

平成 29 年度 第 2 回滋賀県生涯歯科保健推進協議会議事概要

日 時：平成 29 年 10 月 19 日（木）18:00～20:00

場 所：滋賀県庁北新館 5-A 会議室

出席委員：佐藤委員（会長）、大西委員、井口委員、谷委員、木村委員、
山口（豊）委員、日野委員（副会長）、小澤委員、上原委員
北出委員、山口（久）委員、荒木委員

欠席委員：堀井委員、嶋林委員

事務局：健康寿命推進課 北川課長、井下主席参事
健康医療福祉部担当職員

会議内容

議題

- 1 次期滋賀県歯科保健計画の骨子について
- 2 次期滋賀県歯科保健計画の素案について
- 3 その他

議事概要

◆開会

◆あいさつ 北川健康寿命推進課長

8月24日の第1回目の協議会后、2回の作業部会を開催させていただき、たくさんの意見を頂戴した。これまでにいただいた意見を参考にしながら、素案を提示させていただく。方向性に大きな変更はないものの、文言の加筆修正を通じて、5年間の社会状況の変化を感じた。特に、在宅歯科医療分野や、多職種連携分野の状況の発展は、ひとえに、皆様の活動の賜物と、改めて感謝申し上げる。これから計画(案)の作成に向けてラストスパートに入るので、引き続きよろしくお願ひしたい。

◆議事（議事進行：会長）

1 次期滋賀県歯科保健計画の骨子について

事務局 **資料1**により、次期滋賀県歯科保健計画の骨子について説明。

- ・ 基本理念である「県民一人ひとりが輝ける健やかな滋賀の実現」は、今年度改定作業中の、健康医療福祉部所管のすべての計画で統一。
- ・ 現行計画の3章構成から5章構成に変更。
- ・ 基本方針に含まれていた「取組の視点」を「評価の視点」に表現を変えて、第5章に移動
- ・ 第3章施策の展開の中に、「歯科口腔保健対策と健康寿命推進」「健康格差対策」「地域包括ケア」「誤嚥性肺炎予防」を盛り込む。

会長 **資料1**の第3章の成人期の中に、「6024」という言葉が出てきている。「8020」はイメージができていると思うが、「6024」はあまり一般的ではないと思われる。突然、目標に入れるのはいかがなものかと思うがいかがか。

事務局 現行計画においては、「60歳代で24本以上の歯がある人の割合」を目標項目として挙げている。国においては「60歳で24本以上の歯がある人の割合」を目標項目としており、県の目標項目も国に合わせた形。計算方法も、国と同じ、55歳から64歳で24本以上の歯を持っている人の割合とするので、現行の測定方法から変わる。「6024」という表現については、突飛な印象を与えることは十分あり得るので、分かりやすい表現に変更を検討する。

委員 文言について、「8020（6024）達成」とすると、個人単位では100%達成したということ。「8020（6024）達成の推進」だと、意味が二重になるのではないか。「8020（6024）の推進」ではないか。

目標値について、達成目標と、手段としてのプロセスの目標を分けてはどうか。

事務局 意図していることは、「80（60）歳で20（24）本の歯を残す人を増やす」ということ。表現方法を検討させていただく。

達成目標とプロセスの目標については、本文中では分けて記載している。

資料1については、本日の説明用であるが、今後、概要版を作成する際等、

達成目標とプロセス目標、または経過目標は分かるように記載を検討する。

会長 先ほど、6024 達成者の割合の計算方法について言及があったが、8020 についても同様か。

事務局 8020 達成者の割合の計算方法も同様。75 歳から 84 歳で 20 本以上の歯を持つ人の割合である。

事務局 国における 8020 達成者の割合の計算方法も、H28 の歯科疾患実態調査から変更があった。前回までは、75 歳から 79 歳で 20 本以上の歯を持つ人の割合と 80 歳から 84 歳で 20 本以上の歯を持つ人の割合の単純平均だった。国において計算方法を変えて、過去の数値も新しい計算方法で修正している。

委員 加重平均ではないのか。

事務局 そうではない。

委員 年齢人口分布が違う都道府県の比較は困難になるのではないか。

事務局 現状は、そのとおり。

新しい計算方法を用いると、我が国の 8020 達成者の割合は、H17 年で 25%、H23 で 40.2%、H28 で 51.2%となる。ただし、歯科疾患実態調査の数値は、わざわざ自分の足で口腔内審査の会場まで来られる人しか調査できない。寝たきりの方や入院している方は計算から外れている。滋賀県においては、家族全員の歯の本数を聞いているので、家族が寝たきりであっても、数値が報告される。そのため、歯科疾患実態調査より 8020 達成者の割合は低くなる。

