

第1回ICTを活用した歯科診療等に関する検討会

日時 令和3年11月22日(月)  
18:00～  
場所 オンライン開催

○宍戸主査 それでは、定刻となりましたので、ただいまより「第1回 ICTを活用した歯科診療等に関する検討会」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。なお、松原構成員ですが、本日遅れて参加いただくということで御連絡を頂いております。本日の会議はオンラインで開催しておりますが、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発言等がある場合は、「手を挙げる」のボタンをクリックしていただくか、カメラに向かって手を挙げるジェスチャーをしていただき、発言の意向がある旨をお伝えください。また、その場合に、座長の指名を受けてからマイクのミュートを解除し、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。

本日は第1回目ですので、座長が決まるまでの間、事務局のほうで進行させていただきます。はじめに、お送りしております本検討会の構成員を名簿順に御紹介いたします。遠藤秀樹構成員、落合孝文構成員、菊谷武構成員、佐々木啓一構成員、高倉弘喜構成員、戸原玄構成員は本日欠席のため、代理として東京医科歯科大学の摂食嚥下リハビリテーション分野より、中川量晴先生に御出席いただいております。続きまして豊田郁子構成員、山口朱見構成員、山本秀樹構成員、山本隆一構成員です。

続きまして事務局の紹介をします。医政局長の伊原、歯科保健課長の小椋、歯科保健課課長補佐の山本、歯科保健課課長補佐の高田、それから私は宍戸と申します。

それでは、事務局を代表して、伊原局長より御挨拶を申し上げます。よろしくお願いたします。

○伊原局長 皆様、本日はお忙しいところ御参加いただきましてありがとうございます。また平素より医療行政の推進に当たりまして、御理解と御協力を頂いておりますこと、厚く御礼を申し上げます。

さて現在、我が国は世界に例を見ない少子高齢化が進む中で、急速な人口減少が進んでおります。生産年齢人口の減少とあいまって、医療を含めて、将来の担い手の不足ということが、とても懸念されているところです。同時に、ICTをはじめとするデジタル技術の進展に伴いまして、医療現場も日進月歩で大きく変わってきています。歯科医療分野でも、デジタル技術の実装化、これが大きく期待されているところです。

こうした中で、今年の6月に閣議決定されました骨太方針では、生涯を通じた切れ目のない歯科健診、歯科保健医療提供体制の構築の強化といったことが謳われると同時に、受診困難な方に対するICTの活用ということが盛り込まれたところでもあります。今度の検討会では、このようなICTを活用した歯科診療につきまして、既に安全性が確認されている内容や、それを適切に、どう実施したらいいかという辺の考え方の整理をお願いしたいと思っています。この先もっと、ICTに対する期待は高まってきますし、技術の面でも向上していくと思います。どこまで取り入れられるのか。同時に、歯科診療の質というものが問われると思いますけども、その辺をお考えいただければと思います。

各構成員の皆様におかれましては、是非、この ICT を活用した歯科診療等につきまして貴重な御意見をお願いいたします。以上簡単ではございますけれども、会を始めるにあたりましての御挨拶とさせていただきます。よろしくお願いいたします。

○宍戸主査 ありがとうございます。本日局長は、公務のため途中で退席いたしますので、あらかじめ御承知おきください。今回の検討会につきましては公開となっております、報道関係者の皆様にも傍聴いただいております。続いて配布資料ですが、構成員の皆様方には事前にメールでお送りしておりますので、御確認をよろしくお願いいたします。議事次第、資料 1 の開催要綱のほか、資料 2、加えて参考資料をお配りしております。

続きまして、本検討会の座長についてお諮りしたいと思います。資料 1 を御覧ください。資料 1 が開催要綱ですが、「検討会には座長及び座長代理を置く」とされております。この座長につきまして、どなたか御推薦いただけますでしょうか。

○遠藤構成員 日本歯科医師会の遠藤でございます。日頃からオンライン診療について様々なモデル事業をやっておりますが、そういった取りまとめをされている佐々木構成員に是非、座長をお願いしたいと思いますがいかがでしょうか。

(異議なし)

○宍戸主査 ありがとうございます。ただいま、遠藤構成員より、佐々木構成員を御推薦するという御意見がございました。皆様方、いかがでしょうか。

(異議なし)

○宍戸主査 ありがとうございます。それでは、皆様方に御賛同いただきましたので、佐々木構成員に座長をお願いしたいと思います。佐々木構成員におかれましては、座長代理について、どなたか御推薦いただけますでしょうか。また、以降の議事運営をよろしくお願いいたします。

○佐々木座長 座長に御推挙いただきました東北大学の佐々木です。いろいろな面で皆様には、この歯科口腔保健行政に御協力いただきまして、本当にありがとうございます。私もこの ICT 活用の歯科診療というところに、このところ何年か関わってきていまして、ここで皆様とこのような検討会を持てることを非常に嬉しく思っています。特に歯科関係以外の委員の方々には、本当にお忙しい中、これに御参加いただきましたこと嬉しく思います。よろしくお願いいたします。

座長代理ですが、いろいろ考えますと歯科医学会から御推挙されています菊谷構成員にお願いしてはいかがかと思いますが、いかがでしょうか。

(異議なし)

○佐々木座長 よろしいでしょうか。よろしければ、菊谷座長代理から少し御挨拶いただければと思います。

○菊谷座長代理 菊谷です。日本歯科医学会から、今回出させていただいております。御指名いただきありがとうございます。力足らずとは思いますが、務めさせていただきたいと思っております。よろしくお願いいたします。

○佐々木座長 それでは、よろしくお願いいたします。

では、今日の議事に関しては、この議事次第に載っていますように1点が議事内容、審議事項となっています。こちらに関して、事務局から御説明でよろしいのでしょうか。

○高田補佐 事務局から説明します。

○佐々木座長 それでは、事務局、よろしくお願いいたします。

○高田補佐 それでは、まず資料を共有させていただきます。ICTを活用した歯科診療についてということで、資料の2を御覧ください。画面共有できていますか。

それでは説明いたします。診療内容別の外来受療率ですが、まず診療内容別の外来受療率は、う蝕を水色の点線、歯周病を赤色の折れ線、補てつや入れ歯などを紺色の点線で示しています。年齢を重ねるごとに緩やかに増加していきまして、70代後半までは増加するのですが、歯科についてはそこから減少をしていきます。これは歯の病気による通院者率は70歳から減少すると先ほど申し上げましたが、それは症状がなくなったからかというところではなく、赤い矢印で示しているとおりの「かみにくい」と自覚している方は年齢とともに増加をしています。

次のスライドです。国民健康栄養調査において行ったアンケート調査によって、高齢者における咀嚼に関する課題として、まず「かめない食べ物が多い」、「一部かめない食べ物がある」という方がいたり、グラフの下側ですが、食べ方や食事の様子として口が渇く、むせるなどという症状が挙げられています。

