

市町村における歯科保健対策の動向

宮 武 光 吉

はじめに

地域保健法の全面施行に伴い、これまで都道府県、保健所および市町村においてそれぞれ実施されてきた対人保健サービスが、市町村を主体として実施されることになった。歯科保健事業は、母子保健法および老人保健法等に基づく事業の一環として行われているものが大部分であり、これらの事業が全面的に市町村に移管されるのに伴い、歯科保健事業も市町村が実施主体となって推進されることになった。

これまでも、3歳時健康診査および妊産婦乳幼児保健指導以外の保健事業はほぼ市町村において行われてきたので、現場ではそれ程戸惑いはないものと思われるが、実際に新しい事業を企画し、実施する段階では種々の問題があり、これらを解決しながら進めていくことが必要とされているところである。

平成9年3月3日に厚生省から「都道府県および市町村における歯科保健業務指針」が健康政策局長名で通知され、今後はこれにより新たな体制に基づいて地域における歯科保健業務の推進が図られようとしている¹⁾。

このような動きの中で、市町村における歯科保健対策の現状と今後の動向について、これまでなされてきた地域保健対策総合研究事業による研究等を紹介しながら、考察してみたい。

1. 歯科保健対策の軌跡

戦後の歯科保健対策がどのように進められてきたかを年表に示すと、表1のとおりである²⁾。

1937(昭和12)年に制定公布された旧保健所法が、1947(昭和22)年に改正され、その事業として歯科衛生に関することがとり入れられたのが、衛生行政としての歯科保健対策の始まりであった。翌1948(昭和23)年には、歯科医師法とともに歯科衛生士法が制定され、同じ年に、厚生省医務局に歯科衛生課が設置された。

当時の保健対策の重点は、母子保健におかれており、1949(昭和24)年に児童福祉法の一部改正により歯科医師による妊産婦乳幼児に対する歯科健康診査と保健指導が、実施されることになった。この事業は、その後1965(昭和40)年の母子保健法に引継がれ、現在も実施されている。その実施主体は都道府県であり、1952(昭和27)年からは国の補助金が出されるとともに、「妊産婦・乳幼児歯科健診

表1 戦後の主な歯科保健対策

年	事 項
1947	「保健所法」改正、業務に歯科衛生士が加わる
1948	歯科医師法、歯科衛生士法が制定される
1949	妊産婦・乳幼児歯科保健指導が開始される
1952	第1回母子のよい歯のコンクールが開催される
	「妊産婦・乳幼児 歯科健診並びに保健指導要領」が通知される
1957	第1回歯科疾患実態調査が実施され、以後6年毎に実施
1961	3歳児歯科健康診査が開始される
1964	「母子歯科保健指導要領」が通知される
1965	「母子保健法」が制定される
1973	「老人保健法」が制定される
1977	1歳6か月児歯科健康診査が開始される
1983	老人保健調査事業(歯科)が開始される
1987	歯の重点健康教育、重点健康相談が開始される
1988	在宅寝たきり老人歯科保健推進事業が開始される
1992	8020運動推進事業が開始される
	訪問口腔衛生指導および歯周疾患予防モデル事業が開始される
1995	歯周疾患予防のための歯科検診が開始される
1997	「都道府県および市町村における歯科保健業務指針」が通知される
	「母子歯科健康診査および保健指導に関する実施要領」が通知される

(「国民衛生の動向」1996年版改変)

並びに保健指導要領」が通知されている。

1961(昭和36)年から3歳児健康診査が開始され、全国一斉に都道府県・政令市の保健所において実施されることになった。歯科健康診査と保健指導もその中に含まれているが、この事業は母子保健法に受け継がれて、現在に至っている。同じ年に「3歳児歯科保健指導要領」が通知され、1964(昭和39)年に出された「母子歯科保健指導要領」とともに、永く公衆衛生活動の場において歯科保健業務の指針として用いられてきたが、平成9年3月31日に「母子歯科健康診査および保健指導に関する実施要領」に改められた。

1965(昭和40)年に母子保健法が制定された。この法律は、それまで児童福祉法の中に組み入れられていた母性・乳幼児に対する保健対策が抜き出されたものであり、歯科保健対策も同法に移されることになった。当時、対人保健サービスを市町村に移管する構想があったが、時期尚早ということで見送られた。ただ、歯科保健に関しては、都道府県における体制すら未整備の状態のところが多く、その

