

令和元年度 老人保健事業推進費等補助金

老人保健健康増進等事業

利用者の口腔に関する問題や服薬状況に係る
介護支援専門員と薬剤師や歯科医師等との
連携のあり方に関する調査研究事業

報 告 書

令和2（2020）年3月

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社

■ 目 次 ■

第1章 調査実施概要.....	1
1. 事業の目的	1
2. 事業の実施方法.....	1
第2章 介護支援専門員調査.....	4
第1節 調査の概要	4
第2節 調査の結果	5
1. 事業所及び介護支援専門員の基礎情報.....	5
(1) 事業所の概要等.....	5
(2) 介護支援専門員の基礎情報.....	9
2. 担当する利用者や介護・医療サービス等の利用状況等.....	12
3. 利用者の口腔や食事摂取・栄養、服薬管理に関する情報収集等の状況	13
(1) 担当利用者が利用した訪問介護事業所数.....	13
(2) 利用者の状況に関する把握方法等.....	14
4. 利用者の口腔や食事摂取・栄養、服薬の状況に関する対応等	25
(1) 口腔に関する対応等.....	25
(2) 食事摂取・栄養に関する対応等.....	34
(3) 服薬に関する対応等.....	44
5. 他職種との連携状況や意向等.....	54
(1) 居宅介護支援事業所が連携している施設等.....	54
(2) 歯科医師等への情報提供により、利用者の口腔問題の解決等につながった事例	55
(3) 医師や管理栄養士等への情報提供により、利用者の栄養状態や全身状態の改善	66
(4) 医師や薬剤師等への情報提供により、医薬品の適正使用等改善につながった事例	72
(5) 歯科医師、薬剤師、管理栄養士等との連携において工夫していること	90
(6) 歯科医師、薬剤師、管理栄養士等との連携を行う上での課題.....	91
第3章 医療機関等調査.....	92
第1節 調査の概要	92
第2節 調査の結果	93
1. 診療所調査	93
(1) 施設の概要.....	93
(2) 医療・介護サービスの提供状況.....	97
(3) 居宅介護支援事業所・介護支援専門員との連携状況等.....	101

2. 歯科医療機関調査.....	129
(1) 施設の概要.....	129
(2) 医療・介護サービスの提供状況.....	132
(3) 居宅介護支援事業所・介護支援専門員との連携状況等.....	137
3. 保険薬局	163
(1) 施設の概要.....	163
(2) 医療・介護サービスの提供状況.....	167
(3) 居宅介護支援事業所・介護支援専門員との連携状況等.....	173
4. 栄養ケア・ステーション調査.....	205
(1) 事業所の概要.....	205
(2) 医療・介護サービスの提供状況.....	207
(3) 居宅介護支援事業所・介護支援専門員との連携状況等.....	211
第4章 まとめ	229
1. 介護支援専門員調査の主な調査結果.....	229
2. 医療機関等調査の主な調査結果.....	239
(1) 診療所調査.....	239
(2) 歯科医療機関調査.....	242
(3) 保険薬局調査.....	245
(4) 栄養ケア・ステーション調査.....	247
3. 今後の課題と提案.....	250
(1) 今後の課題.....	250
(2) 提案	254

第1章 調査実施概要

1. 事業の目的

利用者の口腔に関する問題解決や服薬状況の管理については、利用者の全身状態の維持や重症化予防等の観点からも極めて重要であり、早期発見や迅速かつ適切なサービスの提供が必要とされている。運営基準においても、「介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとする」とされている。しかしながら、こうした連携による取組の実態について、現状では必ずしも明らかとなっていない。

本事業では、こうした関係者間の連携の実態や、連携が円滑に行われていない場合にはどのような課題があるのか等を詳細に把握するとともに、円滑な連携が行われている取組事例について情報収集・分析を行う。これらを踏まえ、学識者や関係者等を構成員とする検討委員会で問題・情報の共有を図り、介護支援専門員と薬剤師や歯科医師等との連携のあり方について具体的な検討を行うとともに、先進的な取組について事例集としてとりまとめ、介護支援専門員をはじめとする関係者に広く周知することで、利用者の視点に立った、多職種連携による適切なサービス提供に資することを目的とする。

2. 事業の実施方法

①検討委員会の設置・開催

学識者、日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本栄養士会、日本介護支援専門員協会などの医療関係団体・介護関係団体の代表者等で構成される検討委員会を設置・開催した。

＜委員等構成＞

(敬称略)

【委員長】

島崎 謙治 政策研究大学院大学 教授

【委員】(五十音順)

石山 麗子 国際医療福祉大学大学院 教授

岩下 誠 公益社団法人日本薬剤師会 地域医療・保険委員会 委員

小玉 剛 公益社団法人日本歯科医師会 常務理事

田中 弥生 公益社団法人日本栄養士会 常任理事

長島 公之 公益社団法人日本医師会 常任理事

能本 守康 一般社団法人日本介護支援専門員協会 常任理事

【オブザーバー】

川部 勝一	厚生労働省老健局振興課	課長補佐
原 雄亮	厚生労働省老健局振興課	人材研修係長
高田 陽介	厚生労働省老健局振興課	人材研修係
杉浦 康友	厚生労働省老健局振興課	人材研修係
南 亮介	厚生労働省老健局老人保健課	薬事サービス専門官
田上真理子	厚生労働省老健局老人保健課	医療・介護連携技術推進官
日名子まき	厚生労働省老健局老人保健課	介護予防栄養調整官

【事務局】 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社

田極 春美	社会政策部	主任研究員
田村 浩司	経済政策部	主任研究員
星芝 由美子	社会政策部	主任研究員

<委員会開催状況>

回数	開催日	議題
第1回	令和元年10月11日	・事業概要案について ・各調査票案について ・先進事例について
第2回	令和2年3月27日	・報告書案について

②文献調査の実施

介護支援専門員と医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士等との連携に関する先進事例等を把握するために文献調査を実施した。

③アンケート調査の実施

介護支援専門員と医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士等との連携の実態及び連携上の課題等を把握するためにアンケート調査を実施した。

アンケートはそれぞれの客体ごとに、①介護支援専門員票、②診療所票、③歯科医療機関票、④保険薬局票、⑤栄養ケア・ステーション票の5種類を実施した。

＜アンケート調査＞

調査票	対象
①介護支援専門票	一般社団法人日本介護支援専門員協会会員が所属する居宅介護支援事業所の介護支援専門員 2,000 事業所
②診療所票	全国の在宅療養支援診療所の中から無作為抽出した 1,000 施設
③歯科医療機関票	全国の在宅療養支援歯科診療所の中から無作為抽出した 1,000 施設
④保険薬局票	全国の保険薬局の中から無作為抽出した 1,000 施設
⑤栄養ケア・ステーション票	認定栄養ケア・ステーション（悉皆）

第2章 介護支援専門員調査

第1節 調査の概要

(1) 調査の目的

居宅介護支援事業所の介護支援専門員における、利用者の口腔に関する問題や服薬状況、栄養状況等についての情報収集状況や、医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士等との連携の実態や連携を行う上での課題、先進事例等を把握することを目的として、アンケート調査を実施した。

(2) 調査対象

一般社団法人日本介護支援専門員協会会員の中から無作為抽出した介護支援専門員 2,000 人（抽出）を対象とした。

(3) 調査方法

- ・介護支援専門員の勤務する居宅介護支援事業所に対して自記式調査票の郵送配布・回収とした。
- ・調査期間は令和元年 12 月 3 日～令和 2 年 1 月 10 日。未回答事業所に対する督促を実施し、最終 3 月 4 日回収分までを有効回答とした。

(4) 回収結果

客体数 2,000 件に対し、有効回答数は 957 件、有効回答率は 47.9%であった。

図表 1 回収結果

①客体数	②回収数	③回収率	④有効回答数	⑤有効回答率
2,000	1,087	54.4%	957	47.9%

(注) 回収数のうち、115 件は未着分、15 件は事業廃止など。

第2節 調査の結果

1. 事業所及び介護支援専門員の基礎情報

(1) 事業所の概要等

①所在地

本調査で有効回答が得られた957事業所について所在地をみると、「熊本県」が40件(4.2%)で最も多く、次いで「青森県」「三重県」「鹿児島県」がいずれも34件(3.6%)であった。

図表 2 所在地

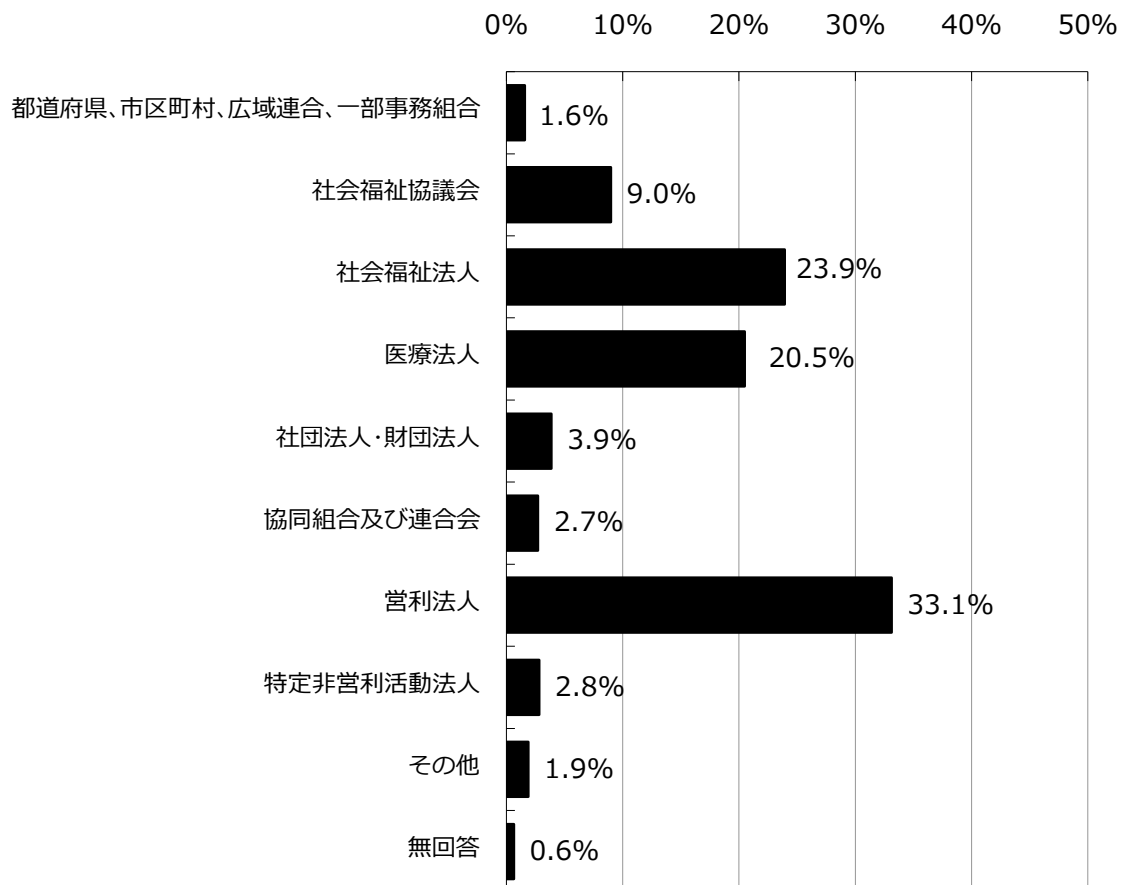
都道府県	件数	構成割合	都道府県	件数	構成割合
北海道	22	2.3%	滋賀県	21	2.2%
青森県	34	3.6%	京都府	16	1.7%
岩手県	23	2.4%	大阪府	30	3.1%
宮城県	5	0.5%	兵庫県	29	3.0%
秋田県	25	2.6%	奈良県	7	0.7%
山形県	6	0.6%	和歌山県	20	2.1%
福島県	19	2.0%	鳥取県	6	0.6%
茨城県	28	2.9%	島根県	21	2.2%
栃木県	8	0.8%	岡山県	25	2.6%
群馬県	28	2.9%	広島県	20	2.1%
埼玉県	9	0.9%	山口県	25	2.6%
千葉県	22	2.3%	徳島県	15	1.6%
東京都	16	1.7%	香川県	23	2.4%
神奈川県	18	1.9%	愛媛県	0	0.0%
新潟県	15	1.6%	高知県	12	1.3%
富山県	13	1.4%	福岡県	27	2.8%
石川県	18	1.9%	佐賀県	6	0.6%
福井県	27	2.8%	長崎県	25	2.6%
山梨県	26	2.7%	熊本県	40	4.2%
長野県	25	2.6%	大分県	32	3.3%
岐阜県	12	1.3%	宮崎県	33	3.4%
静岡県	21	2.2%	鹿児島県	34	3.6%
愛知県	16	1.7%	沖縄県	20	2.1%
三重県	34	3.6%	無回答	0	0.0%
			全体	957	100.0%

(注) 令和元年10月1日時点。

②開設主体

事業所の開設主体をみると、「営利法人」が 33.1%で最も多く、次いで「社会福祉法人」(23.9%)、「医療法人」(20.5%)、「社会福祉協議会」(9.0%)であった。

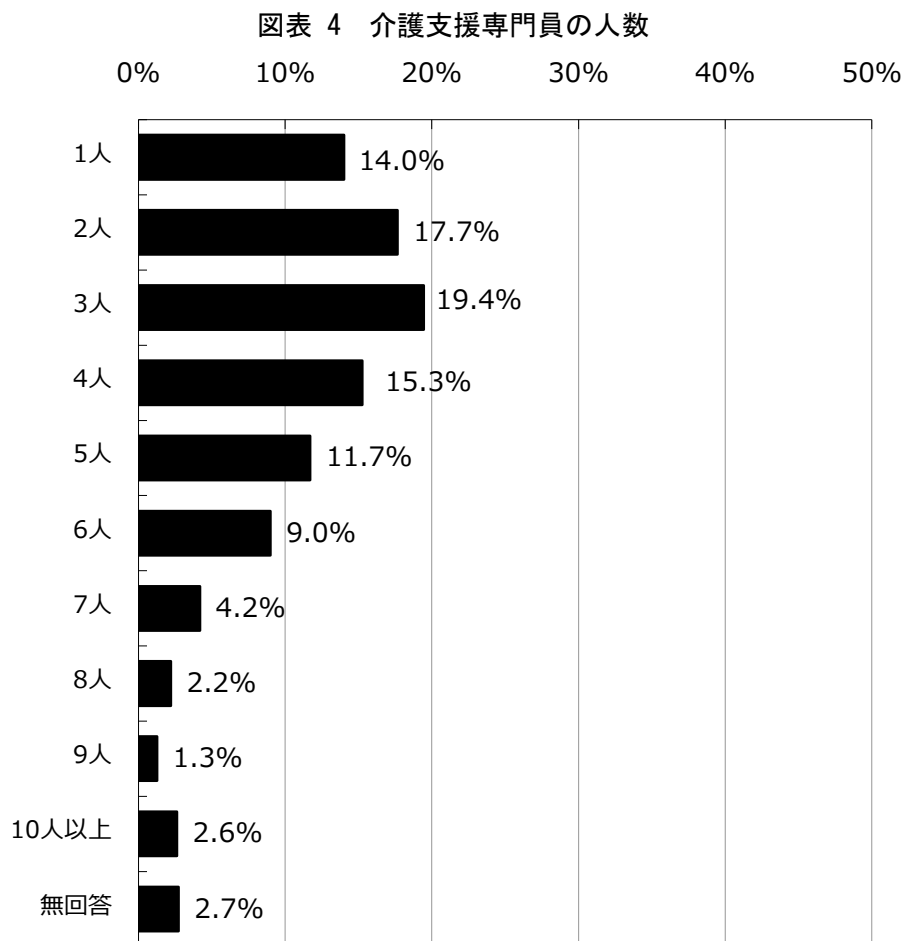
図表 3 開設主体（単数回答、n=957）



③介護支援専門員の人数

事業所の介護支援専門員の人数をみると、「3人」が19.4%で最も多く、次いで「2人」(17.7%)、「4人」(15.3%)であった。

1事業所あたりの平均人数は3.8人(中央値3.0)であった。



図表 5 介護支援専門員の人数 (n=931)

(単位：人)

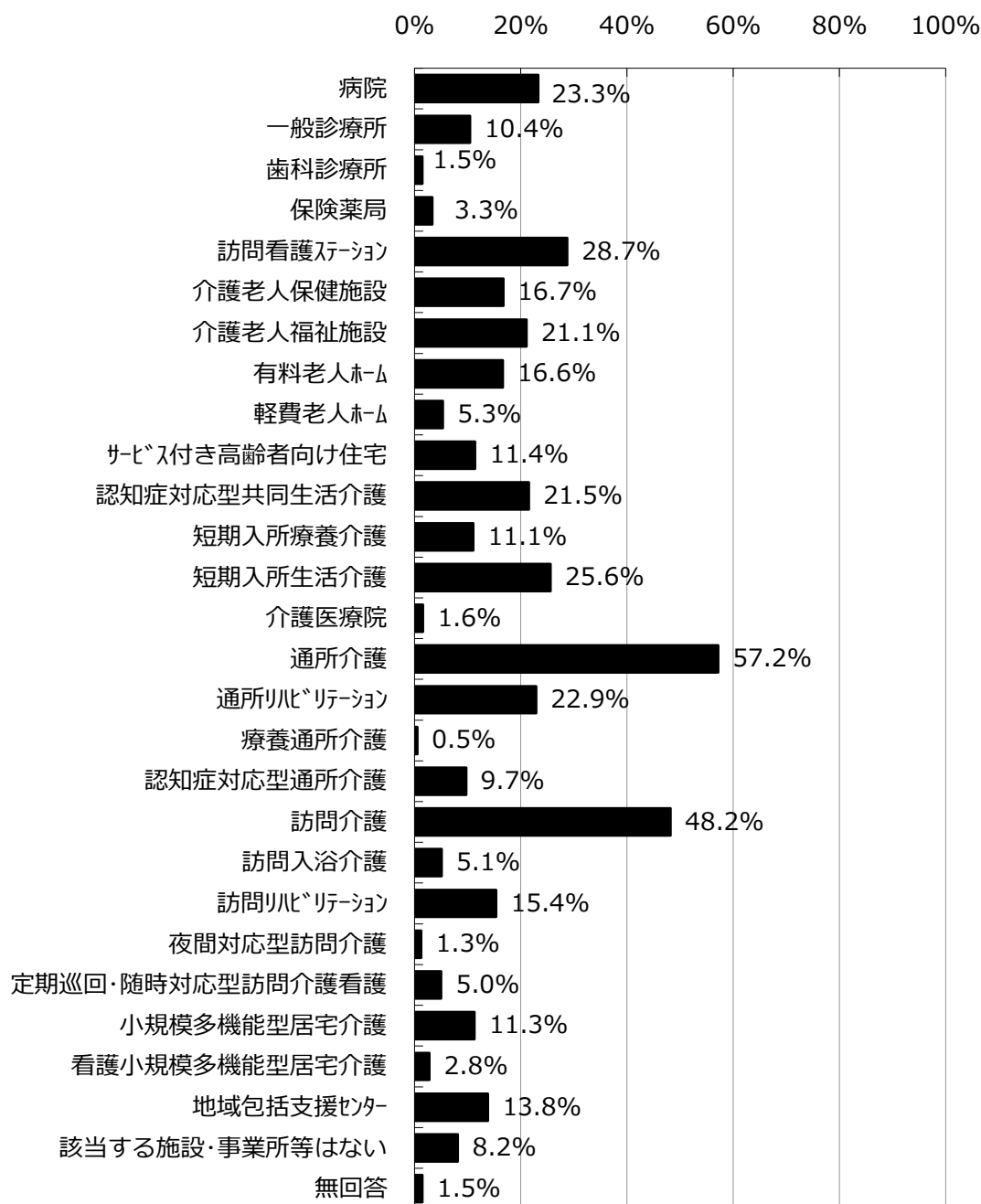
平均値	標準偏差	中央値
3.8	2.3	3.0

(注) 介護支援専門員の人数について記入のあった931件を集計対象とした。

④事業所の同一法人または関連法人が運営している施設・事業所

事業所の同一法人または関連法人が運営している施設・事業所をみると、「通所介護」が57.2%で最も多く、次いで「訪問介護」(48.2%)、「訪問看護ステーション」(28.7%)、「短期入所生活介護」(25.6%)であった。

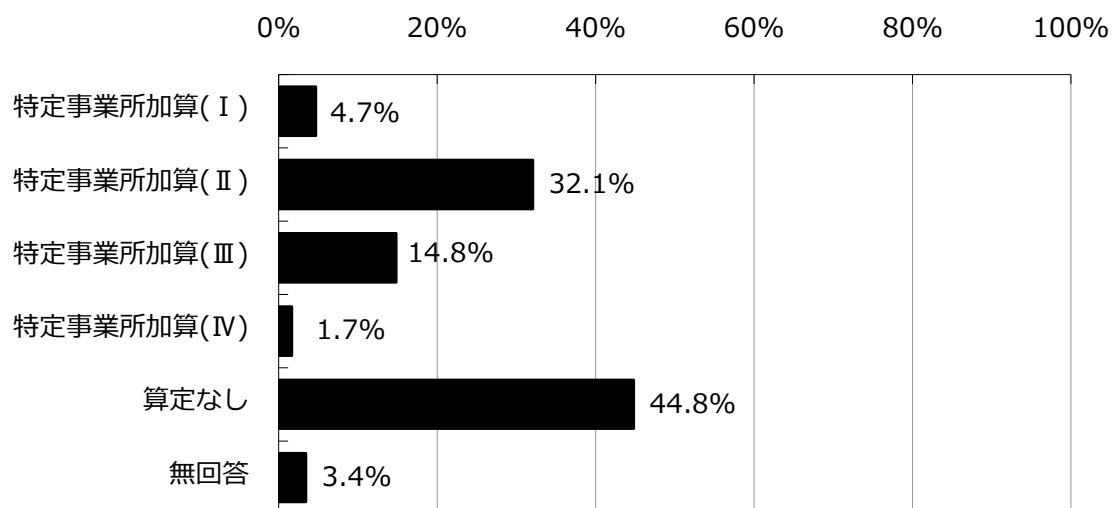
図表 6 事業所の同一法人または関連法人が運営している施設・事業所
(複数回答、n=957)



⑤特定事業所加算の算定状況

特定事業所加算の算定状況を見ると、「算定なし」が44.8%であった。「特定事業所加算（Ⅰ）」が4.7%、「特定事業所加算（Ⅱ）」が32.1%、「特定事業所加算（Ⅲ）」が14.8%、「特定事業所加算（Ⅳ）」が1.7%であった。

図表 7 特定事業所加算の算定状況（複数回答、n=957）



(2) 介護支援専門員の基礎情報

ここでは、回答者の介護支援専門員についての基礎情報をまとめた。

①介護支援専門員としての業務経験年数

介護支援専門員としての業務経験年数を見ると、平均11.8年（中央値12.0）であった。

図表 8 介護支援専門員としての業務経験年数（n=945）

（単位：年）

平均値	標準偏差	中央値
11.8	5.3	12.0

（注）介護支援専門員としての業務経験年数について記入のあった945件を集計対象とした。

②現在の事業所での介護支援専門員としての業務経験年数

現在の事業所での介護支援専門員としての業務経験年数をみると、平均 8.5 年（中央値 7.6）であった。

図表 9 現在の事業所での介護支援専門員としての業務経験年数（n=945）

（単位：年）

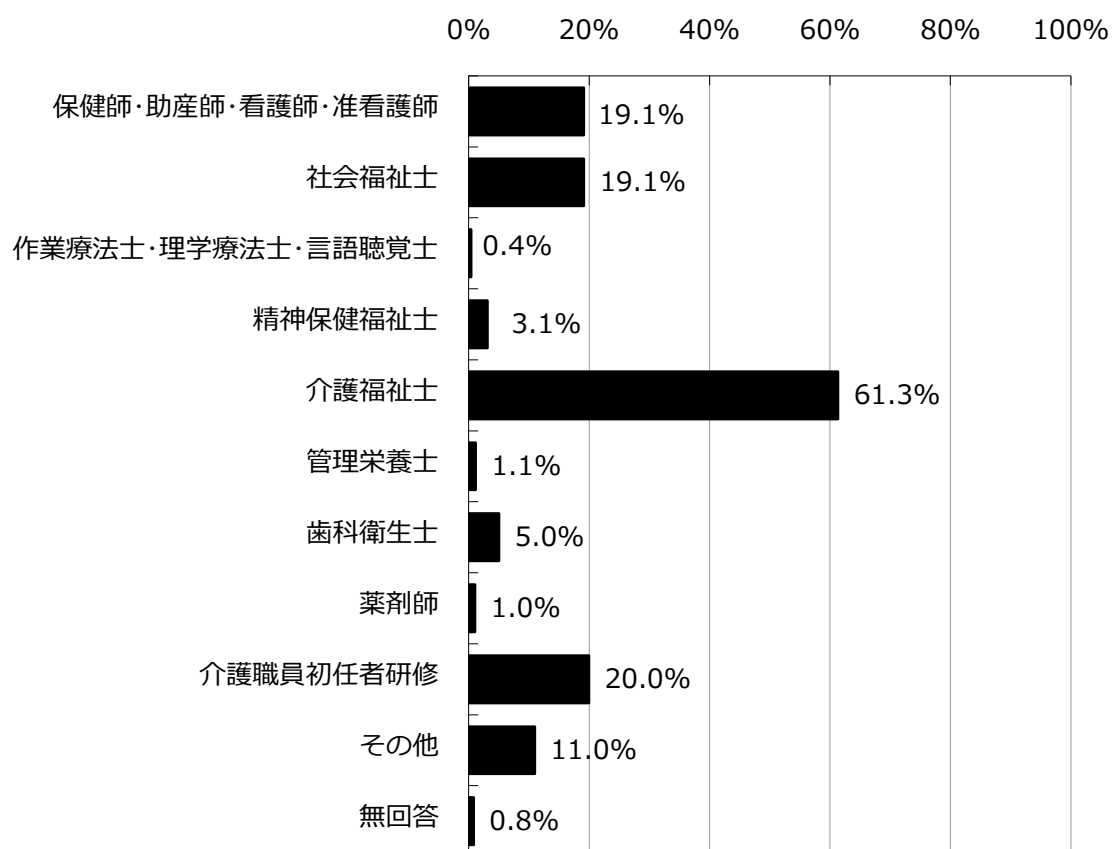
平均値	標準偏差	中央値
8.5	5.6	7.6

（注）現在の事業所での介護支援専門員としての業務経験年数について記入のあった 945 件を集計対象とした。

③保有資格

保有資格をみると、「介護福祉士」が 61.3%で最も多く、次いで「介護職員初任者研修」(20.0%)、「保健師・助産師・看護師・准看護師」「社会福祉士」（いずれも 19.1%）であった。

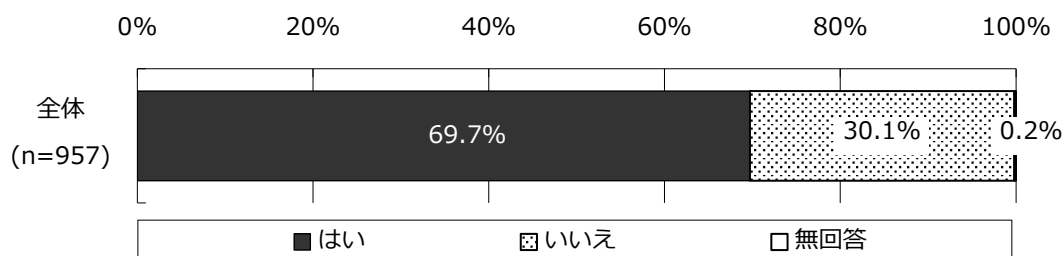
図表 10 保有資格（複数回答、n=957）



④主任介護支援専門員か否か

主任介護支援専門員か否かをみると、「はい」が69.7%、「いいえ」が30.1%であった。

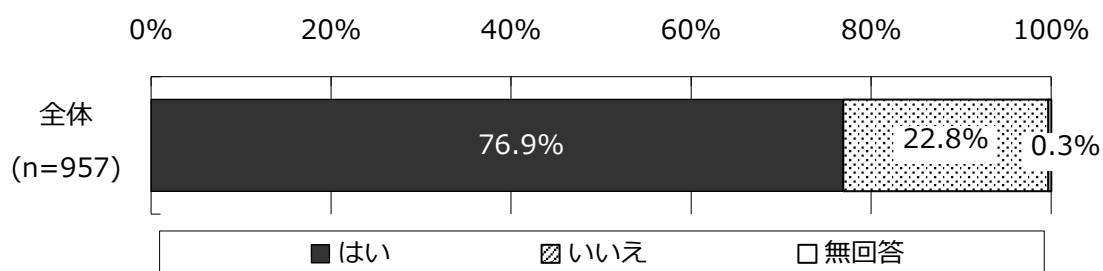
図表 11 主任介護支援専門員か否か



⑤事業所の管理者か否か

事業所の管理者か否かをみると、「はい」が76.9%、「いいえ」が22.8%であった。

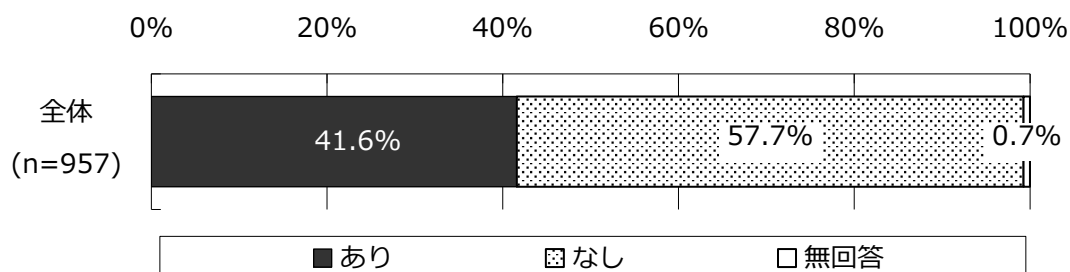
図表 12 事業所の管理者か否か



⑥医療機関での勤務経験の有無

医療機関での勤務経験の有無をみると、「あり」が41.6%、「なし」が57.7%であった。

図表 13 医療機関での勤務経験の有無



2. 担当する利用者や介護・医療サービス等の利用状況等

①担当利用者の要介護度別人数

担当する利用者の要介護度別人数は、「要支援 1・2」が平均 5.27 人、「要介護 1」が平均 9.38 人、「要介護 2」が平均 7.96 人、「要介護 3」が平均 4.76 人、「要介護 4」が平均 3.06 人、「要介護 5」が平均 2.16 人であった。

図表 14 要介護度別担当利用者数 (n=864)

(単位：人)

	平均値	標準偏差	中央値
要支援 1・2	5.27	6.00	4.00
要介護 1	9.38	5.83	9.00
要介護 2	7.96	4.70	7.00
要介護 3	4.76	3.03	5.00
要介護 4	3.06	2.39	3.00
要介護 5	2.16	2.25	2.00
合計	32.60	14.06	32.50

(注) 要介護度別担当利用者数について記入のあった 864 件を集計対象とした。

②医療・介護サービスの利用状況別利用者数

医療・介護サービスの利用状況別の利用者数は次の通りである。

図表 15 医療・介護サービスの利用状況別利用者数

(単位：人)

	回答数	平均値	標準偏差	中央値
歯科医師による訪問歯科診療等の利用者数	850	1.29	2.42	1.00
歯科衛生士による訪問歯科衛生指導等の利用者数	848	0.87	3.37	0.00
処方薬による薬物治療を受けている利用者数	822	20.40	17.51	25.00
薬剤師による訪問薬剤管理指導等の利用者数	850	1.94	3.71	1.00
管理栄養士による訪問栄養食事指導等の利用者数	853	0.10	1.04	0.00

(注) 各利用者数について記入のあった事業所をそれぞれ集計対象とした。

図表 16 医療・介護サービスの利用状況別利用者数（「0」を除く）

(単位：人)

	回答数	平均値	標準偏差	中央値
歯科医師による訪問歯科診療等の利用者数	427	2.58	2.90	2.00
歯科衛生士による訪問歯科衛生指導等の利用者数	243	3.04	5.77	2.00
処方薬による薬物治療を受けている利用者数	596	28.14	14.32	30.00
薬剤師による訪問薬剤管理指導等の利用者数	469	3.51	4.42	2.00
管理栄養士による訪問栄養食事指導等の利用者数	43	1.95	4.29	1.00

(注) 各利用者の実績があった事業所をそれぞれ集計対象とした。

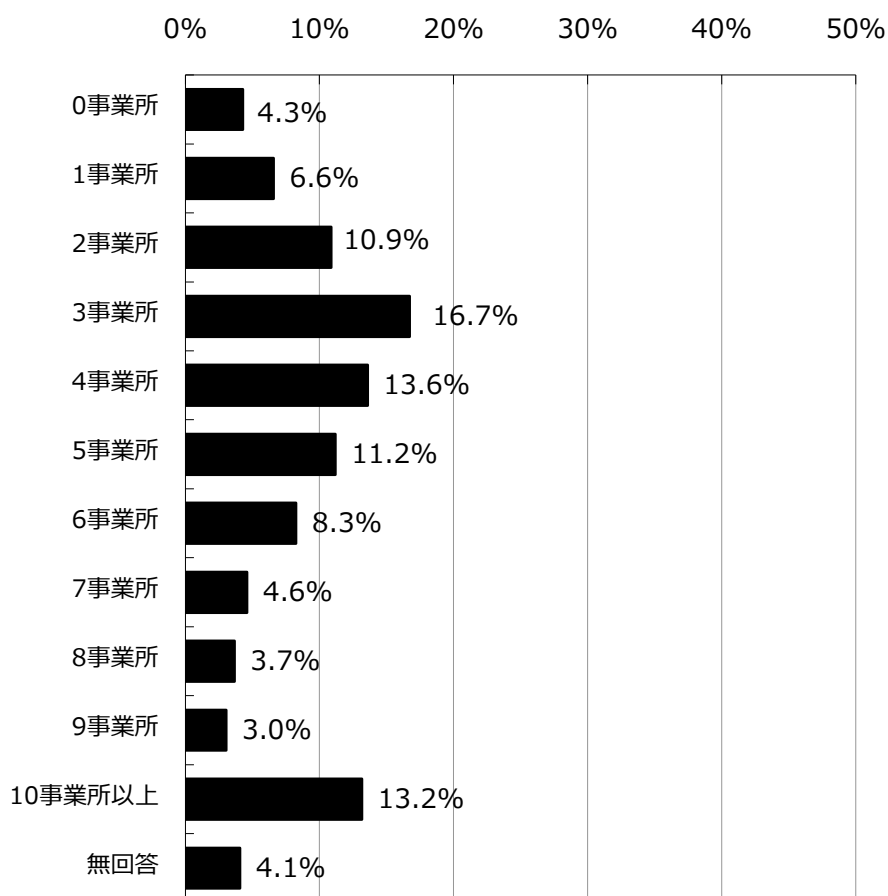
3. 利用者の口腔や食事摂取・栄養、服薬管理に関する情報収集等の状況

(1) 担当利用者が利用した訪問介護事業所数

介護支援専門員が担当した利用者（令和元年9月分の給付管理で実績があった利用者）が利用した訪問介護事業所は「3事業所」が16.7%で最も多く、次いで「4事業所」（13.6%）、「5事業所」（11.2%）であった。

介護支援専門員1人あたりの利用した訪問介護事業所数は平均5.5事業所（中央値4.0）であった。

図表 17 担当する利用者が利用した訪問介護事業所数（令和元年9月）



図表 18 担当する利用者が利用した訪問介護事業所数（令和元年9月、n=918）

（単位：事業所）

平均値	標準偏差	中央値
5.5	5.2	4.0

（注）利用した訪問介護事業所数について記入のあった918件を集計対象とした。

（２）利用者の状況に関する把握方法等

①利用者の状況に関する把握できている程度

介護支援専門員が担当している利用者の状況をどの程度把握しているかを「十分に把握できている」「概ね把握できている」「5割くらい把握できている」「あまり把握できていない」「全く把握できていない」の5択で尋ねたところ、「十分に把握できている」という回答は最も多いものでも16.4%であった。これに「概ね把握できている」を合わせると、4割から8割未満と項目による格差がみられた。

「薬が大量に余っているまたは複数回分の薬を一度に服用していることがないか」をみると、「十分に把握できている」は10.1%、「概ね把握できている」が65.9%で両者を合わせると76.0%であった。

「薬の服用を拒絶していることがないか」をみると、「十分に把握できている」は16.1%、「概ね把握できている」が66.5%で両者を合わせると82.6%となった。

「使い切らないうちに新たに薬が処方されていることがないか」をみると、「十分に把握できている」は7.2%で、「概ね把握できている」が49.3%で両者を合わせると56.5%であった。

「口臭や口腔内出血があるかどうか」をみると、「十分に把握できている」は4.3%、「概ね把握できている」が32.8%で両者を合わせると37.1%であった。

「体重の増減が推測される見た目の変化があるかどうか」をみると、「十分に把握できている」は15.3%、「概ね把握できている」が64.8%で両者を合わせると80.1%であった。

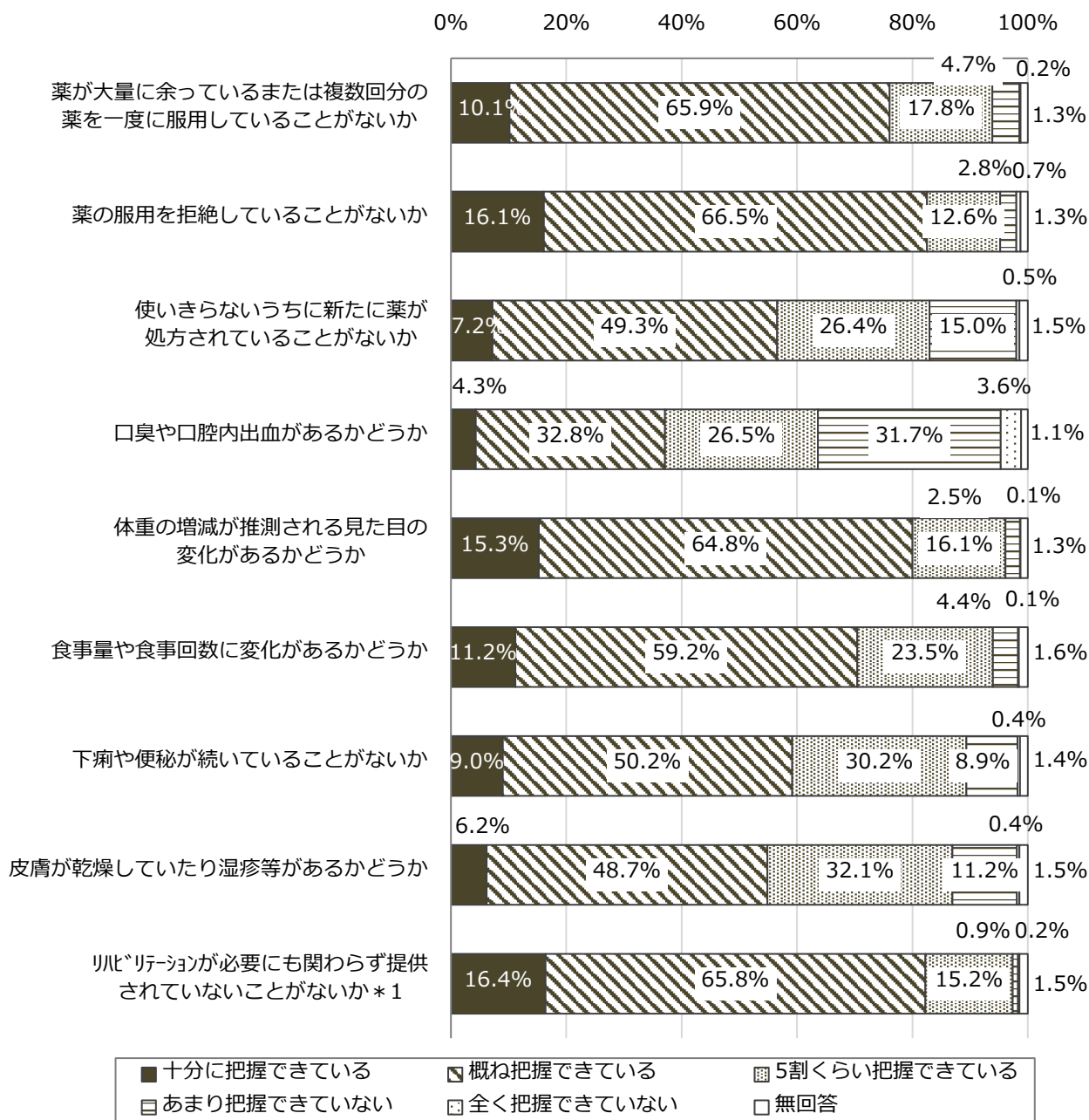
「食事量や食事回数に変化があるかどうか」をみると、「十分に把握できている」は11.2%、「概ね把握できている」が59.2%で両者を合わせると70.4%であった。

「下痢や便秘が続いていることがないか」をみると、「十分に把握できている」は9.0%、「概ね把握できている」が50.2%で両者を合わせると59.2%であった。

「皮膚が乾燥していたり湿疹等があるかどうか」をみると、「十分に把握できている」は6.2%、「概ね把握できている」が48.7%で両者を合わせても54.9%であった。

「リハビリテーションの提供が必要と思われる状態にあるにも関わらず提供されていないことがないか」をみると、「十分に把握できている」は16.4%で9項目中で最も割合が高かった。また、「概ね把握できている」が65.8%であり、両者を合わせると82.2%であった。

図表 19 利用者の状況の把握状況

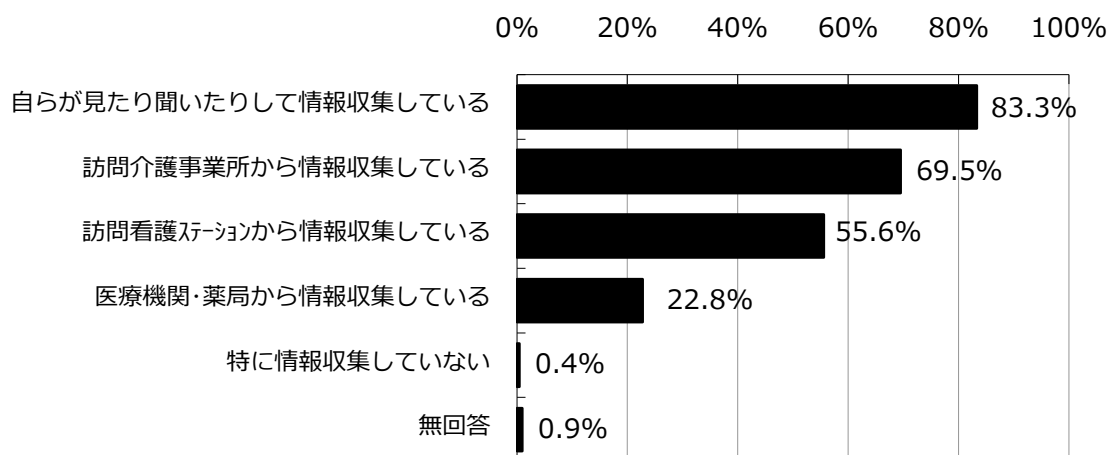


*1：調査票では「リハビリテーションの提供が必要と思われる状態にあるにも関わらず提供されていないことがないか」（以下、同様）。

②利用者の状況に関する情報収集の方法

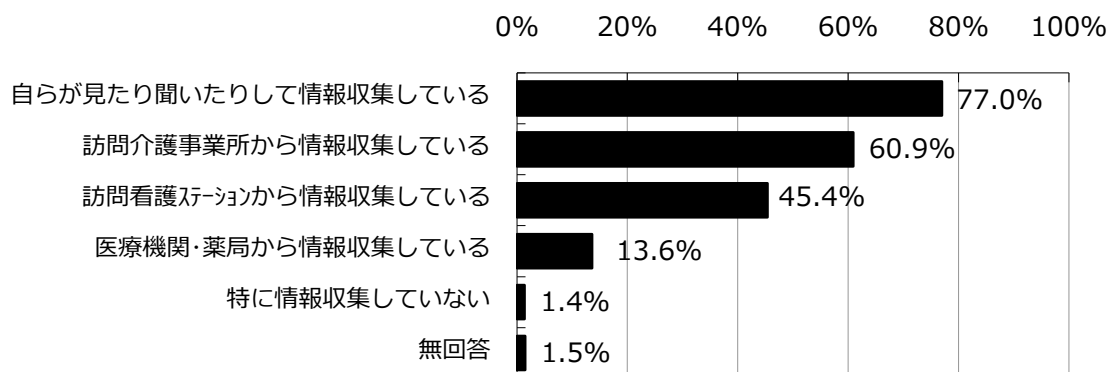
図表 20 利用者の状況に関する情報収集の方法（複数回答、n=957）

～1）薬が大量に余っているまたは複数回分の薬を一度に服用していることがないか～



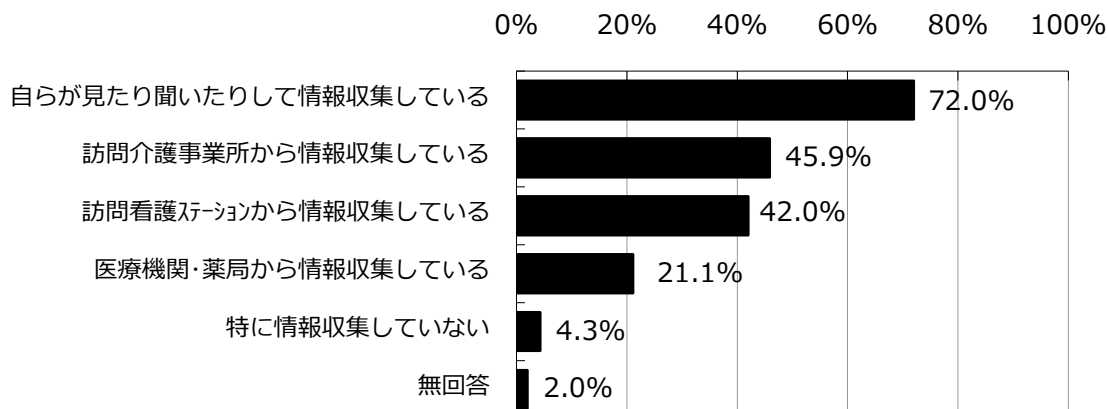
図表 21 利用者の状況に関する情報収集の方法（複数回答、n=957）

～2）薬の服用を拒絶していることがないか～



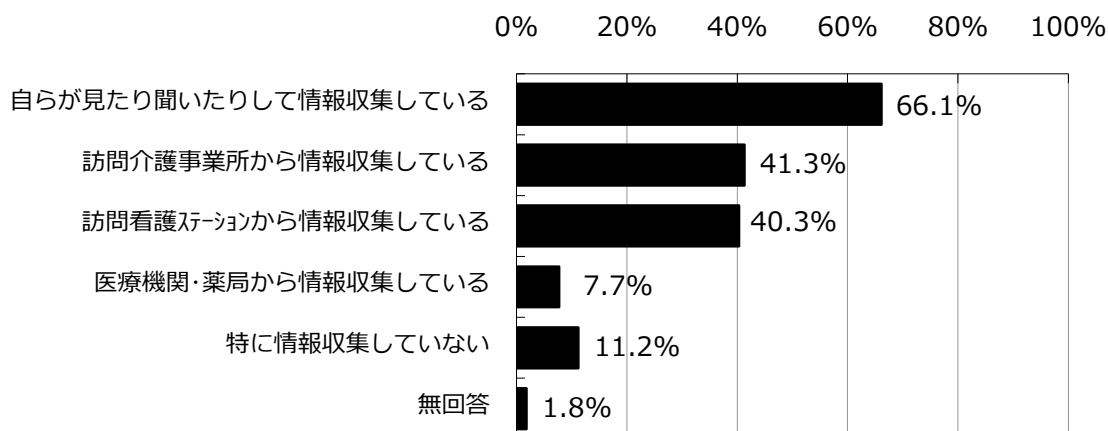
図表 22 利用者の状況に関する情報収集の方法（複数回答、n=957）

～3）使い切らないうちに新たに薬が処方されていることがないか～



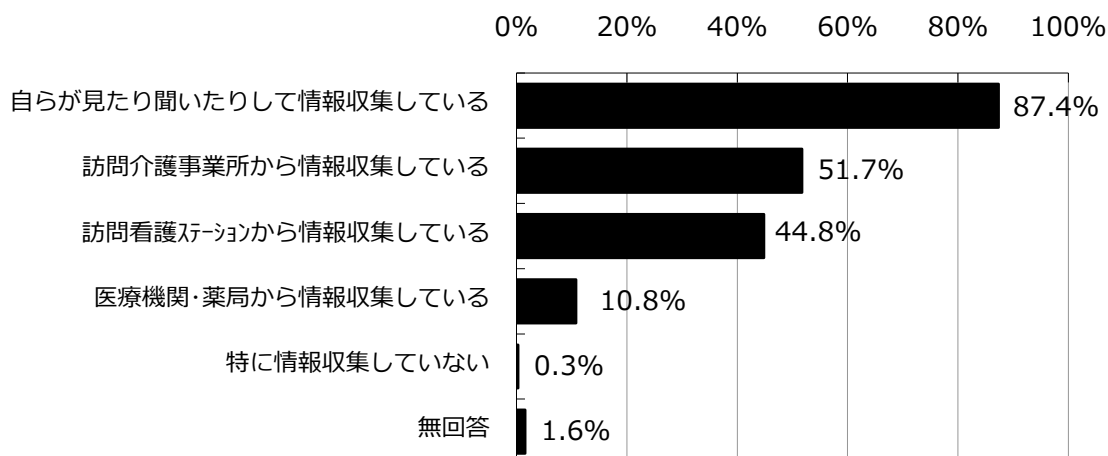
図表 23 利用者の状況に関する情報収集の方法（複数回答、n=957）

～4) 口臭や口腔内出血があるかどうか～



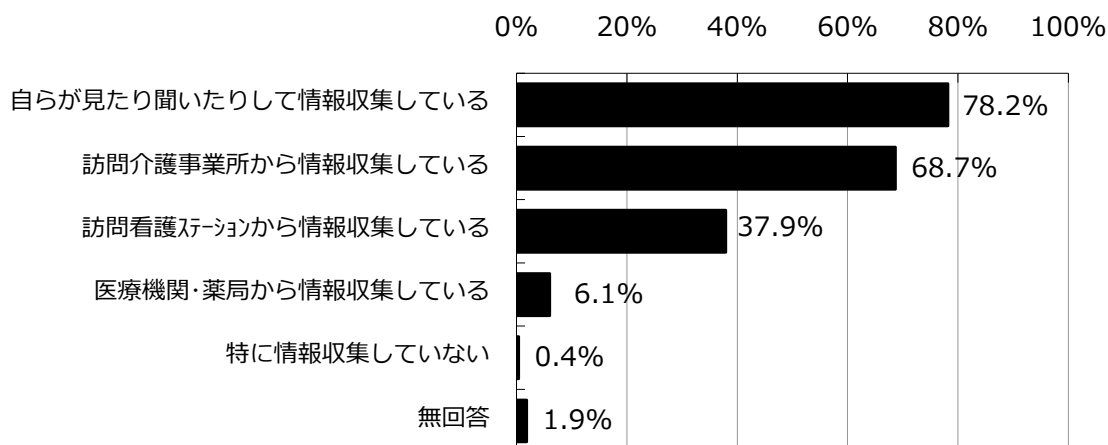
図表 24 利用者の状況に関する情報収集の方法（複数回答、n=957）

～5) 体重の増減が推測される見た目の変化があるかどうか～



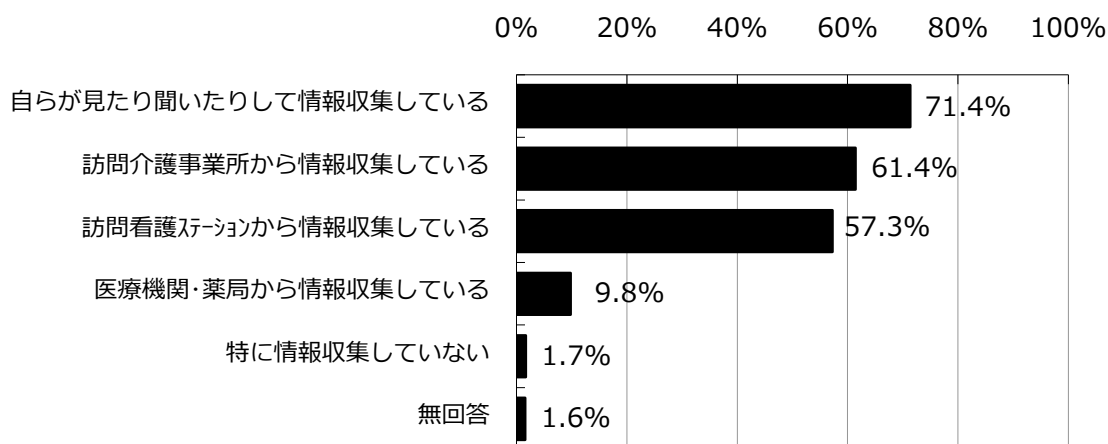
図表 25 利用者の状況に関する情報収集の方法（複数回答、n=957）

～6) 食事量や食事回数に変化があるかどうか～



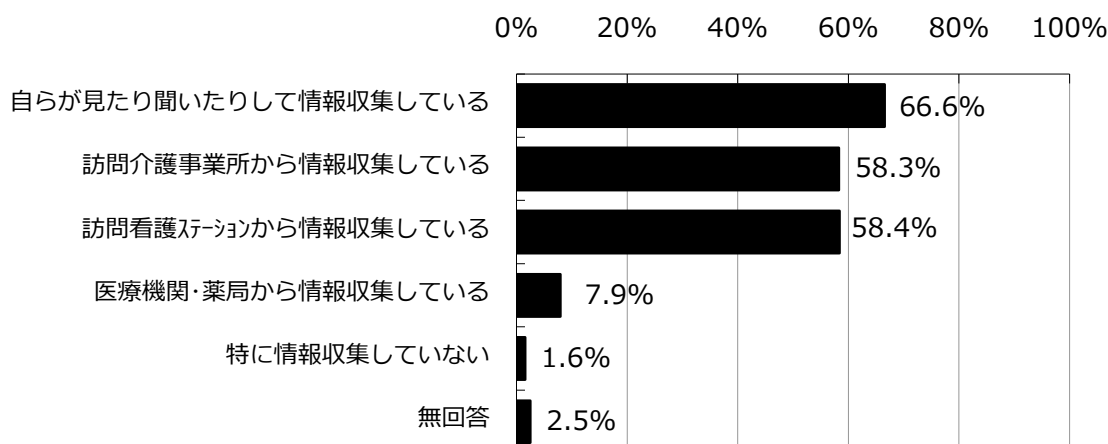
図表 26 利用者の状況に関する情報収集の方法（複数回答、n=957）

～7）下痢や便秘が続いていることがないか～



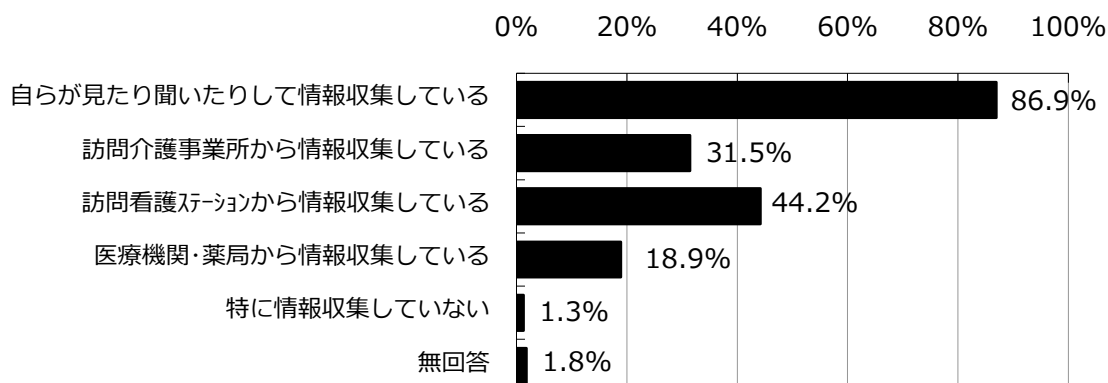
図表 27 利用者の状況に関する情報収集の方法（複数回答、n=957）

～8）皮膚が乾燥していたり湿疹等があるかどうか～



図表 28 利用者の状況に関する情報収集の方法（複数回答、n=957）

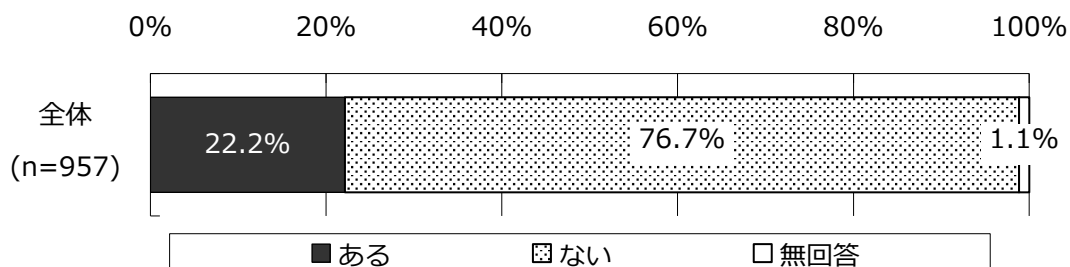
～9）リハビリテーションの提供が必要と思われる状態にあるにも関わらず提供されていないことがないか～



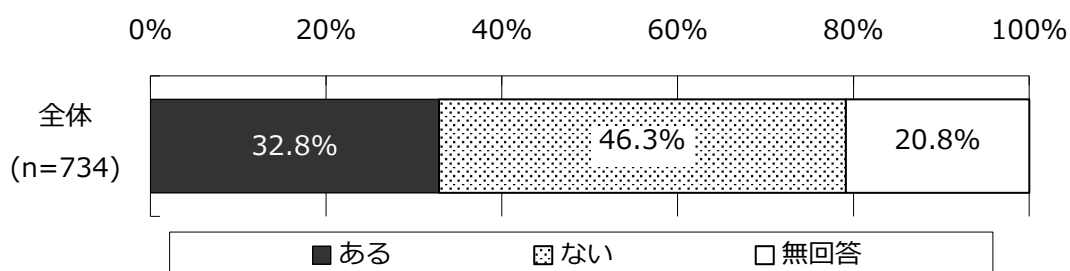
③利用者ごとの情報連携シート等の有無

口腔や食事摂取・栄養、服薬の状況等を定期的に把握するための利用者ごとの情報連携シート等の有無をみると、「ある」は 22.2%、「ない」が 76.7%であった。なお、利用者ごとの情報連携シート等が「ない」と回答した介護支援専門員のうち、32.8%が利用意向が「ある」と回答している。

図表 29 利用者ごとの情報連携シート等の有無

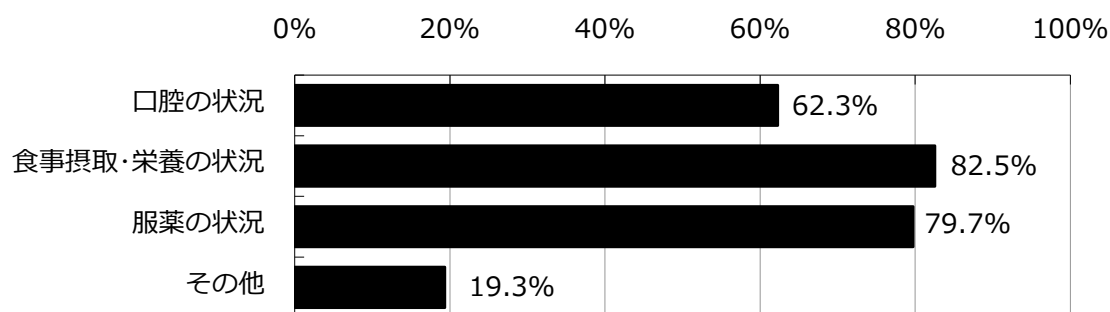


図表 30 利用者ごとの情報連携シート等の利用意向
(利用者ごとの情報連携シート等が「ない」と回答した人)



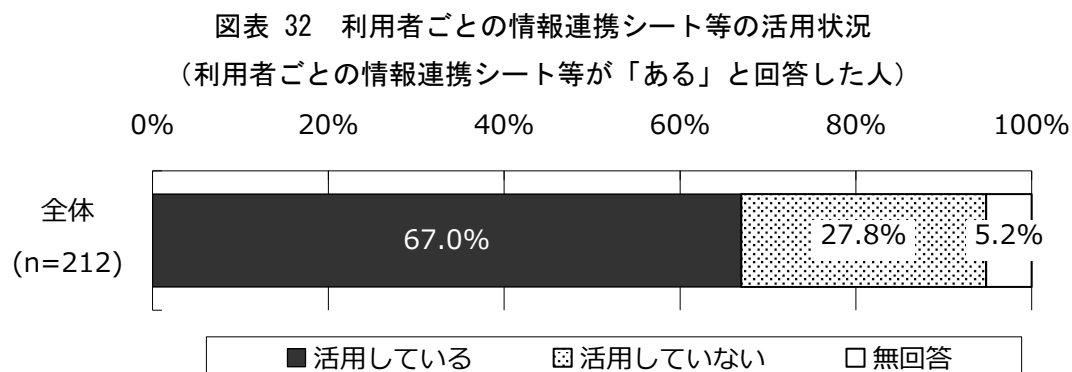
利用者ごとの情報連携シート等で掲載している情報についてみると、「口腔の状況」が 62.3%、「食事摂取・栄養の状況」が 82.5%、「服薬の状況」が 79.7%であった。

図表 31 利用者ごとの情報連携シート等の掲載情報
(利用者ごとの情報連携シート等が「ある」と回答した人、複数回答、n=212)



(注) 「その他」の内容として、「体重」(9件)、「ADL」(6件)、「心身状態」(6件)、「生活全般」(4件)、「排泄状況」(4件)、「嚥下状態」(3件)、「サービス利用状況」(3件)、「身体状況」(3件)、「IADL」(2件)、「認知機能」(2件)、「バイタルチェック」(2件)、「病状」(2件)等が挙げられた。

また、この利用者ごとの情報連携シート等の活用状況については、「活用している」が67.0%、「活用していない」が27.8%であった。



利用者ごとの情報連携シート等があるものの活用していない理由として、以下の内容が挙げられた。

図表 33 利用者ごとの情報連携シート等があるものの活用していない理由
(利用者ごとの情報連携シート等を「活用していない」と回答した人、自由記述式)

- ・書類作成が多く手がまわらないため（同旨含め 26 件）。
 - ・他の記録を活用しているから（同旨含め 22 件）。
 - ・活用の仕方がわからないから（同旨含め 8 件）。
 - ・対象者が少ないから（同旨含め 7 件）。
 - ・必要性を感じないから（同旨含め 7 件）。
 - ・口腔ケアに関する意識が低いから（同旨含め 4 件）。
 - ・利用者によって必要・不要があり、全ての利用者全員に活用できないから（同旨含め 4 件）。
- ／等

図表 34 利用者ごとの情報連携シート等を活用しやすくするための工夫
(利用者ごとの情報連携シート等を「活用していない」と回答した人、自由記述式)

- ・チェックシートのような簡潔に記入できる様式（同旨含め 37 件）。
 - ・様式の統一化（同旨含め 19 件）。
 - ・シート活用のための勉強会・研修などの開催（同旨含め 11 件）。
 - ・モニタリング様式等に組み込むこと（同旨含め 8 件）。
 - ・ネット上での連携・ダウンロードができること（同旨含め 8 件）。
 - ・必要性やメリットが実感できるものとする（同旨含め 4 件）。
- ／等

④利用者の口腔や食事摂取・栄養、服薬の状況等を適切かつ迅速に把握するために工夫していること

利用者の口腔や食事摂取・栄養、服薬の状況等を適切かつ迅速に把握するために工夫していることを自由記述式で記載していただいた内容を以下にとりまとめた。

図表 35 利用者の口腔や食事摂取・栄養、服薬の状況等を適切かつ迅速に把握するために工夫していること（自由記述式）

○情報連携シート・アセスメントシート等で確認

- ・アセスメント・情報連携シートの活用。
- ・アセスメントシートの中に項目があり、更新や状況変化時に確認。注意が必要な方には毎月本人に確認したり、事業所と共有している。
- ・介護予防では、口腔・栄養アセスメントシートを利用している。／等

○利用者ごとの共有ノート等を活用

- ・連絡ノート等の利用を通して情報共有を行っており、記入項目を固定していない。特別に口腔や食事等について毎回記入を行っているわけではなく、変化があった場合に共有している。
- ・共有ノートを作成し、情報共有と把握を心がけている。急ぎの場合などは直接連絡して頂くよう担当者会議等で周知している。
- ・個々の利用者ごとのノートがあり、訪問した際に各事業所、ドクターみんなが記載している。
- ・各利用者の一覧チェックシートを活用し、各職員が必ず行った際にチェックを入れ、毎日わかりやすい場所に貼り出してすぐに確認できるようにしているので、それを確認させてもらっている。
- ・現在、由布市では「ゆーふーネット」というインターネットを活用した情報共有システムを導入し、居宅介護支援事業所、サービス事業所で利用者の情報を共有するようにしている。帳票や紙、電話等ではなく入力して情報が確認できるシステムを活用している。／等

○プランに位置づけ

- ・通所やショート利用者は、定期的な体重測定の実施をプランに位置づけ、増減の経過観察と報告を依頼している。
- ・口腔、食事摂取、栄養、服薬等の評価が必要な利用者はプランにあげ、毎月の報告を受け評価できるようにしている。
- ・服薬については毎日の訪問で確認。プランにも位置づけ、事業所からも連絡をもらえるよう体制を作る。
- ・定期的な観察が必要な方については、プランにのせているので毎日のモニタリングで

チェックしている。

- ・ 必要な利用者はケアプランに入れたり、口腔機能向上加算、居宅療養管理指導（薬剤師）等をお願いする。適確な情報を得られる。
- ・ ミールラウンドを定期的に関催し、利用者の状況を様々な専門職種で観察してケアプランに反映したり、経過を観察する機能を保持している。／等

○モニタリング時に確認

- ・ モニタリングの時に、毎回、食事摂取量の確認と服薬状況を聞くことで、介護者へ意識付けをし、変化があれば連絡を頂くようにしている。また、サービス提供事業所の利用時にも変化があれば相談するように伝えており、情報共有を図っている。
- ・ モニタリングで訪問した時に確認するようにしている。心配な方については、事業所に変化があったらすぐに連絡がもらえるように前もって依頼しておく。
- ・ アセスメント、モニタリングの時に食事摂取量の確認・体重増減の確認を行っている。会話している時に口臭の確認を行っている。
- ・ 口臭の有無、義歯調整ができていないか、ムセが出ていないか、肌が潤っているか、服薬管理はどのようにしているか、飲み忘れたことがあるか等をモニタリングの際に観察や質問で確認する。／等

○自らの目で確認、直接情報収集

- ・ 受診同行による医師の診察内容・指示の把握。
- ・ 受診同行し薬局へ付添いし確認する。一包化、薬カレンダーの活用等を薬局の薬剤師に相談する。
- ・ 介護サービス利用中にサービス事業所に行き、食事をしている様子や食後の口腔ケアなどを直に見て情報収集している。また、職員に聞き取りをし、情報連携の確認を行っている。利用者の自宅に訪問し、食事の様子など、普段の習慣なども含め、家族に聴取している。
- ・ 口腔ケアや栄養状態は利用者の健康維持に大きく左右されるため居宅療養管理指導の際、立ち会わせていただき情報をいただくようにしている。
- ・ 口腔は見せていただく。食事量、内容は本人に聞いたり家族に聞く。薬も本人、家族に聞く。時には見せて頂く。／等

○サービス事業所からの情報収集

- ・ サービス関係者との連絡を密にとるようにしている。
- ・ サービス事業所からの報告書の把握。気になることがあれば直接問い合わせる。
- ・ 各サービス事業所（特にデイサービスより）からの情報を月1回は頂き、急ぎの場合はすぐ連絡してくれて把握している。
- ・ 通所・訪問介護事業所からの連絡（体重減少、食事量変化など）。
- ・ 通所、訪介、訪看の事業所より情報シートにより報告がある。内服薬の変更等も受診

後、事業所よりもらっている。状態の変化時は、早目に報告がある。

- ・通所での体重管理ができるように報告を依頼している。
- ・通所サービス事業所からの情報（食事摂取量・体重・食事形態・歯科等口腔内の様子）。短期入所（老健含む）からの情報（食事摂取量・体重・食事形態・歯科等口腔内の様子）。住宅型有料等入所施設からの情報（食事摂取量・体重・食事形態・歯科等口腔内の様子、残薬・薬副作用等）。デイケア、老健のST、歯科衛生士からの情報。
- ・サービス提供事業所と常日頃連携をとるようにしていて、口腔や食事摂取、栄養、服薬の状況等特変があればすぐ連絡してもらえるようにより良い関係づくりを心がけている。

／等

○本人・家族等からの情報収集

- ・焼津市は「あたたかい目」というカルテを利用者ごと配布、サービス事業者間と家族の連携が取れるようになっている。
- ・利用者・家族に会い直接聞いている。口腔・食事摂取・服薬の大切さを伝えてから聞くようにしている。
- ・家族より服薬についての情報収集。
- ・本人・家族への確認（食事量・食事形態・嚥下状態）。
- ・モニタリング訪問時、本人・家族に聞いている。時々、薬の説明書やお薬手帳を見せてもらっている。

／等

○口腔に関する情報収集

- ・口腔機能に関する事業所からの報告。
- ・デイサービスから口腔、食事に関する情報を収集。
- ・口腔チェック（デイサービス情報などの活用）。
- ・デイサービスにて口腔機能向上加算を利用し、口腔の把握をしている。
- ・利用しているデイサービスの歯科衛生士に対して口腔内の状況や歯磨きの状況を聞き取る。
- ・通所サービスに口腔機能向上加算があると、都度、状況評価があるので情報の収集になる。
- ・アセスメントの際に、全員に口腔アセスメントを行っている。
- ・簡易口腔アセスメント（大分県歯科衛生士会を使用）。
- ・歯科医師からの情報提供。
- ・口腔については歯科からの情報も入手している。

／等

○食事摂取・栄養に関する情報収集

- ・主に通所利用報告書で食事量や体重の記載あるものは確認。訪問介護より栄養、服薬などを確認。
- ・体重測定は通所系サービスにお願いし報告書に記載してもらっている（毎月）。

- ・ 食事摂取・栄養についてはデイサービスからの情報提供が多い（栄養スクリーング加算）。プランにのせケアスタッフが気をつけているようにしている。
- ・ 栄養スクリーニング結果の確認。
- ・ 食事摂取量については残食内容を確認し、対象者の嗜好について理解を深める。
- ・ 栄養については毎月の体重測定。管理栄養士による食事の評価を取り入れる。／等

○服薬に関する情報収集

- ・ お薬カレンダーの利用。お薬ケースの利用。
- ・ 服薬に関してはカレンダーを設置し、訪問サービスで飲み忘れがないかチェック。
- ・ 服薬については毎日の訪問で確認。プランにも位置づけ事業所からも連絡をもらえるよう体制を作っている。
- ・ 服薬についてはお薬手帳などの内容を確認し、服薬ミスなどがないように、服薬確認を行うように促し対応している。
- ・ 内服は薬情を受診の度に頂く（家族へ依頼）。
- ・ 内服に関して、訪看や薬剤師との情報共有、残薬確認。
- ・ かかりつけ薬局との連携。
- ・ 訪問看護師が入っていれば、服薬状況を確認してもらい情報を共有する。
- ・ 認知症などの方には薬カレンダーの提供。薬カレンダーでも飲み忘れや多く飲む方は、薬剤師と協力して対応。薬局が運営している配食サービスにて服薬確認。／等

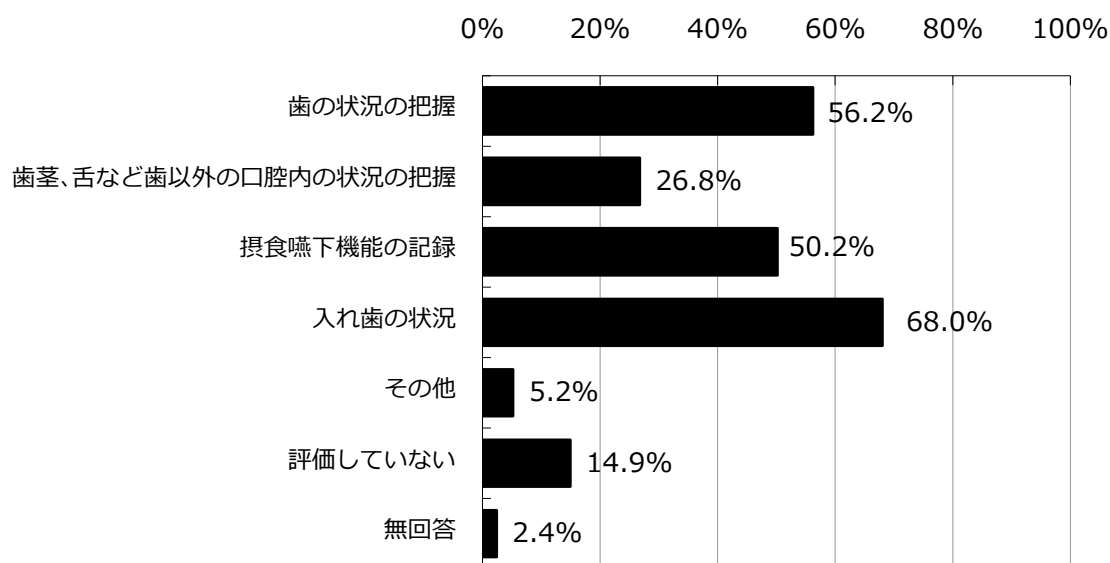
4. 利用者の口腔や食事摂取・栄養、服薬の状況に関する対応等

(1) 口腔に関する対応等

①利用者の口腔の状況について評価している項目

利用者の口腔の状況について評価している項目をみると、「入れ歯の状況」が68.0%で最も多く、次いで「歯の状況の把握」(56.2%)、「摂食嚥下機能の記録」(50.2%)であった。「歯茎、舌など歯以外の口腔内の状況の把握」は26.8%にとどまった。また、「評価していない」が14.9%であった。

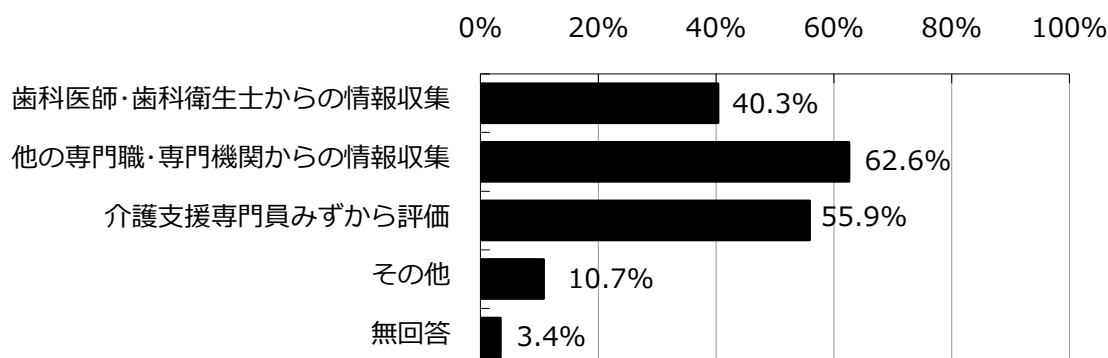
図表 36 利用者の口腔の状況について評価している項目（複数回答、n=957）



②利用者の口腔の状況についての評価方法

利用者の口腔の状況についての評価方法としては、「歯科医師・歯科衛生士からの情報収集」が40.3%、「他の専門職・専門機関からの情報収集」が62.6%、「介護支援専門員みずから評価」が55.9%であった。

図表 37 利用者の口腔の状況について評価方法（評価している人、複数回答、n=791）



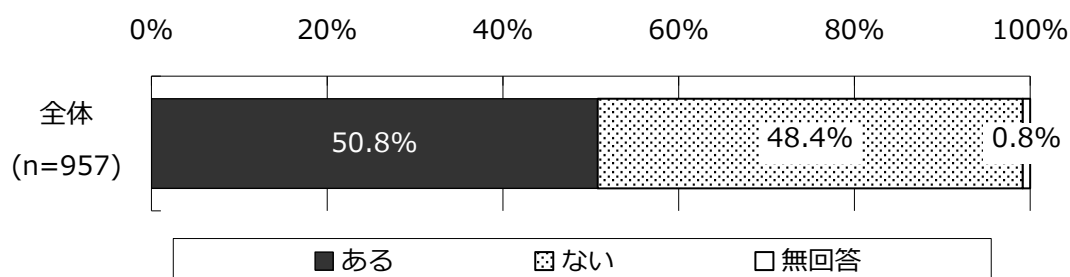
③歯科医師・歯科衛生士に情報提供を依頼し、実際に提供を受けた経験等

平成31年4月～令和元年9月の半年間に、歯科医師・歯科衛生士に担当利用者の口腔に関する情報の提供を依頼し、実際に提供を受けた経験があるか尋ねたところ、「ある」が50.8%、「ない」が48.4%であった。

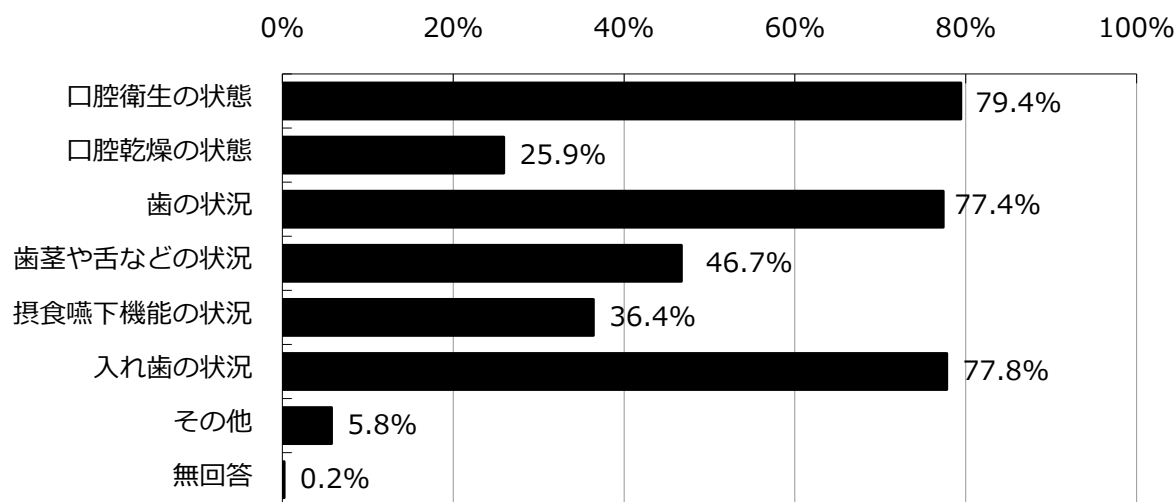
歯科医師・歯科衛生士より提供を受けた口腔に関する情報については、「口腔衛生の状態」が79.4%で最も多く、次いで「入れ歯の状況」(77.8%)、「歯の状況」(77.4%)であった。

また、この半年間に情報提供を受けた利用者数は、介護支援専門員1人あたり平均2.9人(中央値2.0)であった。

図表 38 歯科医師・歯科衛生士に情報提供を依頼し、実際に提供を受けた経験の有無
(平成31年4月～令和元年9月の半年間)



図表 39 歯科医師・歯科衛生士より提供を受けた口腔に関する情報
(情報提供を受けた経験が「ある」と回答した人、複数回答、n=486)



図表 40 歯科医師・歯科衛生士より情報提供を受けた利用者数

(平成31年4月～令和元年9月の半年間)

(情報提供を受けた経験が「ある」と回答した人、n=475)

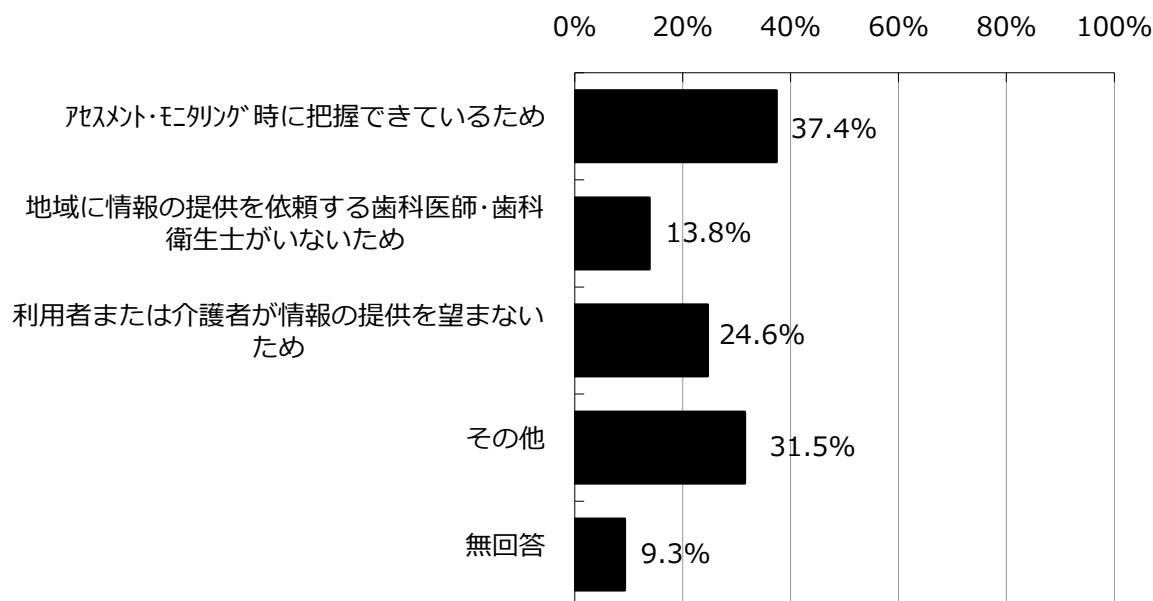
(単位：人)

平均値	標準偏差	中央値
2.9	3.1	2.0

(注) 歯科医師・歯科衛生士より情報提供を受けた経験が「ある」と回答した486人のうち、利用者数について記入のあった475件を集計対象とした。

平成31年4月～令和元年9月の半年間に、歯科医師・歯科衛生士に担当利用者の口腔に関する情報の提供を依頼し、実際に提供を受けた経験が「ない」と回答した人にその理由を尋ねたところ、「アセスメント・モニタリング時に把握できているため」が37.4%で最も多く、次いで「利用者または介護者が情報の提供を望まないため」(24.6%)、「地域に情報の提供を依頼する歯科医師・歯科衛生士がいないため」(13.8%)であった。

図表 41 歯科医師・歯科衛生士に情報提供を依頼し、実際に提供を受けた経験がなかった理由(提供を受けた経験が「ない」と回答した人、複数回答、n=463)



(注) 「その他」の内容として、「該当する利用者がないため」(同旨32件)、「本人や家族から治療の内容、状況の確認ができるから」(同旨22件)、「歯科受診していないため」(同旨15件)、「歯科医師、歯科衛生士との接点がない・連携ができていないため」(同旨11件)、「特に問題がない」(同旨7件)、「必要に応じて歯科受診」(同旨4件)、「業務多忙のため、優先順位が低い」(同旨4件)、「定期的に歯科受診している」(同旨3件)、「連携していない・情報のやりとりがない」(同旨3件)等が挙げられた。

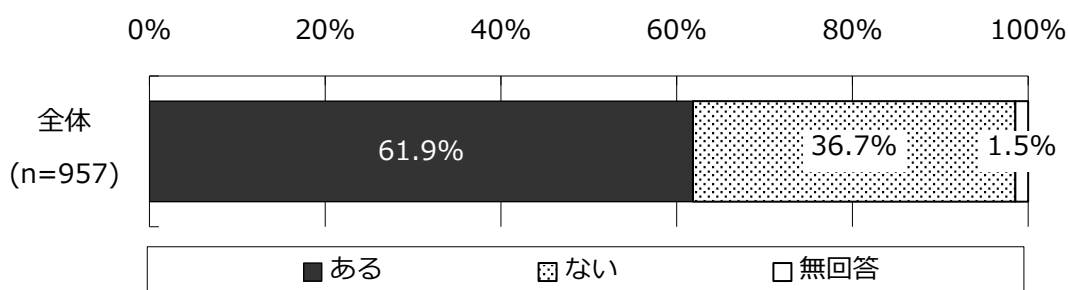
④介護サービス事業所に対する口腔に関する情報提供の経験等

平成31年4月～令和元年9月の半年間に、介護サービス事業所に担当利用者の口腔に関する情報を提供した経験があるか尋ねたところ、「ある」が61.9%、「ない」が36.7%であった。

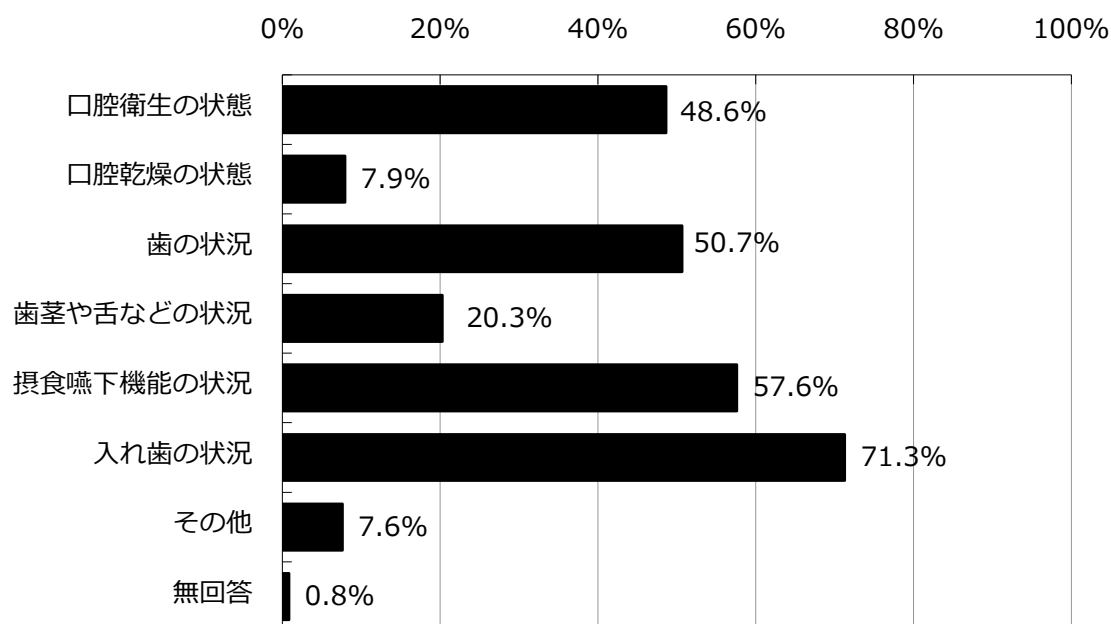
介護サービス事業所に提供した口腔に関する情報については、「入れ歯の状況」が71.3%で最も多く、次いで「摂食嚥下機能の状況」(57.6%)、「歯の状況」(50.7%)、「口腔衛生の状態」(48.6%)であった。

また、この半年間に介護サービス事業所に情報提供した利用者数は、介護支援専門員1人あたり平均3.9人(中央値2.0)であった。

図表 42 介護サービス事業所に対する口腔に関する情報提供の経験の有無
(平成31年4月～令和元年9月の半年間)



図表 43 介護サービス事業所に提供した口腔に関する情報
(情報提供した経験が「ある」と回答した人、複数回答、n=592)



図表 44 介護サービス事業所に口腔に関する情報を提供した利用者数
(情報提供した経験が「ある」と回答した人、n=559)

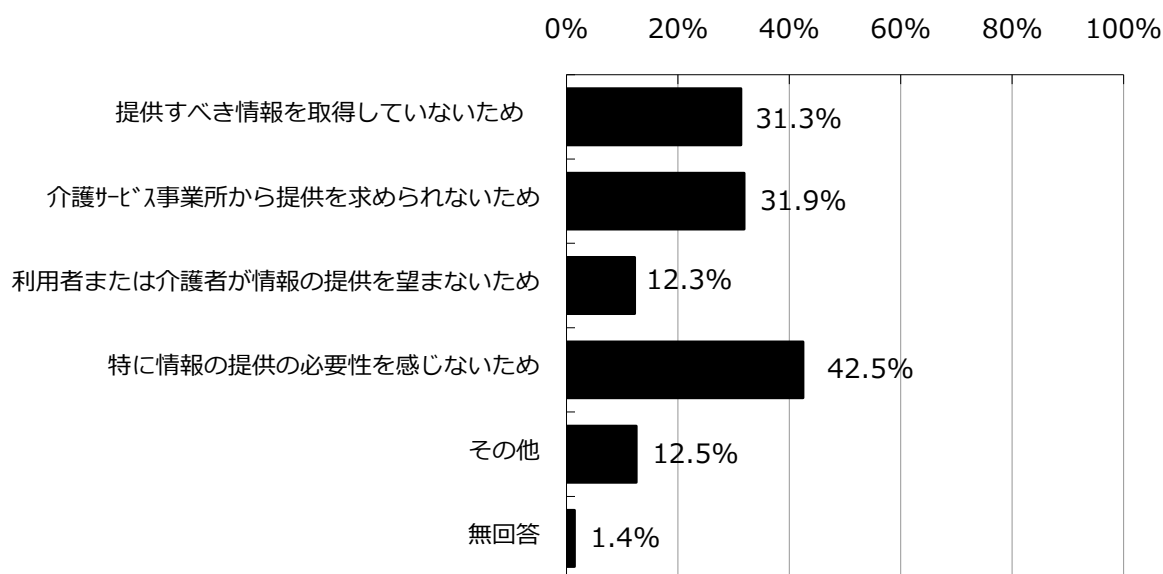
(単位：人)

平均値	標準偏差	中央値
3.9	6.7	2.0

(注) 介護サービス事業所に情報提供した経験が「ある」と回答した 592 人のうち、利用者数について記入のあった 559 件を集計対象とした。

平成 31 年 4 月～令和元年 9 月の半年間に、介護サービス事業所に担当利用者の口腔に関する情報を提供した経験が「ない」と回答した人にその理由を尋ねたところ、「特に情報の提供の必要性を感じないため」が 42.5%で最も多く、次いで「介護サービス事業所から提供を求められないため」(31.9%)、「提供すべき情報を取得していないため」(31.3%)であった。

図表 45 介護サービス事業所に口腔に関する情報を提供した経験がなかった理由
(提供した経験が「ない」と回答した人、複数回答、n=351)



(注) 「その他」の内容として、「該当する利用者がいないため」(同旨 13 件)、「施設入所者であるため」(同旨 5 件)、「報告すべき内容がなかったため」(同旨 4 件)、「サービス事業所も同程度の情報を得ているため」(同旨 3 件)、「時間が取れないため」(同旨 3 件)、「必要性を感じない」(同旨 3 件)、「どのような場合にどのように情報提供すべきかわからない」(同旨 2 件)等が挙げられた。

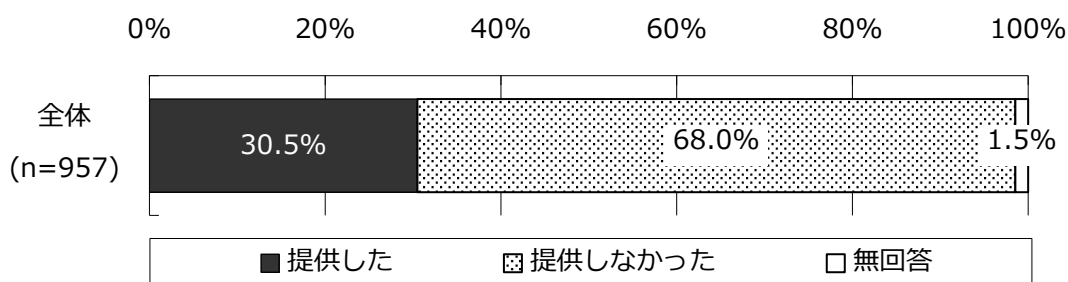
⑤歯科医師に対する口腔に関する情報提供の経験等

平成31年4月～令和元年9月の半年間に、介護サービス事業所から得た担当利用者の口腔に関する情報を歯科医師に提供した経験を尋ねたところ、「提供した」が30.5%、「提供しなかった」が68.0%であった。

