

第15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12月23日(金)
17:00～

場所

開催形式 オンライン開催

○廣田歯科口腔保健推進室係長 それでは定刻になりましたので、ただいまから、第 15 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、お忙しい中御参加いただきありがとうございます。本日の会議は Web 開催ですので、御発言がある場合は「手を挙げる」ボタンをクリックするか、画面上で手を挙げていただき、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、御発言いただくとき以外は、マイクをミュートの状態としていただきますよう御協力をお願いいたします。続きまして、委員の出欠状況を確認いたします。本日は全員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。また、黒瀬委員につきましては所要のため途中で退室となっております。

続きまして本日の資料ですが、議事次第、委員名簿のほか、資料 1、資料 2、資料 3-1、3-2、3-3、資料 4、資料 5-1、5-2、資料 6 があります。それでは、以降の進行につきましては福田委員長、よろしくをお願いいたします。

○福田委員長 皆様こんばんは。午後遅い時間にもかかわらず御参集いただきまして、誠にありがとうございます。第 15 回の歯科口腔保健の推進に関する専門委員会を始めたいと思います。本日も引き続きまして、東北大学の竹内先生に参考人として御出席していただきたいと思っております。委員の先生方、竹内先生の参考人としての出席について、異議はありませんでしょうか。

(異議なし)

○福田委員長 今回も竹内先生、どうぞよろしくをお願いいたします。本日の審議事項は、議事次第にあります 1～5 までになっております。大変たくさんあり、時間オーバーの可能性もありますので、その辺は御了承いただければと思っております。なるべく私も円滑な議事進行を心掛けたいと思っております。どうぞ皆様、御協力のほどよろしくお願いいたします。それでは早速、審議事項 1. 次期歯科口腔保健の推進に関する基本的事項につきまして、事務局から資料 1 のうち、次期歯科口腔保健の推進に関する基本的事項につきまして、御説明をお願いいたします。

○堀歯科口腔保健推進室主査 事務局です。資料 1 をお手元に御用意ください。おめくりいただきまして、3、4 ページ以降を御確認ください。1 つ目の議題として、次期歯科口腔保健の推進に関する基本的事項ということで、今まで先生方に御議論いただきました歯科口腔保健のパーパスやグランドデザインについて、前回の委員会で御指摘いただいた点を修正しております。パーパスにつきましては、文言の修正になっておりますので、割愛させていただきます。

5 ページの大きな修正点としては、前回の専門委員会において、歯・口腔の健康格差の縮小について、より具体化・明示化したらどうかという御意見を頂きましたので、中段の濃い青の下段に、「歯・口腔の健康格差の縮小」といった文言を追加しています。

7 ページ、次期歯科口腔保健の推進に関するロジックモデルの考え方というスライドを御確認ください。先ほどの御指摘と同様ですが、こちらに関しても、歯・口腔の健康格差

の縮小の明示化を御指摘いただいておりますので、アウトカムの下段の右の箱に青で、歯・口腔の健康格差の縮小という点を明示しております。併せて前回、糖尿病など、歯・口腔の健康に関わる疾病をアウトカムに記載したらどうかという御意見を頂きましたので、その下の赤の箱に、歯・口腔の健康に関わる疾病の予防・重症化予防を、従前はインパクトに記載しておりましたが、こちらに記載しています。

また、その他の軽微な修正として、インプットストラクチャーの一番下の箱、歯科医療機関等による歯科保健・医療提供体制の確保ですが、上から2つ目のポツで、歯科専門職の障害者・要介護高齢者等に関する知識・技術の向上といった、いわゆる専門職の養成という点、それから、その箱の一番下のポツですが、歯科医療機関間の連携・医科歯科連携・病診連携といった連携体制の確保という点で、歯科医療機関同士が連携していく必要性についても追記をしているものです。

9 ページを御確認ください。こちらは参考として用意しておりますが、次期基本的事項のグランドデザインと指標の関係性を示しております。なお、こちらに付与している番号ですが、今まで御議論いただいている指標一覧で、この資料5-2に関して()で囲っている(1)のようなものが、いわゆる大臣告示に示す告示指標としておりまして、丸の中に数字を、①のような形で、記載しているものが、通知の中でお示ししたいと考えている指標です。

資料1に戻っていただきまして、この吹き出し内の番号ですが、それぞれの具体的な指標あるいは通知指標が、グランドデザインの中で、どういった箇所に当てはまるのかというイメージと申しますか、関係性を簡単に示しているものです。もちろん各指標、このグランドデザインの中で様々な要素に関わる場所がありますので、あくまで1例として考え方を示したものでございます。このグランドデザイン、それから歯科口腔保健パーパスの実現に向けて、現在の指標がどのようにロジカルになっているのかというところを表したく、端的に示しているものです。資料1の説明に関して事務局からは以上です。

○福田委員長 ありがとうございます。今の事務局の説明に御質問、御意見等ありますでしょうか。いかがでしょうか。

○水口委員 すみません。

○福田委員長 水口委員よろしくお願ひいたします。

○水口委員 先ほど最後に見せていただいたスライドの吹き出しの絵の番号が、資料5-1の各指標を示すと書いてあるのですが、これは資料5-2じゃないでしょうか。私が勘違いしているのかもしれませんが。

○堀主査 事務局です。先生方に今朝お送りした資料には、資料5-1というふうに誤植がありました。失礼いたしました。資料5-2です。

○福田委員長 はい、御指摘ありがとうございます。ほかにありませんでしょうか。山下委員よろしくお願ひいたします。

○山下委員 番号を入れてもらっているのは非常にいいと思うのですが、このロジックモ

デルの考え方の中にも、同じように番号を入れてもらおうと、非常に分かりやすいという気がしました。9 ページにいろいろ番号が入って、非常に分かりやすくなっているのですが、8 ページの図の中にも番号が入っていると、各項目がどこに対応しているのかということが、分かりやすいような気がします。

○福田委員長 ありがとうございます。事務局よろしくお願ひいたします。

○堀主査 承知いたしました。事務局で、ロジックモデルに関しまして、番号を入れて分かりやすくお示しをしていくことを検討したいと思います。以上です。

○福田委員長 では、芝田委員よろしくお願ひいたします。

○芝田委員 7 ページのインプットストラクチャーのところの指標です。真ん中の地方自治体による歯科口腔保健事業等の実施の中に、フッ化物応用等のう蝕対策事業とありますけれども、下が歯周病対策に対してう蝕対策にしているのかなと思うのですが、フッ化物の応用ですと、う蝕予後対策のほうがいいのではないかなと思いました。以上です。

○福田委員長 ありがとうございます。事務局いかがでしょうか。

○堀主査 事務局です。御意見ありがとうございます。御指摘の点を踏まえまして、修正してまいりたいと思います。以上です。

○福田委員長 ほかの委員の先生方いかがでしょうか。前回までの頂いた御意見に基づいて、大分見やすくなっているかなというふうに思っております。

○相田委員 すみません。

○福田委員長 相田先生。

○相田委員 芝田先生から御意見を頂いたフッ化物応用等なんですけど、「等」とあるので、フッ化物を使わないう蝕対策事業とかも万が一あれば、等をつけて特定しないほうが、ひょっとしたらいいかもしれないなと思いました。学校歯科健(検)診で未受診の子の対策みたいなことがあったりするかもしれないので。

○福田委員長 ありがとうございます。事務局いかがでしょうか。

○堀主査 御意見ありがとうございます。こちらの書きぶりについて、いろいろ御意見を頂きましたので、事務局としても改めて検討いたしまして、次回の専門委員会でもお示しをしたいと考えております。事務局から以上です。

○福田委員長 ありがとうございます。ほかにありますでしょうか。大丈夫でしょうか。では時間もありませんので、続きまして、審議事項 2. 次期歯科口腔保健の推進に関する基本的事項の骨子について(2)に移りたいと思います。事務局から資料 2 について御説明をお願いいたします。

○堀主査 事務局です。資料 2 をお開きください。画面共有もしております。資料 2 に関しては、前回の専門委員会でも歯科口腔保健の推進に関する基本的事項の骨子案でお示したものでして、前回頂いた御意見、また栄養部会で頂いた御意見を反映、新たに追記した箇所もございますので、主に、修正箇所、追記箇所について御説明させていただきたい

と思います。

1 ページです。3 ポツ目以降です。「一方で、依然として」から始まる文章ですけれども、こちらに関して、誰一人取り残さない歯科口腔保健を実現するための基盤の整備に取り組む必要性が記載されております。こちらに関して、前回の専門委員会の議論において、経済格差と歯科口腔保健の知識、あるいはその行動変容の関係性の記載ぶりについて、誤解が生じるような記載ではなかろうかという御指摘を頂いたので、文章を明確化しているものです。

具体的には1つ目のポツで、全ての国民に歯・口腔の健康を保つための行動が十分に浸透していない可能性を示しており、歯科口腔保健の重要性に関する基本的な理解を深めるような取組の必要性を示しております。また、2つ目のポツで、その下段の○ですけれども、そうは言ったものの、歯・口腔の健康に対する理解があっても、経済的な要因等によって、十分な歯科保健行動を取ることができず、口腔状態の悪化につながることもあるという点、そして最後に、先ほど御説明したとおり、そのため誰一人取り残さない歯科口腔保健を実現する必要性として、記載ぶりを調整しているものです。

2 ページです。〈歯科口腔保健の推進のための基本的な方向〉の1つ目、口腔の保持・増進に関する健康格差の縮小を御覧ください。上から3つ目のポツです。こちら栄養部会から御指摘いただいた点ですが、いわゆるヘルスコミュニケーションについても、記載してはどうかという御意見がありましたので、「地域格差や経済格差が歯・口腔の健康格差に影響することから、歯科口腔保健に関する国民の基本的な理解を深めるためにヘルスコミュニケーションに取り組む。」といった記載を追記しております。

3 ページです。3、歯科口腔保健の推進のための社会環境の整備です。一番下の黒ポツです。こちらには様々な要素として、括弧内に保健、医療、介護、福祉、教育委員会等というようなところを記載しております。以前、保健に全てこれらが包含されるように見えるというような御指摘を頂きましたので、それぞれ保健と医療と介護とその他の要素と、しっかりと有機的な連携に取り組むという点を、より明文化したものです。

4 ページの一番下段です。〈都道府県及び市町村の歯科口腔保健の基本的事項の策定に関する事項〉の項目です。こちらに関して、全て文章を追記しております。1つ目の○です。地方自治体が歯科口腔保健の基本的事項を策定するに当たっては、各分野の統計あるいはデータベースといった、地域住民に関する各種データを活用して、国が定めた基本的事項を参考にしつつ、独自に必要な課題を選択し、その到達すべき目標を設定するとともに、定期的に分析・評価を行っていく必要性を示しております。

2つ目の○です。都道府県の努力義務として、管下の市町村の歯科口腔保健の状況について、地域格差等も含めてであろうかと思っておりますけれども、把握し、地域間の歯・口腔の健康格差の縮小に向けた目標を設定して、歯科口腔保健の推進に努めるという点を記載しております。また、その下の○では、先ほど申したとおり、市町村やそのほか医療保険者、民間企業、教育機関、団体等といった関係者との連携の強化の中心的な役割を担

うといった旨も記載しております。

5 ページです。〈歯科口腔保健を担う人材の確保・育成に関する事項〉です。1 つ目の○です。1 つ目の文章になりますが、歯科専門職は地域の公衆衛生を担う観点から、歯科口腔保健のみならず、他領域や他領域等との連携をマネジメントする能力を育成するというような観点を追記しており、歯科医師、歯科衛生士等の歯科専門職も、しっかりと公衆衛生を担うというような視点を明記しております。

その下段です。〈調査及び研究に関する基本的な事項〉を御確認ください。1 つ目の○で、国及び地方公共団体が大学や研究機関等と連携し、口腔の状態と全身の健康との関係や、歯・口腔の健康格差の縮小、歯科疾患と生活習慣病との関係、あるいは歯科口腔保健と医療費との関係等について、研究を連携して実施するという点を記載しております。また、2 つ目の○では、原則として4年ごとに歯科疾患実態調査等を実施するというような旨を記載しております。主な変更点のみ御説明させていただきましたが、資料2についての説明は以上になります。

○福田委員長 ありがとうございます。修正点等を中心に御説明いただきました。今の事務局の説明に対しまして、御質問あるいは御意見等がありますでしょうか。よろしくお願いいたします。三浦委員、よろしくお願いいたします。

○三浦委員 本来なら、前回のときにお伺いしなければいけなかったことかと思っているところですが、5 ページの〈歯科口腔保健を担う人材の確保・育成に関する事項〉の2 ポツ目と3 ポツ目、これは主語が何かを、やはり明記したほうがいいかと思えます。この歯科健(検)診の充実を図るといのは、絶対に必要なことなのですが、ほかの部分で主語がしっかりと明記されているのに対して、ここの主語がしっかりしていないので、例えば「国は」とか、そのような形で明記をしたほうがいいかと思えます。同じように3 ポツ目も、主語を明記したほうがいいと思えますので、御検討ください。

