

令和2年度第1回多職種連携による口腔機能管理に関する専門部会議事要旨

1. 日 時 令和2年12月23日（水）13時30分～15時30分
2. 場 所 スペースアルファ三宮6階 特大会議室
3. 出席者（現地参加）足立座長、田中委員
（web参加）増井委員、中谷委員、登利委員、宮内委員、後藤委員、
富田委員、片岡委員、上野委員、清水委員、高橋委員
（欠 席） 並河委員

4. 議事次第

議 題

- 1) 多職種連携による口腔機能管理に関する現状について
 - ① 訪問歯科診療・訪問口腔ケアに関するアンケート
 - ② ケアプラン作成時における口腔・栄養の関連サービスに関する調査
 - ③ 足立歯科専門役による分析結果
- 2) 多職種連携による口腔機能管理に関する課題の抽出
- 3) その他

5. 議 事

1) 多職種連携による口腔機能管理に関する現状について

資料2 多職種連携による口腔機能管理の専門部会について、事務局より説明

資料3 訪問歯科診療・訪問口腔ケアに関するアンケートについて、事務局より説明

● 問2 年1回以上、訪問歯科診療に行った歯科医師は95%

委員) 依頼があった場合、区の代表の歯科医師につなぎ、区歯科医師会の中で「訪問する」と手を挙げている先生に依頼する。ケアマネのネットワークで、この先生が訪問をしているという話で依頼が来るので、結果的には訪問の体制を整えている先生に依頼が行っている結果、この高いパーセントになっていると思う。

委員) 東灘区の場合は、訪問診療の窓口というパンフレットをケアマネとか各医院にお配りしている。訪問診療の窓口である私から、訪問の協力医に対して依頼を行っていることが多いので、思ったよりもパーセンテージが上がっている。

委員) 医師会では、いろんなルートがあるが、あんすこからサポートセンターに来たり、ケアマネからサポートセンターを介してとかが結構あると思う。科によって違うが、内科でも訪問診療を積極的にされているところは半分ぐらい。訪問診療に特化した先生も数件あるので、そういうところにどうしても偏る。

委員) 薬局に関しては、まちまち。薬剤師会を通しての依頼はほとんどなく、知り合

いの看護師とか、ケアマネジャーからの依頼がほとんど。薬局によって偏りがある。

●問4 訪問歯科診療から訪問口腔ケアにつないだ「50%」は多いか少ないか

委員) 訪問に行った方の口腔内の状況は、健常者とは違って非常に汚れている場合が多い。もっと高い割合でつないでいくべきだし、その必要はある。

委員) とりあえず訪問歯科診療で治療してから、訪問口腔ケアにつなげるということをしなさいといけない。訪問歯科診療だけして、その後、訪問に行く歯科衛生士がいないということで、そのまま終わってしまうだとかいうケースが出てきている。

ご家族は訪問歯科診療と訪問口腔ケアの違いがわからないので、歯科医師が訪問歯科診療の際、口腔ケアの必要性を十分に説明する必要がある。残念ながら少ない結果だ。

●問6 訪問歯科診療・訪問口腔ケアを実施する上での問題点・課題

「訪問口腔ケアを実施する歯科衛生士がいない」

委員) 兵庫県歯科衛生士会では、神戸市歯科医師会と連携して訪問口腔ケア事業を実施している。今年度はコロナ禍においても実績が上回っている。毎年、歯科衛生士を対象に研修会も行っており、100人ぐらいは在宅に訪問できる歯科衛生士がいる。人材育成をしている。

委員) 訪問口腔ケアをする歯科衛生士と歯科医師との顔の見える関係を築いていかないといけない。情報交換をしようと思っていたが、コロナでストップしている。

委員) 歯科衛生士会の協力で、歯科衛生士が協力して訪問しますというシステムは整っているが、どんな方が行っていただけるのかわからない、顔も合わしたことのない歯科衛生士に頼むのは不安である。早急に歯科衛生士会から派遣される歯科衛生士と、その地区で訪問に行く歯科医師との顔の見える関係づくりを構築したい。

●「介護報酬の請求などが煩雑で、分かりにくい」

委員) 訪問歯科診療は、外来で診るものと請求が違う。慣れてない先生、特に高齢になると、新たにシステムを勉強するのに非常に億劫な先生もいる。歯科医師会等で請求の仕方等についてのセミナーを企画して、訪問歯科診療に対して勉強する機会を作りたい。

