

# 2021年介護保険改訂より 歯科の訪問診療に何が求められるのか？



日本摂食支援協会 学術理事

山下 美登

(医) 社団 翔幸会 山下歯科診療所 院長

# [令和3年 介護保険改訂 要 旨]

- ① 「感染症や災害への対応力強化」
- ② 「地域包括ケアシステムの推進」
- ③ 「自立支援・重度化防止の取組の推進」
- ④ 「介護人材の確保・介護現場の革新」
- ⑤ 「制度の安定性・持続可能性の確保」

新型コロナウイルス感染症や大規模災害が発生する中で、  
団塊の世代の全てが75歳以上となる2025年に向けて2040年を見据えて取組む

# ① 「感染症や災害への対応力強化」

## Point

感染症や災害が発生した場合でも利用者に必要なサービスが  
**安定的・持続的に提供される体制を構築**

旧(改訂前)	新(改定後)
特になし	業務継続に向けた取組強化

# ① 「感染症や災害への対応力強化」

## Point

感染症や災害が発生した場合でも利用者に必要なサービスが  
**安定的・持続的に提供される体制を構築**

歯科の対応  
(現摂支協の対応・これからの課題)

歯科で対応可能な

**オンライン診療の整備が必要**

## ② 「地域包括ケアシステムの推進」

### Point

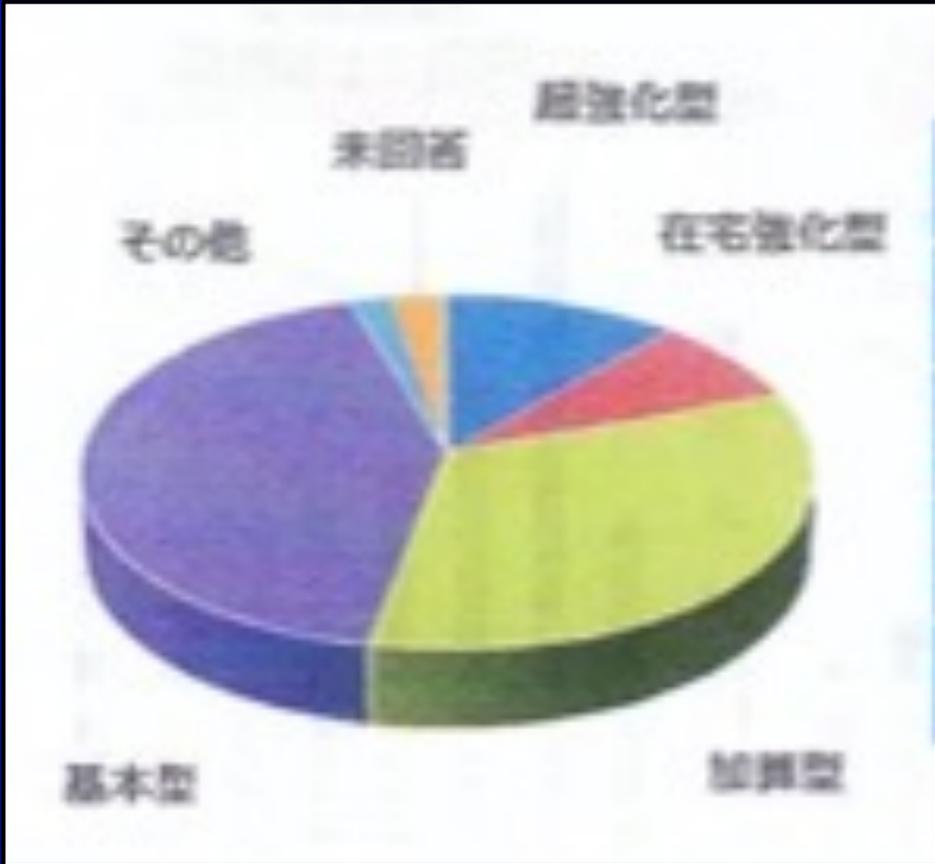
住み慣れた地域で、利用者の尊厳を保持しつつ、必要なサービスが切れ目なく提供されるよう取組を推進。

**◎ 医療と介護の連携の推進**

## ② 「地域包括ケアシステムの推進」

旧(改訂前)	新(改定後)
<p>老健ではリハビリを行なっているが経口移行できず、胃瘻等で在宅復帰する患者も多い。</p> <p>在宅では家族等が経管栄養の管理ができないということで在宅復帰できない患者も多々いる。</p>	<p>介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能の評価の充実</p>

# 神奈川の老健施設の加算区分



超強化型	11% (17施設)
在宅強化型	8% (12施設)
加算型	34% (50施設)
基本型	42% (63施設)
その他	2% (3施設)

今後、老健はさらに在宅復帰率の向上に即したリハビリ専門としての役割が求められていく

➡ **管理栄養士が重要な存在**

平成30年度介護報酬改定で、介護老人保健施設の基本報酬において  
在宅復帰・在宅療養支援機能に対する評価が創設された介護老人保健施設について、

**超強化型は**

**『平成30年5月時点の7.4%から令和元年11月時点で20.6%に増加』**

**基本型は**

**『平成30年5月時点の54.4%から令和元年11月時点で32%に減少』**

在宅復帰・在宅療養支援等指標の数値は、改定前後で上昇している

リハビリテーションの目的は、  
『食事や入浴，排泄等を可能な限り自らできるようにすること』

利用者の褥瘡の改善，排泄の自立，  
経口摂取の回復等に改善の効果がみられることから，  
介護施設のプロセスの仕組みを参考に評価を検討すべき

サービスの質の評価指標に関する標準化について，共通の物差しが必要ではないか

介護の質の評価を本格的に報酬で行っていくにあたっては，適切な指標の開発を待つことが重要ではないか

### ③ 「自立支援・重度化防止の取組の推進」

#### Point

- ・ 制度の目的に沿って、質の評価やデータ活用を行いながら、科学的に効果が裏付けられた質の高いサービスの提供を推進
- ・ 介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進

旧(改訂前)	新(改定後)
歯科でも一ヶ月に一度、居宅療養管理指導報告書と衛生士実施報告書の提出をしているが、多職種と関連がないのが現状	介護関連のデータ(要介護認定や介護保険レセプト、リハビリテーションに関する情報): VISIT情報 高齢者の状態やケアの内容等の情報: CHASE情報  次ページへ続く

### ③ 「自立支援・重度化防止の取組の推進」

旧(改訂前)	新(改定後)
<p>歯科でも一ヶ月に一度、居宅療養管理指導報告書と衛生士実施報告書の提出をしているが、多職種と関連がないのが現状</p>	<p>『全ての事業所対象』 CHASE, VISITへのデータ提出とフィードバックの活用によるPDCAサイクル [(Plan, Do, Check, Action)] [(アセスメントの作製, リスク評価に基づくケア計画の立案, 実施, 再評価)] の推進とケアの質の向上を図る取組を推進する。 事業所の<u>全ての利用者</u>に係るデータ (ADL, 栄養, 口腔, 嚥下, 認知症等)をCHASEに提出してフィードバックを受け, 事業所単位でのPDCAサイクルケアの質の向上の取組を推進する。</p> <p>既存の加算等において利用者ごとの計画に基づくケアのPDCAサイクルの取組に加えCHASE等に活用した更なる取組を新たに評価。</p>

### ③ 「自立支援・重度化防止の取組の推進」

#### Point

- リハビリテーション，機能訓練，口腔，栄養の取組の連携強化

旧(改訂前)	新(改定後)
<p>以前より必要に応じてカンファレンスを開催している施設もあると思うが、歯科が入っている所は非常に少ないと思われる。</p>	<p>加算等の算定要件とされている計画作成や会議について、リハビリ専門職(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士)、管理栄養士、歯科衛生士が必要に応じて参加することを明確化する。</p> <p>次ページへ続く</p>

