

財団法人 8020推進財団学術集会

第7回 フォーラム8020 報告書

1. 財団指定研究発表会
2. 住民参加の新「8020運動」の展開

平成22年3月
財団法人 8020推進財団

目 次

開催要領	3
プログラム	4
開会のことば	6
財団法人 8020 推進財団副理事長／山科 透	
挨拶	7
財団法人 8020 推進財団理事長・社団法人日本歯科医師会会長／大久保 満男	

1. 財団指定研究発表会

◆指定研究報告①	
「多目的コホート研究における口腔と全身の健康に関する研究」	10
～秋田県横手市における調査からみた成人歯科保健の課題～	
東京医科歯科大学大学院健康推進歯学分野教授／川口 陽子	
◆指定研究報告②	
「2型糖尿病患者と歯周病との関連研究」	21
日本歯科大学新潟生命歯学部歯周病学講座教授／佐藤 聡	
◆指定研究報告③	
「入院患者に対する包括的口腔管理システムの構築に関する研究」	29
東京医科歯科大学歯学部口腔保健学科教授／寺岡 加代	
◆質疑応答	37

2. 住民参加の新「8020運動」の展開 ～新たな地域での取り組みを目指して～

◆基調講演

- 「新潟県歯科保健推進条例の制定と対策委員会」…………… 41
新潟県福祉保健部健康対策課長／山崎 理

◆実践報告①

- 「住民参加の手法を取り入れた歯科保健計画の作成」…………… 50
新潟県福祉保健部健康対策課歯科保健係長／清田 義和

◆実践報告②

- 「は～もに～プロジェクトの支援事業について」…………… 55
新潟大学大学院医歯学総合研究科予防歯科学分野准教授／葭原 明弘

- ◆討 議…………… 59
進行：財団法人 8020 推進財団地域保健活動推進委員会委員長／深井 穂博

- 閉会のことば…………… 70
財団法人 8020 推進財団専務理事／新井 誠四郎

開催要領

- 趣 旨 8020運動が誕生から20周年を経過したが、8020運動を国民運動としてさらに発展させるべく、口腔の健康と全身の健康との関連について最新の情報を伝えるとともに住民参加の新「8020運動」の展開について考え、討議する。
- 内 容 1. 財団指定研究発表会
2. 住民参加の新「8020運動」の展開
- 主 催 財団法人8020推進財団
- 共 催 社団法人日本歯科医師会
- 後 援 (社)日本歯科衛生士会、(社)日本歯科技工士会、(社)日本学校歯科医会、
(社)母子保健推進会議、(社)全国保健センター連合会、(社)日本家族計画協会、
(社)日本栄養士会、(財)母子衛生研究会、(財)日本母子衛生助成会、
(財)日本食生活協会、(財)日本公衆衛生協会
- 開催日時 平成21年12月12日(土)13時～17時30分
(12時30分 受付開始)
- 開催場所 歯科医師会館／1階大会議室
〒102-0073 東京都千代田区九段北4-1-20
- 参加対象者 歯科医師、歯科保健関係者、行政関係者、教育関係者、企業関係者等
- 参加費 無 料
- 定 員 230名

プログラム

司会：財団法人 8020 推進財団地域保健活動推進委員会委員長 深井 ^{かくひろ} 穂博

12:30～ 受付開始

13:00～ 開会のことば
(15分) 財団法人 8020 推進財団副理事長／山科 透
挨拶 財団法人 8020 推進財団理事長／大久保 満男
社団法人日本歯科医師会会長

1. 財団指定研究発表会

13:15～ 指定研究報告① 「多目的コホート研究における口腔と全身の健康に関する研究」
(30分) ～秋田県横手市における調査からみた成人歯科保健の課題～
東京医科歯科大学大学院健康推進歯学分野教授／川口 陽子

13:45～ 指定研究報告② 「2 型糖尿病患者と歯周病との関連研究」
(30分) 日本歯科大学新潟生命歯学部歯周病学講座教授／佐藤 ^{そう} 聡

14:15～ 指定研究報告③ 「入院患者に対する包括的口腔管理システムの構築に関する研究」
(30分) 東京医科歯科大学歯学部口腔保健学科教授／寺岡 加代

14:45～ 各研究者に対する質疑応答
(20分)

15:05～ 休憩 (15分)

2. 住民参加の新「8020運動」の展開 ～新たな地域での取組みを目指して～

15:20～ 基調講演 「新潟県歯科保健推進条例の制定と対策委員会」

(30分)

新潟県福祉保健部健康対策課長／山崎 おさむ 理

15:50～ 実践報告① 「住民参加の手法を取り入れた歯科保健計画の作成」

(15分)

新潟県福祉保健部健康対策課歯科保健係長／清田 せいだ 義和

16:05～ 実践報告② 「は～もに～プロジェクトの支援事業について」

(15分)

新潟大学大学院医歯学総合研究科予防歯科学分野准教授／葭原 よしはら 明弘

16:20～ 討 議

(60分)

進行：財団法人8020推進財団地域保健活動推進委員会委員長／深井 かくひろ 穂博

17:20～ 閉会のことば

財団法人8020推進財団 専務理事／新井 誠四郎

開会のことば

・財団法人8020推進財団 副理事長

山科 透



山科：今日は、財団法人8020推進財団学術集会第7回フォーラム8020を開催いたしましたところ、土曜日というお忙しいなか、多数の方のご参加を賜り、厚く御礼申し上げます。今回は、第1部は「財団指定研究発表会」、第2部は住民が主体、あるいは住民が参加した新しい形の8020運動の展開をテーマに、フォーラムを行います。基調講演では、新潟県福祉保健部健康対策課長の山崎様から「新潟県歯科保健推進条例の制定と対策委員会」についてお話をいただきます。

先般、民主党政権が発足し、事業仕分けが始まりました。その事業仕分けの一番の槍玉に挙げたのが8020の事業です。議事録を読むと、財務省からいろいろな質疑が政府当局・厚生労働省に出されておりますが、誤解した予算の数値が出されています。財務省が各都道府県の補助金として、数百万円のを数千万円と間違えておりました。各都道府県で行っている8020運動や事業について理解が足りない、認識不足であると思います。誤解が生じる原因は、やはり認識不足です。

今日のフォーラムでのお話、研究発表、取りまとめ等を各都道府県や事業体に発信してこそ、生きてくるものだと思います。8020運動が始まって20年経過してもまだ誤解があるということもありますし、認識不足の点もあります。このようなことに対し、我々の日々の努力で解消し、国民が豊かで健康的な生活を送るためには、やはり8020運動推進事業が

大切であるということを訴えていかなければならないと思っています。

どうぞ今日のフォーラムを有意義なものにさせていただきたいと存じます。これをもって開会のことばとさせていただきます。5時半までの予定ですので、ぜひご清聴いただきたいと思います。どうぞ、よろしく願いいたします。



挨拶

・財団法人8020推進財団 理事長

大久保 満男



大久保：本日、8020 推進財団のフォーラムを開催いたしましたところ、土曜日という大変お忙しいなかを、このようにたくさんの方々にお集まりいただきまして、高い席からですが、御礼申し上げます。また、8020 推進財団の発足以来、ご支援いただいております都道府県の歯科医師会、個人会員の方々、とりわけ設立以来大変なご理解・ご支援をいただいている関連企業の方々のご出席のことと思います。日頃から 8020 推進財団の運営に多大なるお力をいただいておりますことを心から御礼申し上げます。

今日は車で会場まで来たのですが、途中で富士山を見たとき、思い出したことがあります。8020 推進財団ができる前、今から 14～15 年前に、約 14 の有志の県歯科医師会が手を挙げ、8020 に関する勉強会を始めました。その頃私は、静岡県歯科医師会の専務理事をしておりました。その第 1 回のプレフォーラムを、富士山がとてもきれいに見える静岡県の清水日本平というホテルで開催しました。そのことを富士山を見ながら思い出したわけです。このときは榊原先生がまだご健在で、基調講演をしていただきました。当時 8020 運動を実施するに当たり、日本歯科医師会の各種の運動は思いと情熱で進んできましたが、本当に「Plan、Do、See」つまり計画をして実行し、それを客観的に検証したうえで、さらに新しい事業を展開するという視点に欠けていたのではないかということで、プレフォーラムを開催したのです。その後、県持ち回りで 4～5 回フォーラムを実施し、8020 推進財団ができたので、そのフォーラムを 8020 推進財団に移行したことを思い出しま

した。

それに関連して思い出したのは、今から 14～15 年前のことですが、葉山のワークショップで 8020 と健康の問題を取り上げたことです。非常に鮮明に覚えているのは、そのときのテーマが「伝承から科学へ」ということでした。「歯が丈夫だと健康だ」ということは言い伝えられているが、科学的に証明されていないということが、このワークショップの中心課題であったと記憶しております。今は、厚生科学研究費、都道府県への特別推進事業費など、国の事業費が出ることによって、ここ 2～3 年、EBM が活発に出されるようになりました。たとえば、新潟大学の教授のコホート、深井先生の 5,000 名あまりに 15 年のコホートなどがあります。また、私も歯科がまったく関与していなかった多摩市での調査によって、生存率が最も延びる要件は何かという項目において、かかりつけ歯科医がいる人が一番生存率が高かったという結果が出ました。このように、科学的な証明はもうできたと思います。

このとき嬉しいのは、そういう研究報告が出ると、必ず日本歯科医師会に届けてくださるという土台ができています。これは大変ありがたいことです。

「伝承から科学へ」、言い伝えではなく科学的データが必要だというのは、半面そのとおりだと思います。しかし私は、伝承——昔から言い伝えられていることの中には真実も含まれているので、別の面から伝承のあり方や評価をすべきだ、とと思っています。つまり、私たちは伝承と科学の両方を視点として据えておくべきだと思います。なぜならば、普通の人たちは科学的データで生活しているわけではないからです。人々は、科学的なデータがあるからこうしようと思うのではなく、人生という物語を生きているのですから、物語というものが人を動かすのだと思っています。私が非常に敬愛しており、親しくさせていただいていた臨床心理学の河合先生、一昨年お亡くなりになりましたが、河合先生は私に「医療とは物語ですよ」といつもおっしゃっていました。医学は学問かもしれませんが、しかし医療は物語です。人が生きていく途中で、病気になって社会生活を中断し、快復してまた元の生活に戻ります。それもすべて含めて、人は人生という物語を生きてお

り、そのなかには病気もあり健康もあります。そして病気になったときに医療にかかるのだという物語の構成が人を動かしているのだ、ということ河合先生はいつもおっしゃっていました。私はそういう意味で、物語や伝承を、科学的データがないからと言って拒否すべきではないと思っています。

実は世界には、文字を持っていない民族、日本ではアイヌ、アフリカにはドゴン族という、大変美的センスに優れた民族がいます。こういう民族は文字を持っていませんから、たとえばドゴン族だとおまじないで病気を治す人がいます。政治的に部族を治める酋長とは別に、文化的に部族を取りまとめている人なのです。その人が代々、100年、200年と続いた、アイヌで言えば壮大な叙事詩、ドゴン族では宇宙の生成の物語をそらんじて、次の世代へと伝承しているわけです。言葉で暗記して伝承しているわけですが、文字ができるとその伝承は消えていきます。文字で残すということは大切ですが、口で伝えていくときの付加価値——「あの人がこう語った」ということが極めて大きな要素だということが、世界中の文化人類学者の伝承文学に寄せる大きな期待なのです。

話を元に戻しますが、私は「8020運動は人々の生きがいを支える」と言っております。自分の歯を20本残すことは目的ではなく、手段にしか過ぎません。20本の歯を残した人が最後の人生をどれだけ見事に生きるか、あるいは20本の歯を残して自分の口で健康的に食べるということを通して、いかに生きがいを見出し自分の人生を生きていくか、が大切なことです。そのために歯の健康、全身の健康が必要だと私たちは考えるべきだと思います。生きがいというのは物語ですから、一人ひとりが作るものであり、歯科医師が「あなたの生きがいはこうです」などと決めることはできません。一人ひとりが作る生きがいという物語を、私たちは健康という面からサポートできないだろうか、あるいはサポートしたい、ということが8020運動の大きな意義だと思っています。

最後にもう一つ申し上げます。民主党政権に代わり、新しい診療報酬の理念についてのヒアリングが来週の水曜日にあるので行ってきますが、8020をキーワードにしました。なぜなら、「8020運動」という言葉ほど、国民の間で広く知られている言葉はないからです。医師会の唐澤会長が私に「歯科医師会はうらやましい。なぜなら、『8020』という見事なキーワードを作ったからだ。医師会にはそのようなキーワードはない」とおっしゃいました。したがって、8020というキーワードを中心に、平成元年から

平成15年度くらいの間——「健康日本21」の中間報告では、20%を超えて25%達成しています。これはもちろん個人の歯科医師の先生方の努力もありますが、8020運動という啓発運動、歯科医師会、あるいは先生方がなさってきた地域の啓発活動を中心に、それを土台として25%という数字が達成できたのだと思います。

私は25%を50%にまでしたいと考えています。日本の8020の達成率が50%になったら、私は日本を「8020健康長寿社会」と呼んでよいと思います。25%を50%にするためには、もちろんベースは8020運動ですが、一人ひとりの歯科医師がリスクの高い人を自分の診療所で治療し管理しながら、歯を残すという努力が必要です。これを保険、つまりヘルスと別に、インシュアランスとしてきちんと評価をしなければなりません。しかし、そうは言っても歯を失う人はいますが、それに対してはさまざまなコホート研究で、義歯になってもきちんと噛めることができれば健康であるというデータが出ていますので、今後は義歯の補綴の評価をきちんとしてほしいと思います。また、不幸にして病に倒れ、元の健康な状態に戻れない人、つまり要介護の人たちに対しては、在宅という形、私たちが出かけていく歯科医療でその人の生きがいを支えていくことを考えています。これには、ヘルスとインシュアランスを繋げる——ヘルスを土台にしながら、その上にインシュアランスを重ねるという視点が今後必要だと思います。それなしには8020を50%達成した健康長寿社会、8020社会というものは実現できないだろうと思います。したがって、ますますヘルスの運動と、同時に新たにインシュアランスのなかに8020の視点を入れる、あるいは補綴の評価の視点を入れることを——これは健康増進とは別のことになりますが——総合的に考えていかなければなりません。その総合的戦略をどのように作り、どういうタイミングでどのように発言し、どのようにして国の政策のなかに取り入れていただくか、それが日本歯科医師会に課せられた最大の課題です。

そういう意味で、今日ご発表の先生方は、指定研究によって得られたデータをもとにお話しくたします。健康増進としての8020運動はもとより、診療所における歯科医療にまで視点を広げていただき、日本が超高齢社会のなかで、健康長寿を保つ社会をめざすために、一緒に頑張っていたいただきたいと心からお願い申し上げて、冒頭の御礼とご挨拶とさせていただきます。本日は誠にありがとうございました。

1. 財団指定研究発表会

報告者 プロフィール

東京医科歯科大学大学院健康推進歯学分野教授／川口 陽子

昭和 54 年 3 月、東京医科歯科大学歯学部卒業。昭和 54 年 4 月、東京医科歯科大学歯学部予防歯科学講座助手。平成 6 年 11 月、オーストラリア・メルボルン大学歯学部客員研究員。平成 8 年 1 月、東京医科歯科大学歯学部予防歯科学講座講師。平成 9 年 8 月、東京医科歯科大学歯学部国際交流室講師。平成 10 年 4 月、文部省在外研究員（米国・NIDR/NIH、デンマーク・コペンハーゲン大学）。平成 12 年 4 月、東京医科歯科大学大学院健康推進歯学分野教授。平成 20 年 4 月、東京医科歯科大学学長特別補佐（企画・国際交流担当）。歯学博士。日本口腔衛生学会常任理事、日本公衆衛生学会評議員、日本歯科医学教育学会評議員等。

日本歯科大学新潟生命歯学部歯周病学講座教授／佐藤 聡

昭和 62 年 3 月、日本歯科大学新潟歯学部卒業。平成 3 年 3 月、日本歯科大学大学院歯学研究科博士課程修了（歯学博士）。平成 3 年 4 月、日本歯科大学歯学部歯周病学教室助手。平成 8 年 5 月～平成 9 年 5 月、アメリカテキサス大学ヘルスサイエンスセンター・ヒューストン校へ留学。平成 15 年 4 月、日本歯科大学歯学部歯周病学講座助教授。平成 17 年 6 月、日本歯科大学新潟生命歯学部歯周病学講座教授。その他、NPO 日本歯周病学会常任理事、NPO 日本歯科保存学会理事、日本歯科医学会評議員、日本歯科医学教育学会評議員等。

東京医科歯科大学歯学部口腔保健学科教授／寺岡 加代

昭和 53 年 3 月、大阪大学大学院歯学研究科博士課程修了（歯学博士）。昭和 54 年、同大学歯科保存学講座助手、昭和 57 年、東京医科歯科大学予防歯科学講座助手。平成 2 年、同大学歯学部附属病院予防歯科講師。平成 11 年、同大学歯学部附属病院歯科衛生士室長。平成 12 年、同大学大学院医歯学総合研究科医療政策学講座講師。平成 16 年、同大学歯学部口腔保健学科口腔健康推進統合学講座教授。その他、口腔病学会理事、日本咀嚼学会理事、日本自立支援学会理事、日本応用老年学会理事、日本口腔ケア学会理事等。

指定研究報告 ①

多目的コホート研究における口腔と全身の健康に関する研究

～秋田県横手市における調査からみた成人歯科保健の課題～

・東京医科歯科大学大学院健康推進歯学分野教授 川口 陽子



川口：東京医科歯科大学の川口です。私は指定研究として、多目的コホート研究、国立がんセンターが中心となっている疫学研究的なかの歯科研究について報告をさせていただきます。

多目的コホート研究の内容

多目的コホート研究は、Japan Public Health Center-based prospective Study、略して JPHC Study と呼ばれています。がん、心筋梗塞、脳卒中などの疾病の発生には、食習慣や運動、喫煙、飲酒などの生活習慣が関わっていますが、こういった生活習慣病の予防のためにどういふことを改善していったらよいのか、何が関わっているのかという生活習慣病の原因究明と、それに対する有効な予防法の開発を目的に、1990年に多目的コホート研究が開始されました。全国の11保健所と国立がんセンター、国立循環器病センター、大学、医療機関などの共同研究として、このコホート研究が行われています。

全国のいろいろな地区が対象となり、その保健所管内に住んでいる住民を対象にコホート研究を行いました。コホートⅠは1990年に開始し、ベースライン調査当時の年齢は40～59歳の住民、コホートⅡは1993年に開始し、ベースライン調査当時の年齢は40～69歳の住民、両方で全国約14万人の住民を対象にしています。

実際の研究の主任研究者は国立がんセンターの津

金先生です。国立がんセンターが中心となっているということで、初めのうちはいろいろながんの関連を見るのが盛んに行われていました。そして循環器疾患が入り、心筋梗塞や脳卒中との関連を見るようになりました。後からいろいろな疾患——糖尿病、眼科の緑内障や白内障の研究、今は骨折の研究も入りました。しかし歯科研究に関しては、誰も歯科医師が入っていないため、行われていませんでした。

1年に1回、大きな班会議が行われ、今年は10月30～31日に行われました。また、それぞれの地域において地域連絡会議が行われています。それから2ヵ月に1回ほど、国立がんセンターにそれぞれの研究の代表者が集まって、運営委員会を行っています。それ以外に歯科研究班の会議があり、私はこの歯科研究班に所属しています。

多目的コホート研究では、これまでにいろいろデータが出ています。たとえばたばこでは、男性の非喫煙者は喫煙者に比べて1.6倍死亡率が高い、女性では1.9倍死亡率が高い、そのほか、いろいろな種類のがん、脳卒中、糖尿病などに関し、このようなデータが出ています。こういう研究のなかに、歯科としてもたばこはリスクになるので、入らせていただきました。

多目的コホート研究の成果

今までのデータを分析して150件以上論文が出ています。日本人の中老年の人が健康的な生活を送るための指針として、「たばこは吸わない、お酒はたくさん飲まない、やせすぎない・太り過ぎない、塩分をとりすぎない、新鮮な野菜・果物を嫌わない」ということが挙げられています。さらに中老年の女性の場合はこれに追加して、「大豆・大豆製品を食べる回数を増やす、緑茶を飲む回数を増やし、少し冷ましてから飲む」という健康習慣がよいということがエビデンスとともに示されています。

歯科としてこの研究に入っていくとき、医科でたばこが取り上げられているのと同様に、たばこが歯科でもリスクとして考えられるということで、たば

こを選びました。

禁煙と歯の喪失との関係

ベースライン時には歯科疾患の調査が含まれていなかったため、歯科健診の質問票もありませんでした。この研究に私たちが入れさせていただいたのは2005年からです。1990年からスタートしていたので、15年も経っていました。今は全国のいろいろな場所で14万人もの調査をしています。歯科研究では初めは歯科医師が歯科健診をして口の中の状況を診たいということで、いろいろな保健所に当たってみましたところ、最終的に引き受けてくださったのが秋田県横手保健所の人たち、秋田県歯科医師会、旧横手市歯科医師会、旧平鹿郡歯科医師会、そして当時秋田県の県庁にいらした故・臼井和弘先生です。彼らのご協力を得て、秋田でコホート研究のなかの歯科調査に参加することができました。

実際の基となっているコホート調査は1990年にスタートし、このときにアンケートや健診をし、20年フォローアップしてきました。どういう疾患が発症したか、がんで死亡した人の生活習慣を見るなどしてきました。歯科が初めて入ったのは2005年ですからベースラインのデータはなく、ここから始まります。

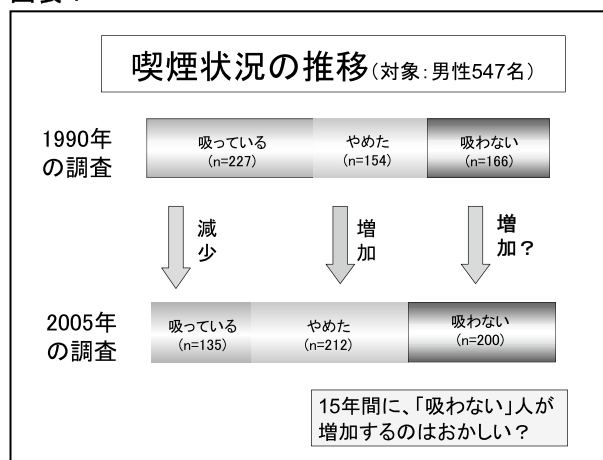
8020推進財団の指定研究として始まりましたが、医科の先生でも8020という言葉の意味を知らない方もいらっしゃいましたので、歯の喪失とたばこの関連について調査を始めました。

2005年に調査を行いました。対象者は男性706名、女性812名で、合計1,518名でしたが、たばこの関連を見るうえで、秋田の横手市のこの年代の女性は喫煙率が低かったため、男性のみを研究対象者とし、過去のデータが不揃いの者を除外したところ、対象者は547名になりました。

これまでいろいろな研究で、喫煙が歯の喪失リスクを高めるといった報告はいくつか行われています。しかし、禁煙することが歯の喪失リスクの低減にどのように影響するか、禁煙することのメリットを明らかにした報告は日本ではありませんでした。

本研究では男性547名について、喫煙状況および禁煙状況と現在歯数の関連について、特に「8020」達成に向けて、9本以上の歯の喪失リスクに注目して分析を行いました。特にコホート研究に入ったメリットを活かして、過去の喫煙状況を15年間さかのぼって調べました。

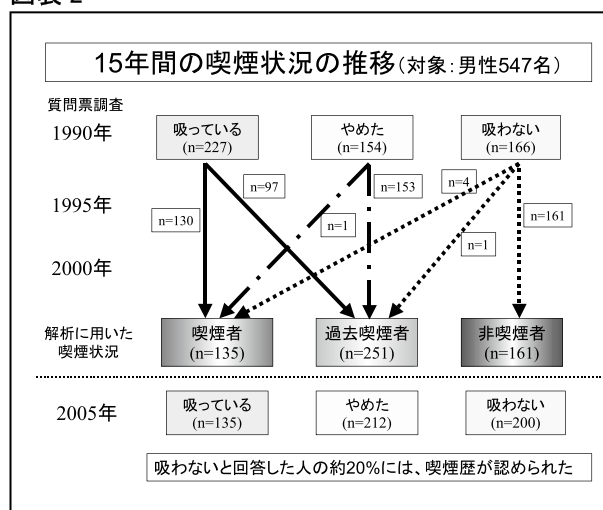
図表 1



1990年時点でたばこを吸っている人、やめた人、吸わない人が2005年にどうなっているかを見ました。15年間で吸っている人は減少し、禁煙した人が多くなっています。禁煙した人は増加しています。

ところが15年間で吸わない人が増えているのです。これはどうしたことでしょうか。

図表 2



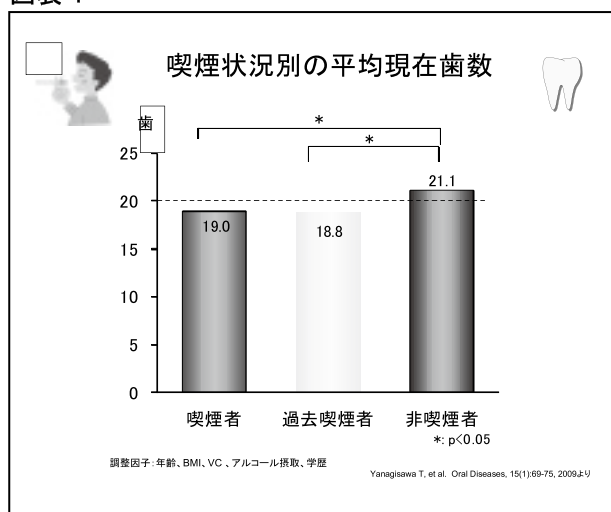
そこで、5年ごとのデータを調べてみました。1990年にたばこを吸っている人のうち130人は15年後も吸っていましたが、吸っている人のうち97人は禁煙して過去喫煙者になっていました。1990年に「やめた」と言った153人はそのままですが、1人喫煙者に戻りました。1990年に「吸わない」と言った人のうち161人が15年後も非喫煙者でしたが、よく調べてみたら、過去に吸っていた人がいたり、15年後に喫煙者になっていたりした人がいました。結局、2005年に「吸わない」と回答した人の約20%は喫煙歴があったわけです。断面調査を行うと、かなり前に禁煙している人は、「吸わない」と回答する可能

性があります。ですからたばこのリスクを調べるときには、断面調査以外にもきちんと調査しないといけないと思います。

図表 3

対象者の属性						
	n	現在歯数		p value		
		0-19	20-28			
年齢 (歳)		n	%	n	%	
55-59	101	21	10.7%	80	22.9%	<0.001
60-64	140	34	17.3%	106	30.3%	
65-69	128	44	22.3%	84	24.0%	
70-75	178	98	49.7%	80	22.9%	
BMI(kg/m ²)						0.021
<24.9	407	157	79.7%	250	71.4%	
25.0+	140	40	20.3%	100	28.6%	
ビタミンC摂取量 (mg/day)						0.115
100+	306	103	52.3%	203	58.0%	
<100	241	94	47.7%	147	42.0%	
アルコール摂取状況						0.201
飲まない	59	24	12.2%	35	10.0%	
時々飲む 毎日飲む	187 301	58 115	29.4% 58.4%	129 186	36.9% 53.1%	
学歴						<0.001
中学校卒業	168	81	41.1%	87	24.9%	
高等学校卒業	282	94	47.7%	188	53.7%	
大学・短大卒業	97	22	11.2%	75	21.4%	

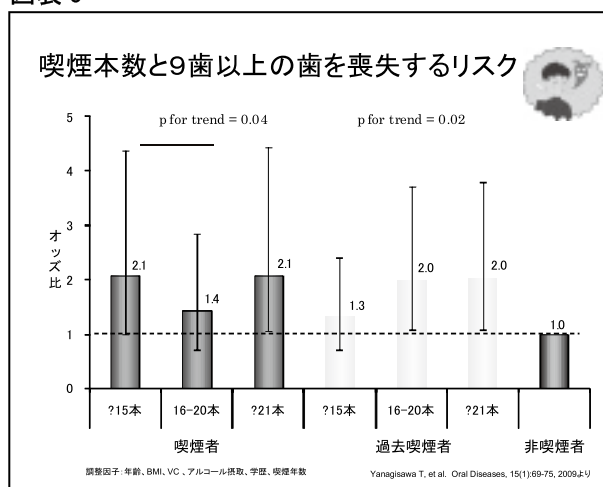
図表 4



対象者の年齢、BMI、ビタミンC摂取量、アルコール摂取状況、学歴などの属性に分けて現在歯数を見ました。

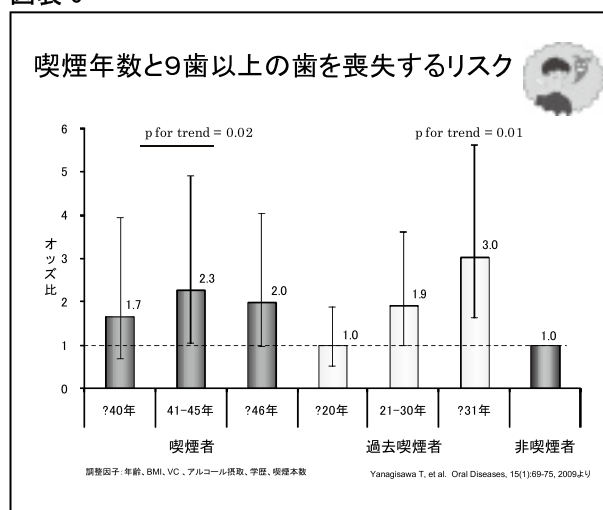
喫煙状況を過去にさかのぼり、現在吸っている人、過去に吸っていたことがある人、吸ったことのない人の3つに分けて平均現在歯数を見ると、非喫煙者は21.1本で20本を上回っていましたが、喫煙者と過去喫煙者は20本には達していませんでした。