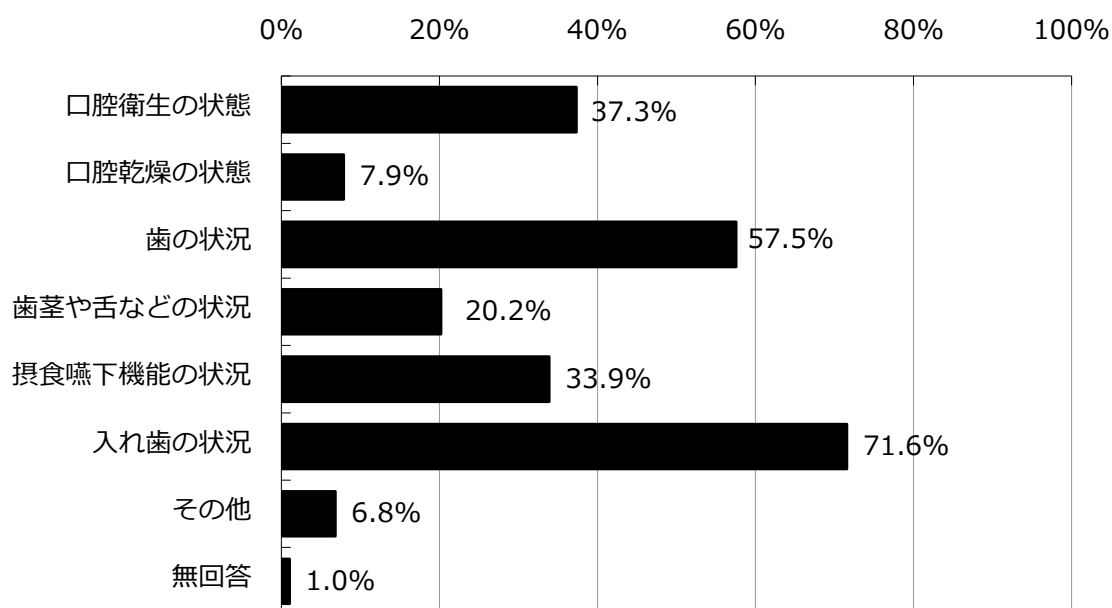
歯科医師に提供した口腔に関する情報については、「入れ歯の状況」が71.6%で最も多く、次いで「歯の状況」(57.5%)、「口腔衛生の状態」(37.3%)、「摂食嚥下機能の状況」(33.9%)であった。

また、この半年間に歯科医師に情報提供した利用者数は、介護支援専門員1人あたり平均2.0人(中央値1.0)であった。このうち、何らかの介入が行われた利用者数は平均1.7人(中央値1.0)で、口腔の問題が解決した利用者数は平均1.4人(中央値1.0)であった。

図表 46 歯科医師に対する口腔に関する情報提供の状況
(平成31年4月～令和元年9月の半年間)



図表 47 歯科医師に提供した口腔に関する情報
(情報を「提供した」と回答した人、複数回答、n=292)



図表 48 歯科医師に情報提供した利用者数及び介入した利用者数、解決した利用者数
(情報を「提供した」と回答した人、n=251)

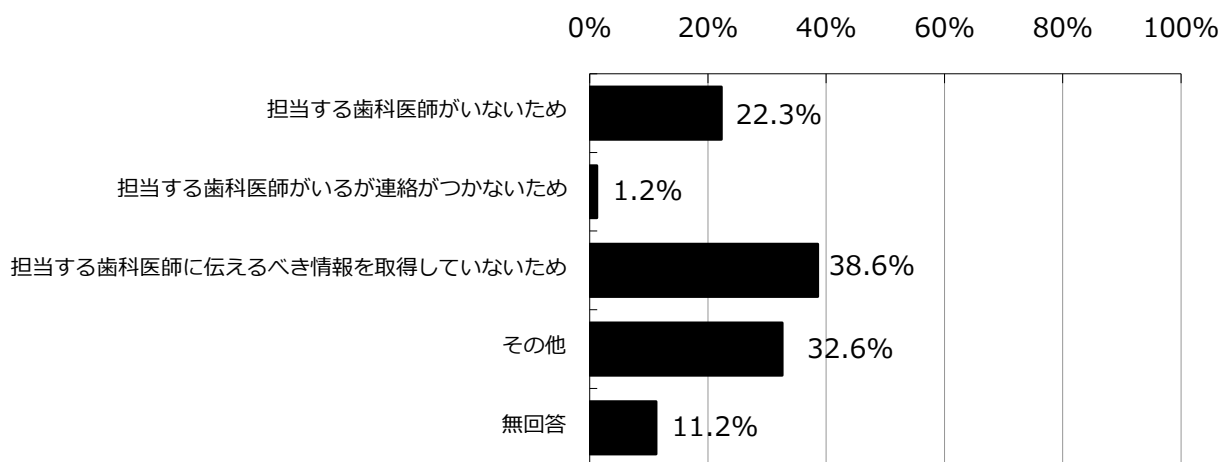
(単位：人)

	平均値	標準偏差	中央値
①口腔に関する情報を提供した担当利用者数	2.09	2.72	1.00
②①のうち、何らかの介入が行われた担当利用者数	1.70	1.95	1.00
③（うち）居宅療養管理指導利用者数	1.04	1.21	1.00
④口腔の問題が解決した担当利用者数	1.35	1.35	1.00

(注) 歯科医師に情報を「提供した」と回答した 292 人のうち、全ての項目に記入のあった 251 件を集計対象とした。

平成 31 年 4 月～令和元年 9 月の半年間に、歯科医師に担当利用者の口腔に関する情報を「提供しなかった」と回答した人にその理由を尋ねたところ、「担当する歯科医師に伝えるべき情報を取得していないため」が 38.6%で最も多く、次いで「担当する歯科医師がいないため」(22.3%)であった。

図表 49 歯科医師に情報提供しなかった理由
(情報を「提供しなかった」と回答した人、複数回答、n=651)



(注) 「その他」の内容として、「本人・家族が対応したため」(同旨 47 件)、「該当する利用者がいないため」(同旨 22 件)、「必要がなかった」(同旨 22 件)、「自ら歯科受診しているため」(同旨 13 件)、「本人や家族の了解が得られなかった」(同旨 11 件)、「施設職員から連絡」(同旨 5 件)、「歯科衛生士から連絡」(同旨 5 件)、「訪問歯科診療を受けている」(同旨 3 件)等が挙げられた。

歯科医師に担当利用者の口腔に関する情報を「提供しなかった」と回答した人に、どのようにすれば歯科医師に情報が提供しやすくなるかを尋ねたところ、以下の記載があった。

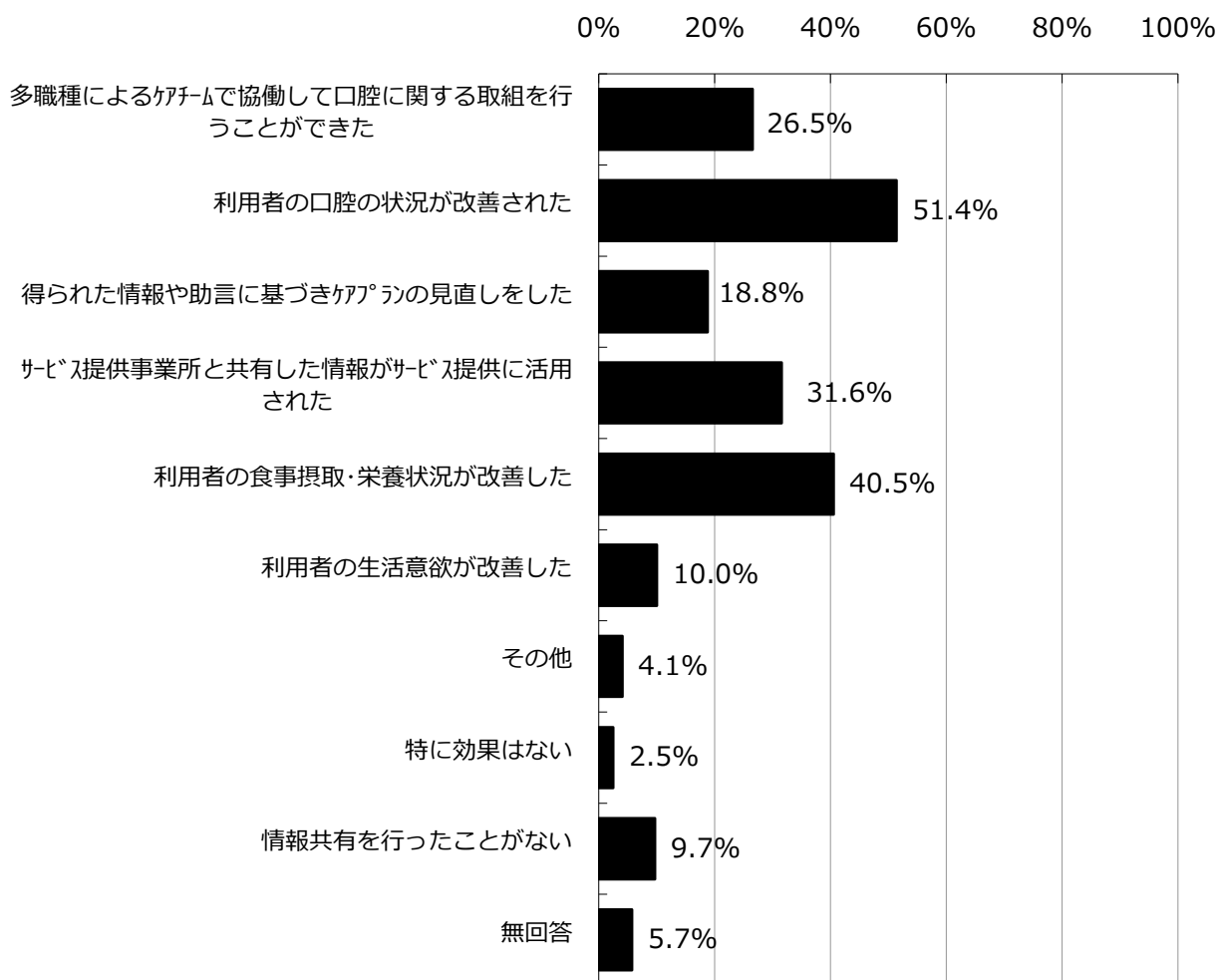
図表 50 歯科医師に担当利用者の口腔に関する情報を提供しやすくするための方策等
(情報を「提供しなかった」と回答した人、自由記述式)

- ・ 共通の連携シートの作成・活用（同旨含め 41 件）。
- ・ 顔の見える関係づくり（同旨含め 14 件）。
- ・ 日頃からの関係性の構築（同旨含め 11 件）。
- ・ 定期歯科健診のルール化（同旨含め 8 件）。
- ・ 本人の意識の向上（同旨含め 8 件）。
- ・ 歯科医師がどのような情報を求めているかが具体的にわかると、介護する側もその視点に立って観察することができ、情報提供しやすい（同旨含め 7 件）。
- ・ 窓口の明確化（歯科衛生士が窓口になるなど）・情報提供先を設置（同旨含め 7 件）。
- ・ FAX・メールで情報連携できる環境（同旨含め 6 件）。
- ・ 研修会・勉強会・意見交換会などの情報共有（同旨含め 6 件）
- ・ 初回訪問日・診療日等に同席する（同旨含め 6 件）。
- ・ 電話連絡（同旨含め 6 件）。
- ・ 連携ツールの構築とルール化（同旨含め 6 件）。
- ・ 歯科医師会を主体に包括や居宅で連携できる仕組みと受診につなげるマニュアル作成（同旨含め 4 件）。
- ・ 訪問診療できる体制が必要（同旨含め 4 件）。
- ・ 本人・家族の同意（同旨含め 4 件）。
- ・ 主治医の項目に歯科医師の欄があれば連絡しやすいと思われる（同旨含め 3 件）。
- ・ 介護サービス事業者による報告書等作成（同旨含め 2 件）。
- ・ かかりつけ歯科医を持つこと（同旨含め 2 件）。
- ・ 義務化する（同旨含め 2 件）。
- ・ 歯科医師に情報提供を複数回行ったが、歯科医師から返答があるのは訪問診療している歯科医師だけ。診療報酬に反映させてみてはどうか（同旨含め 2 件）。
- ・ 必要な情報が上がってくれば提供できると思う（同旨含め 2 件）。／等

⑥口腔の状況について関係機関と情報共有を行ったことによる、利用者にとっての効果

口腔の状況について関係機関と情報共有を行ったことによる、利用者にとっての効果については、「利用者の口腔の状況が改善された」が51.4%で最も多く、次いで「利用者の食事摂取・栄養状況が改善した」(40.5%)、「サービス提供事業所と共有した情報がサービス提供に活用された」(31.6%)、「多職種によるケアチームで協働して口腔に関する取組を行うことができた」(26.5%)であった。

図表 51 口腔の状況について関係機関と情報共有を行ったことによる、利用者にとっての効果（複数回答、n=957）

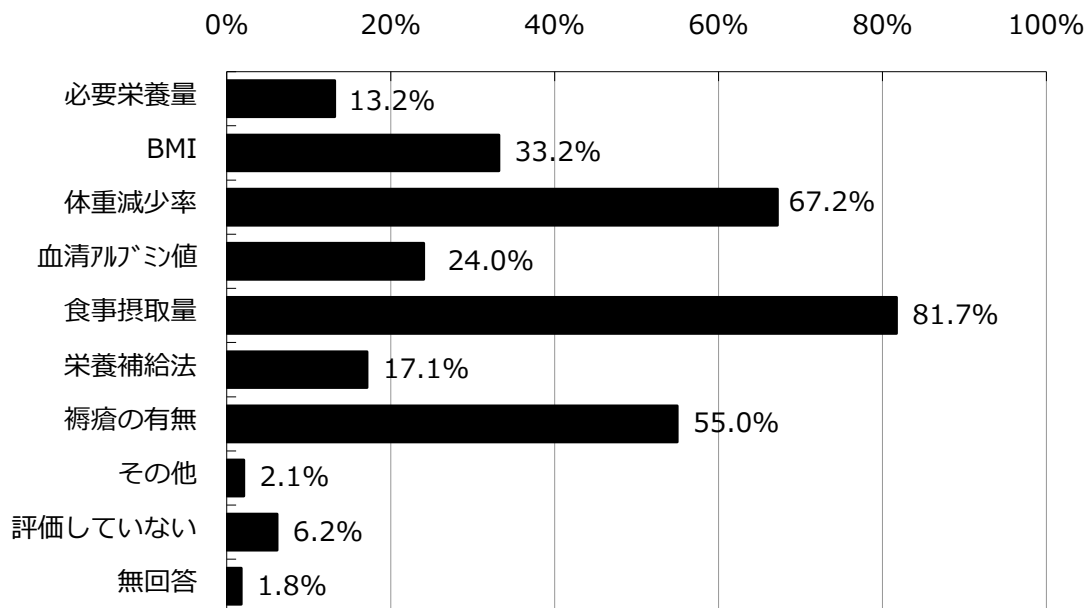


(2) 食事摂取・栄養に関する対応等

①利用者の栄養状態について評価している項目

利用者の栄養状態について評価している項目をみると、「食事摂取量」が81.7%で最も多く、次いで「体重減少率」(67.2%)、「褥瘡の有無」(55.0%)であった。他の項目は1割～3割強程度にとどまった。また、「評価していない」が6.2%であった。

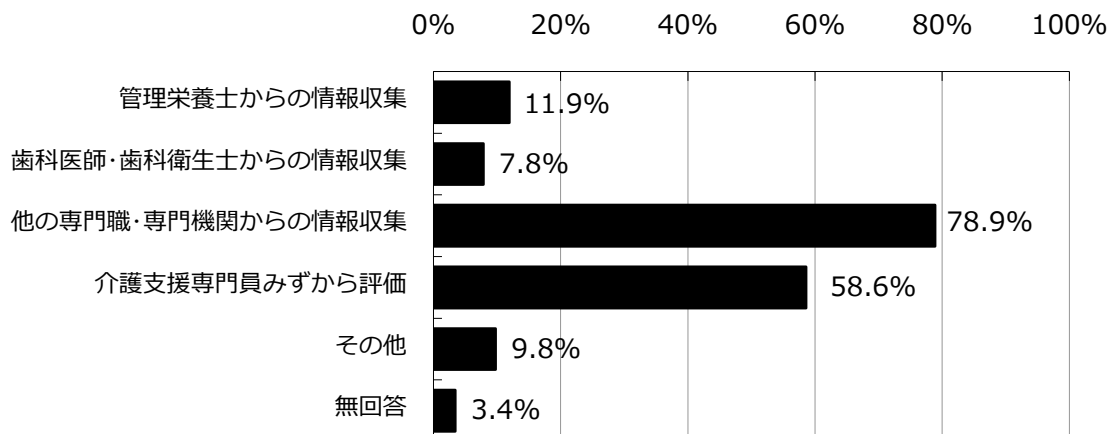
図表 52 利用者の栄養状態について評価している項目（複数回答、n=957）



②利用者の栄養状態についての評価方法

利用者の栄養状態についての評価方法としては、「管理栄養士からの情報収集」が11.9%、「歯科医師・歯科衛生士からの情報収集」が7.8%、「他の専門職・専門機関からの情報収集」が78.9%、「介護支援専門員みずから評価」が58.6%であった。

図表 53 利用者の栄養状態について評価方法（評価している人、複数回答、n=881）



③栄養スクリーニング加算を算定した利用者数

平成31年4月～令和元年9月の半年間に、栄養スクリーニング加算を算定した担当利用者数は平均0.9人（中央値0.0）であった。

図表 54 栄養スクリーニング加算を算定した利用者数
（平成31年4月～令和元年9月の半年間、n=917）

（単位：人）

平均値	標準偏差	中央値
0.9	3.5	0.0

（注）栄養スクリーニング加算を算定した利用者数について記入のあった917件を集計対象とした。

図表 55 栄養スクリーニング加算を算定した利用者数
（平成31年4月～令和元年9月の半年間、「0」を除く、n=195）

（単位：人）

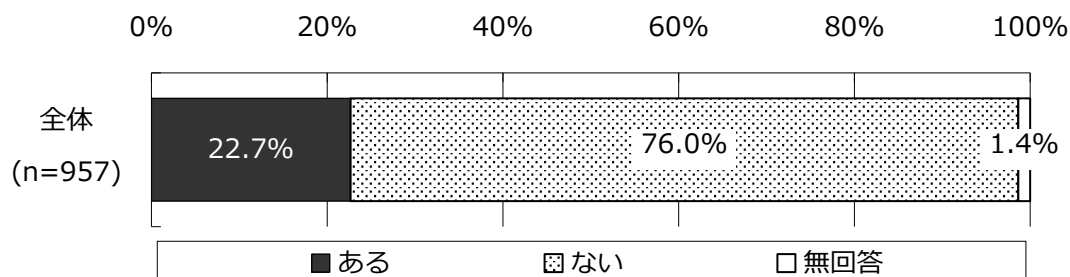
平均値	標準偏差	中央値
4.1	6.7	2.0

（注）栄養スクリーニング加算を算定した利用者数について記入のあったもののうち、「0」という回答を除き集計対象とした。

④管理栄養士に、担当利用者の食事摂取・栄養に関する情報の提供を依頼し、実際に提供を受けた経験等

平成31年4月～令和元年9月の半年間に、管理栄養士に担当利用者の食事摂取・栄養に関する情報の提供を依頼し、実際に提供を受けた経験があるか尋ねたところ、「ある」が22.7%、「ない」が76.0%であった。

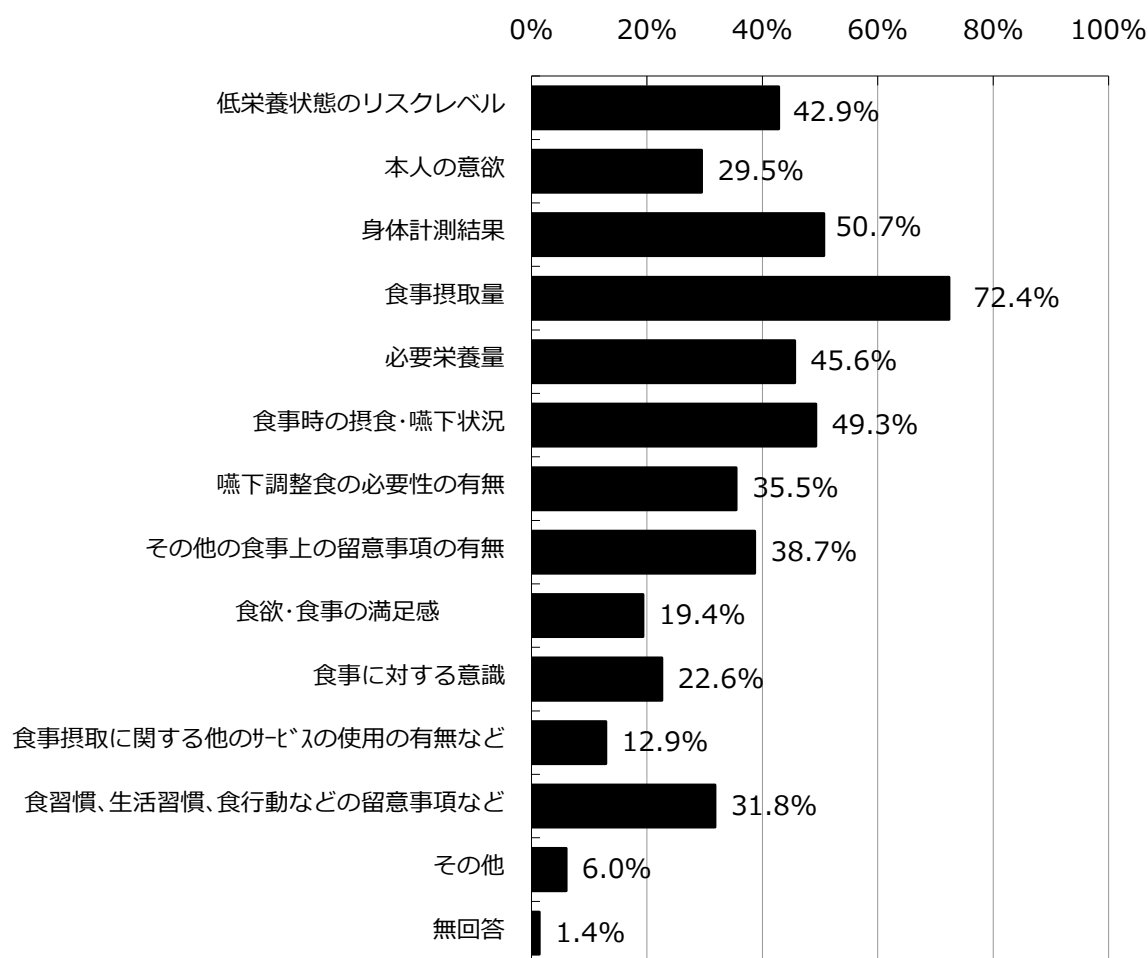
図表 56 管理栄養士に情報提供を依頼し、実際に提供を受けた経験の有無
（平成31年4月～令和元年9月の半年間）



管理栄養士より提供を受けた食事摂取・栄養に関する情報については、「食事摂取量」が72.4%で最も多く、次いで「身体計測結果」(50.7%)、「食事時の摂食・嚥下状況」(49.3%)、「必要栄養量」(45.6%)、「低栄養状態のリスクレベル」(42.9%)であった。

また、この半年間に管理栄養士より情報提供を受けた利用者数は、介護支援専門員1人あたり平均3.4人(中央値1.0)であった。

図表 57 管理栄養士より提供を受けた食事摂取・栄養に関する情報
(情報提供を受けた経験が「ある」と回答した人、複数回答、n=217)



図表 58 管理栄養士より情報提供を受けた利用者数
(情報提供を受けた経験が「ある」と回答した人、n=201)

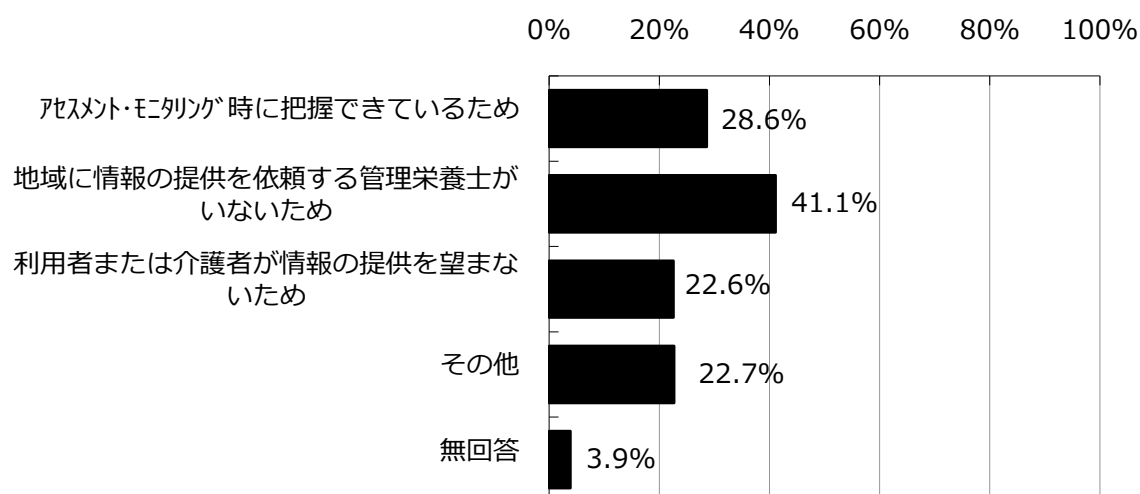
(単位：人)

平均値	標準偏差	中央値
3.4	7.5	1.0

(注) 管理栄養士より情報提供を受けた利用者数について記入のあった201件を集計対象とした。

平成31年4月～令和元年9月の半年間に、管理栄養士に担当利用者の食事摂取・栄養に関する情報の提供を依頼し、実際に提供を受けた経験が「ない」と回答した人にその理由を尋ねたところ、「地域に情報の提供を依頼する管理栄養士がいないため」が41.1%で最も多く、次いで「アセスメント・モニタリング時に把握できているため」(28.6%)、「利用者または介護者が情報の提供を望まないため」(22.6%)であった。

図表 59 管理栄養士に情報提供を依頼し、実際に提供を受けた経験がなかった理由（提供を受けた経験が「ない」と回答した人、複数回答、n=727）

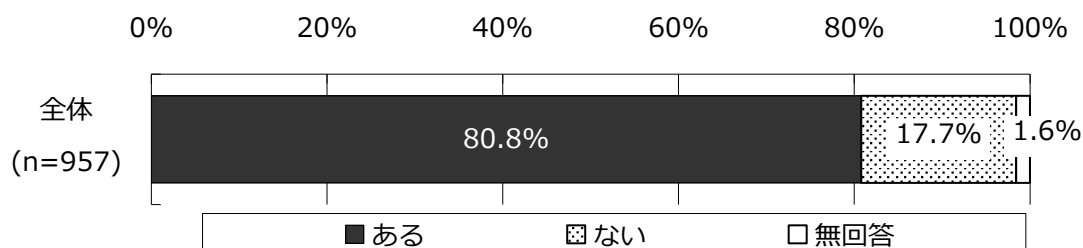


(注)「その他」の内容として、「該当する利用者がないため」(同旨 33 件)、「必要性を感じていなかった」(同旨 32 件)、「主治医や訪問看護師に相談し連携している」(同旨 10 件)、「管理栄養士との関わりをもっていない・管理栄養士の情報がない」(同旨 8 件)、「管理栄養士との情報のやりとりがなかった」(同旨 6 件)、「入院時は管理栄養士がいるが、在宅での管理栄養士がいない」(同旨 6 件)、「施設栄養士が行っているため」(同旨 4 件)、「通所サービスで栄養士の栄養指導を受けている」(同旨 3 件)、「サービス事業所から情報提供があるため」(同旨 2 件)等が挙げられた。

⑤介護サービス事業所から、担当利用者の食事摂取・栄養に関する情報の提供を受けた経験等

平成31年4月～令和元年9月の半年間に、介護サービス事業所から、担当利用者の食事摂取・栄養に関する情報の提供を受けた経験があるか尋ねたところ、「ある」が80.8%、「ない」が17.7%であった。

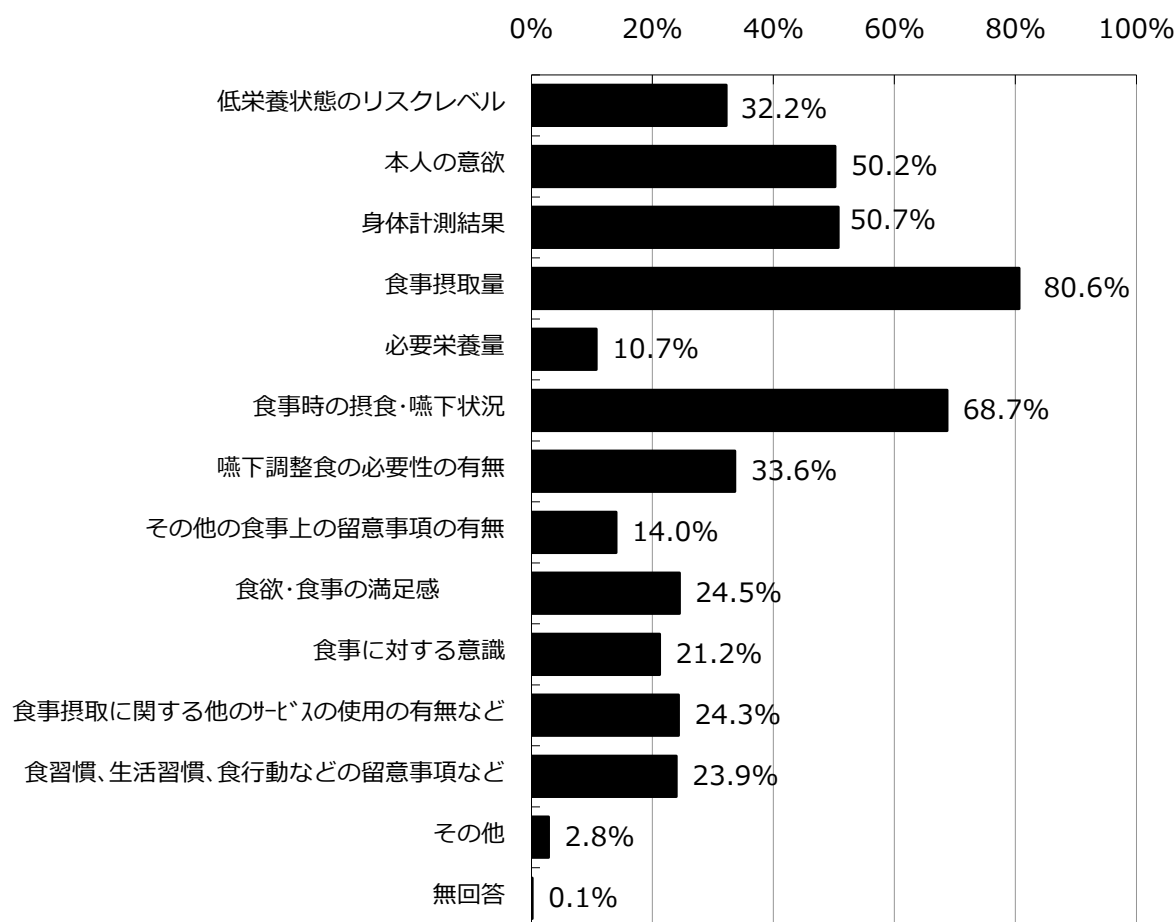
図表 60 介護サービス事業所から、担当利用者の食事摂取・栄養に関する情報の提供を受けた経験の有無（平成31年4月～令和元年9月の半年間）



介護サービス事業所より提供を受けた食事摂取・栄養に関する情報については、「食事摂取量」が80.6%で最も多く、次いで「食事時の摂食・嚥下状況」(68.7%)、「身体計測結果」(50.7%)、「本人の意欲」(50.2%)であった。

また、この半年間に介護サービス事業所から情報提供を受けた利用者数は、介護支援専門員1人あたり平均6.9人(中央値3.0)であった。

図表 61 介護サービス事業所から提供を受けた担当利用者の食事摂取・栄養に関する情報
(介護サービス事業所から情報の提供を受けた経験が「ある」と回答した人、
複数回答、n=773)



図表 62 介護サービス事業所から情報提供を受けた利用者数
(情報提供を受けた経験が「ある」と回答した人、n=715)

(単位：人)

平均値	標準偏差	中央値
6.9	10.7	3.0

(注) 情報提供を受けた経験が「ある」と回答した773人のうち、介護サービス事業所から情報提供を受けた利用者数について記入のあった715件を集計対象とした。

平成31年4月～令和元年9月の半年間に、介護サービス事業所から、担当利用者の食事摂取・栄養に関する情報の提供を受けた経験が「ある」と回答した介護支援専門員において、半年間に栄養スクリーニング加算を算定した事業所数は平均0.4か所（中央値0.0）、栄養状態に関する文書件数は平均1.5件（中央値0.0）であった。

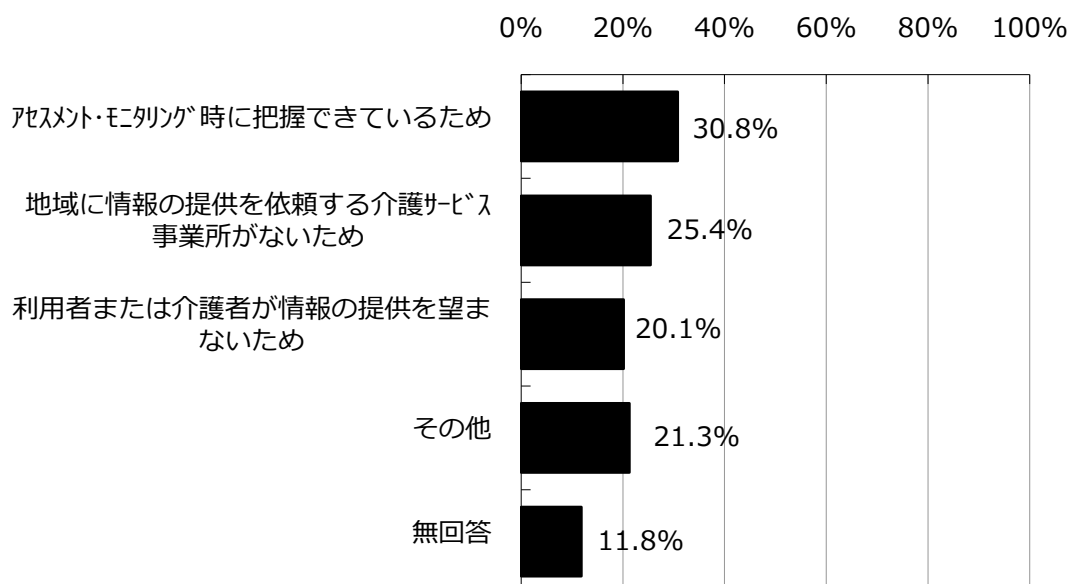
図表 63 栄養スクリーニング加算を算定した事業所数及び栄養状態に関する文書件数
（情報提供を受けた経験が「ある」と回答した人）

	回答数	平均値	標準偏差	中央値
栄養スクリーニング加算を算定した事業所等数（か所）	673	0.4	0.9	0.0
栄養状態に関する文書件数（件）	628	1.5	4.0	0.0

（注）介護サービス事業所から情報提供を受けた経験があると回答した人のうち、各項目について記入のあったものを集計対象とした。

平成31年4月～令和元年9月の半年間に、介護サービス事業所からの情報提供が「ない」と回答した人にその理由を尋ねたところ、「アセスメント・モニタリング時に把握できているため」が30.8%で最も多いが、「地域に情報の提供を依頼する介護サービス事業所がないため」（25.4%）、「利用者または介護者が情報の提供を望まないため」（20.1%）も2割を超えており、回答が分散している。

図表 64 介護サービス事業所から食事摂取・栄養に関する情報提供を受けていない理由
（提供を受けた経験が「ない」と回答した人、複数回答、n=169）



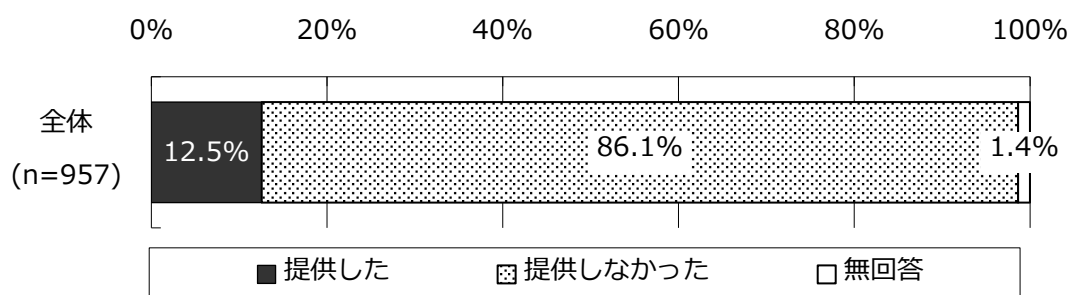
（注）「その他」の内容として、「該当する利用者がないため」（同旨17件）、「必要性がなかった」（同旨6件）、「管理栄養士の活用方法の知識不足、事業所の情報不足」（同旨5件）、「施設栄養士が行っている」（同旨3件）、「加算をとっている事業所がない」（同旨2件）等が挙げられた。

⑥管理栄養士に対する食事摂取・栄養に関する情報提供状況等

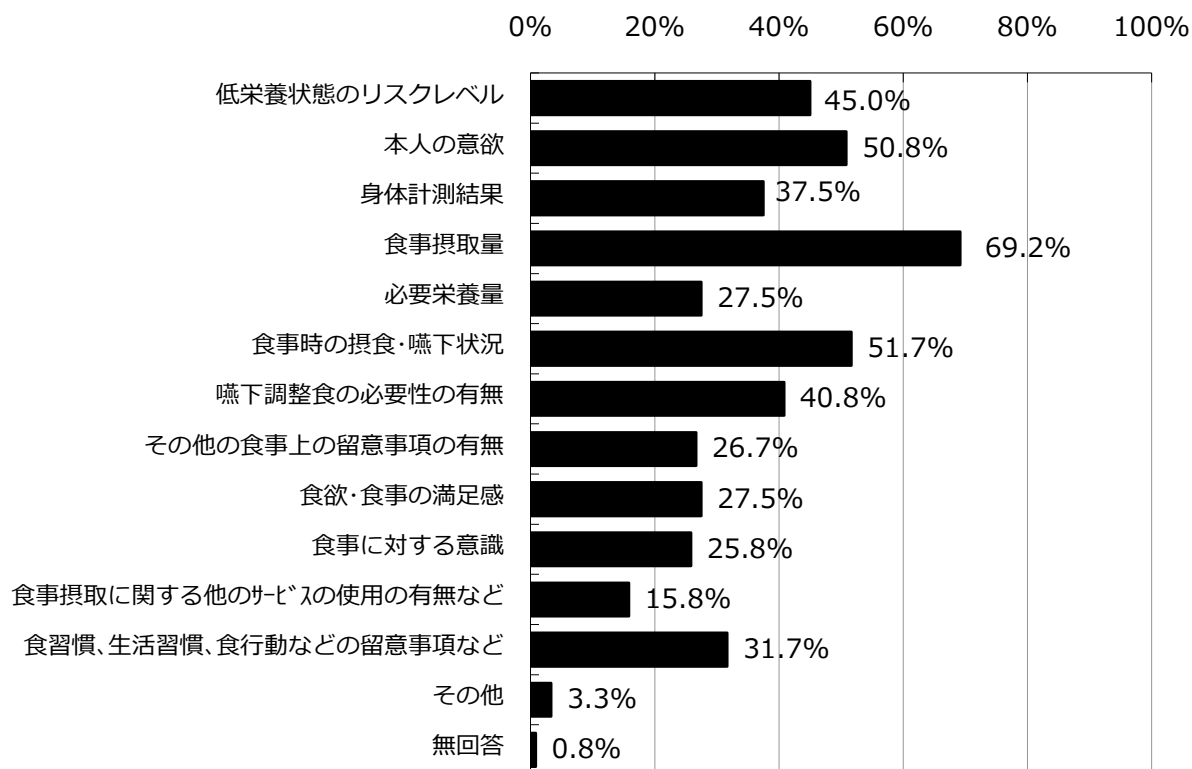
平成31年4月～令和元年9月の半年間における、介護サービス事業所から得た担当利用者の食事摂取・栄養に関する情報の管理栄養士への提供状況については、「提供した」が12.5%、「提供しなかった」が86.1%であった。

管理栄養士に提供した食事摂取・栄養に関する情報については、「食事摂取量」が69.2%で最も多く、次いで「食事時の摂食・嚥下状況」(51.7%)、「本人の意欲」(50.8%)であった。

図表 65 管理栄養士に対する食事摂取・栄養に関する情報提供の状況
(平成31年4月～令和元年9月の半年間)



図表 66 管理栄養士に提供した食事摂取・栄養に関する情報
(情報を「提供した」と回答した人、複数回答、n=120)



また、この半年間に管理栄養士に情報提供した利用者数は、介護支援専門員 1 人あたり平均 2.7 人（中央値 2.0）であった。このうち、何らかの介入が行われた利用者数は平均 1.3 人（中央値 1.0）で、食事摂取・栄養の問題が解決した利用者数は平均 0.9 人（中央値 1.0）であった。

図表 67 管理栄養士に情報提供した利用者数及び介入した利用者数、解決した利用者数
（情報を「提供した」と回答した人、n=107）

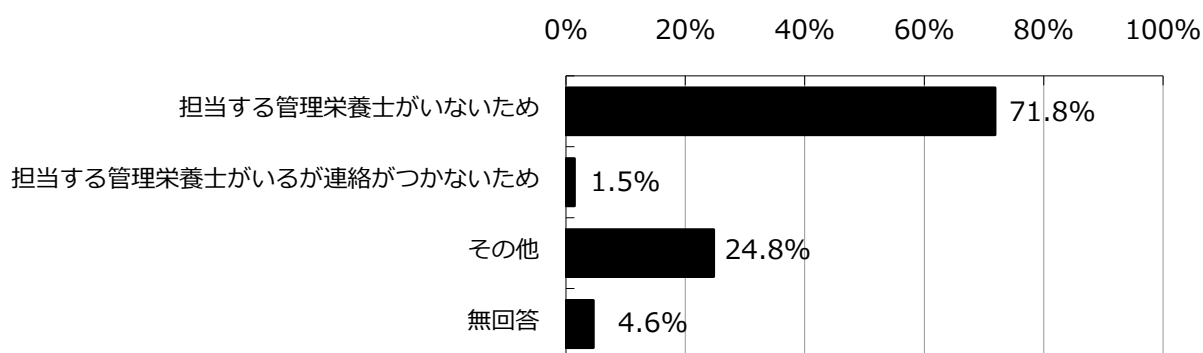
（単位：人）

	平均値	標準偏差	中央値
①食事摂取・栄養に関する情報を提供した担当利用者数	2.7	3.2	2.0
②①のうち、何らかの介入が行われた担当利用者数	1.3	1.5	1.0
③（うち）居宅療養管理指導が行われた担当利用者数	0.3	0.6	0.0
④食事摂取・栄養の問題が解決した担当利用者数	0.9	1.4	1.0

（注）管理栄養士に情報を「提供した」と回答した 120 人のうち、全ての項目に記入のあった 107 件を集計対象とした。

平成 31 年 4 月～令和元年 9 月の半年間に、管理栄養士に担当利用者の食事摂取・栄養に関する情報を「提供しなかった」と回答した人にその理由を尋ねたところ、「担当する管理栄養士がいないため」が 71.8%であった。

図表 68 管理栄養士に情報提供しなかった理由
（情報を「提供しなかった」と回答した人、複数回答、n=824）



（注）「その他」の内容として、「必要性がなかった」（同旨 38 件）、「該当する利用者がいないため」（同旨 37 件）、「医師・看護師に相談」（同旨 16 件）、「どのように連絡を誰にとっていいかわからない」（同旨 11 件）、「事業所・相談員へ報告」（同旨 10 件）、「事業所間でのやりとりで改善してきたため」（同旨 10 件）、「本人・家族が望まなかった」（同旨 9 件）、「サービス事業所を通して連絡している」（同旨 7 件）、「施設なので、直接情報提供」（同旨 7 件）、「家族が対応」（同旨 4 件）、「管理栄養士が入っているケースが少ない・ない」（同旨 4 件）、「ヘルパー、看護師に伝えている」（同旨 3 件）、「経済的理由」（同旨 3 件）、「情報を得ていないため」（同旨 3 件）等が挙げられた。

管理栄養士に担当利用者の食事摂取・栄養に関する情報を「提供しなかった」と回答した介護支援専門員に、どのようにすれば管理栄養士に情報が提供しやすくなるかを尋ねたところ、以下の記載があった。

図表 69 管理栄養士に担当利用者の食事摂取・栄養に関する情報を提供しやすくするための方策等（情報を「提供しなかった」と回答した人、自由記述式）

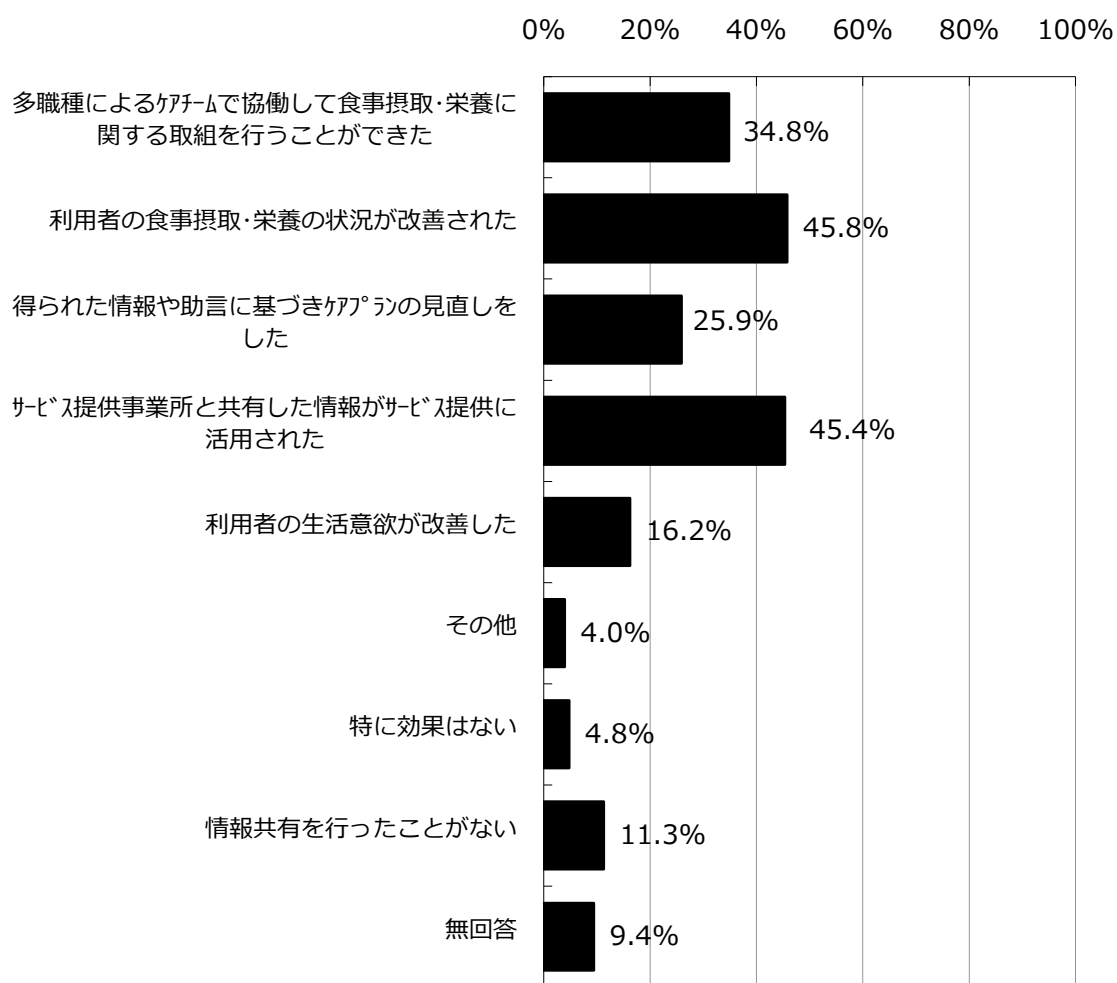
- ・ 地域で相談できる管理栄養士の情報・リスト等の作成（同旨 36 件）。
- ・ 研修・勉強会等での情報交換と顔の見える関係づくり（同旨 23 件）。
- ・ 利用者・関係者への連携推進の普及・啓発（同旨 18 件）。
- ・ 地域に相談する場所がない。栄養ケア・ステーションの事務所設置（同旨 15 件）。
- ・ 関係職・事業所全てが共通認識をもち、同一して連携できる簡易なツールづくり（同旨 13 件）。
- ・ 窓口の設置及び連絡先一覧・連絡シートの作成（同旨 11 件）。
- ・ 管理栄養士とのコミュニケーションの場が必要（同旨 10 件）。
- ・ サービス担当者会議などに参加（同旨 9 件）。
- ・ 在宅で動くことができる管理栄養士について情報提供してもらう（同旨 7 件）。
- ・ 医師からの案内、医療機関が管理栄養士の配置を行う（同旨 7 件）。
- ・ 訪問指導を行う事務所がないため、事業所の設立を望む（同旨 5 件）。
- ・ 身近に相談できる管理栄養士がいること（同旨 4 件）。
- ・ 居宅療養管理指導で訪問できる人材が増えると思う（同旨 3 件）。
- ・ 定期的に情報交換をする仕組みの構築（同旨 3 件）。
- ・ 具体的要件や簡単な説明文（同旨 2 件）。
- ・ 地域に連携できる栄養士がいること（同旨 2 件）。
- ・ 利用者の経済的援助（同旨 2 件）。

／等

⑦食事摂取・栄養について関係機関と情報共有を行ったことによる、利用者にとっての効果

食事摂取・栄養について関係機関と情報共有を行ったことによる、利用者にとっての効果については、「利用者の食事摂取・栄養の状況が改善された」が45.8%で最も多く、次いで「サービス提供事業所と共有した情報がサービス提供に活用された」(45.4%)、「多職種によるケアチームで協働して食事摂取・栄養に関する取組を行うことができた」(34.8%)、「得られた情報や助言に基づきケアプランの見直しをした」(25.9%)であった。

図表 70 食事摂取・栄養について関係機関と情報共有を行ったことによる、利用者にとっての効果（複数回答、n=957）

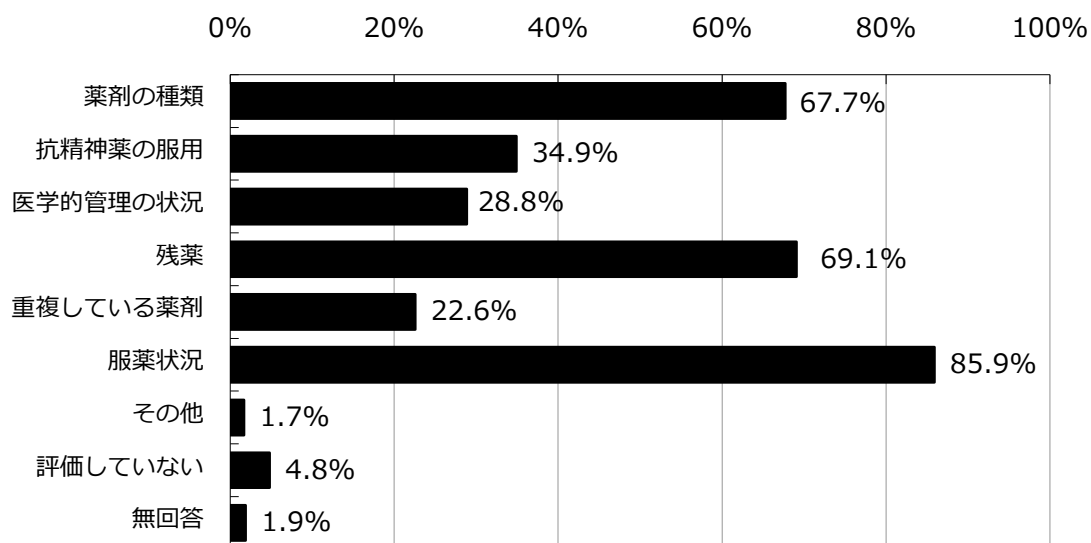


（3）服薬に関する対応等

①利用者の服薬管理・服薬状況について評価している項目

利用者の服薬管理・服薬状況について評価している項目をみると、「服薬状況」が85.9%で最も多く、次いで「残薬」(69.1%)、「薬剤の種類」(67.7%)であった。他の項目は2割～3割強であった。また、「評価していない」が4.8%であった。

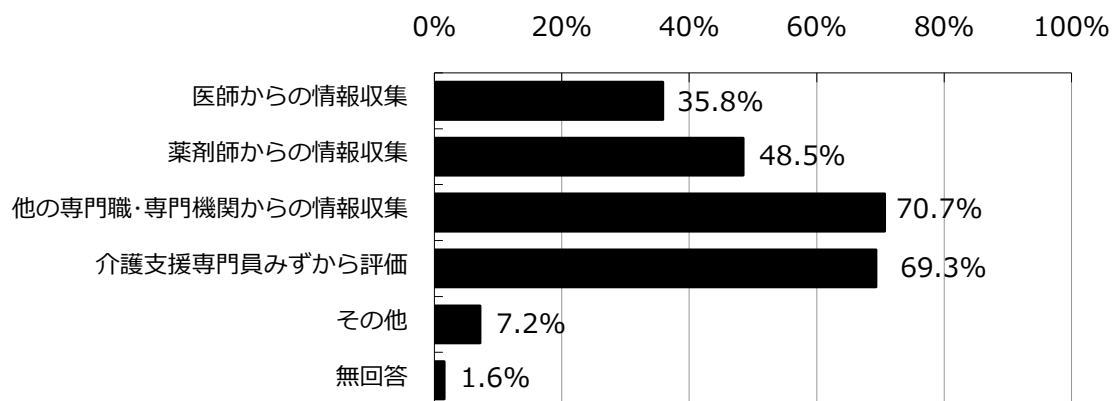
図表 71 利用者の服薬管理・服薬状況について評価している項目（複数回答、n=957）



②利用者の服薬管理・服薬状況についての評価方法

利用者の服薬管理・服薬状況についての評価方法としては、「医師からの情報収集」が35.8%、「薬剤師からの情報収集」が48.5%、「他の専門職・専門機関からの情報収集」が70.7%、「介護支援専門員みずから評価」が69.3%であった。

図表 72 利用者の服薬管理・服薬状況について評価方法（評価している人、複数回答、n=893）

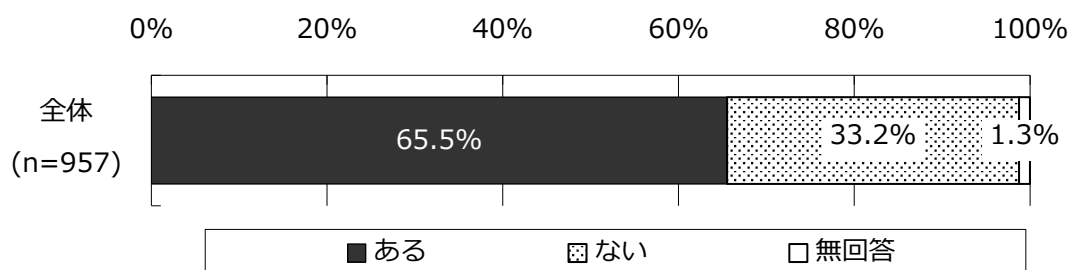


③保険薬局または医療機関に、担当利用者の服薬管理・服薬状況に関する情報の提供を依頼し、実際に提供を受けた経験等

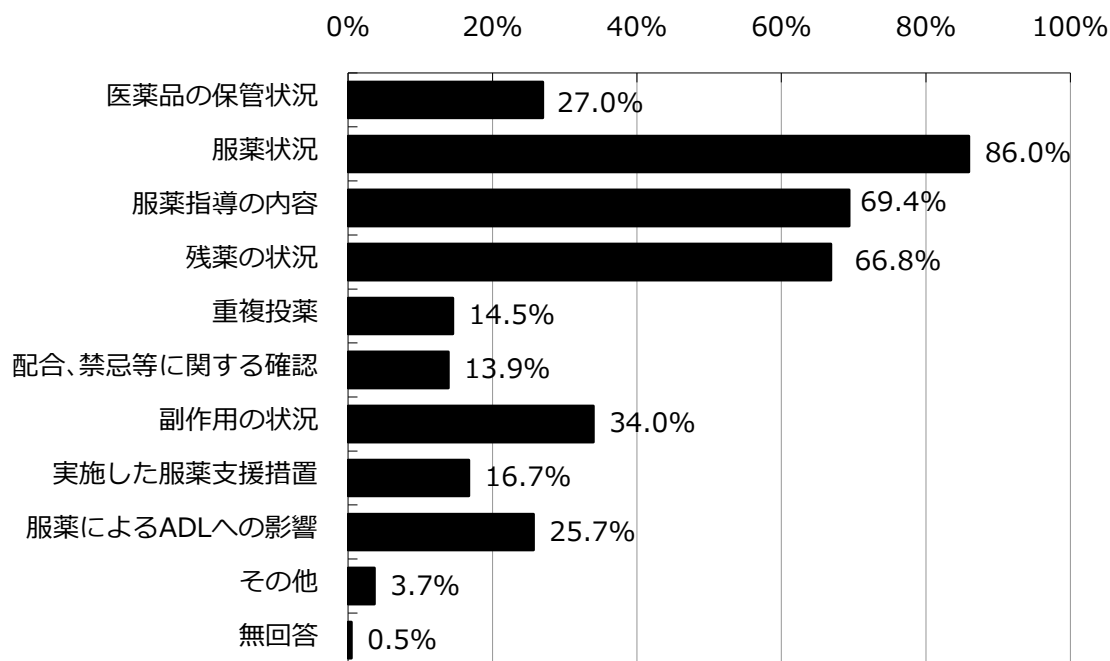
平成31年4月～令和元年9月の半年間に、保険薬局または医療機関に、担当利用者の服薬管理・服薬状況に関する情報の提供を依頼し、実際に提供を受けた経験があるか尋ねたところ、「ある」が65.5%、「ない」が33.2%であった。

保険薬局または医療機関より提供を受けた服薬管理・服薬状況に関する情報については、「服薬状況」が86.0%で最も多く、次いで「服薬指導の内容」(69.4%)、「残薬の状況」(66.8%)であった。

図表 73 保険薬局または医療機関に服薬管理・服薬状況に関する情報の提供を依頼し、実際に提供を受けた経験の有無（平成31年4月～令和元年9月の半年間）



図表 74 保険薬局または医療機関より提供を受けた服薬管理・服薬状況に関する情報（情報提供を受けた経験が「ある」と回答した人、複数回答、n=627）



また、この半年間に保険薬局または医療機関より情報提供を受けた利用者数は、介護支援専門員1人あたり平均5.2人（中央値3.0）であった。

図表 75 保険薬局または医療機関より服薬管理・服薬状況に関する情報の提供を受けた利用者数（情報提供を受けた経験が「ある」と回答した人、n=605）

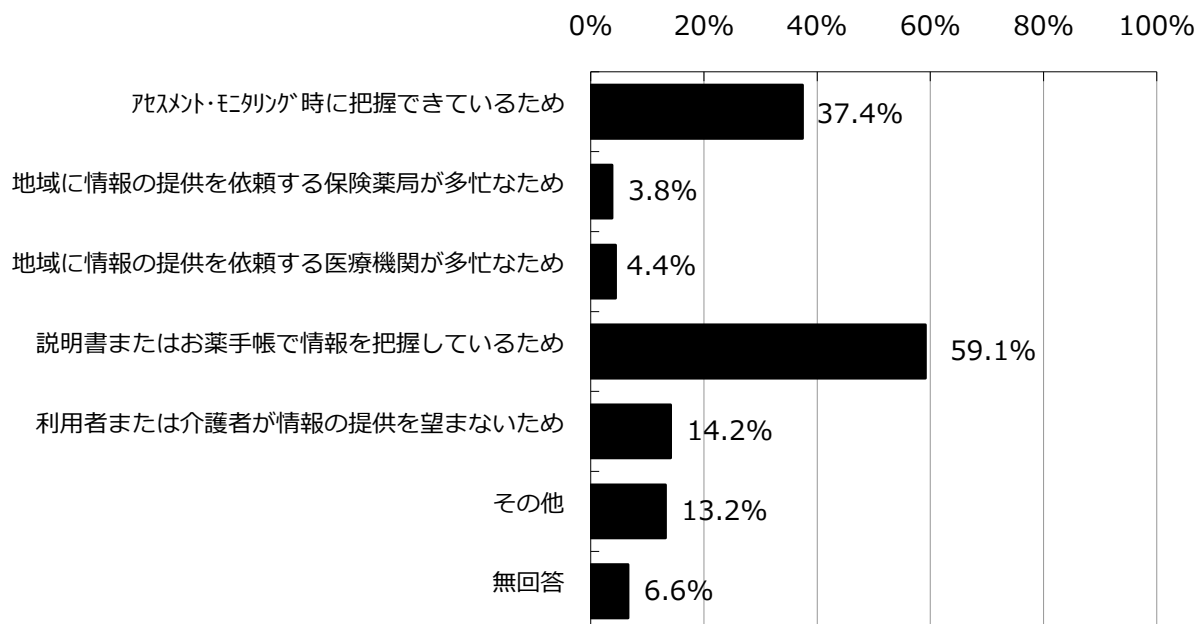
（単位：人）

平均値	標準偏差	中央値
5.2	8.9	3.0

（注）保険薬局または医療機関より情報提供を受けた627人のうち、情報の提供を受けた利用者数について記入のあった605件を集計対象とした。

平成31年4月～令和元年9月の半年間に、保険薬局または医療機関に担当利用者の服薬管理・服薬状況に関する情報の提供を依頼し、実際に提供を受けた経験が「ない」と回答した人にその理由を尋ねたところ、「説明書またはお薬手帳で情報を把握しているため」が59.1%で最も多く、次いで「アセスメント・モニタリング時に把握できているため」が37.4%であった。

図表 76 保険薬局または医療機関に情報提供を依頼し、実際に提供を受けた経験がなかった理由（提供を受けた経験が「ない」と回答した人、複数回答、n=318）



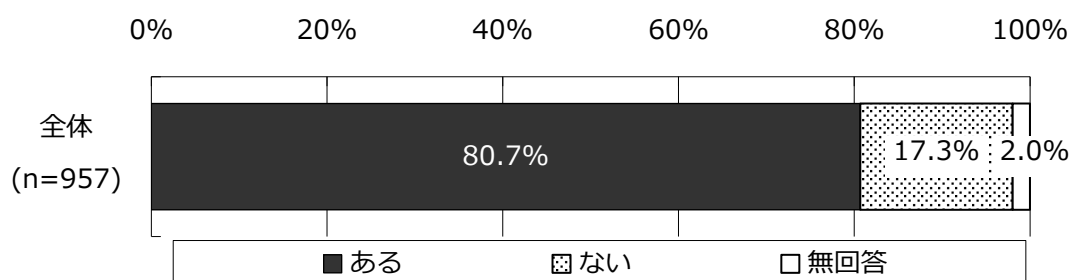
（注）「その他」の内容として、「必要がなかった」（同旨7件）、「医師・看護職員により行われているため」（同旨7件）、「該当する対象者がいなかった」（同旨3件）、「家族が対応しているため」（同旨3件）、「ケアマネの意識の低さや理解不足のため」（同旨2件）、「居宅療養管理指導報告書で情報を得ている」（同旨2件）等が挙げられた。

④介護サービス事業所から、担当利用者の服薬管理・服薬状況に関する情報の提供を受けた経験等

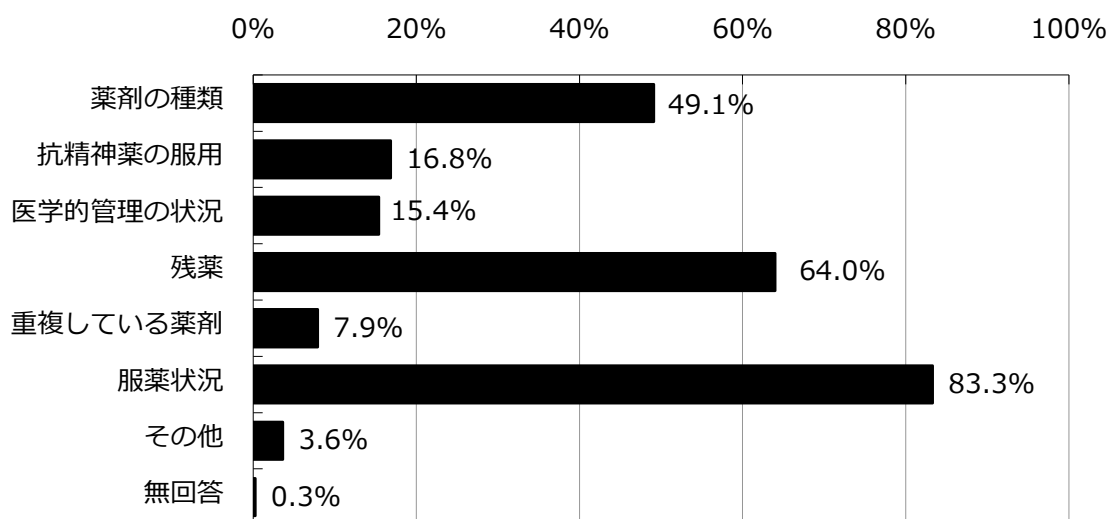
平成31年4月～令和元年9月の半年間に、介護サービス事業所から、担当利用者の服薬管理・服薬状況に関する情報の提供を受けた経験があるか尋ねたところ、「ある」が80.7%、「ない」が17.3%であった。

介護サービス事業所より提供を受けた服薬管理・服薬状況に関する情報については、「服薬状況」が83.3%で最も多く、次いで「残薬」(64.0%)、「薬剤の種類」(49.1%)であった。

図表 77 介護サービス事業所から、担当利用者の服薬管理・服薬状況に関する情報の提供を受けた経験の有無（平成31年4月～令和元年9月の半年間）



図表 78 介護サービス事業所から提供を受けた担当利用者の服薬管理・服薬状況に関する情報（介護サービス事業所から情報の提供を受けた経験が「ある」と回答した人、複数回答、n=772）



また、この半年間に介護サービス事業所から情報提供を受けた利用者数は、介護支援専門員1人あたり平均6.0人（中央値3.0）であった。

図表 79 介護サービス事業所より情報提供を受けた利用者数
（介護サービス事業所から情報の提供を受けた経験が「ある」と回答した人、n=726）

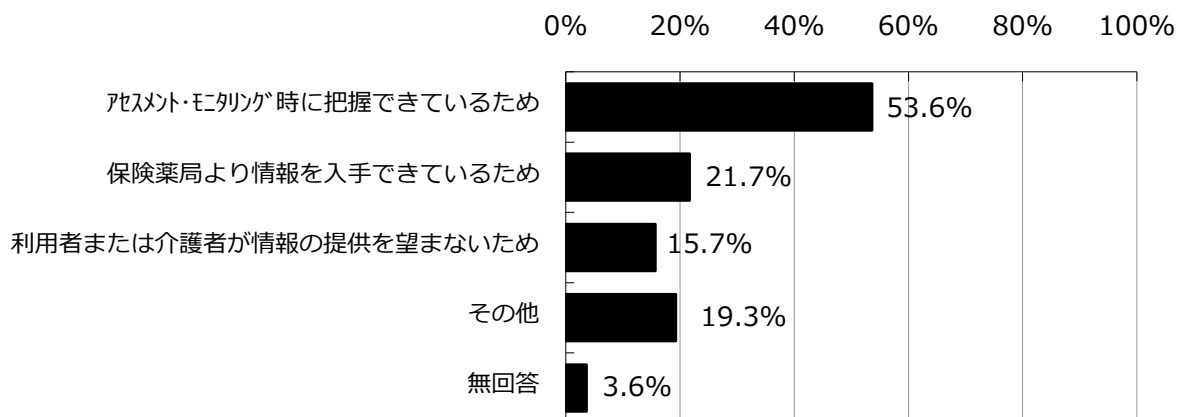
（単位：人）

平均値	標準偏差	中央値
6.0	9.1	3.0

（注）介護サービス事業所より情報提供を受けた772人のうち、情報提供を受けた利用者数について記入のあった726件を集計対象とした。

平成31年4月～令和元年9月の半年間に、介護サービス事業所からの情報提供を受けたことが「ない」と回答した人にその理由を尋ねたところ、「アセスメント・モニタリング時に把握できているため」が53.6%で最も多く、次いで「保険薬局より情報を入手できているため」（21.7%）、「利用者または介護者が情報の提供を望まないため」（15.7%）であった。

図表 80 介護サービス事業所より服薬管理・服薬状況に関する情報提供を受けていない理由（介護サービス事業所から情報の提供を受けた経験が「ない」と回答した人、複数回答、n=166）



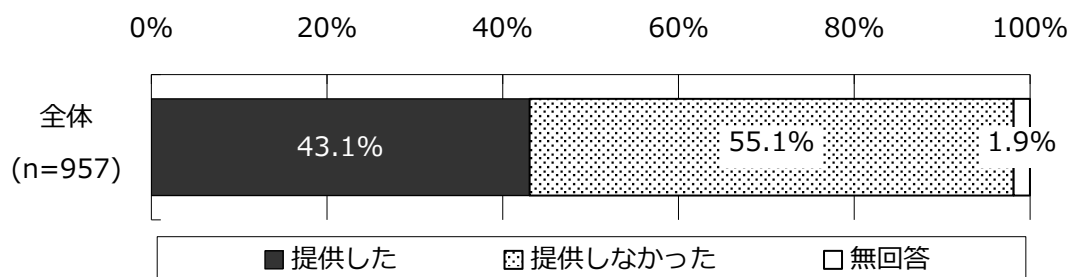
（注）「その他」の内容として、「該当する利用者がいないため」（同旨3件）、「特に問題がなかったため」（同旨3件）、「医師と看護師に相談するため」（同旨2件）、「家族が対応」（同旨2件）等が挙げられた。

⑤薬剤師に対する服薬管理・服薬状況に関する情報提供の経験等

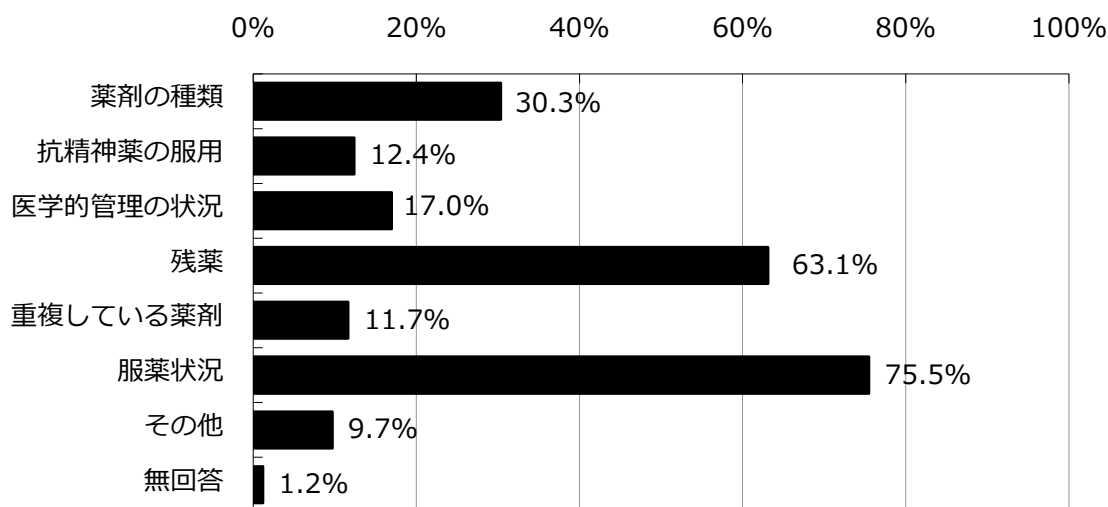
平成31年4月～令和元年9月の半年間に、介護サービス事業所から得た担当利用者の服薬管理・服薬状況に関する情報を薬剤師に提供した経験を尋ねたところ、「提供した」が43.1%、「提供しなかった」が55.1%であった。

薬剤師に提供した服薬管理・服薬状況に関する情報については、「服薬状況」が75.5%で最も多く、次いで「残薬」(63.1%)、「薬剤の種類」(30.3%)であった。

図表 81 薬剤師に対する服薬管理・服薬状況に関する情報提供の状況
(平成31年4月～令和元年9月の半年間)



図表 82 薬剤師に提供した服薬管理・服薬状況に関する情報
(情報を「提供した」と回答した人、複数回答、n=412)



また、この半年間に薬剤師に情報提供した利用者数は、介護支援専門員 1 人あたり平均 3.3 人（中央値 2.0）であった。このうち、何らかの介入が行われた利用者数は平均 2.1 人（中央値 1.0）で、服薬管理・服薬状況の問題が解決した利用者数は平均 1.5 人（中央値 1.0）であった。

図表 83 薬剤師に情報提供した利用者数及び介入した利用者数、解決した利用者数
（情報を「提供した」と回答した人、n=349）

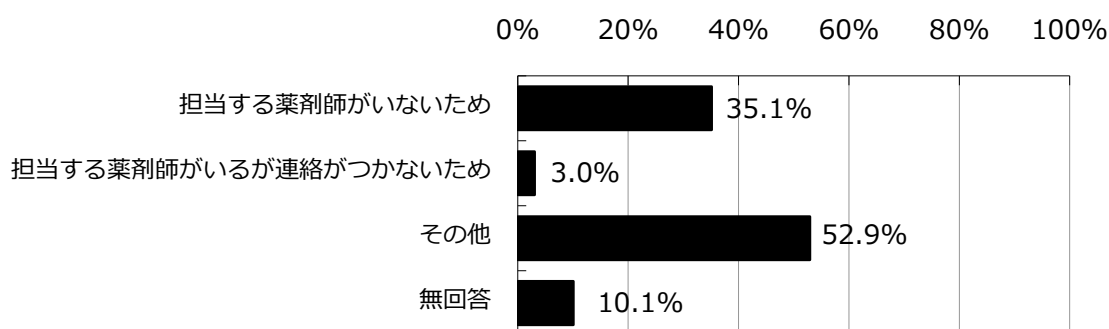
（単位：人）

	平均値	標準偏差	中央値
①服薬管理・服薬状況に関する情報を提供した担当利用者数	3.3	7.7	2.0
②①のうち、何らかの介入が行われた担当利用者数	2.1	6.7	1.0
③（うち）居宅療養管理指導が行われた担当利用者数	1.2	2.1	1.0
④服薬管理・服薬状況の問題が解決した担当利用者数	1.5	2.6	1.0

（注）薬剤師に情報を「提供した」と回答した 412 人のうち、全ての項目に記入のあった 349 件を集計対象とした。

平成 31 年 4 月～令和元年 9 月の半年間に、薬剤師に担当利用者の服薬管理・服薬状況に関する情報を「提供しなかった」と回答した人にその理由を尋ねたところ、「担当する薬剤師がいないため」が 35.1%であった。

図表 84 薬剤師に情報提供しなかった理由
（情報を「提供しなかった」と回答した人、複数回答、n=527）



（注）「その他」の内容として、「必要性がなかった」（同旨 67 件）、「医療機関・医師・看護師に相談や連絡したため」（同旨 49 件）、「本人・家族が対応」（同旨 22 件）、「介護サービス事業所が対応しているため」（同旨 15 件）、「該当する対象者がいなかったため」（同旨 13 件）、「介護サービス事業所から情報提供がないため」（同旨 11 件）、「提供する情報がなかったため」（同旨 10 件）、「往診医師、訪問看護師が対応しているため」（同旨 7 件）、「薬剤師の方が把握している情報だったため」（同旨 6 件）、「本人・家族が希望しなかった」（同旨 5 件）、「薬剤師に提供して解決できとは思わなかったため」（同旨 5 件）、「家族、介護サービスとの連携で対応できる」（同旨 4 件）、「どこに、どのように連絡していいかわからない（何か所も薬局にかかっている等）」（同旨 4 件）、「連携・連絡の流れがないため」（同旨 2 件）、「薬剤師が訪問しているため」（同旨 2 件）等が挙げられた。

薬剤師に担当利用者の服薬管理・服薬状況に関する情報を「提供しなかった」と回答した介護支援専門員に、どのようにすれば薬剤師に情報が提供しやすくなるかを尋ねたところ、以下の記載があった。

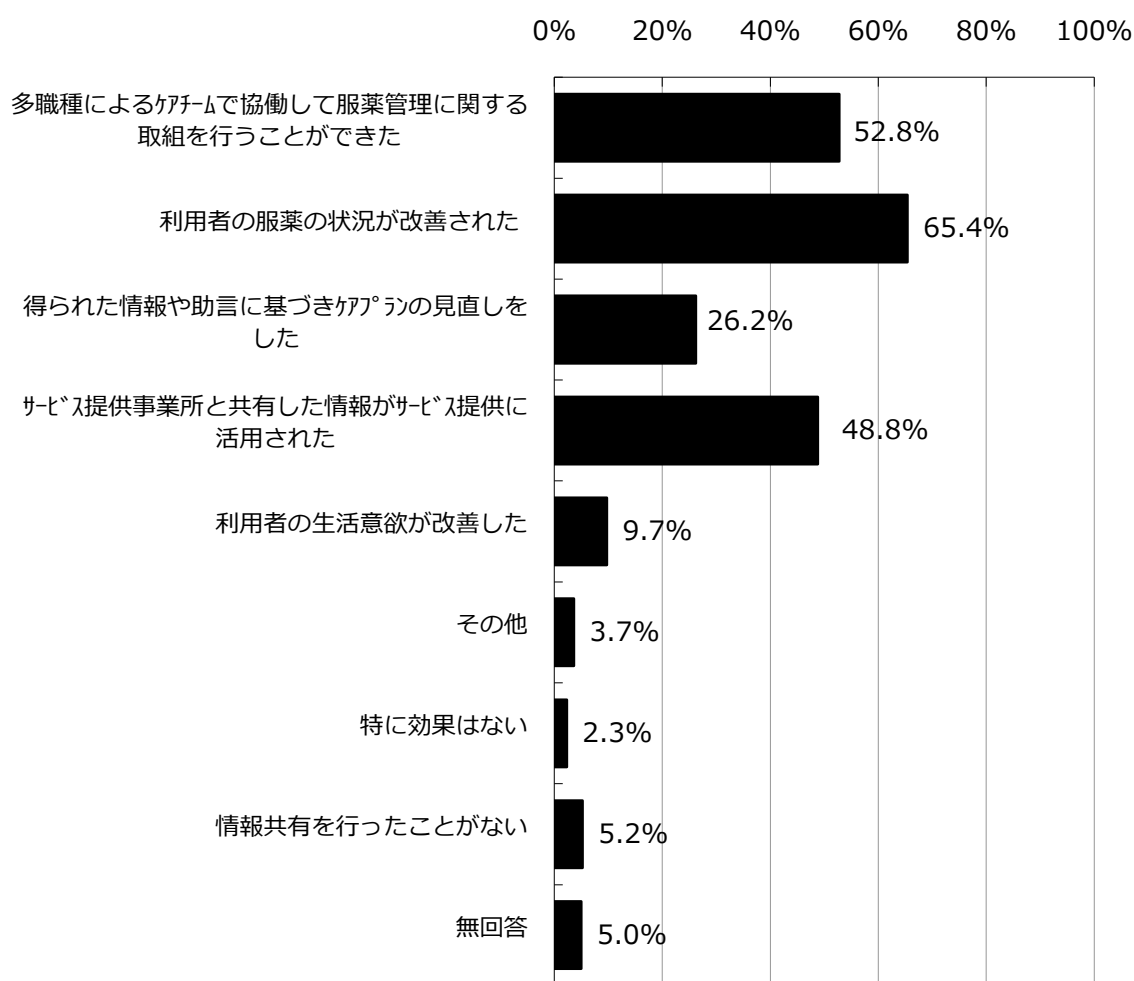
図表 85 薬剤師に担当利用者の服薬管理・服薬状況に関する情報を提供しやすくするための方策等（情報を「提供しなかった」と回答した人、自由記述式）

- ・ 合同の研修会等で顔の見える関係をつくる（同旨 18 件）。
 - ・ 担当薬剤師を決めてほしい（同旨 14 件）。
 - ・ 情報共有シートの作成（同旨 13 件）。
 - ・ 担当者と日常的に関係づくりをしておくこと（同旨 8 件）。
 - ・ かかりつけ薬局やかかりつけ薬剤師の確保（同旨 7 件）。
 - ・ 連携方法がわからない。具体的な支援内容がわからない（同旨 6 件）。
 - ・ 情報提供書の作成。情報提供しやすい環境（同旨 5 件）。
 - ・ 担当者会議等に参加してもらおうと連携がとりやすい（同旨 5 件）。
 - ・ 情報提供ルールの構築（同旨 4 件）。
 - ・ 薬剤師の方も居宅療養管理指導を算定することで情報共有もでき相談しやすい（同旨 4 件）。
 - ・ お薬手帳の活用を広げていく（同旨 2 件）。
 - ・ 情報提供のツールの構築（同旨 2 件）。
- ／等

⑥服薬状況について関係機関と情報共有を行ったことによる、利用者にとっての効果

服薬状況について関係機関と情報共有を行ったことによる、利用者にとっての効果については、「利用者の服薬の状況が改善された」が65.4%で最も多く、次いで「多職種によるケアチームで協働して服薬管理に関する取組を行うことができた」(52.8%)、「サービス提供事業所と共有した情報がサービス提供に活用された」(48.8%)、「得られた情報や助言に基づきケアプランの見直しをした」(26.2%)であった。

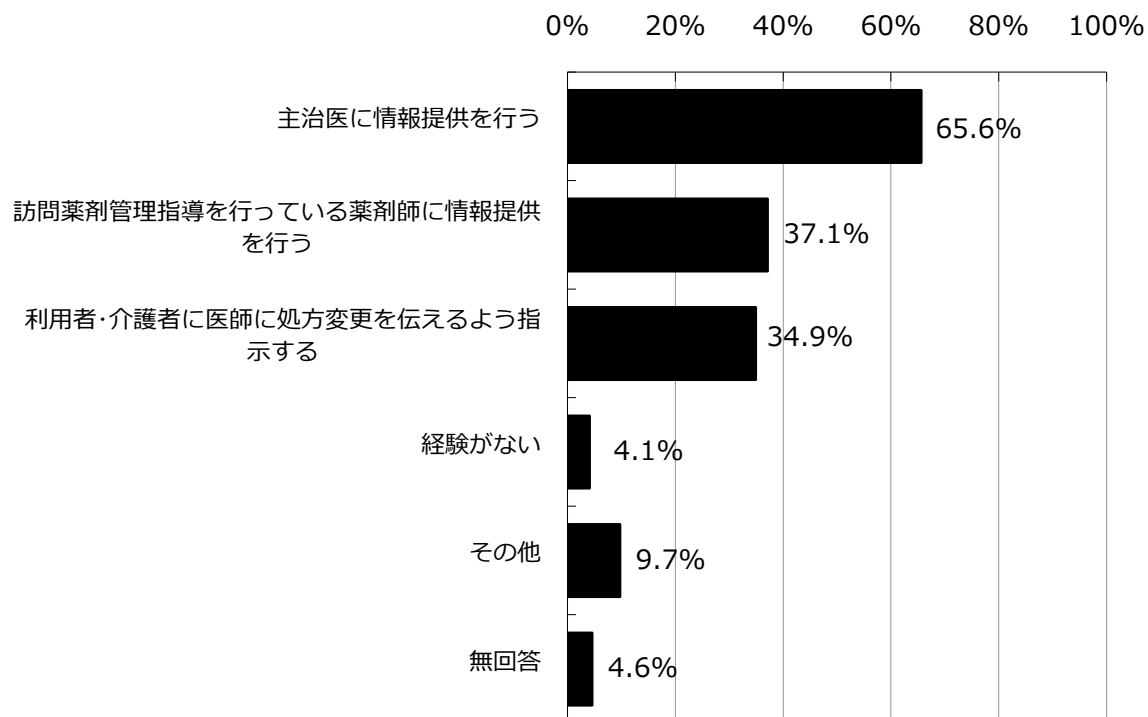
図表 86 服薬状況について関係機関と情報共有を行ったことによる、利用者にとっての効果（複数回答、n=957）



⑦残薬や重複投与等の医薬品に関する問題等への対応

残薬や重複投与等の医薬品に関する問題等への対応については、「主治医に情報提供を行う」が 65.6%で最も多く、次いで「訪問薬剤管理指導を行っている薬剤師に情報提供を行う」(37.1%)、「利用者・介護者に医師に処方変更を伝えるよう指示する」(34.9%)であった。

図表 87 残薬や重複投与等の医薬品に関する問題等への対応（複数回答、n=957）



5. 他職種との連携状況や意向等

(1) 居宅介護支援事業所が連携している施設等

居宅介護支援事業所が連携している施設等の数をみると、病院・一般診療所は平均 10.2 箇所（中央値 7.0）、歯科医療機関が平均 2.1 箇所（中央値 2.0）、保険薬局が平均 3.3 箇所（中央値 2.0）、訪問栄養食事指導等を行う管理栄養士の所属する施設・事業所が平均 0.4 箇所（中央値 0.0）であった。

図表 88 居宅介護支援事業所が連携している施設等の数

(単位：箇所)

	回答数	平均値	標準偏差	中央値
病院・一般診療所	851	10.2	11.9	7.0
歯科医療機関	831	2.1	3.1	2.0
保険薬局	840	3.3	5.0	2.0
訪問栄養食事指導等を行う管理栄養士の所属する施設・事業所	796	0.4	1.4	0.0

(注) 居宅介護支援事業所が連携している施設等の数についてそれぞれ記入のあったものを集計対象とした。

図表 89 居宅介護支援事業所が連携している施設等の数（「0」を除く）

(単位：箇所)

	回答数	平均値	標準偏差	中央値
病院・一般診療所	810	10.7	12.0	8.0
歯科医療機関	652	2.7	3.3	2.0
保険薬局	722	3.8	5.2	3.0
訪問栄養食事指導等を行う管理栄養士の所属する施設・事業所	214	1.6	2.2	1.0

(注) 居宅介護支援事業所が連携している施設等の数についてそれぞれ記入のあったものを集計対象とした。

(2) 歯科医師等への情報提供により、利用者の口腔問題の解決等につながった事例

利用者の口腔に関する情報等を歯科医師等に提供し、利用者の口腔問題の解決等につながった良い事例があれば自由記述式により記載していただいた。以下はその内容である。

図表 90 歯科医師等への情報提供により、利用者の口腔問題の解決等につながった事例
(自由記述式)

- ・ 歯周病、歯槽膿漏→介護者→訪問歯科→歯科医師の診察・治療、歯科衛生士からの正しい歯磨き指導→症状改善。
- ・ 食事中に義歯が外れる（アセスメントにて）。ヘルパー、ショートステイ先より報告あり。訪問歯科につなげる。ショートステイ利用時に訪問診療を受け義歯を作製。しっかりかめるようになり、食事量が増えた。
- ・ 訪問介護の事業所より写真が送ってこられ、その写真を歯科医にみて頂き、早急に訪問診療を開始して頂いた。
- ・ ターミナルの利用者が入れ歯の痛みを訴えていた。終末期のため入れ歯はもういらないかとも思ったが翌日すぐに来て頂いた。直前まで ADL があり自分で入れ歯のケアをしていたため、しんどさから口腔内はずいぶん汚れていたようで、舌も口腔もきれいにして頂けたことで「来てもらって良かった」と家族も感謝していた。1 週間後自宅で看取られたが、2 回来て頂いて口腔ケアをして頂けた。終末期の専門の方の訪問は緩和ケアの一つと思った。
- ・ モニタリングで会話している時に義歯が落ちて話しにくい様子を感じ、食事も食べにくいのでは？と本人に確認する。独居で通院困難にて、歯科医師に情報提供し、訪問診療で義歯を調整→何でも摂取可能→体重増へ。
- ・ 義歯が合わないとの訴えあり。歯科受診を勧める→歯肉ガンが見つかり→口腔外科へ紹介、治療へつながった。
- ・ 老々世帯であり、受診不可のため、歯科（訪問）の依頼が家族よりあり。早速、歯科医師に介入していただき、現在、月 2 回、歯科衛生士による訪問、口腔ケアを受けている。口臭が改善され、歯の汚れも少なくなる。通所サービス事業所へ歯科衛生士の介入状況を伝え、口腔ケアをしっかり行っていただけるようになった。
- ・ モニタリング訪問時に顎に湿布を貼っていたところから顎関節の痛みを発見し、訪問歯科に連絡し、義歯調整を行ってもらった。
- ・ 訪介より上顎前歯部の義歯が紛失している報告を受け、訪問歯科に連絡し歯科医師に作製して頂いた。
- ・ 脳卒中による流涎・嚥下障害のある利用者情報を訪看に相談し、ST（訪問）に行っていた。流涎・嚥下状態の改善につながった。
- ・ CM 発見、義歯の緩みがあり、歯科医へ調整してもらい、食事量が UP し床ずれが改善した。
- ・ PEG 造設の方で、主治医と訪問し、経口への移行が可能と同じ見解あり。訪問歯科診療による評価のもと、経口へと移行でき、現在も経口摂取ができています。訪問歯科診

- 療の場に同席させて頂き、情報・状態を共有している。
- ・ あご関節の癒着があり口から食べられなくならないように、歯科医師に訪問してもらい、維持できている。
 - ・ 顎の骨格変形により、義歯調整が困難な利用者に対して、嚥下訓練など歯科プログラムを介入したことで頻繁に起こしていた肺炎がなくなり、食欲も向上している。
 - ・ アルツハイマー型認知症が進行し発語もなくなった利用者。サ高住に入所しているが、職員の口腔ケアだけでは口を開けないこともあり、ケア不十分だったが、早い段階から歯科医師の訪問（月1回）、歯科衛生士の訪問（週1回）を取り入れた。白衣の方に対してはきちんと口を開け対応してくれたため、習慣となり、要介護5の現在まで続いている。そのことの効果もあり、食事は介助がありながらも全量摂取ができており、健康維持ができています。
 - ・ 以前、義歯作製希望の利用者のために在宅歯科連携室に連絡し、訪問歯科診療で義歯を作ることができた。今は離島勤務なので連携室も訪問診療の歯科医師もいないためできない。
 - ・ 以前に歯科訪問診療の利用を行った際、部分義歯と残歯の状況不良で肺炎のリスクを抱える寝たきりの状況。居宅療養管理指導の調整を行い、歯科医の訪問と歯科衛生士の訪問にて口腔内が改善できた。担当者会議にも参加して頂き、熱心に診療して頂き、家族やCMへも助言して頂いたケースがある。
 - ・ 以前の事業所で義歯の汚れや入れ歯の不具合などがある利用者複数人について、地域の歯科医師会へ相談→訪問で口腔内チェックして頂き、訪問歯科診療につながった。口腔や嚥下などの問題について情報共有でき、飲み込み機能の維持へとつながった。
 - ・ もともと療養手帳あり。歯を磨くのが嫌いなため口臭あり。家族からの相談あり。訪問歯科をコーディネートしてくれる所へ電話し、相談。訪問歯科診療を定期的を実施し、口臭改善された。予防、早期発見・早期対応となっている。
 - ・ 一昨年痛みがあり歯科受診。抜歯を一度に4本行ったが、抜歯後の経過がよくなく総合病院紹介にて悪性リンパ腫と診断された利用者がいた。歩行が不安定だったため、抜歯後何度か訪問してくれている。入院後の経過について随時連絡をとっていた。
 - ・ 入れ歯が合わなくなって、食事摂取量が下がった。訪問看護師から情報を得て、訪問歯科へつながった。
 - ・ 入れ歯の調子があまり良くないようで以前に比べて食べるものを選んでようなので、訪問歯科に情報提供し入れ歯の調整をした。この結果、以前のように何でも食べられるようになりBMIも改善した。
 - ・ 入れ歯を支える歯が痛み出したが、本人は抜かれたら大変と受診せず、痛みで食事が進まなくなっていたが、状況を歯科医師に伝えたとこ、診察し歯を抜かずに入れ歯調整と歯ぐきの治療で済み、食事がしっかり食べられるようになった。
 - ・ 嚥下障害から胃瘻を造設し胃瘻対応となっていたが、利用者の「口から食べたい」との意向もあり検討し訪問歯科に相談し、嚥下訓練を維持して口腔からの摂取が可能になった。

