平成 25 年　老人保健事業推進費等補助金

老人保健健康増進等事業

通所系介護サービス施設における口腔機能向上サービス及び栄養改善サービス提供のあり方に関する調査研究事業

独立行政法人　国立健康・栄養研究所

平成 26（2014）年 3 月

目次

Ⅰ．調査の概要…… 1
１．研究の目的…… 2
２．事業実施の概要…… 2
３．主な結果…… 3

Ⅱ．サービス提供のあり方に関する調査（事業者への調査）…… 7
１．対象…… 8
２．調査方法…… 8
３．調査実施期間…… 8
４．調査項目…… 8
５．調査結果……11
１）回収等の状況……11
２）事業所の状況……11
３）実施事例……31

Ⅲ．サービス効果の検討……69
１．対象……70
２．方法……70
３．結果……71
１）対象施設、対象者の状況……71
２）サービス提供内容……73
３）通所施設利用状況、通所時の食事……74
４）身体計測……75
５）身体活動、健康……77
６）口腔……78
７）体力……83
８）食事……85

Ⅳ．通所系介護サービスにおける口腔機構向上と栄養改善サービスの提供……87
１．口腔機能向上サービス……88
２．栄養改善サービスの対象者の抽出……89
３．栄養改善サービス……90
４．身体状況の評価……91
５．体力の評価……94
６．口腔機能向上と栄養改善サービスの複数実施の効果と課題……95

Ⅴ．資料……99
１．サービス提供のあり方に関する調査（事業所票）…… 100
２．サービス提供のあり方に関する調査（利用者票）…… 105
３．サービス効果の検討　調査説明書…… 115

検討委員会

太田貞司　聖隷クリストファー大学　教授
小坂健　東北大学大学院　教授
香川雅春　女子栄養大学栄養科学研究所　専任講師
菅武雄　鶴見大学　講師
後藤千穂　名古屋文理大学　准教授
小山秀夫　兵庫県立大学大学院　教授
杉山みち子　神奈川県立保健福祉大学　教授
◎髙田和子　(独)国立健康･栄養研究所　室長
田中喜代次　筑波大学大学院　教授
吉池信男　青森県立保健大学　教授

ワーキンググループ（サービス提供のあり方に関する調査）

吉池由美子　㈱三菱総合研究所　人間・生活研究本部　主席研究員
八巻心太郎　㈱三菱総合研究所　人間・生活研究本部　主席研究員
中尾杏子　㈱三菱総合研究所　人間・生活研究本部　研究員

ワーキンググループ（サービス効果の検討）

飯田良平　鶴見大学　臨床助手
大房航　鶴見大学　臨床助手
香川雅春　女子栄養大学栄養科学研究所　専任講師
後藤千穂　名古屋文理大学　准教授
塩野幸恵　鶴見大学　助手
杉山みち子　神奈川県立保健福祉大学　教授
根本みゆき　筑波大学大学院　研究員
長谷川祐子　くらしき作陽大学　専任准教授
日田安寿美　東京農業大学　講師
目加田優子　文教大学　専任講師
藪下(鎌田)典子　筑波大学大学院　研究員
吉村英一　熊本県立大学　講師

（五十音順、◎委員長）

協力機関

一般社団法人　全国デイ・ケア協会
医療法人深仁会　札幌西円山病院
医療法人生愛会　生愛会ナーシングケアセンター
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

医療法人真正会　霞ヶ関南病院デイホスピタル
医療法人一陽会　箱根リハビリテーション病院　介護老人保健施設サンライズ箱根
公益財団法人積善会　介護老人保健施設リバーイースト
社会福祉法人　枡形鳳翔会　介護老人保健施設遊花園
医療法人共和会　小倉リハビリテーション病院　介護老人保健施設伸寿苑

（北から）

研究協力者

伊藤葵　東北大学大学院　大学院生
宇田淳　広島国際大学　教授
吉田美代子　（独）国立健康・栄養研究所　栄養教育研究部　技術補助員

（五十音順）

I

調査の概要

Ⅰ. 調査の概要

1. 研究の目的

介護予防事業においては、初期から低栄養のリスク者に対する栄養改善のプログラムが設置されていた。低栄養は、死亡リスクの増加や入院期間の延長など高齢者の健康を阻害するものであることは明らかであるが、介護予防事業において栄養改善サービスの実施件数は運動機能向上に比べると少ない。また、栄養改善の介入については、たんぱく質のサプリメントを投与したような研究事例はあるものの、栄養改善サービスの実施効果についてはいまだに明確なエビデンスがない状況である。

平成24年度の介護報酬改定においては、予防給付における選択的サービス複数実施加算が新設された。特に栄養改善は、口腔機能向上との関係が深く、この2つを合わせて実施していくことは、低栄養の改善において非常に有効であると考えられる。そこで本事業においては、通所サービスを利用している高齢者を対象に、栄養改善・口腔機能向上のサービスを単独あるいはあわせて実施し、その効果を食事内容、身体状況、口腔機能、生活の質（Quality of life: QOL)など多面的に評価した。特に、評価に際しては従来用いられている評価方法だけでなく、対象となっている高齢者やサービス内容の効果が評価しやすい項目の選択あるいは開発を試みた。さらに、通所リハビリテーションで実施されている栄養改善サービスや口腔機能向上サービスの実施体制および実施状況を把握し、今後の介護保険事業における栄養改善および口腔機能向上の取組みに関する施策の検討に資するための基礎資料を得ることとした。

以上の2つの調査研究事業から、通所サービスにおける口腔機能向上と栄養改善サービスの実施における効果及び実施上の課題を明確にすることを目的とした。

2. 事業実施の概要

1）検討委員会とワーキングループの設置

本事業を実施するための検討委員会（委員長　髙田和子　栄養教育研究部　栄養ケア・マネジメント研究室　室長）を設置し、本事業の実施に際し、調査の計画と結果の解釈、実施上の課題について検討した。平成25年7月3日の会議においては、介入研究の対象施設の選択方法、対象者の条件、アセスメント項目の検討を行った。また、事業所調査の結果及びサービスの効果の評価の途中経過を基に平成26年3月5日の会議において、まとめの方向性及び課題の検討を行った。ワーキンググループにおいては、検討委員会での決定を基に、アセスメント方法の説明会の実施、アセスメントのサポート、結果の解析に関する具体的な作業を担当した。

2）サービス提供のあり方に関する調査

調査対象事業所は、平成 25 年度介護サービス情報公表システムにおいて公表されている全国の通所リハビリテーション事業所 6,477 事業所のうち、口腔機能向上加算、栄養改善加

算のいずれかを取得している事業所(1,500 事業所)を無作為抽出して対象とした。

調査対象利用者は、調査対象となった事業所の中で、(A)「栄養改善加算」を算定し3ヶ月後の評価まで実施した利用者、(B)「口腔機能向上加算」を算定し3ヶ月後の評価まで実施した利用者、(C)「栄養改善加算」と「口腔機能向上加算」の両方を算定し、両方とも3ヶ月後の評価まで実施した利用者について、各事業所1名ずつを対象として実態を把握した。

3)サービスの効果の評価

要介護 1～3(一部、要支援Ⅱを含む)の認定を受け、通所系サービス施設を利用している高齢者のうち、介護保険法に規定される栄養改善あるいは口腔機能向上サービスの対象者の基準を満たす者で、本調査期間中に栄養改善あるいは口腔機能向上サービスの対象となる者を対象とした。本調査の実施に際しては、本人へ調査の目的、内容等の説明を行い、同意を得たうえで実施した。対象者には、口腔機能向上サービスと栄養改善サービスの両方(口腔＋栄養)、あるいは口腔機能向上サービスのみ(口腔)、栄養改善サービスのみ(栄養)のいずれかのサービスを 2～3 か月間実施した。介入の前後には、基礎情報、通所施設利用状況の調査とともに、口腔機能の評価、体力測定、身体計測、栄養評価及びサービス内容の記録を行った。本事業の実施に際しては、(独)国立健康・栄養研究所研究倫理審査委員会の承認を得て実施し、対象者には本事業の目的、調査内容、測定による利益と不利益、個人情報の保護等に関する説明を行い、同意を得て実施した。

4)通所施設における口腔機能向上及び栄養改善サービスのあり方の検討

通所系介護サービス施設における口腔機能向上と栄養改善の複数実施の効果の検討と実施上の課題について、「サービス提供のあり方に関する調査」と「サービスの効果の評価」の結果をもとに、平成26年3月5日の検討委員会及び検討委員の担当分野ごとに専門家とのディスカッションにより検討した。

3. 主な結果

・口腔機能向上加算、栄養改善加算のいずれかを取得している事業所を1,500事業所無作為抽出して対象とし、550事業所から回答を得た。利用者調査においては、栄養改善を実施した対象46名、口腔機能向上284名、栄養改善及び口腔機能向上45名について回答がえられた。

・平成 25 年 4～9 月の算定実績のある施設は、栄養改善加算で約 5%、口腔機能向上で約 50%、口腔機能向上加算を両方が約 4%であった。加算を算定しない理由では、いずれも「サービスが必要と思われる利用者がいない」、「必要な専門職の人材不足」、「利用者が希望しない」が多かった。算定を行った実人数は栄養改善で平均約 15 人、口腔機能向上で平均約 30 人であった。複合的な実施の効果については、相乗効果が現れた、利

用者の状態を総合的に把握できる等の意見が見られた。一方で、利用者の費用負担や利用者・家族・関係者に複合的ケアの必要性について理解を得ることの困難さ、多職種が関わることの困難点などが課題として挙げられた。

・介護予防サービスは 95%の施設で実施していた。「選択的サービス複数実施加算Ⅰ」のうち、運動器機能向上及び栄養が約６％、運動器機能向上及び口腔機能向上が約 25%、栄養改善及び口腔機能向上が 0.4%であった。選択的サービス複数実施加算Ⅱを算定していた事業所は約 4%であった。複数のサービスを算定している事業所では、単独で作成した独立したプログラムの提供が 76%であるのに対し、複合的なプログラムの実施は 17%であった。3 種類のサービス提供に至らない理由は、「必要な利用者がいない」、「必要な専門職不足」、「本人のニーズがない」が多かった。

・栄養改善加算の実施者に事前に評価した栄養状態は、「身長体重測定」が最も多く、その他では「褥瘡」、「栄養補給」、「摂食・嚥下」、「体重減少」が多くみられた。加算につながった項目は、約半数が「身長体重測定」で、その他に「体重減少」、「栄養補給」、「摂食嚥下の状況」がみられた。利用者の栄養状態の評価結果では、いずれも「維持」が最も多かった。提供内容では、加算にかかわらず実施したものは「食事内容の指導（個別指導)」、「食形態の指導（個別指導)」、「レシピの提供」が多く、加算に伴って実施したものは、「食事内容の指導（個別指導)」、「食形態の指導（個別指導)」、「食事の準備方法の指導（個別指導)」、「食事する環境の指導（個別指導)」が多かった。対象者の選定から評価結果のケアマネジャーや主治医への情報提供に至るまでの各プロセスにおいていずれも約 70%程度が「管理栄養士」が関わっていた。看護職員は、「リスク把握」で、介護職員は「対象者の選定」、「家族への同意」、「サービス提供」に約 4 割で関わっていた。

・利用者の口腔衛生、摂食・嚥下機能では、事前にチェックした項目では、「口腔清潔の介助の必要性」、「お茶や汁物等でむせる」がそれぞれ 80%以上で、次いで「嚥下に介助の必要性」、「食事摂取に介助の必要性」が多かった。加算につながった項目は、「お茶や汁物等でむせる」が約 6 割で最も多く、次いで「口腔清潔の介助の必要性」、「嚥下に介助の必要性」が多かった。加算後の評価では、すべての項目において「維持」が最も多かった。加算にかかわらず実施した内容は、「口腔体操・嚥下体操等」が約 74%と最も多く、次いで「口腔清掃の実施」、「食姿勢や食環境についての指導」が多かった。加算に伴って実施したものは、「口腔清掃の指導」が約 68%と最も多く、次いで「嚥下機能に関する訓練」、「口腔体操・嚥下体操等」であった。対象者の選定から評価結果のケアマネジャーや主治医への情報提供までの各プロセスを実施する際に関わった職種は、全てのプロセスにおいて「看護職員」が最も多く関わっていた。歯科衛生士は、リスク把握、

サービス提供、評価に 30%以上で関わり、介護職員は対象者の選定、リスク把握では40%以上、サービス提供に約 57%かかわっていた。

・栄養改善と口腔機能向上の両方の実施においては、事前にチェックした項目は栄養状態では「身長・体重」が多く、口腔機能向上では「口腔清潔の介助の必要性」が最も多かった。加算につながった項目は、栄養改善では「体重減少」、口腔機能向上では「口腔清潔の介助の必要性」が最も多かった。評価結果では、「体重減少」で改善が最も多く（20%）、口腔衛生、摂食・嚥下機能は、全ての項目において「維持」が最も多くなっていた。「食事量」については「改善」が 20%と比較的高かった。関与した職種は、栄養改善はすべてのプロセスで「管理栄養士」が最も多く関わっており、口腔機能向上では「サービスの提供」では介護職員が最も多かったが、それ以外の項目では「看護職員」が最も多くなっていた。歯科衛生士は、リスク把握、口腔機能向上サービスの提供、評価結果のケアマネジャー・主治医への情報提供においては 3 割を超えた例で関わっていた。

・サービス効果に関する検討には、8 施設が参加し、口腔機能向上＋栄養改善 18 名、口腔機能向上のみ 16 名、栄養改善のみ 13 名の参加者があった。最終評価が行えた対象は口腔の 1 名を除く 46 名であった。

・口腔＋栄養では、アクティビティー参加率の増加、実施できるうがいの改善、一部の体力測定値の改善傾向が認められた。口腔＋栄養及び口腔の口腔機能向上の実施により口腔内の改善が認められ、口腔＋栄養及び栄養の栄養改善実施では、食欲の改善傾向が認められた。口腔のみの実施では、体重増加傾向、精神的健康 QOL の低下、栄養のみでは、主食摂取量の増加、体重増加傾向、身体的健康 QOL の向上、咬筋が固くなる具合の低下が認められた。口腔の状態や栄養状態は、単独での実施と複数実施による差はあまりないあるいは、単独での実施の方がより効果が見られる傾向にあった。口腔＋栄養では運動機能向上サービスの対象者が少ないにも関わらず、一部の体力測定項目に改善傾向がみられ、通所サービス中のアクティビティー参加も増えたことは、全身の栄養状態あるいは身体機能や意欲に改善があったと推測できる。

・口腔＋栄養の複数実施は、相乗効果が期待できるとともに、利用者の状態の総合的な把握につながることが期待された。一方の介入の場合、介入していないサービスに関する評価（口腔の場合は栄養状態や食事摂取量）の評価が薄くなり、一方で食事摂取量増加に重点を置くと軟らかい食べ物の摂取に偏り口腔機能の低下を生じる可能性がある。複数実施加算においては、両サービスを同等に実施するよりは、両サービスに関わる評価を常に行い、利用者の状況を総合的に把握したうえで、サービス内容を検討し、単独に作成したプログラムをそれぞれ提供するのではなく、複合的に計画することが必要であ

ると考える。

・本事業においては、複数実施加算実施上のいくつかの課題が認められた。それらは、①利用者の各機能の評価の実施状況や評価方法を含めて口腔機能低下や低栄養のリスク把握が十分にできていないと思われる場合があること、高齢者や家族の通所施設におけるこれらのサービスの必要性の理解不足あるいは通所施設利用目的との不一致などがサービスを利用する対象者がいないことに通じていると思われること、②サービス実施にあたり、通所施設の専門職の配置人数、サービス実施時の各職種の役割分担、通所サービスでの限られた時間内での各種サービス提供の配分などのサービス実施体制の見直し、③アセスメントや評価の項目の選択や正確な実施が不十分という点である。

・今回の事業では、口腔機能向上と栄養改善の両方の実施は、一方のみの実施に比べて口腔の状態や栄養状態単独の改善効果は同程度あるいは劣る項目も見られたが、アクティビティー参加や一部の身体機能の向上など有益な効果もみられた。これは単独の介入対象者では、介入に至ったサービスの項目（口腔では口腔機能）が介入前の状況が悪い傾向にあったこと、また通所サービスの限られた時間内で単独の実施の方がそのサービスについては時間的に十分な介入が行われているためと推測された。一方で、単独の介入では、他のサービス項目（栄養改善であれば口腔機能）への注意が不足し、その評価項目（栄養改善であれば口腔機能）が悪化する場合もみられた。本事業では、すべての対象者に口腔、栄養摂取、体力、身体計測等のすべての評価を実施したが、施設ごとに専門職の配置や実施体制等により、どのサービス実施に重点をおくかが異なり、実施していないサービスについて、利用者のリスク把握が不十分になる可能性がある。その意味からは、複数実施により常に総合的に評価を行う体制は重要であり、その上で重点をおくサービスの決定や口腔と栄養の両方の改善のバランスをとることが重要である。

Ⅱ

サービス提供のあり方に関する調査
（事業者への調査）

Ⅱ．サービス提供のあり方に関する調査（事業所調査）

1．対象

調査対象事業所は、平成 25 年度介護サービス情報公表システムにおいて公表されている全国の通所リハビリテーション事業所 6,477 事業所のうち、口腔機能向上加算、栄養改善加算のいずれかを取得している事業所（1,500 事業所）を無作為抽出して対象とした。

調査対象利用者は、調査対象となった事業所の中で、以下（A）（B）（C）それぞれに該当する利用者のうち、直近で評価を行なった利用者について各事業所 1 名ずつを対象とした（該当する利用者がいない場合は回答不要とした）。

（A）「栄養改善加算」を算定し3ヶ月後の評価まで実施した利用者
（B）「口腔機能向上加算」を算定し3ヶ月後の評価まで実施した利用者
（C）「栄養改善加算」と「口腔機能向上加算」の両方を算定し、両方とも3ヶ月後の評価まで実施した利用者

2．方法

本調査は、郵送配布・郵送回収により実施した。

3．調査実施時期

平成 25 年 12 月に調査票を配布し、回収期限は 12 月 25 日とした。
記入時点は平成 25 年 9 月中（または 10 月 1 日現在）の状況とした。

4．調査項目

調査内容は以下の各項目から構成した。

（1）事業所票

1　通所リハビリテーション事業所について
2　利用者について
3　事業所内での食事提供の状況について
4　利用者の口腔内評価について
5　栄養改善サービスについて
6　口腔機能向上サービスについて
7　栄養改善加算と口腔機能向上加算との複合的な実施について
8　介護予防サービス・利用者について

(2)利用者票

①「栄養改善加算」を算定し、3ヶ月後の評価まで実施した利用者について

1　利用者の基本属性
2　利用者の栄養状態
3　栄養改善サービスの導入
4　栄養ケア計画の作成
5　栄養ケア計画の利用者、家族への同意
6　栄養改善サービスの提供
7　評価結果のケアマネジャー・主治医への情報提供
8　評価後のサービス継続状況について
9　各プロセスを実施する際に関わった職種について

②「口腔機能向上加算」を算定し、3ヶ月後の評価まで実施した利用者について

1　利用者の基本属性
2　利用者の口腔衛生、摂食・嚥下機能
3　口腔機能向上サービスの導入
4　口腔機能改善管理指導計画の作成
5　口腔機能改善管理指導計画の利用者、家族への同意
6　口腔機能向上サービスの提供
7　評価結果のケアマネジャー・主治医への情報提供
8　評価後のサービス継続状況について
9　各プロセスを実施する際に関わった職種について

③「栄養改善加算」および「口腔機能向上加算」を算定し、3ヶ月後の評価まで実施した利用者について

1　利用者の基本属性
【栄養改善加算について】
1　利用者の栄養状態
2　栄養改善サービスの導入
3　栄養ケア計画の作成
4　栄養ケア計画の利用者、家族への同意
5　栄養改善サービスの提供
6　評価結果のケアマネジャー・主治医への情報提供
7　評価後のサービス継続状況について
8　各プロセスを実施する際に関わった職種について

【口腔機能向上加算について】
1　利用者の口腔衛生、摂食・嚥下機能
2　口腔機能向上サービスの導入
3　口腔機能改善管理指導計画の作成
4　口腔機能改善管理指導計画の利用者、家族への同意
5　口腔機能向上サービスの提供
6　評価結果のケアマネジャー・主治医への情報提供
7　評価後のサービス継続状況について
8　各プロセスを実施する際に関わった職種について

なお、調査の実施に際しては、(独)国立健康・栄養研究所研究倫理審査委員会の承認を得た。

５．調査結果

１）回収等の状況

本調査の回収状況は次のとおりであった。

図表 Ⅱ-1 調査票回収数

事業所票	調査 対象事業所数	回収 事業所票	回収率
通所リハビリテーション	1,500	550	36.7%

利用者票	回収数
(A)「栄養改善加算」を算定し、3ヶ月後の評価まで実施した利用者	46
(B)「口腔機能向上加算」を算定し、3ヶ月後の評価まで実施した利用者	284
(C)「栄養改善加算」と「口腔機能向上加算」の両方を算定し、両方とも3ヶ月後の評価まで実施した利用者	45

２）事業所の状況

(1)事業所の状況

事業開始年月は、「平成 6～10 年」が 41.6%と最も多く、次いで「平成 11～15 年」が 22.9%、「平成元年～5 年」が 16.5%であった。

図表 Ⅱ-2 事業開始年月

	件数	昭和63年以前	平成元年～5年	平成6～10年	平成11～15年	平成16～20年	平成21～25年	無回答
全体	550 100.0%	32 5.8%	91 16.5%	229 41.6%	126 22.9%	60 10.9%	43 7.8%	29 5.3%

回答事業所の所在地の状況は以下のとおりであった。

図表 Ⅱ-3 所在地

	件数	北海道	青森県	岩手県	秋田県	宮城県	山形県	福島県	茨城県	栃木県	群馬県	埼玉県	千葉県	東京都	神奈川県	新潟県	福井県
全体	550 100.0%	22 4.0%	6 1.1%	4 0.7%	3 0.5%	12 2.2%	9 1.6%	13 2.4%	11 2.0%	11 2.0%	5 0.9%	12 2.2%	14 2.5%	22 4.0%	12 2.2%	12 2.2%	6 1.1%

	石川県	富山県	静岡県	山梨県	長野県	愛知県	岐阜県	三重県	和歌山県	滋賀県	奈良県	京都府	大阪府	兵庫県	岡山県	広島県	鳥取県
全体	11 2.0%	8 1.5%	24 4.4%	5 0.9%	8 1.5%	23 4.2%	6 1.1%	12 2.2%	3 0.5%	5 0.9%	2 0.4%	18 3.3%	20 3.6%	21 3.8%	12 2.2%	18 3.3%	9 1.6%

	島根県	山口県	香川県	徳島県	愛媛県	高知県	福岡県	佐賀県	長崎県	大分県	熊本県	宮崎県	鹿児島県	沖縄県	無回答
全体	8 1.5%	11 2.0%	10 1.8%	7 1.3%	8 1.5%	3 0.5%	39 7.1%	8 1.5%	15 2.7%	18 3.3%	21 3.8%	5 0.9%	0 0.0%	15 2.7%	3 0.5%

開設主体は、「医療法人」が 76.2%と最も多かった。

図表 Ⅱ-4 開設主体

	件数	地方公共団体	険関係団体 日本赤十字社・社会保	社会福祉協議会	社会福祉法人	医療法人	社団・財団法人	協同組合及び連合会	営利法人	NPO） 特定非営利活動法人（	その他	無回答
全体	550 100.0%	19 3.5%	3 0.5%	0 0.0%	28 5.1%	419 76.2%	26 4.7%	18 3.3%	1 0.2%	0 0.0%	31 5.6%	5 0.9%

開設主体が提供するサービスは、「病院」が 50.2%と最も多く、次いで「診療所」が 42.5%、「訪問リハビリテーション」が 33.6%であった。

図表 Ⅱ-5 開設主体が提供するサービス(複数回答)

	件数	病院	診療所	介護老人保健施設	訪問リハビリテーション	通所介護	認知症対応型通所介護	その他	無回答
全体	550 100.0%	276 50.2%	234 42.5%	181 32.9%	185 33.6%	86 15.6%	26 4.7%	100 18.2%	9 1.6%

開設主体が提供するサービスのうち併設施設は、「訪問リハビリテーション」が 17.6%と最も多く、次いで「病院」、「診療所」が 13.3%、「介護老人保健施設」が 9.6%であった。

図表 Ⅱ-6 開設主体が提供するサービスのうち併設施設(複数回答)

	件数	病院	診療所	介護老人保健施設	訪問リハビリテーション	通所介護	認知症対応型通所介護	その他	無回答
全体	550 100.0%	73 13.3%	73 13.3%	53 9.6%	97 17.6%	31 5.6%	9 1.6%	52 9.5%	302 54.9%

加算の算定状況(平成25年9月分実績)は、「運動器機能向上加算」が83.3%と最も多く、次いで「サービス提供体制強化加算(Ⅰ)」が 62.2%、「口腔機能向上加算」が 51.8%であった。

図表 Ⅱ-7 加算の算定状況(平成25年9月分実績)(複数回答)

	件数	運動器機能向上加算	栄養改善加算	口腔機能向上加算	加算(Ⅰ)サービス提供体制強化	加算(Ⅱ)サービス提供体制強化	無回答
全体	550 100.0%	458 83.3%	55 10.0%	285 51.8%	342 62.2%	128 23.3%	16 2.9%

職種別の従事者数は、以下の通りであった。

図表 Ⅱ-8 従事者数(医師～看護職員)

		件数	0人	～1人	～3人	～5人	～10人	～15人	～20人	～30人	30人以上	無回答	平均	標準偏差
医師	常勤【専従】実人数	550 100.0%	400 72.7%	132 24.0%	16 2.9%	1 0.2%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.2%	0.3	0.5
	常勤【兼務】常勤換算数	550 100.0%	156 28.4%	369 67.1%	21 3.8%	2 0.4%	1 0.2%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.2%	0.5	0.6
	非常勤：常勤換算数	550 100.0%	425 77.3%	111 20.2%	9 1.6%	4 0.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.2%	0.1	0.4
歯科医師	常勤【専従】実人数	550 100.0%	545 99.1%	2 0.4%	1 0.2%	0 0.0%	1 0.2%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.2%	0.0	0.4
	常勤【兼務】常勤換算数	550 100.0%	544 98.9%	5 0.9%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.2%	0.0	0.1
	非常勤：常勤換算数	550 100.0%	542 98.5%	7 1.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.2%	0.0	0.1
理学療法士	常勤【専従】実人数	550 100.0%	252 45.8%	144 26.2%	118 21.5%	27 4.9%	7 1.3%	1 0.2%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.2%	1.1	1.5
	常勤【兼務】常勤換算数	550 100.0%	290 52.7%	159 28.9%	82 14.9%	13 2.4%	5 0.9%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.2%	0.6	1.1
	非常勤：常勤換算数	550 100.0%	407 74.0%	111 20.2%	27 4.9%	4 0.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.2%	0.2	0.6
作業療法士	常勤【専従】実人数	550 100.0%	348 63.3%	121 22.0%	70 12.7%	7 1.3%	3 0.5%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.2%	0.6	1.0
	常勤【兼務】常勤換算数	550 100.0%	355 64.5%	152 27.6%	39 7.1%	3 0.5%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.2%	0.3	0.6
	非常勤：常勤換算数	550 100.0%	447 81.3%	91 16.5%	11 2.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.2%	0.1	0.4
言語聴覚士	常勤【専従】実人数	550 100.0%	518 94.2%	23 4.2%	7 1.3%	0 0.0%	1 0.2%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.2%	0.1	0.4
	常勤【兼務】常勤換算数	550 100.0%	398 72.4%	142 25.8%	8 1.5%	1 0.2%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.2%	0.1	0.4
	非常勤：常勤換算数	550 100.0%	493 89.6%	53 9.6%	3 0.5%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.2%	0.0	0.2
看護職員	常勤【専従】実人数	550 100.0%	239 43.5%	158 28.7%	125 22.7%	17 3.1%	9 1.6%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.2%	1 0.2%	1.1	2.0
	常勤【兼務】常勤換算数	550 100.0%	411 74.7%	113 20.5%	23 4.2%	2 0.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.2%	0.2	0.5
	非常勤：常勤換算数	550 100.0%	304 55.3%	166 30.2%	71 12.9%	4 0.7%	4 0.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.2%	0.5	1.0

図表 Ⅱ-9 従事者数(介護職員～その他)

		件数	0人	～1人	～3人	～5人	～10人	～15人	～20人	～30人	30人以上	無回答	平均	標準偏差
介護職員	常勤【専従】実人数	550 100.0%	31 5.6%	23 4.2%	93 16.9%	124 22.5%	186 33.8%	60 10.9%	16 2.9%	13 2.4%	3 0.5%	1 0.2%	6.8	5.4
	常勤【兼務】常勤換算数	550 100.0%	441 80.2%	50 9.1%	28 5.1%	9 1.6%	16 2.9%	5 0.9%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.2%	0.6	1.9
	非常勤：常勤換算数	550 100.0%	188 34.2%	86 15.6%	136 24.7%	79 14.4%	39 7.1%	17 3.1%	2 0.4%	1 0.2%	1 0.2%	1 0.2%	2.2	3.2
柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師	常勤【専従】実人数	550 100.0%	533 96.9%	10 1.8%	5 0.9%	1 0.2%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.2%	0.0	0.3
	常勤【兼務】常勤換算数	550 100.0%	537 97.6%	8 1.5%	4 0.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.2%	0.0	0.2
	非常勤：常勤換算数	550 100.0%	536 97.5%	13 2.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.2%	0.0	0.1
管理栄養士	常勤【専従】実人数	550 100.0%	471 85.6%	69 12.5%	9 1.6%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.2%	0.2	0.4
	常勤【兼務】常勤換算数	550 100.0%	368 66.9%	172 31.3%	7 1.3%	2 0.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.2%	0.2	0.4
	非常勤：常勤換算数	550 100.0%	510 92.7%	39 7.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.2%	0.0	0.2
栄養士（管理栄養士除く）	常勤【専従】実人数	550 100.0%	524 95.3%	19 3.5%	4 0.7%	2 0.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.2%	0.1	0.4
	常勤【兼務】常勤換算数	550 100.0%	523 95.1%	23 4.2%	2 0.4%	0 0.0%	1 0.2%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.2%	0.0	0.4
	非常勤：常勤換算数	550 100.0%	534 97.1%	15 2.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.2%	0.0	0.1
歯科衛生士	常勤【専従】実人数	550 100.0%	533 96.9%	12 2.2%	4 0.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.2%	0.0	0.3
	常勤【兼務】常勤換算数	550 100.0%	502 91.3%	43 7.8%	2 0.4%	2 0.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.2%	0.1	0.3
	非常勤：常勤換算数	550 100.0%	504 91.6%	44 8.0%	1 0.2%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.2%	0.0	0.2
その他（事務員、運転手等）	常勤【専従】実人数	550 100.0%	400 72.7%	69 12.5%	46 8.4%	14 2.5%	14 2.5%	4 0.7%	1 0.2%	0 0.0%	1 0.2%	1 0.2%	0.9	3.3
	常勤【兼務】常勤換算数	550 100.0%	396 72.0%	103 18.7%	32 5.8%	11 2.0%	5 0.9%	1 0.2%	0 0.0%	1 0.2%	0 0.0%	1 0.2%	0.4	1.6
	非常勤：常勤換算数	550 100.0%	326 59.3%	91 16.5%	80 14.5%	39 7.1%	12 2.2%	1 0.2%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.2%	0.8	1.6

