

第5回 歯科衛生士の業務のあり方等に関する検討会

日時	令和8年3月9日(月) 13:00～
場所	ハイブリッド形式 航空会館ビジネスフォーラム

○伊井歯科保健課課長補佐 定刻となりましたので、ただいまから「第5回歯科衛生士の業務のあり方等に関する検討会」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、御出席賜り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、御質問等で御発言がある場合は、「手を挙げる」ボタンをクリックしていただき、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。

本日の出席状況ですが、会場には12名、オンラインでは市川構成員、三浦構成員、小栗構成員、渋谷構成員の計4名、合計16名の構成員全員に御出席いただいております。また、本日はオブザーバーとして、文部科学省医学教育課の赤岩課長補佐には、オンラインにて御出席いただいております。今回の検討会につきましては、公開となっております。

続いて、資料の確認を行います。資料は、議事次第・構成員名簿のほか、資料1と2、参考資料1を御用意しております。会場で御参加の構成員、オブザーバーの皆様には、お手元に御用意しております。また、オンライン参加の構成員の先生にはメールにて送付をさせていただいております。御確認をよろしくお願いいたします。福田座長、よろしくお願いいたします。

○福田座長 年度末のお忙しい中、御参集いただきありがとうございました。本日2つの議題を御準備しております。早速ですが、資料1と2に基づき歯科衛生士の現状につきまして、説明をお願いいたします。

○奥田歯科保健課課長補佐 事務局です。それでは先生方、お手元に配布しております歯科衛生士の現状についてという資料1を御覧ください。また、最初に、資料の送付が直前になってしまい、本当に申し訳ありませんでした。

それでは、歯科衛生士の現状について御説明申し上げます。まず、歯科衛生士の供給推計の所です。歯科衛生士の必要数(供給推計)の算出方法の考え方で、前々回の検討会におきまして、他の職種における要素などを提示しながら御議論いただいたところでした。この就業歯科衛生士の供給推計の考え方として、今回他の職種の供給推計の方法を参考とし、議論のベースとなる供給推計として次のような考え方で就業歯科衛生士数を算出するといったしました。考え方としては、10年後の就業歯科衛生士数は、以下の①と②の合計として推計を行うというところで、①は2024年時点で就業している歯科衛生士の10年後の数の推計、②が2026年以降に歯科衛生士になり、就業し始めた方の数の推計です。それぞれですが、まず①の考え方、直近の就業歯科衛生士数に継続就業者率を掛け合わせる形です。直近の就業歯科衛生士数に関連するデータとして、スライド5、年齢階級別の就業歯科衛生士数の年次推移、就業場所別のものをスライド6に示しております。続いて②の考え方です。新規参入者の推計値に就業者率を掛け合わせ、①と②の合計で10年後の就業歯科衛生士を出す考え方です。②の考え方に関連するデータとしては、その前にまず新規

参入者の推計値関係として、歯科衛生士国家試験の合格者数の数字をスライド 7、就業者率の関係で年齢階級別の就業者率をスライド 8 で示しており、25 歳未満では 78.1%、25～29 歳では 66.0%となっております。

スライド 4 にお戻りください。新規参入者率ですが、こちらはそういったものが分かるデータがなく、1 と仮定して今回は推計を行っております。その推計結果を、スライド 9 に示しております。3 パターンの方法で推計を行った場合の就業歯科衛生士数は、2034 年に約 18.4 万～18.6 万人になると推計されたとあり、低位、中位、高位の推計があります。低位推計は新規参入者の推計値を 18 歳人口の将来推計値同様の傾向と仮定したもの、中位推計は現状維持と仮定したもの、高位推計は直線回帰で推計したものです。また、この供給推計の結果について、年齢階級別に示したものをスライド 10 に示しております。

続きまして、供給推計に関連し、今後の就業者率向上などの取組を行った場合の就業者率向上を加味した推計を行っており、その結果をスライド 11 に示しております。現在の供給推計について、ベースとなる推計では就業者率に直近の令和 6 年の数字を用いておりますが、今後の離職防止対策、復職支援などで就業者率が向上すると考えられるため、○の下に書いてある 3 つのポツの仮定で推計を行いました。その内容ですが、まずシナリオ 1 とシナリオ 2 に関しては 20 代の就業者率が全体で 75%、あるいは 80%に向上すると仮定したもの、シナリオ 3 が 30～50 代の就業者率が、今大体 50%ぐらいのものが 70%に向上する仮定、この 30～50 代の就業者数が 1.37 倍になると仮定したものがシナリオ 3、20 歳代の就業者率が 80%かつ 30 歳～50 歳代の就業者率が 1.37 倍、就業者率が 50～70%になると仮定したものがシナリオ 4 で、その結果をスライド 11 の右のグラフにお示しております。数字といたしましては、約 18.8 万～24.6 万人という推計結果でした。続きまして、供給推計に関連する要素です。就業歯科衛生士数の年次推移、年齢階級別に常勤、非常勤の割合を示しておりますが、35～59 歳では約 3 割が非常勤となっている状況でした。

続いて、歯科衛生士の需要推計です。需要推計に関連して、こちらも前々回の検討会でお示した資料で説明は割愛いたしますが、歯科衛生士の推計方法に考えられる要素などについてお示したところで、需要推計に関する意見としては歯科衛生士の必要数が見えてこない、実際に必要な歯科衛生士数は見えてこないのではないかと、あるいは介護の部分では、更に歯科衛生士が必要になるのではないかと、医療分野にかなり注力したほうがいいのではないかなど様々な御意見を頂いたところでした。

こういった中での今回の就業歯科衛生士の需要推計の考え方の(案)ですが、まず 1 つ目のポツで、歯科衛生士の需要推計に当たって、まず「将来の歯科医療需要(推計患者数)」に「患者 1 人当たりの歯科医師数」を乗じることで、将来の歯科医療需要に必要な歯科医師数の需要推計を算出する。2 つ目ですが、「歯科医師 1 人当たりの歯科衛生士数」を算出し、1 つ目のポツで算出した必要な歯科医師数の需要推計に、歯科医師 1 人当たりの歯科衛生士数を乗じることで将来の歯科診療所に就業する歯科衛生士の需要推計を算出する

考え方です。一番の下に書いておりますが、なお、病院や介護老人保健施設、行政等に勤務する歯科衛生士数について今回は定数と仮定して推計を行っております。関連する資料ですが、参考資料に先日 2 月 27 日に開催されました歯科医師のワーキングの資料も付けておりますので、そちらも御参照いただければと存じます。「1 日当たりの歯科診療所将来推計患者数」、必要な歯科医師数も参考資料を御参考いただければと思います。歯科医師 1 人当たり歯科衛生士数に関してはスライド 20 に示しておりますが、1.99 人という数字を医療施設調査の特別集計の結果から出しております。左下の先ほど御説明した需要推計の考え方にのっとって、歯科衛生士の必要数(需要推計)を算出すると、187,606 人という数字が出てきます。

ここから、需要に関連する要素です。まず歯科衛生士の多くが勤務する歯科診療所について見ますと、歯科医師 1 人の歯科診療所が割合としても数としても最も多い状況となっております。歯科診療所に勤務する歯科衛生士の推移を見ますと、歯科衛生士が 0 人というような歯科診療所の割合は減少してきている状況です。歯科医師 1 人の歯科診療所で、常勤歯科衛生士 5 人以上という歯科診療所も増加傾向にあり、常勤の歯科医師数別に常勤の歯科衛生士を見ると、歯科医師が多いほど歯科衛生士も多い傾向があります。さらにサービスの提供状況の関連としては、左が医療保険、右が介護保険の在宅医療サービスの実施状況です。歯科衛生士の数が多いほど、これらのサービスを実施している割合が大きい結果があります。

続きまして、文献の報告です。歯科衛生士数と定期的な歯科健診受診には関連が認められ、歯科衛生士が 3 名以上配置された歯科診療所では、定期健診を受診する患者の割合が大きいという報告があります。

続いて、在宅歯科医療に関連する業務の実施状況です。歯科衛生士に対して歯科診療の補助業務の実施状況について、訪問歯科衛生指導は 38.3%であった調査結果があります。

ここから、在宅などに関連する実施状況です。左が訪問歯科衛生指導、右が居宅療養管理指導に関連する算定回数のデータです。いずれも令和 2 年に減少しており、平成 30 年以降は増加傾向となっております。また、年齢階級別に実施状況を見ますと、いずれの年齢階級でも令和 2 年に減少しておりますが、令和 4 年以降は増加しており、その伸びが特に高齢者で大きい形となっております。また、在宅医療に関する状況として、以下の在宅患者訪問診療料と比較すると、現状、歯科の訪問診療料の算定回数は 6 割程度となっております。

ここからは、指導管理に関連するものです。歯科衛生士による指導管理等に関連する診療行為について、こちらも令和 2 年に減少しておりますが、令和 3 年以降は増加しております。これも年齢階級別に見ますと、いずれの年齢階級別でも増加してきている状況です。こういった在宅医療・口腔管理等に関連する算定回数の実績を踏まえた伸びを用いて、スライド 34 に在宅医療・口腔管理のニーズを加味した推計を行ったものを示しております。在宅医療・口腔管理等に関連する部分について、算定回数の実績を踏まえた伸びを用いて