会長 国に比べて、滋賀県の数値が悪いことが気になっており、他の会議でも言及したことがあったが、説明を聞いて納得ができた。

乳幼児・学齢期に地域格差対策とあるが、歯科健診の場では、多数のむし歯を持つ児のことが、度々話題となる。格差と呼ぶのかどうかはわからないが、このことは骨子では触れていないが良いのか。

事務局 **資料 1**に示している項目は、本文中からいくつかピックアップして記載したもの。指摘の多数のむし歯を持つ子どもの存在についても、格差という言葉は用いていないが、本文中には記載している。

2 次期滋賀県歯科保健計画の素案について

事務局 **資料 2**により、改定計画の骨子（案）について説明。

- ・ 現行計画から追加、変更した部分を下線にて提示し、口頭で説明。
- ・ 第 3 章 施策の展開において、掲載するデータは、原則、目標項目についてのみ。必要に応じて、目標項目と関係が深いものを掲載しており、データの種類は、現行計画よりも絞られたものになる。
- ・ 現行計画の基本方針に記載していた 3 つの取組視点については、評価項目の分類に使用するもののため、次期計画では第 5 章に記載（移動）。

委員 格差については、集団を捉えることになるが、現状で確認できる格差は、地域格差のみとの説明だった。格差を解消することによって、全体のレベルを上げることを目指すわけだが、そのためには状況の悪い集団に対して対策

を行わなければならない。まずは状況の悪い地域を特定し、特定した地域に対して対策を行わなければ、格差の解消にはつながらない。

事務局 格差対策の方法としては、状況の悪い特定集団に限定して対策を行う方法だけではなく、一部のハイリスク集団に限らず、すべての集団に対して対策を行うポピュレーションアプローチという方法もあると考えている。

委員 状況の悪い集団に限らずに対策を行うということはよいが、基本的には、「健康格差対策」と限定した場合の対策は、状況の悪い集団に対するアプローチである。この観点で言えば、現状の素案は、「健康格差対策」の手法になっていないと感じる。「健康格差対策」として記載するなら、そう書くべき。

個人の差は格差とは言わない。

経済格差が健康格差の要因であることが確認できれば、経済状況が悪い集団への対策が疾病予防には役に立つ。経済状況が悪い集団への対策が必要かと思う。

成人期の目標項目に「60歳で24本以上の歯を持つ人の割合」があって、10%程度、値を上げなくてはいけない。そのために取り組むことがいろいろ記載されているが、現状の60%を目標の70%にするために、どのような対策を、どれだけ積み上げるのかという具体的な数字のプロセスが見えない。例えば、喫煙対策であれば、禁煙で歯周病がこれだけ減って、その結果、喪失歯がこれだけ減って、60歳で24本以上の歯を持つ人の割合が何%上昇する、ということを書かなくては、それぞれの取組に対するモチベーションにつながらない。どれだけ頑張っても良いのか分からない。ある程度数字の読みが必要だと思うので、計算ができ、詰められるところは詰めてもらった方が、取り組む側もがんばることができる。

職域の分野の記載で、「啓発方法を検討します。」だと、検討で終わってしまう。何かを「確立します。」や、計画終期の6年目にはある形を確実に「作ります。」と書かないのならば、計画としては書かない方がまし。

なんでも噛んでも食べられるというのは、氷とスルメが噛めるくらい思っているのか。つまり、具体的に書いたほうが分かりやすいのではないか。

訪問歯科診療普及の取組については、必要な取組ではあると思うが、この取組は、8020達成には貢献しないのではないか。挙げなくてはならない項目なのかもしれないが、人口減少で国力が低下し、社会保障費の問題が叫ばれている今のタイミングで、選択と集中という考えが必要だと思う。現状では、重点目標がない。重点目標を設けると、重点目標項目に入らなかった人からの非難は避けられないが、これをやらなければ、今後、今以上に大変な状況になる。それを考えると、個人的には重点課題を若者に据えるべきだと思う。

障害者の健診率については、将来の医療費削減につながると考えられるので大事だと感じる。

糖尿病対策における重症化予防の取組の話を書くことがあり、介入時期を遅らせたら、寿命が延びるのかと聞くと、他の原因で死亡するので寿命は延びないとのことだった。そうすると、トータルの医療費が削減されるとのことだったので、その話は納得した。最終的に医療費削減に効果があるかどうかで、取組の是非を判断すること。みんな健康になるのは良いことだが、限られた資源の中で、どこまで資金を投入できるかを考えなくてはならない。優先順位をつけるようなことはやっていかないとはいけないと思う。

