

8020 資料集

2003年3月

財団法人 8020 推進財団

目 次

1 . 8020運動と健康日本21・歯の健康.....	宮 武 光 吉.....	2
2 . 健康増進法における歯の健康.....	大 内 章 嗣.....	8
3 . 健康日本21・歯の健康 - 現状と目標値 -		
1) 歯の喪失防止.....	青 山 旬.....	14
2) 幼児期のう蝕予防.....	小松崎 明.....	22
3) 学齢期のう蝕予防.....	福 田 雅 臣.....	28
4) 成人期の歯周病予防.....	市川裕美子・尾崎哲則.....	34
4 . 8020運動、健康日本21・歯の健康と歯科医師会		
.....	新 井 誠四郎.....	44
5 . 8020・歯の健康関連データ		
.....	軽 部 裕 代.....	50
6 . 歯の健康に関する資料の収集、分析、評価		
.....	安 井 利 一.....	56
7 . 8020、健康日本21・歯の健康は達成するか		
.....	末 高 武 彦.....	66

8020資料集について

「8020運動」がスタートしてはや13年、8020推進財団の創設により、また、健康日本21運動の後押しもあって、生涯を通じた歯の健康づくりは国民のあいだに広く浸透しつつある。

今後は、健康増進法のもとで健康日本21・歯の健康の目標値にむけて、それぞれの地域でどんな歯科保健活動をしたらよいか問われている。

このたび、8020推進財団の委託を受けて、これからの歯科保健活動の資料となるよう、都道府県における健康日本21・歯の健康の目標値を収集し、関連する解説を加えて資料集を作成した。

8020推進財団の活動に関係される多くの皆様に、活用していただければ幸いである。

なお、都道府県における健康日本21・歯の健康の目標値の収集は、厚生科学研究健康科学総合研究事業における宮武光吉研究班と私どもの作成班との合同で行いました。ご協力いただきました都道府県の担当者の方々にお礼を申し上げます。

2003年3月

「8020資料集」

作成委員会代表 末高武彦

1 . 8020運動と健康日本21・歯の健康

宮 武 光 吉

(鶴見大学歯学部客員教授)

1989 (平成元) 年に「8020 運動」が提唱されてから、12 年経過し、国民各層に浸透してきた。これは、国の予算に 8020 運動推進対策費 (1992 年)、8020 運動推進支援事業 (1993 年) さらに 2000 年からは、8020 運動推進特別事業がつぎつぎに計上され実施されてきたことと、日本歯科医師会を始め関係団体が、効果的な P R 活動を継続してきたことの成果であると考えられる。特に、2000 年 12 月には財団法人 8020 推進財団が設立され、さらに一層の進展が期待されている。

また、2001 年からは、「健康日本 21」が厚生省により策定され、この中に、歯の健康が加えられることとなり、歯科保健が単独でなく健康行政全体の中に組み入れられて進められることとなった。「歯の健康」の第一番目の項目として、歯の喪失防止の目標が掲げられ、その目標値として、「80 歳における 20 歯以上の自分の歯を有する者の割合を、20%以上」と定めている。このことは、歯の健康の最終目標を 8020 としたことであり、今後 2010 年に向けて各地域、階層ごとに種々の施策が講じられることになっている。

さらに、2003 年には「健康増進法」が制定され、そのなかにも歯の健康が位置づけられて、健康づくりが法的根拠のもとに一層強力に進められることとなった。8020、健康日本 21・歯の健康に関する今日までの国に関連する動きについてまとめると、次頁の表ようになる。

そこで、本稿では、8020 運動と健康日本 21、さらに健康増進法における歯の健康との関係などについて述べることにしたい。

8020運動推進特別事業

2000 (平成 12) 年度から、8020 運動の推進を含めて、効率的で質の高い歯科保健医療サービスを提供するための環境整備の一環として、本事業が開始された。この事業は、地域における 8020 運動の普及啓発と円滑な推進体制の整備に加えて、地域の実情に合わせたモデル事業などの実施により、各地方自治体における 8020 運動の具体的な成果をさらに挙げていこうとするものである。

初年度は、45 地区であったが、2 年度目からは全都道府県において、本事業が実施されており、過半数の都道府県において行われた事業は、普及啓発、パンフレット作成、推進委員会、検討会、研修会などの開催などである。ついで、う蝕予防対策としてのフッ化物応用および学童期における歯科保健対策、歯周病予防対策としての成人歯科保健対策や産業歯科保健対策などを実施している都道府県が多い。

本事業の評価について、各都道府県から示されたものをみると、基盤整備の面では、地方(都道府県)歯科保健計画の策定、歯科疾患・口腔保健に関するデータベースの構築、地域におけ

8020、健康日本 21・歯の健康に関する国の動き

- 1978年 ・厚生省「国民健康づくり対策」を推進。生涯を通じる健康づくり、健康づくりの啓蒙普及、健康づくりの基盤整備を3本柱とする。
- 1981 ・WHO・FDI「2000年に向けての歯科保健目標」に「50%以上の者が機能歯を20歯維持することが可能となること」があげられる。
- 1988 ・厚生省「第2次国民健康づくり対策(アクティブ80ヘルスプラン)」を推進。1次予防に重点を置き、栄養・運動・休養を3要素とする。
- 1989 ・厚生省の成人歯科保健対策検討会が中間報告公表。この中で「8020運動」について提唱される。
- 1991 ・厚生省「成人歯科保健推進事業」を設け、全国10か所で8020を目標とする成人歯科保健対策事業を実施。
・歯の衛生週間で重点目標に「8020運動の推進」を掲げる。
・FDI ミラノ大会でわが国の「8020運動」を発表。
- 1992 ・厚生省「8020運動推進対策事業」を開始。「生涯を通じた歯の健康づくり」を目的とする。
・WHO「口腔保健の最近の進歩」に関する専門家会議報告書に日本の8020運動が記載される。
- 1993 ・厚生省「8020運動推進支援事業」を開始。
・厚生白書で「8020運動」を紹介。
- 1994 ・「地域保健法」公布施行。
・WHO世界保健デーのテーマを「口腔保健」とする。FDIは「口腔保健年」とする。東京で世界口腔保健学術大会が開催され「口腔保健に関する東京宣言」を行い「8020運動の展開」が盛り込まれる。
- 1996 ・厚生省「今後の歯科保健医療の在り方に関する検討会」が意見書を提出。この中で「生涯を通じた歯科保健対策と主たる疾病等について」示す。
- 1997 ・厚生省「歯科保健推進事業」を開始。この中に市町村・特別区が実施主体となる「8020運動推進特別事業」が加わる。
・厚生白書で「健康づくりと8020運動」を紹介。
- 2000 ・厚生省「21世紀における国民健康づくり運動」を推進。9つの生活習慣分野(歯の健康を含む)について取り組みの方向性と目標を定める。
・厚生省「歯科保健医療対策事業」を実施。この中に都道府県と都道府県歯科医師会等が協力して実施する「8020運動推進特別事業」が加わる。
- 2002 ・「健康増進法」公布。2003年施行。
・WHOが各国の「健康寿命」を発表。日本は世界一。
-

る歯科保健実践指導者・指導員（8020サポーターなど）の養成、地域（医療圏あるいは福祉保健圏域、保健所管内）歯科保健推進検討委員会の設置などである。小児期のう蝕予防の評価指標として、3歳児の dmft の減少、12歳児の DMFT の減少が挙げられており、これらの対策の評価項目として、フッ化物の歯面塗布、洗口法の実施市町村または施設数の増加が挙げられている。また、成人期の歯周病予防対策の評価としては、歯周疾患検診事業実施の市町村数や、歯科健診実施事業所数の増加が挙げられており、歯の喪失防止の評価としては、8020者の割合の増加を指標としている。さらに、普及・啓発の評価としては、ホームページの立ち上げ、パンフレットの作成などを挙げている。

このように、本事業の究極の目的は8020の実現を目指して、生涯を通じて地域における歯科保健事業の推進を図ることであり、これらの事業が各地域において定着し、さらに発展していくことが望まれる。

健康日本21における「歯の健康」と8020

健康日本21は、1978年から始められた国民健康づくり運動の第3次に当たるものであり、2000年3月に現在の厚生労働省から全国の地方自治体に通知されたものである。それまでの健康増進運動が、栄養、運動そして休養を3本の柱として行われてきたのに対して、健康日本21ではそれらに加え、好ましくない嗜好品としてたばこアルコールを、さらに制圧すべき疾患として歯科疾患、糖尿病、循環器疾患およびがんの4つを掲げこれらの対策を講じることとしている。また、ここでは、健康寿命すなわち、寝たきりや痴呆の状態にならない期間の延伸を図ることを大目標とし、そのため各項目ごとに具体的な数値目標を掲げて、健康に関係するすべての関係機関・団体を始め、国民が一体となって自由な意思決定に基づく健康づくり運動を総合的かつ効果的に推進しようとしている。

歯の健康の基本方針としては、それまでに提唱・推進されてきた8020運動の実現に向けて、今後10年間の具体的な目標を示し、生涯を通じた歯および口腔の健康増進の一層の推進を図る必要があるとしている。具体的な目標として、歯の喪失防止の目標値を示すとともに、歯の喪失原因の9割がう蝕と歯周病で占められていることから、各ライフステージに応じた適切なう蝕・歯周病予防を推進することが重要であるため、幼児期と学童期のう蝕予防および成人期の歯周病予防の各項目について目標が設定されている。

具体的な目標としては、歯の喪失防止、幼児期のう蝕予防、学童期のう蝕予防、成人期の歯周病予防について次のような目標値が掲げられている。

（1）歯の喪失防止

歯の喪失防止の目標値を、80歳における20歯以上の自分の歯を有する者の割合を20%以上、60歳における24歯以上の自分の歯を有する者の割合を50%以上としている。また、これらの基準値は、1993年歯科疾患実態調査の結果から、75～84歳で20歯以上自分の歯を有する者は11.5%、55～64歳で20歯以上自分の歯を有する者は44.1%とさ

れているが、1999年の同調査の結果によると、75～84歳で20歯以上自分の歯を有する者は13.0%となっている。

また、これらの目標を達成するため、定期的に歯石除去や歯面清掃を受けている者の割合を30%以上とし、定期的に歯科検診を受けている者の割合を30%以上とすることを目標としている。これらの基準値は、過去1年間に歯石除去等を受けた者は55～64歳で15.9%（1992年寝屋川市調査）、過去1年間に歯科検診を受けた者は55～64歳で16.4%（1993年保健福祉動向調査、なお、1993年調査では、20.0%）となっている。

（2）幼児期のう蝕予防

幼児期のう蝕予防の目標値は、3歳児におけるう歯のない者の割合を80%としている。この基準値は、う歯のない3歳児の割合を59.5%（1998年度3歳児歯科健康診査結果）としている。1999年度の結果によると、う歯のない3歳児の割合は、62.2%となっている。

そして、この目標を達成するために、3歳までにフッ化物歯面塗布を受けた者の割合を50%以上とすることを目標としている。フッ化物塗布の経験のある3歳児は、39.6%（1993年歯科疾患実態調査、なお、1999年調査では、15歳未満で42.0%）であり、参考値として掲げている。また、間食として甘味食品・飲料を1日3回以上飲食する習慣を持つ者の割合を減少させることも目標としている。1日3回以上の間食をしている者の割合は、1歳6か月児で29.9%（1991年久保田らの調査）であり、参考値としている。

（3）学童期のう蝕予防

学童期のう蝕予防の目標値は、12歳児における1人平均う歯数（DMF歯数）を1歯以下としている。この基準値は、12歳児の1人平均う歯数を2.9歯（1999年学校保健統計調査）としている。2000年の結果によると2.7歯となっている。

この目標達成のため、学齢期におけるフッ化物配合歯磨剤使用者の割合を90%以上とすること、学齢期において過去1年間に個別的歯口清掃指導を受けたことのある者の割合を30%以上とすることを目標としている。前者については、1991年の荒川らによる調査により児童のフッ化物配合歯磨剤使用率が45.6%、後者については、過去1年間に歯磨き指導を受けたことのある者は12.8%（15～24歳：1993年保健福祉動向調査、なお、1999年調査では、18.3%）がそれぞれ参考値として掲げられている。

（4）成人期の歯周病予防

成人期の歯周病予防の目標値は、40、50歳における進行した歯周炎に罹患している者（4mm以上の歯周ポケットを有する者）の割合を、3割以上減少させることを目標としている。参考値として、1997～98年の富士宮市モデル事業の結果により、CPIコード3以上の進行した歯周炎を有する者の割合が、40歳で32.0%、50歳で46.9%であることが示されている。1999年の歯科疾患実態調査によれば、35～44歳で31.5%、44～54歳で43.5%であり、ほぼ相似した値となっている。

これらの目標を達成するために、40、50歳における歯間部清掃用器具を使用している者の割合を、それぞれ50%以上にすることを目標としている。基準値として、歯間部清掃用器具を使用している者の割合を、35～44歳で19.3%、45～54歳で17.8%（1993年保健福祉動向調査、1999年調査ではそれぞれ32.6%、29.3%）としている。

また、喫煙が及ぼす健康影響についての知識を100%普及することとしており、基準値として、1998年度喫煙と健康問題に関する実態調査により、喫煙で歯周病にかかりやすくなると思う人の割合が27.3%（8疾患中最低値）であることが示されている。そして、禁煙、節煙を希望する者に対する禁煙支援プログラムをすべての市町村で受けられるようにするとしている。

以上のように、歯の健康については、ライフステージに応じてそれぞれ目標値、基準値または参考値が示され、これらを達成するための方策が数値化されて掲げられている。これらについては、中間年である2005年に中間評価と見直しがなされることになっている。また、都道府県および市町村においてそれぞれ地域の実情に応じた地方計画が策定されることとされている。

健康増進法における「歯の健康」と8020

健康増進法は、従来行われてきた3次にわたる健康づくり運動、特に現在実施されている健康日本21に法的根拠を与えるとともに、栄養改善法を統合したものとして2002（平成14）年に定められたものである。

健康増進法の規定のうち、歯の健康に係わるものとしては、第2章基本方針等のうち、第7条第2項に歯の健康の保持に関する正しい知識の普及に関する事項を厚生労働大臣が定めること、第4章保健指導等のうち、第17条に、市町村による生活相談等の実施として、歯科医師、歯科衛生士に住民からの相談に応じ、必要な保健指導を行わせるものとするなどが挙げられている。これらの規定をうけて、現在厚生労働省において基本方針ならびに健康診査の実施等に関する指針の策定、国民健康・栄養調査に関する基本的な事項などについて検討がなされている。従来の歯科疾患実態調査は、国民健康・栄養調査の一環として実施されることとされている。

また、国の基本方針をうけて、各都道府県ならびに市町村において健康増進計画を定めることとしている。そして、国民の健康増進のために健康教育、健康相談などの事業を市町村をはじめとする健康増進事業者は積極的に推進するよう努めなければならないこととされている。医療機関などの関係者は、相互に連携を図りながら国民の健康増進の総合的な推進を図るために協力するように努めなければならないこととされている。

このように、健康増進法は、「健康日本21計画」に引き続き、これらに法的根拠を与えて、さらに強力に推進しようとするものであり、健康日本21計画に取り上げられた目標値、基準値を基本方針に組み入れて国民の健康の増進を生涯を通じて総合的に推進していくこととして

おり、今後の成果が期待される場所である。また、これらの目標値を実現するための具体的方策として、健康診査の実施およびその結果の通知、健康手帳の交付、保健指導の実施などが行われることになっており、歯の健康に関する事項もこれらの中に含まれている。そして、これらの事業は、市町村をはじめとする健康増進事業者が実施することになっている。

2 . 健康増進法における歯の健康

大内章嗣

(新潟大学歯学部附属病院講師)

はじめに

現在の厚生労働省が2000(平成12年)から推進している健康日本21(21世紀における国民健康づくり運動)を法的に位置づけ、その推進を支援するものとされている健康増進法が2002年8月2日に公布され、2003年5月1日に施行される。

前章で述べられているとおり、健康日本21では9つの対象分野の一つとして「歯の健康」が位置づけられているが、これを受けた健康増進法においても、う蝕予防・歯周病予防などの歯の健康保持増進対策が国民の健康増進上の重要な事項として法文上に明示的に位置づけられている。このことは、短期的に現行の歯科保健対策を推進するための追い風となるというだけでなく、今後の歯科保健医療関係者の取り組み如何によっては非常に大きな意味を持つてくものと考えられる。

健康増進法の概要

健康増進法が制定される直接の契機となったのは、2001年11月29日に政府・与党社会保障改革協議会でとりまとめられた「医療制度改革大綱」において、健康増進・疾病予防を推進するための法的基盤整備の必要性が明記されたことによる。医療制度改革の議論の中で、将来の医療保険制度を安定的に維持していくためには、医療費負担などの財政的な改革だけでなく、健康を増進し、疾病発症そのものを未然に防いでいくことが必要との観点から、大綱の中に「健康づくりや疾病予防を積極的に推進する。そのため、早急に法的基盤を含め環境整備を進める。」との文言が明記され、これに基づき法案が提出されている。

健康増進法は、目的、国民および国・地方公共団体等の責務、基本方針等について定めている基本法的な部分と、国民栄養調査(健康増進法では国民健康・栄養調査として拡充される)や集団(特定)給食施設、栄養表示基準などの栄養改善法に規定されていた部分を引き継いだ個別法的部分を併せ持つ、全8章の構成からなっている。

目的、責務等

第1章では総則として、法律の目的とともに、国民、国及び地方公共団体、健康増進事業実施者の責務を規定するとともに、それら関係者の連携・協力義務を定めている。

特に、ここでは健康増進事業実施者という新たな用語を定義しており、社会保険庁、各種健康保険組合、共済組合、学校、市町村、事業所等が健康教育・健康相談等の健康増進事業を積極的に推進するよう努めるものと規定するとともに、この健康増進事業実施者を始め、国、地方自治体、医療機関等が相互に連携・協力するよう努めなければならないとしている。

【第1章 総則】

(1) 目的(第1条)

「この法律は、我が国における急速な高齢化の進展及び疾病構造の変化に伴い、国民の健康の増進の重要性が著しく増大していることにかんがみ、国民の健康の増進の総合的な推進に関し基本的な事項を定めるとともに、国民の健康の増進を図るための措置を講じ、もって国民保健の向上を図ることを目的とする。」

(2) 責務(第2, 3, 4条)

国民：健康な生活習慣の重要性に対し関心と理解を深め、生涯にわたり、自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進に努める

国及び地方公共団体：健康の増進に関する正しい知識の普及、情報の収集・整理・分析・提供、研究の推進、人材の養成・資質の向上を図るとともに、関係者に対し、必要な技術的援助を与えることに努める

健康増進事業実施者(保険者、事業者、市町村、学校、その他政令で定めるもの)：健康相談等国民の健康の増進のための事業を積極的に推進するよう努める

(3) 国、地方公共団体、健康増進事業実施者、医療機関その他の関係者の連携及び協力(第5条)

【第2章 基本方針等(「健康日本21」の法制化)】

(1) 基本方針(第7条)

国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本方針を厚生労働大臣が策定。(関係行政機関の長との協議が必要)

国民の健康の増進の推進に関する基本的な方向

(例：目標の設定・評価の必要性、関係者の連携の推進、休日・休暇を活用した健康増進のための活動の促進、実践の場の普及等)

国民の健康の増進の目標に関する事項(健康日本21の目標 「歯の健康」の目標)

都道府県健康増進計画及び市町村健康増進計画の策定に関する基本的事項

国民健康・栄養調査その他の調査・研究に関する基本的事項

健康増進事業実施者間の連携及び協力に関する基本的事項

食生活、運動、休養、喫煙、飲酒、歯の健康保持その他の生活習慣に関する正しい知識の普及に関する事項

その他国民の健康の増進の推進に関する重要事項

(2) 都道府県健康増進計画及び市町村健康増進計画(住民の健康の増進の推進に関する施策についての計画)の策定。(都道府県は義務、市町村は努力義務)(第8条)

(3) 健康診査の実施等に関する指針(第9条)

生涯を通じた健康自己管理を支援するため、健康増進事業実施者による健康診査の実施及びその結果の通知、健康手帳の交付その他の措置に関する指針を厚生労働大臣が策定

(例：健診の精度管理の標準化、検診結果の様式・通知方法、健康手帳の基本様式等)

基本方針

第2章が今回の健康増進法制定の中核をなす部分であり、健康日本21の法制化として、大きく基本方針、都道府県及び市町村健康増進計画、健康診査等指針の3項目が規定されている。厚生労働大臣が国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本方針(以下、「基本方針」という。)を関係行政機関の長と協議したうえで策定することとされている。

また、基本方針で定めるべき事項についても7項目を規定しており、具体的には2000年3月31日付けの厚生事務次官通知「21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)の推進について」の基本的方向や目標等について法的に位置づけられることになる。

同通知のなかで、対象分野として「歯の健康」が位置づけられていることから、2003年5月

の法施行までに策定される基本方針のなかに「二 国民の健康の増進の目標に関する事項」として、8020 達成者率等の「歯の健康」目標が位置づけられていくこととなる。

このほかにも第六項として知識の普及に関する条文があり、そこに「食生活、運動、休養、飲酒、喫煙、歯の健康の保持その他の生活習慣に関する正しい知識の普及に関する事項」として、法律本文に歯科保健が明記されており、健康増進法が想定している国民の健康の増進を図るための措置等のなかに当初から歯科保健対策が含まれていることが明確となっている。

都道府県・市町村健康増進計画

そのほか、第 2 章では国の健康日本 21 を受ける形で、各地方自治体で策定が進められている地方計画についても規定しており、各都道府県は健康増進計画を定めるもの（義務）とし、市町村は国の基本方針および都道府県計画を勘案して計画を策定するよう努めるもの（努力義務）としている。

健康診査等指針

基本方針とは別に、健康診査の実施、結果の通知、健康手帳の交付等に関する指針（以下、「健康診査等指針」という）を厚生労働大臣が公布後 2 年以内に定めることとされている。

これは、母子保健法、学校保健法、労働安全衛生法、健康保険法、老人保健法など、各個別法に基づいて実施されている健診等について、生涯を通じた健康管理、健康増進という観点からはじめて統一的な指針を示すものであり、この実効性を担保する意味から母子保健法等の各法律に健康診査等の健康増進事業の適切かつ有効な実施を図るための指針の策定と今後策定される健康診査等指針との調和を求める条項を追加する法改正が併せて行われている。

国民健康・栄養調査等

第 3 章では、栄養改善法の国民栄養調査を拡充する形で、国民健康・栄養調査の実施などについて規定されている。現在厚生労働省では健康日本 21 の評価方法と併せて国民健康・栄養調査の内容等に関する検討が行われているが、こうした国レベルの情報収集・評価システムと併せて、都道府県および市町村が自らの現状を把握し、取組の効果を評価するための方法について、それぞれのレベルに応じて整理・検討し、計画策定や個別事業の企画段階から組み込んでおく必要がある。

このほか、第 3 章では、国および地方公共団体はがん、循環器病等の政令で定める生活習慣病と生活習慣の相関関係を明らかにするため発生状況の把握に努めなければならないとされている。ここで対象とする具体的な生活習慣病としては、2002 年 12 月 4 日に公布された施行令で、地方自治体で現在実施されているがん登録および脳卒中登録を想定して、がんおよび循環器病の二つが規定されている。

保健指導等

第 4 章では栄養改善法の栄養指導等に関する規定を生活習慣全体の保健指導に拡張し、市町村および都道府県における保健指導等の実施について規定している。

【第3章 国民健康・栄養調査等】

- (1) 国民健康・栄養調査を実施（現行の栄養改善法による国民栄養調査を拡充）（第10条～15条）
- (2) 生活習慣病の発生状況の把握（第16条）
国及び地方公共団体は、生活習慣とがん、循環器病その他の政令で定める生活習慣病との相関関係を明らかにするため、生活習慣病の発生状況の把握に努める

【第4章 保健指導等】

- (1) 市町村：栄養改善その他の生活習慣の改善に関する事項についての相談・保健指導（そのための職員として医師、保健師等とならんで歯科医師、歯科衛生士を明記）（第17条）
- (2) 都道府県等：特に専門的な知識・技術を必要とする栄養指導等の保健指導（第18条）
- (3) 市町村に対する都道府県、保健所の連絡調整及び技術的援助

【第5章 特定給食施設等】

- (1) 特定給食施設における栄養管理（現行の栄養改善法による集団給食施設における栄養管理の規定を引き継ぐとともに、所要の規定を整備）（第20～24条）
- (2) 受動喫煙の防止（第25条）
学校、官公庁施設等多数の者が利用する施設を管理する者は、受動喫煙を防止するために必要な措置を講ずるよう努める

【第6章 特別用途表示及び栄養表示基準】

現行の栄養改善法による特別用途表示制度及び栄養表示基準制度を引き継ぐ（第26条～第33条）

【第7章 雑則】（略）

【第8章 罰則】（略）

【附 則】

- (1) 施行期日
公布日から9か月を超えない範囲内で政令で定める日（健康診査の実施等に関する指針に関する規定については、公布の日から2年を超えない範囲内で政令で定める日）
- (2) 各法の改正
医療保険法等各法を改正し、保健事業の適切かつ有効な実施を図るための指針の公表と健康診査等指針との調和を定める
栄養改善法は廃止する

このなかで、市町村の保健指導等を実施するための職員として、医師、歯科医師、保健師、管理栄養士などと並んで、歯科衛生士が明記されている。

受動喫煙の防止

第5章は特定給食施設等について、第6章は栄養表示基準等についての栄養改善法の規定に所要の改正を加えたものとなっているが、これらについての詳細は割愛する。

ただし、今回、第5章第二節として受動喫煙の防止に関する規定が追加されており、学校、病院、百貨店、官公庁施設、飲食店等の多数の者が利用する施設を管理する者は、受動喫煙を防止するための措置を講ずるよう努めなければならないとされ、受動喫煙防止という一部ではあるが喫煙対策に関する法律的な根拠が与えられている。

