

地域連携と医療介護同時改定

5

他職種連携と歯科訪問診療と 口腔ケア



愛知県名古屋市開業

鈴木 俊夫

キーワード

在宅医療／口腔ケア／他職種連携

すずき としお

●愛知県名古屋市開業（医）鈴木歯科医院理事長 ●博士（歯学） ●愛知学院大学歯学部非常勤講師、歯科医師臨床研修指導歯科医、日本老年歯科医学会認定医・指導医 ●労働衛生コンサルタント ●1973年愛知学院大学歯学部卒業、同年愛知学院大学歯学部口腔外科学第二講座医局員、77年名古屋市にて開業 ●著書：認知症高齢者への口腔ケア（共著）、在宅医療実践マニュアル第2版（共著）、ほか著書多数

1. はじめに

各地で訪問診療が取り組まれている。ここ何年も在宅歯科医療の充実と叫ばれているが、実際に訪問診療を実施してみると、改定の都度、診療報酬が引き下げられているように感じるの筆者だけだろうか。

そこで、本編では現場から感じたことを述べてみたい。

2. 診療体系の見直し

1) 往診料と訪問診療料の違い

歯科では、訪問診療が診療報酬に設けられたとき、往診料が訪問診療料に含まれ往診料としての診療報酬はなくなった。

往診料は、患者の求めに応じて患家に赴き診療を行ったとき算定できる。訪問診療料は患者の求めはないが同意がえられて健康管理上、継続的な治療が必要と認められる場合に算定するとされている。

しかし、歯科では、任意の救急の診療（往診）と、継続管理の診療（訪問診療）とが、同一視されている。そして、そのままの体系で診療報酬が定められてきている。

この違いは、分かりやすく示すと、

- ①診療行為がなされても初診料や再診料の算定ができないことがある。
- ②患者の具合が悪くて、一日2度訪問しても、訪問診療料は1回しか請求できないが、往診料であれば当然算定することができることになる。

2) 施設と居宅の違い

歯科訪問診療料の算定は同じであるが、歯科衛生士が訪問した場合には、医療保険では、訪問歯科衛

生指導料を算定し、介護報酬では居宅療養指導管理費用となっている。施設では特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）や介護老人保健施設では、介護施設であるにもかかわらず医療保険から診療報酬が支払われ、有料老人ホームなどでは介護報酬として支払われている。

また、高齢者の居所は、高専賃（高齢者専用賃貸住宅）はじめ年を追うごとに様々な形態の施設が登場し、行政の方がその仕様に対して追いつかないような状況にもなっている。こういった施設の多様化を視野に入れて診療報酬体系の整理が必要である。

3) 歯科医師によるチームケア推進の評価

在宅療養の後方支援として病院歯科口腔外科を充実していただくとともに、口腔ケアセンターもしくは、口腔ケアチームの設置を評価していただき、病院全体の口腔ケアや歯科治療の充実を図り、口腔内が悲惨な状態のまま退院してくることを少しでも減らすことが、訪問診療をより早く充実したものとすることは明白である。

口腔ケアチームやセンターの評価をぜひ実現していただきたい。

4) 訪問にかかる手間暇の評価

訪問するには、様々な手間暇が必要とされる。

- ①患者との時間調整。時には様態急変で訪問しても診療できないことや、病院や施設では、検査・入浴・リハビリなどで不在も多い現実がある。
- ②訪問診療に伴う機械器具の準備、戻ってからの後片づけや消毒。
- ③都心部へ向かうときには信号が多く、山間部では道が狭くて曲がりくねり、積雪の多いところ

では訪問が難しく、また観光地では季節により観光客の車で渋滞する機会が多い。また、都心部では高層住宅が多く、駐車場から患者宅まで時間を要するなど、患者宅まで無駄な時間の消費を伴う。

さらに、患者宅の所在地警察署に提出する駐車許可証の手続きが、年々細かくなり作成にかなり時間を必要とする。現状の診療報酬では、その経済的補填はほとんどないに等しい。

