

医療と介護における 歯科に関する提言



東京歯科保険医協会

目次

1) はじめに	1
2) 普及が進まない、歯科における介護保険サービスと訪問診療	
介護保険の成立と訪問歯科診療の状況	2
歯科における介護と訪問歯科診療の普及の状況	2
3) 要介護高齢者にとってこそ重要な歯科の役割	
誤嚥性肺炎防止と低栄養状態の改善に大きな役割を担う歯科	4
今後の課題	5
4) 口腔ケアと各職種との役割	5
5) 訪問歯科診療の普及が進まない背景	
当協会アンケートの結果から	6
施設への訪問歯科診療	6
在宅での訪問歯科診療	7
6) 居宅療養管理指導と訪問歯科診療と診療報酬上の問題	7
7) 東京歯科保険医協会の提言	
提言1 介護保険制度改革への提言	8
提言2 多くの歯科医師が携われるように診療報酬を引き上げること	9
8) まとめ	10

医療と介護における歯科に関する提言

東京歯科保険医協会

1) はじめに

政府は高齢化がピークを迎える2025年を目標に地域における医療・介護・福祉の一体的提供（地域包括ケア）の実現を目指している。このシステムは概ね30分以内に駆けつけられる圏域で、医療・介護などのサービスが適切に提供できるような地域での体制づくりを目標としている¹⁾。

これらの、医療・介護などのサービスには共感できる部分もある。

しかし、「社会的入院の解消」「施設から在宅へ」「在宅での看取り」などの政策動向からみると、財源を医療費から介護費へシフトする可能性が高まっている。また、一方で、介護保険の財源が増加しても制度の中身が充実するとは言いがたい状況で、むしろ政策の流れは団塊世代が高齢期に突入することによる介護需要の拡大と費用の増加をいかに抑制するかに焦点が絞られている。

この一連の動向から、財源問題を背景に、介護保険制度という枠組みの中での保険としての役割を縮小しようという方向が読み取れる。具体的には「地域包括ケア」に関する報告等では、介護サービスにおける公的保険や福祉施策の基本理念である「共助・公助」でなく「自助・互助」の役割を強調し、「要支援」は「地域支援事業」として介護保険から外し、「家事援助」も介護保険から外す。さらに、ケアプランを有料とするほか、「包括払い制度」の導入などによる単価の引き下げなど、容認できない政策内容となっている。

特に、高齢者の中には生活保護者と同等の所得にもかかわらず保護を受けられない方が多い。そういった方は介護サービスを必要としているにも関わらず、自己負担が払えないために適切なサービスを受けられないのが現状である²⁾。

この点では保険料だけでなく利用料の負担をなくす等の政策は必須といえる。

また、地域の状況にもとづいた施策の推進は重要であるが、一方で、国の責任が曖昧となり、介護サービスのナショナルミニマムを明確にする視点が弱まることにもつながる。

本来、改革にあたっては、医療・介護によって住み慣れた居宅や施設等で生活できる環境を構築することを通じて、要介護者が人として尊重されることをもっとも重視しなければいけない。しかし、2012年の医療と介護の同時改定は、この間の政府や厚労省の姿勢からみても明らかなように、大きな混迷と後退を招きかねない状況にある。

1 「地域包括ケア研究会報告書～今後の検討のための論点整理～」(地域包括ケア研究会(平成20年度老人保健健康増進等事業))

2 林泰則「介護難民―行き場を失う要介護者」(月刊保団連2009年10月号)

私たち東京歯科保険医協会は、こうした状況下でも、すべての要介護高齢者が日本国憲法の精神にもとづき、歯科の医療と介護を享受できる社会をめざして、歯科の問題での提言を行うものである。

2) 普及が進まない、歯科における介護保険サービスと訪問診療

(介護保険の成立と訪問歯科診療の状況)

歯科では2000年の介護保険制度の導入時に歯科医師や歯科衛生士による居宅療養管理指導が位置づけられ、その報酬は現在と比べると1回あたりの単位は約2倍の設定であった。2006年の改定では介護予防の一つの柱として口腔機能向上が位置づけられ導入された。

