

H27. 12釧路歯科医師会
会員研修会

「地域包括ケアでの
歯科医療の役割」
—訪問歯科における多職種連携—

東京歯科大学非常勤講師
つがやす歯科医院
院長 梶安秀樹

本日のお話し

1、当院の取り組み

- ・ 医院の食支援の現状
- ・ 歯科衛生士、看護師の役割

2、介護保険における歯科と介護の関係

多職種の本音(連携への不満・誤解)

- ・ 歯科って、いつ来て、何しているの？
- ・ 歯科訪問日に興奮・夜間せん妄が起きて困る？！
- ・ 一方的に指導されても・・・
- ・ えっ！ベッドに移っていただいたばかりなのに
- ・ 楽しい時間を奪わないで・・・

多職種連携の基本

多職種の本音(義歯の不満・誤解)

- ・ 入れ歯の調整って、いつまでかかるの？
- ・ 口を動かすと義歯が飛び出る、発話が不明瞭になる
- ・ 義歯がないから食べられない？？この方に入れ歯作るのですか？無くてもちちゃんと食べてますよ
- ・ 義歯があるから食べられない？？義歯が邪魔でスプーンが入っていかない
- ・ 痛くて食べられない
- ・ すぐに外れて食べるどころではない

多職種の本音(義歯への不満・誤解)

- ・ 先生が来られる時だけはめてます
- ・ 「この方に入れ歯は作れません」「えっ、それで終わり？」

歯科の情報発信・コミュニケーション力

結果が出ない・困難理由の共有ができていないか？

義歯装着後のフォロー

使用能力訓練・食形態・食介助へのアドバイス

緊急訪問ができていないか？(事前予測)

できない場合の対処、対策の伝達は？

義歯の可能性

認知症の理解

歯科医療の問題点

① 歯科そのものの問題

- ・ 教育の問題・・・食べているところを診てない
- ・ 歯科歯科の連携なし

② 連携の問題

- ・ 医学部、歯学部弊害
- ・ 他職種からの不満

③ そもそも連携したがない

- ・ 連携が基本的に苦手
- ・ 多職種が集う病院勤務経験がない

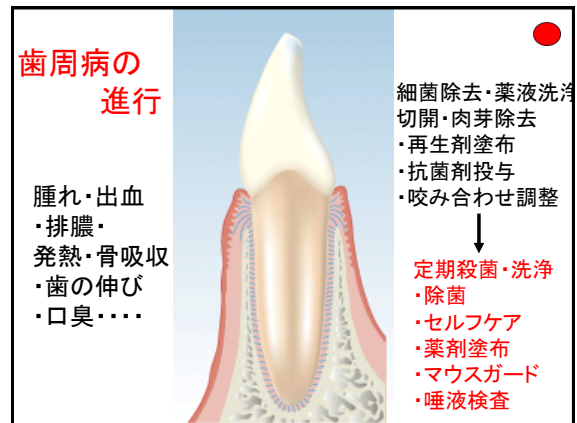
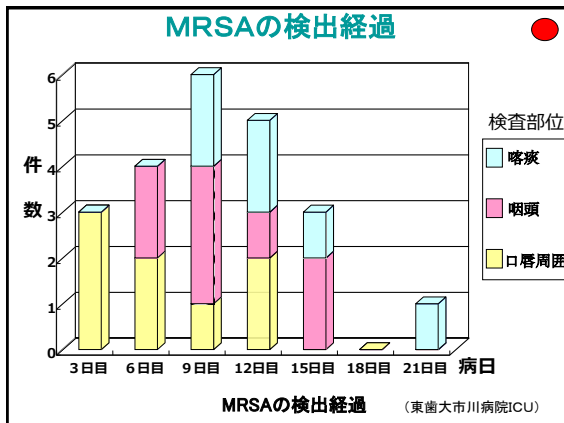
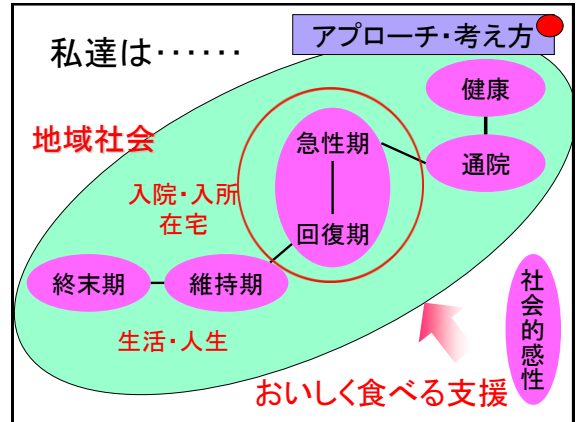
高齢社会総合研究機構 柏在宅医療研修試行プログラム

多職種連携研修

2011年6月4日/7月9日/7月23日/8月27日

①認知症	②栄養・嚥下
テーマ BPSD、薬物療法、成年後見 終末期の意思決定支援 講義 症例検討1: 昼夜逆転 演習 症例検討2: 認知症終末期	テーマ 栄養管理の基礎、嚥下評価 症例検討: 低栄養 講義 実習1: 身体計測、 実習2: 水のみ&フードテスト

