平成２９年度第２回千葉県歯・口腔保健審議会

開催結果

１　日時　平成２９年１１月２８日（火）午前１０時から午前１１時３０分まで

２　場所　千葉商工会議所１２階　研修室Ａ

３　出席者
委員：総数１５名中１０名出席
丹沢会長、砂川副会長　岡部委員、星野委員、井上委員、鈴木委員、柳委員
實川委員、野田委員、杉原委員

４　会議次第
（１）開会
（２）あいさつ
（３）議事
ア　第２次千葉県歯・口腔保健計画（素案）について
イ　その他
（４）閉会

５　議事内容

（１）第２次千葉県歯・口腔保健計画（素案）について

【事務局説明】
資料１・２に基づき、計画本文について説明。

○丹沢会長
ただ今の説明について、何か御意見や質問はありますか。

○野田委員
（資料２）３３ページの「県の役割」という箇所で、市町村格差があるとのことですが、具体的にはどのような格差があり、なぜそのような状況になっているのか教えていただければありがたいです。

○事務局
例えば、（資料２）８～９ページに１歳６か月児と３歳児のむし歯の有病者率を市町村別に示しています。全くむし歯のない市町村もあれば、７％がむ

し歯を持っている市町村もあります。どうしてこのような状況になっているかについては、市町村の取組に温度差があるのではないかと考えています。市町村役場に歯科衛生士がいるところもあれば、いないところもあります。これについては、県で設置した口腔保健支援センターに歯科医師と歯科衛生士がいるため、歯科衛生士のいない市町村に対しても技術的な助言をして格差を是正していきたいと考えています。

○野田委員
３４ページの（3）「かかりつけ歯科医機能の充実」とありますが、よく週刊誌等で「削らない、抜かない方がいい」といった、提供される医療に関する情報が氾濫している感があります。予防についての情報は適切に提供されていると思いますが、医療の質あるいは技能、価格等について、どのように見極めてかかりつけ医師を選択すればよいのか、皆さんわからないと思います。それについては、どのように考えていけばよいでしょうか。

○丹沢会長
「かかりつけ歯科医」の定義ですが、いつもかかっている先生という意味ではありません。悪くなったら何年も行っていないけれども、近所の先生のところに行くという話ではなく、今おっしゃったような、医療情報や口腔の衛生管理等について相談にいつでも乗れる、顔の見える関係を言います。
歯科治療に関して、日本の健康保険の医療ではあるレベル以上が保証されていますが、インターネット等の情報は本当の意味ではエビデンスがありません。がんなどもそうですが、かなり問題になっています。そうしたことについて迷ったときに近くの歯医者さんで説明を受けられるということも、かかりつけ歯科医の機能に入ります。歯科医師会でもそのような思いに対応し広報などをされていますが、医療としての付き合いだけではなく、人間として信頼関係を構築することにより、迷ったら相談に行ける関係を作りましょうということで、それがなかなか難しいので、「(かかりつけ歯科医機能の）充実・推進」という話になります。

○砂川副会長
歯科医師会の砂川です。かかりつけ歯科医についての国の方針としては、地域包括ケアの中で、小中学校ぐらいのエリアで、地域で治し支えることを大きな目標として、２０２５年に向けて進んでいます。地域で顔が見える中で連携して治して支えるのがかかりつけ歯科医だと考えております。
資料の中でも、複数の箇所でかかりつけ歯科医機能の充実が記載されているように、いろんなステージで求められる課題です。専門性の高い医療に特化してきたところを、プライマリケア的な考え方で全部が見られる医師・歯科医師を育てようという方針が根底にあると思います。だから地域が重視されています。

他方、われわれがかかりつけ歯科医として見てきた地域住民が施設に入ると、施設内のルールで提携している医師・歯科医師が優先される現状があり、かかりつけ医として生涯ずっと地域に根差してやっていくことに反していると思います。提携している医師・歯科医師を優先するのは分かりますが、かかりつけ歯科医はこれまでずっと治療や保健指導をやってきて、カルテもあり、人間関係もあり、地域の他の職種とも連携してきたのに、そこで切られてしまうのは、国の目指す方向とも合わないのではないか。それも含めて検討していかなければならないと思うので、強く行政にお願いしたいと思います。