- ・入れ歯の噛みあわせが悪かったため、かかりつけの歯科の受付に直接電話したら翌日に自宅訪問してくれ、入れ歯の調整ができたケースがあった。
- ・う歯・入れ歯の不具合で訪問診療していただき、栄養状態の改善につながったケースあり。現在は寝たきり、要介護5のケース。月1回診療いただき（摂食性誤嚥の方）、大きな変化もなく過ごしている。
- ・義歯が合わなくなり、本人の食べたいものが食べられなくなった（低栄養はない）。保健センターの在宅歯科医療連携室へ相談。歯科衛生士訪問により、口腔内及び残歯や、う蝕の状況等口腔内を総合的に診てもらい、訪問歯科が可能な歯科を探してもらい義歯を作製、本人の食べたいものが食べられるようになった。
- ・義歯が合わなくなり往診を依頼。改善して食事摂取量が増えた。
- ・義歯作製後、嚥下状態悪化、むせ発生。家族より聞きとったため、歯科医師とSTに報告し、義歯調整で2回に来てもらった。その結果、嚥下がうまくいくようになった
- ・義歯のかみ合わせが悪くなった時、通院ができないため、訪問歯科を依頼した。3回の訪問診療で完治し、利用者・家族に喜ばれた。
- ・義歯不具合をそのままにしていた利用者がおり、また通院が難しいことで対応がなされていなかったが、家族（介護者）に訪問歯科診療の話を持ちかけ、情報提供等の調整を行い、すぐに対応いただき義歯調整を行ったことで食事摂取がスムーズになり、食欲も改善された。
- ・義歯が合っていないために食事がしにくい（摂食・嚥下）等、訪問時に、本人・家族より聞き取り、通院困難な利用者に訪問歯科を提案。訪問は継続している。義歯作製または調整により状況は改善し、見た目も改善、会話もスムーズにできるようになった。
- ・義歯が合わず、食事量の減少、体重減少のある利用者に対し、訪問歯科診療につなげたところ、噛みあわせが良くなり食事が摂れるようになり、生活意欲が向上した。
- ・義歯が合わず長期間使用せずに食事を摂っていたが、訪問歯科診療にて義歯を作り直したところで、咀嚼が改善され栄養を摂取することが向上した。合わせて定期的に口腔内の衛生管理を続けてもらうことができた。
- ・義歯が合わず食事摂取がままならず、食事形態を変えていた方が、訪問診療により、義歯調整や口腔ケア、食事体操などの指導があり、摂取状況が改善したり、嚥下機能も改善してきた。
- ・義歯が合わず歯茎に痛みがあり食事摂取時に時間がかかっていたと本人、関係サービス事業所より報告あり。歯科へ連絡し義歯調整を依頼し改善された。
- ・義歯が合わなくなり、以前かかっていた歯科に相談し歯科医の居宅療養管理指導介入になった。適切な栄養摂取につながっている。
- ・義歯が外せなくなって口腔衛生に問題が生じた。デイサービスより情報提供があった→訪問看護師に情報を伝え状況を確認してもらった→訪問看護師から歯科受診の必要ありとの情報を受けた→歯科医師に情報を伝え往診となった→往診によって問題が解決した→歯科医師の指導により各事業所において口腔状態の観察、管理が継続されて

いる。

- ・義歯の使用を中断したため、家族に相談し歯科を選択し、訪問歯科が開始。主治医より担当者会議への歯科医師の参加依頼により参加し、情報共有につながり、ICTにて各サービス提供機関と都度情報を共有している。
- ・義歯の不具合を改善。咀嚼状況の改善。
- ・倉敷市歯科医師会と、倉敷市が行っている無料健診事業を活用し、在宅生活者の健診（訪問による）から、歯科のスクリーニングを実施。必要な方に歯科治療や居宅療養管理指導をつなぐことができている。
- ・車椅子利用の退院した方。退院後にやわらかめの食べ物を希望されるので理由を聞くと、義歯が歯茎に当たって痛いとのこと。歯科医師（初回無料）に診てもらい、居宅療養利用となった。常食を食べられるようになった。
- ・車椅子利用者。義歯が合わなくなり痛みの訴えが出てきた。家族が発見し、ケアマネジャーに相談した。訪問歯科診療を実施している歯科医師に情報提供した。訪問歯科診療を開始し、義歯の調整を実施。終了後も定期的に歯科衛生士によるメンテナンスが行われ、口腔状態が良好に保たれて、しっかり食事が摂れて元気に過ごしている。
- ・原因不明の発熱が時々あり、その都度 ADL が低下し、入院検査するも原因がわからず退院になった利用者がいた。口腔ケアの拒否が強かったことから、歯肉炎を疑い歯科往診を依頼。歯肉炎、歯周病による発熱と診断あり。投薬、拔牙、口腔ケア、義歯作製まで行われ、以後発熱、入院することなく1年以上経過している。
- ・口腔ケアの方法について、これで良いのか、治療は不要なのか、家族が疑問を持っている寝たきりの方のケース。主治医は寝たきりなので不要と判断（胃瘻気切している）。家族から相談を受け、国保連が行っている無料歯科健診を利用することを主治医と家族に提案し実施。近くの歯科医師が往診に来た。事前に情報はフェイスシートを渡し、電話でも話をしてから来てくれた。現在は治療不要であるが、今後のケアについてアドバイスをもらう。またケアについて歯科医が「よくやっている」とほめてくれ、「何かあればまた往診に来る」といわれたことで、家族は安心と満足感を得た。ケアマネも今後の相談相手ができて良かったと思っている。これは介護に理解がある歯科医だからこそと思った。
- ・口腔内の舌苔や歯垢により味覚が低下し食欲が減退。また、歯垢による虫歯の形成があり歯科医師に訪問診療を依頼。口腔内の清浄を行い、清潔を保つことと虫歯の治療により味覚が改善し疼痛が緩和された。結果、噛むことができるようになり食生活が改善した。
- ・口腔内の状態を写真に撮り本人の基本情報とともに歯科に提供し治療につなげた。
- ・誤嚥性肺炎で退院後の在宅生活維持、介護負担軽減につながった事例。全介助利用者で、ゼリー食提供、水分補給お茶ゼリーだったが、お茶ゼリーの摂取に（150ml）30～40分を要していた。情報を歯科医師に提供し、嚥下状態を内視鏡検査で摂食嚥下機能評価をして頂き、高栄養飲料（エンシュアハイ）のゼリー化の指導もあり、現在水分補給のゼリーも短時間で摂取可能となっている。併せてカロリーも向上できている。

- ・誤嚥性肺炎を繰り返していた利用者が、嚥下状況が悪く、吸引など頻繁に行っていたが、口腔清潔、STの指導により、少しずつ改善され、今では吸引しなくてもよくなっている。
- ・誤嚥性肺炎を繰り返していた利用者で、在宅での歯みがき・口腔ケアができておらず、サービス側から勧めるも拒む。訪問歯科診療・指導を受け、専門職からの意見は受け入れができ、肺炎を繰り返さなくなった。改善した。
- ・誤嚥性肺炎を繰り返す利用者に、月2回歯科衛生士が介入し嚥下リハを続けたら、誤嚥性肺炎で入院することがなくなった。
- ・この半年間ではないが以前担当していた利用者について、入れ歯が合わないと言われ、訪問歯科に連絡し自宅で治療してもらった。その結果、食べやすくなった。
- ・サービス事業所（有料老人ホーム入居者）より情報提供され、関係のある歯科より訪問歯科診療にて義歯作製に至ったことがあった。
- ・在宅中心静脈栄養法やHOTの方で寝たきりの方へ訪問歯科診療で摂食嚥下機能が改善することができた。最終的にHOTでも自宅で状態安定となり、入退院の繰り返しが減少となった。
- ・残歯が抜け、義歯が合わなくなった利用者の家族から訪看に相談。訪看から連絡を受け訪問歯科を紹介。本人は不安がっていたが、訪問歯科医師、衛生士より具体的に説明を受け安心し、計画的に治療でき、適切に摂取できるようになった。歯科医師、歯科衛生士の方より毎日、丁寧にFAXにて情報を頂いており、状況が把握可能だった。多職種と連携できた。歯科医師から直接助言やアドバイスをいただけることで本人、家族が安心する（体重が減少したことで義歯が合わなくなり、さらに食事量が減ってしまったケース）。
- ・歯科医師の指示により、各職員で口腔内の衛生管理を実施することで徐々に状態改善（歯ぐきからの出血・舌）。また、食欲もアップするに至ったことで、12月（令和1年）に一旦サービス終了することを本人・家族・施設と同意できた。
- ・歯科医に行くことのできない利用者について、市の歯科衛生士に相談し訪問してもらい、訪問歯科につなげてもらい、入れ歯を調整してもらい、おいしく食事が食べられるようになった。
- ・歯科医に口の中を評価してもらい義歯を使うよう利用者に説明してもらい、誤嚥が全くなかった。また、義歯を微調整してもらうこととで、食べ物の咀嚼がうまくいきキザミ→常食へ変更し配膳。栄養状態が改善した。
- ・歯科受診が困難な利用者がいたため、歯科医師会に情報提供し訪問診療を依頼。結果、本人も家族も安心（いつでも相談できる環境）して在宅生活を送っている。
- ・歯科受診がわかった時点で、病歴やADLの状態、家族の関わり、介護サービスについての口腔の関わりを伝えている。歯科医院からは何もない。せめて治療内容や疾患名を教えてほしい。
- ・歯科受診を中断して寝たきりになった利用者に訪問歯科を提案し、義歯を作製して食事がお茶漬け以外も食べられるようになった。

- ・ 歯科通院ができなくなった利用者に訪問を依頼している。緊急対応など、対応してもらって助かっている。
- ・ 歯科の受診に行けない利用者のため、地域の歯科医師会に連絡して訪問歯科の医師を派遣して頂き、治療してもらった（虫歯だったため歯を抜いてもらった）。
- ・ 歯周病重症、介護拒否の強い利用者への口腔ケアの方法がわからず、歯科依頼する。往診時ヘルパーが同席しアドバイスを受けた。経過を施設職員が申し送ったり、ヘルパーが同席し伝えたりした。また、歯科からの情報提供書を施設・ヘルパーステーションへ送付している（FAX）。
- ・ 施設スタッフより、義歯が割れたと報告あり確認する。歯科衛生士に電話連絡、情報提供し治療が開始となる。治療後、食事形態が普通食に戻る。
- ・ 施設入居の利用者より歯が痛むとの訴えがあり。寝たきり状態のため、施設でも通院が困難であるとのことから歯科医に往診治療を依頼し、何度かの往診での治療により完治した。
- ・ 歯槽膿漏で食事摂取が困難。通院も困難なため、訪問歯科を依頼し、週1回歯科医師と衛生士により治療が行われ、口腔衛生が改善され、食事摂取が可能になった。
- ・ 下の入れ歯を紛失。デイサービスの職員が気づき、連絡あり。認知症のため受診できず、訪問歯科に情報提供。下の入れ歯作製、上の歯2本は残っておりブリッジをかけていたが、歯がぐらついていていた。ある日、上の歯2本とも抜け、歯がはまらなくなり、デイサービスが気がつき連絡あり。上の入れ歯も作製した。歯ができるまではデイの食事や宅配弁当は刻み食に変更した。
- ・ 若年性アルツハイマー型認知症の60代の女性。常にくいしぼりがあり、下の歯が口腔内へ向かって倒れこんでいる。誤嚥性肺炎を繰り返し、その頃より歯科医師・歯科衛生士の介入。通所サービススタッフより唇に潰瘍形成の報告あり。歯科医師へ情報提供。往診で歯が欠けていたところを治療。歯茎の腫れもあったため抗生物質のぬり薬を処方された。あごに腫れ・腫張が出現。再度、歯科医師へ報告。薬剤アレルギーと判明し使用中止。その旨を内科主治医へ報告。該当薬剤、禁忌として関係機関へ報告。
- ・ 重症の熱中症で救命。発語がなくなり今までの受診環境が一切不明となった。家族の思い＝「口から食べてもらいたい」（胃瘻、気切あり）との言葉から義歯を口腔内に入れるが適合せず、本人所持の診察券の束の中から歯科医院をみつけて、ケアマネよりコンタクトを取る。突然来院がなくなり心配していたと伺う。本人の状況を伝え、往診を依頼。義歯調整開始、口腔ケア、口腔リハビリを行う。今も継続して訪問して頂いている。経口摂取量が増えて、本人の楽しみも増している。なじみの関係の復元が本人にも力を与えた（管理栄養士の協力も大きい）。
- ・ 受診できない利用者に対して訪問診療を行ってもらい、治療、口腔内清掃も定期的に行い、食欲も出て体調を整えることができた。訪問歯科の衛生士に他の利用者のことも相談しやすく、他のCMも利用、相談している。
- ・ 受診につながり、入れ歯の作りなおし、口腔リハビリの実施が可能となり本人の意欲も高まった。

- ・ ショートステイ利用中の利用者の歯痛（義歯合わず）時に近隣歯科医に往診を依頼。ケアプランを提出し、夜間にもかかわらず往診していただいた。利用者も満足された。初回訪問時にケアプランを交付することで、どのようなサービスが入っているか、また情報共有先が確認できることで、的確な連携が図れる。
- ・ 食思低下から衰弱進行し、胃瘻造設となった。訪問歯科診療とのデイケア等（訪問看護）との連携で経口から少量でも食べられるようになるための連携を図った（結果、胃瘻からの卒業までにはならなかった）。
- ・ 食事摂取に時間がかかるため、口腔内をチェック。舌に白いカビが付着しており、歯科受診を勧める。歯科医→口腔外科へ紹介→カンジダ苔による原因が判明し、治療することで食欲も出て生活意欲向上につながった（寝たきり→車椅子移動可能介助に）。
- ・ 食事摂取量が減り、入れ歯のかみ合わせが悪くなっていることに気づき、訪問歯科へ相談。訪問治療により義歯を調整したことで普通食を食べられるようになった。もともとお粥嫌いのため、食の意欲も低下していたが、治療後は改善がみられている。
- ・ 神経障害による全身性の麻痺のある方が、歯科通院ができず義歯調整が行えなかった（訪問歯科なし）。摂取状況や咀嚼、嚥下の状態について動画を撮って歯科医師（口腔外科）に診てもらった。
- ・ かみ方がおかしい（痛み）。協力歯科医院へ連絡、往診して頂く。奥歯が割れており、紹介状をもち大学病院で抜歯。その後、問題なく経過。
- ・ 家族（本人）の訴えを歯科医へ伝え、口腔内のトラブル発見。訪リハへ情報提供。意欲低下の改善のため、口腔ケアの用具を購入するための外出支援を組んだ。口腔トラブルが改善し、外出の意欲へつながった。
- ・ 低栄養で体重減少と共に入れ歯が合わなくなり、訪問看護と訪問介護、通所介護で食事の形態など全体を見直し、食事量が増加する。また、訪問歯科を交えサービス担当者間で打ち合わせ、入れ歯の作り直し等で低栄養が改善した。
- ・ 定期訪問などにより義歯の不具合や欠歯を確認し、所轄の在宅歯科医療連携室やクリニックへ直接相談を行い、歯科衛生士の事前訪問から歯科医師の訪問治療を受けることで、咀嚼や嚥下が回復し栄養状態が良好となった。
- ・ デイケアの歯科衛生士・ST より、口腔内の情報提供を受け、口腔外科受診時に家族が医師（歯科医師）に渡しているため診療がスムーズ。日頃のケアについて医師よりデイケアに指示あり。口腔内の状況改善。
- ・ 糖尿病患者（利用者）の口腔状態の悪化が著しかったので、訪問歯科診療してくれている先生に毎月1回定期訪問して頂いたところ、P3→P1になり、食事摂れるようになった。体重も増え体調も良好となり、元気になって生活に意欲的になり、生き甲斐が出た。
- ・ 時折むせることがあるとか、口にためて吐き出すことがあるという食事時の情報をヘルパー・訪問 CM が聞き取り、気になり、義歯のない状態で食べていたがこのままでいいのか、年齢や認知症状、受診の困難さも含め CM が歯科に連絡をとり（主治医から紹介状・tel も事前に入れてもらい）1度受診し、結局、義歯を作らないとなったが

皆で共有することでその後も観察、口腔ケアに役立った。

- ・ 独居での生活。歯科受診しなくてはと思いながらも面倒と受診につながっていなかった。娘が帰省時に相談し、訪問歯科も含めて提案すると、まずは訪問歯科で診てほしいということになった。訪問歯科に相談し、訪問して頂く。やはり歯科受診が必要。義歯作製後なら訪問歯科でも対応できると説明を受け、歯科受診、義歯作製し本人の生活質が向上した。
- ・ 入院中体重減少により入れ歯が合わなくなり、以前通院していた歯科へ相談したところ、訪問歯科を再開してもらい入れ歯作製につながり、リハビリが進んだ。
- ・ 入院中に口腔内からカンジダ菌が検出されたため、歯科医院に情報提供し往診して頂いた。ショートステイ利用中にも往診して頂き、施設の介護職の方たちにも指導して頂いている。
- ・ 入院中の医師より退院後在宅にて歯科訪問治療を利用し、入れ歯の調子を整えた方が良くアドバイスを受け、市内の訪問して下さる歯科に依頼、入れ歯が良くなり食事量も増えた。
- ・ 入院中より訪問歯科のサービスを受け、退院した後も継続してサービスを受けることで新しい入れ歯の作製まで行うことができた。しっかりとした入れ歯が作製されたことにより、利用者の食事形態も改善された。
- ・ 認知機能の低下、口腔内のケア不十分な状況で、歯が駄目になり食事が摂れなくなったため、さらに認知機能低下が進んだ状況で口腔ケアと入れ歯の作製をし、定期的に歯科衛生士の訪問を受けた結果、食事が美味しく食べられるようになり、認知的にも機能の向上が見られた。
- ・ 認知症で訴えができないもののどこか不具合があるのではないかと歯科医師に相談したところ、義歯の不適合・破損が見つかった。信頼関係を築きながら調整してもらったところ、食事摂取量が回復し食事形態も変更せずにすんでいる。
- ・ 認知症で口腔ケアが上手くできない方について、デイに訪問してくれている歯科衛生士が根気よく口腔ケアや義歯チェックを行った結果、食事がよく食べられ物忘れの状況が改善された。
- ・ 認知症で口腔ケアも難しい方で、歯科医も含めた担当者会議で口腔ケアや食事介助の方法を共有することができた。
- ・ 寝たきり意思表示ができない方へ義歯の可能性について相談。歯科訪問支援をつなげたことで、担会にて資料持参で共有し、工夫（食事形態、とろみ具合）できたこと、口の体操で模倣できる能力があったことに気付いた。改善し、各サービス（デイ 2 か所）でも意識して取り組めたが、しかし介護者が訪問の負担を理由に断っていたことがあった。
- ・ 寝たきり状態の利用者の口腔ケアの方法について歯科衛生士から介護サービス事業所の担当者に指導・伝達してもらい、歯周病が改善した。
- ・ 寝たきりになる前は、偏食で栄養状態の改善が望めなかったが、持病が悪化し寝たきりになってから、家族も本人の世話をするようになって、誤嚥性肺炎に対する興味も

出てきた。連携してくれた主治医やショートステイスタッフの協力もあり、義歯調整をすることができた。結果、栄養状態も改善され本人も以前より発語もしっかりしており、食欲も出てきて元気になった。

- ・寝たきりの方に訪問歯科診療を依頼。入れ歯の調整、口腔ケアを定期的にしてもらい、食事量が増え、体力がついた。
- ・寝たきりの人の歯のぐらつき、痛みから食べられなかった。保険者を通して在宅歯科診療を行い、抜歯、その後食事が摂れるようになった。
- ・脳梗塞後遺症による失語症、嚥下障がいのある利用者にSTが関わることにより、食欲、生活意欲が出てきたため、入れ歯の調整や自歯の手入れ、口腔リハについて歯科医師による居宅療養管理指導を導入し、ADLも上がってきた例がある。
- ・脳梗塞による嚥下機能が低下している利用者に対し、歯科が栄養師、セラピストなどが介入した結果、食事量が改善した。
- ・脳出血により重度の障がいあり。口腔ケアが行き届かない、虫歯があるようだと主介護者から話あり。通院は難しいため、訪問歯科医へ情報提供。その後、治療と指導が定期的に行われた。状態は改善し、その他の不安であった嚥下状態についても、マッサージなどのケアや指導が行われたため、回復につながった。
- ・パーキンソン病のため、診察台に座れないと考え、受診をあきらめていた（義歯作製）。モニタリング時受診困難を確認。連携している歯科医に相談し、往診にて義歯作製する。義歯ができたことで食事量がアップ。また虫歯も完全に治療することができた。
- ・日頃の利用者への訪問にて発見。口腔管理への意識は高いが、身体的に通院することができない利用者について訪問歯科との連携を図り、改善に向けての取組ができた。
- ・一人暮らしで物忘れのある女性が歯科治療する時、食事の状況や服薬状況を訪問介護事業所と連携し治療がスムーズに行うことができるよう、歯科衛生士と情報共有するなど行った。
- ・ヘルパーが利用者の歯ぐきの痛みについてケアマネに報告→訪問歯科にて処置。痛みの改善と継続訪問につながった。
- ・片麻痺のある利用者。柔らか食を摂取。食事に時間がかかる。口に食物をためて飲みこみが悪い。口腔ケアで食物残渣が多いと家族から相談を受け歯科に受診、情報提供。治療と同時に口腔ケアや口腔体操の指導があり、訪問介護・通所リハビリと連携し、ケアプランの見直しと口腔ケアのサービス内容を位置づけ食事動作、食事量、摂取状況が改善。
- ・訪看発見。家族も気付いていた。訪問歯科を紹介し、本人もその気になり、う蝕治療、義歯製作し食べられるようになり、療養指導を継続していただき、良い方向へ。
- ・訪問歯科・通所リハと連携し、高次脳の方へ口腔ケアの手順を指導し、完璧ではないが改善がみられた。
- ・訪問歯科診療の利用。主治医が明確で、連携が取りやすい。利用の希望は本人より。すぐに対応して下さり助かった。市町村の紹介だと身体状況等で制限があり、利用しにくい（ほぼ寝たきりの方でないとダメ等）。民間だと、車椅子生活で通えない方など

- も迅速柔軟に対応して下さるので依頼しやすい。結果、早期改善につながった。
- ・ 訪問歯科診療を継続して利用することにより健康が維持され、表情も明るくなり生きることへの意欲につながっていると考える。
 - ・ 訪問歯科診療を利用し、入れ歯をなおしたことで食事量が上がった。
 - ・ 訪問した歯科医師から直接診察した状況と今後の課題やサービス事業所で取り組めること等連絡があり、すぐに対応することができた。
 - ・ 本人が通院できないため訪問歯科をお願いし、先生の空いている時間に毎週来ていただき、思うように食事が摂取できるようになった。
 - ・ 本人は左頸部の痛みを訴えており、徐々に食事量が減っていき体重がマイナス 8kg となる。歯科・耳鼻科・内科への受診を提案する。どこも原因がわからず困っていたが口腔外科を紹介したことで、親知らずや残根歯が原因とわかり直ちに治療開始、治療後直ちに食事量が改善し、2 か月後には 6kg 増。体調が安定した。
 - ・ 前歯 4 本がぐらぐらして、食物を口にする時に歯に当たって食べられず、痛みを訴える利用者に対して、ワーファリンを一時中止して（ペースメーカー埋込）抜歯につなげ、仮歯ができる間も何とか食事ができるようになった。（88 歳女性）現在義歯ができて経過も順調。
 - ・ 全く口腔ケアをしなかった方が、通りハで歯科受診し、歯科衛生士に付き添ってもらい、定期受診が可能となった（妻が付き添っている）。今では週 3 回の通りハ利用時は自ら歯を磨くようになった。
 - ・ むせが増えた→訪問歯科に情報提供→嚥下の検査・評価、定期的な口腔ケア→食の形状を変える、口腔内の清潔が保持できた。むせが減った。
 - ・ むせやせき込みがある利用者に歯科医師の居宅療養管理指導を依頼したことにより、むせやせき込み（嚥下状態）が改善した。
 - ・ 義歯が破損しているのを自宅やデイ、ショート等で本人・スタッフから聞き、訪問歯科を提案。同意があれば対応可能な歯科医療機関を紹介。情報提供。訪問歯科により、歯治療・義歯調整、口腔ケア指導も定期訪問するようになり、食思改善した。体調安定している。
 - ・ もともと難病のシェーグレン症候群をもっており口腔のケア評価が常時必要ということもあり、本人・家族と相談しながら訪問歯科を探して、みつかった歯科医へ情報提供をした。すぐに訪問していただき、現在磨き残しはあるものの病状は安定している。
 - ・ モニタリング時話をすると入れ歯が落ちてくるのを見て、次女と歯科医が連携。入れ歯が落ちてこなくなり食事量がアップした。
 - ・ モニタリングで訪問した際、介護者より最近流涎が多く、食事摂取量が減ったと伺い、歯科医師の居宅療養管理指導の介入により、口腔の問題にとどまらず、訪問リハによる車椅子座位姿勢の見直しと多職種で連携し、改善につながった。
 - ・ 有料老人ホーム入所中の利用者本人より、義歯の不具合（歯茎に当たる）の訴えあり。CM→歯科医師に相談。本人面談時、担会し早急の治療にあたっていた。その際の口腔内の治療が必要な点があり、継続して治療していただいた。

- ・服用中の薬の中に歯科治療中は服用をやめなければならない薬があることを歯科への連絡で明らかにしたことはある。お薬手帳など病院にはもって行っても歯医者には案外持っていかなかったりする。
- ・利用者（要介護4の女性利用者）の夫から「義歯が合わなくなり咬めなくなった」との相談があり、訪問歯科診療を調整・受診し、義歯調整ができ、食事摂取量が増し、栄養状態改善につながった。
- ・利用者、家族より歯の痛み、義歯の調整依頼があり、治療依頼を行った。
- ・利用者が転倒し義歯が折れたため、訪問歯科医に連絡し、急遽、訪問してもらい、新しく義歯を作製してもらった。
- ・利用者から歯の痛みを訴えられ、以前からのかかりつけ医につないでほしい（訪問診療）と相談あり歯科医院へ連絡。往診してもらい、主治医とも連携してもらい（薬の確認）抜歯治療を実施し痛み消失。その後も腫れなどあれば抗生剤処方など対応してもらい、生活の質が向上した。
- ・利用者の入れ歯の不具合を伝え改善でき食欲が出てきた。
- ・利用者自身が一人では歯科医院に通院できない場合、往診をお願いするのに、湖東地域歯科医療機関情報一覧を滋賀県湖東健康福祉事務所が作成してくれているので、それをもとに利用者情報を歯科医院に伝え、訪問してもらったことで義歯が安定し、口腔内の清潔を図ることができた。
- ・利用者自身の歯が少しだけあった。飲み込みにくく、物をしっかりかみ切れていなかった。また、本人自身、顔が「年寄りだ」と思い込んで、外へはあまり出なかった。訪問診療でその旨を歯科医師に伝えると「男前にしましょうね」とやさしく答えていただいた。結果、デイサービスの利用につながり、食事もおいしいと言い、たくさん食べるようになった。
- ・利用者本人と家族では十分に口腔衛生を保つことができなかったケースを、歯科医師に伝えて相談したところ、口腔ケア時の注意点や方法のアドバイスを頂き、自宅やサービス利用時に適切な口腔ケアを行うことができるようになった。
- ・利用者より「口内炎ができた」との訴えがあり口腔内を見ると目視で腫瘍が認められたため、早急に歯科受診を家族に伝えた。結果的に口腔癌であり、入院、治療が行われた。その他、舌に白斑症が癌化した方や舌下に腫瘍のあった方など、15年で6人ほどあった。がんの発見につながった。
- ・利用者より奥歯の痛みで食事が思うように進まないとの相談あり。歯科医師へ相談。すぐに訪問歯科診療が開始となり痛みの消失。食思向上へとつながった。また治療だけでなく、食事形態や栄養バランスの助言等もして頂き、良かった。

(3) 医師や管理栄養士等への情報提供により、利用者の栄養状態や全身状態の改善につながった事例

利用者の食事摂取や栄養状況等に関する情報等を医師や管理栄養士等に提供し、栄養状態や全身状態の改善につながった良い事例があれば自由記述式により記載していただいた。以下はその内容である。

図表 91 医師や管理栄養士等への情報提供により、利用者の栄養状態や全身状態の改善につながった事例（自由記述式）

- ・ かかりつけ医に食事量や摂取状況を相談した。本人の血液データを見ながら必要に応じてエンシュア処方をしていただき、3か月後にはめまいやふらつきが軽減してきた。
- ・ 食事量の低下が見られる利用者に対して、主治医に栄養補助食品の導入も依頼し、処方して頂き、水分補給の代用としても食していただくことで、一日の必要なカロリーを食することができた。
- ・ 体重減→デイで測定し発覚→医師・家族に相談→栄養補助食品を摂る→体重増。体重増→デイで測定し発覚→医師・家族に相談→食事量減→体重減。
- ・ 1～2 か月で体重が 2kg 減少した方より相談あり。施設の管理栄養士に相談し、食品について助言をいただいた内容を利用者に説明し取り組んでいただいた。結果、体重減少はなくなった。
- ・ 90 代の女性が最近元気がないと心配していた。医師に黄疸があるのではないかと相談したら、採血の結果、入院レベルの低 Na 血症だった。訪看の指示で食事に塩をかけ、デイで梅干しを食べさせることで入院せず回復した。
- ・ 胃ガン術後で食後嘔吐をくり返す方に対し、管理栄養士の訪問を依頼し、食事量・消化のよいもの等細かく指導があり嘔吐が減り本人の表情も明るくなった。
- ・ 医師に食事摂取量が少ないことを報告し、栄養補助剤の処方につながった。
- ・ 医師に相談し栄養補助剤を処方してもらい栄養状態が改善した
- ・ イレウス症状により入退院を繰り返している方の食事指導の内容を、病院管理栄養士から訪問看護師が指導を受け、自宅訪問時に再教育を実施し、入院回数が減った（管理栄養士が訪問はしていないため）。
- ・ 入れ歯の不具合があり、食事量・体重が減少していた。色々な事業所を利用している方だったので、食事形態と摂取量を確認。入れ歯は作れないと確認したので、管理栄養士と相談し、食べられる形態や摂取すべき量を確認。各部所と自宅で統一したことで摂取量が上がり、生活に活気が出た。
- ・ 栄養士の行った栄養スクリーニングをもとに食欲のない本人の状況を主治医にも相談し、内服薬等調整してもらった。また、それをサービス事業所にも伝え、本人の内服変更後の状況確認をするようにし、徐々に本人の食欲も出てきて栄養状態が改善した。
- ・ 栄養水分状態の不良で、入院したときに、在宅での食事摂取状況や介護状況を伝えたことで、退院後の在宅生活継続を視野に入れて治療をすることができた。
- ・ 嚥下が悪くなってきていることを家族やケアマネが発見し、通所介護や訪看に連携。栄

養補助食品を併用し、食事量やカロリー摂取を補った。体重減少がおさまった。

- ・ 嚥下状態低下の利用者に関して管理栄養士に相談し介護者が自宅で調理しやすいレシピ等を作ってもらい家族へ情報提供→家庭での誤嚥予防につながった
- ・ かかりつけ医に食事が摂れていないことを事前に報告・連絡をすることで受診時に医療処置（点滴等）を行ってくれ、症状が悪化することがなかった。
- ・ 家族が食欲低下について不安に思っていることがあったため、管理栄養士に食事量を提供し、家族の食事内容や補助食品についての管理栄養士からの助言を家族に伝えたところ、安心して取り組まれた。必要時には訪問にも対応。
- ・ 家族や本人より食事状況を聞き取り、通所事業所より測定体重や水分摂取などの情報提供を受けた。また、ショートより食事量や嚥下状態を確認し、主治医にそれらの情報を伝え相談し栄養補助剤が処方された。
- ・ 身体の揺れがある利用者の食事介助法。座位のとり方から介助者の位置など。家族、介護事業所に教えてもらいスムーズに栄養が摂れるようになった。
- ・ 看護師資格がある介護者が利用者（夫）の世話をする中、利用者が胆管結石をもっていたため、担当ケアマネに脂肪のない食思提供の依頼があった。担当のケアマネより友人の訪問管理栄養士に相談し自費で月2回食事指導を依頼し約5年継続した。認知症重度の利用者であったが、良い栄養情報を頂き、体力を回復することができ喜ばれた。居宅療養管理指導があればもっと良かった。
- ・ 利き手に麻痺がある利用者に対し、主食をおにぎりに変更する等の対応を提案して頂き摂取量が改善した。
- ・ 高血圧による心機能低下と診断された独居の利用者。管理栄養士による栄養指導をヘルパー・本人・ケアマネで受ける。塩分制限の必要性を共有しその後食事制限実施できた。
- ・ 高齢で食事量が減っている。訪問時「これだけですか」とケアマネ。家族「食べないから」と回答。管理栄養士に相談。通院が困難で薬だけを家族が取りに行っていた。栄養士より補助栄養食、高カロリーのおやつなどサンプルもらい、ムース、液体を好まれることがわかった。通院より往診に切り替え、全身状況も医師によりみてもらうことができるようになった。食事量も増え、皮膚の状態が良くなった。
- ・ 誤嚥性肺炎のリスクと体重減少の状態が出てきたため、サービス利用事業所の栄養改善加算を算定してもらい、6か月で以前の状況に戻った。
- ・ 誤嚥性肺炎を繰り返す利用者。家族が良かれと思って食べさせる食品・調理方法に誤解があり、医療機関・通所リハ・訪問リハに情報提供。栄養士からの栄養指導で食品の選択、調理方法、既製品の活用を受け、家族の負担軽減と栄養状況改善となった。食事の時の姿勢の問題が指摘され、リハスタッフ、福祉用具利用でリハビリに姿勢改善、体位変換機利用。
- ・ 在宅時の嚥下状況等を入院先の栄養士に情報提供し、在宅同様の対応をしてくれた。そのため、状況が変わることなく退院することができた。
- ・ 施設（住居型）へモニタリング訪問し痩せてきているように見えたため、体重測定を依頼。5kg減がわかり主治医へ報告。採血の結果、アルブミン値の低下がわかった。1日の

栄養量 1400kcal（要介護 5、車椅子）であったが、エンシュアの処方追加となりその後改善。

- ・疾患から食事制限、管理要。主介護者は他家族の制限食も担うこと、困りごとにもなり依頼。定期相談協力により工夫の広がり、肩の力を抜いての取組となる。
- ・ショートステイ利用中、体重減少や浮腫などが見られ、その方は腎臓病食であったが、施設での対応が難しく、医師へ相談し、病院でのカンファレンスが行われ、管理栄養士から食事に関するアドバイスを受けることができた。
- ・ショート利用中食事量減少・体調不良有→家族に受診を依頼→血液検査により低カリウム症の診断。薬を服用、食事改善し数値改善した。
- ・食事・水分も摂取することができなくなり、医師に連絡して点滴をしてもらった。
- ・食事があまり摂れない利用者に対して、栄養が摂りやすい食材や食べ方などの情報を提供してもらい体重の回復がみられた。
- ・食思が低下している方の栄養状態を確認し医師に相談。エンシュアを処方してもらったり、補食を家族に相談することで、栄養状態が改善できた。
- ・食事状況をみて、医師や管理栄養士が配食弁当に相談し栄養が摂れるようになった。
- ・食事摂取がままならなくなった方に対し再三利用者からの相談を受けていたが、解決策が見つからず、管理栄養士に相談し利用者の食事形態や口腔機能面などにわたりアドバイスをいただき、歯科受診や栄養摂取面の見直しを行った結果、食事摂取面の改善が図られた。
- ・食事摂取は行っているものの体重が減ってしまう 90 代女性に、病院より栄養補給液を処方してもらい本人も毎日おいしく飲めており、体重も少しずつ増えてきた。
- ・食事摂取量が少なくなった状況を主治医に伝え、栄養補助食品サンプルを試し購入し少し改善がみられた。
- ・食事摂取量が低下して体重減少もみられたため、受診に同行。補食の試供品を管理栄養士にお願いし、以後、継続的に飲用している方がいる。
- ・食事摂取量が減っているというモニタリング時の情報から主治医へ報告、相談、受診となり、栄養補助食飲料が処方されしばらく飲んでいると自然と食欲も戻った。
- ・食事摂取量を適宜伝えることで、医療の点滴の指示を看護師が受け必要な量の点滴を実施することができた。
- ・食事の量や内容を報告し、補助食品の追加や食事形態の変更で全身状態（特に皮膚など、褥瘡などの）改善につながった。
- ・食事への意欲が著しく乏しい利用者。ショート職員が介助しても口を開かず、しかし、水分（甘いもの）は自己摂取する。経過を医師に伝えエンシュアリキッドを処方してもらい自分で飲用していたが、体重も減量速度が緩やかになった。点滴せず過ごしている。
- ・食事量、食事内容、体重の変化を情報共有シートで主治医に伝え、栄養補助食品が処方。現在は体重も増加し、食事量も増えたため、栄養補助食品を中止している。
- ・食事量→ターミナル期で医師に補助食品相談にて処方してもらった→一時的であるが改善みられた。

- ・ 食事が減っている時にどんなものを食べてもらえばよいか、どのように調理するか、栄養士に聞いたら、そもそも医師に必要なカロリーを聞くこと、いつもの食材にマヨネーズやオイルを足すだけでもよいことを教えてもらい、すぐ実践した。
- ・ 食事量の低下、体重の減少。医師に報告・相談。(検査)、歯肉炎の治療。
- ・ 食事量の低下を受診時、主治医へ報告。高カロリーのを処方して頂く。
- ・ 食生活アドバイス受け(栄養状況評価)、介護者の意識が変わり、血糖値が改善した。
- ・ 褥瘡の悪化が訪問入浴時に発見されケアマネに連絡報告あり。→ケアマネが施設へ行って、褥瘡部を確認→主治医へ写真を持参してもらい、往診依頼する。また、栄養補助剤の処方依頼をするよう家族にアドバイス。施設へ食事形態の変更を依頼→ミキサー食から、やわらか食へ。結果→食事摂取量が増え、栄養補助剤内服でき、褥瘡が改善してきている。
- ・ 褥瘡を繰り返していて、施設でカンファレンスを行い、訪問看護を導入し、施設・訪看・医師と連携をとり対応したことで改善している。
- ・ 食べすぎてしまう利用者に対し、満足感の得られる食事やおやつを提案してもらった。介護サービス事業所で取り組む内容について助言をもらった。
- ・ 食欲低下により、体力・意欲も低下が見られていたが、医師へ状況報告。栄養面のアドバイスを受け、一時的に医療保険で高カロリー補助食を処方。飲用し、状況改善された。
- ・ 神経の痛みから食事があまり摂れず、エンシュアも嫌いで飲めなくなった利用者に対して、栄養士の初回訪問時に違うタイプの栄養剤を試す提案があり、変えたところ、気に入り毎日飲めるようになり、食事量も5割ほど食べられるようになった。
- ・ 総合病院への入退院時の際に話し合い、指導などを頂き改善したことは多い。
- ・ ターミナルの利用者。食事摂取量の減少があり、本人が飲みたいビールをどのようにとれるか栄養士と相談。ビールゼリーのレシピを娘に渡し、ビールゼリーを作り本人に食べてもらった。少量しか食べることはできなかったが、本人・家族とも満足感は得られた。
- ・ 体重過多の利用者の食事量や栄養状態・アルブミン値等を踏まえて主治医に栄養士の介入を相談し了承を得た上で、利用者・主介護者へ栄養指導をしてもらい、栄養状態・DMの改善につながった。
- ・ 体重減から食事の内容について、往診の医師に相談。結果、往診の医師から紹介された管理栄養士に訪問して頂き、家族と利用者、ケアマネジャーで話し合い対策をした。
- ・ 体重減少→医師相談→入院治療。
- ・ 体重減少と床ずれが発生し訪問看護師からケアマネ、医師に連携され、栄養士が介入。亡くなるその日まで、床ずれ小康状態で経口摂取ができた。
- ・ 低栄養の方に栄養剤の摂取を相談し、医師から処方を受け改善した。
- ・ 提供しているサービス事業所(デイケア)内の管理栄養士に相談。体重減少や食欲低下があったが、栄養管理を受け食欲向上や食に対する意欲が向上し生活意欲も上がった。
- ・ デイケアのST・歯科衛生士・栄養士に、嚥下状況・食形態・必要水分量・水分の摂り方等の情報提供を依頼。医師に情報提供し、在宅での食事内容(食形態・水分摂取の工夫

等)を検討。検討結果について妻が在宅で実施したことで、誤嚥・脱水による発熱や栄養低下による褥瘡がなく安定して過ごせている。

- ・デイケア配食サービスの利用時、在宅復帰した方のアレルギーがあるため、管理栄養士に情報提供。アレルギーの食物・塩分制限・タンパク質制限のある方だったので、デイケア以外の食事を配食サービス2社で補うことができ在宅での生活が可能となった。
- ・デイサービスで体重減の報告があり、医師へ報告し、処方内容を見直してもらい症状が回復してきている。
- ・糖尿病利用者への栄養指導。訪問ヘルパーへの指導により栄養状態・血糖値の管理が改善したケース（医師と連携もあった）。
- ・糖尿病により血糖コントロールが不良であった利用者。入院治療中に家族に対して栄養指導が行われるが、自宅での食事に不安があるとの相談から管理栄養士へ連絡。管理栄養士の訪問により実際に自宅で使用している食器や食材で具体的に指導を受けることで、血糖値 HbA1c が安定した。
- ・糖尿病により食事療法が必要な方に介入していただき、半年間で HbA1c が安定した。
- ・糖尿病の利用者が急激に HbA1c の数値が上がった。その原因や対策について医師に相談し助言や指導を頂いたことで、対象者の精神的な不安もなくなり安定し、ポジティブな生活が送れるようになった。
- ・糖尿病や慢性腎不全の方の栄養状態の管理が行われ、血液データも安定となり、インスリン注射の単位数が減ったり、血液透析でも状態が改善となった。
- ・糖尿病を指摘された退院後、妻が調理に不安あり。管理栄養士の訪問を依頼。血糖値に合わせて指導をしてもらい自信もつき終了となった。
- ・入居施設より嚥下機能が低下しているとの情報を受け、嚥下テストに同席し、主治医より評価結果の説明を受け、関連事業所に伝え食事形態を見直した。
- ・認知症状があり食事量のムラがある一人暮らしの方について医師へ報告。心不全で心臓に負担がかかる恐れがあるため、1週間で2kgの体重増加時に利尿剤服用の指示が出て、食生活改善につながった。
- ・寝たきりの女性、褥瘡あり。栄養指導を医師から勧められ、(同事業所) Fa の同意を得て行った。ヘルパーにも指導して栄養状態が改善した。
- ・寝たきりや胃瘻の人。全身状態について報告し栄養量を増加し、全身状態改善した。医師へ→受診同行、訪問看護からの報告と自分の目で見て発見した。
- ・脳梗塞後遺症で嚥下障害があり、退院後自宅での生活に家族が不安を持っていたため、管理栄養士を派遣しているクリニックへ依頼。退院後すぐに入ってもらったことで誤嚥性肺炎を予防でき、家族の不安や負担を減らすことができている。本人も満足している。
- ・配食利用中の方の食事量が少なく栄養士に相談したところ、食形態の変更提案と補助食品の提案をいただいた。
- ・低い BMI をチェックリストより把握し、包括の管理栄養士に情報提供。管理栄養士と歯科衛生士が訪問して指導し、BMI が改善（体重増加）。タンパク質を積極的に摂取されるようになった。

- ・ 毎週受診していたが食事が摂取できておらず体重減少もあったため、MSW を介して医師に情報提供し、家族・本人にも医師に相談するよう提案し、高カロリー食（エンシュア）を処方していただくことができ、栄養改善された。
- ・ ミキサーの食の方、下痢が激しく訪看と医師へ相談。血液検査の結果アルブミンが下がっているとのことで、高カロリー飲料を処方、下痢が改善される。
- ・ 自ら食べようとせず弱っていく利用者の様子をヘルパーからの報告で知り、栄養補助ドリンクの処方を医師にお願いして、状態が良くなった事例がある。
- ・ 看取り利用者への療養食の提供について、施設職員（ショートステイ）より相談を受ける。本人が食事を拒否するため体重の減少が著しいことから、主治医・管理栄養士に報告、指示を受ける。本人の好きな食事を提供（制限は少しある）することで体調・体重の維持ができています。
- ・ むせが強いと、サービス事業所（ショートステイ、ヘルパー）からの報告。訪問時の確認。主治医と歯科主治医に情報提供。嚥下機能検査を実施し、食事の形態（とろみつき）、食事時の体勢（側臥位）の指導を受けスムーズに食事が摂れるようになった。
- ・ 薬局に勤務する管理栄養士に依頼し、高齢者の食事メニュー等を作成していただいた。また、管理栄養士による料理教室を地域で開催した。しかし、ヘルパー等の参加は少なく実践につながらなかった。
- ・ 在宅での状況を情報提供することで、栄養改善や摂取カロリーの調整、補助食品の提案や嚥下訓練の取組等、多職種との連携で心身の改善・向上、本人の意欲向上にまでつながったケースがあった。
- ・ 利用者の減塩食を配食サービスに依頼した時に管理栄養士が対応された。月 1 回の通院時の腎臓の数値を報告することにより、減塩の必要性など本人の意識の改善につながった。
- ・ 要介護 5、女性、ADL ほぼ全介助の利用者。嚥下困難あり、むせも多く、歯科医師・医師・管理栄養士・ST、また福祉用具事業者と車椅子の首の角度を調整し飲みこみやすい体位・食事形態を検討。栄養士による調理指導を行い、ST・栄養士が同時訪問し、介助の方法指導。しっかり食べられるようになった。

(4) 医師や薬剤師等への情報提供により、医薬品の適正使用等改善につながった事例

利用者の残薬や服薬状況等に関する情報等を医師や薬剤師等に提供し、医薬品の適正使用等改善につながった良い事例があれば自由記述式により記載していただいた。以下はその内容である。

図表 92 医師や薬剤師等への情報提供により、医薬品の適正使用等改善につながった事例
(自由記述式)

- ・ 独居で認知症もある方の薬剤管理。前任者より薬の問題を申し送りされたケース。残薬をかかりつけ薬局に相談し、本人に持っていかせ、調整し6か月程で残薬なしとなる。この間に週2回利用のデイにシート作成し、空包をチェックしてもらう方法を取ることで、服用忘れ等がなくなった。
- ・ 夫婦での服薬管理が困難になり病状が悪化した利用者。訪問看護の利用、訪問介護の利用で、定期通院時に症状を伝え、服薬の指導を受けて、半年で車椅子の状態から杖歩行に身体状況が改善された。薬を減らして必要最小限の薬になった。複数の病院の服薬の情報を把握して主治医に症状を伝えた。
- ・ 朝昼夕で昼夕が内服できていないケースは、朝だけにできないかを見直してもらい、スムーズに内服できたケースがある。
- ・ 医師に情報提供し薬の精査を行ってもらった。薬局薬剤師に訪問してもらい薬のセットや助言を利用者や家族にしてもらった。
- ・ 痛み止めに指示通り服用せず多飲していた。そのため、食欲低下し体力低下も著しい状況であったため、受診同行し主治医へ相談した。薬を正しく服用するようになり状況が改善した。
- ・ 不定愁訴に次々と新しい薬が加えられ薬の量が増えていくことで、薬の服用ができなくなった。受診同行し主治医と相談し、薬の整理や一包化を図って体調も良くなった。
- ・ 一包化の依頼。認知症独居、1日3回処方あり。ヘルパーが声かけ・介助できる時間帯に大切な薬を処方してもらい確実に飲めるようにした。
- ・ サービス事業所より血圧が低いと報告あり。同じ作用の薬を数種類内服していたこともあり、受診同行し主治医に相談。内服調整してもらい、血圧も安定した。
- ・ 訪問時に内服を確認。残薬多く「本人は薬をたくさん飲むのはどうか」と不安な様子。受診同行し主治医に相談。薬を見直してもらい、内服の必要性も主治医より説明してもらった。その後、内服もできており、本人の体調も良好である。
- ・ 残薬が多いが、毎回の受診に多量処方されていたため、本人と相談し、主治医（自宅に近い病院）を変更。薬情を提供し、不安な薬等、随分少なくなった。
- ・ 残薬が多かった利用者（独居）。定期受診時同行、残薬持参し調整。分包にして内服カレンダーへセット。飲み忘れが減少。
- ・ 残薬や服薬状況を提供し、処方回数や服薬方法を変更。服薬忘れが減った。
- ・ 自宅訪問によるモニタリング時に残薬確認し、家族から受診時に報告して頂き処方日数調整を図っている。血糖降下剤や降圧剤の服薬状況を入院時情報で伝え、入院中に調整、

- または内服不要となるケースあり。
- ・ 処方された薬の飲み方や形状を変えて飲ませていた。注意点を確認し、薬剤師へ相談した。薬が飲みにくかったと家族から聞き取り剤型を変更。
 - ・ 処方薬の無駄をなくす。薬の形態を調整（錠剤～散薬、散薬～錠剤へ、飲めない方、飲まない方は貼用剤に変える）。処方薬の整理（10錠以上と多く処方される方も多く、主治医へ依頼、利用者からは薬で腹が満たせるといった言動は多く聞かれる）。
 - ・ 新規利用者にて初回アセスメント時に残薬（3か月分）があり、主治医・家族に相談し薬剤師の導入となる。その後、薬カレンダー等を活用しながら各事業所との連携をとりながら、残薬もなく経過できている。
 - ・ 残薬数の多い方、かかりつけ医、薬局とヘルパーの連携。お薬カレンダーの活用、居宅療養管理指導を活用し残薬の把握、確実に内服につなげた。
 - ・ 退院時に一包化されていなかった薬を、本人のかかりつけ薬剤師に相談し、一包化していただく。ショートステイ利用時に内服忘れがあり、その後の対応についてかかりつけ薬剤師に指示をいただく。重複し薬を服用することがなくなった。病気や薬に関して相談できることで安心感が持てるようになった。
 - ・ 独居の利用者で服薬に関して自立していた。年齢相応のもの忘れはあったが、特に問題なく生活していた。ヘルパーの掃除の支援で残薬が多量にみつかると。いつも薬を出してもらい薬局に相談。残った薬名と数量を主治医に伝え、相談するように指示あり。受診同行して主治医に相談・残薬がなくなるまで、ある薬は処方しないようにすると話あり。薬局で残薬を管理してもらい、一包化してもらい、薬カレンダーにてヘルパーに服薬できているか確認してもらうことで、服薬状況が確認できるようになった。また、そのことがあったので、本人の了解のもと、冷蔵庫の中も見てもらい古い物は処分してもらうようプランに入れることができた。
 - ・ 内服の仕方に問題ありの薬剤あり。訪看→主治医、ケアマネへ報告あり。ケアマネより居宅療養管理の薬剤師へ電話し、状況報告。訪問時に指導していただいた。もちろん主治医からも指導あり。
 - ・ 認知症あり。家族も高齢で判断力の低下。訪問看護がすべての残薬の確認。カレンダー式のポケットの利用を行い、支援チームで担当を決め服薬。
 - ・ 認知症高齢者で残薬の多い方へ薬剤師に訪問していただき、処方期間よりも短い期間で訪問、薬届け、声がけをしていただいたことにより、服薬習慣が持てるようになった。
 - ・ 処方薬の内容で除外できるものはないかアドバイスをいただき、主治医と相談して減薬することができた。
 - ・ 服薬状況が悪く、薬（用法）も複雑だったので、薬をまとめてもらった。その後、事業所で連携して服薬状況が改善した。
 - ・ 服薬状況の確認時に残薬を確認し、外来診察時にケアマネが同行し介護力や生活状況などを医師へ報告と相談を行い、服薬回数の調整を図ることで残薬の解消と確実な内服を図ることができた。
 - ・ 処方日数の違う薬剤があり、それぞれの薬剤の希望する処方数を診察時に医師へ伝える

ものの理解を得られなかったことで、薬剤師へ相談。薬剤師より医師へ直接相談・報告をして頂き、適切な処方数を受けることができた。

- ・服薬量・種類が多く、重複や飲み忘れがあり、体調不良の訴えのあった利用者に対し、総合病院に相談。他科と連携し、服薬内容を検討、調剤薬局に連絡してもらい、一包化。ヘルパーが受け取り、自宅で4日分ずつ箱に入れて本人に管理してもらうことで、誤薬、重複がなくなり体調が改善した。
- ・利用者の飲みやすい形状に変更して服薬状況が改善された。服薬の必要性を専門医から直接説明してもらい納得して頂けた。
- ・＜利用者の問題＞独居、朝・昼・夕・眠前。＜どのように発見したか＞眠前薬は必ず飲むが、他は飲んだり飲まなかったり。薬カレンダーのポケットに残っているので確認。＜誰に情報提供をしたか＞ヘルパー、薬剤師、医師。＜改善結果等＞薬剤師から医師に残薬の状況を伝えてもらい、1日1回の服薬にできないか相談してもらった。医師が眠前1回の内服に変更してくれた。1日1回、眠前になったことで確実に内服できている。
- ・調剤薬局に残薬があった場合に持参する専用の黄色いバックがあったため、本人了解のもと、受診前に残薬を調査薬局に持参し、その後カレンダー利用で、ほぼ服薬可能となった。薬が一包化処方でなかったため、本人管理困難だったが一包化を医院にお願いし、以後、服薬可能となった。
- ・1日2回となり、介助量が減り本人も楽になった。
- ・1日2食を習慣とする方に対して、3回の服薬を2回に変更してもらった。
- ・1日3回（朝昼夕）服薬の処方を受けていたが、介護力の低下から実際は1日2回（昼夕）しか服薬できておらず現状を医師に伝えたことで、1日2回（昼夕）の服薬で対応できるように調整してもらった。
- ・認知症のため自己管理困難な利用者の服薬状況を訪問看護師及びヘルパー、担当者自身の訪問によりチェックを行い、主治医と薬剤師に報告→処方内容の見直し、薬剤師による居宅療養管理指導につながった。
- ・麻痺によりアルミシートから薬剤が上手に取り出せず服薬できなかった利用者の情報を主治医と薬剤師に報告→一包化され、自己管理できるようになった。
- ・2か所の医療機関からの処方、服薬間違い等が起きていた。訪問看護からの報告、訪問時の確認。近くのかかりつけ薬剤師に情報提供。薬局を1か所にまとめ、2か所からの処方をまとめて一包化、日数合わせを薬局で行い、まちがいをなく服用できるようになった。
- ・4年程前、残薬を発見し、関係の希薄だった息子と連絡を取り病院受診同行をお願いし、薬の管理を依頼。夜間の睡眠状況が改善され、日中の活動量が増え外出できるようになった。
- ・90代の男性、認知症状が出てきていて、内服薬を飲み忘れているためか残薬が増えて来ていた。処分もさせてもらえず、主治医に相談し一包化して管理しやすいようにしてもらった。
- ・医師、薬剤師、訪問看護と連携（認知症の方）充足。ヘルパーとも連携し確実に服用し、病状安定につながった。

- ・ 朝に起きられないため食事時間がずれ、1日3回の薬が飲めていなかった。家族への聞きとりで発見したため、家族から医師へ伝えてもらい、1日3回の薬を1日1回に処方を変えてもらった。
- ・ 医師に相談し、一包化してもらい、服薬管理がうまくできるようになった
- ・ 医師の居宅療養管理指導により重複服用や残薬確認が家族も本人もできていなかったため、電話連絡・サービス担当者会議により、毎日のサービスで共有し、重複服薬がなくなった。
- ・ 医師へ服薬状況や副作用などの確認する中で減薬した事例。
- ・ 医師より、薬管理ができていないことで症状が安定しないので、介入を依頼され、多科にわたる受診を一本化し薬局も一本化し、ケアマネが薬の管理を意識するようにプランを立てた。症状が改善し、QOLが向上した。
- ・ 医師より同居家族に薬の管理の必要性を指示。
- ・ 痛みで2か所受診し同種類の薬をもらったりしている人がいた。受診に同行した時に説明、他の医院への診察情報提供書を書いていただき持参した。以後は、偽薬として胃薬が痛み止めとして最少単位で処方された。痛みのコントロールができた。
- ・ 1か月以上の残薬を発見し、主治医に報告し新しい処方は一時的に中止とし、薬剤師へも情報提供し一包化の作業を実施。確認を訪問看護と訪問介護で行いほぼ残薬ゼロ。一包化することで残薬を減らせた。
- ・ お薬カレンダーに毎週薬剤師の方にセッティングしてもらい、ヘルパーが訪問時に声かけを行うなどした。主治医へ相談、分包したり、訪問薬剤師の依頼をお願いした。
- ・ お薬カレンダーや記録を作成する声かけ確認をサービス提供者に依頼し、服薬忘れがないか確認を行う。
- ・ 夫（認知症）の服薬を妻（介1）で管理しきれなくなり、多量に残薬を発見。1か所の薬局に持ち込み残薬を優先的に使って頂き、一包化を進め、確実な服薬につながる。薬剤費の負担も減少。
- ・ 開業医より処方されていた薬を自分で調整していたため、残薬に偏りがあった。薬局薬剤師に相談し、配達していただけたことで残薬が確認でき、医師に伝えてもらうことができた。
- ・ 介護者から服薬状況を聞き取り。残薬と確認、服用状態を確認して、医師に伝えてもらった。服用管理しやすい処方内容となり、薬剤師と相談し、間違いや飲み残しがないように工夫した。
- ・ 介入時多量の残薬があり、医師・薬剤師に相談（情報提供）を行い、残薬整理・服薬管理をしてもらうことで、飲み忘れを予防できDM等全身状態が落ち着いた。
- ・ かかりつけ薬剤師として所定の薬局を利用される方は残薬が減り、処方通り内服できたり、薬の量を主治医と相談しながら減量できた事例があった。
- ・ 各サービス事業所で薬を飲んでもらうことによって確実に服薬ができている方が2名いる（独居の方）。
- ・ 過剰な処方が調整されたり、減薬ができた。

- ・ 家族とデイサービスから情報を受け、医師に相談し、適正量に変更してもらったケースが2件ある。
- ・ 家族全員が何らかの課題を抱えるケースであり。中心人物が利用者の一家。心配事が長期にわたりハルシオンを服用していたこと。認知機能低下の症状や錯乱が増す一方。訪看と連携し、認知症専門医へ受診。その後、かかりつけ医と連携。毎日型支援のデイ・ヘルパー・訪看も連携し、ハルシオン依存から脱出。半年間の格闘の末だったが、精神状態が安定した。ふらつきによる転倒も軽減できた。
- ・ カレンダーに配薬してもらおうが、残薬が多かった際、薬剤師に相談。薬の内容より、朝1回のみ服薬可能とわかり、主治医へ相談できた。
- ・ 間質性肺炎で予防が厳しい状況で在宅生活をしていて、モルヒネが処方されるようになってから、薬剤師の訪問、看護師の訪問を行っていた。入院されるまでの1か月間ぐらいだったが、不安なく生活できたと言って頂いたケースがある。
- ・ 癌末期の方に、痛み止めや麻薬が処方されたが（大学病院）、副作用が多く適切な処方量を探るために薬剤師の訪問指導と訪問医師との連携を進めて改善した。
- ・ 癌末期の利用者宅に定期的に薬剤師に入ってもらい、薬管理や服薬しやすいようにしてもらった。また、訪問時の状況も把握できた。
- ・ 居宅療養管理指導により残薬が明らかになり、無駄な処方薬が改善された。また、服薬を守る意識を、薬剤師から本人・家族に伝えることで、順守の意識が向上した。さらに薬剤師側も自宅の状況を把握してもらえることで、個人にあった服薬管理をしてもらえるようになった。
- ・ 居宅療養管理指導（薬局）に介入してもらい、飲み忘れや間違いが格段に減った。
- ・ 居宅療養管理指導の方は、薬は施設の看護師が管理している。訪問薬剤管理指導・報告書は毎月手元に届く。
- ・ 薬剤師による居宅療養管理指導を利用している。薬の変更などが医師とスムーズにできるようになった。飲み忘れがあったが、薬剤師が日めくりカレンダー式に変更してくれたことで改善でき事業所も確認しやすくなった。
- ・ 薬カレンダー、ヘルパーによる声かけの併用により、1日1回の薬は飲めるようになった。
- ・ 薬の管理。訪問により助言や薬のセット等により、体調が安定してきた。
- ・ 薬の残薬が多く管理できていなかった方が、薬剤師が入り主治医と連絡をして数と回数を調整。薬カレンダーの活用について訪看との連携をしたので、薬をきちんと飲めるようになり体調が安定し要介護度の悪化が防げた。
- ・ 薬の情報を入手しやすい、また、専門的に医師と連携を図ってもらえる。
- ・ 薬の内容を見て、本人の状態を見て必要性が毎日ではなくて良い薬であったため、主治医に相談し週2〜3回にしてもらった。
- ・ 薬の飲み方や残薬の調整など薬に関して正しい情報を薬剤師から情報収集し、伝えることができている。
- ・ 薬の飲み忘れが多いため、医師へ相談し、朝一包化にしてもらった。飲み忘れが減った。
- ・ 薬がもったいないと必要時にしか飲まない方に対して、訪問薬剤師に残薬を持って帰っ

てもらい、薬の必要性を説明した後、きちんと飲むようになった。

- ・ ケア利用者の状況を報告し調整の相談をし、薬の処方の変更があり状況が改善した。
- ・ 高血圧の利用者できちんと服薬ができていなかった（お薬 BOX を作り、残薬を発見）。主治医に相談し、医師から詳しく説明していただいた。また、サービス事業者にきっちり服薬確認をしていただき服薬できるようになった。血圧の値が下がった。
- ・ 抗精神薬の効果・副作用を観察調整することにより病状が安定した。
- ・ 抗精神薬の複数投与となり、医師とケアマネが相談して訪問薬剤管理指導を受け、介護者が安心を感じた。
- ・ 抗精神薬の服薬について、提供医院、内科、地域の総合病院など本人の状態と何時から何時までこの薬を飲んだかの細かい情報の提出で、他の病気の精査ができ、結局すべての抗精神薬を徐々にやめ本人の状態が改善された。
- ・ 興奮している利用者に、医師・薬剤師・訪問看護師・ケアマネが自宅に同席しすぐに処方してもらい落ち着いた。
- ・ 高齢世帯の場合、服薬量が多くなると間違いやすく、残薬も残ったままとなり、危険なこともある。主治医に相談後、薬剤師の訪問を開始することで管理がしっかりでき、重複の薬についても主治医と相談してもらえた。
- ・ 高齢夫婦で生活している。デイケア職員が発見。別居している家族に報告。主治医に相談し服用回数を変更。デイケア送迎時と家族が確認することになり改善した。
- ・ 高齢2人暮らしで子どもがいない世帯。糖尿病のある利用者で服薬管理ができず、HbA1c が 8.0% と高状態が続いていた。訪問看護や通所リハビリが介入していたが、本人拒否が強くなり支援ができなくなった。半年間、ケアマネが毎月残薬を確認し写真を取り主治医に報告。受診日に同行し主治医に伝え、院外薬局の居宅療養管理指導につなげ、HbA1c の改善につながった。
- ・ 粉薬は飲みにくく、また本人が薬を飲むことの必要性を感じていなかったので残薬がかなりあり。院外処方（調剤薬局）の薬剤師へ相談。医師の指示がないと錠剤への変更ができないとのことで医療機関へ相談。受診時に錠剤へ変更されたことにより、わりと服薬できるようになった。
- ・ サービス付き高齢者住宅などへ往診している医師とその施設の職員とが、密に連携を取って下さり、細かいところまでの情報交換・指示などもいただけている。その内容をケアマネにもその都度報告して頂けるので助かっている。
- ・ 昨年12月に埼玉県で薬剤師とケアマネとのコラボがあり、参加したことで改めて、薬剤師の存在を利用者につなぐべく考えるようになった。以前、認知症の利用者を途中から引き継ぎ、部屋のあちらこちらからすごい量の残薬を発見、薬局に届けたことがあった。今は施設である。
- ・ 残薬多数あり、訪問診療移行のタイミングで薬局介入、再勧奨し残薬整理、助言など含め改善につながり継続。
- ・ 残薬→薬剤師・医師に相談→服薬回数の見直し。
- ・ 残薬があったのをまとめて薬局に返し、ケアプラン連絡票にて主治医・各事業所に状況

を伝える。

- ・ 残薬のある、一人暮らしの方の薬を聞き、ヘルパーが通院時に薬袋に全て入れてもっていってもらい、直接薬剤師より連絡を頂き改善した例があった。
- ・ 残薬が多い方に対しかかりつけの薬局の薬剤師へ相談し、薬剤師が在宅を訪問し状況把握後、居宅療養管理指導で介入開始することができた。
- ・ 残薬が多かった利用者について主治医に報告。服薬の調整と服薬確認ができるようサービス調整したことで、服薬がきちんとできるようになり健康状態が改善された。
- ・ 残薬が多く、どの時間帯の分が服薬できていないのか、どのように管理できないのか、どうしたら管理できるのか、家族と医師と連携し、家族のみまもりができる時間での服薬が可能となり、服薬忘れが格段に減少している。
- ・ 残薬が多く、訪問看護により薬が飲めていないことがわかった。薬局に整理を行ってもらうことで、薬が概ね飲むことができるようになった。
- ・ 残薬が多く管理できていない利用者に対して、訪問薬剤師（居宅療養管理指導）を導入したことで服薬管理（一包化、カレンダーの設置など）がしやすい環境になり、服薬の把握もしやすくなった。
- ・ 残薬がかなりあったり飲み残し等があると、訪問ヘルパーからの情報。訪問し確認をし、家族に連絡。かかりつけ医に連絡・情報提供し、受診時、再度家族が医師に伝える。一包化、日付記入等を行ってもらった。その後は飲み残しがなくなり、ヘルパー訪問時の確認を行うこととした。
- ・ 残薬が多量にある利用者の主治医にその旨を伝え、薬の処方数を変えてもらった。
- ・ 残薬が出る場合が服用忘れである場合は、一包化や介護サービス導入で改善したことがある。そもそもその薬を内服したくないと思って、残薬としている方の場合だとその薬が本当に必要なのか、代替方法はないのかを検討する、きっかけになったこともある。
- ・ 残薬に対して（内服管理）訪問看護より連絡、主治医報告及びサービス事業所報告。サービス事業所での内服変更1件、サービス事業所の声がけ、確認の重視徹底1件。現在用法を守りきちんと内服できている。
- ・ 残薬についての取組をするように包括から話があり、担当利用者について調べ、残薬について家族が医師・薬剤師に相談した結果、減ってきた。
- ・ 残薬のあることをヘルパーから情報収集し、医師へ情報提供をした時に、訪問薬剤師の導入について意見聴取。薬剤師の介入が行われ確実に薬が飲めるようになった。
- ・ 残薬の確認を行い、服薬できるようにサービスの調整や行政からの訪問の協力をしてもらい、内服状況改善された。残薬も少なくなった。
- ・ 残薬の量を医師に相談し、服薬回数を減らしてもらうなどの連携を行った。
- ・ 残薬は捨てる。自分の飲みたくない薬は相談せず飲まずに捨てる。重複して処方してもらうなど不適切な服薬の状況を薬局に相談をしやすくなった。改善につながった。
- ・ 残薬バックを活用し、残っている薬剤を薬局に持っていきもらい相談（服用できなかった理由を聞きだす）。その情報を医師に伝えた。そして残薬調整を行った。
- ・ 残薬や服薬状況を医師に伝えることで、飲む回数を減らすこともできた利用者がいる。

残薬を整理したり、多数の科や病院にかかっている人は一包化をすすめている。

- ・ 残薬や服薬中の状況を伝え、できるだけ回数を減らして飲めるようにした。
- ・ 残薬を整理し必要最小限の薬剤に調整。訪問薬局にてカレンダーにセッティング、飲み忘れ防止とヘルパーによる管理がしやすくなった。
- ・ シートで処方されている方の薬を主治医に残薬があると情報提供を行い、一包化してもらうことで残薬や誤薬が改善できた。
- ・ 視覚障害と多少認知症がある方。主治医、担当薬剤師、ヘルパー、息子と全て連携して飲み過ぎを防げた。
- ・ 自己管理で痛み止めを内服している利用者に関して、薬の副作用による吐き気や食事量低下について主治医に報告。薬の調整や栄養補助食品が処方され、体力をもち直した。
- ・ 自己では管理ができず、事業所が管理・介助することで、確実に服用ができる。しかし一日（朝・夕）があれば、内服薬の朝に重要な薬を変更することで、確実に服用できるよう、薬局を通じ処方医と相談して服薬のタイミングを変更して、夕薬は残薬として多く残るために受診時に医師と相談している。
- ・ 自己判断で薬を調整されるため、主治医に相談。薬剤師の介入により、適切に管理・服用できるようになった。
- ・ 自己判断で薬を服用。大量に残薬があり、また、依存する薬を複数の医療機関から処方を受け乱用していた。主治医、訪看、訪問介護、薬剤師と情報共有。薬剤師による一括管理、サービス事業者による服薬管理、凝薬の使用等で依存状態から脱却。
- ・ 自宅管理不十分で処方された内服薬をなくす（置き忘れ）等あり、訪問薬剤管理指導を導入（主治医と面会し指示を頂く）し、内服薬管理がスムーズにできた。
- ・ 自宅で意識消失（原因不明）があり、一時入院、退院後、介護保険申請に包括が関わっていたが、要介護で認定があり、介入。内服確認したところ、血圧降下薬や血糖降下薬があり、生活リズムもまちまち。お薬カレンダーを活用し、飲み忘れチェック。残薬があるとわかり、家族やサービス事業所・主治医へ報告し、服薬管理を行い、きちんと飲めるようになった。
- ・ 週刊誌の情報から自ら判断して利用者が処方薬から高脂血症の薬を半年も飲まずたまっていたのをケアマネが発見した。本人は絶対主治医に言わないでほしいとケアマネに言ったため、そのことを本人から聞いて知っている訪問リハビリ担当者からリハ報告書の一環として書いてもらい、医師に提出。医師が何気なく薬の種類を変更してくれた。
- ・ 就寝前で処方されていた薬が残薬となっていたので、薬剤師に相談したところ、薬剤師から医師へ情報提供され、一包化されたためきちんと服薬できるようになった。
- ・ 主治医に一包化や1日1回の服薬へ変更できないかなど相談し、飲み忘れの改善ができた。
- ・ 主治医の医療機関と連携している調剤薬局の薬剤師に相談し、多科受診し、ドクターショッピングしている利用者の大量の残薬を整理し医療機関と連携を図って頂き薬セットや本人への指導で指示薬をきちんと服薬できるようになったケースがある。
- ・ 受診同行し、主治医へ服薬状況を伝え、飲みやすい時間帯の服薬に変更し、服薬が定着

した。

- ・ 受診日が決っていない時、薬が重複している物について減らし調整していただいた。
- ・ それぞれの専門職が情報を電子化して共有しており、周知した状態で患者に対応している。
- ・ 使用してみて悪ければ変更してもらうことができている。
- ・ 初回訪問時自宅に 120 日程度の残薬があり、また、インスリン自己注も血糖測定もされていない状況だった。実情を主治医に伝え、訪問薬剤管理指導の利用となった。介入時は同居の家族も知らんぷりしていたが、薬剤師の介入により家族も一緒に薬剤管理するようになった。
- ・ 食事量が低下してきた利用者に薬剤師に相談、薬の整理をしてもらい（担当者につなげてもらう）食事量が上がった。
- ・ 処方内容の変更。残薬の整理。アドヒアランス向上。重服、処方の改善。
- ・ 処方薬の一部のみ服用しない利用者。訪問看護師が確認→ケアマネに報告→医師・薬剤師に相談。全てを一包化したところ全て服用できるようになった。
- ・ 新規利用で初回アセスメント時、3 年分の残薬確認、主治医に報告し減薬してもらう。かかりつけ薬局に残薬提出し、一包化と日付・内服時間の記載、残薬を預かってもらい、調整をお願いする。
- ・ 心臓病の方の薬について本人に病識がないので全く服用できなかったが、デイケアの利用時間内に服用できるよう薬を調整した。
- ・ 心不全の患者が認知症で内服できなかったが、3 か所のデイと訪問看護師との連携で毎日体重を測定し、内服薬を調整することで、在宅生活を数か月継続することができた。
- ・ 数種類の薬が一錠ずつシートで処方されていた。残薬を確認。全く服用できていないものやどれをシートから出したかわからず、同じものを出したりして服用していることを確認。医師に服薬状況を伝え、薬局にも一包化を依頼、本人は自己管理できていると言っていたが、医師・薬剤師と対応を統一してもらい、ほぼ確実に服用につながる。
- ・ 生活のリズムが不規則で処方通りに服薬せず残薬が多かったため、主治医に報告し、一包化と朝食後薬のみに薬の調整をしてもらった。結果、飲み忘れもなく残薬がなくなり定期的に診察に行くようになった。
- ・ 多科を受診している利用者が重複している薬や予防のために習慣的に服用していた薬を整理してもらい薬に量を減らすことができた。
- ・ 多数の残薬を報告して内服の調整をして頂き、日に 1 回にして頂くことで、誰かが手渡し（デイ・ヘルパー）が可能となり、別居の家族にも内服の大切さについての理解が得られた。医師との連携が進んだ。
- ・ たまたま処方された薬が薬局になく、後で自宅に持って行ったところ、薬局の薬剤師が、残薬を発見し、服薬ができていないことに気づく。医師に連絡し、必要な薬の処方と服薬回数を昼のみとしていただき、薬局が居宅療養管理指導として、1 週間ごとに自宅訪問し、カレンダーに入れた服薬を促している。今は飲み忘れもなく服薬されている。
- ・ 担当する時に、何百錠も下剤や鎮痛剤を抱えている人が多い。次の受診で医師に伝え、

調整を図りムダな処方がないようにしている。

- ・ 長期降圧剤内服。血圧が低い時があると主治医より情報提供あり。週 3 日デイでの測定値の情報を収集し主治医へ情報提供。処方内容の調整から変更となり、現在服薬なしで安定している。
- ・ 通所介護事業所から飲めていないようだと言われ情報提供があり、家族と受診時同行し、医師に相談した。薬の必要性和服薬の方法、時間等について相談した。飲むタイプの薬から、貼るタイプの物へ変更し、介護もしやすくなった。
- ・ 定期受診、服薬ができていなかった新規担当利用者に受診を促し受診同行し、かかりつけ医に実情を報告。かかりつけ医より、薬と服薬について説明してもらい、訪問薬剤管理指導を導入してもらった。
- ・ 定期受診が必要な方だったが受診しておらず、薬局より連絡あり。残薬確認。定期受診訪問看護での状態観察につなげ、服薬もできるようになった。合わせて介護保険申請やサービスの利用につなげた。
- ・ 定期受診前に残薬の確認を行い、受診時に医師へ提供することで、不必要な処方を減らせた。
- ・ デイサービス利用時に体調不良の連絡を受けた。主治医受診を勧めてもらうとともに、主治医・看護師に連絡し、本人から状況を聞いてもらうことをお願い→新しく処方された薬の服薬し過ぎがわかった。
- ・ 転倒を繰り返す利用者の薬を確認したところ、適切に飲めておらず残薬も多かったため、薬剤師へ情報提供。訪問指導の下、一方化やお薬カレンダーを勧められ、改善した。
- ・ 統合失調の 80 歳の女性で、幻聴や妄想により、周りの関係者が振り回され担当を依頼されたケース。自宅訪問により残薬がたくさんあり大事な抗精神薬を飲んだり飲まなかったりすることで病状が悪化していることが判明。主治医にその旨を直接面談して情報提供する。症状が改善される薬を処方され、お薬カレンダーを活用し一目で服薬状況がわかるように工夫。ヘルパー訪問時に確認する等改善された。
- ・ 独自判断で処方薬と市販薬を合わせて服用していた。モニタリング時の会話で発覚（漢方薬含む）。往診医に報告し服薬について指導して頂き、症状に合わせ、適正に服用することができるようになった。
- ・ 独居。薬管理の状況がわからず。ケアマネから残薬チェックを訪看に依頼。訪看がお薬手帳を利用、薬カレンダー利用。薬剤師と交換日記のようにやりとりして、残薬チェックを行っている。その結果、飲み残しの有無が確認でき残薬はなくなった。
- ・ 独居高齢者。薬が多量に残っているのをヘルパーが発見。その後、薬剤師・医師に相談。一人で動けないこともあり、訪問診療と薬剤師の訪問を入れ、薬内容を医師が確認し減らしてもらい、薬カレンダーを使うことにより、きちんと服薬できた。訪看も入れた。
- ・ 独居、認知症あり。ヘルパー、訪看より内服が飲めていないとケアマネへ連絡あり。主治医へ相談し、かかりつけ薬剤師に相談し自宅訪問してもらいサービス担当者会議を開催。内服処方を朝のみとして分包、3 日ずつ服用し、ヘルパーが確認し、内服が確実となった。

- ・ 独居、認知症の進行により、日時がわからなくなる。薬カレンダーの薬が飲めなくなる（薬カレンダーは訪問看護が分ける）。多く飲み過ぎることが多い。訪問看護と相談、医師へ依頼。1日3回の薬を1日1回にまとめてもらう。毎日、支援者が手渡ししている。
- ・ 独居、身寄りほとんどない。本人は高齢で「死にたい」との言葉が常に出る。眠剤は処方されているが眠れないと薬局で眠剤を購入。レシートが室内に落ちており発覚する。主治医より直接本人に説明。薬局にお薬手帳を提出し、重複することがなくなった。
- ・ 独居高齢者（経度認知症あり）が服薬（2回／日）ができていなかったため、現状伝達のため診察同行し、1日の服薬回数を1回／日に調整してもらい服薬可能となった。
- ・ 独居男性。外出困難でケアマネが薬の受け取りに行っていた（医師は往診）。残薬があること、飲み忘れのことを薬剤師に相談すると、医師へ次回の処方量の調整をとりもっていただけた。
- ・ 独居で精神疾患あり、認知症初期状況にある方に1日4回の投薬あり。医師に残薬・服薬状況を提供したところ1日1回投与に変更。また、薬剤師による居宅療養管理指導を導入し、服薬管理・体調管理を行ったところ、利用者の状態が安定した。
- ・ 独居認知症で、内服が適切にできなくなり、主治医に相談した。1日1回の内服に調整し事業所が内服確認できるようになった。
- ・ 独居の方。服薬回数が多く飲み忘れが多くなっていた。訪問介護から情報をとり、主治医に相談し、減らせるものは減らし、まとめられる薬はまとめ一包化してもらい、訪問・通所の方などから薬を渡すようにしている。飲み忘れはなくなった。
- ・ 独居の方が服薬管理が困難となった時に、主治医から小規模多機能型居宅介護のサービスを説明してもらい利用に繋がり、適切に服薬管理ができるようになった。
- ・ 独居の方で自分で薬を調整して飲んでいたため、残薬がたくさんあったが、受診の度に同じ薬を処方され、もらうので、すべての残薬を確認して医師にも相談して、まずそれから服薬してもらったがすごく時間もかかり、苦労した薬剤師にも忙しいのにととても手間を取らせた。
- ・ 独居の利用者が1日3回朝夕、夕食後薬があったが、独り暮らしできちんと服用することができなかったため、ヘルパーが入る朝食後に（1日1回）にして頂き、ヘルパーに服薬確認をして頂いたことで、残薬がなくなった。
- ・ 長年にわたり持病に対する処方薬を自己判断で内服し、大量に備蓄して症状により追加して内服していた利用者に対して、正しい内服の指導を根気よくしていただき、誰にも触らせてくれなかった残薬を少しずつ調整させていただくことができた。不安定だった病状も安定し、94歳になろうとしている男性利用者は元気で過ごしている。
- ・ 何でも自分で管理しないと気がすまない利用者がある。高齢で手指先が変形し細かな作業ができなくなってきたところ、ある事業所を利用した際に、薬をシートから押し出すのにずいぶん時間がかかっていると情報があつた。かかりつけ医を訪問し状況を話したところ、看護師より「服薬の数が多い方だけでなく、細かな作業ができない方や高齢の患者には一包化の声かけをしたほうがいいかもしれない」と話があり対応してもらえた。

- ・ 難病、独居の方のお薬に対する不安を聞き、薬剤師の訪問を受けることで安心し、在宅生活を継続できている。
- ・ 2 か所から（医療機関）服薬処方をしてもらい複雑な薬が多く、家族・本人も理解が難しかった。薬剤師が服薬BOXを作成してとてもわかりやすくなったと喜ばれている。また、薬の待ち時間もなくなり、喜ばれている。
- ・ 2 か所の医療機関から眠剤の処方を受けていた人。眠剤が効きすぎて日中もろれつが回らなくなっており、主治医に伝え症状が改善した。
- ・ 入院中、在宅では薬を飲んだり飲まなかったり自分で服薬調整していることがわかり、地域連携室より退院後に薬剤師の介入を勧められ、薬剤師に情報提供し、自宅への訪問を依頼。薬の説明、内服状況の確認及び他病院の薬剤師との連携を行い、自分で服薬調整することはなくなった。
- ・ 入眠剤、安定剤の多重服用→相談→減量し症状改善。
- ・ 認知症で昼夜逆転が起こりかねない独居女性。夕方ヘルパー訪問時声をかけ薬を飲んでもらうが、用意していた夕の薬ではなく本人が朝の分を飲んでしまった。血流を良くする薬が入っており、明日の朝の薬をどうしたらよいか薬剤師に相談。半減期・副作用の症状、飲まなかった場合のリスクなどを丁寧に教えて頂き、1日1回の訪問ではなく、家族不在の日は2回の訪問がしばらく必要な状態であることもわかり、支援内容も変更してもらった。以降、薬の飲み方についてショート先とも十分な連絡を取ることとなった。
- ・ 認知症で服薬ができず、わかりやすく一包化していただくようお願いしたり、なるべく朝のみの服薬に変更していただけるように医師に相談し、介護サービスが管理しやすいようにできた。
- ・ 認知症で服薬忘れ、訪問服薬指導にて服薬時間調整・内服薬変更し、確実に服薬できるようになった。
- ・ 認知症独居高齢者が色々な病院で薬を処方してもらっていたが、薬剤師が医療機関と連携し整理をしてくれた。また、仕事で平日昼間は対応できない家族とも時間調整し訪問してくれた。
- ・ 認知症独居で、重複や残薬があり、訪問看護・訪問介護・薬剤で連携して頂き、安定して服薬できるようになった。
- ・ 認知症にて服薬がほとんど正確に行えない利用者について主治医に相談。服薬内容を調整してもらい1日3回→1日1回の服用に変更。一包化・日付の印字、訪問看護師への服薬管理指示を出してもらい、介護保険サービスで服薬支援を行えるようになり、現在は正確な服薬ができるようになった。
- ・ 認知症の方が重複服薬しており、医師、薬剤師、訪問看護師と連携し、お薬カレンダーではなく、日付つき置時計の前に設置したり、薬剤師がお届けした時に電話を頂き、すぐに対応できる体制を整え、きちんと服薬できるようになった。
- ・ 認知症の方の飲み忘れが増えた時は一包化・薬カレンダー利用につなげられるように情報を伝え、医師や薬剤師からも勧めてもらい、本人もわかりやすくなり、介護者も飲み忘れがわかり、声がけで服薬ができるようになった。

- ・ 認知症の方の服薬が上手くいかず、訪介や訪看が入る時の服薬内容に変更。残薬がなくなる。
- ・ 認知症の進行もあり眠剤に対する依存がなくなり睡眠もとれていたのも、主治医に報告し薬が中止になった。
- ・ 認知症のため、薬の過剰摂取や飲み忘れが見られ、主治医に相談後、薬剤師による訪問支援（居宅療養管理指導）を導入し、誤飲トラブルがかなり減った。
- ・ 認知症の夫婦。服薬がきちんと（正しく）できていないことがわかり、訪問看護師へ報告。薬カレンダーを作り、正しく服用できるようになった。
- ・ 認知症薬を朝・昼と処方されていたが忘れてしまうため残薬が増えていた。現状を医師に報告し朝×2錠に変更となった。飲み忘れがあった時は頭痛の訴えがあったが処方通り内服するようになり症状は改善している。
- ・ 認知症利用者の残薬問題：家族より一包化してもらうように主治医へ。訪問介護・通所介護のどちらかの利用が毎日あるため、ケアプランにのせ、確認と促しをしてもらうようにし、今ではきちんと内服できている。
- ・ 寝たきりで家族が服薬やインスリン注射を管理。インスリンの保管方法に不備（未開封を常温保存し、開封を冷所保存）があり、薬剤師の指導で改善された。
- ・ 脳梗塞後遺症（右麻痺）と精神科の薬を服用している76歳の男性利用者で、最近、デイサービスの看護師から入浴前の血圧低下傾向が（100～90くらい）指摘され、入浴判定に問題があると伝えられた。そこで、居宅療養管理指導を担当する薬局の薬剤師に問い合わせ、服用している薬の見直しを医師に相談してもらうよう電話依頼した。その後、一つの薬について現薬よりも小量のものに変更していただき、利用者の症状が改善された。
- ・ 飲みあわせが良くない薬、複数の医療機関より処方され、重複したりしないように改善ができた。薬の追加・変更の理由を直接ドクターへ確認される薬剤師がおり、すごく頼りにしている。
- ・ 飲みにくい薬があり、利用者の希望で薬の変更を医師に相談してもらったケース。
- ・ 飲みにくく残薬が多数あった薬について報告したところ、訪問診療時に、薬の必要性を説明してくれ本人が服薬するよう改善した。
- ・ 飲み残しや飲み残しが多い時間帯等、本人の服薬に対する意識を医師や看護師に相談し、処方の配分（時間帯）等を検討してもらった。確実に飲める対策を講じていただいた。
- ・ 飲み忘れが目立つようになり、朝・夕2回の薬を1日1回に一包化しての処方変更。ヘルパー訪問サービス利用時に声かけ、カレンダー活用で確実な内服へつなげる。
- ・ 飲み忘れや飲み合わせ等について、関わっている福祉関係者や家族等と共有し、家族が直接医師や薬剤師に伝えられないような方は事前に病院の相談員等と連携し、情報共有につとめた。
- ・ パーキンソン病、レビー小体認知症の患者に対する薬の調整を主治医に報告しながら行って頂いたことで症状の改善がみられた。
- ・ パーキンソン病の方が、自分の都合で動きたい時に服薬し、1・2時間の間に服薬することもあったので、療養管理指導に入って頂き、情報や服薬管理をして頂いた。

- ・排便について下剤が効き過ぎ、介護負担が著しく増加し家族が困っていたため、医師と薬剤師に情報提供し、適正な処方に変更して頂き、改善された。また、本人の状態をより気にかけて頂けるようになっていいると感じる。
- ・必要最低限度の種類や、服用回数を検討してもらう（日に1回等）。
- ・一人暮らしで、認知機能低下もあり間違っって入眠剤を飲みすぎたりしていた例では薬剤師の介入によって適切な服薬方法や服薬手段もあり、入眠剤も適切に飲めるようになった。
- ・一人暮らしであり、朝の服薬忘れあり。薬剤師に相談し2週間に1回訪問してもらい、お薬カレンダーにセットしてもらうことになった。飲み忘れがないかヘルパー、デイサービスに確認してもらい確実に飲めるようになった。
- ・一人暮らしの認知症の方が、1日3回の服用が困難だったため、医師に相談し、減薬と朝のヘルパー訪問時に重点を置いた投薬内容にして頂いた。
- ・病院・薬が好きで多科受診している方→服薬説明書・お薬手帳を確認すると同じような薬が2つの病院で出されていた。→薬剤師に相談。薬剤師から医師に相談、他院受診を知らなかった。本人・家族に説明し、一包を中止とする。
- ・病歴がレビー小体認知症のある方で精神的不安定で幻聴が多く、地域の周りの方にも迷惑行為があり。独り暮らしになった頃、精神科訪問看護・デイサービス・訪問介護の多職種連携しながら毎日の服薬確認と管理を行っていたところ、大分精神的にも安定してきて、時々、幻聴はあるが、家族にも報告しながら、状態が良くなった。
- ・複数医療機関からの重複処方などが改善され、複数医療機関からの薬を一包化につなげられ、患者が混乱することなく処方通りに服薬できるようになってきた。
- ・複数の医療機関から処方される薬剤を1箇所の薬局にまとめ一包化や医師に対する疑義照会をしてもらい、少ない服薬量で効果的に症状の改善が見られた。
- ・複数の薬を一包化してもらい飲み忘れや残薬が少なくなった。
- ・服薬管理がうまくいかず、服薬カレンダーを使用するがうまくいかず、頻繁に訪問し確認、医療機関と連携していた。途中から薬局が、訪問時に服薬カレンダーを持参し、直接保管してくれるようになりとても楽になった。
- ・服薬管理ができず一包化し、朝のみの服薬にしてもらった。
- ・服薬管理ができなかった独居高齢者が残薬整理でき、服薬状況も、薬剤師の居宅療養管理指導を週1回利用することで、残薬も解消することができた。
- ・服薬管理のできない独居の利用者。居宅療養管理指導と訪問看護を開始し連携することができ、確実な服薬ができた。
- ・服薬状況（飲み忘れ、飲みすぎ）を薬剤師に伝え、どのようにすれば処方通りに服薬できるか一緒に考えてもらい、改善した（処方箋袋に自分で開けないよう赤ペンで大きく書いてもらうことで）。服薬状況が確認でき、しっかり活用ができていいる。薬がしっかり飲めることで、その効果があるかないかははっきりわかった。
- ・服薬するようになりADLが低下。医師と連携。再度指示をもらった。服薬は中止した。その後少し落ち着いた。

- ・服薬に関して、自己判断で飲んだり飲まなかったりしていた方も、薬の必要性について個別に指導してもらうことで、きちんと納得してから内服治療ができるようになり適切な管理が実現できた。何より薬剤師を身近に感じることで、利用者も援者も安心できたこと。
- ・服薬の管理方法をケアプランにあげて本人が意識して行えるよう薬の大きさが大きいものについては粉碎したりと工夫も行い、少し改善。より自分で行える自信につながった。
- ・服薬を一包化にして、日付印字することで薬の飲み忘れが少なくなった。居宅の事務所と薬局の事務所が隣接しているので情報交換がとりやすかった。
- ・ヘルパーが薬の残薬大量発見。重複の報告にて確認。薬剤師に管理指導を依頼。主治医と連絡をとって頂き、薬の整理を行い、3回/日→朝夕の2回に変更を依頼。カレンダー方式にて1週間ごとに貼り替え残薬の回収を行っていただいた。本人の能力（服薬）の確認を行い主治医に情報を返して頂いた。本人のできること・できないことを見極め、できることを残した支援への取組にも活用できた。
- ・訪介や訪看が発見すると、ケアマネに情報が来るため医師に連絡し、管理しやすいように服薬回数を減らす方向で調整してもらう。
- ・訪看と連携し、薬剤師に伝えた。
- ・往診医に残薬等の情報を提供し、その都度処方箋の調整をした。
- ・訪問介護サービス事業所が残薬の多いことを発見→ケアマネジャーに報告・確認後、主治医に連絡。薬を全部受診時に持参し、1日3回を1日2回にして頂き、改善された。
- ・訪問介護や訪問時のモニタリングより発見し、処方薬局に連絡し、分包に変更してもらった。
- ・訪問から状況確認し、その服薬管理方法が飲み忘れに繋がっている原因を検討し、薬剤師・医師に保管方法や分包の方法を相談実施した。
- ・訪問看護事業所からの報告で一部の薬に飲み忘れが多いことがわかり主治医に相談した。その後、その薬はいつでも飲んでよい薬となり、飲み忘れはなくなった。
- ・訪問看護ステーション看護師から服薬と昼夜逆転・生活状況を聴取し訪問薬剤師と訪問診療医院の看護師に情報を伝えたところ、すぐに用量変更の指示あり。サービス担当者会議で介護者も含めてこの問題点を共有したため、処方変更も皆が把握でき、その後の服薬と生活状況が共有でき、症状と介護負担が軽減された。報告によりアセスメントポイントが明確になりすぐプラン変更ができた。
- ・訪問看護師に残薬と服薬状況を確認していただき、主治医・ケアマネに連絡してもらえた。その上で主治医と面談した内容を薬局に伝え服薬指導していただき改善できた。
- ・訪問時残薬が多く数もまばらであったため、薬局と連絡し複数の診療科で残る薬を薬局で管理して頂くようにしたり、薬局を全て同じ薬局にするなどしたことで、飲み忘れなど減らすことができた。
- ・訪問した際に残薬を確認し、何日分飲み残しがあるか、なぜ飲み残すのか、複数の薬をうまく飲ませるために一包化し、ヘルパーの支援時間に飲んでもらうようにしたり、残薬を受診の際持参し、薬剤師にも相談し医師にも伝えてもらった。

