齢者歯科学講座 大学院生
武田　雅彩　　北海道大学歯学部高齢者歯科学講座 大学院生
稲本　香織　　北海道大学歯学部高齢者歯科学講座 大学院生
中川紗百合　　北海道大学歯学部高齢者歯科学講座 大学院生
木村　千鶴　　北海道大学歯学部高齢者歯科学講座 大学院生
松田　捺美　　北海道大学歯学部高齢者歯科学講座 大学院生
奥村　拓真　　東京医科歯科大学 摂食嚥下リハビリテーション学分野　医員
尾崎　由衛　　歯科医院　丸尾崎

研究協力（団体）

公益社団法人日本歯科医師会
公益社団法人日本歯科衛生士会

医療法人社団 永光会
医療法人 敬英会
医療法人社団 東北福祉会
医療法人 平成会

社会福祉法人 明日佳
社会福祉法人 池田博愛会
社会福祉法人 近江薫風会
社会福祉法人 奥湯村福祉会
社会福祉法人 こうほうえん
社会福祉法人 仁成福祉協会
社会福祉法人 聖和会
社会福祉法人 台東区社会福祉事業団
社会福祉法人 多々良福祉会
社会福祉法人 東京救護協会
社会福祉法人 西春日井福祉会
社会福祉法人 山梨樫の会
社会福祉法人 六心会

令和３年度老人保健増進等事業
施設系サービス利用者等の口腔衛生等の管理
に関する調査研究事業の要旨

施設系サービス利用者等の口腔衛生等の管理に関する郵送質問紙調査要旨

令和 3 年度介護報酬改定において、施設系サービスにおいて口腔衛生管理体制を確保するよう促すとともに、状態に応じた丁寧な口腔衛生管理を更に充実させるための改定が行われた。そこで改定後の口腔衛生管理体制にかかる施設系サービス利用者と施設、協力歯科医療機関の実態を把握し、施設系サービス利用者等の口腔衛生等に関する施設（職員）ならびに歯科専門職の課題を抽出、整理し、解決に向けた方策を検討することを目的として全国の介護保険施設等（介護保険施設、特定施設、グループホーム）と在宅療養歯科支援診療所に対する郵送調査を実施した。

介護保険施設、居住系サービス、在宅療養歯科支援診療所とも、都道府県別、施設種別の割合で層化抽出し、それぞれ 1000 施設、機関に質問紙を郵送した。介護保険施設の回答率は 21.3%、在宅療養支援歯科診療所の回答率は 26.1%、居住系サービス施設等の回答率は 24.1%であった。

今回は令和 3 年度介護報酬改定の影響を確認することを目的としたため、平成 30 年度介護報酬改定後に行なった同様の調査結果と比較した。今回の調査も、平成 30 年度調査も全国の介護保険施設から無作為に抽出した施設を対象としたが、同一の施設でないことから、両年度の調査結果の比較については、当該年度の状況、特に本年度の調査は SARS-CoV-2 による感染拡大下での結果であることに十分配慮する必要がある。

1. 介護保険施設に対する郵送調査

- 常勤専従の歯科衛生士は平均 0.1±0.4 人、常勤兼務は 0.1±0.3 人、非常勤は 0.4±0.9 人で、平成 30 年度の調査では常勤専従は平均 0.2±1.2、常勤兼務は 0.1±0.4、非常勤は 0.3±1.3 であったことから、介護保険施設における歯科衛生士の雇用は常勤、非常勤ともに変化はみられなかった。
- 口腔衛生管理体制に関する計画立案を実施している施設は 40.1%で、平成 30 年度の 66.1%から低下していた。

	令和 3 年度（%）	平成 30 年度（%）
立案している	40.1	66.1
立案していない	59.9	33..9

- ◆ 口腔衛生管理加算を算定している施設は 29.4%で、平成 30 年度の 23.9%と比較して増加していた。今年から算定していると回答した施設も 9.5%あり、令和 3 年度の介護報酬改定により、口腔衛生管理加算サービスが促進された可能性が示唆された。
- ◆ 療養食加算、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および経口維持加算Ⅱについても、平成 30 年度と比較して算定していると回答した施設の割合は増加していた。
- ◆ 協力歯科医療機関との委託契約にかかる費用は増額している可能性が示唆され、協力歯科医療機関の歯科衛生士が無報酬で口腔衛生管理に対応することも少なくなってきている可能性が示唆された。
- ◆ 口腔衛生管理加算のための歯科衛生士の雇用については若干増加していた。常勤雇用では口腔衛生管理を担う職員としての雇用が増加し、介護職員との兼任が減少した。歯科衛生士による口腔衛生管理の重要性が浸透してきている可能性が示唆された。
- ◆ 口腔衛生管理加算の対象者の把握について、把握にかかる時間、判断、歯科専門職による健診や研修の機会の不足といった課題を挙げた施設が増加しており、口腔衛生管理加算の対象者の把握について関心が高まっている可能性が示唆された。
- ◆ 歯科衛生士が 1 か月に口腔衛生管理を実施する入所者数について、令和 3 年 4 月以降変化を尋ねたところ 12.6%の施設が増加したと回答していた。歯科衛生士から介護職員に対する助言や指導の回数についても増加したと回答した施設が 17.5%あり、改定によって口腔衛生管理に関する施設の関心が高くなり、歯科衛生士と介護職員の連携が進んだ可能性が示唆された。

2. 協力歯科医療機関に対する郵送調査

- ◆ 診療実績については、平成 30 年度と比較して、外来患者の実人数、外来患者の延べ人数、訪問診療患者の実人数、訪問診療患者の延べ人数のすべて減少がみられ、SARS-CoV-2 による感染拡大の影響が伺えた。
- ◆ かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所は 62.5%、在宅療養支援歯科診療所 1 は 31.3%、在宅療養支援歯科診療所 2 は 51.4%で平成 30 年度と同等であった。居宅療養管理指導については平成 30 年度よりも実施しているとの回答が増加していた。
- ◆ 平成 30 年度よりも訪問施設数および訪問診療回数の減少がみられ、SARS-CoV-2 による歯科訪問診療の自粛が推察された。
- ◆ 協力歯科医療機関として実施している項目については、平成 30 年度と比較して、ほとんどの実施項目で実施しているとの回答が増加しており、介護保険施設において協力歯科医療機関が実施している内容が充実してきていることが示唆された。

	n	令和 3 年度%	平成 30 年度%
食事等のカンファレンスへの参加	55	22.7	16.2
入所者の食事等に関する個別の相談	88	36.4	29.4
歯科訪問診療（歯科治療）	236	97.5	79.3
摂食嚥下に対する相談や支援	139	57.4	49.8
嚥下機能検査	52	21.5	19.3
歯科検診や歯科相談	186	76.9	67.8
口腔衛生管理体制加算への助言	120	49.6	46.6
口腔衛生管理加算実施にあたり指導	103	42.6	37.5
経口維持加算 II への支援	30	12.4	10.6
入所者のミールラウンド（食事観察）への参加	58	24.0	17.8
口腔衛生等に関する研修会の開催	93	38.4	38.3
その他	3	1.2	1.8

- ◆ 協力歯科医療機関として最も重要と思われることについては、摂食嚥下に対する相談や支援が増加し、歯科治療以外に摂食嚥下に対する相談や支援の重要性が増してきていることが伺えた。経口維持加算Ⅱへの支援や入所者のミールラウンド（食事観察）への参加は平成 30 年度よりも対応できないとの回答が増加し、SARS-CoV-2 による感染拡大による影響が伺えた。
- ◆ 協力歯科医療機関としてかかわるようになった施設の入所者への効果としては、口腔衛生状態の改善、肺炎予防が平成 30 年度の同調査と比較して大きく増加した。これも SARS-CoV-2 による感染拡大により、歯科医師、歯科衛生士による口腔衛生管理が制限されたことが影響しているものと思われた。
- ◆ 令和３年度の介護報酬改定による効果については、口腔衛生管理を実施している入所者数は増加し、新設された口腔衛生管理加算Ⅱについても 4 割程度実施されてきていた。
- ◆ 令和 3 年度の改定によって口腔衛生管理体制加算が廃止となったが、SARS-CoV-2 による歯科訪問診療等の自粛等の影響もあり、施設入所者の歯科医療的対応に関する情報の共有や、歯科衛生士による助言、指導の機会は増加しており、介護保険施設の口腔衛生管理体制整備への歯科衛生士の支援の必要性が依然高いことが伺えた。
- ◆ 介護保険施設側および歯科医療機関も口腔衛生管理加算に関するサービスの必要性に対する認識は共通していた。但し摂食嚥下機能への対応が必要な利用者が多いことについては介護保険施設側と歯科医療機関側の認識に開きがあり、歯科医療機関側の摂食嚥下機能への対応の充実が今後望まれる。

3.　居住系サービスに対する郵送調査

- ◆ 居住系サービスにおける歯科衛生士の勤務状況については、平成 30 年度はほとんどなかったが、本調査では、特定施設入居者生活介護施設とグループホームにおいて雇用が認められた。
- ◆ 口腔衛生管理体制加算に関する認知度については、平成 30 年度調査よりも低下していた。
- ◆ 口腔衛生管理体制加算を算定している施設の割合は平成 30 年度調査とほぼ同率で、算定していない施設のほとんどが、予定はないと回答していた。
- ◆ 口腔衛生管理体制加算を算定しない理由については、定員が少ない施設にとっては手間の割には単位数が少ない、助言指導してくれる歯科医師、歯科衛生士が見つからないという理由であった。居住系サービスと訪問診療を行っている歯科医療機関双方に、口腔衛生管理体制加算に関する情報提供と、算定にかかる事務負担軽減のためのツールの提供を行う必要性が示唆された。
- ◆ 口腔衛生管理体制について実施している項目については、3 施設とも平成 30 年度の同調査と比較して、すべての項目で実施率が 10%以上低下しており、口腔衛生管理体制加算にかかる体制整備に関する情報提供が必要であると思われた。
- ◆ 約２割の施設が歯科訪問診療を受け入れていなかった。歯科医療機関との連携についても進んでいない実態もあり、歯科医療機関との連携を促すとともに、入所者の歯科治療を含めた口腔健康管理の状況を調査する必要がある。
- ◆ 歯科訪問診療に来る歯科医師がいない理由については、対応できる歯科医療機関がないとの回答が多かったが、必要性がないとの回答もあり、特定施設の重度要介護高齢者や、グループホームの認知症高齢者に対する口腔健康管理の必要性について、周知していくとともに、施設と歯科医療機関との連携を促進していく必要がある。
- ◆ 協力歯科医療機関に実施してもらいたい項目は、カンファレンスへの参加と研修会の開催で、歯科口腔に関する情報の不足から、カンファレンスにおける助言と研修会での歯科口腔に関する知識の取得を施設側が求めている可能性が示唆された。
- ◆ 居住系サービスにおいても口腔衛生管理加算にかかるサービスが必要であるかの問いに対しては 6 割以上の施設が必要と回答した。必要な理由については、介護職による口腔ケアが困難な利用者が多いため、歯科治療が必要であるか判断ができないため、摂食嚥下機能への対応が必要な利用者が多いためといった回答が多く、歯科口腔に関する情報の不足と歯科医療機関との連携不足が伺われた。

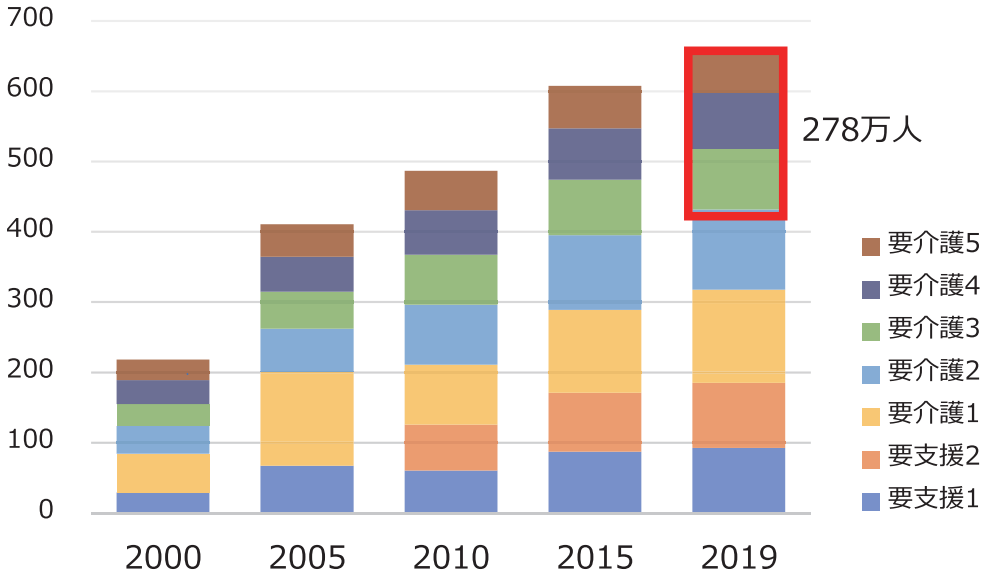
4.　介護保険施設・居住系サービスと協力歯科医療機関の関係

- ◆ 実際に連携している施設・歯科医療機関の回答を突合し、協力歯科医療機関が実施している項目について比較したところ、摂食嚥下に関する支援、口腔衛生管理加算への助言、口腔衛生等に関する研修会については、協力歯科医療機関側は実施していると回答しているにもかかわらず、介護保険施設側では実施しているとの回答は少なかった。
- ◆ 協力歯科医療機関の歯科医師が介護保険施設において実施すべきと考え、実践している項目と、介護保険施設側が実施してもらいたい項目には大きな違いがあり、歯科医療機関側は介護保険施設側が実施してもらいたい項目を実施していると考えていても、介護保険施設側は実施してもらっているとは思っていないことが明らかになった。
- ◆ 食事に関する指導や嚥下機能検査、口腔衛生管理加算実施にあたる指導について、協力歯科医療機関側、介護保険施設側双方が理解を深め、情報を共有する必要があると思われる。
- ◆ 介護保険施設側が協力歯科医療機関に求めている内容と協力歯科医療機関側が重要と考え、実施している内容については十分一致していなかった。介護保険施設とその利用者の状況等により、必要な実施項目は異なってくると思われることから、実施項目の内容と必要性について介護保険施設側と協力歯科医療機関側双方が協議し理解を深め、実施内容を決定していく必要があると考える。
- ◆ 協力歯科医療機関との連携による入所者への効果については口腔衛生状態の改善と肺炎の予防に関しては協力歯科医療機関と介護保険施設側、居住系サービス側とも効果としての認識は共通していた。しかし、摂食嚥下機能の改善や食形態の維持改善に関する効果については、介護保険施設と居住系サービス側は感じているが、協力歯科医療機関はあまり感じていないことが明らかになった。利用者の摂食嚥下機能や食形態について情報を適宜共有し、その効果について双方の立場から協議していく必要があると考える。

	居住系サービス・ 介護保険施設（%）	歯科医療機関（%）
口腔衛生状態の改善	86.5	86.5
摂食嚥下機能の改善	47.3	23.0
食形態の維持改善	44.6	36.5
肺炎予防	59.5	55.4

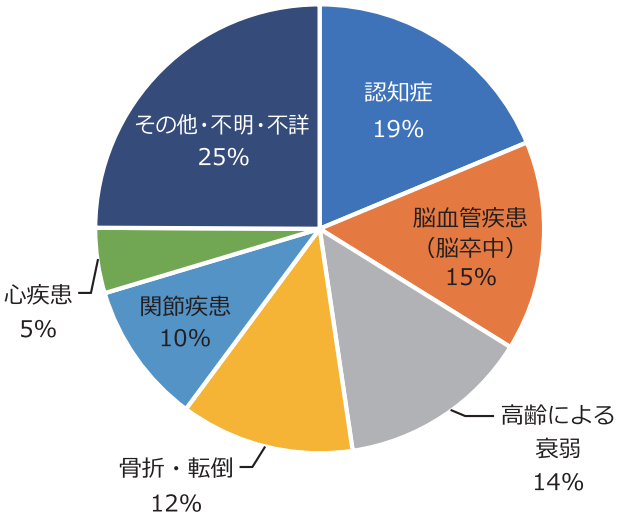
施設系サービス利用者の口腔衛生等の管理に関する縦断調査要旨

日本は世界一の超高齢社会であり、要介護高齢者は急増している。特に要介護度３以上の重度要介護高齢者は 10 年前の 2000 年には 95 万人であったが、2019 年には、その約３倍の 278 万人に増加している。



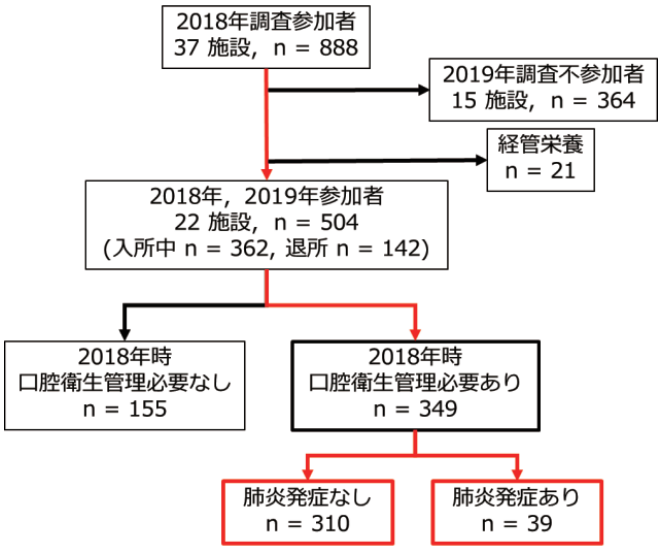
出典：『平成 30 年度　介護保険事業状況報告』（厚生労働省）

2013 年までは 65 歳以上で介護が必要となった者の主な原因は脳血管疾患であったが、2016 年以降は認知症が最も多くなった。



65 歳以上で介護が必要となった者の主な原因

認知症は 2012 年の時点では、462 万人で高齢者の７人に１人であったが、４年後の 2025 年には 700 万人を超え、5 人に 1 人になると見込まれている。
今後も介護保険施設入所者の要介護度は重度化し、重度認知症高齢者も増加することは避けられない状況にある。
日本人の死因別死亡率では、高齢になるほど、癌や心疾患の罹患率は上がり、それによる死亡率は上昇するが、メタボ対策など疾病対策が奏効し、脳血管疾患による死亡率は減少してきている。一方肺炎も高齢になるほどリスクが高まる疾患であり、現在死因別死亡率では、脳血管疾患を抜いて 3 位に上がってきている。特に介護保険施設入所者は要介護度や認知症の重症化により、今後ますます肺炎等の感染症のリスクが高まると予想されている。
米山らが行った口腔のケアの肺炎予防効果に関する研究は 1996 年から約２年間実施された。この研究は日本の介護保険施設入所者 366 名を無作為に２群に分け、介入群には看護師、介護士による毎食後の口腔ケアと、週１回歯科医師、歯科衛生士による専門的口腔ケアが提供され、対照群は要介護高齢者本人のセルフケアのみが行われるというものであった。
結果２年間の発熱者の発生は介入群に比べ、対照群は２倍多く、肺炎の発症者も２倍近く多いという結果がえられた。この研究が行われ四半世紀がたち、日本の介護保険施設に入所している要介護高齢者は高齢化し、介護度も認知機能の低下も重度化している。また、80 歳で 20 本歯を有する者もこの 30 年間で約 6 倍の 50%にまで増加しており、入所者の口腔衛生状態を維持することは極めて困難な状況にある。
我々は平成 30 年から全国の介護保険施設の調査を縦断的に行い、体重減少や肺炎発症に関連する要因を検討した。結果、歯科衛生士による口腔衛生管理が必要な入所者は 61.8%で、無歯顎者の割合は 34.2%、対象者の平均年齢は 87.4 歳であった。米山らの口腔のケアの肺炎予防効果に関する研究の対象者の平均年齢は 82 歳で 5 歳若く、無歯顎者の割合が 43.2%で、10%低い割合であった。つまりこの 26 年間で介護保険施設入所者は高齢化したものの、多くの歯を持った要介護高齢者が増加しているということになる。
現在の介護保険施設入所者の口腔衛生状態を維持することは困難な状況にあるが、米山らの研究成果によって、日本の介護保険施設では、看護師、介護士による口腔ケアは日常のケアとして行われるようになり、さらに歯科衛生士が入所者個別に月に 2 回口腔衛生管理を行う介護サービスが導入された。
本研究事業では平成 30 年度から全国 30 以上の介護保険施設入所者を縦断的に調査してきた。平成 30 年度は 888 名のベースライン調査を実施し、令和元年に追跡調査として、再度研究に協力した 22 施設、504 名の調査を実施した。ベースライン調査時に口腔衛生管理が必要と施設の看護師が判断した入所者 349 名のうち、ベースライン調査後 1 年間に肺炎を発症したものは 39 名で、多変量解析の結果、現在歯数が多い者ほど、肺炎の発症が多く、歯科衛生士による口腔衛生管理を受けている者の方が、肺炎の発症が少ないという結果が得られた。



1 年間の肺炎発症に関する分析

1 年間の肺炎発症の有無に関するポアソン回帰分析

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

PRR = Adjusted prevalence rate ratio

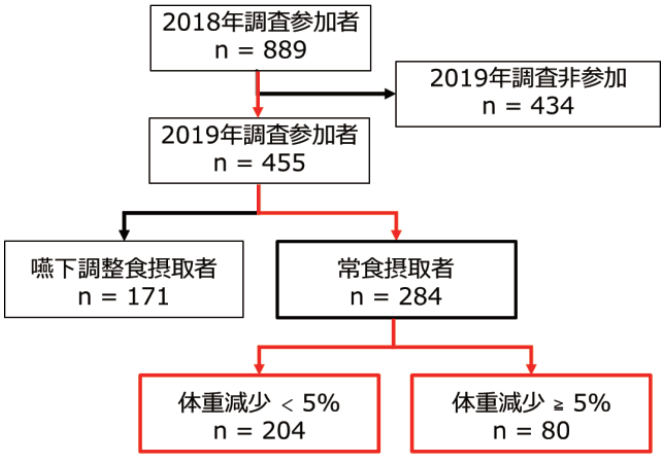
この結果は現在歯数が増加し、要介護度と認知機能が重度に低下した現在の介護保険入所者においても、介護サービスに導入された、歯科衛生士による口腔衛生管理が肺炎の発症を抑制する可能性が示唆したことになる。つまり米山研究によって導入された口腔衛生管理加算にかかる介護サービスの肺炎予防効果が四半世紀を経て、より高齢で口腔衛生管理が困難な施設入所要介護高齢者においても、実証されたことになる。

口腔衛生管理による肺炎予防の効果は、口腔衛生管理による口腔内細菌の減少と嚥下反射の惹起であるとの報告があるが、口腔衛生管理加算にかかるサービスは口腔衛生管理だけでなく、口腔機能向上を含む口腔機能管理も含まれることから、咀嚼機能を含めた口腔機能の改善も関係しているのではないかと考えられる。要介護高齢者と低栄養に関連する先行研究では、口腔の健康状態が整えられていない場合いわゆる摂食嚥下機能が低下している

場合、食品の選択や栄養素の摂取に影響を与え、栄養失調を引き起こし、体重が減少し虚弱やサルコペニアを引き起こすことが示されている。要介護高齢者を対象にした肺炎と低栄養に関する先行研究では、肺炎を発症した低栄養状態の高齢者に対する栄養介入が、 肺炎による再入院を減少させたとの報告もあり、そして体重減少は最も重要な低栄養の指標の一つであることも示されている。

要介護高齢者の体重減少と生命予後については、2007 年から 2012 年の国際栄養調査に参加した 13 か国 191 のナーシングホームの入所者 10298 名のデータを用いた研究において、BMI20 未満と年 5kg 以上の体重減少は、6 か月以内の死亡発生に関連する重要な因子であることが報告されている。これらのことから要介護高齢者の栄養状態を維持すること、すなわち体重減少を予防することで、死亡ないし肺炎を予防できるということになる。このほかに、摂食嚥下機能の低下による低栄養状態の発生は、要介護状態の重度化や、生命予後に影響することも報告されている。

一方、食形態が常食から嚥下調整食に変わると、見た目や味が悪いこと、嚥下調整食は常食に比べエネルギーやたんぱく質、その他の栄養素の含有量が低下することが指摘されている。そこで 1 年間の体重減少と食形態の変化との関連を検討するため、本研究事業の平成 30 年と令和元年の 2 回の調査に参加し、ベースライン時に常食を摂取していた 284 名をその後１年間に５％以上体重減少した者と、それ以外の 2 群に分けて分析した。結果、５％以上の体重減少と関連があったのは、ベースライン時の体重とバーサルインデックス（BI）の変化、常食から嚥下調整食への変化であった。この分析によって、食形態の維持は体重減少の抑制に関連することが示唆された。



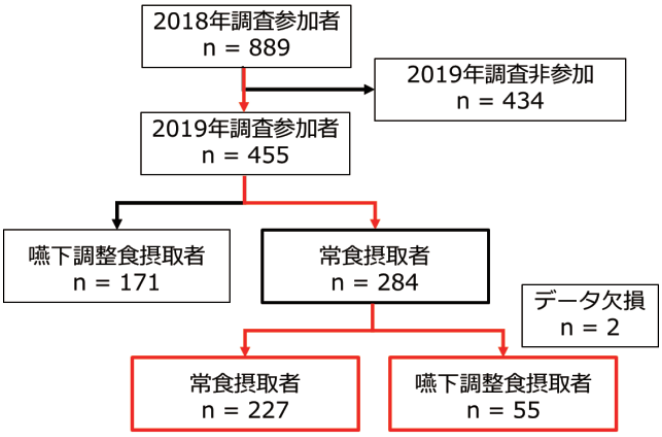
1 年間の体重減少に関する解析

1 年間の５％以上の体重減少の有無に関するロジスティック回帰分析

	OR	95% 信頼区間			*P*-value
年　齢	1.03	0.98	−	1.07	0.232
性別（男性）	1.21	0.49	−	2.95	0.683
体重（kg）ベースライン時	1.04	1.00	−	1.08	0.031
Berthel Index の変化	0.97	0.95	−	0.99	0.009
Clinical Dementia Rating の悪化	1.07	0.54	−	2.10	0.852
総エネルギー摂取量の変化(kcal / day)	1.00	1.00		1.00	0.407
嚥下調整食への変化	3.02	1.41	−	6.46	0.004
聖隷式嚥下質問紙評価の悪化	1.02	0.52	−	1.97	0.962
機能歯数の変化	0.99	0.94	−	1.04	0.680
肺炎の既往	2.42	0.46	−	12.83	0.299
脳血管疾患の既往	1.13	0.59	−	2.15	0.711
糖尿病の既往	0.78	0.30	−	2.04	0.612
うつ病の既往	1.11	0.34	−	3.64	0.863

OR：odds ratio　　従属変数：1年間の体重減少率5%以上の有無

次に食形態の変化に関連する要因を検討するため、2 回の調査に参加し、ベースライン時に常食を摂取していた 284 名を 1 年後、嚥下調整食に移行した者と、常食を維持していた者の 2 群に分けて分析した。結果、常食から嚥下調整食への移行に関連したのは、ベースライン時の体重と脳血管疾患とうつ病の既往、それに歯科衛生士による口腔衛生管理で、口腔衛生管理加算に関するサービスを受けていた入所者は受けていない入所者よりも嚥下調整食に移行するリスクは半分であるとの結果であった。この分析によって、歯科衛生士による口腔衛生管理は食形態の維持に関連することが示唆された。



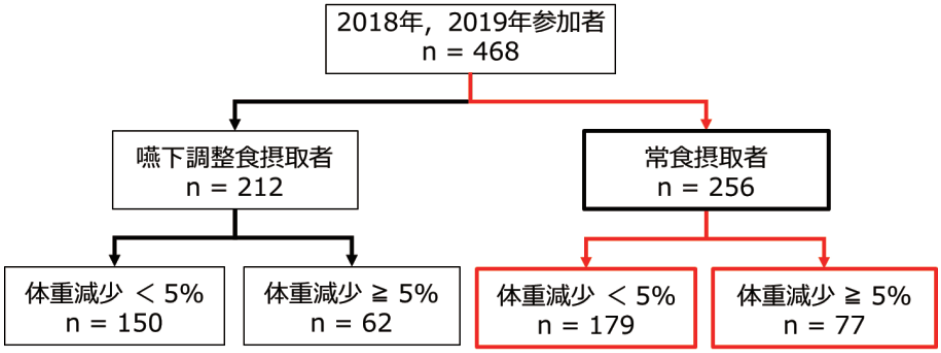
1 年間の食形態の変化に関する解析

嚥下調整食への移行の有無に関するロジスティック回帰分析

	PRR	95% 信頼区間			P-value
年　齢	1.01	0.97	–	1.06	0.555
性別（女性）	1.78	0.72	–	4.38	0.211
体重（kg）ベースライン	0.89	0.80	–	0.99	0.028
Berthel Index	0.98	0.96	–	1.00	0.057
Clinical Dementia Rating					
0, 0.5	Reference				
1	0.34	0.06	–	2.05	0.237
2	2.00	0.69	–	5.80	0.202
3	1.46	0.58	–	3.68	0.421
口腔衛生管理加算	0.47	0.23	–	0.98	0.045
機能歯数	0.98	0.94	–	1.02	0.223
聖隷式嚥下質問紙評価					
嚥下障害	Reference				
嚥下障害疑い	2.25	0.82	–	6.14	0.114
問題なし	1.04	0.40	–	2.69	0.943
肺炎の既往	0.80	0.12	–	5.56	0.820
脳血管疾患の既往	2.29	1.04	–	5.05	0.041
糖尿病の既往	0.85	0.31	–	2.34	0.751
うつ病の既往	9.74	1.11	–	85.65	0.040

従属変数：1 年間の体重減少率 5%以上の有無

次に体重減少と歯科とのかかわりについて検討するため、2 回の調査に参加し、ベースライン時に常食を摂取していた 256 名をその後 1 年間に５%以上体重減少した者と、それ以外の 2 群に分けて分析した。その結果、５%以上の体重減少と関連があったのは、年齢とベースライン時の体重、肺炎の既往と、歯科衛生士による口腔衛生管理と歯科受診の有無であった。ベースライン時にすでに嚥下調整食を摂取していた群についての分析では、ベースライン時の体重、BI と関連はあるものの、体重減少と、定期的歯科管理や現在歯数、機能歯数等の口腔状態いわゆる歯科に関連する項目と有意な関連は認めなかった。これら分析結果は、常食を摂取している比較的摂食嚥下機能が保たれた段階では、歯科衛生士による口腔衛生管理と歯科受診つまり、定期的な歯科管理は体重減少の抑制に関連することを示唆した。



1 年間の体重減少に関する解析

1 年間の５%以上の体重減少の有無に関するポアソン回帰分析（常食摂取者）

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

1 年間の５%以上の体重減少の有無に関するポアソン回帰分析（嚥下調整食摂取者）

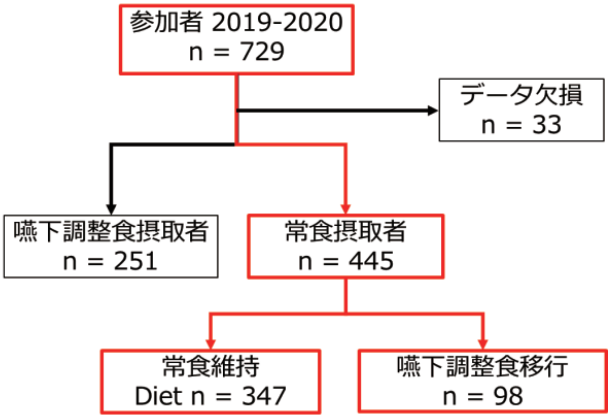
項目	PRR	95% 信頼区間			*P*-value
年齢　(年)	1.01	0.98	–	1.04	0.391
性別 (女性), n (%)	1.55	0.81	–	2.96	0.181
体重 (Kg)	1.04	1.01		1.08	0.008
基本的生活動作(BI)	1.02	1.01	–	1.03	＜0.001
臨床的認知症尺度(CDR)					
1	2.09	0.56	–	7.83	0.276
2	1.38	0.37	–	5.23	0.634
3	2.68	0.70	–	10.24	0.148
機能歯数	1.00	0.98	–	1.02	0.740
定期的歯科管理	0.99	0.61	–	1.60	0.958
肺炎 (0: なし, 1: あり)	0.67	0.29	–	1.53	0.337
脳卒中 (0: なし, 1: あり)	1.00	0.61	–	1.64	0.999
糖尿病 (0: なし, 1: あり)	1.36	0.85	–	2.19	0.204
鬱病 (0: なし, 1: あり)	1.58	0.83	–	0.06	0.165

日本の介護保険施設入所者を対象とした歯科治療の内容と食形態との関連を示す先行研究は、常食摂取者に対しては、咬合支持の回復や口腔機能の維持向上を主に目的としていることが多く、その一方嚥下調整食摂取者では、ADL や認知機能の低下から口腔環境が悪化するため、肺炎等感染対策のための歯周治療や 口腔衛生管理が目的となることが多いと報告している。つまり嚥下調整食者では定期的歯科管理が体重減少に関連しなかった理由は、嚥下調整食摂取者と常食摂取者それぞれの定期的歯科管理の目的が異なっていることが結果に影響した可能性がある。

以上のように本研究事業による縦断調査の結果は、重度要介護高齢者に対する口腔への関与は、食形態の維持と体重減少の予防を通して、肺炎予防に関連していることを示唆した。

SARS-CoV-2 による感染拡大が介護保険施設入所要介護高齢者の口腔衛生管理に及ぼす影響

最後に令和元年度と令和 2 年度の縦断データを用いた分析結果を提示する。令和 2 年は５月に SARS-CoV-2 による感染拡大による緊急事態宣言の発令などがあり、介護保険施設およびその協力歯科医療機関において、入所者の口腔衛生管理に大変苦慮した年でもある。
前述のように平成 30 年度-令和元年度の縦断調査において、口腔衛生管理加算に関するサービスを受けていた入所者は受けていない入所者よりも嚥下調整食に移行するリスクが半分であるとの結果を提示したが、同様の分析を令和元年度-令和 2 年度つまり緊急事態宣言が出された令和 2 年 4 月を挟んだ縦断データで分析した。
結果、常食から嚥下調整食への移行に関連したのは、ベースライン時の ADL と嚥下障害の有無、それに平成 30 年度-令和元年度と同様、歯科衛生士による口腔衛生管理の実施であった。平成 30 年度-令和元年度は嚥下調整食への移行リスクが半分になるという結果であったが、令和元年度-令和 2 年度の縦断データでは 3 分の 1 になるとの結果であった。さらに、施設ごとの対応ではあるものの、令和 2 年 12 月時点においても歯科訪問診療を中断していることが、常食から嚥下調整食への移行に関連し、これも 3 倍近いリスクであるとの結果が得られた。つまり、歯科衛生士による口腔衛生管理加算に関するサービスと歯科医師におる訪問診療による口腔健康管理は要介護高齢者の食形態の維持、すなわち摂食嚥下機能の維持と関連していることを示唆したことになる。



1 年間の食形態の変化に関する解析（SARS-CoV-2 による感染拡大の影響）

1 年間の食形態の変化に関する解析（SARS-CoV-2 による感染拡大の影響）

	OR	95%信頼区間			P-value
年齢	0.998	0.961	—	1.037	0.923
性別(女性)	1.455	0.596	—	3.551	0.410
誤嚥性肺炎	0.558	0.101	—	3.068	0.502
脳血管障害	0.605	0.307	—	1.194	0.148
糖尿病	1.120	0.492	—	2.552	0.787
うつ病	1.127	0.358	—	3.540	0.838
口腔衛生管理加算(未算定)	3.295	1.695	—	6.405	< 0.001
BMI	1.026	0.944	—	1.115	0.549
Barthal Indexスコア	0.969	0.954	—	0.984	< 0.001
機能歯数	0.987	0.959	—	1.016	0.375
CDRの判定（なし、疑わしい）	1.000	（Reference）			
CDRの判定（軽度）	0.738	0.209	—	2.607	0.637
CDRの判定(中等度)	0.907	0.302	—	2.725	0.863
CDRの判定(重度)	0.935	0.297	—	2.940	0.909
聖隷式該当有無（嚥下障害の疑い）	1.517	0.672	—	3.425	0.315
聖隷式該当有無（嚥下障害あり）	2.523	1.212	—	5.254	0.013
歯科訪問診療（継続）	1.000	（Reference）			
歯科訪問診療（一時中断）	0.734	0.356	—	1.515	0.403
歯科訪問診療（中断）	3.158	1.271	—	7.844	0.013

介護保険施設では誤嚥や窒息を恐れるがあまり、摂食嚥下機能を十分評価せずに嚥下調整食に変更していることが多いとの報告もある。咀嚼の必要のない食形態が提供されると、栄養状態が悪化するだけでなく、咀嚼機能が使われなくなり、口腔の機能はさらに低下するという悪循環に陥る可能性がある。

要介護高齢者だから、認知症だから、時々むせるから、といった理由で評価もせずに義歯を外して、嚥下調整食にすることは要介護高齢者の QOL だけでなく、栄養状態の悪化や肺炎のリスクにつながる可能性があると思われる。今後介護現場でも可能な、咀嚼機能など口腔機能の評価法を開発し普及させていく必要がある。また、要介護高齢者の摂食嚥下機能を専門家が適宜評価できるような基盤づくりも行っていく必要がある。

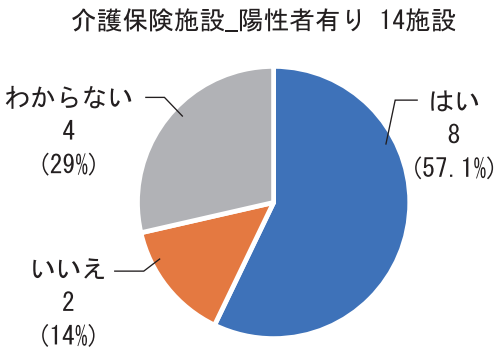
まとめ

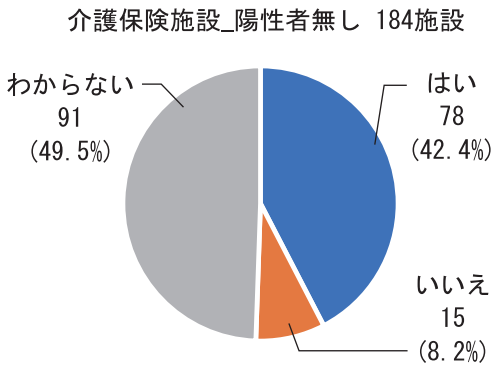
- 重度要介護高齢者の口腔の健康を維持することは、食形態の維持、低栄養や肺炎の予防に貢献する可能性がある。
- 口腔の健康を維持するには定期的な口腔衛生管理と義歯治療を含めた歯科管理が必要。
- 咀嚼機能を含めた口腔機能を維持するには、食形態の維持が重要。
- SARS-CoV-2 など感染リスクの高い状況においても、必要な要介護高齢者に対しては感染対策を十分行って、口腔衛生管理と歯科訪問診療を積極的に行っていく必要がある。

介護保険施設・居宅系サービスにおけるオンライン診療等に関する調査

新型コロナウイルス感染症に対する感染予防等によるオンライン診療の普及に伴い、歯科領域においても情報通信機器等を活用した診療範囲が拡大している。医療分野にデジタル技術の導入が急速に進み、その実施体制が整備されている一方で、介護分野においてもデジタル技術が普及し得るのか検討を始める必要がある。本調査では、オンライン診療や情報通信機器等を用いた連携の実態を把握することを目的として、介護保険施設や居宅系サービスの職員を対象にアンケート調査を実施した。

介護保険施設217施設、居宅系サービス203施設からアンケートの回答を得た。その結果、現時点でオンライン診療を実施する施設は2施設のみであったが、介護保険施設の約半数、居宅系サービスの4割弱がオンライン診療に興味、関心を寄せていた。オンライン診療に期待することは、利用者の口腔衛生管理や食事支援に関する指導や助言であった。本調査よりも以前に介護保険施設、居宅系サービスの利用者に新型コロナウイルス感染症陽性者が確認された施設は、それぞれ14施設(6.5%)、8施設(3.9%)、計22施設であった。実際に陽性者が確認された施設では、「従来の口腔ケアが実施できなかった」と回答した施設がほとんどであり、オンライン診療はそのような場面で有効と考えられる。「新型コロナウイルス感染症陽性者に対する口腔管理において、オンライン診療による指導・助言は有用だと思いますか？」との問いに対して、新型コロナウイルス感染症陽性者の有無に分けて比べたところ、介護保険施設では陽性者有りの施設が無しの施設と比較して、高い割合で「有用である」と回答した（陽性者有り57.1%、陽性者無し42.4%）。





しかしながら、施設側の半数は、オンラインによる口腔管理が有効となるかは「分からない」と回答し、オンライン診療の準備、実際の実施体制、事業としての継続性等を課題点として挙げていた。

介護分野におけるオンライン診療について実態を調査した結果、課題は多いが介護施設側から一定の期待感があることが分かった。具体的な活用方法は「口腔衛生管理の指導、助言」や「ミールラウンド」「摂食嚥下障害、食事形態の評価」「栄養指導」等、利用者の食支

援にかかわる項目も回答された。本調査結果は、介護分野でのデジタル技術の利活用に向けた方向性を示すための基礎データになるものと思われる。

Ⅰ　施設系サービス利用者等の口腔衛生等の管理に関する郵送質問紙調査の概要

1. 事業目的

令和3年度介護報酬改定において、施設系サービスにおいて口腔衛生管理体制を確保するよう促すとともに、状態に応じた丁寧な口腔衛生管理を更に充実させるため、口腔衛生管理体制加算を廃止し、同加算の算定要件の取組を一定緩和した上で、3年の経過措置期間を設け、基本サービスとして、口腔衛生の管理体制を整備し、入所者ごとの状態に応じた口腔衛生の管理を行うことが求められた。特定施設、グループホーム等については引き続き口腔衛生管理体制加算を継続し、口腔衛生管理体制の確保、充実をはかっていくことになった。そこで口腔衛生管理体制にかかる施設系サービス利用者と施設、協力歯科医療機関の実態を把握し、口腔衛生の管理体制の整備状況と各入所者の状態に応じた計画的管理に関する施設職員および歯科専門職の考えなどについて、分析結果から施設系サービス利用者等の口腔衛生等に関する施設(職員)ならびに歯科専門職の課題を抽出、整理し、解決に向けた方策を検討することを目的として全国の介護保険施設等(介護保険施設、特定施設、グループホーム)と歯科医療機関に対する郵送調査を実施した。

2. 実施事業概要

本事業では、令和3年度の介護報酬改定における口腔衛生管理の見直し効果の検証、および口腔衛生管理にかかる施設系サービス利用者と施設、協力歯科医療機関の実態を把握し、口腔衛生管理体制の整備状況と各入所者の状態に応じた計画的管理に関する施設職員および歯科専門職の考えなどについて調査し、双方の口腔衛生管理に関する考え方の違いを検討し、今後の方略を検討した。さらに、介護保険施設等における協力歯科医療機関に対するニーズを明らかにし、ニーズに則した協力歯科医療機関の口腔健康管理に関する役割の検討を行うとともに、新たな課題の分析を行った。

【対象および方法】

施設系サービス利用者等の口腔衛生等の管理に関する郵送質問紙調査

① 無作為に抽出した全国の介護保険施設への調査

全国の介護保険施設のリストから無作為に施設を抽出し、抽出された介護保険施設に調査票を郵送した。返信された調査票に記入されたそれらの介護保険施設の協力歯科医療機関に対して、改めて質問紙調査を郵送し調査を行った。

② 無作為に抽出した全国の在宅療養支援歯科診療所への調査

全国の在宅療養支援歯科診療所のリストから無作為に歯科医療機関を選定し、その歯科医療機関とそれらの歯科医療機関が関係する介護保険施設等に対して質問紙調査を実施した。

③ 無作為に抽出した 全国の居住系サービス施設（特定施設入居者生活介護施設、地域密着型特定施設入居者生活介護、グループホーム）への調査

全国の特定施設のリストから無作為に施設を抽出し、抽出された居住系サービス施設に調査票を郵送した。返信された調査票に記入されたそれらの居住系サービス施設の協力歯科医療機関に対して、改めて質問紙調査を郵送し調査を行った。

各郵送質問調査は、独立行政法人福祉医療機構が運営を行っている、WAM NET(Welfare And Medical Service NETwork System) と、各都道府県が公開している介護保険施設、居住系サービス、および在宅療養支援歯科診療所のリストから、施設種別に都道府県別の施設数の割合を算出した。郵送質問紙送付にあたり、算出した都道府県別、施設種別の割合を用いて、都道府県ごとの調査数を決定した（表 1、2、3)。

表 1　都道府県別、施設種別、施設数（WAM NET、都道府県ホームページから抽出）

都道府県	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護医療院	有料老人ホーム	サービス付き高齢者住宅	軽費老人ホーム	養護老人ホーム	グループホーム
北海道	499	190	31	1101	180	124	57	317
青森	135	59	7	289	113	27	9	174
岩手	122	67	2	119	92	25	17	208
宮城	167	95	3	343	131	47	24	295
秋田	124	56	5	81	48	45	16	199
山形	105	46	3	145	63	12	13	143
福島	203	91	12	54	117	35	14	249
茨城	273	142	5	170	210	50	14	301
栃木	229	55	3	109	155	27	10	158
群馬	193	85	10	288	98	3	17	275
埼玉	434	165	10	554	270	82	18	452
千葉	499	167	10	522	365	97	21	515
東京	569	203	16	955	393	140	32	676
神奈川	424	198	8	1037	356	47	18	799
新潟	211	106	13	131	116	62	17	270
富山	142	63	33	142	95	33	6	187
石川	93	42	15	130	28	30	9	183
福井	70	36	4	26	55	20	14	90
山梨	89	26	1	25	78	10	6	63
長野	237	99	10	263	126	38	26	266
岐阜	305	142	12	244	86	41	22	295
静岡	310	99	30	294	163	103	26	428
愛知	414	195	16	363	312	99	31	363
三重	166	77	4	202	211	38	23	227
滋賀	130	34	3	24	99	20	7	155
京都	160	71	18	69	158	56	17	245
大阪	618	699	9	382	618	56	19	332
兵庫	437	157	22	430	418	111	41	211
奈良	114	54	5	120	69	40	12	145
和歌山	116	42	2	161	124	22	14	257
鳥取	53	53	9	94	55	29	4	96
島根	115	36	10	103	59	17	23	147
岡山	236	84	18	211	125	70	23	342
広島	429	354	23	42	429	16	383	379
山口	157	65	24	280	157	30	279	199
徳島	80	52	15	63	80	37	19	142
香川	103	51	7	133	81	39	11	112
愛媛	108	67	11	184	167	53	23	332
高知	67	31	29	109	36	25	11	155
福岡	426	176	38	504	224	126	39	676
佐賀	58	41	8	278	22	26	12	190
長崎	113	62	10	167	126	38	32	357
熊本	138	101	40	405	124	36	37	411
大分	82	69	14	365	67	19	19	145
宮崎	95	44	6	492	28	21	33	181
鹿児島	207	237	27	434	98	28	39	126
沖縄	76	43	3	503	69	9	6	119
合計	10131	5127	614	13140	7294	2159	1563	12587

表 2　都道府県別、施設種別、発送数（層化割付）

都道府県	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護医療院	有料老人ホーム	サービス付き高齢者住宅	軽費老人ホーム	養護老人ホーム	グループホーム
北海道	63	24	4	30	5	3	1	9
青森	17	8	1	8	3	1	1	5
岩手	15	8	1	3	3	1	1	6
宮城	21	12	1	9	4	1	1	8
秋田	15	7	1	2	1	1	1	5
山形	13	6	1	4	2	1	1	4
福島	26	12	2	1	3	1	1	7
茨城	35	18	1	5	6	1	1	8
栃木	29	7	1	3	4	1	1	4
群馬	24	11	1	8	3	1	1	7
埼玉	55	21	1	15	7	2	1	12
千葉	63	21	1	14	10	3	1	14
東京	72	26	2	26	11	4	1	18
神奈川	54	25	1	28	10	1	1	21
新潟	27	14	2	4	3	2	1	7
富山	18	8	4	4	3	1	1	5
石川	12	5	2	4	1	1	1	5
福井	9	4	1	1	2	1	1	2
山梨	12	3	1	1	2	1	1	2
長野	29	12	1	7	3	1	1	7
岐阜	38	18	2	7	2	1	1	8
静岡	40	12	4	8	4	3	1	12
愛知	53	24	2	10	9	3	1	10
三重	21	10	1	5	6	1	1	6
滋賀	17	4	1	1	3	1	1	4
京都	21	9	2	2	4	2	1	6
大阪	78	87	1	10	17	2	1	9
兵庫	55	20	3	12	11	3	1	6
奈良	14	7	1	3	2	1	1	4
和歌山	14	5	1	4	3	1	1	7
鳥取	5	6	1	3	2	1	1	3
島根	14	4	1	3	2	1	1	4
岡山	29	10	2	6	3	2	1	9
広島	54	44	3	1	11	1	9	10
山口	19	8	3	8	4	1	7	5
徳島	10	6	2	2	2	1	1	4
香川	13	6	1	4	2	1	1	3
愛媛	15	8	1	5	5	2	1	9
高知	9	4	4	3	1	1	1	4
福岡	54	22	5	14	6	3	1	18
佐賀	8	5	1	8	1	1	1	5
長崎	14	8	1	4	3	1	1	10
熊本	18	13	5	11	3	1	1	11
大分	10	8	2	10	2	1	1	4
宮崎	12	6	1	13	1	1	1	5
鹿児島	26	29	4	12	3	1	1	3
沖縄	10	5	1	14	2	1	1	3
合計	1280	640	86(80)	360	200	68(60)	61(40)	338(340)

