

令和元年度第 1 回多職種連携による口腔機能管理に関する専門部会 議事要旨

1. **日 時** 令和元年11月27日（水）13時30分～15時30分
2. **場 所** 三宮研修センター 8 階 805会議室
3. **出席者** 別紙名簿のとおり （13名全員出席）

4. 議事次第

議題

- (1) 専門部会の位置付けについて
- (2) 多職種連携による口腔機能管理に関する現状と課題について
- (3) 訪問歯科診療等にかかる実態調査の方向性について

5. 議事

(1) 専門部会の位置付けについて(事務局説明)

- ・団塊の世代が後期高齢者となる2025年を見据え、在宅ケアをはじめとする地域包括ケアの推進が課題となっている。そのため、平成29年3月に神戸圏域地域医療構想調整会議の部会として、地域包括ケア推進部会が設置された。
- ・この度、5つ目の部会として「多職種連携による口腔機能管理に関する専門部会」が加わる。
- ・多職種連携による口腔機能管理に関する専門部会の設置目的に至る経緯として、口腔の健康が全身の健康に大きく影響すること、フレイルの前段階であるオーラルフレイルについての認知が広がっていることから、口腔ケアへの関心が高まっている。
- ・そこで、口腔機能管理の重要性について多職種が共通理解を深め、スムーズに連携することにより、必要な方に口腔機能管理を実施して、健康寿命の延伸を目指すことを目的に専門部会を設置する。
- ・実施検討項目では、①地域包括ケアにおける口腔機能管理の現状と課題。②口腔ケアや口腔機能改善を必要とする患者像の共有。③連携のための口腔アセスメントツールの検討を考えている。

(2) 多職種連携による口腔機能管理に関する現状と課題について(座長説明)

- ・口の中の機能が落ちると、清潔さも落ちる、うまく噛めない、うまく飲めないなどが生じる。歯科だけが関わっていても良くならないと実感する。

■口腔ケアの功罪

- ・「口腔ケア」という言葉が今ひとり歩きしているが、「口腔ケア」イコール「口腔の清掃」ととらえられがち。口の機能が低下している場合は、歯磨きプラス口の機能を上げるような訓練、アプローチが必要ではないか。

■口腔健康管理

- ・今、日本歯科医師会、日本歯科医学会といった学会の中では、「口腔ケア」という言

葉をあまり使わなくなっている。考え方としては「口腔健康管理」という中に「口腔機能管理」入れ歯を入れたりして噛む力を回復させる、あるいは歯科治療も含むという部分。口の中をきれいにする、歯周病の予防だとか治療も含めた専門的な口腔ケアを提供する「口腔衛生管理」というものを分けてつくっている。

- ・一方、「口腔ケア」という言葉だが、「掃除」という意味合いになってしまっているが、今回の部会の名称を「口腔機能管理」としたのは、いろんな職種の人が「口腔健康管理」と「口腔ケア」を足したような形を目指すと理解をしている。

■口腔機能（低下症）の評価

- ・「口腔機能の低下」は既に日本歯科医学会で評価基準が決められている。これは診療報酬上も評価をされており、7つの症状があって、このうち3つ以上があれば「口腔機能の低下」ということを診断することになっている。
- ・7つの症状が一つであったり、二つであったり、なかったりするけれども、食べこぼしのような症状が出ているという人たちは、オーラルフレイルという形になるのかもしれない。
- ・それが進んで、実際に栄養状態が下がってきた、あるいは誤嚥をしている、肺炎を併発しているというような状況になってくると、これは「摂食機能障害」ということで、治療に入らないといけない。
- ・「口腔機能低下症」の場合は、入れ歯を入れて改善をするという可能性もあり、「摂食機能障害」に陥った方に対しても、「口腔機能低下症」という診断はつく。この3つが少し重なっているような形で今は理解されていると思う。

■フレイル

- ・食事量が減って、タンパク質が不足して、それがサルコペニアになるというフレイルサイクルが回り、一方で食べる機能が低下し、タンパク質摂取量が低下していくとサルコペニアになっていく。飯島先生も、柏スタディで「口腔のサルコペニア」が存在するとわかったとおっしゃっている。
- ・食べる機能の低下の元は歯の喪失であり、その前は歯周病や虫歯を放置。放置はリテラシーの問題である。「口腔のサルコペニア」が回り出すのは、実は口への興味がなくなることに起因する。
- ・口腔のサルコペニアは、ひきこもりとか、口へも気を遣わない状況になると負のサイクルが回り出す。