歯科訪問診療を提供している歯科診療所の状況についてお示ししています。歯科訪問診療とは、歯科を標榜していない病院、歯科医師がいない病院や、老健・特養などの介護保険施設、有料老人ホームなどに対して行うものと、一軒家などに対して行われるものとは大きく分かれます。赤い折れ線グラフは、施設における訪問診療を実施している医療機関の割合をお示ししています。右側の軸のパーセントと合わせて御確認ください。また赤い棒グラフですが、施設における訪問診療実施件数を示しています。左の軸の件数と合わせて御覧いただければと思います。青い折れ線グラフは、居宅、一軒家などにおける訪問診療を実施している医療機関の割合です。青い棒グラフは、訪問診療を実施した件数をお示ししています。

この歯科保健医療ビジョンですが、高齢化の進展、歯科保健医療の需要の変化を踏まえた、これからの歯科保健医療の提供体制について、歯科医療従事者が目指すべき姿を提言したのとなっています。こちら左側の青い点線で示していますが、歯科保健医療ビジョンでは、これまで歯科医療機関完結型で、歯科医療機関に来たらそこで診療をして帰ってもらう。そこで終了する治療だけをするというような診療だったところから、もう既に始まっていますが、今後は医科歯科連携であったり、医療介護連携であったりといった地域包括ケアシステムにおける役割を果たしながら、地域における歯科保健医療の提供体制の構築を目指すイメージとなっています。今回、ICTを活用した歯科医療について検討するわけですが、これまで通り、あくまで直接対面診療を行うことを基本としている訪問診療、

こちらについてその診療を安全に行える範囲で、また国民の期待に応える形で有効に活用することを想定しています。

10コマ目です。歯科診療における ICT の活用の背景ですが、こちらは3つ並べさせていただいていますが、まず1つ目の○を御覧ください。高齢者に対して歯科専門職による口腔機能管理。歯医者が診察を行って、必要な清掃を行ったり、リハビリテーションを行ったりということをすることによって、誤嚥性肺炎の発生率が減少するということが報告されています。一番左のグラフになっています。また真ん中のグラフですが、がんなど大きな手術の前と後に歯医者が診察を行った上で、口腔の清掃を行ったり、若しくは必要な治療を行ったりということをすることによって、術後の合併症が減る、ついでには入院日数が減少するということが報告をされているところです。

続いて、次ですが、新型コロナウイルス感染拡大下において、令和2年度に調査をさせていただいたものです。ICT を活用した医科歯科連携の検証ということで、病院に対して調査を行いました。226 の病院に対してアンケート調査を行ったところ、歯科との情報通信機器を活用した診療について、「実施したことがない」と答えたのは、この一番上のグラフで青色の部分で 90.7% でした。「実施していないが関心がある」と答えられたのは、赤色の部分となっています。10% ぐらいです。この 226 件に対してアンケートを行ったところ、実際に今まで行ったことがあると回答してくださったのは1件となっています。ちなみにこちらの1件というのは、常勤で歯科衛生士が勤務されている慢性期の病院であったということです。

次です。歯科との情報通信機器を活用した診療等で実施した内容ということです。1つ目の○を御覧ください。歯科で情報通信機器を活用した診療で既に実施している内容は口腔衛生管理で、歯科衛生士によってお口の中をきれいにしたり、若しくは口腔の体操をしたりというようなことが含まれます。または歯科医療に関する助言、例えばお口の中を見ていただいて、この人は歯医者に診てもらったほうがいいのか、どうだろうかという判断が難しいようなもの、または摂食嚥下の障害の評価であったり、栄養サポート、ミールラウンド、その他カンファレンスなども実施されているというような状況でした。

歯科との情報通信機器を活用した診察で想定される活用場面として、1行目の終わりのほうから「歯科医療に関する相談・助言」ということで、先ほどのように、これは治療を受けたほうがいいのか、どんな治療がいいだろうかというような御相談が一番多くなるだろうということでした。

想定される課題として最も多いのは、「ネットワーク環境など設備の準備」が 73.0% となっていて、次いで「導入費用」ということで設備整備関係がまずは最も大きな課題となりそうということでした。

ここからは介護施設に対して行った調査となっています。介護施設の介入の必要性として、どのようところが考えられるかということなのですが、口腔衛生管理、専門的口腔ケアとも書いてありますが、衛生士が入所者の方の状態を見たほうがいいのかどうかという

判断であったり、実際に衛生士に見てもらいたいというような判断というようなことが最も多く、次いで訪問歯科診療なので歯科医師さんが診察したほうがいいのかというような判断ということで、そのような判断に迷うものが介入のものとして考えられるということでした。

続いて 16 コマ目ですが、歯科医療機関との連携している項目の頻度です。こちらは連携の頻度としては、1週間に1回というものから、2週間に1回、1か月に1回の頻度が多い傾向にありました。

続いて 17 コマ目ですが、介護施設において歯科専門職との情報通信機器を活用した診療などについて、「ない」と答えたのは 89.9%で最も多かったということです。やったことがありますと答えたのは 572 件のうち 1 件でしたが、歯科衛生士は勤務していないが定期的に歯科医療機関と連携しているような介護保険施設であったということです。

続いて 18 コマ目ですが、歯科専門職と情報通信機器を活用した歯科診療などを実施する場合に想定される活用場面として、「情報共有・相談」ということで、またこれはコロナの影響があると思いますが、職員に対する指導や研修会というものも遠隔でできるということが皆様の中で伝わっているという可能性もあるかと思えます。

続いて、歯科専門職と情報通信機器を活用した診療で想定される場面として、「情報共有・相談」ということが介護の分野では多かったというようなことです。

ここまで、ざっと背景を御説明してきましたが、20 コマ目から歯科診療に関連した ICT の活用ということでお示しをしています。こちらは下に 4 つくくってお示ししていますが、歯科診療において期待される ICT の診療形態、ほかにもまだまだ考えられると思いますが、現時点で最も期待されるもの 4 つということで、ここに並べさせていただいています。I、Dentist to P with Doctor ということ、また IV として赤字で書かせていただいています。Dentist to P with DH というパターンとなっています。このうち、今説明しました I と IV については、令和 2 年、令和 3 年において ICT を活用した医科歯科連携の検証事業として、この D to P with D であったり、D to P with DH というようなパターンのものを実際にフィールドで検証させていただきました。具体的には 21 コマ目ですが、令和 2 年に D to P with D として 5 フィールド、D to P with DH として 4 フィールドさせていただいています。

続きまして 22 コマ目ですが、実際にこの検証を行ったときの背景として、どのような環境で行ったかということですが、今回、実施するときには情報管理、同意取得、対面での初診など、従来から医科のほうで設定されている「オンライン診療の適切な実施に関する指針」というものを遵守しながら実施したということ。2 つ目の○ですが、初診は対面で診察するとともに、定期的に歯科医師による対面診療を実施した。また 3 つ目ですが、口腔内の映像の視認性を高めるため、患者側には口腔内カメラというものを使用したということ。

続いて 23 コマ目ですが、具体的に先ほどお示しした I と IV について、実証結果につい

て詳しく御説明していきたいと思えます。周術期における口腔の管理、D to P with Dですが、大きな手術の前と後ですが、口腔清掃などを実施することによって、術後合併症の減少をさせるということを目的としました。検証項目も多数の項目を取って、実際に検証を行っています。

