

第2回歯科医療提供体制等に関する検討会

日時 令和3年6月2日(水)
16:00～
場所 AP新橋3階Bルーム
(ウェブ開催)

○事務局 皆様、こんにちは。それでは定刻となりましたので、ただいまより第2回歯科医療提供体制等に関する検討会を開催いたします。構成員の皆様におかれましては、本日もお忙しい中、お時間を頂きましてありがとうございます。本日の会議でWebにて御参加いただいている構成員の先生方におかれましては、座長からの指名がない場合で、御意見、御質問等で御発言がある場合は「手を挙げる」ボタンをクリックしていただき、画面上で手を挙げていただき、座長の指名を受けてからマイクのミュートを解除して御発言くださいますようお願いいたします。また、御発言いただくとき以外は、マイクをミュートの状態としていただきますよう御協力をお願いいたします。

さて、本日初めて御出席の構成員がいらっしゃいますので御紹介いたします。田村道子構成員です。田村先生、一言御挨拶をお願いいたします。

○田村構成員 東京都福祉保健局医療政策部の田村と申します。第1回検討会は、欠席いたしまして大変申し訳ございませんでした。どうぞよろしくをお願いいたします。

○事務局 ありがとうございます。それでは本日の出席状況ですが、武井構成員から欠席の御連絡を頂いております。武井構成員の代理として、公益社団法人日本歯科衛生士副会長の茂木美保様に御出席いただいております。それから構成員に関してですが、山崎構成員が他の業務の都合で少々遅れると伺っております。また、本日はオブザーバーとして文部科学省高等教育局医学教育課の島田企画官に御出席いただく予定ですが、公務の都合で遅れると伺っております。また事務局ですが、迫井医政局長は公務の都合により、途中退席させていただきます。

今回の検討会につきましては公開となっておりますが、カメラ撮りにつきましてはここまでとさせていただきます。続いて配布資料ですが、本検討会ではペーパーレスにて審議を行います。事前の資料ですが議事次第、座席表、構成員名簿、それから資料は1と資料2。参考資料は1~4まで御用意しており、WEBサイトに掲載すると共に、参考資料につきましては事前にお送りさせていただいております。

それでは、以降の進行につきまして須田座長、よろしくをお願いいたします。

○須田座長 須田です。皆様、こんにちは。前回の開催が2月19日でしたので、厚労省のホームページで公開されております検討会の議事録を改めて読ませていただきましたが、さすが各委員とも第一線で御活躍の方々ばかりですので、この検討会のミッションに関して核心をついた的確な御意見、そして多数のキーワードを頂戴できたことを確認いたしました。引き続き、構成員の皆様から積極的な御発言、御意見を頂戴できれば歯科保健課には優秀な人材がそろっていますので、それらをまとめて有効な施策あるいは法令の策定につなげていただけたらと考えております。皆様、本日もどうぞよろしくをお願いいたします。

それでは、議事に入らせていただきます。前回の検討会で柳川構成員からお話がありましたが、最初に、資料1「2040年を見据えた歯科ビジョンの概要」につきまして、実際に取りまとめをなさいました柳川先生から概要を御説明いただけますでしょうか。よろしくをお願いいたします。

○柳川構成員 須田座長ありがとうございます。それでは貴重な時間を頂いておりますので、できるだけ簡潔に御説明させていただきます。2040年を見据えた歯科保健医療の役割と責任ということで、国民歯科医療の推進に向けて日本歯科医師会の考える政策提言を網羅的ではありますが取りまとめて、昨年10月に上申いたしました。画面を御覧いただきたいと思います。足掛け2年をかけて、後ほど委員リストを御紹介しますが、検討を加えたものでございます。主に、「2040年を見据えた歯科ビジョンと人生100年時代に向けた戦略」ということで、5本の柱を立てております。健康寿命の延伸に向けた疾病予防・重症化予防に貢献する。地域を支える歯科医療を推進する。質が高く効率的な歯科医療提供体制を確保する。個人の予防・健康づくりをサポートする。多様なニーズに応え社会貢献を果たす。この5本の柱、右側は掲げたアクションの例で、中には数値目標を盛り込んでおります。

次のページは、概要ですが、「はじめに」があり、4ページ目は、「データで見る2040年の社会と今後の歯科医療」ということで、私どもの日本歯科総合研究機構が主になって、数字の分析や将来予測を一定程度含めながら記載をしております。1つ1つは申し上げますが、右側がポイント・キーワードの抜粋となっております。人口減少と歯科医療機関数の変化の両方から歯科医療提供体制の変化を分析し、特に、これから増える通院困難者に対する歯科医療提供、地域における格差などの課題を提起しております。

5ページ目は、先ほど申し上げた目指す5本の柱で、右側に具体的な項目が書いております。例えば、1つ目の項目につきましては、歯周病の予防対策あるいは、これは診療報酬上の評価も含め、予防給付の拡大に向けた検討。2番目の項目につきましては、在宅歯科医療を含め、訪問診療の予定数、失礼しました。拡大をする数も記されております。また、地域ネットワーク化についても書いております。その次の3つ目の項目につきましては、歯科衛生士、歯科技工士の人材確保、復職支援、更にはシームレスな教育システムの構築等に触れております。下から2番目の項目につきましては、口腔機能の更なる普及啓発、これは学校現場で教育現場も含めたものであります。さらに、健康情報の一元化ということで、健診記録などを一元的に管理できるPHRも記載しております。最後の多様化のところですが、スポーツ歯科医学の推進、災害時の対策、そして国際貢献ということにも触れております。

6ページ目、一番下ですが、国の政策・制度改正などで、具体的には医療計画や、介護保険事業計画、診療報酬改定、医療費適正化の計画等々の見直しを意識しながら、上のほうには今御説明した5本の柱の中で、特に重要だというものについて達成目標の年度を示しておりますので、またお読み取りをいただきたいと思います。

次のページは、ページ数は付いておりませんが委員の名簿です。いわゆる文化人、有識者の方も含め、また厚生労働省の元局長クラスの方に2名入っていただいております。また、アカデミアの皆さんの参画もいただきながら様々な御意見を頂戴いたしました。

その次のページは、内部的な委員でございます。このビジョン2040を活かして、私ど

もは具体的なアクションを作成いたしております。実際に歯科医師会の活動につきましても、これを落とし込んで具体的な事業活動につなげていくと。これは全国の都道府県歯科医師会、郡市区歯科医師会、市、町の活動においても同様と考えております。今後、更に自治体や関係省庁と連携を取りまして、具体的な活動につなげ、また年単位でこのビジョンも見直し評価をしたいと考えております。簡単ですが、私からは以上です。ありがとうございました。

○須田座長 柳川先生、ありがとうございました。このビジョンは、広範多岐にわたっており、とても良くまとめられていると思います。ただいま柳川先生から概要を御説明いただきましたが、本件について、構成員の皆様から何か御追加とか、あるいは御質問はありますか。いかがですか。御質問のある場合には、手挙げマークをお願いしたいと思います。

柳川先生、1つ私から、質問ということでなく確認ですが、5枚目のスライドに「2040年を見据えた歯科ビジョン概要」というのが書かれており、その中ほどに「日本歯科医師会の組織率の向上」とありますね。それで、この冊子というか、コンピューター画面で確認したのですが、かなり一時と比べて診療所の開設者が減っていて、勤務医が増えていいますよね。そうすると、どうしても歯科医師会の組織率が悪くなっていくのではないのでしょうか。医科ですと、組織率は大体55～60%ぐらいかと思うのですが、そういう動向があるので、この組織率の低下は、ある意味やむを得ないと思うのですが、いかがでしょうか。

○柳川構成員 ありがとうございます。正に長期的な課題として捉えておりますが、これは医師会も同様かと思えます。現状を申し上げますと、歯科医療機関が約6万9,000あります。その中で、いわゆる開設管理をしている方の組織率は、実は77%あります。先生が御指摘の勤務医についても、会員の種別を作って入会促進を図っておりますが、窓口は郡市区歯科医師会であったり、都道府県歯科医師会になりますので、そこと連携しながら組織率の向上を図っているところです。

○須田座長 歯科医療提供体制等を考えていく場合、やはり基幹となるのは開業の先生方です。勤務医が増えてきて組織率が低下していても、ある程度は院長先生の意思は伝わるのかなとも取れると思います。ありがとうございました。

もう1つ、このページの下の方に、国際貢献活動を継続ということで、世界にも目を広げていただいていると思うのです。以前、私のいた教室でも、日本歯科医師会からの国際学術交流基金によって、何人か留学生を引き受けさせていただいたのですが、未だに交流があり、大変有効な取組と考えております。このことが一般の歯科医師に伝わっていないかもしれないので、あえて申し上げます。