■周術期の口腔機能管理

- ・急性期の病院では周術期やがんの患者さんに口腔機能の管理をする。
- ・東大のチーム（50万人を対象にビッグデータを使って解析。）が術後肺炎の発症率が減ったというエビデンスを出してくれた。術前口腔ケアを受けなかった患者群と比較して、受けた群は肺炎が減少した。

■医療介護連結データを用いた研究事例

- ・医療保険と介護保険を連結させた九州の産業医大の研究で、老人保健施設で口腔衛生管理加算を算定していた患者さんが退所後、口腔ケアを受けられているかどうか、受診している群と受診しない群とに分けた。
- ・ハザード比が0.50になった。つまり、定期的に歯科受診をしている人は、どうやら肺炎になる確率が半分になるというデータが出た。歯科がかかわることによって、いい結果が出ている。

■栄養状態と口腔環境の関係

- ・栄養良好な方、軽度低栄養な方、重度低栄養な方に分けると、栄養状態がよい人の口の中は大体8割近く良好。軽度低栄養では半分近くに下がってきて、重度低栄養になると、逆転し口の中が不良な方が8割ぐらい。非常にパラレルな関係を保ち、歯科介入の必要度が高い、口の中に問題があればあるほど、栄養状態は重度の低栄養になっている。

■舌圧（訓練前－後）

- ・シルバーカレッジの、平均年齢が70歳ぐらいの学生さんたちが、卒業研究にするため、口の機能をはかってほしいという希望があった。
- ・測った時と、3カ月間訓練をしたら後どうなるかということをやりたいという。何もしない人と、舌圧を訓練する人と、速音読のような形で機能を上げていこうという3つの群に分けて訓練をすると、舌圧は軒並み成績が上がった。特に、速音読をした人は、「パパパ」とか、「タタタ」というのは上がっていった。訓練をすれば、悪い人はよくなる、よい人でもさらによくなった。

■脳卒中地域連携パス

- ・脳卒中の地域連携パスにおいていつも問題になるのは、急性期から回復期はつながりやすいが、回復期の病院から地域、つまり維持期に至る間がうまくつながっていない、シームレスな連携が難しいということがもうここ10年来ずっと言われてる。
- ・これは口腔ケアも同じこと。脳卒中の場合は、発症すると、ほとんどの場合、急性期の病院に入院。そして、数週間というか、1、2週間で回復期の病院へ出、それから自宅や療養型の施設に入る。口腔ケアを定着させたいと思っても、長続きしない。本来なら急性期の病院で口腔ケアの話をされ、口腔ケアがずっと回復期にも、療養型にもつながっていくようなチェーンをつくらないといけないのではないか。このときの看護プランの中に、標準看護として「口腔ケア」が入るのが一番いいのではないのか。
- ・神戸広域の中央市民病院を中心とした脳卒中の地域連携パスの中には、歯科的な要素や「口腔ケア」という文言が余り入っていない。兵庫県下の10の圏域の中で歯科的な部分が入っているのは、まだ4つほどしかないと言われている。阪神北とか、北播磨、それから姫路のあたりのところには、歯科がかかわるということをパスの中に入れて、ぜひ神戸の広域の中にもこの口腔ケアを急性期から入れていただきたい。そのときには、口腔ケアだけではなく、「口腔機能管理」という形で入れて、歯科は治