24 コマ目ですが、具体的に結果についてお示ししていますが、まずは実証のイメージですが、歯科医師が不在の病院、歯科医師がいればそこにいる病院の歯科医師が診察を行えばいいわけですが、歯科医師がいない病院において大きな手術を行う予定の患者さんに、歯科診療を行ったほうがいだろうかというような判断を、遠隔にいる歯科クリニックの先生からもらうというような形のものとなっています。必要となれば、訪問診療をしたり、歯科衛生士が訪問をして、そこで清掃を行ったりというようなこともされたということです。

検証の結果、今後期待されることとして、パワーポイントの真ん中の○3 つですが、事前に情報を見ることができる。つまり、入院中の患者さんの口腔内を訪問に行く前に歯科医師が見ることができるので、対面診療を行う際にどんな治療が必要だろうということを、あらかじめ知ることができる、つまりあらかじめ診療の準備ができるということです。2 つ目、歯科医師が口腔内の状況を詳細に確認することによって、現地で清掃など、または機能管理などを行っている歯科衛生士、看護師などがより細かく詳しい指導が可能になって、現場での対応の専門性が高まったというようなことが、今後期待されているということです。よかった点です。

下の四角ですが、今後の課題と書いてありまして、問題点も幾つも見付かったということです。まず1 つ目ですが、病院の側にはこれまでだったら必要がなかった、対面の診療の際には必要がなかった撮影者という人材が新たに必要となるため、病院側の負担が少し大きくなっているということで、もしもこれを実装するときには、負担の少ない仕組み作りということをあらかじめ作っておく必要があるだろうということ。また、2 つ目の○ですが、ICT を用いて口腔内を確認した結果、要治療となる割合が必要に高く、結局、遠隔で確認しても、その後訪問診療にほとんどが行かなければいけなくなるというようなことで、遠隔診療の恩恵を享受しづらいというようなことがありました。また、診察については触診が必要な疾患や、手術までの期間が短い場合など、遠隔の恩恵を享受しづらいものもあったというようなことなどが挙げられました。

次のスライドです。先ほど D to P with DH など御説明しました口腔の衛生管理です。高齢者の口腔の衛生管理を行うと、誤嚥性肺炎などの感染のリスクが減らせるということで、それを期待して実施をされたものです。

次の 26 コマ目です。実証のイメージですが、歯科のない病院に入院されている患者や、若しくは介護保険施設に入所されている利用者に対して、歯科衛生士、看護師、介護職員などが歯科医師の指導の下、口腔衛生管理を実施したということです。期待されることとして、真ん中に書かせていただいています。今回の実証でよかった点は、先ほどの D to P

with D と同じですが、遠隔の歯科医師が口腔内を確認することによって詳細な指導が可能になったということ。また、言うまでもありませんが、歯科医師は外来診療の合間に、遠隔にいる患者の状態を確認することができるということ。また2つ目の○として、歯科医師の訪問のタイミングと介護保険施設の職員の勤務のスケジュールが合わなかったりすると、直接会話をしたことがないというような事例もあったということですが、ICT で会話をすることによって遠隔にしながら相談ができたり、または口腔内の状態を確認しながら相談ができるということが挙げられました。

また今後の課題として、口腔内カメラによる口腔内の撮影に関して、現場の撮影者が撮影するわけですが、口腔内カメラの扱いをまずきちんと修得しておく必要があるということ。また、歯科医師が映してほしい場所というものを的確に理解して、そこを映すということで、一定の知識が必要となるということです。また2つ目の○として、患者の状態を確認しながら計画に基づいて実施するということが望ましく、初診においては対面が望ましいと考えられるということ。また定期的に歯科医師による対面診療を実施することが望ましいということ。3つ目ですが、口腔内カメラの管理です。同じカメラをたくさんの人に活用するというので、このような管理の取扱いについても整理しておく必要があるということが課題として残りました。

ここから話が少し変わりますが、スライドの下半分の小さな枠でくくっていますが、歯科診療における新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療などの時限的・特例的な取扱いということで、新型コロナウイルス拡大下においては、初診も含めて電話や情報通信機器を用いて、歯科医療機関へアクセス、また適切な対応を受けた場合について、新型コロナウイルスの時限的・特例的な取扱いとして認めているところです。

次のページです。この時限的・特例的な措置を用いて行われた診療については、歯科診療における医療機関における電話や情報通信機器を用いた診療などの実施状況の調査、こちらは表を示していますが、この表に基づいてやった場合には報告をしてもらうというようなこととなっています。

30 コマ目です。歯科診療における電話や情報通信機器を用いた診療等の実施状況について、お示しをしています。こちらは先ほどの時限的・特例的な措置の通知が発出されてから、令和3年11月10日までの間、都道府県経由で報告された件数となっています。こちらのグラフの下に※でも記載させていただいているのですが、念のため補足させていただきます。この件数は、医療保険で行われているものと保険外の診療で行われたものを分けておらず、それらが混ざった件数となっていることを申し添えたいと思います。

31 コマ目です。今後の ICT を活用した歯科診療についての検討スケジュールとなっています。上の枠でくくった所を御覧ください。1つ目の○、ICT を活用した歯科診療について検討を踏まえ、令和3年度内に歯科診療における ICT の活用について手引きのとりまとめを行う。これは下の図で第3回の下の所に書いてあるとおりです。この手引きについ



てですが、今後、ICT を活用した歯科診療を実施しようとする病院であったり、診療所、また施設などにおいて円滑に導入できるよう準備すべき事項であったり、歯科専門職以外の方が口腔内を観察するに当たっての留意事項なども含むようにして、より円滑にまた安全に実施できるような手引きとなればと考えているところです。3 つ目ですが、令和 4 年 3 月までに一定の方向性をもって手引きをまとめるということですが、議論の進捗や必要に応じて今後も議論をしていくということです。

32 コマ目ですが、論点としてまとめさせていただいています。上段に ICT を用いた歯科診療について、ここまでお話をしてきたものになっていますが、論点としては矢印の下側、高齢化が進展する中で、誤嚥性肺炎の予防の観点から口腔の衛生管理に対するニーズが高まっています。ICT を活用することは、歯科診療所にいながらにして歯科衛生士に対して相談・指導などを行うことができることから、有効な手段であると考えられますが、安心・安全に歯科医療などを提供する観点から、どのような対応が必要であると考えられるかということで、論点をまとめさせていただいています。すみません、長くなりましたが以上です。

○佐々木座長 高田補佐、ありがとうございます。私から質問です。これは御出席の歯科医師、歯科関係者以外の方に、初めに少し説明なさっているのですか。

○高田補佐 ちょっとマニアックというか、ものすごく歯科に特化した内容も含んでおりますので、おおよそどういうことかということを中心に御説明する時間を頂いております。

○佐々木座長 そうすると、歯科診療では一般的に手技が必要になってくるけれども、観察と指導による歯科医療という部分があります。例えば口腔衛生指導とか周術期のところもほぼ口腔衛生指導になるということ、構成員の先生方に御理解いただいているということよろしいですか。