1998年の診療報酬改定で「歯科訪問診療料」(用語解説*1)の点数が引き上げられ、この分野で歯科の活動も活発になった。しかし、介護保険制度が導入されると、同じ行為であっても居宅や施設で報酬上の違いが設定され、時間要件などさまざまな制限も加えられてきた。また、訪問歯科診療は、介護保険導入時には「アクセルが踏まれたが、その後は、複雑な制限や報酬の抑制というブレーキが踏まれる」ことが多く、他の介護分野や医科の訪問診療分野に比較するとその普及は極めて遅れた状態になっている。

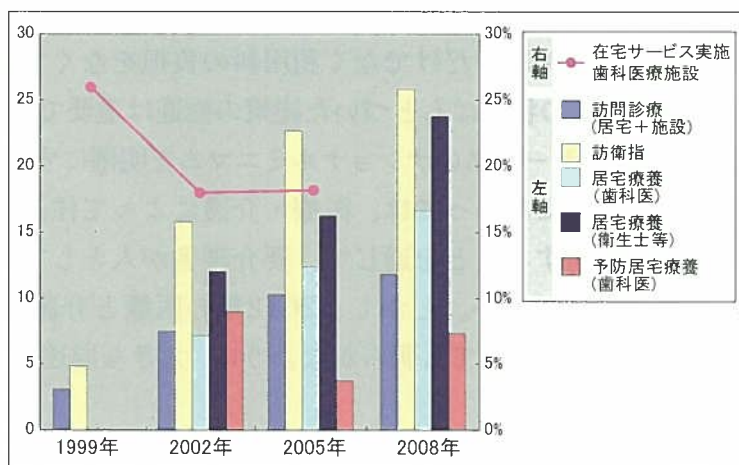
(歯科における介護と訪問歯科診療の普及の状況)

一般の高齢者の口腔の状態は、80歳で20本以上の歯を持つ者の割合は24.1% (推定値) と、まだ低い値だが、わずかずつとはいえ増加し続けている³⁾。

一方で、要介護高齢者の口腔の状態は深刻である。残っている歯の本数は増えているが、多くの要介護高齢者の口腔内は、う蝕歯は治療されず、歯垢や歯石が沈着し、歯の欠損は放置されたままになっている。こうした背景には介護する側の口腔ケア

に対する重要性についての意識が低いという問題もあるが、少ない生活費の中から、介護保険の自己負担分を支払うため、歯科への支払いを確保出来ず、結果として歯科治療をあきらめざるをえないという金銭的な問題がある。

訪問歯科診療を受けている患者数は現在18万3800人⁴⁾

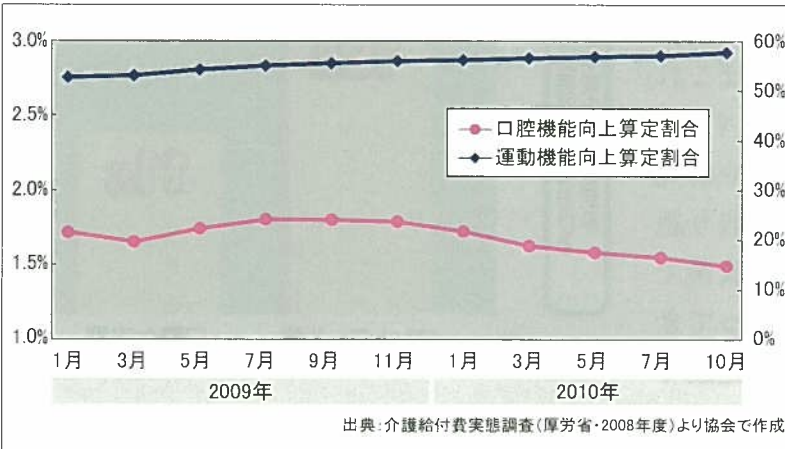


3「平成17年歯科疾患実態調査」(厚生労働省)

4「平成20年医療施設調査」(厚生労働省)

で、そのほとんどが要介護者であることを考えれば、全要介護高齢者の5.6%しか訪問歯科診療を受けていないことになる。また、訪問診療を実施している歯科医療機関は全歯科医療機関の18%にすぎない⁵⁾。