療、衛生士さんは専門的なケア、あるいはそれ以外の職種は口の中のケアにみんなが関心を持っていくことができるのではないかと思う。

(3) 多職種連携による口腔機能管理に関する現状と課題について

■退院時カンファレンス

- ・退院時カンファレンスのとき、急な知らせでは自院の患者さんの予約が入っていて行けないが、日常的に病院から「お昼のこの時間に退院時カンファレンスがある」と決まって連絡があれば、歯科医側も都合できる。関係が密になれば、需要も増え、両方が動きやすくなる土壌となる。
- ・口腔ケアは在宅で初めて知った、もっと早くやっておけばよかったという声も聞いている。早期に歯科医師と歯科衛生士が介入するためには、退院時カンファレンスや、退院時の連携シートを活用して、歯科のことを記入していただき介入すると、早期からの口腔機能管理が実現すると思う。
- ・訪問歯科による継続したケアが必要な場合も、元気になれば歯科はフェードアウトになる。病院で最期を迎える重症の方はずっとケアで入っているが、退院していかれないので、無力感を感じる部分がある。退院カンファレンスに歯科を呼んでいただくことを病院でも今後、発信していけたらと思う。
- ・病院から在宅に移行時の退院カンファレンスが一番大事。このカンファレンスの側が口腔が大事と提起しないと、ヘルパーは、生活優先で食べることは分かっているが、口の中のケアまでは考えていないということになりかねない。
- ・最後に、退院時の連携に関して、ケアマネジャーは退院時カンファレンスに病院の方から呼んでいただいて、参加する機会が増えているが、退院時に口腔機能に関する注意事項や、継続したらいいような発声練習などを申し送りできていない現状もある。
- ・入退院時のカンファレンスに、歯科や歯科衛生士が呼ばれるということにはなかった。在宅でもサービス担当者会議に歯科衛生士だけは呼ばれないこともある。「咽頭ケア」、「誤嚥性肺炎を予防する」としっかり書かれているわけだから、ぜひ呼んでいただきたい。
- ・診療報酬で、医科で退院カンファレンスをする際、3職種になったら多職種連携となり2,400点取れる。訪問看護ステーション、ケアマネジャー、歯科が入ってきて3職種になれば、当院のほうの収入にもなるため、患者の質的なメリットと経営面のほうからも押していけるのではと思っている。

■アセスメント

- ・在宅で介護サービスの方が口腔内の低下をみたときにピンと来ていない。共通した認識を持つべき。
- ・介護あるいは在宅の場合でのアセスメント項目も共通認識が必要。
- ・口腔機能低下やフレイルの状態になった時、どの程度の全身的に影響があるのか、そ

れを防ぐことにより、どれぐらい健康になるかという具体的な知識が共有されていない。

- 口腔ケアの内容が、ヘルパー、看護師、歯科衛生士でバラバラではないかと感じている。根拠ある統一的なケアの考えがあった上で分担すれば良い。
- ケアマネジャーの現状としては、口腔機能等のアセスメントの学習する機会が著しく期待されているが、現在行われている教育との差が大きいと感じている。現場で使われているアセスメントシートに記載するのは、入れ歯があるかないかと、むせがあるかないか。認定審査でも恐らく同じようなことが現状。
- 肺炎を再発される方に対しての、口腔内のチェックポイントが必要である。また、栄養状態から、実はタンパク量がとれてない方が、在宅ではかなり多いと感じている。
- 嚥下機能に応じて、トロミや食形態を選べるように情報共有を意識づける。新しいツールも良いが、併用薬など医師が確認するツールとしてお薬手帳があるため活用できるのではないかと。例えば、嚥下の情報を書いて頂けたら粉砕の参考にもなるかと考えている。

■研修(医療・福祉)

- 西区ではワールドカフェという格好で、事例検討会を結構やっている。ただ、医科、歯科の先生もいるが、参加する先生が固定化している。
- 簡単な機能回復のためのリハビリ等についての知識も必要。
- あんすこ単位で、医師、歯科医師、薬剤師それぞれ介護に携わる方々が寄って事例の検討するが、固定化し新規の人が増えない。
- 話を聞くだけではなかなか難しいので、多職種で、事例検討の合同での研修をして、深めていく必要がある。
- 口の話や耳の話で高齢者の方にお話をさせてもらう機会があった。ようやくSTも出ていかなきゃいけないというところが芽生えてきた。そういう啓発に関してはどんどん使っていただければ、何人か出せる人材はいると思うが、事業所の規模の問題も出てくるので、養成はしていきたいと思っている。
- 直接的な介入はできなくても、間接介入の手法も考えるべき。
- 多職種でできる範囲で合同研修会などを通じてお伝えできれば少しは改善すると思う。これは行政のほうが主導で研修会を開催し、最初は積極的な参加者の数が限られるが、自分の職場などで伝達口承すれば興味が広がると思うので、ぜひとも機会を増やしてもらおうほうが良い。
- 食べるということは口が入口であり、多職種協働で行うことが大事と感じている。
- 「口腔健康管理」とか「口腔機能管理」といった言葉があるが、「口腔ケア」という言葉の方が分かりやすく、そこから脱せない部分もある。
- 院内多職種交流会とかを当院でも実施しているので、そこに歯科も入れ、事例検討会をやっていけると感じている。

