

在宅(その4)

1. 歯科訪問診療の現状等について

2. 歯科訪問診療の提供体制について

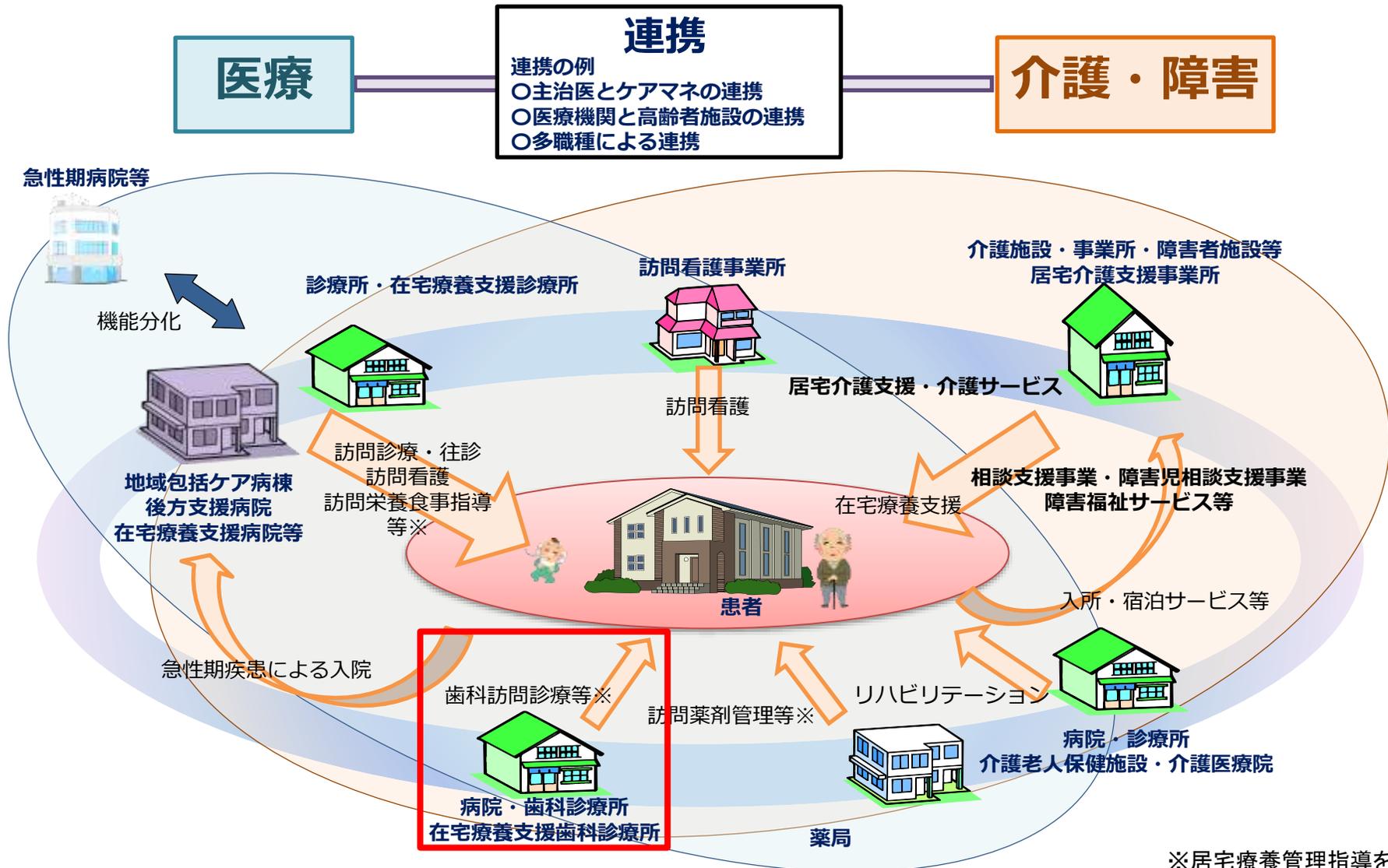
3. 歯科訪問診療における口腔の管理について

4. 小児に対する歯科訪問診療について

5. 歯科訪問診療における連携等について

地域包括ケアシステムにおける在宅医療（イメージ）

○ 在宅医療は、高齢になっても、病気や障害の有無にかかわらず、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステムの不可欠な構成要素である。



※居宅療養管理指導を含む

令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会における主な御意見

(令和5年6月14日中医協資料より、歯科訪問診療に関係するものを抜粋)

テーマ1:地域包括ケアのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携

- 障害福祉サービスでも医療ニーズが非常に高まっており、体制整備も含め医療と福祉の連携は喫緊の課題。口腔健康管理や歯科医療の提供、薬剤管理も同様に医療と障害福祉サービスの連携が必要。

テーマ2:リハビリテーション・口腔・栄養

- リハビリテーション・口腔・栄養は、多職種が連携し、的確に対象者を把握し、速やかに評価や介入を行える体制を構築することが重要。その際、患者の経過や全身状態を継続的に観察している看護職がアセスメントした情報を多職種と共有し、早期の対応につなげるという体制構築が重要。
- 令和3年度介護報酬改定で示されたリハビリ、口腔管理、栄養管理に係る一体的な計画書は、医療でも活用可能。多職種による計画作成を後押しする仕組みが必要。
- リハビリ・口腔・栄養の連携として、目標を共有することは理解できるが、誰が中心となって全体の進捗を管理するのか明確にすることも重要。
- 病院や介護保険施設等において、口腔の問題等が認識されていないことは課題。歯科専門職以外の職種も理解できる口腔アセスメントの普及も必要。末期がん患者への対応など、状態に応じた口腔管理の推進が必要。
- 歯科医師と薬剤師の連携の推進は重要。また、口腔と栄養の連携も更に推進が必要。
- 歯科治療や定期的な口腔の管理は誤嚥性肺炎や感染を予防するうえで非常に重要。
- 給付調整を含めた制度の複雑さがあるのではないか。
- 感染症対策も含めた口腔の管理の提供のあり方も工夫が必要。

テーマ3:要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療

- 入院による生活機能等の悪化や重症化を予防するためには、口腔管理含め多職種の早期離床等の取組が必要。また、医療機関に歯科がない場合においても、口腔の管理が継続できるような体制整備を構築すべき。脳血管疾患や誤嚥性肺炎についても医療介護連携が可能な仕組みを検討すべき。

テーマ4:高齢者施設・障害者施設等における医療

- 歯科医療機関との連携の観点からは、協力歯科医療機関以外の地域の歯科医療機関も含む地域連携が重要。

テーマ5:認知症

- 早期の気づき、早期対応、重度化予防には多職種連携による連携が重要。服薬管理、歯科治療、外来看護師による相談等が適切に実施されることも重要。

テーマ6:人生の最終段階における医療・介護

- 人生の最終段階において、最期まで口から食べることや口腔を清潔に保つことは、QOL向上の観点から重要。終末期において、患者の状態に応じた適切な口腔健康管理が実施できるような実施体制の構築が必要。

テーマ7:訪問看護

- 訪問看護の利用者には口腔に課題がある者もいるため、多職種連携がより推進される仕組みが求められる。

- 在宅医療の需要は2040年に向けさらに増大することが予想されており、患者が状態や疾患に応じて希望される場所で看取りがなされるよう、診療報酬上も適切な対応を検討していく必要がある。
- 在宅医療の24時間体制については、訪問診療と訪問看護をセットで考え、どのように維持していくかを考える必要がある。
- 在宅医療提供体制は医師が一人で24時間365日の対応をするのではなく、近隣の診療所や中小病院との連携の下に構築する必要がある、在宅療養移行加算の様な連携の仕組みを普及していくのが喫緊の課題である。
- 緊急往診の提供体制の充実が必要だが、地域連携の下で計画的な訪問診療が行われることを基本としつつ、検討していく必要がある。
- 地域でICTを有効に活用して情報連携を充実させることは今後の需要増加に対応するにあたり不可欠である。
- 患者さんが安心して在宅医療を受けるためには連携の強化や情報共有に加えて、医療の質も確保していく必要がある。
- かかりつけ医が外来に加えて在宅に尽力している医療機関と在宅医療を専門としているような医療機関では効率性が異なることに留意する必要がある。
- 在宅医療の提供体制の地域差については、都市部での規模の大きいクリニックと地方での点在するクリニックでは事情が異なることを留意しなければならない。地方においては医療機関同士で補完しあう形でかかりつけ医機能を推進していく必要がある。
- 良質で切れ目のない医療提供体制を構築する観点からも、在宅医療の提供の地域差について、要因の把握を行う必要があるのではないか。
- 往診加算の算定回数が増加傾向であることについて、新型コロナウイルス感染症に関する特例の廃止後の動向を注意深く見ていく必要がある。
- 看取りは死の瞬間までを支えるターミナルケアの充実が重要であり、がんや非がんに関わらず、緩和医療を提供することが必要である。
- リハビリテーション・栄養・口腔が連携した取組は重要だが、在宅では特に不足している。口腔や栄養のスクリーニングをしてニーズを把握し、近隣の医療機関や老健等とも連携して貴重な人材が地域で活躍できる仕組みの検討が必要である。
- 診療所が栄養ケア・ステーションと連携して訪問栄養食事指導を行うためには、医師の指示箋や契約のハードルを下げる工夫が求められる。

令和5年7月12日開催の中医協における主なご意見(在宅歯科医療に関するもの)

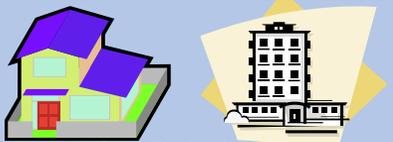
- 歯科訪問診療はニーズがあるものの、実施している歯科医療機関は全体の約2割程度にとどまっているため、各地域における在宅歯科医療の提供体制の構築をさらに推進する必要がある。
- 病院歯科による歯科訪問診療の実施状況は地域差が大きい。病院歯科と歯科診療所の連携は非常に重要であることから、病院と歯科診療所のそれぞれの機能に応じた評価について検討すべき。
- 在宅療養支援歯科診療所について、さらに機能分化・連携が進むよう、機能に応じて適切な評価を検討すべき。
- 訪問歯科衛生指導について、施設等で実施される日常の口腔衛生管理と、医療として実施される訪問歯科衛生指導では役割が異なるため、要介護者等の口腔健康管理がさらに推進されるよう検討すべき。
- 人生の最終段階においては、口腔乾燥などから生じる疼痛・不快感などで頻回の介入が必要になるケースもあることから、適切な介入が可能となるよう検討すべき。
- 小児への歯科訪問診療について、医療的ケア児の増加などに伴い今後さらにニーズが増すと考えられることから、推進する必要がある。
- 歯科訪問診療は歯科医療機関により提供されるため、関係者間の情報連携は非常に重要であるが、連携が進んでいない現状があることから、その理由や課題について分析するべき。また、栄養サポートチームについては、実施状況が一部にとどまることから、連携して実施できる体制を構築していく必要がある。
- 歯科訪問診療を実施していない理由として「依頼がない」という回答が上位にある一方で、介護保険施設では歯科の受診経験なしが約30%となっている。歯科訪問診療が推進されるよう、ニーズのマッチングを進めるべき。

1. 歯科訪問診療の現状等について
- 2. 歯科訪問診療の提供体制について**
3. 歯科訪問診療における口腔の管理について
4. 小児に対する歯科訪問診療について
5. 歯科訪問診療における連携等について

在宅歯科医療に係る診療報酬上の取扱い

- 歯科訪問診療料は、訪問先の建物の種類に関わらず、訪問診療にかかった「時間」及び同一建物における「患者数」で整理されている。
- 個々の診療にかかる診療報酬は、外来診療と同様に出来高で算定する。

居宅、居宅系施設



通院困難な患者

歯科の標榜がない病院(介護療養型医療施設等含む。)



入院中の通院困難な患者

歯科の標榜がある病院(周術期口腔機能管理に関連する場合に限る)

入院中の周術期口腔機能管理を行う患者

・介護老人保健施設
・介護老人福祉施設 等



入所中の通院困難な患者

通院困難な患者

← 歯科訪問診療の提供

		同一の建物に居住する患者数		
		1人 歯科訪問診療1	2人以上9人以下 歯科訪問診療2	10人以上 歯科訪問診療3
患者1人につき診療に要した時間	20分以上	【1,100点】	【361点】	【185点】
	20分未満	【880点】	【253点】	【111点】

- ※患者の容体が急変し、診療を中止した場合は20分未満であっても、歯科訪問診療1又は2の算定が可能
- ※「著しく歯科診療が困難な者」又は要介護3以上に準じる状態の場合は、20分未満でも歯科訪問診療1の算定が可能
- ※同居する同一世帯の複数の患者の場合は、1人は歯科訪問診療1を算定可
- ※歯科訪問診療料を算定する場合は、**基本診療料は算定不可**

患者の状況に応じて



- 在宅医療に関連する各種加算、管理料等
- 個別の診療内容に関する診療報酬
 - ・う蝕治療・有床義歯の作製や修理・歯科疾患の指導管理など診療行為に対して出来高算定
- 個別の診療内容の項目に対する加算
 - ・消炎鎮痛、有床義歯の調整等に関連する項目について100分の30～70に相当する点数を加算
 - ・歯科訪問診療料及び特別対応加算を算定した患者に対しては、処置の部と歯冠修復及び欠損補綴(一部除外あり)の部を行った場合に100分の30～50に相当する点数を加算

在宅歯科医療に関する近年の主な変遷

改定年	概 要
H26	<ul style="list-style-type: none"> ○「在宅かかりつけ歯科診療所加算」新設（100点） →歯科訪問診療の実績が月平均5人以上、そのうち8割以上が歯科訪問診療1を算定している歯科診療所の歯科訪問診療1の加算 ○歯科訪問診療2の見直し及び歯科訪問診療3の新設等 →「2」:同一建物居住者で2人以上9人未満の患者に対し20分以上診療を実施した場合 「3」:20分未満の歯科訪問診療を実施した場合又は同一建物居住者で10人以上の患者に対し歯科訪問診療を実施した場合 ○「歯科訪問診療料」の消費税対応（「1」:850点→866点、「2」:380点→283点、「3」:143点（新設））
H28	<ul style="list-style-type: none"> ○「在宅かかりつけ歯科診療所加算」を「在宅歯科医療推進加算」に改称、施設基準の算定回数要件を緩和 ○「歯科訪問診療1」における20分要件を見直し →「著しく歯科診療が困難な者」又は要介護3以上に準じる状態等で、20分以上の診療が困難である場合に限り条件を緩和 ○「在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料」の新設
H30	<ul style="list-style-type: none"> ○「歯科訪問診療料」の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・「1」:886点→1,036点、「2」:283点→338点、「3」:120点→175点 ・20分未満について見直し（人数に関わらず）歯科訪問診療3（175点） → （人数に応じ）歯科訪問診療1～3の100分の70の点数 ・在宅患者等急性歯科疾患対応加算の廃止 ○「在宅療養支援歯科診療所」の施設基準を、機能に応じ「在宅療養支援歯科診療所1」と「在宅療養支援歯科診療所2」に見直し ○「在宅等療養患者専門的口腔衛生処置」の新設（120点） ○「小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料」の新設（450点）
R1	<ul style="list-style-type: none"> ○「歯科訪問診療の消費税対応（10月）（「1」:1,036点→1,100点、「2」:338点→361点、「3」:175点→185点）
R2	<ul style="list-style-type: none"> ○「歯科疾患在宅療養管理料」を見直し 「3 在宅療養支援歯科診療所1及び2以外の場合」 190点→200点
R4	<ul style="list-style-type: none"> ○「歯科訪問診療料」のうち、診療時間が20分未満の評価の見直し（「1」:770点→880点、「3」:130点→111点） ○「在宅療養支援歯科診療所」の施設基準を見直し <ul style="list-style-type: none"> ・歯科訪問診療の実績要件（過去1年間の歯科訪問診療料1及び歯科訪問診療料2の算定回数）について、 在宅療養支援歯科診療所1:15回以上 → 18回以上 在宅療養支援歯科診療所2:10回以上 → 4回以上 ・依頼による歯科訪問診療料の算定実績要件の依頼元に、保険薬局を追加 ○「歯科疾患在宅療養管理料」を見直し 「1 在宅療養支援歯科診療所1の場合」320点→340点、「2 在宅療養支援歯科診療所2の場合」250点→230点

質の高い在宅歯科医療の提供の推進

20分未満の歯科訪問診療の評価の見直し

- 歯科訪問診療の実態を踏まえ、診療時間が20分未満の歯科訪問診療を行った場合について見直しを行う。

現行

【歯科訪問診療料（1日につき）】

【算定要件】

注4 1から3までを算定する患者（歯科訪問診療料の注13に該当する場合を除く。）について、当該患者に対する診療時間が20分未満の場合は、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。ただし、次のいずれかに該当する場合は、この限りではない。

改定後

【歯科訪問診療料（1日につき）】

【算定要件】

注4 1から3までを算定する患者（歯科訪問診療料の注13に該当する場合を除く。）について、当該患者に対する診療時間が20分未満の場合における歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3についてはそれぞれ880点、253点又は111点を算定する。ただし、次のいずれかに該当する場合は、この限りではない。



R 4 改定後		同一の建物に居住する患者数		
		1人 歯科訪問診療 1	2人以上9人以下 歯科訪問診療 2	10人以上 歯科訪問診療 3
患者1人につき 診療に要した 時間	20分 以上	【1,100点】	【361点】	【185点】
	20分 未満	【880点】 <u>100分の80相当</u>	【253点】 100分の70相当	【111点】 <u>100分の60相当</u>

歯科訪問診療の実施状況（医療機関数）

- 歯科訪問診療料（歯科訪問診療1,2,3）の算定医療機関数をみると、歯科訪問診療料の算定があった医療機関は15,160施設であり、初診料等の算定がある医療機関約62,000施設の約24%であった。
- 基本診療料及び歯科訪問診療料の算定回数の総数に対する歯科訪問診療料（歯科訪問診療1,2,3の合計）の算定回数の割合は、約3.9%であった。

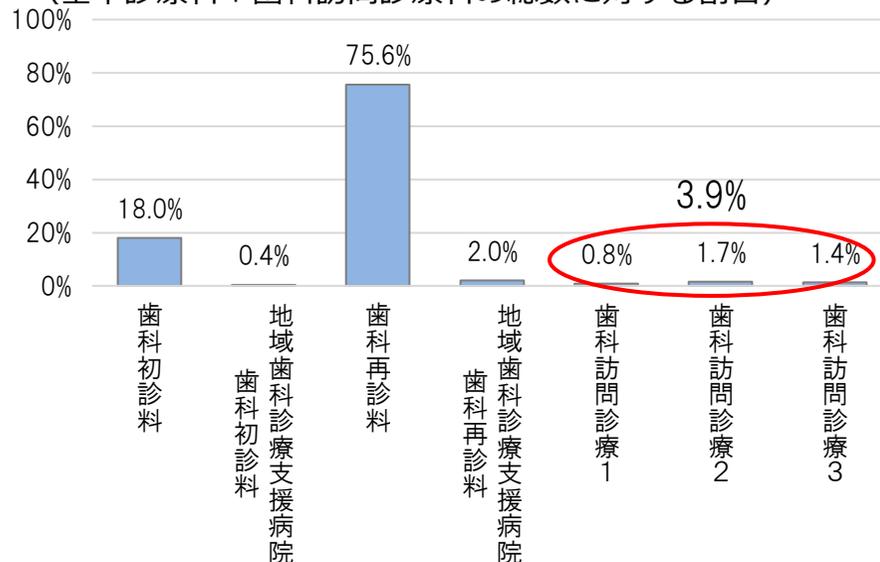
■基本診療料、歯科訪問診療料の算定医療機関数

	算定のあった 医療機関数
歯科訪問診療 1	13,715
歯科訪問診療 2	7,339
歯科訪問診療 3	2,070
15,160 (レセ請求があった 歯科医療機関の 24.3%)	
歯科初診料	61,277
地域歯科診療支援病院歯科初診料	589
61,865	
歯科再診料	61,542
地域歯科診療支援病院歯科再診料	588
62,128	

※当該月にレセプト請求があった歯科医療機関数：62,342施設

■基本診療料、歯科訪問診療料の算定状況

（基本診療料＋歯科訪問診療料の総数に対する割合）



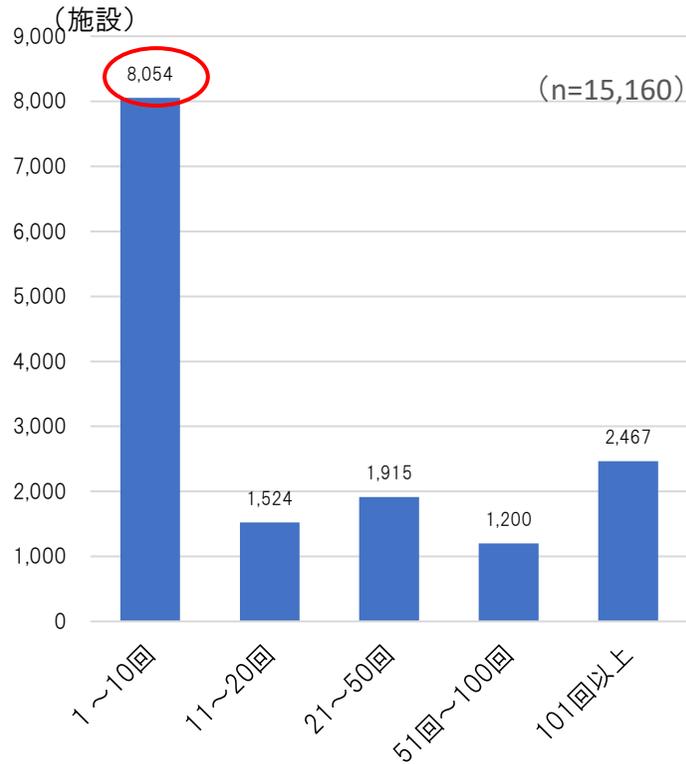
■基本診療料、歯科訪問診療料の算定状況（回数）

	1か月の 算定回数
歯科訪問診療 1	257,844
歯科訪問診療 2	511,441
歯科訪問診療 3	435,045
歯科初診料	5,564,052
地域歯科診療支援病院歯科初診料	135,330
歯科再診料	23,380,505
地域歯科診療支援病院歯科再診料	624,582
合計	30,908,799

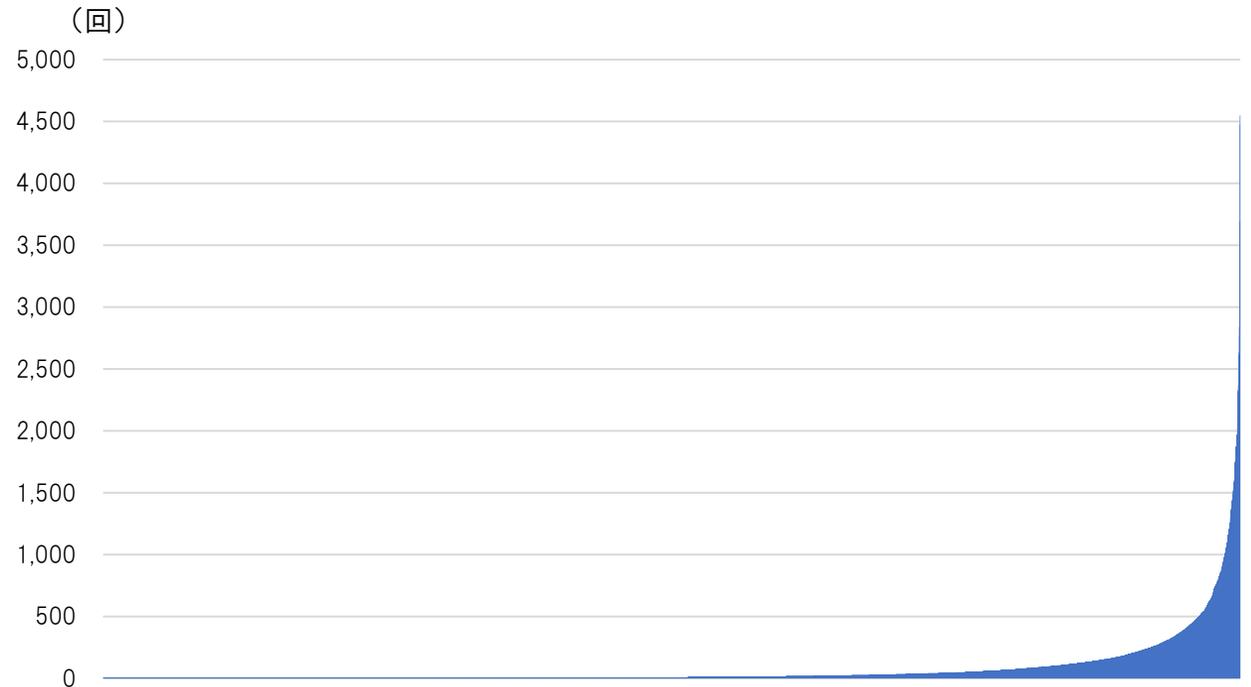
医療機関ごとの歯科訪問診療料の算定回数

- 1月あたりの歯科訪問診療料の算定回数別医療機関数をみると、算定回数が1～10回の医療機関が約半数であり、最も多い。
- 1医療機関当たりの算定回数をみると、算定回数が多い医療機関も一定数存在する。

■ 算定回数別医療機関数



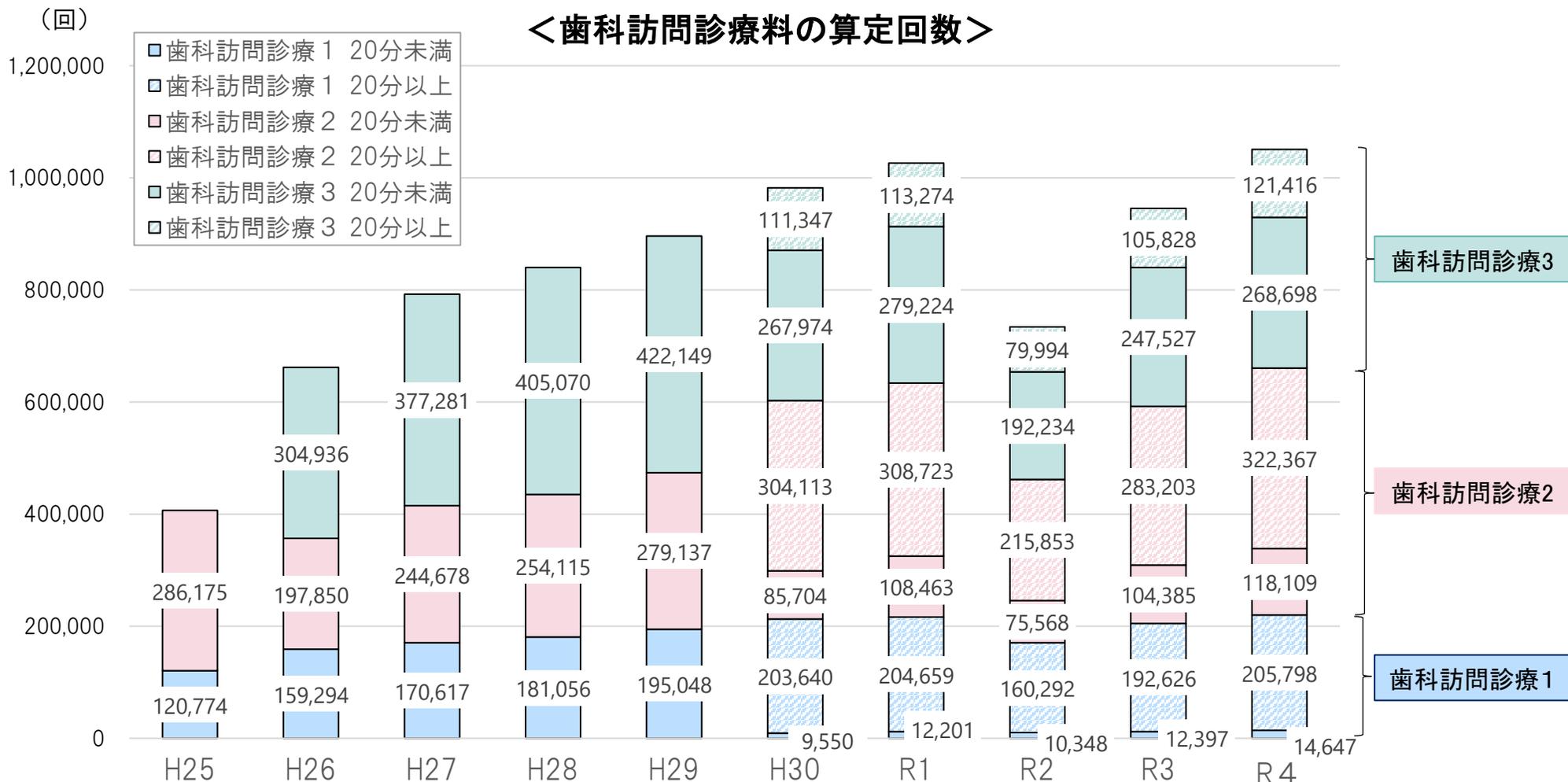
■ 医療機関ごとの歯科訪問診療料の算定回数（歯科訪問診療1～3の算定回数の合計）



■ 歯科訪問診療料の算定がある歯科医療機関(n=15,160)

歯科訪問診療料の算定状況

- 歯科訪問診療料の算定回数は令和2年に減少したものの、増加傾向にあり、特に歯科訪問診療2及び3の割合が大きい。また、歯科訪問診療1及び2と比較し、歯科訪問診療3は20分未満の割合が多い。
- 平成30年度以降は、歯科訪問診療2が最も多く算定されている。

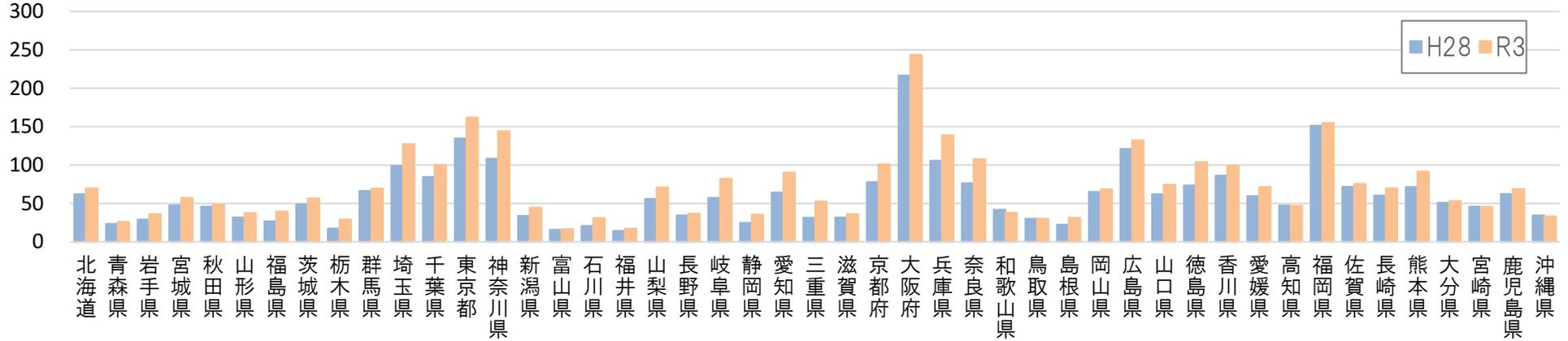


都道府県ごとの歯科訪問診療料の算定状況

- 平成28年と令和3年における一年間の人口1,000人あたりの都道府県ごとの歯科訪問診療料の算定回数及び増加率は以下のとおり(人口は令和3年度人口動態統計を使用)。
- ほぼ全ての地域で歯科訪問診療料の算定回数が増加しているが、依然として地域差が大きい。

■ 都道府県ごとの人口1000人あたりの歯科訪問診療料の算定回数

(回/千人/年)

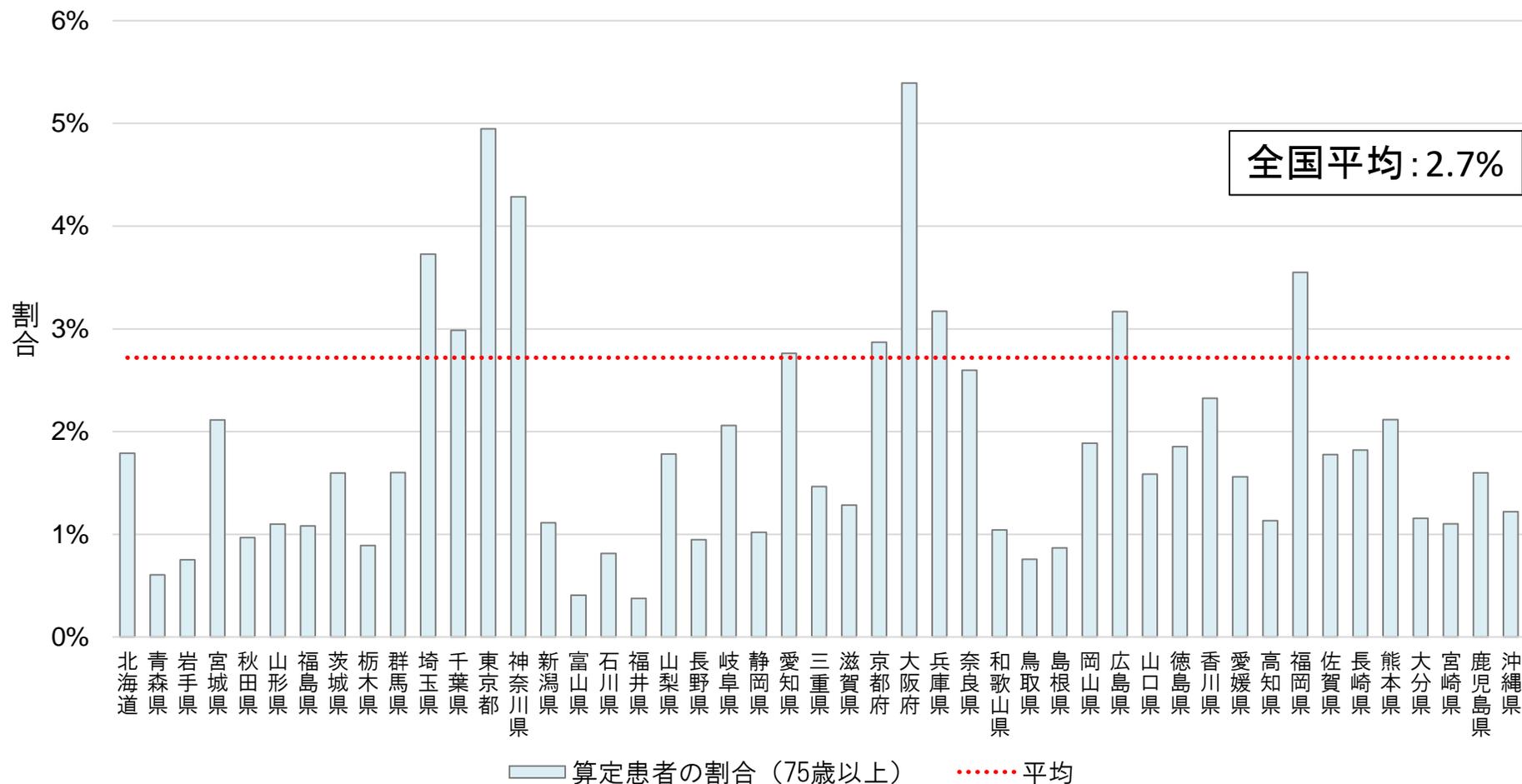


■ 都道府県ごとの人口1000人あたりの歯科訪問診療料の算定回数の増加率 (H28→R3)



