

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

ありがとうございました。ほかは、いかがでしょうか。

○厚労省担当者

松本委員、お手が挙がっております。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい。松本委員、お願いいたします。

○松本真人委員（健康保険組合連合会理事）

はい、ありがとうございます。それでは、85 ページの論点に従いましてコメントしたいと思います。

**（病院における歯科の機能に係る評価）**

- 病院における歯科の機能の評価について、リハビリテーション・栄養・口腔の一体的な取組を推進する観点から、回復期医療、慢性期医療を担う病院における口腔管理の評価について、地域の歯科診療所との連携も含めどのように考えるか。
- 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準について、回復期医療や慢性期医療を担う病院の評価をどのように考えるか。

まず一番最初の病院における歯科の機能についてでございますけども、資料の 13 ページを見ますと、回復期リハ病棟を有する病院で歯科を標榜する割合は 2 割程度にとどまっております。

一方、資料の 21 ページを見ますと、回復期リハ病棟に入院する高齢者の約 8 割に何らかの口腔機能障害があることがわかります。

また、資料の 24 ページに目を転じますと、歯科の専門職による介入によって間接的に ADL が改善するということが理解できます。

したがって、病院の歯科機能を強化するために、「地域歯科診療支援病院歯科初診料」の施設基準を見直す方向で進めていただきたいと思います。

ただ今回、論点には「回復期医療や慢性期医療を担う病院」というふうに書いてあるんですが、

少し、慢性期に関する議論をするためのですね、ちょっとエビデンスがちょっと不足しているように思いますので、そういったエビデンスについても準備いただきたいというふうに思います。

**(医科歯科連携、医歯薬連携)**

- 周術期等口腔機能管理における医科歯科連携を推進する観点から、周術期等口腔機能管理の対象患者について、現在対象外となっている脳卒中等で手術を行わない急性期患者等についてどのように考えるか。また、歯科の外来で管理され短期入院で歯科疾患の手術を行う患者の周術期等口腔機能管理の評価のあり方について、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、入院の終末期がん患者等に対して行われる口腔管理に係る評価についてどのように考えるか。
- 歯周病と密接に関連する糖尿病患者について、医科歯科連携による、より効果的な歯周病治療・管理を推進する観点から、糖尿病患者に対する歯周病治療や管理の評価についてどのように考えるか。
- 口腔内に影響を及ぼす薬剤が多数あることや近年、薬剤性顎骨壊死の患者が増えておりポジションペーパーが改定されたこと等を踏まえ、薬剤に係る医歯薬連携を推進する観点から薬剤の副作用等の情報共有等に関する連携の評価についてどのように考えるか。

続きまして、医科歯科連携、医歯薬連携についてでございますが、周術期口腔機能管理については資料 35 ページを見ますと、脳卒中等で手術を行わない急性期の患者が対象外となっているということですが、

資料の 33 ページにありますとおり、誤嚥性肺炎等を予防するために早期に歯科が介入する重要性が示されておりますので、算定対象とする方向で検討いただきたいと思います。

一方で、資料 36 ページを見ますと、赤字になっております「歯科疾患を有する患者」が現行では対象になっておりますけども、

**周術期等口腔機能管理の対象患者について**

- 周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)の対象患者は手術を行う患者が対象であるが、「歯科疾患を有する患者」も対象となっていることから、外来で管理されている歯科疾患の患者についても対象となっている。

**対象患者**

周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)及び周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)における口腔機能管理は、患者の口腔衛生状態や口腔内の状態等の把握、手術に係る主病及びその治療に関連する口腔機能の変化に伴う日常的な指導等を評価し、**歯科疾患を有する患者**や口腔衛生状態不良の患者における口腔内細菌による合併症(手術部位感染や病巣感染)、手術の外科的侵襲や薬剤投与等による免疫力低下により生じる病巣感染、人工呼吸管理時の気管内挿管による誤嚥性肺炎等の術後合併症や脳卒中により生じた摂食機能障害による誤嚥性肺炎や術後の栄養障害の予防等を目的に、次に掲げるような手術において実施する。

- **対象となる手術の例**
  - ・頭頸部領域、呼吸器領域、消化器領域等の悪性腫瘍の手術
  - ・心臓血管外科手術
  - ・人工股関節置換術等の整形外科手術
  - ・臓器移植手術
  - ・造血幹細胞移植
  - ・脳卒中に対する手術 等
- 脳卒中等による緊急手術において、術前の管理を行っていない場合は手術後早期に依頼を受けた場合。

