

第5回歯科医療提供体制等に関する検討会

日時 令和3年11月30日(火)
14:00～
場所 AP新橋 5階Jルーム
開催形式 オンライン開催

○事務局 ただいまより、第5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、田村構成員より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の成相課長補佐に御出席いただいております。

今回の検討会については公開となっております、報道関係者の皆様方にも傍聴いただいております。また、本日の資料ですが、議事次第、構成員名簿のほか、資料は1~2、また参考資料、構成員提出資料をお配りしております。それでは、以降の進行につきまして、須田座長をお願いいたします。

○須田座長 皆様、こんにちは。須田でございます。11月も本日で末日となりまして、いよいよ明日から師走に入ります。構成員の皆様におかれましては、大変お忙しいところ、このオンライン会議に御参加くださいます、大変ありがとうございます。歯科医療提供体制等に関する検討会も、本日5回目ということで、佳境に入ってまいりました。本日も、構成員の皆様の全員から、御意見、御助言を頂戴いたしまして、歯科医療提供体制に関する議論を更に煮詰めてまいりたいと存じます。

まず、本題に入る前に、前回検討会で宿題が出されており、三浦構成員から御質問を頂いております。内容は、「障害児者に対する各県内の歯科医療提供について、7.9%が適正数を検討しているとのデータが示されていますが、その具体的な内容を教えてください」ということでした。御回答をお願いします。

○歯科保健課課長補佐 前回の資料を画面共有させていただいております。須田先生から御案内があったものと併せまして、該当する都道府県に、幾つか関連する質問をさせていただいておりますので、併せて御紹介いたします。

まず、前回資料の7コマ目になりますが、県内の障害児者の歯科医療の充実度について、アンケート結果では、「全ての医療圏で充足している」とか、「一部で充足している」というような形で回答されているのですが、その根拠について該当する都道府県に確認を取りました。その結果、一般的な歯科外来診療を行っている歯科診療所の障害児者の受入を行っている診療所の数であったり、二次、三次医療機関において障害児者を受け入れている数、又は障害児者に対する協力歯科医師数であったり、中等度以上の障害児者への歯科診療が可能な医療機関数を把握していたりということとなっております。

続いて、県内の歯科医療機関の機能の把握について、今後どのように把握していくかということで、まず障害者に対する歯科診療についてですが、7.9%の都道府県が「把握す

る予定である」と回答しているのですが、先ほど申し上げたとおり、一次医療機関の数を把握する、二次医療機関、三次医療機関の数を把握する、又は協力歯科医師数を把握するといったもののほかに、今回、東京都の田村先生からも資料提供いただいているものと類似するかと思いますが、「障害者の歯科医療提供体制に関するアンケート調査を都道府県独自で実施する」と回答した所もありました。また、その下のグラフの赤い点線で括弧のある部分ですが、「在宅歯科医療の提供」という所が 10.5%となっていますが、これをどのように把握しているのかを確認したところ、認知症対応力向上研修受講者数、又は診療報酬の厚生局への届出状況から在宅療養支援歯科診療所数、また、医療施設調査から訪問口腔衛生指導を実施している診療所数、在宅歯科医療サービスを実施している歯科医療機関数等各々公表されているものから数を把握するということでした。

○須田座長 三浦構成員からのお尋ねに対する直接のお答えではなかったかもしれませんが、いかがでしょうか。

○三浦構成員 調べていただきまして、大変ありがとうございました。大変示唆に富む御報告だったと思います。どのように見える化を図っていくかを検討するうえで、実際に使われている指標等を把握できたということは、今後の議論にも非常に役立つ追加の御説明だったと思います。ありがとうございました。

○須田座長 三浦構成員からは常々、地域診断あるいは見える化という御発言を頂いておりますが、これからもよろしく願いいたします。

それから、先ほど資料の御案内がございましたが、構成員の方々から 3 件の提出資料を頂戴しており、それらの内容は、本日の協議内容と密接に関係します。まず柳川構成員から、「構成員提出資料 1」として、「地域包括ケアシステムにおける歯科の役割」という、非常に役立つ貴重な資料を頂戴しておりますので、これについて、柳川構成員から簡単に御説明いただけますでしょうか。

○柳川構成員 貴重な時間ですので、ざっと御報告させていただきます。

私どもの考えとしては、本検討会の 2 回目でしたでしょうか、日本歯科医師会の歯科ビジョン 2040 について御報告させていただきました。また、その後にも、いろいろな議論がございましたが、本日は 2 つに絞ってお話をさせていただきます。資料の画面共有をお願いいたします。

本日は、特に病院における医科歯科連携についてと、在宅歯科医療に絞ってお話させていただきます。事前に資料をお送りしておりますが、3 枚目です。大規模な病院調査を行いました。これを見ると、経年的に、平成 20 年からですが、トータルの病院数はだんだん減ってきているのですが、実は病院歯科、歯科口腔外科は、僅かではありますが増えている傾向があります。

次をお願いします。当然ですが、都道府県の地域差がございます。次のページに、調査の数を示しております。8,400 以上の病院に対する初めての大規模調査でした。

次をお願いします。病院歯科の話は、既にこの検討会で何回かお話をされておりますが、

特徴的に、常勤歯科医師が1名の所が4割、3名以下の所が8割ということで、小規模であることが多いということです。今も多機能が求められている中で、なかなか多くをこなせない状況があるということが推察できます。

次をお願いします。これは診療報酬上の項目ですので全てではありませんが、病院歯科が担っている役割の1つで、主に周術期の口腔機能管理であるとか、摂食あるいは栄養サポートというところの関わりがございまして。どのぐらい行われているかというパーセンテージが出ております。

次をお願いします。左側には、ざっくり栄養サポート、口腔ケア、摂食嚥下となっておりますが、その実施率を書いております。右側には、栄養サポートチーム、これは医科の保険点数ですが、意外と算定されていないという状況も明らかになっております。

次をお願いします。退院時のカンファランス、病院に入院している方が例えば自宅に戻る、つまり、病院から地域に帰るということで、非常に大事なタイミングなのですが、ここにも大分前に診療報酬上の評価が付いておりますが、余り実施されていない傾向が、これを見るとよく分かります。開放型病院で協働している所も幾つかありますが、パーセンテージは17%ということです。

次をお願いします。病院と地域歯科医師会との連携です。左側が、地域歯科医師会との連携は66%程度取れている、また、研修の場にもなっている所も4割弱ございまして。

次をお願いします。病院における歯科の役割はかなり多岐にわたるわけですが、外来と入院患者の治療や診療、あるいは入院患者の口腔管理ということもありますが、将来拡充したいところもあるのですが、やはり先ほど申し上げたように、スタッフ不足により需要になかなか応えきれていない状況があるだろうということが想定できますが、その中で大変頑張っていると思っております。

次をお願いします。歯科の標榜がない病院のほうが多いわけですね。歯科標榜があるのは21%ぐらいですので、それ以外はありません。できたら周辺の歯科医療機関にお願いしたいところは何か、赤く丸が付けてある所は、協力願いたいという項目になっております。摂食機能療法、誤嚥性肺炎の予防、栄養サポートの辺りに記載があるということです。

次をお願いします。歯科のない病院では、当然ですが、歯科医師会との連携、他の歯科医療機関との連携はなかなか難しいわけですが、同じ地区に複数の病院がある場合に、歯科のある病院全てと連携が取れているというのが、オレンジの部分です。歯科のある病院では3/4ぐらい連携が取れているということです。歯科のない病院では歯科医師会と連携が取れているという所は2割ぐらいということです。

次をお願いします。上のほうが病院から見た地区の歯科医師会との連携です。下のほうが、歯科医師会から見た病院との連携です。当然ですが、先ほどと同様に、院内に歯科がある場合とない場合で、大きく異なります。

次をお願いします。周術期の口腔管理に関する診療報酬上の算定を、ここに5つ挙げておりますが、計画策定から歯科衛生士の口腔衛生処置まで、毎年順調に伸びてきておりま

すが、令和2年はコロナ禍の影響を受けていることが想定され、若干下がっています。

次をお願いします。ここから在宅歯科医療に移ります。歯科診療所における施設基準ということで、特に右側の2つが、訪問歯科診療の実施に関するところですが、右の歯科支援診療は1と2に分かれていて、これは要件が幾つかございます。最初のブルーの所から右側に大きく落ちたのは、そのときは1と2に分かれていなかったもので、総数とすると、そう落ちているわけではないわけで、だんだん進んできておりますが、訪問歯科診療を積極的に行うために、国は診療報酬上のインセンティブを付けているのですが、大きく伸びているというところまでは至らないという現状がございます。

次をお願いします。「医科・同一建物」というのは診療報酬上の分類なので、細かくは御説明いたしません、右側を見ると、令和2年は訪問歯科診療の依頼が少なかったという現状がある。施設のほうでも、クラスター発生を懸念して避けたという時期もあったように聞いています。

次をお願いします。これは同じく在宅に関する調査の属性を示したもので、個人、法人、政令指定都市部分とか東京に分かれています。

次をお願いします。開設者の年齢分布で、30代から70代にわたっております。男女比が右側です。

次をお願いします。在宅訪問診療を始めた時期です。ここで注目していただきたいのは、右側です。在宅診療をしている歯科医療機関の後継者、既に継承しているというのは1割以下で、「継承は未定」、「予定なし」というのが8割以上あるので、悪く捉えれば、半分以上が後継者不足で歯科医療機関を閉じなければいけない可能性があるというように見ていただきたいと思います。

