

第3回歯科医療提供体制等に関する検討会

日時 令和3年7月29日(木)
15:00～
場所 AP新橋 5階Jルーム
開催形式 Web会議

○歯科保健課課長補佐(奥田) 皆様こんにちは。定刻となりましたので、ただいまより、第3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、お忙しい中、御出席いただきましてありがとうございます。本日はすべての構成員に御出席いただいております。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には、手を挙げるボタンをクリックしていただきますか、画面に向かって手を挙げていただいて、座長の指名を受けてから、マイクのミュートボタン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、構成員の交代がございまして、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。吉田直美構成員です。吉田先生、一言御挨拶をお願いいたします。○吉田構成員 はい、ただいま御紹介いただきました公益社団法人日本歯科衛生士会の吉田です。どうぞよろしくをお願いいたします。

○歯科保健課課長補佐(奥田) ありがとうございます。事務局からですが、今回初めての出席となります審議官の間です。事務局に異動がございましたので御紹介いたします。歯科保健課長の小椋です。歯科保健課口腔保健推進室長の小嶺です。歯科保健課課長補佐の山本です。同じく歯科保健課課長補佐の依田です。同じく歯科保健課課長補佐の高田です。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伊藤課長に御出席いただいております。今回の検討会については、公開となっておりますが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の状況に鑑みまして傍聴を入れておりませんので、議事録は速やかに公表できるよう努めてまいります。本日の配布資料ですけれども、本検討会ではペーパーレスにて審議を行います。本日の資料は、議事次第、名簿、資料は1と2、それから参考資料1~4を御用意しております。それでは以降の進行について、須田座長、よろしくお願いいたします。

○須田座長 須田です。着席のまま失礼いたします。構成員の皆様、こんにちは。新型コロナウイルスの変異型が猛威を奮っているようですけれども、構成員の皆様には夏の大変お忙しいところ、オンライン会議に御出席くださりまして大変ありがとうございます。前回のこの会議は6月2日に開催させていただきましたが、実はその10日後に当時の構成員でありました武井典子構成員が御逝去になりました。前々から個人的に御体調が悪い旨を伺っていたのですが、やや突然でしたので、私も大変驚きました。武井典子前構成員には、本検討会を含めまして、日本歯科衛生士会会長として、職責を全うしていただいたこと、心より敬意を表し、謹んで御冥福をお祈り申し上げます。新たに日衛会長に就任されました吉田直美先生には新構成員として、引き続き御意見、御高見を賜りたいと思いますので、どうぞよろしくをお願いいたします。それでは早速ですけれども、議事に移らせていただきます。配布資料1と2について、事務局から御説明をお願いいたします。

○歯科保健課課長補佐(高田) 事務局です。それでは資料1、資料2を通して説明をさせ

ていただきます。まず資料 1 として、歯科医療提供体制等に関して、当面の議論の進め方となっております。2 コマ目に進んでいただきまして、今後、日本の総人口が減少に転じていく中、高齢者の占める割合が増加し、現役世代の占める割合が減少してまいります。そのような中、3 コマ目ですが、歯科治療の需要については、歯の形態の回復を主体としたこれまでの治療中心型の歯科治療だけではなく、全身的な状況なども踏まえ、関係者と連携しつつ患者個々の状態に応じた口腔機能の維持・回復を目指す治療・管理・連携型の歯科治療の必要性が増すと予想されております。

4 コマ目として、今後の歯科保険医療提供体制の目指すべき姿といたしまして、第 2 回検討会でお示しした資料となっております。紫色の四角で 4 つのポイントをお示ししていますが、左上 1 つ目として、歯科医療機関の役割分担・機能分化、かかりつけ歯科医の機能・役割、2 つ目として右上にあります、歯科疾患の予防・重症化予防、ライフステージに応じた口腔機能管理、3 つ目として左下にあります、医科歯科連携の推進、4 つ目として右下にあります地域包括ケアシステムにおける連携、訪問歯科診療の推進となっております。

具体的には 5 コマ目ですが、まず(2)歯科医療機関間の役割分担・機能分化については、1 つ目の○として外来医療におけるかかりつけ歯科医の機能分化を明確化、病院歯科が果たすべき機能。2 つ目の○として、地域偏在も踏まえて検討すること。次の○として、病院歯科の必要数や、必要な機能などについて検討すること。これらのことを踏まえまして矢印の下の四角ですが、歯科医療機関間の機能の明確化を含め、具体的な検討が必要ではないかということが示されております。6 コマ目ですが、(3)歯科専門職の需給についてということで、2 つ目の○で、従来から歯科医師数は過剰とされている一方、歯科保健医療に対するニーズが増加していること、地域偏在も指摘され始めていることから、改めて歯科医師の需給に関する議論を行うこととしてはどうか。3 つ目の○として、歯科衛生士の必要数については、これまで具体的な議論が行われていないことから、歯科衛生士の需給についても検討してみることが必要ではないか。4 つ目の○として、歯科技工士については、近年養成施設及び入学者の減少、離職者の増加などによって、就業歯科技工士の高齢化が進んでいるなど、人材確保が課題となっております。これらのことを踏まえまして、矢印の下の四角にあります、これからの歯科保健医療提供体制の在り方を踏まえた、歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士などの需給に関する検討が必要ではないかということです。

7 コマ目、進め方のまとめとして、まず上の段ですが、歯科医療提供体制についてとして、①から④の 4 つのポイントを意識した議論を、下の段として歯科専門職の需給について、⑤⑥のポイントを意識した議論をお願いしたいと考えているところです。8 コマ目としてスケジュールをお示ししています。今年度、歯科医療提供体制等に関する議論を行いまして、来年度、今年度の議論を踏まえて歯科医師、歯科衛生士の需給に関する議論を行ってまいります。資料 1 については以上です。

続いて資料2の御説明をさせていただきます。歯科医療機関の機能分化、連携、かかりつけ歯科医の機能ということで、2コマ目について、資料1でもお示しした資料になりますが、本日は赤い枠の②歯科医療機関の機能分化と連携、かかりつけ歯科医の機能を中心に御議論いただければと考えております。

3コマ目からですが、歯科医療機関の状況についてお示ししています。4コマ目、医療施設数の年次推移については、歯科診療所数は平成29年現在で6万8,609件ということで、近年横ばいの状況です。5コマ目、歯科診療所数を人口10万対で見たときに、全国平均は約54施設で、近年は横ばいです。6コマ目、無歯科医地区についてです。全国で無歯科医地区数は777地区となっております。無歯科医地区のない都道府県というのは、埼玉、千葉、東京、神奈川、大阪の5都府県となっております。7コマ目、歯科診療所の従事者の推移をお示ししています。歯科診療所は、常勤換算の従事者数が5人以下の小規模事業所であり、一診療所当たりの歯科医師数は1.4人となっております。こちらも横ばいで、規模が大きくなっているということではないという状況です。

8コマ目、歯科系の診療科を標榜する病院の総数は全国で1,800施設あり、病院全体の約2割となっております。9コマ目、病床規模別の歯科系標榜科についてです。歯科系の標榜科には、歯科、口腔外科、矯正歯科、小児歯科の4つの標榜科があり、そのうち歯科を標榜している病院は150から199床で最も多くなっており、歯科口腔外科を標榜している病院は300から399床で最も多くなっているというような特徴となっております。10コマ目です。平成30年6月の1か月間において、歯科医療機関を受診された患者さんの割合は、全国平均で約14.5%となっております。

11コマ目から、病院と歯科診療所の連携についてです。12コマ目、病院と歯科診療所の連携に関する取組として、左上に、周術期等口腔機能管理などに関する連携についてお示ししております。左下に、有病者歯科や障害者歯科、地域の歯科医師が対応困難な症例の受入れなどで活躍される地域の歯科診療所の後方支援についてお示ししております。右側に、入退院に際し、口腔の状態などを確認することによって、地域医療等の継続管理を促していくという取組の3つを事例としてお示ししております。

続いて13コマ目について、歯科系科目を標榜しない病院における歯科衛生士の勤務の状況です。歯科系科目を標榜しない病院数が最も多いのは、東京都の483件で、歯科系科目を標榜していない病院のうち歯科衛生士が勤務している病院の割合が最も高いのは、沖縄県の20%となっております。14コマ目です。2つ目の○で、歯科系診療科を標榜する病院で、歯科訪問診療を実施する割合が最も高いのは鹿児島県で38.5%、少ない県では0%と開きがあります。続いて15コマ目の2つ目の○を御覧ください。歯科系診療科を標榜する病院で、ポータブル歯科ユニットを保有する割合が最も高いのは、大分県で50%、少ない県では12.5%となっております。

16、17コマ目は割愛し、18コマ目です。周術期等口腔機能管理の算定状況の推移です。令和2年については、新型コロナウイルス感染拡大で手術件数そのものが減ったことなど

によって微減しております。1 つ目の○にお示しをしており、周術期等口腔機能管理の算定回数というのは、全般的に増加傾向です。19 コマ目、人口 10 万単位の周術期等口腔機能管理計画策定料の算定回数ですが、最も多い県で 740 回ほど、少ない県では 110 回ほどとなっており、地域差が非常に大きくなっている状況です。

