

特集：歯科口腔保健法に基づく地域歯科保健活動の推進と今後の課題

<総説>

地域の歯科疾患の疾病構造を踏まえた口腔保健施策の推進

尾崎哲則

日本大学歯学部医療人間科学分野

Promotion of oral health measures in light of the disease structure of dental disease in the region

Tetsunori OZAKI

Department of Community Dentistry, Nihon University School of Dentistry

抄録

地域における口腔保健状況の格差は他の保健領域よりも大きい。この差をどのように考え、口腔保健施策を進めていくべきであろうか。数値上では差と見えるが、実際は疾病構造が異なっていると考えられる。疾病の構造が異なれば、対策が異なる。

地域計画は、地域が抱えている問題点を明らかにし、これを改善していくためのものである。そのために、目標の項目、目標値について十分な検討をすること、口腔保健は保健事業の全体の一部であることを意識して構築すること、さらに、歯科疾患は社会因子の影響を受けやすいこと、これらの基本的なこと十分に考慮して、計画を策定する必要がある。

目標は、健全な口腔機能を生涯にわたり維持することができるよう設定することが必要である。口腔が機能しなければ、健康づくりには結びつかない。「美味しく一生食べられる」ところに目標がある。歯が残っていても、おいしく食べられなければ、歯科は生活を支える医療とは言えない。

基本的には、ライフステージに合わせ歯科検診で現状把握し、適切な口腔環境の維持・2大歯科疾患の予防を行い、歯の喪失予防並びに口腔機能の維持・向上を図り、ひいては健康寿命の延伸、健康格差の縮小、生活の質の向上を目指す。この目標の構築は全国どこでも適応できると考えられる。

歯の喪失防止は、成人期以降の口腔保健での一番大きな課題であるが、歯周病を有する者へのアプローチと同時にされるのが普通である。また、歯周病を有する者の割合の減少は、かかりつけ歯科医による継続的な歯科保健指導が効果的であると考えられる。そのため、歯周疾患検診を受診者の保健指導へのふり分けと考える必要がある。

学齢期のう蝕のない者を増加させるには、全体ではう蝕罹患が低下しているが、特定の児童生徒が多くう蝕を有していることと、就学以降の乳歯う蝕罹患率の増加問題についても計画は立てていくべきであり、地域ごとの小まめな施策をとっていく必要がある。その際、疾病の量のみならず、社会的背景を考えていくことも重要である。

歯科検診を受診した者の割合の増加に関しては、検診に基づく、歯科予防処置、歯科保健指導に意味があることを、十分に住民のみならず歯科医師等にも伝えておく必要がある。

各自治体でも、関係部署との調整したことにより関係者みんなで策定したものとなり、その後の周知や保健活動にも繋げやすくなることが考えられる。

連絡先：尾崎哲則

〒101-8310 東京都千代田区神田駿河台1丁目8-13

1-8-13, Kandasurugadai, Chiyoda-ku, Tokyo, 101-8310, Japan.

Tel: 03-3219-8201

E-mail: ozaki.tetsunori@nihon-u.ac.jp

[平成26年4月30日受理]

キーワード：口腔保健施策， 歯科保健計画， 歯科保健状況， 地域特性， ライフステージ

### Abstract

A disparity in oral health situation in the region is greater than health in other sector. How to think of this difference, or will be going to advance the oral health measures. It appears that the difference in the numerical, it is believed that disease structure is has been different from actual. Structure of the disease is different, different measures.

Regional planning is intended to reveal the problem areas have to continue to improve this. To that end, it should be sufficient considerations of goal, for the target value. Oral health programs to be constructed aware that it is part of the overall health programs. Further, dental disease that is susceptible to social factors. It is necessary to take full account of the basics of these, to develop a plan.

The goal, it is necessary to be able to maintain lifelong healthy oral function, and sets. Oral cavity is not working, does not lead to health. There is a goal to place “can eat delicious life”. Teeth be left, If you can not eat delicious, dentistry is not a medical to support life.