摂食，咀嚼，嚥下機能回復について，  
『リハビリテーション計画書』，『個別機能訓練計画書の作成』に  
歯科医療職も連携できるスキームづくりをしてはどうか。

口腔衛生管理の効果は大きいことから，  
カンファレンス等の充実を図り，  
介護，看護，リハビリ，医療職種での情報共有を  
図れるようにすることが必要ではないか。

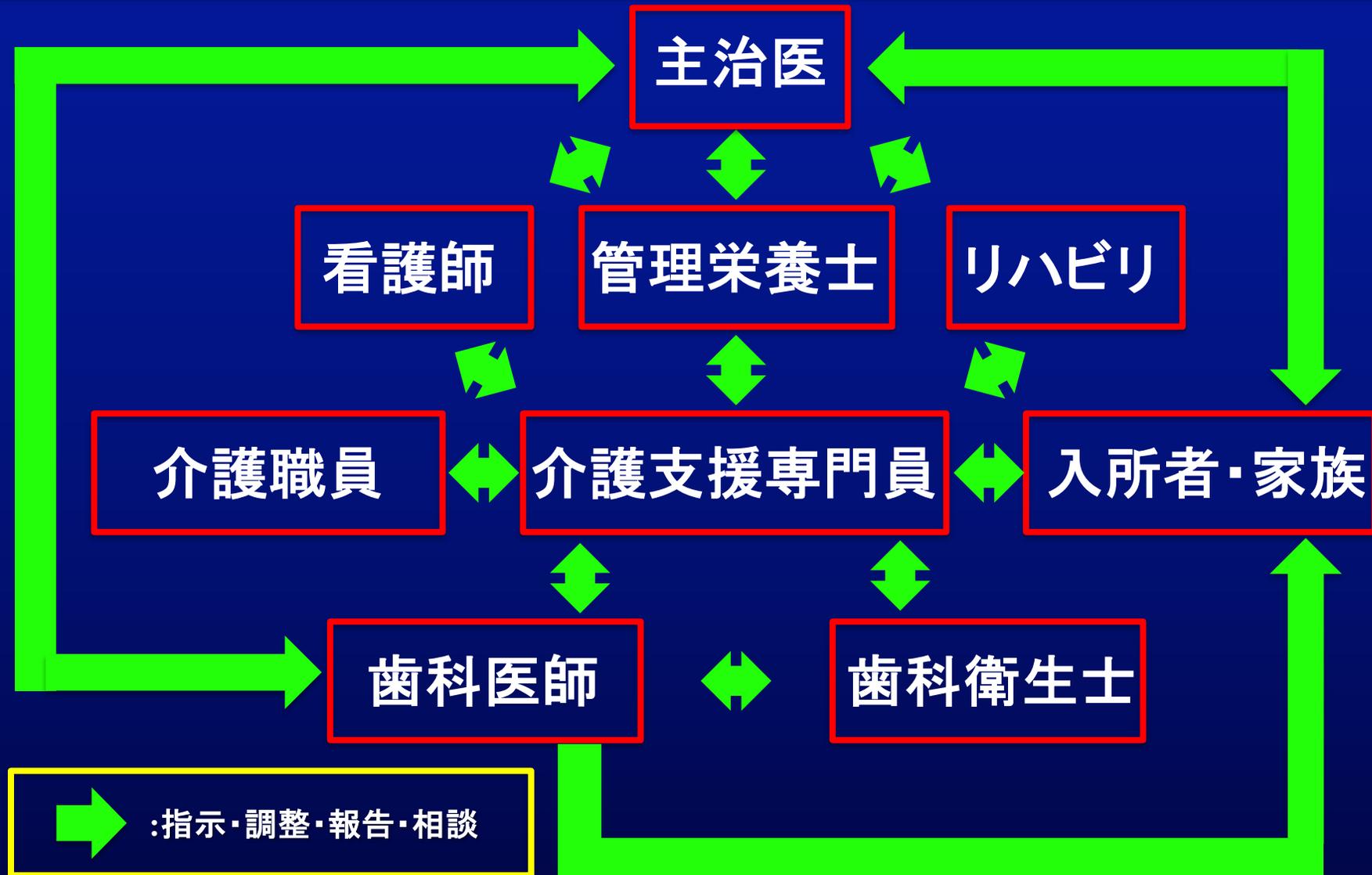
# リハビリケア湘南厚木

H28.4月

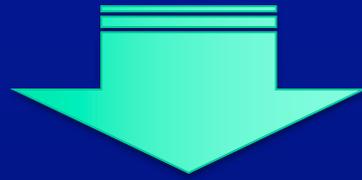
歯科チームによる  
経口移行・維持への積極的介入

「食べる。できたら自分で食べる。」  
という一連の動作を  
完成させるための多職種連携へ

# 円滑に多職種連携を進める体制の構築



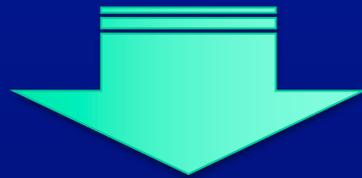
リハビリに対して  
協力的・意欲的・指示が入る利用者



自分で食べる一連の動作を取り戻す

- 低栄養や脱水の回避
  - 誤嚥性肺炎の罹患率の低下
  - 介護業務負担の軽減
- (「声かけ」や「見守り」へ移行)

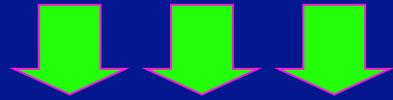
リハビリに対して  
「協力的」・「意欲的」・「指示」の3項目中  
1つでも該当しない利用者



口腔機能訓練効果は低かった

- 自食という目標は未達成
- 現状維持が多数

# 多職種連携の中に歯科チームが積極的に介入する



高齢者の口腔機能の維持・改善に有用

低栄養・脱水のリスクを回避し，誤嚥性肺炎を予防

「経口摂取」，「自立した食事」を追求

利用者のQOL, ADLの向上

# 新たな課題として

1. 退所して在宅などに戻った後の継続
2. 認知症の進行でリハビリが困難な方

# 退所して在宅などに戻った後の継続

---

施設内連携から、“地域連携”へ

退所後も適切な指導やアドバイスが必要

家族や地域のケアマネや専門職などとの連携

**多職種連携で  
積極的に動くことが重要**

### ③ 「自立支援・重度化防止の取組の推進」

旧(改訂前)	新(改定後)
<p>口腔衛生管理体制加算を算定している施設が行っていた。 算定していない施設は行っていない。</p>	<p>施設系サービスについて、口腔衛生管理体制加算を廃止し、<u>基本サービスとして口腔衛生管理体制を整備</u>し、状態に応じた口腔衛生管理の実施を求める(3年の経過措置期間を設ける) 全ての施設が基本サービスとして口腔衛生も管理し、口腔ケアの実施が求められる。</p>
<p>口腔機能向上プログラムの加算によって算定可能としていたが、実施している施設は1割未満と聞いている。</p>	<p>通所系サービス等(デイサービス等)について、介護職員による口腔機能スクリーニングの実施を新たに評価する。</p>

通所介護や通所リハビリテーションや看多機等において、

看護職員と歯科医療専門職との連携強化・情報共有のため

『口腔状態のスクリーニング』

『情報共有の仕組みづくり』

を進めていくべき

通所介護等における個別機能訓練計画書の作成に当たり、  
歯科医療専門職種の人材の有効な活用による  
質の高いサービスの提供が図れるような、仕組みづくりを行ってはどうか。