20 コマ目からは、かかりつけ歯科医の機能についてです。21 コマ目、1 つ目の○ですが、歯を抜くこととなった原因についてお示ししているものです。歯を抜くこととなった原因で最も多いのは、歯周病 37.1%となっており、次いでう蝕、破折という順になっておりました。22 コマ目、3 歳児の 1 人平均う歯数は 0.44 本、12 歳児平均う歯数は 0.74 本となっており、いずれも年々減少をしているという状況です。23 コマ目、年齢階級別のう蝕有病率です。赤い四角い枠で囲んである部分についてですが、高齢者における残存歯数の増加に伴って、う蝕有病率も増加しているという状況です。24 コマ目、歯肉に所見のある者は、いわゆるプロービング時の出血、歯石、4mm 以上のポケットということになりますが、この割合は 64 歳以下においては減少傾向にある一方で、高齢者において残存歯数が増加しているということもあり、高齢者においては増加傾向にある状況です。25 コマ目、障害者入所施設における取組についてです。左側にお示ししているグラフでは、定期的に、年に 1 回以上、歯科検診が行われている施設は 62.9%となっており、また右側のグラフです。一方、歯科検診の後、歯科保健指導が年に 1 回以上行われている施設は 45.5%となっており、

26 コマ目ですが、歯科保健医療ビジョンにおいて、かかりつけ歯科医の 3 つの機能が示されており、I として、住民・患者ニーズへのきめ細やかな対応、II として切れ目のない提供体制の確保、III として他職種との連携、この 3 つが挙げられています。また 27 枚目、28 枚目については割愛させていただき、29 コマ目です。日本歯科医師会調査の結果として、かかりつけ歯科医の状況を御紹介させていただきます。2 つ目の○、かかりつけ歯科医の有無について、若年層では約半数は「あり」と回答しており、年代が上がるほどかかりつけ歯科医を持っている方の割合が高くなっている状況です。30 コマ目の 2 つ目の○を御覧ください。かかりつけ歯科医がいる方の割合は、歯科治療経験者では 68%である一方で、予防実践者では約 86%となっています。31 コマ目、国民健康栄養調査の結果ですが、こちらは「あなたはこの 1 年間に歯科検診を受けましたか」という質問に「はい」と答えた人の割合をお示ししています。1 つ目の○について、歯科検診の受診率は全ての年齢階級において経年的に高くなっている状況です。

32 コマ目、論点についてです。まず、現状及び課題といたしまして、1 つ目の○ですが、歯科系の診療科を標榜する病院は、数として病院全体の約 2 割となっており、2 つ目の○ですが、歯科医療機関の受診状況については、1 月当たり 14.5%ということで、比較的都道府県の差は小さいというような状況です。また、かかりつけ歯科医と括弧で書いている 1 つ目の○ですが、歯科医療についてのニーズが多様化していく中、1 人の歯科医師があらゆる歯科保健医療を提供するのは困難であり、複数の歯科医師が勤務する歯科医療

機関の推進、複数の歯科医療機関間での連携、グループ化を図ることが期待されているという意見もあります。3 つ目の○で、かかりつけ歯科医を持ち、定期的な歯科受診を通じて口腔の管理を行っている国民が増加してきているというような現状があります。

論点として矢印の下ですが、1 つ目の○、働き盛り世代を中心に人口が減少していく中で、地域における歯科保健医療の充実を図るため、単に歯科保健医療サービスを提供する施設数の多寡を議論するのではなく病診連携、診診連携、医科歯科連携等の推進を図ることが重要である。地域における病診連携、診診連携、医科歯科連携を図るために、各関係者はどのような役割を果たすべきかということ。2 つ目として、複数の歯科医師が勤務する歯科医療機関の設置、複数の歯科医療機関間での連携、グループ化などを行うために、どのような取組が考えられるか。3 つ目として歯科医療ニーズが多様化する中、生涯を通じて安心した歯科医療を受診できるよう、かかりつけ歯科医にはどのような対応が期待されるか。4 つ目、かかりつけ歯科医等における定期受診を推進するために、各関係者にはどのようなことが期待されるか、これら 4 つの論点をお示ししております。以下 33 コマ以降は参考資料として付けております。また、念のために申し上げますけれども、参考資料 1 として、第 2 回の検討会での先生方の主な御発言をまとめておりますので、参考までに御覧いただきながら議論いただけたらと思います。どうぞよろしくお願ひします。

○須田座長 高田補佐、配布資料に関する丁寧な御説明をしていただきまして、大変ありがとうございます。これから構成員の皆様から御発言いただくわけですが、本日、第 3 回の検討会となります。これまでのブリーフィングをさせていただきますが、第 1 回目の開催が 2 月 19 日で、そのときは構成員の皆様から、歯科医療提供体制等について日頃いろいろお感じになっていることを、思いの丈をフリートキングの形で述べていただきました。

第 2 回の開催は 6 月 2 日でしたが、第 1 回検討会における御発言を、事務局で 2 つにグルーピングしていただきました。1 つが、歯科医療提供体制に関するもので、もう 1 つが、歯科専門職に関するものです。それぞれについて、全員の構成員の皆様から補完発言をしていただきました。そのまとめが、今、高田補佐からお話がありましたとおり、本日の参考資料 1 に、検討会における主な御意見としてまとめられております。黒字で書かれているのが第 1 回検討会での御発言です。赤字が補完していただいた第 2 回検討会での御発言です。本日、第 3 回の検討会では、これらの御意見、御発言を更に深めてまいりたいと思いますが、議論が多岐に及んでおり散漫になるといけませんので、高田補佐から御説明いただきました資料 2 のスライド 32 をお出しいただきたいと思ひます。

こちらのスライドには「論点」というタイトルが付いております。下段に矢印があり、論点を枠で囲ってあります。これらについて本日、構成員の皆様から御発言を頂戴したいと思ひます。構成員の皆様から頂戴した御意見、御提案が、厚生労働省において、いずれ施策、法令、あるいは予算に落とし込まれると思ひます。本日は歯科保健課で予算を担当している依田課長補佐と山本課長補佐にもおいでいただいておりますので、お二方にはしつかりお聞き置きいただきたいと思ひます。本検討会では毎々ですが、全員の皆様から御

発言いただきたくことをお願いしております。まず最初のテーマですが、スライド 32 下欄の上の 2 つの○です。一番上の○は、働き盛り世代を中心に人口が減少していく中、歯科医療提供体制を考える上では、時間軸を考えなければいけないということになります。また、「地域における歯科保険医療の充実」とありますので、空間軸も考えなければいけないということになります。1 つ目の○と 2 つ目の○とを合わせると、キーワードが連携、あるいはグループ化になっております。本日、まず初めに構成員の皆様から御意見、御提案を頂戴したいのは、連携あるいはグループ化についてです病診連携、診診連携、医科歯科連携等について、皆様から御発言を頂戴できればと思います。

まず、座長から各構成員を指名させていただきます。一通り終わりましたから、総合討論に入りたいと思います。それでは連携、グループ化をキーワードとした観点で、病院歯科のお立場から、まず栗田構成員から御発言を頂けますか。お考えになっておられることを御発言いただければと思います。よろしく申し上げます。

○栗田構成員 考えがまだしっかりとはまとまってないところがあるのですが、お願いしたいというか、発言内容は 2 つあります。まず 1 点、地域差ということで、前回でもお話したのですが、いわゆる歯科大学がある地域と、歯科大学がない地域の差を検討しなければいけないのではないかと思います。

医療に関しては、全国 1 大学病院という政策がありまして、各地区にあるのですが、いわゆる 3 次機関、医療の教育・研修等、重要な役割を果たす大学病院というのが、県によってはない所がありますので、そこで医療体制をと言いますと、やはり、地域差が出てしまいますし、内容に関しても少し差が出てしまうのではないかと思います。全国に歯学部を作るのは難しいと思いますから、各地にある医学部の、私がそこに所属しているのですが、医学部の附属病院の中に歯科の、単科ではなく専門職、矯正が集まったり、小児歯科が集まったり、口腔外科医が集まったりというような、総合的にもう少し大きな診療供給体制、研修体制を構築する必要があるのではないかと思います。それが 1 点です。

2 点目は、これも前から話したとおり、病院歯科の機能は大きく分けて 2 つあります。いわゆる口腔外科医療を提供する病院としての機能と、地域の先生方の診療のバックアップをするという機能ですので、いわゆる病院歯科も何らかの標榜名とか内容が分かるように、口腔外科を主にやっている病院なのか、地域を支援してくれる病院歯科なのかということを知りやすくしていただきたい。そうしていくことによって、国民にも分かりやすい歯科医療の体制が作れるのではないかと思います。あとは病院歯科で、歯科の規模が小さくなりますと、一人歯科医長とかになるのですが、そうしますと点数が上がらなくて、病院にとってお荷物になるのです。なので、少なくとも 3、4 人いると。通常、定員が少ないので、1、2 年勤めて辞めて開業してしまうという状況になっているのです。病院に残って長く研修してくれるという方が少なくなっていくので、ある程度の人数が 10 年ぐらいいを目途に残って、病院で研修をして、そこから地域へ開業なり、出ていけるようなシステムを作っていく。医科と似たようなシステムを作っていくことが重要ではないかと考