あと、「ICT」という言い方にしてもいろいろなものがあります。この場合に使っている ICT は、基本的に口の中の状況あるいは患者の状況を映すカメラの部分と、通信していく音声の部分がほとんど主になるというところで、そこを「ICT」という表現をしています。その上で高田補佐から初めにありましたが、現状では訪問診療あるいは介護施設で、いろいろな口腔衛生指導が行われているので、まずはその部分で ICT 導入の初めの部分にしてはどうか、という御提案と捉えていただければと思います。その上で、先生方からいろいろな御意見を伺っていき、最後から 2 番目のスライドにあったように、3 回の委員会の間に、ICT 活用についての手引きをまとめていくというスケジュールにしています。時間もかなり限られておりますので、今、御提示いただいた資料から、安全・安心が読み出せるようなところに絞り込むしかないのかなと思っています。

なお、ここで御提示いただいた令和 2 年度の ICT を活用した医科歯科連携の検証事業、あるいは今年度の分に関しては、私が座長を務めており、遠藤先生にも御参加いただいております。また、今は中川先生が代理で御出席となっております医科歯科大学の戸原構成員、さらに山本構成員、そして歯科保健課の方に御参加いただいて取りまとめをしていっ

た資料です。こちらはどちらかと言うと、全て今まで行われていた訪問診療の部分に ICT を導入したその検証、その実証とアンケート調査という形になっています。その説明を補足してから、先生方から全体的な御意見や感想などを、まずお聞かせいただければと思うのです。いかがでしょうか。最初に遠藤先生に振ってしまっていいですか。

○遠藤構成員 日本歯科医師会の遠藤です。モデル事業のほうでも、一緒にやらせていただきました。先ほど佐々木座長からもお話があったように、歯科の診療というのは内科のように、患者さんとお話をして診察をし、お薬を出すという内容とは若干異なっています。外科的なものがほとんどなので、必ずユニットに座ってお口の中の何らかの治療行為を行うのが主体となっていますから、医科のほうで進んでいるオンライン診療とは、若干特性が異なってきます。基本的な考え方やルールというのは、既に医科が先行していますので、それにのっかっていくことになると思います。

先ほど佐々木先生からお話があったように、歯科の場合は訪問診療をやったり、寝たきりの方を指導するということが1つです。もう1つは外科的な要素で、口の中を直接処置しなければいけないことが多いのですが、その処置について歯科医師が必ず直接行くということになると、歯科の場合は個人的な診療所が多いですから、そうそう行けないということになります。そういう中で、例えば現場にいる看護師とか、又は今は歯科衛生士も自分の所から派遣するだけではなく、歯科医師がいなくても歯科衛生士のいる病院というのが結構出てきておりますので、そういった所との連携を ICT で図ると。

これは医科でも同じですけれども、歯科衛生士が直接口腔内を処置する際には、歯科医師の指示が必要になります。そういった指示を歯科医師が必ずそばに行かなくても、ICT を活用しながら患者さんの状態を把握して指示をすることで、もっと治療的に多くの方々に歯科医療、口腔衛生指導を提供できるということが、歯科におけるオンラインのポイントかと思っております。そういったことがうまくできるようなシステム。当然、口腔内を診なければいけないので、口腔内カメラというのもそれ専用開発したり、活用できるようなものを使わなければいけない。また先ほどあったように、口腔内の映し方というものも、やはりある程度慣れていないと、うまく映らないというのがあります。ただ、現場に看護師や歯科衛生士がいる場合には、当然そういう知識を持った方なので、逆にそれを見せながら、歯科医師がそれを診療所などで見て指示が出せるということがあります。そういったところが最大のメリットかなと思います。

あとは通信機器のセキュリティや個人認証などです。現場に専門職がいる場合には当然、事前にほとんどお互いの関係が分かっているわけですがけれども、画面でやりますのでお互いの認証とか、そういったセキュリティ等も医科は既に進んでいるわけですから、そういったものを活用しながら、歯科でも応用できればいいかと思っております。そのようなところですが、いかがですか。

○佐々木座長 ありがとうございます。今、遠藤構成員からも補足を頂いたところで、皆さんに御意見を伺っていかうかと思っております。落合構成員、いかがですか。こういう話を聞

いても、なかなかあれかなとは思いますが、急に振ってすみません。

○落合構成員 医療ベンチャー協会の落合と申します。オンライン診療の医科のほうの検討会にも参加させていただいております。オンライン診療の医科の検討会だと、D to Pのほうが主に議論されているのです。D to P With Nとか、With Dというのもありました。その辺りの議論は今回も述べられていますが、もう少し前面に出したほうがいいのではないかという印象を受けております。全体的には患者のほうがある程度いろいろ御準備される前提で書かれているのですけれども、通信機器だったり医療関係者側のほうがお持ちになったりというほうが、より現実的に考えられるのではないかという気もしました。そういったところは実態に合わせて、若干、医科のほうの指針を修正していただいたほうがいいのではないかと思います。

特に一緒に連携して対応されるというところがありますので、現地と遠隔との間でどういった形で役割分担をするのかということがあると思います。どちらかと言うと指針よりもガイドンスであったり、学会等を出していただく調査報告だったり、そちらのほうの役割かもしれません。いずれにせよ、うまく役割分担をするために必要な事項がしっかり書かれている形になると、実施していただきやすい形になるのかなと思いました。あとは医科に特有の、例えばアフターピルなどのところは以下の関係では要らないと思いますので、そういった部分は削除していただくこともあるのかと思いました。

○佐々木座長 ありがとうございます。今回、ここで高田補佐から御提示いただいたのは、あくまでも厚労省の事業でやった中での例とアンケート調査です。皆様に参考資料3として、厚いものが送ってありますけれども、そちらは厚労科研の事業で、私が一応代表になっているいろいろな疾患に対し、もう少し詳しくいろいろなアンケート調査をした結果、実際の具体例が載っています。そちらのほうが、ちょっと幅が広いのです。例えば訪問歯科診療や周術期のみならず、痛みを訴えるというのがあります。「痛み」といってもいわゆる歯痛ではなく、口腔顔面痛と呼ばれる慢性疼痛の患者の治療とか、嚥下障害の患者への対応というのが、こちらのほうでは結構含んだ結果になっています。先生方にはこちらも後ほど少しお目通しいただいて、こんなことまで考えているよというところを見ていただければと思います。

今、落合構成員から言われたような、医科とちょっと並ぶような感じのところですね。例えば実際にオンサイドに行かなくても、初診が終わってその後も診ている患者で、遠隔地の患者の痛みのコントロールなどというのは、こういう形でもできるのではないかというところは、こちらにもいろいろと含まれていますが、厚労省の実証事業では、まだ検討されておりませんので、ここまで含められるかどうかというところが、1つの論点になってくるかと思っています。

続いて菊谷座長代理、何かあったらお願いしたいと思います。どこら辺まで含められるかという話のところでしょうか。

○菊谷座長代理 私の医療機関では、今回のコロナの前の割と早い時期から、オンライン

で摂食機能療法を積極的にやっていました。特に医療的ケア児を含む子供たちの摂食機能療法です。子供たちは外来診療で来るのですけれども、その子供たちを今度継続して拝見していくときに、外来という特別な環境に来ると、本来の食べる機能が発揮できなかったり、泣いてしまったり、外来診療中に寝ていたりということがあります。そこで普段の様子を見るということで、1回目、2回目ぐらいにリハの計画ができた時点でオンライン、D to Pを用いて、いろいろなデータを取らせていただいています。

