行歯会だより　第217号

(行歯会＝全国行政歯科技術職連絡会)　　令和８年10月発刊

1 「歯・口腔の健康づくりプラン」から令和６年歯科疾患実態調査を読む(P.1)
国立保健医療科学院公衆衛生政策研究部
主任研究官　福田英輝

2 地域歯科医療提供体制論 第3回 地域歯科医療は、院長一人では残せない
―歯科衛生士・チーム・経営を「社会インフラ」として組み直す―(P.5)
島根県歯科医師会　医療管理部委員会
副委員長　澄川　裕之

3 第42回地域歯科保健研究会（夏ゼミ in 名古屋2026）報告(P.9)
名古屋市健康福祉局健康部健康増進課
歯科衛生士 東 智子

4 夏ゼミin名古屋2026 後ゼミ参加報告(P.11)
名古屋市健康福祉局健康部健康増進課
斉藤 智也

1 「歯・口腔の健康づくりプラン」から令和6年歯科疾患実態調査を読む

国立保健医療科学院公衆衛生政策研究部
主任研究官　福田　英輝



令和6（2024）年歯科疾患実態調査が実施され、令和7年12月に結果の概要が公表されました。今回の調査では、調査対象地区が475地区に増加するとともに、全国値の算出に新たな集計方法が採用されました。また、調査結果は、「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項（第二次）」、いわゆる「歯・口腔の健康づくりプラン」に掲げられた指標のベースライン値として活用されることになります。

歯科疾患実態調査は、厚生労働省が実施する統計法上の一般統計調査です。全国から抽出された地区内の満1歳以上の世帯員を対象として、歯や口腔の状態を把握し、今後の歯科口腔保健対策を推進するための基礎資料を得ることを目的としています。国民の歯科疾患の状況を全国規模で継続的に把握する重要な公的統計調査となっています。

本稿では、歯科疾患実態調査の調査周期が4年となった背景、令和6年調査の結果を読む際の基本的な留意点、歯・口腔の健康づくりプランとの関係、う蝕と歯周病に関する主な結果について解説します。

1. 歯科疾患実態調査の調査周期は、なぜ4年になったのか

歯科疾患実態調査は、昭和32（1957）年に第1回調査が実施され、その後、定期的に実施されています。調査年ごとの被調査者数は、「令和6年歯科疾患実態調査結果の概要」[1]の表2に示されています。本稿では、同概要に掲載された表番号を用いて説明いたします。結果の概要を片手に読み進めていただければと思います。

これまでの歯科疾患実態調査は、おおむね6年ごとに実施されてきましたが、令和6年以降は、令和10（2028）年、令和14（2032）年と、原則として4年ごとの実施が予定されています。

この変更は、健康日本21（第三次）および歯・口腔の健康づくりプランの評価時期と関係しています。健康日本21（第三次）では、栄養・食生活、身体活動・運動、身体状況などに関する多くの指標について、毎年実施される国民健康・栄養調査の結果が用いられています。国民健康・栄養調査は、生活習慣等の地域格差を把握するため、通常年よりも対象地区を拡大した調査が4年ごとに計画されています。令和6年以降の歯科疾患実態調査は、国民健康・栄養調査の拡大調査と同じ年次の実施が予定されています。

健康日本21（第三次）と歯・口腔の健康づくりプランは、計画期間や評価時期をそろえて計画されています。歯・口腔の健康づくりプランでは、令和6年の調査結果をベースラインとして、令和11（2029）年頃に中間評価、令和15（2033）年頃に最終評価を行うこととされています。このため、中間評価に先立つ令和10年と、最終評価に先立つ令和14年に歯科疾患実態調査を実施し、それぞれの評価に必要なデータが得られるよう、調査周期が4年に見直されたわけです。

令和6年歯科疾患実態調査は、国民健康・栄養調査の拡大調査にあわせ、規模が拡大されました。令和4（2022）年調査の対象は300地区、約15,000人でしたが、令和6年調査では475地区、約54,000人が対象となりました。その結果、被調査者数は14,695人となり、令和4年調査と比べて被調査者数が大きく増加しました。このうち、口腔診査を受けた者は8,560人でした（結果の概要：表1）。

2. 令和6年調査のデータを読む際の留意点

令和6年歯科疾患実態調査では、全国値の算出方法が変更されました。具体的には、都道府県ごとの1歳以上の日本人人口を、質問紙調査および口腔診査それぞれの対象者数で除して「拡大乗数」を算出し、これを各都道府県の重みとして割合や平均値を算出しています。このようにして得られた値が「全国補正値」として公表されています。

令和4年以前の調査では、このような重み付けによる集計は行われていません。このため、令和6年の全国補正値と過去の調査結果を比較する際には、調査規模だけでなく、集計方法が異なっていることにも注意が必要です。

e-Statに掲載された令和6年歯科疾患実態調査[2]の統計表では、質問紙調査と口腔診査の結果、および都道府県別の被調査者数および拡大乗数が示されています。また、「過去1年間に歯科検診を受診した者（人数・割合）」「40歳以上における自分の歯が19歯以下の者の割合」「20歳以上における未処置歯を有する者の割合」「40歳以上における4mm以上の歯周ポケットを有する者の割合」については、都道府県別の集計結果も公表されています。あわせてご確認ください。

