

財団法人 8020 推進財団 学術集会



『第 3 回フォーラム 8020』

～健康増進法施行元年を記念して～

報 告 書

平成 16 年 2 月

財団法人 8020 推進財団

目 次

開催要領	3
プログラム	4
開会のことば	6
財団法人 8020 推進財団専務理事／新井 誠四郎	
挨拶	
財団法人 8020 推進財団理事長／臼田 貞夫	7
厚生労働大臣／坂口 力	8
特別講演「リハビリテーションからみた歯科」	11
藤田保健衛生大学医学部リハビリテーション医学講座教授／才藤 栄一	
基調講演「健康日本 21・健康増進法と 8020」	
～変革に向けた歯科保健活動の取り組み～	37
厚生労働省医政局歯科保健課長／瀧口 徹	
報告	
(1)行政の立場から 東京都健康局医療政策部副参事／土屋 律子	57
(2)研究者の立場から 岩手医科大学歯学部予防歯科学講座教授／米満 正美	67
(3)企業の立場から ライオン株式会社	
取締役オーラルケア事業本部長／片倉 豊樹	77
パネルディスカッション	87
閉会のことば	97
社団法人東京都歯科医師会理事／森岡 俊介	

「第3回フォーラム 8020」開催要領

- 趣 旨： 8020 達成に向けて、健康日本 21・健康増進法の趣旨を踏まえたこれからの歯科保健活動について考え、討議する。
- テ マ： 「健康増進法と 8020 ～新たな歯科保健活動を求めて～」
- 主 催： （財）8020 推進財団、厚生労働省
- 共 催： 東京都、（社）東京都歯科医師会、（社）日本歯科医師会
- 後 援： （社）日本歯科衛生士会、（社）日本歯科技工士会、
（社）日本学校歯科医会、（社）母子保健推進会議、
（社）全国保健センター連合会、（社）日本家族計画協会、
（社）日本栄養士会、（財）母子衛生研究会、
（財）日本母子衛生助成会、（財）日本食生活協会、
（財）日本公衆衛生協会
- 開 催 日 時： 平成 15 年 11 月 30 日（日） 13 時～17 時 15 分
- 開 催 場 所： 新歯科医師会館／1F 大会議室
〒102-0073 東京都千代田区九段北 4-1-20
- 参 加 対 象 者： 歯科医師、歯科保健関係者、行政関係者、教育関係者、企業関係者等
- 参 加 費： 無 料
- 定 員： 300 名

プログラム

12 : 30～ 受 付

13 : 00～ 開会のことば

財団法人 8020 推進財団専務理事／新井 誠四郎

挨 拶

財団法人 8020 推進財団理事長／臼田 貞夫

厚生労働大臣／坂口 力

13 : 20～ 特別講演

「リハビリテーションからみた歯科」

藤田保健衛生大学医学部リハビリテーション医学講座教授／才藤 栄一

14 : 20～ 基調講演

「健康日本 21・健康増進法と 8020」

～変革に向けた歯科保健活動の取り組み～

厚生労働省医政局歯科保健課長／瀧口 徹

15 : 00～ 休 憩

15 : 05～ 報告(1) 行政の立場から

東京都健康局医療政策部副参事／土屋 律子

15 : 25～ 報告(2) 研究者の立場から

岩手医科大学歯学部予防歯科学講座教授／米満 正美

15 : 45～ 報告(3) 企業の立場から

ライオン株式会社取締役オーラルケア事業本部長／片倉 豊樹

16 : 05～ 休 憩

16 : 15～ パネルディスカッション

座長：財団法人 8020 推進財団地域保健活動推進委員会委員長／池主 憲夫

報告者：

東京都健康局医療政策部副参事／土屋 律子

岩手医科大学歯学部予防歯科学講座教授／米満 正美

ライオン株式会社取締役オーラルケア事業本部長／片倉 豊樹

アドバイザー：

厚生労働省医政局歯科保健課長／瀧口 徹

藤田保健衛生大学医学部リハビリテーション医学講座教授／才藤 栄一

国立保健医療科学院口腔保健部長／花田 信弘

財団法人 8020 推進財団専務理事／新井 誠四郎

17 : 15～ 閉会のことば

社団法人東京都歯科医師会理事／森岡 俊介

※総合司会：財団法人 8020 推進財団専務理事／新井 誠四郎

開会のことば

財団法人 8020 推進財団専務理事

新井 誠四郎



本日は日曜日また足元の悪いなかを、皆様方には多数ご出席いただきまして、厚く御礼を申し上げます。

平成 12 年 12 月 1 日に 8020 推進財団が設立いたしまして、本日、3 回目のフォーラムを迎える運びとなりました。本日、260 名を超える皆様方にご出席を頂戴しておりますが、行政の方々も多数見受けられます。「8020 運動を国民運動へ」という展開の推進によりしくご協力を頂戴したいと存じます。

本日は「第 3 回フォーラム 8020 ～健康増進法施行元年を記念して～」ということで開催をさせていただきます。テーマは「健康増進法と 8020 ～新たな歯科保健活動を求めて～」でございます。特別講演、基調講演、また行政、研究者、企業の各立場からのご報告、またパネルディスカッションを通じまして、皆様方のご理解を頂戴し、8020 運動を広く国民運動へ展開してまいりたい、と主催者として大きな期待を寄せておりますので、ご協力をよろしくお願い申し上げます。

挨拶

財団法人 8020 推進財団理事長

臼田 貞夫

(代読：財団法人 8020 推進財団専務理事
／新井誠四郎)

本日は臼田財団理事長がこの席でご挨拶を申し上げます。臼田財団理事長は本日、日本歯科医師会の公務で出張中ですので、代読させていただきます。

<臼田理事長挨拶文（代読）>

日曜日で何かとご用があったと思いますが、このように多数お集まりいただきまして、第3回フォーラムを開催できましたことを、主催者といたしまして厚く御礼を申し上げます。同じ主催者であります、厚生労働省の中島審議官には本当にご多用のところご出席いただきまして、厚く御礼を申し上げる次第でございます。また、特別講演をいただく藤田保健衛生大学医学部の才藤教授と、フォーラムに参画いただきました各講師の先生方に厚く御礼を申し上げます。

今回の第3回フォーラムは健康増進法の施行元年を記念しまして、テーマに「健康増進法と8020 ～新たな歯科保健活動を求めて～」を取り上げました。健康増進法は平成14年8月2日公布、平成15年5月1日施行されていますが、健康増進法のなかにあげられている「歯の健康保持の推進」として、8020運動など地域歯科保健の取り組みの充実がますます重要なものとなっております。

8020推進財団は平成12年12月1日に設立されて以来、国民に8020運動の理解と普及を図ることを目標に活動を行ってきていますが、

健康増進法に則した活動の取り組みにいつもの努力をし、国民の健康増進に寄与していく所存であります。皆様方におかれましては、今後とも8020推進財団の活動にご理解とご協力を賜りますよう、お願いを申し上げます。

終わりに当たりまして、本日のこのフォーラムが全国各地の歯科保健活動の推進に実り多いものになることを念願しておりますとともに、ご参集の皆様方のますますのご健勝・ご活躍を祈念いたしまして、簡単ではございますが私の挨拶とさせていただきます。

財団法人 8020 推進財団理事長 臼田貞夫

代読でございました。ありがとうございました。

挨拶

厚生労働大臣

坂口 力

(代読：厚生労働省大臣官房医療保険・
医政担当審議官／中島正治)



ただ今ご紹介いただきました、大臣官房審議官の中島でございます。本日は第3回フォーラム 8020 にご参集いただきまして誠にありがとうございます。本来でしたら、坂口厚生労働大臣が参りましてご挨拶を申し上げるところでございますが、政務がございまして、私が大臣からの挨拶文を持ってまいりましたので、代読させていただきます。

<坂口力厚生労働大臣挨拶文（代読）>

本日は財団法人 8020 推進財団学術集会の第3回フォーラムに多数の皆様方のご参集を賜り、厚く御礼申し上げます。本フォーラムは平成13年度より開催され、第1回目は「8020 と健康日本 21」、昨年度の第2回目は「8020 と健康増進法」というテーマのもと、関係者の皆様をはじめ、行政や学会の皆様にも多数ご参加を賜り、盛会のうちに多くの成果を上げたということを伺っております。

さて、公衆衛生の向上や医療提供体制の充実、医療技術の進歩等により、我が国の平均寿命は世界最高水準に達しておりますが、人口の急速な少子・高齢化と生活習慣病の増加が進むなか、国民の医療へのニーズは多様化してきております。

このような背景のもと、厚生労働省では 21 世紀の少子・高齢社会を健やかで豊かなものにするべく、平成 12 年に「健康日本 21」を提唱し、国民が一体となった健康づくり運動を推進してまいりました。歯科の分野においても 8020 達成者の割合の増加等を具体的な目標として設定しています。厚生労働省といたしましては、都道府県の自主的な歯科保健活動を支援するために、8020 推進特別事業を行っており、生涯を通じた歯の健康づくりの積極的な推進を図っておりますが、80 歳以上で自分の歯を 20 本以上持つ国民は現時点では約 10%にとどまっており、目標達成には、ここにご参集いただいた皆様方をはじめ、国民あげてのさらなる努力が必要です。

また本年 5 月 1 日には、食生活・運動、受動喫煙防止などとともに、歯の健康について明記された健康増進法が施行されました。生涯を通じて自分の歯で豊かな食生活を楽しみ、全身の健康維持・増進を図るために歯科保健が果たす役割は、今後ますます重要なものになると考えられます。厚生労働科学研究からも、歯の喪失が少なく、よく噛めている者は生活の質および活動能力が高く、運動や視聴覚機能が優れていることが明らかになってきているところです。

今回は「健康増進法と 8020 ～新たな歯科保健活動を求めて～」という時宜を得たテーマを掲げられおりますが、これは非常に有意義であり、今後の歯科保健のいっそうの推進に大きく寄与いただけるものと確信いたしております。8020 運動に関係のある皆様方の今後の活動のいっそうの充実をご期待申し上げる次第でございます。

最後に、本日ご参集の皆様方のご健勝を祈念

いたしまして、私のご挨拶といたします。

平成 15 年 11 月 30 日

厚生労働大臣 坂口 力

代読でございます。

特 別 講 演

リハビリテーションからみた歯科

藤田保健衛生大学医学部

リハビリテーション医学講座教授

才藤 栄一

1980 年、慶應義塾大学医学部卒業。医学博士。現在、藤田保健衛生大学医学部リハビリテーション医学講座教授。リハビリテーション医学、摂食・嚥下障害、歩行再建、リハビリテーション心理学などが専門領域であり、日本リハビリテーション医学専門医会副会長、日本リハビリテーション医学会評議員、日本摂食・嚥下リハビリテーション学会理事なども務める。著書に『摂食・嚥下リハビリテーション』（医歯薬出版）、『リハビリテーション医療心理学キーワード』（文光堂）などがある。



才藤でございます。私はリハビリの医師で、それがなぜ歯科と関係があるのかと思われるかもしれませんが、それはおいおい説明します。

スライド 1



最初に自己紹介をします。これは私どもの藤田保健衛生大学ですが、1540 床で、大学病院としては日本では一番大きな病院だと思います。系列病院として名古屋市内に 500 床の病院があり、三重県の津市の南に 214 床の七栗サナトリウムリハセンターがあります。また、医学部のリハビリ医学講座、リハビリ専門学校、そして研究会があります。そして来年、衛生学部でリハビリ学科を立ち上げます。

スライド 2

藤田保健衛生大学リハビリ部門の概要

総 勢: 144 名
 医師: 29 名、理学療法士: 54 名、作業療法士: 38 名
 言語聴覚士: 10 名、看護師: 9 名、リハビリ助手: 4 名

平成14年度実績
 年間リハビリ患者数: 初診 3,124 人、延べ 183,107 人
 PT・OT 国家試験合格率: 100% (6 年連続)
 研究発表: 134 題、講演: 47 題、論文・著書: 63 編
 主催学会など: 6 回、主催講演会など: 17 回
 公的研究助成: 5 件、新聞報道など: 13 件

2004 年春: 衛生学部リハビリ学科
 (4 年制、定員 PT 45 名、OT 35 名) が加わる

<http://www.fujita-hu.ac.jp/~rehabmed/index.html>
 連絡先: rehabmed@fujita-hu.ac.jp

我々の病院は総勢 144 名です。医師が 29 名、このうち歯科医が 3 名います。他には理学療法士が 54 名、作業療法士が 38 名、言語聴覚士が 10 名、看護師が 9 名、リハビリの助手が 4 名います。

昨年度の初診患者は 3,124 人、研究発表は 134、講演が 47、論文が 63、主催学会 6、講演会 17、公的研究助成 5、新聞報道 13 であり、活発に活動しています。先ほど言ったように、来年、衛生学部リハビリ学科が加わります。

スライド 3

目 次

1. 高齢障害者の歯科医療需要
2. 高齢障害者の歯科治療効果
3. 食べる機能と歯科

今日は、①高齢障害者における歯科医療の需要がどうなっているか、②高齢障害者に歯科治療をすると何が起こるか、③食べる機能と歯科の 3 点について私見を述べます。

スライド4

概 要

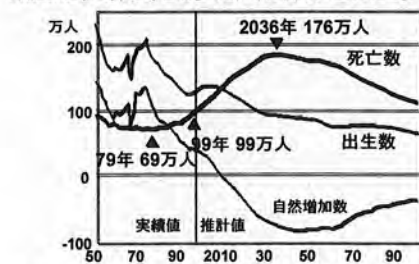
1. 障害は歯科疾患の大きな危険因子
2. 高齢障害者は歯科治療にアクセスしにくい
3. 高齢障害者の口腔状態は歯科治療で改善できる
4. 口腔状態の改善はADL・QOLの改善につながる
5. 食べる機能の専門家としての歯科が期待される
6. 食事を楽しむための歯科医療の役割は大きい

結論を先に述べますが、①障害、つまり生活上の問題は歯科疾患の大きなリスクファクターである、②高齢障害者は歯科治療にアクセスしにくい現状がある、③高齢障害者の口腔状態は歯科治療で改善できる、④口腔状態の改善はADL・QOLの改善につながる、⑤食べる機能の専門家としての歯科が期待される、⑥食事を楽しむための歯科医療の役割は大きい——この6点についてお話しします。

スライド5

今世紀前半の医療課題は多死・多障害対応

津波のように押し寄せる多死、その周りに生まれる多障害



資料 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」

これは予想される年間死亡者数で、横軸が年代、縦軸が人数です。79年に死亡は69万人だったのが、99年には99万人、2040年には180万人となり、団塊の世代の方が多く亡くなると予想されています。厚生労働省の発表は毎年変更され、毎年死亡が増えていますが、私はその3倍くらいの障害者が生まれるだろうと思います。

スライド6

長寿は幸福の必要条件であって十分条件ではない

長寿 ≠ 幸福

Longevity is not a sufficient condition for happiness
but only a prerequisite of it

長寿を幸福に結びつけるには、障害をどう扱うかがポイントになります。そういう意味でリハビリテーション医学は重要な課題です。長寿は幸福の必要条件であって十分条件ではないからです。

スライド7

リハビリテーション医学・医療

活動障害 activity disorder

生死 → 生活
植物機能 → 動物機能
恒常性 → 活動性

リハビリテーション医学は臓器を扱うのではなく、活動障害を扱うのが大きな特徴です。そういう意味では病理とも違います。そして、「生死」に対して「生活」、「植物機能」に対して「動物機能」、「恒常性」に対して「活動性」が我々のテーマです。

スライド 8

リハビリ医学・医療の中心領域

活動障害 activity disorder

・運動領域:

操 作(セルフケア)

移 動

摂 食・排 泄

・認知領域:

コミュニケーション

社会的認知

cf) ADL (activities of daily living) , 介護負担度

そうすると我々は、操作、移動、摂食・排泄、コミュニケーション、社会的認知の五つの領域を扱うことになります。

うになりました。

障害者の口腔は、このような状態になっているのです。

スライド 10

厚生科学研究
口腔保健と全身的な健康状態の関係

平成11年度班研究
リハビリテーション病棟における
潜在的歯科需要に関する研究

ここから我々の研究についてお話しします。

高齢障害者の歯科医療需要

スライド 9

障害者の口腔問題



脳卒中になって3ヵ月間、入れ歯が入れっぱなしだった患者さんは誤嚥して、熱発していました。

左の人も脳卒中で、「自分で歯を磨いている」と言っていましたが、食後3時間でこれだけ歯に食べ物が残っています。

右の人は経鼻経管が入っており、痴呆もあり、口をなかなか開けてくれません。口を開けてみると、たくさん舌苔がついていました。この人に口腔ケアをしたところ、喜んで口を開けるよ

対象と方法

2000.2.17? 3.30

藤田保健衛生大学リハ科関連2病院

リハ病棟全入院患者:151名

男性:80名, 女性:71名

70±15歳, 65歳以上:72.2%

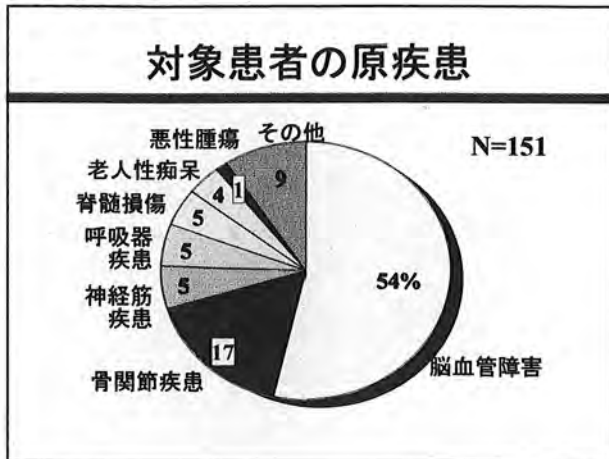
性別, 年齢, 原疾患, ADL

歯式, 歯科治療必要性, 歯科的主訴

摂食状態, 口腔内清潔度, 咀嚼能率

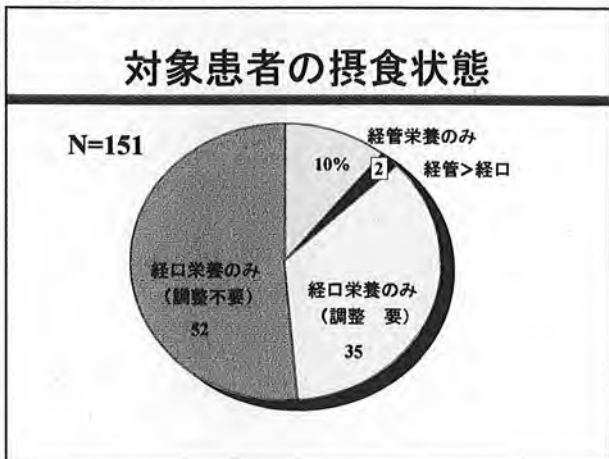
これは平成11年に行ったものですが、我々の関連病院の2病院3病棟の全員の歯科的な需要について調べました。平均70歳です。

スライド 12



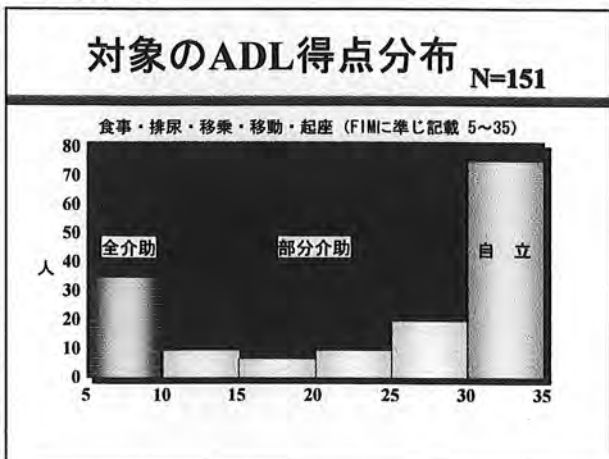
疾患としては脳卒中が非常に多いです。

スライド 13



摂食状態についてですが、半分の人が普通のものを食べていますが、3分の1の人は多少嚥下障害があり調整が必要で、一部は経管栄養だけです。

スライド 14



ADLについては、患者さんの半分くらいが自立しています。

スライド 15

内容別の歯科的 主訴と治療必要性

	歯	主訴		合計
		あり	なし	
治療	必要	2	61	63
	不要	2	60	62
	合計	4	121	125

	歯周組織	主訴		合計
		あり	なし	
治療	必要	14	81	95
	不要	3	27	30
	合計	17	108	125

	義歯	主訴		合計
		あり	なし	
治療	必要	19	24	43
	不要	4	40	44
	合計	23	64	87

こういう患者さんを歯科医が診察をして、歯科的な治療が必要かどうかを患者さんに聞いてみます。歯に関して言えば、半分の人が「必要だ」といいますが、訴えがあるのは4人だけです。歯周に関しては3分の2の人が「必要だ」といいます。義歯に関しても半分の人が「必要だ」といいます。

スライド 16

歯科的主訴と治療必要性

	主訴	あり		合計
		あり	なし	
治療	必要	74	65	139=92%
	不要	7	5	12
	合計	81	70	151

歯科医が治療の必要ありと考えたのは151名のうちの92%ですが、実際に治療を受けていたのはたったの3名です。この結果をもとに、我々は「これではまずい」と思い、この二つの病院では歯科を導入しました。その結果、現在このようなデータはなくなっています。

スライド 17

リハビリ病棟における歯科需要

1. 高齢障害者治療の場合であるリハビリ病棟では高頻度に歯科的問題が存在し、障害は大きな歯科の危険因子と思われた。
2. 高齢障害者の歯科訴えは弱かった。
3. 高齢障害者においては歯科需要と供給のミスマッチが存在すると推定された。
4. 病院における歯科機能の脆弱性が大きな課題と思われた。

まとめます。高齢障害者の治療の場合であるリハビリ病棟では、非常に高頻度に歯科的な問題が存在し、障害（生活上の問題）が大きな歯科のリスクファクターだと思われま。ちなみに一般的に病院の入院患者の約半分は ADL が自立していません。そういう意味では、非常に大きな問題が病院にあると思われま。

しかし高齢障害者の歯科訴えは非常に弱く、需要と供給のミスマッチが存在すると推定されます。そして、病院の歯科機能の脆弱性が大きな課題だと思われま。

スライド 18

脳卒中の合併症

合併症	数	%
転倒	134	22
骨折	10	3
褥瘡など	110	18
尿路感染症	98	16
呼吸器感染症	70	12
抑うつ	32	5
錯乱(confusion)	28	5
肩痛	27	4
てんかん	24	4
発熱性疾患	24	4
深部静脈血栓症	18	3
肺塞栓症	9	1
他	193	32
合計	360	59

Davenport RJ, et al.: Complications after acute stroke. Stroke 27: 415-420, 1996
CVA 607, r/o SAH
m-LOS 37 days, m-Age 73 y/o
med-TAO 6hrs

他の細目 合併症	数	%
感染症	44	7
筋骨格系疼痛(肩痛を除)	35	6
上部消化管出血	18	3
不整脈	16	3
発疹(感染症を除)	13	2
心不全	11	2
脳血管障害再発	10	2
関節炎	9	2
虚血性疾患(肢、腸)	1	
急性心筋梗塞	6	1

ところで脳卒中の患者さんの合併症には、このようなものがありますが、「歯科」という言葉は決して出てきません。しかし歯科関係は高頻度に存在する合併症であると言えます。

スライド 19

地域高齢者の口腔問題予測因子としての身体障害

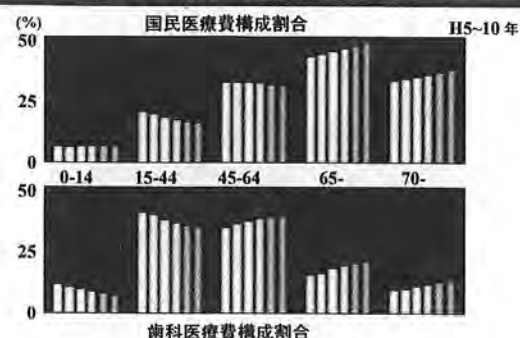


他方、歯科の立場から身体障害がリスクファクターとしてあるかという論文はほとんどありません。これは Jette というハーバード大学の人の調査ですが、ADL の問題があったときに、無歯顎、齲歯、歯周病がどのくらい発生するかについて見たものです。我々の結果とだいぶ違いますが、押し並べて高い問題が存在します。

いずれにしても、障害、つまり生活上の問題がある患者さんは歯科の問題を抱えている、という意識をぜひ持っていただきたいと思います。

スライド 20

医療費の推移



これは医療費の構成割合です。国民医療費は65歳以上が大きな割合を示しており、それが問題になっています。歯科の場合は多くありません。「それは歯がなくなるからだ」と説明する人がいるかもしれませんが、それはおそらく間違いです。歯科にアクセスできていないからで

あり、それは大きな問題です。

スライド 21

高齢障害者の歯科需要

- 高齢障害者の口腔衛生は劣悪。障害は歯科の重要な危険因子である。
- 高齢障害者の歯科ニーズは受け入れられていない。

高齢障害者の口腔は劣悪で、障害は歯科の重要な危険因子であり、高齢障害者の歯科ニーズは受け入れられていない、というのが現状です。

高齢障害者の歯科治療効果

スライド 22

高齢障害者の歯科治療効果

主訴のない高齢障害者の歯科問題を治療する意義は？

- 本来の歯科治療効果
- 障害への歯科治療効果

ここで問題となるのは、主訴のない高齢障害者の歯科問題は治療する意義があるかどうかということです。本来の歯科治療効果があるかどうか、障害への歯科治療効果があるかどうか、この二つに答えれば、この問題は解けます。

スライド 23

厚生科学研究
口腔保健と全身的な健康状態の関係

平成9年度班研究
高齢障害者における
歯科介入とADLとの関係

平成9年度の班研究ですが、歯科治療が日常生活を含んだ障害にどのような影響を与えるかについて議論しました。

スライド 24

ADL (activities of daily living)

- 日常生活活動
- あらゆる個人が毎日の生活を送る上で必要な基本的活動の一式
- 基本的という基準は、施設や病院生活、保護された環境レベル
- 独居に必要な活動は IADL (Instrumental ADL; 道具的ADL)

ADLは「日常生活活動」と訳し、あらゆる個人が毎日の生活を送るうえで必要な基本的活動の一式です。「基本的」という基準は、施設や病院生活など保護された環境レベルであり、独居に必要な活動は IADL と言います。

スライド 25

FIMの歴史 Functional Independence Measure (FIM)

included in Uniform Data System by Granger CV et al. 1987

- 1979 AAPM&R, ACRM Stroke outcome study
- 1983 AAPM&R, ACRM Uniform data system (UDS)
- 1987 FIM/UDS version 1
- 1989 Buffalo symposium (Methodology in SOR)
- 1990 FIM/UDS version 3
- 1990 FIM/UDS 日本語版
- 1996 FIM/UDS version 5

国際的拡がり

- ・ USA & Canada: 200万以上の患者登録。19万人/年
- ・ 地域データベース登録: 米国, カナダ, オーストラリア, 香港, イスラエル, イタリア, フィンランド, 南アフリカ
- ・ ガイド: オーストラリア, フィンランド, フランス, ドイツ, イタリア, 日本, 韓国, ポルトガル, スペイン, スウェーデン

評価法としては、FIM が標準的に用いられています。これは Granger というニューヨーク大学の人が、アメリカのリハビリのデータシステムのために作ったものです。我が国では 90 年に日本語版が出ています。

スライド 26

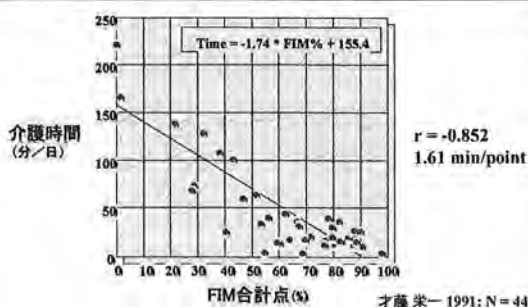
FIMの評価項目

運動項目		認知項目
セルフケア	移乗	コミュニケーション
食事	ベッド移乗	理解
整容	トイレ移乗	表出
清拭	浴槽移乗	社会的認知
更衣・上半身	移動	社会的交流
更衣・下半身	歩行・車椅子	問題解決
トイレ動作	階段	記憶
排泄コントロール		
排尿管理		
排便管理		

FIM の評価項目は 18 項目あり、運動項目としてはセルフケアが 6 項目、移乗が 3 項目、移動が 2 項目、排泄が 2 項目、認知項目としてはコミュニケーションが 2 項目、社会的認知——これは「判断」ですが——3 項目あります。この 18 項目を 7 点満点でつけます。

スライド 27

脳卒中病棟における介護時間とFIM



FIM のよい点は、介護時間を予測しやすいことです。FIM の 1 点が介護時間 1.6 分に当たります。ですからコスト計算がしやすくなります。社会的負担もわかるし、治療効果もはっきりします。