○福田委員長 ありがとうございます。事務局、いかがでしょうか。

○堀主査 事務局です。御意見ありがとうございます。ご指摘いただいた主語に関しましても、事務局で検討して、記載してまいりたいと思えます。以上です。

○福田委員長 ありがとうございます。ほかにありませんでしょうか。今回、御説明いただいたところ以外でも結構です。芝田委員、よろしくお願いいたします。

○芝田委員 少し分かりにくかったところが、2 ページ目の「具体的には」の下のポツなのでありますが、この「ライフステージにおける課題に対する切れ目のない歯科口腔保健を展開」とありまして、そのもう少し下のほうで、1 の所の5 つ目の○ですけれども、ここは「生涯を通じ切れ目なく「ライフコース」に沿った歯科口腔保健に関する施策」とあります。ライフステージとライフコースの使い分けが、少し分かりにくいかと思えますので、整理していただけたらと思えました。

○福田委員長 ありがとうございます。事務局、いかがですか。

○堀主査 御意見ありがとうございます。全体的にライフコースあるいはライフステージ

という文言を使用しており、また、今回の基本的事項から新たに「ライフコース」という文言を使用しておりますので、それぞれどういった定義付けをするかという点も含めて、事務局で改めて整理して、考え方をお示していきたいと思えます。事務局からは以上です。

○福田委員長 対応のほうよろしくお願ひいたします。そのほか、ありませんでしょうか。森田委員、よろしくお願ひいたします。

○森田委員 すみません、少し教えてください。これは上のほうで話が出たということだそうなのですけれども、2 ページ目の下から 4 行目になるのでしょうか、「ヘルスコミュニケーションの活用」とはどういう意味なのですか。

○福田委員長 事務局、よろしくお願ひいたします。

○堀主査 事務局です。ヘルスコミュニケーションとは、いわゆる医療、公衆衛生学分野を対象としたコミュニケーション学というふうになされていまして、例えば患者さんあるいは国民と、しっかり歯科口腔保健・歯科医療に関して理解を深めていただくという観点、いわゆる普及啓発活動や広報等いろいろ含まれていることかと思っておりますけれども、歯科口腔保健の重要性ですとか、歯科医療の内容などを含めて、しっかりと国民の方々に理解いただくような施策に取り組んでいくというような趣旨で記載をしているものです。事務局からは以上です。

○福田委員長 森田委員、よろしいでしょうか。

○森田委員 ありがとうございます。具体的にいろいろあり、これを一言で全部くくったのだらうと思うので、いろいろな取り方があっていいと思ひました。僕は、コミュニケーションの活用というのは初めてで、1 つ、ぴんとこなかったのが質問させてもらひました。

○福田委員長 事務局から補足があるそうです。

○小嶺歯科口腔保健推進室室長 事務局です。補足をさせていただきます。こちら栄養部会で頂いた御意見なのですけれども、歯科治療の重要性や必要性であったり、歯科治療はそれなりの時間が掛かることもあるがきちんと治療を受けていかなければいけないというようなことを、国民の方がまだまだ十分知らないのではないかとすることを、ご発言された委員がいらっしやいました。そして、そういったことを国民の方によく知ってもらうためにヘルスコミュニケーション、国民の方に対する普及啓発というものを、もう少し歯科の分野できちんとやっていくべきではないかと、ヘルスコミュニケーションをもっと活用していくべきではないかというような御意見を頂いたところだす。事務局からは以上です。

○福田委員長 御説明ありがとうございます。森田委員、よろしいでしょうか。

○森田委員 ありがとうございます。勉強になりました。

○福田委員長 ありがとうございます。ほかにありませんでしょうか。御質問でも何でも結構です。山下委員、よろしくお願ひいたします。

○山下委員 今のヘルスコミュニケーションについてなのですけれども、単なる情報伝達というよりも、教育的なところが非常に重要になってくると思ひます。ですから、学校保

健の充実をもう少ししっかりやっていただくということも、重要なのではないかと思いますので、是非、単なるコミュニケーションというよりも、エデュケーションというところの重みを、付けてもらいたいと思いました。

○福田委員長 ありがとうございます。事務局、コメントお願いいたします。

○堀主査 事務局です。御意見ありがとうございます。今頂いた御意見を踏まえて、記載ぶりを調整していきたいと思えます。事務局から以上です。

○相田委員 すいません。よろしいでしょうか。

○福田委員長 相田委員、よろしくお願いいたします。

○相田委員 そのヘルスコミュニケーションなのですけれども、他分野の協調を促すようなコミュニケーションなども含まれていますので、単に個人の教育だけではなくて、そういう他職種連携や他分野に理解を、協同のためにしてもらいたいなことも入っているので、少し書きぶりは考慮が必要かと思いました。

○福田委員長 ありがとうございます。事務局、回答をお願いいたします。

○堀主査 事務局です。御指摘のとおり、ヘルスコミュニケーションについては、複雑と申しますか、いろいろとカバーする領域が広いものですので、頂いた御意見も踏まえながら、記載ぶりを調整していきたいと思えます。引き続き、御意見がございましたら頂きたく思っております。よろしくお願いいたします。

○福田委員長 ありがとうございます。ほかに何かコメント等ありますでしょうか。よろしいでしょうか。

では続きまして、審議事項 3. 次期国民健康づくり運動プランについてです。事務局のほうから、資料 3 について御説明をお願いいたします。

○山本健康課課長補佐 事務局の健康局健康課です。今回は健康日本 21(第二次)に続く次期国民健康づくり運動プランにつきまして、別途、専門委員会で議論をしているところですので、この議論の経過等について御説明申し上げます。

資料で申し上げますと 3-1 になります。こちらは、栄養部会の下に別途設けている次期プラン策定専門委員会、あるいは栄養部会で議論している資料を御用意しています。

既に歯科専門委員会、こちらの委員会でも、度々、委員の先生方から御紹介いただいているのは承知していますが、次期プランのビジョンあるいは方向性といったものを、お示ししているところです。

これまでの成果、課題、予想される社会変化というところから、次期プランにつきましては、全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現というビジョンを掲げまして、具体的には矢印の先にあります、誰一人取り残さない健康づくりであったり、より実効性を持つ取組を推進するという考え方の下に、議論を進めているところです。

更に細かく書いているものが、この点の所ですけれども、多様化する社会において、集団に加え個人の特性をより重視しつつ最適な支援の実施、様々なプレーヤーの連携や社会環境の整備、テクノロジーを活用した PDCA サイクルの強化といったところです。

続きまして2ページです。こうしたビジョンの実現のために、方向性という形でお示しをしているものです。健康寿命の延伸・健康格差の縮小については、第二次から引き続きまして最上位の目標と掲げつつ、個人の行動と健康状態の改善、社会環境の質の向上という大きく二本柱で、この最上位の目標を達成していくということです。

個人の行動と健康状態の改善につきましては、生活習慣の改善から生活習慣病の発症予防、重症化予防、あるいは生活機能の維持・向上というところに結び付けていくということで、歯・口腔領域につきましては、この生活習慣の改善というところで、大きく関わってくるのではないかと考えています。

こうした個人の行動と健康状態の改善を促していくという意味で、社会環境の質の向上も重要であるということで、自然に健康になる環境づくり、あるいは社会とのつながりの維持・向上、誰もがアクセスできる健康増進のための基盤の整備といったところを、しっかり取り組んでいくことによりまして、先ほど申し上げました、最終的なゴールである健康寿命の延伸につなげていくという図です。

続きまして3ページ以降ですけれども、次期プランの期間につきましては、12年間ということで、既におおむね専門委員会でも御了承いただいているところで、歯科の次期のものと同じことになっていると考えています。

4ページですけれども、こちらの委員会でも御議論が既にあったかと承知していますが、ベースライン値と目標値につきましては、今までと若干考え方を変えまして、ベースライン値については2024年までの最新値、目標値については2032年という形で設定するというにしています。

5ページですが、次期プランにおける目標の枠組みについてというものです。これまでの経緯・現状とありますけれども、現行の健康日本21(第二次)におきましては、実行可能性のある目標をできるだけ少ない数で設定すべきとの意見も踏まえまして、53項目の目標を設定しています。この第二次の最終評価につきましては複数の課題がありまして、例えば、データソースとなる調査が長い計画期間内で、直近ではもう実施されていない、あるいは調査方法が変わってしまっている、オープンなデータではないので事後的な検証ができないなど、そういった理由により評価困難、あるいは評価が当初思っていたものとは違う方法でやらざるを得なかったというものもあります。

このため次期プラン策定専門委員会では、目標について次のような方向性をお示ししており、おおむね委員会では御了承いただいているという認識です。目標の設定は引き続き行うわけですけれども、大原則としまして、まずできるだけ少ない数を設定するということです。全体で現行と同じく50目標程度という形にしています。また目標については、複数のグルーピングをするということで、I~IV群という形で一旦置かせていただいています。

最後の点ですが、目標設定に当たりましては、生活習慣病の発症予防といったところで、健康あるいは健康寿命につながっていくというエビデンスを重視したいと考えていること。

またデータソースにつきましては、原則、事後的なフォローがしやすいと思われる公式統計を利用するというところを、一定のルールとして設けたいと考えているところです。

こうした原則あるいは大きな考え方を踏まえまして、次期プラン策定専門委員会でお示しした目標案が資料 3-2 になります。こちらは 12 月 8 日バージョンですけれども、大きな枠組みとしましては、左側の緑色の帯の部分につきましては、こちらが先ほどの資料 3-1 で申しあげました、方向性の図にあります各要素を、そのまま順番どおりに並べているということです。

それぞれのセクションに、それぞれの目標がぶら下がっているという形で考えているところです。一番上、健康寿命の延伸と健康格差の縮小というところは、先ほど申しあげましたとおり最上位の目標として、それに向かって各セクションの目標を立てているということです。

歯・口腔の健康につきましては、2-1 の(6)にありまして、この歯科専門委員会での議論を踏まえまして、次期プラン策定専門委員会でもお返しして御議論いただくことを予定している状態です。

2-1 の生活習慣の改善につきましては、(2)～(5)がそれぞれ 3 項目ずつになっています。(1)は数が多いのですが、①、②の体重や BMI は栄養・食生活以外にも影響するものということを考えますと、おおむねそれぞれのセクションに 3 つ程度というところで、議論をさせていただいています。

ここまでが資料 3-2 の説明で、次は資料 3-3 です。目標項目と評価方法と目標設定についてという資料で、こちらも 12 月 8 日の専門委員会でお示しをしている資料です。この資料につきましては、ややテクニカルな内容が多いのですが、その趣旨としましては、中間評価あるいは最終評価を今後数年行っていくわけですけれども、そのルールをできるだけ事前に決めておきたいということです。第二次では細かいルールが決まっておらず、最終評価、中間評価の直前になって、いろいろなルールを追加したという経緯もありまして、それよりは事前にしっかりルール決めをして、ルール決めをした上で目標も設定していくということがよいのではないかという意見を踏まえたものになります。

基本的な考え方と書いてある所は、先ほど資料 3-1 で申しあげた内容ですので、説明は割愛させていただきますが、その先の目標項目の評価という所から、少しかいつまんで御説明します。

(1)の①の評価区分ですけれども、A、B、C、D、E という 5 段階評価、これは従前から変わらずこのような形でやっていきたいと考えていますが、最終評価、大文字のほうの A ですが、目標に達したという言葉にしています。これは先ほど申しあげました、タイミングの取り方を変えることによって、現行の目標に到達しそうというものではなくて、目標に実際に到達したかどうかというベースで計るということと考えています。

また中間評価につきましては小文字ですけれども、a、b、c、d となっていますが、現行は a、a*、b、c ということで若干分かりづらい所を、最終評価と合わせてすっきりさせ

たという内容です。

2 ページに移りまして、3 つ目のポツですけれども、1 つの目標項目の中に性・年齢階級別に複数の指標がある目標項目に関しても、目標項目全体の目標を設定するということをルールとして掲げています。これは1つの目標の中に現行の第二次では、性・年齢階級別にそれぞれ目標値が設定されているものがあります。その場合、例えば20代の女性はAである、20代の男性はBである、30代の男性はCである、30代の女性はBであるといった場合に、全体としては結局どうなんだということが分からないという指摘が、かなりありました。ですので一旦、できるだけ目標項目は全年齢階級まとめて目標値を立てた上で事後的な評価も行うということをしたと考えています。この後に御説明しますが、分析としまして、性・年齢階級別というものもしっかり見ていくということとしています。

②のデータ分析という所ですけれども、図表2、図表3のように、しっかりとグラフなど動きが分かるような形でお示しして、かつ予測曲線といったものもしっかり出していて、評価をビジュアライズしていくというものです。

3 ページになりますが、直近値とベースライン値の比較についてという部分です。先ほど申し上げましたとおり、A評価というのは、実際に到達したかどうかというところで分かりやすいのですけれども、目標値に到達しなかった場合につきましては、ベースライン値から改善しているかどうかによって、BになるのかCになるのかといったところが変わってきます。この改善しているかどうかということにつきまして、現行では有意に変化しているかどうかということだけを見ていたところですが、果たしてそれでいいのかという議論がありまして、今回我々のほうからお出ししているのが、健康日本21(第二次)の目標項目における達成率を踏まえ、ベースライン値から目標値に向けて、有意かつ原則30%以上改善しているかどうかで判定するというルールを、お示ししています。

若干分かりづらいので、図表4と5を御覧いただきながら補足させていただきます。例えば図表4ですと、ベースライン値10gから目標値8gを目指している目標があったと仮定して考えていただきたいと思います。その場合は2g改善する必要があるということですが、Aは目標に達したかどうかなので、8gを実際に下回ったかということですが、BかCかといったところにつきましては、2gの変化のうちの30%ということで、0.6g変化、減少ということで、9.4g以上か以下かというところで判断材料としたいと考えています。