○丹沢会長

ここでは県の保健計画ですので、そのためにどうするかという話をしているわけですが、患者さんに対する啓蒙や患者さんの問合せがしやすい環境づくり、歯科医師会や関連の団体、自治体の取組を促進するためお願いしたりすることを考えています。事務局はそれでよろしいですよね？事務局が行って説明するのではなく、計画をつくって、それを促進する体制をつくっていくということです。

他に、いかがでしょうか。

○岡部委員

歯科衛生士会の岡部です。入院患者の口腔ケアでは、歯科衛生士が主に保健指導や口腔清掃に関わっているので、歯科医師とともに研修の場などをいただき、看護師を中心とする他の職種とも連携できるようにしていただけると、歯科衛生士の質も向上し、診療所にいる歯科衛生士も入院患者と関わりやすくなると思います。

もう１点は、１歳６か月ごろの子どもをもつお母さん方に聞くと、「自分が食べているような物を子どもにあげています。」という方もいます。先日、あるお母さんから「子どもにピーナッツをあげているのを見てびっくりした。吐き出したからよかったが、そのような時に私は何ができるのかと思ってしまった。」という話を聞きました。市町村で１歳６か月児健診前にいろいろな取り組みを行っていると思いますが、食事に関することも機会があるごとにお伝えいただかないと、月齢が上がっても、実際は咀嚼力がないのにきのこを与えてしまう等、不安なことがあると聞きます。ぜひ、そうした指導もお願いしたいです。

○丹沢会長

ありがとうございました。一応この項目としてはカバーされていると思うので、今のようなことを承知して、全体をうまくつなげられればと思います。

○鈴木委員

保育所の立場ですが、乳幼児期の現状と課題、施策の方向（２３～２４ペー

ジ）については、保護者の意識や知識にすごく差があると思います。大変丁寧に仕上げ磨きをしたりして、考えてやっている人もいます。２４ページに「保育所・認定こども園・幼稚園等の集団健診等において、…」と書かれています。保育所の場合は、年１回の集団健診がありますが、家庭によってすごく差があります。５歳になってもむし歯が１本もない子もいますし、ほとんどがむし歯という子もいます。見てみるとそのお宅の生活環境、保護者の意識の違いによって子どもへの対応が違います。離乳食はもちろんですが、生活リズムもそうで、むし歯の多いお子さんは生活リズムが不安定な傾向が強いです。そのような関連性があるので、その言葉が盛り込めるかはご判断いただきたいのですが、「保護者の意識の高揚」は、乳幼児、もしくは小学校低学年まで影響があると思いますので、検討していただき、どこかに盛り込めるとよいと思いました。

○丹沢会長
２３ページの現状と課題、施策の方向に、「保護者」という言葉はないのですが、それを表に出すか、出さないかということですね。「啓発」など。２３ページの下には、「保護者や関係者に対して」と書いてありますが、全体的にその言葉が係るようにするかは、事務局の方で検討いただければと思います。

○鈴木委員
保護者から「どうせ乳歯は生え変わるから抜けちゃっても、むし歯になってもいいでしょう」と言われ、「それは違います」と話しますが、そういう状況も現実にはあります。

○實川委員
１つよろしいでしょうか。食後の歯磨きについては、お昼は保育園や小学校低学年は指導をしてもらえばいいと思いますが…

○鈴木委員
ほとんどやっていると思います。磨き方の指導は、市の歯科衛生士さんにお願いして指導に来てもらっていますが、家で磨くかとかそこまでは…。そこが大きいです。
おやつの回数についてのデータがありましたが、保育所は食と切り離せません。3歳未満児は、朝昼晩の食事だけでは１日分の栄養がとれないため、午前中のおやつがあります。昼食は完全給食です。そして、午後のおやつがあります。また、私の園では都内に勤めている方が多いため通勤時間の関係で、長時間保育（延長保育）で８時まで保育をしています。すると長時間保育の時間帯でもう一度おやつ、８時までいる数人には軽食が７時３０分ごろにあり、１日の内に定期的にですが“食べること”が多いです。3歳児ぐらいからは、磨き方の指導をきちんとしておくと習慣化していて、食後・おやつの後に歯