スライド 28

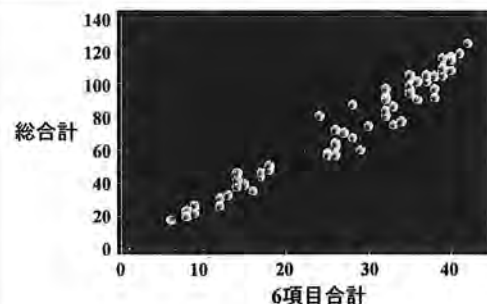
FIMより抜粋

- ・ 食事
- ・ 排尿コントロール
- ・ 移乗 (ベッド・椅子)
- ・ 移動 (歩行・車椅子)
- ・ 表出
- ・ 社会的交流
- ・ 起き上がり動作

今回は 6 項目を抜粋しました。

スライド 29

FIM6項目合計と総合計との関係



この 6 項目と総合計との相関は非常に高くなっています。

スライド 30

対 象

老人保健施設等の施設および在宅における
歯科診療を必要とする高齢障害者

70名

年 齢: 80.9 ± 8.3 歳

性 別: 女性 48 男性 22

場 所: 施設 55 在宅 15

協 力: 愛知県 35 熊本市 27 仙台市 8

この 6 項目を使って歯科治療がどう影響するかを見ました。対象は 80 歳の人 70 名です。こ

れは3回行っており、その最初のものです。

スライド 31

方 法

- 歯科診療を要する高齢障害者に歯科介入を行い、治療前・後で各指標を比較
- 診察と質問紙(調査票)によりデータ収集

その方法ですが、歯科診療が必要と考えられる高齢障害者に歯科介入を行い、治療前後で各指標を比較します。そして、診察と質問によりデータを収集します。

スライド 32

調査項目

歯科治療前後
の変化を検討

1. 患者情報
氏名、性別、年齢、居住種類
原疾患、併存症
2. 身体機能と障害
意識レベルと知的評価
運動麻痺と嚥下機能
ADL FIM抜粋、厚生省寝たきり度判定
QOL 生活満足度、Face scale
食事
咀嚼能率と口腔清潔度
チューイングテスト・川口式
RDテスト・口臭
3. 歯科評価
歯の診査:アイヒナー指数
歯科的訴え
4. 歯科的治療
5. その他の介入

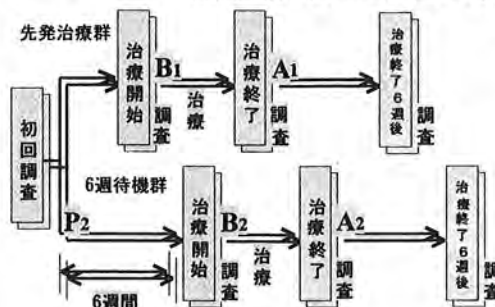
調査項目は、①「患者情報」、②「身体機能と障害」——口腔関係では、咀嚼能力と口腔清潔度を見ている——その他、ADL、QOL、食事の内容、③「歯科評価」としては歯の診査と歯科的訴え、④「歯科的治療内容」です。ここで重要なのは⑤「その他の介入」に関しても見ていることであり、結果的に「その他の介入」は関係ないことを見出しています。

スライド 33

調査の流れ

- ・ 前後比較: $(A1+A2) \text{ vs } (B1+B2)$ 70
- ・ 対照比較: $(A1-B1) \text{ vs } (B2-P2)$ 35, 35

N:



調査の流れはこのようなになっています。治療前後の比較だけを見ました。

スライド 34

事前講習会

調査票に関しては調査票マニュアルを作成し、講習会を行って所見採取法について習熟した。

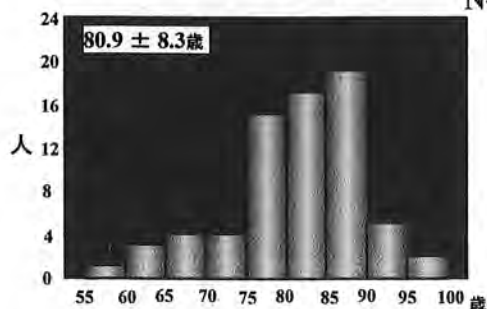


歯科医師会が中心になって全国にお願いし、勉強会をしました。歯科医がADLをきちんと取れることを担保して仕事をしました。

スライド 35

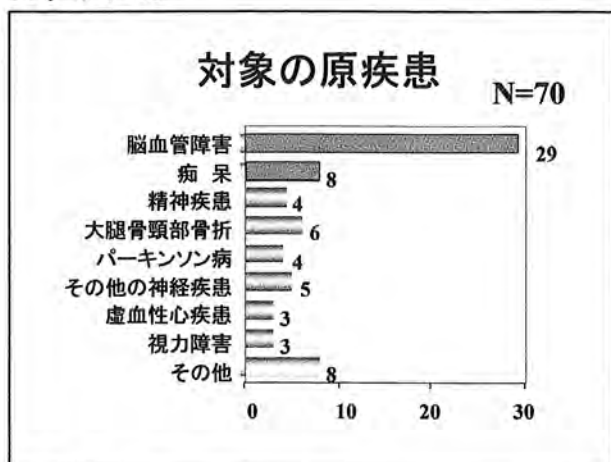
対象の年齢分布

N=70



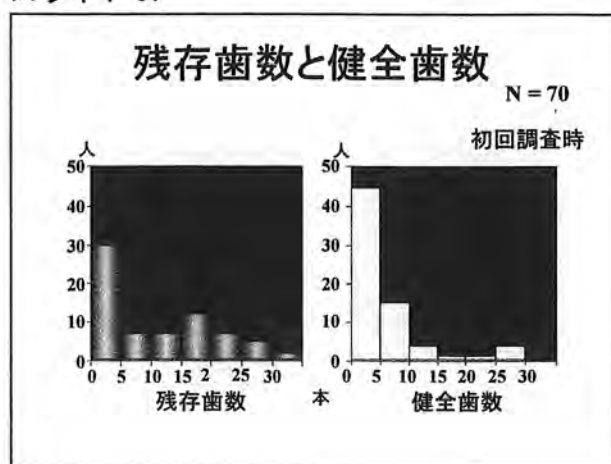
年齢分布はこうになっており、平均 80 歳です。

スライド 36



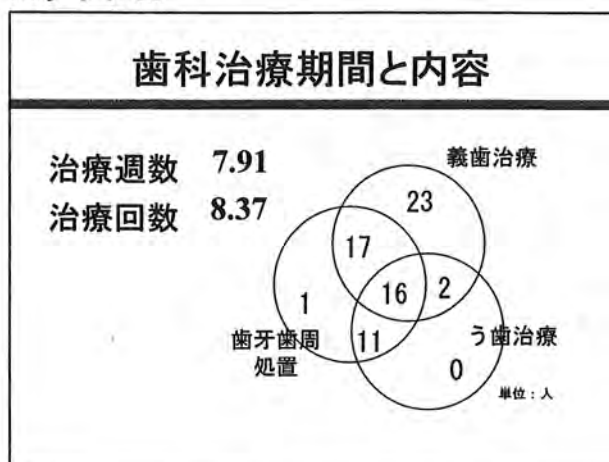
先ほど言ったように、疾患は脳卒中が一番多くなっています。

スライド 37



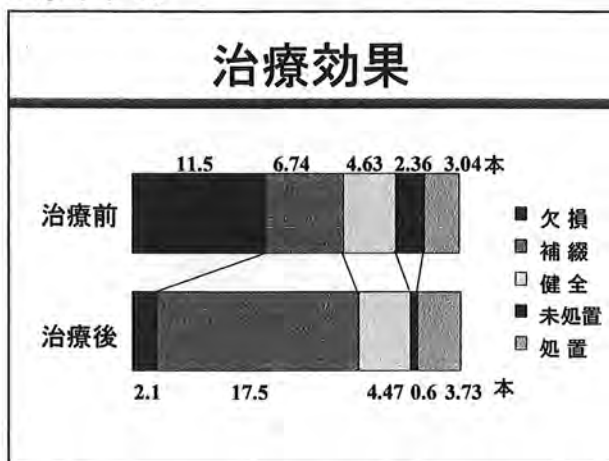
残存歯数、健全歯数とも一番多いのは 0~5 本で、かなり歯がないという現状です。

スライド 38



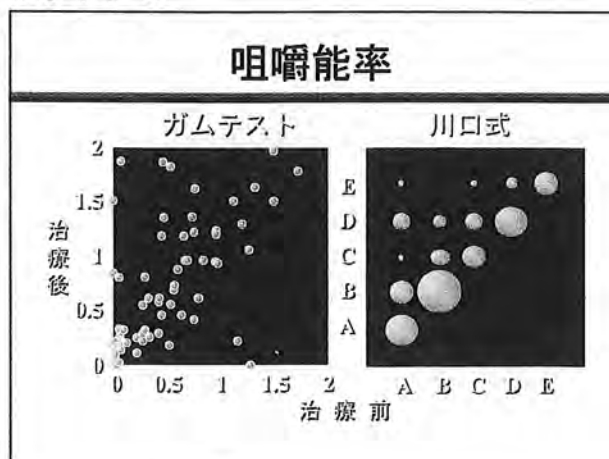
治療は週に 1 回で約 8 回行いました。治療内容は、義歯治療、う歯治療、歯牙歯周処置で、それらを全部行ったのは 16 人でした。義歯の単独を除けば、かなり複合的な治療をしました。

スライド 39



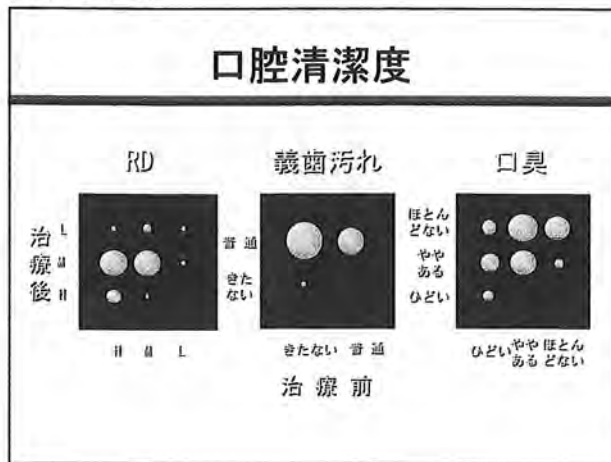
治療効果としては、欠損が減る、未処置が減るなど、歯科治療の当然の効果が出ました。

スライド 40



咀嚼能率はこのように改善されています。

スライド 41



口腔の清潔度もよくなっています。

スライド 42

高齢障害者の歯科治療効果 (1)

- 補綴がなされ、欠損歯が減った。
 - 咀嚼能率が向上し、口腔清潔度が改善した。
- 本来の歯科治療効果あり

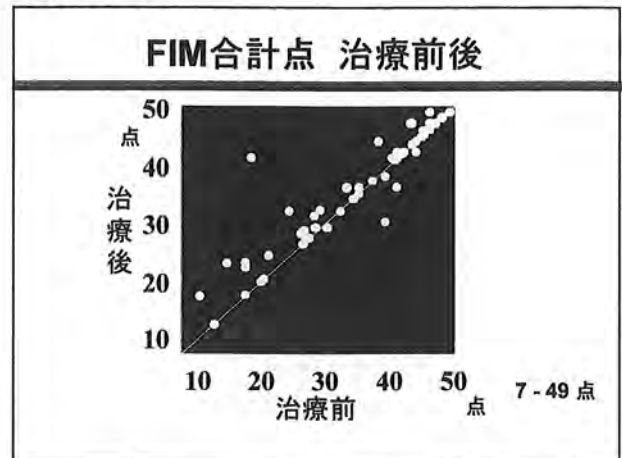
したがって高齢障害者の歯科治療は、補綴がなされ欠損歯が減り、咀嚼能率が向上し、口腔清潔度が改善しました。そして、本来の歯科治療効果があることがわかりました。

スライド 43

障害への治療効果 N = 70		— Wilcoxon matched pairs検定で有意差(p<0.05)のあったもの	
●意識レベルと知的評価		●QOL	
意識状態	0.03	生活満足度	0.02
知的評価	0.61	友人満足度	0.11
場所	0.09	食事満足度	<0.01
時間	0.02	患者 face scale	0.06
計算	0.35	治療者 face scale	<0.01
●嚥下機能 RSST		●食事	
RSST	0.09	食事内容	0.03
●ADL FIM		食事介助	0.07
FIM	0.01	食事時間	0.09
食事	0.01	食事場所と体位	0.27
排泄	0.99	●咀嚼能率と口腔清潔度	
移動	0.12	ガムテスト	<0.01
移動	0.24	川口式咀嚼機能	<0.01
搬出	0.03	RDテスト	<0.01
社会的交流	0.07	舌菌汚れ	<0.01
起立	0.03	口臭	<0.01
合計	<0.01		
寝たきり度	0.04		

障害に対しては、網掛けをしている項目が有意差があったものです。咀嚼能率と口腔清潔度は全てよく、食事関連、意識状態もよくなっています。

スライド 44



FIM の合計点ですが、有意差を持って改善しています。

スライド 45



歯科以外の介入度を見ると、全ての介入が 6 ヶ月以上経っているものがほとんどです。

スライド 46

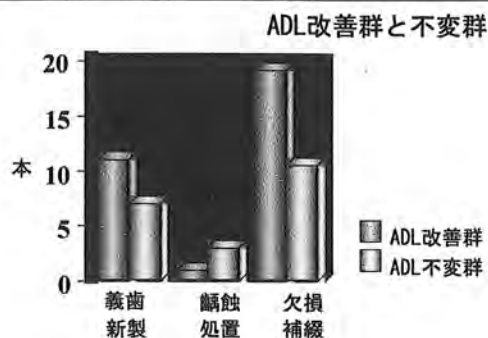
FIM変化と他の介入期間



横軸が歯科以外の介入期間、縦軸は FIM の変化ですが、その他の介入は全く関係ないことが分かります。要するに、歯科だけの介入がこういう変化をもたらしたのです。

スライド 47

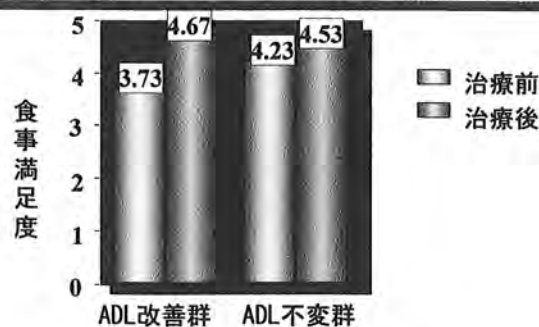
歯科治療内容の差



治療内容については、ADL の改善群では、欠損の補綴が非常に多く、義歯の新製も多くなっています。

スライド 48

食事満足度の変化



さらに食事満足度の変化を見ると、ADL の改善した群では QOL もよくなっていることがわかります。

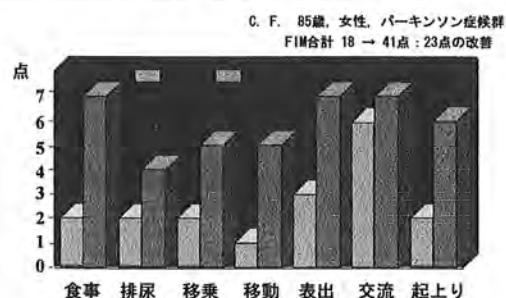
スライド 49

症 例

個人情報 : C. F. 85歳, 女性, 熊本市
6 週待機群
全身状態 : 運動麻痺なし・パーキンソン症候群
歯科的訴え : 歯が痛い・歯ぐきから血が出る
歯科的介入 : 抜歯2・義歯新製3・口腔ケア
診療回数 10回
他の介入 : なし
FIM合計 18 → 41点:23点の改善

スライド 50

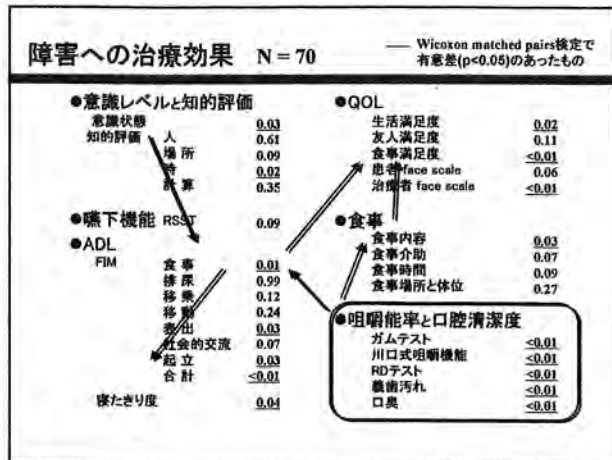
症例のFIM各項目の変化



これはちょっと特殊な症例ですが、最も点数が変わり、23 点も改善した例です。治療は 10

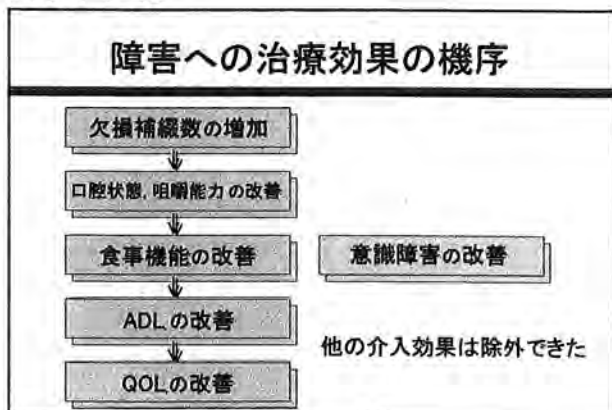
回行い、18 点が 41 点になっています。

スライド 51



口腔の機能が改善したことが食事の機能を改善し、それが QOL の向上に結びつきます。それにより寝たきりが改善されます。また意識障害も改善されます。

スライド 52



すなわち欠損補綴が改善され、口腔状態や咀嚼能力が改善し、食事機能の改善、ADL の改善、QOL の改善が起こり、意識障害も改善されます。そして、他の介入効果は除外できました。

スライド 53

高齢障害者の歯科治療効果 (2)

- 食事機能を改善した。
 - さらにADLやQOLが改善した。
 - その他の介入効果は除外できた。
- 障害への歯科治療効果あり

整理しますと、食事機能が改善され、さらにADL や QOL が改善し、その他の介入効果が除外できました。つまり、障害への歯科治療効果があることがわかりました。

スライド 54

高齢障害者の歯科治療効果

主訴のない高齢障害者の歯科問題を治療する意義は？

- 本来の歯科治療効果 → 有り
- 障害への歯科治療効果 → 有り

主訴のない高齢障害者の歯科問題を治療する意義についてですが、本来の歯科治療効果も障害への歯科治療効果もあります。高齢障害者の歯科治療はすべきだということが非常にはっきりとわかります。

スライド 55

厚生科学研究
口腔保健と全身的な健康状態の関係

平成12年度班研究
高齢障害者における
歯科介入とADLとの関係

平成 12 年度には症例を増やし、single blind
を導入しました。

スライド 56

対 象

老人保健施設等の施設入所中の
歯科診療を必要とする高齢障害者

- 対照比較による調査 合計: 284名
 治療群: 140名 非治療群: 144名
 女 103 男 37 女 113 男 31
 年齢 81.6 ± 7.6 歳 年齢 81.8 ± 7.7 歳
- 一重盲検による調査 合計: 138名
 治療群: 69名 非治療群: 69名
 女 55 男 14 女 54 男 15
 年齢 82.1 ± 7.8 歳 年齢 82.0 ± 8.0 歳

結論から言うと、上はうまくいきましたが、
下は blind をする調査者が多すぎ、精度が落ち
ました。

スライド 57

協力歯科医師会

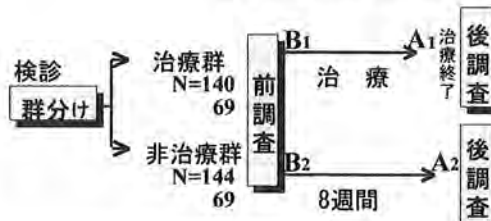
愛知県歯科医師会 7名
 三重県歯科医師会 3名
 静岡県歯科医師会 4名
 岐阜県歯科医師会 3名
 熊本市歯科医師会 4名
 いわき市歯科医師会 8名

このように六つの歯科医師会に協力してい
ただきました。

スライド 58

調査の流れ

- ・対照比較: (A1 -B1)vs(A2 -B2)
- ・盲検比較: (A1 -B1)vs(A2 -B2)



前後比較、Controlled Study、blind を入れ
ました。

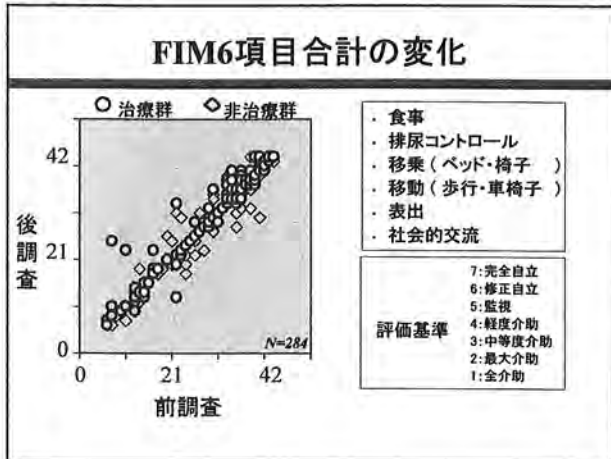
スライド 59

群間の比較

		対照群 前・後 N=144	治療群 前・後 N=140	両群 前後差 N=144, 140
意識状態 知的評価	人	0.262	0.054	0.026*
	場所	0.182	0.016*	<0.010**
	時	0.726	0.207	0.213
	計算	0.331	0.084	0.590
	計算	0.098	0.042*	<0.010**
FIM	食事	0.968	0.019*	0.068
	排泄	0.447	0.619	0.126
	移動	0.044*	0.614	0.048*
	移動	0.600	0.020*	0.049*
	表出	0.794	0.087	0.100
寝たきり度	社会的交流	0.629	0.038*	0.223
	FIM6項目合計	0.494	<0.010**	<0.010**
	寝たきり度	0.089	<0.010**	0.145
	Face scale 治療者	0.395	<0.010**	<0.010**
	口腔清潔度 RDテスト	0.057	<0.010**	0.136
食事	内容	0.686	<0.010**	0.018*

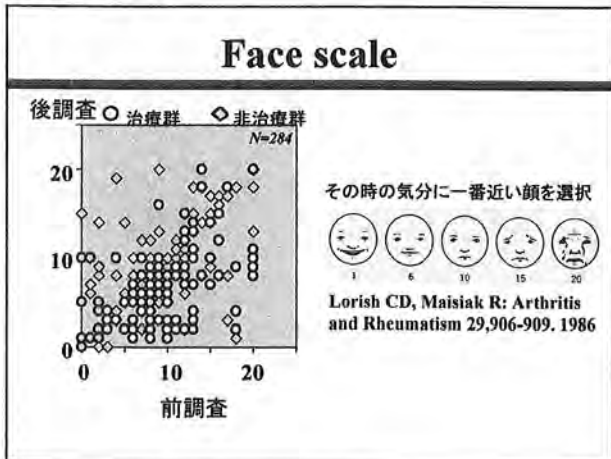
その結論です。対照群では何も有意差が出ま
せんでした。しかし治療群の前後比較では、数
字の横に*印をつけたものが有意差で、両群の
前後差でも、*印をつけたものに有意差が出ま
した。同じような項目で有意差が出ています。
2 回の研究でほぼ同じ結果になりました。

スライド 60



これは FIM の 6 項目の変化ですが、治療群でよくなっていることがわかります。

スライド 61



Face scale は QOL の測り方の一つですが、主観的な表情についても治療群のほうがよいことがわかります。

スライド 62

群間の前後差の比較 N=138

盲検例		Wilcoxon matched pair 検定で有意差 $p < 0.05$ のあったもの	
		ADL	
		FIM	
		食事	0.23
		排尿	0.11
		移乗	0.96
		移動	<u>0.05</u>
		表出	0.91
		社会的交流	0.18
		起座動作	0.60
		6 項目計	0.38
		7 項目計	0.43
意識レベルと知的評価			
意識状態	0.14		
知的評価			
人	0.45		
場所	0.69		
時	0.69		
計算	<u>0.05</u>		
		寝たきり度	0.72

盲検では、移動と計算にしか有意差が出ず、

はっきりしたことがわかりませんでした。その原因は、調査者の数が多すぎたことです。

スライド 63

障害への治療効果

- 2回の前後比較では、効果あり
- 対照比較では、効果なし / 効果あり
- 盲検-対照比較では、不明
- 機序は口腔-食事機能改善, 意識改善
- 盲検の再調査必要

まとめますと、2 回の前後比較では効果があることがわかりました。対照比較では 1 回目は効果がなかったのですが、2 回目は効果がわかりました。盲検では効果が不明でした。機序は同じですが、盲検の再調査が必要だということになりました。

スライド 64

厚生科学研究
口腔保健と全身的な健康状態の関係

平成14~16年度班研究
高齢障害者における
歯科介入とADLとの関係

これは 3 回目の調査で、今年終わります。

スライド 65

調査目標

- 十分な症例による効果の確定的検証
- 盲検調査の精緻化

調査目標は、十分な症例で確定的な検証を行うこと、盲検調査の精緻化です。

スライド 66

目的

歯科介入が高齢障害者の日常生活活動などの問題に及ぼす影響を歯科治療の前・後で盲検対照法を用いて前方視的に検討した。

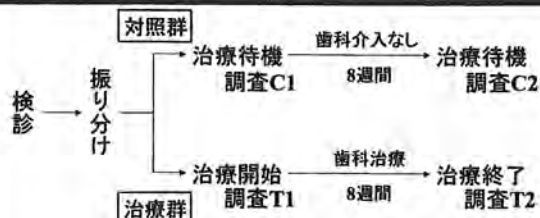
対象

老人保健施設・特別養護老人ホームなどに入所中の歯科治療が必要な高齢障害者195名(愛知県168名, 静岡県15名, 岐阜県12名)を対象とした。歯科的緊急例は除外した。対象者には調査の目的と方法について十分説明し書面にて同意を得た。

blind で randomized controlled trial を導入しました。対象は 195 名です。

スライド 67

調査の流れ



- 層別無作為化 (stratified randomized controlled trial: RCT): 施設内年齢群での振り分け
- 一重盲検 (single blind): 調査者3名は群分けを知らない

層別無作為化をし、施設内の年齢群以外は乱

数表を使って振り分けました。もう一つは single blind です。

スライド 68

評価項目

- ・患者情報
氏名, 性別, 生年月日, 年齢, 原疾患
- ・意識レベルと知的評価
意識レベル
知的評価 人の見当識, 計算 (100-7, 93-7)
- ・日常生活活動
FIM 食事
(各1~7点) 更衣(上半身)
移乗(ベッド, イス)
表出

このように評価項目を絞り込みました。

スライド 69

対照群の変化

	前調査	後調査	p
意識レベルと知的評価			
意識レベル4.01	3.98	0.37	
知的評価 人の見当識	2.28	2.34	0.61
計算	1.67	1.76	0.24
FIM 食事	5.00	5.07	0.24
更衣(上半身)	3.46	3.38	0.18
移乗(ベッド, イス)	3.80	4.00	0.01*
表出	4.36	4.72	<0.01*
選択4項目合計	16.63	17.18	<0.01*

Wilcoxon検定

対照群では、3 項目で有意差が出ました。

スライド 70

治療群の変化

	治療前	治療後	p
意識レベルと知的評価			
意識レベル4.02	4.15	0.11	
知的評価 人の見当識	2.45	2.51	0.34
計算	1.94	1.88	0.40
FIM 食事	5.10	5.51	<0.01*
更衣(上半身)	3.50	3.88	<0.01*
移乗(ベッド, イス)	4.03	4.30	0.02*
表出	4.64	4.93	<0.01*
選択4項目合計	17.28	18.61	<0.01*

Wilcoxon検定

一方、治療群ではもっとはっきりと有意差が

出ました。

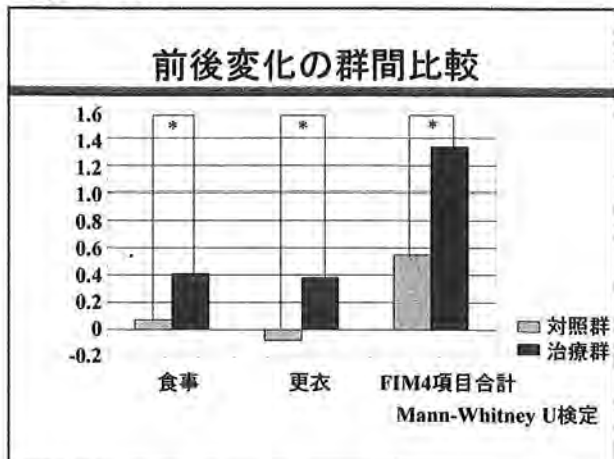
スライド 71

前後変化の群間比較			
	対照群 前後差	治療群 前後差	p
意識レベルと知的評価			
意識レベル	-0.06	0.13	0.06
知的評価	0.04	0.06	0.94
人の見当識 計算	0.10	-0.05	0.11
FIM			
食事	0.07	0.41	<0.01*
更衣(上半身)	-0.08	0.38	<0.01*
移乗(ベッド、イス)	0.20	0.27	0.83
表出	0.36	0.29	0.51
選択4項目合計	0.55	1.34	0.01*