では、この30%というのがどこから出てきたかというのが図表5です。健康日本21(第二次)の最終評価に基づき、目標値とベースライン値の間で、何%改善したかというものをデータで取っているものでして、B/B*ですので達成はしていないというものを集めているものです。このものを集めてみますと、おおむね30%というところに線が引いてありますが、こうしますとおおむね全てのものがカバーされるということで、30%というのが1つルールとして、目安として使えるのではないかとということで、専門委員会で御議論いただいたというところです。

4 ページの上のポツに戻りますけれども、ベースライン値から悪化しているかどうかの

判定につきましては、これも今までは有意かどうかだけの判断だったところ、ベースライン値から相対的に 5%の変化といったもので、しているかどうかで判断してはどうかというものです。5%というのは公衆衛生学的に、一般的に使われているカットオフであるところを採用しているものです。

5 ページに移ります。少し似た議論が続くのですけれども、今までのものは目標が具体的に数値で定量的に決まっていたものについてでしたが、定性的に定めざるを得ないものが幾つか出てくるかと考えています。それについて増加傾向あるいは減少傾向といった目標についての判断ですが、こちらも有意に変化した、あるいは有意に増加した、減少したかどうかを現行見ているところ、それではいかがなものかという御意見もありましたので、ベースライン値から相対的に 5%というところで、線引きをしてはどうかというものです。

2 点目ですけれども、将来予測を行った上で目標値を設定した項目につきましては、ベースライン値と目標値を結ぶ線の上にあるか下にあるかというところで、判断したいと考えています。

最後の点がこれもまた非常に悩ましい問題で、目標値が 0%か 100%かと置かざるを得ないものがあります。次期プランの中では現行未成年の飲酒・喫煙といったものがありまして、これだと 0%、法的規範上当然 0%ということになるのですけれども、そうしますと、A の「目標に達した」というのは、ほぼあり得なくなってしまうという場合に、どのように考えるかという論点です。

専門委員会では様々議論があったのですけれども、そこは A 評価が出ないのはいしょうがないというか、B 評価以下しかあり得ないものだという前提で、これを設定するというところで一定結論を得たところですが、目標値自体を落とすという意見もあったところですが、ある程度目標を立てることで、行動変容を促していくという側面もあるといったことから、そのような結論に至ったというものです。

6 ページですけれども、年齢調整につきましても、一定のルールを事前に設けておくというものです。個人の健康状態の改善に関するものは、基本的に年齢調整をする。将来予測を行った上で、目標値を人数設定するようなものは年齢調整をしない。生活習慣に関するものは個別検討としています。

下の詳細分析ですが、先ほど申し上げましたとおり、性・年齢階級別というのは分析をしっかりと行うということです。また加えまして都道府県や市町村格差、あるいは社会経済的要因の格差というところも、可能な範囲で分析を行うということとしています。

最後の 8 ページですけれども、③評価困難な場合の代替評価及び補助的評価というところですが。各目標項目の評価に当たっては、関連する調査・研究等についても補助的に活用するという、加えまして今回の直近の最終評価におきましては、データソースとなる調査が中止になったということも踏まえまして、可能な限り補完的な指標、目標というものも立てていくということとしたいと考えています。

一方で時間的な制約もあることから、補助的なものではなくて、本目標のほうをまずは

次期プラン策定専門委員会で設定し、来年度以降、推進専門委員会という別途委員会を立てることとしていますので、そちらの議論に譲りたいと考えています。

3点目ですが、令和6年度調査をベースラインにするとしていているところですが、目標設定時の予測とトレンドと、大きく変わってしまっている場合については、先ほど申し上げました来年度以降の推進専門委員会で、目標の再設定というか微修正についても、検討を行うとしています。

最後の点、ベースライン値、中間評価時の直近値が既に目標値に到達している場合は、そのまま放置するのではなくて、新たな目標を設定することとしています。

数回に渡る議論をかなり短い時間で御説明しましたので、駆け足で恐縮ですけれども、私の説明は以上になります。

○福田委員長 ありがとうございます。次期プランで進められています評価の方法等につきまして、非常に詳細に御説明いただきました。先ほどの事務局の説明に対しまして、御質問あるいは御意見等がありますでしょうか。基本的には私どもの歯科のプランも、この次期プランの目標項目評価の方法や目標設定に準じることになるかと思えます。三浦委員よろしくお願ひします。

○三浦委員 御説明ありがとうございます。今までの議論の内容を非常によく把握できたところです。1点教えていただきたいのですけれども、資料3-1の2ページ、次期プランの方向性の概念図では立体化したモデルの提案です。健康日本21(第二次)では、二次元のモデルの概念図ということであったのですけれども、敢えて3Dにした意図や理由があったら教えてください。

○福田委員長 事務局お願ひします。

○山本健康課課長補佐 事務局です。先生ありがとうございます。この策定専門委員会で、この方向性の図についても、様々な議論を頂いたところですが、事務局からの提案としましては、個人の行動と健康状態の改善というパートと、社会環境の質の向上というものの関係性を、できるだけ分かりやすくしたいというところが一番大きな意図になります。社会環境の質の向上自体も非常に重要ではあるのですけれども、それはどちらかというと個人の行動を変えていく、行動変容を促していくという関係性を示した場合に、双方向というレイヤー構造で示すのがいいのではないかと考えた次第です。

その上でこの細かい項目を二次元で書くと、なかなか見えづらくなっていくというところもありましたので、このような形にしています。先ほど申し上げましたように、伝えやすさというところで、これが最終的には自治体あるいは現場に落ちていくということですので、ビジュアルで我々の思いをできるだけ伝えたいというところです。

○三浦委員 ありがとうございます。承知しました。

○福田委員長 ありがとうございます。それでは小方委員、竹内参考人、続けてお願ひいたします。

○小方委員 先に小方でよろしいでしょうか。ありがとうございます。私も今の3Dのイ

メージの所でちょっと質問があるのですけれども、真ん中に生活習慣の改善(リスクファクターの低減)と書いてありまして、それで矢印があって生活習慣病の発症予防、それから生活習慣病の重症化予防と書いてあるのですけれども、リスクファクターを低減するということは、予防だけではなくて治療にもつながると思うのです。ですので、一番左にリスクファクターの低減があるというのが、ちょっと疑問だったのですけれども、いかがでしょうか。

○福田委員長 ありがとうございます、事務局のほうはまとめてお答えいただければと思いますので、竹内参考人、よろしいですか。

○竹内参考人 はい、私のほうからは資料 3-3 についてなのですが、最後に説明いただいた資料の 8 ページの③の 2 ポツ目、補完的指標という言葉が今回出てきていたと思うのですけれども、こちらについてちょっと確認です。我々のこれまでの議論の中で、例えば歯科疾患実態調査が実施できなくなった場合に、代替のデータベース又は調査を用いるということは、既にお話があったかと思いますが、それとは別の補完的な指標を、次年度以降に本委員会で議論を進めていくという理解でよろしかったでしょうか。

○福田委員長 ありがとうございます。事務局回答をお願いします。

○山本健康課課長補佐 ありがとうございます。まず健康局のほうからお答えします。方向性の図ですけれども、リスクファクターの低減という所ですけれども、こちらはいわゆる一次予防というものを想定しているところでして、生活習慣の改善というところ、様々な一次予防の要素を含むということを考えています。これは現行の第二次の告示にも、このような文言があったところなので、それを流用しているということとして、そこはそういった整理とさせていただければと考えています。

もう 1 つ御質問いただきました代替評価につきましては、先生がおっしゃられたとおり、ほかのデータベースとかそういったものを活用することを、次期プランのほうでは考えているところです。

○福田委員長 ありがとうございます。追加ありますか。

○堀主査 歯科保健課です。歯科のほうにおきましても、今御質問いただきました補完的指標、いわゆる歯科で代替指標と呼んでいるものでして、コンセプトと申しますか大きな考え方は同じではないかと考えています。文言の統一がなされていなかったところで、大変失礼しました。事務局からは以上です。

○福田委員長 ありがとうございます。山下委員から手が挙がっています。よろしくをお願いします。

○山下委員 資料の 3-1 の 1 ページのビジョンのところ、これは書きぶりというか考え方なのですけれども、「誰一人取り残さない」というふうにあります、やはり生活習慣病あるいは歯科保健もですけれども、やはり個人の努力は非常に求められると思います。取り残さないというのは、まるで国が全部すくい上げますよというような感じですがけれども、国民についてきてもらいたいという意味からすると、取り残されないという考え方の

ほうが適切なのかなと、私は思います。確かに国民には優しいのですが、健康増進法も歯科口腔保健法も、国民の責務というような、自分自身の健康に対する自覚というのは求めていますから、そういう考え方もあってもいいのかなと思いました。

○福田委員長 ありがとうございます。事務局コメントありますか。

○山本健康課課長補佐 ありがとうございます。この「誰一人取り残さない」という言葉は、例えば SDGs の中でも、こうしたものの考え方があったのではないかと承知しているところです。一方で、今御指摘がありましたとおり、健康増進法等におきましては、個人の責務というか取組というものも、しっかりとやっていくべきだというような趣旨のことも書いているということも承知しています。

ここは少し専門委員会でもいろいろ議論のあったのですが、バランスだと思っていて、どちらの要素もしっかり伝えていく必要があるというところです。このままビジョン 1 枚だけというわけではなくて、全体像として最後の成果物には、うまくその辺のニュアンスを伝えていければと考えている次第です。

○福田委員長 よろしいでしょうか。ほかにありませんでしょうか。相田委員、よろしくお願いします。

○相田委員 すみません、先ほどの個人の責任という話なのですけれども、ここ 20 年ぐらい個人の責任が強調されすぎて、それで健康格差とかが広がってしまったのではないかという議論があって、オックスフォードテキストブックオブパブリックヘルスなどに、その辺りが載っており、今回の次期プランの方向性も、こういうような書きぶりになっていると思いますので、ちょっと昔に戻りすぎないのも大事なかなと思います。

○福田委員長 御意見ありがとうございます。事務局何かありますか。

○山本健康課課長補佐 ありがとうございます。まさに御指摘いただいたとおりです。個人の努力などそれだけではなくて、社会環境とかそういったこともしっかりと捉まえていくべきではないかという、そういった考えを踏まえて、今回のビジョンや方向性というものを議論しているところですので、そこは最終的な示し方として誤解のないようにしていきたいと考えています。

○福田委員長 ありがとうございます。よろしいですか。では続きまして、審議事項 4. 次期国民健康づくり運動プランの歯・口腔領域に関する事項についてです。事務局から資料 4 について御説明をお願いします。

○堀主査 資料 4 をお開きください。次期国民健康づくり運動プランの歯・口腔領域に関する事項についてです。2 ページです。健康局からも説明があったとおり、歯・口腔の領域に関しては歯科の専門委員会で議論をし、次期策定専門委員会と連携して、最終的には栄養部会に上げていくということを従前からご説明しております。

3 ページは参考になりますが、現行の健康日本 21(第二次)における歯・口腔の健康の領域についても、評価指標を含めた内容を示しております。4 ページに関しても参考ですが、歯科の専門委員会で今まで御議論いただいた、次期の歯科の基本的事項の案を一覧として

示しております。現状こうした指標を御議論いただきましたので、この資料の中から先ほど健康局からも説明したとおり、具体的には3つ程度の指標を次期プランに入れてはどうかということで、資料の5ページに、歯・口腔領域の評価指標について(案)として示しております。次期の歯科の基本的事項において策定予定としている具体的指標のうち、次の具体的には3つの指標を記載しております。1つ目は、40歳以上における進行した歯周炎を有する者の割合の減少、2つ目は、50歳以上における咀嚼良好者の割合の減少、最後に、過去1年間に歯科健(検)診を受診した者の割合の増加といった、3つの評価指標を設定してはどうかと考えており、事務局としては案を示しております。

1つ目の40歳以上における進行した歯周炎を有する者の割合の減少についてですが、健康づくりにおいて、従前から言われておりますが、歯周炎と糖尿病の関係性といった、歯・口腔の健康と全身の健康の観点については、歯周病が一番全身疾患との関係性が強いとされておりますので、歯周炎を指標として示しております。また、こちらに関しては、いわゆる歯科疾患の疾病という側面の指標です。

2つ目の50歳以上における咀嚼良好者の割合の増加に関しては、健康づくり運動プランの中においても、いわゆる食べるという観点も踏まえて栄養という点もございます。このため、歯・口腔の領域からこうした形で貢献できるのかということに鑑み、咀嚼良好者の指標を示しております。また咀嚼良好者に関しては、歯・口腔の領域の中で見ても、いわゆる機能的な側面としての、摂食・嚥下機能などに加えて、残存歯数などの器質的な側面を全て包括したようなコンセプトかと思っており、幅広く健康づくりに取り組む観点から、咀嚼良好者の割合を示しております。

3つ目は、過去1年間に歯科健(検)診を受診した者の割合の増加です。1つ目、2つ目それぞれ歯科疾患、それから機能的な側面といった、どちらかというアウトカムのような指標ですが、歯科健(検)診に関しては、社会環境的な側面に関するプロセスも踏まえて指標を設定しております。また、歯科健(検)診を受診した方々が歯科医療機関で適切な治療を行うことによって、歯科疾患の予防や1つ目、2つ目のそれぞれの指標につながっていくこともありますので、事務局の案としてはこの3つを示しております。資料4に関しては以上です。

