

## 特集：地域における歯科保健推進条例と歯科口腔保健法～「8020」の実現に向けて～

## ＜総説＞

## 歯科保健推進条例の広がりと今後の展望

深井 穫博<sup>1,2)</sup>, 大内 章嗣<sup>3)</sup><sup>1)</sup> 日本歯科医師会地域保健委員長<sup>2)</sup> 国立保健医療科学院生涯健康研究部客員研究員<sup>3)</sup> 新潟大学大学院医歯学総合研究科福祉学分野The spreading movement of prefectural and municipal ordinances  
for dental and oral health promotionKakuhiro FUKAI<sup>1,2)</sup>, Akitsugu OUCHI<sup>3)</sup><sup>1)</sup> Japan Dental Association The committee of community health, Chairman<sup>2)</sup> Department of Health Promotion, The National Institute of Public Health, Visiting researcher<sup>3)</sup> Division of Social Welfare, Department of Oral Health and Welfare, Niigata University Graduate School of Medical and Dental Sciences

## 抄録

1989年に8020運動が提唱されて以来、20年以上が経過した。この間、8020の状況は改善してきているが、その割合はようやく20%を超えたところであり、多くの国民が生涯にわたって口腔機能を維持できる「8020社会」の実現にはいたっていない。一方、この10年の間に、口腔保健の全身の健康に及ぼす影響に関する研究結果が次々と報告され、施策としての8020運動の科学的根拠が蓄積されるようになってきた。

しかしながら、口腔保健は、食べる、話す、笑うなど国民が健康で質の高い生活を送るうえで、基礎的な要素であるにもかかわらず、国と地方自治体が、国民・住民に対して、生涯にわたる口腔保健対策を切れ目なく行うための法制的基盤は十分ではなかった。特に、確実な蝕予防、歯の喪失防止のための成人期以降の歯科健診・保健指導体制の整備、障害者・要介護者等への歯科医療提供体制、生活習慣病等の疾患別対策における医科歯科連携の推進など歯科に関わる健康格差の是正が求められる課題となっている。

このような背景のなかで、2008年の新潟県歯科保健条例を皮切りに、現在まで21道県および7市町において、県条例、市町条例が制定されている。特に、2011年8月には、「歯科口腔保健の推進に関する法律」が制定され、生涯にわたる口腔保健の維持構造のための国と地方公共団体の責務や、基本的な施策が明示された。また、同年10月には、埼玉県において県条例が制定され、国の法制定後も県、市町村条例制定の動きはとどまっていない。

国の法律とこれまでの1県を除いた県条例は、国民・住民の代表である議員提案の形で、提案され成立しているものであり、8020運動が22年目を迎えた現在、口腔保健の推進が、施策に直結した国民運動となって定着してきたものといえる。健康政策に関する財源が議論されるなかで、口腔保健の推進に関する国の法と地方公共団体の条例が両輪となって、地域の特性を活かした効果的な対策が推進される新しい時代が到来していると考えられる。

キーワード：歯科保健推進条例、歯科保健対策、法的基盤、地方自治体

連絡先：深井 穫博

〒341-0003 埼玉県三郷市彦成 3-86 深井保健科学研究所

3-86 Hikonari, Misato-shi, Saitama, Japan. Fukai Institute of Health Science.

Tel & Fax: 048-957-3315

E-mail: fukaik@fihs.org

[平成23年10月26日受理]

## Abstract

Since the initiation of the “8020 Campaign” in 1989, over twenty years have passed. During this time the oral health of the Japanese has improved year by year. However, the percentage of people with over twenty teeth at age 80 is only 25%. The “8020 Society” has not been realized. On the other hand, there have been many scientific reports showing a relationship between oral health and systemic health, and the accumulation of this body of evidence supports the prevention of tooth loss based on health policy.

However, the current system of laws promoting lifelong oral health is insufficient. Poor oral health can dramatically affect the quality of a person’s life, affecting chewing, swallowing, speaking, facial aesthetics, and social interaction. In order to close the gap of health equality, it is essential for dental professionals and government officials to undertake work towards the following goals: effective dental caries prevention, an oral health check-up system to control tooth loss in adults, a dental care delivery system for the handicapped and frail elderly, and cooperation between dental and medical professionals for coping with lifestyle related diseases such as cerebral stroke, diabetes mellitus, and cancer.