それから、国際貢献を考える場合、ある程度ロングスパンで見ないと、世界に出ていっても、名前を覚えていただけないことがあります。とりわけ国際交流活動については、委員の任期といいますか、長い目で人材を育てていくことが大事ではないかと以前から思っているのです。私のFDI経験では、ほかの国は長く同じ人が出てくるのです。その中でリーダーシップとか、発言力を確保するためには、長期的な視野での人材育成が必要

かと思ってきましたのですが、その辺の現状はどうなっていますか。

○柳川構成員 まず、最初の外国人留学生に対する奨学金等の支援は現在も継続しており、今、須田先生がおっしゃったように、実は日本の大学で教育を受けた方が、母国に戻って、それで歯科技官になるというケースも多く、また、大学に戻って自国の学生を教えることが多いので、日本との交流という意味では、非常に大きな役割を果たしていらっしゃると思うので、これはますます続けていかなくてはいけないと考えております。また、FDI の場で、確かに、役員が代わる度に委員が代わったのでは、正に顔の見える関係はできにくいと思いますので、その継続性ということも担保しながら、今後も国際貢献に参加していきたいと考えております。今、先生の御助言を頂いたので、帰ってからも担当にしっかり伝わるようにしたいと思います。どうもありがとうございました。

○須田座長 柳川先生がおっしゃるように、国際学術交流基金で来られる方というのは、母国のエリートと思うのです。ですから、帰られてすごく活躍されているので、とても素晴らしい取組ではないかと思えます。取組を長く続けていらっしゃいますが、引き続き会員の御理解を頂いて展開していただければと思います。ありがとうございます。

柳川先生からの御説明について、そのほかに御意見、御質問はありますか。市川先生、お願いします。

○市川構成員 本当によくできた素晴らしいビジョンだと思いますし、2040年という長期を見据えたものとしてこの冊子を読ませていただきました。科学技術の進歩は急速であり、第6期科学技術・イノベーション基本計画は出ておりますし、デジタルトランスフォーメーション、通院困難者に対しては今後自動運転などの可能性、口腔衛生器材や接着技術などの進歩も、薬剤の進歩もあると思います。そのような科学技術の進歩を踏まえて歯科医療の将来をどう検討されたのか、冊子からは少し読み取れないので教えていただければと思います。

もう1つは、2040年ということで高齢者の問題がある意味ピークアウトする時期だと思います。そうすると、その時点では人口減少や高齢者の貧困などの問題が出てくると思います。その辺の社会状況をどの程度見据えられてのビジョンなのかも教えていただければと思います。

○須田座長 では、柳川先生、お願いします。

○柳川構成員 市川先生、御質問ありがとうございます。研究開発については、もちろん記載はしてありますし、検討は加えたわけですが、さすがに日本歯科医学会のイノベーションマップのようにはいきませんので、少し踏み込み不足だということは考えております。どうしても歯科医師会の研究開発というと、臨床応用とか、保険収載というところが主眼になりがちですので、ここは今後も学会と連携しながら、しっかり取組をしていきたいと思えます。

それから、需給についての将来予測の部分に関わると思うのですが、さすがに人口減少、また、開業する歯科医師も、今、診療所数は頭打ちですので、そこについても、特に山間

地域において後継者不足で、歯科医療機関がなくなってくるという地域も出てまいりますので、その対策として、例えば病院歯科の充実であるとか、場合によっては、病院歯科の設置が無理な場合は、専門性が高い歯科医師が複数名いる高機能の歯科診療所の設置だとか、あるいは社会歯科的な行政歯科医師、歯科衛生士の増強であることも触れております。そういったところがお答えになるか分かりませんが、私から回答させていただきました。ありがとうございました。

○須田座長 柳川先生、ありがとうございました。ほかに御質問、御追加はありますか。よろしいでしょうか。

それでは、次の議題に進ませていただきます。次は、資料2になります。歯科医療提供体制に関する当面の検討の進め方について。こちらは、まず事務局から御説明をお願いします。小嶺補佐、お願いします。

○歯科保健課課長補佐 事務局です。本日は、本検討会の今後の進め方について御議論いただきたいと思いますので、事務局から資料2「歯科医療提供体制に関する当面の検討の進め方」を御説明をさせていただきます。2ページを御覧ください。前回の第1回検討会では、歯科医療提供体制に関することや歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士のそれぞれの状況について、各構成員の方から幅広い御意見を頂きました。そこで、今回は第1回で頂いた御意見を、歯科医療提供体制に関するものと歯科専門職に関するものに、大きく2つに分けて内容ごとに整理をいたしました。

2ページ目は、歯科医療提供体制に関する事項のうち、歯科口腔保健に関する内容となっております。今後は歯科疾患の予防、重症化予防のニーズが増えると考えられるとか、歯科においては予防が何よりも重要であるといった御意見や、超高齢社会において健康づくりや介護予防の重要性が増す中で、歯科専門職の関与が非常に重要であるといった御意見を頂きました。

3ページ目は、歯科医療機関の機能分化と連携及びかかりつけ歯科医機能についてまとめております。歯科医療機関の機能分化と連携については、地方自治体、病院歯科、歯科診療所それぞれの役割をもとに、連携の在り方を検討する必要があるといったことや、現状では歯科診療所の多くが歯科医師1人であるが、1人で全ての専門性をカバーすることは難しいといったことから、今後は連携やグループ化、大規模化なども検討する必要があるといった御意見を頂きました。

4ページでは、病院歯科の役割等、医科歯科連携、多職種連携についてまとめております。病院歯科については、地域の歯科診療所のバックアップ機能も役割の1つになるといった御意見を頂いております。医科歯科連携、多職種連携については、医学教育を含め、関係職種や行政にも、口腔の重要性や歯科医療に関して、もっと理解を深めていただく必要があるといった御意見を頂いております。

5ページでは、介護との連携についてまとめております。介護との連携については、介護施設などから歯科に対するニーズがあっても、ニーズに対して歯科医療機関側の協力が

得られないとか、ニーズと現状のギャップがあるといった御意見、その一方で地域包括ケアを実践していく上で歯科の協力は欠かせないなどといった御意見を頂いております。そのほか、歯科医療提供体制を考える上で地域差についても検討すべきということ、NDB など、データ分析により実態把握を行い、検討を進めるべきといった御意見を頂きました。

6～8 ページでは、歯科専門職に関することをまとめております。需給については今後のニーズを踏まえ、歯科医療の提供体制の方向性をしっかり検討した上で議論すべきといった御意見が多かったかと思えます。6、7 ページに歯科医師についてまとめておりますが、歯科医療機関間の役割や歯科医師の働き方などについても考えながら議論を進める必要があるといった御意見を頂きました。7 ページでは、地域包括ケアシステムの中で対応できる歯科医師を養成するというのを考えると、卒前教育でも対応することが必要だといった御意見がありました。8 ページでは歯科衛生士と歯科技工士に関してまとめております。歯科衛生士についてはフレイル予防などへの貢献が期待される中で、現状としては不足と言われており、復職支援だけではなく、早期離職対策も必要との御意見を頂いております。歯科技工士については就業歯科技工士の高齢化などにより、今後の人材不足が懸念されるということで、歯科技工士の環境整備も含めて課題に対応する必要があるといった御意見を頂きました。

9、10 ページは、前回お出しした直近の報告書等の歯科医療提供体制に関連する部分の抜粋になっておりますので、後で御覧ください。

11～15 ページに、当課の予算事業で実施している歯科医療提供体制推進等事業に関する資料を載せております。まず 11 ページが事業の概要です。この事業は令和元年度より実施しており、ポンチ絵の図の①～④に関連する内容については、現状の調査や好事例の取組として、自治体、歯科医師会、病院など、いろいろな所でヒアリングをするなどの調査を行っております。本日の参考資料 4 が、令和元年度の報告書になっておりますので、お時間があるときに御覧いただければと思います。

また、昨年度の実業の中で検討委員会において、テーマ 1 とテーマ 2 について議論を行いましたので、12 ページ以降 15 ページまで、その概要をお示ししております。特に、本検討会の第 1 回で御議論いただいた内容と関連する内容を主にまとめております。12 ページの医科歯科連携を進めるという観点では、やはり救命救急センターや脳外科の医師など、医科側の理解というのが大事だということと、医学教育の中での重要性を教えることが重要だといった御意見が出ております。

13 ページでは、病院歯科の機能、歯科における病診連携や医科歯科連携、かかりつけ歯科医機能についての御意見をまとめております。病院歯科の機能に関しては、病院の専門的な医療提供の機能が果たせるよう、地域の歯科診療所との役割分担やその地域の状況に応じた連携のあり方を地域の歯科医師会と病院がともに考える必要があるのではないかとといった御意見を頂いております。