事務局) 今回、件数は伸びているが、実績からいうと半分近くの歯科医師、実際に訪問歯科診療に行っている先生は80人ぐらいと思っている。もっと多くの先生が行けるのではないかと思っている。歯科衛生士と歯科医師で研修会を行って頂くことは神戸市としても支援していける。今の予算組み替えになるかもしれないが、考えていきたい。

●「家族・ケアマネジャーなどから訪問歯科診療の依頼がこない」について

委員) 恐らく特定の歯科医師に特定のケアマネジャーから直接お願いするラインができていて、それ以外の先生になかなかお願いする機会が少ないというのが「大多数の先生は依頼が来ない」というような印象を持っていると考える。

●「訪問に必要な機材器具がない」

委員) 神戸市歯科医師会、兵庫県歯科医師会、各区歯科医師会で機材を確保しているところもある。ただ、貸し出しの問題として、使用後の滅菌とか、保守メンテナンスの管理などという問題がある。結局は訪問に行く先生は、機材を自院で揃えていく。

●「退院時カンファレンスなどに入っていないため、患者情報が入ってこない」

委員) 現状では、退院時カンファレンスに呼ばれることがない。病院の中で、病棟の患者さんへの口腔ケアは行っているが、退院される方は、歯科のほうで介入をしていないケースも多い。看護師で口腔ケアは十分行われているということで、退院のときには、歯科のほうに声がかからない状態になる。

●「患者や家族が理解しにくい」「患者・家族の金銭的負担が大きい」

座長) 訪問されている先生方に聞くと、元気なうちから口腔ケアを定期的に歯科医院に受診していた方は、訪問口腔ケアを理解して非常に受け入れが良い。家族が受けていたら、ご主人にも受けさせると聞いた。

委員) 元気なときから口腔ケアを受けて、その重要性を理解しておられる方、または家族が十分理解しておられる方は非常にスムーズに行く。また、ケアマネ、介護・訪問に関わるスタッフの方、関係者自身が口腔ケアの重要性を非常に理解しておられると、ケアマネからもどんどん案内がくる。自院に来ている患者が健康なときから口腔ケアの重要性を訴え続け、理解してもらう努力がもっと必要ではないか。もちろんケアマネや医師会の主治医の先生方にも理解して頂く必要がある。

●認定審査での審査と、ケアプランとの相違について

委員) 歯科医師会からぜひ言ってくれということだが、認定審査会で審査した際、「口腔ケアの必要性あり」にチェックがある患者について、ケアプランに口腔ケアのメニューが入ってないというケースが見受けられる。これは非常に歯がゆい。せっかく認定審査会で必要と言われているので、いろんなメニューの優先順位があると思うが、我々もケアマネに口腔ケアの重要性をもっと訴え続けていかなければいけないと思う。

委員) 基本的には「必要性あり」なのに、なぜ位置づけられなかったか、その背景が明らかでないので、そこだけで原因が特定されたり、改善する方法を見つけるのは難しい。なぜそのプランに位置づけられてないのか焦点を絞って新たに調査する必要がある。

●病院における連携について

座長) 歯科医院で定期的なクリーニングを受けておられる方は最近、増えてきているように思うが、病院に入院されて、急性期の病院から回復期、在宅へという形に患者さんが流れていくに従って、その定期的なクリーニングの機会が減っていく。

委員) 院内の医科から歯科に入院中は、嚥下障害とか誤嚥性肺炎とかでみてもらうケースがあっても、その後、回復リハビリテーションにいつて途切れている。在宅に帰

る方でも、退院時カンファレンスは、医科は月に5～6件の先生は来ているが、主に訪問看護・ケアマネで、歯科にはつながっていない。だれがそれを発信して歯科につながるという高い意識を持ってやるかだが、地域連携の看護師の職員もそこまでないし、歯科衛生士から「この人を次につなげましょうか」とかいう、やりとりもできていない。

