

令和 5 年度厚生労働科学研究費補助金
(地域医療基盤開発推進研究事業研究事業)
地域の実情に応じた在宅医療提供体制構築のための研究 (23IA1005)
分担研究報告書

口腔・栄養・リハビリテーションに関する訪問系サービスの
一体的提供に関する実態：自治体の医療介護突合データを用いた検討

研究分担者 孫瑜	筑波大学医学医療系	助教
研究分担者 黒田直明	国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所地域精神保健・法制度研究部	制度運用研究室長
研究協力者 吉江悟	筑波大学医学医療系	研究員
研究代表者 田宮菜奈子	筑波大学医学医療系 ヘルスサービス開発研究センター	教授/ センター長

研究要旨

背景：高齢化が進む我が国において、「口腔・栄養・リハビリテーションの一体的提供」による摂食・嚥下機能の維持・改善、肺炎予防の重要性が提唱されている。しかし入院外の患者における口腔・栄養・リハビリテーションに関する訪問系サービスの一体的提供の実態は明らかになっていない。本研究は、自治体のレセプトデータを用いて口腔・栄養・リハビリテーションに関する訪問系サービスの一体的提供に関する実態把握を行うことを目的とした。

方法：茨城県つくば市の国保・後期高齢者医療制度の医療・介護保険レセプトデータを用いて、2018年10月の一月間の訪問栄養食事指導、訪問歯科診療（歯科と歯科衛生士両方含む）、訪問リハビリテーションを受けている患者の数および特徴について記述した。また、居住場所別のそれぞれの実施割合を比較した。最後に「口腔・栄養・リハビリテーションの一体的提供」が行われている患者の数を記述した。

結果：2018年10月の一月間の患者数は訪問リハビリテーション：243人、訪問歯科診療：527人であり、訪問栄養食事指導を受けている患者はいなかった。訪問リハビリテーションは居宅療養者が多いのに対して、訪問歯科診療は施設入居者が多かった。訪問リハビリテーションを受けている患者の中で訪問歯科診療を受けているのは8%、訪問歯科診療を受けている患者のうち訪問リハビリテーションを受けているのは4%程度と少なかった。居住場所別の分類では、居宅で訪問診療を受けている患者のうち、訪問歯科診療および訪問リハビリテーションいずれの算定も15%程度であった。施設（認知症グループホーム、特定施設、介護施設等）入居者では訪問歯科診療を受けている患者の割合は一定数あったが訪問リハビリテーションを受けている患者はほとんどいなかった。訪問リハビリテーションと訪問

歯科診療を両方受けていた患者は 20 人であった。このうち 7 割程度が訪問診療、5 割程度が訪問看護を利用していた。また、6 割以上が要介護 3-5 の患者であった。

結論：2018 年 10 月の一月間の茨城県つくば市の国保・後期高齢者医療制度の医療・介護保険レセプトデータでは、訪問栄養食事指導を算定されている患者がいなかったため、つくば市において入院外で口腔・栄養・リハビリテーションに関する訪問系サービスの一体的提供はほぼ行われていなかったと考えられる。訪問歯科診療は施設入居者で比較的多いのに対し、訪問リハビリテーションは居宅療養者の利用が多いため、両者が実施されていた患者も少なかったが、両者を利用している患者は居宅療養中の比較的重度の要介護度をもつ患者が多く、他の訪問系サービスの利用も多いことが示唆された。

A. 研究目的

今後も高齢化が進む我が国において、「口腔・栄養・リハビリテーションの一体的提供」による摂食・嚥下機能の維持・改善および肺炎を予防することの重要性が提唱されている¹⁾。これまでの報告では、医師、摂食・嚥下障害看護認定看護師、言語聴覚士、管理栄養士等による多職種から構成される摂食・嚥下チームの介入により、入院患者の肺炎発症の減少に有意に関連していること¹⁾、要介護者に対する歯科医師又は歯科衛生士による口腔の管理により肺炎の発症率が下がること¹⁾、反対に口腔衛生管理が必要であるが口腔衛生管理が行われていない者は、1 年後に体重減少がみられることなど¹⁾が報告されている。

