

# 高齢者の口腔機能管理

—高齢者の心身の特性を踏まえた在宅歯科医療を進めるには—

社団法人 日本歯科医師会

日本歯科総合研究機構

## はじめに

これまで、病院と歯科診療所との連携や、医科と歯科の連携は必要性をいわれながら、実際は十分にその機能を発揮しないまま今日に至っているようである。しかしながら、医療計画の見直しや後期高齢者医療制度の新設に伴い、要介護高齢者について在宅歯科診療のニーズが顕在化し、同時に医科歯科の連携が強く望まれるようになってきた。これまでの在宅歯科診療とは一段違った、医療連携に基づく在宅歯科医療という新たな医療の提供体制が創設されるにあたり、各歯科医師会、歯科医療機関が円滑に対応できることを目的に本書を作成した。

これまでの在宅歯科診療の主訴は60～70%が義歯に係るものである（図、表）<sup>1,2)</sup>。そのほとんどが、独立して歯科診療にあたることのできる診療能力のある歯科医師で十分対応できるものである。ただ、患家への訪問を行ったことのない歯科医師は、訪問そのものに躊躇することが多いものと思われる。また患家における歯科診療を行っている歯科医師も、患者急変への対応というリスクを常に感じながら診療に当たっている。本書ではこれ等の歯科医師の診療環境を良好に整えるための考え方を、医療連携を中心に示している。要介護高齢者の医療はチームで当たっており、歯科医師もこのチームの一員であることを理解していたければ幸いである。

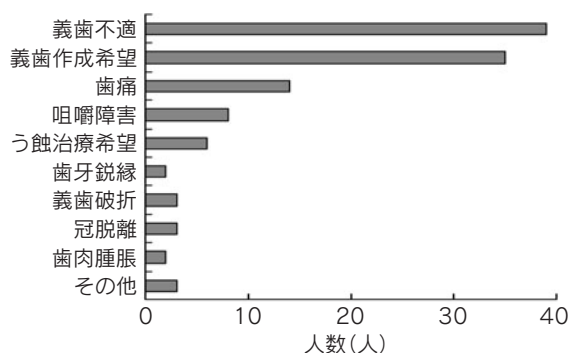


図 主訴

（義歯に関する主訴が76.5%をしめた）

表 訪問歯科診療で希望した歯科治療

| 治療内容 | n   | %    |
|------|-----|------|
| 義歯治療 | 774 | 73.5 |
| う蝕治療 | 249 | 23.6 |
| 歯周治療 | 303 | 28.8 |

（重複回答）

（石井拓男・恒石美登里）

### 引用文献：

- 1) 栗原由紀夫，小野毅，鈴木郁夫，平川彰生：三島歯科医師会における在宅者訪問歯科診療への取り組み．老年歯学 12(1)：61-66，1997．
- 2) 石井拓男，岡田真人，大川由一，今村嘉宣，山根源之，宮武光吉：要介護高齢者の摂食障害発生要因に関する研究．口腔衛生会誌 52：213-220，2002．

## 目 次

### 第 1 章 在宅ケア（医療・介護）

---

|                                                   |    |
|---------------------------------------------------|----|
| 1 歯科医師に求められる在宅医療・介護の実態 .....                      | 2  |
| 1) 全身の健康に寄与する歯科医療の重要性 .....                       | 2  |
| 2) 高齢者・要介護高齢者の口腔内状況 .....                         | 4  |
| 3) 高齢者・要介護高齢者の歯科受療状況 .....                        | 7  |
| 4) 高齢者・要介護高齢者の歯科治療、口腔ケアおよび口腔機能リハビリテーションのニーズ ..... | 9  |
| 5) 求められる在宅歯科医療推進 .....                            | 12 |
| 2 在宅ケアを支える医療・福祉チーム .....                          | 16 |
| 1) 住民および他職種からみた在宅歯科医療 .....                       | 16 |
| 2) 在宅ケアにおける多職種連携の重要性 .....                        | 19 |
| 3 在宅歯科診療・医療連携が推進される背景 .....                       | 22 |
| 1) 医療法の改正 .....                                   | 22 |
| 2) 後期高齢者医療制度の創設 .....                             | 24 |

### 第 2 章 在宅歯科医療の基礎

---

|                                                                                       |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1 はじめての在宅歯科医療をスムーズに行うための基本 .....                                                      | 28 |
| 1) 「生活の場」における歯科医療であることを理解する .....                                                     | 28 |
| 2) 家族介護者の介護不安への対応を理解し、介護負担、不安の軽減の視点を持つ .....                                          | 28 |
| 3) 口腔領域の把握は介護者では、困難なことが多いことを理解し、本人・家族の意思（自己決定）、各々の家庭の生活習慣、価値観を尊重し、自立への取り組みを考慮する ..... | 29 |
| 4) かかりつけ歯科医として、在宅歯科医療の実践方法を具体的に理解する .....                                             | 30 |
| 5) 医療が生活の場（暮らしの中）へ移動することへ配慮し、安全の確保（リスク管理）を図る .....                                    | 31 |
| 6) 終末期ケア（End of Life Care）における口腔管理について理解する .....                                      | 33 |
| 2 医科との連携 .....                                                                        | 35 |
| 1) 連携の実例（清瀬市） .....                                                                   | 35 |
| 2) 連携の実例（あおぞら診療所） .....                                                               | 36 |
| 3) かかりつけ医とかかりつけ歯科医との連携グッズ .....                                                       | 37 |

## 第3章 高齢者の心身の特徴および在宅医療・在宅医療チームの機能と役割

|                                                         |    |
|---------------------------------------------------------|----|
| 1 歯科医に求められる他職種との連携（協働） .....                            | 46 |
| 1) 医師との連携（協働） .....                                     | 46 |
| 2) 訪問看護師との連携（協働） .....                                  | 51 |
| 3) 薬剤師との連携（協働） .....                                    | 54 |
| 4) 栄養士との連携（協働） .....                                    | 58 |
| 5) 介護支援専門員（ケアマネージャー）との連携（協働） .....                      | 62 |
| 2 在宅医療の実際 .....                                         | 67 |
| 1) 在宅医療の変遷（これまでは入院していたであろう患者が在宅に移る） .....               | 67 |
| 2) 在宅患者の基礎疾患と口腔ケア .....                                 | 70 |
| 3) 終末期医療とは .....                                        | 77 |
| 3 在宅医療における歯科からの情報提供 .....                               | 82 |
| 1) 口腔乾燥状態の患者への指導（口腔乾燥症状を伴う慢性関節リウマチ患者における対応） .....       | 82 |
| 2) 誤嚥性肺炎の疑われる場合（口腔清掃状況の悪化と患者の変化） .....                  | 83 |
| 3) 薬剤が飲み込めない場合の情報提供（薬剤が口腔内に残っていた） .....                 | 86 |
| 4) 経口摂取開始時における摂食機能についての情報提供 .....                       | 88 |
| 5) 抜歯等の観血処置を行う場合、医師や看護師の同行（特に綿密な情報の交換が必要な患者・状況とは） ..... | 90 |
| 4 歯科医が知っておきたい緊急時の対応 .....                               | 93 |

## 第4章 高齢者の心身の特徴と口腔機能の回復

|                        |     |
|------------------------|-----|
| 1 口腔ケア .....           | 106 |
| 1) 口腔ケア概論 .....        | 106 |
| 2) 口腔ケアに関するリスク管理 ..... | 110 |
| 3) 口腔の不潔 .....         | 117 |
| 4) 口腔の基礎知識 .....       | 123 |
| 2 口腔機能管理 .....         | 138 |
| 1) はじめに .....          | 138 |
| 2) 運動障害とは .....        | 139 |

|                           |            |
|---------------------------|------------|
| 3) 口腔領域に表出される症状 .....     | 144        |
| 4) 口腔機能の評価 .....          | 146        |
| 5) 診断・治療計画の立案 .....       | 151        |
| 6) 口腔機能向上訓練 .....         | 154        |
| <b>3 摂食機能の評価と対応 .....</b> | <b>156</b> |
| 1) 障害の概念 .....            | 156        |
| 2) Terminology .....      | 158        |
| 3) 摂食・嚥下障害 .....          | 161        |
| 4) 摂食・嚥下障害の評価法 .....      | 163        |
| 5) 摂食場面の観察 .....          | 173        |
| 6) 摂食・嚥下訓練 .....          | 176        |
| <b>4 栄養管理 .....</b>       | <b>190</b> |
| 1) はじめに .....             | 190        |
| 2) なぜ低栄養は問題か .....        | 190        |
| 3) 栄養アセスメントの重要性 .....     | 190        |
| 4) 栄養必要量の把握 .....         | 192        |
| 5) 歯科医師が行う栄養管理 .....      | 193        |
| 6) 在宅療養患者の栄養管理の基礎知識 ..... | 193        |

# 第1章

## 在宅ケア（医療・介護）

## 1

## 歯科医師に求められる在宅医療・介護の実態

## 1) 全身の健康に寄与する歯科医療の重要性

生涯保健の観点からみた口腔機能は、咀嚼による栄養摂取という人が生物学的に生きていくための基本的な機能であると共に、発話・表情などコミュニケーションに関わる機能として、その人の社会性をはじめとするQOLや生きる尊厳に関わる。特に高齢者においては、咀嚼機能・口腔機能と口腔清掃状態は、誤嚥性肺炎の発症や低栄養などに直結する要因のひとつとなることが、これまでの研究成果から次第に明らかになってきている（図1-1）<sup>1)</sup>。また、8020運動は、1989年から国民レベルの健康づくり運動として展開され、これまでの間に歯の保存状態の向上としてその成果があらわれてきている。しかもこの生涯にわたる歯の保存は、単に咀嚼機能の維持という口腔保健の観点ばかりでなく、生命予後にも関連していることが実証されるようになってきた（図1-2）<sup>2)</sup>。

そして、この全身の健康維持や誤嚥性肺炎の予防という観点からみた歯科医療・口腔保健の重要性は、歯科医療関係者ばかりでなく、医療・介護関係者および国民レベルでも認知されるようになってきている。しかしながら、高齢者・要介護高齢者に対する歯科医療の提供は明らかに遅れており75歳以上の高齢者の多くは、義歯による咀嚼機能の回復をはじめとする歯科治療が必要とされ、要介護高齢者の口腔内状態は、健常高齢者に較べてさらに劣悪なものであることがこれまで指摘されてきた。歯科疾患は年齢特性が極めて大きく、少子高齢化を背景と