健康増進法と今後の歯科保健対策

歯科保健対策と他の健康増進施策の連携

基本方針の部分で述べたように、健康増進法では栄養改善・食生活などの他の健康増進施策とならんで、歯科保健が明確に位置づけられている。このため、これを機会に地域でこれまで実施されていた歯科保健に関する広報・健康教育活動などの一層の拡充に努めていくことはもちろんだが、食生活と歯科疾患、喫煙と歯周病などのように他分野の活動と連携・一体化して、効果・効率的な健康づくりの実践を目指すことも重要となる。

また、健康診査等指針の策定等にともない、今後、職域と地域(市町村)を中心とした各健康増進事業実施者間の連携のための取組みが加速されることが予想される。地域におけるこうした機会に歯科保健が乗り遅れることのないよう日頃から関係者との十分な情報交換、連携を確保しておくことが求められる。

健康増進計画の策定・実施・評価

各都道府県では、2001年度末までにいわゆる健康日本21地方計画が一通り策定されているが、市町村では市町村合併の動きが重なることもあり、策定は遅れている。しかし、実際の取組みの主体となるのは市町村であり、その住民の健康やQOLに対する意識はかつてないほど高まっていることは確かである。そうした声を生かして住民自身や関係者を巻き込んで健康という観点から将来の町づくりを考え、健康増進計画の策定に結びつけていく必要がある。

この時、健康増進における歯科保健の重要性を十分アピールすることはもちろんであるが、数値目標の設定・実施・評価という面から、歯科保健にはそれなりの実績や経験の蓄積があり、なおかつ住民にも身近で比較的取り組みやすい対象であることなどから、全体の健康増進計画づくりの中で先導的な役割を果たし、健康増進施策のなかで確たる地位を確保していくことが望まれる。

健康増進法における地方健康増進計画は、医療計画や老人福祉計画と異なり、計画の内容は各自治体の裁量に任されており、あくまで上位計画を参酌して策定することとなっている。このため、逆に言えば、厚生労働大臣の基本方針に歯の健康が位置づけられたからと言って、必ずしも歯科保健に関する計画が全自治体で策定されるわけではないことに留意する必要がある。

生涯を通じた健康づくりの観点からの歯科健診・保健指導の再構築

今後検討される健診等指針の内容は各法律の改正を伴っていることから大きな影響力を持つといえ、歯科界においても遅れている成人・職域における歯科保健対策を含め、生涯を通じた歯の健康づくりという観点から健診内容およびその後の指導管理の在り方等について早急に整理し、健康診査等指針に反映されるよう取り組んでいく必要がある。この際、当然ながら他の一般健康診査等の方向性と調和するよう密接に連携しながら検討を進める必要がある。

こうした取組みを支援する意味でも、2003年度からの新規事業である「健康増進事業実施者歯科保健支援モデル事業」や老人保健法に基づく歯周疾患検診などの国庫補助事業が有効に活用されるよう働きかけを行っていく必要がある。その際、財政状況の厳しい中で国庫補助に対

する自治体負担分が課題となる場合があるが、既存の事業を包括的に見直し、事業効果の低いもの、実態が現状にあわなくなっている事業などは思い切って整理していくとともに、健康増進に係る地方交付税の算定基礎の追加（いわゆる「ヘルスアッププラン」）を自治体負担分の捻出理由として有効に組み合わせて働きかけるなどしていくことが必要である。

歯科保健医療専門職種の確保

市町村合併や行財政改革で厳しい環境ではあるが、健康増進法の制定に伴い、医療や介護に要する費用の削減という命題がより表在化し、保健医療専門職種に期待される役割はより緊迫・具体的なものになったともいえる。こうしたなかで、歯科衛生士などの歯科保健医療専門職種の行政機関への配置を働きかけることは、歯科保健対策の充実とともに両輪をなすものであり、積極的かつ継続的な取り組みが必要である。また、今後進められる市町村合併等には、一定規模以上の市へは歯科専門職種の配置あるいは増員がなされるよう重点的に取り組むことも現実的な対応として有効だと思われる。

おわりに

要介護者等に対する歯科保健医療サービスを提供するなかで、歯科界はそれまでの患者（家族）- 歯科医師 - コデンタルスタッフという従来の関係のなかだけでは十分な対応が出来ないということを経験してきた。

冒頭で述べたように今回の健康増進法制定の直接の契機となったのはひっばくする医療保険財政の問題であり、その背景としての生活習慣病患者の増加であるため、当面は緊急的な対応が全面に出ていくことと思われるが、健康日本21や健康増進法の根底に流れている思想は、要介護者の問題と同様、健康を実現しようとする個人を一番の中心として、あらゆる関係者が支援的な立場で緊密に連携し、さまざまな部面で支えていかなければ真の健康実現は困難だということである。

今後、高齢化の進展、社会の成熟化が進む中で、国民の関心の重点がいかに生涯にわたり健康で自分らしく、満足して過ごせるかに一層シフトしていくことは必定のことと思われる。こうした個人（住民）の健康実現要求を把握、表在化させるなかで、歯・口腔の健康をどう捉えてもらう（もらえる）のか。そして、歯・口腔の健康確保のためにどれだけの関係者の支援を取り付けることができるのか。逆に全体の健康実現にどれだけ資することができるのか。

要介護者対策と健康増進、一見両極端の問題に見えても、本質的に同じ課題を抱えているといえる。

3 . 健康日本21・歯の健康 - 現状と目標値 -

1) 歯の喪失防止

青山 旬

(保健医療科学院主任研究官)

目標 1

全国値

80歳における20歯以上の自分の歯を有する者の割合	20%以上
---------------------------	-------

都道府県の目標は、次頁の表の通りであった。最も高い値は三重県の43%で、最も低い値は山梨県の15%であり、多くの都道府県が20～30%にある。目標値は、現状値から設定していると考えられるが、目標を設定した後に調査を行ったため逆転している場合もあった。また、目標値の高い地域や低い地域があるというより、調査法による違いが大きいと考えられた。全国値(20%)と比較すると、16都県で高い値を示しているが、1県で低い値であった。また、全国値と一致する都道府県は19県と最も多かった。この場合、都道府県結果が計画策定時に現状値が未把握のため、全国値を記載した地方計画も見られた。さらに、目標を20歯以上有する者の割合でなく、一人平均現在歯数とした1県もみられた。

【現 状】

全国の基準値は、健康日本21発表後に公表された1999年歯科疾患実態調査報告(厚生省調査)から知ることができる。同調査によると80歳(75～84歳)で20歯以上の自分の歯を有する者は15.3%であり、目標の20%と比較すると4.7ポイント低くなっている。2010年に80歳となる調査時の70歳(65～74歳)では、20歯以上の自分の歯を有する者は40.4%であり、約50%の者が10年後まで、20歯以上保有できれば、目標が達成できることになる。過去の同調査の結果から、40歳以上の年齢階級における20歯以上有する者の割合を見ると下表のようであり、いずれの年齢階級においても増加傾向にある。特に、50～59歳では、すべての調査年で、一定の増加傾向を示すが、65～80歳では、1999年のみあるいは1993年、1999年での増加のみ顕著であり、20歯以上保有状況が次第に高齢の者にも広がっていることが観察できる。

参考表 歯科疾患実態調査における年齢階級別20歯以上保有率の推移

	1975年	1981年	1987年	1993年	1999年
40～44歳	85.3	90.5	91.8	92.9	97.1
45～49	73.1	80.3	80.9	88.1	90.0
50～54	57.7	63.9	72.6	77.9	84.3
55～59	43.3	48.1	54.9	67.5	74.6
60～64	31.0	31.9	40.1	49.9	64.9
65～69	19.6	24.4	26.8	31.4	48.8
70～74	15.0	17.8	15.2	25.5	31.9
75～80	6.6	8.1	9.4	10.0	17.5
80歳～	5.8	5.0	7.0	8.9	9.9
(80～84歳)				11.7	13.0

また、同調査によると80歳(75～84歳)における1人平均現在歯数は8.21本であり、1993年の5.93本と比較して増加を示していた。この傾向は20歯以上保有する者の割合と同様であった。この変化を右頁に示した。

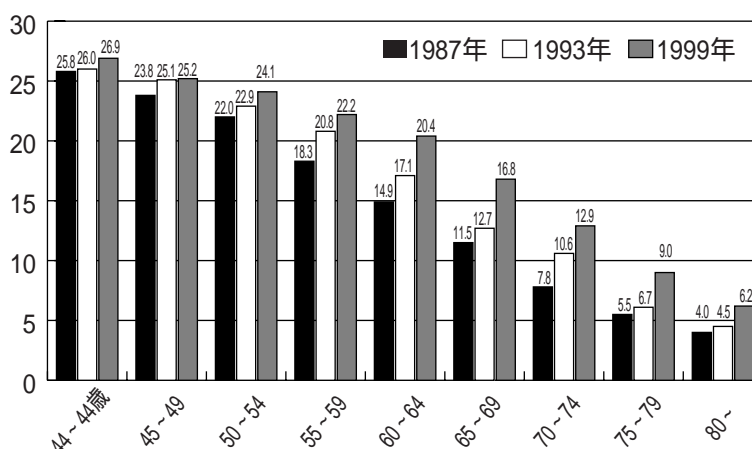
表 80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合の現状値および目標値

	目標	現状		目標	現状		目標	現状
北海道	20%以上	16.3%	石川	今後調査		岡山	20%以上	8.7%
青森	20%以上	18.2%	福井	40%以上	18.2%	広島	40%以上	36.2%
岩手	(20%以上)	11.8%#	山梨	15%以上	6.0%	山口		13.6%
宮城	20%以上	18.9%	長野	20%以上	4.5%	徳島		
秋田			岐阜	30%以上	27.6%	香川	35%以上	28.3%
山形	25%以上	14.6%	静岡	20%以上	14.2%	愛媛	増加	全
福島	20%以上	11.8%	愛知	32%以上	9.4%	高知	40%以上	30.7%
茨城		26.8%	三重	43%以上	21.4%	福岡	20%以上	14.1%
栃木		23.0%	滋賀		26.2%&	佐賀	30%以上	25.6%
群馬	30%以上	21.0%	京都			長崎	34%以上	17.0%
埼玉	20%以上		大阪	20%以上	36.5%	熊本	20%以上	21.3%
千葉	20%以上	15.6%	兵庫	20%以上		大分	20%以上	11.4%
東京	30%以上	27.0%	奈良			宮崎	20%以上	17.3%
神奈川	30%以上	15.5%	和歌山	20%以上		鹿児島	20%以上	12.0%
新潟	30%以上	21.0%	鳥取	30%以上	22.2%	沖縄	20%以上	14.3%
富山	30%以上	23.3%	島根	12本以上	1.9本			

全：全国値を使用 #：65歳以上 &：70歳代

都道府県の現状は、歯科疾患実態調査から知ることができない。ここでは、各都道府県が基準値として示した値(各都道府県が独自に実施した調査の結果など)を、表に示す。この結果、最も良い値は大阪府の36.5%で、最も悪い値は長野県の4.5%であった。このうち、歯科診療所を受診した患者を対象とした調査では27.0～36.5%と高い値を示しており、歯科受診による選択バイアスにより20歯以上有する者の割合が高くなっている可能性が考えられた。また、歯科疾患実態調査に準ずる調査においても、受診率が低い場合に高い結果が示されていたり、アンケートによる自己申告での方法でも回収率が低い場合に高い値が示されていた。このように、都道府県ごとに実施された調査法が異なるため、一律に比較することは困難である。

そこで、目標と現状の差を考えた場合、23都道府県が10%以下としており、最も増加を多く見た県でも23%弱となっており、達成可能な範囲内で目標を立てようとしたと考えられる。



参考図 歯科疾患実態調査における年齢階級別1人平均現在歯数の変化

注)平成11年歯科疾患実態調査報告書29頁では、表3の20歯以上ある人の割合の推移において平成11年の40～44歳の値が87.1%となっているが、同報告書142頁の表からは97.1%となるので、本報告では97.1%に統一した(作成班代表)

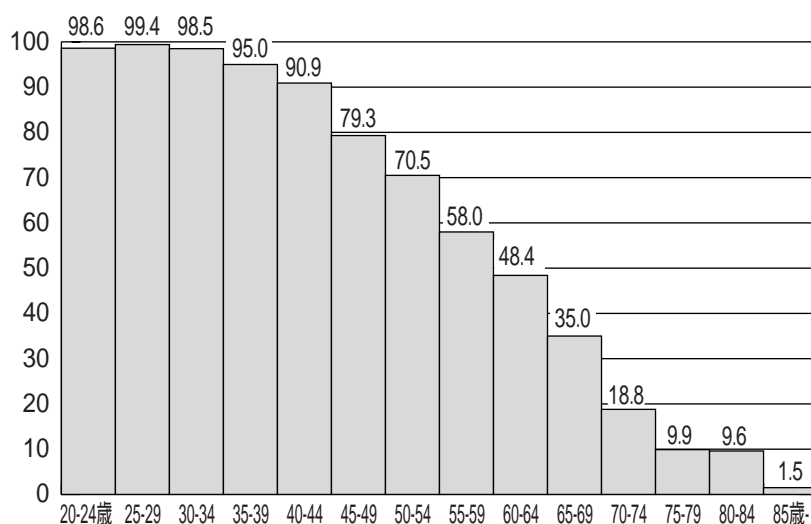
目標 2

全国値 60歳における24歯以上の自分の歯を有する者の割合 50%以上

都道府県の目標は、次頁の表の通りであった。最も高い値は新潟県の75%で、最も低い値は岡山県と宮崎県の40%であり、50%を目標とした都道府県が最も多く、17道府県であった。最大値と最小値の差である範囲(レンジ)は35ポイントであり、目標1の28ポイントと比べて大きくなっており、目標値の格差が大きいと考えられる。全国値(50%)と比較すると、11都県で高い値を示しており、4県が低い値であった。また、全国値と一致する都道府県は17県と、目標1と同様に多かった。さらに、目標を24歯以上有する者の割合でなく、一人平均現在歯数とした目標1と同様の1県みられた。

【現 状】

全国の基準値は、1999年歯科疾患実態調査報告(厚生省調査)から知ることができる。同調査によると60歳(55～64歳)で24歯以上の自分の歯を有する者は53.2%であり、すでに目標の50%を達成していた。従って中間見直しにおいて、目標値が変更されると思われる。2010年に60歳となる調査時の50歳(55～64歳)では、20歯以上の自分の歯を有する者は74.6%であり、このうち約50%の者が10年後まで、24歯以上保有できれば、逆にみると24%以下の者が24歯より少なくならなければ、目標が達成できることになる。同調査の結果から、40歳以上の年齢階級における24歯以上有する者の割合を見ると下図のようである。35歳以上の年齢で24歯保有率は減少が見られる。



参考図 1999年歯科疾患実態調査における年齢階級別24歯以上保有率

また、同調査によると、60歳(55～64歳)における1人平均現在歯数は21.29本で24本までには至っていないが、どの年齢階級でも増加を示している。1999年の50～54歳が5年間、歯を抜かなくてすめば平均値も24歯に到達することが可能性である。

表 60歳の24歯以上の自分の歯を有する者の割合の現状値及び目標値

	目 標	現 状		目 標	現 状		目 標	現 状
北海道	50%以上	33.5%	石 川			岡 山	40%以上	20.5%
青 森	50%以上	40.3%	福 井		42.7%	広 島	70%以上	62.3%
岩 手	50%以上	42.0%	山 梨	45%以上	34.4%	山 口		
宮 城			長 野	50%以上	33.0%	徳 島	50%以上	48.0%
秋 田	増加	35.4%	岐 阜	65%以上	55.0%	香 川	70%以上	58.5%
山 形	55%以上	46.1%	静 岡			愛 媛	増加	
福 島	50%以上	43.8%	愛 知			高 知	60%以上	55.1%
茨 城		55.2%	三 重			福 岡		
栃 木		50.9%	滋 賀	50%以上	32.1%	佐 賀	50%以上	43.1%
群 馬	60%以上	54.5%	京 都	50%以上	46.0%	長 崎	増加	
埼 玉	50%以上		大 阪	50%以上	57.2%	熊 本	50%以上	53.8%
千 葉	50%以上	39.8%	兵 庫	50%以上		大 分	55%以上	47.6%
東 京	65%以上	55.2%	奈 良	50%以上	50.4%	宮 崎	40%以上	33.2%
神奈川			和歌山	50%以上		鹿児島	50%以上	35.0%
新 潟	75%以上	65.0%	鳥 取	55%以上	48.5%	沖 縄	45%以上	34.5%
富 山	60%以上	56.3%	島 根	22本以上	15本			

都道府県の現状(各都道府県が独自に実施した調査の結果など)を、上の表に示す。この結果、最も良い値は新潟県の65.1%で、最も悪い値は岡山県の20.5%であった。このうち、歯科診療所を受診した患者を対象とした調査では55.2～58.5%と高い値を示し、全体の4分の3あたりに集中しており、やはり、歯科受診による選択バイアスにより24歯以上有する者の割合が高くなっている可能性が考えられた。また、アンケート実施県でも53.8～65.1%と高い値を示していた。これは、ブリッジのポンティックなどを現在歯と数えるなど、実際より多くなる状態が多いためとも考えられる。歯科疾患実態調査に準ずる調査においても、受診率が低い場合に24歯以上保有率が高い結果が示されている。このように、都道府県ごとに実施された調査法が異なるため、一律に比較することは困難である。

そこで、目標と現状の差を考えた場合、16都府県が10ポイント以下としており最も多く、10～20ポイントとしたものが10道県となっており、目標1よりさらに達成可能な範囲内で目標を立てようとしたと考えられる。

参考表 歯科疾患実態調査における年齢階級別一人平均現在歯数の変化(本)

	1987年	1993年	1999年
20～24歳	28.77	28.83	28.55
25～29	27.98	28.27	28.53
30～34	27.24	27.53	28.25
35～39	26.51	26.93	27.61
40～44	25.83	25.98	26.88
45～49	23.84	25.10	25.22
50～54	21.96	22.91	24.13
55～59	18.30	20.81	22.18
60～64	14.90	17.12	20.40
65～69	11.52	12.65	16.80
70～74	7.76	10.62	12.86
75～79	5.52	6.72	9.01
80歳～	4.02	4.53	6.16

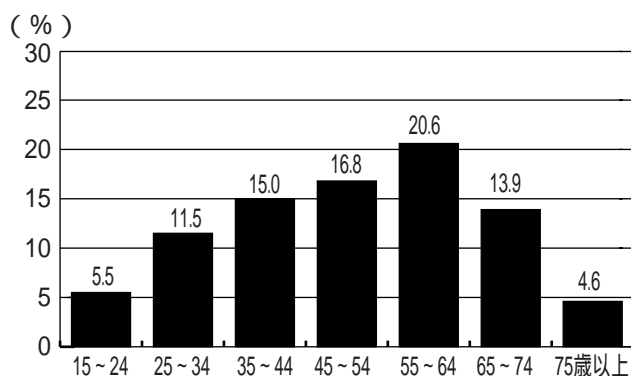
目標3

全国値 定期的に歯石除去や歯面清掃を受けている者の割合 30%以上

都道府県の目標は、次頁の表の通りであった。最も高い値は秋田県の70%で、最も低い値は新潟県の20%であり、30%を目標とした都道府県が最も多く、8府県であった。範囲(レンジ)は50ポイントに達し、目標値の格差が大きい。現状値をアンケート等の調査を行って把握する必要があることから、数値目標が設定されているのは19県と半数以下である。全国値(30%)と比較すると、8都府県で高い値であり、3県が低い値を掲げていた。また、全国値と一致する都道府県は8府県であった。この目標では、同じテーマで他の指標を目標とした都道府県はなかった。

【現 状】

全国の基準値は、1999年保健福祉動向調査(歯科保健)(厚生省統計情報部調査)から知ることができる。目標と若干異なるが、歯や歯ぐきのために注意していることがあるかとの問い「歯石を取ってもらうようにしている」と回答した者で見てみよう。60歳(55~64歳)で歯石を取ってもらうようにしている者は20.6%であり、目標との差は9.4ポイントであった(参考図)。2010年に60歳となる調査時の50歳(55~64歳)では、20歳以上の自分の歯を有する者は16.8%であり、13.2%の増加が必要である。また、60歳では、50歳より3.2ポイントほど高くなっていった。歯科受診の内容への回答から、むし歯の治療とするものが多いが、50歳から60歳へと減少している。これに対して、抜けた歯の治療と歯周疾患の治療の増加が見られる、検診・指導とするものは少ない。



参考図 歯石を取ってもらうようにしている者の割合

参考表 歯科診療所受診状況とその内容(平成11年保健福祉動向調査・歯科保健)(%)

	歯科受診割合	むし歯の治療	歯周疾患の治療	抜けた歯の治療	歯並び・かみ合わせの治療	検診・指導
男						
45~54歳	41.2	25.2	4.9	6.6	0.5	2.5
55~64	48.6	24.7	6.5	12.7	0.4	1.9
女						
45~54歳	45.8	30.9	3.4	7.0	0.5	2.5
55~64	50.4	24.6	5.7	14.6	0.7	2.5

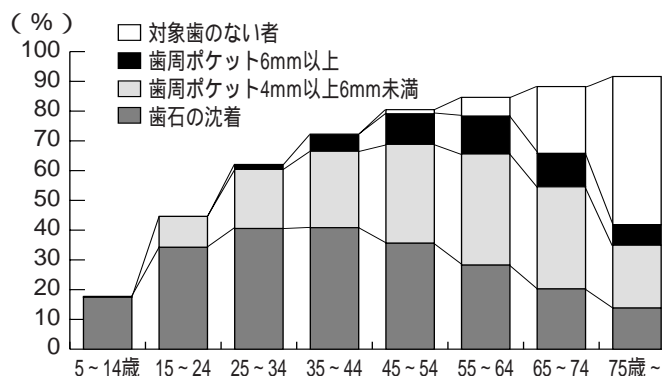
表 定期的に歯石除去や歯面清掃を受けている者の割合の現状値及び目標値

	目標	現状		目標	現状		目標	現状
北海道			石川			岡山		
青森			福井		11.6%	広島	50%以上	44.9%
岩手			山梨	35%以上	18.1%	山口		19.6%
宮城			長野	30%以上	8.3%	徳島		41.5%
秋田	70%以上	20.7%	岐阜		27.2%	香川		
山形	25%以上	14.6%	静岡			愛媛	45%以上	35.1%
福島	25%以上	17.1%	愛知			高知		61.6%
茨城			三重			福岡		
栃木		17.5%	滋賀			佐賀		
群馬	30%以上	7.8%	京都	50%以上		長崎	30%以上	
埼玉			大阪	30%以上	15.9%	熊本	未設定	42.3%
千葉	60%以上	39.2%	兵庫	30%以上	20.6%	大分		
東京	60%以上	39.6%	奈良		44.3%	宮崎		
神奈川			和歌山	30%以上	8.3%	鹿児島	40%以上	20.8%
新潟	20%以上	4.2%	鳥取	30%以上	6.47%	沖縄		
富山	30%以上	15.4%	島根					

年齢階級別の場合は、55～64歳、50歳代とした。

都道府県の現状（各都道府県が独自に実施した調査の結果など）を、上の表に示す。この結果、最も良い値は高知県の61.6%で、最も悪い値は新潟県の4.2%であった。最も多かったのは10%台を示したもので、8府県であったが、かなり広い範囲にばらついていた。これは、地域の特異性というより調査方法の違いと思われる。つまり、調査対象年齢の幅が異なったり、調査項目が歯石除去のみや歯面清掃のみであったり、定期的その他、過去1年の受診状況を聞いていたりするためと考えられる。

目標との差についても50ポイント近いものが1県あったが、ほかには5.1～23ポイントの差であり、実現の可能性を考慮して決定されたと思われる。1999年歯科疾患実態調査の結果から、歯石の沈着及び歯周炎の状況を年齢階級別に示した（下図）。対象歯のない者を除くと、前頁に示した歯石をとってもらう者の割合と同様の変化であるが、それぞれの年齢階級で下図の割合まで増やせる可能性があると考えられる。また、対象歯のない者については、目標1、2が達成できると、歯石除去や歯面清掃を受ける必要性が生じるとと思われる。



参考図 年齢階級別の歯石沈着及び歯周炎有病状況 (平成11年歯科疾患実態調査)

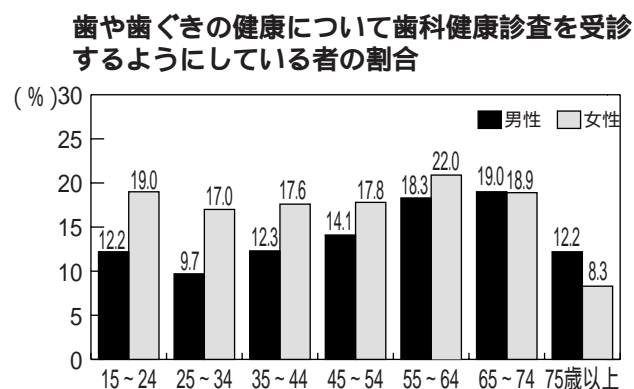
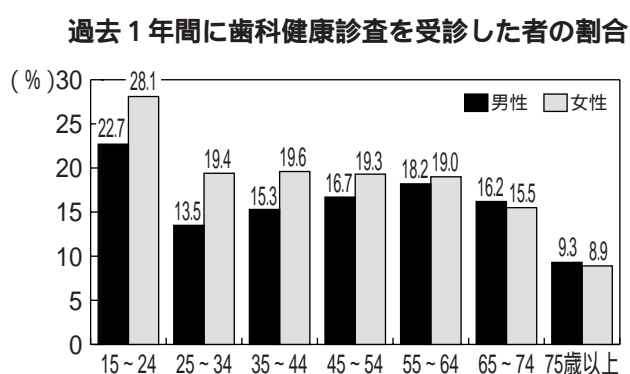
目標 4