(口腔・栄養)

尊厳の保持と自立支援という観点から、口腔の機能改善は重要であり、  
これは要介護者のADL等の維持改善に資するものではないか。

食事についての観察や個別相談、カンファレンスへの参加が重要であり、  
ICTの活用を認め、平時からの歯科医療者の参画を進めることで、  
利用者の健康状態の保持・増進や、施設従事者の負担軽減につながり、  
医療安全にもつながるのではないか。

**低栄養の予防が自立支援につながるとのエビデンスもあり、  
在宅においても取組を進めていくべき**

リハビリテーションと栄養，口腔と栄養といった  
個々の組み合わせでの好事例やエビデンスは多く示されているが，  
これらをトータルで組合せた調査研究を今後行っていくことが必要ではないか。

リハビリテーション計画書，栄養ケア計画書，経口維持計画等は密接にリンク

特に摂食嚥下リハにおいては，口腔や栄養，リハが全てが関係することから，  
共通する項目が多くあることも踏まえ，一体的に現場で共有できるよう，  
総合的な自立支援計画書のような形で見直すことが必要ではないか。

リハビリ、栄養、口腔の取組は一体となって運用されることで、より効果的な自立支援・重度化予防につながることを期待される。

**医師、歯科医師、リハ専門職、管理栄養士、歯科衛生士等の  
多職種による総合的なリハ、機能訓練、口腔・栄養管理**

- ・筋力・持久力の向上
- ・活動量に応じた適切な栄養摂取量の調整
- ・低栄養の予防・改善
- ・食欲の増進

**リハビリテーション・  
機能訓練**



- ・口腔・嚥下機能の維持・改善
- ・口腔衛生や全身管理による誤嚥性肺炎の予防

**栄養**



**口腔**



・適切な食事形態・摂取方法の提供 ・食事摂取量の維持・改善 ・経口摂取の維持

- ・ リハビリの負荷又は活動量に応じて、必要なエネルギー量や栄養素を調整することが、筋力・持久力の向上及びADL維持・改善に重要である。
- ・ 誤嚥性肺炎の予防及び口腔・嚥下障害の改善には、医科歯科連携を含む多職種連携が有効である。
- ・ 口腔・嚥下機能を適切に評価することで、食事形態・摂取方法の提供及び経口摂取の維持が可能となる。

通所系サービスにおける  
口腔機能向上加算の算定率



依然として低い状況

困難な理由も様々であるが、

**口腔機能の維持・向上は重要な課題**

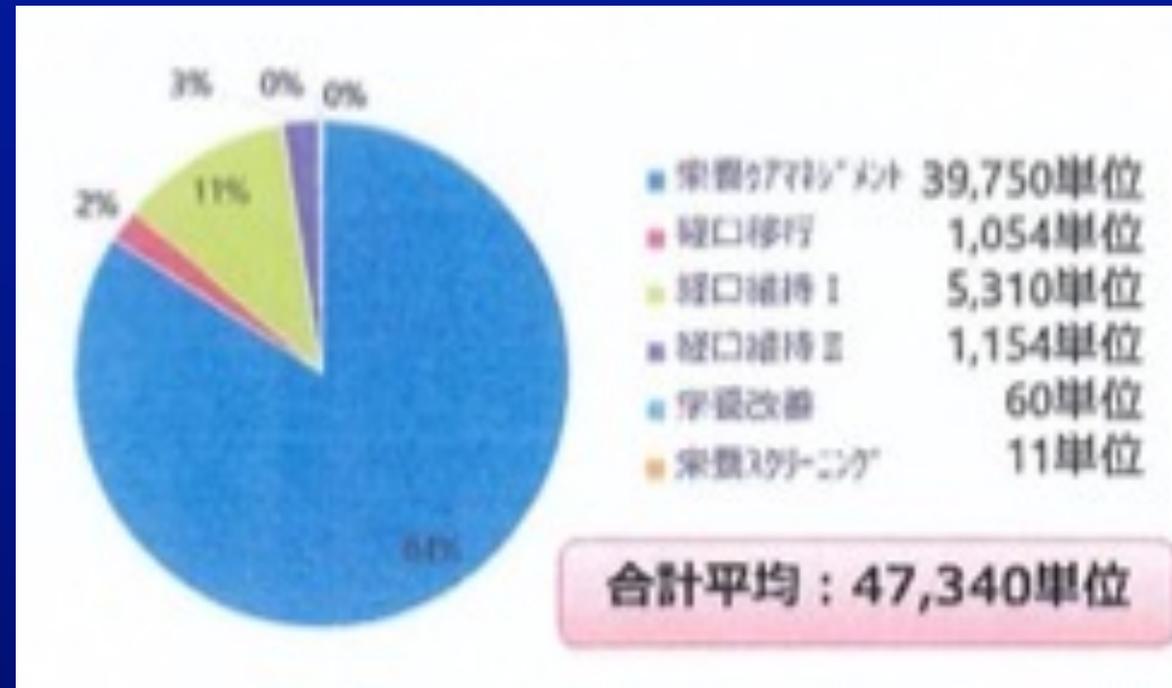
口腔・栄養について、スクリーニング加算の算定率が全般に低く、介護職員でも簡便に評価できるスクリーニング項目を開発するなど、過度な負担がなく日常業務の中で実施可能な仕組みを整備してはどうか。

しかしながら、多忙な介護職員の方々に、専門性の高い内容に対する科学的な裏付けを求めるのは難しい

※第181回介護給付費分科会における事業者団体ヒアリングにおいては、公益社団法人日本栄養士会から、以下について要望があった。

1. 介護保険施設における栄養ケアの更なる推進と管理栄養士業務の適正な評価
  - ①栄養ケアの充実に向け、中・大規模介護保険施設への管理栄養士の複数配置を要望（新設）
  - ②介護保険施設から医療機関への入院時、並びに在宅復帰時における栄養情報提供書発行に対する評価を要望（新設）
  - ③看取り介護・ターミナルケアチームに関与する職種として管理栄養士の明確化を要望（拡大）
  - ④入退所時の相談支援に関与する職種として管理栄養士の明確化を要望（拡大）
2. 自立支援・重度化防止の推進に向け、管理栄養士の参画によるリハビリテーションの効果的かつ効率的な実施への評価
  - ①介護保険施設の管理栄養士がリハビリテーション等の計画書作成に関与した場合の評価を要望（拡大）
  - ②通所介護及び通所リハビリテーション等において、管理栄養士がリハビリテーション等の計画書作成に関与した場合の評価を要望（拡大）
3. 通所利用・在宅高齢者の栄養改善のための栄養ケア・ステーションの活用  
通所利用・在宅高齢者の栄養改善に栄養ケア・ステーションの管理栄養士が関わった場合の評価を要望（拡大）

