TOPICS

# 歯科保健条例の広がりと8020運動

トピックス

深井穫博[1)]、大内章嗣[2)]、池主憲夫[3)]

**8020運動が提唱されてから20年以上が経過しました。この間、口腔と全身の健康との関連が次々と報告され、全身の健康の観点からみた8020の科学的根拠が蓄積されるようになってきました。そしてこの2年間で、歯科保健に関する条例が13道県で制定されています。本稿では、この条例の今後の広がりとその意義について考えます。**

## 1. はじめに

1989年に8020運動が提唱されて以来20年以上が経過しました。この間、「8020」の状況は改善してきていますが、その割合はようやく25%を超えたところです。80歳の半数以上が20歯以上の歯を有し、多くの国民が生涯にわたって口腔機能を維持することを目的とした「8020社会」の実現にはいたっていません[1)]。一方、この10年の間に、口腔保健が全身の健康に及ぼす影響に関する研究報告が次々と公表され、全身の健康の観点からみた8020運動の科学的根拠が蓄積されるようになってきました[2)]。

このような背景のなかで、2008年7月の新潟県歯科保健条例を端緒として、現在（2010年11月）まで13道県で県条例が制定されました。この動きは、今後もさらに全国レベルで広がっていくと考えられます。これらの条例は、住民の代表である議員提案の形で制定されているものであり、8020運動が20年目で、施策に直結した国民運動となって定着してきたということができます。

そこで本稿では、これまでに制定された歯科保健条例の特徴とその広がりの要因、および歯科保健に関する法的整備の重要性と基本的課題について考えます。

## 2. 歯・口腔の健康づくり対策とその法的基盤

歯科・口腔保健対策を推進するための法的基盤が弱いことが歯科界では古くから問題視されています。現在の地域保健・健康増進対策を推進するための基本的な法体系は**図1**に示すように、保健所、市町村保健センターをはじめとした地域保健推進体制の整備を中心とした「地域保健法」と健康診査、保健指導などの実際のサービス（法律では「健康増進事業」と規定しています）の効果的推進を図るための「健康増進法」を全体の基盤とし、実際の事業実施はライフステージごとに整備された母子保健法、学校保健安全法などの各個別法の規定に基づいて行われています。

**表1**はこうした個別法に基づいて行われている健

**PROFILE**

**ふかい・かくひろ**
深井歯科医院·深井保健科学研究所院長（所長）、歯科医師、博士（歯学）。1983年福岡県立九州歯科大学卒業、85年深井歯科医院院長、01年深井保健科学研究所所長、06年日本歯科医師会地域保健委員会委員長、06年8020推進財団8020地域保健活動推進委員会委員長、10年埼玉県歯科医師会理事。1957年1月生まれ、埼玉県出身。研究テーマ：行動科学、国際保健、疫学、著書：困った患者さんにどう活かす - 診療室の行動科学 親子編、成人編、口腔保健推進ハンドブック - 地域を支えるオーラルヘルスプロモーション、ほか

**おおうち・あきつぐ**
新潟大学大学院医歯学総合研究科口腔生命福祉学専攻教授、歯学博士。1989年日本大学歯学部卒業、93年厚生省保険局医療課、94年秋田県保健福祉部保健衛生課、97年厚生省健康政策局歯科保健課、01年新潟大学歯学部附属病院講師、04年新潟大学大学院医歯学総合研究科助教授、05年新潟大学歯学部口腔生命福祉学科教授、10年より現職。1962年7月生まれ、長野県出身。研究テーマ・社会歯科学、口腔保健医療提供体制、著書等：歯科医療白書2008年版、新社会歯科学、ブックレット新潟大学『食べる』介護編、ほか