全国値 定期的に歯科検診を受けている者の割合 30%以上

都道府県の目標は、次頁の表の通りであった。最も高い値は秋田県の100%で、最も低い値は福岡県の12%であり、30%を目標とした都道府県が最も多く、18道府県であった。範囲(レンジ)は88%に達し、目標値の格差が極めて大きい。現状値をアンケート等の調査を行って把握する必要があるにもかかわらず、数値目標が設定されているのは38県と多かった。全国値(30%)と比較すると、17都県で高い値であり、3県が低い値を掲げていた。また、全国値と一致する都道府県は18道府県であった。

【現 状】

全国の基準値は、1999年保健福祉動向調査(歯科保健)(厚生省統計情報部調査)から知ることができる。過去1年間の歯科健康診査受診について質問されていて、60歳(55~64歳)で歯科健康診査を1年以内に受けている者は18.6%であり、目標との差は12.4ポイントであった。参考図として性年齢階級別の歯科健康診査受診状況を示した。さらに、受診場所は、歯科診療所・病院の歯科としたものが最も多く(16.9%)、ついで、職場(1.0%)、保健所・市町村保健センター等(0.5%)であった(参考表)。また、歯や歯ぐきの健康に注意して「歯科健康診査を受診するようにしている」ものは、同年齢で20.2%であった。参考図に性・年齢階級別にその割合を示した。



参考図 性・年齢階級別の歯科健康診査受診及び受診するようにしている者の割合
(平成11年保健福祉動向調査・歯科保健)

参考表 性年齢階級別に見た歯科健康診査の受診状況(%)

	総数	歯科診療所・ 病院の歯科	保健所・市 町村保健セ ンター等	職 場	学 校	その他
総数	17.9	13.9	0.4	1.4	2.3	0.3
15~24歳	25.3	10.0	0.1	0.8	14.9	0.3
25~34	16.5	13.1	0.5	2.9	0.2	0.2
35~44	17.5	15.0	0.5	2.0	0.1	0.3
45~54	18.0	15.9	0.5	1.7	0.1	0.1
55~64	18.6	16.9	0.5	1.0	0.1	0.4
65~74	15.8	14.9	0.4	0.2	0.0	0.5
75~84	10.1	9.5	0.3	0.1	0.1	0.4
85歳以上	5.0	4.6	0.2			0.2

平成11年保健福祉動向調査・歯科保健

表 定期的に歯科検診を受けている者の割合の現状値及び目標値

	目 標	現 状		目 標	現 状		目 標	現 状
北海道	30%以上	10.4%	石 川			岡 山	50%以上	38.1%
青 森	30%以上	15.6%	福 井			広 島	70%以上	59.6%
岩 手	30%以上	15.5%	山 梨	35%以上	19.5%	山 口	30%以上	17.8%
宮 城	70%以上	42.0%	長 野	30%以上	12.6%	徳 島	50%以上	7.0%
秋 田	100%	38.0%	岐 阜	60%以上	43.3%	香 川	40%以上	31.7%
山 形	55%	46.1%	静 岡	30%以上	17.0%	愛 媛	60%以上	49.8%
福 島	25%以上	17.2%	愛 知	68%以上	13.8%	高 知	30%以上	17.0%
茨 城	30%以上	10.2%	三 重	68%以上	33.8%	福 岡	12%以上	6.2%
栃 木			滋 賀	30%以上	8.5%	佐 賀		19.3%
群 馬	30%以上	7.8%	京 都	30%以上	19.8%	長 崎		
埼 玉	50%以上	34.8%	大 阪	30%以上	16.4%	熊 本	未設定	29.2%
千 葉	60%以上	38.8%	兵 庫	30%以上	18.6%	大 分	30%以上	15.8%
東 京	60%以上	39.6%	奈 良	80%以上	53.9%	宮 崎	30%以上	7.2%
神奈川			和歌山	30%以上	5.9%	鹿児島	40%以上	11.9%
新 潟			鳥 取	30%以上	9.3%	沖 縄	40%以上	28.0%
富 山	30%以上	16.0%	島 根					

年齢階級別の場合は、55～64歳、50歳代とした。

都道府県の現状（各都道府県が独自に実施した調査の結果など）を、上の表に示す。この結果、最も良い値は広島県の59.6%で、最も悪い値は和歌山県の5.9%であった。最も多かったのは10%台を示したもので、16道府県であり、範囲（レンジ）は57.4ポイントとかなり広い範囲にばらついていた。次に多かったのが30%で7都県であった。この様なばらつきは、調査方法として、対象者の抽出方法の違いや質問肢の違いなどによることが考えられた。

目標との差については、10～30ポイントとした都道府県が多く、到達の可能性が高いと思われる。平成11年保健福祉動向調査の歯科医診療所選択理由では、かかりつけと答えた者が全体で46.5%、60歳（55～64歳）で54.5%に上っており、また、昭和62年と比較して増加を示すことから、今後、定期的に歯科検診・歯科健康診査を受診する者が増加することが期待される。

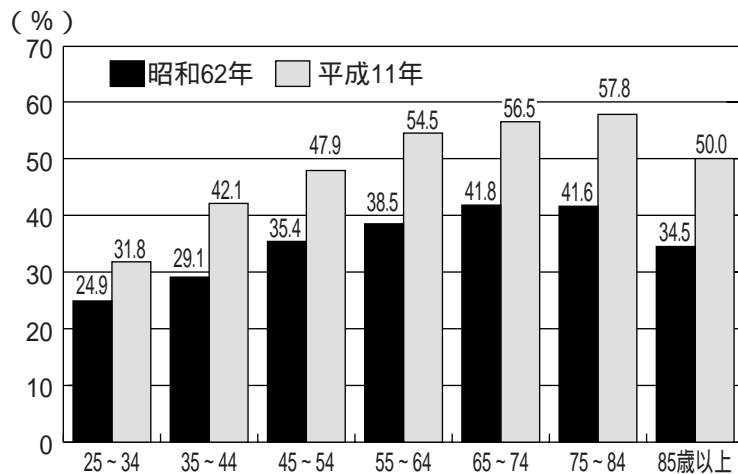


図8 歯科診療所選択理由がかかりつけの割合
昭和62年、平成11年保健福祉動向調査・歯科保健

2) 幼児期のう蝕予防

小松崎 明

(日本歯科大学新潟歯学部講師)

1. 目標 1

全国値 3歳児における齲歯のない者の割合の増加 80%以上

各都道府県の目標値は、右頁の表のようである。最も高い県は東京都、愛知県の90%以上で、最も低い値は徳島県の60%であり、多くの都道府県が70～80%以上という目標値を示している。地域的には関東、東海、近畿地区で80%以上の値を示す都道府県が多い傾向となっており、逆に東北、北陸、九州地区においては70%台以下の値を示す県が多い傾向が認められる。全国値と比較すると、全国目標値と同じ80%以上という値を22道府県が掲げているのに対し、より高い目標値を明確に掲げているのは東京都、愛知県、鳥取県のみである。逆に、全国値より低い値として70%台を示しているのが15県、60%台を示しているのが2県となっていた。

【現 状】

全国の基準値は、1998年3歳児歯科健康診査の実施状況(厚生省母子保健課調べ)から得ている。同調査によると、う歯のある者の率は40.5%で、ここからう歯のない者の割合を求めると59.5%となる。1985年以降から最新の1999年までの推移を観察すると、下の表のようであり、1985年では43.8%だったものが経年的に増加し、1994年には50%を超え、1999年の同結果では62.1%にまで増加していた。

調 査 年	う蝕がない者の率(%)	一人平均 dft
1985年(昭和60年)	43.8	2.93
1990年(平成2年)	45.8	2.82
1995年(平成7年)	54.2	2.16
1996年(平成8年)	56.6	1.99
1997年(平成9年)	58.8	1.88
1998年(平成10年)	59.5	1.83
1999年(平成11年)	62.1	1.67

また、同じく1998年3歳児歯科健康診査の実施状況によれば、受診児一人あたりのう歯本数(dft)は1.83本である。この値についても1985年に3本弱だったものが経年的に減少し、1996年以降は2本を未満の値となり、最新の1999年の同結果では1.67本まで減少している。これに伴って齲蝕罹患型のA、B、C型の構成割合についても変化が認められ、B、C型の割合が減じ、A型へシフトする傾向が認められる。1999年におけるう歯所有者の各型の構成割合はA型58.3%、B型33.1%、C型8.6%となっていた。

3歳におけるう蝕のない者の割合の目標値と現状値（基準値）

	目 標	現 状		目 標	現 状		目 標	現 状
北海道	80%以上	60.28%	石 川	70%	63.01%	岡 山	70%以上	61.44%
青 森	70%以上	43.79%	福 井		65.58%	広 島	80%以上	67.13%
岩 手	70%	51.95%	山 梨	70%以上	53.83%	山 口	80%以上	63.93%
宮 城		46.85%	長 野	80%以上	63.61%	徳 島	60%以上	50.20%
秋 田	70%	43.25%	岐 阜		70.03%	香 川	80%以上	55.95%
山 形	80%以上	45.85%	静 岡	80%以上	70.09%	愛 媛	80%以上	61.76%
福 島	70%	50.25%	愛 知	90%以上	70.16%	高 知	80%以上	59.27%
茨 城	75%以上	57.33%	三 重	78%以上	56.62%	福 岡		65.96%
栃 木	80%以上	60.53%	滋 賀	80%以上	61.21%	佐 賀	70%	42.04%
群 馬	80%以上	59.28%	京 都	80%以上	63.43%	長 崎	80%以上	47.70%
埼 玉	80%以上	65.83%	大 阪	80%以上	63.36%	熊 本	80%以上	54.96%
千 葉	80%以上	60.10%	兵 庫	80%以上	68.84%	大 分	67%以上	53.19%
東 京	90%以上	73.28%	奈 良	80%以上	60.33%	宮 崎	80%	43.96%
神奈川	80%以上	67.15%	和歌山	70%以上	52.29%	鹿児島	72%以上	51.30%
新 潟		59.82%	鳥 取	85%以上	65.14%	沖 縄	70%以上	43.47%
富 山	70%以上	57.76%	島 根	70%以上	62.65%			

（現状 1999年）

都道府県別の状況も同結果から得られ、各都道府県における現状値（基準値）には1997年以降のいずれかの年の値が用いられている。表には現状として最新の1999年の結果について都道府県別に示した。

この結果、3歳児におけるう蝕のない者の割合が最も良いのは東京都の73.3%であり、逆に最も悪いのは佐賀県の42.0%となっており、その差は30ポイントを超えていた。う蝕のない者の割合が40%台となっていた都道府県数は8（17%）、50%台は15（32%）、60%台は20（43%）、70%台が4（9%）となっており、特に60%台前半が13（28%）と多い。地域的には関東、東海、近畿、中国地区で60%以上の値を示す都府県が多い。逆に40%台の県はすべて東北、九州・沖縄地区に位置していた。

目標値と現状の比較において最も差が大きかったのは宮崎県で、う蝕のない者の現状は44%に対し目標値は80%としており、両者間に36ポイントの開きがある。逆に最も目標値と現状の差が小さかったのは石川県で、現状63%に対して目標値を70%ととし、両者の開きは7ポイントとなっていた。多くの都道府県では全国目標値と同様に、現状よりも約20ポイント前後高い値を目標値として掲げているが、石川県ほかの4県ではこれが10ポイント以内に設定されており、これら県では全国目標値よりも低い値を目標値として設定しているという特徴がみられる。

以上から、都道府県別目標を達成できる時期には差が出てくると予測されるが、単にその早い遅いのみで、その地域が全国目標値を達成できる可能性は予測できず、全国的にみても、3歳児におけるう蝕のない者の割合が年間数%の改善速度であることを考慮しながら、地域レベルでの改善速度の傾向についても分析しておく必要がある。

2. 目標2

全国値	3歳までにフッ化物歯面塗布を受けたことのある者の割合の増加	50%以上
-----	-------------------------------	-------

各都道府県の目標値は右頁の表のようである。リスク低減目標として、フッ化物歯面塗布については29道府県で目標が設定されており、うち25道府県で具体的な目標値が掲げられている。

最も高い値は鹿児島県の94%以上で、最も低い値は山梨県の30%以上であり、その差は60ポイントを超えている。しかし、具体的数値を示す都道府県のほとんどが50%以上か、全国値±10%以内の目標値を示していた。地域的には関東、近畿、中国地区で目標値を示す府県が多く、その多くの目標値は50%以上となっていた。逆に東海、北陸、九州地区においては目標値を示す県が少ない傾向が認められる。全国値と比較すると、全国目標値と同じ50%以上という値を14道府県が掲げているのに対し、より高い目標値としているのは7府県で、うち5県では70%を超える値を設定していた。逆に、全国値より低い値を示しているのは4道県となっていた。

【現 状】

全国の基準値は、1993年歯科疾患実態調査の結果（厚生省）から得ている。同調査によると、3歳までにフッ化物を塗布したことのある者の率は39.6%となっていた。しかし、1975年から最新の1999年調査までの推移を観察すると、下の表のようであり、1975年では12.6%だったものが経年的に増加し、1999年の同結果では、すでに全国目標値である50%を超え52.3%（3歳の値）まで増加していた。

調査年	受けた者の割合（%）
1975年（昭和50年）	12.6
1981年（昭和56年）	17.5
1987年（昭和62年）	36.4
1993年（平成5年）	39.6
1999年（平成11年）	52.3

また、同じく1999年までの歯科疾患実態調査では、フッ化物歯面塗布を受けた場所についても調査を実施している。経年的にフッ化物を塗布したことのある者の総数の割合は増加しているが、医療機関で塗布を受けた者の割合は1993年調査時より1999年の方が低く、市町村レベルでの母子保健事業の推進が、この数値改善に大きく寄与したことが示唆される。

都道府県別の状況については、同調査結果から得ることはできない。また、各都道府県などが実施する調査についても、すべての都道府県が実施していないことや、調査対象年齢などが異なるなど、比較上の障害となる事柄が多い。このため明確に3歳までにフッ化物を塗布した

3歳までにフッ化物歯面塗布を受けたことある者の割合の目標値と現状値（基準値）

	目 標	現 状		目 標	現 状		目 標	現 状
北海道	40%以上		石 川			岡 山	50%以上	32.0%
青 森	40%以上	29.0%	福 井			広 島	50%以上	
岩 手	50%以上	全	山 梨	30%以上	19.5%	山 口	増加	
宮 城			長 野	増加		徳 島		
秋 田	増加		岐 阜			香 川	増加	
山 形	50%以上	23.0%	静 岡			愛 媛	50%以上	33.9%
福 島			愛 知	85%以上		高 知	50%以上	20.2%
茨 城	50%以上	全	三 重	67%以上	33.30%	福 岡		
栃 木			滋 賀	40%以上	23.0%	佐 賀		
群 馬	70%以上		京 都			長 崎	60%以上	
埼 玉	50%以上		大 阪	50%以上	全	熊 本		
千 葉	50%以上	35.0%	兵 庫	50%以上	全	大 分		
東 京			奈 良			宮 崎		
神奈川			和歌山	50%以上	全	鹿児島	94%以上	84.0%
新 潟	70%以上		鳥 取	50%以上	16.2%	沖 縄	70%以上	51.4%
富 山	50%以上	41.4%	島 根					

（ : 現状調査あるが年齢が対応していない, 全: 全国値を使用）

ことのある者の率を基準値として示した都道府県の値を表に示した。

この結果、3歳児におけるフッ化物歯面塗布を受けたことがある者の割合が最も良いのは鹿児島県の84.0%であり、逆に最も悪いのは鳥取県の16.2%となっており、その差は50ポイントを超えていた。塗布したことのある者の割合が30%未満となっていた都道府県数は6（13%）であり、逆に50%以上の県は鹿児島、沖縄の2県のみとなっており、最新の歯科疾患実態調査での値が目標値を超えていた状況と比べると、数値として出されている県の現状値は少ないものが多かった。

目標値と現状の比較において最も差が大きかったのは三重県で、現状33%に対し目標値は67%としており、両者間に34ポイントの開きがある。逆に最も目標値と現状の差が小さかったのは鹿児島県で、現状と目標値の開きは10ポイントとなっていた。多くの都道府県では全国目標値と同様に、現状よりも約10ポイント前後高い値を目標値として掲げているが、三重県や山形県のように現状の倍ほどの値を目標値として設定している県もみられる。

以上から、3歳児における塗布を受けたことがある者の割合について、都道府県レベルでは現状の把握や目標の設定の段階にあるところが多く、全国目標値をすでに達成している鹿児島や沖縄のような例もあるが、今後も達成に向けて努力しなければならない地域も多いと考えられる。

3. 目標3

全国値	間食として甘味食品・飲料を1日3回以上飲食する習慣を持つ者 (1歳6ヵ月児)の割合の減少	目標値未設定
-----	---	--------

各都道府県の目標値は、右頁の表のようである。リスク低減目標として、間食として甘味食品・飲料を1日3回以上飲食する習慣を持つ者(1歳6ヵ月児)の目標については、22都道府県で目標が設定されており、うち具体的な目標値が掲げられているのは11県にとどまっている。

具体的な目標値の水準が最も高い県は高知県の0%で、最も低い値は富山県の50%以下である。また、東京都や静岡県などでは具体的な数値を示さず現状値よりも改善という目標となっている都道府県も多い。目標値を示す県のほとんどは、5~20%以下という範囲で目標値を示している。地域的には中国地区で目標を示す県が多いが、そのほとんどが現状よりも減少するという表現にとどまっていた。逆に北陸、九州地区においては目標値を示す県が少ない傾向が認められる。また、和歌山県では久保田らの全国的な参考値(29.9%)を基準値とし、これよりの減少を目標としていた。

久保田ら参考値と各都道府県の目標値を比較すると、目標値を掲げている県のうち8県ではこの値よりも高い水準を示し、特に高知県、滋賀県、愛知県では10%未満の値としていた。逆に低いものとしては、富山県、鹿児島県など4県で30%以上の値を示していた。

【現 状】

全国の基準値は設定されていないが、参考値として1991年に実施された久保田らの調査結果(29.9%)が活用されている。また、1993年に実施された国民栄養調査においても、3歳を含む小児を対象として生活状況調査が実施され、下記のような結果が得られている。

間食の時間	時間を決めて与える	54.6%
間食の量	量を決めて与える	84.9%
間食の内容	市販品	86.3%
	キャラメル, あめ, チョコレート類	26.4%
	清涼飲料水類	8.1%

これ以降に全国的な間食摂取状況についての調査は認められず、現状としての全国基準値および目標値は設定されていない。このため各都道府県においても、甘味食品・飲料の摂取状況について独自の調査から実施する必要があるとあり、現状の把握に時間を要している状況にあり、今後設定予定としている都道府県も多い。

各都道府県における現状を表に示す。この結果、現状として3回以上摂取している1歳6ヵ月児の割合が最も悪いのは富山県の65.4%であり、逆に最も良いのは高知県の7.2%となって

間食として甘味食品・飲料を1日3回以上飲食する習慣を持つ幼児（1歳6か月児）の割合

	目標	現状		目標	現状		目標	現状
北海道	38.1%以下	38.1%	石川			岡山	30%以下	58.5%
青森			福井			広島	減少	
岩手	10%以下	26.3%	山梨	減少		山口	減少	
宮城			長野	減少		徳島		
秋田	減少		岐阜			香川		
山形	15%以下	30.7%	静岡	減少		愛媛	30%以下	39.6%
福島			愛知	8%以下	16.0%	高知	0%	7.2%
茨城			三重			福岡		
栃木			滋賀	5%以下	13.0%	佐賀		
群馬	20%以下		京都			長崎		
埼玉			大阪		39.2%	熊本		
千葉	減少	14.9%	兵庫		全	大分		
東京	減少	42.0%	奈良			宮崎	80%	
神奈川			和歌山	減少	全	鹿児島	36%以下	40.6%
新潟			鳥取	減少	8.7%	沖縄	10%以下	23.4%
富山	50%以下	65.4%	島根					

（ ）：現状調査あるが年齢，回数が対応していない，全：全国値を使用）

おり、その差は50ポイントを超えていた。同割合が全国参考値未満となっていた都道府県は4県あり、逆に50%以上の値となっている県も3県あった。

目標値と現状の比較において最も差が大きかったのは岡山県で、3回以上摂取している割合が現状59%に対し目標値は30%以下としており、両者間に約30ポイントの開きが認められた。多くの都道府県では、現状よりも約10ポイント前後の改善を目標として掲げているが、基準値、目標値としての設定基準自体が異なっている都道府県もみられるため現状での全国的な比較は困難な状況にある。

以上から、甘味食品・飲料を1日3回以上摂取している1歳6か月児の割合の減少については、都道府県レベルでは現状の把握や目標の設定の段階にあるところが多く、全国目標値も設定されていない状況の中、独自の基準で目標をすでに設定している地域も出てきており、都道府県の独自性が重視され、今後は1歳6か月児健康診断でのO₂型の割合なども考慮において都道府県格差の解消が求められてくると予測される。

3) 学 齡 期 の う 蝕 予 防

福 田 雅 臣

(日本歯科大学歯学部助教授)

1. 目 標 1

全国値 12歳児における1人平均う歯数(DMF歯数) 1歯以下

各都道府県別の12歳児1人平均う歯数の目標値は右頁の表のようである。目標値の設定をしているのは43都道府県であり、目標値としては全国値と同様の「1歯以下」が最高値であり、最も低い目標値設定は「3歯以下」であった。最も多い目標値としては「1歯以下」であり、27道府県にのぼり、1歯台の値で示しているのが7都県、「2歯以下」としているのが7県、2歯以上を目標値としているのが2県であった。中部、関西、中国地方では目標値を整数で示しているのに対して、東北、関東、四国、九州地方では目標値を小数点まで示す都県がみられた。

【現 状】

全国の基準値は、1999年歯科疾患実態調査(99実調値)および2001年度学校保健統計調査(01統計値)から知ることができる。12歳児の1人平均う歯数(DMF歯数)は、99実調値によれば2.44本、01統計値では2.5歯となっており、わが国の12歳児のDMF歯数は2.4~2.5歯ということになる。下表には歯科疾患実態調査および学校保健統計調査での12歳児のDMF歯数の推移を示した。歯科疾患実態調査によれば1987年4.9歯、1993年値3.6歯であり、87~93調査間で1.3歯(減少率27.5%)、93~99調査間で1.2歯(減少率33.3%)となっており、12年間の減少は2.5歯であった。また学校保健統計調査による12歳児のDMFTの推移は、1991年4.3歯、1997年3.3歯であり、この間の減少は1.0歯(減少率23.3%)となっており、1991年から2001年の10年間に1.8歯の減少となっている。

表 12歳児1人平均う歯数の推移

歯科疾患実態調査					学校保健統計調査		
1975年	1981年	1987年	1993年	1999年	1991年	1997年	2001年
5.6	5.4	4.9	3.6	2.4	4.3	3.3	2.5

各都道府県での12歳児のDMF歯数の現状を基準値で見ると、最も悪い値は沖縄県で4.7歯、最も良い値は広島県の2.2歯であった。また、目標値を示していない4県と全国値を基準値としている2県を除いて、全国値と基準値を比較すると、全国値以下の基準値を示したのが

12歳児1人平均う歯数の目標値と現状値（基準値）

	目 標	現 状		目 標	現 状		目 標	現 状
北海道	1	3.1	石 川			岡 山	1	2.6
青 森	1.5	3.1	福 井	3	3.5	広 島	1	2.2
岩 手	1.5	2.98	山 梨	2	3.47	山 口	1	2.66
宮 城			長 野	1	2.3	徳 島	2.2	2.74
秋 田	2	3.91	岐 阜	1	2.63	香 川	1	2.5
山 形	1	2.3	静 岡	1	2.4	愛 媛	2	*
福 島	2	3.1	愛 知	1	2.7	高 知	2	3.6
茨 城	1.5	3.25	三 重	1	3.44	福 岡		
栃 木	1	3.3	滋 賀	1	2.79	佐 賀	1.6	3.33
群 馬	1	2.9	京 都	1	2.4	長 崎	2	3.5
埼 玉	1	2.9	大 阪	1	2.8	熊 本	2	3.7
千 葉	1	2.3	兵 庫	1	2.7	大 分		
東 京	1.3	2.6	奈 良	1	全	宮 崎	1	3.45
神奈川	1.4	2.8	和歌山	1	全	鹿 児 島	1.4	3.6
新 潟	1	1.8	鳥 取	1	2.4	沖 縄	2	4.7
富 山	1	2.6	島 根	2	2.97			

全：全国値使用
*：男子2.40，女子2.89

5 県、全国値と同値が 6 府県、全国値より大きい数値を表していたのは 31 都道府県であり、ほとんどの都道府県の基準値が全国値よりも悪い値であることがわかった。

各都道府県の基準値と目標値との差を見てみると、平均値は 1.57 歯であり、最も差が大きかったのは沖縄県の 2.7 歯であり、逆に小さかったのは愛媛県（男子）の 0.4 歯であった。また、減少率で見ると、平均減少率は 54.7% であり、健康日本 21 の基準値と目標値の減少率 58.3% と近似値を示していた。都道府県別では、最大減少率は宮崎県の 71.0%、最小減少率は福井県の 14.3% であった。わが国の 12 歳児の DMF 歯数の減少率は歯科疾患実態体調査によれば 1987 ~ 1999 年の 12 年間での減少率は 51.0%、学校保健統計調査では 1991 ~ 2001 年の 10 年間での減少率は 41.8% であることから、50% 前後の減少を目標値としてあげることが妥当ではないかと考えられる。