図表 5



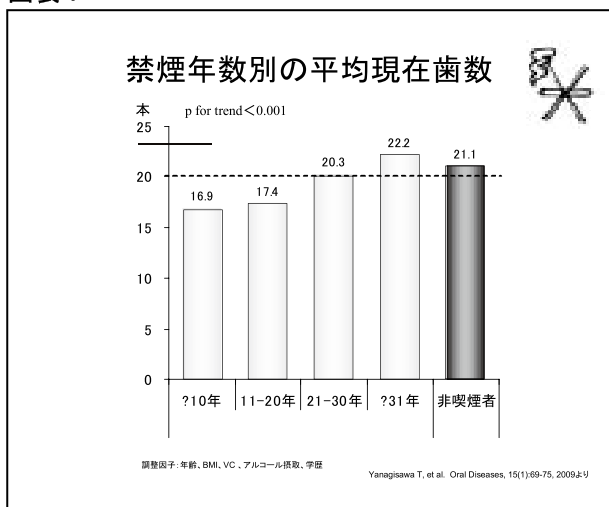
また、1日の喫煙本数と9歯以上の歯を喪失するリスクを見ると、1日の喫煙本数が多くなるほど、歯を喪失するリスクが高くなるという結果になりました。喫煙者では1日にたばこ21本以上、過去喫煙者では16本以上の場合、リスクが高いことがわかりました。

図表 6



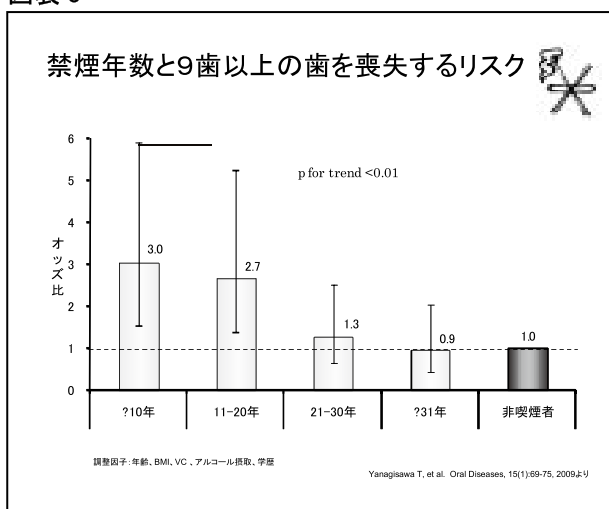
さらに喫煙年数と9歯以上の歯を喪失するリスクについてみると、喫煙者も過去喫煙者も、喫煙していた年数が長いほど歯を喪失するリスクが高いことがわかりました。

図表 7



禁煙歴と現在歯数の関連をみると、非喫煙者の現在歯数は 21 本ですが、禁煙年数が長くなれば長くなるほど、歯の数が多いことがわかりました。

図表 8



さらに、禁煙年数と歯の喪失リスクとの関連をみると、禁煙歴が 10 年未満の人、11～20 年未満の人は 9 歯以上の歯を喪失するリスクが高くなっています。一方、21 年以上禁煙している人は、非喫煙者とほとんど差がないことがわかりました。

本研究で明らかになったこと

本研究では、喫煙は歯の喪失リスクを高め、8020 を達成できないことが確認されました。喫煙本数が多いほど、喫煙歴が長いほど、歯の喪失リスクは高いことがわかりました。しかし、吸っていても禁煙

すれば歯の喪失リスクは低減し、特に 21 年以上禁煙した場合は歯の喪失リスクは非喫煙者と同等レベルであることがわかりました。つまりたばこを吸わないこと、また吸っている場合は禁煙することが歯の喪失を防止し、8020 を達成するために有効であることが明らかになりました。

図表 9



実際に多目的コホート研究のホームページに、この研究でわかったこと、たとえばがんなら肝臓がん、肺がんなど種類別に出ていますし、その他の疾患では「歯の喪失」として概要が見られるようになっています。

またカテゴリーで探すと、いろいろなリスクとの関連が載っています。たばこのリスクについてみると、16 種類の病気との関連が載っています。また同じ対象者のなかで歯科についての研究も載っています。医科領域と同じ対象者のデータを元に、喫煙のマイナス面、効果を明らかにできたので、Common risk factor への認識、歯科疾患への理解、口腔と全身の健康との関連がはっきりしました。このような研究を医科の研究班のなかで行ったことに意義があると思います。

私が最初にこの研究班に入ったとき「口腔と全身の健康 (Oral Health と General Health) との関連を調べたい」と言ったら、医科の先生が「General Health とは何のことですか?」と質問しました。医科の領域では「General Health」という言葉は知られておらず、歯科領域だけが使っている言葉なのです。

たとえば医科領域では、目の健康、耳の健康、鼻の健康などと言いません。しかし歯科領域では、歯の健康、口腔の健康という言葉を用いています。

「健康」は、人間を身体的、精神的、社会的側面

からみて評価するものです。口腔と全身の健康について言っているのは歯科の人間だけであり、医科の人たちは「General Health」という言葉を知らないくらいです。歯科以外の人たちが「歯の健康、口腔の健康が大切だ」と言ってくれるように働きかけることが大切だと思います。

横手市における成人歯科保健調査

図表 10

秋田県横手市における成人歯科保健調査

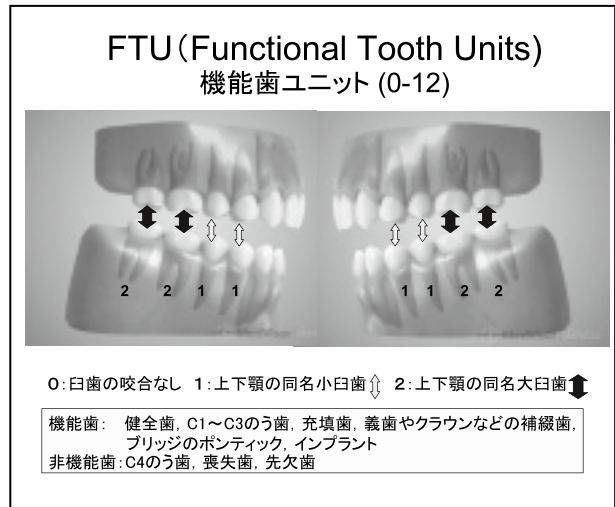
年齢(歳)	男性(名)	女性(名)	計(名)
40-49	109	191	300
50-59	237	413	650
60-69	349	406	755
70-75	221	238	459
計	916	1248	2164

横手歯科医師会、ひらか歯科医師会の協力を得て
歯科健診および質問票調査を実施(2005-2006年)

多目的コホート研究とは別に、秋田県横手市では最初、2005年に成人55～75歳の歯科保健調査をし、翌年40～55歳のデータも併せて、歯科だけのデータ分析を行いました。

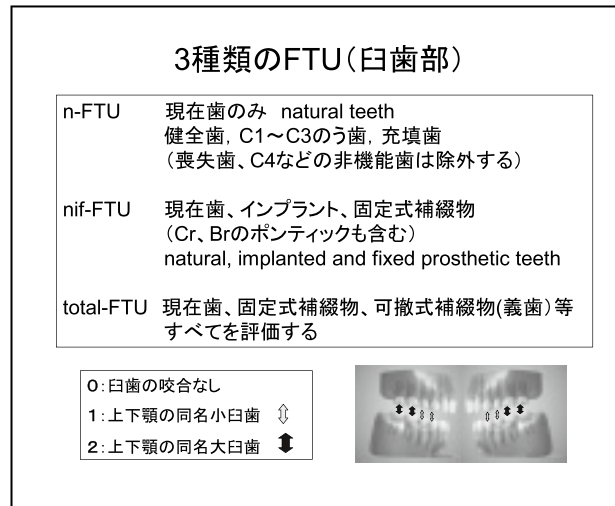
歯の咬合状況を示す Index はさまざまあります。点数は Index により違います。ある Index は臼歯部の咬合状況のみを評価したり、前歯の咬合状況も入れたり、義歯を除外して健全歯、修復歯、ブリッジを含めて評価したり、義歯も含めて評価したりしました。どのような評価をみても、咀嚼能力や口腔機能は栄養摂取状態や QOL などと関連があることが報告されています。

図表 11



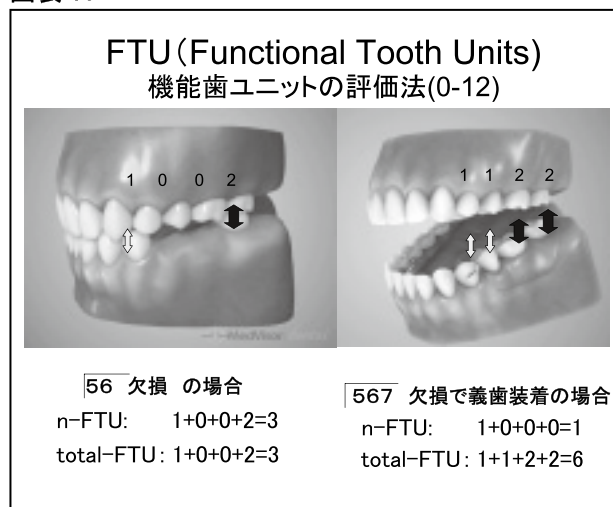
私たちは Functional Tooth Units という指標を使いました。臼歯部の大臼歯が上下7番と6番があった場合に2点、小臼歯5番と4番があった場合に1点、咬合がどちらかが欠けている、両方欠けている場合は0点という点数をつけました。機能歯とは健全歯、C1～C3のう歯、充てん歯、補綴歯、ブリッジのポンティック、インプラント、非機能歯とは、C4のう歯、喪失歯、先欠歯のこと입니다。

図表 12



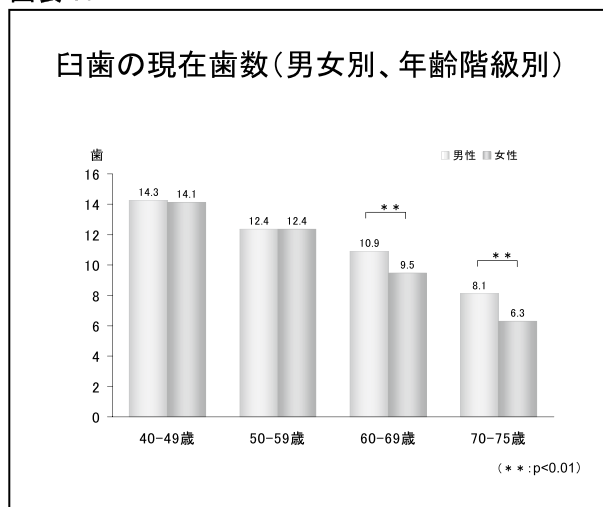
3種類の FTU で臼歯部を見ました。1つは現在歯のみ、健全歯、C1～C3のう歯、充填歯、2つ目は現在歯、インプラント、固定式補綴物、3つ目は現在歯、固定式補綴物、加撤式補綴物です。これで咬合状況を調べてみました。

図表 13



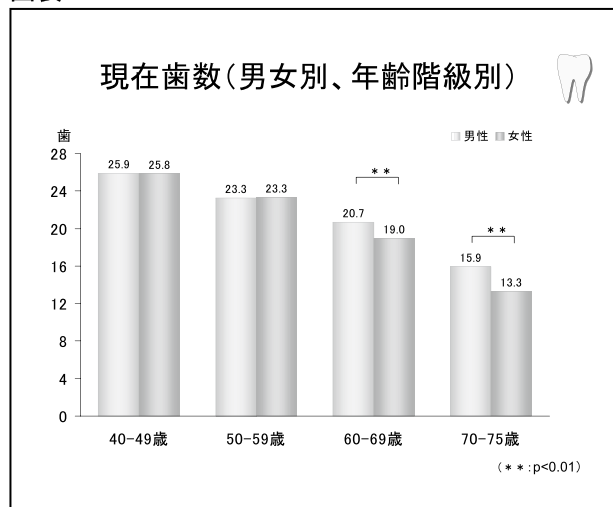
図の左側の写真は 56 が欠損で義歯入れていないので合計 3 点です。右側は 567 欠損ですが義歯を入れた場合、n - FTU は 1 点ですが、total - FTU は噛めるようにしているので 6 点になります

図表 15



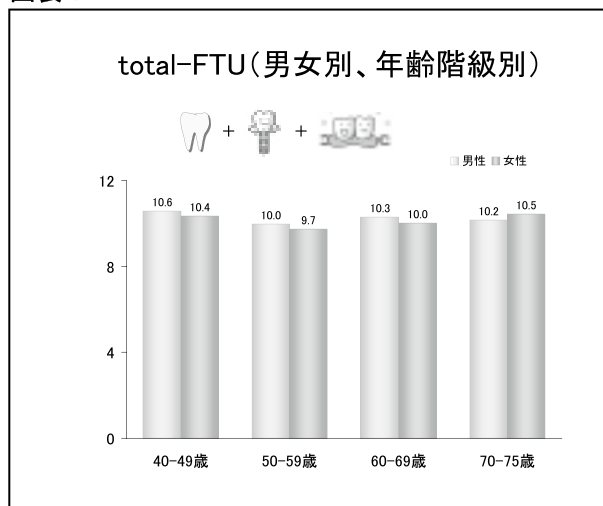
また、臼歯の現在歯数も歳をとるとともに減少し、60 歳以上では男女間で違いがありました。

図表 14



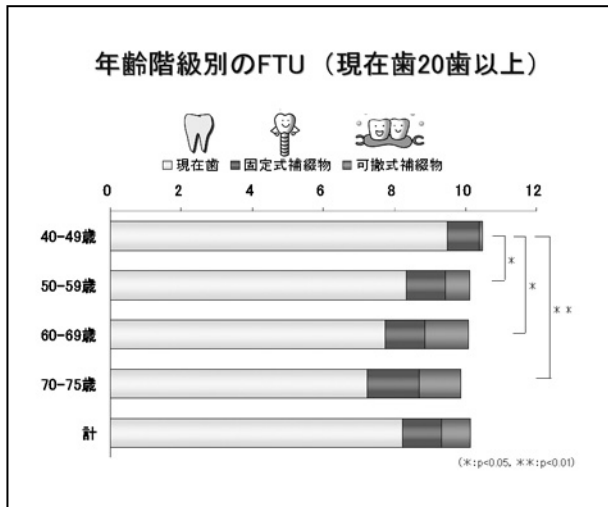
年代別に現在歯数を見てみると、歳をとるとともに歯が減っていきます。60 歳以上では男女間で違いがありました。

図表 16



ところが total - FTU、義歯やインプラントにより噛み合わせを改善した場合、どの年齢でもほぼ 10 点になっています。

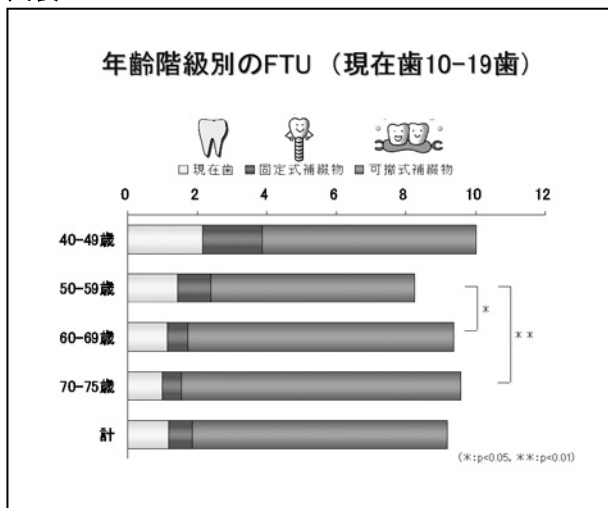
図表 17



20本以上歯がある人を年齢階級別に分けて、どういふ噛み合わせ——現在歯同士の噛み合わせ、ブリッジやインプラントを入れた場合の噛み合わせ、デンチャー（義歯）を入れた場合の噛み合わせを見たところ、このようになりました。

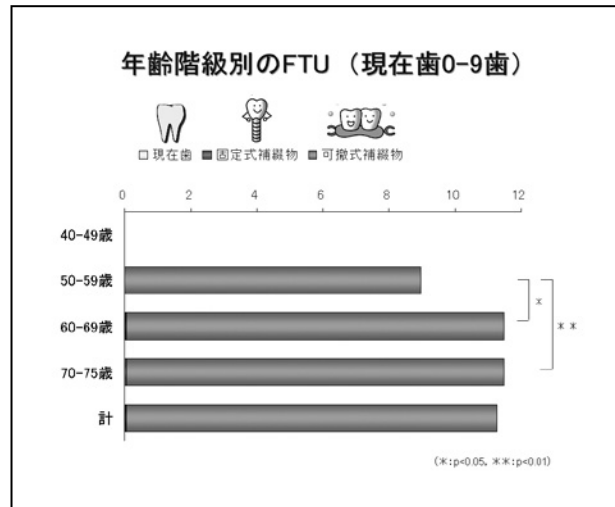
現在歯が10～19本の場合は、現在歯同士の組み合わせは減ってきて、義歯の割合が多くなります。

図表 18



こういうことを調べていくうちに、成人の問題は50歳代にあると思いました。40代までは歯の喪失はあまりありませんが、50代で歯が喪失してくると、まだデンチャー（義歯）や補綴物を入れなくても頑張れますが、60代以降になると、補綴物を入れないと物が噛めなくなるので、50歳代の人の中は60歳以上の人より悪い状態だと思います。

図表 19



さらに現在歯が9本以下の場合、ほとんど噛み合わせはデンチャーで構成されているということになります。

図表 20

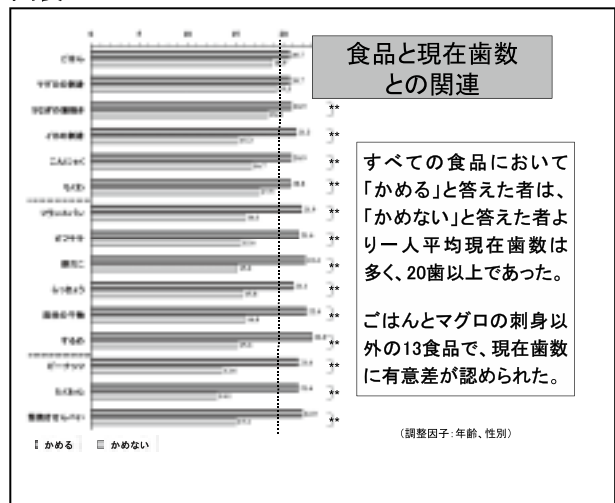
山本式咀嚼能力評価表

食品ごとにかめるか
かめないかを質問

3点	ごはん マグロの刺身 うなぎの蒲焼
4点	イカの刺身 こんにゃく ちくわ
5点	フランスパン ピフテキ 酢だこ ラッキョウ 貝柱(乾燥) スルメ
6点	ピーナッツ たくあん 堅焼き煎餅

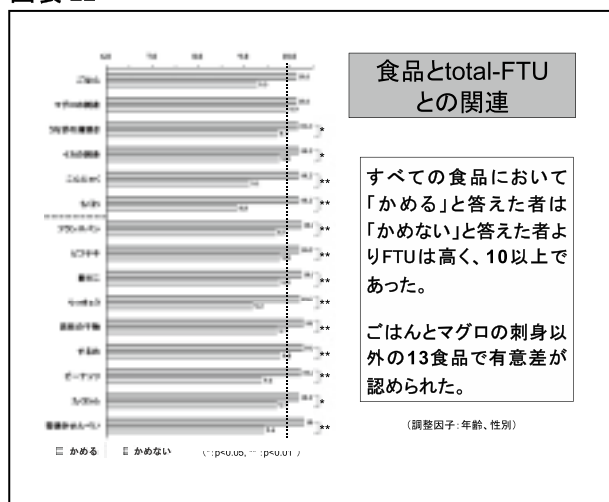
40-75歳の成人2164名を対象とした調査(横手市)

図表 21



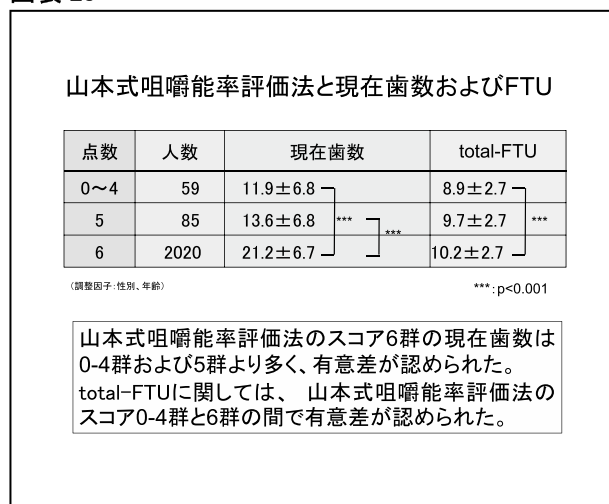
山本式咀嚼能力評価表で点数を見ました。現在歯数との関連で、15項目の食品について、噛めるか噛めないかを見たところ、「噛める」と答えた人は皆、20本以上歯がありました。一方、「噛めない」と答えた人は全員20本以下でした。

図表 22



また、臼歯部の FTU と食品との関連を見ました。すべての食品において「噛める」と答えた人は 10 点以上、「噛めない」と答えた人は 10 点未満で、これも食品ごとに有意差がありました。

図表 23



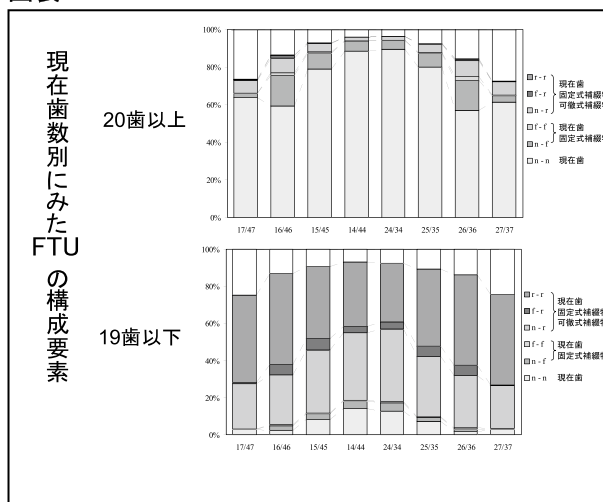
6点の人と5点以下の人とでは、だいぶ差が見られました。

現在歯が 20 本以上ある人の右および左の上下の 7 番、6 番、5 番、4 番の噛み合わせです。ほとんどが現在歯で噛んでいます。

ところが 19 本以下の人は、現在歯同士の噛み合わせが非常に少なく、デンチャー同士、デンチャー

と歯や補綴物との噛み合わせが多くなっていました。

図表 24



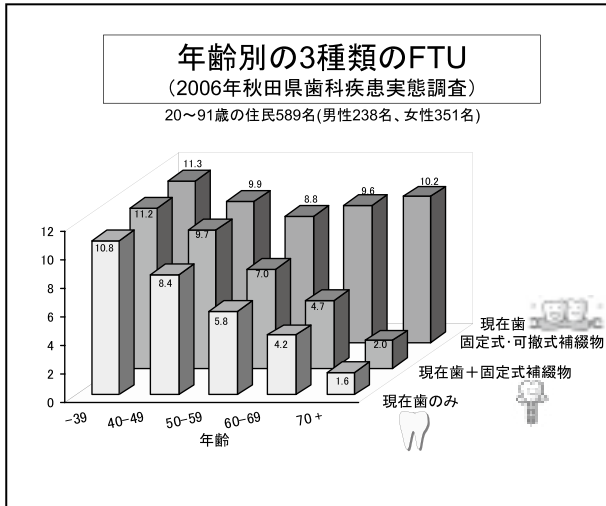
このように、8020 の人、すなわち 20 本以上歯がある人は、臼歯に関しては現在歯で噛み合わせていることが多いとわかりました。

本研究で明らかになったこと

8020 という、歯を 20 本以上保つことが強調されますが、現実には歯を失っている人が多くいます。しかし、そういう人でも FTU を 10 以上にすれば、すべての食品を噛めることがわかりました。ですから補綴処置を行うことが重要だと思います。

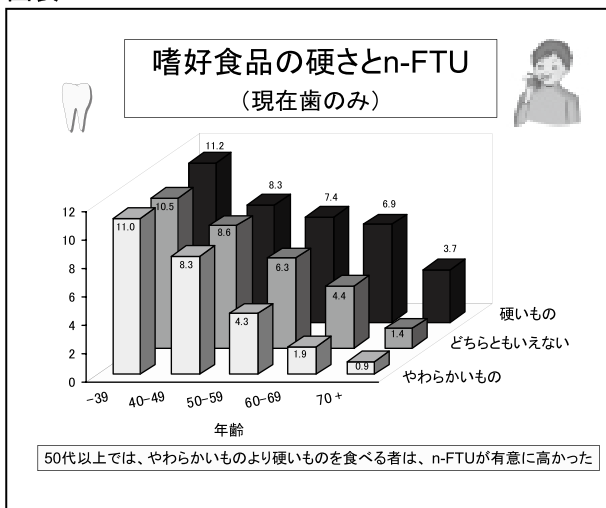
秋田県歯科疾患実態調査の結果

図表 25



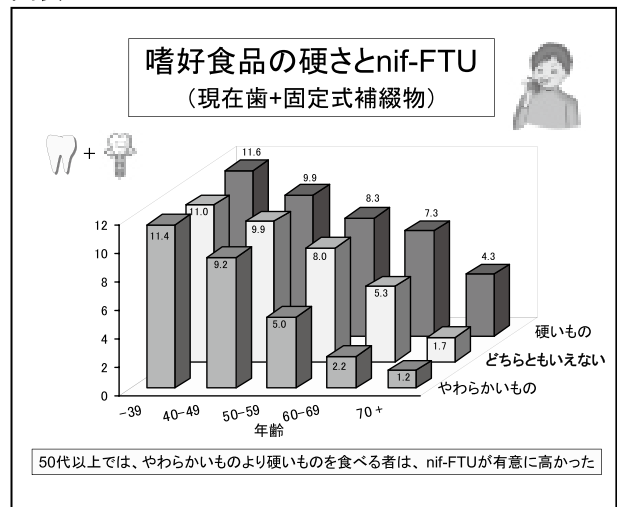
秋田県の歯科疾患実態調査の結果をみてみました。やはり年齢別に見ると、現在歯のみの FTU、噛み合わせは年齢が上がるにしたがって減っていきます。インプラントやブリッジをしたものも同様です。デンチャーまで入れた噛み合わせは 50 歳代が一番低いです。60 歳以上ではトータルの噛み合わせの状況は高くなっています。

図表 26



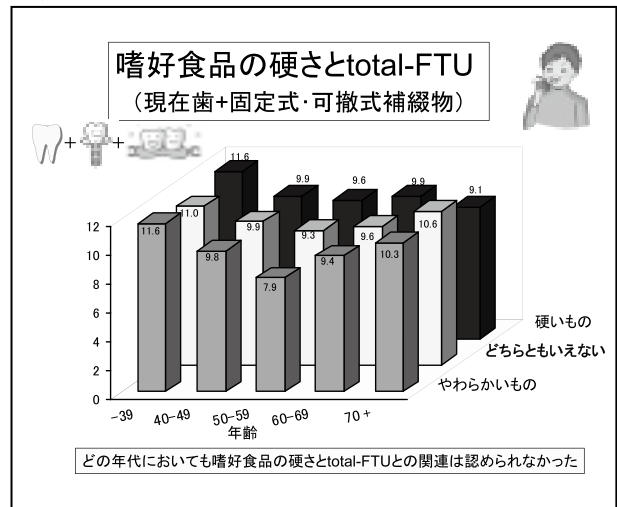
また、硬い食べ物を好む人、軟らかい食べ物を好む人の現在歯のみの FTU を調べてみました。40 歳代まではそれほど差がありませんが、50 歳代以上で軟らかいものを好む人より硬いものを好む人は、FTU が有意に高いという結果になりました。

図表 27



ブリッジやインプラントなどを入れた FTU の場合、50 歳代以上ではやはり軟らかいものを好む人より硬いものを好む人は、FTU が高いという結果になりました。

図表 28



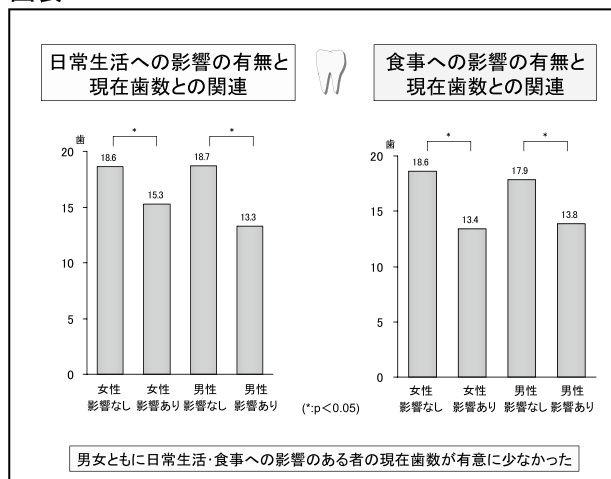
ところがデンチャーをカウントした場合は、どの年代でも、あまり差が見られませんでした。

本研究でわかったこと

20～40 歳代の喪失歯が少ない年代では、食品の硬さと FTU との関係は見られませんでした。喪失歯が多くなる 50 歳以上では、硬いものを多く食べると答えた人のほうが、n - FTU、nif - FTU は高く、total - FTU は差がありませんでした。つまり臼歯の欠損部にブリッジやインプラントなどの固定式の

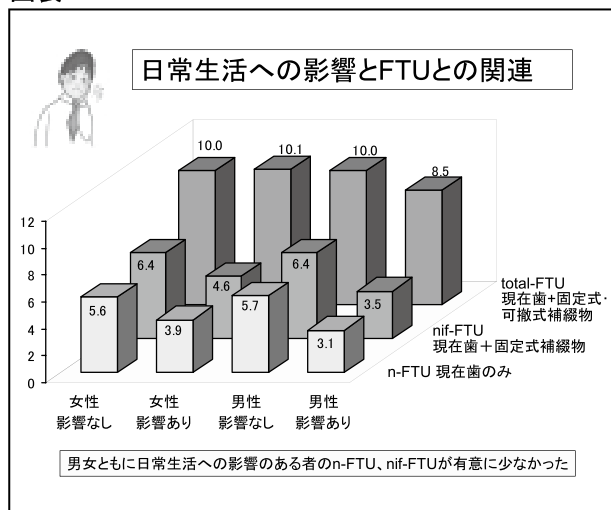
補綴物を入れたほうが、デンチャーなどの可撤式の補綴物より咀嚼能力が有利であることがわかりました。また、義歯を入れたら、義歯の機能や適合状況なども考慮しなければならないことがわかりました。