事務局) 入院中の患者に対しては、歯科衛生士による口腔ケアは重要視されているが、そこから外に出ないという現状で、歯がゆい。

座長) 歯科診療所、それから病院、病院も急性期から回復期、あるいは地域包括で地域につながっていく流れを作らないと、訪問歯科診療や訪問口腔ケアにつながらない。在宅に行って問題点があるから、ケアマネジャーの人たちに「歯科につないでくれ」と言うだけでは、やっぱり難しい問題がある。つなげていくようにしないといけない。

③ケアプラン作成時における口腔・栄養の関連サービスに関する調査

資料4 ケアプラン作成時における口腔・栄養の関連サービスに関する調査について、事務局より説明

資料5 ケアマネへのアンケート結果について、座長より説明

委員) 大体の施設が、訪問歯科医師や歯科衛生士さんも入っているので、口の中の清潔を保つ点では、指導を受けながら職員も実施しているので、すごく充実している。特養に入居される方は、病院から老健から来られるが、そのサマリーとかの情報には歯科のことは全然書かれてなくて、一から訪問歯科の先生に診て頂いて開始となる。連携とかもう少しできれば、スムーズに今までの流れもわかるのではないかと思う。この会議の前に、施設のケアプランを10施設100人見たが、歯科のことをケアプランに盛り込んでいる内容が1～2名しかない。食形態は盛り込まれているが、口の状態は、全然ケアプランに盛り込まれていない。いろいろ工夫して口腔ケアしているのに、ケアプランにないので、ケアマネと再度話し合いながらやっていかないといけない。

座長) 施設は、人的な部分が揃っていると思うが、居宅、えがおの窓口は、どう関わっていったらいいのか。

委員) 施設では、管理栄養士がいて、体重をチェックしたり食事量をチェックして、栄養ケアができてるが、居宅の場合、食事は最後で、在宅訪問につながっていないのを痛感した。「栄養」は大事なので、先生方にもぜひ進めていって頂きたい。

委員) 医科にも歯科にも関わっている領域では、リハスタッフの中では言語聴覚士(以下、ST)が一番だ。が、絶対数が少ないので訪問に出ている人は少ない。歯科医師会の先生方とは、きちっとSTがコラボをしてやっていかなきゃいけない。

現状、リハの中で、誤嚥とか口腔ケアも含めてSTの介入はしているが、急性期は歯科衛生士も入っているので病棟の中で連携もできているのかもしれない。特に回復

の病院で、歯科があるとか歯科衛生士がいる病院が圧倒的に少ない。療養にいくと、その関係が切れている。リハスタッフとしてS Tが歯科と医科の間をつないでいかなきゃいけない。

今、リハビリのほうでもリハ栄養という問題が出ていて、病院の中でリハを一生懸命やって、だんだん元気をなくす患者がいる。要するに、栄養が十分にとれていないので、リハをすることで栄養消費をしてしまう。リハビリ職全体も、もっと栄養についての関心を持っていかなければいけない。

座 長) リハ栄養は、まだまだ理念としては歯科に浸透していない。

委 員) 口腔ケアをS T自らしていることがある。いつもS Tの中で話題になるのは、義歯をどのようにすれば食べられるのか、コミュニケーション能力の向上につなげられるのかというところで、もっと歯科医とか歯科衛生士と一緒にいかないといけない。歯科医院でS Tを雇っているところはほとんどない。どう連携するのかというのは、いわゆる病院機構全体の問題として考えていかなければいけない。

座 長) 歯科につないで頂くと、いいコラボができると思う。

委 員) 施設のほうは、職員のほうから認知症の方の磨き方を相談されることはあるが、継続して訪問につながるということは少ない。

座 長) 結局、あらゆる職種が、多職種が連携するという事は、口に関して興味を持って頂くことが非常に大きな力になるのではないか。栄養士やS Tも含め口の中をみていただきたい。

ケアマネジャーがケアプランの中に入れる時、いろんな情報をいろんな所からとるのに、口の情報がものすごく少ないというのが、このアンケート結果から見えてくる。口の情報を誰が発信するかということだが、病院でも在宅につなぐ、あるいは施設につなぐときにも口の情報が余りない。

●入退院連携シートについて

事務局) 「入退院連携シート」で連携できたらというキーアイテムにしたいという思いから、アンケートの項目に入れた。ただ、今の段階で、歯科の内容が入退院連携シートの中に充分入ってないのも事実なので、それで入退院連携シートの利用が少ないのか、それとも今後増えていくものなのかは、まだ分析はできていない。退院サマリーなどの既存のものを使われているところが多いのかなと思うが、もし入退院連携シートの中に歯科の部分で明確に入ることができれば、変わってくるかもしれない。