3. 歯・口腔の健康づくりプランで用いられている指標

歯・口腔の健康づくりプランでは、5つの基本的な方針の進捗状況を評価するため、17の指標が設定されています[3]。これらの指標には、歯科疾患実態調査のほか、学校保健統計調査、国民健康・栄養調査、地域保健・健康増進事業報告、厚生労働科学研究など、複数の統計・調査の結果が用いられています。

令和8年5月8日に開催された第17回歯科口腔保健の推進に関する専門委員会の資料[4]では、令和6年歯科疾患実態調査をデータソースとする指標として、次の9項目のベースライン値が示されました。

・40歳以上における自分の歯が19歯以下の者の割合（年齢調整値）
・20歳以上における未処置歯を有する者の割合（年齢調整値）

・60歳以上における未処置の根面う蝕を有する者の割合（年齢調整値）
・10代における歯肉に炎症所見を有する者の割合
・20代～30代における歯肉に炎症所見を有する者の割合（年齢調整値）
・40歳以上における歯周炎を有する者の割合（年齢調整値）
・80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合
・過去1年間に歯科検診を受診した者の割合
・15歳未満でフッ化物応用の経験がある者

これら9指標の令和6年度のベースライン値、および令和14年度の目標値は、下表に示すとおりです。

表　歯・口腔の健康づくりプラン：歯科疾患実態調査をデータソースとする9指標

指標	ベースライン値（令和6年度）	目標値（令和14年度）
40歳以上における自分の歯が19歯以下の者の割合（年齢調整値）	18.1%	5.0%
20歳以上における未処置歯を有する者の割合（年齢調整値）	29.1%	20.0%
60歳以上における未処置の根面う蝕を有する者の割合（年齢調整値）	6.4%	5.0%
10代における歯肉に炎症所見を有する者の割合	26.7%	10.0%
20代～30代における歯肉に炎症所見を有する者の割合（年齢調整値）	22.4%	15.0%
40歳以上における歯周炎を有する者の割合（年齢調整値）	47.8%	40.0%
80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合	61.5%	85.0%
過去1年間に歯科検診を受診した者の割合	56.0%	95.0%
15歳未満でフッ化物応用の経験がある者	69.8%	80.0%

注1：令和8年5月8日 第17回歯科口腔保健の推進に関する専門委員会 資料1に基づいて作成
注2：同資料の事務局案では、9指標すべてについて、目標値は「変更無し」とされている。

このうち、「過去1年間に歯科検診を受診した者の割合」は、従来、国民健康・栄養調査をデータソースとしていましたが、歯科疾患実態調査の実施時期の見直しに伴い、令和6年以降は歯科疾患実態調査をデータソースとすることとされています。

専門委員会資料では、過去の調査結果を用いて令和14年度の推計値を算出しています。これらの推計値は、目標値の妥当性や見直しを検討するための参考値となります。同資料によると、これら9指標の目標値は、当初に設定した目標値のまま、いずれも変更しないことが提案されました。

4. 令和6年歯科疾患実態調査の結果をどう読むか

令和6年歯科疾患実態調査では、歯や口腔に関する多くの結果が示されています。ここでは、歯・口腔の健康づくりプランとの関係が深い、う蝕と歯周病について説明します。

（1）う蝕の状況

結果の概要：表7には、永久歯にう蝕経験を有する者（処置歯または未処置歯を有する者）の人数と割合が年齢階級別に示されています。う蝕経験を有する者の割合は、5～9歳では4.2%でしたが、年齢が高くなるにつれて増加し、35歳以上85歳未満の年齢階級では90%を超えています。また、結果の概要：表8に示された年次推移をみると、若年層では、う蝕経験を有する者の割合は経時的な減少がみられますが、高齢者、とくに75歳以上では増加傾向が示されています。高齢者におけるう蝕経験を有する者の割合の増加は、自分の歯を多く有する高齢者が増えたことも影響していると考えられます。

令和6年調査の「結果の概要」から、未処置の根面う蝕を有する者の割合が新たに報告されました（結果の概要：表7）。この値は、全体では7.5%でしたが、年齢階級が進むにつれて増加する傾向を示しており、85歳以上では19.0%と最も高くなっていました。未処置の根面う蝕を有する者の割合は、歯・口腔の健康づくりプランに新たに設けられた指標であるため、その動向を継続的に把握する必要があります。

令和6年歯科疾患実態調査結果をみると、う蝕経験を有する者の割合は、35歳以上85歳未満の年齢階級では9割を超えています。依然として国民の多くが経験している疾患であり、若年期からの発症予防の

充実とあわせて、成人期以降の再発予防、未処置う蝕への対応、高齢期の根面う蝕予防を具体的に進めることが重要課題となります。

(2) 歯周病の状況

令和6年調査において、4mm以上の歯周ポケットを有する者の割合は、45～49歳では41.4%、50～54歳では44.4%であり、55歳以上の年齢階級では50%を上回り、最も高かったのは80～84歳の61.6%でした(結果の概要:表19)。