事務局 いただいた意見すべてに対して、この場で回答し、すぐに対応できることではないが、発言の中から課題となることを整理し、対応できることから取り組みたいと考える。とりわけ、重点課題、優先順位の取り入れという考えはこれまでになかった視点だと感じた。理屈に合ったストーリーのある計画にできるならば、それは良いことだと思う。

委員 地域格差を確認した場合、例えば特定の地域が悪い状況だと分かった場合、権限上、特定地域の自治体に対して、県として取り組むことはできるのか。指摘、指導ができるのか。地方自治の考え方の上で、現状のような（県から特定の地域に対する具体的な指導や介入を実施するとは書いていない）記載になっているのかと感じた。制度上、市町等自治体に働きかけができるのであれば行ったほうがよい。その他、県全体で取り組む余地がありそうな健康格差の社会的背景では、経済格差がありうると思う。取り組めることは取り組んだ方がよい。

23 ページの「歯科保健」と「歯科口腔保健」が混在している。意味があるのなら良いが、意味がないのなら統一すべき。

「全国健康保険協会」、「健康保険組合」、「産業保健総合センター」とあるが、滋賀支部や滋賀県とはあえてつけていないのか。場合によっては、協会けんぽ京都支部と連携すること等、県外の組織との協力を想定しているのであればこれでよい。この場合、後に記載されている「滋賀県産業保健総合支援センター」の「滋賀県」は要らないのではないか。なお、正式には「滋賀産業保健総合支援センター」であり、「県」は入らない。

「労働監督署」は誤り。「労働基準監督署」が正しいが、記載は「労働局」としたほうがよい。

先に委員が指摘した通り、語尾は「検討します。」で終わるのではなく、「検討し、実行します。」や、「検討した結果に基づき実施します。」としてはどうか。

第4章 それぞれの役割 に記載されていない関係機関、関係者が計画本文の中に出ているのはどういう理由か。理由があるのならそれでよい。

「関係者」と「関係機関」の使い分けについて、行政組織や団体は「関係機関」がよい。医師や歯科医師などの個人であれば「関係者」が適当であろう。

事務局 委員指摘の事項についても、この場で回答できること、できないことがあるが、まずは、文言について、本日の資料では、体裁の整理が行き届いておらず、表現が混在している箇所が多々あり、必ずしも意図は介在していない。ただし、今後、体裁を整える中で、意図をもって文言を使い分けることはありうるので、その際は誤解の無いよう、意図が伝わるよう注意する。

地域格差に対する指導等については、現行計画にも二次保健医療圏域の地域差が記載してあることだが、指導という形での取組は行っていない。

委員 それは実施可能だが、実施していないのか。実施不可能なのか。

事務局 市町と県との地方自治の関係上、上下関係にはないので、何らかの取り組みの実施を指導することは基本的にはできない。ただし、課題の伝え方の問題だと考えている。

事務局 歯科口腔保健の分野で地域格差を把握できるのは、中学校世代まで。それ以降はできていない。来年度以降は、特定健診の質問項目から、「何でも噛んで食べることができるかどうか」の市町ごとの成人データが把握できる。

委員 発言は、市町に対して直接的な指導を行うことまで言及すべきとの意図ではなく、組織上の実態をふまえて取り組めば良いとの意図である。

事務局 県は、健康格差を視覚化させて、市町の努力を促すところまでと考えている。

委員 14 ページの不正咬合について、歯科医師に伺いたい。不正咬合の判定基準が設けられたということであり、次期計画では積極的に取り組んでもらいたいところだが、次期計画の6年間では、「不正咬合の正確な状況把握を目指します。」くらいにしか到達できないものなのか。

委員 3 歳児健診時の診査項目なので、集計すれば数値を出すことはできる。

事務局 「目指す。」とした意図について、これまでなかった判定基準を、乳幼児歯科健診に携わるすべての歯科医師に知ってもらうのに時間がかかるだろうという予想が一つある。歯科医師によっては、毎年乳幼児歯科健診に協力しているわけではない。不正咬合と判定された人数は今も出ているが、出てきた数字が新しい基準で判定した不正咬合の数なのかどうかは分からない。そのため、「目指す。」こととした。

委員 ということは、研修会の実施などプロセス目標が必要。

事務局 さらに、各歯科医師が、本判定基準を知っているかどうか、遵守しているかどうか、聞いていかななくてはならない。

委員 県全体の方針も背景にあると予想されるが、計画の全体に、「地域包括ケア」、「多職種連携」という言葉を盛り込もうという意図がくみ取れる。しかし、その割には、専門職だけの連携という色が強く感じる。例えば、現在、介護保険サービス事業所においては、介護職員に対して、口腔内のアセスメント方法を教える取組を行っているにもかかわらず、本素案では口腔のアセスメントは歯科専門職にしかできないとの記載がある。診療報酬上のアセス