えております。以上です。

○須田座長 栗田構成員、大変ありがとうございました。確かに歯科医療提供体制を考えると、地域差、歯科大学の有無等を含めて考える必要が当然あるかと思えます。また、病院歯科と言いますと、栗田先生、私のイメージでは、都市の歯科大学で勉強した人たちが地元に戻って開業するまでにそこで働く姿が思い浮かぶのですが、実際、どうなのでしょう。

○栗田構成員 現在は、出身地に戻られて、出身地で開業する前に、長野県ですと、我々の大学に数年勤務して研修して開業するという方が多いです。それが数年なので、もう少し、10年ぐらいは残って、いろいろな経験を積んでから開業しても遅くはないと思うのですが、病院自体に定員がないものですから、辞めざるを得ないという状況です。

○須田座長 なるほど。確かにそうだと思います。ありがとうございます。それでは、同じく病院歯科のお立場から、公立能登の長谷先生、お願いします。

○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です。私は病院歯科臨床現場の人間として、この15年近く能登の超少子超高齢で過疎が進む現状を目の当たりにしております。そこで、医科から病院歯科に依頼される紹介状の内容が大きく変わってきていることを実感しています。当然、地域によって偏在があることを前提にお話しします。医科歯科連携について当地域では、従来、口腔疾患の治療を主体とした医科からの紹介内容が多くみられました。しかし、最近では、高齢者のフレイル・サルコペニアの問題や低栄養の問題から、歯や義歯の治療だけでなく、その先にある経口摂取を評価すべく食塊形成を評価・訓練指導して欲しいという内容や、認知症の方のミールラウンドへの参画・食支援の依頼が増えてきております。これは、ある意味、医科から歯科に対する新たな期待として捉えることもできます。

一方、歯科訪問診療する歯科医師が地域にいればいいのですが、当地域はそういった歯科医師が少ないため、在宅のエンド・オブ・ライフにおける口腔の器質的・機能的支援を病院歯科に依頼するケースや、脳卒中・神経変性疾患等の口腔リハに対する需要が増えております。歯や義歯治療に完結しない紹介が歯科に求められてきていることを実感しております。

また、病院歯科は、高齢者の多剤服薬により発症する口腔内の副作用への歯科対応について地域の医師会や歯科医師会と一緒に連携システムを作るべきでしようが、まだまだ十分な連携が確立していないと感じます。結局、医科は紹介したいけれども、どこの歯科医院に頼めばいいのか、どこの病院歯科に言えばいいのか、その窓口を明確に設置して欲しいと地域の歯科医師会に投げ掛けるのですが、歯科医師会も困っているようなところなんです。この辺がすっきりできればと今実感しているところです。以上です。

○須田座長 長谷先生、ありがとうございました。地域の実情を生々しくお知らせいただきました。かなり歯科のレパトリーが広がって、なかなか大学教育も追いついていないのではないかという気がしますが、長谷先生、どうですか。

○長谷構成員 確かにこういったところは何をベースに勉強していけばいいのか、実際に歯学部の教育で全てこれを網羅するのは難しいことです。全身管理や病態・薬剤については、前会議で栗田先生がご発言されたと思いますが、卒後研修でもう少し時間をかけてやらなければいけないと感じます。ただ、私も臨床現場において有病者で多剤服用の高齢患者を多く診ているからこそ、今話しているような視点を持っていて、全歯科医師がその方向を向く必要はないのかもしれませんが、したがって、地域とは言え全国様々な事情があると思いますので、必要とされる歯科の診療内容を吟味し、それに対応できる診診連携、あるいは病診連携が取れるのか見ていかないといけないと思います。まとまりのない意見ですが、以上です。

○須田座長 貴重な現場の情報をお知らせいただきまして、大変ありがとうございます。引き続きまして、歯科大学附属病院で臨床教育に携わっておられるお立場から、まず、徳島の市川先生から御発言いただきたいと思います。よろしくお願ひします。

○市川構成員 これまでの歯科医療も学部教育もそうですが、歯科医院完結の前提で行われており、国民もそういう認識であったと思います。しかし、今日も話題になっていますように、昨今の歯科医療の高度化や要介護高齢者、基礎疾患を持った患者が増加して、機能分化が必要になっていると思います。そういった意味で、かかりつけ歯科医の1次医療と、大学附属病院を3次医療とした場合に、各地域の診療所と連携を持った病院歯科における2次医療というのは非常に重要なことだと思います。これを機能させるためには、やはり歯科専門医制度を充実させることが非常に重要ではないかと思ひます。また専門医制度は学部教育から生涯研修への橋渡しをする意味も持っております。

病院歯科を考える上で、1人の歯科医師がいろいろなことはできませんので、経営の観点から複数の歯科医師が常駐できない場合には、リモート、遠隔診断も入れて、専門医がサイバー上でグループ医療を構築するような手立ても重要だと思います。そういったものにインセンティブを与えたり、病院歯科が経営的にやっつけられるような診療報酬体制も必要なのかなと思っております。また、教育・研修の中では、そういう病診連携とか、診診連携の教育も十分に進められていなかったのが現実ですので、そういったことにも力を入れていくことが重要ではないかと思ひます。医科歯科連携については、歯科医側が実績やエビデンスを示していくことが大事ではないかと思っております。ざっと今思ふのはその辺のところですよ。

○須田座長 幾つか大事な意見を述べていただきました。大変ありがとうございます。専門医制度の充実とは切っても切れない関係にあるということだと思います。遠隔診断については、前回の歯科医療技術提案書で提案があったようにも記憶しているのですが、また今回も提出されているのかもしれませんが、御発言いただきまして、大変ありがとうございます。同じお立場から、東京歯科大学の一戸先生、御発言を頂けませんか。

○一戸構成員 ただいまの市川先生のお話とかぶる部分もあるかと思ひますが、大学教育は超高齢社会の中で役割を果たせる歯科医師ということで、教育をそういう方向に重点を

置かなければいけないということは、各大学は当然承知をしている一方で、そうは言っても、基本的な診療技能をいかに習得させるかというところにも時間を割かなければいけないので、この大学教育の6年間の中でそこをどうやってうまく塩梅するのか、各大学は大変苦勞しているところだろうと思います。なので、どうしても6年間だけで納めるわけにはいかないの、そのことは結局、歯科医師臨床研修、研修歯科医の僅か1年間ですが、現場でより活躍できる歯科医師になってほしいということで、到達目標を見直して、この4月から新制度が始まったところです。

先ほど市川先生からもお話がありましたように、歯科専門医機構の中で、現在いろいろな専門医の議論がなされています。前回もお話しましたが、仮称の総合歯科専門医と呼ばれる、超高齢社会の中で、地域包括ケアシステムにおいて中心的な役割を果たせる歯科医師ということで、この議論はまだ日本歯科医師会の柳川先生ほか、皆さんと詳細を詰めていかなければいけないところですが、こういう人たちが生涯研修の中で育ってくれればいかなと思っっています。なので、卒前から臨床研修、卒後の生涯研修に向けて、かなり大きなスパンで考えなければいけないということだろうと思います。

もう一点、先ほど栗田先生からもお話がありました、あるいはこの資料にも書いてありますが、大きな病院は歯科口腔外科、比較的小さな病院は一般歯科を名乗るといふか、そういう機能を果たしています。大きな病院ですと、口腔外科の手術で収入を上げないと病院としても大変困るだろうということですが、今、議論されているような地域包括ケアシステムといふか、そういう多職種連携として役割を果たせる歯科医師といふのは、必ずしも口腔外科医でなくても、一般の歯科医が、先ほど話が出てきましたが、例えば摂食の話やミールラウンドができる歯科医師が務めていてくれればよいと思っいます。ただその場合には、残念ながらなかなか収入が上がらないのだろうと思っいます。なので、地域の中での歯科歯科連携でも、病院歯科と連携をしながら役割を果たせるような地域の歯科医院に対して、補助というわけにはいかないの、何かしらの保険点数なりが付いて初めてそういう部分が充実してくるのではないかと思っいます。これは是非、今後また構成員の皆様の御意見を聞きながら、厚労省の方々も考えていただければと思っっています。

前回もう1つお話をさせていただいた、有床歯科診療所は非常に少ないですが、例えば北海道札幌の日之出歯科のような所は、医師はいないですが、これは本当に病院歯科並みの機能を果たしていて、地域連携が非常に充実しています。一方で、そうでない有床歯科診療所もあるのですが、この有床歯科診療所といふのは、一般歯科医院と病院歯科の中間、橋渡しの役をうまく持っていけば果たせるのではないかと思っいます。有床歯科診療所といふのは恐らく経営は結構大変だと思っいますので、何らかのバックアップも必要なのかもしれませんが、こういう所が充実してくれるといいのではないかと考えております。以上です。

○須田座長 一戸先生、ありがとうございます。有床歯科診療所についても御発言を頂戴しました。今、一戸先生のお話にもありましたが、病院歯科イコール口腔外科というイ

メージが強過ぎるのではないかという御発言が前回もありました。もちろん、口腔外科が中心とは思いますが、必ずしもそうではなくてもいいのではないかと、という御意見を前回頂きました則武構成員から御発言いただけますか。