③褥瘡	④緩和ケア
テーマ 褥瘡のケア 講義 グループワーク: 褥瘡ケアにおける自職種・他職種の役割 演習 実習: 体圧測定、ポジショニング	テーマ オピオイドローテーション、終末期の輸液、看取り期の薬物療法・家族対応、他 講義 症例検討1~4: 導入~看取りまで



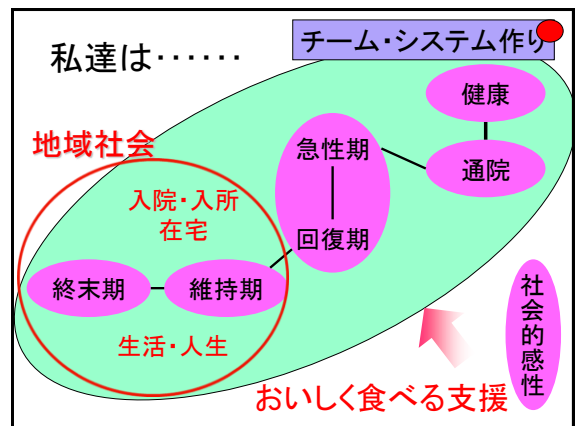
咽頭反射が低下すると窒息の危険性も増す

咽頭反射の低下

異常食行動
速食い、詰め込み食い
丸呑み、異食

窒息の危険性
増大

レビー小体型認知症などは注意



歯科への依頼の紙

痛い、腫れた、取れた、はさまる(本人の訴え)
歯がかけてる、折れた、臭う、……(介護者の訴え)

- ①かかりつけの歯科がないか？
- ②食べるお困りがないか？

- ・むせる
- ・溜め込む
- ・口があかない
- ・こぼす
- ・早食い、噛まない、丸呑み、かき込み食べ
- ・舌が白い
- ・不衛生 など

- ③熱発、体重減少、肺炎、嚥食量減少、サルコペニア



歯科医院との連携

入所時、連携時のお口・喉の健康診断
(利用者様無料・施設サービス・差別化)



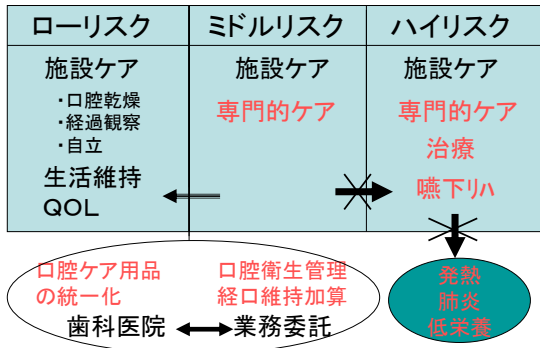
健診風景
(歯・入れ歯・嚥下・栄養)

家族あて通知



共通記録

介護保険制度を支援するシステム



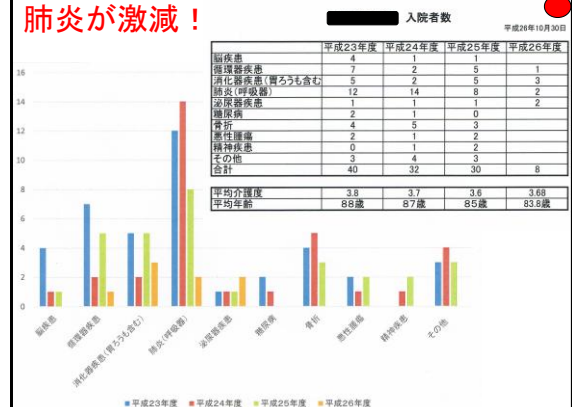
低栄養状態のリスクレベル

現在の状況	□低リスク	□中リスク	□高リスク
身長(cm) (測定日)	(年 月 日)		
体重(kg) (測定日)	(年 月 日)		
BMI	□18.5~20.9	□18.5未満	
体重減少率(%) () か月に () % (増・減)	□変化なし □減少3%未満	□1 か月に3~5%未満 □3 か月に3~7.5%未満 □6 か月に3~10%未満	□1 か月に5%以上 □3 か月に7.5%以上 □6 か月に10%以上
血清アルブミン値 (g/dl) (測定日)	(年 月 日)	□3.6g/dl以上	□3.0~3.5g/dl □3.0g/dl未満
食事摂取量	□良好 (70~100%)	□不良 (70%以下) 内容:	□経腸栄養法 □静脈栄養法 □嚥下
栄養補助法			
備 考	□ なし □ あり		
栄養面や食生活上の問題からの低栄養状態のそれ	「あり」の場合の理由(複数回答可) ☐ 疾患(脳梗塞・消化器・呼吸器・腎臓疾患) ☐ 身体状況(発熱、風邪など) ☐ ライフイベントによる精神的ストレス ☐ 閉じこもり ☐ 認知症 ☐ 疾患(脳梗塞・消化器・呼吸器・腎臓疾患) ☐ 身体状況(発熱、風邪など) ☐ ライフイベントによる精神的ストレス ☐ 閉じこもり ☐ 認知症 ☐ 手術・通院直後の低栄養状態 ☐ 口腔及び嚥下機能の低下 ☐ 生活機能低下(買い物、食事づくり等) ☐ うつ ☐ その他()		