次をお願いします。どうして訪問歯科診療の回数が減ったかというところで、「依頼がない」というのが圧倒的に多かったという特徴です。上の77.2%です。

次をお願いします。同じように、先ほど、幾つか要件があると申し上げましたが、在宅療養支援歯科診療所2の届出を継続できなかった、しなかった理由として、従前よりも訪問歯科診療の回数が減ったというのが最も多い理由になっております。

次をお願いします。これも同じです。減少した所と、増加した所も少しあるのですが、余り変化がなかった所が半分、減った所が半分というように見ていただきたいと思います。

次をお願いします。訪問の依頼がどこからくるかです。一番上の右側ですが、もともとの患者、外来患者、その家族ということで、つまり、かかりつけの歯科医師が引き続き在宅療養に移った患者を診るというのが多いわけです。ただ、なかなかその医院の規模が小さい、訪問に行く間がないという状況で、他院の歯科医師に頼むということも当然あります。依頼はケアマネジャーや介護保険施設から受ける場合もあります。歯科医師会もその中に入っております。

次をお願いします。これが先ほど申し上げた要件ごとに関わる調査なのですが、実施体制は右下の、歯科医師と歯科衛生士の2人で帯同して行くというパターンが一番多いと思

います。

次をお願いします。訪問歯科診療で診ている患者さん、なかなか外科的な処置だとか複雑な治療は行いづらいですから、後方支援していただいている病院歯科に応援を頼む場合がございます。その後方支援をやってもらう病院歯科があるかないかなのですが、実は56%で「ない」という回答なので、ここは大変な懸念材料だと思います。

次をお願いします。病院歯科と連携が取れている所は、病院に搬送して、そこで入院して病院歯科の先生に治療、あるいは外科処置などをやっていただく。あるいは病院歯科自体の訪問で対応してもらう、さらに開放型病院歯科で、訪問診療をしている歯科医師と病院の歯科医師が協働で治療をしていくというパターンがあります。多くは、搬送して入院の治療ということになっています。

次をお願いします。コロナでどう変化したかというところですが、先ほど申し上げた、患者が減ったということが書かれています、余り変わらず実施している所もあるようです。

次をお願いします。紹介先の調査なのですが、以前は訪問看護ステーション辺りが少なかったのですが、大分増えてきている傾向にあります。また、在宅医療を実施している医科診療所との連携が余り図れていないところが課題になっていて、往診に行く関係で、そのドクターから「これは歯科医師に診てもらいましょう」というような、その連携が余り実施されていないようです。

以上、大変雑駁ですが説明に代えます。どうもありがとうございました。

○須田座長 ありがとうございます。柳川先生、お忙しい中、この資料を御準備いただき、また、その資料を大変分かりやすく御説明いただきまして御礼申し上げます。

ただいまの柳川構成員からの御説明につきまして、確認なされたい構成員の方はいらっしゃいますでしょうか。よろしいでしょうか。

先に進ませていただきます。もう1つ構成員提出資料として、栗田構成員から資料を頂戴しております。大変恐縮ですが、栗田先生、構成員提出資料2を簡単に御説明いただけますでしょうか。

○栗田構成員 画面の共有をお願いいたします。病院歯科と診療所の連携等の話題が幾つかありましたので、実際に病院歯科はどのようなことをやっているかという現状になります。

長野県には20を超える病院歯科があって、全県でも地方としては恵まれている地方だと思います。なので、ほぼ全ての医療圏に病院歯科があるという状況です。その19の病院歯科に、どのような仕事の内容かということアンケートしています。これは論文になっているので、読んでいただければ分かると思います。

1番目の図をお願いします。病院歯科に掛かるのは、半分ぐらいが基礎疾患を持った患者が受診されているという資料です。

次の図3をお願いします。当たり前なのですが、年齢が上がってくると、いわゆる基礎

疾患を持っている方が増えてくるということです。

次に、図5をお願いします。いわゆる病院歯科がどのような処置をしているかです。病院歯科だと、御存じの方は口腔外科の処置ばかりやっているのではないかということなのですが、現状で大きく言って3つの仕事があります。周術期、院内患者対応、口腔外科疾患、それと、いわゆる基礎疾患を持った方の歯科治療を歯科医院から依頼されるということで、上から4番目に普通抜歯が381名あったということなのですが、どこでもできそうな普通抜歯を病院歯科で行っているという資料になります。これが、いわゆる病診連携のときの後方支援としての病院の機能になります。

次をお願いします。これは内容はどのようなことをやっているかというのを見ていただければと思いますので、またお時間のあるときに目を通していただければと思います。

次をお願いします。先ほど「1人の病院歯科が多い」というお話なのですが、スタッフの手が足りないのできゅうきゅうとしているというのはタイムスタディで、1人の患者を診るのにどれぐらいの時間がかかるかを調査しています。これもお時間のあるときに見ていただければと思うのですが、後ろから2番目のページを御覧ください。処置別平均時間を書いているのですが、病院歯科で1人の患者を診るときに、どれぐらいの時間がかかるかというデータになります。例えば普通抜歯は29分46秒かかっているというものです。その下で、これが日本歯科医師会で行っているタイムスタディの結果で、全国の病院で普通抜歯にかかっている時間というのは13~15分ぐらいというデータで、いわゆる病気をを持った患者が病院歯科に紹介されてきて、そこで抜歯をすると、全身管理から既往歴の確認、観察等で、倍の時間がかかっているというデータになります。これが病院歯科の赤字の原因になっていると言うか、同じ普通抜歯をしているのに時間がかかっているので、点数が伸びないというようなデータになります。これが病院歯科の抱えている状況ですので、今後の御参考になればと思います。以上になります。

○須田座長 栗田先生、大変ありがとうございました。有病者の歯科治療の診療に関する実態調査の報告をして頂きました。ただいまの御説明について、構成員の方から御質問等はございますでしょうか。

私から1つ確認させてください。今、おしまいから2枚目のスライドを拝見しまして、普通抜歯の時間が処置別平均時間として、日本歯科医学会で行われたタイムスタディと比べて倍ぐらいかかっているということなのですが、この処置別平均時間の青い棒は、いわゆる抜歯をしている時間だけを抜き出して、医療面接とか、術後の説明などは抜いてあるわけでしょうか。

○栗田構成員 いえ、そちらも入っています。一緒になります。モニターを付けて抜歯しますので、モニター装着から観察終了まで、いわゆるケアに要る時間です。

○須田座長 そうすると、下の日本歯科医学会のデータですと、抜歯手術、前歯、臼歯の時間のほか、別掲として、口腔外科に関わるその他の処置(モニター等)とか、あるいは初・再診の時間が掲げられているのですが、これはどう読み取ればよろしいのでしょうか。

○栗田構成員 初診、再診にかかる時間は別です。普通抜歯を始めるときから普通抜歯が終わるまでの時間です。

○須田座長 モニター設置などは入っていないわけですね。

○栗田構成員 入っています。

○須田座長 モニター設置等を足してしまいますと、同じぐらいの時間になってしまうかなと思ったのですが。

○栗田構成員 そうですね。そういうところはあるかもしれないです。ほとんどの患者さんが、全てモニターを付けてやっているという状況と、初・再診のときの時間も長いのですが、いわゆる病歴の確認等が大分時間がかかると思います。

○須田座長 普通抜歯が、ネットで 30 分もかかるというのが分からなかったなので、お尋ねしました。ここはモニター設置も入っているという理解でよろしいでしょうか。

○栗田構成員 そうですね。平均なので、入っていると考えていいと思います。止血時間等は大分かかりますので、その分はプラスアルファだと思います。

○須田座長 いまだに分からないのが、下の日本歯科医学会のデータでは、普通抜歯の時間とモニターの時間が別掲になっているのです。そうすると、足すとそんなに変わらないかなという気がしたのですが、この辺を御確認いただければと思います。

○栗田構成員 分かりました。

○須田座長 よろしくお願いいたします。

そのほか、構成員の方から御質問等はございますでしょうか。よろしいですか。ありがとうございました。

それから、3 つ目の構成員提出資料として、田村構成員から資料を提出していただいております。本日は田村構成員は御欠席でございますし、この資料は前回の田村構成員の発言内容を補強するものですので、後ほどお読みいただければと思います。ここでは説明を割愛させていただきます。

それでは、ここから本題に入らせていただきたいと思います。まず、本日の協議で使用する資料 1 と資料 2 ですが、こちらを事務局から御説明願えますでしょうか。

○歯科保健課課長補佐 事務局です。資料 1、資料 2 について併せて御説明いたします。

資料 1「歯科医療提供体制等に関する検討の進め方について」は、前回の検討会でお示した資料になります。2 コマ目、歯科保健医療ビジョンが平成 29 年 12 月に取りまとめられているところですが、こちらをより実効的に都道府県で行えるようにということで、4 コマ目にお示しするスケジュールに沿って歯科医療提供体制に関する議論について行っていき、（新）歯科保健医療ビジョンを取りまとめていくような流れです。

本日の進め方については、資料 2 の 2 コマ目を御覧ください。「③地域包括ケアシステムの構築における歯科の役割」に赤い枠で括っております。

3 コマ目、日本の人口の歴史的推移についてお示ししております。我が国の人口は、今後 100 年ぐらいかけて 100 年前ぐらいの人口、つまり、明治時代の後半ぐらいの水準にな

