

厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会
第8回 歯科口腔保健の推進に関する専門委員会

日時 令和4年1月21日(金)
13:00～

場所 AP新橋Kルーム(オンライン開催)

○大坪歯科口腔保健推進室長補佐 それでは定刻になりましたので、ただいまより第8回歯科口腔保健の推進に関する専門委員会を開催いたします。委員の皆様におかれましては、お忙しい中を御参加いただきましてありがとうございます。本日 Web にて御参加いただいております委員におかれましては、御質問等、御発言がある場合には「手を挙げる」のボタンをクリックするか、画面上で手を挙げていただきまして、委員長の指名を受けてからマイクのミュートを解除して御発言くださいますようお願いいたします。また御発言を頂く以外はマイクはミュートの状態にしていただきますよう、御協力をお願いいたします。

次に、本日初めて御出席されます委員がいらっしゃいますので、御紹介申し上げます。岡本理恵委員でございます。

○岡本委員 名古屋市健康福祉局健康増進課長の岡本と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

○大坪歯科口腔保健推進室長補佐 よろしくお願いいたします。本日ですけれども、小方委員、牧委員から御欠席の御連絡いただいております。全13名の委員のうち、11名に御出席いただいておりますので、議事が成立することを御報告いたします。

続いて事務局から今回初めての出席者がおりますので、御紹介させていただきます。大臣官房審議官の間でございます。

○間大臣官房審議官 間でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

○大坪歯科口腔保健推進室長補佐 次に、医政局歯科保健課歯科口腔保健推進室の廣田でございます。

○廣田調整係長 廣田でございます。よろしくお願いいたします。

○大坪歯科口腔保健推進室長補佐 そして、私が室長補佐の大坪でございます。どうぞよろしくお願いいたします。なお、間審議官は公務のため途中退席をさせていただきます。

続いて本日の配布資料ですが、本専門委員会ではペーパーレスにて審議を行います。本日の資料は議事次第、委員名簿の他、資料は1-1から1-3、それから参考資料は1-1から2-2まで5種類を御用意しております。以後の進行については、福田委員長よろしくお願いいたします。

○福田座長 国立保健医療科学院の福田でございます。本日はどうぞよろしくお願いいたします。前回の委員会から1か月余りと、あわただしい委員会の開催になっておりますけれども、どうぞ御検討のほどよろしくお願いいたします。

まずは委員の出席についてですが、本日、牧委員が御欠席ということになっています。代理といたしまして、藤田参考人を御推薦いただいておりますが、藤田参考人の御出席を御了承いただけますでしょうか。

(了承)

○福田座長 それでは了承いただいたということで、議事に入っていきたいと思っております。本日の議題は各項目の評価についてです。まずは事務局から資料1-1の説明をお願いいたします。

○奥田歯科保健課長補佐 事務局です。それでは資料 1-1 を御覧ください。資料 1-1 ですが、歯科口腔保健の推進に関する基本的事項の目標の一覧をお示ししています。2 ページ目以降を御覧ください。今日、評価案を示しているのが、別表第 2 の「生活の質の向上に向けた口腔機能の維持・向上における目標」。そして、3 ページ目の別表第 3 「定期的に歯科検診又は歯科医療を受けることが困難な者に対する歯科口腔保健における目標」。そして、別表第 4 「歯科口腔保健を推進するために必要な社会環境の整備における目標」。これらのうち黄色に塗っている項目について直近値を把握していますので、これらの評価案をお示ししています。事務局からは以上です。

○福田座長 今の事務局の説明について、今後、各別表ごとに検討いたしますが、まずこの資料 1-1 について、御質問等ありませんか。それでは本日は、生活の質の向上に向けた口腔機能の維持・向上における目標。それから、定期的に歯科検診又は歯科医療を受けることが困難な者に対する歯科口腔保健における目標。それと、歯科口腔保健を推進するために必要な社会環境の整備における目標の評価案が示されています。今日は、目標ごとに分けて進行していきたいと思えます。

まず事務局から、資料 1-2 および 1-3 の、生活の質の向上に向けた口腔機能の維持・向上における目標の部分について、説明をお願いします。

○奥田歯科保健課長補佐 事務局です。資料 1-2 について、画面を共有いたします。それでは資料 1-2、評価の案のうち、まず、生活の質の向上に向けた口腔機能の維持・向上における目標の評価案をお示しします。

この口腔機能の維持・向上における目標ですが、この中に 2 つの具体的指標があります。まず 1 つ目、「3 歳児で不正咬合等が認められる者の割合の減少」の目標です。3 歳児で不正咬合等が認められる者の割合は、ベースライン及び中間評価値から増加しており、目標値である 10% に達していないということから、「D(悪化している)」という判定をしています。参考として、都道府県別 3 歳児で不正咬合が認められる者の割合を、グラフでお示ししています。都道府県によって差があるという状況となっています。また、各都道府県の平成 29 年と平成 30 年、平成 30 年と令和元年の変化率をお示ししていますが、経年的に一定の増加あるいは減少の傾向を示しておらず、各都道府県によって傾向が異なるという状況になっています。続いて、小児・学齢期の口腔機能に関連して、こういった相談が歯科医師にされているかというようなアンケート調査の結果ですが、「子どもの噛みあわせに関する相談」がほぼ全ての医療機関で、その次に「咀嚼に関する相談」というものが 67.4% ということで、多くの歯科医師がそういった相談を受けているという調査結果です。また、小児の食に關しまして、歯科医師側が受けている相談内容、あるいは保護者側が困っている、心配していることとこののを、左のグラフは子ども側の問題、右のグラフは保護者側の問題ということで、データとしてお示ししています。子どもの食の問題に関して、子ども側に関する内容としては、歯科医師が受ける内容としては、「よく噛まない」が最も多く。保護者側が心配していることとして最も多かったのが、「偏食する」と

いうものでした。保護者側に関するものとしては、歯科医師側が受ける内容としては、「他の家族(夫や両親など)と子育ての方針が異なる」ということ、保護者側が困っていることとしては、「子どもが食べやすい食事の作り方が分からない」、「忙しくて手をかけてあげられない」等が多いという状況となっています。

続いて次の指標、「60歳代における咀嚼良好者の割合の増加」の評価です。60歳代における咀嚼良好者の割合は、ベースライン及び中間評価時より微減していますが、直近値とベースライン時の有意な差というのは認められず、本指標は「C(変わらない)」という評価としています。関連するデータですが、こちらは、特定健診の標準的な質問票の中に「食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか」という質問項目がありますが、その回答状況を性別・年代別にお示ししているものです。高齢になりますと、「何でもかんで食べることができる」と回答される方の割合も、少し減少してくるという状況です。さらに、歯科疾患に関する有訴者率ということで、こちらについては、「この数日病気やけがなどで体の具合の悪い所はありますか」という回答に対して、「ある」と答えた人のうち、それはどういう症状かということで、複数の選択肢がありますが、その中で歯科に関する症状を年度別にグラフでお示ししています。「かみにくい」という自覚症状ある方は年齢とともに増加しており、さらに、その有訴者率の推移を見ますと、経年的には少し減少傾向にあるような状況にあります。咀嚼に関しては、歯の本数などが非常に重要ですが、その状況を見てみますと、年齢階級別の1人平均現在歯数を棒グラフで示していますが、経年的には増加傾向にあります。一方でこのマーカー部分で示しているのが、進行した歯周炎のある者の割合ですが、こちらについては対象者が歯がない者を除いた割合ですが、余り改善していないという状況になっています。続いて、市区町村における口腔機能低下に関する事業の実施状況ということで、全国的に約一定の水準で行われています。さらに、介護予防の取組の中にも、口腔機能の維持・向上に関する取組も行われている状況があるということがあります。

評価の案ですが、今回の口腔機能の維持・向上の目標の中の2つの目標、それぞれ、3歳児の目標についてはD評価、60歳代の咀嚼良好者の割合の増加に関してはC評価、そして目標全体の評価として、DとCそれぞれ足し合わせて平均点を出して、目標全体の評価をお示ししていますが、全体としてはDの「悪化している」という評価の案となっています。

関連する取組としまして、各都道府県、市町村等で口腔機能に関する歯科保健指導等が行われているであるとか、後は、関係学会等から不正咬合の判定基準あるいは口腔機能の発達評価のマニュアル、基本的な考え方等が示されています。さらに、高齢者の口腔機能に関しては、口腔機能低下症に関して関係学会からリーフレット等の情報提供が行われているとか、近年、「オーラルフレイル」という概念が提唱され、日本歯科医師会がオーラルフレイルに関するリーフレット等を作成して情報提供等を行っています。