**ちぬし・のりお**
日本歯科医師会常務理事。日本大学歯学部卒業、1969年新潟市開業、88年日本歯科医師会公衆衛生委員会委員、2000年日本歯科医師会地域保健委員会委員長、06年日本歯科医師会常務理事、1941年2月生まれ、新潟県出身

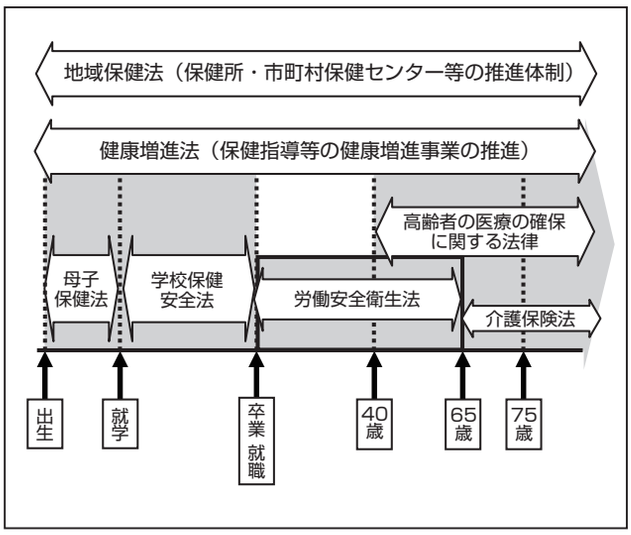


**図１　地域保健・健康増進対策の基本的法体系**

康診査などについて、医科と歯科を比較したものですが、確かにこれをみると成人・労働者を中心に医科・歯科の間に大きな差がみられます。

一方、基盤となる地域保健法には、その前身の保健所法の時代から、保健所の行う事業として「歯科保健（歯科衛生）に関する事項」が法律本文に明記されています。健康増進法でも厚生労働大臣が定める基本方針の内容として、法律本文中に「食生活、運動、休養、飲酒、喫煙、歯の健康の保持その他の生活習慣に関する正しい知識の普及に関する事項」と規定しており、両法律とも歯科保健対策も視野に入れた立法であると受け取れます。

では、なぜ**表１**のような明らかな差が生じているのでしょうか？実は一部を除いて各個別法でも歯科･口腔保健対策を排除しているわけではありません。

いわゆる法令には、国会の審議・採決を経て制定される「法律」と、法が委任する範囲内で内閣が制定する「政令」、主管省庁が制定する「省令」があります。政令は一般に「○○法施行令」、省令は「○○法施行規則」という形で定められますが、こちらの制定・改正には基本的に国会の承認（採決）を必要としません。もっとも、法の委任を受けている以上、国会での法案審議経緯などを無視することはできませんし、施策・事業の実行に必要な予算、組織などの国会承認が最終的に求められます。

現在、すべての市町村で実施が義務づけられている１歳6か月児歯科健康診査も、母子保健法自体には、「市町村は、（中略）健康診査を行わなければならない。」としか規定されていません。厚生労働省令である母子保健法施行規則第二条で、健康診査の

**表１　各個別法と健康診査等**

| 法令に基づく健康診査等 | | 医科 | 歯科 |
|---|---|---|---|
| 母子保健法 | 妊婦健康診査 | ● | |
| | １歳６か月児健康診査 | ● | ● |
| | ３歳児健康診査 | ● | ● |
| 児童福祉法 | 保育所における健康診査 | ● | △ 1) |
| 学校保健安全法 | 就学時健康診査 | ● | ● |
| | 学校健康診査（定期・臨時） | ● | ● |
| | 職員健康診査 | ● | |
| 労働安全衛生法 | 就業時の健康診査 | ● | |
| | 長期海外派遣労働者の健康診査 | ● | |
| | 一般（定期）健康診査 | ● | |
| | 特殊健康診査 | ● | ● 2) |
| 高齢者の医療の確保に関する法律 | 特定健康診査（メタボ健診・40～74歳） | ● | |
| | 一般（定期）健康診査（75歳～・努力義務） | ● | |
| 健康増進法（第19条の２に基づく市町村健康増進事業：努力義務） | 歯周疾患検診 | | ● |
| | 骨粗鬆症検診 | ● | |
| | 肝炎ウィルス検診 | ● | |
| | がん検診 | ● | |
| 介護保険法 | 生活機能評価（基本健康診査） | ● | ※ 3) |
| | 主治医意見書 | ● | ※ 4) |