- ・ S T自身も嚥下をやっている人は最近増えてきたが、トータルで説明できる人間がいない課題はある。

■ 歯科が後回し

- ・ 病気の問題が起きたら、歯に関しては後回しになり、ヘルパーも、入浴や食事などを優先し、歯科に対しての既往歴、口腔内のことをみる時間がない。どこにそんなことをする時間があるんですかという声をよく聞く。口腔内チェックが後回しになる現実を改善するのは非常に難しいが、これが改善されないとなかなか進まない。
- ・ 依頼は重症の方が多く、経口摂取の状態にゴール設定はするが、毎回口腔ケアを行っても改善が困難な場合もある。
- ・ 寝たきりの利用者は入れ歯が合わなくなり、食事が食べられなくなり、フレイルになっていく。
- ・ がんの患者さんをはじめ訪問看護では、他にやることが多いなか、胃ろうへの依存度の高い人がどんどん在宅になっている。ガストロストミーチューブを入れるなど、時間制約から医科のケア中心になり、口腔ケアは、なかなか手が回っていない。
- ・ 病院で全身状態のほうが優先して、口腔機能管理に関しては優先度が低くなる。

■ 連携（病院と診療所）

- ・ 急性期の病院間では非常に連絡はとれているが、退院後は、連絡があまりとれない。連絡網の早期の確立が必要。

■ 連携（医科と歯科）

- ・ ケアマネジャーとの接点はあるが、医科歯科の連携はほとんどないのが現状。
- ・ 医科と歯科のネットワークがないと実感。ケアマネジャーを通してでないと思疎通がなく、タイムラグがあるのが一番大きな問題。
- ・ 耳鼻科の医師が嚥下障害にそこまで携わっていない現状もある。
- ・ 嚥下力が弱っている場合、喉の側面のレントゲンを撮り、喉頭の位置が下がっているようであれば、喉頭挙上の訓練を指導している。
- ・ 歯科関係者、S T（言語聴覚士 以下S T）、内科の医師、主治医の連絡網が弱い。
- ・ 病院でも誤嚥性肺炎で入院される方が多く、病院全体で口腔ケアへの関心を高めている。
- ・ 20年前は胃ろうであれば口腔内は見なくていいのが当たり前であったが、現在は口腔内で真菌が繁殖しやすくなって肺炎が起こってくるから、口腔内をみるというコンセンサスが成り立ってきた。
- ・ 院内の歯科衛生士との院内連携により地域連携職員が訪問歯科につなげていくなど、今後の工夫による歯科の強化は検討していく。
- ・ 歯科衛生士が歯科医師を動かして、情報提供書を院内の歯科医師に書いてもらうのであれば、在宅の歯科医師を調整会に参加してもらえらると思う。歯科衛生士を軸に歯科医師から地域連携に対して発信してもらえば、つないでいくことができそうかなあと

いう気はしている。

■連携（多職種）

- ・ケアマネジャーの仕事も多いのに、歯科医師はケアマネジャーを頼りすぎて、医科との連携もケアマネジャーを介してとなっている。
- ・医科との連携に向け、歯科医師が現場に出向いたときに、直接主治医、訪問薬剤師訪問看護師の連絡先を聞いて、直接連絡することでの改善も図れる。
- ・薬剤師として、緩和ケアの在宅において、往診医との連絡は非常に密だが、歯科医師と連携をとる機会がほとんどない。地域によって、かなり温度差がある。兵庫区では嚥下評価され、それをご家族やヘルパーに伝えて、食事の形態を変えたり非常に熱心にされている印象。
- ・今、医師会で「バイタルリンク」（多職種連携共有システム）という帝人ファーマ（株）提供のツールを使われているが、ツールを活用し、患者さんの状態を共有できたら、いろんな職種とすぐ共有ができると思う。
- ・在宅に来てくれるSTが少ないため、連携をしたいができない。リストやマップも作成したが、本当にいないのが現状ではないか。
- ・例えば、寝たきり・介護度5になった方が、口腔状態が悪い（口の中がどろどろ）であったが、在宅の医師と歯科医師が強力タッグで、歯科衛生士、ヘルパー、看護師を巻き込んだ結果、マーゲンチューブが抜けたり、口腔の中がすごくきれいになった事例を見た。在宅ではチームできちっと取り組むことが大事である。
- ・大きな枠で考えると、口腔ケアだけでなく、多科の医師と主治医のチームの中にコミットできてなくて、在宅サイドに持って帰れてないというような現状がある。
- ・看護師からも介護職に指導して、口腔体操やマッサージといった口腔ケアを行っており、垂水区の施設長会議では、口腔の中がきれいになっていると聞いた。
- ・一生懸命口腔ケアに力を入れて、水分補給したら、誤嚥性肺炎で救急搬送する人が少なかったという施設長の意見もあった。
- ・うちの施設でも、発語が全然できず、胃ろうで入所された利用者さんが、医師、看護師と管理栄養士、介護士とが連携し、ご家族の思いも加わり、最後はお口から物が食べられて、声が聞けてという事例もあった。
- ・垂水区は往診できる歯科医師も比較的多く、また特養でも嘱託医が自分の施設の所属の医師であるケースもあることなどから、うまく連携はとれているが、在宅ではケアマネジャーが主治医と歯科医師の間に入って、ひとり暮らしの方の薬などの連携に入ることが難しいこともあるというふうに聞いている。
- ・他府県での成功例には、「患者様の方から先生に言ってもらうのよ」というのはよく聞く。あるケアマネジャーからも「言いたいけど、医師、嫌がる」といった声がある。今後、栄養士会としては、訪問栄養食事指導を実施し、在宅に入っていく。歯科医師、歯科衛生士から、口がこれだけきれいになったら、今度は食べることとなり、連携し