需要推計の考え方(案)によって推計を行った結果、約 19.9 万人の推計結果となっております。このスライドは、歯科衛生士の業務に影響を与えると考えられる要素をまとめております。こちらですが、参考資料の中の歯科医師の配置ワーキングのスライド 14 に、歯科医師の業務に影響を与えると考えられる要素、同じような構成となっている資料がありますので、そちらも御参考いただければと思います。

今回の検討会の資料 1 のスライド 35 の説明に戻ります。歯科衛生士の業務に影響を与えると考えられる要素として、表の上が業務量の減少につながる要素の例、下が業務量増加につながる要素の例を示しております。先程来、在宅医療あるいは口腔管理といったところの実施状況やニーズの部分が aumentando お話をいたしました。業務量減少につながる要素として、小児のう蝕の減少、ICT の活用も考えられるのかというところで例をお示ししております。全体に関わるものとして、医療 DX の推進、あるいは適切な業務の分担などを記載しております。参考として、医療・福祉サービス改革プラン、全体で 5 % 以上の改善を目指す、生産性向上、業務の効率化などについて求められており、そういった業務の効率化を加味した推計を行い、その結果をスライド 38 にお示ししております。先ほどのスライド 34 の需要推計に対して、歯科衛生士の業務が 3 % 効率化、又は 5 % 効率化される場合の推計を行いました。その結果、約 18.9 万～19.3 万人が必要となるという推計結果でした。

最後の議論の整理です。就業歯科衛生士の供給推計、需要推計の算出結果についてです。まず 1 点目、就業歯科衛生士の供給推計については、他職種の推計を踏まえ、2024 年の就業歯科衛生士数をベースとして、新規就業者数、就業率などを用い、10 年後の推計を行っております。その結果、2024～2034 年までの 10 年間も、近年と同じ傾向で変化すると仮定した場合、2034 年の就業歯科衛生士数は 18.4 万～18.6 万人になると推計されました。20 代の就業者率、あるいは 30～50 代の就業者率が上がると仮定した場合の推計では、2034 年に 18.8 万～24.6 万人という推計結果でした。

続いて、需要推計です。「将来の歯科医療需要」、「患者 1 人当たりの歯科医師数」、「歯科医師 1 人当たりの歯科衛生士数」を用い、今後の患者数の変化がこれまでと同様の傾向で続くとともに、全ての歯科診療所で歯科医師数に応じて歯科衛生士が勤務すると仮定した場合の需要推計を行った結果、約 18.7 万人と算出されました。こちらについて、近年の在宅歯科医療や歯科衛生士による指導管理等のニーズの増加を加味して、2035 年まで同様に推移すると仮定して需要推計を行ったところ、2035 年の就業歯科衛生士数は約 19.9 万人と推計されました。一方で、今後、生産年齢人口の減少に伴い、他の医療分野と同様に歯科分野においても業務効率化を進めることが必要であり、こういった観点、一定程度効率化が進むと仮定し需要推計を行ったところ、約 18.9 万～19.3 万人と推計されました。最後、3 ポツの就業歯科衛生士の需要推計についてです。今回行った約 10 年後の就業歯科衛生士の供給推計と需要推計では、供給、需要ともに増加し、今後、就業者率の改善が更に進んだ場合、供給推計が需要推計をやや上回るという推計結果となりました。

た。今回の推計方法では、供給推計では就業者率が向上することを考慮したシナリオ、需要推計については近年の在宅歯科医療や口腔管理等のニーズへの対応を加味しつつ、業務の効率化・生産性向上を考慮した場合のシナリオを設定しておりますが、供給推計と需要推計の差は、今後の就業者率の向上、歯科医療需要の変化、業務効率化の程度により幅があると考えられます。また、病院や介護老人保健施設、行政等に勤務する歯科衛生士数について、今回定数と仮定しておりますが、今後高齢者における口腔管理のニーズの更なる高まり、歯科健診の推進等の状況を踏まえて、更に検討を進める必要があると書いております。

最後です。人口の高齢化等に対応し、必要な歯科医療を提供していくために、歯科衛生士の離職防止・復職支援及び就労環境の改善の取組を推進するとともに、個々の歯科診療所の取組だけでなく、地域で歯科衛生士の就労を支える仕組み・体制づくり、歯科衛生士の柔軟な働き方が可能となるような歯科診療所の体制(適切な業務分担や歯科診療所の機能分化・大規模化等)、歯科衛生士の業務のあり方等についても検討を進める必要があるということで議論を整理させていただいております。事務局からの説明は以上です。

○福田座長 ありがとうございます。資料のスライド 40 ページに基づいて今後の議論を進めていきますが、その前に、分からなかった、もう少し丁寧に説明してもらいたいといったところがありましたら、まず受けたいと思いますが、いかがでしょうか。三浦構成員、どうぞよろしくお願いします。

○三浦構成員 参考資料として、私も委員をさせていただいている「歯科医師の適正な配置等に関するワーキンググループ」のデータも出させていただいているところですが、推計にはいろいろな方法があって、歯科医師の推計方法と今回の歯科衛生士の推計方法は、そもそもやり方が違うんだということを最初に説明していただいたほうが、きっと混乱なく資料を見ることが可能ではないかと思います。歯科医師のほうは医師と同じコーホート要因法を用いていて、歯科技工士は、その歯科技工士の業務の特性とデータの制約からコーホート変化率法を用いて推計をしているところですが、歯科衛生士のほうはどういう方法を用いているのかを、その特性も含めて何でその方法を用いたかというのをあらかじめ出させていただいたほうが後の議論が進むように思いますので、よろしくお願いします。

○奥田歯科保健課課長補佐 事務局です。三浦先生、ありがとうございます。まず、供給推計に関して御説明申し上げます。供給推計に関して、重要な部分の説明が漏れていて申し訳ありませんでした。歯科衛生士についても歯科技工士と同様に、情報が限定されているといいますか、あくまでも就業している方の届出と免許の登録の数をベースにせざるを得ないというところで、今回の推計の考え方はコーホート変化率法に基づいて推計を行っております。直近の就業歯科衛生士数にコーホート変化率法に基づいて継続就業者率を掛けるというところで、直近3回分の業務従事者の届出の数を、それぞれ10年前の就業者数と比較してこの変化率の平均値を出し、それぞれ年齢階級別の就業者数に乗じることで10年後の推計値を出すといった考え方で算出をしております。

資料を飛ばします。続いて、スライド 18 に需要推計の考え方を示しております。こちらの考え方は、四角い囲みの中、将来の歯科衛生士の需要推計の上の 1 行に関しては、これは歯科医師の必要数を出す考え方で、推計患者数に患者 1 人当たりの歯科医師数を掛け合わせることで必要な歯科医師数を算出しております。歯科衛生士に関して、例えば同様に、その患者 1 人当たりの歯科衛生士数を出すことができるかというところについても検討いたしましたが、なかなか既存のデータなどからそういった数を推計することが難しく、今回この歯科医師 1 人当たりの歯科衛生士数という考え方を必要な歯科医師数に掛け合わせることで、あくまでも今回の推計としての考え方ということで示させていただいております。事務局からは以上ですが、恐れ入ります、補足などがございましたら、頂けると有り難く存じます。

○福田座長 ありがとうございます。コーホート変化率法を用いて、今回、就業歯科衛生士の推計を行っております。4 ページに書いてある式のとおり、コーホート変化率法は、継続就業者率を就業場所、性、年齢階級別に算出し、就業率が続くであろうと仮定して 10 年後の数値を算出しております。三浦構成員、いかがでしょうか。

○三浦構成員 詳細に御回答を頂きありがとうございます。離職率などが求めづらい職種においては、コーホート変化率法は割合に考え方がシンプルなので効果を発揮するかと思います。私のほうからは追加の御質問等はありません。ありがとうございます。

○福田座長 ほか、構成員の方々から質問はありませんか。寺島構成員、どうぞ。

○寺島構成員 ただいまのお話で、一応、理論的には理解したところなのですが、コーホート変化率法は、ここ 3 年、かなり増加しているというか、継続就業者が徐々に増えているという変化率を示しているということで、10 年後は 70%、60 数パーセントという推計をされているということなので、つまり、その変化率から 70%というようなものをはじき出しているというように理解してよろしいのでしょうか。何となく直感的に言うと、70%も就業してくれるのかなというのが、ちょっと楽観的なように感じてしまうので、その部分の理論背景、算出背景のようなものを教えていただけると有り難いです。

○福田座長 事務局からの説明の前に、私から補足させていただきます。今回、コーホート変化率法を用いて 10 年後の数値を算出しています。就業者率が現状 5 割程度のところを、7 割とした場合のシナリオをお示しております。

○奥田歯科保健課課長補佐 事務局です。先ほど、福田座長からもお話がございましたが、今回の推計で、やはり就業者率を上げることは大事と言いましょうか、求められて必要なことだと思っておりますので、今後、頑張っていく必要があるのではないかとということもあって、シナリオとして今回この数字を設置させていただいて推計結果を示しております。以上です。