(2)利用者の状況

9 月中に 1 回以上サービスを利用した利用者の実人数と延べ人数は、以下の通りであった。

図表 Ⅱ-10 9月中に1回以上サービスを利用した利用者の人数
（通所リハビリテーションのみ）

		件数	0人	～1人	～3人	～5人	～10人	～15人	～20人	～30人	～50人	～100人	～150人	～200人	～250人	それ以上	無回答	平均	標準偏差
実利用者数（平成25年9月分）	要介護１	550	2	2	15	23	82	92	101	112	82	23	4	0	1	0	11	22.0	18.5
		100.0%	0.4%	0.4%	2.7%	4.2%	14.9%	16.7%	18.4%	20.4%	14.9%	4.2%	0.7%	0.0%	0.2%	0.0%	2.0%		
	要介護２	550	1	3	13	21	66	90	94	120	99	26	2	1	2	1	11	24.7	25.3
		100.0%	0.2%	0.5%	2.4%	3.8%	12.0%	16.4%	17.1%	21.8%	18.0%	4.7%	0.4%	0.2%	0.4%	0.2%	2.0%		
	要介護３	550	9	16	29	44	141	109	78	78	23	6	5	1	0	0	11	15.2	17.3
		100.0%	1.6%	2.9%	5.3%	8.0%	25.6%	19.8%	14.2%	14.2%	4.2%	1.1%	0.9%	0.2%	0.0%	0.0%	2.0%		
	要介護４	550	32	34	82	83	153	69	44	27	7	8	0	0	0	0	11	9.3	11.2
		100.0%	5.8%	6.2%	14.9%	15.1%	27.8%	12.5%	8.0%	4.9%	1.3%	1.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.0%		
	要介護５	550	86	79	145	88	93	35	6	1	3	3	0	0	0	0	11	4.5	6.9
		100.0%	15.6%	14.4%	26.4%	16.0%	16.9%	6.4%	1.1%	0.2%	0.5%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.0%		
延べ利用者数（平成25年9月分）	要介護１	550	2	1	0	0	2	3	9	12	30	117	114	93	54	97	16	169.7	143.6
		100.0%	0.4%	0.2%	0.0%	0.0%	0.4%	0.5%	1.6%	2.2%	5.5%	21.3%	20.7%	16.9%	9.8%	17.6%	2.9%		
	要介護２	550	1	0	0	2	4	2	6	9	32	85	111	86	66	129	17	190.9	155.8
		100.0%	0.2%	0.0%	0.0%	0.4%	0.7%	0.4%	1.1%	1.6%	5.8%	15.5%	20.2%	15.6%	12.0%	23.5%	3.1%		
	要介護３	550	9	0	1	2	12	9	9	21	64	157	116	68	31	34	17	115.5	101.2
		100.0%	1.6%	0.0%	0.2%	0.4%	2.2%	1.6%	1.6%	3.8%	11.6%	28.5%	21.1%	12.4%	5.6%	6.2%	3.1%		
	要介護４	550	32	1	5	10	25	22	31	44	84	158	74	23	12	10	19	69.1	69.3
		100.0%	5.8%	0.2%	0.9%	1.8%	4.5%	4.0%	5.6%	8.0%	15.3%	28.7%	13.5%	4.2%	2.2%	1.8%	3.5%		
	要介護５	550	85	6	10	18	50	42	39	80	85	95	12	3	2	4	19	32.9	43.1
		100.0%	15.5%	1.1%	1.8%	3.3%	9.1%	7.6%	7.1%	14.5%	15.5%	17.3%	2.2%	0.5%	0.4%	0.7%	3.5%		

1～2 時間のサービス実施の有無は、「あり」が 27.6%、「なし」が 67.8%であった。

図表 Ⅱ11 1～2 時間のサービス実施（通所リハビリテーションのみ）

	件数	あり	なし	無回答
全体	550	152	373	25
	100.0%	27.6%	67.8%	4.5%

(3)事業所内での食事提供の状況

食事提供の有無は、「あり」が 94.7%、「なし」が 5.1%であった。

図表 Ⅱ-12 食事提供の有無

	件数	あり	なし	無回答
全体	550	521	28	1
	100.0%	94.7%	5.1%	0.2%

調理場所は、「事業所内で調理」が 44.7%と最も多く、次いで「併設施設等で調理」が 39.7%、「外部業者より調達」が 15.9%であった。

図表 Ⅱ-13 調理場所(複数回答)

	件数	事業所内で調理	併設施設等で調理	外部業者より調達	その他	無回答
全体	521 100.0%	233 44.7%	207 39.7%	83 15.9%	7 1.3%	4 0.8%

献立作成担当者は、「管理栄養士・栄養士」が 86.8%と最も多く、次いで「調理員」が 6.0%、「その他」が 5.0%であった。

図表 Ⅱ-14 献立作成担当者(複数回答)

	件数	管理栄養士・栄養士	調理員	その他	不明	無回答
全体	521 100.0%	452 86.8%	31 6.0%	26 5.0%	15 2.9%	10 1.9%

(その他の記載内容)

- 委託業者の管理栄養士
- 委託業者の栄養士
- 外部業者の献立通り　　など

食事の提供方法は、「利用者に合わせて全て個別対応」が 57.4%と最も多く、次いで「一部、個別対応(軟菜食、きざみ食等)」が 42.6%、「常食のみ」が 2.3%であった。

図表 Ⅱ-15 食事の提供方法(複数回答)

	件数	常食のみ	一部、個別対応(軟菜食、きざみ食等)	利用者に合わせて全て個別対応	その他	無回答
全体	521 100.0%	12 2.3%	222 42.6%	299 57.4%	5 1.0%	7 1.3%

(4)利用者の口腔内評価について

定期的な口腔内の評価の実施状況は、「定期的に評価を行っている」が 38.7%と最も多く、次いで「行っていない」が 35.6%、「不定期に評価を行っている」が 17.1%であった。

図表 Ⅱ-16 定期的な口腔内の評価の実施状況

	件数	定期的に評価を行っている	不定期に評価を行っている	行っていない	その他	無回答
全体	550 100.0%	213 38.7%	94 17.1%	196 35.6%	26 4.7%	21 3.8%

定期的に評価を行っている場合の頻度は、1か月あたり「～1回」が75.1%と最も多く、次いで「～3回」が15.0%、「～5回」が0.9%であり、平均は0.7回であった。

図表 Ⅱ-17 定期的に評価を行っている場合の頻度(1か月あたり)

	件数	0回	～1回	～3回	～5回	それ以上	無回答	平均	標準偏差
全体	213 100.0%	0 0.0%	160 75.1%	32 15.0%	2 0.9%	0 0.0%	19 8.9%	0.7	0.7

口腔内評価を行う対象者は、「口腔内の状態に問題の見られる利用者」が67.4%と最も多く、次いで「家族または本人の希望」が30.9%、「利用者全員」が18.2%であった。

図表 Ⅱ-18 口腔内評価を行う対象者(複数回答)

	件数	利用者全員	口腔内の状態に問題の見られる利用者	家族または本人の希望	その他	無回答
全体	307 100.0%	56 18.2%	207 67.4%	95 30.9%	15 4.9%	3 1.0%

口腔内評価の評価実施者は、「歯科衛生士」が 29.3%、「歯科医師」が 7.5%であり、「その他」が 70.4%を占めていた。

図表 Ⅱ-19 口腔内評価の評価実施者(複数回答)

	件数	歯科医師	歯科衛生士	その他	無回答
全体	307 100.0%	23 7.5%	90 29.3%	216 70.4%	2 0.7%

(その他の記載内容)

・看護職員　・介護職員

・理学療法士　・作業療法士　・言語聴覚士

など

評価結果の活用方法は、「口腔機能向上加算の実施または継続の必要性の検討」が 83.7%と最も多く、次いで「本人・家族への報告」が 82.1%、「基本的な口腔ケアの見直し」が 67.8%であった。

図表 Ⅱ-20 評価結果の活用方法(複数回答)

	件数	基本的な口腔ケアの見直し	協力歯科医療機関への報告	本人・家族への報告	口腔機能向上加算の実施または継続の必要性の検討	その他	無回答
全体	307 100.0%	208 67.8%	46 15.0%	252 82.1%	257 83.7%	25 8.1%	3 1.0%

(5)栄養改善サービスについて

栄養改善加算の算定実績(平成 25 年 4 月～9 月の半年間)は、「あり」が 9.3%、「なし」が 86.0%であった。

図表 Ⅱ-21 栄養改善加算の算定実績(平成 25 年 4 月～9 月の半年間)

	件数	あり	なし	無回答
全体	550 100.0%	51 9.3%	473 86.0%	26 4.7%

栄養改善加算の算定をしない理由は、「栄養改善サービスが必要と思われる利用者がいないため」が 32.6%と最も多く、次いで「必要な専門職が人材不足で配置できないため」が 32.1%、「利用者が希望しないため」が 21.8%であった。

図表 Ⅱ-22 栄養改善加算の算定をしない理由(複数回答)

	件数	栄養改善サービスが必要と思われる利用者がいないため	利用者が希望しないため	必要な専門職が人材不足で配置できないため	経営上のメリットが感じられないため	その他	無回答
全体	473 100.0%	154 32.6%	103 21.8%	152 32.1%	27 5.7%	28 5.9%	124 26.2%

(その他の記載内容)

- 短時間サービスであり、食事の提供を行わないため
- 必要性があってもケアマネジャーの理解が得られないため
- 利用者が他サービスの利用により限度額に達しているため
- 必要な専門職を配置していないため

など

平成25年4月～9月の半年間で算定を行った実人数は平均14.6人であり、そのうち評価まで行った利用者の実人数は平均8.0人、うち、評価の結果、栄養改善サービスを終了することとなった人数は平均2.0人であった。

図表 Ⅱ-23 栄養改善加算の算定利用者数

	件数	0人	～1人	～3人	～5人	～10人	～15人	～20人	～30人	～50人	～100人	～150人	～200人	それ以上	無回答	平均	標準偏差
平成２５年４月～９月の半年間で算定を行った実人数	51 100.0%	0 0.0%	12 23.5%	17 33.3%	3 5.9%	7 13.7%	0 0.0%	3 5.9%	4 7.8%	2 3.9%	1 2.0%	1 2.0%	1 2.0%	0 0.0%	0 0.0%	14.6	32.3
うち、平成２５年４月～９月の間に評価まで行なった利用者の実人数	51 100.0%	3 5.9%	11 21.6%	14 27.5%	3 5.9%	4 7.8%	1 2.0%	2 3.9%	4 7.8%	1 2.0%	1 2.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	6 22.2%	8.0	13.6
うち、評価の結果、栄養改善サービスを終了することとなった人数	51 100.0%	24 47.1%	11 21.6%	4 7.8%	0 0.0%	2 3.9%	2 3.9%	0 0.0%	1 2.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	7 25.9%	2.0	4.9

(6)口腔機能向上サービスについて

口腔機能向上加算の算定実績(平成 25 年 4 月～9 月の半年間)は、「あり」が 53.3%、「なし」が 44.5%であった。

図表 Ⅱ-24 口腔機能向上加算の算定実績(平成 25 年 4 月～9 月の半年間)

	件数	あり	なし	無回答
全体	550 100.0%	293 53.3%	245 44.5%	12 2.2%

口腔機能向上加算の算定をしない理由は、「必要な専門職が人材不足で配置できないため」が 32.7%と最も多く、次いで「口腔機能向上サービスが必要と思われる利用者がいないため」が 30.6%、「利用者が希望しないため」が 22.9%であった。

図表 Ⅱ-25 口腔機能向上加算の算定をしない理由(複数回答)

	件数	口腔機能向上サービスが必要と思われる利用者がいないため	利用者が希望しないため	必要な専門職が人材不足で配置できないため	経営上のメリットが感じられないため	その他	無回答
全体	245 100.0%	75 30.6%	56 22.9%	80 32.7%	23 9.4%	10 4.1%	67 27.3%

(その他の記載内容)

- サービス口腔体操教室や、口腔機能訓練は行なっているが加算は算定していない。
- 歯科との連携が困難なため
- 算定上限を超えるためサービスとして実施している

など

平成25年4月～9月の半年間で算定を行った実人数は平均31.3人であり、そのうち評価まで行った利用者の実人数は平均22.8人、うち、評価の結果、口腔機能向上サービスを終了することとなった人数は平均1.1人であった。

図表 Ⅱ-26 口腔機能向上加算の算定利用者数

	件数	0人	～1人	～3人	～5人	～10人	～15人	～20人	～30人	～50人	～100人	～150人	～200人	～250人	それ以上	無回答	平均	標準偏差
平成２５年４月～９月の半年間で算定を行った実人数	293 100.0%	0 0.0%	39 13.3%	53 18.1%	24 8.2%	45 15.4%	17 5.8%	19 6.5%	19 6.5%	23 7.8%	28 9.6%	5 1.7%	6 2.0%	4 1.4%	5 1.7%	6 2.0%	31.3	67.5
うち、平成２５年４月～９月の間に評価まで行なった利用者の実人数	293 100.0%	8 2.7%	41 14.0%	51 17.4%	18 6.1%	48 16.4%	15 5.1%	20 6.8%	15 5.1%	19 6.5%	22 7.5%	3 1.0%	4 1.4%	1 0.3%	3 1.0%	25 8.5%	22.8	48.1
うち、評価の結果、口腔機能向上サービスを終了することとなった人数	293 100.0%	164 56.0%	36 12.3%	49 16.7%	8 2.7%	6 2.0%	6 2.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	24 8.2%	1.1	2.2

(7)栄養改善加算と口腔機能向上加算との複合的な実施について

栄養改善加算と口腔機能向上加算を両方算定する利用者の有無(平成 25 年 4 月～9 月の半年間)は、「あり」が 3.6%、「なし」が 90.4%であった。

図表 Ⅱ-27 栄養改善加算と口腔機能向上加算を両方算定する利用者の有無(平成 25 年 4 月～9 月の半年間)

	件数	あり	なし	無回答
全体	550 100.0%	20 3.6%	497 90.4%	33 6.0%

栄養改善加算と口腔機能向上加算を両方算定しない理由は、「必要な専門職が人材不足で配置できないため」が 33.0%と最も多く、次いで「両方が必要と思われる利用者がいないため」が 31.6%、「利用者が希望しないため」が 19.5%であった。

図表 Ⅱ-28 栄養改善加算と口腔機能向上加算を両方算定しない理由(複数回答)

	件数	両方が必要と思われる利用者がいないため	利用者が希望しないため	必要な専門職が人材不足で配置できないため	経営上のメリットが感じられないため	その他	無回答
全体	497 100.0%	157 31.6%	97 19.5%	164 33.0%	21 4.2%	21 4.2%	166 33.4%

栄養改善サービスと口腔機能向上サービスとを複合的に提供することの効果については、以下のような内容が挙げられていた。

○双方からのケアの相乗効果

・　口腔ケアによって、飲みこみが良くなり、栄養バランスのとれたレシピを紹介することで、食欲が増し、相乗効果でかぜをひきにくくなったり、元気になったりという効果が得られる。
・　嚥下、咀嚼のしやすい食事形態に調理指導を行い、同時に口腔リハビリを行う事で相乗効果が現れる。
・　咀嚼環境が改善することによってより栄養の消化・吸収が促され、体調・体質の改善につながりやすくなる。また栄養改善が図れる事で口腔粘膜等の改善も図りやすくなる。
・　話す事、食べる事は同じ口腔を使う事である為、栄養改善と、口腔機能の双方を行う事でよりよい効果が得られると思われる。
・　摂食嚥下機能を高めることで食に対する意欲と栄養量を上げるきっかけ作りはＱＯＬの向上につながる。

○利用者の状態を総合的に把握できる

・　双方からみることで、摂食、咀嚼・嚥下の状態を総合的に判断出来、改善に向けてのサービスがより効果的になる（問題点が相談しやすい）。
・　多職種の職員がかかわるため、経過がわかりやすい。
・　口腔内の状態をより把握する事で口腔乾燥や歯の状況に応じた食事形態を選ぶことができる。嚥下状態に応じて口腔ケア方法の変更ができる。
・　口腔内での異常がある場合で全身的に栄養管理が必要となるケース等において、連携がしやすい。

栄養改善加算と口腔機能向上加算とを両方算定する際に苦労したこと、困ったこととしては、以下のような内容が挙げられていた。

○利用者の費用負担面
- 限度額を超過しており、算定できないケースがあった。
- 費用面で２つの加算を同時にとることの同意が得られにくい

○利用者・家族・関係者への必要性の理解を得ること
- 栄養不足や、誤えん性肺炎に対する知識不足が本人及び家族にある為、拒否される場合もある。
- 栄養改善加算を算定する人は身体的に状態が悪くなってからという事が多く、改善が難しい。自宅での食事量や栄養が摂れているのかが不明。
- 地域包括支援センターへの加算の算定理由等の説明が必要。
- 栄養、口腔に関しての知識が地域に浸透していない為、必要性の理解が得られない。

○他職種が連携して関わること
- 計画書の作成や専門職とのやりとりに手間がかかった。
- 栄養改善と口腔面との協働のプログラムを立てることに苦労した。
- 専門職の不足

(8)介護予防サービス・利用者について

ここでは、介護予防サービスも実施している 524 事業所を対象とした。

介護予防通所リハビリテーションの実利用者数は、「要支援 1」が平均 9.5 人、「要支援 2」が平均 15.1 人であった。延べ利用者数は、「要支援 1」が平均 38.7 人、「要支援 2」が平均 97.8 人であった。

図表 Ⅱ-29 介護予防通所リハビリテーションの実利用者数と延べ利用者数

		件数	0人	～1人	～3人	～5人	～10人	～15人	～20人	～30人	～50人	～100人	～150人	～200人	～250人	それ以上	無回答	平均	標準偏差
実利用者数（平成25年9月分）	要支援1	524 100.0%	42 8.0%	38 7.3%	106 20.2%	66 12.6%	112 21.4%	59 11.3%	27 5.2%	33 6.3%	21 4.0%	8 1.5%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	12 2.3%	9.5	11.8
	要支援2	524 100.0%	12 2.3%	14 2.7%	45 8.6%	46 8.8%	126 24.0%	98 18.7%	53 10.1%	68 13.0%	34 6.5%	13 2.5%	2 0.4%	1 0.2%	0 0.0%	0 0.0%	12 2.3%	15.1	15.7
延べ利用者数（平成25年9月分）	要支援1	524 100.0%	42 8.0%	3 0.6%	11 2.1%	28 5.3%	66 12.6%	48 9.2%	56 10.7%	47 9.0%	81 15.5%	83 15.8%	25 4.8%	11 2.1%	1 0.2%	5 1.0%	17 3.2%	38.7	50.5
	要支援2	524 100.0%	12 2.3%	1 0.2%	4 0.8%	4 0.8%	24 4.6%	17 3.2%	21 4.0%	25 4.8%	68 13.0%	153 29.2%	84 16.0%	39 7.4%	20 3.8%	34 6.5%	18 3.4%	97.8	98.2

加算の算定状況は、「事業所評価加算」が 29.8%と最も多く、次いで「選択的サービス複数実施加算Ⅰ－運動器機能向上及び口腔機能向上」が 24.6%、「選択的サービス複数実施加算Ⅰ－運動器機能向上及び栄養改善」が 5.5%であった。

図表 Ⅱ-30 加算の算定状況(平成 25 年 9 月分実績)(複数回答)

	件数	選択的サービス複数実施加算Ⅰ－運動器機能向上及び栄養改善実施	選択的サービス複数実施加算Ⅰ－口腔機能向上及び運動器機能向上実施	選択的サービス複数実施加算Ⅰ－栄養改善及び口腔機能向上実施	選択的サービス複数実施加算Ⅱ	事業所評価加算	無回答
全体	524 100.0%	29 5.5%	129 24.6%	2 0.4%	20 3.8%	156 29.8%	263 50.2%

複数サービス(運動器機能向上、栄養改善、口腔機能向上)のプログラム作成については、「それぞれ単独で作成し独立したプログラムをそれぞれ提供している」が 76.3%と最も多く、次いで「複合的な(内容が連動した)プログラムを作成している」が 16.9%であった。

図表 Ⅱ-31 複数サービス(運動器機能向上、栄養改善、口腔機能向上)のプログラム作成について(複数回答)

	件数	それぞれ単独で作成し独立したプログラムをそれぞれ提供している	複合的な(内容が連動した)プログラムを作成している	その他	無回答
全体	160 100.0%	122 76.3%	27 16.9%	0 0.0%	11 6.9%

※平成 25 年 9 月に選択的サービスⅠまたはⅡを算定した 160 事業所の状況

複数のプログラムを実施する上での、各専門職間の情報共有の方法は、「プログラム担当者間でミーティングを実施している」が56.9%、「プログラム担当者間で記録による情報共有を行っている」が 58.8%、「情報共有は行っていない」、「その他」が 1.3%であ った。

図表 Ⅱ-32 複数のプログラムを実施する上での、各専門職間の情報共有の方法(複数回答)

	件数	プログラム担当者間でミーティングを実施している	プログラム担当者間で記録による情報共有を行っている	情報共有は行っていない	その他	無回答
全体	160 100.0%	91 56.9%	94 58.8%	2 1.3%	2 1.3%	13 8.1%

※平成 25 年 9 月に選択的サービスⅠまたはⅡを算定した 160 事業所の状況

プログラム実施上の課題・困難点は、「利用者の利用日数による制約」が 45.0%と最も多く、次いで、「専門職の人員確保」が 40.6%「利用者のサービス利用時間による制約」が 21.3%であった。

図表 Ⅱ-33 プログラム実施上の課題・困難点(複数回答)

	件数	利用者の利用日数による制約	利用者のサービス利用時間による制約	利用者の費用負担	専門職の人員確保	専門職の連携	その他	無回答
全体	160 100.0%	72 45.0%	34 21.3%	29 18.1%	65 40.6%	33 20.6%	9 5.6%	19 11.9%

※平成 25 年 9 月に選択的サービスⅠまたはⅡを算定した 160 事業所の状況

3種類のサービス提供に至らない理由は、「必要な利用者がいないため」が25.3%、「必要な専門職不足のため」が26.9%、「必要な利用者はいるが、利用者本人のニーズがないため」が15.0%であった。

図表 Ⅱ-34 3 種類のサービス提供に至らない理由(複数回答)

	件数	必要な専門職不足のため	職員不足のため	ケアマネジャーの合意が得られないため	必要な利用者がいないため	必要な利用者はいるが、利用者本人のニーズがないため	利用者に身体的な負担がかかると思うため	利用者・家族に費用面での負担がかかるため	利用者家族の理解が得られないため	事業所の経営方針による	その他	無回答
全体	253 100.0%	68 26.9%	29 11.5%	11 4.3%	64 25.3%	38 15.0%	0 0.0%	17 6.7%	10 4.0%	8 3.2%	9 3.6%	92 36.4%

※平成 25 年 9 月に選択的サービス複数実施加算Ⅱを算定しておらず、かつ選択的サービス複数実施加算Ⅰまたは事業所評価加算のいずれかを算定している 253 事業所の状況

3）実施事例

(1)「栄養改善加算」利用者

「栄養改善加算」を算定し、3 か月後の評価まで実施した利用者の事例は、46 例収集された。年齢は、「～90 歳」が 45.7%と最も多く、平均 81.4 歳であった。

図表 Ⅱ-35 年齢

	件数	～60歳	～70歳	～80歳	～90歳	それ以上	無回答	平均	標準偏差
全体	46 100.0%	1 2.2%	8 17.4%	4 8.7%	21 45.7%	8 17.4%	4 8.7%	81.4	10.6

要介護度は、「要介護 2」が 21.7%と最も多く、次いで「要介護 4」が 19.6%、「要介護 5」が 17.4%であった。

図表 Ⅱ-36 要介護度

	件数	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	無回答
全体	46 100.0%	7 15.2%	10 21.7%	5 10.9%	9 19.6%	8 17.4%	7 15.2%

認知症高齢者の日常生活自立度は、「自立」が 26.1%と最も多く、次いで「Ⅱa」、「Ⅱb」、「Ⅲa」が 8.7%、「Ⅰ」、「Ⅳ」、「不明」が 6.5%であった。

図表 Ⅱ-37 認知症高齢者の日常生活自立度

	件数	自立	Ⅰ	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M	不明	無回答
全体	46 100.0%	12 26.1%	3 6.5%	4 8.7%	4 8.7%	4 8.7%	0 0.0%	3 6.5%	2 4.3%	3 6.5%	11 23.9%

食形態は、「常食」が 30.4%と最も多く、次いで「軟菜食」が 28.3%、「キザミ食」が 15.2%であった。

図表 Ⅱ-38 食形態

	件数	常食	軟菜食	キザミ食	ミキサー食	ペースト食	流動食	無回答
全体	46 100.0%	14 30.4%	13 28.3%	7 15.2%	1 2.2%	4 8.7%	0 0.0%	7 15.2%

事業所のサービス利用開始時期は、「平成 20 年以前」が 23.9%と最も多く、次いで「平成 25 年」が 19.6%、「平成 23 年」が 15.2%であった。

図表 Ⅱ-39 事業所のサービス利用開始時期

	件数	平成20年以前	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	無回答
全体	46 100.0%	11 23.9%	2 4.3%	4 8.7%	7 15.2%	6 13.0%	9 19.6%	7 15.2%

平均的なサービス利用時間区分は、「6－8 時間未満」が 67.4%と最も多く、次いで「4－6 時間未満」が 10.9%、「1－2 時間未満」が 4.3%であった。

図表 Ⅱ-40 平均的なサービス利用時間区分

	件数	1－2時間未満	2－3時間未満	3－4時間未満	4－6時間未満	6－8時間未満	8時間超	無回答
全体	46 100.0%	2 4.3%	0 0.0%	1 2.2%	5 10.9%	31 67.4%	0 0.0%	7 15.2%

平均的なサービス利用頻度は、1 か月あたり「～10 回」が 37.0%と最も多く、次いで「～15 回」が 21.7%、「～5 回」が 10.9%であり、平均 9.0 回であった。

図表 Ⅱ-41 平均的なサービス利用頻度(1 か月あたり)

	件数	0回	～1回	～3回	～5回	～10回	～15回	～20回	～30回	それ以上	無回答	平均	標準偏差
全体	46 100.0%	0 0.0%	1 2.2%	2 4.3%	5 10.9%	17 37.0%	10 21.7%	4 8.7%	0 0.0%	0 0.0%	7 15.2%	9.0	4.4

利用者の栄養状態は、事前にチェックした項目では、「身長・体重測定(BMI)」が 87.0%と最も多く、次いで「じょくそうの有無」が 69.6%、「栄養補給の状況」、「摂食・嚥下状況」が 67.4%であった。

うち、加算につながったリスク項目は、「身長・体重測定(BMI)」が 54.3%と最も多く、次いで「3%以上の体重減少の有無」が 30.4%、「栄養補給の状況」が 28.3%であった。

3か月後に評価した項目は、「身長・体重測定(BMI)」が 71.7%と最も多く、次いで「栄養補給の状況」が 52.2%、「3%以上の体重減少の有無」、「摂食・嚥下状況」、「食欲・食事の満足感」が 45.7%であった。

図表 Ⅱ-42 利用者の栄養状態

	件数	身長・体重測定(BMI)	3%以上の体重減少の有無	血清アルブミン値の測定	じょくそうの有無	栄養補給の状況	摂食・嚥下状況	食欲・食事の満足感	その他	無回答
事前にチェックした項目	46 100.0%	40 87.0%	30 65.2%	24 52.2%	32 69.6%	31 67.4%	31 67.4%	29 63.0%	6 13.0%	6 13.0%
うち加算につながったリスク項目	46 100.0%	25 54.3%	14 30.4%	8 17.4%	5 10.9%	13 28.3%	11 23.9%	8 17.4%	2 4.3%	11 23.9%
3ヶ月後に評価した項目	46 100.0%	33 71.7%	21 45.7%	15 32.6%	18 39.1%	24 52.2%	21 45.7%	21 45.7%	4 8.7%	12 26.1%

利用者の栄養状態の評価結果は、総じて「維持（変化なし）」が最も多くなっていたが、「3%以上の体重減少の有無」「食欲・食事の満足感」において「改善」が 21.7%と比較的高い傾向にあった。

図表 Ⅱ-43 利用者の栄養状態の評価結果

	件数	改善	維持（変化なし）	悪化	無回答
1．身長・体重測定（ＢＭＩ）	46 100.0%	6 13.0%	29 63.0%	2 4.3%	9 19.6%
2．３%以上の体重減少の有無	46 100.0%	10 21.7%	14 30.4%	1 2.2%	21 45.7%
3．血清アルブミン値の測定	46 100.0%	5 10.9%	13 28.3%	0 0.0%	28 60.9%
4．じょくそうの有無	46 100.0%	4 8.7%	19 41.3%	0 0.0%	23 50.0%
5．栄養補給の状況	46 100.0%	5 10.9%	21 45.7%	1 2.2%	19 41.3%
6．摂食・嚥下状況	46 100.0%	1 2.2%	22 47.8%	2 4.3%	21 45.7%
7．食欲・食事の満足感	46 100.0%	10 21.7%	16 34.8%	0 0.0%	20 43.5%
8．その他	46 100.0%	0 0.0%	4 8.7%	0 0.0%	42 91.3%

栄養改善加算の算定開始時期は、「平成 24 年」が 32.6%と最も多く、次いで「平成 25 年」が 28.3%、「平成 23 年」が 10.9%であった。

図表 Ⅱ-44 栄養改善加算の算定開始時期

	件数	平成20年以前	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	無回答
全体	46 100.0%	4 8.7%	3 6.5%	3 6.5%	5 10.9%	15 32.6%	13 28.3%	3 6.5%

加算算定の主な提案者は、「事業所の管理栄養士」が 37.0%と最も多く、次いで「ケアマネジャー」が 23.9%であった。

図表 Ⅱ-45 加算算定の主な提案者

	件数	本人	家族	ケアマネジャー	事業所の管理栄養士	事業所の歯科衛生士	事業所の介護職	主治医	その他	無回答
全体	46 100.0%	3 6.5%	4 8.7%	11 23.9%	17 37.0%	0 0.0%	3 6.5%	3 6.5%	2 4.3%	3 6.5%

栄養ケア計画の記載書式は、「通所リハ計画とは別の様式に記載している」が 87.0%を占め、「通所リハ計画への記載で代替している」は 6.5%であった。

図表 Ⅱ-46 栄養ケア計画の記載書式

	件数	通所リハ計画への記載で代替している	通所リハ計画とは別の様式に記載している	その他	無回答
全体	46 100.0%	3 6.5%	40 87.0%	0 0.0%	3 6.5%

栄養ケア計画の同意をした人は、「家族」が 76.1%と最も多く、次いで「本人」が 63.0%、「その他」が 2.2%であった。

図表 Ⅱ-47 栄養ケア計画の同意をした人(複数回答)

	件数	本人	家族	その他	無回答
全体	46 100.0%	29 63.0%	35 76.1%	1 2.2%	2 4.3%

栄養ケア計画の同意取得方法は、「文書を見せて説明」が 82.6%と最も多く、次いで「口頭で説明」が 26.1%、「その他」が 2.2%であった。

図表 Ⅱ-48 栄養ケア計画の同意取得方法(複数回答)

	件数	文書を見せて説明	口頭で説明	その他	無回答
全体	46 100.0%	38 82.6%	12 26.1%	1 2.2%	2 4.3%

栄養改善サービスの提供回数は、最終評価に至る前の 3ヶ月間で「～10 回」が 43.5%と最も多く、次いで「～1 回」が 13.0%、「～3 回」が 10.9%であり、平均 6.7 回であった。

図表 Ⅱ-49 栄養改善サービスの提供回数(最終評価に至る前の 3ヶ月間)

	件数	0回	～1回	～3回	～5回	～10回	～15回	～20回	～30回	それ以上	無回答	平均	標準偏差
全体	46 100.0%	0 0.0%	6 13.0%	5 10.9%	2 4.3%	20 43.5%	3 6.5%	1 2.2%	2 4.3%	0 0.0%	7 15.2%	6.7	5.5

栄養改善サービスの提供内容は、加算にかかわらず実施したものについては、「食事内容の指導(個別指導)」が 41.3%と最も多く、次いで「食形態の指導(個別指導)」が 39.1%、「レシピの提供」が 23.9%であった。

加算に伴って実施したものは、「食事内容の指導(個別指導)」が 58.7%と最も多く、次いで「食形態の指導(個別指導)」が 47.8%、「食事の準備方法の指導(個別指導)」、「食事する環境の指導(個別指導)」が 30.4%であった。

図表 Ⅱ-50 栄養改善サービスの提供内容(複数回答)

	件数	食事内容の指導(個別指導)	食事内容の指導(集団指導)	食事の準備方法の指導(個別指導)	食事の準備方法の指導(集団指導)	食形態の指導(個別指導)	食形態の指導(集団指導)	食事する環境の指導(個別指導)	食事する環境の指導(集団指導)	レシピの提供	調理実習	食事会などの案内	その他	無回答
加算にかかわらず実施したもの	46 100.0%	19 41.3%	2 4.3%	7 15.2%	1 2.2%	18 39.1%	2 4.3%	9 19.6%	2 4.3%	11 23.9%	5 10.9%	1 2.2%	6 13.0%	17 37.0%
加算に伴って実施したもの	46 100.0%	27 58.7%	2 4.3%	14 30.4%	1 2.2%	22 47.8%	2 4.3%	14 30.4%	0 0.0%	10 21.7%	2 4.3%	0 0.0%	2 4.3%	12 26.1%

