

在宅医療グループ診療運営事業

第9回 在宅あるある会

活動報告

2024年9月3日開催

在宅医療グループ診療運営事業「第9回 在宅あるある会」はテーマ『在宅医療における関係職種を理解する』より、在宅医療におけるリハビリテーション専門職の機能と役割を知ること目的に開催しました。会場およびオンラインのハイブリッド開催で、医師、歯科医師、歯科衛生士、薬剤師、看護師、管理栄養士、リハビリ職、ケアマネジャー等、96名と多くの皆様にご参加いただき、大変有意義な会となりました。



初めに、総合司会の苫小牧市医師会 伊賀勝康先生より、在宅あるある会のルールとして敬称を「先生」ではなく「さん」と呼び合いましょうと声かけがありました。講演は苫小牧東病院 リハビリテーション部 チームマネージャー 成田伸夫さんを講師にお迎えし、実践報告では、訪問看護ステーションしらかば理学療法士 菅原朝也さん、訪問看護ステーションらぼーる 作業療法士 飯田晃大さん、苫小牧地域訪問看護ステーション 言語聴覚士 森田志保さんよりご発表いただきました。最後に医療アドバイザーとして北海道家庭医療学センター 理事長 草場鉄周さんより講評をいただきました。

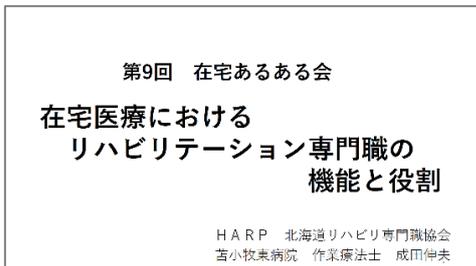


総合司会 伊賀さん



医療アドバイザー 草場さん

【講演】



成田さんには、『在宅医療におけるリハビリテーション専門職の機能と役割』のご講演をいただきました。初めに、所属している吉小牧東病院の在宅リハビリテーションチームには、訪問・外来・通所があり、リハビリテーション専門外来では痙縮治療、摂食・嚥下検査、物忘れ外来等を提供しているとご紹介いただきました。

リハビリテーション（リハビリ）とは、ラテン語の *rehabilitatio* に由来する「再び適した状態になること」「本来あるべき状態への回復」の意味を持ち、これが英語の *rehabilitation* となり、日本でカタカナのリハビリテーションとなったとのこと。現在「リハビリ」という言葉は様々な意味を持ち、狭義では「療法士」や「運動すること」を「リハビリ」と呼ぶ等、多様化していると話されました。一般的にリハビリは高齢者、小児、難病、精神疾患、ターミナル等の方を対象とし、身体的、精神的、社会的な機能の回復・維持・向上を目指すものであり、ニーズに応じ専門的な評価とリハビリプランが作成されることを説明されました。リハビリには3つの療法があり、理学療法（PT）は運動療法と物理療法を用いた身体機能の回復・維持・向上を行い、作業療法（OT）は日常生活に関わる生活行為や作業を用いて“その人らしい生活”の獲得を目指し、言語聴覚療法（ST）は言語・聴覚・嚥下等の機能の回復・維持・向上を目指すものであり、それぞれの状態にあわせて他の医療専門職と連携しながらプログラムが実施されると話されました。また、PT、OT、STの療法士はリハビリ専門職やセラピストとも呼ばれるとのこと。

高齢者リハビリのイメージとしては、急性期・回復期は国際生活機能分類（ICF）の「心身機能」、「活動」の改善を目的としたアプローチが中心、生活期では「参加」へのアプローチが多くなること。「参加」の家庭内役割や地域社会参加の喪失→閉じこもり・不活発な生活による廃用症候群→動かないから動けない、負のスパイラルに陥ってしまうことを予防・改善するためのアプローチが重要だと話されました。また、リハビリが提供されるタイミングについて、入院中、生活が混乱している退院直後、在宅生活中の転倒や加齢等により心身機能が低下し生活に支障を生じた場合等の病期別にご説明いただきました。

リハビリのサービス内容は、身体機能練習、日常生活に直結した練習、仕事や余暇活動の練習、言語・嚥下練習等があり、個別の課題に応じてプログラムを作成・実施しているとのこと。プログラムの作成において重要なのは、課題となる動作の原因が評価できているかどうか、「立てないから立つ練習をする」のではなく、「立てない原因は何か」を全身状態、筋力、可動性や柔軟性、痛み、環境（例：椅子高さ）等から本質的な要因を評価した上で考えること。もう一点重要なのは多職種連携による情報共有であり、対象者の生活に関わる人・機関・組織が協力することで対象者の「〇〇したい」をケアマネジャーを中心に多職種でサポートしていくことだと話されました。