歯科訪問診療料を算定した患者（75歳以上）の割合

○ 歯科訪問診療料が算定された患者数(75歳以上)の割合で見ると、全国平均で2.7%であるが、最も高い地域では約5.4%、低い地域では0.4%程度となっている。

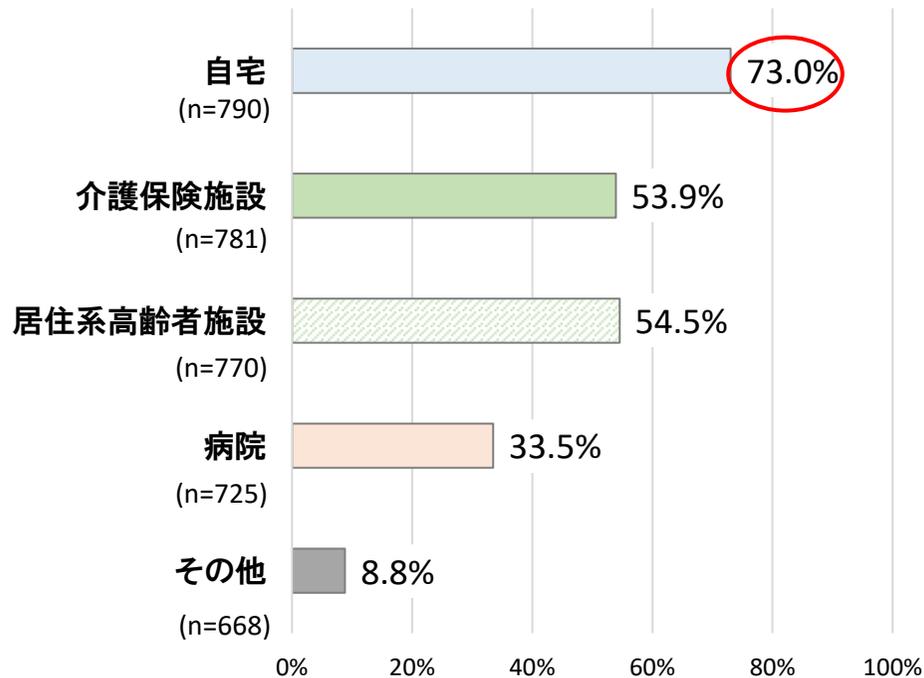


※2022年5月NDBにおいて、歯科訪問診療料の算定がある患者数を都道府県別人口で割ったもの

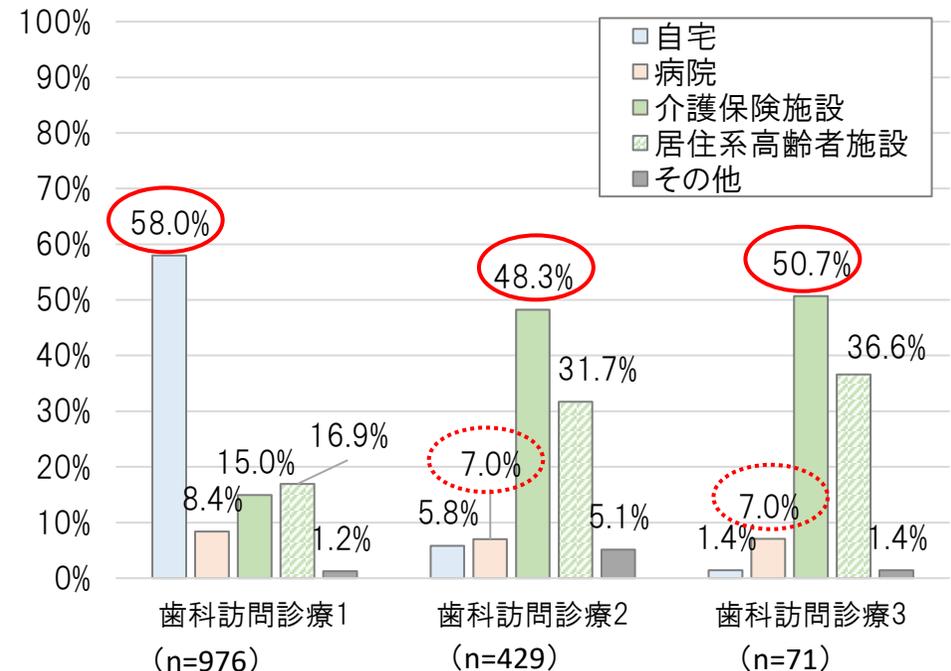
歯科訪問診療を実施した患者の訪問先（施設種別）

- 歯科訪問診療の訪問先は、患者の自宅に歯科訪問診療を行った歯科医療機関が最も多く73.0%、居住系高齢者施設及び介護保険施設への歯科訪問診療の実施はそれぞれ約半数であった。
- 歯科訪問診療料の区分別にみると、歯科訪問診療1では自宅が最も多く約58%であるが、歯科訪問診療2及び歯科訪問診療3は、約半数が介護保険施設であり、病院は約7%にとどまっていた。

■ 歯科訪問診療の訪問先（歯科訪問診療全体）



■ 歯科訪問診療の訪問先（歯科訪問診療料の区分別）

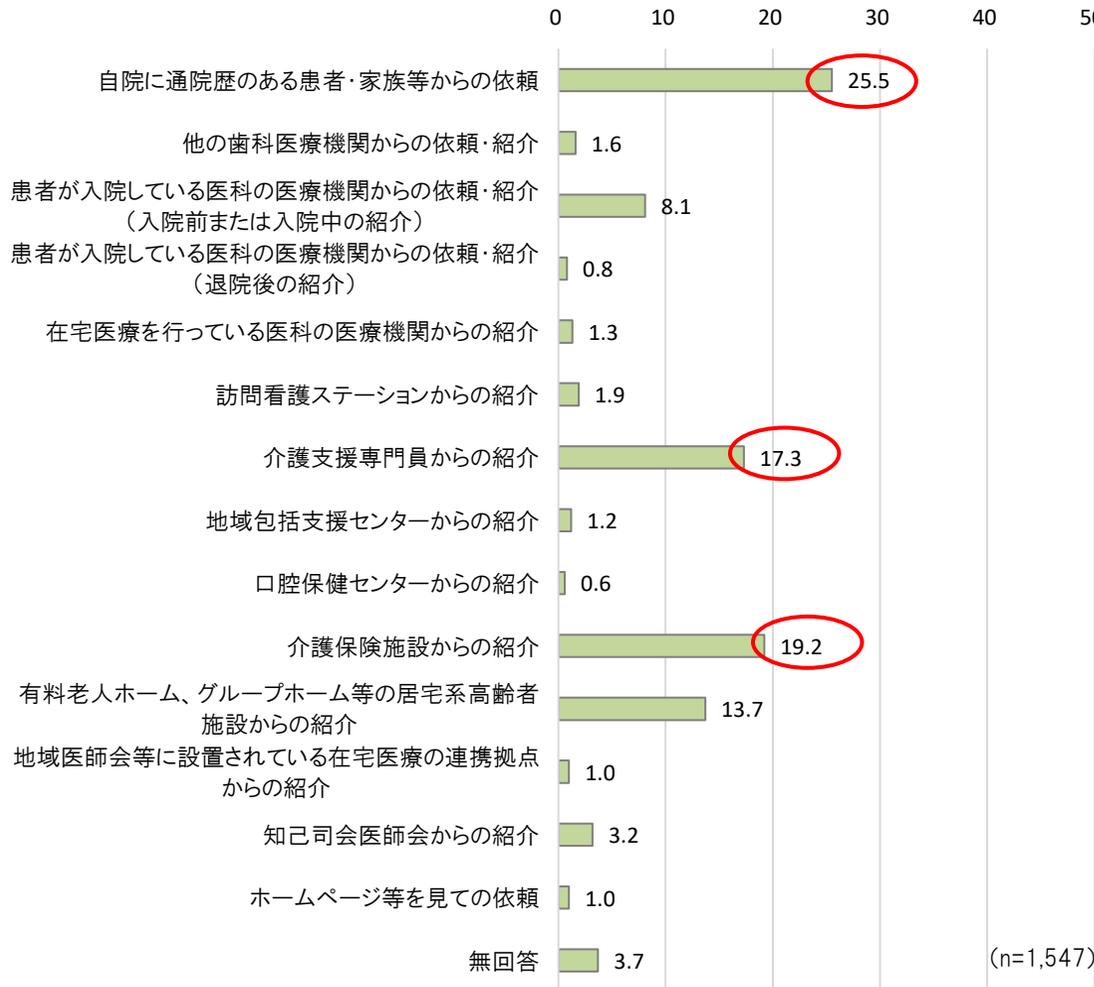


- ・調査対象：在宅療養支援歯科診療所2,000施設、それ以外の歯科診療所1,000施設（いずれも無作為抽出）
- ・調査手法：令和4年7月1日～9月30日の間に歯科訪問診療を実施した患者のうち、最初に訪問した患者と、最後に訪問した患者2名
- ・回答者数：1,547名
- ・調査対象月：令和4年7月～9月の3か月間

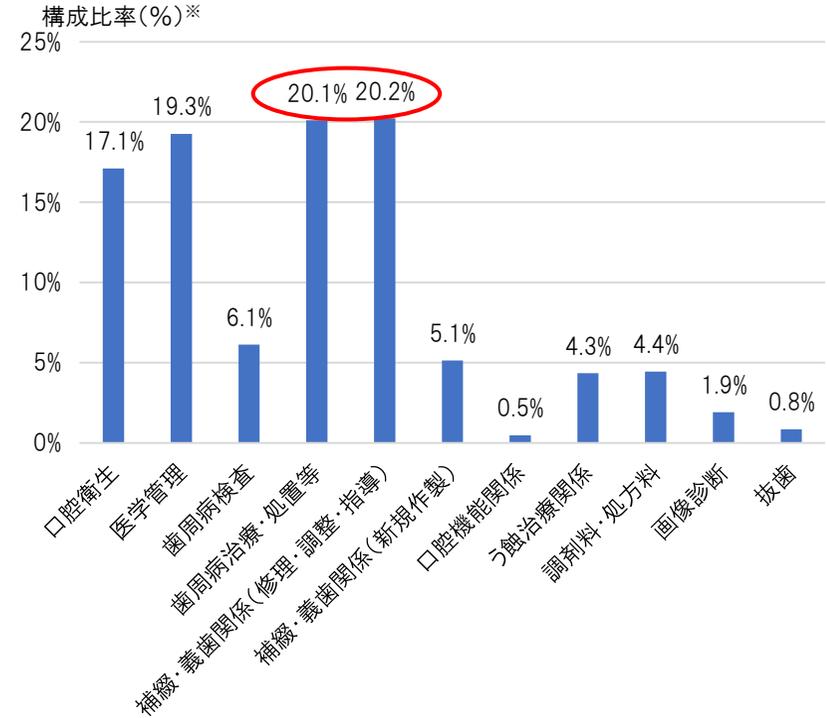
歯科訪問診療を行うきっかけと診療内容

- 歯科訪問診療を実施したきっかけは、「自院に通院歴のある患者等からの依頼」が最も多く、次いで介護保険施設や介護支援専門員からの紹介が多かった。
- 歯科訪問診療時に行われた内容は、義歯の修理等と歯周病治療等が多くいずれも約20%であった。

■ 歯科訪問診療を実施したきっかけ



■ 歯科訪問診療における診療内容



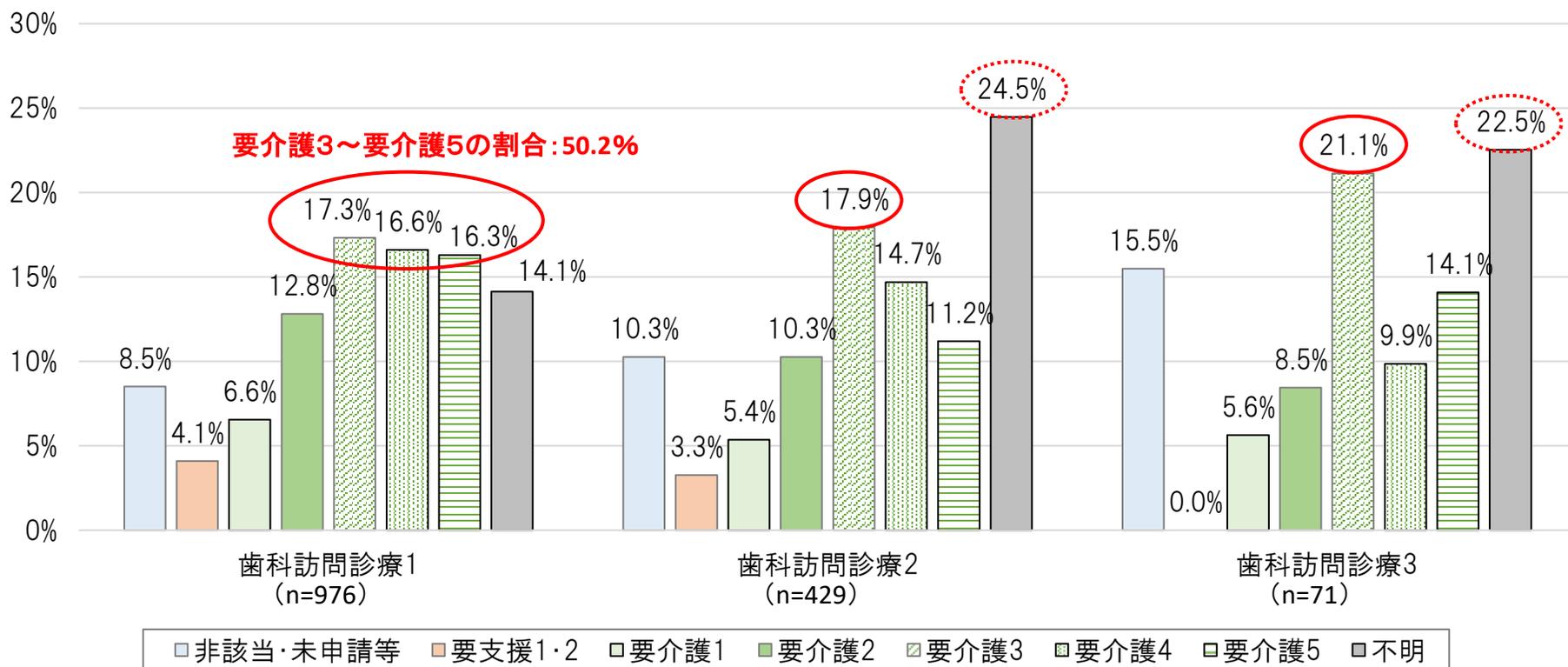
※ 歯科訪問診療料とともに算定された診療行為のうち、上位50件に該当する診療行為を以下の11区分に分類し、構成比率を算出

【診療内容の区分】

- 「歯周病治療・処置」「補綴・義歯関係(修理・調整・指導)」「補綴・義歯関係(新規作製)」「口腔衛生」「医学管理」「歯周病検査」「う蝕治療関係」「調剤料・処方料」「画像診断」「拔牙」「口腔機能関係」
- ・「口腔衛生」: 訪問歯科衛生指導料、在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、機械的歯面清掃処置を含む
- ・「医学管理」: 歯科疾患在宅療養管理料 等

歯科訪問診療を実施した患者の要介護度

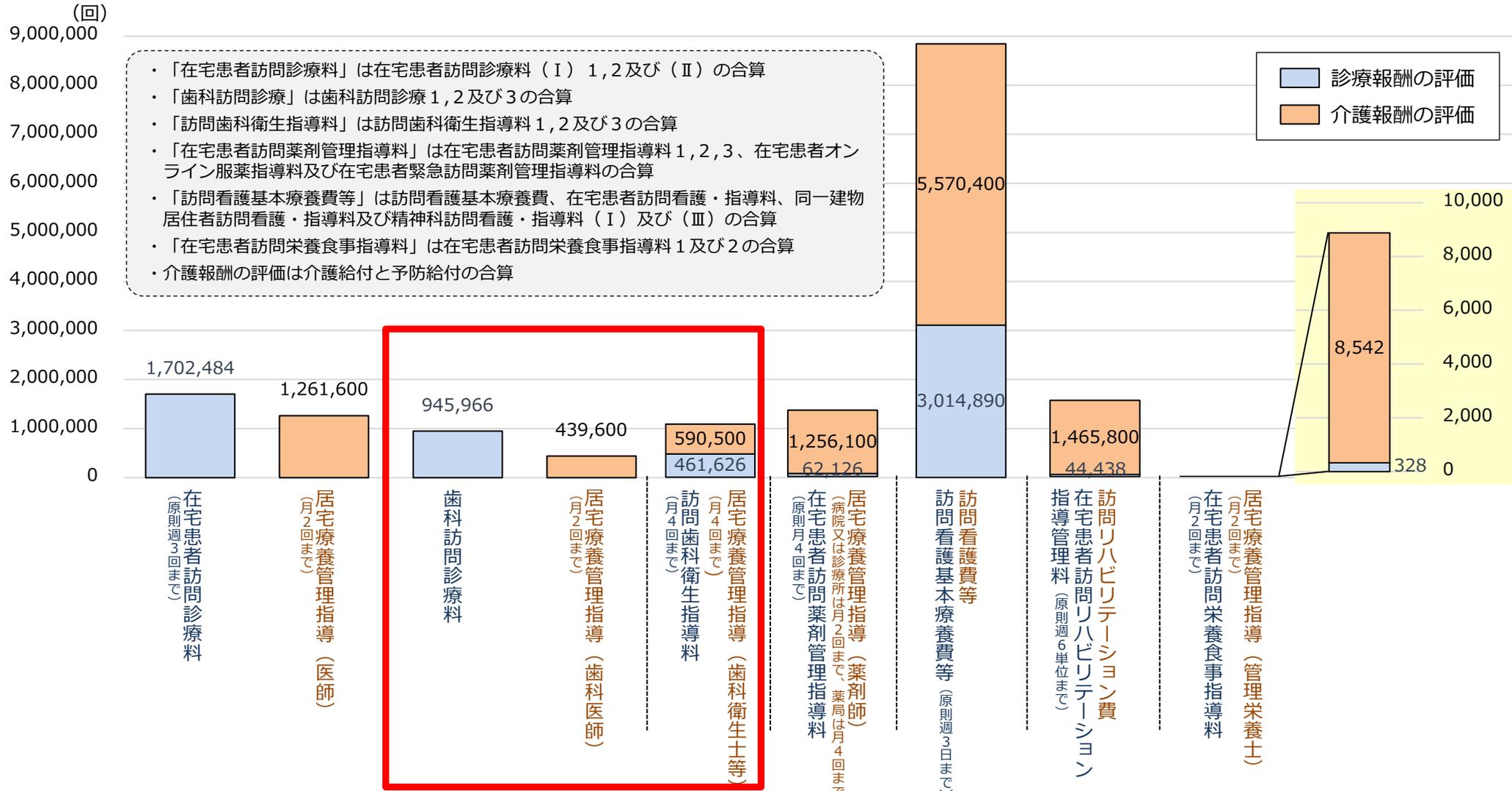
- 歯科訪問診療を実施した患者の要介護度は、歯科訪問診療1では要介護度3～5がそれぞれ約16～17%であり、歯科訪問診療1の約半数が要介護3以上であった。
- 歯科訪問診療2及び3では「不明」が最も多く、ついで要介護1が歯科訪問診療2及び歯科訪問診療3でそれぞれ約18%及び約21%であった。



- ・調査対象: 在宅療養支援歯科診療所2,000施設、それ以外の歯科診療所1,000施設(いずれも無作為抽出)
- ・調査手法: 令和4年7月1日～9月30日の間に歯科訪問診療を実施した患者のうち、最初に訪問した患者と、最後に訪問した患者2名
- ・回答者数: 1,547名
- ・調査対象月: 令和4年7月～9月の3か月間

各職種が行う在宅医療等に係る報酬の算定回数と比較

○ 在宅患者訪問栄養食事指導料及び管理栄養士による居宅療養管理指導は、算定回数が少ない。

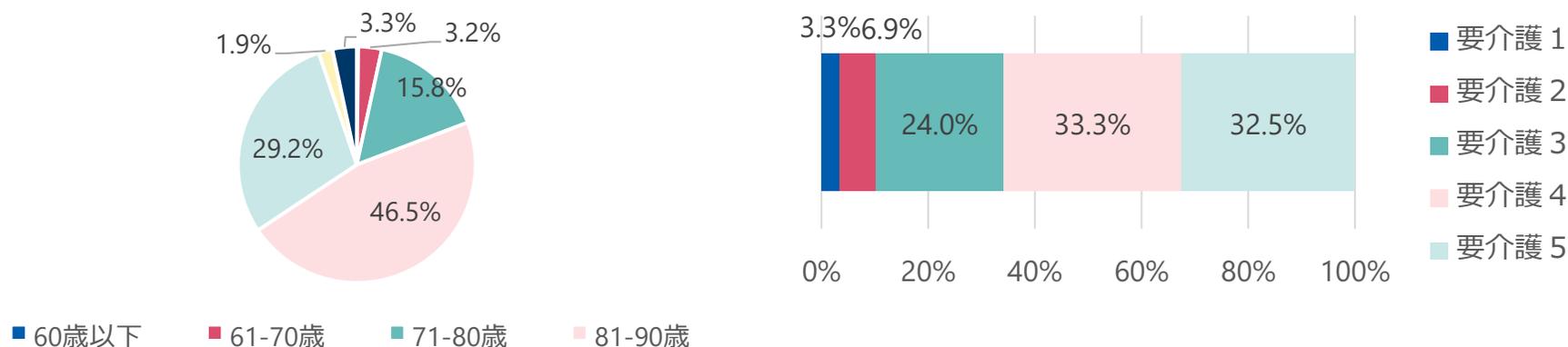


※各職種が行う在宅医療等に係る診療や指導等の一月あたりの算定回数については、月あたりの算定可能な回数に差があるため単純比較は困難であることに留意。

※居宅療養管理指導 (医師) 及び居宅療養管理指導 (歯科医師) は訪問診療又は往診を行った日に限って算定可能なため積み上げていない。

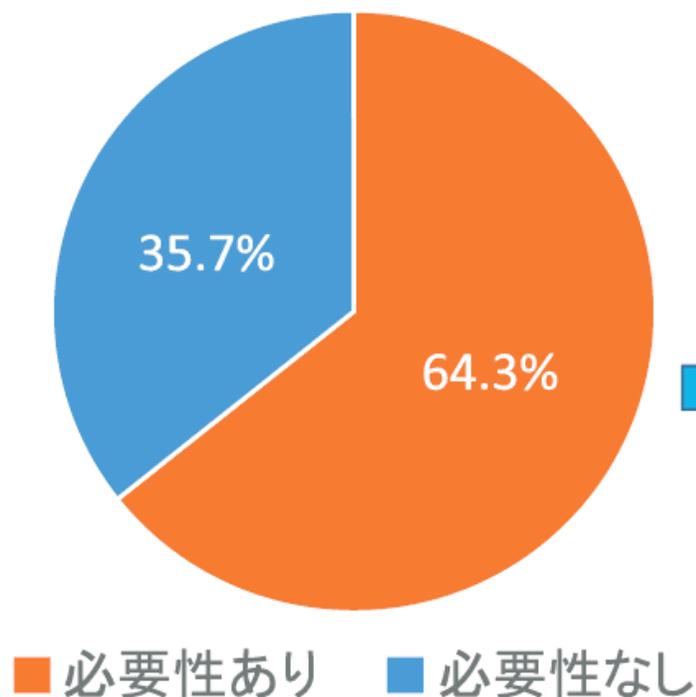
○ 介護保険施設の入所者の歯科の受療状況について、定期的な受診を行っている者は11.4%に過ぎず、入所後1度も歯科受診の経験がない者が約3割を占めていた。

介護保険施設37施設に入所し、本人等から同意の得られた1,060人を対象に調査を実施。
(調査期間令和元年10月～令和2年2月)



歯科の受診状況	n	%
定期的を受けている	110	11.4
何かあったときに受診した経験がある	561	58.1
受診経験なし	280	29.0
必要を指摘されたことがあるが希望されない、拒否がある	14	1.5

- 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。



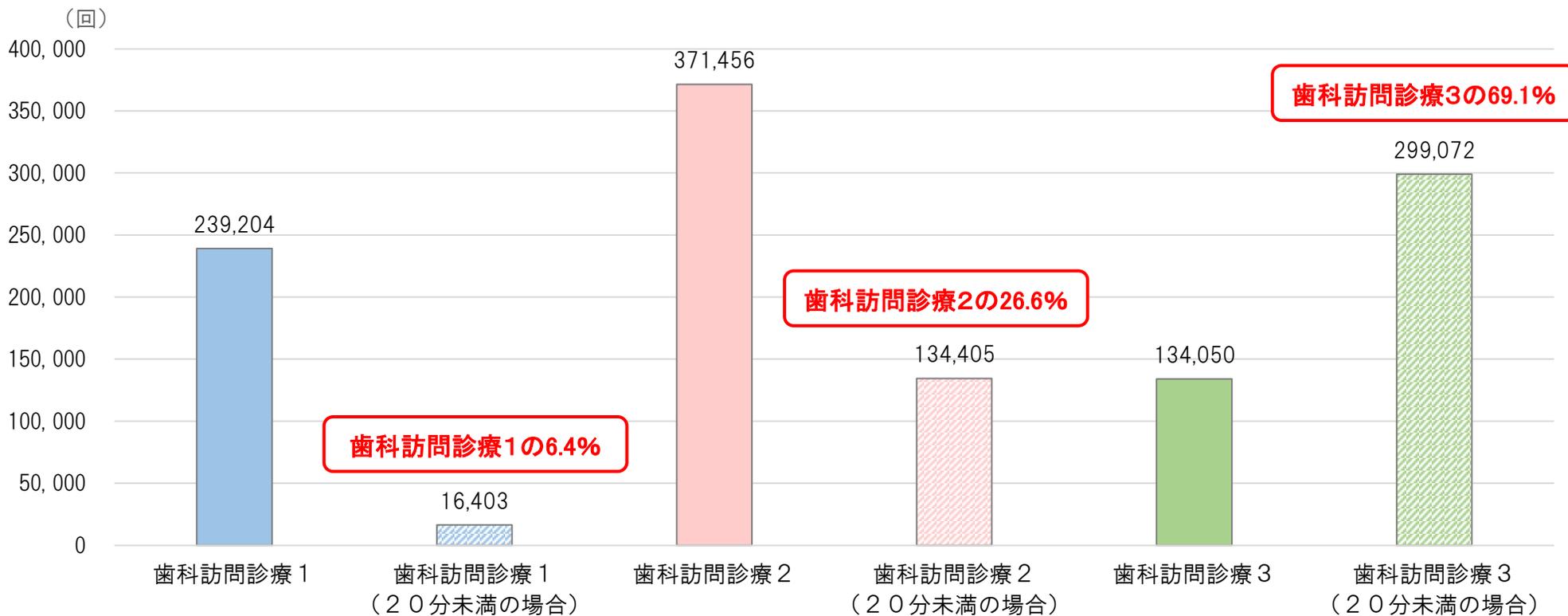
歯科治療が必要な
64.3%のうち
実際に歯科治療を
受けた要介護者は
2.4%である。

※歯科治療(義歯・う蝕・歯周疾患・粘膜疾患・保湿)の必要性の有無を歯科医師が判定

※要介護高齢者: 特定地域の在宅療養、認知症グループホーム、通所サービス、療養病棟、老人保健施設、特別養護老人ホームの入所、利用者など

歯科訪問診療の時間区分ごとの算定回数

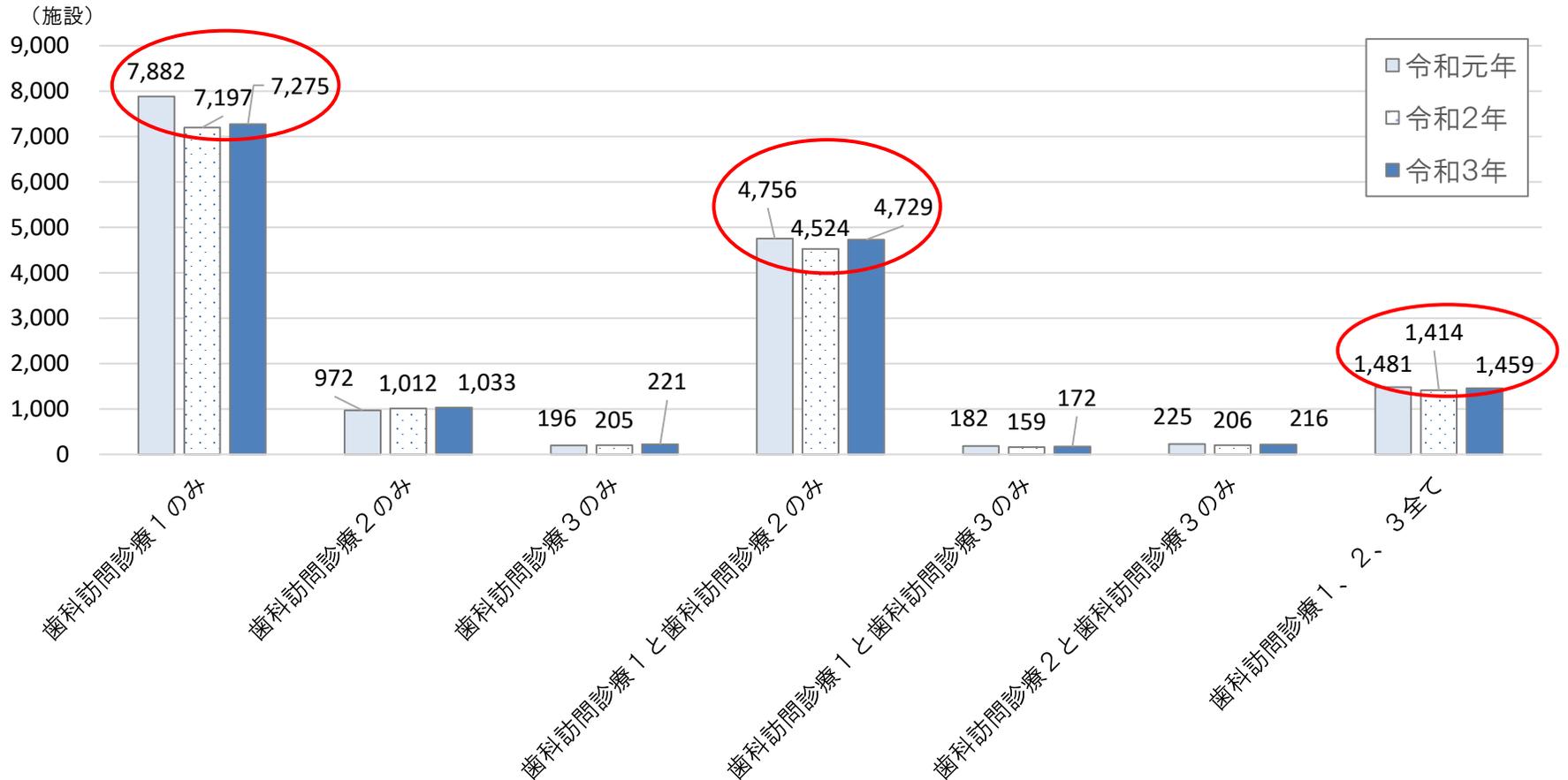
○ 歯科訪問診療料の時間区分ごとの算定回数は、「20分未満の場合」の割合が、歯科訪問診療1は6.4%、歯科訪問診療2では26.6%、歯科訪問診療3では69.1%となっており、歯科訪問診療1では9割以上が20分以上であった。



歯科訪問診療の実施状況(医療機関数)

- 令和3年11月において、歯科訪問診療を実施している医療機関のうち、歯科訪問診療1のみを算定している医療機関は7,275施設であり、令和元年、令和2年と同様に最も多い。
- 一方、歯科訪問診療1の算定がない医療機関が令和元年では8.9%(1,393施設)、令和2年では9.7%(1,423施設)、令和3年では9.7%(1,470施設)であった。