○福田座長 よろしいでしょうか。

○寺島構成員 分かりました。そこに向かって頑張るということで。逆に言うと、70%が達成できないと、結構厳しいぞということと捉えてもよろしいということですよ。

○福田座長 はい。そこはシナリオなので、この数値は高すぎるのではないかと、いや、やはりこれぐらいは置いたほうがよろしいのではないかと議論も含めて、頂ければと思っています。

では、議論に移ります。皆様方、40 ページのスライドを御覧ください。1～3までが今回の整理という形です。まず1番、就業歯科衛生士の供給推計について、このような形で推計したとなっておりますが、こちらについて御議論いただきたいと思います。何かコメントあるいは御意見等がありましたら、お手を挙げて御発言いただければと思います。いかがでしょうか。則武構成員、どうぞ。

○則武構成員 すみません、先ほど質問したほうがよかったのかも分からないのですが、恐らく生産年齢人口が減少していて今後、高校生の数もかなり少なくなっていくかと推測されますが、歯科衛生士養成校に入る方の数というのは、今回、少なくとも今の数を確保した上で、その70%なり50%が就業をするということでこの推計が出されていると理解しているのですが、それ自体は検討をしなくて、何でしょうか、その養成校に入る人数を検討してもいいのかなと思ったのですが、いかがでしょうか。

○福田座長 将来、入学者数が少なくなると考え、一定の割合で合格者数が減るシナリオを提示しておりますが、入学者数に関しては特にシナリオはない状況で推計しております。

○奥田歯科保健課課長補佐 事務局です。入学者数に関して、ここ何年ぐらいでしょうか、6、7年ぐらいを見てみると、微増ないし、やや横ばいに差し掛かりつつあるような形という状況でしたので、そういったところも踏まえて、今回の中位推計では現状維持というシナリオで仮定をしたもので示させていただいております。以上です。

○福田座長 入学者数の部分は議論をすすめるということでもよろしいですか。

○則武構成員 養成校の御意見などは分からないですけど、多分、かなり御努力をされて学生を集められているのではないかと思いますので、そこは何か、当たり前ではないとか、そこを維持するということもまた重要なポイントかなというところは共通見解にできるといいかなと思いました。以上です。

○福田座長 ありがとうございます。事務局、コメントありますか。

○奥田歯科保健課課長補佐 事務局です。おっしゃるとおり、今の定員、入学者数を維持するためには、入学定員を増やして数を増やすのではなくて、きちんと定員分を確保していくとか、定員を満たしていくということも必要になると思いますので、それと併せて必要な数を確保していくということになるのかなと思います。

○福田座長 藤井構成員、どうぞ。

○藤井構成員 ここは、すごく推測が難しいところで、実際に、最後の年で入学者の数が8千人になっていますけれども、合格率は91%で、歯科衛生士の場合には絶対評価ですので、60%以上という基準でいくと、結局、受験者のレベルが下がっているのは間違いのないですね。ですから、養成機関の数が増えた、増えたけれど、実はそこに教育できる人材が少ないというのも事実です。さらに、歯科衛生士の国家試験のレベルはこの10年間

ぐらいでかなり上がりましたので、にわか教員が教育しても合格するレベルに達しない、そうすると、当然、29校の歯科大学から教員が派遣される、若しくは歯科医師会がやっても、教員確保が難しい学校もあるので、この推計で見ていったほうが、むしろ安全なのではないかという気がしました。

○福田座長 貴重なコメントをありがとうございました。家保構成員、どうぞ。

○家保構成員 全国衛生部長会の家保です。定員の話というのか、学生の話については、同じような話が看護学生についてもありまして、特に地方では、学校を閉める所が段々増えてきております。人口動態を見ても、今年、令和8年で18歳になる人が約109万人、10年後には86万人まで減ってしまうと。ですので、今後10年間の推定で、現状と同じような割合で歯科衛生士養成課程に入学してくれると思うほうが私は非現実的かなと思います。これだけ人口が減ると、各産業で18歳の人を取り合う世界になってきますので、ますます厳しくなるということを前提に新規参入を考えたほうが良いように思います。

あと、これは質問なのですが、7、8ページの所で、合格者が約10年ほどの間で何人になるのでしょうか？毎年6千～7千人台ですから、27回第の平成30年から8年間で合格者が約5.6万人。20代、30歳未満で登録された方が令和6年で約4.8万人です。合格者に対して、登録者の割合が十数パーセント落ちていきます。正直どこへ行っているのかなというのが分かりません。試験を合格したら、少なくとも普通は登録するのではないかなとも思ったり、そこらの点の動向がどうなっているのかというのが1つ思いました。

○福田座長 藤井構成員、どうぞ。

○藤井構成員 あくまでも、これは登録、届出を出しているという意味なので、実働全数を反映しているとは思えない。むしろ保健所等の医療機関を管理している側のほうが全県をカバーできているのかなと思っています。実際にそれと突合したことがないので、多分、歯科医師数も含めてですが、どのぐらいいるのかというのは、いまいち分かっていない。歯科医師会会員であれば、歯科医師会からも通知がいくのでいいのですが、非会員の所は、これを登録していない所も結構あると思うのです。医院長が登録しなければ、スタッフも登録という話が出てこないで、そのズレは確実にあるのではないかなと思います。

○家保構成員 すみません、ちょっとよく分からなかったもので質問しました。国家試験を合格したら、財団に免許申請して登録するのが普通かなと思っていたのですが、その差が十数パーセント、免許合格者と登録者の差であって、就業者は当然少なくなると思います。

○藤井構成員 違うでしょうね。免許登録者数と就業者数は。

○福田座長 すみません。事務局で少し整理していただけないでしょうか。

○奥田歯科保健課課長補佐 ありがとうございます。家保先生から頂いている御指摘は、スライド7の合格者について、基本的には合格者数が免許を登録するはずであるが、この上が平成27年から令和7年の数字を出していて、下では令和6年12月時点の数字を出していて、この上の国家試験の合格者数を足していくと、先ほどの平成27年から令和2年

で約 5.6 万人となって、それを下のほうの 29 歳未満にすると数字が合わないのではないかと、1 人、2 人など、そういったことは当然あるかもしれませんが、全体で見ると数パーセントレベルで国家試験を合格した方が免許を登録していないのではないかと聞いた御指摘だと理解しています。

○家保構成員 全員が登録しているという仕組みであれば全然問題はないです。登録されているのであれば、同じような学校で何歳の人がどれぐらいいるかというような統計も出していただけるといいのかなと思います。医科のほうでは、医籍登録年や年齢で並行して出しています。歯科衛生士については財団で登録事務をやっているのですが、登録者の状況がデータ上見えないというところがあって、少し工夫していただくと有り難いなと思います。とにかく、これだけ人口が、今後、若年人口が減っていく中で取り合いをして、今と同じぐらい確保されるというのは学校の先生方は大変だろうなと思いますし、藤井先生がおっしゃったように、段々倍率が下がると、教員の方も御本人も苦労されるケースが多々出てくると思います。如何にそれを改善しておくかを検討しておかないと、合格率や受験者数も減るのではないかと思います。その辺り、なかなか折り込みづらいのですが、やはりある程度は想定していたほうがいいのかなと思いました。以上です。

○福田座長 ありがとうございます。考慮をすべき点として承ります。会場構成員、どうぞ。

○会場構成員 全国歯科衛生士協議会では、毎年現況調査ということで、各養成機関で調査を行っております。数値的には、昨年の調査の結果ということなのですが、少し御参考になればと思います。まず、入学者が定員に満たない学校が 73%あります。そして、入学定員の充足率であれば、過去 5 年間は 80%代を割と維持しているところです。それから、養成機関の種別では、歯科衛生士の養成機関において圧倒的に専門学校が多いです。昨年の調査は、この会員校と回答の学校になりますが、全体で 182 校でしたが、専門学校が 152 校ということで、こちらの専門学校の現状や問題点もいろいろあるのかと感じます。

それから、国家試験の合格者数なのですが、大体過去 5 年間ですと 7 千人ぐらいです。今回、早速 3 月 1 日の受験者数が財団から送られてきて、7,882 人の学生が今回は受験したということです。ただ、そのデータに示されているように、25 歳未満は 1.4 万人ぐらいおりますが、毎年順当に合格が 7 千人近く出ていても、途中で抜けていくというか、定着率になかなかつながっていないところが実感です。補足で、すみません。

○福田座長 ありがとうございます。今回の議論の中で、就業率は 75~80%程度と仮定していますが、ここは大切な要因であるというご意見を頂いたかと思います。ほかに 1 に関して、幅広なご意見を頂ければと思います。

○武藤構成員 今の免許の登録に関しては、歯科衛生士の免許を登録するのは、ほぼ全員だと思っています。たくさんはいないのですではありませんが、30 歳を超えて入学する学生の方が決していないわけではありません。それが、ものすごい量とは思っていませんが、そういったことも考えられるかと思っています。

