

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

<報告>

健康格差縮小に向けた自治体での地域歯科保健の取り組み

秋野憲一

北海道保健福祉部福祉局高齢者保健福祉課

Oral health initiatives of local governments aimed at minimizing health disparities

Kenichi AKINO

Senior Citizens' Health and Welfare Division, Department of Health and Welfare, Organization of the Hokkaido Government

抄録

広大な面積を有する北海道においては、保健医療施策全般について地域格差、健康格差に対する対応が求められている。医療従事者にも恵まれ、経済的にも比較的良好な大都市から、医療従事者の確保もままならず人口流出が続き地域の存続すら危ぶまれている過疎地域まで含まれている。実際、北海道の歯科保健医療の状況については、北海道全体の12歳児一人平均う歯数が全国平均に比べ大きく劣っている他、道内の幼児及び学童のう蝕の地域格差も著しい状況となっている。歯科医療についても、心身障害者等に対する専門的な歯科医療においては、受診のため数時間の交通機関による移動を強いられる地域もあるなど、医療格差が著しい状況である。

北海道では、このような幼児及び学童のう蝕の地域格差や障害者歯科医療の地域格差などの健康格差に対する施策として、従来の個人へのアプローチを重視した施策から公衆衛生的なアプローチを重視する施策へ転換を図った。

幼児および学童のう蝕の地域格差対策として、先進県において確かな成果を挙げているフッ化物洗口事業の導入を図ることとし、平成21年6月に道議会において成立した「北海道歯・口の健康づくり推進条例」に明確に位置づけた。条例成立を機に、北海道保健福祉部に加え、北海道教育委員会においてもフッ化物洗口の普及を重要施策として取り組むこととなり、導入市町村数は、条例成立前の179市町村中27市町村から、平成25年10月末現在、159市町村まで急速に増加し、さらに今後5年以内に全市町村での導入を目指している。

障害者歯科対策では、受診に数時間を要するなど多大な通院負担がある医療格差を踏まえて、北海道全域において心身障害者が身近な地域で一次歯科医療や定期的な歯科健診等を受けられることを目的に、協力医の知事指定を行う「北海道障がい者歯科医療協力医制度」を平成17年度に創設した。北海道内には21の二次医療圏があるが、全ての二次医療圏において協力医を1名以上指定することにより、地域の医療格差の縮小に寄与している。

歯科保健における健康格差は、社会的要因の影響を受けやすいため、様々な健康課題の中でも顕著に出る傾向がある。このため保健政策を担う自治体の役割はとりわけ大きく、住民の健康格差縮小に向けてリーダーシップをとっていく必要がある。

連絡先：秋野憲一

〒060-0042 札幌市中央区大通西19丁目WEST19札幌市保健所

Odori19, Cyuo-ku, Sapporo-shi, 060-0042, Japan.

Tel: 011-622-5151 (内線349)

Fax: 011-622-7221

E-mail: kenichi.akino@city.sapporo.jp

[平成26年4月30日受理]

キーワード：健康格差，自治体，歯科保健，フッ化物洗口，障害者歯科医療

Abstract

Responses are needed to address the regional and health disparities in health policy in the vast area of Hokkaido. Hokkaido has both economically sound large cities blessed with medical practitioners and sparsely populated regions where sufficient medical practitioners and even their continued existence cannot be guaranteed because of population drain. In reality, as well as the average number of cavities in 12-year-olds in Hokkaido being much greater than the national average, the intra-prefectural disparity in tooth decay in infants and schoolchildren is striking. For specialist oral treatment for the mentally and physically handicapped, there are regions in which one must travel several hours for a medical examination, another considerable health disparity. To address such health disparities as in these two groups, policies in Hokkaido have shifted from a previous emphasis on individual-oriented approaches to an emphasis on public hygiene approaches.

A measure introducing fluoride mouth-rinsing programs (FMR), which have proven effective in leading prefectures, has been devised to address regional disparities in tooth decay in infants and schoolchildren. This was clearly laid out in the “Hokkaido Prefectural Ordinance for Improving Oral Health” established by the Hokkaido Prefectural Assembly in June 2009. The Hokkaido Board of Education as well as the Hokkaido Department of Health and Welfare have taken this opportunity to spread FMR as an important policy. The number of municipalities that have introduced FMR has rapidly increased from 27 of 179 prior to the ordinance to 159 as of October 2013. The aim is to introduce FMR to all municipalities within the next 5 years.

In light of the health disparity of the massive time burden for transportation to consultations, measures addressing dental service for the disabled are aimed at providing local primary oral health and regular dental check-ups throughout Hokkaido. Oral health programs for the disabled at health centers and the creation of the “Hokkaido Cooperative Medical Practitioners System for Oral Health of the Disabled”, which established Governor-designated cooperative medical practitioners, have been under implementation since 2005. Designating one or more persons as cooperative practitioners in all 21 secondary medical care zones in Hokkaido contributes to minimizing these regional health disparities.