- ・ 訪問により残薬が減った。医師への連携や相談の方法を知ることができた。
- ・ 訪問薬剤師と一緒に薬の内容を確認し本人と一緒に内容を把握することができた。頓服の意味がわからず、ずっと残薬として残っているケースもあり（何度も頓服が処方）。電話で本人に説明してもらい、本人も頓服の意味がわかり、つらい時に飲むことができるようになった。
- ・ 本人が自己管理に固執する認知症の方であったが、入院を機に一包化とし、訪看、訪介、薬剤師で外に置いた箱からその都度出して本人に渡す方式にし、多重服薬がなくなった。
- ・ 毎日の訪問時アセスメントして発見した。家族や事業所がわかりやすいように薬を薬局に連絡し一包化してもらった。飲み忘れがなくなった。
- ・ 末期の利用者に対して不安なく相談することができた。ケアマネが全部説明できることではなかったので薬の副作用のことを相談できることでとても支援しやすかった。
- ・ 麻薬が処方されている方だったが、医師からの説明が十分でなかったのか管理できなく痛みが強くなっていた。薬剤師と連携をもち、主治医とも相談しコントロールできたケースがあった。
- ・ 慢性誤嚥性肺炎の利用者が退院時、主治医に内服薬の嚥下が困難である旨報告。主治医と相談し、睡眠剤以外は全て中止。中止後も状態に問題なく内服によるムセもないため現在のところ肺炎の再発もない。
- ・ 眠剤を重複して状態変化があり、医師に連絡して受診し、入院できる病院を紹介してもらった。入院できるまで、眠剤を毎日ヘルパー・薬剤師・配食サービス（薬局が運営）で届けることをしていた。無駄な薬が減り、処方がシンプルになった。また、ターミナルの方などは、内服自体が難しいので、全てストップの指示につながったりと良い判断になったのではと思う。
- ・ 物忘れがあるのに薬がバラバラで管理できなかったことを伝え、一包化にしてもらうことができた。また、2/日→1/日内服+ヘルパー（もしくは施設管理、協力で内服順守できるようになった）。
- ・ 薬が一包化されずに処方されていて、服薬まちがい、飲み忘れがあった。→訪問時や介護サービスからの情報で発見。いつも行っている薬局に問い合わせた。→訪問してもらったり、一包化をしてもらい、改善した。
- ・ 薬剤師が残薬の確認。ケアマネに連絡あり。
- ・ 薬剤師による居宅療養サービスを利用することにより、別居の家族がカレンダーに薬をはり本人が飲み忘れなく管理できるようになった。自分で管理ができるようになったため、サービスは終了した。
- ・ 薬剤師との連携で、ターミナル期の麻薬についての相談が本人や家族としてもらうことができて良かった。
- ・ 薬剤師と連携し、疑義照会を行ってもらう等。
- ・ 薬剤師等を通じた指導の下に服薬が安定し、生活が落ち着いた。
- ・ 薬剤師にお薬カレンダーにセットしてもらい内服忘れがなくなった。
- ・ 薬剤師の訪問。本人（認知症）が「便が1週間全然出ない」と医師に訴えたので、朝昼

晩薬が処方されたが、週2回は出ていることが判明。一包化したものをテープで貼りつけ、便が柔らかい時は簡単に取り外せるようにしてくれた。薬はホルダーで28日ごと管理され、トイレの中にカレンダーを置き、便が出たら○印を付けるようにしてくれた。本人から「便が出ない」との訴えがなくなった。

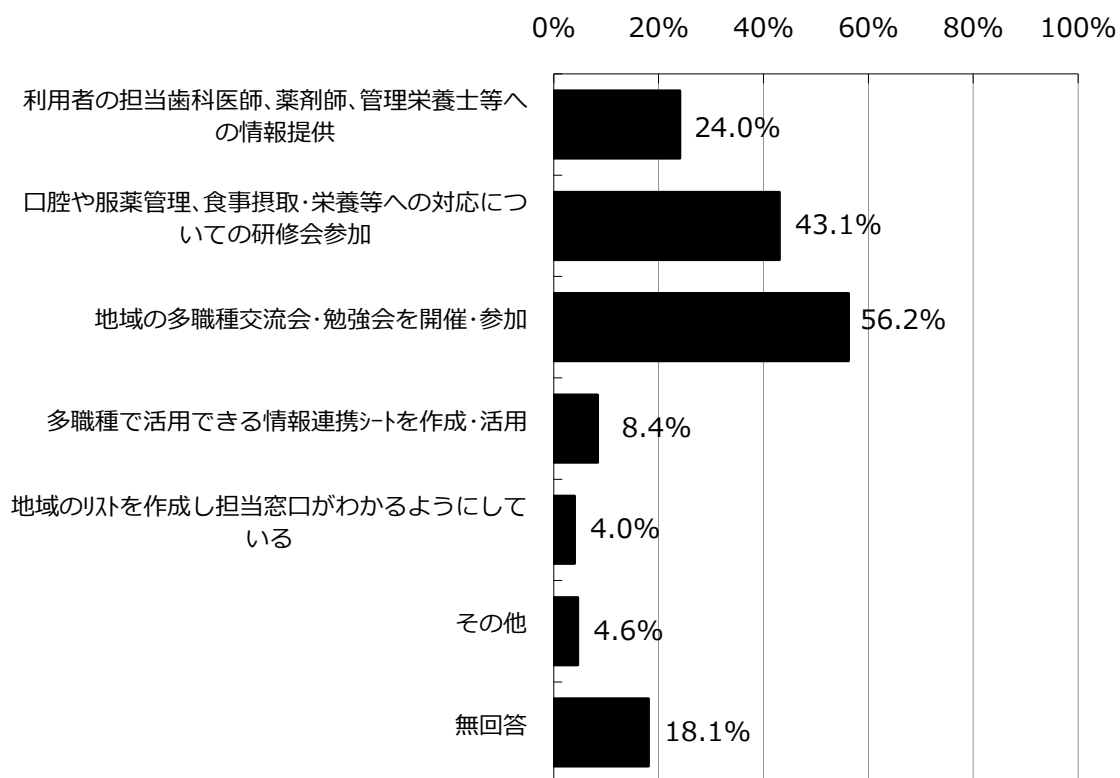
- ・ 薬剤師の訪問により、残薬の確認や体調に応じたアドバイスをしてもらい助かっている。
- ・ 薬の飲み忘れ、重複して飲んでしまう状況があり訪看による管理、ヘルパー及び自費サービスの活用により、服薬状況の確認ができ、すべてサービスで朝・昼・夕を補うことが困難で訪看から主治医に相談し、薬を整理することができた。(朝・夕に変更) サービスで対応できるようになった。2人暮らし(認知症の夫婦事例)。
- ・ 薬の変更があった際に、薬情の確認をしっかりと利用者・家族が理解できなかったため、まちがって服用していた。自宅訪問時確認し主治医に確認を取り、不足分の連絡や正しい服用を伝えた。
- ・ 夕方の薬の飲み残しが多かったので、可能な物だけ、朝に服薬するよう調整。
- ・ 夕食後薬の飲み忘れが多くあったが、主治医に相談し家族やヘルパー支援の入る時間帯へと服用時間を変更して頂き、飲み忘れ防止へとつながった。
- ・ 良い事例かはわからないが別病院での整形からの服薬が飲み合わせが難しかったため受診時に相談ができた。
- ・ 利尿剤を自ら減量し浮腫悪化。その他の不調も見られる。自宅にて本人に減量理由を伺う。外出時トイレ(排尿)回数や汚染を減らしたいと本人。医師・薬剤師から服用の重要性や病気の説明をして頂く。ケアプランを修正し、ヘルパーによる排泄ケアを行うようにし、概ね正確に服用されて浮腫軽減、その他の不調も減っている。
- ・ 利用者が勝手に服用せずにいた薬剤の情報を主治医に伝え、処方内容が変更になった。
- ・ 利用者がその家族に処方された、風薬を服用しようとした。以前その薬を服用し、尿閉をおこしたことがあり、利用者の医師と薬剤師に連絡し、上記報告。医師より適切な薬を処方受け、尿閉ならず痛風も改善。
- ・ 利用者が病院受診、薬をもらってくるが、全く飲んでいないことがあった。もちろん血圧が高く、不安定であった。ヘルパーなどと協力し、服薬確認をし、残薬が大量に残っていた。結局整理し服薬するようになった。
- ・ 利用者受診の時に同席し、朝・昼・夜の薬を1日1回の服薬に変更。薬に対する未服薬に関しては改善。ヘルパーの訪問や訪看の導入等にて確実に服薬できるようになった。
- ・ 利用者宅訪問時の残薬、事業所利用時の服薬を持ってきたり持ってこなかったりしたことで、認知症状もあり家族に相談し、主治医に相談する。主治医より薬剤師による居宅療養管理指導のアドバイスを受け、本人・家族と相談し、指導に入ってもらったことで認知症の独居であるが、服薬の改善ができ精神的に少しずつ安定が図れている。
- ・ 利用者宅を訪問し残薬を発見した。利用者が通院の際に付き添い医師に説明した。医師が薬を調整してくれた。飲む回数を減らした。残薬がなくなった。
- ・ 利用者の意識づけ、薬剤師の訪問により残薬の確認と、病状の関係から医師に情報提供を行い、薬の変更と残薬を返すことにすることでムダを減らすことができた。

- ・ 利用者の精神状態、服薬状況を確認し、医師（薬剤師）に情報提供し、安定した精神状態・規則的内服に繋がった。
- ・ 利用者の判断により服薬の調整を図っているのを発見し、薬剤師に相談したところ、薬剤師が医師と相談をしてくれ、薬を一包化していただいたことで、処方通りの服薬がその後できるようになった。
- ・ 利用者の問題→自分の薬を使用せず、ためる。検査数値が悪くなり薬が増える。たまった薬は誰かにあげている。どのように発見したか→押入れから大量にみつかった。誰に情報提供したか→主治医に報告、薬局にも連絡。どのような対応が取られたか→本人に説明再検査、薬の量減少、1日1回で処方、一包化。薬局に残薬を預かり、他科受診時に合わせて一包化で、1週間ずつ管理。本人一包化により飲みやすくなり適量。
- ・ 利用者本人が認知症であるが、食前・食後の2通りの薬があり、服薬管理をしている家族が対応するのが困難な状況あり。薬剤師に相談し、医師（総合病院の2つの科にかかっていた）と調整してもらい食前に統一してもらい家族が管理と介助をしやすくすることができ、利用者本人が服薬の確認性が上がった。
- ・ 老人世帯で、受診は4週間に1回で処方薬は30日分処方され何か月かすると薬が少しずつ余ってくるので、ケアマネが何か月に1回、数を数え調整している。経済的に厳しい生活のため、居宅療養の薬剤指導も利用できないので、ケアマネが対応している。医師には頼みにくいため今後も継続する予定。／等

(5) 歯科医師、薬剤師、管理栄養士等との連携において工夫していること

歯科医師、薬剤師、管理栄養士等との連携において工夫していることについては、「地域の多職種交流会・勉強会を開催・参加」が56.2%で最も多く、次いで「口腔や服薬管理、食事摂取・栄養等への対応についての研修会参加」(43.1%)、「利用者の担当歯科医師、薬剤師、管理栄養士等への情報提供」(24.0%)であった。

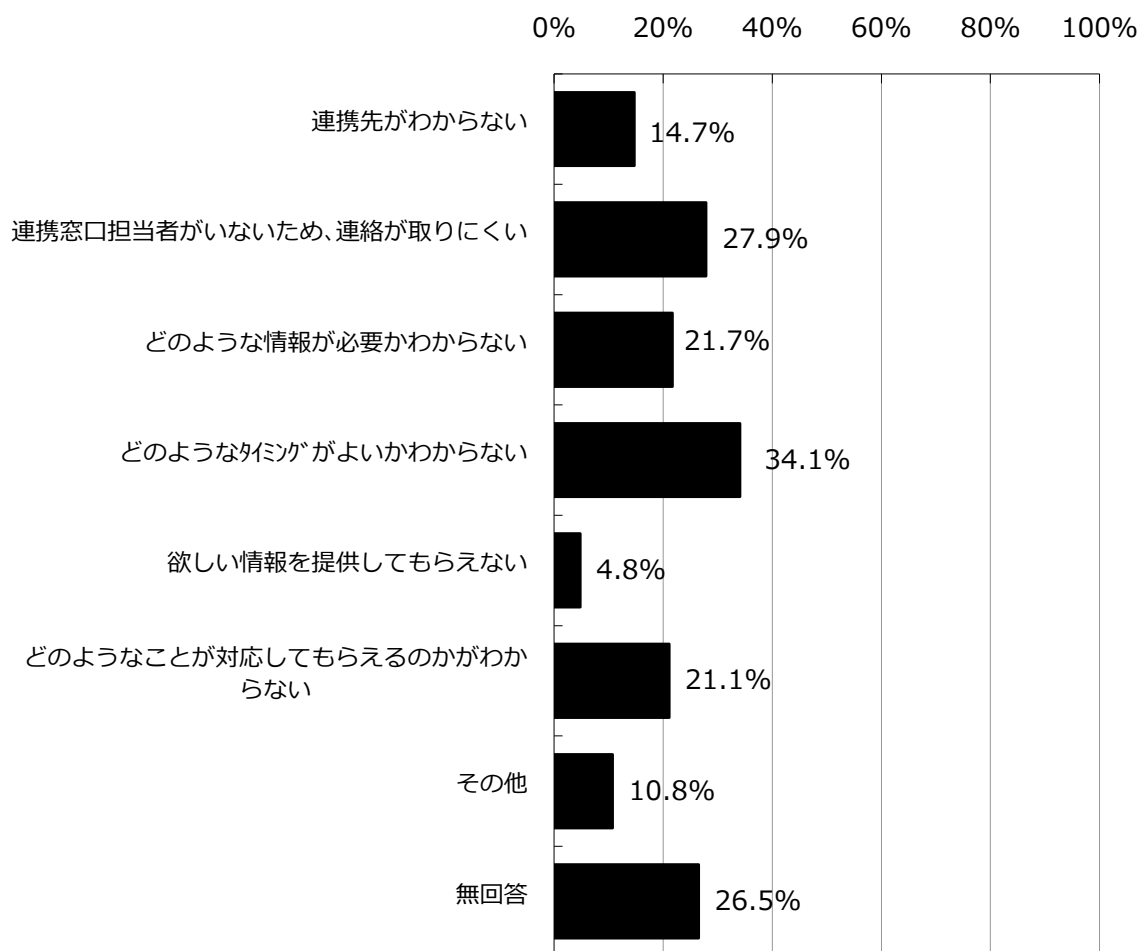
図表 93 歯科医師、薬剤師、管理栄養士等との連携において工夫していること
(複数回答、n=957)



（6）歯科医師、薬剤師、管理栄養士等との連携を行う上での課題

歯科医師、薬剤師、管理栄養士等との連携を行う上での課題については、「どのようなタイミングがよいかわからない」が34.1%で最も多く、次いで「連携窓口担当者がいないため、連絡が取りにくい」(27.9%)、「どのような情報が必要かわからない」(21.7%)、「どのようなことが対応してもらえるかがわからない」(21.1%)であった。

図表 94 歯科医師、薬剤師、管理栄養士等との連携を行う上での課題
(複数回答、n=957)



第3章 医療機関等調査

第1節 調査の概要

(1) 調査の目的

医師・歯科医師・薬剤師・管理栄養士と介護支援専門員との連携に関する実態及びニーズ、課題等を把握するため、アンケート調査を実施した。

(2) 調査対象

調査対象は次の通りである。

調査票	対象
診療所票	全国の在宅療養支援診療所の中から無作為抽出した 1,000 施設
歯科医療機関票	全国の在宅療養支援歯科診療所の中から無作為抽出した 1,000 施設
保険薬局票	全国の保険薬局の中から無作為抽出した 1,000 施設
栄養ケア・ステーション票	認定栄養ケア・ステーション（悉皆）

(3) 調査方法

- ・調査対象ごとに調査票を作成した。
- ・対象施設に対して自記式調査票の郵送配布・回収とした。
- ・調査期間は令和元年 12 月 3 日～令和 2 年 1 月 10 日。未回答事業所に対する督促を実施し、最終 3 月 4 日回収分までを有効回答とした。

(4) 回収結果

各調査の有効回答数、有効回答率は以下の通りである。

図表 95 回収結果

	客体数	回収数	回収率	有効回答数	有効回答率
診療所票	1,000	259	25.9%	255	25.5%
歯科医療機関票	1,000	353	35.3%	351	35.1%
保険薬局票	1,000	338	33.8%	326	32.6%
栄養ケア・ステーション票	134	64	47.8%	62	46.3%

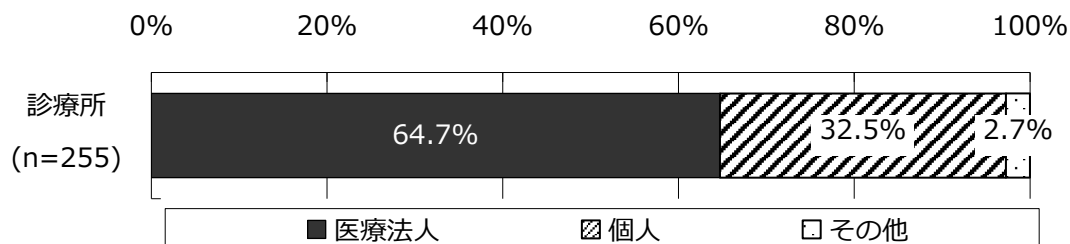
第2節 調査の結果

1. 診療所調査

(1) 施設の概要

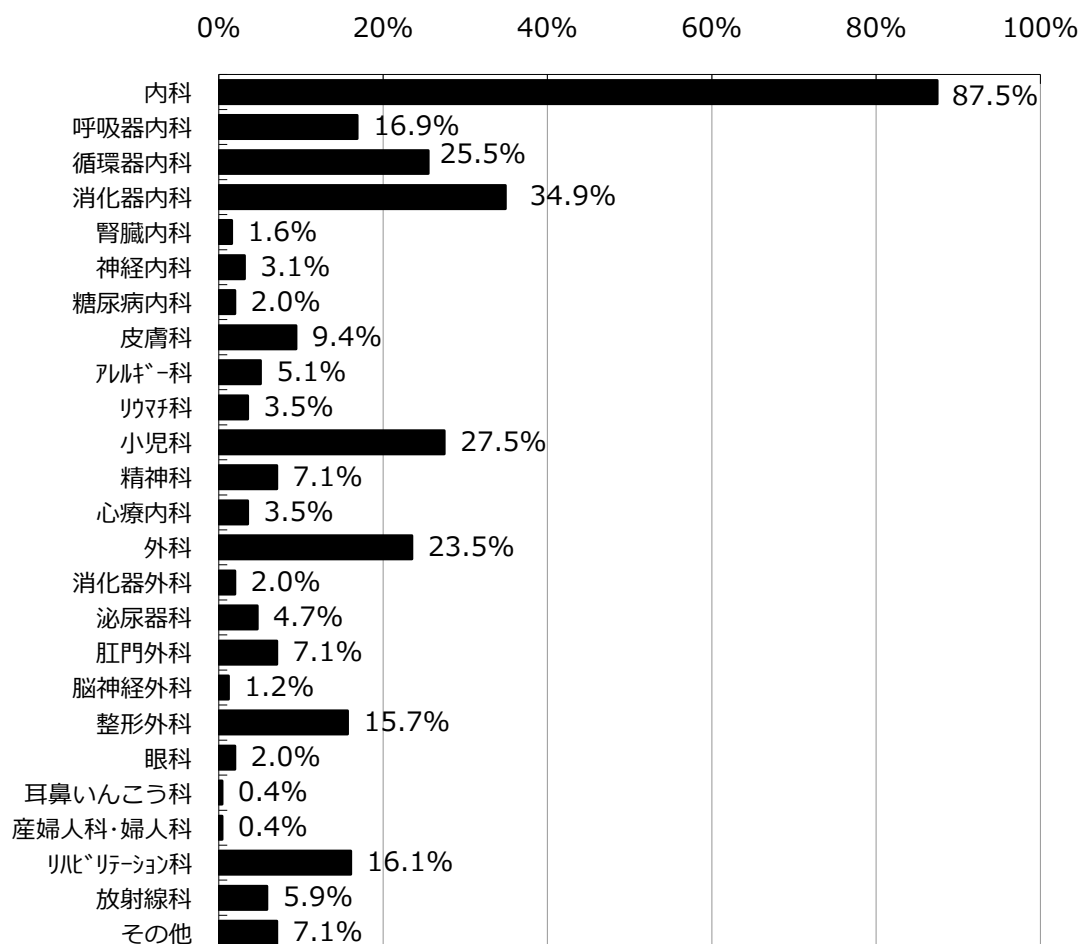
①開設者

図表 96 開設者【診療所】



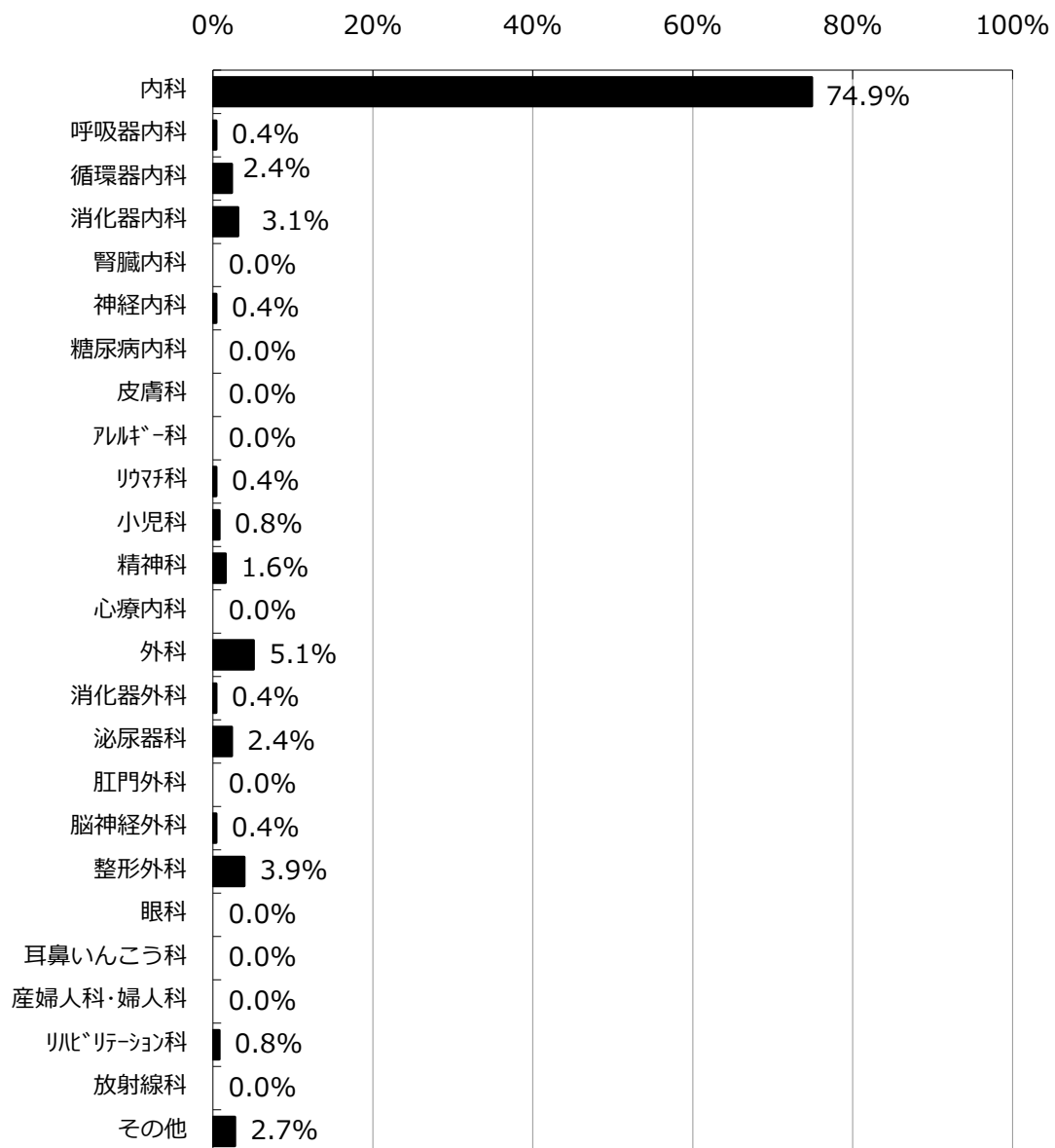
②標榜診療科

図表 97 標榜診療科（複数回答、n=255）【診療所】



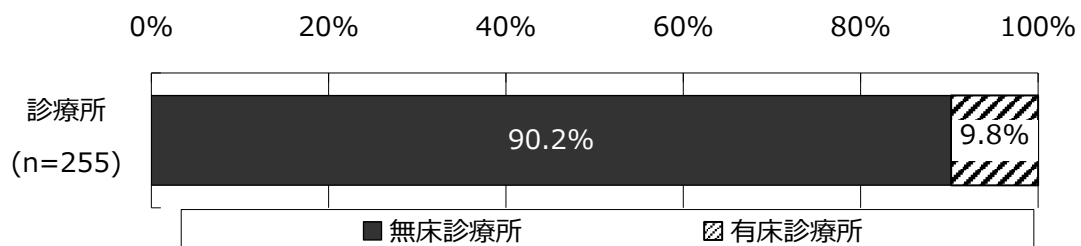
③主たる診療科

図表 98 主たる診療科（単数回答、n=255）【診療所】

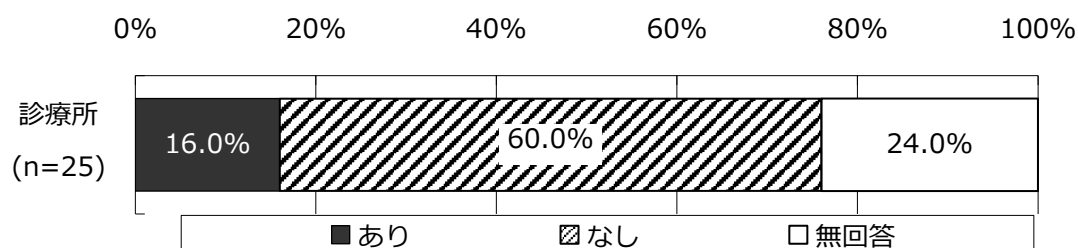


④種別

図表 99 種別【診療所】



図表 100 有床診療所における介護療養病床の有無【診療所】



図表 101 有床診療所における許可病床数 (n=24)【診療所】

(単位：床)

平均値	標準偏差	中央値
17.1	4.5	19.0

(注) 有床診療所 25 施設のうち、許可病床数について記入のあった 24 施設を集計対象とした。

⑤従事者数

図表 102 従事者数 (n=255)【診療所】

(単位：人)

	常勤			非常勤		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
医師	1.29	0.63	1.00	0.34	1.09	0.00
歯科医師	0.01	0.11	0.00	0.01	0.13	0.00
薬剤師	0.09	0.33	0.00	0.02	0.13	0.00
保健師・助産師・看護師	1.81	2.48	1.00	0.51	0.95	0.00
准看護師	1.20	1.75	1.00	0.32	0.65	0.00
理学療法士	0.20	0.78	0.00	0.04	0.29	0.00
作業療法士	0.05	0.32	0.00	0.03	0.23	0.00
言語聴覚士	0.02	0.16	0.00	0.00	0.06	0.00
管理栄養士	0.05	0.24	0.00	0.03	0.15	0.00
栄養士	0.02	0.12	0.00	0.00	0.04	0.00
看護補助者・介護職員	0.32	1.23	0.00	0.13	0.59	0.00
医療社会事業従事者	0.07	0.29	0.00	0.00	0.04	0.00
事務職員等	2.45	2.77	2.00	0.92	1.80	0.00
合計	7.58	7.09	6.00	2.36	3.22	1.33

⑥有資格者数

図表 103 有資格者の人数（n=194）【診療所】

（単位：人）

	平均値	標準偏差	中央値
介護支援専門員	0.44	0.82	0.00
精神保健福祉士	0.09	0.65	0.00
社会福祉士	0.07	0.34	0.00
介護福祉士	0.27	1.17	0.00

（注）有資格者の人数について記入のあった194施設を集計対象とした。

図表 104 有資格者の人数（「0」を除く）【診療所】

（単位：人）

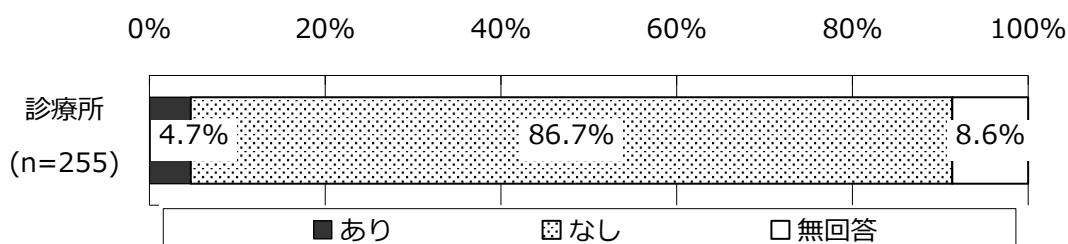
	回答数	平均値	標準偏差	中央値
介護支援専門員	57	1.5	0.8	1.0
精神保健福祉士	6	2.8	2.6	2.0
社会福祉士	9	1.4	0.7	1.0
介護福祉士	18	2.9	2.8	1.5

（注）有資格者の人数について記入のあった施設のうち、「0」を除いて集計対象とした。

⑦歯科との併設の有無

歯科との併設の有無については、「あり」が4.7%、「なし」が86.7%であった。

図表 105 歯科との併設の有無【診療所】

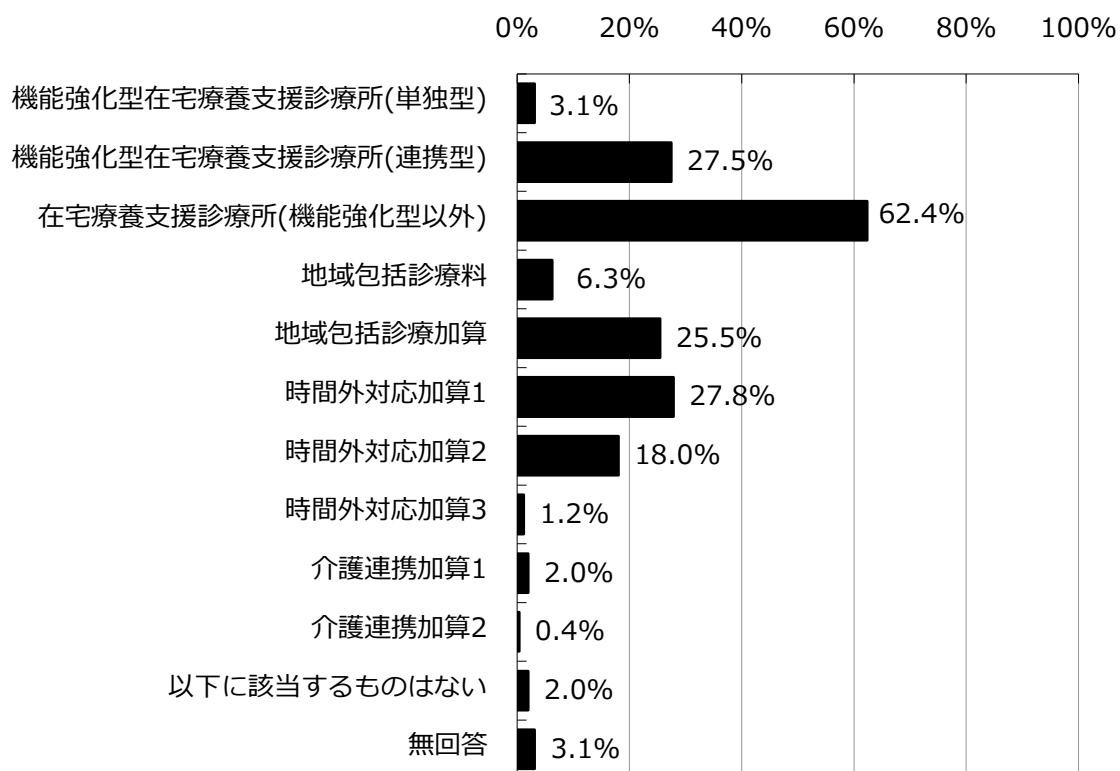


(2) 医療・介護サービスの提供状況

①診療報酬上の施設基準の届出のあるもの

診療報酬上の施設基準の届出のあるものをみると、「機能強化型在宅療養支援診療所（単独型）」が3.1%、「機能強化型在宅療養支援診療所（連携型）」が27.5%、「在宅療養支援診療所（機能強化型以外）」が62.4%であった。

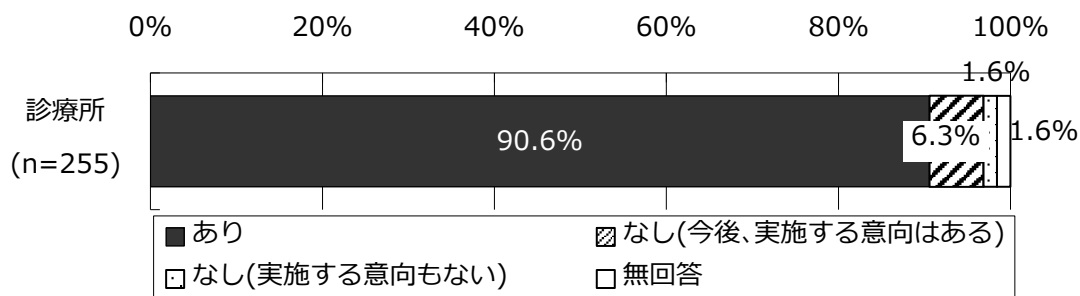
図表 106 診療報酬上の施設基準の届出のあるもの（複数回答、n=255）【診療所】



②訪問診療の実績

平成31年4月～令和元年9月の半年間における訪問診療の実績が「あり」が90.6%、「なし（今後、実施する意向はある）」が6.3%であった。

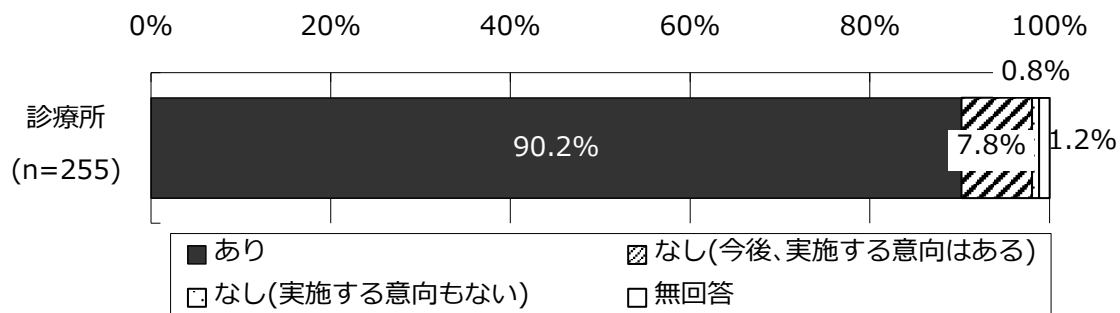
図表 107 訪問診療の実績（平成31年4月～令和元年9月の半年間）【診療所】



③往診の実績

平成31年4月～令和元年9月の半年間における往診の実績が「あり」が90.2%、「なし（今後、実施する意向はある）」が7.8%であった。

図表 108 往診の実績（平成31年4月～令和元年9月の半年間）【診療所】



④在宅看取りの数

平成31年4月～令和元年9月の半年間における在宅看取りの数は、平均5.2人（中央値2.0）であった。

図表 109 在宅看取りの数（平成31年4月～令和元年9月の半年間）(n=237)【診療所】

(単位：人)

平均値	標準偏差	中央値
5.2	10.0	2.0

(注) 在宅看取りの数について記入のあった237施設を集計対象とした。

⑤主治医意見書の作成

平成31年4月～令和元年9月の半年間における、主治医意見書の作成の回数は、平均39.1回（中央値30.0）であった。

図表 110 主治医意見書の作成（平成31年4月～令和元年9月の半年間）

(n=233)【診療所】

(単位：回)

平均値	標準偏差	中央値
39.1	34.4	30.0

(注) 主治医意見書の作成の回数について記入のあった233施設を集計対象とした。

⑥介護認定審査会への参加

平成31年4月～令和元年9月の半年間における、介護認定審査会への参加回数は、平均2.2回（中央値0.0）であった。

図表 111 介護認定審査会への参加回数
（平成31年4月～令和元年9月の半年間）（n=236）【診療所】

（単位：回）

平均値	標準偏差	中央値
2.2	3.8	0.0

（注）介護認定審査会への参加回数について記入のあった236施設を集計対象とした。

⑦地域ケア会議への参加

平成31年4月～令和元年9月の半年間における、地域ケア会議への参加回数は、平均0.9回（中央値0.0）であった。

図表 112 地域ケア会議への参加（平成31年4月～令和元年9月の半年間）
（n=231）【診療所】

（単位：回）

平均値	標準偏差	中央値
0.9	1.7	0.0

（注）地域ケア会議への参加回数について記入のあった231施設を集計対象とした。

⑧サービス担当者会議への1か月あたり平均参加回数

サービス担当者会議への1か月あたり平均参加回数は、平均1.0回（中央値0.0）であった。

図表 113 サービス担当者会議への1か月あたり平均参加回数（n=231）【診療所】

（単位：回）

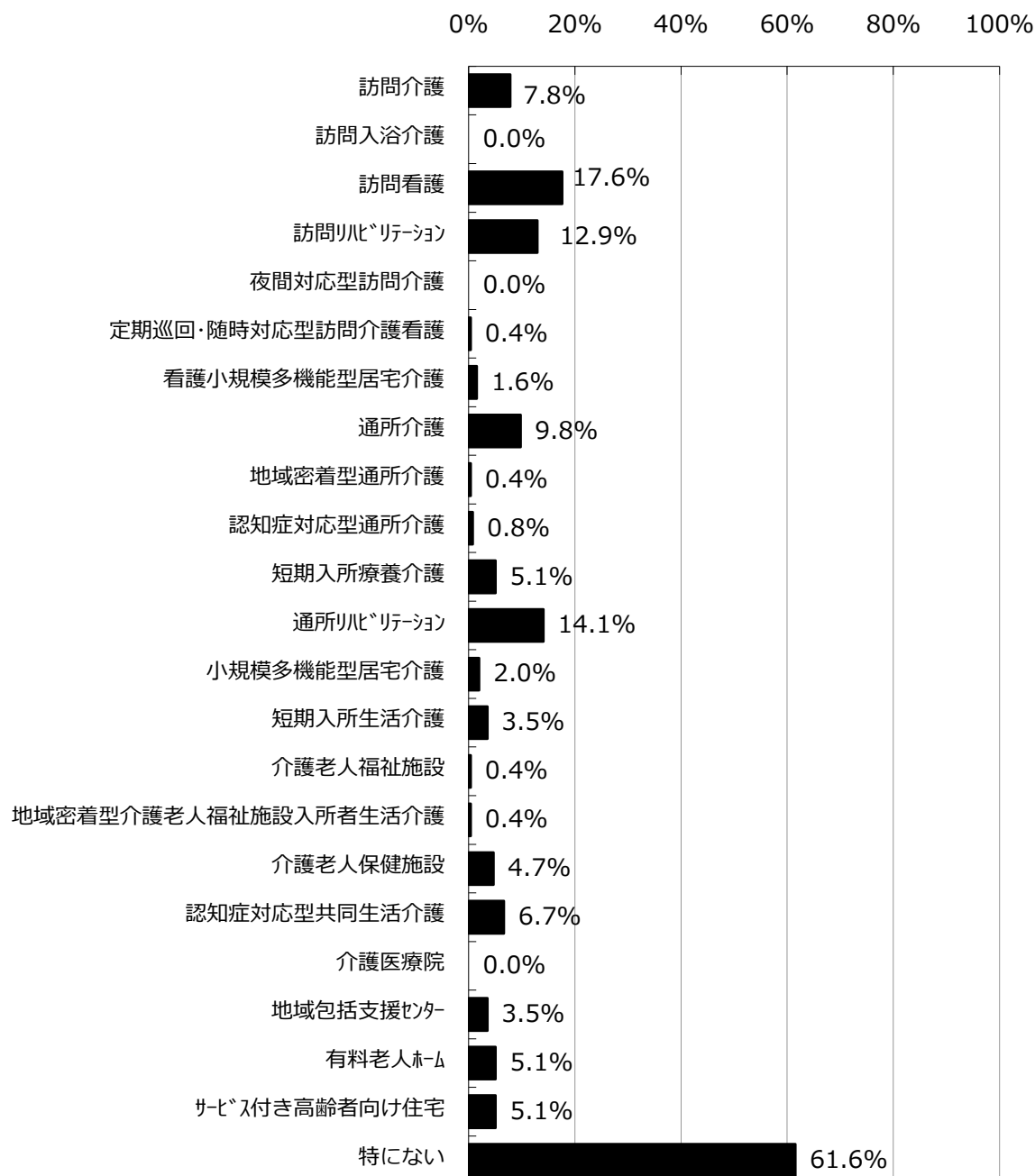
平均値	標準偏差	中央値
1.0	2.4	0.0

（注）サービス担当者会議への1か月あたり平均参加回数について記入のあった231施設を集計対象とした。

⑨同一法人または関連する法人が実施しているもの

同一法人または関連する法人が実施しているものについて、「訪問看護」が17.6%で最も多く、次いで「通所リハビリテーション」(14.1%)、「訪問リハビリテーション」(12.9%)であった。また、「特にない」が61.6%であった。

図表 114 同一法人または関連する法人が実施しているもの（複数回答、n=255）【診療所】



(3) 居宅介護支援事業所・介護支援専門員との連携状況等

①連携している居宅介護支援事業所数

連携している居宅介護支援事業所数は、平均 8.2 事業所（中央値 3.0）であった。

図表 115 連携している居宅介護支援事業所数（n=203）【診療所】

（単位：事業所）

平均値	標準偏差	中央値
8.2	14.0	3.0

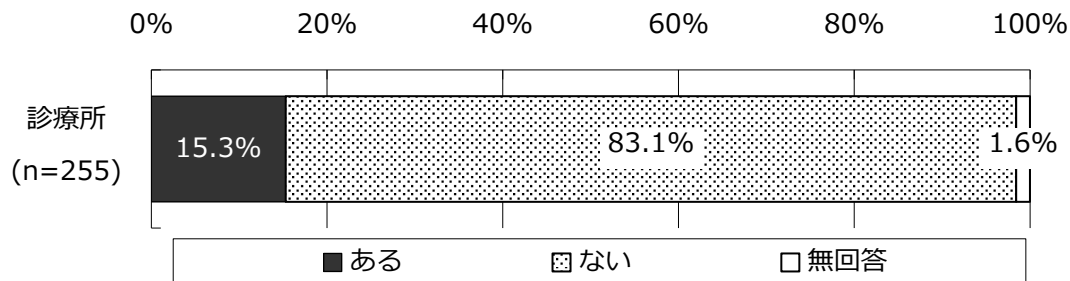
（注）連携している居宅介護支援事業所数について記入のあった 203 施設を集計対象とした。

②同一・隣接敷地内の居宅介護支援事業所

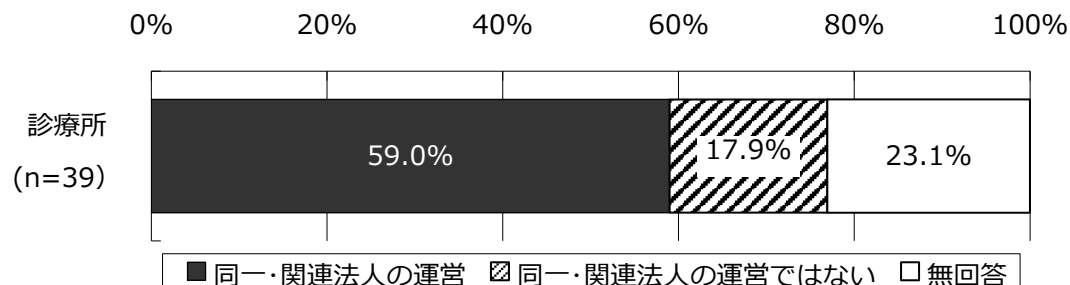
同一・隣接敷地内の居宅介護支援事業所の有無については、「ある」が 15.3%、「ない」が 83.1%であった。

同一・隣接敷地内の居宅介護支援事業所がある場合の運営主体については、「同一・関連法人の運営」が 59.0%であった。

図表 116 同一・隣接敷地内の居宅介護支援事業所の有無【診療所】



図表 117 同一・隣接敷地内の居宅介護支援事業所の運営主体（ある場合）【診療所】

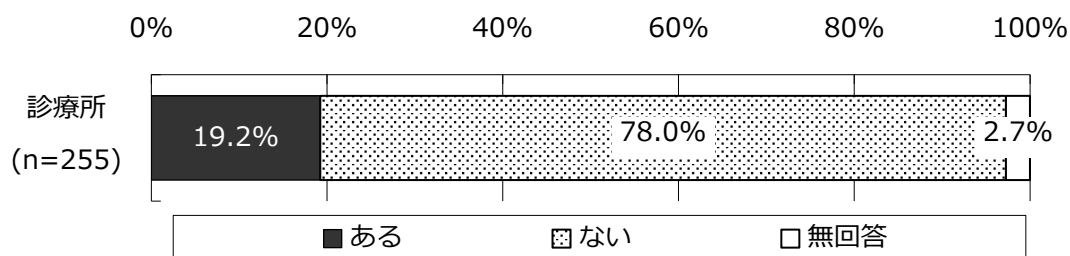


③同一・関連法人による居宅介護支援事業所

同一・関連法人による居宅介護支援事業所の有無については、「ある」が19.2%、「ない」が78.0%であった。

同一・関連法人による居宅介護支援事業所がある場合の事業所数は、平均1.4事業所（中央値1.0）であった。

図表 118 同一・関連法人による居宅介護支援事業所の有無【診療所】



図表 119 同一・関連法人による居宅介護支援事業所数（ある場合）（n=46）【診療所】

（単位：事業所）

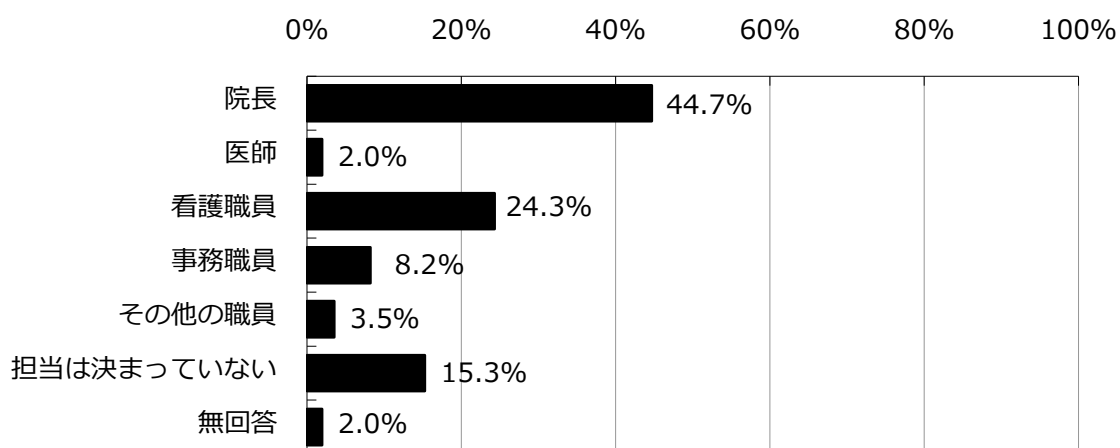
平均値	標準偏差	中央値
1.4	0.8	1.0

（注）同一・関連法人による居宅介護支援事業所がある49施設のうち、同一・関連法人による居宅介護支援事業所数について記入のあった46施設を集計対象とした。

④介護支援専門員との連携窓口

介護支援専門員との連携窓口については、「院長」が44.7%で最も多く、次いで「看護職員」（24.3%）で、「担当は決まっていない」が15.3%であった。

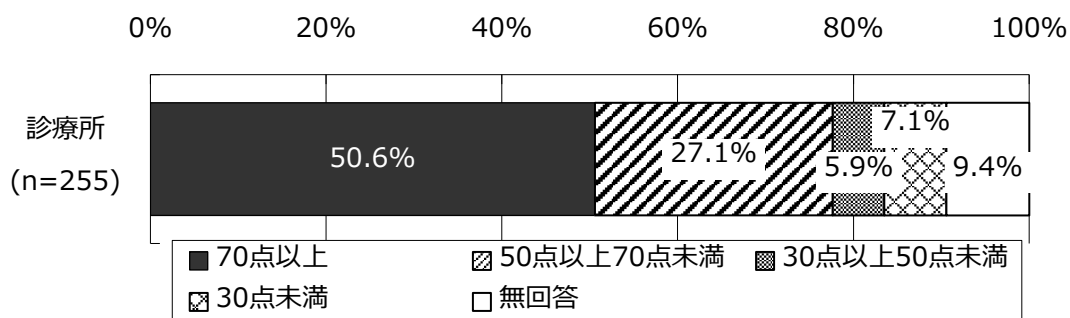
図表 120 介護支援専門員との連携窓口（単数回答、n=255）【診療所】



⑤地域の介護支援専門員との連携状況

地域の介護支援専門員との連携状況を自己評価で点数を記入していただいた。この結果、70点以上が50.6%、50点以上70点未満が27.1%、30点以上50点未満が5.9%、30点未満が7.1%であった。

図表 121 地域の介護支援専門員との連携状況（記述式）【診療所】

図表 122 地域の介護支援専門員との連携についての自己評価の理由（自由記述式）
【診療所】

○70点以上

- ・顔の見える連携ができています。
- ・SNSを有効活用している。24時間対応している。
- ・とても熱心、丁寧。詳しく説明しあっている。
- ・状態が変わった時は常に連絡をとっている。
- ・医療依存度が高くてもスムーズに連携できる。
- ・担当者が決まっており、スムーズだと思う。
- ・介護支援専門員とは電話等で直接話をすることができ、全てではないが連携はとりやすい状況。
- ・診察後すぐにケアマネジャーに連絡し、状況の報告を行っている。
- ・院長自身が密に連携を取っている。
- ・ケアマネジャーとの連携が在宅医療の根幹だから。
- ・患者の状態についてしっかりと話し合いができています。

／等

○50点以上70点未満

- ・事前に相談なく決定済みの居宅サービス計画書に同意を求められる（同旨5件）。
- ・話をする機会が少ない／書類だけのやりとり。
- ・お互いに（当院とケアマネジャー両方）多忙で、コミュニケーションがうまく取れていない場合がある。
- ・連絡がほとんどない。
- ・ケアマネジャーによる差が大きい／ケアマネジャーによって対応がバラバラで全く連絡が来ない人も多い。

- ・ まだ十分とは言えない。
- ・ 必要なサービスを情報提供してもほとんど聞き入れられてもらえないことがある。
- ・ 連携が十分できる所、そうでない所が極端にはっきりしているから。
- ・ 細かい連携がとれているとは言い難い。最低限のノルマはこなしている印象。
- ・ 診療所側の対応の問題として会議に参加できない。
- ・ 該当患者のみにつき、よい連携がとれている。／等

○30 点以上 50 点未満

- ・ 定期的に介護支援専門員と連絡をとることはなく、必要な時のみどちらからか連絡を取る。
- ・ 特に在宅患者に対する情報提供が少ない。
- ・ 施設中心の訪問診療であるため。
- ・ 比較的連絡を取り合い話をする介護支援専門員と、そうでない介護支援専門員とに分かれるため。／等

○30 点未満

- ・ ほとんど実績がない。
- ・ 連携していない。
- ・ 時間的に困難。
- ・ 診療にからむ程度。
- ・ 大事な変更点が発生した時に問合せがあるのみ。
- ・ 人によって積極的に接点を持とうという人と、全く連絡もしない人との差が大きい。
- ・ 表面上だけの支援である。
- ・ ケアマネジャーのほとんどが当院との連携を拒否するため、当院からの情報提供を無視するケアマネジャーが多い。
- ・ うまく連携できていない。
- ・ 報告がない。／等

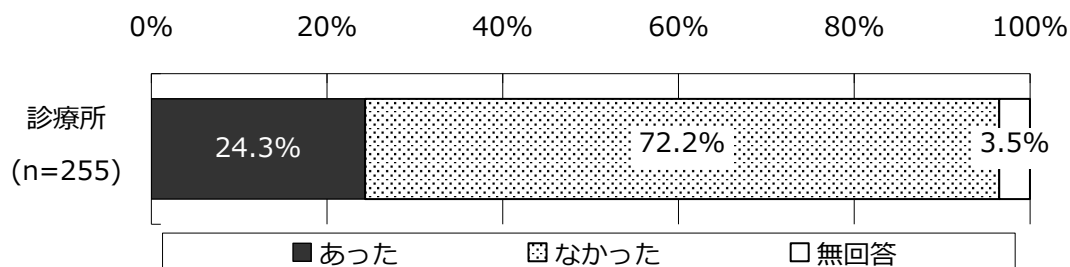
⑥介護支援専門員からの口腔に関する情報提供の状況

平成31年4月～令和元年9月の半年間に、主治医意見書を作成した介護保険利用者（以下、「担当利用者」）の口腔の状況について介護支援専門員からの情報提供の有無を尋ねたところ、「あった」が24.3%、「なかった」が72.2%であった。

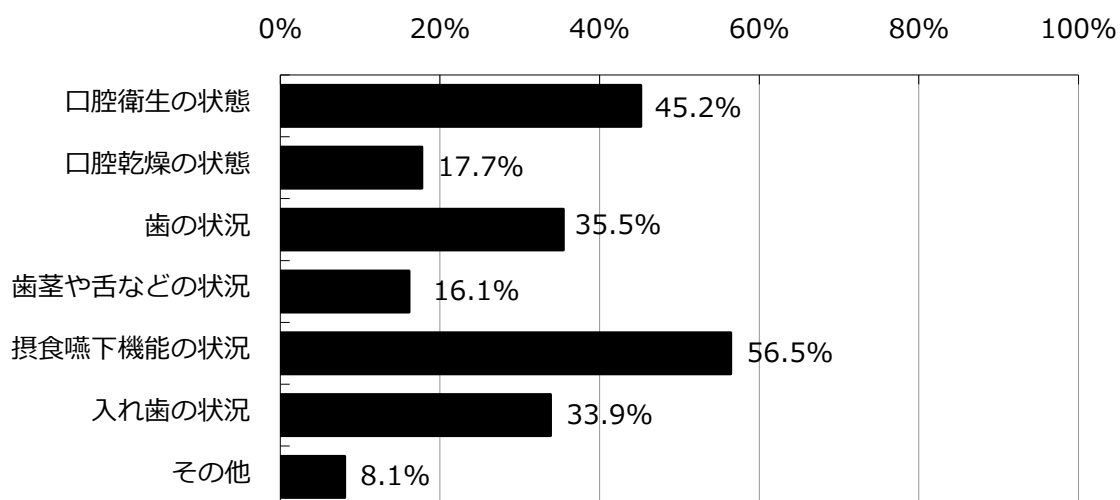
介護支援専門員から提供された口腔に関する情報としては、「摂食嚥下機能の状況」が56.5%で最も多く、次いで「口腔衛生の状態」（45.2%）、「歯の状況」（35.5%）、「入れ歯の状況」（33.9%）であった。

また、この半年間における介護支援専門員からの口腔に関する情報の提供回数は平均4.4回（中央値2.0）であった。

図表 123 介護支援専門員からの口腔に関する情報提供の状況
(平成31年4月～令和元年9月の半年間)【診療所】



図表 124 介護支援専門員から提供された口腔に関する情報
(提供があったと回答した施設、複数回答、n=62)【診療所】



図表 125 介護支援専門員からの口腔に関する情報の提供回数 (6 か月間)
(提供があった施設、n=54)【診療所】

(単位：回)

平均値	標準偏差	中央値
4.4	6.7	2.0

(注) 介護支援専門員から口腔に関する情報提供があった62施設のうち、口腔に関する情報の提供回数について記入のあった54施設を集計対象とした。

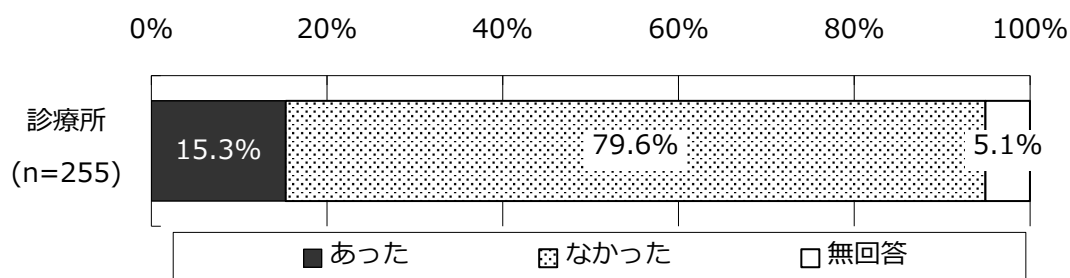
⑦介護支援専門員に口腔に関する情報提供を求めた経験等

平成31年4月～令和元年9月の半年間に、介護支援専門員に口腔に関する情報提供を求めた経験の有無を尋ねたところ、「あった」が15.3%、「なかった」が79.6%であった。

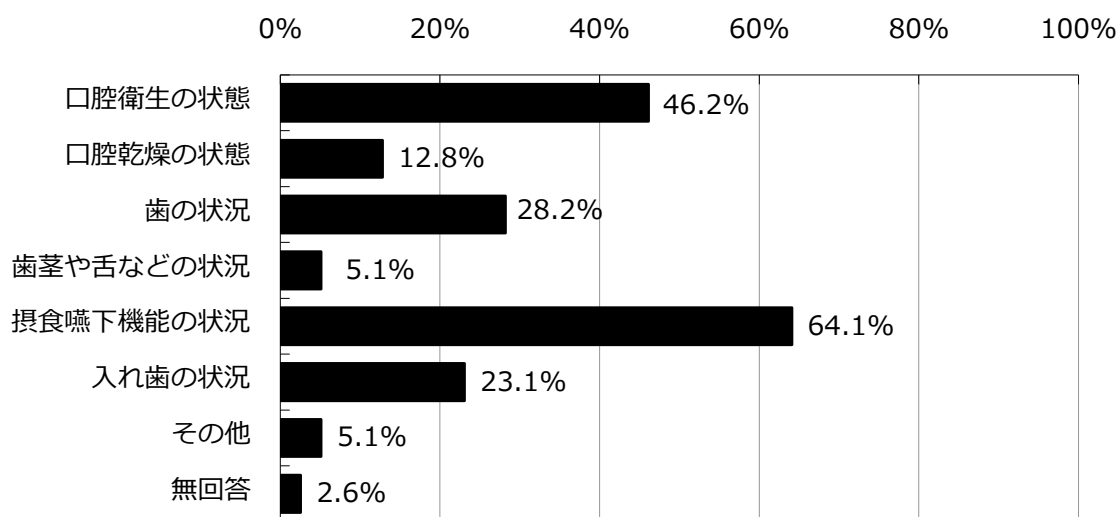
介護支援専門員に求めた口腔に関する情報としては、「摂食嚥下機能の状況」が64.1%で最も多く、次いで「口腔衛生の状態」(46.2%)、「歯の状況」(28.2%)、「入れ歯の状況」(23.1%)であった。

また、この半年間に介護支援専門員に口腔に関する情報提供を求めた回数は平均3.9回(中央値2.5)であった。

図表 126 介護支援専門員に口腔に関する情報提供を求めた経験の有無
(平成31年4月～令和元年9月の半年間)【診療所】



図表 127 介護支援専門員に求めた口腔に関する情報
(経験が「あった」と回答した施設、複数回答、n=39)【診療所】



図表 128 介護支援専門員に口腔に関する情報提供を求めた回数（6か月間）
（経験が「あった」と回答した施設、n=36）【診療所】

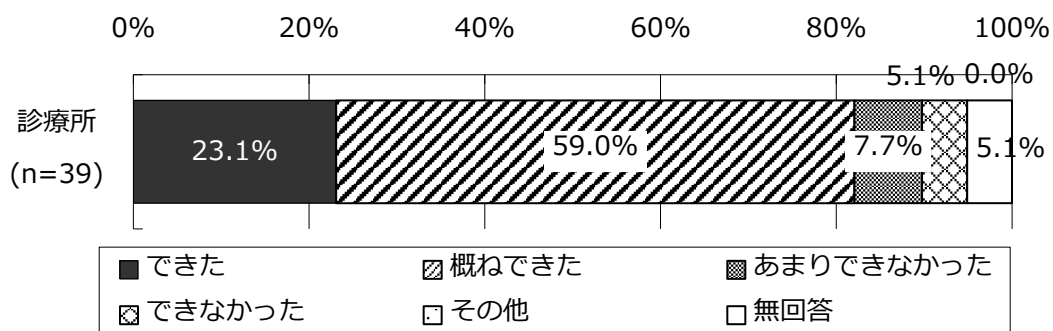
（単位：回）

平均値	標準偏差	中央値
3.9	3.8	2.5

（注）介護支援専門員に口腔に関する情報提供を求めたことがあった39施設のうち、口腔に関する情報提供を求めた回数について記入のあった36施設を集計対象とした。

平成31年4月～令和元年9月の半年間に、介護支援専門員に口腔に関する情報提供を求めた経験があったと回答した施設を対象に、口腔に関する必要な情報が入手できたか尋ねたところ、「できた」が23.1%、「概ねできた」が59.0%、「あまりできなかった」が7.7%、「できなかった」が5.1%であった。

図表 129 口腔に関する必要な情報の入手状況（経験が「あった」と回答した施設）
【診療所】



⑧利用者の口腔状況について介護支援専門員から積極的に提供してほしい情報

利用者の口腔の状況について、介護支援専門員から積極的に提供してほしい情報について自由記述式で記載していただいた。以下はその内容である。

図表 130 利用者の口腔状況について介護支援専門員から積極的に提供してほしい情報
(自由記述式)【診療所】

- ・ 摂食嚥下機能の状況 (同旨 43 件)。
- ・ 口腔衛生の状況 (同旨 32 件)。
- ・ 口腔ケアの実施状況 (同旨 16 件)。
- ・ 歯科受診の有無 (かかりつけ歯科医の有無) (同旨 15 件)。
- ・ 義歯の状況 (同旨 11 件)。
- ・ 食事摂取量・食事の形態 (同旨 8 件)。
- ・ 入れ歯の状況 (同旨 7 件)。
- ・ 咀嚼状況 (同旨 6 件)。
- ・ 歯・歯肉の状態 (同旨 5 件)。
- ・ う歯の状況 (同旨 5 件)。
- ・ 誤嚥の有無 (同旨 5 件)。
- ・ 異常が疑われるもの (同旨 2 件)。
- ・ 歯周病 (同旨 2 件)。
- ・ 寝たきり患者の口腔内のケア方法。嚥下の練習方法 (同旨 2 件)。
- ・ 義歯の有無。
- ・ 歯科のチェック内容。
- ・ 口腔ケアによる健康維持に及ぼす具体的データの提供。
- ・ 口腔内感染症の有無。
- ・ 歯肉炎の有無。
- ・ 食事に影響の出る異常がないかどうか。
- ・ 水分摂取、脱水口腔内の乾燥状況。
- ・ 緩やかな変化も報告がほしい。
- ・ 利用者がケアマネに口腔のことで相談した内容。

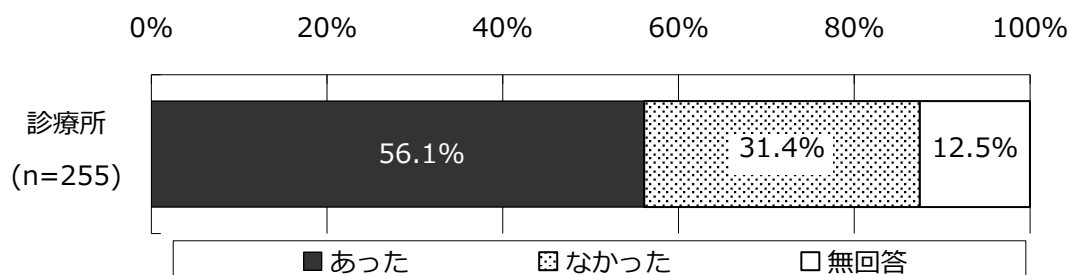
／等

⑨介護支援専門員からの食事摂取・栄養に関する情報提供の状況

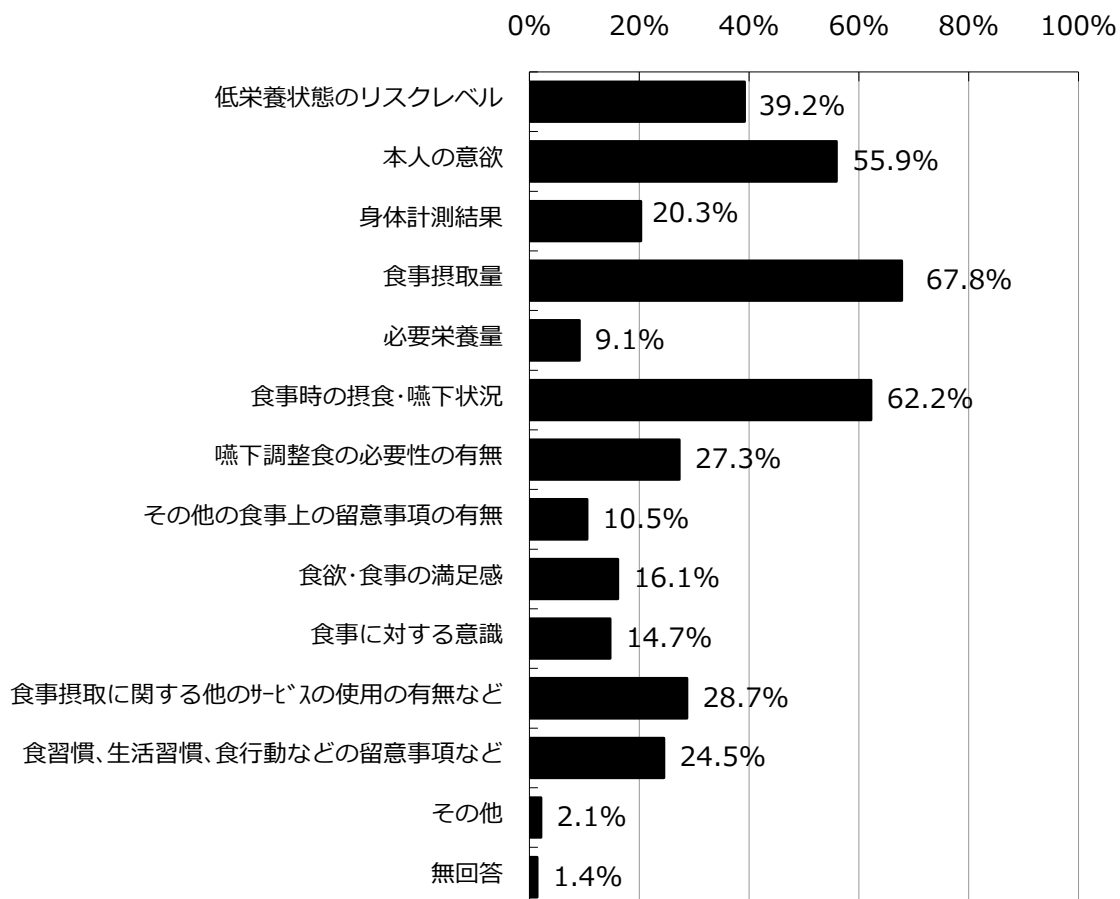
平成31年4月～令和元年9月の半年間に、担当利用者の食事摂取・栄養の状況について介護支援専門員からの情報提供の有無を尋ねたところ、「あった」が56.1%、「なかった」が31.4%であった。

介護支援専門員から提供された口腔に関する情報としては、「食事摂取・栄養」が67.8%で最も多く、次いで「食事時の摂食・嚥下状況」(62.2%)、「本人の意欲」(55.9%)であった。

図表 131 介護支援専門員からの食事摂取・栄養に関する情報提供の状況
(平成31年4月～令和元年9月の半年間)【診療所】



図表 132 介護支援専門員から提供された食事摂取・栄養に関する情報
(提供が「あった」と回答した施設、複数回答、n=143)【診療所】



また、この半年間における介護支援専門員からの食事摂取・栄養に関する情報の提供回数は平均 8.4 回（中央値 4.0）であった。

図表 133 介護支援専門員からの食事摂取・栄養に関する情報の提供回数（6 か月間）
（提供が「あった」と回答した施設、n=125）【診療所】

（単位：回）

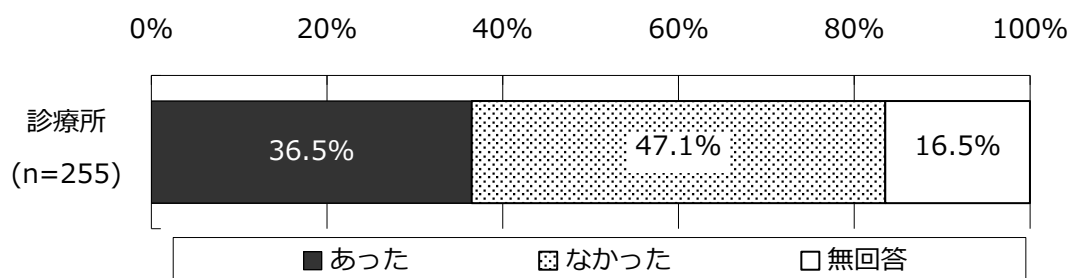
平均値	標準偏差	中央値
8.4	14.5	4.0

（注）介護支援専門員から食事摂取・栄養に関する情報提供があった 143 施設のうち、食事摂取・栄養に関する情報の提供回数について記入のあった 125 施設を集計対象とした。

⑩介護支援専門員に食事摂取・栄養状況に関する情報提供を求めた経験等

平成 31 年 4 月～令和元年 9 月の半年間に、介護支援専門員に食事摂取・栄養に関する情報提供を求めた経験の有無を尋ねたところ、「あった」が 36.5%、「なかった」が 47.1%であった。

図表 134 介護支援専門員に食事摂取・栄養状況に関する情報提供を求めた経験の有無
（平成 31 年 4 月～令和元年 9 月の半年間）【診療所】

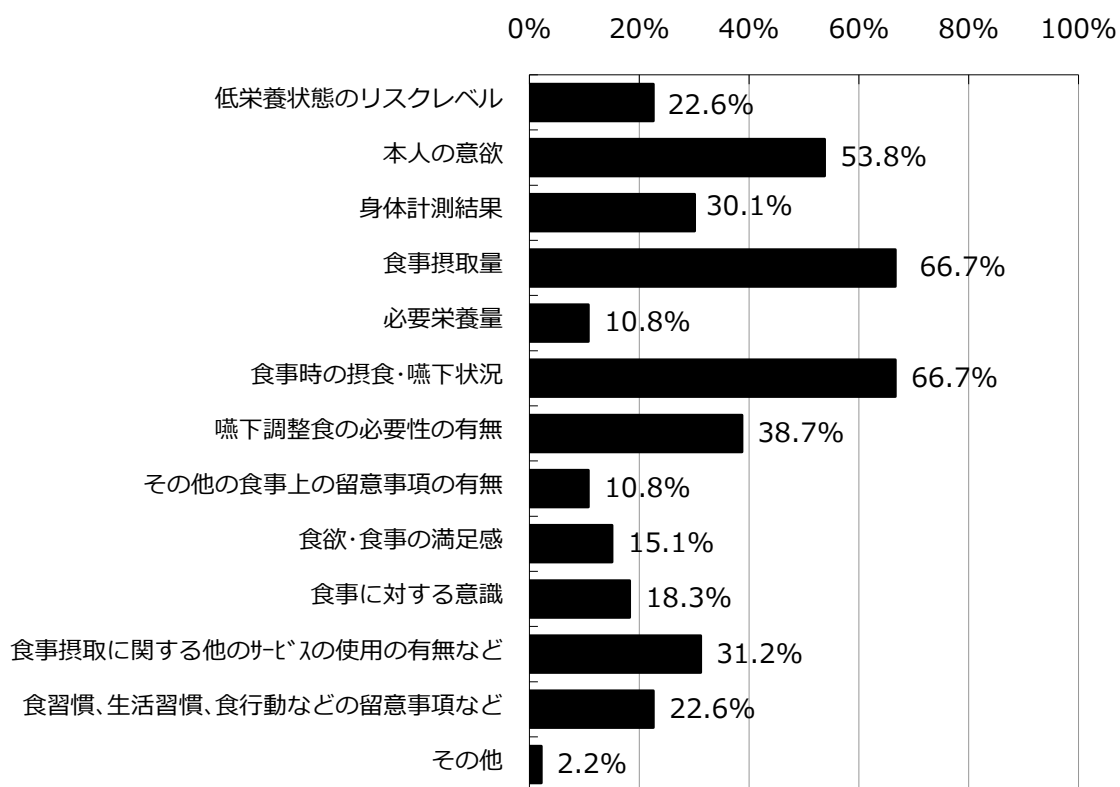


介護支援専門員に求めた食事摂取・栄養に関する情報としては、「食事摂取量」「食事時の摂食・嚥下状況」がいずれも 66.7%で最も多く、次いで「本人の意欲」（53.8%）、「嚥下調整食の必要性の有無」（38.7%）、「食事摂取に関する他のサービスの使用の有無など」（31.2%）、「身体計測結果」（30.1%）であった。

また、この半年間に介護支援専門員に食事摂取・栄養に関する情報提供を求めた回数は平均 5.9 回（中央値 3.0）であった。

平成 31 年 4 月～令和元年 9 月の半年間に、介護支援専門員に食事摂取・栄養に関する情報提供を求めた経験があったと回答した施設を対象に、食事摂取・栄養に関する必要な情報が入手できたか尋ねたところ、「できた」が 25.8%、「概ねできた」が 63.4%、「あまりできなかった」が 5.4%、「できなかった」が 2.2%であった。

図表 135 介護支援専門員に求めた食事摂取・栄養状況に関する情報
(経験が「あった」と回答した施設、複数回答、n=93)【診療所】



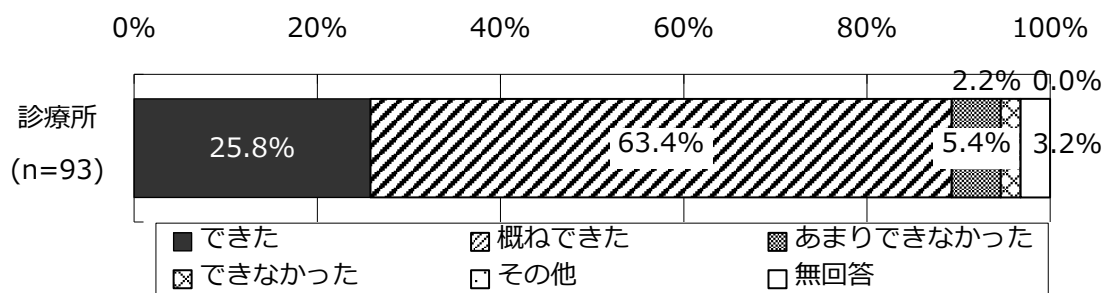
図表 136 介護支援専門員に食事摂取・栄養に関する情報提供を求めた回数 (6 か月間)
(経験が「あった」と回答した施設、n=78)【診療所】

(単位：回)

平均値	標準偏差	中央値
5.9	10.3	3.0

(注) 介護支援専門員に食事摂取・栄養に関する情報提供を求めたことがあった 93 施設のうち、食事摂取・栄養に関する情報提供を求めた回数について記入のあった 78 施設を集計対象とした。

図表 137 食事摂取・栄養に関する必要な情報の入手状況
(経験が「あった」と回答した施設)【診療所】



⑪利用者の食事摂取・栄養について介護支援専門員から積極的に提供してほしい情報

利用者の食事摂取・栄養の状況について、介護支援専門員から積極的に提供してほしい情報について自由記述式で記載していただいた。以下はその内容である。

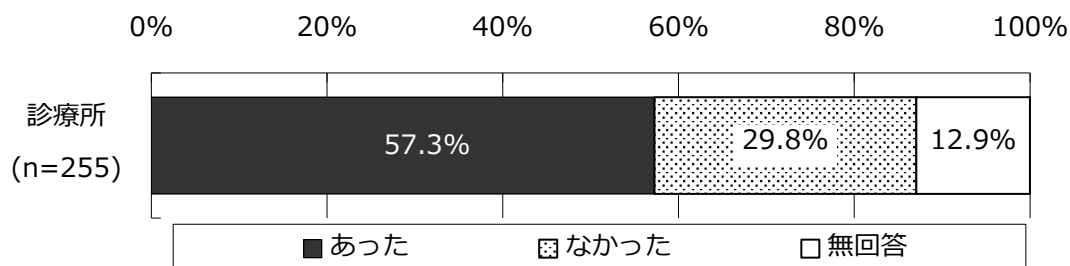
図表 138 利用者の食事摂取・栄養について介護支援専門員から積極的に提供してほしい情報（自由記述式）【診療所】

- ・ 食事摂取量・食事の形態（同旨 42 件）。
 - ・ 摂食・嚥下機能の状況（同旨 26 件）。
 - ・ 体重の変化（同旨 12 件）。
 - ・ 食事内容・食習慣（同旨 8 件）。
 - ・ 嗜好、意欲（同旨 7 件）。
 - ・ 食欲の状態（同旨 5 件）。
 - ・ 栄養状態（同旨 5 件）。
 - ・ 介助の有無（同旨 4 件）。
 - ・ 誤嚥のリスク（同旨 4 件）。
 - ・ 禁忌、アレルギー（同旨 2 件）。
 - ・ 咳合の状態。
 - ・ 塩分調整の状況について。
 - ・ 経済状況。
 - ・ 食事が摂取できない場合における客観的情報とケアマネの見解。
 - ・ 咀嚼機能。
- ／等

⑫介護支援専門員からの服薬管理・服薬状況に関する情報提供の状況

平成 31 年 4 月～令和元年 9 月の半年間に、担当利用者の服薬管理・服薬状況について介護支援専門員からの情報提供の有無を尋ねたところ、「あった」が 57.3%、「なかった」が 29.8%であった。

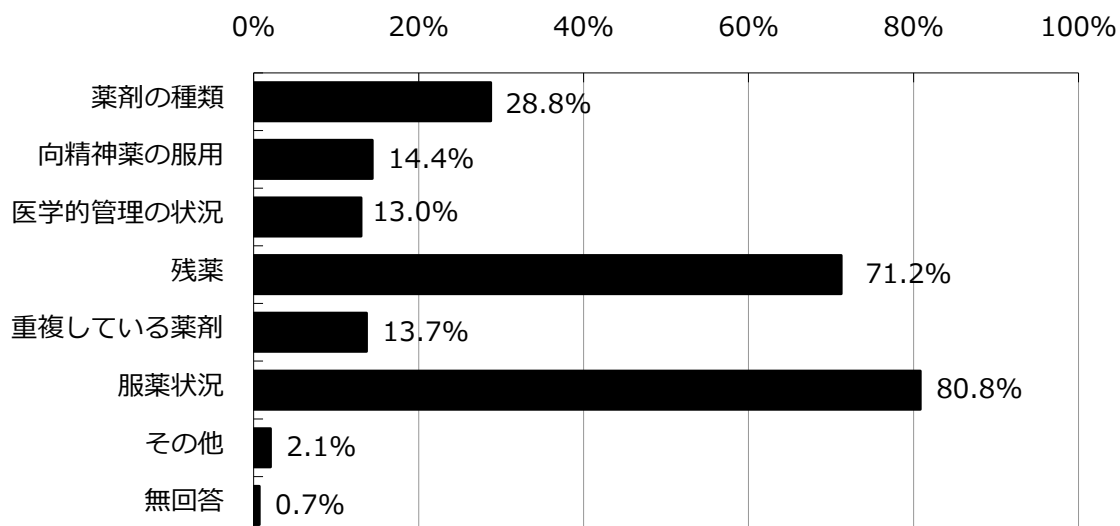
図表 139 介護支援専門員からの服薬管理・服薬状況に関する情報提供の状況
（平成 31 年 4 月～令和元年 9 月の半年間）【診療所】



介護支援専門員から提供された服薬管理・服薬状況に関する情報としては、「服薬状況」が80.8%で最も多く、次いで「残薬」(71.2%)、「薬剤の種類」(28.8%)であった。

また、この半年間における介護支援専門員からの服薬管理・服薬状況に関する情報の提供回数は平均7.2回(中央値5.0)であった。

図表 140 介護支援専門員から提供された服薬管理・服薬状況に関する情報
(提供が「あった」と回答した施設、複数回答、n=146)【診療所】



図表 141 介護支援専門員からの服薬管理・服薬状況に関する情報の提供回数(6か月間)
(提供が「あった」と回答した施設、n=121)【診療所】

(単位：回)

平均値	標準偏差	中央値
7.2	9.6	5.0

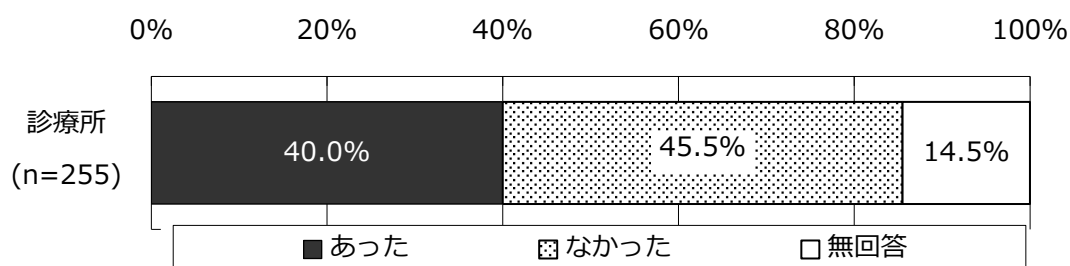
(注) 介護支援専門員から服薬管理・服薬状況に関する情報提供があった146施設のうち、服薬管理・服薬状況に関する情報の提供回数について記入のあった121施設を集計対象とした。

⑬介護支援専門員に服薬管理・服薬状況に関する情報提供を求めた経験等

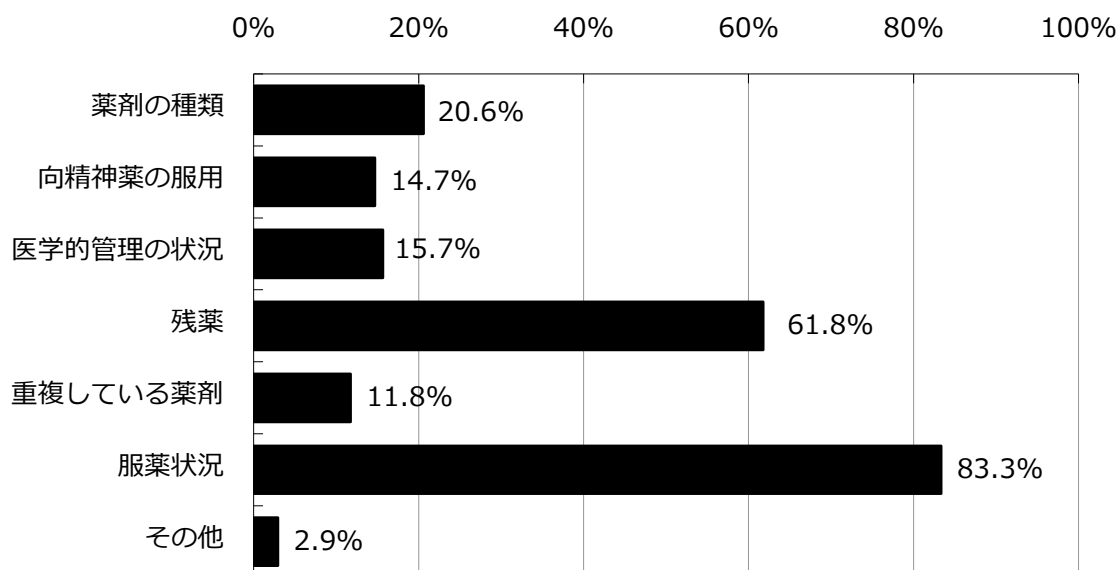
平成31年4月～令和元年9月の半年間に、介護支援専門員に服薬管理・服薬状況に関する情報提供を求めた経験の有無を尋ねたところ、「あった」が40.0%、「なかった」が45.5%であった。

介護支援専門員に求めた服薬管理・服薬状況に関する情報としては、「服薬状況」が83.3%で最も多く、次いで「残薬」(61.8%)であった。

図表 142 介護支援専門員に服薬管理・服薬状況に関する情報提供を求めた経験の有無
(平成31年4月～令和元年9月の半年間)【診療所】



図表 143 介護支援専門員に求めた服薬管理・服薬状況に関する情報
(経験が「あった」と回答した施設、複数回答、n=102)【診療所】



また、この半年間に介護支援専門員に服薬管理・服薬状況に関する情報提供を求めた回数は平均 5.4 回（中央値 3.0）であった。

平成 31 年 4 月～令和元年 9 月の半年間に、介護支援専門員に服薬管理・服薬状況に関する情報提供を求めた経験があったと回答した施設を対象に、服薬管理・服薬状況に関する必要な情報が入手できたか尋ねたところ、「できた」が 32.4%、「概ねできた」が 53.9%、「あまりできなかった」が 4.9%、「できなかった」が 2.9%であった。

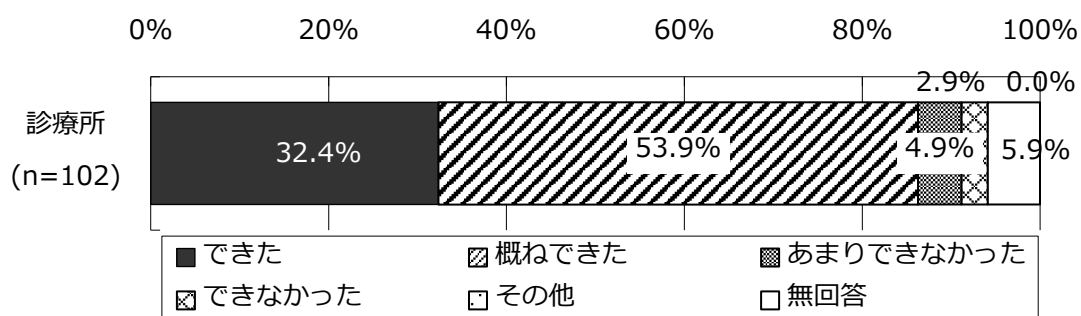
図表 144 介護支援専門員に服薬管理・服薬状況に関する情報提供を求めた回数（6 か月間）
（経験が「あった」と回答した施設、n=84）【診療所】

（単位：回）

平均値	標準偏差	中央値
5.4	10.4	3.0

（注）介護支援専門員に服薬管理・服薬状況に関する情報提供を求めたことがあった 102 施設のうち、服薬管理・服薬状況に関する情報提供を求めた回数について記入のあった 84 施設を集計対象とした。

図表 145 服薬管理・服薬状況に関する必要な情報の入手状況
（経験が「あった」と回答した施設）【診療所】



⑭利用者の服薬管理・服薬状況について介護支援専門員から積極的に提供してほしい情報

利用者の服薬管理・服薬状況について、介護支援専門員から積極的に提供してほしい情報について自由記述式で記載していただいた。以下はその内容である。

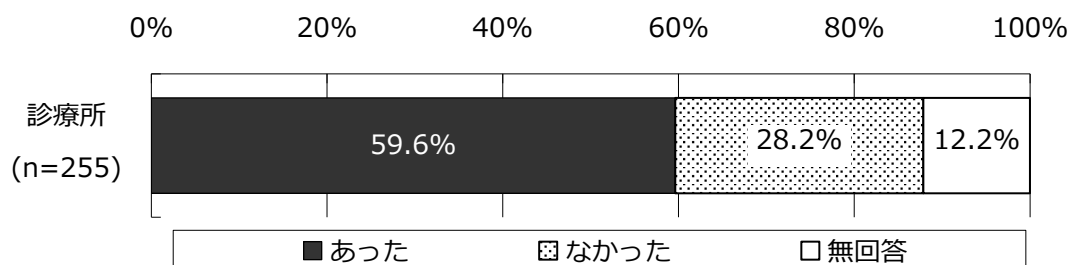
図表 146 利用者の服薬管理・服薬状況について介護支援専門員から積極的に提供してほしい情報（自由記述式）【診療所】

- ・ 服薬状況（同旨 55 件）。
- ・ 服薬管理状況（残薬など）（同旨 26 件）。
- ・ 服薬状況（管理者状況）（同旨 15 件）。
- ・ 介助の有無（同旨 6 件）。
- ・ 他院処方の有無（同旨 3 件）。
- ・ 服薬管理状況（重複処方など）（同旨 3 件）。
- ・ 副作用の有無（同旨 2 件）。
- ・ 正確な処方内容。
- ・ 重複薬剤。
- ・ 往診している医療施設と内服薬について。
- ・ かかりつけ薬局の有無。
- ・ 投薬後早期の変化、便通の状況。
- ・ 服薬に関して家族が減薬を希望しているなど、家族の考え方。／等

⑮保険薬局から、利用者の残薬調整や重複投薬について相談を受けた経験等

令和元年 9 月 1 か月間に、保険薬局から利用者の残薬調整や重複投薬について相談を受けた経験の有無を尋ねたところ、「あった」が 59.6%、「なかった」が 28.2%であった。

図表 147 保険薬局から利用者の残薬調整や重複投薬について相談を受けた経験の有無（令和元年 9 月 1 か月間）【診療所】



また、令和元年9月1か月間における保険薬局からの残薬調整や重複投薬について相談を受けた件数は平均8.2件（中央値3.0）であった。

図表 148 保険薬局から利用者の残薬調整や重複投薬について相談を受けた件数
（令和元年9月1か月間）（経験が「あった」と回答した施設、n=130）【診療所】

（単位：件）

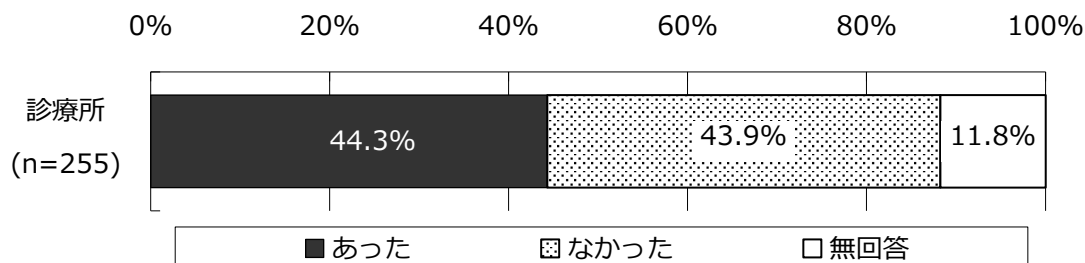
平均値	標準偏差	中央値
8.2	20.9	3.0

（注）保険薬局から残薬調整や重複投薬について相談を受けたことがあった152施設のうち、相談を受けた件数について記入のあった130施設を集計対象とした。

⑩利用者の服薬管理・服薬状況について保険薬局に情報提供を求めた経験等

平成31年4月～令和元年9月の半年間に、保険薬局に服薬管理・服薬状況に関する情報提供を求めた経験の有無を尋ねたところ、「あった」が44.3%、「なかった」が43.9%であった。

