

第6回歯科医療提供体制等に関する検討会

日時 令和4年3月14日(月)
18:00～

場所

開催形式 オンライン開催

○事務局 定刻となりましたので、ただいまより第6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。構成員の皆様方におかれましては、お忙しい中、お時間を頂き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くか、画面に向かって手を挙げてお知らせいただき、座長の指名を受けてから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オフにしていただくようよろしくお願いいたします。

本日の出席状況ですが、長谷構成員、田村構成員より御欠席の御連絡を頂いております。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、降旗係長に御出席いただいております。

○降旗係長 よろしく申し上げます。

○事務局 よろしく申し上げます。今回の検討会については公開となっており、報道関係者の皆様方にも傍聴いただいております。また配布資料ですが、ペーパーレスにて審議を行います。本日の資料は、あらかじめHPに公表しておきまして、議事次第、構成員名簿のほか資料は1~2、また参考資料1~3をお配りしています。それでは以降の進行について須田座長よりよろしくお願いいたします。

○須田座長 須田でございます。構成員の皆様におかれましては、年度末で大変お忙しいところ、週明けの夕刻の時間にオンラインで御参加いただいております。大変ありがとうございます。前回の検討会は11月末に開催させていただきました。予定では1月頃かなと考えていたのですが、3月になってしましまして大分間が空いてしまいましたけれども、これは担当の歯科保健課において別の会議を企画して、さらにそれを運営する必要が生じたためと聞いております。今、歯科保健課もよその世界と同じで大分人手不足のようですのでお許しいただきたいと思っております。座長のほうからおわび申し上げます。

それでは議事に入ります前に前回宿題が出ておりました。1つ目は西原構成員から出された宿題ですけれども、今日も資料が出ていますが就業歯科衛生士のうち、介護保険施設等に就業している歯科衛生士が1%となっていますが、その分母は何でしょうかという宿題が出ていましたので、資料に基づいて御説明をお願いいたします。画面を共有できますか。

○事務局 共有いたします。

○高田課長補佐 参考資料1を共有させていただきます。西原構成員から前回頂きました就業歯科衛生士の勤務の状況について、今回御報告させていただきます。添付させていただいておりますのは令和2年衛生行政報告例という報告になっております。こちらの届出は歯科衛生士の免許を持っていて、かつ衛生士の業務に従事していらっしゃる方がどこで働いているかということ、2年に1度届出を行う義務がありまして、その届出に基づいて集計をしたものとなっております。

2コマ目になりますけれども、衛生行政報告例というのは都道府県には各個票、個人の調査票を集計する前の個票があるわけですけれども、国のほうにはこの衛生行政報告例の

様式に都道府県が集計を行った上で、届出をしていただくというような形になっております。先ほどの1コマ目になりますけれども、こちらに出ている数字、後はこれが年齢構成になったもの以外のものは、厚生労働省として把握をすることは難しいこととなります。

分母としましては先ほどお話ししたとおり、勤務をしている衛生士として従事している方々が分母になっているということです。念のためですけれども、6コマ目まで飛んでいただきまして、介護支援専門員の実務研修受講試験職種別合格者数ということで、ケアマネの資格を持っている人が一定程度いるのではないかということで、西原構成員からの御指摘もありましたが、まずこちらの資料は第1~24回、これまでのケアマネの試験の合格者を示しております。左側には都道府県別の合格者を記載していて、右側にはその方々が基本となる何の資格を持っているかということを集計したものになっております。

2つ以上の資格を持っていらっしゃる方、例えば看護師であって保健師である方などは重複してカウントしますので、そういう点で左と右の合計は合いません。衛生士の免許を持ってケアマネの資格を持っているという方は、1万1876人ということで非常に多い方々がケアマネの資格と衛生士の資格を持っていらっしゃるということになります。一方でこの資格を持っていらっしゃる方が衛生士として働いているか、ケアマネとして働いているかということについては、今、現にある資料の中からは計り知ることができないということで、ちょっと中途半端な報告になってしまうかもしれませんが、現状のみ御報告させていただきます。

○須田座長 高田補佐、ありがとうございます。以上が前回西原構成員のほうから出された宿題に対する御回答ということになりますけれども、西原構成員、それでよろしいでしょうか。

○西原構成員 西原ですが聞こえていますか。

○須田座長 はい、聞こえています。

○西原構成員 このデータを見させてもらって、また少しお聞きしたいのですが、始めの、今日共有していただいているこれなのですけれども、歯科衛生士資格のこの届けを出した、これです。病院勤務とあと下から2つ目の歯科衛生士学校又は養成所、これは多分教員なりの資格としたときに、介護保険施設等というのに*が付いているけれども、要は教員と同じぐらいしか、介護保険施設等に歯科衛生士として働いている人が1006人とか、1258人とかという理解でいいのですか、この表の読み取りは。

○高田課長補佐 そのとおりです。

○西原構成員 ということは、例えば2025年の地域包括ケアシステムで、歯科衛生士が多職種連携という形で今後増やしたいという思いを持って、4年制の学士教育の中での各大学が、歯科衛生士資格の国家試験を受けて、通ってというような形で頑張っている中で、この総合病院、病院と介護保険施設とは正に求められている分野だと思うのですが、これに向けて例えば歯科衛生士会としては、ケアマネとかそういうのを取った上でダブルの何か資格というのですか、そういうような取組をしていくことが、幅広の就職を考えたとき

には有利なのかどうかというような検討を、歯科衛生士会としてされていたとかという経緯があれば教えていただきたいと思います。いかがですか。あるいは啓発活動をされていたかということが分かれば教えていただきたいのですけれども、いかがでしょうか。

○須田座長 西原構成員ありがとうございました。それではお名前というか話題がでましたので、吉田構成員、いらっしゃいますか。ダブルライセンスを目指しておられるとか、お答えいただけますでしょうか。

○吉田構成員 日本歯科衛生士会としてダブルライセンスを目指すという検討をしたという記憶はありません。ただ、新潟大学、東京医科歯科大学で大学での歯科衛生士教育が開始されたときに、社会福祉士を取れるコースを作っており、実際にダブルライセンス保持者が輩出されています。

日本歯科衛生士会の認定歯科衛生士制度の中で、在宅に対応できる歯科衛生士を認定するなど、生涯研修の中の一環として行っておりますが、今御質問にあったようなダブルライセンスを目指すようなことはしておりません。

○須田座長 ありがとうございます。私の手元のメモに自分が書いたのですが、構成員間の意見交換を促進することと書いてあるので、今のような西原構成員の問題提起は大変歓迎です。ありがとうございます。西原構成員よろしいですか。

○西原構成員 はい、吉田会長、どうもありがとうございました。その上で今後、例えば厚生労働省が歯科衛生士の復職支援とか離職防止という取組をされているわけなのですが、歯科衛生士の職域を広く案内しながら、そして年代別で関われる歯科衛生士としての業務も、20代、30代、40代、50代、おのずと体力と気力と技能とかいろいろな意味で違いが出てくるとは思いますが、そのときにやはり適正な離職防止、復職支援ができないといけないと考えたときに、複合的な何かスキルがある、あるいは資格があるというのは大事な案件だとこの頃考えていたものですから、前回、そして今回も有益な情報を頂いたもので、その辺で厚生労働省歯科保健課としてはどのように考えますか。有効に戻ってきてもらう、あるいは辞めないようにするという施策の中で、どういうふうに私の提起を捉えられますか。

○須田座長 高田補佐よろしく申し上げます。

○高田課長補佐 私の方からお答えします。御指摘のとおり、厚生労働省歯科保健課のほうでも復職支援というのをやっています。衛生士さんが戻られない理由もしくはなかなかそこに不安を感じる理由は様々かと思いますが、まず1つとして、技術に対して少しブランクがあるため不安だというような御意見が多いので、そういう技術を支援する、技能を習得するとか、忘れかけていた何かをもう1回練習するというような機会を与えるように、支援をしています。

併せて構成員がおっしゃったように、30代、40代、50代、60代など、若しくはその方の持っている働ける条件であったり、働きたい条件というのは人それぞれということなので、例えば常勤一択に絞ってしまうわけではなく、例えば水曜日だけ働けるようにとか、

例えば午後だけ働けるようにというような、フレキシブルな働き方というのも雇う側もしくは求人する側も、併せてやっていくことで、より効果的になるのではないかと考えています。以上です。

○須田座長 ありがとうございます。西原構成員、よろしいでしょうか。

○西原構成員 須田座長、冒頭の大事な時間をいただいてありがとうございます。

○須田座長 いえいえ、大事なことです。

○西原構成員 やはりワークシェアリングという考え方が少し必要なのかなという思いがしていますので、本当にありがとうございました。

○須田座長 厚労省のほうでも、今離職防止、復職支援ということで既に4つ拠点を作ってセンターを設けています。その中でもこういった表をオリエンテーションで出して、より幅広の働き口があるということを見せるようにしているという事実はあります。