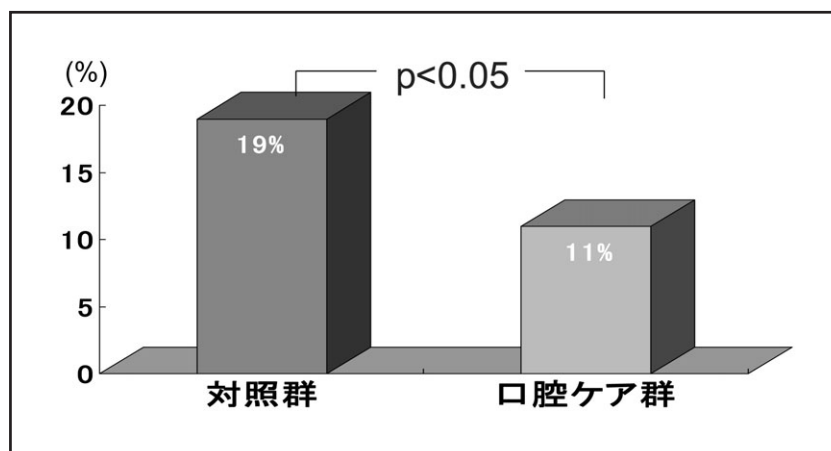


図1-1 2年間の肺炎発症率

(口腔ケア群は対照群と比較し有意に肺炎発症が少ない)

して歯科医療提供体制が変化していくことが“求めに応じた医療”を提供するためには必要である。

一方、人口の高齢化と疾病構造の変化によって、年間死亡者数は2037年にはピークに達し、その数は170万人になると推計されている。そして、国民レベルでも病院での最期よりも、できるだけ自宅で看取られたいという要望は高く、医療提供体制を、病院中心から転換するための、在宅でのケアを含めた地域包括ケアの概念が提唱され、2008年からその理念に基づいた「後期高齢者医療制度」が創設されることになった。

高齢者・要介護高齢者に対する歯科医療のニーズと提供体制との乖離を解消するための方策の一つとして、医科・歯科連携を基盤とした地域包括ケアのなかで「生活の場の医療」の一環として提供される在宅歯科医療の拡充が求められている。

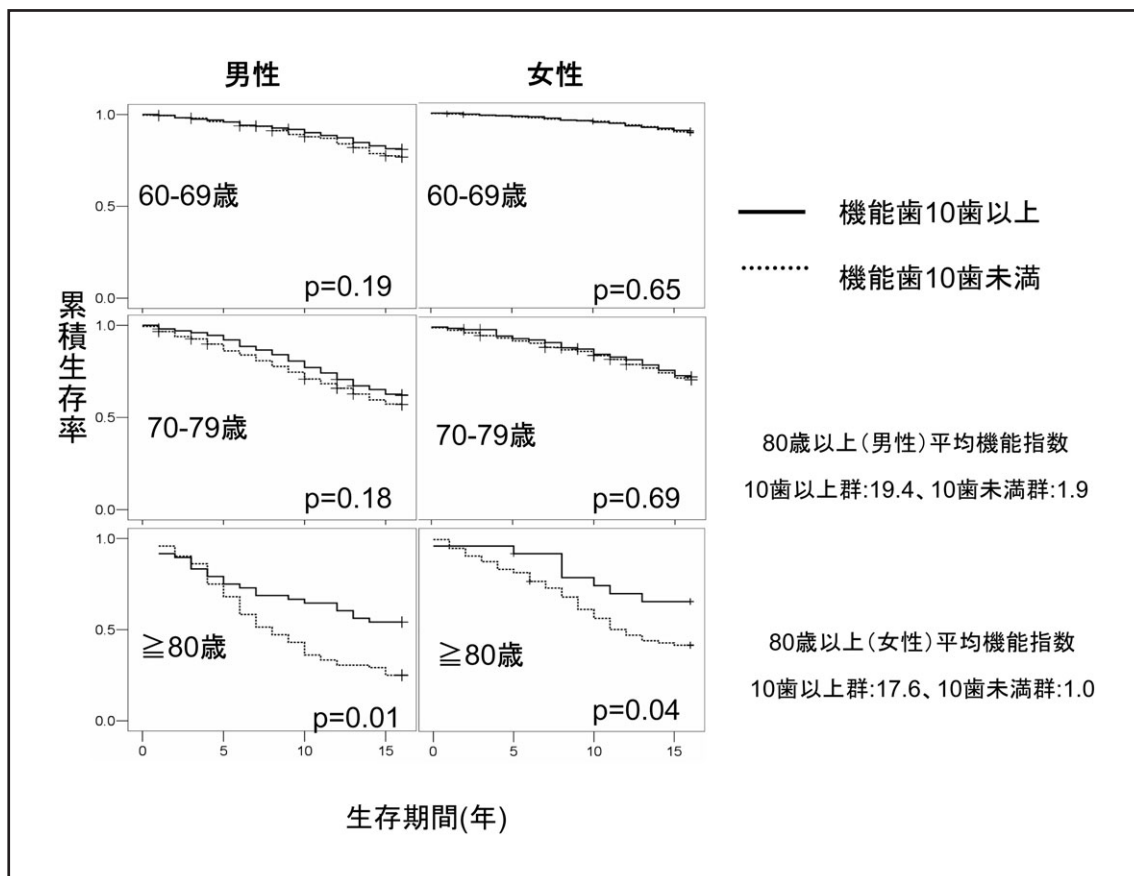


図1-2 機能歯数と生命予後

(40歳以上の住民5,730名を対象とした15年間のコホート調査)

## 2) 高齢者・要介護高齢者の口腔内状況

### 〔高齢者の現在歯数と咀嚼機能低下〕

1989年から展開されている「8020運動」の成果等によって、「健康日本21中間報告（2007年）」では歯科関連の目標値の達成状況は、他の分野に較べて高い。しかしながら現状における高齢者の歯の保存状況をみると、1人平均現在歯数は、65～69歳で18.3本、75～79歳10.7本である（図1－3）（厚生労働省歯科疾患実態調査、2005）。また「80歳で20歯以上を有する者」の割合は、この30年間で向上してきているが、まだ20%を超えたに過ぎず（図1－4）（厚

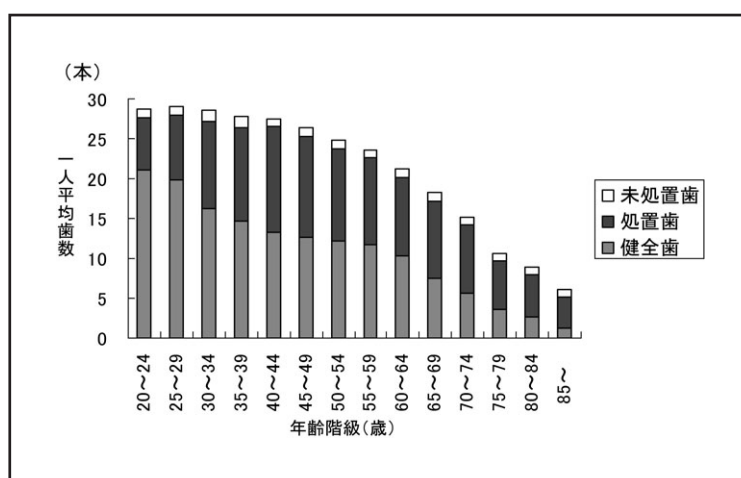


図1－3 永久歯の状況

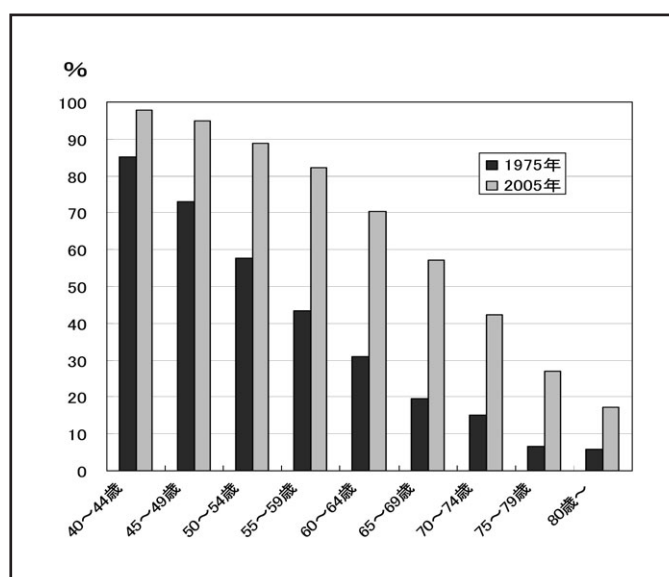


図1－4 「20歯以上を有する者」の割合の過去30年間の推移

生労働省歯科疾患実態調査1975、2005)、後期高齢者の多くは義歯などによる咀嚼機能をはじめとする口腔機能の回復が必要となっている。

### 〔要介護高齢者の歯科疾患・口腔清掃状況〕

要介護高齢者の口腔内状況をみると、施設入所者を中心とした重度者に対する対応は制度化されておらず、こうした要介護高齢者、有病（入院）高齢者の口腔内状況が劣悪な状況におかれていることが繰り返し指摘されてきた。例えば、高齢者施設入所者4,887名を対象とした新潟県の調査<sup>3)</sup>では、47.6%の者に歯科治療が必要という実態が報告されている（図1－5）。また、要介護度別にみると、同時期に全国の施設入所者および在宅療養者1,627名を対象とした調査<sup>4)</sup>に

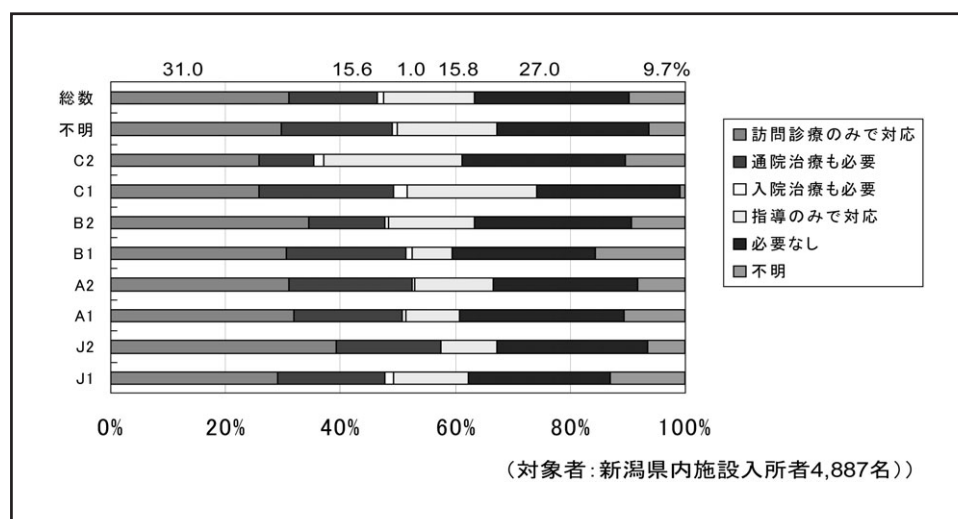


図1－5 日常生活自立度別要介護高齢者の歯科的対応の必要性  
(歯科健診担当医による評価)