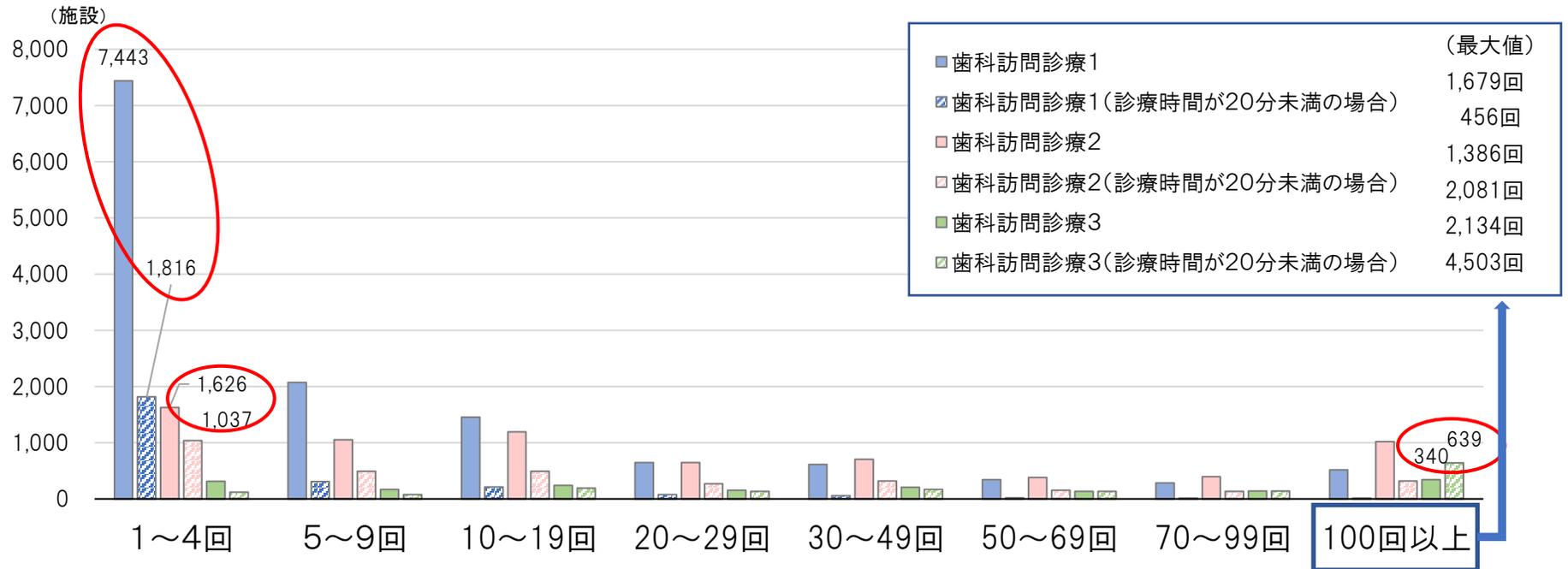
■ 歯科訪問診療料の区分別算定医療機関の内訳



歯科訪問診療の算定回数別 歯科医療機関数

- 1月あたりの歯科訪問診療の算定回数別の施設数は、歯科訪問診療1（20分以上）で算定回数が1～4回の医療機関が最も多い。
- 歯科訪問診療1及び歯科訪問診療2では1月あたりの算定回数が1～4回である医療機関が多いが、歯科訪問診療3では20分以上、20分未満ともに100回以上算定した医療機関が多い。
- 算定回数100回以上のうち、最大値は歯科訪問診療3（20分未満の場合）で4,503回であった。

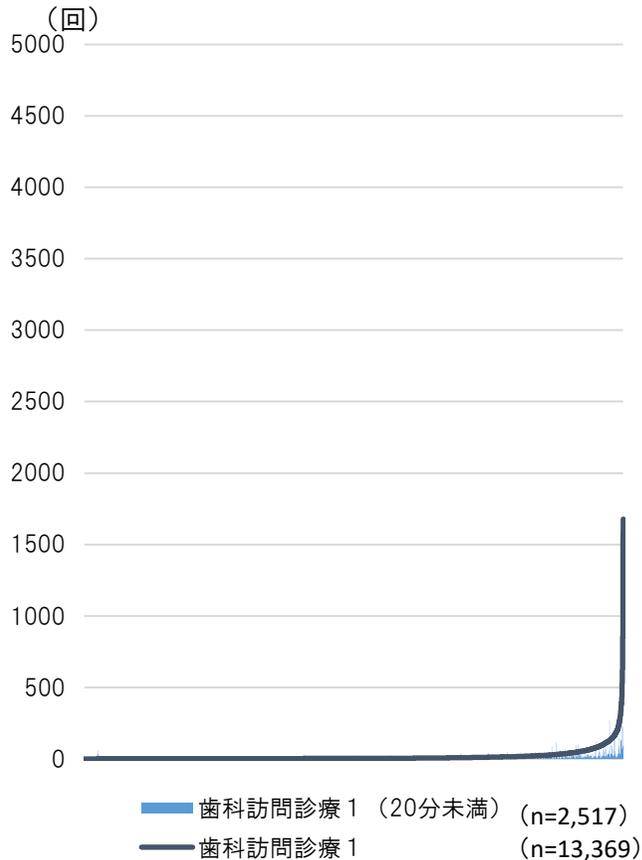
■ 1月あたりの算定回数別 歯科医療機関数



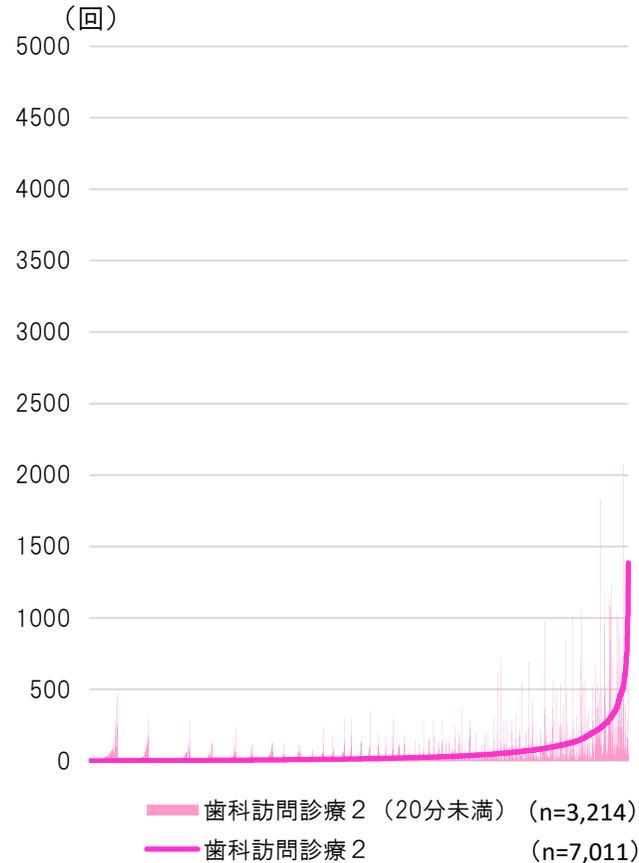
医療機関ごとの歯科訪問診療料の算定回数

- 歯科訪問診療1の1医療機関あたり算定回数は、20分以上、20分未満いずれも同じ傾向を示す。
- 歯科訪問診療2及び歯科訪問診療3ではいずれも、20分以上と20分未満の算定回数の差が大きく、歯20分未満の算定回数が多い医療機関が一定数存在し、特に歯科訪問診療3で顕著である。

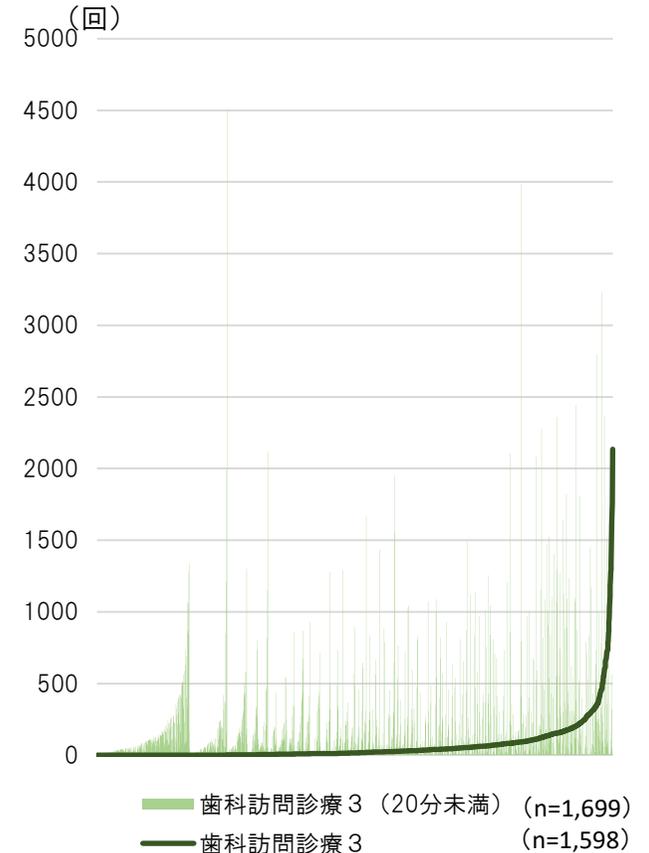
■ 歯科訪問診療 1



■ 歯科訪問診療 2



■ 歯科訪問診療 3



患者の状態により短時間で診療を終了した場合の取扱い

○ 歯科訪問診療1について、「患者の容体が急変し、医師の診察を要する場合等、やむを得ず治療を中止した場合」又は「『著しく歯科診療が困難な者』に準ずる状態又は要介護3以上に準ずる状態」の場合には、診療時間が20分未満でも所定点数を算定することとなっている。

		同一の建物に居住する患者数		
		1人 歯科訪問診療1	2人以上9人以下 歯科訪問診療2	10人以上 歯科訪問診療3
患者1人につき診療 に要した時間	20分 以上	【1,100点】	【361点】	【185点】
	20分 未満	【880点】	【253点】	【111点】

- 患者の容体が急変し、診療を中止した場合は20分未満であっても、歯科訪問診療1又は2の算定が可能
- 「著しく歯科診療が困難な者」又は要介護3以上に準じる状態の場合は、20分未満でも歯科訪問診療1の算定が可能
- 同居する同一世帯の複数の患者の場合は、1人は歯科訪問診療1を算定可
- 歯科訪問診療料を算定する場合は、基本診療料は算定不可

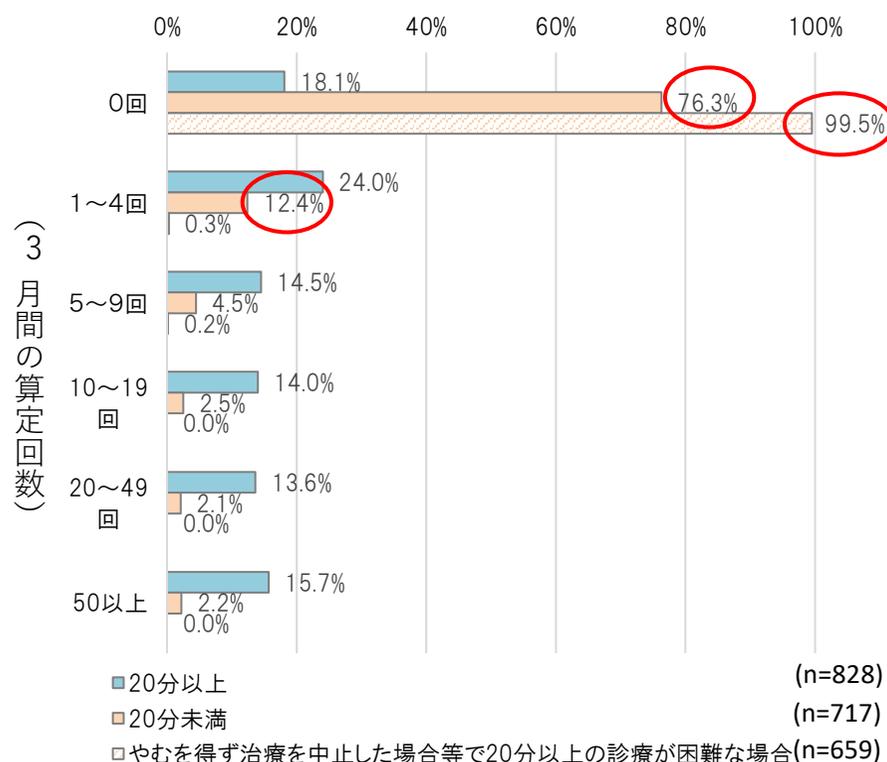
留意事項通知

- (5) 保険医療機関の歯科医師が、同一建物に居住する通院困難な患者1人のみに対し歯科訪問診療を行う場合は、「1 歯科訪問診療1」を算定する。この場合において、診療時間が20分未満の場合については、880点を算定する。ただし、次の場合においては、診療時間が20分未満であっても「1 歯科訪問診療1」の所定点数を算定して差し支えない。
- イ 治療中に患者の容体が急変し、医師の診察を要する場合等、やむを得ず治療を中止した場合（必要があつて救急搬送を行った場合は、区分番号C002に掲げる救急搬送診療料を算定して差し支えない。）
- ロ 当該患者が「注6」の「著しく歯科診療が困難な者」に準ずる状態又は要介護3以上に準ずる状態等により、20分以上の診療が困難である場合（「注6」に規定する加算は算定できない。）

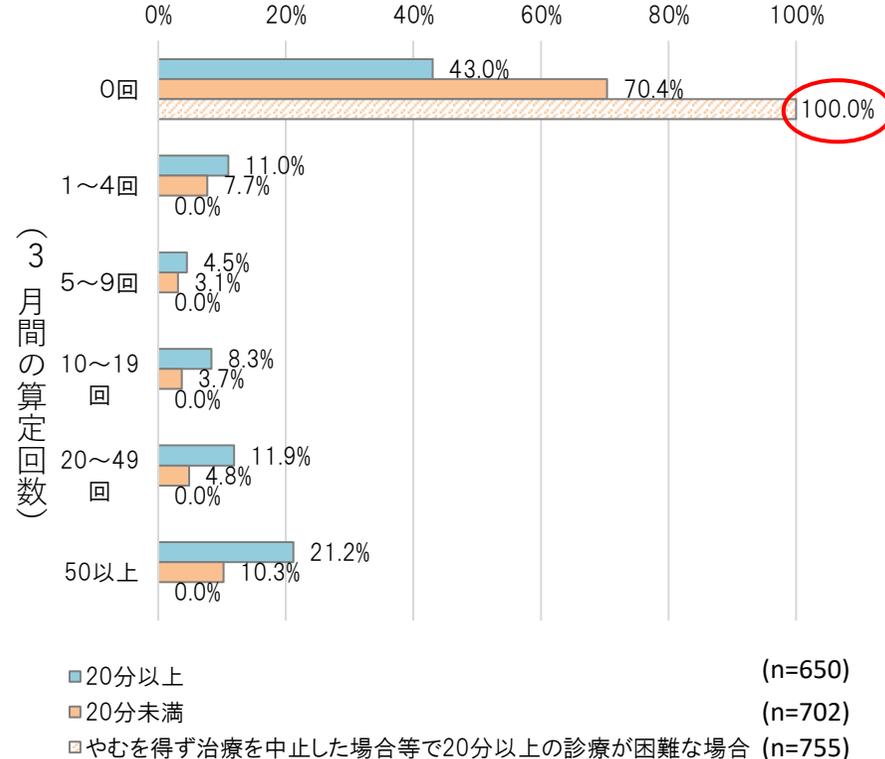
歯科訪問診療の実施状況

- 歯科訪問診療1及び歯科訪問診療2において、「やむを得ず治療を中止した場合等で20分以上の診療が困難な場合」は、3か月間でいずれも0回と回答した施設(歯科診療所)がほとんどだった。
- 歯科訪問診療1において20分未満の診療は、0回と回答した施設が約76%、次いで1~4回が約12%だった。

■ 歯科訪問診療1の時間区分ごとの算定回数(3か月間)の割合



■ 歯科訪問診療2の時間区分ごとの算定回数(3か月間)の割合



※患者の状態により短時間で診療を終了した場合の取扱い:

「患者の容体が急変し、医師の診察を要する場合等、やむを得ず治療を中止した場合」は歯科訪問診療1又は2の所定点数の算定が可能

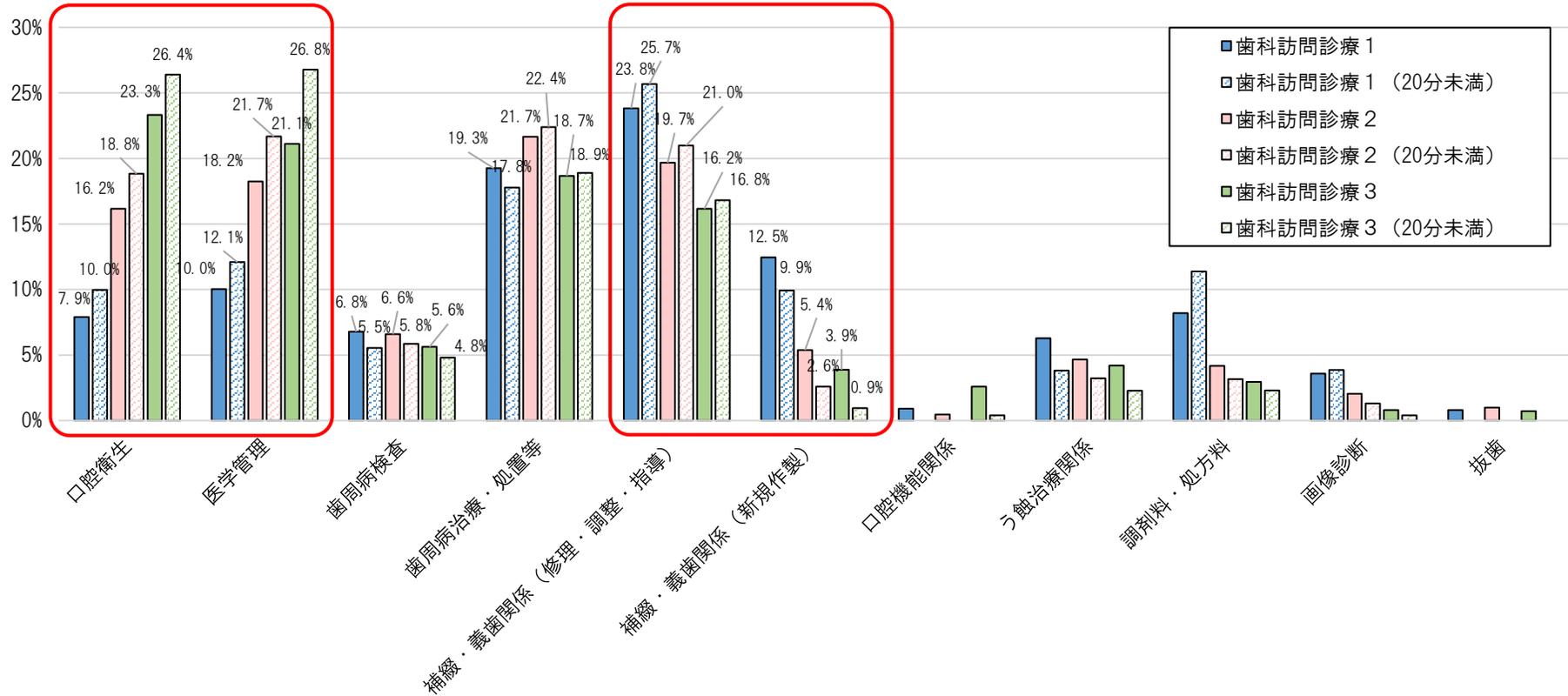
- ・調査対象:在宅療養支援歯科診療所2,000施設、それ以外の歯科診療所1,000施設(いずれも無作為抽出)
- ・調査対象月:令和4年7月~9月の3か月間

歯科訪問診療で行われている診療内容

- 同一建物診療人数が少ないほど補綴・義歯関係の治療の割合が高い傾向であった。
- 同一建物診療人数が多いほど、又診療時間が短いほど口腔衛生や医学管理の割合が高くなっていった。

■ 歯科訪問診療の区分ごとの診療内容の構成比率

構成比率(%)※



※ 歯科訪問診療料とともに算定された診療行為のうち、上位50件に該当する診療行為を以下の11区分に分類し、構成比率を算出

【診療内容の区分】

「歯周病治療・処置」「補綴・義歯関係(修理・調整・指導)」「補綴・義歯関係(新規作製)」「口腔衛生」「医学管理」「歯周病検査」「う蝕治療関係」「調剤料、処方料」「画像診断」「拔牙」「口腔機能関係」

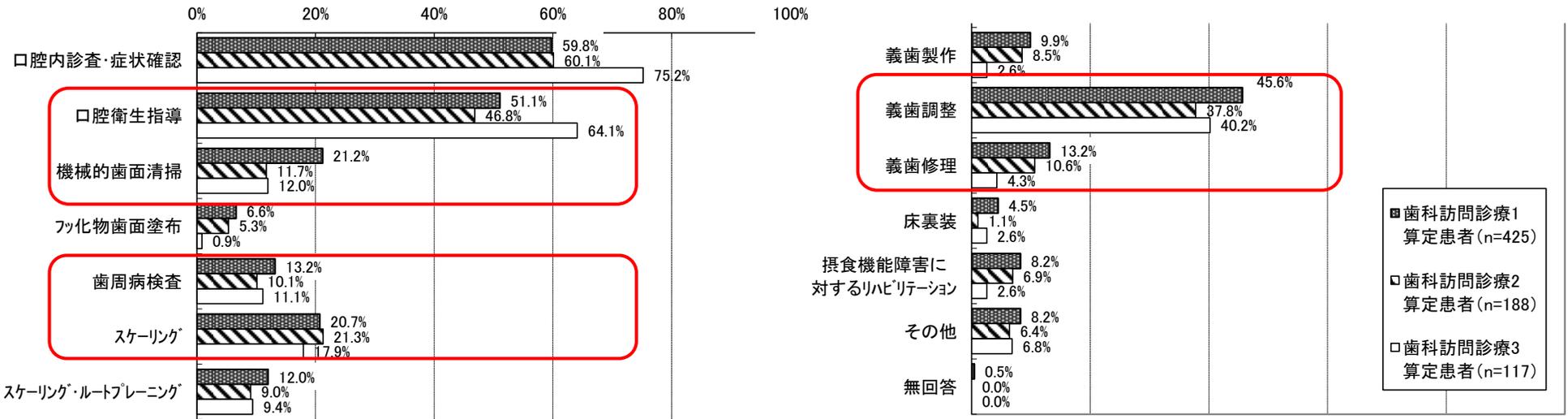
・「口腔衛生」: 訪問歯科衛生指導料、在宅療養患者専門の口腔衛生処置、機械的歯面清掃処置を含む

・「医学管理」: 歯科疾患在宅療養管理料 等

歯科訪問診療における診療内容と診療時間

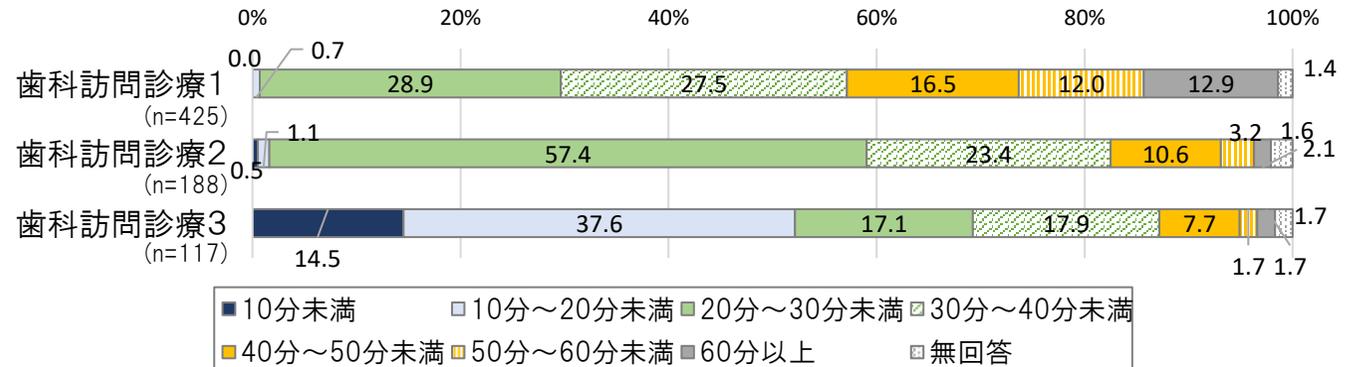
○ 歯科訪問診療では、口腔衛生管理や義歯の調整、修理が主に行われており、これらの治療を行い歯科訪問診療1及び歯科訪問診療2を算定した場合の診療時間は9割以上が20分以上となっていた。

■ 歯科訪問診療の診療内容（主なものを抜粋）



■ 歯科訪問診療における診療時間

（調査日に算定した歯科訪問診療の区分と診療時間）



・調査対象：施設調査の対象施設（在宅療養支援歯科診療所）が調査日に歯科訪問診療を行った患者1施設に最大2名 ・回答数：768件 ・回答者：管理者

歯科訪問診療における感染予防策

- 歯科訪問診療においては、重症化しやすい高齢者等を対象とし、訪問診療先でも飛沫やエアロゾルが飛散する治療を行うことになるため、外来とは異なる環境を踏まえた感染予防策が必要となる。

歯科訪問診療における感染予防策(主な内容)

標準予防策

- ◆ 歯科訪問診療では、患者や要介護者の生活の場が診療の場であり、感染予防策を前提とした設計とはなっていないことがほとんど。
- ◆ <医療における手指衛生の5つの瞬間>を参考に、臨機応変に手指衛生を行うタイミングを判断することが必要。PPEの着脱時も手指衛生が必要。

飛沫感染予防策

- ◆ 標準予防策に加え、感染経路別予防策が必要。
 - ◆ 歯科診療では飛沫だけでなく、いわゆるエアロゾルが発生しやすい。
 - ◆ エアロゾルが発生する歯科診療の特殊性を考慮し、PPE(マスクや目の保護具等)を適切に装着し、口腔内バキュームを適切に使用。
 - ◆ エアロゾルが発生する環境下では、空気交換率 ≥ 10 の換気* 必要に応じてN95マスクの使用* 等
- ※エアロゾル発生の高リスク手技: エアータービン、モーターハンドピース(60,000rpm以上、もしくは回転数によらずチップエアあり)、超音波スケーラー、3wayシリンジ(エア・水の同時使用)、エアポリッシャー、エアアブレーション

接触感染予防策

- ◆ 歯科訪問診療を含む歯科診療ではエアロゾルが発生する処置が多く、歯科治療で発生したエアロゾルは発生源からおよそ2メートルまで達し、周囲環境を汚染。→接触感染予防策は重要。
- ◆ 患者の体液で汚染されたグローブなどで不用意に周囲環境に触れ、汚染を広げない。
- ◆ 濃度60%以上のアルコールや500~1,000ppmの次亜塩素酸ナトリウム水溶液を用いて、1分間作用させることで環境表面を消毒。
- ◆ 治療中にグローブのまま触れる可能性がある部分はラッピング材で保護。
- ◆ ガウン又はビニールエプロンを着用 等

換気

- ◆ 可能な限り広い空間で、最小限の人数*で、可能な限り換気を行いつつ行う。
- ◆ 歯科訪問診療の現場は換気が悪いと認識して、対策を行う。
- ◆ 2つ以上の窓をあける。1つしか窓がない場合は、扇風機などで送風する。* 機械換気の場合は治療終了2時間後まで作動させておくことが望ましい
- ◆ 診療終了後に他の医療従事者や介護者等が入るまで、待機時間を設けることが望ましい* 等

ゾーニング・歯科診療環境の整備

- ◆ 家全体を汚染域と想定する場合は玄関先でPPEを着脱。診療を行う部屋を汚染域と想定する場合は、部屋の外でPPEを装着し、部屋の中で離脱する。
- ◆ PPEを廃棄するためのゴミ袋と擦式アルコール手指消毒薬を診療前に準備する。
- ◆ 診療を行う部屋は換気ができることが望ましい。環境表面は患者の体液や排泄物で汚染されている可能性があることを認識する。 等

安全に歯科訪問診療を提供するために

- ◆ 訪問前の電話による事前確認を行う*
- ◆ 関係者間での情報共有。療養者や関係者の発熱や感染(疑い例も含め)の状況は逐次共有されることが必要。率先してみずから情報を収集・共有する姿勢で臨む。*
- ◆ 重症化リスク等を踏まえて、訪問の順番を検討する。*
- ◆ 訪問する歯科医療従事者は可能な限り固定する。* 等

(*感染症の流行状況等に応じて、必要な対応を判断する。)

新型コロナウイルス感染症流行に伴う 歯科訪問診療に関する診療報酬上の臨時的な取扱いについて

- 新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、歯科訪問診療時に関する診療報酬上の特例として診療時間が20分未満の場合であっても、所定点数を算定できる取扱いとした。
- 新型コロナウイルス感染症患者の歯科訪問診療時に患者のモニタリングを行った場合には、在宅患者歯科治療時医療管理料を算定できる取扱いとした。

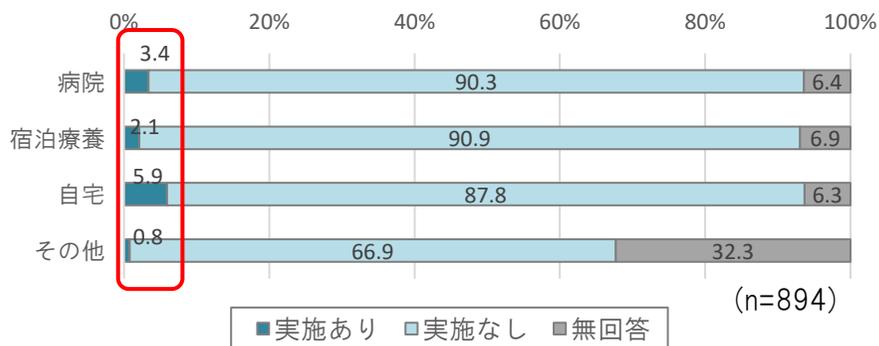
- 新型コロナウイルス感染症患者に対して、当該疾患の担当医から、歯科治療を行うに当たり当該患者の全身状態や服薬状況等の必要な診療情報の提供を受け、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合、歯科疾患在宅療養管理料の注4に規定する在宅総合医療管理加算(50点)を1日につき1回算定できる。この場合、同一保険医療機関の医科の担当医からの診療情報の提供を受けた場合においても算定して差し支えないが、算定に当たっては当該情報提供に関する内容を診療録に記載すること。
- 新型コロナウイルス感染症患者に対して歯科訪問診療を行った場合であって、診療時間が20分未満の場合であっても、所定点数(歯科訪問診療1 1,100点、歯科訪問診療2 361点、歯科訪問診療3 185点)を算定できる。
- 新型コロナウイルス感染症患者又は現にその看護に当たっている者からの訴えにより、速やかに歯科訪問診療を行った場合、歯科訪問診療料の注7に規定する加算を算定できる。
- 新型コロナウイルス感染症患者であって、呼吸管理を行っている者に対して、口腔衛生状態の改善を目的として、口腔の剥離上皮膜の除去等を行った場合、非経口摂取患者口腔粘膜処置(100点)を1日につき1回算定できる。
- 新型コロナウイルス感染症患者に対して、患者の脈拍、経皮的動脈血酸素飽和度等を把握して歯科治療を行った場合、在宅患者歯科治療時医療管理料(45点)を算定できる。

※在宅総合医療管理加算、在宅患者歯科治療時医療管理料については、新型コロナウイルス感染症患者に対してのみ当該点数を算定する保険医療機関においては、施設基準の届出は不要。

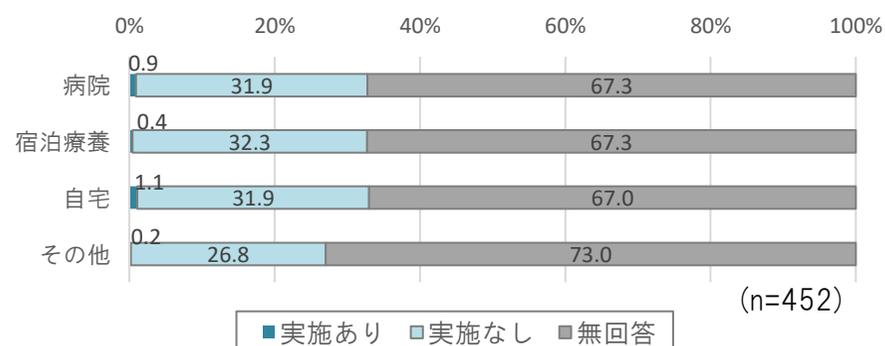
新型コロナウイルス感染症患者に対する歯科訪問診療の実施状況

- 新型コロナウイルス感染症患者に対する令和4年4月～6月、7月～9月の各3か月間の歯科訪問診療の実施状況について、いずれの期間も在宅療養支援歯科診療所1, 2では自宅が約6%、病院が約3～4%、宿泊療養が約2%、その他(介護保険施設を含む。)は約1%であった。
- 在宅療養支援歯科診療所以外の歯科診療所では、無回答が約7割であった。

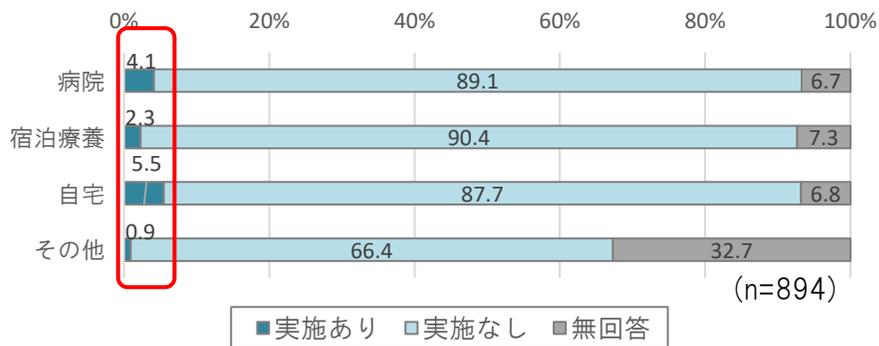
■在宅療養支援歯科診療所1, 2 (令和4年4月～6月)



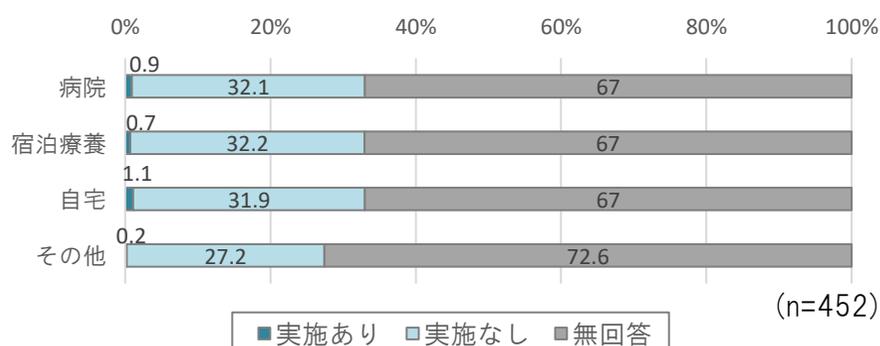
■在宅療養支援歯科診療所以外 (令和4年4月～6月)



■在宅療養支援歯科診療所1, 2 (令和4年7月～9月)



■在宅療養支援歯科診療所以外 (令和4年7月～9月)