○福田委員長 説明ありがとうございました。事務局の説明に対して、御質問、御意見等はありませんか。小方委員、お願いします。

○小方委員 この3つの案に関しては、私はいいと思うのです。用語の問題で、1つ目の進行した歯周炎を有する者の割合なのですが、歯周病の専門家からすると進行したというと、例えば垂直性骨欠損があるとか、6mm以上のポケットがあるような方を進行したというのです。ここのイメージは多分違って、4mm以上のポケットを有する者ではないかと思うので、どうなのでしょう。私もちょっとはつきり分からないのですが、歯周炎だけでは駄目なのでしょう。例えば歯周炎を有する者の割合とか、意見なので、よろしく願います。

○福田委員長 事務局、回答をお願いいたします。

○堀主査 こちらは先生御指摘のとおり、現状、歯科疾患実態調査の指標を使っており、4mm以上の歯周ポケットを有する者ということですので。進行したというような記載が、自治体あるいは国民の方々に分かりにくいというご指摘もあるかと思っておりますので、事務局でもこの指標の記載ぶりに関しては、改めて検討したいと思っております。

○福田委員長 相田委員、お願いします。

○相田委員 数少ない指標を選ぶ難しさがあるので、その上で意見させていただきますので、あくまでも御参考までにとということなのですが。これを見ると、40歳、50歳、中年以降の病気というイメージが広まってしまわないかと思えます。実際、私はある別の指標の会議で、もう子供の虫歯はなくなったから、目標値をなくしましょうということをお勧めされたことがあります。そうすると母子保健や学校保健の対策などが、かなりしにくくなるわけですね。そのような誤解を他職種の方に与えている面が多分あるのではないかと感じています。ですので、年齢をあえて示す必要があるのか。ほかのがんや循環器などを見ると、がんは75歳以上とありましたが、余り年齢の区分を設けていないので、設けないほうがいいのではないかというのが1つです。しかし実現性の問題などがあるので、一応ただの意見です。

もう1つは、理念的にはどの指標も重要性を理解できるのですが、一方で例えば、患者数やかかっている医療費などを各指標ごとに出すみたいなことになったときに、咀嚼良好者の割合などは、咀嚼不良者で患者数や医療費などを出しにくかったりすると思うのです。一方で、歯周病に関してはこれらを出しやすいと思います。歯科以外のほかの病気の指標が医療費などを出しやすい指標ですから、なぜこの指標を選んだかというときに、医療費の負担として多いとか、患者数として多いとか、何か客観的なものが示せるのかなということが気になりました。理念的にはすごく理解できるのですが、ほかの指標と比べたときに、その辺りがどうなのかという側面からの検討があってもいいのではないかと思います。

○福田委員長 事務局、いかがでしょうか。

○堀主査 相田先生、御意見ありがとうございます。40歳以上、あるいは50歳以上という年齢の要素を指標の中に組み込んでおります。現状、歯科の専門委員会で御議論いただいた指標案と、同じような文言をそのままこちらに用いているもので、先ほど説明したとおり歯科の基本的事項と次期プランは内容面でも連携を図ってまいりますので、この記載ぶりをどうするかについて、改めて事務局でも検討したいと思っております。

ただ、40歳以上、50歳以上という記載ぶりが残ったとしても、例えば40歳以上における進行した歯周炎を有する者の減少という目標を達成するためには、40歳以前からの取組、あるいは50歳以上における咀嚼良好者の割合の増加に関しても、50歳以前におけるう蝕の予防や歯周病の予防が大変重要になってくると思っております。仮に指標上がこのようなになったとしても、全体的な考え方を示す際に、今申し上げたような取組の重要性も

併せてしっかりとお示しして、この指標を選んだ理由やコンセプトを明示化させていく必要があると、事務局としては考えております。

○福田委員長 相田先生、よろしいですか。芝田委員、よろしくお願ひします。

○芝田委員 この3つは、かなりいろいろ考えて出していただいたかと思うのですが、パッと見たときに指標全体の年齢が高いような気がします。自治体の取組としては、やはり歯科疾患が進行してからではなく、できれば子供や若年層に働きかけたいということで取り組んでいます。市町村は独自の健(検)診をしていたり、健康増進法での40歳からの節目健(検)診なども活用してやっていますが、やはり節目健(検)診以外の若い世代へのアプローチは実際に介入するのがなかなか難しいのが現状です。ですので、4ページにたくさん指標を挙げていただいています。40歳以上における進行した歯周炎ではなく、20歳代、30歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合の減少のほうが、若い世代から自治体も国の指標を参考にして取り組みやすいのではないかと思います。

それから40歳の歯周炎は、データを取るのが歯科疾患実態調査だと思うのですが、50歳と歯科健(検)診の指標については国栄のアンケート調査ではないかと思うのです。できれば自治体としては、アンケート調査で取った指標を挙げていただいたほうが、アンケート調査であれば、自治体としては参考にして同じような指標を設定することによって、それに取り組むことができますので、アンケート調査で取れる20歳代、30歳代のほうが自治体での取組が促進するのではないかと思いますので、よろしくお願ひいたします。

○福田委員長 時間の関係もありますので、森田委員と山本委員から手が挙がっていますが、どちらも評価指標についてでしょうか。もし評価指標であれば、そのまま続けて御質問いただければと思いますが、いかがでしょうか。大丈夫ですか。お願ひします。

○森田委員 時間が掛かるので簡単に言います。場違いな質問かもしれませんが、歯周病もこのままいったら減少しない可能性もありますし、咀嚼良好者もこれからはひよっとしたら減る可能性もあるのですが、そういう可能性も秘めたものを、あえてここに入れたというのがチャレンジだなと思いました。それで本当にいいのかなというのが危惧するところです。

それと、やはり進行した歯周炎は、判定基準、バリエーションが人によって違いすぎて結構難しいので、例えば歯の数などのほうが達成しやすいだろうし、いいのではないかと思います。別にこの3つが全然駄目だというつもりではありません。私の意見です。

○福田委員長 山本委員、お願ひします。

○山本委員 過去1年間の歯科健(検)診というのは、これは多分、国民健康・栄養調査のアンケート結果かなと思うのですが。実際に今、歯科健(検)診として非常に重要なのは、例えば在宅の高齢者、あるいは手が届かない所の人たちに対する健(検)診事業がこれから重要なかなと思うので、そうしたものがもう少し分かるほうが分かりやすいかなと思うので、何か工夫ができないかと思いました。以上です。

○福田委員長 ありがとうございます。今、3人の委員の先生方から御意見を頂きました。

た。事務局、回答をお願いいたします。

○堀主査 芝田先生から、いわゆる 20 代、30 代の歯肉に炎症がある者の指標のほうが、自治体にとって取り組みやすいのではないかと、あるいはアンケート調査のほうが自治体として把握しやすいといった御意見もいただきました。事務局として、現状の 40 歳以上の歯周炎の指標を設定したのは、先ほど説明したとおりの趣旨で、この点も踏まえながら、ほかの先生方からも御意見があれば頂きたいと思っております。

また、森田先生から、達成が困難な指標をあえて設定するのcaという御意見かと思いません。あくまで健康づくりのために必要な取組という観点で、今回、自治体あるいは国民全体として、取り組んでいただきたいような内容をピックアップいたしました。なかなか達成が難しいのかもしれませんが、国、地方自治体一体となって取り組んでいきたいと考えております。事務局からは以上です。

○福田委員長 ほかにありませんか。3 つという縛りがある中で、なかなか難しい選択になるかと思いますが、御意見はありませんか。事務局、こちらの評価指標については本日決定ということですのでよろしいのですか。それとも、もう少し検討させてもらう形にいたしますか。

○堀主査 ただいま頂いた御意見を踏まえて、事務局でも再度検討したいと思いません。また、委員の先生方におかれましても、本委員会終了後でもお気づきの点がありましたら、事務局宛てに、別途御連絡いただけたらと思っております。

また、仮にこのままの指標でいくという場合でも、大臣告示以外の通知などで、頂いた御意見等をしっかりと反映するような記載をしていきたいと思っておりますので、引き続き御意見を頂けたら幸いに思いません。どうぞよろしくをお願いいたします。事務局からは以上です。

○福田委員長 こちらの 3 つの指標に関しての大きな考え方をお伺いいたしました。ほかにありませんか。よろしいですか。大きく変わることはないかと思いますが、事務局、それから委員長に一任させていただければと思いません。どうぞよろしくをお願いいたします。ほかに御意見はありませんか。大丈夫ですか。

それでは、続いて審議事項の 5 に移ります。次期歯科口腔保健の推進に関する基本的事項の数値目標についてです。事務局から資料 5 の説明をお願いいたします。

○堀主査 本日最後の議題、次期歯科口腔保健の推進に関する基本的事項の数値目標についてです。資料 5-1、5-2、そして資料 6 をお手元に御用意ください。資料 5-1 に関しては事務局からの資料で、基本的に次期基本的事項の数値目標の考え方について、事務局の案を示しているものです。また資料 6 に関しては、次期基本的事項の指標案に関する将来予測で、三浦委員から提出いただいている資料になります。今回、具体的な数値目標の策定に当たり、三浦先生が研究代表者を務めております厚生労働科学研究の研究班において、将来予測を実施いただきましたので、その資料になっております。したがって、指標に関して事務局から説明するもの、そして、将来予想ができた指標に関しては三浦先生から御

説明をいただきくものがありまして、資料 5-1 と資料 6 それぞれで指標の考え方を示しております。また、その点、途中、説明の際に資料 5-1 と資料 6 を行き来することがありますが、資料 5-2 が指標の一覧になっておりますので、お手元に御用意いただき参考にしていただけたらよろしいかと思っております。

資料 5-1 の 2 ページです。1 つ目の項目として、口腔の健康の保持・増進に関する健康格差の縮小に関する指標の案として、今まで 3 つ御議論いただきました。1 つ目の指標が 3 歳児で、4 本以上のう蝕のない者の割合の増加、2 つ目の指標が、12 歳児でう蝕のない者の割合が 90%以上の都道府県数の増加、そして、最後に 40 歳以上における自分の歯が 19 歯以下の者の割合の減少といった 3 つの指標です。

3 ページです。こちらの 3 つの指標の数値目標の考え方に関して、三浦先生から将来予測に関して御説明いただきたいと思っております。

○福田委員長 では三浦委員、説明をお願いいたします。

○三浦委員 事務局から、資料 6 を画面共有していただいております。次のページです。研究班において、将来予測を目標値設定の基礎資料とできないだろうかということで、分析いたしました。将来予測の考え方ですが、基本 3 時点以上の時系列データがある場合、過去の状況から回帰直線モデルを使っての将来予測となります。モデル適合は青字で印を付けたとおり決定係数で判断をいたしました。決定係数が高ければ高いほどモデル適合度がいいということになりますが、やはりどうしても 3 点しかないようなデータの場合、ある程度緩めてあげる必要があるということで、決定係数が 0.36 以上のものは予測ができるのではないかとということで置いております。

最初の予測のデータです。こちらは告示指標で、3 歳児で 4 本以上のう蝕のない者の割合の増加の部分です。四角で囲んだ所に使用したデータ、どんなデータを使用したのか、そしてどういったやり方で予測をしたのかということで、下に予測した経緯を示した直線回帰の詳しい情報を記載しています。適合度は非常によい形で、決定係数が 0.85 でした。2032 年の予測値が 99.3%でした。

次をお願いします。こちらは 12 歳児でう蝕のない者の割合が 90%以上の都道府県の数の増加です。使用データは学校保健統計調査です。学校保健統計調査は毎年実施する調査データですので、かなりデータ数は豊富に得ることができました。こちらはどのように計算したかということ、各都道府県別に 2009～2020 年のデータを用いて、それぞれの将来予測を行いました。最終的に 2032 年の状況について、90%以上に達すると考えられる都道府県の数を拾ってきて、25 都道府県という予測値が出ております。

次をお願いします。40 歳以上における自分の歯が 19 歯以下の者の割合の減少です。こちらは歯科疾患実態調査を用いて、かつ 40 歳以上ということですので、年齢調整を行いました。平成 27 年の人口を基準として、そこで年齢調整を行っているデータです。こちらに関して直線回帰モデルによって予測を行ったところ、大変高い決定係数を得ることができ、2032 年の予測値は 4.5%になるというデータが出ております。研究班からの報告

は以上です。

○福田委員長 続けてよろしくお願ひいたします。

○堀主査 事務局です。資料 5-1 の 4 ページに進みます。今、三浦先生から御紹介いただいた予測値を踏まえ、事務局として案を作成しております。1 つ目の 3 歳児で 4 本以上のう蝕のない者の割合の増加に関しては、予測値が 99.3% でしたので、数値目標として 100% を設定してはどうかと考えております。

2 つ目の 12 歳児でう蝕のない者の割合が 90% 以上の都道府県の増加に関して、予測としては 25 都道府県が達成するというところで、数値目標としても 25 都道府県を設定してはどうかと考えております。

最後に 40 歳以上における自分の歯が 19 歯以下の者の割合の減少に関しては、予測値が 4.5% でしたので、5% という数値目標を設定してはどうかと考えております。

5 ページです。指標案と直近値、それから目標数値案を一覧として示しております。1 つ目の口腔の健康保持・増進に関する健康格差の縮小に関する数値目標案について、事務局からの説明は以上です。

○福田委員長 説明ありがとうございました。ただいまの事務局の説明に関して、御質問、御意見等がありますか。相田委員、お願いします。

○相田委員 3 歳児で 4 本以上のう蝕のない者の割合の増加なのですが、格差の指標を出すときに、ない者の格差というよりも、病気がある者の格差としたほうが分かりやすいし、ほかの指標もそちらでやっているのではないかというのが 1 つです。