To this end, the Niigata Prefectural Ordinance for Dental Health was established in 2008, kick-starting a rapidly spreading movement. This movement has so far resulted in the enactment of a total of 28 dental and oral health promotion laws in 21 prefectures and seven cities and towns. The national Dental and Oral health Promotion Law, Passed in August 2011, was a critical turning point in the effort to encourage national and local governments to establish public oral health policy supporting lifelong oral health. After passage of this national law, the 21st Prefectural Law was established in Saitama in October 2011. This movement is expected to continue in the coming years.

With the exception of one prefecture, all of these national and prefectural laws for dental and oral health promotion have been proposed by lawmakers who were elected by community residents. This means that oral health promotion is changing from a top-down approach to a bottom-up movement supported by the people. In the new era of parallel and complementary action at the national and local level, community-based oral health promotion will contribute to improved oral health in Japan.

(accepted for publication, 26th October 2011)

**Keywords:** local government, oral health promotion, legal system, oral health policy

## I. はじめに

生涯を通じた歯科・口腔保健対策を推進するための法的基盤となる「歯科口腔保健の推進に関する法律」(以下、「歯科口腔保健法」という。)が衆参両院の全会一致で可決・成立し、2011年8月10日に公布された[1]。同法の成立には、2008年7月の新潟県歯科保健条例を端緒として都道府県および市町村(レベル)で制定が相次いだ歯科・口腔保健の推進に関する条例(以下、「歯科保健推進条例」という。)の動きが大きな促進要因となった。

一方、歯と口腔の健康は、食べる、話す、表情を整えるという生きるための基本的な機能として、誰もが、生涯にわたって維持されることを望んでいる身近な健康課題である。しかも、この10年の間に、誤嚥性肺炎が口腔ケアによって約40%予防できることを2年間の追跡調査で明らかにした研究報告を端緒として[2]、口腔と全身の健康との関連を示す研究成果が次々と報告されるようになってきた。その結果、高齢者医療・介護分野はもとより、病院等における口腔ケアが急速に広がってきたばかりでなく、歯科医療者が高齢者医療や病院におけるチーム医療の一員として議論されるようになってきている。また、歯を失うことの不利益は、長期的にみても、身体症状と日常生活の運動機能に影響を及ぼすばかりか、糖尿病をはじめとする生活習慣病、あるいは寿命との関連までも指摘されるようになって

てきた[3,4]。

このような研究成果によって、歯科・口腔保健対策は、歯科保健医療者に限った問題ではなく、多職種との連携促進と生涯にわたる関連施策における位置づけを明確にすることによってその効果を発揮するものであることが、国民はもとより、保健医療関係者の中で認識されるようになってきた。これが、歯科口腔保健法制定と地方自治体の歯科保健条例の広がりを示している背景要因であると考えられる。

しかしながら、う蝕と歯周病に代表される歯科疾患は、その予防手段が明確になってきているにもかかわらず、いまだその有病率は高く、歯を喪失する直接的な原因となっていると共に、個人間、あるいは地域間の格差がみられる[5,6]。しかも、要介護高齢者等に必要なる歯科医療が必ずしも提供されているわけではなく、成人期や子育ての期間にも、口腔保健サービスが格差なく提供される体制が整っているとは言いがたい。

そこで本稿では、歯科保健推進条例制定に至る歯科・口腔保健対策の背景や、これまでの歯科保健推進条例制定の経緯等について概括するとともに、地方自治体における歯科保健推進条例に期待される役割と、歯科口腔保健法制定後を見据えたこれからのわが国の歯科口腔保健施策の展開について述べる。

## II. 歯科・口腔保健の特性とこれまでの法的基盤

幼児、児童・生徒を対象としたう蝕予防を中心とした対策から、成人期の歯周疾患対策や要介護高齢者への歯科保健医療サービスの提供を含めた、生涯にわたる歯科・口腔保健医療対策への転換を目指して、厚生労働省と日本歯科医師会が8020（ハチマル・ニイマル）運動を提唱して以来、20年以上が経過した [7].

この間、21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）の最終評価に示されているように [8], 全体として国民の歯科保健水準は改善してきていると言えるが、80歳以上でみると、20歯以上の現在歯を保有している者の割合は21.1%に過ぎず、いまだ多くの国民がう蝕と歯周病をはじめとした歯科疾患に罹患し、歯の喪失に伴う咬合・咀嚼機能の低下を来している現状がある [9].

国民が歯を失う主な原因であるう蝕と歯周病は、他の疾患と比較して極めて有病率が高いとともに、その進行が生涯を通じて累積的に作用して最終的に歯の喪失に繋がるという特性を有している。この特性が、小児期から成人・高齢期まで生涯を通じた歯科・口腔保健活動を継続的かつ各ライフステージに応じて効果的に実施することが8020の実現のために不可欠であることの一因となっている [10].