評価結果のケアマネジャーへの情報提供は、「行った」が 80.4%、「行っていない」が 8.7%であった。

図表 Ⅱ-51 評価結果のケアマネジャーへの情報提供

	件数	行った	行っていない	無回答
全体	46 100.0%	37 80.4%	4 8.7%	5 10.9%

ケアマネジャーへ情報提供を行った場合、ケアマネジャーへ情報提供を行った回数は、最終評価に至る前の3か月間で「～1回」が64.9%と最も多く、次いで「～3回」が29.7%であり、平均 1.8 回であった。

図表 Ⅱ-52 ケアマネジャーへ情報提供を行った場合、最終評価に至る前の3か月間で情報提供を行った回数

	件数	0回	～1回	～3回	～5回	～10回	～15回	～20回	それ以上	無回答	平均	標準偏差
全体	37 100.0%	0 0.0%	24 64.9%	11 29.7%	0 0.0%	0 0.0%	1 2.7%	0 0.0%	0 0.0%	1 2.7%	1.8	1.9

評価結果の主治医への情報提供は、「行った」が 28.3%、「行っていない」が 63.0%であった。

図表 Ⅱ-53 評価結果の主治医への情報提供

	件数	行った	行っていない	無回答
全体	46 100.0%	13 28.3%	29 63.0%	4 8.7%

主治医へ情報提供を行った場合、主治医に情報提供を行った回数は、最終評価に至る前の 3 か月間で「～1 回」が 69.2%と最も多く、次いで「～3 回」が 23.1%であり、平均 1.8 回であった。

図表 Ⅱ-54 主治医へ情報提供を行った場合、最終評価に至る前の 3 か月間で情報提供を行った回数

	件数	0回	～1回	～3回	～5回	～10回	～15回	～20回	それ以上	無回答	平均	標準偏差
全体	13 100.0%	0 0.0%	9 69.2%	3 23.1%	1 7.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1.8	1.3

評価後の栄養改善サービス終了・継続の状況は、「継続」が 71.7%を占めていた。

図表 Ⅱ-55 評価後の栄養改善サービス終了・継続の状況

	件数	終了	継続	無回答
全体	46 100.0%	10 21.7%	33 71.7%	3 6.5%

終了した場合、その理由は、「通所リハのサービス利用中止のため(入院・転居等含む)」が 50.0%と最も多く、次いで「状態改善したため」が 40.0%、「目標達成したため」が 20.0%であった。

図表 Ⅱ-56 終了した場合、その理由

	件数	状態改善したため	目標達成したため	本人・家族が終了を希望したため	通所リハのサービス利用中止のため(入院・転居等含む)	その他	無回答
全体	10 100.0%	4 40.0%	2 20.0%	1 10.0%	5 50.0%	0 0.0%	0 0.0%

各プロセスを実施する際に関わった職種は、全てのプロセスにおいて「管理栄養士」が最も多く関わっており、特に「栄養ケア計画の作成」では87.0%、「栄養状態の評価」では84.8%、「栄養改善サービスの提供」では80.4%において「管理栄養士」が関わっていた。

図表 Ⅱ-57 各プロセスを実施する際に関わった職種(複数回答)

	件数	医師（主治医）	医師（施設等の嘱託医）	歯科医師（主治医）	歯科医師（協力医療機関）	歯科衛生士	管理栄養士	栄養士（管理栄養士除く）	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	看護職員	介護職員	その他	無回答
①対象者の選定・決定	46 100.0%	11 23.9%	4 8.7%	0 0.0%	1 2.2%	1 2.2%	34 73.9%	1 2.2%	6 13.0%	3 6.5%	4 8.7%	18 39.1%	19 41.3%	4 8.7%	6 13.0%
②低栄養状態のリスク把握	46 100.0%	7 15.2%	3 6.5%	0 0.0%	0 0.0%	1 2.2%	35 76.1%	1 2.2%	5 10.9%	3 6.5%	5 10.9%	21 45.7%	15 32.6%	3 6.5%	6 13.0%
③栄養ケア計画の作成	46 100.0%	3 6.5%	4 8.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	40 87.0%	1 2.2%	7 15.2%	3 6.5%	3 6.5%	10 21.7%	10 21.7%	1 2.2%	5 10.9%
④栄養ケア計画の利用者、家族への同意	46 100.0%	1 2.2%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	29 63.0%	1 2.2%	3 6.5%	2 4.3%	1 2.2%	7 15.2%	19 41.3%	4 8.7%	5 10.9%
⑤栄養改善サービスの提供	46 100.0%	2 4.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 2.2%	37 80.4%	2 4.3%	6 13.0%	4 8.7%	2 4.3%	17 37.0%	21 45.7%	1 2.2%	5 10.9%
⑥栄養状態の評価	46 100.0%	2 4.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	39 84.8%	1 2.2%	3 6.5%	2 4.3%	3 6.5%	18 39.1%	11 23.9%	1 2.2%	6 13.0%
⑦評価結果のケアマネ・主治医への情報提	46 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	24 52.2%	0 0.0%	1 2.2%	1 2.2%	1 2.2%	10 21.7%	17 37.0%	7 15.2%	9 19.6%

(2)「口腔機能向上加算」

「口腔機能向上加算」を算定し、3 か月後の評価まで実施した利用者の事例は 284 例収集された。年齢は、「～80 歳」が 36.3%と最も多く、次いで「～90 歳」が 33.5%、「～70 歳」が 14.8%であり、平均 79.2 歳であった。

図表 Ⅱ-58 年齢

	件数	～60歳	～70歳	～80歳	～90歳	それ以上	無回答	平均	標準偏差
全体	284 100.0%	7 2.5%	42 14.8%	103 36.3%	95 33.5%	30 10.6%	7 2.5%	79.2	9.4

要介護度は、「要介護 3」が 23.6%と最も多く、次いで「要介護 2」が 21.8%、「要介護 1」が 19.4%であった。

図表 Ⅱ-59 要介護度

	件数	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	無回答
全体	284 100.0%	55 19.4%	62 21.8%	67 23.6%	53 18.7%	32 11.3%	15 5.3%

認知症高齢者の日常生活自立度は、「自立」が 18.3%と最も多く、次いで「Ⅰ」、「Ⅲa」が 17.3%、「Ⅱb」が 14.1%であった。

図表 Ⅱ-60 認知症高齢者の日常生活自立度

	件数	自立	Ⅰ	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M	不明	無回答
全体	284 100.0%	52 18.3%	49 17.3%	38 13.4%	40 14.1%	33 11.6%	7 2.5%	5 1.8%	6 2.1%	12 4.2%	42 14.8%

義歯の有無は、「一部義歯」が 32.7%と最も多く、次いで「総義歯」が 26.8%、「義歯なし(必要性もなし)」が 25.0%であった。

図表 Ⅱ-61 義歯の有無

	件数	総義歯	一部義歯	義歯なし(必要性もなし)	義歯なし(必要性はあり)	無回答
全体	284 100.0%	76 26.8%	93 32.7%	71 25.0%	35 12.3%	9 3.2%

事業所のサービス利用開始時期は、「平成 20 年以前」が 29.9%と最も多く、次いで「平成 24 年」が 19.7%、「平成 25 年」が 15.5%であった。

図表 Ⅱ-62 事業所のサービス利用開始時期

	件数	平成20年以前	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	無回答
全体	284 100.0%	85 29.9%	25 8.8%	31 10.9%	32 11.3%	56 19.7%	44 15.5%	11 3.9%

平均的なサービス利用時間区分は、「6－8 時間未満」が 73.9%と最も多く、次いで「4－6 時間未満」が 10.9%、「3－4 時間未満」が 5.3%であった。

図表 Ⅱ-63 平均的なサービス利用時間区分

	件数	1－2時間未満	2－3時間未満	3－4時間未満	4－6時間未満	6－8時間未満	8時間超	無回答
全体	284 100.0%	10 3.5%	5 1.8%	15 5.3%	31 10.9%	210 73.9%	1 0.4%	12 4.2%

平均的なサービス利用頻度は、1 か月あたり「～10 回」が 39.4%と最も多く、次いで「～15 回」が 23.9%、「～5 回」が 12.0%であり、平均 9.2 回であった。

図表 Ⅱ-64 平均的なサービス利用頻度(1 か月あたり)

	件数	0回	～1回	～3回	～5回	～10回	～15回	～20回	～30回	それ以上	無回答	平均	標準偏差
全体	284 100.0%	0 0.0%	2 0.7%	25 8.8%	34 12.0%	112 39.4%	68 23.9%	20 7.0%	8 2.8%	0 0.0%	15 5.3%	9.2	4.8

利用者の口腔衛生、摂食・嚥下機能は、事前にチェックした項目では、「口腔清潔(はみがき等)に介助(見守り含む)が必要か」、「お茶や汁物等でむせることある」が 82.7%と最も多く、次いで「嚥下に介助(見守り含む)が必要か」が 67.3%、「食事摂取に介助(見守り含む)が必要か」が 66.5%であった。

うち、加算につながったリスク項目は、「お茶や汁物等でむせることある」が 60.6%と最も多く、次いで「口腔清潔(はみがき等)に介助(見守り含む)が必要か」が 54.6%、「嚥下に介助(見守り含む)が必要か」が 38.7%であった。

3 か月後に評価した項目は、「お茶や汁物等でむせることある」が 70.4%と最も多く、次いで「口腔清潔(はみがき等)に介助(見守り含む)が必要か」が 65.8%、「嚥下に介助(見守り含む)が必要か」が 51.4%であった。

図表 Ⅱ-65 利用者の口腔衛生、摂食・嚥下機能

	件数	嚥下に介助(見守り含む)が必要か	食事摂取に介助(見守り含む)が必要か	口腔清潔(はみがき等)に介助(見守り含む)が必要か	半年前に比べて固いものが食べにくくなった	お茶や汁物等でむせることがある	口の渇きが気になるか	食事への意欲	食事量(残食量)	口臭	その他	無回答
事前にチェックした項目	284 100.0%	191 67.3%	189 66.5%	235 82.7%	175 61.6%	235 82.7%	171 60.2%	160 56.3%	157 55.3%	175 61.6%	66 23.2%	13 4.6%
うち加算につながったリスク項目	284 100.0%	110 38.7%	89 31.3%	155 54.6%	74 26.1%	172 60.6%	78 27.5%	55 19.4%	57 20.1%	75 26.4%	56 19.7%	39 13.7%
3ヶ月後に評価した項目	284 100.0%	146 51.4%	127 44.7%	187 65.8%	136 47.9%	200 70.4%	135 47.5%	118 41.5%	119 41.9%	137 48.2%	58 20.4%	39 13.7%

利用者の口腔衛生、摂食・嚥下機能の評価結果は、全ての項目において「維持（変化なし）」が最も多かったが、「口臭」は 21.1%が「改善」と高い割合であった。

図表 Ⅱ-66 利用者の口腔衛生、摂食・嚥下機能の評価結果

	件数	改善	維持（変化なし）	悪化	無回答
１．嚥下に介助（見守り含む）が必要か	284 100.0%	23 8.1%	149 52.5%	9 3.2%	103 36.3%
２．食事摂取に介助（見守り含む）が必要か	284 100.0%	21 7.4%	140 49.3%	8 2.8%	115 40.5%
３．口腔清潔（はみがき等）に介助（見守り含む）が必要か	284 100.0%	39 13.7%	184 64.8%	5 1.8%	56 19.7%
４．半年前に比べて堅いものが食べにくくなったか	284 100.0%	14 4.9%	144 50.7%	13 4.6%	113 39.8%
５．お茶や汁物等でむせることがある	284 100.0%	44 15.5%	174 61.3%	14 4.9%	52 18.3%
６．口の渇きが気になるか	284 100.0%	26 9.2%	132 46.5%	4 1.4%	122 43.0%
７．食事への意欲	284 100.0%	36 12.7%	100 35.2%	8 2.8%	140 49.3%
８．食事量（残食量）	284 100.0%	36 12.7%	103 36.3%	11 3.9%	134 47.2%
９．口臭	284 100.0%	60 21.1%	103 36.3%	3 1.1%	118 41.5%
１０．その他	284 100.0%	18 6.3%	52 18.3%	4 1.4%	210 73.9%

口腔機能向上加算の算定開始時期は、「平成 24 年」が 32.7%と最も多く、次いで「平成 25 年」が 25.0%、「平成 20 年以前」が 14.8%であった。

図表 Ⅱ-67 口腔機能向上加算の算定開始時期

	件数	平成20年以前	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	無回答
全体	284 100.0%	42 14.8%	13 4.6%	26 9.2%	32 11.3%	93 32.7%	71 25.0%	7 2.5%

加算算定の主な提案者は、「ケアマネジャー」が 47.2%と最も多く、次いで「家族」が 32.4%、「事業所の介護職」が 23.2%であった。

図表 Ⅱ-68 加算算定の主な提案者

	件数	本人	家族	ケアマネジャー	事業所の管理栄養士	事業所の歯科衛生士	事業所の介護職	主治医	歯科医師	その他	無回答
全体	284 100.0%	55 19.4%	92 32.4%	134 47.2%	4 1.4%	41 14.4%	66 23.2%	27 9.5%	5 1.8%	64 22.5%	2 0.7%

（その他の記載内容）

・ 看護職員 ・栄養士 ・理学療法士 ・作業療法士 ・言語聴覚士

・ 介護職員 など

口腔機能改善管理指導計画の記載書式は、「通所リハ計画とは別の様式に記載している」が 85.9%を占めていた。

図表 Ⅱ-69 口腔機能改善管理指導計画の記載書式

	件数	通所リハ計画への記載で代替している	通所リハ計画とは別の様式に記載している	その他	無回答
全体	284 100.0%	39 13.7%	244 85.9%	1 0.4%	0 0.0%

口腔機能改善管理指導計画の同意をした人は、「本人」が 79.9%と最も多く、次いで「家族」が 78.5%であった。

図表 Ⅱ-70 口腔機能改善管理指導計画の同意をした人（複数回答）

	件数	本人	家族	その他	無回答
全体	284 100.0%	227 79.9%	223 78.5%	9 3.2%	0 0.0%

口腔機能改善管理指導計画の同意取得方法は、「文書を見せて説明」が 88.4%と最も多く、次いで「口頭で説明」が 34.9%、「その他」が 2.5%であった。

図表 Ⅱ-71 口腔機能改善管理指導計画の同意取得方法(複数回答)

	件数	文書を見せて説明	口頭で説明	その他	無回答
全体	284 100.0%	251 88.4%	99 34.9%	7 2.5%	3 1.1%

口腔機能向上サービスの提供回数は、最終評価に至る前の 3 ヶ月間で「～10 回」が 50.7%と最も多く、次いで「～1 回」が 11.3%、「～30 回」が 10.2%であり、平均 10.9 回であった。

図表 Ⅱ-72 口腔機能向上サービスの提供回数(最終評価に至る前の 3 ヶ月間)

	件数	0回	～1回	～3回	～5回	～10回	～15回	～20回	～30回	それ以上	無回答	平均	標準偏差
全体	284 100.0%	0 0.0%	32 11.3%	12 4.2%	5 1.8%	144 50.7%	27 9.5%	7 2.5%	29 10.2%	19 6.7%	9 3.2%	10.9	11.5

口腔機能向上サービスにおいて、加算にかかわらず実施したものについては、「口腔体操・嚥下体操等」が 73.6%と最も多く、次いで「口腔清掃の実施」が 55.3%、「食姿勢や食環境についての指導」が 52.8%であった。

加算に伴って実施したものは、「口腔清掃の指導」が 67.6%と最も多く、次いで「嚥下機能に関する訓練(指導)」が 66.2%、「口腔体操・嚥下体操等」が 62.7%であった。

図表 Ⅱ-73 口腔機能向上サービスの提供内容(複数回答)

	件数	口腔機能向上に関する情報提供	口腔体操・嚥下体操等	口腔清掃の指導	口腔清掃の実施	唾液腺マッサージ(指導)	咀嚼機能に関する訓練(指導)	嚥下機能に関する訓練(指導)	発音・発声に関する訓練(指導)	呼吸に関する訓練(指導)	食事姿勢や食環境についての指導	その他	無回答
加算にかかわらず実施したもの	284 100.0%	135 47.5%	209 73.6%	144 50.7%	157 55.3%	117 41.2%	77 27.1%	121 42.6%	138 48.6%	94 33.1%	150 52.8%	12 4.2%	37 13.0%
加算に伴って実施したもの	284 100.0%	176 62.0%	178 62.7%	192 67.6%	176 62.0%	120 42.3%	132 46.5%	188 66.2%	176 62.0%	120 42.3%	144 50.7%	19 6.7%	22 7.7%

評価結果のケアマネジャーへの情報提供は、「行った」が 85.9%を占めていた。

図表 Ⅱ-74 評価結果のケアマネジャーへの情報提供

	件数	行った	行っていない	無回答
全体	284 100.0%	244 85.9%	36 12.7%	4 1.4%

ケアマネジャーへ情報提供を行った場合、最終評価に至る前の 3 か月間で情報提供を行った回数は、「～1 回」が 61.5%と最も多く、次いで「～3 回」が 32.4%であり、平均 1.9 回であった。

図表 Ⅱ-75 ケアマネジャーへ情報提供を行った場合、最終評価に至る前の3か月間で情報提供を行った回数

	件数	0回	～1回	～3回	～5回	～10回	～15回	～20回	それ以上	無回答	平均	標準偏差
全体	244 100.0%	0 0.0%	150 61.5%	79 32.4%	3 1.2%	3 1.2%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.4%	8 3.3%	1.9	2.9

評価結果の主治医への情報提供は、「行った」が 29.9%、「行っていない」が 65.1%であった。

図表 Ⅱ-76 評価結果の主治医への情報提供

	件数	行った	行っていない	無回答
全体	284 100.0%	85 29.9%	185 65.1%	14 4.9%

主治医へ情報提供を行った場合、最終評価に至る前の 3 か月間で情報提供を行った回数は、「～1 回」が 80.0%と最も多く、次いで「～3 回」が 14.1%であり、平均 1.8 回であった。

図表 Ⅱ-77 主治医へ情報提供を行った場合、最終評価に至る前の 3 か月間で情報提供を行った回数

	件数	0回	～1回	～3回	～5回	～10回	～15回	～20回	それ以上	無回答	平均	標準偏差
全体	85 100.0%	0 0.0%	68 80.0%	12 14.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 1.2%	4 4.7%	1.8	4.7

評価後の口腔機能向上サービス終了・継続の状況は、「継続」が 87.3%を占めていた。

図表 Ⅱ-78 評価後の口腔機能向上サービス終了・継続の状況

	件数	終了	継続	無回答
全体	284 100.0%	33 11.6%	248 87.3%	3 1.1%

終了した場合、その理由は、「通所リハのサービス利用中止のため(入院・転居等含む)」が42.4%と最も多く、次いで「状態改善したため」が 39.4%、「本人・家族が終了を希望したため」が 12.1%であった。

図表 Ⅱ-79 終了した場合、その理由

	件数	状態改善したため	目標達成したため	本人・家族が終了を希望したため	通所リハのサービス利用中止のため(入院・転居等含む)	その他	無回答
全体	33 100.0%	13 39.4%	2 6.1%	4 12.1%	14 42.4%	2 6.1%	2 6.1%

各プロセスを実施する際に関わった職種は、全てのプロセスにおいて「看護職員」が最も多く関わっており、特に「口腔機能のリスク把握」では 63.0%、「口腔機能向上サービスの提供」では 59.9%において関わっていた。

また、「口腔機能改善管理指導計画」、「口腔衛生、摂食・嚥下機能の評価」では看護職員に次いで、言語聴覚士(40.5%、41.9%)が多く関わっている。

図表 Ⅱ-80 各プロセスを実施する際に関わった職種(複数回答)

	件数	医師(主治医)	医師(施設等の嘱託医)	歯科医師(主治医)	歯科医師(協力医療機関)	歯科衛生士	管理栄養士	栄養士(管理栄養士除く)	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	看護職員	介護職員	その他	無回答
①対象者の選定・決定	284 100.0%	49 17.3%	39 13.7%	4 1.4%	12 4.2%	70 24.6%	8 2.8%	1 0.4%	49 17.3%	37 13.0%	102 35.9%	155 54.6%	131 46.1%	49 17.3%	20 7.0%
②口腔機能のリスク把握	284 100.0%	36 12.7%	25 8.8%	4 1.4%	16 5.6%	88 31.0%	17 6.0%	3 1.1%	56 19.7%	40 14.1%	118 41.5%	179 63.0%	132 46.5%	23 8.1%	7 2.5%
③口腔機能改善管理指導計画の作成	284 100.0%	12 4.2%	23 8.1%	0 0.0%	5 1.8%	84 29.6%	8 2.8%	1 0.4%	23 8.1%	19 6.7%	115 40.5%	140 49.3%	66 23.2%	14 4.9%	2 0.7%
④口腔機能改善管理指導計画の利用者、家族への同意	284 100.0%	3 1.1%	3 1.1%	0 0.0%	1 0.4%	61 21.5%	2 0.7%	0 0.0%	19 6.7%	17 6.0%	79 27.8%	123 43.3%	97 34.2%	34 12.0%	7 2.5%
⑤口腔機能向上サービスの提供	284 100.0%	2 0.7%	3 1.1%	0 0.0%	4 1.4%	86 30.3%	5 1.8%	0 0.0%	15 5.3%	19 6.7%	105 37.0%	170 59.9%	161 56.7%	5 1.8%	4 1.4%
⑥口腔衛生、摂食・嚥下機能の評価	284 100.0%	7 2.5%	7 2.5%	0 0.0%	9 3.2%	92 32.4%	2 0.7%	0 0.0%	16 5.6%	14 4.9%	119 41.9%	142 50.0%	57 20.1%	7 2.5%	3 1.1%
⑦評価結果のケアマネ・主治医への情報提供	284 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	57 20.1%	1 0.4%	0 0.0%	22 7.7%	14 4.9%	80 28.2%	111 39.1%	77 27.1%	35 12.3%	20 7.0%

(3)「栄養改善加算」および「口腔機能向上加算」

「栄養改善加算」および「口腔機能向上加算」を算定し、3 か月後の評価まで実施した利用者の事例は 45 例収集された。年齢は、「～80 歳」、「～90 歳」が 17.8%と最も多く、平均 80.8 歳であった。

図表 Ⅱ-81 年齢

	件数	～60歳	～70歳	～80歳	～90歳	それ以上	無回答	平均	標準偏差
全体	45 100.0%	0 0.0%	2 4.4%	8 17.8%	8 17.8%	2 4.4%	25 55.6%	80.8	6.9

要介護度は、「要介護 3」が 15.6%と最も多く、次いで「要介護 2」が 11.1%、「要介護 5」が 6.7%であった。

図表 Ⅱ-82 要介護度

	件数	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	無回答
全体	45 100.0%	2 4.4%	5 11.1%	7 15.6%	2 4.4%	3 6.7%	26 57.8%

認知症高齢者の日常生活自立度は、「Ⅰ」、「Ⅱb」が 11.1%と最も多く、次いで「自立」が 6.7%、「Ⅱa」、「不明」が 4.4%であった。

図表 Ⅱ-83 認知症高齢者の日常生活自立度

	件数	自立	Ⅰ	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M	不明	無回答
全体	45 100.0%	3 6.7%	5 11.1%	2 4.4%	5 11.1%	1 2.2%	1 2.2%	1 2.2%	0 0.0%	2 4.4%	25 55.6%

食形態は、「常食」が 22.2%と最も多く、次いで「軟菜食」、「キザミ食」が 8.9%、「ペースト食」、「流動食」が 2.2%であった。

図表 Ⅱ-84 食形態

	件数	常食	軟菜食	キザミ食	ミキサー食	ペースト食	流動食	無回答
全体	45 100.0%	10 22.2%	4 8.9%	4 8.9%	0 0.0%	1 2.2%	1 2.2%	25 55.6%

義歯の有無は、「義歯なし(必要性もなし)」が 13.3%と最も多く、次いで「一部義歯」が 11.1%、「総義歯」が 8.9%であった。

図表 Ⅱ-85 義歯の有無

	件数	総義歯	一部義歯	義歯なし(必要性もなし)	義歯なし(必要性はあり)	無回答
全体	45 100.0%	4 8.9%	5 11.1%	6 13.3%	3 6.7%	27 60.0%

事業所のサービス利用開始時期は、「平成23年」が15.6%と最も多く、次いで「平成24年」が 11.1%、「平成 20 年以前」が 6.7%であった。

図表 Ⅱ-86 事業所のサービス利用開始時期

	件数	平成20年以前	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	無回答
全体	45 100.0%	3 6.7%	1 2.2%	1 2.2%	7 15.6%	5 11.1%	2 4.4%	26 57.8%

平均的なサービス利用時間区分は、「6－8 時間未満」が 33.3%と最も多く、次いで「1－2 時間未満」、「4－6 時間未満」が 4.4%、「2－3 時間未満」が 2.2%であった。

図表 Ⅱ-87 平均的なサービス利用時間区分

	件数	1～2時間未満	2～3時間未満	3～4時間未満	4～6時間未満	6～8時間未満	8時間超	無回答
全体	45 100.0%	2 4.4%	1 2.2%	2 4.4%	0 0.0%	15 33.3%	0 0.0%	25 55.6%

平均的なサービス利用頻度は、1 か月あたり「～10 回」が 28.9%と最も多く、次いで「～15 回」が 11.1%、「～3 回」、「～5 回」が 2.2%であり、平均 8.6 回であった。

図表 Ⅱ-88 平均的なサービス利用頻度(1 か月あたり)

	件数	0回	～1回	～3回	～5回	～10回	～15回	～20回	それ以上	無回答	平均	標準偏差
全体	45 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 2.2%	1 2.2%	13 28.9%	5 11.1%	0 0.0%	0 0.0%	25 55.6%	8.6	2.9

利用者の栄養状態は、事前にチェックした項目では、「身長・体重測定（BMI）」が 42.2%と最も多く、次いで「3%以上の体重減少の有無」が 40.0%、「栄養補給の状況」、「摂食・嚥下状況」、「食欲・食事の満足感」が 35.6%であった。

うち、加算につながったリスク項目は、「3%以上の体重減少の有無」が 28.9%と最も多く、次いで「身長・体重測定（BMI）」、「栄養補給の状況」が 22.2%、「食欲・食事の満足感」が 17.8%であった。

3 か月後に評価した項目は、「身長・体重測定（BMI）」が 35.6%と最も多く、次いで「3%以上の体重減少の有無」、「摂食・嚥下状況」が 31.1%、「栄養補給の状況」、「食欲・食事の満足感」が 26.7%であった。

図表 Ⅱ-89 利用者の栄養状態

	件数	Ⅰ）身長・体重測定（BM	有無 3%以上の体重減少の	血清アルブミン値の測定	じょくそうの有無	栄養補給の状況	摂食・嚥下状況	食欲・食事の満足感	その他	無回答
事前にチェックした項目	45 100.0%	19 42.2%	18 40.0%	6 13.3%	14 31.1%	16 35.6%	16 35.6%	16 35.6%	3 6.7%	26 57.8%
うち加算につながったリスク項目	45 100.0%	10 22.2%	13 28.9%	2 4.4%	4 8.9%	10 22.2%	7 15.6%	8 17.8%	2 4.4%	27 60.0%
3ヶ月後に評価した項目	45 100.0%	16 35.6%	14 31.1%	4 8.9%	8 17.8%	12 26.7%	14 31.1%	12 26.7%	2 4.4%	29 64.4%

利用者の栄養状態の評価結果は、「3%以上の体重減少の有無」において、「改善」が最も多く20.0%であった。

図表 Ⅱ-90 利用者の栄養状態の評価結果

	件数	改善	維持（変化なし）	悪化	無回答
1．身長・体重測定（BMI）	45 100.0%	7 15.6%	11 24.4%	0 0.0%	27 60.0%
2．3%以上の体重減少の有無	45 100.0%	9 20.0%	7 15.6%	0 0.0%	29 64.4%
3．血清アルブミン値の測定	45 100.0%	1 2.2%	4 8.9%	0 0.0%	40 88.9%
4．じょくそうの有無	45 100.0%	2 4.4%	7 15.6%	0 0.0%	36 80.0%
5．栄養補給の状況	45 100.0%	7 15.6%	7 15.6%	0 0.0%	31 68.9%
6．摂食・嚥下状況	45 100.0%	5 11.1%	10 22.2%	0 0.0%	30 66.7%
7．食欲・食事の満足感	45 100.0%	4 8.9%	10 22.2%	0 0.0%	31 68.9%
8．その他	45 100.0%	1 2.2%	1 2.2%	0 0.0%	43 95.6%

栄養改善加算の算定開始時期は、「平成25年」が17.8%と最も多く、次いで「平成24年」が13.3%、「平成20年以前」が4.4%であった。

図表 Ⅱ-91 栄養改善加算の算定開始時期

	件数	平成20年以前	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	無回答
全体	45 100.0%	2 4.4%	0 0.0%	0 0.0%	1 2.2%	6 13.3%	8 17.8%	28 62.2%

加算算定の主な提案者は、「事業所の管理栄養士」が 17.8%と最も多く、次いで「家族」、「事業所の介護職」が 6.7%であった。

図表 Ⅱ-92 加算算定の主な提案者

	件数	本人	家族	ケアマネジャー	事業所の管理栄養士	事業所の歯科衛生士	事業所の介護職	主治医	その他	無回答
全体	45 100.0%	2 4.4%	3 6.7%	2 4.4%	8 17.8%	0 0.0%	3 6.7%	1 2.2%	1 2.2%	25 55.6%

栄養ケア計画の記載書式は、「通所リハ計画とは別の様式に記載している」が 37.8%を占めていた。

図表 Ⅱ-93 栄養ケア計画の記載書式

	件数	通所リハ計画への記載で代替している	通所リハ計画とは別の様式に記載している	その他	無回答
全体	45 100.0%	3 6.7%	17 37.8%	0 0.0%	25 55.6%

栄養ケア計画の同意をした人は、「本人」、「家族」が 33.3%であった。

図表 Ⅱ-94 栄養ケア計画の同意をした人(複数回答)

	件数	本人	家族	その他	無回答
全体	45 100.0%	15 33.3%	15 33.3%	1 2.2%	25 55.6%

栄養ケア計画の同意取得方法は、「文書を見せて説明」が 40.0%と最も多くを占めていた。

図表 Ⅱ-95 栄養ケア計画の同意取得方法(複数回答)

	件数	文書を見せて説明	口頭で説明	その他	無回答
全体	45 100.0%	18 40.0%	7 15.6%	0 0.0%	25 55.6%

栄養改善サービスの提供回数は、最終評価に至る前の 3ヶ月間で「～10 回」が 15.6%と最も多く、次いで「～1 回」が 6.7%、「～3 回」、「～30 回」が 4.4%であり、平均 7.5 回であった。

図表 Ⅱ-96 栄養改善サービスの提供回数(最終評価に至る前の 3ヶ月間)

	件数	0回	～1回	～3回	～5回	～10回	～15回	～20回	～30回	それ以上	無回答	平均	標準偏差
全体	45 100.0%	0 0.0%	3 6.7%	2 4.4%	0 0.0%	7 15.6%	0 0.0%	0 0.0%	2 4.4%	0 0.0%	31 68.9%	7.5	7.5

栄養改善サービスの提供内容は、加算にかかわらず実施したものについては、「食事内容の指導(個別指導)」が 22.2%と最も多く、次いで「食形態の指導(個別指導)」が 17.8%、「食事する環境の指導(個別指導)」が 15.6%であった。

加算に伴って実施したものについても、「食事内容の指導(個別指導)」が 35.6%と最も多く、次いで「食事する環境の指導(個別指導)」が 22.2%、「食形態の指導(個別指導)」が 20.0%であった。

図表 Ⅱ-97 栄養改善サービスの提供内容(複数回答)