図表 29



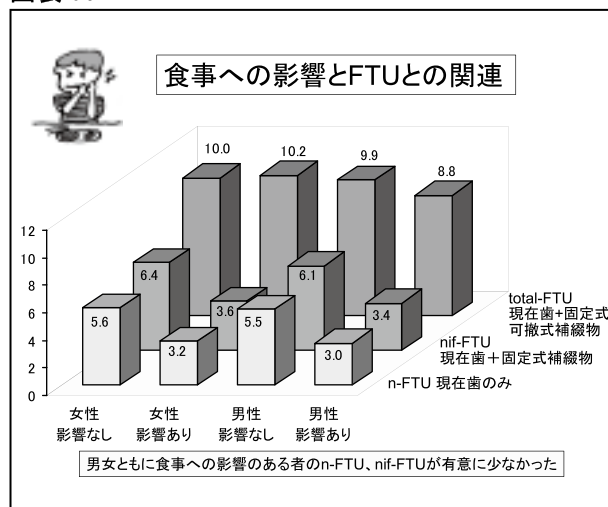
現在歯数と日常生活への影響、QOL との関連をみると、影響があると答えた人のほうが歯の数が少ないことがわかります。

図表 30



また、男女別に日常生活に影響がある人の n - FTU、nif - FTU には差がありましたが、デンチャーまで含んだ total - FTU には差がありませんでした。

図表 31



また食事への影響も同様に、デンチャーを入れて噛み合わせるとあまり影響はないという結果でした。

本研究で明らかになったこと

つまり、QOL の高い日常生活を送るにあたっては歯を残すことが大切なのですが、歯を損失した場合には、可撤式の補綴物より固定式の補綴物で修復するほうがよいと考えられます。また、口腔の健康状況が日常生活に影響を与えることを人々に情報提供し、口腔の健康への関心を高めることが大切だと思います。

図表 32

成人の目標

歯周病予防およびそれに伴う歯の喪失防止
う蝕予防、う蝕処置、欠損部の補綴処置

↓

現在歯20歯以上(8020)、FTU10以上

保健行動

禁煙、定期健診、歯磨き指導、歯石除去
丁寧なブラッシング、歯間清掃用具の使用

課題

保健行動

口腔保健状況は全身の健康やQOLに、影響するが、人々はそのことを認識していない (歯科専門家の認識とのギャップ)

プロフェッショナルケア

セルフケア

歯を 20 本以上保つことはもちろん大切ですが、FTU を 10 以上に保つように補綴処置を行うことが大切です。そして望ましい保健行動とは、プロフェ

ッショナルケアを受けることと、セルフケアだと思います。ただ成人の課題としては、人々が専門家ほど、そのことを認識していないことです。

「8020」の普及啓発が重要

図表 33

8020(はちまるにいまる)歯の健康メッセージ

は…歯を強くフッ素を使ってむし歯の予防
ち…注意して歯と歯の間をみがきましょう
ま…毎日チェック鏡で見よう歯と歯ぐき
る…ルール違反タバコは歯ぐきに悪影響
に…にこにことストレスなければ会話もはずむ
い…一年に一度は受けよう歯科健診
ま…守りましょう食事の時間と栄養バランス
る…ルンルンと明るい笑顔で生き生きライフ

したがって「8020」を広める必要があります。

これは指定研究とは関係ありませんが、「8020」の読み(はちまるにいまる)を使って歯の健康メッセージを作ってみました。

「は」は「歯を強くフッ素を使ってむし歯の予防」。
「ち」は「注意して歯と歯の間をみがきましょう」
——これは一番目はむし歯の予防、二番目は歯周病予防のメッセージです。

「ま」は「毎日チェック鏡で見よう歯と歯ぐき」
——これはセルフチェックの重要性です。

「る」は「ルール違反タバコは歯ぐきに悪影響」。
「に」は「にこにことストレスなければ会話もはずむ」。

「い」は「一年に一度は受けよう歯科健診」。

「ま」は「守りましょう食事の時間と栄養バランス」。

「る」は「ルンルンと明るい笑顔で生き生きライフ」。

これは1つの例ですが、このような形でメッセージを一般の人々に伝えていけばよいのではないかと思います。

以上です。ありがとうございました。

指定研究報告 ②

2型糖尿病患者と歯周病との関連研究

・日本歯科大学新潟生命歯学部歯周病学講座教授

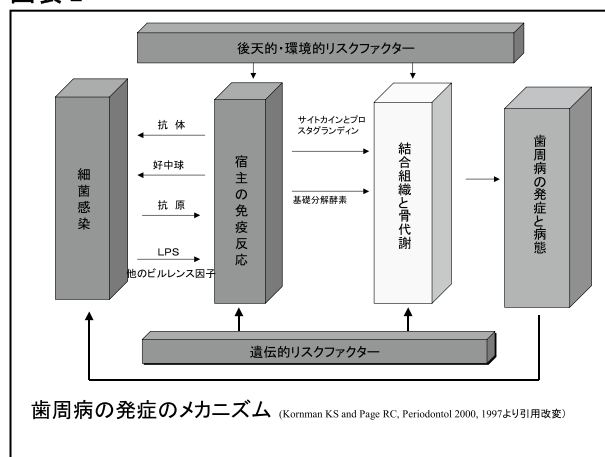
佐藤 聡



佐藤：ご紹介いただきました佐藤です。2型糖尿病患者と歯周病との関連研究について、お話をさせていただきます。歯科医院を受診する患者さんのなかには、自分が糖尿病かどうかわからない状態で来られる方もいらっしゃいます。そういう方のリスク因子が判断できるようになれば、近い将来、簡単な糖尿病の検査法になるのではないかと思います、その研究をしています。

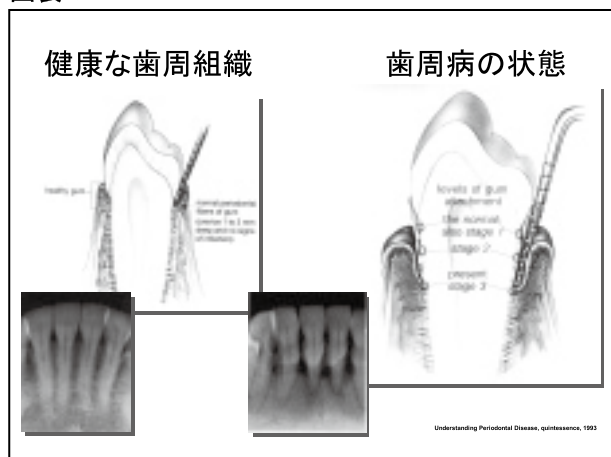
健康な歯周組織の場合、歯肉溝は1ミリ～2ミリ、あるいは3ミリある場合もありますが、歯周組織の状態になると、アタッチメントロスを起こしてきて、ポケットを形成します。ポケットが形成されると強い炎症が起こります。見ただけでは確認できないような慢性的な炎症がポケット内に存在し、それにより歯周組織内にサイトカイン——メタボリックシンドローム等の原因と言われているものですが——その蓄積が起こってくると言われています。

図表 2



歯周病のメカニズム

図表 1



図表 3

図表 3: 歯周病の分類システム (日本歯周病学会 2006)

I. 歯肉炎病変 Gingival lesions	III. 壊死性歯周疾患 Necrotizing ulcerative periodontal diseases
1. プラーク性歯肉炎 Plaque-induced gingivitis	1. 壊死性潰瘍性歯肉炎 Necrotizing ulcerative gingivitis
2. 非プラーク性歯肉炎 Non plaque-induced gingivitis	2. 壊死性潰瘍性歯周炎 Necrotizing ulcerative periodontitis
3. 歯肉増殖 Gingival overgrowth	IV. 歯周組織の膿瘍 Abscess of periodontium
1) 薬物性歯肉増殖 Drug-induced g. o.	1. 歯肉膿瘍 Gingival abscess
2) 遺伝性歯肉線維腫症 Hereditary g. o.	2. 歯周膿瘍 Periodontal abscess
II. 歯周炎 Periodontitis	V. 歯周一歯内病変 Combined periodontic-endodontic lesions
1. 慢性歯周炎 Chronic periodontitis	VI. 歯肉退縮 Gingival recessions
2. 侵襲性歯周炎 Aggressive periodontitis	VII. 咬合性外傷 Occlusal trauma
3. 遺伝疾患に伴う歯周炎 Periodontitis associated with genetic disorders	1. 一次咬合性外傷 Primary o. t.
	2. 二次咬合性外傷 Secondary o. t.

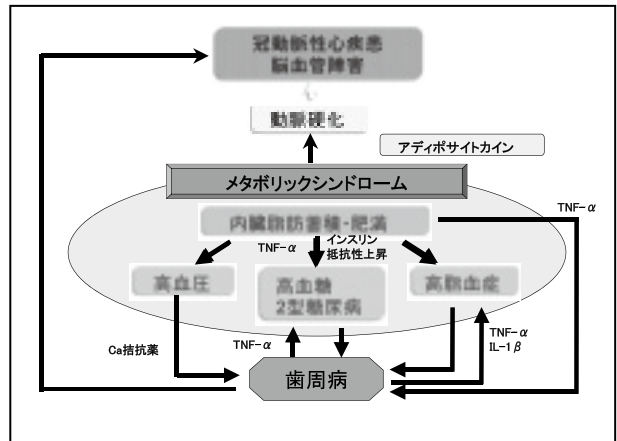
日本歯周病学会では 2006 年に歯周病の分類システムを新たに作り直しました。歯肉炎病変、歯周病病変など 7 種類に分類しています。

図表 4

リスクファクターによる歯周炎の分類	
1) 全身疾患関連歯周炎	Periodontitis associated with systemic diseases
①白血球	Leukemia
②糖尿病	Diabetes
③骨粗鬆症/骨減少症	Osteoporosis/osteopenia
④AIDS	Acquired immunodeficiency syndrome
⑤後天性好中球減少症	Acquired neutropenia
⑥その他	Other
2) 喫煙関連歯周炎	Periodontitis associated with smoking
3) その他のリスクファクターが関連する歯周炎	Periodontitis associated with other risk factors

図表 4 はリスクファクターによる歯周炎の分類について示したのですが、今日お話しする糖尿病もリスクファクターとして研究が進んでいます。

図表 6



内臓脂肪蓄積や肥満により、炎症性のサイトカインといわれている TNF - α、IL - 1 β、IR6 などのサイトカインが一方的あるいは相互に歯周炎に関係しています。つまり、糖尿病によって歯周病になりやすいのではないかとこの考え方から、歯周病を治療することによって糖尿病の軽減につながるのではないかと考えられます。

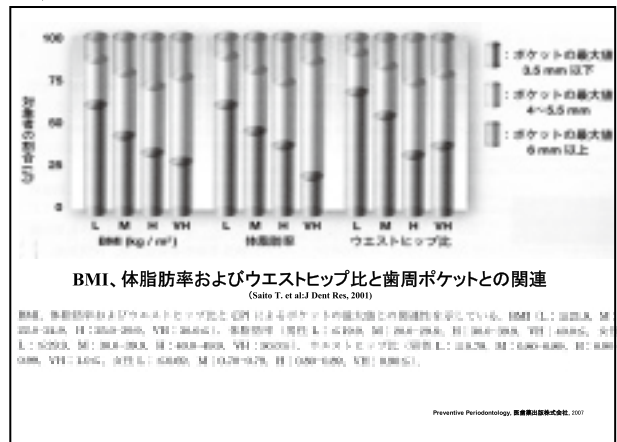
歯周病と糖尿病との関係

図表 5

【メタボリックシンドロームの診断基準】	
腹腔内脂肪蓄積	
ウエスト周囲径	男性 85 cm 以上 女性 90 cm 以上 (内臓脂肪面積 男女とも 100 cm ² 以上に相当)
+	
以下のうち2項目以上	
血清脂質異常	高血圧
高トリグリセライド血症 150mg/dl以上 低HDLコレステロール血症 40mg/dl未満 のいずれか、または両方	収縮期血圧 130mmHg以上 拡張期血圧 85mmHg以上のいずれか、または両方
	高血糖
	空腹時血糖 110mg/dl以上

メタボリックシンドロームの診断基準です。腹腔内の脂肪の蓄積と、血清脂質異常、高血圧、高血糖などが複合的に関わることにより、メタボリックシンドロームと判断されますが、このなかで歯周病に関連するファクターといわれているのが、血清脂質異常、高血圧、高血糖です。

図表 7



特に脂肪に関しては、斉藤先生が 2001 年に出された研究が元になっていますが、BMI、体脂肪率、ウエスト・ヒップ比は歯周ポケットの進行、歯周炎との進行に関連があるということが、疫学的に報告されています。

図表 8

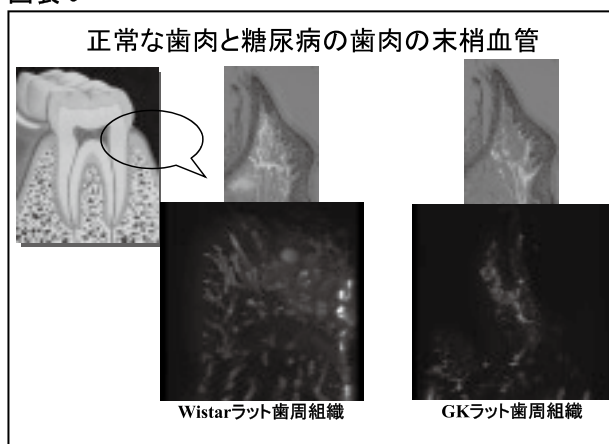
糖尿病が歯周病に影響するメカニズム

1. 多形核白血球の機能異常
好中球の接着能、殺菌能、貪食能の低下
2. 高血糖
歯肉溝浸出液中のグルコース濃度の上昇、線維芽細胞の機能低下
3. 終末糖化物質 (AGE: advanced glycation endproduct)
動脈平滑筋細胞を増殖、血管壁や基底膜を肥厚
4. 血管への影響
基底膜の肥厚により基底膜を通過する酵素の拡散と栄養供給に障害を与え、歯周組織の恒常性維持に影響を及ぼす。
5. 炎症性サイトカインの動態
歯周病原菌である *porphyromonas gingivalis* 由来の Lipopoly saccharide (LPS) 刺激に対して糖尿病患者の単球は、非糖尿病患者に比較して24~34倍の TNF- α 、4倍の PGE2 や IL-1 β を産生

糖尿病自体が歯周病に及ぼす影響と、歯周病が糖尿病にどのような影響を及ぼすのかという相互の考え方が出てきます。糖尿病が歯周病に影響を及ぼすことについて現在考えられていることは、第 1 に、細菌が蓄積し、それにより歯周組織側から白血球が出てきて宿主の抵抗を示しますが、その機能が異常になってくることです。2 番目は、高血糖により歯肉溝浸出液中のグルコースの濃度の上昇、線維芽細胞の機能低下、3 番目は終末糖化物質が動脈平滑筋細胞を増殖させたり、血管壁や基底膜を肥厚させたりすることです。4 番目は血管への影響で、末梢血管についてですが、他の臓器においても証明されています。最も歯周病に影響があるとされているのが 5 番目の炎症性サイトカインであり、特に TNF - α については歯周組織においても多く検出されます。

図表 9

正常な歯肉と糖尿病の歯肉の末梢血管



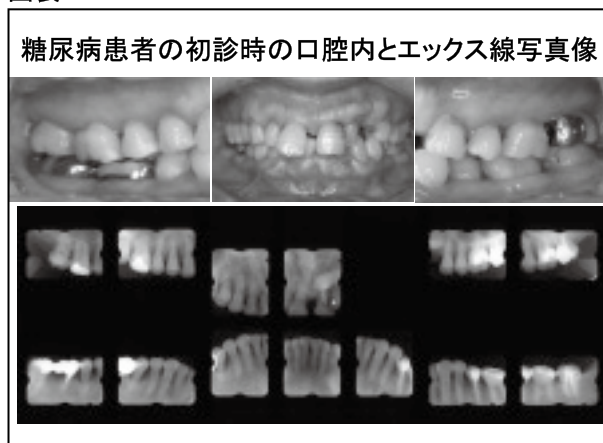
Wistarラット歯周組織 GKラット歯周組織

糖尿病のモデルラットと正常なラットの血管網を比較しました。正常なラットの場合、上皮突起のところまで非常にきれいな状況で血管が伸びてきてい

ます。一方、糖尿病のラットは血管がかなり潰れてきています。

図表 10

糖尿病患者の初診時の口腔内とエックス線写真像




糖尿病の患者さんの口腔内です。こういった細菌が検出されるかを調べ、それによって歯周治療にどのような変化を起こすかを見ています。

図表 11

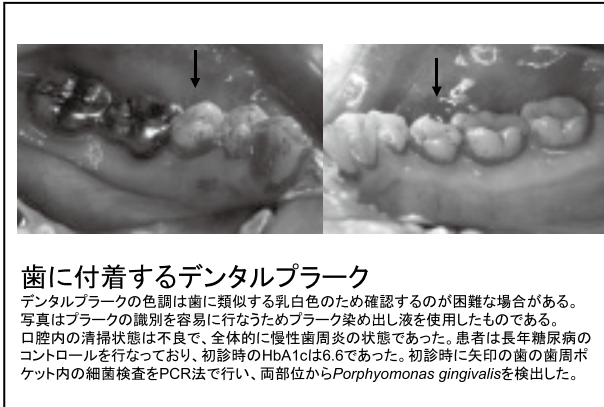
Q : 糖尿病に罹患している歯周病患者と罹患していない歯周病患者ではポケット内細菌叢は異なるのか？

A : 糖尿病に罹患している歯周病患者のポケット内は、糖尿病に罹患していない歯周病患者のそれと比較して、異なる菌種が存在しているか否かについては明らかにされていない。しかし、*Porphyromonas gingivalis*、*Capnocytophaga spp.*などの歯周病原細菌の検出率が高く、とくに *P. gingivalis* の検出率が高いとする報告が多い。(レベル4)。



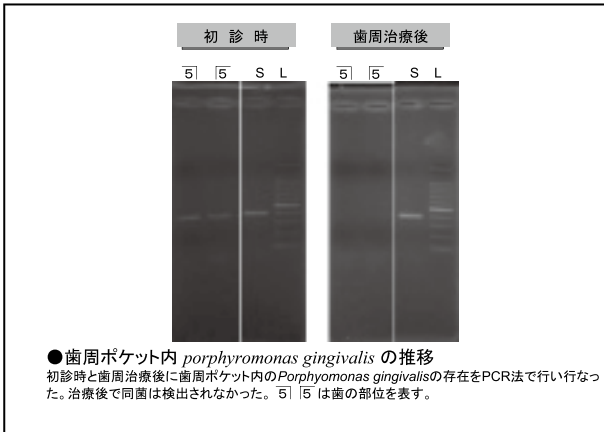
歯周病学会の『糖尿病患者に対する歯周病治療ガイドライン』のなかにあるクエスションでは「糖尿病に罹患している歯周病患者と罹患していない歯周病患者ではポケット内細菌叢は異なるのか？」というものがあります。*Porphyromonas gingivalis*、*Capnocytophaga spp.*などの歯周病原細菌の検出率が高く、とくに *P. gingivalis* の検出率が高いとすることが多くの論文で報告されています。

図表 12



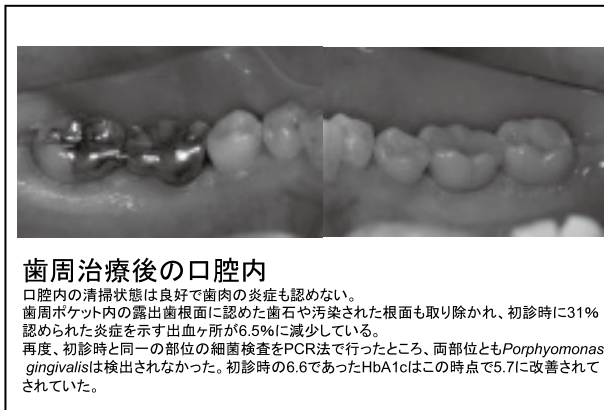
先ほどの患者さんの口腔内ですが、非常にプラークコントロール状態が悪いです。ポケットが存在するところから *P.gingivalis* の検出もあり、この患者さんには普通の歯周基本治療を行っていました。

図表 13



この図表 13 の二つの写真は歯周ポケット内 *Porphyromonas gingivalis* の推移を表しています。

図表 14



歯周治療をすることによりバクテリアを駆除することができ、治療後には *P.gingivalis* はもちろんのこと、初診時の HbA1c 値が 6.6 だったのが 5.7 に下

がりました。しかしこれは単純に歯周基本治療で局所の TNF - α が減少することにより起こったことであるのかどうか、はっきりと証明することは非常に難しいです。

図表 15

糖尿病 ↔ 歯周炎

CQ : 歯周病の治療をすると糖尿病の状態は改善するか？

推奨 : 歯周治療によって糖尿病の状態は有意に改善したというランダム化比較試験(レベル2)および非ランダム化比較試験(レベル3)の文献がある。しかしながら、メタ解析においては統計学的有意差をもって改善することが認められていない。従って、歯周治療による糖尿病の改善については注目されるが、今後のさらなる検討が期待される。(推奨度 グレードC1)

ガイドラインによると「歯周病の治療をすると糖尿病の状態は改善するか」という疑問がありますが、ガイドラインでは「歯周治療による糖尿病改善については注目されるが、今後のさらなる検討が期待される」とされています。「6割程度は改善する」という報告は出ていますが、4割は改善しないため、エビデンスとしては少し弱いと思います。

研究の詳細

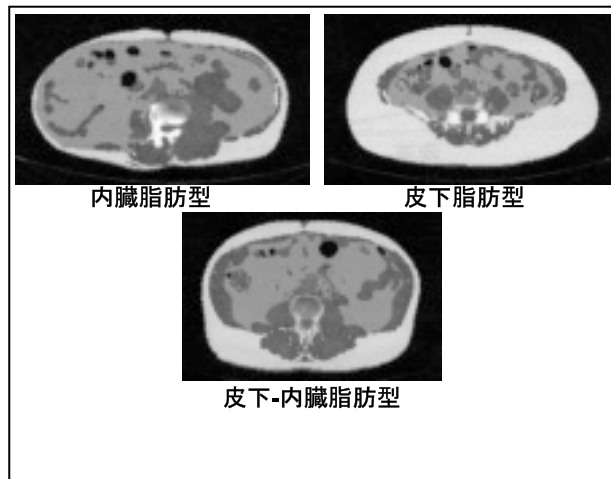
そこで本研究では、歯周病局所の TNF - α などが悪さをするのではないかとという考え方ではなく、2型の糖尿病患者の場合、膵臓にある IL - 1 β のレセプターに対して抗 IL - 1 β の薬を 13 週間投与することによって著しく改善した、という論文があります。ということは、歯周治療を行って完全に糖尿病が治るわけではないですから、糖尿病患者の状況をいかに検出するかは、歯周組織で増える TNF - α ではなく、糖尿病患者に直接影響するサイトカインから検出することはできないかということで、IL - 1 β と糖化ヘモグロビンとの関係について研究をしてみました。

当初、平成 19 年度は、皮下脂肪型、内臓脂肪型の糖尿病患者と各種歯周組織検査との関連を見てきました。そして平成 20~21 年度は糖尿病患者の重症度と各種歯周組織検査、IL - 1 β との相関関係を見てきました。

被験者は、日本歯科大学医科病院、長岡日本赤十

字病院、新潟医療センター、日本医科大学附属千葉北総病院で、過去6ヵ月以内に2型糖尿病と診断された皮下脂肪型、内臓脂肪型の患者さん80名を対象にしました。

図表 16



お臍の部分で撮ったCT画像の脂肪面積を量り、その面積により内臓脂肪型、皮下脂肪型、皮下・内臓脂肪型（混合型）と分類しました。

図表 17

【GCFの採取およびGCF中のIL-1βの分析】

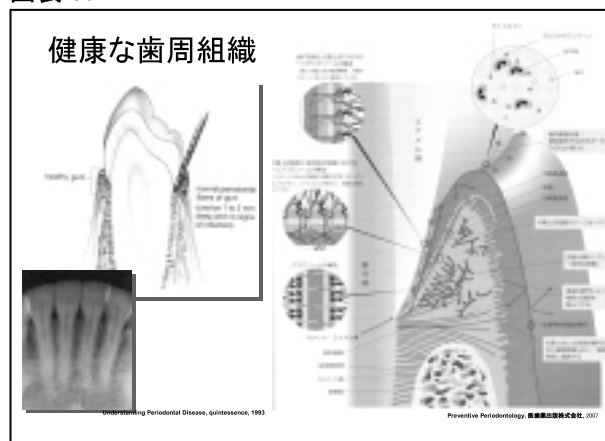
歯肉溝滲出液(GCF)の採取は、原則として上下顎の第一大臼歯近心側、または第一大臼歯が欠損していた場合は第二小臼歯とした。GCFの採取は歯肉縁上プラークを滅菌綿球にて除去、簡易防湿後、滅菌ペーパーポイント(#40)3本を30秒間歯肉溝内に静置し採取した。

採取した滅菌ペーパーポイントを50μlの0.3% Tween20含有SPBに入れた後ボルテックスミキサーにて攪拌し、-20℃で保管した。

GCF中のIL-1βの分析は、sandwich ELISA法にて測定を行った。

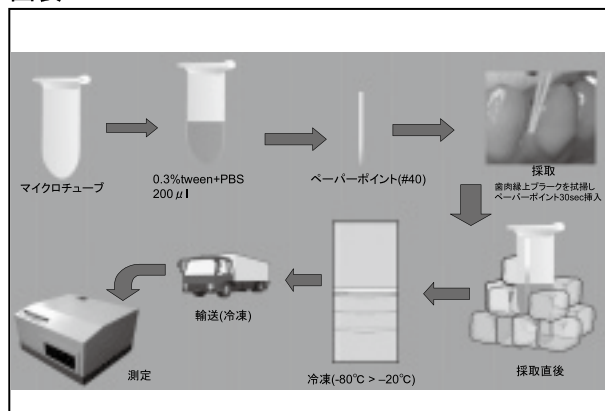
ある程度安定した状態で検体が得られるので、GCF いわゆる歯肉溝滲出液から IL-1βを検出しようということでサンプリングを行いました。簡易防湿後、滅菌ペーパーポイント3本を30秒間歯肉溝内に入れて採取しました。その後、GCFのIL-1βの分析は、sandwich ELISA法にて測定を行いました。

図表 18



なぜ歯肉溝の中がよいのかということですが、歯肉溝は1歯あたり1分間に0.05マイクロミリリットルの組織液が出ており、炎症が起きてくると組織液が増えてくるからです。ですから歯周病の状態により、サンプルにバラツキが出てくる可能性もあります。

図表 19



マイクロチューブを用意し、ペーパーポイントでサンプルを採取し、それを冷凍し、一括して測定します。この方法で各施設からサンプルを集めています。

図表 20

【臨床データ】
 被験者の歯周病の状態については、以下の臨床的データを6点法にて測定する。

- 1) Probing Depth (PD)
- 2) Clinical Attachment Level (AL)
- 3) Plaque Index (Sileness & Loe, 1964 ; PII)
- 4) Plaque control record (O' Leary, 1972 ; PCR)
- 5) Bleeding on probing (BOP) プロービング後20秒以内

【HbA1c測定】
 血清グルコースはグルコース酸化酵素法によって測定する。

一般的な臨床データとして、Probing Depth は歯周病の状態を表しています。Clinical Attachment Level も同様です。Plaque control record はプラークの蓄積を示します。Bleeding on probing はプロービング後 20 秒以内に出血してくる場所を検出します。

HbA1c の測定に関しては、血清グルコースはグルコース酸化酵素法によって測定し、これも一括して行っています。

研究の結果

図表 21

【研究結果】
 一糖尿病患者の病態(皮下脂肪型、内臓脂肪型)と各種歯周組織検査および歯肉溝滲出液中のIL-1βとの関係一

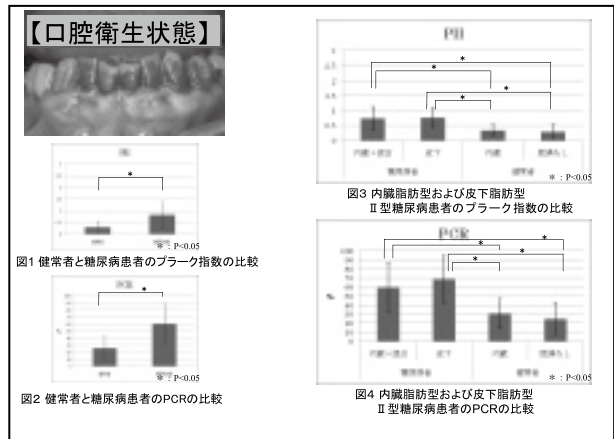
被験者
 平成21年11月30日現在の本研究への協力登録者数は189名
 2型糖尿病患者 80名(男性49人、女31人)

対照者(非2型糖尿病患者)109名(男性75名、女性34名)

平均年齢 47.4±18.7歳(21歳~85歳)である。

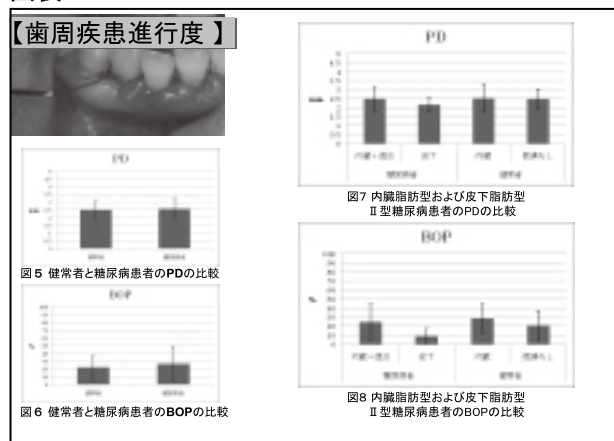
本年の 11 月 30 日現在、2 型糖尿病患者は 80 名で、現在では 100 名を超えています。対象者が 109 名で、250 名を目標としています。平均年齢は 47.4 歳です。