14 ページと 15 ページが、テーマ 2 つ目の要介護高齢者等に対する歯科保健医療の提供

の推進ということで御議論いただいた内容の概要になっております。14 ページの 1 番目に関して言うと、行政に歯科の専門職がいなかったり、専門職がいても健康づくり関連の部署が中心になっているので、介護の分野での歯科と行政との連携が難しいことがあるといった御意見を頂いております。その一方で地域包括支援センター側から見ると、支援センターでやる業務が多く、歯科との連携や協議までなかなか手が届いていないという現状があるといった御意見を頂きました。在宅歯科医療の推進に関しては、やはりこれも地域での連携、体制作りが必要であるということ、そういった体制をつくっていく上では、行政のバックアップも必要なのではないかという御意見を頂きました。

続いて 15 ページを御覧ください。要介護者に対する歯科保健医療の提供の推進です。こちらは介護施設等の連携に関してです。やはり介護施設で、ミールラウンドなど多職種協働の場への歯科の参画が重要だという御意見を頂いております。そういった中で、摂食・嚥下リハビリテーションに関しては、歯科だけでやるのではなく、チームアプローチが重要であるといった御意見を頂いております。また、認知症患者が増える中で、歯科も関わった食支援が重要になるという御意見を頂きました。その他として、今後かかりつけ歯科医を持つということを推進するためには、地域の保健事業とも連携をし、そういったものを有効活用できるのではないかという御意見を頂いております。

16 ページを御覧ください。これがまとめです。歯科医療提供体制等に関する当面の議論の進め方ということでまとめております。歯科医療提供体制のあるべき姿については、平成 29 年 12 月に「歯科保健医療ビジョン」がまとめられましたが、その後、「全世代型社会保障会議の報告書中間報告」などにおいて、医療提供体制の改革が求められるなど、更に検討が必要な状況となっております。そうしたことから、改めて歯科保健医療の提供体制の在り方について検討を行うこととしてはどうかと考えております。

検討に当たっては、歯科医療提供体制推進等事業における調査結果なども踏まえつつ、資料の 16 ページの中段の①～⑥の論点で検討してはどうかと考えております。①歯科疾患の予防、重症化予防の推進と、かかりつけ歯科医の役割、②歯科医療機関の機能分化と連携、③地域包括ケアシステムの構築における歯科の役割、④地域における障害者(障害児)への歯科医療提供体制、また需給事業に関しては、⑤歯科医療のニーズを踏まえた歯科医医師の需給、⑥歯科衛生士の今後の業務の在り方も検討しつつ、需給について検討するというように考えております。なお、歯科技工士の業務の在り方と需給については、別途専門的に議論を行う場で検討してはどうかと考えております。

17 ページを御覧ください。今後の歯科医療提供体制の目指すべき姿ということで、これは現時点での「たたき台」としてお示ししております。現在の歯科保健医療ビジョンでお示ししているものをベースに、前回いただいた御意見などを踏まえて、取りあえず今は、たたき台としてお示ししております。

最後に 18 ページで、今後の検討スケジュール案をお示ししております。今年度中については、まず歯科医療提供体制に関する議論を進めていくということで、令和 4 年度初め

頃をめどと考えておりますけれども、提供体制の議論の方向性が見えてきた段階で、需給に関する議論を開始したいと考えております。歯科技工士に関しては「参考」にお示ししているように、今年9月頃をめどに、「歯科技工士の業務の在り方等に関する議論」を行う検討会を立ち上げて議論を進めていきたいと考えております。事務局からは以上です。

○須田座長 ありがとうございます。資料2で、各構成員の皆様から前回お出しいただいた御提言、御意見をうまくグルーピングしていただいたと思います。これらについては後で御議論いただきたいと思います。それに続いて、他の検討会等の報告書が付いております。歯科医療提供体制推進等事業は令和元年度から走り出したということですのでけれども、その報告書が令和2年3月に出ています。令和2年度の報告書も間もなく出るのでしょうか。事務局から、この事業を説明していただけますか。

○歯科保健課課長補佐 事務局です。令和2年度の事業については、資料2の11ページの事業のポンチ絵の①～④の下に、グリーンで書いてある項目については、主に令和元年度に実施しております。オレンジ色の部分に書いてある、病院歯科医師の働き方とか、新規の感染症発生時の提供体制、災害時の歯科医療提供体制等に関する部分については、令和2年度に新たに調査を行い、検討・分析を進めてきたという状況です。

○須田座長 本検討会としては、この資料を横目でにらみながら論議を進めていく必要があるかと思っております。この事業は令和3年度も続くわけですね。これは3年間の事業ですか。

○歯科保健課課長補佐 年限が決まっているわけではないのですが、取りあえず令和3年度は続いております。令和元年度と令和2年度にいろいろ調査をして、たくさんのデータを取っているのですが、十分に分析し切れないところもありますので、今年度も引き続き分析をしていく予定です。

○須田座長 かなり分厚い報告書が毎年出るので、それらをしっかり構成員の皆様に見ていただいて、論議を進めていく必要があると考えております。その後、当面の議論の進め方として、これでどうだろうかというのが、スライド16に出ております。最後に、この検討会のスケジュールが提案されております。このスライド18を見ますと、令和3年度については、歯科医療提供体制に対する議論を深めようということで、来年ぐらいからでしょうか、歯科医師、歯科衛生士の需給に関する議論をしていきたいと思います。ただし、歯科技工士の業務の在り方等に関する議論については、この検討会とは別に進めていくという理解でよろしいでしょうか。

ありがとうございます。そういうことのようにです。それでは、これから皆様から御意見、御提案等を頂きたいと思っております。前回、いろいろな御意見を頂いた内容が多岐にわたっておりますので、2つに分けて進めていきたいと思っております。まず1番目は、歯科医療提供体制に関することがスライド2～5までになると思っております。2番目として歯科専門職に関することとなっておりますので、二分割して、皆様から御意見、御要望等を頂戴したいと思います。

まず、1 番目はスライド 2~5 までに、皆様から前回頂戴した意見をグループングしてあります。こちらについて前回はお一人 3 分ということで発言をお願いしました。お一人 3 分でも 18 名いらっしゃいますので、約 1 時間掛かります。ただ、この検討会ではなるべく多くの皆様から御意見、御提言を頂き、それらを歯科保健課で取りまとめて、施策・法令等に反映させていただきたいので、全員の皆様から御意見等を頂戴したいと考えております。それでは、まず 1 番目の歯科医療提供体制に関することです。前回、もう少し意見を述べたかったという方もおられるかもしれません。スライド 2~5 に関して、御意見を頂戴したいと思います。皆様から何か御意見等がありますか。

それでは大変恐縮ですけれども、全員の皆様から御意見が頂戴できるように、私のほうから指名させていただきたいと思います。まず信州大学の栗田先生に、病院歯科のお立場から先回もいろいろと御意見を頂いたかと思っております。栗田先生、前回の御発言を補完していただければと思います。3 分程度でお願いします。

○栗田構成員 信州大学の栗田です。まず資料の確認をさせていただきたいと思っております。17 ページにポンチ絵があるのですが、その右上、向かって左上の病院の所です。「歯科大学附属病院、歯科病院、病院歯科」と書かれています。この一番上は医科大学の附属病院でしょうか。歯科大学なのか医科大学なのか。

1 つのポイントとして、歯科医療供給体制を考えると、歯学部のある県と歯学部がない県とでは大きく異なるのです。なので、その辺を検討いただきたいという点が 1 つあります。歯学部があると、いろいろな歯科の専門医療が提供できるのですが、歯学部がない県では、いわゆる三次医療機関として医学部の大学病院が負担しますので、現状では口腔外科に特化している施設になりますから、その辺の検討が一つ必要ではないかと考えています。

○須田座長 おっしゃるとおりです。この辺は文言を変える必要があるかもしれないですね。引き続き栗田先生、お願いします。

○栗田構成員 もう 1 点は、今後、歯科医療はやはり口腔機能に移っていくと思うのです。地域によっては、摂食・嚥下機能を行うに当たって、歯科医師がやっていいのかという問題が出てくるのです。医科の耳鼻咽喉科や内科との協力体制でやっていくことが必要になってくると思うのです。今後、口腔機能をやっていく上では摂食・嚥下の供給体制ですが、そこを誰がやるかというところを明確にしておく必要がある。あと、摂食・嚥下機能に関しては、いわゆる二次医療機関という受皿がないのです。歯科医師が頑張っただけで、二次医療機関、三次医療機関として、どこが受けるのか。歯学部がある県では恐らく受皿があるのでしょうけれども、歯学部のない県ではどこが受けるのかという問題が出てきますので、その辺の検討が必要ではないかというのが 2 点目です。

3 点目は、ここに書かれているのですが、いわゆる急性期病院と慢性期病院です。急性期の医療機関は口腔外科に特化すると思うのですが、歯科においても慢性期の病院歯科は分けていかなければいけないと考えております。以上です。