地域包括ケアシステムでは、いつまでもその人らしく暮らすために、平時は自治会やボランティアへ参加し生活支援・介護予防、医療が必要になった際には医療サービス、介護が必要になった場合は通所・入所・訪問等のサービスが提供される。その中でリハビリ専門職は、生活支援・介護予防では地域リハビリテーション活動支援事業（厚生労働省が推進する一般介護予防の一つ、リハビリ専門職の活用により高

高齢者の自立支援・重症化予防を図り介護予防を効果的に推進する事業。地域ケア会議への参加、通所介護職員への助言、住民運営の通いの場への支援を実施）、医療では入院・外来リハ、介護では施設・訪問・通所等、全ての分野で関わるようになってきているとのこと。サービスと機能は、①医師による健康管理、②心身機能・活動・参加の維持・向上、③閉じこもり予防、④介護負担の軽減（レスパイト機能）、⑤送迎サービスの機能があり、入院・外来リハビリでは医療的サービスの要素が大きく、通所介護や介護老人保健施設では生活支援の要素が大きくなること、通所リハビリは全ての機能を有する特徴があると話されました。また、苫小牧市内の在宅に関連する事業所に所属する療法士は約80人、地域ニーズに対し療法士が足りないと思われるよう頑張っていきたいと話されました。

在宅医療におけるリハビリについてそれぞれの特徴をご紹介します。

	外来リハビリ	訪問リハビリ	訪問看護	通所リハビリ（デイケア）
実施機関	病院・診療所	病院・診療所、老人保健施設、介護医療院	訪問看護ステーション	介護老人保健施設、介護医療院、病院・診療所
保険	医療保険	医療保険・介護保険	医療保険・介護保険	介護保険
特色	<ul style="list-style-type: none"> 心身機能の改善 疾患別で利用日数に上限 リハビリ設備が充実 	<ul style="list-style-type: none"> 原則、通院・通所が困難な方が対象 生活環境での動作練習、自宅環境の評価による福祉用具の導入・住宅改修の提案 	<ul style="list-style-type: none"> 看護師と療法士の連携が強み、看護師の管理のもと看護業務の一環としてリハビリを行う 訪問リハビリの特色と同様 	<ul style="list-style-type: none"> 身体・認知機能の維持・向上+社会との繋がりを保ちながら生活を支援 食事・入浴サービス・季節行事等も実施 リハビリ設備が充実

さらに脳卒中を発症した場合を例に、医療から介護までの流れもご紹介いただきました。発症直後に低下したADLは急性期・回復期で徐々に改善、生活期に移行していく。生活期へのアプローチは、リハビリ専門職だけでなく多職種によるチームアプローチが重要であるとのこと。そして注目すべきポイントは入院から在宅生活へ移行するタイミングでの関わりであり、厚生労働省のデータから退院後のリハビリ開始までの期間と機能の回復に関する調査をご紹介いただきました。訪問リハビリ開始までの期間が2～4週間が32%、4週間以上が24%、通所リハでは2～4週間が44%、4週間以上が35%と開始まで期間がかかるケースが多いこと。またADLの改善度は訪問リハの開始が14日未満とそれ以上で比較した場合に有意な差が生じていたこと、通所リハでは14日未満、14～28日未満、28日以上の比較では有意差はないものの早期開始の方がADLの改善は大きいという結果が示されており、退院後早期の介入が重要であること。そのためには、退院前カンファレンス等、入院中から連携を図っていくことが重要だと説明されました。

在宅リハビリのあるあるとして、「健康を維持するためにリハビリを継続しましょう！」というものがあるそうです。リハビリは運動もするがイコールではないこと、リハビリを継続することが目標になってはいないか、リハビリはその人らしい生活を獲得するための手段の一つであり家庭や地域での役割を持つことが大切だと話されました。最後に、地域の高齢者や障害のある方々の在宅生活を支援するメンバーの一員として、療法士を少しでも身近に感じていただけますと幸いですと話されました。