また、「居宅療養管理指導」(用語解説*2)の費用は、居宅サービスの費用のうちでわずか1%ほどの比率にすぎない。



また、2006年から導入された通所型施設で行う介護予防(運動機能の向上、口腔機能の向上、栄養改善)においても、運動機能向上は50%以上の実施率であるのに対し、「口腔機能向上加算」(*3)や栄養改善は1%台にとどまっている。

さらに、2009年には、「介護保険三施設」(*4)において、介護職員が入所者に対して計画的な口腔ケアを行うことを評価した「口腔機能維持管理加算」(*5)が導入されたが、いまだに入所者全体の32%にしか算定されていない。



普及が進まない背景には、国民だけでなく医療や介護の担当者に、歯科疾患や口腔機能の改善が全身の健康状態に影響を与えるということが十分に理解されていないことや、低い介護報酬やさまざまな規制がある。さらには、訪問介護のプランを組む段階では、給付限度額、自己負担額、訪問時間などが限られたなか、食事や下の世話が優先され、口腔ケアなどはケアプランに盛り込まれないということももう一つの大きな壁となっている。

5 「医療施設調査」(厚生労働省)

3) 要介護高齢者にとってこそ重要な歯科の役割

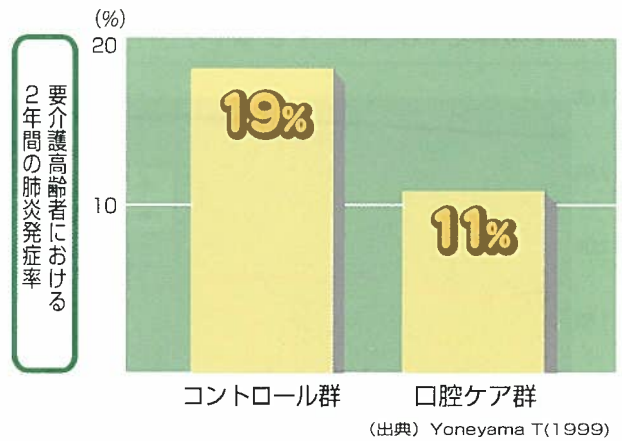
(誤嚥性肺炎防止と低栄養状態の改善に大きな役割を担う歯科)

食べることは高齢者にとって最大の楽しみの一つであるにもかかわらず摂食・嚥下障害患者は現在78万人もいると推計されている⁶⁾。口から食べることができるようになればこれらの方のQOLは飛躍的に向上する。

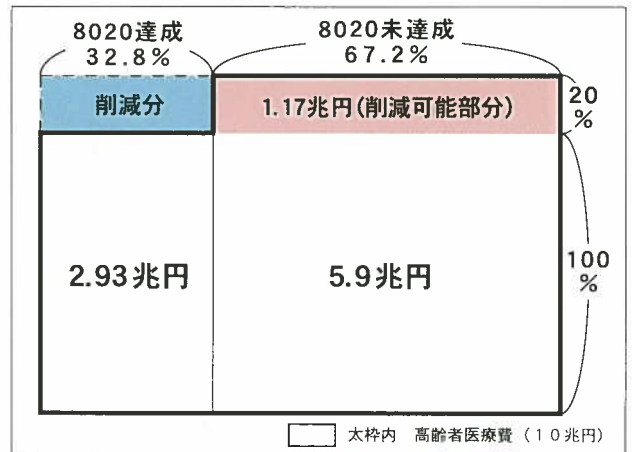
近年さまざまな現場の実践や研究によって、口腔機能の向上の取り組みで、高齢者の低栄養状態を改善できるということが明らかになってきた。そのため先進的な病院や施設では口腔ケアが積極的に導入され、大きな成果をあげはじめている。介護支援事業において取り組まれてきた「口腔機能向上」でも、その重要性が明らかになっている。

また、入院患者の死亡原因の69.1%が肺炎⁷⁾といわれている中で、口腔ケアの取り組みにより、誤嚥性肺炎や不顕性誤嚥によると思われる発熱が減少し、入院期間が短縮するなどの成果が報告されている。さらには、入院医療費の削減効果も明らかになっている。胃ろうなどを造設している患者は急速に増加し現在40万人に達しているが、最近では「胃ろうの使い方見直す動き」⁸⁾などの報道があるように、安易な胃ろう造設を見直し、経口摂取の意義を評価する考え方も出はじめている。

