



No.1 2005. 2. 22

「削って詰める」から「健康を守り育てる」へ
歯科医療の根本的な転換を提案する日本ヘルスケア歯科研究会 報道関係者向け資料（適宜発行）

学校歯科健診のデータは活かされているか？ …データのある県，ない県 むし歯は減った…平均値でそう語るとき…地域格差，学校間格差，ハイリス ク児童の偏在は，隠されてしまう

● DMFT 全国地図

学校歯科健診を地域保健に活かす

日本ヘルスケア歯科研究会は，学校歯科健診の結果を集計し公開する活動を行っています。医療に従事するものは，まず地域の実情を知るべきですし，保健活動は，その地域特性に合ったものでなければ意味がないからです。「傘が必要か？ 帽子が必要か？」旅行先が砂漠であるならば，それを知って初めて，何をを用意すれば良いかが分かります。

ところが，この調査から，多くの市町村で 12 歳児 DMFT（1 人当たりう蝕経験歯数）さえ把握されていないことがわかりました。年ごとの学校別学年別のデータがきれいにそろって公開されているところ（例；滋賀県）もあれば，データそのものがほとんどない県（例；神奈川県）もあります。

学校歯科健診の結果を疫学データとして活用し，的確な地域診断に基づく地域保健事業を展開する契機とするため，私どもは全国の 12 歳児 DMFT 地図を作製し，公表することにしました。

☆日本ヘルスケア歯科研究会調べく 12 歳児 DMFT 全国地図（カラー地図版 50 ページ）> をご希望の方は，同封のシンポジウム出欠ハガキに DMFT 地図希望の旨ご記入の上，ご返送ください。

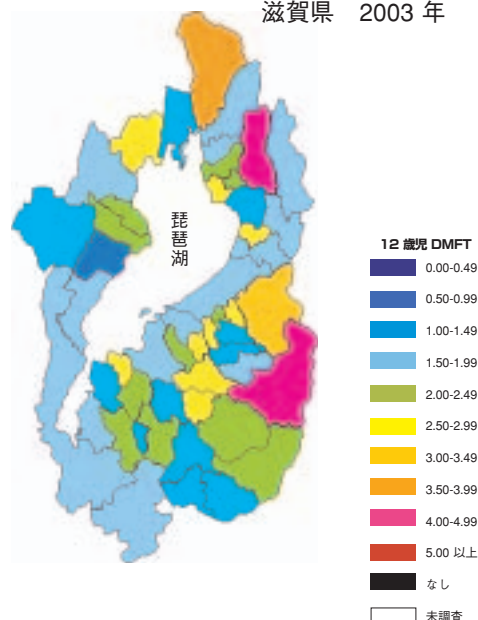
☆ 研究会ホームページから調査済み全市町村の詳しいデータ<学校歯科健診 永久歯のう蝕状況> 市町村別学年別 DMFT, 市町村別学年別むし歯のある者（処置完了者，未処置歯のある者）の割合をダウンロードできます（3 月 19 日よりサービス開始）

● 「結果」の出せる診療所／「結果」を活かす地域保健

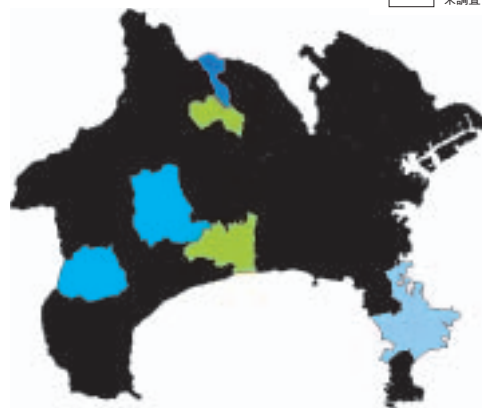
シンポジウム I 「データから地域保健を考える」を次のスケジュールで開催します。報道関係者の皆様に招待状を同封いたしました。是非ご参加ください。

3 月 19 日（土）午後 1 時～ 4 時 30 分 砂防会館別館（千代田区平河町）

滋賀県 2003 年



神奈川県 2003 年



なぜ、健診データは集計され利用されないのか？ せっかくの基礎データを無視して、地域保健はどのように進められるだろうか？ 中央と地方、文科省と厚労省、教育職と医療職、保健所と教育委員会…大人たちはバラバラだ！