もう1つは、今の1の議論に関して、推定ではありますが、30歳～50歳代の就業者を70%に維持するということに関しては、全国の歯科衛生士会が取り組まなければいけない大きな大きな目標の数字を出していただけるということで、と考えております。復職支援、離職防止ももちろん大事なのですが、現役をバックアップする体制づくりを歯科衛生士会で担っていかなければいけないと考えております。

○福田座長 武藤構成員、どうもありがとうございました。先ほど、現役者率の話も出ましたが、合場構成員、この現役者率は把握されているのでしょうか。

○合場構成員 現状調査を確認してみます。

○福田座長 ありがとうございます。現役者率を把握しているということであれば、是非頂きたいと思っております。藤井構成員、どうぞ。

○藤井構成員 今年受験者数が出ていますが、その学年の当初の人数、要するに3年生の当初の人数は分かりますか。かなり落としていると思うのです。

○合場構成員 学校によっては卒業を許可しない対応も生じていると思います。

○藤井構成員 そうそう。要するに、今はそういうレベルになってきてしまっているということですね。

○合場構成員 ただ、養成機関によっては先ほどもお伝えしたように専門学校が多いので、取りあえず卒業はさせ、合格しなくても、後は合格しなくても本人の頑張りによるところだと思います。先ほど先生から御指摘いただいたように、教員の資質や能力の低下などもあるかもしれませんし、それからマンパワーの不足といったこともあるので、不合格者をいつまでも抱えているのは厳しいというのは、専門学校、養成機関の教員から聞きました。とりあえず卒業はさせて、合格率はいたしかたない、というところでしょうか。

○藤井構成員 気にしないのですか。

○合場構成員 勿論、合格率はとても重要ですが、そこまではなかなか対応しきれないのが現状かもしれません。

○藤井構成員 専門学校卒だけど、資格がない人達ができるしまうということですね。

○合場構成員 そうですね。

○福田座長 ありがとうございます。今日の議論の中心ではないのですが、教育の充実は、関連要因として考慮したいと思います。市川構成員から手が挙がっております。どうぞ。

○市川構成員 皆さんがおっしゃっているとおりだと思います。家保構成員がおっしゃったように、これだけ少子化が進んでいるわけですから、入学者の状況は非常に厳しいと思います。

一方、現在の就業率が非常に低いわけですから、そこには改善点の余地があり、歯科衛生士の場合は労働環境などいろいろな環境を整えることによって、就業率を高め、供給を確保することが可能なのではないかと思います。

それから、教育の問題ですが、これは学校側の問題でもあり、どんな学生でもきちんと

採って、きちんと卒業させるというのが学校の義務ですから、そういったことは余り強く言わないほうがよいのではないかと思います。以上です。

○福田座長 藤井構成員、どうぞ。

○藤井構成員 私は、教育の話をしているのではないのです。出てくる人数は、このぐらいだろうと。学生数は、少子化になっても、平成 27 年は約 6,700 人の受験者が、今は約 8 千人受けているのですよ。これは学校数が増えたこともあるのですが、実際は歯科が駄目だと言われたときから、いや、そうでもないと言われ始めたときで、傾斜が変わってきているのです。これは、歯科医師も同じことなのです。ですから、受験者数としては少子化になっているから、これでもっと下がってくるのではなく、基本的には少子化になってもニーズのある所に人が行くのです。倍率の上がる所は上がるので、そこを全体的に見る必要は余りないのではないかと思います。

○市川構成員 労働環境が良くて、皆さんが就業したら、やはり良い所には人は集まってくると思いますので、藤井構成員のおっしゃるとおりだと思います。

○福田座長 ありがとうございます。やはり、歯科衛生士の魅力を伝えていくことは必要です。また、これに関連する厚労省の事業もあるとのこと。歯科界全体として魅力を発信すべきと思っております。

大分時間も押してきました。2 番の供給のことは、また後でもお話ができますので、需要推計のこともについてもお話を頂ければと思います。こちらについて、何かコメントや御意見等はありませんか。古田構成員、どうぞ。

○古田構成員 需要推計の式のことです。今回御提示いただいた式は、大変理解しやすく、分かりやすいものになっているかと思います。今後、この推計式を改善していく際に少し考慮いただきたい点を、述べさせていただくのですが、今回の需要推計の式が 18 枚目のスライドに、歯科医師 1 人当たりの歯科衛生士数が、令和 5 年度のみ値を使っておりますが、これはこの値が今後変わらないであろうとの想定で使われていると思われます。しかし、これは歯科医師 1 人当たりの歯科衛生士数というのも、今後は変化するかと思いますので、変化率を今後考慮することも必要ではないかと思っています。

自分が、医療施設調査の公表データで、1 人当たりの歯科衛生士数を、歯科診療所全部での値を見てみたところ、2014 年が 1.2 人、2023 年が 1.6 人というように、歯科医師常勤 1 人当たりの歯科衛生士数が 10 年間で増加しております。御提示いただいている式では、歯科衛生士が勤務している歯科医院ですので、1 人当たり歯科衛生士数がより増加しているのではないかと思いますので、今後はその点も考慮いただければと思っております。

もう一点、歯科医師 1 人当たりの歯科衛生士数のところで、先ほど申しましたように、歯科衛生士が勤務する歯科診療所のみでの数値になっております。ただし、この推計で使われている推計患者数と患者 1 人当たりの歯科医師数が、歯科衛生士が勤務していない歯科診療所、全ての診療所での数値からの値で求めているかと思います。歯科衛生士が今、勤めていない診療所が 2 万施設ほどありますが、その点がここの需要推計の式に反映され

ていないので、この歯科医師 1 人当たりの歯科衛生士数を今後どのように検討していくかも、今回に限らず、もし改善をするときには御考慮いただけたらと思っております。以上です。

○福田座長 ありがとうございます。数字を出す際は、様々な条件によって変わりうること、あるいは様々な変化も考慮すべきという御意見であったかと思えます。事務局、この数値については、歯科衛生士が勤務している歯科診療所で求めた数値ということを確認すべきだと思うのですが、いかがでしょうか。

○奥田歯科保健課課長補佐 今回の推計においては、歯科衛生士が勤務している歯科診療所について、歯科医師 1 人当たり何人かというところをまず出した上で、今後の必要な歯科医師数、全ての歯科医師に対して 1.99 という数字を掛けるという形で推計を行っております。現状でできるデータなどを用いた推計ですので、今後の推計の際には、先生から頂いた御意見などを踏まえて、そのような観点からも検討させていただきたいと思えます。以上です。

○福田座長 歯科衛生士が、全ての歯科診療所で配置されるという思いも込めて、大きめの数値を用いたのかとも思っております。ほかにありませんか。寺島構成員、どうぞ。

○寺島構成員 今、先生がおっしゃったことがフォローできなかったのかもしれませんが、この需要推計に歯科衛生士が現状勤務している診療所の数で出していると思えます。歯科衛生士が今、勤務していない診療所が、実際には東京都でも半数近くあるというようなデータもあります。ただ、そこは歯科衛生士が必要とされていない診療所ではなく、実際、募集しても応募してもらえないというのが多くの歯科医療機関の悩みなので、その部分が反映されていないのではないかという気はするのですが。今の福田先生の御説明ですと、それも含んだ形になっているということで、その部分が少し理解できなかったのですが。必要だけれども実働していないというのと、今、実働していないということの区別けをうまくしていただけると、有り難いと思いました。

○奥田歯科保健課課長補佐 今回の推計で、今、歯科衛生士がいる診療所の歯科医師とない診療所の歯科医師などと分けて何かしているわけではなくて、あくまでも歯科衛生士が勤務している歯科診療所の 1 人当たりの歯科衛生士数を必要歯科医師数に掛け合わせる形で、その考え方としては、今後全ての歯科診療所に歯科衛生士がいることが当然望ましいと考えているので、あるべき姿ではないですが、そういった考え方で、今回は示している形です。

○小嶺歯科保健課課長 事務局から補足をいたします。18 ページの需要推計の式を見ていただければと思うのですが、今回、「将来の患者数×歯科医師数」は、将来の患者数に対して歯科医師が何人必要か、その歯科医師全てに対して、歯科医師 1 人当たり歯科衛生士が何人必要かという掛け算で、全ての診療所で歯科衛生士が雇用されていると仮定した場合、1 歯科診療所あたりの歯科衛生士数として 1.99 を掛けています。厚生労働省としては、歯科医療機関には歯科衛生士が必ず必要であると考え、歯科診療所 1 か所当たりの

歯科医師の人数に合わせて、必要歯科衛生士数を掛けるという形で計算をしています。つまり、そこを目指すべき姿だとして、掛けているということになります。寺島先生がおっしゃるように、歯科衛生士が確保できていない先生方も、本来確保したらこのぐらいの人数は必要になるはずだろう、という推計になっています。

ただし、これは純粋に歯科医師数×歯科衛生士数なので、歯科医師 1 人あたりの歯科衛生士数が 1.99 人としていますが、歯科医師が 5 人いたときに、 5×1.99 が本当に必要数かというところまでの計算はできていません。そこまでは分からないので、あくまで現状で歯科衛生士がいる診療所では、歯科医師 1 人当たり 1.99 人の歯科衛生士がいて業務が行われているということで推計しております。

