

令和7年度老人保健事業推進費等補助金  
老人保健健康増進等事業

介護保険施設等における協力歯科医療機関  
及び口腔衛生の管理に係る調査研究事業  
事業報告書

一般社団法人 日本老年歯科医学会

令和8年3月

## はじめに

我が国では急速な高齢化の進展に伴い、要介護高齢者の増加が続いており、介護保険施設等における健康管理の重要性は一層高まっている。なかでも口腔の健康は、摂食嚥下機能や栄養状態、さらには全身の健康状態と密接に関連しており、誤嚥性肺炎の予防や生活の質（Quality of Life：QOL）の維持・向上の観点からも、適切な口腔衛生管理の実施が重要な課題となっている。

このような背景のもと、令和6年度介護報酬改定では、施設系サービスにおける口腔衛生管理の取組が強化された。具体的には、施設において口腔衛生の管理体制を整備し、入所者の状態に応じた計画的な口腔衛生管理を実施することが基本サービスとして位置付けられた。また、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士による介護職員への技術的助言・指導の実施や、施設職員による定期的な口腔の健康状態の評価などが求められている。さらに、リハビリテーション、個別機能訓練、栄養管理および口腔管理を一体的に実施する取組の推進も求められており、多職種連携による包括的なケア体制の構築が重要となっている。

一方で、こうした制度的枠組みが整備されつつあるものの、施設現場において口腔衛生管理体制がどのように構築され、協力歯科医療機関との連携がどのように行われているのか、その実態については十分に明らかになっていない。また、施設職員による日常的な口腔観察と歯科専門職による評価の関係や、歯科専門職による継続的な介入が入所者の健康状態や生活機能に与える影響についても、科学的知見は必ずしも十分ではない。さらに、障害福祉サービスの施設入所支援においては、口腔衛生管理に関する制度は存在するものの、歯科医療機関との連携体制や口腔衛生管理の実施状況について体系的に把握された資料は限られている。

本事業は、これらの課題を踏まえ、介護保険施設、特定施設および施設入所支援を対象として、協力歯科医療機関との連携状況および口腔衛生管理体制の実態を把握することを目的として実施したものである。具体的には、施設および歯科医療機関を対象とした郵送調査により制度運用の実態を把握するとともに、施設入所者を対象とした実測調査を実施し、口腔の健康状態と身体機能、栄養状態、生活機能および健康転帰との関連

について分析を行った。さらに、これらの調査結果および好事例を踏まえ、介護保険施設・特定施設等において実践可能な口腔衛生管理の方法を整理し、「介護保険施設・特定施設等における口腔衛生管理マニュアル」を作成した。

本報告書は、令和7年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）として、一般社団法人日本老年歯科医学会が実施した「介護保険施設等における協力歯科医療機関及び口腔衛生の管理に係る調査研究事業」の成果を取りまとめたものである。本事業は、日本老年歯科医学会に設置された特任委員会において検討を重ね、関係団体および多職種の実験家の協力のもとに実施された。本報告書が、介護保険施設等における口腔衛生管理体制の整備および協力歯科医療機関との連携強化に資するとともに、入所者の口腔健康の維持向上および生活の質の向上につながることを期待するものである。

令和8年3月31日

令和7年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業

「介護保険施設等における協力歯科医療機関及び口腔衛生の管理に係る調査研究事業」

令和7年度老人保健健康増進等事業 特任委員会一同

特任委員会委員長 水谷 慎介（九州大学大学院歯学研究院附属 OBT 研究センター）

## 目次

<b>第Ⅰ章 調査研究事業の概要</b> .....	1
1. 報告書概要.....	2
2. 調査研究組織.....	24
3. 検討の経過.....	28
<b>第Ⅱ章 協力歯科医療機関及び口腔衛生の管理に関する郵送調査</b> .....	29
1. 介護保険施設における口腔衛生管理体制および歯科連携の実態に 関する郵送調査.....	30
2. 施設入所支援における口腔衛生管理および歯科連携の実態に関する 郵送調査 .....	63
3. 歯科医療機関における口腔衛生管理体制への協力状況と地域連携の 実態に関する郵送調査 .....	103
<b>第Ⅲ章 協力歯科医療機関及び口腔衛生の管理に関する実測調査</b> .....	127
1. 介護保険施設・特定施設利用者の口腔衛生等の管理に関する実測調査..	128
2. 介護保険施設・特定施設利用者の口腔衛生等の管理に関する転帰調査..	194
3. 施設入所支援利用者の口腔衛生等の管理に関する実測調査 .....	198
4. 分析報告	
1) 高齢者施設における施設職員と歯科医師による口腔の健康状態の 評価の一致性の検討 .....	237
2) 要介護高齢者の ADL および認知機能と口腔内環境との関連 .....	242
3) 食事に介助を要する要介護高齢者の食事観察項目と意図しない 体重減少の関連 .....	246
4) 施設入所要介護高齢者における口腔の健康状態と健康関連 QOL の 関連 .....	250
5) 歯科衛生士による口腔衛生管理の中断と肺炎発症との関連.....	253
6) 歯科訪問診療の中断と入所者の食形態の低下との関連.....	257
<b>第Ⅳ章 介護保険施設・特定施設等における口腔衛生管理マニュアル</b> .....	261

## 参考資料

- 資料1 郵送調査票(介護保険施設)
- 資料2 郵送調査票(施設入所支援)
- 資料3 郵送調査票(歯科医療機関)
- 資料4 実測調査票(介護保険施設)
- 資料5 実測調査票(特定施設)
- 資料6 実測調査票(施設入所支援)
- 資料7 転帰調査票
- 資料8 臨床研究倫理審査実施許可通知書
- 資料9 介護保険施設・特定施設等における口腔衛生管理マニュアル

# 第 I 章 調査研究事業の概要

1. 報告書概要
2. 調査研究組織
3. 検討の経過

# 1. 報告書概要

## 1) 事業の目的

### 【事業目的】

令和6年度の介護報酬改定後における口腔衛生管理体制について、施設系サービス利用者、施設および歯科医療機関との連携の実態を把握し、施設系サービス利用者、施設職員および協力歯科医療機関が過度な負担なく、より効果的な口腔衛生管理体制を構築するための知見を提供することを目的とした。

また、リハビリテーション・個別機能訓練、栄養および口腔の一体的な実施に係る取組の実施状況等を調査し、その現状と課題を把握することを目的とした。

さらに、障害福祉サービスの施設入所支援においては、「口腔衛生管理加算」「口腔衛生管理体制加算」「経口維持加算」等の制度があるものの、協力歯科医療機関との関係性や口腔衛生管理の実施状況に関する実態は十分に明らかになっていない。そのため、当該分野における現状を把握することを目的とした。

本事業では、これらの目的を達成するため、以下の2つの調査事業を実施するとともに、介護保険施設・特定施設等における口腔衛生管理マニュアルを作成した。

### 【調査事業 1】

#### 介護保険施設及び施設入所支援における口腔衛生管理体制および歯科連携の実態に関する郵送調査

- ① 介護保険施設における口腔衛生管理体制および歯科連携の実態に関する郵送調査
- ② 施設入所支援における口腔衛生管理および歯科連携の実態に関する郵送調査
- ③ 歯科医療機関における口腔衛生管理体制への協力状況と地域連携の実態に関する郵送調査

### 【調査事業 2】

#### 介護保険施設、特定施設及び施設入所支援利用者における口腔衛生等の管理に関する実測調査

- ① 介護保険施設・特定施設利用者の口腔衛生等の管理に関する実測調査・転帰調査
- ② 施設入所支援利用者の口腔衛生等の管理に関する実測調査

上記の調査により得られた知見および好事例に加え、実測調査のデータを分析し、「介護保険施設・特定施設等における口腔衛生管理マニュアル」を作成した。

## 2) 介護保険施設、施設入所支援及び歯科医療機関を対象とした、協力 歯科医療機関及び口腔衛生の管理に関する郵送調査

### (1) 調査方法

#### ① 介護保険施設

「介護サービス情報の公表システムデータ」(2024年12月末時点)に掲載されている全国の介護保険施設を対象とし、都道府県別、かつ施設種別ごとに10%を抽出した。計1,596件に調査案内を発送し、回答はWeb方式により収集した。その結果、151件から回答を得た。回収率は9.5%であった。

#### ② 施設入所支援

WAM NET における「障害福祉サービス等情報公表システムデータのオープンデータ」(2025年7月末時点)に掲載されている全国の施設入所支援事業所を対象として調査を実施した。発送数は2,548件であり、555件から回答を得た。回収率は21.8%であった。

#### ③ 歯科医療機関

厚生労働省各厚生局管内の「コード内容別医療機関一覧表」に掲載されている「医科(病院)」および「歯科」のうち、歯科医療機関を対象とした。都道府県別、かつ歯科診療所・病院別に10%を抽出し、計6,849件(歯科診療所6,645件、病院204件)に調査案内を発送した。回答はWeb方式により収集し、389件から回答を得た。回収率は5.7%であった。

### (2) 結果の概要

#### ① 介護保険施設を対象とした調査

##### 基本情報について

- ・ 調査に回答した施設は、介護老人福祉施設が102件、介護老人保健施設が33件、介護医療院が16件であった。

##### 施設職員による口腔の問題の認識について

- ・ 介護保険施設等における入所者の口腔に関する問題の程度について、職員による7項目の観点から把握した。その結果、「むし歯がありそうな人がいる」では、いずれの施設でも、入所者全体の「0~20%未満」が最多であったが、介護医療院では「20~40%未満」が31.3%とやや高く、他施設よりもう蝕の疑いがある入所者が多い可能性が示唆された。
- ・ 「歯ぐきが腫れている、歯磨きで出血する人がいる」については、介護老人保健施設で「60%以上」と回答した割合がやや高く、歯周症状が比較的多い施設が存在する可能性が示された。また、「歯が抜けたまま、欠けたままの人がいる」では、介護老人福祉施設で「80%以上」と回答した割合が11.1%と他施設より高く、未治療の欠損歯が多い入所

者が一定数存在する可能性が示唆された。

- ・ 嚥下機能に関連する項目では、「食事の際にむせる人がいる」は介護老人保健施設(74.1%)および介護医療院(75.0%)で「0~20%未満」の割合が高く、比較的問題が少ないと認識されていた。
- ・ 以上より、全体として口腔問題を有する入所者の割合は2割未満と認識される項目が多いものの、う蝕疑い、歯周症状、欠損歯などでは施設種別による一定の違いがみられ、施設の機能や入所者の特性に応じた口腔健康管理体制の整備が重要であると考えられた。

### 直近1年間の口腔衛生管理体制の変化について

- ・ 「取り組む内容が増えた」と回答した施設は67施設(44.7%)、「変化なし」は83施設(54.6%)、「減った」は1施設(0.7%)であり、約半数の施設で取り組みの拡充が認められた。増加の主な要因は、令和6年度介護報酬改定への対応や歯科専門職の関与増加、嚥下評価や個別ケアの必要性の高まりであった。
- ・ 「変化なし」とした施設では、既に訪問歯科との連携や口腔ケアが日常業務として定着していることが理由として挙げられた。また、人員不足や研修機会の不足など体制整備上の課題も確認された。

### 施設入所時および入所後月1回程度の口腔の健康状態の評価を実施したことによる変化について

- ・ 「施設職員の口腔状態評価への理解が深まった」(84件)が最も多く、「利用者の口腔状態の改善」(67件)や「歯科医師等への相談機会の増加」(67件)も報告され、定期評価が職員の知識向上や歯科連携の強化につながっていることが示唆された。
- ・ 一方、「歯科訪問診療の回数増加」(28件)や「口腔衛生管理加算の算定増加」(12件)は限定的であり、歯科専門職の新規雇用も歯科医師0件、歯科衛生士3件にとどまった。
- ・ 口腔評価を契機に歯科受診につながった施設は89件(58.6%)であり、義歯不適合、歯肉腫脹、口腔粘膜損傷、う蝕・動揺歯などの問題が発見された。中には口腔がんが疑われる病変の発見事例もあり、定期評価が早期発見・早期介入につながる重要な仕組みであることが示された。

### 口腔内状況の評価が受けられる体制や機会について

- ・ 歯科治療を含む歯科医師による口腔内評価体制については、「職員が必要と判断した入所者について歯科医師の評価を受けられる体制」が最も多く(67件)、次いで「原則全員が年1回以上評価を受けられる体制」(53件)であった。
- ・ 自由記述では、入所時の歯科診察、定期的な訪問歯科診療、歯科衛生士による評価結

果を歯科医師へ報告する仕組みなど、歯科専門職との連携による口腔管理体制の整備が報告された。

- ・ 全体として、定期的な全員評価を実施する施設もあるものの、多くの施設では職員の判断に基づき必要時に歯科医師の評価を受ける体制が中心となっていることが示された。

#### 「リハビリテーション・個別機能訓練と栄養管理、口腔衛生管理の一体的な実施」について

- ・ 一体的実施により、利用者では「適切な食事形態・摂取方法の提供」(66 件)、「経口摂取の維持」(56 件)、「誤嚥性肺炎の予防」(55 件)、「食事摂取量の維持・改善」「摂食嚥下機能の維持・改善」(各 51 件)などの効果が多く報告され、食支援の質向上や栄養状態・身体機能の改善への寄与が示唆された。
- ・ 職員側では、「多職種間のコミュニケーション機会の増加」(56 件)、「情報共有の円滑化」(45 件)、「他分野への理解の深化」(38 件)などが挙げられ、多職種連携の促進や知識向上につながっていた。
- ・ また、嚥下体操や食形態調整、義歯調整等を組み合わせた多職種支援により、経口摂取の回復、低栄養改善、ADL 向上や在宅復帰につながった事例も報告された。
- ・ 一方で、専門職が常駐していないことによる連携不足、人員不足(管理栄養士・リハビリ専門職等)、カンファレンスや情報共有の機会不足、計画書運用の煩雑さなどが課題として指摘された。

### 【介護保険施設における口腔衛生管理体制の構築に向けた提言】

本調査の結果、介護保険施設における口腔健康管理は、職員の理解向上や歯科受診の促進、経口摂取の維持、誤嚥性肺炎予防などに寄与していることが示された。特に、入所時および定期的な口腔評価の実施は、義歯不適合や歯周症状、う蝕などの早期発見につながり、歯科医療との連携強化に有効であることが明らかとなった。一方で、人員不足や研修機会の不足、専門職の不在、情報共有の機会不足などが体制整備の課題として指摘された。今後は、施設職員による定期的な口腔評価の普及とともに、歯科専門職との連携体制の強化、外部専門職の活用や ICT による情報共有の推進、多職種による口腔・栄養・リハビリテーションの一体的支援体制の整備を進めることが重要である。これにより、入所者の口腔健康の維持向上および生活の質の改善が期待される。

## ②施設入所支援を対象とした調査

### 施設入所支援における歯科専門職の配置状況と役割

- ・ 施設入所支援においては、歯科医師・歯科衛生士ともに配置していない施設が多数を占める。配置している場合も、非常勤 1 名体制が主であり、複数配置している施設はごく少数である。また、常勤歯科医師を配置している施設は認められなかった。
- ・ 歯科職種の直接雇用は限定的であり、多くの施設では外部歯科医療機関との連携に依存している可能性が示唆される。一方で、配置している施設では、口腔健康管理の質向上、急性期対応、嚥下評価など多面的な効果が報告されている。

### 口腔衛生に関わる加算について

- ・ 口腔衛生に関わる加算について、口腔衛生管理体制加算は 27.4%、口腔衛生管理加算:12.4%であり、いずれも算定率は高いとは言えず、特に口腔衛生管理加算は約 9 割の施設で未算定であった。
- ・ また、算定している施設においては、両加算ともに 41~60 人規模での算定が最多であり、特定の対象者層に限定して実施されている実態が示唆された。

### 施設職員による口腔の問題の認識について

- ・ 入所者の口腔状態に関する施設職員の認識では、各項目とも「0-20%未満」と回答した施設が最も多く、口腔問題を有する入所者の割合は比較的少ないと認識されていた。
- ・ 「むし歯がありそうな人がいる」55.3%、「歯が痛そうな人がいる」94.0%、「歯ぐきの腫脹・出血がある人がいる」52.0%、「歯の欠損や破折がある人がいる」52.9%が「0-20%未満」と回答した。
- ・ 摂食嚥下に関連する項目では、「食事中にむせる人がいる」72.4%、「飲み込みにくそうな人がいる」82.9%が「0-20%未満」であり、嚥下関連の問題も比較的少ないと認識されていた。
- ・ 一方、20%以上の入所者に問題があると回答した施設も一定数認められ、施設間で口腔状態の課題の程度にばらつきがみられた。また、歯科衛生士の配置の有無による差は認められなかった。

### 入所者に対する口腔評価(スクリーニング)の実施状況

- ・ 概ね 7 割程度の施設で実施されており、歯科専門職が中心となって評価を担っている。
- ・ 実施している施設における評価頻度は、「1 年に 1 回」が 36.5%と最も多く、次いで「月 1 回程度」(24.1%)、「半年に 1 回」(20.0%)、「3 か月に 1 回程度」(17.5%)であった。「入所時のみ」とする回答は 1.9%と少数であった。

### 入所者の高齢化に伴う歯科治療・口腔衛生管理の課題について

- ・ 「課題がある」と回答した施設が 87.2%であり、約 9 割の施設で何らかの問題が認識されていた。
- ・ 主な課題は、「摂食嚥下に問題がある入所者の増加」(77.9%)であり、次いで「むし歯や歯周病の増加」「義歯管理の困難さ」「加齢による口腔変化に関する知識不足」が挙げられた。
- ・ 「通院介助を担う職員不足」や「口腔清掃介助を担う職員不足」など、人員体制に関する課題も多く認められた。
- ・ 自由記載では、口腔ケア拒否や行動障害への対応、重度障害により治療が困難なケース、義歯作製・管理の難しさなどが報告された。
- ・ 以上より、高齢化に伴う口腔管理の課題は多面的であり、歯科専門職との連携強化や職員教育の充実が求められることが示された。

#### 歯科治療および口腔衛生管理を充実させるために必要な支援

- ・ 「職員に対する口腔ケア研修機会の拡充」(62.2%)が最も多く挙げられ、知識・技術向上の必要性が強く認識されていた。次いで、「口腔ケア・口腔衛生管理に関する報酬の充実」(47.6%)、「歯科医療機関への通院介助を含めた報酬評価」(42.2%)など、経済的支援の必要性が指摘された。
- ・ また、「障害者に対応可能な歯科医療機関の情報提供」(39.5%)や「摂食嚥下障害に対応可能な歯科医師の情報提供」(36.2%)など、専門的歯科医療へのアクセス環境整備の必要性も示された。
- ・ 自由記述では、訪問歯科診療の充実、対応可能な歯科医療機関の拡充、人員確保などが課題として挙げられ、多面的な支援体制の整備が求められていることが明らかとなった。

#### 口腔ケアに係る技術的助言・指導における、その効果や問題点について

- ・ 口腔ケアに関する技術的助言・指導により、職員の知識や意識の向上、適切なブラッシングの実施、歯周病の改善など、入所者の口腔状態の改善・維持につながったとの効果が報告された。
- ・ また、摂食嚥下や食事形態に関する相談がしやすくなり、個々の状態に応じたケアの実践にも寄与しているとされた。
- ・ 一方で、ローテーション勤務による全職員への浸透の難しさ、人員不足によるケア実施の困難・助言内容の定着や実施状況の確認が難しい点などが課題として挙げられた。
- ・ さらに、口腔衛生管理体制加算を算定していない理由として、「歯科医師・歯科衛生士の確保が困難」(53.8%)、「月 1 回以上の技術的助言を受けることが難しい」(51.4%)などが多く、人的資源や歯科専門職との連携確保が大きな課題であることが示された。

### 歯科受診体制および協力歯科医療機関との連携状況について

- ・ 歯科訪問診療に来る歯科医師がいない理由として最も多かったのは「歯科医療機関へ入所者を送迎している」(79.1%)であり、通院対応により訪問診療を必要としていない施設が多かった。一方、「訪問診療が可能な歯科医療機関が近隣にない」(26.5%)など、地域における訪問歯科体制の不足も示唆された。
- ・ 入所者の歯科受診では、かかりつけ歯科への通院や訪問診療で対応困難な治療のため外来受診するケースが多く、送迎や付き添いなど施設職員の人的・時間的負担が大きいために課題として挙げられた。
- ・ 協力歯科医療機関は 84.9%の施設で整備されており、口腔管理の相談や訪問診療依頼のしやすさなどの利点が認識されていた。
- ・ 一方で、対応可能な歯科医療機関の不足や制度理解の差などにより、地域や施設によって連携体制にばらつきがみられた。

### 施設入所支援における口腔保健に関する自由記述の内容分析

- ・ 自由記述の内容分析の結果、課題は主に「歯科医療資源の不足」「利用者の障害特性による困難」「施設の人的資源不足」「歯科専門職との連携ニーズ」「制度・政策課題」の5領域に分類された。
- ・ 最も多く挙げられたのは、障害者に対応可能な歯科医療機関や訪問歯科診療体制の不足であり、歯科医師不足、予約困難、協力歯科医の高齢化、地域格差などの問題が指摘された。
- ・ また、開口困難、診療拒否、強度行動障害、嚥下機能低下など、利用者の障害特性や高齢化・重度化により歯科診療や口腔ケアが困難であるとの意見が多くみられた。
- ・ 施設側では、職員不足や業務過多により通院対応や口腔ケアの時間確保が難しいこと、感染症対応等による支援中断など、運営体制上の課題も報告された。
- ・ 一方で、歯科衛生士による継続的支援や多職種連携体制の整備を求める声が多く、制度面では報酬や訪問診療体制の改善など政策的支援の必要性が示された。

## **【施設入所支援における口腔衛生管理体制の構築に向けた提言】**

施設入所支援における口腔保健の実態から、歯科専門職の配置が少なく、多くの施設が外部歯科医療機関との連携に依存している状況が明らかとなった。また、口腔衛生管理に関する加算の算定率は低く、歯科医師・歯科衛生士の確保困難や助言体制の不足が大きな要因となっている。さらに、入所者の高齢化に伴い摂食嚥下機能の低下や慢性的口腔疾患への対応が課題となる一方、通院介助や口腔ケアに係る職員負担の増大も指摘された。

これらを踏まえ、歯科専門職による継続的支援体制の構築、施設職員への口腔ケア研修の充実、歯科訪問診療体制の強化および専門歯科医療へのアクセス改善を進める必要がある。また、通院介助を含めた報酬評価や口腔衛生管理に関する制度的支援を拡充し、地域における歯科医療機関との連携体制を強化することが重要である。

### ③ 歯科医療機関を対象とした調査

#### 基本情報

- ・ 調査に回答した医療機関は、歯科診療所が 369 件、病院が 18 件であった。
- ・ 在宅療養支援歯科診療所等の施設基準を届出している歯科医療機関は一部にとどまり、約 67%が未届出であった。
- ・ また、在宅歯科医療機関の登録医・協力医となっている割合は 20.8%であり、過半数が未登録であった。

#### 協力歯科医療機関になっていない理由

- ・ 最も多い理由として、「時間・人材不足」(52.5%)、「介護事業所からの要望がない」(52.2%)が多く、制度や要件の不理解(制度を知らない 27.8%、要件不明 25.9%)も大きな障壁であった。さらに、専門性への不安や訪問診療体制の制約もみられた。
- ・ 制度・要件の周知、実務的支援、人材確保策、介護側とのマッチング強化が必要である。加えて、研修や相談体制の整備により参入障壁を下げ、地域包括ケアにおける歯科の関与を促進することが求められる。

#### リハビリテーション専門職・管理栄養士との連携における課題と体制整備の必要性

- ・ リハビリテーション専門職や管理栄養士等との連携について「困難を感じる」と回答した歯科医療機関は 35.2%であった。主な理由は「各職種と話し合う場がない」(63.5%)が最も多く、次いで「どの患者に協働が有効かわからない」(13.9%)、「リハビリ・栄養に関する専門用語がわからない」などであった。
- ・ 知識不足よりも連携の機会や仕組みの不足が主な障壁であることが示唆される。今後は、定期的なカンファレンスや情報共有の場の整備、連携対象患者の明確化、共通言語の普及を進めるとともに、職種間で円滑に情報共有できる体制づくりを推進することが重要である。

#### リハビリテーション専門職・管理栄養士との連携による口腔機能・栄養状態改善事例

- ・ 自由記載では、嚥下訓練の共有やミールラウンド、口腔機能評価結果の共有により、食形態の適正化や栄養状態の改善につながった事例が報告された。義歯不適合や低栄養、認知症を伴う症例に対し、義歯治療とリハビリテーション・栄養管理を組み合わせることで、体重増加や経口摂取の再獲得、歩行機能の改善がみられた例もあった。また、食事場面の観察やフードテストの実施により、安全な食形態への調整が可能となった事例も示された。
- ・ これらの結果から、多職種連携は摂食嚥下機能の改善に加え、栄養状態やADLの向上にも寄与する可能性が示唆された。

### 対応困難症例に対する後方支援医療機関との連携状況

- ・ 対応困難症例の紹介経験は、外来の要介護高齢者で21.1%、障がい患者で30.6%に認められ、主な紹介先は病院歯科や大学病院であった。
- ・ 紹介理由としては「全身管理下での治療」が最も多く、次いで「鎮静・全身麻酔下での治療」が挙げられ、基礎疾患を有する高齢者や行動管理が困難な障がい患者への安全管理の必要性が示された。
- ・ また、悪性腫瘍疑いや顎骨壊死への対応など、専門的診断・治療機能を担う後方支援病院の役割も重要であった。
- ・ 歯科訪問診療における紹介経験は、要介護高齢者で10.5%、障がい患者で6.8%と少数であり、年間紹介人数も1～5名が大半であった。

### 【地域における歯科医療提供体制及び多職種連携強化に向けた提言】

歯科医療機関を対象とした調査では、在宅療養支援歯科診療所等の施設基準の届出や行政の登録制度への参画が十分に進んでおらず、地域における在宅歯科医療提供体制の強化が課題であることが明らかとなった。また、協力歯科医療機関への参画を妨げる要因として、人材・時間不足や制度理解の不足が指摘されており、制度周知や実務的支援、研修機会の充実を通じて参入障壁を低減する必要がある。

さらに、リハビリテーション専門職や管理栄養士との連携では、知識不足よりも情報共有や協議の場の不足が課題であり、定期的なカンファレンスや共通評価指標の整備など、職種間の連携体制を制度的に支援することが重要である。加えて、対応困難症例に対しては、後方支援病院との役割分担や紹介体制を明確化し、地域における歯科医療連携の強化を図ることが求められる。

### 3) 介護保険施設・特定施設利用者の口腔衛生等の管理に関する実測調査・転帰調査の結果の概要

#### (1) 調査方法

全身と口腔の状態に関する実態調査を、新潟県、東京都、愛知県、大阪府、奈良県及び福岡県内の介護保険施設(介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院)、特定施設に入所中の要介護高齢者を対象に実施した。

- ・ 介護老人福祉施設:13 施設
- ・ 介護老人保健施設:5 施設
- ・ 介護医療院:1 施設
- ・ 特定施設:3 施設

#### (2) 結果の概要

##### 基本情報について

- ・ 介護保険施設(n=1,005)では、男性が 20.7%、女性が 79.3%であり、平均年齢は 87.1 歳(±7.5)、年齢範囲は 58~105 歳、中央値は 88.0 歳であった。
- ・ 特定施設(n=99)では、男性が 34.3%、女性が 65.7%であった。
- ・ 対象者の併存疾患としては、介護保険施設・特定施設ともに認知症(アルツハイマー型等)や高血圧、糖尿病などの割合が高かった。

##### 加算の算定状況について

- ・ 介護保険施設では、栄養マネジメント強化加算が 668 名(66.6%)で最も多く算定されており、次いで口腔衛生管理加算 I が 459 名(49.7%)、口腔衛生管理加算 II (LIFE 活用)が 216 名(23.4%)、経口維持管理加算 I が 206 名(20.5%)で算定されていた。
- ・ 特定施設では、居宅療養管理指導(歯科医師)および居宅療養管理指導(歯科衛生士等)がそれぞれ 51 名で最も多く算定されていた。口腔・栄養スクリーニング加算では「算定対象であるが実施できていない」が 28 名であった。

##### 口腔ケアについて

- ・ 普段のお口のセルフケアの自立度を調査した結果、介護保険施設では「職員による全面的な介助が必要」が 35.5%と最も多く、次いで「職員が一部サポートしながら本人も行う」が 26.2%、「職員がセッティングのみ」が 22.7%であった。「すべて本人のみで実施」は 12.6%にとどまり、介護保険施設において介助を必要とする対象者が多いことが示された。

### 歯科受診について

- ・ かかりつけ歯科医の有無については、介護保険施設で「いる(訪問診療)」が 566 名(56.5%)と最も多く、次いで「いない」が 356 名(35.6%)であった。特定施設でも「いる(訪問診療)」が 53 名(53.5%)と最も多く、「いない」が 42 名(42.4%)であった。
- ・ 直近 1 年間の歯科医師または歯科衛生士によるミールラウンド(食事観察)の実施状況については、介護保険施設では 40.5%が「受けた(はい)」と回答した一方、特定施設では全員(100.0%)が「受けていない(いいえ)」であった。

### 口腔機能の実測調査について

- ・ オーラルディアドコキネシス(「タ」の発音)について、介護保険施設では測定可能が 575 名(58.3%)、測定不可が 411 名(41.7%)であった。測定可能者の平均回数は  $4.4 \pm 3.4$  回/秒であった。
- ・ 反復唾液嚥下テスト(RSST)について、介護保険施設では測定可能が 514 名(54.9%)、測定不可が 404 名(43.1%)であった。
- ・ 咬合力(Oramo-bf)について、介護保険施設では測定可能が 523 名(52.9%)、測定不可が 465 名(47.1%)であった。測定可能者の平均は  $122.8 \pm 143.1$ N であった。
- ・ 口腔機能の客観的評価において、測定の指示が入らない、あるいは実施困難な対象者が約 4 割存在することが明らかとなった。

### 歯科治療受診必要性について

- ・ 歯科医師の診察が可能であった対象者のうち、介護保険施設で 450 名(47.5%)、特定施設で 29 名(33.3%)が歯科医師等により「治療の必要あり」と診断された。
- ・ 主な治療の必要性として、介護保険施設・特定施設ともに「歯周炎」が最も多く、次いで「う蝕」および「義歯」の問題が指摘された。今後、施設入所者の口腔機能の維持に向けて、歯周病管理や義歯の適合状態の確認を定期的に行う体制づくりが必要と考えられる。

受診必要ありの場合の詳細(重複回答)

項目	介護保険施設 (n=450)	特定施設 (n=29)
	n(%)	n(%)
う蝕	98(21.8)	2(6.9)
歯周炎	204(45.3)	18(62.1)
義歯	65(14.4)	6(20.7)

### 加算算定の有無と入所者の状態との関連(クロス集計)について

- ・ 介護保険施設における各種加算の算定状況と、入所者の口腔・栄養・生活機能との関連を分析した。
- ・ 口腔衛生管理加算(ⅠまたはⅡ)の算定者は、算定対象だが実施できていない者(非算定者)と比べて、「むせ」や「水分でむせる」などの誤嚥性肺炎に関連する項目で課題を有する者の割合が有意に高かった。生活機能(ADL)においても、算定者で介助を要する割合が高く、機能低下リスクの高い入所者に対して専門職による介入(加算の算定)が重点的に行われている状況がうかがえた。

口腔衛生管理加算算定の有無と「むせ」との関連

項目	カテゴリ	加算算定あり n(%)	加算算定なし n(%)	P*
むせ	あり	298(44.4)	20(26.7)	0.003
	なし	373(55.6)	55(73.3)	

\*P 値は Pearson のカイ二乗検定による

これらの結果から、介護施設等入所者の口腔管理において、日常的な口腔ケアの強化、定期的な歯科検診の実施、および適切な歯科処置の提供が重要と考えられる。特に、歯周炎やう蝕、義歯不適合を抱える高齢者が多く存在するため、施設職員による口腔ケアの充実とともに、歯科専門職による定期的な介入を強化することが、誤嚥性肺炎の予防や QOL の向上に寄与すると考えられる。今後の課題として、各種加算のさらなる普及を図り、施設ごとの多職種連携体制を強化することが求められる。

#### (4) 転帰調査の結果概要

一昨年度および昨年度における全身と口腔の状態に関する実態調査の対象であった介護保険施設に入所中の要介護高齢者を対象に実施した。本調査では昨年度の調査後に退所した者 232 名(対象 9 施設)に対する転帰調査を実施し、退所理由や死因等についての集計を行った。

その結果、死亡を理由とする退所が多くを占め、死因としては老衰や肺炎等が多くみられるなど、高齢者の自然経過としての死亡や嚥下機能低下に関連する転帰が多いことが示唆された。

## 【介護保険施設及び特定施設における口腔衛生管理体制の構築に向けた提言】

本調査の結果、介護保険施設および特定施設の入所者は平均年齢が高く、認知症などの併存疾患を有する者が多いことが明らかとなった。また、日常的な口腔ケアについては多くの入所者が職員による介助を必要としており、歯科医師による診察では約半数に治療の必要性が認められた。特に歯周炎やう蝕、義歯不適合などの口腔疾患が多く認められ、施設入所者において継続的な口腔管理の重要性が示唆された。今後は歯を有する高齢者がさらに増えると予想されることから、介護保険施設等における口腔衛生管理の必要性は一層高まると考えられる。

また、口腔機能の実測調査では、オーラルディアドコキネシスや反復唾液嚥下テストなどの検査において、測定の指示が理解できない、あるいは実施が困難な入所者が一定数存在することが明らかとなった。これらの結果は、従来の口腔機能低下症の診断で用いられている検査方法のみでは評価が困難な対象者が少なくない可能性を示しており、重度要介護高齢者にも適用可能な、より実態に即した口腔機能評価方法の開発・導入が求められる。

さらに、歯科専門職によるミールラウンドの実施状況については、特定施設ではほとんど実施されていない実態が確認され、食事場面を通じた嚥下機能や摂食状況の評価が十分に行われていない可能性が示唆された。今後は、施設職員による日常的な口腔ケアの充実に加え、歯科医師・歯科衛生士による定期的な口腔評価やミールラウンドの実施を推進し、多職種連携による口腔・栄養・嚥下評価体制を強化することが重要である。これらの取組を通じて、誤嚥性肺炎の予防および高齢者の生活の質の向上につながる政策的支援の推進が求められる。

#### 4) 施設入所支援利用者の口腔衛生等の管理に関する実測調査の結果の概要

本調査は、施設入所支援を受けている入所者 170 名を対象に、5 施設で実施した。対象者の平均年齢は 53.5±11.6 歳で、男性 59.4%、女性 40.6%であった。障害支援区分では区分 6 が 56.8%と最も多く、区分 5 が 32.5%であり、重度の障害支援区分に該当する者が大半を占めていた。障害分類では知的障害が 86.5%と多数を占め、長期入所者(平均入所期間 18.6±9.0 年)が中心であった。直近 1 年間の入院歴は 3.0%であった。

##### 障害の分類(複数回答)(n=170)

	n	%
知的障害	147	86.5
身体障害	88	51.8
精神障害	28	16.5
その他	26	15.3

※全対象者 170 名を分母として%を算出した。

※複数回答のため合計は 100%を超える。

サービス加算の算定状況についてみると、栄養マネジメント加算は 84.4%で算定されており、栄養管理体制は比較的整備されている状況が確認された。一方で、口腔衛生管理体制加算および口腔衛生管理加算はいずれも算定中は認められず、算定対象ではあるが未実施、あるいは算定対象外との回答が大半を占めた。また、経口維持加算(Ⅰ)は 18.6%にとどまり、経口維持加算(Ⅱ)および経口移行加算は算定例がなかった。すなわち、栄養関連加算は制度として活用されている一方で、口腔関連加算は実質的に活用されていないという乖離が明らかとなった。

##### サービス加算の算定状況(ブランク除外)

加算項目	n	算定中	算定対象だが未実施	算定対象外
		n(%)	n(%)	n(%)
口腔衛生管理体制加算	168	0(0.0)	55(32.7)	113(67.3)
口腔衛生管理加算	168	0(0.0)	55(32.7)	113(67.3)
栄養マネジメント加算	167	141(84.4)	1(0.6)	25(15.0)
経口移行加算	164	0(0.0)	0(0.0)	164(100.0)
経口維持加算(Ⅰ)	167	31(18.6)	0(0.0)	136(81.4)
経口維持加算(Ⅱ)	167	0(0.0)	30(18.0)	137(82.0)
療養食加算	167	5(3.0)	1(0.6)	161(96.4)

口腔健康管理の実態としては、義歯未所持者が 85.8%を占め、本人のみで口腔のケアを

実施できている者は 4.3%に過ぎず、約 9 割が職員の部分的または全面的介助を要していた。口腔ケアの介入頻度は 1 日 3 回が 67.7%と高頻度であったが、1 回あたりの所要時間は 1～3 分が 70.2%と短時間介入が中心であった。自由記載では、口腔ケアへの拒否・抵抗行動、開口困難や体位制限による清掃困難、含嗽や嚥下機能の問題、歯周病や残存歯減少への懸念、義歯管理困難に加え、重度知的障害に伴う指示理解の困難さや感覚過敏、口腔内への接触に対する拒否反応などの行動特性が課題として挙げられ、日常的な口腔ケアの実施が困難な状況がみられた。

#### 普段のお口のセルフケア (n=163)

	n	%
すべて本人のみで実施している	7	4.3
職員がセッティングのみ行う	4	2.5
職員が一部サポートしながら本人も行う	80	49.1
職員による全面的な介助が必要	71	43.6
職員による口腔ケアが困難	1	0.6

※ブランク 7 名を除外し、有効数 163 名を分母として算出した。

歯科受診状況については、かかりつけ歯科医を有する者が 93.4%であり、歯科訪問診療の利用が 52.4%と外来受診を上回っていた。直近 1 年以内の歯科受診率は 92.4%であり、歯科医師による口腔評価体制は 98.8%で整備されていた。訪問診療は主として定期管理目的で活用されている一方、外来受診では治療目的での受診も一定数認められた。

### 【施設入所支援における口腔衛生管理体制の構築に向けた提言】

本調査では、施設入所支援を受ける重度知的障害者を中心とした入所者において、日常的な口腔ケアの多くが職員による介助に依存している実態が明らかとなった。口腔ケアは高頻度で実施されている一方、1 回あたりの介入時間は短く、拒否行動や開口困難、体位制限、感覚過敏などの障害特性により、十分な口腔清掃が困難な場面も少なくない。また、栄養マネジメント加算は高率に算定されていた一方で、口腔衛生管理体制加算および口腔衛生管理加算は算定例が認められず、制度上の評価と日常的な口腔管理の実態との間に乖離が存在する可能性が示された。

一方、歯科受診率は高く、訪問歯科診療を含めた歯科医療との接点は一定程度確保されていた。こうした状況を踏まえると、歯科医療機関との連携を基盤とし、施設内での口腔衛生管理体制を制度的に評価・支援する仕組みの整備が求められる。特に、重度知的障害者で

は指示理解の困難さや行動特性を踏まえた口腔ケア技術の標準化や、職員への教育・研修体制の充実が重要である。

さらに、施設入所支援の利用者においても高齢化が進んでおり、従来の障害支援中心のケアに加えて、加齢に伴う口腔機能低下や摂食嚥下機能の低下への対応が求められるようになっている。今後は、日常的な口腔衛生管理の徹底に加え、摂食嚥下機能の評価やミーラウンド等の専門的介入を導入し、口腔・栄養・嚥下を一体的に管理する体制の構築が必要である。これらの取組を通じて、施設入所支援利用者の口腔健康の維持および生活の質の向上につながる政策的支援の強化が求められる。

## 5) 介護保険施設等入所者における口腔健康管理と健康状態・転帰との関連に関する総合的分析

本研究では、介護保険施設等に入所する高齢者を対象として、口腔健康管理の実態およびその健康転帰との関連を明らかにすることを目的に、全国の施設データを用いた6つの分析を実施した。各分析は、施設における口腔健康評価の妥当性、口腔状態と身体・認知機能との関連、食事観察による低栄養リスクの把握、口腔健康と生活の質との関係、歯科専門職による介入の継続性と肺炎発症との関連、ならびに歯科訪問診療の継続と摂食嚥下機能の維持との関連について検討したものである。これらの結果は、介護施設における口腔健康管理の重要性と、その継続的な実施体制の必要性を示すものであった。

まず、施設職員と歯科医師による口腔健康状態評価の一致性の検討では、開口やむせ、ぶくぶくうがい、食物のため込みなどの機能的項目においては比較的高い一致率が認められた一方、歯の汚れや舌の汚れ、歯肉の腫れ・出血といった口腔内の炎症や清掃状態の評価では一致率が低い傾向がみられた(表1)。この結果は、施設職員による日常的観察が一定程度有用である一方、口腔内の詳細な評価については歯科専門職の関与が不可欠であることを示唆している。

表1 施設種別ごとの口腔の健康状態の評価の一致率

	介護保険施設 (n = 890)		特定施設 (n = 74)	
	一致率 (%)	$\kappa$	一致率 (%)	$\kappa$
開口	89.6	0.34	97.3	-0.01
歯の汚れ	67.3	0.34	68.9	0.34
舌の汚れ	53.6	0.10	58.1	0.11
歯肉の腫れ、出血	63.0	0.13	62.2	0.01
左右両方の奥歯で しっかりかみしめら れる	77.1	0.53	48.6	0.01
むせ	81.5	0.57	95.9	0.80
ぶくぶくうがい	86.6	0.69	91.9	0.66
食物のため込み、 残留	84.5	0.52	87.8	0.54

一致率(%)および Cohen のカッパ係数( $\kappa$ )を示す。

一部項目では $\kappa$ 係数が低値または負の値を示した。これは評価分布の偏りによる影響と考えられる。

次に、要介護高齢者の ADL および認知機能と口腔内環境との関連を検討した分析では、有歯顎者において身体機能の低下および認知機能の低下が口腔環境の悪化と有意に関連していた。一方、無歯顎者では認知機能の低下と口腔環境評価との関連の方向性が異なる結果が示され、歯の存在が口腔衛生管理の複雑性に影響する可能性が示唆された。高齢者において残存歯数が増加している現状を踏まえると、今後は身体機能・認知機能の低下に応じた口腔管理体制の整備がより重要になると考えられる。

食事介助を要する高齢者を対象とした分析では、食事観察項目のうち「食事時間の延長」が意図しない体重減少と有意に関連していた。これは、食事場面での観察が低栄養リスクの早期発見につながる可能性を示しており、日常ケアの中で実施される食事観察が重要なスクリーニング手段となり得ることを示唆する結果であった(表2)。

表2 食事観察項目と意図しない体重減少の関連について単変量と多変量ロジスティック回帰分析

非調整モデル	OR	95.0%信頼区間		P-value
		下限	上限	
食事時のむせ	1.897	0.937	3.843	0.075
飲水時のむせ	1.687	0.832	3.421	0.147
のどの痰感	1.810	0.926	3.538	0.083
<b>食事時間の延長</b>	<b>2.787</b>	<b>1.358</b>	<b>5.721</b>	<b>0.005</b>
食べこぼし	1.810	0.924	3.543	0.084
口腔内の残留	1.725	0.888	3.352	0.108
嗄声	1.108	0.446	2.757	0.825
調整モデル				
食事時のむせ	1.842	0.806	4.208	0.147
飲水時のむせ	1.624	0.719	3.671	0.244
のどの痰感	1.676	0.787	3.570	0.180
<b>食事時間の延長</b>	<b>2.457</b>	<b>1.093</b>	<b>5.525</b>	<b>0.030</b>
食べこぼし	1.736	0.820	3.676	0.149
口腔内の残留	1.800	0.861	3.765	0.118
嗄声	0.855	0.309	2.365	0.763

(目的変数:意図しない体重減少)

(調整変数:年齢(歳)、性別、調査時点の体重(kg)、Barthel Index、CDR-SB、チャールソン併存疾患指数、機能歯数(本)、エネルギー摂取量(kcal/日))

また、施設入所高齢者 940 名を対象とした分析では、口腔健康状態の悪化が健康関連 QOL の陽性側面と有意に関連していた。すなわち、口腔状態が良好であるほど生活の満足感や前向きな感情などの QOL の側面が高い傾向が示され、口腔健康管理が高齢者の生活の質の維持にも寄与する可能性が示唆された。

さらに、歯科衛生士による口腔衛生管理サービスの中断と肺炎発症との関連を検討した追跡研究では、サービスの中断が肺炎発症と有意に関連しており、そのオッズ比は 5.59 であった(表3)。この結果は、歯科衛生士による専門的口腔衛生管理が肺炎予防に寄与している可能性を示す重要な知見であり、感染症流行時などにおいてもサービス提供を継続できる体制の必要性を示している。

**表3 肺炎の発症を目的変数とした二項ロジスティック回帰分析の結果**

	OR	95% 信頼区間		P-value
		下限	上限	
年齢	0.98	0.92	1.04	0.462
性別(女性)	0.27	0.11	0.68	0.005
BMI	0.94	0.81	1.08	0.372
Barthal Index	0.99	0.96	1.01	0.325
CDR				
No = 0	Reference			
Suspected = 0.5	0.00	0.00	.	0.999
Mild = 1	0.56	0.06	5.08	0.603
Moderate = 2	0.25	0.03	2.19	0.208
Severe = 3	0.47	0.12	1.91	0.290
現在歯数	1.01	0.95	1.07	0.781
肺炎の既往(あり)	1.57	0.54	4.57	0.405
口腔衛生管理加算の中断	5.59	2.23	14.01	<.001

独立変数: 年齢, 性別, BMI: body mass index, Barthal Index, CDR: Clinical Dementia Rating, 現在歯数, 肺炎既往あり, 口腔衛生管理加算の中断

同様に、歯科訪問診療の中断と食形態の低下との関連を検討した追跡研究では、訪問診療の中断が食形態の低下と有意に関連しており、そのオッズ比は 7.53 と高い値を示した(表 4)。これは歯科医療の継続的介入が摂食嚥下機能の維持に寄与している可能性を示唆しており、施設入所高齢者に対する歯科訪問診療の継続的提供の重要性を示す結果であった。

表4 食形態の低下を目的変数とした二項ロジスティック回帰分析の結果

	OR	95% 信頼区間		有意確率
		下限	上限	
年齢	1.00	0.96	1.03	0.78
性別	1.57	0.76	3.25	0.224
BMI	1.02	0.95	1.09	0.66
Barthal Index	0.97	0.95	0.98	<.001
CDR				
No = 0	Reference			
Suspected = 0.5	0.53	0.10	2.79	0.455
Mild = 1	0.47	0.11	1.94	0.293
Moderate = 2	0.61	0.17	2.27	0.461
Severe = 3	0.64	0.17	2.43	0.515
現在歯数	0.98	0.95	1.01	0.203
義歯の使用(あり)	0.95	0.55	1.64	0.856
口腔衛生管理加算実施(あり)	0.25	0.14	0.45	<.001
歯科訪問診療の中断(長期)	7.53	3.54	16.0	<.001
既往歴				
肺炎(あり)	0.37	0.14	0.96	0.042
脳血管障害(あり)	0.86	0.50	1.47	0.577
循環器疾患(あり)	0.74	0.43	1.26	0.262
神経疾患(あり)	0.81	0.14	4.69	0.818

独立変数:年齢, 性別, BMI, Barthal Index スコア, CDR 判定, 現在歯数, 義歯の使用の有無, 口腔衛生管理加算実施有無, 歯科訪問診療の中断, 肺炎既往, 脳血管障害既往, 循環器疾患既往, 神経疾患既往

以上の 6 つの分析結果から、介護保険施設等における口腔健康管理は、単なる口腔衛生の維持にとどまらず、栄養状態、摂食嚥下機能、肺炎予防、さらには生活の質の維持にまで関係する重要な要素であることが明らかとなった。今後は、施設職員による日常的観察と歯科専門職による専門的評価・介入を組み合わせた多職種連携体制を強化するとともに、歯科

訪問診療や口腔衛生管理サービスを継続的に提供できる制度的支援の充実が求められる。これにより、施設入所高齢者の健康維持および生活の質の向上に寄与することが期待される。

## 2. 調査研究組織

本事業における調査の設計及び分析、結果のとりまとめ等に関する検討を行うため、歯科専門職、医師、管理栄養士、リハビリテーション専門職、介護支援専門員、介護職員等の有識者28名から構成される検討委員会を設置し、それぞれが所属する各職能団体とも連携協議した。

### 介護保険施設等における協力歯科医療機関 及び口腔衛生の管理に係る調査研究事業

#### 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 平野 浩彦

#### 事業担当者

水谷 慎介 九州大学大学院歯学研究院附属OBT研究センター 准教授  
秋野 憲一 札幌市保健福祉局ウェルネス推進部  
伊藤 加代子 新潟大学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  
岩佐 康行 原土井病院 副院長、歯科部長、摂食・栄養支援部長  
岩崎 正則 北海道大学大学院歯学研究院予防歯科学教室 教授  
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  
岡田 芳幸 広島大学病院障害者歯科 教授  
小原 由紀 宮城高等歯科衛生士学院 教務主任  
加賀谷 斉 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター  
副院長、リハビリテーション科部長  
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  
釘宮 嘉浩 国立長寿医療研究センター歯科口腔外科部 歯科口腔外科医師  
小玉 剛 社会歯科学会 理事長  
齋藤 薫 れいんぼう川崎診療所 所長  
佐藤 美寿々 北海道大学大学院歯学研究院予防歯科学教室 助教  
菅野 亜紀 東京歯科大学短期大学歯科衛生学科 教授  
鷺見 よしみ 医療法人聖人会 理事、施設長  
田中 志子 医療法人大誠会 理事長  
恒石 美登里 日本歯科医師会 日本歯科総合研究機構 主任研究員  
野村 圭介 日本歯科医師会 常務理事

増田 絵美奈	日本歯科医師会 日本歯科総合研究機構 研究員
三浦 和仁	北海道大学大学院歯学研究院高齢者歯科学教室 助教(幹事兼任)
本川 佳子	東京都健康長寿医療センター研究所 研究員
吉田 光由	藤田医科大学医学部歯科・口腔外科学講座 教授
渡邊 賢礼	昭和医科大学歯学部口腔衛生学講座 准教授
渡邊 裕	北海道大学大学院歯学研究院高齢者歯科学教室 教授
渡部 芳彦	東北福祉大学健康科学部 教授
渡邊 理沙	公益社団法人 日本歯科衛生士会 理事

(50音順)

### 経理担当者

榎本 稔	一般財団法人 口腔保健協会
吉本 佳代	一般財団法人 口腔保健協会

### 総務担当者

澤辺 友宏	一般財団法人 口腔保健協会
-------	---------------

### 研究協力者

稲本 香織	北海道大学大学院歯学研究院高齢者歯科学教室 医員
阿部 美也子	北海道大学大学院歯学研究院高齢者歯科学教室 大学院生
早瀬 正生	北海道大学大学院歯学研究院高齢者歯科学教室 大学院生
藤井 望加	北海道大学大学院歯学研究院高齢者歯科学教室 大学院生
大田 真梨子	北海道大学大学院歯学研究院高齢者歯科学教室 大学院生
齋藤 光紀	北海道大学病院予防歯科 研修歯科医
中村 由紀	新潟大学大学院医歯学総合研究科小児歯科学分野 准教授
葭原 明弘	新潟大学医歯学総合研究科 口腔保健学分野 教授
宮本 茜	新潟大学医歯学総合研究科 口腔保健学分野研究員
鰐原 賀子	日本歯科大学口腔リハビリテーション科 助教
中川 量晴	東京科学大学大学院医歯学総合研究科 摂食嚥下リハビリテーション学分野 准教授
吉見 佳那子	東京科学大学大学院医歯学総合研究科 摂食嚥下リハビリテーション学分野 助教
貴島 真佐子	大阪歯科大学医療保健学部 講師
藤原 晶子	九州大学大学院歯学府高齢者歯科学・全身管理歯科学分野 大学院生
久岡 白石	九州大学大学院歯学府高齢者歯科学・全身管理歯科学分野 大学院生
松添 さおり	九州大学病院高齢者歯科・全身管理歯科 医員

## 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

社会福祉法人 台東区社会福祉事業団 特別養護老人ホーム 谷中

社会福祉法人 台東区社会福祉事業団 特別養護老人ホーム 竜泉

社会福祉法人 フレスコ会 特別養護老人ホーム 浅草

社会福祉法人 ふくしをデザイン 特別養護老人ホーム なごみの里

社会福祉法人 ふくしをデザイン 特別養護老人ホーム つくしの里

社会医療法人 原土井病院 みどりの介護医療院

医療法人社団 東北福祉会 介護老人保健施設 せんだんの丘

社会福祉法人 西春日井福祉会 特別養護老人ホーム 五条の里

社会福祉法人 西春日井福祉会 特別養護老人ホーム ペガサス春日

社会福祉法人 西春日井福祉会 特別養護老人ホーム かもだの里

社会福祉法人 西春日井福祉会 特別養護老人ホーム 平安の里

社会福祉法人 西春日井福祉会 特別養護老人ホーム 清洲の里

社会福祉法人 西春日井福祉会 特別養護老人ホーム あいせの里

医療法人 悠明会 介護老人保健施設 ウエルケア悠

社会医療法人 若弘会 介護老人保健施設 竜間之郷

医療法人 敬英会 介護老人保健施設 つるまち

医療法人 敬英会 介護老人保健施設 さくらがわ

社会福祉法人 仁成福祉協会 特別養護老人ホーム 関屋おもと園

社会福祉法人 こうほうえん 特別養護老人ホーム 新さかい幸朋苑

社会福祉法人 こうほうえん 介護老人福祉施設 さかい幸朋苑

社会福祉法人 こうほうえん 介護老人保健施設 さかい幸朋苑

医療法人 英生会 介護老人保健施設 老健のっぼろ

ケアユー株式会社 オーベル筑紫丘

ケアユー株式会社 オーベル諸岡

ケアユー株式会社 オーベル野多目

メディカル・ケア・サービス株式会社 ファミニューすみだ文花

メディカル・ケア・サービス株式会社 ファミニュー石神井

メディカル・ケア・サービス株式会社 アンサンプル浦和

メディカル・ケア・サービス株式会社 アンサンプル大宮日進

社会福祉法人 西春日井福祉会 尾張中部福祉の杜  
川崎市社会福祉事業団 れいんぼう川崎  
社会福祉法人 長岡福祉協会 コロニーにいがた白岩の里  
社会福祉法人 光清学園 光清学園成人部  
社会福祉法人 わたつみ会 わたつみの里

(順不同)

### 3. 検討の経過

検討委員会では、期間中に計20回の会議を開催し、本事業における調査の設計および結果の取りまとめ、報告書作成等について検討を行った。各回における検討事項等の概要は下表のとおりである。

回数	開催日	検討事項
第1回	令和7年6月14日	今年度の事業全体の流れに関する検討(コアメンバー)
第2回	令和7年7月10日	郵送調査の調査項目に関する検討(コアメンバー)
第3回	令和7年7月25日	郵送調査の調査項目に関する検討(作業委員会)
第4回	令和7年8月14日	実測調査の調査項目に関する検討(コアメンバー)
第5回	令和7年8月21日	実測調査の調査項目に関する検討(コアメンバー)
第6回	令和7年9月3日	第1回検討委員会の開催(web開催)
第7回	令和7年9月4日	郵送調査・実測調査の調査項目に関する検討(委員回覧)
第8回	令和7年9月24日	マニュアル作成についての検討(コアメンバー)
第9回	令和7年10月6日	実測調査の実施に関するメール会議(作業委員会)
第10回	令和7年10月14日	マニュアル作成についての検討(コアメンバー)
第11回	令和7年11月4日	実測調査の実施に関する検討(コアメンバー)
第12回	令和7年11月25日	郵送調査の解析結果に関する検討(コアメンバー)
第13回	令和7年12月14日	実測調査の実施に関する検討(コアメンバー)
第14回	令和7年12月25日	郵送調査の調査結果に関する検討(委員回覧)
第15回	令和8年2月3日	マニュアル作成についての検討(委員回覧)
第16回	令和8年2月19日	実測調査の解析結果に関する検討(コアメンバー)
第17回	令和8年2月25日	第2回検討回委員会の開催(web開催)
第18回	令和8年3月5日	マニュアル作成に関する検討(コアメンバー)
第19回	令和8年3月13日	報告書作成についての検討(コアメンバー)
第20回	令和8年3月16日	報告書・マニュアル作成に関する検討(委員回覧)

## 第Ⅱ章

### 協力歯科医療機関及び口腔衛生の管理に関する郵送調査

1. 介護保険施設における口腔衛生管理体制および歯科連携の実態に関する  
郵送調査
2. 施設入所支援における口腔衛生管理および歯科連携の実態に関する郵送  
調査
3. 歯科医療機関における口腔衛生管理体制への協力状況と地域連携の実態  
に関する郵送調査

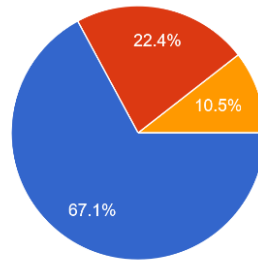
## 1. 介護保険施設における口腔衛生管理体制および歯科連携の実態に関する郵送調査

「介護サービス情報の公表システムデータ」(2024年12月末時点)に掲載されている全国の介護保険施設を対象とし、都道府県別、かつ施設種別ごとに10%を抽出した。計1,596件に調査案内を発送し、回答はWeb方式により収集した。その結果、151件から回答を得た。回収率は9.5%であった。

# I. 介護保険施設の概要について

## 1. 施設サービス

項目	回答数	割合
介護老人福祉施設	102 件	67.1%
介護老人保健施設	33 件	22.4%
介護医療院	16 件	10.5%



- 1.介護老人福祉施設
- 2.介護老人保健施設
- 3.介護医療院

### ①-1「介護老人福祉施設」の類型(n=85)

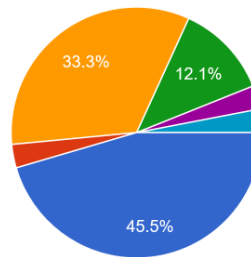
項目	回答数	割合
医療機関併設型	9 件	10.6%
医療機関併設型以外	76 件	89.4%

### ①-2「介護老人福祉施設」の提供サービス(n=90)

項目	回答数	割合
介護老人福祉施設	64 件	71.1%
地域密着型介護老人福祉施設	26 件	28.9%

### ②「介護老人保健施設」の類型(n=32)

項目	回答数	割合
超強化型	14 件	45.5%
在宅強化型	1 件	3.0%
加算型	11 件	33.3%
基本型	4 件	12.1%
療養型	1 件	3.1%
その他型	1 件	3.0%



- 1.超強化型
- 2.在宅強化型
- 3.加算型
- 4.基本型
- 5.療養型
- 6.その他型

### ③「介護医療院」の類型(n=16)

項目	回答数	割合
I 型(介護療養病床相当サービス)	10 件	62.5%
II 型(老健相当以上のサービス)	6 件	37.5%

## 2. 所在地

### ①都道府県

項目	回答数	項目	回答数	項目	回答数
北海道	8 件	福井	2 件	山口	2 件
青森	2 件	山梨	2 件	徳島	0 件
岩手	4 件	長野	5 件	香川	1 件
宮城	1 件	岐阜	2 件	愛媛	3 件
秋田	1 件	静岡	5 件	高知	4 件
山形	2 件	愛知	3 件	福岡	7 件
福島	3 件	三重	6 件	佐賀	0 件
茨城	3 件	滋賀	3 件	長崎	3 件
栃木	3 件	京都	2 件	熊本	3 件
群馬	2 件	大阪	4 件	大分	1 件
埼玉	2 件	兵庫	7 件	宮崎	2 件
千葉	6 件	奈良	1 件	鹿児島	2 件
東京	7 件	和歌山	4 件	沖縄	0 件
神奈川	5 件	鳥取	1 件		
新潟	6 件	島根	4 件		
富山	2 件	岡山	2 件		
石川	3 件	広島	8 件		

## 3. 事業所設置年(西暦)

項目	回答数
2020 年以降	21 件
2019～2010 年	41 件
2009～2000 年	28 件
1999～1990 年	35 件
1989～1980 年	14 件
1980 年以前	10 件

#### 4. 開設主体

項目	回答数
地方公共団体	4 件
社会福祉協議会	5 件
社会福祉法人	99 件
医療法人	35 件
社団・財団法人	2 件
協同組合および連合会	1 件
営利法人	0
特定非営利活動法人	0
株式会社	0

##### 【その他】

一般財団法人、医師会、一般社団法人、社会医療法人、事務組合、医療法人社団

#### 5. 併設している施設

項目	回答数
病院	4 件
診療所	5 件
介護老人保健施設	99 件
介護老人福祉施設	35 件
有料老人ホーム	2 件
デイケア	1 件
デイサービス	0
ショートステイ	0

##### 【その他】

ケアハウス、養護老人ホーム、看護小規模多機能型居宅介護、グループホーム、介護医療院、軽費老人ホーム、訪問介護事業所

## Ⅱ. 利用者数、職員等について(令和7年9月現在)

### 1. 施設について

①定員／②入所者数(n=148)

③平均稼働率 (n=145)

	定員	入所者数	稼働率
1~20人	5件	6件	1~50%
21~50人	61件	64件	50~80%
51~80人	39件	38件	80~90%
81~100人	25件	21件	90~95%
101人以上	17件	18件	95~100%

### 2. 利用者の人数(n=143)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1~5人	28件	47件	24件	5件	8件
6~10人	15件	11件	29件	17件	32件
11~20人	7件	19件	52件	47件	57件
21~30人	2件	4件	18件	36件	26件
31人以上	1件	3件	16件	37件	17件

### 3. 職員について(受託業者等の職員は除く)

①職員数(n=138)

	常勤	非常勤
1~10人	2件	70件
11~20人	28件	38件
21~30人	36件	11件
31~50人	39件	13件
50人以上	32件	2件

②職員の内訳

	医師		歯科医師		薬剤師		保健師	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
0人	74件	34件	111件	95件	98件	86件	113件	112件
1人	25件	76件	0件	22件	11件	24件	1件	1件
2人	8件	14件	0件	2件	4件	4件	0件	0件
3~5人	6件	7件	2件	0件	3件	1件	0件	0件
6~9人	3件	0件	0件	0件	0件	0件	0件	0件
10人以上	0件	4件	0件	0件	0件	0件	0件	0件

]

	看護師		准看護師		栄養管理士		栄養士(栄養管理士除く)	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
0人	8件	45件	38件	69件	10件	102件	97件	111件
1人	34件	38件	35件	31件	85件	12件	19件	2件
2人	24件	19件	19件	13件	31件	3件	2件	0件
3~5人	46件	20件	31件	7件	8件	0件	0件	0件
6~9人	17件	2件	4件	1件	1件	0件	0件	0件
10人以上	10件	5件	1件	0件	0件	0件	0件	0件

	歯科衛生士		言語聴覚士		理学療法士		作業療法士	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
0人	99件	96件	89件	106件	61件	96件	71件	103件
1人	12件	19件	19件	4件	24件	14件	20件	6件
2人	2件	0件	4件	2件	11件	1件	13件	1件
3~5人	1件	2件	2件	0件	19件	0件	11件	2件
6~9人	1件	0件	0件	0件	4件	0件	3件	0件
10人以上	0件	0件	0件	0件	0件	0件	0件	1件

	看護職員		介護支援専門員	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤
0人	2件	8件	3件	102件
1人	0件	12件	85件	9件
2人	0件	16件	27件	4件
3~5人	3件	31件	24件	0件
6~9人	11件	38件	1件	0件
10人以上	122件	33件	1件	0件

4. 貴施設の入所者の歯や口のことに関して、問題があると考えられる方は、現在、どの程度いますか(複数回答可)。

むし歯がありそうな人がいる								
	全体		介護老人福祉施設		介護老人保健施設		介護医療院	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0-20%未満	82	61.7	57	63.3	15	55.6	10	62.5
20-40%未満	28	21.1	17	18.9	6	22.2	5	31.3
40-60%未満	14	10.5	10	11.1	3	11.1	1	6.3
60-80%未満	7	5.3	4	4.4	3	11.1	0	0
80%以上	2	1.5	2	2.2	0	0	0	0
無回答	18		12		6		0	

歯が痛そうながいる								
	全体		介護老人福祉施設		介護老人保健施設		介護医療院	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0-20%未満	127	94.8	87	95.6	24	88.9	16	100.0
20-40%未満	4	3.0	2	2.2	2	7.4	0	0.0
40-60%未満	3	2.2	2	2.2	1	3.7	0	0.0
60-80%未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
80%以上	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
無回答	17		11		6		0	

歯が抜けたまま、欠けたままの人がいる								
	全体		介護老人福祉施設		介護老人保健施設		介護医療院	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0-20%未満	64	48.1	41	45.6	13	48.1	10	62.5
20-40%未満	32	24.1	21	23.3	8	29.6	3	18.8
40-60%未満	23	17.3	16	17.8	5	18.5	2	12.5
60-80%未満	3	2.3	2	2.2	1	3.7	0	0.0
80%以上	11	8.3	10	11.1	0	0.0	1	6.3
無回答	18		12		6		0	

歯ぐきをはれている、歯磨きで出血する人がいる								
	全体		介護老人福祉施設		介護老人保健施設		介護医療院	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0-20%未満	98	73.7	68	75.6	18	66.7	12	75.0
20-40%未満	25	18.8	17	18.9	6	22.2	2	12.5
40-60%未満	5	3.8	3	3.3	1	3.7	1	6.3
60-80%未満	3	2.3	1	1.1	1	3.7	1	6.3
80%以上	2	1.5	1	1.1	1	3.7	0	0.0
無回答	18		12		6		0	

食事の際にむせる人がいる								
	全体		介護老人福祉施設		介護老人保健施設		介護医療院	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0-20%未満	82	61.7	50	55.6	20	74.1	12	75.0
20-40%未満	38	28.6	29	32.2	7	25.9	2	12.5
40-60%未満	8	6.0	7	7.8	0	0.0	1	6.3
60-80%未満	5	3.8	4	4.4	0	0.0	1	6.3
80%以上	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
無回答	18		12		6			

食事の際に飲み込みにくそうな人がいる								
	全体		介護老人福祉施設		介護老人保健施設		介護医療院	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0-20%未満	106	79.7	68	75.6	23	85.2	15	93.8
20-40%未満	18	13.5	16	17.8	2	7.4	0	0.0
40-60%未満	6	4.5	3	3.3	2	7.4	1	6.3
60-80%未満	3	2.3	3	3.3	0	0.0	0	0.0
80%以上	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
無回答	18		12		6			

口臭が強い人がいる								
	全体		介護老人福祉施設		介護老人保健施設		介護医療院	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0-20%未満	97	72.9	62	68.9	22	81.5	13	81.3
20-40%未満	23	17.3	19	21.1	3	11.1	1	6.3
40-60%未満	6	4.5	3	3.3	1	3.7	2	12.5
60-80%未満	6	4.5	6	6.7	0	0.0	0	0
80%以上	1	0.8	0	0.0	1	3.7	0	0
無回答	18		12		6			

### 施設職員による口腔の問題の認識について

介護保険施設等における入所者の口腔に関する問題の程度について、職員による7項目の観点から把握した。その結果、多くの項目で「0～20%未満」と回答した施設が最も多く、口腔に関する問題を有する入所者は比較的少数であると認識されている傾向が示された。一方で、施設種別によって一定の差異も認められた。

「むし歯がありそうな人がいる」では、いずれの施設でも「0～20%未満」が最多であったが、介護医療院では「20～40%未満」が31.3%とやや高く、他施設よりもう蝕の疑いがある入所者が多い可能性が示唆された。「歯が痛そうな人がいる」は全体の94.8%が「0～20%未満」であり、施設種別による大きな差はみられなかった。

「歯ぐきが腫れている、歯磨きで出血する人がいる」については、介護老人保健施設で「60%以上」と回答した割合がやや高く、歯周症状が比較的多い施設が存在する可能性が示された。また、「歯が抜けたまま、欠けたままの人がいる」では、介護老人福祉施設で「80%以上」と回答した割合が11.1%と他施設より高く、未治療の欠損歯が多い入所者が一定数存在する可能性が示唆された。

嚥下機能に関連する項目では、「食事の際にむせる人がいる」は介護老人保健施設(74.1%)および介護医療院(75.0%)で「0～20%未満」の割合が高く、比較的問題が少ないと認識されていた。一方、「食事の際に飲み込みにくそうな人がいる」では介護医療院で「0～20%未満」が93.8%と特に高く、他施設と比べて嚥下困難の認識が少ない傾向がみられた。

さらに「口臭が強い人がいる」は、介護老人保健施設および介護医療院で「0～20%未満」が80%以上と高く、介護老人福祉施設(68.9%)よりも低頻度と認識されていた。

以上より、全体として口腔問題を有する入所者の割合は2割未満と認識される項目が多いものの、う蝕疑い、歯周症状、欠損歯などでは施設種別による一定の違いがみられ、施設の機能や入所者の特性に応じた口腔健康管理体制の整備が重要であると考えられた。

### Ⅲ. 口腔衛生管理の体制および各種加算サービスについて

1. 貴施設の令和7年9月時点で直近の口腔衛生管理体制の目標を教えてください。(複数回答可)(n=144)

項目	回答数
歯科訪問診療施設職員によるスクリーニング	50 件
施設職員に対する研修会の開催	76 件
口腔清掃の方法・内容等の見直し	85 件
歯科専門職によるスクリーニング、管理等	68 件
歯科専門職による食事環境、食形態等の確認	35 件
口腔清掃の用具の整備	57 件
現在の取組の継続	32 件

#### 【その他】

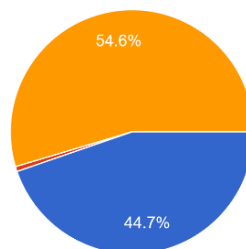
- ・ 状況によって器具を使い分け傷つけない
- ・ 歯科治療が必要な方への早期対応
- ・ 誤嚥性肺炎予防のための口腔内衛生の強化、口腔内細菌数の減少
- ・ 歯科専門職による定期的な口腔清掃
- ・ 定期的な口腔ケア用品の見直し、口腔ケア・歯磨き指導の実施
- ・ 利用者の口腔状態に応じたケアプランの作成と実施
- ・ 言語聴覚士、医師、看護師との連携

#### ①「現在の取組」の具体的内容を教えてください

- ・ 外部から月に 2 回歯科衛生士による口腔衛生管理を行ってもらっており、歯科医師とも連携しているので、継続していきたい。
- ・ 定期的な協力歯科医院の往診
- ・ OHAT の継続、歯科衛生士の口腔清掃、指導と助言、口腔ケア計画の更新
- ・ 食後 3 回の口腔ケア、安全なケア
- ・ 訪問歯科往診の継続 連携により口腔ケアの方法を職員に周知
- ・ 利用者の口腔状態に応じたケアプランの作成と実施
- ・ 痛くない口腔ケア
- ・ 開口が難しい方の口腔内への歯ブラシの入れ方、ムース食等舌苔が付きやすい方の舌ブラシの使用、口腔の清拭の方法
- ・ 口腔機能維持のためお口のストレッチ
- ・ 月 1 回のアセスメント、年 2 回の研修
- ・ いつでも歯科衛生士に質問できる関係性

2. 直近1年間において、口腔衛生管理体制の目標や取り組みに変化はありましたか。(n=151)

項目	回答数	割合
取り組み内容が増えた	67件	44.7%
取り組み内容が減った	1件	0.7%
1年前と変化はない	83件	54.6%



- 1. 取り組み内容が増えた
- 2. 取り組み内容が減った
- 3. 1年前と変化はない

①-1 増えたことの内容

- ・ OHAT 評価、口腔ケア計画
- ・ 口腔内の状態観察と把握、口腔の情報共有
- ・ 口腔ケアを実施する時間、口腔ケア用品を見直した
- ・ 書類による口腔状態の管理
- ・ 口腔状態の確認・歯の状態の確認
- ・ 歯科医による研修の機会が増えた、職員によるスクリーニングが増えた
- ・ 全利用者の口腔の健康状況の評価を月1回以上行う
- ・ 勉強会や研修への参加
- ・ 入所時の口腔状態の評価
- ・ 訪問歯科の往診回数
- ・ 科学的介護のフィードバックで口腔状態の評価、食事形態の見直し
- ・ 口腔ケア管理及び計画の充実を図る
- ・ 嚥下状態を見ていただく
- ・ 義歯管理
- ・ 歯科への治療依頼が増加

①-2 増えた理由

- ・ 令和6年度の介護報酬改定の影響、法定上必須となったから
- ・ 嚥下・咀嚼の評価を行うため
- ・ 歯科への治療依頼が増加したため
- ・ 個別ケア対応のため
- ・ 言語聴覚士、歯科衛生士が勤務開始したため
- ・ 歯科医師、歯科衛生士が月2回来てくれるようになったため
- ・ 口腔内環境をさらに良くするため
- ・ 口腔衛生維持加算への取り組みを意識して
- ・ 月1回のスクリーニングが基本サービスとなったため
- ・ ご利用者の定期的なチェックを行っており、本人に合ったケアを行うため。
- ・ 介護職員の意識の変化
- ・ カンファレンス等で出入りが増えたため