# 栄養部門の加算報酬単位 平均と内訳

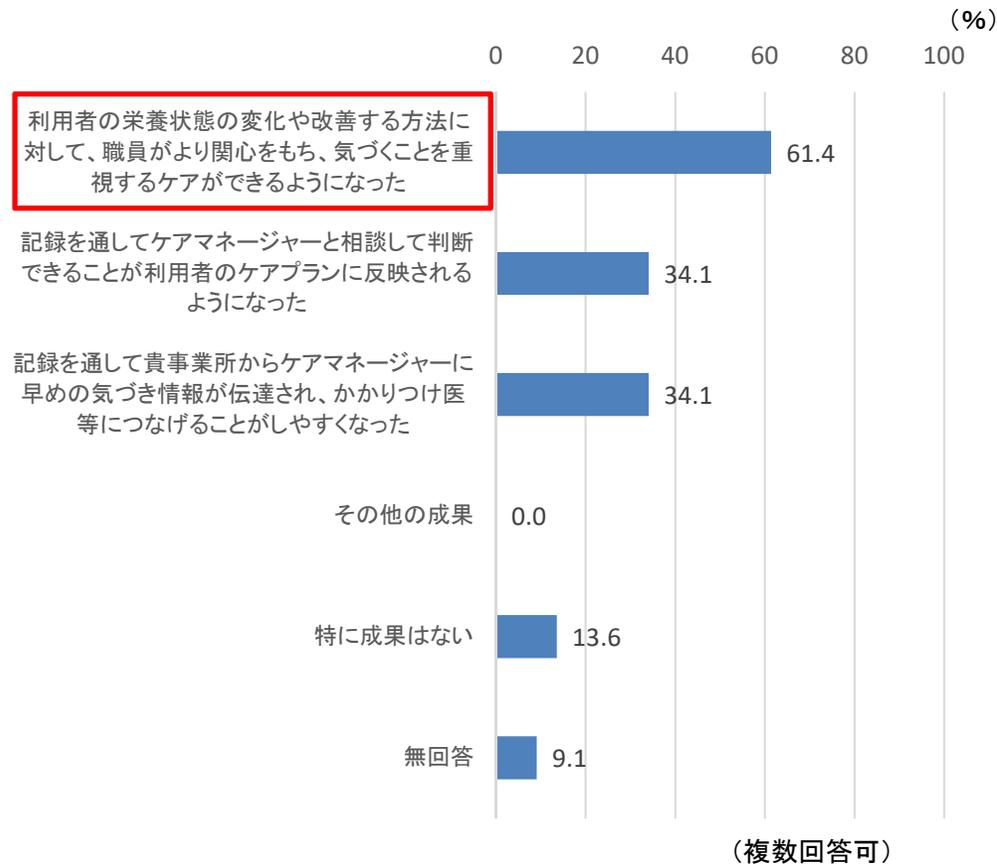


栄養マネジメント加算を申請しているのに  
関連加算の申請が極端に少ないのはどうしてか？

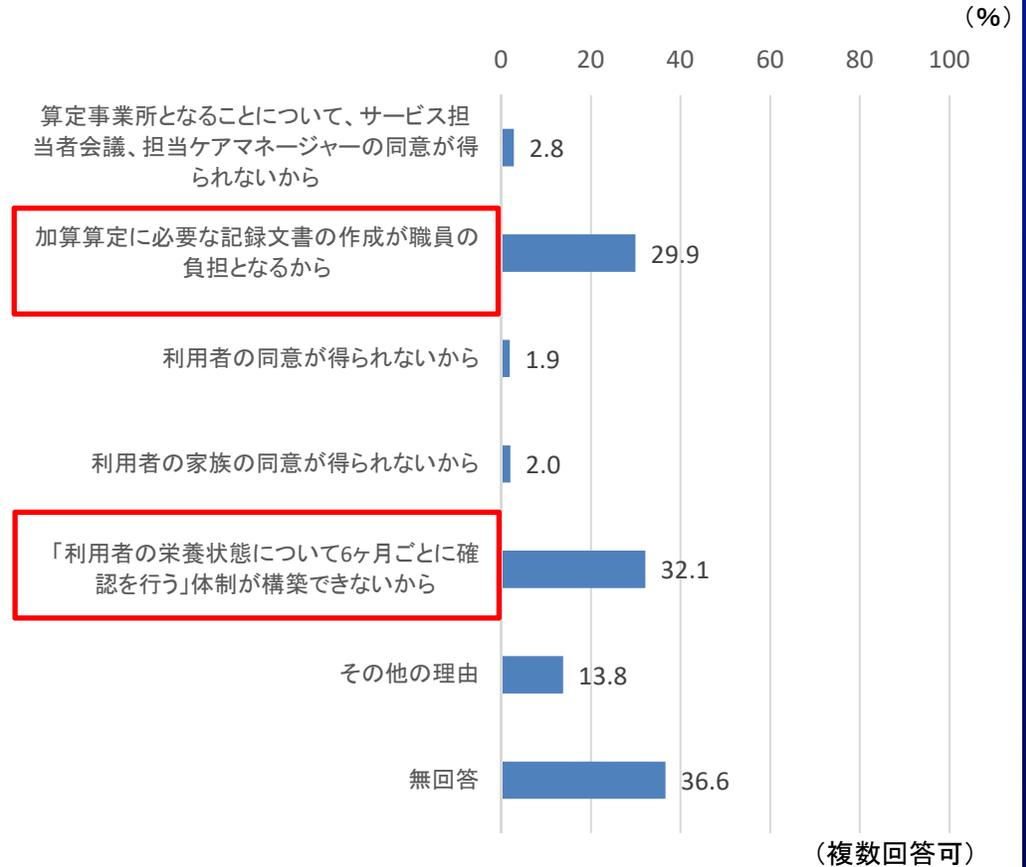
# 栄養スクリーニング加算：算定による成果及び算定していない理由

- 通所介護事業所において、栄養スクリーニング加算の算定による成果として、「利用者の栄養状態の変化や改善する方法に対して、職員がより関心をもち、気づくことを重視するケアができるようになった」が最多。
- 一方、算定しない理由としては、「利用者の栄養状態について6ヶ月ごとの確認を行う」体制が構築できないから」、「加算算定に必要な記録文書の作成が職員の負担となるから」が多く挙げられた。

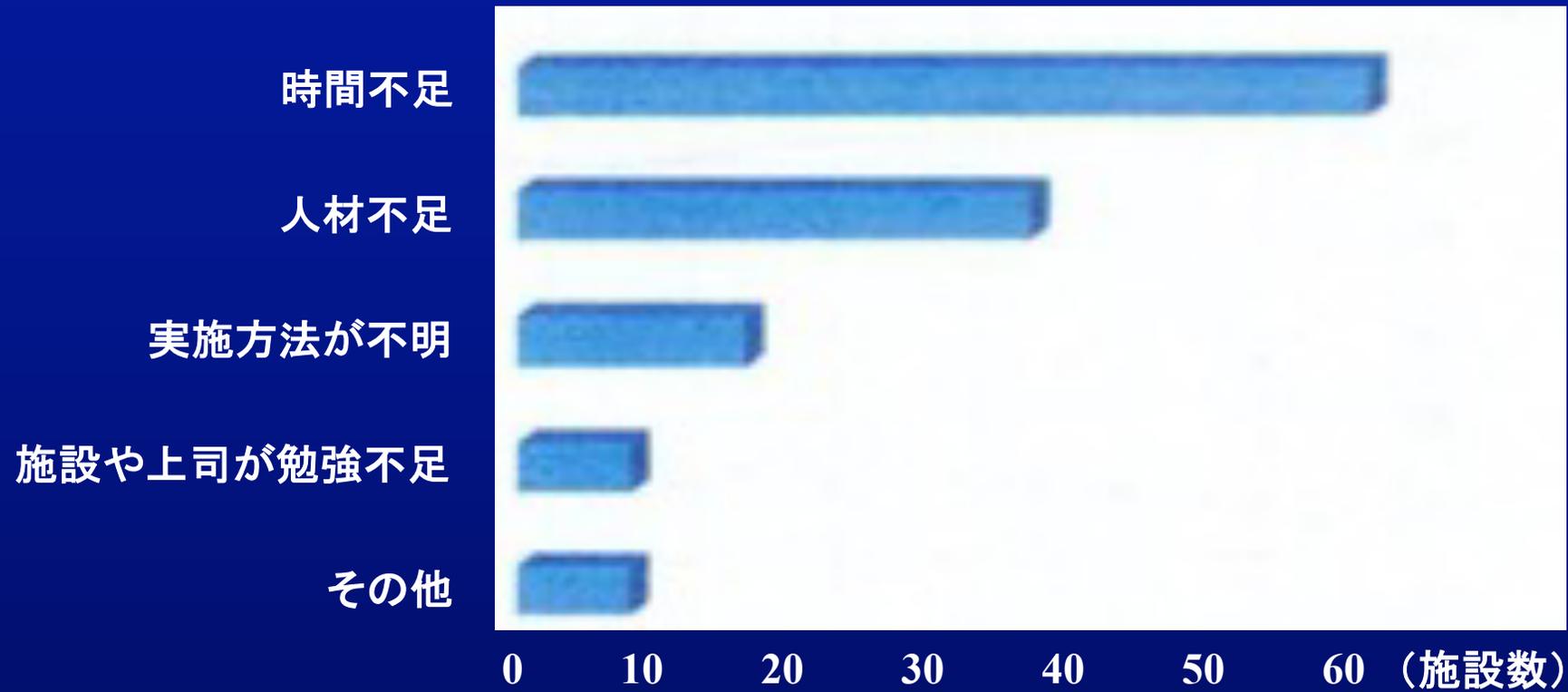
栄養スクリーニング加算：算定による成果 (n=44)