○寺島構成員 ありがとうございます。現状で、歯科衛生士が勤務している診療所の平均数というか、状態が、全体になったときにはということではないかと思います。先ほどの古田先生の御発言とも関連があると思うのですが、それは現況なのであって、今ゼロよりは良い状態ですが、現況の数が必ずしも望ましい需要であると決定することは、ちょっとどうかと思うところもあるのです。

要するに、歯科衛生士がたくさんいればいるほど在宅にも出ていけるとか、いろいろな良いことがあるわけなので、この現況よりも変化していく望ましい姿を現況というように置かないほうがよろしいのではないかと。その点では、先ほど古田先生がおっしゃったように、変化率を考慮していただくと、より望ましい姿が出てくるのかと、少し思いました。

○福田座長 ありがとうございます。1.99 よりもっと増えるということですか。

○寺島構成員 現況下で 1.99 になったので、それが更に増えていくと。

○小嶺歯科保健課課長 少しだけ補足をさせていただくと、古田先生が先ほどおっしゃっていただいた医療施設調査全体で、10 年間で 1.22 から 1.6 に増えているというのは、全医療機関なので、歯科衛生士が勤務している医療機関が増えると、1 歯科医療機関あたりの歯科衛生士数も増えるという変化率にはなると思います。将来の歯科衛生士数として、歯科医師 1 人当たり歯科衛生士何人必要かということは、この変化率だけでは見づらい部分があるかと思います。

この後に出てくるシナリオの部分で、正に寺島先生が今おっしゃったような、在宅医療がもっと増えると歯科衛生士がどのぐらい必要になるかという仮定をおく形になります。

○福田座長 整理していただき、ありがとうございます。現況の数値は、将来的には増えるのではないかと。そのようなシナリオで議論すべきということですね。ほかにありませんか。家保構成員、どうぞ。

○家保構成員 全国衛生部長会の家保です。歯科診療所以外の部分について、行政、それから学校については定員管理の問題があるから大幅に増えることはまずないとは思いますが、病院とか介護施設関係はかなり伸びてきております。この 10 年で病院が 1.3 倍、老健が 3 倍以上増えてきていまして、診療報酬とか各種入院患者さん、入所者さんへの口腔ケアは NST の観点とか、QOL の観点から非常に望ましいと言われています。これを

一定数にするのは今後の伸びを全く無視するような形になるので、少なくとも同じような伸び率で伸びるとか、一定仮定を置いたほうがいいのかと思います。同じような伸び率でも老健と病院で大体 1.5 万人ぐらいになりますので、10%弱ぐらいの数になってきますので、需要としては見込んだほうが国の方針としても合うのかと思います。以上です。

○福田座長 ありがとうございます。その点に関しては 3 の 3 つ目のポツにも書いてあると思います。定数と仮定しておりますが、ここも定数ではなく、やはり変化を考慮すべきだろうという御意見だったと思います。病院関係はいかがですか。何か御意見等があればいかがですか。

○阪口構成員 ちょっと私はこの後の特定行為のほうで意見を言おうと思っていたので、用意してきたものがそちらなので、簡単に病院・介護施設のほうなのですが、病院は今、お話がありましたけれども、1 万件あったものが本年 8 千を切ったというところですよ。さらに、あと 10 年以内に 6 千ぐらいになるのではないかとという予想をしている先生方もいます。一方で介護保険施設のほうは増加しておりまして、特に特定施設と言われる有料老人ホームが増加しています。介護保険施設のほうは口腔機能管理というのが介護保険法で義務付けられているので、かなり歯科衛生士の介入というのは増えているのですけれども、特定施設のほうはこれから次の介護報酬改定で恐らく口腔衛生管理の義務付けが行われるというところで、これからということで、ただ、皆さんよく御存じのように特定施設というのは非常に不正請求等の温床となっていたところがあって、今、本年の診療報酬改定でもかなり手が入ると。ですので、この先の伸び率というのはちょっと分からない。今、もしかしたら頭打ちになってしまっていて、増えないかもしれない。ただ、高齢者は増える予定ですので、恐らく何らかの形で増えると思うのですが、そこに全て歯科衛生士を供給するという推計が非常に難しい。先日、前々回、何床当たり何人と私は提示をさせていただいたのですけれども、それも今後の増え方で恐らく定数が変わってくるというところで、恐らく介護保険関連の施設の数というのはまだ予想がうまくできない状況だろうと思うので。今回私としてもこの一定という形で推計したというのはこれで仕方ないだろうと、今のところでは。あと 5 年、10 年たったところで実際こうだったねということになるかと思うのですけれども。でも、一番最初に第 3 回のときに私が出させていただいた数字とほぼ今の数字というのは同じぐらいの数になっていますので、この推計というのは現場感としてはほぼこれで移行するのではないかと。逆にここまで歯科衛生士が増えてくれれば現場としてはすごくいい口腔衛生管理体制がとれるというふうには印象としては思っております。以上です。

○福田座長 病院・介護施設での整理を頂きました。ありがとうございます。

○三浦構成員 本件について参考の情報提供をさせていただければと思います。先行して行っている歯科医師の場合も、病院、そして介護、行政を定数として置いて推計をしています。ただ、背景状況がちょっと違っておりまして、歯科医師の場合は過去 10 年間のトレンドを見てみると、ほとんど変わらないというところで将来推計してもほぼ変化は少な

いであろうということと、あとは全体に占める割合について、歯科医師も歯科診療所で勤める者が9割を占めるという状況を踏まえて定数として置いています。しかし、歯科衛生士のほうは介護系が増えているので、ここをどういうふうに扱うかということは非常に悩ましいところで、増加率を置いて計算するのが本来だとは思いますが、ただ、全体に占める割合が非常に少ないので、増加率を置いた分析をして、結果に大きく影響を与えるわけではないと思います。その一方、家保構成員からも御発言があったメッセージとして歯科衛生士の業務の場として今後は介護保険施設も非常に重要視しているというメッセージを出す場合はこの部分を少し調整したほうがいいかもしれません。御検討いただければ幸いです。よろしくお願いいたします。

○福田座長 貴重な御意見をありがとうございます。是非、議事録にも書き込んでいただき、今後、検討を続けたいと思っております。ほかにありませんか。2と3を併せた形で構わないと思います。御意見等はありませんか。

○古田構成員 3番の所になるのですけれども、供給推計と需要推計の差ですが、地域差というところを今後、検討するというのもよろしいのではないかと考えております。というのも、私自身が15年前の厚労科研に携わったときには歯科衛生士数は東日本のほうで少なく、西日本で多いということがありまして、最近の医療施設調査を確認したら、そこまで東日本、西日本の差が明確ではないようなのですけれども、ほかのいろいろな地方に比べると東北地方とか北陸地方では歯科衛生士数がより少ないように見受けられました。今回のこちらの供給推計、需要推計の式の値でも、例えば就労歯科衛生士数、あと、歯科医師1人当たりの歯科衛生士数の都道府県別の人数が求められると思いますし、ほかの値は全国の値を使うことで、都道府県別の需要に対する供給の比というのを都道府県別に求めて、その比の値が1未満だと歯科衛生士数が不足しているということも地域差を確認する上ではできるかと思います。今後何か需給バランスというところを見る点では、そういったことを検討するのもよいかと考えております。以上です。

○福田座長 ありがとうございます。事務局、いかがですか。

○奥田歯科保健課課長補佐 ありがとうございます。いただいた地域差という観点については重要な観点だと思いますので、検討させていただきたいと思います。ありがとうございます。

○福田座長 ありがとうございます。歯科医師でも地域偏在を議論しておりますので、歯科衛生士の地域偏在については考慮していきたいと思います。ほかはありますか。

○小栗構成員 ありがとうございます。今、地域差の話が出たので、ついでに発言させていただきますと、保健行政として本当に改めて感じたことですが、離職防止・復職支援、就業環境改善をずっと愛知県でもやってきておりまして、7月でしたか成果物の冊子も出しましたが、やはり地域差という部分が今すごく課題となっています。特に人の確保というのが高齢化率の高いへき地とかで本当に難しく、保健事業に従事する歯科衛生士でさえままならない状況が現実起きています。あと10年後はどうでしょうか。やはり歯科衛

生士も都会のほうにはいるのですが、愛知県の中では名古屋は有名ですが、都会と言われるような地域であってもすごく偏在しております。ここを何とか都道府県施策としてももちろん取り組んでいくのですが、全国を見るとやはりその辺はまだ手掛けられていない、必要だけれど手掛けられていない。それは状況です。私のように県庁に席を置いて、こちらがたまたま歯科医療の部分も業務でやっているのですが、大概の所は保健の分野だけを受け持っている所が多いので、そういう所ではやはり施策化するのに人として難しい部分もあるのです。ですが、やはり必要だと思います。そう思うと、ここを施策化するためには保健医療計画に位置付けていくことがとても重要で、その辺を今回推計していただいた結果、いろいろあり方を議論した結果を国として何らかの形でフィードバックしていただいて、県のほうにそれが伝わると、改定はまだ先なのですが、うちはもうすぐ来年、中間見直しがありますが、医療計画にやはり入れていくのがよいのだろうなと思っています。よろしく願いいたします。以上です。