As oral health disparities are easily influenced by social factors, they tend to appear striking even among various health issues. The role of the local government in health policy is especially great, so it must continue to take leadership aiming to reduce such health disparities.

keywords: health disparities, local government, oral health, fluoride mouth-rinsing programs (FMR), dental service for the disabled

(accepted for publication, 30th March 2014)

I. はじめに

北海道の地域特性として、広大な面積を有する一方で、過疎化が進み人口密度が低いという特徴がある。広大な面積は、地域住民が都市部の専門医療機関を利用することを困難にさせ大きな医療格差を生じやすい。また、過疎化の進行は地域の経済環境の悪化につながり健康格差を生じている可能性がある。

このように、北海道はその地域特性から、自治体として実施する保健医療施策全般について地域格差、健康格差に対する対応が求められており、歯科保健行政については、健康格差を生じやすい疾病であることを踏まえ、より一層の対応が必要と考えなければならない。

従来の北海道における歯科保健行政においても、医療格差の縮小などは意識されていたが、2009年6月26日に

公布、施行された「北海道歯・口腔の健康づくり8020推進条例」（以下、推進条例という）が政策の大きなターニングポイントとなった。条例とは、憲法により付与された自治立法権に基づいて地方公共団体の議会が自主的に制定する法規であり、自治体である北海道に歯科保健行政の確実な履行を義務付ける法的拘束力を有する。推進条例の大きな特徴として、第2条に定める基本理念に、住み慣れた地域において生涯を通じて必要な歯科保健医療サービスを受けることができることを掲げた（表1）。誰もが、どこに住んでいても、必要な歯科保健医療サービスを生涯を通じて受けることができることを目指すとした基本理念は、まさに健康格差の縮小を条例の根幹とし、健康格差縮小に向けた施策の履行を自治体である北海道に義務付けたのである。

北海道における歯科保健行政施策は、この健康格差の縮小を図るため、従来の個人へのアプローチを重視した

表 1 北海道歯・口腔の健康づくり8020推進条例の第2条

(基本理念)

歯・口腔の健康づくりは、すべての道民が、自ら歯・口腔の健康の維持増進に努めるとともに、住み慣れた地域において生涯を通じて必要な歯科保健医療サービスを受けることができるよう、適切に推進されなければならない。

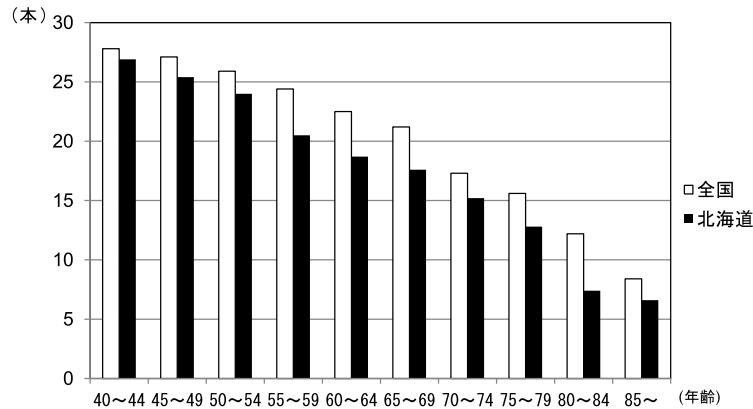


図1 年齢階級別一人平均現在歯数の全国との比較
(道：平成23年道民歯科保健実態調査 国：平成23年歯科疾患実態調査)

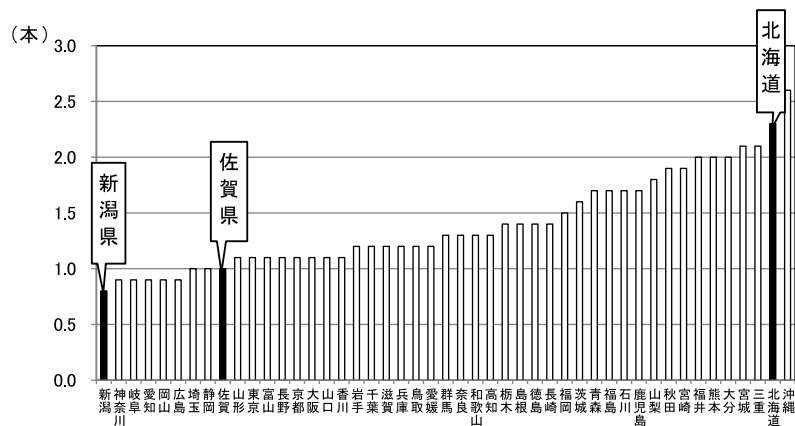


図2 12歳児一人平均う歯数(都道府県別)(平成22年度学校保健統計調査)

施策から公衆衛生的なアプローチや医療格差の縮小を重視する施策へ転換を図ることとなった。

本稿においては、北海道が自治体として取り組んだ地域歯科保健における2つの健康格差課題、「子どもの永久歯う蝕における健康格差対策」と「心身障害児(者)の歯科保健医療における地域格差対策」への取組みについて報告する。

II. 子どもの永久歯う蝕における健康格差対策 ～フッ化物洗口事業の普及～

1. 北海道歯科疾患の状況

北海道における成人の一人平均現在歯数について、全国平均との比較を図1に示す。全ての年齢階級において、

道民の歯の現在歯数は全国平均を下回っている状況である。厚生労働省は、80歳において概ね自分の歯で食事摂取可能な目安である20歯以上の自分の歯を残すことを目標とした8020(ハチマルニイマル)運動を展開しているが、この20歯を下回る年齢が、全国平均がおおよそ70歳であるのに対し、北海道では60歳で下回っているなど、北海道の成人の口腔の健康状態は、全国平均に比べて劣っている状況となっている。