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

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

3）：口腔機能に関する問診（基本チェックリスト中の3項目）がある

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

項目として「五　歯及び口腔の疾病及び異常の有無」が規定されているために、すべての市町村が実施しているのです**（表2）**。

本来、目指すべきなのは国会での新法の制定というよりも、各個別法の政・省令の改正と、これに必要な予算の獲得です。

こうしたことから口腔保健対策に関する法的基盤整備については、地域保健法や健康増進法が地域保健・健康増進全体を見据えた法律であるがために、歯科の特殊性への細かな配慮やこれに基づいた効果的な推進・支援体制の構築といった対応が困難であるので、両法に対するサブセット（補追）としての基本法的性格のものなのだろうというのが、これまでの日本歯科医師会が口腔保健法（仮称）に対して検討・対応してきた考え方です[3]。そして、このような基本法があれば、日本歯科医師会をはじめとした歯科界が、一貫性をもって個別施策への働きかけを継続的に行っていくための強力なバックボーンとしても役立つものと考えます。

表2　母子保健法および同法施行規則

**母子保健法（抜粋）**

第十二条　市町村は、次に揚げる者に対し、厚生労働省の定めるところにより、健康診断を行わなければならない。

一　満一歳六か月を超え満二歳に達しない幼児

二　満三歳を超え満四歳に達しない幼児

**母子保健法施行規則（抜粋）**

第二条　母子保健法（昭和四十年法律第百四十一号。以下「法」という。）第十二条の規定による満一歳六か月を超え満二歳に達しない幼児に対する健康診査は、次の各号に揚げる項目について行うものとする。

一　身体発育状況

二　栄養状態

三　脊柱及び胸郭の疾病及び異常の有無

四　皮膚の疾病の有無

五　歯及び口腔の疾病及び異常の有無

六　（以下略）

表3　これまでに制定された条例

（2010年10月末現在、公布順）

| 都道府県名 | 条例の名称 | 年月日※ |
|---|---|---|
| 新潟県 | 新潟県歯科保健推進条例 | 2008. 7.22 |
| 北海道 | 北海道歯・口腔の健康づくり8020推進条例 | 2009. 6.26 |
| 静岡県 | 静岡県民の歯や口の健康づくり条例 | 2009.12.25 |
| 長崎県 | 長崎県歯・口腔の健康づくり推進条例 | 2009.12.25<br>(2010.6.4 施行) |
| 島根県 | 島根県歯と口腔の健康を守る8020推進条例 | 2010. 3. 2 |
| 千葉県 | 千葉県歯・口腔の健康づくり推進条例 | 2010. 3.26<br>(2010.4.1 施行) |
| 岐阜県 | 岐阜県民の歯・口腔の健康づくり条例 | 2010. 3.30<br>(2010.4.1 施行) |
| 愛媛県 | 愛媛県歯と口腔の健康づくり推進条例 | 2010. 6.29 |
| 佐賀県 | 佐賀県笑顔とお口の健康づくり推進条例 | 2010. 6.30 |
| 茨城県 | 茨城県歯と口腔の健康づくり8020・6424推進条例 | 2010. 9.28<br>(2010.11.8 施行) |
| 熊本県 | 熊本県歯及び口腔の健康づくり推進条例 | 2010.10.15<br>(2010.11.1 施行) |
| 長野県 | 長野県歯科保健推進条例 | 2010.10.21 |
| 高知県 | 高知県歯と口の健康づくり条例 | 2010.10.22<br>(2011.4.1 施行) |

※年月日は公布日を示す。別に施行日の記載がない場合は同日施行

表4　都道府県、市町村、関係者等の責務・役割

| | 新潟県 | 北海道 | 静岡県 | 長崎県 | 島根県 | 千葉県 | 岐阜県 | 愛媛県 | 佐賀県 | 茨城県 | 熊本県 | 長野県 | 高知県 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 都道府県 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 市町村 | ○ | | | ○ | | | | | | | | | ○ |
| 教育・学校保健関係者 | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○※1 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 保健医療関係者 | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 歯科保健医療従事者 | | | | | | ○ | ○※1 | | ○ | ○ | ○ | | |
| 介護・福祉関係者 | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○※1 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 事業者 | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 医療保険者 | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 住　民 | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| その他 | | | | | | | | | | | ○※2 | | |