講師 成田さん

総合司会からのコメント

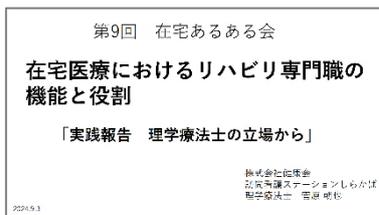
病態、回復段階に合わせた介入のタイミング、利用できる資源の切り替え等、様々な連携で対応することが必要だとわかる内容でした。

Q A 質疑応答、意見・感想(1)

伊賀さん：「リハビリの対象人数が不明だったので少し調べてみたのですが、令和 4 年苫小牧市で介護保険利用者が9,197 人、要介護者が6,425 人、平成 28 年の身体障害（肢体不自由）は7,631 人、要介護だけでも相当数がリハビリ適応になると予測されますので地域ニーズはあると思いました。発表の中で地域のフィールドに出ている療法士が約 80 人とのことでしたが、地域ニーズに対する療法士の数について感じるどころがあれば教えてください。」

成田さん：「現在所属する病院で提供している訪問・通所リハビリにおいて、利用者さんに週 2 回集中的に介入したいと思っても、（療法士の）人数に限られるため週 1 回のみ、もしくは 1 回の時間を短くするという状況があり、私見になりますが、地域の療法士がもう少しいれば関わることがもう少し増えるのではないかと感じることはあります。市内の大きなデイケアの動きはわからないのですが、療法士が個別にしっかりと関われる時間を確保できる体制が理想ではないかと思います。」

【実践報告 1】



菅原さんには、「理学療法士の立場から」ご発表いただきました。所属する法人では全国に約 80 事業所、訪問看護ステーションは道内に 4 事業所を展開し、訪問看護ステーションしらかばでは、看護師 5 人、理学療法士 2 人、事務職 1 人で業務にあたっているとご紹介いただきました。初めに、訪問看護ステーションからのリハビリ

における PT と OT には明確な棲み分けがないため次に発表する飯田さんと内容が重複しないように打合せしている旨のご説明がありました。

まず、訪問看護ステーションからのリハビリのメリットとデメリットについて。メリットは日常生活を把握できリハビリに直接反映できる（実践的）、看護師との連携が強みである（医療・生活動作の総合的ケアの提供）、家庭内の状況に気付きやすい（介護状況・家族の悩み・虐待疑い等）があるとのこと。特に家庭内の状況は、毎週訪問することの多い訪問看護・リハからケアマネジャーを含めた他職種へ情報提供を行いやすいのでは、話されました。デメリットは限られたリハビリスペース、機器がないこと、訪問場面で相談相手がないこと等を挙げられていました。

次に、実際の訪問先でのリハビリについて説明いただきました。生活の中での問題点、利用者・家族が

望んでいること、何を目標にリハビリを行うのかを具体的に考えアプローチされているとのことである。実際の事例から流れをご紹介いただきました。林業で伐採された丸太がぶつかり頸髄損傷（両上肢と体幹上部の機能は残存）、車椅子生活となった70歳代男性への介入では、「妻と一緒にこれからも車で買い物や病院に行きたい」という希望に対し、自宅→車→用事を済ませる→自宅に戻るまでの間で必要な動作（自分でリフトで外に出られるか、車椅子から運転席に安全に移れるか、改造車を安全に運転できるか等）を分節的に評価。端座位と移乗動作でバランスを崩してしまうため、安全に行えることを目標にリハビリメニューを組み立てているとのこと。また、事例のような比較的ダイナミックに動ける利用者だけでなく、進行性の神経難病、がん、寝たきり状態等の中等度～重度の場合には、利用者の状態に合わせ立つ・歩くという目標でなく、苦痛の緩和、皮膚トラブルの予防、褥瘡予防等を目標にしていると話されました。

最後に、菅原さんとSTの森田さんが一緒に介入した事例から一番伝えたい内容をご説明いただきました。ALSで徐々に両下肢筋力が低下し、立ち上がりが難しくなってきたためケアマネに依頼し立ち上がり補助付きソファを導入。立ち上がりは可能となったが、手も動かなくなってきておりリモコンのボタン操作に不安があった。別日に一緒に訪問していた森田さんが手のひらで操作できるように使い捨てプラスチックプーンをリモコンに貼り付けたことにより、本人が操作できる→わざわざ家族を呼ぶ必要がない→ストレスなく生活できたという事例。リモコンの手直しは専門性だけで考えるとSTの業務ではないかもしれない。しかし、利用者に興味を持つことで出てくる様々な気づきやアイデアを、私はリハビリだから介護士の仕事に口は出さない、逆に介護士はリハビリの範疇だから口を出さないということではなく、事業所の違い・職域を超えて横の繋がりを持つことによって、問題を解決し利用者の生活が良くなること。そこに訪問職が介入する意味があるのではないかとお話しいただきました。