○福田座長　ありがとうございました。

○家保構成員　全国衛生部長会の家保です。関連いたしまして、都道府県格差というものは非常に問題になってきております。ただ、都道府県の格差については各県が頑張らないといけませんが、構造的な問題として大都市と 30 万ぐらいの都市と、それからそれ以外の市町村と、地域医療構想でもよく言われている 3 層構造で、人の動き、人口の動きとか資源とかが大分変わってきております。ですので、歯科医師や歯科衛生士についてもオールジャパンとしてはこういった式でも良いと思うのですが、データとして 3 つの地域が今後どうなっていくのかということについても示していただいて、それに応じた施策というのを考えていただかないと、国民皆保険の観点から言うと、保険料を納めているのにサービスを受けられないという所が出てくる可能性がありますので、少しその辺は気にかけて情報整理などいろいろな施策の検討をやっていただければ有難いと思います。以上です。

○福田座長　ありがとうございました。格差を検討する際の単位について教えていただきました。ありがとうございます。ほかはありますか。よろしいですか。今日はもう一つ議題がありまして、資料 2 の内容に移りたいと思います。資料 2 について事務局から御説明をお願いいたします。

○奥田歯科保健課課長補佐　事務局でございます。資料 2、歯科衛生士の業務のあり方等についてを御覧ください。

歯科衛生士の業務のあり方に関しまして、前回の検討会において歯科衛生士の歯科診療補助行為についてスライド 3 にある論点をお示しいたしました。歯科衛生士が歯科医師の指示の下で行う歯科診療の補助行為に関して、包括的な指示に基づいて行うことについて、どのように考えるかというところで論点を提示いたしまして、スライド 4、5 にありますように、様々な意見を頂きました。

歯科衛生士の特定行為の制度を検討することは非常に重要である、真ん中の辺りの太字にあります、在宅、介護施設など一定の範囲を決めて、対象者と行為を決めて取り組ん

でいくというのが、まず最初ではないかなど、あるいはスライド5の所にありますように研修体制を整えていく必要がある、研修時間についてどう考えるか、既存の制度の活用などについてどのように考えるか、などの御意見を頂きました。

このような中で、看護師の特定行為の位置付けについて、改めておさらい的なところですが、特定行為については診療の補助であって、医師の指示の下に行う診療の補助であり、看護師が手順書により行う場合には、実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能が特に必要とされる38行為というところで、その法律の条文や、スライド7～9には参考となる資料を掲載しており、スライド7には特定行為の一覧、スライド8、9には制度の概要と手順書によって指示を行うその手順書のイメージをお示ししております。

今回、スライド10におきまして、今後、歯科衛生士の特定行為について検討していく場合に、どのような観点で検討していくことが考えられるかというところで、例えば在宅療養患者の口腔衛生管理を行う場合に、実施するその咽頭内吸引について、仮に特定行為の対象とする場合に、どのような検討の観点があるかのイメージを示したものがスライド10です。

今日の資料の論点、スライド11です。歯科衛生士の業務について、以下の点についてどのように考えるかというところで、歯科医師の指示の下で行う業務のあり方について、高齢化の進展に伴い、在宅や入院患者の口腔管理ニーズが増加する中、生産年齢人口が減少していることを踏まえ、質を確保しつつ効率的な歯科医療提供体制を構築する観点から、歯科衛生士の特定行為について具体的な検討を進めることとしてはどうか。その際、安全性の確保を前提として、必要な研修のあり方についても併せて検討することとしてはどうかということで、論点を提示しております。事務局からの説明は以上でございます。

○福田座長 ありがとうございます。実際、イメージが湧くように、歯科衛生士の特定行為のイメージ図も付けていただきました。資料につきまして、何か質問等はございますか。なければ議論に入りますが、いかがでしょうか。大丈夫ですか。それでは議論に入ります。スライド11ページです。こちらに2つほど○を付けていただいております。この辺りを中心に議論を進めていきます。これ以外でも構いませんが、何かご意見、コメント等がございましたら、どうぞよろしくお願いいたします。阪口構成員どうぞ。

○阪口構成員 ありがとうございます。特定行為に関してまとめてきましたので、すみません、いつものとおり読み上げさせていただきます。需給とも関係があると思うのですが、この需給の資料5ページにあるように、就業歯科衛生士は年々増加しており、過去10年間に就業者数が3.3万人ほど増えているところを勘案しても、現在行われている取り組みが一定程度の効果を示しているものと考えます。令和8年の診療報酬改定でも歯科衛生士に関する新たな項目が追加され、その要件に歯科衛生士の処遇改善が盛り込まれるなど、環境改善の取り組みは着実に実行されていると思います。

その一方で、資料8ページにあるように、歯科衛生士の就業率は25～30歳で急速に低

下し、その後の回復が弱いように思います。この時期には結婚・出産など女性特有の離職理由が考えられますが、その後も就業率が上がらないということは、なんらかの理由があることも考えられます。女性が多く、同じ医療職という視点で、看護師の年齢別就業率を見てみると、歯科衛生士と同様に 20 歳代の離職が多いものの、40 歳代で就業率の回復が見られ、歯科衛生士とは異なった状況にあるといえます。これは以前にも、リハビリスタッフでも同様の傾向があることは、報告させて頂きました。歯科衛生士では 20 歳代で離職するとなかなか復職しない原因というのは何が考えられるのでしょうか。

多く聞かれるのが、歯科医院は小規模事業所が多く、就労環境が悪いという意見です。もちろん、その傾向はあると思いますが、私自身は、小さな事業所であることだけが歯科衛生士の復職を阻害している要因ではないと考えます。

長年、病院という多くの医療職が仕事をしている場で見ていると、感じるがあります。例えば、看護師には看護という、医師や他の職種が立ち入れない領域があります。リハビリ職員である PT/OT/ST にも自らリハビリテーション計画を立て、実施し、その結果を検証するという独自性があります。管理栄養士は患者の栄養状態確認や食事指導、献立の立案など、医師も立ち入れない領域をもっています。薬剤師も服薬指導をもとに、近年ではリフィル処方、かかりつけ薬剤師制度、医薬分業など、独立性を高めています。

これらは、この 30 年で大きく変わってきた医科医療の在り方です。医科医療は各職種が独立性をもち、どの職種が欠けても、十分な医療が提供できない体制に変化しています。多職種協働があたりまえのようにおこなわれています。歯科医療の現場でも歯科衛生士の独立性を高め、歯周病治療や予防管理に取り組む先進的歯科医院では、定着率が向上していると聞いています。就業率の向上には、復職への支援以外にも定着率を向上させることも重要な課題であると考えます。処遇の改善だけでなく、前回議論された特定行為研修をはじめ、歯科衛生士の独立性を高めるような制度を推進し、歯科衛生士という仕事のやりがいが高めることがもっとも重要であると考えます。

看護師の就業率のグラフと 20 代看護師が離職する理由は後ほど事務局に提出いたします。私からは以上です。

○福田座長 ありがとうございます。特定行為について具体的な検討を進めることで、専門性や独立性を高め、就業率にも影響してくるのではないかと御意見でした。特定行為の議論は、進めるべきだということによろしいでしょうか。ありがとうございます。ほかにコメント、御意見等はございませんか。武藤構成員、どうぞ。

○武藤構成員 阪口先生、ありがとうございます。温かいエールを頂いているような気がします。ありがとうございます。私たち現場にいる歯科衛生士は誰も、もちろん歯科医師の指示の下、いろいろな診療補助であったり、予防処置であったり、保健指導をさせていただいている環境は、非常に、もう当たり前のところだと思います。今回の議論については、決して、先生たちのいない所で何かをしたいということではなく、歯科医院であっても、院長先生と歯科衛生士の信頼関係を構築するといったことがベースにあって、

その上で特定行為を任せていただけるというようなことは、長く勤める非常に大きな理由になります。

ですので、賃金や休暇などの福利厚生面も大事なのですが、自身の力を評価していただけることが、非常に大きいウエイトを占めています。ですので、そういった意味が特定行為というシステムの中で評価されることは、歯科衛生士のやりがいだったり、意欲に必ずつながると思っています。本当に、独立して何かをしたいということではなく、評価をしていただきたい、今行っていることを評価していただきたい、それが保険点数や、いろいろなものに反映されたらいいなと思っています。以上です。

○福田座長 ありがとうございます。業務へのやりがいや、業務内容の評価という側面でも、この特定行為という制度を検討すべきとの御意見でよろしいですか。ありがとうございます。ほかはありますか。則武構成員、どうぞ。

○則武構成員 先ほどの需給のところでも、業務の効率化を図ることが推計の中でかなり重要なポイントだったと思います。特定行為を認めること自体は、歯科診療の効率化につながるとしますので、そういった観点からも、歯科医師も今後は減ってくる、歯科衛生士も増えていくとしてもそれほど明るい状況ではないとすると、やはりこれを進めることが効率化の1つの突破口になり得るかと考えました。なので、賛成と申し上げたいのですが、効率化の観点が重要かと考えました。以上です。

