

第1回在宅歯科医療の提供体制等に関する検討会

日時 平成31年2月8日(金)
16:00~

場所 厚生労働省専用第21会議室

○堀歯科保健課歯科衛生係主査 それではただいまより、第1回在宅歯科医療の提供体制等に関する検討会を開催いたします。構成員の皆様におかれましては、お忙しい中お集まりいただきましてありがとうございます。座長が決まるまでの間、事務局のほうで進行をさせていただきます。本日は第1回目ですので、初めに本検討会の構成員を名前順に御紹介いたします。岩佐康行構成員です。奥田章子構成員です。小玉剛構成員です。長瀬好和構成員です。古屋純一構成員です。渡部芳彦構成員です。

続きまして、事務局の御紹介をいたします。医政局長の吉田です。歯科保健課長の田口です。歯科保健課課長補佐の古田です。歯科保健課課長補佐の小嶺です。歯科口腔保健課推進室歯科口腔保健専門官の青木です。地域医療計画課在宅医療推進室長補佐の堤です。最後になりましたが、私、歯科保健課主査の堀と申します。それでは、事務局を代表いたしまして、吉田医政局長より御挨拶を申し上げます。

○吉田医政局長 こんにちは、改めまして事務局の医政局局長の吉田でございます。御参集いただきました各構成員の皆様方には、平素から我が国の歯科保健医療、あるいは口腔保健について、多大なる御尽力、御支援を頂いておりますし、また今般お忙しい中、この検討会にお声を掛けさせていただいたところ、御参集を頂きました。本当にありがとうございます。ともども御礼を申し上げたいと思っております。

さて、この後、検討会で御議論いただくことになるわけではありますが、在宅歯科医療という冠を掲げての検討会、古くは別にして、最近でいえば初めての試みでございます。改めて申し上げるまでもなく、ここ数年、私ども厚生労働行政におきましては、2025年に向かひまして地域包括ケア、あるいは地域医療構想という形での医療・介護体制の整備、そして進化というものを地域団体、地方と一緒に進めてまいりました。

その中の1つの重要なツールが医療計画ということになっているわけでありまして、第7次は2018年から進めておりますけれども、その中には歯科の分野におきまして、訪問診療を中心に記載をするという形にしてはいただいておりますが、率直に申しまして、その記載内容は、全国に47ございますので、ばらついているというのも実態かと思っております。

地域医療計画の記述のばらつきは、ある意味でそれぞれ地域における訪問歯科診療のいろいろな取組についての実態に差があると、あるいは非常に進んでいる所がある一方で、なかなかというような所があるということ踏まえての話だとは思いますが、この地域医療計画そのものの、この後、事務方から御説明します中間見直しという1つの節目を迎えまして、我々としては多職種連携をして、これからの健康づくり、医療というものに向けていくということ、

地域包括ケア、地域医療構想の実現ということを進めるということからすれば、歯科分野、取り分け在宅歯科分野についての我々としての一定の見識を持たせていただきたいと思いますし、その前提として、いろいろな所で行われている現場の意見や、そこにおける知見というものを私どもとしても整理、学ばせていただきたいと思いますという思いから、今回の検討会を呼び掛けさせていただきました。

そういう意味では、お忙しい中、御参集いただきました構成員の方々、それぞれの地域において、いろいろな実勢について通じておられる方と思いますし、また、それを踏まえてアカデミックにも語っていただける方々と思っております。集中的な検討、余り時間をかけてという形にはならないかとは思いますが、御検討、御議論を頂きまして、私どもは受け止め、第7次の中間見直しに向けて取り組ませていただきたいと思いますので、よろしくお願い申し上げます。

○堀歯科保健課歯科衛生係主査 なお、局長は公務のため、途中で退席いたしますので、あらかじめ御承知置きください。今回の検討会につきましては公開となっておりますが、カメラ撮りについては、ここまでとさせていただきます。

続いて、配布資料の確認をいたします。配布資料ですが、本検討会ではペーパーレスにて審議を行います。お手元にタブレット、タブレット用のペン、ペーパーレス審議会タブレット操作説明書を配布しておりますので、御確認をよろしくお願いいたします。タブレット内に資料が格納されておりますが、今回、初回のペーパーレス審議会ですので、紙媒体の資料も御用意しておりますので、御確認いたします。

お手元に紙の資料として、議事次第、座席表、構成員名簿のほか、資料1、資料2、資料3、資料4、資料5、また参考資料1から参考資料5までをお配りしております。タブレットの操作方法の御不明点等ありましたら、お知らせいただければと思います。

それでは続いて、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。こちらは開催要綱ですが、開催要綱の第3条第2項におきまして、座長は構成員の互選により選出するとされております。どなたか御推薦いただけますでしょうか。

○渡部構成員 推薦ですけれども、古屋先生に今回の座長の労をお執りいただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

○堀歯科保健課歯科衛生係主査 ただいま渡部構成員より、古屋構成員を御推薦するという御意見がありました。皆様方、いかがでしょうか。

(異議なし)

○堀歯科保健課歯科衛生係主査 それでは、皆様方に御賛同いただきましたので、古屋構成員に座長をお願いしたいと思います。古屋構成員におかれましては、

座長席にお移りいただきまして、以後の議事運営をよろしく願いいたします。
○古屋座長 座長を賜りました古屋と申します。活発な御討議をお願いしたいと思っております。それではまず資料の確認をさせていただきますけれども、資料が1から5まで、参考資料が5つということで、タブレットの中に入っていない構成員の方はいらっしゃいますでしょうか。皆さん、大丈夫でしょうか。

それでは実際に議事に入ります前に、開催要綱を御覧いただきまして、第3条の4項に、「座長はあらかじめ座長代理を指名する」と書いてありますので、ここで座長代理を指名させていただければと思います。座長の代理ですけれども、今回の構成員の中から、渡部構成員をお願いしたいと思っておりますが、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

(異議なし)

○古屋座長 ありがとうございます。では、渡部構成員を座長代理として、今後の議事を進めていきたいと思っております。では、実際の議事に移らせていただきます。本日はまず、事務局資料の1、2、3に基づき、個別に議論を行いたいと考えております。では、まず資料の説明ということからでよろしいでしょうか。では、よろしく願いいたします。

○小嶺歯科保健課課長補佐 では最初に事務局から資料1、2、3について御説明いたします。資料1を御覧ください。資料1については、開催要綱になっております。こちらを御覧いただければと思いますが、本検討会の検討事項第2条に書いております、「(1)医療計画(在宅医療)のうち、「歯科医療に関すること、第7次医療計画の中間見直しに向けた在宅歯科医療に関する評価指標の検討に関すること」が主な目的になっております。その他、必要に応じて御議論いただければと思います。

続いて、資料2を御覧ください。資料2は今回の御議論いただく基となる資料ですけれども、資料2の後半で使っているオープンデータの具体的な数値を表にしたものが資料3になっております。したがって、資料3については、個別に説明はしませんので、必要に応じて御覧ください。それでは資料2について、御説明いたします。今回、第7次医療計画における在宅医療の充実に向けた取組について、ということで、まず、第7次医療計画における在宅医療の体制構築に関する資料を載せています。

スライド2枚目は、第7次医療計画に向けた見直しの概要、在宅医療に関するものをまとめたものになっております。在宅医療の部分に関して、2018年度からの医療計画では、地域医療構想や介護保険事業計画との整合性が取れた実効的な整備目標を設定するという一方で、そこに向かって在宅医療の提供体制を着実に整備するというようになっております。詳しくは御覧いただければと思います。

3 枚目に移ります。整備目標の設定プロセスということで、先ほどの局長の話にもありましたとおり、2025 年に向けて在宅医療の需要が、高齢化の進展、地域医療構想による病床の機能分化・連携に伴って大きく増加することが見込まれていると、そういった中でどのように在宅医療の提供体制を整備していくのかということの目標設定をしていただくということになっており、その具体的な数値目標や達成に向けた施策を都道府県で設定することになっています。4 コマ目は在宅医療の体制構築に係る指針の関係通知からの抜粋になっておりますので、また御覧いただければと思います。

5 枚目に移ります。在宅医療の体制について、具体的にはどのような形で整備していくかということ、①退院支援、②日常の療養支援、③急変時の対応、④看取り、この 4 つの段階において、それぞれ体制の整備を行っていただくということで、お示ししております。

6 枚目を御覧ください。第 7 次医療計画における在宅医療の追加見直しのポイントということで、在宅医療の提供体制を着実に整備するための実効的な数値目標と施策の設定となっております。都道府県において、原則として記載していただくこととしては、訪問診療を実施している診療所、病院数に関する具体的な数値目標と、その達成に向けた施策となっているのですけれども、更にそこに加えて、可能な限り記載していただくことの中に、訪問歯科診療が入っており、訪問歯科診療に関する目標設定、指標のイメージとして現時点では、訪問歯科診療を実施している歯科診療所数や、在宅療養支援歯科診療所数をお示ししています。

具体的な指標例を現時点でお示ししているのが、次のページの 7 枚目になります。日常の療養支援のストラクチャー指標としては、歯科訪問診療を実施している診療所、病院数、プロセスとしては、訪問歯科診療を受けた患者数をお示ししており、日常療養支援、急変時の対応の両方にかかるストラクチャー指標として、在宅療養支援歯科診療所数を挙げております。

続いて、第 7 次医療計画における都道府県の取組状況について、簡単に御紹介いたします。9 枚目は先ほどと同じものになります。4 つのフェーズについて、各都道府県がどんな形で、今、目標設定をしているかということで、10 枚目を御覧ください。この 4 つのフェーズのうち、②の日常の療養支援に関しては、全ての都道府県で目標設定がなされており、赤い色が付いている所がされている状況です。それ以外の所については、それぞれ都道府県の状況に応じて、目標を設定していたり、していなかったり、若しくは指標例以外の目標で目標値を設定していたりとなっております。

その中で、歯科に関してどんな状況か見ていただきますと、11 枚目ですけれども、日常の療養支援のプロセスとしては、訪問歯科診療を受けた患者数を設定

している都道府県が 2 か所、それからストラクチャー指標として、在宅療養支援歯科診療所数や歯科訪問診療を実施している診療所、病院数というのを設定しているのが 15、17 という状況になっています。