西原構成員ありがとうございます。それでは先に進みます。もう1つの宿題は、こちらは栗田構成員から御発言いただきたいと思っておりますけれども、前回の構成員提出資料の2、お手元にあるかどうか分かりませんが、一般歯科と比べて有病者を歯科治療する場合、とにかく処置が長くなるのだということで、普通抜歯を例に取られて平均時間をお示しいただきました。その平均時間が29.46分ということでしたが、これにはモニターの設置等、その他の処置が含まれているのでしょうかという投げ掛けがありましたけれども、栗田構成員から御発言いただけますでしょうか。

○栗田構成員 前回少し混乱してしまっていて、誤った情報をお伝えしたようです。実際にはこれは処置に掛かった、いわゆる抜歯を始めて傷の処置をして終わるまでの時間が、有病者ですと29分。タイムスタディですと14分ということで、モニター等に掛かっている時間は別になります。

○須田座長 よく分かりました。ネットの時間、正味の時間ということでよく分かりました。確かにそうすると倍になりますね。

○栗田構成員 実際には普通抜歯をする場合は、抜いた跡を有病者ですと血を止めやすいようにとか、感染させないように閉創にする。多くの場合は開放創で終了するのですが、有病者の場合には閉創しなければいけないとか、傷の処置をとがった所を、通常も丸めるかもしれないですが、丸める処置が入ったりと、いろいろ手が入りますので、有病者の方では今回の調査では倍時間が掛かったということになります。以上です。

○須田座長 栗田構成員、よく分かりました。丁寧に御説明いただきまして大変ありがとうございます。以上が前回検討会で持越しとなりました宿題ということになります。

それではここから本題に入りたいと思っております。まず資料説明に少々時間を頂いて、高田補佐から資料1、2と参考資料1~3をお願いします。

○高田課長補佐 私のほうから、資料1と2について説明をいたします。最後に参考資料3について少し触れたいと思っております。よろしくお願ひいたします。資料1ですが、前回までの会議でも提示している資料になります。歯科医療提供体制等に関する検討の進め方と

ということで、もともと「歯科保健医療ビジョン」が平成 29 年にできまして、これを具体的に自治体で進めていくために、より具体的な方策や、より具体的な指標を出していこうということで、この検討会が始まったものです。スケジュールとして、4 コマ目になりますが、今日の会議までで提供体制に関する議論については一周するというので、次回以降、都道府県にお示しするような手引きを共有して、皆様方と更に詰めていけたらと思っております。

また、今回の議論ではないですが、次回以降、歯科医師、歯科衛生士の需給に関する議論を進めていきたいと考えております。資料 1 については以上です。

続いて、資料 2 ですが、本日、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ということで議論をお願いしたいと考えております。

2 コマ目です。これまで当面の議論の進め方の所にもありますが、こちらに提示した 6 つのテーマについて、順番に、これまで議論をしてきたところです。今回は最後、①について議論をしていただくというところで、議論が一周する予定となっております。

3 コマ目です。歯科診療所の年次推移をお示ししております。歯科診療所は令和元年時点で 6 万 8,500 件となっており、年次推移については近年横ばいとなっております。

5 コマ目です。歯科診療所の従事者の推移です。1 つ目の○歯科診療所は、常勤換算の従事者が 5 人以下の小規模な事業所です。2 つ目の○1 診療所あたりの歯科医師数は 1.4 人。また、3 つ目の○歯科衛生士は増加傾向ではありますが、現時点で平均 1.6 人というような状況です。

6 コマ目、歯科医師数の年次推移です。1 つ目の○の平成 30 年の歯科医師の総数は 10 万 4,908 人ということで、そのうち約 10 万人が医療施設従事者ということになっています。2 つ目の○ですが、人口 10 万単位の歯科医師数は増加傾向にあるということです。

7 コマ目です。人口 10 万単位の歯科医師数を都道府県別に見たものになりますが、1 つ目の○都道府県別の人口 10 万単位歯科医師数は、最も多い東京都、最も少ない福井県というようなことで差があるということです。また、このグラフの下ですが、赤い枠で囲んでいますが、歯科大学がある都道府県というのは概して高く、歯科医師が従事しているというような状況です。

8 コマ目です。就業歯科衛生士数ですが、就業歯科衛生士数は増加傾向にあり、令和 2 年には 14 万 2,760 人ということになっております。先ほども出た資料ですが、就業場所別で言うと診療所が 91%、病院は 5%ということになっています。

9 コマ目です。令和 2 年の衛生士免許の登録者は 29 万 8,644 人と推定されていて、業務従事者は 14 万 2,760 人の届出がありました。2 つ目ですが、免許登録者のうちの就業者数の割合、推計ですが、こちらは令和 2 年で 47.8%ということになっています。

ここからは歯科の傷病について説明してまいります。10 コマ目です。抜歯とその原因ということで、1 つ目の○抜歯の原因で最も多いのは、歯周病、次いでう蝕、破折の順となっております。

続いて 11 コマ目、3 歳児、12 歳児のう蝕ですが、両方とも年々減少しているような状況です。

参考ですが、12 コマ目、一人平均う蝕数をお示ししております。3 歳児については余り大きな差が都道府県ごとにありませんが、12 歳児になりますと、都道府県の施策などが平均にも大きく影響してくるような状況かと思えます。

13 コマ目です。う蝕経験歯数の分布です。上のグラフで未処置歯の度数分布を示しております。ほとんどの子が 0 本ということで、0 本が 380 人ということになっておりますが、10 本ある子も 2 人いるというような状態です。ハイリスクの方とローリスクの方というのが、人数は違えど、分布が連続してあるというような状況です。

14 コマ目です。年齢階級別のう蝕有病者の年次推移ですが、年々、歯が残存しているということもあり、う蝕有病率というのが高まっているということです。

次から歯周病の話になります。15 コマ目です。歯周病罹患の状況ですが、成人の約 7 割が歯周病、いわゆる 4mm 以上のポケットを有しております。2 つ目の○ですが、歯肉に所見のある方、つまり出血、歯石、4mm 以上、6mm 以上のポケットのある方というのは減少しているのですが、全体的に歯周病の方というのは増加しているというような状況です。

16 コマ目です。歯周病検診の受診率と過去 1 年間に歯科検診を受けた者の割合の比較をしております。左側に、市町村が行っている歯周病検診の受診者の割合を示しております。右側ですが、「過去 1 年間に歯科検診を受けたことがありますか」というような質問に対して、「受けました」と答えている方というのは年々増加しているという状況です。

17 コマ目です。歯科疾患に関する有訴者と通院者です。赤い折線グラフが歯科の通院者率を示しておりますが、75 歳を過ぎると通院者率が下がってきます。彼らについて、お困りごとがなくなるのかというような観点で見ますと、「かみにくい」というように答える方がどんどん増えていくということで、お困りごとがなくなって、通っていないわけではなさそうということが分かっております。

18 コマ目です。高齢者の体力・運動能力の推移です。平成 20 年の 70 歳と、今の 75 歳が同じくらいということで、体について若返りというか、若さを保っていらっしゃる方が多いということが分かります。

19 コマ目です。これは口腔内についても同様のことが言えるということで、2005 年の 65 歳と、今の 75 歳が同じくらいというようなことを、口腔内についても歯の本数としてお示ししております。

続いて 20 コマ目です。ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの相乗効果です。対象者が多いものに対して対応しているようなポピュレーションアプローチと、対象者は少ないがリスクの高い人に対して、どうやって対応するかというハイリスクアプローチについてお示ししているものになります。こちらは、対象集団や健康課題に応じて、適切なアプローチを選択、組み合わせて実践・展開することが必要というようにされております。21 ページに、そのメリットとデメリット等についてお示ししております。

22 コマ目です。患者の受診の状況などについてお示しをします。歯科診療所を受診した患者の状況ですが、初診料、再診料のいずれかが算定された方は全国で 14.5% というようになっております。

23 コマ目です。歯科診療所の推計患者は、平成 23 年頃から横ばいになっております。

24 コマ目です。左側のグラフですが、推定患者数は近年横ばい。右側のグラフですが、推計患者の割合については、64 歳以下で減少傾向である一方、65 歳以上では増加率が大きいということが言えます。

25 コマ目です。左側の青の囲みの部分ですが、う蝕については 65 歳以上で増加している。また、赤い囲み部分ですが、慢性歯周炎は、全体として推計患者数が増加、特に 65 歳以上で増加が顕著であると言えます。

26 コマ目です。青い点線がう蝕の外来受療率。オレンジが歯肉炎、歯周炎の外来受療率。緑が補てつの受療率ということで、各々特徴を持った動きというか、外来受療のピークが見られるということをお示ししております。

27 コマ目から歯科診療所の機能に関わるようなことをお示ししていきます。1 行目中段からです。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、全身的な疾患の状況なども踏まえ、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」ということで、管理に力を入れていくということを示したものです。

28 コマ目です。歯科医療機関においては、う蝕・歯周病等の歯科疾患に対する治療を行う一方で、歯科疾患の早期発見・重症化予防を目的とした検診であったり、予防を目的としたフッ化物応用、また、図のほうに示しているシーラントなども当たりますが、予防に力を入れた処置・対応というの、歯科診療所内で行われているということです。

29 コマ目です。1 例として、市町村で行われている歯周病検診の実施場所として、個別、要は歯科クリニックで行われているというものが約 7 割というようになっているという状況です。