- ・ 入所者の増加に伴い治療の必要な方が増えた
- ・ 感染症対策委員会等への情報提供

①-3 増えた結果、施設における影響

- ・ 誤嚥性肺炎の減少
- ・ 利用者の口腔衛生状態の改善、職員の意識向上
- ・ 職員へ口腔ケアの意識づけと手技の確認ができるようになった
- ・ 衛生面の向上、痛みや口臭の減少
- ・ 歯科との連携がとれるようになった、気軽に相談できるようになった
- ・ 話をしやすくなったため質問が増えたり、こちらからの指示も入りやすい
- ・ 職員が課題と思う助言を専門職から受けられるようになった
- ・ ご利用者の口腔状態について職員が把握しやすくなった
- ・ 全体量で統一していくための一助となった
- ・ 清掃用具の統一により、管理しやすくなった
- ・ 歯科との連携段取りを含め事務的な仕事が増えた、書類の増加
- ・ 研修費用等の増加

②-1 減ったことの内容:(回答なし)

②-2 減った理由

- ・ 介護職員のスキルアップ

②-3 減った結果、施設における影響:(回答なし)

③-1 変化がなかった理由

- ・ 以前から取り組んでいた、継続的に対応できているため
- ・ 以前から、食後3回の口腔ケアは習慣化されていた
- ・ 特養にて高齢の方が多く、自分の歯がない方が特別多い。口腔衛生管理体制加算があった頃から取り組んでいる為、個々での対応は継続して出来ている。
- ・ 開設当初より訪問歯科の介入をお願いしており診療の都度相談し対応している、協力歯科医院がある
- ・ 現在の取り組みが適正であるため
- ・ 定期的に検討を加えて改善の必要性を検討している
- ・ これ以上の時間の確保が難しい、スタッフ不足
- ・ コロナウイルスにより研修会などができないことが多かったため
- ・ 利用者の入れ替えにより向上が見られなかった、あまり変化がないように感じた
- ・ 助言や指導の頻度が少ないため
- ・ 口腔加算をとっていない

### **直近1年間において、口腔衛生管理体制の目標や取り組みに変化について**

直近1年間における口腔衛生管理体制の変化について、「取り組む内容が増えた」と回答した施設は67施設(44.7%)、「変化なし」は83施設(54.6%)、「減った」は1施設(0.7%)であった。すなわち、約半数の施設で取り組みの拡充が認められ、減少はほとんどみられなかった。

増加の理由として最も多かったのは、令和6年度介護報酬改定・制度化の影響、月1回の評価、口腔管理体制加算等への対応、歯科専門職の関与増加、個別ケア・嚥下評価の必要性、職員の意識向上であり、制度改定と専門職関与が取り組み強化の主要因であった一方、「減った」と回答した施設の理由は「介護職員のスキルアップ」であり、取り組みの質の低下といったマイナス要因ではなかった。

また、「変化なし」と回答した施設では、以前から口腔管理に継続的に取り組んでいる、訪問歯科との連携体制が既に確立している、口腔ケアが日常業務として定着している、といった理由が多く、すでに一定水準の管理体制が構築されている施設が多いことが示唆された。

一方で、人員不足・時間確保困難、研修機会不足、助言・指導頻度の少なさ、など、体制整備の制約要因も確認された。

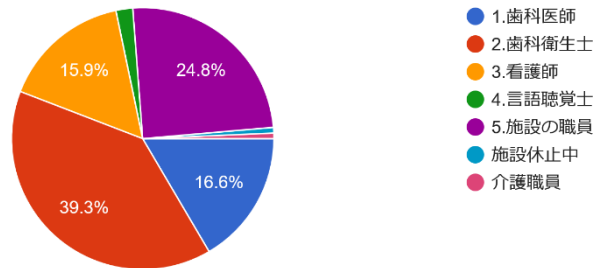
3. 直近での口腔の健康状態の評価はどなたが担当されていますか。(複数回答可)(n=145)

項目	回答数
歯科医師	82 件
歯科衛生士	92 件
看護師	50 件
言語聴覚士	14 件
施設の職員	64 件

【その他】介護職員、管理栄養士、介護士、歯科衛生士、施設休止中

①上記のうち最も担当することが多い職種を1つ選択

項目	回答数	割合
歯科医師	24 件	16.6%
歯科衛生士	57 件	39.3%
看護師	23 件	15.9%
言語聴覚士	3 件	2.1%
施設の職員	36 件	24.8%
施設休止中	1 件	0.7%
介護職員	1 件	0.7%



②この1年の間において、施設入所時及び入所後月に1回程度の口腔の健康状態の評価を実施したことによる変化について、該当するものを選んでください。(複数回答可)(n=151)

項目	回答数	割合
施設職員の口腔の状態評価についての理解が深くなった。	84 件	55.6%
利用者の口腔の状態が改善した。	67 件	44.3%
歯科医師等へ相談する機会が増えた。	67 件	44.3%
歯科訪問診療の回数が増えた。	28 件	18.5%
口腔衛生管理加算の算定が増えた。	12 件	7.9%
歯科医師を雇用した。	0 件	0.0%
歯科衛生士を雇用した。	3 件	2.0%

【その他】この体制になる前から実施していたので変更なし、特に変わっていない

③この1年の間において、施設職員が口腔の健康状態の評価を行うようになったことで、新たに歯科受診へつながったケースはありましたか。

項目	回答数	割合
歯科受診につながったケースはなかった	63 件	41.4%
歯科受診につながったケースがあった	89 件	58.6%

④つながった件数(n=88)

項目	回答数
1～5 人	39 件
6～10 人	14 件
10～20 人	8 件
20～50 人	5 件
50 人以上	2 件
回答なし	20 件

⑤具体的な事例を記載ください

- ・ 義歯の欠損や不具合、劣化が見つかった(同内容 34 名)
- ・ 入れ歯がひび割れているのに気づいた、入れ歯が歯茎に合っていないのに気づいた
- ・ 食事を食べる際に食事が口からこぼれることが多くなったので、よく観察すると義歯がぐらぐらしていた
- ・ 歯茎の腫れの発見
- ・ 口腔内の傷や粘膜の損傷があり、そのまま受診に繋がった
- ・ 虫歯や動揺歯の発見
- ・ 嚥下・咀嚼機能の低下による VE の実施、胃瘻造設
- ・ 口内炎だと思ったものが口腔がんであった
- ・ FMC 脱離部の残根が引っかかるため、往診にて残根削除していただいた
- ・ 口臭改善・セルフケアの推進をするようになった

**施設入所時および入所後月 1 回程度の口腔の健康状態の評価を実施したことによる変化について**

この 1 年間に、施設入所時および入所後月 1 回程度の口腔の健康状態の評価を実施したことによる変化として、最も多かったのは「施設職員の口腔状態評価への理解が深まった」(84 件)であった。次いで、「利用者の口腔状態が改善した」(67 件)、「歯科医師等へ相談する機会が増えた」(67 件)が挙げられ、評価の定期実施が職員の知識向上および歯科連携の強化につながっていることが示唆された。

一方、「歯科訪問診療の回数が増えた」は 28 件、「口腔衛生管理加算の算定が増えた」は 12 件にとどまり、制度面への直接的な波及は限定的であった。また、歯科医師の新規雇用は 0 件、歯科衛生士の新規雇用は 3 件であり、評価体制の強化が必ずしも専門職の直接雇用に結びついていないことが示された。

施設職員が口腔の健康状態評価を行うようになった結果、「歯科受診につながったケースがあった」と回答した施設は 89 件(58.6%)であり、半数以上の施設で新たな受診につながっていた。一方、「受診につながったケースはなかった」は 63 件(41.4%)であった。受診につながった人数は、「1～5 人」が 39 件で最も多く、次いで「6～10 人」14 件、「10～20 人」8 件、「20～50 人」5 件、「50 人以上」2 件と、施設規模に応じた一定数の掘り起こしが行われていることが分かった。

具体的な事例としては、義歯の破損・不適合・劣化の発見が最も多く(同内容 34 名)、そのほか歯肉の腫脹、口腔粘膜損傷、う蝕や動揺歯の発見、残根の問題、咀嚼・嚥下機能低下への対応(VE 実施、胃瘻造設)などが挙げられた。中には口内炎と思われていた病変が口腔がんであったケースも報告され、定期評価の意義が強く示唆された。評価の定期化は単なる記録業務ではなく、「早期発見・早期介入」を促進する重要な仕組みであることが明らかとなった。

4. 口腔衛生管理の体制について定められた、「歯科医師または歯科医師の指導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、指導を年2回以上行う」の実施について

①-1 実施回数(年回数) (n=139)

項目	回答数
0回	3件
1回	7件
2回	82件
3～10回	16件
11～20回	21件
21回以上	10件

①-2 開催方法

- ・ 研修・研修会(同内容 40件)
- ・ 書面(同内容 12件)
- ・ WEB研修
- ・ 回診時、または施設訪問してもらった際に指導してもらう
- ・ 会議形式、講義

①-3 助言の要点(複数回答可)(n=139)

項目	回答数
入所者のリスクに応じた口腔清掃等の実施	117件
口腔清掃にかかる知識・技術の習得の必要性	120件
食事状態、食形態等の確認	49件
現在の取組の継続	40件

【その他】

- ・ 口腔ケアに必要な物品整備の留意、リスク管理
- ・ 食事と誤嚥、ポジショニングの重要性
- ・ 適切な用具について
- ・ 使用する物品等の管理(保管)

②「技術的助言、指導」の実施にあたり、施設から歯科医師や歯科衛生士に対して、要望や希望はありますか。

項目	回答数	割合
ない	124件	81.6%
ある	28件	18.4%

②-1(要望や希望が「ない」を選んだ方)現状で十分だと思いますか。(n=124)

項目	回答数	割合
現状で十分だと思っている	105 件	86.8%
現状で十分だと思っていない	16 件	13.2%

②-2(要望や希望が「ある」を選んだ方)理由を記載ください。

- 様々な利用者に対しての口腔清拭のやり方の指導がほしい
- ゆっくりと指導を受ける時間が双方とれていない
- 直接的に助言をいただく時間が少ない
- 現場に即した内容が必須
- 職員のケアの質にばらつきがあり、利用者様の口腔衛生管理が日によってできているときと、そうでないときとあること、また病棟によってもばらつきがあるため
- 入れ歯のブラッシング方法等を、勉強をしたい
- 全体への研修会だけではなく細かく教えてほしいと要望があり、研修会を行っている
- 口腔ケアの方法が職員によって一貫性がないので取りまとめてほしい
- 利用者の情報共有を行うのによい

②-3(「技術的助言、指導」の実施にあたり「現状で十分だと思っていない」を選んだ方)理由を記載ください。

- 今後、研修会など希望したい
- 歯科医師も多忙であるが、できれば時間を十分確保して、職員全体に意義や技術を伝達してもらいたい
- 口腔衛生の維持のための技術指導を定期的に指導してほしい
- 口腔関連用品の使い方や義歯着脱方法の使い方について
- 評価の意味や、方法について
- 介護福祉士、看護師の理解できる内容を徐々にバージョンアップしてもらいたい
- 受診の指示
- 家族様の口腔ケアの重要性、見る目が厳しくなっているなどの知識が上がっている反面、職員の忙しさもあり、その日に口腔ケアを行う職員の口腔ケアに対する想いの違いやスキルの違い、口腔ケアの重要性の認識の違いがあることから、職員の口腔ケアのスキル、質を上げたい。  
そうすると毎日の口腔ケアの時短になり、患者負担も減るため
- 口の開きづらい方への介助、抵抗のある方への介助を教えてください
- 負担を増やさない口腔ケアの方法
- 口腔衛生の管理、嚥下体操等について教えてください

5. 口腔衛生管理加算についてお聞かせください。

①口腔衛生管理加算を算定していますか。(n=151)

項目	回答数	割合
算定あり	64 件	42.1%
算定なし	88 件	57.9%

①-2(①が「算定あり」の方)算定を開始した時期(n=63)

項目	回答数	割合
昨年も算定していた	59 件	93.7%
今年から算定している	4 件	6.3%

②(算定している方)算定者数を教えてください。

②-1(I)の人数(人)(n=29)

項目	回答数
1~10 人	6 件
11~30 人	9 件
31~50 人	4 件
51~100 人	8 件
101~200 人	2 件

②-1(II)の人数(人)(n=40)

項目	回答数
1~10 人	1 件
11~30 人	13 件
31~50 人	7 件
51~100 人	15 件
101~200 人	4 件

③(算定している方)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。(n=139)

項目	回答数
常勤として雇用している	15 件
非常勤として雇用している	16 件
ボランティアで実施してもらっている	3 件
歯科医療機関と契約している	55 件
歯科訪問診療の際に実施してもらっている	23 件
雇用していない	3 件

【その他】系列の病院から来てもらっている、フリーの歯科衛生士個人と委託契約している

③-1(常勤雇用の場合)雇用時期を記載ください

項目	回答数	割合
2024年4月以前から雇用	13件	92.9%
2024年4月以降に新たに雇用	1件	7.1%

③-1(非常勤雇用の場合)雇用時期を記載ください

項目	回答数	割合
2024年4月以前から雇用	19件	86.4%
2024年4月以降に新たに雇用	3件	13.6%

④口腔衛生管理加算を算定することで効果があった事例を教えてください。

- ・ 誤嚥性肺炎の事例が減った
- ・ 口腔内清潔の維持、悪化早期の発見
- ・ 異常時の相談がしやすくなった
- ・ 摂食嚥下機能の維持、QOL 向上
- ・ 口臭改善、歯垢がなくなった
- ・ 専門的なブラッシング方法の指導で歯茎の腫れが軽減した
- ・ 月1回から月2回になったことで入れ歯作成のスピードがあがった
- ・ 職員が意識するようになった
- ・ 利用者から歯科衛生士へ要望があったり、歯磨きを気にするようになってきている
- ・ コミュニケーションすることで、歯科治療の受け入れをしやすくなり、口腔内が改善し、口腔機能を改善した
- ・ ターミナル期において、きれいな状態で見送ることができる
- ・ ターミナル期の痰による口腔内汚染管理ができた
- ・ 介護職員では見つけづらい口腔内の問題を早期に発見し、歯科治療につなげる事ができる。入院された利用者さんが、合わなくなった義歯を調整したことで食事摂取機能が多少向上した。
- ・ 定期的に診てもらっているの、異常の早期発見につながった。口腔内状態が悪い人が、良くなってきた。口腔ケア拒否していた人の受け入れがよくなった。歯科との連携がとりやすい。専門的な立場からの助言をもらえる。
- ・ 口腔リハビリで、食形態アップし、自宅退院につなげることができた(多職種連携で)
- ・ 管理することで粘膜疾患を早期発見ができた
- ・ 効果があったという事例は特になし

### **口腔衛生管理加算の算定による効果**

口腔衛生管理加算を算定したことにより、多くの施設で口腔および全身状態の改善が報告された。まず、専門職による定期的な関与により口腔内の清潔が維持され、歯垢や口臭の改善、歯肉の腫脹軽減などの口腔衛生状態の向上が認められた。また、誤嚥性肺炎の発症減少や摂食嚥下機能の維持・改善、食事摂取機能の向上など、全身状態および QOL の改善につながった事例も報告された。

さらに、定期的な口腔評価により、粘膜疾患や義歯不適合など介護職員のみでは発見が困難な口腔内異常を早期に把握し、歯科治療へ円滑につなげることが可能となった。歯科専門職との関わりが増えたことで、異常時の相談がしやすくなり、歯科治療への受け入れが向上したほか、口腔ケア拒否の軽減や利用者自身の口腔への関心の高まりもみられた。

加えて、専門的助言・技術指導を通じて職員の口腔ケアに対する意識が向上し、施設全体の口腔管理体制の質の向上が認められた。ターミナル期においても口腔内の清潔保持や痰による汚染管理が可能となり、尊厳あるケアの実施につながったとの報告もあった。

一方で、「明確な効果を実感していない」とする回答も一部にみられ、取り組みの質や実施体制による差が示唆された。

6. 加算の算定状況について、算定しているものをお選びください。

算定内容	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
経口維持管理加算Ⅰ	63件	37件	7件
経口維持管理加算Ⅱ	71件	32件	2件
経口移行加算	86件	9件	0件
栄養マネジメント強化加算(LIFE活用)	43件	59件	10件
療養食加算	36件	73件	8件
口腔衛生管理加算Ⅰ	74件	20件	3件
口腔衛生管理加算Ⅱ(LIFE活用)	56件	44件	6件
(介護老人保健施設のみ)リハビリテーションマネジメント計画書 情報加算Ⅰ(LIFE活用)	9件	21件	4件
(介護医療院のみ)理学療法注7の加算(LIFE活用)	7件	7件	2件
(介護医療院のみ)作業療法注7の加算(LIFE活用)	10件	5件	1件
(介護医療院のみ)言語聴覚療法注5の加算(LIFE活用)	13件	2件	1件

7. 歯科治療を含めて、歯科医師による口腔内状況の評価が受けられる体制や機会についてお答えください。

(n=139)

項目	回答数
原則全員、年1回以上、歯科医師による評価が受けられる体制を整えている	53件
職員が必要と判断した入所者について、歯科医師による評価が受けられる体制を整えている	67件
歯科受診については、本人または家族の判断に委ねている	13件

【その他】

- ・ 総義歯や本人拒否がない入居者は入居日に必ず歯科医師に診ていただき、衛生士による口腔ケアを実施している。
- ・ 施設の歯科医師に依頼し、診察の調整を行っている
- ・ 毎週施設に訪問に来てくれる
- ・ 衛生士が評価した情報を歯科医師が確認している
- ・ 入所時や口腔衛生管理加算時に歯科衛生士による口腔診査で歯科医師に随時報告し、体制を整えている
- ・ 併設歯科への定期受診により、急を要する場合に対応可能となった

8. 協力歯科医療機関はありますか。

項目	回答数	割合
ある	150件	99.3%
ない	1件	0.7%

①(協力歯科医療機関がある場合)どのような利点があると感じていますか(n=144)

項目	回答数
訪問歯科診療等の依頼が容易である	67 件
入居者の口腔管理に係る相談が容易である	59 件
施設従業員の口腔に係る知識の向上につながっている。	10 件
入居者の誤嚥性肺炎の予防につながっている。	15 件

【その他】

- ・ 自院の医科があるので、全員の管理ができる

②(協力歯科医療機関がない場合)その理由を教えてください(n=1)

項目	回答数
必要性を感じない	0 件
努力義務だから	0 件
引き受けてくれる歯科医療機関がない	0 件
交渉先の歯科医療機関と要件が一致しない	0 件
近隣に歯科医療機関がない	0 件
協力歯科医療機関の概念を知らなかった	1 件
協力歯科医療機関の要件がわからない	0 件

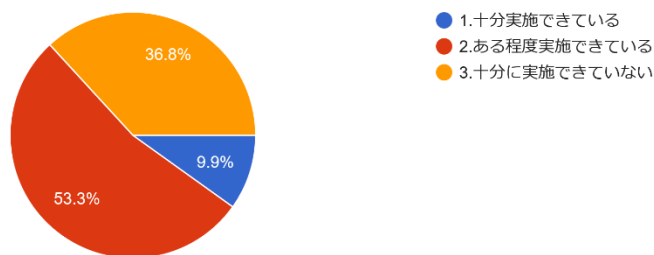
### 口腔内状況の評価が受けられる体制や機会について

歯科治療を含めた歯科医師による口腔内状況の評価体制については、「職員が必要と判断した入所者について歯科医師による評価が受けられる体制を整えている」が 67 件と最も多く、次いで「原則全員、年 1 回以上、歯科医師による評価が受けられる体制を整えている」が 53 件であった。自由記述では、入所時に歯科医師が診察する体制、定期的な訪問歯科診療、歯科衛生士による評価結果を歯科医師へ報告する仕組みなどが挙げられ、施設内外の歯科専門職との連携により口腔管理体制を整備している事例が報告された。全体として、定期的な全員評価を実施している施設も一定数あるものの、多くの施設では職員の判断に基づき必要時に歯科医師の評価を受ける体制が中心となっていることが示された。

#### IV. 「リハビリテーション・個別機能訓練と栄養管理、口腔衛生管理の一体的な実施」について

##### 1. 実施できていますか

項目	回答数	割合
十分実施できている	14 件	9.9%
ある程度実施できている	81 件	53.3%
十分に実施できていない	56 件	36.8%



①(十分またはある程度実施できている方へ)利用者にとどのような効果がありますか。(複数回答)(n=95)

項目	回答数
筋力・持久力の向上	26 件
活動量に応じた適切な栄養摂取量の調整	33 件
低栄養の予防・改善	48 件
食欲の増進	28 件
適切な食事形態・摂取方法の提供	66 件
食事摂取量の維持・改善	51 件
経口摂取の維持	56 件
摂食嚥下機能の維持・改善	51 件
口腔衛生や全身管理による誤嚥性肺炎の予防	55 件

【その他】気道感染症の予防、誤嚥予防

②(十分またはある程度実施できている方へ)職員にとどのような効果がありますか。(複数回答)(n=95)

項目	回答数
各専門職の情報共有が容易になった	45 件
各専門職とコミュニケーションをとる機会が増えた	56 件
各専門職が互いに他の分野の知識の理解が深まった	38 件
専門職と専門職以外の職員との情報共有が容易になった	28 件
専門職以外の職員の知識の理解が深まった	27 件

③(十分に実施できていない方へ)どのようなことが実施の支障となっていますか。(n=56)

- ・ 相談はできるが専門職が常駐している体制ではない、情報共有が不十分
- ・ 専門職同士の連携が上手く取れない、3 連協力がまだ難しい
- ・ 会議等での話し合いの機会を持つことがなかなかできない
- ・ カンファレンスでの共有はしているが計画が別に作成されている
- ・ リハビリ、個別機能訓練を行っていないため
- ・ 管理栄養士の人数が不足している
- ・ リハビリテーションの提供が人員不足で出来ていない
- ・ 職員の理解が低い
- ・ 体制上うまく運動ができていない

- ・ 手が回らない、人件費と釣り合わない
- ・ 実施に向けて主体的に連携が行える職員がいない
- ・ 様式の変更に伴い全員を一斉に更新しないとけない
- ・ それぞれの業務を合わせて計画書を作るより単体のほうがスケジュール管理が容易

## **「リハビリテーション・個別機能訓練と栄養管理、口腔衛生管理の一体的な実施」による利用者・職員への効果について**

「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔衛生管理の一体的な実施」により、利用者と職員の双方に効果が認められた。利用者への効果としては、「適切な食事形態・摂取方法の提供」(66件)、「経口摂取の維持」(56件)、「誤嚥性肺炎の予防」(55件)、「食事摂取量の維持・改善」や「摂食嚥下機能の維持・改善」(各51件)などが多く、食支援の質の向上や経口摂取の維持に寄与していることが示唆された。また、低栄養の予防・改善、食欲の増進、活動量に応じた栄養摂取量の調整、筋力・持久力の向上など、栄養状態や身体機能の改善に関する効果も報告された。

一方、職員側では「各専門職とコミュニケーションをとる機会が増えた」(56件)、「各専門職間の情報共有が容易になった」(45件)、「他分野への理解が深まった」(38件)などが多く、多職種連携の促進や情報共有の円滑化、職員の知識向上に寄与していることが明らかとなった。

## **「リハビリテーション・個別機能訓練と栄養管理、口腔衛生管理の一体的な実施」への支障について**

一体的実施が利用者の機能維持・栄養改善・誤嚥性肺炎予防等に有効である一方で、「十分に実施できていない」と回答した施設においては、体制・人員・運用面に関する複数の課題が明らかとなった。主な支障として、①専門職が常駐していないことによる連携不足、②専門職間の協働体制の未成熟、③カンファレンスや情報共有の機会不足、④人員不足(管理栄養士・リハビリ専門職等)、⑤職員の理解・経験不足、⑥業務負担・人件費との不均衡、⑦計画書運用の煩雑さ、などが挙げられた。

これらの結果を踏まえ、制度および運用においては以下の対応が重要と考えられる。

### 1. 専門職連携を支える体制整備

専門職が常駐していない施設では連携が形式的になりやすく、情報共有不足が一体的実施の障壁となる。訪問・外部専門職を含めた定期的カンファレンス、ICTを活用した情報共有、役割分担の明確化など、「常駐の有無に依存しない連携モデル」の整備が必要である。

### 2. 多職種協働を促進する運用支援

専門職同士の連携が難しい施設では、共通様式・共通評価指標・統合カンファレンスの導入が有効である。計画書が個別に作成されている施設では、一体的計画書を中心とした統合型ケアマネジメントの標準化が望まれる。

### 3. 人員不足施設への制度的配慮

管理栄養士・リハビリ専門職不足により実施困難な施設も多く、外部専門職活用(訪問・地域連携)、共同配置、遠隔支援など柔軟な運用が求められる。また、人件費負担とのバランスを考慮した評価体系の検討も必要である。

### 4. 現場職員への教育・実践支援

職員理解不足や主体的に連携できる人材不足は実施の大きな障壁となる。基礎研修、実技指導、モデル事例の共有、リーダー育成など、実践型教育支援の制度化が重要である。

#### 5. 業務負担と運用の簡素化

「手が回らない」「様式が複雑」といった声も多く、計画書の統合・簡素化、記録様式の電子化、ICTによる共有など、現場負担を軽減する運用改善が求められる。

以上より、一体的実施の効果を最大化するためには、単に制度を整備するだけでなく、人員・運用・教育・ICT・負担軽減を含めた包括的な支援が必要であり、特に専門職不在施設への支援強化が今後の重要課題であると考えられる。

## 2. リハビリテーション・機能訓練と栄養、口腔の情報はどうのようにして、関係職種で共有していますか

### ①LIFE の活用 (n=137)

項目	回答数	割合
あり	76 件	55.8%
なし	61 件	44.2%

### ②リハビリテーション・栄養・口腔に係る実施計画書の活用 (n=133)

項目	回答数	割合
あり	59 件	44.8%
なし	74 件	55.2%

### ③実際の共有方法について教えてください

- ・ カンファレンス (20 件)
- ・ メールや電子カルテ、介護システムでの情報共有
- ・ ミールラウンド、全体会議、担当者会議など
- ・ 資料をもとに口頭伝達
- ・ 現場で実際の利用者さんを前で行う
- ・ 申し送りノート
- ・ フィードバック報告を印刷し、会議で共有
- ・ 歯科医から診療にいった方の情報と歯科衛生士からのアドバイス、注意事項が書面でくるのでそれを使用している
- ・ 個別実施計画は無い状況だが、ケアプランへ盛り込み共有を図っている
- ・ なし、特になし

3. 貴施設における「リハビリテーション・個別機能訓練と栄養管理、口腔衛生管理の一体的な実施」の連携状況や実施の効果について、教えてください。

①-1 共有の状況について

項目	十分に共有	共有が不十分	回答なし
リハ・個別訓練—栄養管理	61 件	62 件	28 件
リハ・個別訓練—口腔管理	55 件	68 件	28 件
栄養管理—口腔管理	70 件	55 件	26 件

②-1 効果について

項目	効果あり	効果が不十分	回答なし
リハ・個別訓練—栄養管理	63 件	60 件	28 件
リハ・個別訓練—口腔管理	54 件	67 件	30 件
栄養管理—口腔管理	67 件	57 件	27 件

③貴施設における「リハビリテーション・個別機能訓練と栄養管理、口腔衛生管理の一体的な実施」について、効果があった事例があれば教えてください。

- ・ 嚥下体操の実施により、嚥下機能の改善を認める場合がある
- ・ 体調不良で絶食対応後のリハビリ、口腔、栄養管理を総合的に行い回復している事例は多い
- ・ 多職種情報共有、利用者様に合った自助具、器、ポジショニングを行い自力摂取に繋がった
- ・ 利用者の口腔内の様子、食事摂取動作の様子、摂取状態を共有することで食形態の見直しができた
- ・ 一体的に考えるだけで横のつながりが増えて、相談できる機会が増えた
- ・ 誤嚥予防のため食形態の変更を行い、食事摂取量増加した
- ・ 各専門職とコミュニケーションをとり情報共有が行える
- ・ 嚥下リハ学会でも発表しましたが、最期まで経口摂取を継続できた
- ・ 低栄養利用者の褥瘡予防につながった
- ・ 嚥下体操を食事前にするようになった(理学療法士が作成・説明を行い実行)
- ・ 要介護4の入所者が、要介護1になった
- ・ 要介護4の入所者が、要介護2になり、自宅退院への支援を行うことができた
- ・ BMI、食事量、形態の検討、リハビリ内容の検討を行い、栄養状態やリハ状態にあわせて調整できている
- ・ ミールラウンド、カンファレンスで、食事前に姿勢を直したり、お口のストレッチを行ったり、食形態を見直し飲み込み維持につなげることができた
- ・ ADLの維持向上につながった。
- ・ 食形態が徐々にアップし自宅退院
- ・ ベッド上で過ごすことが多い利用者が好きな食べ物を食べる為、リハビリを行い、車いすへ移乗し、嚥下機能に合わせ好きな食べ物の形態を調整し、誤嚥時のリスクを考え介護職員への口腔衛生向上の徹底周知、義歯が必要な口腔内だったため、歯科受診にて義歯の作成を行い、無事好きな食べ物を食べる事ができた。

- ・ 口腔衛生が不十分だった利用者に対する職員の意識の変化
- ・ 胃ろうによる経管栄養状態で入居した人が、リハ・栄養・口腔の一体的実施により、経口摂取に移行できた。
- ・ 各フロアに担当セラピスト(専従)と管理栄養士(専任)がいるので、普段の生活の場介入している。特別な事例というわけではないが、当院の介護医療院は、重度認知症の方を対象としているため、経口摂取が徐々にできなくなるという方がほとんどであり、食事時に座位のポジショニングを OT がチェックし、食事形態を相談するという環境が日常的に行われている。
- ・ NST チームにも相談して安全な食事介助を行い、栄養状態の改善につながった
- ・ ミールラウンドを実施し、食形態の変更、食事状態の改善等ができた
- ・ 特になし

### **効果があった事例について**

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔衛生管理を一体的に実施することで、摂食嚥下機能の改善、経口摂取の維持・回復、栄養状態の改善、誤嚥予防、ADL 向上などの効果が報告された。嚥下体操や姿勢調整、食形態の見直しを組み合わせることで、食事摂取量の増加や誤嚥予防につながり、絶食状態や経管栄養から経口摂取へ回復した事例もみられた。また、口腔状態・食事動作・栄養状態を多職種で共有することで、個々に適した支援が可能となり、低栄養の改善や褥瘡予防、自力摂取の回復につながった。さらに、義歯調整や口腔衛生改善、リハビリを組み合わせることで、要介護度の改善や在宅復帰につながった例、終末期においても経口摂取を継続できた例も報告された。

加えて、一体的に取り組むことで多職種間の情報共有や連携が強化され、日常的なケアの質の向上にも寄与していた。

以上より、一体的実施は、機能維持・回復、栄養改善、誤嚥予防、QOL 向上に有効であることが示唆された。

4. 「リハビリテーション・個別機能訓練と栄養管理、口腔衛生管理の一体的な実施」について、歯科医療従事者に対しての希望や要望はありますか。

- ・ 必須条件ではなく、配置への評価が弱いため、歯科衛生士の採用が難しい
- ・ 歯科医師と言語聴覚士で実施できる範囲を評価してもらえる制度もほしい
- ・ 非常勤なので不在の時の連絡相談が出来ない
- ・ 歯科医師や歯科衛生士はもっと多職種と共通言語を理解する必要がある
- ・ 口腔衛生が主な指導内容となっているが、経口摂取の方の口腔機能の評価が、食事形態の摂取方法につながっているとよい
- ・ 口腔リハビリについても要望したい
- ・ 特になし、現状維持してほしい

5. 「リハビリテーション・個別機能訓練と栄養管理、口腔衛生管理の一体的な実施」について、特に、口腔衛生管理との一体的な実施をさらに充実するために、どのような支援が必要と思いますか。(n=118)

項目	回答数
歯科医師の配置への評価	10 件
歯科衛生士の配置への評価	31 件
歯科医療機関との連携体制への評価	50 件
施設職員向けの研修の充実	70 件
好事例やマニュアル等の情報提供	43 件

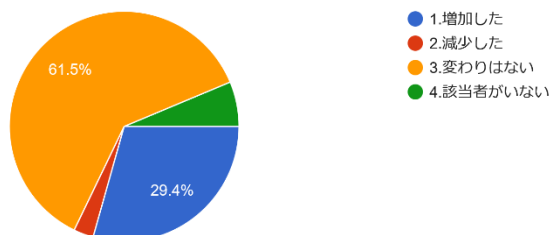
【その他】

- ・ 家族の専門ケアに対する受け入れがよくなること
- ・ 老健において歯科衛生士の配置を義務付けてほしい
- ・ 毎月の評価は業務負担が大きいので3ヶ月に変更希望

## V. 令和6年度介護報酬改定後から現在までの変化について

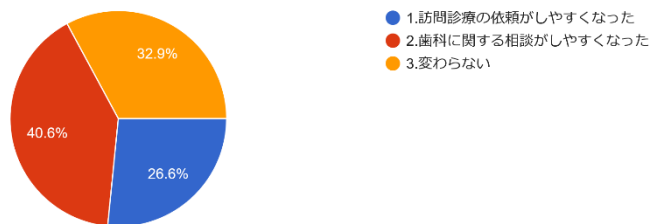
1. 歯科医師への1か月に歯科訪問診療を依頼する入所者の数は、この1年の間において変化しましたか。(n=143)

項目	回答数	割合
増加した	42件	29.4%
減少した	4件	2.8%
変わりはない	88件	61.5%
該当者がいない	9件	6.3%



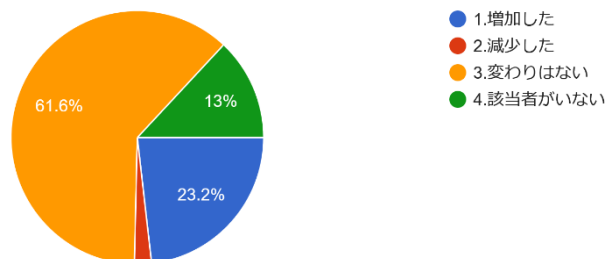
2. 歯科医師との連携や相談はしやすくなりましたか。(n=143)

項目	回答数	割合
訪問診療の依頼がしやすくなった	38件	26.6%
歯科に関する相談がしやすくなった	58件	40.6%
変わらない	47件	32.9%



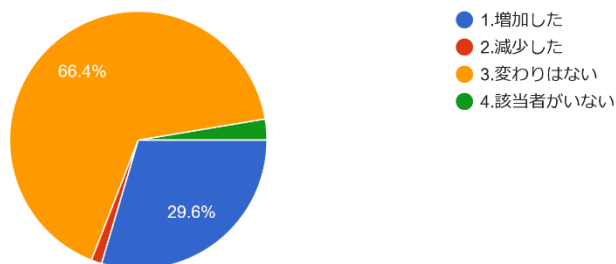
3. 歯科衛生士が1か月に口腔衛生管理加算または訪問歯科衛生指導を実施する入所者の数は、この1年の間において変化しましたか。(n=138)

項目	回答数	割合
増加した	32件	23.2%
減少した	3件	2.2%
変わりはない	85件	61.6%
該当者がいない	18件	13%



4. この1年の間において、歯科医師等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。(n=151)

項目	回答数	割合
増加した	44件	29.6%
減少した	2件	1.3%
変わりはない	101件	66.4%
該当者がいない	4件	2.6%



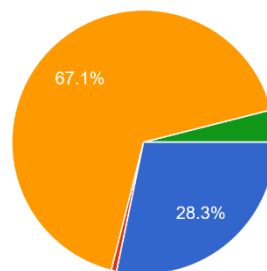
①助言等の内容をお答えください(複数回答)(n=127)

項目	回答数
口腔ケアの方法に関するアドバイス	38件
口腔の状態や問題に関する情報	32件
歯科治療の必要性について	21件
食事について	14件

【その他】食事介助について

5. この1年の間において、介護職員が歯科医師等に口腔に関する相談をする回数は変化しましたか。

項目	回答数	割合
増加した	43件	28.3%
減少した	1件	0.7%
変わりはない	102件	67.1%
該当者がいない	6件	3.9%



- 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相談等の内容をお答えください(複数回答)(n=128)

項目	回答数
口腔ケアの方法に関するアドバイス	36件
口腔の状態や問題に関する情報	32件
歯科治療の必要性について	22件
食事について	11件

【その他】義歯の状態について

6. 令和6年度以降歯科医師等を新規に雇用しましたか。

項目	回答数
歯科医師を常勤で雇用した	0件
歯科医師を非常勤で雇用した	1件
歯科衛生士を常勤で雇用した	3件
歯科衛生士を非常勤で雇用した	5件
特に雇用していない	138件

①雇用に至った理由と雇用後の変化について教えてください。

①-1 雇用に至った理由

- ・ 施設に歯科衛生士が必要だった
- ・ 口腔衛生の強化、肺炎防止
- ・ 口腔管理が義務となったが、介護職や看護職の負担が大きいため
- ・ 口腔衛生管理の向上、誤嚥性肺炎の予防
- ・ 訪問の歯科とつなぐ(説明などの充実)施設内での多職種連携のため
- ・ 併設の歯科医療機関で雇用(職員は介護医療院と兼務)

①-2 雇用後の変化(施設職員、入所者、経営面など含みます)

- ・ 誤嚥性肺炎の入院が減った
- ・ 口腔ケアへの関心が高まった
- ・ 利用者のケアの質の向上、利用者様の口腔衛生向上、職員の意識向上
- ・ 訪問歯科への相談が容易になった。栄養士、言語聴覚士、歯科衛生士連携強化
- ・ 10月雇用のため変化についてはこれから判断する

### **歯科専門職の雇用状況と配置による効果**

令和6年度以降に歯科専門職を新規に雇用した施設は少数であり、歯科医師を常勤で雇用した施設は0件、非常勤は1件であった。歯科衛生士については、常勤3件、非常勤5件であり、大多数の138施設は「特に雇用していない」と回答した。すなわち、全体として歯科専門職の直接雇用は限定的であり、多くの施設は外部歯科との連携に依存している実態が示された。

雇用に至った理由としては、「口腔衛生管理の義務化への対応」、「誤嚥性肺炎の予防」、「口腔管理体制の強化」、「介護職・看護職の負担軽減」、「多職種連携の強化」などが挙げられた。また、併設歯科医療機関との兼務体制を整えた施設もみられた。

雇用後の変化としては、「誤嚥性肺炎による入院の減少」、「利用者の口腔衛生状態の改善」、「ケアの質の向上」、「職員の意識向上」、「訪問歯科への相談が容易になった」、「栄養士・言語聴覚士等との連携強化」など、臨床面および連携面での前向きな効果が報告された。一方、雇用直後の施設では効果の評価は今後の課題とされている。

総じて、雇用施設は少数ではあるが、専門職の配置は口腔管理体制の質向上に寄与する可能性が示唆された。

## 2. 施設入所支援における口腔衛生管理体制および歯科連携の実態に関する郵送調査

WAM NET における「障害福祉サービス等情報公表システムデータのオープンデータ」(2025 年 7 月末時点)に掲載されている全国の施設入所支援事業所を対象として調査を実施した。発送数は 2,548 件であり、555 件から回答を得た。回収率は 21.8%であった。

## I. 施設の概要について

### 1. 所在地

#### ①都道府県

項目	回答数	項目	回答数	項目	回答数
北海道	42 件	福井	14 件	山口	9 件
青森	14 件	山梨	4 件	徳島	8 件
岩手	9 件	長野	9 件	香川	6 件
宮城	8 件	岐阜	6 件	愛媛	12 件
秋田	5 件	静岡	13 件	高知	5 件
山形	2 件	愛知	20 件	福岡	27 件
福島	12 件	三重	8 件	佐賀	5 件
茨城	13 件	滋賀	3 件	長崎	12 件
栃木	13 件	京都	26 件	熊本	15 件
群馬	16 件	大阪	25 件	大分	9 件
埼玉	13 件	兵庫	22 件	宮崎	10 件
千葉	21 件	奈良	4 件	鹿児島	11 件
東京	15 件	和歌山	5 件	沖縄	6 件
神奈川	17 件	鳥取	3 件		
新潟	16 件	島根	10 件		
富山	8 件	岡山	7 件		
石川	6 件	広島	18 件		

### 2. 事業所設置年(西暦)

項目	回答数
2020 年以降	7 件
2019～2010 年	36 件
2009～2000 年	96 件
1999～1990 年	120 件
1989～1980 年	129 件
1980 年以前	167 件

## Ⅱ. 利用者数、職員等について(令和7年9月現在)

### 1. 施設について

#### ①-1 定員／①-2 入所者数

	定員	入所者数
1~20人	8件	10件
21~40人	219件	222件
41~60人	227件	226件
61~100人	79件	81件
101人以上	20件	16件

### 2. 入所者構成について

#### ②-1 入所者構成について(施設数)

	18歳未満	18~64歳	65歳以上
1~5人	9件	2件	119件
6~10人	1件	5件	108件
11~20人	2件	57件	165件
21~30人	1件	165件	64件
31人以上	2件	316件	45件

#### ②-2 入所者内訳(施設数)

	知的障害			身体障害		
	18歳未満	18~64歳	65歳以上	18歳未満	18~64歳	65歳以上
1~5人	9件	45件	175件	2件	118件	139件
6~10人	2件	35件	114件	0件	69件	43件
11~20人	3件	73件	109件	0件	81件	76件
21~30人	1件	111件	32件	0件	42件	27件
31人以上	6件	259件	30件	0件	47件	13件

	精神障害			その他		
	18歳未満	18~64歳	65歳以上	18歳未満	18~64歳	65歳以上
1~5人	2件	208件	144件	0件	18件	20件
6~10人	1件	34件	16件	0件	4件	3件
11~20人	0件	20件	5件	0件	4件	0件
21~30人	0件	9件	0件	0件	2件	0件
31人以上	0件	5件	1件	0件	2件	0件

②-3 障害支援区分(施設数)

	区分 1	区分 2	区分 3	区分 4	区分 5	区分 6
1~5 人	6 件	25 件	178 件	238 件	83 件	25 件
6~10 人	0 件	0 件	26 件	122 件	130 件	47 件
11~20 人	0 件	3 件	10 件	84 件	243 件	106 件
21~30 人	0 件	0 件	2 件	13 件	55 件	142 件
31 人以上	0 件	0 件	0 件	4 件	27 件	214 件

3. 職員について(受託業者等の職員は除く)

①職員数

	常勤	非常勤
1~10 人	12 件	331 件
11~20 人	100 件	135 件
21~30 人	181 件	44 件
31~50 人	196 件	15 件
50 人以上	52 件	2 件

②職員の内訳

	医師		歯科医師		薬剤師		保健師	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
0 人	544 件	258 件	555 件	518 件	555 件	553 件	548 件	553 件
1 人	8 件	221 件	0 件	32 件	0 件	2 件	6 件	1 件
2 人	2 件	53 件	0 件	0 件	0 件	0 件	0 件	0 件
3~5 人	0 件	22 件	0 件	4 件	0 件	0 件	1 件	0 件
6~9 人	1 件	1 件	0 件	1 件	0 件	0 件	0 件	1 件
10 人以上	0 件	0 件	0 件	0 件	0 件	0 件	0 件	0 件

	看護師		准看護師		栄養管理士		栄養士(栄養管理士除く)	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
0 人	126 件	376 件	333 件	478 件	215 件	541 件	370 件	534 件
1 人	206 件	117 件	151 件	59 件	307 件	14 件	170 件	19 件
2 人	137 件	40 件	43 件	12 件	28 件	0 件	11 件	2 件
3~5 人	74 件	17 件	27 件	6 件	5 件	0 件	4 件	0 件
6~9 人	11 件	4 件	1 件	0 件	0 件	0 件	0 件	0 件
10 人以上	1 件	1 件	0 件	0 件	0 件	0 件	0 件	0 件

	歯科衛生士		言語聴覚士		理学療法士		作業療法士	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
0人	540件	541件	542件	546件	468件	505件	498件	535件
1人	14件	11件	13件	9件	70件	40件	46件	18件
2人	1件	3件	0件	0件	17件	9件	9件	2件
3～5人	0件	0件	0件	0件	6件	1件	2件	0件
6～9人	0件	0件	0件	0件	0件	0件	0件	0件
10人以上	0件	0件	0件	0件	0件	0件	0件	0件

	相談支援専門員		生活支援員		職業指導員		就労支援員	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
0人	439件	520件	31件	92件	517件	534件	539件	549件
1人	71件	25件	2件	32件	16件	8件	9件	4件
2人	41件	6件	2件	48件	9件	4件	3件	1件
3～5人	3件	3件	9件	127件	7件	6件	4件	1件
6～9人	0件	1件	22件	143件	4件	3件	0件	0件
10人以上	1件	0件	489件	113件	2件	0件	0件	0件

4. 歯科医師や歯科衛生士を配置している方にお聞きます。その効果を教えてください。(複数回答可)

項目	回答数
入所者の疼痛時(義歯や歯周病の急性発作など)にすぐに対応できる	36件
咀嚼機能や嚥下機能の評価ができ、安全な食環境を提供できる	35件
口腔健康管理に関する助言や指導を受けられる	68件
口腔健康管理が困難な入所者の対応をしてくれる	52件
口腔管理に関する研修会を開催してくれる	27件

【その他】

- ・ 定期的な口腔ケアの実施
- ・ 歯科室の歯科衛生士が月に一度来寮して口腔ケア指導あり

**施設入所支援における歯科専門職の配置状況と役割**

施設入所支援においては、歯科医師・歯科衛生士ともに配置していない施設が多数を占める。配置している場合も、非常勤1名体制が主流であり、複数配置している施設はごく少数である。また、常勤歯科医師を配置している施設は認められなかった。

歯科職種 of 直接雇用は限定的であり、多くの施設では外部歯科医療機関との連携に依存している可能性が示唆される。一方で、配置している施設では、口腔健康管理の質向上、急性期対応、嚥下評価など多面的な効果が報告されている。

## 5. 算定状況について

### ①口腔衛生管理体制加算

項目	回答数	割合
算定している	152 件	27.4%
算定していない	403 件	72.6%

#### ①-1「算定している」場合の人数(n=151)

項目	回答数	割合
1～20 人	8 件	5.3%
21～40 人	46 件	30.5%
41～60 人	67 件	42.4%
61～100 人	23 件	15.2%
101 人以上	7 件	4.6%

### ②口腔衛生管理加算

項目	回答数	割合
算定している	69 件	12.4%
算定していない	486 件	87.6%

#### ②-1「算定している」場合の人数(n=63)

項目	回答数	割合
1～20 人	14 件	22.2%
21～40 人	19 件	30.2%
41～60 人	22 件	34.9%
61～100 人	7 件	11.1%
101 人以上	1 件	1.6%

### ③栄養マネジメント加算

項目	回答数	割合
算定している	289 件	52.1%
算定していない	266 件	47.9%

#### ③-1「算定している」場合の人数(n=284)

項目	回答数	割合
1～20 人	13 件	4.6%
21～40 人	99 件	34.9%
41～60 人	111 件	39.1%
61～100 人	49 件	17.3%
101 人以上	12 件	4.2%

### ④経口移行加算

項目	回答数	割合
算定している	3 件	0.5%
算定していない	552 件	99.5%

#### ④-1「算定している」場合の人数(n=2)

項目	回答数	割合
1～20 人	2 件	100.0%
21～40 人	0 件	0.0%
41～60 人	0 件	0.0%
61～100 人	0 件	0.0%
101 人以上	0 件	0.0%

⑤経口維持加算(Ⅰ)

項目	回答数	割合
算定している	26 件	4.7%
算定していない	529 件	95.3%

⑤-1「算定している」場合の人数

項目	回答数
1～20 人	19 件
21～40 人	5 件
41～60 人	1 件
61～100 人	0 件
101 人以上	0 件

⑥経口維持加算(Ⅱ)

項目	回答数	割合
算定している	18 件	3.2%
算定していない	537 件	96.8%

⑥-1「算定している」場合の人数(n=17)

項目	回答数	割合
1～20 人	16 件	94.1%
21～40 人	1 件	5.9%
41～60 人	0 件	0.0%
61～100 人	0 件	0.0%
101 人以上	0 件	0.0%

#### ⑦療養食加算

項目	回答数	割合
算定している	154 件	27.7%
算定していない	401 件	72.3%

#### ⑦-1「算定している」場合の人数(n=145)

項目	回答数	割合
1～20 人	133 件	91.7%
21～40 人	10 件	6.9%
41～60 人	2 件	1.4%
61～100 人	0 件	0.0%
101 人以上	0 件	0.0%

#### 口腔衛生に関わる加算について

口腔衛生に関わる加算について、口腔衛生管理体制加算は 27.4%、口腔衛生管理加算:12.4%であり、いずれも算定率は高いとは言えず、特に口腔衛生管理加算は約 9 割の施設で未算定であった。

また、算定している施設においては、両加算ともに 41～60 人規模での算定が最多であり、特定の対象者層に限定して実施されている実態が示唆された。

### Ⅲ. 入所者の口腔状態や口腔の評価に関する質問について

1. 貴施設の入所者の歯や口のことに、問題があると考えられる方は、現在、どの程度いますか。

むし歯がありそうな人がいる						
	全体		歯科衛生士の配置あり		歯科衛生士の配置なし	
	n	%	n	%	n	%
0-20%未満	296	55.3	14	53.8	282	55.4
20-40%未満	111	20.7	5	19.2	106	20.8
40-60%未満	52	9.7	5	19.2	47	9.2
60-80%未満	27	5	0	0	27	5.3
80%以上	28	5.2	1	3.8	27	5.3
無回答	20		3		17	

歯が痛そうながいる						
	全体		歯科衛生士の配置あり		歯科衛生士の配置なし	
	n	%	n	%	n	%
0-20%未満	505	94	25	96.2	480	93.9
20-40%未満	23	4.3	1	3.8	22	4.3
40-60%未満	4	0.7	0	0	4	0.8
60-80%未満	2	0.4	0	0	2	0.4
80%以上	2	0.4	0	0	2	0.4
無回答	18		3		15	

歯ぐきをはれている、歯磨きで出血する人がいる						
	全体		歯科衛生士の配置あり		歯科衛生士の配置なし	
	n	%	n	%	n	%
0-20%未満	280	52	14	51.9	266	52.1
20-40%未満	137	25.5	8	29.6	129	25.2
40-60%未満	51	9.5	2	7.4	49	9.6
60-80%未満	33	6.1	2	7.4	31	6.1
80%以上	27	5	1	3.7	26	5.1
無回答	17		1		16	

歯が抜けたまま、欠けたままの人がいる						
	全体		歯科衛生士の配置あり		歯科衛生士の配置なし	
	n	%	n	%	n	%
0-20%未満	284	52.9	11	40.7	273	53.5
20-40%未満	115	21.4	7	25.9	108	21.2
40-60%未満	64	11.9	7	25.9	57	11.2
60-80%未満	41	7.6	2	7.4	39	7.6
80%以上	25	4.7	0	0	25	4.9
無回答	18		1		17	

食事の際にむせる人がいる						
	全体		歯科衛生士の配置あり		歯科衛生士の配置なし	
	n	%	n	%	n	%
0-20%未満	390	72.4	23	85.2	367	71.7
20-40%未満	104	19.3	3	11.1	101	19.7
40-60%未満	34	6.3	1	3.7	33	6.4
60-80%未満	5	0.9	0	0	5	1
80%以上	3	0.6	0	0	3	0.6
無回答	16		1		15	

食事の際に飲み込みにくそうな人が						
	全体		歯科衛生士の配置あり		歯科衛生士の配置なし	
	n	%	n	%	n	%
0-20%未満	447	82.9	25	92.6	422	82.4
20-40%未満	62	11.5	2	7.4	60	11.7
40-60%未満	21	3.9	0	0	21	4.1
60-80%未満	6	1.1	0	0	6	1.2
80%以上	3	0.6	0	0	3	0.6
無回答	16		1		15	

口臭が強い人がいる						
	全体		歯科衛生士の配置あり		歯科衛生士の配置なし	
	n	%	n	%	n	%
0-20%未満	365	68	22	84.6	343	67.1
20-40%未満	91	16.9	4	15.4	87	17
40-60%未満	42	7.8	0	0	42	8.2
60-80%未満	16	3	0	0	16	3.1
80%以上	14	2.6	0	0	14	2.7
無回答	18		2		16	

### 施設職員による口腔の問題の認識について

入所者の口腔状態や口腔評価に関する質問では、いずれの項目においても「0-20%未満」と回答した施設が最も多かった。「むし歯がありそうな人がいる」では 55.3%、「歯が痛そうな人がいる」は 94.0%、「歯ぐきの腫脹や歯磨き時の出血がある人がいる」では 52.0%、「歯が抜けたままあるいは欠けたままの人がいる」では 52.9%が「0-20%未満」と回答した。また、摂食嚥下に関連する項目では、「食事の際にむせる人がいる」と回答した施設のうち 72.4%、「食事の際に飲み込みにくそうな人がいる」と回答した施設のうち 82.9%が「0-20%未満」であった。さらに、「口臭が強い人がいる」と回答した施設においても、68.0%が「0-20%未満」と回答しており、多くの施設では問題を有する入所者の割合は比較的低いと認識されていた。

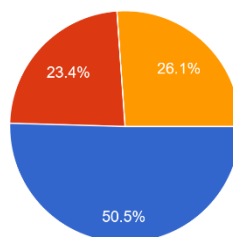
一方で、むし歯や歯ぐきの腫脹・出血、歯の欠損や破折などの項目では、20%以上の入所者に問題があると回答した施設も一定数認められ、施設によって口腔状態の課題の程度にばらつきがみられた。

歯科衛生士の配置の有無による2群比較(カイニ乗検定)を行ったところ、いずれの項目においても統計学的に有意な差は認められず、歯科衛生士の配置の有無と入所者の口腔状態に関する施設の認識との間には明確な関連は確認されなかった。

以上より、入所者の口腔状態に関する問題は一定程度認められることから、歯科専門職との連携を強化し、施設における口腔状態の把握と継続的な口腔健康管理の体制整備を推進することが望まれる。

2. 入所者へ口腔の評価(スクリーニング)を行っているか、実施状況についてお答えください。

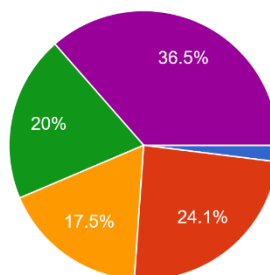
項目	回答数	割合
入所者全員に実施している	280 件	50.5%
一部のものに実施している	130 件	23.4%
実施していない	145 件	26.1%



- 入所者全員に実施している
- 一部のものに実施している
- 実施していない

①(実施している場合)実施頻度や時期をお答えください。

項目	回答数	割合
入所時	8 件	1.9%
月1回程度	98 件	24.1%
3ヶ月に1回程度	71 件	17.5%
半年に1回	81 件	20.0%
1年に1回	148 件	36.5%



- 入所時
- 月1回程度
- 3ヶ月に1回程度
- 半年に1回
- 1年に1回

②(実施している場合)口腔の評価(スクリーニング)の実施者についてお答えください。(複数回答)

項目	回答数
医師	23 件
歯科医師	321 件
看護師	39 件
歯科衛生士	199 件
生活支援員	27 件

【その他】言語聴覚士、栄養管理士、訪問歯科、かかりつけ歯科医、作業療法士

### 入所者に対する口腔評価(スクリーニング)の実施状況

入所者に対する口腔スクリーニングは、概ね 7 割程度の施設で実施されており、歯科専門職が中心となって評価を担っている。実施している施設における評価頻度は、「1 年に 1 回」が 36.5%と最も多く、次いで「月 1 回程度」(24.1%)、「半年に 1 回」(20.0%)、「3 か月に 1 回程度」(17.5%)であった。「入所時のみ」とする回答は 1.9%と少数であった。

以上より、定期的な評価体制は一定程度整備されているものの、年 1 回程度の実施が中心であり、評価頻度には施設間でばらつきが認められた。一方で、未実施施設も約 4 分の 1 存在しており、評価体制のさらなる普及および標準化が課題であると考えられる。

3. 貴施設において、入所者に対して職員による口腔ケア(介助磨き、義歯清掃等)を実施していますか？

項目	回答数	割合
実施している	538 件	96.9%
実施していない	17 件	3.1%

①実施している場合は対象人数を記載ください(人)(n=500)

項目	回答数	割合
1～10 人	28 件	5.6%
11～30 人	124 件	24.8%
31～50 人	219 件	43.8%
51～100 人	117 件	23.4%
101 人以上	12 件	2.4%

②(実施している場合)口腔ケアを実施する対象者について、該当するものを選んでください。(複数回答)(n=500)

項目	回答数	割合
原則、入所者全員に実施している	358 件	71.6%
職員が適切に歯磨きを行えないと判断した入所者に実施している	234 件	46.8%
本人または家族から、口腔ケアの希望があった入所者に実施している	93 件	18.6%
歯科医師等から口腔ケアの介助を指示された入所者に対して実施している	124 件	24.8%

【その他】

- ・ 拒否のある方には実施していない
- ・ 1日1回介助が半数程度
- ・ 家族が他の歯科受診希望の方は除外している
- ・ 自身で口腔ケアを行うことが困難な方

4. 貴施設での入所者の高齢化に伴う、歯科治療や口腔衛生管理等の課題がありますか？

項目	回答数	割合
はい	484 件	87.2%
いいえ	71 件	12.8%

①(はいと回答された方)課題となっていることについて、該当するものを選択ください。(複数回答)(n=484)

項目	回答数	割合
むし歯や歯周病が増加している	305 件	63.0%
義歯の管理が難しい	269 件	55.6%
摂食嚥下に問題がある入所者が増加している	377 件	77.9%
加齢による歯や口の変化に関する知識が不足している	242 件	50.0%
歯科医療機関へ通院介助を担う職員が不足している	188 件	38.8%
口腔清掃(歯みがきや義歯の清掃)の介助を担う職員が不足している	189 件	39.0%
歯科訪問診療に対応してくれる歯科医療機関がわからない	43 件	8.9%
歯科治療について気軽に相談できる歯科医師がいない	27 件	5.6%

【その他】

- ・ もともと利用者の持っている歯周病菌はなくならないので、毎日口腔ケアに気を遣うこと  
支援員の口腔ケア技術のマンネリを防ぐ対策は永遠に課題
- ・ 職員の口腔ケアに関する知識不足
- ・ 拘りがありじっとできない。行動障害があり落ち着いて受診できない方への対応
- ・ 歯磨きを嫌がる、開口しない、口腔ケアを拒否するなど介助ができない方への対応
- ・ 重度の知的のため、治療が困難。対応できる歯科医院が限られている
- ・ 歯科通院付き添いの職員不足、口腔ケアに時間を割ける人員がいない
- ・ 訓練施設のためできることは利用者任せになっている
- ・ 利用者自らで歯の大事さを理解することに難がある
- ・ 義歯の作成が難しい(利用者に指示が入らないため)、義歯の装着・利用が難しい方がいる
- ・ 歯ぎしりがひどい
- ・ すでに歯が脆くなっている人がいる
- ・ 反芻を故意に繰り返し、常時口腔内に食渣があるなど通常の歯磨きでは対応できない人が増えた

**入所者の高齢化に伴う歯科治療・口腔衛生管理上の課題**

入所者の高齢化に伴う歯科治療および口腔衛生管理上の課題については、「課題がある」と回答した施設が 87.2%と大多数を占め、約 9 割の施設で何らかの問題が認識されていた。主な課題として最も多かったのは「摂食嚥下に問題がある入所者が増加している」(77.9%)であり、次いで「むし歯や歯周病の増加」、「義歯の管理の困難さ」、「加齢による口腔変化に関する知識不足」が挙げられた。口腔機能の低下と慢性的な口腔疾患への対応が大きな課題となっていることが示唆された。

また、「通院介助を担う職員の不足」、「口腔清掃介助を担う職員の不足」など、人員体制に関する課題も多く認められた。

自由記載では、口腔ケア拒否や行動障害への対応、重度障害により治療が困難なケース、義歯作製・管理の難しさなどが挙げられ、疾患管理のみならず支援体制や専門的対応の必要性が示された。

以上より、入所者の高齢化に伴う口腔管理の課題は多面的であり、歯科専門職との連携強化および職員教育の充実が求められる状況である。

5. 貴施設において、入所者の歯科治療、口腔衛生管理を充実するためにどのような支援が必要だと思われますか。  
(複数回答)(n=555)

項目	回答数	割合
口腔ケアや口腔衛生管理に関する報酬の充実	264 件	47.6%
歯科医療機関の通院介助を含めた報酬の評価	234 件	42.2%
施設及び本人の費用負担のない歯科健診事業の充実	168 件	30.3%
職員に対する適切な口腔ケアに関する研修の機会の拡充	345 件	62.2%
障害者に対応可能な歯科医療機関に関する情報提供	219 件	39.5%
摂食嚥下障害に対応してくれる歯科医師に関する情報提供	201 件	36.2%

【その他】

- ・ 訪問歯科の充実、歯科往診治療に対する補助
- ・ 定期的な衛生士などによる口腔ケア指導
- ・ 施設内で訪問歯科治療が可能な医療機関の充実
- ・ 重度障害者に対応可能な歯科が非常に遠い、対応歯科の充実
- ・ 嚥下障害を判断してくれる医師等の情報が少ない
- ・ 人員配置基準の見直し、人材確保、人手不足の解消
- ・ 人員を補充できるような手当など
- ・ 職員に対する摂食嚥下に関する研修会の機会の拡大
- ・ 利用者様への講習

### **歯科治療および口腔衛生管理を充実させるために必要な支援**

最も多く挙げられたのは「職員に対する適切な口腔ケアに関する研修機会の拡充」(62.2%)であり、施設現場では口腔ケアや口腔衛生管理に関する知識・技術の向上が重要な課題として認識されていた。次いで、「口腔ケアや口腔衛生管理に関する報酬の充実」(47.6%)、「歯科医療機関への通院介助を含めた報酬評価」(42.2%)など、口腔管理体制の整備を支える経済的支援の必要性も多く指摘された。また、「障害者に対応可能な歯科医療機関に関する情報提供」(39.5%)や「摂食嚥下障害に対応可能な歯科医師に関する情報提供」(36.2%)も一定数みられ、専門的歯科医療へ円滑にアクセスできる環境整備の必要性が示唆された。

さらに、「施設及び本人の費用負担のない歯科健診事業の充実」(30.3%)も挙げられ、予防的な口腔管理の機会を確保することの重要性が示された。自由記述では、訪問歯科診療の充実、施設で対応可能な歯科医療機関の拡充、重度障害者に対応可能な歯科医療機関の不足、人員配置基準の見直しや人材確保の必要性などが指摘された。加えて、摂食嚥下に関する研修機会の拡大や、歯科衛生士による定期的な口腔ケア指導など、専門職による継続的支援を求める意見もみられた。これらの結果から、研修機会の拡充、経済的支援、専門医療へのアクセス改善、人材確保など、多面的な支援体制の整備が求められていることが明らかとなった。

6. 歯科治療を含めて、歯科医師による口腔内状況の評価が受けられる体制や機会についてお答えください。

(n=524)

項目	回答数	割合
原則全員、年1回以上、歯科医師による評価が受けられる体制を整えている	340件	64.9%
職員が必要と判断した入所者について、歯科医師による評価が受けられる体制を整えている	155件	29.6%
歯科受診については、本人または家族の判断に委ねている	29件	5.5%

【その他】

- ・ 歯科受診を本人や家族が希望されたときや、職員が必要と判断したときに行っている
- ・ 毎月の訪問での歯科衛生士の判断により受診している、歯科医による訪問診療を行っている
- ・ 重度障害者の障害の特性上において、診察が可能な利用者のみ行っている
- ・ 機会があっても本人が嫌がる。不穏になる。
- ・ 役所から受診券が届いたり、歯科医師が計画的に調整してくれる
- ・ 2年に1回の評価
- ・ 歯科治療は各利用者年1回は行っているが、口腔内状況の評価は行えていない
- ・ 沖縄県保健医療介護部健康長寿科の歯科検診(無料)を年1回受診させてもらっている
- ・ 年2回歯科医師が来所し検診は行っているが、定期でスクリーニングに通院できる利用者は限られており、一部しか実施できていない
- ・ 義歯作製時は家族の判断にゆだねている

**歯科医師による口腔内評価体制の実施状況**

歯科治療を含めた歯科医師による口腔内状況の評価体制については、「原則全員が年1回以上評価を受けられる体制を整えている」が340件(64.9%)と最も多く、定期的な評価体制を整備している施設が多数を占めた。次いで「職員が必要と判断した入所者について評価を受けられる体制を整えている」が155件(29.6%)であり、必要時に歯科医師の診察を受ける体制を採用している施設も一定数みられた。一方、「歯科受診を本人または家族の判断に委ねている」とする施設は29件(5.5%)であった。

自由記述では、訪問歯科診療や歯科衛生士による評価を契機とした受診、自治体の歯科健診の活用などが挙げられた。また、利用者の拒否や重度障害による診察困難など、評価実施の課題も指摘されており、施設の実情に応じた柔軟な対応が行われていることが示された。

#### IV. 経口維持加算について

1. (算定している方)算定した効果を教えてください。(複数回答)

項目	回答数
入所者の誤嚥性肺炎の発症が減った	11 件
経管栄養から経口摂取となる入所者や、経口摂取を維持できる入所者が増えた	9 件
栄養状態が改善した入所者が増えた	11 件
多職種で入所者の食事や栄養状態について検討しやすくなった	31 件

【その他】

- ・ 多職種が誤嚥を防ぐための意識、関心が向上した
- ・ 安全に配慮した食事介助が統一された
- ・ 歯科受診に抵抗がなくなった利用者が増えた
- ・ もともと体制は整えていたので、効果は不明瞭

2. (算定している方)加算が新設されたことで、施設内での経口維持に関する取り組みに変化がありましたか。

項目	回答数
加算ができる前から、取り組みをしており、大きな変化はなかった	10 件
加算ができる前から、取り組みをしており、加算によりさらに推進した	11 件
加算ができたことにより、新たに取り組みが始まった	20 件

3. (算定していない方にお聞きます)算定しない理由を教えてください。(複数回答)

項目	回答数
評価や実施方法などの知識・技術が不足している	159 件
加算の対象となる対象者がいない	107 件
多職種共同での対象者の食事観察や経口維持計画作成が難しい	156 件
実施できる医療専門職がいない	158 件
実施事項に対する報酬の評価が低い	51 件
時間が確保できない	97 件

【その他】

- ・ 管理栄養士がいない
- ・ VF の実施など診断してもらうまでのハードルが高い
- ・ 障害者の心理的な負担がある、拒否を押さえつけてまでしない方針
- ・ 外部から歯科医に来てもらっており、時間調整ができない
- ・ 算定額が安くて割に合わない、事務に取られる時間のほうが多い
- ・ 経口維持加算を知らない、施設側の体制が整っていない
- ・ 現場単位で判断できることではないので

4. (すべての方)貴施設での摂食嚥下機能に注意が必要な入所者への食事の取組について教えてください。(複数回答)(n=555)

項目	回答数	割合
入所時に摂食嚥下機能を評価している	73件	13.2%
定期的に摂食嚥下機能を評価している	127件	22.9%
専門職が定期的に食事の観察を実施している	179件	32.3%
入所者毎に適合した多様な食具を用意している	352件	63.4%
入所者毎に適合した食事姿勢を保持する取組を実施している	312件	56.2%
入所者毎に適切な食事環境を整備している	321件	57.8%
入所者毎に適合した多様な食形態の提供が可能である	410件	73.9%
特に実施していない	23件	4.1%

【その他】

- ・ 早食いで咀嚼不足の方の摂取ペースを調整する工夫
- ・ カロリー制限、キザミ食程度までが入所条件
- ・ 嚥下が難しくなってきた利用者には、軟食やミキサー食を用意
- ・ アセスメント等を利用して食事形態など栄養士等が検討している
- ・ 必要な方は外部機関で評価、必要に応じて歯科医による摂食嚥下機能を評価している
- ・ 口腔体操を行い、嚥下機能低下を防止している

①(入所時に摂食嚥下機能を評価している場合)実施職種を教えてください。(n=73)

- ・ 栄養士、管理栄養士(42件程度)
- ・ 看護師(42件程度)
- ・ 生活支援員など(22件程度)
- ・ 言語聴覚士(10件程度)
- ・ サービス管理責任者
- ・ 医師、歯科医師、歯科衛生士(訪問歯科・かかりつけ医)
- ・ 理学療法士、作業療法士
- ・ 児童発達管理責任者
- ・ 担当職員

②(定期的に摂食嚥下機能を評価している場合、)実施職種を教えてください。(n=127)

- ・ 栄養士、管理栄養士(68件程度)
- ・ 看護師(66件程度)
- ・ 生活支援員など(32件程度)
- ・ 言語聴覚士(24件程度)
- ・ 歯科医(21件程度)
- ・ 歯科衛生士(8件程度)

- ・ サービス管理責任者
- ・ 医師(口腔外科医師、嚥下専門の内科医など)
- ・ 理学療法士、作業療法士
- ・ セラピスト

### **摂食嚥下機能に配慮した食事支援の取組**

摂食嚥下機能に注意が必要な入所者への食事支援として、最も多く実施されていたのは「入所者毎に適合した多様な食形態の提供」(73.9%)であり、次いで「入所者毎に適合した多様な食具の用意」(63.4%)、「適切な食事環境の整備」(57.8%)、「食事姿勢を保持する取組」(56.2%)が挙げられた。これらの結果から、多くの施設で個々の入所者の状態に応じた食事環境や食形態の調整が行われていることが示された。

一方、「専門職による定期的な食事観察」(32.3%)や「摂食嚥下機能の定期評価」(22.9%)、「入所時の評価」(13.2%)は比較的少なく、専門的評価の実施には施設間で差がみられた。自由記述では、摂取ペースの調整、軟食やミキサー食への変更、口腔体操の実施、外部機関や歯科医師による評価などの取組も報告され、入所者の嚥下機能に応じた多様な対応が行われていることが示唆された。



①-4 参加人数(人)

項目	回答数
1～5 人	90 件
6～10 人	25 件
11～20 人	14 件
21～30 人	7 件
31 人以上	14 件

①-5 開催方法について(複数回答)

項目	回答数
歯科訪問診療日に実施	119 件
歯科訪問診療日以外の日に実施	36 件

【その他】

- ・ 職員会議日、口腔管理会議日
- ・ 外来受診日、歯科通院にて
- ・ 毎日の朝の口腔ケア時
- ・ 歯科側より指定された日
- ・ ZOOM
- ・ 歯科衛生士が休診日に利用者の生活寮へ訪問し実施
- ・ 毎月第 4 水曜日
- ・ 資料配布

①-6 助言の要点(複数回答)(n=152)

項目	回答数
入所者のリスクに応じた口腔清掃等の実施	144 件
口腔清掃にかかる知識・技術の習得の必要性	131 件
食事状態、食形態等の確認	57 件

【その他】

- ・ 口腔ケアアイテムの選定について助言をうけた
- ・ 口腔ケア、歯磨きの仕方についてなど
- ・ 入・退院後の体の変化に対しての口腔ケア変更点について助言を受けた

②「口腔ケアに係る技術的助言、指導」について、その効果や問題点があれば教えてください

- ・ 歯を磨くのではなく歯ブラシで歯茎を刺激してくださいと指導を受け、歯からする人が減少した
- ・ 指導するときはマンツーマン指導を支援員にしているので指導される側もわかりやすい様子。また指導する際はライトで口腔内を照らし問題点を必ずわかりやすく短時間で完結的に指導しているので施設利用者は口腔内がきれいな

のを維持できている。

- ・ 食事形態や嚥下の評価等の相談がしやすい
- ・ 良好な口腔状態を維持しやすくなった。職員の意識向上、知識獲得につながった
- ・ 歯科衛生士さんに歯磨きをしてもらい、実際の強さや、向かい合う怖さを体験できた
- ・ 歯周病が改善された
- ・ 入所者一人ひとりにあった課題解決ができる
- ・ 口内の状態に合わせたブラッシングの指導を受け、治療にかかる時間が大幅に減少した。
- ・ 寝たきりの方々の口腔ケア(うがいができない)の指導など、丁寧に教えて下さり、職員の口腔ケアの質が向上した
- ・ 生活支援員もローテーション勤務の為、全員受講するのが難しい。
- ・ 指導しても実施できているか確認することが困難
- ・ 仕組みは良いのだが、最初の取り掛かりが専門職(看護師・管理栄養士・リハ職)で実施したため、現場対応している支援員まで、対応の必要性が響きにくい。
- ・ 助言や指導が生活支援員に浸透しないので、個々に適した口腔ケアができていない
- ・ 仕上げ磨きはできるが歯間ブラシまでの使用は職員の人数などの関係で難しい状態である
- ・ 入所者の課題が明確になるが支援するには人手が足りない
- ・ 担当が管理栄養士のためそれ以外の職員が直接助言、指導できていない。(現在は管理栄養士が受けた指導内容を他職員に伝達している)訪問日以外に研修を設けていただくよう動いているところ。
- ・ 過疎地域にとって加算算定条件のハードルが高い
- ・ 限られた往診時間内での研修は困難
- ・ 開口が困難であることから十分な口腔ケアが実施出来ない。本人からの治療や指導に対して協力が得られず困難。また、口腔ケアの大切さ、疾病とのつながりなどに職員から意識を持ってほしい。

