

第1回歯科口腔保健の推進に係るう蝕対策ワーキンググループ

日時 平成30年9月12日(水)

14:00～

場所 厚生労働省17階専用第21会議室

○江藤推進係長 それでは定刻になりましたので、ただいまより第1回歯科口腔保健の推進に係るう蝕対策ワーキンググループを開催いたします。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。厚生労働省医政局歯科保健課歯科口腔保健推進室の江藤です。よろしくお願いいたします。

まず初めに今回御出席を頂いております構成員の皆様の御紹介をいたします。名簿順に御紹介いたします。東北大学大学院歯学研究科国際歯科保健学分野准教授の相田構成員です。札幌市保健福祉局保健所母子保健・歯科保健担当部長の秋野構成員です。東北大学大学院歯学研究科国際歯科保健学分野教授の小坂構成員です。神奈川歯科大学大学院歯学研究科口腔統合医療学講座小児歯科学分野教授の本本構成員です。日本歯科医師会常任理事の高野構成員です。宮崎県延岡保健所所長の瀧口構成員です。日本歯科衛生士会会長の武井構成員です。日本学校歯科医会副会長の柘植構成員です。東京歯科大学衛生学講座教授の眞木構成員です。国立保健医療科学院国際協力研究部部長の三浦構成員です。また、オブザーバーとして文部科学省初等中等教育局健康教育・食育課の咲間がん教育推進係長です。

続きまして、事務局を紹介します。医政局歯科保健課長の田口、歯科口腔保健推進室長の宮原、課長補佐の古田、課長補佐の小嶺、歯科口腔保健専門官の青木、推進係長の江藤です。

続きまして、開催に当たり、歯科保健課長から御挨拶いたします。

○田口歯科保健課長 改めまして、歯科保健課長の田口です。構成員の皆様におかれましては、御多忙のところ御出席を賜りまして、誠にありがとうございます。また、日頃より厚生労働行政につきまして御尽力を賜り、厚く御礼申し上げます。皆様御存じのとおり、平成23年になりますが、歯科口腔保健の推進に関する法律が公布施行されました。平成24年になりますが、この法律に基づきまして、歯科口腔保健の推進に関する基本的な事項が策定をされています。この基本的な事項については、策定後10年を達成時期として制定をされました。昨年ちょうど中間年に当たり、5年目になります平成29年度ですが、歯科口腔保健の推進に関する専門委員会を作りまして、これまでの成果の検証、あるいはその最終評価に向けての重点的に取り組むべき事項についての整理を行ったところです。今回のう蝕対策ワーキンググループについては、中間評価の結果を踏まえまして、各ライフステージに切れ目なくう蝕対策を提供するための方策について、御検討いただければと思っています。後ほど事務局のほうから詳しく御説明させていただきますが、昨今のう蝕の傾向は、乳幼時期あるいは学齢期では多少減少傾向にあります。それでも社会経済的な要因により健康格差が見られること、あるいは学齢期以降においても、う蝕有病率が非常に高い水準であるということ、いわゆるライフステージを通じまして、う蝕対策を推進することが非常に重要だと国としても認識をしております。効果的なう蝕対策を推進する上で、構成員の皆様方の御尽力、御助力を賜りますようお願い申し上げます。簡単ではありますが、御挨拶とさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

○江藤推進係長 今回のワーキンググループ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、配布資料の確認をさせていただきます。お手元に議事次第、座席表のほか、資料は1~3、委員提出資料は1、2です。乱丁、落丁などありましたら、事務局までお知らせい

ただければと思います。

続きまして、本ワーキンググループの座長を選出したいと思います。どなたか御推薦ございますか。眞木先生お願いします。

○眞木委員 このう蝕対策というワーキンググループの中で、全国的にいろいろなデータもお持ちで、内容にも詳しい三浦宏子先生を推薦させていただきたいと思います。

○江藤推進係長 皆様いかがでしょうか。

(異議なし)

○江藤推進係長 それでは三浦構成員お願いいたします。三浦構成員は座長席へ移動していただき、以降の議事についてよろしくをお願いいたします。

○三浦座長 ただいま本ワーキンググループの座長を仰せつかりました三浦です。皆様の御協力を得て円滑な運営に努めてまいりたいと存じますので、どうぞよろしくをお願いいたします。

時間に限りがありますので、早速議事に入ります。本日は先ほど御案内のとおり、う蝕罹患の実態の考え方をテーマに、まず歯科口腔保健の推進に関する基本的事項の中間報告の概要、そしてう蝕罹患の現状等について事務局より御説明を頂き、その後、構成員からの資料の提出がありました公衆衛生から見た口腔疾患の課題、う蝕対策の重要性と健康格差について、それぞれ資料に添って御説明を頂くという前半部の流れで進めてまいります。先に資料の説明を頂き、その後その資料も踏まえた上で、今後のう蝕対策の在り方について自由に討論をしていただくというブレインストーミング的な要素がある形式で進めていきたいと思っております。今一度、様々な観点で御意見を頂戴するかと思っておりますが、どうぞよろしくをお願いいたします。

それでは、事務局より本ワーキンググループの概要について御説明いただきます。よろしくをお願いいたします。

○青木歯科口腔保健専門官 お手元に資料1、歯科口腔保健の推進に係るう蝕対策ワーキンググループ開催要綱を御用意ください。まず、本ワーキンググループの目的です。昨今のう蝕の傾向として、乳幼児期はう蝕罹患率が減少傾向にあるものの、それでも罹患率としては高い状況にあることや、都道府県間、社会経済的要因による格差が生じている実態を鑑みると、今までの対策に加えて一次予防によるう蝕罹患の格差縮小につながる対策が必要です。さらに、高齢期以降のう蝕罹患率が増大していることを踏まえ、特に学齢期以降においても切れ目なく、う蝕対策を提供するというところで、本ワーキンググループにおいて、そのような対策や課題について御検討いただきたいと考えております。

検討課題は、主に4つ記載しております。1つ目は、う蝕罹患の実態の考え方について。2つ目は、効果的な予防対策について。こちらは、エビデンスに基づく手法の整理や、年代別等、いろいろと御検討いただければと考えております。また、次期う蝕関連の目標についてどうするか。そして、う蝕の健康格差についてどうするかといった内容等について、御検討いただければと考えております。

構成員ですが、先ほど御紹介をさせていただきましたとおり、資料1の裏のページにありますが、こちらの先生方に御協力を頂いて検討を進めてまいりたいと考えております。また

必要に応じて、関係者の方に御出席いただくことも検討させていただきたいと考えております。

最後に運営等ですが、(1)にありますように、平成 30 年度内を目標として検討結果を取りまとめた上で、今後の厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会の歯科口腔保健の推進に関する専門委員会に報告をさせていただきたいと考えております。また本ワーキンググループは公開の上、議事録を作成し、公表することも予定しております。事務については、歯科保健課で対応させていただきたいと考えております。資料 1 に関しては以上です。

○三浦座長 ありがとうございます。引き続き資料 2 に基づき、歯科口腔保健の推進に関する基本的事項の中間評価の概要と、本ワーキンググループの位置付け等について、事務局より御説明をお願いいたします。

○青木歯科口腔保健専門官 続いて、お手元に資料 2 を御用意ください。歯科の専門委員会でおまとめ頂いた歯科口腔保健の推進に関する基本的事項中間評価の概要です。1 ページ目の上段に、平成 23 年に成立した歯科口腔保健の推進に関する法律を記載しております。その中の右側の実施体制の所ですが、この法律の中の第 12、13 条に基本的事項の策定等が記載されております。こちらに基づき、その下の青い枠ですが、歯科口腔保健の推進に関する基本的事項が定められております。基本的事項の策定が平成 24 年です。その趣旨や位置付けについては、左側の枠の中にありますが、歯科口腔保健に関する施策について、総合的な実施のための方針、目標等を定めることを目的として、この基本的な事項が策定されております。

位置付けは、健康日本 21（第二次）と調和を保ち、策定をさせていただいており、昨年度に中間評価を行っております。平成 34 年度に最終評価の予定をしております。大きな項目としては、右側の基本方針や目標等、都道府県、市町村の基本的事項の策定、調査・研究に関する基本的事項、その他の重要事項で構成されております。

2 ページ目は、昨年度の専門委員会の中間評価の報告書の概要です。一番上の囲みの中は、乳幼児期・学齢期についてです。先ほどの本ワーキンググループの目的の中でも少し触れましたが、う蝕については減少傾向にあります。う蝕有病率は高い水準にあり、社会経済的な要因による健康格差が生じており、エビデンスに基づく効果的、効率的なポピュレーションアプローチの推進が必要だという御提言を頂いております。成人期については、歯肉炎・歯周炎を有する者の割合は改善がみられず、更なる実態の把握及び対策の検討が必要との御提言を頂いております。

また、高齢期については、8020 達成者が増加している一方で、う蝕や歯周病の有病率は増加傾向にあり、幅広い実態把握、そしてそれらを踏まえた取組の検討が必要ということで、それぞれの年代ごとに各内容について御提言を頂いております。より具体的には、その下の口腔の健康の保持・増進に関する健康格差の縮小や、歯科疾患の予防、生活の質の向上に向けた口腔機能の維持・向上、定期的な歯科検診、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、歯科口腔保健を推進するために必要な社会環境の整備といった項目で、まとめられております。

今後のスケジュール等や、今回のワーキンググループの位置付けは、スライドの 3 番を御覧ください。左側は、厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会です。平成 29 年 12 月に、