委 員) 看護サマリーで必要な情報が押さえられるので、そちらのほうの使用歴が長く、後からできた入退院連携シートに切りかえるメリットが多くないというのが現場の温度感。

もう一つは、入退院連携シートは、入院時は居宅のほうから入院のご利用者さんの情報を流させて頂く。退院時は、病院側のほうからサマリーを頂くことでこれまでや

っており、そこで、存在意義とか、正直、入退院連携シートを書くにあたって、またサマリーをもとに入退院連携シートを起こすこともあるので、そういったユーティリティの低さがこういう結果に結びついていると考える。逆に病院側は使い勝手とか、サマリーとの重なる部分とかいかがですか。

委員) 存在は知っているが、先ほど言われたように、入院時はケアマネジャーからサマリーも頂いているし、退院時は看護サマリーで、あえてそこにまた紙を使う手間もあるので、実際のところ使えてないのが現状。

もう一つ、地域連携の看護師の案だが、誤嚥性肺炎が医療費を逼迫して、オーラルフレイルとか口腔ケアをきっちりやることで、誤嚥性肺炎を少なくして健康寿命を延ばすところが大事だ。口腔ケアの大事さは頭ではわかっているが、なかなかシステム的に、多職種、特に歯科、口腔ケアと連携するということにはいかない。例えば、誤嚥性肺炎のパスをつくって、そこに必ず歯科が入るように政策誘導とか、診療報酬に乗ってもらったら、医師が歯科に必ず地域にも振るみたいな流れができれば、医科歯科連携ができないか。

院内で、歯科との連携をメインにした多職種連携を、今年度、企画してたが、コロナ禍で今回はつぶれた。

座長) 入退院連携シートは余り使っていないことは、歯科あるいは口腔の情報を書く欄が少ないということとは余り関係がないと理解してよろしいですか。。

委員) はい。

座長) むしろカンファレンスや退院サマリーのほうが使う率が高いということですね。

委員) そうです。

●周術期の口腔機能管理、地域との連携について

座長) パスにつないだら歯科との交流ができるんのではという話でしたが、いまひとつは、周術期の口腔機能管理ということで、手術前、これは栄養管理も含めて口腔機能管理をするということが、大体流れとして急性期のほうではできてきつつある。いわゆる周術期の手術の患者だけに終わってしまっていることが多いのではないか。手術以外の患者さんにも、同じようなことを広げていくべきだ。特に誤嚥性肺炎で入院されている方は、何らか口腔の細菌が原因になっているわけだから、口腔ケアは必須だと思う。それをつなげていく必要がある。

もう一つは、病院から地域につなげていく、あるいは、急性期の病院だったら、次の回復期の病院につなげていくということを意識してもらいたい。

事務局) 現段階で、歯科医師から地域の歯科医師へつなぐことは、ほとんどない。病院の中で口腔ケアをされていた患者は、院内で終了となっているのが、今の西市民病院の状況。

座長) 特に周術期の口腔機能管理などで、あるいは病棟の患者さんが歯科受診をされ

た際には、要は行動変容をして頂く。今まで余り口に興味を持たなかった人が、やはり退院した後も口腔ケアが必要と思ってもらえる指導というか、それを急性期からやって頂くと、非常に次の病院や居宅での歯科の関わり方がスムーズになってくると思う。

●「医師・歯科医師からの指示がないから」

委員) このごろドライマウスの方が多く、耳鼻科と歯科とどちらが関係しているのかという方は確におられる。医科歯科連携はドライマウスでは非常に大事と思う。

委員) えがおの窓口のケアマネジャーが、800名ほどアンケートを返事している。1人が大体30名弱ぐらいは持っているので、かなりの量の利用者の数が上がっている。

問2のケアプランに入らなかった事例について注目して考えると、「指示が先生方からないから」と、「歯科が介入する効果が分かってもらえず、利用者・家族は必要としていないから」だが、恐らくクロス集計をしていくと、上位の4つが結局のところ挙がってくると感じる。在宅の場合、家族が知識とか、必要性とか、費用対効果を理解していただかないと、なかなか介入ができないというのが一番大きな課題だ。

