

平成 30 年度第 1 回 8020 運動推進部会議事録

日時：平成 30 年 9 月 12 日（水）14：00～15：30

場所：兵庫歯科医師会館 2 階第 1・2・3 会議室

1 開会

2 開会あいさつ（松原健康局長）

平素から健康づくりの分野を始めとした、兵庫県行政の推進につきましては、深いご理解とご協力をいただきまして、この場をお借りして厚くお礼申し上げます。

本会議に向けて 8020 運動について日本歯科医師会の HP を見ながら振り返りを行いました。8020 運動は平成元年から始まりました。その時の平均寿命が 80 歳だったので、20 本以上の歯を持つ方ということで 7% 程度しかいませんでした。平均でいうと 80 歳の平均残存歯数は 4 本程度ということです。今年、平成最後の夏を迎え、8020 運動の健康日本 21 の目標は平成 34 年で 50% に設定されており、日本全体ではクリアしたと記載がありました。この 8020 運動も次の平成の終わりとともに次のステップへ移行していくのかと思っていました。

一方で、兵庫県の 8020 の達成割合を見ますと、達成割合が 40% でした。これは指標の捕まえ方が違うということが大きく関係しているようです。

いずれにしましても 8020 運動は 30 年が経過し、次のステージにすすんでいくのではと思います。

また、兵庫県では健康増進課の中に口腔保健支援センターを設置し、昨年度には梅村部参事、それに先駆けて時岡参事、に参画してもらっており、歯科医師 2 名体制で、歯と口腔の健康づくりを推進しているところです。それらを踏まえまして、本日は 8020 運動だけにとらわれず、県の歯及び口腔の健康づくり施策への忌憚のないご意見をお願いしたいと思えます。

3 委員紹介

[出席]（五十音順）

足立委員、池上委員代理、上原委員、岡崎委員代理、小野委員、神田委員、久後委員、澤田部会長、清水委員、神委員、伊達委員、田中委員、西村 眞佐乃委員、登里委員、古家委員、前田委員、森委員（以上 17 名）

[欠席]

空地委員、谷委員、西村委員、橋本委員（以上 4 名）

4 報告事項

ア 兵庫県健康づくり推進実施計画について

[資料1に基づき、藤原健康増進課長より説明]

(委員)

健康づくり推進実施計画(第1次)の目標の達成状況について再度具体的に説明をお願いします。

→事務局より再度説明

イ 平成30年度事業と主な事業の進捗状況について

[資料2に基づき、時岡健康増進課参事より説明]

(委員)

離職歯科衛生士の復職支援について、歯科医療関係者として非常にありがたいと思います。歯科衛生士を目指す高校生等への支援についても検討をしていただきたいと思います。

(部会長)

大きなテーマだと思います。歯科衛生士の復職支援は歯科衛生士会が力を入れて実施していると思いますが、どうでしょうか。

(委員)

県より補助をいただきながら、実施しているところです。例年2回だった研修会を30年度は技術的な支援を含めて3回実施する予定です。

歯科衛生士の免許は23万人ほどに交付しているにもかかわらず、従事者届けは11万人ほどと、50%程度しか実際には勤務していないという現状があります。

歯科衛生士になりたい人を増やすという取組が一つと、眠っている歯科衛生士免許を現場に呼び戻すという取組にも更に力を入れて実施していきたいと考えております。

復職支援の研修会の参加者は主婦が多く、なかなか一歩が踏み出せないというような意見がありました。30年度は復職支援プログラムを行政と検討していくこととしていますので、研修から一歩進んだ新たな取組について検討をすすめていけたらと思っています。

5 議題

ア 乳幼児期・学齢期における歯科保健の現状と課題について

[資料3、資料4に基づき、時岡健康増進課参事より説明]

【質疑応答】

(委員)