中間報告の骨子案をおまとめいただいております。こちらを踏まえて、右側に記載のあるように平成30年2月に、歯科の専門委員会で、先ほどご説明したような中間評価の報告案の御審議を頂き、まとめていただいております。今後、左側の厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会で、中間評価の報告案について、最終的な御審議を頂く予定になっております。こちらが中間評価の関係で、最終的には最終報告案についても、部会で御審議を頂くことを予定しております。それに向け、歯科専門委員会の下、歯科口腔保健の推進に関するワーキンググループということで、今年度については今後のう蝕対策について御検討いただきます。先ほど中間評価の概要の中で説明いたしました、今後検討をしていかなければいけない内容が様々ありますので、そういった課題について、今後の最終評価に向けて各ワーキンググループを立ち上げて御検討いただくことを予定しております。これらワーキンググループの御意見等を踏まえ、最終的には、歯科の専門委員会で、最終評価の報告書案を御審議いただいた上で、地域保健健康増進栄養部会での審議を予定しております。今回の先生方に御参画を頂いているワーキンググループですが、昨年度におまとめいただいた歯科口腔保健の推進に関する基本的事項の中間評価を踏まえて、う蝕対策に関して、今後の対応策等について御検討いただくものとなっております。資料2については以上です。

○三浦座長 御説明ありがとうございました。現在、国が進めている歯科保健対策、PDCAサイクルにのっとって行っているところですが、その流れと、このワーキンググループの立脚点を併せて御説明いただきました。引き続き事務局より、資料3、う蝕罹患の現状について、御説明をよろしくお願いいたします。

○青木歯科口腔保健専門官 資料3、う蝕罹患の現状を御用意ください。まず、乳幼児期・学齢期の状況についてまとめたものとなっております。2ページ目は、先ほどの歯科口腔保健の推進に関する基本的事項の中間評価の中から抜粋をしております。まず歯科疾患の予防の関係ですが、3歳児でう蝕のない者の割合の増加や、12歳児でう蝕のない者の割合の増加といったものの目標が定められております。状況としては、乳幼児期及び学齢期については、目標値に達成していないものの改善傾向を示しており、このまま改善傾向が続けば目標達成が見込まれるというような評価を頂いているところです。

その下の歯科口腔保健を推進するために必要な社会環境の整備の関係については、いずれも目標は達成をしているということで、赤字に記載をさせていただいているように、目標値の引き上げを御提言いただいたところです。実際の子どものう蝕の状況はどうなっているかが、3ページ以降のスライドになります。3歳児、12歳児の1人平均う蝕数と、う蝕有病率の年次推移を示しております。3歳児の1人平均う蝕数が、左側の青い棒グラフになりますが、平成元年で2.9本でしたが、直近の平成28年のデータで見ると0.54本と、改善をしております。う蝕有病率については、青い三角の折れ線グラフになりますが、平成元年の55.8%から平成28年の15.8%ということで、こちらも年々改善しているような状況になっております。

また12歳児の1人平均う蝕数は、ピンクの右側の棒グラフになりますが、平成元年の4.3本から、平成28年では0.84本というようにこちらも改善しているような状況になっております。また、う蝕有病率についても、平成元年の88.3%から平成28年の35.5%ということ

で、こちらについても年々と改善をしている状況になっております。これらの状況は全国の数字になります。

4、5 ページ目は、都道府県別の 12 歳児の 1 人平均う歯数の年次推移となっております。平成 18 年、22 年、28 年を比較したものになっております。例えば 4 ページ目を御覧いただきますと、おおむねどの都道府県においても調査の回を経るごとに、改善傾向を示していることがいえると思います。ただ、都道府県ごとにばらつきもあるというような状況となっております。4 ページ目が、12 歳児の 1 人平均う歯数の状況で、5 ページ目も同じようなグラフになりますが、こちらは 12 歳児のう蝕有病率の年次推移となっております。こちらも傾向としては、同様と考えております。

6 ページ目以降は、成人期・高齢期のデータをまとめたものになります。7 ページ目は、基本的事項の中間評価の報告書から抜粋をしたものとなっております。歯科疾患の予防という中で成人期についてう蝕の関連で言うと、40 歳の未処置歯を有する者の割合の減少と、高齢期で 60 歳の未処置歯を有する者の割合の減少といったものの目標値を設定しております。評価としては、成人期及び高齢期における未処置歯を有する者の割合の減少については改善傾向を示しているが、目標値との乖離が大きい。また高齢期においては、現在歯数の増加に伴い、歯周病だけでなく、う蝕にも罹患する可能性が高まることから、現在歯が健全な状態や機能を維持するための取組が必要というような御提言を頂いているところです。

各データについて少し御紹介いたします。8 ページ目を御覧ください。8 ページ目が年齢階級別のう蝕有病率の年次推移ということで、歯科疾患実態調査の平成 5 年以降のものをお示ししております。赤の丸で囲んでおりますが、成人期では、う蝕有病率が横ばい傾向にあるという状況になっております。逆に、右側の四角い枠の中にありますように、高齢期においては、う蝕有病率は増加をしている傾向になっております。これは、8020 運動などの結果も伴い、歯が残っている高齢者が増えているという中で、う蝕有病率が増えている状況となっております。

9 ページ目です。今、う蝕有病率について御紹介をいたしました。乳幼児期・学齢期、成人期や高齢期では、う蝕の種類も異なっているということで、根面う蝕の有病率についてお示ししております。根面う蝕が一番上の囲みの中にありますが、歯肉の退縮により露出した根面に発生し、高齢者に特徴的なう蝕ということです。歯根は歯冠と異なり耐酸性の高いエナメル質に被覆されていませんので、脱灰されやすいということで、高齢者に多く発生しているものになります。状況としては、左下のグラフや、右側のグラフになりますが、成人期における根面う蝕は年代を経るごとに増えています。高齢者については、20～30%ぐらいの間で横ばい傾向にあるという状況です。

10 ページ目以降のスライドは、特に年齢を区切ることなく、全体について説明いたします。11 番目のスライドを御覧ください。1 人平均う歯数、DMFT の状況で、年齢階級別で年次別、永久歯で 5 歳以上のものをまとめております。DMFT というものが、う蝕である歯、う蝕で治療した歯、そして喪失した歯の合計ということで、1 度でもう蝕になった歯については何らかの形でカウントされることになります。これまでのグラフをまとめておりますが、全体的な傾向としては、改善しています。平成 28 年直近のデータが一番下のグラフですので、

回を経るごとに改善をしていることは、傾向としていえると考えております。

12 ページ目は、少し詳しく状況を見たものになります。年齢階級別の 1 人平均歯数で、左側から平成 5 年、平成 17 年、平成 28 年についてまとめたものです。色分けをしておりますが、それぞれのグラフの左側から青い所が健全歯、赤い所が処置歯、その隣の緑の所が未処置歯、そして紫の所で喪失歯ということでグラフを作成しております。全体的なグラフの傾向は御覧いただいておりますように、回を経るごとに状況は良くなっています。青い健全歯については、平成 5 年と平成 28 年を比べて見ると、どの年齢階級でも増えていて、状況は改善しています。また、一番右の喪失歯についても、平成 5 年と平成 28 年を比べてみると大分減ってきているというような状況になっております。

13 ページ目以降からは、有病者等の割合についてグラフをお示ししております。まず 13 ページ目が、う蝕の処置状況の経年変化ということで、全年齢と未成年、そして 20 代、30 代についてグラフにまとめております。全年齢の傾向として見ていただきますと、う蝕なしは平成 5 年から平成 28 年の状況を見てみますと、10%から 20%で横ばい傾向にある状況になっております。また、未処置歯を有する者の割合については、改善している状況になっております。もう少し年齢ごとに見てみますと、右側の未成年の状況ですが、う蝕なしの方が大分増えている状況になっております。左下の 20 代としては、う蝕なしの方も少しずつ上昇はしている状況で、未処置歯を有する者の割合も減ってきているが、一定数の方はまだ未処置歯を有している状況になっております。30 代も、う蝕なしの方については少し増加をしてきているというような状況ですが、未処置歯を有する者でいうと、20 代と同様に、一定数の方がまだ未処置歯を有している状況となっております。

14 ページ目です。40 代と 50 代では、う蝕なしの方は、ごく少数な状況です。未処置歯を有する者の割合も、おおむね改善傾向にはありますが、未処置歯を有している方が、まだ一定数の割合でいらっしゃる状況です。その下のグラフでは、60 代と 65 歳以降についてまとめております。こちらについては、まずう蝕なしが 60 代、65 歳以降で減っているようなグラフになっておりますが、こちらについては無歯顎の方も含まれておりますので、単純にう蝕なしが減っているということではありませので、その点については御留意いただければと考えております。また、未処置歯を有している者の割合でいいますと、全体の傾向としては改善しているものの、先ほどの他の年代と同様に、一定数の方で未処置歯を有している方がいらっしゃるというようなことがいえると考えております。

15 ページ目が、平成 17 年に 8020 推進財団で実施をされた調査です。歯を抜くに至った主な原因について、年齢層ごとに調査結果をまとめていただいております。上の囲みの中にありますが、40~45 歳までについては、う蝕が原因で抜歯に至ったケースの割合が、歯周病より多い状況になっております。50~54 歳以降の各年齢層においては、歯周病が原因で歯を抜くに至ったケースが多くを占めているような状況です。ただ、先ほど 50~54 歳以降は歯周病が一番多いというお話もさせていただきましたが、一定数う蝕で歯を失う方もいらっしゃいますので、う蝕についての対策は成人期までという話ではなくて、高齢期も含めてどのような対策をしていくのかを考えていかなければいけないと考えております。

最後に 16 ページ目を御覧ください。各ライフステージにおける主なう蝕対策についてま

とめております。目標値については、先ほどの中間評価の基本的事項の中に記載されているものを抜粋しております。代表的な対策についても、それぞれのライフステージごとにまとめております。乳幼児期については、例えばフッ化物の塗布や、フッ化物入りの歯磨剤の使用等が対策としてあります。学齢期については、シーラントやフッ化物洗口や先ほどの歯磨剤の使用等といったものがあります。成人期については、フッ化物入りの歯磨剤の使用や甘味制限等といったものがあり、高齢期についてはフッ化物入りの歯磨剤の使用や甘味制限、後期高齢者については、歯科の検診等があります。事務局からは以上です。