注）※1: 県が関係者等に「協力を要請する」との記述となっている。
※2: 食生活・食育関係者および保護者の役割を規定している。

## 3. 条例制定の広がりとその概要

2010年10月末現在、13の道県において歯科保健推進に関する条例が制定されています**（表3）**。新潟県条例の制定から2年余りで、四分の一を超える都道府県で条例が制定されたことになります。

これまで制定された13条例はいずれも、議員提案による、いわゆる政策条例にあたるものです。地域の政策条例となると、地域の特性、課題に立脚した内容となるのは当然で、その規定内容を細かく見ていくと、それぞれの道県における違いが認められます。概ね制定が後の条例の方が、内容が拡充していく傾向はありますが、必ずしもより前に制定された条例の内容をすべて包含しつつ拡充されているわけではなく、各道県の歯科保健対策に関する考え方や現状、これまでの実績などを反映しているものと考えられます。

各条例にほぼ共通している項目は「目的」、「基本理念」、「道県、関係者などの責務」、「道県計画策定」、「実態調査」、「市町村等への支援」、「財政上の措置」などです。

紙面の都合もあり、今後の歯・口腔保健対策とその法的基盤整備の参考となると思われる項目を取り上げて紹介したいと思います。

### 1）都道府県、市町村、関係者等の責務・役割（表4）

すべての条例で道県の責務・役割は規定されていますが、母子歯科保健はじめとした実質的な歯科保健サービスの提供主体となっている市町村については、3県が努力義務という形でその役割を規定しているだけでした。地方分権のなかで、役割や責務という規定が困難なのは事実ですが、逆に市町村の現場担当者からすれば、こうした規定があれば事業実

表5　計画策定

| | 新潟県 | 北海道 | 静岡県 | 長崎県 | 島根県 | 千葉県 | 岐阜県 | 愛媛県 | 佐賀県 | 茨城県 | 熊本県 | 長野県 | 高知県 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 都道府県 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 策定義務 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 評価・見直し | ○ | | ○ | ○ | ○ | | | ※1 | ○ | | | ○※3 | ○ |
| 期間 | 少なくとも5年ごと | | おおむね5年ごと | 必要に応じて | おおむね5年ごと | | | | 必要に応じて | | | おおむね5年ごと | 定期的に |
| 策定・評価組織 | ※2 | ※2 | ○ | ※2 | | ○ | ※2 | ※2 | ※2 | | ※2 | ※2 | ○ |
| 公表義務 | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 市町村 | ○ | | | ○ | | | | | | ○ | | | |
| 策定義務 | できる | | | 努める | | | | | | できる | | | |
| 評価・見直し | | | | | | | | | | | | | |
| 期間 | | | | | | | | | | | | | |
| 策定・評価組織 | | | | | | | | | | | | | |
| 公表義務 | | | | | | | | | | | | | |

注）※1：計画自体の評価・見直し規定はないが、おおむね5年ごとの実態調査の結果に基づき、必要な措置を講じる旨の規定がある。
※2：策定組織の規定はないが、策定にあたって、市町村、保健医療関係者等の意見を聞くことを義務づけている。
※3：計画の策定事項として計画期間、進捗管理および評価方法を規定している。

表6　施策・事業の対象として明示・特定している分野・内容（計画策定の内容として規定しているものを含む）

| | 新潟県 | 北海道 | 静岡県 | 長崎県 | 島根県 | 千葉県 | 岐阜県 | 愛媛県 | 佐賀県 | 茨城県 | 熊本県 | 長野県 | 高知県 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 小　児 | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 妊産婦 | ○ | ○ | | ○ | | ○ | | | ○ | | ○ | ○ | ○ |
| 児童・生徒 | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 成人 ( 労働者 ) | ○ | ○※1 | ○ | ○※1 | | ○ | ○ | | ○※1 | ○ | ○ | ○※1 | ○※1 |
| 高齢者 | ○ | | | | | ○ | | | | ○ | | ○ | |
| 要介護者 | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 障害児・者 | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| へき地 | | ○ | | | | | ○ | | ○ | | | ○ | |
| 在宅医療 | | | ○ | | | | ○ | | | | | | |
| う蝕対策 | ○ | | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| フッ化物応用の推進 | ○ | ◎ | △ | ◎ | | ○ | ○ | ○ | ◎ | ○ | ◎ | ○ | △ |
| 歯周病対策 | | | ○ | | | | ○ | | | ○ | ○ | | |
| 口腔機能の育成・維持・向上 | | | | | | | | | | | | | |
| 情報の収集発信・普及啓発 | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 市町村等へのガイドライン策定 | | ○ | | | | | | | ○ | | | | |
| 関係者の連携体制の構築 | ○ | ○ | | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ |
| 8020 運動の推進 | | ○ | ○ | | | | ○ | | ○ | ○※2 | | ○ | |
| 週間・月間 | | 11/8～14 | | 6/4～10 | | | 11/8 を含む 1 週間 | 11/1～30 | 11/8 を含む 1 週間 | 11/8～11/21 | | 6/4～10 | |
| 人材の養成・資質向上 | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 調査・研究の推進 | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ | | | ○ | ○ |