図表 22



口腔衛生状態についてですが、図 1 は健康者と糖尿病患者のプラーク指数の比較です。やはり糖尿病患者のほうがプラークの蓄積状態が多かったことがわかります。図 2 は健康者と糖尿病患者の OCR の値の比較ですが、これも同様に糖尿病患者のほうが多く出ています。図 3 は内臓脂肪型および皮下脂肪型、混合型の糖尿病患者のプラーク指数の比較をしています。これは糖尿病ではないが内臓脂肪型と診断されている人と、肥満でない人を比較すると、P II ではやはり糖尿病患者のほうが非常に高い値を示しており、混合型と皮下脂肪型の間では有意差は認められませんでした。また、図 4 のようにプラークコントロールレコードでも同様でした。

図表 23



歯周疾患の進行度については、PD と BOP、プロービングしたときに出血してくるかどうかが、歯周ポケット内に炎症があるかどうかわかります。図 5 は健康者と糖尿病患者の PD の比較ですが、ともに有意差は認められませんでした。図 6 の BOP の比較においても、特に偏りはありませんでした。図 8 についてですが、BOP に関しては糖尿病の肥満型の患者さんはバラツキがありますが、増加している

傾向がありました。また健常者についても、肥満でない方に比べて肥満の方のほうが高い値になっていました。

図表 24

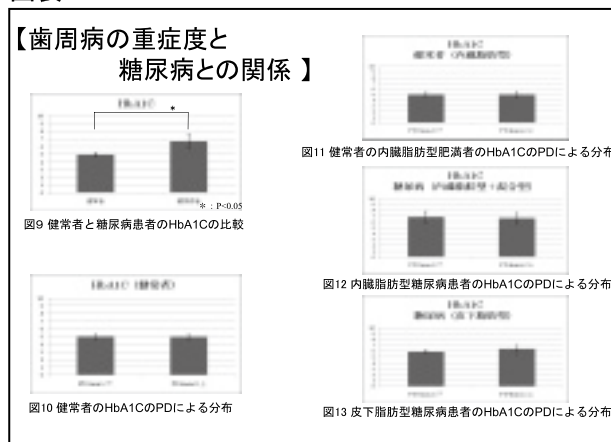
血糖コントロールの指標と評価					
指標	優	良	不十分	不良	不可
HbA _{1c} (%)	5.8未満	5.8~6.5未満	6.5~7.0未満	7.0~8.0未満	8.0以上
FPG	80~110未満	110~130未満	130~160未満	160以上	
2h-PG	80~140未満	140~180未満	180~220未満	220以上	

HbA_{1c}:グリコヘモグロビン(%), FPG: 早朝空腹時血糖値(mg/dL)、
2h-PG:食後2時間血糖値(mg/dL)

科学的根拠の基づく糖尿病診療ガイドライン 改訂第2版 2007

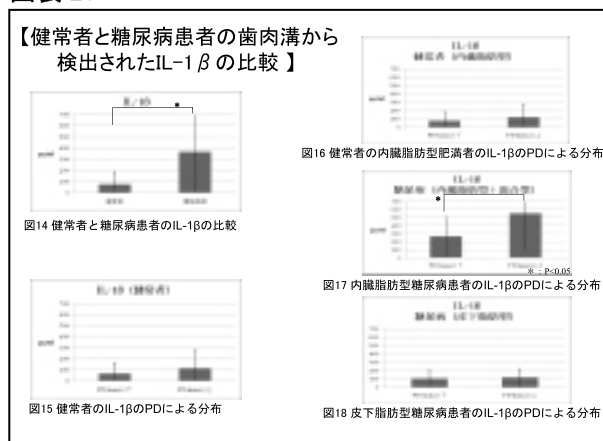
血糖コントロールの指標と評価についてですが、HbA_{1c} の値はガイドラインに基づいていただきたい6.5を境としていただければよいと思います。

図表 25



歯周病の重症度と糖尿病との関係についてです。図9は健常者と糖尿病患者のHbA_{1c}の比較ですが、当然、糖尿病患者のほうがHbA_{1c}が高い傾向にあります。ただ図10~13のように、内臓脂肪型で歯周ポケットが3ミリ以下の方と4ミリ以上の方を比較しても、特に差が認められませんでした。

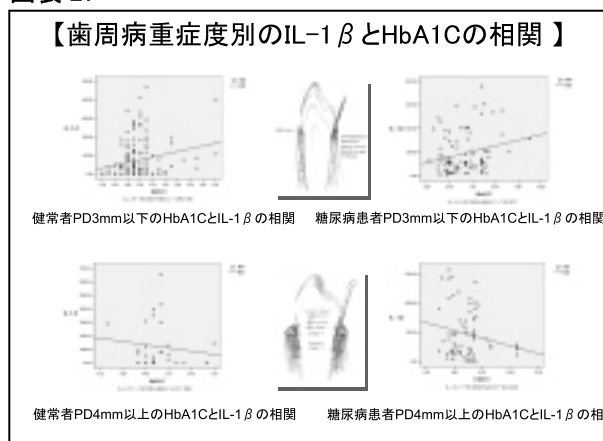
図表 26



健常者と糖尿病患者の歯肉溝から検出されたIL-1βを比較しました。IL-1βが膵臓に影響することにより、糖尿病が悪化することが予測されますが、図14のように健常者と糖尿病患者のIL-1βを比較すると、糖尿病患者のほうが非常に高い値を示しました。図15は健常者のIL-1βのPDによる分布ですが、健常者の場合はほとんどなく、図16のように内臓脂肪型の健常者も差は見られませんでした。

ただし図17のように、内臓脂肪型の糖尿病患者においては3ミリ以下の歯周ポケットと4ミリ以上の歯周ポケットの間に、約2倍IL-1βの増加が見られました。これは何を意味するのかということ、糖尿病の合併症により歯周ポケット内に強い炎症が出ていることを示しています。つまり、全身から来るIL-1βプラス、局所のIL-1βがここで検出されている可能性があるわけです。しかし図18のように、同じ糖尿病患者でも3ミリ以下の場合には、あまり差が認められない可能性があります。

図表 27



相関を見ってみました。左上は健常者のPDが3ミリ以下のHbA_{1c}とIL-1βとの相関ですが、相関がきれいに出てきています。同様に右上の糖尿病患者

のPDが3ミリ以下のHbA1cとIL-1 β についても、相関があります。つまり歯周ポケット、歯肉溝から検出されるIL-1 β の量とHbA1cの間には、明らかに相関が認められたということになります。

一方、下2つグラフのように、PDが4ミリ以上のHbA1cとIL-1 β の相関については、健常者も糖尿病患者も相関が認められませんでした。

まとめ

皮下脂肪型および内臓脂肪型糖尿病患者の歯周組織を臨床的、生化学的に比較検討することで、口腔内からの糖尿病の検査基準の指標の可能性について検討を加えたこととなります。その結果、「口腔衛生環境は、健常者に比較して糖尿病患者において不良であった。一方、歯周疾患の状態を現す歯周ポケットの深さ、歯周ポケットの炎症に明らかな差は認められなかった」ということです。

また、「歯肉溝滲出液中より検出されたIL-1 β の量は、健常者に比較して糖尿病患者で有意に多く検出された。一方、歯周ポケットの深さの違いによるIL-1検出量の比較では、健常者、皮下脂肪型糖尿病患者では差は見られず、内臓脂肪型糖尿病患者において深い歯周ポケットから有意に多くのIL-1が検出された」ということです。

最後に「健常者、糖尿病患者（内臓脂肪型、皮下脂肪型を含む）の浅い歯周ポケットから検出されたIL-1の量は、糖尿病の指標となる糖化ヘモグロビン（HbA1c）と明らかな相関を認めた。一方、歯周ポケットでは、健常者、糖尿病患者とも相関は認められなかった」ということです。

本結果は、歯肉溝から簡易的、また非観血的に糖尿病検査を行える可能性を示唆したものであり、今後、継続的にデータを蓄積していくとともに、具体的な検査法——これは比較的安価な検査法ですが——について検討を行っていきたいと思っています。

以上でございます。ありがとうございました。

分担研究者

日本歯科大学新潟生命歯学部内科学講座 柴崎 浩一
新潟医療センター 糖尿病センター 佐々木英夫
長岡日赤病院 糖尿病内分泌センター 鴨井 久司
日本医科大学千葉北総病院歯科 鴨井 久博

指定研究報告 ③

入院患者に対する包括的口腔管理システムの構築に関する研究

・東京医科歯科大学歯学部口腔保健学科教授

寺岡 加代



寺岡：ただいまご紹介いただきました寺岡でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

本研究の背景と推移

最初に、私がこのような研究をやりたいと思ったきっかけをお話します。私は長い間、予防歯科の臨床に席を置いており、患者さんのなかには、半年あるいは1年に1度、きちんと定期健診に通ってくださる方がいらっしゃいました。そういう患者さんのなかで、特に高齢の方が大腿部の骨折をして入院することがあります。骨折が一段落して、また歯科の定期健診に戻ってきたときに、今まで十何年も口腔の管理を行ってきたのに、口腔内を見ると環境が変わっているということを度々経験するようになりました。そういう状況が多かったので、入院期間中に歯科が関与する場面はないか、継続して管理口腔の管理ができないかと長年思っており、いろいろ働きかけていましたが、最後に行き着いたのが8020推進財団でした。そこで救いの手を差し伸べていただきまして、本研究班を平成17年度に立ち上げることができました。

直接のきっかけは、前年度に8020推進財団で行われた『病院歯科における口腔ケア実施に関する実態調査』を読ませていただいたことです。この実態調査では、結論から言うと、病棟で歯科に関わるにはいろいろな問題があるということでした。マンパ

ワー不足、診療報酬上も点数がつかないこと、病院サイドの理解が得られないなど、いろいろ課題が挙げられていました。

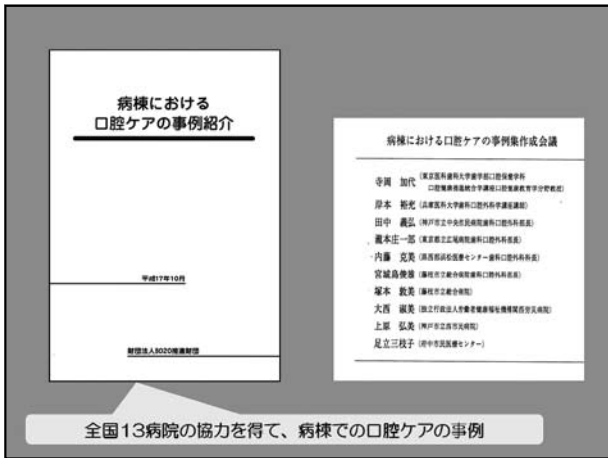
私たちの研究班の4年間の流れをお話します。平成17年度は「病棟における口腔ケアの事例紹介」、18年度は「口腔ケアの標準化に向けての試行研究と先駆的取り組み」、19年度は「入院患者に対するオーラルマネジメント」、20年度は「医科と歯科の地域医療連携の新たな展開」ということで研究を行ってきました。

具体的には、17年度は口腔ケアを普及させることに力を入れました。また、事例を拝見すると、各病院の事情もあるかと思いますが、口腔ケアの行い方にかなりバラツキがありましたので、19年度は口腔ケアの標準化に取り組みました。そして最後の20年度は、この研究班の大きなテーマである地域病診連携の構築です。

病棟での口腔ケアの普及

病棟での普及に向けての戦略についてお話します。16年度の実態調査でいろいろな課題があることは理解できたのですが、そういう環境のなかでも非常に頑張っている病院があるので、その紹介をしました。また、口腔ケアを頑張る病院を増やすためには、医科に向けてアピールする必要があります。それには、口腔ケアの効果に関する科学的なデータ、エビデンスを収集していかなければならないため、1. 口腔ケアを頑張っている病院の紹介、2. 口腔ケアの効果に対するエビデンスの収集、の2本を柱として、普及に向けての戦略を考えました。

図表 1

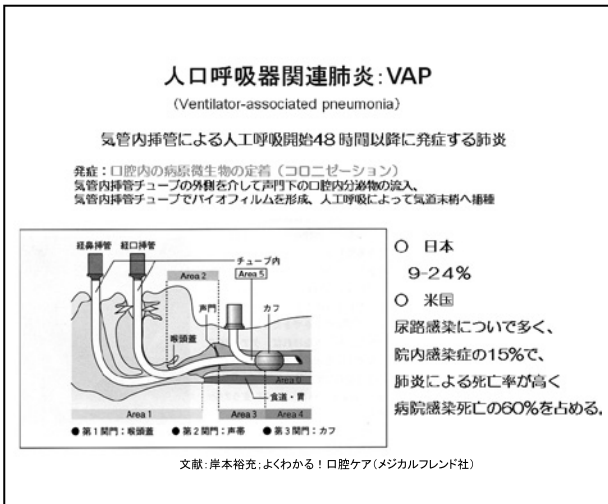


最初の事例紹介は『病棟における口腔ケアの事例紹介』という本で、4 ヶ月くらいでまとめました。非常に頑張っている 13 病院の協力を得ました。これらの病院は歯科口腔外科が存在する病院です。病院のなかに歯科があるのは病院全体の 1 割に過ぎませんので、これからの課題は、歯科のない病院にどうやってこれを普及させるかということだと思います。

エビデンスを集めることについては、いろいろな効果の検証の方法がありますが、まず術後の口腔に関係する合併症が起こることに対し、口腔ケアが効果があることを立証していこうと考えました。

口腔合併症について 2 つ考えました。その 1 つが VAP というもので、これはアメリカの CDC のガイドラインのなかに「VAP の予防には口腔ケアが重要である」と、はっきりと書かれています。

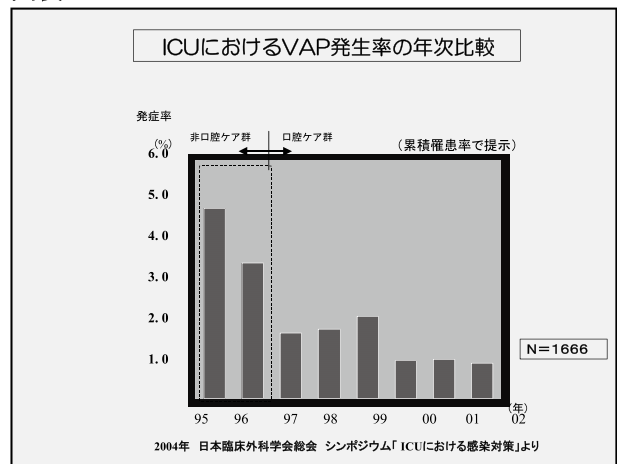
図表 2



VAP というのは人工呼吸器関連肺炎のことであ

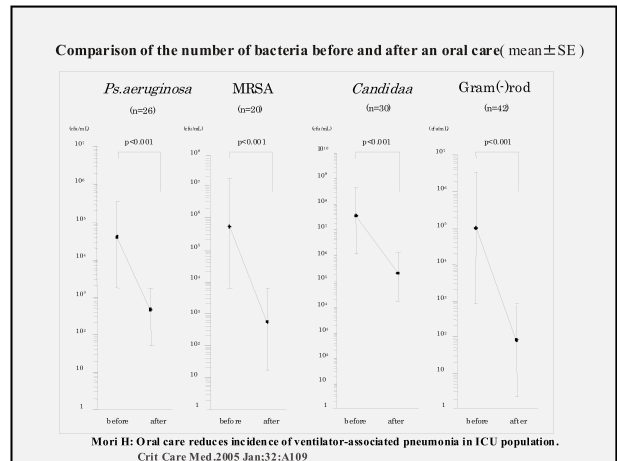
り、定義としては「気管内挿管による人工呼吸開始 48 時間以降に発症する肺炎」ということです。発症のメカニズムは、口腔内の病原微生物の定着ですから、口腔ケアで微生物の定着を予防すれば、VAP が予防できるという仮説が十分に成り立つわけです。しかも、VAP は病棟のなかでは尿路感染に次いで、非常に発症率が高いとともに、死亡率も高いのです。もし口腔ケアで VAP を予防することができれば、外に対して口腔ケアの意義を発信するのに、非常にインパクトが強いのではないかと考えました。

図表 3



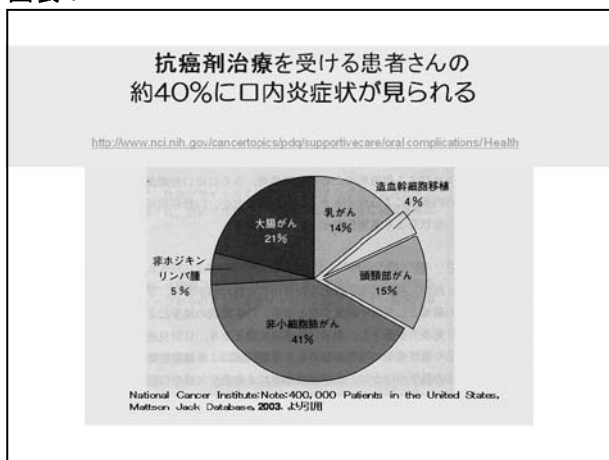
私たちが行う前から先行研究があり、これは学会で発表されたデータです。ある ICU で、口腔ケアが入る前と入った後との VAP の発症率を比べた結果、明らかに口腔ケアが入ることによって、VAP の発症率が抑えられました。

図表 4



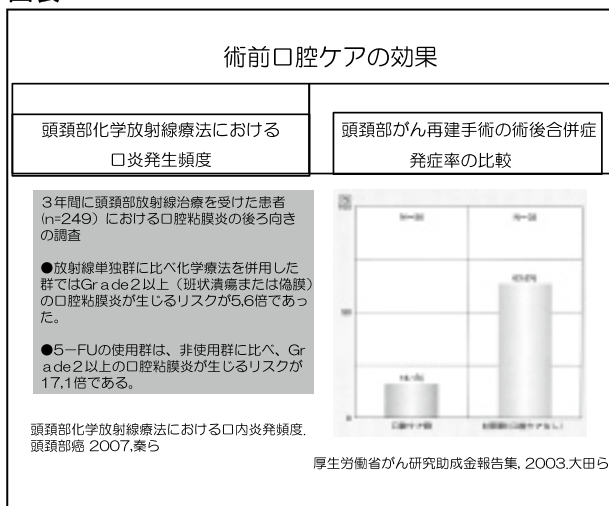
同じ研究ですが、細菌検査の結果、口腔ケアの前後で、有意差があることが報告されています。

図表 5



次に口腔合併症でターゲットにしたのは口内炎です。抗がん剤治療を受けた患者さんの約40%に口内炎の症状が見られます。

図表 6



放射線治療においては、やはり口内炎が高い確率で発症します。そして、口腔ケアが入ると合併症の発症率が減少するという報告もあります。

こういう先行研究を踏まえて、私たちも口腔ケアのエビデンスを出すことにしました。ただし、1年間の期限があることや、病棟でこのような調査研究を行うのは厳しい面があり、あまり大きな研究はできませんでした。したがって、今挙げた2つの合併症以外に、口腔乾燥や、もっと身近な問題で患者さんがどう感じるかなどについて研究を進めていくことにしました。

図表 7

術後経過および肺炎に関連する項目		
	ブラークフリー実施群 (n=23)	対照群 (n=15)
	Mean ± SD range	Mean ± SD range
気管内挿管期間(日)	2.3 ± 1.7 1~7	3.3 ± 3.5 1~13
ICU在室(日)	6.0 ± 3.5 2~17	7.3 ± 5.3 2~23
発熱(38.0℃以上)(日)	2.2 ± 3.2 0~12	3.1 ± 3.5 0~13
肺炎	2例(8.7%)	3例(20%)
MRSAの検出	0例(0%)	3例(20%)

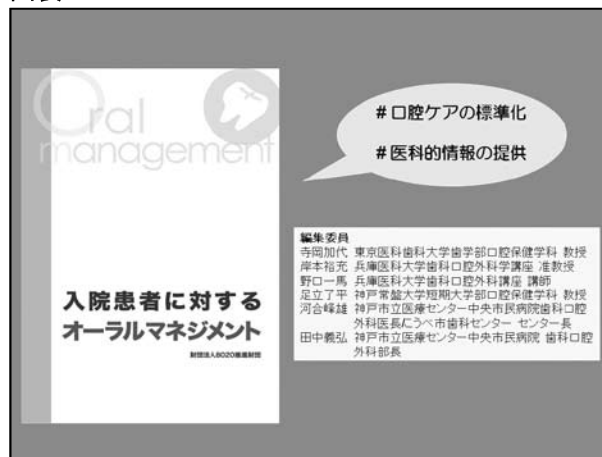
術前ケアにより、ICU入室期間中、ブラークの再付着は肉眼的に軽微であった

そのなかには、今後の入院患者への関わり方を提言するものもあります。入院前に徹底的にブラークフリーにすることにより、ICU在室中の発熱が減ったり、細菌の件数が非常に減ったりしたというデータを出すことができました。

口腔ケアの標準化と医科的情報の提供

実態調査やエビデンスを収集するなかで、口腔ケアの標準化に取り組むことにしました。共通理解としては、我々が直面している病棟での現実を考えると、理想を追うのではなく、現場主義に徹した標準化をしようということでした。科学的に見れば本来は検証しなければなりません、それが何年も先になるのであれば、今必要なテクニックが得られないので、このメンバーのなかで積み上げた経験を生かし、理想論ではない標準化をめざしました。

図表 8



そして3年目に『入院患者に対するオーラルマネジメント』という本を作ることができました。この本の目的は標準化と医科的情報提供です。

図表 9

図表 9

① 口腔ケアのために知っておくべき薬剤

はじめに

● 抗菌薬

● 抗炎症薬、消炎鎮痛剤 (NSAIDs)、
口腔用薬剤 (含嗽剤、軟膏)

② 病棟における口腔ケアで遭遇する 頻度の高い疾患 (疾患を緩解するための薬名・処置方法)

● 医療情報の解読

● 誤嚥性肺炎 Aspiration Pneumonia

2 番目のテーマである医科的情報の提供については、私自身が非常に感じたことなので先生方に書いていただきました。病棟の患者さんを診るということは、私たち歯科医師にとって非日常的なことなので、病棟に一歩足を踏み入れるだけでとても違和感を持ち、敷居が高いと感じてしまいます。その原因の一つは医科的な情報を読み解く力がないことですから、それなら医科的な勉強をすればよいではないかということになりますが、膨大な医学書を読むだけのエネルギーはありませんし、私たちは医科分野のすべてを網羅する必要はありません。

私たちが口腔ケアをするのに必要な情報はありますが、ポイントを絞って勉強するのは難しいので、病棟で患者さんを診るときに最低限必要な医科的情報を提供してほしいと執筆者の先生方に依頼しました。特に検査値の読み方、薬剤、病態、口腔ケアを依頼される患者さんの病態を出してほしいという面倒なお願いをしたら、編集に関わった先生方は外科の先生がほとんどでしたので、実際の経験に照らし合わせて、現場で有用な内容になったと思います。

医師や看護師と同じ土俵に上がって同じ言語で話したいというのが私たちの願いだったので、テクニックもさることながら、医科的情報について力を入れて書いていただきました。

図表 10

③ がん化学療法/造血幹細胞移植の口腔ケア

● 対象

● がん患者

● どのような口腔ケアが必要か

● よくある病状内容

● ビットフォー

● 全身状態について確認すべき内容

① 病歴、治療内容 (手術) を確認し、患者さんがどの疾患にどの治療を受けているかを把握する。

② 口腔ケアのポイント

③ 口腔ケアの留意点

④ 全身状態について確認すべき内容

医科と歯科の地域連携の構築

最終年度は、医科と歯科の地域連携の構築を目的としました。もともとこの班の将来的ビジョンは「包括的」ということですから、地域も含めて一生涯にわたって 8020 の流れを作りたいということが一番の狙いでした。しかし 17 年度に始めたころは「クリニカルパス」という言葉はありましたが、まだ「地域連携パス」という言葉は存在していませんでした。ぼんやりとそういうものがあればいいと思っていて、この班が進行していくにつれて、2006 年に大腿骨頸部骨折が地域連携パスの管理料として、きちんと診療報酬も評価され、その後、脳卒中も入ってきたので、我々も追い風を感じるようになりました。その連携パスのなかに歯科が入らないのはおかしいので、どうにかして歯科が標準的に入らないだろうかと思っていました。

追い風はもう 1 つあり、それは社会的要請、医科からの要請でした。DPC が導入されたことにより、平均在院日数の短縮が義務化されたような形になりました。つまり医療費の適正化ということですが、医療費の適正化の二本柱は生活習慣病と平均在院日数の短縮です。お金の面だけで評価をすると、平均在院日数のほうが生活習慣病予防の倍以上の効果があるということですので、我々が何かをしなくてもどんどん進んでいきました。

図表 11

病院の平均在院日数, 病床の種類 × 年次別						
(単位: 日) 各年間						
年次	全病床	精神病床	感染症病床	結核病床	療養病床	一般病床
平成2年(1990)	50.5	489.6	15.6	150.2	・	38.4
5 (1993)	46.4	470.9	14.2	131.2	...	35.3
8 (1996)	43.7	441.4	14.0	119.8	152.6	32.8
11 (1999)	39.8	390.1	11.0	102.5	165.3	27.2
14 (2002)	37.5	363.7	8.7	88.0	179.1	22.2
15 (2003)	36.4	348.7	8.7	82.2	172.3	20.7
16 (2004)	36.3	338.0	10.5	78.1	172.6	20.2
17 (2005)	35.7	327.2	9.8	71.9	172.8	19.8

注: 1) 「療養病床」については、平成8・11年は「療養型病床群」、平成14・15年は「療養病床」及び「経過の旧療養型病床群」の数値である。
2) 「一般病床」については、平成2・5年は「その他の病床」、平成8・11年は「その他の病床」のうち「療養型病床群」を除いたものであり、平成14・15年は「一般病床」及び「経過の旧その他の病床(経過の旧療養型病床群を除く。)」である。
資料: 統計情報部「平成17年病院報告」

このように在院日数はどんどん減ってきて、今は14日程度になっています。入院期間中に合併症を起こすなどということは、許されないことになってきています。

また、リハビリテーションの先生も「早期リハ」について言い出しました。これは新聞に書いてあったことですが、「いつまでも管で栄養を摂ってはいけない。できるだけ早く経口摂取に移行することが重要である」ということです。このように、歯科以外の分野からも声が上がってくるようになりました。

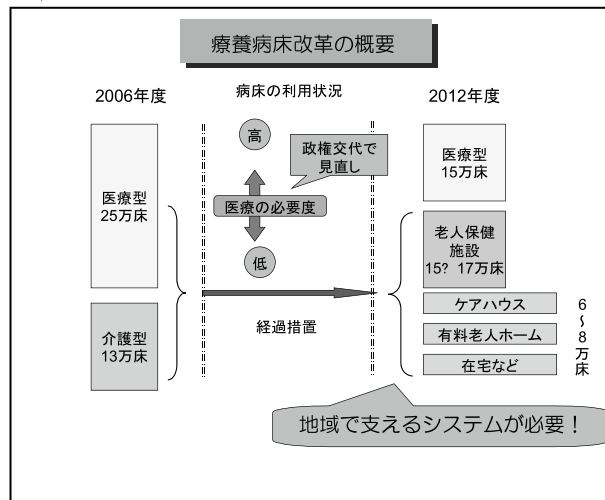
図表 12

日本医療機能評価機構 日本 Medical Function Evaluation Organization	
療養病床	
8.3.2	嚥下機能が適切に評価され、機能の維持・向上に向けたケアが展開されている
8.3.2.1	嚥下機能の障害の原因が診断され機能の回復に努めている ①嚥下造影など、機能障害の診断と評価に必要な検査を行っている ②ST、栄養士、およびケアスタッフなどで調整した嚥下訓練プログラムがある ③義歯の調整、口腔ケア、咀嚼、嚥下などには摂食・嚥下機能に関わる専門医(歯科・口腔外科・耳鼻咽喉科・リハビリテーション科など)が適切に関与している
8.3.2.2	嚥下機能の維持・向上に努めている ①経管栄養患者にも機能回復に向けた嚥下訓練プログラムを検討している ②誤嚥防止の工夫・対策が講じたうえで、訓練を行っている ③食事は可能な限り食堂を利用して、自力での摂取を基本としている ④個々の能力に合わせた食事時間・食材・調理方法を工夫している

医療費の動向以外にも、患者さんからの視点が大切だと思います。日本医療機能評価機構では病院機能評価事業を実施しています。これは療養病床だけで一般病床は含まれていないのですが、療養病床では嚥下機能の維持・向上を図ることとされており、機能の回復の努力をしているかどうか評価されます。これに関わる専門職として、義歯の調整などは歯科でしかできないわけです。確実に我々の関与な

しでは評価に値しないという項目も入ったので、これも我々にとっては追い風になりました。

図表 13



療養病床の改革が決まりました。政権交代で、療養病床の数は減らさないことになりましたが、医療費は逼迫しているし、病院で治療するのと在宅で治療するのでは、圧倒的に病院での医療費が高いのですから、数がどうなろうと、地域で患者さんを支えるというシステムが必要です。

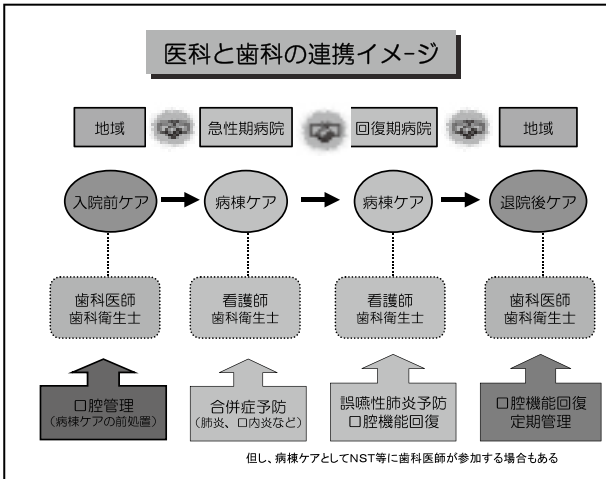
医療はどんどん機能が分化しており、その見返りとして医療の継続性を担保することがあり、それで地域連携パスが生まれてきました。ですから、自己完結医療型から地域完結医療型に変わっていくのは間違いないと思います。