療養型病床における口腔機能とBMI

口腔状況	BMI18.5以下	18.5以上
ローリスク	30.9%	69.1%
ミドルリスク	33.3%	66.7%
ハイリスク	44.4%	55.6%

肺炎が激減！



3. 経口維持加算

医師又は**歯科医師**の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種のもが共同して摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者ごとに入所者の摂食・嚥下機能に配慮した経口維持計画を作成し、計画に従い、医師又は**歯科医師**の指示（指示を受ける**管理栄養士等が医師の指導を受けている場合に限る**）を受けた管理栄養士または栄養士が、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理を行った場合には区分に応じ、計画が作成された日から起算して180日以内の期間に限り、1日につきそれぞれの所定単位数を加算する。

※ 介護職員処遇改善加算の新しい加算率

加算 (I) : 2.0%

加算(Ⅱ): 1.1%

(4) 介護保険施設等における基準費用額の見直し

多床室における基準費用額及び負担限度額については、直近の家計調査における光熱水費の額が現行の基準費用額を上回っていることを踏まえ、必要な見直しを行う。（短期入所生活介護、短期入所療養介護においても同様。）

※ 10-(1)-⑥ 多床室における居住費負担の項を参照

(5) 介護保険施設等入所者の口腔・栄養管理（地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を含む。）

① 経口維持加算の充実

経口維持加算については、摂食・嚥下障害を有する入所者や食事摂取に関する認知機能の低下が著しい入所者の経口維持支援を充実させる観点から、多職種による食事の観察（ミールラウンド）や会議等の取組のプロセス及び咀嚼能力等の口腔機能を含む摂食・嚥下機能を踏まえた経口維持支援を充実させる。

経口維持加算(I) (1日につき)	28単位	} →	(1月につき)	400単位
又は				
経口維持加算(II) (1日につき)	5単位		(新) (1月につき)	100単位

経口維持加算(I) (1日につき) 28単位 } (1月につき) 400単位
 又は
 経口維持加算(II) (1日につき) 5単位 } (新) (1月につき) 100単位

※ 算定要件等

- 経口維持加算(Ⅰ)については、現に経口により食事を摂取する者であって、摂食機能障害や誤嚥を有する入所者に対して、医師又は歯科医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護士、介護支援専門員その他の職種の者若しくは共同して、食事の観察及び会議等を行い、入所者ごとに経口維持計画を作成している当該施設において、医師又は歯科医師の指示（当該施設が指示を行う場合にあつては、当該指示を受けて管理栄養士等が医師の指導を受けている場合に限る。）に基づき**管理栄養士等**が栄養管理を行った場合、1月につき算定。
- 経口維持加算(Ⅱ)については、当該施設が協力歯科医療機関を定めている場合であり、経口維持加算(Ⅰ)において行う食事の観察及び会議等に、医師（人員基準に規定する医師を除く。）、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合、経口維持加算(Ⅰ)に加えて、1月につき算定。
- 経口維持加算(Ⅲ)は、栄養マネジメント計画を算定していない場合は、算定しない。
- 経口維持加算(Ⅳ)は、経口維持加算(Ⅰ)を算定していない場合は、算定しない。

(参考) 口から食べる楽しみの支援の流れ・効果

○ 利用者の食事の際に、多職種で食事場を観察することで、咀嚼能力等の口腔機能や嚥下機能、食事環境、食事姿勢等を適切に評価することができ、さらに多職種間での意見交換を通じて、必要な視点を包括的に踏まえることができる。これにより、口から食べるための日々の適切な支援の充実につながり、必要な栄養の摂取、体重の増加、誤嚥性肺炎の予防等が期待できる。

経口維持支援の流れの一例



経口維持支援の効果

- ◆ 対象：介護老人福祉施設入所者50名
- ◆ 介入：ミールラウンド（食事時の口腔機能や姿勢等の観察評価、個別聴取にて食事機能評価）及び摂食カンパニース（口腔機能や摂食・嚥下機能評価、栄養アセスメントの情報を元に、各ケア担当者が及び看護職員等と検討）を月一回、一年間実施
- ◆ 結果：肺炎発症者数及び入院退院日数の減少、平均摂取エネルギー

【体質変化率(6ヶ月)の変化】

6ヶ月間と比較して体重が増えた人の割合が増加

性別・年齢層	増えた割合 (%)
全世代	5.79
20代	5.32
30代	6.62

【必要エネルギー量に対する摂取エネルギー量の変化】

入所者平均摂取エネルギー量が増加

Category	1. 18-24	2. 25-34	3. 35-44
18-24	~950	~850	~750
25-34	~950	~950	~950
35-44	~950	~950	~950

1. 経口による継続的な食事の摂取のための支援の観点

※ 各種の項目に関しては、食事の概要及び会議き月！日津路の上、記入してください。

[illegible]

OO齒科医院