を磨かないと気持ちが悪いという感覚が身についています。乳児の場合は、食後に白湯を含ませたり、ガーゼで歯をふいたりして、歯磨きまではいきませんが、どの保育所でもしていると思います。

それでも、家庭はやはり大きいと思います。休日等にだらだらとおやつを食べている場合は、むし歯になりやすいと聞いています。いろいろと家庭によって差があると感じます。

〇丹沢会長

そのあたりのことは整理して、どこかにその言葉を入れるかですね。

子どもの歯ブラシは実際には磨くことを期待していません。小学校低学年までは、自分ではきちんと磨けないので、親が仕上げ磨きをしなければなりません。やはり家庭です。

〇井上委員

介護支援専門員協議会の井上です。高齢者の方で、２点ほど。

２１ページの訪問歯科診療所について、全国と比較すると低い状況にあるということですが、おそらく割合なのではっきりわかりませんが、東葛北部、印旛は増えてきているととれます。ただ、千葉県では地域によって人数にばらつきがあるので、高齢者の実人数、人口のばらつきが圏域において差があると想像すると、単純に増えているとは言っても、足りているかどうかがこれからは重要になるかもしれないと感じます。実際、要介護高齢者は人口増加とともに、高年齢化もしている。訪問歯科診療を必要とする方も増えるでしょう。訪問歯科診療を受ける方がすなわち要介護高齢者とすると、介護保険でいう居宅療養管理指導で、歯科医師だけでなく歯科衛生士の方々も含めたサポートを強化し、在宅の方の歯科保健に努めるというのが、課題としてどこかにあってもいいかと思います。そうなると２８ページかなと考えていました。

もう１つは、３０ページで「認知症高齢者や家族を支える」という記載があります。それならば、情報連携に関して、３１ページの上の方に脳卒中パスやＩＣＴ等の活用、その下には入退院の患者さんに関する千葉県地域生活連携シートの普及・活用の記載があるので、もう１つ「千葉県オレンジ連携シート」という認知症支援のための連携シートの記載も加えていいと思いました。

〇丹沢会長

ありがとうございます。先ほどの訪問診療、在宅歯科診療については、全国的に足りない状況を千葉県も認識しており、３２ページ以降の「施策の方向」で、環境の整備などを予算化しています。対策は不十分だとできませんが、さらに強調してそこを書くかどうか。良い状況にあるので、推進していくということです。オレンジシートについては、書いてもよいと思います。

○事務局
　高齢者福祉課です。御指摘のとおり、認知症の方では、オレンジ連携シートを活用しておりまして、歯科医師認知症対応力向上研修でもそのシートの周知を行っていますので、課に持ち帰り、記載については検討したいと思います。

○丹沢会長
　書きぶりについては、事務局にお願いします。今言われたことは、実際に大きなことです。国でも、在宅歯科や誤嚥などの問題をどうするか、非常に困っています。この他、いかがでしょうか。

○柳委員
　被用者保険の柳と申します。喫煙についてお尋ねします。３８ページで「喫煙する者の割合の減少」が目標値に達していないということですが、歯に限らず他の疾患と相当因果関係があるので、被用者保険では、禁煙キャンペーンを行う保険者が増えています。広い意味では、３４ページの「事業者・保険者の役割」に包含されているかもしれませんが、お子さんの教育については学校現場でできても、大人の普及啓発はポスターなどではなかなか進まないと思っています。私どもも健診結果からターゲットを絞って、禁煙キャンペーンをし始めています。なかなか難しいかと思いますが、これについて具体的な施策を考えているのかお尋ねしたいです。