年次推移(結果の概要:表20)をみると、15～24歳では、平成11(1999)年の10.4%から令和6年の24.7%へ、75歳以上では28.0%から56.5%へと、いずれも経年的な増加傾向にあります(ただし、平成11年と平成17年以降では診査部位が異なるほか、令和6年には全国補正値が用いられているため、年次推移の解釈には注意が必要です)。高齢者では、う蝕の増加傾向の要因と同じように、自分の歯を多く保つ者が増えたことによって、歯周組織の診査対象となる歯を持つ者が増えたことも影響している可能性があります。結果の概要:表17では80歳で20本以上の歯を有する者の割合の年次推移が示されており、令和6年では61.5%と報告されています。スローガンとしての「8020」は、今や現実のものとなりつつあります。8020時代にふさわしい、適切な口腔健康管理体制の確立と支援がさらに求められています。

5. 今後の調査と政策評価

歯科疾患実態調査は、今後、令和10(2028)年および令和14(2032)年に実施される予定です。令和10年調査は歯・口腔の健康づくりプランの中間評価に、令和14年調査は最終評価に向けた資料として用いられることになります。

令和6年調査では、調査対象地区の拡大と、都道府県の人口規模を反映した全国補正値の導入という大きな変更がありました。今後の調査が同様の設計と集計方法で実施されるかは、今後公表される調査計画を確認する必要があります。

歯・口腔の健康づくりプランでは、「過去1年間に歯科検診を受診した者の割合」について、令和6年度の56.0%に対し、令和14年度の目標値を95%としています。この目標は、国民が歯科検診を受ける機会を確保し、歯科疾患の早期発見や予防につなげるという方向性を示すものです。定期的な歯科検診を入口とした口腔健康管理をすすめることで、う蝕や歯周病のない健康な口が確保・保持できる社会の到来を期待します。

歯科疾患実態調査は、国民の歯や歯周組織の状態を全国規模で診査する必要不可欠な統計調査であるとともに、歯・口腔の健康づくりプランに掲げられた9指標を把握する重要な調査です。今後、令和10年、令和14年の調査結果を通じて、う蝕や歯周病の発症予防・重症化予防、歯の喪失防止、歯科検診の受診、フッ化物応用などに関する指標の推移を確認し、歯・口腔の健康づくりプランの進捗状況を慎重に読み取ることが求められます。

参考文献

1) 厚生労働省. 令和 6 年歯科疾患実態調査結果の概要. 令和7年12月(修正版).
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/62-17b_r06.pdf>
2) 政府統計の総合窓口. 令和6年歯科疾患実態調査.
< https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450131&tstat=000001237417>
3) 厚生労働省. 歯科口腔保健の推進に関する基本的事項の全部改正について. 令和5年10月.
<https://www.mhlw.go.jp/content/001154214.pdf>
4) 厚生労働省. 第17回歯科口腔保健の推進に関する専門委員会 資料 1「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項(第二次)(歯・口腔の健康づくりプラン)のベースライン値及び目標値について」. 令和8年

5月8日.
<https://www.mhlw.go.jp/content/10804000/001698313.pdf>

2 地域歯科医療提供体制論 第3回
地域歯科医療は、院長一人では残せない
―歯科衛生士・チーム・経営を「社会インフラ」として組み直す―

島根県歯科医師会 医療管理部委員会
副委員長 澄川 裕之

地図の上に歯科医院の点が残っていても、そこで働く人がいなければ診療は続きません。院長が踏ん張り、歯科衛生士が支え、家族やスタッフの協力で何とか回っている地域があります。しかし、それは体制ではなく、個人の持ちこたえです。人口減少時代の地域歯科医療は、「誰か一人が頑張る医療」から、「人と組織で残す医療」へ組み替えなければなりません。

1 「一人で支える地域医療」は、もう限界に来ている

これまで地域歯科医療は、一人の歯科医師の努力によって支えられてきた面があります。私自身も、本院と分院を行き来しながら診療を続け、学校歯科保健、訪問歯科診療、地域保健活動にも携わってきました。

ただ、この姿を「地域医療への献身」とだけ表現してしまうと、問題の本質を見誤ります。そこにあるのは、地域歯科医療が個人の体力、責任感、家族の理解、スタッフの踏ん張りに依存しているという構造です。人口減少と高齢化が進む地域では、患者数だけが減るわけではありません。働き手も減ります。歯科衛生士も集まりにくくなります。後継者も簡単には見つかりません。院長が元気なうちは何とかなる。しかし、その「何とかなる」が、個人の努力だけで地域医療が維持されている状態であり、地域にとって最も危うい状態でもあります。



2 予防は「余裕がある医院」の飾りではない

予防歯科は、都市部や生活に余裕のある地域で取り組むものだと受け止められることがあります。しかし、私は逆だと考えています。歯科医療資源が限られる地域ほど、予防は切実な戦略です。

治療需要が重症化してから一気に押し寄せれば、少ない診療体制はすぐに詰まります。通院が難しい高齢者が増え、訪問診療が増え、歯科衛生士が不足すれば、治療中心の体制はさらに苦しくなります。