③-1(口腔衛生管理体制加算を算定している場合)「年 1 回以上の定期的な歯科検診(健診)を実施することが望ましい」とされていますが、実施はできていますか

項目	回答数	割合
できている	155 件	84.7%
できていない	28 件	15.3%

③-2(できていない場合)その理由を記載ください

- ・ 全利用者に対しては時間的に困難、歯科に余裕がない
- ・ 定期検診を受けてくれる歯科医がいないため
- ・ 職員の確保が困難、通院介助が難しい
- ・ 歯科衛生士が在職していない
- ・ 算定要件がわからないから、加算を知らなかった
- ・ 55 名中 2 名程寝たきり状態の方は出来ていない
- ・ 強度行動障害により医療機関受診が困難なため
- ・ 加算よりも病院の提携料金が、報酬に対して労力が見合わない

- 基本的には月2回歯の状態を確認してもらい指導をもらっているため、改めて検診を行っていない
- 適宜チェックしている、往診対応で十分との認識のため
- 開所間もなく、予定が立っていない
- 現状できていないが、今後進める予定

3. (口腔衛生管理体制加算を算定していない場合)算定していない理由を教えてください(複数回答)(n=403)

項目	回答数	割合
加算を知らなかったから	35件	8.7%
算定要件がわからないから	56件	13.9%
障害福祉サービス上の報酬の評価が低い	66件	16.4%
職員が口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上受けることが難しい	207件	51.4%
口腔ケアに係る技術的助言及び指導をできる歯科医師ないし歯科衛生士の確保が困難	217件	53.8%
口腔ケア・マネジメントに係る計画の立案が困難	153件	38.0%
手間や時間がかかる	127件	31.5%
必要性を感じない	7件	1.7%

【その他】

- 人員体制、人員配置、人材確保である。業務過多の状態です今以上の負担増に負目がある
- 障害者の心理的負担が大きいため、拒否を押し返してまではしない方針
- サービス担当者会議など、会議開催が他にもあり現場支援に影響が懸念されるため
- 今後進める予定

**口腔ケアに係る技術的助言、指導について、その効果や問題点**

口腔ケアに係る技術的助言・指導により、職員の知識や意識が向上し、入所者の口腔状態の改善や維持、歯周病の改善、適切なブラッシングの実施などの効果が報告された。また、摂食嚥下や食事形態に関する相談のしやすさや、個々の状態に応じたケアの実践につながっているとの意見もみられた。

一方で、ローテーション勤務により全職員への浸透が難しいこと、助言内容の定着や実施状況の確認が困難であること、人員不足により十分なケアが行えないことなどの課題も指摘された。さらに、開口困難や協力が得られない入所者への対応の難しさも挙げられ、継続的な教育体制と実践可能な支援環境の整備が求められている。

**口腔衛生管理体制加算を算定していない理由**

口腔衛生管理体制加算を算定していない理由として、最も多かったのは「口腔ケアに係る技術的助言及び指導をできる歯科医師または歯科衛生士の確保が困難」(53.8%)であり、次いで「職員が月1回以上の技術的助言や指導を受けることが難しい」(51.4%)が挙げられた。また、「口腔ケア・マネジメント計画の立案が困難」(38.0%)、「手間や時間がかかる」(31.5%)など、実務面の負担を理由とする回答も多くみられた。

一方、「算定要件がわからない」(13.9%)、「加算を知らなかった」(8.7%)など制度理解に関する回答も一定数みられた。自由記述では、人員不足や業務過多、利用者の心理的負担への配慮などが挙げられ、人的資源の不足と歯科専門職との連携体制の確保が大きな課題であることが示された。

## VI. 口腔衛生管理加算について

### 1. (算定している場合)算定した効果を教えてください

①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。(複数回答)

項目	回答数
常勤として雇用している	10 件
非常勤として雇用している	11 件
ボランティアで実施してもらっている	1 件
歯科医療機関と契約している	36 件
歯科訪問診療の際に実施してもらっている	47 件

②(①の質問の回答が1~3の場合)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。(自由回答)

- ・ 歯科通院時、往診時に指示を受けている
- ・ 直接歯科衛生士が歯科医師に問題点を聞いている
- ・ サポートスタッフへの指導
- ・ 看護師への助言及び指示書として
- ・ 書面にて
- ・ 臨時の場合は電話連絡かメールで指示を受けている

### 2. 貴施設における口腔衛生管理加算の効果と課題を教えてください

①どのような効果があると思われますか。(複数回答)

項目	回答数
歯周病の進行予防	87 件
誤嚥性肺炎の予防	77 件
生活支援員による口腔ケアが困難な入所者に対応できる	82 件
歯科治療(むし歯、歯周病、義歯など)が必要であるか判断してもらえる	84 件
食支援が必要な入所者や摂食嚥下機能への対応が必要な入所者に対応できる	42 件
サービスの質の向上が可能になる	61 件

②どのような課題があると思われますか。(複数回答)

項目	回答数
対応できる歯科医療機関ないし歯科衛生士の十分な確保が困難	33 件
歯科訪問診療、訪問歯科衛生指導との回数調整等の使い分けが難しい	25 件
障害福祉サービス上の報酬の評価が低い	42 件
口腔ケアを各入所者に月2回以上行うことが難しい	29 件

【その他】今のところ大きな課題なし

3. その他のご意見があれば教えてください。

- ほとんどの障害程度が重度や強度行動障害を持っているため通常の検診・治療が難しい場合が多い。
- 歯科衛生士が口腔内が汚れやすい人の口腔ケアの回数を増やすと、口腔内がきれいな人の回数が減るので、月 2 回以上行おうとすると、生活支援員の方の協力が必要であると考えます。

4. (口腔衛生管理加算を算定していない方にお聞きます)算定しない理由を教えてください。(複数回答)

項目	回答数
加算を知らなかったから	36 件
算定要件がわからないから	73 件
障害福祉サービス上の評価が低いから	61 件
口腔ケアを各入所者に月 2 回以上行うことが難しいから	155 件
対応できる歯科医療機関ないし歯科衛生士の確保が困難だから	239 件
算定すべき対象の把握が難しいから	72 件
手間や時間がかかるから	134 件
算定対象がないから	20 件
訪問歯科衛生指導料が月 3 回以上算定されているから	23 件

### 口腔衛生管理加算について

口腔衛生管理加算の効果としては、歯周病の進行予防や誤嚥性肺炎の予防、生活支援員による対応が困難な入所者への口腔ケアの実施、歯科治療や摂食嚥下支援の必要性の判断、サービスの質向上などが挙げられた。一方で、対応可能な歯科医療機関や歯科衛生士の確保が困難であること、訪問歯科との回数調整が難しいこと、報酬評価の低さ、月 2 回以上の口腔ケア実施の負担などが課題として指摘された。

未算定理由としては、歯科専門職の確保困難、月 2 回以上の実施の難しさ、手間や時間の負担、制度や要件の理解不足などが挙げられ、人的資源と運用体制の整備が求められている。

## Ⅶ. 貴施設と歯科医師・歯科衛生士の関わりについて

### 1. 貴施設に歯科訪問診療に来る歯科医師はいますか？

項目	回答数	割合
いる	344 件	62%
いない	211 件	38%

#### ①-1(「いる」と回答された方) 歯科訪問診療を行う歯科医療機関数(箇所) (n=344)

項目	回答数
1 箇所	296 件
2 箇所	31 件
3 箇所	6 件
4 箇所以上	1 件

#### ①-2 歯科訪問診療を受けている入所者数(人)

項目	回答数
1～10 人	59 件
11～30 人	102 件
31～50 人	111 件
51～100 人	50 件
100 人以上	2 件

【その他】適時

#### ①-3 歯科訪問診療は 1 週間に何回来られますか。(週に○回)

項目	回答数
～0.25 回	31 件
0.25～0.5 回	59 件
0.5～1 回	155 件
1～2 回	32 件
2 回～	14 件

(表の範囲は下限を含まない)

【その他】必要なとき、不定期

#### ①-4 歯科訪問診療について課題はありますか

項目	回答数	割合
ある	153 件	46.5%
ない	176 件	53.5%

■課題内容 (n=153)

項目	回答数
依頼してから診療までに時間がかかる	12 件
診療できる人数が限られている	119 件
施設職員との連携が不十分	18 件

【その他】

- ・ 簡単な治療しかできない、レントゲンの撮影ができない
- ・ 受診意向がない利用者に勧めることが難しい、多動や興奮で受信拒否をする利用者がある
- ・ 看護職員が対応しているが、通院などで不在の場合現場から対応できる職員がいない
- ・ 現在訪問してくださっている歯科医院は摂食・嚥下は診ていないため、その部分の対応がおろそかになりやすい
- ・ 医療機関に通院できていると訪問診療ができないという制限がある
- ・ 回数が限られている
- ・ 利用者の対応に職員の手が取られてしまう
- ・ 費用が高い

①-4-1 (診療までに時間がかかると回答した方) かかる日数を記載ください

項目	回答数
1～5 日	5 件
6～7 日	7 件
8 日以上	3 件

②歯科訪問診療に来る歯科医師が「いない」と回答された方(211 件)は回答してください。いない理由を教えてください。

(複数回答)

項目	回答数	割合
訪問診療が可能な歯科医療機関が近隣にない	56 件	26.5%
歯科医師を配置しているため不要	10 件	4.7%
歯科医療が必要な入所者がいない	1 件	0.5%
歯科医療機関に入所者を送迎している	167 件	79.1%

【その他】

- ・ 市の歯科医師会に訪問診療を依頼したが困難と返答あり。現在、協力歯科医を選定中
- ・ 橋の重量制限で巡回バスが施設まで来られない
- ・ 施設の財務上の課題がある
- ・ 施設内に歯科医院・診療所がある、
- ・ 今後訪問診療を受ける予定

2. 歯科医療機関に通院している入所者はいますか。治療だけでなく、定期的な口腔健康管理を含みます。

項目	回答数
1～5 人	139 件
6～10 人	62 件
11～30 人	90 件
31～50 人	65 件
51 人以上	47 件

①どのような理由で、入所者が歯科医療機関を受診していますか。(複数回答)

項目	回答数
訪問診療が可能な歯科医療機関が近隣にない	95 件
訪問診療が可能な医療機関はあるが、かかりつけ歯科にみてもらうために通院している	187 件
訪問診療が可能な医療機関はあるが、障害者に対応しておらず、専門の医療機関に通院している	70 件
治療の内容に応じて、歯科訪問診療での対応が困難な場合に外来受診している	169 件

②入所者が歯科医療機関に通院することに際し、施設に生じる負担(時間的や人的など)はあれば記載してください。

- ・ 送迎や通院付き添いの人的、時間的負担が大きい。他業務に支障が出やすい(同内容多数)
- ・ 予約時間があるため時間の縛りがあり、また付き添い人員を確保すると通院の間に人員の不足がでてしまう(同内容多数)
- ・ 遠いので通院に時間が掛かる、付近に障害者対応の歯科医院がなく遠方に行く必要がある(同内容多数)
- ・ 身体拘束下での診療が必要になる事が多い(同内容多数)
- ・ 通院先の選定、受け入れ可能かどうかの確認作業(車椅子が大きいので、EV や出入口、診察台の確認や障害特性によっては対応が困難なケースも過去にあった)
- ・ 知的障害という特性上、治療への理解が難しく方が多く、治療がスムーズにできないことがある。場合によっては全身麻酔ができる遠方の歯科へ受診する必要がある
- ・ 入所者ひとりに対し、職員 2 名の付き添いが必要な場合もあり人員確保に困る。また、高齢化に伴い、他科の受診も増えており、通院の調整が大変になってきている
- ・ 利用者の重度高齢化。治療困難な利用者に対しての通院は看護師だけの通院が困難な場合がある
- ・ 口腔内に問題がある方が多いので、受診するまでに期間ができてしまい悪化してしまう。新入所される方も、ほぼ口腔に問題があるので受診の順番待ちができています
- ・ 最寄りの歯科がバリアフリー対応となっていないため、車いすの入所者の通院が困難
- ・ 口腔外科などの外部医療機関の予約が取りにくい、人員や時間もかかる(全身麻酔等で長時間付添が必要)が報酬には反映されない

### 3. 協力歯科医療機関はありますか

項目	回答数	割合
ある	471 件	84.9%
ない	84 件	15.1%

#### ①(協力歯科医療機関がある場合)利点があると感じていますか

項目	回答数	割合
歯科訪問診療等の依頼が容易である	271 件	57.5%
入居者の口腔管理に係る相談が容易である	370 件	78.6%
施設従業員の口腔に係る知識の向上につながっている	166 件	35.2%
入居者の誤嚥性肺炎の予防につながっている	127 件	27.0%

#### 【その他】

- ・ 障害が重い方も受診が可能、障害に理解がある(同内容 9 件)
- ・ 困った場合の相談役、すぐに駆けつけてくれる
- ・ 通院困難の場合は訪問診療していただける
- ・ 契約により診療枠を確保しており、なじみの協力歯科機関で治療や処置を受けられる。用意された枠以外の急な受診も対応してくれる
- ・ 最低限の治療が受けられる
- ・ 口腔内の清潔保持ができる
- ・ 特になし、あまり機能していない

#### ②(協力歯科医療機関がない場合)その理由を教えてください

- ・ 引き受けてくれる歯科医療機関がない、近隣に適切な歯科がない
- ・ 強度行動障害を理解している医療機関が遠方にしかない
- ・ 利用者の多くが専門機関でないと受診できないため
- ・ 施設としてのかかりつけ歯科医院が大部分を担って貰えている為、改めて締結書などでの確約を定めていない
- ・ 訪問歯科を依頼しているため、今まで依頼してこなかった
- ・ 法人内に歯科がある
- ・ 訪問診療をお願いしている歯科医療機関があるが、施設の重要事項説明書等に載せていない
- ・ 口腔ケア・管理・予防に時間を確保することが難しい
- ・ 努力義務だから
- ・ 必要性を感じない
- ・ 協力歯科医療機関の概念を知らなかった
- ・ 協力歯科医療機関の要件がわからない

#### 4. 協力歯科医療機関について該当する項目にチェックを入れてください(複数回答可)

実施内容	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	協力歯科医療機関以外の 歯科医師が実施している項 目
入所者の食事等のカンファレンスへの参加	21 件	108 件	9 件
入所者の食事等に関する個別の相談	99 件	108 件	28 件
歯科訪問診療(歯科治療)	255 件	100 件	45 件
訪問歯科衛生指導	192 件	110 件	26 件
摂食・嚥下に対する支援(ミールラウンド含む)	61 件	141 件	25 件
嚥下機能検査	44 件	164 件	39 件
歯科検診や歯科相談	344 件	64 件	58 件
入所時の口腔の健康状態の評価	161 件	110 件	26 件
入所後の定期的な口腔の健康状態の評価	263 件	76 件	40 件
口腔衛生の管理実施にあたり技術的助言・指導	224 件	101 件	31 件
口腔衛生管理加算の算定に係る口腔衛生の管 理	90 件	102 件	11 件
口腔衛生等に関する研修会の開催	69 件	162 件	21 件
その他	12 件	15 件	4 件

#### 歯科訪問診療に来る歯科医師がいない理由

最も多かったのは、「歯科医療機関へ入所者を送迎している」(79.1%)であり、通院対応により訪問診療を必要としていない施設が多かった。次いで、「訪問診療が可能な歯科医療機関が近隣にない」(26.5%)とする回答もみられ、地域における訪問歯科体制の不足が示唆された。一方で、「歯科医師を配置しているため不要」とする施設も少数認められた。自由記載では、協力歯科医の確保が困難であること、地理的・交通上の制約、施設内診療所の存在、今後導入予定などが挙げられ、地域資源や施設条件に応じた対応の違いがみられた。

#### 入所者の歯科受診の実態と通院に伴う施設負担の現状

入所者が医療機関を受診する理由としては、「訪問診療が可能であっても、かかりつけ歯科で診療を受けるため通院している」が最も多く、次いで「訪問診療では対応困難な治療内容のため外来受診している」が挙げられた。また、障害者対応が可能な専門医療機関へ通院しているとの回答も一定数みられた。通院に伴う負担としては、送迎や付き添いに要する人的・時間的負担が大きく、他業務への影響や人員不足が指摘された。さらに、遠方受診やバリアフリー未対応、身体拘束や全身麻酔を要するケースへの対応など、重度・高齢化に伴う医療的配慮も課題となっている。通院調整や受診待機による症状悪化への懸念も示され、施設側の負担軽減策が求められている。

### **協力歯科医療機関の整備状況とその効果・課題**

協力歯科医療機関については、「ある」と回答した施設が 84.9%を占め、多くの施設で連携体制が整備されていた。利点としては、「入所者の口腔管理に係る相談が容易である」が最も多く、次いで「歯科訪問診療等の依頼が容易である」とされ、日常的な口腔管理や医療対応における支援効果が認識されていた。また、職員の知識向上や誤嚥性肺炎予防への寄与も一定程度評価されていた。自由記載では、障害への理解がある歯科医療機関の存在や、緊急時対応、通院困難者への訪問診療などの利点が挙げられた。

一方、協力歯科医療機関がない施設では、対応可能な歯科医療機関の不足や専門機関への依存、制度理解不足などが理由として示され、地域資源や認識の差による連携体制のばらつきがみられた。

5. 歯と口の健康に関する取組や連携体制等について、困りごとや要望等があれば自由に記載してください

- ・ 口腔衛生に関して、施設利用者の定期的なブラッシングをお願いしたいがそもそも歯科医師は自身のクリニックが多忙の為、なかなか時間の確保ができない。それに対して歯科衛生士は地域の中にもたくさん人がいるのが現状。お願いしたいが歯科衛生士では医師の指示がない限り直接的なことはできないという回答が多い。歯科衛生士を有効活用したいが、施設側としても歯科衛生士側としても踏み込むことのできない現状が歯がゆい。
- ・ 医療機関があるが強度行動等障がい特性に応じて欲しい
- ・ じっとできない方が多いため通院できる歯科が限定されて困っている
- ・ 訪問歯科が現在月に一度になった。歯科医院側の都合と施設内の口腔内の状況が安定しているため回数が減ったのだが、そのため緊急で見てもらいたいときや、虫歯治療、義歯作製などは外来の歯科医院へ受診しないといけなくなり、さらに忙しくなった。訪問歯科のように園内で決まった人数をまとめて診てほしい。
- ・ 対象者の身体機能が重度なことが多く、受診に連れて行くのが大変な方もいる。
- ・ 日々の歯磨きが大事だと思う。現状、朝食後の仕上げ磨きを就寝前に変えたいが、業務の都合上難しい。
- ・ 施設内で歯科治療等をする場合、施設の職員が介助に入ったり、暴れる利用者さんを抑えるため虐待になるのではないかと不安になったりしたため、訪問診療を現在はしていない。
- ・ 重度の知的障害者の場合、入れ歯などを導入したくとも障害特性から行えず食事摂取に問題が起きやすいこと
- ・ 協力歯科医が高齢となってきており、後継者が今のところ見つかっていない
- ・ 知的障がい者の施設なので適切な歯磨きがなかなかできない。口腔環境にあった物品を使用できない(歯磨き粉など大人用だと辛くて使えないなど)義歯を作成してもすぐに壊してしまい管理が難しい。
- ・ 口腔衛生に関して、重要なことである意識が職員に乏しい。定期的な協力歯科医療機関の指導があれば、もっと意識向上につながると思っています。協力歯科医療機関の Dr.が先代から変わったことで、対応が非協力的になってしまいました。
- ・ 義歯を使用できない方が多い、障害の特性から違和感があると自ら歯を抜いてしまう
- ・ 口腔ケアに力を入れているが、歯石の付着等歯科治療が必要な方がたくさんいる一方マンパワーの不足から歯科通院につながらない方が多い。
- ・ 報酬単価があがれば、歯科と協議しやすい
- ・ 訪問歯科では限界がある場合、紹介をして頂くのだが、紹介された医療機関からある程度落ち着いた状況になった際に訪問歯科に戻すという流れがなく、ずっと通院になってしまっている。
- ・ 1年に1度のスクリーニング、検診だけでなく、衛生士に来所していただき口腔ケア指導を実施してほしい。
- ・ 生活支援員だけでは業務量的にやりきれない部分があり、困っている。
- ・ 知的障害者の歯科治療をしている歯科医院が少なく、県歯科医師会の口腔保健センターか医療福祉センターの歯科の二つしかない状況。それぞれ患者も多く予約もとりにくい状況にあり、連携することが難しい。
- ・ 利用者の高齢化に伴い、嚥下体操等嚥下機能を少しでも維持出来る様な支援方法が必要となっている
- ・ 現場支援員の負担が大きく、しっかりと取り組むためには人員配置を見直しが必要。研修についても、1回では難しいため複数回実施しなければならぬ研修実施の職員の負担は大きくなる。しかし現場に合わせたスタイルでなければ、研修参加が難しい。
- ・ 摂食嚥下については、近年、研修の機会を増やしていますが、職員によって知識のばらつきがあり、共通理解には至っていないと感じています。

- ・ 口腔ケアを受け入れにくい利用者さんへの対応
- ・ 開口困難や拒否が強いなどの歯科検診が困難な利用者が増える反面、受け入れ先が少ない
- ・ 5年に1回の巡回歯科診療なども利用しているが、重度の障害者の治療は非常に困難である。
- ・ 3食後の口腔ケアと週1回は集中して口腔ケアを行う曜日を設定しているが、感染症などで長く隔離期間があると、支援が不十分となり、口腔の状態が悪化する傾向にある。
- ・ 知的障害者施設です。老人とちがい寝たきりではないため歯科通院しています。しかし、通院が難しい利用者は多く、職員の人数も必要です。少しでも歯の健康を保つように頑張っていますが、訪問ばかりに加算がいつているように思います。現在、訪問歯科医師、訪問衛生士に来ていただいています。やはり簡易的な口腔ケアのように感じます。訪問より通院の方がとても大変ではあるが、利用者さんの歯の衛生を維持するために努力し全利用者の歯科通院している知的障害者施設にも目を向けてほしいと願います。
- ・ 障がい者歯科の施設や専門医が都市に集中し、地方で対応可能な施設が少なく、移動が困難な障がい者の治療へのアクセスが大きな障壁となっている。施設支援者の口腔衛生の重要性に対する認識や理解の不足、口腔衛生の実際の方法に関する知識不足など、障がい者歯科の課題に直面している。  
 地域包括ケアシステムに障がい者の口腔保健を組み込む仕組み作りが早急に整備され、地方でも障がい者が公平に治療を受けられる環境作りがされることを望む。また、オンラインなどを利用した口腔管理の教育や指導を支援者対象に行う機会があれば、日々の口腔ケアの充実に繋がると感じる。  
 障がい者とひとくりにできない個別性のある口腔衛生の専門的アドバイスを求める。気軽に日々のケアに関する相談ができる連携体制が整えば、障がい者のメリットは大きく、歯の欠損や歯周病の合併症予防、好きなものを自分の歯で食べられる喜びを感じることに繋がる。
- ・ 職後の歯磨きに十分な時間をかけることができていないのが現状です。
- ・ 必要性は職員全員把握していますが人員不足です。
- ・ 年に1回歯科医師に来院していただき健診を実施してほしい
- ・ 高齢化に伴い嚥下機能の低下は気になるところであり、その対応をしていただけると嬉しい。
- ・ 訪問歯科が近隣にあれば、通院付き添いの人的負担が軽減される
- ・ 歯磨きに対する協力、介助の受け入れが困難な利用者が多い。口腔ケアに対応する職員や時間が不足している。
- ・ 歯が抜けてしまっても、入れ歯の使用が難しい方が多いが、歯科医師に相談しても「食事に注意してください。」とのコメントのみで、具体的な取組(食事形態等)としての内容がない。そのため、看護師と栄養士のための専門職ではどのように対応してよいのか分からず、困っている。
- ・ 気軽に通院できる歯科医がない
- ・ 歯磨き介助の必要な利用者のケアの重要性が、たとえ研修会を開いたとしても介護職員に浸透しない
- ・ 地域に障害を持たれた方の対応できる歯科医が少ない
- ・ 訪問診療に出向いて頂ける歯科が少ない
- ・ 口腔内の状況について、多職種で評価、確認する機会がない
- ・ 障害による理解力不足があるため、歯磨きがしっかりできない
- ・ ①歯科受診のハードルが高い(医療行為への不安や診療台に座れない。口を開けられない。)等②日常の口腔ケアの難しさ(拒否が強い。口腔ケアの支援の質)
- ・ 障害者専門の歯科健診を定期的実施して頂きたい。(県の事業で現在は数年に1回)

- ・ 歯科通院が必要だが障害特性で拒否がある利用者がいる。義歯が必要で義歯を作成したが嘔吐反射が強く義歯をいれられず食事形態で様子見ている。
- ・ 日々の歯磨きの充実を図るために歯科医師に指導していただいた。動画も撮り、アナウンスしたが周知に至らなかった。日課として「歯磨きをがんばる日」を設け、2年経過し、やっと軌道に乗った感じはする。しかし、付着してしまった歯石を除去することはできないため、通院したいところではあるが、利用者本人の拒否が強かったり、じっとすることが苦手な方も多く、1人の通院に対する職員のマンパワー不足が課題。治療設備が整ったバスが施設まで定期的に来てくれたら良いと思う。
- ・ 利用者の抜歯せずに歯を残して欲しい。
- ・ 6 月毎に歯科通院だけで手一杯な現状です。嚥下機能が低下している入所者がいるが評価までは手が届かない状態です。
- ・ 個人宅ならいいが、施設への訪問診療となると取り決めや、施設からの報酬等難しい事が増えるのではないと思う。法的な報酬単価も高くないため手間のわりにメリットが感じにくい。
- ・ 入所者の重度高齢化が進む中、通院自体に行くことが困難な方もいるため、訪問診療を行っていただけると大変ありがたいです。利用者さんの負担もそうですし、職員の確保の面でも。
- ・ 障害の特性で口を開けてくれない利用者様の口腔ケアが困っている。口臭もあり、不衛生である。施設入所前から、家族の中で大きな課題となっており、入所している現在も、歯石が溜まり歯の半分が色が変色している。押さえつけるわけにもいかず、現状で出来ることを行っている。
- ・ 医療機関は治療や定期的なチェックを主な目的とされておりそこに診療報酬が発生する。施設が行う日常的な健康管理とはやや異なるため連携がスムーズにいきにくい。
- ・ 訪問診療という形で3 箇所の歯科医と契約を行っています。その場合、口腔ケアにかかる時間が医院によって異なっているため、丁寧さに差があると感じています
- ・ 障がい者歯科や訪問診療に対応できる医療機関が不足しており、予約取得の期間が長く、要治療者が十分な治療を受けられていない。
- ・ 食支援困難な入所者に対する、摂食嚥下評価や充実した支援(訪問診療での評価や訓練を含む)に対応できる歯科医師、歯科医療機関の不足。
- ・ 障害者を受け入れてくれる歯科医院を紹介してほしい。
- ・ 高齢化と共に自立度が低下しており、支援が必要になってきている。職員への情報共有と口腔ケア介助の必須を伝え定着するまでが何度か指導が必要。
- ・ 行政や自治体が積極的に取り組んで欲しい。遠方施設には補助が欲しい。
- ・ 口腔衛生管理体制加算制度を活用したい。歯科医師(歯科衛生士)に指導していただき、施設職員のスキルアップを目指したい。
- ・ 誤嚥が頻回になり、嚥下検査を家族に承諾を得たいのだが、その必要性を理解してもらえず、安全で確実な摂取を進めていきたいが、解決の糸口が見えない
- ・ 口腔ケアの指導を受けたいと考えているが、一度に生活支援員の全員が指導を受けることができないのが、悩みの種です。(費用面も含めて)
- ・ 全員の口腔の評価を定期的実施してもらいたいが、現在往診して下さる歯科医は時間がなく、他の施設にかかわっているのだからできないと言われた
- ・ 利用者さんの歯科訪問、指導が無償になってほしい。(高額だから)

- ・ 協力歯科医療機関についても診療が特定の曜日が中心で融通が利きにくい
- ・ 実際の飲食場面をみてもらう機会が取りにくい。
- ・ 障がい者が多く治療が困難な利用者に対しての医療体制が整っていない。
- ・ 訪問診療を受けてくれそうな所はあっても、実際話をしていないが、診療時間以外での依頼になる為、現実問題、難しいのではないのでしょうか。
- ・ 当施設でも以前はミールラウンドが実施されていましたが、対応できる歯科医師が退職されてしまい、現在は実施されていない現状です。
- ・ 重度の知的障害者でも気軽に通える歯科体制を増やして欲しい(笑気ガス対応の歯科医院を増やして欲しい)、訪問診療出来る歯科医院も増やして欲しい
- ・ 重度の知的障害者への治療や治療同意など問題点は多い。(麻酔治療など)歯磨きなども、職員の負担は大きく十分できているとはいえない。(噛みつく人や口を開かない人など障害特性により問題点は様々である)また非常勤職員として歯科衛生士を雇用することも難しい状況である。
- ・ 歯の治療と年 1 回の定期歯科検診に留まっており、研修や加算を受けるための取り組みには至っていない。離島の医療状況があり島内での治療等には制限がある。
- ・ 治療費負担や障害特性による歯科治療への不安等で実施出来ない利用者がある。
- ・ 障害の重い方に対する歯科診療をしてくれる所が少なく、それゆえ患者が集中しているので入所者の新規の予約を入れるのに月日を要するのが困っている。
- ・ 協力歯科医療機関との連携がうまくいっていないので、今後新たな協力歯科医療機関の選定等が必要になってくるかと思えます。
- ・ 当施設においては先ず栄養士・看護師を中心に摂食嚥下障害に繋がる部分の早期発見を目的とし、施設内での研修を計画している途中である。研修後の疑問点や課題など上がれば専門医に相談し更なる研修を検討していきたいと考えております。
- ・ 嚥む、嚥下のしやすい食形態や介助方法を知りたいです。
- ・ 高齢に伴いどんどん歯が抜け嚥下機能も低下していく中でも利用者さんは食べたい！という気持ちが強くあり希望をかなえてあげる事が難しいのが現状である。
- ・ 施設での歯科検診を受け入れてくれる機関がない。
- ・ 利用者さんの歯と口の健康に対する理解不足・指導不足。・・・人員不足が大きい。
- ・ 利用者の好みがあるため、協力機関や訪問歯科を変えてほしいという話がある。
- ・ 支援員への歯磨き指導や口腔ケアに関する実地研修や学習会を開いてほしい
- ・ 地域の中にある歯科クリニックの多くは、車椅子対応ができない所(段差や治療用の椅子に座れない等)が多く、気軽に通院できない。また、生活保護受給者対応のクリニックもそれほど多くないので利用者に適した歯科医院を探すのが大変。
- ・ 通常の治療や義歯制作等での受診のみなので、こじか号以外の訪問診療があるととてもありがたい。
- ・ 職員全員に口腔ケアの必要性を認知し、実践するのが難しい。口腔ケアに十分な時間をかけて行うことができていない。
- ・ 協力歯科医院の高齢化や受診環境を整えてもらえない。
- ・ 障がい者の受診拒否などのあり、対応してもらえないケースや、コロナ・インフルエンザワクチン接種で受診を拒否されるケース、障がい者で歯磨きを嫌がる利用者の受診は拒否されたりする。
- ・ 施設の職員確保が難しい状況で、身体的な要因の受診を優先するため歯科の受診は後回しになってしまう。

- ・ 働く職員が減っているなかで、報酬を吊り上げられても対応出来ない。
- ・ 高齢化に伴う歯周病、嚥下機能の低下
- ・ 口腔ケアの正しい方法、治療が直ぐにできる環境
- ・ 過疎地域で、現在片道 40 分程の歯科医院に通院しているが、医師も高齢で、いつまで見てもらえるか不安である。
- ・ 障害に対して理解し診察してもらえる医師がとても少なく、多動な方は片道2時間程かけて保護者が通院同行して頂いているが、厳しくなっている。

## **自由記述の内容分析**

本設問に寄せられた自由記述について内容分析を行った結果、記載内容は大きく以下の 5 領域に分類された。

### **1. 歯科医療資源・受療体制の不足**

最も多くみられたのは、障害者の特性に対応可能な歯科医療機関の不足や、訪問歯科診療体制の限界に関する記載であった。具体的には、「障害者歯科に対応できる医療機関が少ない」、「訪問歯科を実施できる歯科医師が不足している」、「予約が取りにくい」、「協力歯科医の高齢化や後継者不在」など、医療資源の量的・構造的不足を指摘する声が多く認められた。また、都市部への集中や過疎地域における通院困難など、地域格差を示す記述も多かった。

### **2. 利用者の障害特性・重度化に起因する困難**

次いで多かったのは、利用者の障害特性や高齢化・重度化により、歯科診療および日常的な口腔ケアそのものが困難であるという内容であった。開口困難、診療拒否、多動、強度行動障害、嘔吐反射、義歯の不応・破損、自己抜歯、嚥下機能低下などが具体的に挙げられており、通常の歯科診療・施設ケア体制では対応が困難な事例が多数報告された。

### **3. 施設側の人的資源・運営体制の限界**

施設側の課題としては、職員不足や業務過多により、口腔ケアや通院対応に十分な時間・人員を割けない現状が多く報告された。通院付き添いによる人的負担、日常的な歯磨き介助時間の確保困難、感染症対応等による支援中断、研修を実施しても現場に定着しにくい点など、現行体制下での継続的な取組の難しさが示された。

### **4. 歯科専門職による支援・連携体制へのニーズ**

多くの施設から、歯科医師・歯科衛生士による継続的な関与や支援体制の構築を求める意見が示された。具体的には、定期的な口腔評価、歯科衛生士による口腔ケア指導・実地研修、多職種での口腔状態共有、摂食嚥下評価や食支援への関与、日常ケアに関する相談体制の整備などが挙げられた。特に、歯科衛生士の有効活用や、施設内で完結する支援モデルへの期待が多くみられた。

### **5. 制度・政策的課題および行政への要望**

制度面では、診療報酬・加算制度の低さ、訪問歯科診療の運用上の制約、施設負担の大きさに対する指摘がみられた。

また、行政主導による体制整備、地域包括ケアシステムへの障害者口腔保健の位置づけ、遠隔地支援や専門機関整備への支援を求める意見も認められた。

**【考察】**

本設問により、障害者施設における口腔保健の課題は、個別施設や個人努力では解決が困難な「医療資源」、「人材」、「制度」、「連携体制」にまたがる構造的問題であることが明らかとなった。

特に、①障害特性に対応可能な歯科医療資源の不足、②施設職員の人的負担の限界、③歯科専門職による継続的支援体制の未整備が重層的に存在しており、施設完結型ではない地域連携モデルの構築が強く求められている。

### 3. 歯科医療機関における口腔衛生管理体制への協力状況と地域連携の実態に関する郵送調査

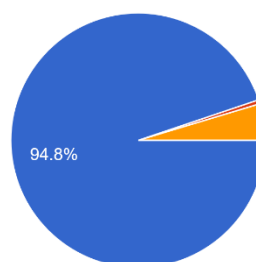
厚生労働省各厚生局管内の「コード内容別医療機関一覧表」に掲載されている「医科(病院)」および「歯科」のうち、歯科医療機関を対象とした。

都道府県別、かつ歯科診療所・病院別に10%を抽出し、計6,849件(歯科診療所6,645件、病院204件)に調査案内を発送した。回答はWeb方式により収集し、389件から回答を得た。回収率は5.7%であった。

## I. 歯科医療機関の概要について

### 1. 医療施設類型

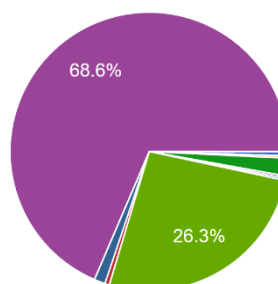
項目	回答数	割合
歯科診療所(無床)	367 件	94.8%
歯科診療所(有床)	2 件	0.5%
病院	18 件	4.7%



- 1. 歯科診療所(無床)
- 2. 歯科診療所(有床)
- 3. 病院

### 2. 開設主体

項目	回答数	割合
1. 国立病院機構	2 件	0.52%
2. 国立大学法人	0 件	0.00%
3. 都道府県	1 件	0.26%
4. 市町村	8 件	2.06%
5. 地方独立行政法人	1 件	0.26%
6.【国・公的機関】その他	1 件	0.26%
7. 社会保険関係団体	0 件	0.00%
8. 医療法人	102 件	26.29%
9. 学校法人	2 件	0.52%
10.【法人】その他	5 件	1.29%
11. 個人	266 件	68.56%



- 1. 国立病院機構
- 2. 国立大学法人
- 3. 都道府県
- 4. 市町村
- 5. 地方独立行政法人
- 6. 【国・公的機関】その他
- 7. 社会保険関係団体
- 8. 医療法人
- 9. 学校法人
- 10. 【法人】その他 (②-1に記載ください)
- 11. 個人

#### 【6.その他】

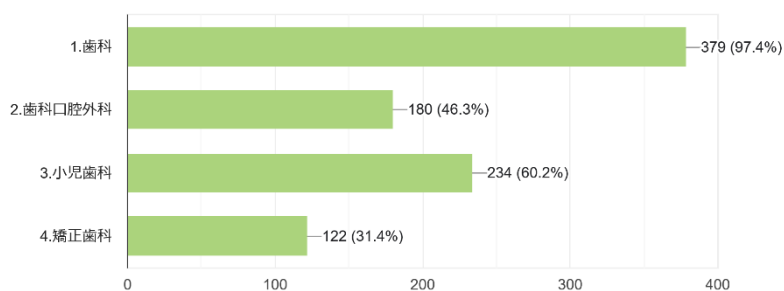
日本赤十字

#### 【10.その他】

一般社団法人、一般財団法人、社会医療法人、社会福祉法人

### 3. 標榜科目(複数回答可)

項目	回答数
歯科	379 件
歯科口腔外科	180 件
小児歯科	234 件
矯正歯科	122 件



### 4. 従業員数

	歯科医師		歯科衛生士	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤
0 人	9 件	244 件	96 件	169 件
1 人	258 件	67 件	95 件	99 件
2 人	81 件	28 件	79 件	57 件
3~5 人	32 件	32 件	86 件	43 件
6~9 人	4 件	7 件	21 件	10 件
10 人以上	3 件	9 件	11 件	7 件

#### 【その他職種】

歯科助手、受付、事務、訪問事務、歯科技工士、麻酔科医、看護師、准看護師、薬剤師、放射線技師、臨床検査技師、管理栄養士、理学療法士、トリートメントコーディネーター、保育士、ドライバー、清掃

## 5. 診療患者について(令和7年9月実績)

### ① 外来患者数

人数	実人数	延べ
100人未満	79件	27件
100~200人	74件	36件
201~300人	52件	46件
301~500人	64件	81件
501~999人	69件	101件
1000人以上	15件	50件

※(件数は回答した施設数を示す)

### ② 歯科訪問診療実施の有無

項目	回答数	割合
実施有り	178件	46.5%
実施無し	205件	53.5%

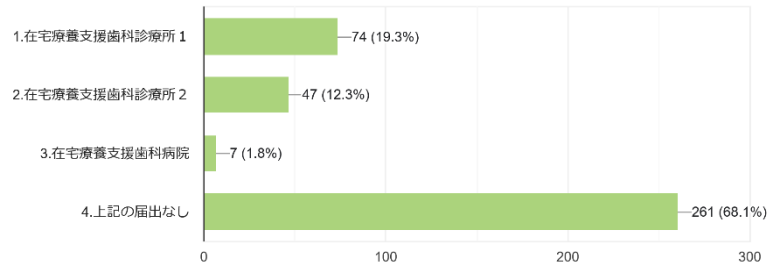
### ③ 歯科訪問診療患者数

人数	実人数	延べ
0人	230件	228件
1~2人	54件	41件
3~10人	42件	45件
11~50人	34件	32件
50~100人	14件	18件
101人以上	15件	23件

※(件数は回答した施設数を示す)

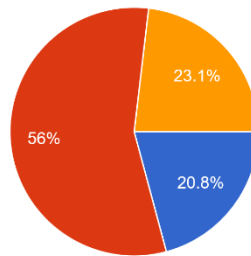
6. 届出を行っている施設基準を選択してください(複数回答可)

項目	回答数
在宅療養支援歯科診療所1	74 件
在宅療養支援歯科診療所2	47 件
在宅療養支援歯科病院	7 件
上記の届出なし	261 件



7. 行政等が実施する在宅歯科医療機関の登録医や協力医になっていますか

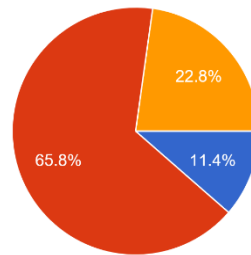
項目	回答数	割合
なっている	81 件	20.8%
なっていない	218 件	56%
わからない	90 件	23.1%



- 1.なっている
- 2.なっていない
- 3.わからない

8. 「なっている」と回答した方はその登録先

項目	回答数	割合
都道府県の登録医、協力医	9 件	11.4%
市町村の登録医、協力医	52 件	65.8%
わからない	18 件	22.8%



- 1.都道府県の登録医、協力医
- 2.市町村の登録医、協力医
- 3.わからない

**在宅歯科医療機関について**

在宅療養支援歯科診療所等の施設基準を届出している歯科医療機関は一部にとどまり、約 67%が未届出であった。また、行政等が実施する在宅歯科医療機関の登録医・協力医となっている割合は 20.8%にとどまり、過半数は未登録であり、制度自体の認知や関与が十分とは言えない。登録先は市町村が中心であった。

以上より、在宅歯科医療の提供体制を強化するためには、施設基準届出や行政登録制度の周知徹底、手続き支援、地域連携の仕組みの可視化が必要である。特に未届出・未登録機関への働きかけを強化し、地域包括ケアにおける歯科の参画を一層促進することが求められる。

## Ⅱ. 貴院の介護事業所や障害福祉事業所との連携について

### Ⅱ-1 介護事業所との連携について

#### 1. 介護事業所において、協力歯科診療施設として携わっている施設数および令和6年との比較

所持施設数	1施設	2施設	3施設以上	合計	増加した	減少した	変化無し
介護老人保健施設(老健)	37件	9件	6件	52件	6件	6件	134件
介護老人福祉施設(特養)	27件	10件	11件	48件	4件	4件	137件
介護医療院	12件	1件	3件	16件	2件	2件	130件
特定施設(下記との重複可)	10件	2件	9件	21件	3件	2件	130件
介護付有料老人ホーム	13件	4件	9件	26件	6件	3件	130件
養護老人ホーム	12件	0件	2件	14件	4件	2件	130件
軽費老人ホーム(介護型ケアハウス)	13件	1件	1件	15件	2件	2件	131件
サービス付き高齢者向け住宅	19件	5件	6件	30件	8件	2件	129件
認知症グループホーム	14件	11件	6件	31件	4件	2件	134件
小規模多機能型居宅介護	16件	1件	2件	19件	0件	1件	133件
看護小規模多機能型居宅介護	3件	0件	1件	4件	2件	0件	127件
協力歯科医療機関になっていない	255件						

## 2. 介護事業所に対して貴医療機関が提供可能な事項(複数選択)

項目	回答数	割合
歯科訪問診療	206 件	53.0%
利用者の口腔の状態への相談対応	212 件	54.5%
介護事業所の従業員への利用者の口腔衛生管理への助言及び指導	164 件	42.2%
介護事業所の利用者の定期的な口腔の健康状態の評価	126 件	32.4%
介護事業所に提供できることはない	81 件	20.8%

### 【その他】

- ・ 口腔外科
- ・ マンパワー不足により訪問できない
- ・ 診療所に来院可能であれば、指導も治療も可能。車椅子にも対応している。
- ・ 現在、介護施設入居者の口腔管理を個人的に実施
- ・ すでに介護施設入居者の家族からの依頼で治療中

3. (1.で「協力歯科医療機関になっていない」とした歯科医療機関に)その理由(複数回答可)

項目	回答数	割合
協力歯科医療機関の制度をしらなかった	71 件	27.8%
介護事業所から要望がない	133 件	52.2%
協力する時間や人材が不足している	134 件	52.5%
介護事業者の要望に合わなかった。	6 件	2.4%
協力歯科医療機関になるための、実施事項(要件)がわからない	66 件	25.9%
要介護者への歯科医療提供が難しい(専門性に不安がある等)	49 件	19.2%

【その他】

- ・ 腰を痛めているため訪問困難
- ・ 保育園等のみ担当
- ・ 医師自身が高齢のため動けない
- ・ 資金がない
- ・ 時間が取れない
- ・ 日祝日のみの急患診療所のため
- ・ デンタルサポート等営業会社が全て受注しているため
- ・ みなし施設ではないため
- ・ 当院入院患者のみを対象にしているため
- ・ 介護保険の算定の仕方がわからない
- ・ 福岡市の委託により休日急患診療所を運営している
- ・ 訪問歯科では患者さん、歯科医師双方が納得する治療ができないと思うため

**協力歯科医療機関になっていない理由**

最も多い理由として、「時間・人材不足」(52.5%)、「介護事業所からの要望がない」(52.2%)が多く、制度や要件の不理解(制度を知らない 27.8%、要件不明 25.9%)も大きな障壁であった。さらに、専門性への不安や訪問診療体制の制約もみられた。

以上より、制度・要件の周知、実務的支援、人材確保策、介護側とのマッチング強化が必要である。加えて、研修や相談体制の整備により参入障壁を下げ、地域包括ケアにおける歯科の関与を促進することが求められる。

4. 令和6年度に新設された「口腔連携強化加算」について

① 口腔連携強化加算に係る連携歯科医療機関になっていますか。

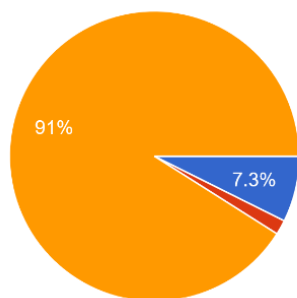
項目	回答数	割合
はい	51 件	13.1%
いいえ	338 件	86.9%

■（「はい」を選んだ方）介護事業所との契約数

項目	全契約数	うち有償契約	うち無償契約
1 施設	22 件	7 件	19 件
2 施設	7 件	2 件	5 件
3 施設	3 件	2 件	0 件
4 施設	1 件	0 件	1 件
5 施設以上	4 件	0 件	3 件

② 口腔連携強化加算に係る「口腔の健康状態の評価」の情報を受け取ったことがあるか

項目	回答数	割合
連携歯科医療機関 になっている介護事業者から、受け取ったことがある	27 件	7.3%
連携歯科医療機関 になっていない介護事業者から、受け取ったことがある	6 件	1.6%
受け取ったことはない	335 件	91%



- 1. 連携歯科医療機関 になっている介護事業者から、受け取ったことがある
- 2. 連携歯科医療機関 になっていない介護事業者から、受け取ったことがある
- 3. 受け取ったことはない

5. 歯科訪問診療の患者の紹介元について(複数回答可)

項目	回答数	割合
協力歯科医療機関を定めている介護事業所の介護支援専門員	61 件	15.7%
協力歯科医療機関を定めている介護事業所の職員(介護支援専門員を除く)	57 件	14.7%
協力歯科医療機関を定めていない事業所の介護支援専門員	56 件	14.4%
利用者の主治医から	49 件	12.6%
利用者へ紹介している事業所(訪問介護、訪問リハ等)	63 件	16.2%
利用者家族から	137 件	35.2%
利用者本人から	85 件	21.9%
歯科訪問診療をしていない	164 件	42.2%

6. 最も頻度の多い歯科訪問診療の患者の紹介元

項目	回答数	割合
協力歯科医療機関を定めている介護事業所の介護支援専門員	30 件	14.9%
協力歯科医療機関を定めている介護事業所の職員(介護支援専門員を除く)	35 件	17.3%
協力歯科医療機関を定めていない事業所の介護支援専門員	22 件	10.9%
利用者の主治医から	9 件	4.5%
利用者へ紹介している事業所(訪問介護、訪問リハ等)	21 件	10.4%
利用者家族から	62 件	30.7%
利用者本人から	23 件	11.4%

7. 紹介の際に受け取っている口腔関連の書類(複数回答可)

項目	回答数	割合
施設独自の口腔のアセスメント様式	34 件	16.9%
口腔・栄養スクリーニング加算の様式	11 件	5.5%
口腔衛生管理加算の様式	11 件	5.5%
その他の書面での紹介	66 件	32.8%
口腔以外の種類(フェイスシートや服薬情報など)のみ	104 件	51.7%

**歯科訪問診療の患者の紹介元について**

歯科訪問診療の主な紹介元は「利用者家族」(30.7%)が最多であり、次いで協力歯科医療機関を定めている介護事業所職員(17.3%)、同事業所の介護支援専門員(14.9%)であった。一方、主治医からの紹介は 4.5%にとどまり、医科との直接的連携は限定的であることが示唆された。また、協力歯科医療機関を定めていない事業所からの紹介も一定数認められた。以上より、家族依存型の受診経路から、介護支援専門員や医科主治医を含めた多職種連携型への転換が課題である。協力歯科医療機関制度の活用促進、ケアマネジャーへの情報提供、医科歯科連携の強化を通じ、より体系的な紹介体制の構築が求められる。

## II-1 障害福祉事業者との連携について

### 1. 障害福祉事業所において、協力歯科診療施設として携わっている施設数および令和6年との比較

所持施設数	1施設	2施設	3施設以上	合計	増加した	減少した	変化無し
共同生活援助	6件	4件	1件	11件	3件	1件	96件
障害者支援施設	12件	6件	2件	20件	5件	0件	103件
福祉型障害児入所施設	5件	0件	0件	5件	3件	0件	95件
医療型障害児入所施設	2件	0件	0件	2件	2件	0件	96件
協力歯科医療機関になっていない	220件						

### 2. 障害福祉事業所に対して貴医療機関が提供可能な事項(複数選択)

項目	回答数	割合
歯科訪問診療	105件	27.0%
利用者の口腔の状態への相談対応	115件	29.6%
障害福祉事業所の従業員への利用者の口腔衛生管理への助言及び指導	90件	23.1%
障害福祉事業所の利用者の定期的な口腔の健康状態の評価	74件	19.0%
障害福祉事業所に提供できることはない	62件	15.9%

#### 【その他】

- ・ 人手がたりない
- ・ ミールラウンド
- ・ 簡単な摂食・嚥下評価
- ・ 時間を自由に行けるようにしていただきたい
- ・ 歯科医院に来院していただければ、症状に応じて対応いたします

3. (1.で「協力歯科医療機関になっていない」とした歯科医療機関に)その理由(複数回答可)(n=220)

項目	回答数	割合
協力歯科医療機関の制度をしらなかった	86 件	39.1%
障害福祉事業所から要望がない	160 件	72.7%
協力する時間や人材が不足している	135 件	61.4%
障害福祉事業所の要望に合わなかった。	3 件	1.4%
協力歯科医療機関になるための、実施事項(要件)がわからない	48 件	21.8%
障害児・者への歯科医療提供が難しい(専門性に不安がある等)	64 件	29.1%

【その他】

- ・ 高齢のため動けない
- ・ 急性期病院のため
- ・ 当センター外来患者のみのため
- ・ グループホーム等の施設から通常外来として来ている
- ・ 日祝日のみの急患診療所のため
- ・ デンタルサポート等営業会社が全て受注しているため
- ・ 施設との契約はしていないが、要望により個々に訪問している
- ・ 当院入院患者のみを対象にしているため
- ・ 福岡市の委託により休日急患診療所を運営している
- ・ 来院可能な方のみを対象としているため

**障害福祉事業所における協力歯科診療施設について**

協力歯科診療施設として関与している歯科医療機関は限定的であり、未参画が多数を占めた。関与施設数は、障害者支援施設 20 件、共同生活援助 11 件、福祉型障害児入所施設 5 件、医療型障害児入所施設 2 件にとどまった。令和 6 年との比較では、一部で増加がみられるものの、多くは「変化なし」であり、全体として連携拡大は緩やかである。以上より、障害福祉分野における歯科連携は依然として限定的であり、参画促進が課題である。

**歯科医療機関が提供可能な事項**

障害福祉事業所に対し「口腔状態への相談対応」(29.6%)、「歯科訪問診療」(27.0%)、「口腔衛生管理への助言・指導」(23.1%)など、一定の支援提供が可能とする歯科医療機関が認められた。一方、「提供できることはない」とする回答も 15.9%あり、人手不足等により支援体制が十分でない実態が示唆された。

以上より、障害福祉分野における歯科の関与を強化するため、訪問診療や口腔健康管理に関する体制整備、人材確保、実務支援が必要である。加えて、相談・評価・指導を含めた継続的支援モデルを構築し、障害福祉事業所との連携を制度的に促進することが求められる。

**障害福祉事業所において協力歯科医療機関となっていない理由**

主な理由として、「事業所からの要望がない」(72.7%)、「時間・人材不足」(61.4%)が多く、供給体制と連携機会の双方に課題が認められた。また、「制度を知らない」(39.1%)、「障害児・者への歯科医療に不安」(29.1%)、「要件が不明」(21.8%)など、制度理解や専門性に関する障壁も一定数存在した。

今後は、制度内容や参画手続きの具体化・可視化を進めるとともに、障害特性に応じた診療支援体制の整備や後方支援ネットワークの構築を図る必要がある。さらに、地域単位での顔の見える関係づくりを通じ、実効性のある協力体制へと発展させていくことが重要である。

### Ⅲ. リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について

#### 1. リハビリテーション専門職や管理栄養士等と連携して対応した経験はありますか

項目	回答数	割合
ある	76 件	19.5%
ない	313 件	80.5%

##### ① (「連携して対応した経験がある」場合)どのような症例ですか(n=76)

項目	回答数	割合
誤嚥性肺炎の既往がある	42 件	55.3%
摂食嚥下機能障害がある・疑われる	63 件	82.9%
口腔機能低下がある	53 件	67.9%
低栄養状態がある・疑われる	43 件	56.6%

【その他】 認知症肥満、義歯問題

#### 2. (「連携して対応した経験がある」場合)リハビリテーション専門職や管理栄養士等と連携する上で、歯科治療に必要な情報(複数回答可)(n=76)

項目	回答数	割合
ADL	47 件	61.8%
IADL	17 件	22.4%
歩行評価(6分間歩行、TUGテスト等)	15 件	19.7%
認知機能評価(MMSE、HDS-R等)	49 件	64.5%
低栄養リスク	46 件	60.5%
嚥下調整食の必要性	60 件	78.9%
直近の体重減少	48 件	63.2%
食事摂取量	54 件	71.1%
摂取栄養量、提供栄養量、必要栄養量	37 件	48.7%
GLIM 基準による評価結果	11 件	14.5%

【その他】

- ・ 義歯の有無、使用状況
- ・ 服薬情報
- ・ OHAT
- ・ 家族の状況、訪問時間調整をするのは誰か
- ・ 設備、場所、受け入れ態勢
- ・ 現在の食形態、体温変化、水分摂取量

3. 「連携して対応した経験がある」場合) 歯科専門職としてリハビリテーション専門職や管理栄養士等と共有したことがある情報(複数回答可)(n=76)

項目	回答数	割合
口腔内の問題点	68 件	89.5%
口腔の清掃方法	54 件	71.1%
義歯の取り扱い方法	51 件	67.1%
食事摂取時の注意点	59 件	77.6%
口腔機能の訓練方法	56 件	73.7%

【その他】

- ・ 認知症肥満であること、体重過多で家族の介護に支障があること

**リハビリテーション専門職や管理栄養士等と連携する上で、歯科医療従事者が歯科治療に必要な情報**

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書に記載されているADL、認知機能評価、低栄養リスク、食事摂取量、GLIM 評価等の情報について、リハビリテーション専門職や管理栄養士等と「連携して対応した経験がある」歯科医療機関においては、歯科治療に必要な情報の割合が全体として高い傾向を示した。特に、嚥下調整食の必要性(78.9%)、食事摂取量(71.1%)、認知機能評価(64.5%)、体重減少(63.2%)、ADL(61.8%)など、全身状態や栄養・摂食嚥下に関する情報が重視されていた。一方、GLIM 基準による評価結果は 14.5%と低率であったため、GLIM 基準は歯科領域において十分に浸透していない可能性も考えられる。

今後は、歯科医療従事者におけるリハビリテーションおよび栄養関連用語の認知度を把握するとともに、歯科治療と全身管理との関連性を整理し、多職種間で共有すべき情報の標準化と相互理解の促進を図る必要がある。

**リハビリテーション専門職や管理栄養士等と共有した情報について**

多職種と連携して対応した経験のある歯科医療機関において、共有した情報として「口腔内の問題点」(89.5%)が最も高く、次いで「食事摂取時の注意点」(77.6%)、「口腔機能の訓練方法」(73.7%)、「口腔の清掃方法」(71.1%)、「義歯の取り扱い方法」(67.1%)が挙げられた。これらは、日常ケアや摂食嚥下場面に直結する実践的情報である。

以上より、歯科専門職は診療内容のみならず、介護・リハビリ現場で活用可能な具体的支援内容を共有していることが示唆される。なお、これらの項目はいずれもリハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書に記載されている内容と類似しており、現行の実施計画書の構成は概ね妥当であると考えられる。

4. 医科の病院(病棟)や介護事業所等から情報提供や連携の依頼を受けたことはありますか

① 医科の病院(病棟)の場合

項目	回答数	割合
ある	143 件	36.8%
ない	246 件	63.2%

■「ある」場合の病院・病棟の種類(複数回答可) (n=143)

項目	回答数	割合
特定機能病院	30 件	21.0%
専門病院	35 件	24.5%
急性期病棟	40 件	28.0%
回復期リハビリテーション病棟	41 件	28.7%
地域包括医療病棟	32 件	22.4%

② 介護事業者の場合

項目	回答数	割合
ある	68 件	17.5%
ない	321 件	82.5%

■「ある」場合の事業者サービス類型(複数回答可) (n=68)

項目	回答数	割合
訪問介護	22 件	32.4%
訪問看護	18 件	26.5%
訪問リハビリテーション	8 件	11.8%
認知症グループホーム	26 件	38.2%
短期入所(生活介護、療養介護どちらも含む)	16 件	23.5%
介護老人福祉施設	26 件	38.2%
介護老人保健施設	22 件	32.4%
介護医療院	6 件	8.8%
特定施設	6 件	8.8%
通所介護	5 件	7.4%
通所リハビリテーション	9 件	13.2%

5. 情報提供時に「口腔の健康状態の評価」として、記載されていたものがあれば教えてください(複数回答)

項目	回答数
開口できない	26 件
歯の汚れがある	67 件
舌の汚れがある	38 件
歯肉の腫れ・出血がある	70 件
左右両方の奥歯でしっかりかみしめられない	21 件
むせがある	34 件
ブクブクうがいができない	13 件
食物のため込み・残留	29 件
記載されたものはない	24 件

【その他】

- ・ 義歯不適、破折
- ・ 歯の痛みがある、義歯が合わない
- ・ 義歯が合わない、事業所の歯科医師と合わない
- ・ 義歯の管理について(新製)

6. 次のうち貴医療機関で1年以内に算定がある項目があれば教えてください。(複数回答可)

項目	回答数	割合
【介護との連携】歯科疾患在宅療養管理料の在宅歯科医療連携加算2	17 件	5.3%
【医科歯科連携】周術期等口腔機能管理計画策定料	78 件	24.5%
【医科歯科連携】周術期等口腔機能管理料(I)-(IV)	79 件	24.8%
【医科歯科連携】回復期等口腔機能管理計画策定料	10 件	3.1%
【医科歯科連携】回復期等口腔機能管理料	11 件	3.5%
【病診連携】退院前在宅療養指導管理料	0 件	0%
【医療介護連携】退院時共同指導料1	0 件	0%
【介護保険】居宅療養管理指導費(歯科医師、歯科衛生士等)	72 件	22.6%
上記の算定はいずれもない	169 件	53.1%

### 歯科医療機関における関連加算の算定状況と医科歯科連携の課題

過去 1 年以内に関連加算等を算定している歯科医療機関は限定的であり、「いずれも算定なし」が 53.1%と過半数を占めた。算定がみられた項目は、周術期等口腔機能管理計画策定料(24.5%)、周術期等口腔機能管理料(24.8%)、居宅療養管理指導費(22.6%)が中心であった。一方、在宅歯科医療連携加算や回復期関連、退院時共同指導料等は低率または算定が認められなかった。

以上より、医科歯科連携や在宅・退院支援に関する評価の活用は十分とは言えず、制度の理解促進と算定支援が課題である。今後は、算定要件の周知や実務支援、地域連携体制の強化を通じ、口腔管理を含む切れ目のない医療・介護連携の推進を図る必要がある。

7. 貴医療機関が参加している地域や病院、介護事業所の会議はありますか。(複数回答)

① 病院(病棟)において

項目	回答数
院内カンファレンス	25 件
退院時共同指導	3 件
ない	299 件

② 介護事業所、地域において

項目	回答数
サービス担当者会議	35 件
リハビリテーション会議(通所リハ事業所等のリハビリテーションに係る 会議)	4 件
地域ケア会議	39 件
ない	229 件

【その他】

- ・ 介護認定審査会
- ・ 書面連絡
- ・ ケアマネや他業種職種の会議に参加しています
- ・ 介護施設から許可を得て診療している。個人的に患者が来院しているため参加はしていない

## 8. リハビリテーション専門職や管理栄養士等と連携が困難と思われることはありますか

項目	回答数	割合
ある	137 件	35.2%
ない	252 件	64.8%

### ■連携が困難と思われることが「ある」場合は、その理由 (n=137)

項目	回答数	割合
リハビリテーションに係る専門用語等がわからない	9 件	6.6%
栄養管理に係る専門用語等がわからない	4 件	2.9%
各職種と話し合う場がない	87 件	63.5%
どの患者に協働することが有効かわからない	19 件	13.9%

#### 【その他】

- ・ 依頼がない
- ・ 数が少ない
- ・ 個人情報保護の問題もあり、誰もが手軽に使える情報共有ツールがない
- ・ 歯科から栄養士に直接に依頼できない
- ・ リハ、管理栄養士が歯科の知識が少ない
- ・ 自院の治療として行わない方針であるため、情報を得ることがない
- ・ 福岡市からの委託で休日急患診療をやっており、連携体制が十分に整っていないため
- ・ できる気がしない
- ・ お互いの時間が合わない

### リハビリテーション専門職・管理栄養士との連携における課題と体制整備の必要性

リハビリテーション専門職や管理栄養士等との連携について「困難を感じる」と回答した歯科医療機関は35.2%であった。主な理由は「各職種と話し合う場がない」(63.5%)が最も多く、次いで「どの患者に協働が有効かわからない」(13.9%)、「リハビリ・栄養に関する専門用語がわからない」などであった。これらより、知識不足よりも連携の機会や仕組みの不足が主な障壁であることが示唆される。今後は、定期的なカンファレンスや情報共有の場の整備、連携対象患者の明確化、共通言語の普及を進めるとともに、職種間で円滑に情報共有できる体制づくりを推進することが重要である。

9. リハビリテーション専門職や管理栄養士等と連携することによって、効果のあった事例や良い連携がとれた事例があれば教えてください。(自由記載)

- ・ 嚥下訓練の共有
- ・ 安全に嚥下のできる食形態を管理栄養士と模索し、効果的に栄養改善が図れた。
- ・ 過去に摂食・嚥下研究会に入会していた頃は、定期的に他職種の方々と研修会に参加して討論していた。〇〇先生は20年前は口腔機能訓練を進めていたが、近年は予防重視で機能訓練による機能低下改善の効果に期待はしていないように感じた。
- ・ 実際の口腔機能の評価を共有でき効果的なリハビリ計画を立案できた
- ・ 栄養指導での連携
- ・ 「義歯が合わない+認知症」で訪問依頼 低栄養が問題→義歯治して食べさせる→体重増で認知機能も改善 歩行可能
- ・ 脳梗塞後 絶食寝たきりで在宅→姿勢保持&口腔や上半身のリハビリ+義歯改造→座って食事自力摂取 嚥下調整食4
- ・ 管理栄養士とのミールラウンドによって、食形態や食べ方の指導を行い、経管栄養を避けることができた。
- ・ ある患者さんで、担当ケアマネジャーより食事を丸呑みしている可能性を相談されたので、歯科訪問診療日に伺って、フードテストや食事風景を撮影し評価して助言した所、丸呑みは改善された
- ・ 嚥下の相談があり、ミールラウンドや水飲みテストを行い、食形態のアドバイスをを行い、食事の形態を上げる事が出来た

#### **リハビリテーション専門職・管理栄養士との連携による口腔機能・栄養状態改善事例**

自由記載では、嚥下訓練の共有やミールラウンドの実施、口腔機能評価結果の共有を通じて、食形態の適正化や栄養状態の改善につながった事例が多数報告された。義歯不適合や低栄養、認知症を伴う症例に対し、義歯治療とリハビリテーション・栄養管理を組み合わせることで、体重増加や経口摂取の再獲得、歩行機能の改善がみられた例もあった。また、食事場面の観察やフードテストの実施により、丸呑みの改善や安全な食形態への調整が可能となった事例も示された。

これらの結果より、多職種連携は摂食嚥下機能の改善のみならず、栄養状態やADLの向上にも寄与する可能性が示唆される。今後は、評価情報の共有と定期的な協議の場を制度的に確保し、効果的な連携モデルの普及を図ることが重要である。

#### IV. 後方支援病院との連携状況について

1. 貴院の外来を受診した要介護高齢者において、対応が困難なために、他医療機関に紹介した経験はありましたか。

項目	回答数	割合
あった	82 件	21.1%
なかった	307 件	78.9%

##### ①（紹介した経験が「あった」場合）人数/年間(n=82)

項目	回答数	割合
1 名	37 件	45.1%
2～5 名	28 件	34.1%
6～10 名	2 件	2.4%
11 名以上	3 件	3.7%

##### ②（紹介した経験が「あった」場合）紹介先(n=82)

項目	回答数	割合
大学病院	34 件	41.5%
病院歯科	50 件	61.0%
歯科医師会の口腔保健センター	10 件	12.2%
専門医等のある歯科診療所	11 件	13.4%

【その他】 訪問歯科、口腔外科

##### ③（紹介した経験が「あった」場合）依頼内容(n=82)

項目	回答数	割合
鎮静や全身麻酔下での治療	23 件	28.0%
全身的な管理下での治療	49 件	59.8%
摂食嚥下障害に対する検査	7 件	8.5%
摂食嚥下障害に対する治療	5 件	6.1%
悪性腫瘍疑いに対する精査	23 件	28.0%
顎骨壊死に対する精査・加療	14 件	17.1%

【その他】 舌痛症、抜歯、顎関節脱臼、歯周病治療

2. 貴院の外来を受診した障がい有患者において、対応が困難なために、他医療機関に紹介した経験はありましたか。

項目	回答数	割合
あった	119 件	30.6%
なかった	270 件	69.4%

① (紹介した経験が「あった」場合)人数/年間(n=119)

項目	回答数	割合
1 名	72 件	60.5%
2~5 名	25 件	21.0%
6~10 名	1 件	0.8%
11 名以上	1 件	0.8%

② (紹介した経験が「あった」場合)紹介先(n=119)

項目	回答数	割合
大学病院	42 件	35.3%
病院歯科	37 件	31.1%
歯科医師会の口腔保健センター	36 件	30.3%
専門医等のある歯科診療所	23 件	19.3%

【その他】 母子センター

③ (紹介した経験が「あった」場合)依頼内容(n=119)

項目	回答数	割合
鎮静や全身麻酔下での治療	66 件	55.5%
全身的な管理下での治療	54 件	45.4%
摂食嚥下障害に対する検査	2 件	1.7%
摂食嚥下障害に対する治療	4 件	3.4%
悪性腫瘍疑いに対する精査	5 件	4.2%
顎骨壊死に対する精査・加療	6 件	5.0%

【その他】 一般的な治療、発達障がい児の治療と指導、多数歯抜歯、耳が聞こえない、近日中の予約対応が不可だったため

3. 貴院の歯科訪問診療を受けている要介護高齢者において、対応が困難なために、他医療機関に紹介した経験はありましたか。

項目	回答数	割合
あった	41 件	10.5%
なかった	192 件	49.4%
介護保険施設等への歯科訪問診療はしていない	156 件	40.1%

①（紹介した経験が「あった」場合）人数/年間（n=41）

項目	回答数	割合
1 名	18 件	43.9%
2～5 名	11 件	26.8%
6～10 名	1 件	2.4%
11 名以上	1 件	2.4%

②（紹介した経験が「あった」場合）紹介先（n=41）

項目	回答数	割合
大学病院	17 件	41.5%
病院歯科	26 件	63.5%
歯科医師会の口腔保健センター	4 件	9.8%
専門医等のある歯科診療所	4 件	9.8%

【その他】皮膚癌疑いで地域基幹病院、訪問専門医

③（紹介した経験が「あった」場合）依頼内容（n=41）

項目	回答数	割合
鎮静や全身麻酔下での治療	6 件	14.6%
全身的な管理下での治療	23 件	56.1%
摂食嚥下障害に対する検査	5 件	12.2%
摂食嚥下障害に対する治療	3 件	7.3%
悪性腫瘍疑いに対する精査	14 件	34.1%
顎骨壊死に対する精査・加療	9 件	22.0%

【その他】認知度が高い、局所麻酔でのカリエス治療、当院での治療が困難であったため、顎の脱臼で整復

4. 貴院の歯科訪問診療を受けている障がい者を有する患者において、対応が困難なために、他医療機関に紹介した経験はありましたか。

項目	回答数	割合
あった	26 件	6.8%
なかった	159 件	41.7%
障害者施設等への歯科訪問診療はしていない	196 件	51.4%

①（紹介した経験が「あった」場合）人数/年間（n=26）

項目	回答数	割合
1 名	18 件	69.2%
2～5 名	11 件	42.3%
5～10 名	1 件	3.8%
10 名以上	1 件	3.8%

②（紹介した経験が「あった」場合）紹介先（n=26）

項目	回答数	割合
大学病院	12 件	46.2%
病院歯科	11 件	42.3%
歯科医師会の口腔保健センター	10 件	38.5%
専門医等のある歯科診療所	6 件	23.1%

③（紹介した経験が「あった」場合）依頼内容（n=26）

項目	回答数	割合
鎮静や全身麻酔下での治療	14 件	53.8%
全身的な管理下での治療	14 件	53.8%
摂食嚥下障害に対する検査	0 件	0.0%
摂食嚥下障害に対する治療	0 件	0.0%
悪性腫瘍疑いに対する精査	6 件	23.1%
顎骨壊死に対する精査・加療	3 件	11.5%

【その他】発達障がい児の治療、抜歯依頼、多数歯カリエス、耳が聞こえないため

## **対応困難症例に対する後方支援医療機関への紹介実態と地域連携の課題**

対応困難例の他医療機関への紹介経験は、外来の要介護高齢者で 21.1%、外来の障がい患者で 30.6%に認められ、一定割合で後方支援医療機関との連携がみられた。紹介先は主に病院歯科および大学病院であり、地域歯科診療所では対応が困難な症例に対し、専門的かつ高度な医療資源が活用されている実態が示された。

依頼内容に着目すると、最も多かったのは「全身的な管理下での治療」であり、次いで「鎮静や全身麻酔下での治療」が多く、基礎疾患を有する高齢者や行動管理が困難な障がい患者に対する安全管理の必要性が大きいことが示唆された。また、悪性腫瘍疑いに対する精査や顎骨壊死への対応も一定数みられ、専門的診断・治療機能を担う後方支援病院の役割は重要である。一方、摂食嚥下障害に関する検査や治療目的での紹介は比較的少なく、地域歯科医療機関において初期対応や日常管理が一定程度実施されている可能性が考えられる。

歯科訪問診療における紹介経験は、要介護高齢者で 10.5%、障がい患者で 6.8%と少数にとどまり、年間紹介人数も 1～5 名が大半であったことから、訪問診療では紹介例自体が限定的である点に留意する必要がある。しかしながら、訪問診療においても全身管理下での治療や悪性腫瘍疑いなど、外来と同様に高度医療を要する症例が一定数存在していた。

以上より、地域における安全で継続的な歯科医療提供のためには、後方支援病院との明確な役割分担と円滑な紹介体制の整備が不可欠である。今後は、紹介基準や受入体制の可視化、平時からの連携強化、多職種を含めた情報共有体制の構築を進めることで、地域完結型の歯科医療連携の質向上を図る必要がある。

## 第三章

### 協力歯科医療機関及び口腔衛生の管理に関する実測調査

1. 介護保険施設・特定施設利用者の口腔衛生等の管理に関する実態調査
2. 介護保険施設・特定施設利用者の口腔衛生等の管理に関する転帰調査
3. 施設入所支援利用者の口腔衛生等の管理に関する調査
4. 分析報告

# 1. 介護保険施設・特定施設利用者の口腔衛生等の管理に関する実態調査

## 1) 調査について

全身と口腔の状態に関する実態調査を、新潟県、東京都、愛知県、大阪府、奈良県及び福岡県内の介護保険施設(介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院)、特定施設に入所中の要介護高齢者を対象に実施した。

## 2) 調査対象施設数

介護老人福祉施設 13 施設

介護老人保健施設 5 施設

介護医療院 1 施設

特定施設 3 施設

## 【調査結果】

### 1) 基本情報

#### (1) 性別

対象者の男女の割合は、

- ・ 介護保険施設では男性が 208 名 (20.7%)、女性が 797 名 (79.3%) であった。
- ・ 特定施設では男性が 34 名 (34.3%)、女性が 65 名 (65.7%) であった。

表 1 男女の割合

	介護保険施設 (n=1,005)		特定施設 (n=99)	
	n	%	n	%
男性	208	20.7	34	34.3
女性	797	79.3	65	65.7

#### (2) 年齢に関する指標

- ・ 介護保険施設では平均年齢は 87.1 歳 (±7.5)、年齢範囲は 58～105 歳、中央値は 88.0 歳、四分位範囲は 83.0～92.0 歳であった。
- ・ 特定施設では平均年齢は 85.5 歳 (±8.4)、年齢範囲は 60～105 歳、中央値は 87.0 歳、四分位範囲は 81.0～92.0 歳であった。