表 3　都道府県別の在宅療養歯科支援診療所数、割合、発送数（層化割付）

都道府県	機関数	割合	抽出数	都道府県	機関数	割合	抽出数
北海道	296	0.035	35	滋賀	51	0.006	6
青森	65	0.008	8	京都	171	0.020	20
岩手	109	0.013	13	大阪	854	0.102	102
宮城	100	0.012	12	兵庫	453	0.054	54
秋田	69	0.008	8	奈良	69	0.008	8
山形	98	0.012	12	和歌山	48	0.006	6
福島	52	0.006	6	鳥取	43	0.005	5
茨城	120	0.014	14	島根	86	0.010	10
栃木	61	0.007	7	岡山	138	0.016	16
群馬	73	0.009	9	広島	235	0.028	28
埼玉	321	0.038	38	山口	113	0.013	13
千葉	297	0.035	35	徳島	119	0.014	14
東京	649	0.077	77	香川	85	0.010	10
神奈川	644	0.077	77	愛媛	126	0.015	15
新潟	128	0.015	15	高知	36	0.004	4
富山	57	0.007	7	福岡	423	0.050	50
石川	38	0.005	5	佐賀	113	0.013	13
福井	32	0.004	4	長崎	184	0.022	22
山梨	45	0.005	5	熊本	199	0.024	24
長野	196	0.023	23	大分	66	0.008	8
岐阜	217	0.026	26	宮崎	73	0.009	9
静岡	191	0.023	23	鹿児島	117	0.014	14
愛知	590	0.070	70	沖縄	35	0.004	4
三重	120	0.014	14	合計	8405	1	1000

【郵送質問紙調査の回収結果】
施設系サービス利用者等の口腔衛生等の管理に関する郵送質問紙調査

① 全国の介護保険施設等への調査

介護施設等の調査は 1000 件を対象に調査票を郵送した。各都道府県別の送付調査数は、表１と表２で算出した割合を利用し、WAM NET 等のリストから無作為に施設を抽出した。調査は令和 3 年 11 月から令和 4 年 1 月に行った。回答数は 213 件、回答率は 21.3%であった。

介護施設等から返信された調査票に記載の協力歯科医療機関名を用いてインターネットにて介護保険施設の協力歯科医療機関を検索し、各介護保険施設が関係している歯科医療機関へ歯科医療機関調査票を送付した。

② 全国の在宅療養支援歯科診療所への調査

在宅療養支援歯科診療所の調査は、1000 件を対象に調査票を郵送した。各都道府県別の送付調査数は、表 3 で算出した割合を利用した。調査は令和 3 年 11 月から令和 4 年 1 月に行った。回答数は 261 件、回答率は 26.1%であった。

回収された歯科医療機関からの調査票に記載された、その歯科医療機関が関係している介護保険施設に、介護保険施設等調査票を郵送し回答を得た。

③ 全国の居住系サービス施設（特定施設入居者生活介護施設、
地域密着型特定施設入居者生活介護、グループホーム）への調査

居住系サービス施設等の調査は 1000 件を対象に調査票を郵送した。各都道府県別の送付調査数は、表１と表２で算出した割合を利用した。WAM NET 等の全国の居住系サービス施設のリストから無作為に施設を抽出し、1000 件（特定施設 660 件、グループホーム 340 件）に調査票を郵送した。調査は令和 3 年 11 月から令和 4 年 1 月に行った。回答数は 241 件、回答率は 24.1%であった。

居住系サービス施設等から返信された調査票に記載の協力歯科医療機関名を用いてインターネットにて居住系サービス施設の協力歯科医療機関を検索し、居住系サービス施設が関係している歯科医療機関へ歯科医療機関調査票を送付した。

本年度の施設系サービス利用者等の口腔衛生等の管理に関する郵送質問紙調査では、介護保険施設からの回答率は 21.3%、在宅療養支援歯科診療所からの回答率は 26.1%、居住系サービス施設等からの回答率は 24.1%であった、平成 30 年度の同様の調査の回答率はそれぞれ 25.7%、27.9%、29.1%であったことから、本年度調査では、SARS-CoV-2 による感染拡大の影響により回答率は低下した。

Ⅱ　介護保険施設に対する郵送調査

1. 施設の概要について

(1) 施設設置年月

回答した介護保険施設は 192 施設であった。施設設置後の経過年数は 21-25 年が最も多く 30 施設（15.6%）、ついで 26-30 年 27 施設(14.1%)、1-5 年 25 施設(13.0%)であった。平成 30 年度の同様の調査と比較して、施設設置後の経過年数については、ほぼ同様の分布であった。

表 1　設置年数

	n	%
1-5 年	25	13.0
6-10 年	24	12.5
11-15 年	16	8.3
16-20 年	20	10.4
21-25 年	30	15.6
26-30 年	27	14.1
31-35 年	13	6.8
36-40 年	13	6.8
41-45 年	10	5.2
46-50 年	10	5.2
51-55 年	3	1.6
56-60 年	1	0.5
合計	192	100.0

(2)　開設主体

回答した施設は223施設で開催の主体は社会福祉法人が最も多く、162施設（72.6%）であった。ついで医療法人 37 施設(16.6%)、地方公共団体 8 施設(3.6%)の順であった。

表 2　開設主体

	n	%
地方公共団体	8	3.6
社会福祉協議会	6	2.7
社会福祉法人	162	72.6
医療法人	37	16.6
社団・財団法人	2	0.9
協同組合および連合会	1	0.4
営利法人	2	0.9
特定非営利活動法人	0	0.0
その他	5	2.2
合計	223	100.0

(3)　介護老人保健施設の区分（複数回答）

介護老人保健施設の区分については介護老人保健施設が 33 施設（60.0%)、在宅強化型老健 22 施設(45.8%)であった。

表 3　介護老人保健施設と在宅強化型老健（n=55）

	n	%
介護老人保健施設	33	60.0
在宅強化型老健	22	40.0

(3) －1　介護老人保健施設の区分（サービス費による区分）

介護老人保健施設サービス費による区分についてはⅠに該当する施設が最も多く、32 施設（97.0%）であった。Ⅱに該当する施設は 1 施設(3.0%)で、Ⅲに該当する施設からの回答はなかった。

表 4　介護老人保健施設の種別

	n	%
Ⅰ	32	97.0
Ⅱ	1	3.0
Ⅲ	0	0.0
合計	33	100.0

(4)　介護老人福祉施設の場合

回答した介護老人福祉施設は 161 施設で種別は医療機関併設型以外に該当する施設が 145 施設（90.1%）であった。医療機関併設型 16 施設(9.9%)であった。

表 5　介護老人保健施設の種別

	n	%
医療機関併設型	16	9.9
医療機関併設型以外	145	90.1
合計	161	100.0

(5)　介護療養型医療施設の場合

調査に協力した介護医療院６施設のうち、療養機能強化型 A、B、その他について回答した施設はなかった。

(6)　介護医療院の場合

回答した介護医療院は 12 施設で介護医療院の種別はⅠ型(介護療養病床相当サービス)が多く、10 施設（83.3%)、Ⅱ型 （老健相当以上のサービス)が２施設(16.7%)であった。

表 6　介護医療院の種別

	n	%
Ⅰ型(介護療養病床相当サービス)	10	83.3
Ⅱ型(老健相当以上のサービス)	2	16.7
合計	12	100.0

(7)　併設している施設（同一敷地内または、道路を隔てて隣接している場合）（複数回答）

併設している施設の種類はショートステイが最も多く、151 施設（76.3%）であった。ついでデイサービス 105 施設(53.0%)、デイケア 42 施設（21.2%)、その他 66 施設(33.3%)であった。

表 7　併設している施設（n=198）

	n	%
病院	24	12.1
診療所	18	9.1
介護老人保健施設	7	3.5
特別養護老人ホーム	44	22.2
有料老人ホーム	4	2.0
デイケア	42	21.2
デイサービス	105	53.0
ショートステイ	151	76.3
その他	66	33.3

2. 利用者数、職員について（令和 2 年 10 月-令和 3 年 9 月）

(1) 施設の概要

令和 2 年 10 月から令和 3 年 9 月までの 1 年間の施設利用者の状況については、定員は平均 76.4±37.3 人、平均稼働率は平均 92.6±9.6%、退所者は 1 年間に平均 41.3±65.4 人、1 年間に入院した者は平均 32.1±37.4 人、入院によるベッド確保日数は延べ平均 425.7±694.8 日、肺炎による入院者は平均 7.3±12.3 人、施設内看取り者数は平均 10.6±14.0 人であった。平成 30 年度の同調査と比較すると、退所者数、肺炎による入院者数、ベッド確保日数は少なく、施設内看取り者数は 7.5 人から 10.6 人と増加している。

表 8　施設について

	n	平均値±標準偏差
定員	222	76.4±37.3
平均稼働率	204	92.6±9.6
退所者	207	41.3±65.4
入院者	202	32.1±37.4
入院によるベッド確保日数	162	425.7±694.8
肺炎による入院者	181	7.3±12.3
施設内看取り者	201	10.6±14.0

(2) 令和 3 年 10 月における利用者の状況

令和 3 年 10 月における全施設の要介護度別利用者の状況については、要介護 4 が最も多く、平均 45.9±100.0 人であった。ついで要介護 3 が平均 35.3±93.6 人、要介護 5 が平均 31.3±61.2 人で、要介護度 3 以上の重度要介護高齢者が 75%以上であると推察された。

表 9　要介護高齢者の内訳

	n	平均値±標準偏差
要介護１	191	13.0±59.9
要介護２	195	22.9±96.1
要介護３	212	35.3±93.6
要介護４	216	45.9±100.0
要介護５	216	31.3±61.2

(3) 職員の人数（受託業者等の職員は除く）

常勤専従の職種の人数は介護職員が最も多く、平均 27.1 人±12.4 であった。ついで看護師平均 4.9±3.6 人、理学療法士平均 1.2±1.8 人であった。

常勤兼務の職種の人数は介護職員が最も多く、平均 5.7±10.3 人であった。ついで看護師平均 1.7±2.6 人、理学療法士平均 1.4±2.8 人であった。

非常勤の職種の人数は介護職員が最も多く、平均 7.8±7.0 人であった。ついで看護師平均 2.5±2.4 人、医師平均 1.6±2.3 人であった。

常勤専従の歯科衛生士は平均 0.1±0.4、常勤兼務は 0.1±0.3、非常勤は 0.4±0.9 で、平成 30 年度の調査では常勤専従は平均 0.2±1.2、常勤兼務は 0.1±0.4、非常勤は 0.3±1.3 であったことから、介護保険施設における歯科衛生士の雇用は常勤、非常勤ともに変化はみられなかった。

表 10　職員の人数

	常勤専従		常勤兼務		非常勤	
	n	平均値 ±標準偏差	n	平均値 ±標準偏差	n	平均値 ±標準偏差
医師	92	0.5±0.6	84	0.7±2.2	174	1.6±2.3
看護師	199	4.9±3.6	106	1.7±2.6	156	2.5±2.4
介護職員	196	27.1±12.4	114	5.7±10.3	192	7.8±7.0
歯科衛生士	87	0.1±0.4	71	0.1±0.3	81	0.4±0.9
理学療法士	110	1.2±1.8	83	1.4±2.8	89	0.6±1.5
歯科医師	76	0.0±0.0	68	0.0±0.0	82	0.3±0.5
栄養士	90	0.4±0.8	77	0.2±0.9	70	0.2±0.8
管理栄養士	188	1.1±0.6	93	0.6±0.9	73	0.1±0.4
言語聴覚士	85	0.2±0.5	73	0.3±1.0	70	0.1±0.3
作業療法士	97	0.8±1.2	84	1.1±2.0	74	0.3±0.9

3. 口腔衛生管理体制および各種加算サービスについて

(1) 口腔衛生管理体制に関する計画立案

回答した施設は 222 施設で口腔衛生管理体制に関する計画立案の有無は、立案なしが最も多く 133 施設 59.9%であった。立案ありは 89 施設(40.1%)であった。

平成 30 年度の同調査では、口腔衛生管理体制加算の算定（口腔衛生管理体制に関する計画立案を実施）を 66.1%の施設が行っていたことから、口腔衛生管理体制加算の廃止により、口腔衛生管理体制に関する計画立案を行わなくなった施設が相当数生じた可能性が示唆された。

表 11　口腔衛生管理体制に関する計画立案状況

	n	%
立案している	89	40.1
立案していない	133	59.9
合計	222	100.0

(1) −1　入所者の口腔のケアを推進するための課題（自由記載）

① 人員や時間の不足/確保

- マンパワー・時間不足で後回しになる
- 口腔ケアを行う人員や時間が限られている
- 介護職員数に余裕がなくケアに支障が生じる　など

② 口腔衛生状態の把握、観察、評価

- 入所者様全員の口腔衛生状態を把握すること
- 入所者の口腔内の評価をどの職員でも同じように出来るようにする
- 日々の口腔ケアにおいて介護職員、看護師の判断で歯科受診をしているが全員の口腔内を評価できていない　など

③ 知識と技術の向上

- 職員の口腔ケアに関する知識、技術の向上
- 職員の口腔に対する意識の統一及び実践/職員の実践を通した口腔ケアのレベル向上
- 協力歯科医院の指導、助言の下介護職員看護職員へ口腔ケア、機能維持についての知識や技術の質を高める　など

④　個々に応じた口腔ケアの提供

- 歯科医師、歯科衛生士および施設職員との連携により 1 人ひとりにあった口腔ケアを実施する。
- 認知症による介護抵抗もあり、口を開けて頂けない方への口腔ケア
- 入所者の老化にともなうこと及び認知症の方への対応　など

⑤　習慣化支援を行うこと

- 口腔清掃の習慣づける
- 日頃の歯磨きを習慣化するための支援　など

⑥　多職種連携

- 多職種と連携し入所者の口腔状態を向上させる
- 言語聴覚士との連携により安全な経口維持を実現する

⑦　ケア方法の統一

- 自歯がある利用者の口腔ケアをする際スタッフ間でケアの統一がなかなか難しい
- スタッフ間での統一した個別ケアの実践はまだ難しい
- ユニット内で統一したケアの実施　など

⑧　職員のケアに対する意識の向上

- 職員の口腔ケアの意識向上と質の向上
- 職員一人一人の口腔ケアの意識を高める事
- 口腔ケアの必要性を職員がしっかり理解して実施すること

⑨　ケアシステムの改善

- 看護師だけでなく介護職員も気づいた時にケアができる状況を作る
- 施設内口腔ケアシステムの改善

⑩　口腔の健康保持

- 口腔内を清潔にして味覚の維持、おいしく食べる/肺炎の予防（誤嚥性肺炎）
- 健康的に食事摂取が継続できるよう支援
- 経口摂取継続と誤嚥性肺炎の予防に向けての取り組み　など

⑪　口腔ケア時の安全確保

- 口腔ケアを実施する上で、入所者・職員の安全確保

⑫　その他

- 当人でなければ口腔の不具合の辛さが分からない
- 維持の段階では実質的な効果が分かりづらい
- 自力で口腔ケアを行うことが困難な高齢者や、加齢とともに十分な保清動作ができず口腔内が不衛生となるリスクがある高齢者が多い
- 歯科衛生士による介護職員への助言
- 施設においての口腔ケアの原則の明示
- 食後下膳等の雑務に介護職員の手をとられない人材採用、
- ご利用者ごとに口腔の状況が異なり、加算算定に伴い個別の状態把握や職員内での情報共有に時間がかかる　など

(1) ー2　各施設の令和 3 年 10 月の口腔衛生管理体制の目標（自由記載）

①　清掃方法内容の見直し

- 口腔清掃方法の確認・過去の指導内容の実施状況の確認
- 口腔清掃の方法/内容等の見直し

②　誤嚥性肺炎/口腔機能低下症予防/乾燥予防/口腔機能の維持など

- 適切な口腔ケアの継続による誤嚥性肺炎、口腔機能低下予防
- 唾液の働きを理解し、唾液分泌を促す運動を実践する
- 歯牙・舌・粘膜の安全かつ効果的な清掃技術の提供により、味覚の改善や円滑なコミュニケーション維持に努める　など

③　安全/適切な口腔ケアの実践

- 開口が困難な入居者に対する口腔ケア方法の習得/口腔ケア備品を適切に使用できるようにする
- 入所者のリスクに応じた口腔ケアを行う　など

④　アセスメントの実施

- 利用者の口腔状態を正しく把握することができるようになる。
- 口腔内状態の評価方法として残存歯の状態・変化（歯牙の動揺）などを把握し口腔ケア、治療に活かすこと　など

⑤　口腔内の衛生/保清を維持

- 口腔内の清潔保持
- 全ての入所者の口腔内の衛生を保つ　など

⑥　技術/知識等の向上

- 入所者にプロフェッショナルケアを継続的に実施して、利用者へ個別性のある口腔ケアが提供できる口腔診査や勉強会を通して技術指導を受け、スタッフのスキルアップを目指す
- スタッフの衛生観念の向上、歯科的知識向上　など

⑦　口腔ケア用品の管理と準備

- 口腔ケア用品の管理及び個々に合わせた適切な選定
- 口腔ケアを行うための器材・用具を整備する

⑧　現在の取り組みの継続

- 歯科専門職によるスクリーニング、管理等・現在の取組の継続

⑨　利用者についての情報提供

- 職員間でご利用者の口腔衛生について情報共有を行う
- 手技の統一が図れるよう情報共有を図る

(1) －3　口腔衛生管理体制の目標に向けて、効果のあった具体的方策（自由記載）

①　口腔リハビリ/口腔ケアの実施

- 毎食後の歯みがき対応
- 適切な口腔ケアの手技として舌苔の除去を舌ブラシを導入し、朝食後清掃実施。結果、舌苔が減少し、口臭も減少となった
- 筋ストレッチ、口腔体操による安全な食事摂取
- 口腔ケアの継続実施により経口摂取機能が保たれている利用者が増えている

②　アセスメントの実施（口腔内/口腔ケアに対する）

- 口腔ケアチェック表を作成し、ケアに対する意識付けをする
- 入所者の方の口腔内の変化や異常（※舌苔付着※口腔内の出血がある※補綴物の脱離※義歯の調子が悪いのでは？など）に気づきを持って相談にくれる介護職員が増え、歯科受診につなげることも多い
- 施設職員による口腔内スクリーニングの実施　など

③　研修への参加・研修の実施、実技指導、技術的助言の周知・職員の意識変化・知識の向上

- 歯科衛生士から口腔ケアに係る助言、技術的指導を毎月受け他職員と共有し口腔ケアについての手技、知識の向上に努める
- 月１回以上の、歯科医師及び衛生士による実技指導
- スタッフの口腔衛生に対する意識の向上・スタッフの口腔ケア技術の向上など

④　連携・引継ぎ、連絡、入所者についての情報共有

- 利用者の状態に応じた形態（食事・水分等）を見直すことが出来、他職種で情報共有ができた。口腔ケアの必要な利用者は継続で経過を見てもらうことができている
- 歯科衛生士と介護職員間での引き継ぎをノートで行い、ケアの充実が図れた（(例）保湿剤塗布方法をイラスト付で表す等）
- 歯科衛生士との連携により適切な歯科診療を行う
- 月に 1 回外部の専門歯科医師（摂食の作業指導）を交えての多職種会議（動画を利用したミールラウンド)、かかりつけ歯科医（上記の Dr とは別）との連携　など

⑤　ケアプランの立案

- ケアプラン・栄養ケア計画書に個別の口腔ケア方法について必要な場合はケアプランに組み入れる
- 難症例の口腔ケア対象者に対して担当職員と直接ケア方法を相談、検討を行った
- 入居時に口腔の状態（歯の絵・義歯の絵・歯周病・口内炎）と口腔ケア用品と注意点を書いた個別手順書を作成し介護スタッフと管理栄養士に渡し洗面台（居室）に貼りケア時にみる　など

⑥　ケア用品の管理、準備

- 歯科衛生士が口腔ケア用品を選択し薬局、歯科医院、オーラルケアで購入・準備する。
- 口腔ケア用品の消毒、管理について具体的に記載した事で職員全員が周知できている。
- 専門職が管理する事で悪化無く現状維持できている

(2) 口腔衛生管理体制に関する直近1年間の実施内容

回答した施設は95施設で歯科衛生士による介護職員への技術的助言等が最も多く、81 施設（85.3%）であった。ついで歯科衛生士による口腔衛生管理（いわゆる専門的口腔ケア）の実施が 73 施設（76.8%)、歯科衛生士による定期的な口腔衛生や口腔機能に関するアセスメントが55施設（57.9%）の回答であった。

表 12　口腔衛生管理体制に関する計画の立案がある場合、直近1年間の実施内容

	n	%
施設職員による口腔の問題点のスクリーニング（概ね入所者全員を対象）	49	51.6
歯科医師による定期的な口腔内診査（概ね入所者全員を対象）	38	40.0
歯科衛生士による定期的な口腔衛生や口腔機能に関するアセスメント(概ね入所者全員を対象)	55	57.9
歯科衛生士による口腔衛生管理(いわゆる専門的口腔ケア)の実施	73	76.8
歯科衛生士による介護職員への技術的助言等	81	85.3
歯科医師又は歯科衛生士を講師とした介護職員に対する口腔ケアに関する研修の機会	41	43.2
カンファレンス（経口維持加算Ⅱ等）への歯科医師、歯科衛生士の参加	26	27.4
歯科医師による施設に対する口腔ケア全般についての助言（講習会・研修会を伴わず、入所者個別の助言ではない場合）	37	38.9
その他	0	0.0

(3) 口腔衛生管理加算

回答した施設は 221 施設で口腔衛生管理加算の有無は、算定なしが 156 施設 70.6%であった。算定ありは 65 施設(29.4%)であった。

平成 30 年度調査では算定ありが 23.9%であったことから、口腔衛生管理加算を算定している施設は増加していると思われる。

表 13　口腔衛生管理加算の算定状況

	n	%
算定あり	65	29.4
算定なし	156	70.6
合計	221	100.0

(3) －1　口腔衛生管理加算の算定開始時期

回答した施設は 63 施設で口腔衛生管理加算を算定していた時期は、昨年も算定していた施設は 57 施設 90.5%であり、今年から算定している施設も 6 施設 9.5%あり、令和 3 年度の介護報酬改定により、口腔衛生管理加算のサービス提供が促進された可能性が示唆された。

表 14　算定開始時期

	n	%
昨年も算定していた	57	90.5
今年から算定している	6	9.5
合計	63	100.0

(3) －2　口腔衛生管理加算算定者数（令和 3 年 10 月）

口腔衛生管理加算の算定者数は平均 45.1±44.9 人で、施設利用者に対する割合は 2.0～100%（平均 52.7±40.1%）であった。

平成 30 年度の算定者数は平均 41.2±34.5 人であったことから、算定者数も増加している可能性が示唆された。

表 15　算定者数および算定日数

	n	平均値±標準偏差
算定者数	43	45.1±44.9

(3) －3　口腔衛生管理体制加算に関する歯科衛生士の雇用

回答した施設は 65 施設で歯科衛生士の雇用は、常勤として雇用、非常勤として雇用、歯科訪問診療のついでに実施してもらっているが最も多く、15 施設（23.1%）であった。また歯科医院と契約が 14 施設（21.5%）であった。

表 16　口腔衛生管理体制加算に関する歯科衛生士の雇用

	n	%
常勤として雇用	15	23.1
非常勤として雇用	15	23.1
歯科訪問診療のついでに実施してもらっている	15	23.1
歯科医院と契約	14	21.5
ボランティア	1	1.5
その他	5	7.7
合計	65	100.0

(3) －4　常勤、非常勤、ボランティアの場合の口腔衛生管理加算にかかる歯科医師の指示について（自由記載）

①　歯科検診時/往診時

- 毎月、口腔ケアに係る技術的助言及び指導を書面に頂く。又、往診の際も確認を行っている
- 訪問診療時、歯科衛生士を経由して
- 定期ラウンドの際協歯科医より歯科衛生士に指示　など

②　カンファレンス等の際

- 月に 1 回の歯科医師を含めた会議において指示をもらっている
- 経口維持加算に係る経口維持検討会議
- 月 1 回の研修会開催の際に指示を受ける など

③　その他

- 電話
- 書面

(4) 療養食加算、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および経口維持加算Ⅱにおける算定状況

口腔と栄養等に関するサービス等の算定状況は経口移行加算(28 単位/日)を算定していない施設が 149 施設（82.8%）で最も多かった。経口維持加算Ⅱも 133 施設(72.7%)が算定していないと回答した。昨年も算定していた項目としては療養食加算 128 施設（64.3%）が最も多く、疾病治療に直接かかわる療養食の提供については管理栄養士、栄養士が管理していることがわかった。しかし、3 割以上の施設が療養食加算を算定していない実情も明らかになった。経口維持加算Ⅰは 71 施設（36.8%)、経口維持加算Ⅱは 41 施設(22.4%)が昨年から算定しているとの結果であった。

令和 3 年度介護報酬改定後から算定している項目では、低栄養リスク改善加算の廃止見直しにより新設された栄養マネジメント強化加算が最も多く 46 施設（29.3%）であった。経口維持加算Ⅰは 13 施設(6.7%)、Ⅱは 9 施設(4.9%)、療養食加算は 12 施設(6.0%)が新たに算定を開始したと回答していた。平成 30 年度の同様の調査では、改定年度から算定を開始した施設は経口維持加算Ⅰが 2.8%、Ⅱは 2.1%、療養食加算は 2.0%であったことから、令和 3 年度から加算の算定を開始した施設の増加は、前改定より高いことが伺える。令和 3 年度の改定では、経口維持加算に関して 6 月を超えた場合の水飲みテスト、頸部聴診法、造影検査、内視鏡等や概ね 1 か月ごとの医師又は歯科医師の指示に係る要件が廃止となっており、これらが算定開始の動機につながった可能性が考えられた。

表 17　加算の算定状況

	算定なし		算定あり			
			昨年も算定していた		今年から算定している	
	n	%	n	%	n	%
療養食加算	59	29.6	128	64.3	12	6.0
栄養マネジメント強化加算(11 単位/日)	111	70.7	－	－	46	29.3
経口移行加算(28 単位/日)	149	82.8	28	15.6	3	1.7
経口維持加算Ⅰ(400 単位)	109	56.5	71	36.8	13	6.7
経口維持加算Ⅱ(100 単位)	133	72.7	41	22.4	9	4.9

4. 貴施設と歯科医師・歯科衛生士の関わりについて

(1)　歯科訪問診療に来る歯科医師はいるか

回答した施設は 224 施設で歯科訪問診療に来る歯科医師の有無では「いる」が最も多く、196 施設（87.5%）であった。ついで「いない」28 施設(12.5%)の回答であった。平成 30 年度の調査では「いる」と回答した施設は 91.5%でやや減少しており、SARS-CoV-2 による感染拡大の影響が示唆された。

表 18　歯科訪問診療に来る歯科医師はいるか

	n	%
いる	196	87.5
いない	28	12.5
合計	224	100.0

(1) －1　訪問歯科医師がいる場合の関係している歯科医療機関数および延べ診療患者数（令和 3 年 10 月）

令和 3 年 10 月における関係している歯科医療機関数は 1 施設あたり平均 1.4±0.9 軒であった。また 1 月の延べ診療患者数は 29.2±46.2 人であった。平成 30 年度調査と比較して歯科医療機関数は減少傾向、延べ患者数は増加傾向にあった。

表 19　歯科医療機関数および延べ診療患者人数

	n	平均値±標準偏差
歯科医療機関数	191	1.4±0.9
診療患者延べ人数	151	29.2±46.2

(1) －2　訪問歯科医師の所属

回答した施設は 172 施設で訪問歯科医師の所属は協力歯科医療機関が最も多く、123 施設（71.5%）であった。ついで両方 27 施設(15.7%)、協力歯科医療機関以外の歯科 22 施設(12.8%)の回答で、平成 30 年度調査とほぼ同じ結果であった。

表 20　訪問歯科医師の所属

	n	%
協力歯科医療機関	123	71.5
協力歯科医療機関以外の歯科	22	12.8
両方	27	15.7
合計	172	100.0

(1) ー3 訪問歯科医師がいない理由（自由記載）

① コロナ関連・コロナ関係

- コロナ禍のため中止中
- 新型コロナウイルス感染予防対策の為
- 昨年はコロナウイルスの為来所出来ていない

② 対応できる歯科医療機関がない

- 歯科医師が 2 名（1 人が訪問に出ても診療がもう一人の医師が出来る）いる歯科機関がないため訪問依頼ができない
- 協力歯科が閉院、町内の歯科はなかなか予約できず往診も断られる
- 介入されていた入所者がご逝去されました　など

③ 非常勤歯科医師の雇用している・歯科衛生士の勤務している・協力歯科医院やかかりつけ医院へ通院支援があるなど

- 非常勤歯科医師を雇用している
- 歯科衛生士が勤務している事
- 施設協力歯科がある為　など

④ 必要に応じて/必要がない

- 必要に応じ受診するため
- 入所者の歯科診療は個別にかかりつけの歯科へ行き治療診療等を行っているため
- 町内に歯科医院があり、訪問診療の必要性がない　など

⑤ その他

- 往診はあるが定期的かつ計画的な歯科医師の訪問診療は行っていない

(2)　協力歯科医療機関の申請を行っているか

回答した施設は 219 施設で、協力歯科医療機関の申請を行っているかではいは 180 施設（82.2%)、いいえは 39 施設（17.8%）で、平成 30 年度調査と同様であった。

表 21　協力歯科医療機関の申請を行っているか

	n	%
はい	180	82.2
いいえ	39	17.8
合計	219	100.0

(2) －1　協力歯科医療機関の申請をしていない理由（自由記載）

① 不明

- 開設当初職員退職にて不明

② 申請しても協力歯科医療機関を頼めない

- 法人内に歯科医療機関がないため
- 併設の場合は申請できないため
- 地域に歯科診療所は二ヶ所しかなく頼めない　など

③ 契約金の負担が大きい

- 契約金等の負担が大きい為
- 委託契約など費用がかかる

④ 現状で事足りている

- 訪問診療と適宣歯科医院への受診で現状は事足りている
- 不定期に訪問診療のため
- 必要に応じ受診するため　など

⑤ 特になし

- 知らなかったです

⑥ その他

- 協力医としての契約のみ
- 該当者がいない

(2) －2　申請をしていない場合今後どのようなことを実施してもらえれば協力医療機関として契約したいと思うか

申請していない施設が協力歯科医療機関に実施してもらいたい項目は嚥下機能検査、口腔衛生管理体制加算への助言が最も多く、それぞれ 10 施設（62.5%）であった。ついで歯科訪問診療が 9 施設（56.3%）、摂食嚥下に対する支援が 9 施設（56.3%）、歯科検診や歯科相談 8 施設(50.0%)であった。

平成 30 年度の同調査では、摂食嚥下に対する支援が 48.8%、口腔衛生管理加算への助言 34.9%、口腔衛生管理加算実施にあたる指導 39.5%であったことから、総じて協力歯科医療機関への要望は高まっていると推察された、一方、経口維持加算Ⅱへの助言は 44.2%から 18.8%に低下しており、加算の取得よりも入所者の摂食嚥下や口腔衛生管理への支援に施設側の希望が変わってきている可能性が示唆された。

表 22　今後契約したいと思うことができる内容（n=16）

	n	%
入所者の食事等の(口腔と栄養に関する)カンファレンスへの参加	6	37.5
入所者の食事等に関する個別の相談	6	37.5
歯科訪問診療	9	56.3
摂食嚥下に対する支援	9	56.3
嚥下機能検査	10	62.5
歯科検診や歯科相談	8	50.0
口腔衛生管理体制加算への助言	10	62.5
口腔衛生管理加算実施にあたり指導	7	43.8
経口維持加算Ⅱへの助言	3	18.8
入所者のミールラウンド(食事観察)への参加	3	18.8
口腔衛生等に関する研修会の開催	6	37.5
その他	0	0.0

(3)　現在の協力歯科医療機関になった経緯

現在の協力歯科医療機関になった経緯として、自施設や法人と関係のある歯科医療機関が最も多く、81 施設（43.8%）であった。ついでその他 44 施設(23.8%)、歯科医師会を通じて 16 施設(8.6%)の回答であった。平成 30 年度の同調査では、関係のある歯科医療機関は 42.1%と同等であったが、歯科医師会を通しては 13.5%、知人等の紹介 13.2%、歯科医院からの営業は 8.4%、あっせん業者からの営業は 1.2%であったことから、歯科医師会や知人からの紹介は減少し、歯科医院からの直接の営業が増加している傾向が伺えた。

表 23　現在の協力歯科医療機関になった経緯

	n	%
歯科医師会を通じて	16	8.6
自施設や法人と関係のある歯科医療機関	81	43.8
知人等の紹介	18	9.7
歯科医院からの営業	25	13.5
あっせん業者からの営業	1	0.5
その他	44	23.8
合計	185	100.0

(4)　協力歯科医療機関との金銭面の契約について

回答した施設は 178 施設で協力歯科医療機関との金銭面の契約について、無報酬が最も多く、154 施設 86.5%であった。ついであるが 24 施設(13.5%)であった。平成 30 年の同調査では無報酬は 81.8%であったことから、歯科訪問診療を行っている歯科医院が無報酬で協力歯科医療機関となっているケースが増加していると思われる。

表 24　協力歯科医療機関の報酬契約

	n	%
ある	24	13.5
なし	154	86.5
合計	178	100.0

(4) －1　報酬がある場合、契約金

協力歯科医療機関との金銭面の契約がある場合の契約金は、委託契約平均 76230.8±161806.5 円、実施月のみ報酬平均 34333.3±46543.9 円の回答であった。平成 30 年度の同調査では、委託契約 35890.5±44551.7 円、月のみ報酬 14036.1±10022.3 となっており、契約にかかる金額は大きく増額している可能性が示唆された。

表 25　契約金について

	n	平均値±標準偏差
委託契約	13	76230.8±161806.5
非常勤雇用	0	
実施月のみ報酬	3	34333.3±46543.9

(5)　協力歯科医療機関の歯科衛生士が施設の口腔衛生管理に従事している場合の報酬について

回答した施設は 149 施設で、協力歯科医療機関の歯科衛生士が施設の口腔衛生管理に従事している場合の報酬は、協力歯科医療機関の歯科衛生士は口腔衛生管理に従事していないが最も多く、86 施設(57.7%)であった。ついで無報酬が 50 施設(33.6%)、協力歯科医療機関等に支払いが 5 施設(3.4%)の回答であった。平成 30 年度の同調査と比較すると、口腔衛生管理に従事していないは 39.3%から 57.7%に増加し、無報酬は 51.0%から 33.6%に減少しており、協力歯科医療機関の歯科衛生士は無報酬では口腔衛生管理に対応しなくなってきている可能性が示唆された。

表 26　歯科衛生士の報酬契約

	n	%
協力歯科医療機関の歯科衛生士は口腔衛生管理に従事していない	86	57.7
直接支払い	8	5.4
協力歯科医療機関等に支払い	5	3.4
無報酬	50	33.6
合計	149	100.0

(5) －1　歯科衛生士の報酬がある場合、月額平均

歯科衛生士の報酬がある場合の月額平均は、直接給与が24926.0±27747.3円、協力歯科医療機関等に支払われている場合は9750.0±3685.6円であった。平成30年度調査との比較では、直接給与はほとんど変わりがなかったが、協力歯科医療機関等への報酬は19698円から9750円と減額していた。歯科医療機関は歯科訪問診療と並行して口腔衛生管理を行い、施設からの報酬を減額している可能性が示唆された。

表27　歯科衛生士の報酬（月額平均）

	n	平均値±標準偏差
直接給与	3	24926.0±27747.3
協力歯科医療機関等	4	9750.0±3685.6

(6)　協力歯科医療機関が実施している項目、実施してもらいたい項目および協力歯科医療機関以外の歯科医師が実施している項目（複数回答）

協力歯科医療機関が実施している項目は歯科訪問診療（歯科治療）が147施設（86.0%）で最も多く、ついで歯科検診や歯科相談が121施設（70.8%）であった。

協力歯科医療機関に実施してもらいたい項目は口腔衛生等に関する研究会の開催が66施設（55.5%）で最も多く、ついで嚥下機能検査が47施設（39.5%）、摂食嚥下に対する支援が41施設（34.5%）であった。平成30年度調査と比較すると、入所者の食事に関する支援のニーズが減少し、口腔衛生に関する研修会の開催が10%以上増加していた。　協力歯科医療機関以外の歯科医師が実施している項目は歯科訪問診療（歯科治療）が最も多く38施設（82.6%）で、ついで歯科検診や歯科相談が20施設（43.5%）であった。

表 28　協力歯科医療機関が実施している項目、協力歯科医療機関に実施してもらいたい項目および協力歯科医療機関以外の歯科医師が実施している項目

	協力歯科医療機関が実施している項目（n=171）		協力歯科医療機関に実施してもらいたい項目（n=119）		協力歯科医療機関以外に実施している項目（n=46）	
	n	%	n	%	n	%
入所者の食事等の(口腔と栄養に関する)カンファレンスへの参加	22	12.9	30	25.2	3	6.5
入所者の食事等に関する個別の相談	47	27.5	33	27.7	6	13.0
歯科訪問診療(歯科治療)	147	86.0	27	22.7	38	82.6
摂食嚥下に対する支援	43	25.1	41	34.5	11	23.9
嚥下機能検査	26	15.2	47	39.5	9	19.6
歯科検診や歯科相談	121	70.8	32	26.9	20	43.5
口腔衛生管理体制加算への助言	81	47.4	28	23.5	4	8.7
口腔衛生管理加算実施にあたる指導	63	36.8	32	26.9	5	10.9
経口維持加算Ⅱへの助言	27	15.8	23	19.3	3	6.5
入所者のミールラウンド(食事観察)への参加	23	13.5	33	27.7	3	6.5
口腔衛生等に関する研修会の開催	37	21.6	66	55.5	5	10.9
その他	6	3.5	2	1.7	0	0.0

5. 口腔関連サービスについて

(1) 直近１年間の口腔衛生管理体制について実施している項目（複数回答）

直近１年間の口腔衛生管理体制について実施している項目として、「歯科衛生士による口腔衛生管理(いわゆる専門的口腔ケア)の実施」が最も多く、97 施設（71.9%）であった。ついで、歯科医師による施設に対する口腔ケア全般についての助言（講習会・研修会を伴わず、入所者個別の助言ではない場合）72 施設(53.3%)、歯科衛生士による定期的な口腔衛生や口腔機能に関するアセスメント(概ね入所者全員を対象)64施設(47.4%)の回答であった。

平成 30 年度調査と比較すると、歯科衛生士による口腔衛生管理の実施は 65.7%から71.9%と増加しており、改定の効果が認められた。歯科衛生士による定期的口腔衛生管理が行われたため、歯科医師や歯科衛生士による口腔内診査、アセスメントは減少していた。

表 29　口腔衛生管理体制加算について実施している項目（n=135）

	n	%
歯科医師による入所時の口腔内診査	55	40.7
歯科医師による定期的な口腔内診査(概ね入所者全員を対象)	53	39.2
歯科衛生士による定期的な口腔衛生や口腔機能に関するアセスメント(概ね入所者全員を対象)	64	47.4
歯科衛生士による口腔衛生管理(いわゆる専門的口腔ケア)の実施	97	71.9
歯科医師又は歯科衛生士を講師とした介護職員に対する口腔ケアに関する研修の機会	54	40.0
カンファレンス（経口維持加算Ⅱによるもの等）への歯科医師、歯科衛生士の参加	31	23.0
歯科医師による施設に対する口腔ケア全般についての助言（講習会・研修会を伴わず、入所者個別の助言ではない場合）	72	53.3
その他	1	0.7

(2) どのような利用者に対して口腔衛生管理加算を算定しているか（複数回答）

口腔衛生管理加算を算定する条件として、全員を対象が最も多く、26 施設（41.9%）であった。ついで、歯科医師、歯科衛生士から必要性を指摘された場合が 24 施設(38.7%)、職員による口腔ケアが難しい場合が 24 施設(38.7%)の回答であった。

平成 30 年度の同調査と比較すると、全員を対象と回答した施設、本人が希望した場合がやや減少し、職員による口腔ケアが難しい場合がやや増加していた。

表 30　算定対象の決め方（n=62）

	n	%
歯科医師、歯科衛生士から必要性を指摘された場合	24	38.7
全員を対象	26	41.9
本人が希望した場合	16	25.8
家族が希望した場合	23	37.1
施設で基準を決めている	7	11.3
職員による口腔ケアが難しい場合	24	38.7

(2) －1　口腔ケアが難しい場合、その理由（複数回答）

職員による口腔ケアが難しい場合の理由として、歯みがきをするのをいやがるが最も多く、22 施設（91.7%）であった。ついで、口を開けてくれないが 21 施設(87.5%)、摂食嚥下障害がある（ムセがある）が 17 施設(70.8%)の回答であった。

平成 30 年度の同調査と比較すると、歯みがきをするのをいやがるが 75.2%から 91.7%と増加しており、利用者の要介護度、認知機能低下の重度化が伺える。

表 31　口腔ケアが難しい理由（n=24）

	n	%
歯みがきをするのをいやがる	22	91.7
口を開けてくれない	21	87.5
うがいができない	12	50
認知症がある	15	62.5
離床できない	4	16.7
摂食嚥下障害がある（ムセがある）	17	70.8
その他	3	12.5

(3) 口腔衛生管理加算の算定要件を満たすための歯科衛生士の確保について（令和 3 年 10 月現在）　（複数回答）

口腔衛生管理加算の算定要件を満たすための歯科衛生士確保について、協力歯科医療機関の歯科衛生士が担当しているが最も多く、31 施設（49.2%）であった。ついで、常勤として雇用しているが 17 施設(27.0%)、非常勤として雇用しているが 12 施設(19.0%)の回答であった。平成 30 年度調査と比較すると常勤雇用が 23.6%から増加していた。

表 32　口腔衛生管理加算の算定要件のための歯科衛生士の確保（n=63）

	n	%
常勤として雇用している	17	27.0
非常勤として雇用している	12	19.0
協力歯科医療機関の歯科衛生士が担当している	31	49.2
協力歯科医療機関以外の歯科衛生士が担当している	4	6.3
その他	0	0.0

(3) －1　常勤または非常勤として雇用している場合

常勤として雇用している場合の業務として、主に口腔衛生管理を担う職員として雇用が最も多く、15 施設（93.8%）であった。ついで、衛生士ではなく、介護支援専門員等の介護スタッフとして雇用しているが口腔衛生管理も担っているが 1 施設(6.3%)の回答であった。平成 30 年度調査と比較すると、口腔衛生管理を担う職員としての雇用が 78.7%から 93.8%と増加しており、口腔衛生管理の重要性が浸透してきていると思われた。非常勤雇用については各施設 1 名が多く、日数は週 3 日程度であった。

表 33　常勤として雇用している場合の詳細

	n	%
主に口腔衛生管理を担う職員として雇用	15	93.8
衛生士ではなく、介護支援専門員等の介護スタッフとして雇用しているが口腔衛生管理も担っている	1	6.3
合計	16	100.0

表 34　非常勤として雇用している場合の月当たりの日数

	n	平均値±標準偏差
常勤雇用人数	15	1.1±0.3
非常勤雇用日数	11	13.5±8.7

(4) 口腔衛生管理加算の対象者把握の課題（複数回答）

口腔衛生管理加算の対象者把握において課題と思われる項目として、利用者の口腔内の状況把握に、十分な時間を割くことが難しいが最も多く、61 施設（61.0%）であった。ついで、歯科専門職による口腔衛生管理が必要かどうかの判断が、施設スタッフだけでは難しい場合があるが 54 施設(54.0%)、介護スタッフに対する口腔ケアの研修機会が少ないが 45 施設(45.0%)の回答であった。平成 30 年度の同調査と比較すると、すべての項目について約 10%増加しており、口腔衛生管理加算の対象者の把握について関心が高まっている可能性が示唆された。

表 35　対象者把握の課題（n=100）

	n	%
利用者の口腔内の状況把握に、十分な時間を割くことが難しい	61	61.0
歯科専門職による口腔衛生管理が必要かどうかの判断が、施設スタッフだけでは難しい場合がある	54	54.0
歯科医師による定期的な歯科健診等の機会がない	30	30.0
介護スタッフに対する口腔ケアの研修機会が少ない	45	45.0
その他	5	5.0

(5) 歯科衛生士から施設職員は入所者の口腔や食事についてアドバイスをうけているか

歯科衛生士から施設職員は入所者の口腔や食事についてアドバイスを受けている頻度について、ときどき受けているが最も多く、86 施設（43.0%）であった。ついで、よく受けているが 65 施設(32.5%)の回答であった。平成 30 年度調査と比較すると、ほとんど受けていないと回答した施設は 16.5%から 24.5%に増加していた。口腔衛生管理体制加算の廃止による影響と、歯科衛生士が直接利用者に対する口腔衛生管理に従事することが多くなり、施設職員へのアドバイスにかかる時間が減少した可能性が示唆された。

表 36　歯科衛生士からのアドバイス機会

	n	%
よく受けている	65	32.5
ときどき受けている	86	43.0
ほとんど受けていない	49	24.5
合計	200	100.0

(6) 協力歯科医院との連携による入所者への効果と思われるもの（複数回答）

協力歯科医療機関との連携による入所者への効果と思われる項目として、口腔衛生状態の改善が最も多く、164 施設（87.2%）であった。ついで、肺炎予防が 106 施設(56.4%)、食形態の維持改善が 85 施設(45.2%)の回答であった。平成 30 年度の同調査と比較すると、各項目とも若干の減少が認められた。

表 37　連携による入所者の効果（n=188）

	n	%
口腔衛生状態の改善	164	87.2
虫歯の減少	68	36.2
義歯使用率の増加	73	38.8
摂食嚥下機能の改善	75	39.9
食形態の維持改善	85	45.2
栄養状態の維持改善	51	27.1
肺炎予防	106	56.4
窒息事故の減少	19	10.1
会話の増加	21	11.2
看取りの増加	1	0.5
特になし	10	5.3
その他	4	2.1

6. 令和 3 年介護報酬改定後の変化について

(1)　歯科衛生士が 1 か月に口腔衛生管理を実施する入所者の数は、令和 3 年 4 月以降変化したか

回答した施設は 199 施設で、令和３年４月以降に歯科衛生士が１か月に口腔衛生管理を実施する入所者の数について、変わりないが 119 施設（59.8%）、該当者がいないが 46 施設(23.1%)であったが、25 施設（12.6%）の施設が増加したと回答しており、口腔衛生管理に関する施設の関心の高さと改定効果が推察された。

表 38　歯科衛生士が口腔衛生管理を実施する入所者数の変化

	n	%
増加した	25	12.6
減少した	9	4.5
変わりない	119	59.8
該当者がいない	46	23.1
合計	199	100.0

(2)　改定後に歯科衛生士から介護職員に対する助言や指導の回数の変化

回答した施設は 171 施設で、令和３年度介護報酬改定後に歯科衛生士から介護職員に対する助言や指導の回数は変化したかについて、変わりないが 110 施設（64.3%）であったが、増加したと回答した施設も 30 施設(17.5%)あり、改定によって、口腔衛生管理に関する歯科衛生士と介護職員の連携が進んだ可能性が示唆された。

表 39　歯科衛生士の助言や指導の回数変化

	n	%
増加した	30	17.5
減少した	4	2.3
変わりない	110	64.3
該当者がいない	27	15.8
合計	171	100.0

(2) －1　助言や指導が増加した場合、助言等の内容（複数回答）

増加したと回答した施設における助言の内容は、口腔ケアのアドバイスが最も多く29施設（96.7%）であった。ついで、口腔状態、問題の情報が27施設(90.0%)、歯科治療の必要性が18施設(60.0%)であった。平成30年度の同調査と比較すると、口腔ケアのアドバイス、口腔状態、問題の情報とも10%近く増加していた。

表40　助言や指導が増加した場合の内容（n=30）

	n	%
口腔ケアのアドバイス	29	96.7
口腔状態、問題の情報	27	90.0
歯科治療の必要性	18	60.0
食事について	10	33.3
その他	1	3.3

(3)　改定後に、介護職員が歯科衛生士に口腔に関する相談する回数は変化したか

回答した施設は179施設で、令和３年改訂後に介護職員が歯科衛生士に口腔に関する相談をする回数は変化したかについて、増加したが33施設(18.4%)あり、改定効果が認められたが、減少した施設も2.2%あり（平成30年度は0.9%)、改定内容に関する検証を行う必要性が示唆された。