一方で、現在、地域保健・健康増進対策を推進するための基本的な法体系は図1に示すように、保健所、市町村保健センターをはじめとした地域保健推進体制の整備を中心とした「地域保健法」と健康診査、保健指導などの実際のサービス（健康増進法では「健康増進事業」と規定している。）の効果的な推進をはかるための「健康増進法」を全体の基盤とし、実際の事業は各ライフステージ毎に整備された母子保健法、学校保健安全法などの各個別法の規定に基づいて行われている。

こうした個別法における健康診査等の位置づけについて、医科と歯科を比較したものが表1であるが、成人・労働者を中心に医科・歯科の間に大きな差がみられるのが明らかである。このことが、歯科保健医療関係者から、「歯科・口腔保健対策を推進するための法的基盤が弱い」と言われる所以となっている。

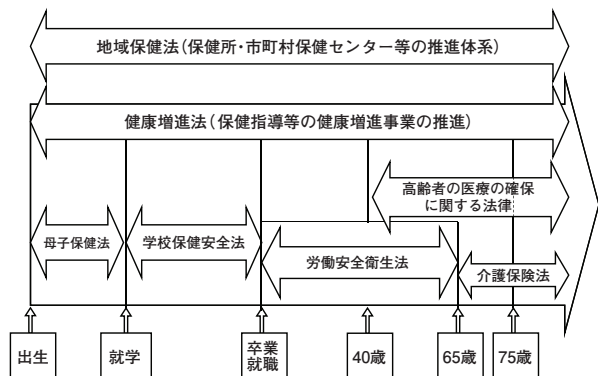


図1 地域保健・健康増進対策の基本的体系

表1 各個別法と健康診査等

	法令に基づく健康診査等	医科	歯科
母子保健法	妊婦健康診査	●	
	1歳6ヶ月児健康診査	●	●
	3歳児健康診査	●	●
児童福祉法	保育所における健康診査	●	△ <sup>1)</sup>
	就学時健康診査	●	●
学校保健安全法	学校健康診査(定期・臨時)	●	●
	職員健康診査	●	
	就業時の健康診査	●	
労働安全衛生法	長期海外派遣労働者の健康診査	●	
	一般(定期)健康診査	●	
	特殊健康診査	●	● <sup>2)</sup>
高齢者の医療の確保に関する法律	特定健康診査(40~74歳)	●	
	一般(定期)健康診査(75歳~・努力義務)	●	
健康増進法	歯周疾患検診		●
	骨粗鬆症検診(女性のみ)	●	
	肝炎ウイルス検診	●	
	がん検診	●	
介護保険法	生活機能評価	●	※ <sup>3)</sup>
	主治医意見書	●	※ <sup>4)</sup>

1) 児童福祉施設最低基準で嘱託医は必置となっているが、歯科医師は規定されていない。ただし、「保育所保育指針」(大臣告示)の解説書では年1回以上の歯科健診を実施することとなっている。

2) 酸、黄りん等の歯・歯周組織に有害なガス、粉塵等の発散する業務(令第22条第3項)従事者が対象

3) 口腔機能に関する問診(基本チェックリストの中の3項目)がある

4) 主治医(MD)が作成する意見書のなかに歯科医療の必要性に関する項目がある

しかし、歯科保健医療関係者も認識しておく必要があるのは、これらの法律のなかで、法律本文で歯科・口腔保健対策を完全に排除している法律は全くないことである。

地域保健法には、保健所法の時代から、保健所の行う事業として「歯科保健（歯科衛生）に関する事項」が法律本文に明記されており、健康増進法でも厚生労働大臣が定める基本方針の内容として、法律本文中に「食生活、運動、休養、飲酒、喫煙、歯の健康の保持その他の生活習慣に関する正しい知識の普及に関する事項」と規定しており、地域保健・健康増進の基盤となる両法律とも歯科・口腔保健対策も視野に入れた立法がなされていることは明らかである。

では、何故、表1のような差が生じているのか。学校保健安全法を例に挙げると、同法十三条で、「学校においては、毎学年定期的に、児童生徒等（通信による教育を受ける学生を除く。）の健康診断を行わなければならない。」と児童生徒の健康診断の実施を規定し、同法第十五条では、「学校の設置者は、毎学年定期的に、学校の職員の健康診断を行わなければならない。」と職員の健康診断の実施を規定している。これらの規定を受けて、学校保健安全法施行規則第六条で、「法第十三条第一項の健康診断における検査の項目は、次のとおりとする。（中略）七 歯及び口腔の疾病及び異常の有無（後略）」と規定されていることから、毎年、児童・生徒の定期健康診断として歯・口腔の診査が行われているのであり、一方、職員の健康診断の検査項目