栄養スクリーニング加算：算定しない理由 (n=1228)



# 栄養関連加算を申請していない理由

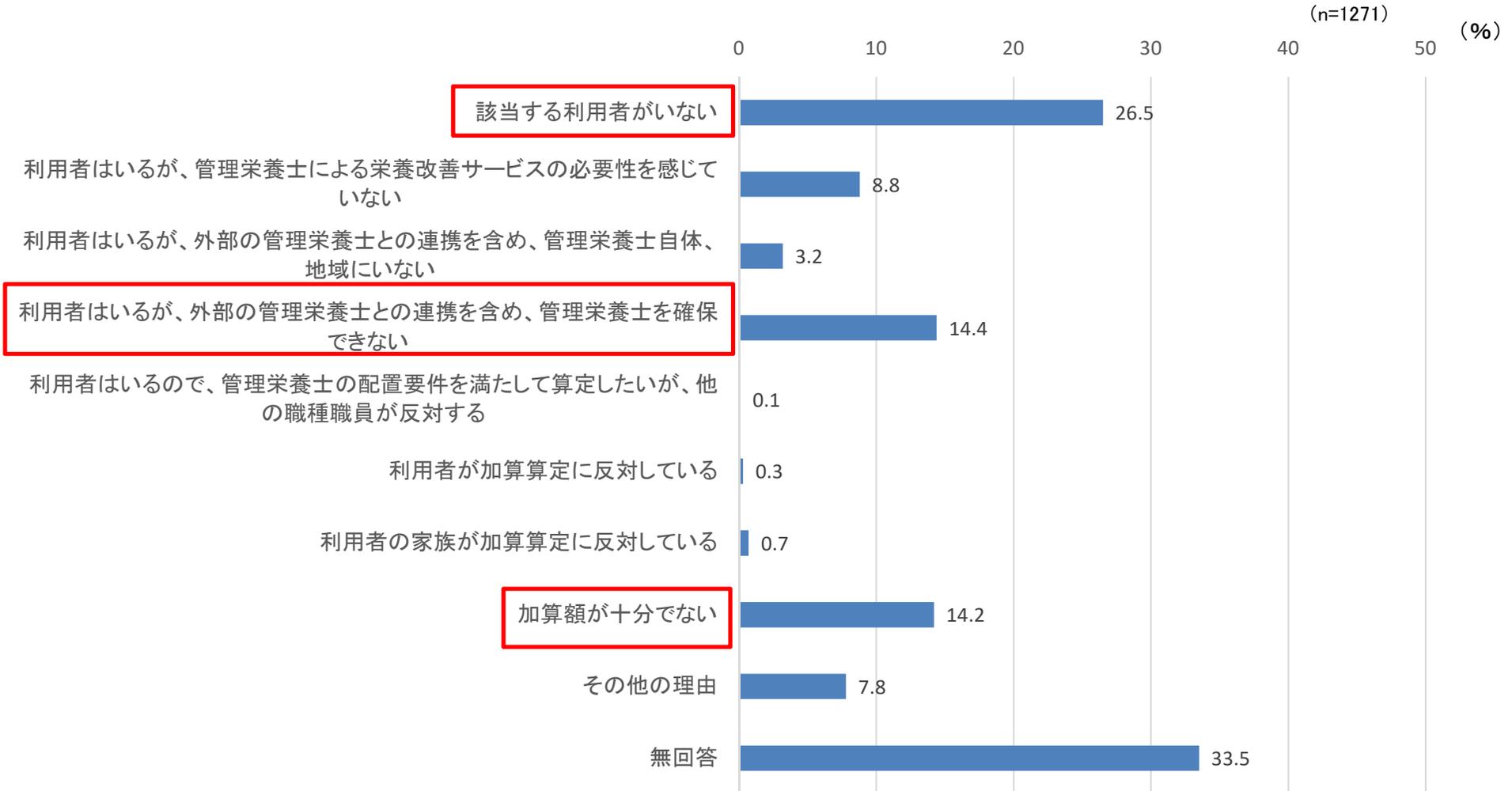


**管理栄養士の負担荷重**

それを補うだけのマンパワーが不足している

# 栄養改善加算：算定していない理由(通所介護)

○ 通所介護事業所における栄養改善加算を算定していない理由としては、「該当する利用者がいない」が最多。次いで、「利用者はあるが、外部の管理栄養士との連携を含め、管理栄養士を確保できない」、「加算額が十分ではない」。



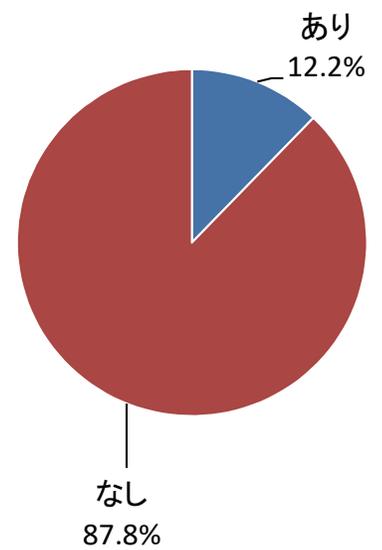
出典：令和元年度 老人保健健康増進等事業 「通所介護の平成30年度介護報酬改定等の検証に関する調査研究事業報告書」(三菱UFJリサーチ&コンサルティング) (複数回答可)