表41　口腔に関する相談回数の変化

	n	%
増加した	33	18.4
減少した	4	2.2
変わりない	117	65.4
該当者いない	25	14.0
合計	179	100.0

(3) －1　相談が増加した場合、助言等の内容（複数回答）

増加した場合の助言内容は、口腔ケアのアドバイスが最も多く、30 施設（93.8%）であった。ついで、口腔状態、問題の情報が 28 施設(87.5%)、歯科治療の必要性が 20 施設(62.5%)の回答であった。平成 30 年度調査と比較するとすべての項目で 5～10%程度増加していた。口腔衛生管理加算の実施が進み、歯科衛生士が施設に来る頻度が増え、相談しやすくなった可能性が示唆された。

表 42　相談回数が増加した場合の内容（n=32）

	n	%
口腔ケアのアドバイス	30	93.8
口腔状態、問題の情報	28	87.5
歯科治療の必要性	20	62.5
食事について	13	40.6
その他	0	0

7. 口腔衛生管理加算サービスの必要性について

(1)　口腔衛生管理加算サービスは必要か

回答した施設は 209 施設で、口腔衛生管理加算サービスの必要性について、必要と回答した施設は 170 施設(81.3%)、不要と回答した施設は 39 施設(18.7%)であった。

表 43　口腔衛生管理加算サービスの必要性

	n	%
必要	170	81.3
不要	39	18.7
合計	209	100.0

(1) －1　必要と答えた場合の理由

必要と回答した施設は 172 施設で、必要と考える理由について、介護職による口腔ケアが困難な利用者が多いためが最も多く 104 施設(60.5%)であった。ついで、歯科治療（う蝕、歯周病、義歯など）が必要であるか判断ができないためが 101 施設 (58.7%)、摂食嚥下機能への対応が必要な利用者が多いが 100 施設(58.1%)の回答であった。

表 44　口腔衛生管理サービスが必要と考える理由（n=172）

	n	%
肺炎発症者が多いため	56	32.6
介護職による口腔ケアが困難な利用者が多いため	104	60.5
歯科治療（う蝕、歯周病、義歯など）が必要であるか判断ができないため	101	58.7
食支援が必要な利用者が多いため	71	41.3
摂食嚥下機能への対応が必要な利用者が多い	100	58.1
サービスの質の向上のため	99	57.6
その他	4	2.3

(1) －2　不要と答えた場合の理由

不要と回答した施設は 36 施設で、不要と考える理由について、歯科訪問診療で対応できるが最も多く、18 施設(50.0%)、ついで、対応できる歯科医療機関ないし歯科衛生士がいないが 11 施設(30.6%)、施設職員で十分対応できているが 9 施設(25.0%)の回答であった。

表 45　口腔衛生管理サービスが不要と考える理由（n=36）

	n	%
口腔衛生管理体制加算にかかるサービスで十分対応できている	5	13.9
施設職員で十分対応できている	9	25.0
対応できる歯科医療機関ないし歯科衛生士がいない	11	30.6
歯科訪問診療で対応できる	18	50.0
必要と思われる利用者はいない	0	0.0
感染対策等リスク管理の面から外部からの立ち入りを最小限にしたいため	7	19.4
その他	5	13.9

【考察】

考察においては、今回の郵送調査の集計結果をもとに、介護保険施設の口腔衛生管理に関する現状を中心に、令和 3 年度介護報酬改定の影響を確認することを目的に、平成 30 年度介護報酬改定後の同様の調査結果と比較して行った。
なお、本調査も、平成 30 年度調査も全国の介護保険施設から無作為に抽出した施設を対象としているが、同一の施設でないことから、両年度の調査結果の比較による考察については、当該年度の状況、特に本年度の調査は SARS-CoV-2 による感染拡大下での結果であることに十分配慮する必要がある。

1.　歯科衛生士の雇用状況について

常勤専従の歯科衛生士は平均 0.1±0.4 人、常勤兼務は 0.1±0.3 人、非常勤は 0.4±0.9 人で、平成 30 年度の調査では常勤専従は平均 0.2±1.2、常勤兼務は 0.1±0.4、非常勤は 0.3±1.3 であったことから、介護保険施設における歯科衛生士の雇用は常勤、非常勤ともに変化はみられなかった。

2.　口腔衛生管理体制に関する計画立案について

令和 3 年度介護報酬改定において、口腔衛生管理体制加算が廃止され、基本サービスとして、口腔衛生の管理体制を整備し、入所者ごとの状態に応じた口腔衛生の管理を行うことが求められたことに伴い、施設に対して、口腔衛生管理体制に関する計画立案について尋ねたところ、口腔衛生管理体制に関する計画立案ありは 89 施設(40.1%)であった。平成 30 年度の同調査では、口腔衛生管理体制加算の算定（口腔衛生管理体制に関する計画立案を実施）を 66.1%の施設が行っていたことから、口腔衛生管理体制加算の廃止により、口腔衛生管理体制に関する計画立案を行わなくなった施設が相当数生じた可能性が示唆された。

口腔衛生の管理体制を整備するうえでの課題について、入所者の口腔ケアを推進するための課題、口腔衛生管理体制の目標、目標に対する方策について、それぞれ自由記載で回答してもらったところ、入所者の口腔ケアを推進するための課題については、口腔ケアに関する人員や時間の不足、職員の口腔衛生管理に関する知識と技術、意識の問題、特に口腔衛生状態の把握、観察、評価に関する問題、利用者個々に対応した口腔ケアの提供や習慣化支援や、統一した手技、システム、リスク管理と多職種との連携の必要性などが課題として挙げられていた。

口腔衛生管理体制の目標としては、口腔清掃方法の見直し、誤嚥性肺炎/口腔機能低下症予防/乾燥予防/口腔機能の維持、口腔内のアセスメント、安全/適切な口腔ケアの実践、

口腔衛生管理の技術、知識の向上、口腔ケア用品の管理と準備、職員間の口腔衛生管理に関する情報の共有などが挙げられていた。

目標に対する方策については、口腔リハビリ/口腔ケアの実施、口腔内/口腔ケアに関するアセスメントの実施、研修への参加・研修の実施，実技指導、技術的助言の周知・職員の意識変化・知識の向上、連携・引継ぎ、連絡、入所者についての情報共有、ケアプランの立案、ケア用品の管理、準備といった内容が挙げられていた。

3. 口腔衛生管理加算の算定状況について

口腔衛生管理加算を算定している施設は 65 施設(29.4%)で、平成 30 年度の同時期の調査では算定ありが 23.9%であったことから、口腔衛生管理加算を算定している施設は増加していると思われる。今年から算定している施設も 9.5%あり、令和以 3 年度の介護報酬改定により、口腔衛生管理加算のサービス提供が促進された可能性が示唆された。口腔衛生管理加算の算定者数は平均 45.1±44.9 人で、平成 30 年度の算定者数は平均 41.2±34.5 人であったことから、算定者数も増加していると思われる。

4. 口腔衛生管理以外の加算の算定状況について

療養食加算、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および経口維持加算Ⅱにおける算定状況については経口維持加算Ⅰは 6.7%、経口維持加算Ⅱは 4.9%、療養食加算は 6.0%が新たに算定を開始したと回答していた。平成 30 年度の同様の調査では、改定年度から算定を開始した施設は経口維持加算Ⅰが 2.8%、Ⅱは 2.1%、療養食加算は 2.0%であったことから、令和 3 年度から加算の算定を開始した施設は、前改定より多かった。令和 3 年度の改定では、経口維持加算に関して 6 月を超えた場合の水飲みテスト、頸部聴診法、造影検査、内視鏡等や概ね 1 か月ごとの医師又は歯科医師の指示に係る要件が廃止となっており、これらが算定開始を促した可能性がある。

5. 協力歯科医療機関との関係について

協力医療機関との契約で施設側が必要と考えていることは、嚥下機能検査、口腔衛生管理体制加算への助言がそれぞれ 62.5%、歯科訪問診療が 56.3%、摂食嚥下に対する支援が 56.3%、歯科検診や歯科相談が 50.0%であった。平成 30 年度の同調査では、摂食嚥下に対する支援が 48.8%、口腔衛生管理加算への助言 34.9%、口腔衛生管理加算実施にあたる指導 39.5%であったことから、総じて協力歯科医療機関への要望は高まっていると推察された、いっぽう経口維持加算Ⅱへの助言は 44.2%から 18.8%に低下しており、加算の取得よりも入所者の摂食嚥下や口腔衛生管理への支援に施設側のニーズが強くなってきている

可能性が示唆された。

協力歯科医療機関との委託契約にかかる費用については平均 76230.8±161806.5 円、実施月のみの報酬は平均 34333.3±46543.9 円であった。平成 30 年度の同調査では、委託契約は 35890.5±44551.7 円、月のみ報酬は 14036.1±10022.3 となっており、契約にかかる金額は大きく増額している可能性が示唆された。協力歯科医療機関の歯科衛生士と施設の口腔衛生管理の状況ついては、平成 30 年度と比較すると、口腔衛生管理に従事していないは 39.3%から 57.7%に増加し、無報酬は 51.0%から 33.6%に減少しており、協力歯科医療機関の歯科衛生士は無報酬では口腔衛生管理に対応しなくなってきている可能性が示唆された。

口腔衛生管理体制について実施している項目について平成 30 年度調査と比較すると、歯科衛生士による口腔衛生管理の実施は 65.7%から 71.9%と増加しており、改定の効果が認められた。

6. 口腔衛生管理加算のための歯科衛生士の確保について

口腔衛生管理加算のための歯科衛生士の確保については、平成 30 年度の同調査では常勤雇用は 23.6%であったが、本年度は 27.0%と若干増加していた。常勤雇用についても、口腔衛生管理を担う職員としての雇用が 78.7%から 93.8%と増加し、介護職員としての兼任が減っており、歯科衛生士による口腔衛生管理の重要性が浸透してきていると思われた。

7. 口腔衛生管理の課題について

口腔衛生管理加算の対象者の把握の課題について、平成 30 年度の同調査と比較すると、把握にかかる時間、判断、歯科専門職による健診や研修の機会の不足といった課題を挙げた施設が増加しており、口腔衛生管理加算の対象者の把握について関心が高まっている可能性が示唆された。歯科衛生士から施設職員は入所者の口腔や食事についてアドバイスについて、平成 30 年度調査と比較すると、ほとんど受けていないと回答した施設は 16.5%から 24.5%に増加していた。口腔衛生管理体制加算の廃止による影響と、歯科衛生士が直接利用者に対する口腔衛生管理を行うことが多くなり、施設職員へのアドバイスにかかる時間が減少した可能性が示唆された。

8. 令和 3 年介護報酬改定後の変化について

歯科衛生士が 1 か月に口腔衛生管理を実施する入所者数について、令和 3 年 4 月以降変化を尋ねたところ 12.6%の施設が増加したと回答していた。歯科衛生士から介護職員に対する助言や指導の回数についても増加したと回答した施設が 17.5%あり、改定によって口

腔衛生管理に関する施設の関心が高くなり、歯科衛生士と介護職員の連携が進んだ可能性が示唆された。

Ⅲ　協力歯科医療機関に対する郵送調査

1. 歯科診療所の概要について

(1) 開設主体

回答した 294 施設のうち、開設主体では個人が最も多く 185 施設（62.9%）で、ついで法人で 102 施設（34.7%）であった。

表 1 開設主体

	n	%
国・公的機関	7	2.4
社会保険関係団体	0	0.0
法人	102	34.7
個人	185	62.9
合計	294	100.0

(1) －1 国・公的機関の詳細

開設主体が国・公的機関の場合、市町村が 6 施設（85.7%）で最も多かった。

表 2 開設主体が国・公的機関の場合の詳細

	n	%
国立病院機構	0	0.0
国立大学法人	0	0.0
都道府県	0	0.0
市町村	6	85.7
地方独立行政法人	0	0.0
その他	1	14.3
合計	7	100.0

(1) －2　法人の詳細

開設主体が法人の場合、医療法人が 95 施設（93.1%）で最も多かった。

表 3 開設主体が法人の場合の詳細

	n	%
医療法人	95	93.1
学校法人	2	2.0
その他	5	4.9
合計	102	100.0

(2)　標榜科目（複数回答）

標榜科目は歯科が最も多く 293 施設（100.0%）であった。ついで小児歯科 151 施設（51.5%）、歯科口腔外科 89 施設（30.4%）であった。

表 4　標榜科目（n=293）

	n	%
歯科	293	100.0
歯科口腔外科	89	30.4
小児歯科	151	51.5
矯正歯科	82	28.0

(3)　職員数

(3) －1　歯科医師　常勤

常勤歯科医師数は 1 人が最も多く 194 施設（65.5%）であり、ついで 2 人が 65 施設（22.0%）、3 人 22 施設（7.4%）であった。

表 5　常勤歯科医師数

	n	%
1 人	194	65.5
2 人	65	22.0
3 人	22	7.4
4 人	9	3.0
5～9 人	5	1.7
10 人以上	1	0.3
合計	296	100.0

(3) －2　歯科医師　非常勤

非常勤歯科医師数は 1 人が最も多く 71 施設（41.3%）であり、ついで 2 人 38 施設（22.1%）、0 人 25 施設（14.5%）であった。

表 6　非常勤歯科医師数

	n	%
0 人	25	14.5
1 人	71	41.3
2 人	38	22.1
3 人	19	11.0
4 人	4	2.3
5～9 人	12	7.0
10 人以上	3	1.7
合計	172	100.0

(3) －3　歯科衛生士　常勤

常勤歯科衛生士数は 1 人が最も多く 72 施設(28.3%)、ついで 2 人 50 施設(19.7%)、3 人 45 施設（17.7%）であった。

表 7　常勤歯科衛生士数

	n	%
0 人	20	7.9
1 人	72	28.3
2 人	50	19.7
3 人	45	17.7
4 人	24	9.4
5 人	18	7.1
6 人	8	3.1
7～9 人	13	5.1
10 人以上	4	1.6
合計	254	100.0

(3) －4　歯科衛生士　非常勤

非常勤歯科衛生士数は1人が最も多く73施設(34.4%)、ついで2人49施設(23.1%)、3人42施設（19.8%）であった。

表 8　非常勤歯科衛生士数

	n	%
0人	13	6.1
1人	73	34.4
2人	49	23.1
3人	42	19.8
4人	19	9.0
5人	8	3.8
6人	1	0.5
7～9人	5	2.4
10人以上	2	0.9
合計	212	100.0

(4)　診療患者について（令和3年10月実績）

令和3年10月実績での診療患者数は外来患者の実人数は383.6±375.0人、外来患者の延べ人数は663.4±636.3人、訪問診療患者の実人数は52.8±143.8人、訪問診療患者の延べ人数は127.3±321.1人であった。平成30年度の同調査では、外来患者の実人数は405.2±520.2人、外来患者の延べ人数は762.0±1243.6人、訪問診療患者の実人数は65.0±150.7人、訪問診療患者の延べ人数は150.6±368.8人とすべての項目について減少がみられ、SARS-CoV-2による感染拡大の影響が示唆された。

表 9　外来および訪問診療の患者数

	n	平均値±標準偏差
外来患者実人数	249	383.6±375.0
外来患者延べ人数	233	663.4±636.3
訪問診療患者実人数	255	52.8±143.8
訪問診療患者延べ人数	237	127.3±321.1

2. 貴院で行っている訪問診療等について

(1) 行っている施設基準（複数回答）

今回回答した294の診療所のうち、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所は185施設（62.5%）、在宅療養支援歯科診療所１は92施設（31.3%）、在宅療養支援歯科診療所２は151施設（51.4%）であった。平成30年度の同調査では、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所は65.2%、在宅療養支援歯科診療所１は30.8%、在宅療養支援歯科診療所２は 59.9%であったことから、歯科診療所の施設基準取得についてはほとんど変化がなかった。加算等の算定状況については、平成30年度は在宅歯科医療推進加算14.5%、地域医療連携加算13.8%、在宅患者歯科治療総合医療管理料27.3%であり、在宅患者歯科治療総合医療管理料は若干低下していたが、概ね同様の算定状況であった。

表 10　実施している施設基準（n=185）

	n	%
かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所	185	62.9
在宅療養支援歯科診療所１	92	31.3
在宅療養支援歯科診療所２	151	51.4
在宅歯科医療推進加算	42	14.3
地域医療連携体制加算	40	13.6
在宅患者歯科治療総合医療管理料	64	21.8

(2)　令和 2 年度の算定実績がある項目と令和 3 年 10 月の算定件数

(2) －1　令和 2 年度の算定実績

令和 2 年度に算定実績がある項目で最も多かったのは歯科訪問診療料（1、2、3）で 267 施設（90.8%）、ついで歯科医師による居宅療養管理指導費で 207 施設（70.4%）、歯科衛生士等による居宅療養管理指導費は 180 施設（61.2%）であった。平成 29 年度の同調査では、歯科医師による居宅療養管理指導費は 57.0%、歯科衛生士等による居宅療養管理指導費は 47.6%であったことから、居宅療養管理指導については実施が進んでいると思われる。

表 11　令和 2 年度算定実績

	n	%
歯科医師による居宅療養管理指導費	207	70.4
歯科衛生士等による居宅療養管理指導費	180	61.2
歯科訪問診療料（１、２、３）	267	90.8
訪問歯科衛生指導料（対１人）	170	57.8
歯科疾患在宅療養管理料	175	59.5
栄養サポートチーム連携加算１	7	2.4
栄養サポートチーム連携加算２	24	8.2
退院時共同指導料	5	1.7
在宅患者連携指導料	6	2.0
在宅患者緊急時カンファレンス料	4	1.4
摂食機能療法	43	14.6
訪問口腔リハビリテーション指導管理料	36	12.2

(2) －2　令和 3 年 10 月の算定人数

令和 3 年に算定した診療報酬で最も多かったのは歯科訪問診療料（１、２、３）で 65.6±173.2 人、ついで歯科医師による居宅療養管理指導費が 31.4±122.8 人、歯科衛生士等による居宅療養管理指導費が 27.1±57.3 人であった。平成 30 年度の同調査では、歯科衛生士等による居宅療養管理指導費は 37.3±96.2 であったことから、歯科衛生士等による居宅療養管理指導については実施が進んでいると思われる。

表 12　令和 3 年 10 月算定人数

	n	平均値±標準偏差
歯科医師による居宅療養管理指導費	203	31.4±122.8
歯科衛生士等による居宅療養管理指導費	197	27.1±57.3
歯科訪問診療料（１、２、３）	236	65.6±173.2
訪問歯科衛生指導料（対１人）	190	14.3±34.1
歯科疾患在宅療養管理料	179	22.6±40.2
栄養サポートチーム連携加算１	106	0.4±2.4
栄養サポートチーム連携加算２	111	3.3±11.4
退院時共同指導料	102	0±0.1
在宅患者連携指導料	105	0.2±1.5
在宅患者緊急時カンファレンス料	102	0±0.1
摂食機能療法	118	1.7±5.6
訪問口腔リハビリテーション指導管理料	121	4.7±23.9

(3)　訪問診療施設

(3) －1　訪問診療を行っている施設数

訪問診療を行っている施設は、令和 2 年 10 月は介護付き有料老人ホーム 2.0±0.5 施設と最も多く、ついで認知症高齢者グループホーム 1.4±2.2 施設、介護老人福祉施設 1.4±1.5 施設、介護老人保健施設で 0.8±0.9 施設であった。令和 3 年 10 月の施設訪問数で最も多かったのは介護付き有料老人ホーム 2.3±5.3 施設と最も多く、ついで認知症高齢者グループホーム 1.5±2.2 施設、介護老人福祉施設 1.5±1.6 施設、介護老人保健施設で 0.8±0.9 施設であった。令和３年度介護報酬改定前後での変化はみられなかった。しかし、平成 30 年度の同調査では、介護付き有料老人ホーム 2.7±5.2 施設、認知症高齢者グループホーム 2.3±3.6 施設、介護老人福祉施設 2.1±2.7 施設、介護老人保健施設で 1.4±1.7 施設であったことから、SARS-CoV-2 による感染拡大による施設への歯科訪問診療の自粛が推察された。

表 13　訪問診療を行っている施設の詳細

	令和 2 年 10 月訪問施設数		令和 3 年 10 月訪問施設数	
	n	平均値±標準偏差	n	平均値±標準偏差
介護老人保健施設	143	0.8±0.9	144	0.8±0.9
介護老人福祉施設	191	1.4±1.5	186	1.5±1.6
介護療養型医療施設	94	0.2±0.5	95	0.2±0.5
介護医療院	90	0.1±0.4	88	0.1±0.4
介護付き有料老人ホーム	137	2.0±0.5	140	2.3±5.3
養護老人ホーム	101	0.2±0.5	101	0.3±0.5
軽費老人ホーム	110	0.5±1.2	108	0.4±0.7
サービス付き高齢者向け住宅	125	1.0±1.6	128	1.1±1.9
認知症高齢者グループホーム	151	1.4±2.2	154	1.5±2.2

(3) －2　施設当たりの 1 か月の訪問診療回数

1 施設当たりの 1 か月間の訪問診療の頻度は、3.4±4.0 回だった。平成 30 年度の同調査では 3.8±4.3 回であり、訪問診療の頻度についても SARS-CoV-2 による感染拡大による影響が示唆された。

表 14　1 か月、1 施設への歯科訪問診療の回数

n	平均値±標準偏差
233	3.4±4.0

(4)　協力歯科医療機関としての訪問診療を行っている施設数

協力歯科診療施設として関わっている施設は、令和 2 年 10 月訪問施設数で最も多いのは介護付き有料老人ホームで 1.5±3.6 施設で、ついで認知症高齢者グループホームで 1.2±2.2 施設、介護老人福祉施設 0.9±1.3 施設であった。介護報酬改定後の令和 3 年 10 月訪問施設数で最も多かったのは介護付き有料老人ホームで 1.6±3.8 施設で、ついで認知症高齢者グループホーム 1.2±2.2 施設、介護老人福祉施設 0.9±1.3 施設であった。令和３年度介護報酬改定前後での変化はみられなかった。平成 30 年度の同調査では訪問施設数で最も多かったのは介護付き有料老人ホームで 1.9±4.3 施設で、ついで認知症高齢者グループホームで 1.7±3.0 施設、介護老人福祉施設 1.4±1.9 施設といずれの施設も減少しており、SARS-CoV-2 による感染拡大による施設への歯科訪問診療の自粛が推察された。

表 15　協力歯科診療施設として携わっている施設

	令和 2 年 10 月訪問施設数		令和 3 年 10 月訪問施設数	
	n	平均値±標準偏差	n	平均値±標準偏差
介護老人保健施設	105	0.5±0.7	110	0.5±0.7
介護老人福祉施設	126	0.9±1.3	131	0.9±1.3
介護療養型医療施設	84	0.1±0.2	84	0.1±0.2
介護医療院	74	0.0±0.2	74	0.0±0.2
介護付き有料老人ホーム	121	1.5±3.6	123	1.6±3.8
養護老人ホーム	87	0.2±0.4	87	0.2±0.4
軽費老人ホーム	93	0.2±0.6	93	0.3±0.6
サービス付き高齢者向け住宅	109	0.7±1.4	114	0.9±1.7
認知症高齢者グループホーム	122	1.2±2.2	129	1.2±2.2

(4) －1　協力歯科医療機関としての施設などへの訪問頻度

協力歯科医療機関としての施設等への訪問頻度は歯科医師 3.0±3.8 回、歯科衛生士 3.3±4.2 回であった。平成 30 年度の同調査ではそれぞれ 3.4±3.3 回、3.6±4.6 回であり、訪問診療の頻度についても SARS-CoV-2 による感染拡大による影響が示唆された。

表 16　1 か月、1 施設への協力歯科診療機関としての訪問頻度

	n	平均値±標準偏差
歯科医師	215	3.0±3.8
歯科衛生士	208	3.3±4.2

3. 介護保険施設と協力歯科医療機関としてのかかわりについて

(1)　協力歯科医療機関の歯科医師として実施している項目(複数回答)

介護保険施設の協力歯科医療機関の歯科医師として実施している項目で最も多いのは歯科訪問診療（歯科治療）236 施設（97.5%）で、ついで歯科検診や歯科相談が 186 施設（76.9%)、摂食嚥下に対する相談や支援が 139 施設（57.4%）であった。

平成 30 年度の同調査では、歯科訪問診療 79.3%、歯科検診や歯科相談 67.8%、摂食嚥下に対する相談や支援 49.8%であり、その他の実施項目についても実施していると回答した歯科医療機関は増加しており、介護保険施設において協力歯科医療機関が実施している内容は充実してきていると思われる。

表 17　実施項目（n=242）

	n	令和 3 年度%	平成 30 年度%
食事等のカンファレンスへの参加	55	22.7	16.2
入所者の食事等に関する個別の相談	88	36.4	29.4
歯科訪問診療（歯科治療）	236	97.5	79.3
摂食嚥下に対する相談や支援	139	57.4	49.8
嚥下機能検査	52	21.5	19.3
歯科検診や歯科相談	186	76.9	67.8
口腔衛生管理体制加算への助言	120	49.6	46.6
口腔衛生管理加算実施にあたり指導	103	42.6	37.5
経口維持加算 II への支援	30	12.4	10.6
入所者のミールラウンド（食事観察）への参加	58	24.0	17.8
口腔衛生等に関する研修会の開催	93	38.4	38.3
その他	3	1.2	1.8

※平成 30 年度は参考値

(2)　協力歯科医療機関の歯科医師として最も重要だと思うもの

介護保険施設の協力歯科医療機関の歯科医師として重要と思うものは、歯科訪問診療（歯科治療）が最も多く 133 施設（36.0%）、ついで歯科検診や歯科相談が 56 施設（15.2%）、摂食嚥下に対する相談や支援が 48 施設（13.0%）であった。平成 30 年度の同調査では、歯科訪問診療（歯科治療）が 60.5%とほとんどであったが、摂食嚥下に対する相談や支援が 5.3%と低率であったが、本調査では 15.2%と増加しており、協力歯科医療機関として、施設利用者の歯科治療以外に摂食嚥下に対する相談や支援の重要性が増してきていることが伺える。

表 18　歯科医師として最も重要と思うもの

	n	%
食事等のカンファレンスへの参加	11	3.0
入所者の食事等に関する個別の相談	13	3.5
歯科訪問診療（歯科治療）	133	36.0
摂食嚥下に対する相談や支援	48	13.0
嚥下機能検査	17	4.6
歯科検診や歯科相談	56	15.2
口腔衛生管理体制加算への助言	23	6.2
口腔衛生管理加算実施にあたり指導	20	5.4
経口維持加算 II への支援	6	1.6
入所者のミールラウンド（食事観察）への参加	21	5.7
口腔衛生等に関する研修会の開催	20	5.4
その他	1	0.3
合計	369	100.0

(3)　依頼を受けた場合の対応

依頼を受けた場合の対応で最も多いのは、食事等のカンファレンスへの参加ではおおむね対応できるで 83 施設（35.8%）、入所者の食事等に関する個別の相談ではおおむね対応できるで 91 施設（39.4%）、摂食嚥下に対する相談や支援ではおおむね対応できるで 102 施設（42.9%）、嚥下機能検査では対応できないで 66 施設（28.9%）、口腔衛生管理体制加算への助言ではおおむね対応できるで 95 施設（40.8%）、口腔衛生管理加算実施にあたり指導ではおおむね対応できるで 93 施設（40.6%）、経口維持加算 II への支援ではあまり対応できないが 68 施設（31.5%）、入所者へのミールラウンド（食事観察）への参加では対応できるが 64 施設（27.8%）、口腔衛生等に関する研修会の開催では対応できるが 96 施設（40.3%）であった。経口維持加算 II への支援や入所者のミールラウンド（食事観察）への参加は平成 30 年度よりも（あまり）対応できないとの回答が増加しており、SARS-CoV-2 による感染拡大による影響が示唆された。

表 19　依頼時の対応

		対応できる	おおむね対応できる	あまり対応できない	対応できない	合計
食事等のカンファレンスへの参加	n	61	83	54	34	232
	%	26.3	35.8	23.3	14.7	100.0
入所者の食事等に関する個別の相談	n	69	91	48	23	231
	%	29.9	39.4	20.8	10.0	100.0
摂食嚥下に対する相談や支援	n	76	102	45	15	238
	%	31.9	42.9	18.9	6.3	100.0
嚥下機能検査	n	52	52	58	66	228
	%	22.8	22.8	25.4	28.9	100.0
口腔衛生管理体制加算への助言	n	90	95	36	12	233
	%	38.6	40.8	15.5	5.2	100.0
口腔衛生管理加算実施にあたり指導	n	86	93	34	16	229
	%	37.6	40.6	14.8	7.0	100.0
経口維持加算 II への支援	n	39	44	68	65	216
	%	18.1	20.4	31.5	30.1	100.0
入所者のミールラウンド（食事観察）への参加	n	64	55	62	49	230
	%	27.8	23.9	27.0	21.3	100.0
口腔衛生等に関する研修会の開催	n	96	80	46	16	238
	%	40.3	33.6	19.3	6.7	100.0

(4) 協力歯科医療の歯科医師として訪問先の介護保険施設の職員から相談される内容（複数回答）

協力歯科医療機関の歯科医師として訪問先の介護保険施設の職員から相談される内容で最も多いのはう蝕についてが 237 施設（97.5%）、ついで歯の動揺についてが 191 施設（78.6%）、口臭についてが 175 施設（72.0%）であった。平成 30 年度の同調査では、義歯についてが最も多く 74.8%、義歯の手入れ方法 64.1%、ついでブラッシングの方法 64.1%であった。SARS-CoV-2 による感染拡大により、歯科訪問診療の制限があり、う蝕や歯周疾患等早急な対応が求められる問題についての相談が増加したものと思われる。

表 20　介護保険施設職員からの相談内容（n=243）

	n	%
口腔内の評価方法について	72	29.8
ブラッシングの方法について	161	66.3
義歯の手入れ方法について	135	55.6
口腔ケアの物品について	104	42.8
口臭について	175	72.0
歯周炎、歯肉炎について	165	67.9
う蝕について	237	97.5
義歯について	48	19.8
歯の動揺	191	78.6
粘膜疾患	127	52.3
食形態に関すること	96	39.5
摂食嚥下障害	102	42.0
その他	5	2.1

(4) －1　義歯についての内容の詳細（複数回答）

義歯についての内容の詳細で最も多いのは不適合/破折で 211 施設（93.0%）、ついで作製の依頼が 188 施設（82.8%）、装着の必要性（義歯が必要か）が 159 施設（70.0%）であった。

表 21　義歯についての内容の詳細（n=227）

	n	%
不適合/破折	211	93.0
作製の依頼	188	82.8
清掃方法	114	50.2
装着の必要性（義歯が必要か）	159	70.0
義歯安定剤について	107	47.1
その他	3	1.3

(5)　歯科衛生士が訪問先の介護職員に行っている助言や指導（複数回答）

歯科衛生士が訪問先の介護職員に行っている助言や指導の内容で最も多いのはブラッシングの方法についてで 203 施設（92.3%）、ついで義歯の手入れ方法についてが 189 施設（85.9%）、口腔ケアに必要な物品に関するアドバイスが 179 施設（81.4%）であった。平成 30 年度の同調査と助言や指導の内容で多い項目に変化はなかったが、平成 30 年度はブラッシングの方法については 69.4%程度であった。SARS-CoV-2 による感染拡大により、介護職員だけで対応しなければならない可能性から助言や指導を求める内容が多岐にわたった可能性がある。

表 22　介護職員に対する助言・指導内容（n=220）

	n	%
口腔内の評価方法について（アセスメント方法）	83	37.7
ブラッシングの方法について	203	92.3
義歯の手入れ方法について	189	85.9
口腔ケアに必要な物品に関するアドバイス	179	81.4
口腔ケア時の注意点（リスクや事故防止の観点）	158	71.8
施設全体の口腔ケア方法に対する問題点の指摘	48	21.8
入所者の食事に対するアドバイス	48	21.8
摂食嚥下障害に対する相談	62	28.2
その他	7	3.2

(6)　協力歯科医療機関としてかかわるようになった施設への入所者への効果（複数回答）

協力歯科医療機関としてかかわるようになって施設への入所者への効果として最も多かったのは口腔衛生状態の改善で 213 施設（86.9%）、ついで肺炎予防が 139 施設（56.7%）であった。この結果は平成 30 年度の同調査結果と変わりがなかったが、口腔衛生状態の改善については、73.6%から 86.9%と大きく増加した。これも SARS-CoV-2 による感染拡大により、歯科医師、歯科衛生士による口腔衛生管理が制限されたことが影響した可能性が考えられた。

表 23　施設入居者への効果（n=245）

	n	%
口腔衛生状態の改善	213	86.9
う蝕の減少	80	32.7
義歯の使用率の増加	111	45.3
摂食嚥下機能の改善	67	27.3
食形態の維持改善	84	34.3
栄養状態の維持改善	66	26.9
肺炎予防	139	56.7
窒息事故の減少	31	12.7
会話の増加	37	15.1
看取りの増加	12	4.9
特になし	17	6.9
その他	6	2.4

(7)　協力歯科医療機関としてどの程度役割を果たせているか

協力歯科医療機関としてどの程度役割を果たせているかで、最も多かったのはある程度役割を果たしているで 160 施設（63.7%）、ついであまり役割を果たせていないが 41 施設（16.3%）であった。

表 24　協力歯科医療機関としての役割の程度

	n	%
十分な役割を果たしている	40	15.9
ある程度役割を果たしている	160	63.7
あまり役割を果たせていない	41	16.3
まったく役割を果たせていない	9	3.6
わからない	1	0.4
合計	251	100.0

(7) －1　役割を果たせていない場合の理由（複数回答）

あまり役割を果たせていない、まったく役割を果たせていない、わからないと回答した者で果たせていない場合の理由は外来業務が忙しく十分な回数訪問できないが 26 施設（52.0%）が最も多く、ついで施設側の対応やケアが消極的が 21 施設（42.0%）、施設側との調整が難しく十分な回数訪問できないが 8 施設（16.0%）であった。これについては平成 30 年度調査と同様の結果であった。

表 25　役割を果たせていない理由（n=50）

	n	%
外来業務が忙しく十分な回数訪問できない	26	52.0
施設側との調整が難しく十分な回数訪問できない	8	16.0
一人の入所者に対する診療時間を十分確保できない	7	14.0
（患者側の要因により）満足いく対応ができない	6	12.0
施設側の対応やケアが消極的	21	42.0
効果を感じられない	4	8.0
その他	7	14.0

(8)　介護保険施設等の職員と連携（情報交換）をしているか

介護保険施設等の職員との連携（情報交換）については、ある程度連携しているが 131 施設（52.8%）で最も多く、ついで良く連携しているが 78 施設（31.5%）であった。これについては平成 30 年度調査と同様の結果であった。

表 26　介護保険施設職員との連携

	n	%
まったく連携していない	9	3.6
あまり連携していない	30	12.1
ある程度連携している	131	52.8
良く連携している	78	31.5
合計	248	100.0

(8) －1　連携している場合のその内容（複数回答）

ある程度連携している、よく連携していると回答した場合で、連携している内容の詳細については、診療時内容の情報を伝えるが 192 施設（92.3%）で最も多く、ついで口腔ケアのアドバイスをするが 187 施設（89.9%）、歯科治療の必要性を伝えるが 168 施設（80.7%）であった。これについては平成 30 年度調査と同様の結果であった。

表 27　連携している場合の詳細（n=208）

	n	%
診療時内容の情報を伝える	192	92.3
対象者の生活の様子等を尋ねる	124	59.6
口腔ケアのアドバイスをする	187	89.9
口腔に関する質問を受ける	165	79.3
歯科治療の必要性を伝える	168	80.7
その他	9	4.3

(9)　介護保険施設等に対する希望や要望について

介護保険施設等に対する希望や要望は、回答した 209 施設のうち、ないと回答したものが 135 施設（64.6%）、あると回答したものが 74 施設（35.4%）であった。これについては平成 30 年度調査と同様の結果であった。

表 28　介護施設に対する要望

	n	%
ない	135	64.6
ある	74	35.4
合計	209	100.0

(9) －1　介護保険施設等に対する希望や要望の具体例（自由記載）

①施設職員に対して

- 人数の増加を希望
- 職員間で情報を共用してほしい
- 入居者の口腔ケアの実施について積極的であってほしい

②施設に対して

- 施設からの支援の相談、訪問診療の要請がない
- 歯科通院歴や口腔内の情報が事前に欲しい
- 利用者側と施設側との連携がうまく出来ていない

(10)　現在の介護保険施設等の協力歯科医療機関のシステムに関して、問題点があると思うか

現在の介護保険施設等の協力歯科医療機関のシステムに関する問題点の有無は、回答した 209 施設のうち、ないと回答したものが 144 施設（66.9%）、あると回答したものが 65 施設（31.1%）であった。

表 29　介護保険施設等の協力歯科医療機関のシステムに関する問題点の有無

	n	%
ない	144	68.9
ある	65	31.1
合計	209	100.0

（10）－1　問題点の具体例（自由記載）

①システムの実際

- システム構築するとこまで行かず、つけ焼き刃的対応になっている
- 医科との連携が十分でないと思う
- 本来はオープンアクセスのはずなのに、どこかの歯科が入っているからと断られることがある
- 名前は表記されているが、実態は何も行われていない場合がある
- 入所者、家族からの訴えがないと介入出来ない

②算定について

- 口腔衛生管理加算を算定している対象者に関して、訪問歯科衛生指導料が月 3 回以上算定できないため、その対象者を月 2 回までの診療にセーブしてしまう
- 歯科が算定可能な点数が少ない（ミールラウンド等に診療報酬が必要）
- 協力歯科には負担が大きい割には保険の点数給付が少なすぎる

③その他

- 介護業界で口腔内に関しての意識が低く、重要性がわかっていない
- コロナの為十分にシステムが機能していない

4. 介護保険施設等への訪問について

(1)　介護保険施設等に対する協力歯科医療機関としての業務について

(1) －1　外来と訪問診療について

介護保険施設への訪問について回答した 258 施設のうち外来診療の合間に訪問すると回答したのは 225 施設（87.2%）、訪問専門の歯科医師が訪問するので、外来診療には影響しないのは 33 施設（12.8%）であった。これについては平成 30 年度調査と同様の結果であった。

表 30　施設訪問について

	n	%
外来診療の合間に訪問する	225	87.2
訪問専門の歯科医師が訪問するので、外来診療には影響しない	33	12.8
合計	258	100.0

(1) －1.1　外来の合間に訪問する場合の対応（複数回答）

外来診療の合間に訪問すると回答した施設のうち、外来診療の合間に訪問する場合の対応で最も多かったのは昼休み等、外来が休みの時間帯を利用するが最も多く 88 施設（34.5%）、ついで、外来を閉めて、訪問診療等の時間帯を確保しているが 86 施設（33.7%）、他の歯科医師に外来を任せて、訪問しているが 60 施設（23.5%）であった。平成 30 年度と比較して、昼休み等、外来が休みの時間帯を利用しての対応は減少していた。

表 31　外来診療の合間に訪問する場合の対応（n=255）

	n	%
外来を閉めて、訪問診療等の時間帯を確保している	86	33.7
他の歯科医師に外来を任せて、訪問している	60	23.5
昼休み等、外来が休みの時間帯を利用する	88	34.5
その他	16	6.3

(1) ー2　介護保険施設等を訪問する時間的余裕について

介護保険施設等を訪問する時間的余裕について、回答があった 256 施設中最も多かったのはある程度あるで 140 施設（54.7%）、ついであまりないが 71 施設（27.7%）であった。平成 30 年度と比較して、あまりない、まったくないとの回答は減少した。

表 32　訪問の時間的余裕

	n	%
十分ある	41	16.0
ある程度ある	140	54.7
あまりない	71	27.7
まったくない	4	1.6
合計	256	100.0

(1) ー3　介護保険施設等を訪問する歯科衛生士について

介護保険施設への訪問について回答した 238 施設のうち外来診療の合間に訪問すると回答したのは 182 施設（76.5%）、訪問専門の衛生士が訪問するので、外来診療には影響しないのは 56 施設（23.5%）であった。平成 30 年度と大きな変化は見られなかった。

表 33　歯科衛生士の施設訪問について

	n	%
外来診療の合間に訪問する	182	76.5
訪問専門の衛生士が訪問するので、外来診療には影響しない	56	23.5
合計	238	100.0

(1) －3.1　歯科衛生士が外来診療の合間に訪問する場合の対応

外来診療の合間に訪問すると回答した施設のうち、外来診療の合間に訪問する場合の対応で最も多かったのはほかの歯科衛生士に外来を任せて、訪問しているが 69 施設（35.8%）で、ついで外来を閉めて、訪問診療等の時間帯を確保しているが 65 施設（33.7%）、昼休み等、外来が休みの時間帯を利用するが 45 施設（23.3%）であった。平成 30 年度と比較して、昼休み等、外来が休みの時間帯を利用しての対応は 34.0%から 23.3%と大きく減少した。

表 34　外来診療の合間に訪問する場合の対応

	n	%
外来を閉めて、訪問診療等の時間帯を確保している	65	33.7
外来は他の歯科衛生士に任せて、訪問している	69	35.8
昼休み等、外来が休みの時間帯を利用する	45	23.3
その他	14	7.3
合計	193	100.0

(1) －4　協力歯科医院として関わることにより、得られる報酬について

協力歯科医療機関としてかかわることにより得られる報酬について、回答があった 230 施設中最も多かったのは対価に見合っていると思うで 103 施設(44.8%)であった。平成 30 年度は見合っていないが 48.8%と多く、改善傾向が認められた。

表 35　協力歯科医療機関としての報酬

	n	%
対価に見合っていると思う	103	44.8
対価に見合っていないと思う	94	40.9
その他	33	14.3
合計	230	100.0

(2)　かかりつけ歯科医がいる患者に対する協力歯科医療機関としての対応

(2) －1　口腔衛生管理の対応

口腔衛生管理の対応は、協力歯科医療機関である、自分が対応するが128施設(51.0%)基本的に、かかりつけ歯科医に任せるが118施設（49.0%）であった。平成30年度の同調査では、かかりつけ歯科医に任せるが 52.4%、協力歯科医療機関である、自分が担当するが46.5%であったが、本調査ではわずかであるが逆転していた。

表 36　口腔衛生管理の対応

	n	%
基本的に、かかりつけ歯科医に任せる	118	49.0
協力歯科医療機関である、自分が担当する	123	51.0
合計	241	100.0

(2) －2　歯科治療の対応

歯科治療の対応は、基本的に、かかりつけ歯科医に任せるが124施設（51.5%)、協力歯科医療機関である、自分が対応するが117施設（48.5%）であった。平成30年度の同調査では、かかりつけ歯科医に任せるが 56.8%、協力歯科医療機関である、自分が担当するが 41.8%であった。口腔衛生管理に関する対応も含め、協力歯科医療機関が対応することへの意向が増加していた。

表 37　歯科治療の対応

	n	%
基本的に、かかりつけ歯科医に任せる	124	51.5
協力歯科医療機関である、自分が担当する	117	48.5
合計	241	100.0

(2) －3　誰がその入所者の担当をするかの基準

入所者の担当基準は本人や家族の希望に沿うが最も多く 159 施設（60.9%）、ついで施設が、協力歯科医療機関と指定しているが 46 施設（17.6%）、基本的に協力歯科医療機関である自分が行うことにしているが 29 施設（11.1%）であった。平成 30 年度の同調査では、本人や家族の希望に沿うが 73.8%から 60.9%と減少した。本人や家族からの希望の聴取が高齢化や認知機能の低下、SARS-CoV-2 による家族の面会制限などによって困難になっていることが影響していると思われる。

表 38　入所者の担当基準

	n	%
施設が、かかりつけ歯科医と指定している	19	7.3
施設が、協力歯科医療機関と指定している	46	17.6
本人や家族の希望に沿う	159	60.9
基本的に協力歯科医療機関である自分が行うことにしている	29	11.1
その他	8	3.1
	261	100.0

5. 令和 3 年度介護保険報酬改定について

(1) 口腔衛生管理体制加算にかかるサービスが基本サービスとなり、廃止されることについて

口腔衛生管理体制加算の廃止について知っていたが 113 施設（41.2%）、知らなかったが 161 施設（58.8%）であった。

表 39　口腔衛生管理体制加算改定の認知度

	n	%
知っていた	113	41.2
知らなかった	161	58.8
合計	274	100.0

(2) 口腔衛生管理加算について、CHASE へのデータ提出（LIFE への入力）と活用による更なる PDCA サイクルの推進・ケアの向上を図ることを評価する新たな区分が設けられたことの認知度

口腔衛生管理加算について、CHASE へのデータ提出（LIFE への入力）と活用による更なる PDCA サイクルの推進・ケアの向上を図ることを評価する新たな区分が設けられたことについては、知っていたが 56 施設（21.0%）、知らなかったが 211 名（79.0%）であった。

表 40　口腔ケア実施回数改定の認知度

	n	%
知っていた	56	21.0
知らなかった	211	79.0
合計	267	100.0

平成 30 年度の調査では、口腔衛生管理に関する改定を知らなかったと回答したのは、34.7%（居住系サービスにおける口腔衛生管理体制加算）、40.1%（口腔衛生管理加算の実施回数の緩和）と比較して、口腔衛生管理に関する令和 3 年度の介護報酬改定内容についての周知は十分でないと思われた。

(3)　令和 3 年度改定以前から、協力歯科医療機関として携わっている介護施設への関与

(3) －1　口腔衛生管理加算にかかるサービスを実施しているか

口腔衛生管理にかかるサービス実施については、回答があった 257 施設のうち、行っているのが 99 施設（38.5%）、行っていないが 158 施設（61.5%）であった。平成 30 年度の調査では行っているが 43.7%で、若干の減少が認められた。

表 41　口腔衛生管理実施の有無

	n	%
行っている	99	38.5
行っていない	158	61.5
合計	257	100.0

（以下、口腔衛生管理を行っている場合）

(3) －2　令和 3 年 4 月以降の歯科衛生士が 1 か月に口腔衛生管理を実施する入所者数の変化

口腔衛生管理を実施している入所者数は回答のあった 96 施設のうち、変わりはないが 66 施設（68.8%）で最も多く、増加したが 21 施設（21.9%）、減少したが 7 施設(7.3%)であった。これらは平成 30 年度調査とほぼ同じ結果であり、口腔衛生管理を行っている歯科医療機関では、口腔衛生管理を実施している入所者数は徐々に増加してきているものと思われる。

表 42　口腔衛生管理を実施する入所者の変化

	n	%
増加した	21	21.9
減少した	7	7.3
変わりはない	66	68.8
該当者がいない	2	2.1
合計	96	100.0

(3) －3　口腔衛生管理加算Ⅱの実施の有無

口腔衛生管理加算Ⅱの実施（口腔衛生管理計画時と計画変更時、3 か月毎に LIFE にデータ入力を行う)は､回答があった 81 施設のうち､行っているのが 30 施設(37.0%)､行っていないのが 51 施設（63.0%）であった。

表 43　口腔衛生管理加算Ⅱ実施の有無

	n	%
いる	30	37.0
いない	51	63.0
合計	81	100.0

(3) －4　歯科衛生士が 1 か月に 1 つの施設を訪問する回数の改定後の変化

施設への訪問回数の変化は回答のあった 96 施設のうち、変わりはないが 71 施設（74.0%）で最も多く、ついで増加したが 15 施設（15.6%)、減少したが 6 施設(6.3%)であった。平成 30 年度の同調査では、増加したが 9.8%であったことから、歯科衛生士の施設への訪問回数は増加していると思われる。

表 44　施設訪問回数の変化

	n	%
増加した	15	15.6
減少した	6	6.3
変わりはない	71	74.0
該当者がいない	4	4.2
合計	96	100.0

(3) －5　入所者の口腔に医療的対応が必要となった場合の情報提供回数は、改定後変化したか

情報提供回数の変化は回答のあった 97 施設のうち､変わりはないが 79 施設(81.4%)で最も多かったが、増加した施設も 13 施設（13.4%）あり、SARS-CoV-2 による歯科訪問診療等の自粛が情報提供の増加に影響した可能性が示唆された。

表 45　入所者の口腔に医療的対応が必要となった場合の情報提供回数の変化

	n	%
増加した	13	13.4
減少した	0	0.0
変わりはない	79	81.4
該当者がいない	5	5.2
合計	97	100.0

(3) －6　歯科衛生士が 1 か月に訪問する、施設の数の変化

歯科衛生士が 1 か月に訪問する施設の数は、回答のあった 97 施設のうち変わりはないが 82 施設（84.5%）で最も多く、増加したが 8 施設（8.2%）であった。平成 30 年度の同調査では、該当者がいないと回答した施設は 15.2%あり、今回の調査では大きく減少していた。しかし、増加した施設は 20.9%であったことから、訪問施設数の増加は鈍化している可能性が示唆された。

表 46　訪問施設数の変化

	n	%
増加した	8	8.2
減少した	3	3.1
変わりはない	82	84.5
該当者がいない	4	4.1
合計	97	100.0

(4)　令和 3 年度改定後に、歯科衛生士から介護職員に対する助言や指導の機会の変化

改定後に歯科衛生士から介護職員に対する助言や指導の機会の変化は、回答のあった 98 施設のうち変わりはないが 68 施設（69.4%）で最も多く、ついで増加したが 26 施設（26.5%）であった。平成 30 年度の同調査では、増加した施設は 34.2%であったが、本調査では 26.5%とやや低値となった。令和 3 年度の改定によって口腔衛生管理体制加算が廃止となったが、歯科衛生士による助言、指導の機会は増加しており、介護保険施設の口腔衛生管理体制整備への歯科衛生士の支援の必要性が依然高いことが伺える。