Basically, the current situation in the dental check up according to the life stage, and performs preventive maintenance, two major dental diseases of appropriate oral environment, to maintain and improve the oral function, as well as loss prevention of tooth, health by force I considered building the aim of extending life, reduction of health disparities, to improve the quality of life, and can be adapted anywhere in Japan.

Considering the increase in the percentage of those who visited a dental check, it is necessary to sufficiently, should also conveyed to the dentist, etc., not only by residents based on the medical examination, dental prophylaxis treatment, that there is a meaning to dental health guidance.

Indeed, it is considered to be that by the adjustment of the related departments in each municipality, were formulated together parties, can be easily connected to health and activities known later.

**keywords:** oral health measures, dental health plan, dental health status, characteristics of the region, life stages

(accepted for publication, 30th March 2014)

## I. はじめに

地域で口腔保健施策を進める場合，ある時点で歯科保健目標を策定することになる。今までは多くの地域でオートマチックに「国の目標値」をそのまま横引していく傾向にあった。これは，地域での口腔保健施策にとってどんな“意味がある”のだろうか。国全体との比較ができるので，これを指標にしているというご意見をいただくことが多く，そういった部分では意味があるかもしれない。しかしこのことは，目標値そのものについて十分な検討がなされていない。すなわち，目標への理解が深められていないことから，地域での目標を設定することが一番大きな課題となっているような感じさえする。

さて，口腔保健状況の地域における格差が，他の保健領域よりも極めて大きいものであることは周知の事実であろう。学齢期での例を挙げるならば，12歳児のDMFT指数（一人平均永久歯う蝕経験歯数）である（表1）。平成25年度の学校保健統計によれば，全国平均は1.05で，最も低い新潟・岐阜県は0.6で，最も高い沖縄県では2.4である。倍率にして4倍の差がある。また同様に，12歳児のDMF率（永久歯う蝕経験者率）（表2）をみると，

表1 12歳児のDMFT指数（一人平均永久歯う蝕経験歯数）の都道府県別データの上位県および下位県（平成25年度 学校保健統計 より）

上位県		下位県	
新潟県	0.6	沖縄県	2.4
岐阜県	0.6	北海道	1.8
長野県	0.7	大分県	1.7
静岡県	0.7	福島県	1.5
愛知県	0.7	福井県	1.5
広島県	0.7	宮崎県	1.5
全国平均		1.05	

全国平均は41.5%で，最も低い新潟県は30.2%で，最も高い沖縄県では69.6%であり，約2倍の差がある [1]。極めて当然のことであるが，この差をどのように詰めていくのが計画の目標とする基本である。しかし，ここで国の目標値をそのまま書き込んだ計画を策定したのでは，対象地域の現状を評価せずに，字面だけを埋めたものとしか言いようがない。

この大きな差をどのように考え，口腔保健施策を進め

表2 12歳児のDMF者（永久歯う蝕経験者）率の都道府県別データの上位県および下位県  
（平成25年度 学校保健統計 より）  
（%）

上位県		下位県	
新潟県	30.2	沖縄県	69.6
岐阜県	30.7	北海道	58.7
神奈川県	32.6	大分県	55.9
岡山県	33.2	宮崎県	52.7
広島県	33.9	福島県	52.5
静岡県	34.7	青森県	52.3
全国平均		41.52%	

ていくべきであろうか。数値の上では差が格差と見えるが、実際は疾病構造が異なっていると考えられる。疾病の構造が異なれば当然対策が異なるわけである。

地域の計画は、地域が抱えている問題点を明らかにして、これを解決し、改善していくためのものであるのが本来の姿であろう。「国の目標値」は、国全体を見据えて、それなりの状況と条件のもとに策定されており、このことを十分に理解したうえで見ていく必要がある。

さらに、口腔保健関連の目標しか見えていないと思われる目標もしばしば見受けられる。口腔保健は保健事業の全体の一部であるとは言うまでもないが、歯科界が他の領域との連携が弱いいためか、このことが意外と理解されていない。歯科疾患は意外と社会因子の影響を受けやすいことも考慮していく必要がある。