う蝕や歯周病の重症化を防ぎ、口腔機能の低下を早く捉えることができれば、診療所の負担も、住民の通院負担も、地域全体の医療負荷も軽くなります。予防



は「あれば望ましいもの」ではありません。限られた歯科医療資源を守り続けるための、地域医療の防波堤です。

3 歯科衛生士を「人手」と呼ぶ限り、地域は続かない

予防の中心を担うのは歯科衛生士です。しかし、歯科衛生士を単なる「人手」として扱っている限り、地域歯科医療は強くなりません。

歯科衛生士が地域で力を発揮するためには、人数だけでなく、教育、役割、働き方、キャリア形成、地域包括ケアへの参加機会が必要です。診療室の中で指示された処置をこなすだけではなく、住民の口腔健康を継続して見守る専門職として位置づける必要があります。

地方では、歯科衛生士の採用そのものが難しくなっています。だからこそ、採用して終わりではなく、地域に残りたいと思える職場、専門職として成長できる職場、家庭や生活と両立できる働き方を設計しなければなりません。歯科衛生士確保は、医院の採用問題であると同時に、地域の歯科医療提供体制の問題です。



4 チーム医療から地域歯科医療提供体制へ

人口減少社会では、歯科医師がすべてを抱え込む診療体制は持続しません。歯科医師は診断、治療計画、難易度の高い処置、医学的判断に力を注ぐ。歯科衛生士は予防、口腔健康管理、患者教育、継続支援に専門性を発揮する。こうした役割分担が必要です。

ただし、これは単なるタスクシェアではありません。「院長の仕事を減らすために歯科衛生士へ渡す」という発想だけでは十分ではありません。必要なのは、歯科医師と歯科衛生士が、それぞれの専門性を生かしながら、住民の暮らしを支える関係へ再設計することです。患者さんの生活を長く見ているのは、歯科衛生士であることも少なくありません。小さな変化に気づき、通院継続を支え、家族や介護職との接点を持つ。そこに地域歯科医療の厚みが生まれます。チーム医療とは、職種を並べることではなく、地域で途切れそうな機能を複数の目で支えることです。



そして、こうしたチーム医療を機能させるためには、歯科医師自身にも診療技術だけではなく、地域全体を見渡す視点が求められます。学校歯科保健、訪問歯科診療、介護予防、地域包括ケア、多職種連携など、歯科医師の役割は診療室の中だけでは完結しません。地域にどの歯科医療資源が残り、どこで歯科衛生士が不足し、どこで通院困難者が増えているのかを把握しながら、行政、歯科医師会、大学、養成校など多様な主体と協力し、地域全体の口腔健康を将来へ残していくことが、これからの歯科医師に求められている役割なのだと思います。

5 経営は、地域医療を残すための酸素である

「経営」という言葉には、利益追求の印象がつきまといます。そのため、地域医療の文脈では少し語りにくい言葉かもしれません。しかし、地域歯科医療において経営は、医療と対立するものではありません。医療を残すための酸素です。

安定した経営がなければ、歯科衛生士を雇用できません。教育にも投資できません。設備更新も先送りになります。訪問診療に時間を割く余裕もなくなります。経営が弱れば、最初に削られるのは、すぐには利益につながりにくい地域活動や人材育成です。

地域医療を続けたいなら、医院が続かなければなりません。医院が続くためには、理念だけでなく、収支、人材、設備、時間の設計が必要です。きれいごとを現場に残すためには、経営という現実を避けて通れません。



6 行政歯科と歯科医師会に求められるのは、号令ではなく設計である

人口減少時代の地域歯科医療は、一つの診療所だけで守れるものではありません。そのため、「行政との連携」「多職種連携」「歯科医師会との連携」という言葉が数多く使われます。しかし、私は以前から、この「連携」という言葉に違和感を抱いてきました。

もちろん、連携そのものを否定するつもりはありません。むしろ、地域歯科医療を守るためには連携は欠かせません。しかし、「連携しましょう」という言葉だけでは何も変わりません。誰が何を担うのか。誰が実行するのか。誰が責任を負うのか。そして、その費用を誰が負担するのか。そこまで明確になって初めて、連携は現実に機能します。

例えば、歯科衛生士不足が地域課題であるなら、単に「養成校と連携する」では解決しません。地域実習をどう設計するのか。卒後教育を誰が担うのか。地域に定着するための支援を誰が行うのか。そのための費用を誰が負担するのか。そこまで具体化して初めて、地域歯科医療提供体制は動き始めます。

行政が診療所の経営に介入する必要はありません。しかし、地域全体でどこが弱り始めているのかを把握し、将来必要となる歯科医療機能や人材を見通し、関係者がそれぞれの役割を果たせるよう体制を設計することは、行政にしか担えない重要な役割です。