ていけるところがたくさんあると思うので、ともに取り組んでいきたい。

- ・歯科衛生士こそが多職種連携で巻き込み、甘えていくということが大事な役割と思う。
- ・同業者となるが、病院に勤める歯科衛生士と在宅の歯科衛生士の関係性も少し密にしていく必要がある。
- ・当院の例では、調整会はケアマネジャーとは年間約300件近く、訪問看護ステーションとは年間150件の調整会を開催。
- ・メインはケアマネジャーになるし、医療依存度が高い時に訪問看護師に口腔ケアも兼ねて願います。あるいは、摂食嚥下機能障害があったら訪問看護ステーションのSTをお願いするまでは連携しているが、歯科連携までは、できていないのが現状で、地域連携の職員の意識を改革しないといけないと感じている。
- ・PT（理学療法士 以下PT）とOT（作業療法士 以下OTはこともかかわることもあるが、STとはかかわることがなくて、施設の中でもSTも入っていただけたら、口腔機能の改善が進むのではと思った。
- ・耳鼻科とSTとかかわりが無いというお話があったが、紹介状を通じて子どもの患者についてお世話になり、絡みはあった。
- ・在宅での「訪問栄養食事指導」というのが余り知られていないが、栄養士会でも、訪問栄養食事指導の啓発している。
- ・栄養士は一体どこにいるのかと問われるが、栄養士会では、「栄養ケアステーション」を立ち上げ、ご連絡いただければ連携が取れる。医師の診断を経て、雇用契約が結べれば、保険適用となるし、自費でもという声があれば、対応する。
- ・進まない理由に、医師との雇用契約の締結が必要であることが大きい。「そんな雇用契約なんかするんやったら、もうええわ」のような声や、「栄養は大事だが、そこまではやりたくない」との声を伺う。

■市民への啓発

- ・口に水を入れて上を向き、口を開いたまま飲みこめない。これが嚥下障害。筋力の低下、舌の力の低下、いろんな原因で起こる。摂食障害、食べにくい、誤嚥性肺炎と頭でわかっているけど、こういうことが実際に起きているというのを、末端の現場で携わる多職種の方々にも実感として感じてほしい。
- ・ケアマネジャーが、訪問に出向いている医療・介護の方々が幾ら口腔機能管理の話をして、ご家族とか本人が無駄と思ったら後回しになるので、口腔機能管理を進めるためには市民啓発のほうも同時進行が必要。
- ・自分でケアする時期には介入が難しく、自身でケアされなくなってから歯科や看護師が介入するので、早い段階から医師から患者さんに口の掃除が大事と啓発をされると、その後の入退院を繰り返すことが少し防げる。
- ・高齢者は肉を多く食べなくても大丈夫と今だに根強く信じられており、市民の意識を変えることも必要。また入れ歯が高いから作成し直すのはもったいないとか、合わな