12 枚目を御覧ください。急変時の対応としてストラクチャー指標で在宅療養支援歯科診療所数を設定している所が 15 地域となっております。13 枚目以降は、それ以外の指標例としてお示ししているもの以外で、それぞれの地域で示している指標になるのですが、その中で歯科に関するものとしては、北海道が歯科訪問診療を実施している診療所のある第二次医療圏数を入れていたり、岐阜県が訪問歯科衛生指導を実施している医療機関数を設定しております。そのほか、14 枚目、15 枚目の所には、歯科は入っていないのですが、このようにそれぞれ設定している例として、御覧いただければと思います。

次に 16 枚目では、第 7 次医療計画の見直しに関する検討スケジュールですが、冒頭に申し上げたとおり、今回の検討会は、第 7 次医療計画の中間見直しの際に訪問歯科診療に関して、どのような指標例が提示できるか、若しくは、どのような指標というのが考えられるかということをお検討いただくために設置しているわけですが、第 7 次医療計画が始まる時に、必要に応じて中間見直しを行うとされていることになっています。

18 枚目を御覧ください。中間見直し、第 8 次医療計画に向けた検討の進め方です。こちらにあるように中間見直しに向けては、それぞれの指標について見直しをするという位置付けになっています。次の 19 枚目で、そのスケジュールをお示ししています。

この 19 枚目の右下、医療計画の見直し等に関する議論という青い箱の枠を御覧いただくと、医療計画の見直しに関する議論は、「医療計画の見直し等に関する検討会」で議論がなされています。その下に、個別事項を検討する「地域医療構想に関するワーキンググループ」や「在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ」というのがあります。今回の検討会では、在宅医療の中の更に歯科の部分ということになるので、この検討会でまとめた内容は「在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキング」に報告ができるようにしていきたいと考えております。スケジュールですが、2019 年中には中間見直しに反映が必要な項目を取りまとめるということになっておりますので、その前の検討に間に合うように、本検討会については今年度中に取りまとめをすることを考えております。20 枚目は関係する通知になりますので、御覧ください。

21 枚目からが、実際に訪問歯科診療の状況で、現時点で公表されている資料をベースに関係しそうなデータをお示ししています。22 枚目からがストラクチャーに関わる指標ということで、現時点で歯科訪問診療を実施している診療所・病院数や在宅療養支援歯科診療所数を指標例として示していますけれども、現

状はどうかというのが 23 枚目からになります。23 枚目は医療施設調査のデータで、平成 29 年のものです。

23 枚目が在宅歯科医療を実施した歯科診療所数で、訪問歯科診療と訪問歯科衛生指導で、そのどちらか、若しくは両方を行っている医療機関数になっています。在宅歯科医療に関連することを行っている施設数としては、総数で 1 万 4,907 施設となっております。24 枚目が、それらのうち居宅への訪問診療を行っている歯科診療所数になっており、総数で 1 万 11 施設となっております。25 枚目が、施設への訪問診療を実施した診療所数になっており、1 万 287 施設という状況です。26 枚目が、訪問歯科衛生指導を実施した歯科診療所数でこれは少し少なくなつて 5,151 施設です。

参考として 27 枚目は、都道府県別の歯科診療所数の分布になっています。それから 28 枚目は、人口 10 万単位の歯科診療所数になっています。29 枚目は、平成 29 年の中医協の資料からの参考ですけれども、高齢者 65 歳以上の人口 10 万人当たりの訪問診療を実施している医療機関数の分布になっています。30 枚目も参考で、こちらは在宅医療を実施している医科の一般診療所数のデータになっております。31 枚目は、医科の一般診療所数の総数になっています。

ここまでの診療所数の現状で、次の 32 枚目は在宅歯科医療に関連する要件が定められている診療報酬上の施設基準を簡単にお示ししています。現在、ストラクチャー指標として入っている在宅療養支援歯科診療所のほかに、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所についても、右側の箱のポツの 3 個目を御覧いただくと、歯科訪問診療料の算定又は在宅療養支援歯科診療所 1 若しくは 2 との連携実績ということで、在宅歯科医療に関する要件が入っております。現在、指標例としてお示ししている在宅療養支援歯科診療所の状況ですけれども、平成 29 年 4 月 1 日現在で 9,763 施設、約 14%となっています。

34 枚目ですけれども、こちらは在宅歯科医療推進に関するこれまでの施策の例ということで、在宅歯科診療に関する体制整備に関して、医政局でやってきている事業をお示ししています。平成 20 年から平成 25 年度で在宅歯科診療設備整備事業ということで、在宅歯科医療に使用する機器の整備に関しての補助事業や、平成 22 年からは在宅歯科医療連携室整備事業で、連携室の整備に関しての事業を行っています。35 枚目が設備の状況として、医療施設調査のデータを基にした歯科用ポータブルユニットの保有状況の都道府県別のデータになっています。36 枚目が、その当時、在宅歯科医療連携室整備事業の中でできることをお示した資料になっております。

次に 37 枚目からが、今度はプロセスに関連するようなデータで、現在は訪問歯科診療を受けた患者数というのが指標例としてお示しされております。関連して 38 枚目、これは医療施設調査で歯科診療所において訪問診療(居宅、施設)

で何件の実施をしたかというものの数になっております。それから 39 コマ目が、今度は訪問歯科衛生指導の実施件数になっています。

次に 40 と 41 枚目は、診療報酬の点数表での在宅医療に関する主なものの項目名、それから算定方法、若しくは要件を簡単にまとめております。次にデータとしては 42 枚目を御覧ください。42 枚目が歯科訪問診療料の年間の算定回数、これは第 3 回 NDB オープンデータを基に作成したグラフになっています。平成 28 年 4 月から平成 29 年 3 月の 1 年間の算定回数です。それから 43 枚目は、それらの今度は歯科診療料の中で、歯科訪問診療 1、2、3 の割合を示したものが 43 枚目になっています。

44 枚目は、粗い推計にはなりますけれども、NDB オープンデータの訪問診療の年間の算定回数を、医療施設調査の在宅歯科医療を実施する歯科診療所数で割った数になります。それぞれ大体のイメージとして 1 施設当たり何回ぐらい訪問診療をやっているかというデータになるかと思えます。

45 枚目は、訪問歯科衛生指導料、診療報酬の訪問歯科衛生指導料の算定回数のデータになっております。46 枚目は訪問診療を行う際の管理料です。歯科疾患在宅療養管理料の算定回数になっています。ただし、これは介護報酬、居宅療養管理指導費等の給付調整がありますので、介護保険の受給をされていて、居宅に行った場合はこの歯科疾患在宅療養管理料が算定できないケースもあるということを念頭に置いて、データを御覧いただければと思います。

47 枚目が本日の論点になります。今回、医療計画における訪問歯科診療の提供体制に関する指標について、第 7 次医療計画の中間見直しに向けた議論に資するための論点整理を行っていただくということで、3 つの観点から御議論いただければと思います。

まず、1 つ目が在宅医療の提供体制構築に係る指標の 1 つとして、その訪問歯科診療の指標例、数値目標について、都道府県で目標設定をするということを念頭に置いて、そして在宅医療の提供体制を推進していただくことを考えながら、どのように設定したらよいかということ、2 つ目が、診療報酬の点数、在宅医療に関する項目、施設基準などを踏まえた上で、在宅医療の提供体制の評価指標として、訪問歯科診療の実施内容が反映される指標例として、どのようなものが考えられるかということ、3 つ目に在宅医療において、多職種による取組を評価する観点で、どのような指標例が考えられるかということを御議論いただければと思います。

48 枚目以降は平成 30 年の診療報酬改定前の中医協で議論された在宅医療に関連するような資料を幾つか抜粋してありますので、参考資料として必要に応じて御覧ください。事務局からは以上になります。

○古屋座長 では、続きまして、資料 4 について、小玉構成員から資料の説明を

お願いしたいと思います。では、小玉構成員、お願いいたします。

○小玉構成員 御紹介いただきました日本歯科医師会の地域保健担当の小玉でございます。どうぞよろしくお願いいたします。先ほど医政局長のお話にもありましたが、在宅歯科診療の指標について医政局での関係者を交えての話合いが初めて開催されることで、大変有り難く思っております。よろしくお願いいたします。

私からは、資料 4 に基づきましてお話をさせていただきたいと思います。平成 30 年度より施行されている医療計画について在宅歯科医療等と歯科との関わりということです。

2 枚目のスライドです。医療計画における歯科医療の位置付けの経緯ということが書いてあります。これは今回の日本歯科総合研究機構でまとめたデータですが、5 疾病・5 事業、それから、在宅医療という今の医療計画の枠組みの以前は皆さん御存じのとおり 4 疾病・5 事業でありましたし、また、平成 18 年頃までの話合いの中では歯科に関する議論というのはほとんど見当たらなかったわけです。ところが、第 6 次医療計画、平成 25 年度の中では在宅医療という枠組みの中で今の高齢化の流れを受けて、歯科に関する議論も丁寧にしていただいたというところなんです。特に平成 24 年 3 月 30 日に発出していただきました医政局長通知で、「居宅等における医療、在宅歯科医療を含む」と記載され、歯科口腔ケアの充実ということが患者さんの質の高い生活を送る上で重要ということが明記されたところは非常に重要だと思っています。したがって、右の絵のグラフのように平成 23 年度時点では、在宅医療の書き込みが 47 都道府県中 36 でありましたけれども、平成 26 年 2 月時点では、47 都道府県で記載されたということで、このような話合い、議論が都道府県でも影響を受けて、こういった結果に結び付いたというところで、まだまだ、でも内容については今後の指標を検討していただくということで、充実していくということが大きな課題というのはそのとおりだと思っております。

3 枚目のスライドは、在宅医療における歯科の位置付けの調査の概要です。今、事務局から御説明いただいたいろいろな診療報酬改定に関わる議論の資料、また、その中で、各都道府県の医療計画の中で歯科の関わりがどのようになっているのかということをも日本歯科総合研究機構でも調査している結果が、3 枚目からの資料になっております。