2021 年度介護報酬改定でも「口腔・栄養・リハビリテーションの一体的提供」は重視されており、介護保険施設においてリハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理に関する計画を一体的に記入できる様式の提示や多職種による会議の推進など連携の強化が図られている²⁾。

一方で、病院や介護施設から退院・退所後、在宅での「口腔・栄養・リハビリテー

ションの一体的提供」の継続も必要であると考えられるが、現状どのような患者に「訪問歯科診療」「訪問リハビリテーション」「訪問栄養食事指導」が提供されているかは明らかではなく、一体的提供を受けている患者の割合や特徴に関しても明らかになっていない。本研究では自治体の医療介護レセプトデータベースを用いて、在宅におけるリハビリテーション、栄養、口腔の提供に関する状況を明らかにすることで、一体的提供に向けた今後の課題等について考察することを目的とする。

B. 研究方法

茨城県つくば市の国保・後期高齢者医療制度の医療・介護保険レセプトデータを用いた。2018 年のつくば市の総人口は 234,455 人、高齢化率は 28.6%、要介護認定者数（要支援および要介護の認定者数）は 7,613 人である³⁾。2018 年 10 月の一月間での訪問栄養食事指導、訪問歯科診療、訪問リハビリテーションを受けている患者の数および特徴について記述した。訪問歯科診療は歯科医師、または歯科衛生士による訪問のいずれかがある場合とした。以下詳細な定義を示す。

＜訪問リハビリテーション＞

医療保険レセプト：C006（在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料）

介護保険レセプト：訪問リハビリテーション

＜訪問栄養食事指導＞

医療保険レセプト：C009（在宅患者訪問栄養食事指導料）

介護保険レセプト：管理栄養士による居宅療養指導

＜訪問歯科診療＞

医療レセプト：C000（歯科訪問診療料）

または C001（訪問歯科衛生指導料）

介護レセプト：歯科医師または歯科衛生士による居宅管理指導

患者の特徴として、年齢（65歳未満、65-74、75-84、85-94、95歳以上）、性別、在宅医療サービス（在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料、施設入居時総合医学管理料、訪問看護）、訪問歯科診療、訪問リハビリテーション、疾患（脳血管疾患、心疾患、悪性腫瘍、呼吸器疾患、関節疾患、認知症、パーキンソン病、糖尿病、視覚聴覚障害、骨折）、在宅療養指導管理料等（在宅成分栄養/在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料、在宅中心静脈栄養法指導管理料、在宅酸素療法指導管理料、在宅人工呼吸/在宅気管切開患者指導管理料、別表第8の2に含まれる患者）、利用した介護保険サービス（訪問介護、訪問入浴、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護、介護福祉施設サービス/介護保健施設サー

ビス/介護療養施設サービス（以後介護施設サービスと記載）、要介護度を記述した。訪問看護の有無は2018年4月-10月の訪問看護指示料または2018年10月の介護レセプトでの訪問看護の算定から抽出した。別表第8の2に含まれる患者は、在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者（別表第8の2）または在宅がん医療総合診療料の算定がある患者とした。疾患は国民生活基礎調査の介護票に記載されている「介護が必要となった原因」の12疾患より、頻度が低くレセプトでの同定が困難である「脊髄損傷」と「高齢による衰弱」を除いた10疾患を用いた。先行研究⁴⁾を参考に2018年7-10月の医療レセプトからICD-10コードを用いて各疾患を抽出し、疑い病名は除いた（補足表1）。他の変数は2018年10月の医療介護レセプトから抽出した。なお、訪問歯科診療については歯科医師と歯科衛生士による訪問の重複割合についても確認した。

次に、2018年10月時点での居住場所を居宅（訪問診療を受けている患者）、認知症グループホーム、特定施設、その他施設、ショートステイ、介護施設に分類し、居住場所別の訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導、訪問歯科診療が行われている割合を比較した。居宅は在宅時医学総合管理料の算定から、認知症グループホーム、特定施設、ショートステイ、介護施設はそれぞれ介護保険レセプトの認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護、短期入所生活介護、介護施設サービスから抽出した。その他施設は施設入居時総