○丹沢会長
　千葉県の計画に「喫煙する者の割合の減少」と書かれているのは、いい対策です。普通の禁煙治療は、ニコチン中毒症の治療です。頭の中にニコチンのレセプターがありニコチンを吸うと気持ちがよくなる「中毒症」の治療と位置づけられています。実は、喫煙によって口腔粘膜が荒れたり、がんになったりすることがわかっており、歯科の方でも禁煙治療を認めてもらえるよう厚労省に要望していますが、厚労省では「ニコチン中毒の治療なので、歯科の治療ではありません、進めるのは結構ですが点数化できません。」というスタンスです。そのような中で、歯科の計画に入っているのは、大事なことです。決して、千葉県が遅れているわけではなく、認識が高いと思います。

○事務局
　重要な御指摘、ありがとうございます。喫煙者の減少の指標・目標については、他の計画と整合させて記載しており、「健康ちば２１」という健康増進計画の記載ぶりになっています。主たる計画はそちらですが、県としては、禁煙を望む人に対して適切に勧めるための禁煙指導者研修や各種キャンペーン、禁煙指導を行う医療機関に適切に繋げられるような普及啓発グッズの作成など、各種施策を進めています。

○杉原委員
　保育所や学校で、「ネグレクト等の児童虐待を受けている子どもの早期発見に努める」とありますが、非常に難しいと思います。専門ではないので何とも言えませんが、施策の方向には入れるとしても、目標には厳しいと感じます。

○丹沢会長
　一応、施策の中には入れておくということでよろしいでしょうか。
　計画の中身については、基本的には問題ないと思います。強調したり書きぶりを変えたりしていただき、それをもとにいろいろな施策が行われますので、よろしくお願いします。
　それでは、資料３について、事務局からご説明ください。

【事務局説明】
　資料３に基づき、計画の指標について説明。

○丹沢会長
　今までの指標はきちんと追いながらも、基本的事項に関する目標値を絞るという点については、よろしいでしょうか。

○岡部委員
　具体的な数字は杉原委員が御存知かもしれませんが、成人期のむし歯が減っていない現状を考えると、歯間部清掃の目標値を４０代からにして良いのか。その年代からの習慣づけで根面齲蝕等の予防に対処できるのか。（２０歳代、３０歳代も目標値に）残した方が良いのではないかと思うのですが。

○杉原委員
　確かに、子供の齲蝕は減っていますが成人の齲蝕は減っていないのが現状で、そこが問題となっています。なぜかというと、一つは歯が残ってきたためで、今後、高齢者の歯が残ってくると根面齲蝕が多くなると思います。
　ただ、歯間部清掃用具に焦点を当てる場合は、歯周病予防の意味ですよね。

○岡部委員
　それもありますし、歯並びが悪い人が少なくなく、市町村の１歳半健診等で、「子どもも糸ようじ等で歯間部清掃をしよう」といった指導を早期から行う時代になっているので、引き続き実施していく根拠として残した方が良いかなと考えています。
　エビデンス的には問題はあるのですが、この世代の目標がなくなってしまうので、４０歳前の健康診断で歯科の取り組みがない中、アプローチするきっかけとして目標値を残しても良いのかなと思いました。

○杉原委員
　今、エビデンス的にはフロスの使用は危うい状況で、私もひっかかっています。批判的な研究者がいて、フロスの効果がないと言っている。岡部委員は２０歳代、３０歳代を残すという御意見ですが、私としては、ここを残すのであれば、もう少し他の、齲蝕予防に関する施策（フッ化物歯面塗布等）の目標値を設定した方が役に立つのではないかと思いますが、難しいでしょうか…。
　また、２０番の項目で、「８０歳以上で（歯数が２０本以上の者が）５０％以上」という目標値は厳しい気がします。