	件数	食事内容の指導(個別指導)	食事内容の指導(集団指導)	食事の準備方法の指導(個別指導)	食事の準備方法の指導(集団指導)	食形態の指導(個別指導)	食形態の指導(集団指導)	食事する環境の指導(個別指導)	食事する環境の指導(集団指導)	レシピの提供	調理実習	食事会などの案内	その他	無回答
加算に関わらず実施したもの	45 100.0%	10 22.2%	2 4.4%	4 8.9%	2 4.4%	8 17.8%	0 0.0%	7 15.6%	2 4.4%	2 4.4%	2 4.4%	0 0.0%	2 4.4%	32 71.1%
加算に伴って実施したもの	45 100.0%	16 35.6%	0 0.0%	8 17.8%	0 0.0%	9 20.0%	0 0.0%	10 22.2%	0 0.0%	3 6.7%	2 4.4%	0 0.0%	1 2.2%	28 62.2%

評価結果のケアマネジャーへの情報提供は、「行った」が 40.0%であった。

図表 Ⅱ-98 評価結果のケアマネジャーへの情報提供

	件数	行った	行っていない	無回答
全体	45 100.0%	18 40.0%	2 4.4%	25 55.6%

ケアマネジャーへ情報提供を行った場合、最終評価に至る前の 3 か月間で情報提供を行った回数は、「～1 回」が 88.9%と最も多く、次いで「～3 回」、「～5 回」が 5.6%であり、平均 1.4 回であった。

図表 Ⅱ-99 ケアマネジャーへ情報提供を行った場合、最終評価に至る前の3か月間で情報提供を行った回数

	件数	0回	～1回	～3回	～5回	～10回	～15回	～20回	それ以上	無回答	平均	標準偏差
全体	18 100.0%	0 0.0%	16 88.9%	1 5.6%	0 0.0%	1 5.6%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1.4	1.2

評価結果の主治医への情報提供は、「行った」が 13.3%、「行っていない」が 31.1%であった。

図表 Ⅱ-100 評価結果の主治医への情報提供

	件数	行った	行っていない	無回答
全体	45 100.0%	6 13.3%	14 31.1%	25 55.6%

主治医へ情報提供を行った場合、最終評価に至る前の 3 か月間で情報提供を行った回数は、「～1 回」が 83.3%と最も多く、次いで「～10 回」が 16.7%であり、平均 1.8 回であった。

図表 Ⅱ-101 主治医へ情報提供を行った場合、最終評価に至る前の3か月間で情報提供を行った回数

	件数	0回	～1回	～3回	～5回	～10回	～15回	～20回	それ以上	無回答	平均	標準偏差
全体	6 100.0%	0 0.0%	5 83.3%	0 0.0%	0 0.0%	1 16.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1.8	2.0

評価後の栄養改善サービス終了・継続の状況は、「継続」が 31.1%であった。

図表 Ⅱ-102 評価後の栄養改善サービス終了・継続の状況

	件数	終了	継続	無回答
全体	45 100.0%	6 13.3%	14 31.1%	25 55.6%

終了した場合、その理由は、「状態改善したため」が 50.0%と最も多く、次いで「通所リハのサービス利用中止のため(入院・転居等含む)」が 33.3%であった。

図表 Ⅱ-103 終了した場合、その理由

	件数	状態改善したため	目標達成したため	本人・家族が終了を希望したため	通所リハのサービス利用中止のため(入院・転居等含む)	その他	無回答
全体	6 100.0%	3 50.0%	0 0.0%	1 16.7%	2 33.3%	0 0.0%	0 0.0%

各プロセスを実施する際に関わった職種は、全てのプロセスにおいて「管理栄養士」が最も多く関わっており、特に「低栄養状態のリスク把握」では 37.8%において関わっていた。

図表 Ⅱ-104 各プロセスを実施する際に関わった職種(複数回答)

	件数	医師（主治医）	医師（施設等の嘱託医）	歯科医師（主治医）	歯科医師（協力医療機関）	歯科衛生士	管理栄養士	栄養士（管理栄養士除く）	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	看護職員	介護職員	その他	無回答
①対象者の選定・決定	45 100.0%	4 8.9%	3 6.7%	0 0.0%	1 2.2%	2 4.4%	15 33.3%	3 6.7%	2 4.4%	1 2.2%	2 4.4%	9 20.0%	10 22.2%	2 4.4%	26 57.8%
②低栄養状態のリスク把握	45 100.0%	3 6.7%	2 4.4%	0 0.0%	1 2.2%	3 6.7%	17 37.8%	3 6.7%	3 6.7%	2 4.4%	1 2.2%	10 22.2%	12 26.7%	1 2.2%	25 55.6%
③栄養ケア計画の作成	45 100.0%	2 4.4%	2 4.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	16 35.6%	3 6.7%	2 4.4%	2 4.4%	2 4.4%	5 11.1%	6 13.3%	0 0.0%	25 55.6%
④栄養ケア計画の利用者、家族への同意	45 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	12 26.7%	3 6.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 8.9%	8 17.8%	4 8.9%	26 57.8%
⑤栄養改善サービスの提供	45 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 2.2%	2 4.4%	16 35.6%	5 11.1%	0 0.0%	0 0.0%	1 2.2%	7 15.6%	9 20.0%	1 2.2%	25 55.6%
⑥栄養状態の評価	45 100.0%	2 4.4%	1 2.2%	0 0.0%	1 2.2%	1 2.2%	16 35.6%	4 8.9%	1 2.2%	1 2.2%	0 0.0%	7 15.6%	9 20.0%	1 2.2%	25 55.6%
⑦評価結果のケアマネ・主治医への情報提	45 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	9 20.0%	3 6.7%	1 2.2%	1 2.2%	0 0.0%	5 11.1%	8 17.8%	4 8.9%	27 60.0%

利用者の口腔衛生、摂食・嚥下機能は、事前にチェックした項目では、「口腔清潔（はみがき等）に介助（見守り含む）が必要か」が73.3%と最も多く、次いで「お茶や汁物等でむせることある」が 68.9%であった。

うち、加算につながったリスク項目は、「口腔清潔（はみがき等）に介助（見守り含む）が必要か」が51.1%と最も多く、次いで「お茶や汁物等でむせることある」が48.9%、「嚥下に介助（見守り含む）が必要か」、「食事への意欲」が 35.6%であった。

3 か月後に評価した項目は、「お茶や汁物等でむせることある」が 62.2%と最も多く、次いで「口腔清潔（はみがき等）に介助（見守り含む）が必要か」が 57.8%、「嚥下に介助（見守り含む）が必要か」が 51.1%であった。

図表 Ⅱ-105 利用者の口腔衛生、摂食・嚥下機能

	件数	嚥下に介助（見守り含む）が必要か	食事摂取に介助（見守り含む）が必要か	口腔清潔（はみがき等）に介助（見守り含む）が必要か	半年前に比べて堅いものが食べにくくなったお茶や汁物等でむせることがある	口の渇きが気になるか	食事への意欲	食事量（残食量）	口臭	その他	無回答
事前にチェックした項目	45 100.0%	29 64.4%	29 64.4%	33 73.3%	23 51.1%	31 68.9%	25 55.6%	26 57.8%	27 60.0%	25 55.6%	9 20.0%	11 24.4%
うち加算につながったリスク項目	45 100.0%	16 35.6%	15 33.3%	23 51.1%	10 22.2%	22 48.9%	11 24.4%	16 35.6%	11 24.4%	13 28.9%	7 15.6%	15 33.3%
3ヶ月後に評価した項目	45 100.0%	23 51.1%	21 46.7%	26 57.8%	16 35.6%	28 62.2%	19 42.2%	20 44.4%	17 37.8%	21 46.7%	6 13.3%	15 33.3%

利用者の口腔衛生、摂食・嚥下機能の評価結果は、全ての項目において「維持（変化なし）」が最も多くなっていた。ただし「食事量（残食量）」については「改善」が 20.0%と比較的高い傾向が見られた。

図表 Ⅱ-106 利用者の口腔衛生、摂食・嚥下機能の評価結果

	件数	改善	維持（変化なし）	悪化	無回答
１．嚥下に介助（見守り含む）が必要か	45 100.0%	2 4.4%	27 60.0%	0 0.0%	16 35.6%
２．食事摂取に介助（見守り含む）が必要か	45 100.0%	5 11.1%	22 48.9%	1 2.2%	17 37.8%
３．口腔清潔（はみがき等）に介助（見守り含む）が必要か	45 100.0%	4 8.9%	24 53.3%	2 4.4%	15 33.3%
４．半年前に比べて堅いものが食べにくくなったか	45 100.0%	2 4.4%	21 46.7%	0 0.0%	22 48.9%
５．お茶や汁物等でむせることがある	45 100.0%	6 13.3%	25 55.6%	0 0.0%	14 31.1%
６．口の渇きが気になるか	45 100.0%	4 8.9%	19 42.2%	0 0.0%	22 48.9%
７．食事への意欲	45 100.0%	5 11.1%	17 37.8%	1 2.2%	22 48.9%
８．食事量（残食量）	45 100.0%	9 20.0%	14 31.1%	1 2.2%	21 46.7%
９．口臭	45 100.0%	8 17.8%	16 35.6%	0 0.0%	21 46.7%
１０．その他	45 100.0%	3 6.7%	6 13.3%	0 0.0%	36 80.0%

口腔機能向上加算の算定開始時期は、「平成 24 年」が 28.9%と最も多く、次いで「平成 20 年以前」が 15.6%、「平成 25 年」が 13.3%であった。

図表 Ⅱ-107 口腔機能向上加算の算定開始時期

	件数	平成20年以前	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	無回答
全体	45 100.0%	7 15.6%	2 4.4%	1 2.2%	4 8.9%	13 28.9%	6 13.3%	12 26.7%

加算算定の主な提案者は、「ケアマネジャー」が 35.6%と最も多く、次いで「家族」が 31.1%、「事業所の介護職」が 24.4%であった。

図表 Ⅱ-108 加算算定の主な提案者

	件数	本人	家族	ケアマネジャー	事業所の管理栄養士	事業所の歯科衛生士	事業所の介護職	主治医	歯科医師	その他	無回答
全体	45 100.0%	7 15.6%	14 31.1%	16 35.6%	2 4.4%	7 15.6%	11 24.4%	4 8.9%	1 2.2%	9 20.0%	8 17.8%

口腔機能改善管理指導計画の記載書式は、「通所リハ計画とは別の様式に記載している」が 64.4%であった。

図表 Ⅱ-109 口腔機能改善管理指導計画の記載書式

	件数	通所リハ計画への記載で代替している	通所リハ計画とは別の様式に記載している	その他	無回答
全体	45 100.0%	9 20.0%	29 64.4%	0 0.0%	7 15.6%

口腔機能改善管理指導計画の同意をした人は、「本人」が 73.3%と最も多く、次いで「家族」が 68.9%であった。

図表 Ⅱ-110 口腔機能改善管理指導計画の同意をした人(複数回答)

	件数	本人	家族	その他	無回答
全体	45 100.0%	33 73.3%	31 68.9%	1 2.2%	6 13.3%

口腔機能改善管理指導計画の同意取得方法は、「文書を見せて説明」が 73.3%を占めていた。

図表 Ⅱ-111 口腔機能改善管理指導計画の同意取得方法(複数回答)

	件数	文書を見せて説明	口頭で説明	その他	無回答
全体	45 100.0%	33 73.3%	15 33.3%	0 0.0%	6 13.3%

口腔機能向上サービスの提供回数は、最終評価に至る前の 3 ヶ月間で「～10 回」が 42.2%と最も多く、次いで「～1 回」が 15.6%、「～30 回」が 11.1%であり、平均 9.4 回であった。

図表 Ⅱ-112 口腔機能向上サービスの提供回数(最終評価に至る前の 3 ヶ月間)

	件数	0回	～1回	～3回	～5回	～10回	～15回	～20回	～30回	それ以上	無回答	平均	標準偏差
全体	45 100.0%	0 0.0%	7 15.6%	1 2.2%	1 2.2%	19 42.2%	1 2.2%	0 0.0%	5 11.1%	1 2.2%	10 22.2%	9.4	11.3

口腔機能向上サービスの提供内容については、加算にかかわらず実施したものについては、「口腔体操・嚥下体操等」が 62.2%と最も多く、次いで「口腔清掃の実施」が 53.3%、「口腔清掃の指導」、「食事姿勢や食環境についての指導」が 44.4%であった。

加算に伴って実施したものは、「口腔清掃の実施」が 62.2%と最も多く、次いで「口腔清掃の指導」が 60.0%、「口腔機能向上に関する情報提供」が 57.8%であった。

図表 Ⅱ-113 口腔機能向上サービスの提供内容(複数回答)

	件数	口腔機能向上に関する情報提供	口腔体操・嚥下体操等	口腔清掃の指導	口腔清掃の実施唾	唾液腺マッサージ(指導)	咀嚼機能に関する訓練(指導)	嚥下機能に関する訓練(指導)	発音・発声に関する訓練(指導)	呼吸に関する訓練(指導)	食事姿勢や食環境についての指導	その他	無回答
加算にかかわらず実施したもの	45 100.0%	19 42.2%	28 62.2%	20 44.4%	24 53.3%	13 28.9%	10 22.2%	15 33.3%	19 42.2%	12 26.7%	20 44.4%	3 6.7%	12 26.7%
加算に伴って実施したもの	45 100.0%	26 57.8%	21 46.7%	27 60.0%	28 62.2%	20 44.4%	20 44.4%	22 48.9%	15 33.3%	11 24.4%	14 31.1%	4 8.9%	12 26.7%

評価結果のケアマネジャーへの情報提供は、「行った」が 64.4%であった。

図表 Ⅱ-114 評価結果のケアマネジャーへの情報提供

	件数	行った	行っていない	無回答
全体	45 100.0%	29 64.4%	9 20.0%	7 15.6%

ケアマネジャーへ情報提供を行った場合、最終評価に至る前の 3 か月間で情報提供を行った回数は、「～1 回」が 75.9%と最も多く、次いで「～3 回」が 10.3%であり、平均 1.4 回であった。

図表 Ⅱ-115 ケアマネジャーへ情報提供を行った場合、最終評価に至る前の 3 か月間で情報提供を行った回数

	件数	0回	～1回	～3回	～5回	～10回	～15回	～20回	それ以上	無回答	平均	標準偏差
全体	29 100.0%	0 0.0%	22 75.9%	3 10.3%	0 0.0%	1 3.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 10.3%	1.4	1.1

評価結果の主治医への情報提供は、「行った」が 24.4%、「行っていない」が 57.8%であった。

図表 Ⅱ-116 評価結果の主治医への情報提供

	件数	行った	行っていない	無回答
全体	45 100.0%	11 24.4%	26 57.8%	8 17.8%

主治医へ情報提供を行った場合、最終評価に至る前の 3 か月間で情報提供を行った回数は、「～1 回」が 81.8%と最も多く、次いで「～3 回」が 18.2%であり、平均 1.4 回であった。

図表 Ⅱ-117 主治医へ情報提供を行った場合、最終評価に至る前の3か月間で情報提供を行った回数

	件数	0回	～1回	～3回	～5回	～10回	～15回	～20回	それ以上	無回答	平均	標準偏差
全体	11 100.0%	0 0.0%	9 81.8%	2 18.2%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1.4	0.8

評価後の口腔機能向上サービス終了・継続の状況は、「継続」が 68.9%を占めていた。

図表 Ⅱ-118 評価後の口腔機能向上サービス終了・継続の状況

	件数	終了	継続	無回答
全体	45 100.0%	5 11.1%	31 68.9%	9 20.0%

終了した場合、その理由は、「状態改善したため」が 60.0%と最も多く、次いで「通所リハのサービス利用中止のため(入院・転居等含む)」が 40.0%であった。

図表 Ⅱ-119 終了した場合、その理由

	件数	状態改善したため	目標達成したため	本人・家族が終了を希望したため	通所リハのサービス利用中止のため(入院・転居等含む)	その他	無回答
全体	5 100.0%	3 60.0%	1 20.0%	0 0.0%	2 40.0%	1 20.0%	0 0.0%

各プロセスを実施する際に関わった職種は、「口腔機能向上サービスの提供」では介護職員が 55.6%と最も多かったが、それ以外の項目では「看護職員」が最も多くなっていた。

図表 Ⅱ-120 各プロセスを実施する際に関わった職種(複数回答)

	件数	医師（主治医）	医師（施設等の嘱託医）	歯科医師（主治医）	歯科医師（協力医療機関）	歯科衛生士	管理栄養士	栄養士（管理栄養士除く）	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	看護職員	介護職員	その他	無回答
①対象者の選定・決定	45 100.0%	10 22.2%	4 8.9%	0 0.0%	1 2.2%	13 28.9%	1 2.2%	0 0.0%	8 17.8%	7 15.6%	14 31.1%	23 51.1%	18 40.0%	7 15.6%	9 20.0%
②口腔機能のリスク把握	45 100.0%	4 8.9%	3 6.7%	0 0.0%	2 4.4%	15 33.3%	3 6.7%	0 0.0%	8 17.8%	8 17.8%	16 35.6%	26 57.8%	21 46.7%	3 6.7%	9 20.0%
③口腔機能改善管理指導計画の作成	45 100.0%	0 0.0%	2 4.4%	0 0.0%	1 2.2%	12 26.7%	2 4.4%	1 2.2%	5 11.1%	5 11.1%	14 31.1%	20 44.4%	8 17.8%	2 4.4%	9 20.0%
④口腔機能改善管理指導計画の利用者、家族への同意	45 100.0%	0 0.0%	1 2.2%	0 0.0%	0 0.0%	8 17.8%	1 2.2%	1 2.2%	2 4.4%	3 6.7%	10 22.2%	18 40.0%	15 33.3%	9 20.0%	9 20.0%
⑤口腔機能向上サービスの提供	45 100.0%	0 0.0%	1 2.2%	0 0.0%	0 0.0%	14 31.1%	2 4.4%	0 0.0%	1 2.2%	2 4.4%	15 33.3%	24 53.3%	25 55.6%	0 0.0%	9 20.0%
⑥口腔衛生、摂食・嚥下機能の評価	45 100.0%	0 0.0%	1 2.2%	0 0.0%	1 2.2%	15 33.3%	1 2.2%	0 0.0%	4 8.9%	4 8.9%	16 35.6%	22 48.9%	11 24.4%	0 0.0%	10 22.2%
⑦評価結果のケアマネ・主治医への情報提供	45 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	10 22.2%	0 0.0%	0 0.0%	3 6.7%	3 6.7%	8 17.8%	11 24.4%	6 13.3%	6 13.3%	17 37.8%

Ⅲ

サービス効果の検討

Ⅲ．サービス効果の検討

１．対象

要介護 1～3（一部、要支援Ⅱを含む）の認定を受け、通所系サービス施設を利用している高齢者のうち、介護保険法に規定される栄養改善あるいは口腔機能向上サービスの対象者の基準を満たす者で、本調査期間中に栄養改善あるいは口腔機能向上サービスの対象となる者を対象とした。本調査の実施に際しては、本人へ調査の目的、内容等の説明を行い、同意を得たうえで実施した。対象者には、口腔機能向上サービスと栄養改善サービスの両方（口腔＋栄養）、あるいは口腔機能向上サービスのみ（口腔）、栄養改善サービスのみ（栄養）のいずれかのサービスを 2～3 か月間実施した。

２．方法

調査の実施に際しては、測定方法を事前に各施設の担当者に説明し、基本的には施設のスタッフが調査・測定を行った。測定に際してスタッフの不足等補助が必要な場合は、検討委員会のメンバー等が施設に出向いて測定の補助をする、あるいは各施設で雇いあげを依頼し、本事業で費用を負担することとした。

施設調査票は、施設の概要、人員構成、加算の状況、食事時の介助、嚥下機能評価、食事形態について調査するもので、介入開始時に1回行った。

対象者の調査は、介入開始時（0 か月）と介入後（2～3 か月後）に実施した。調査内容は、下記の項目でそれぞれの詳細は資料の調査説明書に示した。

●基礎情報等の質問
●通所施設利用状況
●口腔機能の評価
●体力測定
●身体計測
●栄養評価
●サービス内容の記録

それぞれの調査時にすべての項目を1日に終える必要はなく、通所時数回に分けての実施を可能とした。

なお、本調査研究事業の内容については、（独）国立健康・栄養研究所研究倫理審査委員会の承認を得た。調査票には、研究事務局が施設 ID と利用者 ID を記載して配布した。各施設の調査担当者が利用者 ID と個人名の対照表を作成し、この対照表を 5 年間保管することとした。研究事務局は ID 番号で調査票、データを取り扱い、個人情報は取り扱わないこととした。

解析に際しては、各群の人数が少なかったため、基本的には各群の平均値±標準偏差あるいは、回答別の人数でしめした。一部のデータについては $\chi 2$ 検定、対応のある t 検定などにより統計的に差の検討を行った。

3．結果

1）対象施設、対象者の状況

調査に協力が得られた 8 施設は通所リハビリテーション施設で、経営母体は 6 施設が医療法人、残りの 2 施設が社会福祉法人と社団法人であった。併設されている施設では、病院（5 施設）、介護老人保健誌施設（4 施設）が多かった。1 日あたりの定員は 8～60 人で中央値は 39人であった。登録者数は 18～177 人で中央値は 102人であった。前月の登録者の要介護度では、要介護 1, 2, 3 が多かった。職種別の配置では、管理栄養士は常勤 1 名のみが 1 施設、常勤 1 名＋併任 1 名が 1 施設、併任 2 名のみが 1 施設、併任 1 名のみが 4 施設であった。歯科医師は併任 1 名が 2 施設であった。言語聴覚士は、常勤 2 名＋併任 2 名が 1 施設、常勤 1 名のみが 1 施設、併任 1 名のみが 2 施設であった。歯科衛生士は、常勤・併任各 1 名が 1 施設、併任 2 名のみ、併任 1 名のみが各 2 施設であった。

調査前月の栄養改善加算は 4 施設が登録しており、4 施設とも加算請求をしていたが、請求件数は 1 件、2 件、4 件、7 件がそれぞれ1施設であった。口腔機能向上加算は 6 施設が登録しており、加算請求は 5 施設で行われ請求件数は 8, 23、24、71 件（1 施設は未記入）であった。選択的サービス複数実施で栄養改善と口腔機能向上の両方を実施した件数は 1 件が 1 施設、2 件が 1 施設であった。

食事時の状況では、食事にかかる時間は 4 施設が利用者ごとに食事が終わるまでとしており、2 施設は全利用者一定であった。姿勢の保持は 6 施設が、椅子、クッション、タオルなどによる調整やシーティング評価により姿勢の保持ができるように対応していた。食事時の覚醒が保てるように対応している施設は 7 施設で、声掛けが多くみられた。食に問題のある利用者は、7 施設が「いる」と回答しており、対応方法としては「食形態の変更」が 7 施設、「介助に注意」、「介助方法の変更」、「水分にとろみ」がそれぞれ 6 施設であった。

嚥下機能評価は 6 施設で実施しており、実施者は看護師と言語聴覚士がそれぞれ 4 施設、医師とケアワーカーがそれぞれ 3 施設であった。用いているスクリーニング法としては、6 施設が RSST(反復唾液嚥下テスト)、5 施設が食事観察、4 施設が MWST（改定水飲みテスト）であった。嚥下機能精密検査はVF（嚥下造影検査）とVE(嚥下内視鏡検査）がそれぞれ 1 施設であった。

食事形態を決定している職種は、管理栄養士が 6 施設で最も多く、5 施設で医師、4施設で看護師、言語聴覚士がかかわっていた。食事形態の種類は 4 種類と 7 種類がそれぞれ 2 施設、3 種類、5 種類、6種類がそれぞれ 1 施設であった。

測定を開始した対象者は、口腔＋栄養が 18 名（男性 9 名、女性 9 名）、口腔 16 名（男性 14 名、女性 2 名）、栄養 13 名（男性 5 名、女性 8 名）であった。年齢は口腔＋栄養で 82.7±8.9 歳、口腔で 74.6±10.6 歳、栄養 80.8±6.1 歳であった。生活状況はいずれも家族同居が 90%程度おり、配偶者が健在の者が多かった（図表Ⅲ-1）。

図表Ⅲ-1　対象者の生活状況

		口腔＋栄養		口腔		栄養	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)
家族構成	独居	1	(5.6)	2	(12.5)	1	(7.7)
	同居	17	(94.4)	14	(87.5)	12	(92.3)
配偶者	健在	10	(55.6)	14	(87.5)	9	(69.2)
	死去	7	(38.9)	1	(6.2)	2	(15.4)
	離婚	0	(0.0)	1	(6.2)	0	(0.0)
	未婚	1	(5.6)	0	(0.0)	2	(15.4)
主介護者	いない	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(15.4)
	いる	18	(100.0)	16	(100.0)	11	(84.6)

ほぼ全員が定期的な通院をしており、受診している科は内科、整形外科が多かった。歯科の定期的な受診のある者は、口腔＋栄養と栄養では23%、口腔では12.5%であった。過去3か月の歯科受診は、口腔+栄養では41%、口腔20%、栄養30%であった。服用薬が5種類以上ある者は口腔＋栄養が最も少なく50%、口腔が最も多く77%であった。定期的に体重測定をしている者は栄養では63%と多いが、口腔＋栄養では3人、口腔では1人であった。口腔＋栄養は要支援Ⅱが多く、日常生活自立度はJ2、A1、A2が約30%ずつであった。口腔では、要介護2、3が多く、日常生活自立度はA1が半数を占めた。栄養では要介護1が多く、日常生活自立度は、J2、A1、A2が多かった。認知高齢者日常生活自立度は正常とⅠで70%以上を占めた(図表Ⅲ-2)。

図表Ⅲ-2　対象者の要介護度

		口腔＋栄養		口腔		栄養	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)
定期的な通院	無し	1	(5.6)	3	(18.8)	1	(7.7)
	あり	17	(94.4)	13	(81.2)	12	(92.3)
通院診療科	内科	17	(94.4)	6	(37.5)	12	(92.3)
	外科	2	(11.1)	0	(0.0)	0	(0.0)
	整形外科	6	(33.3)	0	(0.0)	2	(15.4)
	眼科	4	(22.2)	0	(0.0)	1	(7.7)
	泌尿器科	1	(5.6)	0	(0.0)	0	(0.0)
	皮膚科	1	(5.6)	0	(0.0)	1	(7.7)
	精神科	3	(16.7)	0	(0.0)	0	(0.0)
歯科定期的受診	あり	4	(23.5)	2	(12.5)	3	(23.1)
過去3か月の歯科受診	あり	7	(41.2)	3	(20.0)	3	(30.0)
服用薬	5種以上	9	(50.0)	10	(76.9)	8	(62.5)
3か月以内の入院	あり	1	(5.9)	0	(0.0)	0	(0.0)
定期的な体重測定（通所施設外）	あり	3	(16.7)	1	(12.5)	11	(84.6)
要介護度	自立	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
	要支援Ⅰ	3	(16.7)	0	(0.0)	1	(7.7)
	要支援Ⅱ	8	(44.4)	0	(0.0)	1	(7.7)
	要介護1	5	(27.8)	2	(12.5)	7	(53.8)
	要介護2	2	(11.1)	4	(25.0)	3	(23.1)
	要介護3	0	(0.0)	7	(43.8)	1	(7.7)
	要介護4	0	(0.0)	1	(6.2)	0	(0.0)
日常生活自立度	正常	1	(5.6)	0	(0.0)	0	(0.0)
	J1	1	(5.6)	3	(18.8)	0	(0.0)
	J2	5	(27.8)	1	(6.2)	3	(23.1)
	A1	5	(27.8)	9	(56.2)	3	(23.1)
	A2	4	(22.2)	1	(6.2)	5	(38.5)
	B1	2	(11.1)	1	(6.2)	2	(15.4)
	B2	0	(0.0)	1	(6.2)	0	(0.0)
認知高齢者日常生活自立度	正常	7	(38.9)	7	(43.8)	5	(38.5)
	Ⅰ	5	(27.8)	5	(31.2)	5	(38.5)
	Ⅱa	4	(22.2)	1	(6.2)	3	(23.1)
	Ⅱb	1	(5.6)	2	(12.5)	0	(0.0)
	Ⅲa	1	(5.6)	1	(6.2)	0	(0.0)

対象者の料理や買い物の状況を図表Ⅲ-3 に示した。料理担当者は、口腔＋栄養では、娘が 38.9%、配偶者が 27.8%であったが、口腔、栄養では配偶者が最も多かった。料理担当者が料理で不自由を感じている者はいずれも 30～40%で、口腔＋栄養と口腔では体力的に大変、献立を考えるのが大変が多かった。買い物担当者は、配偶者、娘、息子、嫁が多くみられた。買い物に不自由を感じている者は約 3 割で、重い物・大きな物の買い物が困難が多かった。

2）サービス提供内容

今回の実施期間は、2～3 か月であり、後のデータがえられた者は口腔＋栄養で 18 名、口腔のみで 15 名、栄養のみで 13 名であり、口腔のみの男性 1 名が施設側の事情により事後のデータがえられなかった。また、一部の対象については、すべての項目の調査ができなかったため、以降の結果については、それぞれの項目ごとに前後のデータがある者について検討した。

デイサービスの利用回数は月に 2～18 回で平均では月に 8 回であった。口腔、栄養の介入は月に 2～8 回実施されていた。

3）通所施設利用状況、通所時の食事

調査実施前 1 か月の出席率（出席回数/登録回数×100）は、いずれの群でも減少傾向にあった（図表Ⅲ-3)。後の調査において、口腔＋栄養の 1 名、栄養の 6 名が出席回数が 0 であったため、平均の出席率が低くなった。一方、100%の出席率の者は、口腔＋栄養で前が 15 名、後が 11 名、口腔前 11 名、後 7 名、栄養では前が 8 名、後が 3 名でいずれも減少していた。サービス中のアクティビティーの参加状況は、口腔＋栄養で増加した者が多くみられた。一方で、口腔では減少する者が多くいた。

サービス中に提供される昼食の摂食状況について比較すると、主食の摂取量が増加した者は口腔＋栄養で 3 名、口腔で 2 名、栄養で 6 名であり、減少した者はいずれの群にもいなかった。主菜の摂取量は口腔＋栄養と栄養で 2 名増加したが、栄養では 1 名は減少した。副菜では口腔＋栄養で 3 名、栄養で 2 名が増加したが、口腔の 1 名、栄養の 2 名は減少していた。昼食に要する時間は口腔＋栄養の 4 名、口腔の 2 名、栄養の 1 名が短縮した。間食の摂取量には変化はみられなかった。

図表Ⅲ-3　サービスの利用状況

		口腔＋栄養	口腔	栄養
出席率	前	96.5±9.4	91.6±21.6	84.7±25.3
	後	82.4±28.1	80.4±22.6	34.7±42.9
アクティビティー参加	変化なし	5	7	11
	増加	7	1	0
	減少	4	6	1
主食の摂取量	変化なし	15	10	7
	増加	3	2	6
	減少	0	0	0
主菜の摂取量	変化なし	16	12	10
	増加	2	0	2
	減少	0	0	1
副菜の摂取量	変化なし	15	11	9
	増加	3	0	2
	減少	0	1	2
食事に要する時間	変化なし	13	10	10
	延長	1	0	2
	短縮	4	2	1
間食摂取量	変化なし	18	12	1
	増加	0	0	0
	減少	0	0	0
		出席率（%）＝出席回数/登録回数×100		
		出席率以外は人数（人）		

4）身体計測

本調査では口腔＋栄養群 18 名、口腔群 16 名、栄養群 13 名の計 47 名のうち、42 名(男性 24 名、女性 18 名)が身体計測に参加した。しかし、測定機器の不備や利用者の身体状況、そして利用者の協力の有無によって介入前後や計測項目で数値が得られた人数が異なった(図表Ⅲ-4)。参加した利用者のうち介入前後で約 8 割弱が右側で計測が行われ、4.7～7.0%がマヒ等の理由によって左側で計測された。また全体の約 8 割が座位で計測された。

図表Ⅲ-4 各計測項目における計測終了者人数

計測項目	介入前		介入後	
	男性(人)	女性(人)	男性(人)	女性(人)
身長（cm）	10	3	14	9
体重（kg）	20	11	20	10
上腕周径（cm）	22	16	22	13
上腕三頭筋部皮脂厚（mm）	21	15	22	16
腹部皮脂厚（mm）	20	16	22	16
前腕長（cm）	22	16	22	15
下腿高（cm）	22	17	22	15