この目標の評価に係る要因分析と全体の評価ということで、まず1つ目の○ですが、乳

幼児期及び学齢期に関して評価はDということで、この要因は明らかではないのですけれども、歯科医師に対する相談内容として咀嚼に関するものも多く、子どもの食の問題が顕在化しているという指摘もあり、こういった結果とこういった指摘と一致するのではないかということ。2点目、成人期及び高齢期に関して、この指標の評価がCの変わらないというものでした。こちらは、要因は明らかではありませんが、主観的な咀嚼の状況には歯の本数あるいは歯周病による歯の動揺、疼痛の有無等が複合的に影響すると考えられます。歯の本数は増加傾向にある一方で、進行した歯周病のある者の割合というものが改善しておらず、こういった歯科疾患の罹患状況も要因として考えられるのではないかということ。最後に、目標全体の評価ですが、いずれの指標もこの指標の評価をもってしますと、状況は改善していないという状況ですが、口腔機能には、う蝕、歯周病等の歯科疾患の状況であったり、口腔周囲筋の働き等が複合的に関連しますので、この2つの具体的指標のみをもって口腔機能の維持・向上の評価を行うことは、難しいのではないかということを示しています。

今後の課題ですが、目標に係る今後の課題として、まず1つ目の○、3歳児の不正咬合に関して、3歳児はまだ顎顔面の発育途上であることから、不正咬合と判定されても経過観察が行われることが多く、乳幼児期及び学齢期の適切な口腔機能の獲得・向上のためには、効果的な介入の時期を踏まえた評価手法の検討が必要ではないかということ。2点目が、高齢期の口腔機能について現在の指標は60歳代の指標ですが、60歳代では平均の現在歯数が20本以上であることから、歯周病による要因等の影響も大きいと考えられます。健康寿命の延伸や、8020達成者の増加等の背景の中で、「かみにくい」という主訴が70歳以降大きく増加すること等を踏まえますと、今後、高齢期における口腔機能低下に対する対策の重要性が増すことから、評価が必要な年齢も含めて、高齢者の口腔機能の状況を適切に把握するための評価指標の検討が必要ではないかということ。最後に、生活の質の向上のために各ライフステージで適切に口腔機能を獲得し、維持・向上することが重要ですが、各市町村等の取組を見ても、乳幼児期の取組であるとか、高齢期での介護予防等の取組というのが行われていますが、そういった状況が必ずしも十分ではないということも踏まえますと、自治体が適切なポピュレーションアプローチを行うため、引き続きライフステージに応じた口腔機能の評価、対応方法の確立というのが求められるのではないかということをお示ししています。

そして、新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた今後の課題として、さまざまなデータの分析等が必要であるということと、2つ目の○の所にありますように、新型コロナウイルス感染拡大の影響による生活様式の変化による口腔機能の影響ということも指摘されていますので、こういったデータ収集が求められるのではないかということもお示ししています。事務局からは以上です。

○福田座長 御説明ありがとうございました。まずは、今の事務局の説明につきまして、何か御質問等はございませんか。山下委員どうぞ。よろしくお願いたします。

○山下委員 3歳児の不正咬合の基準ですが、都道府県でかなり大きな差があったように思います。やはり審査基準がなかなか明確ではないのではないかと思います。一応、小児歯科学会で不正咬合の基準が示されているということですが、例えば、反対咬合とか、乳歯の場合はそれほどないと思いますが、叢生とか、あるいは交差咬合といったような具体的な何か指標がないと、ただ漠然と不正咬合等を診査しても、なかなか問題が見えづらいのではないかと思います。それと、不正咬合を減少させるという目標について何ができるのかという点については、乳歯咬合ではなかなか方策が見えてこないと感じました。

また、「かみにくい」という回答が高齢者の質問の中にありましたけれども、噛みにくいというのは何が噛みにくいのか、例えば、野菜なのか肉なのかという具体的にどういものが噛みにくいのか、あるいは、なぜ噛みにくいのかという、先ほどお話のような、歯周病というか、歯がぐらついているせいなのか、あるいは歯ではなくて、他の口腔機能的な舌がうまく動かないとか、唾液が出にくいとかという理由を合わせて聞いておく方が、噛みにくいという意味がもう少し見えてくる気がいたしました。以上です。

○福田座長 都道府県の格差が非常に大きいことの背景要因を考察いただきました。それから、指標に関しましては、課題という形で、今後、書き込んでいければいいのかなと思っております。羽鳥委員どうぞ。よろしくお願いたします。

○羽鳥委員 日本医師会の羽鳥です。「健康日本 21」の第二次の中間評価から最終評価では、乳幼児3歳の不正咬合の定義がしっかりしていないと、都道府県のばらつきが出てくるのかなというようにも思いました。それぞれどういう項目での算定が多いのか、深い分析をしないといけないのではないかと思います。

それから、3歳は発育途上ということでありましたが、そうすると、もう少し治療につながるようなことだと、5歳とか6歳とか顔の形が固まってくるころに評価するのがよいか考察も必要ではないのかなと思います。成人期、高齢期の歯の状態では、残っている本数が何本かとか、かなり具体的であるのに比べて、3歳児の不正咬合の評価が少し分かりにくいというのがあったと思うので、次の第三期に向けては、その辺の御検討をされたらいいかと思います。以上です。

○福田座長 指標を取るに当たっての年齢層や対象者についての、課題もあるという意見だったかと思っております。それでは、芝田委員にお願いたします。

○芝田委員 私も3歳児の不正咬合についてですが、中間評価御から年々増加傾向にあるようですが、目標値がベースラインより低く設定されていますが、そもそも不正咬合に対して数値が上がるのが単純に悪化と捉えていいのかなというところが気になります。数値が上がっているということは、乳幼児健診等での歯科保健指導で噛み合わせのことであるとか、離乳食とか咀嚼のことなどを指導することによって、保護者が噛み合せとか咀嚼を気にして相談することが増えるということもあるでしょうし、そのことにより、歯科医師側もこれまでより不正咬合に対してシビアに検診されているということもあるか

もしれないので、問題意識を持つということは良いこともあるのではないかなというように考えます。目標値に対しては上がっているのでD評価となるようではありますが、一概に評価が悪化ということではなくて、違った視点で評価する必要もあるのかと思いますので、評価の記載については、良い面もあるのではないかとといったことも含めるとよいのではないかと思います。以上です。

○福田座長 評価の背景となるようなものも、一緒に読み込んでほしいという御意見だったかと思います。それでは、水口委員にお願いいたします。

○水口委員 高齢者の60歳以上で、噛みにくいという有訴者率が高齢になってくるとすごく多くなっていくわけなのですが、この部分が、何で噛みにくいというのがピックアップできるような質問がもう一階層あるといいなと思います。最後の考察の所で述べられているように、歯周病に関することももちろん入っていると思いますし、当然こうなってくると義歯の問題も入ってくると思いますし、そうしますと、実際に高齢者に対してどのようなアクションを起こせばいいのかというのが、より具体的に分かってくるのではないかと思いますので、多分、質問を1つか2つ付け加えるだけでいいような気がするのですが、是非、次回からよろしくお願ひしたいと思います。口腔機能低下症ですので、様々な要因というか、様々なフェーズがあって、かつ様々な対処方法が考えられると思いますので、是非ともよろしくお願ひしたいと思います。以上です。

○福田座長 指標も複数同時に取ればという御意見でした。三浦委員が挙手されておりますので、よろしくお願ひいたします。

○三浦委員 「健康日本21」の第二次でも、基本的事項でも既存の政府統計をうまく活用して目標値を設定するというコンセプトがありました。咀嚼に関して主観的な指標で取っていますが、咀嚼に関して全国規模でデータがあったのが、この主観的な聞き方だったというところで採用したという背景があります。したがって、次のタームの指標の抽出のときに、各関連学会から、様々な全国ベースのデータを提示していただくと、より良い形で次期の改定で反映できるかと思います。よろしくお願ひします。

○福田座長 指標の入手に関して御意見を頂きました。他はございませんか。それでは、本日は欠席ですが、小方委員から御意見を頂きますので、御紹介させていただきます。事務局からお願いします。

○小嶺歯科口腔保健推進室長 事務局です。御欠席の小方委員から御意見を預かっておりますので、御紹介いたします。「60歳代における咀嚼良好者の割合の増加の評価について」ということで、噛みにくいと自覚している者は、特に70歳以上の年齢とともに増加しているため、高齢者で残存歯が増え、歯周炎の罹患歯、また、罹患者が増加していると考えられる。そのため、60歳代だけではなく、70歳代、80歳代での調査が必要かと。それから、高齢者の歯周病治療の必要性というのが増加しているのではないかと。そうしたことを通じて、咀嚼良好者の割合が増えて、そして、全身疾患の予防にもつながるのではないかと」ということで御意見を頂いております。この部分は以上です。