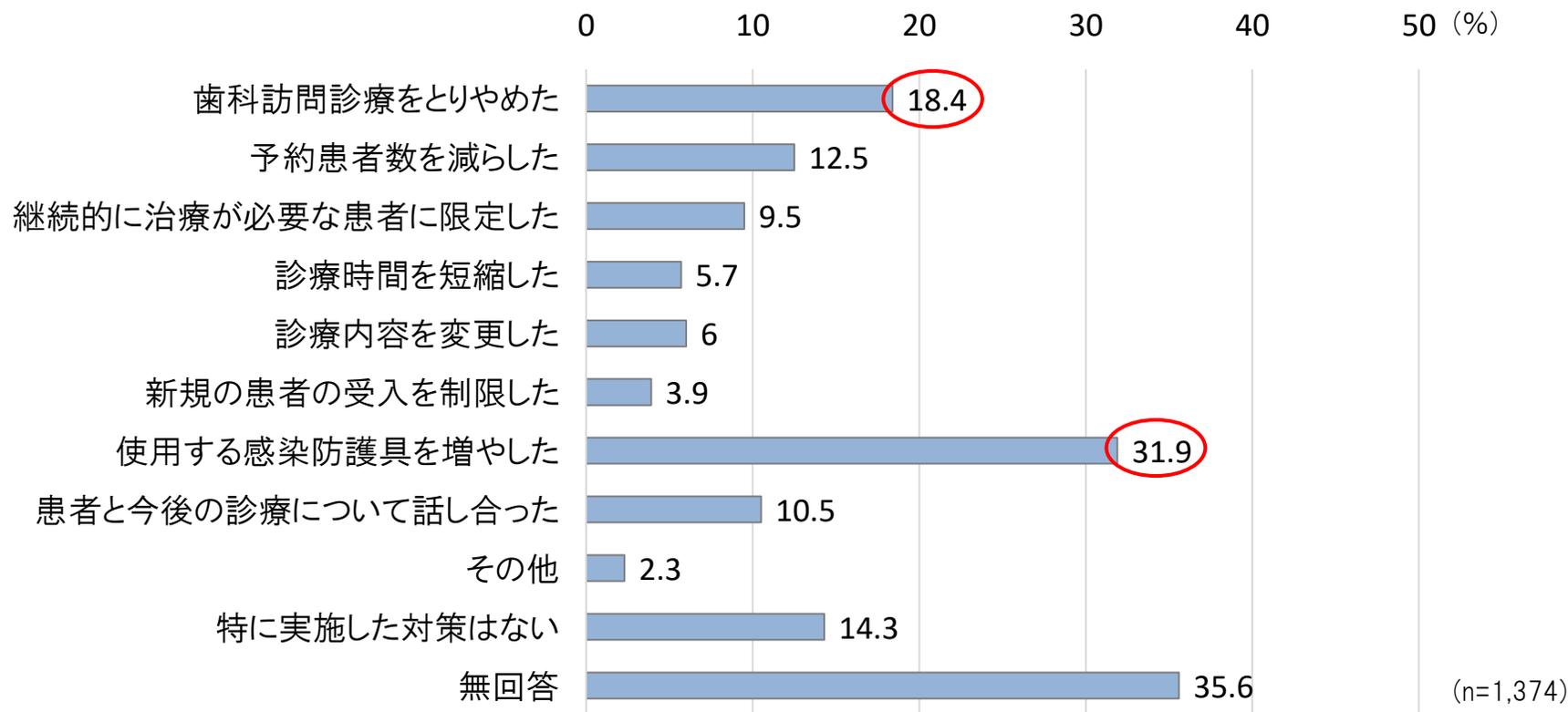


・調査対象:在宅療養支援歯科診療所2,000施設、それ以外の歯科診療所1,000施設(いずれも無作為抽出)

歯科訪問診療に対する新型コロナウイルス感染拡大の影響

○ 新型コロナウイルス感染拡大の影響を踏まえ、歯科訪問診療を行う際に実施した対策として、無回答を除くと「使用する感染防護具を増やした」が最も多く約32%であり、次いで「歯科訪問診療をとりやめた」が約18%であった。

■ 新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響を踏まえて、歯科訪問診療を行う際に実施した対策（複数回答）

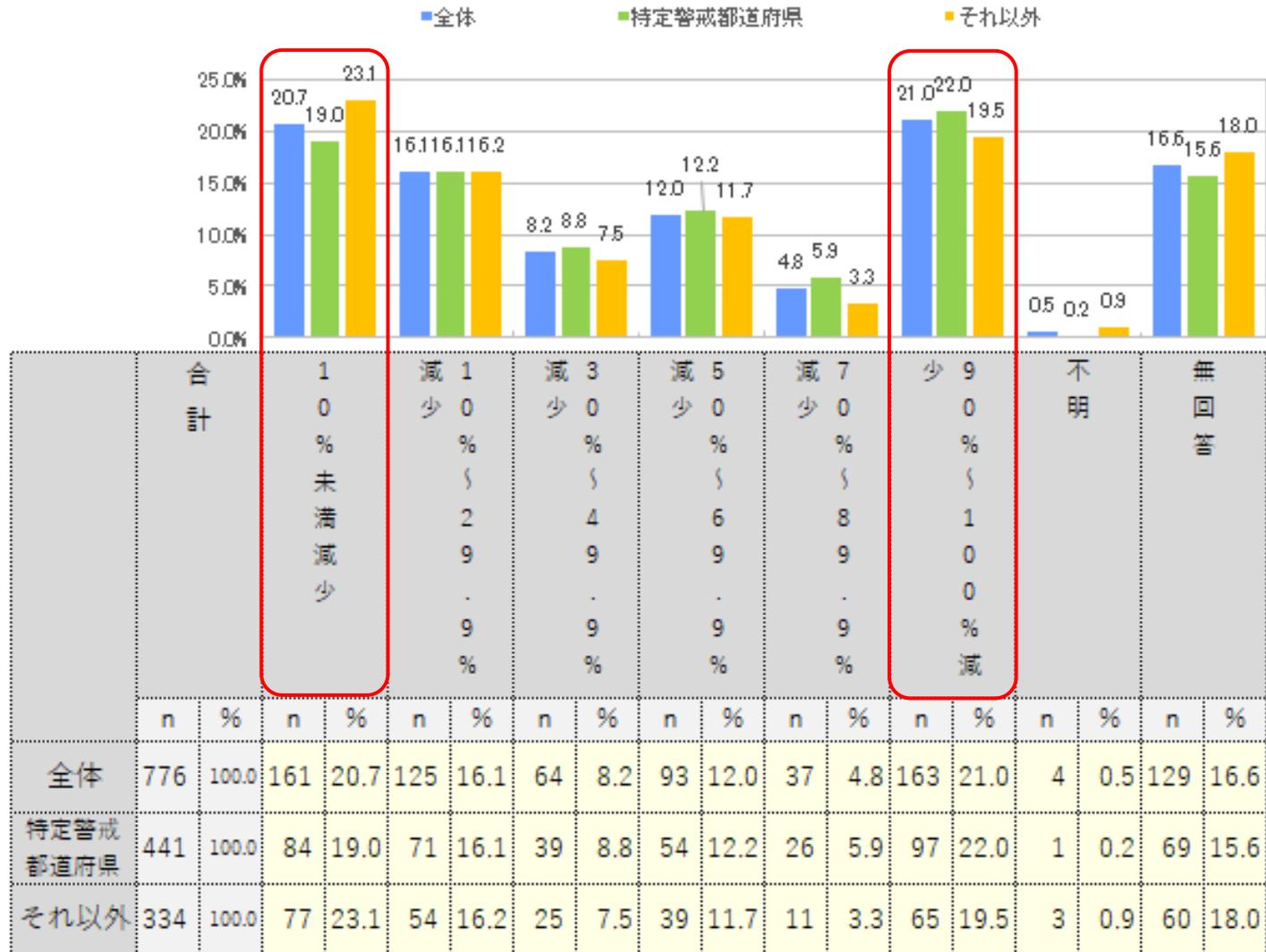


・調査対象: 在宅療養支援歯科診療所2,000施設、それ以外の歯科診療所1,000施設(いずれも無作為抽出)
・調査対象月: 令和4年7月～9月の3か月間

(参考) 歯科訪問診療に対する新型コロナウイルス感染拡大の影響(令和2年4, 5月)

○ 新型コロナウイルス感染拡大初期の令和2年4月、5月では、訪問歯科診療の患者数が90%以上減少した施設が約2割であった。一方で、10%未満の施設も約2割となっていた。

■ 令和2年4月、5月の訪問歯科診療患者数の減少状況(前年同月との比較)



在宅医療の体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

概要

- 今後見込まれる在宅医療の需要の増加に向け、地域の实情に応じた在宅医療の体制整備を進める。「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付け、適切な在宅医療の圏域を設定する。
- 在宅療養患者の急変時に適切に対応するための情報共有や連携を進める。また、看取りに際し本人・家族の希望に沿った医療・ケアの提供を進める。平時から在宅医療に係る関係機関の連携体制の構築を進め、災害時における業務継続計画(BCP)の策定を推進する。
- 医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示による、在宅療養患者への医療・ケアの提供を進める。在宅医療における各職種の機能・役割について明確にする。

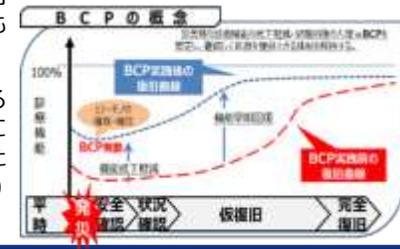
在宅医療の提供体制



- 国は、都道府県に対し、訪問診療及び訪問看護の必要量の推計等を提供する。都道府県は、国から提供を受けたデータを踏まえ、在宅介護の提供体制も勘案しながら在宅医療の体制整備を進める。
- 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について、それぞれが担うべき機能や役割を整理する。
- 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」との連携を進める。

急変時・看取り、災害時等における整備体制

- 在宅医療における急変時対応に関係する機関として消防機関や後方支援を行う医療機関を明確化するとともに、地域の在宅医療の協議の場への参加を促す。
- 災害時においては、各関係機関での連携が重要になることから、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等において平時から連携を進めるとともに、国が策定した手引きや事業等も活用しながら、業務継続計画(BCP)の策定を推進する。



在宅医療における各職種の関わり

- 訪問看護について、退院に向けた医療機関との共同指導、ターミナルケア等の機能や役割に着目した整備や、事業所間の連携、業務効率化等について取組を進める。
- 歯科診療所と後方支援機能を有する歯科医療機関との連携や医科歯科連携の体制構築を進めるとともに、歯科衛生士の機能・役割や訪問歯科診療への関わりについて明確化する。
- 多様な病態の患者への対応やターミナルケアへの参画等の観点から、在宅医療に関わる薬剤師の資質向上を図り、麻薬や無菌製剤の調剤、小児在宅、24時間対応が可能な薬局の整備を進め、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制を構築する。
- 在宅療養患者が居宅において生活機能の回復・維持を図る観点からリハビリテーション提供体制の整備は重要であり、その機能・役割について明確化する。
- 在宅療養患者の状態に応じた栄養管理を充実させるために、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や栄養ケア・ステーション等の活用も含めた訪問栄養食事指導の体制整備が重要であり、その機能・役割について明確化する。

在宅療養支援歯科診療所の施設基準(通知抜粋)

中医協 総 - 2
5. 7. 12 (改)

在宅療養支援歯科診療所 1

在宅療養支援歯科診療所 2

ア) 過去 1 年間に歯科訪問診療 1 及び歯科訪問診療 2 を合計18回以上算定

過去 1 年間に歯科訪問診療 1 及び歯科訪問診療 2 を合計4回以上算定

イ) 高齢者の心身の特性（認知症に関する内容を含むものであること。）、口腔機能管理、緊急時対応等に係る適切な研修を修了した常勤の歯科医師を 1 名以上配置

ウ) 歯科衛生士配置

エ) 患家の求めに応じた迅速な歯科訪問診療が可能な体制を確保し、患家に情報提供

オ) 後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制

カ) 当該診療所において、過去 1 年間の在宅医療を担う他の保険医療機関、保険薬局、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所又は介護保険施設等からの依頼による歯科訪問診療料の算定回数の実績が 5 回以上

キ) 以下のいずれか 1 つに該当すること

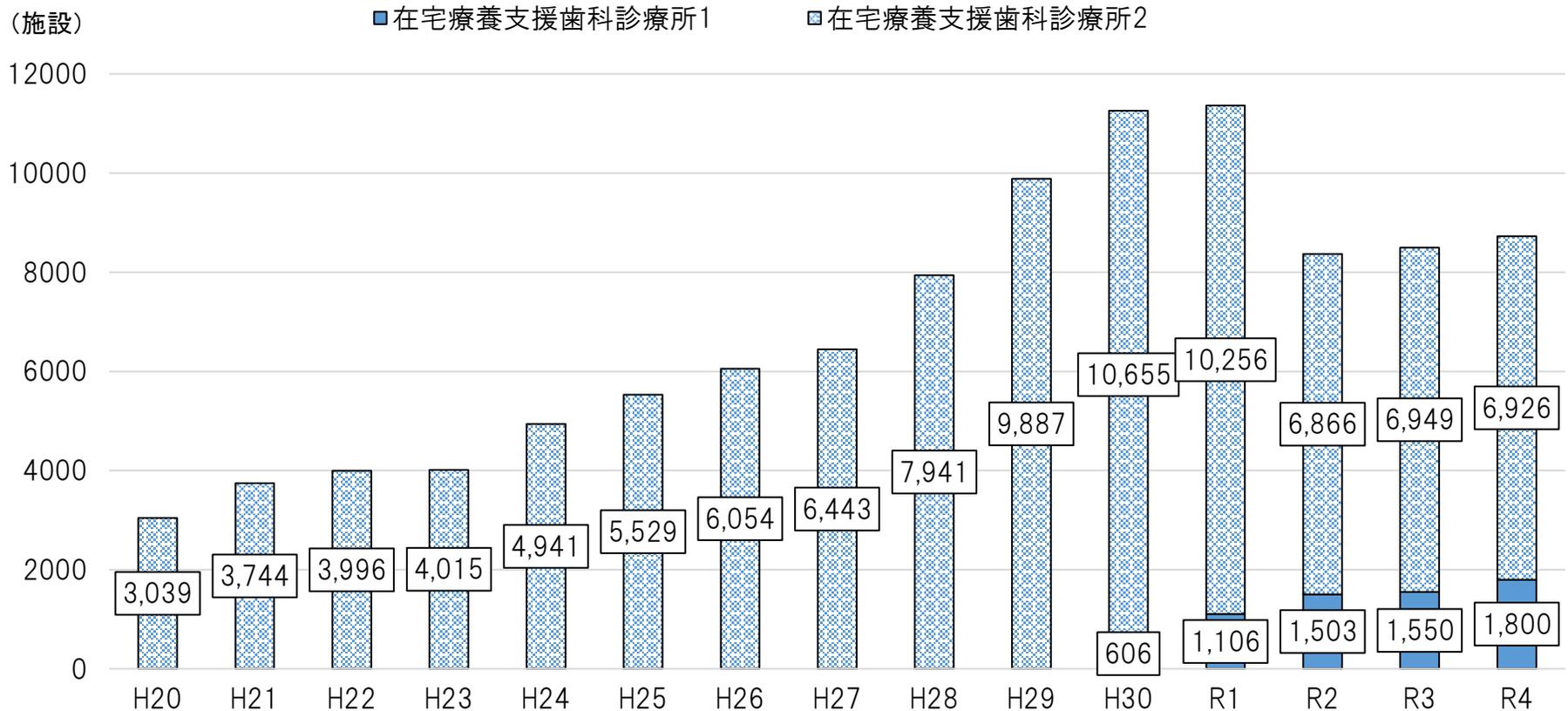
- ① 当該地域において、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院・介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議に年 1 回以上出席
- ② 過去 1 年間に、病院・介護保険施設等の職員への口腔管理に関する技術的助言や研修等の実施又は口腔管理への協力
- ③ 歯科訪問診療に関する他の歯科医療機関との連携実績が年 1 回以上

ク) 過去 1 年間に、以下のいずれかの算定が 1 つ以上あること

- ① 栄養サポートチーム等連携加算 1 又は栄養サポートチーム等連携加算 2 の算定
- ② 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定
- ③ 退院時共同指導料 1、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定

在宅療養支援歯科診療所の届出医療機関数の推移

- 在宅療養支援歯科診療所の届出医療機関数は、令和元年まで増加していたが、平成30年度診療報酬改定における施設基準の見直しの経過措置が終了した令和2年は減少し、以降はほぼ横ばいで推移している。
- 令和4年時点で、在宅療養支援歯科診療所1は1,800施設、在宅療養支援歯科診療所2は6,926施設となっている。



参考

在支診・在支病の施設基準 (参考)

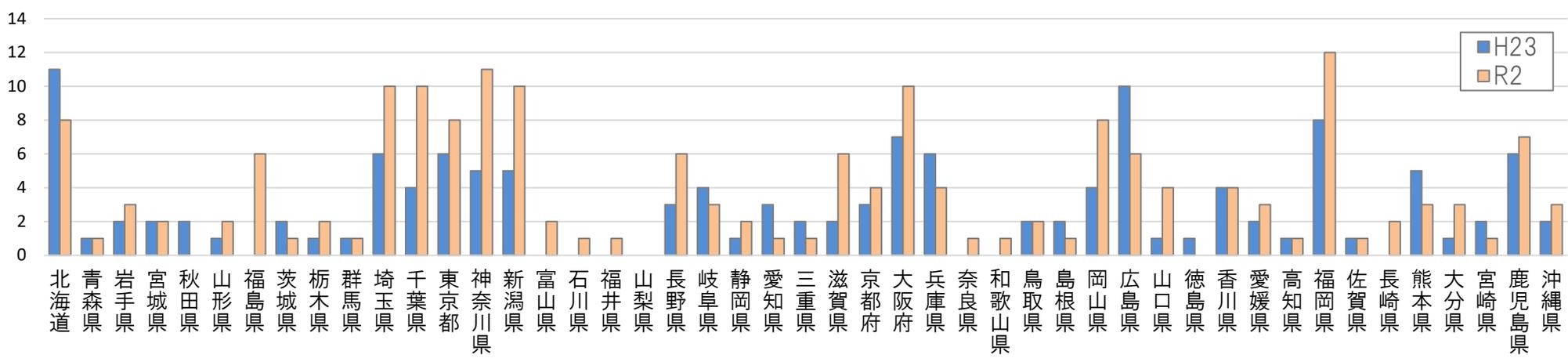
	機能強化型在支診・在支病				在支診在支病	(参考) 在宅療養後方支援病院
	単独型		連携型			
	診療所	病院	診療所	病院		
全ての在支診・在支病の基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している ⑦ <u>適切な意思決定支援に係る指針を作成していること</u>					
全ての在支病の基準	「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 (1) 許可病床200床未満*であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと (2) 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること ※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては280床未満					○ 許可病床数200床以上 ○ 在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保 ○ 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保(病床の確保を含む) ※ やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること ○ 連携医療機関との間で、3月に1回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成
機能強化型在支診・在支病の基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上		⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上			
	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 10件以上	⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上 ・ <u>在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上</u> ・ <u>地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている</u>	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績連携内で10件以上 各医療機関で4件以上	⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上各医療機関で4件以上 ・ <u>在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上</u> ・ <u>地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている</u>		
	⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績 いずれか4件以上		⑨ 過去1年間の看取りの実績連携内で4件以上 かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績 いずれか2件以上			
	⑩ <u>市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において在宅療養支援診療所以外の診療所等と連携することや、地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい</u>					

*: 青字は令和4年度診療報酬改定における変更点

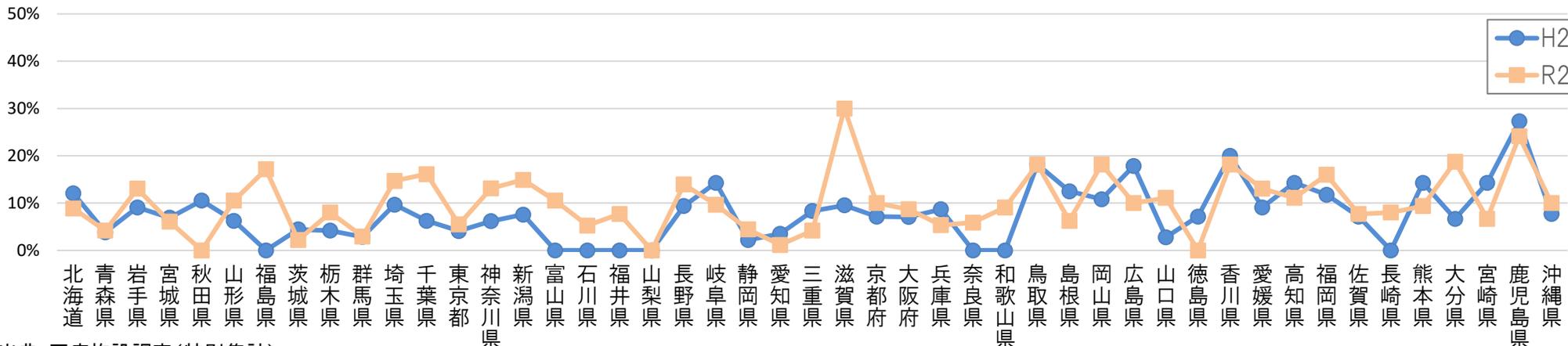
訪問診療を実施している歯科系診療科を標榜する病院の状況

○ 歯科訪問診療を実施する病院(歯科系診療科を標榜)の割合は、平成23年と比較して令和2年では増加している地域が多い(29地域で増加)。

■ 歯科訪問診療を実施している歯科系診療科を標榜する病院数



■ 歯科訪問診療を実施している歯科系診療科を標榜する病院の割合



出典: 医療施設調査(特別集計)

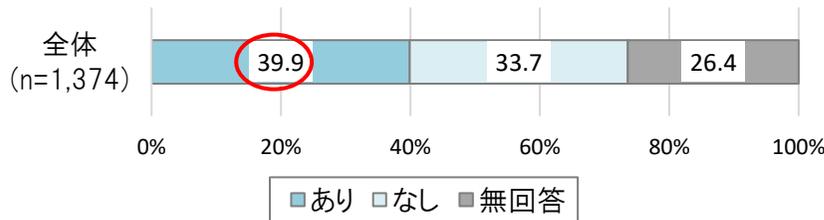
※調査年9月に、「歯科訪問診療」の実施件数が1以上の病院数及び割合

※歯科系の診療科を標榜する病院: 歯科、歯科口腔外科、小児歯科、矯正歯科のいずれかを標榜する病院

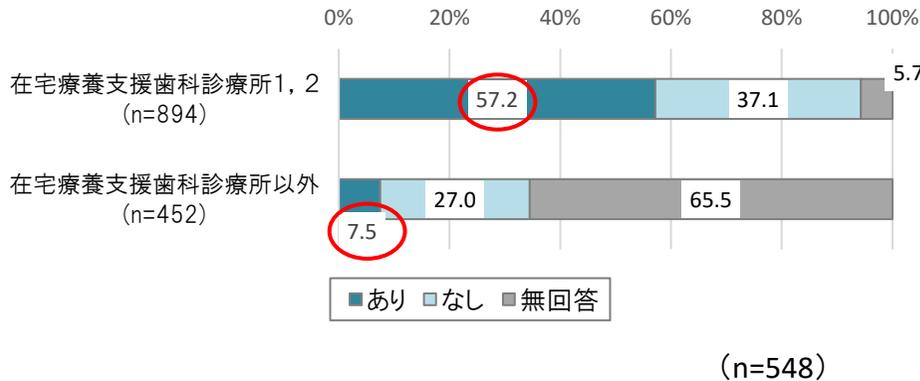
後方支援機能を有する歯科医療機関との連携

- 歯科訪問診療の実施にあたって後方支援機能を有する歯科医療機関との連携の有無について、「あり」と回答した歯科診療所は全体で約40%であり、在宅療養支援歯科診療所では約57%、それ以外の歯科診療所では約8%だった。
- 歯科診療所が、歯科訪問診療において後方支援機能を有する歯科医療機関と連携した内容としては、全身的な管理が必要となった場合の歯科治療が最も多かった。

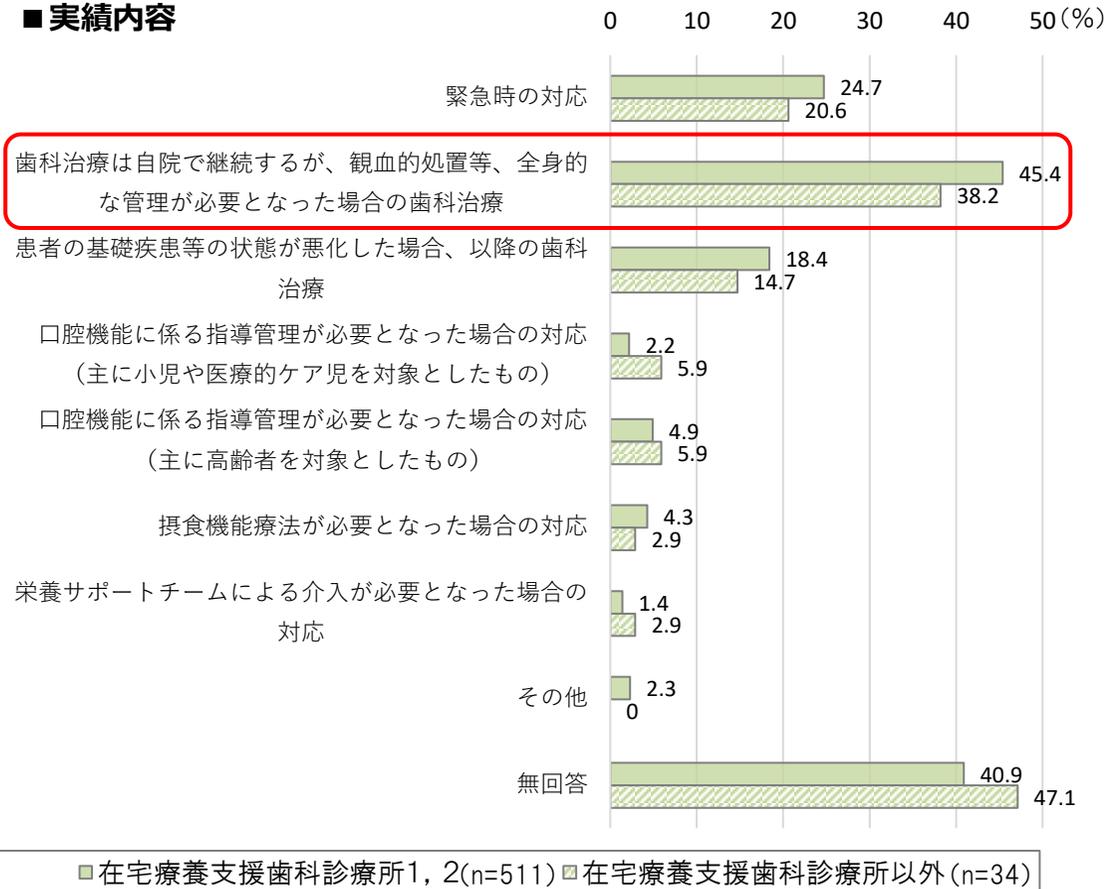
■ 後方支援機能を有する歯科医療機関との連携の有無 (全体)



■ 後方支援機能を有する歯科医療機関との連携の有無



■ 実績内容

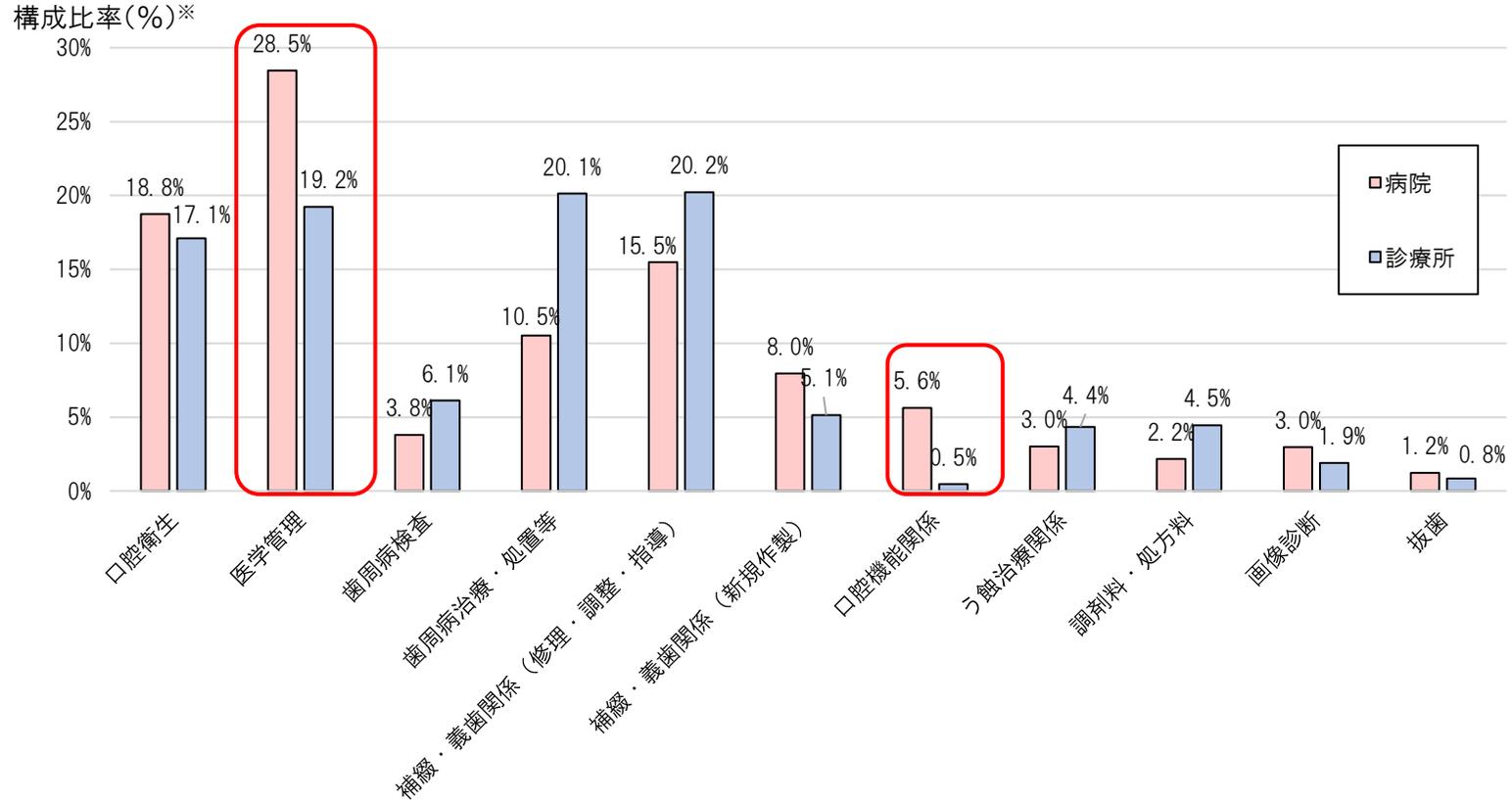


- ・調査対象: 在宅療養支援歯科診療所2,000施設、それ以外の歯科診療所1,000施設(いずれも無作為抽出)
- ・調査対象月: 令和4年7月～9月の3か月間

歯科訪問診療において行われている診療行為（病院・診療所別）

○ 診療所においては、補綴・義歯関係、歯周病治療・処置に係る内容が多いが、病院においては医学管理、口腔機能関係の内容が多く実施されている。

■ 歯科訪問診療の区分ごとの診療内容の構成比率



※ 歯科訪問診療料とともに算定された診療行為のうち、上位50件に該当する診療行為を以下の11区分に分類し、構成比率を算出

【診療内容の区分】

「歯周病治療・処置」「補綴・義歯関係（修理・調整・指導）」「補綴・義歯関係（新規作製）」「口腔衛生」「医学管理」「歯周病検査」「う蝕治療関係」「調剤料、処方料」「画像診断」「拔牙」「口腔機能関係」

・「口腔衛生」: 訪問歯科衛生指導料、在宅等療養患者専門の口腔衛生処置、機械的歯面清掃処置を含む

・「医学管理」: 歯科疾患在宅療養管理料 等

病院歯科の在宅歯科医療支援・地域連携の例

公立能登総合病院の例

公立能登総合病院歯科口腔外科の概要

- 所在地 石川県七尾市（人口約52,000人、高齢化約37%）
- 地域の歯科診療所数 30カ所
- 歯科口腔外科職員 歯科医師数3人、歯科衛生士5名、看護師2名
- 特徴：地域で唯一の病院歯科口腔外科
 - ・ 院内・院外の医科歯科連携、病診連携を積極的に推進
 - ・ 独自に開発した「お口の健康管理手帳」等の多職種連携ツールを活用し、多職種による情報共有によるシームレスな歯科介入を実施

取組の概要

- 同じ能登地域の市立輪島病院（歯科標榜なし）において、入院患者及び外来患者の口腔ケアや摂食嚥下診療を実施。
- 同地域内の別の市内にある特別養護老人ホームにおいて、施設入所者の口腔ケア指導、ミールラウンド、摂食嚥下診療を実施
- 「在宅歯科診療対象者リスト」を作成し、同病院の訪問看護ステーションと連携。リストに1つでも該当がある場合は歯科医師による「口腔機能チェック」の受診を推奨。

※在宅歯科診療対象者リストの項目

- ・ 歯や入れ歯に不具合がある
- ・ 口の中が乾燥している
- ・ 口臭が気になる
- ・ 食事にむせることがある
- ・ 食べるのに時間がかかる
- ・ 喉で痰がゴロゴロ鳴っている
- ・ 口の中が痛い
- ・ 口腔ケアがうまくできない
- ・ 胃瘻をしている
- ・ 人工呼吸器を装着している

社会医療法人 原土井病院の例

社会医療法人 原土井病院の概要

- 所在地 福岡県福岡市（人口約150万人、高齢化率約22%）
- 地域の歯科診療所数 1,073カ所
- 歯科職員 歯科医師数3人（非常勤2人）、歯科衛生士4名、助手2名
- 特徴：1998年に歯科を開設
 - ・ 院内に2000年に口腔ケア委員会、2001年に嚥下チーム、2005年に糖尿病専門医とともにNST、2015年に摂食・栄養支援部を設立。また、2012年に訪問歯科診療開始。
 - ・ NST委員会は、病態栄養を担当する内科医師と摂食嚥下障害を担当する歯科医師のもと、検査科、管理栄養科、薬剤科、リハビリ科（PT,OT,ST）、医局（医師）、看護部、事務部で構成され、月2回開催

