

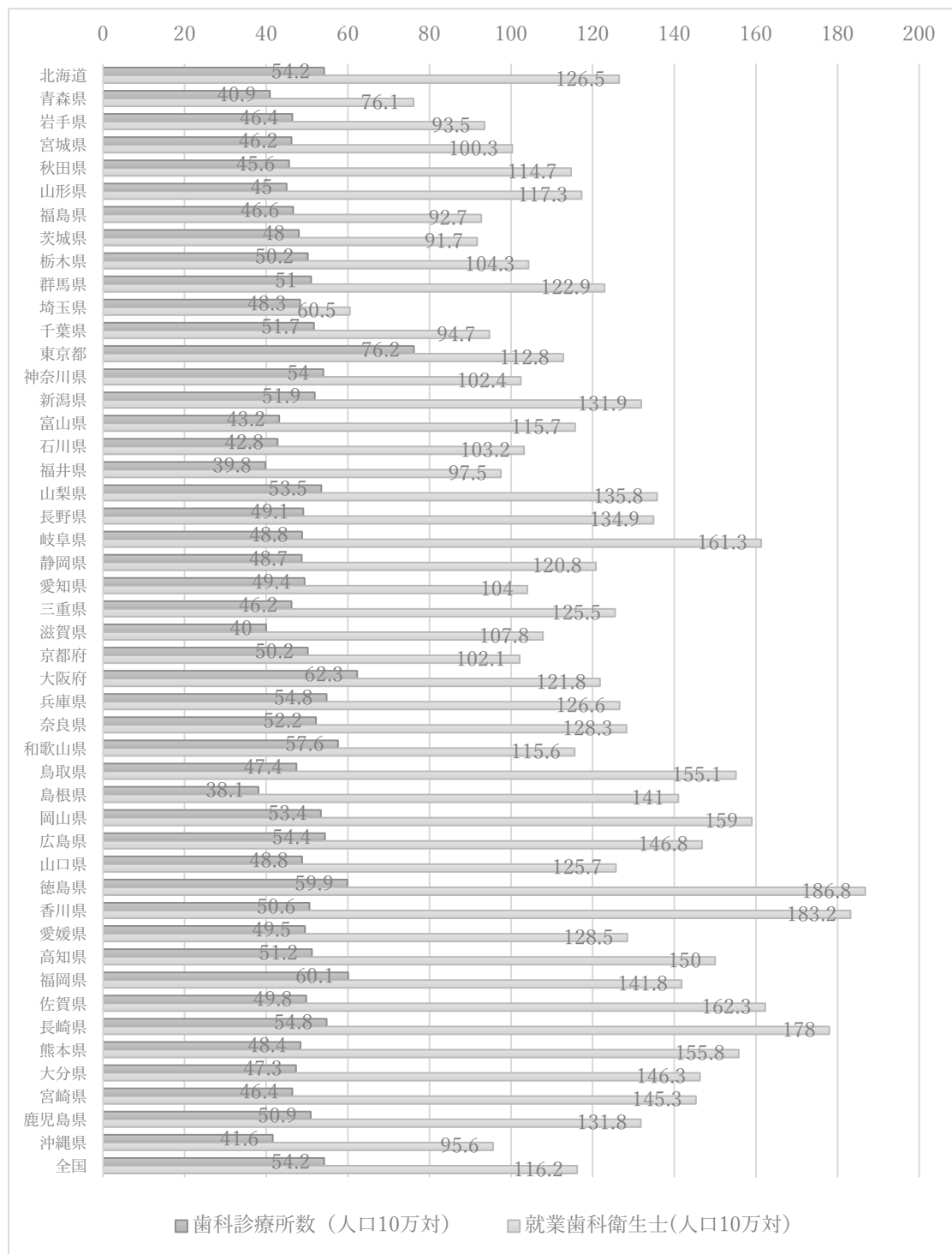
訪問歯科の制度を学ぼう ノオト

2024 年度版



1 訪問歯科診療の現状

①都道府県別歯科診療所数と就業歯科衛生士人数(人口10万人対)



令和4年度の全国の歯科診療所は()施設ありました。最も多いのは東京都(人口1400万人)で10,696施設、最も少ないのは島根県(人口66万人)で251施設でした。島根県の人口は東京都足立区より少ないことからわかるように、都道府県の人口に大きな偏りがあるため単純比較ができません。そこで、人口10万人あたりの施設数を比較したのが前ページの表です。これを見ると、都市部は診療所数が多い傾向にあることがわかります。

令和4年度の全国の就業歯科衛生士数は14万5千人でした(有資格者数31万4千人)。人口10万人あたりの歯科衛生士数を見ると、圧倒的に徳島・香川県が多いほか、西日本に多い傾向があります。東日本は少なく歯科衛生士は、西高東低であることがわかります。

ここで、虫歯ある幼児(3歳児)の割合のワースト5とベスト5のデータを示します。

虫歯のある幼児(3歳児)の割合 ワースト5(R2)

青森県	20.65%
沖縄県	19.73%
秋田県	18.81%
長崎県	18.66%
熊本県	18.37%

虫歯のない幼児(3歳児)の割合 ベスト5(R2)