日本歯科学会のプロジェクト研究の中間報告書にも書かせていただきましたが、外来診療だけでやっている部分と変わらない効果を検証できています。外来診療も訪問診療も、やはり診療の回数が増えます。いろいろ都合が合わなかったり、患者さんも子供たちの場合は兄弟たちの都合とか、本人又は家族や兄弟たちが熱を出したということで、すごくキャンセルになるのです。その間をオンラインでつなぐというのは、大変有効だと感じています。

それと、私たちが頻繁にやっていた訪問患者さんへのD to P With STとか、D to P With Nurseというのは、かなり効果的でした。これは訪問の患者の方たちですけれども、摂食機能療法の指示を出した後に訓練の間違いなどを、ST やナースが修正してくれるということで、そのような効果がありました。症例報告は幾つか、既に学会誌等にも報告させていただいています。

今始めているのが、無歯科医地区の高齢者に対するトライアージです。無歯科医地区の高齢者、寝たきりとまではいかなくても要介護のレベルの人たちには、地域包括の職員であったり、ある程度医療的ニーズの高まっている方であれば、訪問看護師などが常に入っているのです。そこで先ほどあった口腔内カメラなどを持ち込んで、トライアージができないかという試みを始めています。今、某県の無歯科医地区の65歳以上の全数調査をしています。歯医者に行けていますか、歯医者に口の中を診てもらっていますかということ調査することを皮切りに、実際のトライアージをやってみようかと思っています。

先ほどの報告の中で、ほぼ全ての人たちが、結局は訪問診療につながるからという話がありました。つながるのだろうとは思いますが、それより重要なのは、やはり緊急性があるか、重要性があるかという判断かだと思います。例えば、緊急性があったときに訪問につながって、「口内炎だよ」と言われて口内炎だろうと思って出かけて行って診たら、全然違う疾患だったということはよくあることです。歯科というのは道具が必要です。その道具がそろっていなかったばかりに、「また出直してきます」ということもあります。その辺りの整理がトライアージでしっかりできると、緊急性をもって必要な道具を持つて的確に治療に行けるとということにおいては、とても必要かと思っています。

これからは歯科医師が、ますます都市部での開業志向が強くなると思います。これにより、地域で取り残されている高齢者が増えていく中で、無歯科医地区が増えていくという現実がたくさんありまして、今後も増えていく中で、やはり地域間格差というのはあってはいけないと思っています。トライアージには有効だと思います。

最後に、私たちはコロナで2か月ほど診療を止めざるを得なかった時期がありました。敵が何者か分からなかった時期だったのですが、その際に患者の方にキャンセルのお電話をさせていただくと同時に、全員にアンケートを取ったのです。もし今後、これをオンラインに切り替えたらどうですかというアンケートをしたのです。これは論文になっていません。やはりここでは世代間格差で、デジタルデバイドの影響がすごく出ているのです。高齢者は、話としてはすごくうれしいけれども、オンライン機器を使える自信がないと。子供たちの患者さんのお母さんやお父さんたちは、大変いい話で、今すぐにでも始めてくれというアンケート結果でした。患者さん側の機器の取扱いの能力というの、やはり大きな問題だと感じていたところです。私からは以上です。ありがとうございます。

○佐々木座長 ST とナースに関しては、実証事業の中でも既に行われて、そこはまあまあいいのかなと思います。あと、トリアージの部分がこの範疇に入るか入らないかですね。私もトリアージというか、本当に必要なのは緊急なとき等だと思うので、どうにかしたいとは思っているのですが、どのくらい安心・安全を詰めるかですね。それではまた聞いていきたいと思います。高倉構成員、どのようなこととお感じでしょうか。よろしく願いします。

○高倉構成員 多分、一番分野外の人間なので、いろいろとんちんかんなことを言うかもしれません。個人的なことですが、私はこの年でいきなり歯列矯正をやるはめになりました。しかも単身赴任で歯列矯正が入って、本当にオンラインで相談しないとちょっと、ということが自分自身に起きました。やはりある程度のところまでは相談できるけれども、口腔内カメラがないことには話にならないということが分かりました。あと、歯列矯正の場合はレントゲンを撮らないと最後は分からないところがあるので、どうしても通わなければいけないということがあって、私も参加している普通の医療系のオンライン診療とは状況が違うということ、すごく自分自身で身にしみているところです。

そのときに気になったのが、私の専門はサイバーセキュリティなので、口腔内カメラを患者の家に送って使ってもらおうというのが、どれくらい安全にできるか、その機器をどうみんなでシェアするかということです。感染症の話ではなくて IT 的に考えたときに、一旦人に貸したものを返してもらって、別の人にもう1回再度出すときに、歯科医師の中でセキュリティをどこまで担保するかというのは、結構ハードルが高いと思うのです。私のような人間が「へっ」と、何か仕込む可能性も否定できないので、それをどう回避するか。回避するのは無理だとしても、仕込まれたことが分かるかというのをどう担保していくかというのは、悩ましい問題があるなと思っています。私からは以上です。

○佐々木座長 ガイドラインとか作るときに、そのところは先生にちゃんと見てもらわないと駄目なのですね。

○高倉構成員 しかし全部見るのは無理ですから、何らかの緩和策かなとは思っています。

○佐々木座長 そちらは私たちでは本当に難しく、なかなか分からない部分になってしまいますので、よろしく願いします。あと豊田構成員、よろしく願いしたいと思いま

す。

○豊田構成員 私も歯科専門の職種ではないので、自分の周囲のことなどを考えました。私の親も 80 歳手前から、歯医者さんに行けなくなりました。同じように体が不自由で通うのが大変で、内科系病院には一生懸命行くけれども、歯科に行くのは遠のいてしまうということが、現実には私の親もそうですし、周囲でもそのようなことをよく聞きますので、何かいい形で ICT がうまく活用できたらいいなど、聞いていて思いました。

私は普段、病院の患者の相談窓口の相談員をしています。もともとは急性期の病院で相談員をしていたのですが、4 年前に回復期のリハビリテーション病院に機能が変わりました。今、正に、このお話が当てはまるような病院で働いています。リハビリを受けるために高齢者の方が多く入院されていて、訪問で歯科医師が病院にこられることがあります。それが今度は ICT になった場合、どうなるかということのを想像しました。歯科医師が来てくださっても、患者は病室から動いていないので、認知症の方などは急に目の前に来た医師に対して口を開かなくて、診察ができないということも実際にありますので、そういう場合も想像しました。

それから、私は医療安全の部署に所属していますが、カメラなど具体的に目の前で見て触れてみないと、私もまだ想像が付いてないのですけれども、そういったものの管理の方法や衛生面というのも、すごく気になりました。いろいろ教えていただいて検討していき、できる限り患者が安心できるように、取りまとめができたらと思いました。