う蝕は自然治癒することがないという特徴があり、永久歯交換期のう蝕の多さが生涯にわたって悪影響を及ぼす可能性も高いことから、子どもの永久歯う蝕予防対策は重要となる。

次に平成22年における12歳児の一人平均う歯数の都道府県比較を図2に示す。全国的な傾向として子供のう歯

表2 平成13年度の3歳児一人平均う歯数と平成22年度の12歳児一人平均う歯数の比較
(括弧内は都道府県順位)

一人平均う歯数	北海道	新潟県	佐賀県
3歳児(平成13年度)	1.7本(27位)	1.4本(18位)	2.5本(45位)
12歳児(平成22年度)	2.3本(46位)	0.8本(1位)	1.0本(7位)

(3歳児：乳幼児健康診査 12歳児：学校保健統計調査)

表3 フッ化物洗口普及に向けた推進条例及び計画への掲載内容

<ul style="list-style-type: none"> ・北海道歯・口腔の健康づくり8020推進条例の第11条 (効果的な歯科保健対策の推進等) 第11条 道は、幼児、児童及び生徒に係る歯・口腔の健康づくりの推進を図るため、学校等におけるフッ化物洗口の普及その他の効果的な歯科保健対策の推進に必要な措置を講ずるものとする。 ・北海道歯科保健医療推進計画 重点施策 「保育所・小学校等におけるフッ化物洗口の推進」 目標値 フッ化物洗口実施市町村を増やす 全市町村 ・北海道教育推進計画 目標指標 フッ化物洗口を実施している小学校の割合 100% (平成29年度)

は減少傾向にあるものの、都道府県毎のう歯の状況については大きな格差がみられる。ちなみに平成22年の北海道のう歯の状況はワースト2であり、全国一う歯が少ない新潟県の約2.5倍となっていた。

このような蝕における地域の健康格差の報告としては、Aidaらは3歳児う蝕について、北海道、東北、四国、九州を中心に有病率が高い地域差があることを示し、さらに市町村を対象とした多変量解析では高学歴者が多い地域ほど蝕が少ないことを明らかにしている [1]。

子供のう歯は生命に危険を及ぼすような重篤な疾病ではないとの認識が一般的であるため、予防管理や早期治療への対応が家庭の経済状況や保護者の健康に対する意識などの環境要因による影響を受けやすく、結果として健康課題の中でもとりわけ大きな格差が生じていると推測される。

2. 地域の健康格差を縮小するフッ化物洗口事業

このような都道府県単位の健康格差の縮小が可能な施策として、フッ化物洗口事業がある。フッ化物洗口とは、保育所や小学校などにおいて永久歯交換期を対象にフッ化物が含まれた水溶液を集団で定期的に1分間のぶくぶくがいすることによりう歯を半減させる効果が期待できる。

表2は、平成22年度の12歳児一人平均う歯数と9年前の平成13年度の3歳児一人平均う歯数について、北海道、新潟県及び佐賀県の状況と都道府県順位を比較したものである。北海道は、3歳児では全国平均よりも少し劣っている程度だったにも関わらず9年後の12歳児ではワースト2となる一方、3歳児では全国平均より少し良好な程度だった新潟県は全国一う歯が少ない都道府県となっている。特に佐賀県は3歳児ではワースト3だったにも関わらず、9年後にはトップ10入りするなど大幅にう歯

の減少に成功し、健康格差の縮小が図られているといえよう。

新潟県や佐賀県においては、3歳から12歳までの9年間で子供のう蝕の状況が大幅に改善されている一方で、北海道はこの9年間の間に大幅に悪化するという極めて対照的な推移を辿っている。この原因としては、子どもの糖分摂取等の生活習慣が極端に異なるという状況は考えづらい一方で、新潟県は小学校におけるフッ化物洗口事業の実施率が約6割、佐賀県は9割以上 [2] であり、この改善にフッ化物洗口事業が大きく寄与していることは明らかと考えられた。

3. 北海道行政におけるフッ化物洗口事業の位置づけ

このため、北海道の子供たちのう蝕の健康格差の縮小を図るためフッ化物洗口事業の導入を図ることとし、推進条例の第11条にフッ化物洗口の推進を明記するとともに、推進条例に基づき策定された「北海道歯科保健医療推進計画」において全ての市町村においてフッ化物洗口の導入を行うことを目標として掲げた。さらに、北海道教育委員会が策定する北海道教育推進計画においても小学校での100%実施を目標指標として掲げるなど、重点施策として取り組むこととなったのである(表3)。

4. フッ化物洗口の普及に向けた取組内容と道内市町村の実施状況

条例の成立を受けて、北海道保健福祉部、北海道教育委員会、北海道歯科医師会は、フッ化物洗口事業の普及に向け緊密に連携、協力しながら市町村に対し支援を行うこととした。