2. 目標 2

全国値	学齢期におけるフッ化物配合歯磨剤使用者の割合	90%以上
-----	------------------------	-------

各都道府県の学齢期におけるフッ化物配合歯磨剤使用者の割合の目標値は右頁に示した。目標値を設定しているのは23都道府県にとどまっており、そのうち、独自の基準値があるのは12都道府県であった。目標値で最も高い値は三重県の95%であり、最も低い値は鹿児島県の46%であった。また目標値を全国値と同値の90%に設定しているのは19都道府県にのぼっていた。地域別にみても、関西では奈良県を除く全ての府県で目標値が設定され、首都圏でも目標値を設定している都県が多く見られた。一方、東北地方では秋田県で目標を「増加」としているものの、目標値をあげている県は見られなかった。

【現 状】

歯磨き行動に関するデータは1999年歯科疾患実態調査(99実調値)値および1999年保健福祉動向調査値(99保福調査値)で知ることができる。表に示したように99実調値によれば、学齢期の歯磨き状況は毎日磨く者は各年齢階級とも95%前後であり、また99保福調査値においても15～24歳の95.8%が毎日歯を磨くと回答している。したがって時々磨く者を加えれば、学齢期のほとんどの者は歯磨き行動をしていることになる。すなわち、フッ化物配合歯磨剤使用者の割合を90%またはそれ以上にするという目標値は、歯磨き習慣のあるほとんどの者がフッ化物配合歯磨剤を利用をしてもらうことを目指すものであるといえる。

学齢期の歯ブラシ使用状況(%)
(1999年歯科疾患実態調査値)

年齢階級	毎日磨く			時々磨く	磨かない	
	総数	1回	2回			3回
5～9歳	93.6	24.5	46.5	22.6	6.4	-
10～14歳	95.6	27.9	52.1	15.6	4.1	0.3
15～19歳	95.5	26.8	58.37	10.0	4.1	0.4

しかしながら、フッ化物配合歯磨剤使用者の割合に関する基準値は歯科疾患実態調査および保健福祉動向調査からは知ることができず、フッ化物配合歯磨剤使用者の現状は、各都道府県が実施している歯科保健に関する調査値から僅かながら入手できるにすぎない。フッ化物配合歯磨剤の使用率について、岐阜県の調査では15～24歳の男性で57.8%、女性で55.9%、山口県の調査では5～9歳33.7%、10～14歳29.2%、15～19歳21.5%であった。また高知県の調査ではフッ素入り歯磨剤を使っていると回答した者が総数で29.2%であったが、「わからない」と回答した者が50.0%であり、フッ化物配合歯磨剤に関する情報の提供の必要性があることを指摘している。

また基準値と目標値が設定されている都道府県の数値をみると、現状でのフッ化物配合歯磨

学齡期におけるフッ化物配合歯磨剤使用者の割合の目標値と現状値（基準値）

	目 標	現 状		目 標	現 状		目 標	現 状
北海道	90%	54.9%	石 川			岡 山	90%	75.6%
青 森			福 井			広 島	90%	35.3%
岩 手			山 梨	90%		山 口		
宮 城			長 野	90%	41.9%	徳 島	増加	50.5%
秋 田	増加		岐 阜			香 川		
山 形			静 岡			愛 媛	50%	38.9%
福 島			愛 知			高 知	90%	
茨 城			三 重	95%	31.7%	福 岡		
栃 木			滋 賀	90%		佐 賀		
群 馬	90%		京 都	90%		長 崎	90%	
埼 玉	90%	全	大 阪	90%	全	熊 本		
千 葉	90%	*	兵 庫	90%	13.9%	大 分		
東 京	90%	**	奈 良			宮 崎		
神奈川			和歌山	90%	全	鹿児島	46%	22.7%
新 潟	90%	74.7%	鳥 取	90%		沖 縄	80%	43.5%
富 山	90%		島 根					

*：小1年52.2%，小4年21.0%，中1年21.0%，高1年21.4%

**：小学校15.6%，中学校17.2%

全：全国値使用

剤使用者の割合が最も悪いのが兵庫県の13.9%であり、最も良いのが岡山県の75.6%と両県では60ポイント以上の差があり、現状では地域による格差がかなりある。

全歯磨剤中のフッ化物配合歯磨剤の占める割合については現在、7～8割程度といわれている。また薬事工業生産動態統計調査によれば、1999年の歯磨剤生産額の中で医薬部外品歯磨剤の占める割合は91.8%であることから、医薬部外品歯磨剤すべてにフッ化物が配合されているわけではないが、フッ化物配合歯磨剤のシェアはかなり高いと思われる。したがって多くの都道府県で掲げている目標値達成のためには、歯科保健指導、保健教育からのアプローチだけではなく、前述した高知県のデータが示すように、フッ化物配合歯磨剤に関する各方面からの情報提供が必要になってくるとと思われる。

3. 目標3

全国値	学齢期において過去1年間に個別的歯口清掃指導を受けたことのある者の割合	30%以上
-----	-------------------------------------	-------

各都道府県の過去1年間に個別的歯口清掃指導を受けたことのある者の割合の目標値を右頁に示した。目標値を設定しているのは16道府県にすぎず、そのうち、11府県での目標値は、全国値と同様の30%以上であった。独自の目標値を示している道県の目標値は全国値よりも高く、新潟県、島根県が60%と最も高く、富山県、鹿児島県が50%、北海道が40%であった。また全国値以下を目標値としているところはなかった。地方別に見ると関西では4府県で目標値を設定している以外、各地方とも設定しているのは2県程度であった。

【現 状】

学齢期、特に小学生、中学生の個別的歯口清掃指導の現状についての全国値を直接知ることは難しく、1993年と1999年の保健福祉動向調査値から15～24歳の現状のみ知ることができる。下表に示したように、過去1年間に個別的歯口清掃指導を受けたことのある者の割合、1993年調査では12.8%であったが1999年調査では18.3%に増加している。指導を受けた場所は歯科診療所・病院の歯科が最も多く、1993年では受けた者の55%、1999年では66%に達している。また、学校が二番目に多くなっている。学齢期では学校で指導を受けた者が最も多くなると考えられ、今後学校での指導が重要となる。

15～24歳の歯ブラシの使い方の指導状況(%)

	受けたことがある	歯科診療所・病院の歯科	保健所 保健センター	職場	学校	自宅	その他
1993年	12.8	7.1	0.2	0.7	4.8	-	0.4
1999年	18.3	12.0	0.2	0.7	5.5	0.2	0.2

また、歯科疾患実態調査では15歳未満に対してフッ化物塗布経験の有無の有無について調査しており、6～14歳の学齢期では、45.3%(保健センターなど18.0%、その他の医療機関27.3%)の者がフッ化物塗布経験を持っている。言い換えれば、45.3%の学童がう蝕予防処置のため保健センターや歯科診療所を訪れた経験をもっていることになり、その際、個別に歯口清掃指導を受けることのできる環境を経験したことになる。したがって、15～24歳に比べ、15歳未満では個別に歯口清掃指導を受けたことのある者の割合はかなり高値であると予測される。

都道府県別の現状を見ると、新潟県47%、富山県45%、岡山県40%と、既に全国値の目標値より良い県や、北海道29.5%、鹿児島県24.2%のように、全国値に近似した状況の地域もあ

過去1年間に個別的歯口清掃指導を受けたことのある者の割合の目標値と現状値（基準値）

	目 標	現 状		目 標	現 状		目 標	現 状
北海道	40%	29.5%	石 川			岡 山	60%	40%
青 森			福 井			広 島	30%	21.1%
岩 手			山 梨	30%		山 口		
宮 城			長 野			徳 島		
秋 田			岐 阜			香 川		
山 形			静 岡			愛 媛	30%	20.1%
福 島			愛 知			高 知		
茨 城	30%	19.7%	三 重			福 岡		
栃 木			滋 賀			佐 賀		
群 馬	30%		京 都			長 崎	30%	
埼 玉			大 阪	30%	全	熊 本		
千 葉	30%	21.6%	兵 庫	30%	全	大 分		
東 京			奈 良			宮 崎		
神 奈 川			和 歌 山	30%	全	鹿 児 島	50%	24.2%
新 潟	60%	47%	鳥 取	30%	6.01%	沖 縄		
富 山	50%	45%	島 根					

全：全国値使用

る。したがって、前述したようにこれらの地域での目標値は40～60%に設定している。また、目標値を30%としている地域でも、千葉県、広島県、愛媛県のように目標値との差が10ポイント以下であり、目標を達成する可能性はかなり高いといえる。

4) 成人期の歯周病予防

市川 裕美子、尾崎 哲則*
(日本大学歯学部助手、教授*)

1. 目標 1

全国値	40歳における進行した歯周炎に罹患している者(4mm以上の歯周ポケットを有する者)の割合	3割以上の減少
-----	--	---------

各都道府県における目標値は右頁の表のように設定されている。数値として示されているのは目標値を設定している36都道府県のうち29都道府県であり、40歳(35～44歳。40～49歳を40歳代と設定している県もある)における進行した歯周炎に罹患している者の割合の目標値は、最も高い値を掲げているのは愛知、三重県の10%以下、最も低い値を掲げているのは高知県、長崎県の40%以下となっており、多くの都道府県の目標値は20～30%の間に設定されている。また全国値と同様に、3割以上減少と設定しているのは4県、ただ「減少」とのみ設定しているのは3県であった。設定値の地域的な差の原因は明らかではないが、大都市を持つ都道府県で目標値の設定が低くなっている傾向がみられた。目標値の設定あたり、CPIを指標とし、同一地域住民での歯周疾患罹患状況の推移を追った疫学的データが少なく、また解析された事例が少ないために、目標値の設定がかなり難しいものであったと考えられる。

【現 状】

全国における基準値は富士宮市モデル事業(1997～1998年)によるもので、40歳(35～44歳)における進行した歯周炎に罹患している者(4mm以上の歯周ポケットを有する者)の割合は32%となっている。1999年歯科疾患実態調査によると40歳(35～44歳)における進行した歯周炎に罹患している者(4mm以上の歯周ポケットを有する者:一部診査部位がCPIと異なっており、 $\frac{761}{76} \mid \frac{67}{167}$ で上顎は頬側、下顎は舌側となっている)の割合は31.45%となっている。また、男性の40歳(35～44歳)の歯周疾患に罹患している者の率は42.53%であり、女性は24.95%であった。それ以前の歯科疾患実態調査では、歯周疾患の罹患状況の調査にCPIを用いておらず、過去のデータと比較することはできなかった。

各都道府県における現状値は、表のようである。最も悪いのは山梨県の64%、最も良いのは山口県の10.7%であり、都道府県によって差は認められるものの、多くの都道府県が30～40%台にある。今回の歯周疾患の基準に用いられているCPIは、老人保健法に基づく歯周疾患検診や産業保健現場での歯周診査などに用いられてはいるが、全国調査としては先の1999年の歯科疾患実態調査から用いられたものである。そのため、都道府県による現状値を得るための調査対象の設定・調査規模(被検査者数)や診査実施方法などに差があることが考えられ、

進行した歯周炎罹患率(40歳)の目標値と現状値(基準値)

	目 標	現 状		目 標	現 状		目 標	現 状
北海道	30%以下	34.2%	石川			岡山 ¹⁾	20%以下	47.5%
青森 ²⁾	25%以下	33.3%	福井		37.1%	広島	30%以下	37.3%
岩手 ⁵⁾	26%以下	29.6%	山梨 ⁵⁾	3割以上減少	64.0%	山口		10.7%
宮城			長野 ¹⁾	3割以上減少	63.3%	徳島 ¹⁾	3割以上減少	47.8%
秋田	減少		岐阜 ¹⁾	30%以下	42.4%	香川		
山形	25%以下	43.3%	静岡	22%以下	32.1%	愛媛 ³⁾	減少	全
福島	25%以下	38.1%	愛知	10%以下	21.0%	高知 ¹⁾	40%以下	49.8%
茨城			三重	10%以下	20.8%	福岡	38%以下	53.6%
栃木 ²⁾	17.9%以下	26.3%	滋賀	減少		佐賀 ¹⁾	20%以下	40.0%
群馬	22%以下	31.2%	京都 ¹⁾		53.1%	長崎	40%以下	34.1%
埼玉 ¹⁾	30%以下	全	大阪 ¹⁾	22%以下	全	熊本		27.8%
千葉 ¹⁾	20%以下	30.4%	兵庫	22%以下	全	大分 ⁴⁾	35%以下	32.3%
東京	20%以下	31.7%	奈良 ⁵⁾			宮崎	30%以下	47.5%
神奈川	25%以下	全	和歌山 ¹⁾	3割以上減少	56.0%	鹿児島	33%以下	47.2%
新潟	25%以下	31.0%	鳥取	20%以下	31.2%	沖縄		
富山	30%以下	27.2%	島根					

注1) 年齢区分が40-49歳の県 2) 年齢区分が40-44歳の県
 3) 3歳以上全数の県 4) 年齢区分が30-44歳の県
 5) 25-44歳の県 全は全国値を使用した県

他の指標に比べ大きな差になったと推定される。

現状値が公表されている38都道府県のうち、全国基準値の32%(以下基準値とする)より悪い値だったのが21道府県、良い値だったのが12都県、基準値と同じ値を設定しているのは5府県であった。

目標値、現状値いずれも設定されている29都道府県(現状値に全国値を使用している2県は除く)において比較すると、現状値と目標値の差が最も少ないのは北海道の4.2ポイントで、差が最も大きかったのは岡山県の27.5ポイントであった。また、目標値と現状値の差が大きい県は、対象の年齢区分の設定が国と異なっているところに多い傾向が見られた。

設定された目標値は、現状値が良い県ほど目標値と現状値の差が小さい傾向があったが、これは全国値が基準値の3割減を目標にしていることを考慮すれば、当然の結果とも考えられた。しかし、2001年度の8020推進財団助成による尾崎らの研究によれば、全国値基準値となった富士宮市(1993年から市をあげて歯周疾患対策事業を展開)での定点観察の結果、40歳ではCPIを用いた指標値で、観察開始後比較的早期に30%以上の減少が見られたことが報告されており、各都道府県や各地域での、今後の目標設定のひとつの参考になるであろうと考えられる。今後、地域での基本的なCPIデータの収集の必要性は極めて高く急務である。

2. 目標2

全国値	50歳における進行した歯周炎に罹患している者(4mm以上の歯周ポケットを有する者)の割合	3割以上の減少
-----	--	---------

各都道府県における目標値は右頁の表のように設定されている。50歳(45～54歳。50～59歳を50歳代と設定している県もある)で進行した歯周炎に罹患している者の割合の目標値は、最も高い値を掲げているのは三重県の14%以下、ついで愛知県の16%以下である。最も低い値を掲げているのは鹿児島県の47%以下となっており、多くの都道府県の目標値は30～40%の間に設定されている。また全国値と同様に、3割以上減少と設定しているのは4県、「減少」とのみ設定しているのは3県であった。また京都府のように、50歳代における歯肉有所見者を60%以下にするという、全国値の基準とは異なった設定を行っているところもあった。

【現 状】

全国における基準値は富士宮市モデル事業(1997～1998年)によるもので、50歳における進行した歯周炎に罹患している者(4mm以上の歯周ポケットを有する者)の割合は46.9%となっている。1999年歯科疾患実態調査によると50歳における進行した歯周炎に罹患している者(4mm以上の歯周ポケットを有する者:一部診査部位がCPI異なり $\frac{761}{76} | \frac{67}{167}$ で上顎は頬側、下顎は舌側となっている)の割合は43.45%となっている。また男性の50歳(45～54歳)の歯周疾患に罹患している者の率は52.60%であり、女性は39.24%であった。それ以前の歯科疾患実態調査では歯周疾患の罹患状況の調査にはCPIを用いておらず、過去のデータと比較することはできなかった。

各都道府県における現状値は、表のようである。最悪は長野県の76.2%、最良は山口県の16.9%と、都道府県により差があり広く分布しているが、多くの都道府県が40～50%台にあった。今回の指標に用いられているCPIは、さきの1999年の歯科疾患実態調査から用いられたもので、都道府県によりCPIを用いた現状値の把握の方法に差があることが考えられ、他の指標に比べ大きな差になったと推定される。

現状値が公表されている36都道府県のうち、基準値より悪い値が16都道府県、良い値が16道県であり、全国値を使用したのは4府県であった。目標値、現状値いずれも設定されているのは29都道府県であった。そのうち設定基準の異なる京都府を除く28都道府県でその差を検討したところ、目標値と現状値の差の最少は岩手県の2.9ポイントで、差の最大は山形県の25.6ポイントであった。目標値の設定は、現状値が良い県ほど目標値と現状値の差が小さい傾向があったが、これは、国の目標設定が30%減少であるため、このような結果になったと考えられた。さらに、CPIによる歯周疾患診査の普及の問題からか、40歳代に比べ目標値の設定・現状値の把握を行っていない県が多かった。

進行した歯周炎罹患率(50歳)の目標値と現状値(基準値)

	目 標	現 状		目 標	現 状		目 標	現 状
北海道	35%以下	40.0%	石川			岡山 ¹⁾		49.6%
青森 ²⁾	31%以下	35.4%	福井		25.1%	広島	40%以下	54.2%
岩手 ³⁾	34%以下	36.9%	山梨	3割以上減少		山口		16.9%
宮城			長野 ¹⁾	3割以上減少	76.2%	徳島 ¹⁾	3割以上減少	62.5%
秋田	減少		岐阜 ¹⁾	40%以下	56.5%	香川		
山形	40%以下	65.6%	静岡	33%以下	47.0%	愛媛	減少	全
福島	35%以下	51.5%	愛知	16%以下	32.0%	高知 ¹⁾		59.8%
茨城			三重	14%以下	28.0%	福岡		
栃木 ²⁾	17.9%以下	31.6%	滋賀			佐賀 ¹⁾	30%以下	43.8%
群馬	30%以下	40.0%	京都 ¹⁾	歯肉有所見者 として60%以下	60.8%	長崎		43.6%
埼玉 ¹⁾	40%以下	全	大阪 ¹⁾	33%以下	全	熊本		38.3%
千葉 ¹⁾	30%以下	40.5%	兵庫	33%以下	全	大分 ³⁾		58.8%
東京	30%以下	48.9%	奈良			宮崎	40%以下	52.5%
神奈川			和歌山 ¹⁾	3割以上減少	73.0%	鹿児島	47%以下	67.4%
新潟	35%以下	42.0%	鳥取	30%以下	46.5%	沖縄	40%以下	61.0%
富山		43.2%	島根					

注釈 1) 年齢区分が50-59歳の県
3) 年齢区分が45-64歳の県

2) 年齢区分が50-54歳の県
全は全国値を使用した県を除く

40歳、50歳の目標値を比較してみると、目標値を両年齢とも設定している28都道府県のうち目標値が同じだったのが1県、40歳より50歳の目標値の設定を高くしているのが21都道府県であった。これは現状値が40歳より50歳の方が高いためと考えられる。それぞれの年齢における歯周疾患の罹患状況の重症度による内訳を、1999年歯科疾患実態調査では、40歳代において歯周ポケット深さが4～5mmのもの(以下軽症とする)は25.69%、歯周ポケット深さが6mm以上のもの(以下重症とする)は5.76%である。また50歳代にて軽症者は33.23%、重症者は10.22%であった。このことにより40歳代での重症者の割合は歯周ポケット深さ4mm以上全体の2割を超えていないのに対し50歳代での重症者は2割を超えている。さらに、2001年度の8020推進財団助成による尾崎らの研究結果によれば、全国値の基準値となった富士宮市でCPIを用いた定点観察の結果、50歳では40歳ほど早期に重症者の割合が低下しないことが報告されており、このことを踏まえたうえで、歯周疾患の現状把握を行い今後の目標値の設定を行うべきであると考えられる。

3 . 目標 3

全国値

40 歳における歯間部清掃用器具を使用している者の割合 50%以上

各都道府県における目標値は右頁の表のように設定されている。40 歳(35 ~ 44 歳。年齢区分は都道府県によって異なっているところもある)で歯間部清掃用器具を使用している者の割合に関する目標値は、最も低い値を掲げているのは茨城県、富山県、長崎県の 30% 以上(ただし長崎県は年齢区分を成人期としている)、最も高い値を掲げているのは東京都の 80% 以上(ただし年齢区分を 40 ~ 64 歳としている)となっており、多くの都道府県の目標値は 50% 前後の値に設定されている。目標の設定を行っている 32 都道府県のうち全国値よりも低かったのは 6 県、高かったのは 8 都府県、全国値の 50% 以上と同じ値を設定しているのは 17 道府県、「増加」というように具体的数値を示さなかったのは 1 県であった。

【現 状】

全国における基準値は保健福祉動向調査の 1993 年と 1999 年によるものとなっている。40 歳(35 ~ 44 歳)における歯間部清掃用器具を使用している者の割合は 1993 年には 19.3%、1999 年には 32.6% となっており、歯間部清掃用器具を使う者の割合は多くなってきていることが推定される。

1999 年の結果を男女別にみると、歯間部清掃用器具を使用している男性の割合は 20.0%、女性は 28.5% であり女性の方が使用率は高い。さらに歯間部清掃用器具の内訳をみると、デンタルフロス・糸ようじが 15.1%、歯間ブラシが 10.6% でややデンタルフロスの使用率のほうが高かった。男女の用具による差は特にみられなかった。

各都道府県における現状値は、表のようである。最も良いのは京都府の 49.7%、最も悪いのは青森県の 11.7% であった。なお、数値として悪かった和歌山県(8.6%)は「歯間ブラシ」として調査を行っており、茨城県(10.0%)は年齢の記載がないため除外した。多くの都道府県が 10 ~ 30% 台にある。今回基準値とされている保健福祉動向調査では「歯間部清掃用器具を使用している」の値には「歯間ブラシ」「糸ようじ・デンタルフロスなど」「歯間刺激子」「ウォーターピック」をあわせたものが記載されている。一方各都道府県の現状値は基準値と同じ使用器具に設定のものもあれば異なったものもあり、その設定についての詳細は明らかでない。そのため現状値の記載に幅が出たと推定される。

今回公表された現状値の調査の多くは 2000 年前後に行われているため、基準値との比較は 1999 年に行われた保健福祉動向調査の値(32.6%)で行った。現状値が公表されている 32 都道府県のうち、デンタルフロスと歯間ブラシを分けて調査している 4 県を除いた 28 都道府県のうちで、基準値より良い値だったのが 7 都府県、悪い値だったのが 19 道府県であり、全国値と同じ値を設定しているのは 2 府県であった。目標値、現状値いずれも数値設定されているの

歯間部清掃用器具の使用率(40歳)の目標値と現状値(基準値)

	目 標	現 状		目 標	現 状		目 標	現 状
北海道	50%	19.0%	石川			岡山	50%	13.2% 28.7%
青森	35%	11.7%	福井			広島	50%	32.5%
岩手 ¹⁾	50%	26.0%	山梨	60%	42.9%	山口		27.1%
宮城			長野			徳島		
秋田	増加	今後調査	岐阜		21.4%	香川	70%	49.5%
山形	50%	今後調査	静岡 ⁴⁾	50%	13.9%	愛媛	50%	36.7%
福島			愛知 ⁷⁾	32%	16.0%	高知	50%	24.5%
茨城 ⁵⁾	30%	10.0%	三重 ⁵⁾	73%	24.4%	福岡		
栃木			滋賀	50%	28.8%	佐賀		
群馬	60%	31.3%	京都 ⁶⁾	60%	49.7%	長崎 ⁷⁾	30%	
埼玉	50%	26.6%	大阪	50%	全	熊本	未設定	23.2% 18.2%
千葉	60%	42.6%	兵庫	50%	全	大分 ⁴⁾	50%	37.1%
東京 ²⁾	80%	44.6%	奈良 ⁵⁾	50%	31.9%	宮崎	50%	19.4%
神奈川			和歌山	50%	12.2% 8.6%	鹿児島	60%	29.2%
新潟	40%	30.0%	鳥取	50%	17.1% 17.8%	沖縄		
富山 ³⁾	30%	16.8%	島根					

注釈 1) 年齢区分が15歳以上の県 2) 年齢区分が40-64歳の県
 3) 年齢区分が35-54歳の県 4) 年齢区分が40歳代(40-49歳)の県
 5) 年齢の記載がない県 6) 年齢区分が30-64歳の県 7) 年齢区分が成人期の県
 2段になっている場合、上段がデンタルフロス・糸ようじ、下段が歯間ブラシの数値を示す
 全は全国値を使用
 イタリック字は目標値の年齢を示していないもの

は29都道府県であった。

そのうち設定基準の明らかに異なる県を除く26都道府県でその差を検討したところ、目標値と現状値の差が最も少ないのは新潟県の10.0ポイントで、差が最も大きかったのは三重県の48.6ポイントであった。全国値の差である17.4ポイントより小さい値を示したのは7府県、高い値を示したのは16都道府県であり、同じ値を示したのは3府県であった。目標値に対する現状値との関連性はあまり見られず、全国の目標値をそのまま採用した都道府県が多いと推定された。歯周疾患の予防と関連して考察すれば、今後、歯間清掃の実施率のさらなる向上を図る必要がある。

4 . 目標 4

全国値

50 歳における歯間部清掃用器具を使用している者の割合 50%以上

各都道府県における目標値は右頁の表のように設定されている。50 歳(45 ~ 54 歳。年齢区分は都道府県によって異なっているところもある)で歯間部清掃用器具を使用している者の割合に関する目標値は、最も低い値を掲げているのは茨城県、富山県、長崎県の 30% 以上(ただし長崎県は年齢区分を成人期としている)、最も高い値を掲げているのは東京都の 80% 以上(ただし年齢区分を 40 ~ 64 歳としている)となっており、多くの都道府県の目標値は 40 歳の目標と同じく 50% 前後の値に設定されている。