30 コマ目からは、う蝕と歯周病の予防について、少しお話をしたいと思います。従来、う蝕というのは、これまでのう蝕の考え方として、う蝕になったら回復は難しいだろうというように考えられていたところですが、現在の考え方としては、初期う蝕は可逆的変化があるというように考えております。

31 コマ目です。初期のう蝕に対して、フッ化物の歯面塗布をするなどとして簡単に削るのではなく、管理をしながらそれ以上進まないように、若しくは少し戻すようにという管理を進めているところです。

32 コマ目です。歯周病についてですが、歯周病についても慢性疾患と言われておりますが、活動期と安定期を繰り返しているというようなものです。その継続した管理として、

33 コマ目のスケーリング等が代表的に挙げられますが、歯に付着したデンタルプラークだったり、歯石を除去することによってリスクを低減していくということです。

34 コマ目、「かかりつけ歯科医」の状況として、左側の棒グラフを見ていただくと、「かかりつけ歯科医とは」ということで、「定期的に歯科検診を受けるなど、自分の歯や口の状態を管理してくれる人」というようにお答えになっているということです。

1 枚飛ばして 36 コマ目です。歯科検診の実施状況として国民栄養調査の結果になりますが、「あなたは過去 1 年、歯科診療所で検診を受けましたか」というような質問に対して、「イエス」と答えた方々のグラフになっております。

最後、論点です。まず、論点の現状としては 3 つ目の○です。3 歳児、12 歳児の 1 人平均う歯数・う蝕有病者は減少傾向にあるが、個人間の格差が大きいということ。また、5 つ目の○ですが、これからは「治療中心型」から「管理を行う」ということに対して歯科のニーズも高まっている、移っていつているということ。また、う蝕・歯周病は適切な管理を継続することで重症化を予防することができることが、既に歯科医学的に示されていること。最後の○ですが、歯科診療所では、治療を行う一方で、フッ化物応用やスクレーリング等の重症化予防も実施をしているということを踏まえて、2 つの論点を設定しております。歯科診療所の機能分化について、これまで議論がされてきたところですが、歯科医療機関の機能においては、う蝕、歯周病などの一般診療に加えて、歯科疾患の予防・重症化予防ということについても期待が高まっているところですが、この観点で、どのような外来機能が期待されるかということが 1 点目。

また、2 点目として、市町村等が行う歯科検診など、地域歯科保健活動が既に行われているところですが、これと、地域の歯科診療所というのは、どのような連携を図っていくべきかについて御示唆いただければと思います。どうぞよろしくお願ひいたします。

参考資料 3 ですが、これまでと同様、過去これまでの検討会における主な御意見について記載をしております。第 4 回までのものを黒字で、第 5 回のもを赤字で追記をしております。また、今回について、21 コマ目以降になりますが、これまで出た御意見のうち、地域診断に資するようなものについて別に再掲して、表としてまとめております。こちらの見方としては、太字になっているものは現行の何らかの統計調査から引用することができるもの。細字のものは、自治体が自ら何らかの調査をしないと把握することが難しいもの等」というように、分けている状況です。以上です。

○須田座長 高田補佐、丁寧に分かりやすく御説明いただきましてありがとうございます。ただいまの資料説明につきまして、構成員の皆様から何か御質問とか追加はございますでしょうか。資料 1 の最後にありますとおり、本日は歯科医療提供体制に関する議論の最終回となる予定でございます。それから、資料 2 の最後にあります論点と、資料 2 の扉のページにあります歯科疾患の予防、重症化予防の推進とかかりつけ歯科医の役割につきまして、本日は皆様から御発言いただきたいと思ひます。これまでの議事録を拝見して、また、参考資料 3、「検討会における主な御意見」を改めて拝見しますと、毎回ですけれども、構成員の皆様から、大変率直な御意見、現場での問題取組あるいは斬新なアイデア、アドバイス等について非常に優れた参考となる御発言を頂いていると思ひて、感心して拝見

しておりました。本日も、どうか、よろしくお願ひしたいと思ひます。皆様のほうから資料に関する質問はよろしいでしょうか。

私から1つ、資料2の9コマ目ですが、共有できますでしょうか。歯科衛生士免許登録者数、業務上従事者数の年次推移ですが、歯科衛生士免許登録者数が29万8,644人と書いてあります。ほかの医療系職種もそうだと思いますが、昔と比べて、亡くなられた方を除籍するという作業は随分行われるようになっていっているのでしょうか。というのは、現場を離れている歯科衛生士さんが、半分以上いるという説明をこれまでしてきたのですが、今、この数字を見ますと、歯科衛生士免許登録者数のうちの就業者の割合が、かなり50%に近づいているのです。冒頭に西原構成員から御発言がありましたように、潜在歯科衛生士というのは歯科医療提供体制を考える上でもとても大事な存在だと思いますので、改めて確認、もしかしたら、もう就業者の割合は50%を超えている可能性があるのではと思ってお聞きしたのですが、その辺はいかがでしょうか。

○高田課長補佐 鋭い御指摘をありがとうございます。こちらの免許登録者というのは、現に免許を登録されていると、先ほど説明のときにも推計されるというように、ちょっと周りくどく申し上げたわけですが、実際には死亡された場合には、その御家族なりが返納していただく必要があるわけですが、実は、返納が100%行われるわけではないというか、実際には行われている率が非常に低いというのが実情かと思ひます。

免許の登録に関しましては、明らかに日本国内でその人より年上の人が発生しない年齢の人は除いていくことはできるのですけれども、亡くなっているかどうか分からない方というのは除籍できずに、そのまま残っているというのが実情かと思ひます。今の話から申し上げますと、実際には亡くなっているけれども、この分母の中には免許保有者として入っている方がいらっしゃるのので、実態としては50%を超えている可能性が十分あると考えます。

○須田座長 ありがとうございます。歯科衛生士が国家資格になったのが1948年ですので、もう70数年たっていますので、このままですと、100歳以上の歯科衛生士がどんどん増えてしまうなどと思ひ、ちょっとそれだと正しい行政ガイドができないのではないかとと思ひ、心配してお聞きしました。それはほかの職種も同じだと思います。

○高田課長補佐 そうですね。

○須田座長 分かりました。というのが実情だそうです。資料1、2、参考資料についてよろしいでしょうか。

それでは、本題のほうに入らせていただきたいと思います。本日はそういうことで、歯科医療提供体制に関する議論については最終回の予定なのですが、論点は、端的に言えば、資料2の1ページ目、スライド2になります。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です。恐らく予防というのは最も効率的な医療資源の使い方だと思いますけれども、このことについて実際に現場で活躍していらっしゃる皆さん、有識者の皆さんから御発言をお願いできればと思ひます。まず最初に、先ほど御発言いただ

きました栗田構成員より、病院歯科の立場の視点から御発言いただければと思います。お願いします。

○栗田構成員 よろしく申し上げます。まず、この資料の論点の所の現状のところですが、上にも説明いただいて、人口が減っているので、歯科医師が減っても人口 10 万単位歯科医師数が増加傾向にあるという説明を受けたのですが、我々は長野県地域にいますと、大分減っているなというのと、多分、地域差が大きいのではないかとすごく感じます。都市では多分、歯科医師は十分いるのですけれども、地域ではかなり減っていますので、こういふときに検討をするときは、地域を少し入れなければいけないのではないかとこのを 1 つ感じました。

もう一点は、今回は歯科疾患の予防ということなのですが、これから将来的な歯科医療提供体制を考えるときに、やはり口腔機能のところはどうするのかというのが 1 つあります。従来どおり歯科う蝕と歯周病に関する対策というのは、今後も重要で進めていくのですけれども、将来の歯科医療を考えるときには、いわゆる口腔機能のところをどうするのかというのが、今後少しは検討の中に入れていくべきではないかと感じました。その辺、我々の病院でも歯科疾患以外に最近求められるのは、いわゆる口腔ケアの部分だったり、それは歯科疾患が基礎にはなるのですけれども、口腔機能に関する要望、あと、患者さんの需要というのも増えてきていますので、その辺を入れていただければと感じました。以上です。

○須田座長 栗田構成員、ありがとうございます。やはりこの検討会で度々出てきますけれども、地域差が大きいと。しかも、これから人口が 2065 年ぐらいまでには、すごい数が減るということが既にこの検討会で示されております。その減り方も、恐らく地方がスカスカになるような減り方ではないかなと想定されますので、栗田構成員の御指摘はごもっともだと思います。やはりこの予防・重症化予防を考える上でも地域差、口腔機能の視点を是非取り入れていくべきことだと思います。栗田構成員の御発言に対して、皆さんのほうから何か追加とか、御質問はございますでしょうか。よろしいですか。

次に進めさせていただきます。それでは、地域の歯科医療を担っていらっしゃるお立場から、はじめに、柳川構成員に御発言願いますでしょうか。

○柳川構成員 これまでの論点から幾つか発言させていただきます。今、栗田構成員からお話がありましたけれども、歯科医師と歯科衛生士の需給については、スケジュール的には次年度でしょうか、令和 4 年度にこの会議で行われるということですので、また、日本歯科医師会の立場からも提案をしたいと思います。かつては地域差はありながらも、歯科医師が過剰な地域が多いという意見が多かったわけですけれども、現在はむしろ中山間地を中心に後継者不足というところが散見されていて、我々の調査でも、後継者がいないと答える歯科医療機関が半分程度ございますので、どうやって対応していくかというのは、今後の大きな問題になると思います。