○須田座長 栗田先生、大変重要な御指摘を頂戴しまして、ありがとうございます。当然、そうした点も、この検討会で詰めていく必要があるかと思えます。それでは同じく病院歯科のお立場から、公立能登総合病院の長谷先生から御発言いただけますか。

○長谷構成員 石川県七尾市にある、公立能登総合病院歯科口腔外科の長谷と言います。今、栗田先生もご発言されたのですが、当地域は歯学部のない県です。そのため、主に金沢大学医学部附属病院と金沢医科大学医学部附属病院の口腔外科が、三次医療圏として地域の歯科の最終の砦を担っているような形です。そして、その下で、二次医療圏的役割として、我々病院歯科は、開業医歯科クリニックとの橋渡し役を担っている構図です。もちろん口腔外科診療もしますが、大学病院レベルの専門性や特殊性を売りにするというよりはオールラウンドに対応できる総合歯科のようなポジションと考えております。

小児から高齢者まで、一般歯科治療から口腔外科診療まで、疾患や薬剤に関する医科情報が理解・把握でき、また治療のみならずケア的視点においても認知症・終末期患者の口腔管理や食支援にも対応が求められる時代です。

特に、食べるということをいかに支援していくかという問題やニーズが、地域の高齢化とともに非常に多くなってきております。また、高齢者だけの問題に限らず、小児、乳幼児期から生涯を通じ一貫した口腔管理と食支援が鍵となるような印象です。そういう意味では歯科が診る対象年齢は幅広くて、保存や補綴などという縦割りの専門性も必要なのでしょうけれども、やはり病院歯科は、そういった縦割りの専門性よりも口の3大機能として、食べること、話すこと、呼吸をするという、この3つのことを生活のベースとして捉えて口腔医療の展開が今後できるような歯科医師の養成が必要ではないかと思っております。

あと、摂食嚥下診療において耳鼻咽喉科は咽頭器官に特化した診療である印象です。したがって、当院では、嚥下機能は主に耳鼻科が評価・フォローしているのですが、食形態の選択とか、咀嚼機能となると、耳鼻咽喉科の先生方は「分からない」と言うのです。やはり、その辺に関しては、歯科との分担というか、棲み分けも必要になってきて、そこをいかにうまくやっていくかということです。歯科医がやるのか耳鼻科医がやるのかではなくて、摂食嚥下診療といっても非常に幅の広い学問で、対象も脳卒中をベースとしたリハビリで治る摂食嚥下障害なのか、あるいは認知症や終末期の高齢者を対象とした、いわゆる食支援というものに目を向けているのかということも、しっかりと教育しないと、ごちゃごちゃになっているような医療機関もあるので、そういったところも今後は明確にできればと思っております。

○須田座長 長谷先生から現場の生の切実な声を聞くことができました。大変ありがとうございます。それでは、引き続き地域歯科医療を担っていらっしゃる立場から、長崎の渋谷先生から御発言を頂けますか。

○渋谷構成員 こんにちは。長崎県歯科医師会の渋谷です。地域歯科医療を担っているということですが、この間、ヒアリングで栗田先生にも少しお話をさせていただきました。

した。先ほど柳川先生が御報告されたように「2040年を見据えた歯科ビジョンの概要」の中にもありますが、訪問診療ということでお話しします。長崎県は比較的訪問診療が多い県となっております。本当かなと思って、いろいろ調べたのです。件数としてはやはり多いようで、特に長崎という地域性から、山ばかりということで交通機関がなかなか難しいのです。いわゆる通院が困難な方々が多いこともあり、やはり訪問診療も増えてくるのだろうと思っております。

ただし、充実しているかということになりますと、なかなか難しいところがあります。歯科医師会でも行政と連携をして、医科歯科連携を含めた多職種との研修会等々も含め、ビジョンにも書いてあるように、いわゆる顔の見える関係をつくって、開業歯科医師も積極的にそういう場に参画しようということで、旗を振っているのですが、なかなか動いておりません。制度と言いますか、仕組みを作るという意味で、長崎県歯科医師会には県の委託を受けた口腔保健センターというのがあります。これは障害を持たれた方の診療を専門にやっております。一方で、県のほうにも厚労省が進めている口腔保健支援センターというのがあります。ただし、口腔保健支援センターの中には歯科医師は1人しかおりません。常勤の歯科衛生士はおりません。非常勤が1人ということで、これがなかなか機能していない。おまけに私どもの口腔保健センターと全く連動していないので、今後はそこを何とかつくっていききたいということです。

それから、先ほど歯科医師の需給の話がありました。私どもには長崎大学歯学部があり、私はその同窓会の会長を10数年しております。学生の卒後の進路を伺うと、やはり先ほどの御報告にもありましたように、勤務の場所はいろいろありますが、開業ではなくて勤務医の方が多い。では、その勤務医を目指している人たちが、どういう方向の内容と言いますか、勤務の仕事をしたいかということで言うと、「在宅診療を一生懸命やりたい」と言っていらっしゃる方が結構多いのです。これは個人的な考えですけれども、これをできれば公務員的な歯科医師にして、行政や包括センターの中でも結構ですし、いわゆる診療報酬による利潤追求をしなくてもいい歯科医師を、いかに制度としてつくれるかです。できれば、そういう方々を含めて、我々の口腔保健支援センターあるいは口腔保健センターを中心に、一緒になって活動していただく。

我々開業医が在宅診療に行くには、やはり限界があります。特に1人で診療所を営んでいる所は、なかなか難しい。ただしビジョンにもあるように、需要が増えるということを見ると、歯科医師の働き方改革にも含まれるかもしれませんが、そういうことも含めてシステムをもう1回見直す必要があるのではないかと。開業医の努力で訪問診療が充実するとは、とても思えません。そういうことも考えながら、長崎県歯科医師会で旗振りをしていきたいと思っております。日本歯科医師会のビジョンは大変参考になります。柳川先生、本当にありがとうございました。以上です。

○須田座長 渋谷先生、長崎県の状況を中心に御報告をお話いただきましてありがとうございました。歯科医提供体制に関することを御議論いただいておりますが、柳川先生、先

ほども御発言いただきましたが、これだけはあるということがありましたら御追加ください。

○柳川構成員 ありがとうございます。先ほど栗田先生と長谷先生からありましたが、いわゆる摂食・嚥下の境界領域の話で、何年か前に日本歯科医師会と日本耳鼻咽喉科学会で、勉強会を3年半ぐらい行って、双方のホームページに共通認識的なものは発表しております。一定程度の線引き、役割分担についても書いております。その中でオーラルフレイルに関わることをお話させていただきます。オーラルフレイルというのは、国民に対する普及啓発が重要で、その後に厚労省としては思い切った口腔機能低下症という新病名ができて歯科診療所に対応する。更に嚥下障害の場合の難易度が高い場合の対応は、高次歯科医療機関が必要ですが、現状は不足しているので、これを何とか解消していかないといけないだろうと実感しております。

また、介護分野との連携については、古くて新しく非常に大きな問題ですが、やはり、診療報酬や介護給付の評価だけではカバーできない制度上の問題があるだろうと思います。今、医療と介護の連携は、どちらかと言いますと介護寄りの部分の連携の所が行き詰まっているのが現状だと思いますので、そういったところの解消が何とかできないか。また、地域包括ケアや他職種の連携を求められて、その中で遜色なく活躍できる歯科医師の必要性については、教育の問題、育成の問題が関わってくるのかなと思います。まとまりませんが、そんなことを感じました。以上です。

○須田座長 柳川先生、ありがとうございます。柳川先生からお言葉を頂きましたので、次は行政機関におられる立場から、東京都福祉保健局の田村構成員から御発言いただけますか。

○田村構成員 私は実は行政の仕事をさせていただいたのは平成7年からです。当時は正に、かかりつけ歯科医の普及ということが入ってきて、歯科医師会の先生方と高次歯科医療機関との連携を検討しながら体制づくりを進めていったのを懐かしく覚えております。

当時、かかりつけ歯科医院については、比較的シンプルに、生涯を通じて治療のみでなく相談や予防にも応じますとか、訪問歯科診療や障害者対応についても相談に乗りますという形で区民にも周知していたところでした。その後、口腔機能の維持向上や、介護予防、地域包括ケア、また周術期の管理、育児支援など、本当に求められる役割が多岐にわたって増えてきましたので、その機能を果たすのはなかなか大変なことだなと感じております。

御意見の中でもありましたが、そういったものを1つの歯科医院でまかなうというのは非常に難しいものであると思いますので、例えば、地域においてカバーできるような体制などは必要だと思っております。また、新しい事項については、できれば多くの先生に関わっていただきたいと思っておりますので、研修体制、対応の方針、マニュアルなど、分かりやすく多くの先生が関わっていただけるようなものがあるといいのかなと思っております。