このような基本的なことを抜きに、計画を策定する行為のみを行っているのではないと思われる例をいくつか目にしてきた。

## II. 歯・口腔の健康の目標策定

歯・口腔の健康は摂食と構音を良好に保つために重要であり、日々の生活の質の向上にも大きく寄与することは周知の事実である。目標として、健全な口腔機能を生涯にわたり維持することができるよう、疾病予防の観点から、歯周疾患予防、う蝕予防及び歯の喪失防止に加え、究極の目的である口腔機能の維持及び向上等について設定することが必要であろう。歯があっても機能しなければ、本質的な意味での健康づくりには結びつかないのである。歯があることが目的ではなく、「美味しく一生食べられる」ところに目標があると考えている。

### 1. 歯・口腔の健康の目標の設定の外枠

健康日本21（第2次）及び歯科口腔保健の推進に関する法律の基本的事項で設定した目標の策定に関してはいくつかの条件が付けられている。これは、国全体に示された告示であることのほか、他の健康推進計画との関連からである。

まず、前回の健康日本21で歯科関連の目標数が多すぎたことから、今回はある程度絞った。口腔保健状態および歯科保健行動の目標をライフステージ（対象者）別、疾患別に立てる方が容易であるが、かなりの数になってしまうために、今回のような構築をした。筆者も東京都での歯科保健目標の策定の検討に加わった時に、項目数がかかなり多くなった経験がある。

次いで、定期的なモニタリング（特別な調査をしないで、通常の業務等で調査可能なもの）で、評価ができるものを活用することを原則とした。例えば、毎年全国で行われている母子保健法に基づく「3歳児歯科健康診査の結果」や、学校で行われている学校保健安全法に基づく「定期の歯科健康診断の結果」がこれに相当する。当該自治体が健康増進法に基づく歯周疾患検診のある程度の人数で実施していれば、「歯周疾患の罹患状況」も応用が可能であるが、国全体では行われていないので、歯科疾患実態調査や国民健康・栄養調査のデータを国のデータとして使用することが多くなっている。

また、ある程度エビデンスのある事項（実際の人を対象とした集団データから明らかであること）が目標設定に活用された。例えば、「毎日歯磨きをする」と、う蝕有病者率が明らかに低下する」ということを示した論文はまず見つからない。これは、前提の「毎日歯磨きをする」という行為は、個人の認識に依存するために不確実になりがちであり、どこまで歯口清掃ができていのか、さらにホームケアレベルのプラークコントロールの成果として、う蝕有病者率が低下するという結果との関連が出にくいことによるものと考えられる。「毎日歯磨きをする」ことを否定しているわけではなく、このような目標は、歯周疾患予防ならば、可能かもしれないがう蝕予防にはそぐわないと考えられている。

さらに、アウトカム評価で行うことを原則とした。評価は、専門家が行うにしても、一般住民に理解しやすいものでないと、地域の住民の健康づくりとしての意味が薄れると思われる。

さて、目標の種類には、住民の知識、住民の行動、住民の健康度（言い換えれば疾病量も含む）、自治体の事業の実施状況（社会基盤）などがあるが、健康日本21（第2次）では前述した条件を勘案した結果、歯科口腔保健領域では、ほとんどが健康度になってしまった。しかし、地域で疾病構造を検討した結果に基づき目標を策定する際には、前述の事柄を考慮し、その地域に根ざした口腔保健の目標が設定できると思われるし、すべきである。

### 2. 歯・口腔の健康の目標の構成

地域で保健計画を策定する際に、歯科領域ほぼ全体を含む目標を立てるには、他分野の目標とはかなり異なる構成になる。これは、歯・口腔に関わる疾患がライフステージとともに変わることや、疾病予防の先にある機能維持向上にかかわる問題が最終ゴールであるためである。

基本的には、ライフステージに合わせた歯科“検診”により現状を把握し、適切な口腔環境の維持・2大歯科疾患の予防を行い、歯の喪失予防並びに口腔機能の維持・向上を図る。ひいては健康寿命の延伸、健康格差の縮小、生活の質の向上を目指すように目標を構築されることが望ましい。この考え方を適応すれば、全国どこでもこの構成で構築することできると考えている。