ってきます。このグラフを見ていただいても分かるとおおり、非常に急激な減少となると推計されております。

4 コマ目、総人口の推計です。今後、日本の総人口が減少に転じていく中、高齢者、特に75歳以上の占める割合が増加していくことが想定されております。

5 コマ目、今後の日本を取り巻く状況として、一番上の○と一番上の表を御覧いただきますと、65歳以上の高齢者数は、2025年には3,677万人となり、2042年にはピークを迎える予定。また、一番下の○と一番下の表を御覧ください。これまで全国推計についてお話ししてきたわけですが、地域ごとに見てみると、75歳以上人口は都市部で急速に増加し、もともと高齢者の多い地方では緩やかに増加するという一方で、各地域の高齢化の状況が異なることから、各地域の特性に応じた対応が必要という状況です。

6 コマ目、今後の日本を取り巻く状況として、1つ目の○、75歳以上人口は、団塊の世代のピークに合わせるように、2025年までの10年間も急速に増加してきます。

7 コマ目、地域包括ケアシステムの構築についてです。1つ目の○にあるとおおり、2025年を目途にとなっておりますが、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で住み続けられるように、医療・介護予防、住まい、生活支援が包括的に確保された体制を構築・推進しているという状況です。

8 コマ目、推進していくものの手立てとして、地域支援事業の中から一般介護予防事業、歯科が関わっている事業について、今後、介護の施策について御紹介をしていきます。

9 コマ目、一般介護予防事業です。住民主体の通いの場として、通いの場は住民主体で活動をしていただくものですが、こちらの図で示しているとおおり、取組内容としては、体操であったり、お茶を一緒に飲んだり、趣味の活動やゲームをしたりもします。そして、その中には口腔機能の向上に係る体操も含まれております。

10 コマ目、高知県高知市の取組を御紹介しております。全国的に、口腔機能向上を目的とした体操としてパタカラ体操とか、あいうべ体操とか、口腔の体操はいろいろ地域地域でやられているわけです。高知市では「かみかみ百歳体操」ということで、地域の理学療法士、保健師、歯科衛生士を対象にインストラクターも養成したということです。

11 コマ目、今後の一般介護予防事業の進め方について、令和元年12月にとりまとめられました。真ん中の四角で囲んだ所ですが、高齢者が関心事に応じて参加できるように幅広い取組を行っていくこと。また、取組を類型化し事例集なども作成していくこと。2つ目のポイントです。役割がある形で社会参加をすること、例えばボランティア活動なども加えながら推進していくことが重要であると示されております。

12 コマ目の1)通いの場等の一次介護予防事業への専門職の関与です。1つ目のポツ、幅広い医療専門職との連携を推進するとともに、多様な専門職種や学生などの関与も期待されること。また3つ目のポツ、後期高齢者医療広域連合などとも連携し、高齢者の保健事業と一体的な実施を推進していくことが示されました。

13、14 コマ目では、この取りまとめの中から、歯科関係者について明記されている部

分を抜粋してお示しをしております。

15 コマ目、平成 26 年の改正で地域支援事業に追加された在宅医療・介護連携推進事業についてお示ししております。

16 コマ目、在宅医療・介護連携推進事業については、1 つ目の○の後段からですが、地域における医療・介護の関係機関が連携し、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要であることを踏まえて、限られた医療介護資源を効率的に効果的に用いる観点からも関係者の連携が進められています。

17 コマ目、在宅医療、介護に関連する施策の全体像についてお示ししております。一番右側にお示ししているとおり、介護保険法で定める基本方針に基づいて、介護保険事業実施計画、介護保険事業計画などを設定し、提供体制の構築を行う。一番右は市町村中心に行われている介護のサービスになります。また、右から 2 番目になりますが、医療法で定められる基本方針に基づいて医療計画を立案するという医療の流れについては、都道府県が中心となっております。なお、これまでの議論でもありましたけれども、認知症であったり障害者であったりという施策については、都道府県が中心になって行われております。右下に、「連携が重要」と赤字で記載しておりますが、医療と介護のサービスを受ける高齢者というのは重複していることも非常に多いですし、関係者も協力して連携して行うことによって、限られた医療・介護資源を有効に使うべく連携を推進しているところです。

18 コマ目には、参考資料として関係条文をお示しします。

19 コマ目です。在宅医療・介護連携推進事業について、事業全体の目標を明確化しつつ、PDCA サイクルに沿って取り組みやすいよう、令和 3 年度から新しい取組の形を行っているところです。実施全体については、現状分析をした上で、その地域に必要な事業を展開する形となっております。

20 コマ目には、参考として PDCA サイクルに沿った各取組を示しております。

21 コマ目、静岡県川根本町の取組状況です。社会資源が少ない町で地域包括ケアシステムと多職種連携チームによる協働事業の体制の構築を行うべく、歯科関係者も参画しながら行われた在宅医療・介護連携推進の取組についてお示ししております。

22 コマ目からは認知症についてです。まず折れ線グラフに年齢階級別の有病率が示されております。こちらは、年齢が上がるにつれて有病率が高くなることから、表にもあるとおり、高齢化が進むほど有病者数も増えていくことが推計されております。

23 コマ目、認知症施策推進大綱についてお示しをしております。基本的な考え方としては、上の囲みにあるとおり、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指していくことで、「共生」と「予防」の車の両輪ということで進めているものです。歯科が特に大きく関わる部分というのは、②と③、予防と医療・ケア・介護サービス・介護者への支援という所が該当するかと思います。

25 ページに全体像を示しております。認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護

を提供するため、歯科については右下をご覧ください、かかりつけ医・歯科医として示しております。歯科診療所は予約で診療されているところが多いと思いますが、例えば予約日時にいらっしゃらなかったとか、予約ではない日にいらっしゃったとか、診察券の代わりに違うカードを提示されたとか、患者さんと直接やり取りをする中でその変化にも気づくこともあると思います。何か気がつきがあれば専門医につないでいくことで役割を果たしていく形となります。

26 コマ目、大綱における歯科の位置付けを抜粋しております。特に関わりが深いものとして、(2)の1行目の後ろから、歯科医師に対する認知症対応力向上研修というものを実施しており、その受講者の目標についても設定がなされております。2025年、令和7年の目標が4万人受講するという一方で、免許保有者10万人の中で4万人ということで、非常に高い目標となっておりますが、現時点で、受講済みの方は1万6,000人と担当課から伺っております。

27 コマ目、口腔の状態と認知症発症との関係です。要介護認定を受けていない65歳以上の高齢者4,425人を対象として、認知症の認定状況を4年間追跡したところ、かかりつけ歯科医院を持っている人、これは赤い枠でくくっている部分ですが、かかりつけ歯科医院を持っている人は認知症のリスクが低くなるということが分かったという論文を御紹介します。

28 コマ目、29 コマ目で、令和3年度の介護報酬改定の一部についてお示しをしております。29 コマ目を御覧いただき、真ん中の四角です。指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の一部改正を見ていただくと、口腔衛生管理体制加算という加算が令和3年3月までであったわけですが、こちらは、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対して口腔の清掃に対する技術的助言を行っていることなどを評価したものとなっております。実際には、入所者さんの口腔清掃を行うのは介護職員さんなのですが、その介護職員さんが計画的に適切な口腔清掃を実施していくことを評価しておりました。こちらの項目ですが、令和3年4月に行われました介護報酬改定では、上の段の、指定介護老人福祉施設の基準の一部改正と書いてある所で、第17条の3に、指定介護老人福祉施設は何々を「計画的に行わなければならない」と規定されているとおり歯科医師、歯科衛生士が、定期的に介護職員さんに口腔清掃に関する指導し、適切な口腔清掃が行われることを義務化したものとなっております。この見直しについては、3年間の経過措置がありますが、令和6年4月からは、全ての施設系サービスにおいて義務になってくる流れとなっております。

具体的な運用の方法などについては、30 コマ目、31 コマ目、32 コマ目で具体的な内容をお示ししております。

33 コマ目から、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おります。居宅において歯科訪問診療を実施している割合は、青い折れ線グラフ又は青い棒グラフで示しているものとなっております。施設において歯科訪問診療を実施している歯科診療所については、赤い折れ線グラフ又は赤い棒グラフで示している所です。施設につ

いては、調査を進めるごとに増加してきており、居宅で歯科訪問診療を実施している所よりも多くなっている状況です。

34 コマ目は、訪問診療を実施している医療機関数を、当該都道府県の医療機関数で割り返したグラフとなっております。居宅において歯科訪問診療を実施している割合は、長崎、岐阜などで非常に高くなっております。施設については島根で最も高く 33%となっております。

35 コマ目は、歯科訪問診療を算定した患者の割合をお示ししております。こちらは2018年6月のNDBにおいて、訪問診療料の算定のある患者数を当該人口の75歳以上の人口で割り返したグラフとなっております。最も訪問診療を受けている都道府県は大阪府で4.9%という状況となっております。

36 コマ目、居宅療養管理指導、こちらは介護保険の実施状況になります。居宅療養管理指導の実施医療機関の割合としてはグラフの中に※で記載しておりますが、居宅療養管理指導を行っている医療機関数を当該都道府県の医療機関数で割り算をしたものをお示ししております。歯科医師による居宅療養管理指導を実施している割合は、徳島県で最も高く15%となっております。

37 コマ目からは、介護保険施設等における歯科医療や歯科保健の取組についてお示ししております。介護保険施設の入所者の歯科の受療状況について、下の表を見ていただくと、水色で示しておりますとおり、定期的に歯科の受診をしている方が11%、何かあったときに受診した経験がある方が58.1%と、足して約7割という状況となっております。一方で、赤い枠でくくっておりますが、全く受診した経験がありませんという方も3割ぐらいいるということです。38 コマ目の参考の資料と併せて見ていただくと、施設間格差が非常に大きくなっていること考えられます。