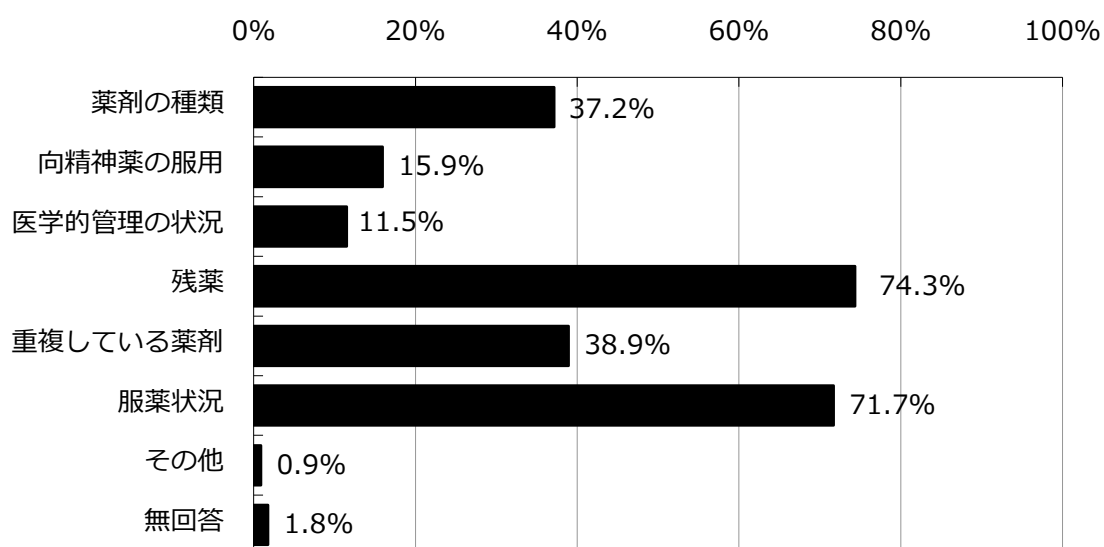
図表 149 利用者の服薬管理・服薬状況について保険薬局に情報提供を求めた
経験の有無（平成31年4月～令和元年9月の半年間）【診療所】



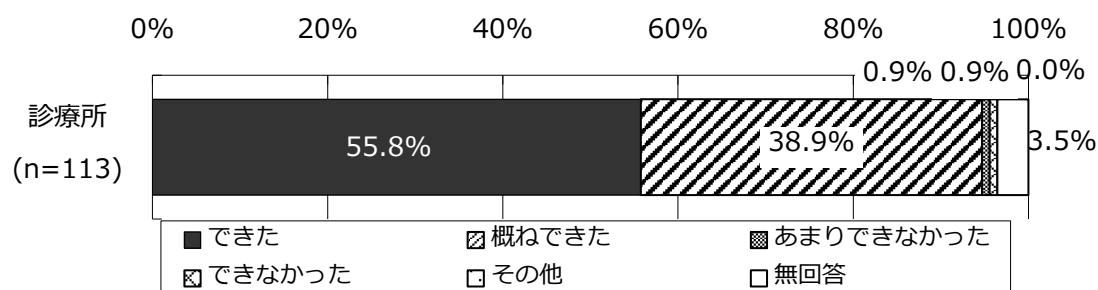
保険薬局に求めた服薬管理・服薬状況に関する情報としては、「残薬」が74.3%で最も多く、次いで「服薬状況」(71.7%)、「重複している薬剤」(38.9%)、「薬剤の種類」(37.2%)であった。

平成31年4月～令和元年9月の半年間に、保険薬局に服薬管理・服薬状況に関する情報提供を求めた経験があったと回答した施設を対象に、服薬管理・服薬状況に関する必要な情報が入手できたか尋ねたところ、「できた」が55.8%、「概ねできた」が38.9%、「あまりできなかった」が0.9%、「できなかった」が0.9%、「できなかった」が0.9%であった。

図表 150 保険薬局に求めた服薬管理・服薬状況に関する情報
(経験が「あった」と回答した施設、複数回答、n=113)【診療所】



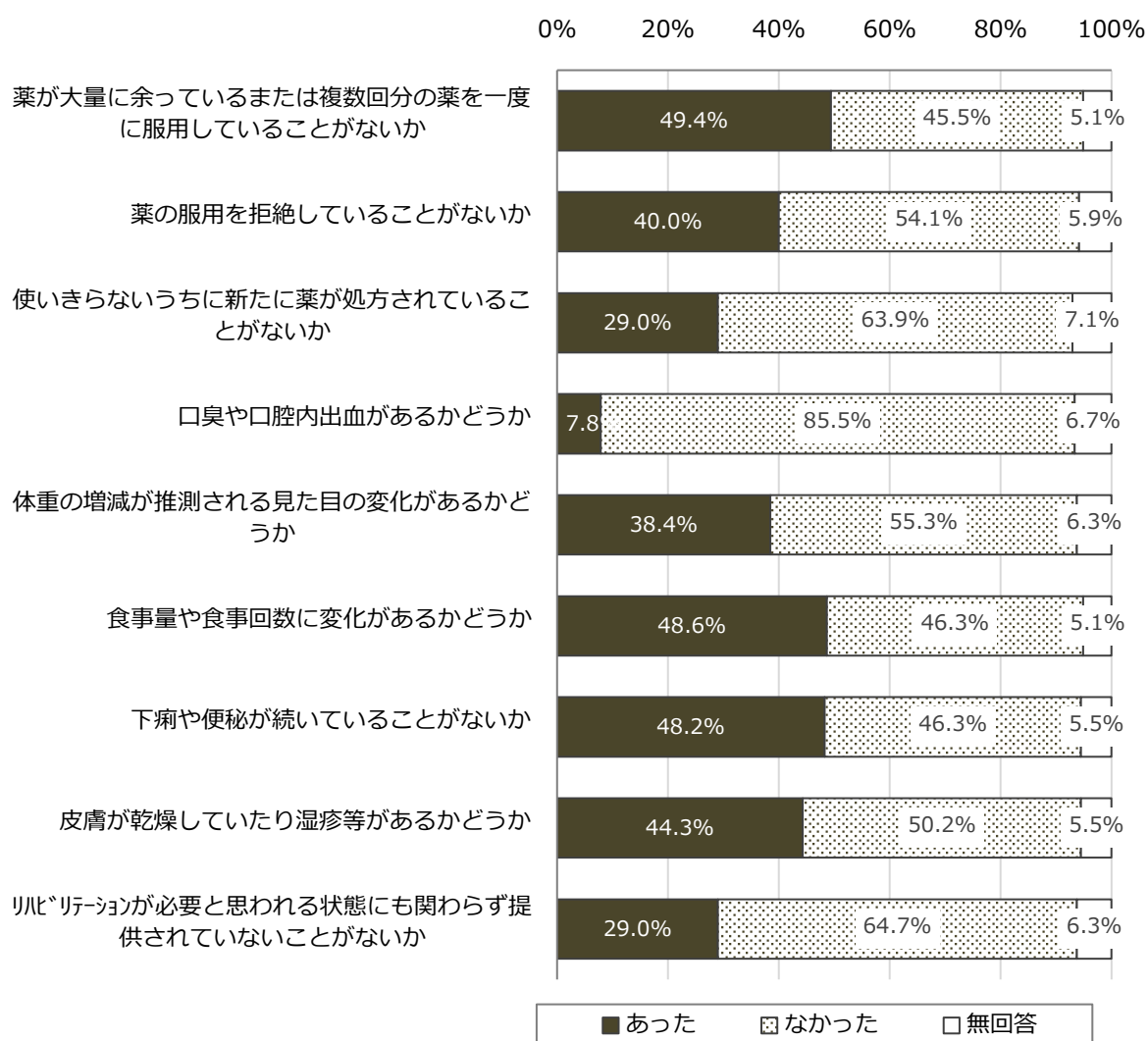
図表 151 服薬管理・服薬状況に関する必要な情報の入手状況
(経験が「あった」と回答した施設)【診療所】



⑯介護支援専門員からの利用者に関する情報提供

平成31年4月～令和元年9月の半年間に、介護支援専門員からの利用者に関する情報提供の有無をみると、情報提供が「あった」という割合が高かったのは、「薬が大量に余っているまたは複数回分の薬を一度に服用していることがないか」（49.4%）、「食事量や食事回数に変化があるかどうか」（48.6%）、「下痢や便秘が続いている」（48.2%）、「皮膚が乾燥していたり湿疹等があるかどうか」（44.3%）、「薬の服用を拒絶していることがないか」（40.0%）であった。一方、「口臭や口腔内出血があるかどうか」は7.8%であった。

図表 152 介護支援専門員からの利用者に関する情報提供の有無
（平成31年4月～令和元年9月の半年間）【診療所】

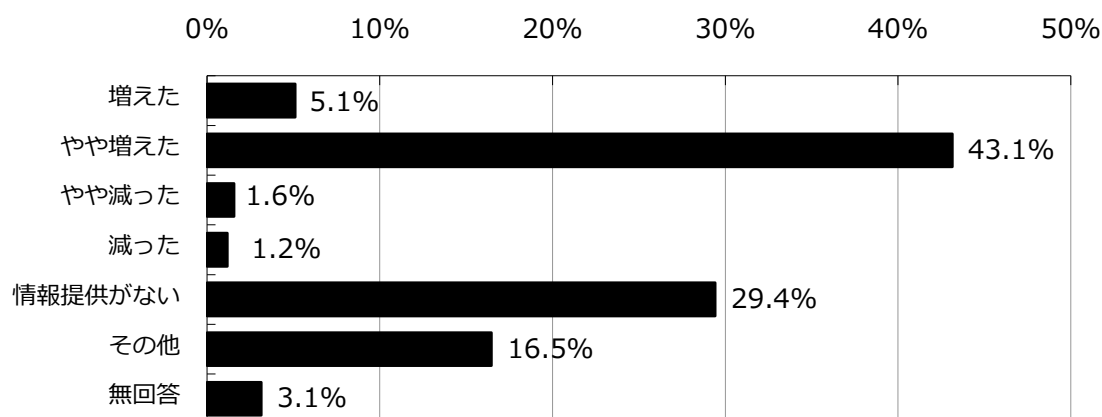


⑰介護支援専門員からの担当利用者に関する情報提供量の1年前との変化

介護支援専門員からの担当利用者の口腔や食事摂取・栄養、服薬管理・服薬状況の情報提供について、1年前と比較してどのようになったかを尋ねたところ、「増えた」が5.1%、「やや増えた」が43.1%で両者を合わせると48.2%であった。「減った」が1.2%、「やや減った」が1.6%で両者を合わせると2.8%であった。

一方、「情報提供がない」が29.4%であった。

図表 153 介護支援専門員からの担当利用者に関する情報提供量の1年前との変化
(単数回答、n=255)【診療所】



⑱地域の介護支援専門員からの担当利用者に関する情報が適切に提供されるための工夫

地域の介護支援専門員から、利用者の口腔や食事摂取・栄養、服薬管理・服薬状況に関する情報が適切に提供されるために工夫していることについて自由記述式で記載していただいた。以下はその内容である。

図表 154 地域の介護支援専門員からの担当利用者に関する情報が適切に提供されるための工夫（自由記述式）【診療所】

○担当者会議等への参加など

- ・ 地域においてケアマネジャーとの連携の会をもつ。
- ・ 毎月の医師会の在宅ケア委員会にケアマネ連絡協議会の代表者が出席している。
- ・ ケアマネと訪問歯科衛生士と訪問薬剤師に連携してもらうようサービス担当者会議に参加してもらっている。
- ・ こまめな問い合わせ、もしくはプチカンファレンスを開催することもある(多くはない)。
- ・ 担当者会議の際に、こちらから情報共有の必要性を話し報告してもらえるよう意識づけを行っている。
- ・ 担当者会議の際に口腔ケアの必要性、歯科診療(訪問)の情報提供をする。
- ・ 地域ケア会議を通して連携を図っていくための会議の開催。

- ・地域の医療介護連携の集まりに、より積極的に参加するように心がけている。
- ・地域包括支援センターの会合・地域包括ケアシステムの会合に積極的に参加し、ケアマネジャーと顔の見える関係を築こうとしている。
- ・多職種の勉強会を開催することでコミュニケーションを図り関係性を築く。
- ・顔の見える関係。
- ・当たり前だが、サービス担当者会議をすること、細かく連絡すること。

○コミュニケーションしやすい環境づくり

- ・お互いに声かけ、コミュニケーションをとりやすい環境・雰囲気づくり。
- ・機会がある時にまたは雑談時などに食事や薬などについて話題に出すようにし、話しやすい間柄にしておく。
- ・気づいた事、気になる事、困った事などは気軽に言ってもらえるよう指示している。
- ・ケアマネジャーとの交流が大切。
- ・こちらから「状況変化があれば連携」との声かけをする。
- ・こちらから積極的にケアマネジャーに関わっている。利用者とも関わってもらい、情報を提供してもらっている。
- ・コミュニケーション不足の方もいるので当方から聞くようにしたい。
- ・月に1度の計画書。専門員からの報告書と常に密接にしている。

○多職種での連携

- ・服薬については、薬剤師による宅配や指導など、積極的な介入。
- ・訪問歯科診療をする時に歯科医師に口腔内の状況などについて実際に確かめる。
- ・歯科・薬剤師との連携を促進し、ケアマネジャーの担当する利用者にサービス導入が進むようにしている。
- ・介護保険制度や医療制度を利用して、歯科医・歯科衛生士を紹介する際の点数などを聞いている。歯科医との情報連絡は直接行っている。介護支援専門員を経由すると情報の正確な伝達ができない。
- ・口腔内トラブルが出た時、訪問歯科往診、訪問の依頼をかける。食事・内服の状況を含め電話や書面での連携をとっている。必要な場合、訪問看護・訪問介護介入の検討。
- ・服薬管理については毎月訪問している薬剤師から報告がある。口腔内の状況はなし。

○介護支援専門員とのコミュニケーション

- ・施設を訪問する際には、介護支援専門員の方と時間調整をして、同席していただきながら訪問する機会を定期的に設けている（時間はかかってしまうが）。
- ・担当介護支援専門員より利用者情報確認等の相談があった場合はアポをとりその時間に合わせて対応している。
- ・治療経過等についてケアマネジャーと文書又はTELによる連絡。
- ・診療の度にFAXや電話で連絡をとる。
- ・適宜FAXでやり取りしている。
- ・電話で話す。
- ・連絡をなるべく直にとるようにしている（まずFaxしてそのあとTel）。

- ・ 受診時にサービス利用の記録をもってきてもらう。気になることがあればこちらから情報収集する、連絡する。日頃、コミュニケーションをとるように努めている。
- ・ 診察時不明な点がある場合はこちらから進んで一報入れるように心がけている。
- ・ 診療所サイドから患者の状態に変化があった場合、早めに連絡をするようにして関係性の構築を図っている。
- ・ 診療を行い、必要と思った情報についてはすぐにケアマネジャーに電話などで問い合わせるなどタイムリーに情報収集を行うようにしている。
- ・ どうしても情報を得たい時にはこちらから連絡して来ていただくことが、2～3回／6か月ある。
- ・ 患者を診察して8割方理解可能。常に相談（ケアマネ、訪看等）している。
- ・ 状況に疑問を持った時には介護支援専門員と連絡をとる。ヘルパーからの情報提供を求める。

○積極的な情報共有

- ・ 訪問の際に居宅介護支援事業所向け診療情報提供書に変化があった事柄を記載させてもらっている。
- ・ 居宅療養担当票に記入して報告
- ・ 居宅療養管理指導票に必要事項を記入している。FAXと郵送で送っている。
- ・ FAXで双方向に連絡とれるよう、定形の用紙を使っている。
- ・ 地域の介護支援専門員と当院等で、利用者の様々な情報をより詳しく確実に共有できるよう、地域内で情報共通ツールを作成しており、毎回そのツールを用いて情報共有を行っている。その中に口腔・食事・服薬の項目も含めている。
- ・ フェイスシートを提供していただく。
- ・ 利用者毎にLineグループ作成し参加招待している。
- ・ 情報交換のため、連絡表の作成。
- ・ メディカルケアステーションの活用によりリアルタイム（に近い）の情報提供が行われており、ケアマネジャー以外からの提供が増している。

○その他

- ・ 行政から指導して頂くように行政に対してお願いしている（医療機関や調剤薬局や訪問看護ステーションへの情報提供の必要性について）。
- ・ 本人・家族に基本的に質問するよう気をつけている。
- ・ 使用している施設に直接情報の提供をお願いしている。公的なケアマネジャーはサービス内容を開示していない。
- ・ 情報提供してほしい患者については、訪問看護をお願いし、訪問看護師より情報を得ている。
- ・ 食事量や服薬状態について報告をお願いしている。

⑱地域の介護支援専門員との連携をより円滑にあるいは強化していくために行政や関係団体に行ってほしい取組

地域の介護支援専門員との連携をより円滑にあるいは強化していくために行政や関係団体に行ってほしい取組について自由記述式で記載していただいた。以下はその内容である。

図表 155 地域の介護支援専門員との連携をより円滑にあるいは強化していくために行政や関係団体に行ってほしい取組（自由記述式）【診療所】

- ・ オーラルフレイル・口腔ケアの重要性についてもっとアピールする場を提供してほしい。
- ・ 生活状況情報を医療者に情報提供できる仕組みづくり。
- ・ 正しく（適切に）医療提供するための情報として家庭での生活情報を医師意見書に作成、医師への報告を義務化してもらおうと連携がうまくいく。
- ・ 再教育、問題解決のための窓口を作してほしい。
- ・ 適任の担当者がわかりやすいと良いと思う。
- ・ ケアマネジャーなど介護職員のレベルアップ。
- ・ 施設間のレベル差の改善。
- ・ ケアマネジャー全体に医療的な知識が少なく、話がうまく噛み合わない。
- ・ あまりにもアセスメント能力が低く、連携のないケアマネの指導。
- ・ 行政のケアマネほど連携が十分にできていないので、もっと積極的に情報提供できる教育をしてほしい。
- ・ 事業所、経営者への指導。
- ・ 情報処理能力の向上。基本的医療知識の確立。
- ・ 地域密着の事業所のレベルは完全に低下している。介護保険の初回から考えが甘い計画書の内容や、情報提供がなくても成り立つのが地方の現状と考えている。
- ・ 知識（このアンケートの内容、項目：栄養・服薬）を向上させてほしい。
- ・ 医療機関と介護支援専門員が集まる機会を設ける。
- ・ 介護支援専門員と行政や関係団体との関わりをもてる場を提供してほしい（研修会など）。
- ・ 顔と顔の見える関係のための年1度程度の会議懇談。
- ・ ケアマネと医師が話し合う会の開催（ほかの職種も可）。
- ・ 現在すでに活動しているが医療福祉共同の勉強会の開催で交流の場を作る。
- ・ 講習会の開催。地域で多職種連携の方法を決定してほしい（SNS、FAX、TEL、情報提供書など）。
- ・ 合同研修会の開催。
- ・ コミュニケーションがとれる場を企画・参加を募ってほしい。
- ・ 全員を一堂に集めて Face to face でつなげる会。
- ・ 担当利用者に関する情報交換だけでなく、介護支援の一般的な問題についても話し合える場が提供されるといいと思われる。
- ・ 地域包括ケアをすすめるための、多職種の連携（会議・情報交換等）。

- ・ 地域包括支援センターごとに関係事業所が集まる場を設けることに便宜を図ってほしい。薬局がもっとカンファレンスに参加できるように支援してほしい。
- ・ 当院主催の勉強会を行い、知識の共有をしている。
- ・ 勉強会などの企画。
- ・ もう少し行政が主となり連絡会等情報交換の場を設けてほしい。
- ・ ケアマネが作成する介護予防サービス・支援計画書の内容を定期的に主治医に情報提供してもらうシステムを作してほしい。
- ・ 電子的でよいので、3 か月に 1 回程度の報告書が欲しい。インターネット上でのネットワークを利用している患者のみは、情報が共有できている。
- ・ 必要な方のケア会議には参加しようと思っているので、早めに連絡をいただきたい。書類を早めに送って頂けると助かる（認定関係は3 週間までには送っていただきたい）。
- ・ 介護支援専門員との連携に対して診療報酬をつける。
- ・ 介護支援専門員との連携を円滑にするために医師会主導で会合が行えることがあるが、自分とは関わりのない方がほとんどで、関わっていない方との交流に繋がっていない。一対多ではなく一対一の強化が重要と思われ、国としては「一人の患者」について3 か月あるいは6 か月に1 回、介護支援専門員と医師が連携を行った場合、診療報酬または介護保険上の報酬がとれるようにしてみてもは、と思う。そのような指導がないと連携は進まないのではないかと。
- ・ 介護支援専門員はみんな、エネルギーに働いている。電話連絡も頻繁にあり様々な変化に対応してくれている。仕事は大変。待遇をもっとよくしてあげてほしいと思っている。今問題なのは家族である。
- ・ 管理ができるケアマネの養成と必ず訪問して目で見ないと点数がとれないシステムを作る。
- ・ 行政での研修内容の充実の継続。各事業所に負担にならない環境づくり。雇用条件の改善、人員確保を。
- ・ サービス担当者会議に報酬をつけたら医師の参加が増えるかも。
- ・ 地域包括支援センターを人材的・金銭的にサポートすることが最も具体的な成果を期待できる方法であろうと考えている。
- ・ 訪問看護が入っていること自体を知らないまま経過することもあるので、とりあえず介入していることを知らせて頂きたい。
- ・ 要支援と要介護とのプラン作成料の差が大きすぎる。プラン作成の手間はほとんど変わらないことが多い。要支援の利用者を多く抱えるケアマネのモチベーションが下がっているのも、もっとプラン作成料を上げるべきと考える。
- ・ 医療⇔介護の柔軟性。
- ・ 医療と介護の壁は高い。
- ・ 介護側の連携の問題。
- ・ 介護支援専門員が、定期的に医師に報告を訪問して行う。文書のみでは不十分。
- ・ 患者の受診時に付き添って来院してもらうことが一番良い。放置されている利用者も多

い（何かが起こらないと、関わらないケアマネも多い）。

- ・ 行政・医師・メディカルスタッフが一堂に会して意見交換を求める場を増やし、顔と顔の関係を築くこと。
- ・ 行政によるケアマネジャー及び母体団体への指導については今後も十分行っていただき、無駄のない、不正のない活動が行えるように取り組んでいただきたい。
- ・ 現在も行っている高齢者の見守り事業の推進と、訪問診療、特に眼科、歯科や耳鼻科等行える医療機関の推進をお願いしたい。
- ・ 定期的な集まりを持つ。
- ・ 日頃からの情報共有、連携、情報共有の点数化。
- ・ mail、LINEなどで連絡できるようなシステム。
- ・ お互い多忙なため、必要な時に連絡が取れないことがある。
- ・ お互いに忙しい立場にあるため、なかなか顔を合わせて話す時間が取れないので、利用者のことでいろいろ話をする機会ができればと思います。
- ・ 厳密な連携（電話などでの問い合わせ）。
- ・ 公的で安全、使いやすい SNS の無償提供。
- ・ 当地域では行政が出資して ICT のアプリをパソコンやスマホに取り込んで連携している。
- ・ なるべくメール等の活用（FAX も大切ではあるが）。
- ・ 今までのように市町村単位での取組。
- ・ ケアマネジャーはその介護施設の職員でなく、区の職員の方にして頂いた方が公平なサービスを提供できて、介護費用も減って、施設の職員（特にホームヘルパー）の方にも公平に報酬を得ることができ、介護の人手不足もなくなるためではないかと思っている。
- ・ ケアマネジャーに全て情報を集約してケアマネジャーから全てに情報発信させるのは能力的に無理だと思う。ケアマネジャーを含めて全ての専門職がフラットに情報共有できているので困っていない。
- ・ 介護支援専門員の資格があっても施設を立ち上げていないと活動できないこと。診療所だけでもやらせてほしい。介護施設を造っても経営的に無理があるから造れない。
- ・ 歯科健診の機会を増やす。
- ・ 書類などのチェックで連携を判断するのでなく現場を具体的にみてほしい。
- ・ 既に実施しているケアマネジャーとの連携をさらに進める。そのために行政には、さらに積極的に関与していただきたい。
- ・ 総合確保方針に準じた医療連携を同レベルの地域医療介護連携。
- ・ 連携が双方にとって、過度な負担にならないようにしてほしい。
- ・ 連携を取り問題が明らかになった後、歯科的問題であれば容易に対処ができるが、嚥下機能の低下については ST などの連携が難しいように思う。ST の総数が少ないことも問題かと思う。
- ・ 家族や訪看、施設の職員との連携で十分。
- ・ 不要。現在十分にできている。トップダウンではうまくいかない。
- ・ ケアマネジャーの性格により、非常に左右されると考える。

②介護支援専門員との連携を行う上で困っていること、改善を望む点

介護支援専門員との連携を行う上で困っていること、改善を望むことについて自由記述式で記載していただいた。以下はその内容である。

図表 156 介護支援専門員との連携を行う上で困っていること、改善を望む点
(自由記述式)【診療所】

- ・ 担当者と会議に呼んでほしい。ケアマネによって呼ばれたり呼ばれなかったり差がある。
- ・ 直接面談して話を聞けるのが少ない。電話や紙面でのやり取りになっていることが多い。介護支援専門員の方の中には「連絡がとれない」方がいて困った事例があった。
- ・ もう少しサービス担当者会議に参加できるようにしてほしい。誰が利用者の担当介護支援専門員になっているのかがわかりにくい。患者に聞いても不明のことが多く把握が大変なことが度々ある。
- ・ もっと懇親会的な会で親睦を深められたらと思う。
- ・ 連絡がとりにくい。
- ・ 連絡先（緊急時）など。
- ・ 連絡もない上に困っている。情報提供もないのなら何しているのか疑問である。
- ・ わからない事はすぐに質問してほしい。まず看護師に聞いてほしい。
- ・ 営業時間内に連携できる時間を捻出できるだけの人員が必要。
- ・ 介護支援専門員がよく変わってしまう。
- ・ 施設ごとのケアマネジャーは、やはり囲い込みの傾向がある。
- ・ 24時間の連絡体制の確立。
- ・ 介護支援専門員の性格にもよると思うが、こちらからアプローチ（FAX）しても全く反応がなく、直接電話などしてやっと返答がある。お互い時間の制約もあるので手軽な方法（私にとってはFAX）で連絡できるとありがたい。
- ・ 介護支援専門員にどこまで報告していいか、専門員によって異なるので迷うことがある。
- ・ 介護保険を申請する時、軽症者は主治医意見書が不要となり、知らない間に介護保険の給付を受けているケースが多くなった。申請結果だけでも知らせてほしい。
- ・ 外部に出ている際、急ぎで連絡をとりたいがとれないことがあるので共有できるツールを作してほしい。
- ・ システムが今のままだと非常にやりにくい。再考を希望する。
- ・ 重要な事についてはFAXではなく直接電話してほしい。
- ・ 書類ばかり増えるので工夫を。
- ・ 入院して施設方向となった患者の自宅での様子やサービス状況を伺いたくケアマネジャーに問い合わせをしたところ「すでに自分の手から離れ、施設方向となったため、資料をしまってしまったのでわかりません」と言われたことがあり、施設方向となったからとすぐに資料の処理をするのではなくもしかすると施設方向ではなく在宅へ戻る可能性もあるので一定期間はすぐに情報がわかるように対応していただきたい。

- ・多職種の資源マップ（在宅用）。
- ・多職種連携をスムーズにさせるためのインターネットアプリケーション（プログラム）の開発。
- ・ケアマネジャー個人の技量に差が大きい。
- ・介護支援専門員により対応や関わり方に格差がある。
- ・介護支援専門員の能力のバラツキ、基礎資格の違いによる考え方の違い、介護支援専門員自身に認知機能低下が疑われる場合どうしたらよいか、相談先がわからない。
- ・介護支援専門員のレベルアップなど。
- ・介護保険と医療保険以外の制度利用について無知識や無関心な人が多い。面倒がって対応しない人も多い。
- ・ケアマネジャー個々のレベルや考え方の違い。利用者の意見、医師や希望を尊重して、今できるベストをみんなで検討することが大事だと思う。
- ・ケアマネジャーに向いていない人がケアマネジャーをしていることも多く、利用者とのコミュニケーションがうまくとれていない、関わっていないケアマネジャーも多いので訪問したり、受診時に付き添ったり、関わりを持つように心がけて頂きたい。
- ・ケアマネジャーにもいろいろ対応能力に差があって交替してもらいたくても、本人・家族が納得している場合（気がねしている場合もあるが）は第三者が動けない。
- ・ケアマネジャーのレベルに差がある。研修会参加など向上心のないケアマネジャーが一部存在する。
- ・個人差・事業者によるレベルがありすぎる。地域密着で指導しており「なあなあ」で終わってしまっているため、レベルアップは期待できない（特に公共的立場の人が多い。働かなくても給料が同じ？）。
- ・性格によっては独善的な人も多い。
- ・専門員の質の問題。
- ・担当が変わるとサービスの内容が変わり、利用者・家族が困る時もある。
- ・時に介護と医療をはっきり区別し包括的な利用者の捉え方ができておらず、初動にズレを生じることがある。
- ・マッサージとリハビリの違いを理解されていない人が多く、マッサージを依頼されることがあり困っている。インターネット上のコミュニケーションツールを国（厚生労働省）が統一して1つのアプリケーションを無料で提供してほしい。
- ・無理かもしれないが、介護支援専門員もある程度医療上の経験を持っていたほしい。例えば、ある一つの体位を長くとっていれば低い部分がむくんで来る、この場合、体位を変えれば解消することなどの知識を持っていたほしい。
- ・利用者の利益を最優先にして情報提供拒否を行わないこと。医師からの情報提供を無視せずに対応すること。
- ・まだまだケアマネジャーがかかりつけ医に連携を求めてくる頻度が少ないと思っている。かかりつけ医に連絡をとったり、情報をもらったら加算がつくようなインセンティブが必要かもしれない。

- ・ 介護支援専門員の事務的処理が多くなっている。介護の心が減っていないか。
- ・ 医師、医療機関へアプローチする際に敷居が高いと感じている印象があるが、連携が取りやすい所とは、どんどん連携を高めて地域包括ケア実現に向け連携して頂きたい。
- ・ 医師的には日中は多忙のため、夜に会があると出席することができるが。
- ・ 医療職と介護職に共通言語（と言うか、医療のシステムに追従できる力）がない。
- ・ 外来患者が少ない（患者からの信頼がない）医院が収入の手段として過剰に訪問診療、介護を行っていると思われるケースがある。在宅医療が食えない医者への救済手段とならないように厳密にしてほしい。
- ・ 関係性の低いケアマネジャーだと診療中など業務の多忙な時間帯に tel が入ったりと配慮がない。
- ・ クセの強いケアマネジャーが多く、自分の意見を押し付けてくる人に困っている。
- ・ クリニックを敷居が高いと思われる方も多いが、訪問医にとって介護の場の状態は有用なのでどんどん連携をとってほしい。
- ・ ケアマネ連絡協議会に所属するケアマネジャーを増やし（加入率 UP）、ケアマネジャーの研修を積極的に進めてほしい。
- ・ 歯科との連携はなるべく地元の歯科医にお願いしたいが、ケアマネジャーが勝手に訪問専門の医師に依頼するので連携が取れない。
- ・ 十分な時間が欲しい。
- ・ 介護支援専門員の所属している機関に移動させていただくこと。
- ・ 当院は通院している患者が通院困難となった時に訪問診療に切り替えるという昔の診療所のタイプである。訪問は訪問看護ステーションを使用しないで自院の看護師が担当者を決めて訪問看護している。院内カンファレンスを月2回やってお互いの連絡を取り合っている。
- ・ 末期がんなど重症対応を依頼するとよく断られる。

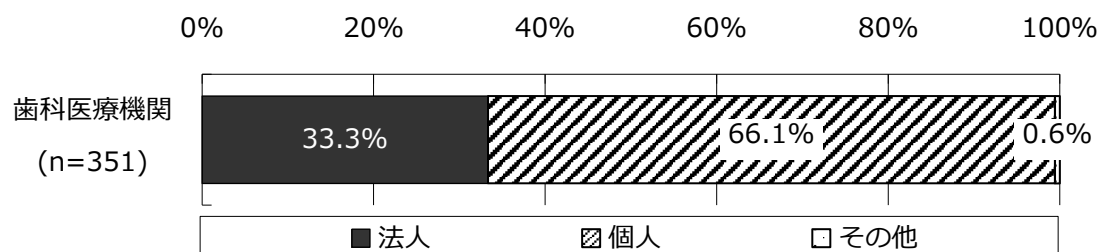
／等

2. 歯科医療機関調査

(1) 施設の概要

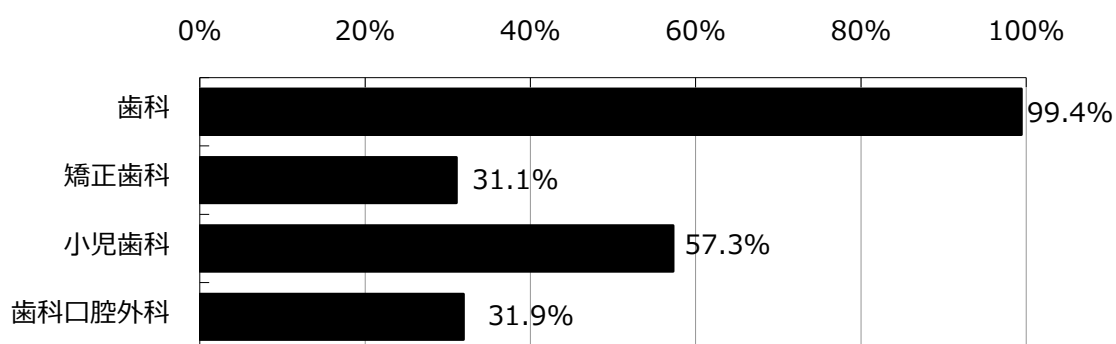
①開設者

図表 157 開設者【歯科医療機関】



②標榜診療科

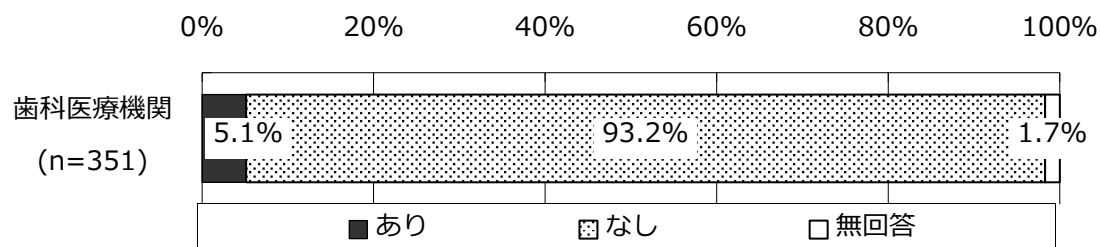
図表 158 標榜診療科（複数回答、n=351）【歯科医療機関】



③医科との併設状況

医科との併設状況については、「あり」が5.1%、「なし」が93.2%であった。

図表 159 医科との併設状況【歯科医療機関】



④職員数

図表 160 職員数 (n=349) 【歯科医療機関】

(単位：人)

	常勤			非常勤		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
歯科医師	1.62	1.06	1.00	0.34	0.83	0.00
歯科衛生士	2.38	2.44	2.00	0.80	1.08	0.40
歯科技工士	0.28	0.58	0.00	0.01	0.07	0.00
管理栄養士・栄養士	0.05	0.32	0.00	0.01	0.08	0.00
言語聴覚士	0.00	0.00	0.00	0.00	0.03	0.00
その他	1.72	2.86	1.00	0.50	1.11	0.00
合計	6.05	5.43	5.00	1.65	2.09	1.00

(注) 職員数について記入のあった 349 施設を集計対象とした。

⑤有資格者

図表 161 有資格者数 (n=350) 【歯科医療機関】

(単位：人)

	平均値	標準偏差	中央値
介護支援専門員	0.12	0.427	0.00
精神保健福祉士	0.00	0.000	0.00
社会福祉士	0.01	0.092	0.00
介護福祉士	0.01	0.092	0.00

(注) 職員数について記入のあった 350 施設を集計対象とした。

図表 162 有資格者数（「0」を除く）【歯科医療機関】

(単位：人)

	回答数	平均値	標準偏差	中央値
介護支援専門員	36	1.19	0.71	1.00
精神保健福祉士	0	-	-	-
社会福祉士	3	1.00	0.00	1.00
介護福祉士	3	1.00	0.00	1.00

(注) 有資格者の人数について記入のあった施設のうち、「0」を除いて集計対象とした。

⑥患者数

図表 163 患者数（令和元年9月1か月間）（n=307）【歯科医療機関】

（単位：人）

	平均値	標準偏差	中央値
初診患者数	72.2	80.1	42.0
再診延べ患者数	501.7	403.4	403.0

（注）初診患者数及び再診延べ患者数について記入のあった307施設を集計対象とした。

⑦医療機器等の保有台数

図表 164 医療機器等の保有台数（令和元年9月）【歯科医療機関】

（単位：台）

	回答数	平均値	標準偏差	中央値
歯科ユニット台数	349	4.1	2.1	4.0
ホーダブル歯科治療ユニット	315	0.7	0.9	1.0
ホーダブルインジニ	339	1.4	1.3	1.0
ホーダブル歯科用X線装置	316	0.5	0.7	0.0

（注）各項目について記入のあった施設をそれぞれ集計対象とした。

図表 165 医療機器等の保有台数（令和元年9月）（「0」を除く）【歯科医療機関】

（単位：台）

	回答数	平均値	標準偏差	中央値
歯科ユニット台数	349	4.1	2.1	4.0
ホーダブル歯科治療ユニット	160	1.3	0.8	1.0
ホーダブルインジニ	316	1.5	1.3	1.0
ホーダブル歯科用X線装置	127	1.1	0.6	1.0

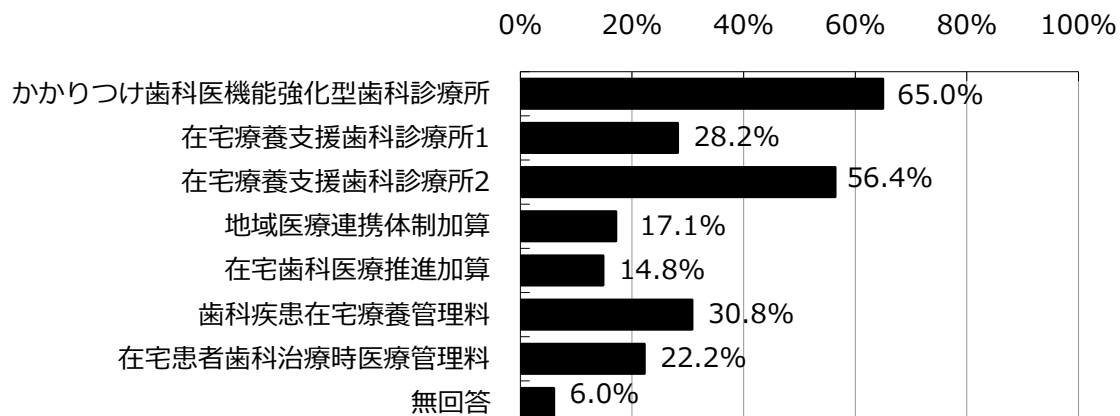
（注）各医療機器等の保有台数について記入のあった施設のうち、「0」を除いて集計対象とした。

(2) 医療・介護サービスの提供状況

①診療報酬上の施設基準の届出のあるもの

診療報酬上の施設基準の届出のあるものについては、「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」が 65.0%、「在宅療養支援歯科診療所 1」が 28.2%、「在宅療養支援歯科診療所 2」が 56.4%であった。

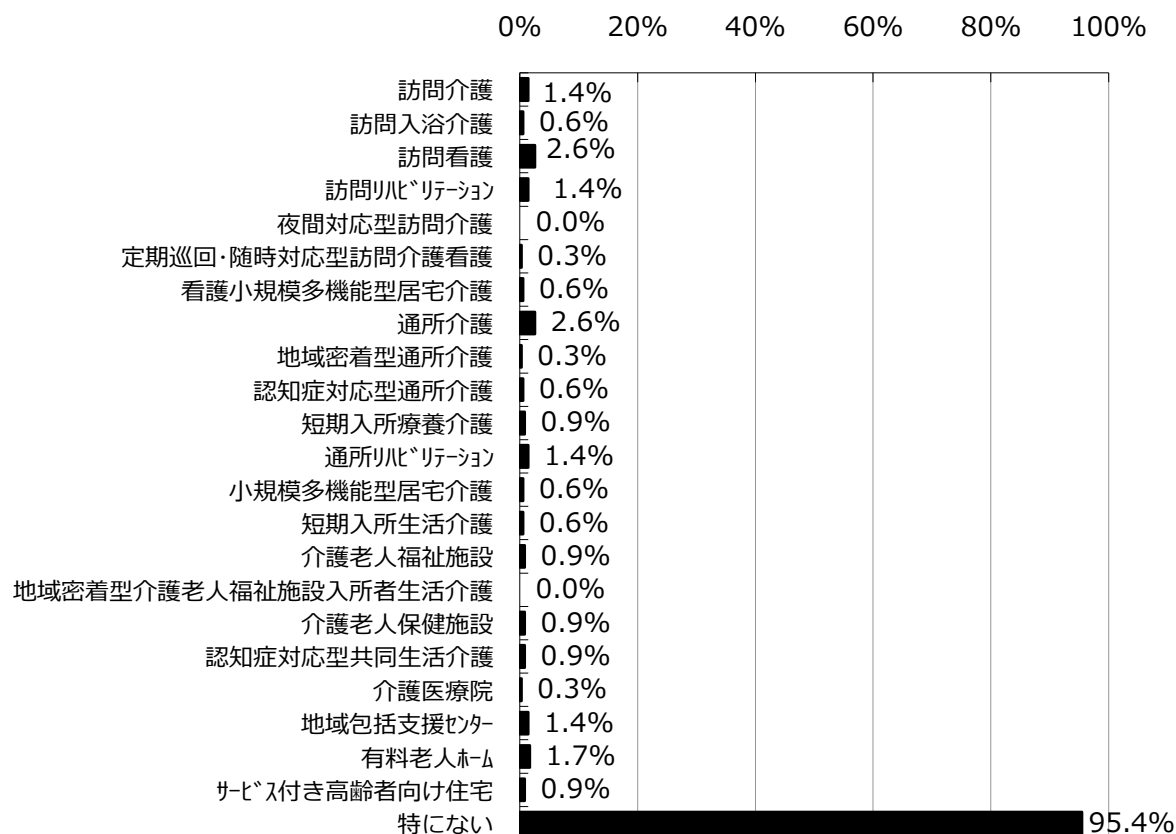
図表 166 診療報酬上の施設基準の届出のあるもの（複数回答、n=351）【歯科医療機関】



②同一法人または関連する法人が実施しているもの

図表 167 同一法人または関連する法人が実施しているもの（複数回答、n=351）

【歯科医療機関】



③各報酬項目の算定回数

図表 168 各報酬項目の算定回数（令和元年9月1か月間）【歯科医療機関】

（単位：回）

	回答数	平均値	標準偏差	中央値
①歯科訪問診療<同一建物居住者1人>	343	15.8	47.3	2.0
②歯科訪問診療<同一建物居住者2人以上9人以下>	344	36.6	131.2	0.0
③歯科訪問診療<上記以外>	341	22.1	125.6	0.0
④歯科訪問診療補助加算	343	43.1	143.7	1.0
⑤在宅歯科医療推進加算	343	3.0	21.9	0.0
⑥訪問歯科衛生指導料	345	27.0	86.9	0.0
⑦歯科疾患在宅療養管理料	343	19.1	60.8	0.0
⑧在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料	344	4.5	31.5	0.0
⑨診療情報提供料	343	1.8	4.1	0.0
⑩診療情報連携共有料	344	0.6	3.3	0.0
⑪居宅療養管理指導(歯科医師)<単一建物居住者1人>	343	6.7	24.8	0.0
⑫居宅療養管理指導(歯科医師)<単一建物居住者2人以上9人以下>	344	8.4	30.4	0.0
⑬居宅療養管理指導(歯科医師)<上記以外>	341	9.3	59.3	0.0
⑭居宅療養管理指導(歯科衛生士等)<単一建物居住者1人>	343	6.1	19.6	0.0
⑮居宅療養管理指導(歯科衛生士等)<単一建物居住者2人以上9人以下>	344	10.5	41.1	0.0
⑯居宅療養管理指導(歯科衛生士等)<上記以外>	344	13.6	99.6	0.0
⑰口腔衛生管理加算	341	0.8	13.1	0.0
⑱口腔機能向上加算	341	0.1	1.0	0.0

（注）各項目について記入のあった施設をそれぞれ集計対象とした。

図表 169 各報酬項目の算定回数（令和元年9月1か月間）（「0」を除く）【歯科医療機関】

（単位：回）

	回答数	平均値	標準偏差	中央値
①歯科訪問診療<同一建物居住者1人>	160	78.8	183.9	21.5
②歯科訪問診療<同一建物居住者2人以上9人以下>	59	127.6	280.5	31.0
③歯科訪問診療<上記以外>	181	81.7	190.0	15.0
④歯科訪問診療補助加算	44	23.6	57.6	6.0
⑤在宅歯科医療推進加算	127	73.5	131.1	23.0
⑥訪問歯科衛生指導料	142	46.0	87.8	13.0
⑦歯科疾患在宅療養管理料	42	37.3	84.1	6.0
⑧在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料	145	4.3	5.4	3.0
⑨診療情報提供料	51	4.3	7.8	2.0
⑩診療情報連携共有料	124	18.6	38.5	5.0
⑪居宅療養管理指導(歯科医師)<単一建物居住者1人>	77	37.5	55.4	15.0
⑫居宅療養管理指導(歯科医師)<単一建物居住者2人以上9人以下>	39	81.4	159.3	30.0
⑬居宅療養管理指導(歯科医師)<上記以外>	116	18.0	30.4	6.5
⑭居宅療養管理指導(歯科衛生士等)<単一建物居住者1人>	75	48.1	77.4	18.0
⑮居宅療養管理指導(歯科衛生士等)<単一建物居住者2人以上9人以下>	37	126.0	282.8	42.0
⑯居宅療養管理指導(歯科衛生士等)<上記以外>	6	47.2	95.1	5.0
⑰口腔衛生管理加算	9	4.7	4.5	3.0
⑱口腔機能向上加算	160	78.8	183.9	21.5

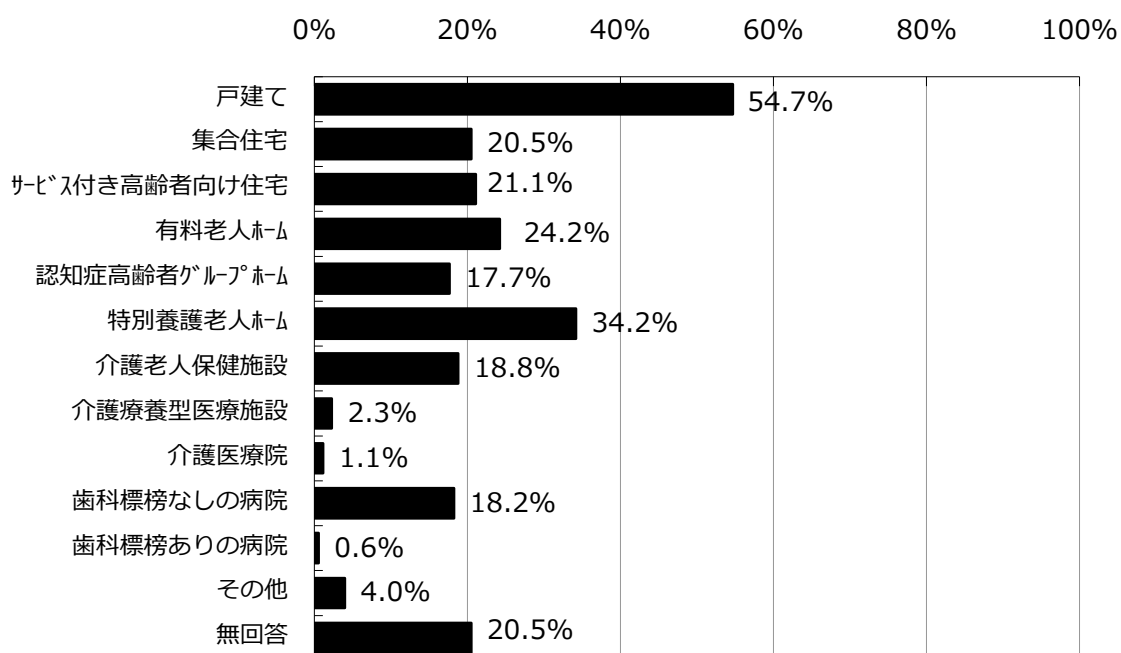
（注）各項目について記入のあった施設のうち、「0」を除いて集計対象とした。

④歯科訪問診療・訪問歯科衛生指導・居宅介護療養指導等で訪問した場所

令和元年9月1か月間に、歯科訪問診療・訪問歯科衛生指導・居宅介護療養指導等で訪問した場所については、「戸建て」が54.7%で最も多く、次いで「特別養護老人ホーム」(34.2%)、「有料老人ホーム」(24.2%)であった。

訪問した建物数は、「戸建て」が平均6.9軒(中央値2.0)、「特別養護老人ホーム」が平均1.8施設(中央値1.0)、「有料老人ホーム」が平均3.3施設(中央値1.0)であった。

図表 170 歯科訪問診療・訪問歯科衛生指導・居宅介護療養指導等で訪問した場所
(令和元年9月1か月間、複数回答、n=351)【歯科医療機関】



図表 171 歯科訪問診療・訪問歯科衛生指導・居宅介護療養指導等で訪問した建物数
(令和元年9月1か月間、訪問実績のあった施設)【歯科医療機関】

(単位：軒・施設)

	回答数	平均値	標準偏差	中央値
戸建て	178	6.9	14.2	2.0
サービス付き高齢者向け住宅	65	2.6	3.2	2.0
有料老人ホーム	74	3.3	5.1	1.0
認知症高齢者グループホーム	55	3.0	3.6	1.0
特別養護老人ホーム	107	1.8	1.8	1.0
介護老人保健施設	61	1.4	0.8	1.0
介護療養型医療施設	7	1.0	0.0	1.0
介護医療院	2	1.0	0.0	1.0
歯科標榜なしの病院	59	2.2	2.3	1.0
歯科標榜ありの病院	2	1.5	0.7	1.5

(注) 訪問実績があり、建物数について記入のあった施設を集計対象とした。

⑤地域ケア会議への参加

平成31年4月～令和元年9月の半年間における、地域ケア会議への参加回数は、平均0.8回（中央値0.0）であった。

図表 172 地域ケア会議への参加（平成31年4月～令和元年9月の半年間）

(n=323)【歯科医療機関】

(単位：回)

平均値	標準偏差	中央値
0.8	1.5	0.0

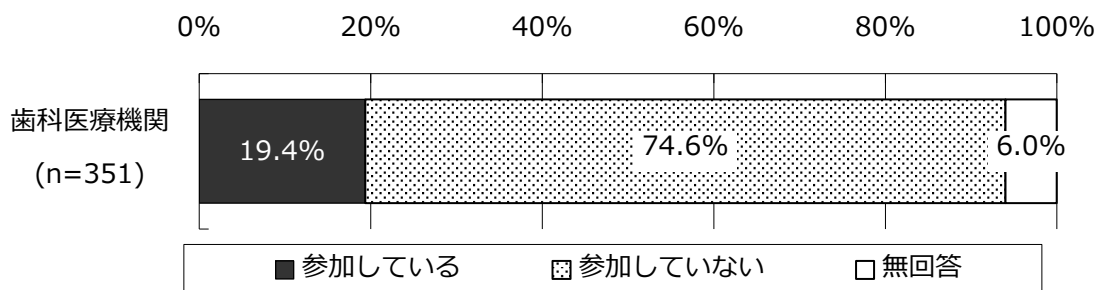
(注) 地域ケア会議への参加回数について記入のあった323施設を集計対象とした。

⑥サービス担当者会議へ参加

サービス担当者会議への参加状況については、「参加している」が19.4%、「参加していない」が74.6%であった。

また、参加している施設におけるサービス担当者会議への1か月あたり平均参加回数は、平均1.0回（中央値1.0）であった。

図表 173 サービス担当者会議への参加状況【歯科医療機関】

図表 174 サービス担当者会議への1か月あたり平均参加回数
(サービス担当者会議へ参加している施設、n=65)【歯科医療機関】

(単位：回)

平均値	標準偏差	中央値
1.0	0.6	1.0

(注) サービス担当者会議に「参加している」と回答した68施設のうち、1か月あたり平均参加回数について記入のあった65施設を集計対象とした。

(3) 居宅介護支援事業所・介護支援専門員との連携状況等

①連携している居宅介護支援事業所数

連携している居宅介護支援事業所数は、平均 4.9 事業所（中央値 1.0）であった。

図表 175 連携している居宅介護支援事業所数（n=246）【歯科医療機関】

（単位：事業所）

平均値	標準偏差	中央値
4.9	12.3	1.0

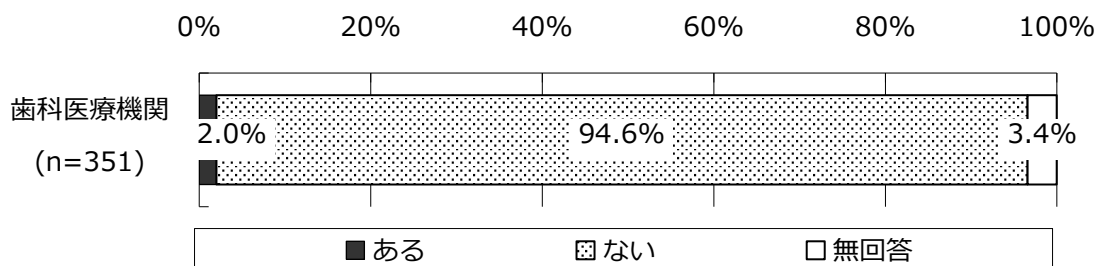
（注）連携している居宅介護支援事業所数について記入のあった 246 施設を集計対象とした。

②同一・隣接敷地内の居宅介護支援事業所

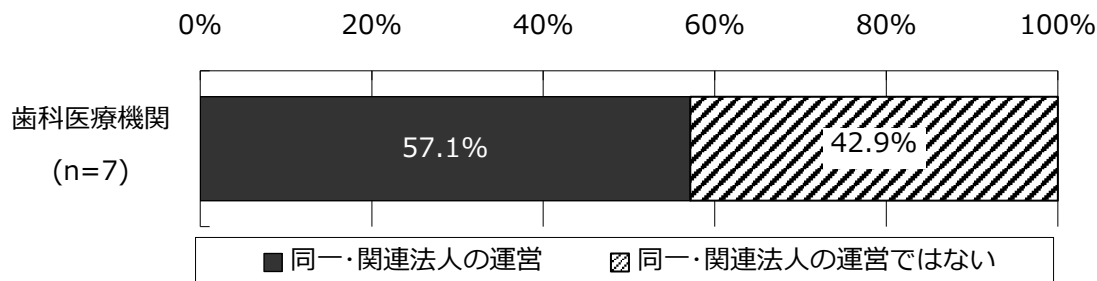
同一・隣接敷地内の居宅介護支援事業所の有無については、「ある」が 2.0%、「ない」が 94.6%であった。

同一・隣接敷地内の居宅介護支援事業所がある場合の運営主体については、「同一・関連法人の運営」が 57.1%であった。

図表 176 同一・隣接敷地内の居宅介護支援事業所の有無【歯科医療機関】



図表 177 同一・隣接敷地内の居宅介護支援事業所の運営主体（ある場合）【歯科医療機関】

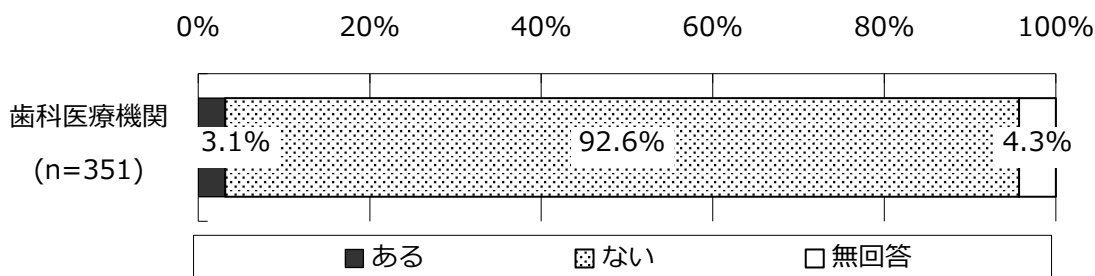


③同一・関連法人による居宅介護支援事業所

同一・関連法人による居宅介護支援事業所の有無については、「ある」が 3.1%、「ない」が 92.6%であった。

同一・関連法人による居宅介護支援事業所がある場合の事業所数は、平均 2.9 事業所（中央値 1.0）であった。

図表 178 同一・関連法人による居宅介護支援事業所の有無【歯科医療機関】



図表 179 同一・関連法人による居宅介護支援事業所数（ある場合）(n=9)【歯科医療機関】

(単位：事業所)

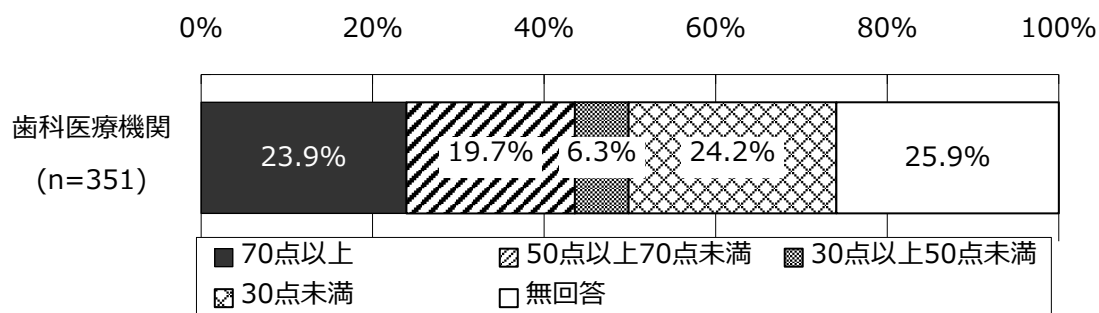
平均値	標準偏差	中央値
2.9	2.9	1.0

(注) 同一・関連法人による居宅介護支援事業所がある 11 施設のうち、同一・関連法人による居宅介護支援事業所数について記入のあった 9 施設を集計対象とした。

④地域の介護支援専門員との連携状況

地域の介護支援専門員との連携状況を自己評価で点数を記入していただいた。この結果、70 点以上が 23.9%、50 点以上 70 点未満が 19.7%、30 点以上 50 点未満が 6.3%、30 点未満が 24.2%であった。

図表 180 地域の介護支援専門員との連携状況【歯科医療機関】



図表 181 地域の介護支援専門員との連携についての自己評価の理由（自由記述式）

【歯科医療機関】

○70 点以上

- ・ 毎回、ある患者の件で FAX のやりとりがある（病状の件で往診の度に）。
- ・ 質問に対してすべて回答してくれる。
- ・ 患者の現状などを詳しく教えていただき、診療時にも一緒にいていただいた。
- ・ 患者情報や情報提供を必ず行っている。
- ・ こまめに連絡を取り合っている。
- ・ 常に連絡し、毎月会合・会議を行っている。
- ・ 口腔に問題のある患者（治療、口腔ケア、嚥下訓練）を抽出してくれているため。
- ・ 往診の依頼があった場合の情報を詳しく教えてもらっている。
- ・ 毎月各事業所への居宅療養管理指導の手渡し、患者の情報共有をしている。担当者会議へも積極的に参加している。
- ・ 介護支援専門員が当院に来院して、打ち合わせを行うことができた。
- ・ 情報提供が速やか。
- ・ 歯科的情報を中心として比較的良く情報共有している。電話、メールにての連絡が可能な点は良い。
- ・ 当院のある地域は、地区のケアマネ協会が利用可能にしている共通書式や、連絡書式を協会未所属の事業所含めほとんどのケアマネジャーが採用しており、情報の共有が円滑に行えることが多い。歯科からも働きかけを行い、歯科とケアマネジャー用の連絡票を作成、運用しているところである。／等

○50 点以上 70 点未満

- ・ 地域ケアマネジャー・歯科医師会の連携会議を 3 か月 1 度行い、ケアマネ協力用紙を作成し、少しずつ進展している。また、訪問歯科診療初回～3 回目にケアマネの立ち合いも行える形態をできるようになっている。
- ・ 書面でのやり取りが多い。
- ・ 患者や施設へ訪問時に情報提供や相談の連携はできているが、全ての地域ケア会議や担当者会議には出席できていない
- ・ ケアマネジャーによる差が大きい。
- ・ その都度連絡を取るぐらい。
- ・ 医師からの訪問依頼が多いため。／等

○30 点以上 50 点未満

- ・ 依頼を受けたケアマネジャーとの連絡及び連携は当医院からはしっかり行っているが、ニーズが少なくケアマネジャーも積極的ではない。
- ・ 訪問診療や口腔ケアの重要性を毎年話しても理解が得にくい。
- ・ 研修会を通じて顔の見える関係は構築しつつあるが、具体的症例として関わる機会が少ない。
- ・ 居宅介護支援事業所との接点がなく、限られた歯科医院等に集中していてその中に入

る余地がない。

- ・ ケアマネジャーとの交流があまりない。

／等

○30 点未満

- ・ 地域の介護支援専門職とは関わりがまったくないから。
- ・ 電話連絡と書面での連絡のみ。
- ・ 連携していない。
- ・ 地域で活動しているケアマネジャーを1人も知らない。
- ・ 接点の持ち方がわからなかった。担当者会議もいつ開いているかわからない。
- ・ 介護支援専門員に居宅療養管理指導等の算定の際、その都度、情報提供を行っているが、まったく反応はない。サービス（入浴、デイケア等）提供日の変更があっても、連絡をくれる介護支援専門員はごくわずか。情報提供を介護支援専門員に対して行う意義はほとんど感じられない。
- ・ ケアプランに歯科が反映されていない。歯科をケアプランに入れられることを知らない。やったことがない。

／等

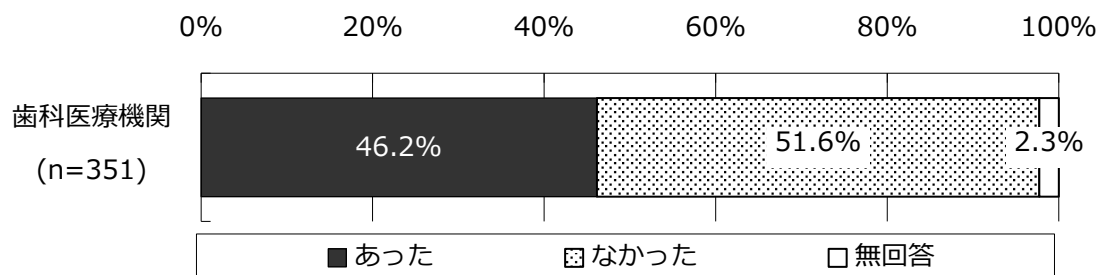
⑤介護支援専門員からの利用者の口腔に関する情報提供の状況

平成31年4月～令和元年9月の半年間に、介護保険利用者（以下、「利用者」）の口腔の状況について介護支援専門員からの情報提供の有無を尋ねたところ、「あった」が46.2%、「なかった」が51.6%であった。

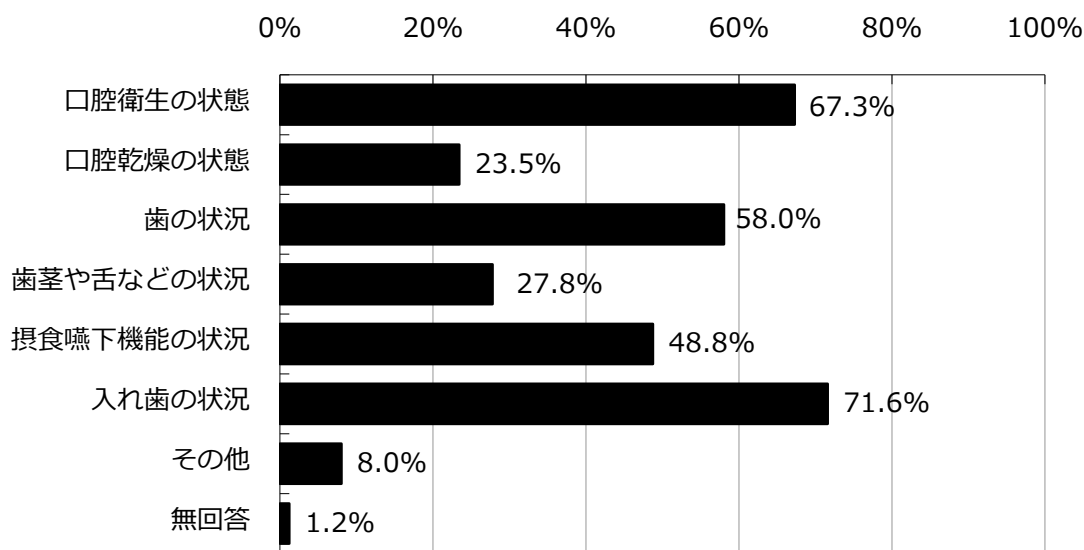
介護支援専門員から提供された口腔に関する情報としては、「入れ歯の状況」が71.6%で最も多く、次いで「口腔衛生の状態」（67.3%）、「歯の状況」（58.0%）、「摂食嚥下機能の状況」（48.8%）であった。

また、この半年間における介護支援専門員からの口腔に関する情報提供があった利用者数は平均13.1人（中央値3.0）であった。

図表 182 介護支援専門員からの口腔に関する情報提供の有無
（平成31年4月～令和元年9月の半年間）【歯科医療機関】



図表 183 介護支援専門員から提供された口腔に関する情報
(提供が「あった」と回答した施設、複数回答、n=162)【歯科医療機関】



図表 184 介護支援専門員からの口腔に関する情報提供があった利用者数(6か月間)
(提供が「あった」と回答した施設、n=149)【歯科医療機関】

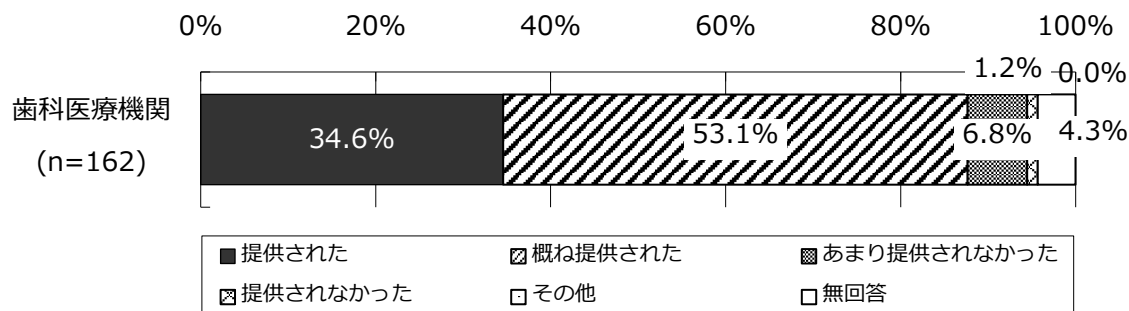
(単位：人)

平均値	標準偏差	中央値
13.1	44.7	3.0

(注) 介護支援専門員から口腔に関する情報提供があった162施設のうち、口腔に関する情報の提供があった利用者数について記入のあった149施設を集計対象とした。

介護支援専門員から口腔に関する情報提供があったと回答した施設を対象に、口腔に関する必要な情報の提供状況を探ねたところ、「提供された」が34.6%、「概ね提供された」が53.1%、「あまり提供されなかった」が6.8%、「提供されなかった」が1.2%であった。

図表 185 介護支援専門員からの口腔に関する必要な情報の提供状況
(提供が「あった」と回答した施設)【歯科医療機関】



介護支援専門員から提供されなかったが提供してほしかった口腔に関する情報について自由記述式で記載していただいた。以下はその内容である。

図表 186 介護支援専門員から提供されなかったが提供してほしかった口腔に関する情報
(自由記述式)【歯科医療機関】

- ・ 現在の食形態（とろみ度他）（4件）
- ・ 日常の食事の摂食状況（3件）。
- ・ 肺炎既往（2件）。
- ・ 食事摂取状況。
- ・ 現在の患者のキーパーソン。
- ・ 義歯の使用状況。
- ・ 低栄養のリスクについて。
- ・ うがいや口腔清掃の実施状況。
- ・ 全身状態の経緯。
- ・ 医療機関、受診情報。
- ・ デジタル写真の添付があると対応しやすい。
- ・ 患者の身体的な治療状況。
- ・ 義歯作製日。
- ・ 医療にどれくらいかかっているか（期間、来ている回数）。
- ・ 患者がもともと当院に通院していた方だったので十分な情報をすでに持っていた。
- ・ 病院連携しているところや通っている医院・病院からのデータ、アセスメント、病状。
- ・ かかっている病気の種類や状況について。
- ・ キーパーソンから介護休暇を取得中における対応を希望していた。複数の課題解決を同時要求していること。関係職種の介入のタイムスケジュール表。
- ・ 薬情書。
- ・ 最初に聞いている健康状態・既往歴などの情報が利用者の健康状態により変化した時、内服薬の変更などがあった時、把握できていない時があった。
- ・ ADLや認知機能など日常生活の様子を教えてほしい。
- ・ ここ最近の全身状態。
- ・ 概ね要求した内容については提供されるが、感染症などは要求がなくとも提供してほしい。
- ・ もっと詳しい口腔状況を提供してほしかった。
- ・ かかりつけ医師のデータ、家族のデータ。
- ・ 通院可能かどうか→途中から通院してもらえるようになった。
- ・ 具体的な情報（いつ、どこで、どのくらい期間、どうだったかなど）。
- ・ 担当ケアマネジャーの変更の知らせなく、ケアマネ同士の引継ぎも甘く、気がついたら変わっていることが多い。
- ・ 退所が急に決まったためか、事後報告のことあり。

- ・ 個人情報なので仕方がないが、保険証の有無、種別、負担割合などを事前に知っていれば、具体的に負担金を計算し説明できる。
- ・ 服薬情報、金銭的な状況。
- ・ 利用者のプロフィールや薬の情報があればよい。
- ・ 服薬情報。
- ・ 感染症の有無（長期・短期）。
- ・ 住環境、全身状態の状況を確認したい。
- ・ 必要な情報は都度伝えて提供してもらっているが、保険証関係については、医療、介護両方の証書が必要なことを初回から理解しているケアマネジャーは少ない。
- ・ 欲しい情報は多々あるが、ケアマネジャーは口腔内を観察することに不慣れ。懐中電灯もない暗い場所での口腔内の観察のみである。／等

⑥介護支援専門員からの口腔に関する情報提供があり、歯科医師等が介入した利用者数

平成31年4月～令和元年9月の半年間に、介護支援専門員から口腔に関する情報提供があった利用者数は平均 6.6 人で、このうち歯科医師による介入が行われた利用者数が平均 5.4 人、歯科衛生士等による介入が行われた利用者数が平均 4.2 人であった。また、これにより、口腔の問題が解決した利用者数は平均 4.8 人であった。

図表 187 介護支援専門員からの口腔に関する情報提供があり、歯科医師等が介入した利用者数（平成31年4月～令和元年9月の半年間）（n=113）【歯科医療機関】

（単位：人）

	平均値	標準偏差	中央値
①利用者数	6.6	11.4	3.0
②歯科医師による介入を行った利用者数	5.4	11.0	2.0
③歯科衛生士等による介入を行った利用者数	4.2	10.6	1.0
④（うち）居宅療養管理指導（歯科医師）利用者数	3.8	9.9	1.0
⑤（うち）居宅療養管理指導（歯科衛生士等）利用者数	3.5	9.8	1.0
⑥口腔の問題が解決した利用者数	4.8	9.4	2.0

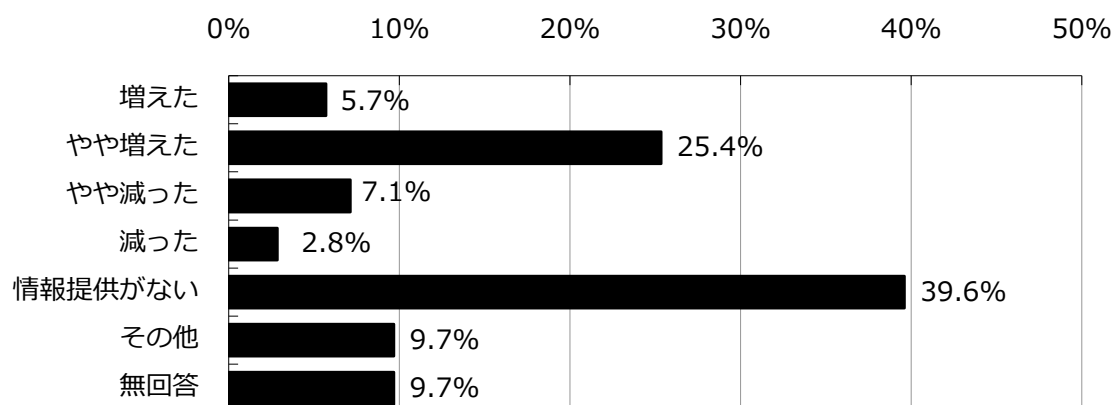
（注）すべての利用者数について記入のあった 113 施設を集計対象とした。

⑦介護支援専門員からの担当利用者の口腔に関する情報提供量の1年前との変化

介護支援専門員からの担当利用者の口腔に関する情報提供について、1年前と比較してどのようなようになったかを尋ねたところ、「増えた」が5.7%、「やや増えた」が25.4%で両者を合わせると31.1%であった。「減った」が2.8%、「やや減った」が7.1%で両者を合わせると9.9%であった。

一方、「情報提供がない」が39.6%であった。

図表 188 介護支援専門員からの担当利用者の口腔に関する情報提供量の1年前との変化
(単数回答、n=351)【歯科医療機関】



⑧介護支援専門員との円滑な連携により、利用者の口腔問題に効果的に対応できた事例

介護支援専門員との円滑な連携により、利用者の口腔問題に効果的に対応できた事例について自由記述式で記載していただいた。以下はその内容である。

図表 189 介護支援専門員との円滑な連携により、利用者の口腔問題に効果的に対応できた事例（自由記述式）【歯科医療機関】

- ・ 義歯の不適合の改善。
- ・ 傷みがある患者で、介護支援専門員から情報提供され、すばやく治療処置ができたことにより、患者・家族からも大変喜ばれた。
- ・ 介護支援専門員への口腔内チャートを少し勉強してもらい、患者の訴えを具体的な部位や症状を聞き出してもらえたのは、良い方向性が見えたように思う。
- ・ 有料老人ホーム入所の99歳の認知症の方で、施設職員への抵抗が強く、誰も口腔ケアができないケースの相談を受けた。傾眠傾向もあり、食後の時間（この時間だけ覚醒している）に合わせて口腔ケアに伺い、当院スタッフのような施設職員外の人には抵抗が少なかったため、週1回の口腔ケアを行い、それに伴い表情も穏やかに抵抗も落ち着いてきたケース。
- ・ ケアマネジャーの口内炎を見つけたのがきっかけで、癌治療へ進み早期発見できた。
- ・ 食事の時のムセの回数を報告してもらった→嚥下の経緯に役立った。

- ・ 102歳の寝たきりの男性、口腔内が不潔で、歯磨き、義歯清掃等をしていなかったが、歯科衛生士の毎週毎の口腔ケアにより、出血、痛みなどの歯肉炎の炎症が改善された。痛みが消えて患者さんはとても喜んだ。
- ・ 脳梗塞など後遺症によるリハビリ、口腔機能改善。
- ・ 認知症（中等度）。在宅訪問のケアマネ（歯科衛生士免許前）より、「2週間程度食事が十分にできなくなっている。もし、歯科的問題があり改善できないようなら、施設に入所させるので診断してほしい。」と話があった。初回に多職種でカンファレンスを開催（学校、ケアマネ、ヘルパー、訪問看護師）。実際に全員で対応したら解決できることが判明。現在在宅で生活している。
- ・ 末期の口腔癌に対する二次医療機関への紹介、通院、今後の対応への迅速な対応ができたこと。
- ・ 我慢する高齢者が多いため、介護支援専門員からの連絡により口腔癌の発見につながった（本人は口内炎が長く続いていると認識していた）。
- ・ ケアマネジャーからの情報ではないが、入院時義歯の不具合が放置され回復状態に影響があることもよく見られる。口腔ケアの改善のみで回復する場合もあり、入院時にこのチェック体制が整えられることを願う。
- ・ 認知症が進行した方の治療の際、ケアマネジャーやケアワーカーの介入をしていたが、治療がスムーズにいった。
- ・ 今まで入れ歯を使用されていなかった方が、新製後、食事がよく摂れるようになり、家族にも喜ばれた。
- ・ しばらく歯科医院への受診をされていない方で、施設スタッフとケアマネジャーの勧めにより、往診を利用。口腔ケアが不十分であった方だったので清掃を繰り返すことで口腔内の衛生状態が改善でき、口腔機能の維持向上ができたのではないと思う。
- ・ 口腔のマッサージだけで、口腔内の問題はかなり解決できる。マッサージの仕方を介護支援専門員と共有すると良い。施設では、個々に合った磨き方ができていない。また、問題意識がないので改善もされない。
- ・ 紹介していただいた患者の口腔状態など詳しく説明したところ、歯周病など今まで知らないことを知ることができ、感謝された。
- ・ パーキンソン症候群の患者・家族からはみんなと同じ食形態で食べさせたいとの依頼があったが、飲み込みが不良と介護支援専門員の方から助言もあり、内視鏡検査を行い、食形態の変更がスムーズにできた。
- ・ 嚥下に問題がなかった患者のムセが最近多くなってきたとの相談があり。嚥下能力検査とリハビリを行ってムセが減った。
- ・ ショートステイ等のスケジュールの情報提供により、定期的な口腔ケアが継続でき、痛みの訴えがなくなった。
- ・ 介護支援専門員を通して、訪問看護師なり、利用者の全身状態の詳細情報の提供があった。
- ・ 介護支援専門員に言語聴覚士を紹介してもらい、連絡がとりやすくなった。

- ・ 口腔カンジダ症への医師との連携が治癒を導いてくれた事例が一例。
- ・ 重症患者に関してはかなり密に連携を行っている（家族も含めて）。ただ、軽症患者に関してはなかなか細かいことまで共有しきれていないと思う。
- ・ 口腔機能低下に関する理解があり、協働して対応できた。
- ・ こわれた入れ歯の写真をメールで送って頂いた。それを見て、必要な道具を持ていくことができた。
- ・ 口腔がんの患者に対して初期には在宅で、在宅医、訪問看護、薬局、ヘルパーと連携、終末期には病院にて口腔ケアを行った。
- ・ 経管栄養で禁飲食の生活をしていたが、介入により楽しみレベルの経口摂取を続けている。
- ・ 口腔衛生に興味のない方でもどうにか口腔ケアを継続している方がいる
- ・ 介護支援専門員が当院に来院し、利用者の歯が動揺しているので診てほしいとのことで、在宅訪問を実施。抜歯適応だが全身状態や投薬内容がわからず、内科の先生に確認し治療方針を決定。患家では救急対応、レントゲン診断もできないので、病院を紹介し、抜歯処置を行った。
- ・ 介護支援専門員が当院に来院し、圧迫骨折で通院できないので、訪問診療の依頼があった。骨粗の治療を始める前にう蝕処置など必要な処置を行ってほしいとのことだった。
- ・ 摂取障害があり食事が困難な方がいたが、地域包括支援センターから依頼された歯科衛生士により義歯を紛失していることがわかり、即座に新義歯作製にとりかかり、上下総義歯で食事可能になった。
- ・ 通院時から診ていた患者が上顎骨壊死となり病院口腔外科と連携。本人の希望もあり（100歳）、義歯を入れて食事できるように調整。亡くなるまでケアマネジャーと連携し訪問歯科衛生士も介入し義歯を使用して食事することができた。
- ・ ケアマネジャーから利用者の主訴を事前に情報提供してくれることにより、治療の準備が行えること。
- ・ 訪問時に健康管理室などに声かけをして情報提供してもらう。
- ・ 診察前から情報があり、事前準備して訪問診療できた場合は、時間も回数も少なく済む。
- ・ 利用者入院時に、義歯不適合により、食形態の変更をできずにいたが、介護支援専門員が入所予定の施設の協力歯科医院である当院に連絡をくれ、病院の方への訪問診療を開始し、特養入所時には食形態を上げられる状態にまで向上できた。スムーズに診察が流れて、利用者にとって良いサービス提供ができたかと思う。
- ・ 事前に既往歴や身体、薬等の情報以外に性格や家族構成（治療の説明・支払い）を把握した上だとスムーズにコミュにケーションがとりやすい。
- ・ 担当者会議などで食事状況などを聞き、食事に関して指導できたこと。
- ・ 本人が希望し、家族が拒否していた事例で、ケアマネジャーとの連携により、家族が軟化し改善に向かった。

- ・ チャート図（口腔内・問題点）のやりとりで、より正確な情報共有が可能となっている（チャート図に口腔内問題点も記載）。
- ・ ケアマネジャーより、上下義歯を使用している方について、朝、口臭粘膜の疼痛があると連絡をいただいた。当日午後には訪問診療で歯科医師が患家まで行き、義歯の補修、調整を行い、痛みを止めた。その後、別の日に訪問診療をし、口腔内全体について処置などを行い、ケアマネジャーに報告している。
- ・ 70代の女性。施設入所していたが、ケアマネジャーより往診依頼あり。残存歯上下とも少数、上の破折している義歯を下で何とか押し上げて食事をしている状況。遠方の施設で往診のみでは義歯新製困難であった。担当ケアマネジャーが介護タクシーを手配され全4回で上下新義歯装着。現在、月1回往診で経過を追っているが概ね良好。食事はもちろん、会話もスムーズにできるようになり、笑顔が見られるようになった。
- ・ ケアマネジャー同席のもと治療を行った。特に摂食嚥下機能向上訓練についてはケアマネジャーから多職種へのインフォメーションもあり、周囲のバックアップが得られ、非常に効果が上がった。
- ・ 全身的な健康状態が把握できて外科処置の役に立った。
- ・ 嚥下障害（困難）な入所者への口腔機能訓練により改善。義歯不適による咀嚼回復。口腔清拭による口臭の消失。
- ・ 居宅サービス計画書の提供により、当院のアポイントや治療計画を立てられた。
- ・ 利用者の食事摂取量の減少に気づいて連絡をいただき、介入することで改善がみられたこと。

⑨地域の介護支援専門員からの利用者に関する情報が適切に提供されるための工夫

地域の介護支援専門員からの利用者に関する情報が適切に提供されるための工夫について自由記述式で記載していただいた。以下はその内容である。

図表 190 地域の介護支援専門員からの利用者に関する情報が適切に提供されるための工夫（自由記述式）【歯科医療機関】

- ・ できる限り、こちらから先方に患者の口腔内の状況を往診に行く度に提供（FAXで）している。
- ・ 新患の方はこちらから積極的にケアマネジャーと連絡をとる。こちらから情報提供の際に名刺を送り、携帯の連絡先も伝える。
- ・ ハンドブック、小冊子を渡している。
- ・ FAXやメールではなく、電話で直接話を聞くようにしている（ニュアンスの違いや文面にしにくい情報も得やすくなるため）。
- ・ PC、ノートなどで説明を毎日している。
- ・ 口腔内チャート表を渡すだけでなく歯式や義歯（入れ歯）の理解をしてもらう打ち合わせ会や少人数の勉強会をしてお互いの仕事の理解を深めることにしている。

- ・ 初めて訪問時にはできるだけ一緒に見て頂き、今の口腔状態、今後の治療内容を含めて、家族も一緒に確認して頂く。
- ・ 当院では施設を転居する等、転院する時は希望を聞いて今まで当院で行っていた処置や口腔ケアの内容を文書で転院先の医院に渡しているが、当院に逆に転院されたケースで医院から文書をもらうことはない。義歯には6か月作成できないルールがあるが、本人・家族・ケアマネジャーも義歯作製やリソウの日がわからず困ることがある。
- ・ とにかくまめにTELして話すこと。
- ・ かかりつけ医があればそちらの医療での情報を提供してもらおうと注意点が見えてくる（治療の経過など）。
- ・ 歯科医師会で統一した書式に記入してもらい情報提供してもらっている。
- ・ 直接介護支援センターに伺って話を聞く。
- ・ 診療時には必ず声かけをしている。
- ・ わかりやすく、なるべく専門用語なしに伝えている。
- ・ 介護事業所へ、口腔衛生管理加算のために月1回指導している。
- ・ 申込書にチェック方式で記入できるようにしている。
- ・ 電話と書類による報告。
- ・ 定期的な電話や事業所への訪問。
- ・ 知りたい情報は直接電話で聞いている。
- ・ 日常的に会話をするように心がけている。
- ・ 当地区の歯科医師会、医師会、行政と相談して情報提供様式が決められた書類を使用。
- ・ あまり興味がないのではないかな。
- ・ まず最初に訪問依頼書を書いてもらい、内容として介護度、過去の疾患、現在内服している薬情書を書いてもらっている。
- ・ ケアカンファレンスや多職種ネットワークに参加するようにしている。
- ・ 自治体が医師、歯科医、ケアマネの情報交換会を年2回開催してくれている。できるだけ出席し、顔の見える関係を構築したいと思っている。
- ・ 初回はなるべく顔合わせをするようにしている。
- ・ 利用者について変化などがあれば伝えていただくように声かけをし、電話・FAXなどで対応させて頂く。
- ・ 担当者から、その日の会議とかハミガキ時の出血度合いを聞く。
- ・ ケアマネジャーの研修会において、口腔の異常を示す。チェックリストを例示し、それらに沿った情報提供をして頂いている。
- ・ 暑中見舞い、寒中見舞いなどあいさつを心がけている。
- ・ こまめに連絡。
- ・ 治療訪問をした際に必ず書面での報告を実施。
- ・ 訪問診療専門のメールとラインアカウントを作り、周知を努めている。
- ・ 定期的に連絡を取り、現状を説明、問題点などの情報を共有している。
- ・ 次回まで注意して観察してほしい点を伝えている。

- ・ 当院が連携を密にしている支援事業者の方には歯科に関する基本知識を伝えている。相談依頼時に、可能であれば携帯電話にて口腔画像を送ってもらっている。
- ・ 毎月提出している診療情報提供書に文章で回答するようにしている。
- ・ 訪問診療用の問診票を使用している。
- ・ 声がかかったならば、直ちに現場に出向く（歯科医師の複数性→家内・兄弟）。
- ・ 情報提供があった時は、必ず当方より電話して専門員に連絡、具体的な内容を聞き取っている。
- ・ 在宅用専用の当院申込用紙を用意して、口腔内の問題点、各種在宅サービスを把握し他職種と連携している。
- ・ できるだけこちらから利用の口腔状況を FAX で知らせるようにしている。
- ・ 多くの事業所の研修の計画に入り、様々なところで研修会を行い、当院の考え方や利用法を伝えている（年間 20 回程度）。
- ・ 歯科とケアマネの共通のツール、できるだけシンプルなもの。
- ・ こちらから普段の情報を聞くようにしている。
- ・ 返信を即時に提出。
- ・ 情報提供はわかりやすく行っている。
- ・ 現在、訪問診療を行っている患者の情報を普段から連絡して伝えるようにしている。
- ・ 常に連携をとるようにしている。
- ・ デイケアとヘルパーに宛てて清掃指導の状況や義歯の外し方など担当者会議で説明したり、紙で貼ったりしている。
- ・ 地域歯科医師会で作ったアセスメント（口腔）の利用をお願いしている。
- ・ ケアマネジャー宛ての FAX での報告。
- ・ 自院既定のフォーマットがあり、それに沿って、話を伺うようにしている。
- ・ まず食べているかどうか、また、体力的なことを聞く。
- ・ 年間 4 回、施設との懇親会を行って、担当者との連携を取るよう努めている。
- ・ 今の状況では、介護支援専門員により口腔に関する適切な情報を頂くのは困難な時もあるため、依頼があった時に、当院よりいろいろと質問をするようにしている。情報が不足している場合においては、家族・関連職種の方々への聞き取り、それも不可能な場合は、診療開始前に本人への聞き取りを行っている。
- ・ 映像が一番であるが、無理な場合はスケッチか事前にわかれば診療や処置を想定しやすい。
- ・ 写真などに必要に応じて見せ、具体的にどのような口腔状態なのか確認してもらう。
- ・ より良いコミュニケーションを日頃からとっておく。
- ・ 情報提供の FAX・メールにてのやりとり。
- ・ ケアマネジャーが利用者の口腔に関する情報の取得ができているか疑問がある。OHAT などのスクリーニング法を導入して情報取得すべきではないか。
- ・ 実施後すぐ報告書にて記載し漏れのないように行った。
- ・ 介護支援専門員への情報提供（文書）時に、欲しい情報、質問なども合わせて送付して

いるが、それに対する返事があることはごく稀。どうしても情報が欲しい時は、介護支援専門員に直接電話をするか、直接訪ねていくようにしている。

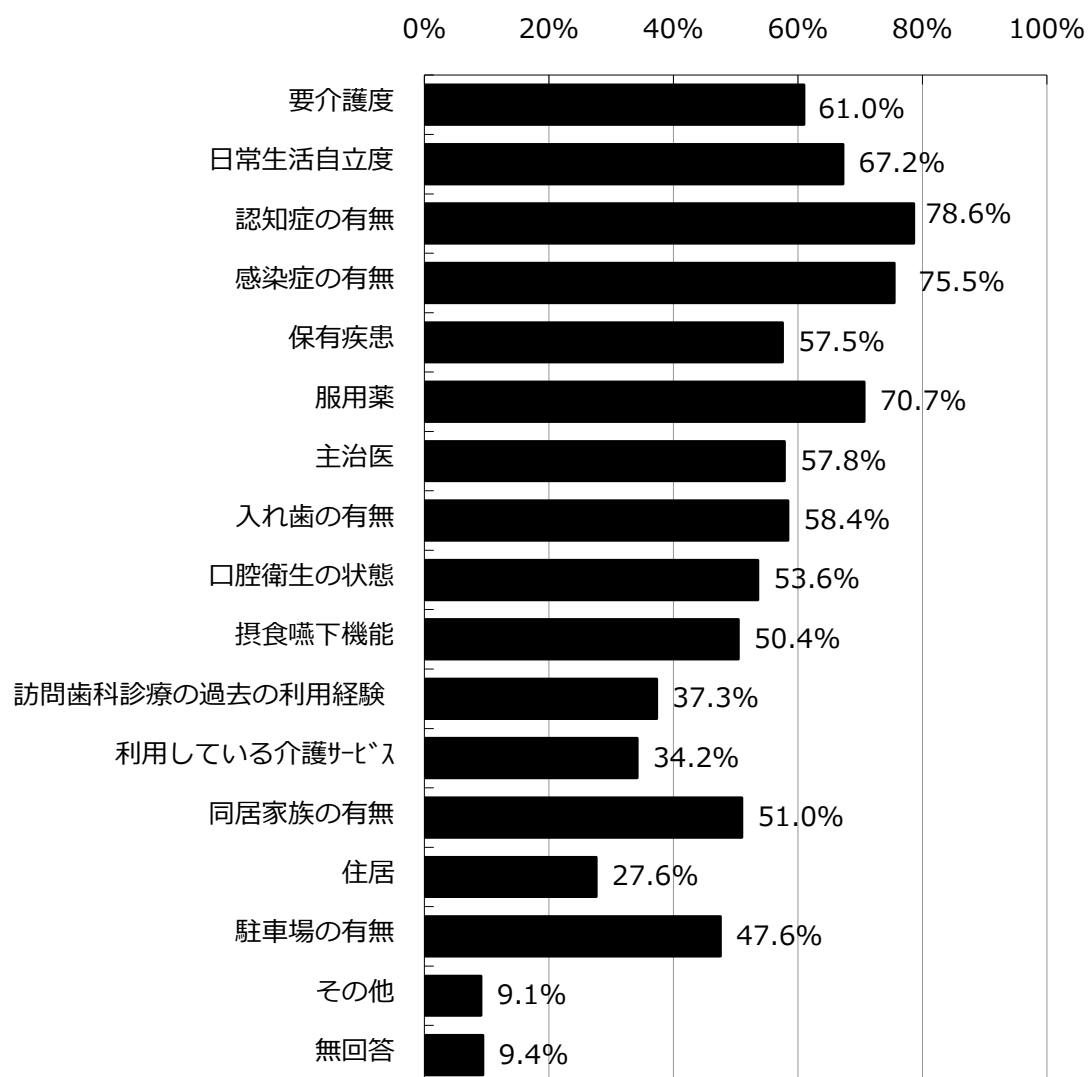
- ・フェイスシート、主治医意見書、サービスの提供状況等を介入前に情報提供してもらう。毎日ケアマネジャーに患者の状況を提供する。
- ・顔を合わせる。
- ・依頼は最初 FAX で来ることが多いが、初めてのケアマネジャーの場合、多くは電話で一度連絡をとることにしている。居宅の場合、初診の患者では必ず担当ケアマネジャーに同行していただき、都度必要な情報を交換している。
- ・MCS の利用。
- ・食事内容を聞いている。
- ・電話をして直接聞くようにしている。
- ・ケアマネジャーからの情報は限られたものであり、実際に歯科医師が訪問して判断を下さなければならないと思う。例えば、補綴物が脱落していても気づかない。普段から口腔内を精査する力をつける、毎月の医師会の在宅ケア委員会にケアマネジャー連絡協議会の代表者が出席している。

