



深井保健科学研究所 第 22 回コロキウム

日本の歯科口腔保健のユニバーサル・ヘルス・カバレッジ

-その光と影-

Universal Health Coverage for oral health in Japan: Strengths and Weaknesses

- ◆主 催：深井保健科学研究所
- ◆開催日：10 月 9 日(月)(スポーツの日)
- ◆時 間：11 時 45 分～17 時 (受付 11 時から)
- ◆会 場：TKP 東京駅カンファレンスセンター2F カンファレンスルーム 2A
<https://www.kashikaigishitsu.net/facilitys/cc-tokyoeki-central/access/>
- ◆会 費：当日参加費 5,000 円, 三郷研究会会費 5,000 円
- ◆参加方法：事前申込 (別紙を記載の上, FAX (048-957-3315) または e-mail (fukaik@fihs.org) 送付)
- ◆懇親会場：四季彩 八重洲店：日本橋 3-4-1, 八重洲通ビルヂング B1 Tel. 03-5542-1173
<https://shikisaiyaesu.owst.jp/>
- ◆開催主旨

ユニバーサルヘルスカバレッジ (UHC) は、「すべての人が、適切な健康増進, 予防, 治療, 機能回復に関するサービスを, 支払い可能な費用で受けられる」ことと定義され, すべての人が経済的な困難を伴うことなく保健医療サービスを受用することを旨とするという SDGs にも位置づけられた国際的なゴールである。WHO のグローバル口腔保健アクションプラン (2023-2030) の中でも, 口腔保健のための UHC の実現は包括的な目標の一つとなっている。

日本は, 1961 年に国民皆保険制度が達成され, 2000 年からは介護保険制度がスタートしている。この公的な医療保険・介護保険制度の中に歯科医療・口腔保健も位置づけられ, しかも母子保健, 学校保健制度等公的制度があるので, 日本は世界で歯科の UHC が最も進んだ国の一つである。しかしその一方, 日本の UHC には, 長所ばかりでなくその欠点も抱えており, 特に超高齢社会における財源の確保および健康格差の縮小など課題は大きい。現在, 議論されている国民皆歯科健診も, この日本の UHC の弱点を補うシステムとして考える必要がある。

このような観点から, 今回のコロキウムは, 日本の歯科の UHC の過去および現在を考え, 未来への指針について議論し整理することを目標とする。

プログラム

11 : 45-13 : 10

総合司会

吉野浩一（横浜銀行, 東京歯科大学） 遠藤真美（日本大学松戸歯学部）

◆主旨説明

深井穫博：日本の UHC の光と影「何が優れ、何が課題なのか」

セッション 1. UHC をめぐる内外の動向

(1) 日本の動向 (40 分)

座長：深井穫博（深井保健科学研究所）

小椋正之（厚生労働省歯科保健課）：生涯を通じた歯科健診

(2) 世界の動向 (40 分)

座長：宮崎秀夫（明倫短期大学）

小川祐司（新潟大学）：UHC と歯科 国際的潮流と課題

牧野由佳（WHO アフリカ地域事務所）：WHO の UHC に対する考え方と PHC の位置づけ

13 : 10-15 : 10

セッション 2. 日本の歯科医療・口腔保健制度と健康格差 (60 分)

座長：神原正樹（神原グローバルヘルス研究所）

相田 潤（東京医科歯科大学）：データと論文からみる歯科口腔のユニバーサル・ヘルス・カバレッジ

松山祐輔（東京医科歯科大学）：ユニバーサル・ヘルス・カバレッジと口腔の健康格差

セッション3. 歯科医療費の課題と歯科医療の効果 (60分)

座長：嶋崎義浩 (愛知学院大学)

恒石美登里 (日本歯科総合研究機構)：日本の歯科医療費の動向と課題

岡本悦司 (福知山公立大学)：医療・介護・子育て支援の財源をどう確保するか—金融所得への保険料賦課の提言

古田美智子 (九州大学)：歯科受診に関する歯の喪失リスクについて

15：10-17：00

セッション4. 歯科健診の課題と展望 (70分)

座長：福田英輝 (国立保健医療科学院)