目標の設定を行っている 30 都道府県のうち全国値よりも目標設定が低かったのは 6 県、高かったのは 8 都府県、全国値の 50% 以上と同じ値を設定しているのは 15 道府県、「増加」というように具体的数値を示さなかったのは 1 県であった。また年齢区分を 40 歳、50 歳双方を含むようなものに変え、40 歳、50 歳の目標値を同じに設定している県は 11 都府県であった。

【現 状】

全国における基準値は保健福祉動向調査の 1993 年と 1999 年によるものとなっている。50 歳における歯間部清掃用器具を使用している者の割合は 1993 年には 17.8%、1999 年には 29.3% となっており、歯間部清掃用器具を使うものの割合は多くなってきていることが推定される。また、40 歳代に比べ歯間部清掃用器具を使うものが少ないことがわかる。

1999 年の結果を歯間部清掃用器具の内訳で見ると、デンタルフロス・糸ようじが 16.8%、歯間ブラシが 14.8% で、前者の使用率のほうが高かった。男女の用具による差は特に見られなかった。

各都道府県における現状値は、表のようである。最も良いのは京都府の 49.7%、最も悪いのは静岡県 の 10.7% であった。なお、数値として悪かった和歌山県(6.1%・10.4%)は「歯間ブラシ」と「デンタルフロス」とを別に調査を行っており、茨城県(10.0%)は年齢の記載がないため除外した。現状値は広く分布しているものの、多くの都道府県が 10 ~ 20% 台にある。

今回基準値とされている保健福祉動向調査では「歯間部清掃用器具を使用している」の値には「歯間ブラシ」「糸ようじ・デンタルフロスなど」「歯間刺激子」「ウォーターピック」をあわせたものが記載されている。一方各都道府県の現状値は基準値と同じ設定のものもあれば異なったものもあり、その詳細は明らかでない。そのため現状値の記載に幅が出たと推定される。

保健福祉動向調査の全国値により 40 歳と 50 歳を比較した場合、歯間部清掃用器具の利用者は 40 歳代の割合が多くなっているのと同様に、各都道府県における現状値も 40 歳代の歯間部清掃用器具利用者の割合が多くなっている。しかし目標値は 40 歳代と 50 歳代ともに同じ数値を設定しているのが 26 都道府県見られた。

歯間部清掃器具使用率(50歳)の目標値と現状値(基準値)

	目 標	現 状		目 標	現 状		目 標	現 状
北海道	50%	16.7%	石川			岡山		9.0% 32.4%
青森	40%	14.8%	福井			広島	50%	33.6%
岩手 ¹⁾	50%	26.0%	山梨	60%	39.3%	山口		24.4%
宮城			長野			徳島		46.6%
秋田	増加	今後調査	岐阜		20.0%	香川	65%	34.1%
山形	50%	今後調査	静岡 ⁴⁾	50%	10.0%	愛媛	50%	
福島			愛知 ⁷⁾	32%	16.0%	高知		
茨城 ⁵⁾	30%	10.0%	三重 ⁵⁾	73%	24.4%	福岡		
栃木			滋賀	50%	26.0%	佐賀		
群馬	60%	30.5%	京都 ⁶⁾	60%	49.7%	長崎	30%	
埼玉	50%	23.7%	大阪	50%	全	熊本		14.5% 23.7%
千葉	60%	43.8%	兵庫	50%	全	大分		
東京 ²⁾	80%	44.6%	奈良 ⁵⁾	50%	31.9%	宮崎	50%	12.3%
神奈川			和歌山	50%	10.4% 6.1%	鹿児島	60%	20.7%
新潟	40%	27.1%	鳥取	50%	12.4% 19.8%	沖縄 ⁴⁾	50%	18.4%
富山 ³⁾	30%	16.8%	島根					

注1) 年齢区分が15歳以上の県 2) 年齢区分が40-64歳の県 3) 年齢区分が35-54歳の県
 4) 年齢区分が50歳代(50-59歳)の県 5) 年齢の記載がない県 6) 年齢区分が30-64歳の県
 7) 年齢区分が成人期の県 イタリアック字は目標値の年齢を示していないもの
 2段になっている場合、上段がデンタルフロス・糸ようじ、下段が歯間ブラシの数値を示す
 全は全国値を使用している県

今回公表された現状値の調査の多くは2000年前後に行われているため、基準値との比較は1999年に行われた保健福祉動向調査の値(29.3%)で行った。現状値が公表されている31都道府県のうち、デンタルフロスと歯間ブラシを分けて調査している4県を除いた27都道府県のうち、基準値より高い値だったのが9都府県、低い値だったのが16道県であり、全国値と同じ値を設定しているのは2府県であった。目標値、現状値いずれも数値設定されているのは27都道府県であった。

そのうち設定基準の異なる県を除く25都道府県でその差を検討したところ、目標値と現状値の差が最も少ないのは京都府の10.3ポイントで、差が最も大きかったのは三重県の48.6ポイントであった。全国値の差である20.7ポイントより小さい値を示したのは10府県、高い値を示したのは他12都道県であり、同じ値を示したのは3府県であった。目標値に対する現状値との関連性はあまり見られず、全国の目標値をそのまま採用した都道府県が多いと推定された。

5 . 目標 5

全国値	喫煙が及ぼす健康影響についての知識の普及	歯周病：100%
-----	----------------------	----------

各都道府県における目標値は右頁の表のように設定されている。目標値を設定している19都府県のうち、最も低い値を掲げているのは富山県の50%以上であり、15都府県が国の目標値と同じく100%の知識の普及を目標として設定しており、具体的な数値ではなく「増加」と設定しているのが1県あった。

【現 状】

基準値は1998年度「喫煙と健康問題に関する実態調査」によるものであり、ほかの喫煙と関連がある疾患とともに調査されたもので、調査対象となった8疾患中最低の27.3%となっている。喫煙と歯周疾患(もしくはその他の疾病)との関係に関する知識の調査は、今回はじめて全国規模で行われたため、過去との比較を行うことはできない。

各都道府県における現状値は、表のようである。現状値が記載されている11都府県のうち最も良い値を示しているのは岐阜県の50.4%、最も悪い値を示しているのは愛知県の16.2%である。また全国値を使用しているのは3府県であった。知識の普及率を年齢ごとに調査している都県もあり、宮城県では27.3～90.6%、東京都では20～39歳では35.1%、愛媛県では20歳代で40.1%、40歳代で27.0%、60歳代で20.8%というように示されている。調査している都県が少ないが、年齢階級ごとに知識の普及率が異なることが推測される。現状値が低い県であっても、喫煙が歯周病に及ぼす影響についての知識の普及は100%の都府県が多い。

喫煙習慣のある者の率については、2000年国民栄養調査によると、男性47.4%、女性11.5%となっている。年次推移をみると、男性では、この数年わずかな低下傾向がみられるが、女性ではわずかではあるが上昇傾向がみられる。男性・女性を問わず20歳代の喫煙率が高く、年齢とともに低下していく傾向がある。

医療従事者における喫煙率についてみると、日本医師会会員喫煙意識調査(2002)によると男性医師の喫煙率は27.1%、女性医師は6.8%となっている。また、日本看護協会の調査(2001)によると看護職女性の喫煙率は24.5%となっている。歯科医師の喫煙率に関する全国規模の調査は行われていないものの、埴岡らが行った1997年大阪大学歯学部同窓会会員に対する調査によると男性28.7%、女性1.6%となっている。全国平均に比べ医師・歯科医師の喫煙率は低率であるものの、看護職においては平均の倍以上となっており、いずれにせよ欧米の医療従事者の喫煙率に比べるとはるかに高い値を示している。

喫煙行動が歯周疾患に及ぼす影響については、いくつかの疫学的研究がある。Grossiら(1995)によると、歯周疾患の判定を歯槽骨頂破壊の平均が4mm以上の者とし、年間喫煙量で軽度(5.3～15.0箱)、中程度(15.1～30.0箱)、重度(30.1～150.0箱)というように分類し、それぞれの歯周疾患発症に対するオッズ比を算出したところ、軽度では3.25、中程度では5.79、

喫煙の歯周病への影響についての認識率の目標値と現状値（基準値）

	目 標	現 状		目 標	現 状		目 標	現 状
北海道			石川			岡山		
青森			福井			広島		
岩手			山梨	増加		山口		
宮城	100%	27.3～ 90.6%	長野			徳島		
秋田	100%	20.5%	岐阜	100%	50.4%	香川		
山形	100%	今後調査	静岡			愛媛 ¹⁾	いずれも 100%	40.1% 27.0% 20.8%
福島			愛知	100%	16.2%	高知	100%	24.4%
茨城	80%		三重			福岡		
栃木			滋賀			佐賀		
群馬	100%	今後調査	京都			長崎		
埼玉	80%以上	20.7%	大阪	100%	全	熊本	100%	
千葉	100%	21.5%	兵庫	100%	全	大分	100%	
東京	100%	35.1% (20-39歳)	奈良			宮崎		
神奈川			和歌山		全	鹿児島	100%	31.1%
新潟			鳥取			沖縄		
富山	50%以上		島根					

1) 上段から20歳代、40歳代、60歳代 全は全国値を使用している県

重度では7.28という値が得られたとの報告がある。また日本ではShizukuisiら(1998)が職域成人を対象として行った研究では、CPIスコアの上位25パーセントの者を歯周疾患と判定した場合、喫煙者の歯周疾患発症のオッズ比は2.11であったと報告されている。これらの報告から喫煙者と非喫煙者を比較した場合、歯周疾患に発症する率は2倍以上であり、またその喫煙量とは比例関係にあることが判明してきている。

喫煙習慣と歯周疾患発症との関連性については、そのメカニズムも含め、近年の研究により明らかになってきたこともあり、歯科保健関係者でさえ、まだ十分な知識や認識を有していない状況にあると思われ、このようなことが都道府県別の目標値設定に至っていない都道府県が半分を越えている一因であるとも考えられる。また一方では、喫煙に関する全国規模の調査は行われているものの、詳細なものではなく、都道府県別・年齢別喫煙率などの目標値の設定には不可欠であるベースラインデータが存在しないことも、このように目標値の設定がなされていない要因でもあろう。そのためには、普及啓発活動の意味も含め、喫煙と歯周疾患に関する健康意識調査を実施し、さらに目標値の設定が一刻も早く行われることが望まれる。

4 . 8020運動、健康日本21・歯の健康と歯科医師会

新 井 誠四郎
(日本歯科医師会常務理事)

「8020」は、1989年の成人歯科保健対策検討会の報告書の中で歯科保健目標としてこの世に出た。以来、今日ですでに15年ほどの年月が経ち、歯科疾患実態調査報告を眺めても「8005」(1987年)から「8008」(1999年)へと向上しているが、いまだゴールは間近とは言えない。この間に、日本歯科医師会また都道府県歯科医師会、794の郡市区歯科医師会は、国民の歯の健康のため現厚生労働省あるいは地域の行政と一体となって、「8020運動」そして「健康日本21・歯の健康」に関する事業を展開してきた。

「8020運動」と歯科医師会

日本歯科医師会は、成人歯科保健対策検討会が提唱した「8020運動」にいち早く賛同し、「8020」について国民の理解を得るため翌1990年の歯の衛生週間に全国紙に对外PR広告を掲載した。また、1992年には「8020」ロゴマークを作成し、その後も歯の衛生週間行事を通じてあるいはパンフレットを作成するなどして「8020」の普及に努めた。このようにして、「8020」はマスコミ等に取り上げられわずかな期間で『ハチマルニイマル』と正しい読み方も国民の間に定着した。

日本歯科医師会では「8020」という言葉が先行し歯科医師の間でも「8020運動」の概念が十分理解されていないこともあり、1993年に内部に「8020運動」推進検討会を設け「8020運動」の考え方、歯科医師会の今後の取り組み、事業の評価等について報告を得た。また、1996年には公衆衛生委員会(現在地域保健委員会)から「8020運動について」の答申を得た。これらの結果は、日本歯科医師会の方向性を示す資料として都道府県歯科医師会を通じて関係者に配布された。

全国歯科保健大会は、日本歯科医師会が開催する歯科保健最大のイベントである。この大会においても、1992年に千葉県で開催された第13回大会では「生活のいぶき」-健康づくりと8020運動-をテーマとして行われた。大会は毎年場所を変えて行われているが、その後は昨年(2000年)の第23回大会までいずれの大会においても「8020」がテーマに取り入れられて行われている。

1992年度から厚生省は、都道府県で「8020運動推進対策事業」を進めた。この事業の根幹をなす、推進会議の設置、普及啓発事業、実践指導者養成等において、都道府県歯科医師会が主体性を発揮し地域の推進役を担った。この結果、都道府県における8020運動推進会議あるいは従来からの類似した歯科保健会議は、30ほどの都道府県で定期的開催されるようになった。この事業は、1997年度からは「歯科保健推進事業」の中で「8020運動推進特別事業」として、さらに、2000年度からは「歯科保健医療対策事業」の中で「8020運動推進特別事業」として続けられている。

「8020運動推進特別事業」と歯科医師会

厚生省(現厚生労働省)の「8020運動推進特別事業」は、1997年度から1999年度までと2000年度以降の2つの時期に分けて行われている。1997年度からの3年間では、市町村・特別区が行う既存の事業にないユニークな8020運動を推進することによって、生涯を通じた歯の健康づくりを図り地域歯科保健対策を推進する観点から行われた。

ここでは、イベントや講演会等は除外され、市町村保健センターを活用した事業、保健・医療・福祉が連携した事業、地域と学校や職域が連携した事業、民間活力を活用した事業が求められた。これらの事業は、市町村・特別区が行う事業であるが該当する郡市区歯科医師会との連携なしには進めることができない。

このため、日本歯科医師会ではかねてから公衆衛生委員会に諮問していた「地域における歯科保健医療のあり方及びその推進策」を1997年3月に同委員会から答申を得て、日本歯科医師会の方針として都道府県歯科医師会に通知した。また、同時に各地域の歯科医師会が実施しているユニークな事業をまとめた「歯科保健医療福祉事業実例100選」を、市町村・特別区が実施する「8020運動推進特別事業」の参考となるように発行した。

2000年度から行われている「8020運動推進特別事業」は、地域における8020運動の普及啓発と歯科保健事業の円滑な推進体制の整備を図るため、都道府県独自であるいは都道府県歯科医師会等に委託して創意工夫した事業を行うとしている。日本歯科医師会は、この事業を受けて都道府県歯科医師会に日本歯科医師会の見解と各都道府県共通の事業の参考事例(8020表彰事業と疫学調査、6歳臼歯の保護育成事業、歯の喪失防止運動等)を、毎年会長通知でまた都道府県歯科医師会の担当理事協議会で示した。

「8020運動推進特別事業」は、2000年度は45都道府県で、2001年度と2002年度は47すべ

表1 都道府県別「8020運動推進特別事業」実施数

	2000年度	2000年度	2000年度
推進委員会の開催	34	31	31
歯科疾患実態調査等	14	14	13
検討会等の実施	23	22	27
県民大会・シンポジウムの開催	12	16	13
イベント(健康祭り等の開催)	14	18	13
普及啓発事業	38	39	40
啓発用パンフレット作成	36	38	36
フッ化物応用による歯科保健事業	10	17	22
学童期対策	10	16	20
成人歯科保健対策	13	17	22
産業歯科保健対策	2	7	13
高齢者歯科保健対策	4	12	14
研修会の開催	22	22	27
データベース構築事業	9	9	10
その他	5	14	17

表2

都道府県	推進委員会	歯科疾患実態調査	検討会の実施	シンポジウム等	イベント	普及啓発事業	パンフレット作成	フッ化物の応用	学齢期対策	成人歯科保健対策	産業歯科保健対策	高齢者歯科保健対策	研修会	データベース構築	その他
北海道	12		13										14	14	
青森	12	12						13			13		14		
岩手	12							14							
宮城												14			13
秋田												12			
山形				14							14				
福島		12					12			14					
茨城		13						14							13
栃木															
群馬															
埼玉													12	12	
千葉		14	14					14	14	14			14		
東京都	12		14				13	14							
神奈川県	12	14	14				12								
新潟								14					12		14
富山					13	14					13			14	
石川														14	
福井	14	12				12	12		13	13		13		12	
山梨															
長野			12					14							12
岐阜		12				14	13	14	14	14	14	14	14		
静岡県															
愛知県		14													14
三重	12														
滋賀											14				
京都															
大阪															
兵庫県				13	13	12	14				14			12	
奈良									14						
和歌山															
鳥取	13	13		13						14					14
島根			14	13	13			14	14						14
岡山		12				12	14						14		14
広島								14							
山口															
徳島															
香川															
愛媛										14	14				
高知					12										
福岡															
佐賀															
長崎															
熊本															
大分		13						13	13						
宮崎			12												12
鹿児島															
沖縄	14	12							12	14	14	14		14	
	37	24	30	17	20	44	41	25	24	26	15	16	31	15	21

12、13、14は単年度に実施（12=2000（平成12）年度、13=2001（平成13）年度、14=2002（平成14）年度に実施）

はすべての年度に実施
 は2000（平成12）年度と2001（平成13）年度に実施
 は2001（平成13）年度と2002（平成14）年度に実施
 は2000（平成12）年度と2002（平成14）年度に実施

ての都道府県で実施された。その内容を類型化すると表1のようになる。また、都道府県別の年度による実施内容を示すと表2のようになる。推進運営委員会は、事業を円滑に推進するうえで基本となるもので、多くの都道府県で3年度にわたって開催され、単年度も含めると37都道府県で開催されている。

口腔状況の把握は地域活動を行ううえで前提となるものだが、都道府県を単位とする歯科疾患実態調査はあまり行われていなかった。この事業をきっかけとして半数の24都道府県で実施され資料を得た。また、データベース構築事業も3年度の間に15都道府県で実施されている。

都道府県民に向けて多くの都道府県で実施されたのが、普及啓発事業と啓発用パンフレットの作成である。普及啓発事業では、普及啓発のための機器媒体の整備、ホームページの立ち上げ、マウスガードの普及等が行われている。また、学童、成人、産業従事者、高齢者と対象をしばった事業も、年々実施都道府県数が増加している。

このような成果については、昨年静岡県で行われた全国歯科保健大会のシンポジウムにおいて報告した。21世紀はライフステージに沿った歯科保健、地域住民の参画のもとでの歯科保健を進めることによって、8020そして健康日本21・歯の健康の目標を達成するよう、日本歯科医師会の会員が今までの意識を改めて取り組んでいきたい。

8020達成イメージ図

日本歯科医師会は、8020を達成するためには妊娠から出生、そして80歳を迎えるまでのそれぞれのライフステージでどんな事業が必要か、また、重点施策は何か、歯科関係者だけでなく地域住民にも一目でわかるようにイメージ図を作成した(図1)。

このイメージ図をもとに、それぞれの都道府県、市町村ですでに実施している事業・施策と、いまだ実施していない事業・施策とに区分けすると、8020を達成するためにこれから取り組まなければならない事業・施策が明らかとなる。歯科医師会と住民とが手を組んで、それぞれの地域で事業・施策が行われるよう努力してほしい。

今後の8020達成のための対策

日本歯科医師会は、厚生労働省医政局歯科保健課との連携によって、図2・3の鳥瞰図に示す新たな事業を構築し、きめ細かく8020を達成することとしている。

図3に示す「健康増進事業実施者歯科保健支援モデル事業」では、一般メニューと特別メニューの2つを用意し、一般メニューにおいては従来からの歯周疾患検診事業で採用してきた歯周組織の盲のう検査を主体としたC P I検査(Community Periodontal Index)を実施し、また、特別メニューにおいては、厚生労働科学研究で明らかにされた知見をベースに歯周病を惹起する細菌のスクリーニング検査によって歯周病の発生を予測して、専門的な歯科保健指導を効果的に進めようとしている。このモデル事業は、健康増進法の施行とともにスタートする

もので、1年間でおおむね15都道府県づつ実施し、3年間の計画で全国47都道府県を一巡する。

さらに、成人期の歯の喪失の主な原因となる歯周病の予防対策として職域歯科検診を充実する施策を展開するため、あらたに2002（平成14）年度から保険者事業として政府管掌健康保険のモデル事業を立ち上げ、パイロット事業として歯科健康診査、歯科健康教育等の事業をはじめており、2003年度以降につなげてより実効のあがるものに育てていきたいと考えている。

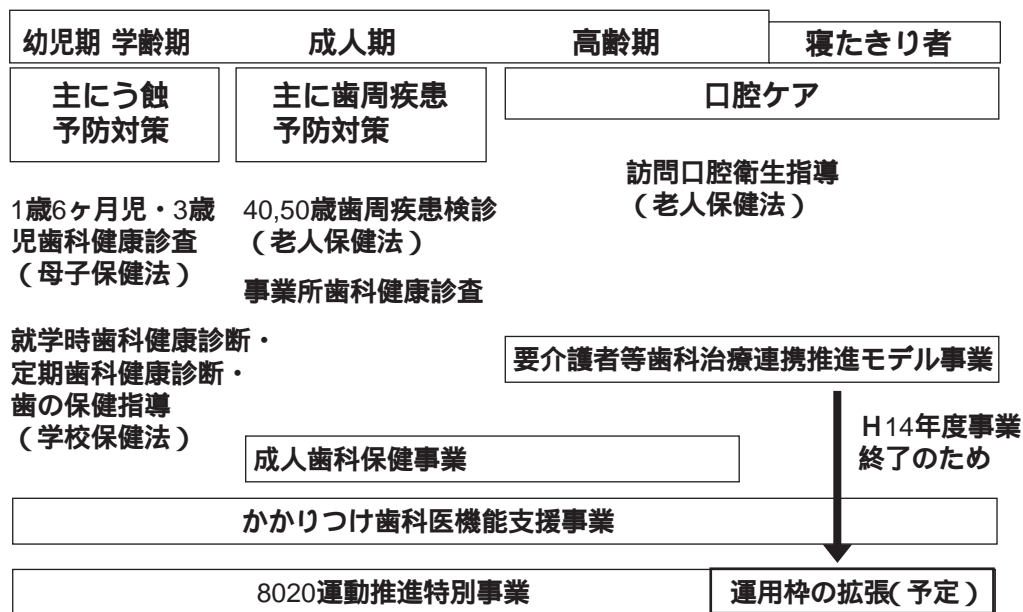


図2 歯科保健対策の基盤整備 鳥瞰図(現在平成14年度)

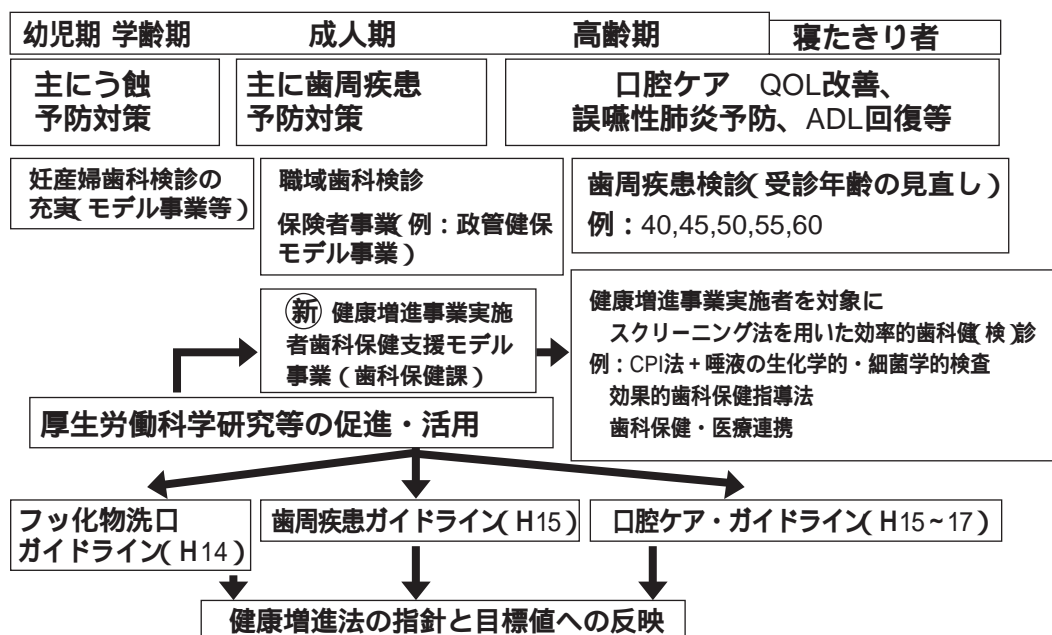
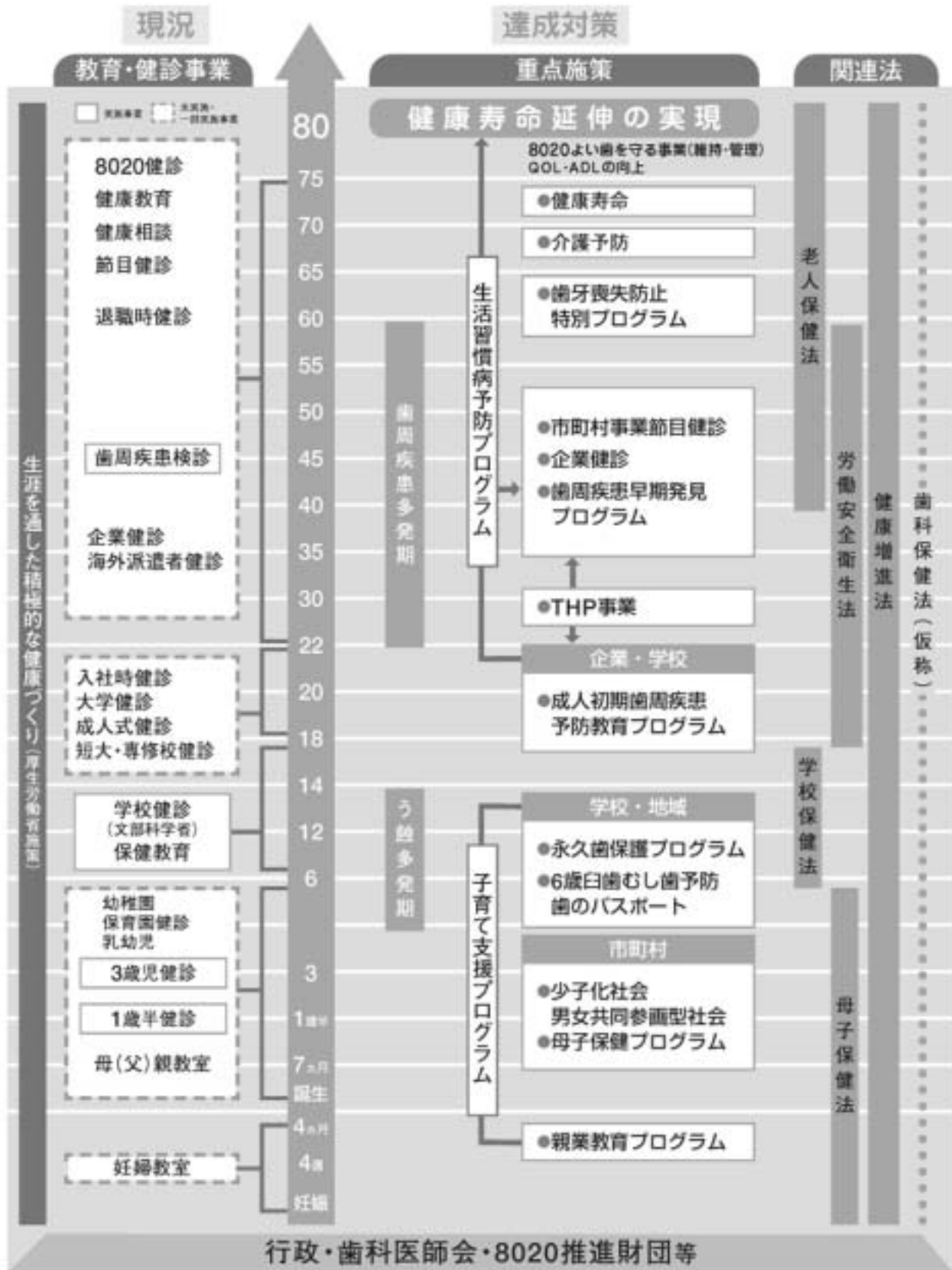