■ 口腔ケアと誤えん性肺炎の発症率



8020の達成で医療費の自然増は抑制される



出典：「8020運動と医療費の関係（兵庫県歯科医師会H14）」より櫻井充氏が作成

6 「平成17年度要介護高齢者に対する摂食嚥下障害対策実態調査報告書：北海道」より菊谷武日本歯科大准教授が試算

7 「細菌性肺炎の入院患者における死因の検討」近藤 晃、森永 芳智、佐々木英祐、久松 貫、泉川 欣一、原 耕平、泉川 公一、河野 茂、感染症学雑誌第81巻 第3号

8 「胃瘻の使い方見直す動き」（読売新聞2010年12月14日付）

このほかにも、施設や、在宅での口腔機能向上や口腔ケアの取り組みは、筋力の向上による転倒予防や会話によるコミュニケーション力の保持などにつながり、その結果家族の介護負担の軽減につながることも報告されている。

（今後の課題）

介護保険の要介護認定の調査項目には、嚥下、口腔清掃、食事摂取が含まれているものの、歯科的な問題に関わる口腔機能の評価が調査項目から抜けている。何らかの仕組みで要介護高齢者の歯科的な問題を整理し、介護課題とすることは今後さらに要介護高齢者のQOLを引き上げる上で重要となっている。

また、脳血管障害、パーキンソン病、認知症など特定の疾患に誤嚥の問題が起きやすいことがわかっており、こうした疾患をもつ要介護高齢者への対応を意識的に行うことが必要となっている。

4) 口腔ケアと各職種の役割

口腔ケアという言葉は①歯科疾患（う蝕歯・歯周病）の予防、②咀嚼・嚥下・発音機能の回復・維持・向上、③低栄養改善による免疫力・体力の向上、④肺炎（誤嚥性）の予防など多義に使用されている。口腔ケアは歯科医師や歯科衛生士以外にも、介護や医療の現場で介護職、言語聴覚士、看護師などの他職種によっても取り組まれている。

歯科医師や歯科衛生士が行う口腔ケアの取り組みの特徴は、口腔の衛生状態の改善や嚥下障害、口腔機能低下防止の目的だけでなく、歯科治療の一環として行われ、医学的管理を目的としていることである。その意味で、歯科医療従事者が行う「口腔ケア」は「専門的な口腔ケア」といえる。

たとえば、介護職が行う「口腔ケア」は、要介護者・高齢者が口腔ケアを自分で行えない場合に、介助・介護の一環として日常的な口腔内の衛生状態の低下を防止するために、清掃（歯ブラシその他の補助用具）と入れ歯の清掃を行うことが主な目的となる。

言語聴覚士は病院などの現場では嚥下障害に取り組むチーム医療でキーパーソンの存在となっているが、その「口腔ケア」の主な対象は発声発語や障害をもっている方などである。

看護師の行っている「口腔ケア」は、口腔の衛生の確保による誤嚥性肺炎の防止や、経口摂取の維持または胃ろうから経口摂取への移行などにより、早期回復、早期退院へと患者を促すためのものである。