○福田座長 ありがとうございます。指標の対象者ですが、60歳だけではなく7歳0という、もう少し後ろの高齢期まで広げた方がよろしいのではないかという御意見だったと思います。三浦委員が挙手されておりますので、よろしく願いいたします。

○三浦委員 対象年代について、御検討いただくか、もしくは事務局から教えていただきたいことがございます。「健康日本 21」の第二次と基本的事項の策定時では、健康づくりの観点から、一応、前期高齢者までをターゲットとしていたというところがありました。そのため60歳代での目標設定になっているのですけれども、対象年代の上限のところはいかがでしょうか。現行計画の策定時のときの議論では、老健局が所管する事業との年代のすみ分けとか、非常に活発な意見が交わされたところでした。その辺りの整理は必要かと思うので、今の時点で分かる範囲で構いません。教えていただければ幸いです。

○福田座長 それでは事務局、いかがでしょうか。

○小嶺歯科口腔保健推進室長 事務局です。三浦委員、御意見ありがとうございます。基本的には三浦委員がおっしゃるとおり、「健康日本 21」と足並みをそろえているところはございますので、そこになろうかと思いますが、その一方で、歯科口腔保健の推進に関する法律全般を見ていくと、そこだけではない部分もあるかと思えます。この後に出てくる議論の部分もそうですが、高齢者の部分など「健康日本 21」の範囲以外もありますので、次期基本的事項の議論のときに、またご議論いただきたいと思いますが、課内でも検討してまいりたいと思います。

○三浦委員 ありがとうございます。

○福田座長 いかがでしょうか。18ページ、要因分析ということで、様々な要因を提案させていただいておりますが、まだこのようなことも付け加える必要があるのではないかという御意見はございませんか。それでは、今回、小児歯科学会から藤田参考人に御参加いただいておりますので、要因分析等に限らず御意見を頂ければと思います。

○藤田参考人 まず、3歳児で不正咬合等が認められる者の原因についてですが、臨床して思うのは、まず聞くことは、御家族や御親族にこういった不正咬合の方がいるかどうかをよく聞くので、3歳児で不正咬合があった場合は、口腔習癖やその食習慣が影響して不正咬合が起こったというよりも、まずは遺伝的要因と顎顔面に異常が起こる先天疾患があるのではないかとということをよく問診しますので、そういったことが大きな原因になっているのではないかとということも考えられます。以上です。

○福田座長 遺伝的あるいは先天的な疾患となると、なかなか改善させていくのが難しいような気もいたします。山下委員からもそのような御意見もあったかと思いますが。

○藤田参考人 そうですね、やはりそこも問診していかなければいけないのではないかと、日々の診療で感じています。

○福田座長 ありがとうございます。他にございませんでしょうか。吉田委員どうぞ。よろしく願いいたします。

○吉田委員 2020年に、3～6歳の保護者の方に私どもが調査をしたところ、食事時間が

長いと回答された方が、口腔機能の問題として捉えていない可能性があります。また、食事に関する困り事を相談する相手は、ほとんどがインターネットあるいは知人であり、歯科医療従事者に相談すると回答した者がいませんでした。一方で、歯科からの食支援が必要であると答えた方が40%いました。これは、口腔の問題があると認識していれば歯科医療従事者への相談が必要と思っておりますが、実際には小児歯科に相談できていないという現状があるのではないかと思います。また、食事の問題があると認識していても、それが口腔機能の問題と関連するとし捉えていない人は歯科受診することはないと思いません。この調査の対象は3～6歳まででしたから、就学時前までの年齢と少し幅がありました。十分な研究結果とはいえないかもしれませんが、保護者の問題と原因のとらえ方がちょっと気になりました。以上です。

○福田座長 貴重な御指摘かと思えます。食事の問題と口腔機能というものが、なかなか結び付いていない可能性もあるのではないかという御指摘だったかと思えます。他にございますか。大体出尽しましたでしょうか。山本委員、お願いいたします。

○山本委員 日本歯科医師会の山本でございます。まず1点目ですが、3歳児で不正咬合が増えてきたということになりますと、やはり、3～6歳までの間で全く歯科の健診がないことが問題と考えます。いわゆる歯科保健事業ということで、市町村が実施している歯科保健事業としての歯科健診があるのですが、先日、他の行政の資料を見たところ、3歳児健診は95%以上で行われているのですけれども、その他の歯科保健事業として4～6歳の間は極端に実施数が少なかったと思えますので、その辺が今後、少し充実してくると違うのかなと思えます。

2点目は、60歳代での咀嚼良好者の割合という点ですが、これはやはり60歳よりもっと前の段階で咀嚼良好というようなことを少し考えて、今後は健診票を見直していく必要があるのではないかと思います。以上、2点でございます。ありがとうございます。

○福田座長 他にございますか。森田委員どうぞ。よろしくお願いいたします。

○森田委員 ちょっとピント外れかも分からないのですけれども、咀嚼良好者というのは、もっと年を取られた方にやるのも全然いいと思えますが、我々が調査すると、少々歯がなかろうが、入れ歯があつてなかろうが、食事の方を一生懸命軟らかくしたり、いろいろなことをして、結局よく噛めると答えるのですよね。だから、そこら辺はどういうやり方がいいのか私も分かりませんが、19ページでしたか、どこかに書いてありますけれども、口腔機能の違う指標というのを、食べる楽しみとか、お話をするとかそういう方向でもやらないと、噛める、噛めないだけでやっていたら、なかなか正直な部分がかみきれないのではないかと、これは私の危惧で終わったらいいのですけれども、以上です。

○福田座長 指標にかんする課題になろうかと思えます。他にございますか。よろしいですか。それでは、生活の質の向上に向けた口腔機能の維持・向上における目標の評価につきましては、一旦、議論は終わらせていただきたいと思います。

続きまして、定期的に歯科健診又は歯科医療を受けることが困難な者に対する歯科口腔

保健に関する目標の評価に移りたいと思います。事務局から資料 1-2 及び 1-3 の同部分の説明をお願いしたいと思います。よろしくお願いします。

○奥田歯科保健課長補佐 事務局です。画面を共有いたします。続いて別表第 3、定期的に歯科検診又は歯科医療を受けることが困難な者に対する歯科口腔保健における目標・計画の評価案です。この目標には 2 つの指標があります。

まず 1 つ目が、障害者・障害児に関するもので、「障害者支援施設及び障害児入所施設での定期的な歯科検診実施率の増加」です。こちらの目標は、ベースライン及び中間評価時からは増加しており、目標値 90% に対し、最終評価時 77.9% で目標値には達しておらず、本指標の評価は「B(現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある。ただ、目標年度までに目標到達が危ぶまれる)」ということで、「B*」という評価となっております。関連するデータは、指標そのものである障害児者入所施設における歯科健診(検診)等の実施状況で、その機会の頻度も含めた、より詳細なグラフを左側にお示ししており、歯科保健指導を受ける機会を右のグラフにお示ししております。歯科医師による歯科健診を受ける機会ですが、いずれの調査時においても「年 1 回」が最も多く、「年 2 回」及び「年 3 回以上」の割合は減少しております。また、「機会なし」の割合も減少傾向にあります。右のグラフ、歯科専門職による歯科保健指導を受ける機会ですが、「その他」を除きますと、「年 1 回」が最も多いという状況です。また、「年 3 回以上」も増加傾向にあるという状況ですが、一方で「機会なし」も微増しているという状況となっております。続いて、歯科健診(検診)・歯科保健指導以外の取組の実施状況です。歯科健診・歯科保健指導以外で、歯科に関する取組を行っている施設は増加傾向にあり、令和元年で 92.8% です。実施している内容は右のグラフに示しており、食後の歯磨きの時間を取っている、職員が歯磨きの状態をチェックしているというのが多いという状況となっております。続いて 26 ページ、市区町村における障害児・障害者に対する歯科口腔保健に関する事業の実施状況です。市区町村が行う事業に関しては、実施されている所は余り多くない、実施の割合は低いという状況となっております。続いて、都道府県における障害児・障害者・要介護者に対する歯科口腔保健に関する事業の実施状況です。都道府県が行っているものとなりますと、例えば右のグラフにありますように、施設入所の障害児・障害者に対し事業を実施している都道府県が 70.5% など、ある程度行われているという状況があります。