シンポジウムプランナー；杉山精一（歯科医師・八千代市・研究会会員）

講師，パネリスト；

新庄文明（長崎大学教授）

丸山進一郎（社団法人・日本学校歯科医会常務理事）

植木順子（養護教諭・町田市）

菱沼範子（養護教諭・文京区）

斎藤純一（歯科医師・山形市）

伊藤智恵（歯科医師・仙台市・研究会会員）

ダグラス・ブラッター（スウェーデン・マルメ大学教授，WHO 顧問）
司会；秋元秀俊（医療ジャーナリスト・研究会会員）

● 研究会活動紹介

☆ 日本ヘルスケア歯科研究会のこれまでの主な活動

よりよい修復の完成が医療の目的であるような歯科医療の実状を改め、う蝕と歯周病が容易に予防可能であるという事実を広く国民に知らせ、真に社会に貢献しうる歯科医療を実現するため、設立から7年、毎年2回以上のシンポジウムの開催などさまざまな活動を行ってきました（1998.3 設立）。

1998.6 ～ 初期齲蝕のスクリーニングにおける探針使用への問題提起

この問題提起からさまざまな論争が起りましたが、口腔衛生学会が作業部会を設けて見解を発表し、社団法人日本学校歯科医会（西連寺愛憲会長）は、2000年2月学校の歯科健康診断におけるCおよびCOの検出基準から「探針を用いる条件」をすべて削除し、加盟各団体に通知しました。こうして学校健診の目的は「確実に修復する」から「健康を守り育てる」に方向転換したと言えます。

「初期齲蝕の診査における探針使用の考え方」調査報告書（1998年6月）

2000.2 フッ化物に関する専門家の意識調査

フッ化物の応用方法に関しては、強く水道水フッ素化を求める者からそれに反対する者まで専門家の間でも長く激しい論争が続いています。論争のためにマスコミ等においてフッ化物の応用について論じることそのものがタブー視されています。そこで29歯科大学・大学歯学部予防歯科、口腔衛生、病理学、生化学、薬理学講座の教授、助教授、講師に対し意識調査を行いました。この結果から大半の専門家がフッ化物のう蝕予防効果は十分に実証されていると

考えており、現時点でのわが国におけるフッ化物の応用方法としては、フッ素含有歯磨き剤の適切な利用法の普及がもっとも優先順位が高く、プロフェッショナルケアにおける利用がそれにつづくことが明らかになりました。

「専門家および会員のフッ化物応用の理解に関する調査」中間報告（1999年12月）

2001.12 禁煙宣言と禁煙支援活動

喫煙習慣が歯周病のもっとも大きなリスク因子であり、歯周病の重症化を引き起こしている実態を周知のものとするため、2001年秋の学術講演会に際して、禁煙宣言を採択し、様々な禁煙サポート活動を始めました。これは歯科医療分野における禁煙キャンペーンを先導する結果となりました。

2002.4 高齢者の服薬実態と口渇副作用の調査

高齢者の多剤服薬が歯科疾患のリスク因子になっているとの認識から、薬学専門家などと共同して歯科診療所受診患者の服薬実態と唾液の状態について調査事業を行いました。その一定の成果は、2004年10月の唾液・服薬シンポジウムで報告されました。

2003.7 認証診療所；患者の評価を重視した客観的な歯科診療所の評価事業

健康を守り育てる受け皿となる診療所を全国に育成するため、認証事業を始めました。この診療所認証事業では、患者評価を認証の条件に組み込み、客観資料の呈示、公開の場での審査を課しました。初回13診療所を皮切りに1年にほぼ2回の審査会が開かれ、毎回数診療所が認証を受

けています。ただし認証済み診療所は会員数と比較すると極めてわずかで、まだ受け皿としての実効をあげるには至っていません。

今後、適宜報道関係者向けに情報発信いたします。(以下、次回予定)