3歳児と12歳児の受診者はどれくらいいるのか教えていただきたい
→3歳児の歯科健診は乳幼児健診の一環として実施しているため、受診率は90%以上です。12歳児は公立の中学校1年生の結果で、私立は含みません。

【意見交換】

(委員)

歯科衛生士会も医療圏域に合わせて10支部で活動しており、保育所等への歯みがき指導等の活動を実施していますが、支部によってはマンパワーの問題等で取組が希薄な地域もあると思います。本資料を基にむし歯の多い地域には会としても力を入れてむし歯予防への取組を実施していきたいと思います。

歯科専門職の配置について、都道府県別に見た時に一番むし歯の少ない愛知県は行政に歯科衛生士が配属されている人数も多いことが分かっていますので、県や市町への歯科衛生士の配置についても検討していただきたいと考えます。

(委員)

3歳児歯科健診については、地区によっては2歳児歯科健診を実施しているようなところもあります。その際に保護者にフッ化物応用の重要性を啓発していくことが必要ではないかと考えます。

また、12歳児における歯肉に炎症所見がある者の割合についても地域によって差がありますが、中学1年生になれば補助用具(デンタルフロスなど)も使えるのではないかと思うので、その指導にも学校歯科健診後の指導の際に力を入れていくような取組を検討していただきたいです。

(委員)

資料3についてですが、一人平均う歯数の出し方について、個人的には受診者あたりで出すのではなく、むし歯のある者の割合の内数で出した方が、実情を反映するのではないかと思います。

また、3歳でむし歯の少ない市が12歳児になれば非常に悪くなるようなケースが多くみられます。これはなぜなのか。そのあたりの理由が分かれば必然的に必要な取組が分かってくるのではないかと思います。

協会の思いとしては、資料2の研修会参加者のアンケート結果、3の次年度の研修会で取り上げてほしい内容のとおりですので、アンケート結果をしっかりと今後反映していただければと思います。

また現場の立場から言うと、3歳児のむし歯のない者を減少させるためには、集

団指導に加えて、個別指導しかないと思います。さらに、保育士養成校にて歯科保健の重要性を啓発することも必要かと思えます。また、市町で実施している妊婦歯科健診の中で、子どものむし歯予防についてもお話していく必要があるのではと思います。

(委員)

小学校でできる取組としては、歯科健診の後に歯科衛生士さんによる歯科保健指導を実施したり、栄養教諭による、かむかむ献立を給食に取り入れたり、というようなことができると思います。

本校におきましては、学校評価の中に歯みがきをしていますかという項目があります。その結果としては3回が一番多いですが、2回の児童も多くいました。学校としてその回数を増やせるように、評価の回数を見直したところ、保護者の方の意識も上がり、歯みがきの回数が増えたように思います。

保護者への意識付けについても学校の大切な役割かと思えます。学校でも歯みがきをしますので、それも徹底してやっていけたらと思います。

(委員)

新温泉町での取組になりますが、町の予算で平成7年度から小1～中3まで各学年に歯科衛生士さんに入ってもらい、12年間指導を行うという取組を実施しました。子どもたちにとっても正しい歯みがきの方法を知る機会になりますし、歯科健診だけでなく歯みがき方法の問題点等も含めた結果を家に持って帰ってもらうことで、保護者の意識の向上にも繋がるのではないかと思います。

学校給食の栄養士さんとの連携も重要だと考えております。香美町にも勤務していましたが、かみかみ給食の日を月に何回も取り入れてもらうようなこともしてもらいました。

また、歯科医師もとても熱心で、美方郡では「6歳臼歯カップ」という取組をおこなっており、6歳臼歯が生える頃に、サッカーをしながら歯科健診をしたり、歯みがき指導を受けたりというような催しも行っています。親子で楽しめるいいイベントです。