方法については、2018 年 11 月に、各都道府県のウェブサイト上で 5 疾病・5 事業に関する歯科の項目をピックアップしまして、その目標値と、目標があるかないかを整理して、前回、2011 年と 2014 年に行った調査結果との比較を示しているわけです。

4 枚目のスライドは、在宅医療における歯科の位置付けです。医療計画への位

置付けがある所は、歯科に関する記載は 47 都道府県中 47 ありますけれども、実施する歯科診療所のリストというところだと 11、イメージ図に歯科診療所が入っているかというところだと 23。あと、数値目標ですが、数値目標に関わるのところでは、大体こういった数になっておりました、特にプロセス指標に、今、お示しいただいた訪問歯科診療を受けた患者数は 2 にとどまりますし、訪問歯科衛生指導は 1 にとどまるというような形になっているわけです。ストラクチャーもプロセスも、まだまだ不足というように考えております。

5 枚目のスライドは、歯科に関する記載の具体例になっております。千葉県では、在宅歯科医療連携室のことが示されておりますし、岐阜県においては、訪問歯科診療を受けた患者数が示されております。

先ほどの在宅医療のスライドの 7 枚目、9 枚目の①～④にありますけれども、②の所の日常の療養支援というところが我々歯科に求められているところではあります、本来であれば、退院支援から看取りまで全ての場面で歯科の関わりというのが、ある意味必要ではないかというところを見て取っておりますので、そういった内容を含めて、今後、指標等を考えていただくというところでの議論が深まれば、こういったところの数値目標、ストラクチャーもプロセスも少しそういったバックボーンを持って多くなるのではないのかなと思っております。

6 枚目のスライドは福島県の例ですが、1～9 までの項目が出ていますけれども、これは手挙げで示しているところですので、場合によってはこういった指標に関しても、それぞれの県の目標設定にすることがあるのではないかと思います。要するに、6 枚目のスライドは、退院支援のところにも関わりますし、バリアフリーというところも環境の整備というところで先ほどお話がありましたけれども、在宅歯科医療の連携室の整備事業等々の活用によって、様々な在宅歯科診療を行う診療所並びにその環境の整備というところにも関わるものではないかと思っております。

7 枚目のスライドは北海道のイメージですが、北海道は二次医療圏を中心に保健所が関与していろいろな取組を行っていることが示されています。

8 枚目のスライドは、岩手県の数値目標の指標です。岩手県もいろいろなところで歯科訪問診療を受けた患者数、歯科訪問診療を実施する歯科診療所数というところの取組が進んでいるところではないかというように思っております。

9 枚目のスライドは、沖縄県の数値目標の指標です。ここでもやはり訪問診療を受けた患者さんの数、それから件数、また、訪問看護の利用者数というところが併せて指標になっています。

10 枚目のスライド、岐阜県ですが、後でまた構成員のほうからお話いただくところになると思いますが、このようなところでの数値目標がなされておりました、特に訪問歯科衛生指導を実施している歯科医療機関というところが、示

されているところが特出しているところではないかと思っております。

私からの説明は以上でございますが、在宅医療の体制について、歯科は、割とやれやれと言われるのですけれども、孤立無援のところがあるのではないかと思います。ですから、いろいろな指標の設定はその診療所なり、歯科医師会との関わりも含めての努力というように捉えていただければ有り難いと思います。それを更に進めていくためには、行政の皆さんの手助けであるとか、多職種連携の進化とか、特に患者さんたちから歯科の診療の重要性、要望ということが挙がってくることによって、その内容の充実と数の増加が望まれると思いますので、その点についても今後の御議論をよろしくお願いしたいと思います。以上です。

○古屋座長 小玉構成員、ありがとうございます。それでは、続いて資料5にいきまして、奥田構成員から、先ほどのお話にもありました岐阜県の試み等を御説明いただければと思います。

○奥田構成員 今日はこのような機会を頂きまして、ありがとうございます。私からは資料5に基づきまして、岐阜県における在宅医療の充実に向けた市町村支援の取組について御説明いたします。

スライド2ですが、岐阜県の概況をお示ししております。岐阜県は、5つの二次医療圏を設定しておりまして、岐阜市を中心とした岐阜医療圏におきましては、他圏域に比較して医療資源も整っておりますが、一方で、他の医療圏では中山間地域等での医療資源が十分でないなどの課題があります。下の表に資源等を示しておりますが、人口約200万、高齢化率は全体で約28%、歯科診療所は965ありまして、在宅療養支援歯科診療所はそのうち272となっております。

続いて、スライド3は、岐阜県の第7次の医療計画であります岐阜県保健医療計画の在宅医療対策の概要をまとめているものです。目指す方向性として、左に2つありまして、まず1点目が、医療・介護等を包括的に提供できるよう、各サービスの連携体制を構築するということ。2点目が、24時間対応が可能な切れ目のない提供体制を構築するということとしております。課題を4つのフェーズに分けて記載しておりまして、歯科に関しては赤い囲みの中の日常の療養支援の所ですが、在宅療養者の口腔機能の低下や誤嚥性肺炎の予防のために口腔ケアを提供できる体制整備をすることが必要であるとしておりまして、今後の施策として、こちらの歯科に関しては赤い囲みの中ですが、医科歯科連携、介護と歯科の連携の推進、歯科医療機関同士の連携の強化といったものを位置付けております。

また、もう1つの赤い囲みの中ですが、これは歯科に限った話ではないのですが、在宅医療を担う人材の育成の中に歯科に関する研修も必要であるとしております。目標に関しては、右の表に位置付けておりまして、在宅療養支援歯科

診療所、歯科訪問診療を実施している医療機関数、それから、岐阜県独自として訪問歯科衛生指導を実施している医療機関数をお示ししております。

県における市町村支援の取組について御説明いたします。スライド 4 は、まず、在宅医療・介護連携推進圏域別研究会ということで、市町村支援のために二次医療圏単位で会議を開催しております。目的としては、各市町村の在宅医療・介護連携推進支援事業に関する取組状況の共有、あるいは課題解決に向けた検討、意見交換等を行っております。市町村の担当者、医師会、歯科医師会、薬剤師会などの関係団体の方にお越しいただいております。この中で出てくる課題としては、在宅医療・介護連携推進事業の取組の中の相談支援に関して、その相談支援を担うコーディネーターの人材不足であるとか、2つ目の○の入退院時における広域的な連携などが課題として挙がってきています。

スライド 5、市町村支援 1 として、県において市町村に医療・介護のデータの提供を行っておりますので、それについて簡単に説明いたします。平成 28 年度から岐阜県では、サービスの実績に着目した評価指標を提供するために、岐阜県国保連のほうから医療保険と介護保険に関するサービスの状況に関する情報を入手しまして、県にて集計、加工した上で、市町村に情報を提供しております。

具体的に提供している情報は、スライドの下のほうにある囲みの中にお示ししております。診療報酬の請求に関しては、次の診療行為が算定された医療機関数とレセプトの件数が分かるデータとして、歯科に関しては、歯科訪問診療料の情報を頂いております。診療報酬請求に関しては年 3 回、直近 1 月分の情報提供を依頼しております。具体的には、1 月、5 月、9 月の診療分の情報を頂いております。また、右の囲みですが、介護報酬請求に関する情報も頂いております。こちらは訪問介護、訪問入浴、訪問リハ、訪問看護のサービス提供状況が分かる事業所別のデータは、これは年 1 回、前年度分の 1 年分を頂いております。

スライド 6、国保連から頂くデータは医療機関名や診療行為別コード、保険者番号などが混ざっている状態となっております。そのままでは市町村も見づらいような状況となっておりますので、県においてデータを見やすくして提供しております。そのイメージがスライドの左下と右下にお示ししております。左のほうは、サービスを提供している医療機関に関する情報提供の例ということで、市町村別に算定実績のある医療機関の名称が分かるような形でお示しております。右のほうは、請求件数を市町村別に診療行為別にお示しております。

スライド 7 は、介護報酬に関するデータの情報提供の例です。サービス別に提供した事業所数が市町村別に分かる形で情報提供しております。このような形で情報提供していましたが、課題として、数字だけの情報提供なので見づらいとか、単純に医療機関数や件数の情報提供なので、人口を加味して他地域と比較

することが難しいということ。それから、経時的な比較がしづらいという声がありましたので、今年度、より分かりやすい情報提供について検討いたしました。

その結果というか、今年度の情報提供ですが、スライド 8 でお示ししております、後期高齢者人口 1,000 人単位で医療機関等の数などをグラフ化してお示ししております、そのイメージが右下の図にあります。歯科に関しては、歯科訪問診療を実施している医療機関数と、歯科訪問診療を受けた患者数について情報提供をしました。

スライド 9 は、このように情報提供した効果としては、市町村間の 1 つ目の○ですが、市町村間の比較によりまして、次のような現状課題が抽出されたということで、例えば 1 つ目ですが、訪問診療を実施している医療機関数が多い市町村でも必ずしも患者数が多いとは言えないということ。それから、訪問看護に関しては、サービス実績のある訪問看護事業所がない市町村があるけれども、訪問看護を受けた患者はいるので、他市町村の訪問看護事業所が訪問看護を提供していると推察されるなどの課題や現状が分かりました。また、市町村の方からは、医療資源やサービスの需給状況を他市町村と比較することで客観的に把握することができて、課題の明確化を図ることができるなどの声がありました。

今後の課題としては、現在、診療報酬請求に関しては、特定の月を年 3 回抽出しているものですので、経時的な分析がなかなか難しいということと、人口の小さな村などにおいては、人口も少ないのでデータのぶれが大きいということもありますので、年単位でデータを頂けるかということについて調整しているところです。また、市町村別に、実績のある医療機関数や医療機関の名称を情報提供はしているのですが、実績の件数までは提供しておりませんので、この辺り、今後、どうしていくかということの検討、分析が必要なのかと考えております。