深井稜博 (深井保健科学研究所)：歯科健診の課題 (イントロダクション) 5分

竹内研時 (東北大学)：歯周疾患検診は何歳から行えばよいのか

花田信弘 (鶴見大学, 上海理工大学)・武内博朗 (武内歯科医院)：

セッション5. 歯科医師の需給問題と多職種連携 (40分)

座長：吉野浩一 (横浜銀行, 東京歯科大学), 百合草健圭志 (静岡がんセンター)

安藤雄一 (国立保健医療科学院)：歯科医師の将来数と地域保健—歯科医療供給の大変化と地域歯科保健

上野尚雄 (国立がん研究センター)：がん医科歯科連携 Year in Review

指定発言：中西明美 (女子栄養大学)

17：00-17：05

◆まとめ

座長 深井稜博

事前抄録

セッション1. UHCをめぐる内外の動向

(1) 日本の動向 (40分)

座長：深井穂博（深井保健科学研究所）

生涯を通じた歯科健診

小椋正之（厚生労働省医政局歯科保健課課長）

経済財政運営と改革の基本方針（以下、「骨太の方針」という。）において、平成29年度から歯科に関する文章が記載されて、年々と文字数が増加してきている。このような中、骨太の方針2022において、「生涯を通じた歯科健診（いわゆる国民皆歯科健診）」という文言が初めて使用され、骨太の方針2023においても、引き続き、この文言は使用されている。

厚生労働省としても、口腔の健康は全身の健康を保つためにも重要であることから、生涯を通じた歯科健診に向けた環境を整備していくことは大切であると認識しており、当日は生涯を通じた歯科健診等に関する最近の動向について概説する予定としている。

<参考>

経済財政運営と改革の基本方針2022

全身の健康と口腔の健康に関する科学的根拠の集積と国民への適切な情報提供、生涯を通じた歯科健診（いわゆる国民皆歯科健診）の具体的な検討、オーラルフレイル対策・疾病の重症化予防につながる歯科専門職による口腔健康管理の充実、歯科医療職間・医科歯科連携を始めとする関係職種間・関係機関間の連携、歯科衛生士・歯科技工士の人材確保、歯科技工を含む歯科領域におけるICTの活用を推進し、歯科保健医療提供体制の構築と強化に取り組む。また、市場価格に左右されない歯科用材料の導入を推進する。

経済財政運営と改革の基本方針2023

リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進を図る。全身の健康と口腔の健康に関する科学的根拠の集積・活用と国民への適切な情報提供、生涯を通じた歯科健診（いわゆる国民皆歯科健診）に向けた取組の推進、オーラルフレイル対策・疾病の重症化予防につながる歯科専門職による口腔健康管理の充実、歯科医療機関・医科歯科連携を始めとする関係職種間・関係機関間の連携、歯科衛生士・歯科技工士等の人材確保の必要性を踏まえた対応、歯科技工を含む歯科領域におけるICTの活用を推進し、歯科保健医療提供体制の構

築と強化に取り組む。また、市場価格に左右されない歯科用材料の導入を推進する。

<学歴>

平成6年3月 長崎大学歯学部卒業
平成7年3月 国立公衆衛生院（現 国立保健医療科学院） 専門課程修了
平成10年3月 岡山大学大学院歯学研究科修了

<職歴>

平成10年4月 厚生省入省（現 厚生労働省）
平成11年4月 富山県厚生部健康課
平成13年4月 厚生労働省医政局医事課試験免許室
平成17年4月 厚生労働省健康局総務課地域保健室，生活習慣病対策室
平成19年4月 厚生労働省老健局老人保健課
平成20年7月 近畿厚生局医事課長
平成28年4月 厚生労働省保険局歯科医療管理官
令和3年7月 厚生労働省医政局歯科保健課長
現在に至る

（2）世界の動向（40分）

座長：宮崎秀夫（明倫短期大学）

UHC と歯科 国際的潮流と課題

小川祐司（新潟大学）

WHO Oral Health ファクトシート（2023）によると、「口腔の健康を保つには費用がかかり、通常はユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の対象外」と記載されている。これはほとんどの低・中所得国では、口腔疾患の予防や治療に利用できるサービスが十分ではないことに起因しており、口腔保健人材の育成が進んでいない、口腔健康への意識が低い、予算が無いなどの課題が挙げられる。