○三浦座長 詳細な御説明ありがとうございました。本来ですと、ここで御質問等を受け付けるところですが、構成員からの資料提出に基づいて後ほどプレゼンをしていただきます。その内容と今ご説明があった内容について、かなり関連性があるところがございますので、このまま続けて各委員から御提出いただいた資料に基づいて、先に説明をしていただき、その後まとめて質疑応答を受ける形で進めたいと思います。そうしましたら続いて、小坂構成員から資料の提出を頂いております。「公衆衛生から見た口腔疾患の課題」というプリントがお手元にあるかと思っております。そちらの資料に基づいて小坂構成員、ご説明をよろしくお願いたします。

○小坂委員 皆さん小坂でございます。今日、10分ぐらいで簡単に、歯科保健の保健事業というのはいろいろな保健事業の中で極めてエビデンスが高いということが言われていますが、その中で今何が必要なのが気が付いたことを述べさせていただきます。

それでは委員提出資料1の1ページです。これは世界の疾病負担研究、疾病負荷とか疾病負担とか言っていますが、これは世界銀行の要請でWHOのクリス・マレーさんたちがずっとやっているものです。いろいろな病気があるけれども、それをどうやって重要性を比較したら良いのか比較研究をしていてGBD Studyと呼ばれています。その中でやはり、歯科関係は障害の程度を除けば、有病率からすると非常に高い位置を占めている。1位が永久歯の未処置う蝕、6位が歯周病、10位が乳歯の未処置う蝕という形になっております。こうやって、どの程度社会にインパクトがあるのか、共通の指標でWHOが示したことは大きな意味があることです。日本なども腰痛が結構上位にきていて関係者は盛り上がりました。その疾病負荷の研究に使われるのが、次のページにあるDALYやQALYというものです。簡単に説明させていただきます。

疾病にはいろいろな病気があって、その重み付けをして、疾病負担を研究しようというのがDALYです。これはWHOが1992年ぐらいに始めたものなのですが、いろいろな病気、例えば半身不随になった、がんになった、いろいろな病気で、それを健康な状態を0、死亡を1として、0から1の間で重み付けをします。その重み付けをした年齢と死亡によって失われた年齢を足したものが、このDALYになります。それで、どの疾病がどういうウエイトを掛けるかという、そこに四角の中に示してありますが、中等度の心不全というのは0.068、これ、死亡だと重くなると1に限りなく近づいていきます。その下、中等度の脳卒中の後遺症0.074。中間に日本語でどう訳すか分からなかったのが英語のままで恐縮ですが、Severe tooth lossという形で、これは論文を見ますと9本未満の状態をSevere tooth lossという形で一応定義して、

そのウエイトを 0.073 としています。主として途上国向けに WHO がやっている DALY の考え方で、疾病負担とか疾病負荷に関しては主に DALY が使われます。

今日特に強調したいのが、QALY という quality adjusted life year、質調整、日本語を使う人は余りいないと思うのですが、これは特にイギリスなどで 1940 年ぐらいから医療経済畑で使われ始めました。これは DALY とは反対で死亡が 0 で、全く健康な良い状態、つまり QOL が一番良い状態を 1 として、どのくらい QOL を上げるかということで、1 年間 1 人の人を例えば 0 から 1 まで上昇させたものを 1 QALY といいます。特に QOL を測るわけですから、私も虫歯ですごく痛い状態で駆け込んで、それを治療してもらって痛みが全く取れて QOL がとても上がるわけです。それはほかの医療に比べると、とても安い金額で今しているのではないかと思います。こういうのが特に健康保険に入る入らない、あるいは保険事業、医療などの効用といいますか、そういうのを測る上で非常に今大事な考え方で、中医協などでも取り上げられてきています。例えば 3,000 万円のがんの薬によって 1 年間生存を延ばした。英国などではもうこれを 1 QALY あげるのに掛かる費用を計算して、基準値以下だったら保険でカバーします。

次のページを説明すると DALY に基づいて全体の歯科疾患の疾病負担を色付けしていて、日本は結構多いことがわかります。1999 年から 2015 年で全体で 64% DALY が増えています。下の段、う蝕、歯周病、口腔障害などいろいろな要因ですが、今健康作りの中でも健康経営とか、国土交通省も環境から変えようなどいろいろな動きがありますから、同じように口腔疾患に関してもさまざまな社会的要因とかリスク要因が重なっている、そういうのを考えながらやっていったらどうかということです。

駆け足ですが、次はう蝕の状況と疾病負荷です。日本は、色付けからすると必ずしも一番低いグループではないとは言えます。大分減ってはきているし、少ないほうではあるのですが、まだ一番低いところではありません。次ページは、う蝕は単一因子の疾患ではないということです。中心にう蝕の 4 条件が書かれています。この周りに個人レベル、ファミリーレベル、それからコミュニティレベルの影響があります。例えばファミリーレベルだと親の健康状態などが影響を与えるし、ソーシャルサポートがどうなのか。あるいは社会経済状況がどうなのか、貧困状況がどうなのかといったことも大きく影響を与えます。一番外側だとヘルスケア・システム、コミュニティ・オーラル・ヘルス、ソーシャル・キャピタルのようなものが入ってきた、こういう概念で口腔疾患を捉えることが国際的に認知されてきているということです。

続いて口腔保健における不平等。これも同じ資料から引用しています。世帯収入あるいは学歴などが健康状態に大きく影響を与えることを示しております。その中で、何をすべきか記載しているのがこの表です。世界 168 か国の砂糖に関連した歯科疾患及びその医療コストのスライドについて説明します。2015 年に砂糖の摂取に関するガイドラインが WHO から出たのですが、残念ながら日本ではそれに対して積極的な取組が、余りされていないように思っています。諸外国、英国、タイなどはソーダ税を導入することを議論していて、いわゆる砂糖の入った飲料をかなり制限したり、20%のタックスをかけると WHO は言っていますが、

経済的なインセンティブ含めて考えています。砂糖に関連した歯科疾患とその医療コストでは、世界で140億DALYs、医療費も19兆円。全体の歯科の疾患の中で26.3%を砂糖関連が占めるというような報告があります。WHOは1日25g未満にしましょうとのことですが、例えば、ケチャップ大さじ1杯4gだし、それから普通の炭酸飲料を飲むと40gぐらい取ってしまうので、1日の量をはるかに越えるというような状況です。

続いて次のページ、では今お話したようなQALYとかDALYに関して、どのような研究が行われているかということをもとめてみました。これは英語なので次のページ、QALYを用いた研究です。どのくらいあるかというのは全部で15、2、2、2などと書かれているものです。普通は、QALYは真ん中にあるEuro-QoL-5Dという5つの質問を項目に関して測定すれば、それで測定できるわけです。タイムトレードオフというのは、例えば歯がない10年間と歯が全くある1年とどちらを選びますかというもので、それによって効用値を決めていきます。Child Health Utility 9D、SF6Dなど、そういうQOLを測る。下は子供で、SFはよくWHOが幸福度を測っているものに準ずるものです。そういうような形で使われています。特に次のページのChild Health Utility 9Dを使ったものでは、例えばイギリスなどでも歯科検診をやってもその後に余り歯科に行かないというのが大きな問題になっているようです。そういうところで小児に実際に訪問したり、電話を掛けることがどのくらい役に立つかという研究があって、これをやると100人当たり113のカリエスを自宅訪問すると防げる。100のカリエスを電話だと浮かせることができる。5年間で100人当たりですが、そういうことが分かっている、自宅訪問すると7QALY上げる。それから電話をすると6QALY上げるというようなことが言われておまして、QOLからも効果があるというようなことが分かっています。

続いて次のページ、QALYとかDALYに関して、どのような研究が行われているかということをもとめてみました。これは英語なので次のページ、QALYを用いた研究です。普通は、QALYは真ん中にあるEuro-QoL-5Dという5つの質問を項目に関して測定すれば、それで測定できるわけです。タイムトレードオフというのは、例えば歯がない10年間と歯が全くある1年とどちらを選びますかというもので、それによって効用値を決めていきます。例えば英国では学校歯科検診の有効性を評価する場合に、その後に余り歯科受診につながらないことが問題になっているようです。実際に家庭訪問したり、電話を掛けることがどのくらい役に立つかという研究があって、自宅訪問すると100人当たり113のカリエスを防げる。100のカリエスを電話での勧誘で防ぐことができる。5年間で100人当たりですが、そういうことが分かっている、自宅訪問すると7QALYs上げる。それから電話をすると6QALYs上げるというようなことが言われておまして、QOLからも効果があるというようなことが分かっています。

少し時間が過ぎていきますのでイギリスの費用対効果に係る評価の考え方ですが、1QALYを、要するに1人の人を0からQOLを1年間上げるのが1QALYですが、それをするのにイギリスだと2万~3万ポンド、大体400~500万円以内であればNHS保険に通じます。がんは別なのですが、ですから例えばインフルエンザのタミフルは1日発熱を減らすだけだからとい

うことで、健康保険にずっと通りませんでした。NICE という所がきちんと計算して、それで科学的に健康保険に入れるかどうかを決めています。ですから QOL を測るということは歯科にとっては非常に有効で、この考え方を更にどんどん進めていく必要があるのだらうと思います。

最後のページです。簡単にまとめますと、歯科疾患の疾病負荷は依然として少なくない、低くないと。世界の中で日本はまだ高いところもあるということです。今のような QALY 等の指標によって、他分野と比較していくと、非常に有利なものがあると思うのです。例えば今、コレステロールを下げる薬が年間 2,400 億円使われています。そういうことと比較して歯科がどれだけ役に立つかを強調、同じ共通の指標で、これで比較が可能だということになります。