地域医療の新たなる展開

図表 14

最終年度には「地域医療の新たな展開」と題する医科歯科連携事例集を作りました。頑張っている地域はたくさんありますが、6件の事例を載せています。

図表 15

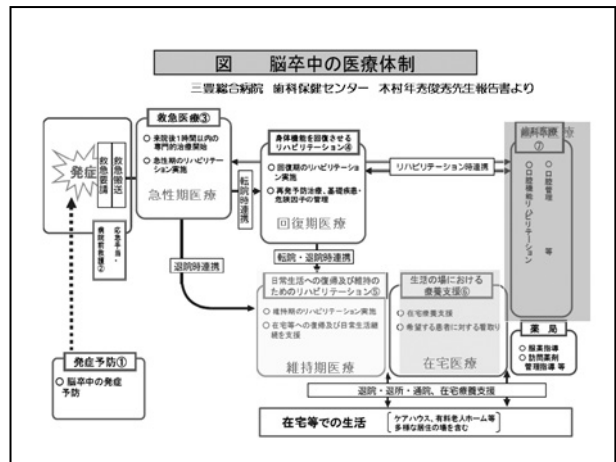


この事例集をまとめていくうちに、医科と歯科の連携イメージができてきたので、それをご説明します。地域では、もちろん我々が病棟に入るのは可能ですが、現実的に考えて、病棟にいるのは看護師ですから、我々が一番力を入れるのは入院前ケアだと思います。救急車で運ばれるような疾患もありますが、がんや糖尿病など、入院前に多少余裕のある病気の場合、病棟でのケアをスムーズにいかせるための前処置として我々がサポートすべきです。

また、退院後も口腔機能ケアの回復や定期管理でサポートができます。もちろん病棟でケアに入ることも可能ですし、そうでなくても、義歯の問題や予期せぬトラブルが起きたとき、後ろに我々歯科医師がついているというサポートシステムを作り、常に病棟とつながっていくことが、お互いの信頼関係を深くするうえでも重要なことだと思います。

これまでは病院主導型であったり、歯科医師会主導型だったり、それぞれ医と医の連携が始まっています。しかしさらに考えれば、お年寄りが地域に帰ると、当然医療だけではサポートしきれないわけで、将来的には介護との連携も視野に入れていく必要があると思います。これらがそろって初めて、包括的な連携が成立するのだと思います。

図表 16



図表 17

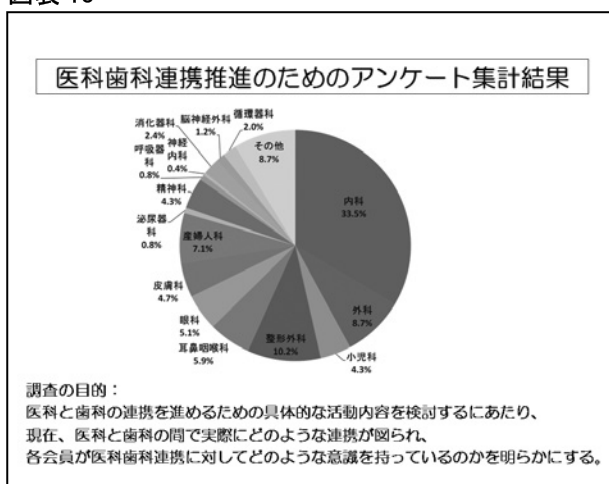


これらの図表は、先ほどの事例集に出ているものですが、ここでは医の連携とともに、在宅や施設も含めた地域ケアの連携が進められています。先ほど医科との共通言語について申し上げましたが、歯科と介護との共通言語がないので苦労されていました。しかし、顔が見える関係を作っていくことによって、我々が外から何を求められているのかを認識するよい機会になっているのではないかと思います。

医科と歯科の診療所間の連携

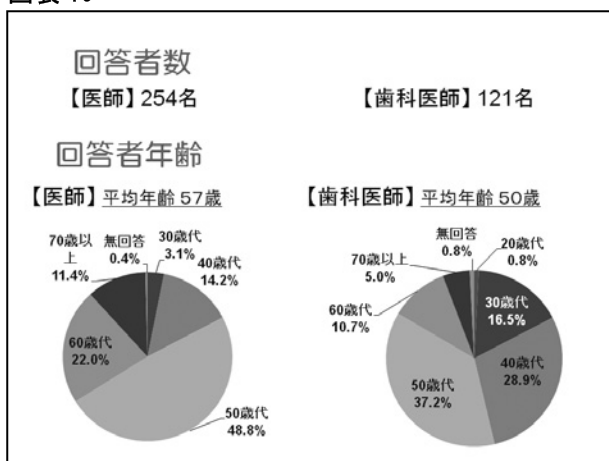
番外編として、研究班がもっと続けばやりたかったことをお話しします。今までの話は入院することが前提でしたが、これからは診診連携ということで、診療所同士の連携を病診連携の前にしっかり固めておく必要があると思います。

図表 18

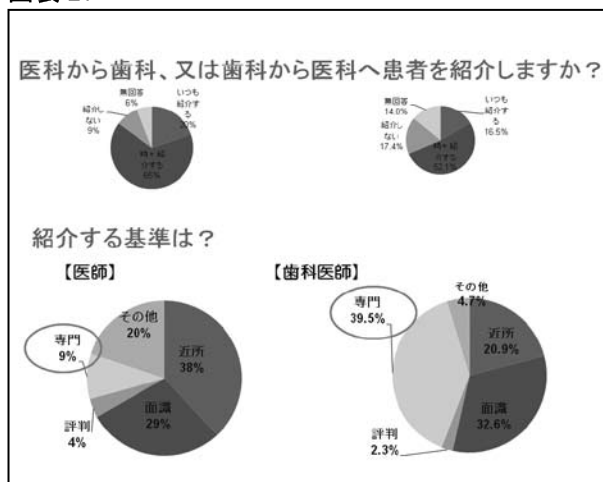


実際に診診連携を進めている地域があったので、医科歯科連携を進めて情報交換をしていくためのアンケート調査をしました。アンケートにご参加くださった医科の分野はこれだけ多岐にわたっています。回答者数と回答者年齢は次のとおりです。

図表 19



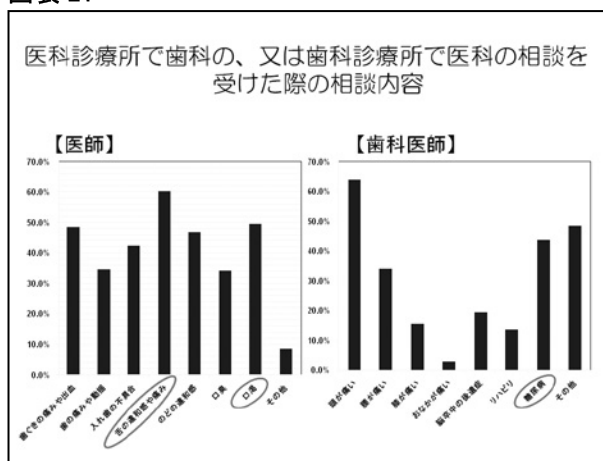
図表 20



医科から歯科へ、また歯科から医科へ患者を紹介する基準を聞いてみました。歯科が医科に紹介する場合、近所の医科である、面識があるなどの理由が圧倒的に多いのですが、専門を選ぶ——これは当たり前前のことですが、循環器系の先生を選ぶのか、整形外科の先生を選ぶのか、かなり違いますので、専門を選んで紹介しています。

一方、医科の先生が歯科を紹介する場合、専門を選ぶのはたった 9%です。もちろん地域で開業している歯科の先生は、すべての医科の先生を考えるわけですが、医科の先生から歯科の先生を見たときに、その先生が歯科の何の専門なのかがわからないため、紹介しにくいということがあったようです。

図表 21



医科診療所で歯科の相談、または歯科診療所で医科の相談を受けた場合の相談内容についてみると、歯科診療所の場合、頭が痛い、腰が痛いなどは多いのですが、やはり糖尿病の相談が多くなっていました。医科診療所の場合は、舌の違和感や痛みなどの粘膜のこと、口渇などの相談が多く、歯科医師に紹

介することになります。

図表 22

医科から、又は歯科から提供して欲しい情報	
【医師】 (主な回答)	【歯科医師】 (主な回答)
<ul style="list-style-type: none"> ・金属アレルギー、抜歯する予定の有無 ・傷病名、処方内容 ・治療期間や治療方針、ビスフォスフォネートの事前休薬期間(処方の可否) ・バイアスピリン、ワーファリン内服中止が必要か、歯肉の状態 ・処方内容、治療内容、治療期間など ・根部痛、顎関節症の原因疾患の有無 	<ul style="list-style-type: none"> ・抜歯が可能かどうか ・ビスフォスフォネート及びワーファリンバイアスピリン系統の薬剤の履歴、至近のINR値 ・外科的処置を行う際の全身状態の把握 ・脳卒中後遺症の状況
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block;">服用薬剤、検査値</div>	

さらに、医科からまたは歯科から提供して欲しい情報は何かを自由記述で書いてもらいました。服用薬剤や検査値を知りたいという回答が圧倒的に多く、薬剤ではビスフォスフォネートやワーファリンやアスピリン系統の履歴情報が欲しいというものが多かったです。

図表 23

医科歯科連携に望むこと(1)
<p>【医師】 (主な回答)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ワーファリンやアスピリン内服だけで治療拒否されることがあり、時折困ることがある。 ・いつも紹介書が必要なことがあり、時間がないときに困ることもある ・共通情報交換用紙の作成、歯科医師の全員の専門分野の情報(近くの歯科医師の名前しかわからない) ・糖尿病患者さんの口腔内チェック、要治療者をフォローして血糖コントロールにつなげたい ・口腔リハビリの指導をお願いしたい。 ・患者さんを媒体とした医療情報の共有化 ・合同勉強会等 ・お互いに診療情報を提供することでしよう

医科歯科連携に望むことを聞きました。医科の先生の場合は、歯科の先生の専門分野の情報が欲しい、医療情報の共有化、糖尿病患者の口腔内チェック、口腔リハビリなどが挙げられていました。

図表 24

医科歯科連携に望むこと(2)
<p>【歯科医師】 (主な回答)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・他科へ患者さんのことを問い合わせる照会状(紹介状ではない)には、点数がありません。大変重要な文書と思いますが、何か良い方法はないでしょうか ・ワーファリンの判断を優先すると、抜歯は行えず困ることが多い ・レセプトオンラインではなく、患者情報を共有するネット環境が <p>できれば良いかと。初診で来てても内科情報がなく、対診の手紙を渡すだけでは患者にとっても不利益だから</p> <ul style="list-style-type: none"> ・困ったとき、緊急の場合に、情報や紹介がすぐに行けるようなシステム ・手続き、紹介状等の簡略化

一方、歯科医師では、患者の情報を共有するネット環境を作って欲しい、高齢者が増えるので、緊急のトラブルが起こったときに対処するシステムを作って欲しい、などがありました。

図表 25

この地域では基礎資料を集め、このような「医科・歯科・治療内容照会シート」を作り、今、試行錯誤をしているとのことでした。

今後、8020 が本当の意味で確立されていくためには、医科と歯科の連携をどんどん進めていくべきだと思います。それに関わる仕事を研究班でさせていただき、大変感謝しております。私の話は以上です。ご清聴ありがとうございました。

質疑応答

・財団法人8020推進財団 地域保健活動推進委員会委員長 深井 穂博



深井:8020 推進財団地域保健活動推進委員会の深井と申します。ただいま発表いただいた3人の先生方に対する質疑応答を始めさせていただきます。先生方にご質問のある方は、挙手の上、お話しくださいますようお願いいたします。

質問者①: 静岡県東部健康福祉センターの者です。今日は貴重なお話をありがとうございました。佐藤先生にご質問いたします。歯周ポケットが3ミリ以下の場合 IL-1 β と HbA1c との間に相関関係があり、4ミリ以上の場合相関関係がないというお話だったと思うのですが、その要因がおわかりでしたら教えていただきたいと思ひます。

佐藤: 最初に IL-1 β を選んだ時点で、歯周疾患との関連は非常に強いわけですが。特に歯周病原細菌の場合は、LPS に対して IL-1 β がかなり組織中で産生されることがわかっていましたので、そういう意味で、ある程度歯周疾患の人に対してもそういう検査が可能なのかということについて、当初検討していました。4ミリ以上のポケットの場合は、慢性の炎症が存在するなかで、糖尿病ではない人も糖尿病

の人も組織中に IL-1 β の産生があります。ですから、それが相関関係のあるなしに関係していると思ひます。

質問者①: そうすると、4ミリ以上のポケットがある人は、糖尿病があってもなくても炎症が強いので相関が見られなかったという理解でよろしいでしょうか。

佐藤: 人によって、3ミリのポケットの場所、4ミリのポケットの場所が違いますので、個体差のなかでの検討も最初の段階で行っていますが、その段階でも、1人の患者さんの3ミリのポケットを調べた場合、相関関係のあるデータが出てきます。また、同じ患者さんの場合でも4ミリのポケットの箇所では炎症があるため、データのバラツキが出てしまいます。すべてのポケットが4ミリ以上の場合、炎症を取る処置をしてから調べればデータの結果が違ってくるかもしれませんが、初診時の段階では難しいと思ひます。

深井: ありがとうございました。ほかにどなたかいらっしゃいませんか。

質問者②: 広島県歯科医師会の者です。大変貴重なご講演、ありがとうございました。私も佐藤先生にご質問させていただきます。内臓脂肪型と皮下脂肪型とで違っていたというお話でしたが、内臓脂肪型と皮下脂肪型の違い、なぜ結果が違うのか、理由をお教えてください。

佐藤: 医科のほうで、内臓脂肪型の場合、炎症が強くなるケースが多いという基礎的なデータ

がありましたので、それが口腔内から抽出される IL-1 β とどのような関連があるかについて、当初、内臓脂肪型と皮下脂肪型に分けて調べたわけです。ですから、斉藤先生の調査結果を引用させていただいたように、歯周病においても脂肪と歯周疾患について、近年、かなり研究が進んできており、内臓脂肪型のほうが重症度が強く出る場合が多いのです。

質問者②：インスリン抵抗性との関係はお調べになっていないわけですか。

佐藤：インスリン抵抗性については調べていません。

質問者②：もう1つご質問したいのですが、この研究の目的は、歯科で糖尿病の患者さんを発見しようということなのでしょうか。また、この研究を進めると、この先どうということが展開されるかについて教えてください。

佐藤：今、サンドイッチ ELISA という方法で検出していますし、もし先生方がそういうデータをお取りになられたら、検査会社ではかなり高額な費用がかかります。そうではなく、歯科のなかで診療を行う前に、この方は危ないかもしれないから、最初に糖尿病かどうか、歯周病の外科的な治療をしても大丈夫かどうかを見極める一つの指標になるのではないか、ということで研究をしました。

深井：ほかにご質問はありますか。ないようでしたら、私から川口先生にご質問したいことがあります。

FTU が 10 以上だと、大変よく噛めるというご報告を伺いました。また成人の場合、50 歳が口腔状態の一つの境目になる、というお話もありました。8 番の歯は除外してもよいのでしょうか。

川口：現在歯数の場合も、FTU の場合も、8 番がある人が少なかったため、8 番は除外して 7 番までで計算を出しています。

深井：ありがとうございました。大久保会長が言いますように、歯を喪失しても補綴的処置を施せば、よく噛めて QOL が高まるということの証左ではないかと思います。

寺岡先生は病診連携ということで、病院での口腔ケアの重要性をご報告いただきました。本日は参加者のなかにサンスターの方の山本さんがいらっしゃいます。静岡県のがんセンターで、静岡県歯科医師会とサンスターさんが病院と協力なさって、口腔ケアその他で大変効果を上げているということが、新聞等で評価されていました。こういう病院での口腔ケアについて、山本さん、企業の立場で何かコメントはありませんでしょうか。

山本：今、ご紹介にあったように、私どもは 3 年ほど前から静岡県がんセンターで口腔ケアを行っています。先ほど寺岡先生がご紹介なさっていたように、特に頭頸部のがんの手術の前に口腔ケアを徹底的に行えば、非常に感染の機会が減るので、連携して行っております。また、私どももがんでエビデンスを出していますが、寺岡先生がおっしゃったように、がんだけでなく脳卒中の患者さんのエビデンスなどに取り組んでいる途中でして、さらに糖尿病の患者さんでのエビデンスを出しつつあります。したがって、徐々に全身と口腔の関係について、取り組んでいきたいと考えております。

深井：ありがとうございました。突然の指名で申し訳ありませんでした。ご質問の方はいらっしゃいますでしょうか。

質問者③：神奈川県歯科医師会の者です。寺岡先生に質問させていただきます。「これからは診診連携を普及させていきたい」とおっしゃっていました。診診連携を普及させるために、我々歯科が医科サイドにアプローチの準備をすることはできるのですが、医科サイドから準備するのを引き出すのが一番の課題ではないかと思います。私どもからしたら、身近

な診療所と連携するのはできるのですが、地域すべてがうまく連携していくには、我々はどうしていかなければならないか、また地域の行政はどうしていかなければならないかなど、お考えがあったら教えていただきたいと思います。

寺岡：私も始めたところですので 100%のお答えはできないと思いますが、発表でご紹介した県についても、私たちが想像している以上に、医科の先生たちは連携をとりたいという希望が多いようです。今回仲介になったのは行政におられ歯科医師の方で、連携をしたいという思いがあたりだったので、医師会と歯科医師会の両方に交渉し、アンケート調査をすることになりました。アンケートの中身などについても、前のプロセスの段階で、医師と歯科医師が連携をとっていたそうです。そういうプロセスがとても大切だと言っていました。そして実際、蓋をあけてみたら、こういう点が知りたいということがいろいろあり、今、連携システムを作っている段階だそうです。

ですから、自治体に歯科医師がいる場合、その先生を先導役にして両組織に働きかけると、意外にスムーズにいくのではないかと思います。

深井：大変ありがとうございました。これで質疑応答を終了します。3人の先生方、指定研究のご報告、ありがとうございます。今後とも精力的にご活躍いただきたいと思います。

2. 住民参加の新「8020運動」の展開

報告者 プロフィール

◆基調講演

新潟県福祉保健部健康対策課長／山崎 理

平成元年3月、自治医科大学卒業。平成元年5月、新潟大学医学部附属病院内科（第二内科・神経内科）初期研修。平成2年5月、新潟県新発田保健所。平成4年4月、新潟県環境保健部公衆衛生課・同総務課（兼務）。平成11年4月、新潟県福祉保健部健康対策課感染症対策係長。平成13年4月、同医薬国保課課長補佐。平成15年4月、新潟県糸魚川健康福祉事務所長（糸魚川保健所長）。平成17年4月、新潟県福祉保健部高齢福祉保健課参事。平成18年4月、同健康対策課参事（課長補佐）。平成19年4月、同課長（現職）。自治医科大学臨床講師（平成15年度～）。

◆実践報告

新潟県福祉保健部健康対策課歯科保健係長／清田 義和

平成6年3月、新潟大学歯学部卒業。同年4月、同大学歯学部予防歯科学講座入局。平成10年4月、同大学歯学部助手。平成16年12月より新潟県福祉保健部健康対策課勤務。平成21年4月より同課歯科保健係長。

新潟大学大学院医歯学総合研究科予防歯科学分野准教授／葭原 明弘

昭和62年3月、新潟大学歯学部卒業。平成13年、新潟大学大学院医歯学総合研究科助教授。平成17年、新潟大学大学院医歯学総合研究科准教授。専門は予防歯科学および疫学。新潟県健康福祉ビジョン策定検討会議委員、新潟県歯科保健医療対策委員会委員、新潟県健康作り策定部会部会長、歯科保健推進条例策定委員会委員、子供の歯を守る会実行委員長などを歴任。日本口腔衛生学会指導医・評議委員。平成21年より「は～もに～プロジェクト」代表。

基調講演

新潟県歯科保健推進条例の制定と対策委員会

・新潟県福祉保健部健康対策課長

山崎 理



山崎：こんにちは。新潟県福祉保健部健康対策課の山崎と申します。

ことが大切だということを意識づけようということで、ブログにこのようなものを出しています。

図表 2



はじめに

図表 1



またの名をDr. ヤマゴンと申します

Data of "Yamagon"

身長:180.0cm 体重:109.0kg ウエスト:102.0cm(421.4.5現在)

モットー

無理せず、ほどほどに。日常の小さな心がけの積み重ねで、ポッコリシンドロームは解消できる。継続することが大事。

心がけること

“快食・快眠・快便”のリズムを作る。そのため、

1. よく噛んで食べる(一口30回)
2. ヨーグルトと果物を食べる(毎日1回朝食後)
3. 汗をかく(ラグビーをする、歩く)
4. 残業しない(家で夕食を食べたいから)
5. 無理しない(あまり「禁欲的」になり過ぎない)

Dr.ヤマゴンの快進“減塩”生活。

継続目標

体重、ウエストを2ケタ(体重99.9kg、ウエスト99cm)にする。

最近、新潟県の健康ビジネス、部局でいえば産業労働観光部でこのようなブログを作っており、私がおのイメージキャラクターになっています。私は汗をかいて歩いてみたり、食べ物に気をつけたりして、体重を減らそうとしています。体重を減らそうと思ったきっかけは、よく噛むことです。一口30回と言われますが、30回でなくてもよいので、よく噛む

ゆっくり時間をかけて噛むことが大切です。なぜこれが条例と関係があるのかということについてお話しします。条例というのは一つの象徴でしかありません。条例ができたからといって、すべてお城ができ、国ができあがったわけではなく、お城の天守閣はできたが、お城を支える屋台骨はどうなっているか、城下町の住人の面倒まで見られるような立派なお城なのか——このように、これから作っていかねばならないところはまだまだあります。住民の生活に密着することが究極の理想だと思いますが、まだまだそこまで至っていません。ただ条例が、そのような理想像を持って、道筋をつけてアプローチをしていくことのとっかかりになるのだと思っています。

新潟県の歯科保健対策

図表 3

新潟県の歯科保健対策の特徴	
1. フッ化物利用によるむし歯予防の推進	基本的な考え方
2. 関係者の連携・協働による県民運動の展開	
<ol style="list-style-type: none"> 1. むし歯り患状況の把握と事業評価 2. 事業の優先順位決定 3. 第一義的な事業の実施主体は市町村 4. 県民運動の展開 5. 行政に歯科専門職を置く 	

新潟県で歯科保健を進めてきたのは、昭和 53 年に新潟県に入った石上部長という先輩で、そのときからすでにフッ化物洗口の取り組みなどが始まっていた。

フッ化物利用によるむし歯予防の推進、関係者の連携・協働による県民運動の展開を行ってきました。その基本的考え方の 5 番目の「行政に歯科専門職を置く」ということは非常に重要な要素だと思います。

図表 4

新潟県の歯科保健の歴史①	
●昭和45年(1970):	・弥彦小学校でフッ素洗口開始。
●昭和49年(1974):	・県歯科医師会と子どもの歯を守る会が県議会に「県民のむし歯予防対策に関する請願」を提出。全会一致で採択。県は検討会を設置した。検討会の結論としてフッ化物利用によるむし歯予防の推進を推奨。
●昭和50年(1975):	・フッ素洗口補助金制度を創設。(フッ素洗口反対運動起きる)
●昭和53年(1978):	・県行政に歯科医師1人採用(母子保健係)。・歯科衛生協会を設立。
●昭和54年(1979):	・歯科保健担当者研修会開始。
●昭和55年(1980):	・小児う蝕実態調査開始。保健所長・郡市歯科医師会長合同会議の開催。歯科医師1人新たに採用。

新潟県の歯科保健の歴史についてご説明します。昭和 45 年に弥彦小学校でフッ素洗口が始まっています。そしてさまざまな経緯をたどり、昭和 50 年にフッ素洗口補助金制度を創設したところ、反対運動が起こるなど、数ある波をくぐってきております。そして昭和 53 年には県行政に歯科医師を採用しました。当時はまだ歯科保健の係はなかったので、母子保健係で歯科医師を採用しました。また歯科衛生

協会一現在の歯科保健協会ですが、そういう団体も作られました。

図表 5

新潟県の歯科保健の歴史②	
●昭和56年(1981):	・「むし歯半減10か年運動」開始。 ・市町村う蝕予防事業補助金制度創設(フッ素塗布、フッ素洗口、歯科管理の3事業推進)。 ・歯科保健協会を財団法人化。
●昭和57年(1982):	・心身障害児(者)歯科保健対策開始。 ・歯科医師を新たに採用(計3人)。
●昭和58年(1983):	・公衆衛生課内に歯科保健係創設。
●昭和60年(1985):	・知事とのつどい開催。(県教育委員会の歯科保健予算がつく)
●平成元年(1989):	・寝たきり者歯科保健対策開始。
●平成3年(1991):	・「ヘルシースマイル2000プラン」開始。 (①第二次むし歯半減10か年運動、②歯周疾患対策、③障害者歯科保健対策、の3本柱)
●平成5年(1993):	・寝たきり者往診事業全県実施。
●平成7年(1995):	・在宅重度障害者往診事業開始。

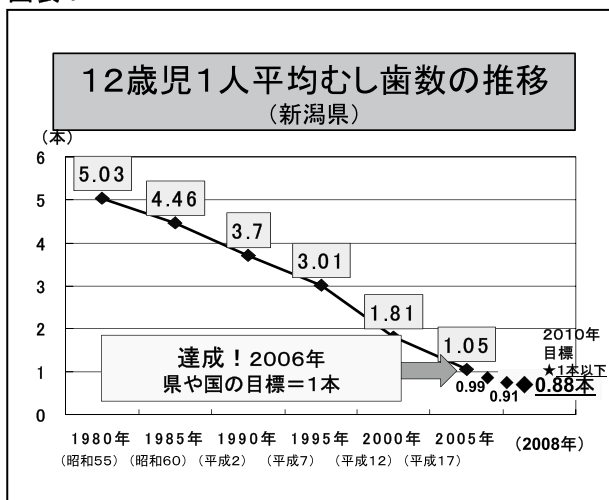
昭和 56 年から「むし歯半減 10 か年運動」を開始しました。こういう運動は各地で行われており、当時新潟県でも「健康にいがたクローバー運動」というものがあり、「牛乳を飲もう」「緑黄色野菜を食べよう」などの項目と並べて、むし歯の半減を謳いました。「むし歯半減 10 年運動」は、歯科保健の特徴、あるいはアドバンテージとも言えると思いますが、歯は数が数えられる点で、行政として数値目標が立てられるので、非常に有利でした。それを受けた形で平成 3 年に「ヘルシースマイル 2000 プラン」を開始しました。

図表 6

新潟県の歯科保健の歴史③	
●平成8年(1996):	・児童の歯肉炎予防対策開始。 (健やか歯ぐき育成事業) ・歯科保健短期実務研修委託。
●平成10年(1998):	・歯科保健調査企画連携協議会開始。
●平成12年(2000):	・介護保険制度創設と居宅療養管理指導 ・8020育成事業(CO、GOの勧奨システム)
●平成13年(2001):	・「ヘルシースマイル21」(第三次新潟県歯科保健医療総合計画)開始。
●平成15年(2003):	・ヘルシースマイル21推進員養成 ・健康増進歯科保健係に改組
●平成17年(2005):	・ヘルシースマイル21中間評価 介護保険制度改正と口腔機能向上への取組
●平成18年(2006):	・8020運動推進特別事業 ・歯科保健・食育推進係に改組
●平成20年(2008):	・新潟県歯科保健推進条例の制定
●平成21年(2009):	・歯科保健係に改組

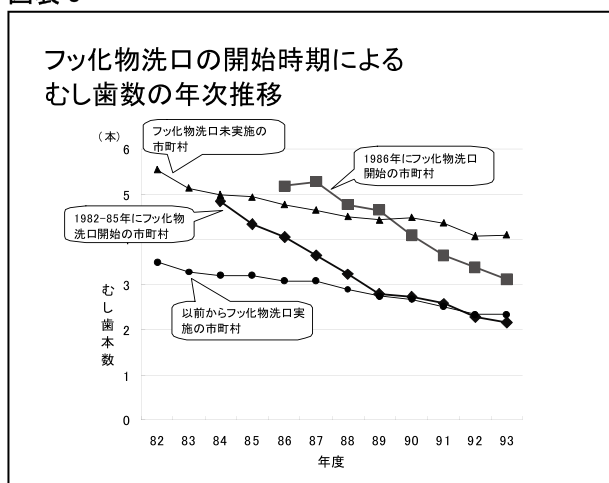
現在は「ヘルシースマイル 21」ということで、10年刻みに計画を更新して進めてきています。

図表 7



関係各位のご努力の甲斐がありまして、12歳児の1人平均むし歯の数は年々減少してきており、現在は0.88本になっています。

図表 8

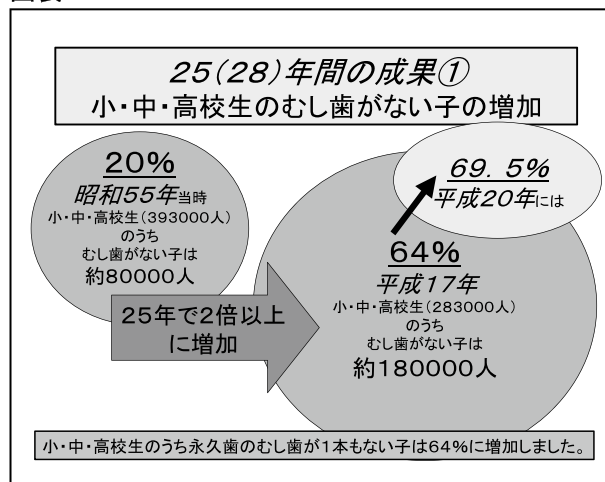


私はこのグラフ（図表 8）を見たときにすばらしいと思いました。フッ化物洗口未実施の市町村のむし歯の本数、実施市町村のむし歯の本数、それだけを見ても、実施しているほうがむし歯の数が少ない、実施していないところのほうが多いという結果になっています。しかも、実施していない地域でもむし歯の数が減ってきているのです。フッ化物洗口を実施したことにより、1982～85年にフッ化物洗口を開始した市町村のむし歯の数が大きく減り、以前からフッ化物洗口をしていた市町村と合流したことは、すばらしいと思います。そして、もう一度同じことを行ったら同じことが起こりました。つまり、疫学的に再現性があるということで因果関係を強く示唆していることになります。