表 47　改定後の助言指導の機会の変化

	n	%
増加した	26	26.5
減少した	2	2.0
変わりはない	68	69.4
該当者がいない	2	2.0
合計	98	100.0

(4) －1　増加した場合の助言内容

歯科衛生士から介護職員に対する助言や指導の内容の内訳は、口腔ケアの方法に関するアドバイスが最も多く 23 施設 (88.5%)、ついで口腔の状態や問題に関する情報、歯科治療の必要性についてがそれぞれ 20 施設（76.9%）であった。これらは平成 30 年度の同調査とほぼ同じ結果であった。

表 48　助言等の内容（n=26）

	n	%
口腔ケアの方法に関するアドバイス	23	88.5
口腔の状態や問題に関する情報	20	76.9
歯科治療の必要性について	20	76.9
食事について	6	23.1
その他	0	0.0

(5)　令和 3 年改定後に、介護職員から口腔に関する相談を受ける機会の変化

改定後に介護職員から歯科衛生士に対する助言や指導の機会の変化は、回答のあった 98 施設のうち変わりはないが 74 施設（75.5%）で最も多く、ついで増加したが 21 施設（21.4%）であった。これら結果は平成 30 年度の同調査と同様であったが、平成 30 年度の調査では、該当者がいないと回答した施設は 14.8%あり、今回の調査では大きく減少していた。SARS-CoV-2 による口腔衛生管理等の自粛が相談機会の増加につながった可能性が示唆された。

表 49　改定後の助言指導の機会の変化

	n	%
増加した	21	21.4
減少した	1	1.0
変わりはない	74	75.5
該当者がいない	2	2.0
合計	98	100.0

（6）－11　増加した場合の助言内容

介護職員から相談を受ける内容の内訳は、口腔ケアの方法、歯科治療の必要性が最も多くそれぞれ 15 施設（71.4%）、ついで口腔の状態や問題が 13 施設（62.0%）であった。平成 30 年度の同調査とでは、口腔ケアの方法が 89.6%、口腔の状態や問題に関する情報が 72.4%であったが、歯科治療の必要性について 55.2%であった今回の調査では歯科治療の必要性が大きく増加しており、SARS-CoV-2 による歯科訪問診療等の自粛が影響した可能性が示唆された。

表 50　助言等の内容（n=21）

	n	%
口腔ケアの方法に関するアドバイス	15	71.4
口腔の状態や問題に関する情報	13	62.0
歯科治療の必要性について	15	71.4
食事について	8	38.1
その他	1	4.8

（6）令和３年度改定後に、歯科治療の必要性に関する情報提供を行う機会に変化はあったか

改定後に歯科治療の必要性に関する情報提供を行う機会の変化は、回答のあった 98 施設のうち変わりはないが 77 施設（78.6%）で最も多く、ついで増加したが 17 施設（17.3%）であった。

表 51　改定後の歯科治療の必要性に関する情報提供を行う機会の変化

	n	%
増加した	17	17.3
減少した	2	2.0
変わりはない	77	78.6
該当者がいない	2	2.0
合計	98	100.0

(6) －1　増加した場合の必要と思われた歯科治療の内容

歯科治療の内容の内訳は歯周病、義歯に関する内容がそれぞれ最も多く 11 施設(64.7%)、ついで摂食嚥下機能に関する内容が 10 施設(58.8%)、う蝕が 8 施設(47.1%)であった。前述の協力歯科医療の歯科医師として訪問先の介護保険施設の職員から相談される内容と同様、SARS-CoV-2 による感染拡大により、歯科訪問診療の制限があり、う蝕や歯周疾患等早急な対応が求められる問題についての相談が増加したものと思われる。

表 52　増加した場合の必要と思われた歯科治療の内容（n=17）

	n	%
う蝕	8	47.1
歯周病	11	64.7
義歯	11	64.7
摂食嚥下機能	10	58.8
その他	1	5.9

6. 口腔衛生管理加算サービスの提供について

(1) 口腔衛生管理加算サービスをもっと提供すべきか

回答のあった 251 施設のうちもっと提供すべきと回答したのは 176 施設(70.1%)、現状のままで良いが 75 施設(29.9%)であった。前項の介護保険施設調査の口腔衛生管理加算サービスの必要性については、81.3%の施設が必要と回答しており、協力歯科医療機関とも口腔衛生管理加算に関するサービスの必要性に対する認識は共通しているものと思われる。

表 53　口腔衛生管理加算サービスをもっと提供すべきか

	n	%
もっと提供すべき	176	70.1
現状のままで良い	75	29.9
合計	251	100.0

(1) ー1　もっと提供すべきと答えた場合の理由

口腔衛生管理加算サービスをもっと提供すべきと答えた場合の理由の内容についての内訳は、介護職による口腔ケアが困難な利用者が多いためが 139 施設(79.0%)で最も多く、ついで歯科治療（う蝕、歯周病、義歯など）が必要であるか判断ができないためが 115 施設(65.3%)で多かった。前項の介護保険施設に対する調査においても介護職による口腔ケアが困難な利用者が多いためが 60.5%で、歯科治療(う蝕、歯周病、義歯など)が必要であるか判断ができないためが 58.7%と多く、介護保険施設側、歯科医療機関側とも認識は共通していた。但し摂食嚥下機能への対応が必要な利用者が多いについては介護保険施設側が 58.1%であったのに対して、歯科医療機関側は 38.1%と少なく、歯科医療機関側の摂食嚥下機能への対応の充実が必要と思われる。

表 54　口腔衛生管理サービスをもっと提供すべきと考える理由（n=176）

	n	%
肺炎発症者が多いため	71	40.3
介護職による口腔ケアが困難な利用者が多いため	139	79.0
歯科治療（う蝕、歯周病、義歯など）が必要であるか判断ができないため	115	65.3
食支援が必要な利用者が多いため	48	27.3
摂食嚥下機能への対応が必要な利用者が多い	67	38.1
サービスの質の向上のため	39	22.2
その他	9	5.1

(1) －1　現状のままで良いと答えた場合の理由

口腔衛生管理加算サービスを現状のままで良いと答えた場合の理由の内容についての内訳は、口腔衛生管理加算にかかるサービスでは対応できない（報酬面など）が 30 施設(40.0%)で最も多く、ついで歯科訪問診療で対応できるが 23 施設(30.7%)で多かった。

表 55　口腔衛生管理サービスが現状のままで良いと考える理由（n=75）

	n	%
現状の口腔衛生管理にかかるサービスで十分対応できている	10	13.3
口腔衛生管理加算にかかるサービスでは対応できない（報酬面など）	30	40.0
施設職員で十分対応できている	6	8.0
歯科訪問診療で対応できる	23	30.7
必要と思われる利用者は少ない	5	6.7
その他	13	17.3

【考察】

考察においては、今回の郵送調査の集計結果をもとに、歯科医療機関の口腔衛生管理に関する現状を中心に、令和 3 年度介護報酬改定の影響を確認することを目的に、平成 30 年度介護報酬改定後の同様の調査結果と比較して行った。

なお、本調査も、平成 30 年度調査も全国の介護保険施設から無作為に抽出した施設を対象としているが、同一の施設でないことから、両年度の調査結果の比較による考察については、当該年度の状況、特に本年度の調査は SARS-CoV-2 による感染拡大下での結果であることに十分配慮する必要がある。

1. 歯科診療所の概要について

回答した 294 施設のうち、開設主体では個人開設が最も多く 185 施設（62.9%）で、ついで法人 102 施設（34.7%）であった。

本年度の診療実績については、平成 30 年度の同調査と比較して、外来患者の実人数、外来患者の延べ人数、訪問診療患者の実人数、訪問診療患者の延べ人数のすべて減少がみられ、SARS-CoV-2 による感染拡大の影響が伺えた。

2. 訪問診療について

今回回答した診療所のうち、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所は 62.5%、在宅療養支援歯科診療所 1 は 31.3%、在宅療養支援歯科診療所 2 は 51.4%で平成 30 年度と同等であった。加算等の算定状況についても、在宅患者歯科治療総合医療管理料は若干低下していたが、概ね同様の算定状況であった。

歯科医師、歯科衛生士による居宅療養管理指導については、平成 30 年度よりも実施が進んでいた。

3. 訪問診療施設について

本調査結果と平成 30 年度の同調査結果を比較したところ、協力歯科医療機関になっている施設、なっていない施設の如何にかかわらず、訪問施設数および訪問診療回数の減少がみられた。SARS-CoV-2 による感染拡大による施設への歯科訪問診療の自粛が推察された。

4. 介護保険施設と協力歯科医療機関としてのかかわり

協力歯科医療機関の歯科医師として実施している項目については、平成 30 年度の同調査と比較して、ほとんどの実施項目について実施していると回答した歯科医療機関は増加しており、介護保険施設において協力歯科医療機関が実施している内容が充実してきていることが示唆された。協力歯科医療機関として最も重要と思われることについては平成 30 年度の同調査では、歯科訪問診療（歯科治療）がほとんどであったが、本調査では摂食嚥下に対する相談や支援が 5.3%から 15.2%と増加しており、協力歯科医療機関として、施設利用者の歯科治療以外に摂食嚥下に対する相談や支援の重要性が増してきていることが伺えた。いっぽう食事や摂食嚥下に対する依頼を受けた場合の対応については経口維持加算Ⅱへの支援や入所者のミールラウンド（食事観察）への参加は平成 30 年度よりも（あまり）対応できないとの回答が増加しており、SARS-CoV-2 による感染拡大による影響が伺えた。

介護保険施設の職員から歯科医師への相談内容については、う蝕や歯の動揺、口臭についての相談が多く、平成 30 年度の同調査では、義歯やブラッシングの方法についての相談が多かった。SARS-CoV-2 による感染拡大により、歯科訪問診療の制限があり、う蝕や歯周疾患等早急な対応が求められる問題についての相談が増加したものと思われる。

協力歯科医療機関としてかかわるようになった施設の入所者への効果としては、口腔衛生状態の改善、肺炎予防が多く、平成 30 年度の同調査と比較して大きく増加した。これも SARS-CoV-2 による感染拡大により、歯科医師、歯科衛生士による口腔衛生管理が制限されたことが影響しているものと思われた。

歯科医療機関側から介護保険施設等への要望については、介護職員の充実や、情報共有や連携などの促進が多かった。協力歯科医療機関に関するシステム上の問題点については、連携の問題や、算定（単位）の問題、口腔衛生管理に関する意識の問題が挙げられていた。

5. 介護保険施設への訪問診療について

平成 30 年度と比較して昼休み等、外来が休みの時間帯を利用しての訪問は大きく減少していた。かかりつけ歯科医と協力歯科医療機関のすみわけについては歯科治療、口腔衛生管理に関する対応も含め、協力歯科医療機関が対応することへの意向が増加していた。また、それを判断する基準については本人や家族の希望によるとの回答が減少し、本人や家族からの希望の聴取が高齢化や認知機能の低下、SARS-CoV-2 による家族の面会制限などによって困難になっていることが影響したと思われた。

6. 令和 3 年度介護保険報酬改定について

令和３年度の介護報酬改定の内容についての認知度については、平成 30 年度の調査と比較して低く、口腔衛生管理に関する令和 3 年度の介護報酬改定内容についての周知は十分でないと思われた。

令和３年度の介護報酬改定による効果については、口腔衛生管理を実施している入所者数は増加してきており、新設された口腔衛生管理加算Ⅱ（口腔衛生管理計画時と計画変更時、3 か月毎に LIFE にデータ入力を行う）についても 4 割程度実施されてきていた。

令和 3 年度の改定によって口腔衛生管理体制加算が廃止となったが、SARS-CoV-2 による歯科訪問診療等の自粛等の影響もあり、施設入所者の歯科医療的対応に関する情報の共有や、歯科医衛生士による助言、指導の機会は増加しており、介護保険施設の口腔衛生管理体制整備への歯科衛生士の支援の必要性が依然高いことが伺えた。

7. 口腔衛生管理加算にかかるサービスについて

介護保険施設側および歯科医利用期間側も口腔衛生管理加算に関するサービスの必要性に対する認識は共通していた。また、口腔衛生管理加算に関するサービスが必要である理由についても、介護職による口腔ケアが困難な利用者が多い、歯科治療（う蝕、歯周病、義歯など）が必要であるか判断ができないなど介護保険施設側、歯科医療機関側とも認識は共通していた。但し摂食嚥下機能への対応が必要な利用者が多いことについては介護保険施設側と歯科医療機関側の認識に開きがあり、歯科医療機関側の摂食嚥下機能への対応の充実が今後望まれる。

Ⅳ　居住系サービスに対する郵送調査

1. 事業所の概要について

(1)　設置年月

（ア）特定施設入居者生活介護施設

回答した事業所は 103 施設で事業所設置後の経過年数は、16-20 年が最も多く 29 施設（28.2%）であった。ついで 6-10 年が 23 施設（22.3%）であった。

表 1　事業所設置年（特定施設入居者生活介護施設）

	n	%
1-5 年	21	20.4
6-10 年	23	22.3
11-15 年	13	12.6
16-20 年	29	28.2
21-25 年	5	4.9
26-30 年	5	4.9
31 年以上	7	6.8
合計	103	100.0

（イ）地域密着型特定施設入居者生活介護

回答した事業所は 12 施設で事業所設置後の経過年数は、6-10 年が最も多く 9 施設（75.0%）であった。ついで 1-5 年が 2 施設（16.7%）であった。

表 2　事業所設置年（地域密着型特定施設入居者生活介護）

	n	%
1-5 年	2	16.7
6-10 年	9	75.0
11-15 年	0	0.0
16-20 年	1	8.3
21-25 年	0	0.0
26-30 年	0	0.0
31 年以上	0	0.0
合計	12	100.0

（ウ）グループホーム

回答した事業所は 76 施設で事業所設置後の経過年数は、16-20 年が最も多く 26 施設（34.2%）であった。ついで 11-15 年が 18 施設（23.7%）、21-25 年が 12 施設（15.8%）であった。

表 3　事業所設置年数（グループホーム）

	n	%
1-5 年	10	13.2
6-10 年	10	13.2
11-15 年	18	23.7
16-20 年	26	34.2
21-25 年	12	15.8
26-30 年	0	0.0
31 年以上	0	0.0
合計	76	100.0

(2)　開設主体

（ア）特定施設入居者生活介護施設

回答した事業所は 111 施設で、設置主体は営利法人が最も多く 44 施設（39.6%）であった。ついで社会福祉法人 37 施設（33.3%）、医療法人 13 施設（11.7%）であった。

表 4　設置主体（特定施設入居者生活介護施設）

	n	%
地方公共団体	3	2.7
社会福祉協議会	0	0.0
社会福祉法人	37	33.3
医療法人	13	11.7
社団・財団法人	1	0.9
協同組合および連合会	2	1.8
営利法人	44	39.6
特定非営利活動法人	0	0.0
その他	11	9.9
合計	111	100.0

（イ）地域密着型特定施設入居者生活介護

回答した事業所は 15 施設で、設置主体はその他を除けば、営利法人が最も多く 5 施設（33.3%）であった。ついで社会福祉法人 2 施設（13.3%）であった。

表 5　設置主体（地域密着型特定施設入居者生活介護）

	n	%
地方公共団体	1	6.7
社会福祉協議会	0	0.0
社会福祉法人	2	13.3
医療法人	1	6.7
社団・財団法人	0	0.0
協同組合および連合会	0	0.0
営利法人	5	33.3
特定非営利活動法人	0	0.0
その他	6	40.0
合計	15	100.0

（ウ）グループホーム

回答した事業所は 180 施設で、設置主体は営利法人が最も多く 37 施設（43.5%）であった。ついで社会福祉法人 25 施設（29.4%）、医療法人 11 施設（12.9%）であった。

表 6　設置主体（グループホーム）

	n	%
地方公共団体	0	0.0
社会福祉協議会	2	2.4
社会福祉法人	25	29.4
医療法人	11	12.9
社団・財団法人	0	0.0
協同組合および連合会	1	1.2
営利法人	37	43.5
特定非営利活動法人	2	2.4
その他	7	8.2
合計	85	100.0

(3)　施設の種別

（ア）特定施設

回答した事業所は 128 施設で、施設の種別は特定施設入居者生活介護施設が 113 施設（88.3%）、地域密着型特定施設入居者生活介護 15 施設（11.7%）であった。

表 7　施設の種別（特定施設）

	n	%
特定施設入居者生活介護施設	113	88.3
地域密着型特定施設入居者生活介護	15	11.7
合計	128	100.0

(3) －1　特定施設入居者生活介護施設と地域密着型特定施設入居者生活介護の種別

施設の種別が特定施設入居者生活介護施設のなかで、回答の得られた 105 施設は介護付有料老人ホームが 40 施設（38.1%）と最も多く、ついでサービス付き高齢者向け住宅が 35 施設（33.3%）、軽費老人ホーム（ケアハウス）が 19 施設（18.1%）であった。

施設の種別が地域密着型特定施設入居者生活介護の 14 施設はサービス付き高齢者向け住宅が 10 施設（71.4%）と最も多かった。

表 8　施設の種別

	特定施設入居者生活介護施設		地域密着型特定施設入居者生活介護	
	n	%	n	%
介護付有料老人ホーム	40	38.1	3	21.4
養護老人ホーム	11	10.5	1	7.1
軽費老人ホーム（ケアハウス）	19	18.1	0	0.0
サービス付き高齢者向け住宅	35	33.3	10	71.4
合計	105	100.0	14	100.0

(4)　併設している施設（重複回答）

（ア）特定施設入居者生活介護施設

併設している施設では、デイサービスが 36 施設（31.9%）と最も多く、その他を除けば、ついで特別養護老人ホームが 15 施設（13.3%）であった。

表 9　併設している施設（特定施設入居者生活介護施設、n=113）

	n	%
病院	2	1.8
診療所	7	6.2
介護老人保健施設	4	3.5
特別養護老人ホーム	15	13.3
有料老人ホーム	10	8.9
デイケア	8	7.1
デイサービス	36	31.9
ショートステイ	11	9.7
小規模多機能型居住介護	7	6.2
その他	24	21.2

（イ）地域密着型特定施設入居者生活介護

併設している施設では、デイサービスが 8 施設（53.3%）と最も多く、その他を除けば、ついで小規模多機能型居住介護が 3 施設（20.0%）であった。

表 10　併設している施設（地域密着型特定施設入居者生活介護、n=15）

	n	%
病院	1	6.7
診療所	2	13.3
介護老人保健施設	0	0
特別養護老人ホーム	0	0
有料老人ホーム	1	6.7
デイケア	1	6.7
デイサービス	8	53.3
ショートステイ	1	6.7
小規模多機能型居住介護	3	20.0
その他	5	33.3

（ウ）グループホーム

併設している施設では、デイサービスが 24 施設（27.9%）と最も多く、その他を除けば、ついで特別養護老人ホームが 15 施設（17.4%）であった。

表 11　併設している施設（グループホーム、n=87）

	n	%
病院	3	3.5
診療所	2	2.3
介護老人保健施設	4	4.6
特別養護老人ホーム	15	17.2
有料老人ホーム	8	9.2
デイケア	2	2.3
デイサービス	24	27.6
ショートステイ	12	13.8
小規模多機能型居住介護	9	10.3
その他	21	24.1

2. 利用者数、職員について（令和 2 年 10 月～令和 3 年 10 月）

(1) 施設について

（ア）特定施設入居者生活介護施設

回答した全ての事業所の平均定員は 54.3±37.4 人だった。平均稼働率は、89.7±14.8%で、ベッド確保延べ日数は、258.3±312.9 日、施設内看取り者数は、2.6±3.3 人であった。

表 12　利用者の詳細（特定施設入居者生活介護施設）

	n	平均値±標準偏差
定員	112	54.3±37.4
平均稼働率	104	89.7±14.8
退所者数	106	9.2±6.8
入院者数	96	13.4±14.2
入院によるベッド確保延べ日数	69	258.3±312.9
肺炎入院者数	95	3.2±10.3
施設内看取り者数	101	2.6±3.3

（イ）地域密着型特定施設入居者生活介護

回答した全ての事業所の平均定員は 32.9±17.6 人だった。平均稼働率は、81.5±12.9%で、ベッド確保延べ日数は、121.3±229.1 日、施設内看取り者数は、2.2±3.3 人であった。

表 13　利用者の詳細（地域密着型特定施設入居者生活介護）

	n	平均値±標準偏差
定員	15	32.9±17.6
平均稼働率	13	81.5±12.9
退所者数	14	6.4±5.2
入院者数	14	6.4±5.8
入院によるベッド確保延べ日数	9	121.3±229.1
肺炎入院者数	14	1.2±1.6
施設内看取り者数	13	2.2±3.3

（ウ）グループホーム

回答した全ての事業所の平均定員は 15.5±5.3 人だった。稼働率は、93.7±13.4%で、ベッド確保延べ日数は 54.1±45.1 日、施設内看取り者数は、1.0±1.5 人であった。

表 14　利用者の詳細（グループホーム）

	n	平均値±標準偏差
定員	86	15.5±5.3
平均稼働率(%)	75	93.7±13.4
退所者数	76	3.6±7.2
入院者数	72	3.1±2.9
入院によるベッド確保延べ日数	61	54.1±45.1
肺炎入院者数	63	0.4±1.0
施設内看取り者数	71	1.0±1.5

(2)　利用者の人数

（ア）特定施設入居者生活介護施設

各施設の利用者の介護状態は要介護 1 が最も多く 10.1±7.4 人であった。ついで要介護 2 が 8.4±5.3 人、要介護 3 が 6.2±4.2 人であった。

表 15　利用者の介護状態の内訳（特定施設入居者生活介護施設）

	n	平均値±標準偏差
要支援１	104	3.6±4.3
要支援２	105	3.3±3.0
要介護１	110	10.1±7.4
要介護２	111	8.4±5.3
要介護３	109	6.2±4.2
要介護４	108	6.1±5.3
要介護５	102	3.7±3.2

（イ）地域密着型特定施設入居者生活介護

各施設の利用者の介護状態は要介護 1 が最も多く 7.2±4.7 人であった。ついで要介護 2 が 6.0±3.1 人、要介護 3 が 4.3±3.2 人であった。

表 16　利用者の介護状態の内訳（地域密着型特定施設入居者生活介護）

	n	平均値±標準偏差
要支援１	12	2.3±2.7
要支援２	12	2.7±2.8
要介護１	13	7.2±4.7
要介護２	13	6.0±3.1
要介護３	14	4.3±3.2
要介護４	14	3.7±2.7
要介護５	14	2.4±2.8

（ウ）グループホーム

各施設の利用者の介護状態は要介護 2 が最も多く 3.9±2.2 人であった。ついで要介護 3 が 3.6±2.2 人、要介護 1 が 3.5±2.5 人であった。

表 17　利用者の介護状態の内訳（グループホーム）

	n	平均値±標準偏差
要支援１	51	0.0±0.3
要支援２	56	0.1±0.4
要介護１	81	3.5±2.5
要介護２	83	3.9±2.2
要介護３	85	3.6±2.2
要介護４	82	2.8±2.1
要介護５	78	1.6±1.4

(3)　職員の人数（受託業者などの職員は除く）

（ア）特定施設入居者生活介護施設

各施設の業務形態では、介護職員が常勤専従、常勤兼務、非常勤ともに最も多く、歯科衛生士が常勤専従、常勤兼務で最も少なく、栄養士が非常勤で最も少なかった。

表 18　職員の勤務形態（特定施設入居者生活介護施設）

	常勤専従		常勤兼務		非常勤	
	n	平均値 ±標準偏差	n	平均値 ±標準偏差	n	平均値 ±標準偏差
看護師	92	1.7±1.3	74	0.7±0.9	81	1.5±1.8
介護職員	95	11.6±8.2	78	2.7±4.2	90	5.9±5.6
歯科衛生士	65	0.0±0.2	62	0.0±0.1	60	0.0±0.5
栄養士	76	0.4±0.6	66	0.3±0.9	60	0.0±0.1
管理栄養士	70	0.2±0.5	65	0.2±0.4	61	0.0±0.2
機能訓練員	72	0.4±0.5	75	0.5±0.6	70	0.4±0.8

（イ）地域密着型特定施設入居者生活介護

各施設の業務形態では、介護職員が常勤専従、常勤兼務、非常勤ともに最も多く、歯科衛生士が最も少なく、管理栄養士の非常勤も最も少なかった。

表 19　職員の勤務形態（地域密着型特定施設入居者生活介護）

	常勤専従		常勤兼務		非常勤	
	n	平均値 ±標準偏差	n	平均値 ±標準偏差	n	平均値 ±標準偏差
看護師	13	0.7±1.0	12	0.5±0.9	12	1.6±2.0
介護職員	14	5.4±4.7	13	2.9±3.6	12	5.7±6.6
歯科衛生士	10	0.0±0.0	10	0.0±0.0	10	0.0±0.0
栄養士	11	0.2±0.4	10	0.2±0.4	10	0.1±0.3
管理栄養士	10	0.1±0.3	10	0.1±0.3	10	0.0±0.0
機能訓練員	10	0.3±0.7	10	0.2±0.4	10	0.3±1.0

（ウ）グループホーム

各施設の業務形態では、介護職員が常勤専従、常勤兼務、非常勤ともに最も多く、常勤専従では歯科衛生士、栄養士、管理栄養士、機能訓練員が最も少なく、常勤兼務では機能訓練員が、非常勤では栄養士が最も少なかった。

表 20　職員の勤務形態（グループホーム）

	常勤専従		常勤兼務		非常勤	
	n	平均値 ±標準偏差	n	平均値 ±標準偏差	n	平均値 ±標準偏差
看護師	46	0.1±0.3	51	0.6±1.1	56	0.7±1.2
介護職員	83	8.2±3.9	78	2.7±2.9	78	3.9±3.6
歯科衛生士	45	0.0±0.0	46	0.1±0.3	45	0.2±1.2
栄養士	46	0.0±0.0	46	0.0±0.2	46	0.0±0.1
管理栄養士	46	0.0±0.0	46	0.1±0.3	45	0.0±0.2
機能訓練員	46	0.0±0.0	45	0.0±0.0	44	0.0±0.2

平成 30 年度の同調査では、各施設との歯科衛生士の配置は常勤専従、常勤兼務、非常勤ともにほとんどなかったが、本調査では、特定施設入居者生活介護施設とグループホームにおいて、常勤兼務、非常勤で雇用が認められた。

3. 口腔衛生管理体制加算について

(1) 平成 30 年 4 月より算定できることを知っていたか

(ア) 特定施設入居者生活介護施設

口腔衛生管理体制加算に関しては、知っていたが 90 施設（81.8%）で、知らなかったが 20 施設（18.2%）であった。

表 21　口腔衛生管理体制加算を知っていたか（特定施設入居者生活介護施設）

	n	%
知っていた	90	81.8
知らなかった	20	18.2
合計	110	100.0

(イ) 地域密着型特定施設入居者生活介護

口腔衛生管理体制加算に関しては、知っていたが 8 施設（53.3%）で、知らなかったが 7 施設（46.7%）であった。

表 22　口腔衛生管理体制加算を知っていたか（地域密着型特定施設入居者生活介護）

	n	%
知っていた	8	53.3
知らなかった	7	46.7
合計	15	100.0

(ウ) グループホーム

口腔衛生管理体制加算に関しては、知っていたが 81 施設（92.0%）で、知らなかったが 7 施設（8.0%）であった。

表 23　口腔衛生管理体制加算を知っていたか（グループホーム）

	n	%
知っていた	81	92.0
知らなかった	7	8.0
合計	88	100.0

平成 30 年度の調査では、知っていたが 93.4%、90.5%であったことから、やや認知率の低下が推察された。特に地域密着型特定施設入居者生活介護での認知率が 53.3%と低く、情報提供および支援の必要性が伺えた。

(1) －1　算定しているかどうか

（ア）特定施設入居者生活介護施設

口腔衛生管理体制加算を把握している施設のうち、回答のあった 84 施設は実際に算定しているが 22 施設（26.2%）で、算定していないが 62 施設（73.8%）であった。

表 24　知っていた施設の中で算定している施設（特定施設入居者生活介護施設）

	n	%
算定している	22	26.2
算定していない	62	73.8
合計	84	100.0

（イ）地域密着型特定施設入居者生活介護

口腔衛生管理体制加算を把握している施設のうち、回答のあった 10 施設は実際に算定しているが 3 施設（30.0%）で、算定していないが 7 施設（70.0%）であった。

表 25　知っていた施設の中で算定している施設
（地域密着型特定施設入居者生活介護）

	n	%
算定している	3	30.0
算定していない	7	70.0
合計	10	100.0

（ウ）グループホーム

口腔衛生管理体制加算を把握している施設のうち、回答のあった 75 施設は実際に算定しているが 23 施設（30.7%）で、算定していないが 52 施設（69.3%）であった。

表 26　知っていた施設のなかで算定している施設（グループホーム）

	n	%
算定している	23	30.7
算定していない	52	69.3
合計	75	100.0

口腔衛生管理体制加算を把握している施設で算定している施設は、平成 30 年度調査とほぼ同率であった。3 年間で口腔衛生管理体制に関する周知と実施が進んでいないことが明らかになった。

(1) －1.1　いつから算定しているか

（ア）特定施設入居者生活介護施設

口腔衛生管理体制加算を実際に算定し始めた月は、2018 年 4 月が最も多く 7 施設（31.8%）だった。ついで 2021 年 4 月が 4 施設（18.2%）、2018 年 5 月 3 施設（13.6%）であった。

表 27　算定開始月（特定施設入居者生活介護施設）

	n	%
2018 年 4 月	7	31.8
5 月	3	13.6
6 月	1	4.5
2019 年 1 月	1	4.5
4 月	1	4.5
8 月	1	4.5
2020 年 4 月	2	9.1
8 月	1	4.5
2021 年 4 月	4	18.2
7 月	1	4.5
合計	22	100.0

（イ）地域密着型特定施設入居者生活介護

口腔衛生管理体制加算を実際に算定し始めた月は、2018 年 4 月、5 月、2020 年 4 月がそれぞれ 1 施設（33.3%）だった。

表 28　算定開始月（地域密着型特定施設入居者生活介護）

	n	%
2018 年 4 月	1	33.3
5 月	1	33.3
2020 年 4 月	1	33.3
合計	3	100.0

（ウ）グループホーム

口腔衛生管理体制加算を実際に算定し始めた月は、4 月が最も多く 13 施設（56.5%）だった。

表 29　算定開始月（グループホーム）

	n	%
2017 年	1	4.3
2018 年 1 月	1	4.3
3 月	1	4.3
4 月	13	56.5
10 月	1	4.3
11 月	1	4.3
12 月	1	4.3
2019 年	1	4.3
2020 年 1 月	1	4.3
2021 年 3 月	1	4.3
2021 年 5 月	1	4.3
合計	23	100.0

口腔衛生管理体制加算を実際に算定し始めた時期については、3 施設とも口腔衛生管理体制加算が新設された 2018 年 4 月が多かった。2021 年の介護報酬改定後に算定を開始したのはグループホームのみで、歯科医療機関による訪問診療が積極的に行われている特定施設入居者生活介護施設や地域密着型特定施設入居者生活介護においては、新設の施設においても算定が行われていない可能性が示唆され、算定が進んでいない理由を明らかにして、対応していく必要性が示唆された。

(1) －1.2　算定していない場合、今後の算定予定

(ア) 特定施設入居者生活介護施設

口腔衛生管理体制加算を把握しているが算定していない施設のうち、回答の得られた63施設では算定の予定がないが38施設(60.3%)で、今後検討するが21施設(33.3%)であった。

表30　今後の算定予定（特定施設入居者生活介護施設）

	n	%
今後算定を予定している	4	6.3
算定の予定はない	38	60.3
今後検討する	21	33.3
合計	63	100.0

(イ) 地域密着型特定施設入居者生活介護

口腔衛生管理体制加算を把握しているが算定していない施設のうち、回答の得られた5施設は算定の予定がないが3施設（60.0%）で、今後検討するが2施設（40.0%）であった。

表31　今後の算定予定（地域密着型特定施設入居者生活介護）

	n	%
今後算定を予定している	0	0.0
算定の予定はない	3	60.0
今後検討する	2	40.0
合計	5	100.0

(ウ) グループホーム

口腔衛生管理体制加算を把握しているが算定していない施設のうち、回答の得られた51施設は算定の予定がないが24施設(47.1%)で、今後検討するが23施設(45.1%)であった。

表32　今後の算定予定（グループホーム）

	n	%
今後算定を予定している	4	7.8
算定の予定はない	24	47.1
今後検討する	23	45.1
合計	51	100.0

(1) －2　口腔衛生管理体制加算を知らない場合の今後の算定予定

（ア）特定施設入居者生活介護施設

口腔衛生管理体制加算を把握していなかった施設で回答のあった 15 施設のうち、算定の予定はないと回答した施設は 7 施設（46.7%）で、今後検討すると回答した施設は 6 施設（40.0%）であった。

表 33　知らない場合の今後の算定予定（特定施設入居者生活介護施設）

	n	%
算定を検討したい	2	13.3
算定の予定はない	7	46.7
今後、検討する	6	40.0
合計	15	100.0

（イ）地域密着型特定施設入居者生活介護

口腔衛生管理体制加算を把握していなかった施設で回答のあった 4 施設はすべて今後も算定の予定はないと回答していた。

表 34　知らない場合の今後の算定予定（地域密着型特定施設入居者生活介護）

	n	%
算定を検討したい	0	0.0
算定の予定はない	4	100.0
今後、検討する	0	0.0
合計	4	100.0

（ウ）グループホーム

口腔衛生管理体制加算を把握していなかった施設で回答のあった 6 施設のうち、算定の予定はないと回答した施設は 1 施設（16.7%）で、今後検討すると回答した施設は 4 施設（66.7%）であった。

表 35　知らない場合の今後の算定予定（グループホーム）

	n	%
算定を検討したい	1	16.7
算定の予定はない	1	16.7
今後、検討する	4	66.7
合計	6	100.0

(2)　口腔衛生管理体制加算を算定していない理由（重複回答）

（ア）特定施設入居者生活介護施設

口腔衛生管理体制加算を算定しない理由は、助言指導をしてくれる歯科医師、歯科医衛生士が見つからないという回答が 12 施設（30.0%）であった。

表 36　算定しない理由の詳細（特定施設入居者生活介護施設、n=40）

	n	%
助言指導をしてくれる歯科医師、歯科衛生士が見つからない	12	30.0
助言指導をしてくれるだけでは予防効果が期待できない	3	7.5
利用者・家族に費用の説明がしづらい	5	12.5
定員は少ない施設にとっては手間の割には単位数が少ない	8	20.0
その他	12	31.0

（イ）地域密着型特定施設入居者生活介護

口腔衛生管理体制加算を算定しない理由は、利用者・家族に費用の説明がしづらいという回答が 2 施設（28.6%）であった。

表 37　算定しない理由の詳細（地域密着型特定施設入居者生活介護、n=7）

	n	%
助言指導をしてくれる歯科医師、歯科衛生士が見つからない	1	14.3
助言指導をしてくれるだけでは予防効果が期待できない	0	0
利用者・家族に費用の説明がしづらい	2	28.6
定員は少ない施設にとっては手間の割には単位数が少ない	1	14.3
その他	3	42.9

（ウ）グループホーム

口腔衛生管理体制加算を算定しない理由は、定員は少ない施設にとっては手間の割には単位数が少ないという回答が 8 施設（47.1%）、ついで助言指導してくれる歯科医師、歯科衛生士が見つからないが 7 施設（41.2%）であった。

表 38　算定しない理由の詳細（グループホーム、n=17）

	n	%
助言指導をしてくれる歯科医師、歯科衛生士が見つからない	7	41.2
助言指導をしてくれるだけでは予防効果が期待できない	0	0
利用者・家族に費用の説明がしづらい	1	8.3
定員は少ない施設にとっては手間の割には単位数が少ない	8	47.1
その他	1	8.3

今後の口腔衛生管理体制加算算定に関する意向については、平成 30 年度の調査と比較して、口腔衛生管理体制加算を把握していた施設の意向は著変なく、これまで算定していなかった施設のほとんどが、算定の予定はないと回答していた。口腔衛生管理体制加算を把握していなかった施設に関しては、平成 30 年度の同調査と比較して、算定の予定はないと回答した施設の割合は減少したものの、算定を検討したいと回答した施設の割合は変化がなく、今後、検討するにとどまっていた。

口腔衛生管理体制加算を算定しない理由については、平成 30 年度の同調査と同じく、定員は少ない施設にとっては手間の割には単位数が少ない、助言指導してくれる歯科医師、歯科衛生士が見つからないという理由で、その割合についても変化は見られなかった。後者の理由については、歯科訪問診療が充実してきていることもあり、居住系サービスと訪問診療を行っている歯科医療機関双方に、口腔衛生管理体制加算に関する情報提供と、算定にかかる事務負担軽減のためのツールの提供を行う必要性が示唆された。

(2) －1　歯科医師、歯科衛生士が見つからない理由（重複回答）

（ア）特定施設入居者生活介護施設

歯科医師と歯科衛生士が見つからない理由は、協力歯科医療機関を決めていない、協力歯科医療機関はあるが、話題にしたことがない、施設に来る時間的余裕がなかったがそれぞれ 5 施設（31.3%）で多かった。

表 39　歯科医師、歯科衛生士が見つからない理由の詳細
（特定施設入居者生活介護施設、n=16）

	n	%
協力歯科医療機関を決めていない	5	31.3
協力歯科医療機関はあるが、話題にしたことがない	5	31.3
金銭面の条件が合わなかった	1	6.3
施設に来る時間的余裕がなかった	5	31.3
その他	1	6.3

（イ）地域密着型特定施設入居者生活介護

歯科医師と歯科衛生士が見つからない理由は、協力歯科医療機関を決めていない、金銭面の条件が合わなかったがそれぞれ 1 施設（50.0%）だった。

表 40　歯科医師、歯科衛生士が見つからない理由の詳細
（地域密着型特定施設入居者生活介護、n=2）

	n	%
協力歯科医療機関を決めていない	1	50.0
協力歯科医療機関はあるが、話題にしたことがない	0	0
金銭面の条件が合わなかった	1	50.0
施設に来る時間的余裕がなかった	0	0
その他	0	0

（ウ）グループホーム

歯科医師と歯科衛生士が見つからない理由は、協力歯科医療機関はあるが、話題にしたことがない、金銭面の条件が合わなかったがそれぞれ 3 施設（66.7%）であった。

表 41　歯科医師、歯科衛生士が見つからない理由の詳細
（グループホーム、n=9）

	n	%
協力歯科医療機関を決めていない	1	11.1
協力歯科医療機関はあるが、話題にしたことがない	3	66.7
金銭面の条件が合わなかった	3	66.7
施設に来る時間的余裕がなかった	2	22.2
その他	2	22.2

口腔衛生管理体制加算を算定しない理由の一つとして挙げられている、助言指導してくれる歯科医師、歯科衛生士が見つからないことについては、3 施設とも協力歯科医療機関を決めていない、協力歯科医療機関と口腔衛生管理体制加算について話題にしたことがない、金銭面の条件が合わなかったと回答しており、平成 30 年度調査と同様であった。

(3)　口腔衛生管理体制加算で実施している項目（重複回答）

（ア）特定施設入居者生活介護施設

口腔衛生管理体制について実施している項目は、歯科衛生士による口腔衛生管理、歯科医師による施設に対する口腔ケア全般への助言がそれぞれ 26 施設（45.2%）と多かった。ついで歯科医師による定期的な口腔内診査が 25 施設（40.3%）であった。

表 42　口腔衛生管理体制について実施している項目
（特定施設入居者生活介護施設、n=62）

	n	%
歯科医師による定期的な口腔内診査	25	40.3
歯科衛生士による定期的な口腔衛生・機能のアセスメント	19	30.6
歯科衛生士による口腔衛生管理	26	45.2
歯科医師又は歯科衛生士による介護職員への口腔ケア研修	18	29.0
歯科医師による施設に対する口腔ケア全般への助言	26	41.9
その他	9	14.5

（イ）地域密着型特定施設入居者生活介護

口腔衛生管理体制について実施している項目は、歯科医師による定期的な口腔内診査が 5 施設（83.3%）と最も多かった。ついで歯科衛生士による口腔衛生管理が 37 施設（58.7%）、ついで歯科医師による施設に対する口腔ケア全般への助言が 4 施設（66.7%）であった。

表 43　口腔衛生管理体制について実施している項目
（地域密着型特定施設入居者生活介護、n=6）

	n	%
歯科医師による定期的な口腔内診査	5	83.3
歯科衛生士による定期的な口腔衛生・機能のアセスメント	2	33.3
歯科衛生士による口腔衛生管理	2	33.3
歯科医師又は歯科衛生士による介護職員への口腔ケア研修	2	33.3
歯科医師による施設に対する口腔ケア全般への助言	4	66.7
その他	0	0

（ウ）グループホーム

口腔衛生管理体制について実施している項目は、歯科医師による施設に対する口腔ケア全般への助言が 26 施設（46.4%）と最も多かった。ついで歯科医師による定期的な口腔内診査が 23 施設（41.1%）、歯科衛生士による口腔衛生管理が 21 施設（37.5%）であった。

表 44　口腔衛生管理体制について実施している項目
（グループホーム、n=56）

	n	%
歯科医師による定期的な口腔内診査	23	41.1
歯科衛生士による定期的な口腔衛生・機能のアセスメント	13	23.2
歯科衛生士による口腔衛生管理	21	37.5
歯科医師又は歯科衛生士による介護職員への口腔ケア研修	15	26.8
歯科医師による施設に対する口腔ケア全般への助言	26	46.4
その他	8	14.3

口腔衛生管理体制について実施している項目については、3 施設とも平成 30 年度の同調査と比較して、すべての項目で実施率が 10%以上低下していた。特に特定施設入居者生活介護施設と地域密着型特定施設入居者生活介護での低下は著しく、歯科訪問診療に関する診療報酬改定（同一建物居住者に関する改訂）が影響したか可能性が示唆された。グループホームにおいても歯科医師による定期的な口腔内診査、歯科衛生士による口腔衛生管理、歯科医師による施設に対する口腔ケア全般への助言は 10%以上実施率が低下しており、特定施設等への口腔衛生管理体制加算にかかる体制整備に関する情報提供が必要である可能性が示唆された。

4. 貴施設と歯科医師・歯科衛生士の関わりについて

(1) 外部の歯科医療関係者と連携（情報交換）状況

（ア）特定施設入居者生活介護施設

外部の歯科医療関係者との連携の程度については、ある程度連携しているが 47 施設（43.9%）と最も多く、ついで良く連携している施設が 29 施設（27.1%）、連携の取れている施設が多かった。

表 45　連携の程度について（特定施設入居者生活介護施設）

	n	%
全く連携していない	12	11.2
あまり連携していない	19	17.8
ある程度連携している	47	43.9
良く連携している	29	27.1
合計	107	100.0

（イ）地域密着型特定施設入居者生活介護

外部の歯科医療関係者との連携の程度については、ある程度連携しているが 10 施設（66.7%）と最も多く、ついであまり連携していない施設が 3 施設（20.0%）だった。

表 46　連携の程度について（地域密着型特定施設入居者生活介護）

	n	%
全く連携していない	1	6.7
あまり連携していない	3	20.0
ある程度連携している	10	66.7
良く連携している	1	6.7
合計	15	100.0

（ウ）グループホーム

外部の歯科医療関係者との連携の程度については、ある程度連携している施設が 35 施設（40.7%）と最も多く、ついで良く連携しているが 28 施設（32.6%）で、連携の取れている施設が多かった。

表 47　連携の程度について（グループホーム）

	n	%
全く連携していない	5	5.8
あまり連携していない	18	20.9
ある程度連携している	35	40.7
良く連携している	28	32.6
合計	86	100.0

外部の歯科医療関係者との連携の程度については、平成 30 年度の同調査と比較して、3 施設とも全く連携していない、あまり連携していないと回答した施設の割合が若干増加しており、歯科医療機関との連携が進んでいない実態が明らかになった。特定施設では重度要介護高齢者も居住しており、また、グループホームには口腔健康管理が必要な認知症高齢者が居住している。今後これら施設と歯科医療機関との連携を促進していく必要がある。

(1) －1　連携の内容（重複回答）

（ア）特定施設入居者生活介護施設

歯科医療関係者との連携している施設のうち、回答の得られた 75 施設の連携内容は診療内容の情報を受けるが 64 施設（85.3%）で最も多かった。ついで口腔ケアのアドバイスを受けるが 59 施設(78.7%)、対象者の生活の様子等を伝えるが 50 施設(66.7%)であった。

表 48　連携している場合の内容（特定施設入居者生活介護施設、n=75）

	n	%
診療内容の情報を受ける	64	85.3
対象者の生活の様子等を伝える	50	66.7
口腔ケアのアドバイスを受ける	59	78.7
口腔に関することを質問する	46	61.3
歯科治療の必要性を尋ねる	41	54.7
その他	4	5.3

（イ）地域密着型特定施設入居者生活介護

歯科医療関係者との連携している施設のうち、回答の得られた 11 施設の連携内容は診療内容の情報を受ける、対象者の生活の様子等を伝えるがそれぞれ 9 施設（81.8%）で最も多かった。ついで口腔に関することを質問する、歯科治療の必要性を尋ねるがそれぞれ 7 施設（63.6%）であった。

表 49　連携している場合の内容（地域密着型特定施設入居者生活介護、n=11）

	n	%
診療内容の情報を受ける	9	81.8
対象者の生活の様子等を伝える	9	81.8
口腔ケアのアドバイスを受ける	6	54.5
口腔に関することを質問する	7	63.6
歯科治療の必要性を尋ねる	7	63.6
その他	0	0

（ウ）グループホーム

歯科医療関係者との連携している施設の連携内容は診療内容の情報を受けるが 56 施設（88.9%）、ついで口腔ケアのアドバイスを受けるが 53 施設（84.1%）、口腔に関することを質問するが 46 施設（73.0%）であった。

表 50　連携している場合のその内容（グループホーム、n=63）

	n	%
診療内容の情報を受ける	56	88.9
対象者の生活の様子等を伝える	43	68.3
口腔ケアのアドバイスを受ける	53	84.1
口腔に関することを質問する	46	73.0
歯科治療の必要性を尋ねる	43	68.3
その他	4	6.4

歯科医療関係者との連携している施設の連携内容については平成 30 年度の同調査結果とほぼ同様であった。

(2)　歯科訪問診療に来る歯科医師の有無

(ア) 特定施設入居者生活介護施設

回答した 112 施設のうち、歯科訪問診療に来る歯科医師のいる施設は 87 施設(77.7%)でいない施設が 25 施設（22.3%）であった。

表 51　歯科医師の有無（特定施設入居者生活介護施設）

	n	%
いる	87	77.7
いない	25	22.3
合計	112	100

(イ) 地域密着型特定施設入居者生活介護

回答した 15 施設のうち、歯科訪問診療に来る歯科医師のいる施設は 13 施設（86.7%）でいない施設が 2 施設（13.3%）であった。

表 52　歯科医師の有無（地域密着型特定施設入居者生活介護）

	n	%
いる	13	86.7
いない	2	13.3
合計	15	100

(ウ) グループホーム

回答した 85 施設のうち、歯科訪問診療に来る歯科医師のいる施設は 71 施設(83.5%)でいない施設が 14 施設（16.5%）であった。

表 53　歯科医師の有無（グループホーム）

	n	%
いる	71	83.5
いない	14	16.5
合計	85	100.0

歯科訪問診療に来る歯科医師のいる施設の割合は 3 施設とも平成 30 年度調査と変化がなく、依然として 20%弱の施設が歯科訪問診療を受け入れていないことが明らかになった。特に特定施設入居者生活介護施設は受け入れていない施設が増加しており、入所者の歯科治療を含めた口腔健康管理の状況を調査する必要がある。

(2) ー1　歯科医療機関数と延べ患者数（令和 3 年 10 月）

（ア）特定施設入居者生活介護施設

歯科訪問診療に来る歯科医師いる施設のうち、回答の得られた 82 施設の訪問診療を行っている歯科医院は平均 1.4±0.7 軒であった。また回答の得られた 71 施設の延べ診療患者数は平均 15.4±17.3 人であった。

表 54　歯科医療機関数と診療患者の詳細（特定施設入居者生活介護施設）

	n	平均値±標準偏差
歯科医療機関数	82	1.4±0.7
延べ診療患者数	71	15.4±17.3

（イ）地域密着型特定施設入居者生活介護

歯科訪問診療に来る歯科医師いる施設のうち、回答の得られた 11 施設の訪問診療を行っている歯科医院は平均 1.3±0.5 軒であった。また回答の得られた 10 施設の延べ診療患者数は平均 9.5±9.0 人であった。

表 55　歯科医療機関数と診療患者の詳細（地域密着型特定施設入居者生活介護）

	n	平均値±標準偏差
歯科医療機関数	11	1.3±0.5
延べ診療患者数	10	9.5±9.0

（ウ）グループホーム

歯科訪問診療に来る歯科医師いる施設のうち、回答の得られた 65 施設の訪問診療を行っている歯科医院は平均 1.2±0.4 軒あった。また回答の得られた 62 施設の延べ診療患者数は平均 6.2±8.4 人であった。