注）※1：事業者 ( 保険者 ) の歯科健診等の機会確保等の努力義務規定のみ。
※2：8020 運動とともに、6424 運動の推進も規定している。
◎：学校等におけるフッ化物洗口の実施に関する別の規定がある。
△：「科学的根拠に基づくう蝕予防」等の間接的な表現によるもの。

施・予算獲得の材料となるのも事実です。市町村歯科保健計画などへの実効性ある支援規定など、少なくとも市町村事業の継続的な維持・向上を支援していく仕組みの担保は必要だと考えられます。

教育・学校保健関係者、保健医療関係者、介護・福祉関係者の役割・責務が1県を除くすべての道県で規定されています。一方、歯科保健推進の中心を担う歯科保健医療従事者の役割・責務を特記して規定しているのは5県に留まりました。

## 2）計画策定

歯科保健計画については、すべての道県で策定義務を課していますが、見直し規定を期間を明示して規定しているのは5県のみでした。市町村計画については3県で規定はありますが、1県は“定めるよう努める”となっているものの、他の2県では“定めることができる”という規定になっています**（表5）**。

## 3）施策・事業の対象・内容

施策・事業の対象として明示・特定している分野・内容をまとめたのが**表6**です。1県は基本法的性格の条例で、具体的な施策・事業についての規定は設けられていません。施策・事業についての規定を設けている他の12道県中すべての道県で要介護者、障害児者を対象とした施策・事業の推進が明示されていました。施策・事業の内容として、12道県すべてでフッ化物応用の促進、情報の収集発信・普及啓発、人材の養成・資質向上に関する規定がなされていま

**表7　歯科健診・保健指導の推進**

| 対　象 | 新潟県 | 北海道 | 静岡県 | 長崎県 | 島根県 | 千葉県 | 岐阜県 | 愛媛県 | 佐賀県 | 茨城県 | 熊本県 | 長野県 | 高知県 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 住民全体 | | ○ | | | | | | | ○ | | | | |
| 従業者 | | ◎ | | ◎ | | ◎ | ○ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ |
| 被保険者 | | ◎ | | ◎ | | ◎ | | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | |
| 障害児・者 | | | | | | | | ○ | | | | | |
| 要介護者 | | | | | | | | ○ | | | | | |

注）◎：事業主、保険者等に機会確保のための努力義務を規定。

した。ただし、フッ化物応用の促進について、2県では「科学的根拠に基づくう蝕予防」等の間接的表現に留まっていました。

歯科健診・歯科保健指導の推進については、8道県で事業者および保険者に、2県では事業者に、歯科健診等の受診機会の確保等を明示し、これらに向けた取り組みの努力義務を規定していました。

そのほか、2道県は住民全体を対象とした、1県は事業者を、1県は障害児者および要介護者を対象とした受診環境の整備などの取り組みを規定しています**（表7）**。

## 4. 今後の口腔保健の重点課題

歯および口腔の健康を保持することは、食事（咀嚼）、会話をはじめとした国民の質の高い生活を直接支えるとともに、生活習慣病予防や介護予防など国民の健康の維持増進に重要です。そしてそれを実現していくためには、関係者の連携・協力に基づく生涯を通じた効果的口腔保健推進体制を確立していくことと、介護・高齢者、障害者、健康増進・医療費適正化、食育等の各施策と口腔保健医療との連携を確保することが必要になってきます。