5) 訪問歯科診療の普及が進まない背景

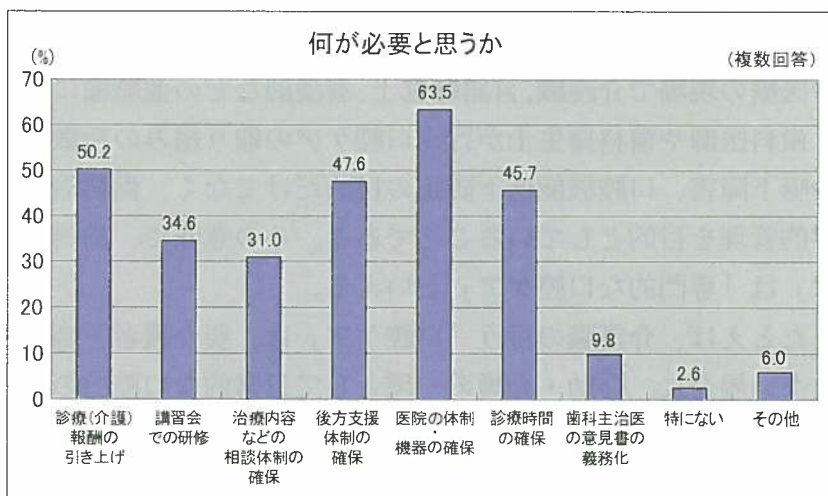
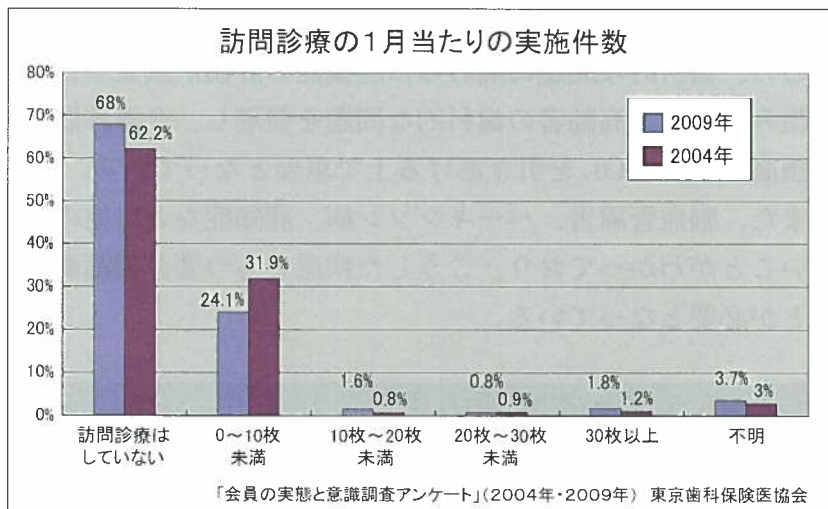
(当協会アンケートの結果から)

当協会のアンケート結果によれば、訪問歯科診療は7割近くが実施しておらず、2～3割が月当たりの実施件数が10件未満に止まっている。さらに、経年的に見ると訪問診療を実施をしていない件数は増加傾向にある9)。

また、訪問歯科治療は外来と比べ、在宅で1.6倍、施設で1.8倍の時間がかかる10)のに対し、特に施設での訪問に対する診療報酬は低く抑えられている。

(施設への訪問歯科診療)

経年的に見ると施設における訪問歯科診療の実施件数はわずかであるが伸びている。その理由は、努力義務ではあるが「協力歯科医療機関」との連携が介護施設に位置づけられていることや、誤嚥性肺炎や発熱で医療機関



に入院となれば施設にとり経営的なマイナスとなるため積極的に訪問歯科診療を受け入れているということが考えられる。一方、歯科保険医療機関側からみれば、患者の確保が確実にできることや施設の協力が得やすく診療上のリスクが回避しやすいことなどが訪問歯科診療の増加の要因と考えられる。

しかし、わずかな違いがあるにしても、本質的には、次に示すような居宅への訪問診療と同じ困難性を抱えている。

9 「会員の実態と意識調査アンケート」東京歯科保険医協会 2009年実施

10 東京歯科保険医協会 地域医療部調べ (2009年実施)

(居宅での訪問歯科診療)

居宅での訪問診療が伸びない理由には、当協会のアンケート 11)でも明らかなように、機材器具の確保の問題、さらには、訪問歯科診療を継続的に行う体制の確保の問題が指摘できる。

患者側が訪問歯科診療の必要性を感じない理由に自身の口腔の状態を認識していない場合が多く、その原因として介護保険の認定調査に口腔機能の評価がほとんど反映されていないことや歯科医師による主治医意見書が義務づけられていないことがあげられる。このためケアマネジャー等が訪問歯科診療や口腔ケアの重要性を認識できず悪循環を生んでいる。

そして、日常診療とは異なった環境での診療であるがゆえ、訪問歯科診療特有のいくつかの問題点が指摘される。一つにはベッド上での診療であり感染予防の問題や診療機材の管理など安全性の確保も大変であり、費用や労力が必要とされる点があげられる。もう一つには要介護高齢者への訪問診療では単に口腔ケアや義歯調整で済むケースは少なく、ほとんどがう蝕や歯周病、あるいは、欠損による咀嚼障害等の歯科疾患や障害をもっている。したがって、実際には麻酔や出血等の外科的侵襲のともなう抜歯や歯の切削などを避けることは困難である点である。また、外科的侵襲を加えるにあたっては日常診療以上に患者の合併症の病態管理への知識や経験が必要となり、日常診療以上にリスクが高くなることも訪問歯科診療特有の問題である。