表 56　歯科医療機関数と診療患者数の詳細（グループホーム）

	n	平均値±標準偏差
歯科医療機関数	65	1.2±0.4
延べ診療患者数	62	6.2±8.4

訪問診療を受け入れている歯科医療機関の数は平成 30 年度調査と変化はなく、歯科訪問診療を受けている患者数にも変化はみられなかった。

(2) －2 訪問歯科医師の所属

（ア）特定施設入居者生活介護施設

歯科訪問診療に来る歯科医師いる施設のうち、回答の得られた 70 施設の訪問診療を行っている歯科医師の所属は、協力歯科医療機関が 37 施設（52.9%）と最も多く、それ以外の歯科医院が 23 施設（32.9%）であった。

表 57　訪問歯科医師の所属の詳細（特定施設入居者生活介護施設）

	n	%
協力歯科医療機関	37	52.9
協力歯科医療機関以外の歯科医院	23	32.9
上記の両方	10	14.3
合計	70	100.0

（イ）地域密着型特定施設入居者生活介護

歯科訪問診療に来る歯科医師いる施設のうち、回答の得られた 8 施設の訪問診療を行っている歯科医師の所属は、協力歯科医療機関が 5 施設（62.5%）と最も多く、それ以外の歯科医院が 3 施設（37.5%）であった。

表 58　訪問歯科医師の所属の詳細（地域密着型特定施設入居者生活介護）

	n	%
協力歯科医療機関	5	62.5
協力歯科医療機関以外の歯科医院	3	37.5
上記の両方	0	0.0
合計	8	100.0

（ウ）グループホーム

歯科訪問診療に来る歯科医師いる施設のうち、回答の得られた 57 施設の訪問診療を行っている歯科医師の所属は、協力歯科医療機関が 43 施設（75.4%）と最も多く、それ以外の歯科医院が 9 施設（15.8%）であった。

表 59　訪問歯科医師の所属の詳細（グループホーム）

	n	%
協力歯科医療機関	43	75.4
協力歯科医療機関以外の歯科医院	9	15.8
上記の両方	5	8.8
合計	57	100.0

歯科訪問診療に来る歯科医師いる施設のうち、訪問診療を行っている歯科医師の所属は協力歯科医療機関が多く、平成 30 年度調査とほぼ同様の結果であった。

(2) －3 訪問歯科医師がいない場合の理由（自由記載）

（ア）特定施設入居者生活介護施設

- 連携している歯科医療関係者は訪問診療を行っていないため
- 歯科に余裕がないため
- 施設内では治療ができず、近くに歯科があり受診しているため　など

（イ）地域密着型特定施設入居者生活介護

- 記述なし

（ウ）グループホーム

- 必要がないため
- 提携してくれる歯科医はいるが、メリットを感じないため
- 近くに協力機関がないため　など

歯科訪問診療に来る歯科医師がいない理由については、対応できる歯科医療機関がないとの回答が多かったが、必要性がないとの回答もあり、特定施設の重度要介護高齢者や、グループホームの認知症高齢者に対する口腔健康管理の必要性について、周知していくとともに、施設と歯科医療機関との連携を促進していく必要がある。

(3)　協力歯科医療機関の申請の有無

（ア）特定施設入居者生活介護施設

協力歯科医療機関の申請を行っている施設は 80 施設（71.4%）、行っていない施設は 32 施設（28.6%）であった。

表 60　協力歯科医療機関の申請を行っているか（特定施設入居者生活介護施設）

	n	%
いいえ	32	28.6
はい	80	71.4
合計	112	100.0

（イ）地域密着型特定施設入居者生活介護

協力歯科医療機関の申請を行っている施設は 5 施設（33.3%）、行っていない施設は 10 施設（66.7%）であった。

表 61　協力歯科医療機関の申請を行っているか（地域密着型特定施設入居者生活介護）

	n	%
いいえ	10	66.7
はい	5	33.3
合計	15	100.0

（ウ）グループホーム

協力歯科医療機関の申請を行っている施設は 65 施設（76.5%）、行っていない施設は 20 施設（23.5%）であった。

表 62　協力歯科医療機関の申請を行っているか（グループホーム）

	n	%
いいえ	20	23.5
はい	65	76.5
合計	85	100.0

協力歯科医療機関の申請については、特定施設入居者生活介護施設、地域密着型特定施設入居者生活介護については平成 30 年度とほぼ同様であったが、グループホームについては 68.6%から 76.5%と増加していた。

（3）－1　申請をしていない理由（自由記載）

（ア）特定施設入居者生活介護施設

- 入居者本人がそれぞれかかりつけ歯科医を持っているため
- 歯科医療との情報交換の場や関係作りができていないため
- 協力してくれる医療機関が無いため　など

（イ）地域密着型特定施設入居者生活介護

- 必要時にケアに入って頂いているため
- 申請システムを知らなかったため
- 協力歯科医療機関の義務がないため　など

（ウ）グループホーム

- 訪問診療に関して料金が発生するため
- 必要がないため
- 協力歯科医との収支が合わないため　など

協力歯科医療機関の申請を行っていない理由については、入居者のかかりつけ歯科医との問題や歯科医療機関との関係性の問題、費用の問題などが挙げられていた。

(3) －2　何を実施してもらえば協力歯科医療機関と契約したいか（重複回答）

（ア）特定施設入居者生活介護施設

協力歯科医療機関の申請を行っていない施設のうち回答を得られた 8 施設の契約に際し実施を望む項目は、嚥下機能検査が 4 施設（50.0%）と最も多く、ついで研修会の開催が 3 施設（37.5%）であった。

表 63　協力歯科医療機関へ望むこと（特定施設入居者生活介護施設、n=8）

	n	%
カンファレンスへの参加	1	12.5
食事等に関する個別の相談	2	25.0
歯科訪問診療	2	25.0
摂食嚥下に対する支援	1	12.5
嚥下機能検査	4	50.0
歯科検診や歯科相談	1	12.5
口腔衛生管理体制加算への助言	2	25.0
研修会の開催	3	37.5
その他	2	25.0

（イ）地域密着型特定施設入居者生活介護

協力歯科医療機関の申請を行っていない施設のうち回答を得られた 4 施設の契約に際し実施を望む項目は、カンファレンスへの参加、食事等に関する個別の相談、摂食嚥下に対する支援が 2 施設（50.0%）と多かった。

表 64　協力歯科医療機関へ望むこと（地域密着型特定施設入居者生活介護、n=4）

	n	%
カンファレンスへの参加	2	50.0
食事等に関する個別の相談	2	50.0
歯科訪問診療	1	25.0
摂食嚥下に対する支援	2	50.0
嚥下機能検査	1	25.0
歯科検診や歯科相談	0	0
口腔衛生管理体制加算への助言	0	0
研修会の開催	0	0
その他	2	50.0

（ウ）グループホーム

協力歯科医療機関の申請を行っていない施設のうち回答を得られた 8 施設の契約に際し実施を望む項目は、摂食嚥下に対する支援が 6 施設（75.0%）と最も多く、ついで嚥下機能検査、口腔衛生管理体制加算への助言、研修会の開催がそれぞれ 5 施設(62.5%)であった。

表 65　協力歯科医療機関へ望むこと（グループホーム、n=8）

	n	%
カンファレンスへの参加	3	37.5
食事等に関する個別の相談	4	50.0
歯科訪問診療	4	50.0
摂食嚥下に対する支援	6	75.0
嚥下機能検査	5	62.5
歯科検診や歯科相談	3	37.5
口腔衛生管理体制加算への助言	5	62.5
研修会の開催	5	62.5
その他	0	0

協力歯科医療機関の申請を行っていない施設が協力歯科医療機関に望むことについては、特定施設入居者生活介護施設、地域密着型特定施設入居者生活介護では、嚥下機能検査以外の全ての項目について希望するとの回答が減少した。グループホームでは、反対にすべての項目での要望が 10～30%増加しており、グループホームでは協力歯科医療機関への期待が高まっていることが示唆された。

（以下協力歯科医療機関の申請がある施設のみの回答）

(4)　いつから届け出を行っているか

（ア）特定施設入居者生活介護施設

回答のあった 68 施設のうち、協力歯科医療機関の届け出を行った年は 2016 年以降が 25 施設（36.8%）と最も多く、ついで 2011-2015 年が 21 施設（30.9%）であった。

表 66　届け出を行った年（特定施設入居者生活介護施設）

	n	%
2000 年以前	1	1.5
2001-2005 年	7	10.3
2006-2010 年	14	20.6
2011-2015 年	21	30.9
2016 年以降	25	36.8
合計	68	100.0

（イ）地域密着型特定施設入居者生活介護

回答のあった 4 施設のうち、協力歯科医療機関の届け出を行った年は 2016 年以降、2011-2015 年ともに 2 施設（50.0%）であった。

表 67　届け出を行った年（地域密着型特定施設入居者生活介護）

	n	%
2000 年以前	0	0.0
2001-2005 年	0	0.0
2006-2010 年	0	0.0
2011-2015 年	2	50.0
2016 年以降	2	50.0
合計	4	100.0

（ウ）グループホーム

回答のあった 55 施設のうち、協力歯科医療機関の届け出を行った年は 2016 年以降、2001-2005 年がともに 14 施設（25.5%）と多かった。

表 68　届け出を行った年（グループホーム）

	n	%
2000 年以前	1	1.8
2001-2005 年	14	25.5
2006-2010 年	13	23.6
2011-2015 年	13	23.6
2016 年以降	14	25.5
合計	55	100.0

(5)　協力医療機関になった経緯（重複回答）

（ア）特定施設入居者生活介護施設

現在の協力歯科医療機関となった経緯は、自施設や法人と関係のある歯科医療機関が 38 施設（55.9%）と最も多かった。その他を除けば、ついで、知人等の紹介、歯科医院からの営業がともに 6 施設（8.8%）であった。

表 69　協力歯科医療機関となった経緯（特定施設入居者生活介護施設、n=68）

	n	%
歯科医師会を通じて	4	5.9
関係のある歯科医療機関	38	55.9
知人等の紹介	6	8.8
歯科医院からの営業	6	8.8
あっせん業者からの営業	1	1.5
その他	13	19.1

（イ）地域密着型特定施設入居者生活介護

現在の協力歯科医療機関となった経緯は、自施設や法人と関係のある歯科医療機関、知人等の紹介がともに 2 施設（33.3%）と最も多かった。ついで、歯科医師会を通じて、歯科医院からの営業がともに 1 施設（16.7%）であった。

表 70　協力歯科医療機関となった経緯
（地域密着型特定施設入居者生活介護、n=6）

	n	%
歯科医師会を通じて	1	16.7
関係のある歯科医療機関	2	33.3
知人等の紹介	2	33.3
歯科医院からの営業	1	16.7
あっせん業者からの営業	0	0
その他	0	0

（ウ）グループホーム

現在の協力歯科医療機関となった経緯は、自施設や法人と関係のある歯科医療機関が 37 施設（59.7%）と最も多かった。その他を除けば、ついで知人等の紹介が 8 施設（12.9%）であった。

表 71　協力歯科医療機関となった経緯（グループホーム、n=62）

	n	%
歯科医師会を通じて	1	1.6
関係のある歯科医療機関	37	59.7
知人等の紹介	8	12.9
歯科医院からの営業	3	4.8
あっせん業者からの営業	0	0
その他	14	23.0

協力歯科医療機関の届け出を行った年は 3 施設とも 2001 年以降で、開設時に行っている施設が多いと思われた。協力歯科医療機関となった経緯についても、関係のある歯科医療機関が最も多かった。特定施設入居者生活介護施設、地域密着型特定施設入居者生活介護では平成 30 年度調査では歯科医師会からの紹介はなかったが、本調査では歯科医師会を通じてという回答も認められた。

(6) 協力歯科医療機関が実施している、または実施してもらいたい項目（重複回答）

(ア) 特定施設入居者生活介護施設

回答のあった 62 施設のうち、協力歯科医療機関が実際に実施している項目は歯科訪問診療が 54 施設(87.1%)で最も多く、ついで歯科健診や歯科相談が 44 施設(71.0%)であった。

回答のあった 50 施設のうち、協力歯科医療機関に実施してもらいたい項目は嚥下機能検査が 24 施設（48.0%）と最も多く、ついで歯科訪問診療が 23 施設（46.0%）であった。

表 72　協力歯科医療機関の実施（n=62)および実施希望項目（n=50)
（特定施設入居者生活介護施設）

	実施している項目		実施してもらいたい項目	
	n	%	n	%
カンファレンスへの参加	1	1.6	9	18.0
個別の相談	18	29.0	10	20.0
歯科訪問診療	54	87.1	23	46.0
摂食嚥下に対する支援	20	32.3	21	42.0
嚥下機能検査	12	19.4	24	48.0
歯科健診や歯科相談	44	71.0	19	38.0
口腔衛生管理体制加算への助言	17	27.4	12	24.0
研修会の開催	9	14.5	21	42.0
その他	0	0	0	0

（イ）地域密着型特定施設入居者生活介護

回答のあった 7 施設のうち、協力歯科医療機関が実際に実施している項目は歯科訪問診療が 5 施設（71.4%）で最も多く、ついで歯科健診や歯科相談が 4 施設（57.1%）であった。

回答のあった 4 施設のうち、協力歯科医療機関に実施してもらいたい項目は歯科健診や歯科相談、研修会の開催がともに 3 施設（75.0%）と最も多く、ついでカンファレンスへの参加が 2 施設（50.0%）であった。

表 73　協力歯科医療機関の実施（n=7）および実施希望項目（n=4）
（地域密着型特定施設入居者生活介護）

	実施している項目		実施してもらいたい項目	
	n	%	n	%
カンファレンスへの参加	1	14.3	2	50.0
個別の相談	4	57.1	1	25.0
歯科訪問診療	5	71.4	1	25.0
摂食嚥下に対する支援	3	42.9	1	25.0
嚥下機能検査	2	28.6	0	0
歯科健診や歯科相談	4	57.1	3	75.0
口腔衛生管理体制加算への助言	1	14.3	1	25.0
研修会の開催	2	28.6	3	75.0
その他	0	0.0	0	0

（ウ）グループホーム

回答のあった施設のうち、協力歯科医療機関が実際に実施している項目は歯科訪問診療が 47 施設（87.0%）で最も多く、ついで歯科健診や歯科相談が 37 施設（68.5%）であった。

回答のあった施設のうち、協力歯科医療機関に実施してもらいたい項目は研修会の開催が 17 施設（47.2%）と最も多く、ついで歯科健診や歯科相談、口腔衛生管理体制加算への助言が 15 施設（41.7%）であった。

表 74　協力歯科医療機関の実施（n=54）および実施希望項目（n=36）（グループホーム）

	実施している項目		実施してもらいたい項目	
	n	%	n	%
カンファレンスへの参加	2	3.7	5	13.9
個別の相談	17	31.5	13	36.1
歯科訪問診療	47	87.0	14	38.9
摂食嚥下に対する支援	14	26.0	13	36.1
嚥下機能検査	7	13.0	16	44.4
歯科健診や歯科相談	37	68.5	15	41.7
口腔衛生管理体制加算への助言	17	31.5	15	41.7
研修会の開催	7	13.0	17	47.2
その他	2	3.7	1	2.8

協力歯科医療機関が実際に実施している項目と協力歯科医療機関に実施してもらいたい項目で開きががあった項目は、特定施設入居者生活介護施設とグループホームでは、カンファレンスへの参加、嚥下機能検査、摂食嚥下に対する支援、研修会の開催で、この他にグループホームでは口腔衛生管理体制加算への助言に開きがあった。地域密着型特定施設入居者生活介護ではカンファレンスへの参加、歯科健診や歯科相談、口腔衛生管理体制加算への助言、研修会の開催で開きがあった。3 施設に共通する項目としては、カンファレンスへの参加と研修会の開催で、歯科口腔に関する情報の不足から、カンファレンスにおける助言と研修会での歯科口腔に関する知識の取得を施設側が求めている可能性が示唆された。

(7)　協力歯科医療機関の歯科医師との報酬上の契約

（ア）特定施設入居者生活介護施設

協力歯科医療機関との報酬上の契約は、無報酬が 61 施設（91.0%）と最も多かった。

表 75　協力歯科医療機関の報酬（特定施設入居者生活介護施設）

	n	%
ある	5	7.5
無報酬	61	91.0
今後金銭的な契約を予定している	1	1.5
合計	61	100.0

（イ）地域密着型特定施設入居者生活介護

協力歯科医療機関との報酬上の契約は、無報酬が 4 施設（80.0%）と最も多かった。

表 76　協力歯科医療機関の報酬（地域密着型特定施設入居者生活介護）

	n	%
ある	1	20.0
無報酬	4	80.0
今後金銭的な契約を予定している	0	0.0
合計	5	100.0

（ウ）グループホーム

協力歯科医療機関との報酬上の契約は無報酬が 54 施設（93.1%）と最も多かった。

表 77　協力歯科医療機関の報酬（グループホーム）

	n	%
ある	4	6.9
無報酬	54	93.1
今後金銭的な契約を予定している	0	0.0
合計	58	100.0

協力歯科医療機関との報酬上の契約は、3 施設とも無報酬がほとんどであったが、平成 30 年度の同調査と比較すると、特定施設入居者生活介護施設と地域密着型特定施設入居者生活介護ではあると回答した施設が増加しており、施設側の利用者サービス向上の意向が伺われた。

(7) ー1　月の平均報酬について

(ア) 特定施設入居者生活介護施設

協力歯科医療機関に報酬がある場合の月ごとの金額について、回答の得られた 2 施設は実施月のみ報酬を払うで 10000 円であった。

表 78　月平均の報酬（特定施設入居者生活介護施設）

	n	平均値±標準偏差
委託契約（円/月）	0	―
非常勤雇用（円/月）	0	―
実施月のみ報酬を払う（円/月）	2	10000

(イ) 地域密着型特定施設入居者生活介護

協力歯科医療機関に報酬がある場合の月ごとの金額について、回答の得られた 1 施設は実施月のみ報酬を払うで 200000 円であった。

表 79　月平均の報酬（地域密着型特定施設入居者生活介護）

	n	平均値±標準偏差
委託契約（円/月）	0	―
非常勤雇用（円/月）	0	―
実施月のみ報酬を払う（円/月）	1	200000

(ウ) グループホーム

協力歯科医療機関に報酬がある場合の月ごとの金額について、回答の得られた 1 施設は実施月のみ報酬を払うで 30000 円であった。

表 80　月平均の報酬（グループホーム）

	n	平均値±標準偏差
委託契約（円/月）	0	―
非常勤雇用（円/月）	0	―
実施月のみ報酬を払う（円/月）	1	30000

協力歯科医療機関への報酬については実施月のみ報酬を払う契約であった。

(8)　協力歯科医療機関との連携による入所者への効果（重複回答）

（ア）特定施設入居者生活介護施設

協力歯科医療機関との連携で入所者に効果が得られたと思われる項目は、口腔衛生状態の改善が 58 施設（78.4%）と最も高く、ついで虫歯の減少が 33 施設（44.6%）、肺炎予防が 32 施設（43.2%）であった。

表 81　協力歯科医療機関との連携による効果
（特定施設入居者生活介護施設、n=74）

	n	%
口腔衛生状態の改善	58	78.4
虫歯の減少	33	44.6
義歯の使用率の増加	22	29.7
摂食嚥下機能の改善	28	37.8
食形態の維持改善	30	40.5
栄養状態の維持改善	16	21.6
肺炎予防	32	43.2
窒息事故の減少	9	12.2
会話の増加	6	8.1
看取りの増加	0	0.0
特になし	10	13.5
その他	1	1.4

（イ）地域密着型特定施設入居者生活介護

協力歯科医療機関との連携で入所者に効果が得られたと思われる項目は、肺炎予防が 5 施設（83.3%）と最も高く、ついで摂食嚥下機能の改善が 4 施設（66.7%）、虫歯の減少、義歯の使用率の増加がともに 3 施設（50.0%）であった。

表 81　協力歯科医療機関との連携による効果
（地域密着型特定施設入居者生活介護、n=6）

	n	%
口腔衛生状態の改善	6	100
虫歯の減少	3	50.0
義歯の使用率の増加	3	50.0
摂食嚥下機能の改善	4	66.7
食形態の維持改善	2	33.3
栄養状態の維持改善	2	33.3
肺炎予防	5	83.3
窒息事故の減少	1	16.7
会話の増加	0	0
看取りの増加	0	0
特になし	0	0
その他	0	0

（ウ）グループホーム

協力歯科医療機関との連携で入所者に効果が得られたと思われる項目は、口腔衛生状態の改善が 52 施設（80.0%）と最も高く、ついで肺炎予防が 37 施設（57.0%）、虫歯の減少が 32 施設（49.2%）であった。

表 82　協力歯科医療機関との連携による効果（グループホーム、n=65）

	n	%
口腔衛生状態の改善	52	80.0
虫歯の減少	32	49.2
義歯の使用率の増加	16	24.6
摂食嚥下機能の改善	28	43.1
食形態の維持改善	26	40.0
栄養状態の維持改善	12	18.5
肺炎予防	37	57.0
窒息事故の減少	5	7.7
会話の増加	1	1.5
看取りの増加	0	0
特になし	7	10.8
その他	1	1.5

協力歯科医療機関との連携で入所者に効果が得られたと思われる項目については、3 施設とも同様で、平成 30 年度調査とも同様の結果であった。

5. 口腔衛生管理加算サービスの必要性について

(1) 口腔衛生管理加算サービスは必要か

(ア) 特定施設入居者生活介護施設

口腔衛生管理加算サービスが必要とした施設は、54 施設（66.7%)、必要としない施設は 27 施設（33.3%）であった。

表 83　口腔衛生管理加算サービスの必要性（特定施設入居者生活介護施設）

	n	%
必要	54	66.7
不要	27	33.3
合計	81	100.0

(イ) 地域密着型特定施設入居者生活介護

口腔衛生管理加算サービスが必要とした施設は、4 施設（44.4%)、必要としない施設は 5 施設（55.6%）であった。

表 84　口腔衛生管理加算サービスの必要性
（地域密着型特定施設入居者生活介護）

	n	%
必要	4	44.4
不要	5	55.6
合計	9	100.0

(ウ) グループホーム

口腔衛生管理加算サービスが必要とした施設は、33 施設（61.1%)、必要としない施設は 21 施設（38.9%）であった。

表 85　口腔衛生管理加算サービスの必要性（グループホーム）

	n	%
必要	33	61.1
不要	21	38.9
合計	54	100.0

(1) －1　必要と答えた場合の理由(重複回答)

(ア) 特定施設入居者生活介護施設

口腔衛生管理加算サービスについて、必要と答えた場合の理由は、歯科治療（う蝕、歯周病、義歯など)が必要であるか判断ができないためが 22 施設(55.0%)と最も高く、ついで摂食嚥下機能への対応が必要な利用者が多いが 19 施設(47.5%)と多かった。

表 86　口腔衛生管理サービスが必要と考える理由

（特定施設入居者生活介護施設、n=40）

	n	%
肺炎発症者が多いため	7	17.5
介護職による口腔ケアが困難な利用者が多いため	17	42.5
歯科治療（う蝕、歯周病、義歯など）が必要であるか判断ができないため	22	55.0
食支援が必要な利用者が多いため	9	22.5
摂食嚥下機能への対応が必要な利用者が多い	19	47.5
サービスの質の向上のため	16	40.0
その他	4	10.0

(イ) 地域密着型特定施設入居者生活介護

口腔衛生管理加算サービスについて、必要と答えた場合の理由は、サービスの質の向上のためが 2 施設(66.7%)と最も高かった。

表 87　口腔衛生管理サービスが必要と考える理由

（地域密着型特定施設入居者生活介護、n=3）

	n	%
肺炎発症者が多いため	0	0
介護職による口腔ケアが困難な利用者が多いため	1	33.3
歯科治療（う蝕、歯周病、義歯など）が必要であるか判断ができないため	1	33.3
食支援が必要な利用者が多いため	1	33.3
摂食嚥下機能への対応が必要な利用者が多い	1	33.3
サービスの質の向上のため	2	66.7
その他	1	33.3

（ウ）グループホーム

口腔衛生管理加算サービスについて、必要と答えた場合の理由は、歯科治療（う蝕、歯周病、義歯など）が必要であるか判断ができないためが 21 施設(87.5%)と最も高く、ついで介護職による口腔ケアが困難な利用者が多いため、サービスの質の向上のためがともに 13 施設(54.2%)と多かった。

表 88　口腔衛生管理サービスが必要と考える理由
（グループホーム、n=24）

	n	%
肺炎発症者が多いため	5	20.8
介護職による口腔ケアが困難な利用者が多いため	13	54.2
歯科治療（う蝕、歯周病、義歯など）が必要であるか判断ができないため	21	87.5
食支援が必要な利用者が多いため	8	33.3
摂食嚥下機能への対応が必要な利用者が多い	12	50.0
サービスの質の向上のため	13	54.2
その他	0	0

（1）－2　不要と答えた場合の理由

（ア）特定施設入居者生活介護施設

口腔衛生管理加算サービスについて、不要と答えた場合の理由は、歯科訪問診療で対応できるが 10 施設(38.5%)と最も高く、ついで施設職員で十分対応できている、その他がともに 6 施設(23.1%)と多かった。

表 89　口腔衛生管理サービスが不要と考える理由
（特定施設入居者生活介護施設、n=26）

	n	%
口腔衛生管理体制加算にかかるサービスで十分対応できている	2	7.7
施設職員で十分対応できている	6	23.1
対応できる歯科医療機関ないし歯科衛生士がいない	4	15.4
歯科訪問診療で対応できる	10	38.5
必要と思われる利用者はいない	4	15.4
感染対策等リスク管理の面から外部からの立ち入りを最小限にしたいため	5	19.2
その他	6	23.1

（イ）地域密着型特定施設入居者生活介護

口腔衛生管理加算サービスについて、不要と答えた場合の理由は、歯科訪問診療で対応できるが 3 施設(60.0%)と最も高く、ついで口腔衛生管理体制加算にかかるサービスで十分対応できている、施設職員で十分対応できているがともに 2 施設(40.0%)と多かった。

表 90　口腔衛生管理サービスが不要と考える理由
（地域密着型特定施設入居者生活介護、n=5）

	n	%
口腔衛生管理体制加算にかかるサービスで十分対応できている	2	40.0
施設職員で十分対応できている	2	40.0
対応できる歯科医療機関ないし歯科衛生士がいない	0	0
歯科訪問診療で対応できる	3	60.0
必要と思われる利用者はいない	0	0
感染対策等リスク管理の面から外部からの立ち入りを最小限にしたいため	0	0
その他	1	20.0

（ウ）グループホーム

口腔衛生管理加算サービスについて、不要と答えた場合の理由は、歯科訪問診療で対応できるが 10 施設(47.6%)と最も高く、ついで感染対策等リスク管理の面から外部からの立ち入りを最小限にしたいためが 6 施設(28.6%)と多かった。

表 91　口腔衛生管理サービスが不要と考える理由
（グループホーム、n=21）

	n	%
口腔衛生管理体制加算にかかるサービスで十分対応できている	2	9.5
施設職員で十分対応できている	2	9.5
対応できる歯科医療機関ないし歯科衛生士がいない	4	19.0
歯科訪問診療で対応できる	10	47.6
必要と思われる利用者はいない	0	0
感染対策等リスク管理の面から外部からの立ち入りを最小限にしたいため	6	28.6
その他	5	23.8

居住系サービスにおいても口腔衛生管理加算にかかるサービスが必要であるかの問いに対しては、特定施設入居者生活介護施設、グループホームとも 6 割以上の施設が必要と回答した。必要と回答した理由については、3 施設とも介護職による口腔ケアが困難な利用者が多いため、歯科治療（う蝕、歯周病、義歯など）が必要であるか判断ができないため、摂食嚥下機能への対応が必要な利用者が多いため、サービスの質の向上のためといった回答が多く、歯科口腔に関する情報の不足と歯科医療機関との連携不足が伺われた。

必要ないと回答した施設は、その理由として、歯科訪問診療で対応できるとしていると回答している施設がある一方で、対応できる歯科医療機関ないし歯科衛生士がいない、と回答している施設もあり、訪問している歯科医療機関の対応に左右される可能性が示唆された。また、感染対策等リスク管理の面から外部からの立ち入りを最小限にしたいとの意見もあり、SARS-CoV-2 による感染拡大の影響も示唆された。

【考察】

考察においては、今回の郵送調査の集計結果をもとに、居住系サービスにおける口腔衛生管理体制に関する現状を中心に、令和 3 年度介護報酬改定の影響を確認することを目的に、平成 30 年度介護報酬改定後の同様の調査結果と比較して行った。

なお、本調査も、平成 30 年度調査も全国の介護保険施設から無作為に抽出した施設を対象としているが、同一の施設でないことから、両年度の調査結果の比較による考察については、当該年度の状況、特に本年度の調査は SARS-CoV-2 による感染拡大下での結果であることに十分配慮する必要がある。

1. 事業所の概要について

本調査に回答した事業所は特定施設が 103 施設、地域密着型特定施設入居者生活介護が 12 施設、認知症対応型共同生活介護（以下、グループホーム）が 76 施設、合計 191 施設であった。

本調査に回答した特定施設は設置されてから 11 年-20 年経過している施設が多く、開設主体は営利法人と社会福祉法人が多かった。また、介護付き有料老人ホームが最も多かった。域密着型特定施設入居者生活介護は設置されてから 1 年-10 年経過している施設が多く、開設主体は営利法人とその他が多かった。また、サービス付き高齢者向け住宅が最も多かった。グループホームは設置されてから 1 年-25 年経過している施設が多く、開設主体は営利法人とその他が多かった。

利用者については、特定施設、域密着型特定施設入居者生活介護は要介護 1 が最も多く、グループホームは介護 2 が最も多かった。特定施設、域密着型特定施設入居者生活介護とも介護度は幅広く、介護度に応じた対応が多岐にわたり対応が困難となる可能性が示唆された。

口腔衛生管理に関係する歯科衛生士の勤務状況については、平成 30 年度の同調査では、各施設との歯科衛生士の配置は常勤専従、常勤兼務、非常勤ともにほとんどなかったが、本調査では、特定施設入居者生活介護施設とグループホームにおいて、常勤兼務、非常勤で雇用が認められた。

2. 口腔衛生管理体制加算について

令和 3 年度介護報酬改定では、居住系サービスの口腔衛生管理に関する改定は行われなかったが、平成 30 年介護報酬改定における口腔衛生管理体制加算の居住系サービスへの拡大後 3 年が経過した状況を把握することを目的に、平成 30 年の同調査結果と比較し検討した。口腔衛生管理体制加算に関する認知度については、平成 30 年度の調査よりも低下していた。特に地域密着型特定施設入居者生活介護での認知率が低下しており、情報提供および支援の必要性が伺えた。

口腔衛生管理体制加算を把握している施設において算定している施設の割合は平成 30 年度調査とほぼ同率で、口腔衛生管理体制に関する周知と実施が進んでいないことが明らかになった。令和 3 年度の介護報酬改定後に算定を開始したと回答した施設はグループホームのみで、歯科医療機関による訪問診療が積極的に行われている特定施設入居者生活介護施設や地域密着型特定施設入居者生活介護においては、新設の施設においても算定が行われていないと思われ、算定が進んでいない理由を明らかにして、対応していく必要性が示唆された。

今後の口腔衛生管理体制加算算定に関する意向については、平成 30 年度の調査と比較して、口腔衛生管理体制加算を把握していた施設の意向に変化はなく、これまで算定していなかった施設のほとんどが、算定の予定はないと回答していた。口腔衛生管理体制加算を把握していなかった施設に関しては、平成 30 年度の同調査と比較して、算定の予定はないと回答した施設の割合は減少したものの、算定を検討したいと回答した施設の割合は変化がなく、今後、検討するにとどまっていた。

口腔衛生管理体制加算を算定しない理由については、平成 30 年度の同調査と同じく、定員は少ない施設にとっては手間の割には単位数が少ない、助言指導してくれる歯科医師、歯科衛生士が見つからないという理由で、その割合についても変化は見られなかった。後者の理由については、歯科訪問診療が充実してきていることもあり、居住系サービスと訪問診療を行っている歯科医療機関双方に、口腔衛生管理体制加算に関する情報提供と、算定にかかる事務負担軽減のためのツールの提供を行う必要性が示唆された。

口腔衛生管理体制について実施している項目については、3 施設とも平成 30 年度の同調査と比較して、すべての項目で実施率が 10%以上低下していた。特に特定施設入居者生活介護施設と地域密着型特定施設入居者生活介護での低下は著しく、歯科訪問診療に関する診療報酬改定（同一建物居住者に関する改訂）が影響したか可能性が示唆された。グループホームにおいても歯科医師による定期的な口腔内診査、歯科衛生士による口腔衛生管理、歯科医師による施設に対する口腔ケア全般への助言は 10%以上実施率が低下しており、特定施設等への口腔衛生管理体制加算にかかる体制整備に関する情報提供が必要であると思われた。

3. 施設と歯科医師・歯科衛生士に関わりについて

歯科医療関係者との連携の程度については、平成 30 年度の同調査と比較して、3 施設とも全く連携していない、あまり連携していないと回答した施設の割合が若干増加しており、歯科医療機関との連携が進んでいない実態が明らかになった。特定施設では重度要介護高齢者も居住しており、また、グループホームには口腔健康管理が必要な認知症高齢者が居住している。今後これら施設と歯科医療機関との連携を促進していく必要がある。

歯科訪問診療に来る歯科医師のいる施設の割合は 3 施設とも平成 30 年度調査と変化がなく、依然として 20%弱の施設が歯科訪問診療を受け入れていないことが明らかになった。特に特定施設入居者生活介護施設は受け入れていない施設が増加しており、入所者の歯科治療を含めた口腔健康管理の状況を調査する必要がある。

訪問診療を受け入れている歯科医療機関の数は平成 30 年度調査と変化はなく、歯科訪問診療を受けている患者数にも変化はみられなかった。歯科訪問診療に来る歯科医師がいない理由については、対応できる歯科医療機関がないとの回答が多かったが、必要性がないとの回答もあり、特定施設の重度要介護高齢者や、グループホームの認知症高齢者に対する口腔健康管理の必要性について、周知していくとともに、施設と歯科医療機関との連携を促進していく必要がある。

協力歯科医療機関の申請については、グループホームについては 68.6%から 76.5%と増加していたが、特定施設入居者生活介護施設、地域密着型特定施設入居者生活介護については平成 30 年度とほぼ同様であった。協力歯科医療機関の申請を行っていない理由については、入居者のかかりつけ歯科医との問題や歯科医療機関との関係性の問題、費用の問題などが挙げられていた。協力歯科医療機関の申請を行っていない施設が協力歯科医療機関に望むことについては、特定施設入居者生活介護施設、地域密着型特定施設入居者生活介護では、嚥下機能検査以外の全ての項目について希望するとの回答が減少した。グループホームでは、反対にすべての項目での要望が 10～30%増加しており、グループホームでは協力歯科医療機関への期待が高まっていることが示唆された。

協力歯科医療機関が実際に実施している項目と協力歯科医療機関に実施してもらいたい項目で開きががあった項目は、特定施設入居者生活介護施設とグループホームでは、カンファレンスへの参加、嚥下機能検査、摂食嚥下に対する支援、研修会の開催で、この他にグループホームでは口腔衛生管理体制加算への助言に開きがあった。地域密着型特定施設入居者生活介護ではカンファレンスへの参加、歯科健診や歯科相談、口腔衛生管理体制加算への助言、研修会の開催で開きがあった。3 施設に共通する項目としては、カンファレンスへの参加と研修会の開催で、歯科口腔に関する情報の不足から、カンファレンスにおける助言と研修会での歯科口腔に関する知識の取得を施設側が求

めている可能性が示唆された。協力歯科医療機関との連携で入所者に効果が得られたと思われる項目については、3 施設とも同様で、平成 30 年度調査とも同様の結果であった。

4. 口腔衛生管理加算サービスについて

居住系サービスにおいても口腔衛生管理加算にかかるサービスが必要であるかの問いに対しては、特定施設入居者生活介護施設、グループホームとも 6 割以上の施設が必要と回答した。必要と回答した理由については、3 施設とも介護職による口腔ケアが困難な利用者が多いため、歯科治療（う蝕、歯周病、義歯など）が必要であるか判断ができないため、摂食嚥下機能への対応が必要な利用者が多いため、サービスの質の向上のためといった回答が多く、歯科口腔に関する情報の不足と歯科医療機関との連携不足が伺われた。

必要ないと回答した施設は、歯科訪問診療で対応できるとしていると回答している施設がある一方で、対応できる歯科医療機関ないし歯科衛生士がいない、と回答している施設もあり、訪問している歯科医療機関の対応に左右される可能性が示唆された。また、感染対策等リスク管理の面から外部からの立ち入りを最小限にしたいとの意見もあり、SARS-CoV-2 による感染拡大の影響も示唆された。

Ⅴ 介護保険施設・居住系サービスと協力歯科医療機関の関係

1. 介護保険施設と協力歯科医療機関の連携について

（１） 協力歯科医療機関が実施している項目（重複回答）

全国の介護保険施設と、歯科医療機関のリストから都道府県別に無作為に層化抽出した介護保険施設と歯科医療機関に、それぞれ協力歯科医療機関と協力歯科医療機関として申請している介護保険施設を尋ねて、それら歯科医療機関と介護保険施設に郵送にて調査票を送付し、回答が得られ双方の調査結果が突合できたのは 47 の施設・歯科医療機関のペアであった。

協力歯科医療機関が実施している項目に関して、双方とも完全に一致したのは 3 施設・歯科医療機関のペアのみであった。他の 44 施設・歯科医療機関のペアは完全に一致しなかった。47 の協力歯科医療機関が実施していると回答した項目で最も多かったのは歯科訪問診療（歯科治療）45 施設（95.7%）で、ついで歯科検診や歯科相談が 35 施設（74.4%)、口腔衛生管理体制加算への助言 26 施設（55.3%）であった。反対に 47 の介護保険施設側が協力歯科医療機関が実施していると回答した項目についても同様に最も多かったのは歯科訪問診療（歯科治療）40 施設（85.1%)、歯科検診や歯科相談が 30 施設（63.8%)、口腔衛生管理体制加算への助言 23 施設（48.9%）で、回答したすべての施設・歯科医療機関の集計では、同様の結果が得られた。

しかし、実際に連携している施設・歯科医療機関の回答を突合すると、摂食嚥下に関する支援、口腔衛生管理加算への助言、口腔衛生等に関する研修会については、協力歯科医療機関側は実施していると回答しているにもかかわらず、介護保険施設側では実施しているとの回答は少なかった。

表１　歯科医療機関側が実施していると回答した項目（n＝47）

	n	%
食事等のカンファレンスへの参加	11	23.4
入所者の食事等に関する個別の相談	20	42.6
歯科訪問診療（歯科治療）	45	95.7
摂食嚥下に関する支援	25	53.2
嚥下機能検査	10	21.3
歯科検診や歯科相談	35	74.4
口腔衛生管理体制加算への助言	26	55.3
口腔衛生管理加算実施にあたり指導	24	51.1
経口維持加算Ⅱへの助言	10	21.3
ミールラウンド（食事観察）への参加	12	25.5
口腔衛生等に関する研修会の参加	19	40.4
その他	0	0
無回答	1	2.1

表２　介護保険施設側が歯科医療機関が実施していると回答した項目（n＝47）

	n	%
入所者の食事等のカンファレンスへの参加	8	17.2
入所者の食事等に関する個別の相談	13	27.7
歯科訪問診療（歯科治療）	40	85.1
摂食嚥下に関する支援	13	27.7
嚥下機能検査	10	21.3
歯科検診や歯科相談	30	63.8
口腔衛生管理体制加算への助言	23	48.9
口腔衛生管理加算実施にあたり指導	14	29.8
経口維持加算Ⅱへの助言	9	19.1
ミールラウンド（食事観察）への参加	8	17.0
口腔衛生等に関する研修会の参加	10	21.3
その他	1	2.1
無回答	2	4.3

（２） 協力歯科医療機関に実施してもらいたい項目（重複回答）

協力歯科医療機関の歯科医師が重要と考えている実施項目と介護保険施設側が実施してもらいたいと考えている項目を比較した結果、完全に一致した施設・歯科医療機関のペアはなかった。

協力歯科医療機関の歯科医師が重要と考えている実施項目は歯科訪問診療（歯科治療）が最も多く 24 施設（51.1%）、ついで歯科検診や歯科相談が 10 施設（21.3%）、摂食嚥下に対する相談や支援が 6 施設（12.8%）であった。一方、介護保険施設側が協力歯科医療機関に実施してもらいたいと考えている項目は、口腔衛生等に関する研修会が最も多く 12 施設（25.5%）、ついで入所者の食事等のカンファレンスへの参加、入所者の食事に関する個別の相談、嚥下機能検査、口腔衛生管理加算実施にあたる指導が 8 施設（17.0%）、口腔衛生管理体制加算への助言が 7 施設（14.9%）であった。

つまり、協力歯科医療機関の歯科医師が介護保険施設において実施すべきと考え、実践している項目と、介護保険施設側が実施してもらいたい項目には大きな違いがあり、歯科医療機関側は介護保険施設側が実施してもらいたい項目を実施していると考えていても、介護保険施設側は実施してもらっているとは思っていないことが明らかになった。歯科医療機関側は歯科訪問診療において入所者の食事等に関する相談、指導を行っていると考えている可能性もあるが、歯科訪問診療における食事に関する指導や嚥下機能検査、口腔衛生管理加算実施にあたる指導について、協力歯科医療機関側、介護保険施設側双方が理解を深め、情報を共有する必要があると思われる。

表３　協力歯科医療機関側が重要と思う項目（n=47）

	n	%
食事等のカンファレンスへの参加	3	6.4
入所者の食事等に関する個別の相談	0	0
歯科訪問診療（歯科治療）	24	51.1
摂食嚥下に関する支援	6	12.8
嚥下機能検査	0	0
歯科検診や歯科相談	10	21.3
口腔衛生管理体制加算への助言	4	8.5
口腔衛生管理加算実施にあたり指導	4	8.5
経口維持加算Ⅱへの助言	2	4.3
ミールラウンド（食事観察）への参加	4	8.5
口腔衛生等に関する研修会の参加	3	6.4
その他	0	0
無回答	3	6.4

表４　介護保険施設側が歯科医療機関に実施してもらいたい項目（n=47）

	n	%
入所者の食事等のカンファレンスへの参加	8	17.0
入所者の食事等に関する個別の相談	8	17.0
歯科訪問診療（歯科治療）	3	6.4
摂食嚥下に関する支援	6	12.8
嚥下機能検査	8	17.0
歯科検診や歯科相談	5	10.6
口腔衛生管理体制加算への助言	7	14.9
口腔衛生管理加算実施にあたり指導	8	17.0
経口維持加算Ⅱへの助言	3	6.4
ミールラウンド（食事観察）への参加	5	10.6
口腔衛生等に関する研修会の参加	12	25.5
その他	1	2.1
無回答	21	44.6

（３） 協力歯科医療機関側と介護保険施設側の実施項目、実施してほしい項目の違いについて

介護保険施設側が協力歯科医療機関に行ってほしい項目には、口腔衛生等に関する研修会が最も多く、ついで入所者への食事等のカンファレンスへの参加、入所者の食事に関する個別の相談、嚥下機能検査、口腔衛生管理加算実施にあたる指導、口腔衛生管理体制加算への助言であった。しかし、半数以上の協力歯科医療機関側は口腔衛生管理体制加算への助言と口腔衛生管理加算実施にあたる指導を行っていると回答していた。入所者への食事等のカンファレンスの参加、入所者の食事に関する個別の相談、嚥下機能検査については、実施していると回答した協力歯科医療機関は半数以下であった。

今回の調査結果から、介護保険施設側が協力歯科医療機関に求めている内容と協力歯科医療機関側が重要と考え、実施している内容については十分一致していなかった。介護保険施設とその利用者の状況等により、必要な実施項目は異なってくると思われることから、実施項目の内容と必要性について介護保険施設側と協力歯科医療機関側双方が協議し理解を深め、実施内容を決定していく必要があると考える。

2. 居住系サービスと協力歯科医療機関の連携について

（１） 協力歯科医療機関が実施している項目（重複回答）

全国の居住系サービスと、歯科医療機関のリストから都道府県別に無作為に層化抽出した居住系サービス施設と歯科医療機関に、それぞれ協力歯科医療機関と協力歯科医療機関として申請している介居住系サービスを尋ねて、それら歯科医療機関と居住系サービスに郵送にて調査票を送付し、回答が得られ双方の調査結果が突合できたのは 27 の施設・歯科医療機関のペアであった。

協力歯科医療機関が実施している項目に関して、双方とも完全に一致したのは施設・歯科医療機関の１ペアのみであった。他の 26 施設・歯科医療機関のペアは完全に一致しなかった。

27 の協力歯科医療機関が実施している項目で最も多かったのは歯科訪問診療（歯科治療）23 施設（85.2%）で、ついで歯科検診や歯科相談が 17 施設（63.0%）、口腔衛生管理体制加算への助言 17 施設（63.0%）であった。反対に、27 の居住系サービス側が協力歯科医療機関が実施していると回答した項目についても同様に最も多いのは歯科訪問診療（歯科治療）20 施設（74.1%）で、ついで歯科検診や歯科相談が 17 施設（63.0%）、入所者の食事等に関する個別の相談、摂食・嚥下に関する支援が 11 施設（40.7%）であった。

実際に連携している施設・歯科医療機関の回答を突合すると、入所者への食事等のカンファレンスの参加、口腔衛生等に関する研修会、口腔衛生管理加算への助言については、協力歯科医療機関側は実施していると回答しているにもかかわらず、居住系サービス側では実施しているとの回答は少なかった。

表 5　歯科医療機関側が実施していると回答した項目（n=27）

	n	%
入所者の食事等のカンファレンスへの参加	11	40.7
入所者の食事等に関する個別の相談	13	48.1
歯科訪問診療（歯科治療）	23	85.2
摂食嚥下に関する支援	13	48.1
嚥下機能検査	5	18.5
歯科検診や歯科相談	17	63.0
口腔衛生管理体制加算への助言	17	63.0
口腔衛生等に関する研修会の参加	15	55.6
その他	1	3.7
無回答	2	7.4

表 6　居住系サービス側が歯科医療機関が実施していると回答した項目（n=27）

	n	%
入所者の食事等のカンファレンスへの参加	3	11.1
入所者の食事等に関する個別の相談	11	40.7
歯科訪問診療（歯科治療）	20	74.1
摂食嚥下に関する支援	11	40.7
嚥下機能検査	6	22.2
歯科検診や歯科相談	17	63.0
口腔衛生管理体制加算への助言	4	14.8
口腔衛生等に関する研修会の参加	6	22.2
その他	0	0
無回答	4	14.8

（２） 協力歯科医療機関に実施してもらいたい項目（重複回答）

協力歯科医療機関の歯科医師が重要と考えている実施項目と介護保険施設側が実施してもらいたいと考えている項目を比較した結果、完全に一致した施設・歯科医療機関のペア 1 ペアのみであった。

協力歯科医療機関の歯科医師が重要と思っている項目は、歯科訪問診療（歯科治療）が最も多く 14 施設（51.9%）、ついで摂食・嚥下に関する支援が 4 施設（14.8%）、入所者の食事等に関する個別の相談、歯科検診や歯科相談、口腔衛生管理体制加算への助言、口腔衛生等に関する研修会の参加が 3 施設（11.1%）であった。一方、居住系サービス側が協力歯科医療機関に実施してもらいたいと考えている項目は、歯科訪問診療（歯科治療）が最も多く 7 施設（25.9%）、ついで摂食・嚥下に関する支援が 6 施設（22.2%）であった。

つまり、協力歯科医療機関の歯科医師が居住系サービス施設において実施すべきと考え、実践している項目と、居住系サービス側が実施してもらいたい項目には違いがあり、歯科医療機関側は居住系サービス側が実施してもらいたい項目を実施していると考えていても、介護保険施設側は実施してもらっているとは思っていないことが明らかになった。特に嚥下機能検査は居住系サービス側は実施してもらいたい項目で挙げられているが、協力歯科医療機関ではそこまで重要と考えておらず、双方が協議しその必要性を共有し、実践していく必要があると考えられた。

表 7　協力歯科医療機関側が重要と思う項目（n=27）

	n	%
入所者の食事等のカンファレンスへの参加	2	7.4
入所者の食事等に関する個別の相談	3	11.1
歯科訪問診療（歯科治療）	14	51.9
摂食嚥下に関する支援	4	14.8
嚥下機能検査	2	7.4
歯科検診や歯科相談	3	11.1
口腔衛生管理体制加算への助言	3	11.1
口腔衛生等に関する研修会の参加	3	11.1
その他	0	0
無回答	4	14.8

表 8　居住系サービス側が歯科医療機関に実施してもらいたい項目（n=27）

	n	%
入所者の食事等のカンファレンスへの参加	3	11.1
入所者の食事等に関する個別の相談	2	7.4
歯科訪問診療（歯科治療）	7	25.9
摂食嚥下に関する支援	6	22.2
嚥下機能検査	6	22.2
歯科検診や歯科相談	2	7.4
口腔衛生管理体制加算への助言	3	11.1
口腔衛生等に関する研修会の参加	3	11.1
その他	0	0
無回答	15	55.6