○則武構成員 先ほどの一戸先生の御発言に近い部分はあると思いますが、1つは、病院歯科というのが一括りとして議論されていますが、これまでの御発言にあったとおり、病院歯科も例えば歯学部の附属病院とか、医学部附属病院の歯科口腔外科や、小規模な病院、大規模な病院と様々であり、病院を一括りとせずに検討すべきではないかと考えています。どの分類の病院に歯科的にはどのような機能が求められているか、どのくらい歯科が設置されているか、そのようなデータがあるとより議論も進めやすいと思います。

もう一点は、周術期口腔機能管理に関してです。例えば今対象疾患の手術が年間どのくらい行われ、そのうちのどの程度に対して算定されているか等がデータでもし分かると、今後どの程度必要性が深まるか分かってくるのではと思いました。

最後にもう一点ですが、いわゆる病院歯科に求められていることが必ず病院でなければ対応できないことなのか疑問に思いました。診療所が先ほどの資料で約6万8,000件、たくさんあるということで、もっと活用できないのかなという意見です。診療所も先ほどと同じで、一括りに全部の診療所が全く同じかと言いますと、そうではなくて、例えば、専門性の有無、規模別等と、細分化して議論しても良いのではと思いました。例えば、訪問歯科診療を実施している施設、していない施設というのはおそらく調査されていると思います。それが標榜と関わるのか分からないですが、例えばA歯科医院が訪問歯科診療をしていることが分かれば、自分は実施していないが、その先生にお願いできることがより分かりやすいと思いますし、病院が近くにあって、周術期を連携している等も、もう少し見えてきやすいのかなと思いました。なので、診療所も標榜という形で分類するのか、どういう形か分かりませんが、今の資料だとユニットの台数や、現状の標榜での分類にとどまっているので、今後ニーズが増加する診療内容に対する実施状況がより明確になると、今後の議論も進めやすいと思いました。以上です。

○須田座長 ありがとうございます。確かに病院歯科と言っても、その内容は非常に多様かと思えますし、診療所も然りかと思えます。次に、日本歯科医師会そして地域歯科医療を背負っておられる柳川構成員から御発言いただけますか。今、診診連携とか、病診連携とか、医科歯科連携ということで御意見を頂いています。ただ、診診連携と言っても、基本的に御開業のクリニックというのは、それぞれがコンペティターであり、また、一定数の患者さんも確保しなければいけないので、なかなか難しいところもあるのではないかと推察するのですが、御発言をお願いしますか。

○柳川構成員 日本歯科医師会の柳川です。ありがとうございます。まず、冒頭、今までの議論に意見をさせていただきますが、確かに座長がおっしゃるように、歯科に求められるニーズが多様化しているということであって、研修体制は極めて重要ですので、市川先生や一戸先生がおっしゃったとおり、歯学部の教育に加えて生涯研修は極めて大事だと思

います。日本歯科医師会では、昭和の時代から生涯研修制度を立ち上げて、2年置きに見直しをしながら運営をしています。端的な例として、今、全国で歯科医師がワクチン接種を打っていますが、あの座学の研修は日本歯科医師会のeラーニングのシステムで行っています。これまでに約1万9,000人の歯科医師、これは会員、非会員を問いませんが、提供できているので、こういった研修の仕組みは6年間の歯学部教育と臨床研修、生涯研修が一貫したものであるという必要があるだろうと思います。少しその点は補足をさせていただきます。

それから診診連携ですが、やはり歯科と歯科の連携ということで申し上げますと、機能分化がなかなかうまくいかない。連携するとしても、どういう連携かというのはなかなか難しいところがあります。現状ではできているのは、病院の歯科や口腔外科に対して、自分ではできない手術をお願いする、あるいは受療が困難な方について、自分の所では手に負えないのでお願いする、あるいは歯並びについて、自分ではできないので矯正歯科をお願いするという、かなり限られたパターンになっていますので、これでもうちょっと機能分化を図っていくということ言えば、今、課題になっている、長谷先生もおっしゃったような摂食・嚥下や口腔機能のことで重度な障害がある場合に、紹介先があるといいなということは思っています。

それから、前回の議論でもあったと思いますが、歯科診療所も多様なニーズに応えるために多機能にならなくてはいけない。どうしても大型のイメージがあります。複数の歯科医師がいて、歯科衛生士さんも何人かいる。そういう所がハブ的な診療所になって役割を果たす。言ってみれば1.5次的な役割を果たすという考えは以前からあるのですが、実はそういうものを作ろうとしたら、それ自体が多分、都市部に集中します。本当に足りない所に提供できないというネックがあるので、その辺の解消もしなくてはいけないので、歯科医業の経営が成立するようなビジネスモデルを作っていくという作業も一方で必要かなと思いました。以上です。

○須田座長 柳川先生、大変ありがとうございました。多数の歯科医師の方がワクチン接種の研修を受けているということで、本当に興味いたします。大変な取組ですね。診診連携、機能強化等についてお話を頂戴できました。それでは、同じ地域医療の立場から渋谷先生、御発言いただけますか。

○渋谷構成員 こんにちは、渋谷です。聞こえますか。先ほどから先生方が御議論されているようなことを含めまして、毎回話していますが、長崎県は、一番西の果てで離島をたくさん抱えて、無歯科医の地区もたくさんあります。論点にある歯科保健医療サービスですが、サービスということで考えたらどうしたらいいかを、病診連携、診診連携、医科歯科連携等も含めて、歯科医師会としてどう取り組めばいいかを常日頃考えています。この資料にもあるように、各会員の先生方の診療所は、先ほど則武先生から全国の診療所の先生方をもう少し機能分化的なことで活用できないかというお話がありましたが、やはり私の所も歯科医師が常勤1人なのです。資料を見ても、平均して1.2ということで、やはり

そういった意味の機能を持たせるにはなかなか難しい。先ほどグループ化や大規模化というお話がありましたが、これも柳川副会長がお話されたように、いろいろなことでなかなか難しいという問題はあるかと思えます。ただ、グループ化ということで言えば、先ほど歯科医師の養成ということで大学の先生からもお話がありましたが、連携などたくさんキーワードが出てきますが、これを実践として学習する場ということで、いろいろな専門医を持たれた先生方、あるいは幼小から高齢者まで全てトータルで扱っている診療所というのがあって、そこで研修医の施設として登録して、研修する。実践を含めた研修です。そういう意味では私は、グループ化ということには賛成です。

ただし、先ほどから議論されているように、現状ではなかなか実現は難しい。そういうことで長崎でやっている事例なのですが、連携ということで言えば、小さいときからお亡くなりになるまで全て関われるのがかかりつけ医だとすれば、いわゆる訪問診療というのがやはりどうしてもネックになる。ネックになるというか、行きたくても行けないということで、どうしたらいいかということについていつも話しています。1つの手段というか方法として、以前から行政の人にも言っているのですが、いわゆるスペシャルニーズ的な歯科というのは、行政のサービスとして行うべきではないかということで、歯科医師会としても全面的に協力するから、例えば口腔保健センターがありますし、それから行政の中に口腔保健支援センターというものがあり、これは厚労省の予算にもこの支援センターの充実という予算がありますので、そういうものを活用して、長崎は長崎県庁の中にあるのですが、ほかの地区にはありません。こういうものを整備して、そこでいわゆる医業を考えなくていい、儲けを考えなくていい、公務員的な働き方ができる歯科医師の方々が行政の中にキーマンとしていて、そういう方を中心に訪問診療に資するものを作るなど、そういったことを考えないと、歯科医師会だけで考えるとどうしても進みません。これは個人で考えても一緒だと思います。

そこでもう1つネックになるのが、訪問診療の16キロ規制などです。訪問診療はいろいろな書類もたくさん書かないといけませんし、なかなかとっつきにくいところもありますので、是非この部会でその訪問診療がよりできやすくなるような、厚労省からの省令や何とかというものをもう少し変えて、もう少しとっつきやすくする。周術期も一緒です。書類が多くて、周術期を算定すると患者さんの負担が増えますので周術期算定していませんが、口腔保健をちゃんとやっているという先生はたくさんいらっしゃいます。ただ、数として現れていないだけで、先ほど長谷先生もおっしゃいましたが、連携という意味では十分に取れているのではないかと思いますので、もっとその辺りを議論していただいて、厚労省なり国なり、そこに要望として出せるような、こういう仕組みが実は課題になっているといったようなことも、是非盛り込んでいただければなと思っています。すみません、長くなりました。以上です。

○須田座長 渋谷先生、大変うなずけるご発言、ありがとうございます。長崎県の場合、16kmルールはやはり現実的ではないでしょうか。

○渋谷構成員 難しいです。16 キロルールがあると、やはり行けないです。巡回診療車というものを口腔保健センターが持っていて、巡回診療車で離島などに行っているのですが、やはり限りがありますので、これは先ほどの16キロ規制が掛かるので、訪問診療ということで算定できないのです。センターで一生懸命頑張っても、訪問診療の点数が算定できませんので、収入としては上がらない。人件費や巡回バスなどいろいろなことで費用がかさむので、県から少し補助金ということで頂いているのですが、なかなか難しいなというところが現状です。

