

新しく“開かれた社会”における口腔保健

深井保健科学研究所 深井 穫博

2011年8月に、「歯科口腔保健の推進に関する法律（歯科口腔保健法）」が公布・施行された。口腔保健という名称のついた法律はわが国で最初のものである。この法律の第一条には、「口腔の健康が国民が健康で質の高い生活を営む上で基礎的かつ重要な役割を果たしている」と記された。また第二条には、基本理念として、各ライフステージにおける効果的な口腔疾患の予防と多分野にわたる関連施策および関係職種との連携によって推進することがあげられている。

一方、2008年からこの数年の間に、「歯科・口腔保健条例」が全国26道県で次々と制定されている。国の法律と都道府県条例という両輪が整備されつつある新たな時代が到来していると共に、これまで歯科保健医療関係者を中心に行われてきた“歯科保健”から、多職種・多分野間が連携して推進される“口腔保健”への転換と展開が求められている。

この背景には、歯と口腔の健康が、食べる、話す、表情を整えるという生きるための基本的な機能として、誰もが、生涯にわたって維持されることを望んでいる身近な健康課題であることがあげられる。しかも、この10年の間に、口腔と全身の健康との関連を示す研究成果が内外で次々と報告されるようになってきた。このような報告の端緒となったものに、2001年の要介護高齢者施設における2年間の追跡調査があり、その中で口腔ケアによる約40%の肺炎予防の効果が確認された¹⁾。

また、歯を失うことの不利益は、食生活ばかりでなく、咀嚼・咬合の観点から身体症状と日常生活の運動機能にも影響を及ぼすばかりか、糖尿病をはじめとする生活習慣病や肥満との関係が指摘されるようになってきた。そして、口腔保健状態と寿命との関係を示す疫学データも報告されるようになってきている。著者らの40～89歳の地域住民5,730名を対象にした15年間のコホート調査の結果をみると、ベースライン時の歯の保存状況と生命予後との間には明らかな関連がみられている。特に、80～89歳の調査期間中の生存率では、機能歯10歯未満群と10歯以上群とを比較すると、男性では約2倍の累積生存率が、平均生存時間で約2.5年の延長がみられ、女性では約1.5倍の生存率となっていた。また、40歳以降の全対象者に対して、全身の健康状態、年齢階級などの交絡因子を調整して分析した場合、男性では機能歯数が生命予後に関連する因子の一つであることが明らかであった²⁾。さらに、過去30年間のわが国の一人平均現在歯数と平均寿命との関係をプロットすると、その相関係数は男性では0.96、女性では0.92であり、きれいな直線関係を示すことが確認されている³⁾。

このように疾患ベースのデータにとどまらず口腔機能の保持が、寿命の延長をはじめとする健康増進に寄与するという根拠が得られるようになってきた。また、国民健康・栄養調査などの国の統計情報のなかでも、「何でも噛んで食べることのできる者」の割合や、歯数と食べる速さとの関係といった数値が公表され、口腔機能に関する情報が関係者の間で広く共有できるようになってきている⁴⁾。

健康教育・ヘルスプロモーションの観点から、口腔保健を考えてみると、口腔の機能を低下する要因の多くは、歯の喪失であり、その主な原因は、むし歯と歯周病をはじめとする口腔疾患である。これらの口腔疾患は、ある種の口腔内細菌が異常に増殖することによって引き起こされ、食べている限り生涯その発病のリスクを伴う。そしてこの発病も予防も、日常生活における保健行動に左右される面が大きい⁵⁾。そ

のため、「健康日本21」をはじめとする施策に、食行動、口腔清掃行動、歯科受診・受療行動に関わる各ライフステージにおける保健指標と目標値が提案され、その成果をあげてきた⁶⁾。しかも、口腔疾患のリスクは、食事、口腔衛生、喫煙など他の生活習慣病の共通のリスクとして対応することが可能である⁷⁾。

行動科学の研究展開では、その端緒は1950年代からみられ、当時の口腔保健の分野の報告がその契機となっていたことは意外に知られていない。1953年にイェール大学のJanisらは、「病気の恐ろしさを喚起するコミュニケーション (fear-arousing communication)」と行動変容との関係を、高校生を対象とした歯科に関する保健指導の効果の観点から検討した⁸⁾。さらに、アメリカの教育保健福祉省の保健担当官であった Kegeles は、歯科医療サービスへの一種の探索行動 (seeking behavior) に着目し、1961年に米国公衆衛生雑誌に「Why people seek dental care: A review of present knowledge」⁹⁾ を発表した。これらの成果が、その後、共同研究者でミシガン大学の Rosenstock の保健信念モデル (Health Belief Model)¹⁰⁾ へと活かされていったと考えられる。これは、身近な健康課題であると共に、保健行動との関連が密接な口腔疾患の特性によるものだろう。

口腔保健の現在の課題の一つは、成人期以降の保健行動の改善とそのための効果的なプログラムの提供である。例えば、成人歯科健診・保健指導プログラムが、2009年に日本歯科医師会からすでに公表され、誰でも利用できるものとなっている¹¹⁾。このプログラムは、効果的な保健指導を行うための健康度アセスメントと目標設定を、地域や職域で行った後、歯科医療機関等の地域資源を活用して、継続的な保健指導に繋げていくというものである。このアセスメントのための質問紙は口腔保健に関する QOL、症状、保健行動、支援的環境の4項目に分類され、その結果に基づいて保健行動の目標を本人が専門家の支援で設定するというプログラムであり、健康教育および行動科学の理論に基づいて開発されている。そして、このアセスメントと指導は、歯科以外の専門職でも十分対応できるものとなっている。このようなプログラムが、広く活用され、成果を共有していくことが求められる。

最後に、健康増進に寄与し、生きる力に直結する口腔保健が、“開かれた社会”のなかで分野間の連携に基づいて成果を上げていくためには、共通の評価指標と理論が必要である。本学会において、その理論と実践の成果が蓄積され、共有されていくことを期待したい。

文 献

- 1) Yoneyama T, Yoshida M, Ohru T, Mukaiyama H, et al. Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50: 430-433.
- 2) Fukai K, Takiguchi T, Ando Y, Aoyama H, et al. Dental health and 15-year mortality in a cohort of community-residing older people. *Geriatr Gerontol Int* 2007; 7: 341-347.
- 3) Fukai K, Takiguchi T, Sasaki H. Dental health and longevity. *Geriatr Gerontol Int* 2010; 10: 275-276.
- 4) 厚生労働省. 平成21年国民健康・栄養調査報告. 2011年10月. <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyou/dl/h21-houkoku-02.pdf> (2011年4月1日にアクセス).
- 5) 深井 稜博. 行動科学における口腔保健の展開. *保健医療科学* 2003; 52: 46-54.
- 6) 健康日本21評価作業チーム. 「健康日本21」最終評価. 2011年10月. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001r5gc-att/2r9852000001r5np.pdf> (2011年4月1日にアクセス).
- 7) Sheiham A, Watt RG. The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28: 399-406.
- 8) Janis IL, Feshbach S. Effects of fear-arousing communications. *J Abnorm Soc Psychol* 1953; 48: 78-92.
- 9) Kegeles SS. Why people seek dental care; A review of present knowledge. *Am J Public Health* 1961; 51: 1306-1311.
- 10) Cummings KM, Jette AM, Rosenstock IM. Construct validation of the health belief model. *Health Educ Monogr* 1978; 6: 394-405.
- 11) 日本歯科医師会. 標準的な成人歯科健診プログラム・保健指導マニュアル. 2009年7月. <https://www.jda.or.jp/program/> (2011年4月1日にアクセス).