抜歯などの予定された歯科の手術については、外来で既に管理されているということ踏まえ、これについては算定対象から除外すべきというふうに考えます。

さらに、39 ページ以降に示されております終末期がんの口腔衛生措置や糖尿病患者の歯周病治療、薬剤の副作用等に関する連携については、いずれも推進すべきだというふうに考えております。

**(ライフステージに応じた口腔機能の管理)**

- ライフステージに応じた口腔機能管理を推進する観点から、現在、指導管理と一体的に評価されている口腔機能に係る訓練の評価について、実態にあわせて指導管理と訓練をそれぞれ評価することについてどのように考えるか。
- 客観的な評価に基づく歯科治療や口腔機能管理を推進する観点から、口腔機能の評価に関する検査の対象についてどのように考えるか。

続きまして、3つ目のライフステージに応じた口腔機能の管理についてでございますが、資料の53 ページ以降の、小児を含みます口腔機能管理料については、指導管理だけではなく口腔機能訓練も実施しているという実態があるということですので、「指導管理」と「訓練」に評価を分けることもあり得るとは考えます。

ただ、これまでと同じことを実施しているにもかかわらず評価を単純に上げるということにならないように注意すべきというふうに考えます。

続きまして、資料59 ページから60 ページにございます口腔機能検査についてでございますが、必要な患者に検査が実施されていないということであれば、算定対象を拡大することは結構ですけども、安易に検査が実施されることにならないよう、適切な要件の設定をお願いしたいと思います。

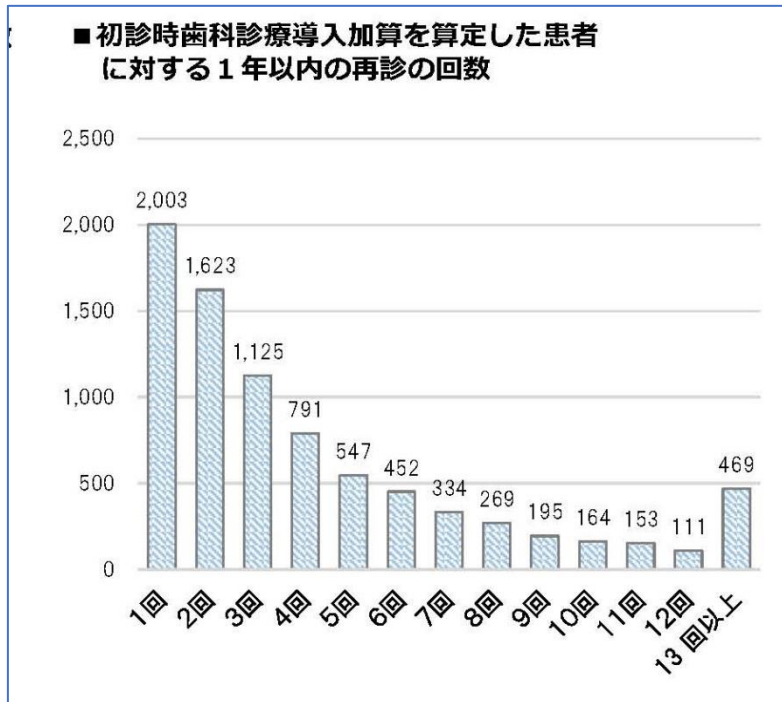
最後に、障害者・有病者・認知症の人への歯科医療でございますが、

**(障害者・有病者・認知症の人への歯科医療)**

- 強度行動障害を含む、現状の歯科診療特別対応加算の対象に含まれない患者や極めて対応が困難な患者の歯科診療の評価や歯科治療環境への適応が困難な患者に対する評価についてどのように考えるか。また、医療的ケア児等について学校等に対する情報提供の評価についてどのように考えるか。
- 認知症患者に対する歯科治療について、かかりつけ歯科医による早期段階の発見・気づきによる関係者との情報共有・連携が重要であること等を踏まえ、認知症患者の管理や連携に関する評価についてどのように考えるか。