さらに、大きい問題ではないようにみえるが、訪問診療に使用する車の駐車問題も訪問診療の足かせになっている。現在、東京都内で開業医が行う訪問歯科診療では車輛に対する駐車禁止除外の対象となっていない。また、警察署長の駐車許可でも居住地の警察署ごとに毎回申請書を出さなくてはならないという煩雑なものとなっている。

これらの問題と同時に下記に述べるような低い診療報酬や制度のさまざまな制限の問題がある。

6) 居宅療養管理指導と訪問歯科診療と診療報酬上の問題

問題点の一つには、対象が介護保険では「通院困難な利用者」とされているが、医療保険では「常時寝たきり等」の患者とされるなどの矛盾がある。特に医療保険の「常時寝たきり等」の状態については、行政による恣意的ともとれる運用が目立っているため、必要に応じた歯科訪問診療が行いづらい現状がある。多くの患者・利用者が抱えている問題は心身だけでなく社会的な理由もある。患者の実態を反映させるうえで現場の裁量の拡大がきわめて重要である。

11「在宅歯科診療アンケート」東京歯科保険医協会 2010年3月実施

二つには歯科訪問診療料算定にあたっては20分以上の診療をしないと算定できないことと回数制限がある。これが訪問歯科診療の普及の阻害となっている。

この制限は医学的な診断や行為を「時間」のみで評価するという根本的な問題をもっている。訪問歯科診療を推進する上ではこの20分の制限は廃止をする必要がある。

三つには、上述したように診療上のリスク、安全性の確保、長くならざるをえない診療時間など訪問歯科診療特有の問題を考慮して、処置等の診療報酬が通常の1.5倍となっていたが、現在では、これらは一部の患者や診療行為に限定されたため、実質的な報酬の引き下げとなっている。訪問診療の特殊性を適正に評価すべきである。

四つには、現行の制度では、歯科医師や歯科衛生士にとっても、指導回数の制限や指導する場所や対象によって同じ指導でも報酬が異なるなどの問題を抱えている。

7) 東京歯科保険医協会の提言

提言1 介護保険制度改革への提言

①在宅・施設療養者などの負担を軽減させる。

* 要介護高齢者の経済的負担を軽減するために、一部負担金の支払いを免除すること。

②要介護高齢者の介護サービスの実施や入院にあたって、歯科医師の診査・診断を制度上に位置づけること。

* 介護認定後におけるケアプランを作成するにあたっては、歯科医師による歯科疾患や口腔機能についての診査・診断を受けることを制度化すること。

* 入院患者においても、咀嚼障害や嚥下障害等などの口腔の機能障害が疑われる場合は歯科医師による診査・診断を受ける制度に改善すること。その際、歯科のない病院においては、協力医を配置し、同様に診査・診断を実施すること。

表33 訪問診療を実施していない理由(複数回答可)

① 時間がない	524 件
② 特に要請がない	510
③ 在宅の歯科治療は難しいので不安	244
④ 保険請求がわからない	162
⑤ 摂食・嚥下障害への対応がわからない	111
⑥ 自分がしなくてもいいと思う	106
⑦ 報酬が少ない	64
⑧ 面倒くさい	63
その他	207
未回答	50

表34 訪問歯科診療の依頼元(複数回答可)

① 地区歯科医師会の依頼を受けて	628 件
② 本人または家族から	625
③ 通院していた患者さんが在宅医療を受けるようになったので	557
④ 介護関係者(介護事業者)から	216
⑤ 訪問看護ステーションから	92
⑥ 主治医から	91
⑦ 病院から	85
未回答	27

「障害者等歯科医療基盤整備及び在宅医療推進のための基礎調査[平成18年度8020運動推進特別事業] (東京都福祉保険局・2007年3月)

- ③口腔機能維持管理加算・口腔機能向上加算の充実と報酬を引き上げる。
- * 現在ある介護保険三施設における口腔機能維持管理加算と同等のものを有料老人ホームやグループホームでも算定できるように新設すること。
 - * 事業所が算定しやすいよう提供文書を簡素化すること。
 - * 協力歯科医療機関に対する報酬を設定すること。
 - * 通所介護施設における口腔機能向上の取り組みにおいて口腔機能向上加算の報酬を引き上げること。