やはり、かかりつけ歯科医機能を活かすためにも、連携して様々な機関からサポートしていただくことが大事だと思いますので、推進のための議論が、この場で進むと有り難いと思っております。以上です。

○須田座長 田村先生、大変ありがとうございました。今朝、テレビを見ていたら、岡山県は今すごく医療が逼迫しているとのことでしたが、その岡山県の西嶋先生から御発言いただけますか。

○西嶋構成員 今、コロナでかなり新規感染者が増えまして、今、緊急事態宣言中で病床は確かに逼迫している状況です。ワクチンでも歯科医師会の先生方にも御協力を頂きながら、これから体制を整えようということになっております。

私のほうから3点ほどコメントをさせていただきたいと思います。資料2の18ページに、今後のスケジュールが示されております。基本的に非常に良いスケジュールだと思いますが、今後、本検討会でビジョンを取りまとめる際に、これまでも平成29年にビジョンをまとめておられますが、是非、総花的な、総論的なビジョンだけではなくて、少し具体性のあり、次にアクションが取りやすいような意見を、この検討会で取りまとめていただくことができると大変よいのではないかと思いますので、少し時間をかけながらも、そういった具体論に落とし込んだ形でアウトプットができるといいのではないかと考えております。

2点目は、先ほどの資料の中にも行政に理解をしてもらう必要があるのではないかとか、あるいは行政に歯科の専門職が少ないのではないかとか、いろいろなコメントが資料の中にもありましたが、岡山県では歯科医師の方はお一人いらっしゃるのみです。なかなかそういう状況であると、行政の中でも、歯科の方が来られたときのキャリアパスをどのようにして考えていくかという問題が発生するということがあると思います。一方で、行政の中に歯科の現状がよく分かっている方がいらっしゃるというのは重要であり、東京都は恐らくたくさんいらっしゃると思いますが、多くの県ではなかなかそういうわけにはいかないと思いますので、例えば、大学などから若い方に、期間限定で、人事交流で来ていただくとか、そういったことで臨床の場や研究の場で行政との行き来をされる歯科の方々が増えてくれば、行政のことも分かりながら臨床の現場で、あるいは地域包括ケアの現場でやっていけるというような人脈づくりも含めて、良いヒントのきっかけにもなりうるのではないかと思いますので、岡山県でも、是非そういうことを少しやってみたいなと思いますし、そういったことが提言できるといいのではないかと考えております。

最後に3点目です。先ほどの介護との連携、あるいは在宅をどうするかという問題は避けて通れないのだろうと思います。医科のほうでも、在宅医療をどうやって進めるかというのは、10年ぐらい前に随分悩んで、うまくいかなかったのですが。1つは、医科も歯科もそうですが小さい診療所は難しいと思いますので、診療所が連携して、資料2の3枚目にもありますが、連携、グループ化、大規模化の後押しをできるような形になれば進んでいくのではないかと。これは医科では、実際にそういうことを後押しして、かなり在宅に入っていた実績もあるので、そういったこともできるのではないかと考えております。

岡山県の場合はそれに加えて、今、アドバンス・ケア・プランニングというのが医科のほうで随分進められておりますが、そういったものに対応できるような歯科の人材育成を

岡山県ではやらせていただいております。こういった形で医科側と同じような土俵に立って、うまく連携することが大事だと思いますので、医科がやっている ACP の取組も歯科の先生方にもよく理解をしていただければ進むことのきっかけになるとと思います。医科のときも少し思いましたが、特に郡市区の歯科医師会長はじめ、リーダーになるような方々がいる地域はかなり岡山県内でも進んでいるのが現状だと思います。ですから、リーダーとなる方々を、いかに育てていくということが大事かと思っておりますので、これは行政だったり、歯科医師会だったり、そういった方々と一緒になりながら人材を育てていくことは必要かなと思います。私からは以上です。

○須田座長 西嶋先生、ありがとうございます。西嶋先生からの最初の御指摘は、私も後で申し上げたいと思っていたところです。非常に立派なことが書いてあっても、どうやって実現するのか分からないという提言では困りますので、あまりにも医療提供者側のボランティア精神や倫理感に頼り過ぎることのない、実現可能なサステイナブルな取組として示していく必要があると考えております。歯科医師、歯科衛生士の約 90% は診療所で業務に従事しておりますので、歯科医院経営というビジネス的側面も十分考慮する必要があります。大変重要な御指摘を 3 つ頂戴しまして、ありがとうございます。

委員会での取りまとめを行うときは、根拠を明らかにしなければいけないので、データを示す必要が必ず出てくるのです。研究者のお立場から、北海道医療大学の三浦構成員から御発言いただけますか。

○三浦構成員 私は、前回の歯科保健医療ビジョンにも関わらせていただきました。そして、今回このような機会を頂いて、ここで機能分化・役割分担という次のステップにつながる考え方が出てきたことは大変うれしく思っております。

機能分化・役割分担を支えるためにも、地域歯科医療のあり方を考える上で、やはり、地域ごとのニーズ見える化・可視化することは非常に重要ではないかと思っております。今、国の政策の PDCA サイクルマネジメントにのっとなって行われるところが多いかと思っておりますが、地域歯科医療提供体制においても、地域完結型の医師会での展開のために、PDCA サイクルをしっかりと行って地域のニーズを把握するという視点を、是非どこかに入れていただくと大変有り難いと思っております。

そのためにはデータが必要になってくるということで、1 回目のこの会議でも、データに基づくアプローチが重要ではないかという意見が複数の委員から得られたと記憶しております。可視化するためのデータもいろいろな国の事業で整いつつあるという情報提供もさせていただきたいと思っております。昨年度、厚労省の事業費で行った歯科保健医療データブックの作成という事業がありました。これは名前のとおり、地域歯科医療、歯科保健、両方を跨ぐ都道府県レベル、ないしは二次医療圏レベルのデータを一元化したものです。こういったものをうまく活用することによって、以前よりも地域診断が非常にできやすくなってきたのではないかと思っております。より具体的なステップに進む上で、是非、PDCA サイクルに基づく地域のニーズを可視化した地域診断を行った上でのアプローチという視

点を入れていただけると、より具体的なところに進むかと思えます。私からは以上です。

○須田座長 ありがとうございます。三浦先生には引き続きこの検討会から提言する上での理論的根拠となるエビデンスを御提供、御助言いただければと思っております。それでは、同じく研究者としてのお立場から、国立保健医療科学院の福田先生から御発言をお願いできますか。

○福田構成員 国立保健医療科学院の福田です。よろしくお願いたします。私からは 2 点ほどコメントさせていただきます。1 つは、歯科医療提供体制の構築というものは、予防対策の構築と表裏一体だと指摘させていただきます。特に、要介護高齢者であったり、障害者に対する歯科医療提供体制というものは、正に表裏一体で考えなければいけないと思っております。なぜならば、健康な状態と病的な状態が明確に分けられないため、例えば、予防対策としての検診で拾い上げて医療へとつなげていくという取組が必要です。

しかしながら、ここで問題になるのが、医療提供体制を考える上では、医療圏単位になりますが、予防対策を考える上では、自治体単位となって、若干、単位がずれてきます。今後は合同会議やいろいろな取組を通じて、医療圏と自治体とのすり合わせの場を増やしていくことが非常に大切になってくるのかと思えます。

もう一点は、スライド 1 ページの 4 つ目の○に、「健康づくりや介護予防が重要になっており、歯科専門職の関与が非常に重要である」と書いてありますが、ただ、歯科専門職が関与すればいいというわけではなく、やはり、ここには資質というものが伴わないといけないのかなと思えます。私ども国立保健医療科学院の役割の 1 つではありますが、地域を診る、いわゆる地域の歯科保健計画の企画運営評価ができる能力、他分野との連携、調整能力、そういう能力を持った歯科専門職が今後、行政には非常に強く求められるのではないかと思います。以上です。

○須田座長 福田先生、ありがとうございます。予防は、確かに一番費用効果の高い取組であると、私もいつも考えております。それでは、この会場にお見えになっておられる大島構成員から御発言いただけますか。

○大島構成員 日本歯科大学の大島です。歯科医療提供体制に関して、私から大きく 2 点コメントさせていただきます。まず、かかりつけ歯科医の推進については、今後の考え方の 1 つとして、かかりつけ歯科医手帳のようなものもあり得るのではないかと考えております。イメージとしては、母子健康手帳やお薬手帳に近いイメージになるかと思います。例えば、治療歴として、いつインプラントの治療をしたか、義歯をいつ入れたかなど、そういった治療歴を確認することができる。また加えて、口腔の健康を保つための様々な情報が収載されている。さらに半年以内に継続して歯科医院に提示すれば診療報酬上での対応がなされる。そういったように、国民が自身の情報を管理でき、また歯科医療提供者側もその情報を把握できるといった仕組みが重要ではないかと思います。先ほど柳川先生からパーソナルヘルスレコードのお話がありましたが、そういった取り組みとも関連して行くかと思えますが、施策の 1 つとして具体的に手帳のようなものもあり得るのではないかと