Mann-Whitney U検定

前後比較では食事、更衣、移乗、表出の4項目に絞ったのですが、有意差が出ています。

スライド 72



このように、食事、更衣で有意差が出ています。

スライド 73

高齢障害者の歯科治療効果

1. 3回の調査は全体として一致。
2. 歯科治療によって、歯牙状態、口腔清潔度、咀嚼機能が改善。さらに、ADL、QOLの向上が確認できた。
3. 改善機序として、食事関連項目の改善が濃厚であり、栄養状態の改善の関与が示唆された。また、意識改善や非特異的効果の関与の可能性もあった。
4. リハ医学からみると、高齢障害者の口腔問題は重要なリハ障害因子と考えられた。

3回の調査は全体として一致しており、歯科治療により歯牙状態、口腔清潔度、咀嚼機能が改善し、さらにADL、QOLの向上が確認できました。改善機序として、食事関連項目の改善が濃厚であり、栄養状態の改善の関与が示唆されました。意識障害の改善や非特異的効果の関与も今後考えなければなりません。結論を言うと、リハ医学から見ると、高齢障害者の口腔問題は重要なリハ障害因子と考えられます。

スライド 74

脳卒中患者のADL予後不良因子(障害因子)

評価時ADL不良(FIM運動領域50点以下)あるいは座位保持困難、に加えて、以下の項目が複数ある場合

- 長い発症後期間(1, 3, 6ヶ月以上)
- 見当識不良(言語/行動で判断, 全般的重度知的障害)
- 高年齢(50歳以下, 70歳以下, 80歳以上)
- 重篤な麻痺(SIAS運動下肢項目で1/5以下)
- 健側筋力低下(握力10kg以下)
- 半側空間無視
- 重篤な廃用(膝関節屈曲拘縮, 褥創)
- 遷延性意識障害
- 重篤な併存症, 合併症(しばしば訓練を中止)
- 重度失語に伴う知的障害, 情動障害
- 重度抑うつ

我々はいつも障害因子を考えますが、どんな文献を調べても、リハビリ上の障害因子に歯科の問題があるということは出ていないので、これは非常に新しい考え方だと思っています。

高齢障害者の口腔問題

リハ医学上, 重要な

- 合併症 (complication)
- 併存症 (complication)

リハビリから見ると、障害高齢者の口腔問題は、高頻度で重要な合併症があり、併存し、阻害因子となるのです。障害があるために生まれたことが、併存症としてリハに悪影響を及ぼすというサイクルが存在します。

食べる機能と歯科

施設内で楽しいこと

施設 (数)	回収数
特別養護老人ホーム (9)	773
老人保健施設 (13)	1324
老人病院 (9病院)	362
療養型病床群 (1)	50

福祉施設・老人病院等における入所者・入院患者の意識実態調査: 加藤順吉郎 1995

	第1位	第2位	第3位
特養老人ホーム	食事 44.8	行事参加 28.0	家族訪問 25.3
老人保健施設	食事 48.4	家族訪問 40.0	行事参加 35.2
老人病院	食事 40.0	家族訪問 39.4	テレビ 28.3
療養型病床群	食事 55.1	家族訪問 55.1	テレビ 30.6

複数回答可 (%)

次は食べる機能についてです。これは愛知県の医師会が調べた「施設内で楽しいこと」についてで、約 2,500 人にアンケートをしたものです。全部 1 位は食事です。



飲むと溺れる

飲水の拒否

しかし実際にはこういう患者さんがいます。この人はいつも看護婦さんに水を飲むように言われるのですが、「飲むと溺れてしまう」と言って、水を飲むのを拒否します。これが摂食・嚥下障害です。

摂食・嚥下障害への対応の難しさ

1. 外部から見えにくい体内の運動
2. 訓練, 管理上の医学的危険
3. 重篤な多障害の併存
4. 診療の場に収まらない生活の問題

食事介助

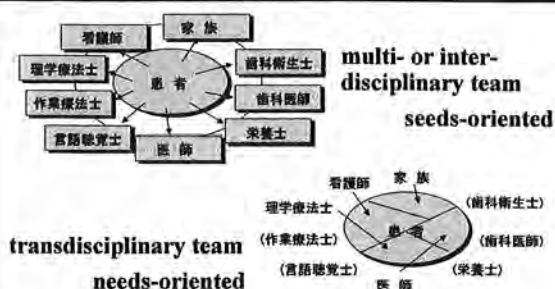
摂食・嚥下障害はここ 10 年くらいで取り上げられるようになったテーマで、私のライフワークです。摂食・嚥下障害に対応するのは難しく、①外から見えにくい体内の運動である、②訓練や管理上の医学的な危険がある、③いろいろな問題を抱えた患者さんに多い、④診療の場に収まらない生活の問題である、ということが挙げられます。「在宅」が言われるようになってから、余計この問題が注目されるようになりました。

食べる機能の問題は 誰が診るのか

食べる機能の問題 II 摂食・嚥下障害

食べる機能の問題は誰が診るのか、という問題があります。食べる機能の問題とは摂食・嚥下障害です。

摂食・嚥下リハチーム



我々は「摂食・嚥下リハチーム」という考え方をしています。今までは“multi-or interdisciplinary team”で、ここに挙げてあるような人たちが、それぞれ自分の専門に当てはまる点を治療するという考え方でした。それに対し“transdisciplinary”という考え方が出てきました。カッコでくくっている人はいないとする、今いるのは家族、看護師、理学療法士、医師だけです。患者さんを4人で分け、それぞれの部分を担当します。すると、そのチームにより、あるいは患者さんの状態によって、振り分け方が違ってきます。これは、自分の役割が可変的であるという考え方です。そして前者は“seeds”で、後者は“needs”です。

食べることの問題において地域から病院までを網羅するためには、このような切り口が大切になります。そうでないと、多くの患者さんを見捨てることになります。

形態は機能のためにある (合目的性)

- 歯・歯周・口蓋
- 咀嚼
- 口腔
- 嚥下
- 舌？
- 摂食
- 口腔咽頭？

形態は機能のためにあるということをご説明します。歯・歯周・口蓋は口腔に属し、その機能としては咀嚼、嚥下、摂食などがあります。すると、舌や口腔咽頭はどうなるのかを考えないと、そういう問題は解決できません。

咀嚼嚥下複合体 chew-swallow complex

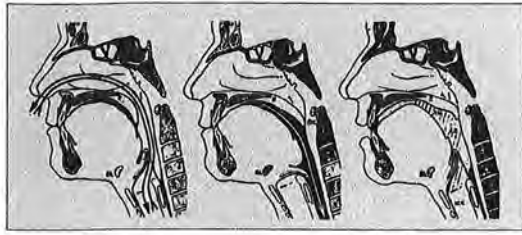
咀嚼と嚥下の相互作用

4期モデルとプロセスモデル

ここで非常に新しい考え方をご紹介します。“chew-swallow complex”とは我々が作った言葉ですが、咀嚼と嚥下は今まで考えていたようなことではないのです。

スライド 83

口腔・咽頭・喉頭機能

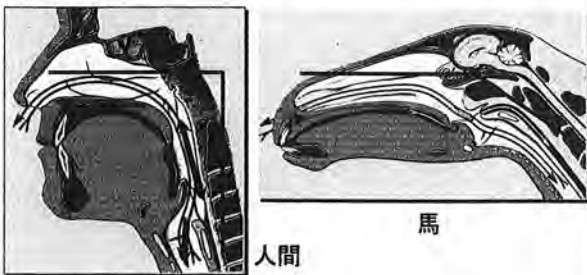


呼吸 嚥下 発声

人間は口腔・咽頭・喉頭において、呼吸と嚥下と発声の三つの重要な仕事を行っています。

スライド 84

口腔・咽頭・喉頭の構造



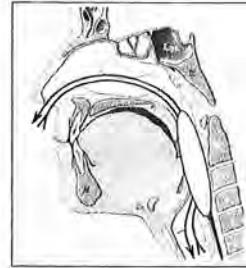
人間

馬

そのため、人間と馬とでは大きな違いがあります。人間は口腔面と咽頭面がこのようになっています。それに対して馬はこうなっています。人間は喉頭が口腔面に対して上にあります。さらに、人間は喋るために咽頭が大きく、下に伸びています。そのため喉頭が下がりますが、喉頭が下がると余計食べ物が入りやすくなります。また、舌根部が咽頭に露出しています。馬の口は喉頭蓋と軟口蓋がきれいに一部屋になっていますが、人間の場合は閉じない部屋になっているのです。

スライド 85

口腔・咽頭・喉頭の構造



Human



Australopithecine

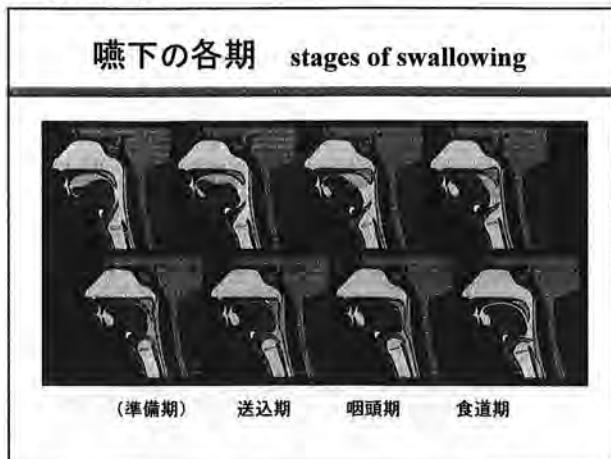
オーストラロピテクスはやはり一部屋で、咽頭が小さく、喋れたとしてもうまく喋れなかったはずです。

スライド 86

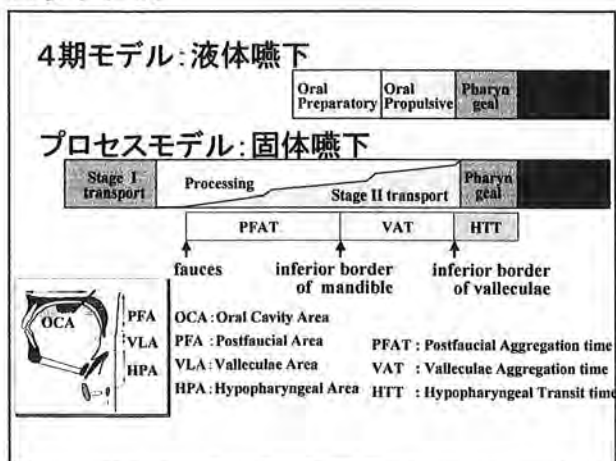
嚥下の2様式

- 液体嚥下: drinking command swallow
 - Four stage model
- 咀嚼嚥下: eating chew-swallow complex
 - Process model

嚥下には、少なくとも二つの形式があることがわかってきました。液体嚥下と咀嚼嚥下です。これまでは液体嚥下だけがもっぱら研究されてきましたし、今でも生理の教科書にはそれしか書いてありません。ところが、咀嚼して嚥下すると全く違うということがわかってきて、さらにヒト以外の動物は咀嚼嚥下をしていることもわかってきました。



これが生理の教科書によく書いてある嚥下のモデルです。送込期は食べ物を咽頭に送り込みますが、その瞬間に咽頭期が始まり、喉頭が前上に挙上して、喉頭が閉じて、食材は食道を通っていきます。



これが嚥下の「三つの反射」あるいは「四つの反射」と言われているものです。ところが実際に我々が固形物を咀嚼すると、そういうことは起こりません。では、何が起きているのでしょうか。

Stage II Transport

咀嚼嚥下では、咀嚼中、嚥下反射前に食物が舌による能動的輸送によって中咽頭に送り込まれ、食塊としてまとめられる

咀嚼している間に Stage II Transport という現象が起こります。これは非常に重要ですが、噛んでいる間に食べ物は中咽頭に行ってしまうのです。すなわち、口腔で食塊ができるのではないのです。馬や犬は Stage II Transport で口腔に食塊を溜め込んで嚥下をしますが、人間はそこはすでに咽頭になってしまっているという悲劇があるのです。すなわち咀嚼の嚥下では、咀嚼中、嚥下反射前に食物が舌による能動的輸送によって中咽頭に送り込まれ、咽頭で食塊としてまとめられます。

従来、命令嚥下がもっぱら研究されてきました。バリウムを飲み込むと、舌がバリウムを送り込む時には舌骨が持ち上がり、バリウムが流れていきます。

コンビーフに水のバリウムを加えて混合物にすると、先ほどの嚥下と全く違う動きが起こります。コンビーフがあり、バリウムが入ってきて咀嚼をすると、咀嚼をしている間に食べ物は下咽頭まで流れ込んでいます。先ほど、中咽頭だと言いましたが、水の場合は中咽頭にとどまっておらず、下咽頭まで行きます。その時、喉頭は開きっぱなしで、大変リスクです。

噛んでいる時はまだ嚥下反射は起こっていません。コンビーフとバリウムは下咽頭の梨状窩に溜まって、それから嚥下反射が起こります。正常な人はこれで誤嚥をしません、患者さんはこれで誤嚥をします。

プリンを咀嚼するところを内視鏡で直接見

ると、内視鏡には舌根部、喉頭の蓋、咽頭、梨状窩が見えます。咀嚼をするとプリンは喉蓋谷に溜まります。プリンは多く溜まっていますが、それでも少し流れ込んでしまいます。この瞬間、嚥下が始まります。こういうことを“chew-swallow complex”と呼んでいます。正常な人は誤嚥をしません。

スライド 90

咀嚼嚥下の臨床的意義

- ・ 命令嚥下はむしろ特殊な嚥下
- ・ 咀嚼嚥下は日常の食事活動
- ・ 咀嚼と嚥下の統合的理解の必要性
- ・ 嚥下反射遅延という考え方の再考の必要性
- ・ 誤嚥における気道防御の重要性
- ・ VF検査で見落としやすい機会誤嚥の説明
- ・ 嚥下障害食は「丸飲み食」
- ・ 第2期輸送は個人差のある現象
- ・ 嚥下障害者に合った咀嚼法の可能性
- ・ 咀嚼をしても安全な嚥下障害食のあり方

まとめます。今まで研究されてきた命令嚥下は人間にしかない特殊な嚥下です。なおかつ、人間でもしょっちゅう起こっていないものです。それに対して咀嚼嚥下は日常的に起こっています。ですから、咀嚼と嚥下は総合的に理解する必要があります。

これまでは嚥下反射が遅延しているという考え方がなされていましたが、これは再考が必要です。今でも「遅延するから誤嚥する」と教科書に書かれていますが、むしろ気道防御能力のほうが重要です。特に嚥下の検査で見落としやすい機会誤嚥も咀嚼嚥下で説明できます。

嚥下障害の患者さんの食べ物は「丸飲み食」であり、咀嚼をしていると、嚥下反射前に咽頭に食べ物がどんどん行ってしまうので、それをやめさせることで説明ができます。

特に重要なのはここからですが、第2期輸送には個体差があるため、嚥下障害の患者さんに合った咀嚼法を検討する可能性があります。さらに、嚥下障害がある人が咀嚼をしても安全な嚥下障害食を作る必要があります。

スライド 91

何故、咀嚼嚥下複合体は気づかれなかったのか？

ところで、なぜ今まで咀嚼嚥下複合体は気づかれなかったのでしょうか。私見ですが、歯科で咀嚼の研究をするときには、もっぱらピーナッツを用いるからです。ピーナッツは最も嚥下しにくくて、嚥下が見にくい食べ物です。一方、耳鼻科のほうでの研究では水を用いた命令嚥下が行われています。そのため、日常で起こる咀嚼嚥下が切り離されていたのだと思います。機能上、口腔と咽頭は一緒に考えるべきです。

スライド 92

摂食・嚥下障害の帰結

臨床的重症度分類		摂食状態
誤嚥	1. 唾液誤嚥	5. 経口 - 調整 無
	2. 食物誤嚥	4. 経口 - 調整 要
	3. 水分誤嚥	3. 経口 > 経管
	4. 機会誤嚥	2. 経口 < 経管
非誤嚥	5. 口腔問題	1. 経管
	6. 軽度問題	医学的安定
	7. 正常範囲	A. 安定 B. 不安定

実際、嚥下障害の患者さんにはどんな人が多いのかを分類してみました。機会誤嚥、口腔問題、すなわち誤嚥がしょっちゅうあるわけではないが、何回かに1回ある、あるいは誤嚥はないが口腔に問題があって食べ物が十分に食べられないという人が多いのです。このようなケースは嚥下障害患者全体の7割を占めています。また摂食状態では、経口かつ調整が必要な人が

半分くらいを占めています。したがって嚥下障害の患者さんについては、こういうことを把握しなければならないので、歯科が関係する役割が非常に大きいと思います。

スライド 93

摂食・嚥下障害と歯科医療

- 摂食・嚥下障害は高齢者医療の大きな課題
- 「食べる機能」の専門家は誰？
- 病院から在宅まで
- 摂食・嚥下障害の多くは機会誤嚥・口腔問題
- アプローチの第1歩は口腔ケア
- Transdisciplinary teamという考え方
- 咀嚼嚥下複合体

摂食・嚥下障害と歯科医療の関係についてです。摂食・嚥下障害は高齢者医療の大きな課題ですが、「食べる機能」の専門家は誰かが問題になります。また、病院から在宅まで診る必要があります。摂食・嚥下障害の多くは機会誤嚥・口腔問題であり、摂食・嚥下障害へのアプローチの第1歩は口腔ケアに始まります。また、「Transdisciplinary team」という考え方が必要であり、咀嚼嚥下複合体であることを考え合わせると、歯科医療は大きな投資をすべきであろうと思います。

スライド 94

歯科医のための摂食・嚥下リハ アドバンスコース



中部摂食・嚥下リハビリテーション研究会
愛知県歯科医師会、藤田リハ

これは私どもの中部摂食・嚥下リハビリテー

ション研究会で、愛知県歯科医師会と行っているものです。一般的なベーシックコースを3～4日間行い、それを受けた人がその後、実習を行います。8020 推進財団から研究費をいただいたので、今年もまた実施します。

スライド 95

リハビリ医学から見た歯科

- 高齢障害者への対応
急増、歯科危険因子、無歯科医村
中央診療科、治療効果
- 歯科治療は障害を改善
リハ障害因子としての歯科問題
- 摂食・嚥下機能への対応
食事機能、口腔-咽頭-食道複合体

まとめです。リハビリ医学から見た歯科についてですが、まず高齢障害者への対応が非常に大きな問題です。これは急増が予想されており、歯科のリスクファクターとして障害が問題になります。私は、病院の構造は「無歯科医村」ではないかと思っています。そこで必要なのは、中央診療科としての歯科です。歯科だけに来る患者さんだけを診るのではなく、病院に来る障害を持った患者さんの口腔をきちんとカバーできる歯科です。それは間違いなく治療効果があります。

また、歯科治療は障害を改善します。リハの障害因子としての歯科問題は注目されていませんでしたが、非常に大きな問題であることが分かりました。

そして摂食・嚥下機能への対応が必要です。食事の機能を誰が専門とするのかが問題ですし、口腔は分けることができないのが人間の宿命です。

スライド 96



第10回 日本摂食・嚥下リハ学会学術大会

— 10周年記念事業 —

<http://www.fujita-hu.ac.jp/~rehabmed/jsdr/>

- ・ 大会長 山田好秋(新潟大学大学院教授)
- ・ 日時 2004年9月10日(金)・11日(土)
- ・ 会場 朱鷺メッセ:新潟コンベンションセンター
- ・ テーマ「摂食・嚥下リハ10年の反省と21世紀への展望」
- ・ 特別講演
 - Palmer JB (Professor, Johns Hopkins Univ)
 - Shaker R (Professor, Med College of Wisconsin)
 - Logemann J (Professor, Northwestern Univ)
 - Groher M (Professor, Univ of Florida)



来年、摂食・嚥下リハ学会が 10 周年を迎えるので、新潟大学大学院教授の山田先生を大会長として、新潟コンベンションセンターで、9 月 10～11 日に学術大会が行われます。アメリカから有名な 4 人の演者を呼んでいますので、興味のある方はご参加ください。

スライド 97

藤田保健衛生大学衛生学部 2004年春 開校
リハビリテーション学科

COSPIRE project

Clinical-Oriented System for Progression & Innovation of Rehabilitation Education



学園内に広がる豊かなリハビリ環境の中で療法士教育を一新します

我々は来年、新しいリハビリの学科を作ります。“COSPIRE” というのは我々の新しい考え方ですが、7 階建て 6,000 m² のリハだけの建物を建ててもらいました。ここでは実習時間が 1,600 時間——通常は 800 時間ですから 2 倍の実習時間をとるプログラムで、新しい療法士教育をします。

以上です。

基 調 講 演

健康日本 21・健康増進法と 8020 ～変革に向けた歯科保健活動の取り組み～

厚生労働省医政局歯科保健課長

瀧口 徹

1976 年、新潟大学歯学部歯学科卒業。1988 年、新潟大学歯学部付属病院講師。1989 年、厚生省健康政策局計画課課長補佐、埼玉県衛生部保健予防課専門調査員。1991 年、厚生省国立公衆衛生院疫学部主任研究官、東京歯科大学非常勤講師。1992 年、昭和大学歯学部客員教授。1994 年、厚生省保険局医療課医療指導監査室医療指導監査官、国立公衆衛生院疫学部客員研究員。1995 年、厚生省保険局歯科医療管理官。1999 年、日本疫学会評議員、厚生省健康政策局歯科保健課長。歯学博士。



厚生労働省の瀧口です。さきほど才藤先生から貴重なお話がありました。私は、健康増進法施行元年ということで、歯科保健の課題についてお話しします。ご承知のように 8020 運動は平成 4 年に厚生省で予算化され、平成 12 年に健康日本 21 の 9 分野の一つの柱になりました。そして健康増進法にも取り入れられました。その大きな流れのなかでは好ましいことが多いのですが、先日 WHO のドクターにお会いした時に、「日本の歯科保健には戦略がない」との厳しいご批判を受けました。そこで、今日はそのへんに焦点をあててお話しをします。

健康増進法による 健康日本 21 運動の展開

スライド 1

歯科保健の展開を決める 7 要因

- 1) 健康増進法による健康日本 21 運動の展開
- 2) 8020 運動関連予算の効果
- 3) 8020 推進財団の機能
- 4) 介護保険に対応した歯科保健・医療の確立
- 5) 自治体におけるフッ化物利用に関する動向
- 6) 厚生労働科学研究等の進展
- 7) 歯科保健の研究・研修に関する厚生労働省研究機関
(国立保健医療科学院口腔保健部など)の機能

D

歯科保健の展開を決める 7 要因についてです

が、まず歯科保健の展開は健康日本 21 の展開がどうなるかにかかっています。また、8020 運動関連の予算、8020 推進財団の今後の機能に関連します。また、介護保険に対応した歯科保健・医療の確立——これは才藤先生のお話と関連が深いのですが——もしかすると将来、病院における歯科保健医療が確立するかもしれません。さらに、自治体におけるフッ化物利用の動向、厚生労働科学研究等の進展、歯科保健の研究・研修に関する厚生労働省研究機関の機能に関連します。

スライド 2

健康日本 21 とは？

中長期的な国民健康づくり対策の運動として
平成 12 年 4 月から開始(事務次官通知)。

<対象>

①栄養・食生活 ②身体活動・運動 ③休養・こころの健康づくり

④たばこ ⑤アルコール ⑥歯の健康

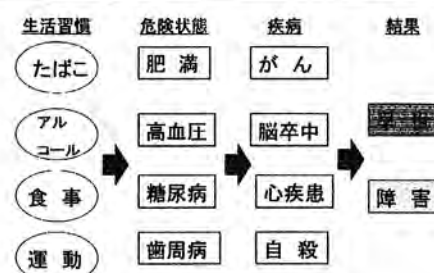
⑦糖尿病 ⑧循環器病 ⑨がん

...計 9 分野について目標設定

歯科保健・医療を取り巻く新たな状況についてご説明します。健康日本 21 には歯科保健が入り、9 分野について目標が設定されています。

スライド 3

図 4 早世、障害につながる危険因子



出典：健康日本 21 (21 世紀における国民健康づくり運動について) H12.3 企画検討会、計画策定検討会報告書(財団法人健康・体力づくり事業財団発行)の図 5-5 を一部改変

歯周病が「危険状態」のなかに入っています。

このように歯科保健が市民権を得たのは嬉しい反面、議論のなかで浮いてしまうのではないかという不安があります。いずれにしても、早世や障害につながる危険因子という位置付けで歯科保健・医療が捉えられてきています。

スライド4

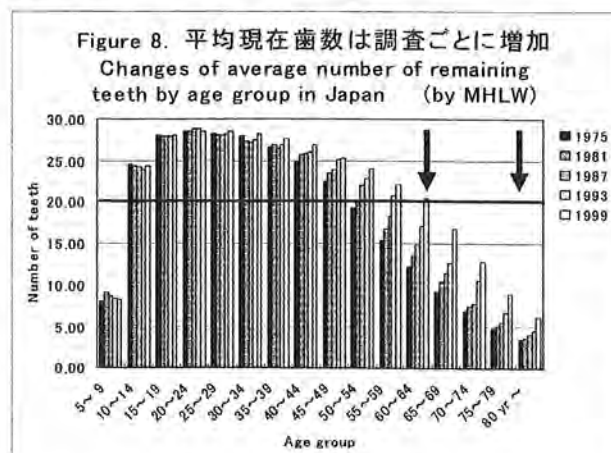
表2 生活習慣病の医療費

歯科疾患	25,444 億円
がん(悪性新生物)	21,162
脳血管疾患	19,698
高血圧性疾患	17,861
糖尿病	10,777
虚血性心疾患	7,270

出典:厚生労働省平成11年度国民医療費

また、医療経済的な視点ですが、生活習慣病の医療費は歯科疾患が一番多くなっています。これを嬉しいことと捉えるか、嘆かわしいことと捉えるかは考え方の違いですが、この金額は近未来においても、看過することのできない問題であることを示していると思います。

スライド5



歯科保健の6年ごとの調査結果です。横軸が年齢、縦軸が現在歯数を示しています。8020を考えると、62歳で21本が現実です。「6221」の人の20年後の自分の歯は1~2本ということになり、これでは8020の到達は不可能です。

8020運度は20年も続けられるよい運動だと考えることもできますが、今後は「戦略」を用いなければなりません。

スライド6

健康増進法の成立

第154回通常国会可決成立
平成14年8月2日公布
平成15年5月1日施行

健康増進法はご存知のとおり、今年の5月1日に施行されました。

スライド7

健康増進法要綱2

第2 要点

1. 目的
2. 国民の責務
3. 国及び地方公共団体の責務
4. 健康増進事業実施者の責務(努力義務)
健康教育、健康相談、その他
5. 関係者の協力

6. 健康増進事業実施者の定義(11者)

<保険者>

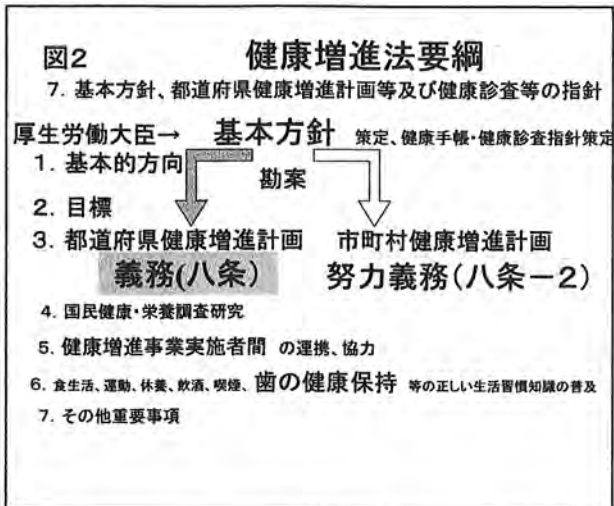
健康保険法、船員保健法、国民健康保険法、国家公務員共済組合法、地方公務員共済組合法、私立学校教職員共済法

<法に基づく保健事業実施者>

学校保健法、母子保健法、労働安全衛生法、老人保健法、その他政令で定めるもの

健康増進法の特徴は、健康増進事業実施者の責務(努力義務)を掲げていることです。

スライド 8



都道府県が義務として、また市町村が努力義務として行う時の雛型として、国は基本方針を提示しています。

スライド 9



「8020運動は8021運動になった」と勘違いする人がいらっしゃるのですが、8020と健康日本21は両輪で推進していきます。

スライド 10



スライド 11



先日、茨城県で「第24回全国歯科保健大会」を行いました。このときに非常に印象深いことがありました。

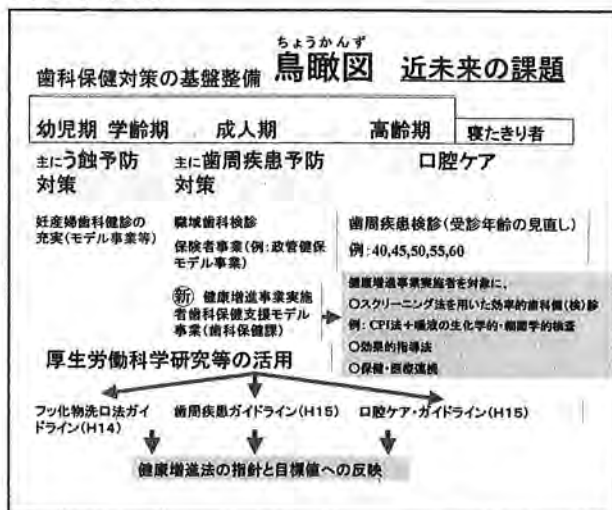
スライド 12



左の方は鈴木会長、右の方は県の山本保健福祉部長です。ご注目いただきたいのはお二人の胸元です。「6424 バッジ」をつけています。これは「6424」という現実的な中間目標が大切だということと、「 $6 \times 4 = 24$ 」のゴロ合わせです。車のナンバーが「6424」であるのも素晴らしいです。これからの 8020 運動はこのような明るく行っていくことが大切です。ヒマワリの花のように 8020 の方向にパワフルにスピリッツを向いていただきたいと思います。