スライド 10、市町村支援の 2 として、市町村が主体となって行う在宅医療・介護連携推進事業の取組に関してです。県においては、地域に医療・介護の知識を有する人材が不足していることがありまして、この真ん中のグラフにあるように、在宅医療・介護連携推進事業の(オ)の相談支援に関する取組が、若干ほかのものに比べて遅れているという現状がありましたので、コーディネートを養成するための研修を行いました。その研修の概要は左下にお示ししております、2 日間のうち歯科に関することも学んでいただいて、結果、全ての市町村に現在はコーディネーターが配置されています。

スライド 11、このコーディネーターに関する課題としては、福祉系の職種も多いということで、医学的な観点からの質向上を図る必要があるというように考えており、今年度、研修を行っております。新たな課題としては、コーディネーターがなかなか機能していないとか、活用に苦慮しているというような現状もあるということを知っておりますので、こういった課題を踏まえながら、引き

続き質の向上に努めていきたいと考えております。

続いて、市町村支援の3、地域在宅歯科医療連携室の市町村への移行の支援ということで、地域在宅歯科医療連携室に求められる役割は、下のほうにイメージ図でお示ししておりますが、市町村と連携しながら関係者からの相談に応じ、歯科診療所等の紹介等を行うところとした位置付けと考えております。岐阜県では、平成28年度までに全ての郡市歯科医師会に地域在宅歯科医療連携室を設置していただきました。平成30年度からの在宅医療・介護連携推進事業の本格実施に合わせまして、市町村に対し、この役割、機能を説明し、市町村と郡市歯科医師会の連携を支援してまいりました。一部の市においては、2つ目の○の所ですが、在宅医療・介護連携推進事業の一環として、これまで県の歯科医師会にお願いしている連携室で実施していた研修に関して行っていただいているというところもあります。

スライド13、県における在宅歯科医療に係る取組を御紹介しております。大きく2つありまして、県の在宅歯科医療連携室の整備と、訪問歯科衛生士の人材育成を行っております。

最後に、岐阜県の在宅医療の目指すべき方向性と課題をスライド14にお示ししております。1つ目が、切れ目のない在宅医療提供体制づくりということで、例えば、2つ目の矢印にあるような広域的な退院支援ルールの方策について、2の在宅医療を担う人材の育成に関しては、この辺りは特に歯科も関わってくるころではあるのですが、質の高い在宅医療を提供できる人材を育成すること。それから、3の在宅医療・介護連携推進事業の取組の支援に関しては、県においては情報提供など行っておりますけれども、引き続き必要なデータを収集し、提供するなどして、市町村の取組の支援をしていきたいと考えております。私からは以上です。

○古屋座長 奥田構成員、ありがとうございます。それでは、一通り資料の御説明をしていただきましたので、一度、資料2の第7次医療計画における在宅医療の充実に向けた取組について、47ページに本日の論点が記載されておりますけれども、医療計画における訪問歯科診療の提供体制に関する指標について、第7次医療計画の中間見直しに向けた議論に資するための論点整理を行うため、都道府県の取組状況や歯科訪問診療の現状を踏まえて、以下のような点について検討を行うこととしてはどうかということですが、まずは医療計画における在宅歯科医療の状況といったものの評価をしていくための指標について、ここに書かれている3つの細かい点に最初は捉われることなくフリーディスカッションのような感じになってしまうかもしれませんが、幅広く構成員の皆様がそろっておりますので、御意見を頂戴できればと思います。どなたか、いかがでしょうか。

○小玉構成員 先ほども少し説明のところでも申し上げましたけれども、事務局から出されている資料2のスライド5と9の所、在宅医療の体制について、在宅医療の提供体制に求められる医療機能というところで、①～④の所に区別されているのですが、歯科の場合は今までの経緯で申し上げますと、おおむね②の日常の療養支援というところでの関わりが多いように思います。本来、病院歯科が充実していれば退院支援であるとか、場合によっては入院のときもいろいろ歯科の関わりもあるのだろうと思いますが、その辺りの部分は、やはりまだまだ十分ではないので、この指標がなかなか出てこないということがあるのではないかと思います。

あと、看取りの部分も療養の支援で全部の生活をみる、また、アドバンスドケアプランニングでも、お医者さんとか、施設の方であるとか、行政の方以外でも認知症の方などの話でも聞いていると、生活に密着していろいろ支援してくれる専門家が身近にいてくれると有り難いということもありますので、ちょっと幅広な話になってしまいますけれども、そういったところでの歯科の関わりというのもこれからあるのではないかと考えております。

一つ一つのストラクチャーやプロセスの項目というのは今、掲げて、奥田さんからも説明を頂きましたし、私どもも日本歯科総合研究機構で、この医療計画に基づいているのかということ調査はしております。けれども、確かに在宅で診てもらえる患者さんの数を増やしたりとか、在宅の診療を行う施設を増やすということが一番の目標ではあると思いますが、ここでやはり大切なのは、保険診療の中でのいろいろな枠組みがあって、それぞれの枠組みで区別された診療所が在宅診療に行くのですが、ですから、どこの施設がどういった基準で、どういうふうに行って、行った結果どうか、まだ今の時点で難しいと思いますが、そういったところでの評価も考えていただきたいと思っております。

それから、医科歯科の連携や多職種の協働が地域包括ケアの中で言われているわけなのですけれども、なかなかその評価の指標、先ほどの奥田さんのお話の中では必要なのですけれども、それが見える評価が今の医療計画の中での項目では、保険点数絡みではまた難しいと思いますので、この辺りの指標がその質の担保とか、これから量を増やすというところでは必要になってくるのではないかと考えています。

我々の参考資料の中にも地域連携、参考資料の16枚目のスライドになりますけれども、在宅歯科医療連携室整備事業があります。これは医療介護総合確保基金等で、今、各都道府県であるとか、市町の部分でも整備されているのですが、コーディネーター機能という意味では歯科が在宅に行く場合、その地域をよく知った人であるとか、それぞれの施設との顔のつながりがある人たちが、やはりその地域の実情に合わせて患者さんを紹介したり、我々とつなげてくれるとい

うところが非常に大切だなと思っています。地域によってはいろいろ動き回れる衛生士さんがそうでしょうし、また、優秀なケアマネージャーがそうでしょうし、また、施設の方がそうだとということもありますので、在宅歯科医療連携室整備事業とか、地域のコーディネーターの機能を持っていらっしゃる人材の育成というのは非常に必要だと思います。医療介護総合確保基金もなかなか人材の活用といったところの部分でのお金の回し方というのは難しい場面もあるみたいなので、いろいろ幅広く歯科で足りないところを在宅歯科医療推進で活用できるような柔軟な運用等ができるような形になっていただくと、逆にいろいろ活用できる指標も増えてくるのではないかなと思いますので、その点、よろしくお願ひしたいと思います。長くなりましたが、以上です。

○古屋座長 ありがとうございます。ただいまの小玉構成員のお話にもありましたけれども、私は大学病院で入院されている患者さんの退院支援というのに少し関わっておりますが、地域によって現状も多少変わってくると思っております。私は今、東京におりますけれども、東京ですと、疾病になったことをきっかけに地元に戻られる方もいたりすると、そこで地域連携が割と困難になってしまう事例があるように思います。また、逆に、前任は岩手県にいましたけれども、岩手県のような比較的コンパクトな土地ですと、そこでいろいろな連携が確立されているというか、連携がしやすいということもありますので、いわゆる病院から病院に移るとか、若しくは施設に移って行くときの地域連携を考えると、やはりその地域ごとの特性というか、それをいかした指標をうまく地域で考えていただくのがいいのかなと思ひました。

もう 1 つは、多職種連携の評価というのが非常に難しいというのは、私は訪問診療もやっているのですが、例えば、現場で医師とかケアマネージャーと連携することもあるのですが、書類を送っただけでも連携と言え連携になってしまうし、電話であったり、フェイス・トゥー・フェイスでお会いするというような連携もあると思ひますが、そういったものをどこまで連携として評価するのか、若しくはその評価するための指標をどうやって集めるのかというのは非常に難しいと思ひますが、その辺りで皆様から御意見とかありますでしょうか。

○長瀬構成員 現場で歯科医師の先生方が、一番最初、かかりつけで診ていた患者さんが、ずっと来てくださっていたのですが、ある日突然来なくなることがあります。それが、よくよく後から分かることなのですが、医科疾患で具合が悪くなられて、入院されることによってそこで途絶えてしまう。それまではずっときちんとして来て見えた方で、口腔管理がうまくいっていた方が、入院を機に病態が変化してしまった。病院で病状が安定して、病院の中では口腔ケアや指導、リハビリ等がうまくいっていて、良い形で退院にもって来るのですが、ここからうまく

かかりつけの先生に連携できないため、かかりつけの先生が最終的に患者さんを診るときは、看家の家の方から、歯が痛くて食べれない、若しくは、歯肉が腫れて食べれないというような、かなり重症化してから御連絡が入る。そうすると、本来はケアをしながら、うまくコントロールしながら地域包括ケアという枠組みだったはずが、非常に重症化した緊急時の治療からスタートしてしまうことになる。それを防ぐためにも退院時に歯科医師が全面的に介入できるような、今もカンファレンス等もあるのですが、歯科医師が、この人は今後診る必要があるのか、この人は今、状態がいいからそのまま地域へ返していいですか、いや地域との連携を取って、すぐにかかりつけの歯医者さんと連絡を取らないといけないというような情報提供システム作り、若しくはそういった医療保険、介護保険の中での枠組みづくりがもしあればなということ現場を預かっている先生方からはよく出る話です。是非、そういうところをやっていただきたいというのが1点です。

それに伴い、在宅医療には今の歯科診療では急変時の対応と、日常の療養支援の対応がありますが歯医者さんは、往診していただけますかと、いまだに聞かれる患者さんも見えます。このように、もともと往診という概念がなかったために、医科のように訪問診療と往診という、2つの形に今は分かれていません。ただ、現在は、ポータブルユニットやレントゲン等が非常に、進歩、普及したことにより、機械を持って自宅、施設に行って診療所と同じ治療ができるようになってきた。そうすると、この往診という概念が歯科にもそろそろ必要になってきたのではないかとということも現場の声として、是非、一度考えてください。