○須田座長 ありがとうございます。採算の取れないところを、歯科医師の倫理感やボランティア精神に委ね過ぎると、なかなか難しいかという気がします。ありがとうございます。それでは、次は行政のお立場から、西嶋構成員にお話いただけますか。

○西嶋構成員 西嶋です。ありがとうございます。大きく2点ほど発言させていただきたいと思いますが、1つは今日の資料の1の議論の進め方ということです。4コマ目にも今後の目指すべき姿ということで書かれています。これは絵でとりあえずいろいろなステークホルダーを貼り付けられているという状況だと思いますが、こういった面としてのものをどういう地域単位で進めていくのか、構築をしていくのか、その辺りをしっかりと広い視野で議論を進めていくことが大事ではないかなと思います。そうした場合に、先ほど来、御発言もありますが、やはり郡市区歯科医師会の役割というものは大きいと思います。それを支えられる県歯科医師会の役割というものも非常に大事ではないかなと思います。また、先ほども少し御発言がありましたが、やはり都市部と地方では、こういった面としての形も大分異なってくるのではないかなと思いますので、そういったことを少し細かく議論ができるといいのではないかなと思います。

もう一点、この絵で申し上げますと、先ほど来連携という話が出てきています。ここに書いてあるような様々なステークホルダーが連携をしていくということは、その必要性、重要性についてはこれまでも議論がなされていることだと思いますが、連携と一言と言っても様々な連携がある。先ほど来少しお話も具体的にありましたが、連携という単語でごまかすことなく、それをきちっと因数分解をして、連携の中身をきちっと明確化した上で、それを具現化していくということが大事ではないかなと思っています。

行政の立場で申し上げますと、この中に1つ行政というものがあって、先ほど来、行政の中のキーマンも必要ではないかというお話もありましたが、例えば行政の立場でいっても、歯科のこういった体制の中で、こういったときにその行政が少し支援ができるのかなど、そういった1つのメルクマールのようなものが出てくると、必ずしもきちりとしたキーマンというか歯科免許を持っていらっしゃる方々、そういう方々がいる行政ばかりではないと思いますので、そういったものが少しあれば、行政側もとっつきやすいのではないかなと思います。

最後に2点目なのですが、先ほど来、構成員のほかの先生方も言われていましたが、やはり今後、ニーズというものが細分化をされていくのだろうと思っています。そうしたと

きに、患者さんの立場でもそうですし、病診連携更に進めるという観点でもそうですが、やはりその細分化したニーズを、それぞれの診療所なりの特色を明確化し、それをきちっと出していくことが大事なのだらうと思います。いわゆる歯科の中だけでニーズを細分化して整理をするだけではなく、先ほど来、連携をする、あるいはその地域の中で面としての広がりを作っていくということであれば、歯科以外の方々に理解をしてもらうためには、それをきちっと明確化して伝えていくことが大事だと思います。そうすることで、行政も含めて、あるいは今後、介護や障害など様々な議論もあるかと思いますが、そういった方々への協力も得やすい、あるいは協力をしやすくなると思いますので、その2点、大きく申し上げておきたいと思います。以上です。

○須田座長 西嶋先生、ありがとうございます。幅広い面で連携やニーズを捉えるということは、確かに非常に大事なことだと思います。それでは、研究者のお立場で、いろいろデータをお持ちでいらっしゃる三浦構成員からご発言を頂けますか。

○三浦構成員 私からは2点、気付いた点を申し上げたいと思います。まず連携の在り方なのですが、やはり連携の在り方というのは、地域の歯科医療資源や歯科保健状況に依存してしまいますので、一律で何か提示することがなかなか難しいかと思います。今までの議論にありましており、病院歯科の状況もその地域ごとによってかなり異なる印象があります。前回のこの会議でも申し上げたのですが、やはり地域の状況をデータをもってしっかりと把握することが重要です。地域診断をした上で、方策を考えるべきかと思います。何らかの形でデータを基にした見える化を図ることが、どのような連携をしていくべきかというような議論のスタートになるように考えていますので、この点を是非強化をしていく必要があるかと思います。医科の場合は、地域における医療計画でその作業をやらざるを得ないのですが、歯科の場合はちょっとデータが少ないかと思います。これが1点目で、この地域診断に基づいて見える化を図ることができるだけで、かなり議論が具体的なところに行くように感じています。幸いなことに、近年でデータも出つつあるというところで、以前に比べるとこの地域診断は大幅にやりやすくなっているかなと考えています。

もう一点が、グループ化のお話です。この話は古くて新しい話で、かつて歯科医師の資質向上等に関する検討会でも何回か議論に上った話題かと記憶しています。地域包括ケアを推進していくためには、在宅歯科診療も提供体制を強化していく必要があるのですが、1診療所のドクターの数が2人に満たない所ですと、志の高いドクターがどれだけ訪問歯科診療を強化したいと願っても、物理的にできないということになります。そこを解決するために、1診療所で勤務する歯科医師を増やすような方策というものを、そのときにも検討しておりました。その際には地域医療連携推進法人の制度が使えないか議論したのですが、その段階では歯科においては使いづらい制度だったということで、そこから先の議論は進んでいないというところなんです。何らかの形で公的な仕組みを作らないと、ほかの委員からも御指摘がありました。システムとして維持できず、志の高い先生だけが疲れて、その後に継承できないということが起こり得ると思います。この検討会で何らかの形のシ

システム作りができると、さらにより具体的なところに進むのではないかというように思っています。私からは以上です。

○須田座長 どうもありがとうございました。三浦先生から地域診断、診断に基づかない治療はあり得ないということ、それからグループ化にはやはり公的仕組み、仕掛けが必要だろうという御提案を頂きました。それでは、受療者、有識者のお立場から松原構成員、こ御発言いただけますか。

○松原構成員 ありがとうございます。まず連携の在り方なのですが、委員の皆様から御指摘がありますように、地域で異なると思います。過疎地や郡部であれば、例えば公的や公務員型などが考えられますし、都市部であれば、民間がたくさんありますので、民間活用が重要になると思います。

もう1つ議論のあるグループ化、大規模化という話ですが、いうまでもなく大規模化というのは決して目的ではないです。例えば審美など中規模で多店舗展開しているところを目指すわけではなく、要はどういう機能を歯科が地域で持つべきか、そこをどう支援できるかという話だと思います。やはり機能的に不足しているのは、これだけ高齢化が進んでいるのに高齢者ケア、例えば在宅ケアが十分ではない。病院における歯科の機能も幾つか分かりますが、特に足りないだろうと思われるのは、歯科を持っていない病院の肺炎予防としての口腔ケア、これがすっぽり抜けていると思います。この辺りについては、前回も申し上げましたが、例えば診療所が外付けで口腔ケアに入るということは、民間活用でできると思います。そのような機能を、在宅もですが、民間が持とうとしたら、ある程度規模がないとできないのではないかとということ。

あともう1つ、機能として不足しているのは、ずっと指摘していますが、障害児と障害者のケア、ここも大きく欠落していると思います。現在は地元の歯科医師会によって、障害歯科センターなどが運営委託されていると思います。休日歯科センターもそうだと思いますが、そういう公的な所に限らず民間も含めて競争入札させるなどをすれば、今、民間であっても障害児、障害者のケアをカバーしようとして、全身麻酔など頑張っ赤字でも実施している所がありますが、そういう所も地域の障害歯科センターなどに参画できるようになれば、経営上の後押しになると思います。特段、別に診療報酬をどうしろという話ではなくて、それだけでも十分後押しになると思います。大規模化の後押しという意味では、もう1つ、今申し上げた歯科の麻酔、前回の改定で歯科麻酔管理料が750点、新設はされているのですが、常勤でなくてはいけないということになっています。歯科麻酔科の歯科医のほとんどが女性という実態があります。しかもパート勤務が多い実態があるので、なかなかこれが難しい。この辺りは運用の在り方もちょっと工夫すれば、地域に必要な歯科を提供するための良い意味の大規模化、複数の歯科医が勤務して、地域の足りない機能を満たしていく。そういう体制の応援になるのではないかと考えています。以上です。

○須田座長 松原構成員、ありがとうございます。前回も歯科で特に欠落しているのは、

在宅歯科医療、病院歯科、これは退院時等ですが、それから障害者歯科という御発言をいただきましたが、再び叱咤を頂いたような思いです。また、歯科麻酔医の活用についても御助言いただきまして、大変ありがとうございます。それでは、同じく有識者としてのお立場、御家族も含めて受療者でもあるかと思いますが、PwC コンサルティングの山崎構成員、お願いできますか。

○山崎構成員 山崎です。聞こえていますか。私が思いましたのは、この 32 コマ目の論点ですが、1 つ目、働き盛り世代を中心に人口が減少していく、ここは非常に重要なのだろうなと思っています。人口動態は、よく言われていますように、高齢化は前々から進んでいるわけなのですが、少子化も確実に進んでいます。これから歯科医師、歯科衛生士関係職種の成り手という絶対数が減っていくということが、今後ずっと日本の人口だと。そういった成り手、担い手が減っていく中でどのように歯科保健医療サービスの需要に対して対応していくのかというところを、議論の流れとしては、需給についてはしばらく後になるかと思いますが、10 年後、20 年後こういった形の歯科保健医療サービスの需要といったものが、各地域ごとに発生するのか、そこからのバックキャストで今何をするのかといったようなことを、考えていく必要があるのかなと思いました。