取組の概要

- VFのための2泊3日の検査入院（1～2週間の嚥下リハも含む場合あり。）を実施。
- 嚥下機能障害患者の退院後は、入所する介護施設でミールラウンドを実施。歯科医師、歯科衛生士、看護師、管理栄養士、言語聴覚士、介護スタッフ等が参加。
- 地域の医科・歯科診療所からの依頼を受け、VEの実施支援を目的とした同行訪問等を実施。

1. 歯科訪問診療の現状等について
2. 歯科訪問診療の提供体制について
- 3. 歯科訪問診療における口腔の管理について**
4. 小児に対する歯科訪問診療について
5. 歯科訪問診療における連携等について

在宅における歯科衛生士による指導管理の実施状況

意見交換 資料－4
 参考 ー 1
 R 5 . 3 . 1 5

- 訪問歯科衛生指導料の算定回数は令和2年を除きほぼ横ばいである。
- 居宅療養管理指導費(歯科衛生士等が行う場合)の算定回数は、緩やかに増加している。

訪問歯科衛生指導料

- 1 単一建物診療患者が1人の場合 360点
- 2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 328点
- 3 1及び2以外の場合 300点

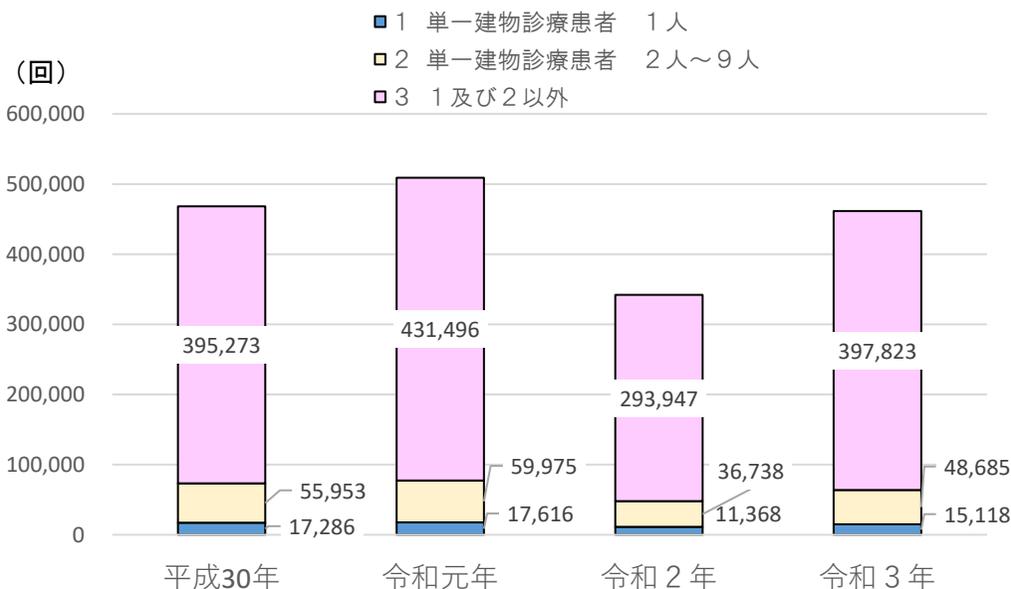
歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士等が訪問して療養上必要な指導として、単一建物診療患者又はその家族等に対して、当該患者の口腔内の清掃(機械的歯面清掃を含む。)、有床義歯の清掃指導又は口腔機能の回復若しくは維持に関する実地指導を行い指導時間が20分以上であった場合は、患者1人につき、**月4回に限り**、算定する。

居宅療養管理指導費(歯科衛生士等が行う場合)

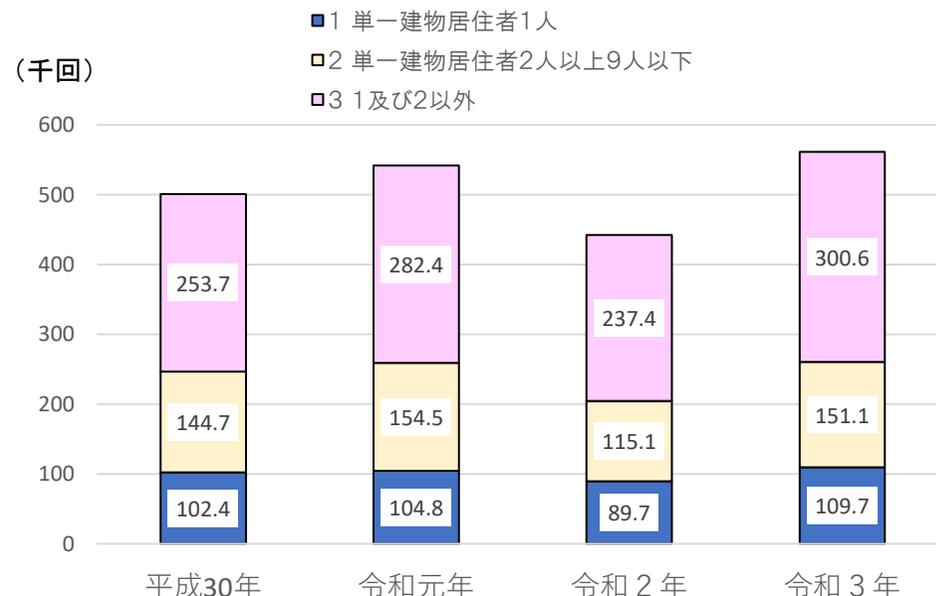
- 1 単一建物居住者1人に対して行う場合 361単位/回
- 2 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合 325単位/回
- 3 1及び2以外の場合 294単位/回

在宅の利用者であって通院または通所が困難なものに対して、歯科衛生士、保健師又は看護職員が、当該利用者に対して訪問歯科診療を行った歯科医師の指示に基づき、当該利用者を訪問し、実地指導を行った場合に、単一建物居住者の人数に従い、**1月に4回を限度として**、所定単位数を算定する。

訪問歯科衛生指導料 算定回数



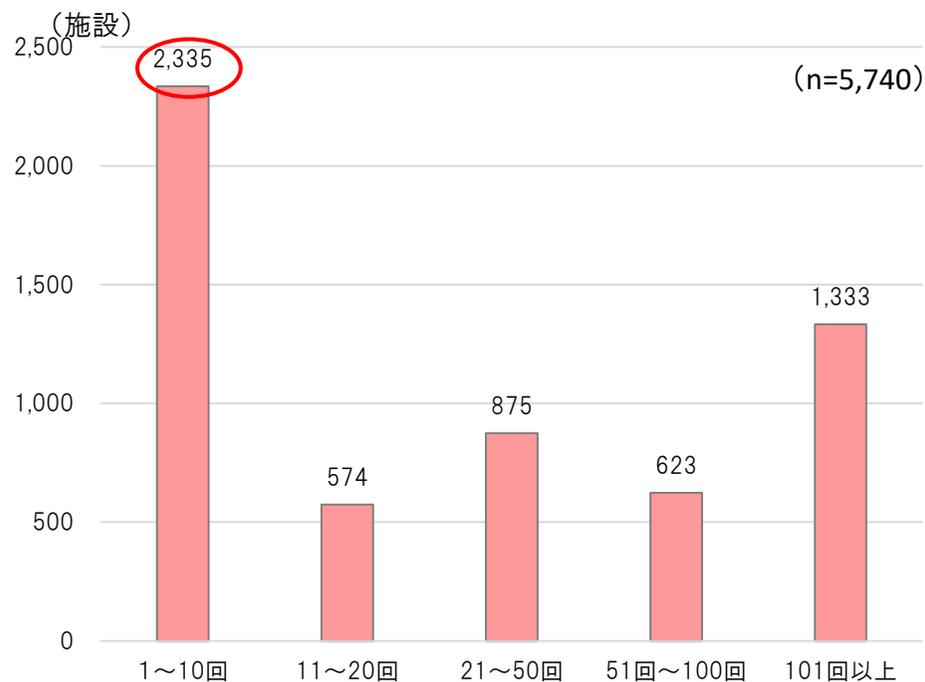
居宅療養管理指導費(歯科衛生士等が行う場合) 算定回数



1 医療機関ごとの訪問歯科衛生指導料の算定回数

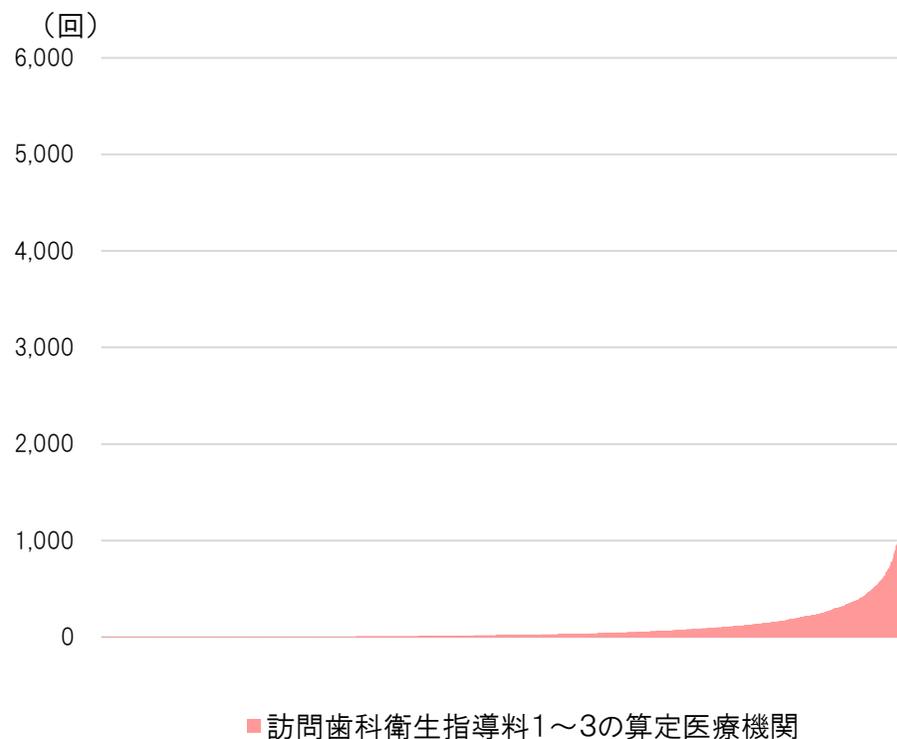
- 訪問歯科衛生指導料の算定回数別医療機関数をみると、1月あたりの算定回数は約半数が1回～10回の医療機関が最も多く、約半数となっている。
- 1医療機関当たりの算定回数をみると、算定回数が多い医療機関も一定数存在する。

■ 訪問歯科衛生指導料1～3の算定医療機関数



訪問歯科衛生指導料1～3の算定回数の合計

■ 訪問歯科衛生指導料1～3の算定回数



■ 訪問歯科衛生指導料1～3の算定医療機関

歯科衛生士の訪問に関する評価

- 歯科衛生士の訪問に関する評価は、歯科訪問診療料の加算である歯科訪問診療補助加算と訪問歯科衛生指導料がある。
- 訪問歯科衛生指導料については、歯科医師の指示により、歯科訪問診療料を算定した日から1月以内（患者の状態が安定している場合は2月以内）であれば、歯科衛生士のみが訪問して療養上必要な実地指導を行うことができる。

C000 歯科訪問診療料 注11 歯科訪問診療補助加算

- 歯科訪問診療補助加算
- イ 在宅療養支援歯科診療所1、在宅療養支援歯科診療所2、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合
同一建物居住者以外の場合：115点 同一建物居住者の場合：50点
 - ロ 在宅療養支援歯科診療所等以外の保険医療機関の場合
同一建物居住者以外の場合：90点 同一建物居住者の場合：30点

- 歯科衛生士が、歯科医師と同行の上歯科訪問診療の補助を行った場合は、以下の点数を1日につき所定点数に加算

C001 訪問歯科衛生指導料

- | | | |
|---|----------------------|------|
| 1 | 単一建物診療患者が1人の場合 | 360点 |
| 2 | 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 328点 |
| 3 | 1及び2以外の場合 | 300点 |

- 歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士等が訪問して療養上必要な指導として、単一建物診療患者又はその家族等に対して、当該患者の口腔内の清掃（機械的歯面清掃を含む。）、有床義歯の清掃指導又は口腔機能の回復若しくは維持に関する実地指導を行い指導時間が20分以上であった場合は、患者1人につき、月4回に限り、算定する。
- 訪問歯科衛生指導料は、歯科訪問診療料を算定した患者等に対して、歯科訪問診療料を算定した日から起算して1月以内（ただし、歯科訪問診療を行う歯科医師により、状態が安定していると判断される場合は2月以内でも差し支えない。）において、歯科訪問診療を行った歯科医師の指示を受けた歯科衛生士等が、療養上必要な実地指導を行った場合に算定し、単なる日常的口腔清掃等のみを行った場合は算定できない。

歯科衛生士による口腔の衛生処置の評価

- 在宅等で療養する患者に対し、歯科衛生士が専門的な口腔衛生処置を行った場合の評価として「在宅等療養患者専門的口腔衛生処置」がある。

在宅等療養患者専門的口腔衛生処置 130点

- 歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃処置を行った場合に、月1回に限り算定する。
- 訪問歯科衛生指導料を算定した日は算定できない。
- 在宅等療養患者専門的口腔衛生処置を算定した日の属する月において、機械的歯面清掃処置は、別に算定できない。

<実施する内容>

- 当該患者の口腔の衛生状態にあわせて、口腔清掃用具等を用いて歯面、舌、口腔粘膜等の専門的な口腔清掃、義歯清掃又は機械的歯面清掃を行った場合
- 主治の歯科医師は、歯科衛生士の氏名を診療録に記載する。
- 当該処置を行った歯科衛生士は、業務に関する記録を作成する。

■ 在宅等療養患者専門的口腔衛生処置の算定回数



複数名訪問看護加算

中医協 総 - 2
5. 1 0. 2 0

中医協 総 - 2
5. 7. 1 2 改

- 別表第7の利用者等に対し、複数名で訪問看護を行った場合、複数名訪問看護加算を算定できる。
- 複数名訪問看護加算を算定する利用者数及び全利用者に占める算定割合は増加傾向である。

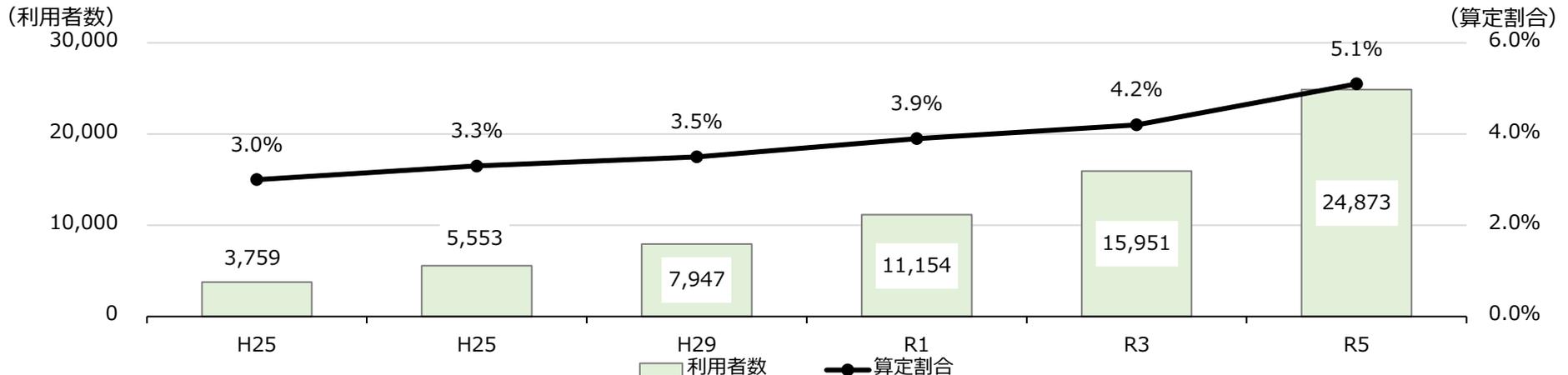
報酬と訪問者	対象者	加算額（※）	指定訪問看護の実施者	同時に訪問する者
	イ～二	4,500円（週1回）	看護職員 （保健師、助産師、看護師、准看護師）	保健師、助産師、看護師、 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士
	イ～二	3,800円（週1回）	看護職員	准看護師
	二～ハ	3,000円（週3回）	看護職員	その他職員 保健師、助産師、看護師、准看護師 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士 看護補助者
イ～ハ	3,000円（1日に1回の場合） 6,000円（1日に2回の場合） 10,000円（1日に3回以上の場合）			

対象者

看護職員が、他の看護師等又は看護補助者と同時に指定訪問看護を行うことについて利用者又はその家族等の同意を得て、1人の看護師等による指定訪問看護が困難な利用者であって、次のいずれかに該当する場合、所定額に加算。

- イ 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者
- ロ 特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者
- ハ 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者
- ニ 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者
- ホ 利用者の身体的理由により1人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者
- ヘ その他利用者の状況等から判断して、イからホのいずれかに準ずると認められる者

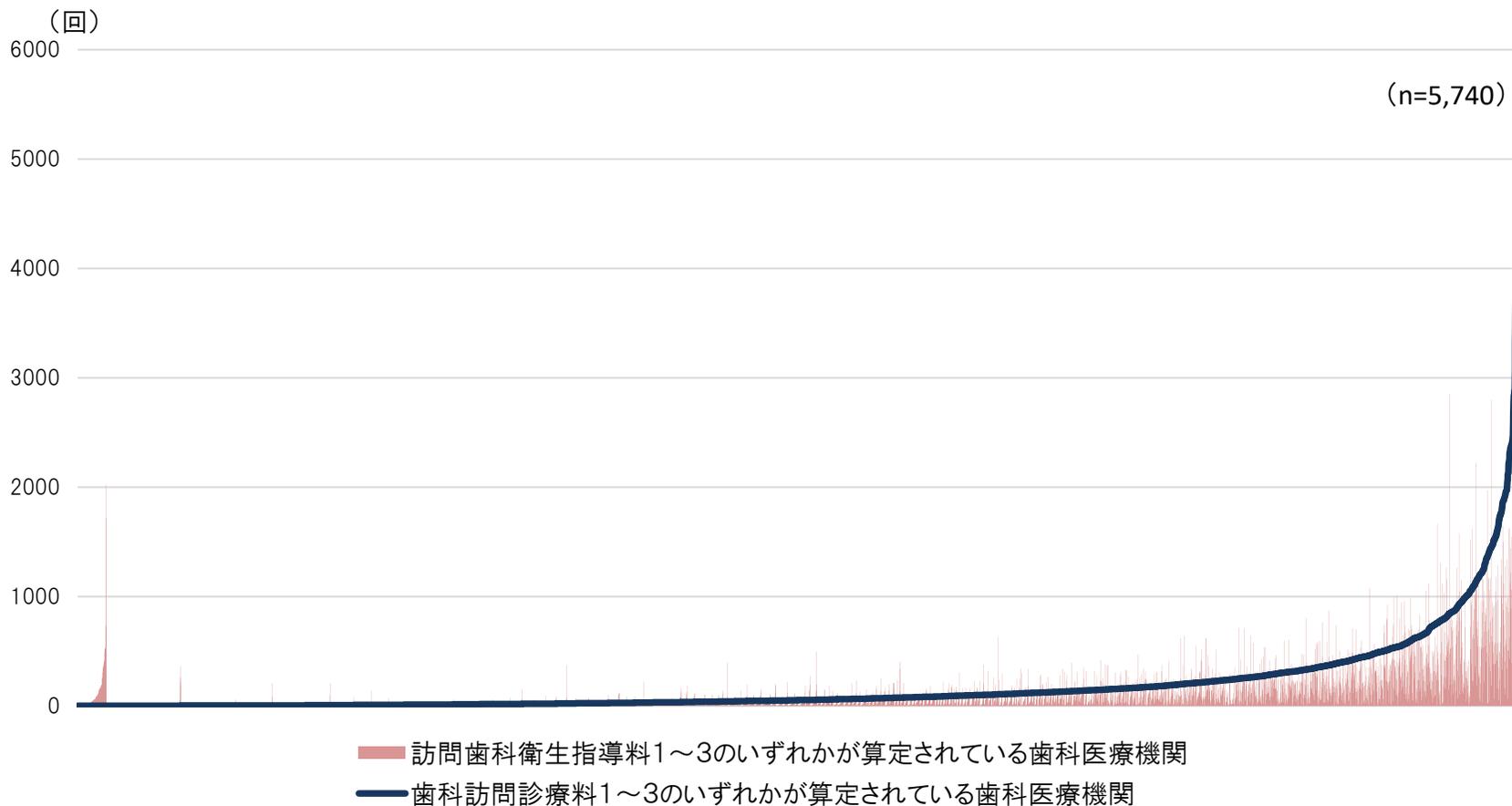
※同一建物内3人以上の場合の加算額は別に設定あり



医療機関ごとの歯科訪問診療料・訪問歯科衛生指導料の算定回数

○ 医療機関ごとの歯科訪問診療料の算定回数と訪問歯科衛生指導料の算定回数をみると、歯科訪問診療料の算定回数よりも訪問歯科衛生指導料の算定回数が多い、つまり歯科衛生士のみで訪問して実地指導を行う場合が一定数ある。

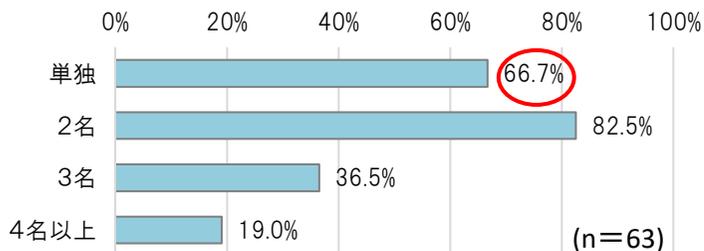
■ 医療機関毎の歯科訪問診療料（歯科訪問診療 1～3）と訪問歯科衛生指導料（訪問歯科衛生指導料 1～3）の算定回数



歯科訪問診療において歯科衛生士が訪問する時の状況

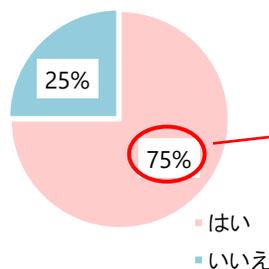
- 歯科訪問診療において歯科衛生士が訪問する場合に、約67%で歯科衛生士が単独で訪問している。複数名で訪問する場合の同行者は歯科医師が多く、次いで歯科衛生士が約45%となっている。
- 訪問時に不安等がある歯科衛生士は約75%であった。不安等が起こった場所は在宅が多く、実際にハラスメントを受けた歯科衛生士が一定数存在していた。

■ 歯科衛生士が訪問する場合の人数（複数回答）

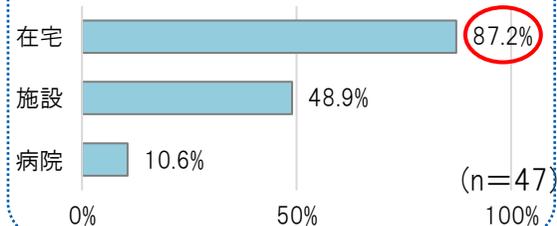


■ 訪問時の不安や心配事の有無

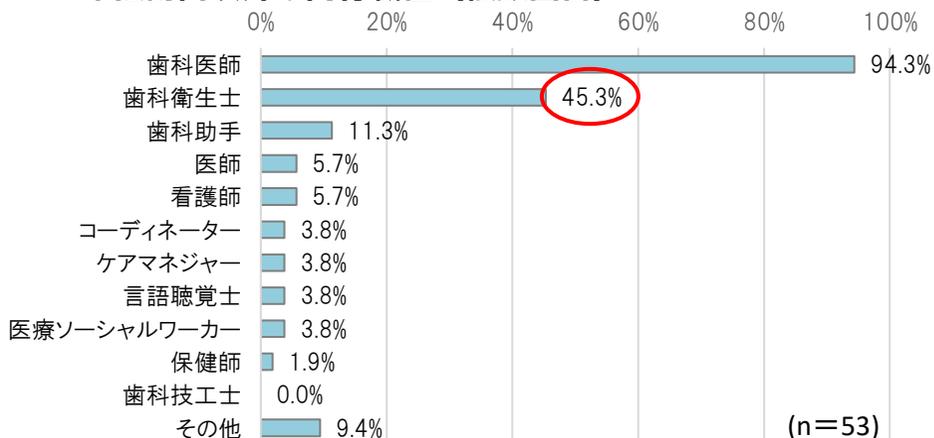
[これまでに訪問で不安や心配事がありましたか]



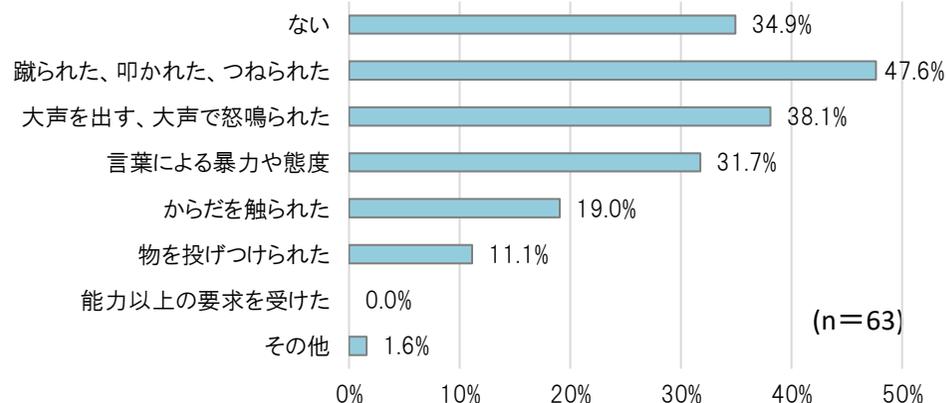
■ 不安や心配事が起きた場所（複数回答）



■ 単独訪問以外の同行職種（複数回答）



■ 患者本人からのハラスメントの状況（複数回答）



- ・調査対象：都道府県歯科衛生士会（北海道、山形県、東京都、愛知県、奈良県、京都府、大阪府、滋賀県、和歌山県、大分県、沖縄県）に所属する歯科衛生士、団体に所属する歯科衛生士 5,145名
- ・調査対象期間：令和5年1月7日～1月15日
- ・調査方法：インターネット調査
- ・回収数：63名

人生の最終段階における口腔管理

- 要介護の状態になるとADLの低下による口腔清掃能力の低下だけではなく、口腔機能の低下による唾液分泌の減少による自浄作用の低下も起こり、口腔衛生状況が悪くなる。そして、人生の最終段階に近づくにつれ、その傾向は顕著になる。
- 在宅の終末期がん患者の口腔管理開始から死亡までの期間の歯科的介入の内容を調べた調査では、介入内容は全身状態の低下とともに口腔衛生管理の頻度が増加し、口腔管理の開始から死亡までの期間は、31日以上90日未満が多かった。

人生の最終段階における身体状況から生じる口腔への影響

1. 意識障害

脳血管障害・認知症・神経難病の進展により生じる意識障害
→ う蝕や残存歯による裂傷や褥瘡、それに伴う感染
原始反射の出現などによる咀嚼障害

2. 栄養障害

経口摂取不可能や消化吸収作用の減弱、経管栄養でも十分な栄養補給ができない
→ 脱水による口腔乾燥、健常では罹患しない粘膜疾患

3. 循環不全、易出血性の亢進

DICなどの凝固因子欠乏、血管抵抗性の低下など簡単に出血してしまう状態
→ 口腔内からの不正出血や粘膜の抵抗性低下

出典：阪口英夫「人生の最終段階における口腔管理」、
日本障害者歯科学会誌40:119-123,2019を元に保険局医療課で作成

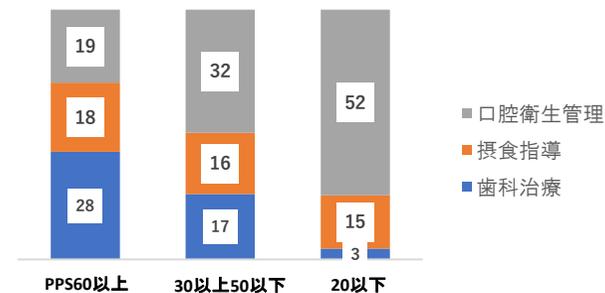
在宅終末期がん患者に対する口腔健康管理の状況

- 対象：2019年3月から2020年12月までの間に歯科訪問診療により口腔管理を開始した在宅終末期がん患者34名中の24名（年齢：51歳から90歳）
※途中中断および追跡終了時点で継続していた者を除く。
- 方法：死亡するまで歯科訪問診療にて口腔管理を実施
患者の全身状態をPPS(Palliative Performance Scale)を用い、次の3区分で評価し、訪問時に行った管理内容を検討
 - ・起居が可能で意識が清明、経口摂取もほぼ正常な60以上の者
 - ・臥床しがちになり意識に混乱がみられ経口摂取量も減少する30以上50以下の者
 - ・常に臥床となり傾眠傾向となり数口程度しか経口摂取できなくなる20以下の者

■ 在宅終末期がん患者に実施した歯科治療の内容

- ・全身状態の悪化に伴い、歯科治療の頻度は減少し、口腔衛生管理の頻度が増加
- ・身体機能と歯科治療内容の間には有意な関連 ($p < 0.05$, χ^2 乗検定)

< のべ診療回数 >



※のべ診療回数：
1回の診療時に「歯科診療、摂食指導、口腔衛生管理」のどれを提供したか積み上げたもの。1回の治療で複数の内容を実施した場合はそれぞれ計上。

■ 訪問開始から患者が死亡するまでの期間

10日未満:2人 10日以上30日以下:5人 31日以上90日未満:11人
90日以上:6人

出典：日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック 菊谷教授提供資料を元に
保険局医療課で作成

終末期がん患者に対する歯科医療の必要性

- 緩和ケア病棟や緩和ケアチームを対象としたアンケート調査(医師又は看護師が回答)において、歯科医師による専門的な歯科治療が頻回に必要なと回答した施設は約27%、歯科専門職による専門的な口腔のケアが頻回に必要なと回答した施設は約62%だった。
- 緩和ケア病棟に入院するがん患者を対象として歯科医師が口腔内の診査を行った調査において、歯科治療が必要と判断された患者の割合は半数を超えていた。

■緩和ケア病棟入院患者の歯科治療や口腔管理 (dental services) の必要性 (医師又は看護師に対するアンケート調査)

(N=210)

		N(%)	95% C.I.
General need of dental services	Absolutely necessary	78 (37.1%)	31,44
	Highly necessary	67 (31.9%)	26,38
	Necessary	51 (24.3%)	18,30
	Relatively necessary	14 (6.7%)	3,10
	Relatively unnecessary	0	0
	Unnecessary	0	0
Need of specific dental services			
Dental treatment	Often	57 (27.1%)	21,33
	Sometimes	142 (67.6%)	61,74
	Never	6 (2.9%)	1,5
Oral care	Often	131 (62.4%)	56,69
	Sometimes	72 (34.3%)	28,41
	Never	5 (2.4%)	0,4

■緩和ケア病棟入院がん患者の歯科治療の必要性 (歯科医師の診査による調査)

	n	%
不要	38	44.2
必要	48	55.8
全体	86	100

- ・調査対象: 日本国内の緩和ケアを行う病院 436施設:
(緩和ケア病棟 244施設、緩和ケアチーム 192チーム)
- ・調査手法: アンケート調査
- ・回答者: 医師又は看護師
- ・回答数: 210施設

- ・調査対象: 日本国内の緩和ケアを行う病院 5施設
(緩和ケア病棟3施設、ホスピス2施設)の患者
- ・調査手法: 5施設の入所者に対し、歯科医師による
歯科検診の実施等を含む調査を実施
- ・回答数: 本調査への協力に同意したがん患者86名

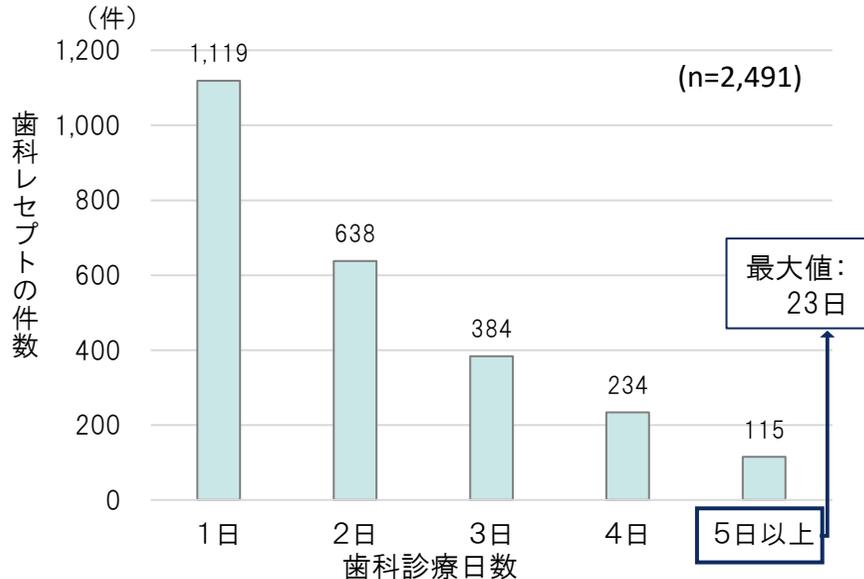
看取り加算を算定している患者への歯科訪問診療の実施状況

- 看取り加算が算定された患者について、看取り加算算定日の1月以内に歯科診療を行った割合は約16%であり、診療日数は1日が最も多かったが、5日以上も一定数存在する。
- 看取り加算算定以前の最終の歯科診療の時期をみると、7日前～1日前が多い。