合医学管理料の算定がある人のうち、認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護、短期入所生活介護、小規模多機能型居宅介護、介護施設サービスの介護保険サービス利用がなかった人が含まれた(特定施設に認定されていないサービス付き高齢者住宅や有料老人ホームが含まれる)。

最後に、同月に「口腔・栄養・リハビリテーションの一体的提供」があった患者の数および、「口腔・リハビリテーションの両者の提供」があった患者の特徴(年齢、在宅医療サービス(在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料、施設入居時総合医学管理料、訪問看護)、要介護度)について記述した。

すべての解析は STATA version 15 を用いて行った。統計的有意性は $p < 0.05$ とした。筑波大学医の倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号: 1445-15)。

C. 研究結果

訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導、訪問歯科診療を受けている患者の実態

2018年10月の患者数は訪問リハビリテーション: 243人、訪問歯科診療: 527人であった。訪問栄養食事指導を受けている患者はいなかった。訪問リハビリテーションと訪問歯科診療を受けている患者の特徴を表1に示す。いずれも訪問診療を受けている患者は2-3割程度であるが、訪問リハビリテーションでは在宅時医学総合管理料や訪問看護を受けている患者が比較的多いのにに対して、訪問歯科診療は施設入居時総合医学管理料を受けている患者が多かった。訪問リハビリテーションを

受けている患者の中で訪問歯科診療を受けているのは8%程度、訪問歯科診療を受けている患者の中で訪問リハビリテーションを受けているのは4%程度と少なかった。訪問リハビリテーションを受けている患者では関節疾患が多かったのに対して、訪問歯科診療を受けている患者では認知症が比較的多く、41.2%が介護施設サービスを受けていた(つまり、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設に入所していた)。

歯科医師と歯科衛生士による訪問の内訳を表2に示す。いずれかがあった527人のうち、歯科医師と歯科衛生士両方の訪問があった患者が402人(76.2%)と最も多かった。特に訪問歯科衛生士の診療があった患者の95.9%に歯科医師の訪問があり、訪問歯科衛生士単独での訪問は極めて少なかった。

居住場所別の訪問リハビリテーションと訪問歯科診療の実態

表3に結果を示す。在宅時医学総合管理料の算定がある患者では、訪問歯科診療と訪問リハビリテーションの算定がいずれも15%程度であった。認知症グループホーム、特定施設、その他施設、介護施設では訪問歯科診療を受けている患者の割合は一定数あり、特に特定施設では44.4%の患者が訪問歯科診療を受けていた。一方これらの施設で訪問リハビリテーションを受けている患者はほとんどいなかった。ショートステイでは訪問歯科診療、訪問リハビリテーションいずれの算定数も3-6%程度と少なかった。

訪問歯科診療と訪問リハビリテーションを両方受けている患者の実態

結果を表 4 に示す。訪問リハビリテーションと訪問歯科診療を受けていた患者は 20 人と少なかった。両方受けている患者の特徴としては、7 割程度が訪問診療を受けており、特に在宅時医学総合管理料の算定があった患者が半数以上であった。また、半数以上が訪問看護を利用しており、6 割以上が要介護 3-5 の患者であった。

D. 考察

本研究の結果より、訪問リハビリテーションは居宅に居住する患者が多いのに対して訪問歯科診療は施設入居者を対象に行っていることが多いことから、両者が提供されている患者は 20 人と少ない結果となった。また、2018 年 10 月の一か月間で訪問栄養食事指導を受けている患者はいなかった。訪問リハビリテーションと訪問歯科診療の両者が提供されている患者の特徴としては在宅時医学総合管理料の算定がある患者が半数以上であり、要介護度が重度の患者が比較的多くなっていた。

訪問歯科診療が居宅療養者よりも施設入居者に多いという本研究の結果は先行研究^{5,7)}と一致するものである。この背景には、これまで口腔機能管理加算、口腔衛生管理体制加算、口腔機能向上加算が導入されてきた結果⁸⁾、入所者への介護サービスの一環として、契約歯科医院の定期的な訪問機会を有する施設が増加してきていることが考えられる。一方で、施設への訪問診療を実施する医療機関数、実施件数の増加とは対照的に、居宅への訪問診療を実施する医療機関数、実施件数はそれほど変