### 3. 歯・口腔の健康の目標の意味

#### 1) 口腔機能の維持・向上

##### <咀嚼良好者の割合の増加>

これは、歯・口腔の最終的健康目標として設定されたものである。歯が残っていても、おいしく食べられなければ、歯科は生活を支える医療とは言えない。

しかし、高齢者に関するデータの収集は国全体では容易でないことから、高齢期前の60歳代でのデータを国では目安とした。

実際に、平成22年に、東京都江戸川区では80歳高齢者を対象とする歯科保健に関する意識調査を郵便法で悉皆調査（対象人数約3,500人）を行った[2]。回収率は55%で、要介護者についての回答もおおよそ介護保険の状況から鑑みて、納得できる範囲での回収率であったことから、地域では80歳でデータを取ることも可能であると考えられる。ただし、これには仕掛けがあり、事前に地域での歯科医療機関、高齢者福祉関連施設で、「80歳の人全員に、区から歯科のアンケートが送付されるので回答をしてください。」と周知をはかっておいた。このようなことができるのは市区町村だからである。

また、何をもち、咀嚼良好とするのかであるが、「美味しくものが食べられる。」という住民自らの主観的な評価で良いのではないかと考えている。歯科領域の多くは直ぐに計測データなどを重要視することに向かっているが、「住民一人ひとりの生活に対する満足度」も、地域口腔保健施策での重要な評価であるといえよう。

今後は補綴物が装着されていれば、その装着した状況での機能をみていく必要がある。問診で、食べられる物について聞く方法もあるが、時間と予算が許せば、ある程度咀嚼を評価できる方法として「ガム」を用いた方法もある。色変化によって評価できるので、地域での集団評価のみならず、個人の今回と次回との比較も可能である。「噛む」という口腔の本来の機能を可視化できることから、住民には分かりやすい方法でアピールもでき、方法によっては、噛むことへの保健指導媒体的な使い方もできる。

60歳以上の年代では、歯科単独でアピールするよりも、噛めることと認知症や糖尿病との関連を高齢者担当課等との連携で進めることが必要である。

「食べられない」という結果が何に起因するのは、歯科医療の現場で丁寧な対応するのみならず、摂食・嚥下関連が問題であることもあり、包括的なチームサポートが必要であろう。

#### 2) 歯の喪失防止

成人期以降の口腔保健での一番大きな課題である歯の喪失予防であるが、目標設定では現在歯数の設定を各年代においたものである。

ア 80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加

イ 60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加

ここで、出てくる問題は成人・高齢者の歯科保健状況のデータについてである。多くの市区町村では、歯科検診の受診者データを当該市区町村のデータとしているが、妥当性はあるのだろうか。これしかないのに、これで評価するという傾向があり、医科から提供される特定健診からのデータに比べ、かなり見劣りすると思われる。まして、住民全体の値の推定はかなり困難であろう。かなり高い受診率を持っている乳幼児期・学齢期のものとは別途の評価法も考えなければならない。当然、当該人口に対する受診率も大きな評価目標になろう。

前述の目標は、従来の8020者と6024者達成率を継承したもので、さらなる高い値を目指していく必要があるが、それぞれに対する具体的な予防対策となるとかなり難しい。

これは、早期での歯の喪失を防止するものである。早期に喪失する者ほど、その後も早い速度で失う可能性が高いとの報告[3]もあり、今後の課題である（矯正による便宜抜去・智歯には喪失概念がないことも要注意である）。現在では、歯周疾患での歯の喪失が多くなっており、「③歯周病を有する者へのアプローチ」と同時に行われるべきであろう。逆に言うならば、歯周病罹患の結果、歯を喪失していくので、これを予防しようということである。

#### 3) 歯周病を有する者の割合の減少

##### <歯周病の有病者率の目標をライフステージごとに設定>

ア 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

イ 40歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少

ウ 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

全年代を歯周炎で評価するわけにはいかない。これは、20歳代の場合、歯肉炎はまだ多く、進行した歯周炎を有する者が少ないためであると同時に、評価指標としてCPIを用いている限界もある。CPIはもともと疫学指標として開発されたもので、通常使われている臨床のパラメーターとは使い勝手が異なることを十分承知する必要がある。