ケアマネジャーがアセスメントの中で、当然、アセスメント項目の中には口腔内や、栄養状態、服薬状態等の項目が当然あるので、そこで導き出した必要なニーズ、栄養状態や口腔ケアが実施できるかどうかというのは、個々の環境によってかなり大きく違うのが現状と認識している。そういう意味では、家族がいかに理解していただけるかと、かつ、かかりつけの歯科医がいない場合は、教育者としての先生を持っておられないから、知識がわかりにくい、伝わらないというところはあると感じている。

資料6 多職種連携による口腔機能管理に関する課題の提出について、事務局より説明

●利用者・家族の理解、利用者・家族へのサービス内容・効果・費用の説明ツール

委員) 施設、えがおの窓口とも、「利用者・家族の理解」あるいは「利用者・家族へのサービス内容・効果・費用の説明ツール」が不足している。理解を深めてもらう手段だが、歯科医師会としては、今までも口腔ケアの重要性を書いたパンフレットとか、介護保険でも別枠で算定できますとか、費用が大体これぐらいですと書いたものとか、口腔ケアの効果をパンフレットにして配っている。が、ほとんどそういうツールがない内容なので、実際どういう内容のものを、どこのどなたにお渡ししたら一番効果的なのか教えて頂いたら、早急に用意して、お手元にお届けしたいと思っている。

座長) 資料に入っています「訪問歯科診療 口腔ケアのご案内」というリーフレットがあるが、もうちょっとブラッシュアップして、わかりやすくしたりとか、あるいは、アセスメントツールで、こういう状態になったら、歯科に送って頂いたら、評価して頂いたらみたいなものがあればいいけれども、それをどなたにお渡しして、どなたに、どこにつなげていくのかという話ですね。

委員) それをケアマネがですか。例えば、医務薬務課では、現在、お薬相談シートを作成されている。ケアマネジャーをそうやって期待して頂くのは非常にありがたい話ではあるが、次から次に新しいシートができると、できたときにはカンフル剤として機能するんですが、新しいものができればできるほど古いものが下に沈んでいく。本当に全体として整理して考えていかないと、ずっと同じことの繰り返しになるというのが正直な印象だ。どれも大事だが、五月雨式に、防災のこと、感染症のこと、生活保護のこと、業務内容が非常に多岐にわたるので、こういうシートがたくさん出てくる。たくさん案内も出てくる。そういうものを一元化とか統合する流れがないことには、なかなか荷が重い。

座長) 確かにキャパの問題とか、いろいろあると思う。仕事量ばかりが増えると思うが。

委員) 僕ら歯科医師会は、今までケアマネさん頼りにし過ぎてた。実際問題、家族と本人が必要と本当に思っていたかなければ広がっていかない。一番は、市民にわかって頂く取り組み、区民に向けて口腔ケアが必要であるということを歯科医師会としてやっていかないといけない。

せっかく作ったリーフレットが、必要な家族・本人に届くようにするためにはどういうふうにしたらいいか。例えば、ケアマネからじゃなくて、退院のときに、こういうリーフレットを渡していただけるというようなことは可能なのか。

委員) この口腔ケアのご案内パンフレットは、コピーして、地域連携の職員に渡している。歯科外来とか地域連携室を通じて、患者にお渡しできるかなと思っている。

委員) 病院に置けるとは思うが、依頼のある患者さんは、寝たきりだったりADLが落ちているので、その方が外来まで取りに行ったりはできない。家族は、コロナのこともあり面会も限られているので、家族に直接歯科医師のほうから必要性を言う機会がない。退院カンファレンスとかで渡して頂くとかは可能だと思う。川崎病院では、最近、誤嚥性肺炎の方にSTが介入するので、それにあわせて歯科も介入はしている。ただ、介入してはいるが、退院される方は口腔内の状態もよくなる。STにしる、歯科にしる、看護師にすべて口腔ケアを任せる状態になるので、退院カンファレンスは、口腔ケアの話題が後回しに、退院時には状態がよくなっているのでは、歯科受診が後回しになったり話題に上らない。