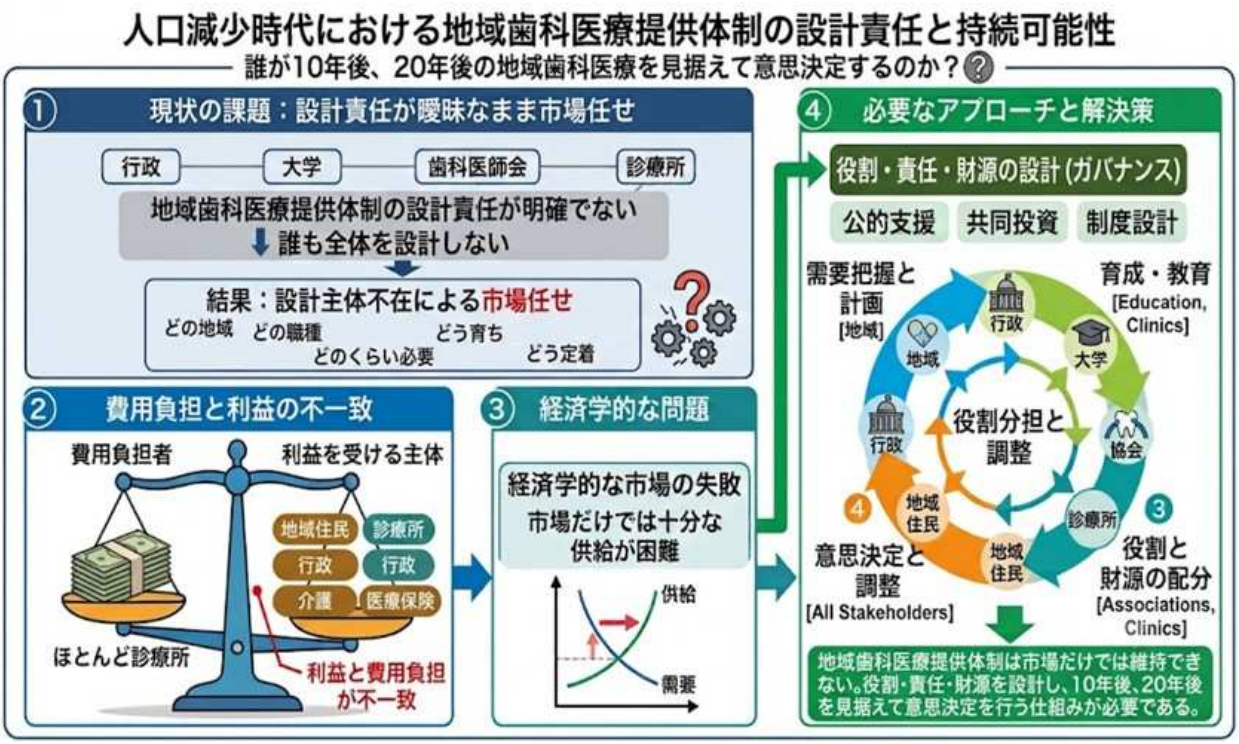
歯科医師会には、会員同士の情報をつなぎ、地域課題を共有し、行政や大学、養成校との調整役を担うことが期待されます。大学や養成校には、人材を育成するだけでなく、地域で働く魅力や卒後も成長できる環境を地域とともに構築する役割があります。そして診療所は、地域で人材を育て、雇用し、住民へ歯科医

療を提供する主体です。それぞれが果たすべき役割は異なります。

一方で、もう一つ忘れてはならない視点があります。それは、誰が10年後、20年後の地域歯科医療を見据えて意思決定するのかということです。人口減少や高齢化、人材不足は、目の前の診療だけでは解決できません。将来必要となる歯科医療機能を見据え、人材育成や配置、地域で支える仕組みを考え、必要な資源をどう確保するかを決めていく主体が必要です。

私は、「連携」は目的ではなく、役割と責任が整理された結果として生まれるものだと考えています。役割も責任も曖昧なままでは、「連携」という言葉だけが独り歩きし、結局は現場の善意や献身に依存する体制から抜け出すことはできません。

人口減少時代に求められるのは、「連携しましょう」という号令ではありません。どの地域に、どの職種が、どのくらい必要で、その人材を誰が育て、誰が雇用し、誰が支え、その費用を社会全体でどう負担するのか。そこまで含めて考えることです。連携が機能するための条件を整え、10年後、20年後を見据えて地域歯科医療提供体制を形にしていくことこそが、行政、歯科医師会、大学、養成校、そして地域の歯科医師に求められている役割なのだと思います。