39 コマ目、介護保険施設の入所者の体重減少に関する表となっております。左側の円グラフをご覧くださいまして、介護保険施設入所者の61.8%が、歯科専門職が関与したほうがよいと考えられるような状態であった。つまり、青い色と縞々になっている部分ですが、歯科専門職が関与したらいいと思われる方で61.8%。そのうち、歯科衛生士が関与したものが青、歯科衛生士が関与できなかったものは青い縞々となっております。その結果、右側にお示ししているとおり1年後に体重の変化を見たところ、衛生士が関わっていない事例は体重減少のリスクが2.2倍となっていたということがございます。

40 コマ目、就業歯科衛生士の状況についてです。ここまで、衛生士、歯科専門職が関わるのが非常に有効だというグラフやデータなどをお示ししてきたところですが、就業場所別に見た歯科衛生士の状況について赤い四角でくくった部分になりますが、介護保険施設で働いている衛生士は、現在1%程度という状況です。

41 コマ目、42 コマ目、43 コマ目、44 コマ目は、都道府県及び市町村に、地域の歯科診療所及び介護保険施設などの関わりの状況についてどの程度把握しているかなどを聞き取ったところですが、非常に把握や対応の状況が異なることがみてとれます。

45 コマ目から、歯科医師臨床研修の到達目標についてお示ししております。歯科医師臨床研修は、歯科医師免許取得後1年間、全ての歯科医師が行うことが法律で規定されています。臨床研修制度においては、到達目標を設定しているのですがこのうち、真ん中の四角の右側、C. 基本的診療業務と記載されたうちの2の「(2)多職種連携、地域医療」と規定されておりました。

令和3年3月に制度見直しを行いまして、46コマ目、47コマ目になりますが、これでフワッと抽象的に書かれていた目標や内容が明示化されました。多職種連携、地域医療について、「地域包括ケアシステムについて理解し、説明する」などは必修にするとともに、訪問診療やへき地・離島の診療、周術期の口腔機能管理などについては選択必修として位置付けられたところです。

48 コマ目です。これまで多くの先生方から、摂食・嚥下に関する治療はどここの歯科医療機関で提供されているか分からない、どこに相談していいか分からないというお声があることを伺ってまいりました。こちらは参考までに、AMED 研究で作成された取組を御紹介します。こちらは、病院、医科の診療所、歯科の診療所などが、登録されており、摂食・嚥下に対する治療を実施できる医療機関が登録されているものになっております。青いポツが VE、VF などの検査ができる所、赤いポツがインプラントを訪問で実施できるということで、水色の円は 16 km の範囲となっております。また、この地図や一覧には、食形態を工夫した食事を提供している飲食店などについても、登録されています。

49 コマ目です。矢印の下、「論点」として、1つ目の○、口腔の健康を維持するためには、歯科保健医療の提供を更に充実させることが期待されております。地域包括ケアシステムにおいて歯科専門職も含めた多職種連携に基づく歯科保健医療の提供を推進するために、行政、医育機関、関係団体にどのような取組が期待されるか。また2つ目の○になりますが、そのような取組を充実させるため、どのような指標で評価・分析することが考えられるか。3つ目の○で、各地域や大学において、卒前実習、臨床研修、生涯研修などを通じて、地域包括ケアシステムで活躍できる歯科医師養成が取り組まれているところですが、これらの取組について、行政、医育機関、関係団体は、この取組をますます進めるためにはどのような取組が期待されるか。このような論点3つをお示ししております。長くなって申し訳ございませんが、説明は以上となります。ありがとうございます。

○須田座長 丁寧に資料を説明していただきまして、ありがとうございます。本日も「検討会における主な御意見」という参考資料が付されておりますが、これは参考どころか非常に重要な資料です。こちらに記載された内容は、黒字で第3回までの主な御意見、赤字で第4回検討会における御意見が書き込まれております。これらがいずれ報告書へ落とし込まれますので、毎々ですが、しっかり御覧いただけているかと思えます。ここまでよろしいですか。それでは、資料2のスライド49を出してください。

本日の会議での討議内容については、前回の会議で既に高田補佐から予告がなされております。具体的には多職種連携、医療・介護連携、在宅歯科医療の推進等を含む地域包括

ケアシステムの構築における歯科の役割について、御意見、御助言を承りたいと考えております。検討会の進め方については、資料 2 のスライド 49 に従って進めていきたいと思っております。2 分割して、資料 2 のスライド 49 の「論点」の上 2 つの○を前半で、3 つ目の○は後半で扱いたいと思っております。1 つ目の○は、多職種連携に基づく歯科保健医療の提供を推進するために、行政、医育機関、関係団体にどのような取組が期待されるかです。2 つ目の○は、地域包括ケアシステムにおける歯科保健医療を充実させるため、取組状況についてどのような指標で評価・分析することが考えられるかです。こちらについては三浦構成員や福田構成員がお得意のところかと思っております。まず、この上 2 つの○について前半で御意見を承ります。後半は、医育機関におられる構成員のお得意なところかと思っておりますが、地域包括ケアシステムで活躍できる歯科医師養成について、行政、医育機関、関係団体にどのような取組が期待されるかを扱いたいと存じます。

それでは、資料 2 の 49 の論点の上の 2 つの○を御覧いただきながら、各構成員から御発言を頂きたいと思っております。まず、私のほうから指名させていただいて、その後、総合討論という形で進めていきたいと思っております。上 2 つの○ですが、まず病院歯科の立場から、信州大学の栗田構成員に御発言を頂けますか。よろしく申し上げます。

○栗田構成員 上の点に関しては、多職種連携をするに当たって、他の職種の看護師、保健師をはじめ、余り歯科教育をなしえていないというところが結構な問題かと思っております。現状、確か看護師の教育の必須課程には歯科に関する項目も入っておりませんし、あと介護の現場の方とか介護士さん、ケアマネの方も歯科教育は特に受けていない。我々もいろいろな催しを行って参加を促すのですが、壁を立てられてしまうのです。向こうの方が余り歯科のことを御理解いただけていないので、なかなか向こうの方も参加しにくいというところがありますので、そこが 1 つの問題点ではないかと思っております。

あと介護の方々と対話をしたいのですが、介護の方々に通じるチャンネルがないのです。例えば、看護師さんは看護協会とか、医師なら医師会とかに行けば連絡網はざっと取れるのですが、介護の職は幾つもの団体があって、その団体の全てに連絡しないと、その各団体も連絡網がしっかりしていないというところがあります。市町村で総括されている所もあるので、なかなか連携を取るにも連絡網がないという所が問題かと思っております。以上、2 点です。

○須田座長 栗田構成員から、多職種への歯科教育、介護の方とつなぐチャンネル、壁があってチャンネルがないということでしたが、大変ありがとうございます。同じく石川県の長谷構成員からこの問題について御発言いただけますか。

○長谷構成員 地域で取り組んでいる病院歯科の立場からですが、やはり、他の職種が歯科に何を求めているのかわからないのが現状かと思っております。例えば、誤嚥性肺炎予防というテーマに対して、咀嚼（食塊形成能）については歯科医師全般が診れると思っております。しかし、嚥下の評価や食形態の選択、食事姿勢の調整、食介助方法となると、リハビリ的な視点で姿勢の調整であったり、食具の選択とか、食形態の物性について総合的に知らない

と判断できません。そこで、当地域で工夫したのが、歯科訪問診療で多職種と地域でつながっていきたいという先生方に、登録制で、高齢者の誤嚥性肺炎等に関わるためにどういった内容まで対応できますかということで、例えば、内視鏡検査もするとか、食形態の選択もできるとか、そういったところをチェックしていただいて、地域包括センターのほうからケアマネや訪問看護師を中心に一覧表を配布して、各歯科医院で誤嚥性肺炎、高齢者の食支援に対してどこまでできるかを把握しております。ただ、やってみたものの、それがうまく稼働しているかと言いますと、まだまだというところが正直あります。以上です。

○須田座長 長谷先生、ありがとうございます。取組例を御紹介していただきました。次に、この2つの論点について、地域の歯科医療を担っておられる立場から、長崎県の渋谷構成員にお願いできますか。

○渋谷構成員 長崎県では、先ほど高田補佐からの御説明にもありましたが、在宅の訪問の率が全国の中で高いというデータが示されました。長崎県では以前から先進的に、県の役員の中に角町先生という訪問診療に積極的に取り組まれてきた先生がいらっしゃるということもあまして、歯科医師会の事業として、早期からこういうことについては取り組んできたという経緯があります。

その中で、長崎大学の先生、あるいは多職種の先生方、長崎県にある多職種の会の代表の方々に入ってきて、口腔リハビリテーション研究会というものを20年ぐらい前に立ち上げて、研修会を含めて取り組んできたという経緯があります。その中で、最近特に地域包括ケアシステムという言葉が出てきて、この推進ということもあまして、この会合に積極的に多職種の方が参加いただけるようになっております。その中には座学だけではなく、実際の症例を用いてグループワーク的な討論会をしたり、その討論会も長崎県内の各地区、地域地域に分けて、いわゆる顔の見える関係も一緒に作ろうということで取組をしております。その結果もあって、在宅の訪問件数も多分多いのではないかと思います。長崎県はもともと高齢化も進んでおりますし、施設数も足りないということで、在宅で過ごされている方が多いということもありますが、そういったことで進んでいるのではないかと考えております。