次の指標が、「介護老人福祉施設及び介護老人保健施設での定期的な歯科検診実施率の増加」の評価です。こちらは目標値 50% に対し、直近の値が 33.4% ということで、増加しておりますが目標値には達しておらず、本指標は現時点では「目標値に達していないが、改善している。ただ、目標年度までに目標到達が危ぶまれる」ということで、「B*」の評価としております。こちらにも介護老人保健施設における歯科検診の実施状況をグラフでお示ししております。左のグラフが平成 23 年、右のグラフが平成 28 年です。比べると「歯科検診の機会あり」の施設の割合は、平成 28 年の方がやや多いという状況となっております。続いて令和元年の調査結果です。こちらの調査結果を見ますと、「歯科健診の機会

あり」の割合は、介護老人福祉施設及び介護老人保健施設で 43.9%、介護老人保健施設で 41.1%、介護老人福祉施設で 46.9%といった状況となっております。さらに、介護保険施設における歯科保健に関する取組の状況です。左のグラフにあるように、入所者の職員に対する歯科専門職による口腔清掃に関する指導は、「年 4 回以上」行っている所が最も多いという状況です。日常的に実施している歯科保健に関する取組としては、右のグラフにお示ししているように、「食後の歯磨きの時間を取っている」、「入れ歯の清掃を行っている」、「口腔内清掃を行っている」等が多いという状況となっております。また、介護保険施設は協力歯科医療機関を置くことができますので、それを定めている介護保険施設の割合は 9 割以上という状況です。協力歯科医療機関の役割として、どういったことを行ってもらっているかというアンケート調査の結果ですが、「むし歯・歯周病・義歯の治療」等が最も多く、次いで「施設職員への口腔ケアの指導・助言」等がありました。また、介護保険施設が定期的に歯科健診(検診)を行っていない理由としては、「時間が確保できないため」、あるいは「対応する職員の数が確保できないため」等が多いという状況がありました。介護老人保健施設での歯科に関する研修の実施状況です。左が平成 23 年、右が平成 28 年で、「研修会の実施あり」が平成 23 年だと 25.3%ですが、「施設内で研修の実施あり」が右のグラフの平成 28 年では 64.8%ということで増えている状況がうかがえます。続いて、市区町村における要介護者に対する歯科口腔保健に関する事業の実施状況です。こちらも市区町村単位では余り実施割合が大きくない、低いという状況となっております。一方で、都道府県における要介護者に対する歯科口腔保健に関する事業の実施状況は、施設に入所している要介護者に関する取組が 5 割を超えるなど、都道府県単位では少しやっている自治体もあるという状況です。

この目標の評価を一覧でまとめているものですが、2 つの指標はいずれも B*の評価ということで、目標全体の評価としても「B*(現時点で目標値に達していないが、改善している。ただ目標年度までに目標到達が危ぶまれる)」という評価を示しております。

関連する取組として 1 つ目は、各都道府県、市町村などで障害児・障害者に対して歯科健診・歯科保健指導、あるいは口腔保健センターの運営補助等が、地域の状況に応じて行われています。さらに、令和 3 年度障害福祉サービス等報酬改定において、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、障害者支援施設の職員に口腔ケアに係る技術的助言を行っている場合等の評価が創設されております。要介護者に関する取組としては、都道府県等において歯科健診・歯科保健指導等が行われております。さらに、近年は下から 3 つ目の○にありますように、診療報酬改定ごとに在宅歯科医療の提供の推進の観点から診療報酬の見直しとか、下から 2 つ目の○にあるように、介護報酬改定においても直近の介護報酬改定で口腔衛生管理加算の見直しが行われる等、介護報酬における口腔衛生管理に係る評価も行われております。

各具体的指標の評価の要因分析と目標全体の評価です。1 つ目の○の、「障害者支援施設及び障害児入所施設での歯科検診実施率の増加」に関して評価は B*ですが、要因の背

景として、歯科保健活動の取組を行っている施設の割合も増加しており、歯科保健に関する意識の高まりが考えられるのではないかとのこと。2点目の、「介護老人福祉施設及び介護老人保健施設での定期的な歯科検診実施率の増加」に関してもB*という評価でした。介護報酬の歯科口腔に係る評価、あるいは診療報酬における歯科訪問診療の評価の充実等を含み、職員の歯科保健に関する意識の高まり等が背景として考えられるのではないかとのことです。また、いずれの目標も目標到達が目標年度までには危ぶまれる状況ではありますが、改善しているという状況です。

今後の課題です。1つ目が障害児・障害者に対する歯科口腔保健です。歯科健診を受ける機会が「年1回」である施設の割合が減少しており、「年2回」、「年3回以上」の割合が増えておりますので、取組をより充実させている施設が増えているということが考えられます。一方で、依然として「機会なし」の施設の割合も一定数ありますので、今後、歯科口腔保健に取り組んでいない施設への対策の強化が求められるのではないかとのことです。2点目が、要介護者に対する歯科口腔保健についてです。定期的に歯科健診を行っていない理由として、職員の確保や時間の確保が難しいという理由が多いのですが、要介護者の歯科口腔保健というのも、食事や会話等、基礎的かつ重要な役割を果たしております。また、誤嚥性肺炎等の予防の観点からも重要であるということで、引き続き、その重要性の周知が必要なのではないかとのことです。3点目が、定期的に歯科検診又は歯科医療を受けることが困難な者に対して、現在の指標である入所施設での歯科健診の実施とともに、歯科保健指導等の実施も推進する必要があるということです。さらに、地域包括ケアシステムの構築・深化が求められる中で、定期的に歯科健診・歯科医療を受けることが困難な者においても、歯科保健医療を受けることができるよう、入所施設だけではなく、在宅で生活する者に対する状況の把握も含めた取組が必要ではないかとのことです。4点目の障害児・障害者・要介護者においては、う蝕等が進行すると歯科治療の困難性も高まるので、引き続き、一次予防・重症化予防が重要であるということです。最後ですが、こういった方々への歯科保健医療の提供体制は、必ずしも十分ではないと考えられることから、福祉関係者の歯科保健に関する意識の向上のための普及啓発や、歯科医師をはじめとした歯科医療従事者の人材育成等が求められるのではないかとのこと、今後の課題として示しております。

さらに、新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた今後の課題として、特に3点目の○については、入所施設においては新興感染症拡大下においては、外部者の施設内への訪問を制限することもあります。歯科医師等の入所施設への定期的な訪問が困難になった場合でも、入所施設の職員が継続的に歯科口腔保健に関する取組を行う場合の感染対策や、留意点等について検討・周知が必要ではないかとのことをお示ししております。事務局からは以上です。

○福田座長 ありがとうございます。定期的に歯科検診又は歯科医療を受けることが困難な者に対する歯科口腔保健における目標の評価については、37ページに2つの評価指

標があります。共に B*ということで、全体としても B*、改善はしているのですが、目標値までは達成できないのではないかという評価になっております。こちらも同じように、関連する取組を挙げていただいております。要因分析、今後の課題、それからコロナウイルス感染症への影響等を具体的に記載いただいております。皆様方から御意見はありませんか。質問等も含みます。どうぞよろしくお願いいたします。それでは羽鳥委員、お願いいたします。

○羽鳥委員 日本医師会の羽鳥です。根本的なところをお伺いします。目標値の設定ですが、23 ページの障害児の所では、目標値が 90%で、それに対して 28 ページの介護施設では 50%です。この目標値の設定の妥当性というのは、様々議論されたところなのだろうとは思いますが、目標値を低くすれば容易に達成するでしょうし、高くすれば達成しにくいと思うのです。何か根拠があれば教えていただきたいというのが 1 つです。

それから、今回は障害者と介護の話でしたけれども、アクセスのよさの評価の観点からは、医療資源の乏しい所、例えばへき地や離島等で、実際に定期的な歯科受診が困難な方々もいらっしゃると思うのです。それはどこかで評価されていたのでしょうか。というのは先日、愛媛県で講演をする機会があってお伺いしたときに、愛媛県と九州の大分県の間にある島々では宇和島の先の方の幾つかの島では、歯科を受診する機会が全くないというのです。漁師さんたちには、本当に歯が 1 本もない方がいらっしゃるということを、会場で手を挙げて保健師さんから質問を受けたのです。その辺の状況等、医療資源の乏しい所についての評価をどこかでしていたら、教えていただけたらと思います。以上です。

○福田座長 目標値の設定に関することと、地理的に受療困難といわれる方の評価はいかがかという御質問かと思えます。事務局、いかがでしょうか。

○奥田歯科保健課長補佐 事務局です。まず目標値設定の根拠と考え方です。平成 24 年に基本的事項を策定するに当たり、当時の専門委員会あるいはワーキンググループで御議論を頂きました。更に、その前に厚生労働科学研究においても御検討の上、御議論をさせていただいたわけです。目標値の考え方として、この分野に関しては既存の統計資料において、障害児者施設の歯科健診の実施状況や介護老人保健施設等での歯科健診の実施率というものはありませんでしたので、平成 23 年の厚生労働科学研究において調査を実施していただき、そこで得た現状値を踏まえて設定している目標値です。