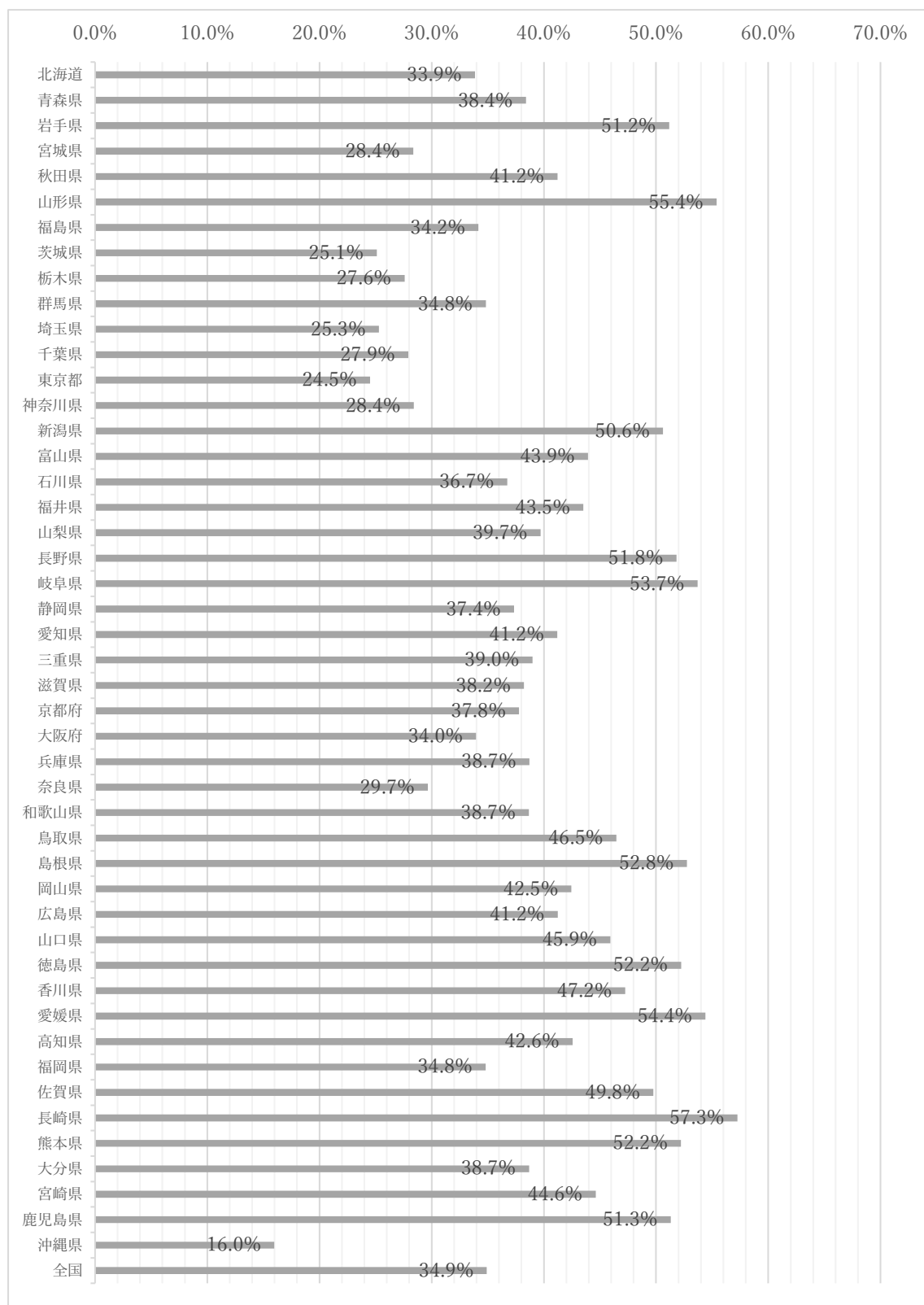
東京都	7.18%
愛知県	7.63%
新潟県	8.36%
鳥取県	8.69%
岐阜県	8.69%

厚生労働省 歯科保健医療に関するオープンデータ(令和4年度)より作成

最も多い青森県と最も少ない東京都の間には13.5%も差があります。国立保健医療科学院の研究※によると、第三子以降の幼児、祖父母と同居、保護者喫煙、卒乳が1歳6ヵ月以降、甘い飲料を週4日以上、甘いおやつを1日2回以上与えている場合、歯科保健情報が住民に行き届きにくい地域にう蝕幼児が多いことが示されています。※歯科疾患の地域差の検討:国立保健医療科学院2008,相田ほか

このように地域によって歯科の保健に対する差が生じているのが日本の現状です。では、次に訪問歯科の現状をみてみます。

②都道府県別在宅サービス提供歯科診療所割合(R2)