すべての国民が、生涯にわたって口腔機能が維持されるための口腔保健にかかわる基本的な課題としては、特に下記の4点をあげることができます。

### 1）確実なう蝕予防対策

小児のう蝕罹患状況は、確かに減少傾向にあります[1]。しかしながら、地域間格差の問題と成人・高齢者（要介護者）等の課題はまだまだ解決されているとは言えません。歯の喪失の原因の約半数はう蝕であり、歯の喪失防止や口腔機能を損なう疼痛の軽減など、科学的根拠に基づく確実なう蝕予防対策が必要です。フッ化物洗口およびフッ化物配合歯磨剤の普及をはじめとしたフッ化物応用の推進がさらに求められます。

### 2）成人期における歯科健診・保健指導の体制整備

歯の喪失のもう一つの原因は、歯周病です。歯周病予防や歯の喪失防止には、歯科医院において定期的なメインテナンスを受けることが効果的であることが報告されており[4]、定期的に歯科健診を受けられる環境を整備していくことが不可欠です。

ここでいう歯科健診とは、単に疾病をスクリーニングするだけでなく、自立的な意識と歯科受診を含めたセルフケアを啓発・促進するための保健指導を行い、しかも地域・職域と歯科医院が連携できるシステムの構築により生活習慣病予防などに貢献していくことが必要です。この趣旨に基づく成人歯科健診・保健指導プログラムが、2009年に日本歯科医師会から公表され、誰でも利用できるものとなっています[5]。

### 3）高齢者・要介護等における歯科医療提供体制の整備と口腔機能の保持

疾病別の通院率でみると、歯科疾患は、高血圧、腰痛に次いで第3位の高い受療率となっています。しかしながら、高齢者、要介護者あるいは障害者の中には、様々な要因から実際の受診に結びつかない人々が存在し、在宅医療の推進をはじめとした多職種連携によるシームレスな歯科医療提供体制の整備が必要です[6]。

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

2009年に各都道府県では4疾患5事業に関する医療計画の見直しがされており、多くの都道府県で歯科が位置づけられていますが、具体的な取り組みはまだ十分とはいえません**（表8）**。一方、2010年には、糖尿病連携手帳（日本糖尿病協会）および糖尿病治療ガイド（日本糖尿病学会）に糖尿病合併症としての歯周病が明記されました[7,8]。また、日本歯科医師会と国立がんセンターとの連携により、がん患者の口腔ケアを地域の歯科医院が担うという連携

表8　都道府県医療計画におけるがん等4疾患医療連携体制

| | 県名 | がん | 脳卒中 | 急性心筋梗塞 | 糖尿病 | | 県名 | がん | 脳卒中 | 急性心筋梗塞 | 糖尿病 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 北海道 | ● | ● | | ● | 25 | 愛知県 | ● | ● | | ● |
| 2 | 青森県 | | ● | | ● | 26 | 三重県 | | | | ● |
| 3 | 岩手県 | ● | ● | ● | ● | 27 | 滋賀県 | | ● | ● | ● |
| 4 | 宮城県 | ● | ● | ● | ● | 28 | 京都府 | | | | ● |
| 5 | 秋田県 | ● | ● | | ● | 29 | 奈良県 | | | | |
| 6 | 山形県 | | ● | | ● | 30 | 和歌山県 | ● | ● | ● | ● |
| 7 | 福島県 | ● | ● | | ● | 31 | 鳥取県 | | | | |
| 8 | 茨城県 | | ● | ● | ● | 32 | 島根県 | | | | ● |
| 9 | 栃木県 | | ● | | ● | 33 | 岡山県 | | ● | | ● |
| 10 | 群馬県 | ● | ● | ● | ● | 34 | 広島県 | ● | | ● | ● |
| 11 | 埼玉県 | | ● | | ● | 35 | 山口県 | | ● | | ● |
| 12 | 千葉県 | ● | ● | ● | ● | 36 | 徳島県 | ● | ● | ● | ● |
| 13 | 東京都 | | ● | | ● | 37 | 香川県 | ● | ● | ● | ● |
| 14 | 神奈川県 | ● | ● | ● | ● | 38 | 愛媛県 | ● | ● | ● | ● |
| 15 | 新潟県 | ● | ● | ● | ● | 39 | 高知県 | ● | ● | ● | ● |
| 16 | 富山県 | | | | | 40 | 福岡県 | ● | ● | ● | ● |
| 17 | 石川県 | | ● | | ● | 41 | 佐賀県 | ● | ● | | ● |
| 18 | 福井県 | ● | ● | ● | ● | 42 | 長崎県 | ● | ● | | ● |
| 19 | 山梨県 | | | | ● | 43 | 熊本県 | ● | ● | ● | ● |
| 20 | 長野県 | | ● | | ● | 44 | 大分県 | ● | ● | | ● |
| 21 | 岐阜県 | ● | ● | ● | ● | 45 | 宮崎県 | ● | ● | ● | ● |
| 22 | 静岡県 | | | | | 46 | 鹿児島県 | ● | ● | ● | ● |
| 23 | 大阪府 | | ● | ● | ● | 47 | 沖縄県 | | ● | | |
| 24 | 兵庫県 | ● | ● | ● | ● | | 合計 | 26（55%） | 38（81%） | 22（47%） | 42（89%） |