旧老人保健法により平成7年に開始された歯周疾患検診は、現在、健康増進法に基づき、平成24年度現在981市区町村で実施され、実施率56.4%とされている(表3)[4]。しかし、平成24年度中の受診者数が50人未満の自治体が442あり、もしこれを除くと、実施率31%に低下する。また、各年代の当該人口に対する受診率を算出すると、

表3 歯周疾患検診の実施状況 平成24年度

	総数	40歳	50歳	60歳	70歳
全国受診者 (人)	266606	75289	53447	61218	76652
全国人口 (千人)	7,021	1,986	1,545	1,803	1,687
受診率 (%)	3.8	3.8	3.5	3.4	4.5

受診者数 1～48人	442市町村	25.4%
受診者数 1～98人	589市町村	33.9%

表4 学年別う蝕のある者の割合 (平成25年度 学校保健統計 より)

学 年	小1	小2	小3	小4	小5	小6	中1
う蝕の者の割合 (%)	49.13	55.96	61.31	60.52	53.85	44.58	41.52

3.4～4.5%であり、全体では3.8%であった。このことを、どのように理解して、地域の歯科保健施策に反映するかはかなり難しいと思われる。

歯周疾患の検査を歯科医師が受診者一人ひとりに実施していくことは、コスト的にも時間的にも負担が大きくなることになる。そのため、現在の自治体の財政状態により多くの住民に展開することはかなり厳しい。歯周疾患の罹患状態は、この10年以上、齲蝕の状況と異なりあまり改善されていない。60歳代以降の現在歯数が増加してきており、その年代以降の歯周組織の状況は改善しにくい。よって、この年齢層への対応が鍵であろう。そこで、効果的であると考えられるのが、かかりつけ歯科医による継続的な歯科保健指導である。地域での継続的な歯科保健指導受診の例からみると、開始時平均年齢が69.6歳(953人)では、5年間に0.7本しか歯を喪失していないという報告[5]もある。健康診査を疾病発見の第一義であるとするよりも、その受診者への保健指導のふり分けと考える「特定健診・保健指導」と同様に成人歯科保健を展開していく必要があろう。つまり、歯周疾患検診をかかりつけ歯科医を探さすきっかけにするのもひとつの方法であろう。

#### 4) 学齢期のう蝕のない者の増加

＜う蝕予防のために、小児・学童期の罹患状況を、都道府県を単位として設定＞

12歳児の一人平均う蝕数が1.0歯未満である都道府県の増加

数値目標を既にクリアした都道府県も出てきている。しかし、国全体ではまだ努力のいる状況である。これは、大都市圏で数値目標の達成ができれば、人口の多い地域であることから、それに引きづられ平均値や全国値が一気に改善される可能性がある。そこで、このように都道府県ごとに評価して、国全体のレベルを上げることを目標としている。

これは、そのまま、各自治体で応用ができる。自治体

全体の12歳児DMFT指数が1.0未満であったとする。しかし、中学校区ごとに分析すると、まだ1.0には程遠い地区も出てくる。その場合、このような地区をどうするか戦略が必要になってくる。例えば、ある自治体で、全体は0.9であっても、A中学校学区では1.4で、C中学校学区では0.6であれば、同じ歯科保健対策では無理が生じる。ここでは小まめな施策をとっていく必要がある。

もう一度、表1と表2を見比べると、神奈川県がDMF者率では3位ながら、DMFT指数は0.9で上位に入っていない。これは、全体ではう蝕をほとんどの生徒が有していないにもかかわらず、特定の生徒が多くう蝕を有していることが推定される。全体のう蝕は大きく減少していることから、この2つの指標に差異が生じ、このようなことが見られるようになってきている。