それと、私は今は医療保険と介護保険が関係する業務をしているので、費用の負担などはどう整理されているのか気になりました。例えば、私の勤務先の病院だと、ICT を活用するときに歯科衛生士などに来ていただけなかったら、院内のスタッフで準備するということが果たしてできるのだろうかと考えますので、費用の負担はどうなるのかというような話を、高田補佐から事前にレクチャーを受けましたが、医療機関に診療報酬上のメリットがなかった場合に、どこまで協力してもらえるのかということなども懸念されますので、さらに詳しく教えていただきながら、医療機関側としても、現場の状況を考えて今後につなげていきたいと思っておりますので、よろしくお願いたします。

○佐々木座長 非常に現場の状況を聞かせていただいて、ありがとうございます。遠藤構成員、何か答えられるところはないですか。

○遠藤構成員 ある程度やってみることはできるけれども、実際の運用として費用が掛かったり、制度上どうするかというのは、かなり面倒なところがあります。先ほどのセキュリティの問題も、最初から非常に問題意識はあるところです。モデル事業で、ある程度お互いに知っている中で動いている部分ではいいのですが、これを一般化したときに ICT のセキュリティをどうするか、認証の問題とか、いろいろな問題があります。ただ、それを厳密にやればやるほど、今度は使いづらくなる。今の時代、一般的にはスマホの時代ですよ。そうすると、そのレベルで使えるのなら誰でもできるけれどという話になってく中で、使いやすさとセキュリティのレベルというのは、ものすごく難しいところです。

これを一般化する際の課題としては、是非、その辺をうまく専門の方にクリアしていただきたいと思います。

あと、費用の中で歯科の場合、介護保険では居宅療養管理指導しかないところで、施設側や病院側にどういう評価ができるかということと、我々歯科にとってもどういう評価ができるか、相手側にもどういう評価ができるかというのを、うまくタイアップしないといけないと思います。そういうところは当然、厚労省の中医協とか介護保険部会で議論されると思うのです。モデル事業のときには費用の考えを抜いた形で、取りあえず何ができるかということをやっている中で、今度それを制度化する際には、実際にどうどうどう評価をするかというのが課題になると思っております。お互いにそれぞれのメリットがあって、かつ、患者さんにプラスになるところを狙わなければいけないと思っております。

○佐々木座長 ありがとうございます。そこは非常に大きな論点ですね。中川先生飛ばしてすみません。

○中川先生(戸原構成員代理) いえ、戸原の代理で参加させていただいております東京医科歯科大学の中川と申します。歯科医師です。先ほど、菊谷構成員からお話がありましたように、我々も同じような形で訪問診療を大学病院から実施しています。今回、作成予定の手引書のメインにはならないかもしれませんが、我々の診療はいわゆる摂食嚥下障害です。うまく食べられない方に対する診療をメインに行っております。コロナの状況になる以前から少しずつやっていたのですが、メインの形態は個人的なつながりと言いますか、交流のある遠隔地の医師、歯科医師、あるいは歯科衛生士から個人的な依頼があり、遠方で摂食嚥下を専門的に診られる歯科医師、医師がいない所の在宅や施設の患者さんと医師、歯科医師、歯科衛生士とオンラインで接続して相談をする。今まで話題になっている道具を使った歯科治療というよりは、お話を聞いて食べる様子を拝見してアドバイスを差し上げるといった診療を ICT を利用して実施しておりました。

感触としては、やはり、このような専門的に診られる医師、歯科医師がいない地域の方々の、例えば施設であれば施設の職員から、このような形でお話を頂けるのであれば、是非、今後お願いしますという形でお話は頂くのですが、今のところ、体系も完成していないと言いますか、個人的なつながりの先生方とさせていただいている状況になっております。

カメラの件は、一応これは診療という形で大学でやっておりますので、大学のセキュリティ管理や感染対策の ICT の委員会等を通して、今のところは携帯の中に SSL 認証でセキュリティ管理ができるアプリ等を使用して大学と各地をつないで実施している、そのような形態でやっておりますので、手引書にどこまで摂食嚥下のところが入れるかは議論のあるところだと思います。実際、事例としてはこのような形がありますということは御提示できると思っております。

○佐々木座長 ありがとうございます。かなり実践されているところで、いろいろな貴重な御意見を聞かせていただけたと思います。あと、松原構成員はいらっしゃいますか。い

らっしゃらないのですか。それでは、山口構成員をお願いします。

○山口構成員 山口です。よろしくお願いします。今回、歯科衛生士会から参加させていただき、ありがとうございます。いろいろと事業をやっている先生の中ですが、自分が ICT を使っていると思われるのは、地域ケア会議あるいはカンファレンスです。うちは医科の診療所ですが、診診連携カンファレンスカンファレンスという地域の医師が集まるカンファレンスが毎月行われるのですが、そこに何年か前から歯科医師も参加するようになり、多職種も参加するようになりました。多職種のカンファレンスをオンラインでしています。これはパソコン仕様です。

あとは、ケアしているところを教材に使いたいということで、ケアしているところは口腔内カメラが使えないため、ウェアラブルカメラを使って撮ったことがあります。ケアして自分がカメラを付けて、ケアしているところを撮って学生さんの教材用に使いたかったのですが、なかなかこれは難しいものがあります。

あと、セキュリティのことが出ていますが、スマホで口腔内のみを許可を得て撮影し、私は立場上、医師と歯科医師とのつなぎ役のようなことをしていますが、主治医の医師に、こんな口になっていきますと口の状況を見てもらって、歯科医師につなげますということをつなげる役をしています。その先にまた歯科医師に、こんな口の方なので診ていただけますかみたいなことをしています。それが現在の使い方です。

今回、このお話を聞いて、先ほどの Patient with DH のところで歯科衛生士が関わるところを自分は特にと考えていますが、一番は患者さんに利があることが基本だとは思っています。歯科のことなので歯科医師にも歯科衛生士にももちろん利はあると考えていると思っていて、その辺りで、もし歯科衛生士を使っていたのはもちろん的確な所をきちんと映せるのでとても良いと思います。ただ、ここにいる先生方はもちろんそんなことはないと思いますが、中には歯科衛生士をやっておけばいいみたいなことにならないかとか、その辺の責任の問題、もちろん歯科医師の指示の下に私たちは行くので、その先の規定を設けていただくなど、歯科衛生士が行って、もし歯科衛生士が with Patient だと、それなりの時間がかかると思います。

それをどのような規定でするのか、ケアと医療保険、介護保険が出ていた訪問歯科衛生指導と居宅療養管理での訪問が私たちの基本なので、そのどちらかで行くときに、ケアをする回数は決まっているのですが、そのときに口腔内カメラを使っていると、患者さんは口を開けるのが大変な方なので、具体的に自分で考えると、カメラを使っているとケアできなくなってしまうのではないかとすると、また別にもう一回行くことになるのか、そうするとその点数はどうなるのか、それが具体的にどのような加算の形になるのかと聞いていました。

あと、施設等で多職種の方とかが使うのももちろんありだとは思いますが、その方たちの手間がどの程度のもので、どのような扱いにしていくのか疑問に思ったところです。ですので、点数化になったときは加算のような形になるのかなと思っていましたが、そのよう



なところが歯科衛生士も負担だけが増えてしまうのではなく、歯科衛生士もちゃんと動いたことが評価される、法的にきちんと守られることが規定としてあるといいなと思ってお聞きしていました。以上です。