利用者の身体状況を図表Ⅲ-5 に示す。身長および体重、そして前腕長および下腿高に有意(p<0.01)な性差が確認された一方、BMI や上腕周囲、皮脂厚および皮脂厚の総和に性差は見られなかった。また、介入前後で計測がされた利用者(男性 7～19 名、女性 2～14 名、計測部位により異なる)に対して身体状況の変化について比較を行ったが、全ての項目で有意な変化は観察されなかった。

図表Ⅲ-5 利用者の身体状況*

	介入前		介入後	
計測項目	男性 平均±標準誤差	女性 平均±標準誤差	男性 平均±標準誤差	女性 平均±標準誤差
身長（cm）	162.1±2.0	148.5±2.9	161.9±1.4	143.3±4.3
体重（kg）	55.3±1.9	40.3±3.3	55.9±1.8	44.7±4.3
BMI（kg/m^2）	21.3±1.1	21.3±2.4	21.9±0.8	19.4±0.9
上腕周径（cm）	25.6±0.6	24.0±1.1	25.6±0.7	24.1±0.9
上腕三頭筋部皮脂厚（mm）	11.3±1.2	12.3±1.9	11.6±1.2	12.2±1.9
腹部皮脂厚（mm）	14.3±1.8	13.7±2.2	14.7±1.5	14.7±2.4
皮脂厚二部位総和（mm）	25.1±2.8	26.7±3.8	26.3±2.3	26.8±4.1
前腕長（cm）	23.9±0.5	21.0±0.4	23.5±0.3	20.7±0.3
下腿高（cm）	42.5±0.6	39.1±0.5	42.8±0.5	38.6±0.6

BMI の 18.5 kg/m^{2}を基準として、各性別における低栄養状態について検討を行った。介入前の時点では、身長と体重の計測値が得られた男性 10 名のうち 2 名(20%)が 18.5 kg/m^{2}未満であった。女性 3 名のうち低栄養と評価される者は観察されなかった。介入後では 18.5 kg/m^{2}未満のものは男性 14 名のうち 2 名(14.3%)、女性 8 名のうち 3 名（37.5%）であった。

介入の群別では、口腔＋栄養では前後の体重測定ができた者が少なかったが、口腔では、0.5 ㎏以上の体重変化は、減少が 5 名、増加 6 名、維持 4 名であるのに対し、栄養では、減少 2 名、増加 7 名、維持 1 名であり、増加した者が多くみられた。上腕周径では、0.5cm 以上の変化をした者は、口腔＋栄養では前後の計測ができた 9 名中、3 名が減少、4 名が増加、口腔では 14 名中 2 名が減少、4 名が増加、栄養では 12 名中 3 名が減少、3 名が増加していた。

5）身体活動、健康

日常の身体活動の状況及び SF8 で評価した QOL（Quality of life: 生活の質）を図表Ⅲ-6 に示した。趣味の活動、外出頻度、地域活動への参加、訪問回数などは全体的に減少傾向にあり、群による差はみられなかった。QOL では対応のある t 検定により、口腔で精神的健康の有意な低下、栄養のみで身体的健康の有意な改善がみられた。

図表Ⅲ-6　身体活動と QOL の変化

		口腔＋栄養	口腔	栄養
趣味の活動	変化なし	9	10	6
	増加	2	2	4
	減少	7	3	3
外出頻度	変化なし	9	8	2
	増加	3	3	0
	減少	5	4	10
地域活動への参加	あり（前）	1	2	1
	あり（後）	0	2	0
家族や知人の訪問頻度	変化なし	6	10	6
	増加	5	2	5
	減少	7	2	2
SF8身体的健康	前	98.0±11.7	86.5±12.9	83.9±12.6
	後	90.0±10.8	85.4±13.6	98.4±6.2
SF8精神的健康	前	47.1±6.3	46.7±8.1	48.1±10.9
	後	45.2±9.8	41.4±7.2	48.7±3.9
			SF8以外は人数（人）	
			SF8は得点（点）	

6）口腔

介入前の口腔ケアアセスメントの結果、口腔機能評価において、「食事中や食後のむせ」及び、「食事中や食後の痰のからみ」において、どちらも口腔群では“あり”と答えるものの割合が多く、統計学的有意差が見られた（“あり”と答えた割合：むせ：口腔+栄養＝11.1%、口腔＝40.0%、栄養＝7.7%、p=0.033、痰：口腔+栄養及び栄養＝0%、口腔＝13.3%、p=0.002）（図表Ⅲ-7）。

図表Ⅲ-7　口腔機能評価の事前比較

		口腔＋栄養		口腔		栄養		χ^2検定p値
食事中のむせ	ない	12	66.7%	6	40.0%	12	92.3%	0.033
	あまりない	4	22.2%	3	20.0%	0	.0%	
	あり	2	11.1%	6	40.0%	1	7.7%	
食事中の痰のからみ	ない	17	94.4%	7	46.7%	13	100.0%	0.002
	あまりない	1	5.6%	6	40.0%	0	.0%	
	あり	0	.0%	2	13.3%	0	.0%	
頸部聴診	清聴	17	94.4%	14	93.3%	12	100.0%	0.675
	残留音・複数回嚥下	1	5.6%	1	6.7%	0	.0%	
口すぼめ反射	ない	17	94.4%	13	81.3%	12	100.0%	0.182
	あり	1	5.6%	3	18.8%	0	.0%	
吸啜	なし	18	100.0%	16	100.0%	12	100.0%	
	あり	0	.0%	0	.0%	0	.0%	
咬反射	なし	17	94.4%	12	75.0%	12	100.0%	0.071
	あり	1	5.6%	4	25.0%	0	.0%	

口腔内状況においては、義歯の状況や臼歯部での咬合に関して有意差はないが、「食渣の残留」、「重度歯周病」、「重度う触」に関して、ほぼ口腔でのみ見られる傾向が示された（ｐ＜0.05）（図表Ⅲ-8）。

図表Ⅲ-8　口腔内状況の事前比較

		口腔＋栄養		口腔		栄養		χ^2検定p値
プラークの付着	ほとんどない	8	44.4%	6	37.5%	4	40.0%	0.317
	中程度	7	38.9%	5	31.3%	6	60.0%	
	著しい	3	16.7%	5	31.3%	0	.0%	
義歯プラーク	ほとんどない	6	54.5%	2	22.2%	4	50.0%	0.103
	中程度	5	45.5%	4	44.4%	4	50.0%	
	著しい	0	.0%	3	33.3%	0	.0%	
食渣の残留	ない	12	70.6%	8	50.0%	12	92.3%	0.026
	中程度	5	29.4%	4	25.0%	1	7.7%	
	著しい	0	.0%	4	25.0%	0	.0%	
舌苔	ない	7	38.9%	5	31.3%	7	53.8%	0.578
	薄い	10	55.6%	9	56.3%	6	46.2%	
	厚い	1	5.6%	2	12.5%	0	.0%	
口腔乾燥	ない	12	66.7%	13	81.3%	12	92.3%	0.303
	わずか	4	22.2%	3	18.8%	1	7.7%	
	著しい	2	11.1%	0	.0%	0	.0%	
口臭	ない	8	44.4%	15	93.8%	12	92.3%	0.007
	弱い	9	50.0%	1	6.3%	1	7.7%	
	強い	1	5.6%	0	.0%	0	.0%	
義歯の使用	総義歯	6	33.3%	3	20.0%	4	30.8%	0.393
	部分床義歯	2	11.1%	4	26.7%	5	38.5%	
	義歯なし	10	55.6%	8	53.3%	4	30.8%	
臼歯部での咬合	なし	8	44.4%	9	56.3%	3	60.0%	0.724
（義歯無し）	あり	10	55.6%	7	43.8%	2	40.0%	
臼歯部での咬合	なし	1	7.7%	3	27.3%	1	12.5%	0.404
（義歯あり）	あり	12	92.3%	8	72.7%	7	87.5%	
重度歯周病	なし	18	100.0%	12	75.0%	12	100.0%	0.016
	あり	0	.0%	4	25.0%	0	.0%	
重度う蝕	なし	16	94.1%	10	62.5%	12	100.0%	0.016
	あり	1	5.9%	6	37.5%	0	.0%	

口腔ケアリスクにおいては、日常の口腔ケアに一部介助が必要である割合が、口腔群で 25.0%、栄養で 30.8%であった（p=0.046）（図表Ⅲ-9）。 GOHAI の結果、各群間に統計学的有意差は見られなかった。

図表Ⅲ-9 口腔ケアリスクの事前比較

		口腔＋栄養		口腔		栄養		χ^2検定p値
日常の口腔ケア	自立	18	100.0%	12	75.0%	9	69.2%	0.046
	一部介助	0	.0%	4	25.0%	4	30.8%	
口腔ケアの拒否	ない	18	100.0%	15	93.8%	13	100.0%	0.372
	時々ある	0	.0%	1	6.3%	0	.0%	
他のケアの拒否	ない	16	94.1%	9	100.0%	13	100.0%	0.515
	時々ある	1	5.9%	0	.0%	0	.0%	
口腔ケアの自発性	ない	6	33.3%	2	12.5%	0	.0%	0.083
	時々ある	6	33.3%	5	31.3%	3	23.1%	
	いつもある	6	33.3%	9	56.3%	10	76.9%	
義歯の着脱	できる	10	55.6%	8	53.3%	9	69.2%	0.655
	使用していない	8	44.4%	7	46.7%	4	30.8%	
剤保持	可能	18	100.0%	16	100.0%	13	100.0%	
	困難・不可能	0	.0%	0	.0%	0	.0%	
頸部可動性	十分	15	88.2%	14	87.5%	13	100.0%	0.421
	不十分	2	11.8%	2	12.5%	0	.0%	
開口保持	可能	17	100.0%	16	100.0%	13	100.0%	
	困難・不可能	0	.0%	0	.0%	0	.0%	
水分保持	可能	17	94.4%	14	87.5%	13	100.0%	0.385
	困難・不可能	1	5.6%	2	12.5%	0	.0%	
含嗽	可能	16	94.1%	15	93.8%	13	100.0%	0.460
	困難	0	.0%	1	6.3%	0	.0%	
	不可能	1	5.9%	0	.0%	0	.0%	
感染症	なし	15	100.0%	6	100.0%	12	100.0%	
	あり	0	.0%	0	.0%	0	.0%	
GOHAI	悪い	5	31.3%	6	42.9%	5	50.0%	0.614
	良い	11	68.8%	8	57.1%	5	50.0%	

「食事中や食後の痰のからみ」及び「食渣の残留」において、統計学的有意に口腔介入を行った群では改善が多かった（改善ありの割合：痰：口腔＋栄養及び栄養＝0%、p=0.004、食渣：口腔＋栄養＝12.5%、口腔＝46.7%、栄養＝7.7%、p=0.023）。「食事中や食後のむせ」、「頸部聴診」、「咬反射」、「義歯プラーク付着状況」、「舌苔」、「口腔乾燥」、「口臭」、「重度歯周病」、「口腔ケアの拒否」、「口腔ケアの自発性」、「頸部可動域」、「口腔内での水分保持」、「含嗽」において、統計学的有意差はないものの、口腔の介入を行った群の方が栄養よりも改善が多い傾向が見られた。

図表Ⅲ-10　口腔機能の前後比較

		口腔＋栄養		口腔		栄養		χ^2検定p値
食事中のむせ	改善無し	14	82.4%	12	80.0%	13	100.0%	0.240
	改善あり	3	17.6%	3	20.0%	0	.0%	
食事中の痰	改善無し	17	100.0%	10	66.7%	13	100.0%	0.004
	改善あり	0	.0%	5	33.3%	0	.0%	
食渣の残留	改善無し	14	87.5%	8	53.3%	12	92.3%	0.023
	改善あり	2	12.5%	7	46.7%	1	7.7%	
口臭	改善無し	13	76.5%	14	93.3%	12	92.3%	0.293
	改善あり	4	23.5%	1	6.7%	1	7.7%	
重度歯周病	改善無し	17	100.0%	13	86.7%	12	100.0%	0.132
	改善あり	0	.0%	2	13.3%	0	.0%	
頸部聴診	改善無し	16	94.1%	15	100.0%	12	100.0%	0.444
	改善あり	1	5.9%	0	.0%	0	.0%	
咬反射	改善無し	17	100.0%	14	93.3%	12	100.0%	0.372
	改善あり	0	.0%	1	6.7%	0	.0%	
プラーク	改善無し	12	.8	9	.6	8	.8	0.390
	改善あり	3	.2	6	.4	2	.2	
義歯プラーク	改善無し	6	66.7%	3	37.5%	7	87.5%	0.112
	改善あり	3	33.3%	5	62.5%	1	12.5%	
舌苔	改善無し	14	82.4%	12	80.0%	12	92.3%	0.640
	改善あり	3	17.6%	3	20.0%	1	7.7%	
口腔乾燥	改善無し	14	82.4%	13	86.7%	12	92.3%	0.729
	改善あり	3	17.6%	2	13.3%	1	7.7%	
口腔ケアの拒否	改善無し	17	100.0%	14	93.3%	13	100.0%	0.360
	改善あり	0	.0%	1	6.7%	0	.0%	
口腔ケアの自発性	改善無し	13	76.5%	14	93.3%	12	92.3%	0.292
	改善あり	4	23.5%	1	6.7%	1	7.7%	
頸部可動性	改善無し	14	87.5%	13	92.9%	13	100.0%	0.422
	改善あり	2	12.5%	1	7.1%	0	.0%	
水分保持	改善無し	16	94.1%	13	86.7%	13	100.0%	0.365
	改善あり	1	5.9%	2	13.3%	0	.0%	
含嗽	改善無し	16	100.0%	14	93.3%	13	100.0%	0.372
	改善あり	0	.0%	1	6.7%	0	.0%	
GOHAI	変化なし	14	87.5%	13	92.9%	6	60.0%	0.229
	改善	0	.0%	0	.0%	1	10.0%	
	悪化	2	12.5%	1	7.1%	3	30.0%	

自覚的な機能としては、口腔＋栄養では左右とも固くなっていた者のうち1名が「両方とも固くならない」へ変化し、介入前に「両方とも固くならない」と回答した2名が「左右とも固くなる」に改善した。口腔では変化がなかった。栄養では、「左右とも固くなる」と回答していた 11 名のうちの 2 名と「右だけ固くなる」と回答していた 1 名が、「両方とも固くならない」へ悪化した（図表Ⅲ-11）。うがいについては、口腔＋栄養では「がらがらうがい」、「ぶくぶくうがい」ともできる人が増加し、むせる人はいなくなった。口腔では「がらがらうがい」ができるものが2名、「ぶくぶくうがいでむせる」が 1 名減少した。栄養では、していない人はいなくなったが、うがいの出来具合についての変化はなかった。

図表Ⅲ-11 自覚的評価

		口腔＋栄養		口腔		栄養	
		前	後	前	後	前	後
咬筋が固くなる	左右ともあり	16	17	14	14	11	9
	右だけ	0	0	1	1	1	0
	左だけ	0	0	0	0	0	0
	固くならない	2	1	0	0	1	4
うがい	していない	0	0	7	1	5	0
	がらがらうがいができる	10	12	9	7	13	13
	ぶくぶくうがいができる	17	18	15	15	13	13
	がらがらうがいでむせる	5	0	2	2	0	0
	ぶくぶくうがいでむせる	2	0	2	1	0	0
							（人）
						うがいは該当するものに複数回答	

7）体力

本事業においては、日常生活に最低限必要な基本動作である ADL（activities of daily living）や IADL（instrumental activity of daily living）をもとに，できる限り生活に密着する体力を評価できるよう考慮した．また，基礎体力である上肢筋力や複合動作能力に加え，食事，衣服の着脱，入浴へ関連する項目を考案した．その項目は，以下の通りである．

①衣服の着脱：ボタン作業テスト

②入浴：サイドステップオーバーテスト（横またぎ）

③食事：豆運び

上記の項目に加え，すでに体力測定として確立されている以下の 2 項目も測定した．

④上肢の筋力：握力

⑤複合動作能力：timed up & go テスト（TUG）

各体力測定の平均値を図表Ⅲ-12 に示した．握力および TUG の結果より，男女ともに，75 歳代の平均値（握力：男性 27.6kg，女性 18.1kg．TUG：男性 9.6 秒，女性 11.9 秒，参照：筑波大学体育系田中喜代次研究室）と比較し，大幅に低値であった．

図表Ⅲ-12　介入前測定における男女別体力測定値

		男性					女性					全体				
	単位	平均値	標準偏差	最小値	最大値	度数（人）	平均値	標準偏差	最小値	最大値	度数（人）	平均値	標準偏差	最小値	最大値	度数（人）
ボタン作業テスト（白衣）	秒	58.9	47.7	13.7	200.0	18	45.0	21.6	16.3	81.0	13	53.1	39.0	13.7	200.0	31
ボタン作業テスト（シャツ）	秒	162.8	106.3	44.6	400.0	12	162.3	123.1	41.3	407.1	9	162.6	110.8	41.3	407.1	21
サイドステップ（左開始）	秒	14.2	5.1	7.6	21.3	8	12.4	3.7	6.6	16.7	7	13.3	4.5	6.6	21.3	15
サイドステップ（右開始）	秒	14.9	6.4	8.1	24.9	7	15.7	6.3	6.8	24.5	7	15.3	6.1	6.8	24.9	14
豆運び	秒	51.4	25.8	28.0	130.0	18	44.3	22.7	15.0	109.8	16	48.1	24.3	15.0	130.0	34
握力	kg	22.2	8.3	8.4	42.7	23	11.3	5.1	2.8	23.7	18	17.4	8.9	2.8	42.7	41
TUG	秒	30.2	44.8	8.9	226.9	23	21.9	9.4	9.6	39.0	17	26.7	34.5	8.9	226.9	40

図表Ⅲ-13 および図表Ⅲ-14 には，事前測定および事後測定時における各体力測定の完遂率を示した．事前測定時において，測定姿勢（立位・座位）や介助方法（杖の使用や身体介助）に関わらず，完遂率の高かった項目は握力と TUG であり，いずれも 95%以上であった．一方，完遂率の低かった項目は，サイドステップオーバーテスト（横またぎ）であり，左開始・右開始ともに 30%台であった．この傾向は，男女ともに同様であった．ボタン作業テストは，ボタンの大きさの違いによる作業時間を計測したが，大きなボタンを使用した白衣の完遂率は 75%弱，小さなボタンを使用したシャツの完遂率は 50%弱であった．豆運びの完遂率は男女で異なり，男性 75%であったのに対し，女性 88%と女性において完遂できる傾向にあった．介入後測定においても完遂率を確認したところ，サイドステップオーバーテストの左開始・右開始ともに，完遂率が有意に改善していた．

図表Ⅲ-13 介入前測定における各体力測定における完遂率（介助および一部介助者含む）

	男性			女性			全体		
	度数（人）	完遂者数（人）	完遂者割合（%）	度数（人）	完遂者数（人）	完遂者割合（%）	度数（人）	完遂者数（人）	完遂者割合（%）
ボタン作業テスト（白衣）	24	18	75.0	18	13	72.2	42	31	73.8
ボタン作業テスト（シャツ）	24	12	50.0	18	9	50.0	42	21	50.0
サイドステップ（左開始）	24	8	33.3	18	7	38.9	42	15	35.7
サイドステップ（右開始）	24	7	29.2	18	7	38.9	42	14	33.3
豆運び	24	18	75.0	18	16	88.9	42	34	81.0
握力	24	23	95.8	18	18	100.0	42	41	97.6
TUG	24	23	95.8	18	17	94.4	42	40	95.2

図表Ⅲ-14 介入後測定における各体力測定における完遂率（介助および一部介助者含む）

	男性			女性			全体		
	度数（人）	完遂者数（人）	完遂者割合（%）	度数（人）	完遂者数（人）	完遂者割合（%）	度数（人）	完遂者数（人）	完遂者割合（%）
ボタン作業テスト（白衣）	24	16	66.7	18	10	55.6	42	26	61.9
ボタン作業テスト（シャツ）	24	16	66.7	18	10	55.6	42	26	61.9
サイドステップ（左開始）	24	14	58.3	18	10	55.6	42	24	57.1
サイドステップ（右開始）	24	15	62.5	18	11	61.1	42	26	61.9
豆運び	24	22	91.7	18	16	88.9	42	38	90.5
握力	24	22	91.7	18	16	88.9	42	38	90.5
TUG	24	20	83.3	18	15	83.3	42	35	83.3

今回、口腔＋栄養、口腔、栄養の各群において、従来から測定されている体力評価項目である握力、TUG には明らかな改善は認められず、口腔のみの握力（右）では 23.4±8.2kg から 22.0±7.2kg と有意な低下（p=0.017)があった。一方で、今回、開発した項目では、介入前後で測定状況の変化などもあるものの口腔＋栄養でサイドステップオーバーの右が 12.2±7.3 秒から 10.5±6.0 秒（p<0.001)、左が 12.2±7.2 秒から 10.9±7.0 秒（p=0.002)、ボタン作業（白衣）で 34.5±15.7 秒から 29.8±13.7 秒(p=0.023)と改善が認められた。運動機能向上サービスは栄養では13名中12名が受けていたが、口腔＋栄養と口腔のみではそれぞれ1名ずつしか受けていなかった。口腔＋栄養で運動機能向上サービスの実施がなくても、体力の改善が認められたことは両方の介入による栄養状態等の改善が体力の向上につながった

可能性を示していると思われる。今回、導入した評価方法では従来の測定項目では評価しえない身体機能の変化をとられえられた可能性がある。しかし、今回の時点では、2 回の調査が実施できた人数が少なく、実施状況にも前後で差があることを考慮すると、介入別の体力の変化の比較はまだ困難であろう。

8)食事

日常の生活における食欲等について図表Ⅲ-15 に示した。食欲は口腔＋栄養で 18 名中 4 名、口腔で 15 名中 1 名、栄養で 13 名中2名の改善が認められた。悪化した(食欲が低下した)者はそれぞれの群で 2 名ずつであった。「食事をすることが疲れる」が改善した者は口腔＋栄養で 4 名、口腔で 2 名、栄養で 3 名いた。口腔＋栄養、栄養など栄養改善サービスが実施された対象で改善が多い傾向がみられた。1 日に 1 回以上誰かと食事、ほぼ決まった時間の食事に変化はほとんどなかった。

図表Ⅲ-15　食欲、食事状況の変化

		口腔＋栄養		口腔		栄養
食欲	変化なし	12		12		9
	改善	4		1		2
	悪化	2		2		2
食事をすることが疲れる	変化なし	13		12		8
	改善	4		2		3
	悪化	1		1		2
1日に1回以上誰かと食事	あり(前)	15		13		11
	あり(後)	14		12		11
ほぼ決まった時間に食事	する(前)	16		14		13
	する(後)	17		13		13
						人数(人)

高齢者の栄養スクリーニングツールとしては、Mini Nutritional Assessment (MNA:簡易栄養状態評価表)[1]があるが、わが国の報告では食品摂取の多様性が地域在宅高齢者の浩二生活機能の自立度の低下を予防することも示唆されている [2]。本調査ではアセスメントする際の答えやすさに配慮し、さらに本調査を通じて得られた結果から、実行につながるわかりやすい食事内容を示す教材に発展させることも考慮して調査票を作成した。このため、本調査票は、朝食・昼食・夕食・間食(その他)に分けて質問し、さらに質問時に実物大の料理カードを示し、食事量の把握や食事の組み合わせを把握しやすいように組み立てた。

1) Kondrup J, Aallison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M(2003) ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. Clin Nutr 22(4):415-21.

2) 熊谷修, 渡辺修一郎, 柴田博, 他. 地域在宅高齢者における食品摂取の多様性と高次生活機能低下の関連. 日本公衆衛生雑誌 2003; 50(12):1117-1124.

介入前後の比較として、朝・昼・夕・夜食等を合計し、28 項目の食品群ごとの摂取頻度および 1 食あたりの摂取量について 1 日の摂取状況に換算して検討した。この結果、1 日の

合計値でみると、介入後に摂取頻度または摂取量が増加している者が、口腔+栄養では９人、口腔では 7 人、栄養では 8 人であった。反対に介入後に摂取頻度または摂取量が減少している者は口腔+栄養では８人、口腔では６人、栄養では４人であった。最も摂取量が増加した者の割合が多かったのは栄養であるが、口腔＋栄養や口腔でも摂取量の改善が認められた。

図表Ⅲ-16 介入前後の比較－食品群ごとの摂取頻度または摂取量の変化

	減少した食品群が多い者	変化なし	増加した食品群が多い者
口腔+栄養	8	0	9
口腔	6	0	7
栄養	4	0	8
合計	18	0	24

人数（人）

増加した食品群としては、口腔＋栄養では、ごはん、肉類、揚げ物、炒め物、その他の野菜、汁物の増加が多かった。栄養では、緑黄色野菜、その他の野菜が多かった。口腔を加えた 3 群とも魚類、卵類が半数以上で増加し、豆腐、果物は口腔＋栄養と口腔の 2 群で半数以上で増加していた。

Ⅳ

通所系介護サービスにおける口腔機構向上と栄養改善サービスの提供

Ⅳ. 通所系介護サービスにおける口腔機能向上及び栄養改善サービス

1. 口腔機能向上サービス

口腔+栄養群、口腔群では客観的指標である口腔機能や口腔内の清掃状況等が比較的悪い傾向が見られたが、栄養群ではあまりみられなかった。しかし、主観的指標であるGOHAIに関しては各群間で有意差がみられなかった。先行研究により、GOHAIは抑うつ尺度とも関連していると示されており、高齢者の全身の健康を考える上で非常に重要な指標であると言える。客観的に問題がないように見えても、主観的に問題があると感じる場合、美味しく食事を摂ることが困難になる等、栄養摂取の問題にも関係すると考えられる。よって、口腔ケアのアセスメントにおいて、口腔機能は問題ないと感じる場合でも、GOHAI 等の主観的な口腔QOL 指標での評価を併せて行い、客観的には浮かび出て来ない口腔のニーズを表出させ、複合的なプログラムを提供する必要性がある。

また、介入による改善度に関しては、多くの項目において、口腔の介入群の方が改善度が高い傾向が見られた。特に、有意差の見られた「食渣の残留」では、口腔群では改善率が46.7%と高かった。これは、通所施設での限られた時間内での介入において、口腔のみの介入を実施することで、より時間をかけた丁寧な介入ができた可能性がある。食渣は、口腔内の細菌を多く貯留しており、食渣が多い程、食渣を誤嚥する可能性が高くなるため、誤嚥性肺炎の発症に関連すると考えられる。よって、口腔介入により、食渣残留が大幅に改善したことは、長期的な目で見た誤嚥性肺炎の発症抑制にもつながる重要な結果であると言える。

一方で、栄養のみの介入群の口腔機能等は、他の 2 群に比べて良い傾向はあるものの、まったく問題がないわけではない。自覚的な指標ではあるが、咬筋の具合は「左右とも固くなる」や「一方が固くなる」と回答していた者が「両方とも固くならない」に変わったことは、栄養のみの介入が食べやすい食事への対応などにより摂取量の増加に重点が置かれ、口腔機能を高める方向へは働かなかった可能性がある。

本研究事業における「サービス効果の検討」では、通所系介護サービス利用高齢者において、口腔機能向上プログラムの介入により、口腔機能及び口腔衛生状況の改善が見られた。また、主観的な口腔 QOL を示す GOHAI の結果は口腔介入群と栄養介入群では差が見られず、客観的な口腔機能評価で問題がない場合でも、主観的な口腔の問題を感じているケースがあるため、口腔の介入が必要であることが示唆された。また、通所の限られた時間内で介入をどのように組み合わせるか、また栄養改善の場合は摂取量の増加と口腔機能の向上のバランスをどのように組み合わせるかが課題と考えられた。

「Ⅱ. サービス提供のあり方」に関する調査からは、常勤、非常勤に関わらずほぼ99%の施設で歯科医師の関わりはなく、歯科衛生士でも兼務の常勤がいる施設が 8.7%、非常勤で8.4%であった。不定期あるいは定期的に口腔内評価を行っている施設は約 56%であり、口腔内の評価を受けていない利用者も多数いると思われる。特に栄養改善の対象において歯科医師や歯科衛生士の関わりは少ない。「サービス効果の検討」の対象者では、歯科を定期

的に受診している者は、いずれの群でも1/4以下であり、やや機能が低下した高齢者あるいは栄養改善の対象となりうる対象者においても、口腔の状態の評価を受ける機会は少ない。栄養改善において、食事量や内容を調整するにあたり、口腔の状態の評価を受ける機会があることが、より栄養改善をスムーズに行うことにつながるのではないかと思われる。

2. 栄養改善サービスの対象者の抽出

在宅高齢者は平成37年には3,150万人までに増大し、これに伴い在宅高齢者において低栄養のリスク者が大規模に発生していく。厚生労働省の交付金を得た最近の研究によって、管理栄養士の居宅療養管理指導(主として要介護度 4,5)の利用高齢者や居宅サービス利用者(MNA-SFにより評価、主として要介護度 1,2)において、低栄養のおそれのある者と低栄養の者を合わせて70～80%も出現し、また、高田らの配食サービスを利用する高齢者(要介護被認定者含む)を対象とした訪問調査によっても、低栄養のおそれのある者は4割以上であることが把握されている。

一方、平成22年度厚生労働省日常生活圏域ニーズ調査モデル事業（全国）によれば、要支援者(2,082名)のうち「6ヶ月間で2～3㎏の体重減少」25.1%、やせ(18.5kg/m² 未満 10.9%、固いものが食べにくい 67.7%、お茶や汁物でむせることがある 43.9%と報告されている。神奈川県大和市や横須賀市においては地域支援事業において基本チェックリストの栄養改善の 2 項目該当者への対応において、これらの高齢者の多くが通所サービスを利用していないことから、大和市では管理栄養士による訪問による栄養相談のモデル事業が、横須賀市では介護予防担当の管理栄養士による電話による食生活状況の確認や訪問が行われてきている。

通所サービスにおける要支援認定者及び要介護認定者に対する栄養改善の導入基準は、

イ．BMIが18.5kg/m² 未満である者

ロ．１から６カ月間で３%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」(平成十八年六月九日老発第〇六〇九〇〇一号厚生労働省老健局長通知)に規定する基本チェックリストのNo.11の項目が「1」に該当する者

ハ．血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者

二．食事摂取量が不良(75%以下)である者

ホ．その他低栄養状態にある又はそのおそれがあると認められる者

とされ、次のような問題を有する者については、上記イからホのいずれかの項目に該当するかどうか、適宜確認することになっている。確認事項は、

・口腔及び摂食・嚥下機能の問題(基本チェックリストの口腔機能に関連する(13)、(14)、(15)のいずれかの項目において「1」に該当する者などを含む。)

・生活機能の低下の問題

・褥瘡に関する問題

・食欲の低下の問題

・閉じこもりの問題(基本チェックリストの閉じこもりに関連する(16)、(17)のいずれかの項目において「1」に該当する者などを含む。)
・認知症の問題(基本チェックリストの認知症に関連する(18)、(19)、(20)のいずれかの項目において「1」に該当する者などを含む。)
・うつの問題(基本チェックリストのうつに関連する(21) から(25)の項目において、2 項目以上「1」に該当する者 などを含む。)

である。それゆえ、この把握基準は、低栄養のリスクを早期に把握し、重度化への移行を早期くいとめることを目的としたものと言える。

今後、地域に増大する介護予防対象の高齢者の低栄養や口腔の課題に、通所サービスにおける栄養・口腔改善の複合的なサービスによって徹底的に改善を図ることが重要である。しかし、全国的に通所サービス事業所における栄養改善に関するこの制度は導入後、推進されなかったことから、根本的な栄養、口腔の課題のある地域高齢者の把握とこれらの人たちについての通所サービスへの移送を含めた利用方法、通所の管理栄養士の配置のあり方、たとえば、施設併設通所サービス事業所については、施設管理栄養士が対応できるよう現在の配置体制を見直すなどの体制そのもののあり方を根底からの見直していくことが求められる。

3. 栄養改善サービス

栄養改善サービスの実施に関し、人材の面から検討すると、「Ⅱ.サービス提供のあり方に関する調査」からみると、管理栄養士の常勤(専従)0 人の施設が 85.6%、管理栄養士の常勤(兼務)0 人の施設が 66.9%であり、半数以上の施設には常勤の管理栄養士がいないことが推察される。また、献立作成担当者のうち管理栄養士・栄養士が 86.8%であることから、兼務の管理栄養士の業務内容として献立作成等の食事提供関連の業務時間が多くなり、上記の理由により、栄養改善加算の算定をしない理由としての「必要な専門職が人材不足で配置できないため」および栄養改善加算と口腔機能向上加算の両方算定しない理由としての「必要な専門職が人材不足で配置できないため」が多く挙げられ、今後、栄養改善を推進するにあたり、管理栄養士の配置あるいは業務内容の検討が必要である。

