

在宅歯科医療の基本的考え方 2022 改訂の経緯と内容

一般社団法人 日本老年歯科医学会
理事長 水口俊介
在宅歯科医療委員会委員長 佐藤裕二

本学会は責任学会として、在宅歯科医療がより適正に行われることを目指して、2016年12月に、在宅歯科医療委員会（櫻井薫理事長，菅武雄在宅歯科医療委員会委員長）の議論のもと、「在宅歯科医療の基本的考え方 2016」¹⁾を公表した。これは、多くの書籍やホームページで引用され、在宅歯科医療の推進に大いに貢献してきた。

しかしながら、5年が経過し、状況が変わってきた。COVID-19の蔓延により、在宅歯科医療に大きな制約が生じたため、本学会では、「歯科訪問診療における感染予防策の指針 2021年版」²⁾、2022年版³⁾を策定し、公開した。この指針は、日本歯科医学会の「歯科診療ガイドラインライブラリ」の「その他指針等」に掲載され、在宅歯科診療における感染対策の標準化に貢献した。

さらに、2016年当時とは、いくつかの用語の定義等が変わったこと（口腔健康管理など）、高齢化がさらに進展したこと（高齢化率27.3%→29.1%）、在宅歯科診療の考え方にも変化が生じていること（ICTの活用など）、などから、公開から5年が経過した「在宅歯科医療の基本的考え方 2016」の改訂に着手した。基本的な構造はそのまま、主に以下の改定およびブラッシュアップを行った。

1. 「診察」「投薬」の項目の追加
2. 感染対策の内容の充実
3. 歯科訪問診療関連用語の整理⁴⁾
4. ITの活用に関する記載
5. 医学管理に関する用語の整理
6. 看取りに関する記載

【文献】

1. 日本老年歯科医学会：在宅歯科医療の基本的考え方 2016，老年歯学 36：E4-33，2021，https://www.gerodontology.jp/committee/file/homecare_20161204.pdf
2. 日本老年歯科医学会：科訪問診療における感染予防策の指針 2021年版，https://www.gerodontology.jp/publishing/file/journal_extra/vol36_e4-33.pdf
3. 日本老年歯科医学会：科訪問診療における感染予防策の指針 2022年版，https://www.gerodontology.jp/publishing/file/journal_extra/vol36_e4-33.pdf
4. 水口俊介，大神浩一郎：ステートメント：歯科における訪問診療を示す学術用語に関する本会としての考え方，老年歯学 36:206, 2021, https://doi.org/10.11259/jsg.36.3_206

本学会は責任学会として、在宅歯科医療がより適正に行われることを目指して「在宅歯科医療の基本的考え方2016」を公表した(櫻井薫理事長, 菅武雄在宅歯科医療委員会委員長)。それから5年が経過し、高齢化のさらなる進展, COVID-19の蔓延, ICTの進歩などもあり、微修正が必要となったため、在宅歯科医療委員会で十分な検討を行い、常任理事会・理事会での議論を経て、「在宅歯科医療の基本的考え方2022」を策定した。

1. 基本的概念

- 1) 在宅医療は医療システム論上、「往診」と「訪問診療」に分けられる。(注 1-1)
- 2) 往診と訪問診療の定義は以下の通り。
往診: 依頼時のみ実施される緊急対応で、外来診療の延長線上に位置する。
訪問診療: 長期的な医療計画のもとに実施される、外来診療とは異なる診療。
- 3) 在宅歯科医療の適応は、担当歯科医師の裁量により患者ごとに判断する。
- 4) 在宅歯科医療は地域の「かかりつけ歯科」が担当することが望ましい。
- 5) 在宅歯科医療は医学的に適切かつ安全で、良質な歯科医療を提供しなければならない。
- 6) 歯科医療の提供方法には、外来診療、病棟(入院)診療そして在宅歯科医療の選択肢があることを理解し、患者(および家族)の希望にも配慮して、個別に適応を判断して対応する。(注 1-2)

2. 対象患者: 在宅歯科医療の対象となる患者は以下の通り。

- 1) 通院困難な者(介護施設入所中、入院中の患者を含む)。
- 2) 生活環境での対応が必要、もしくはより望ましいと判断される者。(注 2-1) いずれも、疾病や障害の程度で決めるのではなく、心身や家族・介護・看護者の支援状況、生活・療養環境の状態を個別に勘案して決定する。(注 2-2)
- 3) 自宅や宿泊施設での療養を余儀なくされている、あるいは希望している感染症関連患者¹⁾。