8020 運動関連予算の効果

スライド 13



では、平成 15 年度の新規予算についてお話しします。これは歯科保健の「鳥瞰図」です。健康増進法に合わせて実施されたモデル事業では、厚生科学研究等を活用することによりガイドライン先行型、つまりエビデンス先行型で取り組んでいきたいと考えています。

スライド 14

H15年度新規予算 健康増進事業実施者歯科保健支援 モデル事業

対象○都道府県、政令市・特別区、市町村

- 1/2補助
- 厚生労働科学研究を受けて
- 成人歯科検診従来法+高度検査法
CPI等の検診+唾液の細菌学的・生化学的検査等
- 症度別保健指導の導入
いわば、スクリーニングの網目を細かくする

これはモデル事業についてです。

スライド 15

8020推進特別事業の評価

では特別事業の評価についてお話しします。

スライド 16

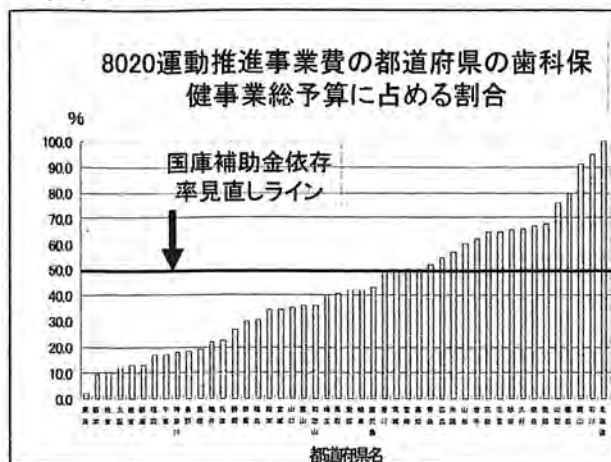
「8020運動推進特別事業費」の 歯科保健事業の総予算に占める割合

平成12年度	平均	42.93%
(最低 0%、最高 96%)		
平成13年度	平均	43.26%
(最低 2%、最高 100%)		
平成14年度	平均	48.36%
(最低 2%、最高 100%)		

注)本割合は母子保健法、学校保健法、老人保健法に基づかない事業費で人件費を除く

これは平成12年から依存率を調べたものです。各都道府県の歯科保健医療費に対する8020推進事業の依存率が高くなっています。私は依存率が下がることを願っているのですが、実際には上がっています。

スライド17



都道府県別に依存率を見てみました。100%、95%という依存率の場合、予算はやがて半分になることがあり得るわけですから、補助金がなければ事業がなくなってしまうのではないかと懸念しています。そこで、国庫補助金依存率見直しラインを設定してみました。このラインより上に出ている県はご注意くださいと思います。

スライド18

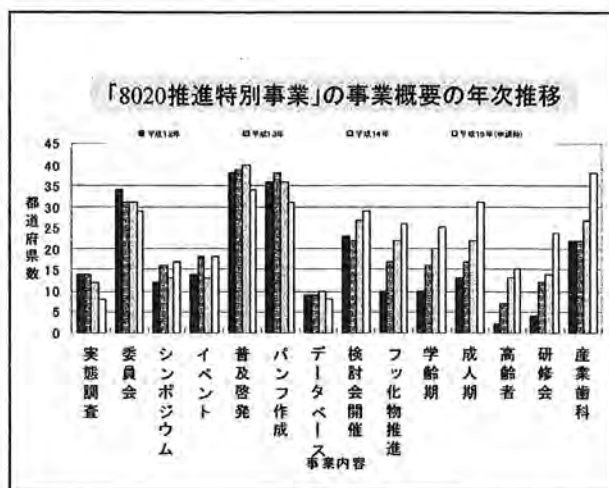
8020推進特別事業補助金の補助率が近未来に1/2になった場合の都道府県の対応

- ①事業継続の可能性が高い
→11カ所
- ②その時点で廃止の可能性が高い
→16カ所
- ③県独自の補助金制度を創設し、事業を継続
→0カ所
- ④その他(事業規模の縮小、事業の一部継続など)
→16カ所
- ⑤無回答
→4カ所

注)平成14年厚生労働省医政局歯科保健課調べ(アンケート)

この事業の補助率が半分になったらどうするかを都道府県に聞いて見たら、「うまくいかない」と言うところが多いのです。

スライド19



8020 推進特別事業の主な事業内容です。

スライド20

実施事業と事業評価の内訳

事業概要	評価都道府県数
基盤整備	32
乳幼児期齲蝕	25
学齢期齲蝕	17
成人期歯周疾患	18
歯牙喪失防止	8
普及啓発	27

スライド21

評価内容例①(青森県)

- ✧ 基盤整備
 - 地域における協議会開催
 - 歯科疾患状況の把握
- ✧ 乳幼児う蝕予防対策
 - 保育園でのフッ化物塗布(0→1,237)
 - 健診後保健指導実施市町村(0→19)
- ✧ 成人期歯周疾患予防対策
 - 事業所歯科健診受診者数(0→753)
 - 歯科健診実施事業所数(0→47)

評価内容の例を2件紹介します。青森県の場合は8020推進特別事業の効果として、こういう効果がありました。

スライド 22

評価内容例②(香川県)

- 基盤整備
 - 歯科保健計画策定
 - 推進委員会設置(県レベル、市町村レベル)
 - 歯科疾患実態調査
- ※ 学齢期う蝕予防対策
 - フッ化物洗口実施小学校(22→38)
 - フッ化物洗口実施中学校(2→6)
- ※ 成人期歯周疾患予防対策
 - 健康教育・健診・健康相談の実施
- ※ 普及啓発
 - パンフレット作成

香川県でも高い効果が認められます。競争をさせるという意味ではありませんが、依存率のことも含め、早めの見直しをお願いしたいと思います。

8020 推進財団の機能

スライド 23

8020推進財団の設立趣旨

- ①8020運動の推進
- ②8020に関する調査・研究の推進と支援
- ③8020(口腔と全身の健康)に関する研究成果の国内外への発信
- ④新たな生活文化としての国民運動の展開

8020 推進財団の設立趣旨はこのようなものであり、特に③と④は特徴的だと思います。

スライド 24

WHO神戸センターと8020推進財団との共同研究開始

テーマ;口腔の機能と全身の健康との関連のシステムアタック・

方 法;

○2004年春調査班立ち上げレビュー

○世界の主要な関連研究を
英文→和訳 和文→概要英訳

予 算;厚生労働省とWHO神戸共同出費

参)WHO神戸センター;ジュネーブのWHO本部の直轄の組織
世界で2カ所 リヨン(仏)、神戸(日本)

WHO 神戸センターは、WHO 本部の直轄の組織で、世界ではフランスのリヨンと日本の神戸の2カ所にあります。今後、WHO 神戸センターと8020推進財団との共同研究で、口腔機能と全身の健康との関連のシステムアタックを開始する予定になっており、2004年の春に調査班を立ち上げる予定です。

スライド 25

EBMとは?その実践法は?

What is EBM?

Evidence Based Medicine by Guyatt G.H in 1991

根拠に基づく医療

Adjustments of
confounding factors
交絡因子の調整

The methodology of EBM?

EBMの実践法は?

↓ 相互比較性の確保

第1の立場 研究者→①個々のエビデンス;EVを作る→臨床疫学 Clinical epidemiology

②エビデンスを集積し質を分析→系統的総説 Systematic Review

Meta-analysis等

by Glass G.V in 1976

独断、偏見の排除

第2の立場 ユーザー→既存のEVを使う→データベース検索 Retrieve from Database

第3の立場 マネージャー→EVの系統的集積と伝達→共同計画 ex. Cochrane Collaboration

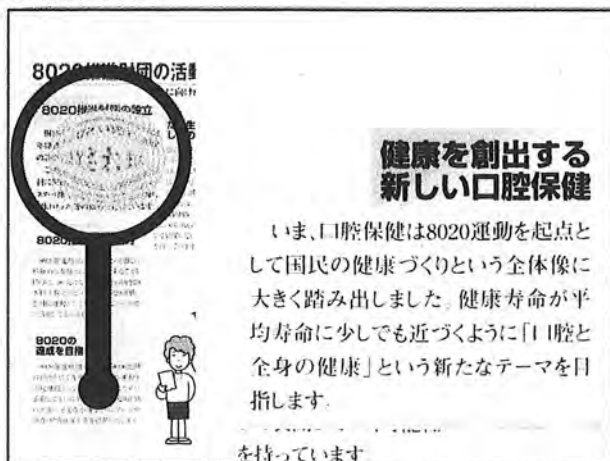
EBM の実践法についてはいろいろあり、研究をする人と研究を見る人とは立場が違いますが、すでに研究されたものを偏見なく分析することからスタートするのが一般的です。

スライド 26

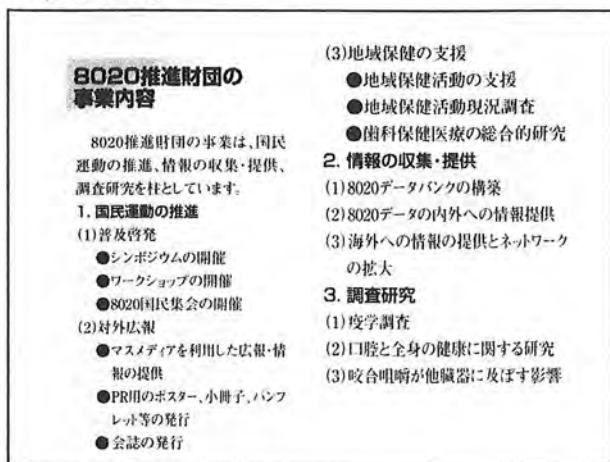


これは「8020」の創刊号です。その案内のパンフレットを見ると、「当時の厚生省の認可であり、関連団体から援助していただいている組織である」ことが書かれています。

スライド 27



スライド 28



そして 8020 推進財団の目的は、8020 運動の

推進、8020 運動の普及啓発・情報提供、国民運動の展開です。歯科界から健康づくりの情報を発信する絶好のチャンスだという認識が必要です。それから、口腔と全身の健康に関する研究も目的の一つです。

8020 推進財団が 8020 運動推進の成功の重要な鍵を握っていますので、その点についてご理解いただきたいと思います。

介護保険に対応した 歯科保健・医療の確立

スライド 29



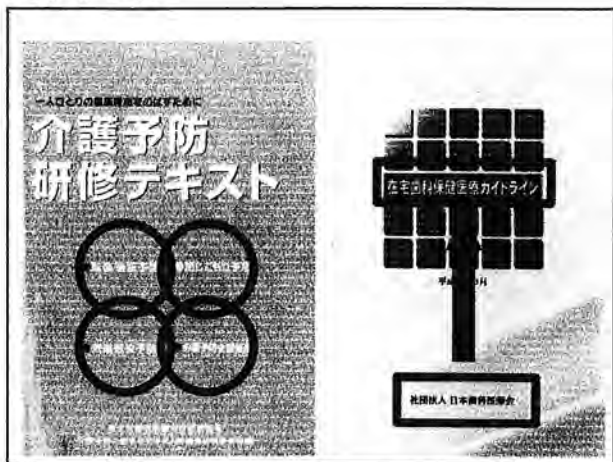
スライド 30



いろいろエビデンスができますと、寝たきり患者における直接的な主な原因のなかに、誤嚥性肺炎の問題がきちんと位置付けられるわけですから、説明がいらなくなり、そのまま理解

されるようになります。

スライド 31



厚生労働省からは研修テキストが、日本歯科医師会からはガイドラインが出されたところ
です。

スライド 32

要介護者等歯科治療連携推進モデル事業 (平成12年度～平成14年度)

【目的】

要介護者等に対する病診連携のシステムを開発し、要介護者
等の歯科治療に対する後方支援体制の整備を図ること

【実施主体】 都道府県 ⇒ 20道府県で実施

【事業内容】

- 1) 病診連携システム策定・推進委員会の設置
- 2) 歯科診療に関する病診連携の調査・分析
- 3) 患者搬送を含めた病診連携マニュアルの策定
- 4) 病院歯科への患者搬送システムの構築及び継続するための
効率性の検討
(介護保険と連携した適応患者スクリーニング法の確立・
病院、診療所及び自治体との役割分担の確立)

要介護者に関しては平成12年度から14年度
まで、モデル事業を行いました。寝たきり者に
ついて何でもワンパターンの治療をしたので
は駄目だと思います。全身との関係で治療しな
いこともあるだろうし、病院で治療でしたほう
が良いこともあります。それらの目的をもって
確認するためのモデル事業を行っていただき
ました。

スライド 33

長崎県におけるモデル事業の概要

【目的】

要介護者等に対する病診連携のシステムを開発し、要介護者
等の歯科治療に対する後方支援体制の整備を図ること

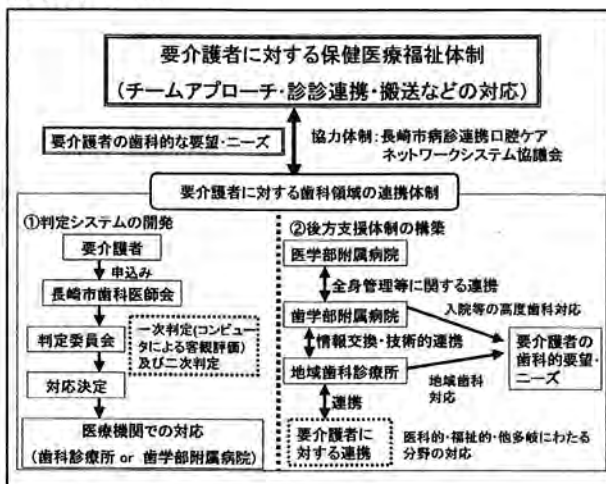
【実施期間】 平成12年度～平成14年度

【事業内容】

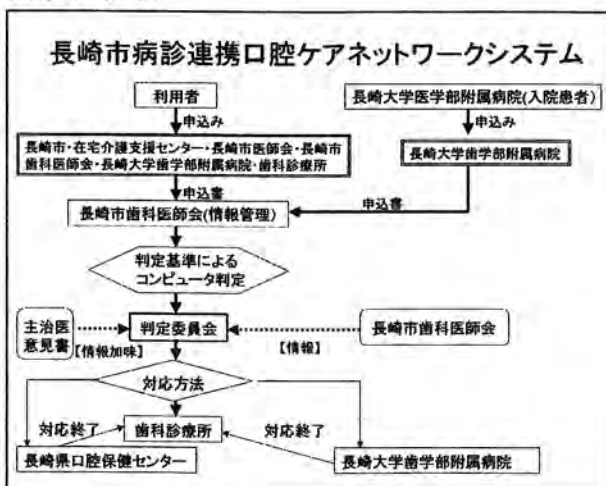
『長崎市病診連携口腔ケアネットワークシステム構築事業』

- ・地域歯科診療所と長崎大学歯学部附属病院との連携体制の構築
- ①歯科に係る要介護者への対応についての客観判断・判定システムの開発
- ②病院歯科の後方支援体制の構築・マニュアル・電子カルテ等の活用

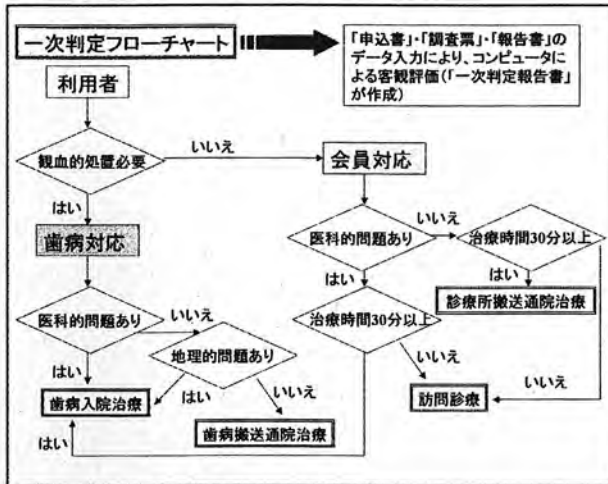
スライド 34



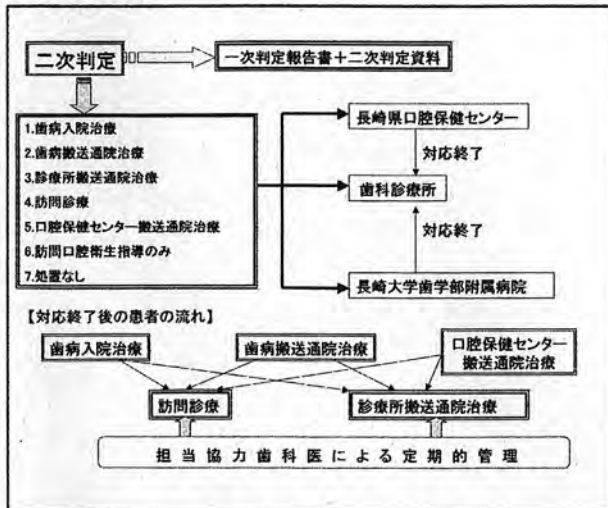
スライド 35



スライド 36



スライド 37



このモデル事業を通して、効率的な体制の構築を図ったのは長崎県です。長崎県では歯科医師会と長崎大学が先頭に立ち、いろいろな患者にどのような治療が必要か、検討が繰り返され、このネットワークシステムを作られました。ぜひこのシステムを長崎以外のところでも発展させていただきたいと思います。

厚生労働科学研究等の進展

スライド 38

厚生労働科学研究における歯科分野の研究Ⅰ 平成15年度 継続

平成8年度～(60,000千円) < 診療技術評価に関する研究 >
> 口腔保健と全身的な健康状態の関係についての総合的研究

～平成15年度継続(40,000千円) < 医療技術評価総合研究 >
> 口腔保健と全身的な健康状態の関係について

平成14年度～平成15年度継続(12,000千円)
< 医療技術評価総合研究 >
> 歯科医師国家試験への実技試験導入を目的とした客観的評価法に関する研究
> 国家試験プール制を早期実現するための問題作成ソフトに関する研究

厚生労働省は平成8年度から、口腔と全身の健康との関係についての研究をしています。

スライド 39

厚生労働科学研究における歯科分野の研究Ⅱ ～平成14年度

平成12年度～14年度(88,962千円)
< 歯科保健医療における予防・治療技術の開発及び評価に関する研究 >
> 歯科疾患の予防技術/治療評価に関するフッ化物応用の総合的研究
> 歯周疾患の予防、治療技術の評価に関する研究
> 低・非・抗う蝕性食品の検定評価法の確立とその応用・普及に関する研究
> 今後の歯科技工士の養成方策等に関する総合的研究
> 病院歯科の地域歯科医療支援等の機能面からみた現状分析と歯科医療提供体制の推進に関する総合的研究
> 新たな歯科治療技法等による治療技術開発に関する総合研究
> 歯と咬合の長期的維持管理に関する予防・治療技術の評価についての総合的研究

平成14年度は特にフッ化物応用の研究、歯周疾患の予防等に関する研究など、ガイドラインの作成を睨んだ研究をしていただいています。

スライド 40

厚生労働科学研究における歯科分野の研究Ⅱ 平成15年度 新規

＜医療技術評価総合研究＞

- ▶初期齲蝕および歯列等の新たな診療技術の開発に関する総合的研究
- ▶高齢者に対する口腔ケアの方法と気道感染予防効果等に関する総合的研究
- ▶効果的な歯周疾患のリスク判定法および予防体系の開発
- ▶フッ化物応用による歯科疾患の予防技術評価に関する総合的研究
- ▶歯科の疫学調査におけるう蝕・歯周疾患の診断基準並びに客体数に関する研究
- ▶歯科技工士資格試験における技術評価等に関する研究
- ▶歯科医療における安全性の向上に関する総合的研究

平成 15 年度からは新たにこのような研究をしています。たとえば大阪の神原先生には、特別な光の利用によるう蝕の早期発見、再石灰化の確認等、予防に関する臨床の技術革新の研究をしていただいています。またフッ化物応用による歯科疾患の予防についても、ガイドラインが出た後に多面的な研究をしていただいているところです。

スライド 41

主要テーマ1

口腔機能と全身との関係

主要テーマは「口腔機能と全身との関係」です。

スライド 42

高齢者の3人に1人は肺炎で亡くなっています

肺炎(pneumonia)の分類

- 市中肺炎 肺炎球菌、インフルエンザ菌、黄色ブドウ球菌、マイコプラズマ、レジオネラ
- 院内肺炎 グラム陰性菌、グラム陰性桿菌
- 嚥下(誤嚥)性肺炎 口腔内常在菌

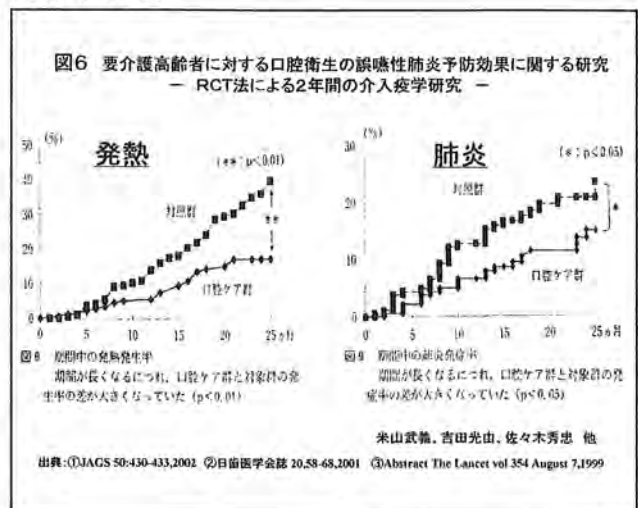
加齢とともに肺炎を起こしやすいもののは

- 全身の筋肉や骨格が弾力性を失い、姿勢も前かがみになって胸郭の容積が小さくなるため肺活量が減ります
- 年齢1歳につき1%低下するといわれ、20歳のころと比べると半分程度になってきます
- ウイルスや細菌が気道感染を起こし、呼吸機能が著しく低下します。急に死に至る介護が必要になる状態になっていきます

気道感染

これは誤嚥性肺炎についてで、皆さんよくご存知のことだと思います。

スライド 43



これは発熱と肺炎に関する 24 ヶ月の介入疫学研究です。全国 11 の特別養護老人ホームにいる人を追跡したもので、東北大学の佐々木教授と静岡の開業医の米山先生がペアを組んで研究をなさいました。大学教授と開業医という垣根を超えた新たな研究により、大切なことがわかってきました。期間が長くなるにつれ、口腔ケア群と対象群との発熱及び肺炎の発生率の差が大きくなることがわかりました。

スライド 44

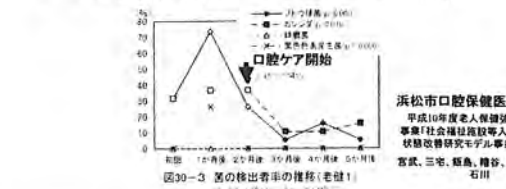
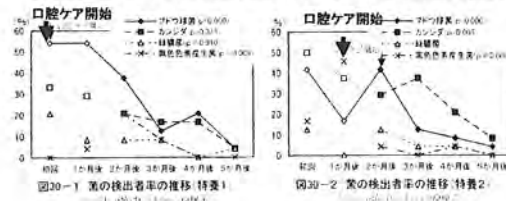
誤嚥性肺炎予防のための口腔ケア法

浜松市口腔保健医療センター
平成10年度老人保健強化推進特別事業「社会福祉施設等入所者口腔内状態改善研究モデル事業報告書」
宮武、三宅、飯島、糟谷、神川、米山、石川

1. 歯→歯科衛生士、職員が歯ブラシ、歯間ブラシ(必要に応じて)を用いて術者磨き
 2. 義歯→歯科衛生士、職員が義歯用ブラシによる清掃、義歯用洗浄剤(ポリデント)を用いて超音波洗浄
 3. 舌・口腔粘膜→歯科衛生士、職員が口腔ケア用スポンジブラシ(トゥースエッチ)による清拭
 4. 薬液含嗽→ポビドンヨード剤(イソジン・ガール)1日1回食後
 5. その他→除石、粘膜調整剤使用の義歯へのリベース等は歯科医師が必要に応じて行う。
- なお、一人当たり口腔ケア時間は平均3～5分程度

スライド 47

口腔ケアによる口腔細菌検出者率の変化



浜松市口腔保健医療センター
平成10年度老人保健強化推進特別事業「社会福祉施設等入所者口腔内状態改善研究モデル事業報告書」
宮武、三宅、飯島、糟谷、神川、米山、石川

また、今は口腔ケアについて、歯石除去が必要かどうか、義歯をまとめ洗いしてよいのかどうか、などの研究もまた進められています。

スライド 48

スライド 45

誤嚥性肺炎予防のための口腔ケア

佐々木英忠教授 東北大学医学部老年医学講座

2001.6.25佐賀新聞「医療ネット21」より

誤嚥性肺炎性予防法

捕らえる

- ①ACE阻害剤→神経伝達物質サブスタンスP増加→肺炎発生を1/3に抑制(2年間)
 - ②アマンタジン→神経伝達物質ドーパミン増加作用→肺炎発生を1/5に抑制
 - ③カプサイシン(唐辛子辛味成分)→口腔反射改善作用→肺炎発生予防
 - ④口腔ケア→口腔病原性細菌の著明な減少→肺炎発生を40%予防
- 薬物と違って副作用の心配がなく、多くの高齢者に長期に渡って適用できる。

才藤栄一(さいとう えいち)

1900年東京市に生まれる。1980年東京大学医学部卒業。同年、同大学助産師学校長に就任。1981年、同大学助産師学校長に就任。1982年、同大学助産師学校長に就任。1983年、同大学助産師学校長に就任。1984年、同大学助産師学校長に就任。1985年、同大学助産師学校長に就任。1986年、同大学助産師学校長に就任。1987年、同大学助産師学校長に就任。1988年、同大学助産師学校長に就任。1989年、同大学助産師学校長に就任。1990年、同大学助産師学校長に就任。1991年、同大学助産師学校長に就任。1992年、同大学助産師学校長に就任。1993年、同大学助産師学校長に就任。1994年、同大学助産師学校長に就任。1995年、同大学助産師学校長に就任。1996年、同大学助産師学校長に就任。1997年、同大学助産師学校長に就任。1998年、同大学助産師学校長に就任。1999年、同大学助産師学校長に就任。2000年、同大学助産師学校長に就任。2001年、同大学助産師学校長に就任。2002年、同大学助産師学校長に就任。2003年、同大学助産師学校長に就任。2004年、同大学助産師学校長に就任。2005年、同大学助産師学校長に就任。2006年、同大学助産師学校長に就任。2007年、同大学助産師学校長に就任。2008年、同大学助産師学校長に就任。2009年、同大学助産師学校長に就任。2010年、同大学助産師学校長に就任。2011年、同大学助産師学校長に就任。2012年、同大学助産師学校長に就任。2013年、同大学助産師学校長に就任。2014年、同大学助産師学校長に就任。2015年、同大学助産師学校長に就任。2016年、同大学助産師学校長に就任。2017年、同大学助産師学校長に就任。2018年、同大学助産師学校長に就任。2019年、同大学助産師学校長に就任。2020年、同大学助産師学校長に就任。2021年、同大学助産師学校長に就任。2022年、同大学助産師学校長に就任。2023年、同大学助産師学校長に就任。2024年、同大学助産師学校長に就任。2025年、同大学助産師学校長に就任。



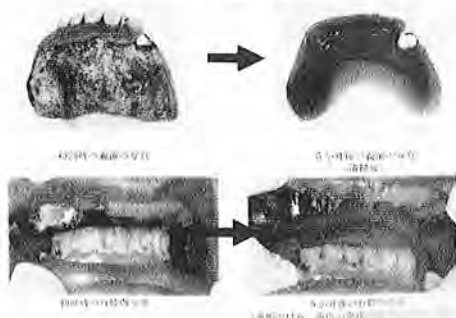
先ほどの才藤先生です。才藤先生からいろいろお知恵を拝借することにより、日本の歯科保健はもう1段も2段も階段を登っていくことができますと思います。