歯科衛生士さんの需給につきましては、先ほど議論がありましたけれども、とにかく就

業者が増えているということは非常にいい傾向ではないかと思えます。今後、多様な働き方も含めて、歯科衛生士さんの働く環境を良くしていくということは我々も併せて考えております。また、老健施設の話がありましたけれども、病院勤務の歯科衛生士あるいは保健所とか市町村勤務の歯科衛生士さんが増えていくということも非常に重要だと思えます。

この論点の一番下のほうにある自治体が行う検診と、歯科診療所間の連携と書かれています。その中で幾つかポイントがあると思えます。現在コロナ禍で集団検診から個別検診に移行するという流れもございます。その場合に非常に重要であるのは、個別に検診を行う歯科医療機関と、自治体との情報の共有だと思えます。今日、文科省もいらっしやっておりますが、例えば学校検診は集団で行われていますが、コロナ禍で滞ったということがありますので、個別検診の可能性もないわけではないと思えます。そういった場合には学校と歯科医師、歯科医療機関との検診結果の情報共有、日本歯科医師会が策定し、厚生労働省の標準規格になった口腔診査情報標準コード仕様というものもございますので、そういったこれまでの成果を活用しながら自治体と歯科医療機関、学校と歯科医療機関が情報共有していくといったスキーム作りも、必要になってくるのではないかと考えております。以上でございます。

○須田座長 柳川構成員、大変ありがとうございました。資料 2 の 37 コマ目の論点、両方御発言いただきまして、大変ありがとうございます。柳川構成員の御発言ですが、何か皆様から御要望とか、追加はございますか。よろしいですか。

それでは、同じく地域の歯科医療を担っていらっしゃるお立場から、長崎の渋谷構成員、お願いいたします。

○渋谷構成員 こんにちは。論点の所にごございます 1 つ目の○の歯科医療機関におけるう蝕や歯周病の一般診療に加えて、発症予防・重症化予防の観点ということですが、歯科の会員診療所においてはそういった視点で、ほとんどが診療されているのではないかと思います。それは近年の診療報酬改定において、これまで治療に優先的に点数配分があったのが、フッ化物等を含めてう蝕予防あるいは歯周病についても SPT が導入されたり、P 重防が導入されたりということで、いわゆる重症化予防という点数の張り付けが付いております。いわゆる診療報酬については、診療の内容の政策誘導という観点もありますので、そういった認識で診療されている方がほとんどではないかと考えています。

ただ、先ほどから話題になっております歯科衛生士の確保というところで、今お話したような発症予防・重症化予防を行う場合に、歯科衛生士の勤務というのが必須でございます。長崎県でも会員診療所における歯科衛生士の就業状況の調査をするわけですが、会員診療所の半数が、歯科衛生士が 0 又は 1 という結果が出ております。ということで、長崎県歯科医師会でも歯科衛生士の確保ということで様々な事業を行っているわけですが、先ほど来出ておりますように、就業されていない歯科衛生士さんが長崎県内にどれだけいるかという把握が全くできないこと。また、先ほど、西原構成員も少しお話されましたけれども、歯科衛生士の働き方というところで、長崎県でもワークシェアということ

ができないかということ、今、考えております。歯科衛生士さんが就業する場合に家庭を持たれて働く方が、いわゆるパートタイム的に希望される歯科衛生士さんは結構いらっしゃるのですが、そのときに就業に際してネックになっているのが、その方々が、いわゆる被扶養者ですので、控除対象の年収を超えない範囲で働きたいという要望が結構あるのです。それが、就業を妨げている一因になっているということもありますし、それから、実際に歯科診療所が求めている就業時間とマッチしないといったようなこともあります。

今、考えているのが実際に就業されている歯科衛生士さん、特に非常勤で働いている歯科衛生士さんですが、そういった方々をワークシェアできないかということで、先ほど0か1というお話をしましたが、冒頭、予防することに点数が反映されていると言いましたが、ここに施設基準というネックがまたありまして、歯科衛生士さんがいないと、かかりつけの強化型が算定できないといったようなこともありますので、ゼロの所は特にそこにシフトするのはなかなか難しいということもあります。

これは厚労省にお願いしたいのですが、その施設基準については、もう少し緩和していただけないかといったようなことと、働きやすいような環境整備というところで、ワークシェアも含めたところで歯科衛生士会と、長崎歯科医師会と連携したいろいろな職業あっせんの事業等もやっていきたいと考えております。

2つ目の自治体が行う歯科検診等の所ですが、冒頭に資料が出ましたが、自治体が行う歯科検診の受診率が異様に低いと。ただし、年1回定期検診を受けましたという方は半数以上いると。これは歯科診療所において、いわゆる定期検診という形で行っている方が多いのではないかと思いますけれども、そのデータのリンクがなかなかできない。自治体が行うというときに、長崎県内も21市町がありますけれども、やっている所とやっていない所があると。やっている所でも、それを統括した長崎県はどうか、自治体が行う歯科検診のトータルのデータというものがなかなか示されていないというところもありますので、そういったところを、会員診療所に来られている方々の定期検診のデータとのリンクというのが非常に必要ではないのかなと考えています。自治体が行う歯科検診については、自治体も一生懸命頑張っているのですが、受け入れますという発信はしていると思いますけれども、では、受けた後はどうでしたかとか、増やすための方策とかといったようなことが、なかなか行われていないのではないかなと思いますので、その辺は必要ではないかということを考えています。

また、自治体が行う歯科検診については、診療所に来院されて行うことが多いのですが、そこで検診だけして、後が続かないというのが多いのです。長崎県歯科医師会では、1つのやり方として、市町村職員共済組合の歯科検診事業というのを立ち上げまして、そこに歯面清掃の体験というのを入れてもらいました。検診の費用は余り変わらないように設定しているのですが、そうすると、その先に進む方、いわゆる歯石を取ったりとか、ちょっとしたカリエスがあったら治療するとかというところにつながる人も、やはり

少しは増えているようですので、そういったやり方も必要なのではないかと考えているところですが、まとまらなくて申し訳ないのですけれども、以上です。

○須田座長 渋谷構成員、現場の切実な声をお聞かせいただきましてありがとうございます。歯科衛生士の働き方については、日本歯科衛生士会のほうでも離職者に対してアンケート調査を行っていて、多分、その中ではフルタイマーではなくて、パートタイマーで働きたい人が非常に多いという結果が出ていたかと思います。吉田構成員、日本歯科衛生士会でおやりになった直近の調査結果を少し紹介していただけますでしょうか。

○吉田構成員 おっしゃっているのは多分、歯科衛生士の勤務実態調査のことだと思います。

○須田座長 はい。

○吉田構成員 今、お話があったように、歯科衛生士の就業者数は増えております。一番増えているのは50代、子育てが終わった世代が一番増えており、人数増加に貢献しています。今、渋谷構成員がおっしゃっていたように、扶養の範囲で働きたいという者は少なからずおります。しかし、夫が定年されますと、常勤で大丈夫ですという歯科衛生士もまた存在します。50代の歯科衛生士が増加していることから、年齢を重ねても、若々しくて働く気がある歯科衛生士はおりますので、そういった者を活用していただくとよいと思います。一方で、20代のほうは、残念ながら人数が増えておりません。学校数や卒業人数が増えているのに、人数としてはほとんど変わっておりません。これは、就職をしない、若しくは離職をしているのだらうと思います。（世代に限らず）働き方が多様であるというのはそのとおりで、非常勤でも先ほどいろいろアイデアを頂いたワークシェアリングといったような考え方というのは非常に大事かと思います。

今、聞いていただいたこととは、ちょっと違うかもしれませんが、先ほどお話にあった歯科衛生士の就業者数というのは、1974年までは1万人を超えておりません。つまり、68歳以上の歯科衛生士は1万人未満です。（登録抹消手続きをしていなくても、歯科衛生士の合計数については）そこまで影響はないかと思いますが。

○須田座長 吉田構成員、ご追加ありがとうございます。厚労省のほうに施設基準の緩和という御要望も出されまして、0か1ではなくて0.5とか、そういうことでもいいのではないかということになるかと思いますが。渋谷構成員、ありがとうございます。

それでは、歯科大学病院で臨床と教育に携わっておられるお立場から、まず、則武構成員に御発言いただきたいと思います。よろしくをお願いします。

○則武構成員 本日御説明いただきました資料を拝見して、歯科検診の受診状況、国民健康栄養調査のほうで受診率が上がっているというのを拝見しました。一方で、市町村等が実施している歯科検診の受診率が余りよくないということも拝見しました。例えば、定期的にメンテナンスという形で受診されている方ではない方に市町村実施歯科検診をより受診していただけるようなプロモーションなどが何らかできると、より効果的なのではないかと感じました。

また、大学で教育している立場としましては、やはり若い研修医や学生にその予防の重要性というのをいかに伝えられるかというところになるかと思しますので、効果が高いというエビデンスやデータなど、これまで以上により厚労省のほうでたくさん出していただければ、教育の立場からとしても進めやすいのかなと感じました。以上です。