そのときに、恐らく高齢者が増えていって、今のような通院中心の医療提供体制がなかなか成り立ちにくい地域も数多く出てきて、そういった中で訪問をしなければいけない、若しくは巡回をしなければいけないといったときに、ではどういった役割分担、それが正に連携でどこまで対応できるかというお話になるかと思いますが、できるのかというようなことも視点として入れる必要があるのかなと思いました。病診連携、診診連携、医科歯科連携、これは恐らく多様な歯科保健サービスに対して、より質の高い医療を提供するという観点からのお話もあるかと思いますが、先ほど申し上げたように、シビアに担い手が減って、かつサービスは多様化して増えていくといったときに、この連携で少ない人数で支えていけるのかといったことについて、より明確に考えた上で、その先の需給の話ができればなと思っています。私からは以上です。

○須田座長 ありがとうございます。歯科医療従事者だけではないと思いますが、あらゆる分野で人不足というものが、これからますます顕著になっていくと思います。こうした時間軸、人口減少というものを見ながら歯科医療提供体制を捉えていく必要があると思います。また一方、いろいろなニーズの多様化ということも念頭に置く必要があるかと思っています。

ここまで診診連携、医科歯科連携、病診連携、グループ化について、御発言を頂きましたが、追加発言、あるいはまだ御発言を頂いていない構成員から御意見がありましたら、手挙げマークを挙げていただきたいと思います。いかがでしょうか。追加でも結構です。大丈夫ですか。よろしいですか。

それでは、時間も押していますので後半に入りたいと思います。スライド 32 の下の 2 つの○印の論点がテーマになります。ここまでの議論と切っても切れない関係にあります

が、これらの論点のキーワードは、「かかりつけ歯科医」です。このかかりつけ歯科医、十分普及しているとは言い難い状況にあると思いますが、どのような対応が期待されるか、あるいはどのような内容が期待されるかということについて御発言いただきたいと思えます。重ねてとなりますが、地域の歯科医療を担うお立場から、また日本歯科医学会のお立場から、このかかりつけ歯科医の問題について、柳川構成員に御発言をお願いできますか。

○柳川構成員 分かりました。本日の資料で申し上げますと、28枚目のものが、私ども日本歯科医師会で、かかりつけ歯科医に関する概念的なものを整理したものです。ただ、本日の話にもあるように、歯科ニーズの多様化ということを考えると、取り分け訪問診療ですとか、これはもう全員がやっているわけではありませんので、その辺のところはだんだん研修体制は整備していますが、やるかやらないかは御本人の判断になります。

例えば訪問歯科診療の現状を言いますと、約2割の歯科診療所が対応していると思うのですが、これを3割だとか1/3に上げる。具体的に歯科ビジョンでは、1/3の歯科医師が行うというように目標設定をしております。そうしますと、例えば1/3の歯科医療機関においては、自分の所のかかりつけの患者さんについては、在宅になってもそこに行く。では、やらない所はどうするかと言うと、どうしても緊急対応はするとしても、訪問診療しからないということではなくて、外来対応もしながら訪問診療も毎日のようにやるという所に依頼をする。その患者さんの情報提供を円滑にして、この患者さんはこういう特徴があるという診療情報が途切れないようにやっていくことが非常に重要だと思います。併せて病院歯科の後方支援、サポート体制も重要だと思います。

この話とはずれませんが、先ほど申し上げ忘れたのですが、病院歯科の求められる機能だとか、現状はどういった機能を果たしているかという、私どもの大規模調査のデータがございますので、次回改めて御提供したいと思います。

○須田座長 それでは、資料を御提供いただいて、次回お話を頂きたいと思えます。柳川先生、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所、いわゆる「か強診」の施設基準ですが、非常にたくさん要件があって、なかなか申請が大変と思えますが、現場ではどうなのでしょう。

○柳川構成員 厚労省もお考えがあるかと思えますが、もともとベースになっている感染対策であるとか、しっかりしたベースを持っているというのは大前提なのですが、今、加えられている機能としては、例えば学校歯科医であるとか、介護保険の介護認定審査員であるとか、そういったことも要件の1つになっているので、地元で地域ケア会議、あるいは地域の行政と連携した歯科診療所が、かかりつけ強化型になっていくということはあると思えます。ただ、いろいろな施設基準がありますので、みんながみんなクリアできるわけではないのです。また、地域差があるので、この辺もしっかりと見ていきたいと思えます。

○須田座長 分かりました。ありがとうございました。それでは、同じく地域歯科医療を担っている立場から、渋谷先生、御提言を頂けますでしょうか。

○渋谷構成員 先ほど柳川先生がおっしゃったようなことなのですが、先ほどの日本歯科医師会の資料にもございますように、かかりつけ歯科医についての考え方というところでは、28 ページにあるような、かかりつけ歯科医が担う役割というのは、手前味噌ではないですが、恐らく会員の先生方は多分皆さん、これはいわゆる適合していると言うか、こういう先生方ばかりだろうと思っております。

先ほども柳川先生がお話されたように、例えば訪問診療に行きたくても行けない。時間的なこととか、マンパワーのこととか、いろいろなことです。それから、か強診についても、訪問診療に行っている、在宅です。これが年間に何件という要件があるわけです。それから、例えば AED とか、口腔外バキュームとか、いろいろな設備的なこととか、ハードルが高くて、そういうのをそろえなくても、別にかかりつけ歯科医として自分が思っていればいいと言って、か強診を算定していない先生もたくさんいらっしゃると思います。

ただし、ではその先生方はかかりつけ歯科医ではないかと言われれば、そうではありません。どちらかと言うと、先ほどの論点の 2 つ目の、かかりつけ歯科医の定期受診を推進するためにはというほうが大事ではないかと思っております。これはいつも言われる、例えば働く世代の歯科検診が法的に整備されていないとか、いろいろな問題があって定期検診を受けていない方もいらっしゃるのですが、ここがクリアできれば増えるのではないかなど。健康増進法に基づく、市町がやっている定期検診、歯科疾患検診。この受診率は、長崎県で 5% ぐらいではないかと思うのですが、いわゆる検診ですので、治療とかクリーニングは含まれないわけです。ここをもう少し使いやすいような検診の体系を整備して、少しでも行きやすいような環境を整えば、定期検診を受診という方はもっと増えるのではないかと思います。

逆に、先ほど資料で初診料、再診料が算定されているのが 14% ちょっとだったと思うのですが、例えばこれが 20% とか 25% だったら、今の会員診療所数では到底足りないということが発生するのではないかと思いますので、その辺も含めて、かかりつけ歯科医の推進ということ言えば、考えていかないといけないのかなと思っております。

○須田座長 よく分かりました。かかりつけ歯科医ということですが、大学におられる先生からも、臨床教育的な立場から御発言いただきたいと思っております。まず、西原構成員、この問題はどのようにでしょうか。役割とか、期待されるものとか。

○西原構成員 今、全国に 29 の歯学部を有する大学があるわけですが、毎年、歯科医師国家試験で合格者が 2,000 人ぐらい輩出されていくことを踏まえ、先ほど来の議論の中で、人口減ということと言うと、受験生の 18 歳人口も自ずと減少していく中で、それぞれの大学が今までの歯学教育を継続して行って、成り立っていくのかという時代に大学は入っていくのではないかと私自身、すごく悩ましく思っていますし、ここを考え抜かなければいけないところだと思っています。

そのようなときに、本日の議論を全体的に伺っていると、歯科医師育成ということで、現実的には 95% 以上でしょうか、入ってくるときの歯学生が開業歯科医師を目指すとい

う道が、ある意味では固定観念化されているということ、我々の業界を担う後継の若者たちに対して、広い視野で提供できるようなイメージを大学としても作っていかねばいけないのではないかと考えています。今、いろいろな国費でのCOC+事業であったり、今ではSDGsという形で掲げられたゴールの一つグッドヘルスアンドウェルビーイングという形で、健やかに長寿を迎えることに口腔内の健康がいかに関係しているかということは、いろいろな所で発信はされているのですが、エビデンスがないという中で、大学としてはエビデンスを明らかにしていくことが大事であると思います。さらに、歯学部の中には、歯科医師養成系と歯科衛生士養成系がありますので、学生の頃からオーラルヘルsteamとして一致団結したチーム活動をして、2025年の地域包括ケアシステムを新たに考え出すのは若い力であるということから、教育の中で「考える教育」ということを、今、改革の中で進める必要があるかと思っています。もちろん、モデルコアカリキュラムに準じて、そして、臨床実習をしっかりと行い、更に研修システムもしっかりと行うとしたうえで、その後のシームレスな歯科医師育成というときに、一定方向の、先ほど申し上げた開業医を目指すシームレスな教育だけではない、アウトカムが違う教育を考える時期であると思います。歯科医療が歯科医学を変えるという考え方からすると、やはり歯科医業を担う人材を育成する大学としては、技術、知識、態度を教えるだけではなくて、本学においては、社会における多様な役割を果たすということを教えていかねばいけないのだろうと思っています。