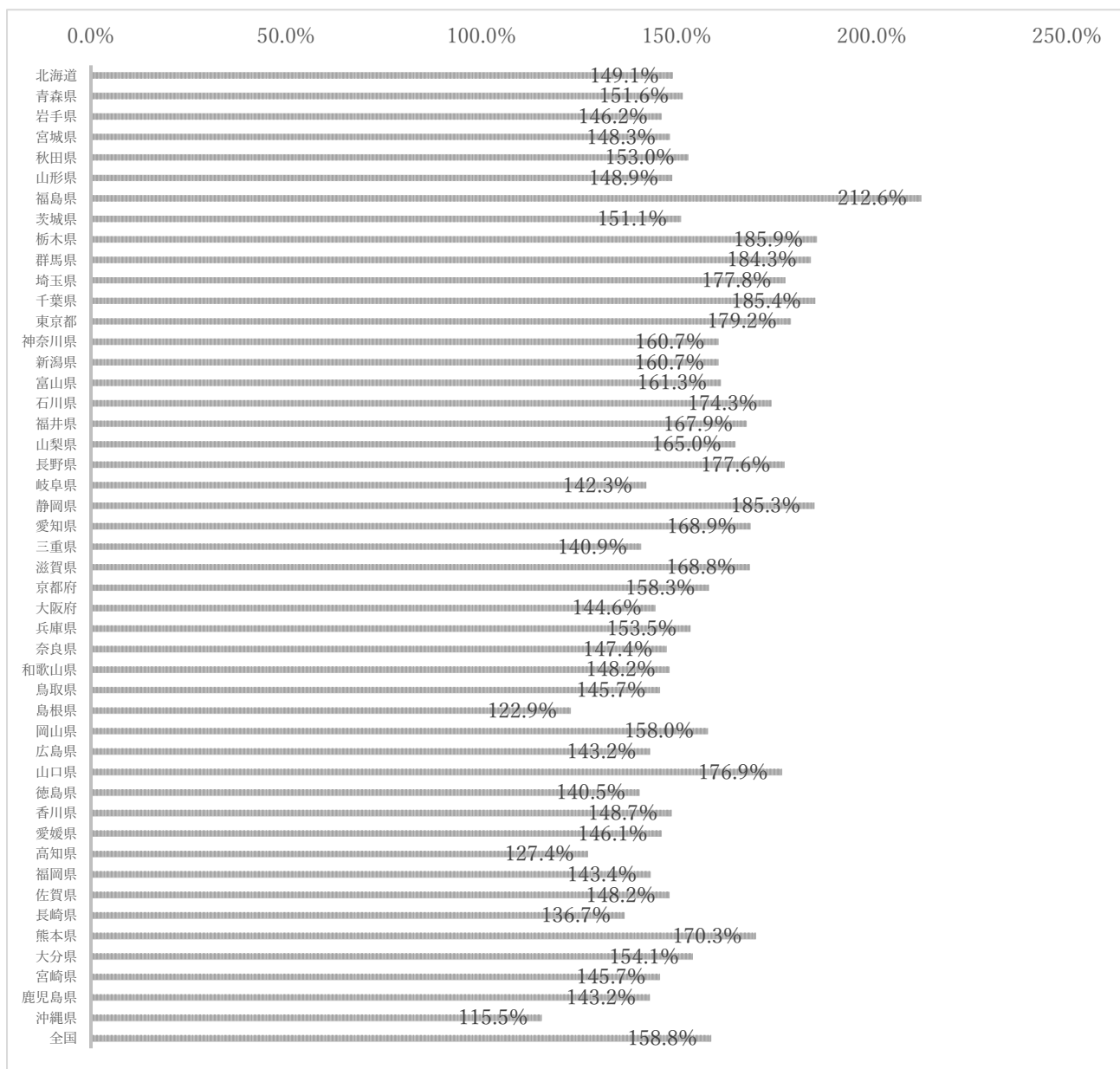


厚生労働省 歯科保健医療に関するオープンデータ(令和4年度)より作成

在宅サービス提供診療所割合の全国平均は()%です。全国の約 3 分の 1 の診療所が在宅サービスを実施しています。ところが、都道府県別にその割合をみると大きな差があります。最も低いのは沖縄県で 16.0%。最も高いのは長崎県で 57.3%。その差は 41.3%もあることがわかります。

次にH29(2017)年からR2(2020)年の 3 年間で在宅サービスを提供する歯科診療所割合がどのくらい変化したかみてみます。

③都道府県別在宅サービス提供歯科診療所数増加率(H29-R2)



厚生労働省 歯科保健医療に関するオープンデータ(令和 4 年度)より作成

この 4 年間で在宅サービス提供歯科診療所数が全国で()倍になったことがわかります。中でも福島県は 2 倍以上になっており、関東甲信越地区が高い伸び率を示しています。それでは、このように訪問歯科診療が増加している背景をみてみます。