化がみられておらず⁷⁾、居宅療養者の訪問歯科診療受診率は施設入居要介護者に比べ低い状況である。この背景には、居宅に対する訪問歯科診療の時間的・物理的非効率性および設備等の不足による居宅での処置の難しさから、居宅への訪問診療を積極的に行う歯科医療機関が増加しないことが原因として考えられる。また、本研究では訪問歯科衛生士単独による訪問は極めて少ないことが明らかになった。歯科衛生士単独での訪問は、訪問歯科衛生指導料（医療保険）の場合、歯科医師による訪問診療の日から 1 月以内（患者の状態が安定していると判断される場合は 2 月以内）、歯科衛生士等居宅療養管理指導（介護保険）の場合、歯科医師による訪問診療の日から 3 月以内は、単独訪問で算定が可能となっている⁹⁾。しかし、点数が低いこと、歯科衛生士単独でできることが口腔ケアのみであること等から歯科衛生士単独による訪問はほとんど行われていない可能性が考えられる。実際に、訪問歯科診療の治療内容として、居宅療養要介護者では短期間の義歯を中心とした治療が多いのに対し、施設入所要介護者では歯周治療、及び歯科衛生士による歯科衛生指導等の予防的処置が多く行われていると報告されている⁵⁾ことから、特に居宅療養者においては歯科衛生士訪問による予防的処置が少ないことが示唆される。口腔機能向上の取り組み充実のために令和 3 年度より口腔・栄養スクリーニング加算などの新設がなされたところではあるが、居宅への訪問診療の供給量を増加させるための新たなシステム構築の検討についても考慮される。

訪問リハビリテーションは居宅療養者

を対象に実施していることが多いが、在宅時医学総合管理料の算定がある患者においても 15%程度にとどまっていた。一方で、訪問リハビリテーション利用者の内訳では半数以上が要介護 1-2 であり通所介護利用者が 3 割程度であったことから、訪問診療を利用していない患者が訪問リハビリテーションを利用しているケースも多く、このような患者で訪問歯科診療の利用は極めて少ない可能性が考えられた。特に関節疾患の患者が 7 割以上を占めることから、理学療法士や作業療法士による訪問リハビリテーションが多い一方で、「口腔・栄養・リハビリテーションの一体的提供」に関する言語聴覚士の訪問リハビリテーションは少ないことが推察される。

つくば市では 2018 年 10 月の一か月間での訪問栄養食事指導はなかった。全国的には在宅患者訪問栄養食事指導料を算定している医療機関数や患者数、また管理栄養士による居宅療養管理指導のレセプト件数は年々増加していることが報告されている¹⁾ものの、2018 年時点でのひと月当たりの在宅患者訪問栄養食事指導の患者数は 138.7 人、管理栄養士による居宅療養管理指導のレセプト件数は 4461 件であり訪問リハビリテーション、訪問歯科診療と比較すると実施割合はまだ極めて少ないと考えられる。また、訪問栄養食事指導を行う事業所等の地域差もある可能性がある。管理栄養士は一般診療所と比べると病院での雇用率が高い¹⁾ことから、病院等の在宅医療を行っていない医療機関等からも管理栄養士が訪問栄養食事指導を行う取組を活性化していくなど、地域全体

で在宅支援サービスを支えることも検討していく必要があると考える。

今回の研究では訪問リハビリテーションと訪問歯科診療の両者を利用している患者は 20 人と少なかった。この患者の特徴としては居宅で在宅医療を利用しており、要介護度が高い患者が占める割合が高くなっていたことから、自力で口腔ケアを行うことも難しい患者が主に両者を利用している可能性が考えられる。