○須田座長 則武構成員、ありがとうございました。確かに 16 コマ目のスライドにありますように、歯周疾患検診受診者が非常に低いというのは何とかしなければいけないかと思えます。渋谷構成員からも御発言がありましたけれども、この辺は一工夫必要と思ってお聞かせいただきました。ありがとうございました。

それでは、同じく、歯科大学病院で臨床教育に携わっていらっしゃるお立場から、大島構成員、お願いいたします。

○大島構成員 大島です。論点の 1 つ目、歯科疾患の予防・重症化予防の観点ではどのような外来機能が期待されるかということに関してですが、今回、かかりつけ歯科医について、これを国民の視点からも定着する習慣を図っていくということが重要ではないかと思えます。国外ですと、歯科は民間保険の国もありますので、ファミリーデンティストを持つこと自体が障壁になっているところもありますけれども、日本は皆保険ですので、こういったシステムを整備しやすい環境にあるのではないかと捉えております。

加えまして、歯科の治療内容の比率ですが、やはりいまだに補てつの割合が多いかと思えます。それに関して、医師誘発需要がどの程度働いているかというのは、分かりかねる部分はあるのですが、ただ、いずれにしても、先ほどお話に出ましたように、重症化予防などにウェイトを置いた診療報酬の改定などが、引き続き必要ではないかと思っております。以上です。

○須田座長 大島構成員、ありがとうございました。今年はちょうど歯科診療報酬点数の改正の年ですけれども、かなり行政のほうでも政策誘導が行われてはいるのですが、依然として補てつ系の収入が多いのではないかという御発言も頂きました。ありがとうございました。

続いて、歯科大学病院で臨床教育に携わっていらっしゃるお立場から、市川構成員にお願いします。

○市川構成員 先ほど大島構成員もおっしゃったように、補てつというのは診療報酬が非常に大きく、やはり治療型から管理型に持っていくというのは本当に大事なことだと思います。歯科の 2 大疾患であるう蝕と歯周病は、予防とか早期治療が重要であり、その結果、生じてしまった歯列欠損や歯質欠損の治療、いわゆる補てつ治療は効率が悪い、費用対効果が悪いと私自身も思っております。

もちろん、健全な歯列に整えて、歯列の崩壊を包括的に予防するのも補てつと捉えており、非常に重要なことだと思っております。ただ、予防のためにリスクを未然に、早期に発見するスクリーニング方法というのは十分ではなく、従来から人海戦術ということで、これも費用対効果が悪いように思っております。

現在行われている、費用対効果の悪そうな検査より、簡単な PMTC を助成するほうが、逆に効果的であるような気がします。たとえば歯列を撮って AI で評価するようなスクリーニング方法のような費用対効果が非常に高い検査方法の開発というのが期待されると思います。そういう意味では、現時点では国民の全てがかかりつけ歯科医を持って、1 年に 1 回定期検診を兼ねた PMTC などをするほうが簡単かもしれません。

歯については、8020 運動で健康日本 21 の目標の中で一番優秀な領域ですので、学校保健を含めた口腔衛生の概念の植え付け、オーラルリンスや歯磨剤という口腔衛生剤も非常に進歩しておりますから、ポピュレーションアプローチをより徹底すること、それによって生じる経費をハイリスクアプローチ、障害者とか、重点的な治療ケアが必要なところに持っていくというのが、非常に効率的な歯科医療かなと思っております。

そのために、歯科衛生士の業務拡大、復職支援、ワークシェアというのも関係すると思いますし、現場の歯科衛生士、あるいはそれを教育する教育者側のリカレント教育というのも非常に重要なことだと思っております。

頂いた資料の中で、慢性歯周炎が平成 8 年から平成 29 年度に増加しているのが興味深いのですが、これを専門学会に説明していただければと思います。もう 1 つは、高齢になると要介護者が増えて高齢者の受診率は低下するのですが、どうして低下するか、身体・社会的な状況なのか、経済的な状況なのか、その辺のところをどうしたら解決できるかというようなところを明らかにしておく必要があると思っております。論点とは少しずれたことかもしれませんが、発言させていただきました。

○須田座長 歯科のリソースを考えれば、また費用対効果を考えれば、予防型へのシフトが大事だということを、皆さん同感されているかと思います。

それから、歯周疾患の話で少し振られましたけれども、高田さんからお願いできますか。

○高田課長補佐 比較が平成 8 年と平成 29 年ということで、25 コマ目になります。実際に歯が残って、歯周病に罹患される方、対象者が増えたというような観点と併せて、平成 8 年以降と言うか、歯周病に対応していこうという、教育面での対応ということで、平成 8 年頃と言うと、今とは例えば予防に対する歯科医師側の概念とか、取組方というのも少し違っていたのかなというように考えると、例えば重度の歯周病の方であっても、「では、抜歯しよう」とかではなくて、何とかこの歯を維持できないかというような形で、歯周病治療に取り組まれる歯科医療機関側も増えたのではないかと考えられるかと思います。

○市川構成員 私自身、20 年間歯周の治療法に対する知識はあまり変わってなくて、何でこんなに増えているのかなという疑問を持ったので発言をさせていただきました。

○須田座長 かなり歯周病に点数が重点配分されたということもあるのではないのでしょうか。どうでしょうか。私見です。ありがとうございました。

それでは、同じお立場から、一戸構成員から御発言願えますでしょうか。

○一戸構成員 今の市川構成員のお話とも関連するのですが、本日の資料 2 の 17 枚目を御覧ください。高齢になると通院者率が減るということで、極めて単純に想像すれば、通

院はできないけれども、訪問診療でちゃんと診ているのだよねという話になるのだろうと思うのですが、自分が実際に地域の口腔保健センター、いわゆる障害者歯科センターのような所ですが、今から 30 年ぐらい前から各地域にすごい勢いで増えていきましたけれども、そういう所に手伝いに行っている実感として、この数年、すごくそういう所に来られる有病高齢者、あるいは要介護高齢者の割合が減っています。障害児、あるいは昔障害児だった方が単純に高齢になったという人たちの割合は非常に増えているのです。

それは要介護高齢者なりが、訪問診療をきっちりと自宅で受療できていてということであればいいのですが、一方で、最近、皆さん御承知のように、いろいろなタイプの認知症の方が増えていて、特にレビー小体認知症のようなものでは、周りの方に手を出してしまったりという方もいて、そうなると、そういう方たちの口の中の状態をよくしたくても、家族の方が歯科に助けを求めないという状況があるのではないかなと思うのですが、この辺りの正確なデータを自分自身も持ち合わせていないですし、よく分からないのですが、実感として、そうやって歯科の受診を躊躇っているがために具合が悪くなっている、誤嚥性肺炎になるというような人が増えているのではないかと思いますので、こういう方たちをいかにして救うかというのは考えなければいけないことかなと思うのです。

自治体の広報等も必要でしょうけれども、一方では、なかなか難しいと思いますが、認知症の方の口腔のケアは難しいと思いますが、そういうところに入っていける歯科医師を大学の立場としても、抵抗感なくそういう患者と話ができる、会える若い歯科医師を育てなければいけないと思います。

もう 1 つは、できればそういう所に行くことに対するインセンティブというのがあれば、なおいいのかなと思いました。そのようなことを本日の資料を見ながら感じました。

○須田座長 一戸構成員、御専門の立場も踏まえて御紹介いただきまして、大変ありがとうございます。

それでは、同じく西原構成員お願いいたします。

○西原構成員 私自身、国立予防衛生研究所から始まって 40 年来、歯周病の病理論の研究をして、大学に戻って、今は管理職のようなことをやっていますので、少し歯周病に重点してお話をしますと、病態検査としての歯周ポケットの深さであったり、あるいはレントゲン診査であったり、そこは歯科医院の腕の見せどころということで言うと、クリニックあるいは診療所でされているとして、先ほどの論点の行政検診と歯科医院の連携につながってくるのですが、今行われている行政検診が節目検診ということで行われていて、日立製作所で一緒に調べているのですが、その数字が福岡県の市区町村、3~5%という数値になっているのは、本日のデータと全く同じです。

要は、今「健康長寿」という言葉と「平均寿命」という言葉の使い分けの中で、70 歳から数年間が健康長寿と平均寿命の間を挟んでいるとしたら、そのときにおいしく物が食べられるような口腔内にしていくために、歯周病予防をどうするかといったら、やはり 60 代、50 代、40 代の働き盛りの人たちが自分の口の中を意識していくということを、歯

科医院へ通院する余裕のある働き手ばかりでなくて、地域によっては、例えば北九州市は中小の企業のワーカーが多いエリアですから、職場検診あるいは健保検診等も、なかなか離職時間を割いてまでというような企業体が多い中で、どうやって気付いてもらうかということ、我々、北九州にある歯科大学としては、行政と一緒にやりながら非常に工夫しているところです。