小玉構成員が言われたように、全てのステージにおいて何らかに関与していく、これが現場の姿勢なのですが、それに接触していく、対応していくそのチャンスというか、きっかけがうまく得られていない。独立してしまっているという感覚も現場では非常に感じていますので、その辺のところも、1つ考えていただきたいと思います。

○古屋座長 ありがとうございます。正に先生がおっしゃられた、途中でかかりつけで来ていただいた患者さんが入院をきっかけに関わりが途切れてしまうというのは、私も急性期病院にいますので、非常に理解できる場所です。送り出す側としては、どこに戻していいのかわからない、そういった情報がないということもありますし、例えば、脳卒中とかになると、多くの場合、回復期か、地域包括ケア病棟を挟みますが、その時に口の情報がうまく引き継がれていかないというような実感があるのです。これはなぜかということ、そういった病院には歯科がないことも多く、歯科から歯科に情報を渡すのはやりやすいが、歯科から医科に口腔の情報を渡して、医科からその地域の歯科につなげていただくというようなシステムはまだ整備されていません。そういうところの評価というのも実

はありなのかなと思います。在宅歯科診療につなげるためには、歯科から歯科につなげることも大事ですが、間に医科を挟んでもう一回歯科につなげていくような形で、うまくつなげていくことも大事です。また、疾病を患って入院されているわけですから、以前と同じような状態では患者さんはないので、必要に応じて、例えば大学病院に嚥下の問題であるとか、後方支援というのをうまく地域で組み立てていくことがすごく大事なかなとお話を伺っていて感じました。

また、往診と訪問診療の話が出ましたけれども、往診は緊急時に診に行くということで、すみません、私はそこはちょっと不勉強な部分があるのですが、往診に対する評価というのは、今、保険点数上はないですよ、基本的には。ですから、そこはまた、少し話がずれてしまうので、また別に考えなくてはいけないことかもしれませんけれども、そういったことも実はよく理解されていない歯科医師の先生もいたりもするので、そういったところを、例えば往診で行っているのを、訪問診療をやっているというようにならないようにはしなくてはいけなかなと思いました。いかがでしょうか、ほかの構成員の皆様からは。

○渡部構成員 今の話を聞いて、本当にもっともだなと思うのですが、随分前に私が最初に高齢者施設でその利用者の口を診たときに驚いたのは、正に歯科診療所にやって来ない人たちの口の中を診るような状況でした。要介護高齢者の口の中というのは、非常に大変な状況になっているなと思ったことがありました。その後も何回か調査をしていて、幾らかは良くなっているけれども、なかなかひどい状況があるということが、まず前提としてあります。そういう人たちが歯医者さんに行くかということ、まず行かないですね。諦めていたり、もう行きたくないといった状況で、本当は潜在的なニーズがあるけれども、実際には歯科医療に結び付かない、結び付こうとしないとか、いろいろな要素があります。その部分は、もっともっと歯科医療関係者が拾い上げていく必要があるのかなと思うのです。

しかし、これらを歯科医療関係者が拾い上げるというのは、なかなか大変なわけですね。やはり多職種、ケアマネさんしかり、いろいろな人たちに口の中を見てもらってつなげてもらうということがあって、初めて医療に結び付いていくという道筋があるのだらうと思うのです。今は在宅の歯科医療の体制ができるという方向で、それを指標として診ていくということもありますが、もう一方でニーズの部分がどのように変わっていくのかとか、そこをどのように拾い上げるか。多職種向けの研修をやるとか何回やるかということが、1つの指標になるかもしれないのですが、もう少しその辺を重視していくという方向性もあるのではないかと思います。

○古屋座長 歯科以外の職種から、また歯科につないでもらえるような仕組みというか、ストラクチャーが適切に機能すると良い。先ほどの小玉構成員の在宅

歯科医療連携室などが、うまくそういう機能を果たしていけばいいのか、若しくはそこを評価するような指標が出てくればいいのかなというところでしょうか。岩佐構成員は、何か意見をお持ちでしょうか。

○岩佐構成員 私は今、高齢者の病院の中でずっと歯科をやっていて、少し在宅支援もやっています。やっていて一番思うのは、入院して来られる患者さんの口腔内の状況がすごく変わってきているということです。昔は義歯が多く、無歯顎の方も多かったのですが、8020で50%とか60%達成したという報告もあるように、残存歯が増えております。こういった指標を都道府県の方に見ていただくということが必要だと思えます。つまり、今後の疾病構造の変化と言いますか、本当に8020が健康に寄与したところがあるとは思いますが、要介護になると逆に、残存歯が多いということでこれまでよりも大変な口腔内が残るところがあるかなと。そうすると歯科訪問診療ということでは、本当に計画的な管理になっていくと思うので、そういったところが見えるような形も必要なかと思っています。

恐らく都道府県にとっては、今は口腔のところはどう認識されているかは余り分かりませんが、これからの住民サービスとか医療費の適正化ですね。これからは国保などの絡みもありますので、在宅医療が進む中でこういうことがあり得るというところで、歯科からは歯が増えて構造が変わる中で、いろいろな処置が大掛かりになってくる可能性もありますから、やはり管理していくことが大事だということが見えるような指標があるといいなと思えます。

そういった目で、訪問歯科衛生指導が都道府県の1県でありましたが、こういうものも今後のところでそういったニーズを見ていく、あるいは現場の供給体制を見ていくにもいい数字なのかなと。あるいは、ちょっと話が飛びますが、歯科医師会と連携して、75歳以上の地域の高齢者の数と現在歯数といった情報を絡めながら見ていくと、都道府県や地域にとっても、将来の需要が見えてきて面白いというか。ちょっと適切な言い方が見つかりませんが、そういった貴重なデータとしての指標になるのかなと、皆様のお話を聞きながら思っておりました。

○古屋座長 その数値目標を決めるときに、岐阜県だと踏み込んだ記載をされているように、先ほどのプレゼンテーションをお伺いして思いました。例えば、訪問歯科衛生指導の医療施設の実施数などを記載している背景について、追加で御説明いただくと有り難いです。

○奥田構成員 岐阜県では、保健医療計画を検討していく上で、県の歯科医師会の先生方にもいろいろと御相談をさせていただく中で、近年では口腔ケア・口腔機能管理によって、誤嚥性肺炎等が予防されるといったこともあり、そういった重要性を認識しています。特に在宅医療の中では歯科衛生士さんが果たす役割

も大きく、かつ、訪問歯科衛生指導を実施している医療機関数に関しては、医療施設調査で把握しているので、県としてもデータとしてとても取りやすかったということもあり、目標として設定しております。

○長瀬構成員 ちょうど岐阜県同士なので、追加していいですか。今のところですが、先ほどのグラフの中でもポータブルユニットの数と、在宅歯科診療を実施した歯科医院数の2つのグラフを見ていただいたときに1つ目のグラフでは、岐阜県のポータブルユニットは全国で非常に下位にあるわけです。それが一方でもう1つのグラフである診療所数の割合では \pm 40%を超えている山形県、島根県、長崎県等の非常に割合の高い県の1つに岐阜県も入っている訳です。

つまり、ポータブルユニット数が多いと在宅診療を活発にやっている県という、イコールではないという背景の中で、それをどう解釈したらいいかということです。誤嚥性肺炎等の口腔ケアに非常に早くから力を入れて、ポータブルユニットがなくても患者さんのおうちへ行けるというシステムの中で、新しい寄り添いの構築をしていくと。それが本来の意味での包括ケアにつながってきて、QOLの維持向上をしていけるようにということで、口腔ケアや口腔指導を一生懸命やっている数があり、これら両方をあわせて全体の指数になるのではないかと思います。

ただ、1つ問題になっているのが、先ほど小嶺さんが言われたように、居宅療養管理料のほうが上位のルールなので、そちらのほうを算定する場合があります。その数字が一緒に付いて今後両方載ってくると、更なる細かいところの緻密なデータにつながるのではないかと考えております。

○古屋座長 長瀬構成員がおっしゃるように、ただ単に機材を持っていて、実際に使われていない場合も現実としてはあると思いますので、確かにただ単に機材の保有数だけでは、現状は反映されていないように思います。

一通り御意見をお伺いしましたので、本日の細かい論点に沿って話を詰めていきたいと思っております。事務局資料2の47枚目、「本日の論点」というスライドをもう一度見ていただければと思います。こちらには3つの小項目があります。まず1つ目の在宅医療の提供体制の構築に関わる指標の1つとして、訪問歯科診療の指標、各数値目標について都道府県が目標設定を推進するために、どのように考えるかというところです。いかがでしょう。岐阜県では数値目標も割と先進的と言いますか、先ほど来のお話をお伺いしていて、かなり進んでいるように思えます。数値目標を設定するに当たって、どういったことを考慮しつつ、先ほど訪問歯科衛生士の指導の話とか、ユニットの数がないということはお伺いしたのですが、それ以外に何か、逆に指標を設定する上でこういうことは難しかったということはありませんか。

○奥田構成員 県が目標を設定していく上で、やはり国から出ている通知を参

考に、関係団体の先生の御意見なども伺いながら検討していくという流れで、大体どこの県も進んでいくかと思うのですが、目標を設定していく上で、その目標のデータが取りやすいかどうかということが一番あるのかなと思います。また、目標設定をする上でその目標がなぜ必要なのかということが通知に示されていると、県の担当者は設定しやすいかと思います。

岐阜県の場合、在宅医療の係に歯科医師と歯科衛生士がいるのです。恐らく県庁にいる歯科医師や歯科衛生士というのは大体の場合、健康づくりなどの部署に配属されていると思うので、在宅医療担当の方というのは、歯科にそんなに詳しくない方がなされている県が多いかと思うのです。ですから、その必要性を示すことは大事かと思えますし、項目を示されてもその名称から、内容が余り想像できないことが多いかなと推測するので、そういったものの内容とか、それがなぜ必要かということが示されると、県の担当者としては関係団体とも調整しやすいと思えますし、県の立場からは助かるのかなと思います。