2 点目のへき地等の歯科医療についての評価がなされているかということに関しては、基本的事項の中でなされているものではありません。

○羽鳥委員 分かりました。一つよろしいでしょうか。1 番目の質問で目標値の設定の仕方、例えば現状より 5%増だったら良いとか、現状より 50%増だったら良いとか、その辺の設定というのは、なかなか難しいのはよく分かるのですけれども、やはり公平であるという、ある意味、科学的な担保が欲しいと思いましたので、次の検討のときには、その辺もよろしくお願ひしたいと思いました。

2 番目についても了解です。実際に会場から質問を受けたことでもあるので、それも次

の検討のときによろしく願います。ありがとうございます。

○福田座長 宿題を頂いたような形になったかと思っております。三浦委員、どうぞ。

○三浦委員 目標値の設定の追加情報の提供でございます。障害児者・要介護高齢者に対するサービス提供体制に関する全国データがないところではございましたので、厚労科研の特別研究で調査を行っております。そのため、う蝕や歯周病等に比べて、経時的な変化が分からないところでの目標値設定であったため、目標値設定には非常に苦勞をいたしました。そのときに検討したスタンスは、最初から低い目標を狙うのではなく、先駆的に取り組んでいる自治体での実績値にできるだけ近づきたいということでございました。実際、障害児者の目標値に関して、少し高すぎるのではないかというコメントを頂いたこともあるのですけれども、先駆的な取組をしていた自治体のデータを基に、できる限りそのレベルに近づいていく方向性で、目標値設定の根拠といたしました。要介護高齢者も同様で、データの無いところではありましたが、最初から低きを狙うのではなく、非常によく取り組まれている所に近づくようにということで目標値設定をいたしました。

○福田座長 目標値設定の背景について、御説明を頂きました。水口委員、どうぞよろしく願います。

○水口委員 先ほどの羽鳥先生の御質問とも関連すると思うのです。いわゆる要介護施設の高齢者の口腔内という問題になっていると思うのですけれども、実際には在宅の問題、施設ではない人たちの口の中の問題というのが必要ではないかという気がいたします。今後、地域包括ケアシステム等で、在宅でいらっしゃる要介護の方々も多くなってくるのではないかと思いますので、その辺を御検討いただければというように考えております。以上です。

○福田座長 今後の課題の所でも若干触れているかと思いますが、在宅の高齢の方への今後の課題ということで承りました。他にありませんか。山下委員からお手が挙がっております。どうぞよろしく願います。

○山下委員 資料の 32 ページでお示しいただいている、介護施設における歯科保健医療機関との関わりです。協力歯科医療機関の有無としては、いずれも 90%と、かなり高い施設で歯科医療機関が協力機関として設定されています。一方で右側の資料を見ますと、入所者の口腔状態のアセスメント、歯科健診が 5 割前後です。せっかくこういった協力機関がありながら、十分に施設入居者のアセスメント等がなされていないという実態は、ちょっと掛け離れているのかなと思います。これは先日ご説明いただいたときに、インセンティブの違いがあるのではないかというのがありました。治療に関しては 90%以上されているのですけれども、アセスメントに関しても十分なインセンティブがあれば、健診等が充実できるのではないかという気がしております。以上です。

○福田座長 御意見を頂きました。三浦委員、よろしく願います。

○三浦委員 4 番目の今後の課題に、是非付け加えていただきたいところがあります。障害児者の問題と要介護高齢者の問題というのは、歯科単独ではできない要素が非常に大き

いところでは、行政におかれましても、部局間連携を図るという視点がとても重要です。中間評価が余り良くなかったということもあるのですが、中間評価以降、部局間連携をかなりの自治体が熱心にやっていたという所感を、私自身も持っています。したがって、更にこの領域の改善を図っていく上では、やはり地域歯科保健に一番密接に関わる行政の部局間連携をどこかに書き込んでいただくと、より良い今後の課題になるかと思えます。御検討ください。

○福田座長 ありがとうございます。芝田委員からお手が挙がっております。どうぞよろしく願いいたします。

○芝田委員 これまでの御意見にも出ておりますように、やはりベースライン値に比べて、目標値が非常に高いと感じました。今後、目標の妥当性については検討が必要だと思うのです。最終評価は令和元年度に調査をしていただいて、その後コロナになり、施設への介入が非常に困難になっておりますので、その後に調査したものがあれば、さらに減少しているのではないかと思います。今後は事業の継続ができるようにしていかなければいけないのだらうと思えますけれども、目標値まで高めるのであれば、やはり障害者や高齢者施設での定期的な歯科健診をするための制度を確立していかないと、困難ではないかと感じました。以上です。

○福田座長 やはり要因分析等にも関わってくるのかと思っております。吉田委員、よろしく願いいたします。

○吉田委員 私は1年間、障害者歯科に配属されておりました。歯科衛生士として関わりますと、一次予防、重症化予防に貢献できるということは実感しているところです。実は今、障害者歯科学会の先生から、障害者歯科に関わる歯科衛生士の確保が、なかなか難しいという御相談を受けております。確かに卒前教育で障害者歯科の実習を受けられる所はほとんどなく、大学附属の学校ぐらいしかありませんので、新人の歯科衛生士にはかなりハードルが高い分野かと思えます。一方で実際に障害者歯科に関わると、主体的に学ばれる歯科衛生士は多いように思えます。本会は障害者歯科学会と連携して、認定歯科衛生士制度を作っております。障害者歯科学会の認定歯科衛生士というのは、本会の学会連携の認定分野の中では、一番コンスタントに、継続して、認定を取ってくださっており、勉強される方が多いのです。

また、障害者歯科とか施設とか要介護という所は、歯科衛生士が必要で活躍できる所だと思うのです。しかし、常勤の募集になりますと、35歳まで、40歳までという年齢制限が、病院や行政やいろいろな施設でまだまだ多いです。女性の就業を推進しているという割には、そこがなかなか変わりません。35歳では子供がまだ小さいという状況でもありますので、介護施設や障害者施設、障害者歯科に歯科衛生士が常勤で入れるように、できるだけ間口を広げていただきたい。そういうことがあれば、復職の人たちも取り組んでいけるし、就職しやすくなると思えます。そういった所に歯科衛生士が入れば、歯科治療のニーズが発見できると思えます。歯科医師の先生方とどういった形にしる、必ずつないで

治療をお願いするという形になると思いますので、是非、そういった間口を広げる仕組みができるとういと考えております。以上です。

○福田座長 貴重な御意見をありがとうございました。施設での主要な担い手として、歯科衛生士に門戸を開いていきたいという思いがあるかと思ひます。他にありませんか。本日御欠席である小方委員から、少し御意見を頂いておひますので、御紹介いただけますか。

○小嶺歯科口腔保健推進室長 事務局です。小方委員からは、「障害者支援施設及び障害児入所施設、介護老人福祉施設及び介護老人保健施設での定期的な歯科検診の実施率の増加について」ということで、両方に関連してだと思ひますけれども、「最低でも年1回の歯科検診実施の義務化が望まれる。歯科医師又は歯科衛生士によるケアには限界があるため、施設職員への口腔ケアの指導・助言が重要になる」といった御意見を頂いておひます。以上です。

○福田座長 他にありませんか。先ほど三浦委員の方から、他部局連携で取り組むべき課題であるということをお伺ひしておひます。山本委員から手が挙がりましたね。どうぞよろしくお願ひいたします。

○山本委員 障害者・障害児の問題です。都道府県のデータと市区町村のデータを見ると、かなり数に開きがあると思ひます。都道府県の場合にはセンターが各県で比較的充実しておひますので、その職員なり歯科医師がアウトリーチのような形で、かなりやっっているという現状がありますけれども、その下の郡市区歯科医師会というレベルになると、そこには障害者のセンターを作りにくいという事情があるので、なかなか進まないというのが1点です。

それから、障害者・障害児がいる施設というのを、各地区の地元の歯科医師会の先生方がなかなか把握できないという現状がありますので、そういったところから始めていただいてやれば、もう少し広がっていくのではないかという感じがしています。以上です。

○福田座長 貴重な御意見かと思ひます。他にありませんか。先ほど言い掛けましたけれども、他部局間の連携等が非常に大切な分野だということをお伺ひしておひます。岡本委員は今回、健康増進課からの御参加です。この辺りで何か御意見がありましたら、是非お願ひします。