3 番目、社会的弱者、健康日本 21 の格差の話もそうですし、アメリカのヘルシーピープル、それからヨーロッパのプラットフォームなどでも、そういう社会的弱者に対する、例えば歯科保健サービスへのアクセスの目標が何割などという指標があるわけです。だから、そういうことも可能であれば、是非、取り入れていければ良いなと思っています。

4 番目、そのためには是非、定期的なきちんとしたデータが集まるような仕組みが必要なのだろうと。がん対策のときに例えば、たばこをやめようとか、いろいろなことをやっても、がんの罹患者は日本は全然分らなかったのです。それが、地域がん登録ができて、ようやく 1 年以内にがんと診断したら登録が義務付けられたのです。それでようやくがん、がんの罹患者数がわかるようになって、保健事業の成果を測れるようになったのです。ですから歯科的にもやはり、全部でなくても、信頼できるところだけ、定点だけでいいと思うのですが、毎年定期的集めて、モニタリングをしていく必要があるのだらうと思います。

最後に、砂糖の消費のコモンリスクアプローチということで、ニューヨークなどもそういう水を飲むキャンペーンとかいろいろなことをやっていますが、ほかのところ、がん、肥満を予防するためにも非常に必要だということなので、歯科からも協力して、あるいは率先してこういう対策をやっていただければいいなと思います。以上です。

○三浦座長 ありがとうございます。グローバルな視点からの非常に有用な御提言も頂けたと理解をしております。そうしましたら引き続いてもう一方、構成員の方からの提出資料に基づいて説明をお願いしたいと思います。ただいまの小坂構成員の説明と関連している内容かと思いますが、相田構成員、よろしく願いいたします。

○相田委員 どうぞよろしく願いいたします。では、委員提出資料 2 を御覧ください。私はう蝕対策の重要性と、対策を進める上で考慮すべき点などについてお話をさせていただきます。

まず、う蝕対策の重要性として、また、おめくりください。これはニュージーランドのデータなのですが、う蝕は 10 代半ばから大きく増えるので、12 歳の指標だけでいいのかと書かせていただいています。これは先ほど厚生労働省事務局からお示しいただきましたデータでも同じようなグラフがあったのですが、3 歳とか 12 歳の指標ですと、う蝕の有病率が立ち上がる前の時点の指標ですので、ちょっとこの時点だけで減ったというのを強調し過ぎるのは、この後ろが見えなくなるということで、実際増えてきて大変な状況のときに、ちよっ

と把握しにくいのかなと考えられます。

5 ページです。国民生活基礎調査から見ましても、歯の病気が多いと。これは先ほど小坂委員からも歯科疾患は世界でトップレベルに多い病気だ、永久歯のう蝕に関しては一番多いということのお話がありました。実はあの数字は日本の数字とほとんど一緒でして、例えば未処置う蝕の有病率 35%とありましたが、最初の事務局資料の国際的な調査の結果でも、未処置う蝕が大体 30 数%の人が持っているとして出ていましたが、同程度の数字なのです。なので、日本においても、う蝕が世界一多いレベルで同じぐらいの水準なのですが、国民生活基礎調査から見ますと、やはりどの年代においても歯の病気はある程度高い有病率で、困りごと受診で入ってきているわけです。

6 ページです。これは事務局と同じ資料でしたので飛ばしますが、特に高齢者でう蝕を有する人が増えているという資料です。

7 ページです。結局高齢者の歯が残ることで、高齢者の受診が大きく近年増えているということがお分かりいただけるかと思います。一方で、子供の受診は例えば 5 歳から 9 歳とか、10 歳から 14 歳は余り大きくは減っていないのですが、高齢者が大きく増えているわけです。なので、う蝕が減ることで歯が残って、その代わりちょっと高齢者の受診が増えているということがあります。歯科疾患が多いことが、こういったことに結び付いているというわけです。

8 ページです。先ほど事務局からもありましたが、健康格差の縮小というのが、健康日本 21 や、歯科の基本的事項の実施項目の中にも入っています。

9 ページです。例えば健康格差として 3 歳児虫歯のう蝕有病率の地域差があります。3 歳児う蝕有病率の地域差は御覧いただくと分かりますように、例えば東北地方とか九州地方でう蝕がかなり多く、3 歳の時点で既に 2 割から 3 割ぐらいの子供がう蝕を有している一方で、東京などの地域では 10% ぐらいの子供しかう蝕を有していないので、地域によって 2 倍や 3 倍ぐらい大きな差があるということがお分かりいただけるかと思います。

10 ページです。これは厚生労働省の調査データの分析結果からのグラフなのですが、う蝕を治療した経験のある子供たちが、1 歳半から 2 歳半までのときで 10% 以下なのですが、その後、5 歳まで増えていくのですが、両親とも高卒以下の学歴の御家庭のお子さんですと、最終的には 5 歳の段階で 41% の人たちがう蝕治療に行っている一方で、両親とも大学卒以上の御家庭だと 31% で、ここでかなり格差が広がっているということがお分かりいただけるかと思います。ですので、日本でも、どういう人たちがよりう蝕になりやすいかといった格差があるということです。

11 ページです。成人の歯科受診の所得による格差ということで、低所得者ほど受診していないということがあります。日本は皆保健で、非常に歯科も広くカバーされていて、世界的には日本人の歯科受診は非常に多くて、しかも負担率がかなり低いというのが示されているのですが、それでもなお所得が低い人ほど受けていないということがあるわけです。このような健康格差も存在します。

12 ページです。どういう考慮すべき点があるかということで、13 ページを御覧いただきますと、う蝕予防で予防医学のパラドックスというのがあります。どうしても健康格差とい

うと二極化というイメージがあると思うのですが、私も学校健診などに行かせていただきますと、大多数の虫歯ゼロ本の子と、一部の虫歯が多い子というイメージがあるのですが、実際そういうことはあるのですが、ただ対策は難しい部分がありまして、というのは、例えばこのグラフでう蝕が16本とか17本の子供たちは、極めてハイリスクの子供たちですが、人数自体は少ないのです。こういう集団を追っていきますと、1年後、最もう蝕を多く発生するのは、実はゼロ本の子供たちなのです。この図だと300人いますので、例えば3人に1人う蝕の子が出たとしても、それで90人のう蝕の子が発生するわけです。一方、16本とか17本の子供たちは2人に1人とか発生したとしても、そもそも10人もいないので、数人しかう蝕の子が発生しないと。なので、ローリスクはノーリスクではないので、ゼロ本からのう蝕の発生が多くなるという、予防医学のパラドックスがあるわけです。このことは、他の高血圧や循環器系疾患など、生活習慣病で分かっていたのですが、歯科でも全く一緒ではないかということが分かっている、なので、健康格差というと二極化という感じで、ハイリスクの対策が強調されがちなのですが、実はローリスクの人も含めないと、全体の病気の予防ができないということが指摘されています。

14 ページです。これはイギリスのデータです。私自身見たときに非常にショッキングだったのですが、学校で健康教育をしたところ、豊かな地域の学校では、歯肉出血も減って、プラークインデックスも減ったのですが、貧困層の学校では、ほとんど変わらなかったのです。私も学校健診でひどくう蝕が多い子に、受診してくださいねと言っても、次の年も受けていないみたいなことがあって、一方で、すごく歯がきれいな子供は言わなくても歯医者さんに定期的に行ったりしていて、そういうような現状を見たりするのですが、ちゃんとやってほしいハイリスクな人ほど、案外効果が行き届かないというのがあります、これはインバースケアローと専門用語で言われているのですが、ケアとか予防が逆転して、ローリスクな人にはすごいよく届くのだけれども、ハイリスクの人にはなかなか届きにくいという現状があるということで、これもまた難しいところです。健康教育はすごい大事なのですが、受診勧奨しても、3割ぐらいの子供は受けないというデータもあつたりしますが、そういう子供たちをどうするかというところが、また非常に大きな問題かと思えます。

どうい対策が健康格差の縮小にいいかというのが15 ページです。海外の論文とか、WHOなどが出している本を基に作られた論文で日本での対策などを含めて考えたのですが、どういう状況の子供であっても、大人であっても、影響を受けられるような政策的な介入が健康格差の縮小にいいのではないかとされています。例えば最近ですと、在宅での診療を促進するような報酬が付いていますが、あのような制度が存在することで、歯科医院に非常に行くのが難しい障害のある高齢者の方が治療を受けやすくなります。ちゃんと歯医者に行ってくださいねと啓蒙するだけでは難しいのですが、そういう施策で治療が届きやすくなるということがあります。

16 ページです。う蝕対策を進める上で考慮すべき点です。次の17 ページですが、格差を縮小するために、いろいろな段階があるのですが、赤く付けてある配慮ある普遍的対策というのが1つ大事だと言われています。ライフコースというのは、小さい子供のころからの積み重ねが大事という概念で、例えば5歳ぐらいでプラークが多かった子供は、30歳になっ

ても実は多いということが分かっています、5歳ぐらいにプラークが少なかった子は、その後減っていった、結果格差がより広がるというデータがあるのですが、そういう意味で幼少期の教育などが大事だというのがライフコースの考え方です。配慮ある普遍的対策というのは、18 ページにあるのですが、社会経済的に苦しい状況にある人がより大きなベネフィットを得られて、社会的状況が良い人は、少ないけれどもベネフィットが得られるような、そういったアプローチが、健康格差を縮小するにはいいのではないかというふうに言われています。

例えばその1つの方法として、19 ページにあるような、学校という誰でも参加する場で行うことの重要性などが言われていたりします。学校ですと、どうやっても歯医者さんに行くような余裕がない家庭の子供にいろいろなメリットがあるというわけです。これは東南アジアでよく行われているのですが、学校でせっけんを用いた手洗いと、フッ化物配合歯磨剤と、年2回の寄生虫対策をやることで、大きく健康が改善しているようなことが言われています。個別ではなくて学校で行うということですね。