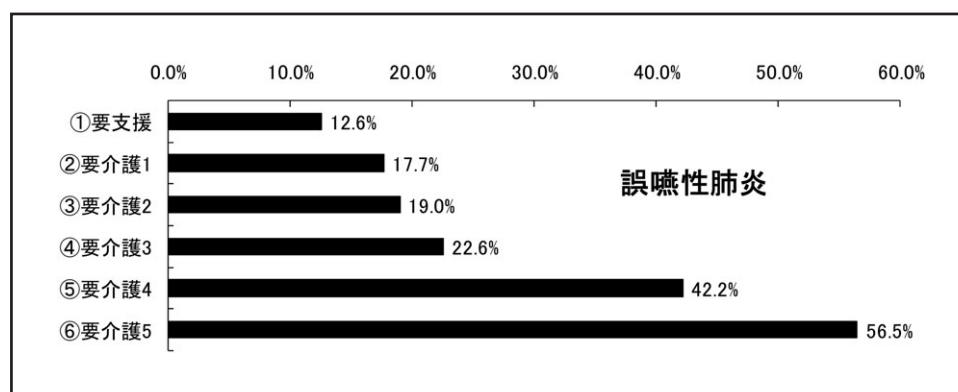


図1－6 要介護度別、現在又は将来、発生の可能性が高い口腔問題

よれば、介護度が高くなるほど、要治療歯は増加し、口腔清掃状態が低下するために誤嚥性肺炎の危険が高まることが指摘されている（図1－6）。この要介護高齢者の口腔清掃状態の低下による誤嚥性肺炎の発症のリスクは、東京都の1,304名を対象とした調査<sup>5)</sup>でも同様の結果が示されている。

### 〔要介護高齢者の摂食・嚥下障害〕

高齢社会の進展とともに、脳血管疾患、認知症等を中心に摂食・嚥下障害のある者が増加し、必要な栄養素・栄養量の摂取不足に伴う低栄養状態の者が増加していると考えられる。在宅で低栄養状態にある高齢者の食生活は、通常のを介護認定では見過ごされ、医療機関への受診や健診事業等を通じて発見されることが多い<sup>6)</sup>。栄養摂取の方法には、経口摂取のみ、経口摂取と経管栄養・胃瘻造設の併用、経管栄養のみという形態がある。このなかで口から食べることができる機能を最後まで残すことは、単に栄養摂取という観点からばかりでなく、人間として生きることの尊厳にかかわる問題である。

一方、摂食・嚥下障害は、認知期、咀嚼期、口腔期、咽頭期、食道期の障害に分類され<sup>7)</sup>、適切な対応によって改善されることが報告されているが、その発症頻度に関する全国規模・多数例を対象とした調査は極めて少ない。その中で北海道において、道内の病院、介護老人福祉施設、介護老人保健施設および介護支援専門員を対象に摂食・嚥下障害に関する実態調査が行われている。その結果、約90%以上の回収率で、病院505施設、介護老人福祉施設261施設、介護老人保健施設140施設、介護支援専門員1,032名から調査結果が得られ、道内の要介護高

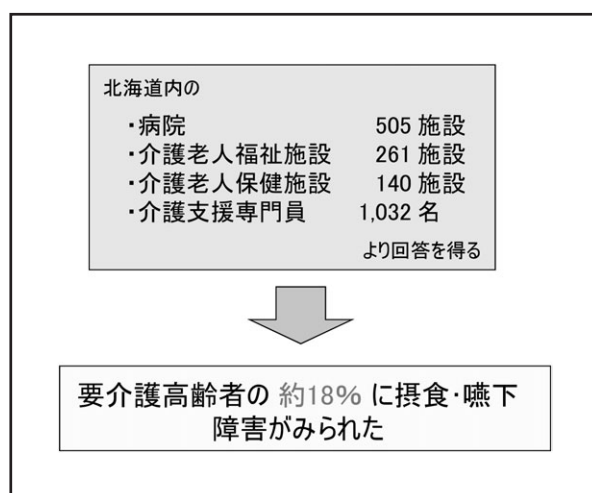


図1－7 北海道における摂食・嚥下障害に関する実態調査

高齢者の約18%に摂食・嚥下障害がみられたと報告されている<sup>8)</sup> (図1-7)。少数例を対象とした他の地区の調査でも同様の数値が報告されており<sup>4)</sup>、全国的にみても要介護高齢者の約20%に摂食・嚥下障害に対する専門的口腔ケアや口腔機能リハビリテーションに関する対応が必要であると考えられる。

### 3) 高齢者・要介護高齢者の歯科受療状況

#### 〔外来医療〕

歯科（外来）受療率は、他科の受療パターンと異なり、70～74歳をピークとして、その後は急速に低下し、口腔内状態との乖離がみられる（図1-8）（厚生労働省患者調査、2005）。しかもこの歯科受療の年齢階級別の傾向はこの15年間で大きな変化はみられていない。すなわち、歯科医療はこれまで外来医療を中心に行われてきたが、歯科疾患や歯の喪失に伴う口腔機能の低下を回復するための歯科医療が、特に高齢者には十分に提供されていなかったという実態があった。

#### 〔在宅医療〕

在宅歯科医療は、身体機能が低下した要介護高齢者が受療するための機会である。これまでも日本歯科医師会によるガイドラインの策定や市町村行政と郡市区歯科医師会の連携に基づく訪問診療の体制整備が行われてきた。また2000年の介護保険制度の導入では、主治医意見書の中に歯科医療の必要性に関する記載が制度化され、さらに2006年からは特定高齢者および要支援者を対象とした介護予防事業として「口腔機能向上プログラム」が導入されるなど制度的な取り組み

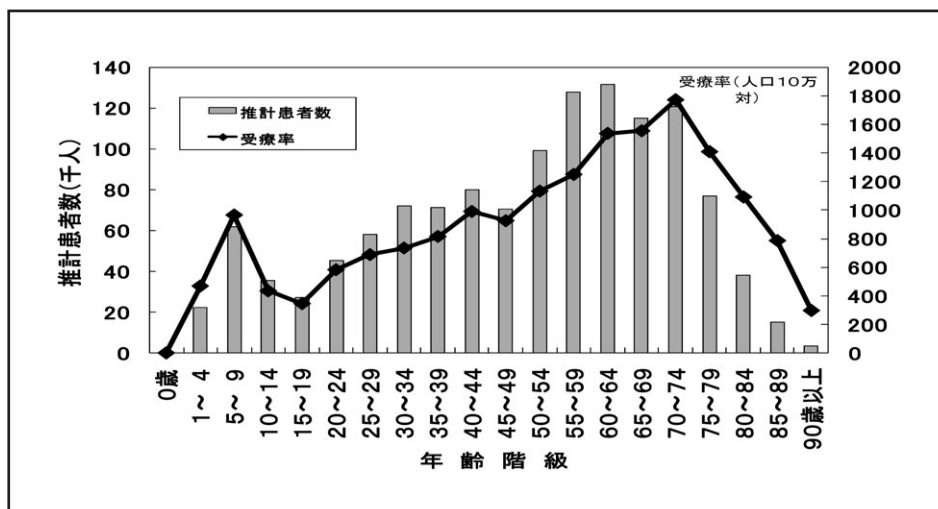


図1-8 年齢階級別歯科推計患者数及び受療率

みが行われてきているが、それでも患者側の受療の機会は少なく、住民側や医療・介護関係者の訪問歯科診療に対する認知度は低い。

現在の在宅医療実施歯科診療所は18.2%であり、都道府県別にみると、最小11.0%（沖縄県）から最大35.7%（佐賀県）まで都道府県間に較差がみられる（図1-9）。実施件数では、在宅医療サービス実施診療所1箇所当たりの「患

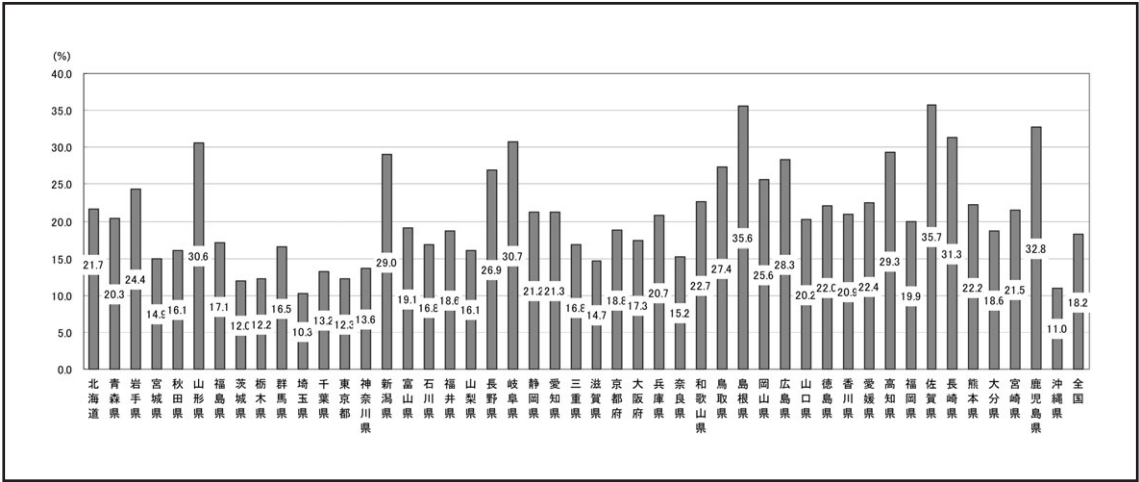


図1-9 在宅医療実施歯科診療所率（%）  
（2005年厚生労働省医療施設調査、介護保険事業状況報告より集計）

表1-1 在宅歯科医療の現状

| 在宅医療サービス実施診療所数（1ヶ月間） |          |            |          |                |                  |              |               |
|----------------------|----------|------------|----------|----------------|------------------|--------------|---------------|
| 総数                   | 訪問診療（患者） | 訪問診療（患者以外） | 訪問歯科衛生指導 | 居宅療養管理指導（歯科医師） | 居宅療養管理指導（歯科衛生士等） | その他の在宅医療サービス | 在宅医療実施診療所率（%） |
| 全国計                  | 12,147   | 8,138      | 6,770    | 3,308          | 2,675            | 1,814        | 18.2          |

| 在宅医療サービス実施件数（1ヶ月間） |          |            |          |                |                  |              |                 |
|--------------------|----------|------------|----------|----------------|------------------|--------------|-----------------|
|                    | 訪問診療（患者） | 訪問診療（患者以外） | 訪問歯科衛生指導 | 居宅療養管理指導（歯科医師） | 居宅療養管理指導（歯科衛生士等） | その他の在宅医療サービス | 訪問診療（患者+患者以外）再掲 |
| 全国計                | 51,185   | 102,463    | 74,907   | 33,184         | 29,488           | 527          | 153,648         |

| 診療所1施設当たりの訪問診療実施件数 |                        |                          |                             |                          |                            |                               | 訪問診療充足率（1ヶ月間）                 |
|--------------------|------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
|                    | 診療所1施設当たりの訪問診療（患者）実施件数 | 診療所1施設当たりの訪問診療（患者以外）実施件数 | 診療所1施設当たりの訪問診療（患者+患者以外）実施件数 | 実施診療所1施設当たりの訪問診療（患者）実施件数 | 実施診療所1施設当たりの訪問診療（患者以外）実施件数 | 実施診療所1施設当たりの訪問診療（患者+患者以外）実施件数 | （訪問診療実施件数/患者+患者以外）÷要介護高齢者数（%） |
| 全国計                | 0.8                    | 1.5                      | 2.3                         | 6.3                      | 15.1                       | 12.6                          | 3.6                           |