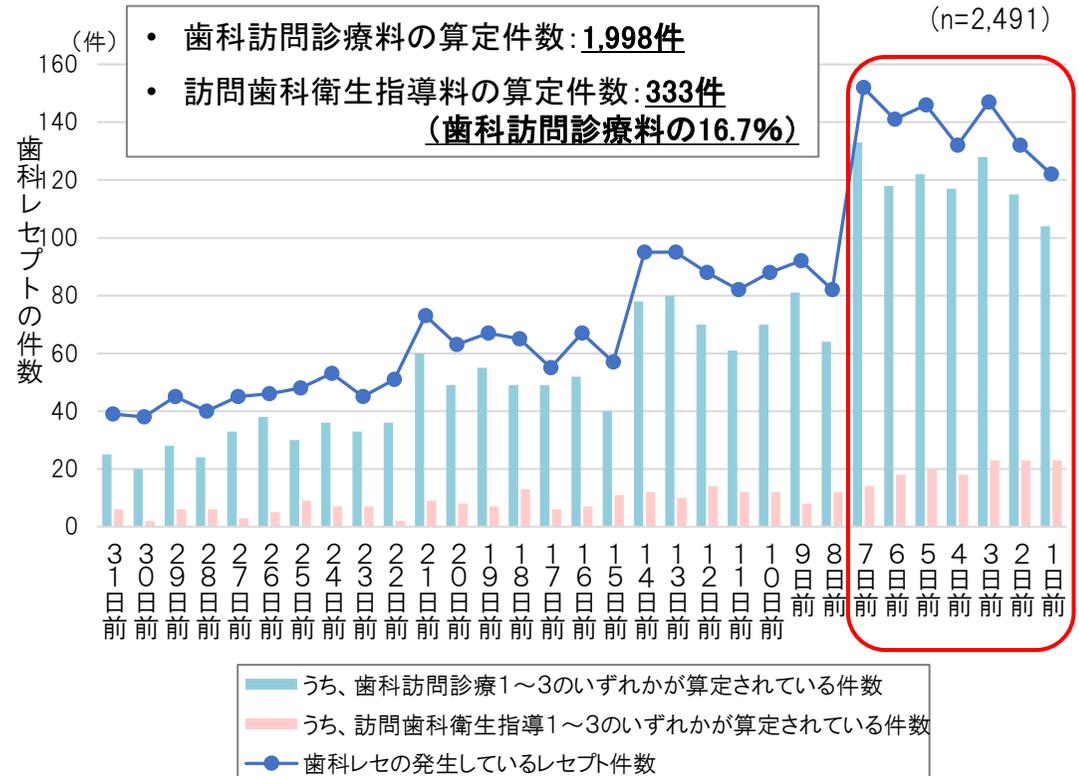
■ 看取り加算算定の1月以内の歯科診療の頻度

- 看取り加算算定の算定件数: **15,758件**(令和4年5月)
- 看取り加算算定の算定から1月以内に請求があった歯科レセプトの算定件数: **2,491件(15.8%)**

■ 看取り加算算定の1月以内の歯科診療の頻度



■ 看取り加算算定日以前の最終の歯科診療の時期



※令和4年5月に「看取り加算」が算定された医科レセプトのうち、看取り加算算定の1月以内に歯科診療を行った日(最終日)別の歯科レセプト算定件数

(1人の患者に対して複数回診療を行っている場合、最後の診療日に計上)

訪問歯科衛生指導の実施時におけるICTの活用に係る評価の新設

情報通信機器を活用した在宅歯科医療の評価

- 歯科衛生士等による訪問歯科衛生指導の実施時に、歯科医師が情報通信機器を用いて状態を観察した患者に対して、歯科訪問診療を実施し、当該観察の内容を診療に活用した場合の評価を新設する。

(新) 歯科訪問診療料（1日につき） 通信画像情報活用加算 30点

[対象患者]

過去2月以内に訪問歯科衛生指導料を算定した患者

[対象施設]

地域歯科診療支援病院歯科初診料、在宅療養支援歯科診療所1又は在宅療養支援歯科診療所2

[算定要件]

訪問歯科衛生指導の実施時に**歯科衛生士等がリアルタイムで口腔内の画像を撮影できる装置を用いて、口腔内の状態等を撮影**し、当該保険医療機関において**歯科医師がリアルタイムで観察**し、得られた情報を次回の歯科訪問診療（歯科訪問診療1又は2に限る。）に活用した場合に算定



通信画像情報活用加算の算定状況

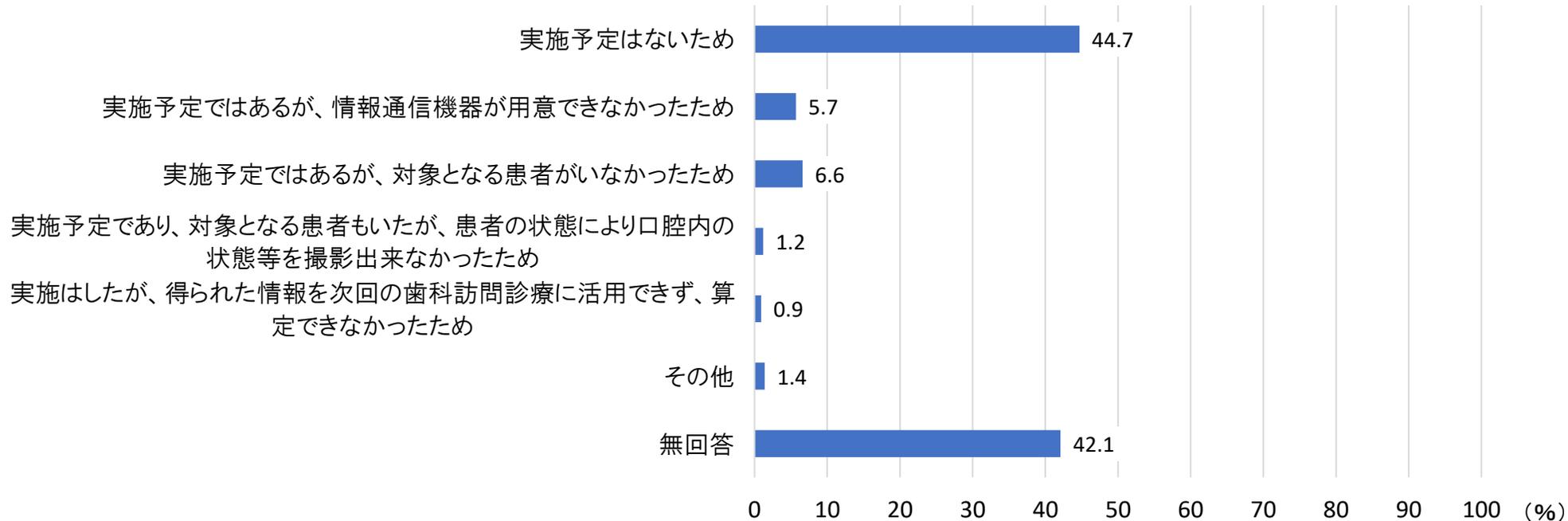
- 通信画像情報活用加算の算定回数は令和4年7月で262回、算定医療機関数は68施設であった。
- 算定していない医療機関にその理由を聞いたところ「実施予定はない」が最も多く44.7%であった。

＜通信画像情報活用加算の算定状況＞

	算定医療機関数(施設)	算定件数(件)	算定回数(回)
通信画像情報活用加算	68	262	262

出典：NDBデータ(令和4年7月診療月)

＜通信画像情報活用加算を算定していない理由＞



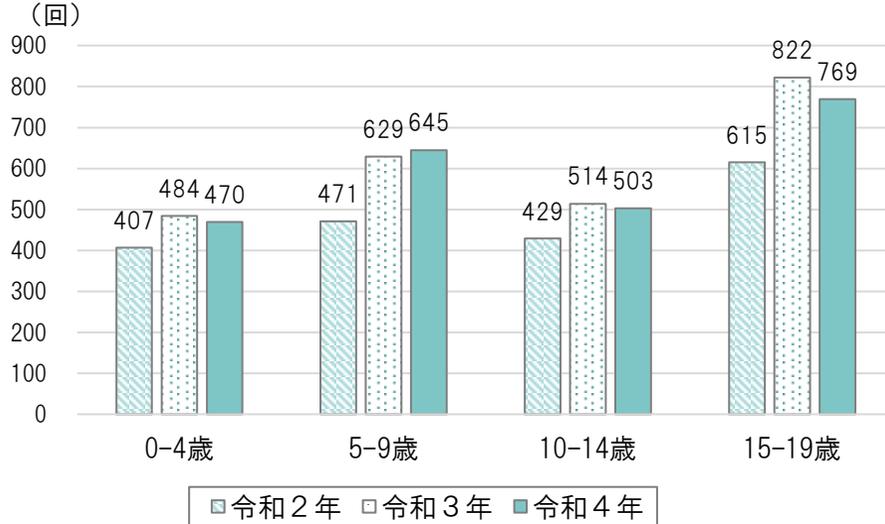
・調査対象：在宅療養支援歯科診療所2,000施設、それ以外の歯科診療所1,000施設(いずれも無作為抽出)
・調査対象月：令和4年7月～9月の3か月間

1. 歯科訪問診療の現状等について
2. 歯科訪問診療の提供体制について
3. 歯科訪問診療における口腔の管理について
- 4. 小児に対する歯科訪問診療について**
5. 歯科訪問診療における連携等について

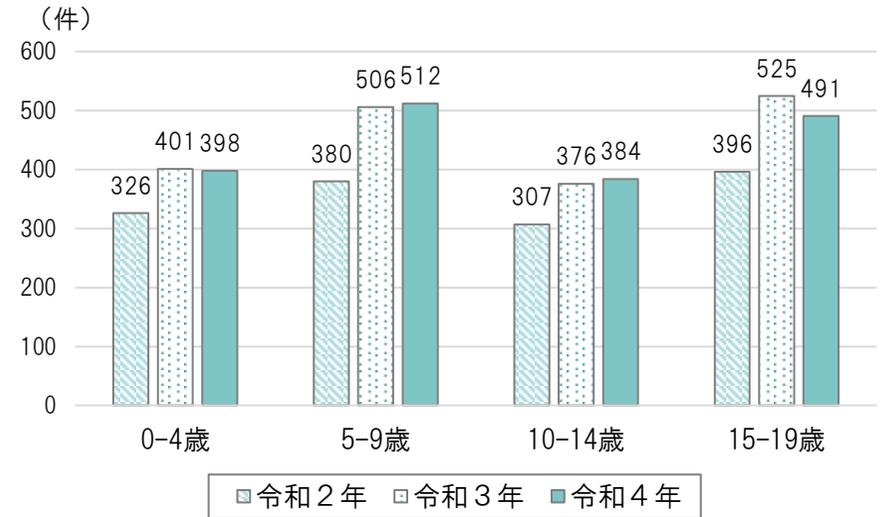
小児に対する歯科訪問診療の実施状況

○ 小児に対する歯科訪問診療料及び訪問歯科衛生指導料の算定回数の経年推移をみると、全体としてはまだ少ないが、一定程度歯科訪問診療が提供されている。

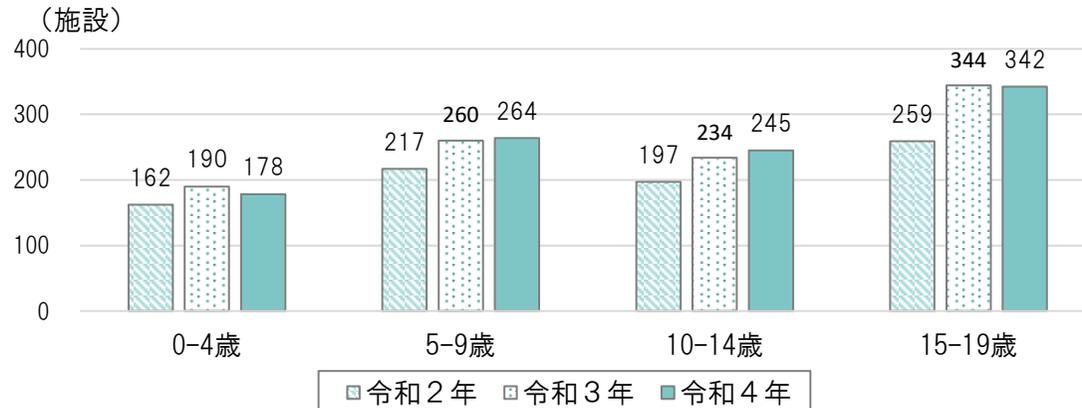
■ 歯科訪問診療料(20歳未満)の算定回数



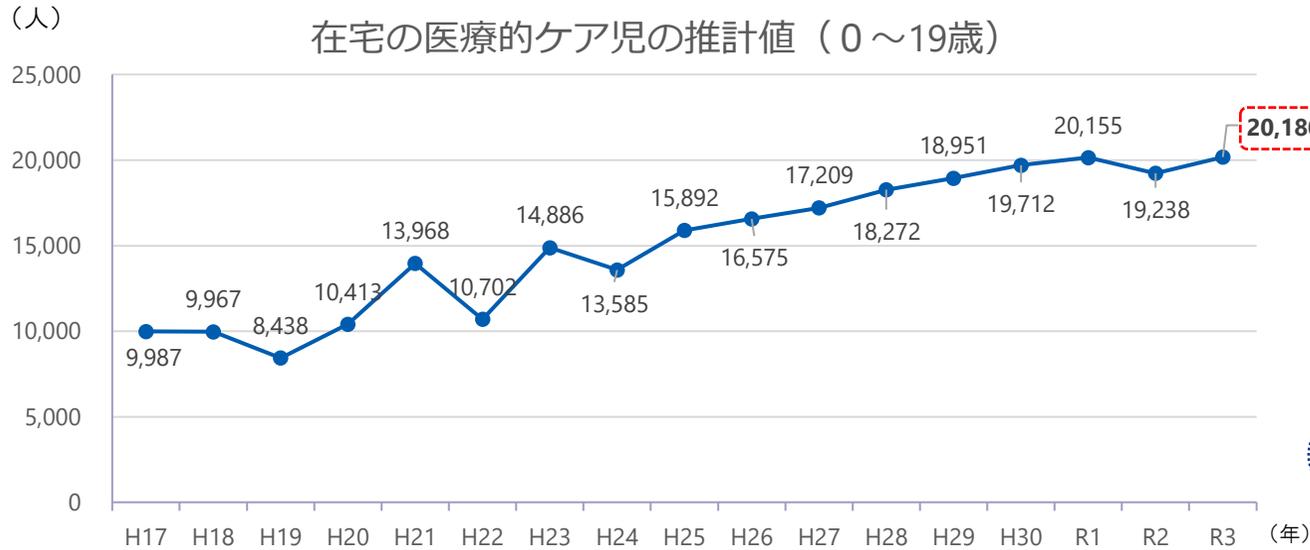
■ 歯科訪問診療料(20歳未満)の算定件数



■ 歯科訪問診療料(20歳未満)の算定医療機関数



- 医療的ケア児とは、医学の進歩を背景として、NICU（新生児特定集中治療室）等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な児童のこと。
- 全国の医療的ケア児（在宅）は、約2万人（推計）である。



その他の医療行為とは、
気管切開の管理、
鼻咽頭エアウェイの管理、酸素療法、
ネブライザーの管理、経管栄養、
中心静脈カテーテルの管理、
皮下注射、血糖測定、
継続的な透析、導尿 等

出典：厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究（田村班）」
及び当該研究事業の協力のもと、社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）により厚生労働省障害児・発達障害者支援室で作成

医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律（令和3年6月18日公布・同年9月18日施行）

第二条 この法律において「医療的ケア」とは、人工呼吸器による呼吸管理、喀痰吸引その他の医療行為をいう。

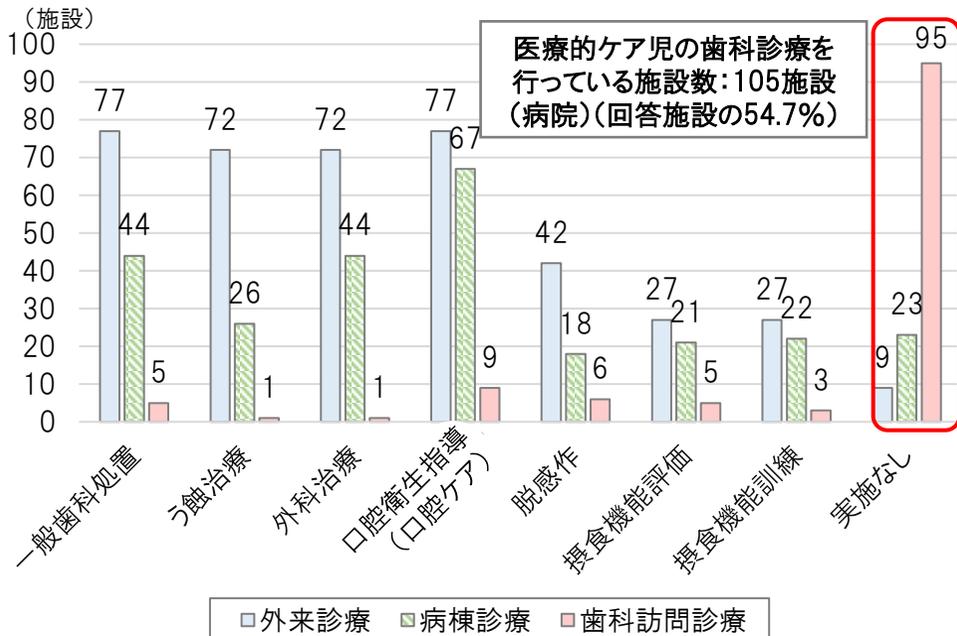
2 この法律において「医療的ケア児」とは、日常生活及び社会生活を営むために恒常的に医療的ケアを受けることが不可欠である児童（18歳未満の者及び18歳以上の者であって高等学校等（学校教育法に規定する高等学校、中等教育学校の後期課程及び特別支援学校の高等部をいう。）に在籍するものをいう。）をいう。



医療的ケア児に対する歯科訪問診療の状況

- 病院歯科における医療的ケア児に対する歯科診療は、主に外来や病棟で実施されており、歯科訪問診療を実施している施設(病院)は少ない。
- 小児の歯科訪問診療では、低年齢では口腔機能に関する内容の割合が高く、年齢が上がると口腔衛生や医学管理の割合が大きくなっている。

■ 医療的ケア児に対する診療実施施設数 (複数回答)

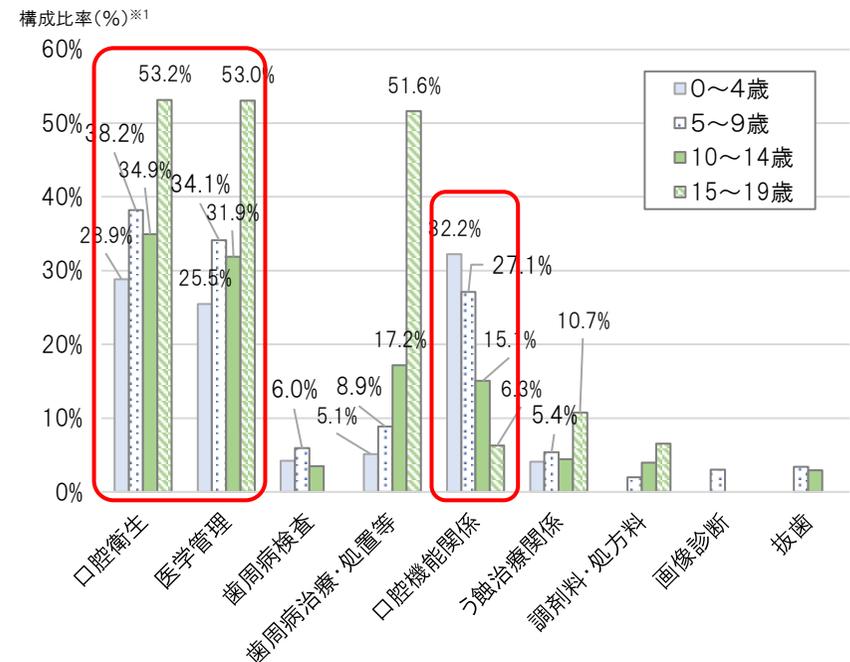


・調査対象: 公益社団法人日本小児歯科学会、公益社団法人日本障害者歯科学、公益社団法人日本口腔外科学会、一般社団法人日本歯科麻酔学会の4学会、一般社団法人日本小児総合医療施設協議会加盟38施設のうち、歯科がある23施設へアンケート調査を依頼。回答のあった228施設のうち、192施設(病院)を対象に調査。

図表は医療的ケア児に対し歯科診療を行っている105施設に対する調査結果。

・調査方法: ウェブアンケート調査

■ 小児の歯科訪問診療で実施されている診療内容



*1 歯科訪問診療料とともに算定された診療行為のうち、上位50件に該当する診療行為を以下の9区分に分類し、構成比率を算出

【診療内容の区分】

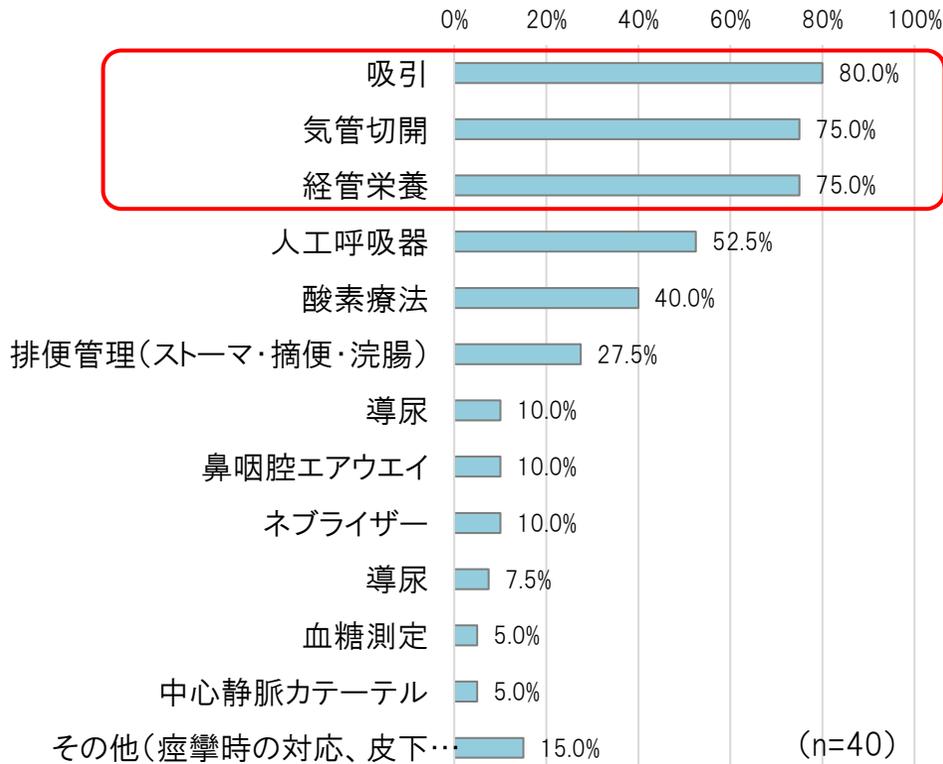
- 「歯周病治療・処置」「口腔衛生」「医学管理」「歯周病検査」「う蝕治療関係」「調剤料、処方料」「画像診断」「拔牙」「口腔機能関係」
- ・「口腔衛生」: 訪問歯科衛生指導料、在宅等療養患者専門の口腔衛生処置、機械的歯面清掃処置を含む
- ・「医学管理」: 歯科疾患在宅療養管理料 等

出典: NDBデータ (令和4年5月診療分)

歯科訪問診療を行った医療的ケア児の状況

- 歯科訪問診療を行った医療的ケア児の医療的ケアの内容は、「吸引」「気管切開」「経管栄養」が多かった。
- また、呼吸管理と栄養管理の状況をみると、多くの患者で呼吸管理と栄養管理の両方を行っている者が多かった。

■ 医療的ケアの内容（複数回答）



■ 往診・訪問診療対象の医療的ケア児の呼吸管理と栄養管理の状態

呼吸管理			栄養管理				人数(人)
気管切開	喉頭分離	人工呼吸	経口	経管 経鼻	胃瘻	静脈	
			○				1
				○			1
					○		6
○				○			1
○					○		5
○	○			○			4
○		○	○				1
○		○		○			5
○	○	○		○			1
○		○			○		18
○	○	○			○		5
40	10	30	2	8	38	48	

※最下段の呼吸管理別合計人数は重複を含むため48人にはならない。

対象：1987年から2022年3月末までの約35年間に往診とそれに続いて訪問診療を受けた初診時0歳～18歳までの在宅医療的ケア児

小児における在宅歯科診療時のリスク

○ 在宅で歯科治療を行うにあたっては、患児の疾患・状況により様々なリスクがあり、リスクを見極めた上で治療を行う必要がある。

重症心身障害児、超重症児・医療的ケア児の在宅歯科診療時のリスク(概要)

呼吸障害

- 要因
- ・ 閉塞性換気障害(上気道狭窄、舌根沈下、中枢性呼吸障害、排痰障害等)
- ・ 拘束性換気障害(胸郭運動障害、呼吸運動障害)

歯科治療時に呼吸抑制

筋緊張の亢進(過緊張)

- 要因
- ・ 痙直型や混合型の脳性麻痺を合併している場合、心理的な要因(不安、不満、興奮、精神的ストレス)や痛みなど

非対称性緊張性顎反射や緊張性迷路反射、全身の伸展状態などが起こる呼吸障害、むせ(口腔機能低下)や咬反射

筋緊張の低下

- 要因
 - ・ 筋ジストロフィーなどの筋力低下、アトニー型の脳性麻痺など
- 非対称性緊張性顎反射や緊張性迷路反射、全身の伸展状態などが起こる呼吸障害、むせ(口腔機能低下)や咬反射も起こす

姿勢異常(側弯、四肢拘縮)

顔が片側を向いていると、顔をまっすぐにすることで呼吸が止まることもある

摂食嚥下障害

口腔ケア、診査、処置時に誤嚥を起こす可能性

てんかん

コントロールされていない場合、歯科処置により発作を起こす可能性

発熱

- 要因
- ・ 体温調節の未熟によるうつ熱、感染症、環境変化やストレス等による横紋筋融解症

気管切開患児の気管腕頭動脈ろう

- 要因
- ・ 気道狭窄や繰り返される誤嚥性肺炎による気管切開後、喉頭気管分離術後の気管カニューレによる気管粘膜のびらんや潰瘍、肉芽などによる気管粘膜の炎症

気管カニューレからの大出血による窒息や循環虚脱をきたし、死亡に至る可能性

気管カニューレの事故(自己)抜去

分泌物の増加

- 要因
- ・ 気管切開されている場合、口腔内診査や処置に際しての口腔内刺激による唾液分泌増加

咽頭への流入、気道分泌物の増加、SpO₂の低下

CO₂ナルコーシスへの注意

- 要因
- ・ 在宅酸素療法を行っているとき高濃度・高流量の酸素投与により自発呼吸が減弱し、CO₂ナルコーシスを起こすことがある

心不全

- 要因
- ・ 筋ジストロフィーは、加齢とともに筋の変性・壊死が進み、心不全をきたしやすくなる
- ・ 先天性心疾患

心拍数の増加による心不全が急性増悪し、血圧低下をきたす可能性

障害者への歯科治療の特徴など

○ 歯科治療の困難性

- ・患者が治療の必要性を理解できない場合、治療に必要な協力が得られない
- ・四肢や口腔の緊張や不随意運動のため姿勢の維持、開口の動作が出来ない
- ・言語によるコミュニケーションが確立しにくい

○ 特異的な歯科症状

- ・口腔の奇形・先天性の欠損、歯列、咬合などの形態学上の異常があり、それに対する対応として専門的知識や診断が必要
- ・口腔の機能的異常が、摂食・嚥下、味覚、構音、表情といった機能の不全、障害が診られ、その診断、対応に専門的知識と経験が必要
- ・う蝕、歯周病、欠損という歯科疾患の症状に特異的なことがある

平成22年度社会保険指導者研修会講演資料「地域で診る障害者歯科」(緒方克也氏)より一部改変

「著しく歯科治療が困難な者」に対する診療を歯科診療特別対応加算として評価

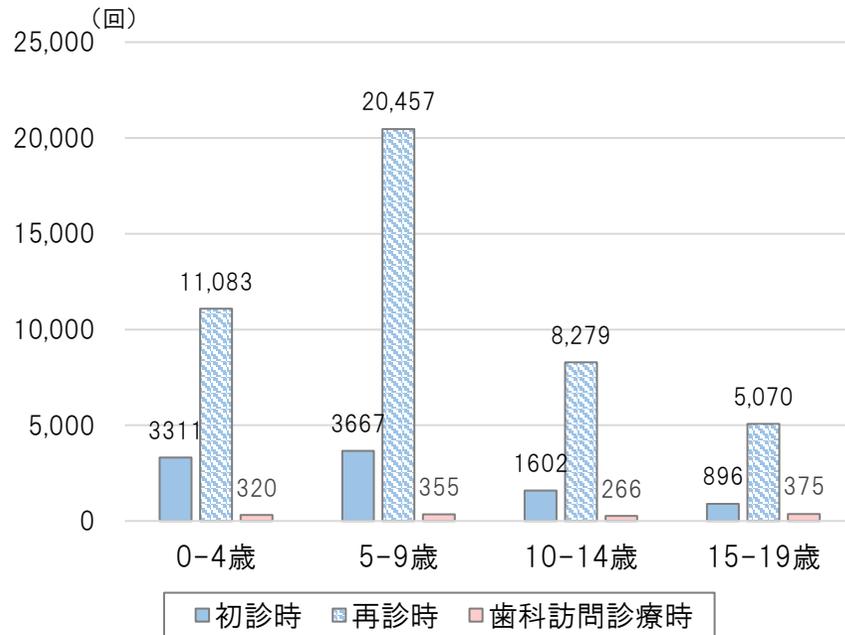
【著しく歯科治療が困難な者】

- ◆脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態
- ◆知的発達障害により開口保持ができない状態や治療の目的が理解できずに治療に協力が得られない状態
- ◆重症の喘息患者で頻繁に治療の中断が必要な状態
- ◆日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ歯科診療に際して家族等の援助を必要とする状態

小児における歯科診療特別対応加算の算定状況

- 小児における歯科診療特別対応加算の算定回数を年齢階級別にみると、外来診療時（初診時、再診時）と比べて、歯科訪問診療時は年齢による算定回数の差は小さい。
- 歯科訪問診療時の歯科診療特別対応加算は、年齢が低いほどその割合は多く、全年齢階級の約20%、小児（19歳以下）の約57%で算定されている。

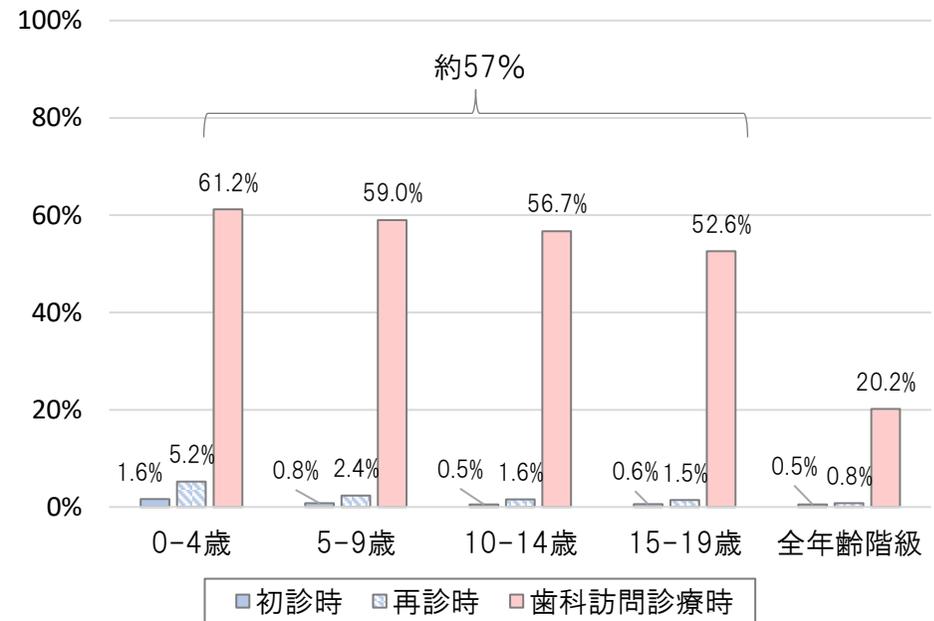
■ 歯科診療特別対応加算（初診時、再診時、歯科訪問診療時）の算定回数



※参考：歯科診療特別対応加算の算定回数（総数）

- ・ 初診時：212,133回
- ・ 再診時：195,461回
- ・ 歯科訪問診療時：212,133回

■ 各年齢階級における歯科診療特別対応加算の（初診時、再診時、歯科訪問診療時）の基本診療料等に対する算定割合※



※算定割合：各年齢階級における基本診療料及び歯科訪問診療料の算定回数に対する歯科診療特別対応加算の算定回数の割合

（基本診療料等の算定回数の計算に用いた項目）

- ・ 初診時：歯科初診料、地域歯科診療支援病院歯科初診料
- ・ 再診時：歯科再診料、地域歯科診療支援病院歯科再診料
- ・ 歯科訪問診療時：歯科訪問診療1、歯科訪問診療1（20分未満）、歯科訪問診療2、歯科訪問診療2（20分未満）、歯科訪問診療3、歯科訪問診療3（20分未満）

1. 歯科訪問診療の現状等について
2. 歯科訪問診療の提供体制について
3. 歯科訪問診療における口腔の管理について
4. 小児に対する歯科訪問診療について
5. 歯科訪問診療における連携等について

退院時共同指導料（歯科点数表）

退院時共同指導料

- ▶ 保険医療機関に入院中の患者について、**地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関と連携する別の保険医療機関の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士**が、当該患者の同意を得て、退院後、在宅での療養を行う患者に対して、療養上必要な説明及び指導を**共同して行った上で、文書により情報提供した場合**に、1回に限り算定する。
- ▶ 入院中**1回に限り算定**（ただし、別に定める疾病等の患者（※）については、入院医療機関の医師又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた看護師若しくは当該医師の指示をうけた方も看護ステーションの看護師等と1回以上共同して行う場合は、入院中に2回に限り算定）

	退院時共同指導料 1 (在宅療養担当医療機関の評価)	退院時共同指導料 2 (入院医療機関の評価)
	1 歯援診 900点 2 歯援診以外 500点	400点
共同指導 実施職種	医師、歯科医師、看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、社会福祉士	注1 歯科医師、看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、社会福祉士
		注2（300点加算） 歯科医師 ※在宅療養を担う医療機関側の歯科医師又は医師と共同指導した場合に限る
		注3（多機関共同指導加算：2,000点加算） 歯科医師又は看護師等が、以下のうち3者以上と共同指導した場合に限る ・在宅療養を担う医療機関の医師又は看護師等 ・歯科医師又は歯科衛生士 ・薬剤師 ・訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く） ・介護支援専門員 ・相談支援専門員
対象患者	退院後在宅での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院・入所する患者又は死亡退院した患者は対象とならない。	