このため、WHO の口腔保健議決書や FDI ビジョン 2030、ランセット口腔保健特集などにおいて、「口腔保健を UHC に」が提唱され、各国に口腔保健を保健政策に取り込む必要性を唱っている。タイなど一部の国ではその取り組みが加速（具現化）しているものの、しかしながら、多くの国ではその道筋は未だ険しいものがある。

今回は、この状況を踏まえての今後の展開について考察を試みたい。

WHO の UHC に対する考え方と PHC の位置づけ

牧野由佳 (WHO アフリカ地域事務所)

1978 年の「プライマリーヘルスケア (Primary Health Care (PHC)) に関する国際会議」で採択されたアルマアタ宣言では PHC とは“実践的で、科学的に有効で、社会に受容される手段と技術に基づいた、不可欠な保健医療サービスのこと。自助と自決の精神に基づく住民の全面的な参加により、住民の身近な場所で第一段階の保健医療サービスとして広く住民に提供される”と定義されている。その 40 年後の、2018 年の PHC に関するアスタナ宣言以降は、PHC とは、“地域・住民に寄り添った保健・ウェルビーイングに関するサービスを提供するための効率的かつ保健システム実施・強化するための社会全体的な取り組み”であり、

- 1) 生涯を通じた住民のニーズに基づいた統合的な保健サービス
 - 2) 分野横断的な政策・行動を通じた広範の健康の社会的決定要因に対する取り組み
 - 3) 個人・家族・地域が、自分たちの健康に対して責任を持てるためのエンパワーメント
- の三つの要素からなり、PHC は、ユニバーサルヘルスカバレッジ(UHC)を達成するために必要な持続的な保健システムの土台であると報告されている。

2023 年に全加盟国により承認された WHO 世界口腔保健行動計画は、2030 年までに全世界において口腔保健に関する UHC 達成を目標とし、特にモニタリング枠組みは、WHO の PHC 運用フレームワークを元に作成された。

本発表では、UHC と PHC 並びに WHO 口腔保健政策の関係性について議論する。

セッション 2. 日本の歯科医療・口腔保健制度と健康格差 (60 分)

座長：神原正樹 (神原グローバルヘルス研究所)

データと論文からみる歯科口腔のユニバーサル・ヘルス・カバレッジ

相田 潤 (東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科健康推進歯学分野)

総論として、根拠に基づいた健康政策 (Evidence-Based Health Policy) の重要性はだれもが理解することであろう。しかし、この実現は必ずしも容易ではないことが、各論を見ると浮かび上がってくる。これまでの慣習や思い込みが必ずしも誤っているわけではないが、アップデートされていくデータに基づいた学術的な論文によるエビデンスをキャッチして取り入れていくことが必要な場面は多い。歯科口腔のユニバーサルヘルスカバレッジについて、データに基づいた状況、特に日本における状況を解説したい。

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジと口腔の健康格差

松山祐輔(東京医科歯科大学 健康推進歯学分野)

2021 年の世界保健総会で口腔保健の決議が採択されるなど、口腔保健推進の機運が国際的に高まっている。この口腔保健の決議には口腔疾患の有病率の高さや健康格差の問題が明記され、対策の必要性が強調されている。ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの達成は医療アクセスを担保し健康格差の縮小に寄与すると考えられ、国民皆保険を半世紀以上前に達成した日本が果たす役割は大きい。一方、医療や健康政策の恩恵は高リスク者にこそ届きにくいことは「逆転するケアの法則」として古くから知られており、介入の内容によっては健康格差を拡大する可能性もある。本発表では、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジや逆転するケアの法則に関連する研究を紹介し、これからの日本の口腔保健政策に求められることについて議論したい。

セッション3. 歯科医療費の課題と歯科医療の効果 (60分)

座長：嶋崎義浩 (愛知学院大学)

日本の歯科医療費の動向と課題

恒石美登里 (日本歯科総合研究機構)

歯科医療費は平成4年頃までは、国民医療費の約1割を占めていたが、それ以降横ばいで推移する時期があり、令和2年度は約7%のシェアとなっている。歯科医療白書2008年度版によると、1981～1997年にかけての診療報酬改定で薬価基準引き下げ財源充当方式を取った政策により歯科医療費は大幅に抑制されたと記載されている。