【実践報告 2】



飯田さんには、「作業療法士の立場から」ご発表いただきました。所属する訪問看護ステーションらぽーるでは、看護師5人、PT3人、OT3人、事務3人が在籍し、市内全域の乳幼児から緩和ケアまで幅広く対応しているとご紹介いただきました。

まず訪問における作業療法士の役割について。各職種で役割分担することが多い病院とは異なり、訪問リハビリでは基本的に担当者1人が訪問するため、リハビリとして必要な支援を多角的に実施しているとのこと（専門性の高いものは各専門職に相談や依頼）。特に訪問看護からのリハビリにおいては、看護師の全身管理の支援を受けられることによりリハビリ介入が円滑に行える強みがあり、最近では初めはリハビリメイン+月1回の看護師訪問の依頼でも、徐々に全身管理が必要となり看護師の訪問頻度が増えるケースが多くなっていると話されました。所属する事業所では利用者100人に対しリハビリ訪問は6~7割、がんや神経難病等の医療的支援が必要な疾患も多く、依頼内容は退院後の生活動作支援、活動量が減っているが本人が通所を嫌がるため訪問対応してほしい、病態が悪化してきているが現在の生活を維持したい等様々とのこと。

支援の例として「トイレに一人で通いたい」という目標の場合には、実際にトイレに行く練習+必要な能

力（筋力やバランス）を伸ばす支援+環境整備+本人・家族・関連事業所へ自主練習の提案を行う等、多角的な支援を行っていると話されました。リハビリの内容については、リハビリはつらいという印象により不安な方も多いため、特定の回数押すと音が鳴る道具等、達成感を得られる・楽しく取り組めるよう工夫しているとのこと。また、自助具の提案も頻繁に行っているとのこと、握力が低下していてもペットボトルが開けられるオープナーをご紹介いただきました。1回の訪問（例：40分）は、挨拶→前回からの生活状況・体調の確認→バイタル測定→ストレッチ・筋力訓練→基本動作練習（立ち上がり等）→生活動作練習（杖を使用した玄関の出入り等）→振り返り→次回訪問予定の確認→終了が大まかな流れで、リハビリ導入前には40分は長いと思っていた利用者でも実際に開始するとあっという間だと感じるとおっしゃる方も多とのこと。

あるある事例もご紹介いただきました。①退院・退所で在宅復帰する際に、自宅内にたくさん手すりをつけても、いざ実際に生活してみると使わない場所・追加で手すりが必要な場所が発生し、住宅改修しようとしても限度額が足りず10割負担となってしまうケースがある。実際に生活すると事前評価の想定と異なる場合も多く、代用可能な部分はあえてレンタル品で使用感を確かめてから住宅改修を検討するのも一つの手段であること。②レンタルの福祉用具を導入する際に日々新しい福祉用具がでてくるため迷ってしまい、療法士+ケアマネで相談→ケアマネから福祉用具専門員にイメージを伝え候補をピックアップ→リハビリ現場でデモ機を使用し評価→実際に使用しレンタル、と多職種の連携により迅速に利用者の生活環境を支援できていると感じると話されました。また、多職種で同じ立ち位置で支援するために「リハビリの先生」ではなく「飯田さん」と呼んでほしいことや、担当者会議で本人や家族から「すぐよくなりますか？」とよく聞かれるが、人によって改善速度は様々なため予後予測しながら期間や手順を丁寧に説明していること等もご説明いただきました。

最後に全国的な課題として、[1]リハビリ訪問が大多数を占めている訪問看護ステーション（本来訪問看護からのリハビリは看護師の補助）があること、[2]24時間訪問対応しない、併設施設訪問のみで自宅へ訪問しない訪問看護ステーションが増加していること。[1]は今年の介護報酬改定で減算が開始されており、[2]は本来求められるサービス提供のあり方（退院直後からの連携、中重度者対応、看取り、24時間体制等）が国で議論されている。これから10年以内に訪問看護からのリハビリ：医療保険+介護保険の併用、訪問リハビリ事業所：介護保険がメインと役割分担が求められるようになっていく一方、苫小牧では役割分担する人材が不足しており訪問リハビリを受けたくても受けられない“リハビリ難民”がでてくる可能性について話されました。地域として訪問リハビリ事業所の増加、多くの訪問看護ステーションにリハビリ職が所属する、訪問リハビリに従事するリハビリ職が増えることで必要な方に訪問リハビリが提供できる地域になればと話されました。