○古屋座長 県によってもいろいろな差があると思えますので、細かくこの点数を数値目標とするというのは、なかなか難しいかと思えます。県による違いなどを踏まえた指標を決める必要があると思えますが、その辺りは小玉構成員、いかがでしょうか。

○小玉構成員 座長がおっしゃるとおり、それはすごく大きいかと思えます。県行政の皆さん方の考え方もありますし、地域が地域包括ケアの中で在宅医療、在宅歯科診療を進める中では、そこの文化とか地勢とか、そこに関係していらっしゃる医療関係者、介護関係者、場合によってはお寺さんといった、生活に根付いて住民の方たちと直に接していらっしゃる方たちの考え方とか、いろいろな影響があるのではないかと思えます。

ただ、私もプライマリ連合会で多職種協働地域包括ケア委員会の一員として、いろいろ議論させていただく中では、行政も含めて関係する多職種が、いかに住民の皆さんのために楽しく、その活動をやっているかということが非常に重要だという議論も、つい先日行ったばかりです。ですからある意味、地域を挙げてと言いますか、それぞれの気持ちを束ねていくと言いますか、そういった1つの工夫がそれぞれの地域でなされると、非常にいいかなと思います。漠とした話で申し訳ございませんでした。

そういった中で、岐阜県のようにみんな考えながらデータを抽出していたいたり、我々のお示した都道府県の取組を、日歯の総合研究機構がまとめたような形がありますので、もちろん岐阜県さんの取組も素晴らしいのですが、各都道府県の責任者なり関係の皆さんから、その辺りももう一回ヒアリングを細かくして、どういったことでこのプロセス、ストラクチャーの指標を持ってきたのか、そこにはどんな苦労があるのか、これからどうするのかというところも、

必要に応じて伺いたいと思っております。

○古屋座長 先ほどの話ではないのですが、機材が必ずしも実態を表しているわけではないのと同じように、可能性としては訪問歯科診療料の算定数が、必ずしも現状を表していない可能性も、地域としてはあるかもしれないですね。

○小玉構成員 おっしゃるとおりです。先ほどの長瀬構成員のお話でも、事務局からの話と絡めて、居宅療養管理指導があつたり歯在管が算定されると、訪問歯科衛生指導というのが、それに優先されて算定できないというルールがあります。介護保険と医療保険が給付調整で、それぞれなかなか見えないところが確かにあつたりしますので、それだけのデータをもって「これはこうだ」と言うのは、実態としては言えない部分があるかと思えます。

○古屋座長 今、ストラクチャーの話まで踏み込んでしまいましたが、都道府県における目標設定を考える上では、やはり各都道府県の担当、歯科衛生士会も含めて、行政の担当者と県医師会、歯科医師会といったいわゆる職能団体、実際に現場で訪問歯科診療に関わっている当事者の皆様と議論をしつつ決めていくという形が、各地域の現実を一番反映するにはいいかなと感じています。具体的にそういった議論をする上で、例としてどういったストラクチャーが考えられるかというのは、やはり幾つかここでも検討しておいたほうがいいと思えます。

それが本日の論点の2つ目になりますが、診療報酬における在宅医療の項目や施設基準などを踏まえ、在宅医療の提供体制の評価指標として、訪問歯科診療の提供体制や実施内容が反映されるストラクチャー、プロセスをどう考えるかです。先ほど来出ているのは、恐らく機材を持っている持っていないということでは分からないだろうということです。私としては、在宅療養支援歯科診療所数というのは、比較的現実を表しているのかなと感じていますし、データとしても地域で非常に取りやすいのかなと思えます。この辺りについて皆さん、御意見はいかがでしょう。

○長瀬構成員 今、座長も言われるとおりで、非常に反映している数字だと思います。それともう1つ。開業している先生方だけでなく、介護保険に携わっている先生方は、必ずある算定は施設基準をクリアしないと算定することができない、やりたくてもできないということが出てきます。施設基準のハードルが余りにも高いもの、昨今の衛生士不足等があつて、衛生士が診療所にいないために施設基準をクリアすることができないという場合に、その算定要件を満たさないということでできないのです。そういった施設基準のハードルの高いものを今の指標にすると、非常に偏った数字、若しくは算定できている所だけの数字に現れてしまうのではないかと。歯科疾患在宅療養管理料などは、診療所の場合と診療所以外の場合という形で、両方を算定することができるというように、幅広く先生方の実態をお示しできるような指標を、是非選ぶべきではないかと思ってい

ます。

○古屋座長 長瀬構成員の考えからいくと、いわゆる在宅療養支援歯科診療所の数というのが、おおむね妥当ではないかということですね。

○長瀬構成員 はい。1つの指標ではあるが、全てを把握したものではないと思います。

○古屋座長 実際に在宅療養支援歯科診療所になっていなくても、訪問診療をされている歯科医院があるとは思いますが、それはここには反映されてこないということになってしまう。どうでしょう。私も不勉強な部分がありますが、地域でどのくらいそういった歯科医院があるかという把握は、なかなか難しいですよ。

○小玉構成員 在宅医療もそうだと思うのですが、在宅歯科医療も歯科診療所全てが行っているわけではないのです。歯科の場合、やはり一人診療所が非常に多いですから、その外来の時間を空けて、自ら地域に出るといふ先生も増えてはいますが、なかなか限られている状況ではないかと思えます。

在宅療養支援歯科診療所のことで申し上げますと、そういった人員の設備基準を満たすことが必要になってきますし、それが満たされた場合、在宅療養支援診療所からもそういったリストを見て、割とそこに頼もうということがあって、だんだん患者さんからも地域でも信用も上がってくるでしょうし、数も増えてくるということは実際にあるかと思えます。ただ、そうでない場合でも、衛生士さんがいたけれども、たまたまお休みしてしまったとか辞められてしまっていないということになると、またそうではなくなってしまう。そういったときでも先生が行っていらっしゃれば、続けていくことになるのだろうと思うので、確かに全てが全て訪問歯科診療の実態を表しているものではないと考えます。しかし1つの有効なストラクチャーであることは確かかと思えます。

○古屋座長 医療計画における目標としては、良いのではないかという感じでしょうか。

○小玉構成員 そうです。先ほど施設基準の話もありましたね。例えば今、かかりつけ歯科医診療所の施設基準だと、認知症の対応力向上研修を受けるということも1つの要件になっています。そこで、地域包括ケアで言われていることですが、今は行政からの声掛けや医師会主導で、研修会とか、多職種協働のグループワークやディスカッションを本当にたくさんやっていますので、そういった所への参加は重要です。

今回は医療計画のお話ですから、介護と絡んでしまうところではありますが、そういったところに出て行かないと、在宅歯科診療を多職種で行う場合は難しいと思います。特にそれを専門にやっていらっしゃる先生というのは、積極的にそういった所に出る先生だといふのですが、そうではなく、自分の診療所から行っ

て、ただ施設だけを回って帰ってくるという形だと、やはり片手落ちになってくる感があります。ですから、そういったところの評価につながるような視点も、一つ必要かと思っています。

○古屋座長 地域で歯科医院同士で補い合うという視点も大事だけれども、かかりつけ医に来られなくなっていった人を診に行くというところも、ちゃんと指標として、そういう歯科医がどのぐらいいるかということも大事だという理解でよろしいですか。

○小玉構成員 それが訪問歯科診療の評価になれば、確かにそういったところはいいストラクチャーだと思います。

○古屋座長 そのほかにいかがでしょうか。

○堤地域医療計画課在宅医療推進室室長補佐 地域医療計画課です。資料 2 の 6、7 ページですが、私どもの課が資料の作成に携わっておりますので、少し歴史の振り返りのなところだけ御説明いたします。第 7 次医療計画は平成 30 年度から始まっておりますので、平成 29 年度末まで各都道府県に作っていただくに当たって第 6 次の計画がどうであったのかというのは、第 7 次に向けた見直しのところで議論をしております。その中で、7 ページの別表 11 がどういうふうないきさつで作られたか少し御説明いたします。実は第 7 次の指標というのも有識者の先生などの意見を聞いて、こういうデータがあったらいいのではないかという話があったのですが、実際に各都道府県が取れる指標であるかということを検討してみると、結構それが難しいという課題があったと伺っております。つまり、先ほど奥田構成員がお話されたように、ある程度行政の方のデータの取りやすさというのも 1 つ重要なところですよ。すなわち、情報収集だけに一杯一杯になって、本来であれば施策を充実させていかなければいけないのに、そこで限られた人間、労力を使い果たしてしまうという事態を招いてはいけないということです。となりますと、やはり、NDB のようなしっかりしたデータからきちんと取れるものを構築していこうという話で、厚労科研が持たれて、その中の科研の研究成果を活用させていただく形で別表 11 が出来上がっている背景が 1 つあります。

もう一点の 6 ページは、第 6 次の医療計画の在宅のところにおきましても、かなり都道府県の策定状況がばらばらであったと。例えば在支診とか、在支病を増やすと。一言で増やすと言っても、ただ増やすと書いてあったり、幾つから幾つに増やすと具体的なものを書いていたり、非常にばらつきがあったと。もう一点は、いわゆる在支診、在支病、診療報酬上の届出の中身になっておりますが、果たして数が直近やや横ばいになっている状況等もありましたし、先ほど小玉構成員からの御説明にもあったと思いますが、届出をしていない診療所も訪問診療とか往診に関わっているという現状の声もありましたので、まずは原則と

して訪問診療を実施している病院、診療所数については具体的な数値目標を書いていただくと、1歩踏み出したというのが正に今始まっている第7次医療計画で、我々どもが通知させていただいたという中身になっているものを御紹介させていただきたいと思っております。

○古屋座長 ありがとうございます。今のお話を踏まえて、ストラクチャーやプロセスでどういった項目を拾っていくかというのは、行政の方がデータを集めやすいということが非常に重要なポイントであるということでしたが、その辺りいかがですか。資料の6と7に書いてある、例えば歯科訪問診療を実施している診療所若しくは病院数、又は先ほど来話題に出ている在宅療養支援歯科診療所数、訪問歯科診療を受けた患者数、この辺りは比較的集計がしやすいように思っております。