表 2 年齢に関する指標

	介護保険施設 (n=1,004)	特定施設 (n=99)
平均年齢	87.1 ± 7.5	85.5 ± 8.4
範囲	58－105	60－105
中央値	88.0	87.0
四分位範囲	83.0－92.0	81.0－92.0

### (3) 介護度

介護度は、

- ・ 介護保険施設では要介護 4 が 390 名 (39.0%) と最も多く、次いで要介護 5 が 291 名 (29.1%)、要介護 3 が 285 名 (28.5%) であった。要介護 1 は 12 名 (1.2%)、要介護 2 は 21 名 (2.1%) であった。
- ・ 特定施設では要介護 2 が 33 名 (33.7%) と最も多く、次いで要介護 1 が 31 名 (31.6%)、要介護 3 が 16 名 (16.3%)、要介護 4 が 14 名 (14.3%)、要介護 5 が 4 名 (4.1%) であった。

表 3 介護度

	介護保険施設 (n=999)		特定施設 (n=98)	
	n	%	n	%
要介護 1	12	1.2	31	31.6
要介護 2	21	2.1	33	33.7
要介護 3	285	28.5	16	16.3
要介護 4	390	39.0	14	14.3
要介護 5	291	29.1	4	4.1

#### (4) 障害高齢者の日常生活自立度

日常生活自立度は、

- ・ 介護保険施設では B2 が 333 名 (33.3%) と最も多く、次いで B1 が 213 名 (21.3%)、A2 が 167 名 (16.7%) であった。
- ・ 特定施設では A1 が 24 名 (24.7%) と最も多く、次いで A2 が 22 名 (22.7%)、B1 が 18 名 (18.6%) であった。

表 4 障害高齢者の日常生活自立度

	介護保険施設 (n=999)		特定施設 (n=97)	
	n	%	n	%
自立	7	0.7	2	2.1
J1	5	0.5	8	8.2
J2	23	2.3	5	5.2
A1	88	8.8	24	24.7
A2	167	16.7	22	22.7
B1	213	21.3	18	18.6
B2	333	33.3	14	14.4
C1	72	7.2	3	3.1
C2	91	9.1	0	0.0

(5) 認知症高齢者の日常生活自立度

認知症高齢者の日常生活自立度は、

- ・ 介護保険施設ではⅢa が 361 名 (36.1%) と最も多く、次いでⅣが 192 名 (19.2%)、Ⅱb が 142 名 (14.2%) であった。
- ・ 特定施設ではⅢa が 28 名 (28.3%) と最も多く、次いでⅡb が 21 名 (21.2%)、Ⅱa が 16 名 (16.2%) であった。

表 5 認知症高齢者の日常生活自立度

	介護保険施設 (n=999)		特定施設 (n=99)	
	n	%	n	%
自立	26	2.6	3	3.0
I	50	5.0	7	7.1
Ⅱa	63	6.3	16	16.2
Ⅱb	142	14.2	21	21.2
Ⅲa	361	36.1	28	28.3
Ⅲb	114	11.4	10	10.1
Ⅳ	192	19.2	14	14.1
M	51	5.1	0	0.0

(6) 併存症

併存症は、

- ・ 介護保険施設では、認知症が 786 名 (78.4%) と最も多く、次いで脳血管障害が 307 名 (30.6%)、糖尿病が 170 名 (17.0%)、うつ血性心不全が 150 名 (15.0%)、固形癌が 130 名 (13.0%)、片麻痺が 127 名 (12.7%) であった。
- ・ 特定施設では認知症が 84 名 (86.6%) と最も多く、次いで糖尿病が 16 名 (16.5%)、脳血管障害が 10 名 (10.3%)、片麻痺およびうつがそれぞれ 6 名 (6.2%)、うつ血性心不全および固形癌がそれぞれ 5 名 (5.2%) であった。

表 6 併存症の詳細

	介護保険施設 (n=1,002)		特定施設 (n=97)	
	n	%	n	%
心筋梗塞	31	3.1	2	2.1
うつ血性心不全	150	15.0	5	5.2
末梢血管疾患	30	3.0	4	4.1
脳血管障害	307	30.6	10	10.3
片麻痺	127	12.7	6	6.2
認知症	786	78.4	84	86.6
MCI	20	2.0	1	1.0
軽度	188	18.8	28	28.9
中等度	373	37.2	41	42.3
重度	197	19.7	15	15.5
慢性肺疾患	26	2.6	4	4.1
膠原病	21	2.1	2	2.1
消化性潰瘍	44	4.4	0	0.0
軽度肝疾患	12	1.2	0	0.0
中等度-高度肝機能障害	1	0.1	0	0.0
糖尿病	170	17.0	16	16.5
中等度-高度腎機能障害	7	0.7	1	1.0
リンパ腫	1	0.1	0	0.0
白血病	1	0.1	0	0.0
固形癌	130	13.0	5	5.2
エイズ	0	0.0	0	0.0
うつ	46	4.6	6	6.2

## 2) 加算の算定状況について

加算の算定状況について、

- ・ 介護保険施設では、「算定中である」の割合が最も高かったのは栄養マネジメント強化加算で 668 名であった。次いで口腔衛生管理加算Ⅰが 459 名、経口維持管理加算Ⅰが 206 名、経口維持管理加算Ⅱが 176 名であった。口腔衛生管理加算Ⅱ(LIFE 活用)については、「算定対象であるが実施できていない」が 196 名であった。また、リハビリテーション関連加算は有効回答数が少なく、算定施設は限定的だった。
- ・ 特定施設では、「算定中である」の人数が最も多かったのは居宅療養管理指導(歯科医師)および居宅療養管理指導(歯科衛生士等)で、それぞれ 51 名であった。口腔・栄養スクリーニング加算では、「算定対象であるが実施できていない」が 28 名であった。

表 7-1 介護保険施設における加算の算定状況 (n=1,005)

	算定中である		算定対象であるが実施できていない		算定対象ではない		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%
経口維持管理加算 I	206	20.5	108	10.8	690	68.7	1	0.1
経口維持管理加算 II	176	17.5	108	10.8	720	71.7	1	0.1
経口移行加算	11	1.1	3	0.3	988	98.6	3	0.3
栄養マネジメント強化加算	668	66.6	0	0.0	668	66.6	2	0.2
療養食加算	81	8.1	0	0.0	920	91.9	4	0.4
口腔衛生管理加算 I	459	49.7	71	7.7	393	42.6	82	8.2
口腔衛生管理加算 II (LIFE 活用)	216	23.4	196	21.2	512	55.4	81	8.1
(介護老人保健施設のみ) リハビリテーションマネジメント計画書情報加算 I (LIFE 活用) ※	53	21.4	20	8.1	174	70.2	757	75.3
(介護老人福祉施設のみ) 個別機能訓練加算 III (LIFE 活用) ※	122	14.0	20	2.3	729	83.6	133	13.2
(介護医療院のみ) 理学療法 注7の加算 (LIFE 活用) ※	12	4.6	20	7.7	227	87.6	746	74.2
(介護医療院のみ) 作業療法 注7の加算 (LIFE 活用) ※	12	4.6	20	7.7	227	87.6	746	74.2
(介護医療院のみ) 言語聴覚療法 注5の加算 (LIFE 活用) ※	4	1.5	20	7.7	235	90.7	746	74.2

※「算定中である」「算定対象であるが実施できていない」「算定対象ではない」の%は「回答あり」を母数とする。「無回答」の%は全体 (n=1,005) を母数とする。

※注: リハビリテーション関連加算は有効回答数が少ないため解釈に留意が必要。

表 7-2 特定施設における加算の算定状況 (n=99)

	算定中である		算定対象であるが実施できていない		算定対象ではない		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%
口腔・栄養スクリーニング加算	5	5.2	28	28.9	64	66.0	2	2.0
居宅療養管理指導 (歯科医師)	51	52.6	12	12.4	34	35.1	2	2.0
居宅療養管理指導 (歯科衛生士等)	51	52.6	12	12.4	34	35.1	2	2.0
居宅療養管理指導 I (管理栄養士)	5	5.2	1	1.0	91	93.8	2	2.0
居宅療養管理指導 II (管理栄養士)	3	3.1	1	1.0	93	95.9	2	2.0

※「算定中である」「算定対象であるが実施できていない」「算定対象ではない」の%は「回答あり」を母数とする。「無回答」の%は全体(n=99)を母数とする。

### 3) 栄養リスク評価について

#### (1) 低栄養リスク

対象者の低栄養リスクは、

- ・ 介護保険施設では中リスクが 522 名 (52.4%) と最も多く、次いで低リスクが 391 名 (39.3%)、高リスクが 82 名 (8.2%) であった。
- ・ 特定施設では低リスクが 79 名 (80.6%) と最も多く、次いで中リスクが 18 名 (18.4%)、高リスクが 1 名 (1.0%) であった。

表 8 低栄養リスク

	介護保険施設 (n=996)		特定施設 (n=98)	
	n	%	n	%
低リスク	391	39.3	79	80.6
中リスク	522	52.4	18	18.4
高リスク	82	8.2	1	1.0

参考：＜低栄養状態のリスクの判断＞

全ての項目が低リスクに該当する場合には、「低リスク」と判断する。高リスクにひとつでも該当する項目があれば「高リスク」と判断する。それ以外の場合は「中リスク」と判断する。

BMI、食事摂取量、栄養補給法については、その程度や個々人の状態等により、低栄養状態のリスクは異なることが考えられるため、対象者個々の程度や状態等に応じて判断し、「高リスク」と判断される場合もある。

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

## (2) 生活機能低下

対象者の生活機能低下は、

- ・ 介護保険施設では「あり」が 346 名 (34.7%)、「なし」が 651 名 (65.3%)であった。
- ・ 特定施設では「あり」が 25 名 (25.3%)、「なし」が 74 名 (74.7%)であった。

表 9 生活機能低下

	介護保険施設 (n=997)		特定施設 (n=99)	
	n	%	n	%
あり	346	34.7	25	25.3
なし	651	65.3	74	74.7

## (3) 3%以上の体重減少

対象者の 3%以上の体重減少は、

- ・ 介護保険施設では「あり」が 114 名 (11.4%)、「なし」が 883 名 (88.6%)であった。
- ・ 特定施設では「あり」が 2 名 (2.1%)、「なし」が 93 名 (96.9%)であった。

表 10 3%以上の体重減少

	介護保険施設 (n=997)		特定施設 (n=95)	
	n	%	n	%
あり	114	11.4	2	2.1
なし	883	88.6	93	96.9

(4) **食事の留意事項**

食事の留意事項(療養食の指示、食事形態、嗜好、薬剤、影響食品、アレルギーなど)については、

- ・ 介護保険施設では「あり」が 560 名(56.3%)、「なし」が 434 名(43.7%)であった。
- ・ 特定施設では「あり」が 25 名(25.5%)、「なし」が 73 名(74.5%)であった。

**表 11 食事の留意事項**

	介護保険施設 (n=994)		特定施設 (n=98)	
	n	%	n	%
あり	560	56.3	25	25.5
なし	434	43.7	73	74.5

(5) **薬の影響による食欲不振**

薬の影響による食欲不振については、

- ・ 介護保険施設では「あり」が 21 名(2.2%)、「なし」が 946 名(97.7%)であった。
- ・ 特定施設では「あり」は 0 名(0.0%)、「なし」が 95 名(100.0%)であった。

**表 12 薬の影響による食欲不振**

	介護保険施設 (n=967)		特定施設 (n=95)	
	n	%	n	%
あり	21	2.2	0	0.0
なし	946	97.7	95	100.0

(6) 本人の意欲

本人の意欲については、

- ・ 介護保険施設では「ふつう」が 485 名 (48.6%) と最も多く、次いで「まあよい」が 247 名 (24.8%) であった。
- ・ 特定施設では「ふつう」が 53 名 (53.5%) と最も多く、次いで「まあよい」が 21 名 (21.2%)、「よい」が 20 名 (20.2%) であった。

表 13 本人の意欲

	介護保険施設 (n=997)		特定施設 (n=99)	
	n	%	n	%
よい	144	14.4	20	20.2
まあよい	247	24.8	21	21.2
ふつう	485	48.6	53	53.5
あまりよくない	113	11.3	5	5.1
よくない	8	0.8	0	0.0

(7) 食欲・食事の満足感

食欲・食事の満足感については、

- ・ 介護保険施設では「ふつう」が 542 名 (54.4%) と最も多く、次いで「ややある」が 228 名 (22.9%)、「大いにある」が 111 名 (11.1%) であった。
- ・ 特定施設では「ふつう」が 58 名 (58.6%) と最も多く、次いで「大いにある」が 19 名 (19.2%)、「ややある」が 17 名 (17.2%) であった。

表 14 食欲・食事の満足感

	介護保険施設 (n=996)		特定施設 (n=99)	
	n	%	n	%
大いにある	111	11.1	19	19.2
ややある	228	22.9	17	17.2
ふつう	542	54.4	58	58.6
ややない	102	10.2	5	5.1
全くない	13	1.3	0	0.0

(8) 食事に対する意識

食事に対する意識については、

- ・ 介護保険施設では「ふつう」が 523 名 (52.5%) と最も多く、次いで「ややある」が 220 名 (22.1%)、「大いにある」が 136 名 (13.7%)、「ややない」が 105 名 (10.5%)、「全くない」が 12 名 (1.2%) であった。
- ・ 特定施設では「ふつう」が 60 名 (60.6%) と最も多く、次いで「大いにある」が 18 名 (18.2%)、「ややある」が 17 名 (17.2%)、「ややない」が 4 名 (4.0%) であった。

表 15 食事に対する意識

	介護保険施設 (n=996)		特定施設 (n=99)	
	n	%	n	%
大いにある	136	13.7	18	18.2
ややある	220	22.1	17	17.2
ふつう	523	52.5	60	60.6
ややない	105	10.5	4	4.0
全くない	12	1.2	0	0.0

(9) GLIM 基準による低栄養診断

GLIM 基準による低栄養診断について、

- ・ 介護保険施設では「わからない」が 1,000 名 (99.9%)、「わかる」が 1 名 (0.1%) であった。なお、「わかる」との回答者についても、「1 中等度低栄養・2 重度低栄養」の区分は欠損であった。
- ・ 特定施設では「わからない」が 98 名 (100.0%) であり、「わかる」は 0 名であった。

表 16 GLIM 基準による低栄養診断

	介護保険施設 (n=1,001)		特定施設 (n=98)	
	n	%	n	%
わからない	1000	99.9	98	100.0
わかる	1	0.1	0	0.0

(10) 栄養補給法・食事の状態

栄養補給法・食事の状態は、

- ・ 介護保険施設では、完全経口摂取が 967 名 (96.6%) と最も多く、次いで経腸栄養法が 33 名 (3.3%)、一部経口摂取が 1 名 (0.1%) であった。静脈栄養法は 0 名 (0.0%) であった。
- ・ 特定施設では、完全経口摂取が 99 名 (100.0%) であり、一部経口摂取、経腸栄養法および静脈栄養法はいずれも 0 名 (0.0%) であった。

表 17 栄養補給法・食事の状態

	介護保険施設 (n=1,001)		特定施設 (n=99)	
	n	%	n	%
完全経口摂取	967	96.6	99	100.0
一部経口摂取	1	0.1	0	0.0
経腸栄養法	33	3.3	0	0.0
静脈栄養法	0	0.0	0	0.0

(11) 栄養摂取の課題(複数回答)

栄養摂取の課題について、

- ・ 介護保険施設では、「水分でむせる」が 280 名(28.0%)と最も多く、次いで「固形の食べ物を咀嚼中にむせる」が 213 名(21.3%)、「食事に集中することができない」が 211 名(21.1%)、「食後、頬の内側や口腔内に残渣がある」が 210 名(21.0%)、「食事中に安定した正しい姿勢が取れない」が 207 名(20.7%)であった。
- ・ 特定施設では、「その他」が 19 名(19.2%)と最も多く、次いで「食事中に安定した正しい姿勢が取れない」および「水分でむせる」がそれぞれ 9 名(9.1%)であった。

表 18 栄養摂取の課題(複数回答)

	介護保険施設 (n=1,001)		特定施設 (n=99)	
	n	%	n	%
食事中に安定した正しい姿勢が取れない	207	20.7	9	9.1
食事に集中することができない	211	21.1	7	7.1
食事中に傾眠や意識混濁がある	122	12.2	3	3.0
歯(義歯)のない状態で食事をしている	134	13.4	6	6.1
食べ物を口腔内にため込む	142	14.2	3	3.0
固形の食べ物を咀嚼中にむせる	213	21.3	3	3.0
食後、頬の内側や口腔内に残渣がある	210	21.0	1	1.0
水分でむせる	280	28.0	9	9.1
食事中・食後に咳をすることがある	179	17.9	3	3.0
その他	59	5.9	19	19.2

その他の内容:

食事に関して気になることや困っていることについて、

- ・ 介護保険施設では、早食いや摂取ペースの速さ、かきこみ・詰め込みに関する記載が最も多く認められた(12件)。
- ・ 次いで、食欲低下や拒否、摂取不足(「いらぬ」と言う、手を付けない、欠食など)に関する記載が9件みられた。
- ・ また、食事に集中できない、会話や独語により手が止まる、食事時間が長いといった食行動に関する課題も一定数認められた(6件)。
- ・ 安全面では、窒息や誤嚥のリスクに関する記載が4件みられたほか、開口不良(3件)、咀嚼困難や丸のみ、噛み切れず吐き出すといった摂食機能に関する課題(3件)も認められた。
- ・ 嘔吐や嘔気、嘔吐反射(3件)、胃ろう・経管栄養に関連する課題(3件)、認知症やうつ、不穏・幻覚など精神・認知機能に関連する記載(3件)もみられた。
- ・ このほか、スプーンを噛む(2件)、ソフト食への不満や体重への配慮(2件)、食べこぼし(2件)、見守りや介助を要する、配膳環境に関する課題(2件)などが挙げられた。
- ・ なお、一口量が少ない、異食・盗食、視覚障害、看取り中といった個別性の高い記載も少数ながら認められた。
- ・ 特定施設では、「特になし」「なし」とする記載が最も多く認められ(10件)、食事に関する明確な課題がみられない入所者が一定数を占めていた。
- ・ 食事ペースに関しては、3~5分程度で食べ終わるといった早食いに関する記載がみられ(2件)、一方で食事摂取時間の延長に関する記載もみられた(1件)。
- ・ 安全面では、むせ込みがあり見守りを要するとの記載(1件)や、キザミ食であるが残渣物を吐き出すといった摂食機能に関連する課題(1件)が認められた。
- ・ 行動面では、他者とのトラブルを避けるため居室で食事をしている(1件)、食事を他者に渡してしまう(1件)など、食事環境や対人関係に関連する個別課題がみられた。
- ・ 身体機能に関連して、手の振戦により本人の希望で主食をパンとしているとの記載があり(1件)、身体状況に応じた食形態の調整が行われている例が確認された。
- ・ 栄養管理の観点では、糖尿病があるが家族が菓子をよく持参している(1件)、間食の摂り過ぎ(1件)といった、疾患管理や嗜好に関連する課題もみられた。
- ・ このほか、左手で持って食べるよう声掛けしているなど、食事動作に対する支援を要するケースも認められた(1件)。

(12) 過去3か月の食事量減少

過去3か月の食事量減少は、

- ・ 介護保険施設では「食事量の減少なし」が922名(93.0%)と最も多く、次いで「中等度の食事量の減少」が58名(5.9%)、「著しい食事量の減少」が11名(1.1%)であった。
- ・ 特定施設では「食事量の減少なし」が90名(92.8%)と最も多く、次いで「中等度の食事量の減少」が6名(6.2%)、「著しい食事量の減少」が1名(1.0%)であった。

表 19 過去3か月の食事量減少

	介護保険施設 (n=991)		特定施設 (n=97)	
	n	%	n	%
著しい食事量の減少	11	1.1	1	1.0
中等度の食事量の減少	58	5.9	6	6.2
食事量の減少なし	922	93.0	90	92.8

#### 4) 生活機能

##### (1) 食事について

- ・ 介護保険施設では「部分介助」が 401 名 (40.0%) と最も多く、次いで「自立 (補具使用可、標準時間内)」が 359 名 (35.8%)、「全介助」が 241 名 (24.1%) であった。
- ・ 特定施設では「自立 (補具使用可、標準時間内)」が 72 名 (72.7%) と最も多く、次いで「部分介助」が 20 名 (20.2%)、「全介助」が 7 名 (7.1%) であった。

表 20 生活機能 食事

	介護保険施設 (n=1,001)		特定施設 (n=99)	
	n	%	n	%
自立 (補具使用可、標準時間内)	359	35.8	72	72.7
部分介助	401	40.0	20	20.2
全介助	241	24.1	7	7.1

##### (2) 移乗について

- ・ 介護保険施設では「全介助または不可能」が 296 名 (29.5%) と最も多く、次いで「軽度の部分介助または監視を要する」が 272 名 (27.1%)、「座位は可能だがほぼ全介助」が 247 名 (24.7%) であった。
- ・ 特定施設では「自立 (車椅子ブレーキ等含む)」が 49 名 (49.5%) と最も多く、次いで「軽度の部分介助または監視を要する」が 29 名 (29.3%)、「全介助または不可能」が 11 名 (11.1%) であった。

表 21 生活機能 移乗

	介護保険施設 (n=1,002)		特定施設 (n=99)	
	n	%	n	%
自立 (車椅子ブレーキ等含む)	187	18.7	49	49.5
軽度の部分介助または監視を要する	272	27.1	29	29.3
座位は可能だがほぼ全介助	247	24.7	10	10.1
全介助または不可能	296	29.5	11	11.1

### (3) 整容について

- ・ 介護保険施設では「部分介助または不可能」が 766 名 (76.5%)、「自立(洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り)」が 235 名 (23.5%)であった。
- ・ 特定施設では「自立(洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り)」が 50 名 (50.5%)、「部分介助または不可能」が 49 名 (49.5%)であった。

表 22 生活機能 整容

	介護保険施設 (n=1,001)		特定施設 (n=99)	
	n	%	n	%
自立(洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り)	235	23.5	50	50.5
部分介助または不可能	766	76.5	49	49.5

### (4) トイレ動作について

- ・ 介護保険施設では「全介助または不可能」が 449 名 (44.9%)と最も多く、次いで「部分介助(体を支える、衣服、後始末)」が 433 名 (43.3%)、「自立(衣服着脱、ポータブル便器管理含む)」が 119 名 (11.9%)であった。
- ・ 特定施設では「部分介助(体を支える、衣服、後始末)」が 41 名 (41.4%)と最も多く、次いで「自立(衣服着脱、ポータブル便器管理含む)」が 39 名 (39.4%)、「全介助または不可能」が 19 名 (19.2%)であった。

表 23 生活機能 トイレ動作

	介護保険施設 (n=1,001)		特定施設 (n=99)	
	n	%	n	%
自立(衣服着脱、ポータブル便器管理含む)	119	11.9	39	39.4
部分介助(体を支える、衣服、後始末)	433	43.3	41	41.4
全介助または不可能	449	44.9	19	19.2

(5) 入浴について

- ・ 介護保険施設では「部分介助または不可能」が 981 名 (98.2%)、「自立」が 18 名 (1.8%)であった。
- ・ 特定施設では「部分介助または不可能」が 90 名 (90.9%)、「自立」が 9 名 (9.1%)であった。

表 24 生活機能 入浴

	介護保険施設 (n=999)		特定施設 (n=99)	
	n	%	n	%
自立	18	1.8	9	9.1
部分介助または不可能	981	98.2	90	90.9

(6) 歩行について

- ・ 介護保険施設では「上記以外」が 572 名 (57.1%)と最も多く、次いで「歩行不能だが車椅子で 45m 以上の自立操作可」が 231 名 (23.1%)、「45m 以上の介助歩行可(歩行器含む)」が 110 名 (11.0%)、「45m 以上の歩行、杖など補装具可」が 89 名 (8.9%)であった。
- ・ 特定施設では「上記以外」が 34 名 (34.3%)と最も多く、次いで「45m 以上の歩行、杖など補装具可」が 24 名 (24.2%)、「歩行不能だが車椅子で 45m 以上の自立操作可」が 22 名 (22.2%)、「45m 以上の介助歩行可(歩行器含む)」が 18 名 (18.2%)であった。

表 25 生活機能 歩行

	介護保険施設 (n=1,002)		特定施設 (n=98)	
	n	%	n	%
45m 以上の歩行、杖など補装具(車椅子・歩行器除く)可	89	8.9	24	24.2
45m 以上の介助歩行可(歩行器含む)	110	11.0	18	18.2
歩行不能だが車椅子で 45m 以上の自立操作可	231	23.1	22	22.2
上記以外	572	57.1	34	34.3

(7) 階段昇降について

- ・ 介護保険施設では「不能」が 856 名 (85.5%) と最も多く、次いで「介助または監視を要する」が 127 名 (12.7%)、「自立(手すり・杖の有無不問)1 階分昇降可」が 18 名 (1.8%) であった。
- ・ 特定施設では「不能」が 65 名 (67.0%) と最も多く、次いで「介助または監視を要する」が 24 名 (24.7%)、「自立」が 8 名 (8.2%) であった。

表 26 生活機能 階段昇降

	介護保険施設 (n=1,001)		特定施設 (n=97)	
	n	%	n	%
自立(手すり・杖の有無不問)1 階分昇降可	18	1.8	8	8.2
介助または監視を要する	127	12.7	24	24.7
不能	856	85.5	65	67.0

(8) 着替えについて

- ・ 介護保険施設では「上記以外」が 574 名 (57.3%) と最も多く、次いで「部分介助」が 354 名 (35.4%)、「自立」が 73 名 (7.3%) であった。
- ・ 特定施設では「部分介助」が 41 名 (41.4%) と最も多く、次いで「自立」が 33 名 (33.3%)、「上記以外」が 25 名 (25.3%) であった。

表 27 生活機能 着替え

	介護保険施設 (n=1,001)		特定施設 (n=99)	
	n	%	n	%
自立(靴、ファスナー、装具の着脱含む)	73	7.3	33	33.3
部分介助(標準時間内、半分以上は自分)	354	35.4	41	41.4
上記以外	574	57.3	25	25.3

(9) 排便コントロールについて

- ・ 介護保険施設では「ときに失禁あり」が 450 名 (45.0%) と最も多く、次いで「上記以外」が 441 名 (44.1%)、「失禁なし」が 108 名 (10.8%) であった。
- ・ 特定施設では「ときに失禁あり」が 45 名 (45.5%) と最も多く、次いで「失禁なし」が 31 名 (31.3%)、「上記以外」が 23 名 (23.2%) であった。

表 28 生活機能 排便コントロール

	介護保険施設 (n=999)		特定施設 (n=99)	
	n	%	n	%
失禁なし(浣腸・坐薬の取扱いも可)	108	10.8	31	31.3
ときに失禁あり(浣腸・坐薬の介助含む)	450	45.0	45	45.5
上記以外(しばしば失禁～常に失禁)	441	44.1	23	23.2

(10) 排尿コントロールについて

- ・ 介護保険施設では「上記以外」が 488 名 (48.8%) と最も多く、次いで「ときに失禁あり」が 431 名 (43.1%)、「失禁なし」が 81 名 (8.1%) であった。
- ・ 特定施設では「ときに失禁あり」が 46 名 (46.5%) と最も多く、次いで「失禁なし」が 28 名 (28.3%)、「上記以外」が 25 名 (25.3%) であった。

表 29 生活機能 排尿コントロール

	介護保険施設 (n=1,000)		特定施設 (n=99)	
	n	%	n	%
失禁なし(収尿器の取扱いも可)	81	8.1	28	28.3
ときに失禁あり(収尿器の介助含む)	431	43.1	46	46.5
上記以外(しばしば失禁～常に失禁)	488	48.8	25	25.3

(11) 調理について

- ・ 介護保険施設では「全介助」が 980 名 (98.1%) と大部分を占め、「一部介助」が 15 名 (1.5%)、「見守り」が 3 名 (0.3%)、「自立」が 1 名 (0.1%) であった。
- ・ 特定施設では「全介助」が 93 名 (93.9%)、「一部介助」が 3 名 (3.0%)、「見守り」が 2 名 (2.0%)、「自立」が 1 名 (1.0%) であった。

表 30 生活機能 調理

	介護保険施設 (n=999)		特定施設 (n=99)	
	n	%	n	%
自立	1	0.1	1	1.0
見守り	3	0.3	2	2.0
一部介助	15	1.5	3	3.0
全介助	980	98.1	93	93.9

(12) 洗濯について

- ・ 介護保険施設では「全介助」が 984 名 (98.5%) と大部分を占め、「一部介助」が 13 名 (1.3%)、「見守り」が 2 名 (0.2%) であった。
- ・ 特定施設では「全介助」が 93 名 (93.9%)、「一部介助」が 4 名 (4.0%)、「見守り」が 2 名 (2.0%) であった。

表 31 生活機能 洗濯

	介護保険施設 (n=999)		特定施設 (n=99)	
	n	%	n	%
自立	0	0.0	0	0.0
見守り	2	0.2	2	2.0
一部介助	13	1.3	4	4.0
全介助	984	98.5	93	93.9

(13) 掃除について

- ・ 介護保険施設では「全介助」が 974 名 (97.5%) と大部分を占め、「一部介助」が 21 名 (2.1%)、「自立」が 2 名 (0.2%)、「見守り」が 1 名 (0.1%) であった。
- ・ 特定施設では「全介助」が 94 名 (94.9%)、「見守り」が 3 名 (3.0%)、「一部介助」が 2 名 (2.0%) であった。

表 32 生活機能 掃除

	介護保険施設 (n=998)		特定施設 (n=99)	
	n	%	n	%
自立	2	0.2	0	0.0
見守り	1	0.1	3	3.0
一部介助	21	2.1	2	2.0
全介助	974	97.5	94	94.9

(14) 寝返りについて

- ・ 介護保険施設では「全介助」が 399 名 (39.9%) と最も多く、次いで「自立」が 286 名 (28.6%)、「一部介助」が 191 名 (19.1%)、「見守り」が 122 名 (12.2%) であった。
- ・ 特定施設では「自立」が 63 名 (63.6%) と最も多く、次いで「全介助」が 15 名 (15.2%)、「一部介助」が 11 名 (11.1%)、「見守り」が 10 名 (10.1%) であった。

表 33 生活機能 寝返り

	介護保険施設 (n=998)		特定施設 (n=99)	
	n	%	n	%
自立	286	28.6	63	63.6
見守り	122	12.2	10	10.1
一部介助	191	19.1	11	11.1
全介助	399	39.9	15	15.2

(15) 起き上がりについて

- ・ 介護保険施設では「全介助」が 416 名 (41.6%) と最も多く、次いで「自立」が 253 名 (25.3%)、「一部介助」が 213 名 (21.3%)、「見守り」が 118 名 (11.8%) であった。
- ・ 特定施設では「自立」が 56 名 (56.6%) と最も多く、次いで「見守り」が 15 名 (15.2%)、「一部介助」および「全介助」がそれぞれ 14 名 (14.1%) であった。

表 34 生活機能 起き上がり

	介護保険施設 (n=1,000)		特定施設 (n=99)	
	n	%	n	%
自立	253	25.3	56	56.6
見守り	118	11.8	15	15.2
一部介助	213	21.3	14	14.1
全介助	416	41.6	14	14.1

(16) 座位の保持について

- ・ 介護保険施設では「全介助」が 318 名 (31.8%) と最も多く、次いで「自立」が 274 名 (27.4%)、「一部介助」が 239 名 (23.9%)、「見守り」が 170 名 (17.0%) であった。
- ・ 特定施設では「自立」が 62 名 (62.6%) と最も多く、次いで「見守り」が 17 名 (17.2%)、「全介助」が 11 名 (11.1%)、「一部介助」が 9 名 (9.1%) であった。

表 35 生活機能 座位の保持

	介護保険施設 (n=1,001)		特定施設 (n=99)	
	n	%	n	%
自立	274	27.4	62	62.6
見守り	170	17.0	17	17.2
一部介助	239	23.9	9	9.1
全介助	318	31.8	11	11.1

(17) 立ち上がりについて

- ・ 介護保険施設では「全介助」が 457 名 (45.7%) と最も多く、次いで「一部介助」が 225 名 (22.5%)、「自立」が 185 名 (18.5%)、「見守り」が 134 名 (13.4%) であった。
- ・ 特定施設では「自立」が 46 名 (46.5%) と最も多く、次いで「見守り」が 20 名 (20.2%)、「一部介助」が 18 名 (18.2%)、「全介助」が 15 名 (15.2%) であった。

表 36 生活機能 立ち上がり

	介護保険施設 (n=1,001)		特定施設 (n=99)	
	n	%	n	%
自立	185	18.5	46	46.5
見守り	134	13.4	20	20.2
一部介助	225	22.5	18	18.2
全介助	457	45.7	15	15.2

(18) 立位の保持について

- ・ 介護保険施設では「全介助」が 471 名 (47.1%) と最も多く、次いで「一部介助」が 214 名 (21.4%)、「自立」が 173 名 (17.3%)、「見守り」が 143 名 (14.3%) であった。
- ・ 特定施設では「自立」が 40 名 (40.4%) と最も多く、次いで「見守り」が 21 名 (21.2%)、「一部介助」が 20 名 (20.2%)、「全介助」が 18 名 (18.2%) であった。

表 37 生活機能 立位の保持

	介護保険施設 (n=1,001)		特定施設 (n=99)	
	n	%	n	%
自立	173	17.3	40	40.4
見守り	143	14.3	21	21.2
一部介助	214	21.4	20	20.2
全介助	471	47.1	18	18.2

## 5) 口腔ケアについて

### (1) 普段のお口のセルフケア(歯みがきや義歯清掃など)について

普段のお口のセルフケアの状況は、

- ・ 介護保険施設では「職員による全面的な介助が必要」が 353 名 (35.5%) と最も多く、次いで「職員が一部サポートしながら本人も行う」が 260 名 (26.2%)、「職員がセッティングのみ」が 226 名 (22.7%)、「すべて本人のみで実施」が 125 名 (12.6%) であった。「職員による口腔ケアが困難」は 20 名 (2.0%) であった。
- ・ 特定施設では「すべて本人のみで実施」が 37 名 (37.4%) と最も多く、次いで「職員がセッティングのみ」が 29 名 (29.3%)、「職員が一部サポートしながら本人も行う」が 21 名 (21.2%)、「職員による全面的な介助が必要」が 12 名 (12.1%) であった。

表 38 普段のお口のセルフケアの状況

	介護保険施設 (n=994)		特定施設 (n=99)	
	n	%	n	%
すべて本人のみで実施	125	12.6	37	37.4
職員がセッティングのみ	226	22.7	29	29.3
職員が一部サポートしながら本人も行う	260	26.2	21	21.2
職員による全面的な介助が必要	353	35.5	12	12.1
職員による口腔ケアが困難	20	2.0	0	0.0

## (2) 職員が関わる口腔ケアの所要時間

職員が関与する1回あたりの口腔ケア時間は、

- ・ 介護保険施設では「1～3分」が388名(64.6%)と最も多く、次いで「4～6分」が141名(23.5%)だった。
- ・ 特定施設でも「1～3分」が22名(41.5%)で最多だったが、「4～6分」も16名(30.2%)認められた。

表 39 口腔ケアに要する時間

	介護保険施設 (n=1,003)		特定施設 (n=61)	
	n	%	n	%
1分未満	155	15.5	19	31.1
1～3分	64	6.4	23	37.7
4～6分	549	54.7	16	26.2
7～10分	226	22.5	3	4.9
11分以上	9	0.9	0	0.0

### (3) 口腔ケアにおいて気になることや困っていること(自由記載)

口腔ケアにおいて気になることや困っていることについて、

- ・ 介護保険施設では、口腔ケア時の拒否や協力困難に関する記載が最も多く(約 30 件)、開口困難など身体的要因に関する記載も認められた(約 8 件)。また、声かけや促しがないと口腔ケアを行わない、介助を受け入れないといった記載もみられた(約 12 件)。
- ・ 口腔内の状態としては、舌の汚れ、歯垢や食物残渣の付着、歯肉出血、口腔内の乾燥、口臭、動揺歯等に関する記載が認められた(約 10 件)。
- ・ 義歯については、不適切な装着や終日使用、清掃不足、管理困難、装着時の疼痛、取り外しへの拒否などに関する記載が比較的多くみられた(約 14 件)。
- ・ また、うがいができず水分を飲み込んでしまう、誤嚥のリスクがある、歯ブラシやスポンジを吸ってしまうといった口腔ケア実施時の安全面の課題に関する記載も認められた(約 6 件)。
- ・ さらに、自己実施は可能であるが十分に行えていないため確認や介助を要するとの記載や、経管栄養者への口腔ケア方法に関する記載もみられた(約 4 件)。
- ・ 特定施設では、口腔内残渣物の除去、口臭、嘔みつき、強い拒否、毎回声掛けが必要であることに関する記載がみられた(各1件)。

(4) 歯科専門職からの口腔ケアに関する技術的指導・助言(個別指導)

直近1年間に歯科医師または歯科衛生士から、対象者の口腔ケアについて個別に技術的な指導・助言を受けたか(集団指導は除く)について、

- ・ 介護保険施設では「はい」が507名(51.9%)、「いいえ」が469名(48.1%)であった。
- ・ 特定施設では「はい」が25名(26.0%)、「いいえ」が71名(74.0%)であった。

表 40 歯科専門職による技術的指導・助言(個別指導)の有無

	介護保険施設 (n=976)		特定施設 (n=96)	
	n	%	n	%
はい	507	51.9	25	26.0
いいえ	469	48.1	71	74.0

(5) 歯科専門職による指導・助言(個別指導)の頻度

歯科医師または歯科衛生士から技術的な指導・助言を受けている施設における頻度は、

- ・ 介護保険施設では「問題があったときのみ」が269名(53.3%)と最も多く、次いで「1か月に1回程度」が154名(30.5%)、「3か月に1回程度」が64名(12.7%)、「毎週」が5名(1.0%)、「半年に1回程度」が12名(2.4%)、「1年に1回程度」が1名(0.2%)であった。
- ・ 特定施設では「1か月に1回程度」が12名(50.0%)と最も多く、次いで「問題があったときのみ」が7名(29.2%)、「毎週」が4名(16.7%)であった。

表 41 歯科専門職による指導・助言(個別指導)の頻度

	介護保険施設 (n=505)		特定施設 (n=24)	
	n	%	n	%
毎週	5	1.0	4	16.7
1か月に1回程度	154	30.5	12	50.0
3か月に1回程度	64	12.7	1	4.2
半年に1回程度	12	2.4	0	0.0
1年に1回程度	1	0.2	0	0.0
問題があったときのみ	269	53.3	7	29.2

(6) 歯科専門職による指導・助言(個別指導)の内容(複数回答)

歯科医師または歯科衛生士からの指導・助言の内容は、

- ・ 介護保険施設では「歯ブラシの当て方・使い方」が 236 名(24.2%)と最も多く、次いで「口腔粘膜・舌の清掃方法」が 164 名(16.8%)、「入れ歯の洗浄・管理方法」が 150 名(15.4%)、「口腔内の観察方法」が 128 名(13.1%)、「うがい・洗口の指導」が 113 名(11.6%)であった。
- ・ 特定施設では「入れ歯の洗浄・管理方法」が 8 名(8.3%)と最も多く、次いで「歯ブラシの当て方・使い方」が 7 名(7.3%)、「口腔内の観察方法」が 3 名(3.1%)、「歯間清掃の方法」および「利用者への声かけ・ポジショニング」がそれぞれ 2 名(2.1%)であった。

表 42 歯科専門職による指導・助言(個別指導)の内容

	介護保険施設 (n=507)		特定施設 (n=25)	
	n	%	n	%
歯ブラシの当て方・使い方	236	24.2	7	7.3
歯間清掃の方法	64	6.6	2	2.1
入れ歯の洗浄・管理方法	150	15.4	8	8.3
口腔粘膜・舌の清掃方法	164	16.8	1	1.0
口腔内の保湿・湿潤方法	61	6.3	0	0.0
うがい・洗口の指導	113	11.6	1	1.0
利用者への声かけ・ポジショニング	73	7.5	2	2.1
口腔内の観察方法	128	13.1	3	3.1
その他	28	2.9	0	0.0

## 6) 歯科受診について

### (1) かかりつけ歯科医はいますか

かかりつけ歯科医の有無について、

- ・ 介護保険施設では「いる(訪問診療)」が 566 名(56.5%)と最も多く、次いで「いない」が 356 名(35.6%)、「いる(外来受診)」が 79 名(7.9%)であった。
- ・ 特定施設では「いる(訪問診療)」が 53 名(53.5%)と最も多く、次いで「いない」が 42 名(42.4%)、「いる(外来受診)」が 4 名(4.0%)であった。

表 43 かかりつけ歯科医の有無

	介護保険施設 (n=1,001)		特定施設 (n=99)	
	n	%	n	%
いる(外来受診)	79	7.9	4	4.0
いる(訪問診療)	566	56.5	53	53.5
いない	356	35.6	42	42.4

(2) 歯科受診の頻度(かかりつけ歯科医がいる場合)

歯科受診の頻度について、

- ・ 介護保険施設では「問題があったときのみ」が 446 名(69.3%)と最も多く、次いで「1 か月に 1 回程度」が 75 名(11.6%)、「毎週」が 74 名(11.5%)、「3 か月に 1 回程度」が 42 名(6.5%)であった。
- ・ 特定施設では「1 か月に 1 回程度」が 40 名(70.2%)と最も多く、次いで「問題があったときのみ」が 11 名(19.3%)、「毎週」が 6 名(10.5%)であった。

表 44 歯科受診の頻度

	介護保険施設 (n=644)		特定施設 (n=57)	
	n	%	n	%
毎週	74	11.5	6	10.5
1 か月に 1 回程度	75	11.6	40	70.2
3 か月に 1 回程度	42	6.5	0	0.0
半年に 1 回程度	3	0.5	0	0.0
1 年に 1 回程度	4	0.6	0	0.0
問題があったときのみ	446	69.3	11	19.3

(3) 口腔・嚥下機能評価の体制(かかりつけ歯科医がいない場合)

かかりつけ歯科医がいない場合における、歯科医師による口腔内の状況や嚥下機能の評価を受けられる体制や機会があるかどうかについて、

- ・ 介護保険施設では「はい」が 350 名(99.7%)、「いいえ」が 1 名(0.3%)であった。
- ・ 特定施設では「はい」が 23 名(57.5%)、「いいえ」が 17 名(42.5%)であった。

表 45 口腔・嚥下機能評価の体制

	介護保険施設 (n=351)		特定施設 (n=40)	
	n	%	n	%
はい	350	99.7	23	57.5
いいえ	1	0.3	17	42.5

#### (4) 歯や口に問題があった場合の対応(自由記載)

歯や口に問題があった場合の対応について、

- ・ 介護保険施設では、回答がなかった。
- ・ 特定施設では、「現時点でトラブルはない」「問題なし」とする記載が複数みられ(4件)、問題発生時に対応する方針が示されていた。
- ・ 対応方針として最も多かったのは、歯科訪問診療への相談・依頼・受診を勧めるとする記載であり(5件)、「何かあれば訪問歯科をすすめる」「訪問歯科に依頼する」などの記載がみられた。
- ・ 一方で、義歯作成の希望がない、あるいは作成を勧めても拒否しているとの記載が複数認められた(3件)。上下無歯顎や残存歯が少ない状況であっても、義歯作成の意向がない、あるいは拒否があるケースがみられた。
- ・ また、歯科訪問診療や口腔ケアの働きかけに対する拒否も確認され(2件)、支援の必要性があっても介入が困難な事例が認められた。
- ・ そのほか、対応について家族に確認するとする記載もみられ(1件)、家族の意向を踏まえた対応が行われている例もあった。

(5) ミールラウンド(食事観察)の実施状況

直近1年間に歯科医師または歯科衛生士によるミールラウンドを受けたかについて、

- ・ 介護保険施設では「はい」が405名(40.5%)、「いいえ」が594名(59.5%)であった。
- ・ 特定施設では「はい」は0名(0.0%)、「いいえ」が97名(100.0%)であった。

表 46 ミールラウンドの実施状況

	介護保険施設 (n=999)		特定施設 (n=97)	
	n	%	n	%
はい	405	40.5	0	0.0
いいえ	594	59.5	97	100.0

(6) 嚥下内視鏡検査の実施状況

直近1年間に嚥下内視鏡検査を受けたかについて、

- ・ 介護保険施設では「はい」が10名(1.0%)、「いいえ」が988名(99.0%)であった。
- ・ 特定施設では「はい」は0名(0.0%)、「いいえ」が97名(100.0%)であった。

表 47 嚥下内視鏡検査の実施状況

	介護保険施設 (n=998)		特定施設 (n=97)	
	n	%	n	%
はい	10	1.0	0	0.0
いいえ	988	99.0	97	100.0

## 7) 口腔の健康状態の評価

施設職員による口腔の健康状態の評価は以下のとおりであった。

- ・ 開口は、介護保険施設では「できる」が 901 名 (91.1%)、「できない」が 88 名 (8.9%)であった。特定施設では「できる」が 97 名 (99.0%)、「できない」が 1 名 (1.0%)であった。
- ・ 歯の汚れは、介護保険施設では「なし」が 408 名 (41.6%)、「あり」が 572 名 (58.4%)であった。特定施設では「なし」が 46 名 (46.9%)、「あり」が 52 名 (53.1%)であった。
- ・ 舌の汚れは、介護保険施設では「なし」が 565 名 (57.7%)、「あり」が 415 名 (42.3%)であった。特定施設では「なし」が 40 名 (41.7%)、「あり」が 56 名 (58.3%)であった。
- ・ 歯肉の腫れ・出血は、介護保険施設では「なし」が 719 名 (73.4%)、「あり」が 261 名 (26.6%)であった。特定施設では「なし」が 78 名 (80.4%)、「あり」が 19 名 (19.6%)であった。
- ・ 左右両方の奥歯でしっかりかみしめられるは、介護保険施設では「できる」が 504 名 (51.0%)、「できない」が 485 名 (49.0%)であった。特定施設では「できる」が 74 名 (75.5%)、「できない」が 24 名 (24.5%)であった。
- ・ むせは、介護保険施設では「なし」が 600 名 (60.7%)、「あり」が 389 名 (39.3%)であった。特定施設では「なし」が 85 名 (85.9%)、「あり」が 14 名 (14.1%)であった。
- ・ ブクブクうがいは、介護保険施設では「できる」が 629 名 (63.6%)、「できない」が 360 名 (36.4%)であった。特定施設では「できる」が 88 名 (88.9%)、「できない」が 11 名 (11.1%)であった。
- ・ 食物のため込み・残留は、介護保険施設では「なし」が 675 名 (68.9%)、「あり」が 305 名 (31.1%)であった。特定施設では「なし」が 90 名 (90.9%)、「あり」が 9 名 (9.1%)であった。

表 48 口腔の健康状態の評価

	介護保険施設 (n=1,005)			特定施設 (n=99)		
	できる／ なし n (%)	できない ／あり	無回答 n (%)	できる／ なし n (%)	できない ／あり n (%)	無回答 n (%)
開口	901 (91.1)	88 (8.9)	16 (1.6)	97 (99.0)	1 (1.0)	1 (1.0)
歯の汚れ	408 (41.6)	572 (58.4)	25 (2.5)	46 (46.9)	52 (53.1)	1 (1.0)
舌の汚れ	565 (57.7)	415 (42.3)	25 (2.5)	40 (41.7)	56 (58.3)	3 (3.0)
歯肉の腫れ・出血	719 (73.4)	261 (26.6)	25 (2.5)	78 (80.4)	19 (19.6)	2 (2.0)
左右両方の奥歯で しっかりかみしめら れる	504 (51.0)	485 (49.0)	16 (1.6)	74 (75.5)	24 (24.5)	1 (1.0)
むせ	600 (60.7)	389 (39.3)	16 (1.6)	85 (85.9)	14 (14.1)	0 (0.0)
ブクブクうがい	629 (63.6)	360 (36.4)	16 (1.6)	88 (88.9)	11 (11.1)	0 (0.0)
食物のため込み・ 残留	675 (68.9)	305 (31.1)	25 (2.5)	90 (90.9)	9 (9.1)	0 (0.0)

※ 無回答数は表記のとおり別途存在するが、割合は回答ありを母数として算出されている。

## 8) リハビリテーションについて

### (1) 口腔・摂食嚥下リハビリテーションの実施

口腔・摂食・嚥下リハビリテーションの実施がリハビリテーションに含まれるかどうかについて、

- ・ 介護保険施設では「含まれる」が 271 名 (27.5%)、「含まれない」が 716 名 (72.5%)であった。
- ・ 特定施設では「含まれる」が 13 名 (13.1%)、「含まれない」が 86 名 (86.9%)であった。

表 49 口腔・摂食嚥下リハビリテーションの実施状況

	介護保険施設 (n=987)		特定施設 (n=99)	
	n	%	n	%
含まれる	271	27.5	13	13.1
含まれない	716	72.5	86	86.9

(2) 口腔リハビリテーションの内容(複数回答)

口腔リハビリテーションの内容について、

- ・ 介護保険施設では「舌や頬のマッサージ」が 122 名(46.4%)と最も多く、次いで「歯磨き指導」および「口腔体操」がそれぞれ 112 名(42.6%)、「唾液腺マッサージ」が 85 名(32.3%)、「義歯の洗浄・管理方法」が 54 名(20.5%)であった。
- ・ 特定施設では「口腔体操」が 11 名(84.6%)、「義歯の洗浄・管理方法」が 8 名(61.5%)であった。
- ・ その他の自由記載として、介護保険施設では歌唱・発声(45 件)、口腔ケア(5 件)、口唇を閉じる運動(1 件)が記載されていた。

表 50 口腔リハビリテーションの内容(複数回答)

	介護保険施設 (n=263)		特定施設 (n=13)	
	n	%	n	%
歯磨き指導	112	42.6	0	0.0
義歯(入れ歯)の洗浄・管理	54	20.5	8	61.5
舌や頬のマッサージ	122	46.4	1	7.7
口腔内保湿(ジェルやスプレー)	26	9.9	0	0.0
口腔体操(あいうべ体操等)	112	42.6	11	84.6
唾液腺マッサージ	85	32.3	1	7.7
口腔リハは行っていない	13	4.9	0	0.0
その他	41	15.6	0	0.0

※割合は「回答あり」を母数として算出されている。

### (3) 口腔リハビリテーションの実施頻度

口腔リハビリテーションの実施頻度の内訳は、

- ・ 介護保険施設では「1 か月に数回」が 129 名 (49.8%) と最も多く、次いで「毎日」が 63 名 (24.3%)、「1 週間に 2～3 回」が 21 名 (8.1%)、「1 週間に 1 回」が 21 名 (8.1%) であった。
- ・ 特定施設では「1 週間に 4～6 回」が 8 名 (61.5%) と最も多く、次いで「毎日」が 3 名 (23.1%)、「1 週間に 2～3 回」が 1 名 (7.7%) であった。

表 51 口腔リハビリテーションの実施頻度

	介護保険施設 (n=259)		特定施設 (n=13)	
	n	%	n	%
1 か月に数回	129	49.8	0	0.0
1 週間に 1 回	21	8.1	0	0.0
1 週間に 2～3 回	21	8.1	1	7.7
1 週間に 4～6 回	9	3.5	8	61.5
ほとんどない	16	6.2	0	0.0
毎日	63	24.3	3	23.1

### (4) 口腔リハビリテーションの実施時間

口腔リハビリテーションの実施時間は、

- ・ 介護保険施設では平均 9.7 分 (標準偏差 6.3 分) であった。
- ・ 特定施設では 1 名の回答があり、5 分であった。

表 52 口腔リハビリテーションの実施時間

	介護保険施設 (n=196)	特定施設 (n=1)
	平均±標準偏差	
時間(分)	9.7±6.3	5

(5) 摂食嚥下リハビリテーションの内容(複数回答)

摂食嚥下リハビリテーションの実施内容の内訳は、

- ・ 介護保険施設では「食形態の調整」が 148 名(56.1%)と最も多く、次いで「食事中の姿勢調整・介助」が 142 名(53.8%)、「誤嚥・ムセ予防の工夫」が 130 名(49.2%)、「食事前の口腔体操・嚥下体操」が 43 名(16.3%)であった。
- ・ 特定施設では「食事前の口腔体操・嚥下体操」が 12 名(92.3%)、「食形態の調整」が 2 名(15.4%)であった。
- ・ その他の自由記載として、介護保険施設では、体幹エクササイズの実施に関する記載がみられた。また、摂食嚥下リハビリテーションとしては実施していないが、必要時に食事中の姿勢調整・介助、食形態の調整、誤嚥・ムセ予防の工夫を行っているとの記載がみられた。

表 53 摂食嚥下リハビリテーションの内容(複数回答)

	介護保険施設 (n=264)		特定施設 (n=13)	
	n	%	n	%
飲み込み(嚥下)訓練	7	2.7	0	0.0
咀嚼訓練	9	3.4	0	0.0
食事前の口腔体操・嚥下体操	43	16.3	12	92.3
食事中の姿勢調整・介助	142	53.8	0	0.0
食形態(きざみ食・とろみ等)の調整	148	56.1	2	15.4
誤嚥・ムセ予防の工夫	130	49.2	0	0.0
摂食嚥下リハは行っていない	68	25.8	1	7.7
その他	5	1.9	0	0.0

※割合は「回答あり」を母数として算出されている。

(6) 摂食嚥下リハビリテーションの実施頻度

摂食・嚥下リハビリテーションの実施頻度の内訳は、

- ・ 介護保険施設では「1 か月に数回」が 129 名 (49.8%) と最も多く、次いで「毎日」が 63 名 (24.3%)、「1 週間に 2～3 回」が 21 名 (8.1%)、「1 週間に 1 回」が 21 名 (8.1%) であった。
- ・ 特定施設では「1 週間に 4～6 回」が 11 名 (91.7%)、「1 週間に 2～3 回」が 1 名 (8.3%) であった。

表 54 摂食嚥下リハビリテーションの実施頻度

	介護保険施設 (n=259)		特定施設 (n=12)	
	n	%	n	%
1 か月に数回	129	49.8	0	0.0
1 週間に 1 回	21	8.1	0	0.0
1 週間に 2～3 回	21	8.1	1	8.3
1 週間に 4～6 回	9	3.5	11	91.7
ほとんどない	16	6.2	0	0.0
毎日	63	24.3	0	0.0

※割合は「回答あり」を母数として算出されている。

(7) 摂食嚥下リハビリテーションの実施時間

摂食嚥下リハビリテーションの実施時間は、

- ・ 介護保険施設では平均 8.8±5.9 分であった。
- ・ 特定施設では 1 名の回答があり、5 分であった。

表 55 摂食嚥下リハビリテーションの実施時間

	介護保険施設 (n=168)	特定施設 (n=1)
	平均±標準偏差	
時間(分)	8.8±5.9	5

## これ以降調査員による対面調査結果

### 9) 口腔の症状について

(1) 対象者に対し、「口や口のまわりのことで気になることはありますか？」(複数回答可)の質問に対する回答

調査ができた対象者のうち、

- ・ 介護保険施設では「気になることはない」が 564 名 (56.1%) で最も多く、次いで「回答不可」が 292 名 (29.1%)、「その他」が 69 名 (6.9%) であった。
- ・ 特定施設では「気になることはない」が 75 名 (75.8%) で最も多く、次いで「回答不可」が 7 名 (7.1%)、「その他」が 6 名 (6.1%) であった。

表 56 口や口のまわりのことで気になること(複数回答)

	介護保険施設 (n=1,005)		特定施設 (n=99)	
	n	%	n	%
気になることはない	564	56.1	75	75.8
乾き	18	1.8	1	1.0
味覚	4	0.4	0	0.0
飲み込み	1	0.1	0	0.0
歯の痛み	19	1.9	0	0.0
歯肉の痛み	8	0.8	3	3.0
義歯の痛み	13	1.3	1	1.0
舌の痛み	0	0.0	0	0.0
その他の痛み	11	1.1	1	1.0
その他	69	6.9	6	6.1
回答不可	292	29.1	7	7.1

その他の痛みの内容(自由記載)の内訳について、

- ・ 介護保険施設では、咽頭部の違和感や疼痛に関する記載(2件)、歯の破折、補綴物が歯肉に接触することによる疼痛、食片の停滞、歯の動揺、下顎前歯の接触による疼痛、口唇を噛むことによる疼痛、口角炎、とろみが口腔内に溜まる、う蝕の可能性に関する記載(各1件)がみられた。
- ・ 特定施設では、下の歯が上の歯茎にあたって痛いとの記載(1件)がみられた。

その他(自由記載)の内訳について、

- ・ 介護保険施設では、義歯の不適合・不具合(ゆるみ・外れる・落ちる・欠け・未装着等)に関する記載(14件)、歯の欠損(歯がない・抜けた・本数不足等)に関する記載(11件)、歯の破折・欠けに関する記載(7件)、歯の動揺(ぐらつき)に関する記載(6件)、食片圧入・食渣停滞に関する記載(6件)、口唇・頬を噛むことによる疼痛・不快感に関する記載(5件)、う蝕に関する記載(4件)、着色・汚れに関する記載(2件)、咀嚼困難(うまく噛めない等)に関する記載(2件)、唾液に関する訴え(2件)、歯の質が悪い、残根が気になる、声が出にくい、ディスキネジア、心配・不安に関する記載(各1件)がみられた。
- ・ 特定施設では、義歯のゆるみや破損(2件)、口内炎、歯の動揺、着色、歯の違和感に関する記載(各1件)がみられた。

(2) 対象者に対し、「半年前と比べて固いものが食べにくくなりましたか」の質問に対する回答

調査ができた対象者のうち、

- ・ 介護保険施設では「いいえ」が 568 名 (57.5%) で最も多く、次いで「回答なし」が 304 名 (30.8%)、「はい」が 116 名 (11.7%) であった。
- ・ 特定施設では「いいえ」が 75 名 (80.6%) で最も多く、次いで「はい」が 9 名 (9.7%)、「回答なし」が 9 名 (9.7%) であった。

表 57 半年前と比べて固いものが食べにくい

	介護保険施設 (n=988)		特定施設 (n=93)	
	n	%	n	%
いいえ	568	57.5	75	80.6
はい	116	11.7	9	9.7
回答なし	304	30.8	9	9.7

(3) 対象者に対し、「お茶や汁物等でむせることがありますか」の質問に対する回答

調査ができた対象者のうち、

- ・ 介護保険施設では「いいえ」が 547 名 (55.3%) で最も多く、次いで「回答なし」が 297 名 (30.0%)、「はい」が 145 名 (14.7%) であった。
- ・ 特定施設では「いいえ」が 72 名 (77.4%) で最も多く、次いで「はい」が 14 名 (15.1%)、「回答なし」が 7 名 (7.5%) であった。

表 58 お茶や汁物でむせる

	介護保険施設 (n=989)		特定施設 (n=93)	
	n	%	n	%
いいえ	547	55.3	72	77.4
はい	145	14.7	14	15.1
回答なし	297	30.0	7	7.5

(4) 対象者に対し、「口の渇きが気になりますか」の質問に対する回答

調査ができた対象者のうち、

- ・ 介護保険施設では「いいえ」が 514 名 (52.0%) で最も多く、次いで「回答なし」が 312 名 (31.6%)、「はい」が 162 名 (16.4%) であった。
- ・ 特定施設では「いいえ」が 67 名 (72.0%) で最も多く、次いで「はい」が 20 名 (21.5%)、「回答なし」が 6 名 (6.5%) であった。

表 59 口の渇きが気になる

	介護保険施設 (n=988)		特定施設 (n=93)	
	n	%	n	%
いいえ	514	52.0	67	72.0
はい	162	16.4	20	21.5
回答なし	312	31.6	6	6.5

## 10) 口腔実測調査

### (1) オーラルディアドコキネシス(タ)

オーラルディアドコキネシス(タ)について、

- ・ 介護保険施設では測定可能が 575 名(58.3%)、測定不可が 411 名(41.7%)であった。測定可能者の平均回数は 4.4±3.4 回/秒であった。
- ・ 特定施設では測定可能が 68 名(73.9%)、測定不可が 24 名(26.1%)であった。測定可能者の平均回数は 4.4±1.2 回/秒であった。

表 60-1 オーラルディアドコキネシス(タ)の測定

	介護保険施設 (n=986)		特定施設 (n=92)	
	n	%	n	%
測定可能	575	58.3	68	73.9
測定不可	411	41.7	24	26.1

表 60-2 オーラルディアドコキネシス(タ)の回数

	介護保険施設 (n=575)	特定施設 (n=68)
	平均±標準偏差	平均±標準偏差
回数(回/秒)	4.4 ± 3.4	4.4 ± 1.2

## (2) 反復唾液嚥下テスト

反復唾液嚥下テスト(RSST)について、

- ・ 介護保険施設では測定可能が 514 名 (54.9%)、測定不可が 404 名 (43.1%)、拒否が 19 名 (2.0%) であった。測定可能者の平均は、RSST1 回目が  $6.3 \pm 6.3$  秒、30 秒間嚥下回数が  $2.0 \pm 1.3$  回であった。
- ・ 特定施設では測定可能が 65 名 (69.9%)、測定不可が 24 名 (25.8%)、拒否が 4 名 (4.3%) であった。測定可能者の平均は、RSST1 回目が  $3.9 \pm 3.2$  秒、30 秒間嚥下回数が  $2.9 \pm 1.3$  回であった。

表 61-1 反復唾液嚥下テストの測定

	介護保険施設 (n=937)		特定施設 (n=84)	
	n	%	n	%
測定可能	514	54.9	65	69.9
測定不可	404	43.1	24	25.8
拒否	19	2.0	4	4.3

表 61-2 反復唾液嚥下テストの結果

	介護保険施設 (n=514)	特定施設 (n=65)
	平均±標準偏差	平均±標準偏差
RSST1 回目(秒)	$6.3 \pm 6.3$	$3.9 \pm 3.2$
RSST30 秒での回数	$2.0 \pm 1.3$	$2.9 \pm 1.3$

(3) 口腔湿潤度(ムーカス)

口腔湿潤度について、

- ・ 介護保険施設では測定可能が 920 名(92.7%)、測定不可が 45 名(4.5%)、拒否が 27 名(2.7%)であった。測定可能者の平均値は  $26.4 \pm 4.7$  であった。
- ・ 特定施設では測定可能が 88 名(94.6%)、測定不可が 1 名(1.1%)、拒否が 4 名(4.3%)であった。測定可能者の平均値は  $28.2 \pm 3.0$  であった。

表 62-1 口腔湿潤度(ムーカス)の結果

	介護保険施設 (n=992)		特定施設 (n=93)	
	n	%	n	%
測定可能	920	92.7	88	94.6
測定不可	45	4.5	1	1.1
拒否	27	2.7	4	4.3

表 62-2 口腔湿潤度(ムーカス)の結果

	介護保険施設 (n=920)	特定施設 (n=88)
	平均±標準偏差	平均±標準偏差
測定値	$26.4 \pm 4.7$	$28.2 \pm 3.0$

(4) 咬合力(Oramo-bf)

咬合力測定について、

- ・ 介護保険施設では測定可能が 523 名(52.9%)、測定不可が 465 名(47.1%)であった。測定可能者の平均は  $122.8 \pm 143.1N$  であった。
- ・ 特定施設では測定可能が 38 名(40.9%)、測定不可が 55 名(59.1%)であった。測定可能者の平均は  $192.7 \pm 169.3N$  であった。

表 63-1 咬合力測定の結果

	介護保険施設 (n=988)		特定施設 (n=93)	
	n	%	n	%
測定可能	523	52.9	38	40.9
測定不可*	465	47.1	55	59.1

\*測定不可者には臼歯部の咬合がない者を含む。

表 63-2 咬合力測定の結果

	介護保険施設 (n=523)	特定施設 (n=38)
	平均±標準偏差	平均±標準偏差
測定値(N)	$122.8 \pm 143.1$	$192.7 \pm 169.3$

(5) 歯数の状態

調査ができた対象者の歯数の状態は、

- ・ 介護保険施設では現在歯数は  $9.96 \pm 9.31$  本、インプラント数は  $0.03 \pm 0.40$  本、義歯人工歯数は  $7.75 \pm 11.09$  本、ポンティック数は  $0.43 \pm 0.93$  本であった。機能歯数は  $18.17 \pm 10.16$  本であった。う蝕歯数は  $1.72 \pm 3.46$  本、残根歯数は  $1.80 \pm 3.03$  本であった。
- ・ 特定施設では、現在歯数は  $9.93 \pm 9.89$  本、インプラント数は  $0.00 \pm 0.00$  本、義歯人工歯数は  $5.14 \pm 9.52$  本、ポンティック数は  $0.73 \pm 1.26$  本であった。機能歯数は  $15.80 \pm 11.26$  本であった。う蝕歯数は  $0.18 \pm 1.12$  本、残根歯数は  $1.61 \pm 3.29$  本であった。

表 64 歯数の状態

	介護保険施設 (n=955)	特定施設 (n=88)
	平均±標準偏差	平均±標準偏差
現在歯数	$9.96 \pm 9.31$	$9.93 \pm 9.89$
インプラント数	$0.03 \pm 0.40$	$0.00 \pm 0.00$
義歯の人工歯数	$7.75 \pm 11.09$	$5.14 \pm 9.52$
ポンティック数	$0.43 \pm 0.93$	$0.73 \pm 1.26$
機能歯数	$18.17 \pm 10.16$	$15.80 \pm 11.26$
う蝕歯数	$1.72 \pm 3.46$	$0.18 \pm 1.12$
残根歯数	$1.80 \pm 3.03$	$1.61 \pm 3.29$

※機能歯数＝現在歯数＋インプラント数＋ポンティック数＋義歯の人工歯数

(6) 咬合状態

調査ができた対象者の咬合状態は、

- ・ 介護保険施設では、臼歯部で「咬合なし」が最も多く、右側大臼歯部 49.0%、左側大臼歯部 47.4%であった。前歯部では「現在歯と現在歯」が 40.3%で最も多かった。
- ・ 特定施設では、すべての部位で「咬合なし」が最多であり、右側大臼歯部 55.7%、左側大臼歯部 56.8%であった。

表 65-1 部位ごとの咬合状態(介護保険施設)(n=932)

	右側 大臼歯部		右側 小臼歯部		前歯部		左側 小臼歯部		左側 大臼歯部	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
現在歯と現在歯	189	20.3	276	29.9	375	40.3	284	30.5	195	20.9
現在歯と義歯	76	8.2	97	10.5	116	12.5	98	10.5	83	8.9
義歯と義歯	210	22.6	187	20.2	162	17.4	192	20.6	212	22.8
咬合なし	456	49.0	364	39.4	277	29.8	358	38.4	441	47.4

表 65-2 部位ごとの咬合状態(特定施設)(n=88)

	右側 大臼歯部		右側 小臼歯部		前歯部		左側 小臼歯部		左側 大臼歯部	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
現在歯と現在歯	21	23.9	29	33.0	28	31.8	25	28.4	20	22.7
現在歯と義歯	4	4.5	4	4.5	10	11.4	4	4.5	3	3.4
義歯と義歯	14	15.9	12	13.6	9	10.2	14	15.9	15	17.0
咬合なし	49	55.7	43	48.9	41	46.6	45	51.1	50	56.8

### (7) 口腔清掃状態

調査ができた対象者のうち、口腔清掃状態について、

- ・ 介護保険施設では「普通」が 319 名 (33.5%) と最も多く、次いで「不良」が 381 名 (40.1%)、「良好」が 251 名 (26.4%) であった。不良の割合が 4 割を占めていた。
- ・ 特定施設では、「普通」が 32 名 (36.0%) で最も多く、次いで「良好」が 30 名 (33.7%)、「不良」が 27 名 (30.3%) であった。

表 66 口腔清掃状態

	介護保険施設 (n=951)		特定施設 (n=89)	
	n	%	n	%
良好	251	26.4	30	33.7
普通	319	33.5	32	36.0
不良	381	40.1	27	30.3

### (8) 歯肉の状態

調査ができた対象者のうち、歯肉の状態について、

- ・ 介護保険施設では、「腫れている」が 497 名 (52.4%) で、「問題なし」の 452 名 (47.6%) を上回っていた。腫れの内訳は軽度 308 名 (32.5%)、中等度 160 名 (16.9%)、重度 23 名 (2.4%) であった。
- ・ 特定施設では、「腫れている」が 45 名 (50.6%)、「問題なし」が 44 名 (49.4%) であった。腫れの内訳は軽度 31 名 (34.8%)、中等度 12 名 (13.5%)、重度 2 名 (2.3%) であった。

表 67 歯肉の状態

	介護保険施設 (n=949)		特定施設 (n=89)	
	n	%	n	%
問題なし	452	47.6	44	49.4
腫れている	497	52.4	45	50.6
軽度	308	32.5	31	34.8
中等度	160	16.9	12	13.5
重度	23	2.4	2	2.3
不明	6	0.6	0	0.0

(9) 歯石の付着状況

調査ができた対象者のうち、歯石の付着状況について、

- ・ 介護保険施設では、「問題なし」が 523 名 (55.4%) であった一方、「付着あり」は 421 名 (44.6%) であった。付着の内訳は、軽度 (点状) 252 名 (26.7%)、中等度 (帯状以上) 162 名 (17.2%) であった。
- ・ 特定施設では、「付着あり」が 58 名 (65.2%) と多数を占め、「問題なし」は 31 名 (34.8%) であった。付着の内訳は、軽度 42 名 (47.2%)、中等度 16 名 (18.0%) であった。

表 68 歯石の付着状況

	介護保険施設 (n=944)		特定施設 (n=89)	
	n	%	n	%
問題なし	523	55.4	31	34.8
付着あり	421	44.6	58	65.2
軽度 (点状)	252	26.7	42	47.2
中等度 (帯状以上)	162	17.2	16	18.0
不明	7	0.7	0	0.0

(10) 歯科治療受診必要性

調査ができた対象者のうち、歯科治療受診必要性について、

- ・ 介護保険施設では「なし」が 498 名 (52.5%)、「あり」が 450 名 (47.5%)であった。
- ・ 特定施設では「なし」が 58 名 (66.7%)、「あり」が 29 名 (33.3%)であった。

表 69 歯科治療受診必要性の有無

	介護保険施設 (n=948)		特定施設 (n=87)	
	n	%	n	%
なし	498	52.5	58	66.7
あり	450	47.5	29	33.3

(11) 歯科治療受診必要ありの詳細(重複回答)

歯科治療受診の必要性が「あり」とされた対象者のうち、

- ・ 介護保険施設では「歯周炎」204 名 (45.3%)が最も多く、次いで「う蝕」98 名 (21.8%)、「義歯」65 名 (14.4%)であった。
- ・ 特定施設では「歯周炎」18 名 (62.1%)が最も多く、次いで「義歯」6 名 (20.7%)、「う蝕」2 名 (6.9%)であった。

表 70 受診必要ありの場合の詳細(重複回答)

	介護保険施設 (n=450)		特定施設 (n=29)	
	n	%	n	%
う蝕	98	21.8	2	6.9
歯周炎	204	45.3	18	62.1
義歯	65	14.4	6	20.7
その他	55	12.2	2	6.9
未記載	28	6.2	1	3.5

## 11) 口腔衛生管理加算の算定状況と入所者の口腔健康状態との関連

口腔衛生管理加算（ⅠまたはⅡ）の算定の有無と、入所者の口腔健康状態との関連について、施設職員および歯科専門職による評価項目を用いて検討した。

### (1) 介護保険施設における、口腔衛生管理加算算定の有無と、施設職員による入所者の口腔の健康状態の評価との関連

口腔衛生管理加算（ⅠまたはⅡ）を算定者と非算定者の間で、施設職員による口腔の健康状態の評価（開口、歯の汚れ、舌の汚れ、歯肉の腫れ・出血、左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる、むせ、ブクブクうがい、食物の溜め込み・残留）の割合を比較した。

口腔衛生管理加算の算定者は、歯および舌の清掃状態や、開口・うがいといった基本的口腔機能において良好な状態が保たれている一方で、歯肉の炎症や咬合支持、食物残留など一部の項目では有意差は認められなかった。

表 71 口腔衛生管理加算算定の有無と  
施設職員による入所者の口腔の健康状態の評価との関連

項目	カテゴリ	合計 N	加算算定 あり n (%)	加算算定 なし n (%)	P*
開口	できる	917	631 (93.8)	201 (82.4)	<0.001
	できない		42 (6.2)	43 (17.6)	
歯の汚れ	なし	908	313 (46.5)	39 (16.6)	<0.001
	あり		360 (53.5)	196 (83.4)	
舌の汚れ	なし	908	392 (58.3)	105 (44.7)	<0.001
	あり		281 (41.8)	130 (55.3)	
歯肉の腫れ・出血	なし	908	487 (72.5)	165 (69.9)	0.453
	あり		185 (27.5)	71 (30.1)	
左右両方の奥歯でしっ かりかみしめられる	できる	917	331 (49.2)	122 (50.0)	0.827
	できない		342 (50.8)	122 (50.0)	
むせ	なし	917	373 (55.6)	169 (68.7)	<0.001
	あり		298 (44.4)	77 (31.3)	
ブクブクうがい	できる	918	444 (66.0)	141 (57.6)	<0.001
	できない		229 (34.0)	104 (42.5)	
食物の溜め込み・残留	なし	914	447 (66.8)	166 (67.8)	0.789
	あり		222 (33.2)	79 (32.2)	