スライド 46

口腔ケアの効果 視覚的变化事例

浜松市口腔保健医療センター 平成10年度老人保健強化推進特別事業「社会福祉施設等入所者口腔内状態改善研究モデル事業報告書」

宮武、三宅、飯島、糟谷、神川、米山、石川



スライド 49

FIMとは？
Functional Independence Measure

Wilcoxon's matched pairs test $p < 0.05$

統計学的有意性

意識状態	→ 0.02*	生活満足度	→ 0.02*
知的評価 人	0.61	友人満足度	0.11
場所	0.03	食事満足度	<0.01*
時	0.02*	患者フェイスワーク	0.56
計算	0.35	治療フェイスワーク	<0.01*
入院病院 RSST	0.09	食事	
ADL		食事内容	→ 0.03*
FIM		食事介助	0.07
食事	→ 0.01*	食事時間	0.09
排泄	—	食事場所と体位	0.27
移動	0.12	咀嚼能力と口腔清潔度	
移動	0.24	ガムテスト	→ <0.01*
嚥下	→ 0.03*	川口式咀嚼機能	→ <0.01*
社会的交流	0.07*	咀嚼テスト	→ <0.01*
応答性	→ 0.03*	嚥下汚染	→ <0.01*
FIM 合計	<0.01*	口瘡	→ <0.01*
厚生省認定施設	0.04*		

70例の治療前・後の各指標について治療前・後の差を検討した。
数値は危険率を示す。
* Wilcoxon matched pairs test 検定有意差 $p < 0.05$ の場合のもの

これは見たとおりです。

スライド 52

主要テーマ2

8020と歯科医療

—医療経済的視点—

次の主要テーマは医療経済的な視点についてです。

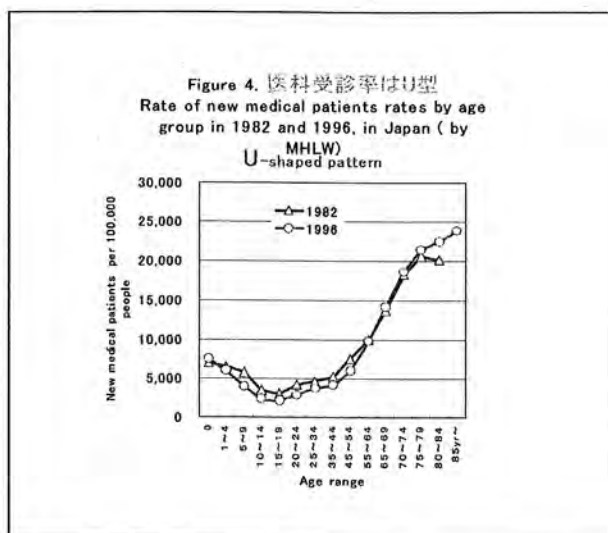
スライド 50

結 論

「高齢障害者の歯科治療の全身に及ぼす効果」に関する一連の検討により、高齢障害者に歯科治療をすることで、日常生活活動(ADL)能力が改善することが証明された。この研究を根拠に、高齢障害者で見過ごされてきた歯科治療の重要性を強くアピールすべきであろう。

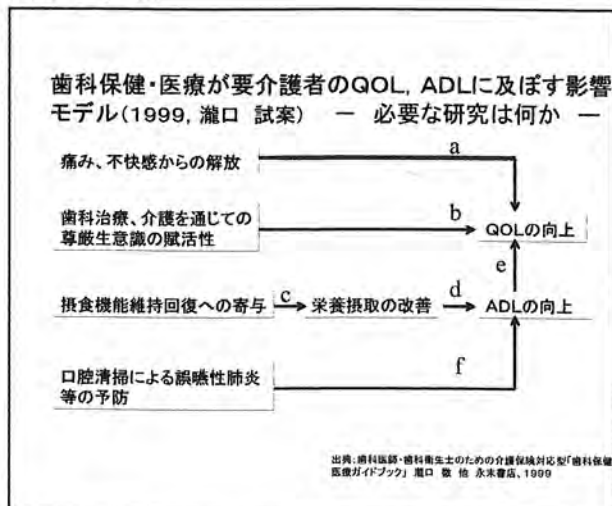
結論はこうなります。

スライド 53



医科の場合、高齢になると受診率が上がり、グラフはこのようなU型を示します。

スライド 51



スライド 54



一方歯科の場合は逆 W 型をしています。受診率が減るところと増えるところのバランスが非常に重要です。なぜ重要かというと、平成 18 年の 4 月 1 日から臨床研修が歯科においても始まるからです。いわゆる「屋根瓦方式」ということと関連しますが、若い先生が育っていかなければ日本の歯科医療も成り立っていかないわけですから、若い先生を育てるくらいの精神的・経済的余裕が歯科にないと困ってしまうのです。それが成り立つには、歯科に予防を導入していく以外、方法がありません。ですから、医療経済的な視点の研究も重要になります。

自治体における フッ化物利用に関する動向

スライド 55

①フッ化物洗口法 (FMR)の全国的普及

スライド 56



スライド 57



フッ化物の利用については、このようにガイドラインが出てきました。

スライド 58



スライド 59



スライド 62

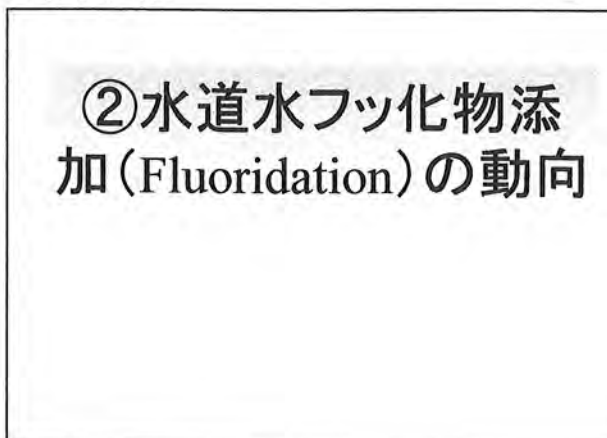


スライド 60



フッ化物利用については、洗口法はこのよう
にいろいろとガイドラインが出てきました。安
藤先生の調査によると 24 県がガイドラインを
作ったとのことで、約過半数に達したというこ
とです。

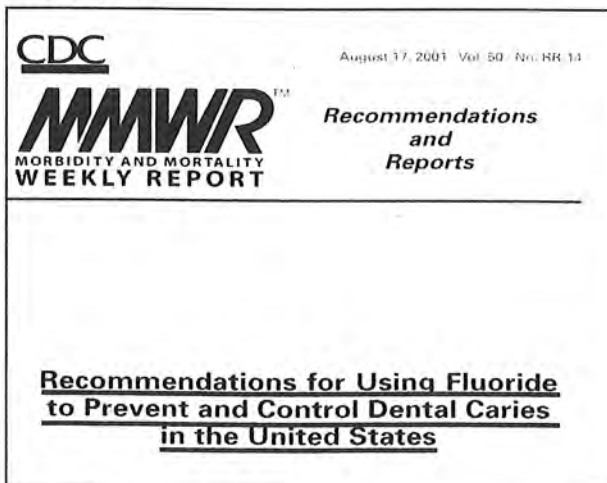
スライド 63



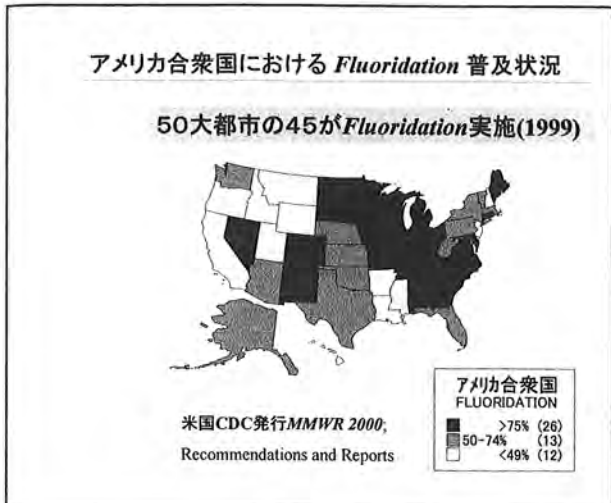
スライド 61



スライド 64



スライド 65



Fluoridation については CDC から情報が入ってきますが、アメリカで Fluoridation を行っている地域が増えていくことについては、明確に伝わってきません。

スライド 68

水道水フッ化物添加(Fluoridation)に関する厚生労働省(歯科保健課)の見解 その2

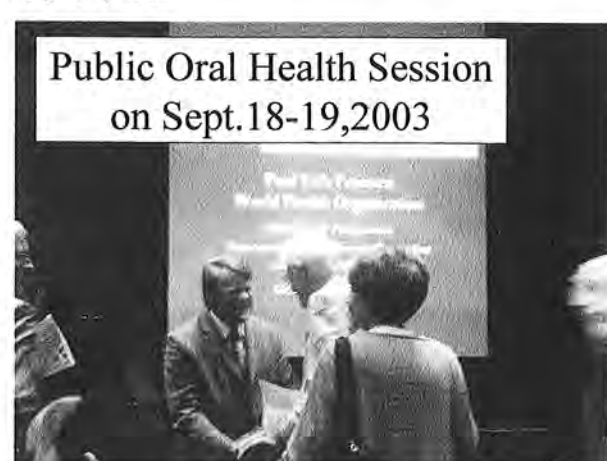
今後、自治体から水道水質基準(0.8mg/l)内でのフッ化物添加について技術支援要請があれば、水道事業者、水道利用者、地元歯科医師会等の理解等を前提に、厚生科学研究の成果を活用する等により歯科保健行政の一環として応じてまいりたい。

厚生労働省歯科保健課の考え方としては、要件を満たした場合は、Fluoridation の実施を決めています。具体的に事例が出てくれば対応する体制をとりたいと思っています。

スライド 66



スライド 69



スライド 67

水道水フッ化物添加(Fluoridation)に関する厚生労働省(歯科保健課)の見解 その1

全国衛生部長会、厚生労働関係部局長会議等における厚生労働省医政局歯科保健課説明資料(抜粋) 平成13年1~2月
フッ化物応用に関する動向について

平成11年11月に日本歯科医学会が「フッ化物応用についての総合的な見解」としてフッ化物利用を推奨する答申をまとめており、この見解を受け、歯科保健課では、平成12年度より3カ年の計画で厚生科学研究班を発足させ、むし歯予防を目的としたフッ化物の全身・局所応用に關してのより具体的な指針を得べく「歯科疾患の予防技術・治療評価に關するフッ化物応用の総合的研究」を開始しているところである。

また、平成12年12月に日本歯科医師会では、う蝕の発生を安全かつ経済的に抑制する手段として水道水フッ化物添加が、各種フッ化物応用の中で、有効性、安全性、利便性、経済性等に対する、公衆衛生的に優れた方法であると認識し、水道水への添加という手段の性格上、これの実施は、最終的には、地方自治体の問題であり、その経過においては、地域の歯科医師会をはじめとする関連専門団体、地域住民との合意が前提であると見解を出している。

スライド 70

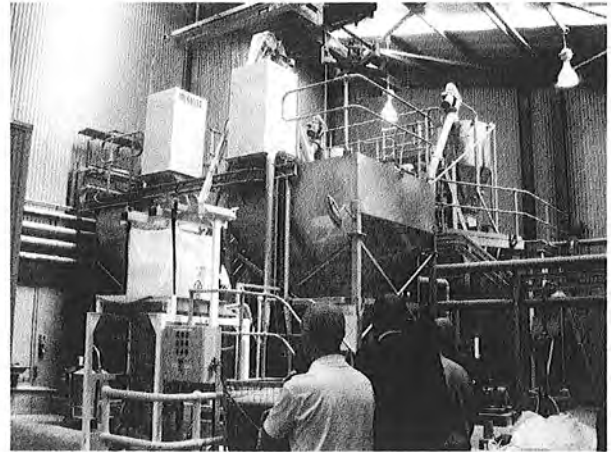
Fluorides for dental caries prevention

- * Fluoridated drinking water
- * Salt fluoridation
- * Milk fluoridation
- * Mouthrinse
- * Professionally applied fluorides

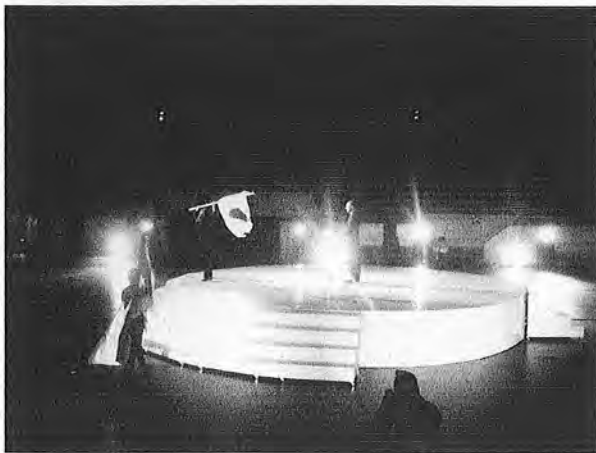
スライド 71



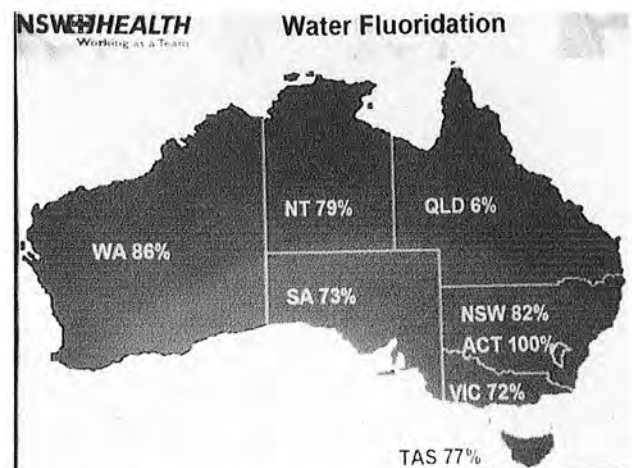
スライド 74



スライド 72



スライド 75



これは Fluoridation の実施率です。反対運動の大きいところは低い数字になっています。

スライド 73



歯科保健の研究・研修に関する 厚生労働省研究機関の機能

スライド 76



国立公衆衛生院は昔、白金台にありました。

スライド 77



これが今の国立保健医療科学院です。

スライド 78



才藤先生、花田先生、上田先生——上田先生は名古屋大学の先生ですが——こういう先生方に引っ張っていただき、国立保健医療科学院も連携して研究を推進していただきたいと思います。

以上で私の話を終わります。

報 告(1)

行政の立場から

東京都健康局医療政策部副参事

土屋 律子

1977 年、東京医科歯科大学歯学部卒業。1978 年、東京都中央区中央保健所。1981 年、東京都衛生局医務部医務課主査。1993 年、東京都教育庁体育部保健給食課歯科保健担当係長。2000 年、東京都衛生局医療計画部副参事（歯科保健担当）。2002 年、組織改正により、東京都健康局医療政策部副参事（歯科担当）。



土屋と申します。私は東京都における 8020 の実現、都民の QOL の向上を目指して、どのように歯科保健対策が進められているか、何が課題かについてお話しさせていただきます。

東京都の概況

スライド 1

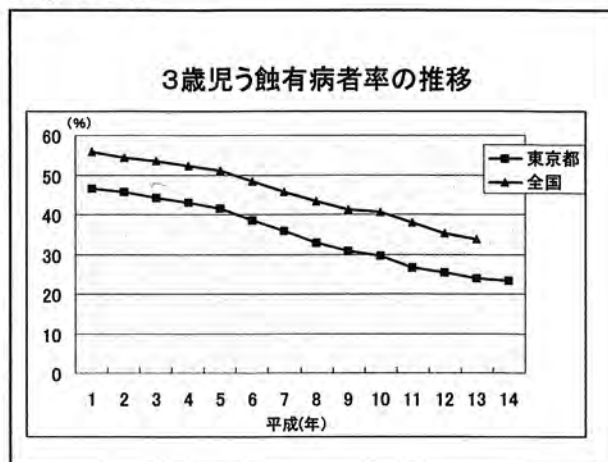
東京都の概況	
人口	12,291,841 人(平成15年4月1日推計)
区市町村数	23特別区 26市5町8村 (島しょ地区 2町7村)
二次保健医療圏	13圏域(特別区 7 多摩 5 島しょ 1)
歯科医師数	人口10万対 122.3人(14,759人) (平成12年調査)
歯科診療所数	10,132(平成13年調査)
歯科保健専門職の配置(常勤)	
歯科医師	特別区 8人 都 7人 市町村 0人
歯科衛生士	105人 13人 20人

東京都の概況です。人口は1,229万人と全国の1割弱を占め、そのなかに他の道府県にはない特別区が23、多摩地域と島しょ地区を併せて39の市町村があり、二次保健医療圏としては13に分かれています。このなかには人口が80万人を超える区もある一方で、島しょには人口が200人にも満たない村もあり、区市町村の規模や実情はさまざまです。

また歯科保健行政に携わっている歯科医師や歯科衛生士の充足率は都道府県の中では高

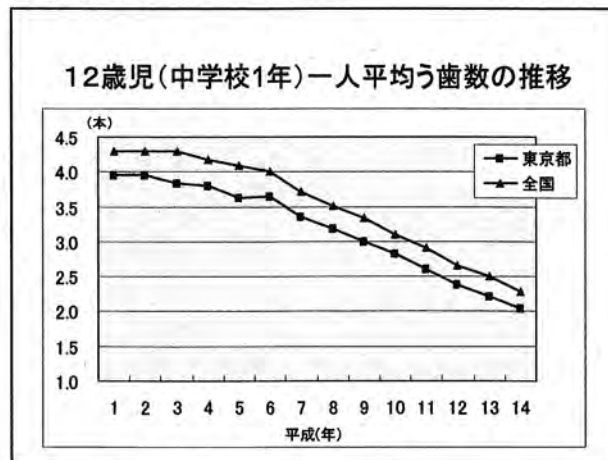
い方と言えますが、配置にはやはり地域的な偏りがかなり見られます。

スライド 2



これは東京都と全国の3歳児う蝕有病者率の推移を示したものですが、東京都は全国に比べ10%程度低い値で推移してきています。平成14年度は23.3%でした。

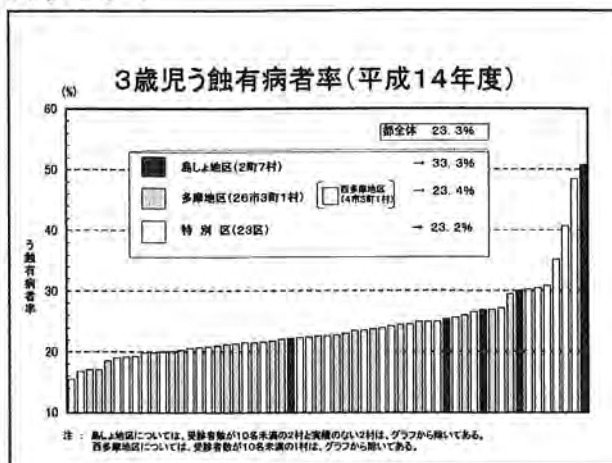
スライド 3



同様に12歳児のDMF歯数について見てみると、全国値から0.3本ほど低い値で推移してきており、平成14年度には2.2本になっています。

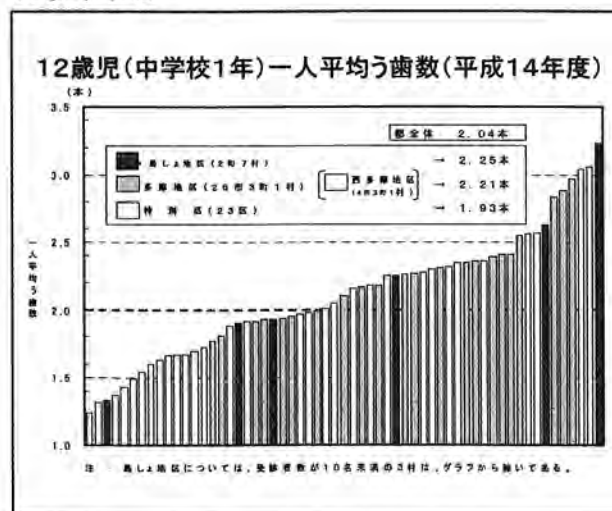
このように全国的に見れば、都の幼児期および学齢期のう蝕罹患状況はよいと言えますが、地域差がかなりあるのも事実です。

スライド4



これは都内の3歳児のう蝕有病者率を区市町村別に示したものです。特別区、多摩地区、島しょ地区に分かれています。多摩の西多摩地区や島しょ地区では23区に比べてう蝕が多い傾向が見られ、その有病率には15%から50%を超える所まで、大きな差が見られます。

スライド5

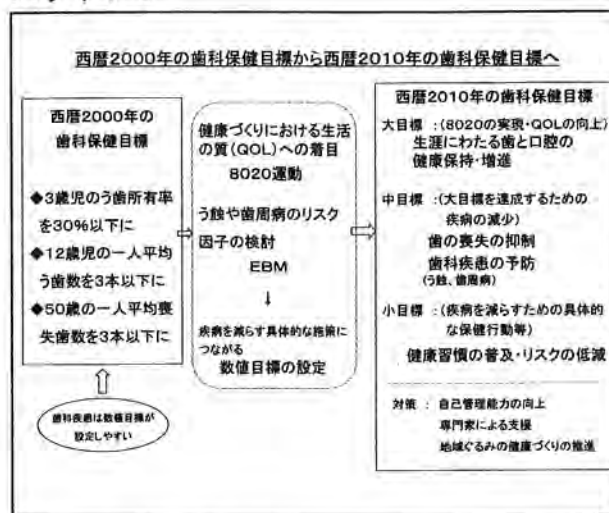


12歳児のDMF歯数についても同様の傾向が見られ、1.2から3を超える所まで、かなりのバラツキがあります。

これらの数値からも推測されるように、健康づくり活動では、地域の健康課題に応じた取り組みが必要となり、都においても全ての区市町村で都会を想定した進め方が適しているわけではなく、地域の特性に応じたきめ細かな対応が大切だと考えられます。

東京都の施策

スライド6



東京都全体の施策についてご説明します。都では、歯科保健対策の推進には具体的な到達目標が必要だということから、平成2年度の歯科保健対策検討会で西暦2000年の歯科保健目標(3歳、12歳、50歳の目標)が検討されました。この目標を設定した当時、国内では疾病レベルの具体的な数値目標はあまり活用されていなかったため、これは先駆的な取り組みと言えました。しかし、都民に広く周知するところまでには至りませんでしたし、50歳の目標についてはモニタリングシステムがなかったため、継続的な評価ができませんでした。さらにその時点では疾病リスクの低減因子が明らかになっていなかったため、目標設定が、疾病を減らすための具体的な施策につながりにくかったという側面がありました。

その後の10年間に健康づくりにおける生活の質に着目した8020運動が広がり、う蝕や歯周病のリスク因子の検討も進み、エビデンスに基づいた具体的な目標設定が可能になりました。そこで国における健康日本21の策定作業も視野に入れながら、平成12年8月に西暦2010年の歯科保健目標を設定しました。

スライド7



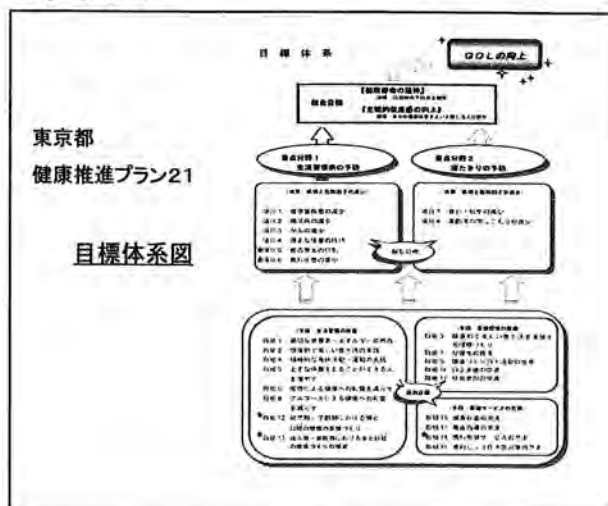
この目標では、QOLの向上、8020の実現を目指した大目標を掲げ、大目標を達成するための疾病の減少を中目標に設定しました。さらに、疾病を減らすための具体的な保健行動などを小目標に設定しました。小目標は疾病のリスク因子の低減策として科学的に明らかになっているもの、あるいはより望ましいと考えられている保健行動の中から選択しましたが、この小目標そのものが都民自ら主体的に取り組むべき課題を示しているという形になっています。

また歯科医師会の協力を得て、成人1万人規模の診療所調査をはじめとした各種の調査を行うことにより、各目標の基準値を決定して、具体的な数値目標を定めることができました。

現在、17年度の中間評価に向けて、次年度も同様の調査をすべく予算要求をしているところです。

そして、この歯科保健目標は健康日本21の地方計画である「東京都健康推進プラン21」に歯と口腔の健康づくりとして盛り込まれています。

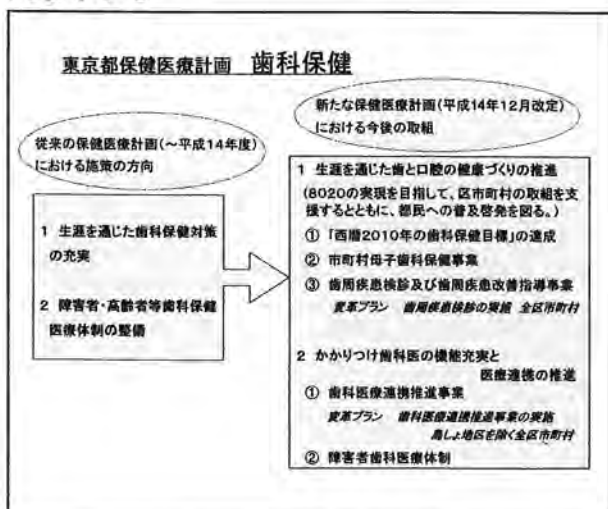
スライド8



これは「東京都健康推進プラン21」の目標体系図で、星印が歯科の分野です。歯科保健目標がこのプランより先に作られたこともあって、重点分野8項目のうちの2項目、個別目標161のうちの51を歯科保健が占めることになり、地方計画のなかでかなり歯科をアピールできたのではないかと考えています。

また、現在歯数とQOL、歯周病の全身的风险因子および全身への影響についても記載し、糖尿病や喫煙の項目でも歯周病について言及して、全身の健康から歯科を捉える視点をこのなかで強調しました。これらの内容が地域における健康づくりにどのような形で生かされるか、目標がいかに生きた形で具体的に活用されるかが課題になると思います。

スライド9



ところで東京都では、今後の保健医療施策の方向性を示す保健医療計画を1年前倒しで昨年12月に改定しました。そのなかで歯科保健についての柱を、①生涯を通じた歯と口腔の健康づくりの推進、②かかりつけ歯科医の機能充実と歯科医療連携の推進、としました。かかりつけ歯科医の定着と医療連携を核として、地域の保健医療体制を整備することを目指して、今まで、高齢者・障害者等歯科保健医療体制の整備としていた部分を包含する形で2本立てに整理しました。

スライド 10

主な歯科保健医療関係事業

◆生涯を通じた歯と口腔の健康づくりの推進

- ・8020運動推進特別事業
- ・母子歯科健康診査市町村補助
- ・歯周疾患検診及び歯周疾患改善指導事業

◆かかりつけ歯科医の機能充実と医療連携の推進

- ・歯科医療連携推進事業（かかりつけ歯科医機能支援事業）
- ・都立心身障害者口腔保健センターの運営
- ・都保健所障害者歯科保健推進事業
- ・心身障害児施設等歯科診療補助

その他、歯科保健対策推進協議会、歯科医療技術者研修、休日歯科応急診療事業市町村補助 等

以上を踏まえて、具体的にどのような事業が展開されているか、主なものをご説明します。

歯と口腔の健康づくりとしては、8020 運動推進特別事業を、目標のできた後、平成 13 年度に開始しました。また平成 12 年度から歯周疾患検診が老人保健法のなかで単独検診として位置づけられたことに伴い、歯周疾患検診の実施を推進するとともに、検診後の保健指導を重視した歯周疾患改善指導事業を始めました。

この指導事業は地域の歯科診療所において歯周疾患検診後に3回の継続的な個別指導と評価を行うもので、かかりつけ歯科医による定期的管理につなげることも視野に入れています。実施区都市町村の2年間のデータから効果を検証したところ、継続的な指導を受けた人では歯周組織の状況の改善や、良好な歯科保健行動の形成が見られており、検診後の個別指導の有効

性が示唆されているところです。

一方、かかりつけ歯科医の機能充実と医療連携の推進としては、国のかかりつけ歯科医機能支援事業を活用し、歯科医療連携推進事業を行っています。この事業は誰でも身近な地域で必要な歯科医療サービスを受けられる体制を目指し、医療にアクセスしにくい障害者や在宅の要介護者などを対象として、かかりつけ歯科医の定着、医療機関の機能分担の明確化、連携システムの確立を図るものです。区市町村を実施主体として、平成 18 年度までに島しょを除く全ての区市町村での実施を予定しており、この事業によってかかりつけ歯科医という存在が地域に定着し、また地域歯科医療の好ましい形が地域特性に応じて作られていくことに期待しています。