○小玉構成員 ストラクチャーとしてはよろしいかなと。プロセス指標としてもいいかなと思いました。ただ、都道府県が分かりやすい項目と数値目標を選ぶというのは当然のことかと思えます。それも非常に客観性もあって有効だとは思いますが、数値目標を定めたら、その数値目標に近付けないといけないというわけです。そうすると、そのための環境整備を、この数値目標だけをもってこうするということではなく、何か在宅歯科診療を進めるための、例えば先ほどの推進室の整備をするのと併せてとか、介護総合確保基金の使い道をもう少し幅広く持ってきたところでこんなこともできるようにするとか、サポートする部分をもう少し必要かなと思えます。なかなか難しいとは思いますが、内容も考えていただきながら、そういった指標をもっと具体的にしますと、都道府県ももっと目標設定がやりやすいし、それを上げていく意識が高まるのではないかと思います。いかがですか。

○古屋座長 小玉構成員の今の御発言は、歯科医院の数を数えるのはよいとして、連携を担う拠点と言いますか、そういった所の指標をどのように数えるかというか、目標を立てるかという理解でよろしいですか。

○小玉構成員 そうですね。まだ目標自体が個別の項目になっていますので、厚労科研の話のように、その関連性を合わせた評価というのはまだまだこれからかなとは思いますが、指標を上げるためにはそういったところも充実しますと、こういったところも良くなると思えます。多分、そういったどこかの、少し回していくサポートする力が働くと全体的に推進が上がるのではないかと考えています。

○古屋座長 ほかはいかがですか。今の話は資料2の5枚目のスライドの下の囲みです。これは在宅医療において積極的役割を担う医療機関、この指標というか、目標が先ほどの在宅療養支援診療所の数であったりとか、訪問診療の患者数というストラクチャーになっていくと思えます。一方で在宅医療に必要な連携

を担う拠点みたいな、こういったところの数値目標となるような指標というのはなかなか難しいかもしれませんが、こういったことに何かどうでしょうか。

○長瀬構成員 指標になるかどうか分かりませんが、どこの県にも在宅歯科医療連携推進室というのがあると思います。ただ県の中に1個あっても、みんな地域で生活していながら、地域にそれぞれ病院もある、患家もある。そうしますと、中には先ほど座長が言われたように、歯科を持たない病院もあります。どこへ電話を掛けたら、どこへ橋渡ししたらいいだろうというときの1つが、それでは県に1個あればそれが役目を担うかということ、本来は地域ごとにあることが理想です。しかし、その地域ごとになると各市町村すべてには難しいので、地域の歯科医師会がそれぞれ連携室を持っていてシンクタンクの役目をしてきて、とにかくそこに掛ければ、そこから割り振ってくれるという中間業務をしてくれる所が幾つあるかということは、まずは指標になるのではないかと思います。これが指標として数えられれば、そこに幾つ案件が来たか。これを数えれば、もしかしたら最後の多職種や医科との連携の数も拾えたりするので、連携室の県内での数というのは指標の1つになるのではないかと思います、いかがですか。

○古屋座長 岐阜県では全ての市に配置されているというお話もありましたが、そういった数というのは日本歯科医師会のほうで各県別に把握とかされているのですか。

○小玉構成員 そうですね。新潟県でもかなり整備が進んでいるようです。それは各県に問い合わせれば、その数はすぐに出てくると思います。

○古屋座長 実際に患者さんからの問合せの数を指標にするのか、どういったことを指標にするかというのは、各都道府県の実情に合わせて都道府県と歯科医師会等で議論をしていただかなくてはいけないとは思いますが、この在宅医療に必要な連携、今まで目に見えにくかったところにも着目をするというのは指標の考え方としては非常によろしいのかなとは思いましたが、いかがですか。

○小玉構成員 ただし、先ほども都道府県でばらつきがあるという話がありましたが、多分、東京とか大分では余りないかもしれません。

○古屋座長 一概に数では測れない部分があるということですよ。

○小玉構成員 そうですね。

○古屋座長 そうしましたら時間のこともありますので、3つ目の多職種連携のことについても議論を少し深めていきたいと思えます。在宅医療における多職種による取組の評価としてどのような指標例が考えられるのか。先ほど長瀬構成員からもお話が少しありましたが、今、歯科の多職種連携、特に高齢者医療における多職種連携ということで、日本老年歯科医学会のほうでも多職種連携委員会を立ち上げていろいろやっていただいている、岩佐構成員が確か委員長だ

ったと思いますが、その辺りはいかがですか。コメントがありましたらお願いします。

○岩佐構成員 多職種連携の指標というところですが、やはり地域の中でどういふ項目を見ていくかというところは非常に難しいなというのが、まず最初に正直に思いました。例えば病院であれば依頼状の数とか紹介状が文書として出ますので、それを把握していけばかなり見えると思います。同じように、地域で例えば医科等からの依頼状であったり、こちらからの紹介状の数で見るというのも1つは考えられますが、ただいろいろ煩雑でもあるので、臨床の現場では電話で済ますこともあるでしょうし、それが本当に正確に反映されるかというのは少し難しい。ただ何かを取らないといけないので、始めないと出てきませんので、ナショナルデータベースなどで取りやすいというところでは、それもベストではないが取り掛かりとしてはいいのかなと思うところもあります。あとは福岡の中での事例を少し見ますと、在宅歯科医療の連携室の実績では福岡県もかなり頑張っておられるので、そういったところの数字も参考にはなるのだろうと。これは小玉構成員からも出ているように、地域によって大きく違うところがあるのだとは思いますが、都道府県でばらつきもありますし、取られていない項目もあるというのであれば、こういったところから始めざるを得ないのではないかとと思います。

○古屋座長 いかがですか、渡部構成員。

○渡部構成員 そうですね、やはりどういうふうにするかというのはすごく難しいところだろうとは思いますが。やはり多職種連携といったときに、ケアマネジャーを中心とした地域包括支援センターを介した連携がまず基本としてそこを押さえていく必要というのはあるのかなと思います。ただ実際のところ、そちらは介護の分野ということにもなってきましたし、なかなかデータを取る上では難しいのかなとは思いますが。ですので、私自身としても考えがまとまってはいないのですが、研修の回数とか頻度とか、そこに歯科医療関係者がどういうふうに関わっているとか、あるいは地域包括支援センターとのコミュニケーション、施設だと協力歯科医療機関という形で登録はあるかと思いますが、そういったものを見ていく。実際、協力歯科医療機関がどの程度関わるかというのは、また別問題にはなってくるのですが、そういったところなのかなとは思っています。

○小玉構成員 あと、支援という形では、先ほど連携室数の話もさせていただきましたが、口腔保健センターの数は割とあると思います。障害児者の皆さんの治療をやっていたりとか、休日の歯科の応急診療所というのが内容としてはおりますが、最近では在宅へ向かったりとか、その支援が1つ活動の重きになっているところもあると思いますので、そういったところの数も有効かなと思います。

また病院でも在宅医療だけではなくて、在宅歯科診療の支援をやっている後方支援可能な病院というのがありますので、そういった所の数も多職種も関わりますし、指標になるのではないかと思います。

○古屋座長 あとは介護のほうになってしまうかもしれませんが、やはりミールラウンドとか NST 連携加算であったりとか、そういったところを見るのも1つ案になるかと考えます。かなり限定はされてしまいますし、直接の指標というわけではないのですが、昨今、いわゆる歯科がない病院でも、栄養サポートチームが地域の歯科医師会の先生が入られたりという事例も幾つか聞いておりますので、例えばそういった取組がされているかとか、そういう指標を考えるのも良いと思いますが、その辺りはいかがですか。

○小玉構成員 医療計画ですが、介護保険のそういった指標がそれに馴染むかどうかという部分は検討していただきたいと思います。ただ、施設に関わる歯科医の数とか、病院に関わっている歯科医の数、今の病院に勤務する歯科医の数というのは医療計画の指標に今度出てきますが、施設に関わる歯科医は常勤でなくパートタイムであります。今、先生がおっしゃった NST とかの部分で言いますと、歯科がない所に歯科医が出向いた場合、そういった病院に歯科医が行けるような環境作りの病院とか、いろいろ評価の仕方はあるのではないかと思います。

○古屋座長 非常に先ほど来議論を深めていて難しいのが、在宅医療ということになってきますと、どうしても介護との関わりが出てきてしまうので、医療と介護を完全に切り分けて考えるのがすごく難しい部分がありますので、その辺を目標であったりとか、ストラクチャーとかプロセスに入れていくときにどのように考えるかというのは、やはり各都道府県で議論を深めていただかないといけないのかなとは思っています。

○小玉構成員 例えば保険局の事業で、低栄養の防止や重症化予防でいくと、やはり歯科で関わるのは食支援という形があるかと思いますので、それを医療と介護で一緒に関わっていく取組の目標はいいのですが、その指標を医療で扱うのか介護で扱うのか整理しておくのと、今、座長がおっしゃったとおり、栄養の支援という面は本来大事だと思いますので、そのところは非常に大きな目標になってくるのではないかと思います。

○古屋座長 非常に細かい事例になってしまいますが、例えば在宅に行っている嚥下のリハビリテーションをした場合には、嚥下内視鏡検査を行って摂食機能療法を行う。同時にそのまま引き継いで居宅療養管理指導が行われるケースというのは非常に多いはずですので、どこの部分を切り取ってくるのかかなり難しい部分があると思います。また摂食機能療法は1か月に4回、3か月以内ということになっておりますが、そういった数で数えていくのかとか、余り制

限してしまうと本当に一面しか拾わなくなってしまうような気がしますので、そこは注意したほうがいいのかもかもしれません。

あとは岩佐構成員からもお話がありましたが、表に数値として出てきにくい多職種連携の取組をどのように指標として挙げていくか。これに関して何か御意見をお持ちの方はいらっしゃいますか。在宅医療連携支援室の数であるとか、そこに実際新たな調査をするというのはなかなか難しいと思いますので、既存のデータベースを使ってうまく指標を拾ってこれるような、何かこういったものはいいのではないかというお考えをお持ちの方、いかがですか。そういったセンター的な連携の拠点数というのは使いやすい指標でもありますし、数も数えやすいのかなとは私は感じましたが。そういったもので考えられるのは、口腔保健センターもそれに含めてもよろしいのですかね。あとはいわゆる医師以外との、多職種と歯科の連携です。昨今、管理栄養士や訪問看護との兼ね合いとかもあると思いますが、そういった連携は在宅医療連携室とかでも、ある程度事例が入ってきたりするものではないでしょうか。