北海道保健福祉部は、事業に必要な初度物品等の供与を行う事業を開始したほか、保健所の歯科技術職員を説明会等に講師として積極的に派遣した。さらに、導入手

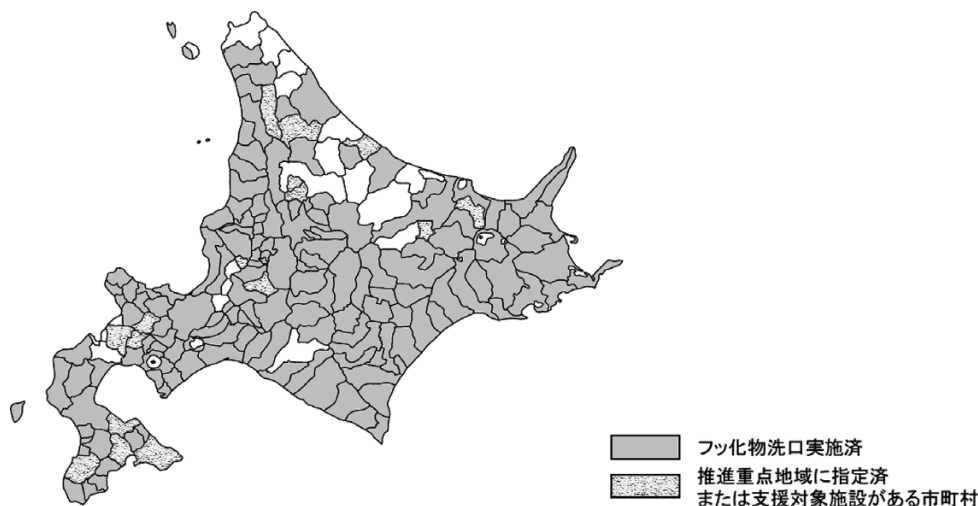


図3 北海道におけるフッ化物洗口事業の導入状況（平成25年10月現在）
（推進重点地域とは、年度内の実施予定のある市町村を道が指定）

表4 北海道においてフッ化物洗口が急速に普及した要因

- ・ 条例や計画への位置づけは、市町村や市町村教育委員会が検討するきっかけにはなったが、現場の関係者の理解にはほとんど寄与していない。
- ・ 全体として減少傾向にあるとはいえ、家庭環境が主な原因と考えられる歯の健康格差が各市町村、各学校に存在することを再認識した。
- ・ 市町村や市町村教育委員会が導入を決断した最も大きな理由は、子供たちの健康格差の是正。
- ・ 第一義的には保護者の責任だが、格差解消に向けた取組は地域の責任と決断し導入。

順等をマニュアル化したフッ化物洗口ガイドブックやDVDの作成を行うなど主に技術的な支援を担当した。北海道教育委員会においては、市町村教育委員会に対して導入を積極的に働きかけた他、小学校における導入事例集の作成を行うなど学校における円滑な導入に向けた支援を行った。北海道歯科医師会においては、所属の郡市区歯科医師会に対し事業に積極的に協力をを行うよう通知するとともにフッ化物洗口普及のためにテレビCMを作成、放映するなど広報活動を行った。

これらの様々な支援策の実施により、フッ化物洗口事業を実施する市町村数は、条例制定前の179市町村中27市町村（15.1%）、実施人数も1万人に満たない状況から、平成25年10月現在、159市町村（88.8%）が導入、実施人数も約6万人となり、大幅に普及させることに成功し、さらに全179市町村での実施を目指して支援が引き続き行われている（図3）。

5. 北海道においてフッ化物洗口を急速に普及できた要因

フッ化物によるう蝕予防対策は、学術的には安全性が十分に確認された効果の高いう蝕予防方法として世界的に古くから評価されているが[3]、危険性を誇張した医学的には不正確な情報がインターネット等で流布されているため、一部の関係者の中に反対意見が根強くあり、導入が難しい公衆衛生施策として知られている。

全ての179市町村において洗口事業を導入することを目標として掲げた計画策定時は、導入市町村数は179市町村中27市町村しかなく、当時は歯科医療関係者ですら実現困難な目標という指摘も少なくなかった。

反対意見が根強い公衆衛生施策である「フッ化物洗口事業」が北海道において急速に普及した要因について考察したい（表4）。

まず、第一に推進条例や計画にフッ化物洗口事業の推進を明記すること自体の効果については、教育委員会の協力が得られるようになったことや市町村が事業の導入を検討するきっかけにはなったが、当然ではあるが現場の職員や保護者にとっては全く関係のない話であり、関係者の理解を得る効果はほとんどなかった。

条例は法的拘束力を有しているとはいえ、道の推進条例は歯の健康づくりの理念と方向性を示した条例であり、北海道や北海道教育委員会が取り組むべき内容については拘束力を有する内容が含まれていたが、市町村や道民に対して拘束力を有するような内容は含まれておらず、また強制的な性格を付与することは条例の性格上、適切ではない。

フッ化物洗口事業が普及した最大の要因、つまり、市町村や市町村教育委員会がフッ化物洗口事業の必要性を理解し、優先度の高い事業として導入の決断を行った最大の理由とは、子供たちの健康格差の是正だったので

ある。

道立保健所等によるフッ化物洗口事業の市町村への説明等を通じて、市町村では、う蝕は全体として減少傾向にある疾患とはいえ、一部の子どもたちには将来的には大きな不利益を与える可能性のある多数歯のう蝕のり患が依然としてみられる状況であり、そして、その主因は家庭や保護者の認識など環境要因が大きいこと、そして、このような健康格差が自分たちの市町村、自分たちの学校の中に厳然と存在することを再認識した。そして、この健康格差を縮小できる効果的な方法が存在し実際に縮小している自治体が多くあることを同時に知ったのである。市町村の保健師等の保健部局職員、そして市町村教育委員会職員が中心となって、事業の必要性について行政組織内で合意形成を行うとともに、洗口事業を担う現場の職員や保護者と話し合いを粘り強く行うなど時間と労力をかけた地道な努力により徐々に導入されていったのである。