\*Pearson のカイニ乗検定による

(2) 介護保険施設における、口腔衛生管理加算算定の有無と、歯科専門職による入所者の口腔衛生状態の評価との関連

口腔衛生管理加算（ⅠまたはⅡ）を算定者と非算定者の間で、歯科専門職による口腔衛生状態の評価（清掃状態、歯肉の腫れ、歯石の付着）を比較した。

口腔衛生管理加算の算定者は、歯科専門職の評価において、歯肉の炎症および歯石付着の割合が有意に低いことが示された。一方で、清掃状態全体については、良好である割合が高い傾向はみられるものの、統計学的に有意差は示さなかった。

表 72 口腔衛生管理加算算定の有無と  
歯科専門職による入所者の口腔衛生状態との関連

項目	カテゴリ	合計 N	加算算定 あり n (%)	加算算定 なし n (%)	P*
清掃状態	良好・普通	871	387 (61.0)	131 (55.3)	0.123
	不良		247 (39.0)	106 (44.7)	
歯肉の腫れ	問題なし	869	316 (49.9)	96 (40.7)	0.015
	腫れている		317 (50.1)	140 (59.3)	
歯石の付着	問題なし	864	370 (58.6)	118 (50.6)	0.035
	付着あり		261 (41.3)	115 (49.4)	

\*Pearson のカイ二乗検定による。

## 12) 介護保険施設における、一体的取組に係る加算の算定状況と入所者の誤嚥性肺炎関連リスク・口腔健康状態・低栄養リスク・生活機能との関連

介護保険施設において、一体的取組に係る加算のうち、リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅰ)、個別機能訓練加算(Ⅲ)、理学療法注7・作業療法注7・言語聴覚療法注5の算定の有無と、誤嚥性肺炎関連項目、口腔健康状態、低栄養リスクおよび生活機能との関連についてクロス集計により検討した。

なお、理学療法および作業療法は同一対象者に算定されていたため一つの項目として扱った。また、一部の加算では対象者数が少ないことから、結果の解釈には留意が必要である。

(1) リハビリテーションマネジメント計画書情報加算 I (LIFE 活用)算定の有無と主な関連項目(介護老人保健施設のみ)

リハビリテーションマネジメント計画書情報加算 I (LIFE 活用)の算定の有無と各項目との関連を検討したところ、口腔関連項目では、「歯の汚れ」「咬合(奥歯で咬めるか)」「食物残留」において有意差が認められた。算定あり群では、歯の汚れの割合が算定なし群より低かった一方、咬合困難や食物残留の割合が高かった。

ADL では、移乗、着替え、寝返り、起き上がり、座位保持、立位保持において有意差が認められ、いずれの項目においても全介助の割合は算定なし群で高かった。

年齢、性別、要介護度、低栄養リスク、生活機能低下および歯科医師による口腔清掃状態の評価については、有意差は認められなかった。

以上より、本加算の算定者では、ADL が著しく低下した入所者というよりも、一定の身体機能を有しつつ、咬合や食物残留など口腔機能に課題を有する入所者が含まれている可能性が示唆された。

表 73 リハビリテーションマネジメント計画書情報加算 I (LIFE 活用)算定の有無と主な関連項目

項目	カテゴリ	合計 N	加算算定 あり n (%)	加算算定 なし n (%)	P*
歯の汚れ	あり	73	28 (65.1)	20 (100.0)	0.002
咬合(奥歯で咬める)	できる	73	18 (34.0)	14 (70.0)	0.006
食物残留	あり	73	17 (32.1)	1 (5.0)	0.017
移乗	全介助	73	3 (5.7)	7 (35.0)	0.005
着替え	全介助相当	72	4 (7.5)	6 (31.6)	0.034
寝返り	全介助	73	2 (3.8)	5 (25.0)	0.011
起き上がり	全介助	73	2 (3.8)	6 (30.0)	0.002
座位保持	全介助	73	1 (1.9)	5 (25.0)	0.004
立位保持	全介助	73	5 (9.4)	6 (30.0)	0.033

\*Pearson のカイ二乗検定(一部は Fisher の正確確率検定)による。

注)合計 N は各項目の有効回答数を示す。表には主なカテゴリのみを掲載しているため、合計 N には表中に示していないカテゴリの回答者を含む場合がある。

## (2) 個別機能訓練加算Ⅲ(LIFE 活用)算定の有無と主な関連項目(介護老人福祉施設のみ)

個別機能訓練加算Ⅲ(LIFE 活用)の算定の有無と各項目との関連を検討したところ、入所者特性では要介護度に有意差が認められ、算定あり群では要介護4・5の割合が高かった。

口腔および摂食嚥下関連項目では、「お茶や汁物でむせる」「菌の汚れ」「ブクブクうがい」「食物残留」において有意差が認められた。また、口腔機能評価ではオーラルディアドコキネシス「タ」および反復唾液嚥下テストに有意差が認められた。歯科医師による口腔清掃状態の評価では、算定あり群で「不良」の割合が高かった。

ADLでは、食事、移乗、整容、歩行、階段昇降、起き上がり、立ち上がり、立位保持において有意差が認められ、算定あり群では、全介助または部分介助の割合が高かった。

以上より、本加算の算定者では、要介護度が高く、ADLや口腔機能に課題を有する入所者が多い可能性が示唆された。また、LIFEを活用した個別機能訓練では、これらの身体機能や生活機能の維持・改善を目的として、機能訓練の対象者が選択されている可能性があると考えられた。

表 74 個別機能訓練加算Ⅲ (LIFE 活用) 算定の有無と主な関連項目

項目	カテゴリ	合計 N	加算算定 あり n (%)	加算算定 なし n (%)	P*
要介護度	要介護 4・5	140	94 (77.0)	5 (27.8)	<0.001
お茶や汁物でむせる	はい	142	14 (11.5)	3 (15.0)	0.032
歯の汚れ	あり	139	54 (45.4)	20 (100.0)	<0.001
ブクブクうがい	できない	139	64 (53.8)	4 (20.0)	0.005
食物の溜め込み・残留	あり	134	34 (29.8)	1 (5.0)	0.020
口腔清掃状態(歯科医師評価)	不良	136	44 (37.9)	3 (15.0)	0.046
オーラルディアドコキネシス「タ」	測定不可	142	60 (49.2)	3 (15.0)	0.004
反復唾液嚥下テスト	不可	142	66 (54.1)	2 (10.0)	<0.001
食事	全介助	141	36 (29.8)	0 (0.0)	0.002
移乗	全介助または不可能	141	48 (39.7)	7 (35.0)	<0.001
整容	部分介助または不可能	141	98 (81.0)	7 (35.0)	<0.001
歩行	上記以外	141	92 (76.0)	7 (35.0)	<0.001
階段昇降	不能	141	112 (92.6)	11 (55.0)	<0.001
起き上がり	全介助	141	58 (47.9)	6 (30.0)	0.015
立ち上がり	全介助	141	68 (56.2)	6 (30.0)	0.020
立位保持	全介助	141	66 (54.5)	6 (30.0)	0.009

\*Pearson のカイ二乗検定(一部は Fisher の正確確率検定)による。

注) 合計 N は各項目の有効回答数を示す。表には主なカテゴリのみを掲載しているため、合計 N には表中に示していないカテゴリの回答者を含む場合がある。

### (3) 理学療法・作業療法算定の有無と主な関連項目(介護医療院のみ)

理学療法・作業療法の算定の有無と各項目との関連をみると、誤嚥性肺炎関連項目では「食事中・食後に咳」において有意差が認められた。

口腔健康状態では、「歯の汚れ」「口腔清掃状態(歯科医師評価)」「反復唾液嚥下テスト」において有意差が認められた。算定あり群では、歯の汚れを有する者の割合および口腔清掃状態が「不良」と評価された者の割合が高く、加えて反復唾液嚥下テストにおいて「不可」と判定された者の割合も高かった。

さらに、低栄養リスクおよび生活機能(食事、移乗、整容、排尿コントロール、立位保持など)においても有意差が認められ、算定あり群では介助を要する者の割合が高かった。

以上より、理学療法・作業療法の算定者では、摂食嚥下機能や口腔機能、生活機能に課題を有する入所者が一定程度含まれている可能性が示唆された。なお、本解析では理学療法および作業療法の算定対象者が同一であり、解析対象数も単一施設における少数であったことから、結果の解釈には慎重を要すると考えられた。

表 75 理学療法・作業療法算定の有無と主な関連項目

項目	カテゴリ	合計 N	加算算定 あり n (%)	加算算定 なし n (%)	P*
食事中・食後に咳	あり	32	5 (41.7)	1 (5.0)	0.01
歯の汚れ	あり	32	7 (58.3)	20 (100.0)	0.002
口腔清掃状態(歯科 医師による評価)	不良	32	8 (66.7)	3 (15.0)	0.003
反復唾液嚥下テスト	不可	32	5 (41.7)	2 (10.0)	0.036
低栄養リスク	高リスク	32	3 (25.0)	0 (0.0)	0.034
生活機能低下	なし	32	12 (100.0)	11 (55.0)	0.006
食事	全介助	32	4 (33.3)	0 (0.0)	0.018
移乗	全介助または 不可能	32	3 (25.0)	7 (35.0)	0.042
整容	部分介助また は不可能	32	10 (83.3)	7 (35.0)	0.008
排尿コントロール	失禁あり	31	9 (75.0)	6 (31.6)	0.036
立位保持	全介助	32	8 (66.7)	6 (30.0)	0.016

\*Pearson のカイ二乗検定(一部は Fisher の正確確率検定)による。

注)合計 N は各項目の有効回答数を示す。表には主なカテゴリのみを掲載しているため、合計 N には表中に示していないカテゴリの回答者を含む場合がある。

#### (4) 言語聴覚療法算定の有無と主な関連項目(介護医療院のみ)

言語聴覚療法の算定の有無と各項目との関連を検討したところ、誤嚥性肺炎関連項目では、「誤嚥性肺炎既往」「咀嚼中にむせる」「食事中・食後に咳」において有意差が認められた。いずれの項目においても、算定あり群では該当する者の割合が高かった。

口腔健康状態では、「開口」「歯の汚れ」「ブクブクうがい」「食物残留」「口腔清掃状態(歯科医師による評価)」および反復唾液嚥下テストに有意差が認められた。具体的には、算定あり群では、開口が困難な者、歯の汚れを有する者、ブクブクうがいができない者、食物残留を認める者、ならびに口腔清掃状態が「不良」と評価された者の割合が高く、さらに反復唾液嚥下テストにおいて「不可」と判定された者の割合も高かった。

さらに、低栄養リスクおよび生活機能(食事、移乗、整容、着替え、排尿コントロール、寝返り)においても有意差が認められ、算定あり群では介助を要する者(全介助または部分介助)の割合が高かった。

以上より、言語聴覚療法の算定者では、摂食嚥下機能や口腔機能の低下に加え、低栄養リスクおよびADL低下を伴う入所者が多い可能性が示唆された。なお、本解析では解析対象数も単一施設における少数であったことから、結果の解釈には慎重を要すると考えられた。

表 76 言語聴覚療法算定の有無と主な関連項目

項目	カテゴリ	合計 N	加算算定 あり n (%)	加算算定 なし n (%)	P*
誤嚥性肺炎既往	あり	24	2 (50.0)	1 (5.0)	0.013
咀嚼中にむせる	あり	24	2 (50.0)	1 (5.0)	0.013
食事中・食後に咳	あり	24	3 (75.0)	1 (5.0)	<0.001
開口	できない	24	1 (25.0)	0 (0.0)	0.022
歯の汚れ	あり	24	3 (75.0)	20 (100.0)	0.022
ブクブクうがい	できない	24	4 (100.0)	4 (20.0)	0.002
食物の溜め込み・残留	あり	24	3 (75.0)	1 (5.0)	<0.001
口腔清掃状態(歯科医師評価)	不良	24	3 (75.0)	3 (15.0)	0.011
反復唾液嚥下テスト	不可	24	2 (50.0)	2 (10.0)	0.05
低栄養リスク	高リスク	24	3 (75.0)	0 (0.0)	<0.001
食事	全介助	24	3 (75.0)	0 (0.0)	<0.001
移乗	全介助または不可能	24	2 (50.0)	7 (35.0)	0.005
整容	部分介助または不可能	24	4 (100.0)	7 (35.0)	0.017
着替え	全介助相当	23	4 (100.0)	6 (31.6)	0.043
排尿コントロール	失禁あり	23	4 (100.0)	6 (31.6)	0.043
寝返り	全介助	23	4 (100.0)	5 (25.0)	0.046

\*Pearson のカイ二乗検定(一部は Fisher の正確確率検定)による。

注)合計 N は各項目の有効回答数を示す。表には主なカテゴリのみを掲載しているため、合計 N には表中に示していないカテゴリの回答者を含む場合がある。

## 2. 介護保険施設・特定施設利用者の口腔衛生等の管理に関する転帰

### 調査

#### 1) 調査について

一昨年度および昨年度に全身と口腔の状態に関する実態調査を介護保険施設に入所中の要介護高齢者を対象に実施した。本調査では昨年度の調査後に退所した者 232 名に対する転帰調査を実施した。調査対象の施設は以下の通りである。

#### 2) 調査対象施設

社会福祉法人 台東区社会福祉事業団	特別養護老人ホーム 谷中
社会福祉法人 ふくしをデザイン	特別養護老人ホーム なごみの里
社会福祉法人 ふくしをデザイン	特別養護老人ホーム つくしの里
社会医療法人 原土井病院	みどりの介護医療院
医療法人社団 東北福祉会	介護老人保健施設 せんだんの丘
社会福祉法人 西春日井福祉会	特別養護老人ホーム 五条の里
社会福祉法人 西春日井福祉会	特別養護老人ホーム ペガサス春日
社会福祉法人 西春日井福祉会	特別養護老人ホーム かもだの里
社会福祉法人 西春日井福祉会	特別養護老人ホーム 平安の里
社会福祉法人 西春日井福祉会	特別養護老人ホーム 清洲の里
社会福祉法人 西春日井福祉会	特別養護老人ホーム あいせの里
医療法人 悠明会	介護老人保健施設 ウエルケア悠
社会医療法人 若弘会	介護老人保健施設 竜間之郷
医療法人 敬英会	介護老人保健施設 つるまち
医療法人 敬英会	介護老人保健施設 さくらがわ
社会福祉法人 仁成福祉協会	特別養護老人ホーム 関屋おもと園
ケアユー株式会社	オーベル筑紫丘
ケアユー株式会社	オーベル諸岡
ケアユー株式会社	オーベル野多目

## 【調査結果】

### (1) 退所理由

退所理由として最も多かったのは死亡退所 127 名(54.7%)であった。次いで入院 79 名(34.1%)、他施設等へ 22 名(9.5%)、自宅へ 4 名(1.7%)であった。

表 1 退所理由

	n	%
自宅へ	4	1.7
他施設等へ	22	9.5
入院	79	34.1
死亡退所	127	54.7
不明	0	0.0
その他	0	0.0
合計	232	100.0

#### (1)－1 他施設退所した場合の移動先施設等

他施設退所した場合の移動先として最も多かったのは有料老人ホーム 8 名(36.4%)であった。次いで、特別養護老人ホーム 5 名(22.7%)、介護老人保健施設 4 名(18.2%)、サービス付き高齢者向け住宅 3 名(13.6%)、グループホーム 1 名(4.5%)であった。

表 2 他施設退所した場合の移動先施設等

	n	%
有料老人ホーム	8	36.4
サービス付き高齢者向け住宅	3	13.6
グループホーム	1	4.5
介護老人保健施設(老健)	4	18.2
特別養護老人ホーム(特養)	5	22.7
欠損	1	4.5
合計	22	100.0

(1)－2 入院退所した場合の入院理由(複数回答可)

入院退所の理由として最も多かったのは、「肺炎を強く疑う状態」で 29 名 (36.7%)であった。次いで、その他の疾患の治療 17 名 (21.5%)、脱水・低栄養の治療 13 名 (16.5%)、原因不明の発熱 6 名 (7.6%)、脳卒中および異物誤飲・誤嚥がそれぞれ 5 名 (6.3%)であった。

表 3 入院退所した場合の入院理由 (複数回答可) (N=79)

	n	%
肺炎を強く疑う状態であったため	29	36.7
脳卒中を強く疑う状態であったため	5	6.3
心臓の疾患(心不全・心筋梗塞等)を強く疑う状態であったため	4	5.1
骨折を強く疑う状態であったため	4	5.1
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	2	2.5
異物誤飲・誤嚥を強く疑う状態であったため	5	6.3
尿路感染症を強く疑う状態であったため	4	5.1
原因が特定できない発熱の治療のため	6	7.6
脱水・低栄養(食事困難に伴うものを含む)の治療のため	13	16.5
看取り期の対応が必要であったため	3	3.8
その他の疾患の治療のため	17	21.5
不明	1	1.3

### (1)－3 死亡退所だった場合の死亡理由

死亡退所の理由として最も多かったのは「老衰」で 89 名(70.1%)を占めた。次いで心不全 8 名(6.3%)、肺炎およびその他がそれぞれ 7 名(5.5%)、誤嚥性肺炎およびがんがそれぞれ 5 名(3.9%)であった。

表 4 死亡退所だった場合の死亡理由

	n	%
老衰	89	70.1
心不全	8	6.3
肺炎	7	5.5
誤嚥性肺炎	5	3.9
がん	5	3.9
脳卒中	1	0.8
呼吸不全	0	0.0
腎不全	2	1.6
不明	3	2.4
その他	7	5.5
合計	127	100.0

### 3. 施設入所支援利用者の口腔衛生等の管理に関する実測調査

#### 3) 調査について

全身と口腔の状態に関する実態調査を、新潟県、神奈川県、愛知県、広島県及び福岡県内の施設入所支援の利用者を対象に実施した。

#### 4) 調査対象施設数

施設入所支援            5 施設

## 【調査結果】

### 1) 基本情報

#### (1) 性別

対象者 170 名のうち、男性は 101 名 (59.4%)、女性は 69 名 (40.6%) であった。

表1 男女の割合 (n=170)

	n	%
男性	101	59.4
女性	69	40.6

#### (2) 年齢に関する指標

欠損値のある 1 名を除外した 169 名の平均年齢は 53.5 歳 (±11.6) であった。

年齢範囲は 20~82 歳、中央値は 52.0 歳、四分位範囲は 46.0~60.0 歳 であった。

表2 年齢に関する指標 (n=169)

指標	値
平均±SD	53.5 ± 11.6
範囲	20-82
中央値	52.0
四分位範囲	46.0-60.0

### (3) 障害支援区分

障害支援区分は、区分 6 が 96 名 (56.8%) と最も多く、次いで区分 5 が 55 名 (32.5%)、区分 4 が 17 名 (10.1%) であった。区分 3 は 1 名 (0.6%) であった。

表3 障害支援区分 (n=169)

区分	n	%
3	1	0.6
4	17	10.1
5	55	32.5
6	96	56.8

※ブランク1名を除外した。

### (4) 障害の分類(複数回答)

障害の分類では、知的障害が 147 名 (86.5%) と最も多く、次いで、身体障害が 88 名 (51.8%)、精神障害が 28 名 (16.5%)、その他が 26 名 (15.3%) であった。

表4 障害の分類(複数回答) (n=170)

	n	%
知的障害	147	86.5
身体障害	88	51.8
精神障害	28	16.5
その他	26	15.3

※全対象者 170 名を分母として%を算出した。

※複数回答のため合計は 100%を超える。

### (5) 入所期間

ブランク1件を除外した 169 名の入所期間は、平均 18.6 年 (±9.0) であった。範囲は 0~31 年、中央値は 18.0 年、四分位範囲は 8.0~25.0 年 であった。

表5 入所期間(年) (n=169)

指標	値
平均 ± SD	18.6 ± 9.0
範囲	0-31
中央値	18.0
四分位範囲	8.0-25.0

## (6) 直近 1 年間での入院の有無

直近 1 年間での入院の有無については、「なし」が 163 名(97.0%)、「あり」が 5 名(3.0%)であった。直近 1 年間に入院歴があった者は 5 名であった。入院理由は、誤嚥性肺炎が 2 名(うち 1 名は誤嚥性肺炎 5 回、下肢蜂窩織炎および尿路感染症 3 回を含む)、乳がん切除術が 1 名、右真珠腫性中耳炎手術が 1 名、水疱性類天疱瘡が 1 名であった。

表6 直近 1 年間での入院の有無 (n=168)

	n	%
なし	163	97.0
あり	5	3.0

※ブランク 2 名を除外した。

※%は有効数 168 名を分母として計算した。

## (7) 身体計測

ブランク各 1 名を除外した 169 名の身長(cm)および体重(kg)の結果は以下のとおりであった。身長の平均は  $158.3 \pm 11.1$ cm、範囲は 126.4~187.8cm、中央値は 158.0cm、四分位範囲は 152.0~165.5cm であった。体重の平均は  $53.5 \pm 9.6$ kg、範囲は 26.0~87.7kg、中央値は 53.2kg、四分位範囲は 47.9~60.4kg であった。

表7 身長・体重に関する指標 (n=169)

項目	平均 ± SD	範囲	中央値	四分位範囲
身長(cm)	$158.3 \pm 11.1$	126.4-187.8	158.0	152.0-165.5
体重(kg)	$53.5 \pm 9.6$	26.0-87.7	53.2	47.9-60.4

※各項目ともブランク 1 名を除外して算出した。

## 2) サービス加算の算定状況

各種加算の算定状況についてみると、栄養マネジメント加算は算定中が 141 名(84.4%)と最も高率であった。一方、経口移行加算は全例が算定対象外(100.0%)であり、該当者は認められなかった。経口維持加算(Ⅰ)は算定中が 31 名(18.6%)であったのに対し、経口維持加算(Ⅱ)は算定対象外が 137 名(82.0%)と大半を占め、算定中の者は認められなかった。療養食加算は算定中が 5 名(3.0%)にとどまり、多くは算定対象外(96.4%)であった。口腔衛生管理体制加算および口腔衛生管理加算については、いずれも算定中は認められず、32.7%が「算定対象だが未実施」、67.3%が「算定対象外」であった。

表8 サービス加算の算定状況(blank除外)

加算項目	n	算定中 n(%)	算定対象だが未実施 n(%)	算定対象外 n(%)
口腔衛生管理体制加算	168	0(0.0)	55(32.7)	113(67.3)
口腔衛生管理加算	168	0(0.0)	55(32.7)	113(67.3)
栄養マネジメント加算	167	141(84.4)	1(0.6)	25(15.0)
経口移行加算	164	0(0.0)	0(0.0)	164(100.0)
経口維持加算(Ⅰ)	167	31(18.6)	0(0.0)	136(81.4)
経口維持加算(Ⅱ)	167	0(0.0)	30(18.0)	137(82.0)
療養食加算	167	5(3.0)	1(0.6)	161(96.4)

### 3) 口腔健康管理について

#### (1) 義歯の使用状況

義歯の使用状況については、「義歯を所持していない」が 145 名(85.8%)と大半を占めた。「常時使用(就寝時を除く)」は 21 名(12.4%)にとどまり、「食事中のみ」は 2 名(1.2%)、「義歯を所持しているが使用していない」は 1 名(0.6%)であった。

表9 義歯の使用状況(n=169)

	n	%
常時使用(就寝時を除く)	21	12.4
食事中のみ	2	1.2
義歯を所持しているが使用していない	1	0.6
義歯を所持していない	145	85.8

※blank 1 名を除外し、有効数 169 名を分母として算出した。

#### (2) 普段のお口のセルフケア

お口のセルフケアについては、「職員が一部サポートしながら本人も行う」が 80 名(49.1%)と最も多く、次いで「職員による全面的な介助が必要」が 71 名(43.6%)であった。「すべて本人のみで実施している」は 7 名(4.3%)、「職員がセッティングのみ行う」は 4 名(2.5%)、「職員による口腔ケアが困難」は 1 名(0.6%)であった。

表 10 普段のお口のセルフケア(n=163)

	n	%
すべて本人のみで実施している	7	4.3
職員がセッティングのみ行う	4	2.5
職員が一部サポートしながら本人も行う	80	49.1
職員による全面的な介助が必要	71	43.6
職員による口腔ケアが困難	1	0.6

※blank 7 名を除外し、有効数 163 名を分母として算出した。

### (3) 職員による口腔ケアの介入頻度と所要時間

介入頻度については、「1日3回」が109名(67.7%)と最も多く、次いで「その他」が35名(21.7%)、「1日1回」が15名(9.3%)、「1週に1回」が2名(1.2%)であった。1回あたりの所要時間については、「1～3分」が113名(70.2%)と最も多く、次いで「1分未満」が26名(16.1%)、「4～6分」が18名(11.2%)、「7～10分」が3名(1.9%)、「11分以上」が1名(0.6%)であった。

表 11 介入頻度(n=161)

	n	%
1日3回	109	67.7
1日1回	15	9.3
1週に2,3回	0	0.0
1週に1回	2	1.2
その他	35	21.7

表 12 所要時間(n=161)

	n	%
1分未満	26	16.1
1～3分	113	70.2
4～6分	18	11.2
7～10分	3	1.9
11分以上	1	0.6

※ブランク9名を除外し、有効数161名を分母として算出した。

#### 口腔健康管理に関する主な課題(自由記載の要約)

対象者の口腔健康管理において気になることや困っていることに関する自由記載では、口腔ケアに対する拒否や抵抗の強さが最も多く挙げられた。

開口不良や職員を選ぶ傾向、その日の気分による変動などにより、安定した口腔ケアの実施が難しい状況がうかがえた。次に、清掃困難部位の存在が多く指摘された。奥歯や歯の裏側、臼歯の内側などが磨きにくく、歯石の付着や食物残渣の残存が目立つとの記載があった。また、口唇や頬に力が入り歯ブラシが当たりにくいこと、開口が小さいこと、頸部の側屈により視認性が低いことなど、身体的要因も挙げられた。うがい困難や嚥下に関連する問題も多く、含嗽ができない、水を吐き出せず飲み込んでしまう、歯磨き中にむせる、嘔吐反射が出るなどの訴えがみられた。そのため、飲水で代替する、吸引歯ブラシを使用するなどの工夫が行われていた。

歯周病や残存歯数の減少への懸念も複数みられ、歯肉出血、炎症、動揺歯、重度歯周病など

の記載があった。義歯については、使用困難、管理困難、誤飲歴がある、ブリッジ製作が困難であるなど、補綴に関する課題も報告された。

さらに、行動特性や認知面の影響も指摘され、こだわりの強さ、情緒不安定、記憶障害、構音障害によるコミュニケーション困難などが介助の統一や継続的支援を難しくしているとの記載があった。総じて、口腔健康管理上の課題は、①拒否・抵抗行動、②身体的制限による清掃困難、③含嗽・嚥下機能の問題、④歯周病および残存歯数の減少、⑤義歯管理困難、⑥認知・行動特性の影響の6点に大別された。

## 4) 歯科受診について

### (1) かかりつけ歯科医の有無

かかりつけ歯科医の有無については、「いる(歯科訪問診療を受けている)」が 87 名(52.4%)と最も多く、次いで「いる(外来受診している)」が 69 名(41.6%)であった。「いない」は 11 名(6.6%)であった。

表 13 かかりつけ歯科医の有無 (n=167)

	n	%
いる(外来受診している)	69	41.6
いる(歯科訪問診療を受けている)	87	52.4
いない	11	6.6

※ブランク3名を除外し、有効数 167 名を分母として算出した。

### かかりつけ歯科医がいない場合の歯科受診の方法(自由記載の要約)

かかりつけ歯科医が「いない」と回答した者における歯科受診の対応については、問題が生じた場合に必要に応じて歯科受診や歯科訪問診療を検討するとの記載が多くみられた。具体的には、歯科訪問診療を行っている歯科医への相談、近隣歯科医院への受診、障害者に特化した歯科の検討などが挙げられた。また、施設内の定期歯科検診や施設内診療所での対応を行っているとの回答もみられた。コロニー内歯科での年 1~2 回のメンテナンスや、施設内診療所受診を想定しているとの記載もあった。

一方で、本人の拒否により受診が困難であるとの記載も複数みられた。強い拒否があるため受診していない、必要時には歯科訪問診療の利用を検討するが本人が希望しない、といった状況が報告された。総じて、歯科受診は定期的な受診というよりも、問題発生時に対応を検討する体制が中心であり、本人の拒否が受診行動に大きく影響していることが示唆された。

## (2) 歯科医師による口腔内状況の評価体制の有無

歯科医師による口腔内状況の評価が受けられる体制や機会については、「ある」が大多数を占め、「ない」は少数であった。

表 14 歯科医師による口腔内状況の評価体制の有無 (n=170)

	n	%
ある	168	98.8
ない	2	1.2

### 評価体制がある場合の実施頻度とない場合の理由(自由記載)

評価体制が「ある」との回答では、実施頻度として「年 1 回」が最も多かった。次いで、「年 3~4 回程度」および「年 4~6 回程度」が多くみられた。さらに、「3 カ月に 1 回(年 4 回相当)」や「月 1 回(年 12 回相当)」など、より高頻度で実施しているとの記載もあった。一方で、「数年に 1 回」や「家族が受診させているため頻度不明」との回答も少数みられた。

「ない」と回答した理由としては、長期間歯科を受診していないことや、残存歯や義歯がないため必要性が低いと判断していることが挙げられていた。

### (3) 直近 1 年以内の歯科受診について(複数回答)

直近 1 年以内の歯科受診状況については、歯科訪問診療を受けている者が 62 名(36.5%)、外来受診が 95 名(55.9%)、受診していない者が 13 名(7.6%)であった。受診理由(複数回答)についてみると、外来受診者(n=95)では「定期的な管理」が 63 名(66.3%)と最も多く、次いで「むし歯治療」18 名(18.9%)、「抜歯」5 名(5.3%)、「その他」9 名(9.5%)であった。一方、歯科訪問診療受診者(n=62)では、「定期的な管理」が 58 名(93.5%)と大半を占め、「むし歯治療」4 名(6.5%)、「抜歯」1 名(1.6%)、「その他」6 名(9.7%)であった。訪問診療は主として口腔内環境の維持・管理を目的として活用されている傾向が明らかとなった一方、外来受診では治療目的での受診も一定数みられた。

表 15 直近 1 年以内の歯科受診状況(n=170)

	n	%
受診した(外来)	95	55.9
受診した(訪問診療)	62	36.5
受診していない	13	7.6

表 16 直近 1 年以内の歯科受診理由(外来)(n=95)

受診理由	n	%
定期的な管理	63	66.3
むし歯治療	18	18.9
抜歯	5	5.3
その他	9	9.5

外来受診の「その他(自由記載)」としては、詰め物の処置、仮歯の脱離への対応、義歯の破損への対応、義歯製作、ブリッジ製作、歯の欠けへの対応、歯肉の腫れへの対応、内容不明の処置などが挙げられた。主として補綴装置のトラブルや保存修復処置、口腔内の急性症状への対応が含まれていた。

表 17 直近 1 年以内の歯科受診理由(訪問診療)(n=62)

受診理由	n	%
定期的な管理	58	93.5
むし歯治療	4	6.5
抜歯	1	1.6
その他	6	9.7

※複数回答のため合計は 100%を超える。

訪問診療の「その他(自由記載)」としては、歯石除去、義歯の製作・調整、義歯トラブルへの対応、歯肉の腫脹への対応、口腔内炎症への対応などが挙げられた。定期的な管理に加え、口腔衛生管理や義歯管理に関する継続的な対応が中心であった。

## 5) 栄養摂取について

### (1) 栄養補給法・食事の状態

栄養補給法・食事の状態については、「完全経口摂取」が 155 名(97.5%)と大半を占めた。「一部経口摂取」は 2 名(1.3%)、「経腸栄養法」は 2 名(1.3%)であった。静脈栄養法に該当する者はいなかった。

表 18 栄養補給法・食事の状態(n=159)

	n	%
完全経口摂取	155	97.5
一部経口摂取	2	1.3
経腸栄養法	2	1.3
静脈栄養法	0	0.0

※ブランク 11 名を除外し、有効数 159 名を分母として算出した。

### (2) 完全経口摂取または一部経口摂取の者の食事形態

食事形態については、「加工や工夫を必要としない常食」が 77 名(45.8%)と最も多く、次いで「加工や工夫を必要とする常食」46 名(27.4%)、「嚥下調整食 4」22 名(13.1%)であった。嚥下調整食 3 は 11 名(6.5%)、嚥下調整食 2-1 は 8 名(4.8%)、柔らかい常食は 4 名(2.4%)であった。嚥下訓練食品(0j・0t・1j)および嚥下調整食 2-2 に該当する者はいなかった。

表 19 食事形態(学会分類別)(n=168)

食形態(学会分類別)	n	%
0j(嚥下訓練食品)	0	0.0
0t(嚥下訓練食品)	0	0.0
1j(嚥下訓練食)	0	0.0
2-1(嚥下調整食)	8	4.8
2-2(嚥下調整食)	0	0.0
3(嚥下調整食)	11	6.5
4(嚥下調整食)	22	13.1
柔らかい常食	4	2.4
加工や工夫を必要とする常食	46	27.4
加工や工夫を必要としない常食	77	45.8

※ブランク 2 名を除外し、有効数 168 名を分母として算出した。

### (3) 栄養摂取についての課題(複数回答)

栄養摂取に関する課題としては、「食事中に安定した正しい姿勢が自分で取れない」40名(23.5%)、「食事に集中することができない」39名(22.9%)、「食後に口腔内残渣がある」31名(18.2%)が比較的多くみられた。また、「水分でむせる」22名(12.9%)、「固形物咀嚼中にむせる」21名(12.4%)など嚥下関連の問題も一定数認められた。「その他」は58名(34.1%)であった。

表 20 栄養摂取に関する課題(n=170)

	n	%
食事中に安定した正しい姿勢が自分で取れない	40	23.5
食事に集中することができない	39	22.9
食事中に傾眠や意識混濁がある	8	4.7
歯(義歯)のない状態で食事をしている	19	11.2
食べ物を口腔内にため込む	18	10.6
固形の食べ物を咀嚼中にむせる	21	12.4
食後、頬の内側や口腔内に残渣がある	31	18.2
水分でむせる	22	12.9
食事中、食後に咳をすることがある	17	10.0
その他	58	34.1

※複数回答のため合計は100%を超える。

その他の自由記載では、早食い傾向、ペーシング不良、一口量過多、掻き込んで食べるといった食行動上の問題が多く挙げられた。また、咀嚼不十分や丸飲み、咀嚼困難といった咀嚼機能の課題も多数みられた。さらに、口からのこぼれや取りこぼし、食事へのこだわりや拒食・偏食、食事量のばらつきなどの行動面の問題も指摘された。加えて、側弯症によるつかえや湿性嘔声などの身体的要因、介助やセッティングが必要であるといった環境調整に関する記載もみられた。

#### (4) 過去3か月間での食事量の減少

過去3か月間に食欲不振や消化器系の問題、咀嚼・嚥下困難などにより食事量が減少したかについては、「食事量の減少なし」が166名(98.2%)と大半を占めた。「中等度の食事量の減少」は3名(1.8%)であり、「著しい食事量の減少」に該当する者はいなかった。

表 21 過去3か月間の食事量の減少(n=169)

	n	%
著しい食事量の減少	0	0.0
中等度の食事量の減少	3	1.8
食事量の減少なし	166	98.2

※ブランク1名を除外し、有効数169名を分母として算出した。

#### (5) 過去3か月間で精神的ストレスや急性疾患を経験

過去3か月間に精神的ストレスや急性疾患を経験したかについては、「はい」が4名(2.4%)、「いいえ」が166名(97.6%)であった。

表 22 過去3か月間の精神的ストレス・急性疾患の有無(n=170)

	n	%
はい	4	2.4
いいえ	166	97.6

※有効数170名を分母として算出した。

#### (6) 1週間での食事の摂取状況

この1週間で配膳された食事の摂取状況については、「全部食べている」が84名(49.4%)と最も多く、次いで「ほとんど食べている」74名(43.5%)であった。「半分くらい残している」は7名(4.1%)、「ほとんど残している」は3名(1.8%)、「経口摂取していない」は2名(1.2%)であった。

表 23 1週間の摂取状況(n=170)

	n	%
ほとんど残している	3	1.8
半分くらい残している	7	4.1
ほとんど食べている	74	43.5
全部食べている	84	49.4
経口摂取していない	2	1.2

※有効数170名を分母として算出した。

## (7) 食事介助について

食事介助については、111名(66.5%)が「介助を要しない」、56名(33.5%)が「介助を要する」と回答した。食事介助を要する場合の1回あたりの介助時間の中央値は30分であった。平均値は約29.6分であり、最小1分から最大120分まで幅がみられた。食事介助を要する場合の同時対応人数については、1人対応が15件と最も多かった。次いで、2人対応が1件、3人対応が2件、4人対応が3件であった。また、5人以上を同時に対応しているケースも複数認められ、最大では8人を同時に対応している例がみられた。中央値換算による集計では、同時対応人数の中央値は4人、平均は $4.1 \pm 2.2$ 人であった。

表 24 食事介助の要否(n=167)

	n	%
食事介助を要しない	111	66.5
食事介助を要する	56	33.5

※ブランク3名を除外し、有効数167名を分母として算出した。

表 25 1回あたりの食事介助時間(n=56)

指標	値
平均 ± SD	29.6 ± 20.4 分
範囲	1-120 分
中央値	30.0 分
四分位範囲	15.0-40.0 分

※「15~20分」などの範囲表記は中央値で換算し、「注入は40分、介助は15分」は介助時間15分として扱った。

表 26 同時対応人数(n=38)

指標	値
平均 ± SD	4.1 ± 2.2 人
範囲	1-8 人
中央値	4.0 人
四分位範囲	3.0-5.0 人

※人数未記載のケースあり。

※「3~5人」などの範囲表記は中央値で換算した。

## (8) 過去の体重について

過去の体重については、ほとんどの対象者で把握されていた。体重の減少・増加の原因についての自由記載は、回答あり 30 件(17.8%)、未記載 139 件(82.2%)であった(分母 169 名)。体重の減少・増加の原因に関する自由記載では、提供栄養量(カロリー)の調整に関する記載が多くみられた。具体的には、体重減少に対して栄養量を増やした、あるいは増やす予定であるとする回答や、体重増加・肥満傾向に対して栄養量を減らしている、適正体重の維持目的で調整しているとする回答がみられた。あわせて、摂食量や間食の変化に言及する記載もあり、外泊・外出に伴う過食、帰所直後の体重への影響、間食が多い／減ったといった内容が挙げられた。さらに、意図的な体重管理として、減量に向けた取り組み、運動や主食量の制限(血糖値への配慮を含む)などの記載があった。医療要因としては、薬剤変更(抗精神病薬)や甲状腺ホルモンの変動が体重変化に関与した可能性を示す記載がみられたほか、体調不良や疾患(天疱瘡の再発など)を契機とする回答も少数あった。一方で、原因が特定できないとして「不明」「原因不明」とする記載もみられた。

表 27 1 か月前の体重 (n=169)

	n	%
わからない	2	1.2
わかる	167	98.8

※blank 1 名を除外し、有効数 169 名を分母として算出した。

表 28 3 か月前の体重 (n=169)

	n	%
わからない	1	0.6
わかる	168	99.4

※blank 1 名を除外し、有効数 169 名を分母として算出した。

表 29 6 か月前の体重 (n=169)

	n	%
わからない	0	0.0
わかる	169	100.0

※blank 1 名を除外し、有効数 169 名を分母として算出した

### (9) 下腿周囲長について

下腿周囲長は有効回答 168 名中 128 名 (76.2%) で測定可能であった。測定値の中央値は 31.0cm、四分位範囲は 28.5~33.6cm であり、全体として 30cm 前後に分布していた。

表 30 下腿周囲長の測定可否 (n=168)

	n	%
測定可	128	76.2
測定不可	40	23.8

※ブランク 2 名を除外し、有効数 168 名を分母として算出した。

表 31 下腿周囲長の測定値 (n=128)

指標	値
平均 ± SD	30.8 ± 4.0 cm
範囲	20.0-42.1 cm
中央値	31.0 cm
四分位範囲	28.5-33.6 cm

## (10) 栄養素について

エネルギー摂取量(kcal/kg)は、摂取栄養量で平均 26.2±4.8kcal/kg、提供栄養量で 26.4±4.2kcal/kg、必要栄養量で 26.6±4.4kcal/kg であり、いずれも中央値は 25.0kcal/kg であった。四分位範囲は概ね 23~30kcal/kg に分布しており、摂取量・提供量・必要量の間には大きな乖離はみられなかった。

たんぱく質摂取量(g/kg)は、摂取栄養量で平均 1.15±0.17g/kg、提供栄養量で 1.15±0.16g/kg、必要栄養量で 1.11±0.13g/kg であった。中央値はいずれも 1.2g/kg であり、四分位範囲は概ね 1.0~1.2g/kg であった。エネルギー同様、摂取量と提供量は必要量とほぼ同程度で推移していた。全体として、エネルギーおよびたんぱく質ともに、摂取量・提供量・必要量はおおむね一致しており、施設における栄養管理は必要量に沿った設定がなされている状況が示唆された。

表 32 エネルギー(kcal/kg)

	n	平均 ± SD	範囲	中央値	四分位範囲
摂取栄養量	129	26.2 ± 4.8	11.0-41.0	25.0	23.7-30.0
提供栄養量	127	26.4 ± 4.2	15.5-42.0	25.0	24.0-30.0
必要栄養量	128	26.6 ± 4.4	18.4-44.0	25.0	23.4-30.0

※100 以上(例:1000、1200、2000、2800…)は kcal/日として入力された可能性が高いため、上表(kcal/kg)から除外した。

※除外数:摂取 41 件、提供 43 件、必要 41 件

表 33 たんぱく質(g/kg)

	n	平均 ± SD	範囲	中央値	四分位範囲
摂取栄養量	130	1.15 ± 0.17	0.4-1.6	1.2	1.1-1.2
提供栄養量	126	1.15 ± 0.16	0.8-1.6	1.2	1.1-1.2
必要栄養量	128	1.11 ± 0.13	0.7-1.4	1.2	1.0-1.2

※10 以上(例:20、35、50、60、70…)は g/日として入力された可能性が高いため、上表(g/kg)から除外した。

※除外数:摂取 36 件(※ブランク 4 件も別途除外)、提供 36 件(※ブランク 4 件も別途除外)、必要 36 件(※ブランク 6 件も別途除外)

### (11) GLIM 基準について

GLIM 基準による低栄養判定については、「わからない」が 123 名(72.4%)と最も多く、次いで「低栄養と診断できない」が 45 名(26.5%)であった。「わかる(低栄養あり)」と回答した者は 2 名(1.2%)であった。低栄養ありと判断された 2 名はいずれも中等度低栄養であり、重度低栄養に該当する者はいなかった。全体として、GLIM 基準に基づく低栄養評価が明確に把握されている対象者は少数であり、多くは判定情報が不明である状況であった。

表 34 GLIM 基準による低栄養判定状況(n=170)

	n	%
わからない	123	72.4
わかる(低栄養あり)	2	1.2
低栄養と診断できない	45	26.5

表 35 GLIM 基準で「わかる」と回答した者の内訳(n=2)

	n	%
中等度低栄養	2	100.0
重度低栄養	0	0.0

## 6) ADL (Barthel Index)

Barthel Index に基づく ADL の評価では、食事(55.7%)、歩行(52.1%)、移乗(53.9%)は約半数が自立していた。一方で、整容(82.6%)および入浴(82.0%)では介助を要する者が 8 割を超え、高い依存傾向が認められた。排泄関連では、排便コントロール 43.1%、排尿コントロール 44.0%が自立しており、中等度の自立水準であった。階段昇降は不能・全介助群が 38.3%と高く、身体機能低下の影響が強く反映される項目であった。

表 36 ADL (Barthel Index) の自立度(ブランク除外)

	n	自立 n(%)	部分介助・監視 n(%)	全介助・不能 n(%)
食事	167	93(55.7%)	54(32.3%)	20(12.0%)
移乗	168	90(53.9%)	35(21.0%)	42(25.1%)
整容	167	29(17.4%)	–	138(82.6%)
トイレ動作	166	62(37.3%)	64(38.6%)	40(24.1%)
入浴	167	30(18.0%)	–	137(82.0%)
歩行	167	87(52.1%)	28(16.8%)	52(31.1%)
階段昇降	167	61(36.5%)	42(25.1%)	64(38.3%)
着替え	167	64(38.3%)	51(30.5%)	52(31.1%)
排便コントロール	167	72(43.1%)	52(31.1%)	43(25.7%)
排尿コントロール	166	73(44.0%)	41(24.7%)	52(31.3%)

## 7) 口腔の状況について

### (1) 口や口まわりのことで対象者が気になること

対象者に対して、「口や口のまわりのことで気になることはありますか？」(複数回答可)という質問を実施した。170名のうち、「気になることはない」と回答した者は98名(57.6%)であり、過半数は明確な自覚症状を訴えていなかった。訴えとしては、飲み込みに関する不安が26名(15.3%)で最も多かった。また、回答不可は29名(17.1%)であり、一定数において自覚症状の聴取が困難であることが示された。

表 37 口や口のまわりで気になること(n=170)

	n	%
気になることはない	98	57.6
乾き	2	1.2
味覚	0	0.0
飲み込み	26	15.3
歯の痛み	6	3.5
歯肉の痛み	3	1.8
義歯の痛み	1	0.6
舌の痛み	0	0.0
その他の痛み	1	0.6
その他	5	2.9
回答不可	29	17.1

※複数回答のため合計は100%を超える。

その他の自由記載は5件あり、その内容は、嚥下機能に特段の変化はないとの記載が1件、口唇の荒れが1件、歯の脱落が1件、義歯が合わないとの訴えが1件、さらに頬粘膜に力が入り歯磨きが困難であるとの記載が1件であった(このケースでは聴覚障害および知的障害があり、本人からの聴取が困難であったと補足されている)。

(2) 「半年前と比べて固いものが食べにくくなりましたか」の質問に対する対象者の回答

167名のうち、「固いものが食べにくくなった」と回答した者は14名(8.4%)であった。「いいえ」は123名(73.7%)で大多数を占めた。一方、約2割は自己評価が困難であった。

表 38 半年前と比べて固いものが食べにくくなりましたか(n=167)

	n	%
はい	14	8.4
いいえ	123	73.7
回答なし	30	18.0

※ブランク3名を除外し、有効数167名を分母として算出した。

(3) 「お茶や汁物等でむせることがありますか」の質問に対する対象者の回答

167名のうち、「むせることがある」と回答した者は45名(26.9%)であった。「いいえ」は95名(56.9%)だった。「回答なし」は27名(16.2%)であった。約4人に1人が液体でのむせを自覚しており、嚥下機能低下の可能性を示唆する結果である。

表 39 お茶や汁物等でむせることがありますか(n=167)

	n	%
はい	45	26.9
いいえ	95	56.9
回答なし	27	16.2

※ブランク3名を除外し、有効数167名を分母として算出した。

(4) 「口の渇きが気になりますか」の質問に対する対象者の回答

167名のうち、「はい」と回答した者は21名(12.6%)であった。「いいえ」は117名(70.1%)だった。「回答なし」は29名(17.4%)であった。約1割強が口腔乾燥の自覚を有しており、口腔乾燥への配慮が必要な対象者が一定数存在することが示された。

表 40 口の渇きが気になりますか(n=167)

	n	%
はい	21	12.6
いいえ	117	70.1
回答なし	29	17.4

※ブランク3名を除外し、有効数167名を分母として算出した。

## 8) 口腔の健康状態の評価

歯科医師または歯科衛生士の評価した口腔の健康状態の評価では、開口（上下の前歯の間に指2本分入る程度まで口があくか）は、162名中151名（93.2%）が「できる」であり、「できない」は11名（6.8%）であった。歯の汚れ（歯の表面や歯間に白や黄色の汚れ等があるか）では、163名中71名（43.6%）が「あり」であった。舌の汚れ（舌の表面に白・黄色・茶・黒色の汚れがあるか）では、162名中75名（46.3%）が「あり」であった。歯肉の腫れ、出血（歯肉の腫脹や口腔ケア時の出血があるか）では、162名中77名（47.5%）が「あり」であった。左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる（義歯装着を含め奥歯で咬合できるか）では、157名中35名（22.3%）が「できない」であった。むせ（平時や食事時のむせ、痰がらみ、声の変化等を含む）では、167名中42名（25.1%）が「あり」であった。ブクブクうがい（口に水をため頬を膨らませ左右に動かせるか）では、166名中71名（42.8%）が「できない」であった。食物のため込み、残留（食物を口腔内にため込む、または嚥下後に残留があるか）では、163名中47名（28.8%）が「あり」であった。

表 41 口腔の健康状態の評価結果

※良好および問題ありの割合は、評価可能な者を母数として算出した。評価不可は別に示した。

項目	n	良好 n(%)	問題あり n(%)	評価不可 n
開口	162	151(93.2)	11(6.8)	8
歯の汚れ	163	92(56.4)	71(43.6)	6
舌の汚れ	162	87(53.7)	75(46.3)	7
歯肉の腫れ・出血	162	85(52.5)	77(47.5)	7
奥歯での咬合	157	122(77.7)	35(22.3)	11
むせ	167	125(74.9)	42(25.1)	3
ブクブクうがい	166	95(57.2)	71(42.8)	4
食物のため込み・残留	163	116(71.2)	47(28.8)	6

### その他の項目（複数回答可）の結果まとめ（n=170）

その他の口腔所見は複数回答可として集計した。最も多かったのは「むし歯」で11名（6.5%）であった。次いで「歯の動揺」7名（4.1%）、「歯の破折」「口の中の乾燥」「流涎」がそれぞれ5名（2.9%）であった。「口臭」は3名（1.8%）、「口の中や唇の傷、出血」は2名（1.2%）であった。「顎が外れている、口が閉じない」「顎の骨が出ている」「口の中に薬が残っている」「義歯の汚れ、カビ」「義歯の破損、ヒビ」「義歯がすぐに外れる」はいずれも該当者は認められなかった。

また、「その他」の自由記載は6名（3.5%）にみられ、内容はサイナストラクトに関する記載が複数（フィステル、口内炎）を占め、口唇の傷・出血、歯肉の腫れ、知覚過敏が挙げられた。

## 9) 口腔内診査

### (1) 協力度

口腔内診査に関して、十分に協力が得られる者は 81 名、協力が得られる者は 44 名であった。協力が得られない者は 38 名、そのうち補助を要する者は 30 名であった。また、診査不可は 2 名であった。

表 42 口腔内診査の協力度 (n=167)

	n	%
十分に協力が得られる	81	48.5
協力が得られる	44	26.3
協力が得られない(補助不要)	10	6.0
協力が得られない(補助必要)	30	18.0
診査不可	2	1.2

※ブランク3名を除外し、有効数 167 名を分母として算出した。

### (2) 歯肉出血(BOP)

CPI(地域歯周疾患指数: Community Periodontal Index)による歯肉出血(BOP)の評価では、上顎右側臼歯部(17・16)は有歯者 133 名中 55 名(41.4%)、上顎左側臼歯部(26・27)では 128 名中 40 名(31.3%)、下顎右側臼歯部(47・46)では 124 名中 57 名(46.0%)、下顎左側臼歯部(36・37)では 127 名中 63 名(49.6%)に出血が認められた。特に下顎左側臼歯部(36・37)で 49.6%と最も高率であり、臼歯部で出血が多い傾向がみられた。前歯部では出血頻度は比較的 low、上顎前歯部(11)では 126 名中 23 名(18.3%)、下顎前歯部(31)では 136 名中 43 名(31.6%)であった。

部位	有歯者 n	出血なし n(%)	出血あり n(%)
上顎右側臼歯部(17・16)	133	78(58.6)	55(41.4)
上顎前歯部(11)	126	103(81.7)	23(18.3)
上顎左側臼歯部(26・27)	128	88(68.8)	40(31.3)
下顎右側臼歯部(47・46)	124	67(54.0)	57(46.0)
下顎前歯部(31)	136	93(68.4)	43(31.6)
下顎左側臼歯部(36・37)	127	64(50.4)	63(49.6)

表 43 歯肉出血(BOP)の結果

### (3) 歯周ポケット(PD)

CPI(地域歯周疾患指数:Community Periodontal Index)による歯周ポケット(PD)の評価では、上顎右側臼歯部(17・16)は 132 名中 68 名(51.5%)、上顎左側臼歯部(26・27)では 127 名中 63 名(49.6%)、下顎右側臼歯部(47・46)では 123 名中 59 名(48.0%)、下顎左側臼歯部(36・37)では 126 名中 77 名(61.1%)が 4mm 以上のポケットを有していた。特に下顎左側臼歯部(36・37)では 61.1%と最も高率であった。前歯部では、上顎前歯部(11)で 125 名中 24 名(19.2%)、下顎前歯部(31)で 136 名中 22 名(16.2%)だった。

表 44 歯周ポケット(PD)の結果

部位	有歯者 n	4mm 未満 n (%)	4-6mm 未満 n (%)	6mm 以上 n(%)
上顎右側臼歯部(17・16)	132	64(48.5)	61(46.2)	7(5.3)
上顎前歯部(11)	125	101(80.8)	22(17.6)	2(1.6)
上顎左側臼歯部(26・27)	127	64(50.4)	56(44.1)	7(5.5)
下顎右側臼歯部(47・46)	123	64(52.0)	52(42.3)	7(5.7)
下顎前歯部(31)	136	114(83.8)	20(14.7)	2(1.5)
下顎左側臼歯部(36・37)	126	49(38.9)	70(55.6)	7(5.6)

#### (4) 歯数の状態

口腔内診査ができた 167 名の歯数の状態は、健全歯数 13.92±8.53 本、処置歯数 7.84±5.75 本、う蝕歯数 0.42±1.08 本であった。義歯の人工歯数は 1.31±5.02 本、ポンティック数は 0.09±0.42 本だった。義歯を使用していた者は 22 名(13.2%)だった。インプラントを埋入している者は認められなかった。残根歯数は 0.42±1.46 本であった。機能歯数(※1)は 21.85±8.64 本であり、28 本の DMFT(※2)は 12.15±7.37 であった。

表 45 歯数の状態(n=167)

	平均 ± SD	範囲	中央値	四分位範囲
健全歯数	13.92 ± 8.53	0-32	14	8-20
処置歯数	7.84 ± 5.75	0-21	7	3-12
う蝕歯数	0.42 ± 1.08	0-7	0	0-0
義歯の人工歯数	1.31 ± 5.02	0-28	0	0-0
ポンティック数	0.09 ± 0.42	0-3	0	0-0
残根歯数	0.42 ± 1.46	0-12	0	0-0
機能歯数※1	21.85 ± 8.64	0-32	25	18-28
28 歯 DMFT※2	12.15 ± 7.37	0-28	12	7-17
28 歯 DMFT※3	13.88 ± 8.12	0-28	14	8-20

※1 機能歯数＝健全歯数＋処置歯数＋う蝕歯数＋義歯の人工歯数＋ポンティック数

※2 28 歯 DMFT＝D:う蝕歯(残根歯除く)＋M:欠損歯＋F:処置歯

※3 28 歯 DMFT＝D:う蝕歯(残根歯除く)＋M:欠損歯または義歯の人工歯またはポンティック＋F:処置歯

### (5) 咬合状態

咬合状態は、右側大臼歯部、右側小臼歯部、前歯部、左側小臼歯部、左側大臼歯部のいずれの部位においても、最も多かったのは「現在歯-現在歯」による咬合であり、右側大臼歯部 88 名 (72.1%)、右側小臼歯部 93 名 (75.6%)、前歯部 96 名 (78.7%)、左側小臼歯部 93 名 (76.2%)、左側大臼歯部 86 名 (70.5%) であった。「咬合なし」は、右側大臼歯部 25 名 (20.5%)、右側小臼歯部 22 名 (17.9%)、前歯部 19 名 (15.6%)、左側小臼歯部 18 名 (14.8%)、左側大臼歯部 28 名 (23.0%) であった。

表 46 咬合状態(ブランクを除外)

	右側大臼歯部 (n=122)		右側小臼歯部 (n=122)		前歯部 (n=122)		左側小臼歯部 (n=121)		左側大臼歯部 (n=122)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
現在歯と現在歯	88	72.1	93	76.2	96	78.7	93	76.9	86	70.5
現在歯と義歯	3	2.5	3	2.5	5	4.1	5	4.1	1	0.8
義歯と義歯	6	4.9	4	3.3	2	1.6	5	4.1	7	5.7
咬合なし	25	20.5	22	18.0	19	15.6	18	14.9	28	23.0

※現在歯には、健全歯、処置歯、う蝕歯、ポンティック、インプラントを含む。

※残根歯は、現在歯に含めない。

## (6) 清掃状態、歯肉の状態

清掃状態、歯肉の状態の評価が実施不可だったものは3名だった。実施可能であった167名のうち、清掃状態は「普通」が78名(46.7%)と最も多く、次いで「良好」60名(35.9%)、「不良」29名(17.4%)であった。歯肉の状態では、腫脹を認めた者が101名(60.5%)、問題なしが66名(39.5%)であった。腫脹の程度は、軽度68名(40.7%)、中等度30名(18.0%)、重度2名(1.2%)であり、1名は重症度の記載がなかった。歯石の付着は91名(54.5%)に認められ、軽度60名(35.9%)、中等度以上30名(18.0%)であった。1名は重症度の記載がなかった。

表 47 清掃状態、歯肉の状態(n=167)

		n	%
清掃状態	良好	60	35.9
	普通	78	46.7
	不良	29	17.4
歯肉の状態	問題なし	66	39.5
	腫れている	101	60.5
	└ 軽度	68	40.7
	└ 中等度	30	18.0
	└ 重度	2	1.2
歯石の付着	問題なし	75	44.9
	付着あり	91	54.5
	└ 軽度(点状)	60	35.9
	└ 中等度(帯状)以上	30	18.0

※歯肉の状態の腫れていると、歯石の付着の付着ありには、それぞれ1名ずつ重症度のブランクあり。

### (7) 舌苔付着状況(TCI)

実施不可 8 名を除いた 162 名における TCI の平均値は 32.4%であった。中央値は 22.2%であり、四分位範囲は 11.1%から 55.6%であった。TCI が 50%以上の者は 47 名(29.0%)だった。最小値は 0%、最大値は 100%であり、舌苔付着の程度には大きなばらつきが認められた。

表 48 舌苔付着状況(TCI) (n=162)

指標	値
平均 ± SD	32.4 ± 24.8 %
範囲	0.0-100.0 %
中央値	22.2 %
四分位範囲	11.1-55.6 %

## (8) 歯科治療受診必要性

調査ができた対象のうち、歯科治療受診の必要性が「なし」が 108 名 (64.3%)、「あり」が 60 名 (35.7%)であった。歯科治療受診が必要と判定された 60 名のうち、最も多かったのは歯周炎関連で 48.3%、次いでう蝕関連 38.3%、義歯関連 28.3%であった。その他は 5.0%であった。その他(5.0%)には、著しい咬耗に伴う慢性根尖性歯周炎、義歯新製の必要性、義歯を持っていないが含まれた。

表 49 歯科治療受診必要性(n=168)

	n	%
なし	108	64.3%
あり	60	35.7%

※判定不可 2 名を除いた 168 名で算出した。

表 50 受診必要ありの場合の詳細(重複回答)

	n	%
う蝕関連	23	38.3%
歯周炎	29	48.3%
義歯	17	28.3%
その他	3	5.0%

※複数回答のため合計は 100%を超える。

## 入所者への口腔の評価(スクリーニング)の実施状況と 口腔の健康状態との関連についての分析

### 1) 口腔の評価の実施状況と口腔の健康状態の評価

入所者への口腔の評価(スクリーニング)の実施状況は、実施していない施設が1施設、一部の入所者に実施している施設が2施設、全員に実施している施設が2施設であった。実測調査の対象者は170名であった。

年齢は「実施していない」群で平均  $46.0 \pm 11.0$  歳、「一部の者」群で  $56.7 \pm 12.1$  歳、「全員」群で  $53.1 \pm 11.0$  歳であり、「実施していない」群でやや若い傾向がみられた。実施状況と口腔の健康状態の評価のカイ二乗検定では、歯の汚れ、歯肉の腫れ・出血、食物のため込み・残留に有意差が認められた。歯の汚れでは、「実施していない」群で汚れなしの割合が高く、「全員に実施している」群で汚れありの割合が高かった。歯肉の腫れ・出血では、「実施していない」群で異常なしの割合が高く、「全員に実施している」群で異常ありの割合が高かった。また、食物のため込み・残留でも、「実施していない」群でなしの割合が高く、「全員に実施している」群でありの割合が高かった。口腔内の問題を有する入所者の割合が高い施設ほど、入所者全員を対象とした口腔評価体制が整備されている可能性が示された。また、口腔の評価を実施していない群では平均年齢がやや低かったことから、入所者の年齢構成の違いも口腔状態や評価体制に一定の影響を与えている可能性が考えられる。

表1 口腔の評価(スクリーニング)の実施状況と口腔の健康状態の評価

項目		実施していない	一部の者	全員	p 値
		n=16 n(%)	n=63 n(%)	n=91 n(%)	
年齢(歳)	平均±SD	46.0±11.0	56.7±12.1	53.1±11.0	-
開口	できる	15 (93.8)	54 (93.1)	81 (92.0)	0.508
	できない	1 (6.2)	4 (6.9)	7 (8.0)	
歯の汚れ	なし	14 (87.5)	36 (61.0)	42 (47.7)	0.009
	あり	2 (12.5)	23 (39.0)	46 (52.3)	
舌の汚れ	なし	9 (56.2)	36 (62.1)	42 (47.7)	0.230
	あり	7 (43.8)	22 (37.9)	46 (52.3)	
歯肉の腫れ、出血	なし	14 (87.5)	39 (66.1)	32 (36.8)	<0.001
	あり	2 (12.5)	20 (33.9)	55 (63.2)	
両方の奥歯でかめる	できる	15 (93.8)	43 (74.1)	64 (77.1)	0.244
	できない	1 (6.2)	15 (25.9)	19 (22.9)	
むせ	なし	12 (75.0)	46 (76.7)	67 (73.6)	0.915
	あり	4 (25.0)	14 (23.3)	24 (26.4)	
ブクブクうがい	できる	12 (75.0)	31 (52.5)	52 (57.1)	0.273
	できない	4 (25.0)	28 (47.5)	39 (42.9)	
食物のため込み、残留	なし	16 (100.0)	48 (81.4)	52 (59.1)	<0.001
	あり	0 (0.0)	11 (18.6)	36 (40.9)	

※項目ごとにブランクを除外した。

カイ二乗検定

## 2) 口腔の評価の実施状況と歯科治療受診の必要性

歯科治療受診の必要性が「なし」の割合は、「実施していない」群で 81.2%、「一部のもの」群で 67.7%、「全員」群で 50.0%であった。一方、「あり」の割合はそれぞれ 18.8%、32.3%、50.0%であり、口腔の評価の実施状況との間に有意差が認められた。口腔の評価を全員に実施している施設ほど歯科治療が必要な入所者の割合が高かった。この結果は、施設において歯科治療を必要とする入所者が一定数存在する場合、特定の入所者のみを対象とした対応ではなく、入所者全体を対象とした口腔の評価体制を整備する必要性が高まることを反映している可能性がある。

表2 口腔の評価(スクリーニング)の実施状況と歯科治療受診の必要性

	実施していない n=16 n(%)	一部の者 n=63 n(%)	全員 n=91 n(%)	p 値
受診必要性				
なし	13 (81.2)	42 (67.7)	44 (50.0)	0.017
あり	3 (18.8)	20 (32.3)	44 (50.0)	

※項目ごとにブランクを除外した。

カイ二乗検定

### 3) 口腔の評価の実施頻度と口腔の健康状態の評価

入所者への口腔の評価(スクリーニング)の実施頻度は、3か月に1回が3施設、1年に1回が1施設だった。実施頻度との関係では、舌の汚れに有意差が認められた。「3か月に1回程度」実施している群では、「1年に1回」実施している群に比べて、舌の汚れありの割合が高かった。一方で、多くの項目で差がみられなかったことから、口腔の評価(スクリーニング)の評価頻度は口腔の健康状態のみで決まるのではなく、施設の人員配置、歯科との連携体制、ルーチン化の程度など、運用上の要因にも左右されていると考えられる。

表3 口腔の評価(スクリーニング)の実施頻度と口腔の健康状態の評価

項目		3か月に1回程度	1年に1回	p 値
		n=107 n(%)	n=47 n(%)	
開口	できる	90(90.9)	45(95.7)	0.301
	できない	9(9.1)	2(4.3)	
歯の汚れ	なし	58(56.9)	20(44.4)	0.164
	あり	44(43.1)	25(55.6)	
舌の汚れ	なし	43(42.6)	35(77.8)	<0.001
	あり	58(57.4)	10(22.2)	
歯肉の腫れ、出血	なし	51(50.0)	20(45.5)	0.614
	あり	51(50.0)	24(54.5)	
両方の奥歯でかめる	できる	75(76.5)	32(74.4)	0.787
	できない	23(23.5)	11(25.6)	
むせ	なし	73(70.2)	40(85.1)	0.051
	あり	31(29.8)	7(14.9)	
ブクブクうがい	できる	56(54.4)	27(57.4)	0.725
	できない	47(45.6)	20(42.6)	
食物のため込み、残留	なし	69(69.0)	31(66.0)	0.712
	あり	31(31.0)	16(34.0)	

※項目ごとにブランクを除外した。

カイ二乗検定

#### 4) 口腔の評価の実施頻度と歯科治療受診の必要性

口腔の評価(スクリーニング)を3か月に1回程度実施している施設では歯科治療の必要性が「なし」61.3%、「あり」38.7%であった。一方、1年に1回実施している施設では「なし」47.7%、「あり」52.3%であった。両群間には有意差は認められなかった。口腔の評価(スクリーニング)の頻度が必ずしも歯科治療の必要性のみを基準として決定されているわけではなく、施設の人員体制、歯科医療機関との連携状況、業務体制など複数の要因によって決定されている可能性がある。また、歯科治療が必要な入所者が一定数存在する場合でも、施設の運用体制によってスクリーニング頻度が異なる可能性があると考えられる。

表4 口腔の評価(スクリーニング)の実施頻度と歯科治療受診の必要性

	3か月に1回程度 n=107 n(%)	1年に1回 n=47 n(%)	p 値
受診必要性			
なし	65 (61.3)	21 (47.7)	0.125
あり	41 (38.7)	23 (52.3)	

※項目ごとにブランクを除外した。

カイ二乗検定

## 5) 口腔の評価の実施職種数と口腔の健康状態の評価

入所者への口腔の評価(スクリーニング)の実施職種は、歯科医師のみが1施設、歯科医師と歯科衛生士が2施設、歯科医師と歯科衛生士、言語聴覚士の3職種で実施している施設が1施設だった。実施職種数と口腔の健康状態の評価のカイ二乗検定では、舌の汚れ、歯肉の腫れ・出血、むせ、食物のため込み・残留で有意差が認められた。いずれも概ね、実施職種数が多い群ほど、異常所見を有する者の割合が高い傾向だった。特に、舌の汚れ、歯肉の腫れ・出血、食物残留では差が比較的明瞭で、むせも有意な関連を示した。この結果は、口腔および摂食嚥下上の問題が複雑な入所者が多い施設ほど、単一職種ではなく複数職種で口腔評価を行う体制が構築されている可能性を示していると考えられる。

表5 口腔の評価(スクリーニング)の実施職種数と口腔の健康状態の評価

項目		1種 n=25 n(%)	2種 n=85 n(%)	3種 n=44 n(%)	p 値
開口	できる	20(100.0)	79(92.9)	36(87.8)	0.230
	できない	0(0.0)	6(7.1)	5(12.2)	
歯の汚れ	なし	10(47.6)	46(55.4)	22(51.2)	0.780
	あり	11(52.4)	37(44.6)	21(48.8)	
舌の汚れ	なし	14(70.0)	57(68.7)	7(16.3)	<0.001
	あり	6(30.0)	26(31.3)	36(83.7)	
歯肉の腫れ、出血	なし	12(57.1)	47(57.3)	12(27.9)	0.005
	あり	9(42.9)	35(42.7)	31(72.1)	
両方の奥歯でかめる	できる	12(60.0)	63(77.8)	32(80.0)	0.193
	できない	8(40.0)	18(22.2)	8(20.0)	
むせ	なし	17(77.3)	69(81.2)	27(61.4)	0.047
	あり	5(22.7)	16(18.8)	17(38.6)	
ブクブクうがい	できる	14(63.6)	44(52.4)	25(56.8)	0.622
	できない	8(36.4)	40(47.6)	19(43.2)	
食物のため込み、残留	なし	18(85.7)	61(71.8)	21(51.2)	0.012
	あり	3(14.3)	24(28.2)	20(48.8)	

※項目ごとにブランクを除外した。

カイ二乗検定

## 6) 口腔の評価の実施職種数と歯科治療受診の必要性

口腔の評価(スクリーニング)を1職種で実施している施設では歯科治療の必要性が「なし」79.2%、「あり」20.8%であった。2職種で実施している施設では「なし」53.7%、「あり」46.3%、3職種で実施している施設では「なし」52.3%、「あり」47.7%であった。有意差は認められなかったが、職種数が多い施設で歯科治療を必要とする入所者の割合が高い傾向がみられた。歯科治療を必要とする入所者が多い施設では、単一職種のみで口腔評価を行うのではなく、歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士など複数職種が関与する体制を整えている可能性がある。

表6 口腔の評価(スクリーニング)の実施職種数と歯科治療受診の必要性

	1職種 n=25 n(%)	2職種 n=85 n(%)	3職種 n=44 n(%)	p 値
受診必要性				
なし	19 (79.2)	44 (53.7)	23 (52.3)	0.061
あり	5 (20.8)	38 (46.3)	21 (47.7)	

※項目ごとにブランクを除外した。

カイ二乗検定

#### 4. 分析報告

- 1) 高齢者施設における施設職員と歯科医師による口腔の健康状態の  
評価の一致性の検討
- 2) 要介護高齢者のADLおよび認知機能と口腔内環境との関連
- 3) 食事に介助を要する要介護高齢者の食事観察項目と意図しない体  
重減少の関連
- 4) 施設入所要介護高齢者における口腔の健康状態と健康関連QOLの  
関連
- 5) 歯科衛生士による口腔衛生管理の中断と肺炎発症との関連
- 6) 歯科訪問診療の中断と入所者の食形態の低下との関連

# 1) 高齢者施設における施設職員と歯科医師による口腔の健康状態の評価の一致性の検討

## (1) 目的

高齢者施設において、口腔の健康状態の評価は歯科医師など歯科専門職による実施が望ましい一方、日常的な観察や判断は施設職員が担う場面が多い。そのため、施設職員による口腔の健康状態の評価が、歯科医師による評価とどの程度一致しているかを検証することは、日常ケアにおける評価の妥当性を考える上で重要である。本研究は、全国の高齢者施設を対象に、施設職員と歯科医師による口腔の健康状態の評価の一致性を項目別に明らかにすることを目的とした。

## (2) 方法

令和6年度に、全国の介護保険施設22施設および特定施設3施設に入所する高齢者を対象とした横断研究を実施した。口腔の健康状態の評価項目は、開口、歯の汚れ、舌の汚れ、歯肉の腫れ・出血、咬合、むせ、ブクブクうがい、食物のため込み・残留の8項目とし、施設職員および歯科医師がそれぞれ定められた評価基準に基づき独立して評価を行った。変数に欠損のない者を解析対象とし、各項目について施設職員と歯科医師との一致率およびCohenの $\kappa$ 係数を算出した。

## (3) 結果の概要

表1に対象者の特性を示す。解析対象は介護保険施設890名、特定施設74名であった。年齢の中央値はそれぞれ87.0歳、86.0歳であった。男性の割合は特定施設で40.5%と、介護保険施設(23.0%)より高かった。

表2に施設種別ごとの口腔の健康状態の評価の一致率を示す。介護保険施設では、施設職員と歯科医師との一致率は53.6～89.6%であった。開口(89.6%)、咬合(77.1%)、むせ(81.5%)、ブクブクうがい(86.6%)、食物のため込み・残留(84.5%)で高い一致率が示された。一方、歯の汚れ(67.3%)、舌の汚れ(53.6%)、歯肉の腫れ・出血(63.0%)では一致率が相対的に低かった。 $\kappa$ 係数は0.10～0.69の範囲であり、ブクブクうがい(0.69)、むせ(0.57)、咬合(0.53)、食物のため込み・残留(0.52)は中等度以上の一致を示した。特定施設では74名が解析対象となり、一致率は48.6～97.3%で、むせ(95.9%)、ブクブクうがい(91.9%)、食物のため込み・残留(87.8%)で高値を示したが、一部項目では $\kappa$ 係数が低値または負の値を示した。これは評価分布の偏りによる影響と考えられる。

以上より、施設職員と歯科医師による口腔の健康状態の評価は、開口や嚥下関連症状などの機能的項目では概ね高い一致が認められる一方、口腔内の汚れや炎症所見では評価の乖離がみられる項目が確認された。これらの結果から、評価基準の理解促進や観察方法の標準化の必要性が示唆され、施設における口腔健康評価の質の向上に向けた取組の重要性が示された。

表1. 施設種別ごとの対象者の特性

	介護保険施設 (n = 890)	特定施設 (n = 74)
年齢(歳)	87.0 [82, 92.0]	86.0 [80.0, 91.0]
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	20.0 [18.0, 22.1]	21.2 [19.0, 23.7]
Barthel Index	30.0 [10.0, 55.0]	57.5 [35.0, 80.0]
身長 (cm)	149.0 [143.0, 155.0]	155.0 [145.9, 163.0]
体重 (kg)	44.0 [39.1, 50.9]	51.1 [45.1, 57.8]
性別		
男性	205 (23.0)	30 (40.5)
女性	685 (77.0)	44 (59.5)
要介護度		
要支援1	-	1 (1.4)
要介護1	20 (2.2)	22 (29.7)
要介護2	46 (5.2)	22 (29.7)
要介護3	260 (29.2)	12 (16.2)
要介護4	325 (36.5)	16 (21.6)
要介護5	239 (26.9)	1 (1.4)
認知機能(CDR)		
CDR 0-0.5	68 (7.6)	4 (5.4)
CDR 1-2	238 (26.7)	34 (45.9)
CDR 3	584 (65.6)	36 (48.6)
義歯の使用		
使用している	375 (42.1)	21 (28.4)
持っているが不使用	47 (5.3)	3 (4.1)
持っていない	468 (52.6)	50 (67.6)
栄養摂取方法		
完全経口摂取	863 (97.0)	70 (94.6)
一部経口摂取	-	4 (5.4)
経腸・静脈栄養法	27 (3.0)	-
施設職員による口腔の健康状態の評価*		
開口できない	52 (5.8)	1 (1.4)
歯の汚れあり	466 (52.4)	47 (63.5)
舌の汚れあり	381 (42.8)	48 (64.9)
歯肉の腫れ、出血あり	133 (14.9)	17 (23.0)
左右両方の奥歯でしっかり かみしめられない	340 (38.2)	13 (17.6)
むせあり	285 (32.0)	8 (10.8)

ブクブクうがいでできない	269 (30.2)	13 (17.6)
食物のため込み、残留あり	184 (20.7)	11 (14.9)

---

連続変数は中央値[四分位範囲]、カテゴリー変数は n (%)で示す。

BMI; Body mass index、CDR; Clinical Dementia Rating.