3. 協力歯科医療機関との連携による入所者への効果について

（重複回答）

協力歯科医療機関との連携による入所者への効果に関して、介護保険施設と協力歯科医療機関の回答が完全に一致したのは 4 ペアだけであった。居住系サービスと協力歯科医療機関の回答が完全に一致したのは 1 ペアのみであった。

施設入所者への効果について介護保険施設側は口腔衛生状態の改善が 41 施設（87.2%）と最も多く、次いで肺炎予防 26 施設（55.3%）、義歯の使用率の増加 21 施設（44.7%）との回答が多かった。居住系サービス側は口腔衛生状態の改善が 23 施設（85.1%）と最も多く、次いで肺炎予防 18 施設（66.7%）、摂食嚥下機能の改善 16 施設（59.3%）との回答が多かった。協力歯科医療機関側は、口腔衛生状態の改善 64 施設（86.5%）が最も多く、次いで肺炎予防 41 施設（55.4%）、義歯の使用率の増加 31 施設（41.8%）との回答が多かった。居住系サービスと介護保険施設の回答を合わせた集計では、口腔衛生状態の改善 64 施設（86.5%）が最も多く、次いで肺炎予防 44 施設（59.5%）摂食嚥下機能の改善 35 施設（47.3%）との回答が多かった。

口腔衛生状態の改善と肺炎の予防に関しては協力歯科医療機関と介護保険施設側、居住系サービス側とも効果としての認識は共通していた。しかし、摂食嚥下機能の改善や食形態の維持改善に関する効果については、介護保険施設と居住系サービス側は感じているが、協力歯科医療機関はあまり感じていないことが明らかになった。

表 9　施設入所者への効果（介護保険施設回答）（n=47）

	n	%
口腔衛生状態の改善	41	87.2
虫歯の減少	17	36.2
義歯の使用率の増加	21	44.7
摂食嚥下機能の改善	19	40.4
食形態の維持改善	20	42.6
栄養状態の維持改善	11	23.4
肺炎予防	26	55.3
窒息事故の減少	3	6.4
会話の増加	7	14.9
看取りの増加	0	0
特になし	2	4.3
その他	2	4.3
無回答	2	4.3

表 10　施設入所者への効果（居住系サービス回答）（n=27）

	n	%
口腔衛生状態の改善	23	85.1
虫歯の減少	10	37.0
義歯の使用率の増加	7	25.9
摂食嚥下機能の改善	16	59.3
食形態の維持改善	13	48.1
栄養状態の維持改善	6	22.2
肺炎予防	18	66.7
窒息事故の減少	2	7.4
会話の増加	1	3.7
看取りの増加	0	0
特になし	1	3.7
その他	0	0
無回答	1	3.7

表 11　施設入所者への効果（協力歯科医療機関回答）（n=74）

	n	%
口腔衛生状態の改善	64	86.5
う蝕の減少	21	28.3
義歯の使用率の増加	31	41.8
摂食嚥下機能の改善	17	23.0
食形態の維持改善	27	36.5
栄養状態の維持改善	23	31.0
肺炎予防	41	55.4
窒息事故の減少	10	13.5
会話の増加	11	14.9
看取りの増加	3	4.1
特になし	4	5.4
その他	1	1.4
無回答	3	4.1

表 12　施設入所者への効果（居住系サービスと介護保険施設回答）（n=74）

	n	%
口腔衛生状態の改善	64	86.5
う蝕の減少	27	36.4
義歯の使用率の増加	28	37.8
摂食嚥下機能の改善	35	47.3
食形態の維持改善	33	44.6
栄養状態の維持改善	18	24.3
肺炎予防	44	59.5
窒息事故の減少	5	6.8
会話の増加	8	10.8
看取りの増加	0	0
特になし	3	4.1
その他	2	2.7
無回答	5	6.8

【考察】

1. 協力歯科医療機関が実施している項目

実際に連携している施設・歯科医療機関の回答を突合すると、摂食・嚥下に関する支援、口腔衛生管理加算への助言、口腔衛生等に関する研修会については、協力歯科医療機関側は実施していると回答しているにもかかわらず、介護保険施設側では実施しているとの回答は少なかった。

協力歯科医療機関の歯科医師が介護保険施設において実施すべきと考え、実践している項目と、介護保険施設側が実施してもらいたい項目には大きな違いがあり、歯科医療機関側は介護保険施設側が実施してもらいたい項目を実施していると考えていても、介護保険施設側は実施してもらっているとは思っていないことが明らかになった。

歯科医療機関側は歯科訪問診療において入所者の食事等に関する相談、指導を行っていると考えている可能性もあるが、歯科訪問診療における食事に関する指導や嚥下機能検査、口腔衛生管理加算実施にあたる指導について、協力歯科医療機関側、介護保険施設側双方が理解を深め、情報を共有する必要があると思われる。

実際に連携している施設・歯科医療機関の回答を突合すると、入所者への食事等のカンファレンスの参加、口腔衛生等に関する研修会、口腔衛生管理加算への助言については、協力歯科医療機関側は実施していると回答しているにもかかわらず、居住系サービス側では実施しているとの回答は少なかった。

2. 協力歯科医療機関に実施してもらいたい項目

介護保険施設側が協力歯科医療機関に求めている内容と協力歯科医療機関側が重要と考え、実施している内容については十分一致していなかった。介護保険施設とその利用者の状況等により、必要な実施項目は異なってくると思われることから、実施項目の内容と必要性について介護保険施設側と協力歯科医療機関側双方が協議し理解を深め、実施内容を決定していく必要があると考える。

協力歯科医療機関と居住系サービス施設においても同様に、実施してもらいたい項目には違いがあり、歯科医療機関側は居住系サービス側が実施してもらいたい項目を実施していると考えていても、介護保険施設側は実施してもらっているとは思っていないことが明らかになった。特に嚥下機能検査は居住系サービス側は実施してもらいたい項目で挙げられているが、協力歯科医療機関ではそこまで重要と考えておらず、双方が協議しその必要性を共有し、実践していく必要があると考えられた。

3. 協力歯科医療機関との連携による入所者への効果

口腔衛生状態の改善と肺炎の予防に関しては協力歯科医療機関と介護保険施設側、居住系サービス側とも効果としての認識は共通していた。しかし、摂食嚥下機能の改善や食形態の維持改善に関する効果については、介護保険施設と居住系サービス側は感じているが、協力歯科医療機関はあまり感じていないことが明らかになった。介護保険施設側・居住系サービス側と協力歯科医療機関が協議し理解を深めていくとともに、利用者の摂食嚥下機能や食形態について情報を適宜共有し、その効果について双方の立場から協議していく必要があると考える。

Ⅵ　施設系サービス利用者の口腔衛生等の管理に関する縦断調査

1. 転帰調査の結果

(1) 利用者の転帰

2019 年にベースライン調査を行った 986 名に関して、2019-2020 年と 2020-2021 年のそれぞれ 1 年間の転帰について調査を行った。結果、2019-2020 年に退所した利用者は 260 名（26.4%）、2020-2021 年に退所した利用者は 205 名（31.2%）であった。

表 1　利用者の転帰

	2019-2020		2020-2021	
	n	%	n	%
退所	260	26.4	205	31.2
在所中	726	73.6	452	68.7
不明	0	0	1	0.2
合計	986	100	658	100

※2020-2021 年の転帰調査については 68 名の結果が未入力

(2) 退所理由

退所理由については、2019-2020 年は死亡退所 142 名（54.8%）、入院 75 名（29.0%）であった。2020-2021 年は死亡退所 127 名（61.4%）、入院 60 名（29.0%）であった。両年とも死亡退所が約半数以上を占めており、次いで入院、他施設等への移動であった。

表 2　退所の理由

	2019-2020		2020-2021	
	n	%	n	%
自宅へ（親族の家も含めて）	5	1.9	2	1.0
他施設等へ	34	13.1	17	8.2
入院	75	29.0	60	29.0
死亡退所	142	54.8	127	61.4
その他	3	1.2	1	0.5
合計	259	100	207	100

(3) 入院の理由

入院の理由としては、2019-2020 年は肺炎を強く疑う状態が 23 名（30.7%）、その他の疾患の治療のためが 22 名（29.3%）であった。2020-2021 年はその他の疾患の治療のためが 20 名（33.3%）、肺炎を強く疑う状態が 16 名（26.7%）と多かった。

表 4　入院理由

	2019-2020		2020-2021	
	n	%	n	%
肺炎を強く疑う状態であったため	23	30.7	16	26.7
脳卒中を強く疑う状態であったため	2	2.7	6	10.0
心臓の疾患（心不全・心筋梗塞）を強く疑う状態であったため	10	13.3	4	6.7
骨折を強く疑う状態であったため	2	2.7	0	0
腹部の疾患（腸閉塞・消化管出血等）を強く疑う状態であったため	3	4.0	5	8.3
異物誤飲・誤嚥を強く疑う状態であったため	4	5.3	5	8.3
尿路感染症を強く疑う状態であったため	0	0	8	13.3
原因が特定できない発熱の治療のため	6	8.0	1	1.7
脱水・低栄養（食事困難に伴うものを含む）の治療のため	7	9.3	8	13.3
看取り期の対応が必要であったため	2	2.7	4	6.7
その他の疾患の治療のため	22	29.3	20	33.3
不明	2	0	0	0

（５）死亡理由

死亡理由としては、2019-2020 年は老衰が 107 名（74.8%）、心不全が 8 名（5.6%）、肺炎が 4 名（2.8%）であった。2020-2021 年も老衰が 106 名（83.5%）、肺炎が 6 名（4.7%）、呼吸不全が 4 名（3.1%）、であった。

表 5　死亡理由

	2019-2020		2020-2021	
	n	%	n	%
老衰	107	74.8	106	83.5
心不全	8	5.6	2	1.6
肺炎	4	2.8	6	4.7
がん	3	2.1	2	1.6
脳卒中	1	0.7	2	1.6
呼吸不全	1	0.7	4	3.1
腎不全	2	1.4	0	0
不明	5	3.5	0	0
その他	12	8.4	5	3.9
合計	143	100	127	100

【考察】

2019 年にベースライン調査を行った 986 名の転帰を調査したところ、1 年間に約 30%の利用者が入院、死亡などの理由で退所していた。入院の理由としては、肺炎を強く疑う状態が最も多く、死亡理由については老衰が 7-8 割と最も多かったが、肺炎による死亡も 3-5%程度あり、入院とあわせると、1 割ほどが肺炎により退所していた。

2019 年からの縦断調査は 2020 年以降の SARS-CoV-2 による感染拡大による影響を受けており、感染拡大による口腔衛生管理加算に関する介護サービスや歯科訪問診療の制限が利用者の肺炎発症にどのような影響を与えているのか、今後詳細に検討していきたい。

COVID-19 感染拡大下における介護保険施設入所要介護高齢者に対する歯科訪問診療および口腔衛生管理と食形態の変化との関連：1 年間の多施設縦断研究

研究方法

研究デザイン

日本の介護保険施設入所要介護高齢者を対象とした 1 年間の多施設縦断研究

対象者

調査にあたり、日本老年歯科医学会の特任委員会のメンバー30 名に対して本研究内容の説明と調査内容の評価基準の統一のための研修会を実施した。各メンバーは自身が連携している介護保険施設の施設長と職員に対して本研究内容の説明を行い、日本の 16 の地域の介護保険施設 30 施設から研究への協力を得た。令和元年度に 33 施設の全入所者とその家族に対して、本研究内容の説明を文書にて行い、本人もしくは代諾者から同意を得られた 986 名を書面にて研究参加に関する同意を取得し、2019 年度にベースライン調査を実施した。また、2020 年に再調査の依頼を行い、 15 都道府県の介護保険施設 30 施設（特別養護老人施設 22 施設、老人保健施設 8 施設）から研究への調査協力を得て、前年に研究に参加した 729 名のその後を調査した。 本研究は日本老年歯科医学会の倫理委員会の審査承認（2019-3 番）を得て実施した。

調査項目

調査票による調査

2019 年度の調査前に研究メンバーが介護保健施設の担当看護師に調査項目の評価に関する講習を行い、評価基準の統一を行った。その後、調査票を配布し、各施設の担当看護師が入所者に関して調査を行った。2020 年度の再調査では、2019 年の調査に参加したすべての入所者について、介護保険施設退所の有無、退所の理由、在所の場合は食形態の変化について 2019 年と同様に施設の担当看護師が調査した。

1.基礎情報

対象者の年齢、性別、Body Mass Index（BMI）及び既往歴（肺炎：誤嚥性肺炎を含む、脳血管障害、糖尿病、呼吸器疾患，うつ病、認知症)、義歯の使用の有無、口腔衛生管理の有無について担当看護師が調査票に記入した。口腔衛生管理は歯科衛生士よる口腔衛生管理が月 2 回以上入所者に実施され、かつその入所者の日常の口腔ケアについて歯科衛生士が介護職員へ具体的な技術的助言や指導を行った場合を実施有りとした。

2.生活機能評価

Barthel Index(BI)を用いて生活機能評価を行った。BI は日常生活機能の評価指標の一つであり、全 10 項目（食事、車椅子からベッドへの移動、整容、トイレ動作、入浴、歩行、階段昇降、着替え、排便コントロール、排尿コントロール）の日常生活動作から成る。各項目は介助を必要とする度合いに基づいている。加えて、BI の各項目の合計値は 0 から 100 となり、より高い得点がより良い生活機能を示している。

認知機能評価

Clinical Dementia Rating(CDR)は Morris らの評価方法に基づいて評価した。CDR には５つのグレード（0：非認知症、0.5：認知症の疑い、1：軽度認知症、2：中等度認知症、3：重度認知症）があり、そのグレードを記憶、見当識、判断力と問題解決能力、地域社会の活動、家庭及び趣味、身の回りの世話の 6 項目に割り当て、より高いグレードがより強い認知障害を示している。CDR の最終的な判定は訓練された精神科の専門医師 1 名によって行われた。

食形態

食形態は、日本摂食嚥下リハビリテーション学会の嚥下調整食学会分類コード 2013 を基準とし、コード 0 から４までを嚥下調整食とし、それ以外の調理の加工や工夫を必要としないもの、加工や工夫をしたもの、柔らかく弱い力で噛めるものは常食とした。

実測調査

事前にトレーニングを行い、評価基準を統一した歯科医師、歯科衛生士 30 名（1 施設当たり 3-10 名）が介護保険施設を訪問し入所者の口腔内の実測調査を実施した。

口腔内の状態評価

対象者の嚥下機能評価については大熊らが開発した嚥下障害スクリーニングのための質問紙を用いた。この質問紙は 15 項目の設問からなり、肺炎の既往、栄養状態、口腔・咽頭・食道機能、声門防御機構等が反映される構造で、「A：重い症状」「B：軽い症状」「C：症状なし」の 3 段階で回答するようになっている。この質問紙は日常の場面で簡便に使用することを目的に開発され、嚥下障害検出について高い信頼性、敏感度、特異度を有していることから、この質問紙を選択した。本研究では参加者の担当看護師が日常の食事場面等を観察し記入した。15 項目の設問のうち A の回答が 1 項目以上ある者を「嚥下障害有り」、B の回答が 1 項目以上ある者を嚥下障害の疑いあり」、すべて C の者は「嚥下障害なし」と判定した。

現在歯数は、歯冠が崩壊した残根や重度歯周炎に罹患した歯は除外した。そして、口腔内に歯冠が萌出している歯の数をした。機能歯数は現在歯数に、ブリッジやインプラント支持

による固定性補綴装置のポンティック、デンタルインプラントと義歯の人工歯を含めた数とした。義歯の有無にかかわらず、現在歯が全くないものを無歯顎とした。また、参加者が食事時に義歯使用しているか否かを担当の介護職員より聴取した。食事時に義歯を使用していない者の義歯人工歯数は機能歯数に入れず、義歯を使用しているものを義歯ありとした。

COVID-19 感染拡大による歯科訪問診療に対する各介護保険施設の対応

2020 年度の調査時に COVID-19 感染拡大の影響による歯科訪問診療の中断の有無、その後の歯科訪問診療の解除の有無を調査し、 COVID-19 感染拡大下の歯科訪問診療に関する各施設の対応を継続、一時中断、中断の 3 群に分類した。一時中断は、2020 年 5 月の緊急事態宣言により歯科訪問診療を中断したが、2020 年 12 月時点では再開していた介護保険施設で、中断は 2020 年 12 月時点でも再開していなかった介護保険施設とした。

統計分析

2 回の調査に参加した 30 施設の入所者を 2019 年に常食を摂取している群（常食群）と嚥下調整食を摂取している群（嚥下調整食群）に分けた（Figure1）。そして、2 群間の比較を行った。次に、常食を摂取している者の中で 1 年後も常食を維持した群と常食から嚥下調整食に変化した群に分け、2 群間の比較を行った。2 群間の比較は、連続変数は Mann-Whitney U test、カテゴリー変数はカイ 2 乗検定で行った。

介護保険施設に入所している要介護高齢者の 1 年間の常食から嚥下調整食への変化に関連する要因を検討するため、常食群における 1 年後の嚥下調整食への変化の有無を従属変数とし、食形態との関連が報告されている年齢、性別、BMI、既往歴（誤嚥性肺炎、脳血管障害、糖尿病、うつ病）、BI、CDR、機能歯数、嚥下障害の有無および COVID-19 の影響による歯科訪問診療に対する施設の対応を独立変数として二項ロジスティック回帰分析を行い、オッズ比(95%信頼区間)を求めた。また、すべての統計解析は、SPSS Statistics 27.0(IBM、USA)を用いて行い、有意水準を 5%未満（$p<0.05$）とした。

結果

2019 年度調査及びその 2020 年度の再調査に参加した介護保険入所要介護高齢者は 696 名（男性 121 名、女性 575 名、平均年齢 86.6±7.9 歳）であった。

本研究の分析対象者 696 名のベースライン調査時の平均年齢は 86.6±7.9 歳，口腔衛生管理加算を実施中は 385 名（55.3%）であった。口腔内の状態は，現在歯数は 8.3±8.9 本，機能歯数は 19.0±10.5 本，無歯顎者は 184 名（26.4%），義歯使用者は 329 名（47.3%）であった。常食群と嚥下調整食群の比較では，常食群は嚥下調整食群と比べて，BMI が高く，BI が高く，CDR1 以上の認知機能低下者の割合が低く，現在歯数と機能歯数が多く，義歯使用者の割合が高く，肺炎の既往のあるものは少なく，歯科訪問診療を一時中断あるいは中断し

た介護保険施設の割合が有意に多かった。

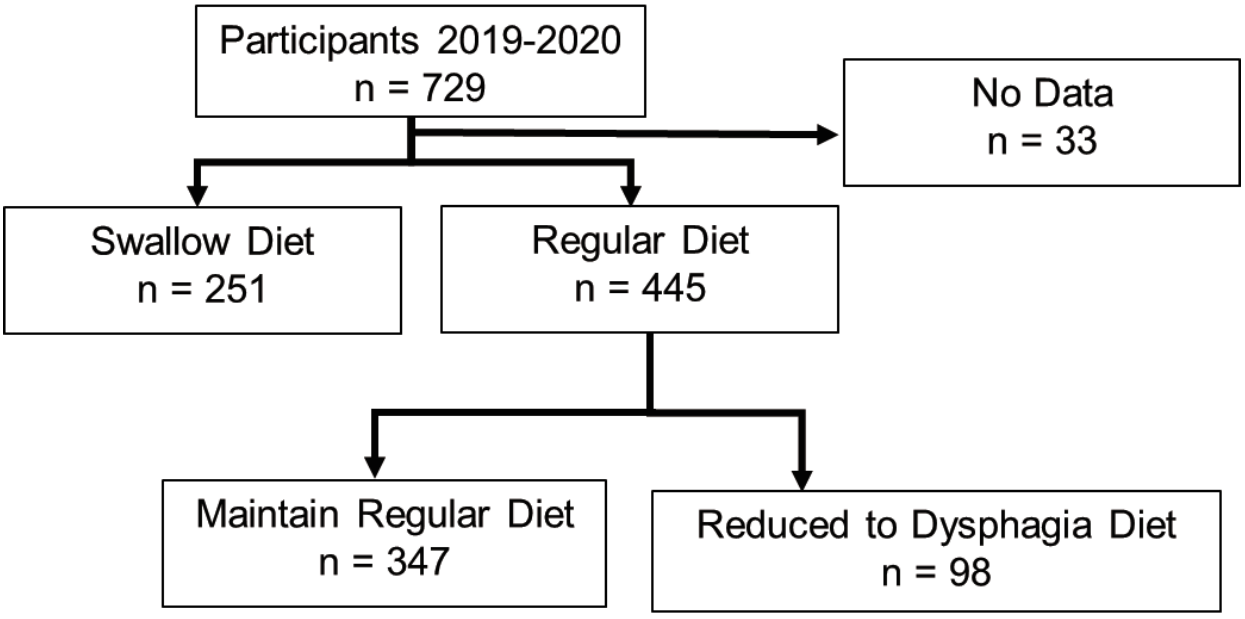
常食群 445 名のうち，ベースライン時から 1 年後に嚥下調整食に変化した群は 98 名（22.0%），常食維持群は 347 名（78.0%）であった。これらの 2 群間のベースライン時の比較では，常食維持群は常食から嚥下調整食に変化した群と比べて BI が高く，CDR1 以上の認知機能低下者の割合が低く，口腔衛生管理加算を算定している人が多く，機能歯数が多く，無歯顎者が有意に多かった。

ベースライン調査 1 年後の嚥下調整食への変化の有無を従属変数とした二項ロジスティック回帰分析の結果， Barthel Index スコア（OR＝0.97，95%CI：0.95-0.98），摂食嚥下障害スクリーニング評価（嚥下障害有り）（OR＝2.52，95%CI：1.21-5.25），歯科訪問診療の中断（OR＝3.16，95%CI：1.27-7.84）と，口腔衛生管理の実施（OR＝0.30，95%CI：0.16-0.59）が常食から嚥下調整食に変化することと有意に関連していた（Table１）。

結論

日本の介護保険施設入所者に対する口腔衛生管理は食形態の維持と関連することが明らかになった。また、COVID-19 感染拡大下における歯科訪問診療の中断は食形態の維持を困難にした可能性が示唆された。本研究結果は歯科医師、歯科衛生士による口腔管理が介護保険施設入所要介護高齢者の摂食嚥下機能の維持と関連していることを明らかにした。

Figure1



（Table1）

独立変数	Adjusted OR	95%信頼区間
年齢	0.998	0.961 — 1.037
性別(女性)	1.455	0.596 — 3.551
BMI	1.026	0.944 — 1.115
Barthal Index スコア	0.969	0.954 — 0.984**
CDR の判定		
0, 0.5	1.000	（Reference）
1	0.738	0.209 — 2.607
2	0.907	0.302 — 2.725
3	0.935	0.297 — 2.940
嚥下障害		
なし	1.000	（Reference）
嚥下障害疑い	1.517	0.672 — 3.425
嚥下障害あり	2.523	1.212 — 5.254*
既往歴		
誤嚥性肺炎	0.558	0.101 — 3.068
脳血管障害	0.605	0.307 — 1.194
糖尿病	1.120	0.492 — 2.552
うつ病	1.127	0.358 — 3.540
口腔衛生管理加算(実施）	0.304	0.156 — 0.590**
機能歯数	0.987	0.959 — 1.016
歯科訪問診療		
継続	1.000	（Reference）
一時中断	0.734	0.356 — 1.515
中断	3.158	1.271 — 7.844*

令和３年度介護保険施設入所者の実態調査

研究デザイン

日本の 5 つの介護保険施設入所要介護高齢者を対象とした横断研究

対象者

日本の愛知県にある５つの介護保険施設の施設長と職員に対して本研究内容の説明を行い、全入所者とその家族に対して、本研究内容の説明を文書にて行い、本人もしくは代諾者から同意を得られた 425 名を書面にて研究参加に関する同意を取得し、2021 年度にベースライン調査を実施した。

調査項目

調査票による調査

調査前に研究メンバーが介護保健施設の担当看護師に調査項目の評価に関する講習を行い、評価基準の統一を行った。その後、調査票を配布し、各施設の担当看護師が入所者に関して調査を行った。

1.基礎情報

対象者の年齢、性別、Body Mass Index（BMI）及び既往歴（肺炎：誤嚥性肺炎を含む、脳血管障害、糖尿病、呼吸器疾患, うつ病、認知症)、義歯の使用の有無、口腔衛生管理の有無について担当看護師が調査票に記入した。口腔衛生管理は歯科衛生士よる口腔衛生管理が月 2 回以上入所者に実施され、かつその入所者の日常の口腔ケアについて歯科衛生士が介護職員へ具体的な技術的助言や指導を行った場合を実施有りとした。

2.生活機能評価

Barthel Index(BI)を用いて生活機能評価を行った。BI は日常生活機能の評価指標の一つであり、全 10 項目（食事、車椅子からベッドへの移動、整容、トイレ動作、入浴、歩行、階段昇降、着替え、排便コントロール、排尿コントロール）の日常生活動作から成る。各項目は介助を必要とする度合いに基づいている。加えて、BI の各項目の合計値は 0 から 100 となり、より高い得点がより良い生活機能を示している。

認知機能評価

Clinical Dementia Rating(CDR)は Morris らの評価方法に基づいて評価した。CDR には５つのグレード（0：非認知症、0.5：認知症の疑い、1：軽度認知症、2：中等度認知症、3：重度認知症）があり、そのグレードを記憶、見当識、判断力と問題解決能力、地域社会の活動、家庭及び趣味、身の回りの世話の 6 項目に割り当て、より高いグレードがより強い認知

障害を示している。CDR の最終的な判定は訓練された精神科の専門医師 1 名によって行われた。

食形態

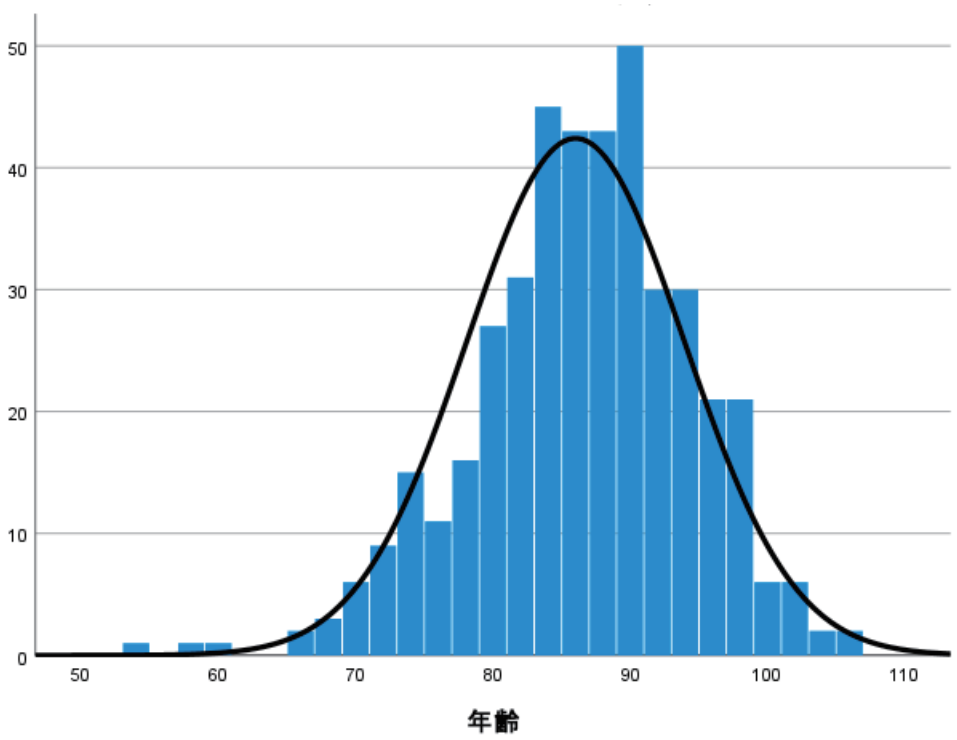
食形態は、日本摂食嚥下リハビリテーション学会の嚥下調整食学会分類コード 2013 を基準とし、コード 0 から 4 までを嚥下調整食とし、それ以外の調理の加工や工夫を必要としないもの、加工や工夫をしたもの、柔らかく弱い力で噛めるものは常食とした。

実測調査

事前にトレーニングを行い、評価基準を統一した歯科医師、歯科衛生士が介護保険施設を訪問し入所者の口腔内の実測調査を実施する予定であったが、SARS-CoV-2 の感染拡大によって、実測調査は実施できなかった。

結果

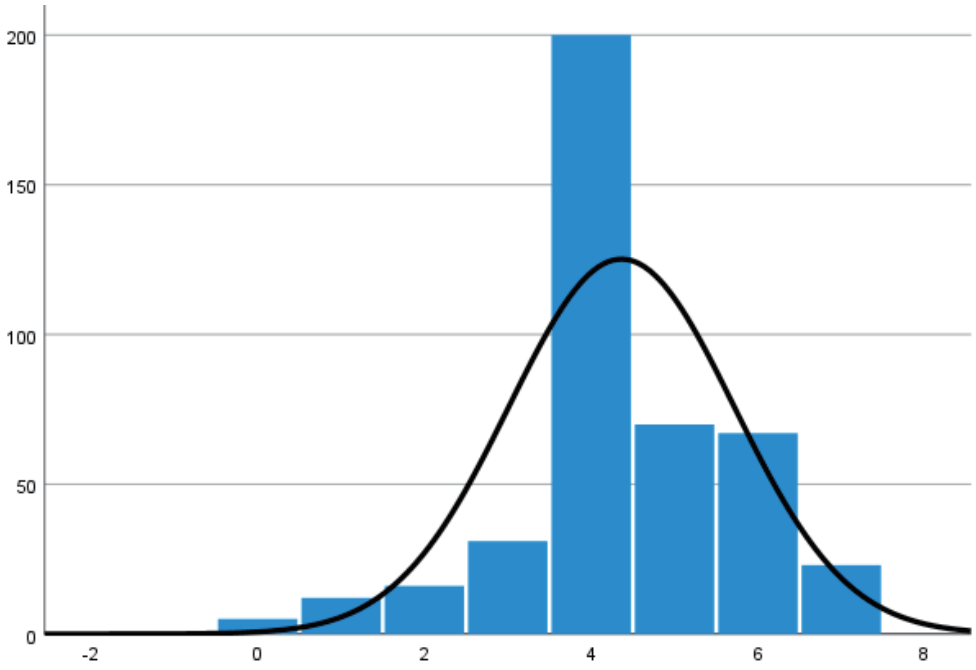
対象者の平均年齢は 86.0±7.9 歳で、入所者の高齢化が進んでいることが伺える。



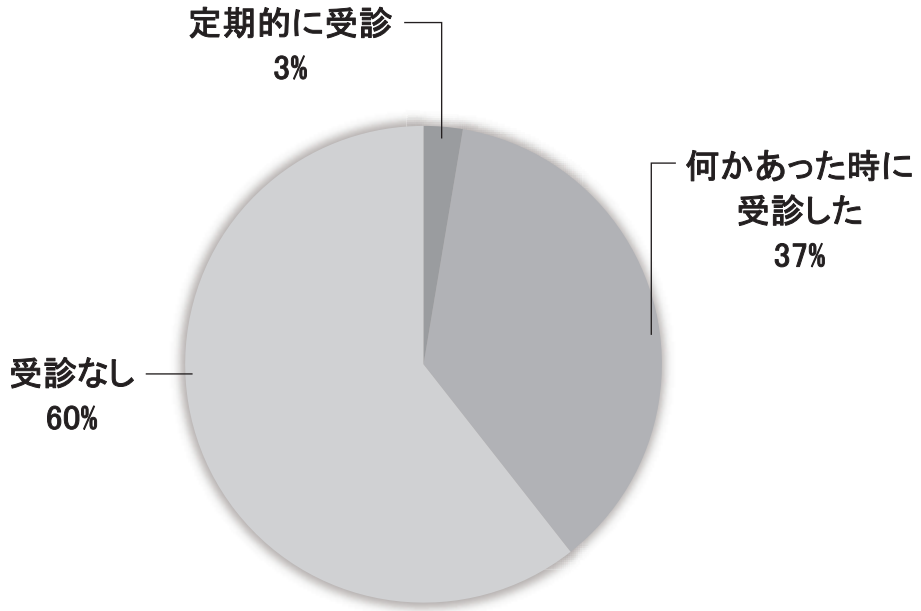
男性は 73 人（17.6%）、女性は 341 人（82.4%）であった。

		要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５	計
男性	人	0	2	23	27	21	73
	%	0.0%	2.7%	31.5%	37.0%	28.8%	100.0%
女性	人	2	5	97	115	122	341
	%	0.6%	1.5%	28.4%	33.7%	35.8%	100.0%
合計	人	2	7	120	142	143	414
	%	0.5%	1.7%	29.0%	34.3%	34.5%	100.0%

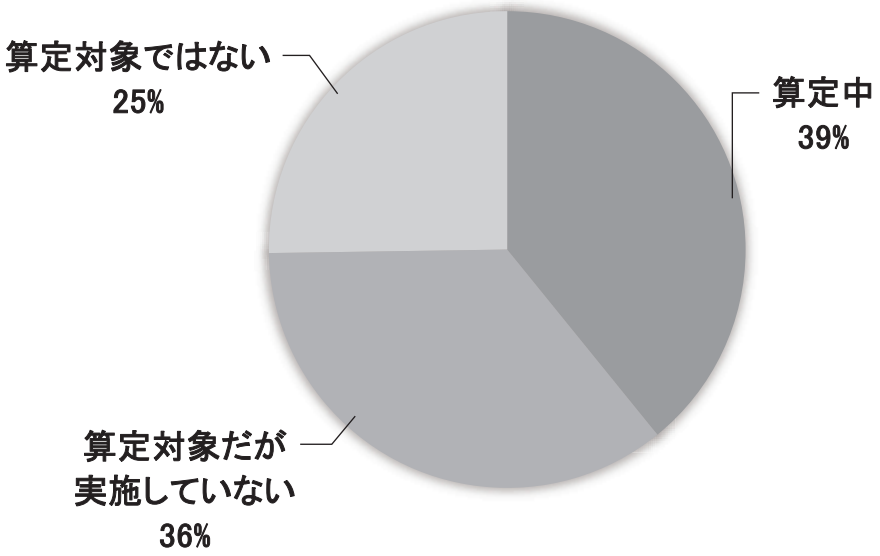
認知症高齢者の日常生活自立度は平均 4.4±1.4 で、8 割以上の入所者が日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする状態であった。



入所後の歯科受診については定期的に受診している入所者は 9 人（2.6%）、何かあった時に受診したことがあるは 125 人（29.4%）、入所後受診したことがない 206 人（48.5%）と半数近くが介護保険施設入所後歯科受診していなかった。



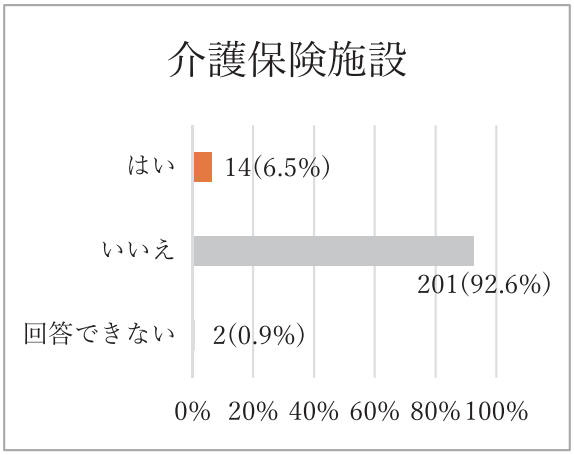
口腔衛生管理加算に関するサービスの算定状況については、算定中が 166 人（39.0%）、算定対象であるが実施していないが 151 人（60.0%）、算定対象ではないが 107 人（25.0%）で、他施設と比べると口腔衛生管理加算に関するサービスは積極的に実施されていたが、算定対象であっても実施できていない入所者も 36%存在していた。

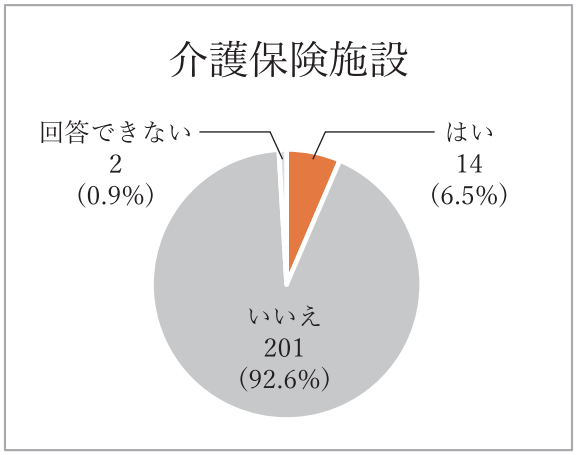


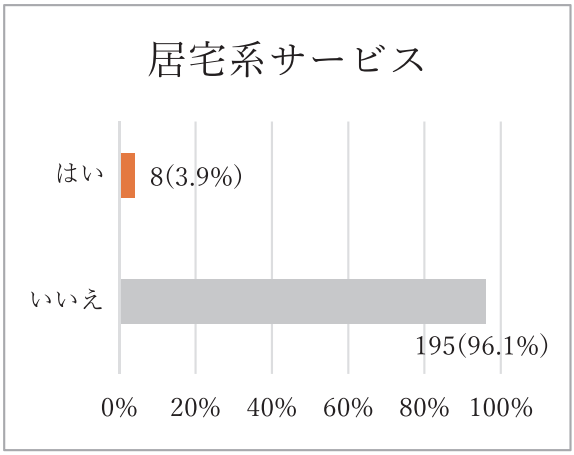
Ⅵ　介護保険施設・居宅系サービスにおけるオンライン診療等に関する調査

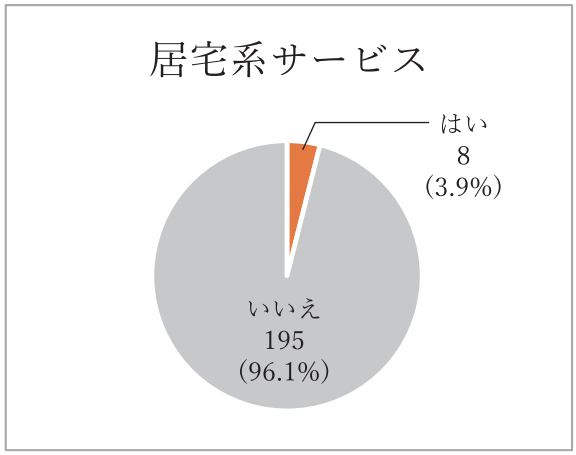
Q. 貴施設・サービス利用者において、新型コロナウイルス感染症陽性者は確認されましたか？【居住系サービス調査票の⑬-1)，介護保険施設調査票の8-①】

介護保険施設、居宅サービスの利用者に新型コロナウイルス感染症陽性者が確認されたのはそれぞれ14施設(6.5%)、8施設(3.9%)であった。



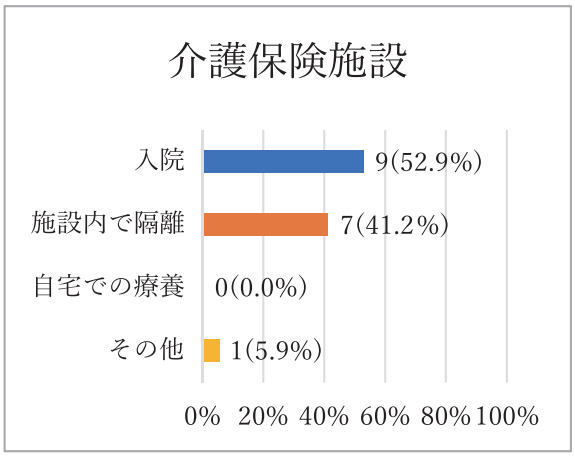


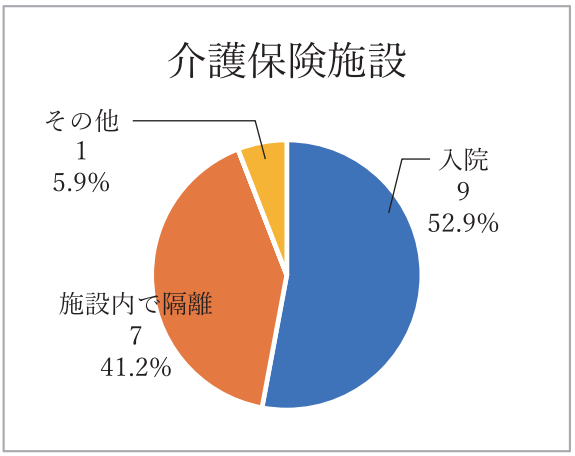


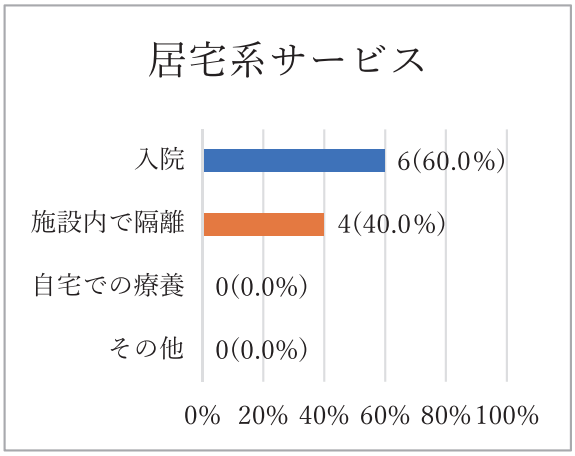


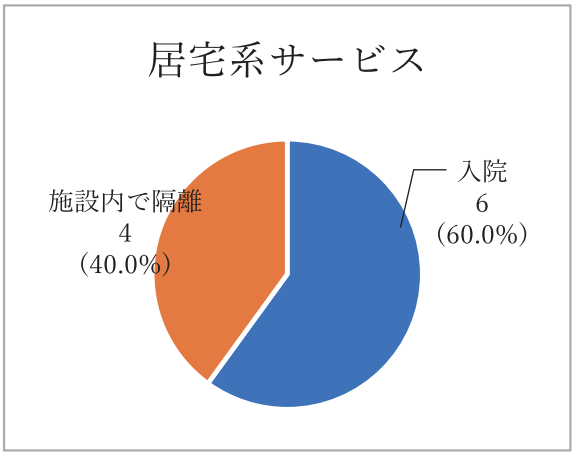
Q. はいの場合かつ感染者が入居者の場合、どのように対応しましたか？【⑬-2), 8-②】

介護保険施設では入院が9施設、施設内での隔離が7施設、その他としてコロナ陽性者がショートステイ後に陽性とわかり入所中に特段対応が行えなかったものが1施設であった。居宅系サービスでは入院が6施設、施設内での隔離が4施設であった。自宅で療養したものは介護保険施設・居宅系サービスいずれにおいてもいなかった。







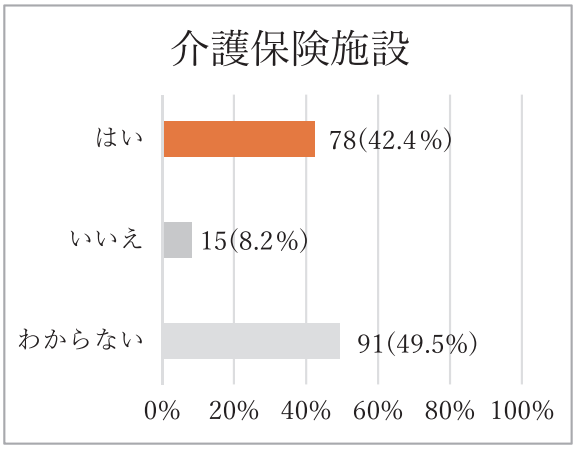


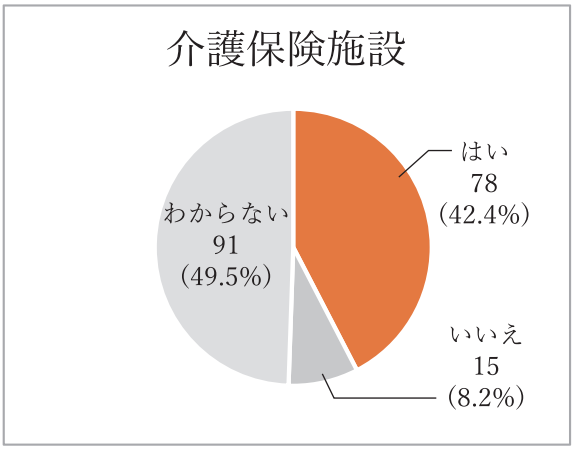
Q. 施設内隔離の場合、陽性者の口腔ケアなどはどのように対応しましたか？（複数回答可）【⑬-3), 8-③】

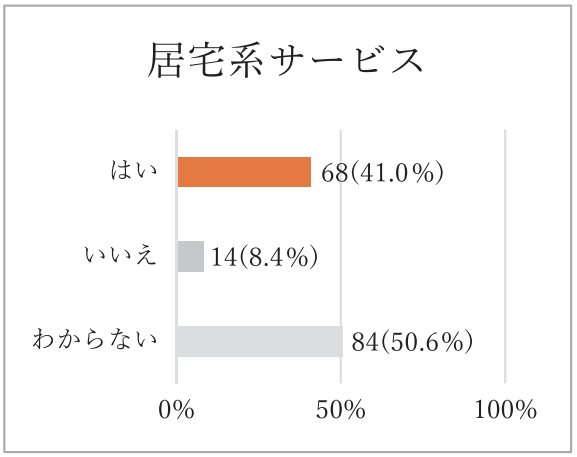
介護保険施設の口腔ケアへの対応は「方法を変更した」が3施設、「実施しなかった」・「回数を減らした」・「実施者を限定した」がそれぞれ2施設、「かける時間を減らした」・「従来の対応を継続した」がそれぞれ1施設であった。
居宅系サービスの口腔ケアへの対応は「実施しなかった」・「実施者を限定した」はそれぞれ2施設ずつ、「回数を減らした」・「かける時間を減らした」・「方法を変更した」・「従来の対応を継続した」がそれぞれ１施設ずつであった。

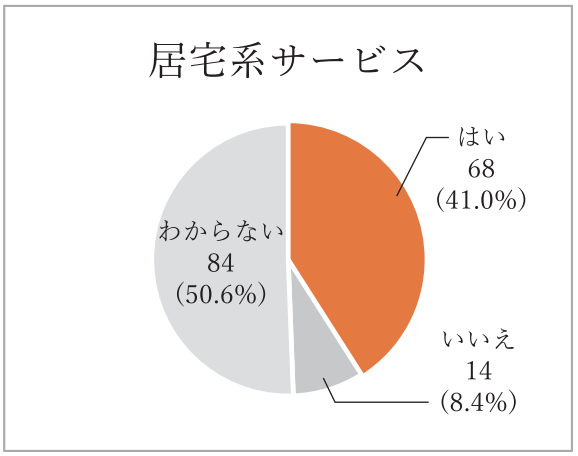
Q. 新型コロナウイルス感染症陽性者に対する口腔管理（口腔ケアなど）において、オンライン診療による指導・助言は有用だと思いますか？【⑬-4),8-④】

新型コロナウイルス感染症陽性者に対するオンライン診療による口腔管理の指導・助言は有用かどうかに対する回答数とその割合は介護保険施設、居宅系サービスにおいてそれぞれ「はい」が 78 施設(42.4%)、68 施設(41.0%)、「いいえ」が 15 施設(8.2%)、14 施設(8.4%)であった。「わからない」は 91 施設(49.5%)、84 施設(50.6%)であった。介護保険施設からの自由回答には「はい」の回答者が「少しでも助けになると思う」との記載があったほか、「いいえ」の回答者には「診療ではなく事前の周知が必要」「緊急時以外は不要　そこまで手がまわらない」との意見があった。「わからない」と答えたもので「状況に応じて判断」という意見もみられた。居宅系サービスからの自由回答には「はい」の回答者が「感染リスク軽減可能」との記載があったほか、「いいえ」の回答者には「対応する時間がない」「感染リスクをあげる可能性がある」という意見があった。「わからない」の回答者では「使い方次第」という意見がある一方で「オンラインの不明瞭さ」「感染者に対する対応は介護職には難しい」という意見も見られた。