- 軽視される予防医療研究に「研究助成」
- 患者からの評価を取り入れた「診療所認証」

2004.2 DMFT 全国地図づくり

2005年3月19、20日第9回ヘルスケアシンポジウム

「結果」の出せる診療所／「結果」を活かす地域保健

シンポジウムⅠ「データから地域保健を考える」 19日 1:00 p.m. - 4:30 p.m. 砂防会館別館
前夜祭(会員のみ) 19日 5:00 p.m. - 8:00 p.m. 都市センターホテル
シンポジウムⅡ「カリエスリスク評価をめぐって」 20日 9:30 a.m. - 3:50 p.m. 都市センターホテル

カリエスリスクアセスメント…日常の疑問 藤木省三、渡辺勝ほか
カリエスリスクアセスメントの考え方 ダグラス・ブラッター (マルメ大学教授)
会員診療所のデータからカリエスリスクアセスメントを考える
会員診療所のデータから言えること／言えないこと 野村義明 (鶴見大学)
ディスカッション；ブラッター、野村義明、杉山精一、伊藤中、渡辺勝
コーディネーター；藤木省三

● 全国 DMFT 地図づくりについて

趣旨

私たちは診療室を訪れた患者さんに対して、主訴を把握し問診で全身状態などの必要な情報を集め、検査を行い、それをもとに診断を下します。診断結果に基づいて適切な処置を行い、結果を再検査して評価します。対象が人から地域に代わっても同じです。地域保健のためには、私たちは地域の実状を把握しなければなりません。地域診断抜きの保健活動は、診断抜きの治療と同じです。

私たちにとって自分の地域のう蝕や歯周病の疾患率がどのような状態なのか、どれだけの地域差があるのか、これは地域保健事業を進める上で欠かすことのできない基礎的な情報です。地域のデータがなければ、優先度の高い問題は何か、優先度の高い地域はどこか、判断が付きません。

学校歯科医であれば、自分の担当校がどれだけ良好な状態に変化しているのか、他の地域と比較検討して今後の学校保健に活かすことができます。そして、その成果が公開されれば、校長、養護教諭はもちろん地域住民はじめ行政、保健所、教育委員会など多職種の専門家が、口腔ケアを入口に健康を考えるきっかけが生まれるはずです。

経緯

毎年、全国のすべての小中高等学校ではすべての児童生徒の歯科健診が行われています。そのデータをすべて集めてみ

よう。「12歳児 DMFT 全国地図をみんなでつくしましょう」(伊藤智恵、ニューズレター vol.7 no.1)の呼びかけに応じて、全国の小中高等学校児童生徒の DMFT 収集が始まりました。会員が地域のデータを把握し、研究会で集積すれば、日本の疾病構造の現状がたちどころにわかるはず、と思われました。

DMFT とは、一人あたりのむし菌 (D)、むし菌で抜いた歯 (M)、むし菌で修復した歯 (F) の合計で、集団のう蝕経験を表す指数です。とくに永久歯が生えそろった直後の 12 歳 (中学校 1 年生) の DMFT が、世界的にう蝕経験を評価する標準的なものさしになっています。

日本の学校歯科保健は、開業歯科医が委嘱を受け学校歯科医となって担当していますが、児童生徒の保健を担当するのは養護教諭、学校保健を監督するのは小中学校は市町村教育委員会、高校は県教育委員会。母子保健は保健所すなわち厚生労働省の担当ですが、学校保健は文部科学省。3 歳児健診は厚生労働省ですが、就学時健診は文科省。担い手と法律と監督官庁がバラバラですから、当初から資料収集には困難が予想されました。そこで、資料が集まらないときには行政公文書の情報公開請求を行うことにしたのですが…

ところが、この調査は大きな障害にぶつかりました。

当然存在すると思われた DMFT データですが、多くの自治体から資料は出てきません。情報公開請求に対して多くの自治体から「不存在」の回答が返ってきたのです。学校保健法では、「健康診断の結果に基づき、疾病の予防処置を行い、治療を指示」することは定められていますが、健診データの集計は義務づけられていません。存在するデータを集めることは比較的可能性があります。存在しないものを存在しないと確認することは、多くの労力を必要とするにもかかわらず成果がありません。