やはり検体を取るのには5分ぐらいでしょうか。5分ぐらいで唾液以外の検体で、歯周ポケットのデータと相関の高い検査を、例えば大腸がん検診で言えば糞便検診といったような、極端な例を出しましたが、歯周病の重症化を50代前に気が付いて、歯科医師の下を訪れる習慣付けをする。サクセスフルエイジングということ言うとリテラシー、患者自身が自分の口の中を数値をもって自覚するというような仕立てを、厚生労働省も含めて、医療機関がしていけないと、歯科の検査は今までどおり歯周ポケットを測っていたら、限界値は突破できないと考えています。本学では寄付講座で歯周医学講座というものを作って、地域の検診業を展開している大手の検診団体、法人格の団体と、商工会議所と連携しながらやっているところです。そのようなデータのデータが出始めていて、グッドプラクティスでお示しできるような時代になってきたかなという気がしていますので、これ以上具体的にお話ししているところと切りがないので突き詰めると、患者自身が働き盛りのうちに、歯周病ということに関しては自分でテイクケアするという気持ちを、どうモチベーションを上げて持っていくかということが、スターティングポイントではないかなという気がしていて、そこには歯科医師と歯科衛生士がオーラルヘルスという観点で、一体化して動かなければいけないのだろうなという思いを抱いています。

○須田座長 西原構成員、ありがとうございます。行政検診、診療所での検診、職場検診などを通じて、重症化予防を習慣付ける、特に歯周病について。そして、地域の取組についても一端を御紹介していただきました。

今度は立場を変えて、行政におられる立場から岡山の西嶋構成員から御発言いただけますでしょうか。

○西嶋構成員 私から3点、資料に従ってコメントさせていただきます。

1点目は資料の13ページです。3歳児検診等での状況ということで、10本以上の虫歯がある方がいらっしゃるということですが、確かに岡山県の状況を見てみると、この1年間で3歳児検診で10本以上の虫歯が見付かった方は1%だったのが、この5年間で半分の0.5%ぐらいになっています。少しずつ減ってはきているのですが、今もなおあるというような状況です。

こういった方々は、御案内のとおり虐待だったり、ネグレクトを予感させるような場合が多いということで、確実に市町村の保健師につなぎ、その保健師がお宅訪問をさせていただくというスキームを各市町村のほうで回しているというような状況です。

全国的に虐待の話も話題になっていますが、こういった歯科の検診だとか、そういったことが、そういった社会的な問題の入口にもなり得るのだということ、もう少し広く周

知をするということも大事なかなと思います。

2点目は、資料の29ページを御覧ください。先ほど西原構成員からも話がありましたが、歯周病の検診の受診率が低いというのは、行政としても課題だと思っています。岡山県でも、1%に受診率が満たない市町村から、高い所は10%ぐらいになっていますが、いずれにしても受診率が低いことには変わりはないということです。

今、岡山県では歯周病と糖尿病との関係だとか、そういったことを通じて医科歯科連携を進めていまして、どちらかと言うと、糖尿病の内科クリニックだったり、そういった医療機関のほうで医科歯科連携のパンフレットを配って、歯周病は糖尿病と関係があるということで、歯科を受診されたらどうかというお声掛けをさせていただいているので、そういったことも1つ入口としてあるのかなと思いますし、先ほども西原構成員からもありましたけれども、職域歯科ということで、いかに企業を巻き込むかということは大事なかなと思っています。

恐らく多くの市町村で、例えば禁煙対策だとか、生活習慣病対策といったことで、企業を巻き込むという事業も幾つかあると思いますので、そういったところで、いかに歯科もその中に入れていくかということも、1つ解決策としてあるのかなというように思います。

最後に3点目です。先ほどほかの構成員からも話がありましたが、今後、歯科医師、歯科衛生士の需給といったことを考える場合に、地域によって随分状況が違ふということはおっしゃるとおりだと思っています。

厚労省のほうで、3月2日に地域医療構想について、2040年に向けた地域医療構想の議論が実質的にスタートしていますが、そういった資料の中でも、今後65歳以上の高齢者が増えていく医療圏と、そういった高齢者でさえ減っていく、当然若者もそうですが、高齢者もどんどん減っていく医療圏と、それぞれ130、190あるぐらいの感じで人口の動きが今後真っ二つに分かれるということが資料に出ています。高齢者、働き盛り、子供に対する歯科のアプローチというのは違うと思いますので、今後、そういった各地域ごと、医療圏ごとの人口の分布、推計みたいなことも念頭に入れながら、需要と供給とはどうあるべきかということを考えていくことが必要かなと思いました。

○須田座長 西嶋構成員、ありがとうございます。確かに、歯科というのは虐待を見いだす1つの大きな入口になっているということが言えると思います。それから、歯周病検診の受診率が低い件については、岡山県の取組も御紹介いただきまして、ありがとうございました。

いずれにしろ、今後2060年に向けて、人口が急に減っていきますので、そのことを念頭に入れた対応が必要になろうかと思っています。ありがとうございます。

それでは、またお立場を変えさせていただいて、研究者の立場から、まず福田構成員からお知恵を拝借したいと思いますが、よろしくお願ひします。

○福田構成員 国立保健医療科学院の福田です。私からは2点ほどコメントさせていただきます。1点は、地域の歯科保健事業とかかりつけ歯科医との関わりです。もう一点は、

かかりつけ歯科医の定着と関連した指標についてのコメントです。

診療所での発症予防、重症化予防を行う場合、乳幼児から高齢者、また入院、入所、在宅療養といった様々な生活様式にも対応できるかかりつけ歯科医の定着がキーワードになると思っております。地域では、様々な歯科保健事業が行われております。例えば乳幼児の歯科健診、歯周病検診、後期高齢者の歯科健診などがありますが、これらの地域での歯科保健事業の受診をきっかけとして、かかりつけ歯科医の定着がすすむよう、もっと我々は知恵を絞っていく必要があると思っております。

もう一点は指標のことです。自治体における歯科検診の受診率が低いことが先ほどから言われています。もちろん、歯科検診の受診率を上げるということは大切なことなのですが、それ以外にも、例えば検診後にかかりつけ歯科医と結び付いた者の割合とか、新規で歯科検診を受けた者の割合などの指標も、自治体では取り上げていく必要があると思っております。以上の2点ほどコメントさせていただきました。

○須田座長 大切な2つの点、指標に関する御提案も頂きまして、大変ありがとうございます。

それでは、同じく研究者の立場から三浦構成員にお願いいたします。

○三浦構成員 論点の1番目の点についてです。既に数名の構成員からも御指摘があったところですが、う蝕や歯周病の場合は、歯科診療所につながれば、その後の対応はかなり標準的なアプローチが確立されていて、ある程度のユニバーサルなサービスの提供ができる体制にあるというように思います。

ただ、ここにおいて大変問題になるのは、いかにして歯科診療所につなぐか、行ってくれば、その先は解決が付くのですけれども、ここの部分のアプローチがまだ足りていないというところで、基本的事項においても、中年期の未処置歯の改善というところが、数値としてなかなか上がってきていないというところです。

う蝕や歯周病のアプローチに関しては、いかにして歯科診療所につなげていくかという、いわゆる歯科保健向上的なアプローチが必須ではないかと思えます。この辺りは、先ほど福田構成員からも「かかりつけ歯科医の定着」という言葉でお話がありましたが、ほとんど同じようなことを私も考えています。

う蝕や歯周病と口腔機能は分けるべき問題かと思えます。というのは、う蝕や歯周病に比べると、口腔機能の低下者に対するアプローチ方法はまだまだ標準化のレベルが低いかと思えます。この辺りは健康づくりの視点から考えると、例えば後期高齢者歯科検診を受けた後に、どのような対応策を取るのか、ここの部分は歯科専門職において、ある程度の統一感をもってアプローチすべき案件かと思えます。

優先順位は、う蝕や歯周病と口腔機能とは違ってくるというところで、う蝕と歯周病に関しては、特に、中年期の男性が様々な諸データにおいて、なかなか行動変容を起こしづらいというところですので、先般御指摘のあった、産業保健活動との連動を図るとするのは、非常に効果的かと思えます。口腔機能に関しては、後期高齢者歯科健診をやりっ放

しにしない、やった後に必ずつなげられるようなプログラムづくりが大変重要かと考えました。

2点目の論点ですが、ここは同じく数名の構成員から御指摘のあったところです。まず、データの共有化に尽きるかと思えます。今、データで捕捉するところで初めて次の施策の具体化にいくところなのですが、歯科診療所でかなりの歯科検診が行われているところですが、残念ながら、そのモニタリングをした結果を把握できていない、共有化できていないのが大きな問題点です。その大きな原因の1つというのは、書式が統一化されていないことにあります。完全統一しなくてもコア項目だけは統一しておかないと、うまく地域差の検証もできなくなってしまうので、ここの部分は早急な改善が必要かと思えます。

標準的な歯科検診法のようなものをしっかりと作る、そういったものが確立されると、大学教育でも歯学部の学生に教えることができますし、歯科衛生士養成校でも、そういった教育を施すことができるので、周知がかなり進むと思えます。今、そういうものが残念ながらないので、ここの部分是对応をうまく取れば、大きく改善していく可能性があるかと思えます。パーソナルヘルスレコードの動きもありますので、そういった他の政策とうまくリンケージできると、ここのデータの共有化について、更に議論が進むのではないかと考えています。