85

初診時歯科診療導入加算については、資料 73 ページを見ますと、一番右のグラフを見ますと、「1年以内の再診」が一定数あり、13回以上というものもございます。



例えば、障害児などが徐々に歯科治療に慣れていくために複数回の対応が必要とすることであれば再診時の評価も考えられますけども、

円滑な導入を評価する趣旨を踏まえますと、算定期間や算定回数には、ある程度の制限が必要だというふうに考えます。

医療的ケア児に関する学校への情報提供については、76 ページに記載にあるニーズを踏まえ、診療情報提供料の対象とすることには十分、理解をしております。

歯科医療機関から学校等への情報提供		中医協 総-3 5. 7. 12
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 日本障害者歯科学会の会員を対象とした調査では、30.6%で学校等に情報提供を行ったことがあると回答しており、その内容は「口腔内の状態」が最も多いが、「摂食嚥下、給食」についても61.8%であった。</li> <li>○ また、情報提供を行ったことがある場合、「情報提供がないと学校等での給食が提供できないケースがあった」と回答した割合が33.8%であった。</li> </ul>		

認知症患者については、資料 80 ページのとおり、

### 認知症患者に対する歯科治療上の留意点等

○ 認知症患者に対する歯科治療に際しては、主治医をはじめとした医療従事者や家族、介護職との連携が不可欠であり、多数の関係者との連携のもと、認知症の状態や認知症以外の疾患の有無、介護環境など情報を把握した上で治療を行う必要がある。

**認知症の人への歯科治療ガイドライン(抜粋)**

**医療・介護関係者との連携**

◆ 歯科治療のために、家族や多職種と連携して認知症患者のアセスメントを行うことは有効か  
 → 歯科臨床で認知症患者のアセスメントを適切に行うためには、**主治医をはじめとした医療従事者や家族、介護職種との連携が不可欠である。認知症の状態を把握することは予知性をもった治療・支援計画立案に必須である。**

**歯科治療・管理計画の立案**

◆ 認知機能の低下段階に応じた歯科治療・管理計画はどのように立てたらよいのか  
 → 認知機能が低下すると、**口腔衛生に関するセルフケアは困難になり、しかも複雑な歯科治療への協力が困難になる。**このことを歯科医師は十分に理解し、**本人や家族、介護者の歯科治療および管理計画に対する希望を踏まえ、治療計画を立案することが推奨される。**

- ・ 歯科治療計画には認知症の進行段階や認知機能障害の状態を考慮する必要がある。
- ・ さらに、認知症の発症・進行や認知機能の経年的変化も考慮して作成されるべきである。
- ・ 認知機能低下の有無を判断するには医科関係者、介護関係者、および家族からの情報が不可欠である。

**受診歯科患者の認知機能の低下が疑われた場合**

◆ 受診歯科患者の認知機能の低下が疑われた場合、**医科・介護関係者との連携は歯科治療・定期的な管理に有効か**  
 → **多職種との連携は、歯科治療および定期的な歯科管理に有効である。**

- ・ かかりつけの歯科医院は長期にわたり患者と向き合うなかで、認知症の徴候に気づくことのできる地域資源の1つとして果たす役割は大きい。
- ・ 近くの地域包括支援センターや認知症サポート医等の情報を得ておき、日頃から連携体制を整えておく。

※エビデンスの強さ「B(中)：効果の推定に中等度の確信がある」以上、文献による信頼度「B：支持する論文が1つ以上ある」以上、コンセンサスマーケティングによる信頼度「B：ほぼ一致(最終的なVAS平均値が8.5未満7.5以上)」以上の項目から抜粋

80

出典：一般社団法人日本老年歯科医学会「認知症の人への歯科治療ガイドライン」(2019年)より引用、保険局医療課で作成

主治医をはじめとした医療従事者や家族、介護職等との連携をし、全身の状態を把握した上で、歯科診療を行うことであれば、総合医療管理加算の対象とすることは理解できますので、適切な要件の設定をお願いしたいと思います。以上です。

#### ○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

ありがとうございました。ほかにご意見、ご質問ございますでしょうか。

#### ○厚労省担当者

林委員、お手が挙がっております。

## ○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい。林委員、お願いします。

## ○林正純委員（日本歯科医師会常務理事）

はい、ありがとうございます。ただいま、36 ページの資料に沿って周術期等口腔機能管理に関しまして、松本委員のほうから抜歯など算定対象から除外すべきということがございましたが、抜歯等の要件を絞るということに関しましては理解はしておりますが、その中でも必要性が考えられる患者さんに資するケースもございまして、実態に合わせて適切な評価はしていくべきだと考えております。

それから、口腔機能の管理の評価のところでございますが、これも先ほど述べましたように、さまざまな機能訓練も含んでおりまして、現在も、そもそも低すぎるものだと考えております。