3. 高齢者や要介護者の環境を取りまく問題

1) 訪問診療のリスク管理

- ① 要介護者は、様々な疾患やその後遺症を有し、そのうえ認知症などを伴っている場合も多く、服用薬剤の種類も多岐にわたっている。
- ② 診療を行うには環境が整っていないため、患者と医療者の安全安楽の確保が難しい。
- ③ 介護者は、老老介護。認認介護の場合も少ないため、正確な患者の状態把握が難しい。
- ④ リスクが高い場合には、後方支援病院の歯科口腔外科の協力が不可欠であるが、年々閉鎖や廃科が相次いで起きており、後方支援体制の脆弱化が進行している
- ⑤ 社会的変化として、患者の権利意識の向上とともに、診療に対する不信感の増大や、診療費の不払い、健康保険証の不提示などが見受けられる。

など、診療に伴うリスクが必ず伴っているにもかかわらず、診療報酬はリスクをほとんど加味されていない。

また、ここ数年、成年後見人が指名されている人が増ってきているので、治療前に確認し、治療費をだれが支払うのか、治療方針についてだれに承諾を得ればいいのか、情報を把握しておく必要がある。

2) 特別養護老人ホームと老人保健施設の違い

歯科訪問診療の依頼は、病院では主治医や看護師、施設では相談員、居宅では患者家族や介護支援専門員などから寄せられる。

そこで、その当該患者の居所や要介護などの全身状態を把握することになる。その患者が通所リハビリテーション（デイケア）、通所介護（デイサービス）、施設でも短期ショートステイなどは、原則訪問診療の対象者とならないため、確認をしておかなくてはならない。

また、老健の看護師の職務と特養の看護師の職務は次のように異なっている。特養の看護師の職務は医師の診療補助と医師への連絡調整などで、介護行為を行うために配置されていない。しかし老健の看護師は療養上の世話も含まれているため、口腔ケアについても指示をして実施してもらうことができる。

また、拔牙などの行為でリスクが高いと考えられる場合には、後方支援病院の歯科口腔外科に入院拔牙を依頼することになるが、特養であれば短期間で

あれば退所扱いにならないが老健では退所扱いとなり、再度入所するには時間を要することになり、入院拔牙は家族が反対することが少なくない。

したがって、今回の改定では、短期入院であれば老健の場合にも、入院拔牙の場合には、退所扱いをやめていただきたい。

3) 他職種との連携

訪問診療に際して、下記のように多くの職種と協働することが不可欠となる。

- ① 相談員や介護支援専門員が、患者家族との連絡調整など。
- ② 言語聴覚士（ST）は、摂食嚥下訓練や発語訓練、口腔ケアなど。
- ③ 管理栄養士は献立の作成と個別相談など。
- ④ 理学療法士（PT）は、歩行訓練など。
- ⑤ 作業療法士（OT）は、手指などの作業訓練。
- ⑥ 栄養士は、献立の作成・調理。

施設や通所施設には、介護報酬として、口腔機能向上加算（歯科衛生士や看護師など）、栄養ケアマネジメント加算（管理栄養士）、口腔機能維持管理加算（管理栄養士・歯科医師・歯科衛生士など）、経口移行加算（看護師など）が設けられているが、指導もしくは協力した歯科医師には無報酬となっている。

当然、歯科医師が協力した場合には報酬があってもしかるべきと考える。

4. 診療報酬と介護報酬の同時改定に望むこと

医療保険制度と介護保険制度の異なった制度のもと、在宅歯科医療を多くの在宅療養者が受けられる環境整備を進めていくためには、診療報酬の低さと矛盾、介護報酬における各種加算に関する歯科医師の診療報酬体系、訪問看護ステーションへの指示書の発行ができないこと、口腔がん患者などに対する栄養管理の指示を管理栄養士にできないことなど、多くの課題が山積している。

また、介護支援専門員に対して歯科口腔機能を管理するために指示書を発行できないことなど、現実に訪問診療を行っていくと様々な問題点が浮上してくる。

机上論で医療と介護の同時改定を進めるのではなく、現場の実績にもとづいた意見や要望をくみ上げて決めていただくことを期待している。これにより歯科医師の資質の向上にもつながり、ひいては地域住民が安心して暮らせることにもつながると考える。

5. おわりに

歯科医師など歯科関係者にも、老健や特養の施設長や経営者、また訪問看護ステーションやデイサービス、居宅介護支援事業所を営んでいる者がいることを、読者に知っていただき、そうした関係者からも意見を聴き問題点を浮き彫りにして、今回の改定に臨まれることを期待するものである。