3. 「場」と「環境」

- 1) 在宅歯科医療の場は、対象患者の「生活の場」が中心となる。(注 3-1)
- 2) 在宅歯科医療は外来診療の持ち込みではなく、生活の場に診療環境を構築することで実施可能となる。
- 4) 清浄度分類上「生活の場」は「外来診療環境」より、衛生レベルが一段階低いものとなる。
- 5) 衛生レベルは、在宅歯科医療の適切な診療範囲の決定に重要な要素となる。(注 3-2)
- 6) 在宅歯科医療においては状況に応じた感染予防策が必要となる(注 3-3)¹⁾。

4. 歯科医療従事者: 在宅歯科医療を行う者は以下に関する基本的知識・技能・態度を習得していること²⁾

- 1) 外来診療 2) 感染予防 3) 多職種連携

5. 対応の範囲

在宅歯科医療の対応の範囲には診察、検査、処置、手術、投薬、医学管理、リハビリテーションが含まれる。

1) 診察

- ① ICTの進歩や制度の充実に応じて、個人情報・診療情報の十分な管理のもとでオンライン診療の活用も検討する。
- ② 事前に電話やITを用いて情報(画像を含む)を得ておくことが、準備などにおいて効率的である。
- ③ 十分な医療面接が困難な場合があることを理解しておく。
- ④ 情報を得るのは、患者や家族からとは限らず、多くの場合、ケアマネジャーや主治医、訪問看護である。事前からの多職種連携による情報共有が重要である。

2) 検査

- ① 訪問先には十分な検査環境が整っていないことを前提で対応する。
- ② 最低限の生体モニターおよび迅速検査ツール(血圧・パルスオキシメータ、体温計、血糖値測定器、PT-INR測定装置など)を持参することも必要である。
- ③ 検査のための診療所もしくは病院への搬送、さらに入院も必要に応じて導入する。
- ④ 嚙下内視鏡検査(VE)は、専門研修を修了し、技術的に習熟した者のみが実施すべきである。

3) 処置

- ①生活の場における診療であることを考慮し、安全で確実な対応を第一とする。
- ②処置の範囲は、受ける側の患者の予備力と、与える侵襲とを勘案し、安全で確実な診療を構築できる場合のみ実施する。
- ③処置の内容は、常識的な歯科医学の範囲内で実施する。
- ④処置による飛沫などの曝露に注意し、曝露リスクに応じた感染予防策を実施する。

4) 手術

- ①診療環境の衛生レベルにより、手術の種類と範囲は制限を受ける。
- ②リスクの高い手術、広範囲にわたる手術等は避け、高次医療機関と連携する。
- ③全身状態を管理し、感染予防策も考慮した上で行う普通抜歯、消炎処置等が一般的な在宅歯科医療における対応範囲である。
- ④外来診療よりも、念入りな止血処置(スポンゼル®などの止血剤の使用や、縫合の実施など)を考慮する。
- ⑤再出血のリスクがあるため、夜間でも連絡の取れる電話番号などの連絡先を伝えることが望ましい。

5) 投薬

- ①患者の歯科疾患の状況、全身状態を十分に把握検討し実施する。
- ②医科主治医と協議して行うことが望ましい。
- ③アレルギーの既往、副作用、服薬中の薬剤との相互作用等に留意して実施する。
- ④本人、家族等の服薬管理能力を把握し、服薬支援を実施することも訪問診療の対応範囲である。
- ⑤かかりつけの訪問薬剤師による服薬管理を受けている場合が多いので、できる限り処方箋を発行し、かかりつけ薬剤師による一元管理が行われるようにすることが望ましい。

6) 医学管理

- ①医学管理には口腔衛生管理と口腔機能管理が含まれる。
- ②医学管理は多職種との連携が必須である。
- ③介護保険の居宅系サービスを利用する患者においては、居宅療養管理指導が優先される。
- ④介護保険施設等においては、施設職員へ助言・指導等²⁾の口腔健康管理に係る体制の構築および入所者に対する口腔衛生管理の提供を行う。
- ⑤口腔疾患の予防のみならず、肺炎および気道感染の予防管理に努める。
- ⑥医学管理においては、歯科衛生士の単独訪問業務が対応方法のひとつである。

7) リハビリテーション

- ①生活の場におけるリハビリテーションを提供する。
- ②内容は主に、栄養や発語の回復・維持を目的とした口腔清掃、食事、呼吸、発声などに関する動作や姿勢のリハビリテーションである。特に、本人や家族、介護・看護者が継続実施可能なリハビリテーションの方法を検討して提供するとともに、定期的に評価を行う。
- ③オーラルフレイルおよび口腔機能低下の評価・診断に基づいて、口腔機能向上策を立案し、実施方法を本人や家族、介護・看護者に伝えるとともに、定期的に評価を行う。
- ④リハビリテーションの装具として義歯の適応(製作、修理、調整など)を判断し、目標を設定する。