このグラフでは最後の年が1993年になっていま

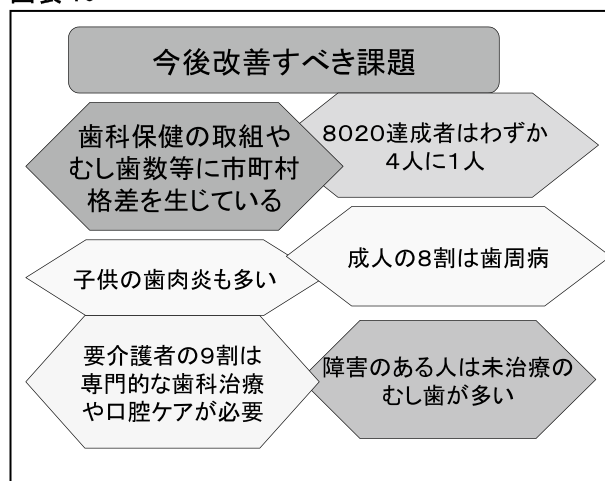
す。その後どうなったのだろうということを、今追跡している最中です。

図表 9



昭和55年当時、むし歯がなかった子どもは約8万人で、今は18万人ですが、子どもの数は減っているの、それを割合にして計算してみると、昭和55年時にむし歯がなかった子どもは全体の20%、平成17年には64%になっています。平成20年には69.5%で、7割の子どもにむし歯がありません。平均本数が1本を切りましたので、むし歯のない子どもがどのくらいいるかというように、力点を置く指標も変わってきました。

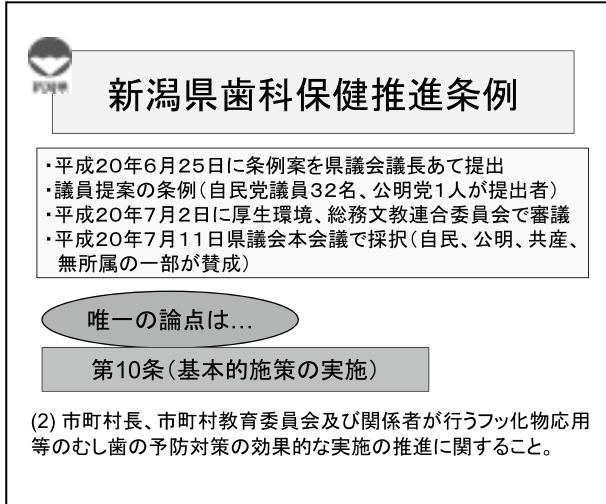
図表 10



まだ改善すべき課題が残っておりまして、市町村間の格差、要介護者への対応などが課題です。

新潟県歯科保健推進条例策定までの経緯

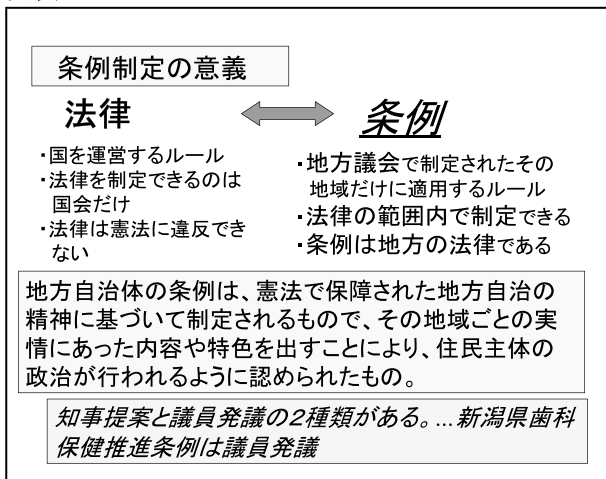
図表 11



つぎに、新潟県歯科保健推進条例についてお話しします。「県議会本会議で、自民、公明、共産、無所属の一部が賛成」とあり、新潟県の県議会の約6割以上を占める自民党・公明党からの提案であり、奇異に思われるかもしれませんが、それに共産党が賛成しました。しかし、民主新潟というグループ、社会民主県民連合が賛成しておりません。社会民主県民連合には、フッ化物について、ご自分のライフワークとして闘ってきて、新潟県内で頑張っている方がいらっしやいます。

そういう議論を県民に知られないところではなく、県民の目に見えるところで喧々諤々と重ねてきたことが、土台をきちんと作ることに必要だったのかもしれない。

図表 12

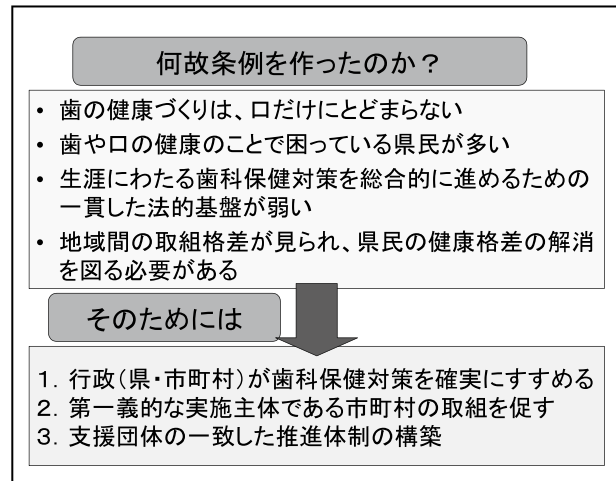


条例制定の意義についてお話しします。法律と条

例は同格であり、法律は国のもの、条例は地方自治体のものです。条例は都道府県あるいは市町村の議会を通りますし、法律は国会を通ります。それより下のランクのものは、法律には政令、省令がありますが、政令であれば内閣、省令であれば各省のレベルで決められます。すなわち、民意を代表する議員の国会、都道府県あるいは市町村の議会を経ないで作られますが、法律と条例に関してはその点でまったく違います。条例を作るということは、それですべてではありませんが、きちんと民意が反映された形で世の中に認められたものという点が大きいです。

私どもには歯科保健推進計画がありますが、歯科保健の計画を関係者で作ってきて、実質これがあれば十分だという考えもありましたが、やはり最後の皮一枚を破って上に出て行くためには、条例を作る作業が必要だったと思います。

図表 13



条例を作った背景となる考え方についてお話しします。歯の健康、口の健康は歯や口だけに留まらないという話は、知られていそうで意外に知られていないという現実があります。冒頭で、私がよく噛むことからメタボ対策を始めたことを申し上げましたが、こういうことも、わからない人にとっては「なぜ？」というところから入ってくるわけですが、そういうことを一つひとつ大切にしていけることが必要だと思っています。

そして実際に歯や口のことで困っている県民は多いです。私はあるタウン誌に歯や口に関するコラムを書いています。舌苔を取る歯ブラシの売れ行きがよいという話を聞き、それについて私どもの係長に調べてもらったところ、口臭の80%は舌苔に起因するものであること、舌の表面の乳頭部のデコボコを広げると8畳分くらいの大きさになるということがわかりました。このような話について、県民の関心

が高くなっています。一方で、歯と口については歯科医院でしか接点がないという点が、これから新しいことを広げていくためのヒントになるのではないかと思います。

また「生涯にわたる歯科保健対策を総合的に進めるための一貫した法的基盤が弱い」と書いてありますが、我々は行政の仕事で行っていると、学校保健法、地域保健法などいろいろな法律があり、その法律のなかに歯科保健のことが出てきます。また私は県立の看護大学で公衆衛生学の講義をしていますが、歯科保健という独立した分野ではなく、母子保健のなかに歯科のことが出てきます。学校保健や老人保健にも出てきますが、何か歯科のことで一貫したものはないのかということは関係者からも強い希望があり、議員さんが条例を提案する際も、いろいろなところにバラバラに散らばっているものを、きちんと一貫してやっていくべきだということが強く訴えられました。

図表 14

条例が成立するまで

- H19年6月 県歯科医師会・子どもの歯を守る会が自民党に対して、歯科保健推進条例の制定を要望
- H19年7月 県と県歯科医師会等との勉強会(第1回)
 - なぜ条例が必要なのか
 - 条例に盛り込みたい内容
- (県)
 - 条例制定を視野に入れた施策の更なる充実を図る旨回答あくまで施策の充実が目的。条例も含めて考えたい。
 - ただし、条例制定という方向性は、プラスに考えており、チャンスととらえている。

条例が成立するまでに、我々は県歯科医師会や県議会といろいろやり取りをしました。そのことをご説明します。平成19年6月前から意見交換をしていましたが、このときに初めて「条例」という言葉が出てきました。これは県歯科医師会と新潟県子どもの歯を守る会が、自民党に対して、翌年の予算要望として、歯科保健推進条例の制定の要望を出したわけです。これが発端になり、この要望を県に投げかけるといふ段階になると、県の側は投げかけの前に少し打ち合わせをさせていただきたいと申し入れ、勉強会を行いました。条例を作るとなると非常に大仕事になるので、条例とはどういうものか、なぜ条例が必要なのか、条例がないと本当に駄目なのか、関係者の間で条例に関する文言の調整、市町村に対して計画策定を義務付けることはできないか、とい

う話がありました。しかし県の条例に市町村が行うことを義務的に書くということは、地方自治の本旨からすると問題であるという話もあり、ではどういう文言で、どういう内容を盛り込めば実行できるのかということについて、何度も議論を重ねました。

図表 15

条例制定に係る県歯科医師会等の考え方

- 1 制定の必要性
 - 歯や口の健康のことで困っている県民は多い。歯の健康づくりは、口だけにとどまらない。
 - 生涯にわたる歯科保健施策を進めるための一貫した法的基盤が弱い。
 - 地域の取組の較差が見られ、県民の健康格差の解消を図る必要がある。住民に最も身近な市町村の総合的な取組が求められている。
 - 関係団体が有機的に連携する必要がある。
 - フッ化物洗口を一層普及し、安全かつ適正に実施する必要がある。
- 2 条例に盛り込むべき項目
 - 県行政および市町村行政、各種関係団体の責務の明確化
 - ・ 県計画に掲げる基本理念や基本的施策、県歯科保健計画の策定、県民歯科疾患実態調査の実施等
 - ・ 市町村歯科保健計画の策定(義務付)
 - 保健所機能の強化
 - ・ 医療圏単位での歯科専門職の配置

条例制定に関する県歯科医師会の考え方や、条例に盛り込むべき項目はこのようなことです。

図表 16

- H19年10月 第2回勉強会
 - 条例の基礎
 - 条例(試案)の説明と意見交換
 - ・ 市町村に対するしほりがどこまで許されるのか
 - 今後のスケジュール
 - ・ 来年6月議会で「議員提案」による制定を目指す。
- 条例を作る必要性の議論は不要。作ることに意味がある。新潟だからこそこできるものであり、全国への波及効果は高い。(県)
- H19年11月 第3回勉強会
 - 市町村への根回し方策
 - 条例(試案)の検討
- H19年12月 県歯科医師会が知事に陳情
 - 歯科保健施策の充実と条例の制定
 (H20年2月議会)
 全国に先駆けての歯の健康増進のための条例制定は、大変意義深いと考えている旨答弁

勉強会を重ね、平成19年12月に県歯科医師会が県知事と面会する機会があったので、そこで条例の制定を陳情しました。

図表 17

●H20年2月	自民党県連 歯科保健推進条例(仮称)策定検討チーム立ち上げ 〔自民党県議、県歯科医師会、子どもの歯を守る会 県(福祉保健部、教育委員会)〕 2月～3月にかけて計4回検討会開催し、条例案を検討 ・市町村の責務について(法制的制約と実効性) ・市町村への財政支援
●H20年4月	自民党が条例(案)の決定 パブリックコメントを実施(1ヵ月間)
●H20年6月	6月定例県議会で条例提案 (自民党議員32名、公明党議員1名が提出者)
●H20年7月	○厚生環境、総務文教連合委員会で審議 審議の論点は、ほとんどフッ化物利用に関すること ○7月11日、県議会本会議で採択 (自民、公明、共産、無所属の一部が賛成) ○7月22日、条例を公布・施行

20年の2月からは舞台が県議会の自民党に移ってきました。自民党のなかで「歯科保健推進条例(仮称)策定検討チーム」を立ち上げ、ここが定期的に会合を開くようになり、私どもは呼んでいただく立場になりました。福祉保健部と教育委員会などが一緒に参加しました。

そして自民党から条例(案)が提示され、6月の定例県議会で条例が可決されました。このとき、委員会が2つにまたがる形になり、連合で委員会を行ったわけですが、歯科保健推進条例だけに限って集中審議を行うということで、特別な委員会2つを同時開催したことになります。そのとき問題になったのは、フッ化物利用です。全国各地でも同様だと思いますが、フッ化物の利用については、さまざまな論点で賛成あるいは反対をおっしゃる方がいます。そういうなかで、フッ化物洗口がすべてありきということではない、と我々は考えておりますが、ある程度多数の賛成を得て可決しました。

図表 18

新潟県歯科保健推進条例の特徴	
1	糖尿病等の生活習慣病対策をはじめとする県民の健康づくりに果たす役割の重要性に鑑み、県民の生涯にわたる歯科保健施策を総合的かつ効果的に推進(第1条)
2	県や市町村、教育関係者及び保健医療福祉関係者、県民の役割や責務を規定(第3条～6条)
3	市町村歯科保健計画の策定(第9条) 県と市町村は対等な関係のため、「できる」規定になっているが、計画策定が求められる。

条例の特徴についてですが、第1条に、口のこと

だけではなく、県民の生涯にわたる歯科保健施策を総合的かつ効果的に推進することが入っています。また第3～6条では、県や市町村、教育関係者、保健医療福祉関係者、県民の役割や責務を規定しています。さらに第9条では、いろいろな議論の結果、「策定ができる」という文言が残っています。「できる」という言葉だと、一般的には「やらなくてもいいではないか」という意味に捉えられがちですが、行政の言葉や法律用語で「できる」という表現はかなり強い意味を持ち、義務を課していることとなります。したがって、できるのにやらない場合には、なぜやらなかったのかをきちんと説明しなくてはならず、つまり「不作為」ということが問われることとなります。

図表 19

4	知事及び県教育委員会の行うべき基本的施策を具体的に規定(第10条) ○ 情報の収集と提供、関係者の連携体制の構築 ○ フッ化物応用等のむし歯予防対策の効果的な推進 ○ 市町村が行う生涯にわたる歯科保健施策の推進 ○ 障害者、要介護者の口腔の健康づくりの確保及び推進 市町村等の活動に対し、広域的、専門的な見地から保健所が情報提供や助言等を行う。
5	県民歯科疾患実態調査等の実施(第11条) ○ 事業評価のため、少なくとも5年に一度は歯科疾患実態調査を実施 ○ 知事及び県教委は、幼児、児童・生徒のむし歯及び歯肉炎の罹患状況について毎年調査を実施

第10条には「知事及び県教育委員会の行うべき基本的施策を具体的に規定」とありますが、これはこれまで行ってきたことを列挙しただけです。

歯科保健推進条例策定後の動き

図表 20

歯科保健推進条例制定後の動き (1年後・平成21年7月現在)	
市町村歯科保健計画の策定(第9条) 市町村長は、地域の実情に応じた施策を推進するため、歯・口腔の健康づくりに関する基本的な計画を定めることができる。	
計画策定済(4市)	新発田市、五泉市、長岡市、新潟市
新たに策定(1市)	見附市
策定予定(6市町村)	関川村、阿賀野市、胎内市、聖籠町、津南町、佐渡市
他県の動き(9道県において条例制定の動きあり)	
議員提案により条例可決	北海道(平成21年6月可決)
議員提案を検討中(8県)	千葉、山梨、長野、岐阜、静岡、愛媛、佐賀、長崎

条例制定後の動きについてですが、第9条を反映した形で、計画を新しく作ったところは、策定予定も含めて県内11市町村にまで増えています。ちなみに、条例の他県の動きについては古いデータで、もっと新しいデータが出ています。

図表 21

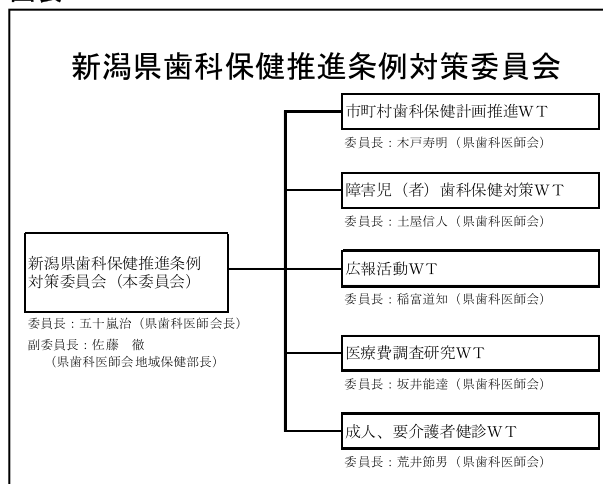
条例制定後の県の対応	
1 市町村の取組の促進	(1) 条例推進重点市町村支援事業(新規)(H21予算額:3,745千円) 条例第9条に基づく市町村歯科保健計画の策定に係る専門的、財政的な支援等を行う。 (2) 国保調整交付金による歯科保健計画策定の促進 市町村歯科保健計画の策定状況を評価項目に設定 (3) 市町村歯科保健主管課長会議の開催 (4) 市町村及び市町村教育委への通知文書の発出(県教委と連名) 条例を踏まえた子どもの歯科保健対策の推進を通知
2 条例に関する普及啓発(リーフレット)	市町村や学校等の関係機関を通じて県民への啓発

条例制定後の県の対応についてですが、市町村の取り組みを推進するための「条例推進重点市町村支援事業」を新規事業として起こしました。そのほか既存の施策等を含めて市町村をバックアップしていく体制を作りました。また、条例に関するリーフレットを配り、普及啓発を行いました。

20年8月8日には、新潟県歯科医師会館で「新潟県歯科保健推進条例制定記念シンポジウム」を開催しました。歯科医師会さんにPRで一役買っていた

だき、非常にインパクトのあるシンポジウムになりました。大久保会長にも来ていただき、我が県の泉田知事も出席しましたが、かなり自分の言葉で歯科保健について語っていたのが非常に印象的でした。

図表 22



新潟県歯科保健推進条例対策委員会についてです。これは新潟県歯科医師会さんの取り組みになりますが、本委員会の下にそれぞれのワーキングチームがあります。ワーキングチームでいろいろな検討が精力的になされてきました。

その動きと絡んで、条例制定から1年経った平成21年6月の議会で、ある議員さんから「これまでの市町村の取り組み状況を、県としてはどのように受け止めているか」という質問がありました。

図表 23

平成21年6月議会 一般質問
<ul style="list-style-type: none"> 知事答弁 <p>むし歯は万病の元と申します。医療費全体が高騰を続けている中で、歯科保健衛生を通じて、国民負担全体が下がっていくきっかけになることも期待しているところです。</p> <p>生涯にわたり歯や口の健康を保つためには行政だけではなく、やはり家庭、そして県民一人ひとりが、日々の生活習慣として、口の健康を意識し行動することが大切だと考えています。県といたしましては、こうした生活習慣の定着を社会の仕組みとしてサポートできるように施策を進めてまいります。</p>

それに対する知事の答弁は、「家庭、そして県民一人ひとりが日々の生活習慣として、口の健康を意識し行動することが大切だと考えています」という内容のことを話しました。

通常、議会の答弁書は私どもが案を作り、知事が

目を通すという形ですが、私どもの知事は答弁書を作らせて任せっぱなしにはしません。かなり厳しく手が入ります。この答弁も厳しく手が入りました。私どもの答弁では知事の思いに合っていないということです。「もっとエモーショナルに書いてください。理念を書いてください」とよく知事から言われます。知事に、これまで我々が申し上げてきたことが表れていないのではないか、ということ指摘されるわけです。

図表 24

そして、また、住民の皆様が身近な市町村や保健医療福祉関係者とともに入力された理念や考え方を、生活習慣、文化として実践できるような地域になれるよう、県としての取り組みを進めてまいりたいと思います。



来年度事業に向けての新潟県歯科医師会提案
「にいがた健口文化」醸成事業(仮)

知事の答弁の「県民一人ひとりが日々の生活習慣として、口の健康を意識し行動すること」が「文化」という言葉に象徴されています。歯科保健は文化なのだというのが、知事の基本的な考え方にあるわけです。歯科保健は文化であるという考え方は、誰から言われたのでもなく、知事自身から生まれてきた考え方なのだという認識をしています。そして「文化」という言葉と関連し、来年度に向けて県歯科医師会からご提案いただいているのが、「にいがた健口文化」醸成事業(仮)」という事業であり、「口」という文字を用いています。

つまり「広義の口腔ケアを新潟県民の健康文化と捉え、10年、20年先を見据えて、県民一人ひとりの生活習慣の中に根付くよう、気運をつくりだすこと」が文化である、というご提案です。私どもはこれを受けて、来年度予算を検討中ですが、できるだけ「健口文化」の醸成に役立つような取り組みを考えていくつもりです。

図表 25



図表 25 は、ポピュレーションアプローチの説明でよく使われるイラストですが、坂の角度を変えていろいろな取り組みが必要だということが言われております。これを歯科保健にも適用していくべきだろうということで、引用させていただきました。

図表 26

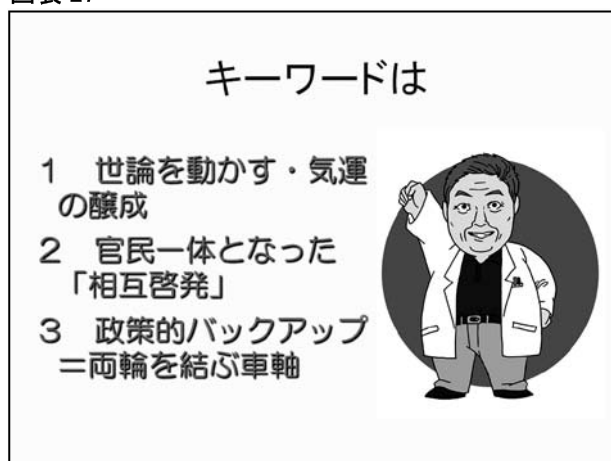
全国知事会「先進政策バンク」

- 全国知事会では、地方の政策立案能力の向上を図るため、都道府県の先進的な政策をネット上で共有・切磋琢磨する「先進政策バンク」を運営している。
 - 「優秀政策」は、登録された政策の中から、知事会「頭脳センター」専門委員による評価・審査を行い、優良事例として顕彰される。
- (優秀政策件数/登録件数) H20年: 28件/約1,600
H21年: 26件/1,912
- H21. 8. 27 全国知事会より表彰
(分野問わず本県初の受賞、歯科分野でも全国初)



全国知事会の「先進政策バンク」というものがあり、手前味噌になってしまいましたが、関係者の努力が評価され、表彰されました。

図表 27



キーワードについてですが、まず「世論を動かす・気運の醸成」が重要だと思います。そのためには官民一体となって、これは造語ですが「相互啓発」が大切です。行政は行政としてのスタンスで、歯科医師会、大学それぞれのスタンスで発信していくことが、お互いの刺激になるということです。そして、行政と民間の両輪、現場と行政との両輪など、いろいろな両輪があります。このとき、輪が別々に転がらないよう、車軸で結ばなければなりません。その車軸を我々が政策として組み立ていかなければならないと思っています。

以上です。ご清聴、ありがとうございました。

実践報告 ①

住民参加の手法を取り入れた歯科保健計画の作成

・新潟県福祉保健部健康対策課歯科保健係長

清田 義和



清田：ご紹介いただきました新潟県福祉保健部健康対策課の清田でございます。

市町村歯科保健計画策定

図表 1

条例制定後の市町村の動き	
市町村歯科保健計画の策定(第9条) 市町村長は、地域の実情に応じた施策を推進するため、歯・口腔の健康づくりに関する基本的な計画を定めることができる。	
計画策定済(4市)	新発田市、五泉市、長岡市、新潟市
新たに策定(1市)	見附市
策定予定(6市町村)	関川村、阿賀野市、胎内市、聖籠町、津南町、佐渡市

※全31市町村
健康増進計画の一分野として歯科を記載することで十分と考えている市町村が多い。

新潟県内の市町村の取組状況をみますと、大きなバラツキがあります。それは裏返すと、市町村が自らよいと思ったものに自ら予算をつけて、独自に事業を行っているということです。つまり、歯科の法的な裏づけが弱いということを示しており、それにより取り組みの較差が大きいことが問題になっています。しかし、実際には予算もマンパワーも非常に

心もとない状況です。

図表 2

市町村歯科保健計画策定の支援	
計画策定の趣旨	
<ul style="list-style-type: none">● 県民一人ひとりが日々の生活習慣の中で、自然に口の健康を意識し行動すること(文化)が大切● こうした県民の生活習慣への定着を社会的にサポートするためには、住民に最も身近な市町村行政の取組を促すことが重要● 歯科の法的基盤が弱いために、市町村独自の取組に依存。取組の市町村較差がみられる。	
<ul style="list-style-type: none">○ 地域診断に基づく地域の特性を生かした施策の立案○ 歯科医師会等の関係団体が確固たる支援体制を組むこと○ 目標を共有し、それらを継続的に進める力が不可欠	
「歯科保健推進条例」が市町村歯科保健計画の策定を後押し	

こうした状況を打破するためには、まず、限られた資源を有効に使うことが必要であり、それにはきちんと地域診断をし、優先順位に基づいた施策を作ることが大切です。次に、関係団体が市町村を支える体制を作ることです。そして、目標を共有し、それに向かって皆で継続的に進めることです。

これらを実現するものが市町村の歯科保健計画の策定であり、それを条例が後押ししています。

図表 3

条例推進重点市町村支援事業(新規) (H21予算額:3,745千円)	
1 目的	条例第9条に基づく市町村歯科保健計画の策定に係る専門的、財政的な支援等を行い、市町村の取組の促進を図る。
2 実施主体	県地域機関
3 対象	モデル市町村(関川村、胎内市、佐渡市)
4 事業内容	(1)関係者協議会 (2)調査等による実態把握 (3)市町村歯科保健計画の策定 (4)住民への歯科保健計画の普及啓発 上記を2年間にわたり計画的に実施する。

条例第9条を具現化するという一方で、今年度から、条例推進重点市町村支援事業を新規に開始しました。この事業の概要をご説明しますと、実施主体

は県の地域機関（保健所）です。ただし、市町村計画ですから、本来なら市町村が作るべきものですので、実際は保健所と市町村が共催の形で進めています。今年度は、やる気のある市町村のうち、関川村、胎内市、佐渡市の3つをモデル市町村に選定しました。

事業内容は、①関係者による協議会、②地域の実態を調査して把握すること、③市町村歯科保健計画の中身を検討すること、④計画の内容を住民にきちんと普及啓発することであり、これを2年間にわたって計画的に実施するものです。

計画推進のための支援

図表 4

市町村歯科保健計画推進WTにおける検討	
1 計画策定に係る基本的な考え方	<ul style="list-style-type: none"> ○ 実効性及び継続性のある歯科保健計画の策定 ○ 地域の特徴、特性を生かした計画づくり ○ 住民視点の計画づくり 住民の意見や考え方を積極的に把握し、計画に反映
2 計画策定の支援体制	<ul style="list-style-type: none"> ○ 専門家としての郡歯会との積極的な関与が極めて重要 ○ 2つの歯科大学を十分に活用 ○ NPO法人まちづくり学校による技術支援 ○ 必要に応じて、首長や市町村議員へのアプローチ(県歯連盟)

県歯科医師会では、条例を推進するために条例推進対策委員会を立ち上げ、そこに5つのワーキングチームを設置しています。その一つに、市町村歯科保健計画推進ワーキングチームがあります。これは、すべての市町村の歯科保健計画策定を推進するために作られたものであり、県の重点事業とも連動させながら検討を進めてきました。

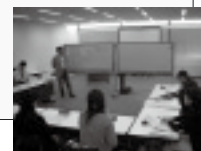
まず、県歯科医師会とともに、計画策定の基本的な考え方や支援体制について協議しました。はじめに、計画策定に係る基本的な考え方についてですが、1つは実効性・継続性のある計画であることです。ペーパープランであってはならないですし、また計画を作って終わりではなく、計画を継続できる仕組みを作ることが大切です。そして、地域の特徴や特性、現状を把握したうえで対策を考え、そこに既存の組織や資源を活用することです。3点目が本題になりますが、住民視点の計画づくりをすることです。計画は行政のためではなく、住民のための

ものですから、住民とじっくり話し合いながら作ってほしい、住民の思いを込めてほしいということですので。そうすれば、計画策定後、住民自らが主体的に動き、それが計画の継続性や実効性につながると思います。市町村計画を作るに当たっては、住民視点の計画づくりが大切と考えています。

次に計画策定の支援体制についてお話します。まず、歯科医師会の関与です。この事業を通じて、郡市歯科医師会の機能を強化したいという思いが込められています。また、新潟県内には幸い2つの歯科大学がありますので、この支援を十分に活用したいということです。また、NPO法人まちづくり学校に、住民の声を引き出すための技術的支援をお願いしました。本県では、6年程前からまちづくり学校とコラボして、住民参加型の歯科保健活動を行っているベースがありました。最後に、県歯科医師連盟から、直接首長に働きかけたり、市町村議員を通じて計画づくりを促進したりすることもあわせて考えています。

図表 5

第1回担当者支援研修会(8月)	
目的	円滑に事業を準備、実施できるよう、計画策定に関する認識の共有や実施にあたっての疑問点の解消を図る。
対象	モデル市町村担当者、地域機関担当者
講師	まちづくり学校、県歯科医師会、大学
内容	1 ワークショップ(その1) 「事業を実施するにあたっての現在の心境」 2 ワークショップ(その2) 事業を企画するに当たり、 「わからないこと」 「不安なこと」を出し合う。 3 質疑応答、意見交換、事例紹介



事業の開始にあたり、事業内容や考え方、支援体制などについて、保健所担当者を集めて説明しました。ところが、保健所職員は計画づくりをほとんど経験したことがありませんでした。また、市町村の職員も計画づくりを経験したことのある人はほとんどおらず、「いったい何から始めればよいのかわからない」という声が多く挙がってきました。こちらとしても、市町村や保健所の担当者が何をわからないのかを把握していない状況でしたので、とりあえず担当者支援のための研修会を開催し、わからない点をすべて出してもらいました。行政の会議らしくないワークショップ形式で行いました。

まず「事業を実施するにあたっての現在の心境はどうですか」と聞いたところ、皆さんそろって「不

安です」という答でした。具体的に何がわからないのか、何が不安なのかを書いてもらいました。

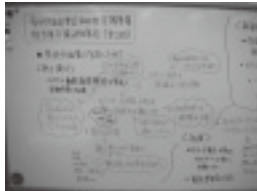

図表 6

ワークショップで出された主な疑問や不安	
○	住民の意見を聞くには、誰を対象にどのようにインタビューすればよいのか。また、どのように計画へ反映すればよいのか
○	住民からは本当の生の声を出してくるのか
○	どのような手順で目標を設定すればよいのか
○	実効性のある計画ができるかどうか心配
○	地元歯科医師や関係組織、他課職員の協力が得られるか不安
○	アンケート調査の項目をどう決めればよいのか。どう分析すればよいのかかわからない