2 在宅医療を推進する背景

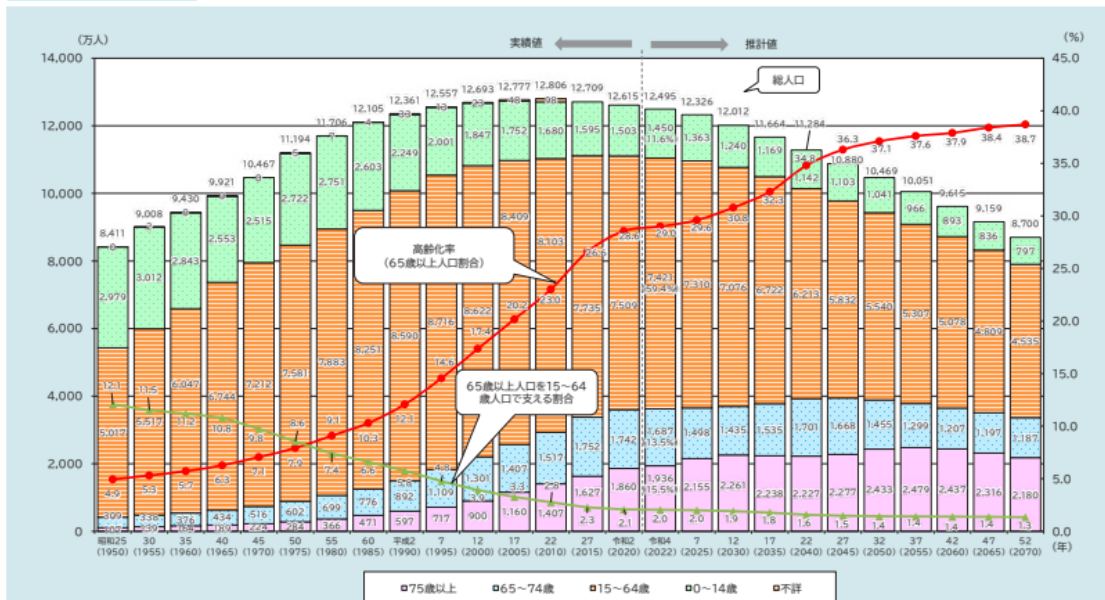
1) 超高齢社会

2023 年日本の総人口は1 億 2435 万人になり 12 年連続の減少になりました。65 歳以上の高齢者の人口比は過去最高の()%になりました。2040 年の高齢化率は()%、2070 年には()%と予測されています。

令和5年の将来推計人口(国立社会保障・人口問題研究所)では、2031 年に 1 億 2000 万人を下回り 2056 年に1 億人を下回り、2070 年は8700 万人になると推計しています。

心身の機能が低下し通院が困難な高齢者が増加することが予想され、重症化予防や健康管理を図る上で在宅医療の提供が重要になってきます。

図 1-1-2 高齢化の推移と将来推計



資料：棒グラフと実線の高齢化率については、2020年までは総務省「国勢調査」（2015年及び2020年は不詳補完値による。）、2022年は総務省「人口推計」（令和4年10月1日現在（確定値））、2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和5年推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

(注1) 2015年及び2020年の年齢階級別人口は不詳補完値によるため、年齢不詳は存在しない。2022年の年齢階級別人口は、総務省統計局「令和2年国勢調査」（不詳補完値）の人口に基づいて算出されていることから、年齢不詳は存在しない。2025年以降の年齢階級別人口は、総務省統計局「令和2年国勢調査 参考表：不詳補完結果」による年齢不詳をあん分した人口に基づいて算出されていることから、年齢不詳は存在しない。なお、1950年～2010年の高齢化率の算出には分母から年齢不詳を除いている。ただし、1950年及び1955年において割合を算出する際には、(注2)における沖縄県の一部の人口を不詳には含めないものとする。

(注2) 沖縄県の昭和25年70歳以上の外国人136人（男55人、女81人）及び昭和30年70歳以上23,328人（男8,090人、女15,238人）は65～74歳、75歳以上の人口から除き、不詳に含めている。

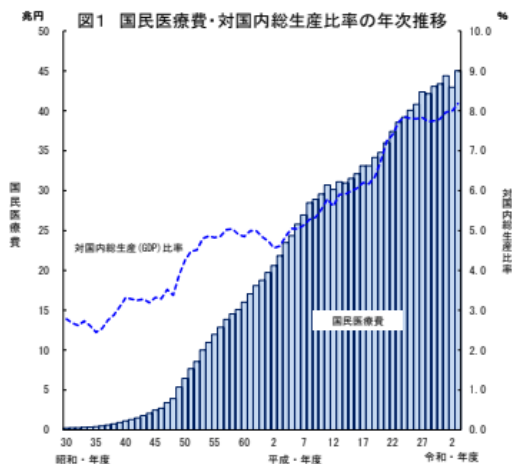
(注3) 将来人口推計とは、基準時点までに得られた人口学的データに基づき、それまでの傾向、趨勢を将来に向けて投影するものである。基準時点以降の構造的な変化等により、推計以降に得られる実績や新たな将来推計との間には乖離が生じうるものであり、将来推計人口はこのような実績等を踏まえて定期的に見直すこととしている。