と思っております。

もう一点は、在宅歯科医療に関して、障害児への歯科医療とも関連するかと思いますが、今後、小児への在宅歯科医療という議論も必要ではないかと思っております。もちろん、絶対数からしますと、高齢者に比べれば小児の在宅歯科医療のケースは少ないと思っておりますが、今後、地域単位で在宅歯科医療が必要な小児に対してどのようにサービスを提供していくかという観点も議論として必要ではないかと思っております。以上です。

○須田座長 ありがとうございます。大島先生から、PHR に関係した「かかりつけ歯科医手帳」という御提言と、小児の在宅歯科医療についてお話を頂きました。続きまして、有識者としてのお立場から、早稲田大学の松原構成員から御発言いただけますか。

○松原構成員 前は、歯科の専門分化が進む中で歯科医 1 人が全てをカバーするのはとても無理なので、連携とか大規模化の促進をというコメントをさせていただきました。それに関連して、歯科のシームレスケアの実現という視点で、若干コメントさせていただきます。

シームレスケアという視点で見たときに、特に弱いと思われるのが、病院の歯科、在宅の歯科、あと障害児の歯科と考えております。病院の歯科については、ほとんどの病院で歯科を標ぼうしていないと前回指摘させていただきましたが、必要なのは歯科の機能であって、病院で歯科をもっと増やすべきだとは考えていないです。採算という面で考えますと、開業医の先生方の機能を外付けで活用するということが現実的なのだらうと思っております。そういう意味で、開業医が病院の歯科に外付けで協力していくためにも、1 人の開業医だけでは難しいので、連携、大規模化の促進が必要だと考えます。

同じく、在宅の歯科についても、先ほど構成員から、とても 1 人の開業医では限界があるというお話がありましたように、在宅の充実のためにも連携と大規模化を具体的に推進する方法を考えなければいけないと思っております。実はこれらについては、女性の歯科医の活用にも非常に役立つのではないかと思います。開業医の歯科の場合には、夕方しっかり開いていないと、なかなか利用者を増やしづらいということもあると思っております。その中で、女性が子育てをしながら勤務するというのは難しいと思っておりますが、大規模化などで病院の外付けとか、在宅であれば、女性歯科医も働きやすい環境が可能だと思います。そういう意味でも、連携、大規模化の促進が必要かと思っております。障害児も同じ理由です。障害児の歯科と言いますと、網をかぶせて、押さえつけて、子供は恐怖で大泣きすることが一般的ですが、そうではなくて、麻酔を活用すれば、「こんなに穏やかな治療が可能なのか」と障害児の親が感動して涙するほど、良い変化が現場でおきます。これも大規模化していかないとなかなか難しい話だと思います。こういうシームレスケアの実現という意味でも、連携促進、大規模化促進の具体策の検討が必要ではないかと思っております。以上です。

○須田座長 我々、歯科医師とは違う視点から御提言、御発言いただき、開業歯科医の外付け論というのは面白いと思ってお聞きしておりました。ありがとうございます。同じ

く、有識者としてのお立場から、PwC コンサルティングの山崎構成員から御発言をお願いしますか。

○山崎構成員 前回の検討会で自己紹介気味にお話させていただきましたが、歯科医療提供体制推進等事業の令和元年度の事業のお手伝いをさせていただきました。その中で病院歯科と地域の歯科診療所との役割分担や、その連携について、先進事例で現地を回らせていただきました。そういった所で病院歯科と歯科診療所の連携もそうですが、あとは歯科のない病院の入院患者さんの周術期の口腔管理について、こういった取組を地域としてやっていくのかということについては、テーマの中で触れられているのかもしれませんが、非常に重要なところかなとも思います。

先ほど、病院歯科、歯学部がある所とない所で、かなり地域医療提供体制は違うというお話もありますし、病院歯科がある地域ない地域でも、かなり違うのかなとは思っています。そういったバリエーションの中で、歯科診療所がどういうバックアップを、そこで積極的に関与されるのかということについては重要なところかと思いました。特に、受給のお話はこれからかもしれませんが、基本的に歯科の地域偏在をきちんと明らかにした上で、その地域偏在をどう均てん化するのかと併せて、その病院歯科と歯科診療所、歯科のない病院をどういうふうに組み合わせるのかということが重要なところかなと思ったところです。

他職種連携の視点でいきますと、特に大事になるのが、入退院時の情報をどういうふうに引き継いで、また受け取るのかということになるかと思えます。そういったときに基本要介護高齢者であれば、ケアマネさんが情報を集約して、病院の地域連携室に情報提供するということになるかと思えます。そこで、ケアマネさんと歯科の先生の中での情報共有がどこまでできているのかということについては、実態を把握した上で、より共有が進むための取組は何なのかということについては議論をしたほうがいいのかということだと思います。これは退院時の退院時カンファレンスとかに、歯科の先生が出席されることは余りないかもしれませんが、ここもどういうような関わり方をして、入院中の情報を受け取って、退院後の療養に役立てるのかということも大事なことかなと思えました。以上です。

○須田座長 ありがとうございます。山崎構成員には引き続き、有識者としてのお立場、また歯科医療提供体制推進等事業に関わられたお立場から、いろいろ御提言いただければと思います。そのほか、前半の歯科医療提供体制に関することについて、構成員の皆様から御意見、御要望等がありますか。日本歯科衛生士会の茂木副会長、お願いします。

○茂木様(武井構成員代理) 日本歯科衛生士会の茂木です。発言の機会を頂きましてありがとうございます。自身の職場の話で恐縮ですが、かかりつけ歯科という点において感じていることがあります。私は事業所内の歯科診療所で、いわゆる産業歯科という面と、実際に歯科の診療、予防と臨床の両方に携わっている者です。

定期歯科健診を見ていると、私が入社した当時は、歯医者は痛くなったときに行く所という感覚の社員が多かったのですが、今ではかかりつけ歯科医を持っているので、社内の健診は受けないという人も少なくはありません。また、かかりつけ歯科医のない人でも、

親御さんの知識が豊富で、きちんと管理されているので、う蝕が少なく、逆に歯科医院を受診する機会を失ってしまっていて、しいては、歯科検診やプロフェッショナルケアを受けるタイミングがないというところで、歯周病は静かな病気と言われているように、それが仇となって気付かないうちに進行してしまっているというところがあります。

さらに、内定者歯科健診や若手社員の話をお聞きすると、大学のおきに上京してきたので、それまで定期的にかかりつけ歯科に通っていたのに通えなくなって、そのまま終わってしまう。今まで良い状態が続いていたのに維持できなくなっているというケースも少なくありません。ただ、結婚するお年頃になると、ホワイトニングなどの審美的なものに関心が高まったり、家族が増えれば、子どもの歯のことに大きな関心を持ち出し、かかりつけ歯科というものを見つけ出します。ですから、やはり大学生辺りから若手社員辺りの年齢層にかかりつけ歯科医を持つことや、歯科検診のタイミングを持つことが必要ではないかと感じております。以上です。ありがとうございました。

○須田座長 貴重な御提言をありがとうございました。人間というのは、つまずいたり、困ったことがないと動かないという面があります。健康な方に健康に注意しろと言っても、なかなか響かないところもあると思いますが、ごもつともな御発言と思います。そのほか、歯科医療提供体制に関することについて、御発言はありますか。一戸先生、お願いします。

○一戸構成員 東京歯科大学の一戸です。感じたことをお話しさせていただきます。今日、歯科医院の連携や大規模化、あるいは病院歯科の役割ということで、大変重要な御意見がたくさん出たかと思えます。もう1つ、我が国には現状では高々20施設くらいしかないので、有床歯科診療所というのがあって、有床歯科診療所は病院歯科ほど口腔外科に特化はしていませんが、逆に口腔外科に特化しない分、一般歯科診療をしながら入院施設を持って、例えば、要介護の患者さんを入院させることができる。また、多くのスタッフを抱えていますから、積極的に訪問診療にも行きやすいということで、こういう施設を活用することも1つなのかなと思っています。ただ、施設数が少ないので、これを経営的にも安定させながら増やすようなことが可能なかどうか、厚労省として、どんなふうの有床歯科施設を捉えているのか、素朴な感じとして知りたいなということが1点あります。

もう一点は、今日、ここで結論が出るわけではありませんが、かかりつけ歯科医の機能ということで、先ほど来の摂食・嚥下とか、多職種連携のことも踏まえた歯科医師をこれから養成しなければいけないことは非常に重要なことです。これについては、日本歯科専門医機構の中で、まだ仮称ですが、総合歯科専門医の役割を現在考えております。柳川先生とも議論して現在詰めているところですので、まだまだ皆様に御報告できるような状況にはなっておりませんが、これからこういう資質を持った歯科医師を養成することは非常に急務であると感じております。以上です。