【実践報告 3】



森田さんには、「言語聴覚士の立場から」ご発表いただきました。所属する苫小牧地域訪問看護ステーションは、市内のメインステーションと厚真町のサブステーションを展開し、看護師 11 人、PT1 人、OT3 人、ST1 人、事務職 1 人が在籍しており、森田さんは同法人の白老ステーションと兼務しているをご紹介します。

まず利用者の紹介経路について、病院から：リハビリ継続が必要、ケアマネから：家族やデイサービスで困っている、ステーション内から：むせるようになってきた、他ステーションから：ALS でコミュニケーション・嚥下能力が低下してきた、等様々な理由で ST 依頼があるとのこと。依頼時には困っている事、どんな支援が必要かを伝えてもらえると助かると話されました。市内の訪問看護ステーションで ST は森田さんだけのため、他のステーションから声がかかることがあるそうですが、2 つのステーションに同じ医師から指示書を出してもらう必要があるとのこと。また、医療保険では 1 日に訪問できるのは 1 つのステーションのみであり毎日ケアに入っている場合には調整が必要、介護保険では同日に 2 つのステーションが入るのは可能だが 1 週間の算定上限があるため調整が必要等、それぞれで関わり方が変わるとご説明されました。

対象・疾患は脳血管疾患、パーキンソン病等の神経難病、小児等多岐にわたり、失語症、構音障害、認知症、摂食・嚥下障害、発達障害に対しコミュニケーション練習、発話練習、口腔運動、摂食練習、発達支援の訓練を行っているとのこと。

次に、たくさんのあるある事例をご紹介します。

- ①退院時の食事指示と違う形態を食べているケース（嚥下食、とろみが嫌な場合が多い）：評価・リスク説明→必要時は主治医に報告書を提出。誤嚥性肺炎もリスクだが在宅では低栄養と脱水のリスクも高く、市販品（ゼリー飲料）の提案（とろみは嫌だがそういう商品だと納得しやすい）、病識の乏しい家族には毎回説明を続ける、色々食べさせてしまう家族には完全否定すると内緒で食べさせてしまうため説明をしつつ絶対に危ない食事形態等ははっきりと伝える。
- ②舌苔や乾燥が目立つケース（食べていないから汚れていないと認識）：看護師が先に介入して、家族に危険性を説明+口腔ケア手技の指導している場合が多いがよくある状況。食べていない人ほど口腔ケアは必要であり、口腔内の汚れは誤嚥性肺炎の一番の原因。
- ③ベッド上の姿勢調整が必要なケース：首が反る+顎が上がる+口が空いている＝気道確保の姿勢・・・誤嚥しやすい姿勢であることを家族に説明。ベッドの角度・枕の高さの調整、口腔内や痰の量・形状を確認、PT・OT へ訪問時の姿勢調整・ストレッチ・食事時の姿勢の崩れ等を相談・対応を依頼。
- ④食事量・水分量が少ないケース：高齢者は水分摂取量が少なく脱水傾向になりやすい。飲水を促す+訪問時に一緒にお茶を飲む、看護師にすぐに相談、サンプルを利用する。
- ⑤家族との会話が乏しいケース：本人に質問しても家族が答えることが多い場合もあるが、1 対 1 だと話してくれることも多い。ST だから誰とでも通じ合えるのではなく、失語症等の利用者とのコミュニケーション手段を少し多く知っているから話ができる。

⑥嚥下食に詳しい人：実際に食事を作る家族や介助するヘルパーさんの方が詳しいこともよくある。専門職だからと気負わずに家族を含めてみんなで知恵を出し合いより良いものを作る、より良い関係を作っていくことが大切。

最後に課題として、訪問看護からの ST を卒業し他のサービスへの移行が難しいという「終了問題」についてご説明いただきました。これは在宅系施設に ST が少ないこと、在籍していても兼務のため在宅に関わっている人数が少ないこと、重度の摂食嚥下障害では食事形態や姿勢・一口量等介入量が多く受入れが限られること、コミュニケーションに問題がある場合大勢の人がいる場所への抵抗感が大きいこと、進行性疾患では必要性が徐々に増すこと等を挙げられていました。地域で利用者が楽しく美味しく食事ができる、話ができる生活をしてために、在宅の ST が少しでも増え、皆で協力していければと話されました。