(注4) 四捨五入の関係で、足し合わせても100.0%にならない場合がある。

2)国民医療費の推移

厚生労働省の国民医療費の概況によると、令和3年度の国民医療費は約()兆円で、人口1人当たりの国民医療費は35万8800円でした。

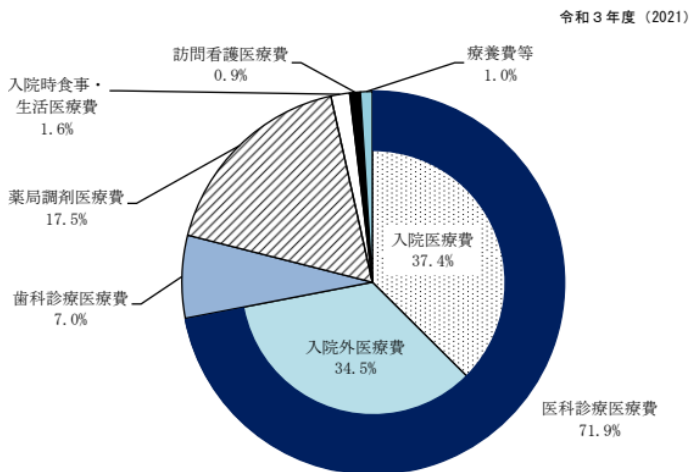
結果の概要



厚生労働省 令和3年度国民医療費の状況より

また、内訳は、医科入院医療費が16兆9千億円、医科入院外医療費が15兆5千億円、歯科診療医療費は3兆1千億円、薬局調剤医療費は7兆9千億円でした。

図2 診療種類別国民医療費構成割合



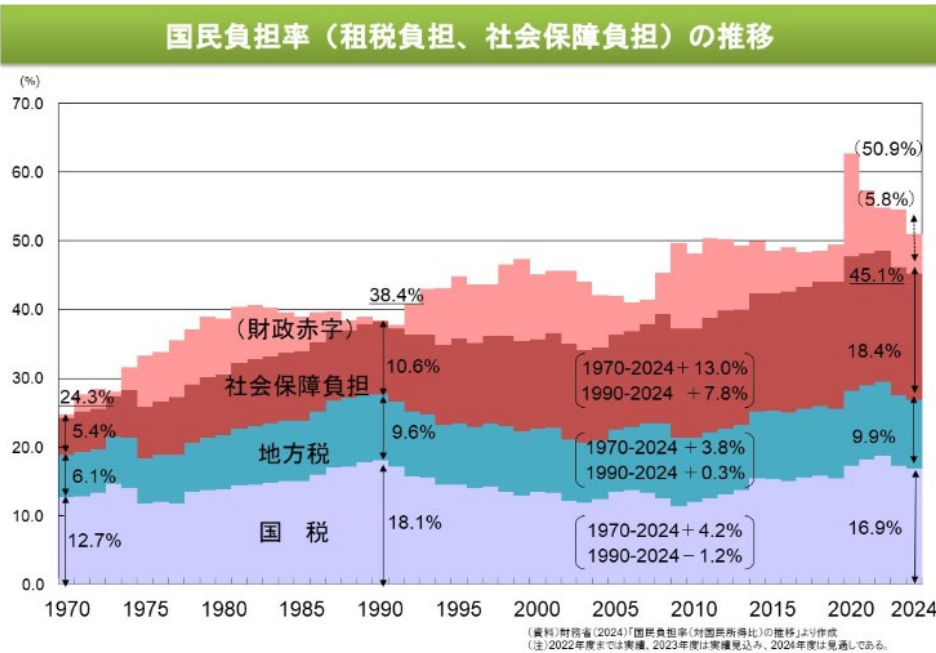
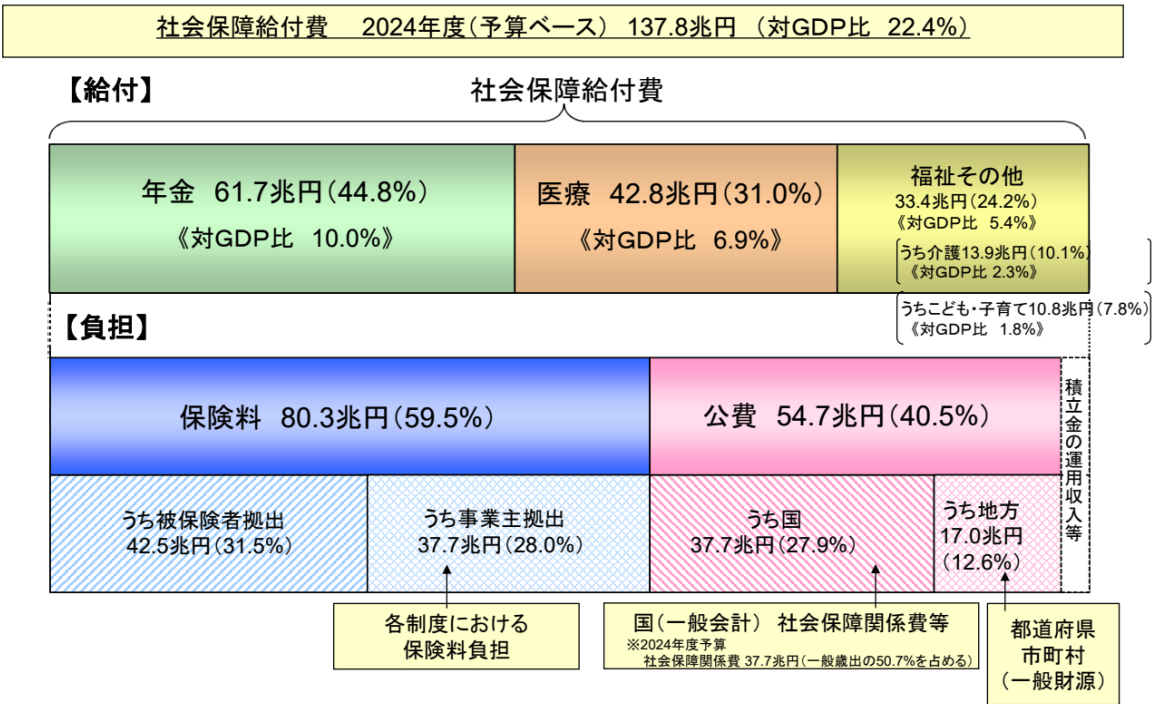
厚生労働省 令和3年度国民医療費の状況より