また、問題としては、地域包括ケアシステムの構築検討部会に私も参加させていただいておりますが、歯科的なことは、あくまで何かあったら専門職に来ていただいて診てもらおうという、最初からそういう位置付けになっているのではないかとというのが私の中であります。できれば、地域包括ケアシステムという行政のサービスの中に、口腔衛生管理とか口腔機能管理が最初から盛り込まれて、ケアプランとして、当然、入っていただきたいということがあります。

成人の特定健診についても、歯科に関する調査項目が入りましたが、実際行われている所はなかなか少ないのが現状です。その辺も含めて、行政の方々が口腔の衛生管理あるいは機能管理をもう少し勉強していただいて取り組むことが必要ではないかと考えております。

す。今のいろいろな県の委託事業の中で、行政の方々に対する歯科的な勉強会をやるような事業も、県からも予算をもらって今後はやるようにしておりますので、少しずつ進んでいけばいいかと思っているところが実情です。以上です。

○須田座長 渋谷会長、ありがとうございます。これまでの会議でも出てきましたが、地域に優れたリーダーがおられると、例えば、在宅訪問診療率が高くなるように思われます。大変ありがとうございます。

それでは、日本歯科医師会並びに地域の歯科医療を担っておられる立場から、再び柳川先生に御発言いただけますか。

○柳川構成員 地域の立場から申し上げます。地域ケアネットワーク会議というのがあります。多くの県とか自治体に設置されておりますが、医療・介護連携に関わる合議体みたいなものは以前からあったのですが、地域ケアネットワーク会議というのは、どちらかと言いますと介護寄りのほうの、その連携をやっていきたいと思いますという会議で、そこで今日は事務局から説明があったような内容をどう進めましょうかという話をしました。高田補佐が御紹介いただいた静岡県川根本町の認知症のケースがありましたが、虐待のチェックシートも含めて、チェックシートを静岡県歯科医師会で作成して提供したという経緯があります。いずれにしても、大きなシステムの問題や運用の問題はそういったところの会議があるので、そこで解決していく必要があるだろうと思います。

一方で、実際の現場の話はまた別で、地域ケア会議や介護保険の認定審査会に歯科医師が出ております。また、多職種の方もそこに出ていますので話し合いがされます。ほかに退院時のカンファランスの機会とか、いろいろな職種の方が集まる機会があるので、症例ごとと言いますか、そういうことを一つ一つ経験していくことで、歯科医師も含めて、いろいろな職種の方と連携を図っていきます。経験することで初めて顔が見えると言いますか、そういう関係ができるので、大きなことは地域ケアネットワーク会議みたいな所で議論をしていただいて、後はそれぞれの職種が連携を経験していくこと、これは当然ですが、大事ではないかと考えています。以上です。

○須田座長 柳川先生、ありがとうございます。地域ケアネットワーク会議をはじめ、静岡県の具体的な取組を御紹介いただきまして、大変ありがとうございます。次に、歯科大学病院で臨床教育に携わっておられる立場から、大島構成員から御発言願えますか。

○大島構成員 2つ目の○の、どのような指標で評価・分析することが考えられるかという点に関して、データ分析する際には、需要と供給のバランスを見ることが大事かと思っております。供給に関しては、医療計画や介護保険事業計画と重複するところがあるので、そういったデータの活用が考えられるのではないかと捉えております。

難しいのは需要側のほうかと思えます。地域住民が地域包括ケアシステム、加えて歯科へのニーズをどのように捉えているかということですので、そういったデータを今後把握する必要があるのではないかと考えております。

具体的には、地域包括ケアシステムは中学校区が単位になっておりますので、そのよう

な範囲で全国から対象区域を抽出して、地域住民などに、その地域がいかに住みやすいかなどの視点からデータを収集する必要があるのではないかと考えております。以上です。

○須田座長 指標に関して御発言いただきました。最終的にこの検討会から報告書を出す場合、余り総花的でなく、実効性のある報告書とするために、この点は大変大事かと思っておりますので、引き続きよろしく申し上げます。

同じく、歯科大学病院で臨床教育に携わっておられる立場から、則武構成員にお願いできますか。

○則武構成員 地域包括ケアシステムに活躍できる歯科医師を養成するというところで、地域によってシステムが異なるという前提があり、在籍大学の所在地と、卒業後のキャリアは皆違うので、その中でコアとなる、例えば多職種とどのように連携を取るか、訪問診療が行えるかなどといった、これがコアだというところの共通理解がより具体的に示されると良いと感じております。

あとは、コロナ禍にも関連していますが、やはり連携を、例えば居宅に行ったときにほかの職種の方と会えるかどうかは担保されないと思っておりますので、例えばオンラインを活用して多職種とコミュニケーションを取るシステムを、教育現場も巻き込んだ形で進めていただけますとよりありがたいと感じます。

○須田座長 則武構成員、大変ありがとうございました。続きまして、行政におられる立場から、毎回貴重な御意見、アドバイスを頂戴している西嶋構成員にお願いできますか。

○西嶋構成員 私のほうから大きく2点申し上げたいと思っております。まず1点目は、先ほど栗田構成員からチャンネルというお話がありましたが、介護と歯科の先生方とのチャンネルをいかに構築するかということは非常に大事だと思っております。今日の資料の中でも、一般介護予防、あるいは施設の中でも、歯科口腔の基本報酬化をすとか、そういった議論がありましたので、例えば、介護予防ということであれば、保険者機能強化という文脈で、国保連等が指導しながら市町村はその取組をしなければいけない。老健施設、特養等もこういった歯科口腔の取組をしなければいけないということは、制度上、否応なしになっていきますので、そうしますと、彼らがいかに専門職集団である歯科の先生方とつながっていくのかということだと思っております。

そのときに大事なのは、やはり、直接つなぐということもそうですが、間に行政が一枚入って、そういった場を設定することは非常に大事だと思っておりますが、残念ながら医療の場合は県が主体でやっていますし、介護の場合は市町村がどうしても主体になりますので、行政機関でもチャンネルの構築は非常に難しいのが現状です。ただ1つ良い情報があるとなれば、今回、コロナの対応で、全国の各市町村は医療との距離がかなり近くなったのではないかと考えておりますので、そういった体制も活用しながら、チャンネルの構築をしていくということです。

岡山県の場合は、介護保険関連団体協議会という、老健施設、特養、あるいはサービス付き高齢者住宅等といった団体を1つにまとめた協議会を県のほうで作っております。今

回のコロナのクラスター対策も含めて、介護関係団体は複数あるという話もありましたが、協議会はそういったところの窓口になっていただいて、一緒にクラスター対策をやったという経験もあるわけです。例えば、県のほうでそういったものを団体と一緒に構築するとか、そういったことも、今回のコロナから生まれる何か新しいアイデアとしてあるのではないかと思います。

2点目は、資料の中に認知症の話がありましたが、これは言わずもがな認知症の方々は増える一方ですので、その対応は歯科でもきちんとやっていく必要があるわけです。御紹介がありました認知症対応力向上ということで、歯科の先生方も含めて、こういった事業に御参加いただくことになっているということで、まだその進みが遅いという御報告が事務局からありましたが、なかなか直接的なインセンティブ、金銭的なインセンティブは難しい事業だと思いますが、地域包括ケアや介護との連携を進める上では認知症対策は避けて通れないことだと思いますので、是非、専門職集団の中でもこういった事業の普及啓発、1人でも多くの方々に受講していただくような環境作りは非常に大事かと思っております。私からは以上です。

○須田座長 西嶋構成員のほうから、チャンネル構築に関するお話、岡山での取組、そして認知症対策の重要性についてお話を頂くことができました。ありがとうございました。次に、研究者の立場から福田構成員に御発言いただけますか。

○福田構成員 私からは1つ目の○について話をさせていただきたいと思います。多職種連携に基づく歯科保健医療の提供を推進するために、行政が中心となってリードしてもらいたいと期待しています。

後半の話とも強く関係することだとは思いますが、PDCAサイクルを強く意識し、事業の関係団体を巻き込んだ形での事業の企画、あるいは評価を行っていただきたいと思っております。また、その事業の評価や管理をきちんと行う検討会などの仕組み作りも含めての役割を期待しています。

○須田座長 福田構成員、ありがとうございました。行政のほうでPDCAサイクルを意識してやっていただきたいというお話を頂けました。続きまして、同じく研究者の立場から、北海道の三浦構成員からお願いします。

○三浦構成員 私からはデータの指標についてと大学の役割について、2点述べさせていただきます。データですが、高齢者のケアを考える上で、特に地域包括ケアシステムは多様な構成要素を含んでいるということがありますので、恐らく、見える化をするときには複合指標を用いざるを得ないのかと思います。高齢者ケアの指標の世界的な展開を見ますと、大体、複合指標で提示がなされているところなので、どのような複合指標のコンテンツを抽出してくるかというのが1つ大きなポイントかと思います。医療、保健、住まい等々、様々な介護・福祉も含めての包括的なものになる可能性があるかと思っています。

指標としては、WHOのヘルシーエイジングの考え方に比較的マッチしている国・地域レベルの指標も報告されておりますので、それらももしかすると参考になるかもしれません。

何か単一指標だけで地域包括ケアシステムにおける歯科保健医療の見える化を図るのはなかなか難しいのかと思います。幾つかのものを抽出する必要があって、できればそれを組み合わせて、全体の指標とするというのが見える化が進むのではないかと思います。