（2005年総務省国勢調査、厚生労働省人口動態調査、医療施設調査、介護保険事業状況報告より集計）

家」および「患家以外」への訪問歯科診療の合計件数は、全国平均で1カ月間に12.6件である（厚生労働省医療施設調査、2005）。

すなわち、約20%の歯科診療所が毎月平均12件強の訪問診療を行っているというのが現状である。この実施件数は、全要介護高齢者を対象とした月1回の在宅歯科医療サービスを想定した場合、3.6%の充足率に過ぎない。一方、介護保険における居宅療養管理指導では、歯科医師による実施を行っている診療所は全国平均で4.0%（最大値9.1%、最小値1.5%）、歯科衛生士による実施は2.7%（最大値8.7%、最小値0.9%）である（表1-1）。

また、これらの在宅医療における歯科治療の内容は、義歯や被覆冠の不適合・未装着などに起因する咀嚼障害に関するものと、歯周病・粘膜異常・う蝕など歯科疾患の処置が上位を占め、口腔ケアなど定期的な管理と歯科疾患の予防対策が十分行われるにいたっていない。

#### 〔入院患者への対応〕

訪問歯科診療には、在宅や高齢者施設以外に病院での入院患者を対象としたものがあるが、その実態は把握されていない。口腔ケアの呼吸器感染症の予防等が医療関係者に周知されるに伴い、急性期病院の多くで口腔ケアが実施されるようになってきているが、看護職員の口腔衛生に関する知識・技術は十分とはいえないことが指摘されている。

その一方で、病院と連携している歯科医療機関はあるが、それは患者の個別的な歯科治療依頼等を中心としたものであり、歯科治療や口腔機能維持管理上の情報が常時病院側へ提供されているわけではない。すなわち、入院前にかかりつけの歯科医院を持っていたとしても、多くの場合、急性期病院等への入院から回復期、施設入所等へ移っていく間に歯科医師・患者関係が途切れてしまい、退院後の在宅療養時にかかりつけ医とかかりつけ歯科医との連携が取れていないために、結果的に口腔内状態の悪化や義歯治療などの対応が放置されるという悪循環を招いていると考えられる。

#### 4) 高齢者・要介護高齢者の歯科治療、口腔ケアおよび口腔機能リハビリテーションのニーズ

##### 〔歯科診療所1施設当たりからみた要介護高齢者数と在宅歯科医療提供の地域別比較〕

2005年調査では、わが国の人口のなかで65歳以上の高齢者数は25,672,005

人、75歳以上11,601,898人であり、要介護高齢者数は4,323,332人である。一方、歯科診療所数は66,732施設である（表1-2）（総務省国勢調査、厚生労働省人口動態調査、医療施設調査、介護保険事業状況報告、2005）。上記に示したように高齢者・要介護者への歯科医療提供の必要性は高いにもかかわらず、その受療率は極めて低い。歯科診療所1施設当たりの要介護高齢者数を図1-10に示した。全国平均では、その数は64.8人であるが、都道府県別にみると133.6人（島根県）から35.9人（東京都）と都道府県較差が大きい。この要介護者数に対する1カ月当たりの実施件数からみた在宅歯科医療充足率は、全国平均で3.6%であり、都道府県別にみると最高で7.4%（大阪府）、最低では0.8%（福井県）

表1-2 後期高齢者・要介護者・介護保険入所者・病院入院者数および歯科診療所数

| 年齢階級別人口 |             |            |            |              | 死亡場所      |                |          |
|---------|-------------|------------|------------|--------------|-----------|----------------|----------|
|         | 人口総数（人）     | 65歳以上人口（人） | 75歳以上人口（人） | 65歳以上人口割合（%） | 年間死亡者総数   | 死亡の場所：老人ホーム+自宅 | 在宅死割合（%） |
| 全国計     | 127,767,994 | 25,672,005 | 11,601,898 | 20.1         | 1,081,730 | 155,974        | 14.4     |

| 要介護者数 |              |         |           |         |         |         |         |
|-------|--------------|---------|-----------|---------|---------|---------|---------|
|       | 総数（要支援～要介護5） | 要支援     | 要介護1      | 要介護2    | 要介護3    | 要介護4    | 要介護5    |
| 全国計   | 4,323,332    | 717,642 | 1,422,851 | 644,732 | 552,367 | 520,976 | 464,764 |

| 介護保険施設 |           |         | 病院入院者   |  | 歯科診療所数 | 歯科診療所従事者  |        |
|--------|-----------|---------|---------|--|--------|-----------|--------|
|        | 入所者数      | 療養病床数   | 一般病床数   |  | 総数     | 歯科医師数（総数） | 歯科衛生士数 |
| 全国計    | 9,442,526 | 359,230 | 904,199 |  | 66,732 | 87,498    | 71,213 |

（2005年総務省国勢調査、厚生労働省人口動態調査、医療施設調査、介護保険事業状況報告より集計）

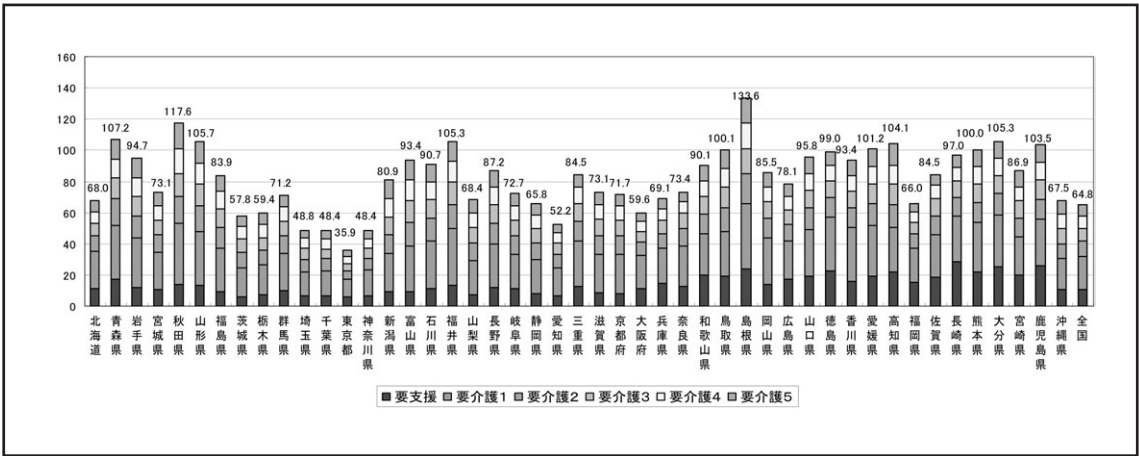


図1-10 歯科診療所1施設当たり要介護者数

（2005年厚生労働省医療施設調査、介護保険事業状況報告から集計）

に過ぎない。

表1-3に歯科診療所1施設当たりの要介護高齢者数および在宅医療実施診療所率の都道府県別の状況を示した。要介護者数が100人以上（100.0～133.6人）11都道府県、70人以上100人未満（71.2～99.0人）22都道府県、30人以上70人未満（35.9～69.1人）14都道府県となる。一方、在宅医療実施診療所率でみると、30%以上（30.6～35.7%）6都道府県、20%以上30%未満（20.2～29.3%）19都道府県、10%以上20%未満（10.3～19.9%）22都道府県となり、要介護高齢者数と実施率の3区分で、需要と供給のバランスを類型化することができる。

ここでいう要介護者数とは、介護保険認定者数から試算されたものであり、介護保険施設入所者、入院患者、在宅死亡者（居宅＋老人ホーム）の人数を1歯科診療所当たりでみると、介護保険施設入所者141.5人、入院患者（一般病床）13.5人、入院患者（療養病床）5.4人、在宅死亡者2.3人と試算される（表1-2）。

### 〔高齢者・要介護高齢者の歯科治療、口腔ケアおよび口腔機能リハビリテーションのニーズの類型化〕

先に述べたように、高齢者の口腔保健状態はニーズが高いにも関わらず、実際

表1-3 都道府県別在宅歯科医療の需要・供給の類型

|      | 診療所当たりの要介護者数 | 在宅医療実施診療所率 (%) |      | 診療所当たりの要介護者数 | 在宅医療実施診療所率 (%) |      | 診療所当たりの要介護者数 | 在宅医療実施診療所率 (%) |
|------|--------------|----------------|------|--------------|----------------|------|--------------|----------------|
| 埼玉県  | 低            | 低              | 奈良県  | 中            | 低              | 新潟県  | 中            | 中              |
| 沖縄県  | 低            | 低              | 群馬県  | 中            | 低              | 岐阜県  | 中            | 高              |
| 茨城県  | 低            | 低              | 三重県  | 中            | 低              | 長崎県  | 中            | 高              |
| 栃木県  | 低            | 低              | 石川県  | 中            | 低              | 佐賀県  | 中            | 高              |
| 東京都  | 低            | 低              | 福島県  | 中            | 低              | 秋田県  | 高            | 低              |
| 千葉県  | 低            | 低              | 京都府  | 中            | 低              | 大分県  | 高            | 低              |
| 神奈川県 | 低            | 低              | 富山県  | 中            | 低              | 福井県  | 高            | 低              |
| 山梨県  | 低            | 低              | 山口県  | 中            | 中              | 青森県  | 高            | 中              |
| 大阪府  | 低            | 低              | 香川県  | 中            | 中              | 熊本県  | 高            | 中              |
| 福岡県  | 低            | 低              | 宮崎県  | 中            | 中              | 愛媛県  | 高            | 中              |
| 兵庫県  | 低            | 中              | 徳島県  | 中            | 中              | 鳥取県  | 高            | 中              |
| 静岡県  | 低            | 中              | 和歌山県 | 中            | 中              | 高知県  | 高            | 中              |
| 愛知県  | 低            | 中              | 岩手県  | 中            | 中              | 山形県  | 高            | 高              |
| 北海道  | 低            | 中              | 岡山県  | 中            | 中              | 鹿児島県 | 高            | 高              |
| 滋賀県  | 中            | 低              | 長野県  | 中            | 中              | 島根県  | 高            | 高              |
| 宮城県  | 中            | 低              | 広島県  | 中            | 中              |      |              |                |