でも、これは文部科省の医学教育課長もいらっしゃっていますが、やはり国として、国民の安心・安全を守るということ言えば、文部科学省も厚生労働省も一体感をもって、地域包括ケアシステムをちゃんとしたものとして構築しなければ、歯科も医科もなく、壁の隔てもなく構築しなければいけないということが大事ですし、そういうことが一つ一つ積み重なっていくと、皆さん方、現場の方たちが悩んで、苦悶して、歩もうとしていることの答えを見付けることができるのではないかと考えています。

○須田座長 先生の大学の特徴を活かして、ほとんどの卒業生が開業されるわけですので、そこを十分に念頭に置いた教育を、今後もお願いしたいと思います。続いて、同じく大学におられる大島構成員から見た、かかりつけ歯科医に期待するもの、役割についてお話いただけますでしょうか。

○大島構成員 かかりつけ歯科医への定期受診を推進するためという観点から、前回も少し触れさせていただいたのですが、かかりつけ歯科医手帳といった考え方もあるのではないかと考えております。イメージとしては、おくすり手帳などのイメージに近いかと思うのですが、自身の治療歴や口腔状態といった記録に加えて、その手帳を半年以内に同じ歯科医院に提示すると診療報酬での対応がなされる、そういったものがあるとインセンティブになるのではないかと考えております。特に、こうした情報社会のなか、自身の健康は自身で認識して管理するという時代ですので、そういった取組が必要かと思っております。

あと、私自身、かかりつけ医がおりますが、そのかかりつけ医が信頼できる点の一つとして、さまざまな医療機関との連携体制を持っているということが挙げられます。したがって、かかりつけ歯科も、今後、病診連携、診診連携も含めて、医療連携をどうやって具体的に示していくか、ということが大事なのではないかと思っております。

○須田座長 パーソナルヘルスレコードを記載するかかりつけ歯科医手帳というのは、大変面白いアイデアだと思います。それでは、行政におられる立場で、東京都福祉保健局の田村構成員から御発言願えますでしょうか。

○田村構成員 かかりつけ歯科医については、地域におけるニーズを把握した上で、足りていない所について、連携等を含め考えていくものと考えております。それに当たりましては、先ほどの三浦先生のお話と重なりますが、どのようなデータを見て評価して、目標設定をしていけばよいかなど御例示いただけると、行政としては進めやすいと考えております。

○須田座長 ありがとうございます。それでは、かかりつけ歯科医の問題について、先ほども御発言いただきましたが、いろいろなデータをお持ちでいらっしゃる三浦構成員から御発言いただけますでしょうか。

○三浦構成員 かかりつけ歯科医の役割の重要性というのは皆さん異論のないところかと思いますが、かかりつけ歯科医のイメージというのは、受け手側の状況によって、かなり異なるように思います。日本歯科医師会から御提示のあった資料の中にも入っておりますが、国民が思っているかかりつけ歯科医と、日本歯科医師会が提示している定義ともギャップがあります。学術的にもかかりつけ歯科医の定義というのは定まっていないかと思っております。

役割分担が決まった上でということになるかと思うのですが、かかりつけ歯科医が負わなければいけないミッションについて、優先順位を付与したような提示の仕方が必要ではないかと思っております。医療連携を図る上で、連携と分化というのは表裏一体の関係にあるので、先ほど大島構成員からも御発言があったところですが、どのようにつなげていくのか、かかりつけ歯科医の役割をより明確にすることにつながるかと思っております。今はかなり曖昧にかかりつけ歯科医というものを考えていることが多いと思っております。かかりつけ歯科医でできるところはここの部分で、ここから先は連携をうまく働かせて、より専門性の高い診療所あるいは病院にお願いするというような、ルート形成が医科に比べると歯科は弱いので、その強化を図ることが、必須の要件かと思っております。

○須田座長 ありがとうございます。それでは、同じく研究者のお立場から、福田構成員に御発言いただけますでしょうか。

○福田構成員 私からは、歯科検診受診率の向上と、かかりつけ歯科医の定着についてコメントいたします。おおよそ5割の国民が歯科検診を受診しているというデータが示されておりますが、残りの5割の者に対しては、歯科からのアプローチでは限界があるのではないかと思っております。例えば地域とか職域で実施されている特定健診や職域健診の場

で実施できる歯科疾患のスクリーニング法が開発できれば、その場で同時に実施することができます。特に唾液を使った検査や自記式の質問票などの簡便なものを開発すれば、客観的な資料を基に保健指導もできるでしょうし、また、その結果をもとに、かかりつけ歯科医へとしっかりとつなげる仕組み作りができるのではないかと考えております。

もう1つ、かかりつけ歯科医についてですが、病診連携、あるいは診診連携をしっかりとできる歯科医院である必要があると思っています。病診連携あるいは診診連携を推進する1つの鍵として専門医制度の確立があると思っています。現在、日本歯科専門医機構を中心に、専門医制度の確立が進められているということですが、たとえば専門医制度に応じた連携づくりに対して診療報酬上のインセンティブを積極的に与えることで、病診連携あるいは診診連携も積極的に進んでいくのではないかと考えています。

○須田座長 地域健診あるいは職域健診を絡めた仕組み作りをしないと、定期健診の受診率を上げていくのはかなり難しいのではないかと、確かに思います。それでは、かかりつけ歯科医に関して、歯科専門職のお立場から杉岡構成員、お願いいたします。

○杉岡構成員 歯科技工士の立場ですが、本日の資料にもあるように、今後の歯科保健医療提供体制の目指すべき姿の中で、特に、かかりつけ歯科医を支えている立場で、歯科衛生士と歯科技工士を明示していただいております。今まで歯科技工士は、歯科関係職種という枠の中で表現されていきましたので、今後の歯科技工士の需給にも関係すると思いますが、歯科技工士がモチベーションをもって業務に従事するという意味では、このように歯科技工士のことを明記していただいたことは大変有り難いと思っていますし、患者さんのQOLの向上のために、しっかりとその役割を果たしていきたいと思っています。

ただ、もう一方の資料で診療所の従事者の推移を見ると、歯科医師は横ばい、歯科衛生士は増加傾向、歯科技工士は減少傾向だということですので、こういうことをきっかけに、しっかりと歯科技工士の需給問題も考えていただければと思います。

○須田座長 ありがとうございます。続いて、同じく歯科専門職のお立場から、吉田構成員より御意見を承りたいと思います。

○吉田構成員 かかりつけ歯科医の役割については資料に記載されているようなところで間違いはないと思います。最近、耳にする話では、歯科診療所の歯科医師は1.4人位ですから、大体1人の院長が経営されています。生涯を通じて安心して受療しようとしたかかりつけ歯科医が、残念なことに、亡くなられて閉院になってしまう。そうすると、かかりつけ歯科医に通っていたのに、頼りにしていたその先生がいなくなってしまうという状況が起こります。そういった場合に、次の所へ繋ぐ、つまり診診連携なのかもしれませんが、次にどうしたらいいかと、患者さんから御相談を受ける機会が増えてきているような気がします。

先生が亡くならないにしても、例えば患者側が転居だったり転勤だったり大学進学だったり、かかりつけ歯科医がいる地域を離れる場合に、転居先で、すぐに歯科のトラブルが起こったときに困ってしまうというような、次へつながるシステムがうまく機能してい

ないかなと思います。患者さんが生涯にわたって、かかりつけ歯科で受療を続けられるためにも、何かつなげられるシステムがあるといいと思っております。

それから、これは連携ということにも関わってくると思うのですが、学会で連携に関してのテーマで講演していただいたりすると、うまくいっているケースは、みんな顔が見える関係、あるいは腹の中が見える関係を作っているとおっしゃる方がすごく多いです。それが歯科医師の先生や医師の先生の強いリーダーシップで行われる場合もあると思うのですが、多くの場合、パラメディカルがつなぎ役として機能しています。歯科衛生士、看護師といった他職種同士で普段から些細な事でも話したりしてお付き合いをしている、つまり顔が見えるような機会をお互いに作って、話をしながら、「そう言えば困ったことがあったのだけれども」というところからつながっていくところも少なからずあるようです。

顔が見える関係を作るにあたり、卒前教育から取り組むということも大切と考えています。例えば、私が携わっている大学では、医学科、歯学科、歯科衛生の学生、同じ3年生での連携授業があります。ここでは、要介護者に対する口腔ケアについて歯科衛生士学生が医学生、歯学生へ教える機会があるのですが、まだ臨床実習に行っていない医学生が非常に感動して、歯科衛生士はこのような仕事をしているのかと、すごく素直な気持ちで受け止めています。卒前の IPE、連携教育というものも、医師、看護師、栄養士とか他職でもいいのですが、そういったところに歯科医師や歯科衛生士、歯科技工士の学生から、または相互に、このような仕事をしている、困ったときに連絡をしてくださいということ卒前教育の中に取り入れると、割とすんなり受け入れているように思います。

○須田座長 おっしゃるとおりだと思います。歯科医療提供体制を考えると、出生前から高齢者、お亡くなりになるまでを考えなければいけないのですが、とてもかかりつけ歯科医1人では足りないということになります。他方、各地における歯科医院の継承というのも、まく進んでいないようですので、その辺をどうつないでいくか、シームレスに次につなげていくかは大事な視点かと思えます。大変ありがとうございました。