メントを指しているのかもしれないが、看護師、訪看、ケアマネジャー、ヘルパー等々との連携について書きこまれていないので、検討を願う。

委員 36 ページの記載について、口腔衛生センターの受診者数の増加を背景に書かれた文章だと思うが、連携不足が原因で患者が増えているようにも読める。障害者（児）の絶対数が増えれば、患者も増える。増えた患者をどこで吸収するか、どのように考えているのか。連携不足や、地域の歯科診療所でのケアがうまくいっていないから、口腔衛生センターの患者が増えているととらえているのか。

事務局 要因と現状を 1 対 1 ではとらえていない。連携が不十分だから受診待ちが増えているとはとらえていない。地域の歯科診療所での受診や、口腔衛生センターと地域の歯科診療所との連携も進んでいる状況を踏まえたうえで、患者の増加と均衡がとれていないと捉えている。素案の表現が 1 対 1 の原因と結果としてとらえているように読めるとのことなので、誤解の無いように表現を見直す。

委員 37 ページの最後の 1 文は必要か。追加した意味はあるのか。

事務局 ネットワーク自体は障害者（児）が歯科保健医療サービスを受けるため、適切な場所に患者が行くことができるということ。しかし、ネットワークの中で、望んだ治療を受けられなかったり、実施できなかったり、あるいは診療内容に限らず、必要な情報を獲得できなかったり等の事例もあるので、ネットワークの中身で、内容を充実させる検討が必要だろうという意図で追加した。

委員 作業部会でそのような議論があったので、追加したのだと思われるが、計画に書くべきことなのかは疑問。

事務局 「ネットワークの構築。」までとさせてもらう。内容の検討はもちろん必要だが、それは、個別の施策、事業の中での話とする。

事務局 滋賀県歯科医師会に伺いたい。県が設定した訪問歯科診療実施歯科医療機関の目標値 30%について、どのように考えているか。滋賀県歯科医師会としては 23%を目標としていると聞いている。

委員 23%は、歯科医師会が H24 に作成した H29 年度達成目標値。現状 21%前後を推移している。30%というと 3 軒に 1 軒程度だが、現実的には 4 軒に 1 軒、25%だと考えている。実数としての限界であり、たどりつける現実的な数字だと感じているが、最終は県で決めてもらえばよい。

委員 訪問歯科診療実施歯科医療機関が思ったように増えない理由の一つとして、歯科衛生士が足りないということがある。在宅療養支援歯科診療についても常勤歯科衛生士が 1 人以上在籍していることが要件の一つだが、6 割近くの歯科診療所が、常勤歯科衛生士 1 人未満の状況。このことは先日の保健医療計画の部会においても、歯科衛生士の人材育成分野の課題として発言したところ。

委員 啓発について、例えば歯周疾患と全身の健康について、どれだけの住民がどの程度知っているのかわからない。できているようでできていないのが啓発だと感じる。計画の中でより詳しく記載すると良いかと思う。

委員 これまで2回の作業部会が開催されたうえでの、今回の変更、追加だと思うが、本日の資料だけでは、検討の経過がわからない。経過がわかれば、良かった。

22 ページの課題で、妊産婦に対する歯周病対策について、働きかけを行っていない市町が2市町ならば、かなり具体的な対策を行えると思う。「市町によっては働きかけを行っていないところがある」という1文は記載する必要があるのか。

事務局 作業部会の内容と、今回の変更、追加の経緯については、指摘のとおり、必要な資料である。本日の議事録を送付する際に追加する。今後、計画案を作成後、意見照会を行う予定なので、追加資料を参考の上、意見をいただきたい。

2市町については、特定の2市町ではない。市町によって、やる年、やらない年があり、表現に苦慮したところ。違和感があるとの意見を受け止め、表現を検討したい。

委員 栄養士会としても多職種連携の中で、これまで、色々な形で連携をしてきたが、協力という立場が多かった。栄養士会としては積極的に、主体的に取り組む形で動けばいいと思っている。子どもたちに対しては、学校には栄養教諭がいる。歯科の標榜がある病院で働く栄養士もいる。地域には地域で活躍する栄養士がいる。在宅でも病院でも歯科医院でも栄養士会の専門性を積極的に使って加わっていきたい。