／等

⑩介護・在宅医療サービスを提供する上で望まれる情報

歯科医療機関が介護・在宅医療サービスを提供する上で望む情報としては、「認知症の有無」が78.6%で最も多く、次いで「感染症の有無」(75.5%)、「服用薬」(70.7%)、「日常生活自立度」(67.2%)、「要介護度」(61.0%)であった。

図表 191 介護・在宅医療サービスを提供する上で望まれる情報
(複数回答、n=351)【歯科医療機関】



○「その他」の内容

- ・ 誰が主に医療サービスを要望しているのか。
- ・ 介護に抵抗があるか。
- ・ 連絡先。
- ・ 主たる介護者、連絡先。
- ・ 介護のキーパーソン。
- ・ キーパーソン。
- ・ キーマンへの連絡先（TEL 番号等）。
- ・ 会議の日程を教えてください。
- ・ 家族の理解、受け入れ度。
- ・ 書類の枚数が多すぎて、渡す方も受け取る方も無駄に保存している。この部分をもう少し改善できないか。
- ・ 要介護者の1週間から1か月のスケジュール、1日のタイムスケジュール。
- ・ 歯科は介護のネットワークにはいれていない。はいれていてもそれは特定の業者（介護施設に営業をもっていくこんでいる）であって、質の低い歯科医療を提供している。行政から地元の歯科医師会を連携して、介護支援専門員とチーム医療を施すべきと考える。
- ・ 生活歴など。
- ・ 金銭的等、希望される治療範囲。
- ・ より詳細な介護、医療状況及び口腔内状態（歯科衛生士の事例チェック制度）。
- ・ 歯科医師と専門員が話し合いできる場（会議）等を作ってもらいたい。
- ・ 性格・人格。
- ・ 性格を知ることによって受け入れが違って来る。
- ・ 難病指定の有無。
- ・ メールのやりとりやネット上での書き込みにより情報共有や会議。
- ・ 歯科の過去の通院歴、本人の半生。
- ・ 病状。
- ・ 患者本人及び家族の歯科治療への意欲度。
- ・ 家族や本人の希望。
- ・ 保険証、介護保険の番号。
- ・ 保険証関係の情報は常に早めに教えて頂くよう依頼している。
- ・ デイサービス利用の曜日、時間。
- ・ 食事形態。
- ・ 感染症等に対する医学的所見が一番大切。
- ・ リクライニング椅子、ベッド等の有無。

⑪地域の介護支援専門員との連携をより円滑にあるいは強化していくために行政や関係団体に行ってほしい取組

地域の介護支援専門員との連携をより円滑にあるいは強化していくために行政や関係団体に行ってほしい取組について自由記述式で記載していただいた。以下はその内容である。

図表 192 地域の介護支援専門員との連携をより円滑にあるいは強化していくために行政や関係団体に行ってほしい取組（自由記述式）【歯科医療機関】

- ・地域の介護支援専門員と定期的に交流会を開いてほしい（歯科医師会会員ではなくても参加できるようにしてほしい）。
- ・施設基準が複雑すぎる。
- ・お互いの連絡先などわかるような仕組みがあると良い。
- ・私を含め歯科医師は介護の知識が乏しいため、他職種との連携が難しい（専門用語等）。もっと勉強会・講習会を増やし歯科医は医師・看護師と対等にディスカッションできるようにスキルをみがく必要があると思う。また、いろいろな場面で顔の見える関係を他職種と構築する必要があると思う。
- ・ケアマネジャーと接する機会がほとんどない。橋渡し役を行政に担ってほしい。
- ・当地区には医療と介護の連携の会がある。これを中心に世話人会が2か月に1度開催される。拠点事業所でのたよりを毎日出している。
- ・介護支援専門員との連携とともに医科との連携の重要性をととても強く感じる。介護支援専門員が持っている情報を医科と歯科どうしても共有できるようなシステムができるともっと早い対応や質の高いサービスが提供できると思う。
- ・口腔保健推進奨励を理解し、口は歯科を徹底してほしい。
- ・行政や介護支援専門員との関わりを歯科医師会とグループ勉強会ができるように主に行政がリーダーシップをとって連絡会を作してほしい。
- ・制度、仕組み、保険、コンピューターソフトなど複雑すぎる。シンプルに取り組めるようにしてほしい。
- ・オーラルフレイルに陥る前に、口腔機能管理を始めることの重要性を周知してほしい。
- ・地域包括で会議は行われているが日程が合わない。
- ・居宅療養管理指導の認知。小規模多機能のケアマネジャーから算定できないと言われた（後で説明すると「できる」と言われた）。いまだに「サービスはギリギリです」と言われることがある。「居宅のコードを教えてください」と言われる。有料老人ホーム→病院に一時入院の口腔ケアに居宅（衛生士）で伺ったところ算定できないと言われた（後から調べたら大丈夫でしたとの返事あり）。
- ・自院の患者の訪問は行っているが、他からの依頼はほとんどない。
- ・行政は、ケアマネジャーはおろか、ヘルパー、看護師、主治医と話くらいはしてほしい。また、生保などの家中に入って最低でも1時間は観察してほしい。
- ・連絡をとりやすい仕組み。

- ・ 身体の状態を診断する場合はどうしても医師が主導するために、例えば頭痛がなかなか治らない患者に対し、MRI・CTなども含めて色々と検査を行うが、口腔内からの頭痛への影響をなぜか考えられているようにはみえない。
- ・ 最近医療情報をどの施設でも見られるような取組があるが（IT 化）、介護の情報も見られるようにすれば、より円滑に進むように思う。
- ・ 通常診療があるので、訪問できる曜日が決まっていて、可能な日の夜とかに連絡が来ると、2～3日は行けない。行ける曜日・時間を登録してそこに振り分けてもらうと、より早く対応ができるのでは。もちろんその時、用事が入ってしまうこともあるが。
- ・ 居宅療養管理指導を2週間に1度行っているが、その都度FAXにて報告している。同じ内容なので、あまり意味がなく、紙や通信料の無駄使い感がある。メールや数か月のまとめた報告など、工夫が必要と感じる。
- ・ 情報提供の際は、点数算定が必要ではないかと思う。
- ・ 名古屋市の訪問歯科診査（無料）を名古屋市歯科医師会が行っているが、ケアマネジャーは知らないようである。
- ・ かかりつけ歯科医がいなかったり対応できない場合には、地域の歯科医師会を通じて対応しているが、その連携への手間に対して、予算を立ててもらえないか。
- ・ 地元の歯科医師会で、チーム医療を促進すべきと考える。営利目的で入り込んでいる訪問歯科業者を排除しないといけないと思う。売上優先で実行しているため、高額の医療費を請求されたと苦情を受ける。
- ・ 介護支援専門員は、口腔衛生状態の改善が必要な方の情報を1か所に集められる所を作ってほしい。例えば、地域の歯科医師会等、そこから地域の歯科医院の歯科医師が往診に行ける仕組みがあれば良いかと思う。介護支援専門員の方も迷わなくてすむし、介護が必要な方は口腔状態の把握も一元化できると思う。
- ・ 歯科医師会との関係がない→連絡網からはずれている場合が多い。公平性に欠けている。
- ・ 表面だけの書類でなく、もっと本人に沿った形での情報提供の必要性を感じる。
- ・ 連携医療機関との連携義務化。定期的に医科・歯科の健診などを行う。
- ・ 地域の医療団体（歯科医師会）との連絡会議。会長や役員だけでなく全会員を対象にする。関係団体との合同での研修会の開催。
- ・ 年に数回連絡を取るための会議を開催してほしい。
- ・ 定期的な意見の交換会、その地域に適した連携方法の構築。
- ・ 簡便で効率的な書式の統一（作成）。
- ・ 口腔に対する知識を向上させるセミナー等を開催していただけると良い。
- ・ 連携について加算など評価があれば良いのではないかと。口腔管理の重要性を広めて頂きたい。
- ・ 行政関係団体からの依頼・情報提供があればいつでも直に対応できる状況である。ひとつには、営業上にも患者数の減少が続くなか訪問に行く時間ができてきたので、訪問依頼を行っているところ。
- ・ 介護支援専門員を増やしてほしいと思う。

- ・ 人手不足（特に衛生士）。潜在衛生士や若い衛生士が社会を支える意識を持って職場を選んでほしい。行政が人材センターに衛生士を保有して往診時に支援するシステムを作ってほしい。
- ・ 在宅療養を支援したいと思っているが依頼が少ない。
- ・ 交流はしているが実際患者を中心に行うとなかなかスムーズにはいかない。口腔の重要性をもう少し訴えたほうが良い。
- ・ 訪問診療を希望する方のリスト、地図を行政で作ってほしい。
- ・ グループワーク等の研修の機会を設け、コミュニケーションの場を作ってもらいたい。
- ・ まず顔合わせ。だが医師など忙しく時間合わせなどが困難と思われる。
- ・ 地域ケア会議や講習会を活用・充実化し、連携をしっかりとらせていければと思っている。
- ・ 医師の治療（訪問診療）が落ち着いたら、必ず次に口腔の状態を患者かその家族に聞いてほしい。その後、歯科に一度に口腔内を診ていただくようにシステム化してほしい。
- ・ 食事は摂取状況を通して、口腔の状態・機能を把握し、歯科治療や受診につなげることは非常に重要なことであるということを意識づけたり、情報提供を行うことをもっと行なってほしい。研修会まで何かの催しで積極的に顔つなぎをする機会をお願いしたい。
- ・ 介護専門の方が訪問診療を行っている歯科医院を把握していないので、名簿（訪問診療を行っている歯科）を各施設や介護支援専門員に全て行きわたるようにしてほしい。
- ・ 大分県歯科医師会から施設・事業所に広報してほしい。
- ・ 歯科に対する認知が以前よりあると思うが、口腔ケアや歯科治療は他のサービスより軽視されていると感じることがある。口腔ケアの必要性など多くの人に認知してもらえるよう取り組んでいただけると嬉しい。
- ・ 急を要する投薬医療への対応。
- ・ 口腔清掃するだけで寿命を延ばせるし、その事実を一般にアピールしてほしい。
- ・ ケアマネジャーと歯科医療従事者のお互いの顔が見える場の設定を行ってほしい。また、歯科医療従事者がケアマネジャーの仕事・役割を知る研修会を設けてほしいと思う。
- ・ ケアマネジャーに口腔の知識を身につけてもらう機会を与えてほしい。
- ・ 患者の医療負担が増していく傾向があり、治療費が気になり治療を断念する方がいる。訪問診療がより浸透することでケアマネジャーとのつながりが強固となっていくため。治療費負担を現状のままにしてほしいと願っている。
- ・ 口腔衛生に対して、介護職全体の関心・理解度が低い。患者のヒゲは丁寧に剃るが、口腔ケアはおざなりな状態。行政には今以上に指導・啓発をお願いしたい。
- ・ 双方にメリット（加算）の存在する仕組みづくり。ケアマネジャー業務のなかでの訪問歯科の位置づけをはっきりさせてほしい。ノータッチのケースが多い。
- ・ 多職種で参加するセミナーや懇親会を多く企画してほしい。
- ・ 口腔機能向上を目的に歯科の介入を要求してほしい。歯科医師会が窓口でも可。
- ・ 並列診療ができるようにしてほしい。
- ・ 介護支援専門員間及び事業所間で口腔に関する知識の差が大きいように思う。ケアマネジャーが知識や関心を持っていただけるよう啓発活動が必要と考える。

- ・ 隣接する市区町村にも訪問することが多くあるため、地域を越えた連携が取れるような仕組みを希望する。
- ・ 当たり前のことだが、医療には一つの職種では対応できない問題がある。医師と歯科のみでなく介護施設・リハビリ施設など多くの職種との地域に根差した連携が必要と思う。さらに点検を重ね長期的に維持することが望ましい。
- ・ 保険診療項目で重点課題として評価されると、やりがいやモチベーションの向上につながるのではないかな。
- ・ 地域包括などで主催の医療介護、その他多職種に関わる交流会の開催とそれ自体をもっと広く周知して参加の場を作ってもらいたい。
- ・ 患者の情報を電話・郵便にて交換しているため、情報の共有に時間がかかっている。ネット（ICT）で情報共有でき連絡などがとれる環境を整えてほしい。
- ・ もっと積極的に依頼してほしい。ほぼ訪問診療依頼がない。
- ・ ケアマネジャーが歯に対する意識が低いので、それを学ぶ場を設けてほしい。どんな方がケアマネジャーかわからないので交流の場を設けてほしい。
- ・ 歯科医とケアマネジャーの連絡会等。
- ・ もっと歯科治療に理解して頂けるように勉強していただきたい。
- ・ 在宅歯科医療連携室の利用。
- ・ 既成概念にとらわれることなく改善に向けた取組を積極的に行ってほしい。
- ・ 多職種が連携をとれるツールや個別に連絡ができる連絡システムを整えて頂きたい。
- ・ もっと口腔ケアの大切さをアピールしてほしい。
- ・ 口腔衛生管理の重要性をもっと認識し合うこと。
- ・ 地域のケアマネジャーがそこまで連携をとろうとしているのだろうか。日々忙しくてそこまでできないと思う。在宅歯科をもう少し簡単に关われるようになるといいと思う。
- ・ 節目健診のように、行政サービスとして定期的に要介護・要支援者への健康診断を行ってほしい。
- ・ どのように連絡を取るべきなのか、そのきっかけがわからない。
- ・ とかく言われていることだが、専門員増員が必要と思う。個々人は本当に多忙の様子である。
- ・ 顔を合わせる機会を作してほしい。
- ・ 医科との積極的な連携。
- ・ 地区歯科医師会で作成した口腔アセスメント表を利用し、問題がある場合は、速やかに地区歯科医師会の口腔ケアセンターに連絡してほしい。
- ・ 難聴・認知症等、老老介護の自宅に訪問する場合は社協・地域包括支援センターに介入してほしい。
- ・ 介護支援専門員により深く歯科についての知識を身につける取組があれば良い。
- ・ ケアマネジャーには口腔への関心を持って知識を高めてほしい。
- ・ 歯科との連携を要望する。救急で呼ばれた患者に抜歯処置を施した後、施設に入所。往診の電話をしたところ、施設に協力歯科医がいるとのことで、断られた。抜歯後、抗凝

固剤服用のため、縫合したので抜糸し義歯修理にて縫合の回復をはからなければならぬのに、当患者は放置されたままである。

- ・介護認定されている患者に、ケアマネジャーへの連絡の必要性を通知しておいてほしい。
- ・口腔内状況把握のため、勉強会の実施。
- ・行政には口腔に関する基礎知識の向上教育。関係団体には居宅療養管理指導で間に合わない方への緩和があればとても助かる。
- ・今後も密に連携していくために、連携の仕方などの勉強会やセミナーを行い、より円滑に連携できるように促してほしい。
- ・歯科の分野に関しては、一般的にまだまだ「痛くなってからかかれば良い」という発想が強い。本人も家族も予防という観点から、ケアマネジャーが本人・家族へアプローチしていただけると導入がスムーズになり、医療費の抑制にもつながると思う。
- ・ネットワークづくりの確立（全地域的）。
- ・素人でも口腔のアセスメントができる「OHAT」を早く導入すべき。素人→口腔の知識が十分でない方、看護師、介護スタッフ、介護支援専門員含めて。「OHAT」=ORAL HEALTH ASSESSMENT TOOL。
- ・介護支援専門員から歯科医師への情報提供を介護報酬とリンクさせれば、歯科医師への情報提供が行われるようになると思う。しかし、情報提供では文書作成・送付、控えの保管などに要する時間は少なくなく、当院でも年間数十時間以上、あるいは100時間くらいかかっている。むしろ、情報提供の義務を廃止した方が、その時間を有意義に活用できる。次回の介護報酬改定では、是非、情報提供の義務が廃止されるよう関係者方面に働きかけていただきたい。
- ・訪問歯科センターについて、地域のケアマネジャーの何%が理解して頂いているか不明である。連携をより円滑に進めるために、情報の交換をより進めればと思う。
- ・ちゃんと評価してほしい。算定を減点するだけではなく内容を見て評価してほしい。
- ・講演会の共有、開催。
- ・積極的な介入。
- ・これまで主だった医療職をベースにしたケアマネジャーは比較的円滑に連携することができたが、医療職をベースとしないケアマネジャーとは理解不足もあり連携をとりにくく感じる場面がある。今後は後者のケアマネジャーが増加していることから、特に歯科に関する情報をできるだけケアマネジャーの研修に取り入れていただきたい。
- ・当地区行政には期待できないが、関係団体間での研修会を今よりもさらに増やしてほしい。相互理解が進むと思われる。
- ・要介護認定審査委員会において、ぜひとも歯科医師による意見書も記載してほしい。
- ・顔の見える関係性の構築のために、各種団体との説明会等を設けてほしい。口腔ケアの重要性を伝える機会を設けてほしい。
- ・話をする機会の場を増やしてほしい。
- ・各々の行政には、地域包括支援センターがあり、そこにはケアマネジャーがいるが、現在、要支援のクライアントの対応で手いっぱいであり、要介護の方は外注しているのが

現状である。できれば、地域包括支援センターが全ての要介護者を把握し、管理するのが望ましいと思う。／等

⑫介護支援専門員との連携を行う上で困っていること、改善を望む点

介護支援専門員との連携を行う上で困っていること、改善を望む点について自由記述式で記載していただいた。以下はその内容である。

図表 193 介護支援専門員との連携を行う上で困っていること、改善を望む点
(自由記述式)【歯科医療機関】

- ・書類のやりとりだけだと上手に連携できないので、いかに顔のわかるつながりが作れるか工夫してほしい。
- ・FAXのやりとりだけで相手がどういう方なのかお互いわからない。こちらからTELしても先方が忙しいのか不在なのかわからないので、連絡を取るのに気が引ける。ケアマネジャーの方と顔を合わせる機会や交流会など、行政などで設けてほしい。
- ・口に無関心。トラブルからの改善では遅い。
- ・歯科診療が、いかに在宅歯科診療時に多くの機器・機材を運搬して移動・準備しているのかを立ち会って見て頂き、協力してほしい。
- ・摂食嚥下の評価後の食材の工夫を栄養士などがどのように伝えお互いに対応できるかも勉強したい。
- ・制度、仕組み、保険、コンピューターソフトなど複雑すぎる。シンプルに取り組めるようにしてほしい。
- ・接点の持ち方がわからない。会議も出たいが、どこで行われているのかもわからない。
- ・医療保険、介護保険の点数が低すぎるため口腔健康管理についてお願いしづらい。利用者負担を2割にするのはもってのほか。
- ・訪問歯科治療で全て治療できるわけではないのにできていると思われることが多い。場合によっては通院が必要なことも知っていただきたい。
- ・介護支援専門員の会に対し歯科医師会で口腔ケアについて教育を年1回行っているがあまり大きな変化はなさそう。
- ・市のアンケートでケアマネジャーなどから歯科はいらない(約7割)という結果があった。若いうちから定期健診の重要性を知ってもらう必要もあると思う。あとは個人医院だと訪問に行くより医院の中にいる(いない)と利益が出せない保険制度も問題。地方は本当に人手不足。
- ・施設(住宅型有料老人ホーム)からの紹介、家族からの紹介で当院の訪問診療を希望する患者がいるが、ケアマネジャーと連絡をとると「知り合いの歯科にお願いするので大丈夫です」と断られるケースが4～9月で2件あった。当院としては施設や家族・本人に、ケアマネジャーとよく話し合ってくださいとお伝えすることしかできないが、患者の意思が尊重されていないように感じた。

- ・連携がない。
- ・介護支援専門員に歯科の必要性を認識してもらうこと。
- ・知識共有を含め顔の見える関係づくり。
- ・関連書類などの連絡は紙媒体ではなくメールなどが良い。
- ・何から始めて、どこが中心になるのかわからない。
- ・患者・家族の意思で医療は提供すべき。
- ・ケアマネジャーが口腔内まで見てない。義歯を入れているか聞けない。
- ・ケアマネジャーも歯科の方にアプローチしてほしい。
- ・日常の生活状況をもっと詳しく伝達してほしい（食事の摂食状況、義歯の使用具合、服用薬等の問題など）。
- ・患者情報は電話のやりとりのみで、統一文書なども何もない。その時々で聞き忘れの情報も多数ある。
- ・ケアマネジャーからヘルパーへの連絡が不十分で、ヘルパーの対応に苦慮している。
- ・年に数回連絡を取るための会議を開催してほしい。
- ・互いのタイムスケジュールの調整及びコミュニケーション方法。
- ・多職種連携を行う上、歯科治療の理解を深めていただきたい。
- ・医療情報提供ばかりではなく、初回は介護支援専門員との同行が大変助かっている。
- ・歯科衛生士不足（在宅歯科医療に関心が少ない）。在宅訪問診療や医療連携が社会的にいかにも有意義か、かつスタッフや歯科衛生士の意識向上を図り、積極的に衛生士が関わってほしい。
- ・歯科の知識がないと話ができない。
- ・薬情書を添付してくれない介護支援専門員が多いので、必ず添付してほしい。
- ・歯科医療を行う決定権が誰なのかをはっきりとしておいていただきたい。本人、家族、施設、主治医、治療方法が一つでない事やゴール地点もそれにより変える事もあるので。私自身が介護保険への参入で足踏みしている点で、要介護者の口腔についての介入に踏み込めない部分がある。介護保険請求になじみのない歯科はたくさんいると思う。
- ・まず顔合わせ。だが医師など忙しく時間合わせなど困難と思われる。
- ・歯科や入れ歯のことなどが、生活や介護のことを優先した結果、後回しにされることが多い。もう少し早く利用者の方に介入することができたらと思うことが多い。歯科サイドからもいろいろと情報提供を行っていきたいと考えてはいるが、歯科との連携への意識を高めてもらったり、いろいろとわからないことを聞いてほしいと思う。
- ・介護支援専門員と連携がとれてうまくいっても、病院や施設によっては、そこと契約している専属の歯科医師がいるということで、断られてしまうことがある。施設を新しくオープンする場合、近隣の医院を決めなければならない規則があるが、限られた歯科医師のみが専属で入り込んでいる。施設新設の時に公募があればいいと思う。
- ・施設・事業所と医科病院とのコミュニケーション不足、連携不足が目立つ。
- ・連絡を取る時、外出されていることが多い。連絡が取りづらく感じることもある。
- ・歯科に関する知識をもっと持ってほしい。介護支援専門員が少しでも口腔の知識が増え

ると、利用者の健康も増進できると思う。

- ・ サービス担当者会議に呼ばれず、開催案内さえ通知されないことがあり困った。
- ・ 相談する窓口がどこなのかははっきりしていないので、ケアマネジャーもどこに紹介すればいいのかわからない。歯科医師会なのか、それとも近医なのか開業医レベルでは制度が面倒なので断られることもあると聞く、歯科医師には大学レベルで、アンダーグラデュエイトの段階からその仕組みを教育しなければならない。
- ・ 病院と歯科の隔たりが大きい。
- ・ 口の健康が身体にとって大事であるという認識が足りない。口の中はおきざり。
- ・ 人材不足のため、週に1回、1~2人の歯科訪問診療をするぐらいしかできない状態である。
- ・ 双方にメリット（加算）の存在する仕組みづくり。ケアマネジャー業務のなかでの訪問歯科の位置づけをはっきりさせてほしい。ノータッチのケースが多い。
- ・ もっと気楽に連絡してきてほしい。
- ・ 連携システムの周知を頻繁にしてほしい。歯科医師会を通じてがいいと思う。
- ・ 大切な事だが、文章提供が多すぎて逆に治療が進まなくなってしまうのが現実。もっとチェック式の情報提供やマイナンバーとかを利用して早く正確な情報提供ができるようなアプリとかを開発してほしい。
- ・ 一般開業医（歯科）には連携させないほど、施設お抱えの訪問専門歯科があり。これはもう分業ということか。最期まで「かかりつけ」でいたい、あるべきという国の方針と反する気がする。
- ・ 円滑に行われている。どうしても一言と言うならば、ケアマネジャー変更の際の引継ぎが難しい。
- ・ 連絡を取り合うことがない。
- ・ 死と直接関係ないとの認識があるのかどうかかわからないが、治療はもとより口腔ケアの必要性に対しての認識を上げてほしい。
- ・ 内科的な疾患を重要視され、口腔内のことは疎かにしているケアマネジャーが多いと思う。
- ・ 勤務時間の短いケアマネジャーが多い。また、研修が多いのも仕方ないが、現場にいる時間を長くしてほしい。
- ・ 協力的な方がほとんどだが、中には情報提供をおっくうに考える方もいるので、全ての方が協力的になることを望む。また、口腔内のことについて、全く無関心の方もいるので関心をもつような施策も必要と感じる。
- ・ 介護支援専門員の方に、口腔機能や口腔ケアの重要性を認識してほしい。
- ・ 歯科での居宅療養管理指導が、介護保険を使うということを知らない方もいるので（こちらはまだ勉強不足であるが）、お互いに理解しあっていかなければならないと思う。
- ・ コンタクトが少ない。
- ・ 訪問衛生指導の上限が月4回のため、月によっては5回ある曜日だと算定できないシステムをどうにかしてほしい。例を挙げたら毎週金曜訪問となってスケジュールに組み込

- まれているのに、5 回目は無償でやるかまったくやらないかになる。また、年末年始など休日加算されるものが訪問にはない。
- ・ 介護支援専門員と歯科とのつながりが薄いと思う。在宅の相談も家族から受けることが多いので連携というものがあまりよくわからない。
 - ・ ケアマネジャーの休みの日が不定で連絡しても出られないことがある。また外回りが多いので休みでなくても、すぐに情報が取れないことも多い。
 - ・ 独居の方の保険証・介護保険証の管理場所を教えていただくか、期限の切れたり介護認定の変更などの連絡（FAX）を頂きたい。
 - ・ 口腔ケアの状況、義歯の有無等口腔に関する知識向上をお願いしたい。施設に入っても半年以上も局部義歯に気づかず極めて不潔な状態で来院されることが多い（訪問依頼含）。
 - ・ 認知の度合いにより拒否などがある、歯科治療が進まないこともあり、その状態を知ってほしい。家族の同席や説得の協力も必要かも。
 - ・ 介護保険証の更新や要介護の変更があればすぐ知らせてほしい。
 - ・ なるべく、身体の状態、口の状態が悪化する前に連携したい。
 - ・ 私はケアマネジャーの資格を持ち、その後研修を受けている。ケアマネ資格保有の歯科医も多くいる。専従している介護支援専門員とこういった歯科医との連携を介護側に要望する。
 - ・ 依頼時に医療で訪問を行っていただけますかという要望が多い。介護支援専門員の口腔内の知識不足による自己診断により、医師の治療過程の批判の言葉を受けることが時々ある。
 - ・ どの分野でも同じことが言えると思うが、ケアマネジャーの分野でもやはり、個人の力量により結果が違ってくる場合がある。ともにレベルアップをしていけると良いと思う。我々も含めて。
 - ・ 現在付き合いの専門職とは特になし。人が変わると歯科の基礎的知識を再伝承しなくては歯科的意識を一からやり直し（歯科的知識の低さを感じている：歯科衛生士からの資格者は別）。歯科意識の向上を。
 - ・ サービス担当者会議が重要だと思っている（今ある仕組みの中では）。日程調整が困難。例えば「あさって午前 10 時から」という連絡を頂いても参加できない。また参加した場合の報酬、最低でも歯科訪問診療 1 の点数程度は必要と思う。
 - ・ 取り組んでいる歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士がもっと評価されるようにしてほしい。
 - ・ お互いに忙しくて会う機会がない。
 - ・ 地域との連携。
 - ・ 認定審査会でいつも思うが、口腔内の状況については医療者の所見が取り入れられておらず、判断に困ることが多数ある。制度自体の問題だが、本来なら一次判定の時点で口腔の問題が正確に取得できていれば、それをケアマネジャーが把握して歯科と連携をとりにややすくなると感じている。
 - ・ 担当者会議などの日程調整が数日前から 1 週間前だったりする。しかも昼間の時間帯で、

歯科の予約制診療の特徴から2～3週間のゆとりがないと急な会議への参加は苦しい。そのあたりを理解してほしい。

- ・ 現地点で全く連携する機会がないため、まず交流 or 情報交換の場を設けてほしい。
- ・ その人の現状（安定しているのか、不安定なのか、食事の量が減ってきているかなど）を教えていただけたらありがたい。
- ・ 直接会う機会が少ないのでこまめに電話連絡をとっていききたい。

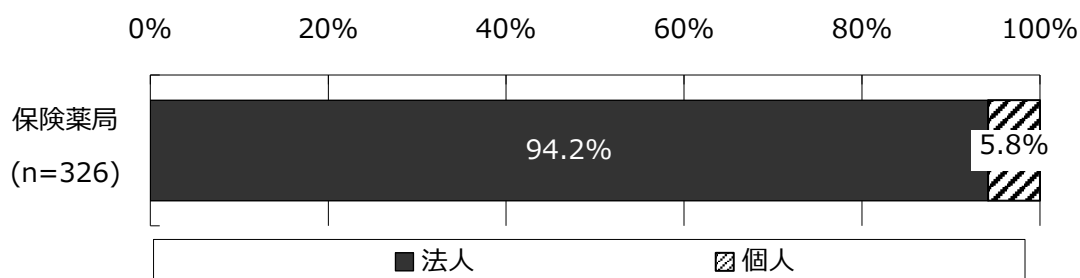
／等

3. 保険薬局

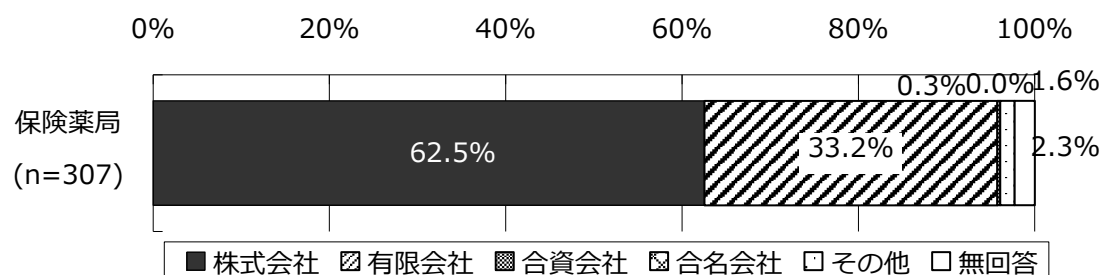
(1) 施設の概要

①開設者

図表 194 開設者【保険薬局】



図表 195 法人の種類（「法人」の場合）【保険薬局】



②同一法人等による薬局店舗数

図表 196 同一法人等による薬局店舗数 (n=313)【保険薬局】

(単位：店舗)

平均値	標準偏差	中央値
113.3	281.4	5.0

(注) 同一法人等による薬局店舗数について記入のあった 313 施設を集計対象とした。

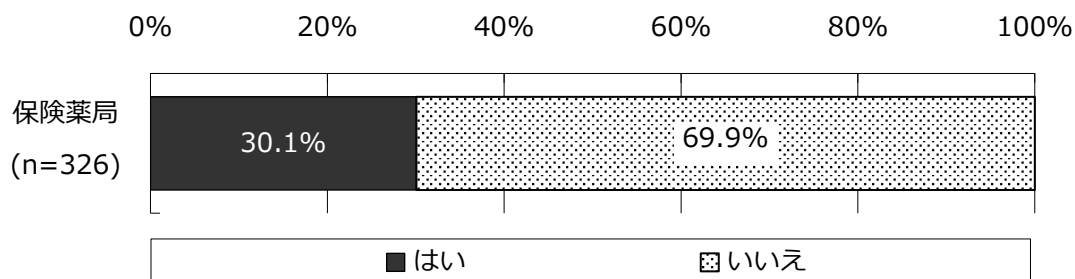
③開設年

図表 197 開設年【保険薬局】

開設年	保険薬局数	構成割合
～1995 年	49	15.0%
～2000 年	35	10.7%
～2005 年	47	14.4%
～2010 年	59	18.1%
～2015 年	51	15.6%
2016 年～	53	16.3%
無回答	32	9.8%
全体	326	100.0%

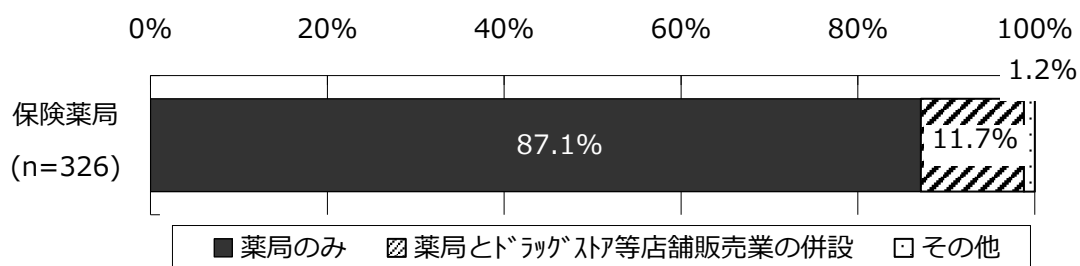
④チェーン薬局か否か

図表 198 チェーン薬局か否か【保険薬局】



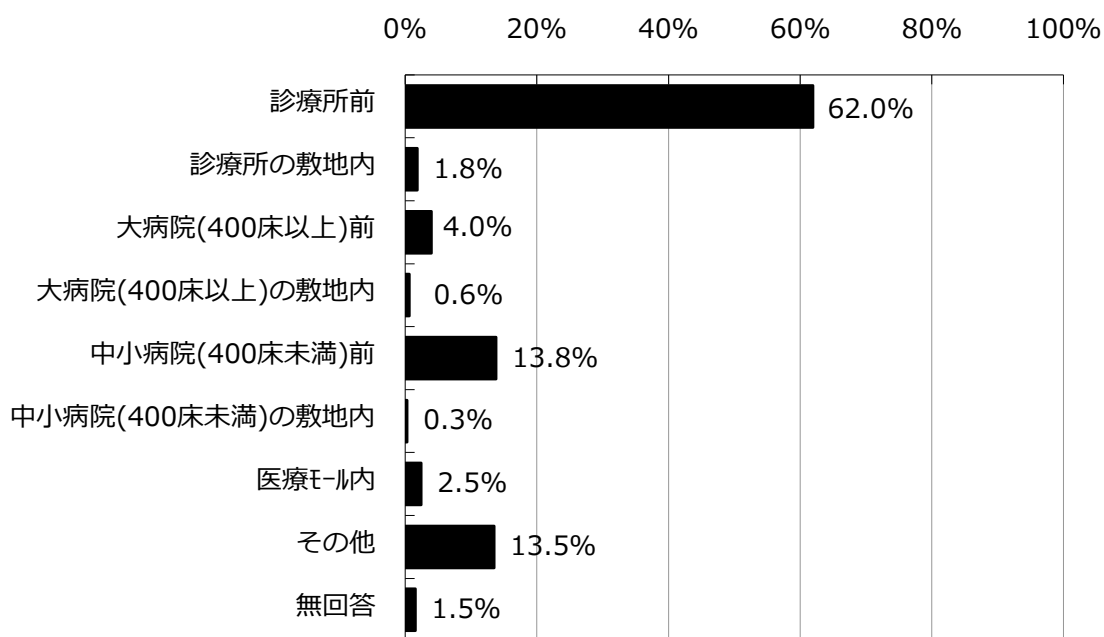
⑤店舗形態

図表 199 店舗形態【保険薬局】



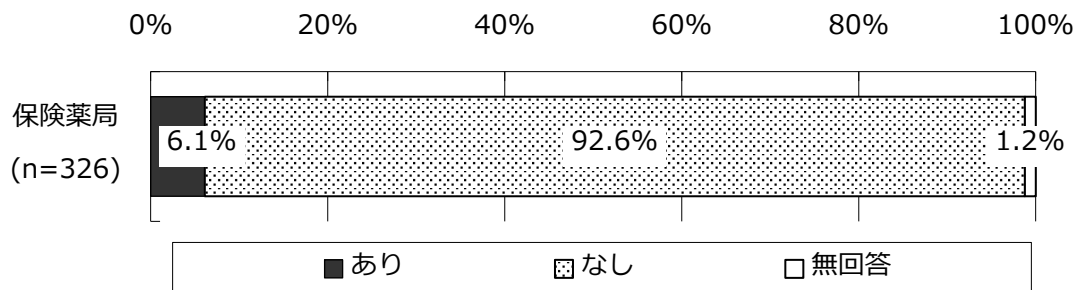
⑥医療機関との立地関係

図表 200 医療機関との立地関係（単数回答、n=326）【保険薬局】



⑦サポート薬局の届出の有無

図表 201 サポート薬局の届出の有無【保険薬局】



⑧1 か月間処方箋受付回数

図表 202 1 か月間の処方箋受付回数（令和元年9月、n=319）【保険薬局】

(単位：回)

平均値	標準偏差	中央値
1,194.0	823.1	1,039.0

(注) 同一法人等による薬局店舗数について記入のあった313施設を集計対象とした。

⑨売上高に占める保険調剤売上の割合

図表 203 売上高に占める保険調剤売上の割合（n=308）【保険薬局】

(単位：%)

平均値	標準偏差	中央値
91.8	20.0	99.0

(注) 売上高に占める保険調剤売上の割合（令和元年10月）について記入のあった308施設を集計対象とした。

⑩調剤用医薬品の備蓄医薬品目数

図表 204 調剤用医薬品の備蓄医薬品目数（n=319）

(単位：品目)

平均値	標準偏差	中央値
1123.5	478.0	1200.0

(注) 調剤用医薬品の備蓄医薬品目数について記入のあった319施設を集計対象とした。

⑪職員数

図表 205 職員数【保険薬局】

(単位：人)

	回答数	平均値	標準偏差	中央値
①薬剤師数（常勤換算）	316	2.69	1.75	2.00
②常勤の薬剤師数（実人数）	325	2.22	1.44	2.00
③非常勤の薬剤師数（実人数）	325	1.82	2.56	1.00
④訪問薬剤管理指導等を行う薬剤師数（実人数）	325	1.20	1.30	1.00
⑤薬剤師のうち介護支援専門員の有資格者数	325	0.13	0.35	0.00
⑥健康サポート薬局に係る研修を修了した薬剤師数	325	0.61	1.01	0.00

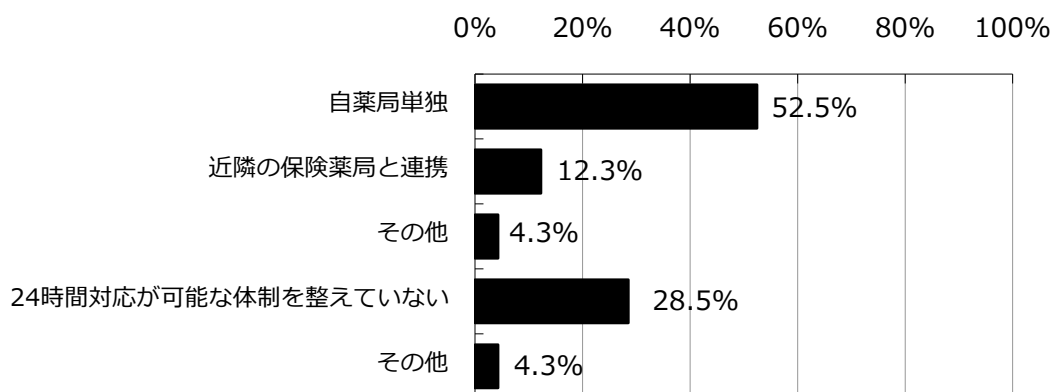
(注) 職員数についてそれぞれ記入のあった施設を集計対象とした。

⑫24 時間対応可能な体制

24 時間対応可能な体制については、「自薬局単独」が 52.5%、「近隣の保険薬局と連携」が 12.3%、「24 時間対応が可能な体制を整えていない」が 28.5%であった。

「近隣の保険薬局と連携」で 24 時間対応が可能な体制を整えている保険薬局に対して、その連携薬局数を尋ねたところ、平均 2.9 薬局（中央値 2.0）であった。

図表 206 24 時間対応可能な体制（単数回答、n=326）【保険薬局】



図表 207 24 時間対応のため連携している薬局数（近隣の保険薬局と連携して 24 時間対応が可能な体制を整えている薬局、n=35）【保険薬局】

(単位：薬局)

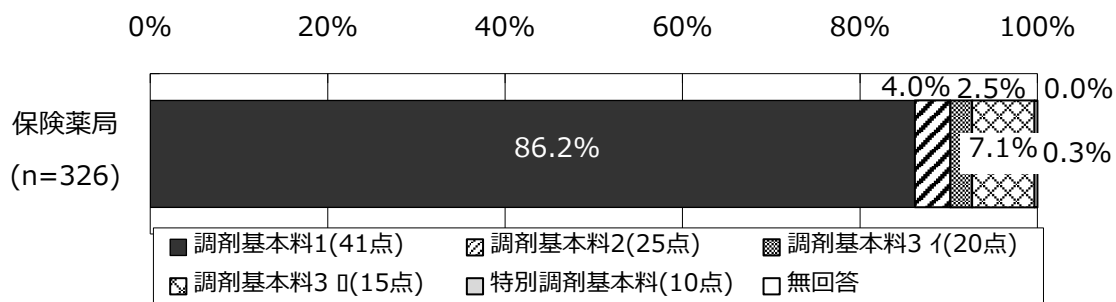
平均値	標準偏差	中央値
2.9	3.2	2.0

(注) 24 時間対応のために近隣の保険薬局と連携して対応していると回答した 40 施設のうち、連携薬局数について記入のあった 35 施設を集計対象とした。

(2) 医療・介護サービスの提供状況

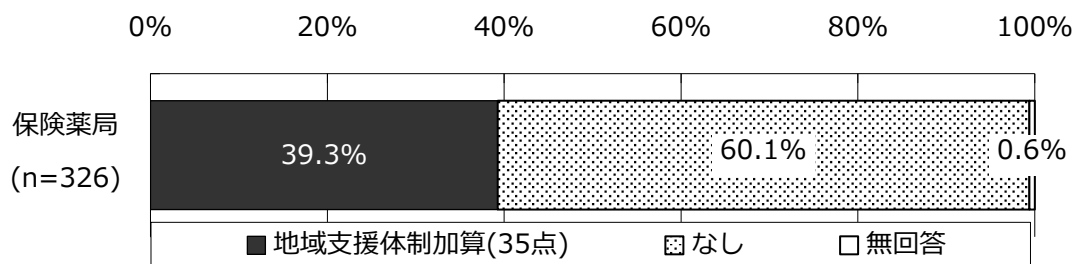
①調剤基本料

図表 208 調剤基本料【保険薬局】



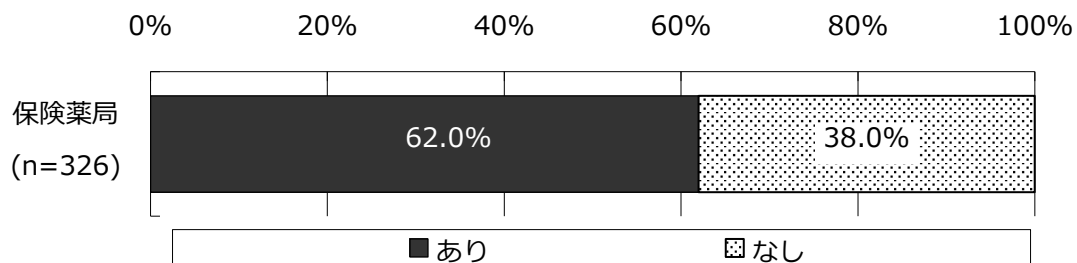
②地域支援体制加算

図表 209 地域支援体制加算【保険薬局】



③かかりつけ薬剤師指導料・かかりつけ薬剤師包括管理料

図表 210 かかりつけ薬剤師指導料・かかりつけ薬剤師包括管理料【保険薬局】



④処方箋の対応状況等

令和元年9月1か月間に受け付けた処方箋は平均 1,106.3 枚（中央値 1,009.0）で、このうち、「保険薬局で残薬を確認した際の対応」欄に記載があった処方箋は平均 152.7 枚（中央値 2.0）であった。このうち、「保険医療機関へ疑義照会した上で調剤」へのチェックが平均 53.1 枚（中央値 0.0）、「保険医療機関への情報提供」へのチェックが平均 63.5 枚（中央値 0.0）であった。「残薬分を差し引いた減数調剤を行った後に、残薬に係る情報提供をすることで差し支えない旨の指示」があった処方箋は平均 4.1 枚（中央値 0.0）であった。

図表 211 処方箋の対応状況等（令和元年9月1か月間）（n=276）【保険薬局】

（単位：枚）

	平均値	標準偏差	中央値
①1 か月間に受け付けた処方箋枚数	1,106.3	789.7	1,009.0
②①のうち、「保険薬局で残薬を確認した際の対応」欄に記載があった処方箋枚数	152.7	404.3	2.0
③②のうち、「保険医療機関へ疑義照会した上で調剤」へのチェック	53.1	210.1	0.0
④②のうち、「保険医療機関への情報提供」へのチェック	63.5	296.3	0.0
⑤「残薬分を差し引いた減数調剤を行った後に、残薬に係る情報提供をすることで差し支えない旨の指示」があった処方箋枚数	4.1	32.9	0.0

（注）すべての処方箋枚数について記入のあった 276 施設を集計対象とした。

⑤報酬項目の算定回数

図表 212 報酬項目の算定回数（令和元年9月1か月分）【保険薬局】

（単位：回）

	回答数	平均値	標準偏差	中央値
時間外加算等及び夜間・休日等加算	313	42.6	83.9	9.0
②麻薬管理指導加算	316	0.8	2.5	0.0
③重複投薬・相互作用等防止加算(1+0)及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料(1+2)	311	7.4	13.4	3.0
④かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料	314	18.5	59.2	0.0
⑤外来服薬支援料	313	0.1	0.5	0.0
⑥服用薬剤調整支援料	313	0.0	0.2	0.0
⑦服薬情報等提供料(1+2)	308	1.4	12.2	0.0

（注）各項目について記入のあった施設をそれぞれ集計対象とした。

図表 213 報酬項目の算定回数（令和元年9月1か月分）（「0」を除く）【保険薬局】

（単位：回）

	回答数	平均値	標準偏差	中央値
時間外加算等及び夜間・休日等加算	211	63.2	95.6	27.0
②麻薬管理指導加算	64	3.8	4.3	2.0
③重複投薬・相互作用等防止加算(1+0)及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料(1+2)	226	10.2	14.8	5.0
④かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料	148	39.2	81.5	8.5
⑤外来服薬支援料	28	1.5	0.9	1.0
⑥服用薬剤調整支援料	4	1.5	0.6	1.5
⑦服薬情報等提供料(1+2)	42	10.5	31.9	3.0

（注）各項目について記入のあった施設のうち、「0」を除いて集計対象とした。

⑥在宅患者訪問薬剤管理指導料または居宅療養管理指導費

図表 214 在宅患者訪問薬剤管理指導料または居宅療養管理指導費の算定人数

（令和元年9月1か月分）【保険薬局】

（単位：人）

	回答数	平均値	標準偏差	中央値
①在宅患者訪問薬剤管理指導料/単一建物居住者1人	323	0.3	1.0	0.0
②在宅患者訪問薬剤管理指導料/単一建物居住者2人以上9人以下	323	0.2	2.3	0.0
③在宅患者訪問薬剤管理指導料/上記以外	323	0.4	3.6	0.0
④居宅療養管理指導費/単一建物居住者1人	321	1.5	4.1	0.0
⑤居宅療養管理指導費/単一建物居住者2人以上9人以下	318	1.5	6.1	0.0
⑥居宅療養管理指導費/上記以外	317	2.8	12.2	0.0

（注）各項目について記入のあった施設をそれぞれ集計対象とした。

図表 215 在宅患者訪問薬剤管理指導料または居宅療養管理指導費の算定人数

（令和元年9月1か月分）（「0」を除く）【保険薬局】

（単位：人）

	回答数	平均値	標準偏差	中央値
①在宅患者訪問薬剤管理指導料/単一建物居住者1人	56	1.6	1.8	1.0
②在宅患者訪問薬剤管理指導料/単一建物居住者2人以上9人以下	6	9.3	15.3	2.5
③在宅患者訪問薬剤管理指導料/上記以外	7	16.7	19.6	3.0
④居宅療養管理指導費/単一建物居住者1人	125	3.8	5.9	2.0
⑤居宅療養管理指導費/単一建物居住者2人以上9人以下	36	13.4	12.9	9.0
⑥居宅療養管理指導費/上記以外	29	30.8	28.0	24.0

（注）各項目について記入のあった施設のうち、「0」を除いて集計対象とした。

図表 216 在宅患者訪問薬剤管理指導料または居宅療養管理指導費の算定回数
(令和元年9月1か月分)【保険薬局】

(単位：回)

	回答数	平均値	標準偏差	中央値
①在宅患者訪問薬剤管理指導料/単一建物居住者1人	323	0.5	1.9	0.0
②在宅患者訪問薬剤管理指導料/単一建物居住者2人以上9人以下	323	0.5	6.8	0.0
③在宅患者訪問薬剤管理指導料/上記以外	323	0.9	8.9	0.0
④居宅療養管理指導費/単一建物居住者1人	321	2.6	7.0	0.0
⑤居宅療養管理指導費/単一建物居住者2人以上9人以下	318	2.4	9.1	0.0
⑥居宅療養管理指導費/上記以外	317	6.0	25.2	0.0

(注) 各項目について記入のあった施設をそれぞれ集計対象とした。

図表 217 在宅患者訪問薬剤管理指導料または居宅療養管理指導費の算定回数
(令和元年9月1か月分)「0」を除く【保険薬局】

(単位：回)

	回答数	平均値	標準偏差	中央値
①在宅患者訪問薬剤管理指導料/単一建物居住者1人	56	2.7	4.0	2.0
②在宅患者訪問薬剤管理指導料/単一建物居住者2人以上9人以下	6	25.3	46.8	5.5
③在宅患者訪問薬剤管理指導料/上記以外	7	39.6	49.7	6.0
④居宅療養管理指導費/単一建物居住者1人	125	6.8	9.9	3.0
⑤居宅療養管理指導費/単一建物居住者2人以上9人以下	36	21.1	18.5	15.5
⑥居宅療養管理指導費/上記以外	29	65.2	56.5	55.0

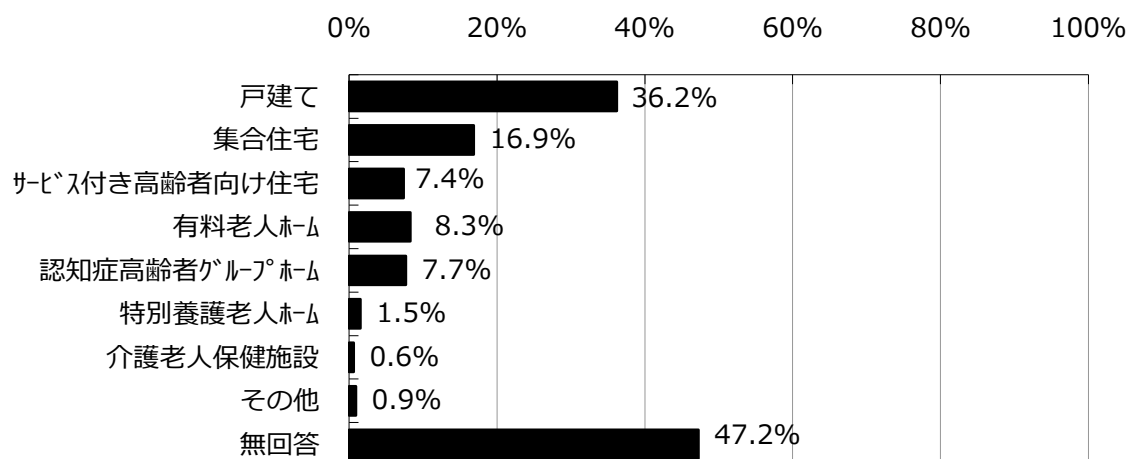
(注) 各項目について記入のあった施設のうち、「0」を除いて集計対象とした。

⑦在宅患者訪問薬剤管理指導料・居宅介護療養指導等で訪問した場所

令和元年9月1か月間に、在宅患者訪問薬剤管理指導料・居宅介護療養指導等で訪問した場所については、「戸建て」が36.2%で最も多く、次いで「集合住宅」(16.9%)、「有料老人ホーム」(8.3%)であった。

訪問した建物数は、「戸建て」が平均2.9軒(中央値1.0)、「集合住宅」が平均2.9軒(中央値2.0)、「有料老人ホーム」が平均1.3施設(中央値1.0)であった。

図表 218 在宅患者訪問薬剤管理指導料・居宅介護療養指導等で訪問した場所
(令和元年9月1か月間、複数回答、n=326)【保険薬局】



図表 219 在宅患者訪問薬剤管理指導料・居宅介護療養指導等で訪問した建物数
(令和元年9月1か月間、訪問実績のあった施設)【保険薬局】

(単位：軒・施設)

	回答数	平均値	標準偏差	中央値
戸建て	116	2.9	3.4	1.0
集合住宅	42	2.9	3.0	2.0
サービス付き高齢者向け住宅	22	1.8	1.5	1.0
有料老人ホーム	26	1.3	0.5	1.0
認知症高齢者グループホーム	24	1.3	0.8	1.0
特別養護老人ホーム	5	1.6	0.5	2.0
介護老人保健施設	2	1.0	0.0	1.0

(注) 訪問実績があり、建物数について記入のあった施設を集計対象とした。

⑧地域ケア会議への参加

平成31年4月～令和元年9月の半年間における、地域ケア会議への参加回数は、平均0.6回（中央値0.0）であった。

図表 220 地域ケア会議への参加（平成31年4月～令和元年9月の半年間）
（n=315）【保険薬局】

（単位：回）

平均値	標準偏差	中央値
0.6	1.2	0.0

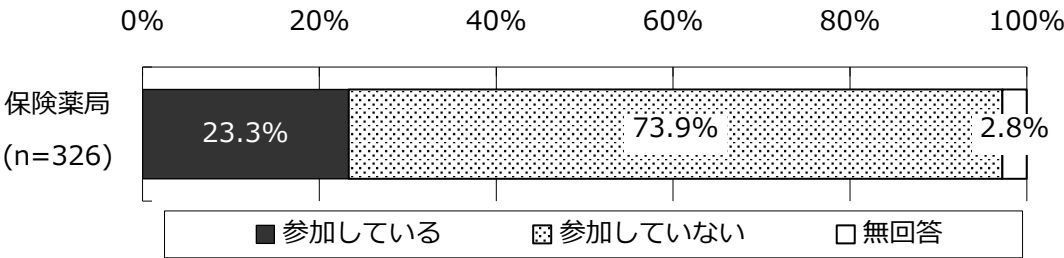
（注）地域ケア会議への参加回数について記入のあった315施設を集計対象とした。

⑨サービス担当者会議へ参加

サービス担当者会議への参加状況については、「参加している」が22.3%、「参加していない」が73.9%であった。

また、参加している施設におけるサービス担当者会議への1か月あたり平均参加回数は、平均0.8回（中央値1.0）であった。

図表 221 サービス担当者会議への参加状況【保険薬局】



図表 222 サービス担当者会議への1か月あたり平均参加回数
（サービス担当者会議へ参加している施設、n=61）【保険薬局】

（単位：回）

平均値	標準偏差	中央値
0.8	0.6	1.0

（注）サービス担当者会議に「参加している」と回答した76施設のうち、1か月あたり平均参加回数について記入のあった61施設を集計対象とした。

(3) 居宅介護支援事業所・介護支援専門員との連携状況等

①連携している居宅介護支援事業所数

連携している居宅介護支援事業所数は、平均 1.6 事業所（中央値 1.0）であった。

図表 223 連携している居宅介護支援事業所数（n=299）【保険薬局】

（単位：事業所）

平均値	標準偏差	中央値
1.6	3.2	1.0

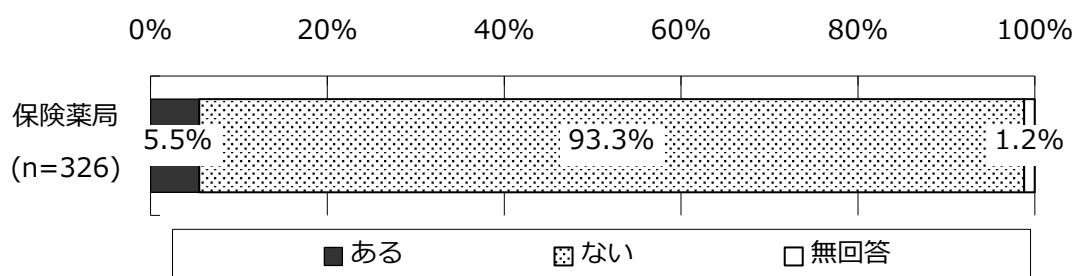
（注）連携している居宅介護支援事業所数について記入のあった 246 施設を集計対象とした。

②同一・隣接敷地内の居宅介護支援事業所

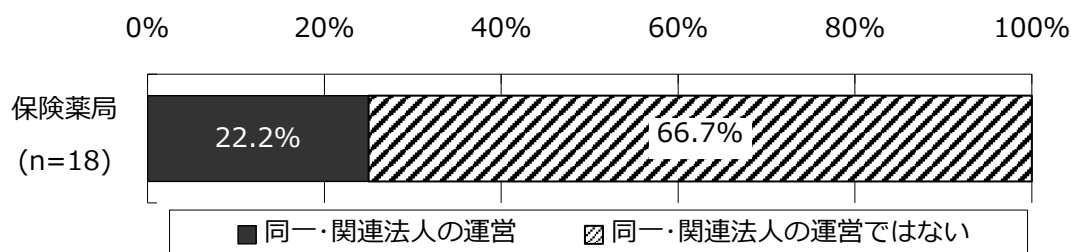
同一・隣接敷地内の居宅介護支援事業所の有無については、「ある」が 5.5%、「ない」が 93.3%であった。

同一・隣接敷地内の居宅介護支援事業所がある場合の運営主体については、「同一・関連法人の運営」が 22.2%であった。

図表 224 同一・隣接敷地内の居宅介護支援事業所の有無【保険薬局】



図表 225 同一・隣接敷地内の居宅介護支援事業所の運営主体（ある場合）【保険薬局】

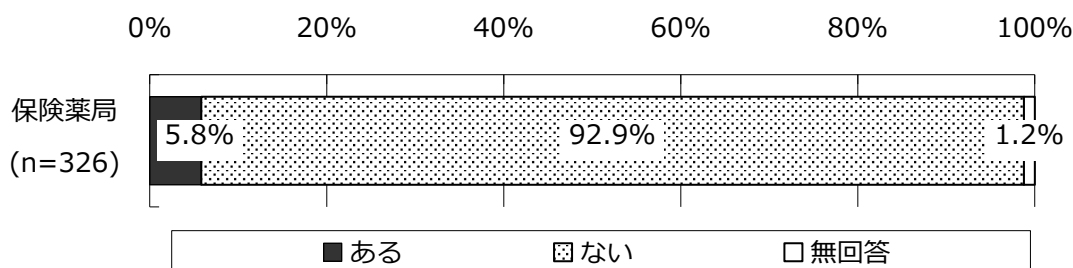


③同一・関連法人による居宅介護支援事業所

同一・関連法人による居宅介護支援事業所の有無については、「ある」が 5.8%、「ない」が 92.9%であった。

同一・関連法人による居宅介護支援事業所がある場合の事業所数は、平均 2.7 事業所（中央値 1.0）であった。

図表 226 同一・関連法人による居宅介護支援事業所の有無【保険薬局】



図表 227 同一・関連法人による居宅介護支援事業所数（ある場合）(n=17)【保険薬局】

(単位：事業所)

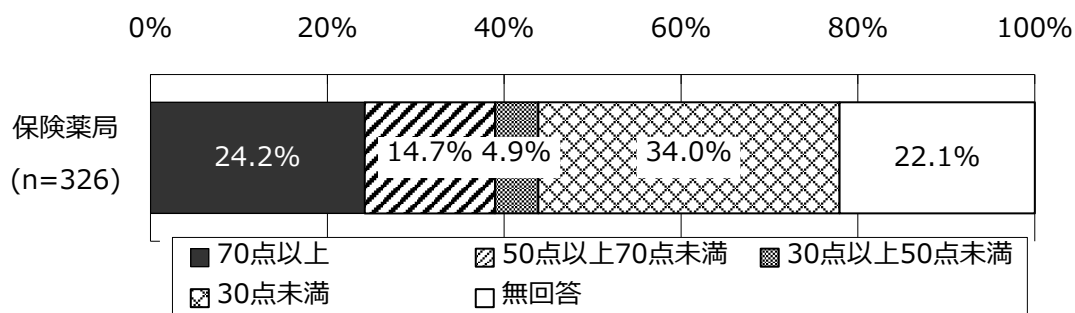
平均値	標準偏差	中央値
2.7	4.4	1.0

(注) 同一・関連法人による居宅介護支援事業所がある 19 施設のうち、同一・関連法人による居宅介護支援事業所数について記入のあった 17 施設を集計対象とした。

④地域の介護支援専門員との連携状況

地域の介護支援専門員との連携状況を自己評価で点数を記入していただいた。この結果、70 点以上が 24.2%、50 点以上 70 点未満が 14.7%、30 点以上 50 点未満が 4.9%、30 点未満が 34.0%であった。

図表 228 地域の介護支援専門員との連携状況【保険薬局】



図表 229 地域の介護支援専門員との連携についての自己評価の理由（自由記述式）

【保険薬局】

○70 点以上

- ・ 9 割のケアマネジャーとは実際にお会いし、会議などで頻繁に顔を合わせている。情報交換している。
- ・ ケアマネジャーが薬の管理状況、カレンダーの有無などの服用状況にある程度理解してくれていたため問題解決をスピーディーに行えた。
- ・ コンプライアンスの問題で度々相談を受け解決している。
- ・ 何かあったらすぐに連絡できる体制ができている。
- ・ 回診に同行しているため、ケアマネジャー、看護師、医師、患者本人、介護スタッフと話し合いを毎回している。
- ・ 患者の入退院の情報、担当者会議等の設定をしていただき情報交換ができた。
- ・ 交互に連携・連絡もとれており、不定期でもサービス担当者会議にも出席参加している。／等

○50 点以上 70 点未満

- ・ TEL や FAX によるやりとりのみのため。
- ・ お互いにどこまで任せられるのか手探りの面がある。
- ・ ケアマネジャーからの細かい情報はいただいているが、薬局に対し期待することがあまりないように受けとれ、どこまで何をしてよいか迷っている。
- ・ いろいろ相談したいことはあるが、時間がなくゆっくり話せない。サービス担当者会議に出ていない。
- ・ 他科の受診状況と受診のコーディネートをしてもらいたかった。
- ・ 保険情報が充分手に入らない。入院になったといった情報が入ってくるのがかなり遅い時がある。／等

○30 点以上 50 点未満

- ・ 情報共有が十分ではないと感じるため。
- ・ 特定の患者以外連携していないので。
- ・ ほとんど連携できていないため。
- ・ 必要最低限の連絡しかできていなかった。
- ・ 定期的な報告書のやりとりができていないため。
- ・ 施設の患者を対応しているが、その他にケア会議等には参加していない。／等

○30 点未満

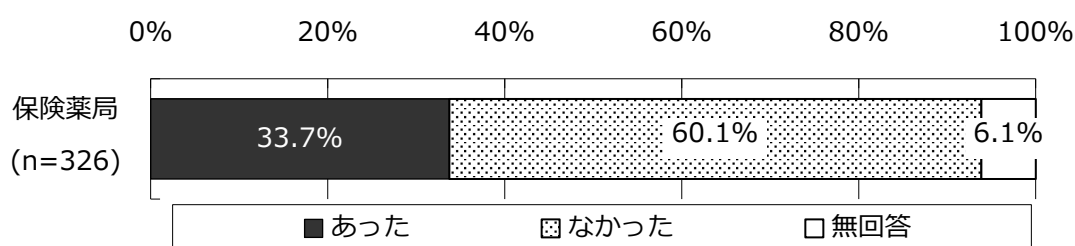
- ・ 在宅業務を実施していない。
- ・ 連携をしていない。
- ・ 一人薬剤師のため外出できない。
- ・ 看護師と連携がほとんどのため。
- ・ 在宅業務を実施していないため。／等

⑤介護支援専門員からの服薬管理・服薬状況に関する情報提供の状況

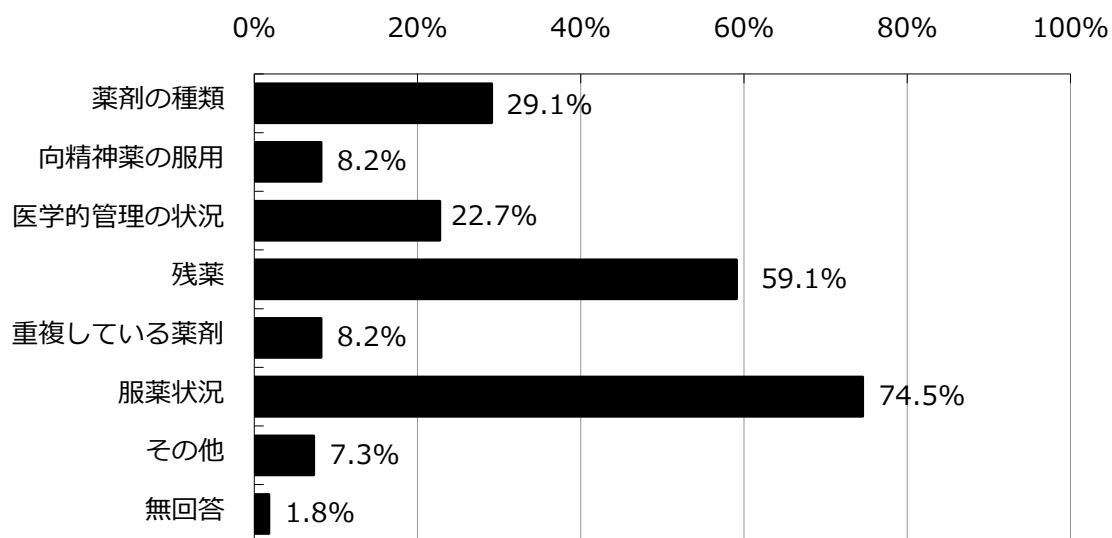
平成31年4月～令和元年9月の半年間に、利用者の服薬管理・服薬状況について介護支援専門員からの情報提供の有無を尋ねたところ、「あった」が33.7%、「なかった」が60.1%であった。

介護支援専門員から提供された服薬管理・服薬状況に関する情報としては、「服薬状況」が74.5%で最も多く、次いで「残薬」(59.1%)、「薬剤の種類」(29.1%)、「医学的管理の状況」(22.7%)であった。

図表 230 介護支援専門員からの服薬管理・服薬状況に関する情報提供の有無
(平成31年4月～令和元年9月の半年間)【保険薬局】



図表 231 介護支援専門員から提供された服薬管理・服薬状況に関する情報
(提供が「あった」と回答した施設、複数回答、n=110)【保険薬局】



また、この半年間における介護支援専門員からの服薬管理・服薬状況に関する情報提供があった利用者数は平均 4.2 人（中央値 2.0）であった。

図表 232 介護支援専門員からの服薬管理・服薬状況に関する情報提供があった利用者数（6 か月間）（提供が「あった」と回答した施設、n=106）【保険薬局】

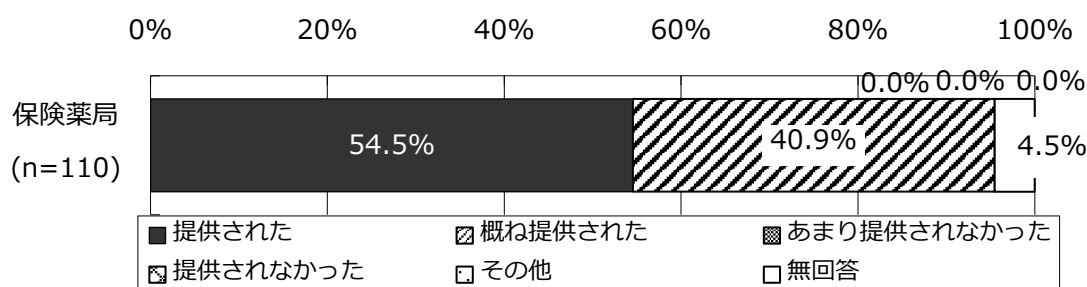
（単位：人）

平均値	標準偏差	中央値
4.2	8.0	2.0

（注）介護支援専門員から服薬管理・服薬状況に関する情報提供があった 110 施設のうち、服薬管理・服薬状況に関する情報の提供があった利用者数について記入のあった 106 施設を集計対象とした。

介護支援専門員から服薬管理・服薬状況に関する情報提供があったと回答した施設を対象に、服薬管理・服薬状況に関する必要な情報の提供状況を尋ねたところ、「提供された」が 54.5%、「概ね提供された」が 40.9%、「あまり提供されなかった」「提供されなかった」はなかった。

図表 233 服薬管理・服薬状況に関する必要な情報の提供状況（提供が「あった」と回答した施設）【保険薬局】



介護支援専門員から提供されなかったが提供してほしい服薬管理・服薬状況に関する情報について自由記述式で記載していただいた。以下はその内容である。

図表 234 介護支援専門員から提供されなかったが提供してほしい服薬管理・服薬状況に関する情報（自由記述式）【保険薬局】

- ・ 薬の管理状況、受診状況。
- ・ いつから服用が開始となったのか提供してほしい。
- ・ 服用中の一般医薬品、サプリメント、健康食品などの情報。
- ・ 味の好み・基礎疾患・残薬など。
- ・ どのように自宅で管理されているかの状況についての情報。
- ・ ケアプランの変更（薬には関係なくても、デイサービス→老健に行ったなど）、あとから知ることが多い。

- ・ いつからできてなかったのか。
- ・ 退院時に薬を薬局まで届けてもらったが、退院後の患者の状態、入院前と変わった点がないかどうか、情報を教えてもらいたい。
- ・ 血液検査の結果。
- ・ 亡くなった時や事務所が変わり急に処方箋が来なくなり状況がわからず、こちらから電話することがあった。
- ・ 独居の場合、認知の進行が認められれば、キーマンとなる息子・娘への連絡先を、医師と同様に薬局にも知らせてもらいたい。

⑥介護支援専門員からの服薬管理・服薬状況に関する情報提供があり、薬剤師が介入した利用者数

平成31年4月～令和元年9月の半年間に、介護支援専門員から服薬管理・服薬状況に関する情報提供があった利用者数は平均4.4人で、このうち薬剤師による介入が行われた利用者数が平均3.1人であった。また、これにより、服薬管理・服薬状況の問題が解決した利用者数は平均2.8人であった。

図表 235 介護支援専門員からの服薬管理・服薬状況に関する情報提供があり、薬剤師が介入した利用者数（平成31年4月～令和元年9月の半年間）（n=90）【保険薬局】

（単位：人）

	平均値	標準偏差	中央値
①介護支援専門員から服薬管理・服薬状況に関する情報提供があった利用者数	4.4	8.6	2.0
②何らかの介入を行った利用者数	3.1	7.7	1.0
③（うち）居宅療養管理指導を行った利用者数	2.5	7.7	1.0
④服薬管理・服薬指導の問題が解決した利用者数	2.8	7.7	1.0

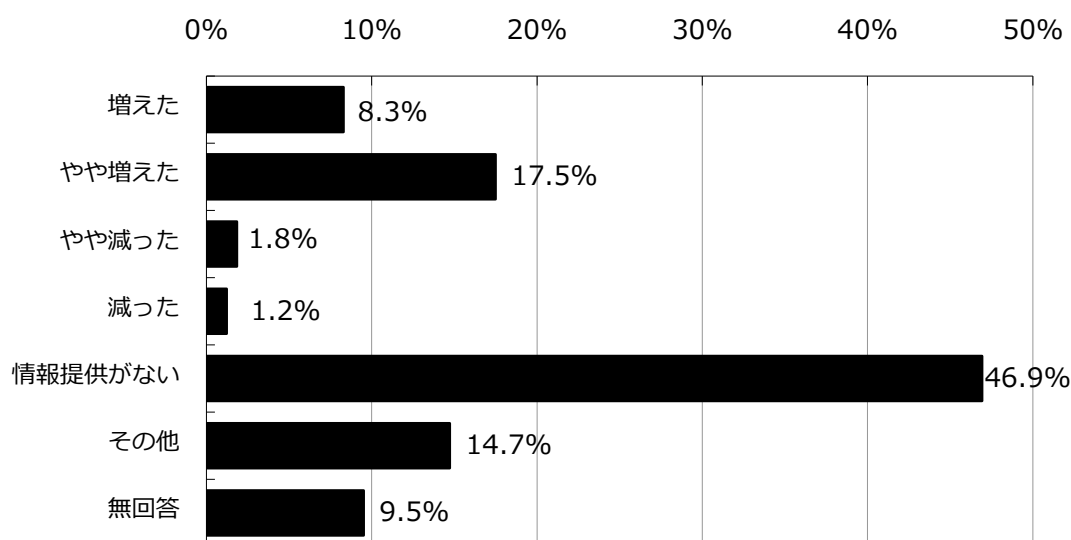
（注）すべての利用者数について記入のあった90施設を集計対象とした。

⑦介護支援専門員からの担当利用者に関する情報提供量の1年前との変化

介護支援専門員からの担当利用者の服薬管理・服薬状況に関する情報提供について、1年前と比較してどのようなになったかを尋ねたところ、「増えた」が8.3%、「やや増えた」が17.5%で両者を合わせると25.8%であった。「減った」が1.2%、「やや減った」が1.8%で両者を合わせると3.0%であった。

一方、「情報提供がない」が46.9%であった。

図表 236 介護支援専門員からの担当利用者の服薬管理・服薬状況に関する
情報提供量の1年前との変化（単数回答、n=326）【保険薬局】



⑧介護支援専門員との円滑な連携により、利用者の服薬管理・服薬状況の問題に効果的に対応できた事例

介護支援専門員との円滑な連携により、利用者の服薬管理・服薬状況の問題に効果的に対応できた事例について自由記述式で記載していただいた。以下はその内容である。

図表 237 介護支援専門員との円滑な連携により、利用者の服薬管理・服薬状況の問題に効果的に対応できた事例（自由記述式）【保険薬局】

- ・ 訪問薬剤管理へ移行するにあたり、ケアマネジャーからの処方医へのアプローチは非常に助かる。
- ・ 利用者の服薬管理が難しくなった時、訪問看護の看護師と病院のドクターに連絡をとってくれた。
- ・ 残薬の報告。生活に密接した状況確認（服用時点など）。
- ・ 薬の管理ができていない患者の情報提供あり。医師にも報告して居宅療養管理指導となる訪問をしたところ、残薬が多数あり管理が全くできていなかった。ヘルパー、デ

- イサービスを利用し、薬の服薬状況が改善し体調も良くなった。
- ・ 認知症は軽度で自力で病院まで来ている患者。家での薬の管理はケアマネジャーに手伝っていただいている様子。しかし、薬が袋ごとなくなることがあり、探すのが大変だったとのこと。この患者の来局時にはケアマネジャーに連絡を入れ、帰宅はケアマネジャーと共に帰り、そのまま薬の確認を家でも行ってもらっている。また、残薬などは状況を連絡いただき、残薬の調整を行っている。
 - ・ 残薬調整。
 - ・ 家族が薬をとりにくるため薬局は患者宅に訪問していない患者、家族が同居していなく服薬状況も患者本人に任せなため、薬局としても状況を把握しきれていなかったが、ケアマネジャーが自宅訪問した際、残薬を確認、薬局に連絡をくれた。薬局が病院と連絡とり残薬調整。
 - ・ 過去に残薬を隠し持っている方がいたので整理するのに役立った。薬を飲めていないのを隠す方がたまにいたので。
 - ・ ケアマネジャーから薬が飲めておらず、残薬がたくさんあるのでみてほしいと相談あり。薬剤師が居宅療養管理指導で入ったが、薬の管理は自分でしたいらしく、意識が変わり以前よりコンプライアンスがよかった。薬剤師の介入も終了になった。
 - ・ お互いが患者の残薬等確認し合うことやケアマネジャーの方以外にも施設のスタッフの方からの情報も収集して管理・状況確認できた。
 - ・ 認知症の独居の方の服薬状況を情報交換により何とか服薬・通院にこぎつけている。
 - ・ 服薬状況の把握。本人は飲み忘れないと言っていたが実は山ほど出てきた。
 - ・ 薬が足りないと介護支援専門員から連絡があり本人に確認すると症状があるため1日3回のところ4回で服用していたことが判明。次回まで薬が不足し、症状の悪化もみられたため受診勧告。介護タクシー等の手配がスムーズに行えた。
 - ・ ケアマネジャーと相談してヘルパーの方にも患者（利用者）の服薬状況をチェックしてもらっている。
 - ・ 連絡ノートが作成されており、服薬状況・余薬等についてよくわかるようになっていた。
 - ・ 介護支援専門員の介入によりヘルパーとの連携が円滑になり、内服だけでなく外用薬の使用状況も改善された。
 - ・ 今までPTPで調剤していたが、服用できておらず残薬もどっさりあったが介護支援専門員の方の連絡で日付印字し分包すると飲み忘れが減り、コンプライアンスの向上につながった。
 - ・ 基本、カレンダー管理しているので施設利用で服薬状況は改善する。
 - ・ 在宅の患者に服薬したか聞くと「飲んだ」と言っていたが、薬を飲んでいなかった。ケアマネジャーの報告で飲み残しがわかり、すぐ訪問。さらに服薬しやすいようにした。目が悪かったのと服薬しようという気持ちがなかったことが原因だったので、わかりやすく日にちではなく曜日でわかるようにし、お薬カレンダーと一緒に見て取ることを教えて、服薬がうまくいくようになった。

- ・ 分包して日付と用法を印字。
- ・ 服薬カレンダーでコンプライアンス改善を図ったが、どうしてもコンプライアンス不良継続、毎日訪問も難しかったが、ケアマネジャー、デイサービス職員、訪問看護師のお蔭で大分改善できた。
- ・ 患者・患者家族からケアマネジャーの名前を覚えてもらえた時には、一包化に印字する内容等、スムーズに改善することができた。
- ・ ケアマネジャーからの紹介により居宅療養管理指導を行った。お薬カレンダー等の活用で服薬コンプライアンスを向上することができた。
- ・ 何年も足のむくみが改善されなかったのに、薬を整理してわかりやすくセットして服用管理したら、足がすっかりきれいになった。
- ・ 患者が薬を飲んだかどうかを忘れてしまうと相談があり、日付を入れることにより改善した。
- ・ 訪問看護を受けている方で、神経内科と内科にかかっており受診日が違うため投与日数の違う2つの科のお薬を一緒に分包して、決まった時刻に服用の錠剤を貼りつけ粉薬・貼付剤も貼りつけカレンダーにしている。患者が煩雑にならないよう、薬を管理することでコンプライアンスが保たれるようになった。
- ・ 残薬がたくさんあり整理した。一包化により服用しやすくし、ヘルパーと連絡を取り服用確認をしている。
- ・ 軽度認知症で生活は1人でこなせる方。ケアマネジャーは1～2週間に1回の訪問で残薬がないことなど報告いただいている（たまに残薬持参するが）。しかし、多科受診の一包化のための受診をいついつまでにという情報は、患者を通じてではうまくいかないので、当薬局からいつまでにどの科を受診してほしいと連絡しスムーズに多科をまとめた一包化ができています。また、一包化の日数のズレより残った薬の数も当薬局より報告している。
- ・ 患者が隠していた残薬や勝手に置場を変えたせいで把握できなかった残薬についての情報を教えて頂けた。粉碎が必要そうな患者であると相談を頂き、医師へ連絡して次回より粉碎となった。
- ・ 医師と相談して分2を分1にまとめ、アドヒアランスの向上を目指したが、それでも悪いため、ケアマネジャーに連絡をして利用しているヘルパー、デイサービス職員、リハビリ職員などすべての事業所に頼んで毎日の服薬確認をお願いした。
- ・ 毎日の管理が必要な方に小規模多機能での職能につないでもらい、コンプライアンスが向上したこと。
- ・ 外来受診の方で、投薬時に薬の服薬コンプライアンスが悪いことを確認。担当のケアマネに報告し、すぐに在宅訪問が開始でき服薬コンプライアンスを改善できた。
- ・ 認知症がありコンプライアンス不良の患者。居宅療養管理指導に入りたかったが、本人がしぶっていた。介護支援専門員から本人へのあと押しがあり、薬局が在宅介入することができた。→その後コンプライアンスが改善した。
- ・ 服薬支援ロボットの導入によって服薬コンプライアンスが向上したとともに、起床時

- 間が毎日一定の時間になったことによる生活リズム改善効果があった事例。
- ・ 介護支援専門員より服薬管理・服薬状況が不良の患者について薬局介入の依頼あり。訪問と服薬指導、一包化の提案によりコンプライアンスを改善している。義務ではないが、継続的に訪問の報告書を介護支援専門員に送っている。
 - ・ MCS というアプリを使い、リアルタイムで関係者と連絡を取れている。
 - ・ ICT (Medical Care Station) 利用によりタイムリーにつながり必要な薬剤の提案ができた。患者宅で情報共有できたことがよかった。
 - ・ 患者個人での薬の管理に問題があり、こちらでも悩んでいた時に担当ケアマネジャーが薬局まで来局し、管理状況等を情報提供していただいた。客観的な情報を頂けたことや、薬の情報を本人に伝えて頂けたことは良かった。
 - ・ 服用できない時間がある方に対し、ケアマネジャーから生活状況を聞き取り、服用時点の提案をし、服薬状況が改善した。
 - ・ 情報提供により服用状況や服用アドヒアランスを考慮した工夫ができた。
 - ・ 患者の状態について逐一報告してくれる。
 - ・ 薬剤師は患者の自宅での生活を知らないケースが多いが介護支援専門員はよく理解しているので患者の実態を詳しく聞くことができる。
 - ・ 在宅患者のケアマネジャーと往診時の情報を共有している。
 - ・ 訪問指導の際にケアマネジャーと一緒に訪問するようにしている。問題点について共有、すぐに対策を立てられる。ケアマネジャーとの意思疎通・連絡もしやすい。
 - ・ 三者ミーティングに参加することにより、利用者の問題点がよりピンポイントで見えてくるので、結果としてきめ細やかな対応ができた（毎週訪問する等）。
 - ・ 残薬が半年分くらいある認知症の患者。介護支援専門員から相談があり、服用回数を1日1回となるよう薬剤師から主治医へ処方提案。介護サービス利用時に服薬支援できる体制を整えた。きちんと服用できるようになった。
 - ・ 介護支援専門員より、1日1回しか補助ができない患者のために、処方内容を検討してもらい、1日1回投薬になり症状が安定した。
 - ・ 2か所の医療機関より処方があり患者の自己判断で服薬中断や飲み忘れが起きていた方だが、薬剤師が訪問したことで処方内容を変更調剤したことでコンプライアンスが改善。
 - ・ 寝る前の飲み忘れが多かったので、夕に一緒に分包して服用状況の改善を図った。
 - ・ 錠剤が飲みにくいとのことで、粉碎や粉薬、水剤の剤型変更の提案により服薬状況が改善した。
 - ・ 処方された薬を全部お届けしてお薬カレンダーに入る分だけセットして残りを置いてきていたが、管理が難しいとのこと。カレンダーに入る分のみお薬を持って行って2週間ごとにセットし、問題なく服用できるようになった。
 - ・ 拒薬の患者にどのように服薬させるべきか相談があり、粉碎などの方法を伝え医師と連携し散薬への処方変更をすることで状況が改善した。
 - ・ 一包化することにより服薬状況（コンプライアンスの向上）につながった。

- ・ 本人がどうしても薬を飲まないがドクターは飲まないといけないと指示。どうしても飲めず介護職の方と協力してドクターと説得した。
- ・ 古河モデルを参考にしてください。
- ・ 疥癬の治療における連携。
- ・ サービス（ヘルパーなど）がある日は、服薬補助をお願いする。緊急の場合は、薬剤師が直接伺って服薬補助をする。
- ・ 服用コンプライアンスが良くない利用者の現状を教えていただいた後、認知症の本人に代わって家族の相談にのることで薬を減量でき体調が良くなった。
- ・ 利用者が次回病院受診日がわからなくなることが多くなり、予定とは異なる日に受診するようになったので、ヘルパーと薬剤師の見守りと服薬カレンダー内に次回診察日を記載したメモを入れることで改善。
- ・ 入退院の際、残業や重複の対応がスムーズにできた。
- ・ ケアマネを通じて、薬の配薬を検討した。
- ・ 本人の食の好みにあった栄養剤に変更したところ、食欲改善がみられた。施設にて薬の誤薬・紛失が相次いだため、施設内での薬の管理の仕方を聞き取りし、配薬方法等のアドバイス。また薬局での手間を増やしたところ改善した。
- ・ 2科から、認知の周辺症状に関する薬が重複して出ていることを、ケアマネジャーより連絡があり、処方済であったが薬局より電話を入れ、医師に指示を仰いだ。一包化を回収して作り直し、重複分を削除、次の診察時にケアマネジャーに同伴いただいた。
- ・ 体重の変動に合わせて調整する薬剤についてお互い連携がとれた。
- ・ 飲み忘れで家族の精一杯の努力もむなしく多くの飲み残しの事例。介護支援専門員が中心となり多職種で話し合いの時間を設け、それぞれの部署が力を貸して動いてくれ、薬剤師の意見も医師が受け入れてくれた。
- ・ ケアマネジャーに間に入っていただき、訪問看護師やヘルパー、別居の家族など多方面の方々に協力いただける体制が取れた事例は効果的に感じた。入院や退院で処方医・処方内容が変わった際にも大きなトラブルが起らなかったのは多くの人の連携の成果だと思う。
- ・ 古河市では多職種連携を進めているので定期的に勉強会を行っており顔の見える関係が築けていると思う。ディスカッション、問題の洗い出しにグループ討議を行っている。良い事例も古河モデルで発表されている。
- ・ 認知症と精神疾患を併発した利用者の介護をしている夫が、処方箋をなくしてしまうことが多く、服薬ができない事例があり、ケアマネジャーからの提案で薬剤師の訪問指導が始まり、ヘルパーや訪看との連携も加わり、飲み忘れや飲み間違いもほぼなくなった。
- ・ 薬剤師会と連携して、包括と薬局をつなぐ研修会を持ち、お互いの職能を認識した。
- ・ 抗凝固剤服用中の患者が、肛門からの出血で肛門・大腸科を受診したことを報告いただき、消化管出血のリスクも考慮に取り入れ、医師への報告ができた。認知症患者にて、本人からの情報収集が難しいため大変助かった。

- ・ 入院前から長期で服用している向精神薬で加齢に伴う D2 受容体遮断作用が増大しパーキンソン様症状が出現していた。患者本人を確認し副作用もあることから医師と相談し減薬→休止にいった。

／等

⑨地域の介護支援専門員からの利用者に関する情報が適切に提供されるための工夫

地域の介護支援専門員からの利用者に関する情報が適切に提供されるための工夫について自由記述式で記載していただいた。以下はその内容である。

図表 238 地域の介護支援専門員からの利用者に関する情報が適切に提供されるための工夫（自由記述式）【保険薬局】

- ・ 担当者会議に出席することにより話が通りやすくする。
- ・ できるだけ地域の集まりに参加して、顔の見える関係を築くよう努めている。
- ・ 残薬調整など在宅業務を行っている旨のポスター提示。ケア会議等の出席。
- ・ 圏域内 21 薬局（全薬局）で組織する雲南薬剤師会保険薬局部会が主催（後援保健所（予定））で研修会（薬剤師↔ケアマネ情報交換・質問等）予定。
- ・ 今後の連携を深めるために地域包括ケア会議に参加中。
- ・ ケアマネジャーとの学習会で薬剤師が入ることによってどのようなことができるかを知ってもらった。その際、服薬に関わる問題を出してもらい薬剤師が解決策を伝えた。
- ・ 気軽に相談してもらえるように日頃からの関係づくり。ケアマネジャーからの相談、協力依頼には必ず応える。
- ・ とにかく仲良くなる。
- ・ 顔の見える関係づくり
- ・ 利用者宅などでできるだけ接点を持つようにしている。
- ・ 訪問した時以外にも事前に電話や FAX 等を利用して状況確認している。
- ・ 何かあれば、すぐ FAX によりメモぐらいで報告している。まとめたものは報告書として月 1 回出すが、困ったり心配なことはすぐ共有するようにしている。
- ・ 密に連携をとり、気軽に話せる関係性の構築を心がけている。紙面での情報提供にとらわれず TEL や面会の際に口頭でも伺うようにしている。紙媒体を用いる際にはいくつかテンプレートを用意し、使いやすいものをさらに改良するなど工夫している。
- ・ 緊急性がある時は電話、その他は定期の情報提供書にて報告している。居宅で会う方（家族やヘルパーなどの多職種）に話しかけて本人の変化がないか確認している。
- ・ よく電話や来局により情報提供がある。
- ・ 電話だけの関係ではなく、直接顔を合わせ情報提供いただくこともある。
- ・ 患者より担当ケアマネジャーの名刺をコピーさせていただき電話連絡している。
- ・ 電話連絡と FAX で情報交換を行っている。
- ・ 気になることがあればこちらから電話で確認している。報告書に記入してもなかなか返答はない。

- ・ 連絡先（ケイタイ）の確保。
- ・ 投薬時に気になった高齢者の方に対して担当地区の地域包括支援センターに電話して、情報交換している。
- ・ まめに連絡をとる。ケアマネジャーがいる時にあえて訪問する。
- ・ 定期的なコンタクト。
- ・ 施設とは常に連絡をとるようにしている。
- ・ こちらからもまめに連絡を入れるようにしている。
- ・ 気づいたことは、お伝えしている。
- ・ 疑問があれば、その都度連絡を取って確認している。
- ・ 小さな疑問でもすぐに聞いてもらうようにしている。
- ・ 定期的に状況確認している。
- ・ 薬剤師訪問時に服薬状況に関して問題があった場合は必ず報告書にて連絡している。
- ・ 何かあれば、薬局からもケアマネジャー等に連絡する。
- ・ その都度連絡する。
- ・ お薬手帳に、ケアマネジャーの名刺を挟んでおいてもらい、必要があればこちらから問い合わせ。
- ・ 問題がある場合、地域包括支援センターに連絡して担当ケアマネジャーを教えてください、薬局から連絡をとっている。
- ・ こちらから聞きに行く、もしくは形式文書に書いてもらうようにしている。
- ・ 常に報告書を手渡しするようにして少しでも情報交換の機会を増やすようにしている。
- ・ 顔を合わせる。
- ・ ケアマネジャーが薬局に来局する度に、普段のお困り事がないかをお聞きし、介入しようとしている姿勢を示すこと。
- ・ ケアマネジャーは患者宅訪問後、薬局に立ちより服薬状況を口頭で教えてくれる。
- ・ 書面だけで情報提供するのではなく、なるべく直接会って話をするようにしている。
- ・ 置き手紙 or 連絡ノート。
- ・ お互いに書面に残して利用者の服薬管理、服薬状況を把握する。
- ・ 過去に患者宅に情報共有ノートを備えていたこともあった。
- ・ お薬カレンダーで共有して使用する。患者宅にノートがある。
- ・ 医療保険の訪問なので義務はないが、訪問時の報告書を送る等をして情報交換をしている。
- ・ 服薬状況・体調等詳しく教えてくれる。
- ・ 何か気になることがあれば遠慮なくお話し下さいとお伝えしている。
- ・ 身体状況と家族の確認状況を詳しく聞く。
- ・ ケアマネジャーから薬剤師へと連絡を誰がとるか決めておく。情報提供にはどのように対応したかをフィードバックし情報提供が役に立っていることを実感してもらう。
- ・ 全く情報が入って来なかったため、処方医、患者家族から情報を集めた。工夫ではないが、患者家族から聞くのが一番正確だった。その情報を主治医、ケアマネジャーにこち