大学、プラス歯科衛生士養成校の位置付けについては、サービスの実施体制の整備を考える上で、やはり、養成機関の役割は非常に大きいものがあります。そういったことも含めて、臨床研修での地域包括ケアシステムへの対応強化もなされたものかと理解しております。

できれば学部教育、あるいは養成校教育においても、地域包括ケアシステムだけではなく、多様な今後の歯科口腔保健に対応できるキャリアパスに関する人材育成にも、もう少し踏み込んでいいのかと思いました。

先ほどデータのことを申し上げましたが、やはりデータ分析はなかなか敷居が高い所なので、自治体を支援する意味でも、大学が持っている役割は非常に大きいのかと思います。分析等、研究活動を日常で行っている大学の教員・教官がサポートすることによって、自治体の活動も非常にやりやすくなるのかなと思った次第です。私からは以上です。

○須田座長 三浦構成員、ありがとうございます。指標策定について、WHO のヘルシーエイジングが参考になるかもしれないと。いずれにしろ複合指標になるのではないかというお話と、この点についての大学教育、歯科衛生士養成校の役割の重要性について、お話を頂きました。

毎回、有識者の立場から、貴重な御助言、御意見を頂戴しております松原構成員に御発言いただけますか。

○松原構成員 1 つは、若い歯科医師の先生方と話していると感じるのは、介護保険制度が始まってから歯学部教育を受けた方と、その前の方とでは、多分、摂食・嚥下リハとか、そういう概念も昔は発達していなかったかもしれないし、その辺のギャップはどういうふうに埋めていくのかなと思っております。

あと、歯科の指示で、例えば言語聴覚士というのは嚥下のことを考えますと非常に重要なのですが、単独訪問ができるようになると、今、非常に停滞している摂食・嚥下リハとか、地域包括ケア全体がもっと大きく前進するのではないかと聞いておりました。

各診療所が持つ機能を公表していくというのは、正に病診連携とか診診連携に非常に有効だと思います。その指標について三浦委員から非常にアカデミックな御指摘がありました。難易度は高くなりますが、全身麻酔を用いた障害者の歯科治療の数というのは非常にはっきりとこの機能が分かる指標ではないかと思います。軽い障害者を診ている機能と、重度の障害者を診ている機能というのは大きく違うと思いますので、それがはっきり分かる指標になるのではないかと思います。

あとは、摂食・嚥下を実際に行うときに、言語聴覚士は必須なので、言語聴覚士の数も1つの目安になるのではないかと思います。同じ理由で管理栄養士も非常に重要だと思いますので、そういう方がいらっしゃるかどうかというのも重要な指標ではないかと思って

います。以上です。

○須田座長 松原構成員のほうから、介護保険が導入される前後で世代間ギャップがあるのではないかと。また、言語聴覚士、あるいは管理栄養士についてもお話を頂きました。ありがとうございました。次に PwC コンサルティングの山崎構成員からお話を頂けますか。

○山崎構成員 今の松原構成員のお話ともかぶるのですが、私は仕事柄、介護関係の調査事業をかなりたくさんやらせていただいております。そういった中で多職種連携というのは前々から御題目としてあって、それをどう推進していくかというのはずっと課題になっているという認識でおります。やはり現場でお話を聞きますと、特に医療・介護の専門職の方々の多職種連携というのはまだまだ進んでいない。先ほど壁のお話もありましたが、やはり専門職間でのお互いの職能の理解と言いますか、そこで協働した場合に一体何ができるのかということについての理解が、まだまだ難しいのかなとは思っています。

特に歯科の先生方、歯科衛生士の皆様がどういった介入をすると、例えば介護施設の看護師さん、リハ職、言語聴覚士、介護職の人たちがどんな良いことがあるのかというのが、まだ伝わりきれていないということもありますし、逆に、歯科医の先生方にとってみると、介護のスタッフ、専門職はたくさんいますが、どういったことまでできるのかということについて、やはりお互いの理解を深めることが恐らく必要ではないかと思っております。そのときに話し合おうとか、コミュニケーションを密に取りましょうというお話にどうしてもなりがちですが、専門職間で持っている情報とか必要としている情報はかなりベクトルが違う話も多いので、ベタッと全部の情報を共有するというような話ではなくて、お互いにどういった情報を必要としているのかということまでの理解を深めると、連携すると何ができるのかという具体像が分かるかと思われました。一般論的な話で恐縮ですが、以上です。

○須田座長 山崎構成員、どうもありがとうございました。多職種の連携は歯科ばかりではなく、医科のほうでもなかなか難しい面がありそうですね。以上でこちらが予定した、発言して頂く方は一回りしましたので、この問題について追加で発言なさりたい方がいらっしゃいましたら、手挙げマーク、あるいは画面上で手挙げなさってください。いかがですか。よろしいですか。ありがとうございました。

それでは後半の論点です。地域包括ケアシステムで活躍できる歯科医師養成について、行政、医育機関、関係団体にどのような取組が期待されるかということです。本日は文科省から成相課長補佐がいらっしゃっていますので、コアカリは近々変更になるのかという辺りも含めて、御発言いただきたいと思っております。よろしく申し上げます。

○文部科学省医学教育課課長補佐 文部科学省医学教育課です。先ほど座長からもお話がありましたけれども、当方でやっております歯学部教育のモデル・コア・カリキュラムに関しては、令和4年度の改訂に向けて、今検討が進められているところです。今回のテーマである高齢者の歯科医療に関しては、もともと歯学部教育のモデル・コア・カリキュラムの中でも要素として取り上げられており、平成22年の改訂モデル・コア・カリキュラ

ムの中で、到達目標として 11 項目挙げられております。

その中では摂食・嚥下障害の診察・検査・診断が説明できることとか、摂食・嚥下リハビリテーションが説明できることという項目がありましたし、平成 28 年度の改訂の際には記載を増やして、臨床実習においては指導者の介助する項目として、摂食・嚥下リハビリテーションというのが、実習の中での到達目標として挙げられています。また、臨床実習の項目の中では、地域医療についても到達目標として挙がっています。そういう中で、令和 4 年中に検討が進められているモデル・コア・カリキュラムの改訂の作業においても、先月行われた検討委員会の中では、調査研究チームの座長のほうから、次期コア・カリキュラムの改訂の基本方針として、超高齢化社会を踏まえた習得すべき事項を整理するという方針が示され、引き続きモデル・コア・カリキュラムの検討と、それを踏まえた教育が進められていくと考えております。私からは以上です。

○須田座長 ありがとうございます。これまでの検討会の中でも、医学部学生、あるいは卒業研修も含めてだと思いますが、医学生に対する歯科医学教育はとても大事だという話が出ておりました。こういったことを含めて、構成員の皆様から、文科省の成相様に何か御要望や御意見などがあれば、お手を挙げていただきたいと思います。いかがでしょうか。大丈夫ですか。成相さん、歯科の教育という面では、摂食・嚥下の話が出ましたけれども、ほかの面はいかがでしょう。

○文部科学省医学教育課課長補佐 現行のモデル・コア・カリキュラムの中でも、例えば高齢者の歯科治療ということ言えば、高齢者の歯科治療時の全身管理を説明できることとか、要介護高齢者の歯科治療時の注意点を説明できること、在宅医療を説明できることというような項目が入っております。

○須田座長 新しく入るのは何でしょうか。

○文部科学省医学教育課課長補佐 今、改訂作業を行っているものについては、先ほど申し上げた方針に沿ってこれから検討されるところで、今御説明できるものはないです。

○須田座長 なるほど、これからですね。長谷構成員、お願いできますか。

○長谷構成員 話の腰を折ってしまっておめんなさい。教育の現場で、モデル・コア・カリキュラムに摂食・嚥下が入るということで、私も現場で摂食・嚥下等に取り組んでいる人間として、ちょっと心配というか、懸念していることが幾つかあります。実際に臨床の場で取り組んでいると、摂食・嚥下といっても単に咀嚼と嚥下だけの話ではなくて、高次脳機能的な話であったり、もちろん誤嚥性肺炎に関わる以上、呼吸器の知識も必要ですし、食道や胃といった消化器の話も当然必要になってくるのです。これを歯科教育の上でどの程度までやるのか。もちろん薬剤性の摂食・嚥下障害もあるわけで、かなり幅が広いのではないかと思うのです。また、医者ではないので、教育したところで、実際の現場ではどこまで歯科医師としてやっていいのかということも、まだふわっとしたような状態です。私もその都度、ケースによって医科の先生と相談・回診しながらやっているような状態なのです。その範囲も、またこれから構築するような形なのではないでしょうか。

○須田座長 成相さんのほうから何かありますか。これからの検討内容ですよ。

○文部科学省医学教育課長補佐 もともと、摂食・嚥下障害の診察・検査及び診断を説明できるという項目自体はあるわけですが、それを具体的にどういう形で授業に落とし込むかというのは、各現場の判断になっているというところなんです。それを踏まえて、幾つかの大学でやられているとは思いますが、先生がおっしゃるように、医業との関係等もありますので、その辺も工夫した上で実施されているというように認識しております。

○須田座長 長谷構成員、何か具体的に要望があれば、せっかくの機会なので。

○長谷構成員 そうですね。よく聞くのが、耳鼻科とぶつかってしまう領域です。あるいは神経変性疾患に関連した摂食・嚥下だと、脳神経内科の先生方とも領域的に重なるところがあるんです。歯科医としてどこまでやっていいのか、あるいはほかの職種、先ほどの検討課題に戻りますが、包括ケアの中で、食べることを考えたときに、歯科の先生に何を期待しているのか、どこまで求めているのかというのは、まだ本当に曖昧なままなので、なかなか議論がうまく進まないのかと正直思っております。