さらに、永久歯のう蝕が減少してきた反面、就学以降の乳歯のう蝕罹患率の増加が見られている。小学校1年生では49%であるのが小学校3年生では61%へと、2学年間で12ポイント高くなっている(表4)[1]。これらは、疾病構造の変化(小児期のう蝕の大幅な減少)により、見えるようになってきた問題である。この背景には、小学生になれば、ある程度歯磨きができ、う蝕予防ができ、自立していく成長過程の中で親の介入(仕上げ磨きなど)は不要と、思い込んでいる親が多いことも挙げられる。このような親の思い込みについても目を向けて計画を立てていくべきである。

さらに、疾病の量のみならず、社会的背景も考えていくことが重要である。口腔保健の戦略の差から見てきた例として、地域ではなく国家間の差があったオーストラリアと日本の12歳児のう蝕罹患の推移を図1に示す[6]。1970年代中盤、オーストラリアも日本も、12歳児でのDMFT指数は5前後にあった。

オーストラリアは一気にDMFT指数の低下を目指し、地域毎でのフロリデーション(上水道のフッ化物濃度適正化)が進められた。これは、当時のオーストラリアの

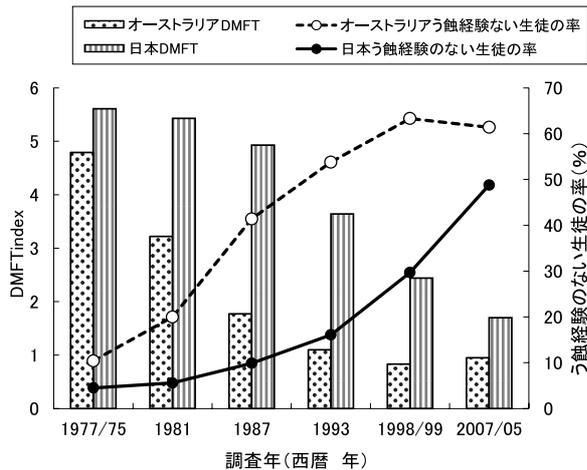


図1 オーストラリアと日本における12歳児のう蝕罹患状況の推移

持つ社会的特性からやむ終えないものであったと考えられる。国全体が労働者の増加を求めて、白豪主義の撤廃やベトナム戦争による難民の受け入れ、あるいは南ヨーロッパからの移民等のために、英語が十分に話せない低所得者層が急増した。そのため、低所得者層に対するう蝕予防を重点化する必要もあり、歯科保健教育や歯科予防処置よりも、コスト的な意味合いも含めて、フッ化物が推進され、急激にう蝕状況が改善されてきた。

一方、日本では、特定の地域を除きフッ化物応用は行わず、歯口清掃と甘味抑止が母子保健あるいは学校保健の現場等で推奨され、徐々にではあるがう蝕を減少させてきた。そして、1990年代に入り、刷掃の際にフッ化物添加の歯磨剤の使用が増大し、確実にう蝕の減少が続いていった。

2000年代に入り、日本では同様の減少傾向が続いているが、オーストラリアでは弱いながらもう蝕減少のリバンドが見え始めている。これは、低所得者層でも、従前行われなかった「ボトルドウォーター」を購入しての飲食を行い始め、水道水の使用減少により、フッ化物イオンの摂取量が減じてう蝕抑制効果が低下したためと考えられている。一方、保健行動や口腔保健の知識も十分でなく、セルフケアがあまり行われていない状況であるとの推定もされている。我が国では、必ず予防処置と一緒に生活習慣に関わる保健指導を行っているが、海外では必ずしもそうでないこともある。この点を考慮して、事業展開をしていく必要がある。

もう一点加えるならば、日本ではどの年代でも公的医療保険制度で、3割の自己負担率で歯科治療を受けることが可能である。一方、オーストラリアの多く地域では18歳までは地域での公的歯科医療機関で無料の歯科医療サービスを受けることができるが、この年齢を超えると公的な歯科医療サービスはなくなる [7]。これらのことも、う蝕予防政策に関係していると考えられる。