その他の主な事業についてはお示ししたとおりです。

スライド 11

8020運動推進特別事業(平成15年度)

- ・8020運動推進運営委員会の開催
- ・島しょ地区歯科保健普及啓発の推進（3年目）
神津島村においてモデル事業を実施
（協議会運営、保育所におけるフッ化物洗口の取組などへの支援）
- ・禁煙支援に関する取組（2年目）
地域歯科診療所における禁煙支援プログラムの実施及び事業評価
- ・歯の健康手帳モデル事業（1年目）
モデル的に成人向けの歯の健康手帳を作成（次年度に活用・評価）
- ・フッ化物応用の推進（2年目）
「フッ化物応用の手引(平成14年度)」をもとに、フッ化物応用実践マニュアルを作成

歯と口腔の健康づくり推進の中心的な事業となっている 8020 運動推進特別事業についてお話しします。都では西暦 2010 年の歯科保健目標の実現に向けての具体的なツールとしてこの事業を活用していますが、人口の多い東京都ではそれぞれの地域に応じたきめ細かな事業を展開しにくいという悩みがあります。したがって広く普及啓発を進める事業と、モデル的な事業を組み合わせ進めています。

現在行っているのはここに示した四つの事

業です。事業内容については歯科医師会と相談してアイデアを出していただいたりしながら委員会で検討し、歯科医師会に委託して実施しています。

スライド 12



初年度の13年度には、フッ化物応用の理解を深めるための幼児用パンフレット、喫煙と歯周病の関係を知らせるための成人用パンフレットを作成し、区市町村や地域の歯科診療所に配布し、活用していただきました。

スライド 13

8020運動推進特別事業年度スケジュール(予定)

	創別事業名	平成13年度実施	平成14年度実施	平成15年度計画	平成16年度計画	平成17年度計画
1	鳥上地区農村保健 普及啓蒙の促進 ●特選団員に委託して高齢者健康調査を実施しモデル事業と位置	巡回医療出張 調査の実施	巡回車の設置、 巡回隊員の選定、 活動の準備	巡回車の調達、巡回隊員の募集、フレイル検出の開始	巡回車の調達、フレイル検査、特定分野での巡回	巡回の一歩一歩を拡大
2	健康支援に関する取組 ●地域住民の健康的な生活についての認識を十分に高め、かつ正しい情報に基づき、高齢者のプログラムを実施している環境づくりを目指す。	巡回と健康講座に関する事業費負担の作成	巡回支援プログラムの作成、研修会の開催	巡回支援プログラムの完成、事業開始	事業改善、巡回支援の発展的拡大、研修会(各地町)	
3	国の健康手帳モデル事業 ●日本人のほとんどの国民が持っている「国の健康手帳」を活用し、高齢者に提供する。			検討会の設置、「国の健康手帳」の内容決定	「国の健康手帳」を活用した巡回診療の開始	標準導入法検討に基づく助成、活用教材・冊子の発行
4	フレイル概念の啓発 ●高齢者に高齢化に伴う生活の変化に適応する必要性を認識させる。		試行期間におけるフレイル概念に関する普及啓発資料の作成	フレイル概念認定率の引き上げ	フレイル概念認定率の引き上げ	

また島しょにおいては、最初のほうのグラフで示したように子どものむし歯が非常に多い、また成人の喪失歯も多い、医療機関が少ないなどさまざまな歯科の課題があるため、神津島村をモデル地域として事業を開始しました。島に

はその他にもいろいろな健康課題があり、保健医療スタッフが少ないこともあって、歯科保健対策の必要性は理解していても、なかなか取り組みが進みにくいのが実情でした。しかし、協議会形式での話し合いや健康福祉まつりでの取り組みなどを通じて、村が主体的に歯と栄養に関する協議会を立ち上げ、そのなかで歯科保健からの健康づくりという視点で取り組むというところまで進みました。また保育所でのフッ化物の洗口も開始することになり、さらに第一大臼歯のう蝕が非常に多いことに危機感を持った小学校でも、来年度からフッ化物洗口導入の方向で調整が始まっています。

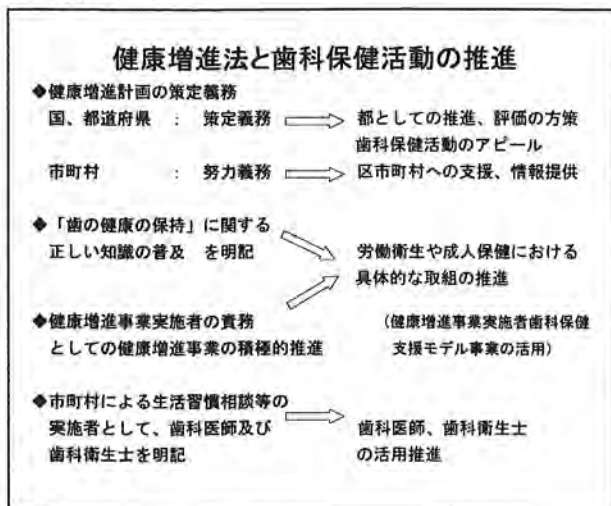
歯科からの発信で生活習慣の見直しなど、QOL 向上への取り組みが進み、新たなネットワークが育てばと考えています。

また昨年度には禁煙支援に関する取り組みとして、かかりつけ歯科医での禁煙支援プログラムに関する事業を開始しました。地域の歯科診療所で活用できる禁煙支援プログラムを作成し、その研修会を実施したうえで、今年度はおよそ100の診療所で実際にプログラムを活用した禁煙支援を実施していただいております。今後、事業評価を行う予定です。

フッ化物の応用の推進については、歯科保健医療関係者により正しい知識と応用方法を身につけていただくことを目的に、「フッ化物応用の手引き」を作成し、今年度は実践のための具体的なマニュアルをまとめる予定です。

そして今年度からは、成人の歯科保健対策の一環として歯の健康手帳のモデル事業にも取り組んでいます。

スライド 14



次に健康増進法施行という視点から歯科保健活動について考えてみます。一つは健康増進計画の策定義務が明記され、区市町村の策定にはずみがつきましたが、住民にわかりやすい、住民を主体とした計画の策定と推進にさらなる工夫が必要だということです。また「健康増進事業実施者の責務」と「歯の健康の保持」という項目が入ったことにより、労働衛生を含めた成人歯科保健対策を進める根拠ができました。都においてもまだ予算要求の段階ですが、来年度に国の「健康増進事業実施者歯科保健支援モデル事業」を活用し、歯の健康手帳の利用と評価を含めて、地域や職域における成人歯科健診とそのフォローのあり方についての検討を計画しています。

スライド 15

健康増進計画(健康日本21地方計画)の策定状況
(平成15年7月末現在)

都道府県 すべて都道府県において策定済み

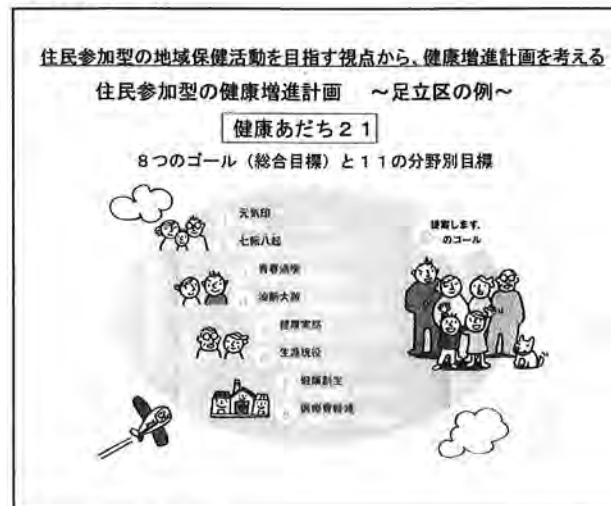
東京都の区市町村 17区市で策定済み

		計画 策定済	平成15 年度中 策定予定	平成16 年度中 策定予定	平成17 年度中 策定予定	平成18 年度以降 及び未定
区	23	16	4	2		1
市町村	39	1	6	8	3	21
総数	62	17	10	10	3	22

これは都における健康増進計画、いわゆる健康日本 21 の地方計画の策定状況です。今年度末には 4 割強の区市町村——27 の区市町村で策定済みとなる予定です。小さな町村などではなかなか策定が進まない状況もあると思われ、他の計画と統合とした形など策定上の工夫や実際の健康づくり活動のあり方などについて、都としての支援がさらに必要であると考えています。

健康づくり活動の具体例

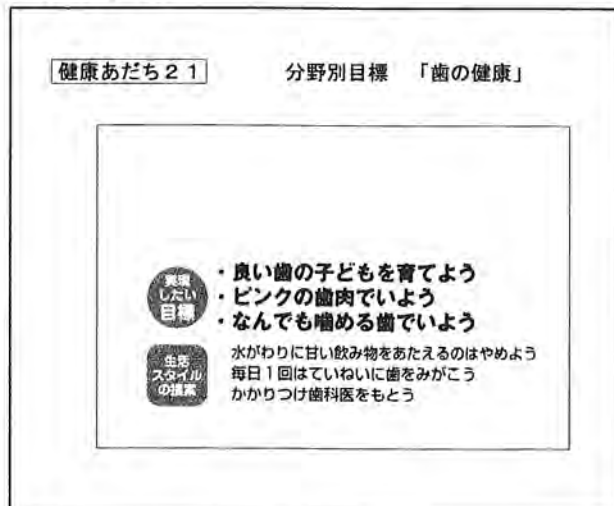
スライド 16



ここからは地域における健康づくり活動の具体的な例をご紹介します。

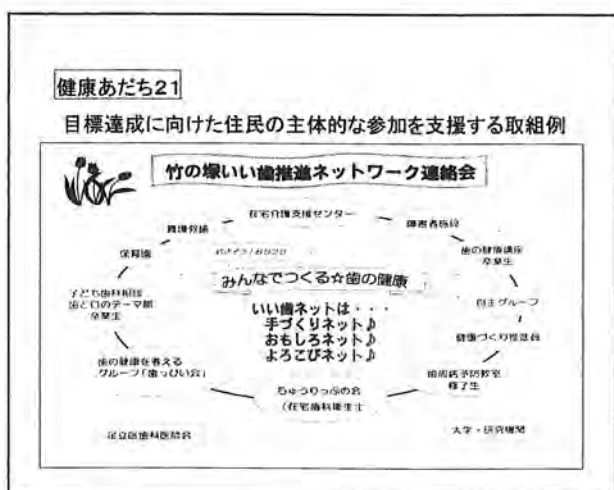
まず、住民参加型の健康増進計画とその推進活動の例として、足立区の取り組みについてです。「健康あだち 21」はここに示した八つのゴールを決めています。「まちが応援、主役は私」「健康づくりで家計簿安定」といったような住民の共感を得る、わかりやすい目標となっています。そして、区民一人ひとりの健康づくりの目標として、11 の分野別目標が設定されています。

スライド 17



その一つである「歯の健康」についても、実現したい目標として、QOLの向上を目指した項目がこのように親しみやすい表現で示されていますし、生活スタイルの提案も極めて具体的なわかりやすいものとなっています。住民や地域の商店街などの参加が土台となっており、このような目標の設定と地域活動が生まれているわけで、まさに住民参加型の地域保健活動の集大成としてこの計画が生まれ、この計画を核に置いた地域活動がさらに広がっているということだと思います。

スライド 18



これはその地域活動の一つとして、地域で歯の健康を考える人たちが手をつなぎ、住民主体で課題解決を目指す「歯のネットワーク」の例です。学習会や座談会など住民同士の交流が深

まりつつあるという状況も聞いています。①自分にとってよかったと思えること、②新たな発見があること、③楽しさがあること、その3点が参加の継続につながっているということですが、私はここに住民参加型のポイントが示唆されていると考えています。

スライド 19



もう一つ、健康づくりを柱にしたまちづくりを目指した大田区の取り組みをご紹介します。「みんなでよい歯のまちづくり事業」は、むし歯ゼロの家族に注目し、健康な生活の秘訣を探ることをテーマに、健康家族の事例を収集してパネルを作成し、さまざまな場に展示したり健康教室の教材として活用したりすることから始まりました。

スライド 20

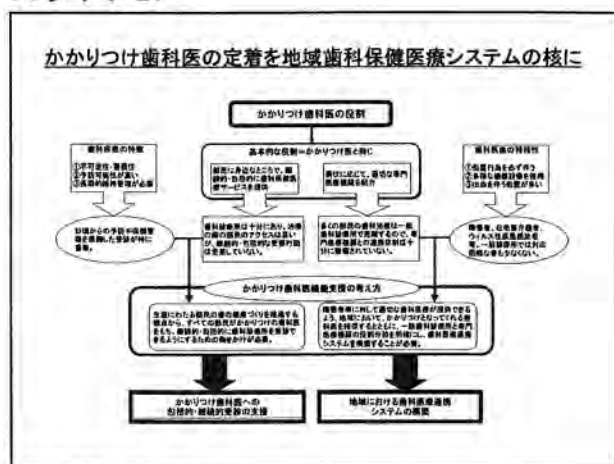


パネルや実践事例集により、それぞれの家庭

で行われてきた個性溢れる健康づくりの具体的手段が示されたことが、周りの人たちにその中から主体的に学び取っていく姿勢を育てることにつながり、歯を入り口にした健康づくりのノウハウが住民主体で浸透していています。「住民から学び住民に返す」ということが、「健康なまちづくりを歯科から」というこの取り組みのポイントになっていると思います。

かかりつけ歯科医の定着

スライド 21

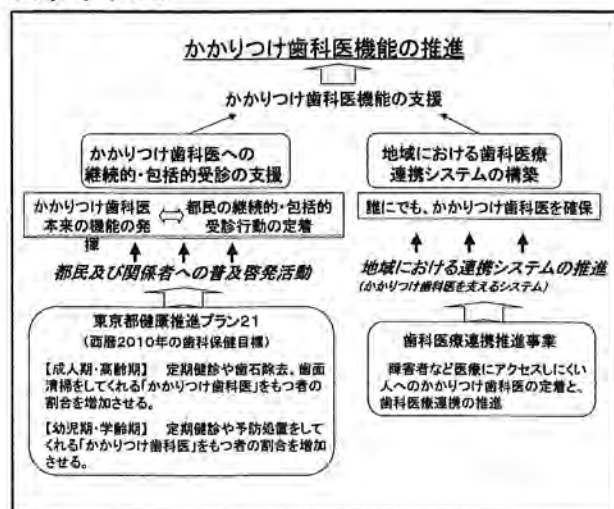


と考えています。特に予防と治療の垣根が低い歯科疾患の特性を考えてみれば、かかりつけ歯科医機能を地域の健康づくりの中でどれだけ活用できるかが、健康なまちづくりへとつながる課題のはずです。

今後ますます行政と歯科医師会が「健康なまちづくり」という同じ目線に立って、共通な認識のもとに施策を展開することの重要性が増してくると考えられ、本日のような場でさまざまな議論や提言がなされ、いろいろなご示唆をいただければと期待しております。

ご清聴ありがとうございました。

スライド 22



最後にかかりつけ歯科医についてお話しします。これからの地域歯科保健医療体制を考えた時のキーワードは「かかりつけ歯科医」であ

報 告(2)

研究者の立場から

岩手医科大学歯学部予防歯科学講座教授

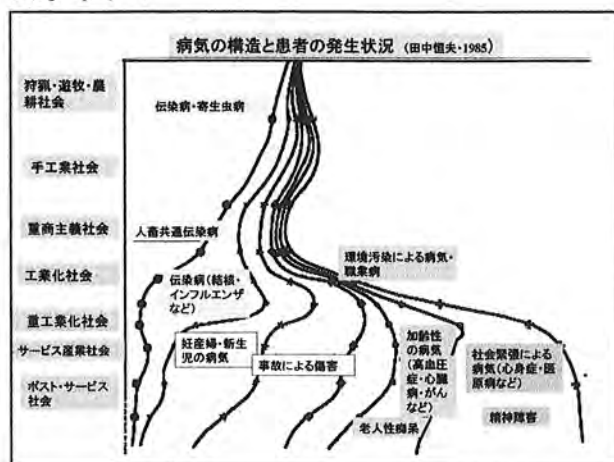
米満 正美

1971 年、新潟大学歯学部卒業。1975 年、東京医科歯科大学大学院歯学研究科修了。同年、東京医科歯科大学歯学部予防歯科学講座助手。1979 年、東京医科歯科大学歯学部付属病院講師。1986 年、文部省海外学術調査でナイジェリアに出張。1989 年、文部省長期在外研究員として連合王国エディンバラ大学および米国 NIH に出張。1991 年、東京医科歯科大学歯学部講師。同年、文部省海外学術調査でナイジェリアに出張。1995 年、岩手医科大学歯学部予防歯科学講座教授。



ご紹介いただきました岩手医科大学の米満です。よろしくお願いします。今日は研究者の立場から、厚生科学研究が行っている住民参加型の地域歯科保健活動を中心にお話しします。

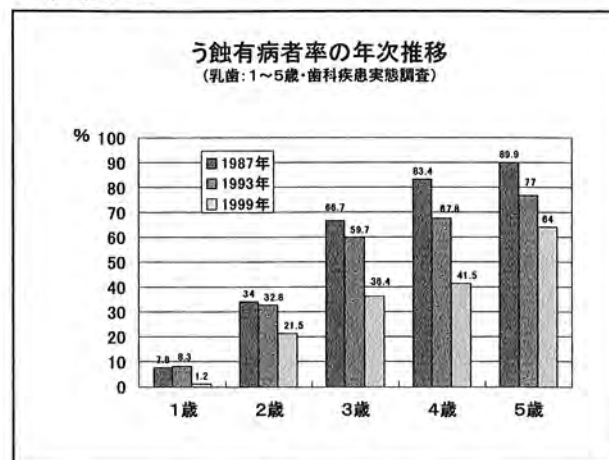
スライド1



これは東大の田中恒夫先生が疾病構造と患者の発生状況の歴史的変化を表したものです。感染症の時代から、加齢性・社会緊張による病気の時代へと変化しています。

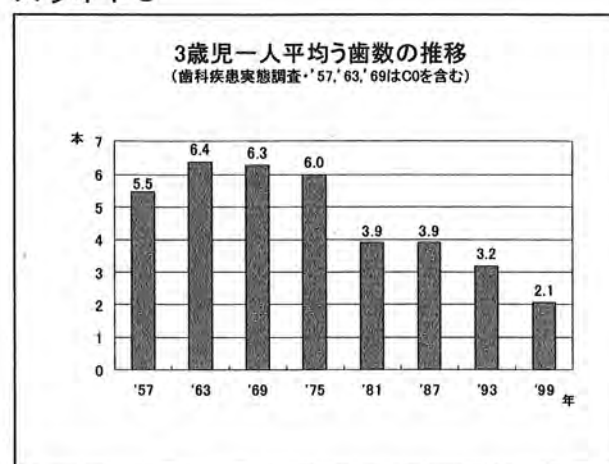
我が国の歯科疾患の動向

スライド2



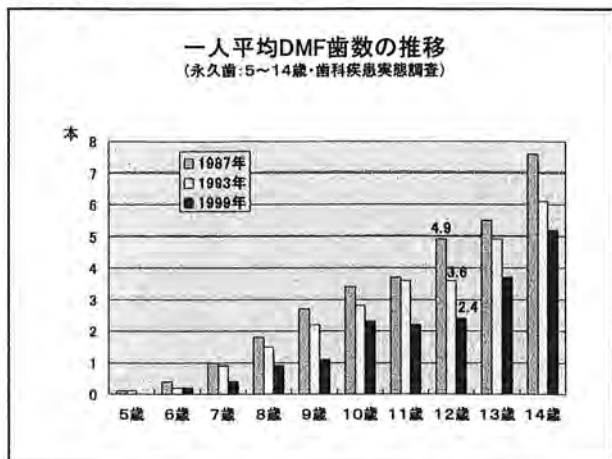
これは幼児のう蝕有病者率の推移で、う蝕はよい方向に動いています。

スライド3



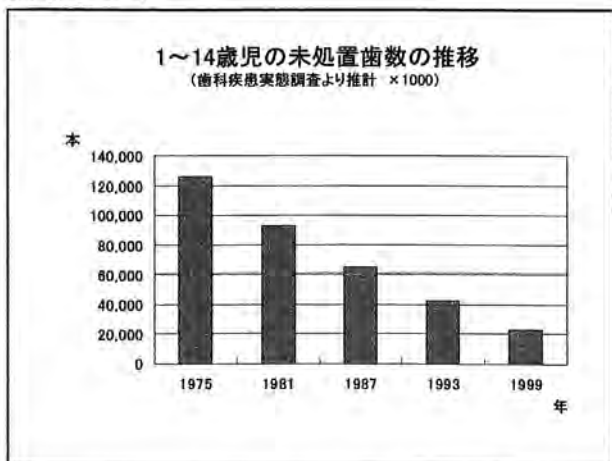
3歳児の一人平均う蝕数の推移ですが、これもどんどんよくなっています。

スライド4



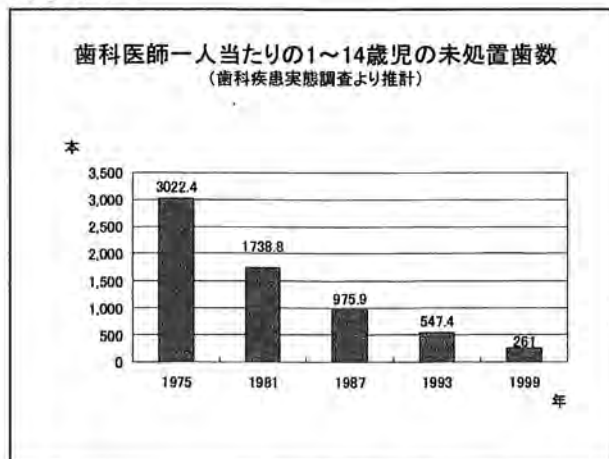
5歳から14歳以下の永久歯の一人平均う歯数の推移ですが、今は12歳で2.44本となっています。岩手県でも「健康いわて21プラン」を作成しており、DMF歯数の目標を1本にするのは難しいので、地域特性に応じて1.5本にすることになりました。岩手県のなかでも、むし歯の多いところは2本、1.8本などと目標設定をしています。

スライド5



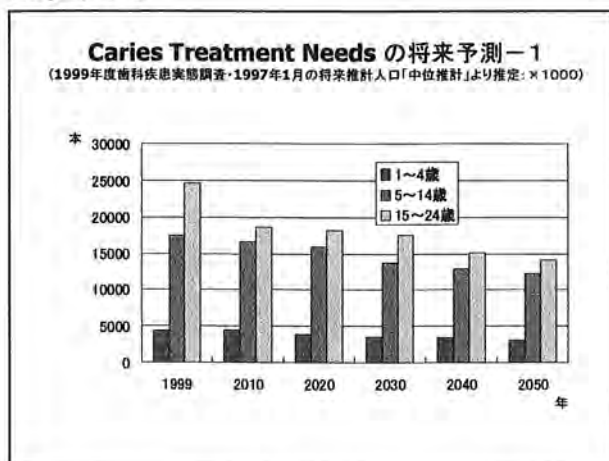
14歳以下の未処置歯数を歯科疾患状態調査より推計しました。1975年頃には14歳以下では1億2千万本ほど未処置のう歯がありました。ところが、1999年には2千万本強くらいまで減りました。子どものむし歯の治療はなくてすむのではないかと、いうところにまできています。

スライド6



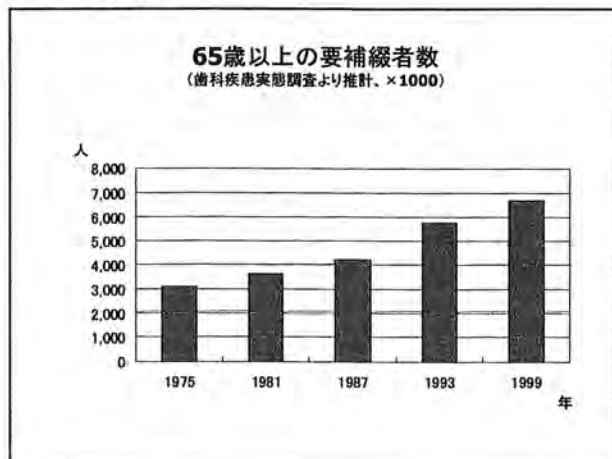
歯科医師一人当たりの14歳以下の未処置歯数ですが、1975年頃には3,022本だったのが、1999年には261本に減っています。歯科医師が1年に200日働くとすると、1日に約1本のむし歯の治療をするくらいになっています。

スライド7



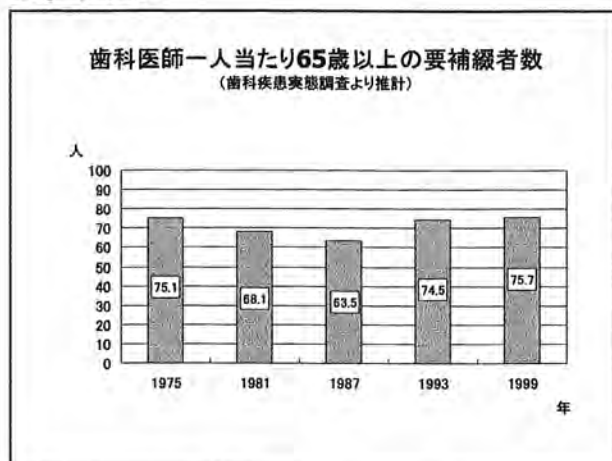
1999年の歯科疾患実態調査の結果と将来推計人口を用いてう蝕の処置ニーズの将来推計をしたものです。現状のまま特別な予防施策をしなくても、将来減少していくことが予測されます。

スライド8



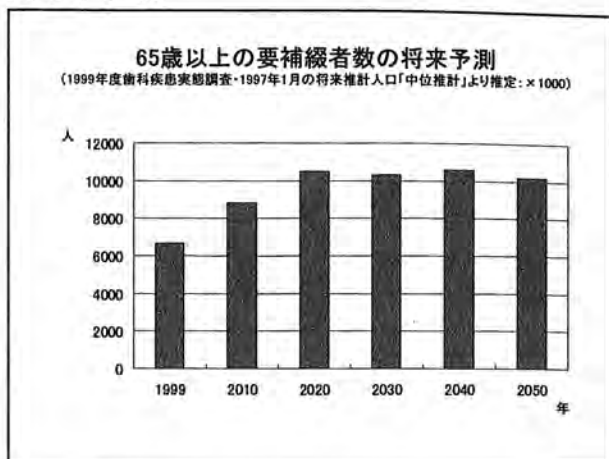
65歳以上の要補綴者数も実態調査から推計することができます。これは子どもと違って増加しています。

スライド9



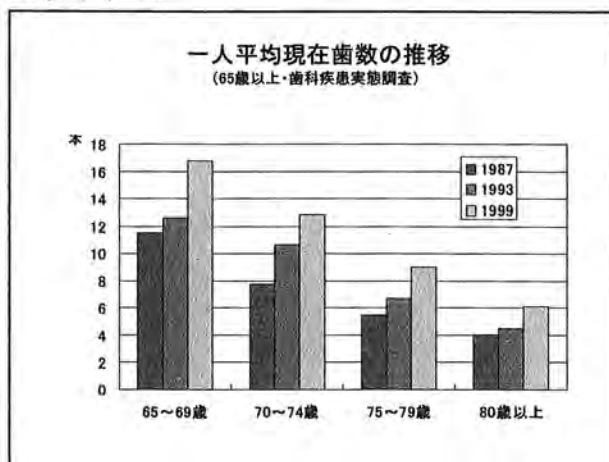
しかし、これを歯科医師一人当たりにすると75人くらいで、あまり変化がありません。人口の高齢化と歯科医師数の増加の結果と考えられます。

スライド10



これは、今の状況のままで特別な方策をとらない場合の将来予測です。第一次ベビーブームの世代が終わる 2050 年以降減少が考えられます。

スライド11



これは一人平均現在歯数の推移です。調査年毎に増加しています。

スライド 12

歯科界

Cure → Care

こういうことを総合的に考えると、歯科界が Cure から Care に移っていくことは容易に想像されます。

住民参加型の歯科保健活動

スライド 13

保健・医療の考え方の歴史的変遷

- ヒポクラテスの誓い(紀元前5世紀)・・・医師・歯科医師の職業倫理
- ニュールンベルグ綱領(1947)・・・医学実験のあり方、被験者の権利
- ジュネーブ宣言(1948)・・・現代版「ヒポクラテスの誓い」
- ヘルシンキ宣言(1964)・・・インフォームド・コンセント
- シドニー宣言(1968)・・・死に関する声明
- アルマ・アタ宣言(1978)・・・プライマリヘルスケア
- リスボン宣言(1981)・・・患者の権利に関する声明
- オタワ宣言(1986)・・・ヘルスプロモーション