7 地域歯科医療提供体制論とは、善意を仕組みに変えることである

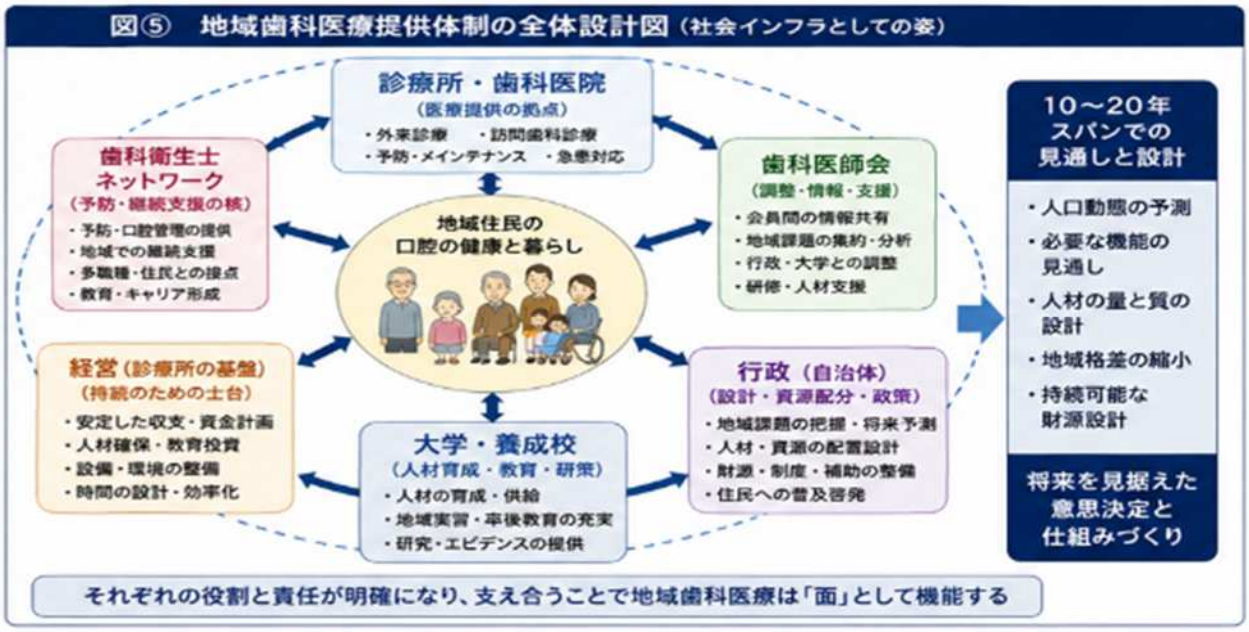
三回にわたり、「地域歯科医療提供体制」という視点から、地方の診療現場で感じてきたことを述べてきました。第一回では、「歯科医師は余っているのか」という問いを、地域アクセスの視点から考えました。第2回では、GISを用いて、閉院や高齢化の予兆を地図の上で捉える必要性を述べました。

そして第3回で考えたいのは、地図上に見えた危機を、誰が、どのように受け止め、支えるのかという問題です。地域歯科医療は、診療所という点を残すだけでは守れません。歯科医師、歯科衛生士、スタッフ、行政、歯科医師会、大学、養成校、そして地域住民が、それぞれの役割を持つことで、初めて面として機能します。

地域歯科医療提供体制論とは、誰か一人の善意に頼る医療から、人と組織で残す医療へ移るための考え方です。院長が頑張る。スタッフが支える。地域が何となく頼る。その構造を美談のままにしてはいけません。美談は、続かなければ地域の空白に変わります。

人口減少時代に地域歯科医療を守る鍵は、「歯科医師が何人いるか」だけではありません。「地域全体でどのような体制を築くか」です。歯科医院があるだけでは足りない。地図で見えるだけでも足りない。そこ

で働く人がいて、育つ仕組みがあり、続けられる経営があり、地域で共有される見取り図がある。そこまで揃って、初めて地域歯科医療は住民の暮らしに届き続けるのだと思います。



これまで3回にもわたり、いろいろと偉そうなことを書きましたが、所詮は地方の田舎町で診療所を営む、町医者の戯言です。

ただ、日々の診療の中で感じている「このままで10年後、20年後も地域の歯科医療は続くのだろうか？」という疑問を、そのままにしておくこともできず、投稿させていただきました。

少しでも、これからの地域歯科医療を考えるきっかけになれば幸いです。

3 第42回地域歯科保健研究会（夏ゼミ in 名古屋2026）報告

名古屋市健康福祉局健康部健康増進課
歯科衛生士　東　智子

1 はじめに



行歯会の皆様には、日頃より貴重な情報を共有いただき感謝申し上げます。名古屋市健康福祉局健康部健康増進課の東（あずま）と申します。このたび、令和8年8月1日（土）、名古屋において、第42回地域歯科保健研究会（夏ゼミ in 名古屋2026）を開催いたしましたので、ご報告いたします。

今回のテーマは「データから読み解く！地域の未来と行政歯科、次の一手」。講演とグループワークを通じ、地域の将来を見据え、皆様とさまざまな視点を共有し、考えを深める機会となりました。

2 開催概要・実施内容

日　時	令和8年8月1日（土）10時～17時30分
会　場	愛知県歯科医師会館　歯～とぴあホール
テーマ	データから読み解く！地域の未来と行政歯科、次の一手
参加者	94名
実施内容	1　開会挨拶：池山正仁氏（愛知県歯科医師会会長）、柏木雅宣氏（名古屋市熱田保健センター所長）



	2 オリエンテーション「夏ゼミ3か条」：矢澤正人氏（日本在宅ケアアライアンス事務局長） 3 アイスブレイク・自己紹介、グループワーク「自治体の将来予測をしてみよう！」 4 名古屋市情報共有：「名古屋市における将来予測」 斉藤智也氏(名古屋市)、 「登録歯科衛生士制度の対応」 東智子(名古屋市) 5 特別企画：「8020の里だより、最終号」 中田和明氏（香美町 兎塚・川会歯科診療所所長） 「愛知県版8020の里づくり」 井後純子氏（愛知県春日井保健所） 6 講演：「口腔からの社会とウェルビーイング」小坂健先生（東北大学大学院歯学研究科長・歯学部長） 7 グループワーク「介護保険における歯科の多職種連携を考えよう！」 8 講演：「ナッジや行動科学を日常業務に活かす！住民の行動変容のための周知広報」 溝田友里先生（静岡社会健康医学大学院大学 准教授） 9 グループワーク「伝える！動かす！リーフレット改善ワーク」 10 講評：尾﨑哲則氏（日本大学歯学部客員教授） 11 次回開催地挨拶：新村明子氏（山梨県福祉保健部健康増進課歯科保健主幹） 12 閉会挨拶：榊原康人氏（名古屋市緑保健センター保健予防課長）
懇親会	名古屋市中区錦3「名古屋大酒場 だるま」（64名参加）