# 通所サービス事業所における口腔機能向上加算の算定実績と加算を算定しない理由

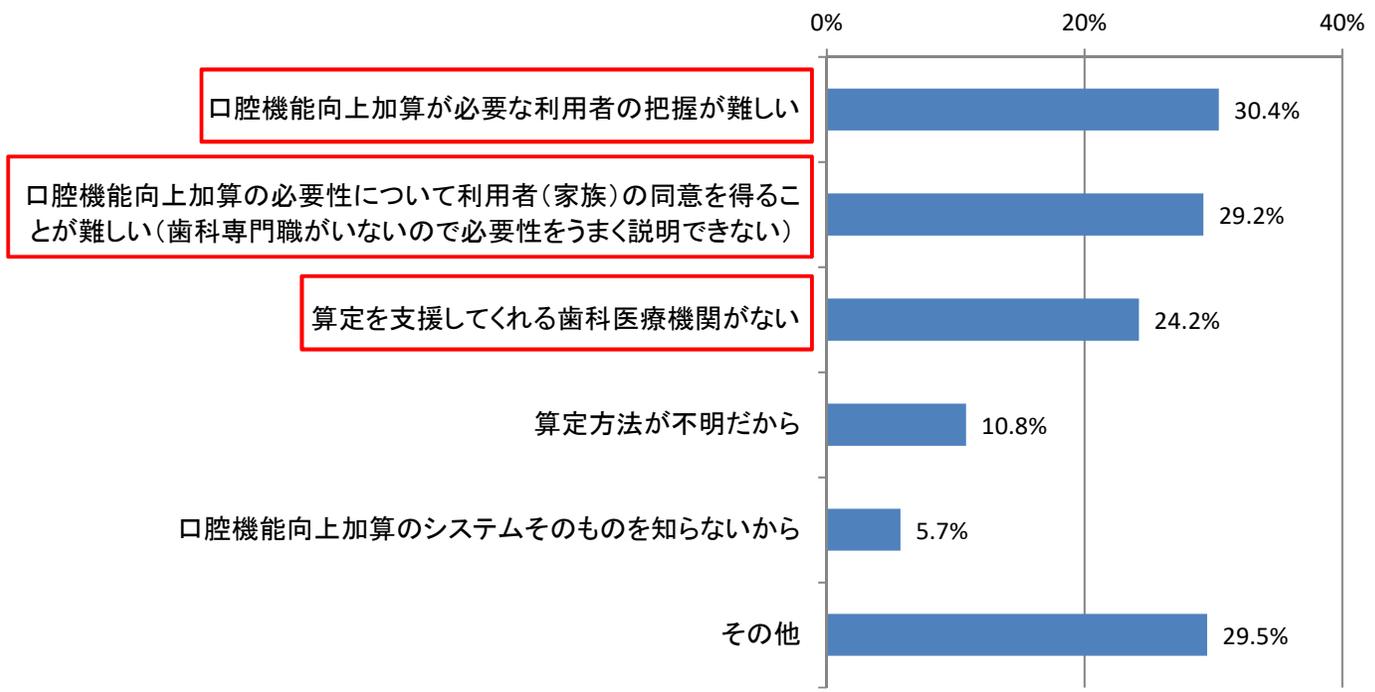
社保審一介護給付費分科会  
第185回 (R2.9.14) 資料

- 口腔機能向上加算を算定している通所サービス事業所は12.2%であった。
- 口腔機能向上加算を算定していない事業所の理由は、「口腔機能向上加算は必要な利用者の把握が難しい」、「口腔機能向上加算の必要性について利用者（家族）の同意を得ることが難しい（歯科専門職がないので必要性をうまく説明できない）」、「算定を支援してくれる歯科医療機関がない」が多かった。

口腔機能向上加算の算定実績(N=1210)



口腔機能向上加算を算定していない理由(N=1062)



# (参考)口腔機能低下症について

- 平成30年度診療報酬改定において、歯科疾患管理料口腔機能向上加算が新設され、令和2年度診療報酬改定において、口腔機能管理料に見直された。

## 口腔機能低下症に関する基本的な考え方\*(抜粋)(令和2年3月日本歯科医学会)

### (1) 疾患名

口腔機能低下症

※「高齢期における口腔機能低下-学会見解論文2016年度版-(日本老年歯科医学会学術委員会、2016年)」及び「口腔機能低下症の検査と診断-改訂に向けた中間報告-(日本老年歯科医学会学術委員会、2018年)」を参考としている。

### (2) 病態

加齢だけでなく、疾患や障害など様々な要因によって、口腔の機能が複合的に低下している疾患。放置しておくとう嚼機能不全、摂食嚥下障害となって全身的な健康を損なう。高齢者においては、う蝕や歯周病、義歯不適合などの口腔の要因に加えて、加齢や全身疾患によっても口腔機能が低下しやすく、また、低栄養や廃用、薬剤の副作用等によっても修飾されて複雑な病態を呈することが多い。そのため、個々の高齢者の生活環境や全身状態を見据えて口腔機能を適切に管理する必要がある。

### (3) 症状

口腔内の微生物の増加、口腔乾燥、咬合力の低下、舌や口唇の運動機能の低下、舌の筋力低下、咀嚼や嚥下機能の低下など複数の口腔機能が低下している。

口腔機能低下症の診断

#### (1) 診断基準

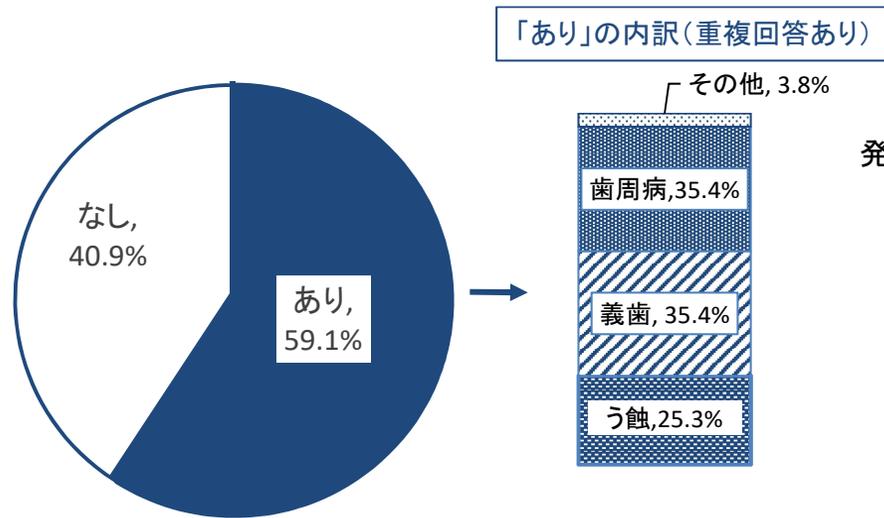
口腔機能低下症の7つの下位症状（口腔衛生状態不良、口腔乾燥、咬合力低下、舌口唇運動機能低下、低舌圧、咀嚼機能低下、嚥下機能低下）のうち、3項目以上該当する場合に口腔機能低下症と診断される。

参考:口腔機能低下症患者向けリーフレット(日本老年歯科医学会)



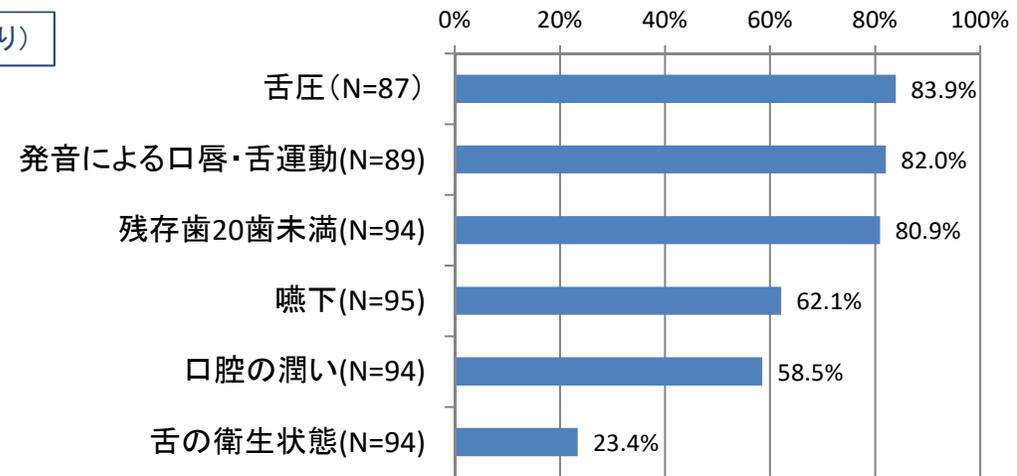
- 歯科医師による口腔内評価において、通所サービス利用者のうち、歯科受診の必要性がありと診断された割合は59.1%であった。
- 口腔機能低下症の基準に基づいて検査を行ったところ、現在残っている歯数に加えて、発音による口唇・舌運動、摂食時に関与する舌圧、嚥下等の項目で基準値以下と判定された者が半数以上であり、多くの通所サービス利用者の口腔機能の低下が示唆された。

