

**中医協概要報告（2023年10月27日開催・歯科統報）**  
（第561回総会）

10月27日に中医協が開催された。医科についての概要は既報の通りであるが、歯科については本通知により報告とする。

当日は、在宅歯科診療についての課題と論点が示され、それに対して委員から意見聴取が行われ、今後厚労省にて意見への対応を検討していく。論点別の意見は下記の通り。

### 1. 歯科訪問診療の現状等について

厚労省からは、歯科訪問診療の現状等について、6月14日や7月12日の中医協で出された歯科訪問診療に関する意見などを示した。主な内容は下記（スライド1-6）。

- ・リハビリテーション・栄養・口腔が連携した取り組みは重要だが、在宅では特に不足している。
- ・自宅歯科医療の提供体制の構築をさらに推進する必要がある
- ・人生の最終段階においては、歯科医療が適切な介入が可能となるよう検討すべき

### 2. 歯科訪問診療の提供体制について

#### （1）厚労省からの報告概要

厚労省からは、歯科訪問診療料の算定医療機関数は、15,160施設であり、初診料等の算定のある歯科医療機関約62,000施設のうち約24%に止まること（スライド11）、1月あたりの算定回数は1～10回の医療機関が上記15,160施設のうち約半数と最も多い（スライド12）。

都道府県別にみると、平成28年から令和3年にかけて歯科訪問診療料の算定回数や全国的に増加傾向にあるものの、依然として地域差が見られること（スライド14）、歯科訪問診療1では訪問先は自宅が最も多く約58%であり、歯科訪問診療2・3では約半数が介護保険施設であり、病院は約7%に止まることが報告された（スライド16）。

歯科訪問診療を実施した患者の要介護度は、歯科訪問診療1では3～5がそれぞれ約16～17%であり、歯科訪問診療1の約半数が要介護3以上だった（スライド18）。

#### （2）提供体制について

林委員からは、在宅歯科医療の実施状況は、都道府県によって差がある現状が指摘された（スライド15）。全国どこでも同じような在宅歯科医療が提供されるよう、歯科診療所が連携できるよう検討を進めるべきとの意見が示された。

#### （3）歯科訪問診療の20分要件や同一建物要件について

林委員からは、歯科訪問診療においては、患者の状態によっては20分未満にならざるを得ない状況も少なくないことが指摘された。訪問診療1ではほとんど20分要件を充足していること、居宅での診療が多いことから、20分要件の見直しをお願いしたいと要望があった。

松本委員からは、歯科訪問診療の実績は、医科や看護に比較して少なく、ニーズの充足も不十分であると指摘があった。ただし、歯科訪問診療が極端に多い歯科医療機関があることから、同一建物要件や20分要件を通じた偏在是正、特に、訪問回数が多い場合の評価については、適正化を図るべきと述べた。

佐保委員からは、歯科訪問診療3が最高4503回ある点、この詳細な分析の要望が出された。

#### (4) 歯科衛生士の訪問衛生指導料について

厚労省からは、訪問歯科衛生指導料について、算定回数から歯科訪問診療料の算定回数よりも訪問歯科衛生指導料の算定回数が多い（歯科衛生士のみで訪問して実地指導を行っている）場合が一定数あること、歯科衛生士が単独で訪問するケースが約67%あり、訪問時にハラスメント等を受けた経験のある歯科衛生士が一定数存在している事などが報告された。

林委員からは、単独で訪問する歯科衛生士の不安払しょくについて、具体策の検討が要望すると同時に、複数名での対応必要な場合についての手当について、検討の必要があると述べた。

田村委員からも、ハラスメント問題という視点以外からも、認知症患者や重症患者の歯科訪問診療においては、歯科衛生指導の必要上、複数で訪問するべきケースも多数あるとの指摘があり、現状では複数訪問の手当は皆無であることから、その点の検討について要望が出された。

他方、松本委員からは、歯科衛生士の単独訪問への不安については、訪問診療の必要性そのものを精査すべきであるとの指摘と同時に、診療報酬上の対応ではなく、労働環境の改善という視点から対応すべきとの意見が出された。

### 3. 歯科訪問診療における口腔の管理について

#### (1) 歯科訪問診療における口腔の管理について

林委員からは、訪問歯科衛生指導料や居宅療養管理指導の役割がさらに拡大。訪問歯科衛生指導料の算定回数の多い医療機関の実態は、丁寧な精査のうえ、評価について検討が要望された。

#### (2) 新興感染症の流行時における口腔管理

厚労省からは、新型コロナ流行時、在宅療養歯科支援診療所1・2の数%が歯科訪問診療を実施したという結果、また歯科訪問診療を行う際に実施した対策としては、「感染防護具を増やした」が最も多い32%あったことが報告された（スライド32）。

林委員からは、歯科訪問診療料の算定において、20分要件を充足できない診療とせざるを得ない状況があったことが指摘され、今後も新興感染症流行時には、必要な感染対策を講じた歯科訪問診療が途切れないよう、柔軟な対応について要望があった。

松本委員からは、新興感染症の対応については、歯科だけでなく、医科歯科看護全体で対応すべき課題だと指摘された。

#### (3) 病院歯科による訪問診療

厚労省からは医科と異なり、歯科においては、在宅歯科診療を支援する病院への評価がないことが報告された（スライド36・38）。さらに、訪問診療を実施している病院歯科の割合は、近年増加の傾向にあること（スライド39）、歯科訪問診療では、歯科診療所では補綴・義歯関係、歯周病治療・処置にかかる内容が多いが、病院においては医学管理、口腔機能関係の内容が多く実施されていることが報告された（スライド41）。