う蝕の予防は家庭の役割、保護者の責任として自治体、教育委員会が関わる必要はないと行政的に整理してしまうこともできるが、疾病に罹患しているのは環境を自らの力では変えることができない子供たちであり、このような環境要因により歯科疾患に罹患している子供たちの健康格差を縮小する効果的な方法が存在するのであれば、それは自治体の責任、地域の責任であると捉える必要がある。フッ化物洗口が北海道において急速に普及した背景には、地域の子供たちの健康格差を縮小しようという市町村や市町村教育委員会、そして現場の施設職員や保護者等の関係者の熱意があったのである。

III. 心身障害児（者）の歯科保健医療における地域格差対策

1. 障害者歯科医療の特殊性

障害者歯科医療とは、歯科医療を行う上で治療が困難なダウン症や自閉症などの先天性の発達障害や脳性麻痺等の不随意運動を伴う対象に対する歯科医療である。歯科医療の大半は外科処置であり鋭利な器具を狭い口腔内で用いることから、患者が動かないことが治療の大前提となっている。

しかし、自閉症やダウン症といった知的障害を伴う障

害児（者）は、意志疎通が困難な場合が多く、多動興奮状態に陥りやすいことから、歯科診療台に静かに座っていることが難しい。安全に治療するためには多くのスタッフによる補助や全身麻酔の処置を行わなければならない場合もある。知的障害ばかりではなく脳性麻痺等の不随意運動を伴う身体障害においても、突発的な運動を起こしやすいことから、全身麻酔等の同様の処置が必要となる場合がある [4, 5]。

障害児の歯科治療は、単なる小さな歯の治療であっても、医療提供側にも本人や保護者にも、負担は相当に大きなものであり、一般の歯科診療所での対応が困難なケースも多く、診療可能な歯科医療機関は限定されることになる。

2. 北海道における心身障害児（者）の歯科医療の現状

北海道の障害者歯科医療の体制整備は、北海道長期総合計画において第3次保健医療福祉圏毎に拠点医療機関となる歯科保健センターを整備することとし、これまで昭和54年の道北口腔保健センター（旭川）を皮切りに、札幌、帯広、釧路、函館に、地元自治体や歯科医師会の協力の下、全身管理を伴う専門的な歯科医療に対応できる体制を整備してきた（表5）。

しかし、北海道は、あまりに広大であり、交通インフラも十分ではないことから、歯科保健センターや大学病院がある都市以外に居住する心身障害児（者）や保護者には多大な負担がかかっていた。

例を挙げれば、北海道最北端の自治体である稚内市から最寄りの歯科保健センターのある旭川市までは、車で片道4時間以上かかるほか、センター未整備の北見市や網走市等を含むオホーツク圏域においても、旭川、十勝あるいは札幌へ数時間かけて移動する必要があり、一部の患者では札幌市にある大学病院へ通院するため航空機を利用する保護者すらいた。

歯科保健センターが近隣にない地方に住む保護者や障害者施設関係者からは、「診療してくれる歯科医院がどこにあるのか」、「遠方までの通院が時間的にも経済的にも大きな負担となっている」という声が非常に多く寄せられていたほか、歯科医院への受診が遅れたために、歯科疾患が重篤化してしまう場合があるなど、ご家族の方々は大きな不安を抱えて生活をされている現状にあり、

表5 北海道における歯科保健センターの整備状況

設 名	設 置 主 体	所在地	整備年
道北口腔保健センター	(社) 旭川歯科医師会	旭川市	昭和54年度
札幌口腔医療センター	(社) 札幌歯科医師会	札幌市	昭和57年度
十勝歯科保健センター	(社) 十勝歯科医師会	帯広市	平成3年度
釧路歯科保健センター (市立釧路総合病院)	釧 路 市	釧路市	平成7年度
函館口腔保健センター (函館市総合保健センター内)	函 館 市	函館市	平成14年度

身近な地域で歯科医療が受けられるよう地域の医療格差の縮小が強く望まれていたのである [6].

3. 北海道障がい者歯科医療協力医制度の創設～医療格差の縮小を目指す～

これらの現状を改善し障害児（者）の口腔保健の向上を図ることを目的として、平成17年度から、北海道と北海道歯科医師会の共同事業として「北海道障がい者歯科医療協力医制度」を新たに創設することとし、障害のある方々のための一次歯科医療の確保を図り、医療格差の縮小を図ることを目指した。

3次歯科医療を担う大学病院、1～2次歯科医療を担う歯科保健センターという従来の2階建てであった障害者歯科医療提供体制を、健診、予防処置、軽度の歯科医療を提供する協力医が担い、センターは地域の中核的な医療機関として2次歯科医療を担う3階建ての体制整備を図ることとしたのである（図4）。

これによって、全身管理を伴うような高度な歯科治療を行う場合は専門性の高いセンターにおいて処置を行い、センターとの医療連携のもと、定期健診や軽度な歯科治療は地元の歯科医療機関で対応できる体制づくりを目指す

している。

障がい者歯科医療協力医が全ての障害者歯科医療を担うように誤解されることがあるが、それは適切ではない。協力医が担うのはあくまでも一次医療であり、対応できる範囲を超えた治療は、施設設備の整った歯科保健センターや大学病院等の専門歯科医療機関に紹介するなど病診連携により対応することとしている。