かかりつけ歯科を持つことも重要だと思います。歯科健診後の治療勧告を1回だけするのではなく、何度も声かけをして受診につなげるという取組も行っています。

さらに、その取組を一つの学校で終わらせるのではなく、養護教諭同士で横のつながりを持ち、それぞれの取組を共有しながら、地域全体で意識をあげていけるような体制を整備していくことも必要かと思えます。

(委員代理)

食と栄養と歯は切っても切り離せない関係であることは周知のこととは思いますが、かむかむ献立が地域できているということを他の地域に共有していくことが大事だと思いますので、栄養士会の中で広めていくことも考えていきたいと思えます。

学校給食については栄養士が献立を考えていますので、むし歯になりにくい食事内容や咬む回数の多い食材に関しても、知った上で献立を考えていかなければと思います。

少し興味があったのが、むし歯の多い子ども達と栄養状態の関係についても調査をしてもらえたら、何かわかるのではないかと思います。

(委員)

ライフステージごとの食育に携わっておりますが、食べることと歯の密接な関係については講習会に必ず入れることや会員への周知等もやっています。

資料を見ると、3歳児でよかった市町が12歳児になると悪くなることについてはどのような見解なのでしょう。

(事務局)

3歳と12歳では10年違いますので、その間にどのような取組をしたのか、もしくはしなかったのか、というようなことを調査して、どのようなことがむし歯の増減に関わっているのかを明確にできたらと考えます。

(委員)

逆に3歳児で悪かった市町が12歳児になると良くなっている市町もあると思えます。その市町への聞き取りも有効なのではと思えます。

全体をくまなく調べるのは難しいと思えますので、大きく差がある市町に絞って、調査をされたらよいのではと思えます。

(委員)

事務局から今の12歳時の10年前の3歳の時の市町別の結果は違うのではという意見をおっしゃいましたが、現場の感覚と少し違うなと思えました。私は西脇市に勤務していますので、西脇市を見ると12歳児のむし歯有病者率が40%ありますが、10年前の3歳児に40%もむし歯があったかというところではないと思えますので、問いかけをさせてもらいました。

(委員)

資料3の地図グラフを見れば明らかに地域格差があることが分かると思います。都道府県別に見ても県内の市町別に見ても一番多いところと少ないところでは、10%近くも差があります。

その原因が何かということをお県に力を入れて調査してもらいたいと考えます。資料3の表3に少しまとめてもらっていますが、歯科診療所の数とむし歯有病者率は相関があるのではと思います。また、歯科専門職の配置やフッ化物塗布の実施状況、核家族についても関係があると思われるので出されているのかと思います。

新潟県についてですが、3歳児ではむし歯有病者率が下から5番目だったのが12歳児になると一番少なくなります。新潟が何をしているかということ、保育所や幼稚園でのフッ化物洗口を小中学校でも継続して実施しています。これは明らかにむし歯予防に効果があることが分かっていますが、行政で取り組んでいくとなると、大きな障壁があることも事実です。

しかし、子どもの時のむし歯の数を少なくしておくことで、生涯にわたって歯を健康に保つことができるということは分かっているため、乳幼児期のむし歯予防は力を入れて実施して欲しいと思います。

また、病院歯科で障害を持った方への歯科診療もよく行っているのですが、地域によってはセンターがない地域もあり、あってもセンターが遠いという課題がある方もいますので、地域の歯科診療所でも診られるという体制の整備を希望します。

イ 各ライフステージのこれまでの取組と今後の推進方策について

[資料5に基づき、時岡健康増進課参事より説明]

(委員代理)

看護協会では年間130回くらいの研修を行っておりますが、歯科口腔に関する研修が1回もないということに気がつきました。

看護師や助産師はどのライフステージの人達にも接する機会が多く、よく観察していると思うのですが、なかなか口腔のことは見ても見逃しているのか、口腔に注目がいっていないのか。本会議に参加して、来年の研修には口腔の内容を入れていこうと思いました。身近なナースからの声かけによって次の行動に繋がっていくのではないかと思います。

(委員)