を規定している同施行規則第十三条には歯科に関する検査項目の規定がないために、学校職員に対する歯科健診は必須となっていないのである。

つまり、表1のような差が生じている根拠となっているのは、決して法律本体ではなく、法の委任の範囲で内閣や主管省庁が制定する政令・省令あるいは通知・要綱等のレベルであり、決して法改正をしないと対応できないというものではないことを認識しておく必要がある。ただし、労働安全衛生法に基づく健康診断については、その立法趣旨および法律本文における健康診断に関する規定の内容から、その状況が異なる。

したがって、現行の地域保健・健康増進に関する法体系下で、生涯を通じた歯科・口腔保健対策の推進するための法的基盤の在り方を考えると、各個別法に基づく個々の施策・事業レベルでの取り組みを促進するための基本法的性格の立法を考えるのが最も合理的であり、今回制定された歯科口腔保健法はこうした考え方に沿ったものだといえる[10]。

その他、独自の法的基盤を持って歯科・口腔保健対策を推進していく必要性として挙げられるのが、地域間格差、個人間格差の存在及び他の保健医療福祉施策との連携強化の問題である。各個別法に基づき全国で実施されている母子歯科保健および学校歯科保健分野における状況をみても、その活動状況および成果の都道府県間あるいは市町村間等の地域間格差は極めて大きいのが現実である[5,6]。加えて、歯科・口腔保健医療サービスへのアクセスが制限されがちな障害者や要介護者では、劣悪な口腔内環境のまま放置されがちなのが指摘されており、こうした個人レベルの格差への対応も重要となっている[11]。このようなことが、基本法的な性格をもつ歯科口腔保健法に加えて、地域の保健医療資源の特性や現状に基づいた地方自治体の歯科保健推進条例が必要な根拠となっている。

また、近年、口腔の健康の保持増進が、生活習慣病の予防を始めとした全身の健康状態の維持・増進や介護予防等に貢献することが明らかになってきている一方、現状では、生活習慣病対策や医療費適正化対策、がん対策等における歯科・口腔保健対策の役割や位置づけは明確でなく、十分な連携がなされているとは言い難い。介護・高齢者、障害者等に対する保健医療福祉施策や、健康増進・医療費適正化対策、食育推進といった各関連施策と歯科・口腔保健医療施策が密接に連携、相互協力しながら推進されるようにすることが、国民の健康・福祉の向上の観点からも重要である。

こうした地域・個人間格差の是正、他の保健医療福祉施策との緊密な連携の確保を、歯科・口腔保健の現状や特性に基づきつつ、効果的かつ継続的に推進する根拠として、歯科・口腔保健対策における法的基盤の整備を考えることは国レベルでも、地方自治体レベルでも極めて重要な課題となっている。

### Ⅲ. これまでの条例制定の経過とその特徴

表2に示すように、2008年7月の新潟県歯科保健推進条例の制定からわずか3年余の間に、21の道県において歯科保健推進条例が制定されている。これ以外にも、2010年12月の静岡県裾野市における「裾野市民の歯や口腔の健康づくり条例」を始めとして愛知県あま市、静岡県駿東郡清水町、同長泉町、岐阜県大垣市、同山県市、栃木県日光市の7市町において条例が制定されている[12,13]。

こうした動きの発端となった新潟県歯科保健推進条例は、2007年5月頃からその構想が浮上し、県歯科医師会および「子供の歯を守る会」[14]が中心となって、自由民主党県議団、県行政等への働きかけと条例案の具体化に向けた作業が行われた。その後、自民党政調会長を委員長とした条例制定準備委員会が発足し、条例案の党議決定、パブリックコメントを経て、2008年度6月定例議会で議長

表2 これまでに制定された都道府県歯科保健推進条例  
(2011年10月18日現在、公布順)