栄養改善加算の算定をしない理由として「栄養改善サービスが必要と思われる利用者がいないため」が 32.6%と最も多く、栄養改善加算と口腔機能向上加算を両方算定しない理由においても「両方が必要と思われる利用者がいないため」が 31.6%である。しかし、栄養改善サービスと口腔機能向上サービスを複合的に提供することの効果としては、「双方からのケアの相乗効果が期待できること」、「利用者の状態を総合的に把握できること」が挙げられており、両サービス実施施設においては、効果が上げられていることが推察できる。しかし、両サービスを実施する困難面として「算定限度額を超過している」「費用面で 2 つのサービスを同時にとることの同意が得られにくい」などの費用面、および利用者・家族・関係者への必要性の理解や多職種連携の難しさなどが挙げられている。これらのうち、費用面については制度の変更が

必要であるが、関係者への必要性の理解や多職種連携の難しさなどにおいては、専門職の配置や教育などが必要であると考えられる。

栄養改善加算を算定し、3 ヶ月後の評価まで実施した利用者について、利用者の栄養状態をみると、事前にチェックした内容として最も多いのは「身長・体重測定（BMI）」が 87.0%である。しかし、栄養改善の具体的な方法につながる事前チェック項目である「栄養補給の状況」は 67.4%、「摂食・嚥下状況」は 67.4%、「食欲・食事の満足感」は 63.0%であり、実施状況があまり高くない状況にある。栄養改善加算および口腔機能向上加算を算定し、3ヶ月後の評価まで実施した利用者については、事前にチェックした内容として最も多い項目は「身長・体重測定（BMI）」であるが、実施は 42.2%と低くなっている。さらに栄養改善の具体的な方法につながる事前チェック項目である「栄養補給の状況」は 35.6%、「摂食・嚥下状況」は 35.6%、「食欲・食事の満足感」は 35.6%であり、いずれも低い状況である。しかし、利用者の栄養評価結果として、両加算を実施した方が「悪化」がなく、さらに「身長・体重測定（BMI）」「「栄養補給の状況」「摂食・嚥下状況」「食欲・食事の満足感」はいずれも両加算ありの方が高く、栄養改善および口腔機能向上の相乗効果により上記項目は改善しやすくなる傾向にあると考えられる。

栄養改善サービスの提供内容としては、加算の有無にかかわらず「食事内容の指導（個別指導）」が最も高く、上記の栄養評価結果につながる栄養改善サービスの提供内容は個人にあわせた具体的な食事内容の指導が有効および必要であることが推察されることからも、これらを実際に行うことのできる管理栄養士の配置が必要であると考える。

高齢者においては食事の調査を正確に行うことは難しいが、栄養改善の効果の検証においては、食事内容がどのように変わったかの把握も必要である。今回は、習慣的な食事の状況を写真を見ながら朝食・昼食・夕食の別に聞き取る方法をとった。また、この調査をしながら、食事改善の方向性を付けられるように工夫した。栄養の群では特に摂取量の増加した者が多く、特に野菜類の摂取量が増加し、口腔＋栄養では、肉類や揚げ物・炒め物などの摂取量が増加する者が多くみられ、栄養改善に一定の効果はあったと思われる。一方で、口腔のみの群でも食事量の変化がみられたことは、今回の調査方法が調査を実施するだけでもバランスなどを確認できるよう工夫していたことが、介入効果となったと考える。今回は、各群の介入の比較は十分できなかったが、それには、今回の介入期間が短期間であったことに加え、冬期であり、インフルエンザの流行期に重なったこと等の影響で食事量が影響を受けていることが考えられる。

4. 身体状況の評価

現在我が国の高齢者に対する栄養改善マニュアルでは、栄養評価、特に低栄養状態の評価には身長と体重から算出されるボディ・マス・インデックス（Body Mass Index: BMI）で 18.5 kg/m^2 未満であること、もしくは顕著な体重の減少量を評価指標としている。今回は、通所系介護サービスにおける口腔機能向上サービスと栄養改善サービスの効果を検討にあたり統一

した手法での身体計測を実施することでその効果を検証するとともに、通所系介護サービス利用者の身体状況を把握し、口腔機能向上サービスおよび栄養改善サービスと身体状況との関連や現場における身体計測の実施状況について検討した。

対象者の身体状況では、男性は女性と比して身長と体重、そして身長の一因である長径において有意に高い値を示したが、BMI や周径、皮脂厚に違いは観察されなかった。BMI は栄養改善サービス導入の条件としても使用される項目ではあるが、介入前の計測時で身長と体重の測定が行われたのは男性で 24 名中 10 名、女性では 18 名中たった 3 名であった。介入後の測定では、測定できた人数はさらに少なかった。特に口腔＋栄養で測定できた人が少なかった。前後の計測ができた人では、栄養で体重の増加した者が口腔より多い傾向がみられたが、上腕周径や皮下脂肪厚の変化は明確ではなかった。

本事業では身体計測に十分な参加者数が得られなかったが、これには通所系介護サービスにおける様々な課題や現状が関与していることが考えられる。第一に本調査の主要な目的である口腔機能向上サービスや栄養改善サービスの利用者が必ずしも多くないことが挙げられる。「Ⅱ. サービス提供のあり方に関する調査」では加算実績のある事業所を対象に調査したにも関わらず、定期的に口腔内の評価を行っている事業所が 38.7%であり、半年間でサービスを加算して実施して事業所が 53.3%あったのに対し、半年間で栄養改善サービスを加算して実施した事業所はたった 9.3%であった。そのため、口腔機能向上サービスと栄養改善サービスを提供している事業所は 3.6%とさらに少なく、それが調査全体における少ない参加者に繋がっていることが考えられる。

本事業から事業所側および制度上の課題も複数浮上した。特に身体計測に関して言えば、定期的な身体計測を実施するだけの人的資源が不足していた。「Ⅱ. サービス提供のあり方に関する調査」では口腔機能向上サービスおよび栄養改善サービスの利用者数が少ない理由として、回答の約 2 割が「利用者が希望しない」ことを挙げている一方、約 3 割が「サービスを提供するための人材が不足している」ことを挙げていた。また、殆どの施設には常勤の介護職員や管理栄養士、栄養士、歯科衛生士がいないことが示されている。そのため、通所系介護サービス施設では、サービスを十分に実施するだけの人的余裕が日常的・慢性的に不足していることが推測される。

次に設備上の問題が観察された。「Ⅱ. サービス提供のあり方に関する調査」では利用者の栄養状態の把握の方法として身長や体重測定から算出する BMI が用いられていた。高齢者においては、必ずしも全員に身長測定は実施できないものの「サービス効果の検討」の対象となった施設には身長計が設置されていない施設もあった。あるいは身長計が設置されていた施設でも、目盛が剥がれかけていて計測値の精度や正確性が低下している身長計が使われているなどの問題が散見された。このような施設では身長を測定できないため、正確な BMI の算出も不可能である。また、施設によって設置している身長計の質の差異やその有無は施設間における栄養評価の質にも影響する。栄養状態の評価に BMI を用いることを推奨するのであれば、各施設に身長計を設置することを必須とすべきであり、設置する身長計に最

低限求める仕様を定めることが望ましい。

一方で、通所系介護サービス施設では杖を利用している、もしくは脊弯症などで身長の測定に求められる適切な直立姿勢が維持できない利用者が多くみられる。そのような利用者に対してどのように身長を計測し、BMI を評価するかについては統一した基準が設けられていない。身長の測定が困難な対象者に対しては前腕長や下腿高から身長を推定する手法が広く用いられており、国内では久保と啓利(理学療法科学、2007)が 47 名(男性 24 名、女性 23 名)の高齢者から推定式を発表している。本調査で身長、前腕長と下腿高を介入前に計測した利用者 12 名(男性 9 名、女性 3 名)に久保と啓利(理学療法科学、2007)の式を用いて身長を推定したところ、実測値との相関係数は 0.706 であったが男女ともに約 10 cm の過大評価であった。この推定に使用した前腕長や下腿高の計測基準についても統一された基準が設けられていない。そのため適切な身長測定の手法に加え、実測が困難な際に代替する推定手法と関連した計測部位の定義や計測手法を定めることで、今後、施設間における栄養評価の質を統一することが可能となると考える。

身長計が設置されていない施設では体重のみの測定から増減を評価することが可能である。本調査では車いすごと測定が行える体重計を設置している施設が殆どであった。体重の増減を評価基準とする際は着衣の影響を常に一定にすることが求められ、そのためには四季や地域における着衣量の変化について考慮する必要がある。

BMI や体重の増減は推定エネルギー必要量に対するエネルギー摂取不足を示すのみであり、その結果としての骨格筋量の低下や脂肪量の増加などの体組成への影響について明確な情報を提供することができない。低栄養状態および骨格筋量の低下とそれに並行して脂肪が蓄積するサルコペニアおよびサルコペニア肥満が懸念される高齢者では、重量変化のみでなく体組成の変化についても把握できる栄養指標を用いることが望ましい。体組成の変化を把握するには周径や皮脂厚などを計測項目に加えることが考えられる。高齢者の栄養評価にはWHOや「日本人による新身体計測基準値(Japanese Anthropometric Reference Data: JARD)2001」、そして簡易栄養状態評価(Mini Nutritional Assessment: MNA)で用いられている上腕三頭筋部皮下脂肪厚、肩甲骨下部皮脂厚、上腕周径や下腿周径が考えられる。しかし、加齢は四肢の筋肉や脂肪の減少を引き起こす一方、体幹部の脂肪量は増加すると報告されている(Milanović et al. Facta Universitatis, 2011)。また、肩甲骨下部などは重ね着を頻繁にしている高齢者にとって簡便に実施できるとは限らないため、今後効率良くかつ簡便に計測が行え、体組成の推定や栄養評価に活用できる計測項目について検討が必要である。そして現在はまだ国内における高齢者に対する適切な計測項目および低栄養やサルコペニアの評価基準値が十分検討されていない。そのため、高齢者に対する計測項目が定まり次第、それら計測項目の評価基準値についても検討が求められる。

身体計測の実施上の重要な課題として、計測を実施できる人材が殆ど皆無であったことが挙げられる。本調査では、検討委員の身体計測の専門家が各施設に測定方法の指導を行い、さらに同一の測定機器を各施設に配布することで、共通した手技で測定できるようにした。身

体計測は各施設の栄養士や理学療法士が通常業務の合間に行ったが、その多くが皮脂厚や長径の実測経験が無かった。そのため測定方法の講習 1 回のみでは、実際の計測時に必要以上に計測に時間がかかり、また計測値の精度や正確性も低い可能性が高くなった。サービス利用者を適切に評価できる能力は利用者の栄養状態やサービスの効果そのものを図るうえで重要である。そのため、施設に勤めている職員に対して利用者の栄養状態を評価するための技術習得の機会を提供する必要があると考えられる。

本調査から身体計測を通して通所系介護サービス施設の課題が複数示された。より適切に利用者の栄養評価を行うため、測定機器の設置や計測基準の策定、そして計測技術と評価能力を持った人材育成が必要と思われる。

5. 体力の評価

今回、新たに検討した体力測定の各項目において完遂率が大きく異なった理由として，①測定のしやすさ(単純さ)，②ADL や IADL の実行状況などが影響していると推測できる．例えば，握力や TUG であれば，機械を握る，立ち上がって歩くというように，比較的，動きが単純でわかりやすく，一方，完遂率の低かったサイドステップオーバーテストは，ADL の実行状況からも入浴行為に介助を必要とする者も多く，横またぎをするという行為自体が難しいことを露呈させた結果でもあると言える．参考に、図表Ⅲ-17 にサイドステップオーバーテストの高さ別の測定値を示した．サイドステップオーバーテストは，高さ別(10 cm 単位，30 cm まで)の可否と往復またぎの計測時間との両方で評価することが必要かもしれない．一方で，サイドステップオーバーテストのみ事後測定時に完遂率が改善していたことから，介入効果を把握できる可能性が示唆された．

図表Ⅲ-17 事前測定時における高さ別のサイドステップ結果

		男性					女性					全体				
	単位	平均値	標準偏差	最小値	最大値	度数(人)	平均値	標準偏差	最小値	最大値	度数(人)	平均値	標準偏差	最小値	最大値	度数(人)
左サイドステップ（10cm）	秒	11.1	4.0	5.4	18.9	9	9.9	3.5	6.1	16.1	10	10.5	3.7	5.4	18.9	19
左サイドステップ（20cm）	秒	12.4	5.8	5.2	24.0	9	12.6	6.5	5.8	28.8	12	12.5	6.0	5.2	28.8	21
左サイドステップ（30cm）	秒	14.2	5.1	7.6	21.3	8	12.4	3.7	6.6	16.7	7	13.3	4.5	6.6	21.3	15
右サイドステップ（10cm）	秒	12.5	8.2	4.7	31.7	9	10.3	4.0	5.6	18.6	11	11.2	6.2	4.7	31.7	20
右サイドステップ（20cm）	秒	13.4	6.0	5.6	22.0	9	12.3	6.0	6.1	28.3	13	12.8	5.9	5.6	28.3	22
右サイドステップ（30cm）	秒	14.9	6.4	8.1	24.9	7	15.7	6.3	6.8	24.5	7	15.3	6.1	6.8	24.9	14

★左サイドステップ･･･左側開始
★右サイドステップ･･･右側開始

ボタン作業テストは，ボタンの大きさによって完遂率も測定値も大きく異なり，虚弱高齢者においてボタン作業の難しさが明確となった一方で，ボタンの大きさを考慮することで可能であることも再確認できた．しかしながら，ボタン作業テストに使用した白衣やシャツの形状や大きさ，数に課題が残り，テストとしての妥当性，信頼性を得るためには，使用する衣服の改善が必要となった．

豆運びに関して大きな課題となったのは，白内障などを含めた眼の問題である．豆の色や使用する皿の色とサイズを再考する必要がある．

本研究で提案した体力測定方法の本来の目的は，虚弱高齢者に対する運動機能・栄養・口腔ケアの有効性を評価することにあった．さらに，高齢者福祉施設などでおこなわれる身体リハビリテーション時において活用することで，日常的に遂行状況や体力を把握できる可能性が高い．例えば，豆運びやサイドステップオーバーテスト，ボタン作業テストの行為そのものをリハビリテーションに活用し，そして，支援者のみならず高齢者本人の遂行状況の経過の理解へとつながると期待できる．今回、従来から使用されている体力測定項目である握力や TUG には変化が見られなかったにも関わらず、新たな項目では一部の項目に変化が認められた。これらの項目は日常生活の動作にも近く、今後、虚弱高齢者における体力のわずかな変化を検出できる可能性があると思われた。

今後の課題として、本研究において新しく提案した体力測定方法は，いくつか改善の余地があるものの，概ね虚弱高齢者の体力を把握できることが示された．測定方法として改良すべき点は以下の通りである．

ボタン作業テスト:テスト用衣服の大きさやボタンの形状などの再考

サイドステップオーバー:測定手順の見直し（測定の可否の確認→測定時間の計測）

豆運び:使用する豆や皿の色

今後は，対象者数を増やし測定項目の有効性（妥当性，信頼性，客観性など）を検討するとともに，基準（標準）値を作成し，介入前後や追跡調査における効果および経過評価の可能性について検討を進めていくことが必要であろう。

6. 口腔機能向上と栄養改善サービスの複数実施の効果と課題

本事業では、選択的複数実施加算における口腔機能向上と栄養改善の複数実施による効果の検証を目的とした。もともと口腔機能向上及び栄養改善は、運動機能向上サービスに比べ、加算の実施が少なかったが、本事業においても、これらの実施上の課題が事業実施上の大きな障害となった。仮説としては、関連の深い口腔機能向上と栄養改善の複数実施が単独の実施に比べて有効であると考えていたが、効果においても、実施においても課題が多かった。

①サービス対象者の抽出とサービス導入

これまでの調査においても、口腔機能向上、栄養改善サービスの不調の原因として対象者がいないことがあげられていた。今回の「サービス提供のあり方に関する調査」でも「対象者がいない」ことがあげられていた。また、「サービス効果の検討」においても、各施設に口腔機能向上あるいは栄養改善の一方の該当者には両サービスの導入をすること、新規のサービス導入にあたり調査期間に関しては介護保険の個人負担なく調査事業において負担が可能であること、これまでサービス導入の必要がありそうであったが導入していなかった対象にもできるだけ導入することを依頼した。しかし各施設の実施数は 1 人～15 人で

あり多数の例を収集することができなかった。一方で、加算対象となったリスクに BMI や体重減少が多いにも関わらず、身長計がない、あるいは定期的な体重測定がされていないなど低栄養のリスク把握は十分とは言えない。また、口腔機能の評価が定期的に実施されている施設も非常に少ない。そのため、口腔機能向上や栄養改善が必要な対象者が十分に抽出されていない可能性も予想される。一方で、自由記載からは加算実施に至らなかった理由や苦労した点として「利用者や家族の理解不足」こともあげられており、口腔機能向上や栄養改善の重要性がまだ高齢者やその家族の間に浸透していないことも考えられる。また、通所施設を利用する目的にそれらの改善が期待されていないことも考えられる。そのため、今後は、対象者の抽出方法の見直しとともに、高齢者やその家族へも口腔機能向上や栄養改善の重要性を伝える努力も必要であろう。

②通所施設の体制

従来の調査においても「専門職の不足」が口腔機能向上、栄養改善サービスの不調の理由としてあげられていた。今回、「サービス効果の検討」においても多数の施設に協力を依頼し、スタッフが不足の場合には、非常勤での雇いあげの費用を事業において負担すること、あるいはスタッフを派遣することを申し出た。しかしながら協力が得られた施設は 8 施設にとどまった。また「サービス提供のあり方に関する調査」では加算を取得している施設を対象に調査を実施したにも関わらず、4～9 月の加算実施件数は少なく、その理由の中に「専門職不足」、「職員不足」があげられている。一方で各プロセスに関わった職種では、口腔機能向上では看護職員や介護職員が多くかかわっているが、栄養改善では管理栄養士の関わりが多くなっている。これらのサービスの実施にあたっては専門職の配置とともに、実施の際にどの職種がどの部分に関わるかの作業分担を整理し、歯科や栄養の専門家が携わるプロセスと他の職種が実施するプロセスの整理が必要であろう。また、通所サービスでは限られた時間で様々なサービスを提供しているために、口腔機能向上や栄養改善のサービスの実施にあたっても評価やサービス実施の時間の確保にも工夫が必要であろう。

③アセスメント及び評価方法

本事業においては、虚弱高齢者における介入効果を検出できる評価方法を各施設で、正確に実施できるよう身体計測、体力測定、食事摂取量には新たな測定項目を検討し、測定マニュアルの作成と各対象施設での講習を行った。その結果、体力測定の新たな項目では、握力や Timed up & Go では評価しきれない身体機能の改善を評価しうる可能性がみられた。一方で、身体計測については、栄養改善では「身長・体重（BMI)」、「体重減少」、「栄養補給の状況」が加算時の評価やサービス後の評価に多く使用されているにもかかわらず、身長測定が困難な例が多い、身長計の配備がないなど、評価が十分に行える環境にない点も指摘された。身長測定が不可能な場合の推定方法、あるいは虚弱高齢者において食事摂取

や身体計測、体力などを実際の施設において実施可能な評価方法も、今後、提案していく必要があるだろう。

また、本事業では、口腔、栄養の介入の種類に関わらず、すべての対象に身体測定、口腔機能、体力、食事の全項目の評価を依頼した。現状では、口腔機能向上では、「汁物の摂取でのむせの有無」、「嚥下・食事・口腔清潔に介助・見守りの必要性」が多く使用されているが、口腔内の評価を定期的あるいは不定期に実施している施設は約半数にとどまり、特にサービス対象になっていない高齢者におけるリスク把握が十分にできていない可能性が認められた。

④複数実施の効果

口腔＋栄養では、アクティビティー参加率の増加、実施できるうがいの改善、一部の体力測定値の改善傾向が認められた。また、口腔＋栄養及び口腔の口腔機能向上の実施により口腔内の改善が認められ、口腔＋栄養及び栄養の栄養改善実施では、食欲の改善傾向が認められた。口腔のみの実施では、体重増加傾向、精神的健康 QOL の低下、栄養のみでは、主食摂取量の増加、体重増加傾向、身体的健康 QOL の向上、咬筋が固くなる具合の低下が認められた。口腔の状態や栄養状態は、単独での実施と複数実施による差はあまりないあるいは、単独での実施の方がより効果が見られる傾向にあった。これは、単独実施の対象で、複数実施の対象より、サービス実施に至った項目の状態が悪かったこと、単独での実施によりサービス実施に実施回数や内容が多くなったためと推測される。通所サービスの限られた時間内で複数のサービスに時間をかけることは難しいと思われた。しかし、口腔＋栄養では運動機能向上サービスの対象者が少ないにも関わらず、一部の体力測定項目に改善傾向がみられ、通所サービス中のアクティビティー参加も増えたことは、全身の栄養状態あるいは身体機能や意欲に改善があったと推測できる。また、栄養のみの実施群で、咬筋の固くなる具合が低下したことは、栄養摂取量を増加するための軟らかい食事の導入などが咬筋を使わなくする方向に働く可能性も指摘している。栄養のみのサービス対象者でも事前の口腔の状態には、口腔機能向上サービスの対象となった群と差のない項目も多い。複数加算を実施した施設からは、「相乗効果」や「利用者の状態の総合的な把握」があげられており、複数実施加算とすることで、実施していないサービスに関連する身体状況の把握をし、総合的な把握につながることが期待できる。今回の事業では、サービス内容にかかわらず、すべての口腔、栄養摂取、体力、身体計測等のすべての評価を実施したが、施設ごとに専門職の配置や実施体制等により、どのサービス実施に重点をおくかが異なり、実施していないサービスについて、利用者のリスク把握が不十分になる可能性がある。サービス提供にあたっては、現状では「それぞれ単独で作成した独立したプログラムの提供」が多くみられるが、総合的な評価に基づき、どのサービスに重点を置くか、どのようなバランスで提供するかなどを考慮した複合的なプログラム作成が望ましい。

V

資料

通所系介護サービスにおける
口腔機能向上サービス及び栄養改善サービス提供のあり方に関する調査
【事業所票】

■ 貴事業所の管理者的な立場にある方が、必要に応じ医師、看護職員、PT、OT、ST、事務職員等の方々とも相談の上、ご記入下さい。

問1．通所リハビリテーション事業所について

1-1 事業開始年月	平成　　年　　月
1-2 所在地	（　　）　都・道・府・県
1-3 開設主体	1. 地方公共団体 2. 日本赤十字社・社会保険関係団体 3. 社会福祉協議会 4. 社会福祉法人 5. 医療法人 6. 社団・財団法人 7. 協同組合及び連合会 8. 営利法人 9. 特定非営利活動法人（NPO） 10. その他 （　　）
1-4 開設主体が提供するサービスに○、うち併設施設には◎をつけて下さい ※「併設」とは同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接している場合を指します。	1. 病院 2. 診療所 3. 介護老人保健施設 4. 訪問リハビリテーション 5. 通所介護 6. 認知症対応型通所介護 7. その他（　　） ※各サービスには介護予防を含みます。
1-5 加算の算定状況（平成25年9月分実績） ※算定した加算すべてに○をつけてください。	1. 運動器機能向上加算 2. 栄養改善加算 3. 口腔機能向上加算 4. サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 5. サービス提供体制強化加算（Ⅱ）

1-6 従事者数　※職種毎に人数をご記入ください。いない場合は「0」と記入してください。（平成25年10月1日時点）

職種	常勤		非常勤	職種	常勤		非常勤
	【専従】実人数	【兼務】常勤換算数	常勤換算数		【専従】実人数	【兼務】常勤換算数	常勤換算数
医師	人	.人	.人	介護職員	人	.人	.人
歯科医師	人	.人	.人	柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師	人	.人	.人
理学療法士	人	.人	.人	管理栄養士	人	.人	.人
作業療法士	人	.人	.人	栄養士（管理栄養士除く）	人	.人	.人
言語聴覚士	人	.人	.人	歯科衛生士	人	.人	.人
看護職員	人	.人	.人	その他（事務員、運転手等）	人	.人	.人

※雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間（所定労働時間）の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。
※常勤換算数の計算方法：小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上して下さい。得られた結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上して下さい。

問2．利用者について

【通所リハビリテーション】

		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
2-1 9月中に1回以上サービスを利用した利用者の実人数	実利用者数【平成25年9月分】	人	人	人	人	人
	延べ利用者数【平成25年9月分】	人	人	人	人	人
	1～2時間のサービス実施	1．あり		2．なし		

問3．事業所内での食事提供の状況について

3-1 事業所で提供する食事について （あてはまるもの全てに○）	食事提供の有無	1. あり ⇒以下、①～③に回答してください 2. なし ⇒問4にお進みください。
	①調理場所	1. 事業所内で調理 2. 併設施設等で調理 3. 外部業者より調達 4. その他（ ）
	②献立作成担当者	1. 管理栄養士・栄養士 2. 調理員 3. その他（ ） 4. 不明
	③食事の提供方法	1. 常食のみ 2. 一部、個別対応（軟菜食、きざみ食等） 3. 利用者に合わせて全て個別対応 4. その他（ ）

問4．利用者の口腔内評価について

4-1 利用者の定期的な口腔内状態の評価について（あてはまるもの1つに○）	定期的な口腔内の評価の実施状況	1. 定期的に評価を行っている→頻度:（ ）か月に（ ）回 2. 不定期に評価を行っている 3. 行っていない 4. その他（ ）
上記設問で1．または2．と回答した事業所にお聞きします。		
4-2 利用者の定期的な口腔内状態の評価	①口腔内状態の評価を行なう対象者	1. 利用者全員 2. 口腔内の状態に問題の見られる利用者 3. 家族または本人の希望 4. その他（ ）
	②口腔内状態の評価実施者	1. 歯科医師 →（協力歯科医療機関の歯科医師・事業所内の歯科医師 ・その他歯科医師） 2. 歯科衛生士→（協力歯科医療機関の歯科衛生士・事業所内の歯科衛生士・その他歯科衛生士） 3. その他（ ）
	③評価結果の活用方法（あてはまるもの全てに○）	1. 基本的な口腔ケアの見直し 2. 協力歯科医療機関への報告 3. 本人・家族への報告 4. 口腔機能向上加算の実施または継続の必要性の検討 5. その他（ ）

問4．栄養改善サービスについて

【栄養改善加算について】

4-1 栄養改善加算の算定実績 （平成25年4月～9月の半年間）	1．あり　　2．なし ↓ 算定しない理由（あてはまるもの全てに○） 1．栄養改善サービスが必要と思われる利用者がいないため 2．利用者が希望しないため 3．必要な専門職が人材不足で配置できないため 4．経営上のメリットが感じられないため 5．その他（　　）

以下の4-2～4-4は、平成25年**4月～9月の半年間**で

「栄養改善加算」の算定実績があった事業所にお聞きします。

【栄養改善加算の算定利用者数】

4-2 平成25年4月～9月の半年間で算定を行った実人数	人
4-3 うち、平成25年4月～9月の間に評価まで行なった利用者の実人数	人
4-4 うち、評価の結果、栄養改善サービスを終了することとなった人数	人

問5．口腔機能向上サービスについて

【口腔機能向上加算について】

5-1 口腔機能向上加算の算定実績 （平成25年4月～9月の半年間）	1．あり　　2．なし ↓ 算定しない理由（あてはまるもの全てに○） 1．口腔機能向上サービスが必要と思われる利用者がいないため 2．利用者が希望しないため 3．必要な専門職が人材不足で配置できないため 4．経営上のメリットが感じられないため 5．その他（　　）

以下の5-2～5-4は、平成25年**4月～9月の半年間**で

「口腔機能向上加算」の算定実績があった事業所にお聞きします。

【口腔機能向上加算の算定利用者数】

5-2 平成25年4月～9月の半年間で算定を行った実人数	人
5-3 うち、平成25年4月～9月の間に評価まで行なった利用者の実人数	人
5-4 うち、評価の結果、口腔機能向上サービスを終了することとなった人数	人

問6．栄養改善加算と口腔機能向上加算との複合的な実施について		
6-1 栄養改善加算と口腔機能向上加算とを両方算定する利用者の有無 （平成25年4月～9月の半年間）	1．あり ↓	2．なし ↓ 両方算定しない理由（あてはまるもの全てに○） 1．栄養改善サービスと口腔機能向上サービスの両方が必要と思われる利用者がいないため 2．利用者が希望しないため 3．必要な専門職が人材不足で配置できないため 4．経営上のメリットが感じられないため 5．その他（　　）
以下の6-2～6-3は、平成25年**4月～9月の半年間**で **「栄養改善加算」と「口腔機能向上加算」の両方算定する利用者がいた**事業所にお聞きします。		
6-2 栄養改善サービスと口腔機能向上サービスとを複合的に提供することの効果		
6-3 栄養改善加算と口腔機能向上加算とを両方算定する際に苦労したこと、困ったこと		

以下の設問は、介護予防通所リハビリテーションを実施している事業所にお聞きします。
※介護予防通所リハビリテーションを実施しない事業所は、問7の回答は不要です。

問7．介護予防サービス・利用者について

【介護予防通所リハビリテーション】

		要支援1	要支援2
7-1	実利用者数【平成25年9月分】	（　　）人	（　　）人
7-2	延べ利用者数【平成25年9月分】	（　　）人	（　　）人
7-3	加算の算定状況（平成25年9月分実績） ※算定した加算すべてに○をつけてください。	1. 【介護予防のみ】選択的サービス複数実施加算（Ⅰ）－運動器機能向上及び栄養改善	
		2. 【介護予防のみ】選択的サービス複数実施加算（Ⅰ）－運動器機能向上及び口腔機能向上	
		3. 【介護予防のみ】選択的サービス複数実施加算（Ⅰ）－栄養改善及び口腔機能向上	
		4. 【介護予防のみ】選択的サービス複数実施加算（Ⅱ）	
		5. 【介護予防のみ】事業所評価加算	

これまでに、**選択的サービス複数実施加算（Ⅰ）または（Ⅱ）を算定したことのある事業所**にお聞きします。

7-4 複数サービス（運動器機能向上、栄養改善、口腔機能向上）のプログラム作成について（あてはまるもの1つに○）	1. それぞれのプログラムを単独で作成し、独立したプログラムをそれぞれ提供している。 2. 複合的な（内容が連動した）プログラムを作成している。 3. その他（　　）
7-5 複数のプログラムを実施する上での、各専門職間の情報共有の方法（あてはまるもの全てに○）	1. それぞれのプログラム実施に関して、プログラム担当者間でミーティングを実施している。 2. それぞれのプログラム実施に関して、プログラム担当者間で記録による情報共有を行っている。 3. 情報共有は行っていない。 4. その他（　　）
7-6 プログラム実施上の課題・困難点（あてはまるもの全てに○）	1. 利用者の利用日数による制約 2. 利用者のサービス利用時間による制約 3. 利用者の費用負担 4. 専門職の人員確保 5. 専門職の連携 6. その他（　　）

これまでに**選択的サービス複数実施加算（Ⅱ）の算定実績のない**事業所にお聞きします。

7-7 3種類のサービス提供に至らない理由	1. 必要な専門職不足のため 2. 職員不足のため 3. ケアマネジャーの合意が得られないため 4. 必要な利用者がいないため 5. 必要な利用者はいるが、利用者本人のニーズがないため 6. 利用者に身体的な負担がかかると思うため 7. 利用者・家族に費用面での負担がかかるため 8. 利用者家族の理解が得られないため 9. 事業所の経営方針による 10. その他（　　）

通所系介護サービスにおける
口腔機能向上サービス及び栄養改善サービス提供のあり方に関する調査
【利用者票】

利用者票では、「栄養改善加算」や「口腔機能向上加算」のサービスの一連の流れについて、それぞれお聞きします。貴事業所の利用者の中から、以下に該当する利用者を 1 人ずつ選んで頂き、それぞれの利用者について提供したサービス内容等をご記入ください。