いのはかわいそうだから外すという家庭や本人がたくさんいる。

- ・市民の意識の問題で、栄養状態と入れ歯のことが、結構ボトルネックになっていて、現場でも意識づけしていただけると助かると感じている。
- ・特養は要介護3以上の人が入居であり、認知症の方が多く、入れ歯が合わなくなってきた、介護の方も合わないと入れ歯を外してしまい、さらに歯科医師からも「入れ歯をつくるのは難しいねえ」と言われてしまうとあきらめ、食形態が落ちていくという悪循環になっている現状がある。
- ・口腔機能管理に関して、もう一つの問題は、いかにフレイルを予防し、フレイルに陥らないか、要介護にならないかという視点があり、市民啓発が必要と思う。重症化した方に関する問題は、当然専門職がかかわるが、その前の段階に関してかかわることも必要。
- ・義歯を入れたら何でも食べられると思っている方もいるが、義歯は何度も何度も調整をしないと、実際のところは噛めるようにならないことを歯科医療側から本当は発信しないといけないのに、途切れていると感じる。

■お金（医療・介護保険制度の理解、金銭の自己負担）

- ・口腔機能管理の実施にあたり、それらの管理及び改善処置に対する医療保険制度上（社会保険・介護保険）の仕組み（費用等を含む）の把握を十分にする必要。
- ・歯科口腔ケアは介護保険上、一般的な介護メニューの限度とは別枠であることの認識不足があり、制度の理解が必要。
- ・ケアマネジャーの現状として、期待が大きいと前向きに受け取りたいと思う。一方で、ケアマネジャーの役割として、土砂災害における要介護4・5の方の避難、明日の電気代といった金銭管理の問題、あるいは非常に専門的な口腔機能管理の件まで幅広く対応させていただいている。
- ・ただ、経済的な困窮者も多く、サービスは極力要らないとかケアプランの枠外であっても金銭面で厳しい方もいる。
- ・訪問に行ったら、ゴミ屋敷とか、排泄物だらけとか訪問も受けられないような困窮者もいる現状。

■その他（国制度）

- ・STが国家資格になってから21年目で、全国で3万1,000人しか有資格者がいない。県下では900名ぐらい。75%が病院勤務で、小児科が12.5%で、残りの12.5%のうちの更に7割ぐらいが施設に勤めている。今、兵庫県下で、病院から派遣されるのを除いて、訪問を主にやっているのは、恐らく総数では40名から50名ぐらい。病院から通われている方がいるので、総数で100名近く。
- ・国の制度の問題で、実は施設にSTの必置基準がない。病院は回復期には専従がある。施設には専従がない。

(4) 歯科訪問診療等に係る実態調査の方向性について

- ・ケアマネジャーとしては、実態把握の必要性、目的とかは全く共感できるが、一方で非常にアンケートが多い。金銭におけるアンケート、災害のアンケート、入退院時連携シートの活用実績のアンケート。業務の中でやっているから、簡素化かつ効率化で、紙とネットの両方か、ネットでも返信できるようなものであったりとか、10分以内であったりとか、その集計をどうするかという、まずはその手間の部分をご考慮いただきたいというのが1点。
 - ・質問の項目について、ケアプランが作成されない場合の阻害要因の項目に関しては、一つ、二つに絞っていくのが結構難しいと思う。そこを分析した結果をどうフィードバックするかというのはあらかじめ仮説を立てておかないと、有効な問いになりにくい。
 - ・介護認定審査会に出ていると、主治医の意見書で「口腔ケアが必要です」と書かれているケースが結構あるが、ケアマネさんの立てられたケアプランを見ると、口腔ケアが書かれていないというケースがたくさんある。だから、ここ「作成されない場合の阻害要因」と書かれているのは非常に興味を持って見ていたが、なぜ主治医が意見書として出しているにもかかわらず出ないのかというのは、歯科医側からすると知りたい部分。
 - ・そこが多様なところで、生活面で、経済的な問題であったり、一部負担金が発生したり、診察代、お薬代とかが発生することに対してであったり、利用者さんがそこで「ノー」と言った場合、ケアマネジャーが専門的な知識で説得にかかっても、なかなかご理解が得られにくい。これは歯科の先生方に対してだけじゃない問題。ヘルパーであったり、通所介護のほうの利用がニーズとして、プロフェッショナルニーズとしてあるのにもかかわらずそこにタッチできないというもどかしさというのはよくある話と考えている。
- そういうケースにあたったときは連絡していただければ、なぜ位置づけないのですかというような形で、何かお手伝いを会としてさせていただくことで、個別事例の蓄積で探っていけるようなことも必要かなと思う。

6. 閉 会