本研究の限界として、訪問リハビリテーションと訪問歯科診療ではなく、通所リハビリテーションや歯科受診をしている居宅療養者について考慮できていない点が挙げられる。しかし、以前の調査ではつくば市の訪問診療利用者(居宅と施設両方含む)のうち通所リハビリテーションの利用は 5%程度¹⁰⁾であり、歯科治療が必要な要介護高齢者のうち実際に歯科治療を受けた要介護者は 2.4%¹⁾と報告されていることから、その数は多くないと考える。また、2018 年 10 月前後の月における訪問歯科診療や訪問栄養食事指導については考慮できていない。特に居宅療養要介護者では定期的に行われる歯周治療や予防的処置ではなく短期間の義歯を中心とした治療が多いと報告されていることから、調査対象とする期間によって抽出者数にばらつきが生じる可能性がある。

E. 結論

本研究では、2018 年 10 月の一か月間の自治体の医療介護レセプトデータを用いて、口腔・栄養・リハビリテーションに関する訪問系サービスの一体的提供に関する実態を明らかにした。訪問リハビリテ

ーションは主に居宅に居住する患者を対象としているのに対して訪問歯科診療は施設入居者を対象にしていることが多いことから、両者が提供されている患者は少ない結果となった。両者が提供されている患者の特徴としては居宅で訪問診療や訪問看護を受けている患者、要介護が重度の患者が比較的多くなっていた。また、この時点の当該自治体の医療介護レセプトデータからは訪問栄養食事指導を受けている患者はいなかった。

F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表
なし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

参考文献

1. 厚生労働省. 令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会（第1回）リハビリテーション・口腔・栄養. 資料4参考1. 2023.3.15.
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001072621.pdf>.
2. 厚生労働省. 令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会（第1回）リハビリテーション・口腔・栄養. 資料4. 2023.3.15.

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001072585.pdf>.

3. つくば市. 第4期地域福祉計画(概要).
https://www.city.tsukuba.lg.jp/material/files/group/43/4kichiikihukushikeikaku_gaiyoubann.pdf.
4. Iwagami M, Taniguchi Y, Jin X et al. Association between recorded medical diagnoses and incidence of long-term care needs certification: a case control study using linked medical and long-term care data in two Japanese cities. *Annals of Clinical Epidemiology* 2019; 1(2): 56-68.
5. 令和1年度厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）分担研究報告書. 医科歯科・介護突合レセプト分析による居宅/施設別要介護者の訪問歯科受療状況の検討.
https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2019/192031/201909017A_upload/201909017A0012.pdf.
6. Ishimaru M, Ono S, Morita K, et al. Domiciliary dental care among homebound older adults: A nested case-control study in Japan, *Geriatr Gerontol Int* 2019; 19:679-683
7. 厚生労働省. 令和4年度診療報酬改定の概要【歯科】.
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000922373.pdf>.
8. 厚生労働省. 社会保障審議会介護給付費分科会（第224回）資料3. 口腔・栄養（自立支援・重度化防止を重視した質の高い介護サービスの推進）. 2023.9.15.

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/00/001163105.pdf>.

9. 一般社団法人. 日本訪問歯科協会. 歯科衛生士がいることで算定できる報酬.

<https://www.houmonshika.org/dental/lab012/>.

10. 令和 3 年度厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業研究事業) 分担研究報告書. 在宅医療を受ける患者の実態 : 3 自治体の医療介護突合データを用いた地域別・居住場所分類別の検討.