都道府県名	条例の名称	年月日 <sup>※1</sup>
新潟県	新潟県歯科保健推進条例	2008.7.22
北海道	北海道歯・口腔の健康づくり8020推進条例	2009.6.26
静岡県	静岡県民の歯や口の健康づくり条例	2009.12.25
長崎県	長崎県歯・口腔の健康づくり推進条例	2009.12.25 (2010.6.4施行)
島根県	島根県歯と口腔の健康を守る8020推進条例	2010.3.2
千葉県	千葉県歯・口腔の健康づくり推進条例	2010.3.26 (2010.4.1施行)
岐阜県	岐阜県民の歯・口腔の健康づくり条例	2010.3.30 (2010.4.1施行)
愛媛県	愛媛県歯と口腔の健康づくり推進条例	2010.6.29
佐賀県	佐賀県笑顔とお口の健康づくり推進条例	2010.6.30
茨城県	茨城県歯と口腔の健康づくり8020・6424推進条例	2010.9.28 (2010.11.8施行)
熊本県	熊本県歯及び口腔の健康づくり推進条例	2010.10.15 (2010.11.1施行)
長野県	長野県歯科保健推進条例	2010.10.21
高知県	高知県歯と口の健康づくり条例	2010.10.22 (2011.4.1施行)
栃木県	栃木県民の歯及び口腔の健康づくり推進条例	2010.12.21 (2011.4.1施行)
宮城県	宮城県歯と口腔の健康づくり推進条例	2010.12.24
神奈川県	神奈川県歯及び口腔の健康づくり推進条例	2011.3.4 (2011.7.1施行)
広島県	広島県歯と口腔の健康づくり推進条例	2011.3.14
岡山県	岡山県民の歯と口の健康づくり条例	2011.3.16 (2011.4.1施行)
宮崎県	宮崎県歯・口腔の健康づくり推進条例	2011.3.22
兵庫県	健康づくり推進条例 <sup>※2</sup>	2011.4.1
埼玉県	埼玉県歯科口腔保健の推進に関する条例	2011.10.18

※1：年月日は公布日を示す。別に施行日の記載がない場合は同日施行  
 ※2：兵庫県の「健康づくり推進条例」では「生活習慣病等の健康づくり」、「心の健康づくり」と並んで、「歯及び口腔の健康づくり」が含まれており、歯及び口腔の健康づくりの推進に関する県の施策や関係者等への支援を規定している。

を除く自民党・公明党全議員の議員提案として提出され、同年7月11日の本会議で決成立したものである [15]。

「子供の歯を守る会」[14]は、フッ化物の応用を中心とした小児のむし歯予防を推進するために1974年3月に発足した民間組織であり、新潟県歯科医師会、行政・学校保健関係者、県議会議員、大学関係者などを構成員としている。同会の会長を県歯科医師会の会長が兼任しており、県行政、県歯科医師会の活動と一体となって小児う蝕の予防に努め、11年連続で日本一子どものむし歯の少ない県（12歳児 DMFT0.75：2010年実績）を達成するなど、多くの実績を残してきた。こうした県行政や議会関係者も巻き込んだ長年の経験と実績の積み重ねが、全国初の歯科保健推進条例の制定の下地となったことは間違いない。なお、「子供の歯を守る会」は新潟県歯科保健推進条例の制定により、新潟県歯科保健推進条例対策委員会が設けられたことに伴い、2009年5月に発展的解散をしている。

この新潟県で議員発議による歯科保健推進条例が制定されたという情報は、ただちに歯科保健行政担当者や都道府県歯科医師会関係者に一種の「コロンブスの卵」をみるような驚きとともに伝わり、2009年6月には、「北海道歯・口腔の健康づくり8020推進条例」が制定されるなど、次々とまさに連鎖していった。

地方自治体が制定する条例は日本国憲法第94条の地方自治の規定を根拠として、地方自治法に基づき地方自治体の議会の議決によって制定されるものである。条例案の発議には、首長提案と議員発議、そして有権者からの直接請求が認められているが、21の道県歯科保健推進条例のうち、兵庫県の条例を除いてはすべてが議員発議（兵庫県は知事提案）によるものである。一方、7つの市町歯科保健推進条例は、愛知県あま市を除いていずれも首長提案という形になっている。いずれにしても、法律の要請に基づかない、いわゆる任意的政策条例がこのような大きな広がりを見せたことは、今後の歯科・口腔保健対策を進めるうえで極めて大きな意味をもっていると考えられる。

この背景として、国政レベルで与野党それぞれから歯科・口腔保健の推進に関する法案を国会提出する動きがあったもののいずれも成立にいたっていなかったこと、地方分権、地方自治の流れの中で、地方議会の政策立案機能の強化が求められていることなどの促進要因があったことは否めない。しかし、地域住民の健康の確保に第一義的な責務を有する地方自治体の議会において、地域住民の代表者たる議員の賛同を得て、歯科保健推進条例が可決・成立したということは、生涯にわたる歯科・口腔保健確保の重要性がすべての地域住民に共通する切実な課題として認知され、生涯を通じた効果的な歯科・口腔保健対策をきちんと実施するよう主権者である地域住民から地方行政に負託されたことになる。