協力医制度は、道内の希望する歯科医師に対し講義と実習を盛り込んだ専門的な研修を行い、その修了者等を北海道知事及び北海道歯科医師会長が指定するものである。

地域の障害者歯科医療に協力の意思を有する歯科医師は、「歯科保健センターでの実務経験が1年以上」「日本障害者歯科学会認定医、または指導医である」「所定の実地研修で講義、実習を合計14時間以上（講義2日間、実習1日）を受けた上で、10症例以上、20回の症例報告」のいずれかを満たした上で、北海道歯科医師会に申請、北海道歯科医師会は審査委員会において経験症例等を審査の上、北海道知事と北海道歯科医師会長が指定するスキームとなっている（図5）。

協力医の役割について、表6に示す。障害のある方の

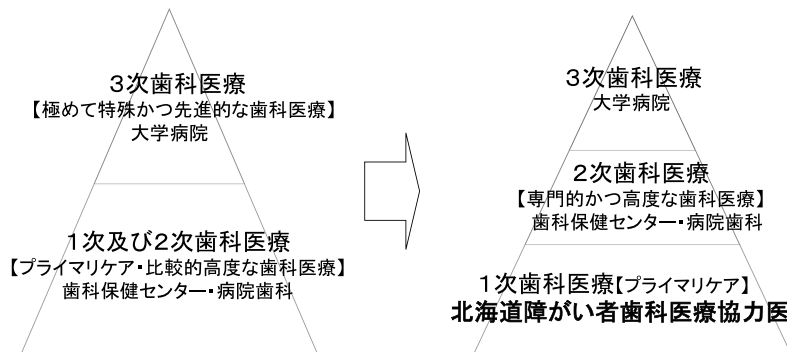


図4 北海道障がい者歯科医療協力医の位置づけ

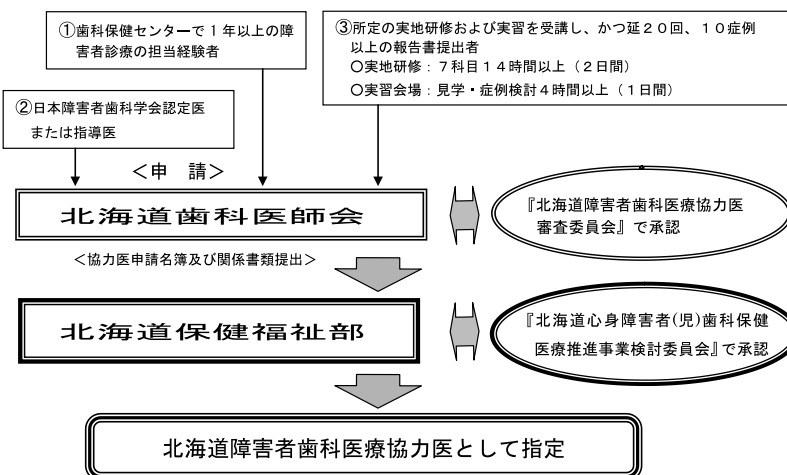


図5 北海道障がい者歯科医療協力医制度創設時の指定の流れ

表 6 北海道障がい者歯科医療協力医の役割

- ① 地域における歯科医療の担当者として、歯科的に特別な対応を要する心身障害者（児）に対して、可能な限り通常の歯科治療、予防処置、訪問診療、応急処置を行う。
- ② 必要に応じて歯科保健センター、大学病院への紹介及び受け入れを行い、地域の障害者歯科保健医療の推進に積極的に協力する。
- ③ 施設設備、診療可能範囲等、可能な限り、障害者診療に関する情報公開に努める。
- ④ (社)北海道歯科医師会等が開催する障害者歯科に関する研修会・学会等に積極的に参加し、研鑽に努める。
- ⑤ 地域の障害者歯科に関する各種会議への参加、講演会等に積極的に協力するなど、障害者歯科保健医療の普及啓発に努める。