20 ページです。日本ではデータが取りやすくて、学校で行われている歯科の対策としては、フッ化物洗口の事例があります。これは市町村や都道府県によって実施率が全くばらばらですので、それを利用してこういったことが見られます。例えば上のグラフは2008年の3歳児のう蝕の状況ですが、下のグラフは9年後の12歳のう蝕の状況なのです。最初のほうでお示したように、東北地方とか九州地方は大体う蝕が多くて、3歳のときにう蝕が多い地域が多いのですが、ここに赤で書いてある佐賀県や秋田県は、学校でのフッ化物洗口をかなり広く行って、その結果、12歳のときにかなりう蝕が減っていて、格差が縮小していることが分かります。新潟県も同様で、12歳でう蝕が一番少ないのはよく知られているのですが、実は3歳ではそこまで少ないわけではないのです。このような学校でやる対策が効果的だということが知られています。

21 ページが、その上でお示したようなグラフの変化を実際に統計学的に検定してみたら、有意に格差を減らす効果があったということを示している論文の結果になります。

22 ページです。ところが、例えばこういう学校でやられる対策に関しては、実施率がかなり都道府県によってまちまちでして、それが意味健康格差を作っている部分もあるのかなということは考えられます。

23 ページが最後のスライドです。そのようなわけで、健康格差への対策としては、世界的には先ほどお話したような普遍的な対策として、砂糖やフッ化物、シーラントといったものへの対策が行われています。砂糖に関しては小坂委員から御説明がありましたような、増税対策みたいなこともあったりしますし、もちろん1歳半とか3歳半とか、健診のときに親への教育とか、小学校での教育ですとか、そういうみんなが来る場での砂糖摂取、飲み物を含めた砂糖対策への教育などもかなり大事かと思えます。

また、フッ化物応用に関しては学校でのフッ化物洗口などもありますし、最近では保険診療の上でフッ化物応用がかなりやりやすくなっていますが、そういったものもかなり重要な対策として働いているかと思えます。また、1,450ppmの高い濃度のフッ化物が入った歯磨剤が去年辺りから利用がされていますが、そういったものがより普及するようなことも社会

環境を変えるようなことになるかと思えます。また、成人に関してはなかなか歯科受診が少ない年代もあつたりするのですが、例えば企業で健診をするような取組が今推奨されていますが、そういったものと同時に、例えば有休を取って、健康経営の一環で歯科受診をしてもらうような、そういう企業を作るような努力などもあり得るのではないかと考えられます。

シーラントに関しては、海外では学校でシーラントをやるようなことがあって、日本ではちょっと現実的ではないかもしれないのですが、子供たちに広く行き渡らせるようなことも、例えば岩手県の一関という所では、シーラント手帳というのを配って、そのシーラントの普及を促すような取組をしていたりするのですが、そういったこともあり得るのかなと思えます。以上です。どうもありがとうございました。

○三浦座長 詳細な御説明を頂き、ありがとうございました。ここまで事務局からう蝕の現状等、小坂構成員からは公衆衛生から見た口腔疾患の課題、相田構成員からはう蝕対策の重要性と健康格差について、資料等を用いて御説明を頂いたところです。後半のディスカッションに入る前に、これまでの御説明について御質問、あるいは確認したい点、コメント等をお受けしたいと思えますが、いかがでしょうか。ここをもうちょっと教えてほしいとかということがありましたらお受けしたいと思えますけれども、特にないでしょうか。よろしいでしょうか。

○眞木委員 すみません、ここの最初の厚労省の資料3のう蝕罹患の現状という所の8ページの55歳から85歳、赤枠でくくって増えているという所のう蝕有病率の年次推移ですが、これは無歯顎者も含んでの数値ですか、それとも、歯のある人のみのデータですか。

○三浦座長 事務局、いかがでしょうか。

○青木歯科口腔保健専門官 こちらは、無歯顎者は含まれずに、現在歯に対するものと思っております。詳細については、改めてデータで確認はさせていただきたいと思えます。

○眞木委員 歯の喪失も含むと当然もっと高くなるのかなと思ったので質問させていただきました。その原因は分からないし、恐らく歯のある人の中での有病者率かと私は思ったので、確認をさせていただいたところです。

○三浦座長 ありがとうございます。相田構成員の資料でもちょうど同じ図があって、重複のため、説明を割愛されていた所なのですが、多分6ページの同じ図ですよ。

○相田委員 同じですね。

○三浦座長 相田構成員、何か補足はございますか。

○相田委員 ちょっと自信はないのですが、私も確か歯がある人だけのデータだったと記憶しています。眞木委員のおっしゃるとおり、全く無歯顎の人というのをここに含むと、更に多くなるというのはデータとしてあり得ると思えます。

○三浦座長 そうしましたら、事務局で御確認をしていただければと思えます。ほかに何かございますか。よろしいでしょうか。

そうしましたら、ちょうど前半の説明が終わったところです。今回は初回ということもありますので、冒頭に申し上げたとおり、う蝕対策について幅広くディスカッションを行うことによって、今後の議論の方向性を見出したいと考えております。先ほど説明があった資料1の検討課題に記載されている事項の案件も踏まえつつ、構成員の皆様方から幅広く御意見

を伺う次第です。

ただ、そのように言うと非常に漠としますので、3つぐらいのパートに分けて御意見を頂きたいと考えています。今、資料の御説明がありましたとおり、う蝕有病状況、ライフステージによってもかなり差異があります。このう蝕有病状況の実態について問題点はどこにあるのか、データ把握も含めてどういった所を解決していかなければいけない課題として捉えるか、そのようなところでまず御意見を頂けたらと思います。公衆衛生学的な広い視座に立って、新たな指標を追加で取る必要があるのかもしれないですし、年代別の実態を、現状ですと、かなり把握できている年代もありますけれどもそうでない年代もあるというような御説明もあったと理解をしています。その辺りを含めて、構成員の皆様方から忌憚のない御意見を頂きたいと思います。いかがでしょうか。すみません、事務局から手が挙がりました。

○青木歯科口腔保健専門官 先ほど眞木構成員から御質問いただいた資料3の8ページのう蝕有病率のグラフについてですけども、こちらについては現在歯に対してう蝕を持つ者ということですので、あくまでもベースは現在歯ということになります。事務局からは以上です。

○三浦座長 眞木構成員、よろしいでしょうか。

○眞木委員 歯のない人は除いているということですよ。分かりました、ありがとうございます。

○三浦座長 疑問も解決したところで、今をもって議論のほうをよろしくお願ひしたいと思ひます。う蝕有病状況、う蝕罹患の実態把握について、幾つかの問題点が今の御説明から指摘があったところです。そのこの部分に関して、先生方のお考えをお聞かせ願ひれぱと思ひます。資料の説明をされた先生方におかれましては、プレゼンテーションの中で御自身のお考えもお示ししていただいたところですので、それ以外の先生方から積極的な御発言を頂ければ幸いです。よろしくお願ひいたします。

○眞木委員 う蝕に関してですが、特に先ほど質問させていただいた所というのが50歳以降、もっと言うと35歳以降のう蝕というのは減っていないと、う蝕有病者率で見ると減っていないと。このう蝕というのは、どういう型のう蝕なのか、例えば成人、高齢期になると歯根面う蝕が出てくるわけです。歯冠部のう蝕と歯根面う蝕に関しては、要因からして全く違うわけではありませんが、違った要因も考えられるので、その辺のデータの把握というのが近年できているのかなという疑問があります。今回も9ページに歯根面う蝕のデータがありますが、これは1990年代初期のデータであって、2000年以降のデータが全くないということで、その辺のデータの収集、現在も含めてということですが、これが喫緊の課題ではないかとまずは思ったところです。

それともう一点ですが、う蝕に関して今、相田先生と小坂先生から説明していただきましたけれども、1つ私自身が疑問に思っているのは、実ほう蝕の、この年代別に見て特に12歳児のう蝕のデータなんかを見ると、日本のう蝕というのは北欧諸国から比べたら明らかに高い、今現在でも高いわけです。ところが砂糖の消費量は、日本が大体1人当たり年間20~25kgで、それに対して北欧は40~50kgと高い、それでも砂糖が原因だと言えるのだろうか。むしろ、そういう意味で言うとフッ化物とかシーラントの応用のほうがより効果的なの

かなと。また、これも相田先生の本にあります保健指導の効果は、う蝕の多い貧困群には低くて高学歴、所得の高い群には効果的だということを考えると、健康格差を問題にするのであれば、決して砂糖の摂取制限、シュガーコントロールを否定するわけではありませんが、優先順位からするとそのようになるのかと思ったところです。以上です。

○三浦座長 御意見を頂きまして、ありがとうございます。2つの大きな御指摘がありました。1つは成人期・高齢期のデータの把握の問題ですが、今どこまで追えているのかという質問に当たる部分も御提示があったところです。後半は、う蝕は単一因子疾患でありますけれども、その中で対策とは言ってもエビデンスに基づく優先順位を付与する必要があるのではないかという御指摘でしたが、両方とも非常に重要な御指摘です。

最初にデータ把握の件から議論を深めていきたいと思いますが、私が把握している限りでは、根面う蝕に関して全国的なデータ把握は歯科疾患実態調査でもなされていないという現状です。眞木構成員から御指摘があったう蝕罹患の現状についての資料の9ページですが、いつも根面う蝕の有病者率を語る上でこのデータを使わざるを得ないというところでした、この辺りは超高齢社会における歯科保健の推進においてやはり解決しなければいけない問題かと思うところですが、構成員の皆様方はいかがでしょうか。今、根面う蝕の評価が非常に難しいという側面もあって、今までは十分な対応ができていなかったというところではありますけれども、とは言っても解決しなければいけない課題として残っているのかと思います。何か具体的に根面う蝕に対してデータを取ってアプローチしている事案とかありましたら、またここで情報共有をしていただきたいと思います。いかがでしょうか。