これまでに制定された各条例を個別にみると、「目的」、「基本理念」、「自治体・関係者等の責務」、「計画等の策定」、「基本施策」、「調査」など、基本的骨格でおおよそ共通している部分はあるものの、「目的」、「基本理念」でさえ、

違いが見られ、「基本施策」に至っては表現もその内容も多様性に富んでいる。まさに地域の政策条例ということで、各地域の歯科・口腔保健対策に関する考え方や現状（課題）認識、これまでの取り組みの実績等を反映したものだと言える [13]。

なお、歯科口腔保健法の制定後も、地方自治体における歯科保健条例制定の動きはとどまらず、その2か月後には、埼玉県において「埼玉県歯科口腔保健の推進に関する条例」が公布・施行された。同条例は歯科口腔保健法制定を受ける形で策定された歯科保健推進条例第1号となるものである。

#### IV. 歯科保健推進条例に期待される役割

表1に示したように、生涯を通じた歯科・口腔保健の確保という観点からみると、現在、法律等に基づき全国レベルで実施されている対策や事業は労働者を含む成人や要介護・障害者に対する対応を中心に十分であるとは言いがたい。

歯科口腔保健法の制定を受けて、国においても対策の充実が図られることが期待されるが、直接、住民の健康に関わる地方自治体においても、生涯を通じた効果的な歯科・口腔保健対策の推進という観点から、地域の現状や課題を踏まえたうえで、その施策の後ろ盾となるような形で歯科保健推進条例を制定あるいは活用していくことが求められる。こうした意味で、条例のなかで、地方自治体が実施すべき施策の重点項目をできるだけ具体的に明示しておくとともに、施策の進捗状況等を評価し、住民および議会等に公表することを明記しておくことが有効であると考えられる。特に市区町村は母子保健や健康増進・生活習慣病予防、介護予防などをはじめとした多くの対人保健サービスの提供主体でもあり、具体的な施策の推進に繋がる形での条例の検討が望まれる。一方、都道府県条例においては、こうした各市町村の取り組みを効果的に支援し、市町村間の格差を縮小していく観点から、いくつかの条例にみられる市町村計画の策定支援など、単なる技術援助規定に留まらない仕組みづくりが求められる。

現在、国を含め、いずれの地方自治体においても行財政改革は喫急の課題であり、多くの自治体では、法律等に基づく義務的経費・事業を執行するだけで精一杯で、こうした義務的財政負担の増大に対応するために、自治体独自の政策的予算・事業は廃止あるいは毎年厳しいシーリングが繰り返されるとというのが多くの自治体の実態であると考えられる。

歯科・口腔保健関連予算・事業の多くはこうした政策的・裁量的な部分が多いため、これまで独自に歯科・口腔保健対策に取り組んできた地方自治体ほど実は厳しい状況におかれているとも言える。新潟県歯科保健推進条例の制定にいたる動機の一つとしても、まさにこのことがあった。主権者である地域住民の負託を受けた証となる歯科保健推進条例は、各地方自治体が生涯を通じた歯科・口腔保健対策を進めていくための極めて重要な契となるものである。少なくとも毎年の予算要求の段階で「何故（来年も）やる必

要があるのか」, 「他で出来るのではないか」からスタートするのと, 「どこまでやる必要があるのか」, 「もっと効果(効率)的な方法はないのか」から始まるのとは, 大きな違いがある。

## V. 歯科口腔保健法制定後の条例制定に関する展望

歯科口腔保健法の第一条に, 歯科口腔保健の意義として, 「口腔の健康が国民が健康で質の高い生活を営む上で基礎的かつ重要な役割を果たしているとともに, 国民の日常生活における歯科疾患の予防に向けた取組が口腔の健康の保持に極めて有効である」と明記されている。また, 基本的施策の一つとして, 第十一条に「口腔の状態が全身の健康に及ぼす影響に関する研究, 歯科疾患に係るより効果的な予防及び医療に関する研究その他の口腔の健康に関する調査及び研究の推進並びにその成果の活用の促進のために必要な施策」を国と地方公共団体が講ずることが示された。

先にふれたように, この国の法律の制定後も, 地方自治体の条例制定の動きはとどまっていない。歯および口腔の健康を保持することは, 食事(咀嚼), 会話をはじめとした国民の質の高い生活を直接支えるものである。歯科口腔保健法と, それに追加, 補完する条例の両輪が, これまで法制的な基盤が弱いと指摘されていた歯科口腔保健の新たな健康施策の推進力となっていくことが期待される。しかも, この両輪は, 新たな効果的な医療提供や予防手段の開発によってさらに進化していくものと考えられる[16]。