委員 障害者の通所事業所の歯科保健指導の希望事業所が増えている。歯科衛生士会の会員も少しずつ増えているので、しっかりとニーズに応えていきたい。訪問歯科衛生士の不足の話があったが、歯科衛生士会のアンケート結果では、訪問歯科診療に出てみたいとの意見も複数あった。研修会の開催等、訪問歯科診療に携わる歯科衛生士の人材育成に努めたい。

委員 23 ページで「多職種連携」の文言が入っている。6月から自分の薬局において、糖尿病の患者に対して、糖尿病と歯周病との関連についてのリーフレットを配布する等、情報提供や服薬指導に力を入れた。反応は様々だが、積極的に、丁寧に説明することで、患者の理解につながるケースもある。多職種連携に関しては、第4章の「それぞれの役割」で、関係機関同士がどのように連携して活動するか多職種連携の中身をしっかりと書いてもらったほうが良い。行政が考える多職種連携と、関係機関が実際に行っている連携の中身が一致しないこともある。明記してもらわないと支障があるのではないかと感じた。

少子高齢化が進む中で、ターゲットを考えると、高齢者も大事だが、我々

の立場だと特に学童期が重要だと考える。小学校ではブラッシング指導等を、養護教諭ががんばっているのだが、中学校くらいから習慣が悪くなると聞く。ターゲットをしぼって何か具体的にできないのではないかと感じた。

事務局 多職種連携の中身を書き込むことは啓発にもつながるので、計画に書き込む形で案を検討したい。意見照会の際に、文言、内容の不備等があれば意見をいただければ幸い。

ターゲットに応じた取組は、目標項目を設定することで具体的な推進につながるものだと考えるが、目標項目を新たに加えるという対応は難しい。考え方として、プロセスを経て最終的な目標に向かっていくということは重要だと感じたので、本文の書き方で表現できれば良いと思う。

委員 目標項目は優先順位を考えないと、現状は羅列になってしまっている。どれが一番大事なのか。

委員 現行の 39 項目の目標項目は、どれも欠けてはいけないものなのか。

事務局 必ずしも、39 項目無いとだめなわけではない。ただし、国が目標値として掲げている項目については、県にも入れておく必要はある。

委員 ならば、県独自の項目については、もう少し検討の余地があるのではないかと感じる。分かりやすくなるのではないかと。

事務局 今回は中間評価の意味合いが強いので、目標項目を積極的に入れ替えることは適当ではないと考える。歯科保健の施策の考え方、進め方として、取り入れて行ければ良いのかと思う。

委員 改善しているが目標値には達していないというのは、いつ達成するのかと
思ってしまう。中身の精査をすれば分かりやすくなるのかと思った。

事務局 意見として、参考にさせてもらう。

事務局 「口の健康寿命」について説明する。これまでの 6024 や 8020 等の目標値は、該当世代に限定した評価だった。一方、「口の健康寿命」は、20 本の歯を守るという考え方の下、歯が 20 本以下で健康ではなくなると定義することで、すべての世代を通して算出が可能。歯科疾患実態調査でもアンケートでも算出できる。最終的な目標は、平均寿命と口の健康寿命が同じになること。何でも食べられる状態で亡くなること。

来年度 8020 運動が 30 年を迎えることを背景に、日本歯科医師会において、8020 の次の目標が欲しいという話がある。日本歯科医師会とも話をしながら、口の健康寿命を考えてみた。難しい算出方法ではないので、アンケートでも把握でき、地域性も見える。目標項目として追加を提案する。

委員 WHO の健康の定義は well-being であり、健康とは機能的なものである。疾病の多くは、機能的な変化がおきてから、形態的な変化が検査データとして現れる。健康寿命と言いながらも歯の喪失という不健康をみている。24 本の歯がある人の中でのランキングではないのか。何でも噛んで食べられるという方が健康寿命ではないか。

事務局 どのような指標であっても、口の健康の定義を定めて調査すればよい。まずは20本でやってみようということ。20本を切ると噛む機能が極端に落ちるというデータもある。実際のデータをみると、平均寿命の延びよりも口の健康寿命の伸びの方が良い。それだけ、関係機関、関係者が歯科保健を頑張ってくれており、全世代で取組ができているということ。平均寿命と口の健康寿命との差をどれだけ縮めて行けるか、そこを評価していこうという視点を取り入れたい。

3 その他

今後の流れに着いて、素案の作成→意見照会（郵送）→計画案の作成（12月上旬）→県民政策コメント（年末から年始）→3回目の協議会（最終案）→議会説明、知事決裁

次回協議会予定 2/8（木）17:00～

◆閉会