○眞木委員 うちで多少その間、2000年の初め、それから現在というようにデータは取っているのですが、まだまとめていません。それから、高齢者のはちょっと難しく、施設その他の集団でないとなかなかデータにできない。それ以外の地域の高齢者、例えば介護予防で来た人の健診データとかを集めれば、少しは何とか分かるのかなという気がします。やはり90年代は喪失歯が多いので、今とかなり違うデータなのではないかと思うので、この辺のところは、私自身も何とか集めてみたいと思います。老年歯科医学会とか、学会が報告している分が若干ありましたので、その辺も思っていますが、ほかの先生方もそういうデータがあったら是非提供していただきたいと思います。

○三浦座長 眞木先生、取ったデータを是非まとめていただいて御提示をしていただくと、施策を立てる上で大変有り難いところです。

○相田委員 すみません、根面う蝕に関してですけれども、眞木先生がおっしゃったデータも非常に大事だと思います。一方で対策としては、歯科保存学会がガイドラインでフッ化ジアミン銀、サフォライドを根面う蝕に使うことを薦めていて、次に更新するガイドラインでは、その辺りをもうちょっと強調したものになると伺っています。対策として訪問で、しかも治療がなかなか難しい状況でサフォライドを使うというのは、保存学会が進めるようなアプローチだと思うのですが、そういう対策で保険診療の上でもそれは今できますから、今後そういう実施が増えてくると思いますので、そういう対策と併せたデータ収集等も可能性の1つとしてあるのかなと思いました。

○三浦座長 情報提供いただきまして、ありがとうございます。そうしましたら、ここの部

分は関連学会とも連携しつつ、データ収集に努めていくということで、それ以外の定期的なデータ収集、高齢者以外、成人期も決して十分ではありません。やはりデータに基づくアプローチですので、そもそものところのデータをしっかりと把握するところを是非強化していく必要があるのではないかとということで、よろしいでしょうか。

○瀧口委員 データのことを考えると、日本だけではなくて諸外国のデータも比較するというのはすごく重要かと思います。諸外国でやられている効果的なアプローチ等があると思うのですけれども、論文のレビューなりが多分あると思うので、その辺りを収集することもいいのかなと思います。

○三浦座長 貴重な御指摘をありがとうございます。既に報告されている論文を的確にレビューし、諸外国の状況をキャッチアップして、それを我が国の施策に生かすというところで重要な御指摘だったと思います。そのような学術的な取組も並行して行うということであろうかと思います。ちょうど小坂構成員のまとめの所にも保健事業の効果を測定、評価するために定期的なデータ収集のスキームが必要という御提案があったところなので、そこもリンクするお話ではないかと思います。ありがとうございます。

それから、小児のう蝕対策において、多因子疾患であるということで対応策も当然それだけバリエーションがあるということでありますが、その中である程度のプライオリティが必要ではないかという御指摘もあったところですが、この点についてはいかがでしょうか。

○柘植委員 柘植です。小児のことですけれども、まず、歯科疾患実態調査の特に5~9歳ですが、このデータは実数が少なすぎて、年々対象者の実数が少なくなっているのです。余りデータとして使えなくなっているのではないかという感じがいたします。歯科疾患実態調査の低年齢者の取り方をちょっと考えていかないといけないのではないかと思います。

それから、資料3の3ページで使われている12歳児のDMFTなのですが、12歳児の赤のグラフを見てほしいのですけれども、平成7年に学校保健法が改正になって、ここでC0という概念が入ってきているのです。C0というのは、虫歯になりそうな者を教育することによって健康の側に引き戻そうということで、それまでC1、C2、C3、C4という判定基準だったのを、C、C0、健全というようにカテゴリを変えました。それによって平成7年までのグラフが毎年0.1ポイントずつ減っていたのが、平成7年からは0.2ポイントずつ減るようになったということで、見方を変えたことよっての効果が非常に出ているので、う蝕になる前の段階、今はC0というのはエナメル質初期う蝕管理加算で保険のほうにも導入されましたので、保険の予防から医療のほうに入ってきたと。これは非常に大きな成果だと思うのですけれども、その部分を学校保健統計では2の部分しか扱わないので、1の部分がどうなっているかということ調べて、それに対する対処を取っていくというのが非常に重要なことになるかと思います。

あとは、う蝕の特性として相田委員が出された7ページのグラフにちょっと出てくるのはよく分かるのですが、もう少し大きなもので見るともっとよく分かるのですけれども、歯科と医科の違いが、医科のものをここに書くと非常によく分かります。医科というのはU字型をしているのです。生まれたときが多くて20歳からずっと減って、40歳ぐらいからまた増

えていくというU字型をしています。ところが、歯科はM字型をしているわけです。これは第1大臼歯がう蝕になる、それが1つのピークで、次のピークは第1大臼歯を喪失するときにピークが来るというように以前は言われていたのですが、今は歯がずっと残るようになったものですから、形は変わっているのですけれども2つのピークがあるというのが医科と全く違う形の所です。この辺りのことも踏まえて、歯科の対策というのは捉えていけるかと思えます。

もう一回先ほどの厚生労働省の資料の3ページに戻りますが、虫歯は本当に減っているのかという御指摘が相田委員からありましたけれども、これについては文部科学省の学校保健統計に、もう1つこのグラフの次の資料がホームページに出ています。それを提出いただくと分かるのですが、実は12歳までは減って、12歳から増えているというグラフがあるのです。その注の所に、10~12歳までう蝕が減るのは、乳歯がなくなるせいであると書いてあるのです。つまり、う蝕になった乳歯がなくなるから、10~12歳までのう蝕は減少していると。ということは、実際にはう蝕はそんなに減っていない、むしろコホートで見ると、12歳からどんどんまた増えているのだという実態が出てくるので、そのグラフを是非次のときには提出していただきたいと思えます。

○三浦座長 貴重な御指摘をありがとうございました。最後の所は今御提案があったとおり、学校保健統計に関わるもう一枚の12歳以降のグラフがあるということで、今回のワーキンググループに資料の準備をお願いいたします。それ以外の2つの項目ですが、どちらも非常に重要な所で、COの要素も含めてのデータを把握する必要があるのではないかと、そして分布形を踏まえての分析を行うべきではないかという御指摘がありました。特に2番目の項目に関しては、分布形を踏まえた上で見ていかないといけないというのは公衆衛生の鉄則なので、ここも非常に重要な御指摘かと思えます。

それ以外に、先生方でお気付きの点などはございますか。う蝕の実態把握というところで大分データ把握の事柄についても出てきたところですが、小坂構成員から御提案があったQALY把握の件はいかがでしょう。QALYの把握は、多分ほかの疾病でもいろいろやられつつあるので、定期的にするということがどこまでできるかは別として、考慮すべき案件かなと思えますが、また継続的に討議できればと思えます。よろしいでしょうか。

そうしましたら、次の案件もなかなか重いところですので、次のトピックスに移りたいと思えます。歯科における健康格差について、ここで今一度定義も含めて誰を対象とした健康格差の縮小なのかということも踏まえた上で、少し議論を進めていきたいと思えます。既に事務局、構成員の資料でもお示しがあったとおり、我が国の歯科保健においても健康格差の縮小ということを非常に大きな項目として掲げているところです。そのために何をすべきなのかというところで先般、歯科口腔保健の基本的事項に基づく対応策をいろいろ取ってきたところの中間評価を行ったところですが、中間評価後のアプローチにも関わってくる案件かと思えます。この健康格差の縮小について、う蝕対策から今後どのように進めていく必要があるのか、解決しなければいけない課題は何なのか、御意見を頂ければ幸いです。いかがでしょうか。特にこの案件は、行政的な所にも非常に関わってくるかと思うので、行政の2人の構成員の先生方からは是非御意見を頂きたいと思えます。

○秋野委員 札幌市保健局の秋野です。健康格差については先ほど相田委員からも御説明があったとおり、地域間の格差と地域内の格差の2つあるのだらうと思います。地域間の格差は日本全国、都市はう蝕が比較的少なく郡部は比較的多い傾向があるという問題点がまず1つ。もう1つは、地域内の格差、同じコミュニティの中での格差で、小坂委員のお言葉を借りれば生活困窮者の方であったり、あるいは相田委員から御説明があったように、少し家庭環境が心配な、十分育児に力を割くことが難しい御家庭のお子さんのう蝕が多いという、この2つの格差の解消を図っていかなければならないのだらうと行政としても同じように思います。

行政の立場としては、健康格差の解消というのは解決しなければならない非常に重要な課題だと考えております。私も北海道の都道府県の立場で勤務をしたこともありますので、地域間の格差の解消に向けてフッ化物洗口というポピュレーションアプローチを行政の中でしっかり位置付けて、

う蝕有病率の高い市区町村には特に推奨し、フッ化物洗口の導入に努めていただいている状況です。やはりむし歯の多い市町村の御理解は比較的得やすく、事業の導入も円滑に進んでいる状況です。北海道では今、179市町村のうち170ぐらいの市町村でフッ化物洗口の導入が進んできたという経過があります。

一方でなかなか難しいのは、やはり都市のフッ化物洗口の普及であり、健康格差の解消にまだ十分な解決には至っていないところです。むし歯が高校生、成人、高齢者になったらまだまだ増えるのだという御指摘は理解するところですが、子供時代のむし歯が、以前は直感的に学童であれば、学校の先生も前歯部にう蝕がある子とかをすぐに見つけられたのが、今ではそういう子供が比較的少なくなっています。しかし、そのような多数のむし歯のあるような子どもは、家庭環境が心配だというような状況があるのだらうと思います。