5. 連携

- 1) 地域の医療・介護・福祉関係機関と密に連携する。
- 2) 地域の在宅歯科医療専門歯科はかかりつけ歯科医(かかりつけ診療所)と連携する。
- 3) 在宅歯科医療の範囲を超えた検査、手術等は高次医療機関と連携する。
- 4) 在宅歯科医療は歯科以外も含めた多職種と連携することを前提として実施する。

6. 緊急時対応

緊急対応には以下の二つの場合が考えられる。

- 1) 診療中の急変に対しては、生活環境であることを考慮して救急搬送を依頼し、可能な限りの対応を行う。
(注 6-1)
- 2) 生命に関わる歯科疾患、すなわち出血、炎症、外傷、腫瘍等に関しては、すべてを往診もしくは訪問診療で対応しようとせず、医科主治医との連携のもと、搬送するかあるいは後方支援病院と密に連携をとる。その際には、決まっている看取りの方針を含めたアドバンス・ケア・プランニング(ACP)に関しても配慮が必要である。

【注釈】

注 1-1 保険制度上、2022年現在において歯科では両者を分けて考えていない。一方、医科では明確に分けて対応しているため、連携する場合には在宅医療がどのように構築されているかを理解する必要がある。

例1: 医科では日常的な訪問診療を在宅療養支援診療所の医師が担当し、術後の経過を別の医師が往診して対応する、という場合もある。

例2: 医科から歯科へ訪問依頼内容が「義歯の調整」から「栄養管理」や「嚥下機能評価」に移行している実態がある。往診対応可能な範囲から、訪問診療対応が必須となる場面である。”

注 1-2 歯科訪問診療の対象患者であっても、例えばパノラマX線検査が必要な場合等に搬送して対応することが必要と判断されれば実施することができる。(すべて訪問診療で対応しなければならないわけ ではない。)

注 2-1 在宅歯科医療は歯科診療の提供のみを目標としたものではなく、生活のサポートという視点で提供されるべきものである。生活のサポートにはケア介入およびリハビリテーションが含まれる。

例1: セルフケアの低下した患者に対応するためには、セルフケアの実施場所すなわち生活の場での指導や介入が必要になる。

例2: リハビリテーションは生活機能を中心に据えた医療である。生活できること、すなわち「口から 食べる」ことや「コミュニケーション手段としての話す」ことを対象としたサポートを行う。

例3: 口から食べることのリハビリテーションには「経口摂取の維持」や「経口摂取の再開」が含まれる。

注 2-2 終末期患者、認知症患者、ALS等難病患者等を含む。

注 3-1 在宅歯科医療の実施場所は居宅を基本とし、病院や介護施設等も対象とする。

注 3-2 在宅歯科医療では、比較的高度な衛生レベルが求められる処置、すなわち抜歯や抜髄処置などの侵襲を伴う治療の実施に特に注意を要する。これは、処置・治療を行うことができないのではなく、患者の状態の把握や与える侵襲の低減対策、診療環境の構築等の十分な配慮が求められるという意味である。

注 3-3 状況に応じた適切な個人用防護具(PPE)を用いる。医療者は、リスクのある感染症のワクチンを接種しておくことが強く望まれる⁴⁾。また日々の体調管理も重要である。

注 6-1 在宅緩和ケアを希望している患者の場合など、救急搬送を希望していない場合(D.N.R.:Do not resuscitate)もあり得るので、家族および主治医との連携を密にとり対応する。

【参考文献】

- 1) 日本老年歯科医学会編, 歯科訪問診療における感染予防策の指針 2022 年版, 2022.3.?
https://www.gerodontology.jp/publishing/file/journal_extra/vol36_e4-33.pdf
- 2) 日本老年歯科医学会編, 在宅高齢者歯科医療教育基準, 2021.4.23
https://www.gerodontology.jp/publishing/file/journal_extra/vol36_e1-3.pdf
- 3) 日本老年歯科医学会編, 口腔ケアリーフレットおよび高齢者施設職員向け口腔ケアの手引き, 2021.4.30
https://www.gerodontology.jp/publishing/guideline_oralcare.shtml
- 4) 日本環境感染学会編, 医療関係者のためのワクチンガイドライン 第3版,
[http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/jsipc/vaccine-guideline_03\(3\).pdf](http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/jsipc/vaccine-guideline_03(3).pdf), 2020.7.27

【編纂】

一般社団法人 日本老年歯科医学会 理事長：水口俊介
在宅歯科医療委員会 委員長：佐藤裕二，副委員長：小玉 剛
委員：猪原 光，小原由紀，金久弥生，菊谷 武，菅 武雄，
花形哲夫，米山武義，渡邊 裕，渡部芳彦
オブザーバー：吉田光由，猪原 健，河野雅臣，幹事：古屋純一