その結果、このような疑問や不安が出てきました。
 ①住民の意見を聞くには、誰を集めてどのようにインタビューすればよいのか。また、それをどのように計画に反映すればよいのか、②住民からは本音が聞けるのか、③地元の歯科医師や関係組織、同じ市町村内の他の課の職員の協力が得られるかどうか不安である、などが出され、これらに対し一つひとつ、講師の先生や我々が回答して、疑問や不安の解消を図りました。

図表 7

第2回担当者支援研修会(10月)	
目的	事業計画(素案)を持ち寄り、情報交換、意見交換を行い、計画内容の充実を図る。
内容	1 事業計画(素案)の説明及び意見交換 意見や助言、他地域の例を参考に計画をブラッシュアップ 2 グループインタビューの演習 ファシリテーターを実際に体験しながら、住民の本音をどんどん引き出すポイントを学習

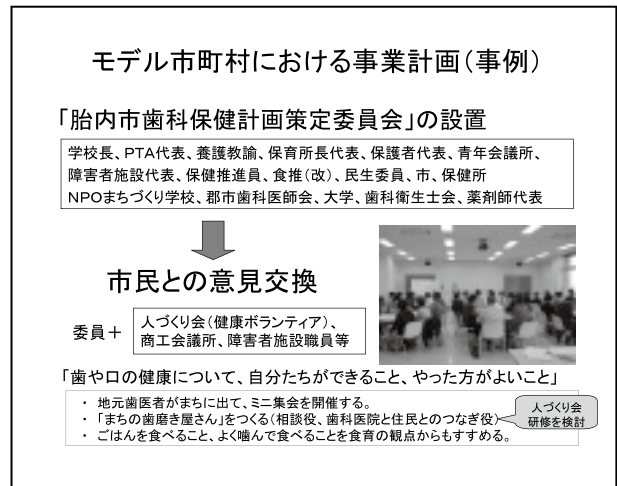
第2回の担当者支援研修会では、素案の段階の事業計画を持ち寄りました。そこで相互に発表を行い、情報交換、意見交換をして、計画内容をブラッシュアップしました。他地域の例は非常に参考になり、ここでよりよいものができたと思っています。

また、住民の意見を聞くことの手法であるグループインタビューを経験した人が少なかったため、ま

ちづくり学校に講師をお願いし、実際にファシリテーターを体験してもらい、住民の本音を聞きだすポイントを学習しました。

胎内市におけるモデル事業

図表 8



ここからは具体的な市町村の事例をご紹介します。なお、この事業は始まったばかりで、まだ結果が出ておりません。したがって計画途中の段階や、担当レベルで考えている内容なども含めてご紹介します。

県北部にある胎内市での取り組み状況です。胎内市では、まず計画づくりのための委員会を立ち上げました。第1回の会議では、計画策定の趣旨や事業内容の説明を30分そこそこで切り上げ、その後、委員に20~30人の住民を加え、意見交換会を行いました。健康関連のボランティアの方や商工会議所の方にも参加していただきました。テーマは「歯や口のことについて自分たちでできること、やったほうがよいこと」です。そこで出された意見をいくつかご紹介します。

まず、地元の歯科医師が町に出て、ミニ集会を開催してはどうか、というものがありません。また「まちの歯磨き屋さん」を作るという面白い意見がありました。保健所の担当者に聞いてみたら、歯科職以外の人で歯や口の相談役をする人、歯科についての語り部を作り、その人たちが歯科医師と住民とのつなぎ役になるということでした。

なお、このような意見を踏まえ、胎内市では、健康ボランティアである「人づくり会」の方々に、歯科医院と住民とのつなぎ役になってもらえるよう、研修会の開催を検討しているそうです。

図表 9

量的調査(アンケート調査)		
対象	対象数	調査方法
16～84歳	1,400	・層化無作為抽出(個人が抽出単位) ・区長による配布、保健推進員による回収
4～15歳	1,550	学校等を通じて全数調査
7か月～3歳	250	乳幼児歯科健診時の保護者に実施

※ほかに、産婦(7か月児健診の母親)、要介護者(認定審査時)、障害者施設職員等への調査を検討中

↑

市民との意見交換で出された生の声の中で、
数を把握しておきたい項目


⇒ 住民の声を生かした目標設定等

また、市町村住民の歯科保健行動等の状況を把握するために、アンケート調査する予定です。胎内市では大きく3つの調査を企画しています。1つは16～84歳のサンプル1,400人を対象とした調査です。市町村では既存事業の偏りのあるデータをしばしば用いることがありますが、無作為抽出調査をしなければ、きちんとした実態がわからないし、正しい評価もできないため、当初からこの点を強調しました。調査票の配布・回収については、区長が配布し、保健推進員が回収することにしてしています。最初の案では、郵送で調査することにしていましたが、保健推進員が回収すると、2割ほど回収率がアップしたという他市の事例を参考にして、このような方法になりました。

また、4～15歳の子どもたちについては、学校等を通じて全数調査を予定しており、より小さい子どもについては、乳幼児歯科健診時の保護者に実施しています。他にも産婦や要介護者、障害者施設職員に対する調査を、今後検討しているとのこと。

実際の調査項目についてですが、国や県との結果と比較するために、似たような質問項目になることは、ある程度仕方がないことだと思いますが、胎内市では市民との意見交換会で出された生の意見のなかで、数として把握しておきたい項目を追加する予定であると聞いています。それが住民の声を生かした目標設定につながるのではないかと考えています。

図表 10

質的調査(グループインタビュー等)	
1 保健推進員 保健推進員対象の研修会の開催 グループワークにて、住民の立場からの生の声をさく。	 ・仲間でよく笑い、老後を過ごしたい。 ・歯を話題でお茶のみをしたい。 ・入れ歯にはなりたくない。 など
2 小学生 小学校の保健委員を中心に、グループインタビュー 「こうなったらいいな」、「こんなことができる」等	
3 産婦 7か月児健診時の母親を対象にグループインタビュー	・口移して物を与えない ・妊娠中から定期的に受診している ・歯科医院に育児コーナーがほしい
4 障害者(精神) 障害者本人に対するパーソナルインタビュー	
※ ほかに、介護予防事業参加者等へのインタビューを検討中	

先ほどの意見交換会のほか、グループインタビュー等による質的調査を計画・実施しています。まずは保健推進員です。研修会を開催するとともに、住民の意見を聞くためのグループワークを行っています。2つ目は、小学校の保健委員を中心にグループインタビューをしています。3つ目は産婦であり、7か月児健診時の母親を対象にしたグループインタビューを実施しています。非常に母親の意識が高いという印象だそうです。4つ目は精神障害者を対象にしたパーソナルインタビューを行っています。就労支援の施設に通所している人は社会に出ていますので、想像以上に口のことを気にして行動していることがわかりました。他にも、介護予防事業参加者などへのインタビューを検討しています。

今後の方向性

図表 11

	1年目						2年目							
	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4-5月	6-7月	8-9月	10-11月	12-1月	2-3月		
全体	事業計画書 提出			実績報告			計画 作業 作成			計画 完成 住民への 普及啓発			実績報告 支障 報告 対応	
協働 関係 会	協働 関係 会			協働 関係 会			協働 関係 会			協働 関係 会			P R 策 ま つ り で	
アン ケ ー ト 調 査	アンケート調査 準備 委員 会 発 足			実態調査の実施・ 回収(16 →44%)			実態調査の実施 (乳幼児)			アンケート調査 準備 委員 会 発 足				
質的 調 査	住民との 意見交換			小児科 意見交換			住民との 意見交換			住民との 意見交換				

以上申し上げた事業を、このような2年間のスケジュールに沿って実施する計画となっています。21年度は主にアンケート調査やグループインタビューなどで実態を把握します。22年度には、当初より計画・策定の作業に入り、秋ごろに計画を完成させ、その後、次年度予算に反映させるとともに、住民への周知を図る予定になっています。

現場に直接関わっている保健所の担当者から話を聞きますと、市町村の保健師が非常に一生懸命にやっているとのことでした。県の事業で市町村と共催の形になっていますが、県の事業というのと、とかく県に頼りがちになります。しかし、胎内市では保健師が非常に頑張っています。もちろん保健所の職員も汗をかいていますが、歯科担当以外の保健師にも参加していただくことで、市町村担当者のレベルを高めていく工夫をしているとのことでした。このように、市町村の主体的な取り組みが進むと、これから先いろいろなアイデアが出てくると思うので、私も最終的にどうなるのかがとても楽しみです。これはモデル事業ですから、これを県内の他の市町村への普及を図ることが目的ですが、全国的にも非常に面白いモデルが提示できるのではないかと考えています。

以上です。ご清聴、ありがとうございました。

実践報告 ②

は～もに～プロジェクトの支援事業について

・新潟大学大学院医歯学総合研究科予防歯科学分野准教授 葭原 明弘



葭原：ご紹介いただきました新潟大学の葭原です。今日は「は～もに～プロジェクトの支援事業について」ということでお話しさせていただきます。

「は～もに～プロジェクト」

「は～もに～プロジェクト」とは、平成 15 年より 8020 推進財団の支援を受け発足した住民参加型成人歯科保健推進モデル事業のことです。そもそもなぜ私がこれに関わるようになったか説明します。

ある日、新潟県庁の原子力安全対策室を訪問しました。そのころの私の大きな関心事は、「どのようにしたら住民の方々の心をとらえることができるのだろうか」「住民の方々が安心を得るにはどうすればいいのだろうか」でした。折しも食の安全が大きな社会問題となっていました。「安全と安心は違う」という表現も聞かれました。

原子力安全対策室ではあまりよい収穫はありませんでしたが、話の中に「町づくり活動」とともに、NPO 法人町づくり学校の紹介がありました。このような活動をしている組織は全国的にも多くあるそうです。住民参加型歯科保健活動をすすめていくには NPO 法人町づくり学校の協力を得ることが重要だと感じました。

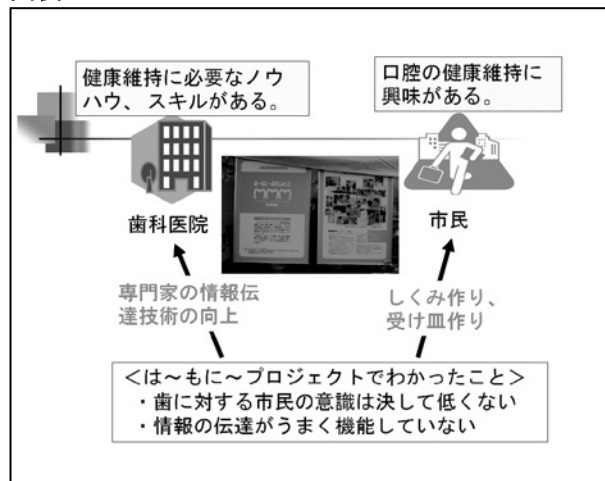
現在、新潟県では歯科保健計画「ヘルシースマイル 21」を策定しています。その結果、特にむし歯予防で大きな成果を上げることができました。新潟県

の子供たちは全国一むし歯が少なくなっています。

しかし、このような歯科保健対策の先進県である新潟県でも、すべての歯科保健活動がうまくいっているわけではありません。特に成人歯科健診については実施市町村が約三割にとどまっています。また、成人歯科健診を実施しても希望率は対象者のたった 5～6%のところもあります。せっかく県民の歯を健康にする技術を持ち、住民に場を提供しているにもかかわらず、なかなか住民にはそれが伝わりにくいようです。では、どのようにしたら住民に受け入れてもらえるのでしょうか。

歯科医師と住民をつなぐ

図表 1

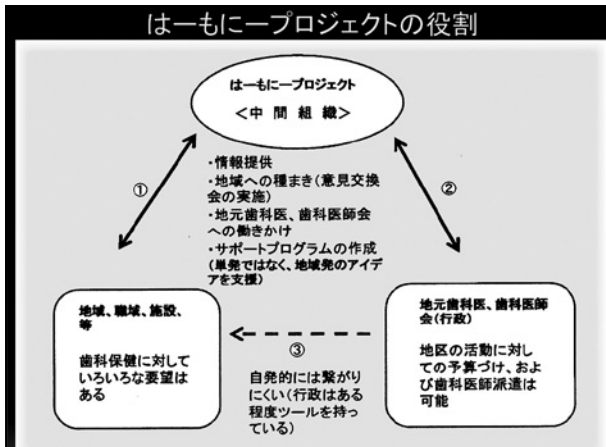


住民の歯科医師に対するイメージは、一般的にあまりよくありません。各地域でアンケートを取ると、歯科医師のイメージは、白い、暗い、怖い、痛い、待たせるなどがほとんどです。しかし、ここ十何年間で歯科医院の診療内容は大きく変わっているのに、うまく住民には届いていないようです。

住民は歯の健康に関心があります。一方、歯科医師はそれに答えることができる技術があります。住民が歯科医院に来院してきちんとした予防処置を受けることができれば健康を獲得できます。しかし両者はなかなかうまくつながっていません。大きな問題は、歯科医師側に住民の視点に立って、住民の意

見を聞いたり、きちんとした情報を伝えたりする技術が不足していることだと思います。さらには、歯科医師と住民をつなぐ仕組みを作ることが必要です。そのことが住民の健康を守る上でとても大切な住民参加の歯科保健と考えます。

図表 2



は～もに～プロジェクトの役割を示します。歯科医師や行政のグループ、および住民がかかわるグループに分かれています。いままでもお話ししているように、歯科医師や行政のグループではいろいろな事業を実施していますが、住民グループにつながりにくい傾向があります。ここで大切と考えるのが、中間組織的な対応をどのようにシステム化するかということです。それは歯科医師会で作れるものではありません。それは、住民の立場も考え、行政や歯科医師会ともつながることを意味しています。「は～もに～プロジェクト」の役割はそこにあると考えています。

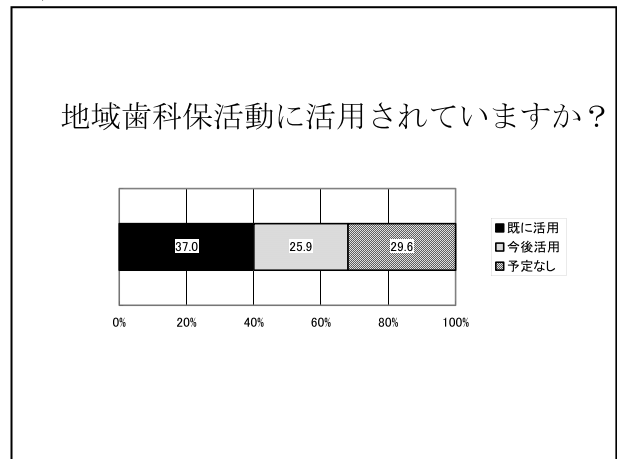
図表 3



では「は～もに～プロジェクト」という民間的な

中間組織が、新潟県でどのような活動をしてきたかご説明します。まず、ワークショップでは欠かせない、人と人の間に入り多様な意見を引き出す「ファシリテーター」の技術を学んでもらう研修会を行いました。「郡市歯科医師会訪問で発掘した人材のスキルアップを図り、この人たちと協力し合って、住民参加型地域歯科保健活動を県内に広めていこう」この研修会はそんな思いも込めて開催しました。

図表 4



もちろん私どもとしてはその研修会で得たものを各地域で活用していただきたいと考えています。そこで研修会の経験を踏まえ、事後アンケートで「歯科保健活動に活用されていますか」と聞いたところ、「すでに活用している」が 37.0%、「今後活用したい」が 25.9%でした。結構、成果があがっていると考えています。

歯科医師は毎日患者さんと接しているわけですから、基本的な能力は高いものがあります。今後はそれを外に向けていかにアピールできるかがポイントではないかと考えています。

新潟県大江山地区で行った活動紹介

図表 5

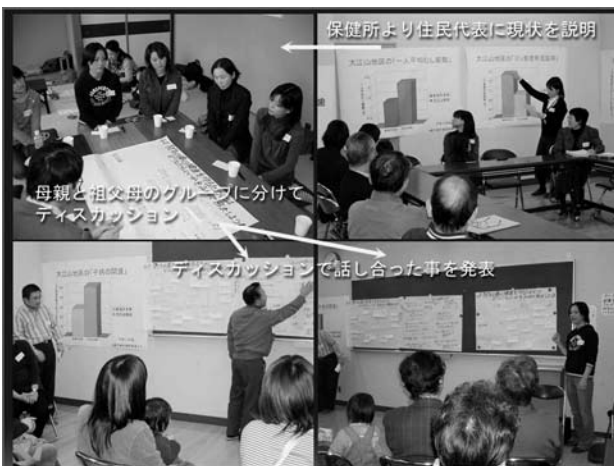
**自治会との活動
(大江山地区住民主体の保健活動)**

事業の流れ

- 1 新潟市第二次生涯歯科保健計画による「地域間格差の解消」
- 2 関係者会議の設置
(自治会、嘱託医、園長、養護教諭、保健師、保健所、歯科医師会)
- 3 自治会の予算計上
- 4 グループインタビューの実施
(自治会、保健所、歯科医師会、新潟大学)
- 5 住民健康学習会の実施
(自治会、保健所、歯科医師会、地元の開業医)

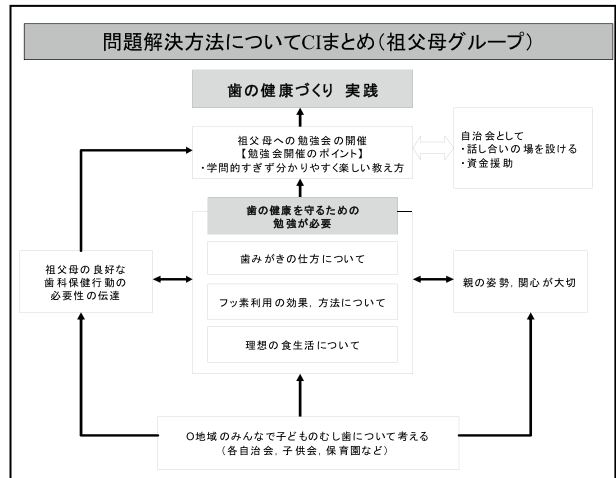
では、郡市歯科医師会の活動の一つとして、新潟市での例をご紹介します。新潟市は市町村合併が大変進み、新潟県民の3分の1は新潟市民になってしまいました。今回は、新潟市の一つの地域自治会で行ったワークショップを紹介합니다。

図表 6



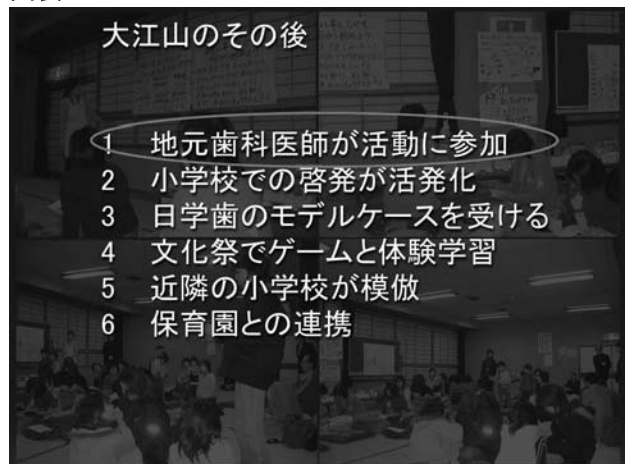
「歯で困っていること」などについて意見を集めました。ファシリテーターは新潟市歯科医師会の先生方です。新潟市行政の協力も得ました。母親のチーム、祖父母のチームに分かれて行いました。

図表 7



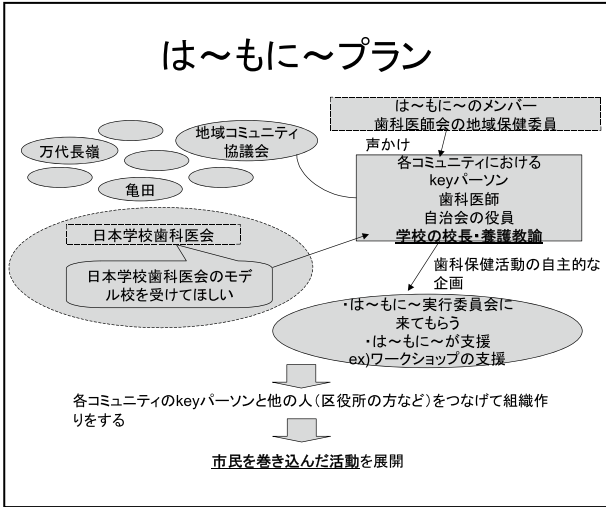
それを図表7のようにまとめ、地域に戻し、それを次の活動につなげています。

図表 8



この活動の後、何が変わったかお話しします。まず、地元の歯科医師が地域のまったく職種の違う人と連絡を取り合うようになりました。歯科保健の分野だけではなく、地域づくりの活動に参加する歯科医師が増えました。たぶんこのような住民参加型の事業のポイントは、歯科医師が診療所から外に出て、地域の人たちと話をしたり、歯科について相談を受けたり、などの行動がどれだけできるかだと思います。

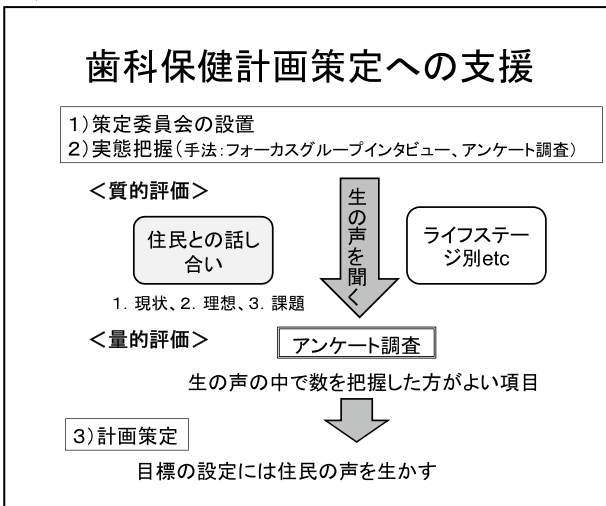
図表 9



新潟市には多くの地域がありますから、このような活動をどんどん広げていくことが重要です。ある一定以上そういう活動が地域の中に出てくると、それが自発的に広まるのではないかと考えています。ですから今の時点での「は～もに～プロジェクト」の活動は、地域ベースでのいわゆるミニ集会のようなものを、いろいろな地域で進めていくことが主となっています。

歯科保健計画策定への支援

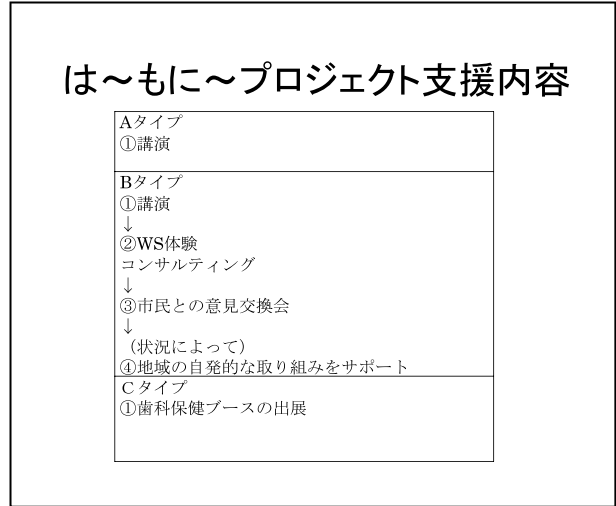
図表 10



これは別のテーマですが、新潟県歯科保健推進条例との関わりで行っている事業です。条例の中では市町村で歯科保健計画の策定の推進を謳っています。歯科保健計画策定の際には、地域の住民の声をとらえていくことが大きなテーマだと思います。そのと

きには町づくり学校の方にも関わっていただき、いろいろな住民の意見を吸い上げていきたいと考えています。

図表 11



「は～もに～プロジェクト」がどのような活動をしているかまとめました。私どもでは支援内容をA、B、Cの3つのタイプに分けています。Aタイプでは講演を行い、Bタイプでは講演だけでなく、地域の実情に合わせて意見交換会をしたり、状況によって地域での取り組みをサポートしたりしています。Cタイプでは展覧会や学校行事などに参加し、歯科保健ブースを出展しています。

この活動は、8020推進財団の助成を受けて開始していますので、お声をかけていただければ全国各地に伺うつもりです。よろしくお願いたします。

以上です。ありがとうございました。

討 議

・財団法人8020推進財団 地域保健活動推進委員会委員長 深井 穫博



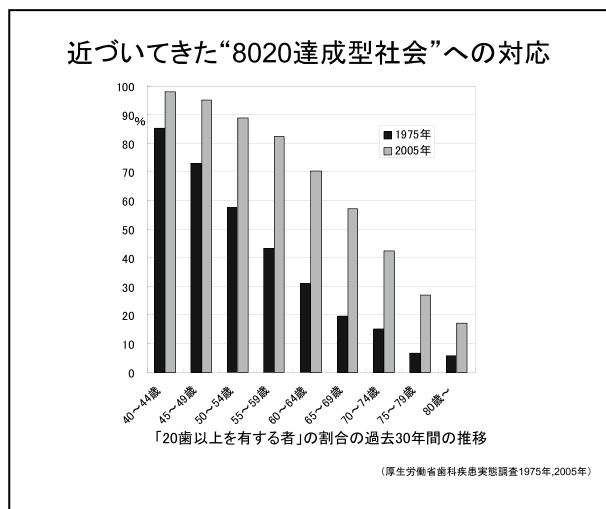
われていましたが、現在の 20%の達成者を 50%くらいまでに上げたいということです。

その内容について、歯科疾患実態調査の1975年と2005年を比較してみます。55～59歳の年齢層を見ると、20歯以上の歯を持っている人は1975年には40%を超えたに過ぎませんでした。しかし直近の2005年のデータでは80%を超えています。今から20年前に8020運動がスタートしたときから今が折り返し点と考えると、この年代の方々が80歳を迎える20年後に、これら80%の人たちのなかで脱落する人は3割以内に抑えられるだろう、ということが当然推測されます。しかも歯科医院等で定期的に歯のメンテナンスを受ければ、10年間の喪失歯数は1歯に留まるであろうという報告も多く見られます。こういことから、今から20年後には半数以上の人が8020を達成していることは十分に可能であると思います。

8020 達成型社会

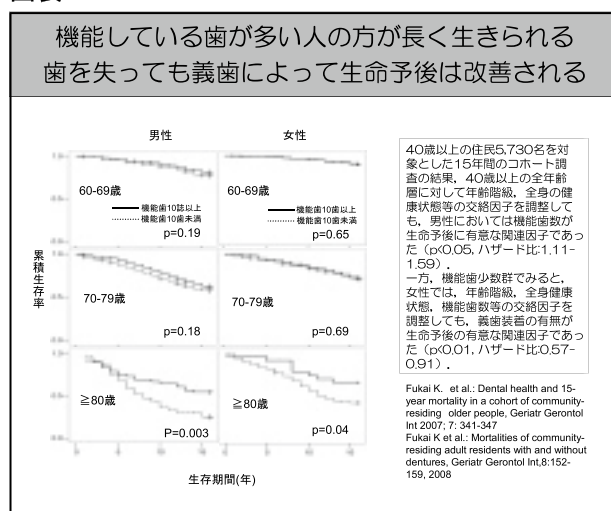
深井：ただいまから始めるディスカッションをスムーズに行うため、私のほうで少し資料を用意しました。この3年間ほどの8020推進財団と日本歯科医師会の取り組みも踏まえて、これからどのように討議していけばよいかを提案したいと思います。

図表 1



「8020 達成型社会」とは、冒頭に大久保会長も言

図表 2



本日の指定研究の話にもありましたが、口腔と全身の健康の関係、あるいは全身のなかのパーツの一つとして、歯や口という臓器をどう考えるかということが大切です。私どもが宮古島で15年間行った

5,800名規模のコホート調査を見ても、歯数を保っている人たちは保っていない人比べて生命力がある、あるいは歯数を保っていないなくても義歯を装着することにより、生命予後が回復する、ということが疫学的にわかってきています。もちろんこの調査だけではなく、歯の保存状態と生命予後との関係についていくつかの報告がみられます。

たとえば、日本人の64～75歳の平均寿命の伸びと、歯の数を比べてみると、男性も女性もこのプロットの関係は相関係数で、男性0.96、女性で0.91と、直線関係になっていることがわかっています。これは何を暗示しているかと言うと、寿命が延びるにつれて歯の数も延びているということです。そしてそれだけには留まらず、歯数の増加に伴う口の機能の向上は食べることや話すことなどの社会性を通して、寿命を延ばすことに貢献してきたのではないかと思います。

このようなことが背景にあり、全身の臓器のなかの1つのパーツとしての口や歯をどう考えていくか、が今の時代に求められていることだと思います。

図表 3


住民がすすめる新「8020運動」構想

—地域住民による、地域住民のための新「8020運動」—

今後の歯科保健医療と歯科医師の資質向上に関する検討会—中間報告書（抜粋）
厚生労働省医政局歯科保健課平成18年12月

●基本の考え方
地域における歯科保健活動については、実施主体は住民の意見を十分に組み入れ、住民各々が活動の主体的参加者として自らの健康目標の実現に取り組めるよう、創薬工夫を凝らした事業を展開することが望まれる。

●新たな活動指針の提示
今後は、8020運動に加えて、近年の状況変化に対応した生涯を通じた歯科保健対策の展開につながる新たな歯科保健活動の方針を検討するとともに、「咬合・咀嚼が創る身の健康」等、歯・口腔の機能に着目した新しいスローガンが必要である。



今回の住民がすすめる新「8020運動」構想の背景のひとつとして、平成18年に厚生労働省が発表した「今後の歯科保健医療と歯科医師の資質向上に関する検討会—中間報告書」を見ると、基本的な考え方として、“実施主体は住民の意見を十分に組み入れ



なければならない”、“住民各層とよく話をして目標を立てていく”、といったことが示されています。また8020運動に関して、単に歯を残すことだけでなく、咬合や咀嚼などの機能を重視する新しいスローガンが必要である、という提案がなされています。