○須田座長 1つ目の論点では、う蝕と歯周病を診療所につなげるという話、それと口腔機能低下症については分けて考えるべきだということかと思えます。2番目の点については、データの共有化の問題があるので、標準的歯科検診法の策定と言うか、そういう御意見もございました。

三浦構成員、標準的歯科検診法については、現在、モデルのようなものはないのでしょうか。

○三浦構成員 先ほど柳川構成員からも御指摘がありましたけれども、厚生労働省の事業費にて、そういう共通の書式を作る取組が進んでおりまして、報告書にもなっているという理解です。そういったものを中心として、スクリーニング検査法で、例えば唾液等を用いたスクリーニング検査法もこの中に併存させるかどうかというのは、有効な手段かと思えます。学術的な検証が必要かと思えますが、幾つか非常に先駆的な研究データも出つつあるという事柄を、先ほど西原構成員からも情報共有していただいたので、この辺りをうまく情報を集約して、自治体および各歯科診療所でできる規模感にもしなければいけないので、費用対効果も含めての検証を、この段階でやるべきところにきているのではないかとこのところでは、次につながるシーズは、しっかりと出来つつあるという理解でおります。

○須田座長 分かりました。ありがとうございます。

今、三浦構成員からお名前も出ましたけれども、柳川構成員、恐縮ですが、標準的歯科検診法に対する現況と言いますか、日本歯科医師会のスタンスはどうでしょうか。

○柳川構成員 まず、厚生労働省の事業として、もう3年目に入るのででしょうか、歯科検

診推進事業の中で標準化が一定程度進んでいると思いますので、それについては歯科保健課からお願いしたいと思います。私のほうは、先ほど出た RHR ですとか、現在進んでいる医療情報の標準化の中で、歯科の分野でも標準コード指標というのを策定し、厚生労働省の標準規格にもなっております。そこは、HELCS 協議会とか業名コードとかを扱っている組織の認証も得ていたわけですが、これが歯科診療所で活用されるかというのはまだこれからの話です。また、併せて、文部科学省のほうでも学校歯科検診の標準化が進められています。以上です。

○須田座長 柳川構成員、ありがとうございました。歯科保健課から何か御追加とかありますか。

○歯科保健課 特にありません。

○須田座長 よろしいですか。特によろしいですか。分かりました。ありがとうございました。それでは、最後のほうになります。有識者のお立場から、4 人の構成員に御発言をお願いしたいと思います。まず、杉岡構成員をお願いします。

○杉岡構成員 言葉がふさわしいかどうか分かりませんが、私たち歯科技工士は直接臨床に関わっていない状況の中で、いつも皆さんのお話を聞いて大変勉強になっております。今日の主題でもあります歯科疾患の予防や重症化予防の推進という状況について、知識として知った上で補てつ物等の製作を担うことが歯科技工士にとっても重要であると思っています。もちろん、歯科医師の指示が大前提ですが、歯科技工士の職能でどのように関わっていけるのかということを考えるよい機会になったと思っています。また、これまで何度か示されておりますが、27 コマ目にあった歯科治療の需要の将来予想、イメージの中で、治療中心型の歯科治療型から治療・管理・連携型に歯科治療のニーズが変わっていく中で、補てつ物等の製作の量や質の変化にどう対応していくかということも、歯科技工士は考えていかなければならないと思っていますし、今後、歯科技工士の需給については別途検討していくことになっておりますが、そのことが1つの指標になるのではないかと考えております。ありがとうございます。

○須田座長 ありがとうございます。日本歯科技工士会会長としての御発言を頂きました。

それでは、次に、日本歯科衛生士会会長でいらっしゃる吉田構成員をお願いします。

○吉田構成員 今、予防・重症化予防ということでお話が出ておりますが、診療所の中で、口腔機能低下症だけではなく、口腔機能の発達不全についてもさらなる働きかけが必要かと思っています。例えば口呼吸とか、必要な場合には矯正科に紹介するのが適切だと思うのですが、もっとその前の段階で、小さな子供たちにも機能に関して声掛けや指導が必要かなと思っています。

また、診療所の役割というか、そこに勤める歯科衛生士の役割かもしれませんが、日本は災害が非常に多く、災害歯科保健については取り組まれているところですが、日頃から、例えばどこかで災害が発生したときに、被災すると歯磨きができなくなったり、それが起

因して大変なことが起こることがあるなどや、災害グッズの中にウェットティッシュやティッシュを準備しておくといいですよというような、災害歯科保健に対する啓発が必要と思います。歯科診療所の中で日常的にお声掛けするだけでも災害に対する意識づけができますので、いざ何か起こったときに少しヒントになるのではないかと思います。

令和2年だったと思うのですが、全国歯科衛生士協議会の調査の中で、求人倍率が出ていました。その求人倍率だと、確か、この年の卒業生は6,752名で就職率は91.6%だったのですが、求人件数が7万4,442件、求人人数は11万9,994人ということで、求人倍率が19.4倍でした。このことから、まだまだ歯科衛生士が足りないということは間違いないことが示されています。

学生にとって就労条件も問題のひとつです。お給料が最初は高いのですが、年齢が上がっても給料が上がっていかないという統計的な数字が見えてきています。今は、SNSなどで情報が回るため、そんな数字から将来への不安があったり、給料が上がらないのだったら勉強しなくてもいいかなというようなことも耳にすることがあります。おそらく、平均給与が上がらないことは、非常勤が多いことも影響しており、先ほどお話があったように、扶養の範囲で働いているということも影響しているかと思います。しかし、賃金に不満を持っている者も少なからずいるというのは事実なので、そういったところもケアしていかなくてはいけないと考えております。以上です。

○須田座長 吉田構成員、大変幅広く御発言いただきましてありがとうございます。災害時の歯科医療提供体制も非常に重要な話だと思いますし、歯科衛生士の求人倍率が非常に高いということもお話いただきまして、また、歯科衛生士側のSNSの活用なども含めてお話を頂きました。大変ありがとうございます。吉田構成員、求人倍率というのは、1つの歯科医療機関がいろいろな場所に求人を出すと思うのですが、それを全部入れているわけですね。

○吉田構成員 おそらく、そこは、全国歯科衛生士協議会の調査ですので、全国歯科衛生士協議会に入っている170校ぐらいにアンケートを投げて、その学校にきた求人票の件数と、それから卒業生の件数で数を出しているのだと思います。

○須田座長 よく分かりました。多分そうだと思います。吉田構成員、ありがとうございました。

それでは、同じく有識者のお立場から、まず、山崎構成員お願いできますか。

○山崎構成員 一般患者の立場でお話させていただければと思います。この会の第1回目のときにちょっとお話したのですが、当時、インプラントを仕立てて、その後、定期検診といいますか、3か月後に来てねということを実は初めて言われまして、そこで、そのルールに乗ったのです。それから約1年ぐらいたちますが、相変わらず行っています。安心して定期検診を受けて、受けるので毎日歯磨きもちょっと念入りになったりして、そういう意味ではよかったなと思うのですが、よくよく考えると、それまでに虫歯で歯医者さんに行って、何か月か治してもらって、その後、様子を見ましようね、定期的にと言わ

れたことは実は一度もなかった。ですので、1回それで終われば解放されるというような感じで過ごしてきたので、それで初めてだったのです。

あと、いわゆる職域なので、職域の健診、特定健診を受けますが、そのときに、歯科のブースがほとんどない。1回ちょっと見ましたが、集団健診でしたが、かなり隅のほうにあって、任意で受けてくださいという感じで、よくよく、私は興味があったのでちょっと寄ってみたのですが、ほとんどの人が素通りだったのです。そういった中で、どういうきっかけがあれば歯科の構成員とか、歯科診療所での定期検診につながるか。これは構成員方皆さんの御指摘されているところかと思いますが、今、考えると、ほぼほぼあまり手はないのかなということも思っています。そういう中で、西嶋構成員から先ほど御指摘があった、医科歯科連携の中で医科の構成員からの紹介というのは1つあり得るのかなと。その中で、医科歯科連携がどこまで進んでいるのかといったところも大事になるかと思いますが、そういう感想を持ちました。

治療中心型から治療・管理・連携型へというお話の資料を拝見しまして、これからの地域の人口がどうなるかといったところをよくよく考えてというお話があったかと思いますが。正にそのとおりで、人口構造がどのように変わると歯科の需要自体がどうやって変わるのか。単に人数だけの話ではなくて、先日、報道がありましたように、今、自治体の半数が既に過疎地域の指定を受けているということです。人口減というマクロの話もそうですが、それぞれの地域で見ても半数がもう過疎だということまで差し掛かっている中で、人口は減るだけではなくて、通院主体の受診ができなくなってくるということも見据えた中で、どうしても医療難民が出る所で、どのような供給をしていくのかといったところも併せて。これから需給の推計をやられていくと思いますが、そういう中で、管理型といったところをどのようなバランスを置いていくのか。管理型をすることによって治療型は減るかと思いますが、分からないですが、そういったバランスもきちんと見た上で供給のことも考える、もう一回振り返って考えることが必要かなと思いました。すみません、ありがとうございました。