(東京歯科大学社会歯科学研究室)

充実が望まれていたところであり、市町村においては都道府県以上に体制が整えられていなかったといえる。

その後、1977（昭和52）年に、予算補助事業として1歳6か月健康診査が、市町村を実施主体として開始され、全国の殆どどの市町村で実施され、現在も継続されている。歯科健康診査もこの中に含まれており、各市町村は各地区歯科医師会の協力のもとに、本事業に取り組んできたが、地区によっては都道府県・保健所の支援により、実施されているところもある。本事業は、今回の母子保健法の一部改正により法定化され、新たに市町村の業務となった3歳児歯科健康診査とともに、市町村において実施されることになった。

1972（昭和47）年に老人福祉法の一部改正により、老人医療費支給制度が始められ、医療費が高騰し、これが契機となって老人保健法が検討され、1973（昭和58）年に制定された。老人保健法に基づく医療等以外の保健事業は、それ迄の成人病対策を引継ぐ形で進められたが、歯科保健事業は大きく立遅れ、次のような経過を辿って具体化されていった。

第1次計画：老人歯科保健調査事業が1983（昭和58）年から1987年まで行われた。

第2次計画：1987（昭和62）年から重点事業として、歯の健康教育、歯の健康相談が開始された。

第3次計画：1992（平成4）年から歯科衛生士による訪問歯科衛生指導と歯周疾患検診の有効性についての調査事業が行われ、後者の成果をうけて、1995（平成7）年から歯周疾患予防のための歯科検診が総合健康診査の一環として実施されることになった。

これらの事業は、他の保健事業と同様に、市町村を実施主体として実施されているが、実施市町村数はまだ多くなく、被実施人数も健康教育・健康相談事業では全体の5.9～11.7%に止まっている。しかし、近年その増加率は著しく、年と共に実績が挙っている。

このほか、学校保健法や労働安全衛生法等による歯科保健対策も展開されているが、ここでその内容については省略する。いずれにせよ、殆んどすべての歯科保健対策は以上述べたような各法律に基づく歯科保健の一部として実施されてきたものであり、歯科保健独自の法律等を持たないため、やむを得ないことではあったが、生涯を通じて一貫した対策を樹立し、実施するのではなく、それぞれのライフ・ステージ毎に分断されて行われてきたといっても過言ではなかった。

殊に、老人保健法に基づく保健事業の対象年齢が40歳以上とされたところから、20歳から39歳までのいわゆる成人前期といわれている年齢階層に対しては、歯科保健対策は殆んど講じられていなかった。1989（平成元）年に厚生省に設けられた成人歯科保健対策検討会の中間報告が提出され、そこで「8020運動」が提唱され、都道府県とともに、特別区および市において8020運動推進事業が1992（平成4）年から実施されることになった。

この事業は、その主な対象を20～40歳代においたことと、

市町村の中でも企画・実施が容易と考えられた市を実施主体として位置づけるとともに、妊産婦・乳幼児、児童生徒、成人さらに高齢者を一貫して、いわば生涯を通じての歯科保健対策を推進していくこととしたことが、その特徴であったといえる。

これより先、1988（昭和63）年からモデル事業として開始された寝たきり老人歯科保健推進事業が、補助事業から自主財源による市町村独自の事業として全国に波及し、約10%の市町村において実施されるようになった。これらのことから、序々にではあるが、歯科保健事業が市町村においても実施される動きが見えてきたといえる。

2. 都道府県における歯科保健事業の現状

平成6・7年度の地域保健対策総合研究事業、中尾班（主任研究者：中尾俊一明海大学歯学部教授）は都道府県における歯科保健事業について、その現状ならびに今後の計画等を把握するとともに、行政に歯科医師・歯科衛生士が勤務しているか否かによる事業の展開の相違について比較することを目的として調査を行ない、その結果について報告している⁴⁾。

回答のあった44都道府県について集計・解析を行い、つぎのような結果が得られた。

まず、1989（平成元）年から1994（平成6）年にかけて、都道府県において歯科単独事業は飛躍的に伸びており、歯科保健関係業務が増加していることが明らかとなった。