それから直近値が 96.5% なのですが、そもそもその値は高い一方で、3 歳の時点で 4 本以上というのが今の時代なかなか多い値なので、これが 2 本とかもう少し少ない値にして、もう少し低いパーセントにしたほうが、指標としてはバランスがいいのかなと思うのですが。使えるデータとの兼ね合いもあると思うので、いっそ虫歯のない、ある者の割合とかにしてしまうとかも、やりようとしてはあるのかなと思いました。ただ、その辺りは根本になるので、すみません。以上です。

○福田委員長 事務局、いかがでしょうか。

○堀主査 相田先生、御意見ありがとうございます。3 歳児で 4 本以上のう蝕のない者に関して、3 歳児で 4 本以上のう蝕がある者の割合の減少といった記載ぶりにした方が、格差の縮小の観点からよいのではないかという御意見を頂きましたが、事務局としても、そうした見せ方について、この指標は当然ですが、他の指標も含めて再度検討していきたいと考えております。

また、別の視点で、この指標そもそもについて、例えば 2 本以上とか、より少ない本数を設定してはどうかという御意見も頂きました。こちらの数値に関しては、前々回の専門委員会で具体的に事務局としても、各本数でのう蝕の罹患率を示し、先生方におかれましても、例えば 4 本以上がよいのか、5 本以上がよいのかといった本数も含めて御議論いただいたものと認識しております。この指標の背景として、う蝕が多い方々とう蝕がない方

々の健康格差の縮小の数値の指標の案として示しており、前々回の専門委員会で、先生方から御提案を頂いた4本以上ということで、考えております。ただそうはいつでも、この段階でも本数も含めて、いろいろな考え方があろうかと思っておりますので、ほかの先生方もこの指標に関して御意見があれば頂きたいと思っております。

また参考になりますが、次にご説明いたします歯科疾患の予防に関する指標の中で、3歳児でう蝕のない者の割合の増加、あるいは12歳児でう蝕のない者の割合の増加を、通知指標ではありますが示しております。このように、3歳児でう蝕のない者の数値目標も、告示ではないですがお示しすることも踏まえて、先生方の御意見を改めて伺いたいと思っております。事務局からは以上です。

○福田委員長 山下委員、お願いします。

○山下委員 私も相田委員がおっしゃるように、やはり4本以上ない者ということと考え方の理解が非常に難しく、逆に4本以上ある者ということであれば、リスクストラテジー的な考え方でターゲットが絞られてくると思うのです。4本以上ない者ということだとポピュレーション的に、ない人を広げていこうということで、恐らくそういう戦略はここでは通用しないのではないかと思いますので、私も4本以上ある者を減らすという考え方のほうが、非常に分かりやすいような気がいたします。

○福田委員長 ありがとうございます。ほかにありませんか。よろしいでしょうか。では次の指標について、説明をお願いいたします。

○堀主査 事務局です。資料5-1の6ページ以降を御確認ください。2. 歯科疾患の予防に関する指標案です。指標案を6ページでお示ししているとおり、う蝕に関するもの、それから歯周病に関するもの、そして歯数に関するものとそれぞれ設定しています。告示指標においては、例えば20歳以上におけるう蝕では、告示指標として、未処置歯を有する者の割合の減少、それから、30歳以上における未処置の根面う蝕を有する者の割合の減少、そして通知指標にはなりますが、先ほど御説明した3歳児でう蝕のない者の割合の増加、それから12歳児でう蝕のない者の割合の増加、そして60歳以上における未処置の根面う蝕を有する者の割合の減少が、う蝕に関しては設定されています。

歯周病に関しては、中高生における歯肉に炎症所見を有する者の割合の減少、20歳～30歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合の減少、そして40歳以上における進行した歯周炎を有する者の割合の減少を、告示指標としてお示しをしています。

また、通知指標としては、20歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合の減少、それから40歳代、60歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少、そして歯数に関しては、いわゆる8020の達成者の増加、それから60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加といった指標案を、今まで御議論いただいたところです。

7ページです。う蝕に関する数値目標の考え方ということで、次にお示しする3つ、20歳以上における未処置歯を有する者の割合、それから3歳児、12歳児でう蝕のない者の割合の増加、こちらの3指標に関しては三浦先生から将来予測していただいておりますの

で、資料 6 を御参考にさせていただけたらと思います。

○福田委員長 三浦先生、よろしく願いいたします。

○三浦委員 はい、承知しました。事務局のほうで今、資料を共有させていただいています。私からは将来予測が可能だった指標に関して、その結果を御報告させていただきます。20 歳以上における未処置歯を有する者の割合の減少という所で、こちらは歯科疾患実態調査がデータソースで、4 回分のデータを使っています。基準人口を用いての年齢調整を掛けています。年齢調整を掛けた上で、直線回帰モデルによる将来予測を、先般と同様に行ったという結果です。決定係数は大変高く 0.96 ということで、2032 年の将来予測値として 25.1% という数字が出ています。

次のスライドをお願いします。こちらは通知指標になりますが、3 歳児でう蝕のない者の割合の増加です。データソースが少し変わりました、地域保健・健康増進事業報告、いわゆる 3 歳児健診の結果の報告を用いています。直線回帰モデルで将来予測をして、大変高い決定係数を得たところですが、予測値を見ていただいて明らかなおおり、100% を超えてしまうというような結果になっています。

100% を超す値というのは理論的には無いので、追加の分析をさせていただきました。こちらが追加の別のモデルを使った将来予測ということです。フラクショナル多項式モデルを用いています。このモデルを使った理由は、一番適合度がよかったのがこのモデルだったということでございます。そのモデルによって予測をした結果が、資料に図と表で書いてありまして、2032 年の予測値は 96.5% でした。

次をお願いします。こちらは、12 歳児でう蝕のない者の割合の増加、通知指標ということになります。こちらについては、学校保健統計調査を用いています。このう蝕のデータに関しても、12 歳児のう蝕に関しても、非常に高い決定係数で 0.99 ということでした。2032 年の予測値は 92.3% というデータが出ています。研究班からは以上です。

○堀主査 事務局です。今、三浦先生に御説明いただいた点も踏まえまして、8 ページでございますが、事務局として、数値の目標案を設定しています。1 つ目ですが、20 歳以上における未処置歯を有する者の割合の減少については、将来予測値が 25.1% でしたので、数値目標を 20% と設定してはどうかとしています。

2 点目、3 歳児でう蝕のない者の割合の増加に関して、御説明があったとおおりフラクショナル多項式モデルによって、将来予測を行ったところ予測値が 96.5% でしたので、数値目標としては 95% をお示ししています。

最後となりますが、12 歳児でう蝕のない者の割合の増加に関しては、予想値が 92.3% でしたので、3 歳児と同じ内容の指標というところもあり、数値目標を 95% と設定してはどうかと考えているところです。

9 ページを御覧ください。根面う蝕に関する指標の考え方についてです。1 つ目のポツですが、根面う蝕の有病状況については、令和 4 年の歯科疾患実態調査、まさに今調査しているものですが、この調査から調査項目として新たに追加されていまして、現時点にお

いて活用できる公的統計はないというのが現状です。そのため、文献レビューを行ったところ、根面う蝕の有病率等に関する研究論文・調査研究をした報告データはありますが、単一の事業所・診療所での研究知見といったものが多く、数値目標の推計に用いることが可能な我が国の状況を代表するような、大規模なデータはなかったということです。また3ポツ目になりますが、同一調査による経時的な根面う蝕の有病率のデータもないということで、現時点で直線回帰モデル等によって、将来予測を行うことが困難ではないかと考えています。

このことから、既存の複数の調査研究を参考にしつつ、数値目標を検討する必要があるのではないかと考えていまして、10ページを御覧ください。年齢階級別の根面う蝕の有病率に関するデータについてです。左側の箱を御覧ください。先ほど申したとおり、過去の調査研究等を参考にお示ししているものです。2015年以降に報告された根面う蝕の年齢階級別の有病状況、こちらの数字に関しては処置歯を含む有病率でございまして、先生方に御議論いただきました未処置歯という観点では違うものですが、参考としてお示しをしています。

主な、2つの研究の結果をプロットしています。いずれの研究でも、年齢が上昇するに従い、根面う蝕の有病率が増加しているということで、例えば50代では20%~30%の方が根面う蝕を有しているという結果、60代においてはそれぞれ40%~50%の方が根面う蝕を有しているという結果です。

右側の箱を御覧ください。これは別の結果になりますが、診療所の受診者を対象とした調査で、2016年に行ったものです。こちらは未処置の根面う蝕を区別して調査しているもので、調査対象者の約半数、このグラフで言うCode1、Code2が根面う蝕を現に有しているということです。こちらに関しても年代が上がるとともに、根面う蝕の有病率が増加するといった結果が報告されています。このデータによって、年齢調整した有病率を計算したところ、30歳代~80歳代では41.8%、60歳以上では、およそ60%であったということが現状の数値です。

11ページの緑の箱です。データソースによる根面う蝕の有病率の差です。歯科疾患実態調査に関しては、いわゆる健(検)診会場で実施するような調査で、診療所で実施するようなものではありません。健(検)診会場で実施した調査結果では、70歳代の未処置歯の根面う蝕の有病率が、男性では21.7%、女性では19.8%で、およそ20%程度の有病率ではないかという報告が出ています。先ほどお示ししたような、例えば診療所でのデータでは、70歳代ではおよそ7割程度の有病率があるという報告がありましたので、健(検)診会場で実施した調査結果と診療所で実施する調査を比較しますと、有病率が低値となる可能性があるのではないかと考えているところです。

こうした観点を踏まえまして、未処置歯の根面う蝕を有する者の減少に関する数値目標案としていっていますが、根面う蝕に関してはデータソースとして、歯科疾患実態調査を活用しますが、同一のデータソースを用いる20歳以上における未処置歯を有する者の

割合の減少の数値目標案、具体的には 20%と先ほど御説明しましたが、これより低い値を根面う蝕に関しては、設定すべきではないかと考えています。

また、今、御説明したような既存の調査研究の根面う蝕の有病率、また歯科疾患実態調査と類似の集団方式で実施した調査による有病率の変動、そうしたものを参考として、数値目標を設定してはどうかと考えています。

この観点を踏まえまして、30 歳以上における未処置歯の根面う蝕を有する者の割合の減少の数値目標として 5%、60 歳以上における同じ指標の数値目標として 10%を、それぞれ設定してはどうかと事務局としてはお示ししているところです。

12 ページです。歯科疾患の予防(歯周病)に関する数値目標です。歯肉に炎症所見を有する者に関する数値目標の考え方については、三浦委員からの提出資料、資料 6 を参照していただきたいと思っています。

○福田委員長 三浦委員、説明をお願いいたします。

○三浦委員 はい、事務局から資料を共有していただいているところです。まず告示指標の 1 つである中学生・高校生における歯肉に炎症所見を有する者の割合の減少についてです。こちらの使用データは、歯科疾患実態調査 3 回分を用いているところです。直線回帰モデルによる将来予測を行っており、決定係数は 0.89 という高い予測ができる数値になっています。2032 年の予測値は、13.1%というデータが出ています。

次をお願いいたします。こちらは 20 歳代～30 歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合の減少ということです。使用データは、国民健康・栄養調査の結果ということで、こちらにも非常に高い決定係数を得ることができているもので、2032 年の予測値は 15.8%ということになっています。

次をお願いいたします。こちらはこれまでの基本的事項においても、目標項目として挙げていたものと同じのものになります。20 歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合の減少ということで、こちらは国民健康・栄養調査 4 回分のデータを使って、直線回帰モデルによる将来予測を行っています。こちらにも非常に高い決定係数を得ることができました。0.97 の決定係数ということで、十分予測の力があるデータということになります。2032 年の予測値は、11.6%でした。研究班から以上です。

○堀主査 事務局です。資料 5-1 の 13 ページを御覧ください。三浦先生から御説明があったとおり、予測値を踏まえまして、事務局で歯周病に関する数値目標案を作成しています。

1 つ目の箱です。中高生における歯肉に炎症所見を有する者の割合の減少については、将来予測が 13.1%でしたので、数値目標として 10%をお示ししています。

20 歳代～30 歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合の減少については、予測値が 15.8%でしたので、数値目標として 15%をお示ししています。

最後、20 歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合の減少については、予測値が 11.6%でしたので、数値目標として 10%を設定してはどうかと、事務局案としてお示し

しています。

14 ページです。40 歳以上における進行した歯周炎を有する者に関するデータです。こちらに関しては、事務局で指標の考え方を設定していますので、説明させていただきたいと思います。いわゆる中高年以降の歯周炎に関するデータですが、歯科疾患実態調査のデータを用いて、40 歳以上の進行した歯周炎の有病率について、直線回帰モデルにより将来予測値を推計したところ、2032 年の予測値は 55.8%でした。

また予測値は、直線回帰モデルの適合率が低く、また直近値よりも増加しているというところがありまして、こちらの 40 歳以上における進行した歯周炎を有する者の減少が目標であるこの指標の数値設定に、このモデルの予測値を利用できないのではないかと考えているところです。

このため、15 ページですが、指標の数値目標の考え方として、過去 4 回の歯科疾患実態調査において、最も低値であった 2011 年の 46.8%よりも低い値を設定してはどうかとあったところで、数値目標の 40%を、事務局の案としてお示しをしているものです。

16 ページです。進行した歯周炎に関する指標に関しては、先ほど御説明したとおり、40 歳代及び 60 歳代における進行した歯周炎を有する者の割合についても、通知指標として策定することとしています。