摂食・嚥下障害というのは病気ではないので、その背景にある疾患、脳血管障害や神経変性疾患、それから先ほどもテーマに出た認知症に関して、そこも同時に教育しないと、本当に末端局所の嚥下だけを診て、目先の嚥下だけを語ると大変なことになってしまうのではないかとということにも心配しているんです。ですから、教育のカリキュラムの構成のときには、その辺も御検討いただければと思います。

○須田座長 若干、コアカリーを超える範囲もあるかもしれませんが、今の御発言を念頭に入れておいていただいて、更に具体化していただければと思います。ありがとうございました。

それでは、文科省のほうから御発言を頂きましたので、実際に歯科大学病院で臨床教育に携わっていらっしゃる立場から、まず徳島の市川構成員から御発言を頂けますか。

○市川構成員 市川です。私は、徳島県の地域包括ケアシステム学会の副理事長をしております。その経験を踏まえて言いますと、地域包括ケアシステムの捉え方が皆さんと私とで少し乖離があるように思います。地域包括ケアシステムと言うと、歯科では訪問診療や在宅診療、摂食・嚥下治療だと思われているようですが、地域包括ケアシステム自体は、地域全体で住民の健康、生活を支えることであり、歯科はその中の一部分であって、歯科が自ら積極的に関わって動くことが重要かと思っております。例えば看護師さんにおけるコミュニティナースなどは、ある意味お節介のような形で、現場の中に入って、住民の健康や適切な医療介入に持っていくところだと思っております。医療連携においても、当然、高齢者歯科医療、あるいは摂食・嚥下のような内容をもって、連携をすることはもちろん大事だと思っておりますが、地域包括ケアシステム自体、まずはより生活現場の中に飛び込んでいくことの必要性を感じております。そういった意味では、最初に須田座長が言われたように、歯科におけるリーダーやロールモデルというのが非常に重要になってくるのではないかと思います。

歯科を考えてみると、要介護、障害になってからの歯科医療ではなく、やはりまず介護予防、要介護になる前に自助や互助の中でのセルフケアにおいて歯科が積極的に入っていくことが重要だと思っております。例えば、「通いの場」などでの歯科の介入は非常にいいと思います。とくに認知症予防において、視覚、聴覚、歯科の口腔感覚といった感覚器の老化が深く関係しておりますので、「通いの場」の中で、歯科が積極的に関与する体制構築が必要ではないかと思っております。

私自身がこういう考え方になったのは、徳島大学歯学部には口腔保健学科があり、歯科衛生士と社会福祉士とダブルライセンスを課しています。社会福祉士の国家試験合格率はほぼずっと1番を維持しております。口腔保健学科における従来の資格と社会福祉士資格との連携は、歯科医師の教育の中で十分に生かしていないのですが、こういう養成では現場を見させるのが非常に重要ではないかと思っております。繰り返しになりますが、歯科は待っているは駄目なのです。まずは出て行かないと、何も話にならないのではないかと思います。以上です。

○須田座長 予防を含めて、歯科のほうから積極的に地域包括ケアシステムの中に入っていきべきだというお話と、ロールモデルの構築についても御発言を頂きました。ありがとうございました。続いて、同じく大学で臨床教育に携わっていらっしゃる立場で、一戸構成員からお願いします。

○一戸構成員 一戸です。今日の前段のお話を伺っていて、地域包括ケアの中で活躍できる歯科医師、その地域包括ケアとは何ぞやという私なりのイメージや理解はあるのですが、実際に自分自身が地域歯科医療の中で何をしているかということ、ほとんどしていない。時々、障害者のための口腔保健センターで診療をするぐらいなので、やはり大学にいらるところから、第三者的に見ている部分が非常に大きいのです。なので、大学教育という立場から改めて見ると、従来の大学教育の中で地域包括ケア、地域歯科医療の中で活躍できる歯科医師というのを育てる、そういうところで活躍できるための基本的な知識や技術を、果たして大学でどれだけ教えられたかということ、甚だ不安なところがあります。

先ほどのお話を伺っていても、実際には地域に出るから歯科医師会、多職種連携、いろいろな方とのお話の中で、大学教育の不足を補完教育していただいているという感じをすごく思うのです。ですから、まずは積極的に入っていけるための基になる知識・技術、共通言語ですね。共通言語を身に付けるということは、入っていくためのハードルをすごく低くできると思うので、こういうものが大学教育として必要なのだろうと思います。共通言語については、共通言語集のようなものを歯科医学会の仕事で作ったことがあるのですが、まだまだ十分に活用されていないというのが正直なところではあります。

それから、大学の中では基本的な知識・技術を身に付けた上で、患者さんで診療参加型臨床実習というのを現在行っていますが、しかし、この基本的な考え方は、大学の附属病院の中で歯科医師としてのごくごく基本的な技術を身に付けましょう、知識を復習しましょうということなので、臨床実習として大学の外に出て行く機会はなかなかないのです。

東京歯科大学だと、患者さんの居宅に学生が伺うことはありますけれども、それも1回か2回です。ゼロということはないのですが、そのぐらいなので、本当に上っ面を見るだけというところがありますから、こういうものを充実させないといけないかなと思っています。

臨床研修の中では、先ほど高田補佐からもありましたように、いろいろな到達目標、それも選択で必修の中で、いろいろな実体験をしてくださいということをもとめさせていただきました。あれが臨床研修の中だけではなく、少なくともその一部が大学教育の中でもできるようにしないといけないのではないかと、大学にいる者として素朴に感じるところです。

先ほど長谷構成員から御質問がありました。先生が御心配なさるような摂食・嚥下の教育内容というのは、恐らく多くの大学で基本的なことはもう勉強していると思います。ただ、学生たちは本当にその現場で実体験として見ていないので、教わったけれど直忘れたというところがあるのではないかと。正しく社会に出て研修歯科医になり、いろいろな所に勤務し始めて必要性を感じて、改めて勉強し直すというのが現状では多いのではないかと考えています。そういうことで、臨床研修だけではなく、本当はコアカリの中でも知識レベルだけではなく、ごくごく基本的な技能を身に付けるようなコアカリをまとめていただいて、歯科大学も大学附属病院の中だけで臨床実習をするのではなく、世の中のいろいろな所の医療の現場を見ることも、臨床実習の中に入れていかないといけないのではないかと、反省も含めて感じています。以上です。

○須田座長 よく分かりました。卒前教育においてもこの取組を強化すべきであるという御意見だったかと思えます。ありがとうございます。同じく歯科大学で臨床教育等に携わっていらっしゃるお立場から、西原構成員、お願いできますか。

○西原構成員 西原です。御承知のように、29ある歯科大学の中で、本学が唯一の公立大学です。さらに、北九州市が高齢化率の最も高い政令都市ということもありますので、モデル・コア・カリキュラムは通常、6割から7割と考えられていますけれども、残りの3割の教育をどう特徴付けるかということを考えてきた中で、2016年に口腔保健・健康長寿推進センターという立て付けを行いました。そこでまず私は地域の北九州市歯科医師会並びに5地区の北九州市内の歯科医師会の会長と包括連携協定を結んで、嚥下に関する講習会を定期的を開催させていただきました。そこで、興味のある先生方に対して5年間ほど続けて、本学の教員の講義だけではなく、実習もかなり受けていただく中で修了証を出していくという試みをしてきました。

その一方で、その当時から学部学生には、高齢者の摂食機能をどう回復するかという歯科医師に対する教育を、基礎実習から臨地実習まで含めて考えてきました。ただ本学の口腔保健学科が、歯科衛生士養成校としての役割も果たしており、こちらの学科教育でいろいろ考え、実践してきました。地域で大規模に展開している介護施設の会社とともに寄附講座を開設し、介護をする方たちの口腔ケアに対する考え方とスキルアップを目的として

教育プログラムを作りました。テストを受けていただいてグレーディングを掛けた上で、災害医療のときに使われるトリアージという考え方で、一般的なヘルパーができること、習熟したトレーニングを受けた介護士ができること、さらに歯科衛生士あるいは歯科医師が行う口腔ケアや口腔機能管理ということを区分しながら、その施設内での口腔保健活動のお手伝いをしてきたところです。

そこで今、その会社がある意味、外部に発信しているのが、誤嚥性肺炎の発症率が著しく減少したということです。これは民間の介護施設のデータ取りなので、私としては、責任を持って言えるものかどうかというのは検証が必要なのですが、いずれにしても、経営上、誤嚥性肺炎が減少しているという状況は、施設としては改善されたということで間違いないのだらうと思っています。この地域包括ケアシステムというのは、地域ごとに異なっているということを踏まえて、このような場での議論も考えていかなければいけないのだらうと思いました。

もう1つは、今回のまとめのスライドの前ぐらいに、歯科衛生士が活躍している場の中で、介護施設が1%という数字が出ていました。本学では1学年が25人です。歯科医師の所で診療補助も含めた歯科衛生士業務を多面的にやっているのは、大体4割から5割です。残りの6割ぐらいは、多職種に挑戦するような学生たちが出てきています。そのような中でも、さすがに介護施設は出ていないのです。先ほど申し上げた DEMCOP の活動の中で感じたのは、今の1%というのは、もしかすると開設当時のケアマネジャーシステムでケアマネの資格を取った人で、かつ、歯科衛生士資格もという人がかなりかぶっているのではないかと思ったのです。この調査の分母は、歯科衛生士資格を持った人なのか、あるいは現場で何らかの形で歯科保健活動をしている人がしている歯科衛生士なのか、それによっても考え方が変わるかと思うので、その辺を事務局のほうでお答えいただけたら助かるのですけれども、いかがでしょうか。