実践報告 1 菅原さん



実践報告 2 飯田さん



実践報告 3 森田さん

総合司会からのコメント

非常に実地的・実務的な話を聞くことができました。菅原さんのアイデアの協働も面白い視点だと感じましたし、飯田さんの訪問リハビリ事業所と訪問看護からのリハビリの違いが全国化した問題であることは目から鱗でしたし、苫小牧の訪問リハビリ難民がでるかもしれないというのも勉強になりました。森田さんのあるある話はなるほど面白く、医療保険と介護保険の違いについては、今私が関わっている患者さんでどちらで算定するのが良いか調べていたので身につまされるお話でした。

Q A 質疑応答、意見・感想(2)

A さん（ケアマネジャー）：「退院後の早期介入が重要で移行の期間が長くなると回復が遅れるという話が成田さんからありましたが、回復期リハビリから在宅に戻ると絶対的にリハビリの時間・日数が減と感じています。介護保険、医療保険どちらを使うか等制度の違いもありますが、介護度によっても回数制限もあります。地域包括ケアシステムのイメージ図の自治会やボランティアへの参加、活動の場の提供の部分の資源を使って退院後からコーディネートできることはないのか、もう少し勉強したいと感じました。」

伊賀さん：「ケアプランを立てるだけでなく、資源をいかに結び付けていくかが重要だと私も感じました。」

伊賀さん：「医師の方に伺いたいと思いますが、現場の声を聞いて今後訪問看護へのリハビリの指示の出し方や連携のあり方で思うことをお話しいただければ。」

B さん（医師）：「私自身は丁寧に指示書を書くつもりですが、やはり簡単にしか書かない医師もいます。介護判定の際にも医師の指示書が乏しく、ケアマネジャーが全部把握している例も多いです。現場で頑張っている話を聞いて、療法士の活躍が最大限活かされるように指示書の内容を充実させたいと思いますし、若い医師にも指導していきたいと思います。」

C さん（医師）：「介護保険の指示書を書く際、患者さんの生活情報が記載された依頼文書が使用されるようになり作成が非常に楽になりました。今日の内容から現場の様子が垣間見えたのですが、ぜひ患者さんのために訪問看護指示書に記入してほしい内容の文書をつけてみたり、主治医に説明をしてみたりしても良いのではと思いました。私は助かるのですがいかがでしょうか。」

伊賀さん：「指示書への現場からのフィードバックや要望を医師会で拾えるような機会があると良いのではと思います。指示書については、事務職の協力も得ながら作成していても専門でない部分は私もしっかりと記載できているか難しいところだと反省しています。丁寧に指示を出していければと思います。」

事前質問

質問：嚥下内視鏡の地域の取組みはどのような状況ですか。

回答（森田さん）：「とまこまい在宅食支援の会」という多職種連携で在宅の方の摂食嚥下に関するフォローをしていこうという会が立ち上がっており、市民の方へ実際に対応する準備を進めています。内視鏡を持っていくことは現在難しいですが、食の支援に関わる多職種が訪問し、在宅での食事面が豊かになるよう対応できればと考えています。」

時間内に回答できなかった質問

質問： 歯科治療により口腔環境が改善し、食事が取れるようになり、体力がつき、元気になるとの歯科医からの話を聞いたことがあります。今回の研修では、歯科的口腔ケアの話が出ていなかったのですが、現状はどのようなのでしょうか。

回答（苫小牧歯科医師会 地域医療担当理事）：

口腔は、食べ物をとらえる捕食、咀嚼、唾液分泌、味覚、嚥下、構音機能など多様な機能を有し、口腔機能は「食べること」と「人と関わり」の二つの大きな役割を担い、人が社会生活を営む上では不可欠です。総じて言えば、口腔の健康と機能は全身の健康に深く関連しています。口腔機能は、歯の喪失だけでなく、義歯の不具合、唾液分泌低下、口唇や舌の不活動（廃用）などによって低下をきたします。それらに対して専門職は治療とケアによって介入することで生活の質を向上させることができます。