3 ヶ月以上継続して加算を算定している利用者については、直近で評価を行った 3 ヶ月間のサービス内容についてご記入ください。

利用者票は、各利用者における主担当の職員か、管理職の人がご記入ください。

（A）「栄養改善加算」を算定し3ヶ月後の評価まで実施した利用者（口腔機能向上加算を算定していない利用者）→**問１**にご記入ください。

- 「栄養改善加算」を算定した利用者が複数存在する場合は、もっとも最近評価を行なった利用者について、ご記入ください。
- 該当利用者がいない場合は、設問の冒頭の「□　該当する利用者はいない」に☑をつけてください。

（B）「口腔機能向上加算」を算定し3ヶ月後の評価まで実施した利用者（栄養改善加算を算定していない利用者）→**問２**にご記入ください。

- 「口腔機能向上加算」を算定した利用者が複数存在する場合は、もっとも最近評価を行なった利用者について、ご記入ください。
- 該当利用者がいない場合は、設問の冒頭の「□　該当する利用者はいない」に☑をつけてください。

（C）「栄養改善加算」と「口腔機能向上加算」の両方を算定し、両方とも3ヶ月後の評価まで実施した利用者→**問３**にご記入ください。

- 「栄養改善加算」「口腔機能向上加算」の両方を算定した利用者が複数存在する場合は、もっとも最近評価を行なった利用者について、ご記入ください。
- 該当利用者がいない場合は、設問の冒頭の「□　該当する利用者はいない」に☑をつけてください。

問1.「栄養改善加算」を算定し、3ヶ月後の評価まで実施した利用者について

☐ 該当する利用者はいない　　→問1は空欄で結構です。問2以降にお進みください。

☐ 口腔機能向上加算も算定している。→口腔機能向上加算の3ヶ月後の評価まで実施している場合は問3にお答えください。

(1) 利用者の基本属性	① 年齢	（　　）歳
	② 要介護度	要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5
	③ 認知症高齢者の日常生活自立度	自 立 ・ Ⅰ ・ Ⅱa ・ Ⅱb ・ Ⅲa ・ Ⅲb ・ Ⅳ ・ M ・ 不 明
	④ 食形態	1. 常食　4. ミキサー食 2. 軟菜食　5. ペースト食 3. キザミ食　6. 流動食
	⑤ 貴事業所のサービス利用開始時期	平成（　　）年（　）月
	⑥ 平均的なサービス利用時間区分	1. 1-2時間未満　2. 2-3時間未満　3. 3-4時間未満 4. 4-6時間未満　5. 6-8時間未満　6. 8時間超
	⑦ 平均的なサービス利用頻度	月に（　）回

		事前にチェックした項目に〇	うち加算につながったリスク項目に〇	3ヶ月後に評価した項目に〇	【評価結果】 1:改善 2:維持（変化なし） 3:悪化
(2) 利用者の栄養状態	1. 身長・体重測定（BMI）				1 ・ 2 ・ 3
	2. 3%以上の体重減少の有無				1 ・ 2 ・ 3
	3. 血清アルブミン値の測定				1 ・ 2 ・ 3
	4. じょくそうの有無				1 ・ 2 ・ 3
	5. 栄養補給の状況				1 ・ 2 ・ 3
	6. 摂食・嚥下状況				1 ・ 2 ・ 3
	7. 食欲・食事の満足感				1 ・ 2 ・ 3
	8. その他（　　）				1 ・ 2 ・ 3

「栄養改善加算」のサービス提供内容について

(3) 栄養改善サービスの導入	① 栄養改善加算の算定時期開始時期	平成（　　）年（　）月～
	② 加算算定の主な提案者 （主な人1人に〇）	1. 本人　5. 事業所の歯科衛生士 2. 家族　6. 事業所の介護職 3. ケアマネジャー　7. 主治医 4. 事業所の管理栄養士　8. その他（　　）
(4) 栄養ケア計画の作成	栄養ケア計画の記載書式	1. 通所リハ計画への記載で代替している。 2. 通所リハ計画とは別の様式に記載している。 3. その他（　　）
(5) 栄養ケア計画の利用者、家族への同意	① 同意をした人 （あてはまる人すべてに〇）	1. 本人 2. 家族 3. その他（　　）
	② 同意取得方法 （あてはまるものすべてに〇）	1. 文書を見せて説明 2. 口頭で説明 3. その他（　　）

(6) 栄養改善サービスの提供	① 提供回数	（最終評価に至る前の3ヶ月分） 3ヶ月で（　）回		
	② 提供内容 （最終評価に至る前の3ヶ月間で1回でも行ったものには全て〇をしてください）	【内容】	加算にかかわらず実施したものに〇	加算に伴って実施したものに〇
		1. 食事内容の指導（個別指導）		
		2. 食事内容の指導（集団指導）		
		3. 食事の準備方法の指導（個別指導）		
		4. 食事の準備方法の指導（集団指導）		
		5. 食形態の指導（個別指導）		
		6. 食形態の指導（集団指導）		
		7. 食事する環境の指導（個別指導）		
		8. 食事する環境の指導（集団指導）		
		9. レシピの提供		
		10. 調理実習		
		11. 食事会などの案内		
		12. その他（　　）		
(7) 評価結果のケアマネ・主治医への情報提供	① ケアマネへの情報提供	（最終評価に至る前の3ヶ月間に） 1. 行った→（　　）回 2. 行っていない		
	② 主治医への情報提供	（最終評価に至る前の3ヶ月間に） 1. 行った→（　　）回 2. 行っていない		
(8) 評価後のサービス継続状況について	評価後の栄養改善サービス終了・継続の状況	1. 終了→①状態改善したため ②目標達成したため ③本人・家族が終了を希望したため ④通所リハのサービス利用中止のため（入院・転居等含む） ⑤その他（　　） 2. 継続		

以下、各プロセスについて、実施した職員全てに〇をしてください。（打合せに参加した職種も含めてください）

(9) 各プロセスを実施する際に関わった職種について	実施した・関わった職員（あてはまるもの全てに〇）※1												
	1. 医師（主治医）	2. 医師（施設等の嘱託医）	3. 歯科医師（主治医）	4. 歯科医師（協力医療機関）	5. 歯科衛生士	6. 管理栄養士	7. 栄養士（管理栄養士除く）	8. 理学療法士	9. 作業療法士	10. 言語聴覚士	11. 看護職員	12. 介護職員	13. その他（　）
①対象者の選定・決定													
②低栄養状態のリスク把握													
③栄養ケア計画の作成													
④栄養ケア計画の利用者、家族への同意													
⑤栄養改善サービスの提供													
⑥栄養状態の評価													
⑦評価結果のケアマネ・主治医への情報提供													

※1）複数の職種に当てはまる職員に関しては、主に従事する職種あるいは、番号の若い方に割り当ててご記入ください。

問2.「口腔機能向上加算」を算定し、3ヶ月後の評価まで実施した利用者について

☐ 該当する利用者はいない　→問2は空欄で結構です。問3にお進みください。

☐ 栄養改善加算も算定している→栄養改善加算の3ヶ月後の評価まで実施している場合は問3にお答えください。

(1) 利用者の基本属性	① 年齢	(　　)歳
	② 要介護度	要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5
	③ 認知症高齢者の日常生活自立度	自 立 ・ Ⅰ ・ Ⅱａ ・ Ⅱｂ ・ Ⅲａ ・ Ⅲｂ ・ Ⅳ ・ Ｍ ・ 不 明
	④ 義歯の有無	1. 総義歯　3. 義歯なし(必要性もなし) 2. 一部義歯　4. 義歯なし(必要性はあり)
	⑤ 貴事業所のサービス利用開始時期	平成(　　)年(　)月
	⑥ 平均的なサービス利用時間区分	1. 1-2時間未満　2. 2-3時間未満　3. 3-4時間未満 4. 4-6時間未満　5. 6-8時間未満　6. 8時間超
	⑦ 平均的なサービス利用頻度	月に(　)回

(2) 利用者の口腔衛生、摂食・嚥下機能		事前にチェックした項目に○	うち加算につながったリスク項目に○	3ヶ月後に評価した項目に○	【評価結果】 1:改善 2:維持(変化なし) 3:悪化
	1. 嚥下に介助(見守り含む)が必要か				1 ・ 2 ・ 3
	2. 食事摂取に介助(見守り含む)が必要か				1 ・ 2 ・ 3
	3. 口腔清潔(はみがき等)に介助(見守り含む)が必要か				1 ・ 2 ・ 3
	4. 半年前に比べて堅いものが食べにくくなったか				1 ・ 2 ・ 3
	5. お茶や汁物等でむせることがある				1 ・ 2 ・ 3
	6. 口の渇きが気になるか				1 ・ 2 ・ 3
	7. 食事への意欲				1 ・ 2 ・ 3
	8. 食事量(残食量)				1 ・ 2 ・ 3
	9. 口臭				1 ・ 2 ・ 3
	10. その他(　　)				1 ・ 2 ・ 3

「口腔機能向上加算」のサービス提供内容について

(3) 口腔機能向上サービスの導入	① 口腔機能向上加算の算定時期開始時期	平成(　　)年(　)月～
	② 加算算定の主な提案者	1. 本人 2. 家族 3. ケアマネジャー 4. 事業所の管理栄養士 5. 事業所の歯科衛生士 6. 事業所の介護職 7. 主治医 8. 歯科医師 9. その他(　　)
(4) 口腔機能改善管理指導計画の作成	口腔機能改善管理指導計画の記載書式	1. 通所リハ計画への記載で代替している。 2. 通所リハ計画とは別の様式に記載している。 3. その他(　　)
(5) 口腔機能改善管理指導計画の利用者、家族への同意	① 同意をした人(あてはまる人すべてに○)	1. 本人 2. 家族 3. その他(　　)
	② 同意取得方法(あてはまるものすべてに○)	1. 文書を見せて説明 2. 口頭で説明 3. その他(　　)

(6) 口腔機能向上サービスの提供	① 提供回数	（最終評価に至る前の3ヶ月分） 3ヶ月で(　　)回		
	② 提供内容 （最終評価に至る前の3ヶ月間で1回でも行ったものには全て〇をしてください）	【内容】	加算にかかわらず実施したものに〇	加算に伴って実施したものに〇
		1. 口腔機能向上に関する情報提供		
		2. 口腔体操・嚥下体操等		
		3. 口腔清掃の指導		
		4. 口腔清掃の実施		
		5. 唾液腺マッサージ(指導)		
		6. 咀嚼機能に関する訓練(指導)		
		7. 嚥下機能に関する訓練(指導)		
		8. 発音・発声に関する訓練(指導)		
		9. 呼吸に関する訓練(指導)		
		10.食事姿勢や食環境についての指導		
		11. その他(　　)		
(7) 評価結果のケアマネ・主治医への情報提供	① ケアマネへの情報提供	（最終評価に至る前の3ヶ月間に） 1. 行った→(　　)回 2. 行っていない		
	② 主治医・主治の歯科医師への情報提供	（最終評価に至る前の3ヶ月間に） 1. 行った→(　　)回 2. 行っていない		
(8) 評価後のサービス継続状況について	評価後の口腔機能向上サービス終了・継続の状況	1. 終了→①状態改善したため ②目標達成したため ③本人・家族が終了を希望したため ④通所リハのサービス利用中止のため（入院・転居等含む） ⑤その他(　　) 2. 継続		

以下、各プロセスについて、実施した職員全てに〇をしてください。（打合せに参加した職種も含めてください）

(9) 各プロセスを実施する際に関わった職種について	実施した・関わった職員（あてはまるもの全てに〇）※1												
	1. 医師（主治医）	2. 医師（施設等の嘱託医）	3. 歯科医師（主治医）	4. 歯科医師（協力医療機関）	5. 歯科衛生士	6. 管理栄養士	7. 栄養士（管理栄養士除く）	8. 理学療法士	9. 作業療法士	10. 言語聴覚士	11. 看護職員	12. 介護職員	13. その他（　）
①対象者の選定・決定													
②口腔機能のリスク把握													
③口腔機能改善管理指導計画の作成													
④口腔機能改善管理指導計画の利用者、家族への同意													
⑤口腔機能向上サービスの提供													
⑥口腔衛生、摂食・嚥下機能の評価													
⑦評価結果のケアマネ・主治医への情報提供													

※1）複数の職種に当てはまる職員に関しては、主に従事する職種あるいは、番号の若い方に割り当ててご記入ください。

問3.「栄養改善加算」および「口腔機能向上加算」を算定し、3ヶ月後の評価まで実施した利用者について

☐ 該当する利用者はいない →問3は空欄で結構です。

(1) 利用者の基本属性	① 年齢	（　　）歳
	② 要介護度	要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5
	③ 認知症高齢者の日常生活自立度	自 立 ・ Ⅰ ・ Ⅱａ ・ Ⅱｂ ・ Ⅲａ ・ Ⅲｂ ・ Ⅳ ・ Ｍ ・ 不 明
	④ 食形態	1. 常食　4. ミキサー食 2. 軟菜食　5. ペースト食 3. キザミ食　6. 流動食
	⑤ 義歯の有無	1. 総義歯　3. 義歯なし（必要性もなし） 2. 一部義歯　4. 義歯なし（必要性はあり）
	⑥ 貴事業所のサービス利用開始時期	平成（　　）年（　）月
	⑦ 平均的なサービス利用時間区分	1. 1-2時間未満　2. 2-3時間未満　3. 3-4時間未満 4. 4-6時間未満　5. 6-8時間未満　6. 8時間超
	⑧ 平均的なサービス利用頻度	月に（　）回

問3－1.「栄養改善加算」に関して

		事前にチェックした項目に○	うち加算につながったリスク項目に○	3ヶ月後に評価した項目に○	【評価結果】 1:改善 2:維持（変化なし） 3:悪化
(2) 利用者の栄養状態	1. 身長・体重測定（BMI）				1 ・ 2 ・ 3
	2. 3%以上の体重減少の有無				1 ・ 2 ・ 3
	3. 血清アルブミン値の測定				1 ・ 2 ・ 3
	4. じょくそうの有無				1 ・ 2 ・ 3
	5. 栄養補給の状況				1 ・ 2 ・ 3
	6. 摂食・嚥下状況				1 ・ 2 ・ 3
	7. 食欲・食事の満足感				1 ・ 2 ・ 3
	8. その他（　　）				1 ・ 2 ・ 3

「栄養改善加算」のサービス提供内容について

(3) 栄養改善サービスの導入	① 栄養改善加算の算定時期開始時期	平成（　　）年（　）月～
	② 加算算定の主な提案者（主な人1人に○）	1. 本人　5. 事業所の歯科衛生士 2. 家族　6. 事業所の介護職 3. ケアマネジャー　7. 主治医 4. 事業所の管理栄養士　8. その他（　　）
(4) 栄養ケア計画の作成	栄養ケア計画の記載書式	1. 通所リハ計画への記載で代替している。 2. 通所リハ計画とは別の様式に記載している。 3. その他（　　）
(5) 栄養ケア計画の利用者、家族への同意	① 同意をした人（あてはまる人すべてに○）	1. 本人 2. 家族 3. その他（　　）
	② 同意取得方法（あてはまるものすべてに○）	1. 文書を見せて説明 2. 口頭で説明 3. その他（　　）

(6) 栄養改善サービスの提供	① 提供回数	（最終評価に至る前の3ヶ月分） 3ヶ月で(　　)回		
	② 提供内容 （最終評価に至る前の3ヶ月間で1回でも行ったものには全て〇をしてください）	【内容】	加算に関わらず実施したものに〇	加算に伴って実施したものに〇
		1. 食事内容の指導（個別指導）		
		2. 食事内容の指導（集団指導）		
		3. 食事の準備方法の指導（個別指導）		
		4. 食事の準備方法の指導（集団指導）		
		5. 食形態の指導（個別指導）		
		6. 食形態の指導（集団指導）		
		7. 食事する環境の指導（個別指導）		
		8. 食事する環境の指導（集団指導）		
		9. レシピの提供		
		10. 調理実習		
		11. 食事会などの案内		
		12. その他（　　）		
(7) 評価結果のケアマネ・主治医への情報提供	① ケアマネへの情報提供	（最終評価に至る前の3ヶ月間に） 1. 行った→(　　)回 2. 行っていない		
	② 主治医への情報提供	（最終評価に至る前の3ヶ月間に） 1. 行った→(　　)回 2. 行っていない		
(8) 評価後のサービス継続状況について	評価後の栄養改善サービス終了・継続の状況	1. 終了→①状態改善したため ②目標達成したため ③本人・家族が終了を希望したため ④通所リハのサービス利用中止のため（入院・転居等含む） ⑤その他（　　） 2. 継続		

以下、各プロセスについて、実施した職員全てに〇をしてください。（打合せに参加した職種も含めてください）

(9) 各プロセスを実施する際に関わった職種について	実施した・関わった職員（あてはまるもの全てに〇）※1												
	1. 医師（主治医）	2. 医師（施設等の嘱託医）	3. 歯科医師（主治医）	4. 歯科医師（協力医療機関）	5. 歯科衛生士	6. 管理栄養士	7. 栄養士（管理栄養士除く）	8. 理学療法士	9. 作業療法士	10. 言語聴覚士	11. 看護職員	12. 介護職員	13. その他（　）
① 対象者の選定・決定													
② 低栄養状態のリスク把握													
③ 栄養ケア計画の作成													
④ 栄養ケア計画の利用者、家族への同意													
⑤ 栄養改善サービスの提供													
⑥ 栄養状態の評価													
⑦ 評価結果のケアマネ・主治医への情報提供													

※1）複数の職種に当てはまる職員に関しては、主に従事する職種あるいは、番号の若い方に割り当ててご記入ください。

問３－２.「口腔機能向上加算」について

		事前にチェックした項目に○	うち加算につながったリスク項目に○	3ヶ月後に評価した項目に○	【評価結果】 1:改善 2:維持(変化なし) 3:悪化
(1) 利用者の口腔衛生、摂食・嚥下機能	1. 嚥下に介助(見守り含む)が必要か				1 ・ 2 ・ 3
	2. 食事摂取に介助(見守り含む)が必要か				1 ・ 2 ・ 3
	3. 口腔清潔(はみがき等)に介助(見守り含む)が必要か				1 ・ 2 ・ 3
	4. 半年前に比べて堅いものが食べにくくなったか				1 ・ 2 ・ 3
	5. お茶や汁物等でむせることがある				1 ・ 2 ・ 3
	6. 口の渇きが気になるか				1 ・ 2 ・ 3
	7. 食事への意欲				1 ・ 2 ・ 3
	8. 食事量(残食量)				1 ・ 2 ・ 3
	9. 口臭				1 ・ 2 ・ 3
	10. その他(　　)				1 ・ 2 ・ 3

「口腔機能向上加算」のサービス提供内容について

(2) 口腔機能向上サービスの導入	③ 口腔機能向上加算の算定時期開始時期	平成(　　)年(　)月～		
	④ 加算算定の主な提案者	1. 本人 2. 家族 3. ケアマネジャー 4. 事業所の管理栄養士 5. 事業所の歯科衛生士 6. 事業所の介護職 7. 主治医 8. 歯科医師 9. その他(　　)		
(3) 口腔機能改善管理指導計画の作成	口腔機能改善管理指導計画の記載書式	1. 通所リハ計画への記載で代替している。 2. 通所リハ計画とは別の様式に記載している。 3. その他(　　)		
(4) 口腔機能改善管理指導計画の利用者、家族への同意	③ 同意をした人 (あてはまる人すべてに○)	1. 本人 2. 家族 3. その他(　　)		
	④ 同意取得方法 (あてはまるものすべてに○)	1. 文書を見せて説明 2. 口頭で説明 3. その他(　　)		
(5) 口腔機能向上サービスの提供	③ 提供回数	(最終評価に至る前の3ヶ月分) 3ヶ月で(　)回		
	④ 提供内容 (最終評価に至る前の3ヶ月間で1回でも行ったものには全て○をしてください)	【内容】	加算にかかわらず実施したものに○	加算に伴って実施したものに○
		1. 口腔機能向上に関する情報提供		
		2. 口腔体操・嚥下体操等		
		3. 口腔清掃の指導		
		4. 口腔清掃の実施		
		5. 唾液腺マッサージ(指導)		
		6. 咀嚼機能に関する訓練(指導)		
		7. 嚥下機能に関する訓練(指導)		
		8. 発音・発声に関する訓練(指導)		
		9. 呼吸に関する訓練(指導)		
		10.食事姿勢や食環境についての指導		
		11. その他(　　)		

(6) 評価結果のケアマネ・主治医への情報提供	③ ケアマネへの情報提供	（最終評価に至る前の3ヶ月間に） 1．行った→（　　）回 2．行っていない
	④ 主治医・主治の歯科医師への情報提供	（最終評価に至る前の3ヶ月間に） 1．行った→（　　）回 2．行っていない
(7) 評価後のサービス継続状況について	評価後の口腔機能向上サービス終了・継続の状況	1．終了→①状態改善したため ②目標達成したため ③本人・家族が終了を希望したため ④通所リハのサービス利用中止のため（入院・転居等含む） ⑤その他（　　） 2．継続

以下、各プロセスについて、実施した職員全てに○をしてください。（打合せに参加した職種も含めてください）

(8) 各プロセスを実施する際に関わった職種について	実施した・関わった職員（あてはまるもの全てに○）※1												
	1．医師（主治医）	2．医師（施設等の嘱託医）	3．歯科医師（主治医）	4．歯科医師（協力医療機関）	5．歯科衛生士	6．管理栄養士	7．栄養士（管理栄養士除く）	8．理学療法士	9．作業療法士	10．言語聴覚士	11．看護職員	12．介護職員	13．その他（　　）
① 対象者の選定・決定													
② 口腔機能のリスク把握													
③ 口腔機能改善管理指導計画の作成													
④ 口腔機能改善管理指導計画の利用者、家族への同意													
⑤ 口腔機能向上サービスの提供													
⑥ 口腔衛生、摂食・嚥下機能の評価													
⑦ 評価結果のケアマネ・主治医への情報提供													

※1）複数の職種に当てはまる職員に関しては、主に従事する職種あるいは、番号の若い方に割り当ててご記入ください。

ご協力いただき、誠にありがとうございました。

記載済みの調査票は、同封の返信用封筒を用いて
12/25（水）までにお送りいただきますようお願いいたします。

平成25年度老人保健事業推進等補助金(老人保健健康増進等事業分)

『通所系介護サービスにおける口腔機能向上及び栄養改善サービス提供の

在り方に関する調査研究事業』

調査説明書

Ver. 2

目　次

1. はじめに

2. 研究方法

3. 調査の手順

4. 施設調査票

5. 質問票

6. 食事調査

7. 口腔ケアアセスメント票

8. 体力測定

9. 身体計測

10. サービス記録

１．はじめに

平成24年度の介護報酬改定においては、予防給付における選択的サービス複数実施加算が新設されました。特に栄養改善は、口腔機能向上との関係が深く、この2つを合わせて実施していくことは、低栄養の改善において非常に有効であると考えられます。しかしながら、栄養改善、口腔機能向上のそれぞれのサービスあるいは2つのサービスの利用の効果については、明確なデータがない状態にあります。

そこで、本調査研究事業では、平成25年度老人保健事業推進等補助金(老人保健健康増進等事業分)の交付を得て、(独)国立健康・栄養研究所　栄養教育研究部が主となり、通所サービスを利用している高齢者を対象に、栄養改善・口腔機能向上のサービスを単独あるいは複数の実施をし、その効果を食事内容、身体状況(身体組成、体力、血液性状)、口腔機能、QOLなど多面的に評価することとしました。

この事業の結果から、介護保険事業における栄養改善・口腔機能向上の有効性の評価及び、介入方法や評価方法について提言することができるようになります。この結果は、来年度の介護保険事業の改定において栄養改善及び口腔機能向上をどのように取り組んでいくかについて検討する際の資料となるものです。調査研究事業の目的と内容をご理解の上、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

平成25年9月

厚生労働省の平成25年度老人保健事業推進等補助金『通所系介護サービスにおける口腔機能向上及び栄養改善サービス提供の在り方に関する調査研究事業』

【検討委員会】 太田貞司(聖隷クリストファー大学　教授)、小坂健(東北大学大学院　教授)、香川雅春(女子栄養大学栄養科学研究所　准教授)、菅武雄(鶴見大学　講師)、後藤千穂(名古屋文理大学　准教授)、小山秀夫(兵庫県立大学大学院　教授)、杉山みち子(神奈川県立保健福祉大学　教授)、○髙田和子((独)国立健康・栄養研究所　室長)、田中喜代次(筑波大学大学院　教授)、吉池信男(青森県立保健大学　教授)

五十音順、○研究代表者

【ワーキンググループ】 飯田良平(鶴見大学　臨床助手)、大房航(鶴見大学　臨床助手)、香川雅春(女子栄養大学栄養科学研究所　准教授)、後藤千穂(名古屋文理大学　准教授)、塩野幸恵(鶴見大学　助手)、杉山みち子(神奈川県立保健福祉大学　教授)、根本みゆき(筑波大学大学院研究員)、長谷川祐子(くらしき作陽大学　専任准教授)、日田安寿美(東京農業大学　講師)、目加田優子(文教大学　専任講師)、藪下(鎌田)典子(筑波大学大学院　研究員)

五十音順

2．研究方法

1）対象者

要介護1～3の認定を受け、通所系サービス施設を利用している高齢者のうち、介護保険法に規定される栄養改善あるいは口腔機能向上サービスの対象者の基準を満たす者で、本調査期間中に栄養改善あるいは口腔機能向上サービスの対象となる方です。

2）調査項目

下記の項目について、測定方法を事前に各施設の担当者にご説明し、施設の方に調査・測定を行っていただきます。施設により測定に際して補助が必要な場合は、研究班のメンバー等が施設に出向いて測定の補助をいたしますので、事務局までご相談ください。

●基礎情報等の質問
●通所施設利用状況
●口腔機能の評価
●体力測定
●身体計測
●栄養評価
●サービス内容の記録

3） 調査方法

(1)施設調査

調査票のうち施設調査票は調査参加時に記入してください。施設調査票は調査参加時に速やかに事務局へ送付してください。

(2)対象者の調査

対象者については、サービス開始時(0か月)と3か月後、6か月後、1年後の4回調査を実施してください。それぞれの調査時にすべての項目を1日に終える必要はなく、通所時数回に分けて実施可能して構いません。対象者の調査票は初回(0か月)と3か月後については、各月ごとに月末にまとめて事務局へ送付してください。6か月後と1年後については、予後等の簡易な項目のみの確認をしますので、すべての対象者の調査終了後にまとめて送付してください。

4） 倫理的配慮

(1) 本調査研究事業は、(独)国立健康・栄養研究所研究倫理審査委員会の承認を得て行っています。

(2) 調査票には、研究事務局が施設 ID と利用者 ID が記載されています。担当者が利用者 ID と個人名の対照表を作成し、この対照表を 5 年間保管してください。事務局は ID 番号で調査票、データを取り扱います。同意書についてのみご記名いただきますが、名前と ID の対応については、施設のみで取り扱ってください。

３．調査の手順

1. 協力責任者等により、対象者の選択を行ってください。対象者の方へは、調査研究事業に協力いただくことを説明し、同意書に署名を得てください。ご本人のご承諾のみでは難しいと判断される場合には、ご家族等の署名を合わせて得てください。なお、調査への協力の有無が施設でのサービスの状況に影響をしないこと、また個人情報については施設外には出ないことについて、十分にご説明ください。

2. 介護保険法に規定される栄養改善あるいは口腔機能向上サービスの対象となる方を対象に調査を実施してください。

3. 対照表のID番号ごとに、対象者のお名前を記載してください。各調査票にはID番号が記載されていますので、間違えないようにご使用ください。この対照表は、各施設で保管して頂きます。今後5年間が保管期間になりますので、なくさないでください。

4. 調査票の記入あるいは測定の実施については、次からのページをよく読んでください。すべての調査・測定を1日に終える必要はありませんので、施設でのスケジュール等にあわせて数回に分けて実施いただいても結構です。また、施設内のスタッフ数などの制限等により、体力測定、身体計測、栄養調査、口腔機能調査などについて補助が必要な場合は、事務局にご相談ください。

5. 初回の調査については、10～12月のそれぞれ月末にその月に調査した方の調査票を事務局へ送付ください。

6. 施設用の謝金支払書類及び対象者用謝金依頼書類を12月末の各種調査票の送付時にあわせて送付ください。

7. 3か月後の調査については、それぞれの方について3か月後に実施し、平成26年1～3月の月末ごとに事務局に送付ください。

8. 6か月後、1年後の調査については、それぞれの対象の方について、該当する時期に行い、6か月後、1年後の結果をまとめて事務局に送付ください。

４．施設調査

1．施設調査は、調査開始時に1回だけ、ご記入いただきます。

2．各項目の選択肢のうち、該当するものの□に✓をいれるか、必要な箇所では、数字等のご記入をお願いいたします。

3．「2」のスタッフの人数ですが、併設の施設に所属し、必要に応じて貴施設での業務をしている場合は、「b.併任」の箇所にご記入ください。

4．「7．食事時の介助等」については「その他」を選択した場合は具体的にご記入ください。また、姿勢保持や覚醒が保てるような対応については、できるだけ具体的にご記入ください。

5．食事形態について、通常から決まった食事の種類がなく、対象者に応じて、その都度対応している場合は、その旨をご記入ください。

6．身体計測では、身長計、体重計は施設にあるものをご利用いただきますので、メーカー名と機種名（名称、番号等）をご記入ください。身長計、体重計がない場合は、事務局にお知らせください。

5. 質問票

1. 該当する選択肢の□に✓を入れてください。質問により、1つだけ選ぶ場合とあてはまるものすべてを選ぶ場合があります。

2. 基本情報（1～2ページ）は、初回の調査票にのみの質問です。調査時点での状況を回答ください。

3. 現在の状況（3～5ページ）
1）健康状態
（1）病名、薬の種類の数はわかる範囲で結構です。
（2）血圧は、施設で測定されているようでしたら、直近の値をご記入ください。
（3）血清アルブミン値は、施設で把握されている場合のみ、ご記入ください。
2）介護保険の状況
（1）サービス利用状況は、施設で把握あるいはご本人が回答可能な範囲で結構です。
3）通所サービスの利用状況
（1）食事の盛り付け量、摂取量については、最近の状況を平均的に考えてお答えください。日によって大きく異なる場合は、一番頻繁にみられる摂取量でお答えください。

4. 生活習慣（6～7ページ）
食環境、食習慣については、ご本人より聞き取ってください。

5. あなたの健康について（8～9ページ）
QOL(quality of life:生活の質）を問うSF-8と呼ばれる国際的に共通して使用されている質問項目です。ご本人に聞き取って回答いただきますが、あまり深く考えると答えられなくなることがあります。最も近いもの、どちらかと言えばどれが近いかという点から選んでください。

6. 口腔に関する質問（10～11ページ）
GOHAIと呼ばれる口腔に関連するQOLをお聞きする国際的に共通して使用されている質問項目です。あまり深く考えると答えられなくなることがあります。最も近いと思う頻度を応えていただいてください。

7. ご本人が回答することが困難な場合は、できる範囲で施設側が把握している内容、ご家族に伺ってわかる範囲でのご記入をお願いします。8ページ以降の健康と口腔のQOLは自覚的な質問ですので、ご本人が回答できない場合は、実施しなくて構いません。

６．食事調査

1. この1ヶ月くらいの、普段の食事の状況について調査してください。この調査は半定量食事摂取頻度調査です。食事、間食、飲み物、その他の4つのパートがありますので、すべてを忘れないようにお願いいたします。

2. 朝の1回目の食事から始め、食事ごとに普段、どのような物を召し上がっているかを聞いてください。量の目安については、一緒に配布しました「そのまんま食事カード」の該当するカード番号の写真を見せて、それと比べて、1回量がどのくらいかをお聞きください。具体的な量は基準量に示したものとなります。

3. きのこ類、マヨネーズ・ドレッシング類は写真がありませんので、基準量と参考を目安に基準量と同じ場合を「同じ」として回答ください。また、牛乳は200gが基準量となります。

4. 主菜、副菜については、揚げ物、炒め物、汁物の頻度を合わせてお聞きください。

5. 間食は1日全体を合わせて、お菓子とアルコール類をどのくらいとるかを聞いてください。下肢については、基準量(100kcal)は資料1を参照してください。それ以外の食品については、その他のところに具体的に内容と量をご記入ください。アルコールについては、日本酒1合換算で量を回答いただきます。日本酒1合を「同じ」とし、それ以外のアルコールについては、資料2をご覧ください。