40 歳以上における進行した歯周炎を有する者の指標に関しては、先ほど御説明した 40 歳以上と同様に、直線回帰モデルで将来予測が困難だったというところがあります。一方で、この 40 歳代、そして、60 歳代における進行した歯周炎を有する者の数値目標といったものは、現行の基本的事項でも設定されているもので、中間評価では悪化してしまっていて、目標値は達成していないというところ、そして、また最終評価の際には、評価が困難とされている指標です。次期の基本的事項の目標値として、引き続き、現行の数値目標を設定してはどうかと考えているところです。

このため 40 歳代における数値目標として 25%、60 歳代における数値目標としては 45%を、それぞれ設定してはどうかと事務局の案としてお示しをしているところです。歯周炎に関する指標に関しては以上です。

17 ページ以降は、歯数に関する指標です。80 歳で 20 歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加、そして 60 歳で 24 歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加に関しては、三浦委員からの提出資料、資料 6 を参考にさせていただきたいと思います。

○三浦委員 はい、研究班からです。事務局、スライドを共有いただき、ありがとうございます。こちらは歯数に関する告示指標です。80 歳で 20 歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加で、歯科疾患実態調査がデータソースということになります。同様に直線回帰モデルを使った将来予測をさせていただきました。決定係数は非常に高い値で、約 0.99 というところでした。2032 年の予測値が 84.1%というデータが出ています。

次のスライドをお願いいたします。こちらは 60 歳で 24 歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加、こちらについては通知指標ということになります。同様に先ほどの 80 歳で

20 歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加と併せて、歯科疾患実態調査データを用いた将来予測を行っています。お示ししているように、こちらについても大変高い決定係数 0.99 ということになりますので、2032 年の予測値としては 94.5%の値が出てきています。研究班からは以上です。

○堀主査 事務局です。18 ページです。今、三浦先生から御説明があった点も踏まえまして、事務局から指標の数値目標の案をお示ししています。80 歳以上で 20 歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加に関しては、将来予測値が 84.1%でしたので、数値目標として 85%。60 歳で 24 歯以上の同様の指標に関しては、予想値が 94.5%でしたので、数値目標として 95%を設定してはどうかと考えているところです。

19 ページです。歯科疾患の予防という 2 つ目の基本的事項に関する数値の目標案というところで、まとめて記載をしています。う蝕、歯周病、歯数、それぞれ指標と直近値、それから数値目標の案をお示ししています。事務局からは以上です。

○福田委員長 御説明ありがとうございました。歯科疾患の予防ということで、う蝕、歯周病、歯数について丁寧に御説明いただきました。また最後には、数値の目標案ということで一覧もお示しいただいています。こちらについて、委員の先生方から御意見、あるいは御質問等はありませんか。三浦委員、よろしく願いいたします。

○三浦委員 ありがとうございます。根面う蝕に関する指標についての意見です。非常に意欲的に告示と通知、両方に指標を置く案を御提示していただいて、以前の専門委員会でも、それでいいというふうに思ったところでしたが、研究班のほうでも根面う蝕の文献レビューをさせていただいて、正直な所感としては、この近年で行われた研究データが非常に少なく、かなり制約があるところで、このような状況の中で 2 つ指標を置くのはちょっとチャレンジングかという気がしています。告示のほうで 30 歳以上、そして通知のほうで 60 歳以上という御提案になっているところなのですが、どちらか 1 つにすることを考えてもいいのではないかと思います。

どちらのほうを優先させるかということ、健康づくりの観点からはより若い年代からのアプローチということが大変求められるところなので、告示指標の 30 歳以上というほうを残すべき指標ではないかというふうには思うところです。まずもって、どちらか 1 つだけにすることが可能かどうか、あるいは、もしそれが可能であるとするならば、30 歳以上で妥当かどうか、そこのところを是非御検討いただければと思います。よろしく願いします。

○福田委員長 山下委員からも、手が挙がっていますので、続けて山下委員からもお願いいたします。

○山下委員 私からも三浦委員と同じ意見と言いますか、三浦委員より厳しい意見かもしれません。根面う蝕の検査結果は診療室レベルよりも歯科疾患実態調査では非常に低い、だから低く数値を見積もるといいうようにかなり引いた感じで目標値を設定していること自体が、見落としを前提にしているわけです。こういう形で目標値を設定するということよ

りも、う蝕は当然、歯周病が進行すれば根面う蝕のリスクは上がるわけですから、そこを前提にして、う蝕を捉えればいいのかという気がします。年齢が上がって行って、歯周病が進行すれば、当然、根面う蝕のリスクが上がるという前提をしっかりと持ったう蝕管理・う蝕予防という概念をしっかりと広めるべきだと思います。歯科疾患実態調査をベースにするのであれば、本当にそういう数値目標を根面う蝕として持つてくることは適切なのかなと思います。審査方法を変えればまた別ですが。あるいは診療室レベルで、新しい審査体制を取られるというような概念があれば、また別ですが、これまでの歯科疾患実態調査の状態の中では、本当にどれだけきちっと審査ができるのかなという、そういう危惧はします。以上です。

○福田委員長 ありがとうございます。根面う蝕に関して、2人の先生からコメントを頂いています。事務局、いかがでしょうか。

○堀主査 事務局です。三浦先生、山下先生、御意見ありがとうございます。

三浦先生から、例えば指標をどちらか1つにしてはどうかという御意見だったと理解していきまして、事務局としても、指標案を今後削っていくということも十分あり得るところです。この点に関して、ほかの先生方の御意見も伺いたと思います。

また山下先生からは、この指標自体の評価やデータソースに関する御意見だと理解していきるところですが、歯科疾患実態調査は従前より現状と同様な調査形態で実施していきまして、その審査方法をすぐに根本的に変えるということは、なかなか難しいところではないかと思っておりますが、厚生労働省としても調査方法等について、例えば厚生労働科学研究で、その在り方等についても検討をさせていただいているというのが現状です。こうした点も踏まえまして、根面う蝕に関する指標を、大臣告示の指標とするというところの意義のようなものもあろうかと思っております。例えば先生から御指摘がありました、年齢が上がれば根面う蝕のリスクが高くなるという点ですが、先ほどのヘルスコミュニケーションの話にも通じるものがあるかと思っておりますが、広く一般に知られていないのではないかという点もあるかと思っております。例えば、告示指標として取り入れることによって、例えば自治体において、根面う蝕への取組や国民の方々への普及啓発等に影響するものかと思っております。また、指標に入れることで、根面う蝕に関する歯科保健活動の取組への考え方について、例えばアクションプラン等で、具体的にお示しするといった副次的なものもあるかと思っております。

また、令和6年に歯科疾患実態調査を行って、ベースラインを設定した後に、改めて数値目標を見直すということも技術的には可能かと思っております。現状こうした点に鑑みて、事務局の案としてお示しをしているところです。

この観点を踏まえまして、ほかの先生方からも是非、御意見を頂きたいと事務局としては思っております。事務局からは以上です。

○福田委員長 ありがとうございます。山下委員、よろしいですか。では、引き続き検討していただくということで、よろしく願いいたします。それでは、小方委員と森田委員

から手が挙がっていますので、続けてよろしく願いいたします。

○小方委員 小方です。よろしく願いします。歯周病に関する数値目標案に関してなのですが、歯周病は最初に歯肉に炎症が起きて、歯肉炎になって、その後に歯周炎になると思っています。それで、40歳以上における歯周炎を有するデータに関しては、それほど値が下がらなくて、目標が40%ですけれども、データとしては、余り下がっていない値が出ているわけです。それなのに歯肉炎は目標値ですが、下がっている。何かちょっと矛盾しているかなという気がするのですが、歯肉炎がすごく少なくなってきて、けれども歯周炎は減らない。歯科疾患実態調査や国民健康・栄養調査によるものなので、データがしっかりしていないのかもしれませんが、ちょっとどうなのかなと感じました。よろしく願いします。私の個人的な感覚ですが、よろしく願いします。

○福田委員長 ありがとうございます。森田委員、続けてお願いできますか。

○森田委員 私も根面う蝕の件なのですが、今、歯科疾患実態調査でそれなりのデータが出てくるのだらうと思いますが、これは最近、根面う蝕が大事であるとか、審査項目も入ったと言ったら、大概見る人は本気で見るのです。ですから10%から、もうちょっと多くなるのではないかなということが予想されます。ですから、そんなことを言ってはいけないのですが、もし今、歯科疾患実態調査をやっているのだったら、ちょっとフライングして、姑息的ですが、どこかデータをもらって大体どんなものかということを見るのも、1つの手ではないかなと思います。目標を立てました、でも歯科疾患実態調査は大きく変わってましたと言ったら、何かそれでいいのかなという気もするので、ちょっとそういう集団検(検)診を信頼していないわけではないのですが、そういうことが大いに予想されるということなので、何かもう少しいい方法があれば、もうちょっと数値がプロミシングなものになるのではないかなと思いました。以上です。

○福田委員長 ありがとうございます。相田委員からも手が挙がっていますので、相田委員までよろしく願いいたします。

○相田委員 すみません。私は、小方委員からの御意見について、ちょっと思うところを述べさせていただきます。国民健康・栄養調査で20代の歯肉炎が減少しているのですが、三浦先生の回帰式を見ると10年で7.9%ぐらいの減少です。10年で7.9%、一方、歯周病の歯科疾患実態調査のものは2016年のものが健(検)診方法がちょっと変わったので、それで増えているということが、口腔衛生学会の論文で出ているので、それをのぞくと99年から2011年で4.数パーセント減少しているのです。ですから、10年ちょっとで4.9%の減少と考えれば、歯肉炎のほうが大きく減って、歯周炎もその半分ぐらいですが減っているということで、そんなに不思議ではないのかなというデータの見方もできるのかなと思いました。推測となります。以上です。

○福田委員長 ありがとうございます。竹内参考人からもお手が挙がっていますので、続けてコメントをお願いします。

○竹内参考人 私のほうからは、先ほどの森田先生からの御意見の部分で、私も思うところ

ろがあったのでコメントさせていただければと思いましたが、根面う蝕の数値目標案に関してなのですが、先ほどのコメントの中で今回から入ったということで、割と高めの数値が出るのではないかとすることは、確かに予測される部分かと思えます。そこで、今回はかなり限定されたデータから作られた目標案だということを、我々も認識しているというところをあらかじめ示すため、歯科疾患実態調査が今年度行われた後で、改めて直近値を記載し、その後に目標案が修正される可能性があるということを示すように、あらかじめ数値目標案の所に修正の可能性がある旨を記載しておいてはどうかと思いました。以上です。

○福田委員長 ありがとうございます。各委員のコメントに関して、事務局から回答をお願いいたします。

○堀主査 事務局です。う蝕に関しては根面う蝕、歯周病に関しては歯肉の炎症を有する者、それから、歯周炎の数値目標の考え方について、御意見を先生方から頂いたところです。

大きな話として、やはりう蝕に関しても、竹内先生方から御指摘あったような、例えば、指標の見直しがある可能性を含めて注意書きのようなものを追記するという点も含めまして、どういった形があるか、事務局でも検討していきたいと思っています。あわせて、ほかの先生方も御意見を頂きたいと思えます。

また歯周炎、歯周病、それぞれに関しても、そのほか御意見があれば頂きたいと考えています。そうした意見を踏まえて、改めて事務局でも考え方を整理していきたいと思っています。事務局からは現時点で以上です。

○福田委員長 ありがとうございます。ほかに御意見はありませんか。よろしいですか。では、歯科疾患の予防に関しては、引き続き御検討いただくということで、よろしく願いいたします。

次の指標案です。3. 生活の質の向上に向けた口腔機能の維持・向上について、御説明をお願いいたします。

○堀主査 事務局です。資料 5-1、20 ページを御確認ください。生活の質の向上に向けた口腔機能の維持・向上に関する指標案です。現在、3 つ指標案を御議論いただいています。1 つ目が 50 歳以上における咀嚼良好者の割合の増加、こちらが告示指標です。また 2 つ目の指標として、それぞれ 60 歳代、80 歳以上での咀嚼良好者の割合の増加を通知指標として御議論いただいたところです。

21 ページ目です。50 歳以上における咀嚼良好者に関するデータについてです。咀嚼良好者、いわゆる国民健康・栄養調査で「何でもかんで食べることができる」と回答した者ですが、直線回帰モデルによる将来予測値を推計したところ、2032 年の予測値は 73.2% でした。予測値については直線回帰モデルの適合率が低く、また直近値に近似しているため、増加を目標としている本指標の数値設定には、この予測値は利用できないと考えています。

22 ページ目です。この観点を踏まえ、50 歳以上における咀嚼良好者の数値目標としま

して、過去 5 回の国民健康・栄養調査において、最も高値であった 2013 年の 75%より高値であるものを設定してはどうかと考えておりました、具体的には 80%を数値目標としてはどうかと考えております。

23 ページです。60 歳代における咀嚼良好者に関するデータです。60 歳代について、同様に直線回帰モデルによる将来予想値を推計したところ、予測値は 72.4%でした。同様に適合率が低いというような話です。そして直近値、2019 年の 71.5%ですが、それに非常に近似しているというところで、咀嚼良好者が増加という目標である本指標の数値目標の設定に、モデルの予測値は利用できないのではないかと考えているところです。

24 ページです。このため、先ほどと同様ですが、過去 5 回の調査を踏まえて、最も高値であった 2013 年の 76.2%より高値を設定してはどうかと考えています。