3 データから地域の未来を考える



開会挨拶の後、「夏ゼミ3か条」が宣言され、自己紹介を行いました。初参加の方も発言しやすい和やかな雰囲気となり、参加者からは「恥のかき捨てなので良いと思った」と、夏ゼミらしい率直な感想も聞かれました。最初のグループワークでは、架空の「豊臣市」の2040年を予測し、担い手不足や通院手段を起点に、訪問・オンラインの活用、フレイル予防、移動や買い物などの生活支援へと議論が広がりました。「全国の歯科関係者が集まることで視野が広がった」との声も寄せられました。

名古屋市からは、人口・歯科医療資源の将来予測と、地域活動歯科衛生士の確保に向けた登録制度を報告しました。本市においても、将来を見据えて取り組むべき課題があることを、改めて共有する機会となりました。また、地域活動歯科衛生士の高齢化と担い手不足は多くの自治体に共通する課題であり、見学から従事につなげる仕組みやマニュアル整備に対して、「自分の自治体でも参考にしたい」との声をいただきました。

4 地域の取組と口腔から考えるウェルビーイング

特別企画では、中田和明氏から、顔の見える関係を生かした香美町の取組をご紹介いただきました。8020達成者を「横綱」、100歳を超えた8020達成者を「親方」とするユニークな番付に、会場には笑顔が広がりました。参加者からは、「地域の特色を生かし、健康を自分事として捉えてもらう工夫が印象的だった」との感想も寄せられました。井後純子氏からは、愛知県のフッ化物洗口と、継続を支える「環境づくり」について報告されました。

小坂健先生の講演では、データは見せ方によって受け手の印象が変わること、住民の声を反映した当事者視点の大切さ、健康のみを目的とせず、その人がどこでどのように暮らし、誰と食べるのかを含めて考えることなど、公衆衛生をより広い視点で考える機会となりました。

その後の介護保険のグループワークでは、歯科がカンファレンスにつながりにくい現状や人材育成を共有。施設・利用者にとってのメリットを示すこと、歯科側も「治療」から「生活」へ視点を広げることが必要との意見が出ました。

5 行動科学から学ぶ周知広報

溝田友里先生の講演では、誰に何をしてほしいかを定め、相手の気持ちに沿うメッセージを適切な方法

で届ける行動科学を、具体例から学びました。「情報を削る」「考えずにできるプロセスにする」といった、すぐに業務へ生かせる視点が印象に残ったとの声が聞かれました。

最後のグループワークでは、介護職員向けリーフレットを題材に、否定的な表現の見直しや、口腔ケアの目的・メリットが伝わる構成について、各班で改善案が検討されました。AIを活用して案を作成する班もあり、会場は盛り上がりました。一方で、最後は人の目で確認し、対象者に本当に伝わるかを考えることの大切さも共有されました。





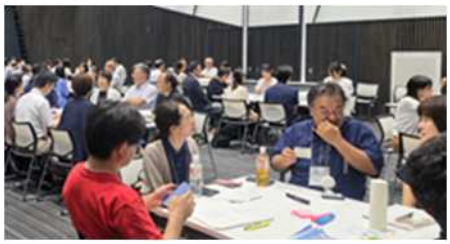

6 名古屋めしを囲んだ懇親会

ゼミ終了後には、愛知県の主催により懇親会が開催され、64名が参加しました。名古屋めしを囲みながら、日中のグループワークの続きを語り合ったり、久しぶりの再会を喜んだりと、会場は大いに盛り上がりました。講演やグループワークとはまた異なる和やかな雰囲気の中、地域や職種を越えたつながりが一層深まり、楽しい交流のひとときとなりました。



7 おわりに

一日を通して、地域や立場を越えた交流が広がりました。初めて参加された方からは、地域によって環境や考え方が異なり、自分にとっての当たり前が、ほかの地域では当たり前ではないと知ることが、学びの原動力になったとの感想が寄せられました。また、中田和明氏の「2025年も何とかなった。みんなで乗り越えてきたのだから、2040年も何とかなる」という言葉が心に残ったとの声もあり、将来の課題を不安だけで捉えるのではなく、全国の仲間と知恵を持ち寄りながら取り組むことの大切さを、改めて感じました。



今回、永田光映ゼミ長のリードのもと、実行委員の一人として企画・運営に携わり、全国の皆様と学び合う貴重な機会をいただきました。ご講演・ご助言をいただいた先生方、ともに準備を進めた実行委員の皆さん、そして厳しい暑さの中、名古屋へお越しいただいた皆様に、心より感謝申し上げます。次回開催地の山梨県へバトンをつなぎ、また皆様とお会いできることを楽しみにしております。ありがとうございました。