図3 歯科保健対策の基盤整備 鳥瞰図(近未来の課題)

8020達成イメージ図



(日本歯科医師会 2012)

図1 8020達成イメージ図

5 . 8020 ・ 歯の健康関連データ

軽 部 裕 代
(鶴見大学歯学部助手)

8020および健康日本21・歯の健康の目標値に関連する、過去のデータは数多くみられる。ここではどんなデータがあるか、代表的なものを紹介する。

歯科疾患実態調査

歯科疾患実態調査は、わが国の歯科保健状況を把握する目的で、1957(昭和32)年から6年ごとに現在の厚生労働省医政局によって実施されており、最近では、1999(平成11)年に第8回目の調査が行われた。国民生活基礎調査地区から無作為に抽出した300地区内の世帯のうち、満1歳以上の世帯員全員を調査対象としており、国民栄養調査と同時に行われている。

主な調査項目は(1)現在歯の状況(う蝕の有無、処置の有無等)(2)喪失歯および補綴の状況(3)歯肉の状況(4)歯列・咬合の状況(5)歯ブラシの使用状況(6)フッ化物の塗布状況などである。第1回から第8回までの調査項目の推移を示すと表1のようであり、現在歯の状況、喪失歯および補綴の状況、歯ブラシの使用状況については第1回から連続して調査され

表1 歯科疾患実態調査調査事項の推移

	1957年 (第1回)	1963年 (第2回)	1969年 (第3回)	1975年 (第4回)	1981年 (第5回)	1987年 (第6回)	1993年 (第7回)	1999年 (第8回)
生年月日・年齢 性								
世帯業態 地域ブロック								
歯ブラシの使用 フッ化物塗布								
健全歯 現在歯								
未処置歯 処置歯								
歯肉の状況 歯石沈着の状況								
喪失歯 補綴の状況								
歯並びの状況 その他	注 ¹		注 ²		注 ³			

注¹：医療保険加入，出産回数，歯槽膿漏固定装置，矯正装置，保定装置，保隙装置，骨折処置，顎口蓋補綴装置の装着状況

注²：医療保険加入，歯科受療

注³：サホライドの塗布状況

ている。また、調査結果をもとに、歯の平均寿命（第5回1981年以降）現在歯が20歯以上ある人の割合〔8020割合〕（第4回1975年以降：1993年以降の報告書に1975年までさかのぼって記載されている）が算出されている。

調査結果は性（男女計、男、女）、年齢別あるいは5歳をひとまとめとした年齢階級（例えば5～9歳）で示しているが、年齢・性で調査参加率にばらつきがあるため男女それぞれでまた5歳階級で結果を見るとよい。また、歯肉の状況、う蝕の程度（例えばC₁）などは、調査年によって調査基準が異なるため単純に推移を比較することができない。それぞれの報告書の診査基準を御覧いただきたい。

1999年に行われた調査結果の概要は次のとおりである。

現在歯の状況（う蝕の有無、処置の有無等）：う蝕は、乳歯ならびに若年者の永久歯において減少傾向にあるが、高齢者においては増加傾向にある。処置歯は、乳歯、永久歯ともに、前回（1993年）の調査に比べて改善がみられる。

喪失歯および補綴の状況：喪失歯は、壮年・中年期ではあまり増加していないが高齢者では増加しており、高齢化の影響と思われる増加が見られる。補綴の状況は、補綴を完了している者が年々増加し未補綴者が減少している。

歯肉の状況：歯肉に所見のある者の割合は増加しており重症化の傾向にある。歯石の沈着状況は、増加傾向にあり特に20～54歳までで最も高率である。

歯列・咬合の状況：12～20歳において、上下顎に叢生ありの者が20%、上下顎に空隙がある者が3%ある。

歯ブラシの使用状況：毎日2回以上歯を磨く者の割合は増加している。

フッ化物の塗布状況：塗布経験者の割合が約42%と年々増加している。

なお、歯科疾患実態調査の結果は、「昭和32・38・44年歯科疾患実態調査報告」（復刻版）「昭和50年歯科疾患実態調査報告」「昭和56年歯科疾患実態調査報告」「昭和62年歯科疾患実態調査報告」「平成5年歯科疾患実態調査報告」「平成11年歯科疾患実態調査報告」として、昭和50年版以外は財団法人口腔保健協会から、昭和50年版は医歯薬出版株式会社から発行されている。

保健福祉動向調査

保健福祉動向調査は、国民の保健および福祉に関する事項について、その実態や意識を世帯の面から把握することを目的として、1963（昭和38）年から「保健衛生基礎調査」として現在の厚生労働省大臣官房統計情報部によって毎年行われたが、1987年に現在の名称となって国民生活基礎調査の小規模調査の年（3年に2回）に実施されている。国民生活基礎調査地区から選ばれた地区内における世帯員を対象（対象者の年齢は調査テーマによって異なる）とし、その都度、調査テーマが決められている。

歯科保健については1969（昭和44）年、1981年、1987年、1993年、1999年の5回取り上げ

表2 保健福祉動向調査「歯科保健」の内容

年度	調査目的	調査事項
1969 (昭44)	歯科衛生に対する意識及び実態を把握し、 歯科保健対策推進の基礎資料を得る。	健康状態・生野菜・果物摂取状況・歯みがき状況・歯 の健康診査受診状況・未処置歯の有無・過去1年の歯 の受療状況・歯科医選択理由・歯科医療に対する問題 意識・最終学歴・妊娠中の歯の健康診査受診状況・近 所に歯科医の有無
1981 (昭56)	歯科疾患の予防状況。受診行動、歯科医 療に対する要望、小児の虫歯予防に対す る態度等を意識面から把握し、歯科保健 対策に資する。	自覚症状・歯みがき状況・歯の健康維持のための注意 事項・子供の虫歯状況・子供の虫歯予防のための母親 の注意・歯科医選択理由・予約制・診療待時間・診療 費支払の形態・治療中断理由・歯科医療問題に対す る要望・妊娠出産期の歯の健康に対する自覚
1987 (昭62)	歯科疾患の予防の状況。受診、行動、歯 科医療に対する要望等について意識及び 実態を把握し、歯科保健対策に資する。	自覚症状・歯みがき状況・歯の健康維持のための注意 事項・受診状況、喪失歯の有無と義歯の状況、歯科医 療に対する要望
1993 (平5)	近年の「8020(ハチマルニイマル)運動」 の本格的推進に鑑み、国民の歯科疾患の 予防、受診行動、歯科医療に対する要望 等について実態と意識を把握し、今後の 歯科保健対策に資する。	喪失歯の有無、自覚症状、歯の健康維持のための注意 事項、歯みがき状況、歯みがき指導経験及び歯科検診の有 無、受診の状況、義歯の状況、歯科医療に対する要望
1999 (平11)	国民の歯科疾患の予防の状況、受診の状 況、歯科医療に対する要望等について実 態及び意識を把握し、今後の歯科保健対 策に資する。	歯の状態、歯や口の中の悩みや気になること、歯や歯 ぐきの健康のため注意、歯みがき状況、受診の状況、 義歯の状況、歯科医療に対する要望、在宅の歯科保健に対 する要望、健康意識

(厚生統計協会「国民衛生の動向」による)

られ、歯科疾患の予防の状況や、受療の状況、歯科医療に対する要望などについて調査された。5回の調査目的と調査事項は表2のようであり、調査事項をみると歯科保健医療に関するその時々課題がわかる。

1999年に行われた調査結果を示すと、次のとおりである。

現在の歯の状態：「歯がほとんど揃っている」者が74%である。また、歯が揃っている者ほど健康状態がよい。歯や口の中に「悩みや気になることがある」者が70%、普段歯や歯ぐきの健康について「注意している」者が78%みられる。

歯みがき：「毎日磨く」者が95%、歯間部清掃用器具を「使用している」者が24%である。この1年間に正しい使い方についての指導(歯磨き指導)を「受けたことがある」者が20%みられる。

歯科受診：この1年間に歯科診療所や病院の歯科で、診療を「受けたことがある」者は35%であり、主にう蝕の治療で受療している。「義歯を作ったことがある」者は42%であった。

歯科医療に対する要望：何らかの「要望がある」者は77%、自分が寝たきりなどなった時に「在宅で必要な治療が受けられるようにしてほしい」が63%みられる。

なお、保健福祉動向調査の結果は、昭和38～60年は各年の「保健衛生基礎調査」、昭和62年以降は各年の「保健福祉動向調査」としていずれも財団法人厚生統計協会から発行されている。

学校保健統計調査

学校保健統計調査は、児童・生徒および幼児の発育および健康状態を明らかにし、学校保健行政上の基礎資料を得ることを目的として、1958(昭和23)年から学校で実施されている定期健康診断の結果をもとに、毎年抽出された対象校の結果を現在の文部科学省生涯学習政策局によって集計され報告書が作成されている。

ここでの調査項目は、児童・生徒および幼児の発育状態(身長・体重および座高)や健康状態(栄養状態、眼の疾病、歯・口腔の疾病および異常の有無など)であり、全国の値を幼稚園(5歳)、小学校(6～11歳)、中学校(12～14歳)、高等学校(15～17歳)について性・年齢別に報告されている。

歯・口腔の疾病および異常については、幼稚園から高等学校まで性・年齢別にう歯を持つ者の率(処置完了者率、未処置歯を持つ者とその合計の率)、その他の歯の疾患を持つ者の率、口腔の疾病・異常を持つ者の率と12歳のDMFT(1人平均う歯数)が報告されている。このように、12歳を除いては「者率」のみで「1人平均歯数」については報告されていない。なお、学校保健統計では疾病や異常を持つ者の割合を「被患率」と呼んでいる。

2001年度の「むし歯(う歯)」の被患率は、他の疾患・異常に比べて最も高く、幼稚園で62%、小学校で76%、中学校で74%、高等学校で84%である。しかし、この結果は年々低下傾向にあり、「未処置歯のある者」や「処置完了者」の割合も、幼稚園、小学校、中学校、高等学校のすべてで低下傾向にある。また、12歳児のDMFT数は2.51本であり、フッ化物入り歯磨剤の普及や保健教育の充実などにより減少傾向にある。

なお、学校保健統計調査の結果は、各年の「学校保健統計調査報告書」として財務省印刷局から発行されている。

1歳6ヵ月児歯科健康診査

1歳6ヵ月児健康診査は、1977(昭和52)年に厚生省児童家庭局長通達により開始されたが、1994年の「地域保健法」の制定により現在は「母子保健法」の規定により実施されている。この健康診査の目的は、運動機能障害、視聴覚障害、精神発達の遅延などを早期に発見し、適切な指導を行うことにより、幼児の健康の保持増進をはかることである。歯科健康診査は、幼児のう蝕罹患傾向を予測し、その予測に従って指導を行い、乳歯う蝕予防の効果をあげようとするものである。

1歳6ヵ月児歯科健康診査の診査項目は、断乳や間食についての問診のほか、口腔診査(う歯、歯の清掃度、軟組織の疾病異常など)を行い、口腔保健指導を行うことにより、歯や口腔に関する知識の伝達と、甘味制限や歯口清掃指導等を行っている。

1999年の結果は、う蝕の有病者率では5%、1人平均う蝕歯数では0.13本となっている。政令市・特別区とそれ以外とを比較すると両者ともに前者でわずかによい。また、近年では年々よくなっている。

なお、各年の1歳6か月児歯科健康診査および次にあげる3歳児歯科健康診査の結果は、各年の「歯科保健関係統計資料」(財団法人口腔保健協会発行)の母子歯科保健の章に都道府県・政令市特別区別に記載されている。

3歳児歯科健康診査

3歳児健康診査は、1961(昭和36)年に厚生省児童・医務局長連名通達により開始されたが、1965年の「母子保健法」の制定にともない同法に定められ実施されている。この健康診査の目的は、身体発育、精神発育の面から最も重要な時期にある3歳の時期に総合的に健康診査を行い発育状態にあわせた適切な指導と処置を行うことにある。

歯科保健においてもこの時期は、乳歯う蝕の感受性に個体差がはっきりと現れてくる時期であり、口腔の健康を保持増進するための習慣を形成するためにも重要な時期でもあるので、1歳6か月児歯科健康診査との連携に留意し、危険因子と判定された者の改善状況およびその効果を確認することが目的とされる。診査項目は、1歳6か月児歯科健康診査で用いられている診査項目に咬合の異常を加え、口腔の発達に応じたう蝕予防と、歯科保健指導を行っている。1999年の調査では、う蝕の有病者率は38%、1人平均う蝕歯数は1.67本であり、う蝕罹患型ではA型がう蝕有病者の58%を占める。政令市・特別区とそれ以外とを比較すると前者でよい傾向にある。また、1歳6か月児と同様に近年年々う蝕が減少している。

老人保健法による歯周疾患検診

老人保健法は、わが国の老年人口割合が10%に近づいた1982(昭和57)年に成立し翌年から各種対策が進められた。この法律の目的は、国民の老後における健康の保持と適切な医療の確保を図るため、疾病予防と治療・機能訓練等を総合的に実施し、国民保険の向上および老人福祉の増進を図ることとしている。

老人保健法による歯科事業は、当初は歯科医療のみであったが、1987年に歯科に関する健康教育と健康相談が、1992年には訪問口腔衛生指導が、1995年には歯周疾患検診が加わった。歯周疾患検診は、現在40歳および50歳を対象として「老人保健法による歯周疾患検診マニュアル(第2版)」(日本医事新報社発行)に示される方法を基準として行われている。

歯周疾患検診の結果は、「地域保健・老人保健事業報告」(財団法人厚生統計協会発行)によると、2000年度の参加者数が全国で46,015人(うち女32,068人)で、要精密検査が66%、要指導が19%であった。1999年度までは総合健康診査の一項目として行われ参加者数も1万人以下であったが、2000年度からは単独に行えるようになったため参加者が著しく増加した。

その他のデータ

歯科保健に関するデータを集めた二次資料(原資料を加工あるいはまとめたもの)には以下のようなものがある。

- 1) 歯科保健関係統計資料(歯科保健医療研究会監修、財団法人口腔保健協会発行)
毎年発行されている。国が発表した資料のうち歯科に関するものの数値をまとめている。
- 2) 歯科衛生の動向(日本口腔衛生学会編、医歯薬出版発行)
数年に1回発行、最新版は2002年版。資料編と解説編にわけ1)と同様に資料を載せ、さらに解説を加えている。
- 3) 国民衛生の動向(財団法人厚生統計協会編集・発行)
毎年発行されている。厚生労働省と学校保健、環境保全に関する国の動向について数値資料をつけて解説されている。

また、都道府県別のデータについては、都道府県庁あるいは都道府県歯科医師会に尋ねるとよい。しかし、結果の概要としてまとめられた資料がほとんどで、診査(調査)結果の数値をそのまま示した資料は少ない。

データの扱い方(見方)

現在歯数は年齢により異なる。また、現在歯数は平均値を中心として両側にほぼ均等に分布するが、う歯数や喪失歯などはない方がよく現在歯数と同様な分布をしない。このようなことを考えると、口腔状況を把握するには以下のような注意が必要となる。

診査基準を把握する。異なる基準のものを比較することはできない。また、診査基準が明らかでない調査報告は信頼性が低い。このことは、調査についてもいえる。

歯科疾患ではその量から見て、「者」を単位とするだけでなく「歯」を単位として見る必要がある。

幼児学童期は、年齢(学年)別・性別で見る。15歳以上では、5年齢階級(例:15~19歳、20~24歳)別・性別で見る。年齢や性が異なる集団全体について、全体をまとめて平均値で示すのは意味がない。

一人当たりう歯数のように平均値を中心として両側にほぼ均等に分布しないものは、平均値を見るだけでなくある値までの割合(例:う歯が0本の人の%、現在歯が20本以上の人の%)を見る。

CPIコードのようなカテゴリー(同質のもの)は、数量ではないので平均値では見ない。全体の割合で見る(例:コード1が何%か)。

ときには、「不明」「無回答」も重要である。この記載にも注意する。

グラフで示す時は、グラフの選択に注意する(例:年次的変化は折れ線グラフ)。

表で示す時は、縦・横どちらを基準(縦・横どちらの合計を100%)にするか注意する。

6 . 歯の健康に関する資料の収集、分析、評価

安 井 利 一
(明海大学歯学部教授)

8020関連の資料の収集

8020に関連する資料としては、厚生労働省が6年ごとに実施している歯科疾患実態調査がもっとも利用しやすい。結果については、CDが添付されているのでコンピュータ処理もしやすい。歯科疾患実態調査から得ることのできるデータは以下のとおりである。

- 1) 現在歯の状況
- 2) 喪失歯とその補綴状況
- 3) 8020に関する現在歯の状況
- 4) 歯肉の状況
- 5) 歯列・咬合の状況
- 6) フッ化物の塗布状況
- 7) 歯ブラシの使用状況
- 8) 歯の寿命

歯科疾患実態調査の結果から得られる情報には、8020に関して重要なものがある。

1) 一人平均現在歯数

歯科疾患実態調査が6年ごとに実施されているので、例えば、図1(図は本章の終りに一括して示す)のように3回実施分のデータを同時に記載することで、どの年齢層においてもっとも現在歯数の増加が著しいかを把握することができる。この図でみるように60歳代の国民の歯の所有状況が改善されていることがわかる。また、全体の傾向がつかめたならば図2に示すように平成5年と平成11年の調査結果を比較し、かつ数値も評価できるようにするには比較棒グラフを使用してデータテーブルを付け加えるとよい。

2) う蝕有病者の状況

う蝕は治療したり、未処置であったりと治療経験によって変化するが、う蝕統計では一度う蝕になると生涯その歯はう蝕ということになる。したがって、有病者すなわち一本でもう蝕を持っている人は有病者ということになる。反対に、有病者でない人とは、一本もう蝕がないし、もちろん治療を受けたこともない人ということになる。図3でみればわかるように、このようなう蝕に罹患したことのない人は10歳代前半で増加していることがわかる。

3) 未処置歯所有者の状況

未処置歯の所有者の状況を図4に示した。平成5年と平成11年を比較したものであるが、成人期で低下していることがわかる。

4) 20歯以上保有する者の割合

8020の達成者を見るには、20歯以上自分の歯を所有している人の状況が把握できればよい。図5には、3回の歯科疾患実態調査結果に比較を示した。このように折れ線グラフで比較すると調査年ごとにすべての年齢階級で保有者が増加していることがわかる。特に60歳代の国民は50%から65%の人が20歯以上を有していることがわかる。同様に、図6には平成5年と平成11年を数値比較したグラフを示した。65～69歳の年代では6年間で実に17.4ポイントも20歯以上を有している人が増加したということがわかる。

5) 歯の寿命に関する情報

歯の平均寿命は、歯種による寿命の違いが明確に理解できる。このことによって、8020を実現するにはどの歯を注意して定期的チェックをしなければならないのかという「かかりつけ」としての重要な情報も得ることができる。

ちなみに、図7が男性、図8が女性であり、図9は(女性の歯の平均寿命 男性の歯の平均寿命)を示している。女性がすべての歯種において寿命の延長が著しく、男性よりも長寿であることが理解できる。歯種では第一・第二小臼歯や第二大臼歯の寿命延長が著しいといえよう。

患者調査と保健福祉動向調査

患者調査は、厚生労働大臣により指定された、または、都道府県知事により選定された医療施設の管理者が医療施設を利用する患者について、その傷病の状況等の実態を明らかにするために行われる。本調査は3年ごとに実施される。一方、保健福祉動向調査は、国民の保健及び福祉に関する事項について、世帯面から基礎的な情報を得ることを目的としている。主として調査対象とするテーマが決まっており、歯科疾患実態調査の実施年には歯・口に関する調査が実施されることがある。平成12年は心身の健康がテーマであった。調査の対象及び客体は、全国の世帯員を対象とし、平成12年国民生活基礎調査の調査地区から無作為抽出した300地区内における満12歳以上の世帯員が選ばれている。

1) 患者調査

患者調査では、各診療科の来院患者数を把握することができる。図10は平成8年の患者調査に示された歯科診療所の推計患者数であり、ほぼ横ばい状態であることがわかる。

2) 歯科医療受療率

図11は、平成11年の患者調査データから作成した歯科医療機関の受療率である。う蝕は小学校低学年までにピークを迎え、成人期ではほぼプラトー状態を示している。一方、歯科疾患実態調査結果にみるように、高齢者の未処置歯数は増加しているものの受療率は低下している。

3) 有訴率

図12は有訴率を示したものである。有訴率とは、病気やけがなどで自覚症状のある者の人口1000人に対する割合をいう。歯科領域で特徴的なのは、年齢の増加にしたがって「噛みにくい」という訴えが急激に増加することである。ただし、「噛みにくい」というような訴えは

主観的であり、その原因は複数考えられる。そのため、歯科医療を考えると、その内容分析が必要となる。

4) 歯や口の中の悩み

有訴率に示されたような「噛みにくい」の内容を知るための手段として、保健福祉動向調査結果を利用することができる。図13は「悩みや気になること」の内容である。「ものがはさまる」が男女ともに30%を超えており、「噛みにくい」要因の一つとして、歯の喪失での「噛みにくさ」だけでないことが推測される。

5) 歯や歯ぐきの健康のための注意

保健福祉動向調査結果による「歯や歯ぐきの健康のための注意」内容を図14に示した。本来、歯や歯肉の健康の保持増進には「かかりつけ歯科医」の定期的なチェックが必要であると考えられるが、国民の側からは、「歯科検診や歯科健康診査を受けるようにしている」や「歯石をとってもらおうようにしている」が20%以下と極めて低率であることがわかる。このような意識と受療行動に課題があることがわかる。同様に、65歳以上の国民の注意を図15に示した。65歳以上の国民では、さらに上記の傾向が強く、歯科医療機関が疾病治療の目的としてのみ意識されていると推測される。

6) 受療の状況

図16には受療の状況を示した。1年間で歯科医療機関を受診した国民が35%程度であるが、その半数以上は齲蝕治療である。受療行動は、高齢者特に75歳以上で急激に減少する。

幼児および学齢期の歯科保健状況

幼児の歯科保健状況を知るには1歳6ヶ月児歯科健康診査と3歳児歯科健康診査の結果を把握するとよい。図17に示したように1歳6ヶ月児歯科健康診査、3歳児歯科健康診査ともに受診率は高いので全数調査（悉皆調査）に近く、データの信頼性は高い。1歳6ヶ月児歯科健康診査結果、3歳児歯科健康診査結果および文部科学省の学校保健統計調査結果から1歳6ヶ月児のdmf、3歳児のdmf、および12歳児（中学校1年相当）のDMFT指数を同一グラフ上に記載したのが図18である。1990年ころまでの平衡状態から比較すると、う歯数は減少傾向にあることがわかる。同様に、図20に示したように、12歳児のDMFT指数は平成14年で2.28本となり、そのほとんどが処置歯であるという状況で、未処置歯数は低い。もちろん、これに地域のデータを加味して比較検討することで、地域の歯科保健医療計画の策定にもつながってくる。