○佐々木座長 非常に理解できる意見だと思います。きっと歯科法も今の訪問衛生指導とは別に考えるのではないですか。山本秀樹構成員、その辺も含めたお考えをお聞かせいただければと思います。

○山本(秀)構成員 日本歯科医師会の山本です。医療保険のことは、多分、私より遠藤構成員だと思いますので、後ほど聞いていただければと思います。私も開業医ですので、訪問診療の点では、この ICT の Doctor to Patient with DH というのは非常に有効だと思います。

先ほど、菊谷構成員がトリアージということでお話されましたが、訪問診療は電話を受けてお願ひしますと言われたときに様子を聞くのですが、お話を聞いてもなかなか口の中の様子というのは描けない。そういったときに、どのような道具を持って行ったらいいのか、初回に何をしたらいいのか。今までは 1 回行って、まずお口の中を拝見させていただき、次回以降から診療が行われるのが今までの方法だったと思います。ですので、そういった点では、こういった口腔内カメラのようなものを使って、的確にここが具合悪いのだと指摘されれば、1 回目から診療が行えますので、その点では一番有効かなと思っております。

もう一点は、例えば、口腔がんのような粘膜疾患は、開業医はなかなか難しいと言いますか、判断に迷う場合が非常にありますので、例えば、これを専門の先生方との間でうまくつなぐことができれば、ICT の使い方としては非常に有効だと思います。これは Doctor to Patient with Doctor という形で、先ほどの医科歯科の先生からのお話だったと思いますが、それに似通った形で専門医との間でできる形は、我々のような開業医にとっては大変有効と考えているところです。以上です。

○佐々木座長 ありがとうございます。最後に山本隆一構成員、いつもお世話になっております。よろしくお願ひします。

○山本(隆)構成員 佐々木座長がやっぴらっしゃる実証事業の委員会に時々参加しているのですが、実は歯科のことはよく分からない内科医です。専門は医療情報学、つまりクリニカルインフォマティクスで、この ICT 関連では医科のオンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しの検討委員会の座長をしております。

最近では初診からのオンライン診療がかなりの議論の中心ですが、実はオンライン診療の中で初診の果たす役割というのはそんなに大きくはない。一般に医科の場合で私の経験で言いますと、初診患者は 1 割か 2 割しかいらしてませんし、ほとんどが再診の患者さんで、特に日本の場合には高齢化が進み疾患が慢性化し、特に生活習慣病が非常に大きな問題になってきています。そういった状態で医療の質をどうやって上げていくかというときに、オンライン診療は、本当はかなり有効と言いますか効果のあるもので、というのは生活習

慣病の診察は、対面診療では今はもう4週間に1回は短いほうで、8週間に1回、12週間に1回という間隔で診ています。やはり生活習慣病というのは生活習慣が大事なので、その生活習慣を12週間放っておいて、それで生活指導するのが本当にうまくいくのかというと、熱心な患者さんはうまくいくのですが、やはり生活習慣に若干の問題がある患者さんはほとんどうまくいきません。

では、どうすればいいかというと、やはり普段の生活状況をしっかり把握しながら医療のコンプライアンスを上げると言いますか、継続的にケアをすることが必要になり、これは今の日本の医療制度ではそんなに回数を増やすことができないので、そのような意味では生活における、これは今ICT技術が非常に進んできて、センサー技術はかなり良くなってきていて、いわゆる生活状況を把握するIT技術、ICT技術は相当進んできています。そういった情報を活用しつつ、なおかつ患者さんに負荷がかからない、若干は医療従事者の負荷も軽減すると言われていたオンライン診療を併用することにより、実は医療の質が上がるだろうと、これは多分、歯科でもそのような領域があるのではないかと思います。

それから、もう1つは、今度は医療従事者側のリソース不足は医科でも非常に深刻です。特に、専門が尖鋭化している、例えば外科領域になりますと、この疾患のこの臓器の手術は、この先生が非常に優れているが、その先生はほかの領域の手術に優れているわけではない。でも、患者さんはそんなことを考えずに病院に行くわけですから、患者さんの病態に応じて日本中の専門家が、それぞれの専門分野で診察をし、あるいは所見を調べ、あるいは直接手術をすることができれば、それこそ医療全体の質の向上につながるわけです。

最近、医科の外科手術はかなりの部分、ロボット手術ができるようになってきています。ロボット手術と言っても自動ロボットがするのではなく、人が操縦するロボットですが、それが相当適用が広がってきて、一時は完全に世界を制覇しているダヴィンチというロボットの特許が切れて、今、国産のロボットがどんどん作られている状況で、これらは傍にいても実は数メートルの遠隔で外科医たちが操作をしているわけです。例えば、これを100km先から操作をする、あるいは500km先から操作をすることができて、若干、通信経路に何かあったら心配ですので、この場合は現場にも医師がいて、いざとなったら対応できるのですが、遠隔からはその専門家が直接手術をする、あるいは指導することが全然夢物語ではなく、普通にできる世の中になってきています。外科医は本当に人手不足で、そのような意味では疾患を持つ患者さんにとっては、これが深く普及すれば全体としては非常に質の上がる話だと思います。

本当にオンライン診療というのは、今申し上げたように、本来、医療の質を上げないという意味がないと思っており、騒ぐためのツールではなく医療の質を上げるためのツールです。そのようなことで、これから先も進めていければいいなと思っているのですが、今はまだ初診のことでごちゃごちゃやっています。先ほどのロボット技術を遠隔でやるというのは日本外科学会が中心となり、今、AMEDの研究で相当大規模に実証されており、私も参加しているのですが、思った以上に実用的で、日本のネットワークの質が高いことがよく分

かります。その実証では、九大と東北大との間で手術ロボットを使って遠隔手術をやったり、あるいは青森と北海道の間でやっており、現実に本当にある程度できてきています。一生懸命ガイドラインを作っていただいています。

先ほどの口腔内疾患の場合もやはり専門性がありますし、ほとんどがクリニックの先生方が第一線で診られている中で、多分、9割以上がそこで解決できる病気が多いのだと思いますが、中にはやはり、様々な意見を聞いたほうが良いような疾患もあると思います。そのようなことにも、この ICT を使う歯科診療というのは使えるのだと思います。そういったことで多少はお手伝いできればと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

○佐々木座長 非常に貴重な御意見ありがとうございます。私も、今、先生がおっしゃられたこと、そのまま思っています。歯科でも正に同じだと思います。例えば、口腔衛生指導とかと言いますが、ああいうものも結局、生活習慣のところで、それを日々見ていければ、日々といますか、ある程度の間隔で見れば、患者さんの具合は、かなり良くなっていくと思っておりますし、例えば、かみづらいとか何とかという話も、ほんの少しの指導の部分で改善したりというところもあるのだと思います。

また、専門性は正にそのとおりで、歯科においても、例えば、痛みの専門のところというのは、余り人もいないので、隔地には至ってないわけなのですよね。患者さんはいろいろと苦労しているし、あと今ここにいらっしゃる中川先生、菊谷構成員がやられているところも、本当に御専門の特化したところで、先ほどもお話がありましたけれども、遠隔等もやられてるところでもあるので、そういうところがうまく回ればいいのかと思います。