本日の議論のテーマは、歯科医療機関の機能分化と連携、かかりつけ歯科医の機能でした。ここまで、各構成員から御発言いただきましたが、追加の発言、御提言、御提案等がございましたら、手挙げマークでお示しいただきたいと思えます。よろしく願いいたします。どなたかいらっしゃいますでしょうか。栗田構成員、お願いいたします。

○栗田構成員 今のかかりつけのことにしては、入口が、我々の病院で周術期口腔機能管理、がんになった患者さんの口腔内を見るのですが、ひどい方が多くて、かかりつけを持っていない、歯科受診もしていないという方が多いのです。そこで退院のときに、がんで口腔機能管理をやると、なぜそれが必要だというのはモチベーションが付きましますので、その後にかかりつけに行っていたらというコースがあるのです。それと同じように医科からのアプローチで、糖尿病だったり血圧に問題があったりというところで、歯科に行って管理することが重要だというような入口があると、恐らくかかりつけの機能が更に発揮されるのではないかと思います。

あとは、病院の歯科が全体の 20% ぐらいしかないという理由は、我々は各病院を回っているといろいろと意見を聞くので分かるのですが、病院の立場からは、病院に歯科があって何をしてくれるかが分からないということです。虫歯の治療とか歯周病の治療だったら、周りに歯医者さんはいっぱいあると言われます。その辺が理由の 1 つです。

もう 1 つの理由が、点数が上がらないということです。病院歯科で、例えば我々が歯を 1 本抜くのも、前歯だと 1,450 円でしょうか。それをやるのに、下手をすると 2 時間ぐらいかかります。心電図を付けて、病気がある方もいますので。2 時間かけて、その点数ということで、それをやっていたら、病院歯科はなかなか増えていかないので、先ほどちょっと話もあったと思うのですが、そういうところも考えていただきたいと思います。点数はいろいろ設定していただいているのですが、それを取るのに 2 時間ぐらいかかってしまうのです。その辺が病院に歯科ができていかない理由の 1 つだと思っておりますので、是非御検討いただきたいと思っております。

もう 1 つですが、先ほど柳川先生からもお話がありましたが、摂食・嚥下に関する受け皿がありません。これから口腔機能が重要だということで、口腔外科であれば病院歯科に紹介いただけるのですが、往診に行ったはいいけれども、むせている、食べこぼしている、ではどこの病院に送ればいいのか全然分かりません。医療体制として、摂食・嚥下を診られる 2 次医療機関を整備しておく必要があると思っております。それを整備するに当たっては、専門医がいません。専門医機構にも、摂食・嚥下に関する専門医を育てようという機構はできていませんので、その辺の整備も是非していただきたいと考えています。

○須田座長 現場からの切実な御提言、御発言をありがとうございます。確かに、病院歯科を作ると病院が赤字になるのではないかとすることは、よく分かる気がします。ほかに御発言はありますでしょうか。一戸先生、お願いします。

○一戸構成員 今の栗田先生のお話ですが、日本歯科専門医機構の仮称の総合歯科専門医の養成プログラムの中では、摂食・嚥下に関わることも入っているのですが、これは議論の最中なので、もう少し時間を頂戴できればと思います。それから、これと関連するのですが、かかりつけ歯科医が、先ほど柳川先生に示していただいた日本歯科医師会のお考えを踏まえて、機構で考えている総合歯科専門医とどのように関わり、どのように役割分担するのかというのが非常に重要なところなので、早急に話を機構でも詰めていきたいと思っております。

それと、先ほど松原構成員から歯科麻酔科医の活動ということをおっしゃっていただいて、私は歯科麻酔科医なので少しお話させていただきます。日本歯科麻酔学会の会員は、大半ではないのですが、女性がかなりいます。彼女たちはライフイベントの後でも、パートで全身麻酔や、鎮静法と言いまして、点滴を付けて鎮静剤を打って、ぼーっとした状態で歯科治療を行う。これは、特に障害のある患者さん、いろいろな病気を抱えた患者さんに大変有用な方法ですので、こういう方法が大学だけでなく、一般の歯科医院や地域の口腔保健センターで普及していけるように、我々も更に体制を整えたいと思っております。

○須田座長 今の御発言の中でお名前の出た柳川構成員から御発言いただけますでしょうか。

○柳川構成員 先ほど少しお話に出た、かかりつけの歯科医が亡くなった場合についてですが、これは大変重要な問題で、今後の需給の議論の中でも当然出てくると思います。後継者不足は何も歯科に限った問題ではなくて、医科ではもっと以前から課題でありました。この対策というのは、後継者をどうやって探すかということは当然あるのですが、私は地元の静岡県と浜松市でも歯科医師会の会長をやりました。そのときに、医院継承のシステムも作ったのですが、なかなか活用されないのです。かなりプライバシーに踏み込むことになるし、そういった専門でもないのに、弁護士も入れながらやったのですが、なかなか活用されなくて、日の目を見なかったという経験があります。税制の問題であるとか、いろいろな問題について効果的かつ総合的な対策を打たないと、中山間地などに後継者不足によってかかりつけを失う患者さんが増えるということについて、これから議論が必要だと思います。

また、一番懸念しているのは診療情報の断絶です。かかりつけの先生の所にある情報が、円滑に次で診てくれる所に行くということですから、それは前回もお話しましたが、日本歯科医師会と厚生労働省と一緒にやった歯科診療情報標準コード仕様が、厚生労働省の標準規格になりました。この標準規格が一般的に普及し、どの歯科診療所でも歯科のレセコンとか電子カルテに搭載される状況になれば、そういった情報の断絶を防いで、かかりつけがなくなった場合に新しいかかりつけに情報提供できるということにつながると思います。

それから、医科歯科の連携について、1点です。本日は文部科学省の課長もいらっしゃると思うのですが、我々も医科に係る勉強をして、歯学部の子どもの教育内容は医科に関する内容が増えていると思います。ただ、前回のコアカリ改訂のときにも話があったのですが、意外と医科の教育も大変ですから、教育内容がだんだん増えていって、その中に歯科や口腔に関するものは、そんなに増えていないという話も聞いているので、医科のコアカリについても、歯や口腔の内容をもう少し増やしていくことも必要ではないかと思いました。

最後になりますが、先ほど訪問診療の数値目標を間違えました。2040年に40%まで引き上げるということを、日本歯科医師会は目標にしております。

○須田座長 貴重な情報提供をありがとうございました。市川構成員から御発言願えますか。

○市川構成員 歯科医療の効率的な対応というのは、日頃の口腔管理、重症化予防だと思います。そういった意味で本当にかかりつけ歯科医の存在や定期検診は重要だと思います。またそのかかりつけ歯科医の議論で、高齢者や在宅医療にフォーカスが当てられてきたと思うのですが、成長・発育期における健全な歯列育成や口腔衛生習慣を身に付けるということも忘れてはいけないと思っております。つまり、学校保健や子供のかかりつけ歯科医

という視点も重要だと思います。

それから、歯科における診診連携、病診連携が弱いというのは、歯科全般的に診断、病態評価が非常に弱いということだと思います。そういった意味では、スクリーニング検査などを充実していくことが必要であると思います。スクリーニング検査も、プラーク付着とか歯周状態とかということもあるのですが、機能ということから言えば、咬合接触や咬合力にも目を向けるべきだと思います。職域での定期健診の有用性のエビデンスを得るためには、厚生科研などを用いてしっかりとした調査を行うことも、1つの手かなと思います。

○須田座長 大分時間が押してきましたが、最後に大島構成員から御発言いただきたいと思います。

○大島構成員 病診連携などに関してです。先ほど、三浦構成員、田村構成員から少しお話がありましたが、今後、どのような歯科医療が必要かという点について、地域によって大きく変わってくると思います。このため、地域の差を示す指標が必要ではないかと思います。病院ですと、都道府県ごとに医療計画を策定し、医療圏という単位を設定して、その中で療養病床など病床数を設定するなど、病床の過不足について、1つの目安になっていると思います。そのため、歯科でも、例えば障害者歯科や摂食・嚥下など、何か指標となるものを作ると、都道府県や地域の歯科診療所においても必要な対策のイメージがしやすいのかと思います。しかし、現状ですとデータソースが少ないとも思います。例えば今後は、医療施設静態調査などは全数調査ですので、必要な内容の項目を充実すると、地域間でのデータも収集できるのではないかと考えております。

○須田座長 問題を発見した後、その問題を解決するためにはどうしても基礎データが必要になるので、いろいろな情報提供を今後ともお願いしたいと思います。まだまだ構成員の皆様が御発言したい内容はあると思いますけれども、本日でこの検討会は終わりではありませんので、本日頂戴いたしました発言を整理して、次回、更に議論を深めていきたいと思います。本日は皆様ありがとうございました。それでは進行を事務局にお返しいたします。

○歯科保健課課長補佐(奥田) 構成員の先生方、本日は御議論いただきまして、ありがとうございました。次回の会議の日程については、事務局より追って御連絡させていただきますので、どうぞよろしく願いいたします。

○須田座長 それでは、本日の第3回歯科医療提供体制等に関する検討会を閉じさせていただきます。皆様、夏のお忙しいところ、ありがとうございました。