- (※)
退院時共同指導料を2回算定できる疾病等の患者
- 1 末期の悪性腫瘍の患者（在宅がん医療総合診療料を算定している患者を除く。）
 - 2 (1)であって、(2)又は(3)の状態である患者
(1)
 - ・在宅自己腹膜灌流指導管理
 - ・在宅血液透析指導管理
 - ・在宅酸素療法指導管理
 - ・在宅中心静脈栄養法指導管理
 - ・在宅成分栄養経管栄養法指導管理
 - ・在宅人工呼吸指導管理
 - ・在宅悪性腫瘍等患者指導管理
 - ・在宅自己疼痛管理指導管理
 - ・在宅肺高血圧症患者指導管理
 - ・在宅気管切開患者指導管理
 を受けている状態にある者
(2) ドレーン又は留置カテーテルを使用している状態
(3) 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態
 - 3 在宅での療養を行っている患者であって、高度な指導管理を必要とするもの

※ただし、**入退院支援加算**を算定する患者であって、疾患名、入院医療機関の退院基準、退院後の診療等の療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、これを在宅療養医療機関と共有した場合、自宅以外の場所に退院する患者も算定可能。

退院時共同指導料

- ▶ 保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医師等と入院中の医療機関の医師等とが、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を共同して行った上で、文書により情報提供した場合にそれぞれの保険医療機関において算定する。
- ▶ 入院中1回に限り算定（ただし、別に定める疾病等の患者（※）については、入院医療機関の医師又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた看護師若しくは当該医師の指示をうけた方も看護ステーションの看護師等と1回以上共同して行う場合は、入院中に2回に限り算定）

	退院時共同指導料 1 (在宅療養担当医療機関の評価)	退院時共同指導料 2 (入院医療機関の評価)
	1 在支診 1,500点 2 在支診以外 900点	400点
共同指導 実施職種	医師、看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、社会福祉士	注1 医師、看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、社会福祉士
		注2（300点加算） 医師 ※在宅療養を担う医療機関側の医師と共同指導した場合に限る
		注3（多機関共同指導加算：2,000点加算） 医師、看護師等が、以下のうち3者以上と共同指導した場合に限る ・在宅療養を担う医療機関の医師又は看護師等 ・歯科医師又は歯科衛生士 ・薬剤師 ・訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く） ・介護支援専門員 ・相談支援専門員
対象患者	退院後在宅での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院・入所する患者又は死亡退院した患者は対象とならない。	
	※ただし、入退院支援加算を算定する患者であって、疾患名、入院医療機関の退院基準、退院後の診療等の療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、これを在宅療養医療機関と共有した場合、自宅以外の場所に退院する患者も算定可能。	

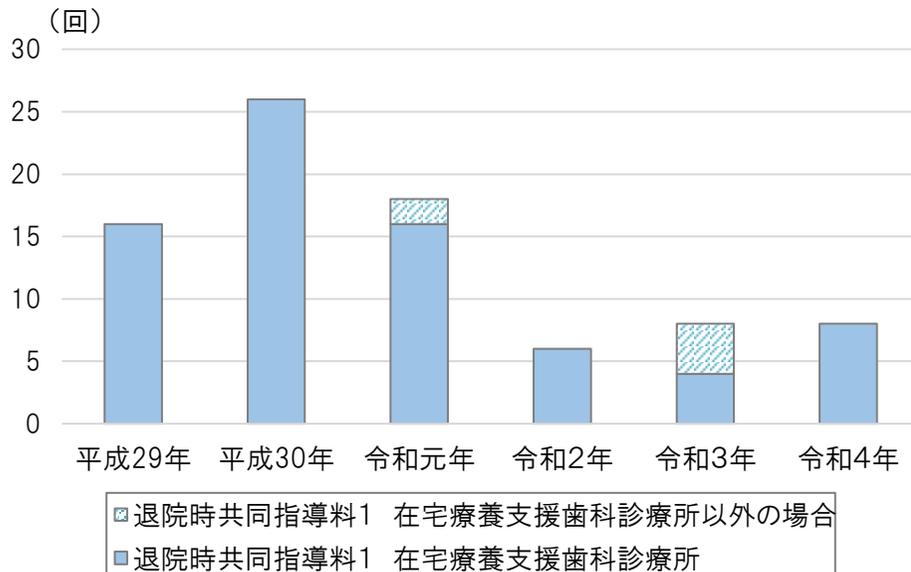
(※)
退院時共同指導料を2回算定できる疾病等の患者

- 1 末期の悪性腫瘍の患者（在宅がん医療総合診療料を算定している患者を除く。）
- 2 (1)であって、(2)又は(3)の状態である患者
 - (1)
 - ・在宅自己腹膜灌流指導管理
 - ・在宅血液透析指導管理
 - ・在宅酸素療法指導管理
 - ・在宅中心静脈栄養法指導管理
 - ・在宅成分栄養経管栄養法指導管理
 - ・在宅人工呼吸指導管理
 - ・在宅悪性腫瘍等患者指導管理
 - ・在宅自己疼痛管理指導管理
 - ・在宅肺高血圧症患者指導管理
 - ・在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者
 - (2) ドレーン又は留置カテーテルを使用している状態
 - (3) 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態
- 3 在宅での療養を行っている患者であって、高度な指導管理を必要とするもの

退院時共同指導料 1 の算定状況

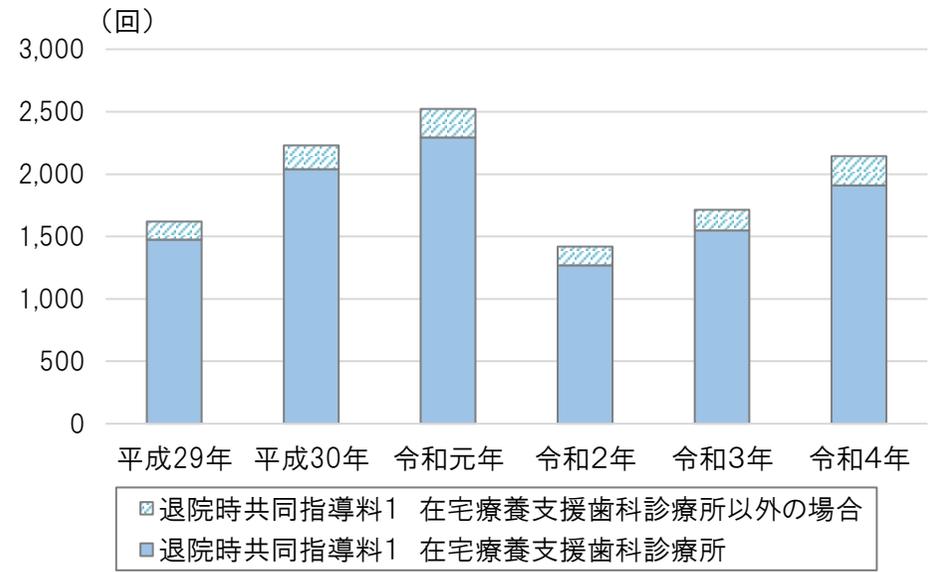
○ 歯科医療機関における退院時共同指導料1の算定は少なく、令和元年に減少して以降、近年は1月あたり数件にとどまっている。

■退院時共同指導料 1（歯科）の算定回数



(参考)

■退院時共同指導料 1（医科）の算定回数



在宅医療における医科歯科連携の状況

- 歯科医療機関連携加算1（診療情報提供料 I（医科点数表）の加算）は、平成30年と令和4年に対象歯科医療機関、対象医科医療機関及び対象患者の見直しを行っており、平成30年以降、算定回数は、令和2年を除き、増加傾向となっている。

B009 診療情報提供料（I）250点 歯科医療機関連携加算1 ※医科点数表 100点

歯科医療機関連携加算1は、保険医療機関（歯科診療を行う保険医療機関を除く。）が、歯科を標榜する保険医療機関に対して、当該歯科を標榜する保険医療機関において口腔内の管理が必要であると判断した患者に関する情報提供を、以下のア又はイにより行った場合に算定する。なお、診療録に情報提供を行った歯科医療機関名を記載すること。

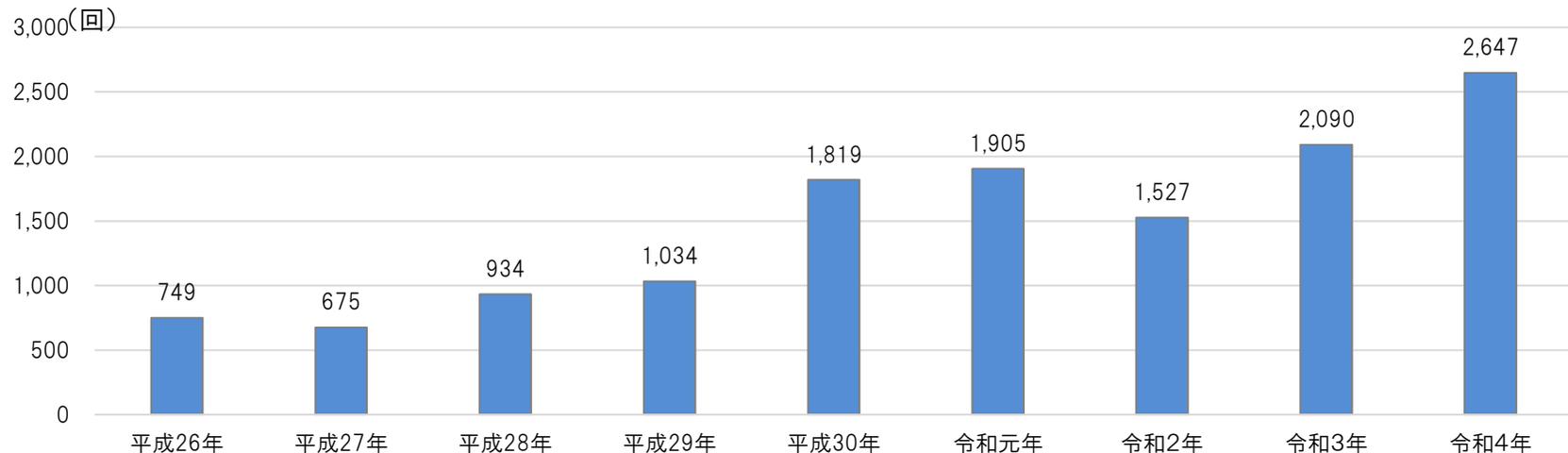
ア（略）

イ 医科の保険医療機関又は医科歯科併設の保険医療機関の医師が、**歯科訪問診療の必要性を認めた患者について、在宅歯科医療を行う、歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合**

※令和4年度診療報酬改定において、紹介元医療機関の要件及び対象患者の見直し：

- 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院→医科又は医科歯科併設の保険医療機関
- 訪問診療を行った栄養障害を有する患者又は摂食機能障害を有する患者→歯科訪問診療の必要性を認めた患者

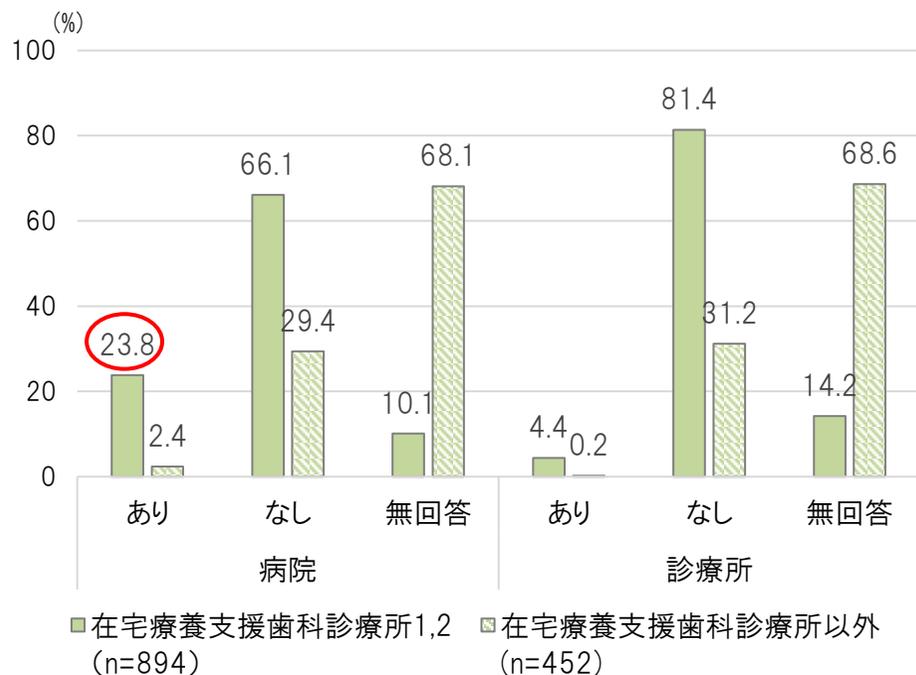
■診療情報提供料（I） 歯科医療機関連携加算1 ※医科点数表 の算定回数



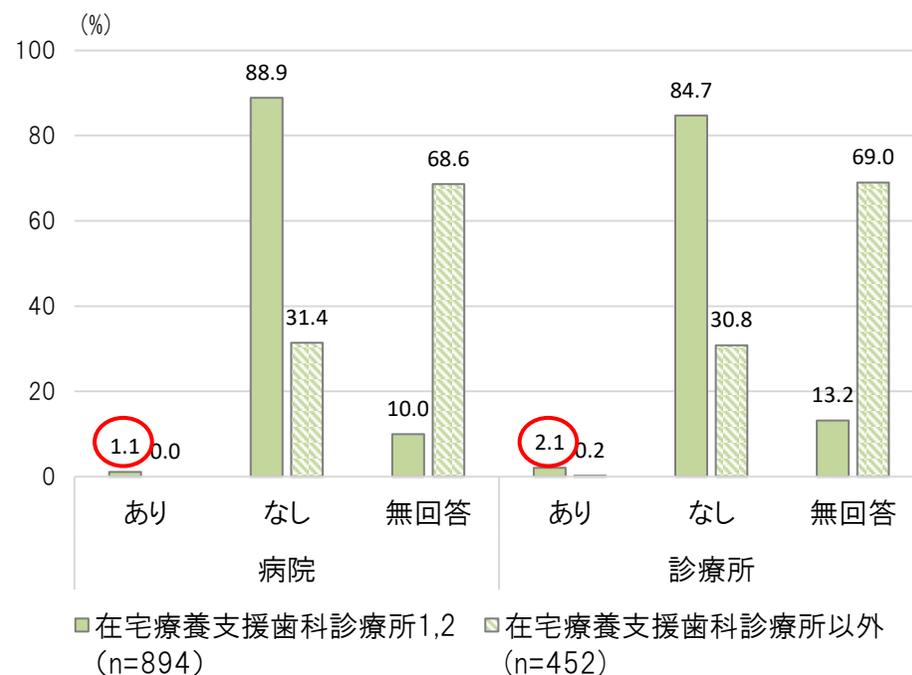
病院（医科）との訪問診療等の実施状況

- 在宅療養支援歯科診療所では、約24%で病院（医科）への歯科訪問診療が行われていた。
- 一方で、医科の訪問診療と合同での歯科訪問診療は、在宅療養支援歯科診療所と病院（医科）で約1.1%、診療所（医科）で約2.1%にとどまっていた。

■ 医科医療機関への歯科訪問診療の実施状況



■ 医科の訪問診療と合同での歯科訪問診療の実施状況



- 利用者の口腔に関する情報提供を行った介護支援専門員は約3割だった。
- 介護支援専門員から、歯科医師・歯科衛生士に情報提供を依頼し、実際に情報提供を受けた割合は約5割だった。
- 情報提供しなかった理由として、「担当する歯科医師に取得すべき情報を伝えていないため」、「その他」が多く、「その他」の内容としては「本人・家族が対応したため」「該当する利用者がいないため」「必要がなかった」などが多かった。

調査の概要

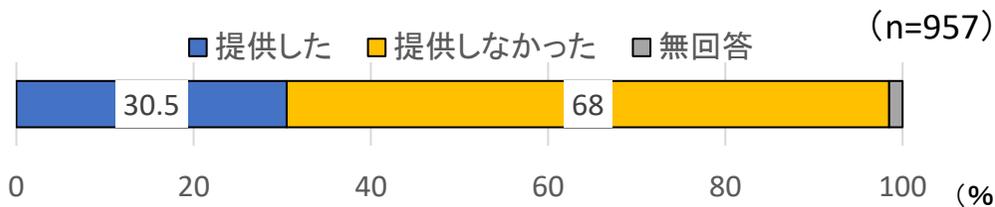
調査対象：一般社団法人日本介護支援専門員協会会員の中から無作為抽出した介護支援専門員2,000名

回収結果：回収数1,087(回収率54.4%)、有効回答数957(有効回答率47.9%)

調査期間：令和元年12月3日～令和2年1月10日

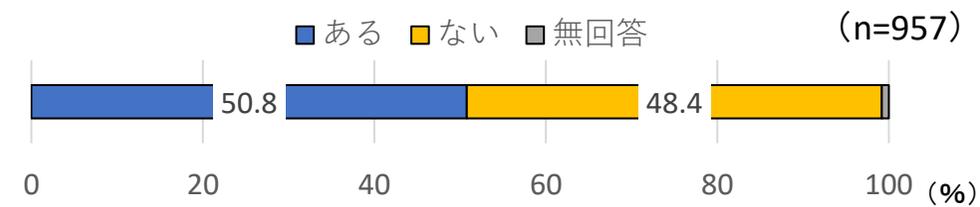
口腔に関する情報提供をした介護支援専門員の割合 (介護支援専門員調査)

※対象期間：平成31年4月～令和元年9月の半年間調査



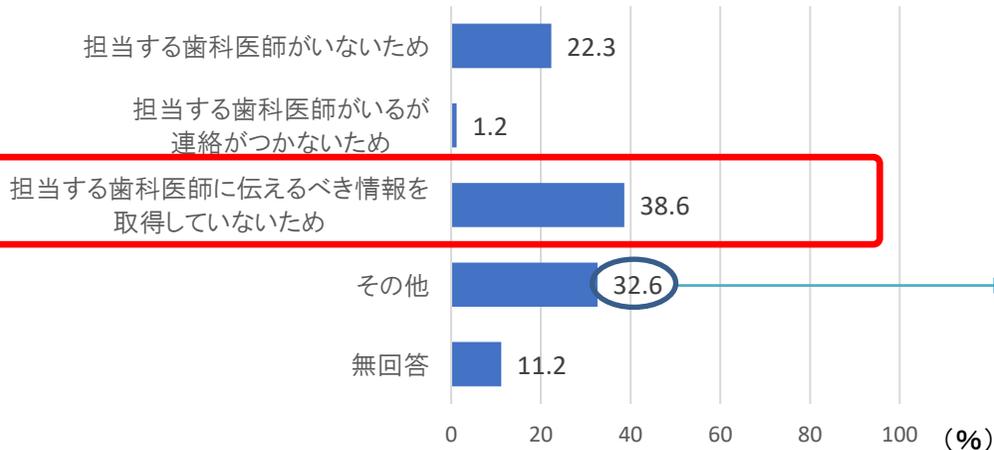
歯科医師・歯科衛生士に情報提供を依頼し、実際に提供を受けた割合 (介護支援専門員調査)

※対象期間：平成31年4月～令和元年9月の半年間調査



介護支援専門員が、口腔に関する情報を歯科医師に提供しなかった理由(複数回答)

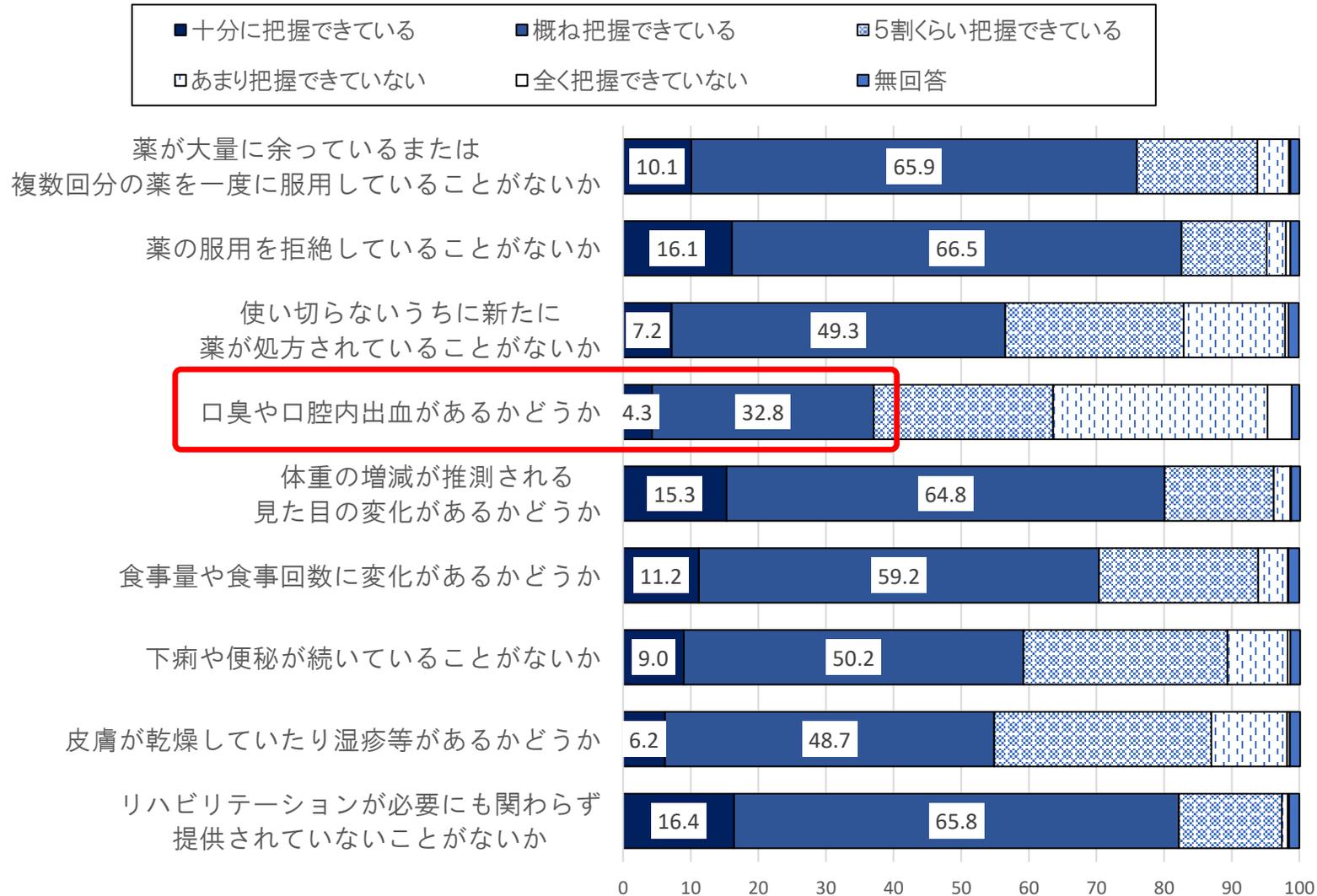
(n=651)



その他の内容として、「本人・家族が対応したため」「該当する利用者がいないため」「必要がなかった」「自ら歯科受診しているため」「本人や家族の了承が得られなかった」等

介護支援専門員による利用者の状況の把握

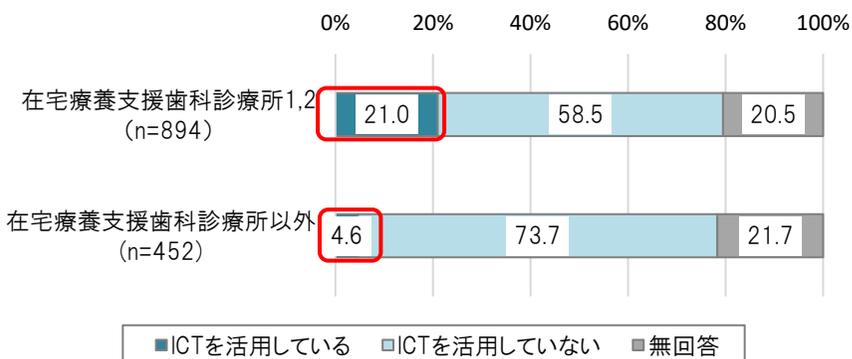
○ 介護支援専門員が、利用者の状況をどの程度把握しているかについて、「口腔や口腔内出血があるかどうか」を「十分に把握できている」「概ね把握できている」と回答した者の割合は約37%であり、最も低かった。



多職種連携におけるICTの活用状況

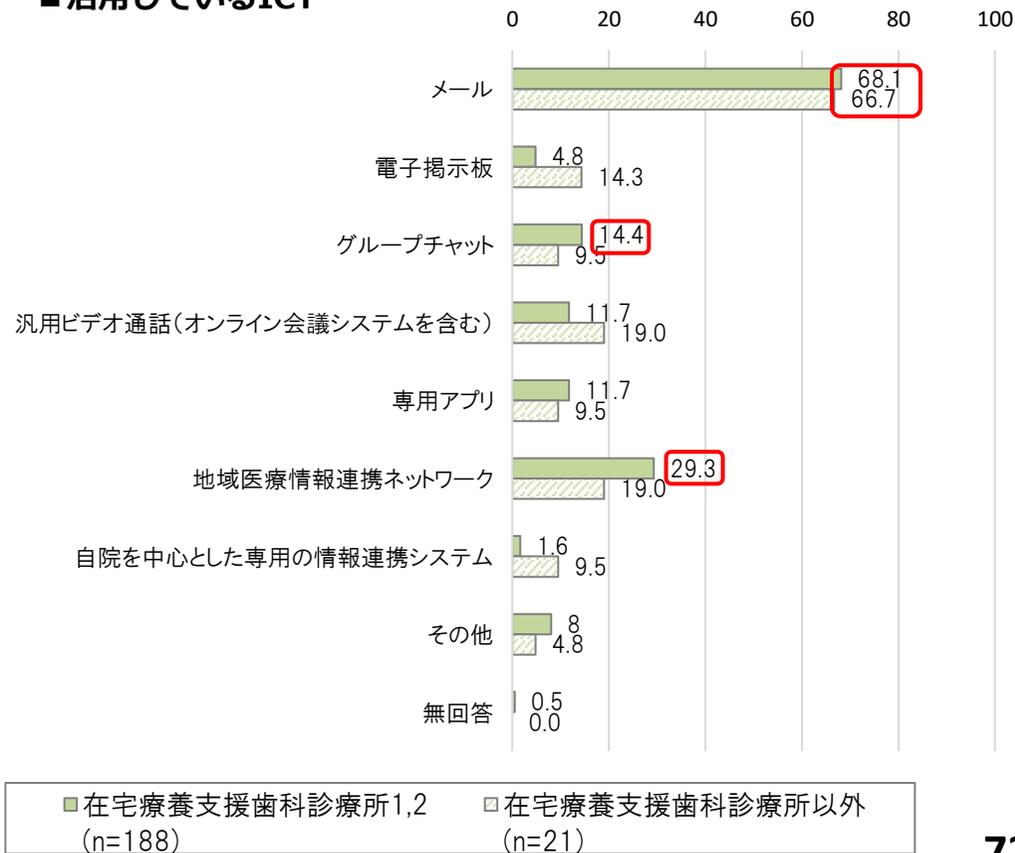
- 他の医療機関等の関係者との情報共有・連携にICTを活用している割合は、在宅療養支援歯科診療所で約21%、在宅療養支援歯科診療所以外では約5%であった。
- 活用しているICTの種類は在宅療養支援歯科診療所、それ以外の歯科診療所ともにメールが最も多いが、在宅在宅療養支援歯科診療所では地域医療情報連携ネットワークやグループチャットの使用割合がそれ以外よりも高い。

■ 他の医療機関等の職員との情報連携におけるICTの活用



※他の医療機関や訪問看護ステーション、薬局、居宅介護支援事業者等の関係機関の職員と情報共有・連携を行うためのICT（情報通信技術）活用状況

■ 活用しているICT



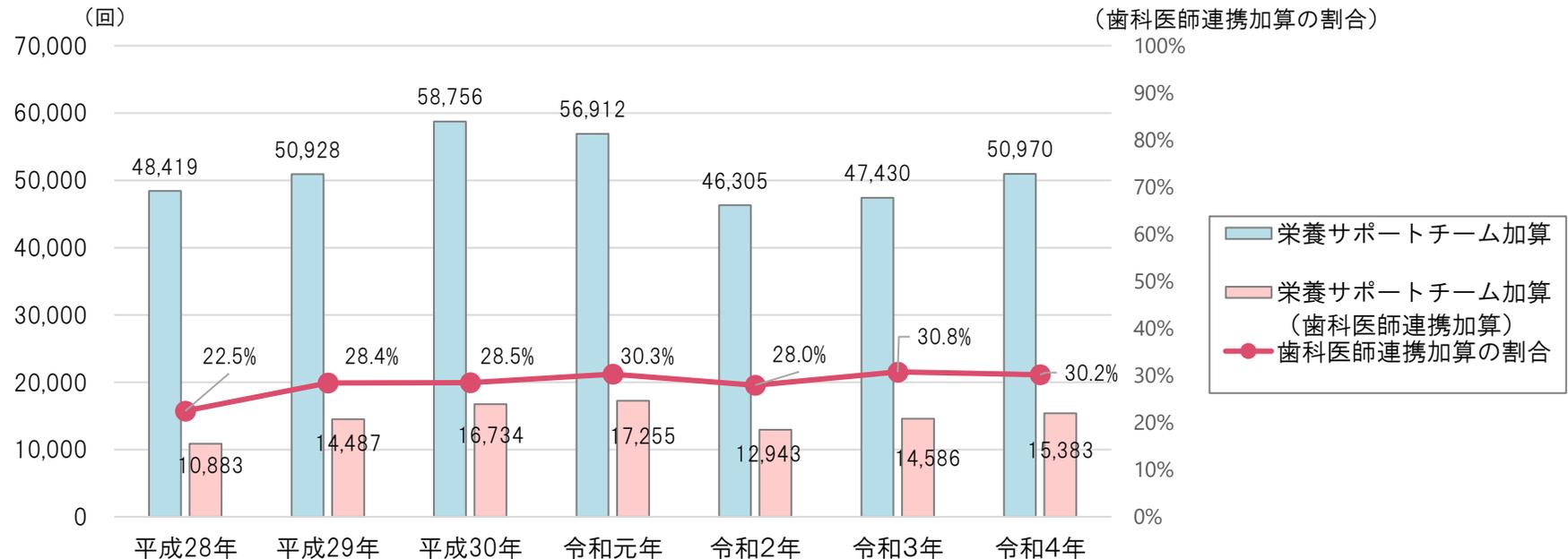
栄養サポートチーム加算、歯科医師連携加算の算定状況

- 医科点数表の入院基本料等の加算である栄養サポートチーム加算、歯科医師連携加算の算定回数は、平成28年診療報酬改定で新設されて以降増加傾向であったが、令和2年に減少しその後微増傾向である。
- 近年の歯科医師連携加算の算定割合は、ここ数年約30%で推移している。

A233-2 栄養サポートチーム加算（週1回） ※医科点数表 200点 【入院基本料等加算】 注3 歯科医師連携加算 50点

- 栄養管理体制その他の事項につき厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関において、栄養管理を要する患者として厚生労働大臣が定める患者に対して、保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に週1回に限り加算する。
- 歯科医師が栄養管理を要する患者に必要な診療を保険医等と共同して行った場合は、歯科医師連携加算として所定点数に更に加算する。

■ 栄養サポートチーム加算、歯科医師連携加算の算定回数と歯科医師連携加算の割合



栄養サポートチーム等連携加算の算定状況

- 栄養サポートチーム等と連携した場合の評価として、歯科疾患在宅療養管理料及び在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に栄養サポートチーム等連携加算が設けられている。
- 栄養サポートチーム等連携加算1はほぼ横ばいであるが、栄養サポートチーム等連携加算2の算定回数は緩やかに増加している。

栄養サポートチーム等連携加算1（月1回）80点

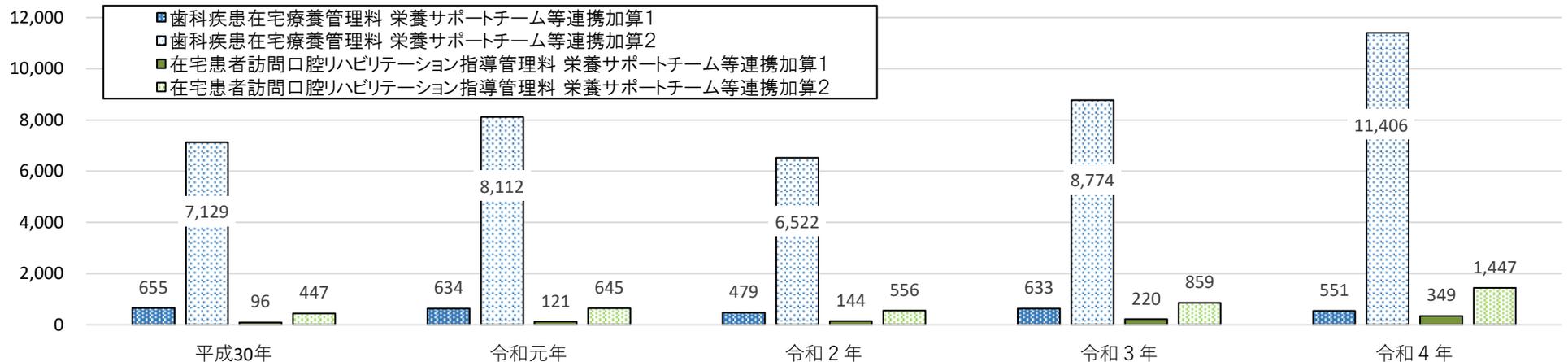
他の保険医療機関に入院している患者に対して、栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を実施。

栄養サポートチーム等連携加算2（月1回）80点

介護保険施設等に入所している患者に対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、口腔機能評価に基づく管理を実施。

※ いずれも歯科疾患在宅療養管理料、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の加算)