25 ページです。80 歳以上における咀嚼良好者に関するデータです。同様に直線回帰モデルによって将来予測値の予測値を推計したところ、2032 年の予測値は 47.1%でした。この指標についてはモデル適合率はある程度あるものですが、直近値と比較して 7 ポイント以上低値で、増加が目標である本指標の数値目標の設定に、本モデルの活用は難しいのではないかとこのところではあります。こちらの資料に「適合率が低く」と記載していますが、正しくは「高く」です。

26 ページです。こういった観点も踏まえ、事務局で再度、本指標に関して考え方を整理しています。80 歳以上の者について、咀嚼状況を改善するためには、いわゆる医療介護サービスの提供が必要となることが多いと考えられ、我々が議論しているような保健サービスの介入のみによって、咀嚼状況を改善するという事は困難であると考えられます。また、器質的な指標として、残存歯については特定の年齢(80 歳)ですが、いわゆる 8020、80 歳で 20 歯以上の自分の歯を有する者の増加が設定されております。この 2 点を踏まえて、特定の年齢の、今回は 80 歳ですが、機能的な観点としての咀嚼良好者の指標という視点、そして器質的な観点としての残存歯の指標を比較するという視点を踏まえて、現状、80 歳以上と御議論いただいておりますが、80 歳での咀嚼良好者の増加を指標としてはどうかと、事務局としては考えているところです。

27 ページです。80 歳での咀嚼良好者に関するデータについてです。先ほどと同様ですが、直線回帰モデルによって将来予測値を推計したところ、予測値は 65.8%でした。予測値は直近値に類似していて、増加が目標である本指標の数値目標の設定に、予測値は利用できないと考えています。そのため、先ほどと同様ではありますが、過去の数値を踏まえ、最も高値である 64.8%よりも更に高い値という視点で、指標を設定してはどうかと考えています。また、こちらの指標に関しましては、80 歳での咀嚼良好者の数値目標ですので、先ほど御説明させていただきました、60 歳代における咀嚼良好者の数値目標よりも、低値とする必要があるのではないかと考えておりました、事務局としては 70%を設定してはどうかしております。

29 ページです。今までの説明、指標案と告示、直近値、数値目標案についてそれぞれ

記載しています。事務局からは以上です。

○福田委員長 御説明ありがとうございました。先ほどの事務局の説明に関して、御質問あるいは御意見等はありませんでしょうか。

○相田委員 すみません。苦渋の決断で御検討していただいているのは分かるのですが、40歳代の歯周病と50歳の咀嚼能力とか、三浦先生の推計では $R^2=0.9$ のが紹介されている一方、基本的事項の項目のほうが R^2 は極めて低くて、予測しにくいものが選ばれているので、PDCAを回すときなどにも、苦労することになることが予測されるので、例えば20歳の歯肉炎と60歳の24本とか、 R^2 が高くて、安定した指標に置か換えたほうが、PDCAは回しやすいなとは思いますが。とはいえ、今、意義として大事なものを選んでいらっしゃると思うので、難しいと思うのですが、一応疫学者として発言させていただきました。

○福田委員長 ありがとうございます。事務局、いかがでしょうか。

○堀主査 事務局です。相田先生、御指摘ありがとうございます。本指標について御指摘のとおりかと思っておりますが、そのほかの先生方の御意見も伺いながら、事務局としても検討していきたいと考えています。事務局からは以上です。

○福田委員長 ほかに御意見ありませんでしょうか。よろしいでしょうか。なかなか厳しい予測が立っておりますが。

○山下委員 すみません。80歳で咀嚼良好者がほとんど変わってないですね。一方で、歯科疾患実態調査の調査結果では、8020達成者がどんどん増えているという結果になっています。そうすると歯が残っていても、咀嚼能力というか、機能が上がっていないといった形にも見えるのですが、この辺の咀嚼良好という感覚ですね。本人の感覚に頼っている状況は、実は本当の咀嚼良好といったものが一体何かという、その辺の基準が非常に曖昧なのではないかなという気もするのですが、その辺はいかがでしょうか。

○福田委員長 事務局、いかがでしょうか。

○堀主査 事務局です。御意見ありがとうございます。御指摘のとおり、なかなか見方が難しいところかと思っております。少なくとも現状この指標については、今取れている数値からデータ等をお出ししているというのが現状です。この点に関して、ほかの先生方からの御意見もあれば伺いたいと思っております。どうぞよろしく願いいたします。事務局からは以上です。

○福田委員長 ありがとうございます。なかなか回答が難しいというような感じがありますが、水口委員、よろしく願いいたします。

○水口委員 山下委員の御意見は本当にもっともだとは思いますが、実際に残存歯数と、患者さん御自身が主観的に、あるいは直感的に考えられる良好ということは、必ずしもリニアにはなっていない可能性が多いのです。実際には。そういうデータも非常に多くありますので、ここで大事なところはやはり御自身がちゃんと噛めている、あるいは良好に噛めているという、そういうところがすごく大事なのではないかなと考えますので、この指標自体はどう言いますか、ヘルスコミュニケーションの観点からいっても、すごく

大事な指標ではないかと考えています。そうしますと、例えば 60 歳代で 80%というのは、60 歳だとかなり歯の数も残っているし、将来的にもどんどんこれから残っていくというところになると思うので、そうしますと、もっと高くてもいいのではないかなという気が、個人的にはするわけです。80 歳にまで延ばしていくと、ほかのいろいろな要件が出てくるので、仕方ないかという気はしますけれども、もう少し若いときだと、もっと目標のパーセンテージを上げてもいいのではないかなというふうには、個人的には考えています。以上です。

○福田委員長 貴重な御意見ありがとうございました。事務局いかがですか。

○小嶺室長 事務局です。80 歳で咀嚼良好者の割合と、8020 達成者の割合の関係についてですが、咀嚼良好者は、例えば歯の数が少なくても補綴をしている方も含めて、主観的にちゃんと噛めているかということを表した数字になっているかとは思いますが、そういった観点も含めて、咀嚼良好者の増加を見ていくということの意義はあるのではないかとということで、事務局としては今回、案を出させていただいています。

水口委員から頂きました、60 歳での咀嚼良好者の割合の増加につきましては、今までの過去の経緯を見ると、過去の目標値も達成できていないので、まずそこを達成することだとしておりますが、ほかの文献等のデータを含め、御意見があれば頂きながら検討をさせていただきたいと思っております。

○福田委員長 ありがとうございます。ほかに御意見ありませんか。時間もちょっと押してきましたので、次の指標案に移っていきたいと思っております。それでは、4. 定期的に歯科健(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関する指標案について、よろしく願いいたします。

○堀主査 事務局です。30 ページにお進みください。定期的に歯科健(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関する指標案として、御議論いただいております。1 つ目は、障害者が利用する施設での 1 年間に一度以上の歯科健(検)診の実施率の増加、そして 2 つ目が要介護者に関するもので、同様の指標です。これらに関しましては三浦先生より御提供いただきました、資料 6 を参照していただきたいと思います。どうぞよろしく願いいたします。

○三浦委員 スライドは告示指標で、障害者(児)が利用する施設での定期的な歯科健(検)診の実施増加の項目についてです。こちらは使用データがこれまでと異なりまして、公的統計データで拾うことができないということで、厚労科研の研究報告書で調べた全国データを用いております。3 時点のデータを用いているという形で、直線回帰モデルで同様に予測をしているということです。こちらは決定係数が今までのものより若干低くなっているところですが、冒頭に御説明しましたとおり、決定係数が 0.36 あったら、とりあえずぎりぎり予測できるのではないかと研究班では考え、2032 年の予測値としまして 88.5% を提示するものです。

次お願いします。こちらは要介護高齢者が利用する施設での定期的な歯科健(検)診の実

施率の増加ということです。こちらに関しても公的統計データがないということで、厚労科研の報告書と厚労省の事業の報告書のデータを用いて、将来予測をしたところでは、こちらは決定係数が少し上がりまして、0.61 というところで、2032年の予測値は50.4%という値を提示させていただいております。研究班からは以上です。

○堀主査 ありがとうございます。事務局です。資料5-1の32ページにお進みください。三浦先生から今お示しいただきました予測値を踏まえまして、事務局として数値目標の案をお示ししています。1つ目の障害者(児)が利用する施設に関しましては、予測値が88.5%ということでしたので、数値目標として90%、要介護高齢者に関しましては、予測値は50.4%でしたので、数値目標として50%をそれぞれ事務局としては御提案させていただいてまして、33ページにその一覧を記載しています。事務局からは以上です。

○福田委員長 ありがとうございます。先ほどの事務局の説明に関しまして、御質問、御意見がありましたらお願いいたします。

○山下委員 すみません。ちょっと不案内で初歩的なことをお聞きしますが、こういう障害者施設などが歯科健(検)診をした場合に、補助とかそういったものはあるのでしょうか。

○福田委員長 事務局、回答お願いいたします。

○堀主査 事務局です。障害者が利用する施設等での歯科健(検)診に関しましては、いろいろその実施する主体ですとか、内容等によっていわゆる補助のようなものがあるのではないかと考えております。一概に、全てがということとは言えないところではあります、一般的にはそういった制度はあるというように承知をしています。事務局からは以上です。

○山下委員 要介護高齢者が利用する施設もですか。

○堀主査 事務局です。一般論として、いわゆる歯科健(検)診みたいなものと、歯科医師が往診し治療するというようなもの、定義上と申しますか、実態という点も多々あるかと考えておまして、例えば当然のごとく、保険の範囲で診療行為の一環として行えば、診療報酬でカバーされるものではありませんし、またいわゆる歯科健(検)診のような形で行うものに関しては、それを補助するようなものもあるとは認識してまして、こちらに関しても目的、対象者、内容等に関していろいろ異なってくるものではないかと考えておまして、なかなか一概にはお答えが難しいところかと思っております。事務局からは以上です。

○山下委員 各自治体任せということでしょうか。

○堀主査 事務局です。自治体任せというよりも、国が自治体が行う事業に関して補助をしているものもありますし、また診療行為として、医療保険の範疇で行われているようなものもあるかと考えておまして、その施設ですとか、対象者とか、状態とか、そういったもので、本当にいろいろな形があるのではないかと考えています。

○福田委員長 よろしいでしょうか。ほかにありますでしょうか。それでは時間も押しておりますので、次の議題に移りたいと思います。5. 歯科口腔保健をするために必要な社会環境整備に関する指標についてです。説明をお願いいたします。

○堀主査 事務局です。資料5-1です。34ページにお進みください。最後の事項です。5.

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関する指標です。こちらは指標が多くなっていますが、それぞれグルーピングしております。34 ページを、上から御説明いたします。まず、地方自治体の歯科口腔保健施策への取組状況に関する指標ですが、1 つ目が告示指標で、歯科口腔保健の推進に関する条例を制定している市町村の割合の増加、2 つ目として、歯科口腔保健に関する事業の効果検証を実施している市町村の割合の増加というものです。また、併せて通知指標として、市町村支援を実施している都道府県数の増加、また歯科口腔保健の推進に関する基本的事項、いわゆる歯科口腔保健計画といったものを含めますが、こうしたものを策定している市町村の割合の増加。

次に、大きな項目で歯科健(検)診としてしています。こちらはいずれも告示指標ですが、過去1年間に歯科健(検)診を受診した者の割合の増加、そして、歯科健(検)診を独自に実施している市町村の割合の増加といった指標を策定しております。

またこのページで最後の大きな項目になりますが、歯科疾患の予防の取組として、告示指標としては、15歳未満でフッ化物応用の経験がある者の割合の増加、また、通知指標として、乳幼児期におけるフッ化物塗布に関する事業、また学齢期におけるフッ化物洗口に関する事業をそれぞれ実施している市町村の割合の増加、そして最後に、歯周病に関する事業を実施している都道府県数の増加といった通知指標を、御議論いただいたところです。

続きまして、35 ページの口腔機能の維持・向上に関する取組です。口腔機能の育成に関する事業、そして口腔機能低下対策に関する事業をそれぞれ実施している都道府県の増加を、通知指標として設定しております。また次の大きな項目、障害者(児)・要介護高齢者への取組ですが、障害者(児)に関する歯科口腔保健事業を実施している都道府県数の増加、また要介護高齢者に関しても同様に事業を実施している都道府県の増加を設定しているところです。19、20 に関しては、在宅等で生活する障害者(児)に関する歯科口腔保健の取組を実施している都道府県数の増加、それと、在宅等で生活する要介護高齢者に関する歯科口腔保健事業を実施している都道府県数の増加を、それぞれ通知指標として設定しているところです。最後は、医科歯科連携への取組ですが、医科歯科連携に関する事業を実施している都道府県数の増加といった指標を、御議論いただいたところです。

36 ページ以降、主に告示となる指標について考え方、通知の設定の考え方を事務局案として御説明いたします。1 点目、市町村の歯科口腔保健の推進に関する条例について、地方自治体の条例は歯科口腔保健の推進に関する施策の方針や計画の策定、取組内容等に影響するということで、歯科口腔保健の推進に取り組む体制整備を評価するという観点から、市町村での条例の策定状況を指標とすることを御議論いただきました。下の緑の箱、実際に市町村における歯科口腔保健の推進に関する条例のデータで、厚生労働省の事業の調査結果ですけれども、歯科口腔保健などに関する条例を策定している自治体が 17.6%、今後策定予定としているが 2.2%で、今後策定する予定がない自治体が 8 割と大半を占めている現状です。