○須田座長 西原先生、調査の上、次回に回答させていただくことにしたいと思いますけれども、よろしいでしょうか。

○西原構成員 細かな調査は必要ありません。どういう分母を取ったという聞き取り程度で結構ですので、よろしく願いいたします。

○須田座長 ありがとうございます。西原先生、以上でよろしいですか。

○西原構成員 はい、結構です。ありがとうございました。

○須田座長 九州歯科大学における具体の取組について、少し前から始めていらっしゃるようですが、歯学科、そして口腔保健学科の取組を御紹介いただきました。大変ありがとうございます。今「歯科衛生士」という言葉が出てきましたけれども、有識者のお立場から、吉田構成員に御発言いただきたいと思えます。よろしく願いします。

○吉田構成員 吉田です。私は医育機関として歯科衛生士の大学教育に携わっております。歯科衛生士の場合、大学は2004年から始まっていて、今12校の大学があるかと思えます。大学は今増加傾向にあって、来年もまた引き続いて増えていくという状況にあります。し

かし残念ながら、歯学科にあるようなモデル・コア・カリキュラムというものが、まだできておりません。専門学校も含めた教育内容の拠り所である歯科衛生士学校養成所指定規則が大分前に大綱化がされています。データがあるわけではないのですが、非常に積極的にカリキュラムを組んでいる所がある一方で、国家試験に受かるのが目的かと思うような残念な所もあるようです。教育の質が離職にも関係しているのではないかという推察がされています。今日はちょうど文部科学省の先生がいらっしゃいますけれども、大学だけでもモデル・コア・カリキュラムができますと、卒前教育の改善が進みます。そうなりますと、卒前で学んだ内容が分かるので、日本歯科衛生士会の卒後研修の組立てがしやすくなります。

大学では統計手法の学びや、卒業研究、論文作成をします。私の所属する大学では毎年1割位の学生が行政に勤めます。行政では地域診断が行われますが、地域診断がすぐでできるまでの勉強はしていなくても基本的なことは学んでいますので、行政勤務の際に調査の結果を読んだり、それを活用したりということができるはずです。これはほかの大学の学生も同じだと思います。行政を希望する大卒者やマスターやドクター修了者は少なからずおります。行政の歯科衛生士は、今は常勤職が700名程度ですが、新しく採用する歯科衛生士で、行政に必要な知識を学んだ大卒者以上の人を増やしていただくと、つなぐキーパーソンになり得るのではないかと思います。

多職種連携の教育については、大学設立当初頃から少しずつ開始されていて、恐らく10年ぐらい前から各大学が積極的に行い、プログラムとして増やしている状況かと思えます。本学だと3年生の歯学生・医学生に、同じ3年生の歯科衛生士学生が、要介護者の口腔ケアについて指導をする機会があります。医学生や歯学生は、歯科衛生士がどのようなことをしているのかを経験します。医学生の3年生ですとまだ臨床に出ていないですから、「歯科衛生士の学生は、こんなに分かっているのだ」と感動してもらえます。来年からは看護学生にも歯科衛生士の学生が指導する予定です。うちの大学ですと連携できる職種がある程度決まってしまうのですが、全4年生を対象としたIPEでは薬剤師の学生など、ほかの大学から来ていただくことによって、連携教育を充実させるということもしております。そういった多職種連携を卒前教育の中から積極的に取り入れていただくと、割と壁というか互いの敷居が低くなるかと思えます。

職能団体としては認定歯科衛生士コースや生涯研修制度で学ぶ機会を作っています。最も認定を取っているのが在宅で、次が摂食・嚥下です。そして新しいコースなので今は人数が少ないのですが、医科歯科連携といったところに受講生が集まってきています。大学教育や卒前教育がどのようなカリキュラムをやっているかということがはっきりしますと、卒後教育もそれに従って改定できていきますので、モデル・コア・カリキュラムではないのですが、ある程度の標準化が卒前教育にも是非必要かと思えます。

また卒業研究で、摂食・嚥下の認定看護師に対する調査によりますと、病院に所属している摂食・嚥下の認定看護師は歯科のことをよく知っていて、歯科と連携を取りたい、歯

科医師に摂食・嚥下のことをもう少し詳しく教えてほしいと答えている方がいます。看護師がどのような歯科衛生士に会っているかによって、回答の内容が違い、もっと歯科衛生士は勉強しなければ駄目だとお答えになっている方もいらっしゃるれば、歯科衛生士にこんな困ったことを相談したいのですとお答えくださる方もいらっしゃいます。このように認定の摂食・嚥下の看護師というのは、歯科とつながりやすい存在だと思いますし、数としては余りたくさんいるわけではないのですけれども、そういった方もキーパーソンになるのではないかと考えております。以上です。

○須田座長 吉田構成員、ありがとうございます。日本歯科衛生士会会長としてのお立場からも御発言を頂きました。4年制大学のほうでは、モデル・コア・カリキュラムに近い形で、地域包括ケアシステムで活躍できる歯科衛生士の養成についてお考えいただければと思います。3年制の歯科衛生士養成機関ですと、多分、卒業研究の1つのテーマとして、仲間と一緒に情報を共有するというのが現実的かもしれません。ありがとうございます。

それでは、最後になりますけれども、同じく有識者のお立場から、地域包括ケアシステムで活躍できる歯科技工士養成についての取組をお話いただけますか。杉岡構成員、よろしくお願いします。

○杉岡構成員 今日のお話は、大変ためになりました。地域包括ケアシステムにおける多職種連携というお話もありましたが、そもそも歯科専門職である歯科技工士の基礎教育の中に、公衆衛生学というのはほとんどされていない状況にあります。改めて今日のお話を聞いて、その重要性を再認識させていただきました。言うまでもないことですが、高齢化の進展によって、今後、ますます義歯等の重要性が増すと思われます。歯科補綴物等の製作者として、必要な教育がなされていない中で、どのように関わっていくかということを考える良い機会にさせていただきました。現在、日本歯科医師会が取り組まれている日本在宅歯科医療・介護連携推進連絡協議会のメンバーにもお誘いいただいて、勉強をしているところですが、引き続き視野を広げ、しっかりと取り組んでいきたいと考えております。ありがとうございます。

○須田座長 杉岡構成員、今後ともよろしくお願いいたします。御尽力いただきたいと思います。以上で予定していた御発言を頂く方は一回りいたしました。時間が既にオーバーしておりますが、地域包括ケアシステムというキーワードで御追加で発言していただける方は、どうぞ手挙げマーク、あるいは画面上で手をお挙げいただきたいと思います。いかがでしょうか。栗田構成員、お願いします。

○栗田構成員 摂食・嚥下医療に関しては、まだ医療提供体制、システムが固まっていないので、歯科医師としてどのように参加していいかがというのが分からないのです。先ほどもお話があったと思うのですけれども、そこがはっきりしないと、歯科医師としてどの辺までタッチできるか、どのようにタッチしていくかがなかなか分からないのです。そこがまず必要かなと思いました。

2点目は評価項目です。2つ目の○の所です。特定健診の間診のクエスチョンの13に、「食べられるか」という問診項目が入っています。特定健診の年代には、余り「食べられない」とおっしゃる方はいないのですけれども、いわゆる包括ケアシステムの対象になる方には結構使える問診項目ではないかと思っておりますので、評価方法の1つとしていいのではないかと考えております。以上です。

○須田座長 栗田構成員、御発言ありがとうございました。その他、追加の御発言をなさる方はいらっしゃいますか。柳川構成員、お願いいたします。

○柳川構成員 時間がないところ申し訳ありません。皆さんのお話にもありましたように、そもそも地域包括ケアは、地域で課題解決をしていくのしょうけれども、医療資源の状況も一律的ではありません。特に話題になった、長谷先生や今も栗田先生からあった摂食・嚥下のところは、地域の歯科医師会でもVEの実習や研修を行っていますし、日本歯科医師会では日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会にお願いをして、嚥下機能評価の研修も行ってあります。ただ、そういう方々が全ての地域包括ケア範囲にいるわけではありません。実際に医療機能評価、歯科医療の診療所の何ができますかということと公開すると同時に、ここまではできますと、できない場合には、求められることとやれることが変わりますから、そのギャップを地域包括ケアの中でどうやって埋めていくかという工夫が必要だと思っておりますので、なかなか一律には進まないのではないかとと思っておりますが、しっかりと対応したいと思っております。以上です。

○須田座長 柳川先生、御発言ありがとうございました。そのほかに御発言なさる方はいらっしゃいますか。よろしいですか。時間がオーバーしてしまって大変申し訳ありません。次回以降の検討会の進め方については、事務局と相談させていただきます。ここで事務局のほうから構成員の先生方に対して、何か連絡事項はありますか。

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

○須田座長 何しろ今日が11月の末日なので、来月というのは時間的に忙しいのではないかと気がしますので、多分1月以降になるのではないかとと思われます。皆様、大変お忙しい中、このオンライン検討会に御参加くださりましてありがとうございます。本日の検討会は、以上で閉会とさせていただきます。構成員の皆様には毎回、貴重な御意見やアドバイスを頂戴しており、大変ありがとうございました。