○福田座長 歯科診療業務の効率化といった観点からも、具体的に進めるべきとの意見だったと思います。ほかは何かありますか。寺島構成員、どうぞ。

○寺島構成員 今、皆様から様々な御意見もありましたし、これの意義は大きいということは認識しております。ただ、そこに当たっては、国民の安全、安心を確保することが必要なので、やはり研修体制が問題になってくると思うのですが、それを、過度な負担と言うと何ですが、今、合格者を増やす、確保するのでも苦勞している状態で、更にその上を目指すということが、なかなか困難な道でもあるだろうし、逆にそれが良い方向に働いてくれば、歯科界、医療界にとって望ましいことかと感じるので、研修の部分の負担が気になるころなので、そこは慎重に検討していただく必要があると、より有効な方向に検討していただく必要があるかと考えます。

それから、ちょっと細かいことなのですが、業務の効率化に関連して、前のセッションだったのですが、36 ページで、生産性の向上を図るという、医療・福祉のサービス改革プランというものがありますが、ここで単位時間サービス提供量が問題にされているところですが。これは歯科においては、どのような算出の仕方がされるのか、5%という数字まであるので、このサービス提供量がどのような形のものに規定されているのかを、ちょっと教えていただければ有り難いと思います。

○福田座長 後段の御質問について、事務局から回答いただけますか。

○奥田歯科保健課課長補佐 ありがとうございます。資料1のスライド36、サービス提供量の部分についての算出方法ですが、このサービスに歯科は入っておらず、医科の部分

のサービス提供量で算出されているということで、今回はあくまでも参考と記載しているのですが、シナリオを考えていく上での考え方、参考として規模感ということでお示ししている資料です。

○福田座長 寺島構成員から頂いた1点目の研修については、2番目の○の所にも関係しているかと思います。必修の研修のあり方についても併せて検討は進めるべきだと。また、それに併せて、前回、かなりハードルが高いという御意見も頂き、そこは歯科独自の考え方も含めて、もう少しハードルは下げながら、受けやすい研修環境を準備すべきということでしょうか。ありがとうございます。ほかに御意見はありませんか。藤井構成員、どうぞ。

○藤井構成員 今回の研修の件ですが、この間もお話したように、身の丈に合った研修制度というものはあると思うのです。身の丈に合ったとしても実際に研修に出せる医療機関は、2極化するのだろうとは思っているのです。

ですから、やはりこれをもう少し何とかしたいと考えるのであれば、根本的な話として、これは寺島先生がお話されるべき話かもしれませんが、歯科医院の体力がないと研修させられないという問題があります。今回の点数改正で、歯科衛生士の評価は上がってはいます。上がってはいますが、もうちょっとそこを考えないと、2極化は避けられないと思いますので、その辺は大きな目でというか、ゴールをいつにするのかとは別問題として、その背景の調査と研究のようなものが必要ではないかとは思っています。

○福田座長 ありがとうございます。研修のあり方は当然ですが、受講する歯科衛生士の背景もきちんと把握すべきとの御意見かと思います。ありがとうございます。ほかはありますか。市川構成員、どうぞ。

○市川構成員 皆さんがおっしゃるように、歯科医療提供体制の構築において効率化が求められておりますので、そういった意味で歯科衛生士のタスクシェアやシフトは本当に重要だと思います。この特定行為というものは本当に進めたいと思っています。

それから、前回も申し上げたのですが、研修だけでなく、3年間あるいは4年間という免許を取るまでの養成の教育も非常に重要だと思います。看護師さんには看護という明確な領域があり、その中で責任感などを養っていくわけですから、同様に学部あるいは養成教育の中でも非常に重要なところがあると思いますので、是非進めていただければと思っています。以上です。

○福田座長 ありがとうございます。家保構成員からお手が挙がりました。どうぞ。

○家保構成員 全衛国生部長会の家保です。歯科衛生士の特定行為について言うと、この制度をやることによって、今まで安定して、継続して歯科ケアを受けられなかった方に対して、できるだけロスがないように、かつ安全に受けられる制度として考えていくことが大事かと考えます。

ですので、私自身は、やはり直接、歯科医師が月に1回ぐらいは行って診察を行うのは当然だと思いますが、その評価の下で手順書に基づいて、歯科医師が行かずに歯科衛生士

だけで診療業務が、ある一定の手当てができるというような枠組みで、まずは考えていかれるのが社会的にも、また国民にも納得ができるころがあると考えます。どの分野にするのか、手順書を作るのも大変ですし研修するのも大変ですので、優先順位を付けながらやっていただくことが大事かと思います。とにかく、医科もそうですし、歯科もそうですけれども、診療所から歯科医師さんが離れるというのは、正直、時間的にもロスが大きいですし、それを避けた上で安全な歯科治療や、歯科処置ができるということを目指して、是非とも組んでいただければと思います。

○福田座長 ありがとうございます。きちんと優先順位を付けながら検討いたします。ありがとうございます。内藤構成員、どうぞ。

○内藤構成員 広島大学の内藤です。既にたくさんの意見が出ております。基本的に賛同しており、検討を進めることを支持いたします。いろいろなお話で触れられております、安全、安心を担保すべきというのはもっともなことだと思います。私がこの検討を進めたいと思う大きな理由は、多職種連携医療のさらなる推進にあります。

広島大学は学部生の養成機関とリカレント教育のセンターを持っており、私自身は両者に関わっております。学部生にはインタープロフェッショナルエデュケーション、IPE が行われています。医療系キャンパスの中で医歯薬保健の学生とともに、低学年と高学年でシナリオに基づいた教育プログラムが組まれています。特定行為が業務に入ってきた暁には、歯科衛生士養成課程の学部生が IPE でもさらに学びを深めていくことができるのではないかと考えております。

こういった教育や研修をしていくかという点について、今後考えなければならないことが沢山ありますし、どの行為を対象とするかもこれからの検討であることは十分承知しております。今回の資料に例として挙げられている在宅療養患者等の咽頭内吸引は、リカレント研修でニーズの高いものでもあり、候補のひとつとしてよいと考えております。以上です。

○福田座長 ありがとうございます。具体的な特定行為が決まれば、学部教育にも反映されるとのご意見でした。ありがとうございます。ほかはありませんか。いかがですか。沼部構成員、どうぞ。

○沼部構成員 沼部です。私も、特定行為研修に関しては賛成いたします。歯周病学会を代表する立場からお話をすると、歯科衛生士の活躍の場はやはり歯周治療であって、それはプラークコントロールから始まり、スケーリング・ルートプレーニング、メンテナンス、SPT などですが、多くはそれらの治療をぶつ切りにして、歯科医師の指示の下に行っているのが現状です。しかし、一番最初のこの会議の際に、歯科衛生ケアプロセスという話をさせていただいて、歯科衛生士にも歯周治療の一連の流れを担う医療スタッフの一員であるという観点から、歯科医師と協働して診断や治療計画を立てる能力が必要なのではないかという話をしました。

今日の議論でも、医療職や看護職などとの協働において歯科衛生士の力も必要となって

くるという話も出てきておりますので、各スケーリング・ルートプレーニングの際の浸潤麻酔などのような細かい行為だけではなく、歯周治療全体の一連の流れに関する特定行為研修を設け、歯科衛生士にそのような能力を持っていただくことが、今後、大切であると思います。

○福田座長 ありがとうございます。断片的な研修ではなく、診断から治療まで、一貫して歯科衛生士が実施できるような研修を考えていきたいと思います。ありがとうございます。ほかはありますか。このようなことも取り入れてもらいたい、このような観点からは是非進めるべきだということをお願いしたいと思います。武藤構成員、どうぞ。

○武藤構成員 すみません。私がする質問でいいのかどうか、微妙なのですが、家保先生に教えていただきたいと思ったのですが、38 の看護師の特定行為で、保険請求にも伴ってることが多いのではないかと思います。最初から 38 だったのか、どうして初めから保険算定が付いていたのか、その流れをもし御存じでしたら教えていただければ有り難いです。

○福田座長 そうですね。研修の優先順位という話もあったので、私もそこは気になりました。

○家保構成員 全国衛生部長会の家保です。申し訳ないですが、私もこの部会に入ったのが 5 年弱、3、4 年ですので、経過は分かりません。ただ、あくまでも医療の範囲になりますので、行為自体は診療報酬、医師の診療の範ちゅうですから、そこで診療報酬できちんと手当てはされると考えます。例えば入院患者さんであれば、輸液やそういう手当てを全部、診療報酬の中のそれを実施者がタスクシフトするというような感じで適宜見直しをして、この間も名称を変えたり、少し見直しをしようというような議論もありました。申し訳ないですがそれ以上は、私もよく答えられません。

○福田座長 ありがとうございます。阪口構成員、どうぞ。

○阪口構成員 すみません、今の武藤構成員の質問なのですが、これは私も最初に聞いたときは、38、全部あったと思います。ただ、これはパッケージとって、これを全部、皆さんがやるのではなくて、慢性期医療分野、急性期何とか分野、在宅分野とって、それらがパッケージになっていて、パッケージに共通する 250 時間の講習を受けて、自分がどのパッケージのどの行為を選択して、つまり 1 つの行為しか持っていない特定看護師さんもいるのです。