提言 2 多くの歯科医師が携われるように診療報酬を引き上げること

- ①医療保険の対象を介護保険と統一すること。
- * 歯科訪問診療の対象「常時寝たきり」を「通院困難」とすること。
- ②診療報酬を引き上げる。
- * 歯科訪問診療においてはすべての診療行為の報酬を100分の50加算とすること。
 - * 歯科訪問診療は患者ごとに行われるものであり、「同じ建物」等の条件による歯科訪問診療料の算定の引き下げをやめること。
- ③歯科医師の裁量を広げ制限を廃止する。
- * 要介護状態にあれば、歯科医師やケアマネジャー（介護支援専門員）など現場の判断で歯科訪問診療を行えるようにすること。
 - * 歯科訪問診療料の算定要件となっている時間制限を廃止すること。
- ④在宅から歯科診療所や病院歯科など二次医療機関への搬送の費用を評価する。
- * 在宅での歯科診療が安全等の理由で困難な場合は、歯科医療機関や病院への搬送を認めること。また、搬送にかかわる費用を診療報酬上に設定すること。
- ⑤訪問歯科診療に必要な研修を公的に保障する。
- * リスクが高い要介護高齢者に適切な歯科医療を提供するための研修を公的に保障すること。
- ⑥在宅における診療と同様に歯科診療車内での診療にも歯科訪問診療料の算定を可能とすること。
- ⑦歯科が訪問診療を行う車両を医科と同様に「医療を行う緊急往診車両」とする。
- * 訪問歯科診療車両に対し駐車禁止除外指定を復活すること。

8) まとめ

今後、高齢者が増加していくなかで、要介護者への医療や介護の提供のあり方が今以上に国民的な課題となっていくことは明白である。特に、今後さらに要介護状態となっても口から食べることは重視されて行く傾向にあるため、口腔ケア（＝口腔機能向上：口腔衛生の改善と誤嚥性肺炎の予防）や歯科治療など、歯科からのアプローチがますます必要とされる時代となることは必須である。したがって、2012年の医療保険と介護保険の同時改定においては、この二つの制度を有機的に結び付け、一人でも多くの要介護高齢者に、適切な口腔ケアと歯科治療を提供できるように制度の改革を期待するものである。

そのためにこの提言が介護にかかわる行政担当者・政治家、また、介護にかかわる方々によって大いに活用されることを期待する。

(用語解説)

- * 1 「歯科訪問診療と訪問歯科診療」・・・医療保険上の訪問歯科診療を指す場合は歯科訪問診療（料）とし、訪問して行う歯科診療行為そのものは訪問歯科診療と表現した。
- * 2 「居宅療養管理指導」・・・・・・・・・・介護保険で給付されるサービスの一つ。居宅要介護者・要支援者（要介護者等）に対し歯科医師、歯科衛生士等により行われる療養上の管理および指導。
- * 3 「口腔機能向上加算」・・・・・・・・・・通所介護事業所などでの通所サービスにおける口腔機能向上サービス提供を評価した加算。利用開始時における把握（リスクの確認）、解決すべき課題の把握（アセスメント）、口腔機能改善管理指導計画、モニタリング、評価等を通じて口腔機能向上サービスを実施する。2006年4月改定で導入された。
- * 4 「介護保険三施設」・・・・・・・・・・介護老人福祉施設、介護老人保険施設、介護療養型医療施設
- * 5 「口腔機能維持管理加算」・・・・・・・・・・介護保険三施設において歯科医師または歯科医師の指示を受けた歯科衛生士による指導のもと、施設職員が入所者への口腔機能向上計画を作成した際に加算ができる。2009年4月改定で導入された。

医療と介護における歯科に関する提言

2011年9月1日 初版発行

著者 東京歯科保険医協会政策委員会

発行者 松島 良次

発行所 東京歯科保険医協会

〒169-0075

東京都新宿区高田馬場 1-29-8 新宿東豊ビル 6F

Tel 03-3205-2999 Fax 03-3209-9918

印刷 サンワフォーム印刷株式会社

定価 100円 (税込み)



東京歯科保険医協会