\*施設職員による評価は、「悪い」回答だった者の割合

表2. 施設種別ごとの口腔の健康状態の評価の一致率

	介護保険施設 (n = 890)		特定施設 (n = 74)	
	一致率 (%)	$\kappa$	一致率 (%)	$\kappa$
開口	89.6	0.34	97.3	-0.01
歯の汚れ	67.3	0.34	68.9	0.34
舌の汚れ	53.6	0.10	58.1	0.11
歯肉の腫れ、出血	63.0	0.13	62.2	0.01
左右両方の奥歯でしっかり かみしめられる	77.1	0.53	48.6	0.01
むせ	81.5	0.57	95.9	0.80
ブクブクうがい	86.6	0.69	91.9	0.66
食物のため込み、残留	84.5	0.52	87.8	0.54

一致率(%)および Cohen のカッパ係数( $\kappa$ )を示す。

一部項目では  $\kappa$  係数が低値または負の値を示した。これは評価分布の偏りによる影響と考えられる。

参考: 項目ごとの内訳クロス表

介護保険施設 (n = 890)

<開口>

		歯科医師		
施設職員	できる	できない	合計	
できる	767 (91.5)	71 (8.5)	838	
できない	22 (42.3)	30 (57.7)	52	
合計	789	101	890	

<歯の汚れ>

		歯科医師		
施設職員	なし	あり	合計	
なし	248 (58.5)	176 (41.5)	424	
あり	115 (24.7)	351 (75.3)	466	
合計	363	527	890	

<舌の汚れ>

		歯科医師		
施設職員	なし	あり	合計	
なし	227 (44.6)	282 (55.4)	509	
あり	131 (34.4)	250 (65.6)	381	
合計	358	532	890	

<歯肉の腫れ・出血>

		歯科医師		
施設職員	なし	あり	合計	
なし	485 (64.1)	272 (35.9)	757	
あり	57 (42.9)	76 (57.1)	133	
合計	542	348	890	

<左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる>

		歯科医師		
施設職員	できる	できない	合計	
できる	414 (75.3)	136 (24.7)	550	
できない	68 (20.0)	272 (80.0)	340	
合計	482	408	890	

<むせ>

		歯科医師		
施設職員	なし	あり	合計	
なし	532 (87.9)	73 (12.1)	605	
あり	92 (32.3)	193 (67.7)	285	
合計	624	266	890	

<ブクブクうがい>

		歯科医師		
施設職員	できる	できない	合計	
できる	545 (87.8)	76 (12.2)	621	
できない	43 (16.0)	226 (84.0)	269	
合計	588	302	890	

<食物のため込み・残留>

		歯科医師		
施設職員	なし	あり	合計	
なし	640 (90.8)	65 (9.2)	705	
あり	72 (39.1)	112 (60.9)	184	
合計	712	177	889	

特定施設 (n = 74)

		歯科医師		
施設職員	できる	できない	合計	
できる	72 (98.6)	1 (1.4)	73	
できない	1 (100)	0 (0)	1	
合計	73	1	74	

		歯科医師		
施設職員	なし	あり	合計	
なし	16 (59.3)	11 (40.7)	27	
あり	12 (25.5)	35 (74.5)	47	
合計	28	46	74	

		歯科医師		
施設職員	なし	あり	合計	
なし	12 (46.2)	14 (53.8)	26	
あり	17 (35.4)	31 (64.6)	48	
合計	29	45	74	

		歯科医師		
施設職員	なし	あり	合計	
なし	41 (71.9)	16 (28.1)	57	
あり	12 (70.6)	5 (29.4)	17	
合計	53	21	74	

		歯科医師		
施設職員	できる	できない	合計	
できる	29 (47.5)	32 (52.5)	61	
できない	6 (46.2)	7 (53.8)	13	
合計	35	39	74	

		歯科医師		
施設職員	なし	あり	合計	
なし	64 (97.0)	2 (3.0)	66	
あり	1 (12.5)	7 (87.5)	8	
合計	65	9	74	

		歯科医師		
施設職員	できる	できない	合計	
できる	61 (100.0)	0 (0.0)	61	
できない	6 (46.2)	7 (53.8)	13	
合計	67	7	74	

		歯科医師		
施設職員	なし	あり	合計	
なし	58 (92.1)	5 (7.9)	63	
あり	4 (36.4)	7 (63.6)	11	
合計	62	12	74	

## 2) 要介護高齢者の ADL および認知機能と口腔内環境との関連

### (1) 目的

介護老人福祉施設に入所する要介護高齢者を対象に、有歯顎者と無歯顎者に層別して日常生活動作 (ADL) および認知機能と口腔内環境との関連を明らかにすること。

### (2) 方法

介護老人福祉施設 6 施設に入所する要介護高齢者 407 名を対象とした横断研究である。口腔内環境は Oral Health Assessment Tool 日本語版 (OHAT-J)、ADL は Barthel Index (BI)、認知機能は Clinical Dementia Rating-Sum of Boxes (CDR-SB) で評価した。対象者を有歯顎者群と無歯顎者群に層別し、目的変数を OHAT-J、説明変数を BI および CDR-SB とする線形重回帰分析を実施した。年齢、性別、BMI、Charlson 併存疾患指数、入所歴、入所後歯科治療歴を調整した。

### (3) 結果

有歯顎者では、BI が低いほど、また CDR-SB が高いほど、OHAT-J は有意に高値であった。一方、無歯顎者では、CDR-SB が高いほど OHAT-J は低値であった。

### (4) 結論

有歯顎者では身体機能および認知機能の低下が口腔環境の悪化と関連する可能性が示された。歯の存在が口腔清掃の複雑性に影響することが一因と考えられる。

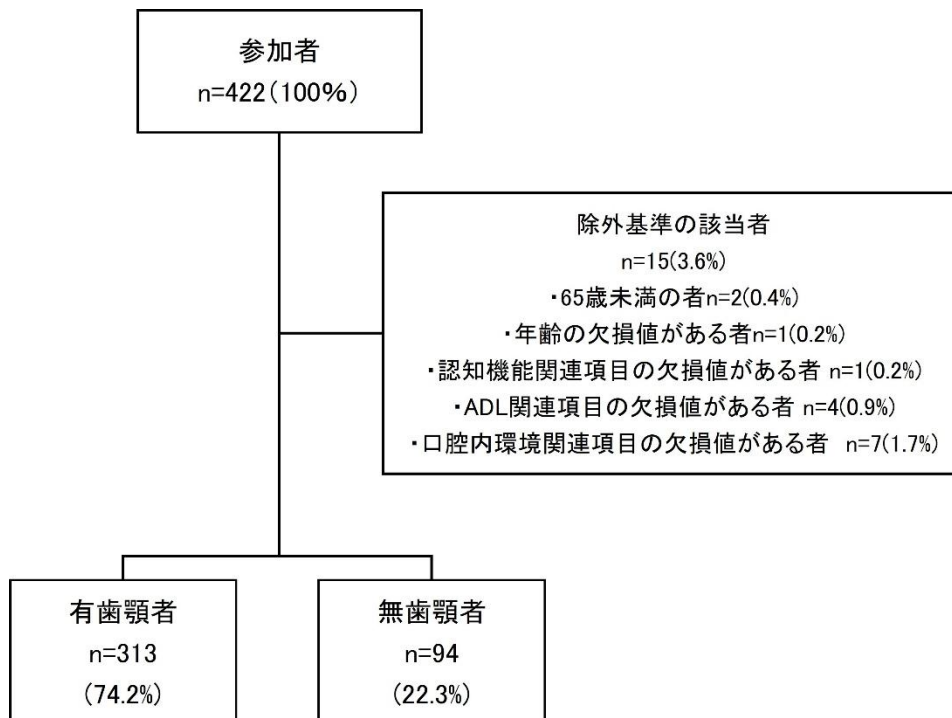


図1. 本研究のフローチャート

表1. 参加者の特性および無歯顎者と有歯顎者の群間の比較(連続変数)

	全体 n = 407	有歯顎 n = 313	無歯顎 n = 94	p 値
	中央値(Q1,Q3)/n(%)	中央値(Q1,Q3)/n(%)	中央値(Q1,Q3)/n(%)	
年齢(歳)	86.0 (81.0,91.0)	86.0 (81.0,91.0)	88.0 (85.0,93.3)	<0.001 <sup>†</sup>
性別				
男性	88 (21.6)	74 (23.6)	14 (14.9)	
女性	319 (78.4)	239 (76.4)	80 (85.1)	0.071 <sup>‡</sup>
BMI(kg/m <sup>2</sup> )	20.2 (18.2,22.7)	20.5 (18.2,22.8)	19.6 (17.7,22.4)	0.885 <sup>†</sup>
CCI	2.0 (1.0,2.0)	2.0 (1.0,2.0)	2.0 (1.0,2.0)	0.885 <sup>†</sup>
BI	30.0 (10.0,50.0)	30.0 (10.0,50.0)	30.0 (5.0,50.0)	0.109 <sup>†</sup>
CDR-SB	15.0 (10.0,18.0)	15.0 (10.0,18.0)	14.0 (9.0,18.0)	0.439 <sup>†</sup>
OHAT-J	4.0 (2.0,5.0)	4.0 (3.0,6.0)	1.0 (1.0,3.0)	<0.001 <sup>†</sup>
現存歯数(本)	10.0 (1.0,20.0)	14.0 (7.0,23.0)	0.0 (0.0,0.0)	<0.001 <sup>†</sup>
機能歯数(本)	22.0 (9.0,27.0)	23.0 (13.0,27.0)	0.0 (0.0,28.0)	<0.001 <sup>†</sup>
残根歯数(本)	0.0 (0.0,2.0)	1.0 (0.0,3.0)	0.0 (0.0,0.0)	<0.001 <sup>†</sup>

<sup>†</sup>Mann-Whitney U test, <sup>‡</sup> $\chi^2$  test

BMI, Body mass index; CCI, Charlson Comorbidity Index; BI, Barthel Index; CDR-SB, Clinical Dementia Rating - Sum of Boxes; OHAT-J, Oral Health Assessment Tool-japanese.

表2. 参加者の特性および無歯顎者と有歯顎者の群間の比較(カテゴリカル変数)

		全体 n = 407 n(%)	有歯顎 n = 313 n(%)	無歯顎 n = 94 n(%)	p 値	
入所後の 歯科 治療	定期的に受けている	5 (1.2)	4 (1.2)	1 (1.1)	0.448 <sup>‡</sup>	
	何かあったときに受診した経験がある	180 (44.2)	144 (44.3)	36 (38.3)		
	受診経験なし	219 (53.8)	162 (53.9)	57 (60.6)		
	必要性を指摘された事があるが希望されない、否定がある	2 (0.5)	2 (0.6)	0 (0)		
OHAT-J	口唇	0	337 (82.8)	259 (82.7)	78 (83)	0.625 <sup>‡</sup>
		1	68 (16.7)	53 (16.9)	15 (16)	
		2	2 (0.5)	1 (0.3)	1 (1.1)	
	舌	0	209 (51.4)	167 (53.4)	42 (44.7)	0.287 <sup>‡</sup>
		1	192 (47.2)	141 (45)	51 (54.3)	
		2	6 (1.5)	5 (1.6)	1 (1.1)	
	歯肉・粘膜	0	217 (53.3)	128 (40.9)	89 (94.7)	<0.001 <sup>‡</sup>
		1	156 (38.3)	151 (48.2)	5 (5.3)	
		2	34 (8.4)	34 (10.9)	0 (0)	
	唾液	0	351 (86.2)	266 (85)	85 (90.4)	0.285 <sup>‡</sup>
		1	49 (12.0)	42 (13.4)	7 (7.4)	
		2	7 (1.7)	5 (1.6)	2 (2.1)	
	残存歯	0	172 (42.3)	95 (30.4)	77 (81.9)	<0.001 <sup>‡</sup>
		1	136 (33.4)	126 (40.3)	10 (10.6)	
		2	99 (24.3)	92 (29.4)	7 (7.4)	
	義歯	0	297 (73.0)	237 (75.7)	60 (63.8)	0.072 <sup>‡</sup>
		1	31 (7.6)	22 (7)	9 (9.6)	
		2	79 (19.4)	54 (17.3)	25 (26.6)	
	口腔清掃	0	135 (33.2)	50 (16)	85 (90.4)	<0.001 <sup>‡</sup>
		1	162 (39.8)	155 (49.5)	7 (7.4)	
		2	110 (27.0)	108 (34.5)	2 (2.1)	
	歯痛	0	380 (93.4)	290 (92.7)	90 (95.7)	0.537 <sup>‡</sup>
		1	26 (6.4)	22 (7.0)	4 (4.3)	
		2	1 (0.2)	1 (0.3)	0 (0)	

<sup>‡</sup>  $\chi^2$  test. OHAT-J, Oral Health Assessment Tool-japanese.

表3. 有歯顎者群における線形重回帰分析

	$\beta$	95% 信頼区間		p 値
		下限	上限	
年齢(歳)	0.018	-0.030	0.040	0.779
性別(1:男性,2:女性)	-0.105	-1.197	0.104	0.099
BMI (kg/m <sup>2</sup> ) (0:<18.5kg/m <sup>2</sup> ,1:18.5-24.9,2:25≤)	0.032	-0.301	0.520	0.599
CCI	-0.029	-0.268	0.165	0.639
入所歴(年)	-0.280	-0.071	0.904	0.095
入所後の歯科治療の有無	0.029	-0.374	0.607	0.640
BI	-0.163	-0.026	-0.001	0.032
CDR-SB	0.150	0.000	0.134	0.049

(目的変数:OHAT-J)

BMI, Body mass index; CCI, Charlson Comorbidity Index; BI, Barthel Index; CDR-SB, Clinical Dementia Rating – Sum of Boxes.

表4. 無歯顎者群における線形重回帰分析

	$\beta$	95% 信頼区間		p 値
		下限	上限	
年齢(歳)	-0.024	-0.075	0.061	0.835
性別(1:男性,2:女性)	0.055	-0.948	1.541	0.637
BMI (kg/m <sup>2</sup> ) (0:<18.5kg/m <sup>2</sup> , 1:18.5-24.9, 2:≥25)	-0.106	-1.236	0.451	0.357
CCI	0.168	-0.085	0.631	0.133
入所歴(年)	0.182	-0.025	0.238	0.110
入所後の歯科治療の有無	0.198	-0.101	1.616	0.083
BI	-0.199	-0.039	0.007	0.172
CDR-SB	-0.287	-0.252	-0.001	0.048

(目的変数:OHAT-J)

BMI, Body mass index; CCI, Charlson Comorbidity Index; BI, Barthel Index; CDR-SB, Clinical Dementia Rating – Sum of Boxes.

### 3) 食事に介助を要する要介護高齢者の食事観察項目と意図しない体重減少の

#### 関連:横断研究

##### (1)目的

食事介助を受けている要介護高齢者において、食事観察項目と意図しない体重減少との関連を明らかにすること。

##### (2)方法

介護老人福祉施設 6 施設に入所する要介護高齢者 422 名のうち、食事に介助を要し経口摂取のみで、必要データに欠損のない 223 名を対象とした横断研究である。意図しない体重減少は Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) 基準に準拠し評価した。食事観察項目は聖隷式嚥下質問紙から第三者観察が可能な 7 項目を抽出した。目的変数を体重減少の有無とし、各観察項目を個別に投入したロジスティック回帰分析を実施した。年齢、性別、体重、ADL、認知機能、併存疾患、機能歯数、エネルギー摂取量で調整した。

##### (3)結果

体重減少は 47 名 (21.1%) に認められた。群間比較では、7 項目のうち食事時間の延長のみが体重減少の有無で有意差を示した。多変量解析においても、食事時間の延長のみが体重減少と有意に関連していた。

##### (4)結論

食事時間の延長は、意図しない体重減少のリスクと関連する可能性が示された。食事観察は低栄養リスク把握の簡便な手段となり得る可能性がある。

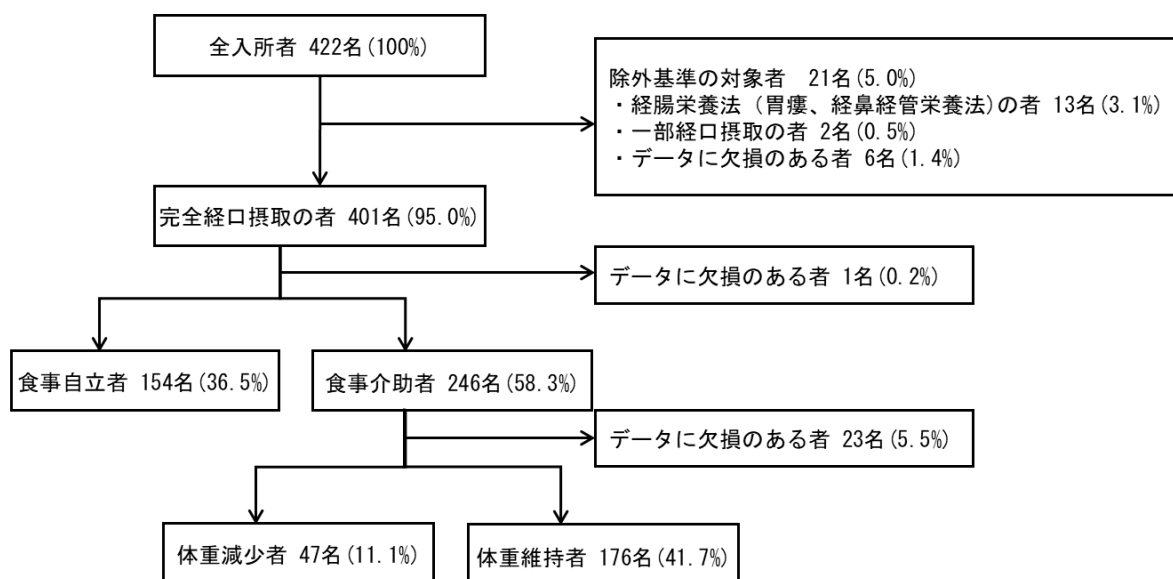


図 1:本研究のフローチャート

表 1. 対象者の特徴、体重減少群と体重維持群の比較

	対象者全員(n=223)	体重減少群 (n=47)	体重維持群(n=176)	p 値
	中央値 [Q1,Q3]/n(%)	中央値 [Q1,Q3]/n(%)	中央値 [Q1,Q3]/n(%)	
年齢(歳)	87 [81,93]	86 [81,92]	87 [81,93]	0.565 <sup>†</sup>
性別(女性)	180 (80.7)	38 (80.9)	142 (80.7)	0.979 <sup>‡</sup>
調査時点の体重(kg)	42.9 [38.0,49.6]	41.6 [35.4,45.9]	43.3 [38.5,51]	0.035 <sup>†</sup>
Barthel Index	15 [5,35]	15 [0,25]	15 [5,35]	0.365 <sup>†</sup>
CDR-SB	17 [13,18]	17 [14,18]	17 [13.3,18]	0.807 <sup>†</sup>
CCI	2 [1,3]	2 [1,3]	2 [1,3]	0.393 <sup>†</sup>
機能歯数(本)	18 [6,26]	20 [7.8,26.3]	16 [6,26]	0.335 <sup>†</sup>
エネルギー摂取量 (kcal/日)	1132 [980,1350]	1048 [840,1320]	1135 [1007,1350]	0.174 <sup>†</sup>

†Mann-Whitney U test, ‡ $\chi^2$  test

CCI, Charlson Comorbidity Index; CDR-SB, Clinical Dementia Rating – Sum of Boxes

表2. 食事観察項目と体重減少群と体重維持群の比較

	対象者全員 (n = 223) n(%)	体重減少群 (n = 47) n(%)	体重維持群 (n = 176) n(%)	p 値
食事中のむせ:食事にむせること がありますか? (しばしば、ときどき)	136(61.0)	34(72.3)	102(58.0)	0.072
飲水時のむせ:お茶を飲むときにむ せることがありますか? (しばしば、ときどき)	141(63.2)	34(72.3)	107(60.8)	0.145
のどの痰感:食事中や食後、それ 以外の時にのどがゴロゴロ(痰が 絡んだ感じ)することができますか? (しばしば、ときどき)	67(30.0)	19(40.4)	48(27.3)	0.081
食事時間の延長:食べるのが遅くな りましたか? (たいへん、わずかに)	125(56.1)	35(74.5)	90(51.1)	0.004
食べこぼし:口から食べ物がこぼれ ることがありますか? (しばしば、ときどき)	122(54.7)	31(66.0)	91(51.7)	0.081
口腔内の残留:口の中に食べ物が 残ることがありますか? (しばしば、ときどき)	119(53.4)	30(63.8)	89(50.6)	0.105
嗄声:声がかすれてきましたか? (がらがら声、かすれ声など) (たい へん、わずかに)	31(13.9)	7(14.9)	24(13.6)	0.825

$\chi^2$  test

表3. 食事観察項目と意図しない体重減少の関連について単変量と多変量ロジスティック回帰分析

非調整モデル	OR	95%信頼区間		p 値
		下限	上限	
食事中のむせ	1.897	0.937	3.843	0.075
飲水時のむせ	1.687	0.832	3.421	0.147
のどの痰感	1.810	0.926	3.538	0.083
食事時間の延長	2.787	1.358	5.721	0.005
食べこぼし	1.810	0.924	3.543	0.084
口腔内の残留	1.725	0.888	3.352	0.108
嘔声	1.108	0.446	2.757	0.825
調整モデル				
食事中のむせ	1.842	0.806	4.208	0.147
飲水時のむせ	1.624	0.719	3.671	0.244
のどの痰感	1.676	0.787	3.570	0.180
食事時間の延長	2.457	1.093	5.525	0.030
食べこぼし	1.736	0.820	3.676	0.149
口腔内の残留	1.800	0.861	3.765	0.118
嘔声	0.855	0.309	2.365	0.763

(目的変数: 意図しない体重減少)

(調整変数: 年齢(歳)、性別、調査時点の体重(kg)、Barthel Index、CDR-SB、チャールソン併存疾患指数、機能歯数(本)、エネルギー摂取量(kcal/日))

## 4) 施設入所要介護高齢者における口腔の健康状態と健康関連 QOL の関 連

### (1) 目的

施設入所要介護高齢者における口腔健康状態と健康関連 QOL との関連を明らかにすること。

### (2) 方法

国内 16 地域 24 施設の介護保険施設入所者 940 名を対象とした横断研究である。口腔健康状態は OHAT-J、健康関連 QOL は認知症高齢者の健康関連 QOL 評価票短縮版 (short QOL-D) を用いた。目的変数を健康関連 QOL の各得点 (陽性得点、陰性得点)、説明変数を OHAT-J とし、年齢、性別、BMI、ADL、認知症の有無、入所歴を調整した線形回帰分析を実施した。

### (3) 結果

OHAT-J 合計点は陽性得点と有意な負の関連を示した。一方、陰性得点および総合得点とは有意な関連を認めなかった。

### (4) 結論

口腔健康状態の悪化は、施設入所要介護高齢者の健康関連 QOL の陽性側面と関連する可能性が示された。

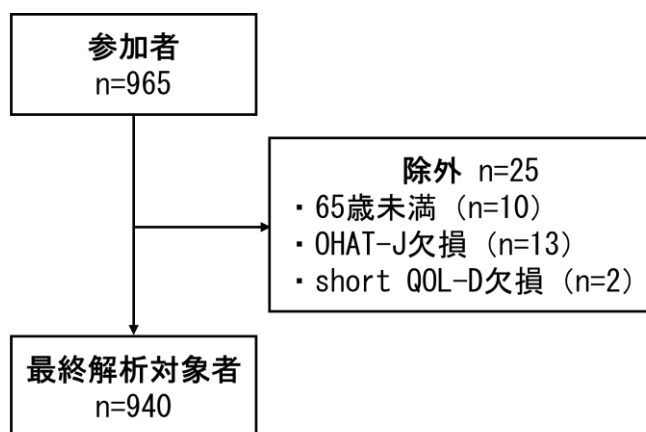


図1：解析対象者選択のフローチャート

表1. 対象者特性

	n = 940
年齢 歳	87.2±7.2
性別 女 (%)	732 (78.0)
BMI kg/m <sup>2</sup>	20.3±3.6
併存疾患 (CCI)	2.2±1.5
日常生活動作 (BI)	29.8±25.8
認知症 有 (%)	801 (86.9)
入所歴 年	2.5±2.8
OHAT-J	3.2±2.3
QOL 総合得点	25.1±5.8
陽性得点	14.5±5.7
陰性得点	10.6±2.1

連続変数: 平均±標準偏差  
二値変数: n(%)

表2. 口腔健康状態と健康関連 QOL の関連: 線形回帰分析

	陽性得点		陰性得点		QOL 総合得点	
	B	95% 信頼区間	B	95% 信頼区間	B	95% 信頼区間
年齢	0.04	-0.01 to 0.08	0.02	-0.001 to 0.04	0.06	0.01 to 0.10
性別	0.51	-0.29 to 1.31	0.25	-0.10 to 0.61	0.76	-0.06 to 1.59
BMI	0.16	0.07 to 0.25	0.001	-0.04 to 0.04	0.16	0.07 to 0.25
BI	0.10	0.09 to 0.12	-0.005	-0.01 to 0.0004	0.10	0.09 to 0.11
認知症有無	-0.83	-1.78 to 0.12	-0.72	-1.13 to -0.03	-1.55	-2.53 to -0.56
入所歴	-0.02	-0.13 to 0.12	-0.09	-0.14 to -0.04	-0.11	-0.22 to 0.01
OHAT-J	-0.17	-0.31 to -0.03	0.03	-0.04 to 0.09	-0.14	-0.29 to 0.004

表3. OHAT-J 下位項目の得点分布とそれぞれの健康関連 QOL 点数

		0(健全)	1(やや不良)・2(病的)	p 値
	n (%)	713 (75.8)	227 (24.2)	
口唇	陽性得点	14.8±5.7	13.6±5.6	<0.01
	陰性得点	10.5±2.2	10.8±2.1	0.13
	n (%)	492 (52.3)	448 (48.6)	
舌	陽性得点	14.5±5.6	14.5±5.8	0.91
	陰性得点	10.4±2.3	10.8±2.0	0.07
	n (%)	582 (61.9)	358 (38.1)	
歯肉・粘膜	陽性得点	14.7±5.6	14.2±5.8	0.29
	陰性得点	10.6±2.1	10.6±2.1	0.54
	n (%)	769 (81.8)	171 (18.2)	
唾液	陽性得点	14.9±5.6	12.6±5.8	<0.01
	陰性得点	10.6±2.1	10.6±2.3	0.88
	n (%)	376 (40.0)	494 (52.6)	
残存歯	陽性得点	15.1±5.7	14.0±5.7	<0.01
	陰性得点	10.6±2.2	10.6±2.3	0.89
	n (%)	569 (60.5)	139 (14.8)	
義歯	陽性得点	14.9±5.7	14.0±5.5	0.08
	陰性得点	10.7±2.0	10.3±2.5	0.02
	n (%)	400 (42.5)	540 (57.5)	
口腔清掃	陽性得点	14.8±5.7	14.3±5.7	0.16
	陰性得点	10.5±2.2	10.6±2.1	0.46
	n (%)	906 (96.3)	34 (3.7)	
歯痛	陽性得点	14.5±5.7	14.0±5.8	0.62
	陰性得点	10.6±2.1	10.1±2.4	0.18

t test

## 5) 歯科衛生士による口腔衛生管理の中断と肺炎発症との関連

### (1) 目的

本研究の目的は歯科衛生士による口腔衛生管理加算に関するサービスの中断と介護保険施設入所要介護高齢者の肺炎発症との関連を検討することである。

### (2) 方法

2019 年度に実施した介護保険施設 30 か所の入所要介護高齢者の調査に参加した入所者 986 名に対して、2021 年度に追跡調査を行った。2 年間の肺炎発症と関連する要因を検討するため、肺炎発症の有無を目的変数とし、説明変数は、年齢、性別、Body Mass Index、Bathel Index、Clinical Dementia Rating、肺炎の既往の有無、COVID-19 感染拡大による口腔衛生管理加算に関するサービスの中断の有無とした二項ロジスティック回帰分析を行った。

### (3) 結果

2019 年度の調査開始時点で、歯科衛生士による口腔衛生管理加算に関するサービスを受けていた 542 名が分析対象者となった。2 年間の観察期間中に COVID-19 感染拡大により口腔衛生管理加算に関するサービスを中断した群は 92 名(17.0%)であった。二項ロジスティック回帰分析の結果、肺炎の発症と口腔衛生管理加算のサービス中断(Odds Ratio: 5.59、95%Confidence Interval:2.23-14.01)に有意な関連がみられた。

### (4) 結論

本研究結果は歯科衛生士による口腔衛生管理加算に関するサービスが必要な介護保険施設入所高齢者において、サービスの中断が肺炎の発症と関連することを明らかにした。このことから、介護保険施設入所高齢者に対する口腔衛生管理加算に関するサービスの適切な提供を積極的に進めていく必要があると考える。

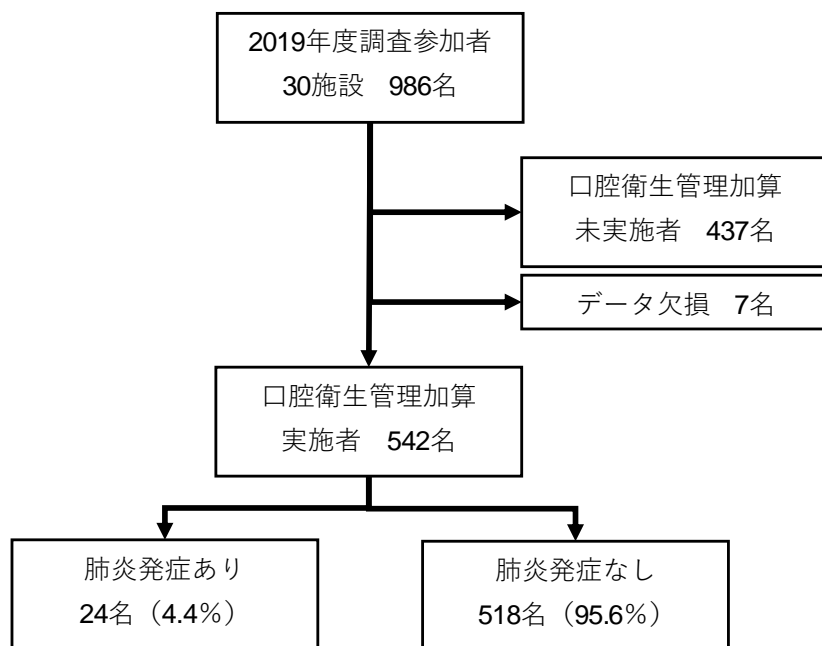


図1. 本研究のフローチャート

表2. 参加者の特性および肺炎の有無の群間比較

	肺炎の発症		合計	p 値
	あり(n = 24)	なし(n = 518)		
年齢	84.3±7.4	86.6±8.0	86.4±8.0	0.166 <sup>a</sup>
性別				0.002 <sup>c</sup>
女性	13(3.0)	423(97.0)	436(80.4)	
男性	11(10.4)	95(89.6)	106(19.6)	
BMI	19.3±3.7	20.4±3.6	20.4±3.6	0.130 <sup>a</sup>
Barthel index	5.0 [0.0 23.75]	30.0 [10.0 50.0]	30.0 [10.0 50.0]	0.002 <sup>b</sup>
CDR				0.029 <sup>c</sup>
No = 0	0(0.0)	15(100.0)	15(2.8)	
Suspected = 0.5	1(2.1)	47(97.9)	48(8.9)	
Mild = 1	1(1.2)	81(98.8)	82(15.1)	
Moderate = 2	3(2.1)	140(97.9)	143(26.4)	
Severe = 3	19(7.5)	235(92.5)	254(46.9)	
現在歯数	7.5 [0.0 15.75]	5.0 [0.0 15.0]	5.0 [0.0 15.0]	0.966 <sup>b</sup>
肺炎の既往				0.139 <sup>c</sup>
あり	6(7.6)	73(92.4)	79(14.6)	
なし	18(3.9)	445(96.1)	463(85.4)	
口腔衛生管理加算				<.001 <sup>c</sup>
継続	13(2.9)	437(97.1)	450(83.0)	
一時中断	11(12.0)	81(88.0)	92(17.0)	

n (%) or average ± standard deviation, median [Q1, Q3]. BMI, body mass index; CDR, Clinical Dementia Rating.  
a:T-test, b:Mann-Whitney U test, c:χ<sup>2</sup> test.

表3. 肺炎の発症を目的変数とした二項ロジスティック回帰分析の結果

	OR	95% 信頼区間		p 値
		下限	上限	
年齢	0.98	0.92	1.04	0.462
性別(女性)	0.27	0.11	0.68	0.005
BMI	0.94	0.81	1.08	0.372
Barthel Index	0.99	0.96	1.01	0.325
CDR				
No = 0	Reference			
Suspected = 0.5	0.00	0.00	.	0.999
Mild = 1	0.56	0.06	5.08	0.603
Moderate = 2	0.25	0.03	2.19	0.208
Severe = 3	0.47	0.12	1.91	0.290
現在歯数	1.01	0.95	1.07	0.781
肺炎の既往(あり)	1.57	0.54	4.57	0.405
口腔衛生管理加算の中断	5.59	2.23	14.01	<.001

独立変数: 年齢, 性別, BMI: body mass index, Barthel Index, CDR: Clinical Dementia Rating, 現在歯数, 肺炎既往あり, 口腔衛生管理加算の中断

## 6) 歯科訪問診療の中断と入所者の食形態の低下との関連

### (1) 目的

歯科訪問診療の中断と介護保険施設入所要介護高齢者の食形態の低下との関連を検討することである。

### (2) 方法

2019 年度に実施した介護保険施設 30 か所の入所要介護高齢者の調査に参加した入所者 986 名に対して、2021 年度に転帰、食形態の状態、COVID-19 感染拡大後の歯科訪問診療の継続状況について追跡調査を実施した。2 年間の食形態の低下(常食から嚥下調整食への低下)と関連する要因を検討するため、食形態の低下を目的変数とし、説明変数は、年齢、性別、Body Mass Index、Bathel Index、Clinical Dementia Rating、肺炎の既往の有無、口腔衛生管理加算に関するサービスの提供の有無、COVID-19 感染拡大による歯科訪問診療の中断と、既往歴とした二項ロジスティック回帰分析を行った。

### (3) 結果

2019 年時点で嚥下調整食を摂取していた者、追跡中に退所した者、データ欠損のある者を除く 520 名が分析対象者となった。2 年間の観察期間中に食形態が低下した者は 102 名(19.6%)であった。二項ロジスティック回帰分析の結果、食形態の低下と歯科訪問診療の中断(2021 年度の調査時点で歯科訪問診療が再開されていなかったもの)(OR: 7.53、95%CI:3.54-16.0)に有意な関連がみられた。

### (4) 結論

本研究結果は歯科訪問診療の中断が介護保険施設入所者の食形態の低下、すなわち摂食嚥下機能の低下と関連していることを示唆した。このことから、介護保険施設入所要介護高齢者に対する歯科訪問診療では、食形態、摂食嚥下機能の維持改善を目標に継続的に実施する必要があると考える。

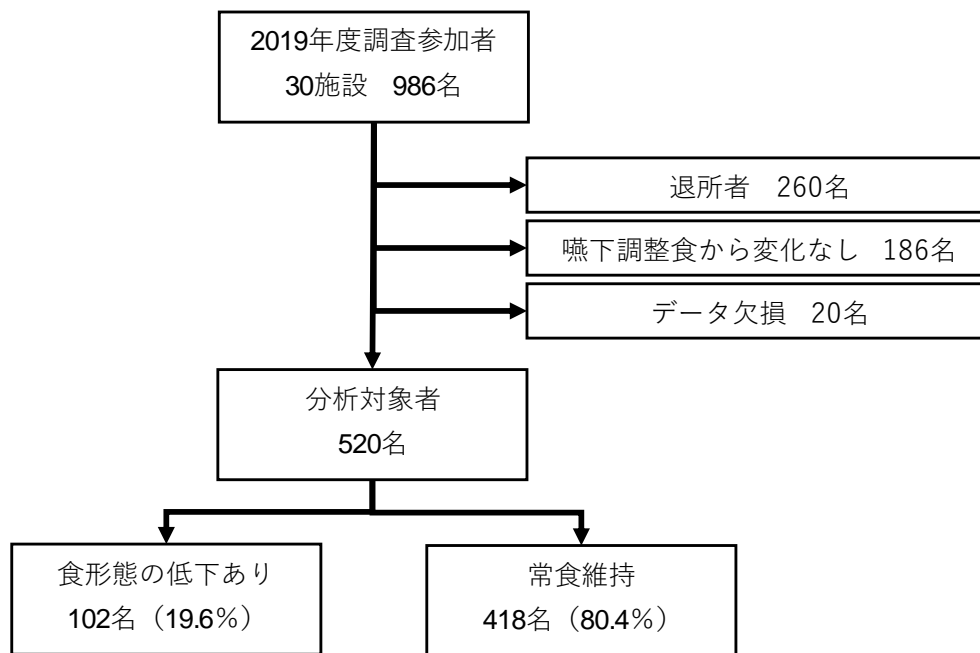


図1:本研究のフローチャート

表1. 対象者の特徴、食形態低下群と食形態維持群の比較

	食形態		合計 (n=520)	p 値
	低下 (n=102)	維持 (n=418)		
年齢	86.4±7.9	86.3±7.8	86.3±7.8	0.825 <sup>a</sup>
性別(女性)	91(89.2)	342(81.8)	433(83.3)	0.077 <sup>c</sup>
BMI	21.2±3.2	21.3±3.6	21.3±3.5	0.974 <sup>a</sup>
Barthel index	25.0 [10.0 36.25]	40.0 [25.0 60.0]	35.0 [20.0 55.0]	<0.001 <sup>b</sup>
CDR				0.007 <sup>c</sup>
No = 0	4(3.9)	15(3.6)	19(3.7)	
Suspected = 0.5	4(3.9)	41(9.8)	45(8.7)	
Mild = 1	10(9.8)	76(18.2)	86(16.5)	
Moderate = 2	32(31.4)	147(35.2)	179(34.4)	
Severe = 3	52(51.0)	139(33.3)	191(36.7)	
現在歯数	7.0 [0.0 15.0]	7.5[0.0 18.0]	7.0 [0.0 17.0]	0.299 <sup>b</sup>
義歯の使用	55(53.9)	246(58.9)	301(57.9)	0.373 <sup>c</sup>
口腔衛生管理加算	44(43.1)	250(59.8)	294(56.5)	0.003 <sup>c</sup>
歯科訪問診療の中断 (長期)	26(25.5)	61(14.6)	87(16.7)	0.012 <sup>c</sup>
	既往歴			
肺炎	6(5.9)	44(10.5)	50(5.6)	0.190 <sup>c</sup>
脳血管障害	27(26.5)	128(30.6)	155(29.8)	0.469 <sup>c</sup>
循環器疾患	33(32.4)	151(36.1)	184(35.4)	0.491 <sup>c</sup>
神経疾患	2(2.0)	8(1.9)	10(1.9)	1.000 <sup>c</sup>

n (%) or average ± standard deviation, median [Q1, Q3]. BMI, body mass index; CDR, Clinical Dementia Rating.

a:T-test, b:Mann-Whitney U test, c:  $\chi^2$  test

表2. 食形態の低下を目的変数とした二項ロジスティック回帰分析の結果

	OR	95% 信頼区間		p 値
		下限	上限	
年齢	1.00	0.96	1.03	0.78
性別	1.57	0.76	3.25	0.224
BMI	1.02	0.95	1.09	0.660
Barthel Index	0.97	0.95	0.98	<0.001
CDR				
No = 0	Reference			
Suspected = 0.5	0.53	0.10	2.79	0.455
Mild = 1	0.47	0.11	1.94	0.293
Moderate = 2	0.61	0.17	2.27	0.461
Severe = 3	0.64	0.17	2.43	0.515
現在歯数	0.98	0.95	1.01	0.203
義歯の使用(あり)	0.95	0.55	1.64	0.856
口腔衛生管理加算実施(あり)	0.25	0.14	0.45	<0.001
歯科訪問診療の中断(長期)	7.53	3.54	16.0	<0.001
既往歴				
肺炎(あり)	0.37	0.14	0.96	0.042
脳血管障害(あり)	0.86	0.50	1.47	0.577
循環器疾患(あり)	0.74	0.43	1.26	0.262
神経疾患(あり)	0.81	0.14	4.69	0.818

独立変数:年齢, 性別, BMI, Barthel Index スコア, CDR 判定, 現在歯数, 義歯の使用の有無, 口腔衛生管理加算実施有無, 歯科訪問診療の中断, 肺炎既往, 脳血管障害既往, 循環器疾患既往, 神経疾患既往

## 第Ⅳ章

# 介護保険施設・特定施設等における口腔衛生管理マニュアル

これまでの調査により得られた知見および好事例に加え、実測調査のデータを分析し、「介護保険施設・特定施設等における口腔衛生管理マニュアル」を作成した。

## 資料編

資料1 郵送調査票(介護保険施設)

資料2 郵送調査票(施設入所支援)

資料3 郵送調査票(歯科医療機関)

資料4 実測調査票(介護保険施設)

資料5 実測調査票(特定施設)

資料6 実測調査票(施設入所支援)

資料7 転帰調査票

資料8 臨床研究倫理審査実施許可通知書

資料9 介護保険施設・特定施設等における口腔衛生管理マニュアル



## Ⅱ 利用者数、職員等について(令和7年9月現在)

1. 施設について								
1) 定員		人	2) 入所者数			人		
3) 平均稼働率		%						
2. 利用者の人数								
要介護1		人	要介護2		人	要介護3		人
要介護4		人	要介護5		人			
3. 職員について(受託業者等の職員は除く)								
職員数		常勤		人	非常勤		人	
内 訳		常勤	非常勤		常勤	非常勤		
	医 師	人	人	歯科医師	人	人		
	薬剤師	人	人	保健師	人	人		
	看護師	人	人	准看護師	人	人		
	管理栄養士	人	人	栄養士(管理栄養士除く)	人	人		
	歯科衛生士	人	人	言語聴覚士	人	人		
	理学療法士	人	人	作業療法士	人	人		
	介護職員	人	人	介護支援専門員	人	人		
	4. 貴施設の入所者の歯や口のことに関して、問題があると考えられる方は、現在、どの程度いますか。 該当する項目についておおよその人数の記載をお願いします。							
1) むし歯がありそうな人がいる			約		人			
2) 歯が痛そうな人がいる			約		人			
3) 歯ぐきがはれている、歯磨きで出血する人がいる			約		人			
4) 歯が抜けたまま、欠けたままの人がいる			約		人			
5) 食事の際にむせる人がいる			約		人			
6) 食事の際に飲み込みにくそうな人がいる			約		人			
7) 口臭が強い人がいる			約		人			
8) その他			約		人			

### Ⅲ 口腔衛生管理の体制および各種加算サービスについて、ご回答ください。

1. 貴施設の令和7年9月時点で直近の口腔衛生管理体制の目標を教えてください。(複数回答可)

- 1 施設職員によるスクリーニング
- 2 施設職員に対する研修会の開催
- 3 口腔清掃の方法・内容等の見直し
- 4 歯科専門職によるスクリーニング、管理等
- 5 歯科専門職による食事環境、食形態等の確認
- 6 口腔清掃の用具の整備
- 7 その他( )
- 8 現在の取組の継続(具体的に: )

2. 直近1年間において、口腔衛生管理体制の目標や取り組みに変化はありましたか。その変化による入所者や職員における影響を教えてください。

- 1 取り組む内容が増えた  
増えたこと:( )  
増えた理由:( )  
施設における影響:( )
- 2 取り組む内容が減った  
減ったこと:( )  
減った理由:( )  
施設における影響:( )
- 3 1年前と変化はない  
理由など:( )

3. 口腔衛生管理の体制について、令和6年度介護報酬改定では、運営基準に「当該施設の従業員又は歯科医師若しくは歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が入居者ごとに施設入所時及び入所後月に1回程度の口腔の健康状態の評価を実施すること」が追加されています。

3-1) 直近での口腔の健康状態の評価はどなたが担当されていますか。担当する職種をすべて選んでください。

- 1 歯科医師
- 2 歯科衛生士
- 3 看護師
- 4 言語聴覚士
- 5 施設の職員
- 6 その他( )

3-2) 上記 3-1)のうち最も担当することが多い職種を1つ選んでください。

- 1 歯科医師
- 2 歯科衛生士
- 3 看護師
- 4 言語聴覚士
- 5 施設の職員
- 6 その他( )

3-3) この1年の間において、施設入所時及び入所後月に1回程度の口腔の健康状態の評価を実施したことによる変化について、該当するものに○をつけてください。(複数回答可)

- 1 施設職員の口腔の状態評価についての理解が深くなった。
- 2 利用者の口腔の状態が改善した。
- 3 歯科医師等へ相談する機会が増えた。
- 4 歯科訪問診療の回数が増えた。
- 5 口腔衛生管理加算の算定が増えた。
- 6 歯科医師を雇用した。
- 7 歯科衛生士を雇用した。
- 8 その他( )

3-4) この1年の間において、施設職員が口腔の健康状態の評価を行うようになったことで、新たに歯科受診へつながったケースはありましたか。それは何件あり、どのような内容(事例)でしたか。

- 1 歯科受診につながったケースはなかった
- 2 歯科受診につながったケースがあった→( )件  
⇒具体的な事例を教えてください。( )

4. 口腔衛生管理の体制について、運営基準では、「歯科医師または歯科医師の指導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、指導を年2回以上行うこと」とされています。

4-1) 「技術的助言、指導」について、この1年間における実施回数、開催方法、助言の内容を教えてください。

(1) 実施回数:( )回

(2) 開催方法:

(3) 助言の要点:(○をつけてください。複数回答可)

- 1 入所者のリスクに応じた口腔清掃等の実施
- 2 口腔清掃にかかる知識・技術の習得の必要性
- 3 食事状態、食形態等の確認
- 4 その他( )
- 5 現在の取組の継続

4-2) 「技術的助言、指導」の実施にあたり、施設から歯科医師や歯科衛生士に対して、要望や希望はありますか。

- 1 ない ⇒ 1 現状で十分 2 十分とは思っていない(理由: )
- 2 ある(具体的に: )

5. 口腔衛生管理加算についてお聞かせください。

5-1) 算定していますか。

- 1 算定あり ⇒ 1 昨年も算定していた 2 今年から算定している
- 2 算定なし

5-2) (算定している方)算定者数を教えてください。

令和7年9月の算定者数 (I) \_\_\_\_\_ 人、(II) \_\_\_\_\_ 人

5-3) (算定している方)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 ⇒ 1 2024年4月以前から雇用 2 2024年4月以降に新たに雇用
- 2 非常勤として雇用している ⇒ 1 2024年4月以前から雇用 2 2024年4月以降に新たに雇用
- 3 ボランティアで実施してもらっている
- 4 歯科医療機関と契約している
- 5 歯科訪問診療の機会に実施してもらっている
- 6 その他( )

5-4) (算定している方)口腔衛生管理加算を算定することで効果があった事例を教えてください。

6. 加算の算定状況について、算定しているものに✓を入れてください。

	1 算定なし	算定あり	
		2 昨年も算定していた	3 今年から算定している
1) 経口維持管理加算 I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) 経口維持管理加算 II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) 経口移行加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) 栄養マネジメント強化加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(LIFE 活用)			
5) 療養食加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) 口腔衛生管理加算 I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) 口腔衛生管理加算 II (LIFE 活用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) (介護老人保健施設のみ) リハビリテーションマネジメント計画書情報 加算 I (LIFE 活用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) (介護医療院のみ) 理学療法 注7の加算 (LIFE 活用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) (介護医療院のみ) 作業療法 注7の加算 (LIFE 活用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) (介護医療院のみ) 言語聴覚療法 注5の加算 (LIFE 活用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 歯科治療を含めて、歯科医師による口腔内状況の評価が受けられる体制や機会についてお答えください。			
1 原則全員、年1回以上、歯科医師による評価が受けられる体制を整えている			
2 職員が必要と判断した入所者について、歯科医師による評価が受けられる体制を整えている			
3 歯科受診については、本人または家族の判断に委ねている			
4 その他( )			
8. 協力歯科医療機関はありますか。			
1 ある 2 ない			
8.-1) (協力歯科医療機関がある場合)どのような利点があると感じていますか			
1 訪問歯科診療等の依頼が容易である。			
2 入居者の口腔管理に係る相談が容易である。			
3 施設従業員の口腔に係る知識の向上につながっている。			
4 入居者の誤嚥性肺炎の予防につながっている。			
5 その他( )			
8.-2) (協力歯科医療機関がない場合)その理由を教えてください			
1 必要性を感じない			
2 努力義務だから			
3 引き受けてくれる歯科医療機関がない			
4 交渉先の歯科医療機関と要件が一致しない			
5 近隣に歯科医療機関がない			
6 協力歯科医療機関の概念を知らなかった			
7 協力歯科医療機関の要件がわからない			
8 その他( )			



5. 「リハビリテーション・個別機能訓練と栄養管理、口腔衛生管理の一体的な実施」について、歯科医療従事者に対する希望や要望はありますか。

6. 「リハビリテーション・個別機能訓練と栄養管理、口腔衛生管理の一体的な実施」について、特に、口腔衛生管理との一体的な実施をさらに充実するために、どのような支援が必要と思いますか。

- 1 歯科医師の配置への評価
- 2 歯科衛生士の配置への評価
- 3 歯科医療機関との連携体制への評価
- 4 施設職員向けの研修の充実
- 5 好事例やマニュアル等の情報提供
- 6 その他( )

**V 令和6年度介護報酬改定後から現在までの変化について  
(歯科医師等とは歯科医師、歯科衛生士を指します)**

1. 歯科医師への1か月に歯科訪問診療を依頼する入所者の数は、この1年において変化しましたか

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. 歯科医師との連携や相談はしやすくなりましたか

1 訪問診療の依頼がしやすくなった  
2 歯科に関する相談がしやすくなった  
3 変わらない

3. 歯科衛生士が1か月に口腔衛生管理加算または訪問歯科衛生指導を実施する入所者の数は、この1年において変化しましたか

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. この1年において、歯科医師等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

4-1) (4で「1 増加した」とお答えの方)助言等の内容を教えてください。(複数回答)

1 口腔ケアの方法に関するアドバイス  
2 口腔の状態や問題に関する情報  
3 歯科治療の必要性について  
4 食事について  
5 その他:

5. この1年において、介護職員が歯科医師等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

5-1) (5で「1 増加した」とお答えの方)助言等の内容を教えてください。(複数回答)

1 口腔ケアの方法に関するアドバイス  
2 口腔の状態や問題に関する情報  
3 歯科治療の必要性について  
4 食事について  
5 その他:

6. 令和6年度以降歯科医師等を新規に雇用しましたか。

1 歯科医師を常勤で雇用した  
2 歯科医師を非常勤で雇用した  
3 歯科衛生士を常勤で雇用した  
4 歯科衛生士を非常勤で雇用した  
5 特に雇用していない。

6-1)(上記 6.で 1-4 とお答えの方)雇用に至った理由と雇用後の変化について教えてください。

(1) 雇用に至った理由

( )

(2) 雇用後の変化(施設職員、入所者、経営面なども含みます)

( )

資料2 郵送調査票(施設入所支援)

**I 施設の概要について 該当するものに○をつけてください**

1. 施設名	
2. 所在地	都・道・府・県                      市区町村
3. 事業所設置年月	(西暦)                      年                      (事業開始年)

## Ⅱ 利用者数、職員等について(令和7年9月現在)

### 1. 施設について

定員	人	入所者数	人
----	---	------	---

### 2. 1) 入所者構成について

18歳未満	人	18-64歳	人	65歳以上	人
-------	---	--------	---	-------	---

### 2) 内訳(複数回答可能)

知的障害	18歳未満	人	18-64歳	人	65歳以上	人
身体障害	18歳未満	人	18-64歳	人	65歳以上	人
精神障害	18歳未満	人	18-64歳	人	65歳以上	人
その他	18歳未満	人	18-64歳	人	65歳以上	人

### 3) 障害支援区分

区分1	人	区分2	人	区分3	人
区分4	人	区分5	人	区分6	人

### 3. 職員について(受託業者等の職員は除く)

職員数		常勤		非常勤	
		常勤	非常勤	常勤	非常勤
内 訳	医師	人	人	歯科医師	人
	薬剤師	人	人	保健師	人
	看護師	人	人	准看護師	人
	管理栄養士	人	人	栄養士(管理栄養士除く)	人
	歯科衛生士	人	人	言語聴覚士	人
	理学療法士	人	人	作業療法士	人
	相談支援専門員	人	人	生活支援員	人
	職業指導員	人	人	就労支援員	人

### 4. 歯科医師や歯科衛生士を配置している方にお聞きします。その効果を教えてください。(複数回答可)

- 1 入所者の疼痛時(義歯や歯周病の急性発作など)にすぐに対応できる
- 2 咀嚼機能や嚥下機能の評価ができ、安全な食環境を提供できる
- 3 口腔健康管理に関する助言や指導を受けられる
- 4 口腔健康管理が困難な入所者の対応をしてくれる
- 5 口腔管理に関する研修会を開催してくれる
- 6 その他( )

### 5. 算定状況について。算定状況にをいれてください。

1) 口腔衛生管理体制加算	<input type="checkbox"/> 算定している( 人) <input type="checkbox"/> 算定していない
2) 口腔衛生管理加算	<input type="checkbox"/> 算定している( 人) <input type="checkbox"/> 算定していない
3) 栄養マネジメント加算	<input type="checkbox"/> 算定している( 人) <input type="checkbox"/> 算定していない
4) 経口移行加算	<input type="checkbox"/> 算定している( 人) <input type="checkbox"/> 算定していない
5) 経口維持加算(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> 算定している( 人) <input type="checkbox"/> 算定していない
6) 経口維持加算(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> 算定している( 人) <input type="checkbox"/> 算定していない
7) 療養食加算	<input type="checkbox"/> 算定している( 人) <input type="checkbox"/> 算定していない

### Ⅲ 入所者の口腔状態や口腔の評価に関する質問について、回答してください

1. 貴施設の入所者の歯や口のことに関して、問題があると考えられる方は、現在、どの程度いますか。  
該当する項目についておおよその人数の記載をお願いします。

1) むし歯がありそうな人がいる	約	人
2) 歯が痛そうな人がいる	約	人
3) 歯ぐきがはれている、歯磨きで出血する人がいる	約	人
4) 歯が抜けたまま、欠けたままの人がいる	約	人
5) 食事の際にむせる人がいる	約	人
6) 食事の際に飲み込みにくそうな人がいる	約	人
7) 口臭が強い人がいる	約	人
8) その他	約	人

2. 入所者に口腔の評価(スクリーニング)を実施状況についてお答えください。

1 入所者全員に実施している    2 一部の者に実施している    3 実施していない

2-1)(実施している場合)実施頻度や時期をお答えください。

1 入所時                      2 月1回程度                      3 3か月に1回程度  
4 半年に1回                      5 1年に1回

2-2)(実施している場合)口腔の評価(スクリーニング)の実施者についてお答えください。(複数回答)

1 医師                      2 歯科医師                      3 看護師  
4 歯科衛生士                      5 生活支援員                      6 その他(                      )

3. 貴施設において、入所者に対して職員による口腔ケア(介助磨き、義歯清掃等)を実施していますか?

1 実施している(対象者:    人)    2 実施していない

(「1 実施している」と回答された方にお伺いします。)

3-1).口腔ケアを実施する対象者について、該当するものを選んで○をつけてください。(複数回答)

1 原則、入所者全員に実施している  
2 職員が適切に歯磨きを行えないと判断した入所者に実施している  
3 本人または家族から、口腔ケアの希望があった入所者に実施している  
4 歯科医師等から口腔ケアの介助を指示された入所者に対して実施している  
5 その他(                      )

4. 貴施設での入所者の高齢化に伴う、歯科治療や口腔衛生管理等の課題がありますか?

1 はい    2 いいえ

(「1 はい」と回答された方にお伺いします。)

4-1)課題となっていることについて、該当するものに○をつけてください。(複数回答)

1 むし歯や歯周病が増加している  
2 義歯の管理が難しい  
3 摂食嚥下に問題がある入所者が増加している  
4 加齢による歯や口の変化に関する知識が不足している  
5 歯科医療機関へ通院介助を担う職員が不足している  
6 口腔清掃(歯みがきや義歯の清掃)の介助を担う職員が不足している  
7 歯科訪問診療に対応してくれる歯科医療機関がわからない  
8 歯科治療について気軽に相談できる歯科医師がいない  
9 その他(具体的に                      )

5. 貴施設において、入所者の歯科治療、口腔衛生管理を充実するためにどのような支援が必要だと思われ  
ますか。(複数回答)

1 口腔ケアや口腔衛生管理に関する報酬の充実  
2 歯科医療機関の通院介助を含めた報酬の評価  
3 施設及び本人の費用負担のない歯科健診事業の充実  
4 職員に対する適切な口腔ケアに関する研修の機会の拡充

5 障害者に対応可能な歯科医療機関に関する情報提供

6 摂食嚥下障害に対応してくれる歯科医師に関する情報提供

7 その他(具体的に )

6. 歯科治療を含めて、歯科医師による口腔内状況の評価が受けられる体制や機会についてお答えください。

1 原則全員、年1回以上、歯科医師による評価が受けられる体制を整えている

2 職員が必要と判断した入所者について、歯科医師による評価が受けられる体制を整えている

3 歯科受診については、本人または家族の判断に委ねている

4 その他( )

#### IV 経口維持加算について、回答してください

1. (算定している方にお聞きします)算定した効果を教えてください。(複数回答)

- 1 入所者の誤嚥性肺炎の発症が減った
- 2 経管栄養から経口摂取となる入所者や、経口摂取を維持できる入所者が増えた
- 3 栄養状態が改善した入所者が増えた
- 4 多職種で入所者の食事や栄養状態について検討しやすくなった
- 5 その他( )

2. (算定している方にお聞きします)加算が新設されたことで、施設内での経口維持に関する取り組みに変化がありましたか。

- 1 加算ができる前から、取り組みをしており、大きな変化はなかった
- 2 加算ができる前から、取り組みをしており、加算によりさらに推進した
- 3 加算ができたことにより、新たに取り組みが始まった
- 4 その他( )

3. (算定していない方にお聞きします)算定しない理由を教えてください。(複数回答)

- 1 評価や実施方法などの知識・技術が不足している
- 2 加算の対象となる対象者がいない
- 3 多職種共同での対象者の食事観察や経口維持計画作成が難しい
- 4 実施できる医療専門職がいない
- 5 実施事項に対する報酬の評価が低い
- 6 時間が確保できない
- 7 その他( )

4. (すべての方にお聞きします)

貴施設での摂食嚥下機能に注意が必要な入所者への食事の取組について教えてください。(複数回答)

- 1 入所時に摂食嚥下機能を評価している(実施職種: )
- 2 定期的に摂食嚥下機能を評価している(実施職種: )
- 3 専門職が定期的に食事の観察を実施している
- 4 入所者毎に適合した多様な食具を用意している
- 5 入所者毎に適合した食事姿勢を保持する取組を実施している
- 6 入所者毎に適切な食事環境を整備している
- 7 入所者毎に適合した多様な食形態の提供が可能である
- 8 その他( )
- 9 特に実施していない

## V 口腔衛生管理体制加算について、該当するものに○をつけてください

1. (算定している場合)算定した効果を教えてください(複数回答)

- 1 施設における口腔ケアの課題が把握、手法の改善ができ、職員の理解が深まった
- 2 歯科医師や歯科衛生士に相談しやすくなった
- 3 歯科医療機関に歯科受診が必要な入所者を紹介しやすくなった
- 4 入所者の口腔衛生状態が改善した
- 5 その他( )

2. (算定している場合)口腔衛生管理体制加算について、「歯科医師または歯科医師の指導を受けた歯科衛生士が職員に対する口腔ケアに係る技術的助言、指導を月1回以上行うこと」とされています。

2-1) 最近実施された「技術的助言、指導」について、お聞かせください。

(1) 実施者:1 歯科医師 2 歯科衛生士  
3 歯科医師と歯科衛生士

(2) 開催時間:1 回あたり\_\_\_\_(分)  
※平均的な時間を整数でご回答ください。

(3) 施設側対象者(職種):

(4) 参加人数:

(5) 開催方法について(複数回答)

- 1 歯科訪問診療日に実施
- 2 歯科訪問診療日以外の日に実施
- 3 その他( )

(6) 助言の要点に○をつけてください。(複数回答)

- 1 入所者のリスクに応じた口腔清掃等の実施
- 2 口腔清掃にかかる知識・技術の習得の必要性
- 3 食事状態、食形態等の確認
- 4 その他( )

2-2) 「口腔ケアに係る技術的助言、指導」について、その効果や問題点があれば教えてください

2-3) (算定している場合)「年 1 回以上の定期的な歯科検診(健診)を実施することが望ましい」とされていますが、実施はできていますか

1 できている 2 できていない(理由: )

3. (算定していない場合)算定していない理由を教えてください。(複数回答)

- 1 加算を知らなかったから
- 2 算定要件がわからないから
- 3 障害福祉サービス上の報酬の評価が低い
- 4 職員が口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上受けることが難しい
- 5 口腔ケアに係る技術的助言及び指導をできる歯科医師ないし歯科衛生士の確保が困難
- 6 口腔ケア・マネジメントに係る計画の立案が困難
- 7 手間や時間がかかる
- 8 必要性を感じない
- 9 その他( )

## VI 口腔衛生管理加算について 該当するものに○をつけてください

1. 算定している方にお聞きします。

1.-1) 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 歯科医療機関と契約している
- 5 歯科訪問診療の際に実施してもらっている
- 6 その他 ( )

1.-2) 1.-1)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。(自由回答)

2. 貴施設における口腔衛生管理加算の効果と課題を教えてください

2.-1) どのような効果があると思われますか。(複数回答)

- 1 歯周病の進行予防
- 2 誤嚥性肺炎の予防
- 3 生活支援員による口腔ケアが困難な入所者に対応できる
- 4 歯科治療(むし歯、歯周病、義歯など)が必要であるか判断してもらえる
- 5 食支援が必要な入所者や摂食嚥下機能への対応が必要な入所者に対応できる
- 6 サービスの質の向上が可能になる
- 7 その他 ( )

2.-2) どのような課題があると思われますか。(複数回答)

- 1 対応できる歯科医療機関ないし歯科衛生士の十分な確保が困難
- 2 歯科訪問診療、訪問歯科衛生指導との回数調整等の使い分けが難しい
- 3 障害福祉サービス上の報酬の評価が低い
- 4 口腔ケアを各入所者に月 2 回以上行うことが難しい
- 5 その他 ( )

3. その他のご意見があれば教えてください。

4. 算定していない方にお聞きします。算定しない理由を教えてください。(複数回答)

- 1 加算を知らなかったから
- 2 算定要件がわからないから
- 3 障害福祉サービス上の評価が低いから
- 4 口腔ケアを各入所者に月 2 回以上行うことが難しいから
- 5 対応できる歯科医療機関ないし歯科衛生士の確保が困難だから
- 6 算定すべき対象の把握が難しいから
- 7 手間や時間がかかるから
- 8 算定対象がないから
- 9 訪問歯科衛生指導料が月 3 回以上算定されているから

## VII 貴施設と歯科医療機関との関わりについて、ご回答ください

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 2 いない

1.-1)「いる」と回答された方は回答してください。

(1) 歯科訪問診療を行う歯科医療機関数

( )医療機関

(2) 歯科訪問診療を受けている入所者数

( )人

(3) 歯科訪問診療は1週間に何回来られますか。

週に( )回 ※平均的な回数をご回答ください。(月2回なら「0.5」を記入)

(4) 歯科訪問診療について課題はありますか。

- 1 ある(複数回答)
- 1 依頼してから診療までに時間がかかる(約 日)
  - 2 診療できる人数が限られている
  - 3 施設職員との連携が不十分
  - 4 その他( )

2 ない

1.-2)「いない」と回答された方は回答してください。いない理由を教えてください。(複数回答)

- 1 訪問診療が可能な歯科医療機関が近隣にない
- 2 歯科医師を配置しているため不要
- 3 歯科医療が必要な入所者がいない
- 4 歯科医療機関に入所者を送迎している
- 5 その他( )

2. 歯科医療機関に通院している入所者はいますか。治療だけでなく、定期的な口腔健康管理を含みます。

( )人

2.-1) どのような理由で、入所者が歯科医療機関を受診していますか。(複数回答)

- 1 訪問診療が可能な歯科医療機関が近隣にない
- 2 訪問診療が可能な医療機関はあるが、かかりつけ歯科にみてもらうために通院している
- 3 訪問診療が可能な医療機関はあるが、障害者に対応しておらず、専門の医療機関に通院している
- 4 治療の内容に応じて、歯科訪問診療での対応が困難な場合に外来受診している

2.-2) 入所者が歯科医療機関に通院することに際し、施設に生じる負担(時間的や人的など)があれば記載してください。

3. 協力歯科医療機関はありますか。

1 ある  
2 ない

3.-1) (協力歯科医療機関がある場合)どのような利点があると感じていますか。(複数回答)

- 1 歯科訪問診療等の依頼が容易である。
- 2 入居者の口腔管理に係る相談が容易である。
- 3 施設従業員の口腔に係る知識の向上につながっている。
- 4 入居者の誤嚥性肺炎の予防につながっている。
- 5 その他( )

3-2) (協力歯科医療機関がない場合)その理由を教えてください。(複数回答)

- 1 必要性を感じない
- 2 努力義務だから
- 3 引き受けてくれる歯科医療機関がない
- 4 交渉先の歯科医療機関と要件が一致しない
- 5 近隣に歯科医療機関がない
- 6 協力歯科医療機関の概念を知らなかった
- 7 協力歯科医療機関の要件がわからない
- 8 その他( )

4. 協力歯科医療機関について該当する項目に○をつけてください(複数回答)

	1 協力歯科医療機関が実施している項目	2 協力歯科医療機関に実施してもらいたい項目	3 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) 訪問歯科衛生指導			
5) 摂食・嚥下に対する支援(ミールラウンド含む)			
6) 嚥下機能検査			
7) 歯科検診や歯科相談			
8) 入所時の口腔の健康状態の評価			
9) 入所後の定期的な口腔の健康状態の評価			
10) 口腔衛生の管理実施にあたり技術的助言・指導			
11) 口腔衛生管理加算の算定に係る口腔衛生の管理			
12) 口腔衛生等に関する研修会の開催			
13) その他: _____			

5. 歯と口の健康に関する取組や連携体制等について、困りごとや要望等があれば自由に記載してください。

## I 歯科医療機関の概要について

1. 歯科診療医療機関名			
2. 医療施設類型	1 歯科診療所(無床) 2 歯科診療所(有床) 3 病院		
3. 開設主体	(国・公的機関) 1 国立病院機構 2 国立大学法人 3 都道府県 4 市町村 5 地方独立行政法人 6 その他:( ) 7 社会保険関係団体 (法人) 8 医療法人 9 学校法人 10 その他:( ) 11 個人		
4. 標榜科目(複数回答可)	1 歯科 2 歯科口腔外科 3 小児歯科 4 矯正歯科		
5. 従業員数 (病院の場合、歯科診療に関 わる職種を記載)	1) 歯科医師	(1)常勤_____人	(2)非常勤_____人
	2) 歯科衛生士	(1)常勤_____人	(2)非常勤_____人
	3) その他:	職種: _____、_____人	
		職種: _____、_____人	
職種: _____、_____人			
6. 診療患者について (令和7年9月実績)	1) 外来患者数	(1) 実人数 _____人	(2) 延べ _____人
	2) 歯科訪問診療実施の有無	1 有 2 無	
	3) 歯科訪問診療患者数	(1) 実人数 _____人	(2) 延べ _____人
7. 届出を行っている施設基 準を選択してください。 (複数回答可)	1 在宅療養支援歯科診療所 1 2 在宅療養支援歯科診療所 2 3 在宅療養支援歯科病院 4 上記の届け出なし		
8. 行政等が実施する在宅歯 科医療機関の登録医や協力 医になっていますか。 (例:在宅歯科医療連携室の 登録医や協力医になっている 場合は「1」となる。)	1 なっている 2 なっていない 3 わからない		
9. (8で「1 なっている」お回答 した方に伺います。 その登録先について教えてく ださい。	1 都道府県の登録医、協力医 2 市町村の登録医、協力医 3 わからない		

## II 貴院の介護事業所や障害福祉事業所との連携について

### II-1 介護事業所との連携について

介護保険施設や特定施設等の介護事業所等において、運営基準において「あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない」としています。貴医療機関と介護事業所との連携についてご記載ください。

1. 介護事業所において、協力歯科診療施設として携わっている施設数についてご記入ください。

※協力歯科医療機関になっていない場合は最終項目の( )に○をつけてください。

	令和7年9月	令和6年と比較
1) 介護老人保健施設(老健)	施設	増加・変化なし・減少
2) 介護老人福祉施設(特養)	施設	増加・変化なし・減少
3) 介護医療院	施設	増加・変化なし・減少
4) 特定施設(下記との重複算出可)	施設	増加・変化なし・減少
5) 介護付有料老人ホーム	施設	増加・変化なし・減少
6) 養護老人ホーム	施設	増加・変化なし・減少
7) 軽費老人ホーム(介護型ケアハウス)	施設	増加・変化なし・減少
8) サービス付き高齢者向け住宅	施設	増加・変化なし・減少
9) 認知症グループホーム	施設	増加・変化なし・減少
10) 小規模多機能型居宅介護	施設	増加・変化なし・減少
11) 看護小規模多機能型居宅介護	施設	増加・変化なし・減少
12) 協力歯科医療機関になっていない	( )	増加・変化なし・減少

2. 介護事業所に対して貴医療機関が提供可能な事項をご記載ください。(複数選択)

- 1 歯科訪問診療
- 2 利用者の口腔の状態への相談対応
- 3 介護事業所の従業員への利用者の口腔衛生管理への助言及び指導
- 4 介護事業所の利用者の定期的な口腔の健康状態の評価
- 5 介護事業所に提供できることはない
- 6 その他( )

3. 「協力歯科医療機関になっていない」とした歯科医療機関にお尋ねします。その理由をご記載ください。(複数選択)

- 1 協力歯科医療機関の制度をしらなかった
- 2 介護事業所から要望がない
- 3 協力する時間や人材が不足している
- 4 介護事業者の要望に合わなかった。
- 5 協力歯科医療機関になるための、実施事項(要件)がわからない
- 6 要介護者への歯科医療提供が難しい(専門性に不安がある等)
- 7 その他( )

4. 令和6年度に新設された「口腔連携強化加算」についてお聞きます。

この加算は、介護事業所が口腔の健康状態の評価の方法や在宅歯科医療等について歯科医療機関に相談できる体制を構築するとともに、口腔の健康状態の評価の実施並びに歯科医療機関及び介護支援専門員への情報提供することを評価したものです。

4-1) 口腔連携強化加算に係る連携歯科医療機関になっていますか。

- 1 はい ⇒ (1) 介護事業所と契約数( )件 ⇒ (2) 有償契約( )件、無償契約( )件
- 2 いいえ

4-2) 口腔連携強化加算に係る「口腔の健康状態の評価」の情報を受け取ったことがありますか。

- 1 連携歯科医療機関になっている介護事業者から、受け取ったことがある
- 2 連携歯科医療機関になっていない介護事業者から、受け取ったことがある
- 3 受け取ったことはない