なので、同じ考え方でいくと、歯周病だけ、在宅歯科医療だけといった組合せもできる。全部できなければいけないということではなくて、歯科衛生士にもそういう組合せができると考えていただいていいと思います。

○武藤構成員 ありがとうございます。

○福田座長 ありがとうございます。研修のあり方についての良いヒントになったかと思いました。ありがとうございます。ほかはありますか。則武構成員、どうぞ。

○則武構成員 すみません。ちょっと余計なことかも知れないのですが、この特定行為

の研修をするということはとても大事だと思っているのですが、20代から30代で離職する人が多いということで、例えば歯科医師の場合、20代で免許を取って、30代で専門医を取ってというキャリアパスがあるときに、どうしても女性でライフイベントがあることによって、仕事を続けるだけでも大変なのに、更にステップアップするということがかなり難しい人も多いと思います。それでも、歯科衛生士にも特定歯科衛生士を取ってほしい状況です。これは多分新人、1年目の人が取るような研修ではもちろんないので。例えばライフイベントが落ち着いたところでこういう研修を取りましようとか、こういう資格を取るといいよね、みたいな見通しとか、どのぐらいの年代の人とか、どのぐらいのキャリアがある人にこれを取ってもらいたいとか、例えば子育て中の人に対してどのよう何時間の研修をやることができるのかとか。やはり女性ならではの職業なので、そこをあらかじめ考えておくほうがこのことが成功することにつながりやすいのではないかと思います。

○福田座長 ありがとうございます。研修のあり方にも関わってくるかと思います。歯科衛生士のライフイベントとともに考え併せるべきことがよく理解できました。ありがとうございました。

そのほかございませんでしょうか。会場構成員、どうぞ。

○会場構成員 全衛協の会場です。いろいろ御意見をありがとうございました。今の則武先生の話、もし1つ目安とするなら臨床経験ですとか、学会の認定等もそうだと思うのですが、そういうことで少し基準は出るかなとちょっと思いました。

そのほかにもちょっとこの場でお伝えしたかったのが、今回、業務のあり方、それから特定行為などあるときに、資料として調べたのが令和2年度に福田先生を中心とした先生方が関わられた厚労科研の「歯科衛生士の働き方に関する意向分析」という資料です。これを見ますと、割と就業後1年から3年ぐらい、これを新人の衛生士ということで捉えていたデータでした。「歯科衛生士を長く続けるために大切だと思うこと」ということで、もちろん1位は勤務条件ということなのですが、2位には仕事のやりがいというのが22%もありましたので、今回のこともそうですが、やはり長期的なキャリア形成とか、そういう見通しがつくということでは特定行為は歯科衛生士のやりがいの指標の一つになると思ったものですから、どうぞよろしくお願いいたします。

○福田座長 ありがとうございます。コメント、ありがとうございました。

三浦構成員から手が挙がっています。どうぞ。

○三浦構成員 ありがとうございます。今、会場構成員から御発言があったところ、非常に重要なことかと思います。特定行為ができる、スキルアップをしていくということが、歯科衛生士全体のキャリアラダーにどういうように関わってくるのかというのをちゃんと位置付けると制度として発展しやすくなるかというように思います。一部の行政では、歯科衛生士のキャリアラダーも作られています。しかし、そのあたりが一般的にはなっていないので、平行してそういった作業を行うことによって制度として深みも出てきて、あと

永続性が出てくるというように思います。

基本的には、キャリアを積んだ人に対しての特定行為の研修ということになりますけれども、それを教育機関でどういうように位置付けて提供していくのかということも、ある程度ちょっと頭の中に置いておいて、考えをまとめていき、並行して、キャリアラダーのあり方とかコンピテンシーとか、そういった分析や研究を是非並行して実施する必要があると思います。

○福田座長 キャリアラダーを意識した制度設計が必要とのご意見だったかと思います。ありがとうございました。ほかにございませんでしょうか。はい、石塚構成員、どうぞ。

○石塚構成員 すみません、発言していないのは私だけになってしまったので発言させていただきます。ちょっと難しい内容だったので、すみません。この歯科衛生士の特定行為、もちろん検討いただくのを賛同いたしますが、いつやれるのかとか、あとはその間、例えば歯科診療所によっては辞めて勉強していただいてみたいにならないように。歯科診療所に勤務している歯科衛生士がそれを取るために辞めなければならないとかいうことは、やはり避けなければいけないと思いますので、本当に必要であれば、もうそれこそ国から補助が出るといったような制度にさせていただかないとなかなか難しいのかなと思いました。

先ほどの内容で地域差や都会化といったキーワードが出ていましたが、初めから介護施設で働きたいような方というのは稀で、私の周りではやはり歯科診療所が初めのイメージなのです。そのため、先ほどの内容にもつながりますが、若い歯科衛生士たちが初めにどこで働きたいかといった観点も需要のところに組み込んでいただくといいのかなと思っています。

一方、学生時代に、ただでさえカリキュラムがいっぱいいっぱいなのに、これ以上特定行為みたいなことで教育を増やすべきではなく、なるべく早く歯科衛生士になっていただいたほうが良いと思います。先ほど需要推計をやや上回るとなっていました、私はそのようなことはないと思っていますので、特定行為の研修は歯科衛生士になってからのイメージが良いのではないかと考えております。この研修を受けて特定行為ができるとか、研修を修了した方にはこういう所で働いたら給与がアップしますよという制度になっていただくと、やりがいも増えていいのではないかと考えました。以上です。

○福田座長 ありがとうございました。先ほどの藤井構成員からの御意見にもありましたが、受講者である歯科衛生士の背景をきちんと把握、検討すべきと考えました。ありがとうございました。

渋谷構成員から手が挙がっております。どうぞ。

○渋谷構成員 すみません、まだしゃべっていませんでした。もう時間もあれなのですが、特定診療行為については制度として作るのは賛成です。決して反対ではありません。ただ、歯科医師会でいろいろと医療訴訟とか医療過誤とかなど、そういう問題がいろいろありまして、実際に行うときに本当に制度設計をきちんとやってほしいということと、それ

から絶対的歯科医行為と相対的歯科医行為というのがあると思うのですが、歯科衛生士が関われる中で相対的歯科医行為というのは診療所でも歯科医師の指示があればできるわけで、論点の３ページの所を書いてあるのですが、「補助行為として実施割合が高い個別の行為としては」というように書いてあります。これは、診療所でもできるわけですね。歯科医師の指示があれば。実際に特定行為と資格を持った方が働く場所というものを最初から想定してやらないといけないと思います。そこには会議の前半であった供給とか需要という話、歯科衛生士の働き方、どこで働くかとか、確保とか偏在とか、そういったことがいろいろ絡んでくると思いますので、やることありきで制度設計を進める前にもう少し、歯科医師とか歯科衛生士に「こういうことがちゃんとできるんですよ」ということをしっかり発信しておかないと、今回の歯科衛生士の麻酔行為みたいにかえって混乱するのではないかと少し危惧をしています。一回、そのあたりをきちんと整理してからやっていただければなと思います。

もう１ついいですか、ついでに。

○福田座長 はい、どうぞ。

○渋谷構成員 すみません。衛生士の需給の話なのですが、供給ではなく需要の話、掛け算での数式で歯科衛生士数×1.99 とあったと思います。歯科衛生士は減るし、大規模化は進むし、歯科医師が１人でやっている診療所というのは割合として多い、増えてきているのですが、歯科医師１人でユニット数５台とか、だんだん増えてきている歯科医院もあり、圧倒的多数はうちもそうですが１人３台です。ユニット台数×１人歯科衛生士が欲しいのです。歯科医院の経営上も。その辺を含めて、実際、今、日本で稼働しているユニット数がどれぐらいあるのか、１医院当たりユニット数がどれぐらいあって、そこに歯科医師がどれぐらい勤めていて、単純に歯科医師１人当たりの台数ではなくて勤務している場所のユニットの数、それから歯科医師の数というものを需給の中に何か、指標として入れるのは難しいと思うのですが、そういう観点もないといけない。単純に掛け算だけでは、数は出るとは思うのですが、なかなか難しいのではないかとこのように思っております。以上です。

○福田座長 ありがとうございます。数値をどう反映させるかは難しいかもしれませんが、良いアイデアだと思いながら聞いておりました。また、業務のあり方につきましても、社会的なコンセンサスをきちんと得た上で進めるべきという御意見だったと思っております。ありがとうございます。

ほかにございませんでしょうか。それでは、本検討会では歯科衛生士の特定行為については、具体的な検討を進めるということによろしいでしょうか。研修のあり方や内容等については、検討を進める中で議論いただきたいと思います。時間もちょうどとなりましたので、これにて検討会を終わりたいと思います。事務局から最後、連絡事項等いただければと思います。いかがでしょうか。

○伊井歯科保健課課長補佐 事務局でございます。本日は御議論いただきありがとうございます。

いました。次回の会議の日程については改めて御連絡いたします。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。

○福田座長 本日の検討会はこれにて閉会といたします。構成員の皆様、貴重な御意見をいただき、ありがとうございました。