らから情報提供していた。

- ・ 職員によって情報提供してくれる度合いに違いがある。提供してくれた場合に対して十分な感謝の意を伝えモチベーションを上げてもらうようにしている。
- ・ 副作用防止など服用上問題となりそうな事柄をポイントで伝える。あまりたくさん伝えることで混乱しないよう絞って。
- ・ 薬歴の充実、スタッフ間の連絡徹底。
- ・ 薬局にフィードバックをお願いしている。
- ・ 通常業務の動線を効率化し、居宅活動時に職員と話せる時間と心的余裕を持ち臨んでいる。
- ・ 具体的に残薬数などの日数や次回診察日などの日程を伝えるようにしている。
- ・ 薬情や処方変更点の一覧を作成し、注意すべき点（副作用）を説明することで、情報提供してもらいやすいようにしている。
- ・ お薬手帳に必要事項を記入し、入れておく棚を決めている。
- ・ お薬の管理場所を考えたりヘルパーと連携として管理工夫して頂いた。
- ・ 飲み忘れた日は服薬カレンダーにそのまま入っており、一包化に日付を入れているのでいつ飲み忘れが多いかチェックできる。デイケアのない日に飲み忘れが多い。
- ・ 薬袋・薬情・お薬手帳に薬局の連絡先を記載しているが、今後の検討課題のひとつとして考えている。
- ・ ケアマネジャーと相談してヘルパーの方にも患者（利用者）の服薬状況をチェックしてもらっている。
- ・ 毎週薬をセットに行っているのでコンプライアンスは確認できている。良好のため困ったことがない。
- ・ 薬局における情報開示。
- ・ 古河市薬剤師会に所属している。古河モデルという連携事業を薬剤師会でやっていて3期目になる。独自のフォームを使ってフィードバック情報のやり取りができるようになっている。
- ・ 残薬は基本的に薬局で管理することにしていて、受診前後は必ず薬局に連絡するようお願いしており、ない場合はこちらから声をかけるようにしている。
- ・ 訪問時、ヘルパー等の申し出通り、ノートに血圧の薬が変更になった旨記入し、血圧の記録をとってもらうようにする。飲み忘れが気になる場合、デイサービス送迎、弁当配達時などに服薬の声かけをお願いするよう要請。

／等

⑩介護支援専門員との連携の観点からのポリファーマシー対策を行う上での課題

介護支援専門員との連携の観点からのポリファーマシー対策を行う上での課題について自由記述式で記載していただいた。以下はその内容である。

図表 239 介護支援専門員との連携の観点からのポリファーマシー対策を行う上での課題
(自由記述式)【保険薬局】

- ・ 患者の背景（全体像）が見えないこと。どういった治療計画を具体的に望んでいるのかわかりにくいこと。
- ・ ヘルパーとケアマネジャー間の見解の違い。
- ・ 連絡をもっと気楽に取り合うようにする。
- ・ 薬局の介入の機会を視野に入れてもらっていない。
- ・ ポリファーマシーを行える状況ではないと考える。
- ・ 生活や残薬の状態の情報。
- ・ 現在、重複した薬効については医師の意識が高く問題はないが、高齢者は買うより医師に処方してもらった方が安いと湿布、保湿剤、消化酵素剤をもらいたがり、その改善は薬剤師として話しても受け入れられない。また眠剤、安定剤の減薬提案はなかなか受け入れられない。
- ・ ケアマネジャーの人と意見交換すらできていない。
- ・ 在宅へ訪問薬剤管理指導を行っている利用者での介護支援専門員との接点が少ない。
- ・ 多科受診で別の薬局で薬が処方された際の薬の情報の共有をしてもらいたい。
- ・ お薬手帳の活用。
- ・ 他の病院・薬局でもらっている薬でお薬手帳に記載ないものがある場合の連絡。
- ・ 患者の状態について医師からの理解が浅いことがある。また、わかりやすく説明してほしい時もある（治療方針等について）。
- ・ 受診状況や服薬状況などの情報を共有する方法がない。
- ・ ポリファーマシーにおいては、患者本人の自覚がない場合や、処方医等への遠慮など声をあげにくいことがよくあると考えており、客観的事実から、例えば重複や残薬、飲み残し等にアプローチすることが重要である。薬局、薬剤師の視点では見えにくいポイントを連携してカバーすることが大切。今はまだ不十分。
- ・ ポリファーマシーを改善するために薬剤師に相談する手段があるということを知ってもらおう。
- ・ 福祉系ケアマネジャーは医療情報を活かしきれていない。自己完結で、地域資源としての医療を利用・活用する視点が未だ十分ではないので、連携に消極的であると思う。
- ・ 副作用報告の医師の理解：症状悪化の境界線。
- ・ 本人が減薬していきたいのかの医師の確認がわかれば知りたい。薬効的に減薬できそうでも本人が精神的に頼っていると減薬は難しい。家族がどういう症状で困っているのかわかりたい。例えば認知症で困っているなら薬の減量に取り組みやすい。

- ・ 1つの病院になかなか統一できない。
- ・ 本人からはなかなか言い出しにくいこともあるかと思うので介護支援専門員の方がもしもそういった相談を受けたら教えてほしい。些細なことでも連絡しあえる関係づくりが大切であり課題であるかと思う。
- ・ ケアマネジャーがどこまで医療と関わるか。
- ・ 知らない間に担当者が変わることがある。
- ・ 経営面的にも難しい点はある。
- ・ 適切な受診管理。
- ・ 薬剤師の在宅介入を促進すること。負担金などがネックとなって介入できないケースがある。
- ・ 薬の重要性や服用方法（なぜ食前でないといけないか等）理解できていない点。
- ・ 処方医の問題。
- ・ 薬剤師の介入の実績を残すため、お金目的と思いついでいる人がおり、薬剤師介入のメリットを知らない場合があること。
- ・ 生活状況等の情報提供をいただく。
- ・ 薬局側から声かけを行うことの敷居の高さ。
- ・ 顔を合わす場をもっと作ってほしいが会合が木曜の昼間で勤務時間中のため参加できない。
- ・ 初回訪問に限らず、介護支援専門員からの残薬報告。他科受診の確認とその処方内容。
- ・ 患者が自分の意思で他院を受診した時に薬局で把握できないことがある。そのような際に薬局に一報いただけると薬の管理や重複などチェック等できるのでできればお願いしたい。本人から連絡してもらえないことが多いため。
- ・ 残薬確認と医師への報告。医師は飲んでいる前提で薬を出す。
- ・ 一包化している薬をしっかりと服用できているか（空シートはあるが、実は捨てている。吐き出している等）など、日常生活で薬剤師・医師に対して話してくれないことの情報共有方法。
- ・ 複数の医療機関を受診していることが多く、手帳も持参してくれないことがあるため、できるだけ1つの薬局にまとめていただき、日常生活の動きを知れば薬の副作用に起因するものか、不必要な薬剤かなどが把握できると思う。
- ・ 残薬がある時は早めに薬剤師にも知らせてほしい。患者が勝手に他の病院や薬局に行ったときも教えて頂きたい。
- ・ ケアマネジャーの都合の良い時だけ薬剤師を利用しその後は薬剤師を介入させない。
- ・ 薬の効果を知らず、数が多くて飲みにくいなどの情報は医師・薬剤師へ伝えると怒られると誤解している方が多い。何でもその都度も困るが、必要な情報の判断とその報告頻度について相互理解が足りない。
- ・ 介護支援員から見た患者が困っていることなど、気がついたことをポリファーマシー対応の中心となる薬剤師に伝えて頂けると進んでいくと思える。
- ・ 併診、併用薬の共有。

- ・ 医師・薬剤師に気をつかっているらしくこちらから話をしないと答えてくれない。いい意味で気をつかわせない関係づくりが必要と思う。
- ・ 他院受診時、情報提供がないこともある。
- ・ 主治医の考え方に左右されると思う。
- ・ 他科受診の情報等があればありがたい。
- ・ 入居前からのポリファーマシーに対して、どこ（いつから）から着手するかを考える際に減薬根拠を伝えるが、前医の検査結果がない場合が決定打にならないため入居前からの情報収集にラグが出る。
- ・ これまでの経緯と処方医の意図、そして本人の状況など多くの情報が必要となるため連携が大切。
- ・ 個人情報をごくまで共有できるか。
- ・ 正確な他科受診情報を得ることができるのは居宅へ入ることが可能なケアマネジャーのみであるから服薬状況報告を薬局へ入れてもらうことでポリファーマシー対応を行うことが初めて可能となる。
- ・ 服薬している患者の状態（胃薬を飲んでいても今は特に異常はない、副作用防止ですずっと服用している）など、薬が追加になった理由など話し合いが行われないケースがあり、薬の整理ができていない（削除できる薬の検討をしていないことがある）。
- ・ 医師が処方された薬の使用により、どのような副作用（症状）が考えられるかを介護者に伝えること。また、介護者からの問題点が薬によるものである場合、それを処方医に伝えて処方変更してもらうことといったやり取りを、円滑にできるようにしたい。そのためには連絡ノートの使用などが必要不可欠だと思う。
- ・ 飲み残したりしている薬剤があれば情報を提供してほしい。
- ・ 介護支援専門員と医師で判断しないとポリファーマシー解決は難しい。
- ・ 介護支援専門員と連携を取っていないためわからない。
- ・ 連携手段が統一できていない。
- ・ 内服している薬剤を詳しく知ってもらう。外用もたくさん余っていることを把握してもらう。
- ・ もっと生活状況の把握が必要になってくると思う。食事、入浴、排泄、睡眠→本人からの聞きとりだけではわからない部分が多い（特に認知症の方）。
- ・ お薬手帳をうまく利用することとヘルパーにも服用できているかを確認、連絡あれば助かる。
- ・ 要支援者の症状・状態（かゆみ・痛みなど）について情報が得られれば、処方薬の必要性について医師に疑義照会しやすい。
- ・ ポリファーマシー対応に関しては、ケアマネジャーとの連携の必要性を感じない。
- ・ 介護支援専門員と医療職が話し合う機会の少なさ。
- ・ 内科やリハビリ、総合病院前以外は連携が難しい。
- ・ 介護支援専門員との関わりがないためわからない。
- ・ お薬手帳さえ活用できていれば十分と考える。

- ・ 薬局側からの提案だけでケアマネジャーからの報告は受けたことがない。
- ・ 医師の協力。
- ・ 患者が通院（服用薬剤など）されている、全ての病院の情報など把握できていないことがある。お薬手帳の利用など薬剤の重複がないようにしたい。
- ・ 患者本人に薬が減ることに抵抗がある時、どのスタッフから言いすぎないように気をつける。
- ・ 薬の知識が乏しい。
- ・ 支援計画にある生活上の目標に影響を与えると予想される「意欲の低下」が多剤併用することによって生じている可能性があるとしたら、「意欲の低下」を重い課題として互いに連絡し合い取り組めるようにする。
- ・ ポリファーマシー対応を薬剤師のみ発信した場合、患者より「服用していないと不安」と言われることがある。「薬剤師さんに1つでも減らせる薬がないか相談してみよう」などと、介護支援専門員等からも声かけをしてほしい。
- ・ 服用錠数が多くて飲むことが大変になっている、症状が治まっているなどの情報提供を頻回に行えるシステムの設計。
- ・ 薬を服用すれば楽になる的な考えで追加を自ら希望される方が多いので、生活改善により回避できる事例も多い。生活状況の共有は重要な課題と思う。
- ・ 患者のご自身の声（日常で）で気になることがあれば、積極的に薬局（病院医師）に連絡をとっていただける体制が必要（ケアマネジャーからの身体の相談を受けることはほとんどないため）。
- ・ 双方向で情報提供がなされるべきでは。薬剤師側で患者本人から得ている情報とケアマネジャーが持っている情報に相違があると連携できない。そもそも、ケアマネジャーがついているのが不明。
- ・ ケアマネジャーより訪看との連携が大事と思う。この間を取り持つような動きがあれば良いと思う。
- ・ ポリファーマシーについては、介護支援専門員との連携の課題ではない。
- ・ 実際服用できているのか、副作用などの情報がもっとほしい。
- ・ ケアマネジャーから担当医への情報提供も必要。
- ・ 多数病院にかかっているもお薬手帳でチェックできている。他の薬局に行くことなく持ってきてくれる。
- ・ 互いにできることを知るための顔の見える関係づくりが今までより多く必要。
- ・ お互いの関係の構築と情報共通ツールの浸透。
- ・ 認知症が入ってきた時等の服薬コンプライアンス改善のための工夫など。
- ・ ポリファーマシーに関しては包括的に医師、看護師、薬剤師などが協力して考えていかなければならないと考える。
- ・ 直接連絡を密に取り合うことがなかなか難しいこと。現状、在宅計画書・在宅報告書のやりとりのみ。それに対してケアマネジャーの返答はあまりなく個々の職業での働きとなることが多い。

- ・ 患者を取り囲むように、皆で協力し、情報を共有するにはどのようにしたらよいか。
- ・ 情報共有をスムーズに行えるように信頼関係を築くことが課題。高齢者の多剤併用は有害事象が増加する可能性があるため、コンプライアンス状況や他科受診の状況など、情報共有ができれば対応がしやすい。
- ・ 体調変化などに伴い新しい医院・クリニックを受診された情報（お薬手帳でわからない場合）。ケアマネジャーより医療の知識に差がありすぎる場合。
- ・ 患者とのコンタクト時間の長いヘルパーを含めた定期的なミーティングにより、服薬状況、SE等の情報が集められる。
- ・ 薬の知識が少ないケアマネジャーには伝わり難い。ケアマネジャーとの連携より医師との相談の方が効果的。
- ・ 他職種との情報の集約・伝達。
- ・ 互いの知識習得
- ・ 介護支援専門員との関わり。
- ・ 介護支援専門員から薬に関して聞かれたこともないので、あまり意識されていない感じが見受けられる。
- ・ 実際の服用状況がわかれば、ポリファーマシーを行う上で有用である。また、服用できていない理由などもわかれば良いと思う。
- ・ 介護支援専門員に薬学的知識がない人が多いので、薬局側が欲しい情報と欲しくない情報を混同してしまい、連携の対応時間に時間を要すること。
- ・ 残薬確認の量が多くて時間がかかるが、ケアマネジャーから持ち込まれたら薬剤師がやらざるを得ない（ことわれない）。かかりつけ薬剤師制度を活用してほしい。
- ・ 患者個人の体調の変化やコンプライアンスやその人の生活リズム等をいかに把握できるかが課題だと思う。
- ・ 薬局で在宅に実際に関わった事例がないため経験が不足している。ポリファーマシー対応を行う上で、お互いの相談窓口が不鮮明。
- ・ 業務時間内でのやり取りは不可能。（実業務を行いながら）担当者会議へ参加できないこともある。
- ・ 介護支援専門員に全ての薬の説明をする時間がないこと。
- ・ ポリファーマシーはケアマネジャーよりも処方医に直接提案した方が早い（経験上）。
- ・ 業務が多忙で、密な連携が取れない。
- ・ 薬剤師の積極的な提案。
- ・ 多科受診の情報、お薬手帳を忘れて記入がないこともある。家に落ちている薬があるなどの管理できていない状況など。
- ・ 複数の医療機関から処方された薬の中から製品名が違っても同じような作用をする薬であっても見落とされてしまうことがあるので連携は重要。
- ・ 医師、薬剤師、介護支援専門員との話し合いが必要。
- ・ 副作用発現に気づけるように身体所見や生理機能（排尿、排便）などの変化などの情報が知りたい。

- ・ 介護支援専門員と直接関わりをもつ機会が少ない。できるだけ地域の集まりに参加して、顔の見える関係を築くよう努めている。

⑪医薬品の適正使用という観点から、介護支援専門員からの提供が望まれる情報

医薬品の適正使用という観点から、介護支援専門員からの提供が望まれる情報について自由記述式で記載していただいた。以下はその内容である。

図表 240 医薬品の適正使用という観点から、介護支援専門員からの提供が望まれる情報
（自由記述式）【保険薬局】

- ・ いつ頃から治療を行っているのか、どういった理由・事情で治療計画を立てたのか。細やかな患者背景等。
- ・ 日ごろの状況。
- ・ 実際に服用するときの様子を報告していただく。
- ・ 訪看、訪介の詳しい情報。その方々との橋渡しをうまくしていただくこと。
- ・ 残薬とその対応。
- ・ 体調や残薬の情報、検査値。
- ・ 服薬状況：血圧（効いているか？）。胸焼けがおさまっているか。
- ・ 家族構成、経済状況、生活環境。
- ・ 体調変化、残薬情報。
- ・ 服薬状況（介入してない方の）。
- ・ 薬に関して困っている点。
- ・ 各患者の健康状態。
- ・ 正しく服用できているか。今の剤型で問題ないか。他の病院・薬局でもらっている薬でお薬手帳に記載ないものがある場合の連絡。
- ・ 変な場所に保管している薬剤があるなど、患者は「大丈夫」と発言はするものの「実際はこういう症状（副作用）があるようです」等を教えてもらえると助かる（薬剤師の訪問時だけでは時間的にも限界があるので）。
- ・ 患者の支援体制、日々の様子。
- ・ 何が服用されていて何が服用できてないか。
- ・ 利用者の体調の変化。残薬数。服薬管理能力。
- ・ 受診状況や服薬状況の情報。
- ・ 患者が適正に使用していない理由の中には、言いたくない理由など患者の性格、背景など様々なものがあると思う。患者も対応する相手によってその対応を変えている可能性もあり、性格、背景などの情報共有が大事だと思う。
- ・ 現在の服薬情報。
- ・ 決められた用法通りが適正使用ではないし、服用遵守が努力目標でもない。服薬行為と体調変化を関連づけて（まとめて）情報提供されるとよいのにと考える。

- ・ 食事、栄養状態、服薬状況、睡眠状態、病状、過去の入院歴、過去の服薬状態。
- ・ 他院にかかり併用薬があるかどうか。今までの疾患等アレルギーもわかると良い。
- ・ 飲み忘れ、まちがい等。原因もわかるとありがたい。認知症、嚥下困難、家族のサポートの有無など。
- ・ 実際に飲まず捨てているような場合。
- ・ 服薬状況、食事の状況、睡眠の状況、排泄の状況。
- ・ 患者と介護支援専門員との会話で気づかれたことを連絡帳に書いておいてほしいとお願いしている。
- ・ お薬手帳に記載のないお薬が使用されている場合。
- ・ 服用状況、他科受診状況。
- ・ 受診情報、併用薬情報など、1 つのかかりつけ薬局で管理できるように利用者にも促してほしい。
- ・ 生活の情報（排便回数や好きな食べ物、生活情報、家庭環境等）。
- ・ 服用状況は嚥下や、本人管理になってしまうタイミング、残薬の状況がわかると助かる。また、本人が薬の必要性を理解しているか等の意識。
- ・ 生活サイクル（食事や睡眠時間等）。
- ・ 残薬、家族の協力状況など。
- ・ 嗜好品などの情報など。
- ・ 現在通院していない、過去の医療機関の残薬が患家の押入れや引き出しなどに多く残されている。患者の認知度が進むと飲んでしまうおそれがあるので、患者の同意を得て患者や家族の信頼を得たタイミングで整理や破棄をしてほしい。
- ・ 服用しにくい剤形や誤嚥をおこしやすいかなど。
- ・ 調剤された薬だけでなく、OTC や健康食品の使用状況なども含めて情報提供していただきたい。また薬によっては服用のタイミング（食直前や食直後、空腹時など）が重要なものもあるので、飲んだ／飲んでいないだけでなく、適切な服用をしているかが確認できると助かる。
- ・ 食事の有無、体温、残薬。
- ・ 訪問時の服薬カレンダーの状況。
- ・ 服薬状況、気になる体調変化。
- ・ 年齢とともに認知機能の衰えは進行するので、認知機能の情報は都度教えて頂きたい。
- ・ 認知症の方々からの本人からの情報では不確かな部分もあるため、家族構成、キーパーソンなど周辺状況も教えてもらい服用できる・できない情報を多くもらいたい。
- ・ 特に眠剤に関しては睡眠時間がとれているのに眠れていないと思っている方が多いため睡眠の質や食事の量、日常の生活の様子等ささいなことでかまわない。
- ・ 介護支援専門員は薬剤の効果や相互作用などがわからないためポリファーマシーの検討には不必要である。コンプライアンスや注射剤、外用薬などの使用状況について何も報告はなく必要性を感じない。
- ・ 体動時のふらつき、日中の入眠状況等。

- ・ 家庭環境や薬の保管状況。例えばヘルパーが昼に行ったら朝の薬や前の日の薬が残っていた時はどのようにするか聞いてほしい。他、貼り薬を何枚も片足に（腰とかでも）貼っているのをみつけたら教えてほしい。
- ・ 服薬状況や残薬がわかると医師への調整依頼もしやすい。
- ・ 複数の医療機関を受診している場合などでは服用中の薬剤全てを情報提供してほしい。服薬状況（嚥下状況等）。
- ・ 服薬の状況と食事を摂らない時にどうしているか、定期で訪問するため残薬情報。
- ・ 薬剤師にも患者の病気の状態と服用状況、使用状況の情報が提供されると良いと思う。
- ・ 残薬を防ぐための情報。
- ・ 何でもいから患者情報をいただきたい。
- ・ 他院受診の情報。デイサービス利用時のバイタルデータの提供もあればよいと思う。
- ・ 訪問服薬指導の依頼がない場合、居宅への訪問を希望しない場合、ケアマネジャーより服薬管理の実施者、及び管理方法を随時、教えていただきたい。
- ・ 残薬や服用中の薬、薬の管理者は誰か等情報があるとありがたい。
- ・ 一言で残薬があるという情報の中にも、本人または家族が意図的に服用していないのか、服用忘れ医薬品がバラバラで服用を間違えているのかなど様々な理由があり、薬剤師としての対応が変わるため、具体的な情報が必要とされる。
- ・ 誰が薬の管理をしているのか、1人暮らしであれば本人がどの程度理解力があるのか、ヘルパーや訪問看護がどのくらいの頻度で入っているのかといった情報があると、薬を適正使用するための計画を立てやすいと思う。
- ・ 残薬等を含めた服薬状況、生活上の問題点、経済的な面も含め1割から2割負担になった場合の受診抑制も考えられる。より安価な処方提案も必要。
- ・ 受診状況、服薬管理状況、服薬管理者、残薬状況、本人のアドヒアランスへの意識レベル。
- ・ 過去からの受診歴がつかめると、他医療機関の処方薬の必要性がつかみやすくなるのではないかと思う。
- ・ 服薬コンプライアンス。副作用、体調変化。
- ・ 服薬状況（錠剤、粉薬、苦手など）、患者の状態（手が不自由など）。家族による医薬品管理の手助けができるのかなど。
- ・ ヘルパー、家族から提供される、利用者の抱える問題点を薬剤師に連絡いただくと、医師・看護師などの医療者に伝えやすい。
- ・ 飲み残したりしている薬剤があれば情報を提供してほしい。
- ・ 服用状況や飲み残し等家庭での実状。
- ・ 「ふらつき」など副作用の兆候と思われることがないか。
- ・ 医薬品の服薬状況について。実際に服用されている状況はどうか（飲みにくそうにしているか、外用薬は使いづらそうにしているかなど）。
- ・ ケアマネジャーが非常に多忙なため、ヘルパーの訪問時のレポートを、ケアマネを介さず（クラウドなどで共有したものを）直接見ることができるとよい。

- ・ ケアマネジャーからみえる医薬品適正使用は、服薬状況になるのかと思うので、その情報をとりあえずもらえるとありがたい。
- ・ 錠剤の飲み込み状況。ヒートから取り出せるか指の状況。
- ・ 生活環境、生活リズム等（起床、食事、就寝時間）。公的サービス利用状況等（デイサービス、ショートステイ利用頻度、訪問介護利用頻度）。
- ・ 残薬などの他に、薬の管理者や家族の情報など、その患者の背景を知りたい。
- ・ 併診されている場合や OTC を飲まれている時があり、その情報。
- ・ 食事量、お通じ（頻度、状態）、バイタルデータ等。特に、生活面に関する情報は助かる。
- ・ 残薬理由など。
- ・ 関わりはないが服薬状況や副作用の有無などの情報があると良い。
- ・ 副作用が疑われる症状。
- ・ 現在使用している薬（外用薬、頓服など）の使用状況。
- ・ 嚥下状態、残薬状況、体調・様子について（病院の先生や薬剤師などに話せなかったことなど）。
- ・ 気づいた事は何でも。
- ・ 初回時には、現病歴、既往歴、薬を服用できる剤形など、2回目以降は薬剤服用状況。
- ・ 実際の薬の服用方法の確認。飲みやすさ、飲みにくさの把握もできればありがたい。
- ・ 医師が処方した医薬品に対して不満がある場合、例えば「欲しい薬を出してくれない」逆に「いらぬ薬が出ている」など、薬剤師にも言えない声が上がっているならば直ぐに連絡してほしい。
- ・ 個人情報の問題もあるが、病院の診断名、カルテの情報をすることで、患者に不安を与えにくい服薬指導がしやすくなると思う。
- ・ すごく残薬があるとか、薬の管理ができていない等の状況に遭遇したら一度相談してくれるといい。
- ・ 日常生活の中での薬の使用状況、処方薬のみでなく OTC も含めて。
- ・ 麻痺の状態、服薬状況。
- ・ 外用薬の使用状況や使い勝手について状況がわかると医師へのフィードバック時に役立つ気がする。
- ・ 残薬状況。
- ・ 食事時間や睡眠時間など、日常生活にまつわること。
- ・ 薬が飲めないからと勝手に粉砕したり、服用時間をずらしたりしていないか。
- ・ その方の生活の仕方や体調に合った処方がされているか生活面での情報提供。
- ・ 利用者訪問などの際に得た情報をなんでも共有できるのが理想。
- ・ 残薬の確認（コンプライアンス状況）。
- ・ 特に病院の主治医の場合、連絡が取りにくいいため情報の提供、服薬状況、残薬の連絡が早くできればいい。
- ・ 残薬といえば内服薬が主だが、意外と外用剤（湿布など）も多い。外用剤の使用状況な

ども情報が欲しい。

- ・ 本人以外が薬を管理している場合の服薬状況、アドヒアランス。
- ・ ADL。
- ・ 服薬状況、残薬、体調や病状（ADL、バイタル）（変化）、臨床検査値など。
- ・ 食事や運動、排泄、睡眠状況や変化などの情報。
- ・ 介護支援専門員から見た患者の問題点の指摘。
- ・ 患者の生活リズム、服薬状況→一包化した方が良いのか、用法変更した方が良いかなど。
- ・ 患者本人に薬局側から伝えても、しっかり理解していない場合が多く、一方通行になりがち。一緒に情報を共有し支えていけると良いと考える。
- ・ 日常生活での変化、コンプライアンス不良などによる残薬など薬に関する気づきがあれば情報提供していただけると助かる。
- ・ 健康食品、一般薬品を含めた自宅での服用、飲食の状況（医療用薬剤はもちろん）。検査数値。
- ・ 患者の薬に対する理解度（不満度）。副作用の出現状況などの情報。
- ・ 複数の医療機関を受診された場合連絡が欲しい。
- ・ コンプライアンスが第1。第2に日々の様子などがわかると薬の効果や副作用がイメージできる。
- ・ 食直前や食直後の薬が適切に服用されているかなど薬剤師では直接見て確認しにくい情報の提供。
- ・ 検査値等の経過。
- ・ デイサービスなどでの体調変化や食欲など。
- ・ 生活情報、通院情報。
- ・ 飲み忘れ、過量服用、コンプライアンス。
- ・ 導入時に多病院受診のある方は何の薬を服用しているか、誰が管理しているか、どのようにしているか教えていただけると初回訪問時に対応しやすい。
- ・ 患者の具体的な生活状況（何食食べているのか、嚥下の状態など）がわかれば、より適正な使用が可能になる。
- ・ 患者宅にある残薬情報を全て提供されるとよい。自身からの情報には虚偽が多々ある。
- ・ 複数科受診を1本にまとめるような指導助言をケアマネジャーから本人・医師にしてもらいたい。
- ・ 服用後の体調変化やバイタルについての情報が提供されると良い。
- ・ 服薬状況の報告（うそいつわりのない）。
- ・ 薬を飲みたがる人（不必要な薬がある）、嫌がる人（必要な薬なのに拒否しやすい）のかなど日常的な部分。
- ・ 患者の基礎疾患、食事などの状況、生活サイクルなど。
- ・ ケアマネジャーを介するより、薬剤師が現場で直接確認した方が早い（経験上）。
- ・ 患者の服薬状況。副作用と思われる症状。
- ・ 服用方法などカレンダーを使うなど、コンプライアンス改善のための工夫。

- ・ 薬の効果の説明。
- ・ 訪問しての会話のみでは普段の生活状況が見えないため、生活支援が受けられるのか、食事が摂れているか、食後服用をチェックできる人がいるか（例、デイサービス、ヘルパー訪問）などの情報。
- ・ 病名と既往歴がわかる範囲でもよいので教えてもらえるとありがたい。さらに生活歴が、キーパーソンにあるとありがたい。
- ・ 困っていることを FAX で知らせてほしい。
- ・ 患者（利用者）の実際の生活状況や、医師や薬剤師には言えない本音など。
- ・ 残薬・薬の嚥下状況（剤形によって困難なものはないか）・コンプライアンス。／等

⑫地域の介護支援専門員との連携をより円滑にあるいは強化していくために行政や関係団体に行ってほしい取組

地域の介護支援専門員との連携をより円滑にあるいは強化していくために行政や関係団体に行ってほしい取組について自由記述式で記載していただいた。以下はその内容である。

図表 241 地域の介護支援専門員との連携をより円滑にあるいは強化していくために行政や関係団体に行ってほしい取組（自由記述式）【保険薬局】

- ・ どちらに伺えばどういった情報を得られるのかもっとアピールしていただきたい。また、在宅を行っている医療機関が近隣にあまりないケース等どのようにされているのか情報提供があると助かる。
- ・ 薬剤師会を介さない情報提供。
- ・ 橋渡し。
- ・ 交流会の開催。
- ・ 顔が見える関係をつくるための会合など、講義や勉強だけではなく。
- ・ 交流が図れる場をつくってほしい。
- ・ 情報共有がより円滑にできるような、行政が主導した共有カルテのようなものがあると良い。
- ・ 連携の義務化もしくは連携による加算を追加。
- ・ 定期的な会合。
- ・ 介護保険医療証等の保険関係の証書をチェックしたり、写真に撮ってきたりする等に時間が割かれ、服薬指導の時間が削られるので、介護度の変更時や保険証の切替時は自動的に薬局にもこのコピーが回ってくるようなシステムがあれば助かる。
- ・ 介護関係者の給料の上昇、できる人は評価すべき。
- ・ 行政には広く、各地域の状況を確認してもらうことで不十分な地域へは手厚いフォローをするなど、対応をお願いしたい。関係団体には、所属する介護支援専門員・薬剤師の声を吸い上げてほしい。
- ・ 年1回の学習会をもっと増やしてほしい。

- ・ 医師との情報共有は徐々に進んでいるように見える。口腔問題やポリファーマシーの解決を個々の事例で体験できるように仕組みを作してほしい。地域ケア会議でのアドバイスが実践に結びつくようなプログラムがあればと思う。
- ・ コミュニケーションツールの拡大（カルテ内容を含む）。
- ・ 顔の見える取組。
- ・ 地域ごとにやり方を決めていくのは効率が悪い。そして未だに電話や FAX がメインの交流手段というのが使いにくい。個人情報保護との兼ね合いもあるが、もう少し使いやすいツールを考えていくべきかと。
- ・ 今のような地域ケアネットワークを続けていく。
- ・ もっと小地域ごとに区切った会合があると出やすい。
- ・ 統一された情報提供文書でやりとりできるようにしてほしい。会議などに参加する場合、店舗の忙しさなどで出にくいので、その手間や時間に合うように、報酬を調整してほしい。
- ・ 統一されたネットワークシステム。
- ・ 連携推進のための会議や研修会の開催。
- ・ 2 か月に 1 回程度、ケアマネジャーと薬局などが集まれる会議等を地域で開催してほしい。
- ・ 薬剤師介入によるメリットと必要性、できることを知ってもらえる講座等を開催してほしい。
- ・ ケア会議（地域の状況等個人情報以外）をオープンにしてほしい。
- ・ 薬剤師会などを通さない座談会など（会を通す講座や集まりは、会員でないと参加できないため）。
- ・ 病院を中心にもっとお互いものが言える環境づくりが必要。病院が偉そうだと話が進まない。
- ・ 多職種連携会議に年 2 回出席しているので少しずつ顔見知りとなった。今後も続けてほしい。
- ・ 多職種のための在宅医療研修会をしてほしい。
- ・ 今までの経験上、小規模な市町村では全体の施設やスタッフ数が少ないためか、年に数回一堂に集まる機会があったりお互いに顔の見える関係性が築けていたが、現在中核市でそのような機会が得られず地域差を感じている。市町村単位では大きくなりすぎてしまう地域はさらにエリアを分けてまずはお互いの存在を知る機会を与えていただけると連携の第一歩になるのではないかと思う。
- ・ 交流する機会を作してほしい。
- ・ 現在、薬局薬剤師→ケアマネジャーへ報告しているが、月 1 回でも良いので他の介護スタッフからの要望等があれば何かしら連絡が欲しい。
- ・ 行政主体の会。
- ・ 地域ごとに介護支援施設のリストをわかりやすく作ってもらいたい。
- ・ この地域ではネットを使用して、連携する取組を行っているためそれでいいと思う。

- ・ 報告書は薬局→ケアマネジャーではなく、ケアマネジャー→薬局であるべき。
- ・ 介護保険証やお薬手帳にケアマネジャーの名前を入れる。
- ・ 医師等も含め情報共有できるシステムがあるとよい。
- ・ ユマニチュードについての本を最近読んで、とても影響を受けた。薬剤師も訪問するのであればぜひケアマネジャーと一緒にこのような講習を受けてみたい。
- ・ 介護支援専門員の存在が不明のため、行政・関係団体から、介護支援専門員の情報、地域ケア会議の情報やサービス担当者会議の情報を発信してほしい。介護支援専門員とは、どういう専門家なのか。何をする人なのか。
- ・ サービス担当者会議、地域ケア会議にも薬剤師も参加できるように。
- ・ ケアマネジャー、ヘルパーからの情報提供がしやすい仕組みを構築する。情報提供の件数、内容による評価。
- ・ 薬局のできることをアピールしていきたい。現在、市薬剤師会をベースに地域包括支援センターと関係づくりをして市民に薬局のできることを説明する活動をしている。
- ・ 施設の介護支援専門員の方とは面識あるが、個人の方の担当の方とはお会いすることがないため、定期的な会議などであると良いと思う。
- ・ 組織ではなくマネジメントしている患者が調剤を受ける薬局にケアマネジャーからアプローチする方がスムーズでもれがないと思う。
- ・ 地域ケア会議、地域連携の会等は大切。
- ・ 地域の医師会と連携し立場的に弱いケアマネジャーの方を始めとする介護施設スタッフからの問い合わせに対して誠意をもって対応するよう通達を出していただきたい。
- ・ 薬局と介護支援専門員とで連携がうまくいっているところの例を、具体的に教えてほしい。ずっと外来での処方せん調剤を基本業務としてやってきた薬局は、いまいちどのよう連携を図っていくのが理想の形なのかわからない。
- ・ 忙しすぎると情報提供をするという方に気が向かない。今でも手一杯と聞いている。ゆとりある人員配置もしくはやる事を減らす、もしくは各連携先に定期的に事例を報告する等まずどんなことをしているか知ってもらう。
- ・ ケアマネジャーから薬局への適切な情報提供を義務づけてもらいたい。
- ・ 近隣の介護支援専門員とその他職種勉強会や交流の場を作してほしい。
- ・ まずは規模が小さくても良いので、医師・看護師・ケアマネジャー・ヘルパー・薬剤師で構成される地域ケア会議を開いていただくと、顔の見える関係が作れて、色々と相談しやすくなるのでありがたい。
- ・ 地域ケア会議をもっと増やして情報共有してほしい。
- ・ 細かい地域単位での勉強会等の開催。
- ・ 情報交換に関して時間の制限を受けないようなシステム（ICT でいつでもアクセスできるようなシステム）を構築していただきたい。
- ・ ケアマネジャーの職域もわからないため、どのような連携が望ましいかわからないので、取組事例など教えてもらえればありがたい。良い取組例をみて勉強したい。
- ・ 顔を覚え、知っていくために研修会などの場の増加。

- ・ 多職種研修会などの情報を集約してわかりやすくしてほしい。区によってバラバラ。
- ・ 病院の医師の協力を促してもらいたい。情報提供書もいつも薬局より依頼しており業務的に大変。
- ・ 電話での連絡だとお互い時間を合わせないといけないので個人情報も扱えるような端末やネットワークサービスが欲しい。
- ・ 顔の見える場所。
- ・ 顔のみえる関係を強化すること。多職種連携研修会等の開催。
- ・ 在宅の1件目をスタートさせるセミナー（研修会）があると良いと思う。セミナーに出席した薬局に個別に居宅療養管理指導を依頼する患者を割り合てるシステムなど作ってほしい。現行だと薬局によっては1件も在宅医療をスタートできないと思う。
- ・ 地域のネットワークづくり。
- ・ 患者を最期までみるためにも、通っていた薬局などに居宅可能かなどの問い合わせがあってもよいと思う。
- ・ 介護関係者との交流の場をもう少し取ってもらえるような場があると助かる。
- ・ 入退院時の情報提供について、情報提供シート等をもっと使うように取り組んでほしい。
- ・ 薬剤師の仕事内容を知ってもらうこと。
- ・ インターネットの活用。
- ・ サービス担当者会議をやる時に薬剤師にまで声がからないことが多い。連絡がほしい。
- ・ ケアチームの情報の共有が簡単にできる仕組みを作ってほしい。
- ・ 多職種への在宅の窓口となる薬局等の検討。
- ・ 連携連絡を密に。
- ・ 明らかに介護サービスを使った方が良い状況であっても、他人との関わりを避け、サービスを拒む高齢者も多い。リハビリ強化や認知症予防など介護施設個々の特徴がわかりやすくなると選びやすい。ご飯が美味しいだけで外出できる方もいる。
- ・ 多職種が集まって話し合う場が増えれば良いと思う。あまり堅苦しい雰囲気の家ではなく、お互いの悩みが解決できるような会、薬剤師・介護支援専門員などはこんな事をやっていて、こういうところまで介入していますよ、というのがわかる会があれば良いと思う。
- ・ 在宅関連の調剤報酬・算定要件を見直し、実績のない薬局が最初の1件をとりやすくなることを希望する。
- ・ 地域として顔みせの機会。
- ・ お互いの問い合わせの窓口先の共有化。
- ・ 行政主体で医療・介護関係者が集まり顔を合わせ意見の交換などが行える集まりを開いてもらいたい。
- ・ 意見交換会の回数の増加。介護支援専門員からしてほしいことについての講義など。
- ・ 介護支援専門員の方にも地域連携についてアンケートを行っているのであれば調査で挙がった問題点や改善点などを何らかの形で共有できるようにしてほしいと思う。
- ・ ケアマネジャー指示による、薬剤服薬支援料などの自宅での医薬品整理の加算（在宅の

- ように契約はなく、外来服薬支援料より高い点数で)。
- ・ ケアマネジャーだけでなく他職種との交流の場を増やす。
 - ・ 地域ミーティング。
 - ・ 薬局に紹介してほしい。
 - ・ 地域のケア連勉強会の中でポリファーマシーや薬に関する内容を行って介護支援専門員にも「薬」を意識してほしい。
 - ・ 今参加している地域包括ケア会議で連携を深めることが可能だと考えている。
 - ・ 受診する病院をできるだけ少なくする取組を行ってほしい。
 - ・ 既に古河市では薬剤師とケアマネジャー会と連携した事業を行っている。
 - ・ 共通のイベントの開催。
 - ・ 交流会や勉強会（医療者向けのもの）があるとよいと思う。介護支援専門員の具体的な業務や取組の発信があると良い。
 - ・ サービス計画のみ作成するケアマネジャーは不要→他サービス提供者との情報共有の義務化（薬の配達のみ行う薬剤師も不要）。
 - ・ 採用支援、どこも人手不足。
 - ・ 薬局への患者情報の提供を義務化するようにしてほしい。
 - ・ 会議があるのか、連絡がないのでわからない。
 - ・ 薬剤師が、対人業務・連携に集中できるように、負担軽減できるような仕組みの構築。
 - ・ 日頃からの交流。
 - ・ 顔の見える関係づくりに有効なグループワークのある勉強会の企画と推進。
 - ・ 定期的な地域ケア会議が有効と思われるが、開催時間によってはなかなか参加が難しい場合もある。
 - ・ 区単位などで情報交換会や定期的な勉強会の開催など。
 - ・ 居宅介護支援事業所の情報提供。
- ／等

⑬介護支援専門員との連携を行う上で困っていること、改善を望む点

介護支援専門員との連携を行う上で困っていること、改善を望む点について自由記述式で記載していただいた。以下はその内容である。

図表 242 介護支援専門員との連携を行う上で困っていること、改善を望む点
(自由記述式)【保険薬局】

- ・ ケア会議など参加方法がわからない。人手と時間がないのでネット会議など IT の活用。
- ・ 薬局での仕事が忙しすぎて対応がほとんど難しい点。薬局側の問題も大きいのではないかと。
- ・ 一方通行の情報提供（持たれている患者が多く手が回らないと思うが）。
- ・ ケアマネジャーという資格職が一般介護職と同等の仕事しか任されていない点。より高度な仕事を任されれば自ずと顔が見えると思われる。

- ・ 患者が入院したら（または亡くなったら）、忘れずに教えてほしい。
- ・ 介護支援専門員の中には薬局の介人をまだ詳しくわかっていない方がいる。少しでも、周知していただけたら力になれるかと思う。
- ・ 薬剤師や医師に対して恐れすぎ。
- ・ 在宅を行っている薬局が少なく地域で引き受けられるところが少ない。まずは薬剤師側の知識を向上させてほしい。
- ・ 介護保険が始まって20年も経つのに「連携」という課題はいつまでも解決されていないと感じる。安直な施設介護ばかり増えている。マネジメントの視点を持ち、成熟した関係性でありたい（抽象的だが）。
- ・ 連絡がない（患者が利用しているケアマネジャーがわからない）。
- ・ ケアマネジャーとより情報をシェアしたいと思うが個人情報の観点からどこまで情報共有できるのか悩むことがある。
- ・ 介入度が見えるようになると嬉しい（直接たずねなくても）。
- ・ 連携をしてくれないケースもあり自分たちのグループ内の事業者だけで対応しようとする事。
- ・ 薬局介入を拒絶する姿勢。
- ・ 話しだしたら止めどもなく喋り続ける介護支援専門員もいれば、何も語らない介護支援専門員もいる。薬剤師の日常業務は決して暇ではない。文書に起こして相談に来てほしい。
- ・ まず、地域のケアマネジャーと知り合える機会がない
- ・ まだお互いが遠慮しているので、もっといろいろ要望していいと思わなければ。
- ・ 重要な情報の共有方法（書面等では見逃しやすいか。電話はつながりにくい）。
- ・ 訪問薬剤管理を行うほどでもないが、服薬状況が怪しい患者への対応がわからない。
- ・ 私が一緒にやっているケアマネジャーはみんなすぐ連絡をしてくれるので本当にありがたい。今後もこのようにいろいろ教えてくれる方と仕事をしていきたい。家族のことや医師のこと、家の事情も含めて情報をもらえるととても助かる。
- ・ 誰が介護支援専門員か、どこにあるのか、連絡の方法が不明。
- ・ 介護保険で薬剤師による服薬指導を受けることが可能であることを周知してほしい。決められた枠内の金額でおさめなければならないため、薬剤師の介入を拒否していることを改善してほしい。
- ・ 患者の状態を把握できるシステムの構築が必要だと思う。
- ・ 患者ごとに別のケアマネジャー、別の施設など、バラバラについているので、最初にケアマネジャーを探して連携できるようになるまでが非常に時間がかかる。地域包括支援センターは要支援までしか対応しておらず、薬局が介入しづらい。
- ・ 薬のことなら何でも薬剤師に気楽に聞いてほしい。間違った飲み方・使い方をしている患者は多い。
- ・ なかなか連絡がとれないこともあり、薬局からの情報提供で終了ではなくフィードバックしてほしい。

- ・ 受診時や来局時にお薬手帳を活用してケアマネジャーや所属する名前・連絡先等を開示してほしい。
- ・ そもそもどういった時にケアマネジャーに頼ってよいものなのかがあまりよくわかっていない。患者が突然入院された時にその情報が薬局に伝わってこないで、処方が出る予定の日に病院に問い合わせ初めてわかるという状況。介護の輪の中に薬局はまだ入りこめていない感じがする。
- ・ まずどんなことをしているのか知ってもらう。具体的な事例を示して。
- ・ 服薬情報、要介護度、介護保険情報、ケアサービス計画等、薬局としての必要情報を認識してもらい適切に情報提供してほしい。
- ・ 知らない所で他院受診+処方があると併用薬のチェックが漏れる可能性が考えられる。
- ・ 交流の場があまりないため連携することができないので、まずは交流を深めていきたい。
- ・ 薬剤師に何ができるのかをアピールする場を作っていただくこと。居宅療養管理指導を行うための要件をケアマネジャーなどに伝えたいと思っていること。ケアマネジャーと顔が見える関係を作って、ケアマネジャーの仕事を薬剤師が理解すること。
- ・ ケアマネジャーも薬局にどんどん来て情報提供してほしい。
- ・ 月1~2回の在宅業務ではふだんの生活状況がわかりにくいので、ケアマネジャーから情報提供があれば助かる。
- ・ 態度が横柄なケアマネジャーがいる（しかも主任ケアマネジャー）。
- ・ 介護サービスを受けている利用者と、担当するケアマネジャーがわかるような仕組みがあれば、相談や情報提供しやすいと思う。
- ・ コンプライアンス不良で、薬剤を服用できていない患者がいたら、薬局へもっと相談をしてほしい。
- ・ 連携を行うにも外来業務が忙しく時間がない。外来専門薬局と在宅・施設専門薬局に国や行政が薬局を分けるべきだと思う。
- ・ 事務所連絡だとすぐに連絡がつかず困ることが多いので携帯を教えて頂き迅速に行いたい。
- ・ 患者ごとのグループ SNS（グループ LINE）で多職種が同時にメッセージを送れるシステムがあると良いと思う。
- ・ 薬の事はたしかに薬剤師が責任を持つべきところではあるが、生活環境で大きく影響される部分は多い。薬のことだけの情報では不十分であるし、「薬の事は薬剤師に」と丸投げされても改善は難しい。
- ・ こちらからは報告書という形でケアマネジャーに送っているがケアマネジャーからは特にないので、薬局も大きな変化のある時だけの報告でよいと思う。
- ・ 介護支援専門員が薬に関して困っていること、知りたいことの声がこちら側にも伝わらないので、お互いに月1度でも確認とれば良い気がする。
- ・ 入退院時の情報提供について、情報提供シート等をもっと使うように取り組んでほしい。
- ・ ケアマネジャーが忙しすぎて、連絡を取れる時間が限られる。
- ・ いつでも話し合える状況。

- ・ 現地点で在宅が0人なので困っている事はないが、当薬局を利用している患者で介入してほしいケースがあれば点数を取らないに関わらず、声をかけやすい環境づくりができれば良いと思う。
- ・ 互いにできることを知るための顔の見える関係づくりが今までより多く必要。
- ・ ケアマネにより方針が異なる点（医療経済効率を優先するのか、患者家族の希望を優先するのか）。
- ・ 今後さらに連携が必要と思っている。入局したばかりなので今後努力したいと思う。
- ・ 薬局、薬剤師がもっと外へ出て居宅介護支援事業所や介護支援専門員に自分たちが行えるサービスや役割をアピールしていくことが望まれる。
- ・ ケアプラン以外でこちらにしてほしいことなどなかなか見えてこない。探し探りで挑んでいる状況。「実際こうしてほしい」というものがあれば是非連絡してほしい。
- ・ 患者の担当ケアマネジャーが薬局にもわかるように調べる方法かお薬手帳への記載があると良い。
- ・ 双方ともに忙しいことで話し合えれば良いことはわかっているが、コンタクトが少ない。
- ・ 介護度が変更になった時に担当者会議の連絡をしてくれなかったり、薬局に介護保険証を渡す義務はないと言うケアマネジャーがいるので、きちんとした通達を出してほしい。
- ・ 介護支援専門員の方からの定期的な情報提供。
- ・ お互いの時間帯が業務と合わない。
- ・ 実際に患者と一緒に担当することができればよい。
- ・ 通常業務の合間にやるのでタイムリーに返せないことがある。薬剤師の仕事量が増えるが、保険点数では賄いきれない（保険点数を実情にあわせて上乘せしてほしい）。
- ・ 利用者のことで気づいたことや他病院への利用状況などお知らせがあると助かる（認知症などであると理解が乏しいため）。
- ・ 在宅が必要ではないと感じる方がごく稀にいる。うちが断った場合でも他へ行くだけになる。きちんと審査してほしい。
- ・ 介護スタッフは自分が患者を扱いやすくするよう、眠剤・鎮静剤などの処方を希望することが多い点。
- ・ 法律（介護保険法）にある連絡調整という最低限の仕事すらしないケアマネジャーにしか出会ったことがないので、ケアマネジャーの連携より処方医・患者に直接やりとりした方が早い。
- ・ 独居のネグレクト患者の服薬支援を持ち込まれることが増えてきている。まず2、3食の食事支援など生活改善をしないと、しっかり服用すると過量投与となる。リスク患者（低栄養）もいる。対応が難しい。
- ・ 定まっている介護支援専門員とは良く話しているが変動時、知らせがないと困る。
- ・ 実際に介護支援専門員の仕事内容が実際にわからないことが多い。／等

4. 栄養ケア・ステーション調査

(1) 事業所の概要

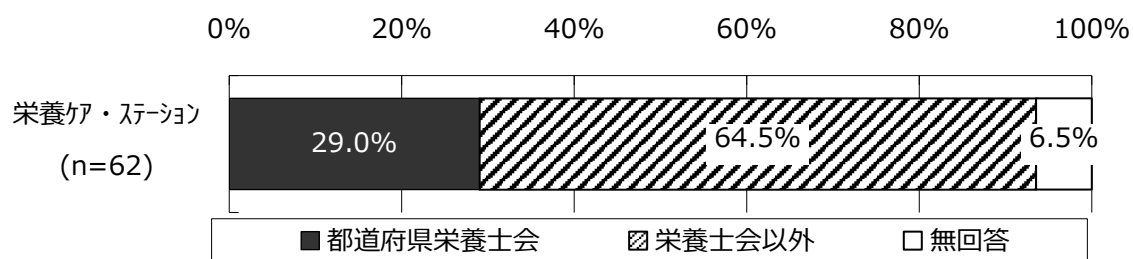
①所在地

図表 243 所在地【栄養ケア・ステーション】

都道府県	事業所数	構成割合	都道府県	回答数	構成割合
北海道	4	6.5%	滋賀県	2	3.2%
青森県	0	0.0%	京都府	3	4.8%
岩手県	0	0.0%	大阪府	4	6.5%
宮城県	1	1.6%	兵庫県	1	1.6%
秋田県	1	1.6%	奈良県	0	0.0%
山形県	3	4.8%	和歌山県	1	1.6%
福島県	0	0.0%	鳥取県	0	0.0%
茨城県	0	0.0%	島根県	0	0.0%
栃木県	2	3.2%	岡山県	0	0.0%
群馬県	2	3.2%	広島県	0	0.0%
埼玉県	1	1.6%	山口県	1	1.6%
千葉県	3	4.8%	徳島県	0	0.0%
東京都	22	35.5%	香川県	1	1.6%
神奈川県	3	4.8%	愛媛県	0	0.0%
新潟県	0	0.0%	高知県	1	1.6%
富山県	0	0.0%	福岡県	0	0.0%
石川県	0	0.0%	佐賀県	0	0.0%
福井県	0	0.0%	長崎県	1	1.6%
山梨県	0	0.0%	熊本県	0	0.0%
長野県	0	0.0%	大分県	1	1.6%
岐阜県	1	1.6%	宮崎県	0	0.0%
静岡県	0	0.0%	鹿児島県	1	1.6%
愛知県	2	3.2%	沖縄県	0	0.0%
三重県	0	0.0%	全体	62	100.0%

②開設者

図表 244 開設者【栄養ケア・ステーション】



③事業開始年

図表 245 事業開始年【栄養ケア・ステーション】

事業開始年	事業所数	構成割合
～2010年	10	16.1%
～2017年	17	27.4%
2018年	15	24.2%
2019年～	16	25.8%
無回答	4	6.5%
全体	62	100.0%

④栄養ケア・ステーション認定時期

図表 246 栄養ケア・ステーション認定時期【栄養ケア・ステーション】

カテゴリー名	事業所数	構成割合
2018年4月	2	3.2%
2018年7月	1	1.6%
2018年8月	1	1.6%
2018年9月	25	40.3%
2019年3月	1	1.6%
2019年4月	18	29.0%
2019年9月	12	19.4%
2019年10月	1	1.6%
無回答	1	1.6%
全体	62	100.0%

⑤職員数

図表 247 職員数 (n=61)【栄養ケア・ステーション】

(単位：人)

	常勤			非常勤		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
管理栄養士	2.77	10.22	1.00	3.02	5.90	1.00
栄養士	0.07	0.31	0.00	0.38	1.28	0.00
その他の職員	3.77	13.64	0.00	1.61	4.02	0.00
合計	6.61	23.39	1.00	5.00	8.13	1.00

(注) 職員数について記入のあった 61 事業所を集計対象とした。

(2) 医療・介護サービスの提供状況

①介護報酬・診療報酬に係るサービスを提供する上で連携している施設数

図表 248 介護報酬・診療報酬に係るサービスを提供する上で連携している施設数
(n=62)【栄養ケア・ステーション】

(単位：施設)

	平均値	標準偏差	中央値
一般診療所(無床診療所)	2.18	5.26	0.00
一般診療所(有床診療所)	0.35	2.54	0.00
歯科診療所	0.27	0.94	0.00
病院	0.45	1.30	0.00

図表 249 介護報酬・診療報酬に係るサービスを提供する上で連携している施設数
(「0」を除く)【栄養ケア・ステーション】

(単位：施設)

	回答数	平均値	標準偏差	中央値
一般診療所(無床診療所)	28	4.8	7.0	3.0
一般診療所(有床診療所)	3	7.3	11.0	1.0
歯科診療所	8	2.1	1.8	1.0
病院	11	2.5	2.1	2.0

(注) 連携している施設数について記入のあったもののうち「0」という回答を除き集計対象とした。

②各報酬項目の算定回数

図表 250 医療機関との契約により算定した人数(平成31年4月～令和元年9月の半年間)
【栄養ケア・ステーション】

(単位：人)

	回答数	平均値	標準偏差	中央値
①在宅訪問栄養食事指導料/単一建物居住者1人	61	0.5	2.3	0.0
②在宅訪問栄養食事指導料/単一建物居住者2人以上9人以下	61	0.0	0.0	0.0
③算定人数:在宅訪問栄養食事指導料/上記以外	62	0.1	0.8	0.0
④居宅療養管理指導費/単一建物居住者1人	61	3.8	12.0	0.0
⑤居宅療養管理指導費/単一建物居住者2人以上9人以下	61	0.1	1.0	0.0
⑥居宅療養管理指導費/上記以外	61	0.0	0.0	0.0
⑦栄養改善加算	62	1.9	9.6	0.0

(注) 各項目についてそれぞれ記入のあった事業所を集計対象とした。

図表 251 医療機関との契約により算定した回数(平成31年4月～令和元年9月の半年間)
【栄養ケア・ステーション】

(単位：人)

	回答数	平均値	標準偏差	中央値
①在宅訪問栄養食事指導料/単一建物居住者1人	61	1.5	4.7	0.0
②在宅訪問栄養食事指導料/単一建物居住者2人以上9人以下	61	0.0	0.0	0.0
③算定人数:在宅訪問栄養食事指導料/上記以外	62	0.3	1.7	0.0
④居宅療養管理指導費/単一建物居住者1人	61	13.4	55.7	0.0
⑤居宅療養管理指導費/単一建物居住者2人以上9人以下	61	0.6	4.4	0.0
⑥居宅療養管理指導費/上記以外	61	0.0	0.0	0.0
⑦栄養改善加算	62	10.7	67.6	0.0

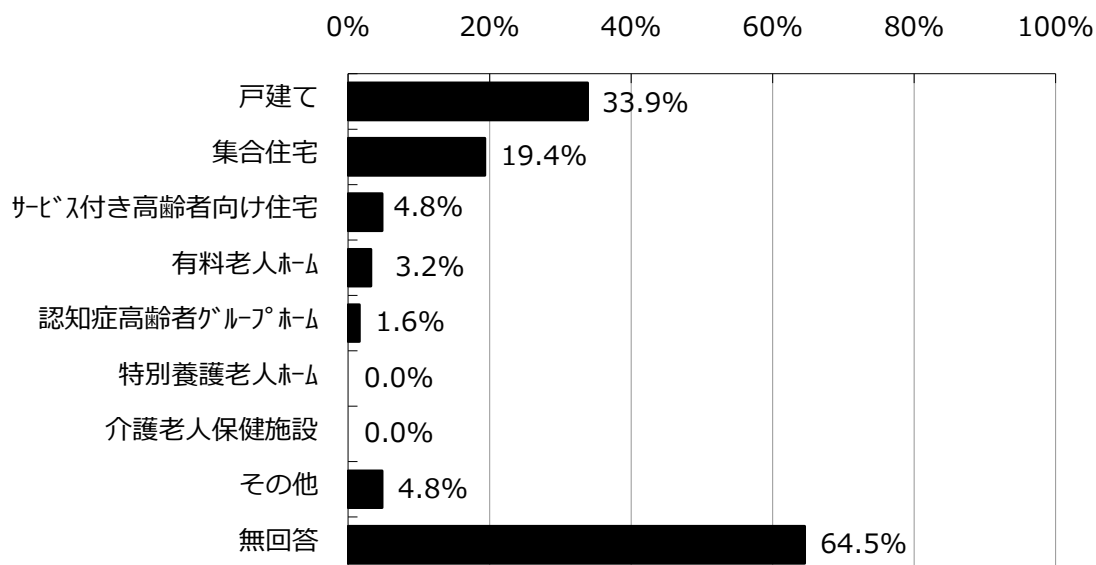
(注) 各項目についてそれぞれ記入のあった事業所を集計対象とした。

③在宅訪問栄養食事指導料・居宅介護療養指導等で訪問した場所

令和元年9月1か月間に、在宅訪問栄養食事指導料・居宅介護療養指導等で訪問した場所については、「戸建て」が33.9%で最も多く、次いで「集合住宅」(19.4%)であった。

訪問した建物数は、「戸建て」が平均7.2軒(中央値3.0)であった。

図表 252 在宅訪問栄養食事指導料・居宅介護療養指導等で訪問した場所
(令和元年9月1か月間、複数回答、n=351)【栄養ケア・ステーション】



図表 253 在宅訪問栄養食事指導料・居宅介護療養指導等で訪問した建物数
(令和元年9月1か月間、訪問実績のあった事業所)【栄養ケア・ステーション】

(単位：軒・施設)

	回答数	平均値	標準偏差	中央値
戸建て	17	7.2	13.1	3.0
サービス付き高齢者向け住宅	3	1.3	0.6	1.0
有料老人ホーム	2	1.5	0.7	1.5
認知症高齢者グループホーム	1	1.0	-	1.0
特別養護老人ホーム	0	-	-	-
介護老人保健施設	0	-	-	-

(注) 訪問実績があり、建物数について記入のあった施設を集計対象とした。

④地域ケア会議への参加

平成31年4月～令和元年9月の半年間における、地域ケア会議への参加回数は、平均4.1回（中央値0.0）であった。

図表 254 地域ケア会議への参加（平成31年4月～令和元年9月の半年間）
（n=57）【栄養ケア・ステーション】

（単位：回）

平均値	標準偏差	中央値
4.1	11.4	0.0
0.6	1.2	0.0

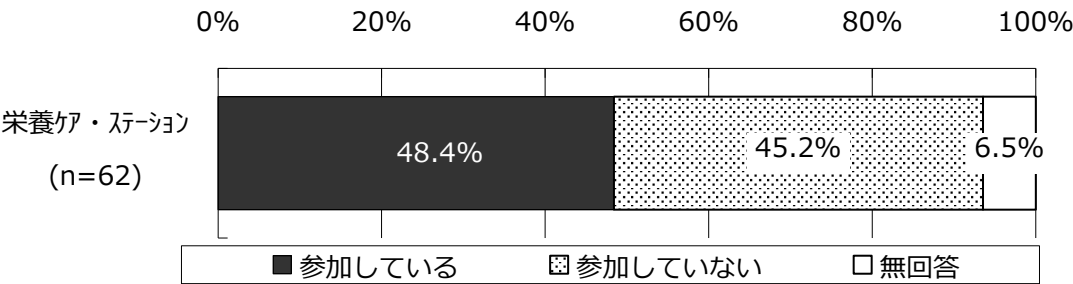
（注）地域ケア会議への参加回数について記入のあった315施設を集計対象とした。

⑤サービス担当者会議へ参加

サービス担当者会議への参加状況については、「参加している」が48.4%、「参加していない」が45.2%であった。

また、参加している施設におけるサービス担当者会議への1か月あたり平均参加回数は、平均1.7回（中央値1.0）であった。

図表 255 サービス担当者会議への参加状況【栄養ケア・ステーション】



図表 256 サービス担当者会議への1か月あたり平均参加回数

（サービス担当者会議へ参加している事業所、n=27）【栄養ケア・ステーション】

（単位：回）

平均値	標準偏差	中央値
1.7	2.0	1.0

（注）サービス担当者会議に「参加している」と回答した30事業所のうち、1か月あたり平均参加回数について記入のあった27事業所を集計対象とした。

(3) 居宅介護支援事業所・介護支援専門員との連携状況等

①連携している居宅介護支援事業所数

連携している居宅介護支援事業所数は、平均 17.5 事業所（中央値 2.0）であった。

図表 257 連携している居宅介護支援事業所数（n=51）【栄養ケア・ステーション】

（単位：事業所）

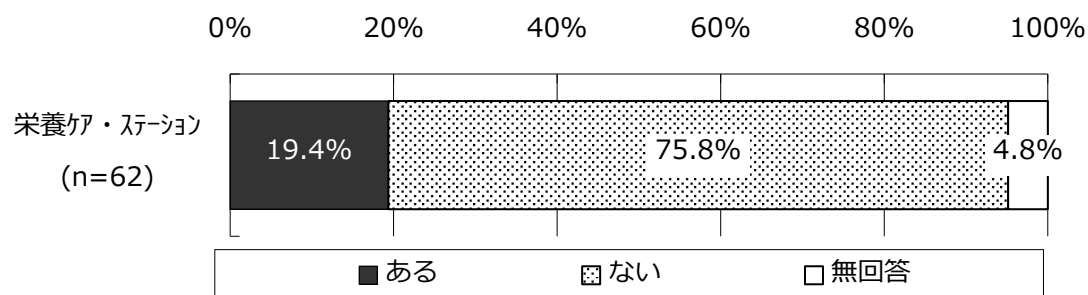
平均値	標準偏差	中央値
17.5	58.9	2.0

（注）連携している居宅介護支援事業所数について記入のあった 51 事業所を集計対象とした。

②同一・隣接敷地内の居宅介護支援事業所

同一・隣接敷地内の居宅介護支援事業所の有無については、「ある」が 19.4%、「ない」が 75.8%であった。

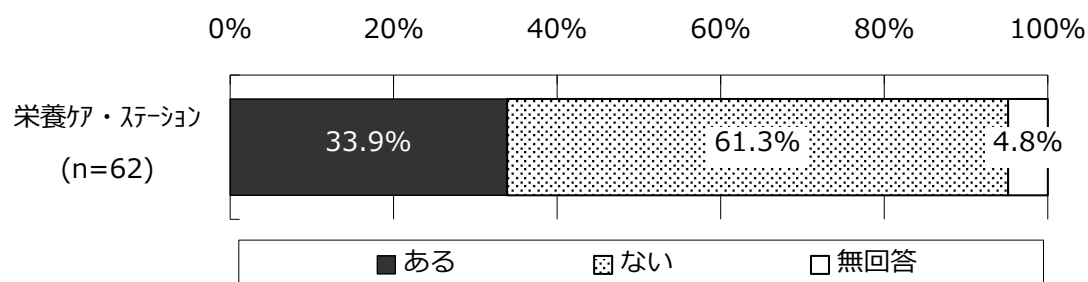
図表 258 同一・隣接敷地内の居宅介護支援事業所の有無【栄養ケア・ステーション】



③同一・関連法人による居宅介護支援事業所

同一・関連法人による居宅介護支援事業所の有無については、「ある」が 33.9%、「ない」が 61.3%であった。

図表 259 同一・関連法人による居宅介護支援事業所の有無【栄養ケア・ステーション】



同一・関連法人による居宅介護支援事業所がある場合の事業所数は、平均 1.7 事業所（中央値 1.0）であった。

図表 260 同一・関連法人による居宅介護支援事業所数（ある場合）（n=19）

【栄養ケア・ステーション】

（単位：事業所）

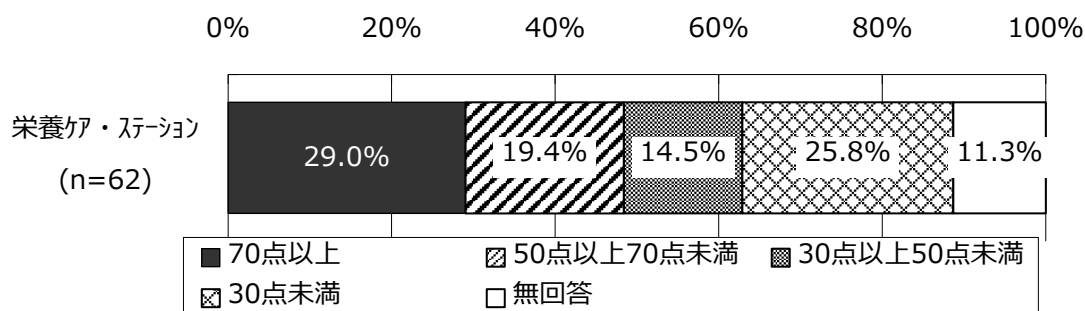
平均値	標準偏差	中央値
1.7	1.4	1.0

（注）同一・関連法人による居宅介護支援事業所がある 21 事業所のうち、同一・関連法人による居宅介護支援事業所数について記入のあった 19 事業所を集計対象とした。

④地域の介護支援専門員との連携状況

地域の介護支援専門員との連携状況を自己評価で点数を記入していただいた。この結果、70 点以上が 29.0%、50 点以上 70 点未満が 19.4%、30 点以上 50 点未満が 14.5%、30 点未満が 25.8%であった。

図表 261 地域の介護支援専門員との連携状況【栄養ケア・ステーション】



図表 262 地域の介護支援専門員との連携についての自己評価の理由（自由記述式）

【栄養ケア・ステーション】

○70 点以上

- ・ ケアマネジャーと連携もとれ、電子連絡帳での交流・やりとりもできている。
 - ・ スムーズに連携調整ができ、利用者の状況を共に共有できている。
 - ・ 定期訪問やアウトリーチセミナー等を通じて、顔の見える関係性が構築されてきている。
 - ・ 来年度の事業の計画・実施に向けて打合せを行い決定となった（対象者は多職種、栄養学の基礎）。月 1 回のペースでケア会議等に参加。またその研修会に参加連携を勧めている。
 - ・ 訪問栄養食事指導の際、ケアマネジャーも同席。報告書の速やかな提出、電話や直接事業所へ顔を出し報告や検討を行っている。
- ／等

○50 点以上 70 点未満

- ・ ケアマネジャー向けの教室などを行った。嚥下食についての内容で試食も行った。
- ・ 毎回の報告などは行っているが、担当者会議などに十分な参加ができていないため。
- ・ 栄養ケア・ステーションの認知度不足。
- ・ 必要な情報共有がスムーズにいかない時があったため。
- ・ 先方から要請があった時のみの関わり。
- ・ 市医師会の在宅医療福祉連絡協議会等で顔なじみになったケアマネジャーが紹介してくれ、少しずつ連携がとれるようになってきているがまだまだ足りないと感じる。
- ・ 連携に至る、お互いの周知の機会が設けていないため、今後そのような機会をつくり、連携充実を図っていきたい。
- ・ 弊社グループ内の介護支援専門員との連携はとれているが、他社の介護支援専門員との連携があまりとれていないため。／等

○30 点以上 50 点未満

- ・ 連携できている部分もあるが不十分。
- ・ ケアマネジャーの栄養に対する認識不足。
- ・ いつどこで行われているか情報が来ない。業務が多忙で参加できない。
- ・ 地域包括支援センターの連携はあるが、居宅介護支援事業所のケアマネジャーと接する機会がない。
- ・ 連携できている事業所数、件数が少ないため。／等

○30 点未満

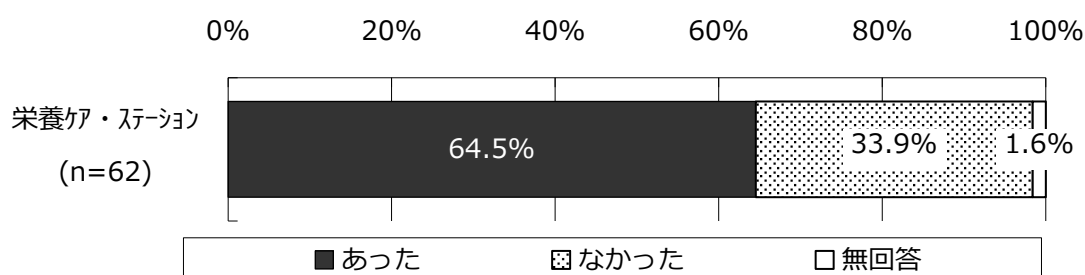
- ・ 介護支援専門員との接点がない。
- ・ 接点がなかなかみつからない。
- ・ 管理栄養士が薬局で加算をとることができない現状、かつ、まだ栄養ケア・ステーションの認知が広がっていないため。
- ・ まだ活動できていないから。
- ・ 介護保険非利用者を対象としている事業が多かったため。
- ・ 栄養の課題について要求はないから。／等

⑤介護支援専門員からの食事摂取・栄養に関する情報提供の状況

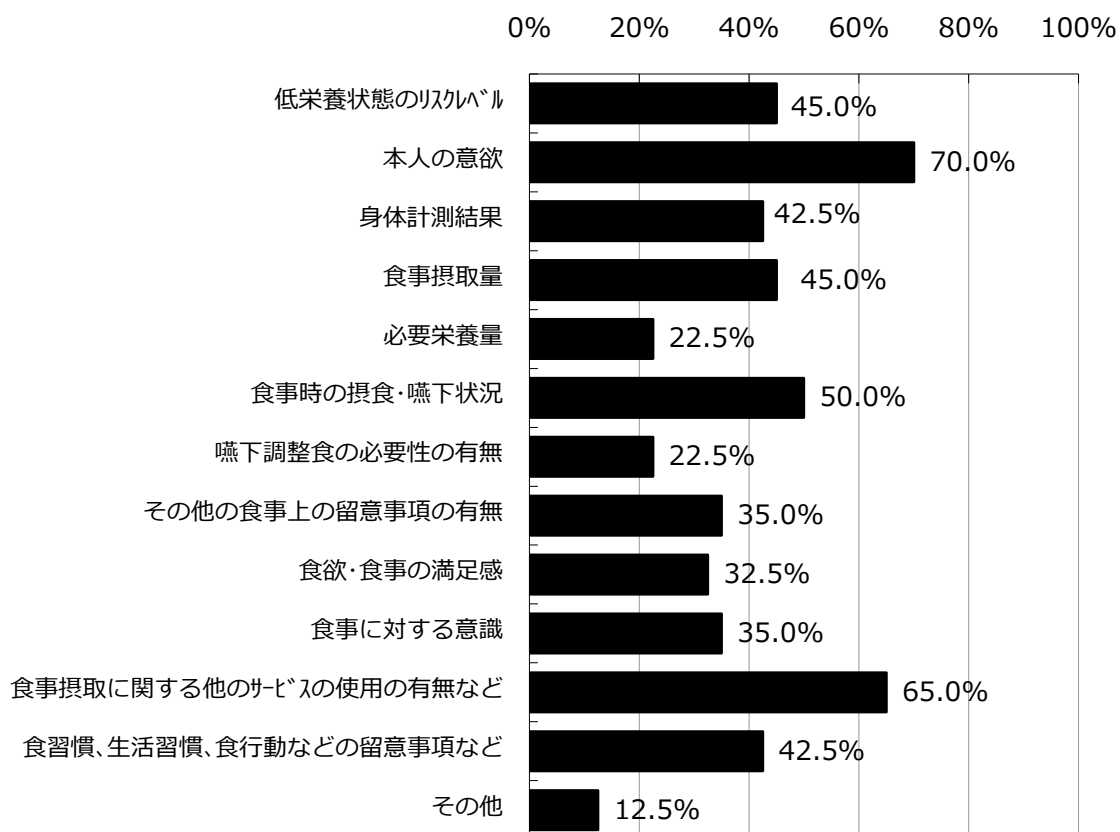
平成31年4月～令和元年9月の半年間に、利用者の食事摂取・栄養について介護支援専門員からの情報提供の有無を尋ねたところ、「あった」が64.5%、「なかった」が33.9%であった。

介護支援専門員から提供された食事摂取・栄養に関する情報としては、「本人の意欲」が70.0%で最も多く、次いで「食事摂取に関する他のサービスの使用の有無など」(65.0%)、「食事時の摂食・嚥下状況」(50.0%)であった。

図表 263 介護支援専門員からの食事摂取・栄養に関する情報提供の有無
(平成31年4月～令和元年9月の半年間)【栄養ケア・ステーション】



図表 264 介護支援専門員から提供された食事摂取・栄養に関する情報
(提供が「あった」と回答した事業所、複数回答、n=40)【栄養ケア・ステーション】



また、この半年間における介護支援専門員からの食事摂取・栄養に関する情報提供があった利用者数は平均 12.5 人（中央値 5.0）であった。

図表 265 介護支援専門員からの食事摂取・栄養に関する情報提供があった利用者数（6 か月間）（提供が「あった」と回答した事業所、n=37）【栄養ケア・ステーション】

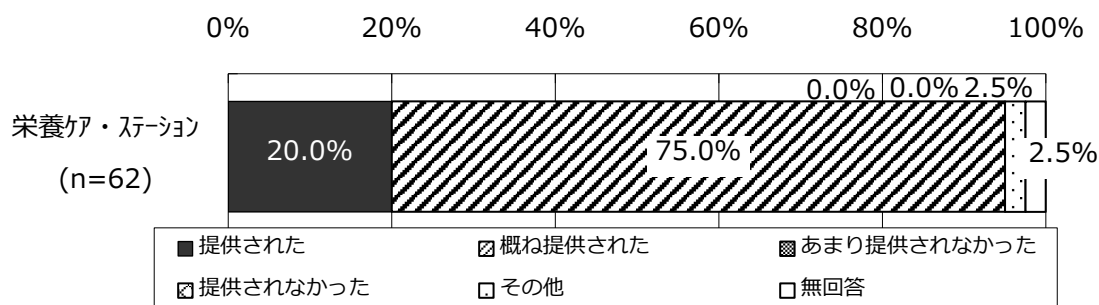
（単位：人）

平均値	標準偏差	中央値
12.5	23.7	5.0

（注）介護支援専門員から食事摂取・栄養に関する情報提供があった 40 事業所のうち、食事摂取・栄養に関する情報の提供があった利用者数について記入のあった 37 事業所を集計対象とした。

介護支援専門員から食事摂取・栄養に関する情報提供があったと回答した事業所を対象に、食事摂取・栄養に関する必要な情報の提供状況を尋ねたところ、「提供された」が 20.0%、「概ね提供された」が 75.0%、「あまり提供されなかった」「提供されなかった」はなかった。

図表 266 食事摂取・栄養に関する必要な情報の提供状況（提供が「あった」と回答した事業所）【栄養ケア・ステーション】



介護支援専門員から提供されなかったが提供してほしかった食事摂取・栄養に関する情報について自由記述式で記載していただいた。以下はその内容である。

図表 267 介護支援専門員から提供されなかったが提供してほしかった食事摂取・栄養に関する情報（自由記述式）【栄養ケア・ステーション】

- ・ 本人の意向。
- ・ ACP。
- ・ 食事時の摂食・嚥下状況（姿勢、食べ方、むせなど）。
- ・ 在宅介護では体重の測定が難しく不明であることが多い。
- ・ 具体的な食事の量、内容。食事の食べ方。
- ・ 本人が理解されていない、わからない場合は、利用者の入院中の具体的な食事内容や主治医の食事に対する指示、病院での検査値、内服による食材の禁忌など。
- ・ 介護支援専門員の情報には介護支援専門員ごとの差が大きいののでベースアップや統一

化が必要。

- ・ 食歴・具体的な嗜好、食事量。
- ・ 検査数値、介護予防事業訪問C型3か月介入後の変化様子について。
- ・ 食事記録。
- ・ 血液検査データなど、対象者の病態に関する情報。
- ・ 血液検査の結果、体重の変化。

／等

⑥介護支援専門員からの食事摂取・栄養に関する情報提供があり、管理栄養士が介入した利用者数

平成31年4月～令和元年9月の半年間に、介護支援専門員から食事摂取・栄養に関する情報提供があった利用者数は平均12.9人で、このうち管理栄養士による介入が行われた利用者数が平均9.4人であった。また、これにより、食事摂取・栄養の問題が解決した利用者数は平均6.9人であった。

図表 268 介護支援専門員からの食事摂取・栄養に関する情報提供があり、管理栄養士が介入した利用者数（平成31年4月～令和元年9月の半年間）
（n=34）【栄養ケア・ステーション】

（単位：人）

	平均値	標準偏差	中央値
①介護支援専門員から食事摂取・栄養に関する情報提供があった利用者数	12.9	24.7	4.5
②何らかの介入を行った利用者数	9.4	22.5	2.5
③（うち）居宅療養管理指導を行った利用者数	2.4	7.2	0.0
③食事摂取・栄養の問題が解決した利用者数	6.9	20.8	2.0

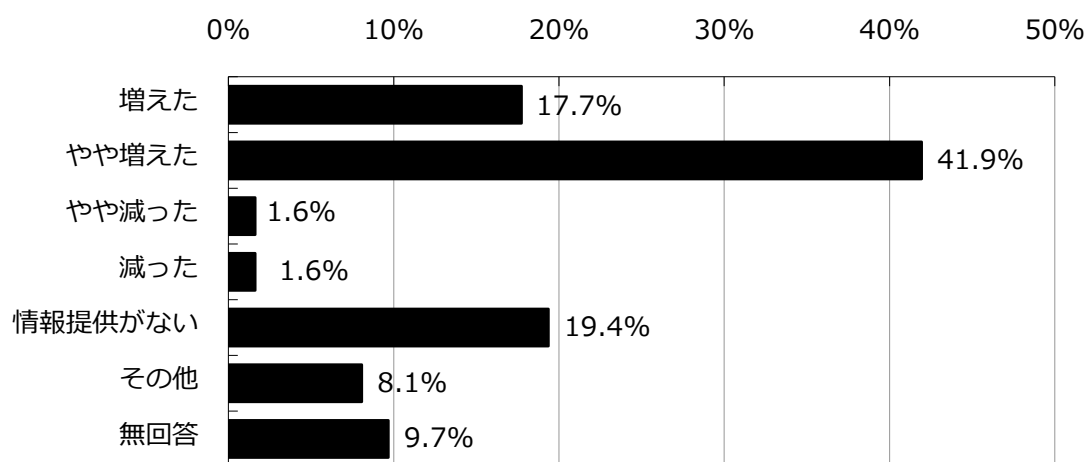
（注）すべての利用者数について記入のあった34事業所を集計対象とした。

⑦介護支援専門員からの担当利用者に関する情報提供量の1年前との変化

介護支援専門員からの担当利用者の食事摂取・栄養に関する情報提供について、1年前と比較してどのようなになったかを尋ねたところ、「増えた」が17.7%、「やや増えた」が41.9%で両者を合わせると59.6%であった。「減った」が1.6%、「やや減った」が1.6%で両者を合わせると3.2%であった。

一方、「情報提供がない」が19.4%であった。

図表 269 介護支援専門員からの担当利用者の食事摂取・栄養に関する
情報提供量の1年前との変化（単数回答、n=62）【栄養ケア・ステーション】



⑧介護支援専門員との円滑な連携により、利用者の食事摂取・栄養の問題に効果的に対応できた事例

介護支援専門員との円滑な連携により、利用者の食事摂取・栄養の問題に効果的に対応できた事例について自由記述式で記載していただいた。以下はその内容である。

図表 270 介護支援専門員との円滑な連携により、利用者の食事摂取・栄養の問題に
効果的に対応できた事例（自由記述式）【栄養ケア・ステーション】

- ・ 食事がとれない方がいて、嚥下状態も良くなかったので、トロミ付きの栄養ドリンクを提案したところ、飲めて、少し栄養状態改善し今も定期購入している。
- ・ 糖尿病患者で、介護支援専門員と情報共有を実施し、実費にて訪問栄養指導を約半年行い、HbA1cの改善が見られた。
- ・ 糖尿病の患者への栄養指導の際、今まで本人が何かを頑張って何が続けられなかったかを教えてもらったり、栄養士が介入し伝えたことを他職種へも伝えていただいたことで血糖値に改善が見られた（より、その方に合った指導ができた）。
- ・ 普段の食事がコンビニで買った物のみという情報提供から初回訪問時に買い物リストを渡すことができた事例あり。

- ・ 退院時のサービス選定において、優先順位を決める相談ができたことにより、利用者に対して通所で速やかな食事対応が可能だった。
- ・ 筋ジストロフィー・DM 合併の患者（家族重度の疾患があり）。台所に立位でいられる時間が制限されるため調理時間を短縮する工夫かつ血糖コントロールが可能な食品選択・調理法について指導し、HbA1c や自己効力感が高まった。
- ・ 在宅で独居 98 才女性。介護ヘルパー等が介護、食事づくり（介護食）（低栄養）→褥瘡ができたことで介護支援専門員より管理栄養士へ栄養アセスメントと指導の依頼→主治医に指導をいただき、訪問栄養指導継続中→褥瘡、栄養状態改善。
- ・ 透析患者の検査値やデイサービスでの食事の相談内容を共有することによって栄養問題について効果的に対応できた。
- ・ 胃瘻抜去し、経口の食事形態について合意形成が必要となった時に、サ担会議など適宜対応し本人の望む生活につながった。
- ・ 同行していただいた際、栄養の必要性を実感。個々の食に関する情報が増え、共有がこまめに行えた。食の悩みを明確にでき、効果的な栄養支援につながった。
- ・ 体重減少が著しい方。家族の関心が弱く、摂取量アップが難しかったので、デイサービスで栄養補助食品を提供し食べることを確認。介護支援専門員からも説得していただき、栄養補助食品導入につながった。
- ・ 食形態について事前に情報提供をいただけたので栄養摂取について具体的な対応ができた。
- ・ 耳鼻科医より嚥下障害のために訪問栄養食事指導を入れた方が良いと聞いたケアマネジャーが行政に実施施設を問い合わせ、介入となる。極端に食形態を下げ過ぎていた妻に対し指導実施。本人の QOL 向上、体重増加、安全な食事提案が可能となった。
- ・ 訪看からの口コミで、訪問の必要性のある方に対してまずは訪看よりケアマネジャーにも連絡いただき、その後、ケアマネジャーから依頼を受けた。訪看、ケアマネジャーと情報を共有し、今後の方向性についても共有している。
- ・ 介護予防。糖尿病 HbA1c 対象者全て改善（10→8 7→6 6→5）。
- ・ 調理による転倒リスク改善。一緒に調理しリスクチェックしケアマネジャーと共に片づけ。
- ・ 体重減少、増加など目標達成。
- ・ 低栄養。ヘルパー、薬剤師との連携。
- ・ 栄養士の最初の訪問や、経過中の訪問にもたまに同行していただき、スムーズに導入や維持できたことがある。
- ・ 管理栄養士だけでなく、医師、歯科医師、PT、ST 等の多職種とのつなぎ役になっていただけたので、多面的な情報共有が行え、ミキサー食から常食へ移行ができた。
- ・ 配食時に行う「栄養講話」の開催。9 月から 3 回の依頼があり好評であった。1 回の参加者が 10 名～25 名の会場に出向き、食事前の栄養講話 30～40 分を行い、その後低栄養予防の食事会で、お食事をしながら具体的なポイントの説明を行う。
- ・ 居宅療養管理指導にはつながらなかったが地域包括支援センターのケアマネジャー、

- 事業所のヘルパー向けのミニ調理実習付き講義をテーマにより行っている（月1回夜）。①バランスのとれた食事（3か月）、②塩分に気をつける（4回）、③糖尿病について（3回）。そこで作ったレシピを各自家や利用者宅で作ったといわれた。
- ・ 基本チェックリストで体重減少が確認された利用者について、地域包括支援センターのケアマネジャーより相談。主治医からの指示栄養量を確認し、本人の希望により自費での栄養相談（生協のカタログから一緒に適切な食材を選ぶなど）、食品のお届け（腎疾患用）を継続している例。
 - ・ ①昼間独居の82才女性。引っ越しで環境が変化し知人もなく食欲低下。週2回デイケア。デイケアのないところを昼食時ヘルパーのサービスを入れ、声かけ、見守りを提案。楽しくおしゃべりする食事タイムとなり食欲アップ、気持安定。②ALSの70才女性・胃全摘で胃瘻造設ができず、経口でいかに栄養補給するか、また進行する病状の中での食介助など課題が多いケース。ケアマネジャーは関わる支援者の報告をとりまとめ、情報共有できるよう担当者会議とメールによる伝達を頻繁に実施。栄養食に対して細やかに栄養士は発信できヘルパーと共に栄養状態の維持を図っている。
 - ・ 栄養についての認識が乏しい本人と家族で、ほぼ寝た切りの状態にあるのにどんどん体重が増加し、介護に支障が出てきたということでケアマネジャーから訪問に依頼が来た症例で、そのために入るのではなく本人の病態についての対応を話し合い、理解を共有して対応できている。
 - ・ 入所のタイミングで問題点を一緒に洗い出してプランを立てたことでスムーズに進んだ事例がたくさんあった（嚥下障害・リハ栄養）。
 - ・ VE検査を実施していただき、胃瘻の方の経口摂取が可能となった。
 - ・ デイサービスでの食事を自宅の食事と照らし合わせたことで摂食量のアップにつながった。
 - ・ 担当者会議の前にもあらかじめケアマネジャーが本人・家族に低栄養を予防するために栄養のプロに介入してもらいましょうと治療の根底には栄養管理が大事であることを伝えてくれた。その後、栄養の介入をしても意識が高いため、スムーズにプランを立案実行できている。
 - ・ 居宅療養管理指導で訪問に入りだしてHbA1cが上がった。ケアマネジャーが是非栄養士に入ってほしいと言われて訪問に入った方なのでケアマネジャーが食事で注意することなどを利用者に声かけしてくれたので。／等

⑨地域の介護支援専門員からの利用者に関する情報が適切に提供されるための工夫

地域の介護支援専門員からの利用者に関する情報が適切に提供されるための工夫について自由記述式で記載していただいた。以下はその内容である。

図表 271 地域の介護支援専門員からの利用者に関する情報が適切に提供されるための工夫（自由記述式）【栄養ケア・ステーション】

- ・ アセスメントシートの活用（2件）。
- ・ 訪問栄養指導についてのパンフレット配布。認定栄養ケア・ステーションの紹介と普及活動。
- ・ 同事業所内ではコミュニケーションを図っている、他事業所であれば必要であれば情報提供を行うようにしている。
- ・ 事前に相談を受ける際に何が必要かなどお伝えした。
- ・ 食事摂取に関しては食べた物だけでなく、量も気にしていただけるように声かけしている。
- ・ 利用開始の評価で栄養に問題がある場合は月1回のコンサルテーション日に相談の時間を設けている。
- ・ 地域包括支援センターへあいさつ回りに出かけ、当ケア・ステーションの事業内容を案内してきた。1名だが紹介を受け自費の栄養相談を実施した。
- ・ ホームページに地域統一の栄養情報提供書を貼りつけ、使用できるようにしている。また、サービスを受ける体制があること、連携室から発信している。
- ・ ケアマネジャーが集まる会に出席しても栄養を介入するほどではないと思われる。リハをやっていればいいと思われる。
- ・ わかりやすい質問（具体的な例をあげるなど）をして答えを導き出すようにしている。
- ・ 病院の検査値やデイサービスでの食事相談内容等の情報が共有できる連絡ファイルをつくった。
- ・ 居宅療養管理指導も含め地域の栄養に関する問い合わせ窓口を当法人に一元化しアクセスしやすいようにしている。
- ・ 訪問栄養指導の流れ、介護食の試食&メーカーによる説明などイベントを企画。食に関心を持てる場を提供している。
- ・ 嚥下調整食コードの普及。
- ・ 介護支援事業所に顔を出して、直接話をする機会をつくる。
- ・ 介入時にはフェイスシートをもらうようにしている。
- ・ どのような状態のケースの時に情報がいただきたいのか、事前に利用者ごとに計画書などを利用して連絡している。
- ・ 情報をもらったらその後のフィードバックをしっかりとする。どのような対応をこちら側がしたのか、報告をしっかりと行うこと。
- ・ アセスメントによる課題の分析と目標の共有化のために、3日間の食事記録や訪問アセ

スメント・モニタリング実施。

- ・機会があれば、対面で報告相談させていただくようにしている。
- ・会議、研修会などに参加し、交流を図っている。
- ・サービス担当者会議への参加。医師からの指示栄養量の確認、食形態の確認等支援において必要な情報をヒアリング、書面にて確認。介入時の食事摂取状況等について報告書を作成し共有。
- ・ケアマネジャーに限らず、関わる他職種との連絡ノートなどの記録。依頼を受けた時、対象者の概要を聞くが、栄養士がその情報をもとにどう支援するか考え、必要な情報を質問したり欲しい情報に関して依頼をかけるよう努める。報告書には食生活や栄養摂取状況を見える化（イメージし読める）できるよう具体的に記載する。
- ・介入後わかりやすい報告書をできるだけ早く返す。
- ・訪問した際の報告は主治医とケアマネジャーには必ずしている。
- ・こちらから欲しい情報を予め伝える。栄養スクリーニングはまず結果を FAX してから TEL し、問題点を絞って端的に伝える。
- ・現在は、居宅の方との連携自体ができていないので、施設の主治医や相談員を通して情報を得るようにしている。
- ・ケアマネジャーと一緒に本人の食事を見に行き確認する。
- ・栄養支援の必要性を伝えること（講演などを通して）。
- ・なるべく利用者の情報を共有することで食事のことでのちょっとした質問がしやすいようにしている。それによって、情報の中から栄養士として欲しい情報が提供していただけるようにもっていきたいと思っている。
- ・知りたい情報を具体的に項目立てて質問する。
- ・電子連絡帳（ICT ツール）での情報の交流を中心に進めている。
- ・①地域ケア会議に出席する。②介護予防事業の訪問に行く。③研修会に参加・講師を引き受ける。④電話での問い合わせには適切に対応する。／等