## 5) 過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加

### くかかりつけ歯科医を推進するために設定した目標>

日本では、「かかりつけ歯科医」というより「行きつけ歯科医」が多いようである。何か問題が起きた時にかかりつけで、何もなくても定期的にメンテナンスのためにいくのが「かかりつけ」と考えている。検診に意味があるのではなく、検診に基づく、歯科予防処置、歯科保健指導に意味があることを、住民のみならず歯科医師等にも十分に伝えておく必要がある。

事例としては、東京都のある区で行われている事例 [5] がある。20歳以上誰でも、無料でお口の健診が受けられる。この地域の成人歯科健診は、通常の歯科の検査よりも、歯科医師による歯科保健指導と受診者の口腔保健行動目標の設定に主体を置いている。5年間連続この健診を受診してきた人は、歯肉の定期的な自己観察と歯間部清掃の実施という両項目の保健行動の変容などにより、歯周疾患予防の基本的な行動が習慣化され、通常の区民よりも口腔保健状態が良好な傾向であった。

## III. 終わりに

国の策定した歯科口腔保健に関する目標値を設定するにあたって、全国でとられているデータしか使っていない。しかし、都道府県では独自のデータもあるし、市区町村などでは地域ごとの細かなデータも持っている。これらを使わない手はない。ある県がAという項目についてデータがあるので、A項目に関する設定も可能であるということもある。地域は、地域なりの問題を抱えているし、その解決が大きな健康づくりである。国に“右に倣え”ではないと考えている。

さてもう一点、健康日本21 (第2次) と「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項」はできる限り矛盾が生じないように策定されている。それに伴い、関係各部門の調整はいろいろなところで行われたと聞いている。歯科医療関係団体、厚生労働省内、他省庁はじめ行政機関等との折衝や調整の結果による目標である。実際に、各自自治体でも学校教育あるいは高齢者担当の各課との調整は必要であろう。また、調整したことにより関係者みんなで策定したものとなり、その後の周知や保健活動にも繋げやすくなるのが考えられる。

また、先にも述べたように、具体的な歯科疾患の予防方法や住民への周知活動は、それぞれの地域がその実情に合わせて策定し、実施していくことが重要であり、そこに意味があると思われる。例えば、フッ化物の応用の方法は、罹患状態や社会環境によって異なるのが普通であり、全地域一斉に行うものとは認識していない。しかし、施策として実施する地域があれば、都道府県は情報提供の必要性もあろうし、場合によっては技術的支援を行うことも必要であることは当然のことである。

今回の健康日本21 (第2次)、あるいは歯科口腔保健法の基本的事項では、大枠しか規定していないと私は考

えている。歯科保健行政に関わる各人の意識・知識が新しい施策を策定し、それらが地域住民からより要求される時代となってきたと考えている。

## 文献

- [1] 文部科学省生涯学習政策局政策課調査統計企画室. 平成24年度学校保健統計. <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/NewList.do?tid=000001011648> (accessed 2014-4-14)
- [2] 江戸川区健康部健康サービス課. 平成22年度80歳の健康意識調査報告書. 東京: 江戸川区; 2011.
- [3] Yoshino K, Ishizuka Y, Watanabe H, Fukai K, Sugihara N, Matsukubo T. Estimated Percentile Curves of Occluding Pairs in an Adult Population, *The Bulletin of Tokyo Dental College*. 2013;54:89-95.
- [4] 厚生労働省大臣官房統計情報部. 平成24年度地域保健・健康増進事業報告 (地域保健・老人保健事業報告). <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/NewList.do?tid=000001030884> (accessed 2014-4-10)
- [5] 西塚至, 寺田薫, 尾高朋子, 大久保さつき, 大地まさ代, 西辻直之, 他. 東京都港区『お口の健診』5年間の成績と受診者の歯・口の健康に与えた影響. 72回日本公衆衛生学会総会; 2013.10.23-25; 三重. *日本公衆衛生雑誌*. 2013;60(10):493.
- [6] 尾崎哲則. 歯科保健の国際比較. *公衆衛生*. 2013; 77(2):107-10.
- [7] 尾崎哲則. 世界の歯科医療事情の比較—日本の歯科医療制度の比較—. *月間保団連*. 2011;(1079):29-34.