- ・医療、福祉、保健のボーダーレス化
- ・パターナリズム → 患者中心の医療、患者と医療従事者の協同作業
- ・管理 → セルフケア

↓
保健・福祉・医療への住民参加

保健・医療の考え方の歴史的変遷を見ると、ヒポクラテスの時代からヘルシンキ宣言、シドニー宣言、リスボン宣言などがあり、1986年のオタワ宣言では「ヘルスプロモーション」という考え方が打ち出されました。ヘルスプロモーションのなかでは「住民参加」が謳われており、自助努力とともにコミュニティで健康を保持していこうという考え方が示されています。

今は医療・福祉・保健がボーダーレス化しており、特に高齢者ではそういう傾向が強まってい

ます。一方でパターナリズムを脱却し、患者中心の医療、患者と医療従事者との協同作業として医療・保健・福祉が捉えられるようになってきています。また管理型からセルフケア型へと変わってきています。その基本には住民参加があり、21世紀の保健医療を考えると、住民参加を無視することはできません。

スライド 14

歯科医学教育の現場では (教育法略におけるSPICES model)

今までの教育

- ・教師中心(Teacher-centered)
- ・情報収集(Information-gathering)
- ・学科(Discipline-based)
- ・病院基盤(Hospital-based)
- ・画一的(Uniform)
- ・場当たりの(Opportunistic)

これからの教育

- ・学生中心(Student-centered)
- ・問題指向(Problem-based)
- ・統合(Integrated)
- ・地域基盤(Community-based)
- ・選択的(Elective)
- ・計画的(Systematic)

R.M.Harden et al, 1984

大学での教育のことを考えてみます。今までの教育は教師中心、情報収集、学科(科目別)、病院基盤、画一的、場当たりのということがありました。しかしこれからは学生中心、問題指向、統合、地域基盤、選択的、計画的でなければなりません。こういう方向で教育をしなければならぬということで、現在、大学改革が行われているところです。

スライド 15

住民参加型の歯科保健事業実態調査

目的: 住民参加型歯科保健活動の実態を把握

期日: 平成13年11月～12月

方法: 郵送式アンケート調査

対象: 市町村保健センター、保健所

1482件/3375件(回収率43.9%)

郡市歯科医師会

420件/795件(回収率52.8%)

保健医療においても似たようなことが言え

るのではないかとということで、平成 13 年から住民参加型の歯科保健事業実態調査を行い、今年で 3 年目になります。住民参加型歯科保健活動の実態を把握しようということで、平成 13 年の 11～12 月に郵送で市町村保健センターや市町村 3,375 件にアンケート調査をしたところ、1,482 件から回答がありました。回答率は 43.9%です。また郡市歯科医師会 795 件に対するアンケート調査では、420 件の回答があり、52.8%の回収率でした。

スライド 16

結果

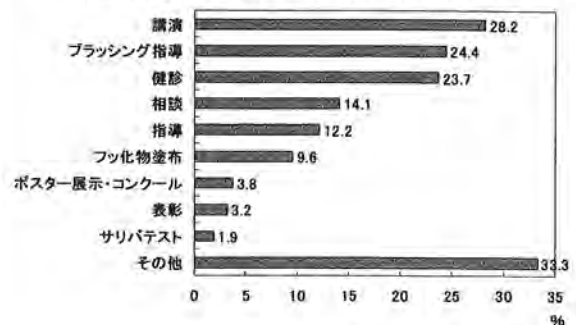
- 市町村保健センター、保健所
住民参加型歯科保健活動の記載がみられたものは、**119件／1482件(8.1%)**であった。**156件**
- 郡市歯科医師会
・実施主体が歯科医師会：**410件／499件(82%)**
・実施主体が市民：**135件／499件(27%)**
- 企画・立案、実施・運営の段階で住民参加がみられたもの
・市町村保健センター、保健所……**55件(3.7%)**
・郡市歯科医師会……**77件(15.4%)**

その結果ですが、市町村保健センターや保健所で、住民参加型歯科保健活動の記載が見られたのは、1,482 件のうち 156 件（重複を含む）でした。また郡市歯科医師会では、実施主体が歯科医師会のものが 499 件のうち 410 件で 82%、実施主体が住民のものが 499 件のうち 135 件で 27%となりました。

住民参加の捉え方ですが、「市町村で講演会をすることを広報で周知し、住民が参加する」という場合は住民参加型と言えるかどうかという問題があります。そうではなく、「企画・立案、実施・運営の段階で住民参加が見られるものが本当の住民参加型ではないか」という考え方もあります。後者の住民参加型が見られたのは、市町村保健センターや保健所ではわずか 55 件で 3.7%、郡市歯科医師会では 77 件で 15.4%と低い数字になっています。

スライド 17

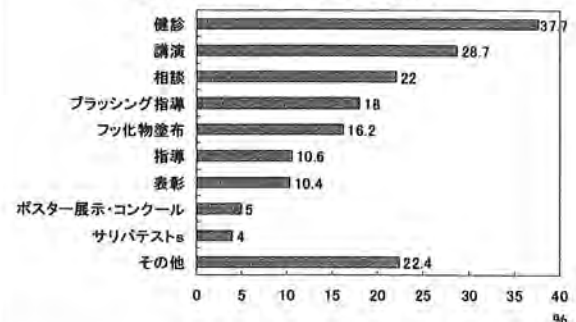
住民参加型歯科保健活動の内容 (市町村保健センター、保健所の156件中)



その内容ですが、市町村保健センターや保健所の回答では、講演会、ブラッシング指導、健診、相談、指導などの順になっています。

スライド 18

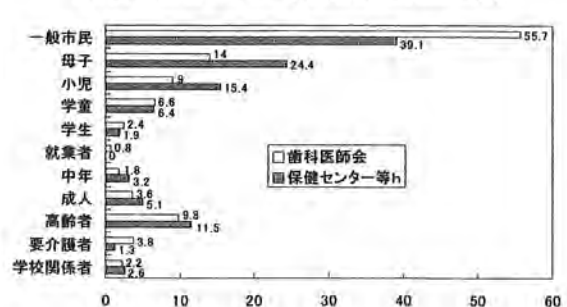
住民参加型歯科保健活動の内容 (郡市歯科医師会の499件中)



郡市の歯科医師会の回答では健診が 37.7%と最も多く、ついで講演、相談の順でした。

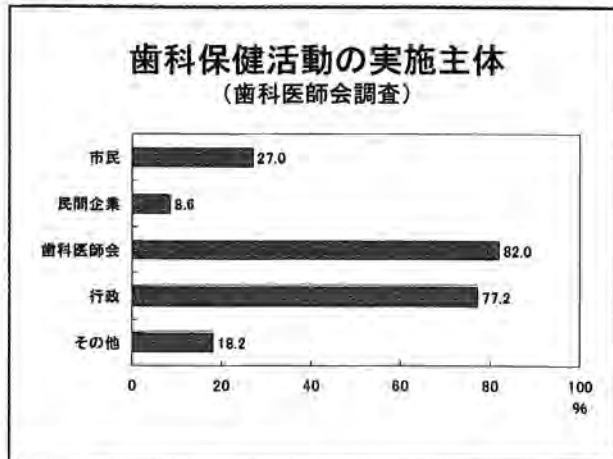
スライド 19

住民参加型歯科保健活動の対象 (市町村保健センター、保健所の156件中)



住民参加型歯科保健活動の対象は、市町村保健センター、保健所の回答では一般市民、母子、小児、高齢者が多くなっています。これは、母子保健法や老人保健法との関連があると思われます。

スライド 20



一方、歯科医師会からの回答では実施主体は歯科医師会や行政が多く、市民はわずか 27%しかありませんでした。

住民参加に関する住民の意識

スライド 21

岩手県T町における住民参加に関する意識調査

- ・対象 無作為抽出した20～75歳、1000名
- ・方法 質問紙の郵送法
- ・内容 性別、年齢、余暇活動、社会活動への参加状況、ボランティア活動に関する意識、セルフケア、歯科保健事業についての意識 など17項目
- ・回答者574名(男性275名、女性294名、不明5名)・・・回収率57.4%

岩手県のある町で住民参加に関する意識調査をしました。住民基本台帳から 20～75 歳の 1,000 名を無作為抽出し、余暇活動・社会活動への参加状況、ボランティア活動に関する意識、

セルフケア・歯科保健事業についての意識などについて聞きました。

スライド 22

結果

(1)社会活動への参加状況

・町内会	274名 (63.5%)
・趣味の講習会やサークル活動	97名 (27.4%)
・道路や公園の草取りや清掃	228名 (58.0%)
・PTAの集まりや活動	121名 (39.3%)
・老人や障害者の援助ボランティア	31名 (9.5%)
・歯磨きボランティア	10名 (3.2%)

社会活動への参加状況については、町内会が 63.5%、道路や公園の清掃等が 58.0%となっています。

スライド 23

結果

(2)ボランティア活動に関する意識の年齢階級差

- ・人生をより豊かにする。
- ・参加することは大事だ。
60歳代、70歳代で他の年齢階級より強く感じていた。
- ・仕事や家事・育児を調整するのが難しい。
30歳代でもっとも強く感じていた。

ボランティア活動に関する意識の年齢階級差を見ると、「参加することは大事だ」と考えている人は、60～70 歳代で他の年齢階級より強く感じていることがわかりました。60 歳代では仕事をリタイアし、自由な時間が使えるので、世の中の役に立ちたいという欲求が強くなるのではないかと考えられます。一方、30 歳代では仕事や家事などで最も「難しい」と考えている年代でした。

スライド 24

結果

(3) 歯科保健事業の企画・運営への参加希望者 127名(22.3%)の内訳

20歳代… 7名 / 44名(15.9%)
 30歳代… 17名 / 82名(20.7%)
 40歳代… 22名 / 112名(19.6%)
 50歳代… 28名 / 121名(23.1%)
 60歳代… 37名 / 140名(26.4%)
 70歳代… 16名 / 70名(22.9%)

歯科保健事業の企画・運営への参加希望者を年齢別に見ると、60歳代が最も多くなっています。

スライド 25

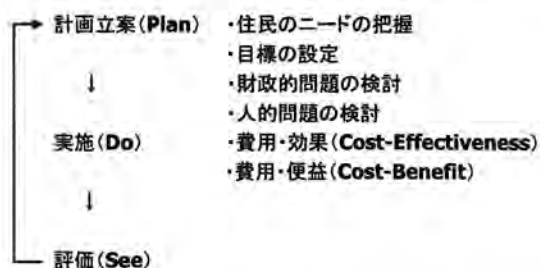
結論

岩手県T町において住民参加による地域保健活動を推進する担い手として期待できるのは、一般的な社会活動の参加経験が豊富で参加意欲も高い人であり、意識の面では「ボランティア活動に参加することは自らのためにも有益である」と考え、「発病は自らの健康管理と関係する」と考えている人であると推測された。また、そのような人は余暇には読書や社会活動、スポーツを行っていることが示された。年代別にみると、退職年齢をすぎてボランティア活動に参加するための時間調節の困難性が低下した60歳代が「生きがい」としてボランティア活動の場を考えている傾向にあることが示された。

このようなことから、岩手県のT町において住民参加による地域保健活動推進の担い手として期待できるのは、社会活動の参加経験が豊富で参加意欲の高い人であり、「ボランティア活動に参加することは自らのためにも有益である」と考えている人、「発病は自らの健康管理と関係する」と考えている人であることが推測されました。また、そのような人は普段から余暇活動を行っており、60歳代が「生きがい」としてボランティア活動の場を考えている傾向にあることがわかりました。

スライド 26

地域保健活動の進め方



地域歯科保健活動は Plan→Do→See の繰り返しで進められことはご承知のとおりです。

まとめ

スライド 27

住民参加とは



住民参加とはどういうことなのか、まとめを申し上げます。住民参加には「都会型」と「非都会型」があると考えられます。

「都会型」というのは、住民組織・団体があり、問題意識をもとに企画を立てます。保健センターを中心に自主グループの養成をやっているところもあります。自主グループが自発的にプランニングし、それに行政や歯科医師会が協力し、実施し、目標に到達できたか評価をします。

一方、「非都会型」は地区の医療関係者や行

政がファシリテーターとなる住民を育成し、意識を高めて事業を企画、実施し、評価を行います。

このように2種類の方法がありますが、地域の状況によって住民参加のあり方が変わってくるだろうと思います。

スライド 28

今後の課題

- ・住民参加型歯科保健活動に参加する住民の質と量…
ファシリテーターの育成？
- ・「町づくり」などとの連携(多様な職種との連携)
Ex.「8020里づくり」、「健康都市づくり」、「福祉…」
- ・「縦割り行政」と住民参加
Ex.「産業保健」と「地域保健」…地域・住民中心
- ・地域特性の考慮
- ・有効な人材の活用(ボランティア、NPO法人)
- ・一般住民と専門職との協同のあり方 など
Oral health of the people by the people for the people

今後の課題についてです。ファシリテーターが必要な地域があります。また、いろいろな所で行われている「町づくり」と連携する必要もあります。さらに、「『縦割り行政』と住民参加」という問題もあります。産業保健と地域保健でどのように協力していけるかを考えなければなりません。さらに地域特性の考慮、有効な人材の活用、一般住民と専門職との協同のあり方などが必要です。

今後の地域歯科保健のキーワードは「住民参加」であり、その基本には“Oral health of the people by the people for the people”という考え方が根底になければならないと思います。

以上です。ご清聴ありがとうございました。

報 告(3)

企業の立場から

ライオン株式会社

取締役オーラルケア事業本部長

片倉 豊樹

1969 年、慶應義塾大学経済学部卒業後、ライオン油脂株式会社入社。
1980 年、ライオン歯磨株式会社と合併し、ライオン株式会社の宣伝部
に配属。1992 年、同社マーケティング本部宣伝部長。2000 年、同社
役員待遇、マーケティング本部宣伝部長兼文化事業室長。2002 年、同
社取締役オーラルケア事業本部長。



ご紹介いただきました片倉でございます。このような機会をいただきましたことを感謝申し上げます。

スライド 1

はじめに

今日お話し上げることは.....

- I. 企業活動の視点
- II. 企業の具体的活動事例
- III. マーケットへの対応の方向性

今日お話しするのは、①企業の活動の視点、②企業の具体的活動事例、③マーケットへの対応の方向性の3点です。

企業活動の視点

スライド 2

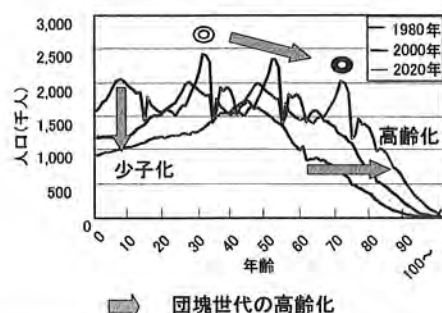
I. 企業活動の視点

1. マーケットはどの様に動いているか？
2. ライフステージに応じたソリューションの提供

私どもは企業ですから、ハードやソフトを提供して、消費者の方々や各界の方々に価値があると認めていただいて初めて商売が成り立ちます。「マーケット」とは、生活者、消費者と同義語です。①マーケットはどのように動いているか、②そして企業として、マーケットを形成している一人ひとりの方のライフステージに応じたソリューションの提案をどのように行っているか、の2点についてお話しします。

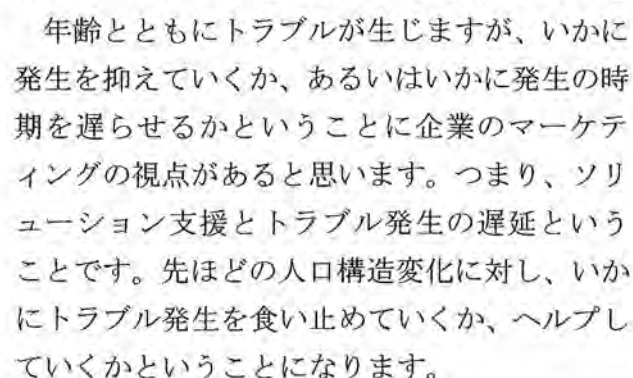
スライド 3

1. マーケットはどの様に動いているか？

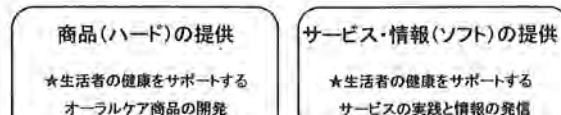


マーケットはどのように動いているかについてですが、予想をはるかに超えるスピードで高齢化と少子化が進んでいます。今を捉えながら将来に対して人々の健康を考えることが企業のマーケティングの視点になります。特に団

スライド4

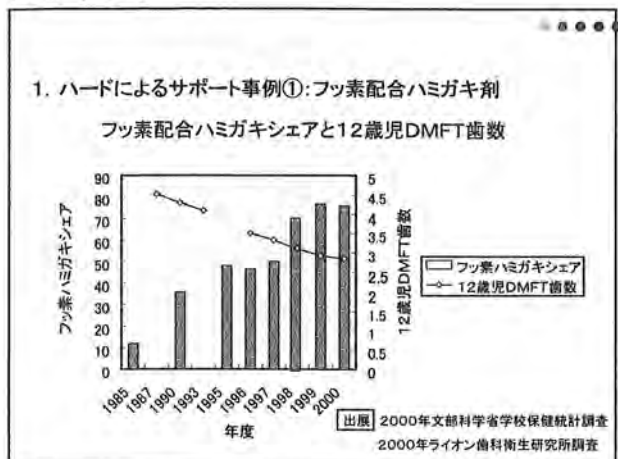


II. 企業の具体的活動事例



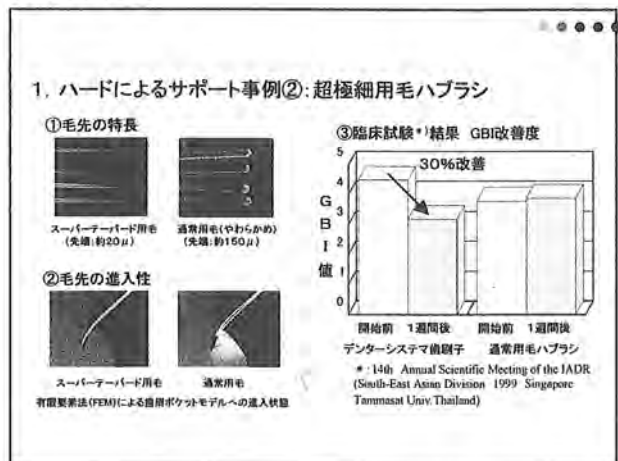
80

スライド7



まずハードの提供についてですが、オーラルケア商品の代表であるハミガキ剤によるヘルスプロモーションの事例をご説明します。これは、フッ素配合ハミガキ剤の市場シェアと12歳児のDMFT歯数の関係を示しています。DMFTの減少は国と歯科医界の諸施策そして積極的な活動によりなされたものと考えています。こういうなかで、オーラルケア商品の開発・販売をする企業として、私どももフッ素の重要性を認識しており、少なからず目標達成に貢献できたのではないかと考えております。

スライド8

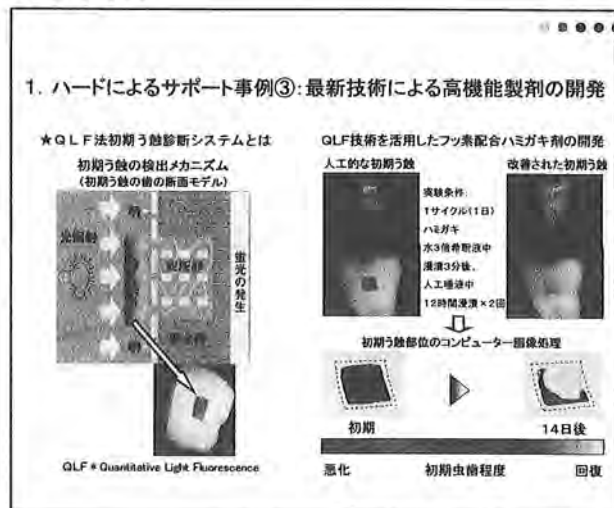


次に、ハードによるサポート事例の2番目ですが、毛先が超極細の歯ブラシで、テーパー用毛を採用しています。一般の用毛の毛先は約150ミクロンですが、この用毛は先端が普通の用毛の7分の1で、20ミクロンの太さです。超極細毛を使うと、歯周病の発症部位である歯

周ポケットに進入するため、ガムラインのプラークコントロールに優れています。

右にお示した臨床試験結果は、1999年の国際歯科学会において、タイのタマサート大学により報告されたものです。使用後1週間で歯肉炎の指標であるジンジバル・ブリーディング・インデックスが30%改善されました。

スライド9



3番目の事例ですが、最新の技術による高機能製剤の開発についてご紹介します。昨年の「第2回8020フォーラム」で、大阪歯科大学の神原教授が「21世紀の口腔保健の対応」と題したご講演のなかで、初期う蝕検出法として「QLF測定機」をご紹介になりました。この初期う蝕診断技術QLFは、特定波長の光を初期う蝕部位に照射すると蛍光を発生するという原理を活用したものです。

当社ではこの技術を活用させていただき、フッ素配合の高機能製剤を開発している最中です。この写真はビトロ実験ではありますが、QLF技術により脱灰された歯質が、フッ素配合ハミガキにより再石灰化され、回復されることを示しています。

このような産官学一体の共同研究は大変重要だと考えます。そして、産官学の融合により、生活者にとって意味のある商品を開発するとともに、生活者の健康をサポートしていきたいと考えております。

スライド 10

2. ソフトによるサポート事例①:

財団設立による口腔保健啓発活動と情報発信
(財団法人ライオン歯科衛生研究所 設立1964年)

活動内容

- 乳幼児期 母子歯科活動(たんぼぼ運動)
- 学童期 園・学校巡回活動、学童歯みがき大会
- 成人・壮年期 成人歯科活動(さくらんぼ運動)
- 老年期 高齢者歯科活動

次に、サービスとソフトに関する事例をご紹介します。

当社では 1964 年に財団法人ライオン歯科衛生研究所を設立しました。この研究所では、口腔保健啓発活動と情報発信を行っています。消費者に質の高い口腔保健情報を発信するということで、乳幼児から高齢者まで広く国民の福祉に奉仕しようということが、この財団法人の設立目的です。

スライド 11

乳幼児期 母子歯科活動(たんぼぼ運動)

昭和46年からムシ歯予防の理解と関心を深めるために、行政や地域の歯科医師会とタイアップして始まった
現在、年間約50地区で市町村保健センターを使用して行っている。

(昭和46年頃)



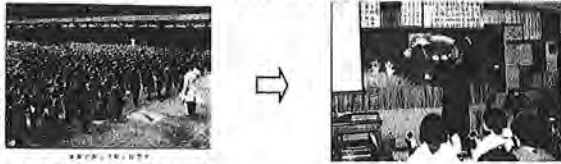

活動の中身についてご紹介します。乳幼児を対象とした歯科保健活動を「たんぼぼ運動」と称しています。これは、たんぼぼは綿毛が風に乗って四方八方に飛び、深く根を下ろすことから、このように活動が拡大していくようにとの願いを込めて命名したものです。この運動は、昭和 46 年から行政や地域の歯科医師会とタイ

アップし、年間約 50 地区の市町村保健センターで実施しています。

スライド 12

学童期 園・学校巡回活動

大正11年からムシ歯を予防するは、幼児期、学童期から指導を始めることが大切とこのことで始まった。
昭和40年以降、約6万校 約1590万人に指導した。



(大正11年 専門講師の派遣による実地指導) (2002年の様子)



2 番目の事例は学童期についてです。園・学校巡回活動は大正 11 年より開始しました。昭和 40 年以降のデータですが、すでに約 6 万校、約 1,590 万人の幼児・学童に口腔保健衛生指導を行ってきました。

スライド 13

学童期 学童歯みがき大会

昭和7年に児童に歯のみがき方を指導する目的で、第1回「学童歯みがき大会」がスタートし、現在もライオンの誇る一大イベント。

(昭和40年 第22回歯磨き大会)



(昭和7年 第1回学童歯磨き大会
東京と大阪で開催され70校25,000人が参加)



(2002年 第50回学童歯みがき大会)

学童期のもう一つの事例ですが、学童歯みがき大会を行っています。これは昭和 7 年から開催しており、現在まで約 72 万人の学童が参加しております。1994 年からは歯科衛生士にも参加していただき、参加した歯科衛生士はすでに 1 万人に達しています。そして 2003 年は 60 回目となり、大イベントになりました。

スライド 14

成人・壮年期 成人歯科活動
昭和36年(1961年)事業所を訪問して、歯科健診・口腔衛生指導・歯石除去などを行う活動を開始した。



(昭和46年 産業歯科予防管理活動発足会)

また成人歯科活動は昭和 36 年から開始しましたが、平成元年以降の 13 年間で 6,500 事業所、約 60 万人に対し、歯科検診、口腔衛生指導、歯石除去などの活動を行ってきました。ライフステージから見ると、働き盛りの方々の健康を守る——すなわち GDP を生み出す人々のヘルスプロモーションを行ってきたとも言えると思います。

スライド 15

老年期 高齢者歯科活動
高齢者施設などを訪問し、歯の大切さや入れ歯についての歯科保健指導の活動している。



また高齢者に対する歯科活動は平成元年にスタートして 14 年になりますが、社会の潮流に対応した新たな活動であり、大切な活動だと言えます。

スライド 16

これまでの口腔保健啓発活動の実績

活動	開始年	活動実績
母子歯科活動	1971年	3700地区、約92万人
国・学校巡回活動大会	1922年	1965年以降 約6万校、約1590万人
学童ハミガキ大会	1932年	3695校 約72万人
成人歯科活動	1961年	1989年以降 6500事業所、約60万人
高齢者歯科活動	1991年	104施設 約1000人

平成元年からの口腔保健啓発活動： ⇨ 地域密着・One to One
13年間で約500万人

以上、財団法人ライオン歯科衛生研究所の口腔保健啓発活動をご紹介しました。平成元年から実質 13 年間で、約 500 万人の方々と、地域密着あるいは“One to one”で活動をしてまいりました。500 万人は総人口の約 4% 当たります。一方、社会の潮流として行政の施策もあり、社会は地域化しつつあると言われています。そういう意味でも、今後も地域密着型の活動がますます重要になってくると思います。

スライド 17

2. ソフトによるサポート事例②：日本歯科医師会とのタイアップ広告



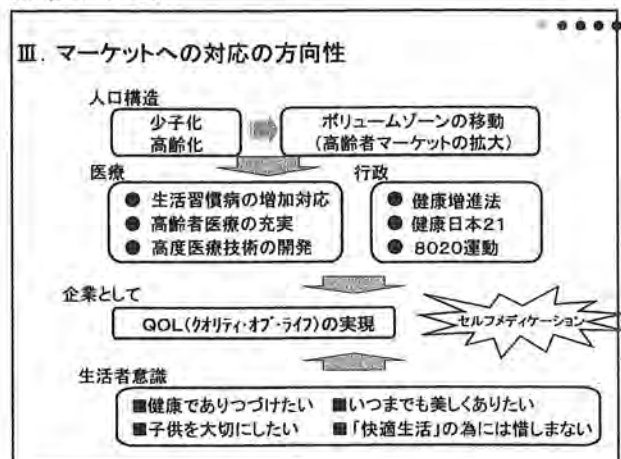
広告は、生活者に対する
オーラルケア情報の発信活動です

これはソフトによるサポートの 2 番目の事例です。11 月 8 日の「いい歯の日」に、日本歯科医師会、各都道府県歯科医師会のご協力により、このような広告を出しました。「診察台で『予防歯科』」「洗面台で『予防歯科』」という内容ですが、大変な反響があり、私どもが取引をし

ている流通から非常に好評であり、「これから
はこういう時代だ」とも言われました。

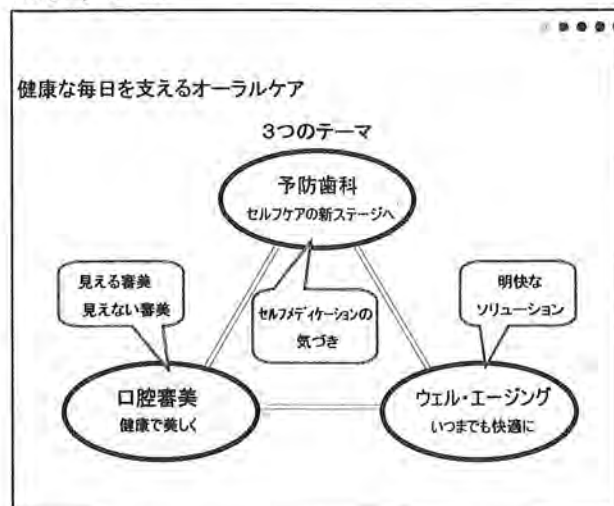
マーケットへの対応の方向性

スライド 18



では、企業のマーケットへの対応と方向性についてお話しします。先ほどのグラフでお示しましたが、人口動態とライフステージから発生するいろいろなテーマに対し、医療や行政において大きな潮流が作られつつあります。行政の諸施策により生活者の意識の変化は顕著であり、医療もこれからの時代に向けて大きく動いています。それにより、生活者に対し「自分の健康は自分で守る」という必要性に関する「気づき」を与えており、生活者は自分を見つめ、大きく変わりつつあると思います。すなわち QOL の実現に向けて、生活者のベクトルは「8020」のスローガンのもとに一つになっています。私どもも、QOL を実現するためにハードとソフトの提供を進化させていかなければならないと考えています。