注1) 診療所当たり要介護者数: 100人以上(高)、70人以上100人未満(中)、30人以上70人未満(低)

注2) 在宅医療実施診療所率: 30%以上(高)、20%以上30%未満(中)、10%以上20%未満(低)

の歯科医療提供との間には乖離があり、これを解消して高齢者の口腔保健状態および口腔機能を維持増進するためには、これまでの外来医療を中心とした歯科医療提供体制のなかに在宅医療を位置づけ、その実施診療所数が増加することが求められる。

これまでの研究成果や実態報告からみると、要介護高齢者への歯科医療提供のニーズとその内容は現時点では以下の5つに類型化することができる。

- 全要介護高齢者を対象にした誤嚥性肺炎の予防のための口腔ケアと食支援の定期的（1カ月毎）の実施
- 要介護高齢者の約50%への義歯を含む歯科治療
- 要介護高齢者の約20%への摂食機能訓練
- 年間死亡者の15%である在宅死亡者への終末期の歯科的支援（ターミナル・デンタルケア）
- その他急性期を含めた入院患者への対応等

## 5) 求められる在宅歯科医療推進

### 〔在宅歯科医療供給体制のシミュレーション〕

歯科診療所に従事する歯科医師数をみると、全診療所の80.5%は歯科医師1人で運営されているという実態があり、これらの診療所では、訪問歯科診療を行っている時間帯の外来診療は中断される。

居宅や病院への訪問診療は、移動時間を考慮し、1人当たりの処置に要する時間を約30分とすると、患者1人当たりに要する時間は、1時間～1時間30分であり、1日に1人の歯科医師が対応できる患者数は、5～8人である。また、介護保険施設入所者への訪問診療では、診査や処置に関わる時間を患者1人当たり15～30分とすれば、移動時間を除いた午後3時間で、6～12人の患者への対応が可能である（表1-4）。

在宅歯科医療の供給体制は、長期的には全ての診療所が取り組み、生涯保健の観点から、歯科の主治医（かかりつけの歯科医師）として、一人ひとりの患者を終末期までケアすることが求められる。しかしながら短期的には、かかりつけの歯科医師として、外来診療と訪問歯科診療を両立していくなかで、地域における歯科診療所の機能分化を図っていくことが必要であると考えられる。短期的な在宅歯科医療推進の当面の目標を、ここで現在の実施診療所率を現状の約20%から40%に増加するとすれば、実施診療所1施設当たりの患者数は、①全要介護高齢者への口腔ケアと食支援162.0人、②歯科治療が必要な患者数81.0人、③摂食嚥

表 1-4 在宅歯科医療実施時間別対応可能な患者数

| 在宅歯科医療実施時間帯         | 週間患者数(人) | 月間患者数(人) |
|---------------------|----------|----------|
| 毎週2回(終日)            | 16       | 64       |
| 毎週1回(終日)            | 8        | 32       |
| 毎週1回(午後)            | 4        | 16       |
| 週1回程度 <sup>1)</sup> | 1        | 4        |

注1) 昼休み等を利用

表 1-5 在宅歯科医療実施診療所別 1 施設あたりの患者数

| 在宅医療を実施する歯科診療所数 | 実施診療所 1 施設当たりの患者数 (人)         |                          |                                |                                  |
|-----------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
|                 | 継続的口腔ケア要実施者数<br>(要介護高齢者全員と試算) | 要治療者数<br>(要介護高齢者の50%と試算) | 摂食嚥下指導要実施者数<br>(要介護高齢者の20%と試算) | ターミナルケアにおける歯科管理実施者数<br>(在宅死亡者実数) |
| 全歯科診療所実施        | 64.8                          | 32.4                     | 13.0                           | 2.3                              |
| 全歯科診療所の40%実施    | 162.0                         | 81.0                     | 32.4                           | 5.8                              |
| 全歯科診療所の20%実施    | 323.9                         | 162.0                    | 64.8                           | 11.7                             |

下指導が必要な患者数32.4人、④ターミナル・デンタルケア5.6人と推計される(表1-5)。

これに対して例えば、40%に増加した実施診療所のなかで、その半数の約20%はこれまでのように週1回程度半日や昼休み等を利用した対応を行い、残り20%の診療所では週2回終日(あるいはそれに相当する時間帯)を確保し在宅医療により特化するという2つの型に機能分化された場合、介護保険施設を除いた居宅や病院への訪問歯科診療に限定した場合を想定すると、1カ月間に対応できる要介護高齢者件数は、907,555人と推計される。これは全要介護高齢者の21.0%の充足率となり、月1回の在宅歯科医療サービスを想定した要介護高齢者の需要に対する供給は一定レベル確保できると考えられる。

### [長期的な視点からみた在宅歯科医療ニーズ]

年間死亡者数のピークに達する2037年までの今後30年間の長期的展望を考えた場合、高齢者の口腔内状態や歯科医師数は現在とは異なる。例えば、55～59歳の年齢階級をみると1975年には43.3%の者が20歯以上の歯を有していたのに

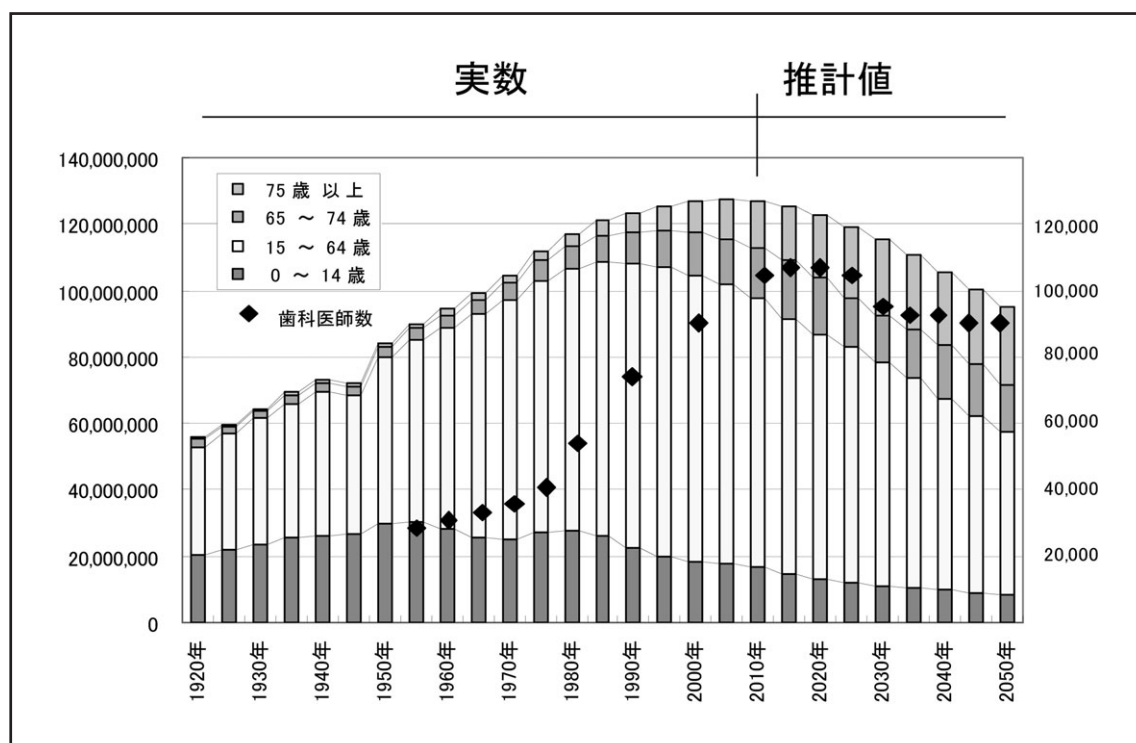


図1-11 わが国の人口・年齢構成および歯科医師数

表1-6 わが国の人口・年齢構成・要介護者数と歯科医師・歯科診療所数の推計

|                | 2005年       | 2020年       | 2030年       | 2040年       |
|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 総人口(人)         | 127,285,653 | 122,735,001 | 115,223,664 | 105,694,722 |
| 0～14歳          | 17,521,234  | 13,201,024  | 11,149,854  | 9,832,974   |
| 15～64歳         | 84,092,414  | 73,634,989  | 67,403,975  | 57,335,015  |
| 65～74歳         | 14,070,107  | 17,162,316  | 14,011,078  | 16,382,221  |
| 75歳以上          | 11,601,898  | 18,736,672  | 22,658,757  | 22,144,512  |
| 65歳以上          | 25,672,005  | 35,898,988  | 36,669,835  | 38,526,733  |
| 高齢化率(%)        | 20.2        | 29.2        | 31.8        | 36.5        |
| 要介護者数          | 4,323,332   | 6,102,828   | 6,233,872   | 6,549,545   |
| 歯科医師数          | 95,197      | 107,500     | 97,700      | 94,200      |
| 歯科診療所数         | 66,732      | 75,250      | 68,390      | 65,940      |
| 歯科医師一人当たり要介護者数 | 45.4        | 56.8        | 63.8        | 69.5        |
| 歯科診療所当たり要介護者数  | 64.8        | 81.1        | 91.2        | 99.3        |

## 備注

1. 2005年：総務省国勢調査，厚生労働省人口動態調査，医療施設調査，介護保険事業状況報告，2005
2. 2005年歯科医師数は、2004年厚生労働省医師・歯科医師・薬剤師調査による
3. 2020年以降の推計値（人口・年齢構成）：国立社会保障・人口問題研究所
4. 2020年以降の推計値（要介護者）：2005年の実数を基に、65歳以上高齢者の17%として試算した
5. 2020年以降の推計値（歯科医師数）：平成17年度厚生科学研究報告（主任研究者宮武光吉）に基づく
6. 2020年以降の推計値（歯科診療所数）：1965年～2004年までの実数に基づき、歯科診療所数を歯科医師数の70%と試算した

対して、2005年の調査では82.3%となり、この30年間で約2倍に増加していることが示されている（図1-4）（厚生労働省歯科疾患実態調査、2005）。将来予測を考えた場合、30年後に終末期を迎える世代の人々の口腔内の残存歯数は、明らかに向上していることが予想される。このことは、後期高齢者の咀嚼機能をはじめとした口腔機能が現在よりも維持されていると共に、歯数の増加に伴う歯科疾患の発病リスクを有することになるので、現在よりもさらに専門的口腔ケアのニーズは高まると考えられる。