次の 37 ページは先ほどの調査とは異なるものですが、自治体規模別に見た市町村の歯科口腔保健の推進に関する条例の策定状況をお示ししたデータです。市町村における歯科口腔保健の推進に関する条例の策定状況を自治体規模別に見ると、規模が小さくなるにつれて、策定している自治体の割合が有意に少なくなっているのが現状です。こうした観点を踏まえ、下の赤の箱ですが、市町村のこうした条例に関して事務局の案といたしましては、小規模な市町村では条例の策定が困難であると推測されるため、まずはより大規模な基礎自治体単位での条例が策定されることを目指してはどうかと考えております。中でも、保健所は地域住民の健康の保持増進に関する業務を担っているという観点もありますので、具体的には、保健所設置市・特別区の条例の策定状況を指標としてはどうかと考えております。

その観点から 38 ページ、保健所設置市・特別区の歯科口腔保健の推進に関する条例について、策定状況を調べたデータです。現状 34.3%の保健所設置市・特別区が条例策定しております。また今後策定する予定としている自治体がおよそ 6%で、合算すると 40%が現状値です。こうした点を踏まえ、赤の箱で事務局の数値目標案としてお示ししております。いろいろな指標設定の考え方があるかと思えますけれども、今後策定予定と回答した自治体を含めた 40%を低位目標とする。あるいは 2 つ目に、今後の策定予定を含めて現時点でざくっと 2 倍の 80%を高位目標という考え方もありますし、またこれらの中間値である 60%を中位目標として考えられると認識しております。事務局案としては中位の 60%を目指してはどうかと考えているところです。

39 ページを御覧ください。市町村の歯科口腔保健に関する事業の効果検証の指標についてです。地方自治体における PDCA サイクルに沿った歯科口腔保健に関する事業の実施を推進する観点から、指標について御議論いただいたところです。先ほどと同様の調査ですが、下の箱ですが実際の現状値、市町村の歯科口腔保健に関する事業の PDCA の実施状況を細かく見ますと、課題の把握を行っているという回答した自治体は 82%でしたが、効果検証を実際に実施しているという回答した自治体は 28.7%です。

40 ページにお進みください。PDCA サイクルに沿った施策立案を推進する観点から、市町村が実施する歯科口腔保健に関する事業については課題の把握のみでなく、何らかの効果検証を実施することが重要であると考えております。このため全ての市町村において、何らかの歯科口腔保健に関する事業の効果検証を実施していただくというのを目指して、数値目標を 100%としてはどうかと考えているところです。

次の 41 ページを御覧ください。歯科健(検)診に関する指標です。過去 1 年間に歯科健(検)診を受診した者に関する指標案の数値目標の考え方については、三浦先生から御提出いただいている資料 6 を参考としていただきたいと思います。と考えております。

○三浦委員 研究班からの報告です。資料 6 の最後のページになります。過去 1 年間に歯科健(検)診を受診した者の割合の増加という所ですが、こちらの使用データは国民健康・栄養調査 3 回分のデータを使っております。同様に直線回帰モデルでの将来予測を

行いました。モデルの適合度は良好で、決定係数 0.89 で、2032 年の予測値は 96.3% という値を得ております。研究班からは以上です。

○堀主査 事務局です。今御説明いただきました 96.3% という予測値でしたので、数値目標としては 95% と設定してはどうかと考えております。

次の 42 ページは、同じ歯科健(検)診に関してですが、こちらは歯科健(検)診を何らかの独自に実施している市町村の割合に関する指標です。現在、生涯を通じた歯科健(検)診の重要性が指摘をされているところですが、市町村によって歯科健(検)診の実施状況が非常に異なっており、法定健診以外の歯科健(検)診を全く実施していない自治体もあるのが現状です。市町村による住民への歯科健(検)診の実施を更に推進するという視点から、歯科健(検)診の実施状況を評価するような指標を設定してはどうかということを御議論いただいたところです。この点、実際にデータを確認したところ、43 ページ、歯科健(検)診を独自に実施している市町村割合については、令和 3 年度の厚生労働科学研究の調査結果によると 48.8% でした。また 44 ページ、本年度実施した厚生労働省の調査、こちらは速報値ですので、今後、数字の変更があり得るかと思っておりますけれども、歯科健(検)診を独自に実施している市町村割合は 45.6% で、いずれの調査においても 5 割弱の自治体が、独自に歯科健(検)診を実施しているというのが現状値です。

この点を踏まえて、45 ページの、歯科保健医療サービスが必要な住民を特定して、必要なサービスを提供するという観点から、地域の状況に応じて市町村が必要な対象者を設定し、歯科健(検)診を実施する必要があるのではないかと考えております。事務局としては全ての市町村において、こうした独自の歯科健(検)診の制度を推進するという観点から、歯科健(検)診を独自に実施している市町村の割合という指標に関する数値目標を、100% と設定してはどうかと考えております。以上が歯科健(検)診に関する事項です。

最後は具体的な指標となる、フッ化物局所応用に関するデータです。フッ化物塗布の経験がある者の割合に関して、過去の歯科疾患実態調査のデータを用いて直線回帰モデルによる将来予測を行ったところ、2032 年の下限予測値は 67% でした。また直近の歯科疾患実態調査で、平成 28 年に実施したものですが、フッ化物洗口のみ経験がある者の割合がおよそ 5%、フッ化物塗布又はフッ化物洗口のいずれかの経験がある者は 66.7% が数値でした。

47 ページに、フッ化物局所応用の経験がある者に関する考え方を、事務局案としてまとめしております。ここで言うフッ化物局所応用の経験がある者とは、歯科疾患実態調査で集計が可能な 15 歳未満で、フッ化物塗布又はフッ化物洗口のいずれかの経験がある方としてはどうか。具体的には、フッ化物塗布の経験がある者に関しては、歯科疾患実態調査による経時的なデータがありますので、直線回帰モデルによる将来予想値を参考としてはどうかと考えております。またフッ化物洗口のみ経験がある者に関しては、平成 28 年の歯科疾患実態調査より初めて追加された項目ですので、経時的なデータがなく、将来予測が難しいので、平成 28 年の数値のみを参考としてはどうかと思っております。

これらを踏まえ、フッ化物塗布のみの経験がある者の割合について 2032 年の目標値の下限予測値 66.9%と、フッ化物洗口のみの経験がある者の割合について 2016 年実施の歯科疾患実態調査の結果はおよそ 5%で、これらを足し合わせた 71.9%よりも高い数値目標に設定してはどうかと考えており、事務局としては数値目標を 80%と設定しているところです。

今までは基本的に大臣告示とする指標について御説明いたしました。48 ページ以降は、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関して、通知指標を今まで御議論いただいたところでして、この通知指標に関する数値目標の考え方について、事務局として案をお示しております。原則として、都道府県を対象とした指標案については、指標の内容として、例えば歯周病に関する実施など、そうした事業の実施に関する指標や、あるいは市町村支援を行っているかといった指標ですから、これらの指標に関しては、都道府県が実際に取組を実施することで達成できる指標であり、また直近値での達成状況は、大多数の指標案の達成率が半数を超えているのが現状です。このため、事務局案としては、こうした都道府県を対象とした指標に関しては、全ての都道府県が達成することを数値目標として、すなわち 100%を、設定してはどうかと考えております。

また、下の箱の市町村を対象とした指標案について、現状御議論いただいているものが、市町村における歯科口腔保健の推進に関する基本的事項の策定や、フッ化物に関する事業の実施といったものです。先ほどの条例のところでも御説明したとおり、市町村に関しては、自治体規模によって体制等に大きな差があるところですので、直近値を踏まえつつ、全体的なボトムアップを図るための数値目標を設定してはどうかと考えています。このため事務局としては、市町村に関する指標それぞれの指標について、10%程度の数値増加を目指すような数値目標を設定してはどうかと考えております。

49、50 ページは今まで御説明しました具体的指標に関しての数値目標案です。そして通知指標に関しては、先ほど御説明しました考え方に基づいて、事務局として案をそれぞれ設定しておりますので、こちらの案を基に御議論いただけたらと思っております。事務局からは以上です。

○福田委員長 御説明ありがとうございました。先ほどの説明につきまして、御意見あるいは御質問等ありますでしょうか。山下委員よろしくお願ひいたします。

○山下委員 今御説明いただいた内容は、資料 1 のロジックモデルで考えますと、インプットストラクチャーになると思います。しかし、これだけ切り離してみますと、これがアウトプットの目標となって、これに向けてのまたインプットストラクチャーが必要になるのではないかという気がするのですけれども、その点についてはどのようにお考えでしょうか。

○福田委員長 では、事務局よろしくお願ひいたします。

○堀主査 事務局です。御意見ありがとうございました。御指摘のとおりだと思っております。今回指標を設定していくにあたり、ロジックモデルを踏まえて様々な視点を変え

ると、同じ項目がストラクチャー、アウトプット、インプットのそれぞれの要素であるというような実情があるかと思っております。その観点で言えば、先ほどの資料1に関してお示ししたものは、先ほども申しましたが、あくまで今回の基本的事項の策定に関するパーパスにおけるロジックモデルの考え方としてお示しをしたもので、恐らく、この中でも個別の事業、例えばロジックモデルの中にある内容に関して、それぞれ別途、ロジックモデルを細かく立てていくことは考え方としてはあるかと思っております。ただ今回、あくまでも全体的な議論をしていく中で、全体的な歯科口腔保健の推進という観点でロジックモデルを策定していますので、その点御理解いただけたらと思っております。

○福田委員長 ありがとうございます。ほかにありませんでしょうか。小松原委員よろしく願いいたします。

○小松原委員 39、40 ページで質問があります。PDCA サイクルを回しているか回していないかの問いで、82%が回していると回答していますが、評価に目を向けると 28.7%です。40 ページには、「何らかの効果検証を実施することが必要である。」と文言があるのですが、PDCA を回すと何らかの効果検証はしているはずですが、効果検証を実施したと、市町村の担当者の方が思われていないと思うのです。もし、そうであるならば効果検証を実施している事例を、市町村の担当者にもお伝えいただきたいです。本来、効果検証をしているにもかかわらず、していないと回答しているのではないかと、危惧があります。

○福田委員長 ありがとうございます。貴重な御意見かと思えます。事務局、回答をお願いいたします。

○堀主査 事務局です。御指摘いただいたとおり、あくまでもこの調査では効果検証を行っているかと聞いたものですので、自治体の担当者によって実施しているか否かというぶれがありうるかと思っております。御指摘の点、もっともかと思えますので、効果検証に関して、例えば好事例を集めて自治体向けに検証を行うとか、そのような観点も含めて今後どのようなことができるか、事務局としても検討して、考え方を浸透させていくような取組を行ってまいりたいと思っております。御意見ありがとうございます。

○福田委員長 ありがとうございます。ほかにありませんでしょうか。いかがですか。岡本委員よろしく願いいたします。

○岡本委員 今出た御意見は、本当にそのとおりだと思って聞いておりました。効果検証という意味ではその課題は把握しているけれども、当然、PDCA を回して次に予算も確保していきますので、やっちはいるけれども、それを効果検証を行っていると思っていないところもあるので、是非好事例を教えていただけると、市町村としても取り組みやすいかと思えます。

もう1点ですが、自治体としては、ここにこうやって目標値をしっかり挙げていただくことで、それを意識して取り組みを進めていくこととなります。例えばフッ化物応用の所で、こうして改めて指標として挙げていただくことで、フッ化物の応用についてはエビデンスもありますので、より取り組みやすくなる、後押しになると思うところですがけれども、

正直なところ、保育園、幼稚園、特に学校ではなかなか御協力が頂けないという現状があります。資料2の基本的事項の中にも、関係部局間の有機的な連携ということで、ここにも明記をしていただいているところではあるのですが、やはり市町村レベルで取り組んでいこうと思うと、特に学校の現場は忙しいこともあって御協力いただけないという現状もあるので、目標値を達成していくためにも、厚生労働省でも是非、積極的に学校現場に御協力いただけるような、具体的な仕組みのようなものをつくっていただけると、市町村としても非常に取り組みやすくなるかと思っておりますので、是非そうしたところも御検討いただけるといいなと思っております。よろしく願いいたします。

○福田委員長 現場に即した御意見、ありがとうございます。承ったということですので、よろしく願いいたします。ほかはありませんでしょうか。いかがですか、よろしいでしょうか。ありがとうございます。それではこれで本日の議題は全て終わったことになったかと思っております。

最後に、全体を通しまして御質問や御意見、御指摘等ありますでしょうか。よろしいでしょうか。会議後に新たに御指摘事項などありましたら、遠慮なく事務局まで連絡をお願いしたいと思っております。またその他、今回詰め切れなかった細かい内容や文言の修正につきましては、事務局と委員長で一度預かりたいと思っておりますけれども、それでよろしいでしょうか。

(異議なし)

○福田委員長 はい、ありがとうございます。それでは本日の議論を終了させていただきたいと思っております。閉会以降に、お気付きの点などありましたら、先ほど言いましたように事務局に御連絡いただければと思っております。

最後に、今後のスケジュールなどにつきまして、事務局からお願いしたいと思っております。

○廣田係長 本日はありがとうございます。次回の専門委員会の日程につきましては、また改めて御連絡いたします。事務局からは以上となります。

○福田委員長 長時間にわたり御議論いただきまして、本当にありがとうございます。本年最後の検討会になるかと思っております。来年 2023 年もまたよろしく願いいたします。本日はこれにて閉会といたします。どうもありがとうございます。