資料の 55 ページ、それから 58 ページにございますように、平成 30 年に収載された当時の基本的な考え方にはなかった内容が令和 2 年度の改定で追記されております。

訓練の内容は当初より充実してきているものと考えております。また、検査に関しましても必要な患者さんに的確に実施することも含めて、しっかりと推進に向けて評価していただきたいと思っております。

それから、障害児者の患者さんに対してなんですけれども、算定回数、こういった初診時歯科診療導入加算の拡大に関しては賛同いただきましたが、「算定回数を制限」ということではございますが、歯科医療提供の場での適用は本当に、そういった患者さん像に関しましては、日によって異なっておりまして、再診時でも極めて丁寧な対応が必要と考えております。

ある程度、制限するという事はなじまないんじゃないかと思っておりますので、評価のほど、よろしくお願ひしたいと思っております。私からは以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

ありがとうございました。ほかはよろしいでしょうか。先ほど、

○高町晃司委員（連合「患者本位の医療を確立する連絡会」委員）

すいません、高町です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

失礼しました。高町委員、まずお願いいたします。

○高町晃司委員（連合「患者本位の医療を確立する連絡会」委員）

はい、ありがとうございます。リハビリテーションの患者に対する口腔管理の効果と、その重要性の説明がありました。周術期も含めて、病棟における口腔管理は引き続き推進していくべきだと考えておりますし、

退院によって地域に戻ったときも引き続き口腔管理に注意が払われるように情報共有など医科歯科連携が徹底されるよう推進されていくことを要望したいと思います。ありがとうございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

ありがとうございました。続きまして鳥潟委員、お願いいたします。

○鳥潟美夏子委員（全国健康保険協会理事）

はい、ありがとうございます。すいません。医療・介護・障害連携、あと薬剤など今回のトリプル改定のタイミングをうまく使いまして、おさえまして、各サービス間の連携を促進する、強く促進する改定としていただきたいと改めて申し上げます。よろしく申し上げます。以上です。

### ○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

ありがとうございます。それでは、一通り、委員の方々のご意見を伺いました。先ほど林委員から田村専門委員の意見も伺ってはどうかというようなご提案がございましたので、田村専門委員、お願いいたします。

### ○田村文誉専門委員（日本歯科大口腔リハビリテーション科教授）

はい、ありがとうございます。歯科医療の課題について、追加でいくつか発言をさせていただきます。

はじめに、「4. ライフステージに応じた口腔機能の管理」についてです。

#### **（ライフステージに応じた口腔機能の管理）**

- ライフステージに応じた口腔機能管理を推進する観点から、現在、指導管理と一体的に評価されている口腔機能に係る訓練の評価について、実態にあわせて指導管理と訓練をそれぞれ評価することについてどのように考えるか。
- 客観的な評価に基づく歯科治療や口腔機能管理を推進する観点から、口腔機能の評価に関する検査の対象についてどのように考えるか。