ついで、都道府県が実施している歯科保健事業の対象は、乳幼児が最も多く、ついで在宅要介護高齢者、8020運動推進事業の順となっている。

また、都道府県で実施されている歯科単独事業は、その殆んどが都道府県単独事業として実施されており、事業の継続性を確保する上で考慮すべき余地がある。

都道府県衛生主管部局に歯科医師又は歯科衛生士（歯科技術職員）が配置されているのは、28都道府県、63.6%であった。また、都道府県の衛生行政組織における歯科保健担当係等の位置づけは、歯科単独の係が9.1%、母子歯科保健係等が22.7%、係の組織を持たないもの13.6%、歯科以外の係が担当している場合が54.5%であった。

さらに、歯科単独の係がある都道府県には、すべて歯科技術職員が配置されていたが、歯科以外の係が担当している場合には、歯科技術職員が配置されているのは50%であった。そして、歯科技術職員が都道府県衛生主管部局に配置されたところにおいては、歯科保健推進委員会等が設置されたり、歯科保健事業数が多くなっていることが明らかにされた。

以上のことから、近年になって都道府県における歯科保健事業が増加するとともに、歯科技術職員が配置されているところでは、事業の展開が強化されていることが示唆された。そして、今後、地域における歯科保健事業の普及定着を図る上で、地方公共団体における歯科保健事業を円滑に推進していくための環境整備が必要であるとしている。

本研究は、地域保健法施行前の時点における都道府県の

歯科保健の実施状況を調査したものであり、地域保健法の施行後は、都道府県の役割も変化し、同時に、都道府県衛生主管部局における歯科技術職員の業務も企画・調整を主としたものとなることは当然であり、相対的に市町村の事業主体としての体制強化を図ることが、今後の課題であるといえよう。

3. 市町村における歯科保健事業の現状

前記中尾班では平成8年度において、市町村における歯科保健事業の現状について調査を実施した⁹⁾。その結果の概要は次のとおりである。

この調査は、都道府県庁に歯科技術職員の勤務している8都県の全市町村を対象として行なったものであり、調査対象の583市町村のうち有効回答が得られたのは、457市町村であり、その回答率は78.4%であった。

調査内容は、市町村保健センターの有無、市町村保健センターにおける口腔保健室設置の有無、歯科衛生士配置の有無および各種保健サービスの実施状況についてであった。

回答のあった市町村のうちで、保健センターを設置しているのは347市町村であり、設置率は76.9%であった。また、保健センターに口腔保健室又は類似の施設を設置しているところは、124か所で設置率は35.7%であった。

歯科衛生士の配置については、常勤で配置している市町村は、51(11.2%)であり、非常勤又は雇い上げが193(42.2%)、配置していないと回答した市町村は201(44.0%)であった。各種歯科保健事業の実施状況を保健センターに口腔保健室の有無により比較してみると表2のとおりであった。

表2 歯科保健事業の実施率と口腔保健室設置との関連

事業名	口腔保健室の設置	
	あり	なし
1歳6か月児歯科健康診査	98.4 %	92.9 %
乳幼児歯科保健事業	83.1	69.0
乳幼児歯科予防事業	49.2	40.7
妊産婦歯科健康診査	57.3	45.6
老人保健法による歯科保健事業	50.0	31.9

いずれの事業の実施率も、口腔保健室が設置されている市町村においては高く、このことから、今後の市町村における歯科保健サービスの拠点として、保健センターに口腔保健室が設置されることが必要であることが示された。地域住民に対する保健サービスの充実を図り、ヘルスプロモーションを推進していく観点からも、保健センターに口腔保健室を設置し、歯科衛生士を配置していくことが、重要な施策であると考えられる。

これらの詳細については、現在なお検討中であり、その

結果により現状が明らかにされることが期待される。また、県庁に歯科技術職員が配置されていない県等における実態についても把握することが必要である。

市町村における歯科衛生士の配置状況は、表3に示すとおりであり、都道府県により格差が著しい。千葉県は、80市町村中25の市町村に配置されており、31.2%と配置率の高い県の一つとなっている。そこで、千葉県下の歯科衛生士が勤務している市町村における歯科保健事業の実施状況と、歯科衛生士の関与について調査した吉森らの研究の概要は次のとおりである⁹⁾。