https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202122035A-buntan1.pdf

表 1. 訪問リハビリテーションおよび訪問歯科診療を受けている患者の特徴

	訪問リハビリ テーション N=243 n (%)	訪問歯科診療 N=527 n (%)
平均年齢(標準偏差)	84.7 (±10.2)	82.6 (±12.1)
年齢区分(歳)		
<65	16 (6.6)	41 (7.8)
65-74	42 (17.3)	57 (10.8)
75-84	95 (39.1)	135 (25.6)
85-94	80 (32.9)	252 (47.8)
≥95	10 (4.1)	42 (8.0)
性別：男性	102 (42.0)	156 (29.6)
在宅医療サービス		
訪問診療	64 (26.3)	154 (29.2)
在宅時医学総合管理料	56 (23.1)	54 (10.3)
施設入居時総合医学管理料	5 (2.1)	94 (17.8)
訪問看護	87 (35.8)	49 (9.3)
訪問歯科診療	20 (8.2)	—
訪問リハビリテーション	—	20 (3.8)
疾患		
脳血管疾患	108 (44.4)	182 (34.5)
心疾患	114 (46.9)	201 (38.1)
悪性腫瘍	33 (13.6)	45 (8.5)
呼吸器疾患	91 (37.5)	180 (34.2)
関節疾患	177 (72.8)	235 (44.6)
認知症	42 (17.3)	218 (41.4)
パーキンソン病	31 (12.8)	47 (8.9)
糖尿病	92 (37.9)	113 (21.4)
視覚聴覚障害	23 (9.5)	23 (4.4)
骨折	52 (21.4)	71 (13.5)
在宅療養指導管理料等		
在宅成分栄養/在宅半固形栄養		
経管栄養法指導管理料	※	※
在宅中心静脈栄養法指導管理料	※	※
在宅酸素療法指導管理料	10 (4.1)	※
在宅人工呼吸/在宅気管切開患 者指導管理料	※	※

別表 8 の 2 に含まれる患者*	15 (6.2)	10 (1.9)
介護保険サービスの利用		
訪問介護	64 (26.3)	72 (13.7)
訪問入浴	34 (13.1)	13 (2.5)
通所介護	75 (30.9)	65 (12.3)
通所リハビリテーション	17 (7.0)	13 (2.5)
短期入所生活介護	21 (8.6)	22 (4.2)
特定施設入居者生活介護	※	47 (8.9)
認知症対応型共同生活介護	※	67 (12.7)
小規模多機能型居宅介護	※	※
介護施設サービス†	※	217 (41.2)
要介護度		
情報なし	※	53 (10.1)
要支援	29 (11.9)	12 (2.3)
要介護 1-2	140 (57.6)	232 (44.0)
要介護 3-5	73 (30.0)	230 (43.6)

*在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者（別表第 8 の 2）または在宅がん医療総合診療料の算定がある患者。

†介護福祉施設サービス/介護保健施設サービス/介護療養施設サービス

※は 10 人未満であったことを示し、数値は非公開とする。

表 2. 歯科医師と歯科衛生士による訪問診療の分布

	歯科医師による 訪問歯科診療 N=510 n (%)	歯科衛生士によ る訪問歯科診療 N=419 n (%)
歯科医師による訪問歯科診療	—	402 (95.9)
歯科衛生士による訪問歯科診療	402 (78.8)	—

表 3. 居住場所別の訪問リハビリテーションおよび訪問歯科診療を受けている患者の割合

	在宅 (在総管) N=365 n (%)	認知症グループホーム N=263 n (%)	特定施設 N=106 n (%)	その他施設* N=132 n (%)	ショートステイ N=581 n (%)	介護施設 N=1286 n (%)
訪問歯科診療	54 (14.8)	67 (25.5)	47 (44.4)	23 (17.4)	22 (3.8)	217 (16.9)
訪問リハビリテーション	56 (15.3)	0 (0)	0 (0)	※	21 (3.6)	※

在総管＝在宅時医学総合管理料、認知症グループホーム＝認知症対応型共同生活介護、特定施設＝特定施設入居者生活介護、ショートステイ＝短期入所生活介護、介護施設＝介護福祉施設サービス/介護保健施設サービス/介護療養施設サービスの算定があった人を抽出した。

*その他施設には、施設入居時総合医学管理料を算定している人のうち、認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護、短期入所生活介護、小規模多機能型居宅介護、介護福祉施設サービス/介護保健施設サービス/介護療養施設サービスの利用がなかった人が含まれる。

※は 10 人未満であったことを示し、数値は非公開とする。

表 4. 訪問リハビリテーションと訪問歯科診療を両方受けている患者の特徴

	N=20
	n (%)
平均年齢(標準偏差)	78.2 (±11.1)
在宅医療サービス	
訪問診療	14 (70.0)
在宅時医学総合管理料	12 (60.0)
施設入居時総合医学管理料	※
訪問看護	11 (55.0)
要介護度	
情報なし	※
要支援	※
要介護 1-2	※
要介護 3-5	12 (60.0)

※は 10 人未満であったことを示し、数値は非公開とする。