遠藤構成員、最後に何かその辺りを含めて、あと保険の制度、どういうふうになるのかみたいなお話いただけると嬉しいなと思うのですが。

○遠藤構成員 すみません。保険の制度もどちらかというところ、厚労省事務局に頑張っていたかかないと困るのですけれども、確かに今、現実にやっているところの ICT 活用の部分は、どちらかというところボランティア活動的なところでやることが多いので、そこそこではできるのだけれども、これを点数化してある意味でペイできるのかと、それだけのことがあるのかということになると、なかなか難しいところもあると思います。

あと、これは医科と歯科の差もあって、医科のほうの手術というのは大きな手術が多いですから、点数自体も高いわけですよね。ところが、歯科の診療というのは細かい技術であって、非常に点数が低い中で、何かプラスしたときにそれが採算に乗るかというところ、かなりきつところがあるかなというところ、どうやって評価するのかというのは、かなり大変だと思います。

ですから、やる以上は何らかの評価をしないと、ボランティアだけでやってくれというわけにはいかないのです、どうやって質を上げながら、またそういう費用面でもカバーできるかというのは大切なところだと思っています。医療保険は、どうしても医療行為といえますか、診療自体が病気に対する治療の評価ということなので、例えば、訪問の場合でも

事前に見ておくというのは便利なのですが、そこが評価の対象かということ、かなり難しいというのが事務局の考え方だと思うのですが、先ほど菊谷構成員から出ている考え方、トリアージというようなことの意味合いでの医療行為という持ち込みというもの、一つの手かなという。あくまでも患者さんを見てから初診というよりは、トリアージを経由して、医療行為が行われるという考え方を持ち込めば、そういったところの評価もあるのかなと思います。そして、何でもボランティアでいいということには、なかなかならないので、そういった評価というのは、厚労省のほうでもしっかり考えていただきたいなと思っています。

僕らは一般の開業医なので、やっていることで、オンラインでやろうとすると、先ほど言ったように衛生士への指導や指示を出すなど、また口腔衛生指導をどうやるかということがメインになりますが、専門性ということでは、なかなか全ての歯科医院が摂食機能療法できるかということ、かなり難しいところがあるので、嚥下に関するものというのは、ある程度の専門性またはそれに特化した方がやられて非常に効果が上がるころだと思います。ただ、普段行っている訪問診療の所でそういう問題があったときは、その専門の先生のアドバイスを受けながら現場で動けるということが、必要なかなと思っています。

あと、先ほど山本秀樹構成員がおっしゃったように、悪性腫瘍のようなもの、歯科の場合は、特に口腔がん、ほとんどが見える所に出てきますので、そういったものを一瞬迷ったときにオンラインで専門医の先生に見ていただき、専門的な所見を言っていただくというのは大変便利なところで、これは訪問と関係なく外来の自分の診療所で、そういったことがあったら、常時つなげてアドバイスいただける先生がいるというのは非常に大きなことだと思うし、これは当然、患者にとっても最大のメリットだと思っていますので、そういった各種メリットと評価を合わせて、これを制度化するのであれば、それが持続されるためには、それなりの評価がないといけないということで、今後努力する必要があるだろうと思っています。

あとは、こういったオンラインでやったときのセキュリティというのは、先ほどお話があったようにどこまでやるのか、セキュリティを上げすぎると誰も手が出ないということがあるし、余りにも緩くしすぎると、問題が起こったときに誰も責任を取れないということがあるので、その辺りも、しっかりガイドラインといいますか指針の中に盛り込んで、こういったものを有効に使っていただきたいなと思っています。以上です。

○佐々木座長 ありがとうございます。皆様から、いろいろ御意見お伺いしました。追加で何かコメントあるいは御意見ある方は是非お願いします。どうですか。それでは、今いろいろな御意見が出たと思いますが、歯科保健課、事務局のほう、いかがでしょうか、あとはどういう振り方をしていきますか。高田補佐どうですか。

○高田補佐 高田です。今回、皆様方から、広く様々高い知見から、お話やアドバイスを頂戴したところなのですが、今回頂いたものを踏まえて次回までに、我々のほうでたたき台みたいなものを作成して、先生方にまた見ていただきたいと思っています。今日頂

いたもののうち、すぐに捨てるものもあれば、なかなかすぐに制度に入れ込むのは難しいものもあるかとは思いますが、できるだけ頂いたものは拾っていきたくと思いますので、よろしく願いいたします。

○佐々木座長 よろしいでしょうか。皆様、何か厚労省のほうに御意見等ございますか。追加で何か御意見あれば、私のほうなり、あるいは高田補佐のほうに送っていただければと思います。

今日は初めての顔合わせになりますが、本当に、いろいろな御意見を頂けたなと思います。あと、今、高田補佐がおっしゃられたように、どの部分が拾われるのか、捨てるのかという、そこは遠藤構成員からもお話がありましたように非常に難しいところだなと思います。また我々、皆さんのお話を聞いていて、非常に同じ方向で皆さんが議論されていたというところで、うまい形で収められればいいのかと思っております。どなたか御意見ございますか。

○遠藤構成員 よろしいですか。今、高田補佐からお話があったように、次回までに何らかのたたき台を出すというところなのですけれど、ただ会議は3回程度予定されているだけで、そんなに頻りに会議をやるわけではないので、もし、たたき台なりある程度まとまったものができたのならば、このメンバーの中にメール等で、まだ、たたき台という本当の内輪の資料として見せていただければ、随時その意見を各委員から頂いたほうがいいのではないかなと。次の回に相当なまとまったものが出ないとスケジュール的に間に合わないと思うので。

○佐々木座長 そうですね。

○遠藤構成員 そうすると、その途中でも意見を頂けるということで、まとまり次第、まとまったところから順次いかなものなのでしょうかというようなことの、内々の資料を委員に回していただければ、それぞれ意見を言って、更に、たたき台で出るときには、かなりまとまったものが出るという形にしたほうがよろしいのではないかなと思いますが、いかがでしょうか。

○佐々木座長 構成員の方々、いかがですか。そのほうがいいのかと思います、可能でしょうか。

○高田補佐 もちろんです。ありがとうございます。

○佐々木座長 是非そのようにお願いします。メールでの審議という形で、自由にいろいろな意見が、メールの上でも見れるような形になるといいのかなとも思います。そして、それを少したたいたものを、次の第2回目で、また、みんなでもんでいければいいなと思います。皆さん、それでよろしいですか。それでは、今日の議論としてはこの辺りまでかなと思いますが、いかがでしょうか。事務局いかがですか、宍戸主査。

○宍戸主査 事務局でございます。本日は御議論を頂きありがとうございます。次回の会議の日程について、また先ほどお話があった、たたき台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、今後ともどうぞよろしくお願いいたします。事務局からは

以上になります。

○佐々木座長 これにて締めてよろしいでしょうか。

○高田補佐 ありがとうございます。少し時間は早いのですが、効率の良い円滑な進行をありがとうございました。お忙しいところ、皆様方、ありがとうございました。

○佐々木座長 皆さん、ありがとうございます。非常に有益な議論があったなと思っています。ありがとうございます。