小児の口腔機能発達の保全に対しては、口腔機能発達不全症、壮年期から高齢期での口腔機能低下に対しては、口腔機能低下症で口腔機能管理・指導を行っております。

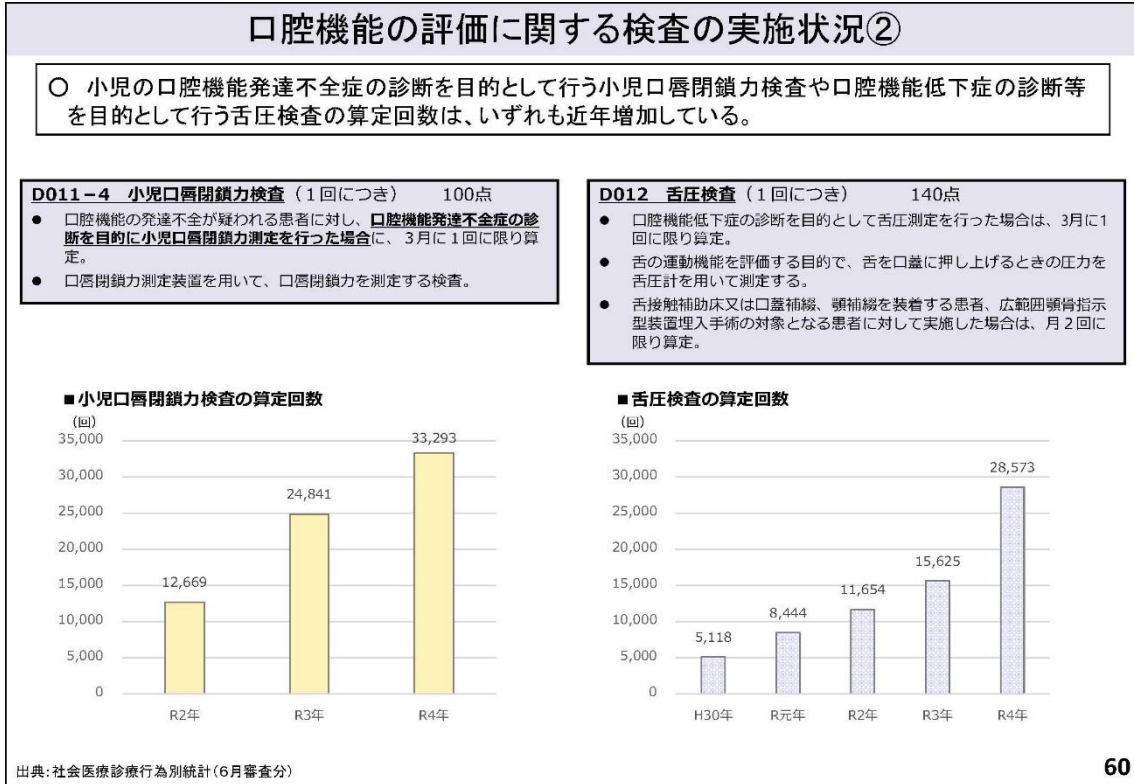
先ほどのご説明にもありますように、機能の改善・向上を目的に機能訓練の実施が必要な例も多くあります。

これらの管理が新規掲載された当初に比べ、現在では訓練法のエビデンスも集積されてきており、効果的な口腔リハビリテーションの実施が求められます。

管理や指導を行うための評価項目が比較的多いため、それなりの時間がかかりますが、かんで行う場合には、より多くの時間を要するため、それに応じた診療報酬上の評価をご検討いただきたく思います。



また、60 ページには、口唇閉鎖力検査、舌圧検査について示されています。



現在、口唇閉鎖力検査は小児のみ。舌圧検査は高齢者のみに認められていますが、口唇機能も舌機能も小児、高齢者のいずれにとっても重要な機能であり、訓練によって改善するというデータも出ております。