また、わが国の人口および高齢化率と歯科医師数の30年後の変化を、国立社会保障・人口問題研究所および平成17年度厚生労働科学研究（新たな歯科医療需給等の予測に関する総合的研究、2006年3月）の結果と、要介護者数および歯科診療所数を現状の比率に基づき、要介護者数を65歳以上の高齢者の17%、歯科診療所数を歯科医師数の70%とした場合、歯科診療所1施設あたりに換算した要介護高齢者数は、現状の64.8人に対して、2040年では99.3人と試算される（図1-11、表1-6）。今後30年間の長期的な視点からみても、質的にも量的にも要介護高齢者の歯科医療ニーズは高まる。そして、これに対応していくための歯科医療の提供体制の改善がさらに求められる。

## 2

## 在宅ケアを支える医療・福祉チーム

## 1) 住民および他職種からみた在宅歯科医療

高齢者に対する歯科医療提供体制の遅れと受療率の低さには、いくつかの要因があり、しかもそれらの要因は相互に関連するものであるので、その現状を変えて、適切な歯科医療が高齢者に提供されていくためには、長期的な展望とそれを踏まえた実効性のある方策が必要になってくる。

この高齢者の受療率が低かった背景は、患者側、歯科医療提供者側、地域保健医療システムの観点から考えることができる。

患者側の要因には、①外来を中心に、しかも連続して何回もの通院が必要となる現在の歯科医療体系が、高齢者の身体的心理的特性からみて合致せず、歯科医療技術の進歩と高齢社会に対応した体系化が必要となっている。また、②高齢者にはたとえ歯の喪失などによる咀嚼機能の低下があっても、食品を選択することでその不自由を我慢し、加齢による「あきらめ」の感情として納得される傾向がある。さらには、③「必要なとき在宅で治療が受けられるようにしてほしい」という国民の要望は63.3%と半数以上が在宅での歯科治療を希望している一方で、

表1-7 介護における口腔ケアの利用状況

| 質問                                                | 回答者率(%)                |
|---------------------------------------------------|------------------------|
| かかりつけ歯科医院をもっているか                                  | ある 61.4                |
|                                                   | ない 38.6                |
| 訪問歯科診療制度                                          | 利用したことがある 7.0          |
|                                                   | 制度は知っているが医院を知らない 32.4  |
|                                                   | 全く知らない 59.2            |
| 介護保険サービスでの口腔ケア指導                                  | 利用したことがある 1.2          |
|                                                   | あることは知っている 18.8        |
|                                                   | 全く知らない 79.8            |
| 介護支援専門員による口腔ケア提案状況                                | 提案がありサービスを受け入れた 5.0    |
|                                                   | 提案はあったが断った 11.6        |
|                                                   | 全くなかったので相談した 0.4       |
|                                                   | 全くなかった 82.0            |
| 最も必要な情報は何か                                        | 相談窓口や治療に関する情報 37.6     |
|                                                   | 介護サービス提供者からの指導・助言 24.0 |
|                                                   | 提供される援助に関する情報 33.0     |
| 熊本県内介護支援専門員49名を調査員とし、要介護者とその介護者(家族)500名を対象に聞き取り調査 |                        |

(藤中高子ほか、日本公衛誌, Vol.53, 277-284, 2006を一部改変)

訪問歯科診療に対する実際の認知度は低い（厚生労働省保健福祉動向調査、1999）。例えば、熊本県内介護支援専門員49名を調査員とし、要介護者とその介護者（家族）500名を対象に聞き取り調査結果をみると、サービス利用者である要介護者ばかりでなく、介護支援専門員においても訪問歯科診療に対する認知度が低いという実態がみられる（表1-7）<sup>9)</sup>。

歯科医療提供者側の要因は、以下の4点が考えられる。すなわち、①歯科医療はこれまで、外来診療を中心に行われ、80.5%は歯科医師1人で運営されているので（厚生労働省医療経済実態調査、2005）、歯科医師が在宅医療にでていくためには、その時間は診療所を閉じなければならない。②臨床歯科医師の多くは、在宅医療や要介護高齢者の治療に対する経験が少ない。③大学教育においてもこうした分野での実習経験など十分な教育カリキュラムが整備されていない。④現在の訪問歯科診療に対する診療報酬体系が、各診療所が定期的かつ恒常的に在宅医療に取り組むための十分な位置づけがなされていない。

地域保健医療システムにかかわる要因には、①医科歯科連携、②介護分野と歯科との連携が不十分であったことがあげられる。実際に、2007年に開催された日本歯科医師会と日本プライマリ・ケア学会合同ワークショップ「在宅医療推進のための医科歯科連携ワークショップ」のなかで、参加した医師からは、「医師

表1-8 在宅歯科診療を進める上での課題

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>医師側の課題</p> <p>医師は口の中を見ていない。<br/>         医師は口腔ケアの重要性を理解していないし、どこがポイントかわからない。<br/>         医師は特に肺炎予防は知っているが、QOLについての理解は不十分である。<br/>         入院中の歯科治療、医科との情報共有が不十分、退院時カンファランスで検討すべき、病院歯科治療が充実していない。<br/>         口腔ケア・口腔洗浄ですっきりすることを理解すべきである。<br/>         歯科医師に丸投げしている。<br/>         医師以外のスタッフが口腔内を見ている。<br/>         高齢者を現時点で抱え込んでいるのは医師であり、歯科医師からはアクセスできない。<br/>         訪問歯科診療のオーダーが、医師側から出てこないといけない。</p> |
| <p>歯科医師側の課題</p> <p>伝聞・美談めいた話は、沢山あるが、根拠が明らかでない。<br/>         具体的に何がニーズ化医師側にはわからない。<br/>         エビデンス作りも必要。今まで、伝える努力が歯科医師側に足りなかったのではないか。<br/>         最近来院されなくなった患者さんへのモチベーションを高く持って、出かけていく意欲が歯科医師にもっとあっても良い。<br/>         口腔ケアはかなり負担がある。<br/>         地域では、熱心な歯科医師とそうでない歯科医師と二極化している。<br/>         誤嚥の評価を、歯科医師は教育の中で、学んでいるのか。<br/>         歯科からの発信が不足している。<br/>         歯科で行える医療行為の保健医療コストの情報提供不足。</p>         |

日本歯科医師会・日本プライマリケア学会：在宅医療推進のための医科・歯科連携ワークショップ報告書、2007年2月から抜粋

は咽頭部や舌には興味を示すがその他のことはあまり関心がなく、よくわからない」、「歯科医師が訪問診療しているのを知らない」、「伝聞・美談めいた話は聞いたことがあるが頻度は少ない」、「歯科治療の効果を体験した医師はいないのでは？」などのコメントがみられた（表1－8）（日本歯科医師会・日本プライマリ・ケア学会、2007）。

一方、2006年に全国の在宅療養支援診療所9,128箇所を対象に、在宅医療を担う医師の講義・実技での研修項目の必要性に関する調査結果をみると、「口腔ケア」が「特に重要である」と回答した者は20.0%であり31項目中7位を占め、「特に重要・やや重要・必須項目」でみてもその割合は、80.1%と上位を示した（表1－9）<sup>10)</sup>。これは、口腔ケアの重要性を医師側も十分認識していることを示している。また、各地域で行われている「口腔ケア」に関する講習会をみても、看護師、介護支援専門員等の関心は高く、在宅医療における歯科医療提供の重要性は他職種にも認識されている。すなわち、医療情報・歯科医療情報の共有を含めた医科歯科連携と、日常業務のなかで、食事や歯の困りごとに接する機会が多い介護・看護職と歯科医療者との情報共有を歯科医療者側から積極的に働きかけていくと共に、これら多職種連携を促進するためのシステムづくりを行っていく必要がある。

表1－9 在宅医療に関わる研修項目で「重要」と回答した者の割合と項目順位（在宅療養支援診療所対象）

| 順位 | 研修項目            | 回答者 (%) | 順位 | 研修項目           | 回答者 (%) | 順位 | 研修項目          | 回答者 (%) |
|----|-----------------|---------|----|----------------|---------|----|---------------|---------|
| 1  | 褥創の予防と治療        | 90.8    | 11 | 在宅自己疼痛管理指導     | 79.1    | 21 | 在宅気管切開患者指導    | 72.3    |
| 2  | 訪問看護事業所との連携     | 87.1    | 12 | 週末期における同意文書の作成 | 78.3    | 22 | グリーンケア        | 72.1    |
| 3  | 後方病院との連携        | 86.5    | 13 | 在宅中心動脈栄養指導     | 77.1    | 23 | 在宅人工呼吸指導      | 71.4    |
| 4  | 家族介護力の評価        | 85.3    | 14 | 虐待・家庭内暴力       | 76.9    | 24 | セカンドオピニオン     | 69.6    |
| 5  | 病名・予後告知         | 83.1    | 15 | 在宅成分栄養経管栄養法指導  | 76.8    | 25 | 災害時への対応(危機管理) | 69.4    |
| 6  | 訪問リハビリテーションとの連携 | 82.1    | 16 | 在宅患者訪問点滴注射管理指導 | 76      | 26 | 在宅持続陽圧呼吸療法指導  | 65.8    |
| 7  | 介護事業所との連携       | 81.6    | 17 | 調剤薬局との連携       | 75.9    | 27 | 在宅肺高血圧症患者指導   | 57.3    |
| 8  | 在宅酸素療法指導        | 80.2    | 18 | 在宅自己注射指導       | 75.2    | 28 | 在宅腹膜灌流指導      | 56.4    |
| 9  | 口腔ケア            | 80.1    | 19 | 退院前共同指導        | 72.7    | 29 | 在宅血液透析指導      | 53.2    |
| 10 | 在宅悪性腫瘍患者指導      | 79.7    | 20 | 在宅自己導尿指導       | 72.6    | 30 | 複数の施設における研修   | 52.4    |
|    |                 |         |    |                |         | 31 | 離島など僻地における研修  | 42.7    |

1) 全国9,128件の在宅療養支援診療所を対象に郵送法による調査、有効回答数は1,416件（有効回答率13.7%）

2) 回答者(%):各項目について「1. 特に重要」、「2. やや重要」、「3. 必須項目」、「4. 選択科目としては必要」、「5. 不要」の5つの選択肢のなかで1-3を回答した者の割合の合計

3) 順位:各項目の回答者の割合を順位づけた

川島孝一郎:平成18年度老人保健事業推進費等補助金、地域包括ケアにおける24時間365日医療提供体制の構築と人材養成戦略に関する研究事業-事業実績報告書,2007年4月を基に作成

## 2) 在宅ケアにおける多職種連携の重要性

### 〔地域包括ケア体制の一員としての歯科医療〕

後期高齢者における歯科医療は、単にう蝕や歯周疾患などの治療や喪失した歯の補綴的治療という目的だけではなく、誤嚥性肺炎や低栄養の予防、生活の質（QOL）の確保といった面からも効果的に提供されなければならない。このためには、医科や介護・福祉関係者等との多職種連携をより積極的に進め、地域包括ケア体制の一員として歯科医療を明確に位置づけていく必要がある。このための方策としては、新たな医療計画制度下における地域医療提供体制および地域連携クリティカル・パスで歯科の役割を明示していくとともに、医療機能情報提供制度における歯科関連情報を活用して住民および関係者への情報発信を積極的に行うことが考えられる。