○須田座長 山崎構成員、ありがとうございました。山崎構成員ご紹介の御発言はよく覚えております。始めから歯科に定期的に通っていれば、今頃、インプラントでなくても済んだかもしれないですね。また、職域健診で歯科ブースがないとか、素通りされているというのは、かなりこれも厳しい現状ですね。その点、医科歯科連携というものも考えるべきかもというお話だったかと思いますが。いずれにしろ、もう今でも、かなり過疎の地区が増えてしまっているというお話も頂きまして、やはり地域診断も大事だということになるかと思いますが。山崎構成員、ありがとうございました。

それでは、次に、同じく有識者のお立場から、松原構成員、お願いします。

○松原構成員 私は、今の山崎構成員の御発言に近いのですが、私も3年ぐらい前まではかかりつけ歯科医とか要らないぐらいに思っていました。たまたま自分が勤務している所に近い歯科があればそこでいいではないか、勤務先が変わればまた変わればいいじゃな

いかぐらいに思っていたのですが、3年ほど前に、山崎構成員がおっしゃったように、しっかり管理してくれる歯科医に出会いまして、どうやったら歯を保てるのかということを一生涯懸命教育してくれる所でしたので、今では、うちの母も私も息子も通うと、親子三代で通うかかりつけ歯科医で、この先生に出会えて本当によかったなと思いますし、この先生が亡くなったら困るなと今から心配するぐらいに頼るわけです。こういう関係が築けることは本当に幸せだなと思います。

逆に言うと、そういう関係を築けていない人が多いことを危惧します。こういう歯科医に会えるかどうかは、今、運なわけです。今、つくづく思うのは、運による歯の状態の格差というのがものすごく大きいのではないか。この運による格差を是正しなければいけないのではないのかと思うのです。在宅歯科も同じで、高齢者の通院が70歳過ぎるとがぐつと減るとありましたが、あれは正に、在宅歯科がそれだけ必要なのになかなかできていないことを表している数字です。

地域包括ケアがまあまあうまくいっているなと思う地域の特徴の1つは、歯科医が頑張っていて在宅をやってくれている点にあります。あと、地域の会議にも出てくれるとか。そういう地域に住めるかどうか、これも運なので、そういう運に任せたような状況を改善するためには、もっと歯科医師会に教育を徹底していただきたいと思っています。

一方、自治体の歯科検診は、これは歯科医師会が普通担っていると思うのですが、会員の年齢は、確か60歳ぐらいだったと思いますが、あと10年もたつと高齢化問題が出てきて、自治体の歯科検診を担ってもらえるのだろうかという問題も、今後は生じるのではないのかなと思っています。また地方なら割と加入率も高いかと思うのですが、都心のほうはあまり加入率は高くないだろうと、特に若い人は加入していないのではないかなと思いますが、ここら辺の検討です。

さらに、検診後に治療が必要なのにしていない人、こういった数は、検診結果と一緒にデータを国が吸い上げる、そういう体制を作って、なおかつ自治体ごとに公表する。要受診なのにもかかわらず受診していない人の比率とかですね、こういうことを公表していけばぐつと受診促進に向けて改善されるのではないかなと思います。今まで、日経新聞とかも規制緩和しか話さなかったような、ああいう新聞が、医療については規制強化が必要とまで言ってきている、そういう時代ですので、こういうフォーマット統一とデータの吸上げ、その公表による予防と受診向上体制の構築は、今、追い風が吹いているのではないかなと思っています。以上です。

○須田座長 松原構成員、大変ありがとうございました。幾つか重要な点を御指摘いただきました。特に、運から解放されたいという御発言が私には印象的で、ありがとうございました。以上で、一通り御発言いただいたかと思うのですが、まだ若干ですが時間が残されておりますので、御追加で御発言いただける構成員がいらっしゃいましたら、手挙げマークか画面で手を。

○柳川構成員 よろしいでしょうか。

○須田座長 柳川構成員、お願いします。

○柳川構成員 今、歯科医師会という名前も出ましたので、少し最後にお話させていただきます。次年度から、この検討会で需給をやっていくという話が出ました。その際に、現在も、都道府県医療計画では、二次医療圏ごとの歯科医師の数とかそういったものは公表されているわけです。ただ、やはり大事なものは、これまでも話があったように、供給サイドよりも需要サイドの分析で、特に量的なものよりも質的な評価をきっちりと都道府県医療計画や歯科保健計画でやっていくことが重要だと思います。さらにもっと言えば、介護分野は市区町村ですから、KDB の分析もできるといいだろうと考えております。なかなか大変だと思いますが、そういったところを細かく見ていくことによって、歯科医師の需給について検討すべきだと思います。

それから、人材育成という意味では、大学の関係者の方もたくさんおられますが、6年間の歯学部教育について、どちらかというと座学偏重ということも言われております。また、国家試験対策も大変だということで、今後、令和6年から8年にかけて、共用試験共用試験の公的化だとかステューデントデンティスト制度、学生である歯科医師が患者さんを診やすくなることも伺っています。

私ども歯科医師会は、昭和の時代から生涯研修制度を整えております。現在は e-Learning も大分やっておりますので、そういう意味では、御指摘があったような生涯教育ということももっと力を入れてやっていかなくてはなりません。実は、先行して歯科医師会が生涯研修を実施しています。ただ、これは内部事情ですが、ほぼ7割以上の私どもの会員は生涯研修に参加していますが、入会されていない歯科医師も多いのです。これは義務付けではありません。現在の国内の歯科医療機関の開設管理に関わっている方々の約76%が、日本歯科医師会に所属をしておりますので、それ以外の方々は、またそういった機会がないわけではないでしょうけれども、少ないだろうと考えていますので、現在 e-Learning をオープンにしておりますが、そういった課題は、やはり厚生労働省や皆さんの意見を伺いながら進めていかなければいけないだろうと考えております。以上です。

○須田座長 柳川構成員、大変ありがとうございました。これからの論議に対する御意見も頂戴しました。ありがとうございます。そのほか、栗田構成員、お手を挙げておられます。お願いします。

○栗田構成員 簡潔にやります。我々の信州大学では、2014年から地域の特定検診に、医師が特定検診に行き、集団検診等を行っているのですが、歯周病で感じるのは、コモンリスクファクターというキーワードだと思うのです。いわゆる歯周病は、糖尿病とか血圧と同じリスクで発症してくるので、そのアプローチが多分、重要だなあと感じます。歯周病も DM も、その方の健康に対する関心とか、あと食生活とかたばことかいろいろなことが関係してくるので、口の中だけの問題を言っているだけでも、なかなか市民の方はこっちを向いてくれないので、全身との関連をやっていくとなかなか進まないだろうなど。

それともう1点は、医師のほうから口の中に関心を持ってと言ってほしいと言っているの

ですが、逆に、歯科医師のほうからも、口の中の状況を見たら、その方の血圧が高いのではないとか、DM があるのではないかというのも見えていかないと、多分、歯科医院で検診をやったときに歯周病が悪い方は、例えば、そこで、医師法ですか、抵触するので血糖が測れないとか血圧が測れないという問題が出てくるかもしれないですが、全身の健康に関して関心を向けて、医科へに対する検診に行ってはどうかという紹介をやるとか、そういうことをやっていくと。歯科保健というどうしても医科の健康のところと一緒にやらないとうまくいかないと思うので、是非そういう観点が必要だなと思います。以上です。

○須田座長 栗田構成員、ありがとうございます。特定検診に携わっておられるお立場から、特に DM とペリオとの関係、コモンリスクファクター、そして医科歯科連携推進について御発言いただきました。ありがとうございます。そのほか、もしございましたら御意見いただけますか。よろしいですか。

この歯科医療提供体制に関する論議は今日で一区切りになるわけです。これから、仮称「新歯科保健医療ビジョン」の策定に入るわけですが、この策定については、単に現状認識と将来展望に基づいた提言を総花的に羅列するのではなく、実現性ある具体的なアクションを起こせるような内容にすることが既に論議されております。また、10 年後、20 年後の歯科保健医療サービスの需給を地域ごとに考えて、そこからのバックキャスティングで今、何をするのかという視点も取り入れるべきだという御意見も頂いております。

いずれにしろ、2065 年までに、この検討会でも資料が出されましたが、我が国の総人口が 9,000 万人を割り込むという推測がなされております。高齢化率が 38% 台になることも推計されており、地域差が極端に拡大していきますので、こういったことも踏まえてビジョンを策定する必要があると思います。SDGs の時代ですので、人口の極端な減少もダイナミックなものですので、それにキャッチアップできるような歯科医療提供体制を動的に構築するための提言としていく必要があると考えております。

そろそろ時間ですので、この辺で、第 6 回の検討会を閉じさせていただきたいと思いません。次回以降の検討会の進め方につきましては、事務局と相談させていただきます。ここで事務局から何か連絡事項等ございますでしょうか。お願いします。

○事務局 事務局です。本日は御議論いただきありがとうございます。今、須田座長から御連絡がありましたように、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、どうぞ引き続きよろしく願いいたします。事務局からは以上でございます。

○須田座長 ありがとうございます。構成員の皆様におかれましては、遅い時間まで熱心にこの検討会に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、本日の検討会は以上で閉じさせていただきます。皆様、貴重な御意見、誠にありがとうございました。