この格差の解消という中で、1つはポピュレーションアプローチでフッ化物洗口は重要なツールになると思いますが、データ的にDMFTが1を切っているような都市部では、それだけをもって進めるのはなかなか難しい部分もあると思っています。全国のいろいろな状況を見ると、既に学校単位で見れば12歳児のDMFTが0.1を切るような、0.05であったり、それぐらいのところまで減らしているような先進事例が特に新潟県などではあります。そういった地域の先進的な取組の中身を伺うと、フッ化物洗口は当然実施されているのですが、それに加えて先ほどから何度もお話が出ていますが、フッ化物洗口に加えてシーラントの受診勧奨をしっかりと実施して、通常の歯科医療の受診勧奨に加えてシーラントの受診勧奨も加えていく。さらに、健康教育です。もちろん健康教育は、御家庭の事情によって効果は差があるのも踏まえてですが、健康教育も学校の中でしっかりやっていく。フッ化物応用、シーラント、健康教育の3つを組み合わせることで、12歳児のDMFTを限りなくゼロに近づけていくことができる、そういう地域もあると認識をしているところです。

このような先進的な事例も踏まえれば、小児のう蝕予防対策についてはそろそろゼロを、地域でう蝕をゼロにするという目標を掲げて、公衆衛生的に確立した科学的根拠のあるフッ化物応用やシーラント、それに健康教育といった手法を加えて、ゼロを目指す取組を今後、モデル的な取組も進めながらやっていく必要があるのではないかと思います。う蝕をゼロに

するために、地域の関係者が一緒に頑張りましょうという明確な目標を掲げることが重要です。行政でポピュレーションアプローチをするためにはいろいろな方々、先生方であったり教育委員会の方々だったり、地域の関係者の方の理解が必要でありますので、歯科以外の関係者の理解を得るためには、歯科以外の関係者の方でも理解が得られやすい目標と成果、大変な取組だけれどもこれだけの成果が得られるのだというものがあれば、少し取組が進むのではないかと思っていますところです。なかなか難しい面はありますけれども、しっかり地域でモデルを作って成果を出していくことで全国に普及していく手法も少しあってもいいのではないかなと思っていますところです。以上です。

○三浦座長 ありがとうございます。今、歯科以外からの理解を得られることが、地域保健においてう蝕対策を推進する上で非常に有効ではないかという御発言もあったところなのですが、その辺りも踏まえて、瀧口構成員から何かコメントを頂ければ幸いなのですが、いかがでしょうか。

○瀧口委員 そうですね、健康格差については、先ほどお話があったとおりです。様々な要因があると思いますが、その背景の1つに経済格差というものがあるのだと思います。ところが、そこには我々はアプローチできないので難しいところで、このう蝕に限って言えば、子供達、特に子供ですが、小学校とか中学生の子供に対しては、先ほど言われたフッ化物洗口が一番ポピュレーションアプローチとしては効果的かと思います。あるいは、自治体によっては、歯科医療費ですね、受診の無料化をしている所もあります。小学校、中学校まで無料とか、高校まで無料にしている所もありますので、そういった、いわゆる行政的な施策を打っていく必要があるかと思っています。

ただ、成人とか高齢者に関しては、これがなかなか、健康格差は当然あるわけなのですが、そこに対してのアプローチをいかにするかということが非常に大きな課題かと思っています。う蝕予防はブラッシング、甘味制限、そして、フッ化物の応用、この3本柱ということになっていますので、WHOはこのフッ化物応用の中では、第1番目にはフロリデーションを政策として掲げるわけですが、日本ではやられていません。ただし、成人期・高齢期を考えれば、小児期に関してはフッ化物洗口というアプローチができるわけですが、成人期・高齢期に関しては、フッ化物洗口という集団的なアプローチはできませんので、やはり、今後の1つとしては、フロリデーションをいかに導入していくかが1つの大きな課題になるかと思っています。

○三浦座長 ありがとうございます。成人期・高齢期に及ぶ御指摘を頂き、非常に感謝しております。地域歯科保健を推進していく上では、やはり行政だけではできず、地域の職能集団、団体の皆様方、諸先生方と連携してやる必要があるというところで、是非、高野構成員と武井構成員、御発言いただければと思います。まず、高野構成員、よろしく願いいたします。

○高野委員 医科のほうで健康格差と言うと、定期健診と定期受診をすることにより健康格差が縮小するというか、健康になれるということなのですが、歯科においては、定期健診は学校保健のところではかなりあるのですが、定期受診に結び付くという意味では、先ほど行政の方も言われていましたように、小学校まで無料化したり、中学校まで、高校までという

ことで行っている自治体もあります。全国的に今後、自治体の努力によって中学校まで無料化されていたとしても、その意識と言うか、教育の力と言うか、その理解と言うか、リテラシーの問題かもしれませんが、その辺で受診する、しないの判断がなされています。受診していただくと、そこで治療だけでなく指導ということが加わると思うのです。そういうことを受けることによって、また差を縮めることができるのではないかと思いますので、健康格差を縮めるには環境を整えていただいて、極力、中学生ぐらいは全国的にできると、無料化に結び付くような方法をすると、歯科に通ってその指導を受けるという、自分の健康のためにそれを受けるといふことの習慣を付けることが必要かと。ここで言うのもあれなのですが、高校生ぐらいになると、自分のためということ、集団だけの検診だけではなくて、個別、かかりつけ歯科医を持っていれば、そこでの受診の結果で OK という方法を少し導入して、文科省がいらっしゃいますが、導入してくれると、それ以降は歯科検診がないものですから、高校辺りでは、義務教育を過ぎた後ですね、そういう機会も設けて頂いてもいいのではないかとはい思います。

あと、ちょっと話がそれますが、資料 3 の 15 ページの所に、平成 13 年の 8020 推進財団の抜粋で、歯を抜くに至った原因の調査のグラフが示されております。たまたま本年 6 月にこの同じ趣旨での調査を行って、今、集計をしているところです。次回にはちゃんとグラフにした状態を提出したいと思います。ちらっとこの前にデータを垣間見たときには、破折がやたら増えていると思いました。いろいろな問題があっても残そうとして、結局それでも破折に至っているということから、外傷だけではない感じがしました。ちょっと内容的に、皆さんが何とか残そうということでの治療の結果でも、やはり破折に至っているのだろうと。状況は 13 年もたっているので大分変わっていると思いました。

○三浦座長 ありがとうございます。また次回のワーキングでは、先ほど言及があった資料も出していただけますでしょうか。はい、助かります。先ほど、柘植構成員からも頂いた御意見とも非常に関連する内容だったかと思えます。ありがとうございます。そうしましたら、武井構成員、よろしく願います。

○武井委員 日本歯科衛生士会の武井と申します。よろしく願いいたします。今、高野先生から、高校生までの歯科検診が必要であるというお話がございました。引き続き、大学生も生活が乱れやすい時期ですので、歯科検診が必要であると考えます。さらに、就業者についても、歯科検診が必要であると考えます。今後、全てのライフステージにおいて、う蝕や歯周病を予防して歯を失わないという観点からも、定期健診および歯科保健指導が重要と考えます。

もう 1 つ、資料 3 の地域格差についてです。5 ページと 6 ページに 12 歳児の一人平均う蝕数と有病者率の都道府県別の年次推移が示されています。また、先ほど相田構成員からご説明がありました 20 ページにつきましても、急激にう蝕が減った県と、余り減らない県があります。その差、つまりう蝕が急に減少した県のその理由について調べることが、今後の対策を検討する上で重要と考えました。また、20 ページと 22 ページの図を比べることにより、う蝕の減少にフッ化物洗口がかかわっていることも見えてきました。逆に 50%以上フッ化物洗口を行っていない県も示されていますので、今後のう蝕予防を地域で検討する材料

となると思います。日本歯科衛生士会としましては、都道府県に歯科衛生士会があり、地域歯科保健活動を積極的に行っていますので、情報を共有させて頂き、自分の県の状況を踏まえて、行政と同じ方向を向いて、歯科保健活動に参画させて頂きたいと考えました。

○三浦座長 貴重な御指摘を頂きましてありがとうございます。大学生は確かに歯科検診が余りされていないエアークケットみたいなところでして、歯学部を置いてある大学でも、歯科検診をやっていないことも多いかと思えます。今、法制化されていないというところで、全ライフステージを通したアプローチということになりますと、やはりそういった実態を把握することが必要ではないかという御発言と、あとはグッドプラクティスです。ここは是非、どういふアプローチをしていけばいいのかという示唆を得るためにも、グッドプラクティスを収集する、あるいは、そういったものが十分にならないような場合は、学会と組んで、そういったエビデンスの創成も含めたアプローチ方法も必要かというところかと思えます。すべての歯科保健対策でいえることですが、特にう蝕対策においては、エビデンスに基づくアプローチができるような状況ですので、学会との連携というのは不可欠かと考えるところですが、この辺り、木本構成員、御意見を頂ければ幸いです。

○木本委員 今までの皆さんの御意見、お話を伺っていて、12歳児のう蝕の罹患、あるいは1人平均のう蝕数が出ていますが、相田先生からの御指摘のとおり、これで本当に表しているのか。小児歯科の立場からしますと、やはり学校健診というのは非常にいいシステムなのですが、それから受診、その受診率、そこが実はすごく問題になっていて、私どもよく思春期の壁と言うのですが、12歳以降はやはり受診率が下がる時期が来ます。ですから、その部分でやはり壁がありまして、親がコントロールできる世代の年齢、年代と、ピンポイントでライフスタイルが多様化する年齢が、なかなかそこが取りこぼしと言うのですか、対応が難しい時期が来ます。