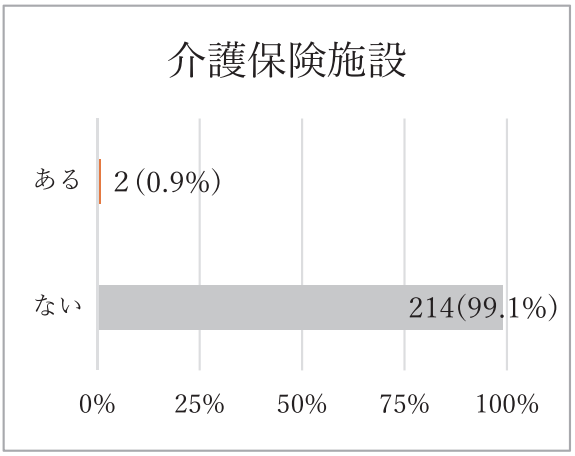


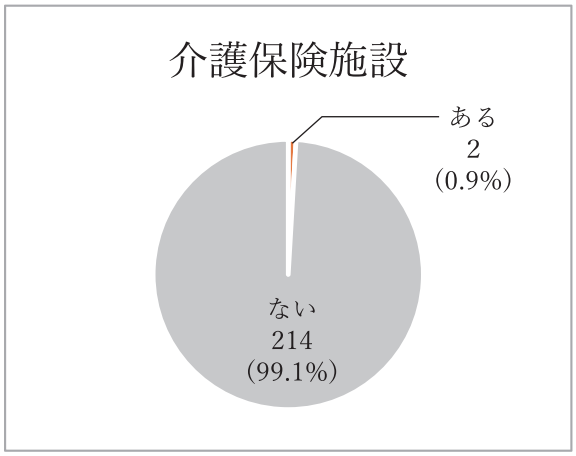


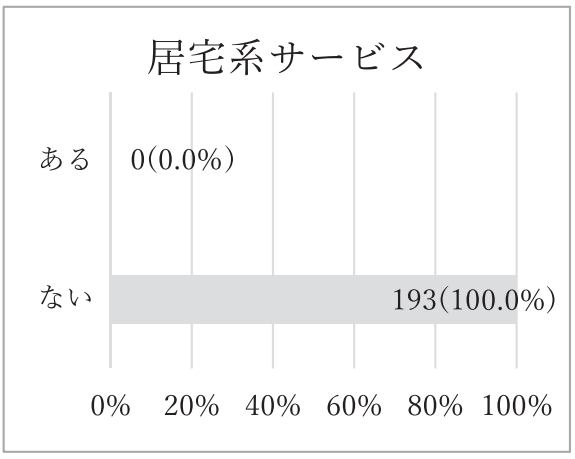


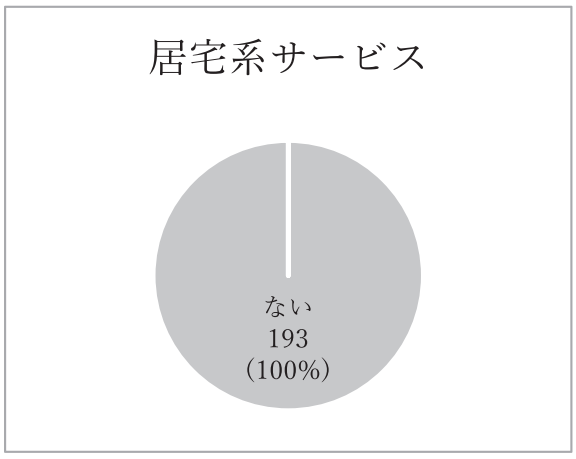
Q. 協力歯科医療機関との連携でオンライン等を用いた事がありますか？【⑬-5),8-⑤】

介護保険施設においては「ある」と回答したものは 0.9%、「ない」が 99.1%で,
居宅系サービスにおいては「ある」と回答したものは 0%であった。







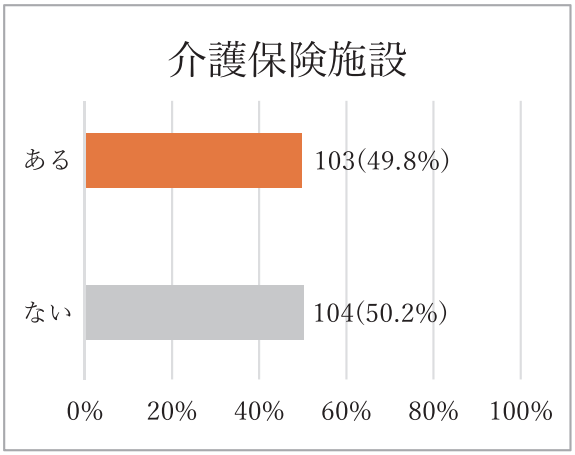


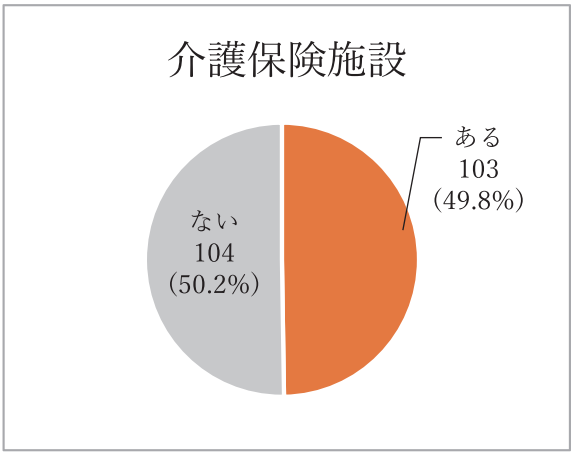
Q. 協力歯科医療機関との連携でオンライン等を用いた事がある場合で、入居者が新型コロナウイルスに感染していた場合、どのように対応しましたか？【⑬-6),8-⑥】

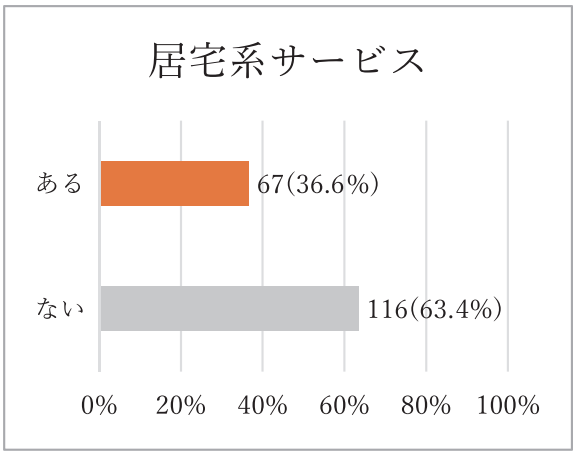
オンラインを用いた協力歯科医療機関との連携は「歯科医療機関と施設側医療職（医師・看護師・歯科衛生士等）をオンラインで結ぶ形態」で保険介護施設の 1 か所のみで実施されていた。

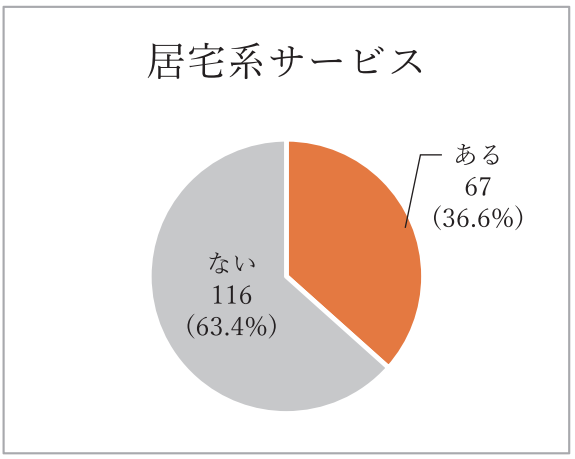
Q. オンライン診療に関心がありますか【⑬-7), 8-⑦】

「ある」と回答した介護保険施設、居宅系サービスの回答とその割合はそれぞれ「ある」が103 施設(49.8%)、67 施設(36.6%)、「ない」が 104 施設(50.2%)、116 施設(62.2%)であり、介護保険施設の方がオンライン診療に興味をもっている割合が高値であった。

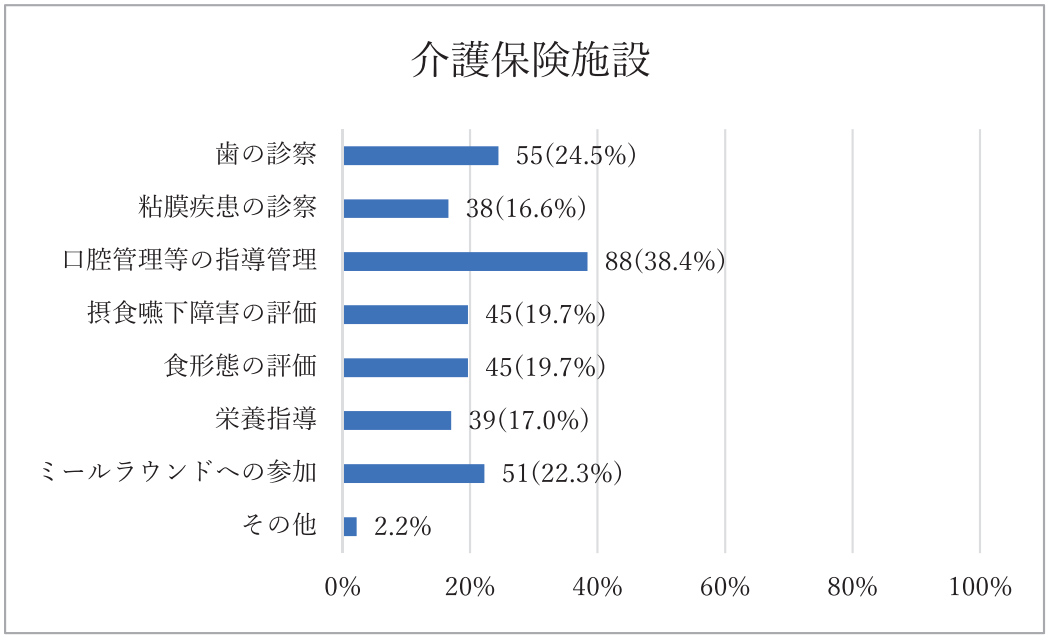




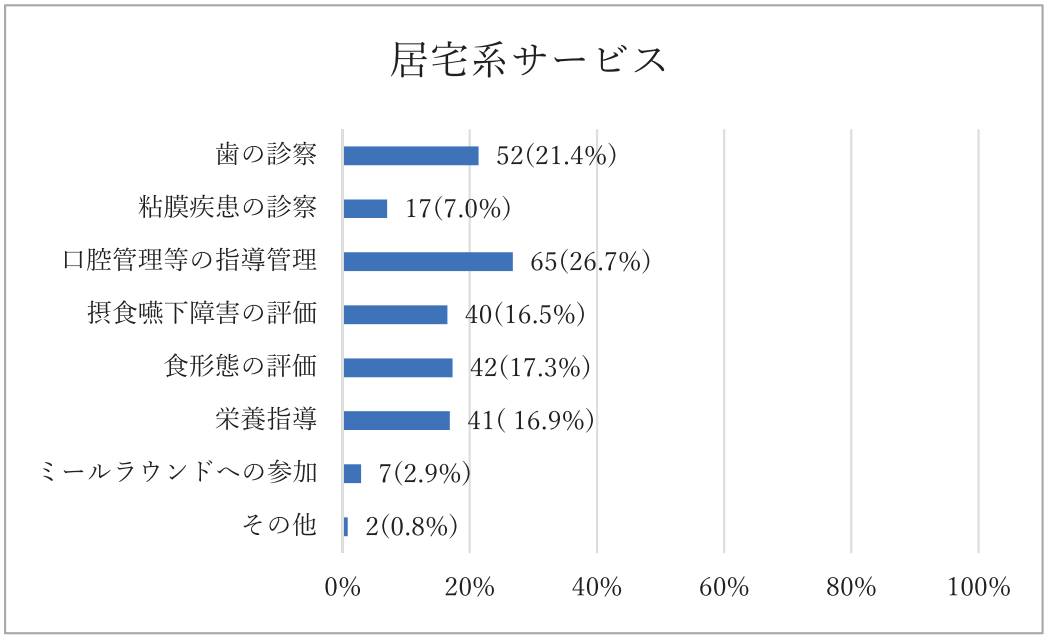




Q. オンライン診療はどのような診療（連携）に活用できると思いますか？【⑬－8),8-⑧】



（*回答があった 229 施設に対する各選択肢を選択した施設数の割合）



（*回答があった 243 施設に対する各選択肢を選択し多施設数の割合）

Q.オンライン診療を行う場合、どのような課題があると思いますか？
（自由記載）
【⑬-9),8-⑨】例：通信機器の準備にかかる費用、介護報酬・医療費の請求上の問題、個人情報保護の問題、など

大まかに以下の 5 項目に分類した。

1. **設備投資**（金銭的・人的）：機器導入コストや人材配置に対する課題
   介護保険施設　41（18.0%）　居宅系サービス　30（12.3%）

2. オンラインを用いた連携や診療の特殊性：オンラインに用いる**機器の信頼性**や**使用方法**とそれに伴う診断の正確性についての課題
   介護保険施設　21（9.2%）　居宅系サービス 20（8.2%）

3. 事業**継続性**・利益と不利益のバランス：事業として継続的に実施するにあたって設備投資や診療報酬のバランスがとれるのかという課題
   介護保険施設　10（4.4%）　居宅系サービス 14（5.8%）

4. **歯科医療とオンライン診療の親和性**：歯科医療は患者に直接触れて行うものが多く、オンライン上で解決しないといった、歯科医療とオンラインの相性に対する課題
   介護保険施設 3(1.3%)　居宅系サービス 4(1.6%)

5. その他
   介護保険施設 2(0.9%)　居宅系サービス 2(0.8%)

調査結果まとめ

1. 医療分野におけるオンライン診療の拡充

2018 年度の診療報酬改定では遠隔医療に関する評価が 6 件収載、2020 年度の改定で 4 件収載、2022 年度の改定に向けては 33 件の要望が医科臨床系学会から出されているという。医科における遠隔医療は、遠隔画像診断、遠隔病理診断の 2 つが先駆けとなり、放射線診断医や病理診断医が遠隔地の放射線画像、標本を受信し、診断の助言、指導などを実施するものであった。現在では、在宅等における医療介護の連携のツールとして活用されている地域も存在し、在宅酸素療法や喘息患者、慢性心不全患者の在宅管理など訪問医の対面診察を補完する目的で、その一部が保険導入されている。さらに遠隔 ICU、遠隔心臓リハビリテーション、遠隔連携診療に関連する要望が、2022 年度の改定に向けて各学会から出されているという。社会の動きとして、2024 年度に医師の働き方改革が始まることや COVID-19 による医科のオンライン診療の普及に伴い、歯科の領域においても情報通信機器等を活用した診療等の活用の範囲が拡大している。令和 2 年度厚生労働科学特別研究事業において、「歯科診療における情報通信機器を用いた診療についてのルール整備に向けた研究」（研究代表者：佐々木啓一）の報告書が提示され、歯科訪問診療や口腔顔面痛のオンライン診療の活用について実施体制の整理がなされた。さらに、令和 2 年、3 年度厚生労働省行政推進調査事業「医科歯科連携の有効性確認にかかる実証研究」において、口腔内遠隔確認に関するマニュアルがまとめられている最中である。このようにデジタル技術の向上により、医療分野（医科歯科ともに）にデジタル導入が急速に進み、その実施体制が整備されている中、介護分野においてもデジタル技術の導入が普及するものと思われる。介護分野におけるデジタル技術利活用の方向性を示すため、まずは現状を把握することが重要と考えられる。

2. 介護分野におけるオンライン診療の可能性

本アンケート調査より、調査対象の介護保険施設・居宅系サービスで新型コロナウイルス感染症陽性となった利用者がいた割合はおよそ 5%であった。そのうち 4 割程度が施設内隔離であったことから、陽性者の割合は少ないものの濃厚接触判定等により、施設内の行動制限、あるいは利用制限が一定数あったものと予想される。またその場合、感染対策の観点から、口腔ケアの実施方法は従来の方法から変更されていることがほとんどであった。

介護保険施設・居宅系サービスいずれにおいても、オンライン診療が実施されている施設は皆無であったが、オンライン診療そのものに関心が寄せられていることが明らかとなった（介護保険施設：関心がある 49.8%、居宅系サービス：関心がある 36.6%）。令和元年度実施の厚生労働科学研究「地域包括ケアシステムにおける効果的な訪問歯科診療の提供体制等の確立のための研究」（研究代表者：戸原玄）で行ったアンケート調査では，オンライン診療に興味を示す歯科医師は 9 割を超えていた。それには届かないものの、介護分野においても歯科医師、歯科衛生士によるオンライン診療に一定の期待感があることが示された。オンライン診療の具体的な活用法として期待することは、主に「口腔衛生管理の指導や助言」

に対するものであった。その他、「ミールラウンド」や「摂食嚥下障害」、「食事形態」の評価や「栄養指導」など、利用者の食支援にかかわる項目が活用可能ではないかと述べられていた。

実際のオンライン診療やオンラインを用いた協力歯科医療機関との連携の実施例はほとんどないことから、その体制整備は今後検討が必要と考えられる。医療と介護の連携にオンライン診療が具体的にどのように活用できるか、エビデンス構築のための調査、研究成果報告がさらに必要である。本アンケート調査で抽出された施設側が感じる課題は、オンライン診療の準備、実際の実施体制、継続性、歯科医療との親和性の 4 点に集約できそうである。オンライン診療の準備、実際の実施体制については、撮影機器やデータの取り扱いなど事前に新しく決めなければならない事項がある点、また歯科医師や歯科衛生士が必要とする画像の撮影方法や観察ポイントに関する点が挙げられる。継続性については、オンライン診療にかかわる費用、継続するうえでの費用対効果が明らかになっていない点が指摘されている。歯科医療との親和性については、歯の治療や義歯の修理などは遠隔では実施できないとの記載があった一方で、口腔衛生管理の指導や助言、口腔機能、食事・栄養に関する助言には期待する記載が多かった。この点は歯科医師に対して実施されたアンケート「地域包括ケアシステムにおける効果的な訪問歯科診療の提供体制等の確立のための研究」（研究代表者：戸原玄）でも同様の傾向を示し、歯科医療職と介護職の意見が一致していた。

医療分野で実施体制が急速に整備されているデジタル技術、情報通信機器を応用したオンライン診療に関して、介護保険施設217施設、居宅系サービス203施設にアンケート調査を実施した。現時点で、オンライン診療を実施している施設はほぼ皆無であったが、介護保険施設の約半数、居宅系サービスの4割弱が興味、関心を寄せていた。オンライン診療に期待することは、利用者の口腔衛生管理や食事支援に関する指導や助言であった。実際に新型コロナウイルス陽性者が確認された施設では、従来の口腔ケアが実施できない施設がほとんどであり、オンライン診療はそのような場面で有効と考えられる。しかしながら、施設側の半数は、オンラインによる口腔管理が有効となるかは「分からない」と回答し、オンライン診療実施には課題があることが示唆された。課題は多いが介護現場のオンライン診療への期待感はあり、本結果が介護分野におけるデジタル技術導入の方向性を示すものになると思われる。

Ⅷ　資料

資料１　介護保険施設調査票

資料２　協力歯科医療機関調査票

資料３　居宅系サービス調査票

資料４　実測調査票（口腔・栄養検査調査票）

介護保険施設　調査票

令和３年度　厚生労働省

老人保健健康増進等事業

施設系サービス利用者等の口腔衛生等の管理に関する調査研究事業 ご協力のお願い

一般社団法人　日本老年歯科医学会

このたび、皆様方には「施設系サービス利用者等の口腔衛生等の管理に関する調査研究事業」にご協力いただきたく、アンケートをお送りさせていただきました。

令和３年の介護報酬改定により，介護保険施設において口腔衛生管理体制を確保するよう促すとともに、状態に応じた丁寧な口腔衛生管理を更に充実させるため、口腔衛生管理体制加算を廃止し、同加算の算定要件の取組を一定緩和した上で、３年の経過措置期間を設け、基本サービスとして、口腔衛生の管理体制を整備することとなりました。

特定施設、グループホーム等については引き続き口腔衛生管理体制加算を継続し、口腔衛生管理体制の確保、充実をはかっていくことになっております。

本調査は一般社団法人日本老年歯科医学会が、令和３年度老人保健健康増進等事業「施設系サービス利用者等の口腔衛生等の管理に関する調査研究事業」の国庫補助を受け行うものです。

令和３年の介護報酬改定後の口腔衛生管理体制にかかる施設系サービス利用者と施設、協力歯科医療機関の実態を把握し、施設系サービス利用者と施設職員、協力歯科医療機関が負担なく、より効果的な口腔衛生管理体制を確立するための知見やツールを開発提供することを目的としています。また、調査結果は、次期介護報酬改定に向け、施設における口腔衛生管理体制の課題を明らかにして、さらなる充実をはかるために活用いたします。

本調査では WAM NET（独立行政法人福祉医療機構）とリンクのある地方自治体のホームページに公開されているリスト（2021 年 8 月現在）から、当道府県別に層化無作為抽出法により貴施設に調査票を送らせていただきました。調査協力への同意は、調査票の回収をもってご承諾とさせていただき、ご回答いただいた内容の管理は厳重に行い、関連する研究報告以外には使用いたしません。また、研究報告等でも貴施設名や施設が特定されるような情報は使用致しません。

今回郵送させていただきました調査票は **12 月 13 日（月）** までに、返信用封筒にてお送りいただきますようお願い申し上げます。COVID-19 への対応等ご多忙の中、大変恐縮ではございますが、今後の施策につながる重要な調査ですので、皆様のご理解とご協力をよろしくお願い申し上げます

【お問い合わせ】北海道大学 大学院歯学研究院 口腔健康科学分野 高齢者歯科学教室
担当：渡邊　裕（わたなべ　ゆたか）　電話＆FAX：011-706-4582（医局直通）

1．事業所の概要について　該当するものに○をつけて下さい。

①　施設名	
②　所在地	都・道・府・県
③　ご記入者氏名（役職）	氏名：　　役職：
④ 事業所設置年月	年　　月　（事業開始年月）
⑤ 開設主体	1．地方公共団体　6．協同組合および連合会 2．社会福祉協議会　7．営利法人 3．社会福祉法人　8．特定非営利活動法人 4．医療法人　9．その他 5．社団・財団法人　（　　）
⑥ 介護老人保健施設の場合（複数回答可）	1．介護老人保健施設　（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）⬅○をつけて下さい 2．在宅強化型老健
⑦ 介護老人福祉施設の場合	1．医療機関併設型 2．医療機関併設型以外
⑧ 介護療養型医療施設の場合	1．療養機能強化型　A　　2．療養機能強化型　B 3．その他　（　　）
⑨ 介護医療院の場合	1．Ⅰ型（介護療養病床相当サービス） 2．Ⅱ型（老健相当以上のサービス）
⑩　併設している施設（同一敷地内または、道路を隔てて隣接している場合）	1．病院　5．有料老人ホーム 2．診療所　6．デイケア 3．介護老人保健施設　7．デイサービス 4．特別養護老人ホーム　8．ショートステイ 9．その他 ＿＿＿＿＿＿＿＿

2．利用者数、職員について（令和２年 10 月～令和３年９月）

①施設について	定員	平均稼働率	退所者	入院者	入院によるベッドの確保日数	肺炎による入院者	施設内看取り者
	人	%	人	人	延べ　日	人	人

② 令和３年 10 月における利用者の人数	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
	人	人	人	人	人

③ 職員の人数（受託業者等の職員は除く）		常勤専従	常勤兼務	非常勤		常勤専従	常勤兼務	非常勤
	医　師	人	人	人	歯科医師	人	人	人
	看護師	人	人	人	栄養士	人	人	人
	介護職員	人	人	人	管理栄養士	人	人	人
	歯科衛生士	人	人	人	言語聴覚士	人	人	人
	理学療法士	人	人	人	作業療法士	人	人	人

3．口腔衛生管理体制および各種加算サービスについてお聞きいたします。

①-1　口腔衛生管理体制に関する計画を立案していますか

1．している　　2．していない→　③へお進み下さい

①-２入所者の口腔ケアを推進するための課題を教えてください。

（　　）

①　-３貴施設の令和３年 10 月の口腔衛生管理体制の目標を教えてください。

（　　）

①-４口腔衛生管理体制の目標に向けた具体的方策で効果があったものを教えてください

（　　）

② 直近１年間の口腔衛生管理体制について実施している項目に○をつけてください。（複数回答可）	1．施設職員による口腔の問題点のスクリーニング（概ね入所者全員を対象） 2．歯科医師による 定期的な口腔内診査（概ね入所者全員を対象） 3．歯科衛生士による 定期的な口腔衛生や口腔機能に関するアセスメント（概ね入所者全員を対象） 4．歯科衛生士による口腔衛生管理（いわゆる専門的口腔ケア）の実施 5．歯科衛生士による介護職員への技術的助言等 6．歯科医師又は歯科衛生士を講師とした介護職員に対する口腔ケアに関する研修の機会 7．カンファレンス（経口維持加算Ⅱ等）への歯科医師、歯科衛生士の参加 8．歯科医師による施設に対する口腔ケア全般についての助言（講習会・研修会を伴わず、入所者個別の助言ではない場合） 9．その他（　　）
③口腔衛生管理加算	③-1　1．算定あり　　2．算定なし→④へお進みください ③-2　ア．昨年も算定していた　イ．今年から算定している　令和３年 10 月の算定者数 ＿＿＿＿＿＿ 人 ③-3 口腔衛生管理加算に関する歯科衛生士の雇用はどのようにしていますか 1．常勤として雇用している 2．非常勤として雇用している 3．ボランティアで実施してもらっている 4．歯科医院と契約している 5．歯科訪問診療のついでに実施してもらっている 6．その他　（　　） ③-4 上の質問の回答が 1～3の場合の口腔衛生管理加算にかかる歯科医師の指示はどのように受けていますか？ ［　　］

	1．算定なし	2．算定あり	
		ア．昨年も算定していた	イ.今年から算定している
④　療養食加算	□	□	□　＿＿＿人
⑤　栄養マネジメント強化加算【11 単位/日】	□		□　＿＿＿人
⑥　経口移行加算【28 単位/日】	□	□	□　＿＿＿人
⑦　経口維持加算Ⅰ【400 単位】	□	□	□　＿＿＿人
⑧　経口維持加算Ⅱ【100 単位】	□	□	□　＿＿＿人

※経口維持加算は原則6月とする算定期間の要件は廃止されました。

4．貴施設と歯科医師・歯科衛生士の関わりについて、該当項目に○をつけて下さい

歯科訪問診療について

①貴施設に
歯科訪問診療に来る
歯科医師はいますか？

1．いる ➡
1-1　令和3年 10 月の時点で
関係している歯科医療機関数 ＿＿＿＿機関
令和3年 10 月のべ診療患者数 ＿＿＿＿人
1-2 訪問歯科医師の所属はどこですか？
1．協力歯科医療機関
2．協力歯科医療機関**以外**の歯科
3．1と2両方

2．いない ➡ その理由
［　　］

協力歯科医療機関について

②協力歯科医療機関の
（院内、系列歯科等を含む）
申請を行っていますか？

※協力歯科医療機関とは、都道府県等に提出した介護保険施設の開設・変更許可申請書に記載している歯科医療機関であり、単に訪問診療等を依頼している歯科医療機関ではありません。

1．はい
2．いいえ ➡
2-1．申請していない理由を教えてください
［　　］

2-2．今後どのようなことを実施してもらえば、協力歯科医療機関と契約したいと思いますか？
（複数回答可）
1．入所者の食事等のカンファレンスへの参加
2．入所者の食事等に関する個別の相談
3．歯科訪問診療
4．摂食・嚥下に対する支援
5．嚥下機能検査
6．歯科検診や歯科相談
7．口腔衛生管理体制加算への助言
8．口腔衛生管理加算実施にあたり指導
9．経口維持加算Ⅱへの助言
10．入所者のミールラウンド（食事観察）への参加
11．口腔衛生等に関する研修会の開催
12．その他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

複数の協力歯科医療機関を定めている場合は、最も関係の深い協力歯科医療機関について回答してください。	
協力歯科医療機関住所	
電話番号	
③ 現在の協力歯科医療機関になった経緯は何ですか？	1．歯科医師会を通じて 2．自施設や法人と関係のある歯科医療機関 3．知人等の紹介 4．歯科医院からの営業 5．あっせん業者からの営業 6．その他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
④ 協力歯科医療機関との金銭面の契約について（歯科医師の報酬等）	1．ある ・委託契約《　　円/月》 ・非常勤雇用　《　　円/月》 ・実施月のみ報酬を支払う《平均　　円/月》 2．なし
⑤ 協力歯科医療機関の歯科衛生士が施設の口腔衛生管理に従事している場合の報酬について	1．協力歯科医療機関の歯科衛生士は、口腔衛生管理に従事していない 2．直接給与を支払っている 月額平均　＿＿＿＿＿円（すべての歯科衛生士の合計） 3．協力歯科医療機関等に支払っている 月額平均　＿＿＿＿＿円 4．無報酬

⑥⑦⑧ 該当する項目に○をつけてください（複数回答可）	⑥協力歯科医療機関が**実施している項目**	⑦協力歯科医療機関に**実施してもらいたい項目**	⑧**協力歯科医療機関以外の歯科医師**が実施している項目
1．入所者の食事等のカンファレンスへの参加			
2．入所者の食事等に関する個別の相談			
3．歯科訪問診療（歯科治療）			
4．摂食・嚥下に対する支援			
5．嚥下機能検査			
6．歯科検診や歯科相談			
7．口腔衛生管理体制加算への助言			
8．口腔衛生管理加算実施にあたり指導			
9．経口維持加算Ⅱへの助言			
10．ミールラウンド（食事観察）への参加			
11．口腔衛生等に関する研修会の開催			
12．その他①：＿＿＿＿＿＿＿＿			
13．その他②：＿＿＿＿＿＿＿＿			

5．口腔関連サービスについて

① 直近１年間の口腔衛生管理体制について

実施している項目に○をつけてください。

（複数回答可）

口腔衛生管理に関する体制整備を実施していない場合は未記入で構いません。

1．歯科医師による入所時の口腔内診査
2．歯科医師による定期的な口腔内診査（概ね入所者全員を対象）
3．歯科衛生士による定期的な口腔衛生や口腔機能に関するアセスメント（概ね入所者全員を対象）
4．歯科衛生士による口腔衛生管理（いわゆる専門的口腔ケア）の実施
5．歯科医師又は歯科衛生士を講師とした介護職員に対する口腔ケアに関する研修の機会
6．カンファレンス（経口維持加算Ⅱ等）への歯科医師、歯科衛生士の参加
7．歯科医師による 施設に対する口腔ケア全般についての助言
（講習会・研修会を伴わず、入所者個別の助言ではない場合）
8．その他（　　）

②貴施設では、どのような患者さんに対して口腔衛生管理加算を算定していますか？

（複数回答可）

※口腔衛生管理加算を算定していない場合は未記入

設問⑤へ

1．歯科医師・歯科衛生士から必要性を指摘された場合
2．全員を対象
3．本人が希望した場合
4．家族が希望した場合
5．施設で基準を決めている
　具体的に教えて下さい：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
6．職員による口腔ケアが難しい場合

その理由（複数回答可）

ア．歯磨きをするのをいやがる
イ．口を開けてくれない
ウ．うがいができない
エ．認知症がある
オ．離床できない
カ．摂食・嚥下障害がある（ムセがある）
キ．その他 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

③口腔衛生管理加算の算定要件を満たすための 歯科衛生士の確保について

令和３年１０月現在

該当するものに○をつけて下さい

1．常勤として雇用している　（　　人）
　1．主に口腔衛生管理を担う職員として雇用
　2．歯科衛生士ではなく、介護支援専門員等の介護スタッフとして雇用しているが、口腔衛生管理も担っている。
2．非常勤として雇用している（月＿＿＿＿日程度）
3．協力歯科医療機関の歯科衛生士が担当している
4．協力歯科医療機関以外の歯科衛生士が担当している
5．その他　具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

④口腔衛生管理加算の対象者把握において、課題と思われるものを選んでください。（複数回答可） ※口腔衛生管理加算の算定の有無に関わらずご回答ください。	1．利用者の口腔内の状況把握に、十分な時間を割くことが難しい 2．歯科専門職による口腔衛生管理が必要かどうかの判断が、施設スタッフだけでは難しい場合がある 3．歯科医師による定期的な歯科健診等の機会がない 4．介護スタッフに対する口腔ケアの研修機会が少ない 5．その他（　　）
⑤貴施設職員は、入所者の口腔や食事について、歯科衛生士からアドバイスをどの程度の頻度で受けていますか？	1．よく受けている 2．ときどき受けている 3．ほとんど受けていない
⑥協力歯科医療機関との連携による入所者への効果と思われるものに○をつけてください（複数回答可）	1．口腔衛生状態の改善　2．むし歯の減少 3．義歯の使用率の増加　4．摂食嚥下機能の改善 5．食形態の維持改善　6．栄養状態の維持改善 7．肺炎予防　8．窒息事故の減少 9．会話の増加　10．看取りの増加 11．特になし 12．その他：＿＿＿＿＿＿

6．令和３年度介護報酬改定後の変化について

①　歯科衛生士が１か月に口腔衛生管理を実施する**入所者の数**は、令和３年４月以降変化しましたか？

1．増加した　2．減少した　3．変わりはない　4．該当者がいない

②　歯科衛生士から介護職員に対する助言や指導の回数は変化しましたか？

1．増加した　2．減少した　3．変わりはない　4．該当者がいない

１とお答えの方

助言等の内容は　ア．口腔ケアの方法に関するアドバイス
イ．口腔の状態や問題に関する情報
ウ．歯科治療の必要性について
エ．食事について
オ．その他：

③　介護職員が歯科衛生士に口腔に関する相談をする回数は変化しましたか？

1．増加した　2．減少した　3．変わりはない　4．該当者がいない

１とお答えの方

助言等の内容は　ア．口腔ケアの方法に関するアドバイス
イ．口腔の状態や問題に関する情報
ウ．歯科治療の必要性について
エ．食事について
オ．その他：

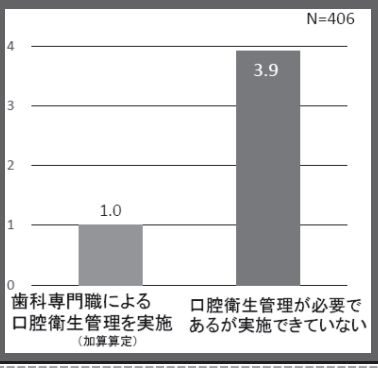
口腔衛生管理加算サービスは貴施設において必要と思われますか

口腔衛生管理加算（90・110 単位/月）とは
歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が以下のことを行った場合に算定できます。

- 入所者に対し口腔ケアを月２回以上行う
- 入所者に係る口腔ケアについて、介護職員に対し、具体的な技術的助言と指導を行う
- 口腔に関する問題点、歯科医師からの指示、口腔ケアの内容、介護職員への技術的助言と指導、その他必要な事項の記録
- 入所者の口腔に関する介護職員からの相談等に必要に応じ対応する
- 入所者の口腔の状態により医療による対応が必要となる場合、適切な歯科医療サービスが提供されるように情報提供を行う
- 口腔衛生管理についての実施記録を管理し、必要に応じて写しを入所者等に対し提供する

介護保険施設入所者において口腔衛生管理加算は１年間の肺炎発症率を約４分の１に減らす可能性が示唆されています。左図（令和２年度第 185 回介護給付費分科会資料より引用）

介護保険施設における１年間の肺炎発症率リスク



１．必要 ➡

1-1．なぜ必要と思われますか？（複数回答）

1．肺炎発症者が多いため
2．介護職による口腔ケアが困難な利用者が多いため
3．歯科治療（う蝕、歯周病、義歯など）が必要であるか判断ができないため
4．食支援が必要な利用者が多いため
5．摂食嚥下機能への対応が必要な利用者が多い
6．サービスの質の向上のため
7．その他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

２．不要 ➡

2-1．なぜ不要と思われますか？

1．口腔衛生管理体制加算にかかるサービスで十分対応できている
2．施設職員で十分対応できている
3．対応できる歯科医療機関ないし歯科衛生士がいない
4．歯科訪問診療で対応できる
5．必要と思われる利用者はいない
6．感染対策等リスク管理の面から外部からの立ち入りを最小限にしたいため
7．その他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

コロナ禍における口腔衛生管理に関して問題になったこと、ご質問などございましたら以下にご記入ください。後日とりまとめ回答させていただきます。
※日本老年歯科医学会では、COVID-19 に関連した高齢者施設職員向け口腔ケアの手引きを学会ホームページ（右 QR コード）で公開していますのでご参照ください。

8. 入居者の新型コロナウイルス感染症罹患について

① 貴施設利用者において、新型コロナウイルス感染症陽性者は確認されましたか？

1．はい　　2．いいえ　　3．回答できない

② はいの場合、かつ感染者が入居者の場合、どのように対応しましたか？

1．入院（医療施設）　2．施設内で隔離（個室対応など）　3．自宅での療養

4．その他（　　）

③ 施設内隔離の場合、陽性者の口腔ケアなどはどのように対応しましたか？（複数回答可）

1．実施しなかった　2．回数を減らした　3．かける時間を減らした

4．方法を変更した（例：飛沫するブラッシングを実施しなかった）　5．実施者を限定した

6．従来の対応を継続した

7．その他（　　）

④ 新型コロナウイルス感染症陽性者に対する口腔管理（口腔ケアなど）において、オンライン診療による指導・助言は有用だと思いますか？

1．はい　　2．いいえ　　3．わからない

自由記載：

【オンライン診療の実績について】

⑤ 協力歯科医療機関との連携でオンライン等を用いたことがありますか？

1．ある　　2．ない

⑥ 協力歯科医療機関との連携でオンライン等を用いたことがある場合で、入居者が新型コロナウイルスに感染していた場合、どのように対応しましたか？

1. 歯科医療機関と施設側医療職（医師・看護師・歯科衛生士等）をオンラインで結ぶ形態

2. 歯科医療機関と施設側介護職をオンラインで結ぶ形態

3. 歯科医療機関と入居者および施設側医療職・介護職をオンラインで結ぶ形態

4. その他（　　）

【オンライン歯科診療の今後の活用について】

⑦ オンライン診療に関心がありますか

1．ある　　2．ない

⑧ オンライン診療はどのような診療（連携）に活用できると思いますか？

1．歯の診察　　2．粘膜疾患の診察　　3．口腔管理等の指導管理　　4．摂食嚥下障害の評価

5．食形態の評価　　6．栄養指導　　7．ミールラウンドへの参加

8．その他（　　）

⑨ オンライン診療に行う場合、どのような課題があると思いますか？（自由記載）

例：通信機器の準備にかかる費用、介護報酬・医療費の請求上の問題、個人情報保護の問題、など

協力歯科医療機関　調査票

令和３年度　厚生労働省

老人保健健康増進等事業

施設系サービス利用者等の口腔衛生等の管理に関する調査研究事業 ご協力のお願い

一般社団法人　日本老年歯科医学会

このたび、皆様方には「施設系サービス利用者等の口腔衛生等の管理に関する調査研究事業」にご協力いただきたく、アンケートをお送りさせていただきました。

令和３年の介護報酬改定により，施設系サービスにおいて口腔衛生管理体制を確保するよう促すとともに、状態に応じた丁寧な口腔衛生管理を更に充実させるため、口腔衛生管理体制加算を廃止し、同加算の算定要件の取組を一定緩和した上で、３年の経過措置期間を設け、基本サービスとして、口腔衛生の管理体制を整備することとなりました。

また、口腔衛生管理加算について、CHASE へのデータ提出とフィードバックの活用による更なる PDCA サイクルの推進・ケアの向上を図ることを評価する新たな区分を設け、入所者の口腔の健康の保持を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、口腔衛生の管理体制を整備し、各入所者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行う（歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔衛生に係る技術的助言及び指導を年２回以上実施する）と規定されました。

本調査は一般社団法人日本老年歯科医学会が、令和３年度老人保健健康増進等事業「施設系サービス利用者等の口腔衛生等の管理に関する調査研究事業」の国庫補助を受け行うものです。

令和３年の介護報酬改定後の口腔衛生管理体制にかかる施設系サービス利用者と施設、協力歯科医療機関の実態を把握し、施設系サービス利用者と施設職員、協力歯科医療機関が負担なく、より効果的な口腔衛生管理体制を確立するための知見やツールを開発提供することを目的としています。また、調査結果は、次期介護報酬改定に向け、施設における口腔衛生管理体制の課題を明らかにして、さらなる充実をはかるために活用いたします。

本調査では厚生局のホームページに公開されているリスト（2021 年９月現在）から、当道府県別に層化無作為抽出法により貴機関に調査票を送らせていただきました。調査協力への同意は、調査票の回収をもってご承諾とさせていただき、ご回答いただいた内容の管理は厳重に行い、関連する研究報告以外には使用いたしません。また、研究報告等でも貴機関名や機関が特定されるような情報は使用致しません。

今回郵送させていただきました調査票は **12 月 13 日（月）** までに、返信用封筒にてお送りいただきますようお願い申し上げます。COVID-19 への対応等ご多忙の中、大変恐縮ではございますが、今後の施策につながる重要な調査ですので、皆様のご理解とご協力をよろしくお願い申し上げます

【お問い合わせ】北海道大学 大学院歯学研究院 口腔健康科学分野 高齢者歯科学教室
担当：渡邊　裕（わたなべ　ゆたか）　電話＆FAX：011-706-4582（医局直通）

1．歯科診療所の概要について　（該当する項目に○をつけてください）

① 開設主体	1．国・公的機関 ⇨ ア．国立病院機構　イ．国立大学法人 ウ．都道府県　エ．市町村 オ．地方独立行政法人　カ．その他：＿＿＿＿ 2．社会保険関係団体 3．法人 ⇨ ア．医療法人　イ．学校法人 ウ．その他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 4．個人			
② 標榜科目	1．歯科　2．歯科口腔外科　3．小児歯科　4．矯正歯科			
③ 職員数	歯科医師	常勤　　人	非常勤	人
	歯科衛生士	常勤　　人	非常勤	人
	その他：	職種：＿＿＿＿＿＿　、　＿＿＿＿人		
④ 診療患者について （令和３年10月実績）	外来患者数	実人数　　人	延べ	人
	訪問歯科診療患者数	実人数　　人	延べ	人

2．貴院で行っている訪問歯科診療等について

① 届出を行っている施設基準に○をつけてください。（複数回答可）	1．かかりつけ歯科医療強化型歯科診療所 2．在宅療養支援歯科診療所　1 3．在宅療養支援歯科診療所　2 4．在宅歯科医療推進加算 5．地域医療連携体制加算 6．在宅患者歯科治療総合医療管理料		
② 令和２年度の算定実績の有無と令和３年10月の算定件数をお答えください。		令和２年度の算定実績	令和３年10月算定人数
	歯科医師による居宅療養管理指導費	あり・なし	人
	歯科衛生士等による居宅療養管理指導費	あり・なし	人
	歯科訪問診療料(1，2，3)	あり・なし	人
	訪問歯科衛生指導料　（対１人）	あり・なし	人
	歯科疾患在宅療養管理料	あり・なし	人
	栄養サポートチーム連携加算１	あり・なし	人
	栄養サポートチーム連携加算２	あり・なし	人
	退院時共同指導料	あり・なし	人
	在宅患者連携指導料	あり・なし	人
	在宅患者緊急時等ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ料	あり・なし	人
	摂食機能療法	あり・なし	人
	訪問口腔ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ指導管理料	あり・なし	人

③ **訪問診療**を行っている施設をご記入ください		令和２年10月 訪問施設数	令和３年 10 月 訪問施設数
	介護老人保健施設（老健）	施設	施設
	介護老人福祉施設（特養）	施設	施設
	介護療養型医療施設	施設	施設
	介護医療院	施設	施設
	介護付き有料老人ホーム	施設	施設
	養護老人ホーム	施設	施設
	軽費老人ホーム（介護型ケアハウス）	施設	施設
	サービス付き高齢者向け住宅	施設	施設
	認知症高齢者グループホーム	施設	施設
④　施設への訪問診療の頻度 １か月に、１つの施設へ　何回**歯科訪問診療**に行きますか？		１施設あたり　１か月間に 約　　回	
⑤ **介護保険で** **協力歯科診療施設として** 携わっている施設についてご記入ください		令和２年10月 訪問施設数	令和３年 10 月 訪問施設数
	介護老人保健施設（老健）		
	介護老人福祉施設（特養）		
	介護療養型医療施設		
	介護医療院		
	介護付有料老人ホーム		
	養護老人ホーム		
	軽費老人ホーム（介護型ケアハウス）		
	サービス付き高齢者向け住宅		
	認知症高齢者グループホーム		
⑥　協力歯科医療機関としての施設等への訪問頻度 １か月に、１つの施設を　何回訪問しますか？		１施設あたり　１か月間に 歯科医師は　約　　回 歯科衛生士は約　　回	

現在、協力歯科医療機関として
最も関わりが深い 介護保健施設についてお尋ねします

※貴施設と最も関りが深い介護保険施設等に改めて調査票を送付させていただくことがあります。

① 介護保険施設の種類	１．介護老人福祉施設（特養） ２．介護老人保健施設（老健） ３．介護療養型医療施設・介護医療院
② 介護保健施設名	
③ 所在地	都 道 府 県　　市 区 町 村

3．介護保険施設等の協力歯科医療機関としてのかかわりについて

① 協力歯科医療機関の歯科医師として、実施している項目に○をつけてください。（複数回答可）

② 協力歯科医療機関として、最も重要だと思うものに○をつけてください。

	①実施している項目全てに○をつけてください	②最も重要と思う項目に○をつけてください
1．食事等のカンファレンスへの参加		
2．入所者の食事等に関する個別の相談		
3．歯科訪問診療（歯科治療）		
4．摂食・嚥下に対する相談や支援		
5．嚥下機能検査		
6．歯科検診や歯科相談		
7．口腔衛生管理体制加算への助言		
8．口腔衛生管理加算実施にあたり指導		
9．経口維持加算Ⅱへの支援		
10．入所者のミールラウンド(食事観察)への参加		
11．口腔衛生等に関する研修会の開催		
12．その他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿		

③ 以下の項目について、依頼を受けた場合の対応について、該当するものに☑を入れてください。

	対応できる	おおむね対応できる	あまり対応できない	対応できない
1．食事等のカンファレンスへの参加	□	□	□	□
2．入所者の食事等に関する個別の相談	□	□	□	□
3．摂食・嚥下に対する相談や支援	□	□	□	□
4．嚥下機能検査	□	□	□	□
5．口腔衛生管理体制加算への助言	□	□	□	□
6．口腔衛生管理加算実施にあたり指導	□	□	□	□
7．経口維持加算Ⅱへの支援	□	□	□	□
8．ミールラウンド（食事観察）への参加	□	□	□	□
9．口腔衛生等に関する研修会の開催	□	□	□	□

④ 協力歯科医療機関の**歯科医師**として、訪問先の介護保険施設等の職員から、どのようなことを相談されますか？（複数回答可）

1．口腔内の評価方法について
2．ブラッシングの方法について
3．口腔ケアの物品について
4．口臭について
5．歯周炎、歯肉炎について
6．う蝕について
7．義歯について
8．顎関節について
8．歯の動揺、破折、脱離
9．粘膜疾患
10．食形態に関すること
11．摂食・嚥下障害
12　その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

7．義歯について →
ア．不適合/破折　イ．作製の依頼　ウ．清掃方法
エ．装着の必要性（義歯が必要か）　オ．義歯安定剤について
カ．その他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

⑤　貴院の**歯科衛生士**が訪問先の介護職員に行っている助言や指導に○をつけてください。（複数回答可）

1．口腔内の評価方法について
2．ブラッシングの方法について
3．義歯の手入れ方法について
4．口腔ケアに必要な物品に関するアドバイス
5．口腔ケア時の注意点（リスクや事故防止の観点）
6．施設全体の口腔ケア方法に対する問題点の指摘
　→具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
7．入所者の食事に関するアドバイス
8．摂食・嚥下障害に対する相談
9．その他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

⑥　協力歯科診療施設として関わるようになった介護保険施設等の入所者への効果としてあてはまるものに○をつけてください。（複数回答可）

1．口腔衛生状態の改善
2．う蝕の減少
3．義歯の使用率の増加
4．摂食嚥下機能の改善
5．食形態の維持改善
6．栄養状態の維持改善
7．肺炎予防
8．窒息事故の減少
9．会話の増加
10．看取りの増加
11．特になし
12．その他：＿＿＿＿＿＿＿＿

⑦　協力歯科医療機関としてのどの程度、役割を果たせていると思いますか？

1．十分な役割を果たしている
2．ある程度　役割を果たしている
3．あまり　役割を果たせていない
4．まったく　役割を果たせていない
5．わからない

→

理由を選択してください（複数回答可）
ア．外来業務が忙しく 十分な回数 訪問できない
イ．施設側との調整が難しく 十分な回数 訪問できない
ウ．一人の入所者に対する診療時間を十分確保できない
エ．（患者側の要因により）満足いく対応ができない
オ．施設側の対応やケアが消極的
カ．効果を感じられない
キ．その他：

⑧　貴院は、介護保険施設等の職員とどの程度、連携（情報交換）をしていますか？

1（全く連携していない）
2（あまり連携していない）
3（ある程度連携している）
4（良く連携している）

→

該当するものを選択してください（複数回答可）
ア．診療内容の情報を伝える
イ．対象者の生活の様子等を尋ねる
ウ．口腔ケアのアドバイスをする
エ．口腔に関する質問を受ける
オ．歯科治療の必要性を伝える
カ．その他（　　）