問題点

健康を守り育てる診療所では、学校歯科健診の時期が来るたびに、「虫歯があります。早く治療を受けてください」という受診の勧めを手にした子どもたちを迎えて、そのたびに「カリエスリスクコントロールを行っています」「治療の必要なう窩はありません」「う窩に進行させずにコントロールを継続しています」などと報告書に記入し、子どもたちや保護者の方に説明しています。学校健診は、関係者の努力にもかかわらず、依然としてむし歯の処置を勧めるための検査になっています。

このため多くの自治体でデータが集計されているのは「むし歯の処置者数、未処置者数」なのです。むし歯の未処置者を減らし、処置者を増やすことが、子どもの健康に役立つと信じられているからでしょう。生えたとばかりの永久歯の処置は、可能な限り慎重でなければなりません。早期の修復は、生涯の健康と快適な生活を大きく損なう結果になるからです。

当然のように、永久歯のう蝕経験（DMFT 指数）を評価することはまったく軽視されています。結局、この調査事業は、健診データがどのくらい無駄にされているかを明らかにする調査になってしまいました。

結果的に、健診データを毎年学校単位で集計し、地域の保健政策に活かしている市町村、それをすべて統括している都府県があるかと思うと、データの廃棄は当然とする自治体があります。年ごとの学校別学年別のデータがきれいにそろっていて公開されている県（例；東京都、京都府、滋賀県、愛知県、新潟県、富山県、福井県、兵庫県）もあれば、データそのものがほとんどない県（例；神奈川県）あるいは非公開としている県もあります。市町村の税金を使った健診事業でありながら、驚くほどの格差です。そこで、ありのままの調査結果を報告することにしました。

収集方法

市町村教育委員会または歯科医師会などに問い合わせ、ま

たは容易に協力が得られない場合は、市町村に行政文書の情報公開を請求し、「公立保育園、保育所、幼稚園、小中高校で行われた歯科健診の結果について学校別、学年別、市町村別にまとめた処置完了者数、永久歯の処置歯、未処置歯数など」を求めました。

他方、都道府県庁の健康日本 21 推進担当課長あてに、都道府県で収集された市町村別の 12 歳児 DMFT データを文書で求めました。

集計結果

市町村別 12 歳児 DMFT を地図化した〈12 歳児 DMFT 全国地図〉を都道府県庁関係部局、都道府県歯科医師会、都道府県学校歯科医会、報道関係希望者に送付します。

市町村別 12 歳児 DMFT のほか市町村別の 12 歳児以外の DMFT およびむし歯の処置者数（率）、未処置者数（率）…はホームページ〈学校歯科健診 永久歯のう蝕状況〉からの PDF ファイルのダウンロードが可能です（<http://www.healthcare.gr.jp> 3 月 19 日公開予定）。

なお、1 歳半、3 歳児の健診データは、すでに 8020 財団などによって公表されています。

この全国地図では、市町村単位のデータを収集しました。学校単位で集計されたデータは市町村ごとに学校データを合計しました。健診方法はもちろんですが、集計方法も全国的に統一されていません。せっかく DMFT を集計しながら、学年別に集計せずに学校ごとに集計しているもの（6 年生と 1 年生の身長を平均するようなものです）、中学校 1 年ではなく小学校 6 年生を 12 歳の対象としているもの、M（抜歯された歯）を無視している県…

〈12 歳児 DMFT 全国地図〉では、紙幅の関係から、このようなデータを排除し、12 歳児 DMFT のみを収載しました。

学校保健統計調査は、毎年全国の数%の施設が抽出集計され、そこから全国平均値が報告されています。平成 16 年度の 12 歳児 DMFT は、〈2.0〉を下回りました。しかし、市町村別、学校別に見ると〈1.0〉を下回った地域と、いまだに〈5.0〉を上回る地域が併存しています。有病率が著しく低下した現在、全国平均で 12 歳児 DMFT を語る意味は薄れています。むしろ地域データを集計・公表し、地域診断の基礎データとして活用すべきです。

学校歯科健診データの公表を通じて、全国的にデータの集計、管理、公開、活用を進むことを期待しています。ご理解、ご協力をお願い致します。