### 〔外来医療から入院・在宅療養にいたる継続的な口腔機能の維持管理〕

高齢者の約80%は健常高齢者であり、外来医療で対応できる。しかしこれまでの後期高齢者の歯科受療率は低く、適切な歯科医療サービスが提供されるためには、長期的には高齢者の心身の特性に合わせた歯科医療体系と治療技術の進歩、および口腔と全身の健康との関連性のエビデンスの構築と住民レベルでの啓発が必要である。また、短期的には外来医療における定期的な口腔内状態・口腔機能の評価を制度的に位置づけ、外来から入院、施設入所、在宅療養にいたるまで継続的な口腔機能維持管理を図ることが後期高齢者の口腔保健の維持・増進につながるものと考えられる。

入院患者への対応では、脳血管疾患等の急性期を含めた入院中患者に対する口腔ケアと口腔機能のアセスメントはもとより、NST（Nutrition Support Team）に歯科医師・歯科衛生士が関与することは退院後の口腔・摂食機能の低下を早期に防止に寄与すると考えられる。すなわち、退院時カンファレンスとNSTに病院外の歯科医師・歯科衛生士が参画することが求められる。

在宅療養者への対応では、継続的口腔ケアと口腔機能維持管理、摂食・嚥下障害の評価と摂食・嚥下指導、看取りまでの口腔機能維持支援など、暮らしのなかで歯科医療サービスが受けられ、在宅療養者のQOLが少しでも向上するための取り組みが求められる。特に、在宅酸素療法や経管栄養療法、あるいは終末期のがん患者など、いわゆる「在宅ハイケア」の患者に対する歯科領域からの支援には、服薬や全身状態の悪化、低栄養などのよる口内炎など口腔粘膜の異常が起りやすく、しかも誤嚥性肺炎のリスクも高くなっているため、できるだけ長い

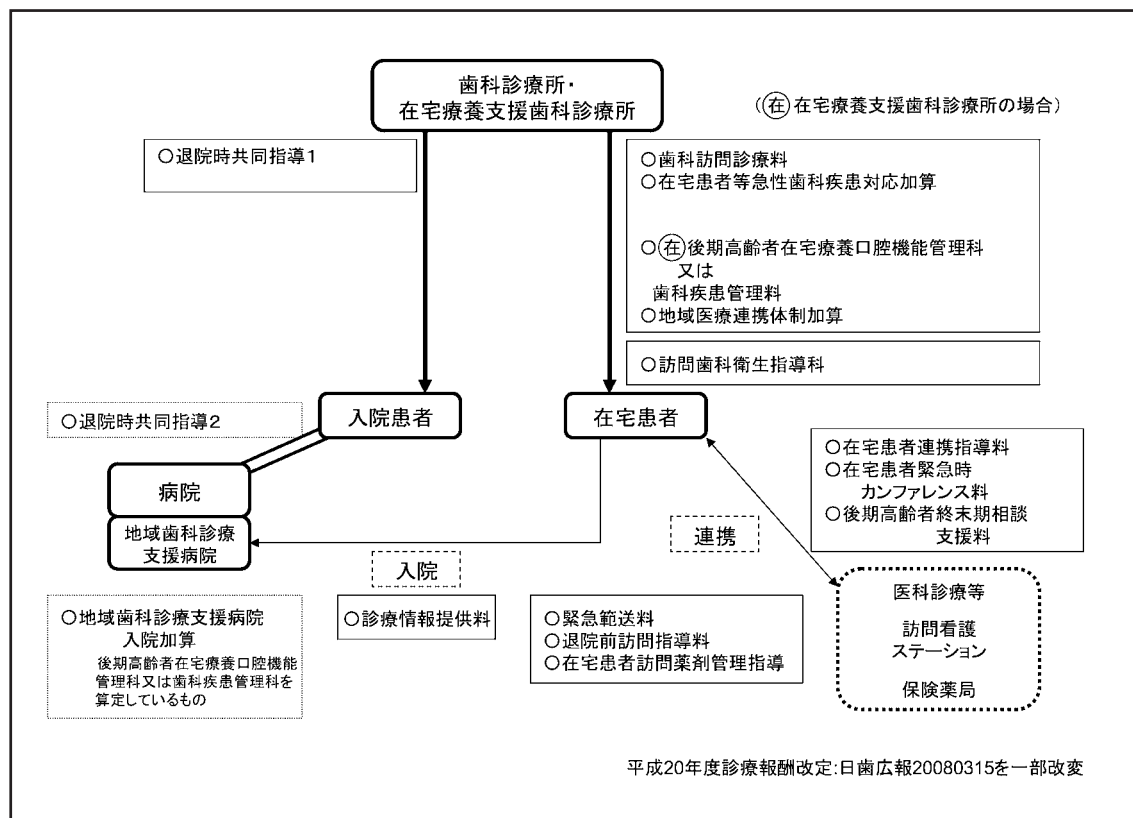


図1-12 在宅医療連携チャート

間、経口摂取ができるための専門的口腔ケアを中心とした対応が必要である。さらには最期まで会話と歯・口の外観の維持を図るための歯科的支援が求められる。この際、歯科衛生士の専門職としての能力をさらに積極的に活かしていくことが重要である。

在宅ケアにおける医科歯科連携について、医師、看護師、薬剤師、歯科医師が療養者の医療情報を共有すると共に、歯科医療者と介護職との連携体制とケアカンファレンス等への歯科医師・歯科衛生士が参画し、地域の歯科診療所・在宅療養支援歯科診療所と在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションとの連携を進めていくことが、要介護高齢者の口腔保健の維持・向上と高齢者・要介護者が歯科治療を受けやすくする方策につながるものと考えられる（図1-12）。

(深井穫博)

引用文献：

- 1) Yoneyama T, Yoshida M, Matsui T, Sasaki H : Oral Care Working Group : Oral care and pneumonia. Lancet 354 : 515, 1999.
- 2) Fukai K et al. : Dental health and 15-year mortality in a cohort of community-residing older

- people. Geriatr Gerontol Int 2007(7) : 341-347.
- 3) 江面晃：新潟県要介護者歯科治療連携推進事業における調査に関する報告，2000.
  - 4) 全国国民健康保険診療施設協議会：介護保険制度の適正円滑な実施に資するための歯科口腔情報提供モデル事業報告書，2000.
  - 5) 東京都福祉局保健部介護保険課報告書：平成12年度東京都「かかりつけ歯科医意見書」活用モデル事業に関する分析報告書，東京都福祉局保健部，2001.
  - 6) 全国国民健康保険診療施設協議会：経口摂取障害者の実態調査と生活自立度改善を目的とした口腔機能リハビリ推進事業報告書，2005.
  - 7) 金子芳洋，千野直一監修，才藤栄一，田山二郎，藤島一郎，向井美恵編：摂食・嚥下リハビリテーション，第1版，医歯薬出版，東京，1998.
  - 8) 北海道総合保健医療協議会地域保健専門委員会：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―北海道における摂食嚥下障害患者対策の基本的方向性について―，北海道保健福祉部：1-45，2006.
  - 9) 藤中高子，戸床しおり，福本久美子：要介護高齢者のための口腔ケアネットワークの構築．日本公衛誌(53)：277-284，2006.
  - 10) 川島孝一郎：平成18年度老人保健事業推進費等補助金，地域包括ケアにおける24時間365日医療提供体制の構築と人材養成戦略に関する研究事業，事業実績報告書，2007.

## 3

## 在宅歯科診療・医療連携が推進される背景

### 1) 医療法の改正

平成18年医療法は大きく改正された。国民の医療に対する安心・信頼を確保し、質の高い医療サービスが適切に受けられる体制を構築するため以下のような対応がなされた。

(1) 医療を受ける者による医療に関する適切な選択を支援するために、必要な事項

- ・医療提供施設の機能（医療機能）に応じ、福祉サービスその他の関連するサービスとの有機的な連携を図る。
- ・国及び地方公共団体は、医療を受ける者が病院、診療所又は助産所の選択に関して必要な情報を容易に得られるよう、医療提供施設は、提供する医療について正確かつ適切な情報を提供し、患者又はその家族からの相談に適切に応ずるよう努める。
- ・医業、歯科医業又は助産師の業務等の広告事項を拡大する。

(2) 医療の安全を確保するために必要な事項

- ・国、都道府県、保健所設置市及び特別区は、医療の安全に関する情報の提供、意識の啓発等、医療の安全の確保に関し必要な措置を講ずるよう努める。
- ・病院、診療所又は助産所の管理者は、医療の安全を確保するための指針の策定、研修の実施等を講ずるよう努める。
- ・都道府県、保健所設置市及び特別区は、患者又はその家族からの医療に関する苦情への対応、医療の安全の確保に関する情報の提供及び研修の実施等の事務を実施する医療安全支援センターを設けるよう努める。

(3) 医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を推進するために必要な事項

- ・厚生労働大臣は、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保（医療提供体制の確保）を図るための基本方針を定める。
- ・厚生労働大臣の定める医療提供体制の確保を図るための基本方針における医療連携4疾病及び5事業に係る医療連携体制については、それぞれ以下の機能に即して、地域の医療提供施設の医療機能を医療計画に明示し患者や住民に対し、分かりやすい情報提供の推進を図る。

- ①（がん）がんの種別ごとの専門的ながん医療を行う機能、緩和ケアを行う機能及び相談支援を行う機能

※がん診療連携拠点病院、医療機能に着目した診療実施施設等

- ②（脳卒中）救急医療の機能、身体機能を回復させるリハビリテーションを提供する機能及び日常生活に復帰させるリハビリテーションを提供する機能

※発症から入院そして居宅等に復帰するまでの医療の流れ、医療機能に着目した診療実施施設（急性期・回復期・居宅等の機能ごとの医療機関）等

- ③（急性心筋梗塞）救急医療の機能及び身体機能を回復させるリハビリテーションを提供する機能

※発症から入院そして居宅等に復帰するまでの医療の流れ、医療機能に着目した診療実施施設（急性期・回復期・居宅等の機能ごとの医療機関）等

- ④（糖尿病）重篤な疾病を予防するための生活指導を行う機能及び糖尿病による合併症を含めた疾病の治療を行う機能

※発症から居宅等で継続して治療するまでの医療の流れ、医療機能に着目した診療実施施設（略5事業）

- ⑤都道府県は、基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るための計画（医療計画）を定める（図1）