歯科受診の必要性 (N=93)



歯科受診の必要性があり 59.1%

口腔機能低下症基準による判定で基準値以下と判定された者の割合

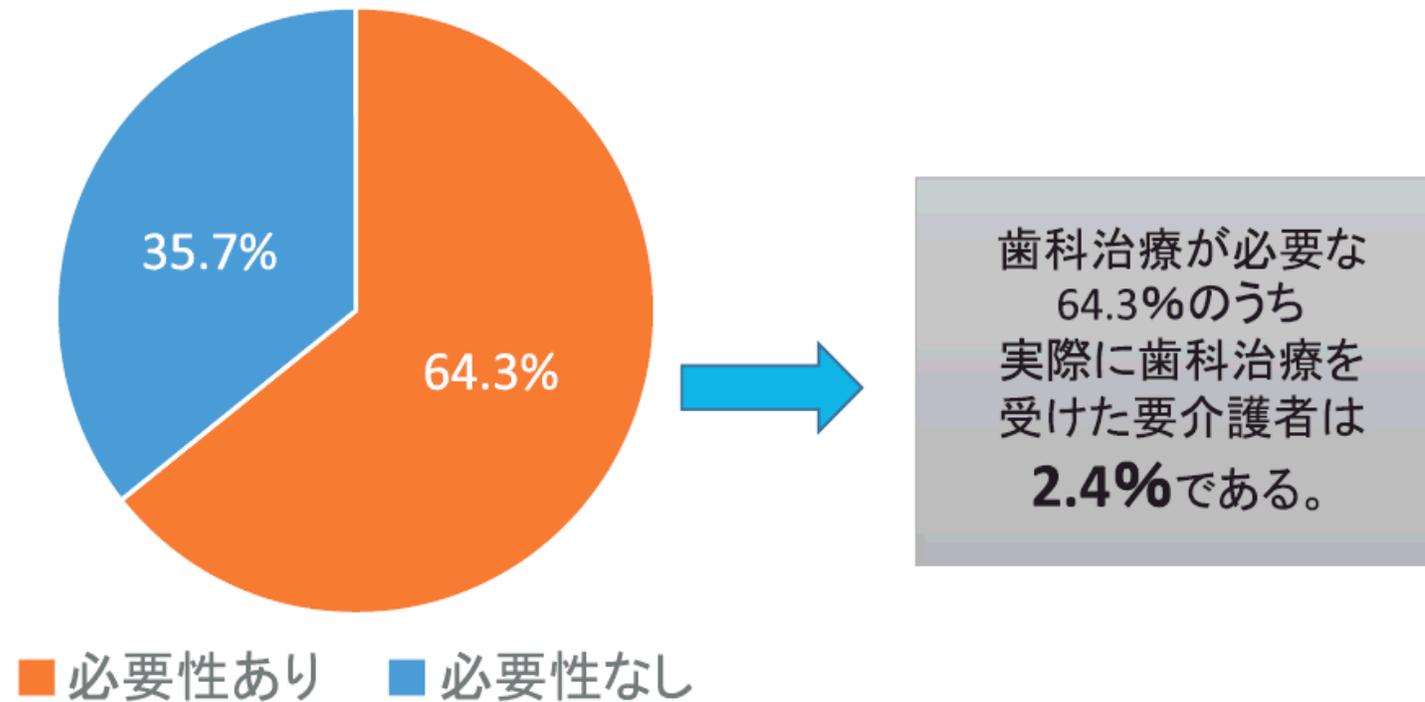


※ 以上6項目と「咀嚼機能」を評価し、3項目以上基準値以下の場合、「口腔機能低下症」と診断する。

(「高齢期における口腔機能低下-学会見解論文2016年度版-(日本老年歯科医学会学術委員会、2016年)」  
「口腔機能低下症の検査と診断-改訂に向けた中間報告-(日本老年歯科医学会学術委員会、2018年)」)

# 要介護者の口腔状態と歯科治療の必要性

- 要介護高齢者（N=290,平均年齢86.9±6.6歳）の調査では、歯科医療や口腔健康管理が必要である高齢者は64.3%であったが、そのうち、過去1年以内に歯科を受療していたのは、2.4%であった。



なぜ、歯科医師は通所での口腔機能向上加算の算定するための支援に協力してくれないのか？

① 通所内での医療行為は禁止されているので治療はできない

② スクリーニングの結果、口腔機能が低下しているという事で受診されても、

例えば、『歯が1本もなくアルツハイマー型認知症で指示が入らず、入れ歯を必要としていないような患者』

- ・ 口腔機能低下症という病名をつけられない。
- ・ 舌圧検査も咬合圧検査も指示が入らないため病名がありません。
- ・ 病名がないため外来での治療は何もできません。

③ 訪問で上記の方の摂食嚥下治療という医療行為をして国に算定すると口腔機能向上加算は算定できません。

現在は、このような不十分があります

# 口腔スクリーニング項目の開発

令和元年度老人保健健康増進等事業「居宅系サービス利用者等の口腔の健康管理等に関する調査研究事業」において、通所サービス利用者の口腔衛生状態の悪化、口腔機能低下のリスクを介護職員でも簡便に評価できる口腔スクリーニング項目（素案）を開発。

※ 令和2年度老人保健健康増進等事業において、検証を予定。

## 口腔に関するスクリーニング項目（素案）

		質問	観察
咀嚼関連	硬いものが食べにくいと感じてますか？（通常の硬さの食事が摂りにくくなってませんか？）	○	
	固いものを避け、軟らかいものばかり食べる ★		○
	入れ歯は使っていますか？		○
	ご自分の歯は残っていますか？		○
	歯のせいで食べにくそうにしている ★		○
	咬筋緊張度		○
嚥下関連	お茶や汁物などでむせやすくなってませんか？	○	○
	食事中的ムセこみ、食後の痰がらみ ★		○
	痰絡みが多い		○
	痰が絡んでいるような声になることがある		○
口腔衛生関連	歯ブラシをするのをいやがる ★		○
	うがいのあと口からたくさんの残渣が出てくる		○
	口臭		○
	うがいができない		○
歯科受診関連	過去1年間の歯科受診の有無（健診・歯のクリーニングも含む）	○	

★ 食事提供のない通所では評価が難しい項目

## 論点⑨通所サービス利用者の口腔機能の向上

### 検討の方向（案）

- 通所サービスの利用者の口腔機能低下を早期に確認し、適切な管理等を行うことによって、口腔機能低下の重症化等の予防、維持、回復等につなげる観点から、介護職員も実施可能な口腔機能のスクリーニングの取組を進めることとし、これを評価することを検討してはどうか。
- また、当該スクリーニングの目的及び方法等に鑑み、栄養スクリーニング加算の取組と併せて提供することを検討してはどうか。