母親学級の実施にあたって、地域特性の把握、活動目標の設定、事業計画の立案と予算、事業の実施、結果の集計処理、事業の評価と6項目についての実施状況と歯科衛生士の関与の有無について調査した結果は表4のとおりであった。すべての項目を行っていた市町村は20であり、これらの市町村では歯科衛生士がそのすべてに関与していた。残りの20%の市町村が実施していなかったが、その理由としては、業務量が多く、手が廻らない、データ処理や評価について相談できる機関等がないこと等であった。

そして、歯科衛生士が関与した項目は、母親教室の内容に盛り込まれ、講義とブラッシング指導、歯科保健相談、歯科健康調査の補助が事業として実施される等口腔保健の向上に大きく寄与していることが示されている。このような例から、市町村に歯科衛生士が勤務していることの効果が明らかにされつつあり、さきの中尾班の研究結果からも、人口10万人に少なくとも2～3人程度の歯科衛生士の業務量があり、要員が確保されることが必要であるとされている⁹⁾。

表4 母親学級における項目別歯科衛生士の関与状況(千葉県)

実施項目	歯科衛生士の関与	比率
総数	25 市町村	100.0 %
地域特性の把握	20	80.0
活動目標の設定	20	80.0
事業・予算立案	25	100.0
事業の実施	25	100.0
結果の集計処理	22	88.0
事業の評価	20	80.0

4. これからの市町村における歯科保健対策

平成9年4月からの地域保健法全面施行とともに、各地域において地域保健医療計画、母子保健計画および老人保健福祉計画がそれぞれ策定されることが各法律により義務づけられている。これらの計画の作成にあたっては、地域の専門団体として歯科医師会が参画することが必要である。ただ、現在の地区歯科医師会は、市区町村とも2次医療圏とも無関係に組織されていることから、行政機関との連絡調整を図ることが困難な地域もみられるので、順次行政区域と一致が図られるよう再編されることが望まれる。

表3 就業歯科衛生士数(就業場所・都道府県別)

平成6年末現在

	就業場所								
	総数	保健所	市町村	病院	診療所	その他	都道府県	保健所*	市町村*
全国	48 659	765	600	3 103	43 080	1 111	21	383	238
北海道	2 686	43	37	138	2 418	50	1	28	20
青森	324	—	—	27	291	6	0	0	0
岩手	580	9	11	88	467	5	0	1	7
宮城	732	20	33	58	608	13	0	15	11
秋田	571	—	—	39	528	4	0	0	0
山形	483	1	1	18	458	5	0	0	0
福島	617	8	6	96	482	25	0	5	2
茨城	748	5	6	53	676	8	0	4	4
栃木	766	—	9	34	701	22	0	0	0
群馬	792	5	39	55	673	20	1	0	1
埼玉県	1 769	1	49	127	1 546	46	1	0	19
千葉県	1 286	20	110	157	968	31	0	10	60
東京都	5 215	306	66	381	4 322	140	0	119	14
神奈川県	3 137	60	23	204	2 769	81	1	36	3
新潟県	1 359	11	11	129	1 190	18	0	5	4
富山県	513	—	—	33	470	10	1	0	0
石川県	566	—	—	44	518	4	0	1	0
福井県	268	—	3	12	249	4	2	0	3
山梨県	442	1	—	25	411	5	0	0	0
長野県	1 181	—	12	73	1 040	56	2	9	9
岐阜県	995	7	15	78	862	33	1	4	11
静岡県	1 265	22	15	31	1 178	19	0	9	5
愛知県	1 231	57	23	119	984	48	1	35	11
三重県	644	—	2	27	599	16	0	0	2
滋賀県	468	1	16	42	399	10	1	0	4
京都府	273	10	11	18	223	11	0	10	1
大阪府	2 505	37	26	196	2 110	136	0	10	9
兵庫県	1 592	26	23	91	1 425	27	0	22	6
奈良県	545	6	4	22	507	6	0	6	5
和歌山県	408	2	2	7	389	8	0	3	0
鳥取県	465	3	—	12	447	3	1	3	0
島根県	477	4	—	20	443	10	0	4	0
岡山県	1 265	17	5	72	1 156	15	2	4	3
広島県	1 588	9	7	96	1 445	31	0	6	0
山口県	683	1	2	51	613	16	2	1	2
徳島県	661	6	1	16	631	7	0	0	0
香川県	525	—	2	26	481	16	1	0	2
愛媛県	659	3	4	42	599	11	0	3	5
高知県	578	4	4	6	559	5	0	4	5
福岡県	2 709	26	8	143	2 489	43	0	2	0
佐賀県	551	—	1	20	520	10	1	0	0
長崎県	627	3	1	41	569	13	0	4	0
熊本県	1 081	6	6	74	984	11	0	10	2
大分県	840	1	—	14	806	19	0	0	0
宮崎県	756	—	—	10	739	7	0	0	0
鹿児島県	799	17	6	17	738	21	0	3	8
沖縄県	434	7	—	21	400	6	2	7	0