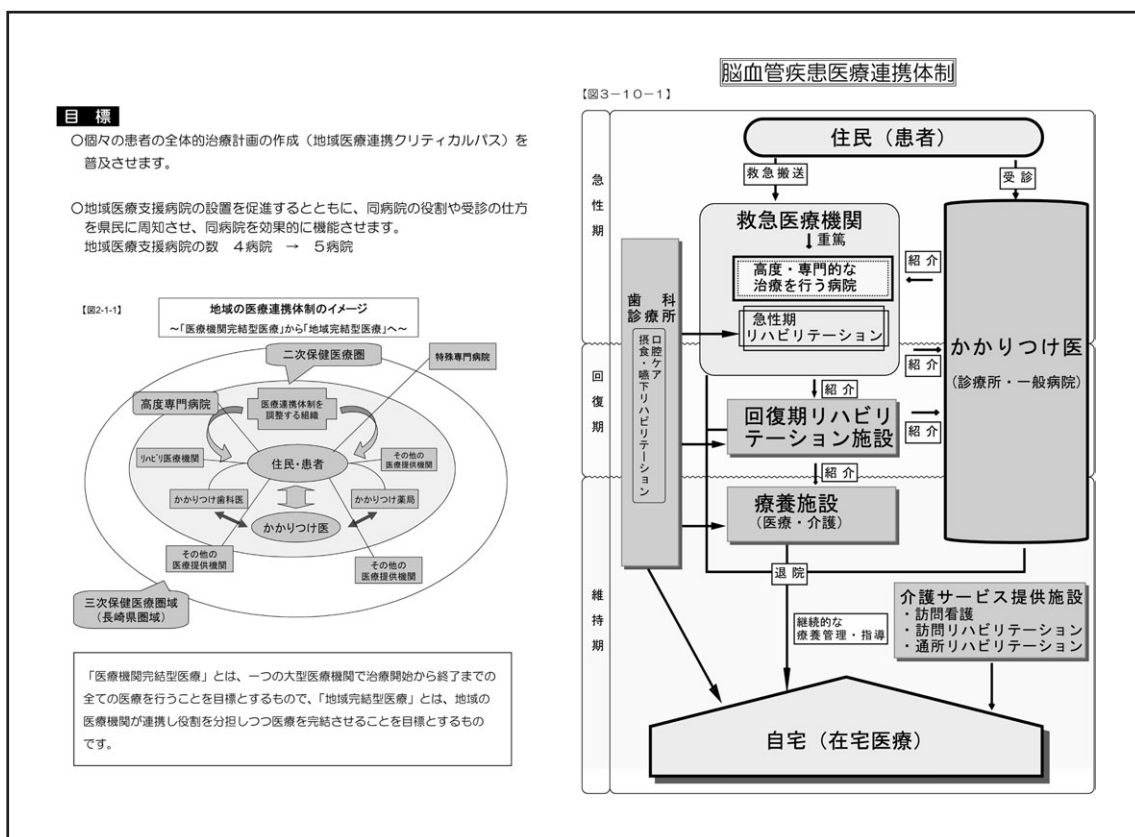


図1-13 長崎県の事例

－13）。

- ⑥医療計画においては、4疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病）の治療又は予防に係る事業及び5事業（救急医療、災害時における医療、へき地医療、周産期医療及び小児医療）に関する事項、医療機能に関する情報提供の推進に関する事項等を定める。

医療連携体制の状況は、特定の区域ごとではなく、主要な事業ごとに医療連携体制に関わる医療機関の所在地（地図等）と医療機能（医師の配置、保有する医療機器、社会保険事務局に届出された施設基準等、手術件数、公費負担医療の実施、地域連携クリティカル・パスの使用状況など）を医療計画上に明らかにすることとされている。

地域連携クリティカル・パスとは、急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いるものである。診療にあたる複数の医療機関が、役割分担を含め、予め診療内容を患者に提示・説明することにより患者が安心して医療を受けることが出来るようにするもの。内容としては、施設ごとの治療経過に従って、診療ガイドライン等に基づき診療内容や達成目標等を診療計画として明示する。回復期病院では、患者がどのような状態で転院していくかを把握できるため、改めて状態を観察することなく、転院早々からリハビリを開始できる。これにより、医療連携体制に基づく地域完結型医療を具体的に実現するものである。

## 2）後期高齢者医療制度の創設

これまでの老人保健法を廃し、75歳以上の後期高齢者について、その心身の特性や生活実態等を踏まえ、平成20年度から施行される新たな医療制度である。65歳から74歳の前期高齢者については、退職者が国民健康保険に大量に加入し、保険者間で医療費の負担の不均衡を調整する制度となっている（図1－14）。

平成19年10月10日の社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会が、後期高齢者の診療報酬に反映すべき項目として、在宅歯科診療を提示した。全身的な健康維持や誤嚥性肺炎予防の観点等からも、要介護者等の継続的な口腔機能の維持・管理が重要であるとともに、在宅において適切な歯科診療が受けられるよう、地域の医療関係者から歯科診療に係る情報提供が歯科従事者になされるなどの連携を進めることが必要であり、このための診療報酬上の評価の在り方について検討するべきであるとしている。これを踏まえ、今回の改定に後期高齢者在宅療養口腔機能管理料や後期高齢者終末期相談支援料などが新設された。

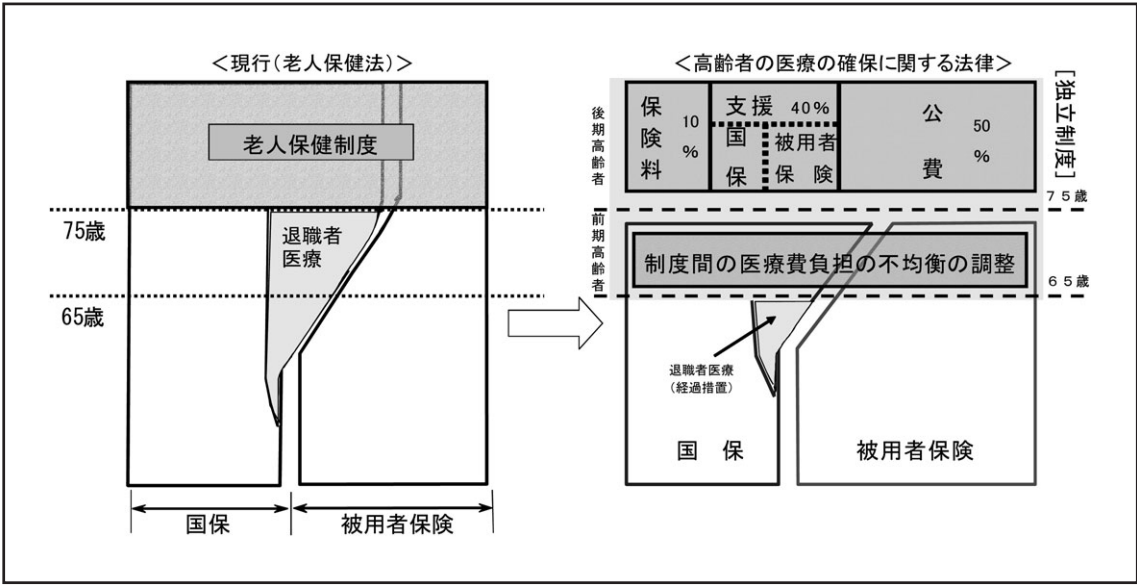


図1-14 新たな高齢者医療制度の創設（平成20年4月）

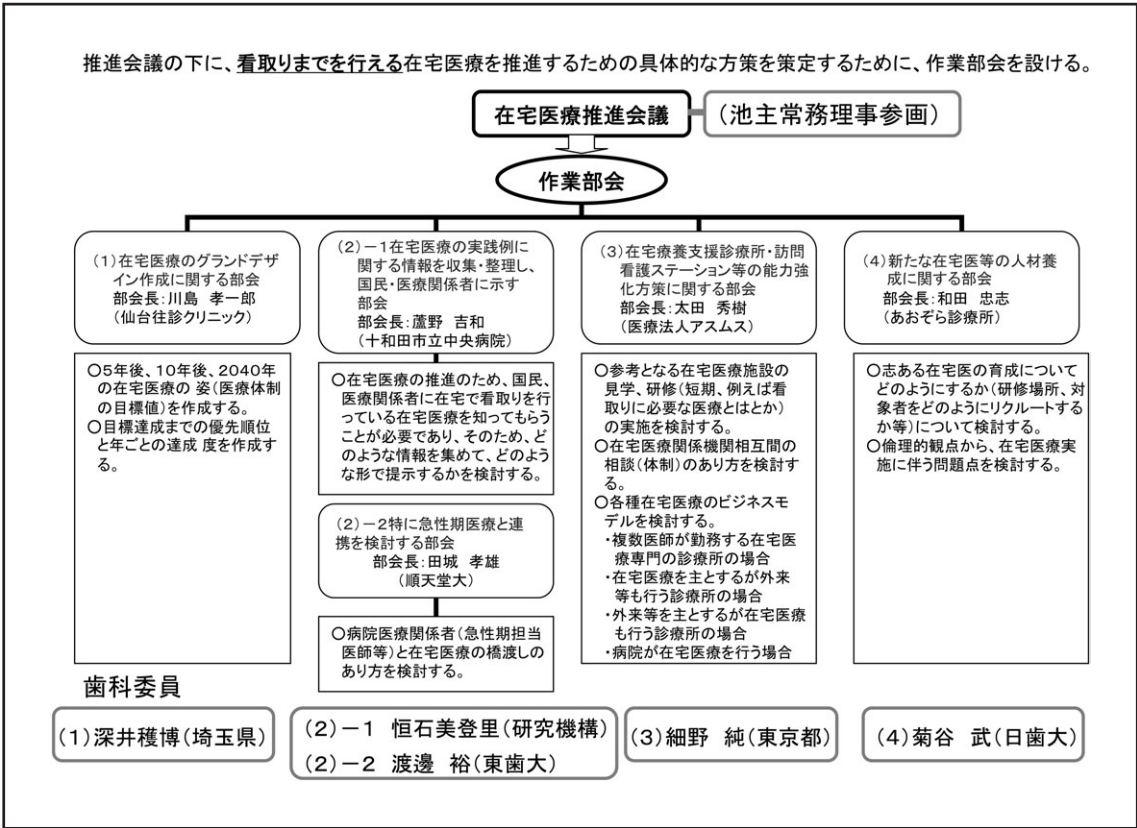


図1-15 国立長寿医療センターの在宅医療推進会議と作業部会

平成19年5月18日に、国立長寿医療センターは、在宅医療推進会議を発足させた。在宅療養支援診療所の大きな役割は、望めば誰もが在宅で、看取りを含めた在宅療養を受けられることを目的とし、4つの作業部会を作り、グランドデザインを策定し、厚生労働省に対し政策提言を行った。推進会議には歯科医師会から代表が参加し、すべての作業部会に歯科医師が委員となった（図1-15）。

（石井拓男・恒石美登里）