このなかで, 現状において, すべての住民が生涯にわたって格差なく口腔機能が維持されるための口腔保健にかかわる地方自治体に共通した基本的な課題としては, 下記の4点をあげることができる。

### 1. 確実なう蝕予防対策

小児のう蝕罹患状況は, 確かに減少傾向にある。しかしながら, 地域間格差の問題と成人・高齢者(要介護者)等の課題はまだ解決されているわけではない。科学的根拠に基づくう蝕予防法としてのフッ化物洗口をはじめとするフッ化物応用の推進がさらに求められる。

### 2. 成人期における歯科健診・保健指導の体制整備

歯周病予防や歯の喪失防止には, 歯科医療機関における定期的なメンテナンスを受けることが効果的であることが報告されている[17]。定期的に歯科健診を受けられる環境を整備していくことが不可欠な対策である。そして, ここでいう歯科健診とは, 単に疾病をスクリーニングするだけでなく, 歯科受診を含めたセルフケアを啓発・促進するための保健指導を行い, しかも地域・職域と歯科医療機関が連携できるシステムの構築によって生活習慣病予防などに貢献していくものであることが必要である。この趣旨に基づく成人歯科健診・保健指導プログラムが, すでに2009年に日本歯科医師会から公表され, 誰でも利用できるものとなっている[18]。

### 3. 高齢者・要介護等における歯科医療提供体制の整備と口腔機能の保持

疾病別の通院率でみると, 歯科疾患は, 高血圧, 腰痛に次いで第3位の高い受療率となっている一方, 高齢者, 要介護者あるいは障害者の中には, 様々な要因から実際の受診に結びつかない場合が多く, 在宅医療の推進をはじめとした多職種連携によるシームレスな歯科医療提供体制の整備が必要である。

### 4. 口腔と全身の健康との関連を基盤とした医療連携に基づく歯科医療提供体制の整備

2009年に各都道府県では4疾患5事業に関する医療計画の見直しが行われており, 多くの都道府県で歯科が位置づけられているが, 具体的な取り組みはまだ十分とは言えない(表3)。一方, 2010年には, 糖尿病連携手帳(日本糖尿病協会)および糖尿病治療ガイド(日本糖尿病学会)に糖尿病合併症としての歯周病が明記された。また, 日本歯科医師会と国立がんセンターとの連携により, がん患者の口腔ケアを地域の歯科医院が担うという連携事業がスタートしている[19]。このような具体的な疾病別の対応に歯科を位置づけていくことが必要である。

表3 都道府県医療計画におけるがん等4疾患医療連携体制

県名	がん	脳卒中	急性心筋梗塞	糖尿病
1 北海道	●	●		●
2 青森県		●		●
3 岩手県	●	●	●	●
4 宮城県	●	●	●	●
5 秋田県	●	●		●
6 山形県		●		●
7 福島県	●	●		●
8 茨城県		●	●	●
9 栃木県		●		●
10 群馬県	●	●	●	●
11 埼玉県		●		●
12 千葉県	●	●	●	●
13 東京都		●		●
14 神奈川県	●	●	●	●
15 新潟県	●	●	●	●
16 富山県				●
17 石川県		●		●
18 福井県	●	●	●	●
19 山梨県				●
20 長野県		●		●
21 岐阜県	●	●	●	●
22 静岡県				●
23 大阪府		●	●	●
24 兵庫県	●	●	●	●
25 愛知県	●	●		●
26 三重県				●
27 滋賀県		●	●	●
28 京都府				●
29 奈良県				●
30 和歌山県	●	●	●	●
31 鳥取県				●
32 島根県				●

県名	がん	脳卒中	急性心筋梗塞	糖尿病
33 岡山県		●		●
34 広島県	●		●	●
35 山口県		●		●
36 徳島県	●	●	●	●
37 香川県	●	●	●	●
38 愛媛県	●	●	●	●
39 高知県	●	●	●	●
40 福岡県	●	●	●	●
41 佐賀県	●	●	●	●
42 長崎県	●	●	●	●
43 熊本県	●	●	●	●
44 大分県	●	●	●	●
45 宮崎県	●	●	●	●
46 鹿児島県	●	●	●	●
47 沖縄県		●		
合計	26(55%)	38(81%)	22(47%)	42(89%)