○須田座長 ありがとうございました。先生の御発言をしっかりと記録にとどめて、検討していくことになると思います。ありがとうございました。そのほか歯科医療提供体制に

関することについて御発言はありますか。よろしいですか。

それでは、前半の歯科医療提供体制に関することについて、議論はここまでとさせていただきます。まだいろいろあると思いますが、先に進ませていただきます。

続きまして、後半部分になりますが、2. 歯科専門職に関することです。これは、スライド 6~8 になりますが、こちらに関して皆様から御発言を頂戴したいと思います。それでは、歯学教育で歯科医師の臨床研修、それから専門医制度に携わっておられるお立場から、市川先生、御発言いただけますか。

○市川構成員 市川です。専門職、専門医のお話をする前に、疾病予防、それから重症化を予防するという観点での口腔健康管理は非常に大事だと思います。その健康管理は、口腔機能管理と口腔衛生管理の2つが挙げられているのですが、歯列管理を含めて3本柱で考えていくことが大事ではないか、教育もそういう方向で考えていくべきではないかと思っています。さて専門医のお話ですが、先ほど社会的に求められている有病者、全身疾患を持っている人に対して適切な歯科治療ができる人材を育成するためには、大学での教育の場で該当する〇〇分野、〇〇教室というものが必要であると思います。さらにそのような教室を作っても、それ以降のキャリアパスが必要であり、その専門医制度を構築していくことが重要ではないかと思っています。そういうキャリアパスができ、またその他の専門医制度が充実できれば、歯学部あるいは各大学病院の歯科口腔外科という医療体制の下に病院歯科というものを整備できます。その病院歯科というものも都市中心になりますので、地方分散ということから考えれば、地域における専門医をもつ開業医の先生方の連携体制を構築し、歯科医師会のビジョンの中にもありました地域の1.5次医療機関という言葉がありました。そういうバーチャルな連携での医療提供体制が生きてくるのではないかというふうに思っています。

前の方のご発言と関係するかもしれませんが、患者データのデジタル化というのは非常に大事だと思います。例えば最近聞いた話だと、国保ではKDB、国保データベースということで75歳以上の人たちの基本チェックリストを集約してデータベース化して役立たせるということです。そのようなデータ化ということも歯科医療職の中で構築していくことが大事ではないかと思っています。合わせて歯科の専門職というものを、しっかりその領域を拡大というのか、きちんと意味付けしていくことが大事だと思います。例えば、先ほどの摂食・嚥下ですが、咀嚼障害という病名は歯科医師が付けられないのです。ですから、そういうところの基本的な問題から、一朝一夕には変えられないとは思いますが、継続的に議論していく必要があるのではないかと思っています。以上です。

○須田座長 市川先生、的を得た御発言をありがとうございました。それでは、歯科専門職に関することということになりますが、先ほどに引き続いて、一戸先生から御発言があれば承りたいと思います。お願いいたします。

○一戸構成員 これは前回もお話しましたが、これからの歯科医師に求められる資質、能力、これを踏まえて大学では教育をしなければいけないですし、それに基づく歯科医師数

を予測して養成していくということだと思いますので、今、市川先生もおっしゃっていたようなことだと思いますので、それ以上のことは今の段階ではありません。

○須田座長 ありがとうございます。それでは、歯科専門職に関することになりますが、西原先生、よろしくお願ひします。

○西原構成員 専門職ということになりますと、前回までの厚生労働省の会議で専門医に関するワーキンググループ等で意見を伺ってきたところですが、やはり様々なアカデミアの学会が胸襟を開いて、国民目線で適正な専門職、専門医とはいかなるものかということについて、を、説明責任を課せられたという思いでいます。今、機構で考えていらっしゃるのだと思いますが、機構での動きが見える化されていないかなという気がしていますので、方向性がどのようになっているのかを伺いたいと思っています。

私は基礎研究をしてきましたが、歯周病1つを捉えてみても、教育的にも臨床的にもゴールデンスタンダードとしている歯周ポケットの測定で、診療をする上では非常に重要なデータが得られるとは思いますが、健保健診であったり、法定健診であったり、節目健診であったり、様々な健診事業が医科で展開されている中で、歯科では、歯周病に限らず全般的に健診が立ち遅れています。何で進まないかという、客観的な指標となる数値をもってデータ提示できる検査が余りに少ない、あるいは余りに精度が劣るということが大きな要因だということを感じています。そのようなことを改めて考えると、民間企業の多くが歯周病に注目しているという現況を勘案すると、数値で歯周病を健診レベルで、スクリーニング検査として展開できるものがあれば、国民にとって健康増進という観点でも朗報になるのではないかと考えています。したがって、今後、専門性という問題とともに、歯周病に限らず口腔領域における歯科健診の現況を、一度、この検討会で調べることも興味深い試みではないかと思っています。以上です、

○須田座長 西原先生、ありがとうございました。私も歯科医療技術提案書というものを、歯科診療報酬点数改正の度に見せていただいたことがあるのですが、西原先生がおっしゃるように、その検査がどのように臨床的なアウトカムにつながるのかということがなかなか出てこないのが、引き続き西原先生の御活躍に期待したいと思います。ありがとうございました。

それでは、続きまして則武構成員から御発言をお願いいたします。

○則武構成員 私からは2点、お話しさせていただきます。1点目は前半の医療提供体制の所に関わることもかもしれないのですが、やはり病院歯科はニーズがあるということで、先ほど柳川先生から御説明いただいた資料でも、ビジョンとして全病院の30%に歯科を作る目標について教えていただき感銘を受けました。大学でもこれから歯科医師になる若い研修歯科医や学生たちに、多職種連携の重要性についてもよく伝えるようにしています。ただ、そういう話を聞いて例えば彼らが将来病院歯科をやりたいと思っても、病院の先生が歯科を開設しようと思わなければ、歯科が作られないのかなと思われ、病院歯科へのキャリアパスは見えにくい印象を持っています。語弊があるかもしれませんが、いわゆる病

院歯科は口腔外科が主体で、口腔外科の医局から出向するなどが多いと思うのですが、先ほど来、先生方がお話しているとおり、もちろん口腔外科の部分も非常に重要ですが、それ以外の有病者歯科とか、一般歯科が得意な歯科医師が病院にいることも大事だと思いますと、口腔外科経由でないキャリアパスもあると良いと思いました。病院歯科に興味を持ってもうまく募集がないと、歯科医院に勤めて、益々病院歯科医から距離ができてしまい、やっぱり私も開業しようかというような感じになっていってしまうのかもしれない。ですので、例えば歯科医師臨床研修では大学で研修される方は約7割だと思いますが、その時点でできることもより具体的に考えていく必要があると思いました。

2点目ですが、やはり働き方のところで、歯科医師一人ですと、休んだり、病気になったりしたときに代わりがないとか、今後は育休法で、女性だけではなく男性も取るようにというようなニュースを拝見しましたが、歯科業界全体の働き方が良いイメージを持ってもらえるような体制作りができると、より若い人たちが歯科のほうに進みたい方も増えるのかなと思いました。以上です。

○須田座長 御発言ありがとうございます。歯科専門職に関することの中には、働き方も含まれています。また病院歯科のあり方について、考えさせられる御発言を頂きまして、大変ありがとうございます。

それでは、再びとなりますが、この会場におられます大島先生、歯科専門職に関するについて、御発言を頂けますか。

○大島構成員 ありがとうございます。私のほうからは歯科医師と歯科技工士のタスクシフト、タスクシェアに関連すると思うのですが、その件に関してコメントさせていただきます。

昨年度の3月に取りまとめられました厚生労働省の歯科技工士の養成・確保に関する検討会で、既に議論はされている内容なのですが、今後、在宅歯科医療において歯科技工士が歯科医師に帯同して治療を行うことや、また、例えば直接口腔内に触れること、具体的には義歯の試適などになるかと思いますが、歯科技工士の業務範囲なども含めてチェアサイドの業務を検討していくという議論があったところです。今後、具体的な議論は先ほど事務局からお話がありましたように、別の検討会で議論がなされるということではあります。当然、歯科医療提供体制のあり方や歯科専門職の需給にも関わってくるかと思うので、2つの検討会において調和を保った議論が必要ではないかと思っております。以上です。