⑨　介護保険施設等に対する希望や要望について　お聞かせください

1．ない
2．ある →

具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

⑩　現在の介護保険施設等の協力歯科医療機関のシステムに関して問題点があると思いますか？	
1．ない 2．ある	具体的に：＿＿＿

7．令和３年度介護報酬改定について

① 口腔衛生管理体制加算にかかるサービスが基本サービスとなり、廃止されることをご存知でしたか？

1．知っていた　　2．知らなかった

② 口腔衛生管理加算について、CHAS※へのデータ提出（LIFE への入力）と活用による更なる PDCA サイクルの推進・ケアの向上を図ることを評価する新たな区分が設けられたことをご存知ですか？

※ CHASE(Care, HeAlth Status & Events)とは高齢者の状態、ケアの内容等のデータベースのこと．自立支援・重度化防止の効果を最大化するために「科学的に裏付けられた介護」の実現を目指して、そのためのデータを集めることを目的としている。

1．知っていた　　2．知らなかった

③ 令和３年度改定以前から、協力歯科医療機関として携わっている介護施設への関与について

③－１　貴院の歯科衛生士は、口腔衛生管理加算にかかるサービスを行っていますか？

1．行っている　　2．行っていない

→ 以下の③－２から③－６、④⑤もお答えください

③－２　歯科衛生士が口腔衛生管理を実施する**入所者の数**は、令和３年４月以降変化しましたか？

1．増加した　　2．減少した　　3．変わりはない　　4．該当者がいない

③－３　口腔衛生管理加算Ⅱを実施していますか？

1．いる　　2．いない

→（口腔衛生管理加算を実施している利用者全体の　　%程度）

③－４　歯科衛生士が**１か月に１つの施設を訪問する回数**は、改定後に変化しましたか？

1．増加した　　2．減少した　　3．変わりはない　　4．該当者がいない

③－５　入所者の口腔に医療的対応が必要となった場合の情報提供回数は、改定後変化しましたか？

1．増加した　　2．減少した　　3．変わりはない　　4．該当者がいない

③－６　歯科衛生士が１か月に訪問する、**施設の数**は変化しましたか？

1．増加した　　2．減少した　　3．変わりはない　　4．該当者がいない

④　令和３年度改定後に、歯科衛生士から介護職員に対する助言や指導の機会は変化しましたか？

1．増加した　　2．減少した　　3．変わりはない　　4．該当者がいない

１とお答えの方

助言等の内容は
ア．口腔ケアの方法に関するアドバイス
イ．口腔の状態や問題に関する情報
ウ．歯科治療の必要性について
エ．食事について
オ．その他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

⑤　令和３年度改定後に、介護職員から口腔に関する相談を受ける機会に変化はありましたか？

1．増加した　　2．減少した　　3．変わりはない　　4．該当者がいない

１とお答えの方

相談の内容は
ア．口腔ケアの方法
イ．口腔の状態や問題
ウ．歯科治療の必要性
エ．食事や食べ方など
オ．その他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

⑤　令和３年度改定後に、歯科治療の必要性に関する情報提供を行う機会に変化はありましたか？

1．増加した　　2．減少した　　3．変わりはない　　4．該当者がいない

１とお答えの方

歯科治療の内容　ア．う蝕、　イ．歯周病、ウ．義歯、　エ．摂食嚥下機能
オ．その他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

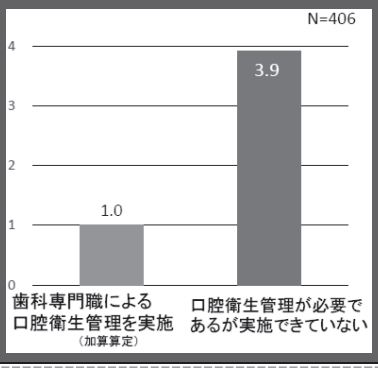
口腔衛生管理加算サービスの提供についてお尋ねいたします。

口腔衛生管理加算（90・110 単位/月）とは
歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が以下のことを行った場合に算定できます。

- 入所者に対し口腔ケアを月２回以上行う
- 入所者に係る口腔ケアについて、介護職員に対し、具体的な技術的助言と指導を行う
- 口腔に関する問題点、歯科医師からの指示、口腔ケアの内容、介護職員への技術的助言と指導、その他必要な事項の記録
- 入所者の口腔に関する介護職員からの相談等に必要に応じ対応する
- 入所者の口腔の状態により医療による対応が必要となる場合、適切な歯科医療サービスが提供されるように情報提供を行う
- 口腔衛生管理についての実施記録を管理し、必要に応じて写しを入所者等に対し提供する

介護保険施設入所者において口腔衛生管理加算は１年間の肺炎発症率を約４分の１に減らす可能性が示唆されています。左図（令和２年度第 185 回介護給付費分科会資料より引用）

介護保険施設における１年間の肺炎発症リスク



１．もっと提供すべき ➡

1-1．なぜもっと提供すべきと思われますか？（複数回答）

1．肺炎発症者が多いため
2．介護職による口腔ケアが困難な利用者が多いため
3．歯科治療（う蝕、歯周病、義歯など）が必要であるか判断ができないため
4．食支援が必要な利用者が多いため
5．摂食嚥下機能への対応が必要な利用者が多い
6．サービスの質の向上のため
7．その他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

２．現状のままで良い ➡

2-1．なぜ現状のままで良いと思われますか？

1．現状の口腔衛生管理にかかるサービスで十分対応できている
2．口腔衛生管理加算にかかるサービスでは対応できない（報酬面など）
3．施設職員で十分対応できている
4．歯科訪問診療で対応できる
5．必要と思われる利用者は少ない
6．その他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

コロナ禍における口腔衛生管理に関して問題になったこと、ご質問などございましたら以下にご記入ください。後日とりまとめ回答させていただきます。
※日本老年歯科医学会では、COVID-19 に関連した高齢者施設職員向け口腔ケアの手引きを学会ホームページ（右 QR コード）で公開していますのでご参照ください。

居住系サービス　調査票

令和３年度　厚生労働省

老人保健健康増進等事業

施設系サービス利用者等の口腔衛生等の管理に関する調査研究事業 ご協力のお願い

一般社団法人　日本老年歯科医学会

このたび、皆様方には「施設系サービス利用者等の口腔衛生等の管理に関する調査研究事業」にご協力いただきたく、アンケートをお送りさせていただきました。

令和３年の介護報酬改定により，介護保険施設において口腔衛生管理体制を確保するよう促すとともに、状態に応じた丁寧な口腔衛生管理を更に充実させるため、口腔衛生管理体制加算を廃止し、同加算の算定要件の取組を一定緩和した上で、３年の経過措置期間を設け、基本サービスとして、口腔衛生の管理体制を整備することとなりました。

特定施設、グループホーム等については引き続き口腔衛生管理体制加算を継続し、口腔衛生管理体制の確保、充実をはかっていくことになっております。

本調査は一般社団法人日本老年歯科医学会が、令和３年度老人保健健康増進等事業「施設系サービス利用者等の口腔衛生等の管理に関する調査研究事業」の国庫補助を受け行うものです。

令和３年の介護報酬改定後の口腔衛生管理体制にかかる施設系サービス利用者と施設、協力歯科医療機関の実態を把握し、施設系サービス利用者と施設職員、協力歯科医療機関が負担なく、より効果的な口腔衛生管理体制を確立するための知見やツールを開発提供することを目的としています。また、調査結果は、次期介護報酬改定に向け、施設における口腔衛生管理体制の課題を明らかにして、さらなる充実をはかるために活用いたします。

本調査では WAM NET（独立行政法人福祉医療機構）とリンクのある地方自治体のホームページに公開されているリスト（2021 年 8 月現在）から、当道府県別に層化無作為抽出法により貴施設に調査票を送らせていただきました。調査協力への同意は、調査票の回収をもってご承諾とさせていただき、ご回答いただいた内容の管理は厳重に行い、関連する研究報告以外には使用いたしません。また、研究報告等でも貴施設名や施設が特定されるような情報は使用致しません。

今回郵送させていただきました調査票は **12 月 13 日（月）** までに、返信用封筒にてお送りいただきますようお願い申し上げます。COVID-19 への対応等ご多忙の中、大変恐縮ではございますが、今後の施策につながる重要な調査ですので、皆様のご理解とご協力をよろしくお願い申し上げます

【お問い合わせ】北海道大学 大学院歯学研究院 口腔健康科学分野 高齢者歯科学教室
担当：渡邊　裕（わたなべ　ゆたか）　電話＆FAX：011-706-4582（医局直通）

貴施設の概要

1．事業所の概要について　該当するものに○をつけて下さい。

① 施設名	
② 所在地	都・道・府・県
③ 記入者指名（役職）	氏名：　　（　　）
④ 事業所設置年月	年　　月　（事業開始年月）
⑤ 開設主体	1．地方公共団体　6．協同組合および連合会 2．社会福祉協議会　7．営利法人 3．社会福祉法人　8．特定非営利活動法人 4．医療法人　9．その他 5．社団・財団法人　（　　）
⑥ 施設の種別	1．特定施設入居者生活介護 1．介護付有料老人ホーム 2．養護老人ホーム 3．軽費老人ホーム（ケアハウス） 4．サービス付き高齢者向け住宅 2．地域密着型特定施設入居者生活介護 1．介護付有料老人ホーム 2．養護老人ホーム 3．軽費老人ホーム（ケアハウス） 4．サービス付き高齢者向け住宅 3．認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
⑦　併設している施設 （同一敷地内または、道路を隔てて隣接している場合）	1．病院　6．デイケア 2．診療所　7．デイサービス 3．介護老人保健施設　8．ショートステイ 4．特別養護老人ホーム　9．小規模多機能型居住介護 5．有料老人ホーム　10．その他 ＿＿＿＿＿＿＿＿

2．利用者数、職員について（令和２年 11 月～令和３年 10 月）１年間

①施設について	定員	平均稼働率	退所者	入院者	入院によるベッドの確保日数	肺炎による入院者	施設内看取り者
	人	%	人	人	延べ　日	人	人

② 令和３年 10 月における利用者の人数	要支援１	要支援２			
	人	人			
	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
	人	人	人	人	人

③ 職員の人数（受託業者等の職員は除く）		常勤専従	常勤兼務	非常勤		常勤専従	常勤兼務	非常勤
	看護師	人	人	人	栄養士	人	人	人
	介護職員	人	人	人	管理栄養士	人	人	人
	歯科衛生士	人	人	人	機能訓練員	人	人	人

3. 口腔衛生管理体制加算について

① 平成 30 年 4 月より特定施設入居者介護施設、地域密着型特定施設入居者介護施設、認知症対応型共同生活介護施設も口腔衛生管理体制加算（30 単位/月）ができるようになったことを、知っていましたか？

＊口腔衛生管理体制加算とは、歯科医師または歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に口腔ケアに係る技術的助言と指導を月１回以上行い、それらに基づき介護職員が口腔ケア計画書を作成している場合に、介護施設が入所者に対して算定できる介護報酬です。

1．知っていた ➡ 算定をしていますか？ ➡
- 1．算定をしている （質問③へ）
  （ ）年（ ）月から
- 2．算定をしていない
  - 1．今後算定を予定している（質問③へ）
  - 2．算定の予定はない （質問②へ）
  - 3．今後、検討する（質問③へ）

2．知らなかった ➡
- 1．算定を検討したい（質問③へ）
- 2．算定の予定はない（質問②へ）
- 3．今後、検討する（質問③へ

② 現在、算定をしていない施設で、かつ、予定していない施設の方に質問です。
算定を予定していない理由についてお聞かせください。（複数回答可）

1．月１回の職員への助言指導をしてくれる歯科医師、歯科衛生士が見つからない
2．月１回の職員への助言指導だけでは、誤嚥性肺炎や口腔内の疾病の予防効果があまり期待できない
3．利用者への直接サービスではないため、利用者・家族に費用の説明がしづらい
4．（報酬が定員数に比例するため）定員の少ない施設にとっては、手間の割には単位数が少ない
5．その他（ ）

１とお答えの方 その理由を教えて下さい
1．協力歯科医療機関を決めていない。
2．協力歯科医療機関はあるが、話題にしたことがない。
3．歯科医師、歯科衛生士と金銭面の条件が合わなかった。
4．歯科医師、歯科衛生士が施設に来る時間的余裕がなかった。
5．その他（ ）

③ 口腔衛生管理体制について、実施している項目に○をつけてください。（複数回答可）

1．歯科医師による 定期的な口腔内診査（概ね入所者全員を対象）
2．歯科衛生士による 定期的な口腔衛生や口腔機能に関するアセスメント（概ね入所者全員を対象）
3．歯科衛生士による口腔衛生管理（いわゆる専門的口腔ケア）の実施
4．歯科医師又は歯科衛生士を講師とした介護職員に対する口腔ケアに関する研修の機会
5．歯科医師による 施設に対する口腔ケア全般についての助言
（講習会・研修会を伴わず、入所者個別の助言ではない場合）
6．その他（ ）

4. 貴施設と歯科医師・歯科衛生士の関わりについて、該当項目に○をつけて下さい

	① 貴施設は、外部の歯科医療関係者とどの程度、連携(情報交換)をしていますか？	1（全く連携していない） 2（あまり連携していない） 3（ある程度連携している） 4（良く連携している） → 3．4を選択した方。該当するものを選択してください（複数回答可） 1．診療内容の情報を受ける 2．対象者の生活の様子等を伝える 3．口腔ケアのアドバイスを受ける 4．口腔に関する事を質問する 5．歯科治療の必要性を尋ねる 6．その他（　　）
歯科訪問診療について	② 貴施設に**歯科訪問診療**に来る歯科医師はいますか？	1．いる → 1-1 関係している歯科医療機関数＿＿＿＿機関 令和3年10月のべ診療患者数＿＿＿＿人 1-2 訪問歯科医師の所属はどこですか？ 1．協力歯科医療機関 2．協力歯科医療機関**以外**の歯科医院 3．1と2両方 2．いない → その理由 （　　）
協力歯科医療機関について	③ 協力歯科医療機関（院内および系列歯科等を含む）の申請をおこなっていますか？ ※協力歯科医療機関とは、都道府県等に提出した介護保険施設の開設・変更許可申請書に記載している歯科医療機関であり、単に訪問診療等を依頼している歯科医療機関ではありません。	1．いいえ 1-1．申請していない理由を教えてください ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿. 1-2．今後どのようなことを実施してもらえば、協力歯科医療機関と契約したいと思いますか？（複数回答可） 1．入所者の食事等の（口腔と栄養に関する）カンファレンスへの参加 2．入所者の食事等に関する個別の相談 3．歯科訪問診療 4．摂食・嚥下に対する支援 5．嚥下機能検査 6．歯科検診や歯科相談 7．口腔衛生管理体制加算への助言 8．口腔衛生等に関する研修会の開催 9．その他：＿＿＿＿＿＿＿＿ 2．はい
	③で『はい』とお答えになったかたは、この先の質問もお答え下さい。『いいえ』のかたは5.にお進みください。	

	複数の協力歯科医療機関を定めている場合は、 最も関係の深い協力歯科医療機関について回答してください。		
	④　いつから、届け出を行っていますか？	＿＿＿＿＿年　＿＿＿＿＿月	
	⑤　協力歯科医療機関住所		
	協力歯科医療機関名		
	電話番号		
	⑥　現在の協力歯科医療機関になった経緯は何ですか？	1．歯科医師会を通じて 2．自施設や法人と関係のある歯科医療機関 3．知人等の紹介 4．歯科医院からの営業 5．あっせん業者からの営業 6．その他：＿＿＿＿＿＿＿＿	
		⑦協力歯科医療機関が**実施している**項目に○をしてください （複数回答可）	⑧協力歯科医療機関に、**実施してもらいたい項目**に○をしてください。 （複数回答可）
	1．入所者の食事等のカンファレンスへの参加		
	2．入所者の食事等に関する個別の相談		
	3．歯科訪問診療（歯科治療）		
	4．摂食・嚥下に対する支援		
	5．嚥下機能検査		
	6．歯科健診や歯科相談		
	7．口腔衛生管理体制加算への助言		
	8．口腔衛生等に関する研修会の開催		
	9．その他：＿＿＿＿＿＿＿＿		
	⑨　協力歯科医療機関の歯科医師との報酬上の契約について	1．ある ・委託契約《　　円/月》 ・非常勤雇用　《　　円/月》 ・実施月のみ報酬を支払う《平均　　円/月》 2．無報酬 3．今後 金銭的な契約を予定している	
	⑩協力歯科医療機関との連携による入所者への効果と思われるものに○をつけてください（複数回答可）	1．口腔衛生状態の改善 2．虫歯の減少 3．義歯の使用率の増加 4．摂食嚥下機能の改善 5．食形態の維持改善 6．栄養状態の維持改善 7．肺炎予防 8．窒息事故の減少 9．会話の増加 10．看取りの増加 11．特になし 12．その他：＿＿＿＿＿＿	

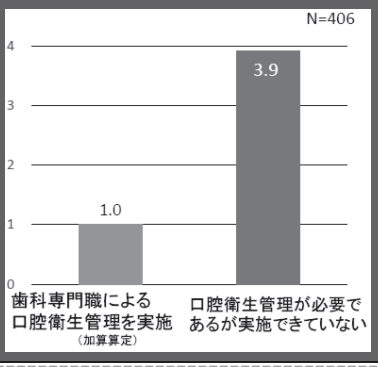
⑪　介護保険施設にかかる口腔衛生管理加算サービスは貴施設において必要と思われますか

口腔衛生管理加算（90・110 単位/月）とは
歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が以下のことを行った場合に算定できます。

- 入所者に対し口腔ケアを月２回以上行う
- 入所者に係る口腔ケアについて、介護職員に対し、具体的な技術的助言と指導を行う
- 口腔に関する問題点、歯科医師からの指示、口腔ケアの内容、介護職員への技術的助言と指導、その他必要な事項の記録
- 入所者の口腔に関する介護職員からの相談等に必要に応じ対応する
- 入所者の口腔の状態により医療による対応が必要となる場合、適切な歯科医療サービスが提供されるように情報提供を行う
- 口腔衛生管理についての実施記録を管理し、必要に応じて写しを入所者等に対し提供する

介護保険施設入所者においてロ腔衛生管理加算は１年間の肺炎発症率を約４分の１に減らす可能性が示唆されています。左図（令和２年度第 185 回介護給付費分科会資料より引用）

介護保険施設における１年間の肺炎発症率リスク



１．必要 ➡

1-1．なぜ必要と思われますか？（複数回答）

1．肺炎発症者が多いため
2．介護職による口腔ケアが困難な利用者が多いため
3．歯科治療（う蝕、歯周病、義歯など）が必要であるか判断ができないため
4．食支援が必要な利用者が多いため
5．摂食嚥下機能への対応が必要な利用者が多い
6．サービスの質の向上のため
7．その他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

２．不要 ➡

2-1．なぜ不要と思われますか？

1．口腔衛生管理体制加算にかかるサービスで十分対応できている
2．施設職員で十分対応できている
3．対応できる歯科医療機関ないし歯科衛生士がいない
4．歯科訪問診療で対応できる
5．必要と思われる利用者はいない
6．感染対策等リスク管理の面から外部からの立ち入りを最小限にしたいため
7．その他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

⑫　コロナ禍における口腔衛生管理に関して問題になったこと、ご質問などございましたら

以下にご記入ください。後日とりまとめ回答させていただきます。
※日本老年歯科医学会では、COVID-19 に関連した
高齢者施設職員向け口腔ケアの手引きを学会ホームページ（右 QR コード）
で公開していますのでご参照ください。

⑬　入居者の新型コロナウイルス感染症罹患について

1）　貴施設利用者において、新型コロナウイルス感染症陽性者は確認されましたか？

1．はい　　2．いいえ　　3．回答できない

2）　はいの場合、かつ感染者が入居者の場合、どのように対応しましたか？

1．入院（医療施設）　2．施設内で隔離（個室対応など）　3．自宅での療養

4．　その他（　　）

3）　施設内隔離の場合、陽性者の口腔ケアなどはどのように対応しましたか？（複数回答可）

1．実施しなかった　2．回数を減らした　3．かける時間を減らした

4．方法を変更した（例：飛沫するブラッシングを実施しなかった）　5．実施者を限定した

6．従来の対応を継続した

7．その他（　　）

4）　新型コロナウイルス感染症陽性者に対する口腔管理（口腔ケアなど）において、オンライン診療による指導・助言は有用だと思いますか？

1．はい　　2．いいえ　　3．わからない

自由記載：

【オンライン診療の実績について】

5）協力歯科医療機関との連携でオンライン等を用いたことがありますか？

1．ある　　2．ない

6）　協力歯科医療機関との連携でオンライン等を用いたことがある場合で、入居者が新型コロナウイルスに感染していた場合、どのように対応しましたか？

1.　歯科医療機関と施設側医療職（医師・看護師・歯科衛生士等）をオンラインで結ぶ形態

2.　歯科医療機関と施設側介護職をオンラインで結ぶ形態

3.　歯科医療機関と入居者および施設側医療職・介護職をオンラインで結ぶ形態

4.　その他（　　）

【オンライン歯科診療の今後の活用について】

7）　オンライン診療に関心がありますか

1．ある　　2．ない

8）　オンライン診療はどのような診療（連携）に活用できると思いますか？

1．歯の診察　　2．粘膜疾患の診察　　3．口腔管理等の指導管理　　4．摂食嚥下障害の評価

5．食形態の評価　　6．栄養指導　　7．ミールラウンドへの参加

8．その他（　　）

9）　オンライン診療に行う場合、どのような課題があると思いますか？（自由記載）

例：通信機器の準備にかかる費用、介護報酬・医療費の請求上の問題、個人情報保護の問題、など

口腔・栄養検査調査票

調査年月日：西暦＿＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

受付番号		氏名	様	年齢	歳	性別	男 ・ 女

1．基本情報（各項目について、もっとも当てはまる数字を1つ選んで○をつけてください。）

問1	介護度	0. 要介護１	1. 要介護２	2. 要介護３	3. 要介護４	4. 要介護５
問2	障害高齢者の日常生活自立度	0. 自立	1. J1	2. J2	3. A1	4. A2
		5. B1	6. B2	7. C1	8. C2	
問3	認知症高齢者の日常生活自立度	0. 自立	1. Ⅰ	2. Ⅱa	3. Ⅱb	
		4. Ⅲa	5. Ⅲb	6. Ⅳ	7. M	
問4	歩　行	0. 補助具なしで可能	1. 補助具ありで可能	2. 不可		
問5	入所歴	（　　）年　（　　）か月				
問6	在宅への退所予定	0. あり	1. なし	2. 不明		
問7	施設での看取り希望	0. あり	1. なし	2. 不明		
問8	入所後の入院の有無	0. あり（理由：　　）		1. なし		

問9	現病歴		
	①心筋梗塞	0. あり	1. なし
	②うっ血性心不全	0. あり	1. なし
	③末梢血管疾患（間欠性跛行、バイパス術後、壊疽、未治療の胸腹部大動脈）	0. あり	1. なし
	④脳血管障害（後遺症のない脳血管障害、一過性脳虚血発作［TIA］）	0. あり	1. なし
	⑤片麻痺（対麻痺も含む。脳血管障害に起因していなくても可）	0. あり	1. なし
	⑥認知症	0. あり	1. なし
	「0. あり」の場合、重症度に○をつけてください。	1. MCI / 2. 軽 度 / 3. 中等度 / 4. 重 度	
	⑦慢性肺疾患（軽労作で呼吸困難を生じるもの）	0. あり	1. なし
	⑧膠原病（全身性エリテマトーデス［SLE］、多発筋炎、混合性結合組織病、リウマチ性多発筋痛症、中等度以上のリウマチなど）	0. あり	1. なし
	⑨消化性潰瘍	0. あり	1. なし
	⑩軽度肝疾患（軽度の肝硬変、慢性肝炎）	0. あり	1. なし
	⑪中等度 ― 高度肝機能障害（門脈圧亢進を伴う肝硬変）	0. あり	1. なし
	⑫糖尿病（食事療法のみは除く）	0. あり	1. なし
	「0. あり」を選択した場合、糖尿病の病態として、あてはまるものに○をつけてください。	1. 三大合併症　（網膜症、腎症、神経障害）なし / 2. 三大合併症のいずれかあり、または、糖尿病性ケトアシドーシス（DKA）や糖尿病性昏睡での入院歴あり	
	⑬中等度 ― 高度腎機能障害（血清クレアチニン≧3mg/dl、透析中、腎移植後、尿毒症）	0. あり	1. なし
	⑭リンパ腫（リンパ肉腫、マクログロブリン血症、骨髄腫など）	0. あり	1. なし
	⑮白血病（急性白血病、慢性白血病、真性赤血球増加症）	0. あり	1. なし
	⑯固形癌（白血病やリンパ腫などの血液の癌以外のもの）	0. あり	1. なし
	「0. あり」を選択した場合、固形癌の病態として、あてはまるものに○をつけてください。	1. 過去5年間に明らかな転移なし / 2. 転移あり	
	⑰エイズ（AIDS：後天性免疫不全症候群）／HIV（ヒト免疫不全ウイルス）感染症	0. あり	1. なし
	⑱うつ	0. あり	1. なし

問10	入所後の歯科治療	0. 定期的に受けている	1. 何かあったときに受診した経験がある
		2. 受診経験なし	3. 必要性を指摘されたことがあるが希望されない、拒否がある

2．加算の算定状況（各項目について、もっとも当てはまる数字を1つ選んで○をつけてください。）

問11	口腔衛生管理加算	0. 算定中である	1. 算定対象ではあるが実施できていない	2. 算定対象ではない
問12	経口維持管理加算 Ⅰ	0. 算定中である	1. 算定対象ではあるが実施できていない	2. 算定対象ではない
問13	経口維持管理加算 Ⅱ	0. 算定中である	1. 算定対象ではあるが実施できていない	2. 算定対象ではない
問14	経口移行加算	0. 算定中である	1. 算定対象ではあるが実施できていない	2. 算定対象ではない
問15	栄養マネジメント加算	0. 算定中である	1. 算定対象ではあるが実施できていない	2. 算定対象ではない
問16	療養食加算	0. 算定中である	1. 算定対象ではあるが実施できていない	2. 算定対象ではない
問17	低栄養リスク改善加算	0. 算定中である	1. 算定対象ではあるが実施できていない	2. 算定対象ではない

3．低栄養リスク評価（各項目について記入または選択してください。）

問18	身長・体重	測定日：（20　　年　　月　　日）			
		体　重：（　　.　　kg）		身　長：（　　.　　cm）	
問19	過去の体重	1ヶ月前の体重	0. わからない	1. わかる　（　　.　　kg）	
		3ヶ月前の体重	0. わからない	1. わかる　（　　.　　kg）	
		6ヶ月前の体重	0. わからない	1. わかる　（　　.　　kg）	
問20	血清アルブミン	0. わからない		1. わかる（下に実測値を記入）	
		測定日：（20　　年　　月　　日）（　　.　　g/dL）			
問21	食事摂取量	（　　Kcal/日）	（全体：　　%）（主食：　　%）（副食：　　%）		
問22	栄養補給法食事の状態	0. 完全経口摂取	1. 一部経口摂取	2. 経腸栄養法	3. 静脈栄養法

「0. 完全経口摂取」または「1. 一部経口摂取」を選択された場合、下記の質問にもお答えください。
学会分類、嚥下食ピラミッド、スマイルケア食の分類をご参考に、利用者様の食事形態にもっとも当てはまるものを「ア」から「ケ」の中から1つ選び、そのカタカナに○をつけてください。

食事形態	学会分類	嚥下食ピラミッド	スマイルケア食
ア	0j ：嚥下訓練食	L0 ：開始食・ゼリー状	0 ：ゼリー状
イ	1j ：嚥下調整食	L1/2 ：嚥下食Ⅰ・Ⅱ	1 ：ムース状
ウ	2-1 ：嚥下調整食	L3 ：嚥下食Ⅲ	2 ：ペースト状
エ	2-2 ：嚥下調整食	L3 ：嚥下食Ⅲ	2 ：かまなくてよい
オ	3 ：嚥下調整食	L4 ：移行食	3 ：舌でつぶせる
カ	4 ：嚥下調整食	L3 ：移行食	4 ：歯ぐきでつぶせる
キ	柔らかい常食	──	5 ：弱い力でかめる
ク	加工や工夫を必要とする常食（スマイルケア食5を除く）		
ケ	加工や工夫を必要としない常食		

「ク」を選択された場合、下記もお答えください。

主食の形態	0．ごはん			1．おかゆ	
副食の形態（複数回答可）	0．みじん切り	1．一口大に刻む		2．とろみ・あんをかける	3．固いものは除く
食べられる食品（複数回答可）	0．鶏のから揚げ	1．ハンバーグ	2．油揚げ	3．いかの刺し身	4．左にあげた食品で食べられるものはない

問23	過去3ヶ月間で食欲不振、消化器系の問題、そしゃく・嚥下困難などで食事量が減少しましたか	0. 著しい食事量の減少	1. 中等度の食事量の減少	2. 食事量の減少なし
問24	過去3ヶ月間で精神的ストレスや急性疾患を経験しましたか	0. はい	1. いいえ	

4．認知機能（CDR）

（「記憶」から「身の回りの世話」までのそれぞれの項目について、利用者様の状態にもっとも当てはまるものを1つ選んで○をつけてください。）

問25	記憶	0. なし	記憶障害なし。あるいは軽度の断続的な物忘れ。	
		1. 疑わしい	軽度の物忘れが常に存在。出来事を部分的に思い出す。“良性”健忘。	
		2. 軽度	中等度の記憶障害。障害は最近の出来事についてより著しい。障害は日々の活動を妨げる。	
		3. 中等度	重度の記憶障害。十分に学習したことのみ保持。新しいことは急速に記憶から消失。	
		4. 重度	重度の記憶障害。断片的なことのみ記憶に残存。	
問26	見当識	0. なし	十分に見当識がある。	
		1. 疑わしい	時間的前後関係に軽度の困難があることを除き、十分に見当識がある。	
		2. 軽度	時間的前後関係に中等度の困難がある。検査の場所についての見当識は正常。他の場所についての地理的見当識障害があるかもしれない。	
		3. 中等度	時間的前後関係に重度の困難がある。たいていの場合、時間的見当識は障害され、地理的見当識もしばしば障害される。	
		4. 重度	自分についての見当識のみが保たれている。	
問27	判断力と問題解決能力	0. なし	日常の問題を解決し、仕事上および金銭上の問題を十分処理できる。過去の実績と比較して、遜色のないすぐれた判断力。	
		1. 疑わしい	問題解決、類似点および相違点に軽度の障害がある。	
		2. 軽度	問題解決、類似点および相違点に中等度の困難がある。たいていの場合、社会的判断力は保持されている。	
		3. 中等度	問題解決、類似点および相違点に重度の障害。たいていの場合、社会的判断力は障害されている。	
		4. 重度	判断 あるいは、問題解決ができない。	
問28	地域社会の活動	0. なし	仕事、買い物、ボランティア、社会集団において、通常のレベルでは自立して機能する。	
		1. 疑わしい	上記の活動に軽度の障害がある。	
		2. 軽度	上記の活動のいくつかに、まだたずさわっているかもしれないが、自立して機能できない。通り一遍の検査だと正常そうに見える。	
		3. 中等度	家庭外において、自立して機能するようには見えない。	家庭外の会合に連れて行ってもらえるくらい健康そうに見える。
		4. 重度		家庭外の会合に連れて行ってもらうには、具合が悪すぎるように見える。
問29	家庭および趣味	0. なし	家庭生活、趣味および知的興味の十分な保持。	
		1. 疑わしい	家庭生活、趣味および知的興味は軽度に障害される。	
		2. 軽度	家庭における機能は軽度だが、明確に障害されている。より困難な家事はやめている。より複雑な趣味や興味の喪失。	
		3. 中等度	単純な家事のみの維持。非常に限られた興味が不十分に保持されている。	
		4. 重度	家庭において、重要な機能が果たせない。	
問30	身の回りの世話	0. なし	自分の面倒は自分で十分みることができる。	
		1. 疑わしい		
		2. 軽度	促すことが必要。	
		3. 中等度	着衣、衛生、身の回りの品の保管などに手伝いが必要。	
		4. 重度	身の回りの世話において、多くの助けが必要。頻繁に失禁がある。	

5．ADL（Barthel Index）

（次の問31から問40の行為について、もっとも当てはまる数字を1つ選んで○をつけてください。）

問31	食事	2. 自立、自助具などの装着使用可、標準的時間内に食べ終える
		1. 部分介助（おかずを切って細かくしてもらう等）
		0. 全介助
問32	車椅子から ベッドへの移動	3. 自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む（歩行自立も含む）
		2. 軽度の部分介助または監視を要する
		1. 座ることは可能であるがほぼ全介助
		0. 全介助または不可能 （車椅子を使用していない場合は椅子とベッドの間の移動が安全にできるかどうかで評価）
問33	整容	1. 自立（洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り
		0. 部分介助または不可能
問34	トイレ動作	2. 自立、衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む
		1. 部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する
		0. 全介助または不可能
問35	入浴	1. 自立
		0. 部分介助または不可能
問36	歩行 現在の状態で 45m移動すると 想定して評価	3. 45m以上の歩行、杖など補装具（車椅子、歩行器は除く）の使用の有無は問わない
		2. 45m以上の介助歩行可能（歩行器の使用を含む）
		1. 歩行不能の場合、車椅子にて45m以上の自立操作可能
		0. 上記以外
問37	階段昇降 現在の状態で 階段を使うと 想定して評価	2. 自立して（手すり、杖などの使用の有無は問わない）１階分上り下りができる
		1. 介助または監視を要する
		0. 不能
問38	着替え	2. 自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む
		1. 部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える
		0. 上記以外
問39	排便コントロール	2. 失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能
		1. ときに失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む
		0. 上記以外（しばしば失禁～常に失禁）
問40	排尿コントロール	2. 失禁なし、収尿器の取り扱いも可能
		1. ときに失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む
		0. 上記以外（しばしば失禁～常に失禁）

6．口腔内の状況（各項目について、もっとも当てはまる数字を1つ選んで○をつけてください。）

問41	清掃の意志	0. あり	1. なし	2. 拒否
問42	義歯の使用	0. 使用している	1. 持っているが使用していない	2. 持っていない

「0. 使用している」または「1. 持っているが使用していない」を選択された場合、下記もお答えください。

入れ歯の種類（当てはまるものに1つ○をつけてください。）	上の歯	0. なし	1. 部分入れ歯	2. 総入れ歯
	下の歯	0. なし	1. 部分入れ歯	2. 総入れ歯

「1. 部分入れ歯」または「2. 総入れ歯」を選択された場合、下記もお答えください。

入れ歯の状態（当てはまるものすべてに○をつけてください）	上の歯	0. 良好	1. ゆるい・外れやすい	2. 痛い	3. 壊れている
	下の歯	0. 良好	1. ゆるい・外れやすい	2. 痛い	3. 壊れている

問43	義歯の清掃	0. 持っていない	1. 良い	2. 少し悪い	3. 悪い
問44	言語	0. 可能	1. 会話可能だが構音不良	2. 不可	
問45	発声	0. 可能	1. できるが弱い	2. 不可	
問46	流涎	0. なし	1. 時々ある	2. 常時ある	
問47	口臭	0. なし	1. 少しある	2. かなりある	
問48	開口度	0. 3横指	1. 1～2横指	2. 1横指以下	
問49	咀嚼運動	0. 動きがある	1. 声かけにより発現	2. ほぼ動きなし	
問50	舌運動	0. ほぼ完全	1. 動くが小範囲	2. 動かない	
問51	口腔周囲筋	0. 動く	1. 少々困難	2. 動かない	
問52	口角の左右非対象な運動	0. なし	1. あり		
問53	嚥下（飲み込み）	0. 可能	1. 遅延するが可能		
問54	むせ	0. むせない	1. むせる		
問55	嚥下後の声質の変化	0. なし	1. あり		
問56	嚥下後の呼吸観察	0. 異常なし	1. 浅く速くなる		
問57	ぶくぶくうがい	0. できる	1. 不完全だができる	2. できない	
問58	口腔内残渣を出せるか	0. 概ね出せる	1. 少ない～出せない	2. うがいができない	
問59	口腔内の残渣	0. ない	1. 少量ある	2. ある	

7．口腔清掃の自立度判定（各項目について、もっとも当てはまる数字を1つ選んで○をつけてください。）

問60	歯磨き ※当てはまる番号に1つ○をつけていただき、該当する□にもチェックをつけてください	0. ほぼ自分で磨く	1. 部分的に自分で磨く	2. 自分で磨かない
		□ 移動して実施する □ 寝床で実施する	□ 座位を保つ □ 座位は保てない	□ 座位、端座位をとる □ 座位もとれない

問61	義歯の着脱	0. 使っていない 持っていない	1. 自分で着脱する	2. 外せるが、入れられない	3. 外せないが、入れられる	4. 自分では着脱しない
問62	うがい	0. ぶくぶくうがいをする	1. 口に含む程度はする	2. 口に含むこともできない		

8．嚥下質問紙（聖隷式）

利用者様の嚥下（飲み込み、食べ物を口から食べて胃に運ぶこと）の状態について、いくつかの質問をいたします。
ここ2、3年のことについてお答えください。いずれも大切な症状ですので、よく読んでお答えください。
（各項目について、もっとも当てはまる数字を1つ選んで○をつけてください。）

問63	肺炎と診断されたことはありますか	0. 繰り返す	1. 一度だけ	2. なし
問64	やせてきましたか	0. 明らかに	1. わずかに	2. なし
問65	物が飲み込みにくいと感じることはありますか	0. しばしば	1. ときどき	2. なし
問66	食事中にむせることはありますか	0. しばしば	1. ときどき	2. なし
問67	お茶を飲むときにむせることはありますか	0. しばしば	1. ときどき	2. なし
問68	食事中や食後、それ以外のときにも のどがゴロゴロ（たんがからんだ感じ）することがありますか	0. しばしば	1. ときどき	2. なし
問69	のどに食べ物が残る感じがすることがありますか	0. しばしば	1. ときどき	2. なし
問70	食べるのが遅くなりましたか	0. たいへん	1. わずかに	2. なし
問71	硬いものが食べにくくなりましたか	0. たいへん	1. わずかに	2. なし
問72	口から食べ物がこぼれることがありますか	0. しばしば	1. ときどき	2. なし
問73	口の中に食べ物が残ることがありますか	0. しばしば	1. ときどき	2. なし
問74	食物や酸っぱいもの液が胃からのどに戻ってくることがありますか	0. しばしば	1. ときどき	2. なし
問75	胸に食べ物が残ったり、つまった感じがすることがありますか	0. しばしば	1. ときどき	2. なし
問76	夜、咳で眠れなかったり 目覚めることがありますか	0. しばしば	1. ときどき	2. なし
問77	声がかすれてきましたか（がらがら声、かすれ声など）	0. たいへん	1. わずかに	2. なし

9．食欲について（各項目について、もっとも当てはまる数字を1つ選んで○をつけてください。）

問78	食欲はありますか					
	0. ほとんどない	1. あまりない	2. 普通	3. ある	4. とてもある	5. 不明
問79	食事の時、どれくらい食べると満腹感を感じていますか					
	0. 数口で満腹	1. 3分の1くらいで満腹	2. 半分ほどで満腹	3. ほとんど食べて満腹	4. 全部食べても満腹感がない	5. 不明
問80	食べ物の味をどのように感じていますか					
	0. とてもまずい	1. まずい	2. 普通	3. おいしい	4. とてもおいしい	5. 不明
問81	普段、1日に食事を何回食べますか					
	0. 1回未満	1. 1回	2. 2回	3. 3回	4. 4回以上（間食を含む）	5. 不明

10．歯科受診について

問82	最近1年間に歯科治療を行いましたか	0. はい	1. いいえ
		↳「はい」を選択された場合、具体的な治療内容についてお答えください。（○はいくつでも）	
		0. むし歯治療	1. 歯周病治療	2. 義歯（入れ歯治療）
		3. そのほか（　　）	

11．健康関連QOL

最近4週間を振り返って、利用者様の状態を評価してください。（各項目について、もっとも当てはまる数字を1つ選んで○をつけてください。）

※項目のなかには、必ずしも毎日は起こらない事について尋ねている項目もあります。その場合には、大体の頻度を4段階で評価して下さい。

問83	楽しそうである（楽しそうな表情をみせる）	0. 4週に1回未満	1. 週に1回～4週に1回	2. 週に数回	3. ほぼ毎日
問84	食事を楽しんでいる	0. 4週に1回未満	1. 週に1回～4週に1回	2. 週に数回	3. ほぼ毎日
問85	訪問者に対して嬉しそうにする（訪問者とは、たとえば、身内や知り合いなど日常的に出会う人をさす）	0. 4週に1回未満	1. 週に1回～4週に1回	2. 週に数回	3. ほぼ毎日
問86	周りの人が活動するのを見て楽しんでいる（活動とは、レクリエーション、運動などをさす）	0. 4週に1回未満	1. 週に1回～4週に1回	2. 週に数回	3. ほぼ毎日
問87	自分から人に話しかける（人に積極的に話しかける）	0. 4週に1回未満	1. 週に1回～4週に1回	2. 週に数回	3. ほぼ毎日
問88	仕事やレク活動について話をする（仕事とは昔の仕事も含める。レク活動とは自分の熱中していること、もしくは周りの人が活動していることなどでもよい）	0. 4週に1回未満	1. 週に1回～4週に1回	2. 週に数回	3. ほぼ毎日
問89	怒りっぽい	0. 4週に1回未満	1. 週に1回～4週に1回	2. 週に数回	3. ほぼ毎日
問90	ものを乱暴に扱う	0. 4週に1回未満	1. 週に1回～4週に1回	2. 週に数回	3. ほぼ毎日
問91	大声で叫んだりする	0. 4週に1回未満	1. 週に1回～4週に1回	2. 週に数回	3. ほぼ毎日

施設の方にご記入いただく項目は、ここまでです。

ご協力頂きまして、ありがとうございました。

このページから後ろは調査員が記入します

口腔乾燥・違和感について（各項目について、もっとも当てはまる数字を1つ選んで○をつけてください。）

問1	口の渇きが気になりますか？		
	1．気になる	2．気にならない	3．聞き取り不可
問2	口腔保湿剤を使用していますか？（2の場合、①～③の当てはまる項目にすべて○をつけてください。）		
	1．使用していない	2．使用している （①ジェル ・ ②スプレー ・ ③洗口液）	3．不明
問3	味を良く感じますか？（2の場合、①～⑥の当てはまる項目にすべて○をつけてください。）		
	1．感じる	2．感じない（①甘味 ・ ②塩味 ・ ③酸味 ・ ④苦味 ・ ⑤うま味 ・ ⑥詳細不明）	3．聞き取り不可
問4	舌の痛みはありますか？		
	1．ない	2．あり	3．聞き取り不可
問5	口の中がネバネバしますか？		
	1．しない	2．ネバネバする	3．聞き取り不可

問6	オーラルディアドコキネシス	タ：□.□ 回／秒	
問7	反復唾液嚥下テスト	1．不可	2．拒否
		1回目：□□ 秒 ／ 30秒での回数：□□ 回	
問8	改訂水飲テスト（水 3cc）		
	0．テスト施行不可	3．嚥下あり：むせる and/or 湿性嗄声	
	1．嚥下なし：むせる and 呼吸切迫	4．嚥下あり：呼吸良好、むせない	
	2．嚥下あり：呼吸切迫（不顕性誤嚥疑い）	5．4.に加え、追加嚥下運動が30秒以内に2回可能	
問9	口腔湿潤度（ムーカス） （測定部位について1、2どちらかに○をつけてください。）		
	1．舌 背	1回目：□□.□	2回目：□□.□ 3回目：□□.□
	2．頬粘膜	1回目：□□.□	2回目：□□.□ 3回目：□□.□

口腔検査票 ②

問10 インプラントの治療の有無

1．ある（部位：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）	2．ない	3．不明

問11 歯数の状態　※咬合状態は、中段四角内に記入。

		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
歯式																		
咬合	右	①			②			③					④		⑤			左
歯式		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	

現在歯数（／）　　本　　インプラント数（㋑）　　本　　義歯（D）　　本

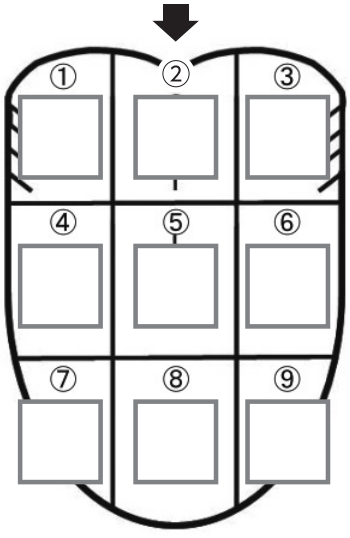
ポンティック数（○）　　本　　機能歯数（／＋㋑＋D＋○＋C）　　本

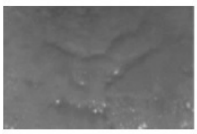
う蝕歯数（C）　　本　　残根歯数（C4）　　本

（参考）咬合状態
1：現在歯と現在歯どうし
2：現在歯と義歯
3：義歯と義歯どうし
4：咬合なし

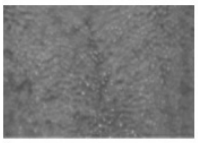
問12 舌苔付着状況（TCI）

9個の四角の中にスコアを記入

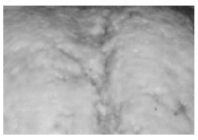




Score 0：
舌苔は認められない



Score 1：
舌乳頭が認識可能な薄い舌苔



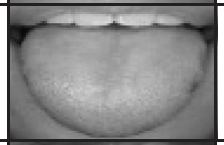
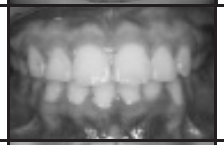
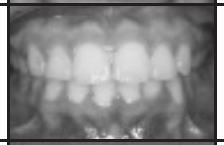
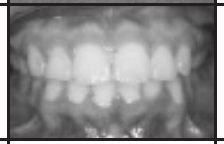
Score 2：
舌乳頭が認識不可能な厚い舌苔

問13 歯科治療受診必要性（2の場合、①～④の当てはまる項目にすべて○をつけてください。）

1．なし	2．あり（①う蝕　・　②歯周炎　・　③義歯　・　④その他：＿＿＿＿＿＿＿＿）

問14 口唇～歯痛の各項目について、右の四角の中に0～2のスコアを記入してください。
「残存歯」および「義歯」については有無の□に忘れずにチェックを入れてください。

ORAL HEALTH ASSESSMENT TOOL 日本語版（OHAT-J）

項目		0＝健全		1＝やや不良		2＝病的	スコア
口唇		正常, 湿潤, ピンク		乾燥, ひび割れ, 口角の発赤		腫脹や腫瘤, 赤色斑, 白色斑, 潰瘍性出血, 口角からの出血, 潰瘍	
舌		正常, 湿潤, ピンク		不整, 亀裂, 発赤, 舌苔付着		赤色斑, 白色斑, 潰瘍, 腫脹	
歯肉・粘膜		正常, 湿潤, ピンク		乾燥, 光沢, 粗造, 発赤 部分的な（1-6歯分）腫脹 義歯下の一部潰瘍		腫脹, 出血（7歯分以上） 歯の動揺, 潰瘍 白色斑, 発赤, 圧痛	
唾液		湿潤 漿液性		乾燥, べたつく粘膜, 少量の唾液 口渇感若干あり		赤く干からびた状態 唾液はほぼなし, 粘性の高い唾液 口渇感あり	
残存歯 □有 □無		歯・歯根の う蝕または破折なし		3本以下の う蝕. 歯の破折, 残根, 咬耗		4本以上のう蝕, 歯の破折, 残根, 非常に強い咬耗 義歯使用無しで3本以下の残存歯	
義歯 □有 □無		正常 義歯, 人工歯の破折なし 普通に装着できる状態		一部位の義歯. 人工歯の破折 毎日1-2時間の装着のみ可能		二部位以上の義歯, 人工歯の破折 義歯紛失, 義歯不適のため未装着 義歯接着剤が必要	
口腔清掃		口腔清掃状態良好 食渣, 歯石, プラークなし		1-2部位に 食渣, 歯石, プラークあり 若干口臭あり		多くの部位に 食渣, 歯石, プラークあり 強い口臭あり	
歯痛		疼痛を示す言動的, 身体的な 兆候なし		疼痛を示す言動的な兆候あり： 顔を引きつらせる、口唇を噛む 食事をしない、攻撃的になる		疼痛を示す身体的な兆候あり： 頬、歯肉の腫脹、歯の破折、潰瘍、 歯肉下膿瘍。言動的な徴候もあり	

日本語訳：藤田保健衛生大学医学部歯科 松尾浩一郎, with permission by The Iowa Geriatric Education Center　　avairable for download: http://dentistryfujita-hu.jp/revised jan 15, 2016

令和３年度老人保健事業推進費等補助金　老人保健増進等事業
施設系サービス利用者等の口腔衛生等の管理に関する調査研究事業
事業報告書

発行　令和 4 年 3 月 31 日
一般社団法人　日本老年歯科医学会
理事長　水口　俊介

〒170-0003　東京都豊島区駒込 1－43－9　駒込 TS ビル
一般社団法人　口腔保健協会　内
TEL:03-3947-8891　FAX:03-3947-8341