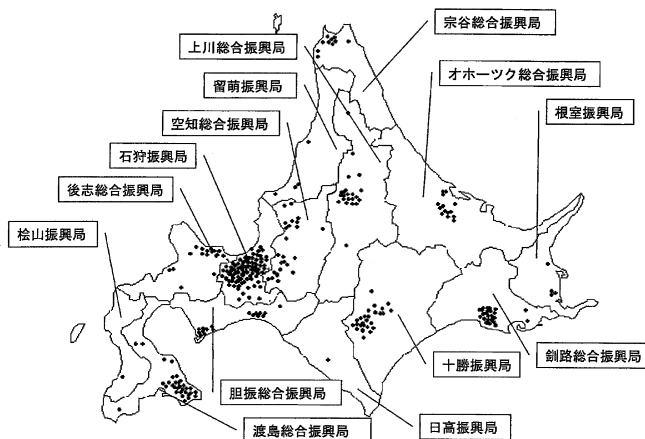


図 6 北海道障がい者歯科医療協力医の分布状況

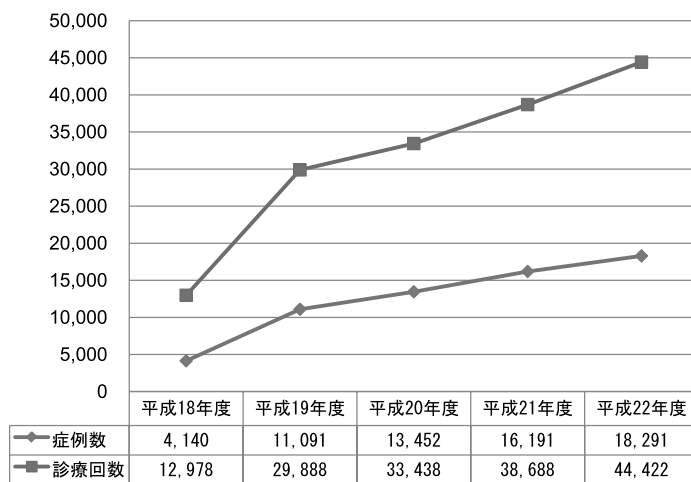


図 7 北海道障がい者歯科医療協力医の診療実績の推移

かかりつけ歯科医としての役割や歯科保健センターや大学病院との病診連携の他、努力規定ではあるものの障害者歯科医療に対する自己研鑽や地域歯科保健への協力についても明記され、地域の障害者歯科保健医療の向上に積極的な役割を担って頂くこととしている。

4. 北海道障がい者歯科医療協力医の現状

平成25年4月末現在、288名の歯科医師を障がい者歯

科医療協力医として指定しており、道内に21ある第二次保健医療福祉圏ごとにとみると全ての医療圏において協力医が1名以上指定されている(図6)。協力医の診療実績も増加しており、平成22年度の実績によれば、18,291症例、延診療回数では44,422回の障害者歯科診療が実施されており、制度が定着しつつあると考えている(図7)。

しかし、地域的にはまだまだ偏りがみられ、協力医の配置市町村の増加やさらなる関係機関・団体への周知の

必要性が指摘されている。

5. 社団法人北海道歯科医師会との共同事業としての実施

本協力医制度のもう一つの特色として、北海道歯科医師会との共同事業の形態をとっていることがある。協力医の指定についても、北海道知事と北海道歯科医師会長の連名によって指定している。

本協力医制度の目的は、単に障害者診療を担う歯科医師を指定するだけではなく、地域の障害者歯科医療の提供体制を構築することである。地域の障害者歯科医療提供体制の構築は、当然のことながら行政のみの力では不可能であり、現場を担っている地域の歯科医療関係者の積極的な参画が必要である。

また、研修の企画運営や協力医の指定といった制度の継続的な運営には歯科医師会や大学等の協力なくしてはできない。地域の障害者歯科医療提供体制を確保する上で、歯科医師会、市町村、福祉関係機関等によるネットワーク化が必要であるが、特に地域の歯科医療関係者がその指導的な役割を担うことはいままでのない。このため、本協力医制度は当初から、北海道歯科医師会との共同事業という事業形態を採用し、現在に至っている。

6. 研修カリキュラム、更新制度、診療情報等の情報公開

制度開始時の研修カリキュラムにおいては、障害者治療上の注意点や救急処置、保健指導と福祉制度等の講義を7科目10時間以上また歯科保健センター等における症例見学等の実習を4時間以上、合計14時間以上（講義2日間、実習1日間）の受講を要件とし、各科目について、北海道大学歯学部、北海道医療大学歯学部、歯科保健センター、北海道、障害者団体等の本道で考え得る第一線の専門家による研修カリキュラムを定めた。しかし、専門性の高い障害者歯科医療の知識と診療技術が、わずか14時間だけの研修で身につけることはもちろん不可能である。

研修カリキュラムの目的は、これから障害者診療の窓口の担っていただく上での最低限の講義と今後の自己研鑽に向けたきっかけとして頂くことである。

このため、診療技術に関する研修は配分を少なめに設定し、むしろ、学会や自主研究グループ等では学ぶことができない障害者福祉に関する講義や保護者や施設職員による講義を義務づけているのが他県にはない特色となっている。障害者施設関係者等から、歯科医療に対する期待について生の声を聞く機会は非常に少ないことから、協力医に対する施設関係者や保護者の強い期待を認識していただく貴重な機会ともなっている。歯科保健センターにおける1日間の実習についても、診療能力を培うことが目的ではなく、地元の歯科保健センターとの連携を視野に、センターの機能を認識し、病診連携を円滑に進めるために設定している。

また、他県の類似の仕組みでは見られない北海道障害者歯科医療協力制度の特徴として、更新制を採用してい

ることがあげられる。協力医の指定期間は5年間となっており、その間に所定の更新研修の受講と症例報告が必要となっている。他県においては、更新制となっていない場合が大半であるが、本事業の準備委員会において、協力医の質を担保し、将来的に制度の信頼性を維持していくためには、更新制の導入が不可欠であるとの意見が大勢を占めたことから導入した。制度導入から8年が経過しているが多くの協力医が指定更新しており、平成18年度に184名だった協力医は平成25年4月現在288名と大幅に増加しており、危惧されていた更新時の大幅な減少も起きなかった。

もう一つの特徴として、道民に対して、診療可能範囲等の積極的な情報提供を求めることを大きな特徴の一つとしている。名称、住所、診療時間、連絡先等の基本情報に加え、自閉症、ダウン症、脳性麻痺、てんかん、精神遅滞等への対応の可否、対応レベルについても、「軽度の場合のみ」、「病状に応じて」、「困難な処置でも対応」と3段階に分類している。診療に対する特記事項として自由記載欄を設けており、ある程度ではあるが、協力医の障害者歯科診療に対する協力医の姿勢を知ることができる。もちろん、バリアフリーに関するスロープ、駐車場、トイレ等の状況についても記載している。