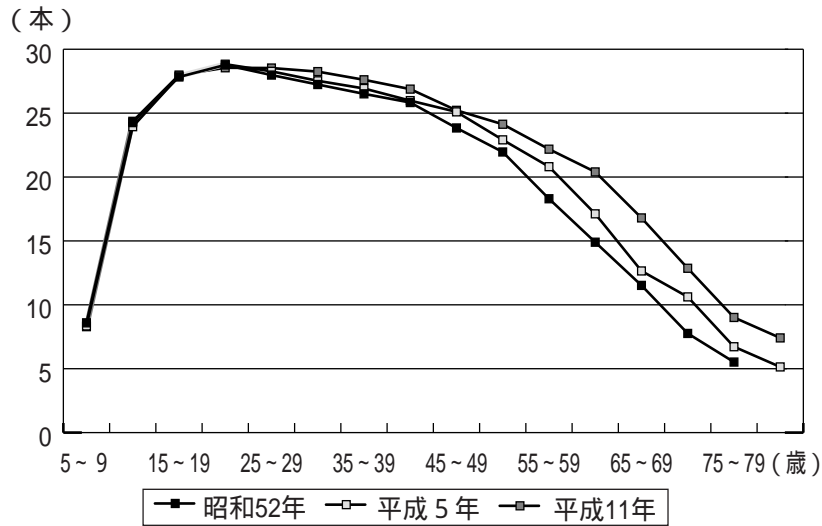


図1 一人平均現在歯数の状況
(平成11年歯科疾患実態調査・厚生労働省)

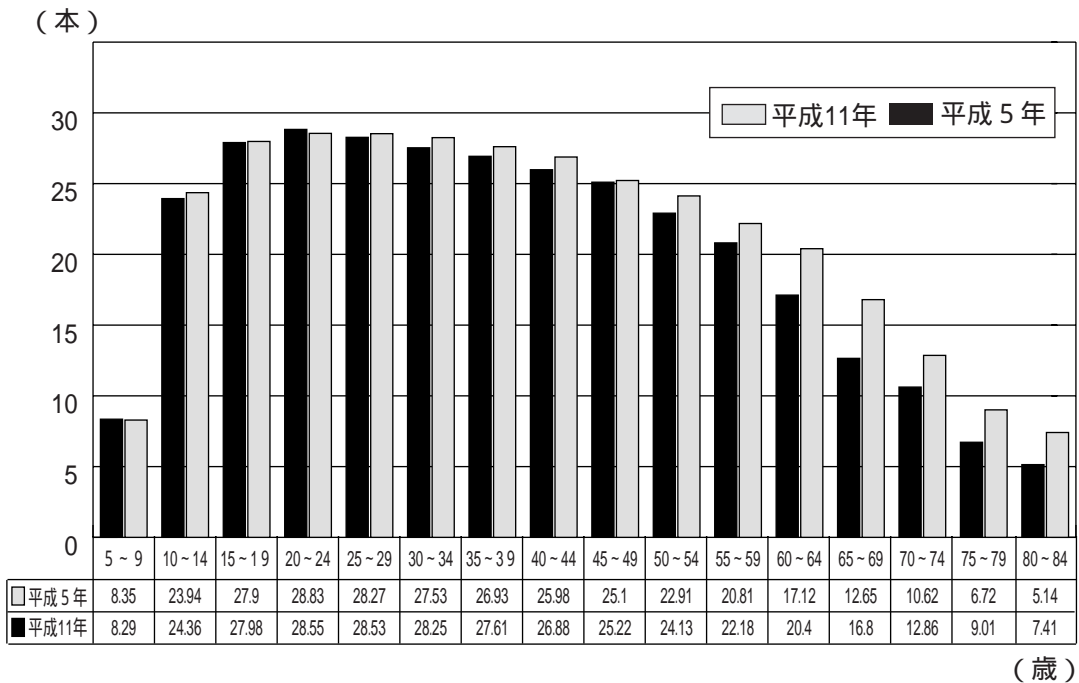


図2 歯科疾患実態調査における一人平均現在歯数の推移

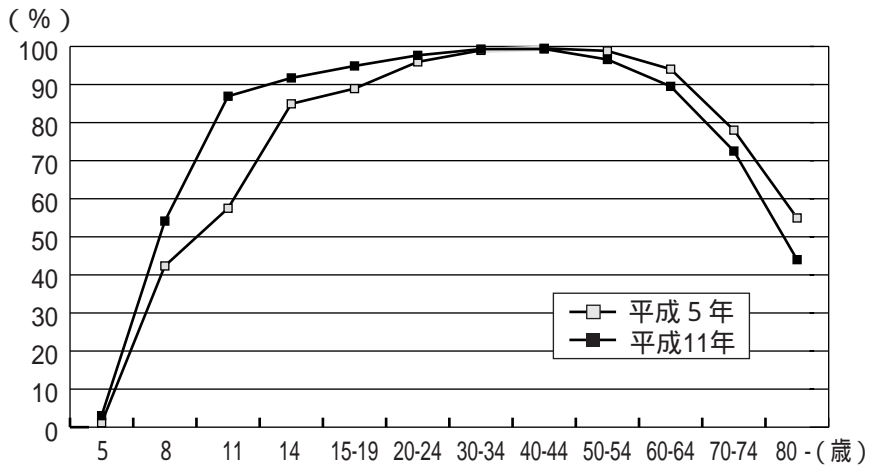


図3 う有病者の状況
(平成11年歯科疾患実態調査結果・厚生労働省)

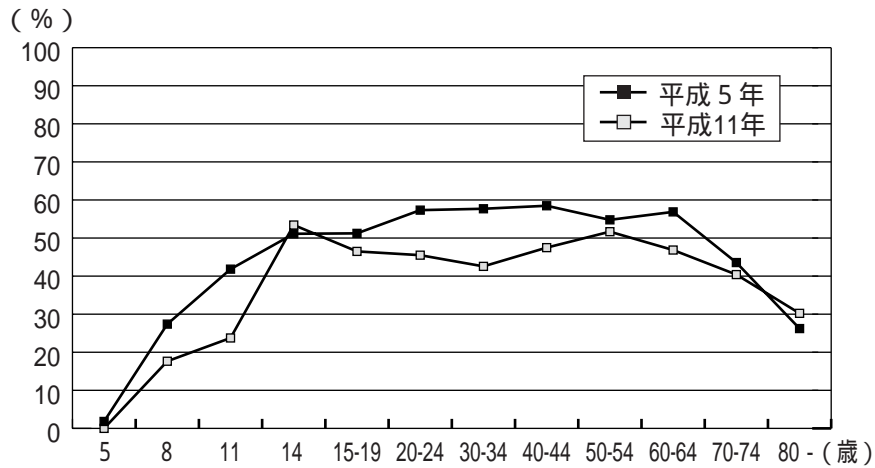


図4 未処置歯所有者の状況
(平成11年歯科疾患実態調査・厚生労働省)

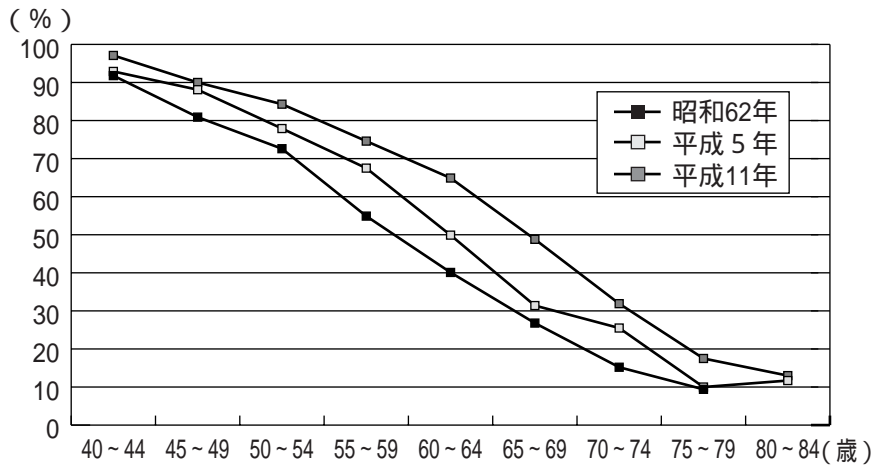


図5 20歯以上保有する者の割合
(平成11年歯科疾患実態調査・厚生労働省)

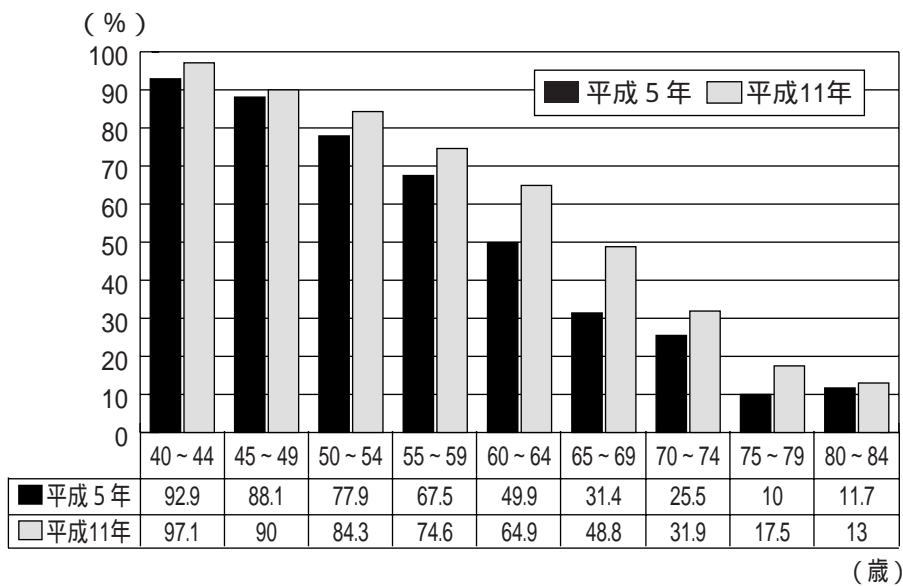


図6 歯科疾患実態調査における20歯以上を有する者の割合の推移

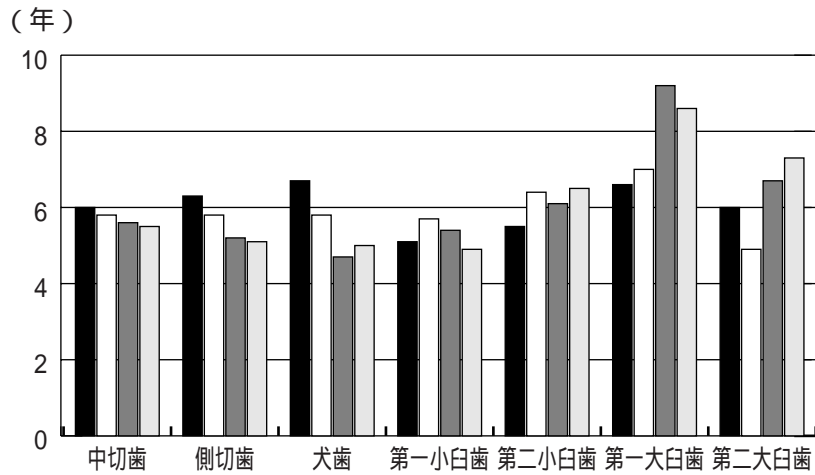


図7 歯の平均寿命延長の比較（男性）
（平成11年寿命と昭和62年寿命の差）

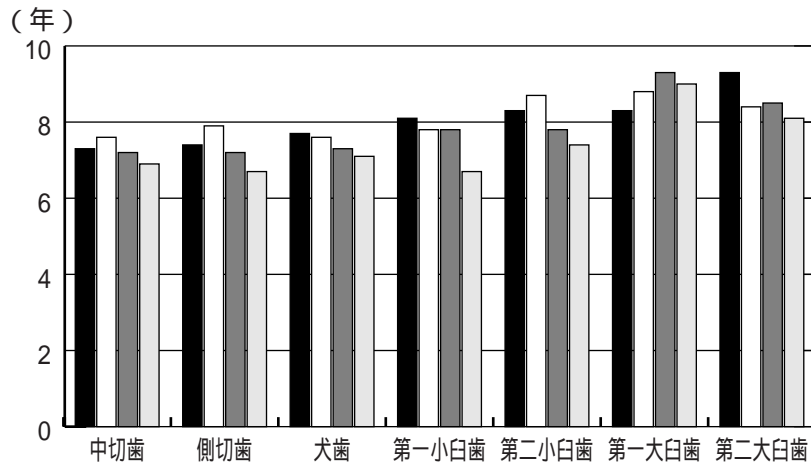
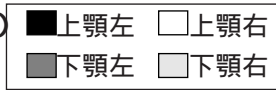


図8 歯の平均寿命延長の比較（女性）
（平成11年寿命と昭和62年寿命の差）

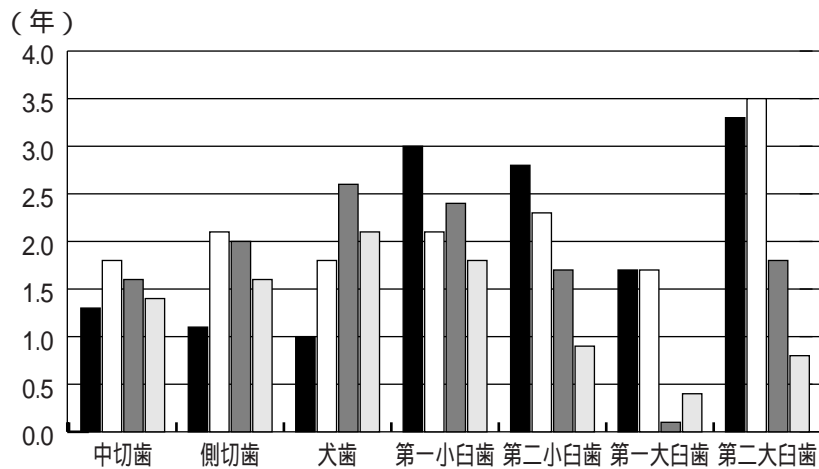
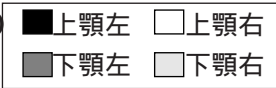
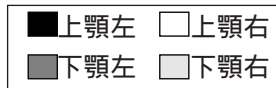


図9 歯の平均寿命延長の男女比較
（平成11年歯の平均寿命の差）



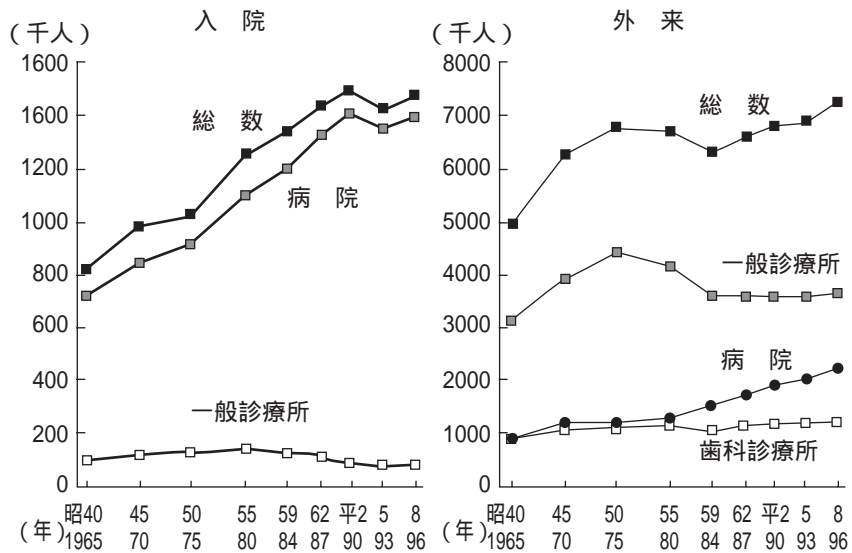


図10 施設の種類別に見た推計患者数の年次推移

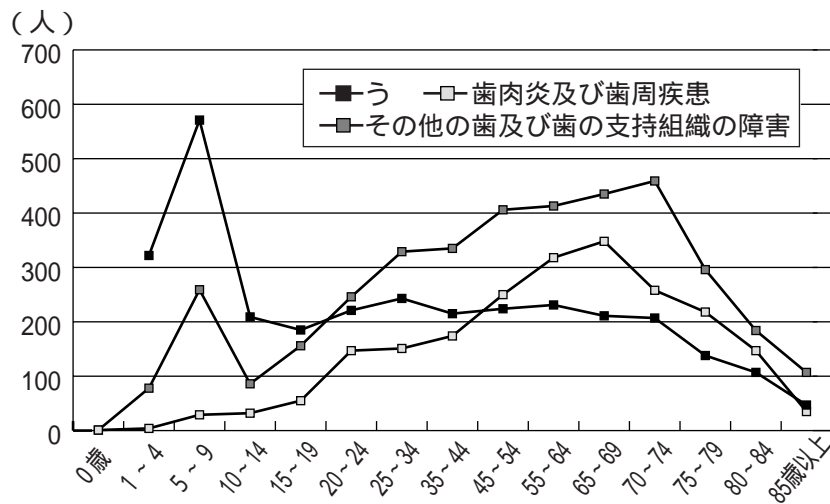


図11 歯科医療受療率（1999年10月患者調査）

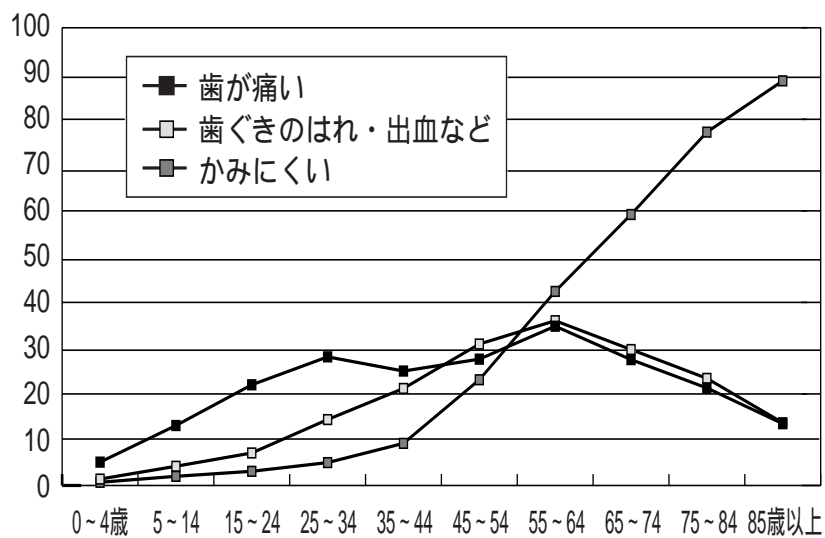


図12 有訴率（1998年6月国民生活基礎調査）

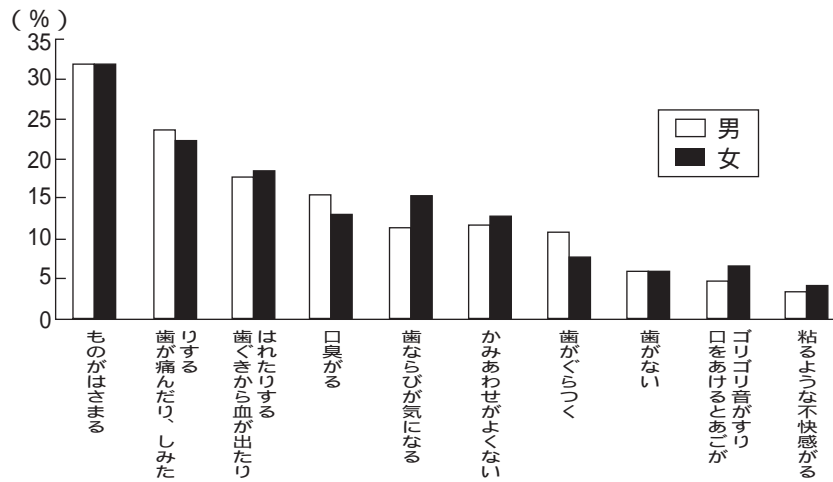


図13 性別にみた歯や口の中の悩みや気になることの内容（複数回答）

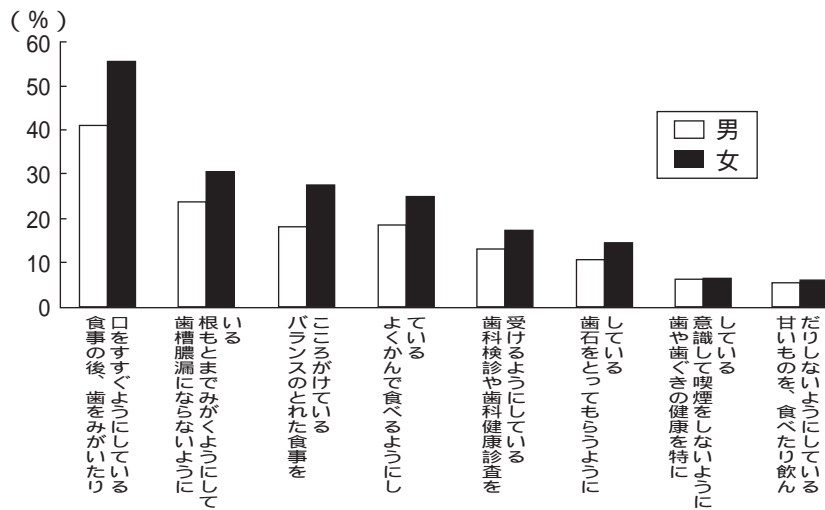


図14 性別にみた歯や歯ぐきの健康のための注意している内容（複数回答）

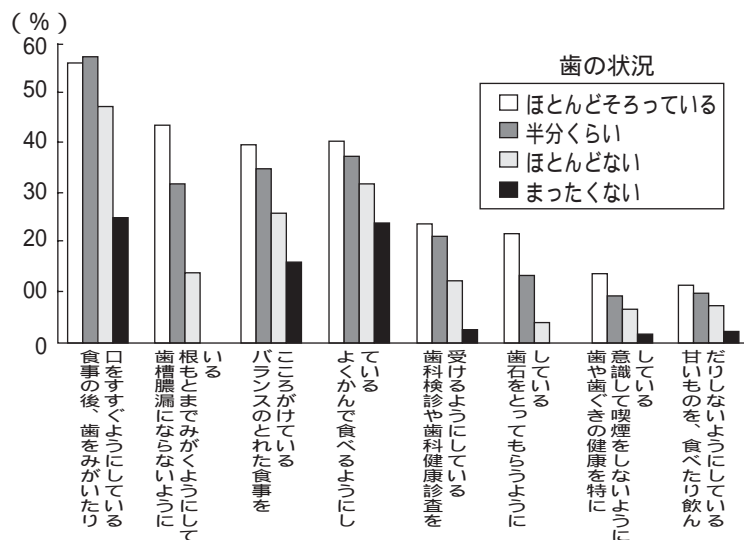


図15 歯の状態別にみた65歳以上の者の歯や歯ぐきの健康のために注意している内容（複数回答）

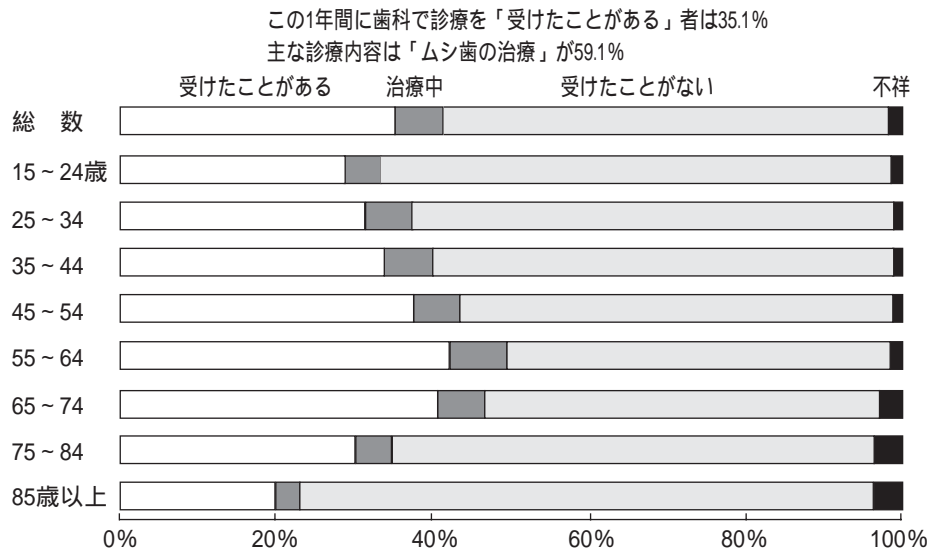


図16 受診の状況

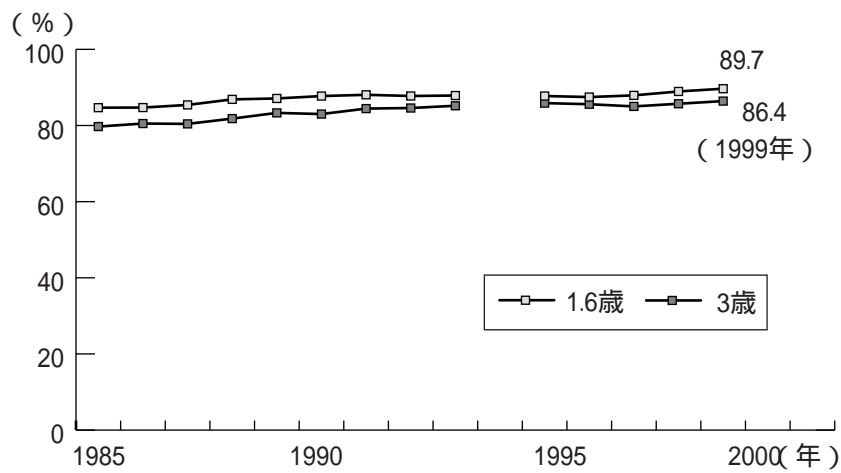


図17 歯科健康診査受診率

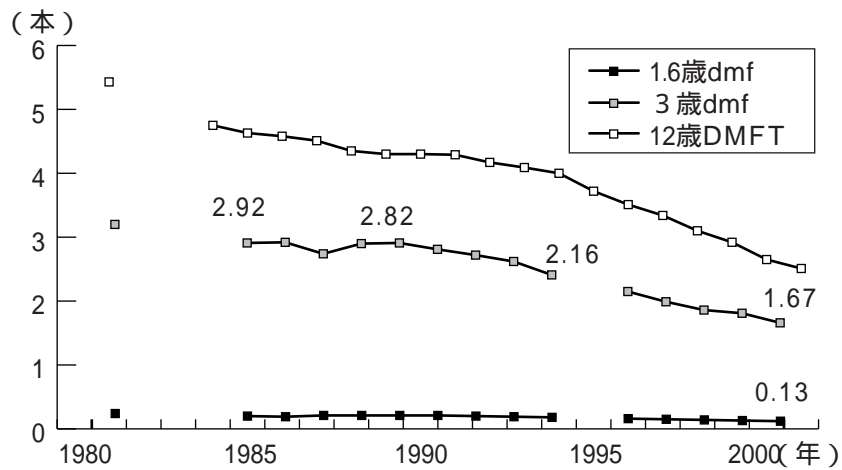


図18 一人当たり平均歯数等年次推移

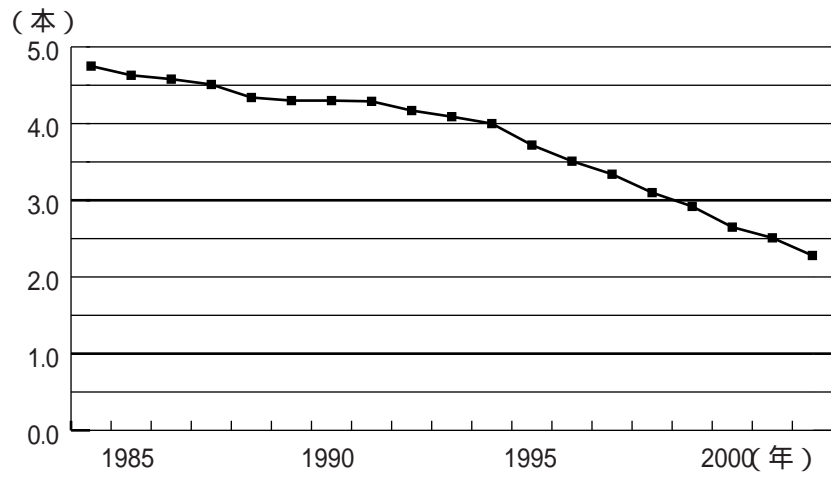


図19 12歳児一人平均DMF歯数の年次推移(学校保健統計調査)