○奥田構成員 岐阜県では一応歯科のコーディネーターという連携室がありまして、そのコーディネーターがどういう所から相談が多いとか、そういったものの調査はしております。歯科以外にも全体的なコーディネーターがありまして、そちらのほうを先に分析しております。その結果を見ますと、歯科に関しては入院医療機関からの紹介が多い。医科に関してはケアマネからの紹介が多いとかあるのですが、歯科は入院、病院からの紹介が多いとあったので、そういうこともいろいろ把握はできますし、データを取ることは、県が調査することはできるのかなとは思いますが。

○古屋座長 なるほど。ありがとうございます。

○長瀬構成員 今の多職種からの情報提供というものが、前は医科歯科連携という1つの言葉の中で、ドクターからの紹介だったのが、多職種の人材育成研修会というのはどこの地区でもやっていると思いますが、お医者さんだけでなく、看護師さんだけでなく、もう現場の更に近い人たちにまでその情報を提供して、こういう方がいたら連絡をしてくださいと。連絡先もこちら側から指定するという形の橋渡しをしたら、随分数は増えたという実感はあります。だから、非常に啓発活動も大切であり、正しい情報を伝えることも大切ですが、どこに受皿があって、どこの受皿にまず連絡を取ればあとはやってくれるのですかというところに行き着く感覚が必要な現場と感じております。

だから、今、この連携室や相談窓口というものを充実していく。構成員がしっかりしたアドバイスを出せるようにしていく。ということになると、財源も随分必要となってきて、先ほど小玉構成員から財源の問題、確保基金がこういうことに使えないというのは、引いてはこれを推進していくことに対して本当の意味

での良い資金の使い方ではないかと思います。現状、今は使えないのですが、現場としてはこういった流れが非常に数が増えてくる実感を感じています。

○古屋座長 多職種連携の取組の数というのは相談数であったり、口腔保健センター、在宅医療支援室の数というものをある程度把握していくことでもいいと思いますが、今、お話されたのは取組の質ですよね。取組の質をどのように指標として挙げるかということだと思います。

例えば在宅歯科医療でいきますと、歯を抜歯するためにドクターに対診をしたと。これは多職種連携の一部に入るとは思いますが、それとその他例えば療養支援のために食事の支援などの調整を各職種でやったものと。これはどちらも同じ大事な多職種連携だとは思いますが、同一に全部集めてもいいのかという問題もありますし、先ほど岩佐構成員のお話にもありましたが、電話でするのか、手紙を送るだけなのかとか、若しくは地域ケア会議の参加とか、退院支援の場に行くとか、できれば質も含めた何らかの指標が一番出てくると、多職種連携の質を上げるためには良いとは思いますが、実際、質の評価は難しいのが現状かと思っています。

○小玉構成員 在宅での療養患者さんの療養に対する質の評価というのは大きく2つあると思います。すなわち生活の質の評価、療養上の質の評価です。御家族の満足度も大切です。例えば療養上では、今おっしゃったみたいに多職種でどれぐらいの必要な人員がちゃんと集まってできたかとか。あとは目標があると思うのですがそれが達成できたかなど。認知症でうちにいらっしゃる方とか、脳梗塞の後遺症でいらっしゃる方とかいろいろですが、その患者さんの療養の目標に沿った形で、これは歯科だけで考えても難しいので、医師、介護職員、看護師さん、保健所の方とか、いろいろな方が関わってその目標にちゃんとできたかというところが、実際の評価にはなるのではないかと思います。生活の評価は、それこそ地域包括ケアの葉っぱが付いている、すり鉢だと下のお皿みたいな所の職種なので、これはなかなか医療職だけでは難しいとは思っていますが、質はそういったところでも評価があるかなとは思ったりしています。

○古屋座長 少し話は関連すると思いますが、例えば地域ケア会議や退院支援の場に参加したことがある歯科医師とか、歯科医の数を把握するのはそんなに難しくはないですね。

○小玉構成員 そうですね。地域ケア会議は地域包括のそれぞれの地域でいろいろ目的を持って何箇月かに1遍とか、必要なケースであればすぐにやるので、そこに歯科医が入っているかどうかということは数字としては挙げられると思います。しかし、市町の、しかも地域包括の更に細かいところでやっているの、データを集めるのは努力しないとすぐに集まらないかなという感じはします。

○奥田構成員 恐らくですが、退院支援カンファレンスに参加した歯科医数を

把握するのは、現時点では多分難しいというか、そういう統計調査はないのではないかと思いますので、多分難しいのではないかと思います。多分、市町村にお願いして聞かないといけないと思いますが、市町村が全部の歯科医に聞くのは現実的ではないかと思いますので、指標としては確かにそういうことが聞けたら望ましいとは思いますが、現状、そういったものを取るのはかなり労力的には難しいとは思いました。

○古屋座長 そうすると、行政の立場から、在宅歯科医療を行う上での多職種の取組を把握する上で、これだったら実態を把握しているというのも、今のところなかなか数値としてはこれだというのは何かあるのですか。

○奥田構成員 そういう評価例が分かればすぐお伝えできるのですが、申し訳ありません。

○古屋座長 現場の訪問診療をしている人間としては、いろいろな書類は書いているのですが、その書類を介護職にも送っているの、医療なのか介護なのか区別が現場の人間の中で多分余りない感じがあるのです。例えば訪問診療をした後、ケアマネージャーに書類を送るのは基本的には介護という扱いになってしまいます。一方で同じ嚥下内視鏡をした後の記録を主治医にも送っていますので、こちらは医療の連携ということになってきますから、その実態をつかむのは極めて難しいのかなと思いますが、どういう指標が考えられるかということ、現時点では明確な指標は難しいということでしょうか。

○岩佐構成員 1つ確認をさせていただきたいのですが、これは県が把握するというところで、多分、現場で相談するのは都道府県の歯科医師会等になるのではないかと思います。自分は福岡ですが、福岡の医師会はデータの提出に協力したりするのですが、歯科医師会の場合は各都道府県で例えば在宅療養支援診療所の数があったとしても、その中で実際にはどれぐらいの時間が割けるのか分からないと困るとか出てくると思いますが、そういった調査を歯科医師会が会員向けに提出することは難しいのですか。次に詰めていくのに当たって、また自分で考えるときに参考にさせていただきたいのですが。

○古屋座長 いかがですか。歯科医師会のほうで会員の訪問診療の現状をどれぐらい把握できているのか。

○岩佐構成員 最近はメールなどが普及して会員でそういうのをやっている所もあると思います。お金をかけないで会員にメールとかアンケートなどで収集して出すことはやはり難しいところですか。

○小玉構成員 会員の先生方へのアンケートは都道府県歯科医師会が折に触れ行っているところもありますので、難しいことではないと思います。ただ、どんな内容で、どんなところを目的にしてどういった期間で行うかということは検討する必要はあるかなと思います。先生、具体的にはどんなアンケートですか。

○岩佐構成員 例えば、在宅療養支援歯科診療所の数というのがあったとして、実際にはなかなか訪問に出れていない先生もいらっしゃるとか、そういうお話もありましたので、実際に各診療所で訪問に関われる人数や時間はどれぐらいかというのがあると、県のほうもよりイメージできるのかなと思ったところがありました。そういったデータを歯科医師会が会員にアンケートで出すとか、そういったことがあればいいかなと思います。

○小玉構成員 そういうことは検討してみたいとは思いますが、ただこれも各県の考え方があると思いますので、一概にこういった内容ですぐにできるというものではないかもしれません。ただ今後そういった医療計画の指標にしたいという話を各県の会長をはじめ、担当の皆様にご理解いただければ、全国一律のようなものは可能かとは思いますが。

○岩佐構成員 そうすると、データベースで言えば県は取りあえず数は調べられると。その細かいところは都道府県の違いはありますが、出せる所は出てくるという形ですか。

○小玉構成員 そうですね。それは可能だとは思いますが。

○岩佐構成員 ありがとうございます。

○古屋座長 大分議論が進んでまいりましたが、時間も迫ってまいりましたので、一度ここでまとめをさせていただきます。本日の論点の中で、都道府県における目標設定を推進するためにどのように考えるか。これについては、地域におけるそれぞれの地域の特性を重視、考慮して、各都道府県と職能団体をはじめ、関係各位で議論して、その地域の実態に合わせた指標を検討していただくのが良いのではないかという意見があったと思います。

また、その具体的な訪問歯科診療の提供体制、実施内容に関する指標例、ストラクチャーでありプロセスに関しては、訪問歯科診療を実施している診療所の数とか在宅療養支援歯科診療所数、若しくは訪問診療を受けた患者数を評価する指標としていくのはまず問題ないのではないかという意見が多かったと思います。

また最後のところで、在宅医療における多職種取組の評価については、なかなか水面上に出てくるのが難しい取組ですが、これについては医療と介護の分け方は難しいところがありますし、また具体的な診療報酬の点数などで見ていくのが現時点では難しい部分もありますので、もう少しここについては継続的に次回議論を深めていければと思います。あと何か構成員の皆様から追加で発言しておきたいことなどはありますか。いかがですか。よろしいですか。そうしましたら、本日の議論については、一度ここで事務局にお願いしたいと思います。

○堀歯科保健課歯科衛生係主査 本日は御議論いただきましてありがとうございました。今後の検討会の進め方については古屋座長と相談させていただきます。

す。次回の会議の日程については 3 月下旬を予定しておりますので、どうぞよろしくお願ひします。事務局からは以上です。

○古屋座長 本日は長時間にわたりまして御議論いただきましてありがとうございました。本日の検討会はこれにて閉じたいと思います。構成員の皆様、貴重な御意見、お時間をありがとうございました。