小児・高齢者にかかわらず、必要な検査を実施し、検査結果に基づいた口腔機能管理や訓練の評価が行うことができるよう、各検査の対象者について、ご検討をいただきます。

また、検査の間隔について、口唇閉鎖力検査は現在、3カ月に1回の実施となっておりますが、より効果判定を行いやすい実施回数のご設定をご考慮いただければと思います。

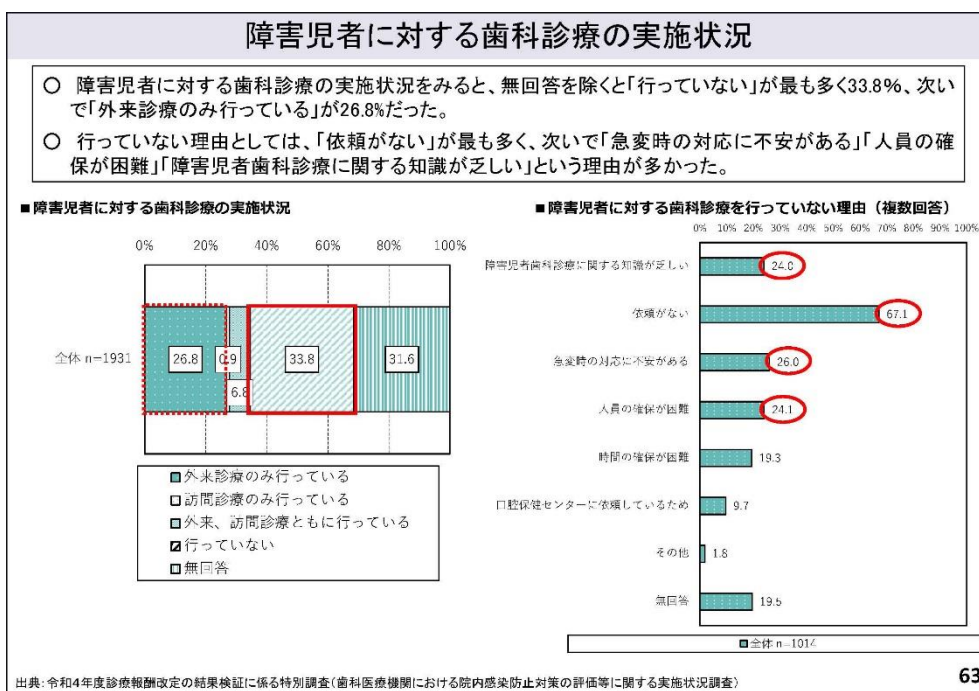
次に、「5. 障害者・有病者・認知症の人への歯科医療」についてです。

**(障害者・有病者・認知症の人への歯科医療)**

- 強度行動障害を含む、現状の歯科診療特別対応加算の対象に含まれない患者や極めて対応が困難な患者の歯科診療の評価や歯科治療環境への適応が困難な患者に対する評価についてどのように考えるか。また、医療的ケア児等について学校等に対する情報提供の評価についてどのように考えるか。
- 認知症患者に対する歯科治療について、かかりつけ歯科医による早期段階の発見・気づきによる関係者との情報共有・連携が重要であること等を踏まえ、認知症患者の管理や連携に関する評価についてどのように考えるか。

85

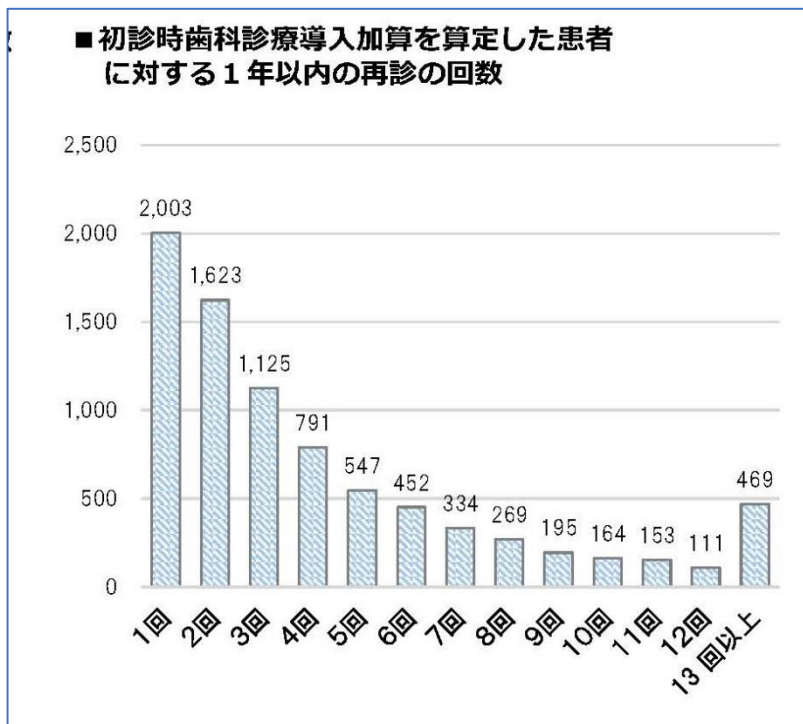
62 ページ、67、68、69 ページ等にありますが、障害のある方はさまざまな理由で歯科診療を受療することが困難となります。



63 ページに、障害児者に歯科診療を行っていない理由として、「依頼がない」が最も多い結果となっていますが、実際のところ、障害のある人への歯科診療はかなり専門性が高いため、特別な対応が可能な診療所が受け持っていると考えられます。

10月27日の在宅の資料でもありますように、医療的ケア児や重症心身障害児者では医学的重症度に応じた対応が求められます。

また、今回の資料の70、71ページのような強度行動障害のある患者さんでは、72ページに示されている行動変容法が必要なケースも多く、これらも専門性のある対応が必要となってきます。



73 ページには、初診時歯科診療導入加算の算定回数は1回が最も多いと示されていますが、残りは複数回の診療を行っており、現実には歯科診療の継続が必要な患者さんのほうが多くなっています。

実際の診療に入る前からを含め、行動変容法を用いて歯科診療を行うことは、通常の診療より数倍の時間と手間がかかります。対応法に応じた評価をご検討いただければと思います。