5. 歯科訪問診療の患者の紹介元について、該当するものを選択してください。(複数回答)

- 1 協力歯科医療機関を定めている介護事業所の介護支援専門員
- 2 協力歯科医療機関を定めている介護事業所の職員(介護支援専門員を除く)

- 3 協力歯科医療機関を定めていない事業所の介護支援専門員
- 4 利用者の主治医から
- 5 利用者に介入している事業所(訪問介護、訪問リハ等)
- 6 利用者家族から
- 7 利用者本人から
- 8 歯科訪問診療をしていない

6. 上記 5.にて「1-7」を選ばれた方にお聞きします。最も頻度の多い紹介元を回答してください。

- 1 協力歯科医療機関を定めている介護事業所の介護支援専門員
- 2 協力歯科医療機関を定めている介護事業所の職員(介護支援専門員を除く)
- 3 協力歯科医療機関を定めていない事業所の介護支援専門員
- 4 利用者の主治医から
- 5 利用者に介入している事業所(訪問介護、訪問リハ等)
- 6 利用者家族から
- 7 利用者本人から

7. 上記 5.にて「1-7」を選ばれた方にお聞きします。紹介の際に受け取っている口腔関連の書類がありますか。(複数回答)

- 1 施設独自の口腔のアセスメント様式
- 2 口腔・栄養スクリーニング加算の様式
- 3 口腔衛生管理加算の様式
- 4 その他の書面での紹介
- 5 口腔以外の種類(フェイスシートや服薬情報など)のみ

## II-2 障害福祉事業者との連携について

障害者支援施設等の障害福祉事業等において、運営基準において「あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない」としています。貴医療機関と障害福祉事業所との連携についてご記載ください。

1. 障害福祉事業所において、協力歯科診療施設として携わっている施設数についてご記入ください。  
※協力歯科医療機関になっていない場合は最終項目の( )に○をつけてください。

	令和7年9月	令和6年と比較
1) 共同生活援助	施設	増加・変化なし・減少
2) 障害者支援施設	施設	増加・変化なし・減少
3) 福祉型障害児入所施設	施設	増加・変化なし・減少
4) 医療型障害児入所施設	施設	増加・変化なし・減少
5) 協力歯科医療機関になっていない	( )	

2. 障害福祉事業所に対して貴医療機関が提供可能な事項をご記載ください(複数選択)

- 1 歯科訪問診療
- 2 利用者の口腔の状態への相談対応
- 3 障害福祉事業所の従業員への利用者の口腔衛生管理への助言及び指導
- 4 障害福祉事業所の利用者の定期的な口腔の健康状態の評価
- 5 障害福祉事業所に提供できることはない
- 6 その他( )

3. 「協力歯科医療機関になっていない」とした歯科医療機関にお尋ねします。その理由をご記載ください。(複数選択)

- 1 協力歯科医療機関の制度をしらなかった。
- 2 障害福祉事業所から要望がない
- 3 協力する時間や人材が不足している
- 4 障害福祉事業所の要望に合わなかった
- 5 協力歯科医療機関になるための、実施事項(要件)がわからない
- 6 障害児・者への歯科医療提供が難しい(専門性に不安がある等)
- 7 その他( )

### Ⅲ リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について

1. リハビリテーション専門職や管理栄養士等と連携して対応した経験はありましたか。

1 ある

→(「1 ある」場合)それはどのような症例ですか。(複数回答可)

- 1 誤嚥性肺炎の既往がある
- 2 摂食嚥下機能障害がある・疑われる
- 3 口腔機能低下がある
- 4 低栄養状態がある・疑われる
- 5 その他( )

2 ない

(1. で「1 ある」と回答した方にお聞きします。)

2. リハビリテーション専門職や管理栄養士等と連携する上で、歯科治療に必要な情報があれば教えてください。

1 ADL

2 IADL

3 歩行評価(6分間歩行、TUGテスト等)

4 認知機能評価(MMSE, HDS-R等)

5 低栄養リスク

6 嚥下調整食の必要性

7 直近の体重減少

8 食事摂取量

9 摂取栄養量、提供栄養量、必要栄養量

10 GLIM 基準による評価結果

11 その他( )

(1. で「1 ある」と答えた方にお聞きします。)

3. 歯科専門職としてリハビリテーション専門職や管理栄養士等と共有したことがある情報を教えてください。

1 口腔内の問題点

2 口腔の清掃方法

3 義歯の取り扱い方法

4 食事摂取時の注意点

5 口腔機能の訓練方法

6 その他( )

4. 医科の病院(病棟)や介護事業所等から情報提供や連携の依頼を受けたことはありますか。

1) 【医科の病院(病棟)】

1 ある

2 ない

→(「1 ある」場合)病院や病棟の類型がわかれば教えてください。(複数回答)

- 1 特定機能病院
- 2 専門病院
- 3 急性期病棟
- 4 回復期リハビリテーション病棟
- 5 地域包括医療病棟

2) 【介護事業所】

1 ある

2 ない

→(「1 ある」場合)サービス類型がわかれば教えてください。(複数回答)

1 訪問介護

2 訪問看護

3 訪問リハビリテーション

4 認知症グループホーム

5 短期入所(生活介護、療養介護どちらも含む)

6 介護老人福祉施設

7 介護老人保健施設

8 介護医療院

9 特定施設

10 通所介護

11 通所リハビリテーション

5. 上記 4. 「1. ある」と回答された方にお聞きします。情報提供時に「口腔の健康状態の評価」として、記載されていたものがあれば教えてください。(複数回答)

1 開口できない

2 歯の汚れがある

3 舌の汚れがある

4 歯肉の腫れ・出血がある

5 左右両方の奥歯でしっかりかみしめられない

6 むせがある

7 ブクブクうがいができない

8 食物のため込み・残留

9 その他( )

10 記載されたものはない(1~8の記載がない)

6. 次のうち貴医療機関で1年以内に算定がある項目があれば教えてください。(複数回答)

【介護との連携】

1 歯科疾患在宅療養管理料の在宅歯科医療連携加算2

【医科歯科連携】

2 周術期等口腔機能管理計画策定料

3 周術期等口腔機能管理料(I)-(IV)

4 回復期等口腔機能管理計画策定料

5 回復期等口腔機能管理料

【病診連携】

6 退院前在宅療養指導管理料

【医療介護連携】

7 退院時共同指導料1

【介護保険】

8 居宅療養管理指導費(歯科医師、歯科衛生士等)

9 上記の算定はいずれもない

7. 貴医療機関が参加している地域や病院、介護事業所の会議はありますか。(複数回答)  
(すべての患者、利用者でなくても可)

1) 病院(病棟)において

1 院内カンファレンス

2 退院時共同指導

3 ない

2) 介護事業所、地域において

1 サービス担当者会議

2 リハビリテーション会議(通所リハ事業所等のリハビリテーションに係る会議)

3 地域ケア会議

4 その他にリハビリテーション専門職や栄養の専門職と話し合う場が設けられている場合は、  
ご記載ください。( )

5 ない

8. リハビリテーション専門職や管理栄養士等と連携が困難と思われることはありますか

1 ある 2 ない

→(「1 ある」場合)その理由を教えてください。

1 リハビリテーションに係る専門用語等がわからない

2 栄養管理に係る専門用語等がわからない

3 各職種と話し合う場がない

4 どの患者に協働することが有効かわからない

5 その他( )

9. リハビリテーション専門職や管理栄養士等と連携することによって、効果のあった事例や良い連携がとれた事例があれば教えてください。(自由記載)

## IV 後方支援病院との連携状況について

1. 貴院の外来を受診した要介護高齢者において、対応が困難なために、他医療機関に紹介した経験はありましたか。

1 あった(人数: 人/年間)

- 1) 紹介先 1 大学病院 2 病院歯科 3 歯科医師会の口腔保健センター  
4 専門医等のいる歯科診療所 5 その他( )
- 2) 依頼内容 1 鎮静や全身麻酔下での治療 2 全身的な管理下での治療  
3 摂食嚥下障害に対する検査 4 摂食嚥下障害に対する治療  
5 悪性腫瘍疑いに対する精査 6 顎骨壊死に対する精査・加療  
7 その他( )

2 なかった

2. 貴院の外来を受診した障がいをもつ患者さんにおいて、対応が困難なために、他医療機関に紹介した経験はありましたか。

1 あった(人数: 人/年間)

- 1) 紹介先 1 大学病院 2 病院歯科 3 歯科医師会の口腔保健センター  
4 専門医等のいる歯科診療所 5 その他( )
- 2) 依頼内容 1 鎮静や全身麻酔下での治療 2 全身的な管理下での治療  
3 摂食嚥下障害に対する検査 4 摂食嚥下障害に対する治療  
5 悪性腫瘍疑いに対する精査 6 顎骨壊死に対する精査・加療  
7 その他( )

2 なかった

3. 貴院の歯科訪問診療を受けている要介護高齢者において、対応が困難なために、他医療機関に紹介した経験はありましたか。

1 あった(人数: 人/年間)

- 1) 紹介先 1 大学病院 2 病院歯科 3 歯科医師会の口腔保健センター  
4 専門医等のいる歯科診療所 5 その他( )
- 2) 依頼内容 1 鎮静や全身麻酔下での治療 2 全身的な管理下での治療  
3 摂食嚥下障害に対する検査 4 摂食嚥下障害に対する治療  
5 悪性腫瘍疑いに対する精査 6 顎骨壊死に対する精査・加療  
7 その他( )

2 なかった

3 介護保険施設等への歯科訪問診療はしていない

4. 貴院の歯科訪問診療を受けている障がいをもつ患者さんにおいて、対応が困難なために、他医療機関に紹介した経験はありましたか。

1 あった(人数: 人/年間)

- 1) 紹介先 1 大学病院 2 病院歯科 3 歯科医師会の口腔保健センター  
4 専門医等のいる歯科診療所 5 その他( )
- 2) 依頼内容 1 鎮静や全身麻酔下での治療 2 全身的な管理下での治療  
3 摂食嚥下障害に対する検査 4 摂食嚥下障害に対する治療  
5 悪性腫瘍疑いに対する精査 6 顎骨壊死に対する精査・加療  
7 その他( )

2 なかった

3 障害者施設等への歯科訪問診療はしていない

# 実測調査票

(令和7年度 介護保険施設)

実測調査年月日：西暦 年 月 日

受付番号	氏名	様	年齢	歳	性別	男・女
------	----	---	----	---	----	-----

## I 基本情報（各項目について、もっともあてはまる数字を1つ選んで○をつけてください。）

1.	要介護度	1 要介護1	2 要介護2	3 要介護3	4 要介護4	5 要介護5
2.	障害高齢者の日常生活自立度	1 自立 6 B1	2 J1 7 B2	3 J2 8 C1	4 A1 9 C2	5 A2
3.	認知症高齢者の日常生活自立度	1 自立 5 IIIa	2 I 6 IIIb	3 IIa 7 IV	4 IIb 8 M	
4.	歩行	1 補助具なしで可能	2 補助具ありで可能	3 不可		
5.	入所歴	( )年( )か月				
6.	在宅への退所予定	1 あり	2 なし	3 不明		
7.	施設での看取り希望	1 あり	2 なし	3 不明		
8.	直近1年間での入院の有無	1 あり(理由: )	2 なし			
9.	直近1年間で大きな病気や怪我はありましたか	1 あり	2 なし			
10.	誤嚥性肺炎の既往の有無	1 あり(直近の発症: 年 月)	2 なし			
11.	併存疾患（該当のものをすべて選択してください）					
	1) 心筋梗塞	1 あり	2 なし			
	2) うっ血性心不全	1 あり	2 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）	1 あり	2 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]）	1 あり	2 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）	1 あり	2 なし			
	6) 認知症	1 あり	2 なし			
	「1 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）	1 あり	2 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）	1 あり	2 なし			
	9) 消化性潰瘍	1 あり	2 なし			
	10) 軽度肝疾患（軽度の肝硬変、慢性肝炎）	1 あり	2 なし			
	11) 中等度 — 高度肝機能障害（門脈圧亢進を伴う肝硬変）	1 あり	2 なし			
	12) 糖尿病（食事療法のみは除く）	1 あり	2 なし			
	「1 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 $\geq$ 3mg/dl、透析中、腎移植後、尿毒症）	1 あり	2 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）	1 あり	2 なし				
15) 白血病（急性白血病、慢性白血病、真性赤血球増加症）	1 あり	2 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）	1 あり	2 なし				
「1 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	1 あり	2 なし				
18) うつ	1 あり	2 なし				

Ⅱ 加算の算定状況（各項目について、もっともあてはまる数字を1つ選んで○をつけてください。）

1.	経口維持管理加算 I	1 算定中	2 算定対象ではあるが実施できていない	3 算定対象ではない
2.	経口維持管理加算 II	1 算定中	2 算定対象ではあるが実施できていない	3 算定対象ではない
3.	経口移行加算	1 算定中	2 算定対象ではあるが実施できていない	3 算定対象ではない
4.	栄養マネジメント強化加算 (LIFE活用)	1 算定中	2 算定対象ではあるが実施できていない	3 算定対象ではない
5.	療養食加算	1 算定中	2 算定対象ではあるが実施できていない	3 算定対象ではない
6.	口腔衛生管理加算 I	1 算定中	2 算定対象ではあるが実施できていない	3 算定対象ではない
7.	口腔衛生管理加算 II (LIFE活用)	1 算定中	2 算定対象ではあるが実施できていない	3 算定対象ではない
8.	(介護老人保健施設のみ) リハビリテーションマネジメント 計画書情報加算 I (LIFE活用)	1 算定中	2 算定対象ではあるが実施できていない	3 算定対象ではない
9.	(介護老人福祉施設のみ) 個別機能訓練加算 III (LIFE活用)	1 算定中	2 算定対象ではあるが実施できていない	3 算定対象ではない
10.	(介護医療院のみ) 理学療法 注7の加算 (LIFE活用)	1 算定中	2 算定対象ではあるが実施できていない	3 算定対象ではない
11.	(介護医療院のみ) 作業療法 注7の加算 (LIFE活用)	1 算定中	2 算定対象ではあるが実施できていない	3 算定対象ではない
12.	(介護医療院のみ) 言語聴覚療法 注5の加算 (LIFE活用)	1 算定中	2 算定対象ではあるが実施できていない	3 算定対象ではない



IV 生活機能（もっともあてはまる数字を1つ選んで○をつけてください。）

1.	食事	3 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			
		2 部分介助（おかずを切って細かくしてもらう等）			
		1 全介助			
2.	移乗	4 自立、車椅子のブレーキ、フットレストの操作も含む（歩行自立も含む）			
		3 軽度の部分介助または監視を要する			
		2 座ることは可能であるがほぼ全介助			
		1 全介助または不可能			
3.	整容	2 自立（洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り）			
		1 部分介助または不可能			
4.	トイレ動作	3 自立（衣服の着脱、ポータブル便器などの管理も含む）			
		2 部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する			
		1 全介助または不可能			
5.	入浴	2 自立			
		1 部分介助または不可能			
6.	歩行 （現在の状態で45m移動すると想定して評価）	4 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			
		3 45m以上の介助歩行可能（歩行器の使用を含む）			
		2 歩行不能の場合、車椅子にて45m以上の自立操作可能			
		1 上記以外			
7.	階段昇降 （現在の状態で階段を使うと想定して評価）	3 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			
		2 介助または監視を要する			
		1 不能			
8.	着替え	3 自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む			
		2 部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える			
		1 上記以外			
9.	排便コントロール	3 失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能			
		2 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			
		1 上記以外（しばしば失禁～常に失禁）			
10.	排尿コントロール	3 失禁なし、収尿器の取り扱いも可能			
		2 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			
		1 上記以外（しばしば失禁～常に失禁）			
11.	調理	4 自立	3 見守り	2 一部介助	1 全介助
12.	洗濯	4 自立	3 見守り	2 一部介助	1 全介助
13.	掃除	4 自立	3 見守り	2 一部介助	1 全介助
14.	寝返り	4 自立	3 見守り	2 一部介助	1 全介助
15.	起き上がり	4 自立	3 見守り	2 一部介助	1 全介助
16.	座位の保持	4 自立	3 見守り	2 一部介助	1 全介助
17.	立ち上がり	4 自立	3 見守り	2 一部介助	1 全介助
18.	立位の保持	4 自立	3 見守り	2 一部介助	1 全介助



## VII 口腔の健康状態の評価

項目	評価	評価基準
1. 開口	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	上下の前歯の間に指2本分（縦）入る程度まで口があかない場合（開口量3cm以下）には「できない」とする。
2. 歯の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歯の表面や歯と歯の間に白や黄色の汚れ等がある場合には「あり」とする。
3. 舌の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	舌の表面に白や黄色、茶、黒色の汚れなどがある場合には「あり」とする。
4. 歯肉の腫れ、出血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歯肉が腫れている場合（反対側の同じ部分の歯肉との比較や周囲との比較）や歯磨きや口腔ケアの際に出血する場合は「あり」とする。
5. 左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	本人にしっかりかみしめられないとの認識がある場合または義歯をいれても奥歯がない部分がある場合は「できない」とする。
6. むせ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	平時や食事時にむせがある場合や明らかな「むせ」はなくても、食後の痰がらみ、声の変化、息が荒くなるなどがある場合は「あり」とする。
7. ブクブクうがい※1	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	歯磨き後のうがいの際に口に水をためておけない場合や頬を膨らませられない場合や、膨らました頬を左右に動かさない場合は「できない」とする。
8. 食物のため込み、残留※2	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	食事の際に口の中に食物を飲み込まずためてしまう場合や飲み込んだ後に口を開けると食物が一部残っている場合は「あり」とする。
その他	(自由記載)	

※1 現在、歯磨き後のうがいをしている場合に限り確認する。（誤嚥のリスクも鑑みて、改めて実施頂く事項ではないため空欄可）

※2 食事の観察が可能な場合は確認する。（改めて実施頂く事項ではないため空欄可）

## VIII リハビリテーションについて

1. リハビリテーションに口腔リハビリテーションや摂食嚥下のリハビリテーションが含まれていますか			
1 含まれる		2 含まれない	
(「1 含まれる」場合、下記の問いにもご回答ください)			
2. 口腔リハビリテーションの内容を教えてください。(複数回答)			
1 歯磨き指導	2 義歯(入れ歯)の洗浄・管理	3 舌や頬のマッサージ	
4 口腔内保湿(ジェルやスプレー)	5 口腔体操(あいうべ体操、パタカラ体操等)	6 唾液腺マッサージ	
7 口腔リハビリテーションは行っていない	8 その他( )		
3. 口腔リハビリテーションの実施頻度と1回あたりの実施時間はどれくらいですか			
1 毎日	2 1週間に4~6回	3 1週間に2~3回	4 1週間に1回
5 1か月に数回	6 ほとんどない	実施時間 ( ) 分	
4. 摂食嚥下のリハビリテーションの内容を教えてください。(複数回答)			
1 飲み込み(嚥下)訓練	2 咀嚼訓練	3 食事前の口腔体操・嚥下体操	
4 食事時の姿勢調整・介助	5 食形態(きざみ食・とろみ等)の調整	6 誤嚥・ムセ予防の工夫	
7 摂食嚥下リハビリテーションは行っていない	8 その他( )		
5. 摂食嚥下リハビリテーションの実施頻度と1回あたりの実施時間はどれくらいですか			
1 毎日	2 1週間に4~6回	3 1週間に2~3回	4 1週間に1回
5 1か月に数回	6 ほとんどない	実施時間 ( ) 分	

施設の方にご記入いただく項目は、ここまでです。

# 口腔検査票

このページから後ろは調査員が記入します。

## I 口腔の症状について

1. 口や口のまわりのことで気になることはありますか（回答があったものすべてに☑を入れる）			
<input type="checkbox"/>	気になることはない		
<input type="checkbox"/>	乾き	<input type="checkbox"/>	味覚
<input type="checkbox"/>	飲み込み	<input type="checkbox"/>	飲み込み
<input type="checkbox"/>	歯の痛み	<input type="checkbox"/>	歯肉の痛み
<input type="checkbox"/>	義歯の痛み	<input type="checkbox"/>	舌の痛み
<input type="checkbox"/>	その他の痛み（ ）		
<input type="checkbox"/>	その他（ ）		
<input type="checkbox"/>	回答不可		
2. 半年前と比べて固いものが食べにくくなりましたか			
<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
<input type="checkbox"/>	回答なし		
3. お茶や汁物等でむせることがありますか			
<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
<input type="checkbox"/>	回答なし		
4. 口の渇きが気になりますか			
<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
<input type="checkbox"/>	回答なし		

## II 口腔機能の評価

1.	オーラルディアドコキネシス「タ」	(回/秒)	測定不可
2.	反復唾液嚥下テスト	不可	拒否
		1回目： 秒 /	30秒での回数： 回
3. 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。）			
3.	1 舌背 2 頬粘膜	1回目：	2回目：
		3回目：	
	不可	拒否	
4. 口腔機能モニター Oramo-bf（オラモ）			
4.	(N)	測定不可	

### Ⅲ 口腔内診査

#### 1. 協力度

十分に協力が得られる 協力が得られる 協力が得られない（補助必要） 診査不可

#### 2. 歯の状況（：歯式確認不可）

歯式	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
咬合	①			②			③			④			⑤			
歯式	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

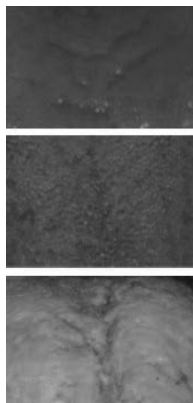
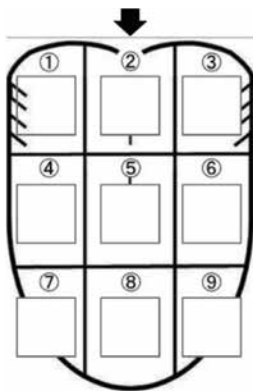
健全歯（/）、処置歯（○）  
う蝕歯（C）、欠損歯（×）、  
義歯（D）、ポンティック（Po）  
残根（C4）※Dとの併記可能、  
インプラント（Imp）

咬合状態  
1：現在歯—現在歯  
2：現在歯—義歯  
3：義歯—義歯  
4：咬合なし  
※現在歯には健全歯、処置歯に加えてPoとImpを含む

#### 3. 清掃状態、歯肉の状態（：実施不可）

- 1) 清掃状態 良好 普通 不良
- 2) 歯肉の状態 問題なし 腫れている（軽度、中等度、重度）
- 3) 歯石の付着 問題なし 付着あり（軽度（点状）、中等度（帯状）以上）

#### 4. 舌苔付着状況（TCI）（：実施不可）



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

#### 5. 歯科治療受診必要性（：判定不可）

- 1 なし
- 2 あり（下記の1）～4）のあてはまる項目にすべてに☑をつけてください。）
- 1) う蝕関連（歯痛を伴うう蝕、歯冠鋭縁、充填物・補綴物脱離、破折歯）
- 2) 歯周炎（急性炎症、排膿、膿瘍、出血、著しい歯石沈着、動揺歯、口臭）
- 3) 義歯（床やクラスプ等の破損、維持不良、鉤歯脱落、義歯性口内炎、義歯紛失）
- 4) その他（ ）

# 実測調査票

（令和7年度 特定施設）

実測調査年月日：西暦 年 月 日

受付 番号		氏名	様	年齢	歳	性別	男・女
----------	--	----	---	----	---	----	-----

## I 基本情報（各項目について、もっともあてはまる数字を1つ選んで○をつけてください。）

1.	要介護度	1 要介護1	2 要介護2	3 要介護3	4 要介護4	5 要介護5
2.	障害高齢者の日常生活自立度	1 自立	2 J1	3 J2	4 A1	5 A2
		6 B1	7 B2	8 C1	9 C2	
3.	認知症高齢者の日常生活自立度	1 自立	2 I	3 IIa	4 IIb	
		5 IIIa	6 IIIb	7 IV	8 M	
4.	歩行	1 補助具なしで可能		2 補助具ありで可能		3 不可
5.	入所歴	( )年( )か月				
6.	在宅への退所予定	1 あり		2 なし		3 不明
7.	施設での看取り希望	1 あり		2 なし		3 不明
8.	直近1年間での入院の有無	1 あり（理由： )				2 なし
9.	直近1年間で大きな病気や怪我はありましたか	1 あり		2 なし		
10.	誤嚥性肺炎の既往の有無	1 あり（直近の発症： 年 月)				2 なし
11.	併存疾患（該当のものをすべて選択してください）					
	1) 心筋梗塞				1 あり	2 なし
	2) うっ血性心不全				1 あり	2 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）				1 あり	2 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] )				1 あり	2 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）				1 あり	2 なし
	6) 認知症				1 あり	2 なし
	「1 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）				1 あり	2 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）				1 あり	2 なし
	9) 消化性潰瘍				1 あり	2 なし
	10) 軽度肝疾患（軽度の肝硬変、慢性肝炎）				1 あり	2 なし
	11) 中等度 — 高度肝機能障害（門脈圧亢進を伴う肝硬変）				1 あり	2 なし
	12) 糖尿病（食事療法のみは除く）				1 あり	2 なし
	「1 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 $\geq$ 3mg/dl、透析中、腎移植後、尿毒症）				1 あり	2 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）				1 あり	2 なし	
15) 白血病（急性白血病、慢性白血病、真性赤血球増加症）				1 あり	2 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）				1 あり	2 なし	
「1 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				1 あり	2 なし	
18) うつ				1 あり	2 なし	



IV 生活機能（もっともあてはまる数字を1つ選んで○をつけてください。）

1.	食事	3 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			
		2 部分介助（おかずを切って細かくしてもらう等）			
		1 全介助			
2.	移乗	4 自立、車椅子のブレーキ、フットレストの操作も含む（歩行自立も含む）			
		3 軽度の部分介助または監視を要する			
		2 座ることは可能であるがほぼ全介助			
		1 全介助または不可能			
3.	整容	2 自立（洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り）			
		1 部分介助または不可能			
4.	トイレ動作	3 自立（衣服の着脱、ポータブル便器などの管理も含む）			
		2 部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する			
		1 全介助または不可能			
5.	入浴	2 自立			
		1 部分介助または不可能			
6.	歩行 （現在の状態で45m移動すると想定して評価）	4 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			
		3 45m以上の介助歩行可能（歩行器の使用を含む）			
		2 歩行不能の場合、車椅子にて45m以上の自立操作可能			
		1 上記以外			
7.	階段昇降 （現在の状態で階段を使うと想定して評価）	3 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			
		2 介助または監視を要する			
		1 不能			
8.	着替え	3 自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む			
		2 部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える			
		1 上記以外			
9.	排便コントロール	3 失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能			
		2 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			
		1 上記以外（しばしば失禁～常に失禁）			
10.	排尿コントロール	3 失禁なし、収尿器の取り扱いも可能			
		2 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			
		1 上記以外（しばしば失禁～常に失禁）			
11.	調理	4 自立	3 見守り	2 一部介助	1 全介助
12.	洗濯	4 自立	3 見守り	2 一部介助	1 全介助
13.	掃除	4 自立	3 見守り	2 一部介助	1 全介助
14.	寝返り	4 自立	3 見守り	2 一部介助	1 全介助
15.	起き上がり	4 自立	3 見守り	2 一部介助	1 全介助
16.	座位の保持	4 自立	3 見守り	2 一部介助	1 全介助
17.	立ち上がり	4 自立	3 見守り	2 一部介助	1 全介助
18.	立位の保持	4 自立	3 見守り	2 一部介助	1 全介助

## V 口腔ケアについて（各項目について記入または選択してください。）

1. 普段のお口のセルフケア（歯みがきや義歯清掃など）について				
1 すべて本人のみで実施		2 職員がセッティングのみ		
3 職員が一部サポートしながら本人も行う		4 職員による全面的な介助が必要		
5 職員による口腔ケアが困難				
2. （上記の回答が <b>2～4の場合</b> 、ご回答ください） 1回の口腔ケア（歯みがき・義歯清掃・口腔内の拭き取りなど）について、職員が関わる平均的な所要時間を教えてください。（準備や片付け、説明・誘導なども含む）				
1 1分未満	2 1～3分	3 4～6分	4 7～10分	5 11分以上 ( 分)
3. 口腔ケアにおいて、気になることや困っていることがあればご記載ください。				
<b>(自由記載)</b>				
4. 直近1年間で、口腔ケアについて歯科医師や歯科衛生士から技術的な指導や助言がありましたか（集団指導は除きます）				
1 はい		2 いいえ		
5. （上記4. の回答が「 <b>1 はい</b> 」の場合、ご回答ください）どれくらいの頻度で、指導や助言を受けましたか				
1 毎週		2 1か月に1度程度		3 3か月に1度程度
4 半年に1度程度		5 1年に1回程度		6 問題があったときのみ
6. （上記4. の回答が「 <b>1 はい</b> 」の場合、ご回答ください）どのような内容の指導や助言を受けましたか（複数選択可）				
1 歯ブラシの当て方・使い方		2 歯間清掃の方法		
3 入れ歯の洗浄・管理方法		4 口腔粘膜・舌の清掃方法		
5 口腔内の保湿・湿潤方法		6 うがい・洗口の指導		
7 利用者への声かけ・ポジショニング		8 口腔内の観察方法		
9 その他 ( )				

## VI 歯科受診について

1. かかりつけ歯科医はいますか		
1 いる（外来受診）	2 いる（訪問診療）	3 いない
2. （かかりつけ歯科医が <b>1または2の「いる」</b> 場合、ご回答ください） どれくらいの頻度で、歯や入れ歯、嚥下機能の定期的なチェックを受けますか		
1 毎週	2 1か月に1度程度	3 3か月に1度程度
4 半年に1度程度	5 1年に1回程度	6 問題があったときのみ
3. （かかりつけ歯科医が「 <b>3 いない</b> 」場合、ご回答ください） 歯科医師による口腔内の状況や嚥下機能の評価が受けられる体制や機会はありますか		
1 はい		2 いいえ
4. （上記の回答が「 <b>1 いいえ</b> 」の場合、ご回答ください。）歯や口に関して問題があった場合はどうされていますか		
<b>(自由記載)</b>		
5. 直近1年間で、歯科医師または歯科衛生士によるミールラウンド（食事観察）を受けましたか		
1 はい		2 いいえ
6. 直近1年間で、嚥下内視鏡検査を受けましたか		
1 はい		2 いいえ

## VII 口腔の健康状態の評価

項目	評価	評価基準
1. 開口	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	上下の前歯の間に指2本分（縦）入る程度まで口があかない場合（開口量3cm以下）には「できない」とする。
2. 歯の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歯の表面や歯と歯の間に白や黄色の汚れ等がある場合には「あり」とする。
3. 舌の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	舌の表面に白や黄色、茶、黒色の汚れなどがある場合には「あり」とする。
4. 歯肉の腫れ、出血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歯肉が腫れている場合（反対側の同じ部分の歯肉との比較や周囲との比較）や歯磨きや口腔ケアの際に出血する場合は「あり」とする。
5. 左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	本人にしっかりかみしめられないとの認識がある場合または義歯をいれても奥歯がない部分がある場合は「できない」とする。
6. むせ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	平時や食事時にむせがある場合や明らかな「むせ」はなくても、食後の痰がらみ、声の変化、息が荒くなるなどがある場合は「あり」とする。
7. ブクブクうがい※1	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	歯磨き後のうがいの際に口に水をためておけない場合や頬を膨らませられない場合や、膨らました頬を左右に動かさない場合は「できない」とする。
8. 食物のため込み、残留※2	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	食事の際に口の中に食物を飲み込まずためてしまう場合や飲み込んだ後に口を開けると食物が一部残っている場合は「あり」とする。
その他	(自由記載)	

※1 現在、歯磨き後のうがいをしている場合に限り確認する。（誤嚥のリスクも鑑みて、改めて実施頂く事項ではないため空欄可）

※2 食事の観察が可能な場合は確認する。（改めて実施頂く事項ではないため空欄可）

## VIII リハビリテーションについて

1. リハビリテーションに口腔リハビリテーションや摂食嚥下のリハビリテーションが含まれていますか			
1 含まれる		2 含まれない	
(「1 含まれる」場合、下記の問いにもご回答ください)			
2. 口腔リハビリテーションの内容を教えてください。(複数回答)			
1 歯磨き指導	2 義歯(入れ歯)の洗浄・管理	3 舌や頬のマッサージ	
4 口腔内保湿(ジェルやスプレー)	5 口腔体操(あいうべ体操、パタカラ体操等)	6 唾液腺マッサージ	
7 口腔リハビリテーションは行っていない	8 その他( )		
3. 口腔リハビリテーションの実施頻度と1回あたりの実施時間はどれくらいですか			
1 毎日	2 1週間に4~6回	3 1週間に2~3回	4 1週間に1回
5 1か月に数回	6 ほとんどない	実施時間 ( ) 分	
4. 摂食嚥下のリハビリテーションの内容を教えてください。(複数回答)			
1 飲み込み(嚥下)訓練	2 咀嚼訓練	3 食事前の口腔体操・嚥下体操	
4 食事中の姿勢調整・介助	5 食形態(きざみ食・とろみ等)の調整	6 誤嚥・ムセ予防の工夫	
7 摂食嚥下リハビリテーションは行っていない	8 その他( )		
5. 摂食嚥下リハビリテーションの実施頻度と1回あたりの実施時間はどれくらいですか			
1 毎日	2 1週間に4~6回	3 1週間に2~3回	4 1週間に1回
5 1か月に数回	6 ほとんどない	実施時間 ( ) 分	

施設の方にご記入いただく項目は、ここまでです。

# 口腔検査票

このページから後ろは調査員が記入します。

## I 口腔の症状について

1. 口や口のまわりのことで気になることはありますか（回答があったものすべてに☑を入れる）			
<input type="checkbox"/>	気になることはない		
<input type="checkbox"/>	乾き	<input type="checkbox"/>	味覚
<input type="checkbox"/>	飲み込み	<input type="checkbox"/>	飲み込み
<input type="checkbox"/>	歯の痛み	<input type="checkbox"/>	歯肉の痛み
<input type="checkbox"/>	義歯の痛み	<input type="checkbox"/>	舌の痛み
<input type="checkbox"/>	その他の痛み（ ）		
<input type="checkbox"/>	その他（ ）		
<input type="checkbox"/>	回答不可		
2. 半年前と比べて固いものが食べにくくなりましたか			
<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
<input type="checkbox"/>	回答なし		
3. お茶や汁物等でむせることがありますか			
<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
<input type="checkbox"/>	回答なし		
4. 口の渇きが気になりますか			
<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
<input type="checkbox"/>	回答なし		

## II 口腔機能の評価

1.	オーラルディアドコキネシス「タ」	(回/秒)	測定不可
2.	反復唾液嚥下テスト	不可	拒否
		1回目： 秒 / 30秒での回数： 回	
3.	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 2 頬粘膜	1回目：	2回目：
		3回目：	
	不可	拒否	
4.	口腔機能モニター Oramo-bf（オラモ）		
	(N)	測定不可	

### Ⅲ 口腔内診査

#### 1. 協力度

十分に協力が得られる 協力が得られる 協力が得られない（補助必要） 診査不可

#### 2. 歯の状況（：歯式確認不可）

歯式		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
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	

健全歯（/）、処置歯（○）  
う蝕歯（C）、欠損歯（×）、  
義歯（D）、ポンティック（Po）  
残根（C4）※Dとの併記可能、  
インプラント（Imp）

#### 咬合状態

- 1：現在歯—現在歯
- 2：現在歯—義歯
- 3：義歯—義歯
- 4：咬合なし

※現在歯には健全歯、処置歯に加えてPoとImpを含む

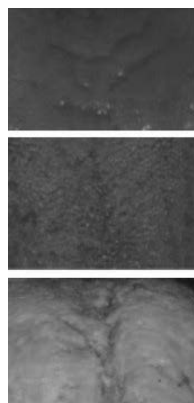
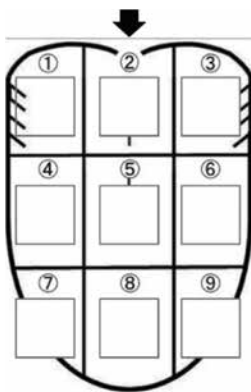
#### 3. 清掃状態、歯肉の状態（：実施不可）

1) 清掃状態 良好 普通 不良

2) 歯肉の状態 問題なし 腫れている（軽度、中等度、重度）

3) 歯石の付着 問題なし 付着あり（軽度（点状）、中等度（帯状）以上）

#### 4. 舌苔付着状況（TCI）（：実施不可）



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

#### 5. 歯科治療受診必要性（：判定不可）

1 なし

2 あり（下記の1）～4）のあてはまる項目にすべてに☑をつけてください。）

1) う蝕関連（歯痛を伴うう蝕、歯冠鋭縁、充填物・補綴物脱離、破折歯）

2) 歯周炎（急性炎症、排膿、膿瘍、出血、著しい歯石沈着、動揺歯、口臭）

3) 義歯（床やクラスプ等の破損、維持不良、鉤歯脱落、義歯性口内炎、義歯紛失）

4) その他（ ）

## 実測調査票

（令和7年度 施設入所支援）

実測調査年月日：西暦 年 月 日

受付番号		氏名	様	年齢	歳	性別	男・女
------	--	----	---	----	---	----	-----

## I 基本情報（各項目について、記入または数字に○をつけてください。）

1.	障害支援区分	1 区分1	2 区分2	3 区分3	4 区分4	5 区分5	6 区分6
2.	障害の分類 （複数回答）	1 知的障害	2 身体障害	3 精神障害	4 その他 （ ）		
3.	入所歴	（ ）年（ ）か月					
4.	既往歴						
5.	直近1年間での 入院の有無	1 なし	2 あり（理由： ）				
6.	身長・体重	1) 身長（ cm）			2) 体重（ kg）		

## II サービス加算の算定状況（各項目について、もっともあてはまる数字を1つ選んで○をつけてください。）

1.	口腔衛生管理体制加算	1 算定中	2 算定対象ではあるが実施できていない	3 算定対象ではない
2.	口腔衛生管理加算	1 算定中	2 算定対象ではあるが実施できていない	3 算定対象ではない
3.	栄養マネジメント加算	1 算定中	2 算定対象ではあるが実施できていない	3 算定対象ではない
4.	経口移行加算	1 算定中	2 算定対象ではあるが実施できていない	3 算定対象ではない
5.	経口維持加算（Ⅰ）	1 算定中	2 算定対象ではあるが実施できていない	3 算定対象ではない
6.	経口維持加算（Ⅱ）	1 算定中	2 算定対象ではあるが実施できていない	3 算定対象ではない
7.	療養食加算	1 算定中	2 算定対象ではあるが実施できていない	3 算定対象ではない

## III 口腔健康管理について（各項目について記入または数字に○をつけてください。）

1. 普段、対象者の方は義歯をどのように使用していますか					
1 常時使用 （就寝時を除く）	2 食事中のみ	3 義歯を所持している が、使用していない	4 義歯を所持していない （義歯経験のない方も含む）		
2. 普段のお口のセルフケアについて					
1 すべて本人のみで実施している		2 職員がセッティングのみ行う			
3 職員が一部サポートしながら本人も行う		4 職員による全面的な介助が必要			
5 職員による口腔ケアが困難					
3.（上記の回答が2～4の場合、ご回答ください） 1回の口腔ケア（歯みがき・義歯清掃・口腔内の拭き取り等）について、職員が関わる介入頻度と、1回あたりの平均的な所要時間を教えてください。準備や片付け、説明・誘導なども含みます。					
1) 頻度	1 1日3回	2 1日1回	3 1週に2、3回	4 1週に1回	5 その他 （ ）
2) 時間	1 1分未満	2 1～3分	3 4～6分	4 7～10分	5 11分以上 （ 分）
4. 対象者の方の口腔健康管理において、気になることや困っていることがあればご記載ください。					



4. 過去3ヶ月間で食欲不振、消化器系の問題、咀嚼・嚥下困難などで食事が減少しましたか		
1 著しい食事量の減少	2 中等度の食事量の減少	3 食事量の減少なし
5. 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		
1 はい	2 いいえ	
6. この1週間で、配膳された食事のうちどの程度を実際に摂取できましたか		
1 ほとんど残している	2 半分くらい残している	3 ほとんど食べている
4 全部食べている	5 経口摂取していない	
7. 1回の食事介助に要する時間を教えてください。複数名を同時に対応している場合は、人数を記載してください。（例：1人の職員の方が60分間で4名の対応→60分、4名を記入）		
1 食事介助を要しない	2 ( ) 分) 要する。複数名の場合 ( ) 人)	
8. 過去の体重について		
① 1ヶ月前の体重	1 わからない	2 わかる ( ) kg)
② 3ヶ月前の体重	1 わからない	2 わかる ( ) kg)
③ 6ヶ月前の体重	1 わからない	2 わかる ( ) kg)
④ 体重の減少や増加の原因が分かれば記載してください。		
9. 下腿周囲長	1 測定値 ( ) cm	2 測定不可
10. 栄養量 記載例：エネルギー(22.0)kcal/kg	1) 摂取栄養量：エネルギー ( ) kcal/kg たんぱく質 ( ) g/kg	
	2) 提供栄養量：エネルギー ( ) kcal/kg たんぱく質 ( ) g/kg	
	3) 必要栄養量：エネルギー ( ) kcal/kg たんぱく質 ( ) g/kg	
11. GLIM基準について（医療機関から情報提供がある場合、または判断できる場合）		
1 わからない	2 わかる (1 中等度低栄養 ・ 2 重度低栄養)	
3 低栄養と診断できない		

VI ADL (Barthel Index) (もっともあてはまる数字を1つ選んで○をつけてください。)

1.	食事	3 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
		2 部分介助 (おかずを切って細かくしてもらう等)
		1 全介助
2.	移乗	4 自立、車椅子のブレーキ、フットレストの操作も含む (歩行自立も含む)
		3 軽度の部分介助または監視を要する
		2 座ることは可能であるがほぼ全介助
		1 全介助または不可能
3.	整容	2 自立 (洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り)
		1 部分介助または不可能
4.	トイレ動作	3 自立 (衣服の着脱、ポータブル便器などの管理も含む)
		2 部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する
		1 全介助または不可能
5.	入浴	2 自立
		1 部分介助または不可能
6.	歩行 (現在の状態で45m移動すると想定して評価)	4 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
		3 45m以上の介助歩行可能 (歩行器の使用を含む)
		2 歩行不能の場合、車椅子にて45m以上の自立操作可能
		1 上記以外
7.	階段昇降 (現在の状態で階段を使うと想定して評価)	3 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
		2 介助または監視を要する
		1 不能
8.	着替え	3 自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む
		2 部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える
		1 上記以外
9.	排便コントロール	3 失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能
		2 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
		1 上記以外 (しばしば失禁～常に失禁)
10.	排尿コントロール	3 失禁なし、収尿器の取り扱いも可能
		2 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
		1 上記以外 (しばしば失禁～常に失禁)

施設の方にご記入いただく項目は、ここまでです。





## 老人保健健康増進等事業 転帰調査

一般社団法人日本老年歯科医学会

施設名： \_\_\_\_\_

受付番号： \_\_\_\_\_

記載年月日：西暦 20 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

過去に調査に参加された後、退所された方についてお知らせください。

1. 退所日	西暦(20____)年 ( )月 ( )日
2. 退所理由	1. 自宅へ(親族の家も含めて) 2. 他施設等へ ⇒ 質問3へ 3. 入院 ⇒ 質問4へ 4. 死亡退所⇒ 質問5へ 5. 不明 6. その他(理由: _____)
3. 移動先施設等	1. 有料老人ホーム 2. サービス付き高齢者向け住宅 3. グループホーム 4. 介護老人保健施設(老健) 5. 特別養護老人ホーム(特養) 6. その他( _____)
4. 入院理由	※ <u>当てはまるものすべてに○をつけてください。</u> 1. 肺炎を強く疑う状態であったため 2. 脳卒中を強く疑う状態であったため 3. 心臓の疾患(心不全・心筋梗塞等)を強く疑う状態であったため 4. 骨折を強く疑う状態であったため 5. 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 6. 異物誤飲・誤嚥を強く疑う状態であったため 7. 尿路感染症を強く疑う状態であったため 8. 原因が特定できない発熱の治療のため 9. 脱水・低栄養(食事困難に伴うものを含む)の治療のため 10. 看取り期の対応が必要であったため 11. その他の疾患の治療のため (疾患名: _____) 12. 不明
5. 死亡理由	※ <u>ひとつだけ○をつけてください。</u> 1. 老衰 2. 心不全 3. 肺炎 4. 誤嚥性肺炎 5. がん 6. 脳卒中 7. 呼吸不全 8. 腎不全 9. 不明 10. その他( _____)

病院様式12

(病院長→研究責任者)

研究番号

指023-0265

西暦 2025年10月10日

## 生命科学・医学系研究に関する決定通知書

研究責任者

高齢者歯科学教室

渡邊 裕 殿

北海道大学病院長

(公印省略)

西暦 2025年10月03日付で許可申請/報告のあった下記の生命科学・医学系研究について、  
以下のとおり決定しましたので通知いたします。

介入を行う研究においては、jRCT又はUMIN-CTRへ登録した内容を研究計画書の変更及び研究の進捗に応じて更新すること。介入を行わない研究についてもjRCT又はUMIN-CTRへの登録及び更新に努めること。

## 記

データベース登録番号 (jRCT又はUMIN-CTR)	
研究課題名	介護保険施設・障がい者施設における歯科専門職による口腔管理に関する調査
決定内容	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 許可 <input type="checkbox"/> 2. 不許可 <input type="checkbox"/> 3. その他 ( )
備考 (上記2、3の場合、その理由)	

介護保険施設・特定施設等における

# 口腔衛生管理マニュアル

— 歯科医療機関と介護職員の共通理解のために —



令和7年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）

介護保険施設等における協力歯科医療機関及び口腔衛生の管理に係る調査研究事業

一般社団法人日本老年歯科医学会

監修・編者・執筆者一覧（敬称略）

【監修】

一般社団法人 日本老年歯科医学会

【編者】

水谷 慎介 九州大学大学院歯学研究院附属OBT研究センター 准教授

【執筆者（五十音順）】

釘宮 嘉浩 国立長寿医療研究センター歯科口腔外科部 歯科口腔外科医師

佐藤 美寿々 北海道大学大学院歯学研究院予防歯科学教室 助教

増田 絵美奈 日本歯科医師会 日本歯科総合研究機構 研究員

三浦 和仁 北海道大学大学院歯学研究院高齢者歯科学教室 助教

水谷 慎介 九州大学大学院歯学研究院附属OBT研究センター 准教授

# 介護保険施設等における協力歯科医療機関及び 口腔衛生の管理に係る調査研究事業

## 研究調査組織

### 【事業受託者】

一般社団法人 日本老年歯科医学会 理事長 **平野 浩彦**

### 【事業担当者】

**秋野 憲一** 札幌市保健福祉局ウエルネス推進部  
**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  
**岩佐 康行** 原土井病院 副院長、歯科部長、摂食・栄養支援部長  
**岩崎 正則** 北海道大学大学院歯学研究院予防歯科学教室 教授  
**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  
**岡田 芳幸** 広島大学病院障害者歯科 教授  
**小原 由紀** 宮城高等歯科衛生士学院 教務主任  
**加賀谷 斉** 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター、副院長、リハビリテーション科部長  
**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  
**釘宮 嘉浩** 国立長寿医療研究センター歯科口腔外科部 歯科口腔外科医師  
**小玉 剛** 社会歯科学会 理事長  
**齋藤 薫** れいんぼう川崎診療所 所長  
**佐藤 美寿々** 北海道大学大学院歯学研究院予防歯科学教室 助教  
**菅野 亜紀** 東京歯科大学短期大学歯科衛生学科 教授  
**鷺見 よしみ** 医療法人聖人会 理事、施設長  
**田中 志子** 医療法人大誠会 理事長  
**恒石 美登里** 日本歯科医師会 日本歯科総合研究機構 主任研究員  
**野村 圭介** 日本歯科医師会 常務理事  
**増田 絵美奈** 日本歯科医師会 日本歯科総合研究機構 研究員  
**三浦 和仁** 北海道大学大学院歯学研究院高齢者歯科学教室 助教(幹事兼任)  
**水谷 慎介** 九州大学大学院歯学研究院附属OBT研究センター 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  
**吉田 光由** 藤田医科大学医学部歯科・口腔外科学講座 教授  
**渡邊 賢礼** 昭和医科大学歯学部口腔衛生学講座 准教授  
**渡邊 裕** 北海道大学大学院歯学研究院高齢者歯科学教室 教授  
**渡部 芳彦** 東北福祉大学健康科学部 教授  
**渡邊 理沙** 公益社団法人 日本歯科衛生士会 理事

### 【経理担当者】

**櫻本 稔** 一般財団法人 口腔保健協会

**吉本 佳代** 一般財団法人 口腔保健協会

### 【研究協力者】

**稲本 香織** 北海道大学大学院歯学研究院高齢者歯科学教室 医員  
**阿部 美也子** 北海道大学大学院歯学研究院高齢者歯科学教室 大学院生  
**早瀬 正生** 北海道大学大学院歯学研究院高齢者歯科学教室 大学院生  
**藤井 望加** 北海道大学大学院歯学研究院高齢者歯科学教室 大学院生  
**大田 真梨子** 北海道大学大学院歯学研究院高齢者歯科学教室 大学院生  
**齋藤 光紀** 北海道大学病院予防歯科 研修歯科医  
**中村 由紀** 新潟大学大学院医歯学総合研究科小児歯科学分野 准教授  
**葎原 明弘** 新潟大学医歯学総合研究科 口腔保健学分野 教授  
**宮本 茜** 新潟大学医歯学総合研究科 口腔保健学分野 研究員  
**鰐原 賀子** 日本歯科大学口腔リハビリテーション科 助教  
**中川 量晴** 東京科学大学大学院医歯学総合研究科摂食嚥下リハビリテーション学分野 准教授  
**吉見 佳那子** 東京科学大学大学院医歯学総合研究科摂食嚥下リハビリテーション学分野 助教  
**貴島 真佐子** 大阪歯科大学医療保健学部 講師  
**藤原 晶子** 九州大学大学院歯学府高齢者歯科学・全身管理歯科学分野 大学院生  
**久岡 白石** 九州大学大学院歯学府高齢者歯科学・全身管理歯科学分野 大学院生  
**松添 さおり** 九州大学病院高齢者歯科・全身管理歯科 医員

# 目次 I

## I 章 介護保険施設等における口腔衛生管理体制

- 1 介護保険施設における口腔衛生管理の強化【歯科医療機関・介護職員向け】…………… 8
- 2 介護保険施設における必要な対応【介護職員向け】…………… 12
  - 1) 施設入所時の口腔の健康状態の評価のポイント
  - 2) 定期的な口腔の健康状態の評価のポイント
  - 3) 日常的な口腔管理のポイント
  - 4) 歯科医療機関との連携のポイント、文書の取り決め等
- 3 歯科医療機関における必要な対応【歯科医療機関向け】…………… 18
  - 1) 施設入所時の口腔の健康状態の評価のポイント
  - 2) 定期的な口腔の健康状態の評価のポイント
  - 3) 技術的助言・指導(年2回以上)のポイント
  - 4) コラム

## II 章 特定施設における口腔衛生管理体制

- 1 特定施設入居者生活介護における口腔衛生管理の強化【歯科医療機関・介護職員向け】… 25
- 2 特定施設における必要な対応【歯科医療機関・介護職員向け】…………… 26
  - 1) 介護保険施設との違い

## III 章 リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の一体的実施について

- 1 リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の一体的実施による自立支援と重度化予防【歯科医療機関・介護職員向け】…………… 27
  - 1) 栄養と口腔の連携：エネルギーの入り口を守る
  - 2) 口腔とリハビリテーションの連携：機能維持とリスク管理
  - 3) 多職種連携による評価と意思決定のプロセス

## IV 章 協力歯科医療機関に求められる役割

- 1 介護保険施設における「協力歯科機関」とは【歯科医療機関向け】…………… 30
  - 1) 施設全体の口腔衛生管理体制への助言と指導
  - 2) 入所者個人に対する専門的な歯科的対応
  - 3) 多職種連携と食支援(ミールラウンド)
  - 4) 情報提供と相談窓口

## V 章 介護保険施設および特定施設における口腔管理体制の構築事例

- 1 口腔管理体制の構築を行っている介護保険施設および特定施設の事例【歯科医療機関・介護職員向け】…………… 32
  - 1) 口腔清掃の用具の整備、清潔管理
  - 2) 介護職員の口腔内評価や清掃に対する知識・技術の習得
  - 3) 食事や口腔清掃における環境整備

## VI 章 参考資料

- 1 介護保険施設および特定施設における介護報酬および診療報酬について【歯科医療機関・介護職員向け】…………… 37
  - 1) 施設が算定できる項目
  - 2) 歯科医療機関が算定できる介護報酬および診療報酬
- 2 計画書等の書式【歯科医療機関・介護職員向け】…………… 45

## はじめに |

わが国では高齢化が一段と進み、介護保険施設・特定施設等における入所者の健康課題は多様化しています。その中でも、口腔衛生の管理や口腔機能の維持は、誤嚥性肺炎や低栄養の予防、さらには生活の質の向上に深く関わる重要な要素です。日常の口腔ケアはご本人や介護職員が中心となって担う一方で、専門的なアセスメントや技術的助言には歯科専門職の関与が不可欠です。

令和6年度の介護報酬改定では、介護保険施設における基本サービスとしての口腔衛生管理の経過措置期間が終了し、口腔衛生の管理の実施が義務化されました。また、特定施設においても介護保険施設と同様に、口腔衛生の管理が基本サービスとして位置づけられ、3年間の経過措置を経て義務化されることとなりました。これに伴い、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対して年2回以上の技術的助言・指導を行い、その内容を踏まえて口腔衛生の管理体制に関する計画を策定することが求められています。

しかし、日本老年歯科医学会がこれまでにやってきた調査からは、口腔衛生管理の重要性は理解されつつも、「具体的にどのように連携すればよいのか分からない」という声が多いことが明らかになっています。本マニュアルは、このような課題を踏まえ、施設と歯科医療機関が円滑に協働し、質の高い口腔衛生管理を実践するための指針として作成したものです。

本マニュアルは、入居者・利用者の皆様により質の高い口腔衛生管理を提供するため、主に以下の目的で作成しています。

**歯科医療機関向け**：介護保険制度における施設側の加算要件や、連携によって担うべき具体的な役割を正確に理解すること。

**介護職員向け**：日常的な口腔ケアの質の向上、専門的な評価の意義、多職種連携における歯科専門職（歯科医師、歯科衛生士）との協働の具体的手順を理解すること。

本マニュアルが、施設と歯科医療機関との連携体制の強化に寄与し、入居者・利用者の「食べる楽しみ」と「健やかな生活」の実現につながることを心より願っております。

2026年3月

一般社団法人日本老年歯科医学会

特任委員会（介護保険施設等における協力歯科医療機関及び口腔衛生の管理に係る調査研究事業）

委員一同

## 1章 介護保険施設等における口腔衛生管理体制

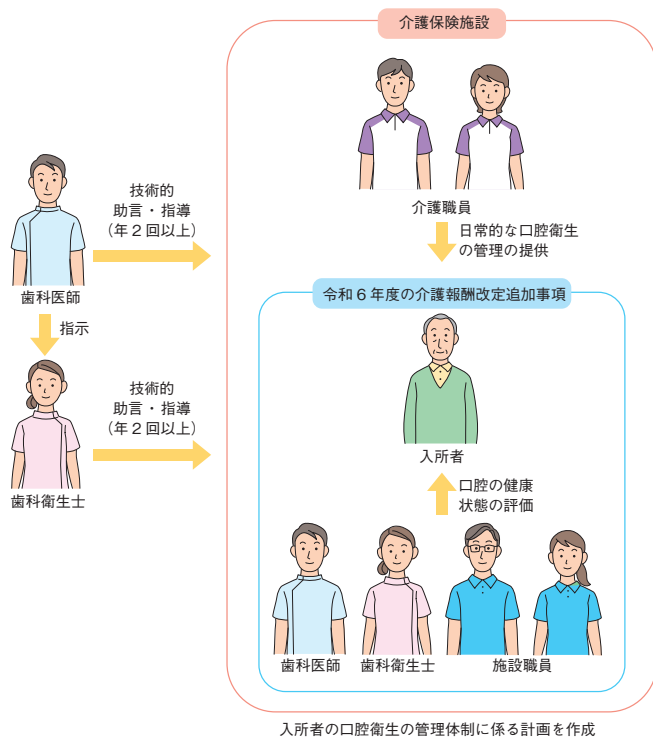
# 1 介護保険施設における口腔衛生管理の強化

## 【歯科医療機関・介護職員向け】

令和3年度の介護報酬改定において、これまで介護保険施設では加算として評価していた口腔衛生の管理体制の整備が、運営基準における「口腔衛生の管理」として位置づけられ、基本サービスとして全面的に義務化されました。すなわち、すべての介護保険施設において「口腔衛生の管理」を実施することが求められています。

具体的には、「口腔衛生の管理」において、歯科医師または歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対して口腔衛生管理に関する技術的助言および指導を、年2回以上実施することとされています。その上で、介護保険施設は、これらの技術的助言および指導に基づき、「口腔衛生の管理体制に係る計画書」を作成します。当該計画書は、施設入所者全体を対象とした口腔衛生管理体制における実施目標等を定めるものとなります（VI章 参考資料、別紙様式6-1）。

さらに、令和6年度の介護報酬改定からは、施設の従業者、または歯科医師もしくは歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、利用者の入所時および入所後の定期的（月に1回程度）な口腔衛生状態および口腔機能の評価を実施することも義務化されました。厚生労働省は、この評価に関する参考様式をホームページ上で公開しています（VI章 参考資料、別紙様式3）。なお、入所者の施設入所時、月に1回程度の口腔の健康状態の評価は、「口腔の健康状態の評価及び情報共有書」（VI章 参考資料、別紙様式6-3）を参考にします。



入所者の口腔衛生の管理体制に係る計画を作成

図 介護保険施設における口腔衛生管理の強化

## ポイント

- 歯科訪問診療料が算定される日において、介護職員への技術的助言や指導を行う場合、それは歯科訪問診療または訪問歯科衛生指導の実施時間帯とは別の時間帯に行う必要があります。
- 施設に対して計画に関する技術的助言・指導、または口腔の健康状態の評価を行う歯科医師等においては、実施事項や内容を文書等で取り決めておく必要があります。
- 施設に対して計画に関する技術的助言・指導を行う歯科医師または歯科衛生士は、協力歯科医療機関の歯科医師等でなくても実施可能です。
- 計画に係る技術的助言・指導や口腔の健康状態の評価を行う歯科医師または歯科衛生士は、実施事項等を施設と文書等で取り決めておくことが必要です。
- 口腔衛生管理体制に対する共有、周知方法等については、V章に介護保険施設や特定施設における事例を紹介していますので参考にしてください。
- 施設の状況を考慮し、介護職員の理解促進に適切であると判断される場合は、技術的助言や指導について、情報通信機器（オンライン等）を用いて実施しても差し支えありません。
- 歯科訪問診療、訪問歯科衛生指導、または口腔衛生管理加算等により口腔管理を実施している場合は、その実施をもってその入所者における月1回の「口腔の健康状態の評価」に代えることができます。
- 「口腔の健康状態の評価」については、「入院（所）中及び在宅等における療養中の患者に対する口腔の健康状態の評価に関する基本的な考え方」（令和6年3月 日本歯科医学会）(<https://www.jads.jp/assets/pdf/basic/r06/document-240325.pdf>)を参考にしてください。



## 奥歯の咬合支持と低栄養との関連 —要介護高齢者を対象とした研究結果—

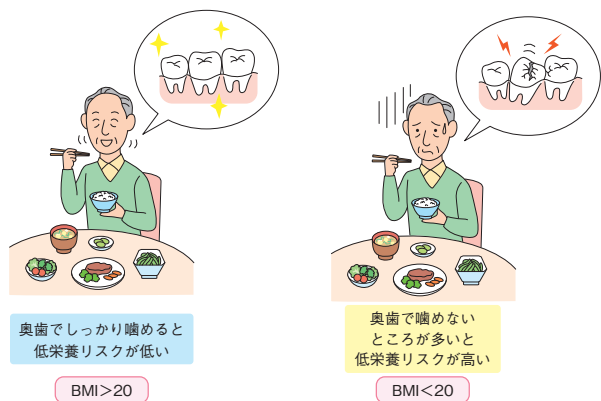
日本の介護保険施設に入所する要介護高齢者893名を対象に、奥歯の咬合支持（左右の小臼歯部・大臼歯部の噛み合わせの有無）と栄養状態との関連を検討しました。

その結果、BMI 20未満の低栄養リスク群では、BMI 20以上の群と比較して、奥歯で噛めている部位数が有意に少ないことが明らかになりました。すなわち、奥歯の咬合支持が少ないと、低栄養状態にある可能性が高いことが示されました。

この結果から、要介護高齢者において奥歯による咀嚼機能の低下が、食量や食形態の制限につながり、低栄養を助長している可能性が示唆されます。

したがって、要介護高齢者の低栄養対策においては、体重や食事量の管理だけでなく、歯の保存、義歯の適切な作製・調整、定期的な口腔評価などを通じて咬合支持を維持する視点が重要です。多職種が連携し、「奥歯で噛める口腔環境」を整えることが、低栄養予防の基盤になると考えられます。

(Takahashi K., et al. *Nutrients*. 17(4):630, 2025)



## 2 介護保険施設における必要な対応

【介護職員向け】

### 1) 施設入所時の口腔の健康状態の評価のポイント

口腔は、食べ物をかむ・飲み込むといった消化器官としての役割だけでなく、味や温度を感じて「食べる楽しみ」を得ることや、発音や表情を通じて人と関わることなど、生活に欠かせない重要な役割を担っています。そのため、口腔の健康状態を定期的に評価することはとても重要です。そして、日々の口腔ケアにより口腔内を清潔に保ち、口腔本来の感覚や機能を維持・回復することは、入所者の生活の質（QOL）の向上につながります。

施設入所時における口腔の健康状態の評価は特に重要です。歯科医院に定期的に通院していた方であっても、病気や入院などを契機に通院が中断し、口腔の健康状態が悪化している可能性があります。そのため、入所時に適切な評価を行い、問題が認められた場合には歯科医療従事者と連携することで、口腔の健康状態の早期改善が期待されます。

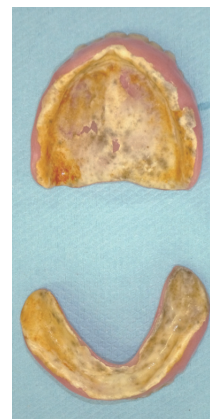


図 義歯(入れ歯)の修理中に歯科治療が中断してしまった例  
本来は白色のやわらかいクッション材であったが、長期の  
歯科医療中断により劣化してしまった義歯。

介護保険施設では、歯科医師や歯科衛生士だけでなく、施設の職員が、入所者の施設入所時や入所後の定期的な評価（月1回程度）として、口腔の健康状態の評価を担当することがあります（下図）。



口腔内観察を行う際のポイントとして、以下の点が挙げられます。

- ① 口腔内を観察する際は、入所者と同じ、またはやや低い視線の高さから行うようにします。
- ② 口腔内は狭く暗くなりやすいため、ペンライトなどを使用して十分に明るく照らします。
- ③ 義歯（入れ歯）を使用している場合は、義歯を装着した状態と外した状態の両方を観察します。



図 口腔内を観察するときの姿勢

入所者の協力度が低い場合には、観察者自身の目を保護するために、ゴーグルの使用が望まれます。

自分で口を開けることができない、または開けた状態を保てない場合には、唇の端から指をやさしく入れ、頬の内側をマッサージするように、ゆっくりと動かします。

※唇や口腔内が乾燥している場合、痛みを感じることがあります。口腔保湿剤や少量の水で指を湿らせてから触れるようにしてください。

口腔の評価は、慣れていない場合には難しく感じる場合があります。また、入所者の協力度によっては、評価がさらに困難となることもあります。初めて評価を行う場合や、対応が難しい入所者の評価を行う際には、歯科医師や歯科衛生士から助言を受けることが望まれます。

「口腔の健康状態の評価」の具体的な評価方法や、口腔ケアの基礎知識や口腔ケアの実践法については、「介護保険施設等における口腔衛生管理の評価と実践」（日本老年歯科医学会、令和5年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 介護保険施設における歯科専門職による口腔管理に関する調査研究事業）というマニュアルを公開していますので、ご参照ください。

[https://kokuho.hg.temporarydomain.net/gerodontology/about/file/plan/2023\\_enhancement\\_business\\_text.pdf](https://kokuho.hg.temporarydomain.net/gerodontology/about/file/plan/2023_enhancement_business_text.pdf)



## 2) 定期的な口腔の健康状態の評価のポイント

介護保険施設に入所中の高齢者の口腔内の状態は、本人の体調等の影響を受けやすく、日々変化する可能性があります。そのため、一度の評価で安心するのではなく、定期的に口腔の健康状態の評価を行うことが重要です。評価にあたっては、前回の評価結果を参考にしつつも、先入観にとらわれずにその日の状況を客観的に観察することが大切です。

同じ職員が継続して観察することには経時的な変化を把握しやすいという利点があります。その一方で、観察のマンネリ化を防ぐために、別の職員による「セカンドアイ」を取り入れることも有効です。異なる視点加わることで、見落とされていた新たな課題が浮き彫りになることもあります。単独の視点に固執せず、多角的な評価体制を構築することが、入所者の口腔健康を守る質の高いケアへとつながります。

具体的な評価ポイントとして、まずは口腔衛生状態を確認します。強い口臭、歯面に付着した多量のプラーク、舌の表面を覆う白濁した汚れ（舌苔）など、視覚や嗅覚で捉えられる「不衛生のサイン」を見逃さないでください。次に口腔機能の側面です。食事でのむせ込みが増えていないか、咀嚼が不十分で食べこぼしが目立たないか、また口の中が乾燥して話しにくそうにしているかを確認します。最後に、歯や口腔内の病気や義歯（入れ歯）のトラブルです。歯の痛みによる食欲不振や、義歯が不安定で外れやすくなっているかをチェックします。例えば、軽く開口しただけで上顎の義歯が落下する場合には、義歯の維持が低下している可能性があります（図）。



図 上下顎総義歯（総入れ歯）を使用している患者

痛みなく義歯（入れ歯）を入れられており、問題がなさそうに思えるが（左図）、義歯の内面が合わなくなっていたため、軽く開口しただけで上の義歯が落ちてくる（中央図）。義歯の内面を修理することで、大きく開口しても落ちなくなった（右図）。

これらは単なる汚れや加齢現象ではなく、誤嚥性肺炎、窒息、低栄養といった命に関わるリスクに直結する危険信号です。異常を察知した際は、速やかに歯科医療従事者へ情報をつなぎ、専門的な介入を仰いでください。

### 3) 日常的な口腔管理のポイント

入所者の口腔内を毎日詳細に観察することは、現実的に難しい場合も少なくありません。そのため、月1回程度の定期的な評価に加えて、日常的に実施できる口腔管理のポイントを押さえておくことが重要です。ここでは、日常ケアの中で特に意識していただきたい点を示します。

#### 1. 歯ブラシの管理と交換時期

歯ブラシは毎日使用するため、毛先が開いたまま使い続けると清掃効果が低下します。毛先が広がってきた場合や弾力が失われてきた場合には、原則として1か月を目安に交換しましょう。使用後は流水で十分に洗い、風通しのよい場所で乾燥させるとともに、共用にならないよう個別管理を徹底します。

義歯用ブラシは歯ブラシと比べて長期間使用されがちですが、こちらも月1回程度を目安に交換することが望まれます。ただし、残存歯数や義歯の大きさ、使用頻度などにより適切な交換時期は異なるため、入所者一人ひとりの状態に応じて調整して差し支えありません。

スポンジブラシは衛生管理の観点から、原則として1回使用ごとに交換（使い捨て）します。再使用は細菌繁殖やスポンジ部分の破損や脱落などの原因となるため推奨されません。



図 歯磨剤が多量についた歯ブラシ

「セルフケアが可能」とされていた入所者において、本人管理のもとで不適切な口腔清掃用具の保管状態がみられた例



図 繰り返し使用されたスポンジブラシ

スポンジ部に食残渣がからまり、不衛生である。

## 2. 義歯（入れ歯）の汚れに注意

義歯を外した際には、付着している汚れの状態にも着目してください。表面に食べ残しが多い場合には、舌や周囲筋の動きが低下しているなど、口腔機能の低下が疑われます。また、裏側に食べかすが多く付着している場合には、義歯が適合しておらず、隙間が生じている可能性も考えられます（図）。

義歯は見た目きれいでも、触れるとぬめりを感じることがあります。義歯ブラシによる清掃に加え、定期的に義歯洗浄剤を使用し、清潔な状態を保つことが重要です。また、義歯を保管するための義歯ケースの衛生管理も大切です。不適切な管理は、細菌や真菌（カンジダ等）の増殖、義歯の汚染の原因になります（図）。水またはぬるま湯でケースの内側・フタ・縁の部分まで丁寧に洗います。必要に応じて中性洗剤を使用します。そして、洗浄後は十分にすすぎ、十分に乾燥させてください。



図 内面に汚れがついた義歯

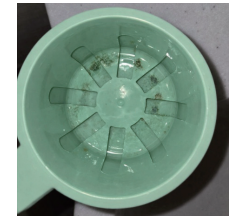


図 義歯ケースの底のカビ

## 3. 目標設定によるモチベーションの維持

毎日の口腔管理は継続が重要である一方、モチベーションの維持が難しい場合もあります。そのため、口腔衛生に関する目標を設定し、施設全体および入所者個人ごとの目標を明確にすることが有効です。目標は、数値や行動で評価できる具体的な内容としましょう。

#### 【施設全体の目標例】

- ・誤嚥性肺炎の発症率を年間〇%未満に抑える。
- ・全介護職員が正しい口腔ケア手順を習得し、清掃用具が適切に使用できているか等の習熟度チェックで〇点以上を達成する。

#### 【個人ごとの目標例】

- ・入所から〇週間以内に舌苔を減少させ、口腔内の不快感を軽減する。
- ・毎日〇回の歯磨きをサポートし、口臭を減少させる。

## 4. 口腔ケア体制づくりの工夫

口腔ケアのスキルアップのために定期的な勉強会や研修会、症例検討会の開催は重要なことです。また、口腔ケアを円滑に進めるために、口腔ケアリーダーを決める方法もあります。口腔ケアリーダーを設置し、施設職員への

OJTの実施、個別ケア計画の調整、歯科専門職との連絡窓口を担当することで、施設全体の口腔管理レベルの向上が期待されます。そのほか、口腔ケア用品の選定・管理なども口腔ケアリーダーの仕事です。

口腔衛生管理計画書の作成や評価基準の統一については施設職員の方だけでは難しいこともあります。必要に応じて歯科医師や歯科衛生士の指導を活用してください。

#### 4) 歯科医療機関との連携のポイント、文書の取り決め等

口腔衛生管理の技術的助言または指導、口腔の健康状態の評価を実施する歯科医師や歯科衛生士、協力歯科医療機関等の協力・連携可能な歯科医療機関や歯科医師・歯科衛生士を探すには、厚生労働省の提供する医療機関検索サイト「ナビイ」(<https://www.iryuu.teikyouseido.mhlw.go.jp/znk-web/juminkanja/S2300/initialize>)や、都道府県や市町村の窓口、歯科医師会が運営している在宅歯科医療連携室等の連携窓口等を活用し探すことが考えられます。

歯科医療機関と連携を行うにあたっては、あらかじめ一定の取り決めを行っておくことで、連携を円滑に進めることが可能となります。特に、「何を依頼したいのか」「どこまで対応してもらうのか」などについて、具体的に相談し、共通理解を形成しておくことが重要です。

これらの取り決めは、「指導実施規程」として位置づけることもできますし、覚書等の簡易な取り決めとして整理することも考えられますが、いずれの場合であっても、必ず文書化し、相互に内容を確認することが望まれます。また、これらの取り決めの存在については、口腔ケア・マネジメント計画書に記載しておきましょう。

さらに、歯科医療機関との連携窓口として、双方で担当者をあらかじめ定めておくことも重要です。あわせて、緊急時の対応方法についても、担当者、連絡手段、対応フロー等を明確にしておくことで、より安全かつ迅速な対応が可能となります。

口腔管理に関する契約書(例)は、下記サイトよりご確認いただけます(VI-2 計画書等の書式)。

[https://www.gerodontology.jp/about/file/plan/2024\\_enhancement\\_contract.pdf](https://www.gerodontology.jp/about/file/plan/2024_enhancement_contract.pdf)

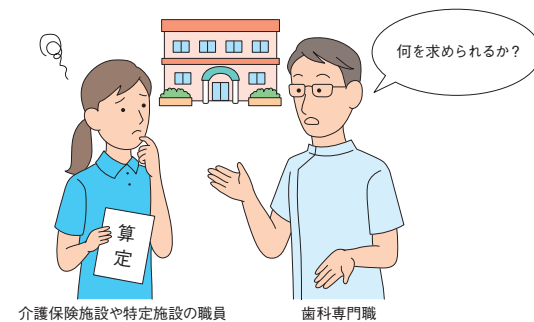
なお、本契約書は書式例であり、個別の契約事項等については責任を負いかねます。

## 3 歯科医療機関における必要な対応

【歯科医療機関向け】

歯科医療機関においては、介護保険制度の理解に苦労される方が少なくありません。一般に「老人ホーム」と呼ばれる施設には多様な種類があり、それぞれで求められる体制や算定できるサービスも異なります。歯科訪問診療に携わる歯科医師の先生方は、居宅療養管理指導料には精通されている一方で、施設側が担っている口腔関連サービスの内容や算定については、十分に情報共有されていない場合もあります。相互理解を深めることは、より円滑な連携体制の構築につながると考えられます。