2010年4月 日本歯科医療総合研究機構調べ

●：歯科の記載がある都道府県

## VI. おわりに

国において、地方分権の推進と危機的な財政状況とが相まって、地方自治体にその権限と責務を移譲する流れは、今後加速していくことが予想される。このとき、住民の健康を維持向上していくために果たす地方自治体の役割は大きい。歯科口腔保健法が制定された現在、これを契機として、各地域で、住民の歯科・口腔保健を確保するための議論を行い、これを担保し、遂行していくために地方自治体における条例の制定がさらに進んでいくことを期待したい。

また、すでに条例を制定している地方自治体においても、時代に合わせた新たな課題とその効果的な施策について検証を行い、必要に応じて速やかに条例改正を行っていくことが求められる。

口腔保健の推進に関する国の法と地方公共団体の条例が両輪となって、地域の特性を活かした効果的な対策が推進される新しい時代が到来していると考えられる。

## 文献

[1] 独立行政法人国立印刷局. 官報. 2011.8.10;174(号外):15-6.

[2] Yoneyama T, Yoshida M, Ohroi T, Mukaiyama H, Okamoto H, Hoshiya K et al. Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes. J Am Geriatr Soc. 2002;50:430-3.

[3] Fukai K, Takiguchi T, Ando Y, Aoyama H, Miyakawa Y, Ito G, et al. Dental health and 15-year mortality in a cohort of community-residing older people. Geriatr Gerontol Int. 2007; 7:341-7.

[4] Fukai K, Takiguchi T, Sasaki H. Dental health and longevity. Geriatr Gerontol Int. 2010; 10:275-6.

[5] 相田潤, 安藤雄一, 青山旬, 丹後俊郎, 森田学. 経

験的バイズ推定値を用いた市町村別3歳児う蝕有病者率の地域比較および歯科保健水準との関連. 口腔衛生学会雑誌. 2004;54:566-76.

[6] 安藤雄一, 相田潤. 児童・生徒等における健康状態の地域差—平成18年学校保健統計調査から—. ヘルスサイエンス・ヘルスケア. 2007;7(2):108-14.

[7] 厚生労働省, 編. 厚生労働白書(平成23年版). 東京:日経印刷;2011. p.283.

[8] 厚生労働省健康日本21評価作業チーム. 「健康日本21」最終評価. 2007.10.13. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001r5gc.html> (accessed 2011-11-1)

[9] 歯科疾患実態調査解析検討委員会. 解説平成17年歯科疾患実態調査. 東京:口腔保健協会;2007.

[10] 日本歯科医師会. これからの口腔保健のあり方に関する考え方—生涯を通じた口腔保健を推進するための法的基盤の整備を目指して—(2008/08/21時点でのとりまとめ) 2008.8. <http://www.jda.or.jp/text/ikennhoukokusho.pdf> (accessed 2011-11-1)

[11] 深井穂博. わが国の要介護高齢者の歯科医療ニーズと在宅歯科医療推進の短期的目標. ヘルスサイエンス・ヘルスケア. 2007;7(2):88-107.

[12] 8020推進財団. 都道府県歯科保健条例制定マップ. 2011.9.1. <http://www.8020zaidan.or.jp/map/index.html>(accessed 2011-10-17)

[13] 深井穂博, 大内章嗣, 池主憲夫. 歯科保健条例の広がりとは8020運動, 8020(財団法人8020推進財団会誌). 2011;10:78-83.

[14] 池主憲夫. 歯科界にとって公衆衛生とは—フッ素利用による齲蝕予防活動15年の経過を通して(下). 歯科展望 1990;75(6):1407-1418.

[15] 佐藤徹. 「新潟県歯科保健推進条例」の制定について—①新潟県歯科医師会の立場から—. 日本歯科評論. 2010;70(4):135-8.

[16] 深井穂博. 「歯科口腔保健の推進に関する法律」成立—歯科医療はどう変わっていくのか. the Quintessence. 2011;30(10):51-4.

[17] 深井穂博, 瀧口徹, 安藤雄一. 過去50年間の日本人成人の性別年齢階級別現在歯数の分布および最適回帰式からみた歯の喪失パターン. 厚生労働科学研究費補助金「歯科疾患の需要予測および患者等の需要に基づく適正な歯科医師数に関する研究」(研究代表者:安藤雄一)平成22年度総合研究報告書. 2011. p.359-66.

[18] 日本歯科医師会. 標準的な成人歯科健診プログラム・保健指導マニュアル. 2009.7. <https://www.jda.or.jp/program/> (accessed 2011-11-1)

[19] 日本歯科医師会・国立がん研究センター. がん患者歯科医療連携講習会1「手術前患者を対象とした口腔ケア」テキスト. 2010.8.