座長) この歯科医師会がつくった「訪問歯科診療 口腔ケアのご案内」をブラッシュアップして、わかりやすく使いやすくすることと、いろんところで活用して頂かないと、余り意味がない。せっかく多職種連携の専門部会が立ち上がっているのでは、いろんところで活用して頂くということが、市民喚起、意識の流布につながっていくのではないかと。銀行に置いたりとかは。入退院連携シートは、事務局も考えて頂いて。

委員) 介護認定にしても、リハの判定、評価基準もそうだが、もともと口のことに関

しては、口腔内のこと、歯のこと、コミュニケーションに関して、ざっくりとしか評価シートはない。例えば、介護保険の認定に関しては、コミュニケーションのことで介護審査にかかることは余りない。要するに、口腔機能全体、口のこと、食べること、嚙むこと、しゃべることに関する評価は、今まで余り重要視されてきてない。身体面のほうがどちらかというとき大きい。実際に、コミュニケーション障害のある方が介護認定が非常に低くて、いわゆる生活自立につながっていないパターンというのが結構ある。地域包括ケアの中で、住民つどいの場にも実はコミュニケーション障害の方は行ってもわからないことが多いので、出て行けない。その人たちはフレイル予防の対象にもなっていない。それも含めて、もっとコミュニケーションを含めた口腔機能にスポットが当たるような評価内容に変えていかないといけない。

もう一つ、これは今コロナ禍で、我々はちゃんと調査はしてないんですけど、S Tの中で、聞いていると、現在、病院なんかに入院してくる、例えば、増悪して入院してくる患者さんなんかをみても、嚙下の状態とか口の中の状態は、以前に比べたら、このコロナ禍において重症化してきて、かなり劣悪な状態で入院してくるので、その結果、入院期間が延びるし、ケアの期間も延びているという事実があるようだ。

目に見える形でこの評価自体の見直しを、国の施策にも関係するが、神戸市の独自のものがあれば、注目をしていけないといけない。

ケアマネさんと話をしても、ケアマネから、そういう話題で、実は困っているんだけど、どういうふうにしたらいいだろうかを聞いたりする。そのところで問題になるのは、S Tの絶対数が少ないので、S Tに介入してもらえますかと言われると難しい。そういうジレンマはあるが、クローズアップすることをしないといけない。

座長) 口に関する、あるいは嚙下も含めたような口腔咽頭機能に関する情報が余りにも少ない。これを情報量を増やすためには、各職種が口に対してもっと興味を持つということが非常に大事。それを最終的には歯科やリハビリにつなげることが大事。

ただ、今、訪問看護ステーションの中で、リハのスタッフ人数を減らそうという形が起きているように聞いている。

委員) そうなんです。看護師の基準を上げることによって、リハのスタッフが減ることになる。今、その問題が出ているので、今後、どうなっていくのか非常に厳しい。

座長) 本日、何か方向性を出すことは難しかったが、一つ見えてきたのは、いろんな職種がもう少し口に興味を持って頂いて発信していただきたい、つなげていただきたいということが一つ。

ケアマネジャーのような一つの職種に大きな負荷をかける形でのシステムづくりは、余りいい方向ではないように思うが、ただ、つないで頂く機能としてケアマネジャーは非常に大きな存在なので、ご理解いただきたい。

事務局) 今回いただきました意見を踏まえて、来年度に施策の方向性を議論したい。

本日頂いたご意見の中で、一言だけ申し述べたい。入退院連携シートが少し議題に挙がった。正直、余り使われていないということでショックを受けている。もともと、医療介護連携に関する専門部会で、平成30年度に重点的に議論をして、それまでならばあった情報共有ツールについて、関係者が議論して、統一しようということからスタートした。医師会、民間病院協会が中心に作られた在宅療養者の基本情報シートがあったが、実はケアマネジャーが加算を取るために必要な項目が入っていないという課題があった。一方で、ケアマネジャー連絡会が作った情報提供書は、病院側にとっては医療の情報が不足しているという、双方少し足りないところがあった。これを何とか双方満たす全市統一の形でやりましよう、平成30年度に議論して入退院連携シートを作った。

31年4月からの運用なので、まだまだ普及していないというのが実態かと思われる。また、コロナ禍で我々もその利用促進についての動きが足りなかったかもしれないが、このシートを活用して、ケアマネジャーと医療関係者、介護と医療の連携が円滑にできるようにこれからも努めていきたい。皆様もご理解のほどよろしくお願ひしたい。

6. 閉 会