●歯科の記載がある都道府県　　2010年4月日本歯科医療総合研究機構調べ

事業がスタートしています[9]。このような具体的な疾病別の対応に歯科を位置づけていくことが必要です。

## 5. まとめ

都道府県条例が、次々と制定されている背景には、地方分権のなかで、地方議会にも政策立案能力が求められており、そうしたなかで、歯・口腔の健康づくりという課題は、住民すべてに身近で、阻害要因の少ない前向きなテーマであること、そして国政レベルでは、法案が与野党双方から提出されていながら、政権交代等の不可抗力的な背景要因により成立にいたっていないことなどが関係しているものと考えられます。

しかしながら、このような動きの本質は、生涯にわたる口腔保健の重要性が国民レベルで解決しなければならない切実な問題として認知され、8020運動が20年を経過して、国民・県民レベルでこの運動が定着してきたことを示していると言えます。

国レベルの口腔保健法制定の遅れが、都道府県の歯科関連条例制定の推進力の一つの要因であるとすれば、図らずも、従来の中央集権的な医療制度改革の大きな転換の契機を得たという解釈が可能なのかもしれません。

このような観点からみて、条例制定の動きは、ある程度長期的な展望に基づき、各地域の独創性を粘り強く主張すべき課題であると思われます。加えて、いまだに流動的な要素の強い国レベルの口腔保健法の取り組みについては、すでに提起している考え方を基盤として、歯科医療従事者の責務を再認識していくことが必要であると考えられます。

**＜追補＞** 条例の新たな展開

都道府県条例の制定にかなり早い動きが見られ、平成23年1月の段階で15道県が制定となっています。もう一点平成22年12月に静岡県裾野市、ついで愛知県あま市において条例が制定されました。今後、市町村レベルでも条例制定の動きが広がっていくのか、新展開として注目されます。

参考文献
1）歯科疾患実態調査解析検討委員会：解説平成17年歯科疾患実態調査，口腔保健協会，東京，2007.
2）日本歯科総合研究機構編：健康寿命を延ばす歯科保健医療-歯科医学的根拠とかかりつけ歯科医，医歯薬出版，東京，2009.
3）日本歯科医師会：これからの口腔保健のあり方に関する考え方－生涯を通じた口腔保健を推進するための法的基盤の整備を目指して－，2008.
4）深井穫博，池主憲夫ほか編：口腔保健推進ハンドブック・地域を支えるオーラルヘルスプロモーション，医歯薬出版，東京，2009.
5）日本歯科医師会：標準的成人歯科健診プログラム・保健指導マニュアル，2009年7月，https://www.jda.or.jp/program/
6）深井穫博：在宅歯科医療推進のためのグランドデザイン：平成19年度厚生労働省長寿医療研究委託事業（18指-3分担）報告書，在宅医療のグランドデザイン，81-130，2008.
7）日本糖尿病連携会議：糖尿病連携手帳，2010.
8）日本糖尿病学会：糖尿病治療ガイド2010.
9）日本歯科医師会・国立がん研究センター：医科・歯科医療連携事業計画書，2010.