口腔ケアと全身の健康との間に関連があることは多くの研究で示されています。例えば、令和元年度に行われた老人保健健康増進事業の「介護保健施設等における口腔の健康管理等に関する調査研究事業報告書」にて、介護施設において、歯科専門職による口腔衛生管理を実施した利用者と比較して、口腔衛生管理が必要であるが実施できていなかった利用者を比較すると、肺炎の発症が高い結果となりました。また、口腔衛生管理が必要な利用者で口腔衛生管理が行われなかった場合、1年間の肺炎の発症は、歯科専門職による口腔衛生管理が行われた場合と比較して3.9倍であったことが分かりました。

さらに、介護保険施設の利用者の61.8%に歯科専門職による口腔衛生管理が必要とされている一方、口腔衛生管理が必要な利用者で口腔衛生管理が行われなかった場合、1年後に体重（BMI）減少がみられるリスクは、歯科専門職による口腔衛生管理が行われた場合と比較して2.2倍であったことも報告されています。つまり適切な口腔衛生管理を行うことで肺炎や体重（BMI）減少といったADL低下のリスクを防止することができますと言えます。これらのことは我が国の医療政策にも影響を与え、3年間の経過措置期間を経て令和6年度より介護保険では介護保険施設において入居者の口腔衛生に関して歯科医師及び歯科衛生士の指示を受けた歯科衛生士による職員の年二回以上の研修と口腔衛生管理体制計画の立案・実施が義務付けられており、さらに令和6年度の介護保険改定では入居者に対して歯科医師・歯科衛生士及び施設職員による口腔アセスメントが義務化されることとなりました。これは令和9年度から有料老人ホームなどの居宅系施設でも義務化される予定です。一方居宅においてはそういった施設基準などによる規制がないことから、在宅療養者が訪問歯科受診を希望し、実際にした訪問した歯科医師及び歯科衛生士から口腔ケアの重要性の説明があった場合に主に医療保険・介護保険による給付によって口腔ケアが行われているのが実情です。

それでは実際にそういった口腔ケアのニーズに対して歯科医療専門職がどのように関わっているかについては公的なデータが存在しないため確たることを申し上げることができません。ただ、当会の調査では地域の歯科医院の中で訪問歯科診療を行っている割合は3割を下回る程度となっています。一方、居宅療養者・施設入所者ともに口腔ケアの重要性の浸透に課題が残っていると云わざるを得ません。また、具体的にどこに相談していいのかが手がかりがわからないという声も伺っております。今後は当会として需要対策と供給歯科医院の増加対策を推進していきたいと考えております。

【講 評】

北海道家庭医療学センター 理事長 草場鉄周さん

いつもより現場感が非常に強い発表で私自身も勉強になりました。おそらく現場で在宅に関わっている方が知識としてすぐに使えるちょっとした工夫が多かったので、ぜひ活用いただきたいと思います。

今日の発表内容で大きく3点重要だと感じました。

訪問リハビリ事業所と訪問看護ステーションからのリハビリは制度上の違いはありますが、訪問リハビリと訪問看護の連携はどのような場面でも非常に重要です。医師も指示書を出すという面では関わっているものの、セラピストの視点はかなり生活感が強いので、診察の中で話題になることは少ないと思います。訪問・外来を含めて看護師はその視点を持って語られるケースが多いのでセラピストとの連携を強くもっていただきたいと強く感じました。

次に専門職の殻に閉じこもるのも危険であるという内容です。自分の領分以外は口を出さないのではなく、それぞれ専門職のスキルを活かしながら、壁は低く、柔軟性をもって進めていくことが重要だと思います。

最後は医師の関わり方について。今回医師の参加はすごく多いわけではないと思いますが、セラピストの視点は医師にとっても勉強になることが多いです。ですが医師が指示書を出さないと始まらないのが制度上の仕組みです。先程のどこまで指示を出すか難しいという感想はおっしゃる通りですが、逆に疾患による注意点やNGな点を明確にした上で、それ以外は生活の質（QOL）を高めるためにセラピストの活動を大いにやってほしい、という緩やかな視点の指示の方がむしろ良いかもしれないという感じがしています。おそらく現場から違う発想が出てくると思いますので萎縮させない形で医師が関わっていくことも重要だと思います。

苫小牧で訪問診療が進んでいく中でセラピストが足りないという話は本当に重要な課題だと思います。患者さんのQOLを上げていくことはどの職種からみても大切なことであるため、リハビリの活用を含め今回の学びを活かして苫小牧の訪問診療をさらに活発にしていいただければと思います。