スライド 19

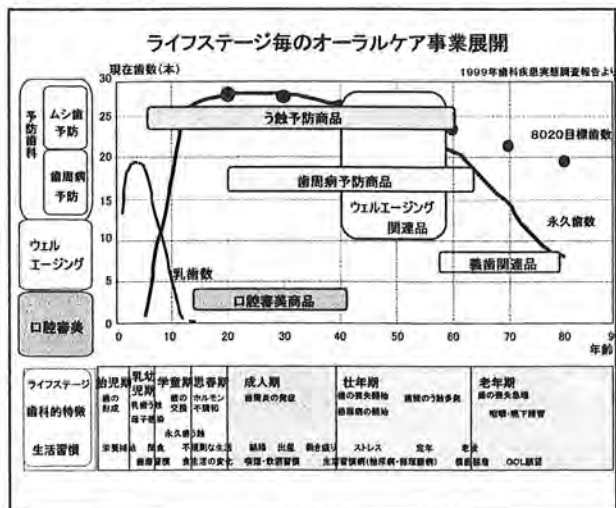


そこで私どもはこのように三つのテーマの取り組んでいきたいと考えています。その三つのテーマとは、①セルフケアの新たなステージを実現する「予防歯科」、②健康で美しくありつづけるための「口腔審美」、③いつまでも快適に生きるための「ウェル・エージング」です。

「予防歯科」ではセルフメディケーションの「気づき」を意識して、生活者がセルフケアを実践できるハードとソフトの提供に努めています。また「口腔審美」では「見える審美」と「見えない審美」を提供して、健康で美しくありたいという生活者のニーズをヘルプしつづけていきます。この「見える審美」と「見えない審美」とは、「美しい歯」に代表される「見える審美」と、「口臭」や「心理的な自信がもたらす笑顔」などの「見えない審美」を意味しており、この両面に着目していきたいと思っております。そして「ウェル・エージング」では、明るく快く毎日が過ごせることへのサポートが重要であると考えています。

この三つのテーマのもとに、ハードとソフトでヘルス・ヘルプ・プロモーションの推進をしていきたいと考えております。

スライド 20



これが当社の考える、ライフステージごとのオーラルケア事業展開です。生活者意識を捉えたセグメンテーションを明確に打ち出し、年齢に応じた歯科的特長を意識し、生活習慣に対応したオーラルケア商品と情報を提供してまいります。8020運動の目標達成に向け、事業展開をしていく所存です。

最後に「まとめ」としてライオンより、オーラルケア事業のステートメントを申し上げさせていただきます。

ライオンは、オーラルケアのプロモーター・サポーターとして、「健康な毎日を支える一歩進んだオーラルケア」メーカーを目指します。さらに、お客様のポジティブな健康ニーズに応え、お口から始まる新時代の健康を、生き生きとした“Quality of Life”を創造するため生活・社会へと活動のステージを広げます。

スライド 21



「オーラル・ケアから始まる。健康のこと」——これは当社のオーラルケア事業の思想です。学と行政のご指導・ご示唆をいただきながら、マーケティング展開をしてまいります。蛇足になりますが、このマークは笑顔に見えますし、母と子の絆にも見えます。地域との連携などの意味も含めております。

ご清聴ありがとうございました。

パネルディスカッション

座 長：

財団法人 8020 推進財団地域保健活動推進委員会委員長／池主 憲夫

報告者：

東京都健康局医療政策部副参事／土屋 律子

岩手医科大学歯学部予防歯科学講座教授／米満 正美

ライオン株式会社取締役オーラルケア事業本部長／片倉 豊樹

アドバイザー：

厚生労働省医政局歯科保健課長／瀧口 徹

藤田保健衛生大学医学部リハビリテーション医学講座教授／才藤 栄一

国立保健医療科学院口腔保健部長／花田 信弘

財団法人 8020 推進財団専務理事／新井 誠四郎



池主：はじめに内情をお話ししますが、日本歯科医師会の坂井常務が体調を崩しており、本来であれば坂井先生が果たす役割を新井先生がされております。それから、本来この司会は静岡の大久保先生がする予定でしたが、ご都合が悪いとのことなので、私が司会をさせていただきますので、よろしくお願いします。

まず、この会の経緯をご説明します。今回は3回目と表記してありますが、平成13年12月1日に国民800名を対象に財団設立1周年のシンポジウムを行っています。しかしその時は方針が明確に決まっておらず、それはこのフォーラムの回数に入っておりません。毎年行っている「全国歯科保健大会」が国民向けであり、財団が行うこのフォーラムは、より専門的な立場の方々の勉強の場という意味で行っています。前回は大阪で行いましたが、次年度は仙台で行う予定です。

これまでは、8020を踏まえて健康日本21にどう対応するか、というテーマで開催してきましたが、今回は健康増進法との関連がテーマとなっています。8020運動、健康日本21、そして健康増進法への流れを、ホップ・ステップ・ジャンプと喩えることも可能と思います。ただ、この歯科保健の画期的な飛躍の着地点とみなされる健康増進法が、今後どのような影響を及ぼすのかはいまだ未知数と言えます。今後の日本の歯科保健活動がこの法律を基盤として進むことは間違いのないとしても、これにより、何がどのように変わっていくのかを、さまざまな



角度から考えていくことが必要だと思います。

さきほどからの報告にあったように、もう一つの主なテーマは「住民参加」です。これは健康増進法にも含まれているテーマですが、今までの歯科保健をより拡大し、生活習慣病に対応するようなものに結びつけるキーワードです。

それではディスカッションの前に、各先生の報告について整理させていただきます。まず、東京都の土屋先生のご報告ですが、都会型、非都会型の歯科保健の分類についてお話がありました。東京都は大都会ですから、都会の代表のように見えますが、離島や山間部を含めると、多様な地域だと思います。その多様な地域のなかでどう地域保健活動をするかは、全国の縮図という捉え方もできます。東京都の課題は、多様な地域の活動の雛型として検討をしていかなければなりません。

米満先生は、東京歯科大の石井先生と共に厚生科学研究事業の住民参加による地域保健活動に関する調査研究を進めておられます。この問題を突き詰めていくと、住民参加型とはそもそもどのようなレベルからの活動を言うのかということから始まる、非常に根源的で多岐にわたる検討課題であることがわかってきたようです。

片倉さんの企業の立場からの発言は、8020推進財団が誕生したことにより、初めてこのような歯科界共同の研修の場に提起されたテーマと言えます。今回は、関連企業がマーケティングの観点を含めてどのように歯科保健活動

を捉え参加しておられるのかという点などについて報告いただいたわけですが、これまで、従来の歯科医師中心型の歯科保健活動の中ではあまり表面化しなかったテーマ、つまり、商品を売ることを基本テーマとする企業の立場と同様に、歯科医業も市場経済のなかでは、歯科保健、医療サービスを提供し対価を得ることにより成り立っています。しかし、このような面からの分析や研究は医療という衣の下では曖昧になりがちなテーマであったことは事実です。歯科保健、医療においても、今後は企業のマーケティングの理論等は、積極的に参考にし吸収していくべき課題と言えます。

ではアドバイザーの方々から、ご意見を願います。

花田：住民参加を実現していくためには、食べる、しゃべるという口の機能の重要性について住民の理解を求めることが大切です。口腔機能を支えるのは歯科保健ですから、8020 によって高齢者の口の機能を守るという理屈で進めていますが、そのような意図が住民に伝わっているのでしょうか。我々はもっと意識して機能維持の視点に立つ口腔保健とう蝕と歯周病対策の歯科保健を分けて示さないと、住民にとってわかりにくいのではないかという印象を受けました。

新井：本日は先生方から意義のあるお話を頂戴し、厚く感謝を申し上げます。

地域保健、産業保健の部門で一番悩ましいのは、住民参加をいかに図るかということです。長い間、歯科保健、口腔保健の推進をリードしてきた立場にありますが、費用や手間をかけ、いろいろな先生のご指導を仰ぎながら、いろいろな政策を進めてきました。しかし、なかなかうまくいきません。歯周病の節目検診など、各ライフステージに沿って歯科保健を企画し、実践を進めていますが、たとえば厚生労働省の老健局対応の歯科保健（40 歳・50 歳の節目検診）

の実施率が極めて悪いのです。歯科医師会、郡市区歯科医師会、都道府県などが、行政、市町村、自治体、県行政と一緒に一生懸命 PR をし、歯科医師会のイベントに合わせて検診事業を展開していますが、実施率は上がってきません。これはなぜでしょうか。実施率の高い地域もありますが、押し並べて実施率が低いことが大変悩ましいことです。

今までのやり方が住民に受け入れられないのではないかという大きな反省に立って、住民参加型ということで、地域の住民の方に旗振りをお願いするほうが受診率が上がるのではないかと考えました。そこで、東京歯科大の石井先生のご指導を仰ぎながら、今、NPO や地域の方々に問いかけをし、新しい展開をはじめめるために委員会で協議をしています。

才藤先生のリハビリテーション——要介護の介護現場への参画等については、今まで歯科医師会として歴史が浅いというハンデがあります。これから、各 EBM を確立するとともに、各都道府県歯科医師会、郡市区歯科医師会の会員個々が、勉強・研修・研鑽を積んで、そういう現場に参画することが大切ではないでしょうか。歯科医師や歯科衛生士がそういう医療現場に参画することについて、地域の方々から喜びの声が上がるという体制を構築していくため、委員会では知恵を出し、有識者の方々のご意見を伺いながら、計画を立てて進めていきたいと考えておりますので、その辺のことも含めてご議論いただきたいと思います。

口腔機能の重要性

池主：花田先生のお話に関連しますが、口腔保健と歯科保健をどう分けて考えるかという問題についてですが、住民や関係の人々に問いかけていく上で、「食」というのはわかりやすいテーマだと思います。才藤先生はどのようにお

考えですか。

才藤：リハビリはどちらかと言うと臓器をターゲットにしているのではなく、機能をターゲットにしています。それを考えると、当然、歯は口腔の一部ですし、口腔の他の機能も大変重要です。歯科の咀嚼研究を見ているとわかるのですが、噛むために最も重要なのは舌です。舌がないと絶対に噛めません。「噛む」というテーマ一つとっても、舌を抜きにして歯を考えているとうまくいきません。形態は機能に従うものであり、形態のためにあるものではないのです。ですからリハから見ると、歯科の先生は口腔の専門家であるという考え方のほうが、もっとフレキシブルではないかと思います。

池主：そういう意味で、口腔機能はよくわからない部分がたくさんあります。たとえば「歯を食いしばる」ということがあります。野球の王選手は、食いしばったため歯がボロボロになったと言われています。一方、ある重量挙げの選手に訊いたところ、「力を入れるときには、口を開けて声を出している」と言うのです。そういうことをはじめとして、口腔機能にはどういうメカニズムでどう作用しているのかがよくわからないことがまだたくさんあります。我々がこれから学んでいかなければならないテーマはたくさんあると思います。花田先生、いかがですか。

住民参加型歯科保健活動とは

花田：保健医療をする時、病理学的立場だけで考えるわけにはいきません。WHO も「国際疾病分類と国際生活機能分類の両方を考えなさい」と提唱しています。今までの歯科の立場で言うと、病気に対して病理学的に対応しようという姿勢でやってきました。行政もそれに対応

して、う蝕・歯周病の予防をどのように進めていくかというロードマップを作ってきました。しかし、それだけでは歯の意義がよくわからないのです。う蝕や歯周病の予防だけでは住民参加型に持っていけないのではないのでしょうか。生活機能として、食べる機能、喋る機能の重要性を打ち出し、住民参加を推進することが、これから必要ではないかと思います。

池主：現実として、これらのことを各地域で住民と論に展開していくためには、行政が関与する地域での歯科保健事業という形をとるのが通例ですが、現行の 8020 推進特別事業などのいわゆる行政のバックアップなどのあり方を含めて、健康増進法にも謳われている住民参加の活動に関してどのようにお考えですか。

瀧口：健康増進法では、健康増進実施事業者が住民や会社員の健康に責任を持ちます。ところで、私たちは大衆であるのか、公衆であるのか、で二分されます。たとえば駅に降りた時、そこにたくさんいる人は「大衆」です。一方「公衆」とは、その背後に責任や義務がある場合を示していると思います。ですから健康増進法も「公衆」という考え方で、責任を持たせているのです。

どうも日本は、責任のない組織体がやってくれることに関して躊躇する傾向があります。ですから、住民をどういう分類で捉えるのかが大切であり、住民参加を考える場合、大衆の住民参加ではなく、公衆の住民参加が必要だと思います。

池主：今のお話は要するに、住民をどう捉えるかという問題ですが、近年 NPO が非常に大きな比重を占めてきており、成果を上げつつある地域も出てきつつあります。たとえば静岡は、8020 推進員を作っていますが、我々はそういう人たちの活動の実態について知識が少なかったのが現状です。米満先生は、今までの研究

を通して、どうお考えになりますか。

米満：私の経験から言っても、地域において予防活動や健康教育について話をするとき、モチベーションを持っているか持っていないかが重要だと思います。私は沖縄の西表島に巡回診療に行ったことがあります。その時に「夜の8時から衛生教育をするから住民を集めて欲しい」と保健師さんをお願いしましたが、実際に集まったのは何と3人でした。保健師や町内会の世話役の人に人が集まらない理由を聞いたら、「今ちょうどNHKの大河ドラマをやっているからでしょう」とのことでした。

また、岩手県で以前あったことですが、ある町で虫歯予防のためにフッ素のハミガキ剤を提供しました。その時は上意下達という形で進めたのですが、その6〜7年後、確かに虫歯が半分くらいに減ったのです。しかし結局その事業が終わった段階で、住民には根付かなかったということがありました。その辺が住民参加のポイントになるのではないかと思います。

岩手県もかなり依存型の県ですから、増田知事は「自立、自立」と言い、自分の給料も5%カットして一生懸命やっていますので、我々もそうなっていかなければ得ませんが、その時のキーワードはやはり「住民参加」です。

池主：住民参加で住民が主体になる場合、これまでの行政や専門団体の役割を委譲していくという方向が想定できます。片倉さんのされている活動は、正に住民が対象なわけです。そこに我々が進めている歯科保健の論理を導入しながら、住民の中に入り込むという活動をされているのだと思います。今まで、我々と関連業界との関係は、私たちが歯科保健の重要性を説明することにより、企業の商品が売れる、という交換条件のような形でやってきたというイメージがありましたが、さきほどの片倉さんのお話では「消費者に情報を提供する、健康に寄与する商品を提供する」と、より主体的な立場

を強調されているように思いますが、その辺をもう少し具体的にご説明ください。

片倉：さきほど、ライオン歯科衛生研究所のお話をしましたが、その研究所は企業ではなく、メセナのようなもので、オーラルに関する奉仕をするのが設立の目的であり、直接的あるいは間接的にも商売に結びついているわけではありません。むしろ、普及活動がスタートの原点です。そういう活動が一方にありながら、商品の開発を考えると、私たちは大きな意味で、どのようにして今の潮流——すなわち健康をサポートできるようなマーケティング活動ができるか、というのが一つの大きな視点になっています。ですから、歯科医師の先生や行政の方々のご意見や研究を通じて、ハミガキ剤や歯ブラシなどの用具を開発していきたいと思っています。その際、明確なエビデンスが大切だと思います。単に「こういうよい製品ができた」と言うのではなく、製品が持っているエビデンスを明確にし、生活者がそれを選択するような情報を出していくという流れを作り上げていきます。オーラルの市場は成熟の市場であり、特にハミガキ剤や歯ブラシなどは成熟を乗り越えているので、生活者に選択していただけるような情報の提供が必要だと考えています。

花田：さきほどライオン歯科衛生研究所の報告で「診察台で予防歯科」という表現があり、大変わかりやすいと思いました。WHOの国際比較調査が10年前にあり、97年に報告書が出ましたが、日本が最低だったものが二つありました。一つは予防のために歯科医院を訪れる割合についてですが、先進国の中で日本が最低であり、それについて「診療報酬が治療に偏っているのではないか」というコメントがありました。もう一つ最低だったのは、デンタルフロスの使用でした。ライオンの住民に対する普及においても、フロスが弱いように感じました。また、国際比較調査で印象的だったのは、日本のブラ

ッシングも決してよくなく、他の国のほうがよかったことです。日本の中だけで考えるとずいぶんよくなっていますが、世界と比較するとまだよくないのが現状だと思います。

池主：大きな流れとして、花田先生のご発言のように、歯科保健、医療サービスのテーマが、治療から予防へシフトしていくことを社会が求めていると解釈できますが、口腔ケアなどを含む歯科保健の役割や位置付けの変化などに関する今後の社会的な動向についてはいかがでしょうか。

瀧口：先日、東京慈恵会医科大学の青戸病院で、医師3名が逮捕されました。我々はガイドラインに反していないかを指標の一つにしています。国によるガイドラインであれば責任は非常に重く、民事裁判だけでなく刑事裁判でも判決に影響を与えることになるでしょう。そういう面で、才藤先生がお話しになった誤嚥性肺炎について、エビデンスが蓄積してきて、それが学会や国のガイドラインになったとしたら、それ以降、それを実行しなければ民事・刑事裁判で負ける確率が高くなります。つまり、徐々にエビデンスが出てくるようになると、例えば療養型病床群にいる高齢者、リハビリの患者などに関し、口腔ケアを実行しないと不作為だと解釈されて、犯罪と見なされる心配も出てきます。患者がすぐに訴えるという兆候は歯科の世界でもあります（矯正治療をやったら虫歯ができたということで裁判沙汰になっています）。私たちは口腔ケアを医科の先生にも理解してもらおうとしていますが、私はむしろ、エビデンスが確立したと同時に、負わねばならない責任も非常に大きくなるのではないかと考えています。

新井：健康増進法が5月1日から施行されましたが、成果や結果がすぐに出るとは思っていません。少しずつ国民や地域住民の理解を得て、

少しずつ成果が上がってくると思います。全国の6万5千人の会員の先生方や都道府県歯科医師会は「日本歯科医師会はすぐに結果を出してくれ」と言われますので、努力はしてまいりますが、厚生労働省の瀧口課長のところの歯科保健課のような、健康増進法に対する熱意と仕掛けがあれば、健康増進法はもっと推進すると思います。健康増進法の窓口は、厚生労働省健康局の生活習慣病対策室です。ところが医師会の意見を聞くと、「国民の健康づくりは国民個々がやるものだ。国が取り決めをして一つずつ手取り足取り進めるのは健康増進法ではない」というように、あまり関心のないような話をしていました。

それに対し「日本歯科医師会は違います。歯科保健課の指導を受けながら、すぐにでも成果を上げたいと思っています。予算をつけてくれればすぐに進められるモデル事業を作っています」と申し上げていますが、健康局から都道府県や地方自治体に対する健康増進法の仕組み等についての周知が、我々が思うほどなされていないのが現状です。予算も、ヘルスアッププランを取り付けて、初年度つまり14年度が650億、15年度は600億、ヘルスアッププランで財務省から獲得しています。「地方交付税の中に国民の健康づくりのために予算付けしてありますから、どうぞお使いください」という話ですが、それが地方に下りた場合、どこの地方自治体も「財源が厳しいので、歯科保健は今のままです。予算は私たちが使いたいところに使わせてもらおう」というのが現状で、なかなか予算付けがなされません。健康局はこういう法案を通したので、私どもは「これに伴う予算措置は、健康づくりのために使い勝手のよい枠で予算配置をお願いしたい」と強く申し入れています。

また、健康増進実施事業者は政管健保をはじめ諸々あります。労働安全衛生法に基づく健康増進実施者もおりますから、「事業所健診等は事業主が一部負担してでも実施しなければな

らない」と健康増進法に謳われています。企業としては、この不景気に1円たりとも健康にお金を使いたくないというのが現状ですが、その辺も日本経団連にもお願いして、「実施をすれば回り回って事業所のプラスになる」ということを説いていますが、直近の健診にお金を使いたくないということで、なかなか進みません。このように大きく厚い壁がありますが、日本歯科医師会は努力しております。

健康増進法の8条で、都道府県での策定が義務づけられており、3月までに47都道府県の計画策定は終わりました。市町村においては二十数%です。市町村の場合は「努力義務」です。義務でないから、市町村に健康増進法がらみのモデル事業を下ろすと、都道府県は「市町村に下ろしました」と言い、市町村は「うちではまだ計画はできていません。予算もありません。できません」ということになり、国が配置をした予算がうまく活用されていません。東京都の土屋先生のお話でも、区や市町村の計画策定は17カ所とおっしゃっていました。また土屋先生は「労働衛生や成人保健における取り組みを推進したい」とおっしゃいましたが、現実はこのような状況で進みません。これを何とか改善したいのです。それには住民参加が大切であり、地域住民、国民が十分理解をして「やりましょう」という声が上がってこない、なかなか成果が上がらないと思います。

瀧口：さきほど土屋先生がおっしゃったように、情報提供が重要です。しかし医療の世界は、うまくいったのかうまくいかなかったのか、正しいのか正しくないのかがよくわからないことも、多いです。そして住民は情報が枯渇しているという意識や不信感を持っています。世界的な宿命だと思いますが、エビデンスに基づいた情報を住民に知らせた場合、告発型・追求型の医療訴訟が急増すると思います。その典型がガイドラインであり、「ガイドラインに沿っていない」と追求されることになります。また、た

とえば麻酔の薬でトラブルがあった時などでも、医療不信に陥りやすいのです。ですから住民参加は、エビデンスに基づく情報提供を正確に行ったことにより、告発型・追求型になる、あるいは不作為を問われることを回避することにもなるのではないのでしょうか。

もう一つ、8020運動のためのお祭りを市町村が計画した場合、それでも住民参加できるわけです。住民は喜んで参加しているが、ただお祭りに参加しただけでは虫歯や歯周病を減らすことができないようなものについて、私たちはどうするのが問題です。大衆芸能には精神作用があると思います。健康日本21に「休養・こころの健康」がありますから、8020運動をした結果、歯は健康にならない、咀嚼機能は回復しないが、心は健康になったという考え方をすることもできるわけです。

池主：瀧口課長は怖い話を楽しくお話しになっているように思えますが、我々が「住民参加」を標榜した以上、住民と共同歩調で進み、住民に情報を開示しなければならないことは間違いありません。しかし、我々がどこまで住民に責任を預けられるかという問題があると思います。我々がどこかで主体的にとどまって住民をリードしていきたいという意識があるうちは、その反動が出るかもしれません。瀧口課長のお話には、我々専門家側がどこまで住民に任せられるか、共に責任を取れるか、という専門家のあり方の問題が重大なテーマとして含まれているように思えます。

才藤：病気をよく知っている人が二人いるとすると、一人は医者で、もう一人は心気症の患者だ、ということがあります。我々が毎日暮らしているのは、自分が病気にならないと思っているからです。病院の医者も病人をたくさん診ていますが、医者自身は病気にならないと思っています。これは心理学では非常に健全な心の構造です。ここにいる先生も、自分は歯の疾患に

なるから歯科保健活動を何とかしようと思っているわけではなくて、自分の患者を何とかしようと思っているわけです。

我々がどんなに重大だと言っても、住民はそれほど気かけない場合があります。だから、絶対に対等になれません。「自分だけは病気になる」という心のメカニズムがあるからです。パターンリズムとインフォームドコンセントの問題を抜きにして議論をするとナンセンスですが、私はパターンリズムも非常に重要な概念だと思っています。

池主：その辺が、我々専門家がやってきたことを根本から問い直さなければならない、面倒ですが避けてはならない問題だと思います。そこで片倉さんのように、コマーシャリズムが我々にどういう参考意見を与えてくれるかも大切なことだと思います。

ところで土屋先生にお伺いします。瀧口課長が発表された、国の歯科保健の補助金の負担率において、東京都は最も評価されるべき自治体ですが、何かご意見はありませんか。

瀧口：東京都のように大きく自主性があり、予算がなくてもできるような所は卒業していただき、別の自治体に回していただきたいと思います。

土屋：若干、弁明させていただきます。都は歯科だけでなく保健行政全体で、都の単独の補助事業を他の道府県よりたくさん持っております。また、区市町村はかなり先駆的に手厚く事業を展開していると思います。しかし、それは今までの経緯の中で予算の獲得ができたということであり、今の非常に厳しい財政の中で、「全体が大きくて負担している割合が少ないから、補助金はなくてもよい」という訳ではない」ということをご理解いただきたいと思います。

8020 運動推進特別事業については、全体と

してはそれほど大きな比率を占めているわけではありませんが、これがあるが故に、かなり普及啓発活動やモデル事業を進められてきたという現状もあります。たぶん他の県でも難しいところがあるので、補助金を他にお回しすればということかと思いますが、なかなかそうもいかないことをご理解いただきたいと思います。

池主：「生活習慣病は個人の責任」という考えが広がる中で、これまでのディスカッションの中でこれから健康増進法を中心に、我々が原点に戻って考えなければならない課題が様々出てきたように思います。今日の討論を踏まえて、今日の参加者の皆様には地元のいろいろなご意見を私どもにフィードバックしていただきたいと思います。

では、会場からのご質問をお受けします。

質疑応答

参加者①：片倉さんにお聞きします。健康日本21の地方計画の都道府県バージョンを見ると、「地元の企業とのタイアップで健康増進を進めていく」という記載があります。そういう依頼がライオンにあった場合、どのように対応されますか。

片倉：そういうケースがあれば、歯科衛生研究所で対応しています。人的なスタミナは限界がありますので、ご希望いただいたところ全てでできるわけではないので、その点を勘案してご協力させていただいています。

参加者②：新井専務からヘルスアップ事業のお話がありました。国保や政管のヘルスアップ事業などいろいろあると思いますが、歯科のほうでは市町村はどのような活用を考えればよい

でしょうか。国保のヘルスアップ事業ですと、都道府県の中で一つ市町村に下りてくるというような事業があります。そこで健診した結果をまた歯周疾患改善事業で指導を行い、医療費の抑制にどう反映できたか評価をするというシステムがある、と聞きました。歯科のほうのヘルスアップ事業にはそういう形がありますか。

新井：今、日本歯科医師会の地域保健のほうで担当している健診事業——健康増進法がらみについては、政管健保のモデル事業ということで1億8,900万円の予算づけをしていただいています。対象は政管健保の組合員とその家族です。社会保険庁保険医療課の都道府県の社会保険事務所が窓口で、これは10分の10の事業であり、お願いする県を20県に絞り、通知を下ろしたところです。去年は5県、今年度は20県ということで動き出したところです。

もう一つは瀧口課長のところの歯科保健課のモデル事業で、補助率は2分の1、健康増進実施事業者支援モデル事業という名称で、1億8,500万の予算が今年からつき、来年も8月末の概算要求で同じ予算づけをしていただいているところです。2分の1の補助事業の残りの2分の1については、自治体はヘルスアッププランで計上している予算を活用して実施してもらいたいという話が健康局から出ています。しかし、これが使い勝手が極めて悪く、現在手を挙げていただいたところは、都道府県では11、政令市特別区で8、合計19カ所です。健康増進事業に関係したモデル事業はこの二つです。

池主：時間がなくなってきました。今日の検討内容は日本歯科医師会ならびに8020推進財団の中心テーマとして続けていきますので、適宜情報を皆様に提供できると思います。では、パネルディスカッションをこれで終わります。

閉会のことば

社団法人東京都歯科医師会理事

森岡 俊介



本日は休日にもかかわりませず、地域で歯科保健にかかわる先駆者であります先生方にご参加いただきまして、誠にありがとうございます。最後までご熱心にご聴講いただいたことに、まずもって御礼を申し上げます。

お蔭さまをもちまして、8020 運動を推進するための本日の第3回フォーラムを無事に終了することができました。また、本日のフォーラムのキーワードでありました「地域住民の参加」についてですが、1 ヶ月前に東京都歯科医師会で、「これからの歯科医師会公衆衛生活動あり方検討会」を、東京歯科大学の石井拓男先生を座長にして開催しました。この検討会は、都民、行政の方、健保組合、食育関係者、子育て支援関係者、自主グループの方々に参加していただき、討議していただきました。その折にいくつかの苦言もいただきました。「歯科医師会のやっていることはわからない」というのがほとんどの方のご意見でした。財団のフォーラムを通じて、住民の皆様方へ反映されればありがたいと思っております。

また才藤教授をはじめ、諸先生方には大変貴重なご講演をしていただきました。明日以降、我々歯科関係者は 8020 運動を推進するために今日のご講演を活用していきたいと思っております。

終わりに当たりまして、本日ご出席の皆様のさらなるご活躍、ご健勝、ご多幸を祈念申し上げます。第3回フォーラムを終了させていただきます。本日は本当にありがとうございました。

財団法人 8020 推進財団学術集会
「第 3 回フォーラム 8020」
～健康増進法施行元年を記念して～

報 告 書

平成 16 年 2 月

発行 財団法人 8020 推進財団

東京都千代田区九段北 4-1-20 新歯科医師会館内
TEL : 03-3512-8020 FAX : 03-3511-7088

無断転載複製を禁じます



8020推進財団

80歳になっても自分の歯を20本以上保とう