○砂川副会長
　私もここは気になりました。国の方針では平成３４年度までに８０２０達成者５０％を目標として「健康日本２１」に取り入れており、昨年のデータで５１．２％となりましたが、これはちょうど８０歳の人のデータです。
　計画の目標では「８０歳以上」とあるので、私もこの目標値はかなり厳しいのではないかと思います。データを取る関係上そうなるのでしょうけれども、6か年計画の平成３４年までに８０歳以上で達成だと、かなりハードルが高いなと思いました。

○實川委員
　（歯間部清掃器具を使用する者の目標値で）２０歳代、３０歳代を削って４０歳代からにするということを、県はどのように考えているのでしょうか。

○事務局
　県としては、歯周病予防に歯間部清掃が有効なので、歯周病が増加する４０歳代を目途に目標値を設定しました。再度検討させていただきます。

○丹沢会長
　目標設定根拠には「２０歳代、３０歳代も状況を把握していく」と書かれており、目標として残すかどうかの違いで、やることとしては同じです。
　目標値を記載しても学校や職場で指導する体制ができておらず、県としても指導が難しいため、私も省いてよいかと思いましたが、どのみち調べるので、入れてもよいかもしれません。

○事務局
　アンケートで全ての年代のデータは取っており、今後も取るので、この数値を目標値にするかはもう一度検討していきます。
　２０番の項目の「８０歳以上で２０本以上の歯を有する者の割合の増加」ですが、本来は、「８０歳代」または「８０歳」ちょうどにして、「８０歳以上」とはしたくないのですが、「千葉県生活習慣に関するアンケート調査」での年

齢区分が「８０歳以上」となっているため、このように修正しました。目標値の設定が厳しいかどうかは検討していきますが、アンケートの都合上、「８０歳」ちょうどや「８０～８４歳」等に変更することは厳しい状況です。

加えて、アンケート調査なので、基本的にアンケートに答えられる方が対象となるため、高齢で具合の悪い方や在宅介護を受けている人は回答していないのではないかと思われ、現状の数字（３４．３％）となっています。

今後も元気でアンケートに答えられる人が対象になっていくと思います。

○丹沢会長

目標値の立て方には２つの考え方があり、「達成できなくてもしっかりやりましょう」という意味で、５０％でもいいかと思います。

杉原委員、どう思われますか。

○杉原委員

このデータはアンケートで取ったものなのですね。８０歳代で健診する事業はないのでしょうか。そうすれば健診のデータでとれるのですが…

○野田委員

８０２０運動は一つの目安という考えですものね。

○丹沢会長

今回、「８０歳以上」とするのは初めてなので、この数字を見て、今後の目標の立て方を次に考えるということでどうでしょうか。

○星野委員

歯・口腔のケアの大切さは随分普及・啓発されています。しかし、肺炎予防等、エビデンスをもって示されていますが、未だ、健診の項目には含まれておりません。学童期は学校で年に１回は健診をして頂いておりました。しかし、成人になっては職場で行う健診の項目には入っておりません。職場の健診項目には自費で行う項目（例えば、胃がん・乳がん等）があるのに歯・口腔の項目が無いのに疑問を感じておりました。

市町村等で健診を促しているハガキに「○歳になったら１回歯・口腔の健診を受けましょう」などの呼びかけがあると、意識つけになるのではないかと思いました。

○丹沢会長

歯に限らず、口腔は忘れられている領域です。千葉大学付属病院でも退院間近の患者に口腔アンケートを取ると７６％の人は口の症状がありました。５３％の人が流動食やおかゆを食べており、口の症状が取れれば普通食を食べられると思っています。ところが、相談に来てくれる人は２０～３０％し

かいません。その症状を見ている看護師や介護士も、口腔外科や歯科の症状だと思わない人が多いし、患者もどこに行っていいのかわかりません。がんを治していても、がんを治すことに夢中になっていて、口の事は圧倒的に忘れられています。だから、基本的に政策に入れにくいです。入れても、（粘膜等の）健診自体を全てできる歯科医師の確保が大変です。