⑩利用者の適切な栄養管理という観点から、介護支援専門員からの提供が望まれる情報

利用者の適切な栄養管理という観点から、介護支援専門員からの提供が望まれる情報について自由記述式で記載していただいた。以下はその内容である。

図表 272 利用者の適切な栄養管理という観点から、介護支援専門員からの提供が望まれる情報（自由記述式）【栄養ケア・ステーション】

- ・ 体重の推移、食事量の変化、入退院情報、介護力、経済状況、生活歴。
- ・ 対象者の課題について、何が課題で、どのようなことに困っているか等。
- ・ 食事が食べられない方がいたら、都度、食事・嚥下状況、BMI、嗜好の書かれた情報について Fax をいただければ対応できる。
- ・ 経済状況や生活歴、1日の過ごし方などがあると参考になる。
- ・ 体重の推移（デイサービス記録等）。食事の食べ方（食べこぼしの有無、食事にかかる時間）。
- ・ 本人の嗜好や生活スタイルなどの情報提供。
- ・ まずは利用者と管理栄養士をつなげる必要がある。
- ・ 食事記録（メモ、写真）、体重の推移、MNA の評価。
- ・ 普段の食事の様子、買い物に行く人、場所、食事の量など。
- ・ 療養の方向性、厳密な管理なのか支援なのか。経済環境など。
- ・ かかりつけ医などがある場合は、採血結果や健診結果を見せてもらい、情報を共有できると指導しやすい。
- ・ 自宅での状況（備えつけている家電など）とヘルパーがつくっているメニュー。家族関係及び構成。受けているサービス（デイサービス）とそこでの食事内容。
- ・ 現在の食事内容、量、自炊できるか、食材の調達方法。
- ・ 食生活で実際に困っている（本人・家族・支援関係者）ことがあればまずは評価（栄養面）を行うため声をかけてほしい。
- ・ 体重の低下・食欲の低下などがみられたらすぐに連絡がほしい。重症化してから連絡が来ることが多く、重症化してからでは介入が難しいこともあり入院のリスクが高まる。
- ・ 本人からの聞き取りではわからないことがあるので、自宅での食事内容や食環境、主治医の食事指示、検査値など。
- ・ 生活歴や背景、医師・他職種の訪問状況。
- ・ 利用者の現在の1日分の食事内容。調理希望の有無。
- ・ 嚥下調整食コード、摂食率。
- ・ 体重の推移、食事量の変化等、現状だけでなく過去の情報もほしい。
- ・ フレイルリスク、MNA、医師の指示、基本情報、服薬一覧。
- ・ フレイルリスク、MNA。
- ・ 普段の食事、買い物、食形態、栄養指標などの情報。
- ・ 介護力、経済力、家族関係等。栄養士は食事の情報は自分で得やすいがそれ以外の情報

はケアマネジャーがよく持っていると感じる。

- ・ 利用者の食事に対する意欲、生活習慣、利用サービス状況。家族との関係、経済状況、家族の意向。社会資源、多職種の関わり方。
- ・ 必要な情報を都度いただけるとありがたい。個人によって必要な情報が違うので、画一的にはない。
- ・ 最低3日間の食事記録、生活リズム、経済状況などの食に関連する情報。
- ・ 改めての書類でなくて良いので、看護のサマリー等にある全体的なまとめの書類があれば共有させていただけると助かる。
- ・ 普段の生活状況（30分の訪問だけでは得られにくい部分）、基本的な食事スタイル、間食、アルコールなど。
- ・ 交流の中から日常の課題が浮きぼりになり、栄養管理が必要な方に必要な内容を環境に合わせ適切に提供できると考える。利用者の生活環境まで観られる情報が提供されると提供する選択肢がより多くなるので沢山の情報がほしい。
- ・ 食事、栄養問題で何が困っているのか（利用者本人、家族）、経済状況（お金を食事にかけれられないのか否か）、配食弁当・ヘルパー調理の状況について。
- ・ アセスメントシート・基本情報シートの内容、介護支援計画、主治医意見の内容（指示栄養量、療養士の注意点など）。
- ・ せめて身長・体重は教えてほしい。食に関する情報。
- ・ 栄養管理は単に食事をとる・栄養補給するというだけのものでない。生活環境、療養におけるメンタル面や施設関係等も大きく影響するため、対象者の丸ごとを把握する立場にあり、また関係者をまとめる役目であるケアマネジャーが全体を目配りし、詳細な変化を伝えてくれることを、栄養管理を担うものとして提案を求めるようにしている。
- ・ ケアマネジャーからの情報というよりヘルパーからの日頃の様子を聞きとってもらってそれを伝えてもらえるとありがたい。
- ・ 食事摂取量の変化（いつから食べられなくなったのか）、体重変化、血液検査。
- ・ 現在は施設の方が主なので疾病、身長、現在の体重、お薬の種類など、食事を提供するのに必要な情報は細かくほしいが、まずは1食目を提供できるような情報があれば助かる。
- ・ ケアマネジャーももっと対象者の食事の様子を見てもらえると良い。
- ・ 意欲、必要性（低栄養の評価、血糖コントロールなど）、家族や食事を取りまく状況、配食サービス状況など。
- ・ 食欲があるか、体重減少、発熱など気になる項目を情報として知らせていただけるとよい。
- ・ 生活状況も含め、多職種によるサービスの状況。
- ・ 食事について困っているという声を出してもらいたい、問題と認識されていないこと。
- ・ 自宅での食事の様子がわかると良い。

／等

⑪地域の介護支援専門員との連携をより円滑にあるいは強化していくために行政や関係団体に行ってほしい取組

地域の介護支援専門員との連携をより円滑にあるいは強化していくために行政や関係団体に行ってほしい取組について自由記述式で記載していただいた。以下はその内容である。

図表 273 地域の介護支援専門員との連携をより円滑にあるいは強化していくために行政や関係団体に行ってほしい取組（自由記述式）【栄養ケア・ステーション】

- ・ 地域ケア会議への栄養士の参加→市に確認は行ったが、地域の特性上各地域包括支援センターに任せているとのことで参加には至らず。
- ・ 栄養士と介護支援専門員がつながれる機会の増加。
- ・ 食事と栄養の重要性の認知の向上を図っていただきたい。少なくともケアマネジャー研修のケアプランの作成事例で疾患のある方に「好きなものを食べる」というケアプランを提示するのはやめていただきたい。
- ・ 具体的に連絡をとり合っていただけのが一番ありがたいと思う。自分自身で動くことも必要とは認識しているが、日々の業務や家庭との時間バランス（業務時間内 9:00-18:00 であれば参加可能であるが、夜間 19:00 以降となると、幼児がおり参加が難しい）に追われ、なかなか一歩が踏み出せない。
- ・ 管理栄養士が居宅療養管理指導を算出するには、病院・クリニックの医師と個人的な契約を行い算定する流れとなるが、薬局に所属する等一般的な会社員としては、会社の理解が必要になってくる（栄養ケア・ステーションの収入にもできず、副業とみなされるため）。また、薬局では薬剤師でしか算定ができない現状であり、行政の今後の管理栄養士の対応に期待する。介護支援専門員だけでなく、他職種の方と連携を実施するにあたり、算定条件等の改善を希望する。管理栄養士が地域で貢献するためにも行政等の算定といったように評価が必要と感じる。また、認定栄養ケア・ステーションの働き方にも疑問が残る。まだ始まったばかりの事業でもあるので、様々実施しながら地域貢献につなげたいと考えている。
- ・ 管理栄養士と介護支援専門員を具体的につなげてほしい。
- ・ 情報の周知。まだ取り組んでいない事業者に対する有益な情報を知らない。情報共有の場。
- ・ 栄養ケア・ステーションの取組の啓発。在宅訪問栄養食事指導を請求できる制度づくりが必要。今は制度がない→介護保険、医療保険が使えない状況。
- ・ 栄養ケア・ステーションと地域包括支援センターとの連携加算。要支援 1～要介 2 までの方は特に栄養介入による改善効果が見込めると感じる。フレイルの改善など。
- ・ 連携できる場の提供、お互いをつなぐようにしてほしい。施設（病院）への働きかけをしてほしい。ケアマネジャーと栄養士のマッチング体制をつくってほしい。ケア会議への栄養士の参画。市区町村の栄養士会設立の支援（団体同士での連携ができる）。
- ・ 栄養状態が全てのケアに通じることを理解してほしい。

- ・介護支援専門員に対する情報提供（訪問栄養師の制度を伝えてほしい）。管理栄養士とのつなぎをしてほしい。
- ・介護支援専門員と連携することに加算等で評価してもらいたい。
- ・地域全体を支える視点が必要。
- ・地域向けの食、栄養、フレイル予防のイベントを共同開催。研修（多職種が参加できる）でのコミュニティの場づくり。
- ・栄養ケア・ステーションの普及。
- ・地域ケア会議の開催。
- ・ICT活用（2件）。
- ・地域で活動する介護支援専門員やヘルパー、訪問看護スタッフなどのリストの作成、地域ケア会議などの集まりの案内が届くシステムにしてほしい。地域でのビジネスの集まりで訪問看護ステーションの方と知り合いになったが、お互いに近くにいないのに知らない状況では連携ができない。
- ・顔が見える関係の構築が図れるよう、合同、多職種参加型の研修会があると良い。
- ・顔が見える関係、相談をしやすい関係ができるように、多職種の会や勉強会などつないでほしい。
- ・訪問栄養指導サービスがあまりにも多職種に知られておらず、うまくサービスが利用されていないため、もっと広報していただきたい。
- ・管理栄養士が保険請求できるシステムが欲しい。介入が必要なケースがあっても、医療機関との委託契約等で、介入することができない。また、わずらわしさから、医療機関にお願いしにくいので、医師の指示は必要費も請求業務ができると動きやすい。
- ・要介護1～5、要支の医療介護保険を利用するには、医師と栄養士で契約のうえ指示書をもることが前提となる。医療機関との連携がとれず必要な方への栄養指導が実施されず、ケアマネジャー、本人、栄養士、三者が困っている。医療機関の介護医療の積極的連携姿勢を希望する。行政もプッシュしてほしい。
- ・開設して数か月、老人保健健康推進事業に対する認識も乏しく、今後の課題として取り組んで行けたらと考えている。
- ・認定栄養ケア・ステーションの役割の宣伝で認知度を高めてほしい。地域栄養相談が気軽にできる場所があることを地域住民に伝えること。地域の介護支援専門員に対して活用推進の取組。医療機関との契約による算定者が増えると運営上の発展に寄与できるので是非取り組んで頂きたい。
- ・医師会の先生に居宅療養管理指導についての理解をいただけるようにアプローチする機会が欲しい。低栄養改善のために管理栄養士が訪問することの重要性を行政や医師、訪問、ケアマネジャー等他職種の理解が欲しい。
- ・行政が行っている医療と介護の連携推進勉強会に栄養士を正式な参加職種としてほしい。
- ・顔のみえる関係づくりの機会、取組、仕組みづくり。
- ・ケアマネジャーだけでなく医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師など多職種で顔が見える関係をつくる役割を担ってほしい。

- ・ 地域包括支援センターごとに開催されている多職種連携会議に管理栄養士の参加が必須であると規定してもらえるとありがたい。こちらから参加したいと要望しても、入れてもらえないところもある。
- ・ 認定栄養ケア・ステーションの存在や一覧表提供など。栄養士会の HP にのせるだけでは弱い。行政の場でのアピールがほしい。
- ・ 認定栄養ケア・ステーション自体の収入がないため、円滑に運営できるような体制ができると助かる。まだ認知度も低いので今後の課題だと思う。
- ・ 地域ケア会議等の実施の継続。一番の問題は地域の問題に対して栄養士が顔を出さないことが挙げられると思う。
- ・ 行政が把握可能であれば、そこからも栄養介入の必要性をケアマネジャーに伝えてもらうこと。
- ・ 多職種の交流やケア会議などを開催しながら、話し合える場の提供を。日々の交流ができるようになると介護支援専門員の方もすぐに質問ができるようになるとより良いかと。
- ・ 「地域全体で」ICT システムを利用する体制を整えていただきたい。
- ・ 地域包括支援センター、役所が中心になって多職種の交流を定期的に進めることにより、職種間交流がスムーズにいくと思われる。／等

⑫介護支援専門員との連携を行う上で困っていること、改善を望む点

介護支援専門員との連携を行う上で困っていること、改善を望む点について自由記述式で記載していただいた。以下はその内容である。

図表 274 介護支援専門員との連携を行う上で困っていること、改善を望む点
(自由記述式)【栄養ケア・ステーション】

- ・ 書類のやり取りだけだと上手に連携できないのでいかに顔のわかるつながりが作れるか工夫してほしい。
- ・ 介護支援専門員間で栄養に関する(対する)知識・認識の差が大きい。訪問栄養指導の件数が少なく認知度が不足。医師との連携時に時間を要すること。
- ・ 食事、栄養は介護保険でカバーされていることが少なく見逃されることが多い。また、個人の意向によることも多い分野であり、食事を詳しくアセスメントされることはほぼない状況。食事はお弁当をとっていれば問題ないと考えるケアマネジャーが多い中、どのように介入すべきか考えるところ。
- ・ 具体的に連絡をとり合っていただけるのが一番ありがたいと思う。自分自身で動くことも必要とは認識しているが、日々の業務や家庭との時間バランス(業務時間内 9:00-18:00 であれば参加可能であるが、夜間 19:00 以降となると、幼児がおり参加が難しい)に追われ、なかなか一歩が踏み出せない。
- ・ 管理栄養士と介護支援専門員の連携をとるにはどこに連絡すべきなのか教えてほしい。
- ・ 連携を行えていないが、もし統一のフォーマットがないのであれば統一化させる。

- ・現状として、算定するに至っておらずアンケートの回答が難しい。
- ・栄養スクリーニング加算はネグレクトの発見や病態の進行の発見のきっかけになるので点数を毎月算定にして積極的に取り組んでほしい。
- ・業務の依頼方法や料金体制の一本化。会議や勉強会、研修など行うのがよいことなのは理解しているが業務が忙しく参加が難しい。また、管理栄養士の多くは子供がおり夜間に家をあけるのも難しい。また、在宅訪問栄養食事指導の専門資格取得費用が高いので料金を見直してほしい。
- ・お互いの顔が見える関係。また、栄養管理はサービスが余った時に使用されるサービスであることが多いので在宅での栄養管理の必要性を十分に認知・認識してほしい。
- ・栄養が必要なのがわかっていない点。
- ・まだ、多くの介護支援専門員は栄養士との連携方法を知らず栄養問題をかかえている（気づかない）ケースが多い。栄養士につなぐシステムを強化してほしい。そして、低栄養、疾病の重症化予防につなげたい。
- ・栄養ケア・ステーションが単体で介護、医療として事業所開所できないので困っている。
- ・食事にお困りの方がいたら栄養士に相談しようという流れが構築できたら嬉しいと思う。
- ・食生活に対する興味・関心が低い。
- ・私たちは市と連携して介護予防教室、総合事業の訪問型 C サービス（元年 10 月より）を行っているが、始めたばかり。介護支援専門員の様子を少しずつ理解し始めているところである。地域ケア会議にも 10 月から参加しているが、介護支援専門員は栄養に関する認識が薄いように思える。
- ・現在、都道府県内には認定栄養ケア・ステーションは 4 か所。弊社は在宅訪問よりデイサービスでの栄養管理に関するサポートやコンサルティングをしている。在宅訪問に行くことが少ないので、ケアマネとのつながりもあまりない。介護支援専門員からも、認定栄養ケア・ステーションと連携を行うために声をかけてもらえると助かる。
- ・ケアマネジャーの中でも主任クラスより現場の方にはまだ栄養の大切さ、管理栄養士の必要性に対する認知度が低い。栄養士はもっとアピールしていく必要がある。
- ・利用者の全体の状況を把握しているケアマネジャーから、もっと積極的に情報発信してほしい。多職種のまとめ役として中心にあってよいと思う。食事や栄養に関する問題を流さず、取り上げてほしい。
- ・種々の手続き等がもっと簡素化されて、タイムリーに介入できていけるシステムがあればもっと連携も進むと思う。
- ・栄養ケア・ステーションが単独で国保連合会等へ医療介護の請求ができる介護事業者としての地位の確立が望まれる。ケアマネジャーも必要ケースが医療機関の連携姿勢がないために、栄養指導できない現システムだと連携が難しいと言っている。
- ・ケアマネジャーが低栄養改善の必要性を感じていただけるように、ケアマネジャーの研修会で講義をしたいがなかなかできないので近くのケアマネや地域包括支援センターとの連携を行いたい、夜のことが多く、職員（栄養 CS の）が出ていけないことが多いので、人材不足、若い人が入ってこない。

- ・ 栄養・食事の必要性をもっと感じてほしい。
- ・ ケアマネジャーへの PR 活動を行っている中で、栄養士への介入依頼は徐々に増えているが、指示を出す医師の中では栄養士の介入に対する認知度が低く、また、栄養士自体が保険請求できない現法の中で訪問につなぐことができないケースも多い。我々栄養士自身も、在宅訪問の現場でどのようなことをするのか、何ができるかもっとアピールしなくてはいけないと思う。
- ・ 担当ケアマネジャーが変わったとたんに栄養指導は必要ないと切られてしまうことがある。ケアマネジャーにも栄養食事支援は重要であり、それには専門である管理栄養士の関わりが必要なのだと認知してもらいたい（認知してもらおう働きかけはしている）。
- ・ 栄養がいかに大切か。優先順位として緊急性がないことが多く後回しにされることが多い。しかし、生活のベースを作るものなので後回しにした結果、もう手遅れということも多い。
- ・ 介護支援専門員との連携をとる上でもお金がからむとなかなか積極的な働きかけがないため問題だと思う。
- ・ ケアマネジャーというよりもっと多職種でその方の食事の様子を確認していければ良い。
- ・ 栄養の訪問（介護保険居宅療養管理指導）の算定システムが複雑であるために介入を逃すケースも多い。もっと栄養訪問がスムーズにできるようなシステムづくりが必要と思う。それがケアマネジャーの理解にもつながると思う。
- ・ 訪問栄養指導について周知していくことが必要だと思っている。管理栄養士がどこにいるのかを知らせていくことも大切だとは思っているがケアマネジャーの質問に対応していくには栄養士の人材育成も課題。
- ・ 歯科医師や医師から依頼があり訪問を行ったが、ケアマネジャーの計画に入らなかった（栄養・食事よりも課題があるため）、ボランティア訪問で対応した例は数例ある。
- ・ 食事のことを大切に思っただけのケアマネジャーばかりではないこともあり、医師とのコンタクトも深めていけるようになるといいと思っている（当ステーションは元々良好な状態）。
／等

第4章 まとめ

ここでは、本事業で明らかになった、介護支援専門員における、利用者の口腔や食事・栄養状況、服薬管理・服薬状況等に関する情報収集状況や、歯科医師や薬剤師、管理栄養士等との連携の実態、連携を行う上での課題等の結果を踏まえ、介護支援専門員と歯科医師や薬剤師、管理栄養士等との円滑な連携に向けた支援策についての提案と今後の課題を整理した。

1. 介護支援専門員調査の主な調査結果

介護支援専門員調査の主な結果は以下の通りである。

(居宅介護支援事業所の概要)

- ・ 事業所の開設主体は、「営利法人」が 33.1%、「社会福祉法人」が 23.9%、「医療法人」が 20.5%であった。
- ・ 事業所の介護支援専門員の人数は、平均 3.8 人であった。
- ・ 同一法人または関連法人が運営している施設・事業所については、「通所介護」が 57.2%で最も多く、次いで「訪問介護」が 48.2%、「訪問看護ステーション」が 28.7%であった。
- ・ 特定事業所加算の算定状況は、「特定事業所加算（Ⅰ）」が 4.7%、「特定事業所加算（Ⅱ）」が 32.1%、「特定事業所加算（Ⅲ）」が 14.8%、「特定事業所加算（Ⅳ）」が 1.7%であった。「算定なし」は 44.8%であった。

(介護支援専門員の基礎情報)

- ・ 介護支援専門員としての業務経験年数は平均 11.8 年で、現在の事業所での介護支援専門員としての業務経験年数は平均 8.5 年であった。
- ・ 保有資格は、「介護福祉士」が 61.3%で最も多く、次いで「介護職員初任者研修」が 20.0%、「保健師・助産師・看護師・准看護師」が 19.1%、「社会福祉士」が 19.1%であった。
- ・ 主任介護支援専門員が 69.7%であった。
- ・ 事業所の管理者が 76.9%であった。
- ・ 医療機関での勤務経験が「あり」は 41.6%で、「なし」が 57.7%であった。

(介護支援専門員が担当する利用者の状況等)

- ・ 令和元年 9 月の給付管理で実績があった担当利用者数（要支援 1・2 を含む）は、平均 32.60 人であった。
- ・ 要介護度別にみると、「要介護 1」が平均 9.38 人、「要介護 2」が平均 7.96 人、「要介護 3」が平均 4.76 人、「要介護 4」が平均 3.06 人、「要介護 5」が平均 2.16 人であった。また、「要支援 1・2」は平均 5.27 人であった。
- ・ 歯科医師による訪問歯科診療等の利用者がいた介護支援専門員は 427 人（回答のあつ

た介護支援専門員の 50.2%) で、利用者数は平均 2.58 人であった。同様にみても、歯科衛生士による訪問歯科衛生指導等の利用者がいた介護支援専門員は 243 人 (同 28.7%) で利用者数は平均 3.04 人、処方薬による薬物治療を受けている利用者がいた介護支援専門員は 596 人 (同 72.5%) で利用者数は平均 28.14 人、薬剤師による訪問薬剤管理指導等を受けている利用者がいた介護支援専門員は 469 人 (同 55.2%) で利用者数は平均 3.51 人、管理栄養士による訪問栄養食事指導等の利用者がいた介護支援専門員は 43 人 (同 5.3%) で利用者数は平均 1.95 人であった。

(利用者の口腔や食事摂取・栄養、服薬管理に関する情報収集等の状況)

- ・ 令和元年 9 月の給付管理で実績があった担当利用者について、利用した訪問介護事業所は平均 5.5 事業所であった。最も多いのは 3 事業所であった。
- ・ 利用者の状況について「十分に把握できている」「概ね把握できている」を合わせた割合は、以下の通りである。
 - 薬が大量に余っているまたは複数回分の薬を一度に服用していることがないか 76.0%
 - 薬の服用を拒絶していることがないか：82.6%
 - 使い切らないうちに新たに薬が処方されていることがないか：56.5%
 - 口臭や口腔内出血があるかどうか：37.1%
 - 体重の増減が推測される見た目の変化があるかどうか：80.1%
 - 食事量や食事回数に変化があるかどうか：70.4%
 - 下痢や便秘が続いていることがないか：59.2%
 - 皮膚が乾燥していたり湿疹等があるかどうか：54.9%
 - リハビリテーションの提供が必要と思われる状態にあるにも関わらず提供されていないことがないか：82.2%
- ・ こうした利用者の状況に関する情報収集方法としては、「自らが見たり聞いたりして情報収集している」が最も多かった。特にこの割合が高かったのは「体重の増減が推測される見た目の変化があるかどうか」(87.4%)、「リハビリテーションの提供が必要と思われる状態にあるにも関わらず提供されていないことがないか」(86.9%)、「薬が大量に余っているまたは複数回分の薬を一度に服用していることがないか」(83.3%)であった。一方、低かったのは「口臭や口腔内出血があるかどうか」(66.1%)、「皮膚が乾燥していたり湿疹等があるかどうか」(66.6%)であった。特に「口臭や口腔内出血があるかどうか」については他者からの情報収集の割合も低く「特に情報収集していない」が 11.2%で全ての項目の中でも高い割合となった。
- ・ 口腔や食事摂取・栄養、服薬の状況等を定期的に把握するための「利用者ごとの情報連携シート等」が「ある」が 22.2%、「ない」が 76.7%であった。なお、情報連携シートが「ない」と回答した介護支援専門員に対して今後の利用意向を尋ねたところ、「ある」という回答は 32.8%であった。
- ・ 情報連携シートがある場合、その中に記載がある項目としては、「食事摂取・栄養の状

況」が 82.5%、「服薬の状況」が 79.7%、「口腔の状況」が 62.3%であった。また、情報連携シートを「活用している」が 67.0%、「活用していない」が 27.8%で、活用していない理由としては「書類作成が多く手が回らないため」「他の記録を活用しているから」等が挙げられており、活用しやすくするためには「チェックシートのように簡潔に記入できるもの」「様式の統一化」「シート活用のための勉強会・研修などの開催」が必要との意見が挙げられた。

- ・ 利用者の口腔や食事摂取・栄養、服薬の状況等を適切かつ迅速に把握するために工夫していることとしては、①情報連携シート・アセスメントシート等での確認、②ケアプランへの位置づけ、③モニタリング時に確認、④自らの目で直接確認・情報収集、⑤サービス事業所からの情報収集、⑥本人・家族等からの情報収集等で様々な工夫がされている。
- ・ 例えば、①口腔については、デイサービスの口腔機能向上加算による報告や地域歯科衛生士会作成の簡易口腔アセスメントの活用、歯科医師からの情報収集等、②食事摂取・栄養については、デイサービスの利用時の体重測定や栄養スクリーニング結果の確認等、③服薬については、お薬カレンダーやお薬手帳の確認、かかりつけ薬局との連携等、といった形で情報収集が行われている。

(利用者の口腔に関する対応等)

- ・ 利用者の口腔の状況について評価している項目としては、「入れ歯の状況」が 68.0%で最も多く、次いで「歯の状況」(56.2%)、「摂食嚥下機能の記録」(50.2%)、「歯茎、舌など歯以外の口腔内の状況の把握」(26.8%)であった。なお、「評価していない」が 14.9%であった。
- ・ 利用者の口腔に関する評価に際しては、「歯科医師・歯科衛生士からの情報収集」が 40.3%、「他の専門職・専門機関からの情報収集」が 62.6%、「介護支援専門員みずから評価」が 55.9%であった。

○介護支援専門員→歯科医師・歯科衛生士に依頼→介護支援専門員

- ・ 平成 31 年 4 月～令和元年 9 月の半年間に歯科医師・歯科衛生士に情報提供を依頼し実際に提供を受けた経験が「ある」という介護支援専門員が 50.8%、「ない」が 48.4%であった。また、「ある」場合の該当利用者数は 6 か月間で介護支援専門員 1 人あたり平均 2.9 人であった。
- ・ これにより得た情報としては、「口腔衛生の状態」が 79.4%で最も多く、次いで「入れ歯の状況」(77.8%)、「歯の状況」(77.4%)で、この 3 項目については 8 割近くとなっているが、「口腔乾燥の状態」(25.9%)、「摂食嚥下機能の状況」(36.4%)、「歯茎や舌などの状況」(46.7%)は 5 割に達していない。
- ・ 一方、情報提供を依頼し受けた経験が「ない」と回答した介護支援専門員にその理由を尋ねたところ、「アセスメント・モニタリング時に把握できているため」が 37.4%、「利用者または介護者が情報の提供を望まないため」が 24.6%、「地域に情報の提供を依頼する歯科医師・歯科衛生士がいないため」が 13.8%であった。「その他」として、

「該当する利用者がいないため」「本人や家族から治療の内容、状況の確認できるから」「歯科受診していないため」「歯科医師・歯科衛生士との接点がない・連携ができていない」等も挙げられている。

○介護支援専門員→介護サービス事業所

- ・平成31年4月～令和元年9月の半年間に、介護支援専門員から介護サービス事業所に対して口腔に関する情報を提供した経験が「ある」という介護支援専門員が61.9%、「ない」が36.7%であった。
- ・介護サービス事業所に提供した情報については、「入れ歯の状況」が71.3%で最も多く、次いで「摂食嚥下機能の状況」(57.6%)、「歯の状況」(50.7%)、「口腔衛生の状態」(48.6%)であった。また、この半年間に情報提供した利用者数は、介護支援専門員1人あたり平均3.9人であった。
- ・一方、平成31年4月～令和元年9月の半年間に、介護サービス事業所に担当利用者の口腔に関する情報を提供した経験が「ない」と回答した介護支援専門員にその理由を尋ねたところ、「特に情報の提供の必要性を感じないため」が42.5%で最も多く、次いで「介護サービス事業所から提供を求められないため」(31.9%)、「提供すべき情報を取得していないため」(31.3%)であった。

○介護支援専門員→歯科医師

- ・平成31年4月～令和元年9月の半年間に、介護サービス事業所から得た担当利用者の口腔に関する情報を歯科医師に提供した経験を尋ねたところ、「提供した」が30.5%、「提供しなかった」が68.0%であった。
- ・歯科医師に提供した口腔に関する情報については、「入れ歯の状況」が71.6%で最も多く、次いで「歯の状況」(57.5%)、「口腔衛生の状態」(37.3%)、「摂食嚥下機能の状況」(33.9%)であった。
- ・また、この半年間に情報提供した利用者数は、介護支援専門員1人あたり平均2.09人であった。このうち何らかの介入が行われた利用者数は平均1.70人で、口腔の問題が解決した利用者数は平均1.35人であった。
- ・一方、平成31年4月～令和元年9月の半年間に、歯科医師に担当利用者の口腔に関する情報を「提供しなかった」と回答した介護支援専門員にその理由を尋ねたところ、「担当する歯科医師に伝えるべき情報を取得していないため」が38.6%で最も多く、次いで「担当する歯科医師がいない」(22.3%)であった。また、「その他」の内容として、「本人・家族が対応したため」「該当する利用者がいないため」「必要がなかったから」「自ら歯科受診しているため」「本人や家族の了解が得られないため」等の理由が挙げられた。
- ・歯科医師に担当利用者の口腔に関する情報を提供しやすくするための方策については、「共通の連携シートの作成・活用」「顔の見える関係づくり」「日頃からの関係性の構築」「定期歯科健診のルール化」「歯科医師が求める情報を知ること」「連携先の窓口を明確化すること」等といった意見が挙げられた。

○多職種連携の効果

- ・口腔の状況について関係機関と情報共有を行ったことによる、利用者にとっての効果としては、「利用者の口腔の状況が改善された」が 51.4%で最も多く、次いで「利用者の食事摂取・栄養状況が改善した」(40.5%)、「サービス提供事業所と共有した情報がサービス提供に活用された」(31.6%)、「多職種によるケアチームで協働して口腔に関する取組を行うことができた」(26.5%)、「得られた情報や助言に基づきケアプランの見直しをした」(18.8%)であった。

(利用者の食事摂取・栄養に関する対応等)

- ・利用者の栄養状態について評価している項目としては、「食事摂取量」が 81.7%で最も多く、次いで「体重減少率」(67.2%)、「褥瘡の有無」(55.0%)であった。他の項目は1割～3割強程度にとどまった。また、「評価していない」が 6.2%であった。
- ・利用者の栄養状態に関する評価に際しては、「管理栄養士からの情報収集」が 11.9%、「歯科医師・歯科衛生士からの情報収集」が 7.8%、「他の専門職・専門機関からの情報収集」が 78.9%、「介護支援専門員みずから評価」が 58.6%であった。
- ・平成 31 年 4 月～令和元年 9 月の半年間に、栄養スクリーニング加算を算定した担当利用者数は介護支援専門員 1 人あたり平均 0.9 人（中央値 0.0）であった。

○介護支援専門員→管理栄養士に依頼→介護支援専門員

- ・平成 31 年 4 月～令和元年 9 月の半年間に、管理栄養士に担当利用者の食事摂取・栄養に関する情報の提供を依頼し、実際に提供を受けた経験が「ある」という介護支援専門員が 22.7%、「ない」が 76.0%であった。また、「ある」場合、この半年間に管理栄養士より情報提供を受けた利用者数は、介護支援専門員 1 人あたり平均 3.4 人（中央値 1.0）であった。
- ・管理栄養士より提供を受けた食事摂取・栄養に関する情報については、「食事摂取量」が 72.4%で最も多く、次いで「身体計測結果」(50.7%)、「食事時の摂食・嚥下状況」(49.3%)、「必要栄養量」(45.6%)、「低栄養状態のリスクレベル」(42.9%)であった。
- ・一方、情報提供を依頼し受けた経験が「ない」と回答した介護支援専門員にその理由を尋ねたところ、「地域に情報の提供を依頼する管理栄養士がいないため」が 41.1%で最も多く、次いで「アセスメント・モニタリング時に把握できているため」(28.6%)、「利用者または介護者が情報の提供を望まないため」(22.6%)であった。「その他」として「該当する利用者がないため」「必要性を感じていなかった」「主治医や訪問看護師に相談し連携している」等の意見が多く挙げられた。

○介護サービス事業所→介護支援専門員

- ・平成 31 年 4 月～令和元年 9 月の半年間に、介護サービス事業所から、担当利用者の食事摂取・栄養に関する情報の提供を受けた経験が「ある」と回答した介護支援専門員が 80.8%、「ない」が 17.7%であった。
- ・介護サービス事業所より提供を受けた食事摂取・栄養に関する情報については、「食事摂取量」が 80.6%で最も多く、次いで「食事時の摂食・嚥下状況」(68.7%)、「身体計

測結果」(50.7%)、「本人の意欲」(50.2%)であった。また、この半年間に介護サービス事業所から情報提供を受けた利用者数は、介護支援専門員1人あたり平均6.9人であった。

- ・ 一方、介護サービス事業所から情報提供を受けた経験が「ない」と回答した介護支援専門員にその理由を尋ねたところ、「アセスメント・モニタリング時に把握できているため」が30.8%で最も多く、次いで「地域に情報の提供を依頼する介護サービス事業所がないため」(25.4%)、「利用者または介護者が情報の提供を望まないため」(20.1%)であった。「その他」として「該当する利用者がいないため」等の意見が多く挙げられた。
- ・ 平成31年4月～令和元年9月の半年間に、介護サービス事業所から、担当利用者の食事摂取・栄養に関する情報の提供を受けた経験が「ある」と回答した介護支援専門員において、半年間に栄養スクリーニング加算を算定した事業所数は平均0.4か所(中央値0.0)、栄養状態に関する文書件数は平均1.5件(中央値0.0)であった。

○介護支援専門員→管理栄養士

- ・ 平成31年4月～令和元年9月の半年間に、介護サービス事業所から得た担当利用者の食事摂取・栄養に関する情報を管理栄養士に提供した経験を尋ねたところ、「提供した」という介護支援専門員は12.5%、「提供しなかった」が86.1%であった。
- ・ 管理栄養士に提供した食事摂取・栄養に関する情報については、「食事摂取量」が69.2%で最も多く、次いで「食事時の摂食・嚥下状況」(51.7%)、「本人の意欲」(50.8%)、「低栄養状態のリスクレベル」(45.0%)、「嚥下調整食の必要性の有無」(40.8%)であった。
- ・ 平成31年4月～令和元年9月の半年間に管理栄養士に情報提供した利用者数は、介護支援専門員1人あたり平均2.7人であった。このうち何らかの介入が行われた利用者数は平均1.3人で、食事摂取・栄養の問題が解決した利用者数は平均0.9人であった。
- ・ 一方、平成31年4月～令和元年9月の半年間に、管理栄養士に担当利用者の食事摂取・栄養に関する情報を「提供しなかった」と回答した人にその理由を尋ねたところ、「担当する管理栄養士がいないため」が71.8%であった。「その他」として、「必要性がなかった」「該当する利用者がいないため」「医師・看護師に相談」「どのように連絡を誰にとっていいかわからない」等の意見が多く挙げられた。
- ・ 管理栄養士に担当利用者の食事摂取・栄養に関する情報を提供しやすくするための方策として、「地域で相談できる管理栄養士の情報・リスト等の作成」「研修・勉強会等での情報交換と顔の見える関係づくり」「利用者・関係者への連携推進の普及・啓発」「地域に相談する場所がない。栄養ケア・ステーションの事務所設置」「関係職・事業所全てが共通認識をもち、同一して連携できる簡易なツールづくり」「窓口の設置・連絡先一覧・連絡シートの作成」等の意見が多く挙げられた。

○多職種連携の効果

- ・ 食事摂取・栄養について関係機関と情報共有を行ったことによる、利用者にとっての効果については、「利用者の食事摂取・栄養の状況が改善された」が45.8%で最も多く、次いで「サービス提供事業所と共有した情報がサービス提供に活用された」(45.4%)、

「多職種によるケアチームで協働して食事摂取・栄養に関する取組を行うことができた」(34.8%)、「得られた情報や助言に基づきケアプランの見直しをした」(25.9%)であった。

(利用者の服薬に関する対応等)

- ・ 利用者の服薬管理・服薬状況について評価している項目としては、「服薬状況」が 85.9%で最も多く、次いで「残薬」(69.1%)、「薬剤の種類」(67.7%)であった。他の項目は2割～3割強であった。また、「評価していない」が 4.8%であった。
- ・ 利用者の服薬管理・服薬状況に関する評価に際しては、「医師からの情報収集」が 35.8%、「薬剤師からの情報収集」が 48.5%、「他の専門職・専門機関からの情報収集」が 70.7%、「介護支援専門員みずから評価」が 69.3%であった。

○介護支援専門員→保険薬局または医療機関に依頼→介護支援専門員

- ・ 平成 31 年 4 月～令和元年 9 月の半年間に、保険薬局または医療機関に、担当利用者の服薬管理・服薬状況に関する情報の提供を依頼し、実際に提供を受けた経験が「ある」という介護支援専門員が 65.5%、「ない」が 33.2%であった。
- ・ 保険薬局または医療機関より提供を受けた服薬管理・服薬状況に関する情報については、「服薬状況」が 86.0%で最も多く、次いで「服薬指導の内容」(69.4%)、「残薬の状況」(66.8%)であった。また、この半年間に保険薬局または医療機関より情報提供を受けた利用者数は、介護支援専門員 1 人あたり平均 5.2 人であった。
- ・ 一方、情報提供を依頼し受けた経験が「ない」と回答した人にその理由を尋ねたところ、「説明書またはお薬手帳で情報を把握しているため」が 59.1%で最も多く、次いで「アセスメント・モニタリング時に把握できているため」が 37.4%であった。

○介護サービス事業所→介護支援専門員

- ・ 平成 31 年 4 月～令和元年 9 月の半年間に、介護サービス事業所から、担当利用者の服薬管理・服薬状況に関する情報の提供を受けた経験が「ある」と回答した介護支援専門員が 80.7%、「ない」が 17.3%であった。
- ・ 介護サービス事業所より提供を受けた服薬管理・服薬状況に関する情報については、「服薬状況」が 83.3%で最も多く、次いで「残薬」(64.0%)、「薬剤の種類」(49.1%)であった。また、この半年間に介護サービス事業所から情報提供を受けた利用者数は、介護支援専門員 1 人あたり平均 6.0 人(中央値 3.0)であった。
- ・ 一方、平成 31 年 4 月～令和元年 9 月の半年間に、介護サービス事業所から担当利用者の服薬管理・服薬状況に関する情報の提供を受けた経験が「ない」と回答した介護支援専門員にその理由を尋ねたところ、「アセスメント・モニタリング時に把握できているため」が 53.6%で最も多く、次いで「保険薬局より情報を入手できているため」(21.7%)、「利用者または介護者が情報の提供を望まないため」(15.7%)であった。

○介護支援専門員→薬剤師

- ・ 平成 31 年 4 月～令和元年 9 月の半年間に、介護サービス事業所から得た担当利用者の服薬管理・服薬状況に関する情報を薬剤師に提供した経験を尋ねたところ、「提供した」

という介護支援専門員が43.1%、「提供しなかった」が55.1%であった。

- ・ 薬剤師に提供した服薬管理・服薬状況に関する情報については、「服薬状況」が75.5%で最も多く、次いで「残薬」(63.1%)、「薬剤の種類」(30.3%)であった。
- ・ 平成31年4月～令和元年9月の半年間に薬剤師に情報提供した利用者数は、介護支援専門員1人あたり平均3.3人であった。このうち何らかの介入が行われた利用者数は平均2.2人で、服薬管理・服薬状況の問題が解決した利用者数は平均1.5人であった。
- ・ 一方、平成31年4月～令和元年9月の半年間に、薬剤師に担当利用者の服薬管理・服薬状況に関する情報を「提供しなかった」と回答した介護支援専門員にその理由を尋ねたところ、「担当する薬剤師がいないため」が35.1%であった。「その他」として、「必要性がなかった」「医療機関・医師・看護師に相談や連絡したため」「本人・家族が対応」「介護サービス事業所で対応しているため」「該当する対象者がいなかったため」「介護サービス事業所から情報提供がないため」等の意見が多く挙げられた。
- ・ 薬剤師に担当利用者の服薬管理・服薬状況に関する情報を提供しやすくするための方策については、「合同の研修会等で顔の見える関係をつくる」「担当薬剤師を決める」「情報共有シートの作成」「担当者と日常的に関係づくりをしておくこと」「かかりつけ薬局やかかりつけ薬剤師の確保」等の意見が多く挙げられた。

○多職種連携の効果等

- ・ 服薬状況について関係機関と情報共有を行ったことによる、利用者にとっての効果については、「利用者の服薬の状況が改善された」が65.4%で最も多く、次いで「多職種によるケアチームで協働して服薬管理に関する取組を行うことができた」(52.8%)、「サービス提供事業所と共有した情報がサービス提供に活用された」(48.8%)、「得られた情報や助言に基づきケアプランの見直しをした」(26.2%)であった。
- ・ 残薬や重複投与等の医薬品に関する問題等への対応としては、「主治医に情報提供を行う」が65.6%で最も多く、次いで「訪問薬剤管理指導を行っている薬剤師に情報提供を行う」(37.1%)、「利用者・介護者に医師に処方変更を伝えるよう指示する」(34.9%)であった。

(歯科医師等への情報提供により、利用者の口腔問題の解決等につながった事例)

- ・ 以下は主な事例であり、他にも多くの事例が挙げられた。
 - モニタリングで会話している時に義歯が落ちて話しにくい様子を感じ、食事も食べにくいのでは？と本人に確認する。独居で通院困難にて、歯科医師に情報提供し、訪問診療で義歯を調整→何でも摂取可能→体重増へ。
 - 義歯が合わないとの訴えあり。歯科受診を勧める→歯肉ガンが見つかり→口腔外科へ紹介、治療へつながった。
 - モニタリング訪問時に顎に湿布を貼っていたところから顎関節の痛みを発見し、訪問歯科に連絡し、義歯調整を行ってもらった
 - 介護支援専門員が義歯の緩みがあることを発見し、歯科医に連絡。歯科医に義歯を調整してもらった結果、食事量が増え、褥瘡が改善した。

- 原因不明の発熱が時々あり、その都度 ADL が低下し入院検査するも原因がわからず退院になった利用者がいた。口腔ケアの拒否が強かったことから、歯肉炎を疑い歯科往診を依頼。歯肉炎・歯周病による発熱と診断あり。投薬、抜歯、口腔ケア、義歯作製まで行われ、以後、発熱、入院することなく1年以上経過している。
- 口腔内の舌苔や歯垢により味覚が低下し食欲が減退。また、歯垢による虫歯の形成があり歯科医師に訪問診療を依頼。口腔内の清浄を行い、清潔を保つことと虫歯の治療により味覚が改善し疼痛が緩和された。結果、噛むことができるようになり食生活が改善した。
- 在宅中心静脈栄養法や在宅酸素療法を受けている寝たきりの利用者に対する訪問歯科診療により摂食嚥下機能が改善することができた。最終的に在宅酸素療法でも自宅で状態安定となり、入退院の繰り返しが減少となった。
- 低栄養で体重減少と共に入れ歯が合わなくなり、訪問看護と訪問介護、通所介護で食事の形態など全体を見直し、食事量が増加する。また、訪問歯科を交えサービス担当者間で打ち合わせ、入れ歯の作り直し等で低栄養が改善した。
- 利用者より「口内炎ができた」との訴えがあり口腔内を見ると目視で腫瘍が認められたため、早急に歯科受診を家族に伝えた。結果的に口腔癌であり、入院、治療が行われた。その他、舌に白斑症が癌化した方や舌下に腫瘍のあった方など、15年で6人ほどあった。がんの発見につながった。

(医師や管理栄養士等への情報提供により、利用者の栄養状態や全身状態の改善につながった事例)

- ・ 以下は主な事例であり、他にも多くの事例が挙げられた。
 - 胃ガン術後で食後嘔吐をくり返す方に対し、管理栄養士の訪問を依頼し、食事量・消化のよいもの等細かく指導があり嘔吐が減り本人の表情も明るくなった。
 - 栄養士の行った栄養スクリーニングをもとに食欲のない本人の状況を主治医にも相談し、内服薬等調整してもらった。また、それをサービス事業所にも伝え、本人の内服変更後の状況確認をするようにし、徐々に本人の食欲も出てきて栄養状態が改善した。
 - 施設（住居型）へモニタリング訪問した際、痩せてきているように見えたため、体重測定を依頼。5 kg減がわかり主治医に報告。採血の結果、アルブミン値の低下がわかった。エンシュアの処方追加となりその後改善した。
 - 食事量、食事内容、体重の変化を情報共有シートで主治医に伝え、栄養補助食品が処方された。現在は体重も増加し、食事量も増えたため、栄養補助食品を中止している。
 - 褥瘡の悪化が訪問入浴時に発見されケアマネに連絡報告あり。→ケアマネが施設へ行って、褥瘡部を確認→主治医へ写真を持参してもらい、往診依頼する。また、栄養補助剤の処方依頼をするよう家族にアドバイス。施設へ食事形態の変更を依頼→ミキサー食から、やわらか食へ。結果→食事摂取量が増え、栄養補助剤内服でき、褥瘡が改善してきている。

- 体重過多の利用者の食事量や栄養状態・アルブミン値等を踏まえて主治医に栄養士の介入を相談し了承を得た上で、利用者・主介護者へ栄養指導をしてもらい、栄養状態・糖尿病の改善につながった。
- デイケアの ST・歯科衛生士・栄養士に、嚥下状況・食形態・必要水分量・水分の摂り方等の情報提供を依頼。医師に情報提供し、在宅での食事内容（食形態・水分摂取の工夫等）を検討。検討結果を踏まえ、利用者の妻が在宅で実施したことで、誤嚥・脱水による発熱や栄養低下による褥瘡がなく安定して過ごせている。

（医師や薬剤師等への情報提供により、医薬品の適正使用等改善につながった事例）

- ・ 以下は主な事例であり、他にも多くの事例が挙げられた。
- 痛み止めを指示通り服用せず多飲していた。食欲低下し体力低下も著しい状況であったため、受診同行し主治医へ相談した。薬を正しく服用するようになり状況が改善した。
- サービス事業所より血圧が低いと報告あり。同じ作用の薬を数種類内服していたこともあり、受診同行し主治医に相談。内服調整してもらい、血圧も安定した。
- 服薬状況の確認時に残薬を確認し、外来診察時にケアマネが同行し介護力や生活状況などを医師へ報告と相談を行い、服薬回数の調整を図ることで残薬の解消と確実な内服を図ることができた。
- 麻痺によりアルミシートから薬剤が上手に取り出せず服薬できなかった利用者の情報を主治医と薬剤師に報告。一包化され、自己管理できるようになった。
- 薬の残薬が多く管理できていなかった方が、薬剤師が入り主治医と連絡をして数と回数を調整。薬カレンダーの活用について訪看と連携をしたので、薬をきちんと飲めるようになり体調が安定し要介護度の悪化が防げた。
- 転倒を繰り返す利用者の薬を確認したところ、適切に飲めておらず残薬も多かったため、薬剤師へ情報提供。訪問指導の下、一方化やお薬カレンダーを勧められ、改善した。
- 統合失調の 80 歳の女性で、幻聴や妄想により、周りの関係者が振り回され担当を依頼されたケース。自宅訪問により残薬がたくさんあり大事な抗精神薬を飲んだり飲まなかったりすることで病状が悪化していることが判明。主治医にその旨を直接面談して情報提供する。症状が改善される薬を処方され、お薬カレンダーを活用し一目で服薬状況がわかるように工夫。ヘルパー訪問時に確認する等改善された。

（歯科医師、薬剤師、管理栄養士等との連携において工夫していること）

- ・ 歯科医師、薬剤師、管理栄養士等との連携において工夫していることについては、「地域の多職種交流会・勉強会を開催・参加」が 56.2%で最も多く、次いで「口腔や服薬管理、食事摂取・栄養等への対応についての研修会参加」（43.1%）、「利用者の担当歯科医師、薬剤師、管理栄養士等への情報提供」（24.0%）であった。

(歯科医師、薬剤師、管理栄養士等との連携を行う上での課題)

- ・ 歯科医師、薬剤師、管理栄養士等との連携を行う上での課題については、「どのようなタイミングがよいかわからない」ことが 34.1%で最も多く、次いで「連携窓口担当者がいないため、連絡が取りにくい」こと (27.9%)、「どのような情報が必要かわからない」こと (21.7%)、「どのようなことが対応してもらえるかがわからない」こと (21.1%) であった。

2. 医療機関等調査の主な調査結果

医療機関等調査の主な結果は以下の通りである。

(1) 診療所調査

(医療・介護サービスの提供状況等)

- ・ 診療報酬上の施設基準の届出のあるものについては、「機能強化型在宅療養支援診療所 (単独型)」が 3.1%、「機能強化型在宅療養支援診療所 (連携型)」が 27.5%、「在宅療養支援診療所 (機能強化型以外)」が 62.4%であった。
- ・ 平成 31 年 4 月～令和元年 9 月までの半年間における、訪問診療の実績が「あり」は 90.6%、往診の実績が「あり」は 90.2%、在宅看取りは平均 5.2 人、主治医意見書の作成は平均 39.1 回、介護認定審査会への参加は平均 2.2 回、地域ケア会議への参加は平均 0.9 回であった。
- ・ サービス担当者会議への 1 か月あたり平均参加回数は平均 1.0 回 (中央値 0.0) であった。
- ・ 同一・関連法人が実施している事業については、「訪問看護」が 17.6%、「通所リハビリテーション」が 14.1%、「訪問リハビリテーション」が 12.9%であった。「特にない」が 61.6%であった。

(診療所における居宅介護支援事業所・介護支援専門員との連携状況等)

- ・ 連携している居宅介護支援事業所数は平均 8.2 事業所 (中央値 3.0) であった。
- ・ 同一・隣接敷地内の居宅介護支援事業所が「ある」が 15.3%、「ない」が 83.1%であった。
- ・ 同一・関連法人による居宅介護支援事業所が「ある」が 19.2%、「ない」が 78.0%であった。ある場合、居宅介護支援事業所数は平均 1.4 事業所であった。
- ・ 介護支援専門員との連携窓口については、「院長」が 44.7%で最も多く、次いで「看護職員」が 24.3%であった。また、「担当は決まっていない」が 15.3%であった。

(診療所における「口腔」に関する介護支援専門員との連携状況等)

- ・ 平成 31 年 4 月～令和元年 9 月までの半年間に、介護支援専門員からの口腔に関する情報提供が「あった」という診療所が 24.3%、「なかった」が 72.2%であった。

- ・ 介護支援専門員から提供された口腔に関する情報としては、「摂食嚥下機能の状況」が 56.5%で最も多く、次いで「口腔衛生の状態」(45.2%)、「歯の状況」(35.5%)、「入れ歯の状況」(33.9%)であった。また、半年間に情報提供された回数は平均 4.4 回であった。
- ・ 平成 31 年 4 月～令和元年 9 月までの半年間に、診療所から介護支援専門員に口腔に関する情報提供を求めた経験が「あった」という診療所が 15.3%、「なかった」が 79.6%であった。
- ・ 介護支援専門員に求めた口腔に関する情報としては、「摂食嚥下機能の状況」が 64.1%で最も多く、次いで「口腔衛生の状態」(46.2%)、「歯の状況」(28.2%)、「入れ歯の状況」(23.1%)であった。また、半年間に情報提供を求めた回数は平均 3.9 回であった。
- ・ 介護支援専門員から口腔に関する必要な情報入手が「できた」という診療所が 23.1%、「概ねできた」が 59.0%で両者を合わせると 8 割を超えた。
- ・ 介護支援専門員から積極的に提供してほしい情報として、「摂食嚥下機能の状況」「口腔衛生の状況」「口腔ケアの実施状況」「歯科受診の有無（かかりつけ歯科医の有無）」「義歯の状況」等が多く挙げられた。

(診療所における「食事摂取・栄養」に関する介護支援専門員との連携状況等)

- ・ 平成 31 年 4 月～令和元年 9 月までの半年間に、介護支援専門員からの食事摂取・栄養に関する情報提供が「あった」という診療所が 56.1%、「なかった」が 31.4%であった。
- ・ 介護支援専門員から提供された食事摂取・栄養に関する情報としては、「食事摂取量」が 67.8%で最も多く、次いで「食事時の摂食・嚥下状況」(62.2%)、「本人の意欲」(55.9%)、「低栄養状態のリスクレベル」(39.2%)であった。また、半年間に情報提供された回数は平均 8.4 回であった。
- ・ 平成 31 年 4 月～令和元年 9 月までの半年間に、診療所から介護支援専門員に食事摂取・栄養状況に関する情報提供を求めた経験が「あった」という診療所が 36.5%、「なかった」が 47.1%であった。
- ・ 介護支援専門員に求めた食事摂取・栄養に関する情報としては、「食事摂取量」「食事時の摂食・嚥下状況」がいずれも 66.7%で最も多く、次いで「本人の意欲」(53.8%)、「嚥下調整食の必要性の有無」(38.7%)、「食事摂取に関する他のサービスの使用の有無など」(31.2%)、「身体計測結果」(30.1%)であった。また、半年間に情報提供を求めた回数は平均 5.9 回であった。
- ・ 介護支援専門員から食事摂取・栄養に関する必要な情報入手が「できた」という診療所が 25.8%、「概ねできた」が 63.4%で両者を合わせると 9 割近くとなった。
- ・ 介護支援専門員から積極的に提供してほしい情報としては、「食事摂取量」「食事の形態」「体重の変化」「食事内容・食習慣」等が多く挙げられた。

(診療所における「服薬管理・服薬状況」に関する介護支援専門員との連携状況等)

- ・ 平成 31 年 4 月～令和元年 9 月までの半年間に、介護支援専門員からの服薬管理・服薬

状況に関する情報提供が「あった」という診療所が 57.3%、「なかった」が 29.8%であった。

- ・ 介護支援専門員から提供された服薬管理・服薬状況に関する情報としては、「服薬状況」が 80.8%で最も多く、次いで「残薬」(71.2%)であった。また、半年間に情報提供された回数は平均 7.2 回であった。
- ・ 平成 31 年 4 月～令和元年 9 月までの半年間に、診療所から介護支援専門員に服薬管理・服薬状況に関する情報提供を求めた経験が「あった」という診療所が 59.6%、「なかった」が 28.2%であった。
- ・ 介護支援専門員に求めた服薬管理・服薬状況に関する情報としては、「服薬状況」が 83.3%で最も多く、次いで「残薬」(61.8%)であった。また、半年間に情報提供を求めた回数は平均 5.4 回であった。
- ・ 介護支援専門員から服薬管理・服薬状況に関する必要な情報入手が「できた」という診療所が 32.4%、「概ねできた」が 53.9%で両者を合わせると 8 割強となった。
- ・ 介護支援専門員から積極的に提供してほしい情報としては「服薬状況」「服薬管理の状況・残薬」「服薬管理者」等が多く挙げられた。

(診療所における「服薬管理・服薬状況」に関する保険薬局との連携状況等)

- ・ 令和元年 9 月 1 か月間に、保険薬局から、担当利用者の残薬調整や重複投薬について相談を受けた経験が「あった」という診療所が 59.6%、「なかった」が 28.2%であった。相談を受けた回数は平均 8.2 回であった。
- ・ 平成 31 年 4 月～令和元年 9 月までの半年間に、診療所から保険薬局に服薬管理・服薬状況に関する情報提供を求めた経験が「あった」という診療所が 44.3%、「なかった」が 43.9%であった。
- ・ 保険薬局に求めた服薬管理・服薬状況に関する情報としては、「残薬」が 74.3%で最も多く、次いで「服薬状況」(71.7%)、「重複している薬剤」(38.9%)、「薬剤の種類」(37.2%)であった。
- ・ 保険薬局から服薬管理・服薬状況に関する必要な情報入手が「できた」という診療所が 55.8%、「概ねできた」が 38.9%で両者を合わせると 9 割強となった。
- ・ 介護支援専門員から積極的に提供してほしい情報としては「服薬状況」「服薬管理の状況・残薬」「服薬管理者」等が多く挙げられた。

(担当利用者に関する介護支援専門員からの情報提供状況)

- ・ 平成 31 年 4 月～令和元年 9 月までの半年間に、介護支援専門員から情報提供が「あった」という割合は以下の通りであった。
 - 薬が大量に余っているまたは複数回分の薬を一度に服用している：49.4%
 - 薬の服用を拒絶している：40.0%
 - 使い切らないうちに新たに薬が処方されている：29.0%
 - 口臭や口腔内出血がある：7.8%

- 体重の増減が推測される見た目の変化がある：38.4%
 - 食事量や食事回数に変化がある：48.6%
 - 下痢や便秘が続いている：48.2%
 - 皮膚が乾燥していたり湿疹等がある：44.3%
 - リハビリテーションの提供が必要と思われる状態にあるにも関わらず提供されていない：29.0%
- ・ 担当利用者の口腔や食事摂取・栄養、服薬管理・服薬の状況についての介護支援専門員からの情報提供量は1年前と比較して「増えた」が5.1%、「やや増えた」が43.1%で両者を合わせた割合は48.2%であった。「やや減った」が1.6%、「減った」が1.2%、「情報提供がない」が29.4%であった。

(地域の介護支援専門員から担当利用者に関する情報が適切に提供されるための工夫)

- ・ 地域の介護支援専門員から担当利用者に関する情報が適切に提供されるための工夫として、「顔の見える関係づくりをしている」「地域での介護支援専門員との交流会に積極的に参加している」「診療所から介護支援専門員に声かけをしている」「サービス担当者会議を開催する」「必要な情報については電話などで介護支援専門員に問い合わせる」「口腔や食事摂取、服薬管理の項目が入った情報共有シートを活用している」「食事量や服薬状態についての報告をお願いしている」等が挙げられた。

(地域の介護支援専門員との連携をより円滑にあるいは強化していくために行政や関係団体に行ってほしい取組)

- ・ 地域の介護支援専門員との連携をより円滑にあるいは強化していくために行政や関係団体に行ってほしい取組として、「顔の見える関係づくりの場の設定」「介護支援専門員と医師が話し合う会の開催」「行政主体による連絡会等情報交換の場の設定」「合同講習会の開催」「介護支援専門員からの定期的な報告制度」「利用者ごとの情報共有システムづくり」等が挙げられた。

(介護支援専門員との連携を行う上で困っていること、改善を望む点)

- ・ 介護支援専門員との連携を行う上で困っていること、改善を望む点として、「サービス担当者会議に呼んでほしい」「多職種連携のためのシステムづくり」「介護支援専門員間の技量の格差が大きいこと」「介護支援専門員の質の向上」「介護支援専門員と連絡がとりにくいこと」等が挙げられた。

(2) 歯科医療機関調査

(医療・介護サービスの提供状況等)

- ・ 診療報酬上の施設基準の届出のあるものについては、「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」が65.0%、「在宅療養支援歯科診療所1」が28.2%、「在宅療養支援歯科診療

所2」が56.4%、「地域医療連携体制加算」が17.1%、「在宅歯科医療推進加算」が14.8%、「歯科疾患在宅療養管理料」が30.8%、「在宅患者歯科治療児医療管理料」が22.2%であった。

- ・平成31年4月～令和元年9月までの半年間における、地域ケア会議への参加は平均0.8回であった。
- ・サービス担当者会議に「参加している」という歯科医療機関が19.4%、「参加していない」が74.6%であった。参加している歯科医療機関における、1か月あたり平均参加回数は平均1.0回（中央値1.0）であった。

（歯科医療機関における居宅介護支援事業所・介護支援専門員との連携状況等）

- ・連携している居宅介護支援事業所数は平均4.9事業所（中央値1.0）であった。
- ・同一・隣接敷地内の居宅介護支援事業所が「ある」が2.0%、「ない」が94.6%であった。
- ・同一・関連法人による居宅介護支援事業所が「ある」が3.1%、「ない」が92.6%であった。ある場合、居宅介護支援事業所数は平均2.9事業所であった。

（歯科医療機関における「口腔」に関する介護支援専門員との連携状況等）

- ・平成31年4月～令和元年9月までの半年間に、介護支援専門員からの口腔に関する情報提供が「あった」という歯科医療機関が46.2%、「なかった」が51.6%であった。
- ・介護支援専門員から提供された口腔に関する情報としては、「入れ歯の状況」が71.6%で最も多く、次いで「口腔衛生の状況」（67.3%）、「歯の状況」（58.0%）、「摂食嚥下機能の状況」が48.8%であった。また、半年間に情報提供があった利用者は平均13.1人（中央値3.0）であった。
- ・口腔に関する情報が提供された歯科医療機関において、介護支援専門員から口腔に関する必要な情報が「提供された」が34.6%、「概ね提供された」が53.1%で両者を合わせると9割近くとなった。
- ・介護支援専門員から提供されなかったが欲しかった口腔に関する情報としては「現在の食形態」「日常の食事の摂食状況」「既往歴」「キーパーソン」「服薬情報」等が挙げられた。
- ・介護支援専門員から口腔に関する情報が提供された利用者は平均6.6人で、このうち、歯科医師による介入が行われた利用者は平均5.4人、歯科衛生士等による介入が行われた利用者は平均4.2人、その結果、口腔の問題が解決した利用者は平均4.8人であった。
- ・介護支援専門員からの担当利用者の口腔に関する情報提供量が1年前と比較して、「増えた」が5.7%、「やや増えた」が25.4%、「やや減った」が7.1%、「減った」が2.8%であった。また、「情報提供がない」が39.6%であった。

（介護支援専門員との円滑な連携により、利用者の口腔問題に効果的に対応できた事例）

- ・以下は主な事例であり、他にも多くの事例が挙げられた。

- 介護支援専門員が口内炎を見つけたのがきっかけで、がんの早期発見・治療につながった。
- 102歳の寝たきりの男性。口腔内が不潔で歯磨き・義歯清掃等をしていなかったが、歯科衛生士の毎週の口腔ケアにより、出血、痛みなどの歯肉炎の炎症が改善された。痛みが消えて患者はとても喜んだ。
- 介護支援専門員が壊れた入れ歯の写真をメールで送ってくれたのをみて、必要な道具をもって訪問歯科診療に行くことができた。
- 介護支援専門員同席のもと、治療を行った。特に摂食嚥下機能向上訓練については介護支援専門員から多職種への情報提供もあり、周囲のバックアップが得られ、非常に効果が上がった。

(地域の介護支援専門員から担当利用者に関する情報が適切に提供されるための工夫)

- ・ 地域の介護支援専門員から担当利用者に関する情報が適切に提供されるための工夫として、「ハンドブック・小冊子を介護支援専門員に渡している」「お互いの仕事について理解を深めるための勉強会を開催している」「歯科医師会で統一化した書式に記入してもらい形で情報提供をしてもらっている」「介護支援専門員に直接電話をして情報収集をしている」「ケアカンファレンスや多職種ネットワークに参加するようにしている」「定期的に連絡をとり、現状を説明、問題点などを共有している」「わかりやすい情報提供に心がけている」等が挙げられた。

(歯科医療機関における、介護・在宅医療サービスを提供する上で望まれる情報)

- ・ 介護・在宅医療サービスを提供する上で望まれる情報としては、「認知症の有無」が78.6%で最も多く、次いで「感染症の有無」(75.5%)、「服用薬」(70.7%)、「日常生活自立度」(67.2%)、「要介護度」(61.0%)、「入れ歯の有無」(58.4%)、「主治医」(57.8%)、「保有疾患」(57.5%)、「口腔衛生の状態」(53.6%)、「同居家族の有無」(51.0%)、「摂食嚥下機能」(50.4%)であった。

(地域の介護支援専門員との連携をより円滑にあるいは強化していくために行政や関係団体に行ってほしい取組)

- ・ 地域の介護支援専門員との連携をより円滑にあるいは強化していくために行政や関係団体に行ってほしい取組として、「地域の介護支援専門員との定期的な交流会の開催」「お互いの連絡先がわかる仕組み」「介護支援専門員向けの口腔に関するセミナーの開催」「口腔ケアのメリット等の啓発活動」「地区歯科医師会への情報提供」「簡便で効率的な書式の統一」「訪問歯科が必要な利用者の情報の集約化」等が挙げられた。

(介護支援専門員との連携を行う上で困っていること、改善を望む点)

- ・ 介護支援専門員との連携を行う上で困っていること、改善を望む点として、「歯科との連携がないこと」「介護支援専門員の歯科に対する関心が低いこと」「介護支援専門員

に口腔機能や口腔ケアの重要性が認識されていないこと」「利用者の口腔状況を把握していないこと」「口腔に関する知識が不足していること」「介護支援専門員が多忙で連絡がとれないこと」「サービス担当者会議に歯科が呼ばれないこと」「介護支援専門員と会う機会がないこと」等が挙げられた。

(3) 保険薬局調査

(医療・介護サービスの提供状況等)

- ・ 「地域支援体制加算」が 39.3%、「なし」が 60.1%であった。
- ・ 「かかりつけ薬剤師指導料・かかりつけ薬剤師包括管理料」の届出が「あり」という保険薬局が 62.0%、「なし」が 38.0%であった。
- ・ 平成 31 年 4 月～令和元年 9 月までの半年間における、地域ケア会議への参加は平均 0.6 回であった。
- ・ サービス担当者会議に「参加している」という保険薬局が 23.3%、「参加していない」が 73.9%であった。参加している保険薬局における、1 か月あたり平均参加回数は平均 0.8 回（中央値 1.0）であった。

(保険薬局における居宅介護支援事業所・介護支援専門員との連携状況等)

- ・ 連携している居宅介護支援事業所数は平均 1.6 事業所（中央値 1.0）であった。
- ・ 同一・隣接敷地内の居宅介護支援事業所が「ある」が 5.5%、「ない」が 93.3%であった。
- ・ 同一・関連法人による居宅介護支援事業所が「ある」が 5.8%、「ない」が 92.9%であった。ある場合、居宅介護支援事業所数は平均 2.7 事業所であった。

(保険薬局における「服薬管理・服薬状況」に関する介護支援専門員との連携状況等)

- ・ 平成 31 年 4 月～令和元年 9 月までの半年間に、介護支援専門員からの服薬管理・服薬状況に関する情報提供が「あった」という保険薬局が 33.7%、「なかった」が 60.1%であった。
- ・ 介護支援専門員から提供された服薬管理・服薬状況に関する情報としては、「服薬状況」が 74.5%で最も多く、次いで「残薬」(59.1%)、「薬剤の種類」(29.1%)であった。また、半年間に情報提供があった利用者は平均 4.2 人（中央値 2.0）であった。
- ・ 介護支援専門員から服薬管理・服薬状況に関する必要な情報が「提供された」という保険薬局が 54.5%、「概ね提供された」が 40.9%で両者を合わせると 95.4%となった。
- ・ 介護支援専門員から提供されなかったが欲しかった服薬管理・服薬状況に関する情報としては、「薬の管理状況、受診状況」「服用中の一般用医薬品、サプリメント、健康食品などの情報」「ケアプランの変更」等が挙げられた。
- ・ 介護支援専門員から服薬管理・服薬状況に関する情報提供があった利用者は平均 4.4 人で、このうち薬剤師が介入した利用者は平均 3.1 人、その結果、服薬管理・服薬状況の

問題が解決した利用者は平均 2.8 人であった。

- ・ 介護支援専門員からの担当利用者の服薬管理・服薬状況に関する情報提供量が 1 年前と比較して、「増えた」が 8.3%、「やや増えた」が 17.5%、「やや減った」が 1.8%、「減った」が 1.2%であった。また、「情報提供がない」が 46.9%であった。

(介護支援専門員との円滑な連携により、利用者の服薬管理・服薬の問題に効果的に対応できた事例)

- ・ 以下は主な事例であり、他にも多くの事例が挙げられた。
 - 外来受診の方で、服薬コンプライアンスが悪いことを確認。担当のケアマネジャーに報告し、すぐに在宅訪問が開始でき服薬コンプライアンスを改善できた。
 - 服用できない時間がある利用者に対し、ケアマネジャーから生活状況を聞き取り、服用時点の提案をし、服薬状況が改善した。
 - 訪問指導の際にケアマネジャーと一緒に訪問するようにしている。問題点について共有、すぐに対策を立てられる。ケアマネジャーとの意思疎通・連絡もしやすい。
 - 残薬が半年分くらいある認知症の患者。介護支援専門員から相談があり、服用回数を 1 日 1 回となるよう薬剤師から主治医へ処方提案。介護サービス利用時に服薬支援できる体制を整えた。結果、きちんと服用できるようになった。
 - 拒薬の患者にどのように服薬させるべきか介護支援専門員より相談があった。粉碎などの方法を伝え、医師と連携し散薬へ処方変更することで状況が改善した。
 - 抗凝固剤服用中の患者が肛門からの出血で肛門・大腸科を受診したことを報告いただき、消化管出血のリスクも考慮に入れ、医師への報告ができた。認知症患者にて本人からの情報収集が難しいため大変助かった。

(地域の介護支援専門員から担当利用者に関する情報が適切に提供されるための工夫)

- ・ 地域の介護支援専門員から担当利用者に関する情報が適切に提供されるための工夫として、「できるだけ地域の集まりに参加して顔の見える関係を築くようにしている」「疑問があればその都度連絡を取って確認している」「薬局からもこまめに報告するようにしている」「書面での情報提供だけではなく、なるべく直接会って話をするようにしている」「薬局にフィードバックをお願いしている」「古河モデルという連携事業で作成した様式を使ってフィードバック情報のやり取りができるようになっている」「お互いに書面に残して利用者の服薬管理・服薬状況を把握する」等が挙げられた。

(介護支援専門員との連携の観点からのポリファーマシー対策を行う上での課題等)

- ・ 介護支援専門員との連携の観点からのポリファーマシー対策を行う上での課題としては、「介護支援専門員との接点がないこと」「重複や残薬、飲み残し等に関する情報が薬剤師に提供されるようになること」「副作用についての情報が提供されること」「アプローチ方法を探るために本人に減薬の意向があるか、家族がどのようなことに困っているかといった情報が提供されること」「薬剤師の在宅介入を促進すること」「介護

支援専門員と医師との情報交流」「お薬手帳の有効活用」等が挙げられた。

- ・医薬品の適正使用という観点から、介護支援専門員からの提供が望まれる情報としては、「残薬情報」「服薬状況」「患者の健康状態」「生活サイクル」「お薬手帳に記載のない薬の使用状況」「他科の受診状況」「訪問時の服薬カレンダーの状況」「利用している介護サービス」「嚥下状態」「患者の薬に対する理解度」「キーパーソン」「困っていること」等が挙げられた。

（医薬品の適正使用という観点から、介護支援専門員からの提供が望まれる情報）

- ・医薬品の適正使用という観点から、介護支援専門員からの提供が望まれる情報としては、「服薬状況」「残薬」「生活サイクル（食事や睡眠時間等）」「検査値、血圧など」「薬に関して困っていること」「服薬管理者」「家族の協力状況」「他院受診状況」「体調の変化」「患者の状態（手が不自由など）」「ふらつきなどの副作用」等が挙げられた。

（地域の介護支援専門員との連携をより円滑にあるいは強化していくために行政や関係団体に行ってほしい取組）

- ・地域の介護支援専門員との連携をより円滑にあるいは強化していくために行政や関係団体に行ってほしい取組として、「交流が図れる場の提供」や「顔の見える関係づくり」「薬剤師介入によるメリット等を知ってもらうこと」「サービス担当者会議や地域ケア会議にも薬剤師に参加できるようにすること」「多職種連携研修会等の開催」「介護支援専門員からの薬局に対する情報提供の促進」「かかりつけの薬局に声をかけること」「利用者情報を共有するためのシステム」「居宅介護支援事業所に関する情報提供」等が挙げられた。

（介護支援専門員との連携を行う上で困っていること、改善を望む点）

- ・介護支援専門員との連携を行う上で困っていること、改善を望む点として、「介護支援専門員との接点がないこと」「介護支援専門員が多忙で連絡がとれないこと」「介護支援専門員と会う機会がないこと」「介護支援専門員からの情報提供がないこと（一方通行であること）」「利用者の情報が提供されないこと」「介護支援専門員が困っていることの情報がなく」「ケア会議など参加方法が分からない」等が挙げられた。

（４）栄養ケア・ステーション調査

（医療・介護サービスの提供状況等）

- ・平成31年4月～令和元年9月までの半年間における、地域ケア会議への参加は平均4.1回であった。
- ・サービス担当者会議に「参加している」という栄養ケア・ステーションが48.4%、「参加していない」が45.2%であった。参加している栄養ケア・ステーションにおける、1か月あたり平均参加回数は平均1.7回（中央値1.0）であった。

(栄養ケア・ステーションにおける居宅介護支援事業所・介護支援専門員との連携状況等)

- ・ 連携している居宅介護支援事業所数は平均 17.5 事業所（中央値 2.0）であった。
- ・ 同一・隣接敷地内の居宅介護支援事業所が「ある」という栄養ケア・ステーションが 19.4%、「ない」が 75.8%であった。
- ・ 同一・関連法人による居宅介護支援事業所が「ある」という居宅介護支援事業所が 33.9%、「ない」が 61.3%であった。ある場合、居宅介護支援事業所数は平均 1.7 事業所であった。

(栄養ケア・ステーションにおける、「食事摂取・栄養」に関する介護支援専門員との連携状況等)

- ・ 平成 31 年 4 月～令和元年 9 月までの半年間に、介護支援専門員から食事摂取・栄養に関する情報提供が「あった」という栄養ケア・ステーションが 64.5%、「なかった」が 33.9%であった。
- ・ 介護支援専門員から提供された食事摂取・栄養に関する情報としては、「本人の意欲」が 70.0%で最も多く、次いで「食事摂取に関する他のサービスの使用の有無など」(65.0%)、「食事時の摂食・嚥下状況」(50.0%)、「低栄養状態のリスクレベル」「食事摂取量」(いずれも 45.0%)であった。また、半年間に情報提供された利用者数は平均 12.5 人（中央値 5.0）であった。
- ・ 介護支援専門員から食事摂取・栄養に関する必要な情報が「提供された」という栄養ケア・ステーションが 20.0%、「概ね提供された」が 75.0%で両者を合わせると 95.0%となった。
- ・ 介護支援専門員から提供されなかったが欲しかった食事摂取・栄養に関する情報としては「血液検査データ」「食事量」「食事記録」等が挙げられた。
- ・ 介護支援専門員から食事摂取・栄養に関する情報提供があった利用者は平均 12.9 人で、このうち管理栄養士による介入が行われた利用者は平均 9.4 人であった。この結果、食事摂取・栄養の問題が解決した利用者は平均 6.9 人であった。
- ・ 介護支援専門員からの担当利用者の食事摂取・栄養に関する情報提供量が 1 年前と比較して、「増えた」が 17.7%、「やや増えた」が 41.9%、「やや減った」が 1.6%、「減った」が 1.6%であった。また、「情報提供がない」が 19.4%であった。

(介護支援専門員との円滑な連携により、利用者の食事摂取・栄養の問題に効果的に対応できた事例)

- ・ 以下は主な事例であり、他にも多くの事例が挙げられた。
 - 糖尿病の患者への栄養指導の際、今まで何が続けられなかったかを介護支援専門員から教えてもらい、栄養士が介入し伝えたことを他職種にも伝えていただいたことで血糖値に改善がみられた。
 - 介護支援専門員には、医師、歯科医師、PT、ST 等の多職種とのつなぎ役になっていたため、多面的な情報共有が行え、ミキサー食から常食へ移行ができた。

- 普段の食事がコンビニで買ったもののみという情報提供があり、初回訪問時に買い物リストを渡すことができた。
- 在宅で独居の 98 歳女性のケース。介護ヘルパー等が介護・食事づくり（低栄養）→褥瘡ができたことで介護支援専門員より管理栄養士へ栄養アセスメントと指導の依頼あり。主治医に指導いただき、訪問栄養指導継続。結果、褥瘡・栄養状態改善。
- 胃瘻抜去し経口の食事形態について合意形成が必要となった時に、サービス担当者会議など適宜対応し本人の望む生活につながった。
- 体重減少著しい方。家族の関心が低く摂取量アップが難しかったので、デイサービスで栄養補助食品を提供し食べることを確認。介護支援専門員からも説得していただき、栄養補助食品導入につながった。

（地域の介護支援専門員から担当利用者に関する情報が適切に提供されるための工夫）

- ・ 地域の介護支援専門員から担当利用者に関する情報が適切に提供されるための工夫として、「アセスメントシートの活用」「病院の検査値やデイサービスでの食事相談内容等の情報が共有できる連絡ファイルを作成」「地域の栄養に関する問合せ窓口を一元化しアクセスしやすいようにしている」「居宅介護支援事業所に顔を出して直接話をする機会を作っている」「訪問栄養指導についてのパンフレット配布」「認定栄養ケア・ステーションの紹介と普及活動」「サービス担当者会議への参加」「知りたい情報を具体的に項目立てて質問する」「こちらから欲しい情報をあらかじめ伝える」「情報をもらった後その後のフィードバック（どのような対応をしたのか）をしっかりとする」等が挙げられた。

（適切な栄養管理という観点から、介護支援専門員からの提供が望まれる情報）

- ・ 適切な栄養管理という観点から、介護支援専門員からの提供が望まれる情報としては、「体重の推移」「食事量の変化」「利用者の食事に対する意欲」「嗜好」「食材の調達法」「フレイルリスク」「MNA」「介護力」「家族関係等」「経済状況」「食生活で困っていること」「利用しているサービス」「食事・嚥下状況」等が挙げられた。

（地域の介護支援専門員との連携をより円滑にあるいは強化していくために行政や関係団体に行ってほしい取組）

- ・ 地域の介護支援専門員との連携をより円滑にあるいは強化していくために行政や関係団体に行ってほしい取組として、「地域ケア会議への栄養士の参加」「介護支援専門員との交流の機会づくり」「介護支援専門員との顔の見える関係づくり」「多職種での顔の見える関係づくり」「栄養ケア・ステーションの存在や取組に関する周知」「訪問栄養指導サービスに関する周知」「行政が行っている医療と介護の連携推進勉強会に栄養士も正式に参加職種とすること」「地域全体での ICT 活用」「管理栄養士が保険請求できるようにしてほしい」等が挙げられた。

(介護支援専門員との連携を行う上で困っていること、改善を望む点)

- ・ 介護支援専門員との連携を行う上で困っていること、改善を望む点として、「連携の機会がないこと」「介護支援専門員に訪問栄養指導の有効性が認識されていないこと」「介護支援専門員と連携する際の窓口がわからないこと」「介護支援専門員がどのように連絡を取っていいかわからないこと」「介護支援専門員からの情報発信が少ないこと」「訪問栄養指導の保険の算定の仕組みが複雑であること」等が挙げられた。

3. 今後の課題と提案

ここでは、前記「1. 介護支援専門員調査の結果」及び「2. 医療機関等調査の結果」を踏まえ、今後の課題と課題解決に向けた提案をまとめた。

(1) 今後の課題

本調査の結果から、いくつかの課題が明らかとなった。今後、解決が望まれる課題は以下の通りである。

(利用者の口腔の問題や服薬状況、食事摂取・栄養の状況等に関する情報収集のより一層の強化)

本調査の結果における介護支援専門員の利用者の口腔に関する問題や服薬状況、食事摂取・栄養に関する把握の状況等については、以下のとおりの結果であった。

「薬が大量に余っているまたは複数回分の薬を一度に服用していることがないか」「体重の増減が推測される見た目の変化があるかどうか」「リハビリテーションの提供が必要と思われる状態にも関わらず提供されていないことがないか」といった項目については「十分に把握できている」「概ね把握できている」の合計割合は 8 割程度となっている。つまり、介護支援専門員の 8 割くらいの人がこれらの項目について概ね把握できていると評価している。

一方で、「口臭や口腔内出血があるかどうか」「使いきらないうちに新たに薬が処方されていることがないか」「下痢や便秘が続いていることがないか」「皮膚が乾燥していたり湿疹等があるかどうか」といった項目についてこの割合は 4 割～6 割にとどまっており、こうした利用者の状況についてあまり把握できていないと考えている介護支援専門員が比較的多いことも明らかとなった。「口臭や口腔内出血があるかどうか」については「特に情報収集していない」という介護支援専門員が 1 割程度となっている。

また、比較的多くの介護支援専門員が把握できていると回答した、先の項目でも「概ね把握できている」との回答が多く「十分に把握できている」と回答した介護支援専門員は最も多い項目（リハビリテーションの項目）でも 16.4%であり、まだ十分ではないと感じている介護支援専門員が多いといえる。

さらに、全ての項目で「十分に把握できている」との回答がある一方で「あまり把握できていない」「全く把握できていない」という回答も一定程度あることから、介護支援専門員

によって利用者に関する把握状況について格差があるといえる。

本調査で質問した、これらの項目はあくまでも口腔の問題や服薬状況、食事摂取・栄養状況等の事例であり、これらの項目に限らず、利用者の口腔の問題や服薬状況、食事摂取・栄養状況等についてより幅広い情報を、介護支援専門員が適切に収集し、結果的に利用者にとって適切なサービスが提供されるように関係者につなげていくことが必要である。

（利用者の口腔の問題に関する介護支援専門員と歯科医師等との連携推進）

前述の通り、介護支援専門員において「口臭や口腔内出血があるかどうか」といった項目について把握できているという回答割合は低かったものの、利用者の「入れ歯の状況」については 68.0%、「歯の状況」は 56.2%、「摂食嚥下機能」は 50.2%の介護支援専門員が評価を行っている。また、歯科医師・歯科衛生士に情報提供を依頼し実際に提供を受けた経験の有無を特定の 6 か月間に限定して尋ねた結果、介護支援専門員の 50.8%が「ある」と回答している。歯科医師・歯科衛生士から提供された情報としては「口腔衛生の状態」や「歯の状況」「入れ歯の状況」が多かった。

一方、特定の 6 か月間に介護支援専門員から歯科医師に利用者の口腔に関する情報を「提供した」という割合は 30.5%であり、およそ 7 割の介護支援専門員が「提供しなかった」と回答している。この理由として「担当している歯科医師に伝えるべき情報を取得していないため」が 4 割程度、「担当する歯科医師がいないため」が 2 割程度となった。この他、「本人・家族が対応したため」という理由も多く挙げられた。

そもそも利用者の口腔の状況を「評価していない」という介護支援専門員が全体の 14.9%、およそ 7 人に 1 人となっている。この点の改善を早急に図る必要がある。

また、「担当する歯科医師がいない」「本人・家族が対応したため」という回答から、歯科医師との連携を行えていない介護支援専門員が一定程度いることが推察される。こうした介護支援専門員からは歯科医師に情報提供を行いやすくするための方策として、共通の連携シートの作成・活用や、顔の見える関係づくり、電話・FAX・メール等での連絡がしやすい環境整備等が挙げられており、このような地域での環境整備も今後の課題といえる。

（利用者の食事摂取・栄養に関する介護支援専門員と管理栄養士等との連携推進）

利用者の「食事摂取量」については 81.7%、「体重減少率」は 67.2%、「褥瘡の有無」は 55.0%の介護支援専門員が評価している。一方で「必要栄養量」や「血清アルブミン値」「栄養補給法」は 10%台から 20%台前半と低い割合となっている。

管理栄養士に情報提供を依頼し実際に提供を受けた経験の有無を特定の 6 か月間に限定して尋ねた結果、「ある」という回答は 22.7%にとどまった。管理栄養士に情報提供を依頼して情報提供を受けなかった理由としては「地域に情報の提供を依頼する管理栄養士がいないため」が 4 割程度となった。また、この他、「必要性を感じていなかった」「管理栄養士との関わりを持っていない」「管理栄養士の情報がない」といった理由も多く挙げられた、一方、特定の 6 か月間に介護支援専門員から管理栄養士に利用者の食事摂取・栄養に関

する情報を「提供した」という割合は12.5%であり、およそ9割弱の介護支援専門員が「提供しなかった」と回答している。この理由として「担当する管理栄養士がいないため」が7割程度となった。この他、「誰にどのように連絡をとっていいかわからない」という理由も多く挙げられた。

介護支援専門員からは地域で相談できる管理栄養士の情報・リスト等の作成や、研修・勉強会等での情報交換と顔の見える関係づくり等を望む意見が多く挙げられており、こうした地域での環境整備や取組により、介護支援専門員と管理栄養士等との連携推進を図る必要がある。

（利用者の服薬管理・服薬状況に関する介護支援専門員と薬剤師等との連携推進）

利用者の「服薬状況」については85.9%、「残薬」は69.1%、「薬剤の種類」は67.7%の介護支援専門員が評価している。一方で「重複している薬剤」や「医学的管理の状況」「抗精神薬の服用」は20%台前半から30%台前半と比較的低い割合となっている。

保険薬局または医療機関に情報提供を依頼し実際に提供を受けた経験の有無を特定の6か月間に限定して尋ねた結果、「ある」という回答は65.5%と介護支援専門員の3人に2人は経験があった。また、介護サービス事業所から利用者の服薬管理・服薬状況に関する情報提供を受けた経験が「ある」という介護支援専門員は8割程度となっている。介護サービス事業所からは、「服薬状況」や「残薬」「薬剤の種類」に関する情報提供を受けている。

一方、特定の6か月間に介護支援専門員から薬剤師に利用者の服薬管理・服薬状況に関する情報を「提供した」という割合は43.1%であり、提供しなかった介護支援専門員のほうが多かったが、薬剤師に情報提供をしなかった理由として「担当する薬剤師がいないため」を回答した介護支援専門員が35.1%となった。この他、「必要性がなかった」「医療機関・医師・看護師に連絡をしたため」という理由も多く挙げられた。

介護支援専門員からは、薬剤師に担当利用者の服薬管理・服薬状況について情報提供しやすくするための方策として、合同の研修会等での顔の見える関係づくりや、担当薬剤師を決めること、情報共有シートの作成等を望む意見が挙げられており、こうした地域での環境整備や取組により、介護支援専門員と薬剤師との連携推進を図る必要がある。なお、利用者によっては複数の医療機関を受診し、その結果、複数の保険薬局を利用している可能性があることから、「担当薬剤師を決めること」という意見が介護支援専門員から挙げられたものと推察される。政策上、かかりつけ薬剤師の推進が行われているところであり、介護支援専門員においては利用者のかかりつけ薬剤師を把握することが、薬剤師においては在宅への対応（訪問薬剤管理指導、居宅療養管理指導）の可否について介護支援専門員に情報提供を行うことが、それぞれ必要といえる。

（介護支援専門員と歯科医師や薬剤師、管理栄養士等との連携による意義・効果についての理解促進）

利用者の口腔に関する問題解決や服薬状況の管理、食事摂取・栄養の管理については、利用者の全身状態の維持や重症化予防等の観点からも極めて重要であり、早期発見や迅速

かつ適切なサービスの提供が必要とされている。

本調査の結果、多くの介護支援専門員が歯科医師や薬剤師、管理栄養士等との連携による取組の意義を認識し、積極的に情報共有を図っていることが、具体的な事例からもうかがえた。例えば、体重減少から食事が摂れているかを確認し、義歯の問題を発見して歯科医師に連携した結果、義歯の調整により食事摂取・栄養状態の改善につなげることができた事例、介護支援専門員が利用者の口腔内を確認し歯科医師に診察依頼をした結果、口腔がんの早期発見・早期治療につなげることができた事例、介護支援専門員が利用者の薬の飲み忘れが多いという情報を訪問介護事業所から得、薬剤師に相談して一包化と服薬カレンダーの活用により飲み忘れがなくなり体調が改善した事例、体調不良と処方されている薬剤について医師・薬剤師に相談したところポリファーマシー対策ができた事例、管理栄養士に相談し食形態を変えたことにより食事量が増え、皮膚の状態や全身状況の改善につなげた事例など、非常に多くの事例が介護支援専門員や歯科医師、薬剤師、管理栄養士から挙げられた。

医師や歯科医師、薬剤師、管理栄養士等は利用者の日常生活を十分に把握できているわけではないため、介護支援専門員からの利用者の日常生活に関する情報は、こうした専門職にとって貴重な情報といえる。介護支援専門員はこうした情報を収集するだけでなく、各専門職に適切かつ迅速に提供していくことが求められる。一部の介護支援専門員においては、利用者の口腔や服薬管理、食事摂取・栄養状況について情報収集や評価が行われていなかった。また、歯科医師や薬剤師、管理栄養士等の専門職への情報提供を行っていない介護支援専門員も一定程度みられた。

本報告書で紹介した、連携事例を介護支援専門員に横展開し、利用者の口腔に関する問題や服薬状況、食事摂取・栄養等に関する状況を把握し、それを専門職につなげていくことの意義をしっかりと伝えていくことが今後の課題といえる。

(介護支援専門員と歯科医師や薬剤師、管理栄養士等との連携の推進)

歯科医師や薬剤師、管理栄養士においては、地域包括ケアシステムの中でしっかりと利用者を支えていきたいというニーズがあり、介護支援専門員との連携強化を望んでいる。しかしながら、連携の基本ではあるが、そもそも、患者・利用者の担当介護支援専門員を知らない、地域の中で顔の見える関係ができていない、利用者や介護支援専門員がどのようなことに困っているのかわからない、自分たちが貢献できることがあるにも関わらず介護支援専門員に理解されていない、といった問題が指摘された。

一方、介護支援専門員からは、利用者の口腔や服薬管理、食事摂取・栄養に関する問題について誰に相談してよいのかわからない、訪問指導などの在宅対応ができる専門職を知らない、どのような情報が求められているのかわからない、などといった問題が指摘された。

利用者のかかりつけ医はもちろん、かかりつけ歯科医やかかりつけ薬剤師等とのこれまでの関係を尊重しながら、地域包括ケアシステムの中で多職種がチームとなって利用者を支えていくという点で、相互の顔の見える関係づくりが急務といえる。

(利用者に関する情報のタイムリーな共有化)

既に連携関係がある場合においても、介護支援専門員と医師や歯科医師、薬剤師、管理栄養士等、多職種間での情報共有においては課題がある。

例えば、サービス担当者会議への歯科医師や薬剤師、管理栄養士等の参加が少ないことが指摘できる。サービス担当者会議に参加したいが案内がないなどといった意見が歯科医師や薬剤師、管理栄養士から挙げられている。

利用者の状態に応じた専門職で構成される多職種がチームとして機能できるよう、適切かつ迅速な情報共有が必要であるが、多職種が一堂に会して情報共有を図ることは難しいという問題がある。利用者の家に共有ノートを置き関係者が気づいたことを書き込む、地域で作成の情報連携シートを活用する、地域での情報共有システムを活用する等、様々な工夫が行われている地域もある。こうした取組がより一層推進されていくことが望まれる。

(2) 提案

今後、(1) で挙げた課題を解決し状況の改善を図るためには、政策面からのアプローチも含めて各種取組を推進していく必要がある。

まず、政策面からのアプローチであるが、介護支援専門員だけではなく歯科医師や薬剤師、管理栄養士からも地域レベルでの取組について多くの要望が挙げられており、その意味では保険者でもある市区町村が重要な役割を果たすといえる。市区町村がしっかりと多職種連携の重要性と現状を認識し、利用者の状態に応じた多職種協働のチームでの支援が可能な環境づくりを行うことが肝要である。例えば、介護保険における介護予防・日常生活支援総合事業の在宅医療・介護連携推進事業を活用しつつ、環境づくりの第一歩として、お互いの顔が見える関係構築や相互理解を促進するための研修会・勉強会等を企画・開催することも有効と思われる。

また、利用者を支える関係者が適切かつ迅速に情報を共有し、課題解決に向けて適切なサービスをタイムリーに提供できるようにするための仕組みづくりも重要である。ただし、医師をはじめ各専門職は多忙であるため、多職種協働チームの各メンバーが一堂に会するには時間的制約もあり厳しい現実に鑑み、十分にセキュリティを確保した医療介護専用のコミュニケーションツールなどの ICT を活用し、1 人の利用者に関わる多職種、例えば介護支援専門員と管理栄養士、介護支援専門員と歯科医師、介護支援専門員と医師とのやりとり等を同時に他の専門職が見ることができるだけで情報共有が格段に進むと考えられる。このため、例えば地域医療介護総合確保基金を活用し、介護事業者の ICT インフラの整備に積極的に取り組んでいくことも有効と思われる。

次に、政策以外のアプローチであるが、介護支援専門員によって歯科医師や薬剤師、管理栄養士等との連携状況に格差がみられることから、情報収集や連携が十分にはできていない介護支援専門員については研修受講等を通じ、改めてアセスメントをはじめとしたケアマネジメントプロセスの十分な理解等の研鑽を重ねることにより、底上げを図り、医療介護連携を促進・強化する取組が求められる。本調査では介護支援専門員と各専門職との

連携により、利用者の口腔や服薬状況、食事摂取・栄養状況に関する問題の解決だけではなく全身状態の改善につながった事例や連携強化のための工夫など具体的事例が数多く収集することができた。こうした情報は介護支援専門員だけではなく、歯科医師や薬剤師、管理栄養士等の専門職にとっても有用な情報といえる。こうした情報について各関係団体においても会員に広く共有化し横展開を図るような取組を積極的に行われていくことが期待される。

このように、改めて市区町村と地域の専門職、関係団体が課題を認識・共有し、地域全体で規範的統合を行い、政策面・政策面以外から多職種連携による利用者支援をバックアップしていくことが強く望まれる。

令和元年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業

利用者の口腔に関する問題や服薬状況に係る介護支援専門員と
薬剤師や歯科医師等との連携のあり方に関する調査研究事業

報 告 書

令和2（2020）年3月

三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社
〒105-8501 東京都港区虎ノ門 5-11-2
電話：03-6733-1024