○岡本委員 行政だと正直なところ、例えば高齢者の部門とか障害者の部門、あと、児童福祉の関係だったり、どうしてもいろいろ縦割りで組織化されておひますので、それぞれのライフステージに応じた歯科保健のポピュレーションアプローチをやっっていくには、やはり他部署との連携というのが非常に大事になります。そういった意味では、なかなか難しいところはあるのですが、どこの組織でもその重要性はよく分かっているのです、どういった仕組みで連携していくのかというのは、工夫をしながらやっっているところかと考えておひます。以上です。

○福田座長 突然振って申し訳ございませんでした。他にありませんか。要因分析、課題等の意見は大體出尽くしましたか。それでは、次の目標へと移っていきたいと思ひます。

続いて、歯科口腔保健を推進するために必要な社会環境の整備における目標についての評価に移りたいと思います。事務局から、資料 1-2 及び 1-3 の同部分についての御説明をお願いいたします。

○奥田歯科保健課長補佐 事務局です。別表第 4、歯科口腔保健を推進するために必要な社会環境の整備における目標につきまして御説明いたします。この目標ですが、具体的指標が 4 つございます。このうち、評価案をお示ししているのが黄色に塗っている 3 つの具体的指標です。

1 つ目ですが、「3 歳児でう蝕がない者の割合が 80%以上である都道府県の増加」の評価です。こちらは、目標値 47 に対して最終評価時(令和元年)で 45 ということで、本指標は「現時点では目的値に達していないが、改善している」ということで「B」という判定をしています。参考となるデータですが、3 歳児でう蝕がない者の割合は、都道府県によって大きな差が見られないということ。そして、その経年推移を示していますが、いずれの県も、う蝕がない者の割合は増加しているということと、平成 27 年に比べて令和元年では都道府県間の差が小さくなっているのではないかとということ。一方で、もう少し小さい市区町村単位で 3 歳児のむし歯有病率を示している日本地図ですが、まだ都道府県の中でも有病率に差がある状況となっています。

次の指標、「12 歳児の 1 人平均う歯数が 1.0 歯未満である都道府県の増加」の評価ですが、こちらは目標値 47 に対して最終評価時 37 ということで、現時点では「目標値に達していないが、改善している」ということで「B」と判定しています。こちらも、都道府県別 12 歳児一人平均う歯数のデータで、都道府県によって差がある状況であること。さらに、う蝕がない者の割合を見ても、こちらも都道府県によって差があるような状況となっています。また、平成 21 年の 3 歳児と、令和元年の 12 歳児のう蝕がない者の割合を並べているグラフですが、多くの都道府県で 12 歳になると、う蝕がない者の割合が減少しています。その変化の状況というのは、都道府県によって差がある状況となっています。

最後の指標、「歯科口腔保健の推進に関する条例を制定している都道府県の増加」です。こちらは目標値 47 に対して最終評価時 46 ということで、本指標は「現時点では目標値に達していないが、改善している」ということで「B」と判定しています。歯科口腔保健に関する条例の制定状況ですが、令和 3 年 4 月 1 日現在で 46 都道府県、36 の保健所設置市・特別区で条例が制定されています。また、その割合というのも増加している状況です。実際に歯科口腔保健を推進するに当たっての計画、歯科口腔保健に関する基本的事項の策定状況を見てみると、令和 3 年 4 月 1 日現在で全ての都道府県、99 の保健所設置市・特別区において基本的事項が策定されており、都道府県では歯科単独で計画を作っています。保健所設置市・特別区では健康増進計画とともに策定されている割合が大きい状況となっています。市区町村における健康増進計画等における歯科口腔保健の目標として、こういった内容があるかという調査結果ですが、3 歳児でう蝕がない者の割合に関する目標が最

も多く、設定している市区町村が全体で 63.3%でした。

さらに、行政組織体制の面に関して口腔保健支援センターというものがあります。こちらは、歯科口腔保健の推進に関する法律の中でも位置付けられており、情報提供、研修の実施などを行う機関という行政組織で、歯科医師 2 名(1 名は歯科衛生士でも可)ということで、歯科の専門職を配置する場合に補助をしています。その口腔保健支援センターの設置状況ですが、令和 3 年 4 月 1 日現在、32 の都道府県、18 保健所設置市・特別区で口腔保健支援センターが設置されている状況となっていて、その割合も増加している状況です。口腔保健支援センターを設置していない所にその理由を尋ねますと、複数回答ですが、「予算の確保が困難」、あるいは「人員の確保が困難」といったような理由が多いという状況でした。

都道府県における歯科口腔保健に関する市区町村支援の実施状況ということで、都道府県の業務の中に市区町村の支援というものも考えられますが、それを行っている自治体が 76.6%ということ。そして市区町村支援の内容の 1 つとして、フッ化物洗口の導入支援であったり、フッ化物塗布導入支援などが考えられますが、フッ化物応用の導入支援の状況を見ますと、8 割以上の所でフッ化物洗口に関する導入支援を実施している状況でした。さらに、市区町村での集団でのフッ化物洗口の取組状況を見ますと、市区町村の 58.0%において小学校の全施設でフッ化物洗口を行っています。保育所等では市区町村の 45.5%において保育所の全施設で行っている状況でした。

これらを踏まえた目標の評価ですが、今回、評価できている具体的指標 4 つのうちの 3 つは、いずれも B 評価でした。

社会環境の整備における目標の関連する取組として、1 つ目の○ですが、都道府県等においては地域の実態把握を行い、計画を策定した上で歯科口腔保健の推進に関する取組を行っているということ。さらに、関係者への研修等を行っているということが挙げられます。

続きまして、各具体的指標の評価に係る要因分析及び目標全体の評価として、1 つ目の○です。「3 歳児でう蝕がない者の割合が 80%以上である都道府県の増加」の評価に関しては、B 評価でした。この要因として、各自治体において健康増進計画等で「3 歳児のう蝕有病率」に関する目標を設定している所も多く、これらの計画に基づいてフッ化物応用や保護者への歯科健指導等が行われたことが考えられるのではないかとということ。2 点目、「12 歳児の一人平均う歯数が 1.0 歯未満である都道府県の増加」の評価に関しても、B 評価でした。要因として、乳幼児期からの保護者の歯科保健に対する意識の高まりとともに、都道府県等による市町村に対するフッ化物応用の導入支援も多く行われており、学校における歯科保健指導、フッ化物応用を含めた学校保健の取組の効果が考えられるのではないかとということ。また、条例の制定に関しても B 評価で、現在、46 の自治体で制定されている状況となっています。

今後の課題です。1 つ目の○ですが、う蝕有病率の地域差について、都道府県間の差は

縮小している一方で、市町村間の差があることが指摘されています。このため、各都道府県等は、各種統計調査やNDBデータといったものも活用しながら、地域の現状把握・課題抽出を行った上で、地域の状況を踏まえた歯科保健医療施策・取組が求められるということ。さらに、厚生労働省には、都道府県等がデータに基づいた歯科保健医療の取組を行うことができるよう、必要なデータの提供やデータを活用するための研修等の実施が求められるということ。2点目、生涯を通じた歯科口腔保健の推進のためには、自治体における歯科疾患の予防や重症化予防の取組に加え、それらと連携した歯科医療機関における適切な歯科医療の提供を含む口腔健康管理等が重要となりますので、各地域の状況を踏まえた歯科保健医療提供体制の構築が求められるということ。また、厚生労働省及び各自治体においては、関係部局と連携した施策・取組の推進が求められるのではないかとということ。3点目、都道府県等における歯科保健業務につきまして、平成9年に「都道府県及び市町村における歯科保健業務指針」が示されていますが、「歯科口腔保健の推進に関する法律」の公布・施行後も見直しが行われておらず、また近年の地域保健に関連する法令改正等の内容が反映されていませんので、現状を踏まえて見直しが必要ではないかとということ。4点目、上記のように各種統計調査等を活用した現状把握・課題抽出や取組の企画立案、関係部局との連携等多岐に渡る知識が求められることから、歯科専門職以外の職員も含め、自治体において歯科保健医療に関する業務に従事する者の人材育成が求められることを、課題としてお示ししています。

最後に、新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた今後の課題として、2つ目の○ですが、新興感染症拡大下においても、健康で質の高い生活を営む上で歯・口腔の保持・増進を図ることは重要であることから、歯科保健医療が安定して提供されるように、各自治体において歯科保健医療提供体制の構築に向けた協議検討が求められることを、お示ししています。

資料1-3について、説明の最初から各目標ごとに説明することを失念してしまし、申し訳ありません。資料1-3に各目標ごとの評価の案と、その評価に至った統計学的な分析も含めた分析をお示ししています。以上です。

○福田座長 ありがとうございます。歯科口腔保健を推進するために必要な社会環境の整備における目標ということで、具体的な指標が4つ挙げられており、そのうち3つが全てBということで、全体もBという形になっています。1点目の「過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加」の評価がなかった理由を、追加でお願いできますか。