7 . 8020、健康日本21・歯の健康は達成するか

末 高 武 彦

(日本歯科大学新潟歯学部教授)

はじめに

日本歯科医師会の対外PRとして1990年の歯の衛生週間にはじめて世に現れた「8020」は、その後「現代用語の基礎知識」などに時事用語として収録され、いまや多くの国民に周知されているヒット用語である。

健康づくりと8020(ハチマル・ニイマル)運動

食生活を送るために重要な役割を担っているのが歯の健康である。自分の歯が20本以上保たれていれば、ほとんどの食品を食べるのに支障がないとの調査結果等を踏まえ、80歳になっても自分の歯を20本以上保とうという8020(ハチマル・ニイマル)運動が全国的に推進されている。

近年、自分の歯を保つことは咀嚼能力(ものを咬む)を維持するだけでなく、様々な面から全身の健康保持、増進に関与しているとも言われており、8020に関する全国規模の情報基盤(データベース)を構築するなど、口腔の保健と全身の健康に関する総合的な研究が進められている。

これは、平成9(1997)年版厚生白書に掲載された健康づくりと8020運動に関する解説(原文のまま)である。このように、「80歳で20本の歯を保つ」ことは単に歯の健康に関する問題ではなく、全身の健康に関連する重要な問題である。したがって、ここでは、紙面の都合もあり健康日本21・歯の健康に関する目標値のすべてについてではなく、「80歳で20歯以上自分の歯を有する人」の目標値「20%以上」を中心として検討する。

8020の現状

1999年歯科疾患実態調査によると、80歳(75~79歳と80~84歳との数値を単純平均した

表1 性・年齢階級別現在歯数20本以上持つ者の割合(%)

性	調査年	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84歳
男	1993	93.8	91.0	86.2	72.0	56.9	35.4	31.6	15.4	13.5
	1999	95.8	91.7	86.1	73.8	68.6	53.5	36.2	21.5	17.9
女	1993	92.3	86.3	72.4	64.4	44.6	28.3	21.2	6.4	10.8
	1999	98.0	89.0	83.4	75.2	62.5	44.7	28.2	15.4	10.5

歯科疾患実態調査(厚生労働省)から著者が算出

表2 性・年齢階級別一人平均現在歯数(本)

性	調査年	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84歳
男	1993	26.3	26.0	24.4	21.8	18.6	13.5	12.5	8.4	6.0
	1999	27.0	26.4	24.7	22.0	21.5	17.8	13.7	10.0	9.6
女	1993	25.9	24.6	21.9	20.2	15.9	11.5	9.3	5.4	4.1
	1999	26.8	24.7	23.6	22.4	19.8	15.8	11.7	8.4	6.6

歯科疾患実態調の性、年齢別の結果から5歳階級別に著者がまとめる。

表3 出生年コホートによる性・年齢階級別一人平均現在歯数(本)

性	出生年	38 - 42	44 - 48	50 - 54	56 - 60	62 - 66	68 - 72	74 - 78	80 - 84歳
男	1915 ~ 19 (A群)	26.1	23.7	21.3	17.7	13.0	11.2	10.2	9.6
	1927 ~ 31 (B群)	27.1	24.7	22.0	19.2	16.5	15.5		
	1939 ~ 43 (C群)	27.3	26.0	24.4	22.0				
女	1915 ~ 19 (A群)	23.7	20.7	18.1	13.3	10.9	7.5	5.8	6.6
	1927 ~ 31 (B群)	24.7	21.9	19.0	16.5	14.6	13.2		
	1939 ~ 43 (C群)	25.6	23.5	21.9	22.0				

歯科疾患実態調査の結果から著者が算出

値)における、自分の歯を20歯以上有する人の割合は15%であり、一人平均現在歯数は8.2本である。

この結果と同様な手法で1993年および1999年の歯科疾患実態調査結果をもとに、男女別に40歳以上を5年齢階級で20歯以上有する人の割合並びに一人平均現在歯数について求めると、表1・表2のようになる。この結果、80歳で20歯以上有する人の割合は、1993年には男性14.5%・女性8.6%であったが、1999年には男性19.7%・女性13.0%となり、男性ではすでに2010年の目標値(20%)に近づいている。また、80歳の一人平均現在歯数は、1993年には男性7.2本・女性4.8本であったが、1999年には男性9.8本・女性7.5本となる。

表1・表2の結果は、1993年あるいは1999年という断面で観察した結果であり、この時期に80歳の者は1913(大正2)年あるいは1919(大正8)年に生まれた者、この時期に40歳の者は1953(昭和28)年あるいは1959(昭和34)年に生まれた者であり、前者(1910年代生まれ)と後者(1950年代生まれ)では生まれてから今日に至るまでの歯科保健医療に関する制度、また、食生活をはじめとする生活環境が大きく異なる。

このため、著者は、第1回(1957年)以降の歯科疾患実態調査結果をもとに、同一出生年のグループを男女別に追跡して一人平均現在歯数を求めた。表3にこの結果を示す。最新の歯科疾患実態調査が行われた1999年現在で、1915~19年に生まれた者(A群)は80~84歳、1927~31年に生まれた者(B群)は68~72歳、1939~43年に生まれた者(C群)は56~60歳である。

この3群について一人平均現在歯数を比較すると、38~42歳では男性で27本前後(A群とC群とでは1.2本の差)・女性で24本~26本弱(同じく1.9本の差)であるが、56~60歳では

男性で18本から22本（A群とC群とで差が4.3本）に・女性で13本から22本（同じく8.7本）になり、同一年齢階級における現在歯数の増加が著しく、かつ、性別では女性の増加が著しい。

また、健康日本21では当面2010年に目標値を設定していることから、2010年に80歳になるのは1930年生まれの人である。表2を眺めると、1927～31年群の68～72歳の一人平均現在歯数は男性15.5本・女性13.2本であり、1915～19年群の同年齢階級に比べ男性で4.3本・女性で5.7本増加している。

- 80歳で現在歯を20以上本有する者の割合は、男性ではすでにほぼ20%みられる。しかし、女性では13%で、男女で差がみられる。
- 同一出生年グループの一人平均現在歯数を追跡して調べると、出生年が若いグループほど40歳以降の現在歯数が多くなり、次第に男女の差も少なくなっている。

わが国の歯科保健医療対策

わが国の歯科医療は、1961年の国民皆保険のスタートにより多くの国民が受診できるようになった。しかし、当時は永久歯の治療が主体であり、乳歯の治療が普及したのは1978年に小児歯科の標榜が認められてからである。また、近年は歯科医師数の増加により歯科受診が容易となり、歯科医療も量から質の時代へと転換が求められている。

一方、歯科保健活動は、1947年に保健所の業務に歯科保健が加えられスタートしたが、う蝕対策が主体であったためか以後も母子歯科保健に主体が置かれた。この結果は、3歳児歯科健康診査の受診率あるいはdftにみられるように一定の成果を示している。しかし、成人に対する歯周病対策は、1987年に老人保健法のなかに歯科保健事業が加えられたが、いまだ保健事業への参加者も少なく十分な効果が認められない。

わが国の歯科保健医療対策

国民皆保険制度	1961年～（この時1955年生まれの者が小学校1年生）
3歳児歯科健康診査	1961年～（1958年生まれから受診）
1歳6か月児歯科健康診査	1977年～（1975年生まれから受診）
歯周疾患検診	1995年～（この時1955年生まれの者が40歳）

したがって、わが国の体系だった歯科保健対策によって口腔の健康が保持されるようになったのは、最大限現在の年齢で40歳以下の者と考えられる。一方、40歳以上に眼を向けると、この世代においても早期歯科受診行動、また、歯磨き習慣をはじめとする歯科保健行動は次第に向上しており、歯科疾患実態調査結果においても40歳以降の一人平均喪失歯数は回を重ねるに従い減少している。

継続した歯科保健活動結果から

A財団法人(事務所:東京、大阪、福岡)は、1971年から健康保険組合の委託を受けて職域成人集団を対象に歯科保健事業を継続して実施している。歯科保健事業は、指導歯科医師1名と事業所の規模により歯科衛生士2～10名が事業所に出向き、対象者1人当たり約20分の所要時間を用いて、口腔観察 相談・指導 歯垢染めだし 専門的歯口指導(実地指導を含む)

生活上の留意点の確認の流れで行っている。2001年度は57健康保険組合(このうち15年以上継続実施組合が27組合)から歯科保健事業の委託を受け、全国に所在する延べ約750事業所で約43,500に実施した。

また、同法人は、2000年度及び2001年度に健康保険組合連合会(本部:東京)からの委託を受けて、いままで歯科保健事業を実施したことがない7健康保険組合において、延べ約170事業所から8,900名の参加を得て、職域歯科保健モデル事業として継続的に実施している健康保険組合の歯科保健事業と同じ内容で実施した。

ここでは、2001年度に57健康保険組合で実施した歯科保健事業における参加者のうち初参加者を除いた20～59歳の男女約32,700名(継続参加者)の結果と、モデル事業に参加した20～59歳の男女約8,400名の結果とについて、健康日本21・歯の健康に挙げられている項目を中心に比較し、歯科保健事業に継続して参加している者(以下、継続参加者)とそうでない者(以下、初参加者)との違いについて、男女別10年齢階級別に検討する。

1. 一人平均現在歯数、現在歯数24歯以上の者の率

初参加者と継続参加者における性・年齢階級別の一人平均現在歯数は、図1のようである。初参加者と継続参加者とで、20～29歳と30～39歳では男女ともに差がみられないが、40～49歳から差がみられるようになり、50～59歳では継続参加者において男性で3.0歯・女性で2.5歯多く差が認められる。

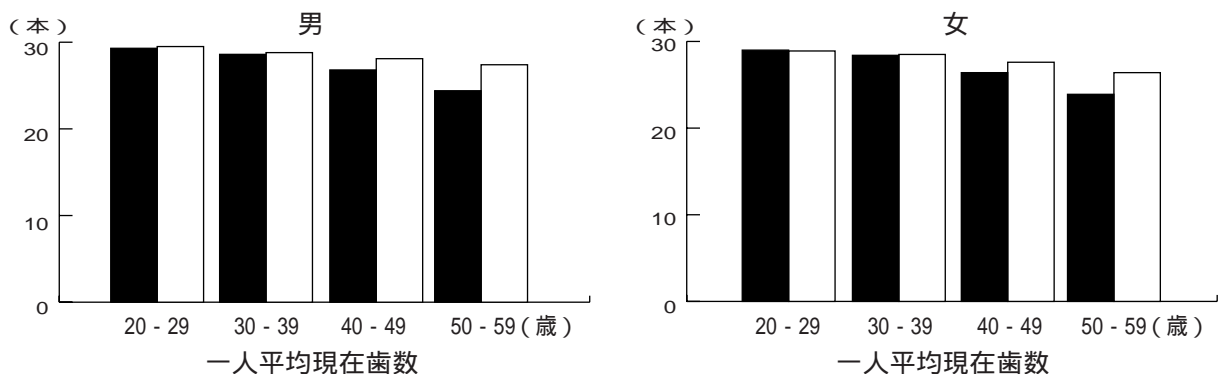


図1 性・年齢階級別勤務者の一人平均現在歯数
(初参加者(黒)と継続参加者(白)との比較)

また、現在歯数が24歯以上の者の率は、50～59歳の継続参加者では男性93%・女性88%であるが、50～59歳の初参加者では男性71%・女性69%と少なく、継続参加者と初参加者とで差が認められる。

2. 歯周炎罹患率（4 mm以上のポケットを有する者の割合）

上記と同じく性・年齢階級別の歯周炎罹患率は、図2のようである。初参加者と継続参加者とを比較すると、20～29歳の女性を除くすべての性・年齢階級で差が認められ、継続参加者で罹患率が低い（40～49歳及び50～59歳の継続参加者の罹患率は初参加者の60～80%である）。

健康日本21・歯の健康では、歯周炎罹患率の目標値を「40歳では22%以下」「50歳では33%以下」としている。今回の継続参加者の結果は、40歳では男性22%・女性13%（30～39歳の結果と40～49歳の結果の単純平均、以下同様に算出）50歳では男性38%・女性29%であり、40歳男女と50歳女性の値はすでに2010年の目標値に達している。

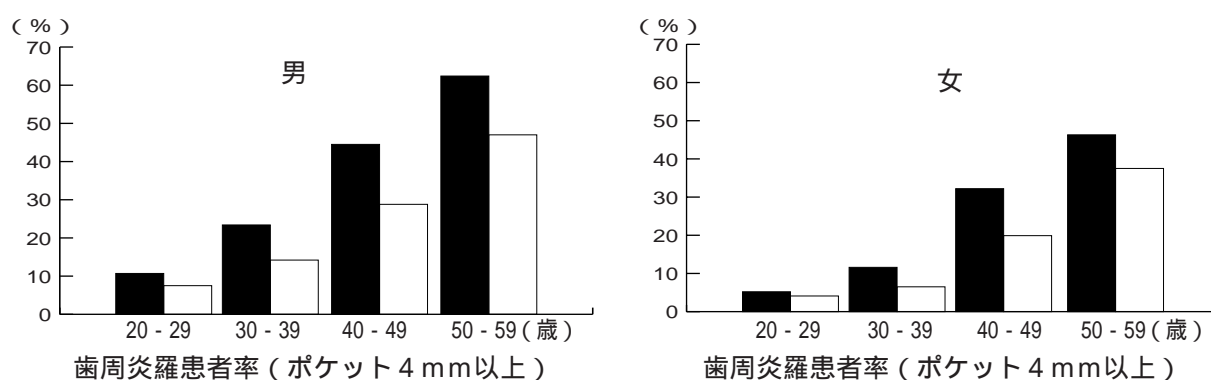


図2 性・年齢階級別勤務者の歯周炎罹患率（4mm以上のポケットを有する者の割合）
（初参加者（黒）と継続参加者（白）との比較）

3. 歯間部清掃用器具（デンタルフロス、歯間ブラシ）使用者率

同じく性・年齢階級別の歯間部清掃用器具使用者率は、図3のようである。初参加者と継続参加者とを比較すると、20～29歳男性と30～39歳女性を除く性・年齢階級で差が認められ、継続参加者で使用者が多い。しかし、男性・女性の最高値はいずれも50～59歳の男性28%・女性40%であり、いまだ2010年の目標値には程遠い。

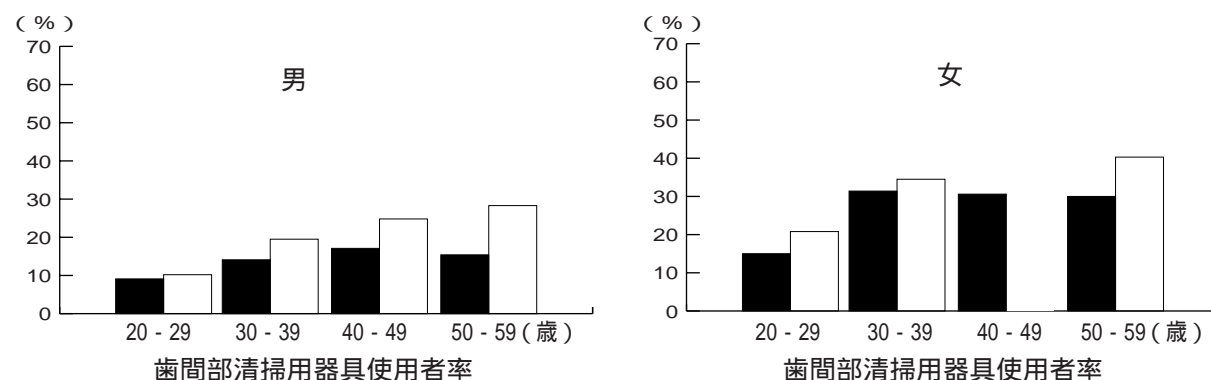


図3 性・年齢階級別勤務者の歯間部清掃用器具（デンタルフロス、歯間ブラシ）使用者率
（初参加者（黒）と継続参加者（白）との比較）

4. 口腔清掃方法が「適切」な者の率

同じく性・年齢階級別の口腔清掃方法が「適切」な者の率は、図4のようである。ここで「適切」とは、歯ブラシの毛先が歯頸部及び歯間部に到達し、ブラッシングによって染め出し剤がほとんど除去された状態の者とした。初参加者では、男性ですべての年齢階級で10%をわずかに超える程度であり、女性でもすべての年齢階級で20%台である。継続参加者では、男性で27～30%・女性で43～48%であり、初参加者とは差が著しい。

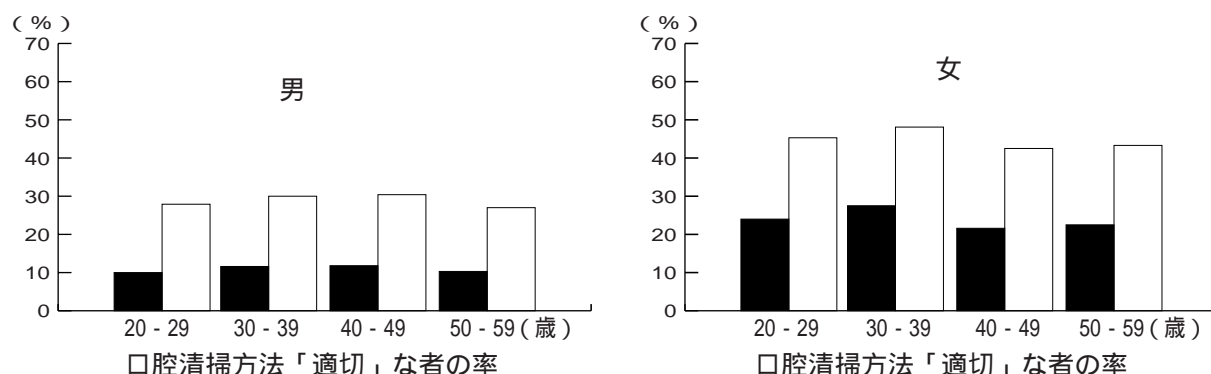


図4 性・年齢階級別勤務者の口腔清掃方法が「適切」な者の率
(初参加者 黒 と継続参加者(白)との比較)

5. 喫煙者率

同じく性・年齢階級別の喫煙者率は、図5のようである。厚生労働省が提唱した「生活習慣病」においても、歯周病は喫煙・食習慣とのかかわりの高い疾患として挙げられている。初参加者では20～49歳の男性で60%前後・女性で25%前後であり、継続参加者でも良好な状態とはいいがたいが初参加者に比べすべての性・年齢階級で少なく、両者間では差が認められる。

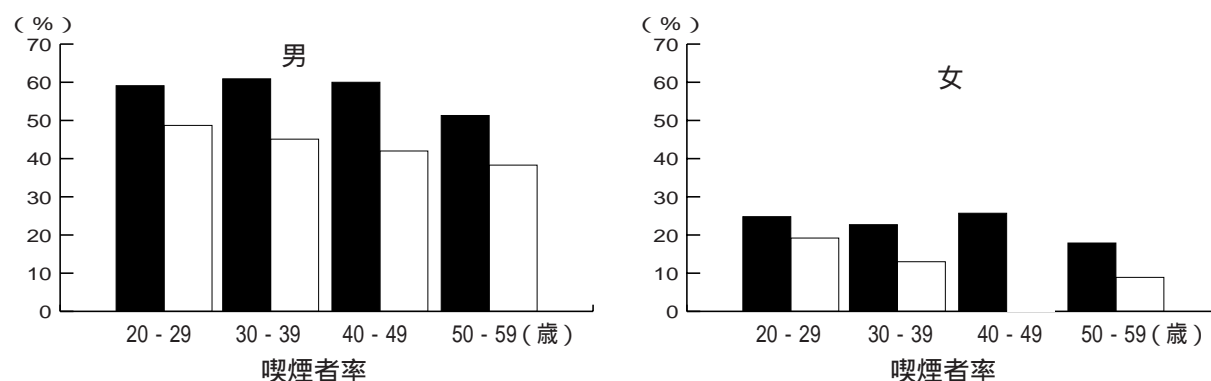


図5 性・年齢階級別勤務者の喫煙者率 (初参加者 黒 と継続参加者(白)との比較)

このことは、継続参加者では、歯科保健事業(ここでは最大年1回の実施である)に参加することにより、歯科衛生士から実地に具体的な指導を受け、また、歯科医師からアドバイスを受けることにより、次第によりよき歯科保健行動が身につき健康な口腔状況が保持できたと解

積できる。

健康日本21・歯の健康に設定された項目について、職域成人集団を歯科保健事業の初参加群と継続参加群とに分けてその結果を比較検討した。

この結果、初参加群と継続参加群とではほとんどの性・年齢階級で差が認められ、継続参加群で良好な結果を得た。歯周炎罹患者と歯科保健行動は、男性より女性が良好である。また、一部の継続参加群の結果では、すでに2010年の目標値をも達成していた。この結果は、歯科保健事業によるところが大であると考えられる。

まとめ

わが国の歯科保健医療対策は、1960年代から徐々にではあるがそれぞれの地域で進められるようになった。この結果、母子歯科保健の領域では、3歳児のdf者率などすでに一定の成果を上げているが、成人(老人を含む)期ではいまだ地域により格差がみられ成果を上げているとはいいがたい現状にある。

歯科保健対策は、個々のライフステージで別個の対策をたてるのではなく、生涯を通じた対策が必要である。今回わが国の対策として健康日本21そして健康増進法が制定されたことは、このことから歯科保健に関して大きな追い風となるだろう。

生涯を通じた目標値「8020」は、すでに男性では2010年の目標値をほぼ達成している。また、いままで男性に比べ劣っていた女性においても、歯科保健行動をみるならば男性より良好であり歯周炎の罹患率も低く、今後は男性を追いかけ追い越すことも不可能ではない。

今後、今日までの成功例をもとにそれぞれの地域で歯科保健活動を体系化し、生涯を通じた目標値に向かって活動を行うならば、8020運動によってスタートした歯・口腔の健康づくりが、全身の健康づくりとなって国民の健康の保持増進に寄与するだろう。

「8020 資料集」

編集者：末高 武彦（日本歯科大学新潟歯学部教授）
新井誠四郎（日本歯科医師会常務理事）
宮武 光吉（鶴見大学歯学部客員教授）
安井 利一（明海大学歯学部教授）

執筆者：末高 武彦
新井誠四郎
宮武 光吉
安井 利一
大内 章嗣（新潟大学歯学部附属病院講師）
青山 旬（保健医療科学院主任研究官）
小松崎 明（日本歯科大学新潟歯学部講師）
福田 雅臣（日本歯科大学歯学部助教授）
市川裕美子（日本大学歯学部助手）
尾崎 哲則（日本大学歯学部教授）
軽部 裕代（鶴見大学歯学部助手）

8020 資料集

作成年月：2003年3月作成

編集者：「8020 資料集」作成委員会

代表 末高武彦

発行：財団法人 8020 推進財団

〒102-0073 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

印刷製本：(有)三優印刷