このように、国民医療費は増え続ける傾向にあり、最も多いのは医科の入院医療費であることがわかります。医科入院医療費は()%、医科入院外医療費は()、そして、歯科診療医療費は全医療費の()%です。

3) 増える社会保障費

令和6年度の予算ベースでは、社会保障費は137.8兆円になっています。今後、高齢者が増加するのでこのままでは社会保障給付費は増大します。ところが、保険料を負担する現役世代は減少しているので現役世代の保険料負担が増加します。将来、収入は減るのに支出が増える状態になることがはっきりしているため、今のうち対策を立てなくてはなりません。

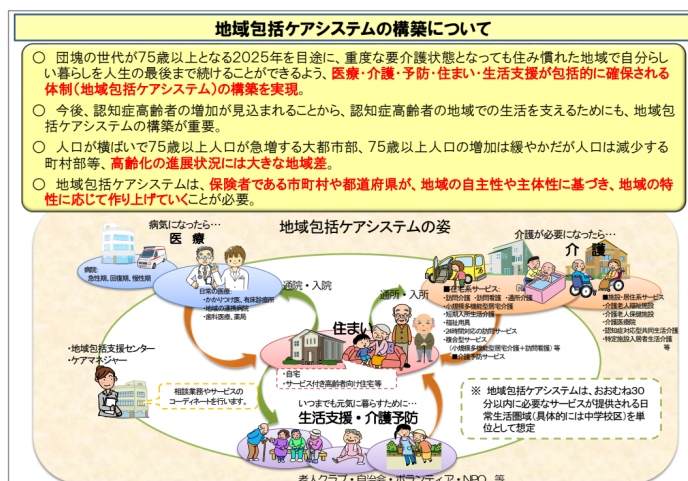
社会保障の給付と負担の現状(2024年度予算ベース)



②健康で住み慣れた地域で、暮らし続けることができる社会づくり

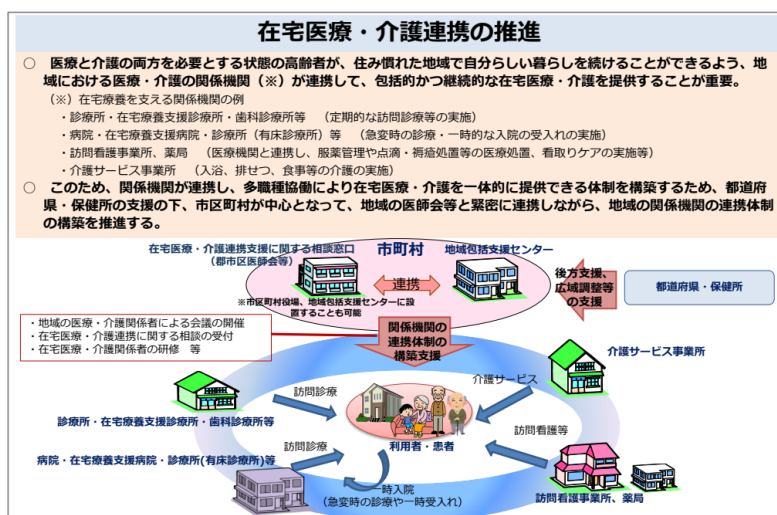
これらの課題を解決するため、国は、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される（ ）の構築を行っています。

健康寿命を延ばすと、介護費や医療費が削減できるのは確かですが、決してそれだけではなく、高齢者になっても健康で、人や社会とのつながりを絶やさず、生きがいをもって前向きに暮らせる地域作りを目指しているわけです。