○須田座長 もっともな御意見だと思います。ありがとうございます。

それでは、歯科専門職種の代表としてのお立場から、まず歯科技工士関係について杉岡構成員から御発言いただけますか。

○杉岡構成員 ありがとうございます。日本歯科技工士会の杉岡と申します。今、大島先生からおっしゃっていただいて、大変心強く思っています。

前回もお話しましたが、歯科技工士は免許登録者が約12万人いて、業務に従事してい

る者が約 3 万 4,000 人ということで、微減傾向です。平成 28 年の免許登録者に占める就業者の割合ですが、歯科技工士の就業率は 29.3%。ちなみに歯科医師の就業率は 98.7%、歯科衛生士の就業率が 45.8%ということで、歯科技工士の就業率は取りわけ低い状況にあります。

そういう歯科技工士の離職の理由ですが、これは以前に須田座長に大変御尽力いただきました厚生労働科学研究「歯科衛生士及び歯科技工士の免許取得者の就業状況等に関する研究」でも、離職した理由が、1 つは給与、待遇面ということで最も多く、次いで、仕事内容への不安、さらには健康面ということでした。また、歯科技工士として就業していない者に再び働く意欲を聞いたところ、「そのつもりはない」ということが多数を占めていたという研究結果も示されています。我々歯科技工士としては、やはり若い世代の人たちが歯科技工士になるのは、歯科医療に関わりたいという強い思いを持って臨んでいたと思いますが、実態としては御存じのとおり、歯科技工士は補綴物等の作成、修理、加工ということで、いわゆる二次的な役割を果たすということがこれまでのメインだったわけです。しかし、今、申し上げた若い世代の人たちの思いを汲んで、また患者さんの QOL を高めるという意味でも、先ほども議論がありました地域包括ケアシステムを推進する中での在宅歯科医療に関わり、チェアサイドの業務にも歯科技工士が関わって、やりがいを見出せるような環境にさせていただくことによって、歯科医療供給体制の中でも我々が役割を果たせることなのかなと思っています。以上です。ありがとうございます。

○須田座長 杉岡構成員、大変ありがとうございました。今年の歯科技工士国家試験は、受験者が僅か 859 名、合格者が何と 823 名しかおりません。700 人台になるのは時間の問題という危機的な状況にあると思っています。これで一体、日本の歯科医療は維持できるのかと大変心配される状態ですので、歯科技工士の業務のあり方等に関する議論は、また別の組織で行っていただけるということですが、我々はこれをしっかりと認識しておく必要があるかと思えます。大変ありがとうございました。

それでは、日本歯科衛生士会の茂木副会長から、歯科衛生士関係について御発言いただけますか。

○茂木様(武井構成員代理) 歯科衛生士は、90%以上が診療所などに勤務しているわけで、そこから少し発展的に仕事、業務を広げていくためには、やはり雇い主である歯科医師、院長先生の御理解が必要なのではないかなというふうに考えています。歯科衛生士が仕事をきちんと行うことでやりがいを感じ、早期離職予防にもつながりますし、院長先生の対応含めて、働く環境を整えていく必要があるというふうに感じています。

また、在宅やいろいろな部分で、周術期もそうですが、歯科衛生士が求められています。その専門性のところに特化して勉強するだけではなく、歯科衛生士業務のベースは歯周治療、歯周病の予防の部分だと思っています。ですから、その部分をしっかり確保した上でキャリアを積み上げる。ベースがあってキャリアを積み上げることによって、他職種と連携するときにおいても、それが強みとなって、また働く意欲にもなるのではないか

なというふうに考えています。以上です。

○須田座長 大変ありがとうございました。私の関係している歯科衛生士教育機関ですが、今は歯科衛生士が人気職種になっていまして、ほかの職種が軒並み応募者を減らしている中で、歯科衛生士一人勝ちというところがあります。歯科衛生士はインフェクションコントロールのプロですので、人気があるのかもしれませんが。また、復職支援の取組もかなり実を結んでいます。結婚、出産、育児、介護を終えた歯科衛生士さんが復職する傾向も見られています。ますます歯科衛生士さんの活躍する領域、ウイングが広がっていくのではと思っています。ありがとうございました。

そのほか、この歯科医療職種について、御意見はありませんか。よろしいですか。栗田先生、お願いいたします。

○栗田構成員 すみません。ちょっとこれに関しては、いわゆる医師は開業するまでに病院で大体 10 数年研修してから開業される。歯科との違いは、数年で研修が終わって若いうちに開業されるというパターンです。そこでやはり若い先生方が、いろいろな経験を積まないということ、あと医療との関わりもなく開業されているというところが、恐らく医療供給体制にも関連してくる、それを担うための歯科医師の養成というところに関連していると思います。先ほどもちょっとお話もあつたのですが、例えば病院歯科や医学の中の病院などで、10 年ぐらいは研修できるという体制を整えると、恐らく地域医療を担っていく 医療の他職種とも連携できる歯科医師が養成できるのかなというふうに考えますので、その辺の卒後になるかもしれないのですが、卒後の研修体制というのは重要なことというふうに思います。以上です。

○須田座長 大変ありがとうございました。ほかに、ここまでの議論を全体的にお聞きいただいて、御発言はありませんか。柳川先生、お願いいたします。

○柳川構成員 座長、ありがとうございました。機能分化という話があって、歯科の領域では一般的に口腔外科や矯正というところでは、機能分化が図られていると思いますが、やはり他は開業医が守備範囲を広く持っているのが通常です。ただ、今、そこに地域包括ケアや病診連携という問題が出て、さらに歯科医師に求められる守備範囲が広がって、なおかつ、レベルアップをしないといけないという状況になっています。そういう問題意識で、皆さんから歯科医療機関の大規模化という話がありました。ただ、私の立場からすると、もちろん求められているのは規模の大きさよりも、多機能化ということだと思いますが、現状の歯科医療機関でどんどん大規模なものが増えていくかということ、やはり幾つかハードルがあるというふうに思いますので、その辺のこういった環境を整えれば、そういったところに進めるのかということ、しっかりと十分な議論が必要だと思います。ちなみに、現在、歯科医療機関 6 万 9,000 のうち、個人立のところは減っているのです。その分、法人が増えて、プラスマイナスで数は横ばいという状況ですので、勤務医の数も、座長がおっしゃったように段々増えています。まだ一人歯科医療機関のほうが多いと思いますが、歯科医師が複数いる医療機関が今後増えていくだろうということは想定しています。

以上です。

○須田座長 大変ありがとうございました。ほかに本日の論議内容について、追加発言等
はありますか。福田先生、お願いいたします。

○福田構成員 前年度の歯科医療提供体制推進等事業における議論の概要にはありますが、
平時ではなくて有事の歯科医療提供体制ということに関して、ちょっとお話してもよろし
いですか。

○須田座長 お願いします。

○福田構成員 ありがとうございます。厚労科研で、新型コロナウイルス感染症への対応
を踏まえた地域における歯科医療提供体制の強化のための研究を実施しました。今日、配
られた資料の 13 ページになるかと思いますが、過去に災害時の歯科医療提供体制のこ
とが議論されていたようです。私どもの研究では、コロナ対策という新興感染症への対応が
議論になってくるのですが、その際、歯科診療所における業務継続計画、いわゆる BCP を
立てている歯科診療所が非常に少なかったという結果を得ています。まだ報告書は出てい
ませんので、詳細は控えさせていただきますが、非常に低かった。

それから、BCP という言葉そのものや、その内容を知っているかという質問に関しても、
非常に低い数字でした。多分に BCP というものが余りなじみのない計画になっているのか
など。そうしますと災害時においても、基本的には BCP が立てられていないのかなという
気がしています。今までの議論とは少し変わるのですが、有事の歯科医療提供体制、とく
に BCP の重要性を情報提供をかねてお話させていただきました。○須田座長 ありがとう
ございました。今、御発言いただいた内容を、最終的な取りまとめに是非、取り入れてい
く必要があるかと思えます。

そのほか御追加の発言はありますか。よろしいですか。この検討会における今後の議論
の進め方については先ほど申し上げましたとおりです。スライド 16 を御覧いただきたい
と思いますが、このような形で進めていきますが、よろしいでしょうか。具体的なタイム
スケジュールがスライド 18 に掲げられています。このような形で是非、積極的に構成員
の方々から御発言を頂き、いろいろな意見を頂戴して、それらを最終的には施策、法令に
反映させていただければと思っています。ほかはよろしいでしょうか。

ありがとうございました。それでは、次回以降の検討会の進め方については事務局と西
原座長代理とともに相談していきたいと思えます。事務局から何か連絡事項はありますか。
お願いいたします。

○事務局 本日は御議論いただきまして、ありがとうございます。次回の会議の日程につ
いては、事務局から追って御連絡させていただきますので、どうぞよろしくをお願いいたし
ます。事務局からは以上です。

○須田座長 それでは皆様、まだ 6 月に入ったばかりですが、大変お忙しい最中と思いま
す。この検討会に対面あるいはオンラインで御参加いただきまして大変ありがとうございました。

それでは、以上で本検討会を閉会させていただきます。皆様、貴重なお時間を頂戴し、大変ありがとうございました。