林委員からは、歯科診療所の後方支援として重要だが、実施については地域差があると指摘し、病院歯科のない地域も一定実施される必要があると述べた。その上で、全ての病院歯科に訪問診療の実施を求めるものではないが、地域での歯科訪問診療の体制や連携状況に応じて、病院歯科の歯科訪問診療推進のための評価を要望したいとした。またその際の実績要件については、病院歯科による訪問診療には、現状インセンティブがなく整備が

遅れていると指摘し、実績要件の設定の議論の前に、実施しやすい環境づくりが必要と述べた。

田村委員からも、一次医療機関である地域の歯科医院がかかりつけとなり、高次歯科医療機関につなげる必要が指摘された。ただし、外来と訪問を両立するためには、機材や人員面でハードルがあるとし、解決のためには、診療報酬上の評価が必要と述べた。かかりつけ歯科医の訪問診療を推進するためにも、病院歯科による評価も含めた歯科訪問診療の体制について検討を要望した。

島委員からは、地域医療支援病院における歯科は、地域の歯科診療所の後方支援を行うことが重要と述べた。

松本委員からは、連携強化を行うことで、一般歯科診療所が訪問診療を実施しやすい環境整備を求めた。

#### (4) がん患者など終末期の患者に対する口腔管理

厚労省からは、要介護状態になると口腔衛生状態が悪化し、人生の最終段階に近づくにつれて、その傾向が顕著に出ること、管理の必要があることが報告された（スライド 51、52）。

林委員からは、がん患者の終末期は頻回介入が必要なケースあるのは明白だとして、必要な歯科医療が制限されないよう評価を検討することが要望された。

また、田村委員からも、終末期の患者の口腔ケアについては、歯科衛生士による口腔衛生管理の算定は月4回までに止まり、これだけでは十分な対応できない可能性があるとして指摘。終末期に集中的にかかわれる制度の検討を要望した。

池端委員からも、最終末期の1週間に限っては、頻回に入ることはQOLの点から非常に有用であると指摘し、何等かの対応を要望したいと述べた。

松本委員からは、終末期がん患者への歯科口腔ケアが頻回に必要なについては、今回資料だけでは判断困難と述べるに止まった。

#### 4. 小児に対する歯科訪問診療について

厚労省からは、医療的ケア児は年々増加し推計約2万人であること、歯科訪問診療の内容としては、低年齢では口腔機能に関する内容の割合が高く、年齢が上がると口腔衛生や医学管理の割合が大きくなること、小児における歯科診療特別対応加算の算定状況は、年齢が低いほどその割合が多く、全年齢階級の約20%、小児（19歳以下）の約57%で算定されていることが報告された（スライド57～63）。

林委員からは、医療的ケア児は、要介護者などの高齢者とは異なる事情があると指摘。病態によって歯科医療の介入の必要があるも、特別対応加算に含まれない人もいるのが実情と指摘。現状ある歯科診療特別対応加算の引上げというよりは、病態に応じた評価を検討してほしいと述べた。また、医師や看護師との情報連携推進し必要なケア児に必要な歯科医療を提供できるよう検討が要望された。

田村委員からは、医療的ケア児は特殊な医療器材が多数使用され、歯科訪問診療の際も、それに対応した機材の準備等が必要と指摘。こうした医学的対応に応じる必要があることから、保険点数上の配慮が必要と述べた。

池端委員からは、医療的ケア児は医師でも診療のハードルが高く、歯科医師についてはなおさらだとし、現状ある歯科診療特別対応加算以外でも、何等かの加算等が必要ではないかと述べた。

これに対して松本委員からは、医療的ケア児が増加するも歯科訪問診療の実績なしとの施設も目立つと指摘していることから、医療的ケア児について別途評価を新設するのではなく、特別対応加算の要件を整理するなど、現行の枠組みの中で評価するべきではないか

と述べた。

## 5. 歯科訪問診療における連携等について

### (1) 栄養サポートチーム等連携加算（栄養加算）について

林委員からは、栄養サポート等加算は算定が難しいケースが散見されること、歯科のない病院や施設しか対象とならないこと、さらに医師や管理栄養士等の連携への評価がないことなどが指摘された。日歯としても進める立場を述べた上で、こうした連携が進むよう、小規模歯科診療所でも取り組み進めるためには、診療報酬上の評価が必要ではないかと述べた。

田村委員からも、管理栄養士との共同は必須とし、管理栄養士を含む多職種連携が評価される仕組みが必要と述べた。

### (2) ICT 活用について

林委員からは、口腔の健康は歯科専門職以外には把握が難しく、連携に困難が生じることが指摘され、有機的連携の策定と、それに向けた ICT 活用が主張された。

鳥潟委員からは、多職種連携は、ICT を積極活用できるような加算の必要が強調された。

松本委員からは、歯科訪問診療の連携や ICT の重要性については一定認めるものの、そもそも地域における多職種連携へ積極的に参加する意識が必要と述べた。評価の在り方の議論の前に、介護支援専門員を通じた歯科医療のニーズ把握などから進めるべきと主張した。

## 6. その他について

林委員からは、歯科疾患在宅療養管理料は、介護保険との給付調整あり。介護保険利用者であっても歯科医療として提供の必要があるものについては、給付調整の緩和についても検討を要望。

以上