在宅医療・介護連携推進事業の手引き ver.3(厚生労働省老健局老人保健課 令和2年)より

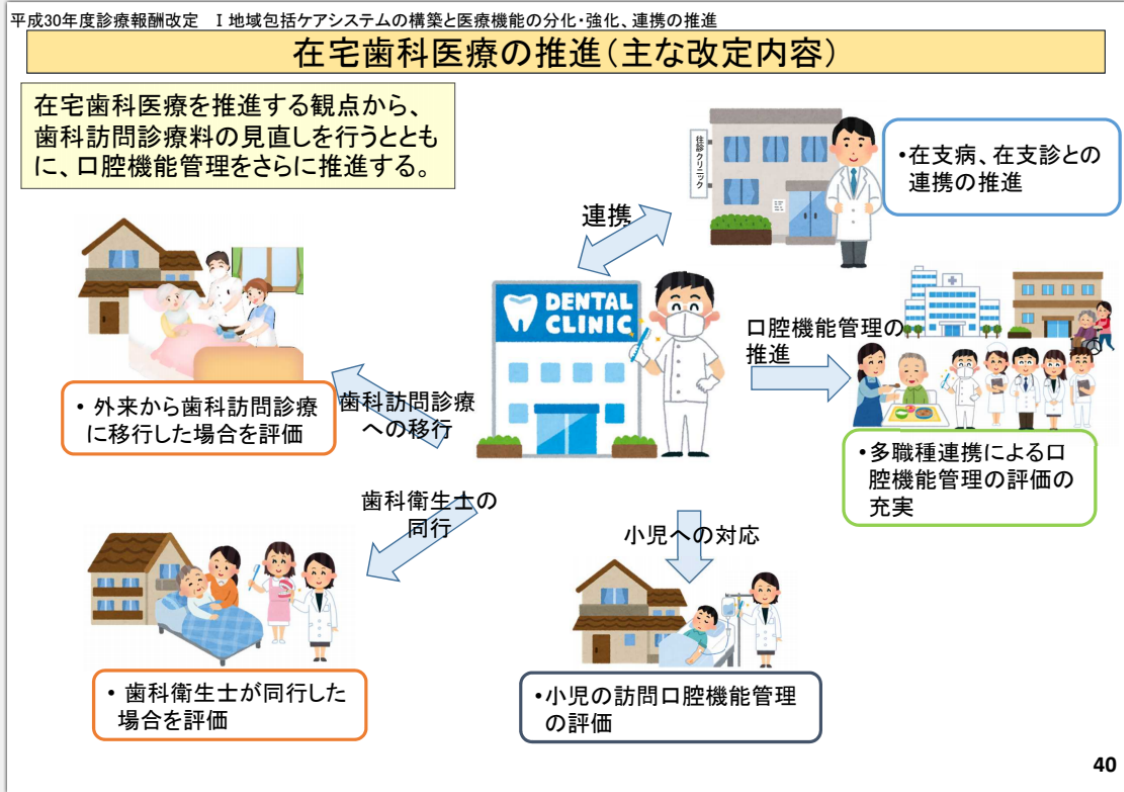
このケアシステムでは、地域の医療・介護関係機関の連携が不可欠です。包括的で継続的な在宅医療や介護を一体的に提供できる体制の構築を目指して在宅医療・介護連携推進事業が進められています。



在宅医療・介護連携推進事業の手引き ver.3(厚生労働省老健局老人保健課 令和2年)より

③在宅歯科医療の推進

住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるような、地域包括ケアシステムの実現に向けて、H30 の診療報酬改定では、在宅歯科医療の推進が図られました。





3 訪問歯科の基本的枠組み

保険診療における歯科訪問診療についての基本的な考え方を、日本老年歯科医学会が策定している「在宅歯科医療の基本的考え方 2022」を交えて解説をします。

（基本的概念）

訪問診療とは、長期的な（ ）のもとに実施され、外来医療とは異なる診療です。一方、往診は、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します。

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としています。

（対象患者）

- 1) 疾病・傷病のため（ ）、又はこれに準じる状態（心身や家族・介護者の支援状況、生活・療養状態などを勘案）であることが必要です。
- 2) 自宅や宿泊施設での療養を余儀なくされている患者や希望している感染症関連患者が対象になります。
- 3) 患者の求めに応じて訪問の同意を得ている、または継続的な歯科治療が必要と認められる患者の同意を得ていることが必要です。

（「場」と「環境」）

在宅歯科医療の場は、対象患者の「生活の場（居宅や病院、介護施設、障害福祉施設等）」の屋内で実施します。

「生活の場」は、衛生レベルが低いものになるのでレベルに応じた適切な診療範囲の決定をします。また、状況に応じた感染予防策を講じます。

歯科訪問で保険診療ができる要件

- 診療所から（ ）以内（離島や過疎地などは例外あり）
- 病院で行う場合は、訪問先の病院が「歯科・歯科口腔外科・小児歯科・矯正歯科のいずれも標榜していないこと」（周術期口腔機能管理については例外あり）
- デイサービス（通所介護）・デイケア（通所リハビリテーション）など（ ）でないこと
- 居宅や施設内などの屋内で実施する（屋外や訪問診療車などに移動して診療不可）

(歯科医療従事者)

「外来診療」「()」「多職種連携」に関する知識・技能・態度を習得している必要があります。

(対応の範囲)

1) 診察

十分な医療面接が困難な場合も想定し、患者や家族だけでなくケアマネジャーや主治医、訪問看護など多職種連携による情報共有が重要になります。また、オンライン診療の活用なども検討します。

2) 検査

最低限の生体モニタや迅速検査ツールが必要になります。検査のための診療所もしくは病院への搬送、入院も必要に応じて導入します。

3) 処置

処置の範囲と内容は、状況に応じた安全で確実なものを第一に考えます。処置による飛沫などの曝露に注意し、リスクに応じた感染予防対策を実施します。

4) 手術

全身状態を管理し感染予防策も考慮した上で行う、普通抜歯や消炎処置等が一般的な対応範囲です。

5) 投薬

本人や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が必要です。また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します。

6) 医学管理

医学管理には口腔衛生管理と口腔機能管理が含まれ、多職種との連携が必要です。

介護保険の居宅サービスを利用する患者は、居宅療養管理指導が優先されます。

介護保険施設等では、施設職員へ助言・指導等の口腔健康管理に係る体制の構築や入所者に対する口腔衛生管理の提供を行います。

口腔疾患の予防のみならず、肺炎や気道感染の予防に努めます。

7)リハビリテーション

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を行います。特に本人や介護者が継続実施可能な方法を検討して提供し、定期的な評価を行います。