令和4年度概算医療費で歯科医療費は3兆2,309億円と対前年度比で2.6%の増であった。ここ数年は新型コロナウイルス感染症やロシアによるウクライナ侵攻以降の金銀パラジウム合金の価格高騰なども含めて考慮していく必要がある。今回のコロキウムでは、これまでの改定による歯科医療費への影響とともに、新型コロナウイルス感染症による受診控えなどの影響などを俯瞰したい。

医療・介護・子育て支援の財源をどう確保するか——金融所得への保険料賦課の提言

岡本悦司(福知山公立大学)

医療保険、介護保険の保険料は市町村(住民税)の申告所得に基づいて賦課されている。後期高齢者医療制度の支援金も保険料に上乗せして徴収されており、さらに少子化対策の財源も従来のような消費税増税ではなく、支援金として医療保険料に上乗せ徴収される見込み。

ところがわが国税制では、金融所得(上場株式や投信の配当や譲渡益)については申告不要というルールがあり、申告されない所得は保険料や支援金の賦課対象とならない。かかる金融所得は高齢者や富裕層に偏っており負担の公平が損なわれている。来年からNISA口座がさらに拡充されると矛盾はさらに大きくなる。

後期高齢者の年金収入は約25兆円、負担する保険料は1.5兆円だが、賦課対象外となっている金融所得は3.92兆円と推計された。医療介護そして子育て支援の財源の公平のためにもかかる金融所得も賦課対象とすべきことを提言する。

歯科受診に関する歯の喪失リスクについて

古田美智子(九州大学大学院歯学研究院口腔予防医学分野)

歯の喪失は、高齢者における低栄養、身体機能低下や認知症に影響し、また心血管障害、脳血管障害、糖尿病やCOPDにも関連することが様々な疫学調査で報告されており、歯の喪失を防ぐことは健康増進に貢献すると考えられる。歯の喪失を防ぐためにはう蝕や歯周病の予防が重要であるが、特に歯周病の予防に関してはセルフケアだけではなく、歯科医院で行われるプロフェッショナルケアが必要である。つまり、歯科医院を受診して、う蝕や歯周病の予防処置や治療が行われることで歯の喪失を防ぐことができる。実際に、地域住民を対象とした歯科調査の結果では、歯科医院を5年以上受診していないような長期未受診者は、定期的に歯科医院を受診している者に比べ、未処置歯や歯周ポケットが深い歯を多く保有し、現在歯数が少なかった。また、同調査結果から、10年間の歯の喪失のリスク要因として、歯科医院への定期受診がないことが挙げられた。

本セッションでは、地域住民を対象とした歯科調査の結果に基づき、歯科未受診者で歯の喪失リスクが集積している可能性やリスク予測モデルの結果から歯科受診が歯の喪失に与える影響度を他の関連要因と比較して解説する。

セッション4. 歯科健診の課題と展望 (70分)

座長：福田英輝 (国立保健医療科学院)

歯周疾患検診は何歳から行えばよいのか

竹内研時 (東北大学大学院歯学研究科国際歯科保健学分野)

我が国では従前より、疾病の発見のみならず、定期的に歯科を受診するなど日常的に受診者自らが予防に努め、豊かな高齢期を迎えることを目的に、40歳、50歳、60歳および70歳の男女を対象に歯周疾患検診が実施されている。しかし、歯周疾患検診の有効性という観点では、歯周疾患検診の受診がその後の定期的な歯科受診に繋がるかどうかの検討はこれまでほとんどされてきていない。また、歯周疾患検診において早期発見が期待される歯周病については、発生率が20歳頃から急激に増加し、30代後半にピークを示すにも関わらず、20代や30代は対象年齢に含まれていない現状がある。そこで、本講演では20代や30代を対象に含んだ歯周疾患検診を実施している自治体のデータを基に、歯周疾患検診受診がその後の定期歯科受診を促すかと、その効果が現行の対象年齢(40歳、50歳、60歳および70歳)とそれ以外(20代や30代)で異なるかを検討した結果を紹介し、歯周疾患検診を今後は何歳まで拡大すべきかについて議論したい。