最後に、歯科医療機関から学校等への診療情報提供についてですが、以前の歯科医療（その1）の議論の際にもお伝えさせていただいたところですが、医療的ケア児が保育や教育を受ける期間において、子どもたちが安全に過ごすために口腔機能や摂食嚥下機能、また口腔ケアに関する情報は欠かせないと考えております。

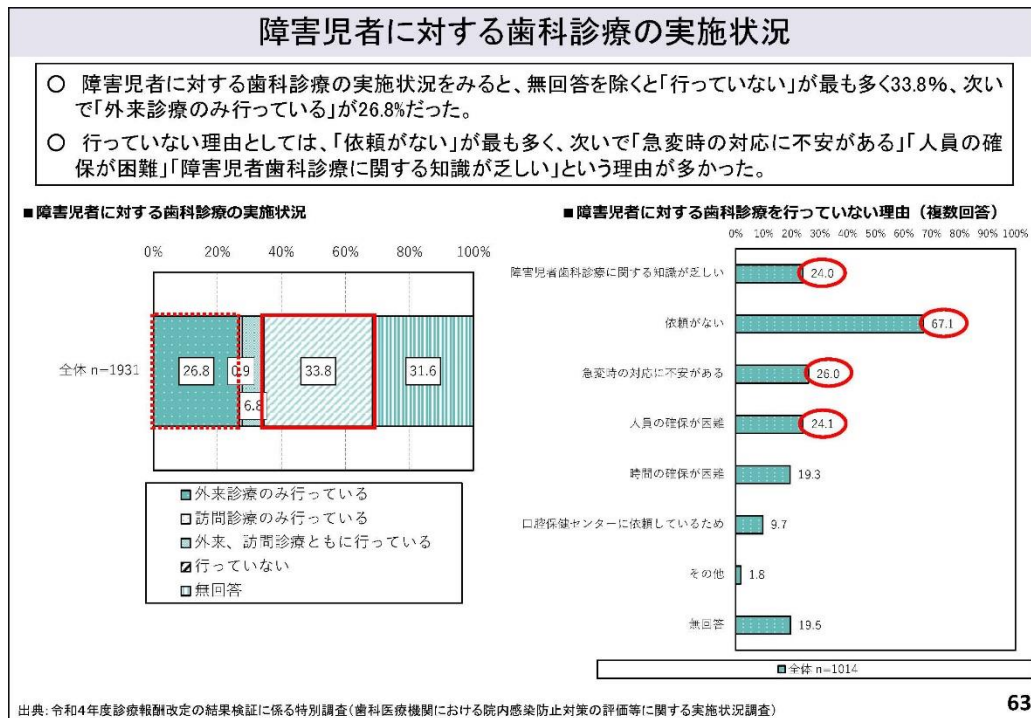
これまでも学校等から要望も多くございますが、歯科医療機関から学校等への診療情報提供を行えるよう、ご検討をお願いいたします。以上となります。どうぞよろしくをお願いいたします。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

ありがとうございました。ほかはいかがでしょうか。はい、安川委員、お願いいたします。

○安川文朗委員（京都女子大学データサイエンス学部教授）

はい、ありがとうございます。先ほど田村専門委員からも、ご紹介、ご発言がありましたように、障害児の方たちに対する口腔ケア、歯科への関与というのは大変だろうというふうに思います。時間もかかりますし、何より専門性が高いということは大変よく理解できるところであります。



この示されています、63 ページのこのグラフに示されています「依頼がない」というのも、先ほど田村専門委員がご紹介いただいたように、おそらく単なる依頼ということではなくて、非常に専門性が高いゆえに、そういった専門性を持っている医院に、あるいは専門家に偏って依頼が行っているということなんだろうと私も想像いたします。

ただ、にちにちの障害を持った方、発達障害であったりといったような方たちに対する口腔ケアはとても大切であるということであれば、

具体的に、その障害を持った方に対する口腔ケアが具体的に何によって妨げられているのか、ということをはっきりと明らかにして、その上で、その障害を取り除くためには診療報酬上の手当が必要なのか、それか、それ以外のアプローチが必要なのかということは今後、精査していく必要があるのかなあというふうに感じました。以上でございます。

#### ○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。ほかはいかがでしょう。よろしいでしょうか。

はい。それでは、ほかにご質問等ないようですので、本件に係る質疑はこのあたりといたします。

本件につきましてもいろんなご意見をいただきました。今後、事務局におかれましては、本日いただいたご意見も踏まえて対応していただくようお願いいたします。