# 自立支援に向けたインセンティブに関連する政府方針

## 「経済財政運営と改革の基本方針2019」（関係部分）（令和元年6月21日閣議決定）

### 第3章 経済再生と財政健全化の好循環

#### 2. 経済・財政一体改革の推進等（2）主要分野ごとの改革の取組 ①社会保障（医療・介護制度改革）

診療報酬や介護報酬においては、高齢化・人口減少や医療の高度化を踏まえ、下記の各項目が推進されるよう適切に改善を図るとともに、適正化・効率化を推進しつつ、安定的に質の高いサービスが提供されるよう、ADLの改善などアウトカムに基づく支払いの導入等を引き続き進めていく。

## 「成長戦略フォローアップ」（関係部分）（令和2年7月17日閣議決定）

### 6. 個別分野の取組（2）新たに講ずべき具体的施策

#### vi) 疾病・介護の予防

#### ① 人生100年時代を見据えた健康づくり、疾病・介護予防の推進

#### カ) 介護予防のインセンティブ措置の抜本的な強化等

・利用者の平均的な日常生活動作の維持又は改善に対する介護報酬加算について、自立支援や重度化防止等の観点から、2020年度中にエビデンスに基づく効果検証を行い、次期介護報酬改定で必要な対応を行う。

# #最後に

アレイソハイマー型認知症. 食道ガン手術し再発(導無し. 経過観察)

下顎前歯 (硬質レジン?) はずれてと.

食形態 → 水分ロミ無し. かゆ. 中サミ (あん無し)

(以前. 良蔵さんの食事見て頂いた時. 隣に座わりスプーンで  
かき込み食べさせていた方)

その後. 箸で食事してもらっているが かき込むことは変わらない.

認知の薬合わず. (逆作用起る) 精神安定させるためリスパリ-1<sup>®</sup>

夕食時 1/2錠服用.

器や箸で食べ物を運ぶ際. 口までの距離感にずれ生じる.

途中. 介助入るが. 食事開始から. 20~30分でせき込み.

疲れらみ. 集中力切れ. 傾眠可る.

全介助助か良いのか? 食形態は. 現状で良いのか. 見て頂きたい.

どうしますか？



# 先行期障害。認知させることで食支援を。



## 摂支協の目指すもの -大義を求めて-

2025年問題・2040年問題。

これらの問題から言えることは、高齢者が増加し、それに伴い在宅要介護者（施設入居者も含む）が増加するということです。

以前は病院で死を迎えられた高齢者も、今後は病状が安定（胃瘻のような経管栄養の患者も含む）し、慢性期を迎えた状態で施設や居宅に戻り終末を迎えるようになります。

このような流れの中で、

**歯科医師は何をしなければならないのでしょうか？**

**何を患者や世の中から求められてくるのでしょうか？**

おそらく齲蝕や歯周病，義歯治療を中心に訪問診療を行っている先生は，施設に行っても治療要望のあった患者さんへの対応が中心ではないでしょうか？

## 摂食協の目指すもの -大義を求めて-

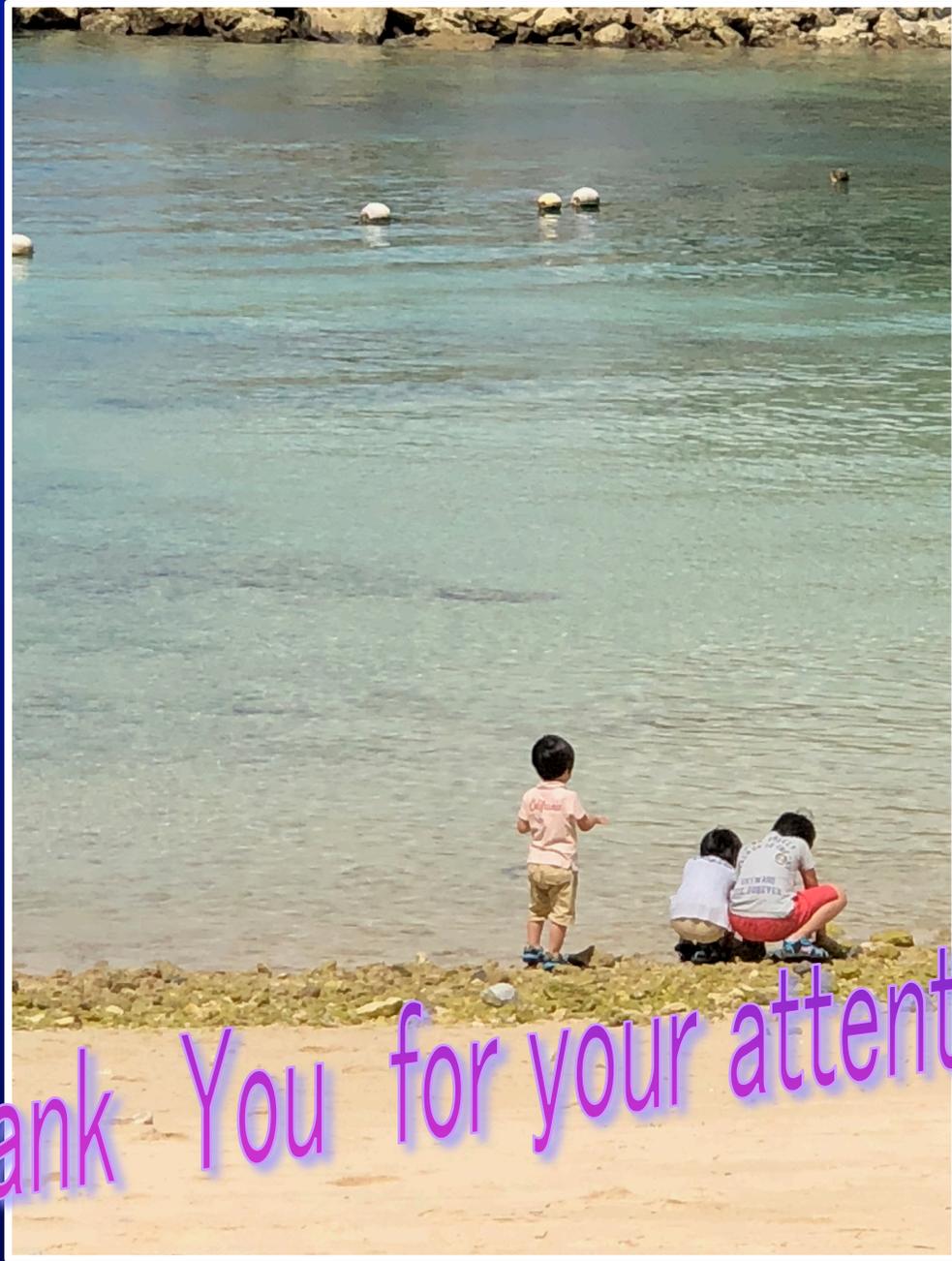
1. 「低栄養・脱水のリスクを回避し誤嚥性肺炎の予防に努める」
2. 「飲むではなく“食べる”の動作を完成できる歯科医師を目指す」

この目標を達成するためには何が必要か？という思考の変換を持つことができると、歯科医師1人では何もできない事や、たった週1日の訪問診療だけでは何も良くなならないことに気付くことができます。1人の患者を治し管理するには残りの6日間に対して、他職種の方々の力が必要となります。

多職種連携で対応する事が必須なのです。経口移行・経口維持を行うには、多職種のチームの一員となって実施せざるを得ないのです。

このような形で訪問診療に臨むことができると、自然と施設入居者全員が訪問診療の対象者となり、施設の利用者全員を管理することになります。

これがまさに国が求めている多職種連携の中における歯科医師の役割ではないでしょうか？



Thank You for your attention