〇星野委員

歯・口腔の健診は、妊婦検診では必ず歯科受診が勧められます。また、がんの治療が開始される時も歯科受診を依頼されます。最近は術前にも同様です。歯科受診を勧めなかった以前と比べると、治療中の口腔内の状態（口内炎の有無）や食事摂取の状況、栄養状態が全然違います。患者さんの苦痛も同様です。そのようなことは、実施しないと歯科治療（口腔ケア）の意義が分かりません。認知症や糖尿病予防等々にも関連してきます。是非、普及して頂きたいと思います。

〇砂川副会長

事業所で（歯科）健診をしないのと特定健診に歯科が入らないのは法律の問題で、労働安全衛生法の中に歯科が記載されていないためです。医科は事業所での健診が義務付けられ、メタボ健診も法制化され、義務化されています。健診の項目は厚労省の省令で決まっていますが、歯科の健診が入っていないことが一番の原因だと思います。歯科の項目を入れるのは法律の改正になるので一朝一夕にはなかなかできないのが現実です。しかし、健康寿命延伸の根底になることを私たちも訴えていきたいと思っています。

また、丹沢先生の研究でも、入院前の口腔ケアと健診が入院日数を減らし、疾病の重症化を減らし、医療費を削減するといったデータが出ています。口腔内のケアにより免疫力が上がります。入院前の口腔ケアは非常に重要であり、県行政と共に徹底してやっていきたいと思っています。

〇丹沢会長

制度に関しては、議員の方々の御協力もいただかなければ難しい分野ですが、このような意見があったことを記憶していただければと思います。

計画については、今日出た意見をもって、主に書きぶりについて、どこを強調するかを事務局で御検討ください。

（２） その他

〇丹沢会長

会議資料で配布された学術会議の提言については、日本歯科医師会の提言よりもう少し具体的に、改善するべきことや把握しておくべきことをまとめています。ホームページからも閲覧できますので、是非参考にしてください。

他に、いかがでしょうか。

○砂川副会長
かかりつけ歯科医のあり方について、申し上げたいと思います。私たちはあくまで、シームレスな健診を目指し、地域に根差して真剣に取り組んでいます。しかし、施設に入った途端、「かかりつけ歯科医は要りません」と言われることで、地域包括ケアに取り組もうとする意志をそがれます。社会の仕組みとしておかしい。中央にも伝えたいと思いますが、もしできれば県行政でも取り組んでほしいことです。私たちは地域の仕組みをつくるために一生懸命会合に参加しており、地域リハビリパートナーにも無償で参加しています。しかし、施設の診療は「うちは業者さんが来ているから」と断られるのは屈辱的です。改善を強くお願いします。

○丹沢会長
かかりつけ歯科医からの診療の申し出を施設が断るのは法律違反です。施設が業者と契約するのも法律違反です。あくまで患者さんが業者を選んだならいいのですが。そういう認識が社会にはありません。入所するときに契約書を強制的に書かなければ施設に入れないようになっているのかもしれません。いい業者もいますが、例えば入れ歯は半年に１回作れるので、業者が施設に来てまとめて入れて、本来は調整するべきところをろくに調整せず、半年後にまた来て入れるなどの悪質なケースもあります。そうした業者の人的資源に歯科医師会などからきちんとした人たちが関われるとよいと思います。
では、議事はこれで終わります。

○事務局
今後のスケジュールですが、１２月半ばから１月初めにかけて、第２次千葉県歯・口腔保健計画についてのパブリックコメントを実施いたします。今回皆様からいただいた貴重な御意見については、その段階までに反映できるものは反映しますが、基本的にはパブリックコメント後に反映しますので、パブリックコメントの内容は今回の素案に沿ったものとなります。その後、２月に第３回審議会を開催した上で、第２次千葉県歯・口腔保健計画の策定を予定しております。

○司会
以上をもちまして、第２回千葉県歯・口腔保健審議会を閉会いたします。