一方、平成20年に8020運動が20周年を迎えるときも、第三者、つまり行政や一般の人たちから「歯科医師会あるいは歯科はまだやっているのか。20年もやって、また同じネーミングでやるのか」という声が聞こえてきました。そこで財団で検討し、新しい8020運動を展開しようということになりました。新しい指標を決めるのではなく、運動の形態を工夫し、もう少し住民が主体的に関わることができるような運動展開を今から行ったらどうかということで提案したのが、住民がすすめる新「8020運動」です。

図表 4

新「8020運動」展開に向けて

- 2006年（平成18年）
NPO法人まちづくり学校代表小畦弘一氏を交えた準備作業
- 2007年（平成19年）
都道府県歯科医師会地域保健・産業保健担当者対象ワークショップの開催—「8020」運動の推進理念、現状把握、未来予サイン
第1回ワークショップ（5月15日）
推進理念、「住民と共に口腔保健の充実とQOLの向上を図る」
第2回ワークショップ・事例報告会（11月28日）
- 2008年（平成20年）
咬合カテストガム・ペリオスクリーン配布（2月、6月）
8020運動20周年記念事業
- 2009年（平成21年）
都道府県歯科医師会宛新「8020運動」展開事例に関する調査（6月30日）
第7回フォーラム8020住民参加の新「8020運動」の展開（12月12日）

展開に向けて準備してきたことをお話しします。平成18年にNPO法人まちづくり学校代表の小畦さんに来ていただいて、住民の声を聞く手法について勉強したり、平成19年には都道府県歯科医師会地域保健・産業保健担当者の方々に集まっていただいて、グループワークを通して、新「8020運動」の推進理念を共有するための作業を2回ほど行ったりしました。それは理念を共有する、目標を共有するというものでしたが、実施している私どもの立場としては、それを通して、地域保健の担当者にグループワーク

や住民の声を聞く手法をトレーニングしてほしい、というのが本音でした。

そして20周年の平成20年には、新しい歯科健診を加味して、咬合力テストガム・ペリオスクリーンを配布したり、記念事業として読売ホールでシンポジウムを開催したりしました。それを受けて今年度、都道府県歯科医師会を対象に、新「8020運動」はどうなりましたか、という調査を行いました。そして本日を迎えているわけです。

図表 5

8020達成型社会を実現するには

1. 個人や地域がもっている“健康を創り出す力”を引き出し、それを専門職として支援すること
2. 具体策として、個人には“保健指導を中心とした新しい成人歯科健診”を、地域には“住民参加型の運動展開”を
3. 生涯にわたって、口腔保健を維持増進するための施策

8020 達成型社会を実現するためには、何が必要か。1 番目は、健康は専門職のものではなく、あくまでも個人のものでありますから、個人や地域が持っている「健康を創り出す力」を引き出し、それを専門職として支援する必要があるということです。また 2 番目に、具体策としては、個人に対しては、日本歯科医師会が提案している「保健指導を中心とした新しい成人歯科健診」が、また地域には「住民参加型の運動展開」が必要だと思われまます。3 番目は、生涯にわたって口腔保健を維持増進するための施策が必要だということです。

今からのディスカッションではこの 2 番目と 3 番目をどう橋渡しをするか、という内容になると思います。

図表 6

都道府県	すでに提出	議会提出中	（議会提出見込み） （理合指指出見込み）	制定を断念して	検討中	検討していない	その他	都道府県	すでに提出	議会提出中	（議会提出見込み） （理合指指出見込み）	制定を断念して	検討中	検討していない	その他
北海道	○							奈良県							○
青森県						○		京都府							○
岩手県						○		大阪府							○
宮城県			○					兵庫県						○	
山形県						○		岡山県						○	
福島県						○		鳥取県						○	
茨城県			○					広島県					○		
栃木県						○		徳島県			○				
群馬県						○		山口県							
千葉県							○	徳島県					○		
埼玉県						○		香川県							
東京都						○		愛媛県				○			
神奈川県						○		高知県							
神奈川県						○		福岡県							
山梨県	○							佐賀県			○				
長野県						○		長崎県							
新潟県	○							大分県							○
静岡県			○					熊本県							○
愛知県							○	宮崎県							○
三重県						○		鹿児島県							○
岐阜県			○					沖縄県							○
富山県								合計	2	1	10	1	17	13	3
石川県						○		※その他							
福井県						○		千葉県…理事会提出に向けた素案作りに、手							
滋賀県						○		神奈川県…神奈川県議会自民党議員との「歯科							
岐阜県						○		愛知県…制定に向けて行政と折衝中							

日歯広報でご覧になった方も多いと思いますが、現在すでに条例が制定されているのは北海道と新潟県です。そして議会に提出中、議会提出見込みの県が、あわせて13あります。

図表 7

住民参加とは

1. 住民の声を聞く
2. 理念・計画づくり
3. 事業実施・評価
4. 権限・主体の委譲

「住民参加」という言葉には幅があり、どういうものを「住民参加」と言っているか、よくわからない方も多くおられるのではないかと思います。住民参加にはいくつかの段階があり、住民の声を聞く、住民と一緒に理念や計画づくりをする、住民とともに事業の実施や評価をする、そして最終的には、どこまで可能かどうかわかりませんが、権限等を住民に委譲して、住民が主体で行う、ということです。最終的に住民参加型の新「8020運動」の展開で、どこまでできるかをディスカッションしたいと思います。

歯科保健条例の意義



深井：今からディスカッションを始めますが、ポイントを3点用意しました。1番目は、歯科保健条例ができると何がかわるのか、どういう苦勞や喜びがあるのかということです。2番目は住民参加の手法、そもそも歯科医師などの専門職になじむ手法なのか、それとも何かトレーニングが必要なのかです。3番目はまとめて、8020達成型社会を実現するためには、どういう工程表が必要なのか、あるいは一人ひとりがどういうイメージを持っているのか、についてディスカッションしたいと思います。

まず、新潟県の条例ができると何ができるかについて、歯科医師会の立場でお話しいただきたいと思います。新潟県歯科医師会の地域保健担当の佐藤先生が来られていますので、どんな苦勞話があったか、どんな喜びがあったか、などをお話しいただきたいと思います。

佐藤：新潟の佐藤です。私が最初に新潟県歯科医師会の対策委員会に入ったとき、特定健診・特定保健指導の話がありましたが、そこから歯科がはずされていました。国に入らないのなら、県に歯科保健を入れていこうということで、8020推進財団の力もありましたが、サンスターさんやロッテさんの口腔に関するガムなどのグッズを、特定健診のオプション項目に入れました。以前から、国には歯科保健に関

わる法律が必要だという話がありました。しかし、それはできません。新潟県では、成人に関わる歯科保健の推進が非常に難しいので、それをどうやって解決したらよいかということで、オプションを導入しました。

しかし、新潟県がそれを継続して意義のあるものにしていくためには、形として理念を掲げなくてはならないため、歯科保健推進条例の制定の意味があります。条文の冒頭に、糖尿病をはじめとした生活習慣病の話を出したのも、新潟県における条例のメインは成人における歯科保健の推進だったからです。しかしこの案を出してから制定に至るまでの過程においては、いろいろな苦勞がありました。執行部側である県の抵抗もありますし、自分たちに責務を課すことを厳しく作るというのは、なかなか難しいことです。ですから県民の代表である議員が発議をして提案するなかで成立をめざさなければなりません。そのためには県議会だけではなく、市町村会の代表者、大学、歯科医師会の内部、さまざまなところの調整が必要でした。

結果的に条例ができましたが、山崎課長がおっしゃっていたように、これはいわばお城の天守閣にすぎません。今まで経験のないことを模索して行ってきたなかで、県の歯科医師会として推進する意気込みを示すためにも、歯科保健条例の対策委員会を立ち上げ、そこに5つのワーキングチームを作りました。これは歯科医師会で立ち上げたものですが、いろいろな人たちが対策委員会に関わっており、本会のみならず、連盟も関わっています。また大学、行政、まちづくりなどの団体が入っています。そのような関係者をつなげることが大変でしたが、連携できた後は、数々の成果を生み出していくという喜びにもつながりました。

そこで問題になるのは予算です。この対策委員会は歯科医師会が作っていますが、県の歯科医師連盟と折半で事業費を出しています。最終的には市町村がうまく機能することになると、ペーパープランも必要であるとともに、実効性のあるもの、継続性の

あるものが必要だということになり、郡市歯科医師会への浸透も図らなければなりません。そして郡市の連盟機能として、市町村の議会や行政への活動も必要でした。

このように一連のつながりがあります。本会と連盟は車の両輪であると言われてますが、これが具現化しなければなりません。これはいろいろな形で実を結ぶのかもしれませんが。一番嬉しいのは、私の地元で区から介護予防の話をしてくれないかという要望があったとき、これまでは絶対に手を挙げなかったような人が、「私がやります」と言って講演をして、いろいろな活動に参加してくれるようになったことです。国や県は現場を持っておらず、現場を持っているのは地域です。そこにしっかりつながっていくことが見えたのが一番嬉しいことだと思っています。

深井：ありがとうございます。清田先生、清田先生はプレゼンテーションのなかで、市町村の支援のための住民の声を聞くモデル事業が始まっているとのことですが、住民の声を聞くことが大切だと分かっている条例を作成したのか、あるいは条例ができてから実行しようとしたら、住民の声を聞くことが大切だとわかったのか、どちらでしょうか。

清田：条例を作る段階で、住民参加を意識していたわけではありません。今回、私がお話しした「計画を策定する」ということについて、計画を作ることはもちろん大切ですが、それを通して住民に参加してもらい、一緒に作り、機運を高めてもらってその後も続けてもらう、そのための一つの方法として「計画づくり」を位置づけています。

深井：ありがとうございます。今議会に条例を提出中の都道府県がいくつかあります。宮城県歯科医師会も今、提出中ということで、山本先生が来られていますが、歯科医師会のスタンスとして、条例の作成に当たり、住民の声を聞く、計画づくりなどに

ついては、どのように意識していらっしゃいますか。

山本：条例を作るため、歯科医師会内部で先日、第3回目の検討会を行いました。議員の先生方も非常に乗り気で、6月には何とかしたいとおっしゃっています。住民参加については、そこまで煮詰めて話していませんが、できれば住民参加の形も盛り込めればよいと考えています。

深井：ありがとうございます。検討中というと都道府県もあります。高知県からは織田先生が来られていますので、今考えていることをお話ししてくださいでしょうか。

織田：宮城県ほどはまだ進んでいません。先日、全国歯科保健大会を行って、かなりいろいろなテーマを取り上げましたので、それを具体化したいということで、自民党とは話し合いをしていますが、他のグループとはまだあまりお付き合いをしていません。歯科医師会内部での検討を来週から始めるので、情報収集をしている段階です。民主党が賛成してくれるかどうかわかりませんが、共産党は反対しないのではないかと考えておりますので、そのへんのハードルが少し浅かったかと考えています。

住民参加型の運動展開

深井：冒頭に申し上げた、歯科保健条例ができる何がかわるかということについて、佐藤先生が、「条例ができてみると、住民参加型の手法を学習することで、歯科医師が地域に出て行くようになり、地域の顔が見えるようになる」とおっしゃっていました。そもそも私たちは、そういう手法に慣れていなかったと思います。そういう観点から、葭原先生が「住民と専門職をつなげる中間組織が大切だ。そういう中間組織がないとうまくいかない」とおっしゃって

いました。実際に新潟県で歯科医師会や住民の研修に関わっている、NPO 法人まちづくり学校の斉藤さんが今日来られていますので、そもそも歯科医療者はどういうタイプの人間かということも踏まえて、お話ししたいかと思います。

コミュニケーションが大切

斉藤：団体の紹介を先にさせていただきます。我々は新潟県内で、住民参加型のまちづくりに取り組んでいる専門家の集まりです。NPO 法人化したのは2001年で、10年近く経ちます。

最初、「は～もに～プロジェクト」は住民参加型成人歯科保健推進の取り組みでしたが、歯科の先生と我々まちづくりに携わっている人間の接点は、患者として診療所に通うしかありませんでした。それが会議の席になると、先生方にいろいろなことをたくさん言われるだけで、コミュニケーションが成り立ちませんでした。私たちには、先生方が何を言っているのかわからないのです。先生方は、私たちがわかっているものだと思い込んでいたので、ずっと喋り続けるわけです。そういうことを何回か続けていくうちに、何となくこういうことかなとわかり始め、ようやく歯車が合うようになりました。

これはどこの都道府県でも同じだと思います。コミュニケーションは相手を理解して考え方を共通認識として得るためのものですが、それは言葉で伝える以外にもいろいろと方法があるということ、先生方と練り上げてきました。歯科医師の先生はいろいろな場所に出かけていくことがなく、地域保健フェアなど歯科保健に関する場にしか出かけていませんでした。ですから、そうではなく、まったく関係のない場所に出て行って反応を聞くと違う、ということ。「は～もに～プロジェクト」は実証しなければなりません。私たちが「これまでの取り組みはこうだから」と言っても、説得力がありません。

ですから、実際に行って成果を出して、それで歯科医師の先生を説得して取り組んできたという背景があります。

ですから、大切なキーワードは「コミュニケーション」です。これは誰に対してのコミュニケーションかという問題もありますが、相手によって伝え方を変えるのが基本だと思います。たとえば先生方が「住民」とおっしゃっていますが、その「住民」とは誰か、ということがポイントだと思います。ですから、住民に対しては個人診療・指導、地域に対して——地域といっても行政もありますし、NPO 団体などの方々の活動もいます。また一口に市民活動といっても福祉、環境、地域起こしなどのいろいろな団体があるわけですから、それぞれの団体によって持っていく方が違うわけです。ですから、そのためのコミュニケーションのとり方を、我々は「コミュニケーション技術」と呼んでいますが、コツがつかめれば、各地域で広まっていくと思いますので、コミュニケーションのとり方はいろいろあるということをご認識いただきたいと思います。

深井：ありがとうございます。歯科衛生士さんのご意見も伺いたいのので、島根県松江保健所の中島さんいかがですか。松江で地域の歯科医師会の先生と交流するときに、苦勞することや喜びがあると思います。今、斉藤さんが歯科医師のコミュニケーション能力についてお話してくださいましたが、どんな具合ですか。

中島：地元の先生方は行政が主催する会議に必ず出席して下さって、大変感謝していますが、時々、思いが強すぎるのか、8020 達成に対する思いのたけを熱弁される先生がいらっしゃいます。しかし、住民は歯のことだけを考えて生活しているわけではなく、生活のなかの一つの歯や口をよりよくするためにはどうすればよいか、専門家のご意見をいただきたいと思っているのですから、その点について、先生方をお願いしたことがあります。そうしたら、で

きるだけ他の団体が歯についてどう考えているのかを聞かせてもらう場だということで、参画していただけるようになり、少しずつ雰囲気が変わってきたように思います。そうは言っても歯科医師会としても打って出る気持ちもおありなので、会議に出いただく場合には、会としてこれだけは伝えたいというものを1点だけに絞っていただいたり、歯止めを利かせることができる先生を連れてきていただいたり、そういう工夫をいただいています。

深井：喋りすぎる弊害を言ってくださいましたが、実際に8020推進財団で今年の6月に全国の都道府県歯科医師会に、「ところで、あんなにトレーニングしたのだから、その後どうなりましたか」と聞いてみました。その結果、頑張っていると思った都道府県が10カ所ありました。そのなかで、山口県歯科医師会で公衆衛生担当理事の中川先生が今日いらっしゃっています。中川先生たちの取り組みは「食育」をキーワードにして、住民参加型の活動を行っているということですが、どんな感じでしょうか。

中川：今、やろうとしている段階です。実際にワークショップという形をとるのは、来年の2月14日で、県歯科医師会から関係団体の皆さまへのラブコールということで、バレンタインデーの日を選びました。ワークショップという形での手法は、私にとっては3カ年計画でようやく実現することになりました。平成19年の食育推進宣言の時点で、昭和大学の向井先生をお迎えして、食育講演会を行いました。そのときに、いろいろな関係団体の方や、さまざまな職種の方が自主的に参加してくださいました。それが第一歩でした。

それから平成20年は全国歯科保健大会を抱えており、8020の20周年記念ということで、新「8020運動」へのスタート期であることを踏まえての大会にしました。内容は食育をテーマにしていますが、「健康長寿への架け橋」というメインテーマをもとに進めました。その際、私のほうで各関係団体に趣

旨説明や協力要請などのお話をさせていただくなか、19年に8020推進財団で始まったワークショップに参加していましたので、いずれは県歯会でワークショップを行いたいという話をしながら、皆様方の反響を見て、ようやく来年2月に行うことに決まりました。

山口県には19の郡歯科医師会、保健所は9カ所あります。保健所単位で9台のテーブル、8件の関係団体に集まって、総勢90人弱の大規模なワークショップになります。ワークショップを経験したのは私ただ一人ですから、県歯科医師会としては、非常におっかなびつくりの状態です。しかし、意気込みとしては、行うことに意味があり、それを波及していくこと、郡歯科医にその波を引き渡すことです。私のラブコールに対し、関係団体や行政は「お付き合いしましょう」というお返事ですが、19郡歯科医師会には「まずはお友達になりましょう」というような危うさを感じております。しかし、とにかく何かを始めて道をつけていこうと思っています。3カ年計画で、4年目になった時点でどのように展開していくか、今は食育をテーマに掲げていますが、次は年齢の対象を変えて、違うテーマで発信していく準備をしています。

住民との連携が鍵

深井：ありがとうございました。未知との遭遇を楽しんでいるのがよくわかりました。47都道府県のなかで、埼玉県のある小さな町では、すでにMIDORIモデルをお持ちで、住民の意見を聞くだけではなく、住民と一緒に乳歯のむし歯を減らそうという取り組みをしています。埼玉県歯科医師会の地域保健担当理事の浜野先生が来られていますので、事業を通した感想、住民や歯科医師の反応などについて、お伺いしたいと思います。

浜野：平成 17～19 年に、8020 推進特別推進事業費を使わせていただいて、MIDORI モデル事業を実施しました。吉井町ですが、埼玉県内でワースト 3 に入る町でした。深井先生をはじめ、我々地域保健部がその町に行って、「こういう事業をやりたい」と言ったら、最初はけんもほろろでした。予算もない、事業計画もないところに何しに来たという様子でしたが、そこを説得して、3 ヶ年のモデル事業を実施しました。

そのときは 1 人平均約 3 本のむし歯があったのですが、住民の皆さんが「3 年後には 0.8 本にしましょう」という目標設定をしたのです。私たちは素人ではないわけですから「それは無理ですよ」という話をしたのですが、住民が非常に熱心でした。住民はどういう人かと言うと、主婦、高齢者、公務員などいろいろでした。それで昨年、0.8 本になったのです。これは本当に驚異的です。その前に 0.8 本にしようということで、住民がネーミングを考えました。0.8 の 0 をよい、そしてカンマがついて 8 ですから「よい歯の会」と名づけました。

ある 1 人の保健師さんが中心になって、行政、町長を動かしてくれました。それにより町長が予算をつけてくれるようになり、来年以降、町立の 7 件の小中学校においてフッ化物事業を実施すると、町長が宣言してくれました。教育委員会も賛同してくれました。

今はモデル事業ですから、我々は手を引いていますが、郡市歯科医師会がその後を継いで、人的・質的支援を行っています。我々は他の地区でも行いたいのですが、「予算がかかることはできない」という意見が先に出てくるので、まだ浸透していないと思います。我々は「お金をかけなくてもこれだけのことができます」ということを、県内各地で宣伝しているところです。

深井：ありがとうございます。住民参加の手法などについてお話いただきました。

8020 達成型社会、条例も住民参加型の運動展開も、

8020 運動も手段であって目的ではありません。

8020 達成型社会がめざす口の機能が一生涯保たれることも目的ではないかもしれませんが、本当の目的は何かということですが、山崎先生の立場では、今日の議論を踏まえ、このような社会が成り立つために、住民に参加してもらうのにはどういう工程表やステップが必要だと思われますか。

山崎：工程表までは思いつきませんが、私が胸のポケットにいつも入れているものは、歯ブラシ、歯間ブラシ、フロスです。これらを持ち歩くようになったきっかけは、歯科診療を受けたとき歯科医師の先生から「歯磨き粉がなくても歯磨きはできる」と言われたことです。そのときにライフスタイルのすべてが変わると思いました。私は、歯磨きというのは、流し台とコップと歯磨き粉が必須だと思っていましたが、歯磨き粉がなければいけないで、歯磨きはできるのだ、ということに気づかされました。

そういうことに気がつく人がどれだけ増やせるかが大切だと思います。これが土台にできると、住民参加を表す言葉はいろいろあると思いますが、一人ひとりが気がついて何かを実践するのを加速させる活動や、ファシリテーターと呼ばれる人たちが活躍する場ができてくると思います。そして、私が歯科医院で気がついたようなことに気がついて実践できる人を多く作っていくことが、8020 達成型社会のイメージではないかと思っています。

深井：ありがとうございます。清田先生から先ほど、モデル事業を行いながら、さらに他の市町村の支援をバックアップしていくというお話がありました。新潟県は条例を制定しましたが、条例だけでは解決しなかったことは何かについて、もう一度お話しくださいませんか。

清田：条例で何が変わるのかという部分ですが、すぐには住民レベルにとって何も変わらないと思います。条例制定直後に調査を行いました、条例制定

を知っている人は約3%でした。市町村にとっても同じだったろうと思いますが、条例制定後に各市町村の歯科保健担当課長を集めて、条例の趣旨や行っていただきたいことについて説明しました。その結果、今まではまったく市町村計画を作ろうとしなかった市町村が、少しずつ動き出してきました。それは、条例に重みがあるからです。

条例によって一番変わるのは県の責務です。県は自らの責務を条例に盛り込みますので、今までは計画に基づいてやっていたものが、条例によってやらなければならない事業になりました。先月、岐阜で社会歯科学研究会の研修会があり、私も参加したのですが、そのときに北海道の秋野先生が「今後、地方分権が進んで、財源も地方に移管していくなかで、歯科保健の予算を取っていくうえで条例の重要な意味をもつ。歯科というのは法的根拠を持たない、行政内ではやらないよりやったほうがよい事業に含まれるものであるが、条例は、それをやらなくてはならない事業に格上げする。それが条例の真の意味だ」とおっしゃっていました。正にそのとおりだと思います。

深井：ありがとうございます。今のお話でまた参加者の方にお聞きしたいのですが、企業の方たちは、歯科保健や歯科医療のなかで、歯科医師たちが住民参加の手法を取り入れることに対し、どんな感想をお持ちでしょうか。高津さん、広報のお仕事をされているようなので、ご意見をお聞かせください。

高津：必要なことだろうと思います。適切かどうかわかりませんが、私は最近、会社内で、糖尿病と歯周病の関連について関わっており、糖尿病を専門にしている先生のお話を聞く機会が多くあります。糖尿病の患者さんを歯科医院に紹介すると、歯科の先生が非常に熱心な先生で、「あなたは糖尿病を持っているのだから、3ヵ月に1回はいらっしやい」と言うわけです。糖尿病の患者さんは仕事をしながら糖尿病の管理をし、眼科にも行かなければならない、

皮膚科にも行かなければならないという状態でした。そこで、その患者さんは「眼科でも年に1回なのに、歯科だけ3ヵ月に1回も通ってられない」と言って、歯科医院に行くのをやめました。そして糖尿病の先生のところに行って「歯医者さんは勘弁してほしい」と言ったという話を伺いました。

住民に限りませんが、歯科の世界のなかだけで考えるのではなく、まったく違った考えを持っている人の話を聞いていくことで、現場や生活に即したものができあがり——20本の歯が残るかどうかは別にして——人々に必要な、真の8020達成型社会になっていくのではないかと、思いました。

深井：ありがとうございます。メディアの方は取材という名目で来ているので、こういうところで発言を求めるのはおかしいかもしれませんが、木宮さん、今日話を聞いて、この動きはどのように感じますか。

木宮：私たちは歯科の業界にいるので、患者の視点から情報発信したことはないのですが、今回、新潟県の取り組みにしてもそうですし、住民が自分の歯を保つために、他からアプローチをされなくても、自主的に参加していこうという社会をつくっていくことが8020の本当の意味ではないかと感じました。歯科医師が主導するのではなく、住民が積極的に参加できるようなアプローチの方法を模索して、予算組みで難しい点もあるとは思いますが、ボランティア団体の力を借りるなどして実現できるとよいのではないかと思いました。

深井：ありがとうございます。安藤先生は国立保健医療科学院の研究職でいらっしやいますが、8020達成型社会に関してどうお思いですか。

安藤：お話ししたいことは2点あります。1点目ですが、8020については、8020運動ができたときは5%くらいしか達成できなかったわけで、言ってみ

れば「遠くにある美しい目標」だったのですが、それがどんどん近づいてくると、だんだん美しくなくなってきます。また、8020のことを話すと、「自分は8020ではないから言うのを止めてほしい」という声を聞いたこともあります。ですから、先ほどのお話にあったように、そろそろコミュニケーション技術についても真剣に考えたほうがよいのではないかと思います。

2点目、住民参加型については、8020推進財団がなぜこんなに一生懸命やっているのか不思議に思っていたのですが、今日ようやくわかりました。歯科医師会の先生方がいろいろ動いていらしたことがわかりました。歯科保健は他の分野と明らかに違う点があります。それは行政に専門職がないということです。これは民主党の仕分けの問題でも、資金の問題を財務省が指摘していましたが、医師会や歯科衛生士会は民活なのです。そういうモデルが歯科保健なのだということから考えると、住民参加型に対応できるのは開業医が多い歯科医師会ですから、住民参加型の歯科保健は世の中のニーズに合っている位置づけなのだと思いました。ですから、今日の議論に参加できてよかったと思いました。

深井：ありがとうございます。花田先生、いかがでしょうか。

花田：研究がだいぶ進んでいるのに、それが国民に伝わっていないということを感じました。先ほどの「3ヵ月に1回歯科医院に行くのは勘弁してほしい」という話も、歯周病が糖尿病を悪化させるというデータがまったく伝わっていないからだと思います。眼科と同じ扱いになっているのです。我々の伝え方が極めて悪いのだらうと思います。新「8020運動」は「食」と言うと、新「日本食運動」とリンクしており、歯科は口腔と全身の関係で、非常に大きなものをつかまえているのに、それがまったく現場サイドまで伝わっていないと思います。科学者は非常に言葉を慎んで言います。つまり、厳密な因果関係が

出るまでは、外で言うてはいけないというルールがあるので、大きなことはあまり言いません。しかし現場はどんどん進行していますから、ある程度よいことであれば、大胆に現場に持ち込んでもかまわないのではないかと思います。その役割は歯科医師会のほうでしていただきたいと思います。

まとめ

深井：ありがとうございます。最後に葭原先生にお伺いします。条例の準備をするときに、条例は政策が大切だが、住民と2本柱でないとうまくいかないというお話がとても印象的でした。まとめの意味も含めて、ご発言をお願いします。

葭原：私がそうお話ししたのは、条例を作った後に、歯科医師会で対策委員会を作ったことがミソでして、委員会のなかには自民党の方も入っているのです。行政の委員会では絶対にそのようなことができません。委員会では、関係者がそれなりの気持ちを持っていますし、それぞれの得意分野がありますので、条例を生かしていこうという気持ちが大切なのだろうと思います。そうやっていくと、心ある人は条例の文章を読みながら、自分にとってよい解釈をし、条例を自分によいように使うようになってきます。

そういうことを見ていると、単に条例を作るだけでは駄目で、条例の活用方法によっていろいろ変わってくることを実感しています。草の根的に考えれば、まず失敗してもよいから、スタンスを軽くして「ちょっとやってみませんか」程度がよいのではないかと思います。それは通常の行政の会議としてはとても考えにくいことです。先ほど、清田さんがお話しになったように、「最初はどうすればよいのかわからないので、何がわからないのか、ということから聞きましょう」などということは、普通の行政の会議では考えられないことだと思っていました。そ

ういうことをやりながらも、少しでも進んでいけば、いろいろな人がサポートできるということが、こういう活動のよいところだと思います。ですから、とりあえず相談窓口などを提示することもできるので、簡単なことからやってみることが大切だと思います。

深井：ありがとうございました。時間がきましたので、これで終わらせていただきます。帰りの電車のなかで、住民参加を中心とした新「8020 運動」はどのようなだろう、と考えてくだされば、今日の目的は達成しております。ご清聴、ありがとうございました。



閉会のことば

・財団法人8020推進財団 専務理事

新井 誠四郎



います。連盟の立場からのご意見もほしかったのですが、お時間がまいりました。地域住民の歯科保健の推進、8020運動をさらに飛躍・発展させるために、連盟のお力添えも賜りたいと思っております。

今日は長時間、大変にありがとうございました。これをもって閉会とさせていただきます。

新井：今日は長時間にわたり、ご出席の皆さま方にご清聴いただきまして、大変にありがとうございました。

今年の6月に、日本歯科医師会の広報課で、電通をお願いしてアンケートをとりました。総数12,000人で、男性54%、女性46%です。アンケートの結果が先日の理事会で紹介されました。「歯科にかかりたい」と思っている方は70%を超えています。実際に歯科医院に行った人は30%です。まだまだ国民の皆さんは、歯や口のことで悩んでいる方が多いということです。

今日のフォーラムは、前半が財団指定研究の発表、後半が住民が主体となって進める歯科保健ということでした。財団も日本歯科医師会も、新しい8020運動の形をいろいろ知恵をめぐらせて、これからどのように事業展開を進めようかと考えております。今日ご出席の皆さま方も、地元に戻られて、我々が考えていることにご理解・ご協力をいただきたいと存じます。私どもは、普及啓発、調査研究、データベースの構築等を大きな柱に事業を行っています。皆さまから、財政的支援が必要であるというご要望があれば、他の予算を削ってでも、地域の歯科保健の推進に役立てたいという思いを新たにしました。

今日は日歯連盟の役員の高橋先生もおいででござ

財団法人 8020 推進財団学術集会

「第 7 回フォーラム 8020」

1.財団指定研究発表会

2.住民参加の新「8020 運動」の展開

報 告 書

平成 22 年 3 月

発行 財団法人 8020 推進財団

東京都千代田区九段北 4-1-20 歯科医師会館内

TEL : 03-3512-8020 FAX : 03-3511-7088



8020推進財団