そのため、介護保険施設や特定施設と連携する際には、まず施設側がどのような体制整備を求められ、どのような加算を算定しているのかを理解することが重要です。これにより、施設が抱えるニーズを正確に把握するとともに、歯科専門職として果たすべき役割をより明確にすることができます。



介護保険施設や特定施設の職員

歯科専門職

### 1) 施設入所時の口腔の健康状態の評価のポイント

施設入所時における歯科医師の評価は、単に歯科疾患の有無を確認するだけでなく、入所者の全身状態やADL(日常生活動作)、認知機能等を加味し「最期まで口から食べる」ためのポテンシャルを多角的に把握する重要なプロセスです。施設職員が行う日常的な評価の基準となる「ベースライン」を設定するという意味においても、歯科医師には専門的視点に基づく詳細な評価が求められます。

### 1. 歯科疾患と口腔粘膜の状態の精査

まず、残存歯のう蝕や歯周病の進行度、歯の動揺の有無を評価します。特に、重度の歯周疾患や残根状態にある

歯は口腔内感染源となるリスクが高いため、保存の可否について全身状態を踏まえ慎重に判断します。例えば、同程度の残根状態であっても、本人のセルフケア能力（清掃状況や口腔ケアの受け入れの可否等）によって、対応方針が異なる場合があります。

また、口腔カンジダ症、白板症や口腔がんなどの粘膜疾患を見逃さないよう舌縁部、口腔底、頬粘膜を含めた包括的な粘膜診査が不可欠です。これらの所見を評価項目に沿って明確化し、必要に応じて歯科治療計画を立案します。

## 2. 義歯の適合および管理能力の評価

入所前から使用している義歯が、現在の顎堤や粘膜の状態、咀嚼能力に適合しているかを評価します。クラスプの緩み、人工歯の摩耗、義歯床の不適合は、咀嚼効率の低下だけでなく、疼痛や粘膜潰瘍、不適切な咀嚼習慣の原因となります。特に、クラスプの鉤腕破断やレストシートの破折などは、入所者本人や施設職員では気づかれにくいいため、歯科医師による慎重な確認が必要です。あわせて、入所者本人および施設職員が義歯を適切に管理・清掃できるかという観点から、管理能力の評価も行います。必要に応じて、義歯への名前の刻印、保管方法の統一、清掃手順の明確化などを提案します。

## 3. 口腔機能や摂食嚥下機能の評価

う蝕や歯周病が認められなくても、口腔機能が低下している高齢者は少なくありません。そのため、歯科疾患の評価に加え、口腔機能評価は極めて重要です。口腔リハビリテーション開始前には、舌口唇運動、舌圧、咀嚼能力などの口腔機能検査を実施し、可能な限り客観的指標を把握しておくことで、本人および多職種にとって目標設定が行いやすくなります。

また、入所時の摂食嚥下機能評価は、適切な食形態や食事介助方法を決定する根拠となります。舌の運動性、口唇閉鎖力、咽頭残留の有無などの評価に加え、必要に応じて嚥下スクリーニングを実施します。

## 4. 施設職員との情報共有とケアプランへの反映

歯科医師による評価の最大の目的は、その結果を「日常ケア」に反映させることです。評価結果は専門用語のみで記載するのではなく、口腔内写真や図示を用いながら、注意すべき部位や清掃のポイントを施設職員に具体的に共有します。

さらに、管理栄養士と連携して低栄養リスクを共有したり、施設職員に対して誤嚥リスクの高い場面や食事介助時の留意点を伝えたりするなど、歯科医師が多職種連携のハブとして機能することが重要です。こうした情報共有を通じて、個別ケア計画に歯科の視点を反映させ、施設全体の口腔管理の質の向上につなげます。



図 歯科医療従事者による情報共有  
職員と一緒に観察することで、観察スキルの向上が期待できる。

## 2) 定期的な口腔の健康状態の評価のポイント

定期的な歯科医師による口腔の健康状態の評価は、入所時に設定したベースラインからの変化を把握し、口腔内トラブルの早期発見・重症化予防を図るとともに、口腔管理体制全体の質を維持・向上させるうえで極めて重要です。評価にあたっては、口腔内診査に先立ち、施設職員から全身状態や既往歴、服薬状況、食事形態、最近の体調変化等について十分に聞き取りを行うとともに、入所者本人および施設職員から、口腔に関するトラブルや困りごと（痛み、義歯の不具合、食べにくさ、口臭、出血など）がないかを確認することが重要です。

高齢者の口腔内環境は、全身状態の変化や生活環境の影響を受けやすく、短期間で大きく変化することも少なくありません。そのため、歯科医師には「治療の視点」だけでなく、「経時変化を評価する視点」および「現場情報を統合して判断する視点」も求められます。

### 1. 歯科疾患・口腔粘膜の経時変化の評価

定期評価では、う蝕や歯周疾患の新規発症・進行の有無、歯の動揺度の変化、歯肉の炎症や出血の有無などを確認し、入所時評価や前回評価との比較を行います。また、義歯性口内炎、口腔カンジダ症、褥瘡性潰瘍などの粘膜病変は、全身状態や清掃状況の変化により出現しやすいため、舌縁部、口腔底、頬粘膜を含めた粘膜観察を継続的に実施します。

小さな変化であっても記録として残し、施設職員と共有することが重要です。特に、可能な項目については客観的指標を用いて評価することが有効であり、数値化が困難な所見については、口腔内写真を撮影・保存するなどして、経時変化を把握しやすくしておくことが望まれます。

### 2. 義歯の適合状態および使用・管理状況の再評価

定期的に義歯の適合状態を確認し、顎堤吸収の進行、疼痛の有無、クラスプの緩みや破折、人工歯の摩耗などを評価します。あわせて咬合状態の評価も必ず行い、例えば臼歯部人工歯の摩耗により前歯部に早期接触が生じてい

ないかなど、歯科医師でなければ判断が難しい点についても確認します。

さらに、義歯そのものの状態だけでなく、「適切に使用・管理されているか」という視点も欠かせません。清掃不良の有無、紛失や取り違えのリスク、夜間装着の状況などを確認し、必要に応じて施設職員へ管理方法の再指導を行います。

### 3. 口腔機能・摂食嚥下機能の変化への対応

定期評価では、口腔機能の維持・低下の状況を把握することが重要です。舌・口唇運動、舌圧、咀嚼能力、口腔乾燥の程度などを評価し、入所時や前回評価との変化を確認します。

摂食嚥下機能については、むせの有無、食事形態の変化、食事場面での問題点など、施設職員からの情報も踏まえながら総合的に判断し、必要に応じて摂食嚥下評価や他専門職との連携を検討します。

### 4. 評価結果の共有とケアへのフィードバック

定期評価の意義は、「評価して終わり」ではなく、日常ケアの質の向上につなげることにあります。歯科医師は、評価結果を施設職員に分かりやすく伝え、清掃方法の修正点、重点観察部位、義歯管理上の注意点などを具体的に提示します。

また、栄養状態や誤嚥リスクに関する所見については、管理栄養士・看護職等と共有し、ケア計画の見直しに反映させます。定期的な歯科評価を、施設全体の口腔管理体制を点検・改善する機会として活用することが重要です。

### 3) 技術的助言・指導(年2回以上)のポイント

令和6年度に実施した介護保険施設向けのアンケート調査(回答施設数1,736施設)では、「最近実施された口腔衛生に係る技術的助言・指導で効果的だったこと」として、「口腔清掃にかかる知識・技術の習得の必要性」を挙げた施設が1,294施設(74.5%)と最も多く、次いで「入所者のリスクに応じた口腔清掃等の実施」が1,281施設(73.8%)と高い割合を占めていました。この結果から、歯科医師による技術的助言・指導には、単なる制度対応ではなく、「現場で実際に役立つ知識と技術の提供」と「リスクに応じた具体的対応の提示」が強く求められていることが示されています。

歯科医師等が年2回以上実施する技術的助言・指導は、施設の口腔管理体制全体の質を底上げする重要な機会であり、「評価」「環境整備」「人材育成」「連携体制構築」の視点から体系的に行うことが望まれます。

### 1. 実施前の準備・環境面の確認

助言・指導に先立ち、施設内で使用されている口腔清掃用具や管理体制の確認を行います。歯ブラシ・義歯ブラシ・スポンジブラシ・保湿剤等が適切に整備されているか、清潔に保管されているか、毛先が開いたまま使用されていないかなどを確認します。あわせて、個人管理が徹底されているか、交換時期の基準が共有されているかなど、

環境面・運用面の点検を行うことが重要です。

### 2. 施設職員の理解度把握と技術支援

次に、施設職員の口腔に関する知識・理解度を把握します。口腔健康状態の評価の視点、口腔清掃の目的、誤嚥性肺炎や低栄養との関連について理解できているかを確認したうえで、清掃方法(歯磨き、義歯清掃、舌清掃、保湿ケア等)について実技を交えながら指導を行います。

特に、介助が必要な入所者への対応については、「なぜその方法が必要なのか」を説明し、職員が根拠をもってケアを実践できるよう支援することが重要です。また、新規採用職員や外国人職員に対しては、より丁寧な意識の擦り合わせが必要です。口腔ケアの文化的な捉え方の違いや、専門用語の理解度に配慮し、図説入りのマニュアルや動画教材、翻訳アプリ等を活用して、誰が担当しても一定の口腔ケアの質が維持できる体制を構築します。歯科医師が直接「現場の苦労」に耳を傾け、職員の自信につながるような技術的裏付けを与えることが、施設全体の口腔健康管理能力の底上げに直結します。

### 3. リスクに応じた口腔管理の考え方の共有

すべての入所者に同一の口腔ケアを行うのではなく、誤嚥リスク、認知機能、セルフケア能力、全身疾患の有無などに応じた口腔管理の考え方を提示します。「どのような状態の入所者に、どの程度の清掃・観察・専門介入が必要か」を具体例とともに示すことで、施設職員が日常ケアの優先順位を判断しやすくなります。

### 4. 歯科受診が必要な場合の判断と対応の整理

技術的助言・指導では、「どのような状態になったら歯科受診が必要か」「その際に施設としてどのように対応するか」を明確にすることも重要です。急性の痛みや腫れだけでなく、数日で改善しない粘膜の赤み、食事量の急減、義歯の頻繁な脱落など、歯科受診を検討すべき具体的な徴候をリスト化して共有するとともに、異常を発見した際の報告ルートや、嘱託医・協力歯科医療機関への連絡手順が円滑に機能しているかを確認し、施設職員が迷わず歯科医療につなげられる体制を構築します。

歯科医師、歯科衛生士による技術的助言・指導は、単なる知識提供にとどまらず、「施設職員が自信をもって口腔管理を実践できる体制づくり」を目的として行うことが重要です。定期的な助言・指導を通じて施設全体の口腔管理レベルを底上げし、入所者の安全で快適な生活の支援につなげていくことが期待されます。

## 口腔清掃用具の交換・衛生管理チェックシート

口腔ケアの効果を維持し、誤嚥性肺炎などの感染リスクを防ぐため、用具の状態を定期的に確認しましょう。

### 1. 歯ブラシ・タフトブラシのチェック

【交換目安：1ヶ月に1回、または毛先が開いたら】

- 毛先の広がり：ヘッドの縁から毛先がはみ出していないか？
- 毛先の弾力：毛がへたってコシがなくなっていないか？
- 根元の汚れ：毛の根元に食べかすや汚れが溜まっていませんか？
- 衛生状態：毎日しっかり乾燥させていますか？

### 2. スポンジブラシのチェック

【交換目安：使い捨て（原則1回ごと）】

- 再利用の防止：洗って再利用していませんか？
- スポンジの脱落：スポンジが柄から外れそうになっていませんか？
- 乾燥状態：未使用のものは清潔な場所に保管されていますか？

### 3. 義歯（入れ歯）用ブラシのチェック

【交換目安：2～3ヶ月に1回、または汚れが目立ったら】

- ブラシの状態：毛が曲がったりすり減ったりしていませんか？
- ぬめり・変色：ブラシにぬめりや黒ずみが発生していませんか？

### 4. 保管環境のチェック

- 個別管理：入所者ごとのコップやケースに入れてありますか？
- 乾燥：密閉容器に入れっぱなしにせず乾燥させていますか？
- 名前の表記：名前が消えかかっているものはありますか？

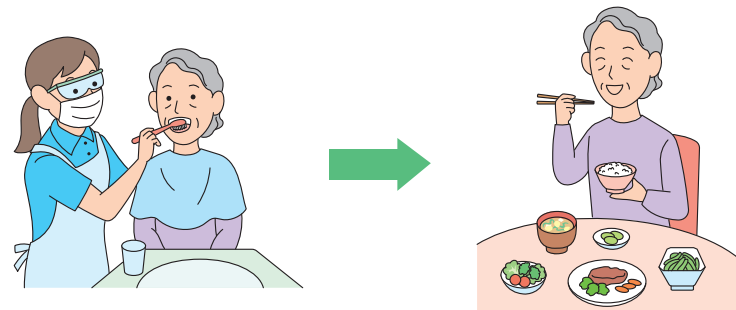
#### 4) コラム

##### 1. 口腔衛生管理体制の構築が食形態の維持または改善に関連

日本老年歯科医学会ではこれまで介護保険施設入所者を対象にした調査を行ってきました。

2018年に全国35の介護保険施設入所者を対象に一次（ベースライン）調査を実施し、2019年に再度研究に協力した25施設に対して追跡調査を行いました。そして得られた273名の入所者のデータにおいて、一次調査から食形態が維持もしくは改善された群（常食のまま維持、もしくは嚥下調整食から常食へと改善）と悪化した群（常食から嚥下調整食に低下）に分けて分析を行いました。

その結果、歯科衛生士による口腔健康管理（口腔衛生管理の実施や施設職員への助言）が食形態の維持または改善に関連しました。つまり歯科衛生士による口腔衛生管理は、摂食嚥下機能の維持・改善と関連したことになります。



参考文献

Inamoto K, Ozaki K, Watanabe Y, Yamazaki Y, Ohara Y, Iwasaki M, Hirano H, Tsuneishi M, Kodama T, Yoshida M, Minakuchi S. Oral Health Management by Dental Hygienists and Older Adults' Food Forms in Long-Term Care Facilities: A 1-Year Longitudinal Study. Gerodontology. 2025 Sep;42(3):416-428.

##### 2. 情報通信機器を用いた技術的助言・指導

令和6年度の介護保険施設を対象にした調査では、「歯科医師等による情報通信機器を用いた指導・助言は有用だと思うか」という問いに対し、回答した1,894施設のうち、1,357施設（71.6%）が「有用である」と回答しました。また、メリットとして最も多かったのは、「感染症流行時など、対面での支援が難しい場合でも連携ができる」（76.1%）で、次いで「移動時間の短縮など業務の効率化」（53.8%）でした。

これらの結果から、情報通信機器を活用した助言・指導は、対面での関与を補い、継続的な歯科支援を可能にする手段として期待されています。口腔内写真や動画を用いた相談、オンラインでの助言、研修などに活用することで、歯科専門職と施設とのつながりをより身近なものにすることができます。今後は、対面支援と組み合わせた新しい連携の形として、こうした取り組みへのニーズがさらに高まると考えられます。

一方で、通信環境や機器が整っていない施設もあり、導入が難しい場合があることにも配慮が必要です。

# 1 特定施設入居者生活介護における口腔衛生管理の強化【歯科医療機関・介護職員向け】

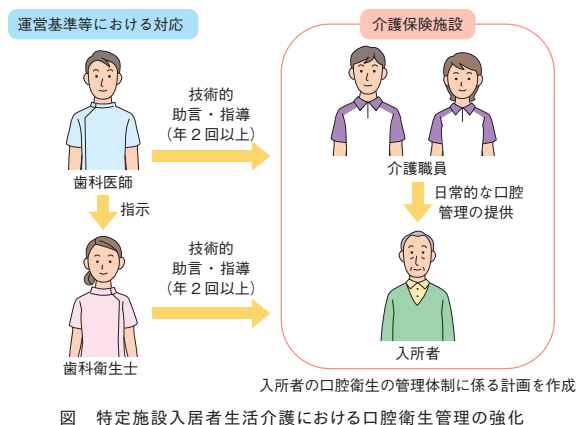
特定施設とは、正式には「特定施設入居者生活介護」といいますが、一般的に「特定施設」と略称で呼ばれています。対象となるのは、次の4つのうち、介護保険法に基づき、特定施設入居者生活介護の指定を受けた施設です。

- ・有料老人ホーム
- ・サービス付き高齢者向け住宅（一部のみ）
- ・ケアハウス（軽費老人ホーム）
- ・養護老人ホーム（原則、要介護高齢者が対象ではありません）

特定施設には、管理者のほか、介護職員、看護職員、生活相談員、介護支援専門員（ケアマネジャー）、機能訓練指導員の配置が義務付けられています。

特定施設においては、「口腔衛生の管理」が令和6年度介護報酬改定より基本サービスとして位置付けられ、義務化されました（現在は経過措置期間中のため努力義務）。具体的には、「口腔衛生の管理」として、歯科医師または歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対して口腔衛生の管理に関する技術的助言および指導を年2回以上実施することとされています。

その上で、特定施設は、これらの技術的助言および指導に基づき、「口腔衛生の管理体制に係る計画書」を作成します。当該計画書は、施設入所者全体を対象とした口腔衛生管理体制における実施目標等を定めるものです（VI章 参考資料、別紙様式6-2）。



# 2 特定施設における必要な対応

【歯科医療機関・介護職員向け】

## 1) 介護保険施設との違い

特定施設においても、口腔衛生管理のポイントや歯科医療機関との連携、歯科医療機関に求められる対応については、基本的に介護保険施設と同様であるため、前述の記載を参照してください。

なお、特定施設においては、月1回程度の入所者ごとの口腔の健康状態の評価は義務とはなっていません。入所者ごとの口腔の健康状態の評価については、「口腔・栄養スクリーニング加算」において評価されます（VI-1 介護保険施設および特定施設における介護報酬および診療報酬について、p.37）。

# 1 リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の 一体的実施による自立支援と重度化予防

【歯科医療機関・介護職員向け】

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の取組は、それぞれを別々に行うのではなく、一体となっており、より効果的な自立支援や重度化予防につながると考えられています。

栄養管理と口腔管理が連携することで、入所者に合った食事形態や食べ方を選びやすくなり、食事量の維持・改善や「口から食べ続けること」の支援につながります。また、口腔管理とリハビリテーション・個別機能訓練が連携することで、飲み込みの機能を保つ・改善する取組や、口の中を清潔に保つことを通じて、誤嚥性肺炎の予防にもつながります。

## 1) 栄養と口腔の連携：エネルギーの入り口を守る

低栄養状態にある入所者に対し、単に高カロリーな食事を提供するだけでは不十分です。歯科医師が口腔内を評価し、咀嚼能力や義歯の適合を調整することで、管理栄養士が設定した栄養計画が初めて「実のあるもの」になります。適切な「食事形態」と「咀嚼・嚥下機能」を一致させることで、食事摂取量の維持・改善を促し、最期まで経口摂取を続ける支援へと繋がります。

## 2) 口腔とリハビリテーションの連携：機能維持とリスク管理

言語聴覚士等が行う嚥下訓練と、歯科医師・歯科衛生士が行う口腔管理は、誤嚥性肺炎予防の要です。リハビリテーションによって飲み込む力を鍛えると同時に、専門職による口腔清掃により口腔内の細菌数をコントロールし、清潔を保つことで、万が一誤嚥が生じた際の重症化リスクを最小限に抑えます。また、理学療法士や作業療法士による姿勢保持（ポジショニング）の調整は、安全な咀嚼・嚥下を支える基盤となります。

## 3) 多職種連携による評価と意思決定のプロセス

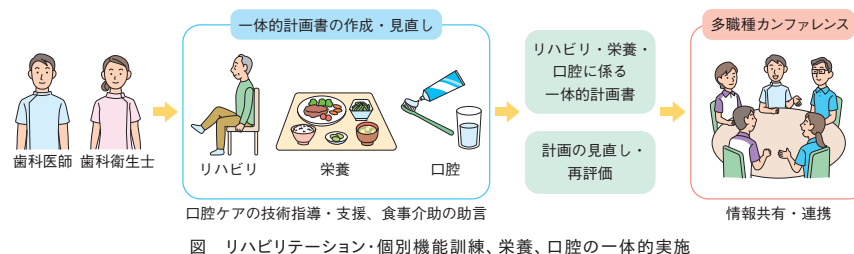
医師、歯科医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士、そして日々の変化を最も身近で見ている介護職員。これら多職種がそれぞれの専門的視点を持ち、食事の状態や全身状態を共有することで、「今はゼリー食だが、口腔ケアとリハビリが進めば刻み食へステップアップできるのではないか」といった、前向きで具体的なケア方針が生まれます。

このような観点から、医師、歯科医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士などの

多職種が協力し、リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理を一体的に進めていくことが望まれています。

実際には、まず「実施計画書」を作成します（VI章 参考資料：リハビリテーション・栄養・口腔に係る実施計画書〔施設系〕）。歯科専門職は、この実施計画書の作成にあたり、口腔および摂食嚥下機能の専門的評価を行います。歯科疾患の有無、義歯の適合状態、口腔機能の問題点等を評価し、その結果に基づいて具体的な支援内容を記載します。

さらに、一体的計画書に専門的視点を反映させるため、一体的計画書の作成および見直しに関与します。その際、介護職員への口腔ケア技術指導、リスクに応じた清掃方法の提案、食事介助時の注意点の共有などを通じて、計画内容が日常ケアに適切に反映されるよう支援します。

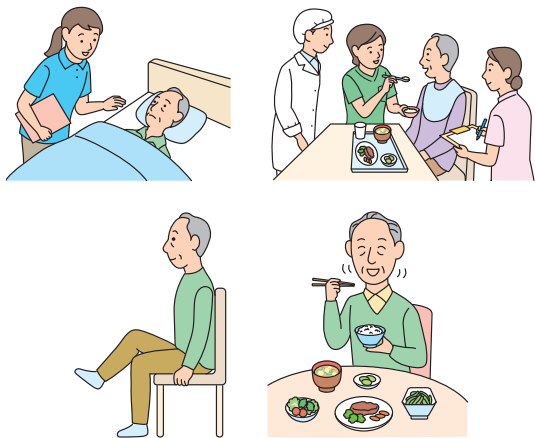


また、一体的計画書の運用においては、多職種による情報共有が不可欠です。歯科専門職は、「口腔」項目の評価を記載するだけでなく、「リハビリテーション」および「栄養」の評価や具体的な支援内容にも目を通し、全体像を踏まえたうえで多職種と連携することが求められます。

令和7年度に全国の歯科医療機関や介護保険施設を対象として実施したアンケート調査では、リハビリテーション専門職や管理栄養士等との連携による効果的な事例として、以下のような内容が挙げられました。

### 〈歯科医療機関による回答〉

- ・歯科医師による口腔機能評価や嚥下評価（フードテスト、水飲みテスト、食事場面の観察等）をリハビリテーション専門職や管理栄養士と共有し、さらに管理栄養士とのミールラウンドを通じて食形態の調整や食べ方の工夫、栄養指導を行うことで、安全に嚥下可能な食形態の検討や、より実効性の高いリハビリテーション計画の立案が可能となり、栄養状態の改善や経管栄養の回避につながった。
- ・脳梗塞後、絶食・寝たきり状態で在宅療養を行っていた利用者に対し、姿勢保持への配慮、口腔および上半身のリハビリテーション、義歯修理などに多職種で取り組んだ結果、座位での食事および自力摂取（嚥下調整食4）が可能となった。



〈介護保険施設による回答〉

- ・嚥下体操や嚥下リハビリテーションを継続的に実施することで、嚥下機能の改善が認められた事例が報告された。特に、食事前に嚥下体操を取り入れることで、現場での実践が定着した。
  - ・体調不良等による絶食対応後に、リハビリテーション、口腔ケア、栄養管理を総合的に行うことで、経口摂取の再開や食事量の回復につながった事例や、経管栄養から経口摂取へ移行できた。
  - ・利用者の口腔内の状態、食事摂取動作、摂取量等を多職種で共有することで、食形態の見直しや、安全で適切な食事提供が可能となった。
  - ・ミールラウンドやカンファレンスを通じて、食事前の姿勢調整、口腔ストレッチ、食形態の再検討を行い、嚥下機能の維持・改善につながった。
- 一方で、歯科医療機関がリハビリテーション専門職や管理栄養士等との連携が困難であると感じる要因として、「各職種と話し合う場がない」(87/137件)との回答が多く挙げられました。このことから、まずは多職種が情報交換や意見共有を行う場を設けることが、連携開始の第一歩として重要であると考えられます。

# 1 介護保険施設における「協力歯科医療機関」とは 【歯科医療機関向け】

介護保険施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院など）にとって協力歯科医療機関の確保は、入所者の口腔の健康維持と適切な歯科医療の提供体制を確保するために極めて重要です。

## 1) 施設全体の口腔衛生管理体制への助言と指導

協力歯科医療機関の歯科医師や歯科衛生士は、施設全体の口腔衛生管理の質を向上させるため、介護職員等に対する技術的助言や指導を行います。

- 管理計画の策定支援：施設が作成する「口腔衛生の管理体制に係る計画」に対し、専門的な知見から助言を行い、定期的な計画の見直しに参画します。
- 評価方法の指導：施設職員が月1回程度行う入所者の口腔健康状態の評価（スクリーニング）について、その手法や視点を指導します。
- 施設内研修の実施：適切な口腔ケアの手技、物品整備の留意点、リスク管理などについて、定期的な勉強会や研修会を通じてノウハウを伝えます。

## 2) 入所者個人に対する専門的な歯科対応

個々の入所者の状態に応じた直接的な介入も重要な役割です。

- 定期的な口腔検診：半年から1年に1回程度の間隔で入所者の口腔内診査を行い、歯科治療の必要度や緊急性を把握します。
- 歯科訪問診療：う蝕（むし歯）や歯周病の治療、義歯（入れ歯）の作製・調整、口腔粘膜疾患の治療など、必要に応じた診療を行います。
- 専門的な口腔衛生管理：歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、施設職員による日常のケアでは対応が困難な入所者に対し、月2回以上の専門的な口腔清掃等を実施します。
- 入所者の急変時・緊急時の対応：入所者の口腔や歯に関する緊急事態が発生した際に、迅速かつ適切な歯科医療を提供できる体制を整えます。



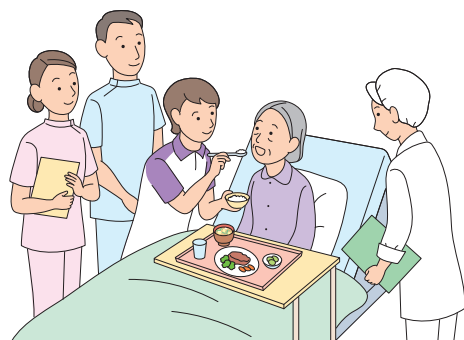
### 3) 多職種連携と食支援(ミールラウンド)

単なる「お口の掃除」に留まらず、「食べる機能」を支える役割が強く求められるようになってきました。

■カンファレンスへの参加：ケアマネジャーや管理栄養士、看護師等と情報を共有し、入所者のケアプラン作成に協力します。

■ミールラウンド(食事観察)：医師や管理栄養士等と共に食事の様子を観察し、摂食・嚥下機能の評価、食形態(とろみの付け方等)や食事姿勢の調整について専門的な助言を行います。

■経口維持支援：摂食嚥下障害がある入所者に対し、安定した経口摂取を継続するための「経口維持計画」の作成に関与します。



### 4) 情報提供と相談窓口

施設と医療の橋渡し役としての役割です。

■情報の共有：診療内容や口腔ケアの方法、食事の際の注意点を施設職員や家族に分かりやすく伝えます。

■緊急時の対応：痛みや脱落などの緊急トラブルに対し、相談窓口として迅速に対応できる体制を構築します。

介護保険施設においては協力歯科医療機関の確保が口腔衛生管理体制の向上においても重要です。介護保険施設と協力歯科医療機関の連携においては、具体的な役割分担や連携方法についても文書(協定書、覚書など)で取り決めておくことが適切な運用において重要です。

なお、入所者は、協力歯科医療機関以外の他の歯科医療機関(かかりつけ歯科医など)を継続して受診することも可能です。

## 1 口腔管理体制の構築を行っている介護保険施設および特定施設の事例

【歯科医療機関・介護職員向け】

この章では、令和6年度の調査結果を背景に、口腔管理体制の構築を行っている介護保険施設および特定施設がどのような取り組みを行っているか紹介します。紹介する各事例が、貴施設における一体的計画書の運用や、多職種連携を基盤とした体制づくりの参考となれば幸いです。

### 1) 口腔清掃の用具の整備、清潔管理

施設の利用者のお口の状況に合わせて、口腔清掃の用具を選択することが必要です。例えば、基本は歯ブラシを用品ですが、粘膜の清掃や食べかすの除去にはスポンジブラシが適しています。また、運動障害などで歯ブラシが持ちにくい場合は持ち手を太くするなどの対応が有効な場合があります。用具の選定や管理方法に関しては歯科医師、歯科衛生士の指導を受けることも大切です。

#### 【統合事例1】歯科専門職の助言を活かした口腔ケア物品の見直しと管理体制の整備

本施設では、歯科医師・歯科衛生士による助言・指導を受け、口腔ケア物品の見直しと整備に取り組んだ。歯ブラシ、舌ブラシ、吸引付き歯ブラシなどを入所者の口腔状態に応じて選定し、個性性を重視した用具の充実を図っている。

磨き残しが認められる入所者については、歯ブラシの形状を変更したり、歯間ブラシを導入したりするなど、歯科衛生士の助言に基づいて対応を見直した。特に、奥歯まで歯ブラシが届きにくいケースでは、先端が細く小さいタイプの歯ブラシに変更し、あわせてスポンジブラシについても汚れの除去効率を踏まえて種類の見直しを行った。

さらに、口腔ケア用品の劣化がケアの質低下につながることを踏まえ、歯ブラシ等の交換時期を設定し、定期交換を施設のルーティンとして定着させた。加えて、入所者全員分のガーグルベースンを施設で統一して準備し、洗浄・消毒および保管方法を明確化することで、衛生管理体制の強化を図っている。

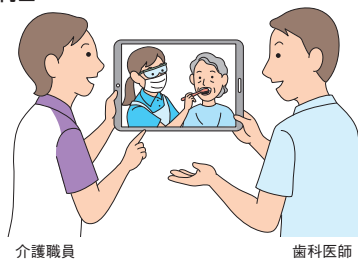
これらの取組により、口腔ケアが従来よりも丁寧かつ安定して実施できるようになり、施設全体として口腔衛生管理の質の向上につながっている。



## 【統合事例2】指導内容の可視化によるケアの標準化と質の向上

本施設では、歯科衛生士による口腔ケアの指導場面をiPadで撮影し、当日に立ち会えなかった職員も後から視聴できる体制を整えた。動画を活用することで、清掃方法や介助の手順、力加減、声かけの工夫などを職員間で共有することが可能となり、口腔ケアの実施方法のばらつきが減少した。

その結果、施設内で統一した口腔ケアが実践されるようになり、口腔内の清掃状態の改善がみられるなど、入所者の口腔状態の向上につながっている。動画を用いた情報共有は、研修機会の確保が難しい現場においても有効な手段となっており、職員教育とケアの質の維持・向上の両立に寄与している。



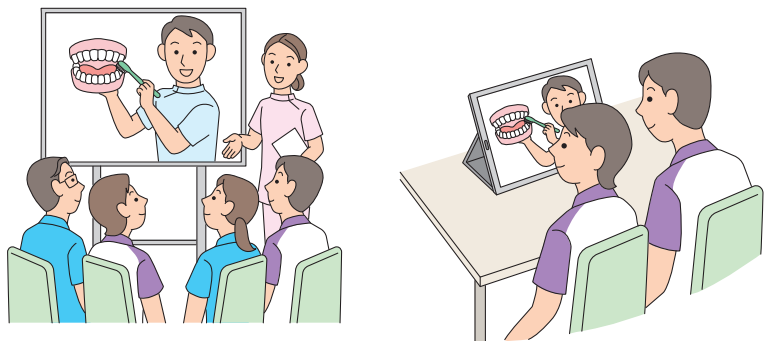
## 2) 介護職員の口腔内評価や清掃に対する知識・技術の習得

口腔内の評価方法や適切な口腔清掃の手技、口腔清掃時のリスク管理について学ぶことは施設利用者だけでなく、介護職員の負担の軽減にもつながります。研修会の開催や、必要に応じて歯科医師、歯科衛生士による指導を受けることも有効です。

## 【統合事例1】研修体制の構築による知識・意識の向上とケアの質の改善

本施設では、歯科医師・歯科衛生士による定期的な研修会や、動画教材（YouTube等）を活用した学習機会を設け、職員の口腔ケアに関する基礎知識と技術の習得を図った。全職員が一度に研修へ参加することが難しいため、参加できなかった職員には研修動画を視聴してもらう体制を整え、知識の均てん化に取り組んだ。

その結果、口腔ケアに対する職員の意識が向上し、自歯保有者の清掃状態の改善がみられたほか、発熱や誤嚥性肺炎、入院の減少につながった。職員からは「口腔ケアの必要性や全身への影響を理解できるようになった」「ケアに自信をもって取り組めるようになった」といった声が聞かれている。



## 【統合事例2】評価ツール導入による「気づき」の強化と専門職連携の促進

ORAL HEALTH ASSESSMENT TOOL (OHAT) を導入し、入所者の口腔内チェックを定期的実施する体制を整えた。これにより、これまで確認の機会が少なかったセルフケア可能者についても口腔内評価が行われるようになり、職員の観察時間が増加した。

職員が評価方法を理解したことで、「いつもと違う」変化に早く気づき、歯科専門職へ相談する機会が増加した。訪問歯科衛生士からの助言は書面で共有し、全フロアで周知することで、施設全体の対応力の底上げにつながっている。結果として、歯科受診への橋渡しがスムーズになり、早期対応が可能となった。

## 【統合事例3】実技指導による困難ケース対応力の向上と職員負担の軽減

認知症などにより開口が難しい入所者への対応について、歯科医師・歯科衛生士による実技指導を実施した。バイトブロックなどの補助用具の活用や、声かけ方法、時間を空ける・数回に分けるといった対応の工夫を学ぶことで、これまで口腔ケアが困難であった入所者に対しても、安全に実施できるようになった。

また、歯科専門職による口腔ケアの実際を介護職員が見学する機会を設けたことで、専門的手技を日常ケアに取り入れることが可能となった。これにより、ケアの質が向上するとともに、職員の心理的・身体的負担の軽減にもつながっている。



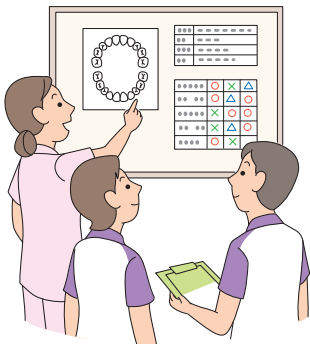
## 3) 食事や口腔清掃における環境整備

むせや食べこぼしの有無や食器、姿勢等の確認といった食事の際の環境や口腔衛生を行いやすい環境を整備します。

## 【統合事例1】情報の「見える化」による安全な食事・口腔ケア環境の整備

本施設では、入所者ごとの口腔内状況やリスクを職員全体で共有するため、口腔ケア手順や口腔内の状態（残存歯・義歯の有無等）を歯式図として整理し、各居室に掲示した。あわせて、嚥下機能が低下し、うがい時の誤嚥リスクが高い入所者については一覧表を作成し、全職員へ注意喚起を行った。

また、使用するコップや口腔ケア用品に個別表示を行うことで、入所者ごとのリスクに応じた対応がしやすくなり、誤嚥事故の防止と安全な口腔ケアの実施につながっている。これらの取組により、「誰が見ても分かる」環境が整い、食事や口腔清掃の場面で判断が統一されるようになった。



## 【統合事例2】担当者配置と施設内体制づくりによる環境整備の推進

ユニットごとに口腔ケアリーダーや口腔衛生担当職員を配置し、口腔ケアの流れや食事形態、必要物品の管理を現場主体で見直す体制を整えた。あわせて、介護職員の中に「歯科担当」を設け、歯科医師・歯科衛生士との窓口を明確化したことで、情報共有や相談が円滑に行えるようになった。

歯科専門職との連絡にはノートを活用し、日常的な気づきや助言内容を記録・回覧する仕組みを構築した。また、施設内に歯科衛生士資格を有する職員がいる施設では、口腔ケアカンファレンスを独自に開催し、必要な口腔ケア用品を施設として整備するなど、環境づくりを組織的に進めている。

## 【統合事例3】入所時対応と歯科連携体制の整備による予防的環境づくり

新規入所時には、当日または翌朝に口腔チェックを行い、口腔内写真を記録として残すとともに、問題が認められた場合には速やかに歯科受診を依頼する体制を構築した。施設によっては、入所時から歯科医師による口腔内診査を実施し、トラブルが顕在化する前から予防的に歯科専門職が関与する仕組みへと移行している。

さらに、訪問歯科と連携し、疼痛時などの緊急対応が可能な体制を整備するとともに、歯科サービス利用状況を一覧化し、未利用者については多職種で評価・情報共有を行う仕組みを構築した。グループ施設間での定期的な情報交換会（リモート開催）を通じて、環境整備や取組状況を共有し、施設間での質の底上げも図られている。

歯科衛生士の配置と施設内看取りとの関連  
— 要介護高齢者を対象とした縦断研究より —

近年、要介護高齢者が「病院ではなく、住み慣れた施設で最期を迎えたい」と希望するケースが増えています。しかし実際には、体調悪化時に病院へ搬送され、施設内で看取りを迎えられないケースも少なくありません。

本研究は、介護保険施設における歯科衛生士の勤務体制と、入所者が施設内で最期を迎えるかどうかとの関連を検討したものです。全国30施設の要介護高齢者958名を対象に、2019年の調査とその後2年間の追跡を行いました。

その結果、本人が「施設で最期を迎えたい」と希望していることとともに、常勤の歯科衛生士が配置されていることが、施設内の看取りと有意に関連していました。

歯科衛生士が常勤で関与することで、日常的な口腔管理や多職種連携が進み、全身状態の安定や終末期支援につながっている可能性が示唆されます。歯科衛生士の配置は、施設における看取り体制を支える重要な要素と考えられます。

(Machi N., et al. *Geriatr Gerontol Int.* 25(10):1404-1411, 2025)



# 1 介護保険施設および特定施設における介護報酬および診療報酬について

【歯科医療機関・介護職員向け】

介護保険施設や特定施設では、口腔衛生管理体制の充実化や口腔の問題点を早期に発見するために、下図のよう  
な介護保険サービスがあります（令和6年改定後）。

介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護医療院 地域密着型介護老人福祉施設	口腔衛生管理体制 加算は基本サービス に包括化 ※介護保険施設では、 入所時及び定期的な口腔の健康 状態の確認が必要	<p>〈口腔衛生管理加算〉 Ⅰ：90単位/月、Ⅱ（LIFE）：110単位/月 サービス内容：入所者に対する専門的口腔ケアを月2回以上 入所者に係る口腔ケアについて介護職員に対する具体的な技術的助言及び指導、相談対応 サービス担当者：歯科医師の指示を受けた歯科衛生士</p>
特定施設		<p>〈経口移行加算〉28単位/日 サービス内容：経管栄養の入所者への経口移行計画の策定 サービス担当者：医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員等</p> <p>〈経口維持加算〉 Ⅰ：400単位/月、Ⅱ（協力歯科医療機関を設け）：100単位/月 サービス内容：摂食機能障害の入所者への食事観察及び会議等の実施、経口維持計画の策定 サービス担当者：医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員等</p> <p>〈口腔・栄養スクリーニング加算〉 （口腔及び栄養）：20単位/回 サービス内容：介護サービス事業所の従業員が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態・栄養状態について確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供 サービス担当者：介護職員</p> <p>〈居宅療養管理指導〉 ※歯科医療機関が算定 （歯科医師）517単位、487単位、441単位/回（月2回） サービス内容：介護支援専門員に対するケアプラン作成等に必要な情報提供や利用者等に対する居宅サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての指導及び助言等 （歯科衛生士等）362単位、326単位、295単位/回（月4回） （がん末期の利用者は月6回） サービス内容：口腔清掃の指導、有床義歯の清掃又は摂食嚥下訓練に関する実地指導等</p>

図 口腔に関する主な介護保険サービス

## 1) 施設が算定できる項目

### 1. 介護保険施設に関わる加算

介護保険施設には、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護が含まれます。介護保険には、施設側が算定できる口腔衛生などに関わるサービスがあります。歯科医師や歯科衛生士が関わる加算があるため、歯科医療機関は必要に応じて対応することが求められます。

#### 1-1 介護保険施設が算定できるサービス加算

##### (1) 口腔衛生管理加算（Ⅰ：90単位/月、Ⅱ（LIFE）（※）：110単位/月）

歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔衛生などの管理を月2回以上行うことおよび介護職員に対し具体的な技術的助言および指導を行う、また相談などに必要に応じ対応することで介護保険施設が口腔衛生管理加算を算定できます。

口腔衛生管理加算のⅡはLIFEにデータを提出することで算定が可能になります。

## ポイント

- 医療保険の訪問歯科衛生指導料が算定された月においては、その指導料が月3回以上算定された場合または、緩和ケアを実施する場合は月7回以上算定された場合は、この加算を算定できません。

### ※ LIFE（科学的介護情報システム）とは

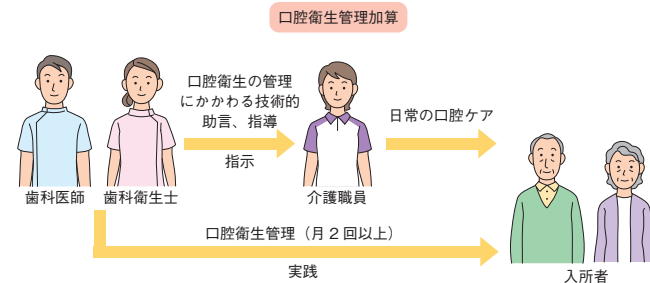
LIFEは、「Long-term care Information system For Evidence」の略称であり、厚生労働省が運用する科学的介護情報システムです。このシステムの主な目的は、日本の介護サービスの質の向上にあります。

介護事業所は、利用者の状態（ADL、栄養、口腔機能、認知症など）に関する情報を国に提出します。国は、提出されたデータや他の事業所のデータを分析し、その結果をフィードバック情報として各事業所へ提供します。

事業所はこのフィードバックを活用して、ケアプランやサービス提供方法を見直し（PDCAサイクル）、より質の高い「科学的介護」を実践します。

LIFEへのデータ提出とその活用による計画策定・見直しは、介護報酬上の加算（LIFE関連加算）の要件となっており、その推進が図られています。

すなわちLIFEは、データに基づいた介護（エビデンスベーストな介護）を推進するため、国と介護事業所をつなぐ情報プラットフォームと言えます。

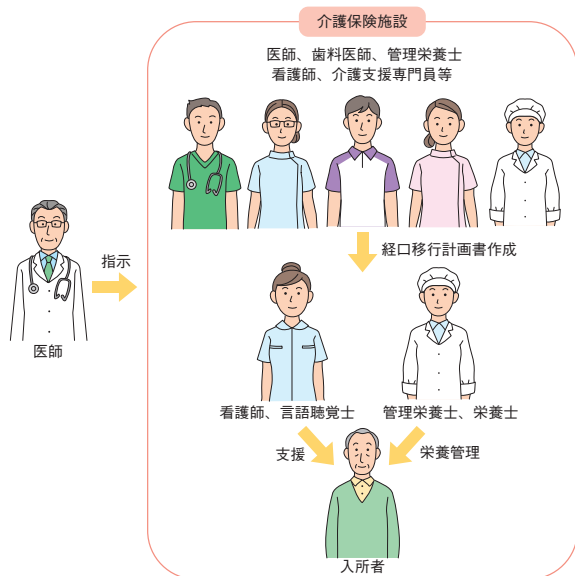


(2) 経口移行加算(28単位/日)

現在経管での食事を摂っている介護保険施設利用者を対象に、再度経口での食事の摂取を進めるために、医師、歯科医師およびその他専門職などが協働して経口移行計画書（VI章 参考資料、別紙3）の作成と計画に基づく支援（医師の指示のもと、管理栄養士等による栄養管理と、言語聴覚士または看護職員による支援）を行っている入所者に対して算定できる加算です。

当該計画が作成された日（利用者や家族に説明し、その同意を得た日）から起算して180日以内の期間に限り、1日につき所定単位数を加算できます。算定期間は、経口からの食事が可能となって、経管栄養を終了した日までの期間となります。なお、医師の指示により必要に応じて180日を超えて算定する場合があります。

歯科医師は、口から安全に食べるという目標達成に向けて、口腔機能の専門家としてチームを支える役割を担っています。医師が策定する経口移行計画（VI章 参考資料、別紙3）に、歯科医学的な見地から参加し、適切な口腔ケアや訓練方法に関する意見具申や指導を行います。具体的には、水飲みテスト等での嚥下スクリーニング評価、口腔内の状態（義歯の適合、清掃状態、舌や口腔周囲筋の機能）の確認を行い、適切な食事形態、食事のペース、口腔ケア方法などを計画に反映させ、利用者のQOL向上と誤嚥性肺炎予防に貢献します。歯科衛生士は、歯科医師の指示に基づき、具体的な口腔ケアや摂食嚥下訓練の実施を担当します。

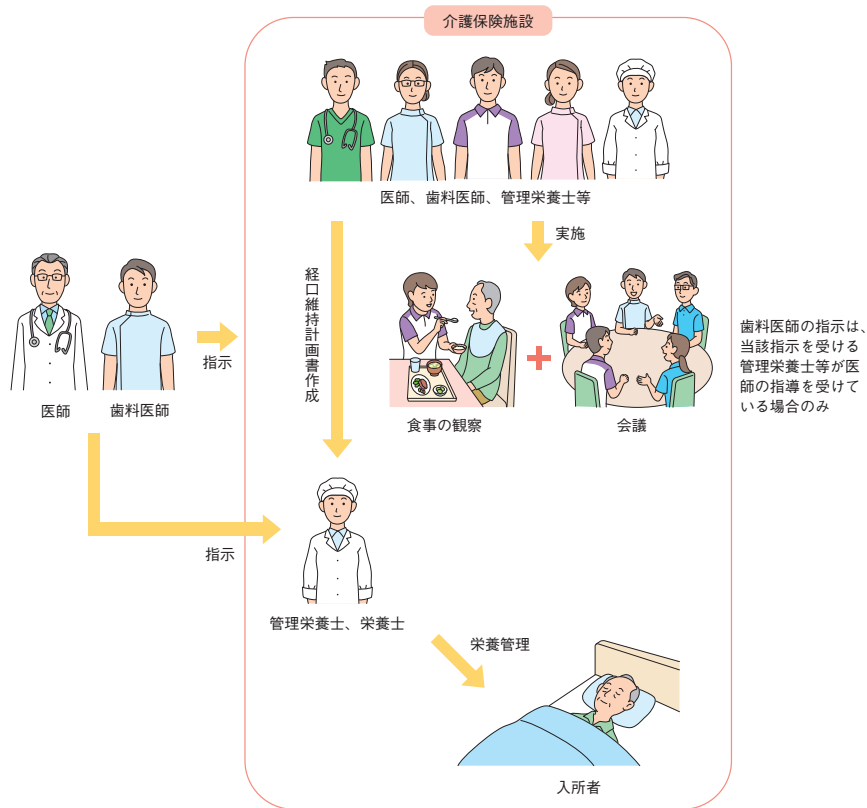


(3) 経口維持加算（Ⅰ：400単位/月、Ⅱ：100単位/月）

経口摂取が可能な入所者であっても、摂食機能障害があり、誤嚥が認められる場合に、その状態を維持・改善するために、下記の各事項等を実施した場合に算定できます。

経口維持加算（Ⅰ）は基本となる加算で、1か月につき400単位が算定できます。算定には医師または歯科医師の指示下で、多職種による月1回以上の食事観察（ミールラウンド）と会議を行い、入所者ごとに経口維持計画書（VI章 参考資料、別紙3）を作成し、その計画に沿った栄養管理の実践が必要となります。

経口維持加算（Ⅱ）は、1か月につき100単位が算定できます。ただし加算（Ⅰ）を算定していることが前提となります。経口維持加算（Ⅱ）は、施設が協力歯科医療機関を定めており、多職種による食事観察や会議に、医師（配置医師以外）、歯科医師、歯科衛生士または言語聴覚士のいずれか1名以上が参加していることが条件となります。



(1)～(3)の加算は介護保険施設側が算定を行うため、歯科医療機関側には直接の診療報酬加算はないものの、介護保険施設との連携を深めることは、口腔ケアや摂食嚥下リハビリテーションの需要を高めます。その結果、歯科訪問診療の機会が増え、地域での歯科医師の役割が拡大していくことが期待されます。

このように医科・歯科が協働して包括的な経口摂取支援を行うことは、利用者に「口から食べる喜び」を提供し続けられるだけでなく、地域における歯科医師の社会的貢献度を高めることにもつながります。

## 2. 特定施設に関わる加算

### 2-1 特定施設が算定できるサービス加算

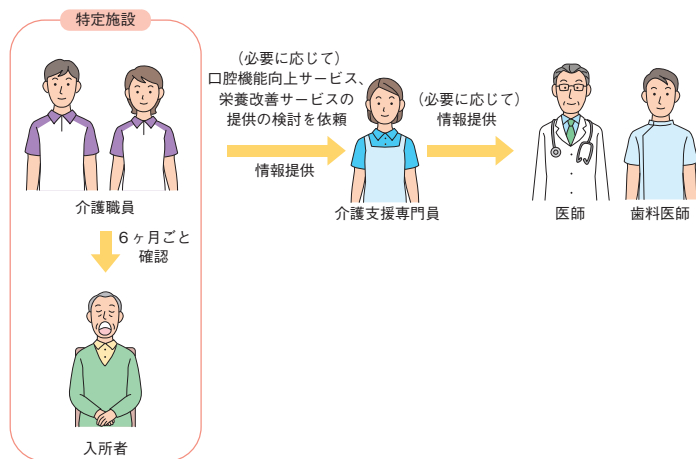
特定施設においては、介護職員が中心となって入居者の口腔と栄養の健康状態を確認する仕組みが設けられています。

#### (1)口腔・栄養スクリーニング加算 (20単位/回)

介護サービス事業所の職員(介護職員等)が、利用開始時および利用中6か月ごとに、利用者の口腔の健康状態と栄養状態についてスクリーニングを行い、その結果を担当の介護支援専門員(ケアマネジャー)に情報提供することで算定できます。

口腔・栄養スクリーニングにおける評価項目(Ⅵ章 参考資料、別紙様式5-2)は、通所リハビリテーション等で用いられる様式とは異なるため、注意が必要です。

口腔の状態が低下している場合には、必要に応じて、歯科の受診を促すこと求めています。



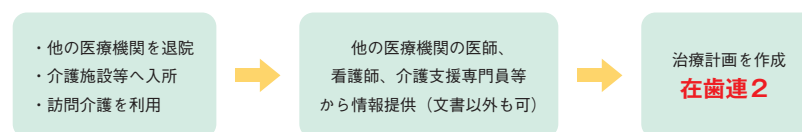
## 2) 歯科医療機関が算定できる介護報酬および診療報酬

### 1. 介護保険施設入所者に対して歯科医療機関が算定できる診療報酬

介護保険施設入所者への歯科訪問診療は医療保険が適用されます。そのため、訪問診療料や訪問歯科衛生指導料およびその加算等、診療行為に係るその他報酬は算定可能です。介護保険施設と連携し、入所者の口腔管理を効果的に行うために下記の算定項目があります。

#### (1)在宅歯科医療連携加算2(在歯連2)

この加算は、介護保険施設等との連携を強化し、施設入所者への継続的な口腔管理等の支援等を評価しています。



病院を退院した方や、介護保険施設に入所している方、または訪問介護や訪問看護等の介護サービスを利用している方で、継続して歯科の管理が必要な方について、次の条件を満たした場合に加算できます。

- ・医師、看護師、介護支援専門員等からの情報提供があること
- ・その情報をもとに、歯科の状態を考慮した管理計画を作成していること
- ・患者等にその管理計画の内容を説明していること

## ポイント

- 管理計画の作成または変更時に「歯科疾患在宅栄養管理料」「在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料」のいずれかに100点を加算します(1回限り)。
- 情報提供に係る文書は診療録に添付します。文書以外による情報提供の場合は、情報提供を受けた日時、情報提供の内容、情報提供を行った他の保険医療機関または介護保険施設等の担当者名を診療録に記載することとされています。

**(2) 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料 2**

介護保険施設や特定施設等に入所している患者等に対して、多職種での栄養管理等に歯科医師が参画し、それを踏まえて在宅歯科医療に係る管理を行うことを評価しています。

介護保険施設や特定施設等に入所している方で、歯科疾患在宅療養管理料または在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定している方に、次の条件を満たした場合に加算できます。

- ・介護保険施設や特定施設等に入所している患者の入所している施設で行われる食事観察、または介護施設職員等への口腔管理に関する技術的助言・協力および会議等に参加した。
- ・上記を踏まえて2月以内に口腔機能等に係る指導を行った。

**2. 特定施設入居者等に対して歯科医療機関が算定できる介護報酬および診療報酬**

居宅サービス利用者である特定施設入居者への歯科サービスは、主に介護保険の「居宅療養管理指導費」と紐づきます。

**(1) 居宅療養管理指導費(介護保険)**

歯科医師・歯科衛生士等が、特定施設を訪問し、療養上の管理や指導を行った場合に算定できます。

**① 歯科医師による居宅療養管理指導**

歯科医師が居宅を訪問し、要介護者(要支援者)の心身の状況や療養環境等を把握し、歯科疾患の管理、治療方針や口腔ケアに関する指導を行い、介護支援専門員に対しケアプランの策定等に必要の情報提供します(月2回を限度)。ケアプランの策定等に必要の情報提供は、サービス担当者会議への参加により行うことを基本とします(必ずしも文書等による必要はありません)。

当該会議への参加が困難な場合やサービス担当者会議が開催されない場合等においては、原則として、文書等(メール、FAX等でも可能)により、介護支援専門員等に対して情報提供を行います(VI章 参考資料、別紙様式2)。

**② 歯科衛生士等(保健師または看護職員でも可能)による居宅療養管理指導**

歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士等が居宅を訪問し、口腔清掃や摂食嚥下に関する実地指導を行った場合にも算定が可能です(VI章 参考資料、別紙様式3)。月の算定上限回数は4回ですが、がん末期の方については月の算定上限回数は6回となります。

居宅療養管理指導を実施するにあたっては、事前に患者またはその家族に対して管理計画の説明を行い、同意を得た上で開始する必要があります。また、管理開始時には、管理計画について説明を受けたこと、居宅療養管理指

導の実施に同意したことが確認できるよう、同意の内容を記載した文書を作成します。この文書は、同意書として作成する方法のほか、居宅療養管理指導を開始するにあたっての重要事項説明書に同意の記載を含める方法でも差し支えありません。

**(2) 在宅歯科医療連携加算 2(再掲・医療保険)**

特定施設入居者への歯科訪問診療においても、医療保険の「在宅歯科医療連携加算2」が算定可能です。

**(3) 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料 2(再掲・医療保険)**

特定施設入居者への歯科訪問診療においても、医療保険の「在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料2」が算定可能です。

## 2 計画書等の書式

【歯科医療機関・介護職員向け】

別紙様式6-1（介護保険施設）  
口腔衛生の管理体制についての計画

策定日	年 月 日
作成者	
助言を行った歯科医師等	歯科医療機関
	歯科医師名 連絡先
助言の要点	<input type="checkbox"/> 入所者のリスクに応じた口腔清掃等の実施
	<input type="checkbox"/> 口腔清掃にかかる知識・技術の習得の必要性
	<input type="checkbox"/> 食事状態、食形態等の確認
	<input type="checkbox"/> その他（ ）
	<input type="checkbox"/> 現在の取組の継続
実施目標	<input type="checkbox"/> 施設職員に対する研修会の開催
	<input type="checkbox"/> 口腔清掃の用具の整備
	<input type="checkbox"/> 口腔清掃の方法・内容等の見直し
	<input type="checkbox"/> 歯科専門職による入所者の口腔衛生管理等
	<input type="checkbox"/> 歯科専門職による食事環境、食形態等の確認
	<input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> 現在の取組の継続	
施設職員等による入所者の口腔の健康状態の評価	各入所者の入所時及び（ ）週・月）に1回 ※週・月のいずれかに○をつける。
具体的方策 (実施時期、実施場所、 主担当者など)	
留意事項、特記事項等	

別紙様式6-3  
口腔の健康状態の評価及び情報共有書

年 月 日

利用者氏名	(ふりがな)	男 女
※基本情報は、入所時評価以外は変更が無ければ記載の省略可		
基本情報	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 (□1 □2) <input type="checkbox"/> 要介護 (□1 □2 □3 □4 □5)
	基礎疾患	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 尿路感染症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> うつ病 (※上記以外の) <input type="checkbox"/> 神経疾患 <input type="checkbox"/> 運動器疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 循環器疾患 <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 内分泌疾患 <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他
	誤嚥性肺炎の発症・既往	<input type="checkbox"/> あり (直近の発症日: [西暦] 年 月 日) <input type="checkbox"/> なし
	麻痺	<input type="checkbox"/> あり (部位: □手 □顔 □その他) <input type="checkbox"/> なし
	摂食方法	<input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養
	現在の歯科受診について	かかりつけ歯科医 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 直近1年間の歯科受診 <input type="checkbox"/> あり (最終受診日: [西暦] 年 月 日) <input type="checkbox"/> なし
	義歯の使用	<input type="checkbox"/> あり (□部分・□全部) <input type="checkbox"/> なし
	口腔清掃	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 (介助方法: ) <input type="checkbox"/> 全介助
	現在の処方	<input type="checkbox"/> あり (薬剤名: ) <input type="checkbox"/> なし

【口腔の健康状態の評価】  入所時  2回目以降 (前回: 年 月 日)  
記入者氏名: (職種: )

項目番号	項目	評価	評価基準
1	開口	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	・上下の前歯の間に指2本分 (指) 入る程度まで口があかない場合 (開口量3cm以下) には「できない」とする。
2	歯の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	・歯の表面や歯と歯の間に白や黄色の汚れ等がある場合は「あり」とする。
3	舌の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	・舌の表面に白や黄色、茶、黒色の汚れなどがある場合は「あり」とする。
4	歯肉の腫れ、出血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	・歯肉が腫れている場合 (反対側の同じ部分の歯肉との比較や両側との比較) や歯茎きや口腔ケアの際に出血する場合は「あり」とする。
5	左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	・本人にしっかりかみしめられないとの認識がある場合は「できない」とする。
6	むせ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	・平時や食事時にむせがある場合や喉らかな「むせ」はなくとも、食後のげらみ、声の変化、息が荒くなるなどがある場合は「あり」とする。
7	フクフクがい <sup>※1</sup>	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	・歯磨き後のうがいの際に口に水をためておけない場合や嚥を咽らせない場合や咽らました水を左右に動かさない場合は「できない」とする。
8	食物のため込み、残留 <sup>※2</sup>	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	・食事の際に口の中に食物を飲み込まずためてしまう場合や飲み込んだ後に口を開けると食物が一部残っている場合は「あり」とする。
その他	自由記載:		・歯や粘膜に痛みがある、口の中の乾燥、口臭、義歯の汚れ、義歯がすぐ外れる、口の中に薬が残っている等の気になる点があれば記載する。

※1 現在、歯磨き後のうがいをしていない場合に限り確認する。(歯肉のリスクも読み、改めて実施頂く事項ではないため空欄可)  
※2 食事の観察が可能な場合は確認する。(改めて実施頂く事項ではないため空欄可)

歯科医師等による口腔内等の確認の必要性	<input type="checkbox"/> 低い <input type="checkbox"/> 高い	項目1～8について「あり」または「できない」が1つでもある場合は、歯科医師等による口腔内等の確認の必要性「高い」とする。 ・その他の項目等も参考に歯科医師等による口腔内等の確認の必要性が高いと考えられる場合は、「高い」とする。
---------------------	---	--

※ 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士

その他の特記事項	
----------	--



別紙様式6-2（特定施設）  
口腔衛生の管理体制についての計画

策定日	年 月 日
作成者	
助言を行った歯科医師等	歯科医療機関
	歯科医師名
	連絡先
助言の要点	<input type="checkbox"/> 入居者のリスクに応じた口腔清掃等の実施
	<input type="checkbox"/> 口腔清掃にかかる知識・技術の習得の必要性
	<input type="checkbox"/> 食事状態、食形態等の確認
	<input type="checkbox"/> その他（ ）
	<input type="checkbox"/> 現在の取組の継続
実施目標	<input type="checkbox"/> 施設職員によるスクリーニング
	<input type="checkbox"/> 施設職員に対する研修会の開催
	<input type="checkbox"/> 口腔清掃の用具の整備
	<input type="checkbox"/> 口腔清掃の方法・内容等の見直し
	<input type="checkbox"/> 歯科専門職による入居者の口腔衛生管理等
	<input type="checkbox"/> 歯科専門職による食事環境、食形態等の確認
	<input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> 現在の取組の継続	
具体的方策 (実施時期、実施場所、 担当者など)	
留意事項、特記事項等	

## リハビリテーション・栄養・口腔に係る実施計画書（施設系）

氏名：	殿	入所（院）日	年 月 日
		作成日	年 月 日
生年月日	年 月 日	性別	男・女
計画作成者	リハビリテーション（ ）	栄養管理（ ）	口腔管理（ ）
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援（□1 □2） <input type="checkbox"/> 要介護（□1 □2 □3 □4 □5）		
日常生活自立度	障害高齢者： 認知症高齢者：		
本人の希望			
共通	身長：（ ）cm 体重：（ ）kg BMI：（ ）kg/m <sup>2</sup> 栄養補給法： <input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養、食事の形態：（ ） とろみ： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い		
	リハビリテーションが必要となった原因疾患：（ ） 発症日・受傷日：（ ）年（ ）月 合併症： <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> うっ血性心不全 <input type="checkbox"/> 尿路感染症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 褥瘡 (※上記以外の) <input type="checkbox"/> 神経疾患 <input type="checkbox"/> 運動器疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 循環器疾患 <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 内分泌疾患 <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他		
	症状： <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 閉じこもり		
課題	現在の歯科受診について：かかりつけ歯科医 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 直近1年間の歯科受診： <input type="checkbox"/> あり（最終受診年月： 年 月） <input type="checkbox"/> なし 義歯の使用： <input type="checkbox"/> あり（□部分・□全部） <input type="checkbox"/> なし		
	その他： (共通) (リハビリテーション・栄養・口腔)		
	(上記に加えた課題) <input type="checkbox"/> 食事中に安定した正しい姿勢が自分で取れない <input type="checkbox"/> 食事に集中することができない <input type="checkbox"/> 食事中に傾眠や意識混濁がある <input type="checkbox"/> 歯（義歯）のない状態で食事をしている <input type="checkbox"/> 食べ物を口腔内にため込む <input type="checkbox"/> 固形の食べ物を咀嚼しやく中にみせる <input type="checkbox"/> 食後、頬の内側や口腔内に残渣がある <input type="checkbox"/> 水分でみせる <input type="checkbox"/> 食事中、食後に咳をすることがある <input type="checkbox"/> その他（ ）		
方針・目標	(共通) (リハビリテーション・栄養・口腔)		
	短期目標： 長期目標： (上記に加えた方針・目標) <input type="checkbox"/> 歯科疾患（□重症化防止 □改善） <input type="checkbox"/> 口腔衛生（□自立 □介護者の口腔清掃の技術向上 □専門職の定期的な口腔清掃等） <input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能（□維持 □改善） <input type="checkbox"/> 食形態（□維持 □改善） <input type="checkbox"/> 栄養状態（□維持 □改善） <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 □その他（ ）		
実施上の 注意事項			
生活指導			
見直し・ 継続理由			



## 別紙様式5-2

特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、  
認知症対応型共同生活介護（介護予防も含む）

## 口腔・栄養スクリーニング様式

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年	月	日	生まれ	歳
氏名		要介護度・ 病名・ 特記事項等	記入者名：				
			作成年月日： 年 月 日				
			事業所内の歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
			事業所内の管理栄養士・栄養士 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				

	スクリーニング項目	前回結果 ( 月 日)	今回結果 ( 月 日)	
口 腔	開口	できる ・ できない	できる ・ できない	
	歯の汚れ	なし ・ あり	なし ・ あり	
	舌の汚れ	なし ・ あり	なし ・ あり	
	左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	できる ・ できない	できる ・ できない	
	歯肉の腫れ、出血	なし ・ あり	なし ・ あり	
	むせ	なし ・ あり	なし ・ あり	
	ぶくぶくうがい <sup>*1</sup>	できる ・ できない	できる ・ できない	
	食物のため込み、残留 <sup>*2</sup>	なし ・ あり	なし ・ あり	
	特記事項(歯科医師等への連携の必要性等)			

	スクリーニング項目	前回結果 ( 月 日)	今回結果 ( 月 日)
栄 養	身長(cm) <sup>*3</sup>	( cm)	( cm)
	体重(kg)	( kg)	( kg)
	BMI(kg/m <sup>2</sup> ) <sup>*3</sup> 18.5未満	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( kg/m <sup>2</sup> )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( kg/m <sup>2</sup> )
	直近1~6か月間における3%以上の体重減少 <sup>*4</sup>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( kg/ か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( kg/ か月)
	直近6か月間における2~3kg以上の体重減少 <sup>*4</sup>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( kg/6か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( kg/6か月)
	血清アルブミン値(g/dL) <sup>*5</sup> 3.5g/dL未満	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( g/dL)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( g/dL)
	食事摂取量 75%以下 <sup>*5</sup>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( %)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( %)
	特記事項 (医師、管理栄養士等への連携の必要性等)		

※1 現在、歯磨き後のうがいをしている場合に限り確認する。誤嚥のリスクも鑑みて改めて実施する必要はなく、確認出来ない場合は、空欄でも差し支えない。

※2 食事の観察が困難な場合は、空欄でも差し支えない。

※3 身長が測定出来ない場合は、空欄でも差し支えない。

※4 体重減少について、いずれかの評価でも差し支えない。(初回は評価不要)

※5 確認出来ない場合は、空欄でも差し支えない。

## (参考) 口腔スクリーニング項目について

項目	評価基準
開口	・上下の前歯の間に指2本分(縦)入る程度まで口があかない場合(開口量3cm以下)には「できない」とする。
歯の汚れ	・歯の表面や歯と歯の間に白や黄色の汚れ等がある場合には「あり」とする。
舌の汚れ	・舌の表面に白や黄色、茶、黒色の汚れなどがある場合には「あり」とする。
左右両方の奥歯で しっかりかみしめられる	・本人にしっかりかみしめられないとの認識がある場合または義歯をいれても奥歯がない部分がある場合は「できない」とする。
歯肉の腫れ、出血	・歯肉が腫れている場合(反対側の同じ部分の歯肉との比較や周囲との比較)や歯磨きや口腔ケアの際に出血する場合は「あり」とする。
むせ	・平時や食事時にむせがある場合や明らかな「むせ」はなくても、食後の痰がらみ、声の変化、息が荒くなるなどがある場合は「あり」とする。

ぶくぶくうがい	・ 歯磨き後のうがいの際に口に水をためておけない場合や頬を膨らませない場合や膨らました頬を左右に動かさない場合は「できない」とする。
食物のため込み、残留	・ 食事の際に口の中に食物を飲み込まずためてしまう場合や飲み込んだ後に口を開けると食物が一部残っている場合は「あり」とする。
特記事項 (歯科医師等への連携の必要性等)	・ 歯や粘膜に痛みがある、口の中の乾燥、口臭、義歯の汚れ、義歯がすぐに外れる、口の中に葉が残っている等の気になる点があれば記載する。 ・ 項目1-8について「あり」または「できない」が1つでもある場合は、歯科医師等による口腔内等の確認の必要性は高い。 ・ その他の項目等も参考に歯科医師等による口腔内等の確認の必要性を含めた、歯科医師等連携への必要性を検討する。

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

**(参考) 低栄養状態のリスク分類について**

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

別紙様式2  
**指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（居宅療養管理指導・歯科医師）**

\_\_\_\_\_年 月 日

情報提供先事業所 \_\_\_\_\_ 殿  
 担当 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_  
 医療機関所在地 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_  
 FAX番号 \_\_\_\_\_  
 歯科医師氏名 \_\_\_\_\_

## 基本情報

利用者氏名	(ふりがな) _____	男・女	〒 _____
	_____年 月 日生		

## 利用者の病状、経過等

(1) 情報提供の目的
(2) 病状、経過等
<input type="checkbox"/> 口腔衛生状態不良 <input type="checkbox"/> う蝕等 <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 口腔粘膜疾患（潰瘍等） <input type="checkbox"/> 義歯の使用（ <input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 全部） <input type="checkbox"/> 臼歯部咬合（ <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良） <input type="checkbox"/> 義歯の問題（ <input type="checkbox"/> 義歯新製が必要な欠損 <input type="checkbox"/> 義歯破損・不適合等） <input type="checkbox"/> 摂食嚥下機能の低下 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） <input type="checkbox"/> 配慮すべき基礎疾患（ _____ ）

## 介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

(1) 必要な歯科治療
<input type="checkbox"/> う蝕治療 <input type="checkbox"/> 冠・ブリッジ治療 <input type="checkbox"/> 義歯の新製や修理等 <input type="checkbox"/> 歯周病の治療 <input type="checkbox"/> 口腔機能の維持・向上 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
(2) 利用すべきサービス
<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導（ <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
(3) その他留意点
<input type="checkbox"/> 摂食嚥下機能 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
(4) 連携すべきサービス
<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり（ _____ ） → 必要な支援（ _____ ）

## 利用者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

(1) 利用者の日常生活上の留意事項
(2) 社会生活面の課題と地域社会において必要な支援
社会生活面の課題 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ( _____ ) → 必要な支援（ _____ ）
(3) 特記事項

## 別紙様式3

## 歯科衛生士等による居宅療養管理指導に係る口腔の健康状態の評価・管理指導計画

## 1 基本情報

利用者氏名		年 月 日生 ( 歳 )	男 ・ 女
食形態	<input type="checkbox"/> 経口摂取( <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食( <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 1j <input type="checkbox"/> 0t <input type="checkbox"/> 0j)		
	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養		
義歯の使用	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 全部 ) <input type="checkbox"/> なし		
誤嚥性肺炎の発症・罹患	<input type="checkbox"/> あり (直近の発症年月: 年 月 ) <input type="checkbox"/> なし		

※嚥下調整食の種類、誤嚥性肺炎の発症等について介護保険施設と連携を図り把握するよう努めるとともに、6ヶ月以内の状況について記載すること。

## 2 口腔の健康状態の評価・再評価 (口腔に関する問題点等)

記入者・記入年月日	(氏名)	年 月 日
口腔衛生状態	口臭	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	歯の汚れ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	義歯の汚れ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	舌苔	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
口腔機能の状態	奥歯のかみ合わせ	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 分からない
	食べこぼし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	むせ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	痕がらみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	口腔乾燥	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	舌の動きが悪い ぶくぶくうがい※	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 分からない
(以下の評価は歯科医師の判断により必要に応じて実施)		
歯科疾患等	歯数	( ) 歯
	歯の問題(う蝕、破折、脱離、残根歯等)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	義歯の問題(不適合、破損、必要だが使用していない)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	歯周病	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
特記事項	粘膜の問題 (潰瘍等)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない

## 3 居宅療養管理指導計画

利用者家族に説明を行った日 年 月 日

初回作成日	年 月 日	作成(変更)日	年 月 日
記入者	歯科医師:	歯科衛生士:	
目標	<input type="checkbox"/> 歯科疾患 ( <input type="checkbox"/> 重症化防止 <input type="checkbox"/> 改善 )		
	<input type="checkbox"/> 口腔衛生 ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介護者の口腔清掃		
	<input type="checkbox"/> 技術の向上 <input type="checkbox"/> 専門職の定期的な口腔清掃等		
実施内容	<input type="checkbox"/> 口腔清掃 <input type="checkbox"/> 口腔清掃に関する指導		
	<input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導		
	<input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導		
訪問頻度	<input type="checkbox"/> 月4回程度 <input type="checkbox"/> 月2回程度 <input type="checkbox"/> 月1回程度 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
関連職種との連携			

## 4 実施記録

訪問日	年 月 日	時 分 ~ 時 分	実施者
訪問先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 認知症グループホーム <input type="checkbox"/> 特定施設 (有料老人ホーム、介護老人ホーム、軽費老人ホーム)		
歯科医師の同行の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 年 月 日 時 分 ~ 時 分		
実地指導の要点	<input type="checkbox"/> 口腔清掃 <input type="checkbox"/> 口腔清掃に関する指導		
	<input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導		
	<input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導		
解決すべき課題			
特記事項	<input type="checkbox"/> 実地指導に係る情報提供・指導 ( ) <input type="checkbox"/> 管理指導計画の見直しを含めた歯科医師からの指示 ( )		