先ほど瀧口先生からもお話があったように、行政が医療の負担を無償化しているというのがありますが、無償化していても受診していただけない人というのは、逆に思春期ぐらいから増えるのです。というのは、これは塾があるだとか、クラブがあるだとか、習い事があるだとかという、その壁を超えないとなかなか難しい。あとは、無償化していても、連れて来る保護者の方がおられない。例えば一人親家庭で、保護者が就業して仕事不休めないとか、そういうことの問題点もかなり含んでいるので、思春期ぐらいからは非常に壁が厚くなって、高野先生がおっしゃられたように、かかりつけ歯科医というものが、その年代からは重要になってくるだろうとは私自身考えています。検診と、それからの歯科受診という、その部分のやはり格差と言うのですか。検診はほとんど100%受けているのだけれども、そこからの受診が開いてくると、その後の口の中の状態、歯の寿命でもそうですが、かなり影響してくるのではないかと思いますので、そこを何とかフォローできるようなシステム作りが必要ではないかと考えております。

○三浦座長 ありがとうございます。何人かの構成員の方からも御指摘があった、高校生、思春期の壁というところの御指摘を頂きました。そして、成人期において、そして高齢期においても、データ収集を継続的に行う必要性があるという御指摘も頂いたところです。それで、ほか、何かございますでしょうか。もしないようでしたら、ちょっと私から1点。

健康日本 21 第 2 次でも、歯科口腔保健の推進に関する基本的事項においても、対象は全ての国民です。誰一人取り残さず歯科保健サービスを提供することは、非常に施策としても重要な観点かと思えます。それで、先ほどの小坂構成員のプレゼンテーションの中にもありましたが、社会的弱者、障害者(児)に対するアプローチ、ここについても是非、う蝕対策においても強化したいと思っています。というのは、基本的事項の中間評価において、やはり障害者(児)に対するアプローチはもう少し拡充が必要という意見も出されているところで、そのような方たちに対してのう蝕予防対策の供給の拡充というものも、今の時代、考えていかなければいけないのかと考えているところです。その件について、もし何か追加等がありましたら、小坂構成員。では先に、秋野構成員から。

○秋野委員 行政の秋野です。障害者、障害児に対する歯科保健対策は、行政の中での障害者の健康格差に対する対策という点でも、やはりしっかり取り組んでいかなければいけないと思えます。行政ベースの障害者に対する対策は主に医療です。歯科医療については、各都道府県歯科医師会だったり、郡市区歯科医師会だったり、歯科医療センターや、口腔保健センターといったような、歯科医療の体制整備については行政としてもしっかりと歯科医師会と連携しながら取り組んできたところです。

一方で、歯科保健対策、障害のある方々に対する歯科保健対策が、これまで行政の中で取り組まれてきたかということ、意外と不十分な状況があるのではないかとは思っています。先ほどからも何度も話が出ております、フッ化物応用であったりシーラントについても、もちろん重度の方で難しい方はいらっしゃると思いますが、最近の小学校の特別支援学級とか広汎性発達障害のお子さんとかであれば、ぶくぶくうがいとかが、それぐらいであれば全く何の問題もなくできると思えます。北海道でもフッ化物洗口事業を特別支援学級も含めてやっていますので、全く問題なくできるはず。ただ一方で、歯科治療となると、なかなかそういうおさんはユニットに座って治療を受けるというのは極めて難しく、かつ、通院の保護者の負担も極めて大きい。う蝕予防の対策は、保護者におけるニーズ、また、御本人のメリットということであれば、それは都市部、郡部に限らず、十分地域の関係者の理解が得られる可能性が高い事業だと思いますので、是非、これを機会に対策を進めていただく方向で御検討を頂ければ有り難いと思っております。以上です。

○三浦座長 ありがとうございます。そうしましたら、小坂構成員、お待ちいただいてありがとうございます。

○小坂委員 既に取り組んでいる所で、例えば兵庫県の活動なのですが、それは地域にいる障害者の健診みたいなことをやっていて、実際に、かかりつけ歯科医がいない所では 80% くらいが未処置のう蝕があり、かかりつけ歯科医がいると 50% かな、30%、50% ぐらいに減っているということで、そういうことで有効性が示されているみたいなことを、我々も障害者歯科学雑誌に報告しています。それで、海外ではそういう障害がある方とか、あるいは貧困の方の歯科保健サービスへのアクセスみたいなものを指標に入れている中で、日本でなかなか難しいところはあるかもしれないというのはもちろんあります。それで、障害者の施設、あるいは在宅でもいいのですが、そういう方々の受診などを確保していくのは非常に大事な

ところだろうと思っています。

あと一方、行政で何かないのかというところなのですが、地域でごちゃ混ぜで障害者も高齢者も子供も何とかというのを今、厚労省が進めているようなのですが、その中で、1つは、生活困窮者自立支援法というのができて、ある意味で横串で何でもできるわけです。ですから、気の利いた市町村は、その中で子供食堂をやりながら、あるいは、今、地域の保健室みたいなものをずっと看護協会がやってきているわけですので、そういう中で、障害者も要介護高齢者も貧困者も入りながら、子供食堂みたいな所に歯科衛生士会に入っていくとか、いろいろやるツールはあるのだらうと思います。それから、行政的な仕組みとしてもかなり整ってきているのではないかと思っていますのです。ですからこれは、やはりその辺の枠を超えて、横とつなぎながら、もう介護保険のほうも子供も生活保護も全部合わせてというのは市町村ではできやすいので、そういうところに入って行って対策を取りつつ、データも可能であれば取るみたいな仕組みができる就非常によいというのは、夢物語ですが、思っていることです。

○三浦座長 ありがとうございます。そして貴重な情報提供を頂きました。もし、これは構成員の皆様方にもお願いですが、何かそういった参考になるような学術知見、それから、自治体においてのグッドプラクティス等ありましたら、事務局に御一報いただけると、また今後のワーキンググループ等にも反映できる可能性があるかと思っています。ありがとうございます。

○眞木委員 ちょっといいですか、障害者の件に関して。実は、今週の月曜日、新宿区の歯科保健推進委員会というのがありまして、そこで数十箇所内の障害者の施設で健診が行われているか、又は園が指定した歯科医師がいるかというところを調べたら、何と、やはり精神が結構施設としては多い、肢体と知的と精神の3つに分けて、組み合わせさせている所は数箇所ありましたが、それで、精神の施設で定期的に健診してもらっている所はゼロ。施設としては3分の1が精神でしたが、でも全くゼロ。あとは、知的、肢体に関しては、2割ぐらいが定期的に健診していますと。ですから、もしそうなると、その実態、どれくらい真剣に取り組んでいるのかというところから始めないと。それで、もちろん精神とか肢体とか、それから知的の歯科保健のデータも余りないです。小児期はあるけれど。

○三浦座長 そうですね。

○眞木委員 ですので、もしこれを本格的にやるとすれば、かなり重要な課題になってくるかと思っています。

○三浦座長 ありがとうございます。そうでしたら、では最後、よろしくをお願いします。

○木本委員 これは情報提供です。実は障害者歯科と小児歯科学会でちょっと連携しまして、有病者、障害者の在宅歯科医療ネットワークというものを今構築しています。その研究会が立ち上がりまして来月、研究会の第1回のミーティングが東京で開催されることになっています。これは、かなり地域でいろいろな格差はあるのですが、一応、東京都でもそういうネットワークがもうできていて、それを基準にして、障害者歯科のほうでガイドラインを作ろうと。我々もそれに協力した形で参画しようということが、今、動きであります。

○三浦座長 ありがとうございます。眞木構成員に続いて木本構成員から貴重な情報提供を

頂きました。では、相田構成員、手短にお願い致します。○相田委員 すみません、ちょっと成人の話が余りなかったので、1点だけ。多職種以外、歯科以外にも理解をとということで、協会けんぽという中小企業などの保険の支払側の人が、私は宮城県の保健福祉の参与もさせていただいているので、その先月の会議でお話があったのです。47都道府県で協会けんぽが健康経営と進める中で、歯科を入れているのは、当時は三重県がただ1つだったということなのです。ですので、成人の受診を促す上で、健康経営の中で歯科がほぼ入れられていない状況がありますので、これはいろいろな団体が共同してアピールしていかなければいけないということが1つあります。

私がアピールの中でお話ししたのは、う蝕が減ってはいるのですが、事務局提出資料で30数パーセントが未処置う蝕を持っていましたから、4,000万人が未処置う蝕を持っているみたいなことが言えるわけです。糖尿病は予備軍を含めて2,000万人という指標がよくキャッチコピーのように使われていますが、歯科は虫歯が4,000万人あるのに減ったということばかり言っていて、そこはアピールできていなくて、そのことをお話ししました。実際、協会けんぽの成人の歯科医療費の支払いが企業の中で一番が多いというのを協会けんぽ、宮城県で調べていただいて、実際そうだったので、それで重要性を認識していただいて入れていただけたので、そういうアピールが非常に大事かと思えます。すみません。

○三浦座長 ありがとうございます。成人期のところ、貴重な情報提供等御提言があったかと思えます。確かに、アピールの仕方というのは非常に重要で、そういった対応を適切に取ることが歯科保健全体を推進していくところへつながっていくのではないかと思います。活発に御議論を頂きました。当初、後半のディスカッションが全然こなかったらどうしようかと思っておりましたが、本当に心配だけに終わり、時間が足りないぐらいの活発な御議論を頂いたところです。心よりお礼申し上げます。そろそろ終わりの時間が近づいてまいりました。非常に多様な意見を頂きましてありがとうございました。本日の御意見を踏まえて、事務局とも相談させていただきながら、今後の進め方やスケジュール等について検討させていただきたいと思いますが、それでよろしいでしょうか。はい、ありがとうございます。それでは、この辺りで、本日の議論を終了させていただきます。御議論を頂きありがとうございました。最後に、今後のスケジュール等について、事務局からお願いします。

○江藤推進係長 本日は、皆様ありがとうございました。次回の開催日程につきましては、追って御連絡をさせていただきたいと思えます。引き続きよろしく申し上げます。

○三浦座長 本日はこれで終わりになります。どうも御協力いただきありがとうございました。