4 夏ゼミ in 名古屋2026 後ゼミ参加報告

名古屋市健康福祉局健康部健康増進課
斉藤 智也

1 はじめに



令和8年8月2日、愛知県歯科医師会館で開催された第42回地域歯科保健研究会（夏ゼミ in 名古屋2026）の後ゼミに参加しました。テーマは「再考！高齢者に対する歯科保健医療施策！～君は2040年の準備はできているか？～」です。私は名古屋市の取組を話題提供する機会もいただきました。高齢者が必要な歯科保健医療につながり、生活の場が変わっても口腔管理を継続できるよう、行政として何を整えるべきかを考える時間となりました。

2 名古屋市の在宅歯科医療と介護をつなぐ取組

名古屋市からは、在宅医療・介護連携推進事業を活用した「在宅歯科医療・介護連携室」の取組を紹介しました。本市では、平成28・29年度のモデル事業を経て、平成30年度から全16区を対象に事業を実施しています。高齢福祉課が所管し、名古屋市歯科医師会に委託して、訪問歯科診療の相談・調整や関係者間の情報共有などを進めています。

連携室には専従の歯科衛生士を配置し、各区の歯科医師会支部の担当者や在宅医療・介護連携支援センター等と連携しています。また、相談・依頼と対応結果を電子システムで管理し、月別・区別の実績に加え、依頼元や相談内容も把握しています。相談を受ける窓口と調整を担う人材を確保し、その活動を地域の課題把握に生かすことが、連携を日常の業務として定着させる上で大切だと考えています。

3 札幌市の一体的実施を活用したオーラルフレイル対策

札幌市の秋野憲一氏からは、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を活用した取組が紹介されました。通いの場での健康教育、歯科医師・歯科衛生士・管理栄養士によるフレイルチェック相談会、歯科衛生士のアウトリーチなど、高齢者の状態に応じた支援が組み立てられています。相談会では、歯科健診、口腔機能チェック、栄養指導を組み合わせ、3か月後の電話による評価と介護予防センターへの情報提供まで行う点が参考になりました。

特に注目したのは、国保データベース（KDB）を活用し、歯科医療につながっていない高齢者を把握する取組です。歯科の受診状況、疾病の既往、要介護度等から対象者を抽出し、調査票の送付後、電話や訪問による支援につなげています。把握された家庭には、老々介護で通院が難しい、訪問歯科診療の利用方法を知らない、介護に追われ歯科受診まで考える余裕がないといった事情がありました。本人や家族からの相談を待つだけでは届かない支援があることを、改めて考えさせられました。

4 福岡県の入院時から在宅まで継続する口腔管理

福岡県の山中あずさ氏からは、「口腔管理推進室整備事業」の報告がありました。平成26年度からの在宅歯科医療連携室を、令和2年度から口腔管理推進室へと発展させ、入院時から在宅まで継続的に口腔管理を提供する体制を整備されています。地域住民や関係機関からの相談、患者の状態に応じた歯科診療所の紹介に加え、病院への歯科専門職の派遣、口腔アセスメント、退院時カンファレンスへの参加などに取り組まれています。

令和7年度の連携病院数は42施設と報告されました。一方で、医科歯科連携の地域差、歯科専門職の不足、市町村事業等との混同も課題として示されました。拠点の整備に加えて、人材確保・育成事業の活用や、関係者への役割の説明を重ねる必要があることが伝わる報告でした。入院中に始まった口腔管理を退

院後に誰が引き継ぐのか、地域の仕組みとして確認しておくことの重要性を感じました。

5 後ゼミを通して考えたこと

3自治体の報告を通じて、必要な人を把握すること、支援先を調整すること、支援を継続することを一連の流れとして考える必要があると感じました。そのためには、歯科保健担当が既存制度や財源を理解し、高齢者福祉・介護保険等の担当部署、歯科医師会、歯科衛生士会などと具体的な役割をすり合わせていくことが欠かせません。事業の実施件数に加え、必要な歯科医療につながったか、継続して支援を受けられているかにも目を向けたいと思います。

「2040年の準備はできているか」という問いを、自分の担当業務に引き寄せて考える機会となりました。まずは、相談から受診、その後の支援までの流れを関係者と確認し、どこに支援の届かない人がいるのかを検討することから始めたいと思います。最後に、話題提供者の皆様、企画・運営に携わられた皆様に感謝申し上げます。

♪ 編 集 後 記 ♪



秋も深まり、店先にはさつまいもや栗、きのこなど季節の味覚が並ぶようになりました。旬の食材は味わいが豊かなだけでなく、季節の移ろいを感じさせてくれます。最近は特に栗を使ったお菓子が気になります。どら焼き、羊羹、ケーキなどなど、ついつい色々試してしまいます。体調管理に気を付けながら、秋の味覚を楽しみたいと思います。（O）

今年度も気が付けば後半に入り、秋らしさを感じるようになりました。今回の「行歯会だより」では、歯科疾患実態調査や地域歯科医療提供体制、夏ゼミでの取組など、これからの地域歯科保健を考えるうえで参考になる記事が掲載されています。日々の業務に追われていると、目の前の課題への対応で精一杯になりがちですが、少し先の地域の姿を考えながら仕事をすることの大切さを改めて感じました。（D）