6. 飲み物は1日を通じて、種類を問わず、どのくらいを飲んでいるかを聞いてください。まず、普段使用するカップ・湯のみ等の大きさを資料3から聞いて、それで何杯くらいかをお聞きください。2種類のカップ等をご使用の場合(紅茶はカップ、お茶は湯のみなど)は、それぞれのカップでの杯数をご記入いただければ、合計する必要はありません。

7. その他で栄養補助食品、サプリメントなど病院で処方される以外のものをとっている場合は、すえてその他のところにできるだけ具体的にご記入ください。

8. 十分な回答を得ることが困難な場合は、頻度のみで量の把握はしなくて結構です。あるいは、どのような物を召し上がっているのか、わかる範囲でのご記入をお願いします。ご家族のご協力が得られる場合は、ご家族からの聞き取りをお願いします。

資料1

100kcal分の間食の目安量

＜100kcalの目安＞		
食品名	目安量	(g)
あめ、キャラメル	5～6個	25
せんべい	大3枚	23
大福（直径4.5cm）	1個	45
桜餅	1個	45
かるかん	1個	46
もなか	1個	36
まんじゅう	1個	40
どら焼き	0.5個	35
おはぎ	0.5個	48
チョコレート	4かけ	18
みたらし団子	1本	
アーモンドチョコ	4個	
＜そのまんま料理カード間食のエネルギー＞		
番号	料理名	(kcal)
92	アイスクリーム	127
93	プリン	139
94	ドーナツ	150
95	ポテトチップス	166
96	ようかん	148
97	クッキー	179
98	フルーツゼリー	56

資料2

日本酒１合とアルコール含有量が同等のその他のアルコール飲料

日本酒	１合180ml
ビール	中瓶1本500ml
焼酎	1合180ml
ウイスキー	ﾀﾞﾌﾞﾙ1杯60ml
ワイン	2杯240ml

資料 3-1～3

湯のみ、カップの大きさ資料

その他の資料

そのまんま料理カード　１セット

７．口腔ケアアセスメント票

1. 口腔機能向上サービスの対象者のみでなく、今回の調査対象となる方については、栄養改善のみの方も含め、すべての方に実施していただいてください。

2. 歯科医または歯科衛生士によるアセスメントが必要になります。本調査のために、通常以上に業務を依頼するために費用が生じる場合は、本調査の費用でお支払いしますので、事務局までお知らせください。また、歯科医や歯科衛生士の手配が困難な場合も、事務局までお知らせください。

3. 一部、他の質問紙と重複する部分がありますが、アセスメント票については、歯科医・歯科衛生士がアセスメントを行う際にすべてご記入をお願いいたします。

８．体力測定

1．体力測定の実施に際して

身体への負担の大きい測定項目はありませんが、ご本人の体調に合わせて、実施してください。どれかの項目について、ご本人が拒否される場合は、備考にその旨をご記入の上、実施をしないで結構です。サイドステップオーバーと timed up & go のテストは、自力で歩けない方、膝関節痛があり椅子に腰かけることが困難な方は実施しないでください。Timed up & go は杖や歩行器等の使用により歩行可能な方は、転倒の内容に注意しながら実施し、備考欄に使用している補助具を記載してください。それぞれの項目ごとに十分なスペースの確保、滑らない足元の管理、補助者の配置を行い、事故のないように実施してください。

2．衣服の着脱：ボタン作業テスト

1）準備する物（事務局より配布）

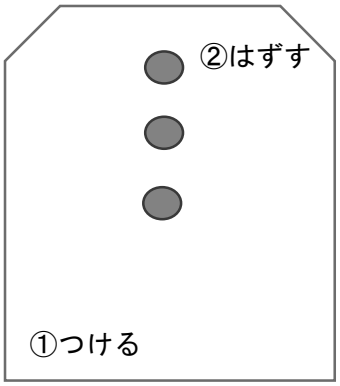
・白衣（白：男性用、ピンク：女性用）

・シャツ（青：男性用、白：女性用）

・ストップウォッチ

2）方法

白衣またはシャツを着て、ボタンをかけていない状態からスタートします。スタートの合図で，①ボタンを下（腹）から上（首）にかけてつけ，②上（首）から下（腹）にかけてはずす（1 往復）。つけはずしの合計時間（秒）を計測します。立位の取れる方は立位で、立位での実施が困難な方は座位で行います。記録用紙の（立位・座位）のいずれかに○を付けてください。



（1）1回目：白衣を使用します。白衣のボタンは 3 個（ボタンの直径 2cm）です。測定は 1 回のみで結構です。手順を間違えたなどのために、再度行った場合は、備考欄にご記入ください。

(2)2 回目はシャツで行います。シャツのボタン 5 個(直径 1 ㎝)を白衣の時と同じように、1 回測定してください。手順を間違えるなどにより、再度行った場合は、再度、実施し、その旨おw備考欄にご記入ください。

3. サイドステップオーバーテスト(横またぎ)

1)準備する物

・高さ 30 cm, 幅 10 cm の障害物 6 個(事務局より支給)

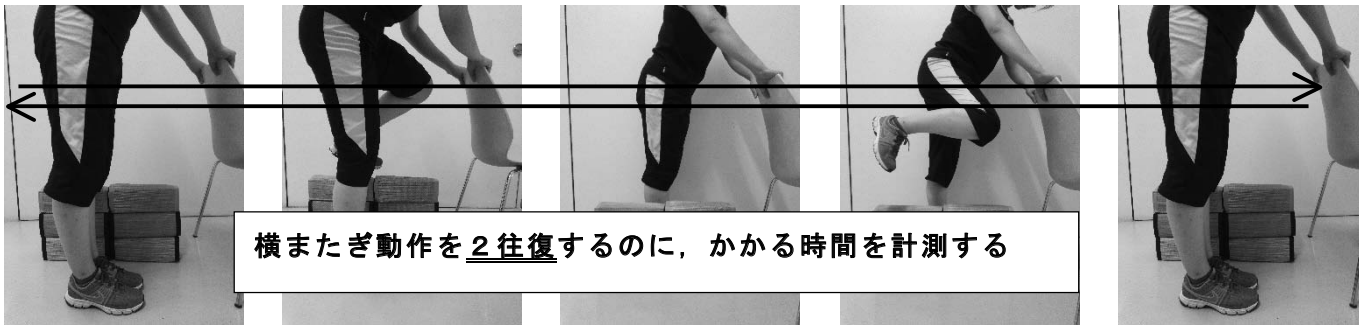
・手すりや机など支えとなるものがある場所で実施してください。

・ストップウォッチ(事務局より支給)

2)方法

①障害物の左横に立つ。スタートの合図で, 障害物を横から跨ぎます。この動作を **2 往復**するのに要する時間(秒)を計測します。机や手すりといった支えを準備し, 支えを使っても良いこととします。

②障害物の右横に立ち, ①と同様に測定します。



4．豆運び

1）準備する物（すべて事務局から配布）

・大豆および小豆（各 30 個）

・皿（園芸用の受け皿直径 20 cm 程度）2 枚

・食事用スプーン

・ストップウォッチ

2）方法

① 皿と皿の距離を 20 cm 離して動かせないように設置します。

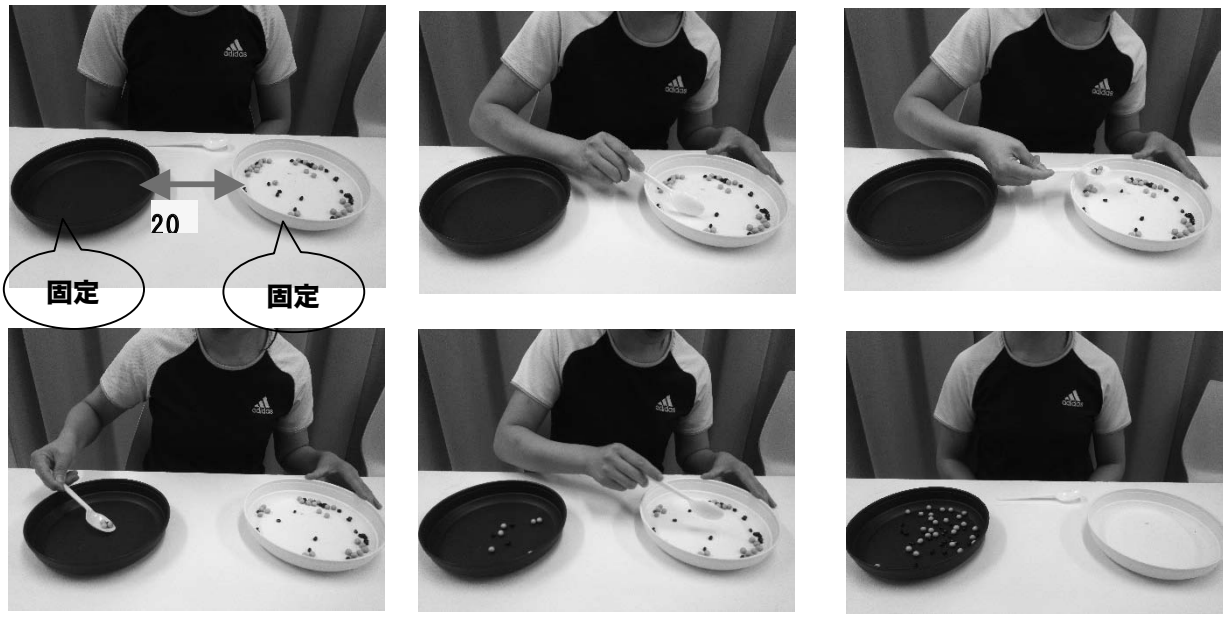
② 利き手と反対側の皿にあずきと豆を入れます。

③ スタートの合図で，小豆と大豆を何も入っていない利き手側の皿に移します。すべての小豆と大豆を運び終える時間を計測します。

※スプーンに乗せるあずきや大豆の数はいくつでも良いこととします。

※1 回の実施ですが、要領がわからず、再度　行った場合は、その旨を備考欄にご記入ください。

※豆を皿の外にこぼした場合は、測定者が最初に豆が入ってた方の皿に豆を戻して、測定を継続してください。



5．握力

1）準備する物

・握力計（事務局から配布）

2）方法

①握力計を利き手に持ち，両腕を体側で自然に下げ，リラックスした状態をとります。

②握力計を一度握り、握り幅が，人差し指の第 2 関節がほぼ直角になるように、黒いツマミを回して調節します。

③ON/C ボタンを押して、表示が 0.0 kgであることを確認してください。0.0 kgでない場合は、もう一度 ON/C ボタンを押すと 0.0 にリセットされます。

④最初に右手で測定します。息を吐きながら，握力計をできるだけ強く握るよう指示します。

※注意：利き手が身体に触れないように，かつ振り回さないようにして下さい。

⑤計測値を記録し、ON/C ボタンを押して 0.0 kgを確認してから、次の測定を行います。

④測定は左右交互に行います（片手 2 回，計 4 回）。

※基本的には立位で実施しますが、立位で力を出すことが困難な場合は、肘かけのない椅子に座って測定します。測定した姿勢の該当する方に○を付けてください。

6． Timed Up & Go テスト

1） 準備する物

・椅子（椅子は各施設でご用意ください。背もたれと肘かけがあり、倒れたり、簡単に移動しないような椅子にしてください）

・コーン（事務局から配布）

・ストップウォッチ（事務局から配布）

2） 方法

①椅子を動かないように設置し、椅子から 3m のところにコーンを置きます。

②スタート時は椅子の背もたれに背中をつけ，肘掛けに手を置いた姿勢をとるよう指示します。

③椅子から立ち上がり，コーンを折り返し，再び椅子に座るまでの時間を計測します。

※「できるだけ速く回ってください」と指示してください。

※回り方は対象者の自由（右回り、左回りどちらでも可）とします。

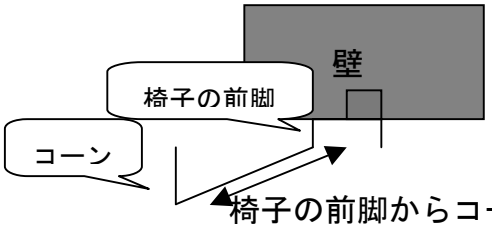
※走らないように指示してください。

※測定中に，ふらついたり，転倒したりする危険性があるので，検者や補助の人は，一緒に移動しながら測定を行ってください。

※歩行時にてすり、杖、歩行器等を使っても構いません。使用した補助具を備考欄に記入してください。

※測定は 2 回行います。

※椅子からの立ち上がり、座るときに肘掛けに手をついてもかまいません。



椅子の前脚からコーンの真ん中まで 3 m

☆椅子は壁につけると，立ったり座ったりする時に動く心配がありません

９．身体計測

1．身体計測に使用する道具

・アイライナー（事務局より配布）
・身体計測用テープ（事務局より配布）
・皮下脂肪厚計（事務局より配布）
・セグモメータ（事務局より配布）
・身長計（施設にある物をご使用ください）
・体重計（施設にあるものをご使用ください）

2．計測に際しての考慮点

①基本的に計測は対象者の右側で実施します。怪我(例：火傷やギプスの装着)や麻痺などがあり、右側での計測が適切でないと判断される場合は左側で実施します。長時間立ちあがることができない場合は、座位で計測しても結構です。記録用紙の計測側（右・左）と姿勢（立位・座位）の欄に該当する方に○を付けてください。

②全ての項目は基本的に２回計測します。身長、周径、長径で２回の計測値が 0.5 ㎝以上違う、皮脂厚で 1.0 ㎜以上違う場合はその項目のみ３回目を計測してください。

③計測を行う際は、同じ項目を二度連続して計測するのではなく、まず全ての項目を計測した後、二順目を実施してください。そうすることで押しつぶした皮膚の組織が元通りになる時間を与えると同時に、記憶による測定ミスを防ぐことができます。

④身長と体重の測定は、施設に来所時にすぐに測定してください。その他の測定は、入浴や食事の直後を避けて（1 時間程度）、行ってください。

⑤次の場合には、身長の測定をしないで結構です。

・背骨が前後に曲がっていて、踵、臀部、背面上部が身長計や壁に付けることができない状態
・背骨が左右にまがっていて、耳眼水平面を維持することができない状態
・杖などを突いていないと姿勢を維持することができない状態
・左右の足に均等に体重を乗せることができない状態
・長時間の立位の姿勢を維持することができない状態

3．計測点

正確かつ再現性の高い身体計測を行うためには、計測する部位を適切に見つけて常に同じ場所で計測をすることが重要です。そのため、計測する場所の指標となる「計測点」を見つける作業はとても大切です。計測点を探す時には皮膚を動かしてしまっている場合があるため、印をつけた際には必ず一度指を皮膚から離し、改めてもう一度優しく印が正しいことを触って確認をして下さい。それぞれの計測点を見つけたら、アイライナーで測定場所に印をつけてください。

1）肩峰外縁点：肩甲骨肩峰の外縁で最も上位にある点。

対象者には立位もしくは座位で両腕を自然に下垂させた状態でいてもらいます。測定者は対象者の右後方に立ち、肩甲骨棘突起に沿って肩峰先端の角に触れます。この角は通常、肩峰外側縁が始まる部位で、指を前方に、また若干上方および体の中心線寄りになめらかに進めると触れることができます。アイライナーを肩峰外側縁最上部にあて、その最外側縁を確認した上で印をつけます。肩峰はある程度厚みがある骨なので、肩峰の最も外側で、最も高い位置にある点に印をつけるようにします。

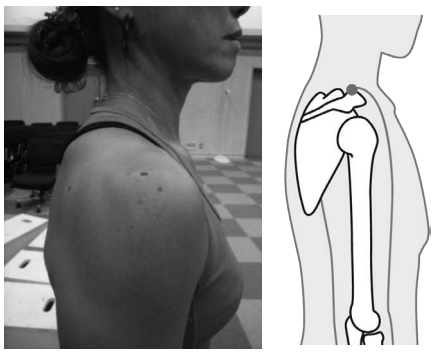


図 1. 肩峰外縁点

2）橈骨骨頭点：橈骨骨頭の最近位、最外側にある点。

対象者には立位もしくは座位で両腕を自然に下垂させた状態でいてもらいます。対象者の右肘外側にある窪みに上方から触れると、上腕骨小頭と橈骨骨頭の間にある隙間を触知することができます。その後親指で、橈骨骨頭近位端(最も腕の付け根に近い部分)の最外側点を探します。前腕を少し回旋させれば橈骨骨頭が動くので、正しい点の位置を確認することができます。

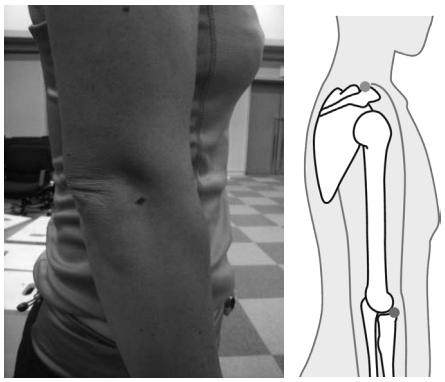


図 2. 橈骨骨頭点

3）肩峰外縁点・橈骨骨頭点中点：肩峰外縁点と橈骨骨頭点を直線で結んだ際の中点。

対象者には立位もしくは座位で両腕を自然に下垂した状態でいてもらいます。対象者の両腕を左右に自然に下垂した状態で、肩峰外縁点と橈骨骨頭点に付けた印の間の直線距離を測ります。この作業は身体計測用テープもしくはセグモメータを使用するのが最適です。直線距離を測定し、腕本来の曲線に沿って測定しないでください。次にこの二つの印の中間点に小さな印をつけてください。この部位で上腕囲を計測することになります。

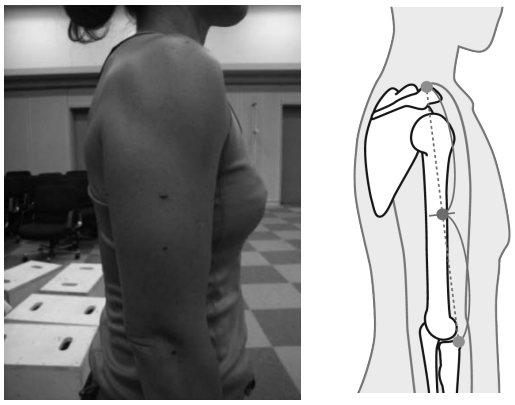


図 3. 肩峰外縁点・橈骨骨頭点中点

4）三頭筋皮脂厚測定点：上腕後部の中心線上で肩峰外縁点・橈骨骨頭点中点と同じ高さに位置する点。

対象者の両腕は自然に下垂して、親指が前方、手のひらが大腿に向いた状態にしてもらいます。この部位は上腕後面に引いた肩峰外縁点・橈骨骨頭点中点と同じ高さの線と、対象者の後から見て上腕を垂直に通る中心線が交差する位置になります。この垂直に通る中心線は、対象者の真横に立ち、上腕後部の輪郭に沿って垂直に線を引くことで書くことができます。この際、頭を動かして覗き込むことはしないで垂直線を引きます。

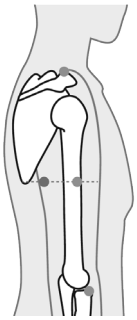


図4．三頭筋皮脂厚測定点

5）橈骨茎状突起点：橈骨茎状突起外縁の最遠位端。

対象者は立位もしくは座位で、両腕は自然に下垂しておいてもらいます。測定者は対象者の手首を持ち、親指の爪先を使って対象者の親指の付け根のすぐ上位にある腱で作られた三角形の部位を触知します。この部位を確認したら、親指の爪先を手首の付け根に向かって動かして茎状突起の先端を確認します。

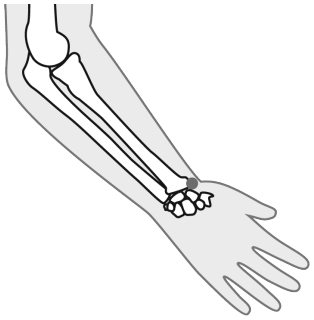


図 5．橈骨茎状突起点

6）腹部皮脂厚測定点：臍点(臍の中心点)から右に 5cm 水平に離れた点。

対象者は上肢を下垂させた状態にします。姿勢は自然立位が好ましいので、座位または仰臥位の場合は記録することが大切です。計測部位は臍点から右水平に 5cm 離れた位置になります。皮脂厚はこの部位で皮膚を縦につまんで測ります。

※5cmという距離は身長約170cmの成人に対しての数値になります。もし被験者の身長がこれと大きく違う場合、適切な距離を(5 x [実際の身長/170])で算出します。

7）外側脛骨点：脛骨外側顆上縁の最上位点

対象象者は自然立位の状態で、両腕は下垂するか胴の前で組んでおいてもらいます。

ここは、膝関節の外側を厚い靭帯が覆っているため特定が難しい部位になります。まず、大腿骨外側顆と脛骨外側顆前外側縁の境界の関節面を親指の爪

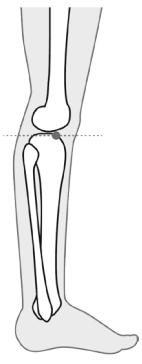


図 6．外側脛骨点

先を使って確認します。次に、この関節面の境を強く押して、脛骨骨頭の上面と外側面を確認します。このとき被験者に膝を数回曲げてもらうと、正確な部位を判断することができます。部位が特定できたら、その高さに水平線を引きます。その後にこの脛骨外側縁を前方から後方に約 1/3 辿り、その位置に垂直線を標します。これらの線の交点を外側脛骨点として確定します。

4. 身体計測

1)身長(頭蓋骨の頂点から足の裏までの垂直高)

①身長は地面が平らかつ固い素材である場所(例:フローリング)に身長計を設置して計測します。

②対象者は裸足の状態で左右の踵を身長計に合わせ、踵、臀部、背中上部が身長計に接していることを確認します。この際、正面から見て眼窩下縁点と耳珠点が水平に揃っている(耳眼水平面)ことが重要です。耳眼水平面が保たれていれば、頭部は身長計に触れている必要はありません。この部位まで身長計のヘッドボードをスライドさせます。

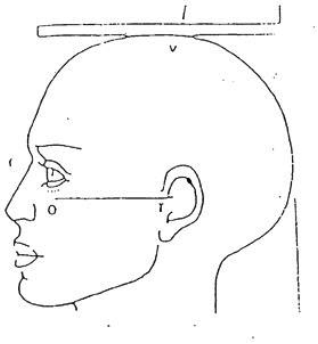


図 7. 耳眼水平面(O:眼窩点、T:耳珠点、V:頭頂点)

※ヘッドボードを下した際には、頭髪も可能な限り押さえてください。また、計測の際に対象者の踵が浮いていないか、頭部が耳眼水平面を維持しているかを注意してください。

2)体重

①体重計を平らかつ固い素材である場所に設置します。体重計が「0」を指していることを確認します。

②対象者は、上着などを脱いで、軽装で測定してください。

③対象者に裸足で体重計に乗ってもらい、どこにも寄りかからずに体重計の中心に両足に均等に体重をかけて立ってもらいます。

※立位での計測が難しい場合は、車いすごと計測できる体重計を用います。まず、車いすを含む重量を計測し、その後車いすのみの重量を計測することで対象者自身の体重を算出するようにします。

3)皮下脂肪厚計測(皮脂厚計測)

(1)皮下脂肪厚の測定の仕方

皮脂厚は印をつけた計測部位で皮膚をつまみます。その際、親指と人指し指の先で摘んだ皮膚の襞(ひだ)が印の水平の線と一致するようにして(図 8(a))、水平線よりも離れた位置をつまんだり(図 8(b))、逆に指が水平線から下にはみ出したりすることが無いよう(図 8(c))気を付けてください。はみ出さないようにするためには、手首を返して親指と人差し指が水平線に対して並行になるよう気を付ける必要があります。この時にまた、測定者の手の甲は、常に測定者本人に向いているようにします。皮下脂肪をつまむ際は、皮膚とその下の皮下脂肪組織が左手の親指と人差し指で二つ折りになっていることが大切です。筋組織は含めないよう注意して下さい。

図 8(a). 計測部位での正しいつまみ方

図 8(b).計測部位での誤ったつまみかた
－指が印の水平線よりもかなり上をつまんでいる例

図 8(c).計測部位での誤ったつまみ方
－指が水平線より下にはみ出した例

皮脂厚計はつまんだ親指と人差し指の端から 1cm 離れた場所に当てます。皮脂厚計を当てる部位が深すぎたり浅すぎたりすると数値に誤差が生じるため、目安としてつまんでいる親指と人差し指の爪の半分の深さまで皮脂厚計を差し込んでください。皮脂厚計を当てる際には必ず面に対して 90 度になるように気を付けてください。そして、皮脂厚計を当てて数値を読み取るあいだ左手はずっと皮下脂肪をつまみあげているようにしていてください。皮脂厚計で挟んでから 2 秒後に数値を読み取ってください。

(2)上腕三頭筋部皮脂厚

①対象者は自然立位もしくは座位の状態でいてもらいます。右腕は肩関節を半ば外旋させ(つまり、肩関節を体の側方に正しく置く)、肘は体側近くで伸ばして楽に下垂しておいてもらいます。

②三頭筋皮脂厚の測定部位を、上腕の長軸に並行してつまみます。

図 9. 上腕三頭筋皮脂厚の計測

(3)腹部皮脂厚(臍の横 5 ㎝)

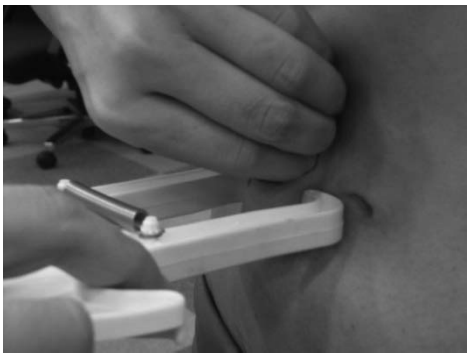


図 10. 腹部皮脂厚の計測

①対象者は立位で両腕を自然に下垂させた状態でいてもらいます。

②腹部皮脂厚の測定部位を垂直につまんで測ります。

※この部位では皮下にある筋組織がしばしば未発達のため、測定の際には皮膚がしっかりと、しかも広くつままれているかを確認することが特に重要になります。この確認を怠ると、皮下脂肪組織の厚さを過小評価してしまうことが起きるため気を付ける必要があります。

※計測の際に指や皮脂厚計を臍の中に入れないよう気をつけてください。

4)周径囲の計測

(1)周径の計測の仕方

①周径測定の際には、常にテープメジャーを巻く圧を一定に保ちながら、四肢や体軸に対して直角に巻きます。巻く圧を一定にすることは、皮膚の表面を凹ませないようにしながら、しかも測定部位に正しくテープメジャーを当てることで達成できます。

②テープメジャーと皮膚の間の隙間を最小限に抑えつつ皮膚の凹みも可能な限り減らさなくてはなりません。ヒトの体は完全な円柱形ではなく、また加齢に伴い姿勢の変化や皮膚のたるみなどが起きるため、テープメジャーがどの位置でも皮膚に接しているという事はあり得ません。しかし、そのために無理にテープメジャーを皮膚に押し付けたり、きつく締めすぎたりしないでください。

③テープメジャーを巻く際には、ケースを右手に持ち、テープメジャーの端を左手に持ちます。測定部位に向かってテープメジャーの端を上肢にまわしてから、テープメジャーの端をケースと一緒に右手でつかみます。この時点で左手は自由になるのでテープメジャーを操作して正しい計測位置に調節します。右手は正しい測定位置からテープが動かないよう軸に対して直角に引くことで適度な圧をテープメジャーに与えておき、左手を使って右手の下からテープメジャーの端を再びつかみます。これでテープメジャーは測定部位に巻かれたことになります。巻き終わったら、両手の中指を使って正しい測定部位にテープメジャーが当てられているように調節します。

④数値を読むときは、計測者の視線をテープメジャーと同じ高さにしてください。

(2) 上腕囲

①対象者は立位もしくは座位で、上肢は下垂しておいてもらいます。対象者の右腕は、テープメジャーを巻けるように最初は脇を空けてもらいますが、テープメジャーを正しい高さで腕の長軸に対して直角に巻いたら、対象者には右腕を自然な状態で下垂してもらいます。

②肩峰外縁点と橈骨骨頭点中点の高さで、上肢の長軸に対して直角にテープを巻いて測る上腕の周径を測定します。

5)長径の計測

(1)前腕長

①対象者は立位で両腕は自然に下垂してもらいます。右前腕はやや回旋させ、親指が前方、手のひらが大腿外側に向いた状態でいてもらいます。

②すでに印をつけてある橈骨骨頭点と橈骨茎状突起点の間の直線距離を計測します。セグモメータの片端を橈骨骨頭点にあて、もう片方を橈骨茎状突起点にあて計測します。

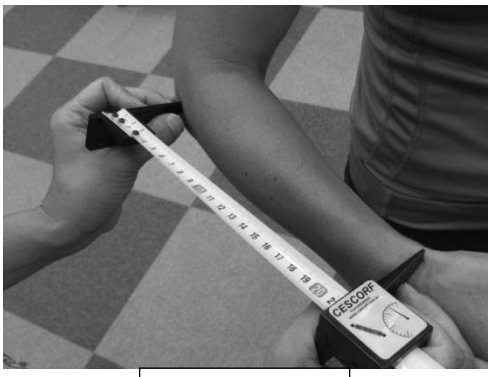


図 10. 前腕長

(2)外側膝関節高

①対象者は座位で膝を 90 度に曲げ、両腕は自然に下垂してもらいます。

②セグモメータの固定されている片端を地面に当て、もう片端を印がつけてある脛骨外側顆上縁点に合わせます。

※セグモメータは垂直に立っているよう気を付けます。

※地面が水平になっている場所で行います。

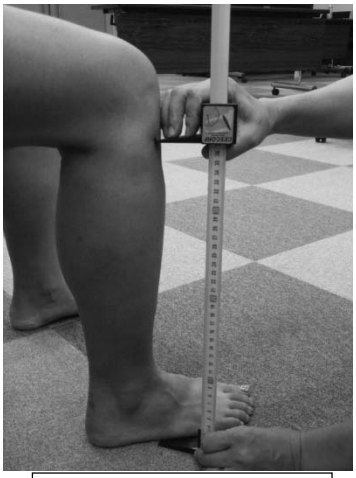


図 11. 外側膝関節高

１０．サービス記録

1．口腔機能向上や栄養改善のサービスを実施した際に、内容についてお聞きするものです。口腔機能向上と栄養改善が別紙となっています。両方のサービスを受けている場合は、2 枚ともご記入ください。

2．表中に該当する項目がある場合は、それぞれを集団（2 名以上を一緒）で行った場合は、集に○、個別にサービスを行った場合は個に○をしてください。記載されている項目に該当しない場合は、その他の欄に具体的に記述してください。

【配布資料】＊随時、送付

1. ご協力のお願い…利用者様へのご説明の際に適宜、ご使用ください。
2. 同意書…ご本人の署名（ご本人だけの承諾では不適切と判断される場合は、扶養者または保証人の方にもあわせて署名をいただいてください。）と説明者の署名をしていただき、初回の測定資料とあわせて、事務局へ送付ください。
3. ID 対応表…ID の横に順次、対象者のお名前を記入いただき、施設で保管をお願いいたします。
4. 施設調査票…早めにご記入ください。ご記入のうえ、お渡しする返信用封筒で返送をお願いします。
5. 質問票（初回用、3 か月後用、6 か月後用、1 年後用）
6. 測定記録用紙
7. 口腔ケアアセスメント票
8. 食事調査票
9. 返信用レターパック

【その他の配布物】＊後日送付
1. 食事調査用
・そのまんま料理カード
・カップ、湯呑の図版ツール
2. 体力測定用
・ストップウォッチ
・握力計
・白衣（男女各 1 枚）
・シャツ（男女各 1 枚）
・高さ 30 cm, 幅 10 cm の障害物 6 個
・大豆および小豆（各 30 個）+予備
・皿（直径 20 cm）2 枚
・食事用スプーン 1 本
・コーン　1 個
3. 身体計測用
・アイライナー
・身体計測用テープ
・皮下脂肪厚計
・セグモメータ

【事務局　送付・連絡先】

(独)国立健康・栄養研究所
栄養教育研究部　栄養ケア・マネジメント研究室　髙田和子

☎　03-3203-5418
E-mail:　kazu@nih.go.jp と hosoude@nih.go.jp の両方へご連絡をお願いします。