このような指定医制度の大きな欠点として、質のばらつきが患者団体や医療関係者から指摘されるが、様々な他の指定医制度同様、ある程度は避けることはできない。この最大の欠点を補うため、協力医制度においては、積極的な情報公開を求め、障害児の保護者等がこれらの詳細な情報をホームページ等で参照し歯科医療機関を選択できるようにすることで欠点を補っている。

7. 学会等による認定医制度との相違点

協力医制度は、様々な学会等が実施している専門医制度と同じように捉えられることがあるが、最終的な目的が大きく異なっている。学会の専門医制度は、学会として専門分野における臨床経験に加え、論文作成等の研究活動によって認定している。障害者歯科の分野についても、有限責任中間法人日本障害者歯科学会があり認定医制度 [7] をとっているが、本道の認定医及び指導医の分布状況を見ると、大学等が集中する札幌圏域が比較的多く北海道全域をカバーすることは難しい（表7）。

一方、道の協力医制度の目的は、地域の一次歯科医療の確保である。地域に住んでいる障害のある方々に、相談から可能な範囲の軽度の歯科治療まで対応できる窓口をつくることであり、地域医療の確保が最大かつ唯一の目的である。このため、学会の認定医同様の非常に高い認定基準では、北海道全域の歯科医師の確保ができないことから、北海道の実態に即した指定基準を採用し、研修カリキュラムの編成においても地域の開業歯科医向けにプログラムが作られている。

表7 学会による認定医制度との相違点

	障害者歯科学会による認定医制度	北海道障がい者歯科医療協力医制度
基準	専門的な臨床経験及び論文作成等の研究経験	地域において障害者の一次歯科医療の確保に協力する意思の有無
分布	札幌圏域に集中する傾向	北海道全域に広く分布
構成主体	大学病院等の高次歯科医療機関に属する歯科医師の割合が高い	開業歯科医師が大半

IV. おわりに

最後に健康格差の縮小に関わる特徴的な出来事を1つ紹介したい。平成19年に行われた北海道知事選挙において、現職の知事が初めて歯科医療に関する知事公約を掲げた。「障がい児（者）がいつでもどこでも安心して歯科医療が受けられるよう障がい者歯科医療体制の整備に努めます」と公約に明記したのである。知事はその直前に障がい者歯科医療の現場を視察し保護者と懇談を行っていた。そして保護者からの要請を受けて、この公約を新たに盛り込んだのである。この公約は、医療格差の縮小、健康格差の縮小そのものであり、格差の縮小は保健医療関係者だけではなく多くの地域住民の切実な願いとなり政治をも動かしたといっていだろう。

歯科保健における健康格差は、社会的要因の影響を受けやすいため、様々な健康課題の中でも顕著に出る傾向がある。子供、心身障害児（者）だけではなく、難病患者、認知症等の要介護高齢者、精神疾患患者、HIV感染者等、まだまだ十分に解決されていない歯科保健における健康格差の問題は多く、これらについても、個人の自己責任として放置することなく地域の責任として対応していくことが重要である。

歯科保健医療施策を担う行政、自治体の役割はとりわけ大きく、歯科医師会や大学等の関係機関・団体と連携協力しながら、地域に存在する健康格差の縮小に向けてリーダーシップをとることが今後より一層求められるだろう。推進条例が掲げる基本理念「すべての道民が、住み慣れた地域において生涯を通じて必要な歯科保健医療サービスを受けることができる」ことが実現されるまで、最大限の努力を続けていくことが行政に課せられた使命と考えている。

最後に、北海道におけるこれらの取組は、地域医療に貢献されている歯科医師の先生方や市町村の職員の方々の熱意により成り立っています。これらの地域の関係者の皆様と事業の実施に多大なご支援を頂いている一般社団法人北海道歯科医師会、地域の歯科医療関係者、市町村、市町村教育委員会の皆様に心からの感謝と敬意を表すものです。

引用文献

- [1] Aida J, Ando Y, Aoyama H, et al. An ecological study on the association of public dental health activities and socio-demographic characteristics with caries prevalence in Japanese 3-year-old children. *Caries Res.* 2006;40:466-72.
- [2] 木本一成, 石津恵津子, 田浦勝彦, 荒川浩久, 磯崎篤則, 宮崎秀夫, 他. 日本における集団応用でのフッ化物洗口に関する実態調査 (2012). *口腔衛生学会雑誌.* 2013;63(2):168.
- [3] フッ化物応用研究会, 編. う蝕予防のためのフッ化物洗口実施マニュアル. 東京: 社会保険研究所; 2003.
- [4] 森崎市治郎, 緒方克也, 向井美恵編著. 障害者歯科ガイドブック. 東京: 医歯薬出版; 1999.
- [5] 東京都立心身障害者口腔保健センター編. 障害者歯科医療ハンドブック. 2003.
- [6] 秋野憲一. 北海道障害者歯科医療協力医制度について. *北海道の公衆衛生.* 2003;34:47-57.
- [7] 一般社団法人日本障害者歯科学会. 認定医制度規則. 2003.
<http://www.kokuhoken.or.jp/jsdh-hp/html/nintei/index.html> (accessed 2014-04-01)