健康保険組合が行う歯科健診は、事業所内で集団歯科健診を行うという方法と、個別に歯科健診を受診してもらって、その費用への補助金を出すという2つのパターンがあります。自身で歯科診療所を受診して歯科健診を受ける場合

には、90%が健診ではなく保険診療になってしまっているという現状があるので、県で実施されるチャレンジ企業についても、注意が必要かと思えます。

内科の健康診断と歯科健診は少し異なっており、内科の健診は人間ドック等、健診と治療が明確に分かれているように思います。一方で、歯科健診は3か月後に歯科健診を受けに行くと知らない間に治療になっているということもあります。

(委員)

国保の保険者は、主に特定健診を実施しているということもあり、歯科健診についてはなかなか取組が行えていないという現状があります。

歯科については歯科診療所に行って、実際にむし歯等を見つけるというのが本音ではないかと思えます。後期高齢者の歯科健診についても8020の比率から言うと、歯のある方がどれくらいいるのか疑問に思えますので、必要性を整理して行ってほしいと思えます。

資料についても、現在の3歳児と12歳児を比較するのではなく、例えばH20年の3歳児とH29年の12歳児の結果を比較して、むし歯が減った市町がどのような取組を行ったのかということをもとめてもらえれば、おのずと必要な取組が見えてくるのではないかと思えます。

(委員)

自分の歯のことですが、歯医者さんの方が実情をよくご存知なのではと思っています。連合会の中で歯の話合いをするような機会もありませんし、後期高齢者歯科健診についても、どんな場で実施しているのか、分からないのが現状です。もう少し周知等にも力をいれることが必要かと思えます。

(委員)

学校関係の歯科健診は特別支援学級も受けられる体制になっているのかなど心配になりました。特別な歯科診療所でしか診てもらえないという思いがあつて、やはり足が遠のく傾向にありますので、障害を持つ者が歯科診療所を受診しやすい体制の整備をお願いしたいと思えます。

また、27年度に作成されたリーフレットを本会にも送っていただければ会員にも周知していきたいと思えます。

(委員)

ほとんどの子ども達は一緒に受けていますが、どうしても集団で受けられない子どもには、保護者と相談して、地域の歯科診療所を受診して歯科健診が受

けられるように支援をしています。

(委員)

地域格差、健康格差をどう縮めていくかというのは、どの都道府県も頭を悩ませている点かと思います。その中で兵庫県は全ライフステージに応じたきめ細やかな事業を実施されており、資料についても貴重なデータをまとめられているという点では、個人的にはよい点だなと思っています。

私も大学で、口腔の健康格差の解消の要因分析をしているところですが、とても難しいと実感しているところです。

資料3の表3については、格差の原因と考えられる内容を表にされていると思いますが、核家族よりは家庭の状況というのが、大きく関係しているのではと考えています。行政の立場としては、貴重なデータを詳細に分析することが大きな役割の一つではないかと思っています。

データを平均値で見るとばらつきが出てこないのも、よいデータが出てきまじ。学校歯科健診で要治療となっても歯科診療所に繋がらないケースも多くあると聞いています。そういう子どもの中に口腔崩壊という問題があるのではと思います。セーフティーネットからこぼれ落ちてしまっている人への細かな対応が必要かと思っています。

歯科の関係部署だけではなく、社会保障、社会福祉などの担当部署との連携というのも今後は必要になってくるのではと考えます。

(委員)

国の指定難病が331疾患になり、発症年齢や症状も多種多様です。発症年齢によっては企業での歯科健診等も受けられないまま、早期に離職される方も多い状況です。かといって施設等を利用される方も少ないので、配慮を要する者とひとくくりにしてしまうと抜け落ちてしまう方がでてきてしまうのではないかと危惧しています。

ですので、医療機関との連携や歯科相談、歯科訪問を充実していただき、在宅で生活される方にも歯科保健のサービスが届くような体制を望みます。