平成8年4月1日(衛生行政業務報告,厚生省健康政策局歯科衛生課調べ)

さきに通知された「都道府県および市町村における歯科保健業務指針」においては、都道府県、保健所および市町村の役割を明らかにするため、本指針が示されたこととされている。そして、市町村等における歯科保健業務については、大凡次のように述べられている¹⁾。

(1) 企画・実施体制の調整として、①歯科保健に関する計画の策定 ②情報収集・提供 ③歯科衛生士の確保 ④医療福祉関係機関との連携・協力体制の整備 ⑤事業所、学校との連携 ⑥市町村保健センターの口腔保健室の整備が述べられている。

(2) 歯科保健事業については、市町村は身近で頻度の高い歯科保健サービスを可能な範囲で実施することとされているので、対応する保健事業の範囲を明確にし、必要に応じて保健所の協力の下に市町村保健センター(口腔保健室)等を拠点として事業を実施することとされている。そして、市町村が行うことが適当と考えられる事業として、①母子に関すること ②成人に関すること(8020運動等) ③老人に関すること(在宅寝たきり老人も含む) ④地域の特性に応じた歯科保健事業等が掲げられ、市町村がそれぞれの地域特性等を勘案して企画することとしている。

(3) 地域組織育成については、住民の自主協力、相互協力等により歯科保健の向上を図るため、地域ボランティアの育成、組織の育成に努め、その自主性を尊重した活用を図ることとしている。

(4) 啓発普及については、住民に対する動機づけが極めて重要であることから、関連情報の提供や歯・口腔の健康づくりにつながる行事の積極的な開催等に努めることとしている。

(5) 人材育成・活用については、事業に従事する職員の研修等に努めるとともに、潜在歯科衛生士の教育研修および活用を図ることとしており、この場合、歯科の専門分野

に限らず、健康づくりに関連する分野について資質の向上に努めることと述べている。

これからの市町村における歯科保健対策は以上のような指針に従って、各市町村において具体化され、実施されることになるが、すべての市町村で画一的に行われるのではなく、それぞれの地域特性を十分に把握することにより、その市町村に必要とされる事業を企画、実施しさらに評価することが必要とされる。

この場合、市町村によっては行政基盤、要員数、関係団体等との連携等に格差がみられ、必ずしも計画した事業が円滑に実施されにくいところも見られるが、このような町村には都道府県、保健所の技術支援が必要であり、関係者の確保と企画・調整力の向上がこれ迄以上に望まれるところである。

参考文献

- 1) 厚生省健康政策局長：都道府県および市町村における歯科保健業務指針について、健政発第138号、平成9年3月3日
- 2) 厚生統計協会：国民衛生の動向、1996年
- 3) 厚生省児童家庭局長、健康政策局長：妊産婦、乳児及び幼児に対する歯科健康診査及び保健指導の実施について、児発第231号、健政発第301号、平成9年3月31日
- 4) 高久悟ほか：都道府県における歯科保健事業に関する調査研究、口腔衛生学会雑誌、46(3)：297-305、1996年
- 5) 中尾俊一：今後の地域歯科保健のあり方に関する総合的な研究報告書、地域保健対策総合研究事業、1997年
- 6) 吉森和宏ほか：市町村歯科衛生士配置状況に関する調査研究、口腔衛生学会雑誌、47(1)：61-65、1997年
- 7) 吉森和宏ほか：市町村歯科衛生士の業務に関する研究、口腔衛生学会雑誌、47(2)：164-167、1997年
- 8) 中尾俊一：生涯を通じた地域歯科保健活動～現状と問題点、口腔衛生学会雑誌、46(1)：96、1996年