＜栄養サポートチーム等連携加算の算定回数＞



＜参考：歯科疾患在宅療養管理料、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定回数＞

	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
歯科疾患在宅療養管理料	241,605	262,052	181,357	248,757	278,317
在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料	11,612	16,071	12,440	18,331	28,211

栄養サポートチーム等連携加算（歯科疾患在宅療養管理料等の加算）

歯科医療機関

✓ 他の保険医療機関に入院している患者

病院（歯科標榜なし）

- 栄養サポートチーム、口腔ケアチーム、摂食嚥下チーム等の多職種チーム
 - 当該患者の入院している保険医療機関の栄養サポートチーム等の構成員として診療
 - カンファレンス及び回診に参加

歯科訪問診療

✓ 介護保険施設等に入所している患者

介護保険施設等

- 経口による継続的な食事摂取を支援するための食事観察
- 介護施設職員等への口腔管理に関する技術的助言・協力
 - 食事観察及び介護施設職員等への技術的助言等に関する会議等に参加

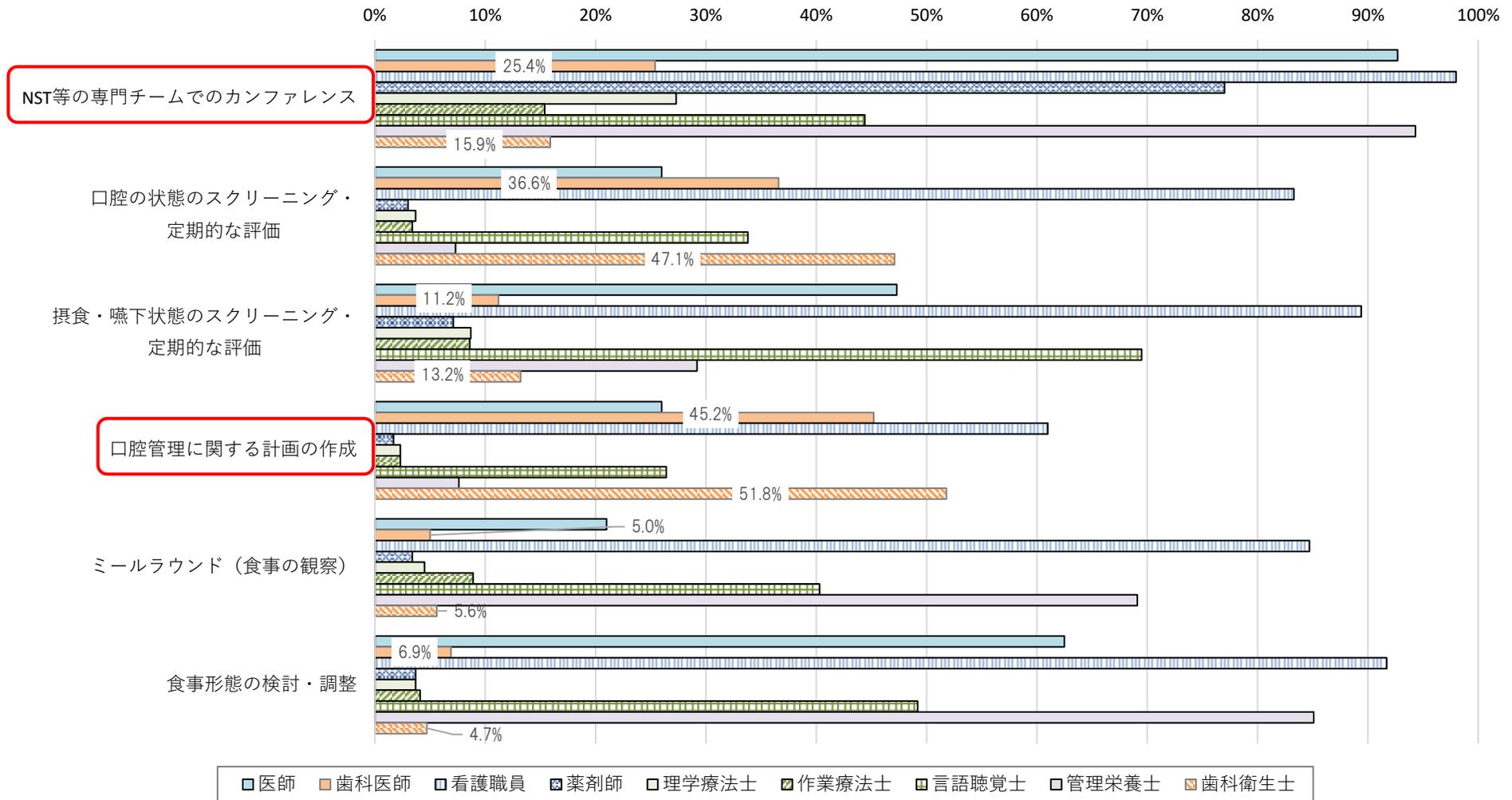
結果に基づいて、2月以内に歯科疾患在宅療養管理料等の初回の管理計画（口腔機能評価に基づくもの）を策定

歯科訪問診療・口腔機能の評価等を踏まえた口腔機能管理

2回目以降：少なくとも前回のカンファレンス等の参加日から6月以内に1回以上参加

病棟における栄養・口腔に係る取組に関与している職種

○ 病棟における栄養・口腔に係る取組関与している職種として、歯科医師・歯科衛生士の関与は「口腔管理に関する計画の作成」では半数近くであり、「NST等の専門チームでのカンファレンス」は歯科医師で約25%、歯科衛生士で約16%であった。



介護保険施設等との連携

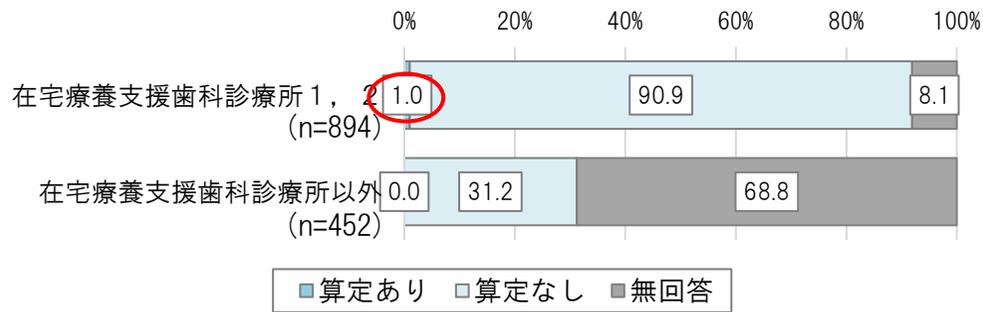
○ 介護保険施設等との連携内容について、栄養サポートチーム・ミールラウンド等への参加は、在宅療養支援歯科診療所で10%未満にとどまっており、それ以外の歯科診療所では1%に満たない。



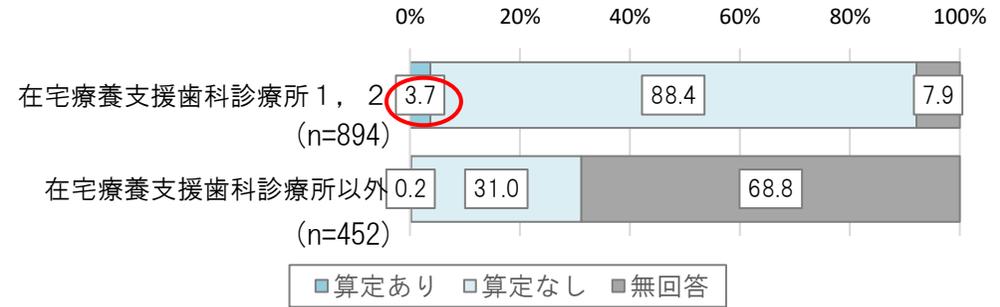
栄養サポートチーム等連携加算を算定していない理由

- 栄養サポートチーム等連携加算を算定している医療機関は、在宅療養支援歯科診療所で数%にとどまっている。
- 算定していない理由は「依頼がないため実施していない」が約76%と最も多い一方で、約3%は「実施しているが算定できない」と回答していた。

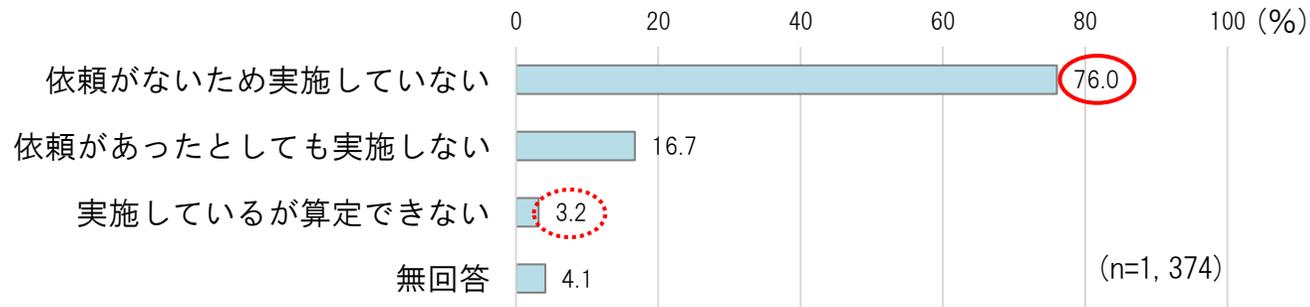
■ 栄養サポートチーム等連携加算 1 の算定状況



■ 栄養サポートチーム等連携加算 2 の算定状況



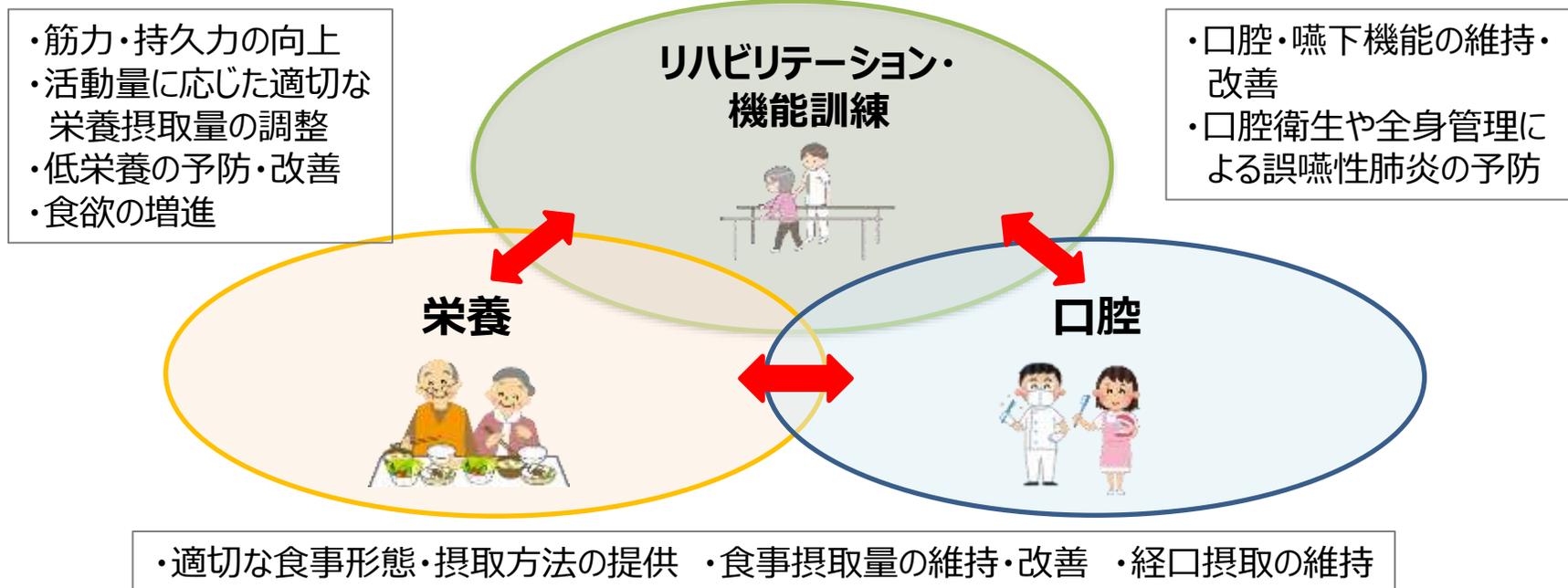
■ 栄養サポートチーム等連携加算 1、2 を算定していない理由



- ・調査対象: 在宅療養支援歯科診療所2,000施設、それ以外の歯科診療所1,000施設(いずれも無作為抽出)
- ・調査対象月: 令和4年7月～9月の3か月間

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



- 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。

C009 在宅患者訪問栄養食事指導料 (月2回に限る)

医科点数表のみ

在宅で療養を行っており通院が困難な患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、保険医療機関の医師の指示に基づき管理栄養士が訪問して具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を30分以上行った場合に算定

1 在宅患者訪問栄養食事指導料1

保険医療機関の管理栄養士が
当該保険医療機関の医師の指示に基づき実施

イ 単一建物診療患者が1人の場合	530点
ロ " 2~9人の場合	480点
ハ イ及びロ以外の場合	440点

2 在宅患者訪問栄養食事指導料2

診療所において、当該診療所以外(他の医療機関
又は栄養ケア・ステーション)の管理栄養士が
当該診療所の医師の指示に基づき実施

イ 単一建物診療患者が1人の場合	510点
ロ " 2~9人の場合	460点
ハ イ及びロ以外の場合	420点

【対象患者】

- 疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する別表第三※に掲げる特別食を必要とする患者
- がん患者
- 摂食機能又は嚥下機能が低下した患者
- 低栄養状態にある患者

※別表第三

腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食、尿素サイクル異常症食、メチルマロン酸血症食、プロピオン酸血症食、極長鎖アシル-CoA脱水素酵素欠損症食、糖原病食、ガラクトース血症食、治療乳、無菌食、小児食物アレルギー食(特定機能病院入院基本料の栄養情報提供加算、外来栄養食事指導料及び入院栄養食事指導料に限る。)、特別な場合の検査食(単なる流動食及び軟食を除く。)

<参考> 管理栄養士による居宅療養管理指導(介護保険) ※対象患者が要介護又は要支援認定を受けている場合には介護保険優先

在宅の利用者であって通院又は通所が困難なものに対して、管理栄養士が計画的な医学管理を行っている医師の指示に基づき、当該利用者を訪問し、栄養管理に係る情報提供及び指導または助言を30分以上行った場合に、単一建物居住者の人数に従い、1月に2回を限度して算定

(1) 居宅療養管理指導費(I) 443点~544点

居宅療養管理指導事業所(病院又は診療所)の管理栄養士が実施

(2) 居宅療養管理指導費(II) 423~524点

当該居宅療養管理指導事業所以外(他の医療機関、介護保険施設又は栄養ケア・ステーション)の管理栄養士が実施

歯科医師と医師・管理栄養士の連携の評価

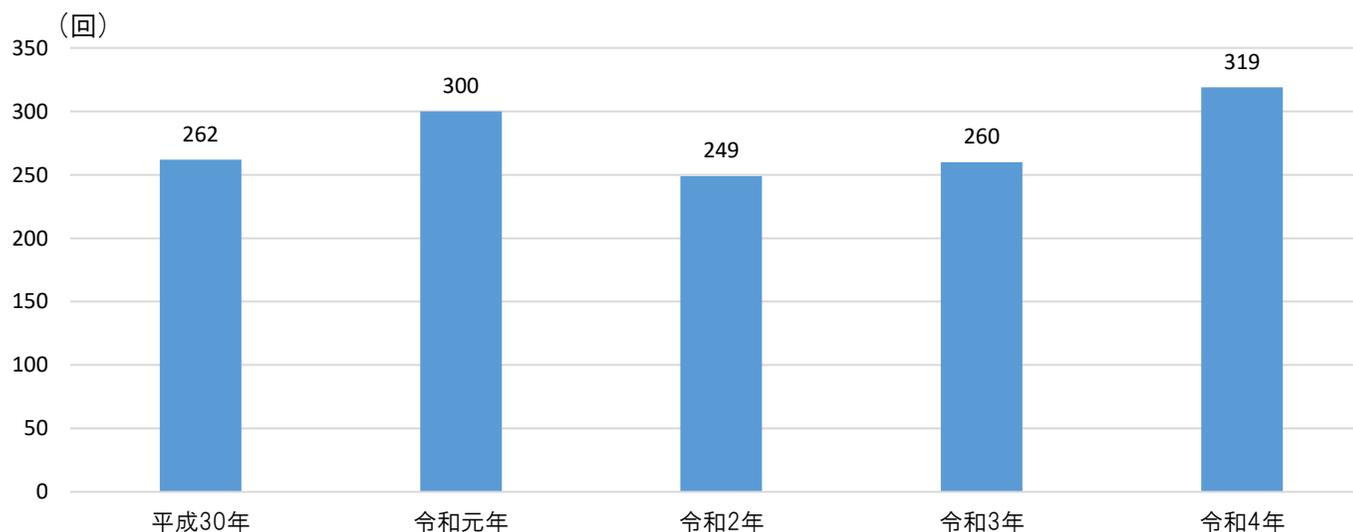
- 現在、在宅療養患者に対する栄養管理に関して歯科医師と医師・管理栄養士の連携の評価はないが、入院患者については医師と歯科医師の連携の下に管理栄養士が栄養食事指導行う場合の診療報酬上の評価として、入院栄養食事指導料があり、算定回数は多くはないが微増傾向にある。

B004-1-4 入院栄養食事指導料1 (週1回)

入院栄養食事指導料1 イ 初回 260点 ロ 2回目 200点

- 入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の**歯科医師と医師との連携の下に当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、入院中2回に限り算定する。**

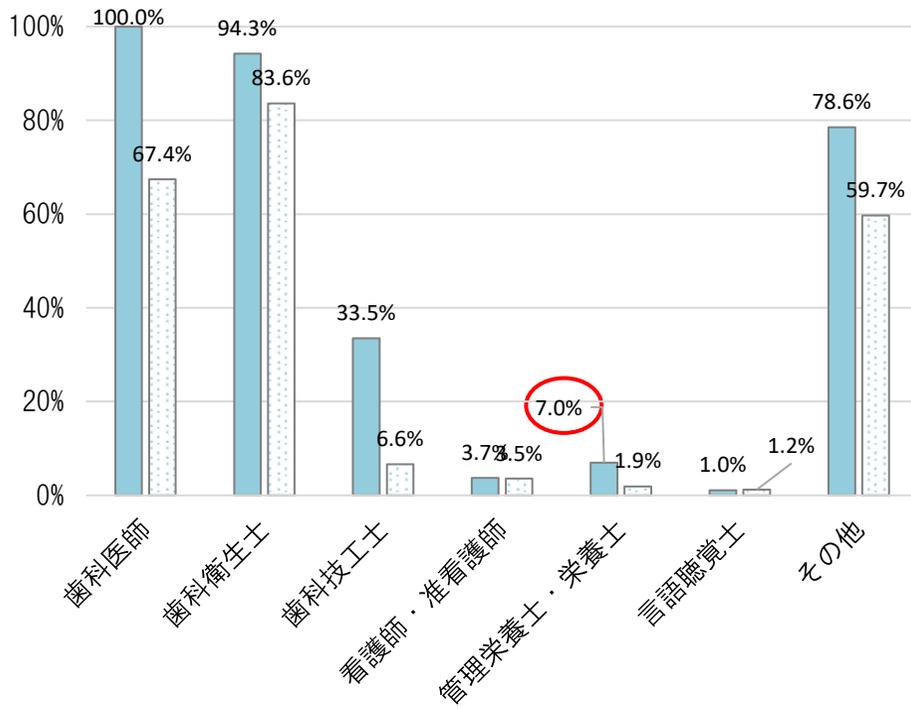
■ 入院栄養食事指導料1の算定回数（初回と2回目の算定回数の合計）



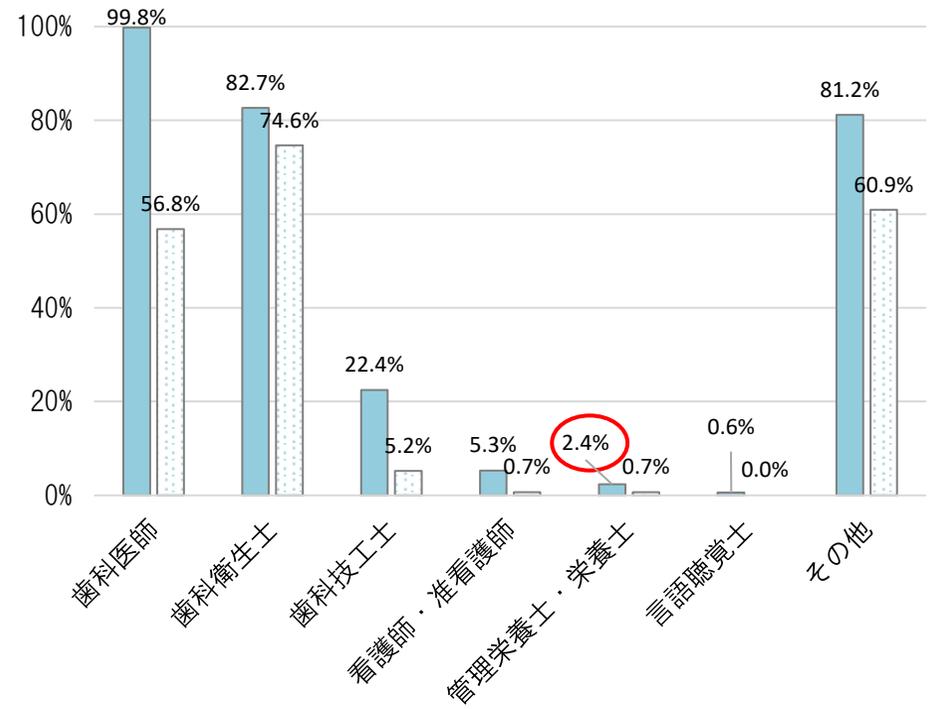
歯科診療所に勤務する職員の状況

○ 歯科診療所に勤務する職員を職種別にみると、常勤の管理栄養士が勤務する歯科診療所の割合は、在宅療養支援歯科診療所で約7%、在宅療養支援歯科診療所以外で約2.4%であった。

■ 各職種（常勤、非常勤）が勤務する割合
（在宅療養支援歯科診療所 1, 2）



■ 各職種（常勤、非常勤）が勤務する割合
（在宅療養支援歯科診療所以外）



■ 常勤職員が勤務する施設 □ 非常勤職員が勤務する施設

■ 常勤職員が勤務する施設 □ 非常勤職員が勤務する施設

【事例】リハビリテーション・口腔・栄養の連携（経口摂取への移行・在宅）

90歳 女性 要介護度 5

経口摂取への移行をめざし、在宅において多職種が連携

意見交換 資料-4 参考 - 1
R5. 3. 15 (改)

<主病名> 脳梗塞後後遺症 <主訴> 食べられるようになりたい

<経過> 誤嚥性肺炎にて入院、経管栄養にて自宅退院

<栄養の状態> 経鼻経管栄養（エネルギー1200kcal）にて栄養管理中

<口腔の状態> 歯の欠損があるが、義歯は使用していない

<嚥下の状態> 経口摂取なし、誤嚥あり

訪問リハビリテーション

言語聴覚士

- ・摂食嚥下機能評価、訓練の実施
- ・食形態の検討
- ・高次脳機能に対する訓練の実施

医師

- ・基礎疾患の医学管理
- ・栄養量の指示

診療所



管理栄養士

- ・食形態に応じた栄養管理の実施
- ・栄養量に応じたメニューの提案

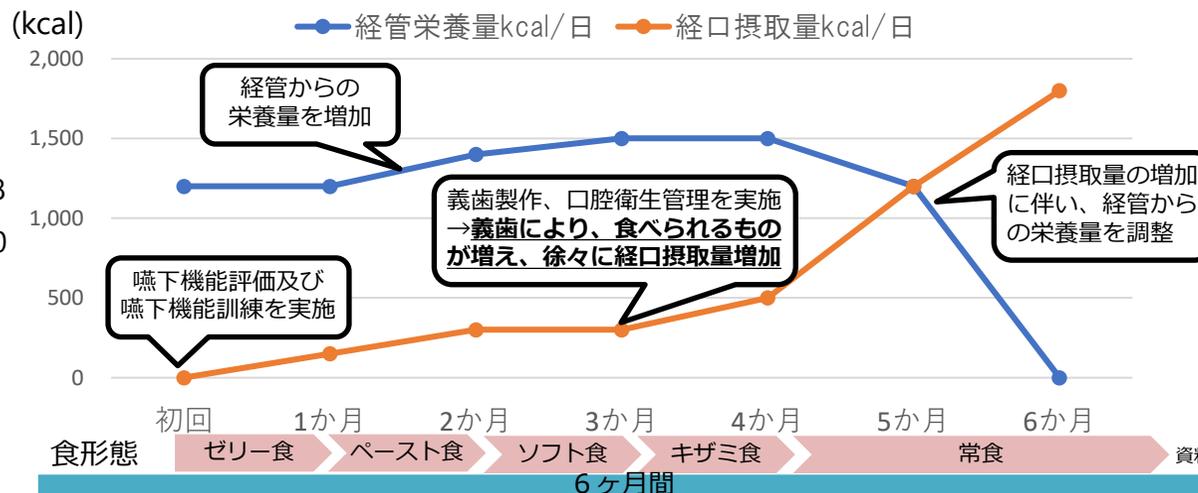
連携・情報共有

※SNS、患者宅に置いた連絡ノート、診療情報提供書等を活用

歯科診療所

歯科医師、歯科衛生士

- ・摂食嚥下機能評価、訓練の実施
- ・義歯の製作、調整
- ・食形態の検討
- ・口腔の衛生管理の実施・指導



経管からの栄養量を増加

嚥下機能評価及び嚥下機能訓練を実施

義歯製作、口腔衛生管理を実施
→義歯により、食べられるものが増え、徐々に経口摂取量増加

経口摂取量の増加に伴い、経管からの栄養量を調整



体重 (kg) : 37.1
BMI : 18.9
ADL (BI*) : 45
アルブミン値 (g/dL) : 4.1

- ・完全経口摂取に移行
- ・低栄養の改善

資料提供：日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック 菊谷教授



体重 (kg) : 28
BMI : 13.9
ADL (BI*) : 20
アルブミン値 (g/dL) : 3.4

・経管栄養

※: Barthel Index

在宅歯科医療についての課題と論点①

(歯科訪問診療の提供体制について)

- ・ 歯科訪問診療を実施する医療機関数は、令和4年5月時点で15,160施設で歯科医療機関全体の約24%であった。
- ・ 歯科訪問診療料の算定回数は、年々増加傾向にあるが、歯科訪問診療2及び3の割合が大きく、歯科訪問診療2の算定回数が最も多い。歯科訪問診療1は近年あまり変化していない。また、都道府県ごとの算定状況を平成28年と令和3年を比較すると、ほぼすべての地域で増加しているが、地域差が大きい。
- ・ 1月あたりの歯科訪問診療料の算定回数は1～10回である医療機関が最も多いが、算定回数が多い医療機関も一定数ある。
- ・ 歯科訪問診療を行った歯科医療機関のうち、患者の自宅に訪問を行った歯科医療機関は約73%であり、歯科訪問診療のきっかけは、自院に通院歴のある患者等からの依頼や介護支援専門員、介護保険施設からの紹介が多い。診療内容は義歯の修理や歯周病治療が多い。
- ・ 歯科訪問診療を行った患者の要介護度は、歯科訪問診療1では要介護3以上が半数である一方、歯科訪問診療2、3では把握していない割合が高かった。
- ・ 歯科訪問診療料の算定回数は、在宅患者訪問診療料の算定回数の約56%であった。また、要介護高齢者を対象とした調査において、歯科訪問診療を必要とする高齢者は64.3%に対し、実際に歯科治療を受けた患者は2.4%という報告がある。
- ・ 歯科訪問診療の時間区分ごとの算定回数をみると、歯科訪問診療1では20分未満が約6%であるのに対し、歯科訪問診療3では20分未満が約70%となっていた。
- ・ 歯科訪問診療1～3の区分ごとの算定回数は、歯科訪問診療1及び歯科訪問診療2では1月あたりの1～4回である医療機関が多いが、歯科訪問診療3では100回以上が多かった。
- ・ 歯科訪問診療1及び2において、「やむを得ず治療を中止した場合等で20分以上の診療が困難な場合」は0回である施設がほとんどだった。
- ・ 歯科訪問診療で行われている診療内容を歯科訪問診療1～3の区分別にみると、歯科訪問診療1では補綴・義歯関係の治療の割合が高く、歯科訪問診療3では口腔衛生や医学管理に関する内容の割合が高くなっていた。
- ・ 歯科訪問診療において新型コロナウイルス感染症患者への治療は、在宅療養支援歯科診療所で数%であるが患者の自宅や病院などに訪問して実施されていた。実施する際には使用する感染防護具を増やして対応した施設が多かった。
- ・ 歯科訪問診療を実施する病院は、平成23年と令和2年を比較すると増加している地域が多くなっていた。
- ・ 歯科訪問診療の実施にあたって、後方支援機能を有する歯科医療機関と連携する歯科診療所は約40%であり、観血的処置等の全身的な管理が必要な場合に連携することが多かった。
- ・ 歯科訪問診療で行われた診療内容について、病院では口腔機能関係の割合が診療所よりも高かった。

在宅歯科医療についての課題と論点②

(歯科訪問診療における口腔の管理について)

- 1医療機関毎の訪問歯科衛生指導料の算定回数は1～10回が最も多い。
- 歯科訪問診療において、歯科衛生士のみが単独で訪問して実地指導を行う場合も一定数あり、訪問時に不安等を感じた経験がある歯科衛生士が約75%という報告がある。
- 近年、人生の最終段階においても口腔管理の必要性・重要性が報告されており、歯科衛生士による訪問歯科衛生指導を含め、歯科訪問診療において歯科専門職が関わるケースがでてきている。
- 看取り加算が算定された患者について、看取り加算算定日の一月以内に歯科診療を行った患者の割合は約16%であり、最終の歯科診療の実施日は看取り加算の算定以前の7日前～1日前が多かった。
- 令和4年診療報酬改定で新設された歯科訪問診療料の通信画像情報活用加算は、算定医療機関数は68施設にとどまり、算定しない理由としては「実施予定がない」が最も多い。

(小児に対する歯科訪問診療について)

- 小児に対する歯科訪問診療は、まだ少ないが一定程度歯科訪問診療が提供されている。
- 医療的ケア児は増加傾向であるが、医療的ケア児に対する歯科訪問診療を実施している施設はまだ少ない。
- 小児の歯科訪問診療では、低年齢では口腔機能に関する内容、年齢が上がると口腔衛生や医学管理に関する内容の割合が大きくなっていった。
- 歯科訪問診療を行った医療的ケア児の医療ケアの内容は、「吸引」「気管切開」「経管栄養」が多かった。在宅で歯科治療を行うにあたっては、患児の疾患・状況に応じてリスクを見極めた上で治療を行う必要がある。

(歯科訪問診療における連携について)

- 退院時共同指導料の算定は低調であり、ほとんど算定されていない。一方、医科点数表の歯科医療機関連携加算(診療情報提供料Ⅰの加算)の算定は、増加傾向にある。
- 口腔に関する情報提供を行った介護支援専門員は約31%であり、その理由は伝えるべき情報を取得していない、が多かった。
- 医科点数表の入院基本料等の加算である栄養サポートチーム加算の歯科医師連携加算の算定割合は約30%で横ばいになっている。
- 歯科点数表の栄養サポートチーム等連携加算(歯科疾患在宅療養管理料の加算)の算定回数は微増傾向であるが、まだ低調であり、特に病院における連携が進んでいない。
- 在宅での栄養に関する評価はないが、歯科医療機関で常勤の管理栄養士が勤務する歯科診療所の割合は、在宅療養支援歯科診療所で約7%であった。

在宅歯科医療についての課題と論点③

【論点】

（歯科訪問診療の提供体制について）

- 歯科訪問診療1を算定する医療機関の多くは診療時間が20分以上であることや診療内容の実態や歯科診療が必要な要介護高齢者に対して十分に歯科訪問診療が提供されていないこと等を踏まえ、かかりつけ歯科医による歯科訪問診療を推進する観点から、歯科訪問診療の評価のあり方についてどのように考えるか。
- 新型コロナウイルス感染拡大時の歯科訪問診療の実態や歯科訪問診療に必要な感染対策の考え方等を踏まえ、今後の新興感染症発生時等の歯科訪問診療の評価についてどのように考えるか。
- 歯科訪問診療を行う病院が増加傾向にあることや後方支援機能、摂食嚥下機能を含む口腔機能評価や食支援等における連携の必要性が高まっていると考えられること等を踏まえ、各地域の状況に応じた在宅歯科医療提供体制の構築を推進する観点から、在宅療養支援歯科診療所や歯科訪問診療に関わる病院の評価についてどのように考えるか。

（歯科訪問診療における口腔の管理について）

- 訪問歯科衛生指導について、1医療機関毎の訪問歯科衛生指導料の算定回数が多い医療機関が一定数あること等を踏まえて、単一建物の訪問人数が多い場合の訪問歯科衛生指導料の評価についてどのように考えるか。
- 歯科衛生士のみ単独で訪問することが多いことや訪問時に不安や心配事を経験した者も一定数いるという実態等を踏まえ、安全に歯科訪問診療を提供する観点から歯科衛生士が単独で訪問する際の体制の評価についてどのように考えるか。
- 終末期がん患者等の人生の最終段階においては、頻回に歯科専門職の関与が必要となる場合があること等を踏まえ、し患者の状態に応じた訪問口腔衛生指導等の口腔管理の評価のあり方についてどのように考えるか。

（小児に対する歯科訪問診療について）

- 医療的ケア児は増加傾向にあり、小児に対する歯科訪問診療のニーズが一定数あることに鑑み、小児に対する歯科訪問診療を推進する観点から、医療的ケア児等の患者の状態を踏まえた歯科訪問診療の評価についてどのように考えるか。

（歯科訪問診療における連携について）

- 在宅医療における関係者間の連携を推進する観点から、在宅医療を担う医科の医療機関や介護保険施設等の関係職種、介護支援専門員等との有機的な連携について、ICTの活用も含め、どのように考えるか。
- 歯科訪問診療における栄養サポートチーム等との連携について、歯科標榜のない病院の入院患者や介護保険施設等の入所者、在宅で療養する患者の食支援等を推進する観点から、歯科疾患在宅療養管理料等の加算である栄養サポートチーム等連携加算の評価のあり方について、どのように考えるか。