口腔に常在する大腸がん関連細菌に対する歯科専門職の対応

花田信弘 (鶴見大学, 上海理工大学), 武内博朗 (武内歯科医院)

口腔には多くの菌種が常在しているが、これらの菌は齶蝕、歯周病や口腔がんなど口腔内の疾患に関わるだけではない。齶蝕、歯周病の発症により菌血症を容易に発症するが、菌血症で口腔細菌が血液を介して移動すると、脳を含むほぼすべての臓器に到達し、その臓器の健康に悪影響を与えている。また、齶蝕、歯周病の発症を予防できても大腸など消化器には嚥下で、呼吸器には誤嚥で大量の細菌が侵入している。

近年、国立がん研究センターが大腸がんに関連する7菌種の細菌群を発表した(Nat Med. 2019)。この7菌種のうち6菌種は口腔に常在する細菌であった。そこで、最新の文献を検索したところ、大腸がんに関連する細菌は23菌種あり、そのうち10菌種が口腔に常在する細菌であることがわかった。歯周病患者に歯面の機械的バイオフィーム除去と薬剤の併用療法(Dental Drug Delivery System:3DS)を適用するとこの大腸がん関連菌10菌種を含む313菌種が口腔バイオフィーム内における存在比率を減少させた。一方、増加した菌もあり86菌種が口腔バイオフィーム内のその存在比率を上昇させた。このことから口腔清掃は大腸がんのリスク低減に役立つと考えられた。

今回は、大腸がんの関連細菌に対する歯科専門職の対応を述べたが、大腸がんに限らず、

多くの生活習慣病に口腔に常在する微生物が関わっている。口腔バイオフィルムの除去が歯科衛生士法第二条で歯科衛生士の独占業務と明記されている（歯科医師法を例外事項とする）ので、医学研究の急速な進歩とともにサイエンスにおける歯科専門職の職責の範囲が口腔内の疾患にとどまらず、全身に大きく拡大している現状について臨床現場の対応を真剣に議論する必要がある。

セッション5. 歯科医師の需給問題と多職種連携（40分）

座長：吉野浩一（横浜銀行, 東京歯科大学), 百合草健圭志（静岡がんセンター）

歯科医師の将来数と地域保健－歯科医療供給の大変化と地域歯科保健

安藤雄一（国立保健医療科学院・生涯健康研究部）

妄言「コンビニより多い歯科医院」は歯科界に思考停止をもたらしたが、その間も歯科医師の高齢化は着々と進行し、歯科医師の大量引退が静かに幕を開けた。これから暫くの間、引退する「男の一人開業医」は全国一律に急増し、歯科医療供給の担い手は大きく様変わりする。この大変化により歯科医師の地域偏在が顕著になり、歯科医師不足が懸念される。

こうした声は次第に増えてきたように思われるが、何が問題になるかという論点整理は不十分である。

歯科医師不足による歯科医療面での懸念を予測するには、NDB オープンデータ「歯科診療行為」の二次医療圏別データを用い、人口あたりでみた診療件数と歯科医師数の関連をみて、どのような診療において顕著な関連（歯科医師が少ない地域で診療件数が少ない）が現れるかをみる方法が有用と考えられ、本発表では、分析結果の一端を紹介する。さらに、歯科医師の地域偏在が、地域歯科保健のあり方に及ぼす影響についても見通しを述べる。

がん医科歯科連携 Year in Review

上野尚雄（国立がん研究センター）

本年3月、第4期がん対策推進基本計画が閣議決定され、がん医科歯科連携については「適切な医療を受けられる体制を充実させることで、がん生存率の向上・がん死亡率の減少・全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す」という目標のもと、「各種がん治療の副作用・合併症の予防や軽減など、患者の更なる生活の質の向上を目指し、医科歯科連携による口腔ケアの推進をはじめ、食事療法などによる栄養管理やリハビリテーションの推進など、職種間連携を推進する」と、職種間連携の先頭として明記された。

本講演では、上記の新たな推進基本計画をはじめ、近年のがん医科歯科連携に関する研究や取り組みなど、最近の動向をレビューさせて頂きたい。