○奥田歯科保健課長補佐 失礼しました。事務局です。過去1年間に歯科検診を受診した者の割合ですが、こちらは国民健康栄養調査の質問項目の中からデータを取っています。ただ、令和2年度の国民健康栄養調査が新型コロナウイルス感染拡大の影響を踏まえ、その部分に関しては中止となっていて、現時点で直近の値を把握することができませんでしたので、今回、評価案にお示しすることができておらず、現在、評価するための参考となる調査や指標について検討している状況です。

○福田座長 評価となる指標が得られなかったということで、ここは空白になっているという話です。それでは御意見を頂きます。羽鳥委員、よろしくお願いいたします。

○羽鳥委員 日本医師会の羽鳥です。43 ページ目の今の具体的指標ですが、②③の 3 歳児でう歯がない者 80%、12 歳児でう歯が 1.0 歯未満と。これは先ほども言いましたが、同じ指標であれば分かりやすいのですけれども、例えば 12 歳児でう蝕がない者の割合の都道府県ということであれば確認しようがあるかなというふうに思いますが、なぜここを変えてしまうのかなという気がします。例えば、51 ページ目の 3 歳児、12 歳児のう蝕がない者の割合が都道府県別で出ています。こういう表であると非常に分かりやすいと思います。それが 1 点です。

2 点目、今の 51 ページ目の表で言うと、例えば新潟県と山形県では 12 歳の方が、むしろう蝕がない割合が増えているということ。それはすばらしいと思いますが、その一方、福井県、沖縄県、栃木県、群馬県等、幾つか 12 歳児が非常に悪くなっている所もあると思うので、こういうところの差は何か。例えばフッ素の割合ということなのか。あるいは検診、歯科医師の数のバランスが良くないのか、その辺についてどんな考察をされているのかを教えていただきたいのが 2 点目です。

3 点目、53 ページ目の歯科口腔保健推進の条例を制定している都道府県ということで、東京都だけ抜けているのですが、この東京都がやらない理由は何なのか。あるいは特別区は区ごとにやっているのか。東京といっても例えば島しょ部もありますし、日の出村ヒノデムラもありますので全体での計画がないことが許されるのか。その 3 点を教えていただきたいと思います。以上です。

○福田座長 3 点ほど頂きました。事務局で回答できるところ、よろしくお願いいたします。

○奥田歯科保健課長補佐 事務局です。3 歳児と 12 歳児でう蝕がない者の割合と、一人平均う歯数が 1.0 未満であるということで目標値の設定の違いですが、こちらも先ほどの目標と同様のプロセス、つまり厚生労働科学研究で検討いただいた上で、歯科口腔保健の推進に関する専門委員会あるいはワーキンググループで御議論いただいております。その目標値の考え方ですが、まず、12 歳児の方を一人平均う歯数としている理由ですけれども、一人平均むし歯数というのが一人当たりの平均の未治療のう歯、それから、う蝕によって失った歯、治療済みのう歯の合計ということで、この 12 歳児の一人平均むし歯数というのが WHO においても国際間の比較の尺度として用いられていることから、学齢期のう蝕の地域格差の減少を見る上で最も適したものではないかという議論の中で、こういった目標が設定されています。

続きまして、51 ページの差につきまして、3 歳児と 12 歳児のう蝕がない者の割合の都道府県間の差ですが、明確にこれによるのではないかというところを十分に考察できているものではなく、この辺りは御専門の先生方からの御意見も伺いながら考察を深めてまいりたいと考えています。最後の条例に関して少々お待ちください。

○小嶺歯科口腔保健推進室長 事務局です。最後の御質問、なぜ東京都が条例を定めてい

ないのかということですのでけれども、この件に関して、直接、東京都の公式なご意見は聞いていませんので、担当者レベルで聞いているお話ということで今回は御了承いただければと思います。東京都については、歯科口腔保健に関する目標というのを、この歯科口腔保健の推進に関する法律ができる前から、都としては目標を立ててやってきたということがあり、法律ができたから条例を改めて基本的事項を制定するのではなく、従来から進めていると考えていると伺っています。また、羽鳥委員御指摘のように特別区があったり島しょ部があったりということで、一律に目標値を都として定めることが難しいということもあるかもしれません次期の計画の議論の際に、必要に応じて東京都に御意見を伺いたいと思います。以上になります。

○羽鳥委員 ありがとうございます。

○福田座長 小松原委員から手が挙がっています。よろしく願いいたします。

○小松原委員 小松原です。今の羽鳥先生の御発言に通ずる部分がございます、資料の51ページの所です。私もこの資料をすごく興味深く拝見してまして、新潟県であったり秋田県、山形県というのは12歳児のう蝕がない者の割合が増加しているところが、すばらしいと思っています。63ページの要因分析では、学校保健の取組の効果等が考えられると事務局でまとめていただいておりますが、もし学校保健の取組が考えられるのであれば、そういう好事例を他の都道府県にも横展開するような仕組みが考えられないのかと思っています。

もう1つ教えていただきたいのは、12歳のときにこれだけ良好な成績を残した県が、成人期や高齢期になったときに、それが維持できているのか否か。もしそれが維持できているのであれば、学校保健の取組のみならず地域の取組の効果になるのかなと思っていますし、逆に、それが他の都道府県の平均と変わらず悪化しているということであれば、そこは学校教育というのがすごく効いているのではないかという、評価もできるのではないかと思いますので、少しそこら辺も教えていただきたいと思います。

○福田座長 事務局で分かる範囲で、よろしいでしょうか。

○奥田歯科保健課長補佐 事務局です。都道府県の成人期、高齢期で、こういった12歳児の状況が維持できているかということに関してですが、成人の歯科検診、健康状態の実態把握しているデータで、都道府県別に示している、あるいは十分な客対数のもとで示されているデータがありませんで、現状で比較できるものがなく比較したデータもないという状況です。

○福田座長 分析のアイデアとして非常によろしいのかなと思いますが、今のところ現状値というか県別の現状値がなかなか把握できず、そのところまで踏み込めないところがあるかと思っています。確かに、51ページに関しては様々な考察もできるかと思っています。また、こういうところについて考察ができるという大学の先生方がおられたら、追加で御発言いただければと思っています。先に山下委員から手が挙がっていました。よろしく願いいたします。

○山下委員 山下です。事務局から都道府県の格差が減少してきているというお話ですが、ちょうど今、羽鳥先生や小松原さんからの御指摘のように、特に 51 ページ等ではかなり都道府県差が大きいと思います。私は福岡にいますけれども、福岡県は決して良好ではないのです。淡々とこういう地域差がありますねという図表を見せても、地域の行政関係者の方々あるいは学校保健、歯科医会の先生方も、あまり積極的に、例えば学校におけるフッ化物洗口等に取り組んでいただけないのです。そういうことを考えますと、こういう事実から各都道府県が今後の改善方策というか、そういったものを出してくださいということを厚労省辺りから求めていただければ、もう少しいろいろなことを地域でも考えていただけないか。ただ結果だけを淡々とお示しするのではなく、この結果について各地域はどう考えるのかと。そういったことを考えるひとつのきっかけにいただければと思います。以上です。

○福田座長 考察はなかなか難しいですけれども、地域からの御意見を頂くことも非常に大切なことかと思えます。ありがとうございました。三浦委員、よろしく願いいたします。

○三浦委員 評価の仕方について是非、御検討していただきたいことがございます。別表第 4 の部分とで挙げられた諸項目については、目標値を中間評価の段階で引き上げたものがほとんどです。ベースラインから考えると、実は全部目標を達しているという項目が並んでいます。中間評価の段階で目標をクリアしてしまったので、さらに高みを目指すべきではないかという意見を元に、PDCA サイクルを回して、より上を目指すために目標値を引き上げました。その引き上げた後の目標値との関連性において B 評価ということになっているところですが、元々のベースラインから考えた評価も何らかの形で並記する必要があるのではないかと思います。というのは、この分野は各地の歯科保健関係者が努力を重ねて改善を図っていたというところで、その改善を図った結果をきっちり残すべきではないかと思えます。この辺りをご検討いただくと現場のモチベーションも保てると思いますので、よろしく願いします。

○福田座長 他にございませんか。今回、欠席されている小方先生からも御意見を頂いていますので、お願いいたします。

○小嶺歯科口腔保健推進室長 事務局です。小方委員の御意見を御紹介させていただきます。「社会環境の整備に関しましては、う蝕については改善傾向にあると思われるが、12 歳児の一人平均むし歯数が都道府県によって差があることが問題であるため、格差解消が重要である。また、歯肉炎、歯周炎の予防が重要である」といった御意見を頂いています。以上です。