(連携)

地域の医療・介護・福祉関係機関と密に連携します。

地域の在宅歯科医療専門歯科は、かかりつけ歯科医と連携します。

(緊急時対応)

1)診療中の()は、救急搬送を依頼し可能な限りの対応を行います。

2)生命に関わる歯科疾患に関しては、医科主治医や後方支援病院と密に連携をとります。



4 訪問歯科に関わる福祉・保険制度

※令和 6(2024)年時点での制度を説明しています。

①訪問歯科診療に関わる福祉・保険

訪問歯科に関わる福祉・保険には、以下のものがあります。

	一般健康保険	後期高齢者	介護保険	障害者	障害児	生活保護
対象	3 割負担	() 歳以上	() 歳以上の高齢者 40 歳以上 65 歳未満の特定疾患患者※	65 歳未満の障害者	18 歳未満の障害児	受給者
原則的自己負担割合	6 歳未満と 70～74 歳 2 割	1 割負担	1 割負担	1 割負担	1 割負担	0円

※特定疾患:末期がん、関節リウマチ、筋萎縮性側索硬化症(ALS)、後縦靱帯骨化症、骨折を伴う骨粗しょう症、初老期における認知症、進行性核上性麻痺・大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病、脊髄小脳変性症、脊柱管狭窄症、早老症、多系統萎縮症、糖尿病性神経障害・腎症・網膜症、脳血管疾患、閉塞性動脈硬化症、慢性閉塞性肺疾患、両側の膝関節・股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

②歯科衛生士が行う処置・指導等

実際に歯科衛生士が訪問して行う診療補助や処置・指導は、以下の通りです。

歯科訪問診療補助	医療保険	歯科衛生士が歯科医師と同行し行う歯科訪問診療補助
訪問歯科衛生指導	医療保険	歯科医師の指示に基づき、患者の口腔内の清掃、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
摂食機能療法	医療保険	()に基づき、歯科医師の指示の下に行う摂食機能訓練指導
在宅等療養患者専門的口腔衛生処置	医療保険	歯科医師の指示を受け、専門的口腔清掃処置を行う
歯科衛生士等 ()	介護保険 要介護	歯科医師と歯科衛生士が共同して()を作成し、歯科衛生士等が利用者を訪問して実地指導を行う
歯科衛生士等介護予防 ()	介護保険 要支援	歯科医師と歯科衛生士が共同して()を作成し、歯科衛生士等が利用者を訪問して実地指導を行う

③介護保険制度

高齢者や特定疾患患者を対象とした訪問の場合、内容や訪問先により介護保険の適用になる場合があります。

- 1)「訪問診療(診察や治療)」は、訪問先に関わらず全て()になります。
- 2)「管理指導」は、「介護認定」された利用者の「居宅」に訪問した場合のみ()が適用されます。です。なので、介護認定されていても、福祉施設や病院に訪問した場合は医療保険になります。

訪問先(福祉施設等)	訪問先(居宅等)		
病院 介護老人保健施設(老健) 特別養護老人ホーム(特養) 介護医療院 地域密着型介護老人福祉施設 短期入所療養介護(ショートステイ) 短期入所生活介護(ショートステイ)	自宅 有料老人ホーム 軽費老人ホーム(ケアハウス) 認知症対応型共同生活(グループホーム) 養護老人ホーム サービス付き高齢者向け住宅 小規模多機能型居宅介護(宿泊のみ) 介護予防認知症対応型共同生活介護(宿泊のみ) 複合型サービス(宿泊のみ) など		
医療保険 訪問歯科衛生指導・摂食機能療法 在宅等療養患者専門的口腔衛生処置	介護認定なし	要支援	要介護
	医療保険	介護保険 介護予防居宅療養管理指導	介護保険 居宅療養管理指導

介護保険制度は日本の高齢化に対応するため 2000 年に創設されました。40 歳になった月から介護保険料を徴収し、介護サービスを利用した場合、費用の 1～3 割を自己負担します。

保険料を徴収し保険を支払う「保険者」は、特別区・市町村です。保険料を支払う「被保険者」は 40 歳以上の者になります。

40～65 歳未満で医療保険加入者を第 2 号被保険者、65 歳以上の者を第 1 号被保険者といいます。介護保険の給付を受けることができるのは、第 1 号被保険者のうち要介護・支援認定を受けた者と第 2 号被保険者のうち特定疾病のために介護が必要になり市町村から認定された者です。

要介護度・支援度によって、利用できるサービスの量(支給限度額)が異なります。(2024 年 7 月現在)

要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
50,320 円	105,310 円	167,650 円	197,050 円	270,480 円	309,380 円	362,170 円

ケアマネジャーは、この限度額以内で利用者や家族のニーズを満たすケアプランを立てていきます。

居宅療養管理指導は介護保険の支給限度額の対象にはならないため、必要に応じて利用することができます。ただし、算定する場合は利用者の担当ケアマネジャーにケアプランの情報提供を行います。