○福田座長 ありがとうございます。やはり地域の格差についての御指摘いただいています。他にございませんか。山本委員から手が挙がっています。よろしく願いいたします。

○山本委員 58 ページとか 57 ページを見てもみますと、口腔保健支援センターを設置して

いない理由というのが載っていますが、この中で保健所設置市あるいは特別区といった所で設置していない所が非常に多くなっています。その原因として予算の確保とか人員の確保ということがあるので、都道府県よりも、こうした市とか特別区といった所に今後は予算を振り分けていかなければいけないのではないかという気がしますので、よろしく願いしたいと思います。以上です。

○福田座長 御意見、ありがとうございます。吉田委員から手が挙がっています。よろしく願いいたします。

○吉田委員 64 ページに、統計調査等を活用し、活用できる人材が必要ということで人材育成が求められるとあります。例えば行政の歯科衛生士の募集条件は、3 年制以上の養成機関、専門学校を含んで対象にしていますけれども、専門学校で統計を深く学んでという所は恐らく少ないと思います。一方、今は大学の数が増えていて 10 校以上ありますので、大学の方は疫学調査だったり社会調査だったり、あるいは卒業研究だったり学んでいるかと思います。また、マスターを出たりドクターを出たりする者も出てきていますから、採用時に既にベースのある人たちを採用した方が、人材としては育成をするにしても何をするにしても効率的であると思いますので、今後、行政の職員を採るとき際には、先ほどは間口を広くと言いましたが、この場合は間口を狭くしていただいて、資質がある人材を採用していただくようお願いしたいと思います。

○福田座長 他にございませんか。こちらの指標に関しましては地域間格差等々が目標になっているわけですが、行政の立場から岡本委員あるいは芝田委員、何かコメントを頂ければと思います。いかがでしょうか。岡本委員、よろしく願いいたします。

○岡本委員 名古屋市の岡本です。よろしく願いします。各先生方からもお話がありましたけれども、どうしても県とか、県だけでなくそれぞれの市町村の中でも差があるなどというのは、改めてこの資料を見ながら思ったところですが、先生方の意見もありましたように評価の中にも書いてありましたが、学校保健での取組に効果があったと書いていただいていますけれども、正直なところ行政の中で、先ほどの連携ではないですが、学校保健と連携していくのはなかなか難しい部分もいっぱいあって、具体的にどんな取組でどんな効果があったのかという辺りまで、もう少し突っ込んで評価していただき、記載をしていただくなりお示ししていただけると、そういったものを参考にこういう効果を上げている所があるから、うちでもやってみようかという働き掛けもできるのかなと思いますので、そんなところも是非、お願いしたいなと思うところです。

あと、歯科口腔保健に関する条例の策定状況についてですが、本市でも平成 25 年に議員提案の条例が制定され、それに基づいて推進をしているところです。やはりこういった条例があると他部署との連携も非常にやりやすくなるということで、令和 2 年には内容の見直しをして改正もしているのですが、それぞれの所で条例を制定しているだけでなく、具体的にそれに基づいてどんな取組をしてらっしゃるのか、それによって何が変わってきたのかみたいなどころも少し見えてくるようになると、より取り組みやすいのではないかと

と思います。

それと、行政ですので、どうしても厚労省に示していただく業務指針といったものに基づいて動くというか、それを基にやっていくというところがあります。この中にも書いてくださっていますが、是非、そういったところの見直しも重要なかなと思いますので、そちらもお願いできたらと思うところです。以上です。

○福田座長 ありがとうございます。事務局から業務指針等の見直しについて、もし御意見があればお願いします。

○小嶺歯科口腔保健推進室長 事務局です。業務指針の見直しに関しては、今、委託事業の中で議論をしまして、今、御意見を頂いたような内容も重要であるということは、いろいろ御意見を頂いているところですので、これから検討していきたいと思います。ありがとうございます。

○福田座長 事務局からも御意見を頂きました。芝田委員、よろしくお願ひいたします。

○芝田委員 三重県でも口腔保健支援センターを設置しまして、歯科医師、歯科衛生士で対応しているところです。口腔保健支援センターのセンター長というのは、歯科医療職の方が多いと思いますけれども、三重県の場合はセンター長を部長としてしまして、医療保健部全体で口腔保健支援センターを支えていくということと、多職種と一緒にやっていくことを意識しながらやっているところです。歯科保健の条例につきましても、制定から8年たちまして、昨年、見直しをしたところです。最初の頃は施設での歯科検診の充実とか、う蝕の予防というところでしたけれども、条例ができたことによって予算も付きやすくなりましたし、他職種と協力して歯科保健を進めることができました。昨年、条例を見直したときには、医科歯科連携の充実というところであったり、医療的ケア児をどうしていくかということも条例に書き込むことができましたし、スポーツ歯科や企業での検診、あと地域包括ケアシステムにおける歯科保健なども書き込むことができましたので、条例というのは自治体が歯科保健活動を進めるにあたってとても大事だと感じています。国の動きがもう少し迅速に都道府県に伝わると、予算にも反映しやすいかと思いますので、歯科保健課からの情報もなるべく回していただくと有り難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。条例も各自治体で改定がすすみ、中身も相当工夫されておられます。量から質へと変わっていると私は認識しています。他にございませんか。それでは、事務局から補足意見があるそうですので、よろしくお願ひいたします。

○小嶺歯科口腔保健推進室長 事務局です。先ほど小松原委員から頂きました12歳児のう蝕の改善の取組をしている所で、成人期になってからのデータはどうかというお話があり、事務局から、今のところデータはないということでお答えさせていただきました。県全体のデータとか大きなデータはないのですが、古くからフッ化物洗口に取り組んでいた新潟県弥彦村という所があります。小さいデータにはなりますが、弥彦村の方たちの成人期のデータがどうかというのを、一昨年、当課で口腔衛生学会にお願いして調

査してしまして、その結果を見ると、幼稚園とか学校で集団フッ化物洗口を行った方たちというのは、成人期においても、う蝕経験の低下を実現していたという記載があります。簡単な御紹介になりますが、報告書は厚生労働省のホームページに掲載していて情報提供もさせていただきますので、もし時間があれば御覧いただければと思います。事務局からは以上です。

○福田座長 補足の説明、ありがとうございます。ほかにございせんか。それでは、申し訳ないですが、資料 1-3 で少し説明できなかつた所があつたかと思ひます。簡単で結構ですので、見方やポイントだけ御説明いただければと思ひます。よろしくお願ひいたします。

○奥田歯科保健課長補佐 事務局です。資料 1-3 の説明を失念して申し訳ありませんでした。資料 1-3 ですが、目標、それぞれの具体的指標のベースライン、中間評価値、直近値、目標値の値と、中段の上のほうですが、その算出方法、さらに、それを基にした評価というのを右の欄に書いています。その評価に当たつての分析というのを、その下の中段以降でしてしています。目標値に対して直近値がどうか、直近値とベースラインの値を比較してどうか、そのベースラインとの比較に関して、検定をかけることができるものに関しては検定をかけて評価してしています。その分析に基づく評価を一番最後の行で書いてしまして、その結果を評価の右上の評価の所に記載してしています。目標全体の評価が出せるものについては青の字で目標全体の評価を記載しているものです。事務局からは以上です。

○福田座長 ありがとうございます。資料 1-3 は、小さい数字が並んでいますが、こちらに関して何か質問等はございせんか。私から 1 ついいですか。3 枚目の総合評価の所が空白ですけれども、ここは今後、どのような形になっていきますでしょうか。

○奥田歯科保健課長補佐 事務局です。総合評価の所は空欄となっています。①の過去 1 年間に歯科検診を受診した者の割合というのが、まだ直近値が出ておらず、こちらの評価ができていませんので、総合評価は空欄となっています。総合評価は、具体的指標の評価がそろいましたら、参考資料 1-3 にある最終評価の方法に基づき、A は 5 点、B は 4 点など各具体的指標の評価の点数に基づいて総合評価を出す予定です。次回以降の専門委員会におきまして案をお示ししたいと思ひます。

○福田座長 資料 1-3、よろしいでしょうか。今日は 3 つの目標分野の評価を頂いています。全体を通じまして御意見等何かございせんか。あれば承りますが、いかがでしょうか。よろしいですか。ありがとうございます。それでは、時間は早いですが、今日はこの辺りで本日の議論を終了させていただきたいと思ひます。御議論いただきまして誠にありがとうございます。最後に、今後のスケジュール等について事務局からお願ひいたします。

○大坪歯科口腔保健推進室長補佐 本日は御審議、ありがとうございます。次回の専門委員会の開催日程につきましては改めて御連絡をさせていただきます。以上です。

○福田座長 では、本日はこれにて閉会といたします。ありがとうございます。