

第 7 章

「8020運動」と社会疫学からみた口腔ケア

朱 珉

目 次

1. はじめに
2. 「8020運動」の誕生と展開
 - (1) 1980年代
 - (2) 1990年代以降
3. 疫学から社会疫学へ
 - (1) 介護・高齢者福祉研究の動向
 - (2) 社会疫学の隆起
4. 市川アンケート調査のデータ分析
 - (1) 残存歯数と客観的健康状況
 - (2) 残存歯数と主観的健康感
 - (3) 残存歯数と社会経済的地位
5. おわりに

1. はじめに

平成28年度の厚生労働白書によると、日本の高齢化率は2015年に26.7%と過去最高となっている。また将来（出生中位・死亡中位推計）においても、2060年まで一貫して高齢化率は上昇していくことが見込まれており、2060年時点では約2.5人に1人が65歳以上の高齢者と予測されている。

日本は世界で高齢化が最も進んだ国であるが、一方、日本の高齢者は世界で最も健康な高齢者でもある。2013年の健康寿命（健康で過ごすことのできる期間）は、男性が71.2歳、女性が74.2歳であり、平均寿命とともに世界一の長さである。しかし、同年日本の平均寿命は男性が80.21歳（初めて80歳を超えた）、女性が86.6歳となっており、健康寿命と平均寿命との間に大きな差がある。

日本は1980年代から高齢化に対応するため、様々な取り組みが行われてきたが⁽¹⁾、社会保障費の膨張、特に高齢者医療費および介護費用の増加により、高齢化対策の重点は徐々に予防のほうに移ってきた。2000年に、政府はすべての国民が健やかで心豊かに生活できる活力社会を目指し、「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」を策定し、さらに2013年から2022年までについては、第二次健康日本21による取り組みが決定されている。

第二次健康日本21は5つの柱を立て、そのうち5番目に「栄養・食生活、身体活動・運動、休養・睡眠、飲酒、喫煙、歯・口腔に関する生活習慣の改善および社会環境の改善」が挙げられている。そのなか、「歯・口腔の健康」では、歯・口腔の健康は生活の質の向上に大きく寄与すると記されており、具体的な目標をみると、「60歳代における咀嚼良好者の割合の増加」や「80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加」など、高齢者の咀嚼機能の維持・向上が重要視されている⁽²⁾。

また、2000年に実施された介護保険は2005年の改正により、予防重視型へとシステムの転換が図られ、同年施行の「地域支援事業」と「予防給付」に新たなメニューとして、「口腔機能向上プログラム」（地域支援事業では「口腔機能向上事業」、介護保険サービスでは「口腔機能向上サービス」）が導入された。特に、地域支援事業の「口腔機能向上事業」のプログラムは、介護保険の枠内でありながら、介護保険を受給しない自立高齢者に対しても行うので、全高齢者に対する健康増進事業であり、歯科保健活動であるといえる⁽³⁾。

以上でみてきたように、2000年以降、超高齢社会を見据えた国家政策において、歯・口腔のケアはますます重要視されるようになった。健康問題全般における歯科保健の重要性はすでに疫学⁽⁴⁾分野の多くの研究により明らかにされている。口腔機能が疾患などによっ

て損なわれたら、その障害は全身的な障害につながっていく。たとえば、噛む力は手足の運動能力に影響する。また、歯と認知症予防、歯周病と糖尿病の関連、口腔ケアと肺炎予防⁽⁵⁾など、口腔と全身の健康は深い関係がある。さらに、人間にとって、口は単なるものを食べる器官だけではなく、言葉を話し、ほかの人とコミュニケーションを取る機能も備えかねている。会話時に口元が常に注目されるので、その意味で、口腔は人間の社会参加にとっても重要な意味をもつ⁽⁶⁾。

本章では、アンケート調査に基づき、高齢者と要介護者の残存歯数の実態把握、そして健康指標および社会経済的地位との関連に着目して検討したい。第1節では残存歯数の基準となる「8020(ハチマル・ニイマル)運動」の誕生を振り返って、口腔ケア政策の変遷を整理する。第2節では「8020運動」と同時代の介護・高齢者福祉に関する研究動向に触れつつ、健康調査における先駆的な理論研究を紹介する。第3節では市川市民を対象としたアンケート調査のデータによる分析を行う。

2. 「8020運動」の誕生と展開

「8020運動」とは、国民の平均寿命である80歳で、20本の歯を保つことを目標として、その実現のための諸施策を推進しようとするもので、1989年より実施されている⁽⁷⁾。

1989年といえば、ゴールドプランが発表された年でもあり、歯科保健が高齢者対策の流れに乗って実施されたと思われるが、実際はその逆で、乗り遅れたのである⁽⁸⁾。以下は2つの時期に分けてみていこう。

(1) 1980年代

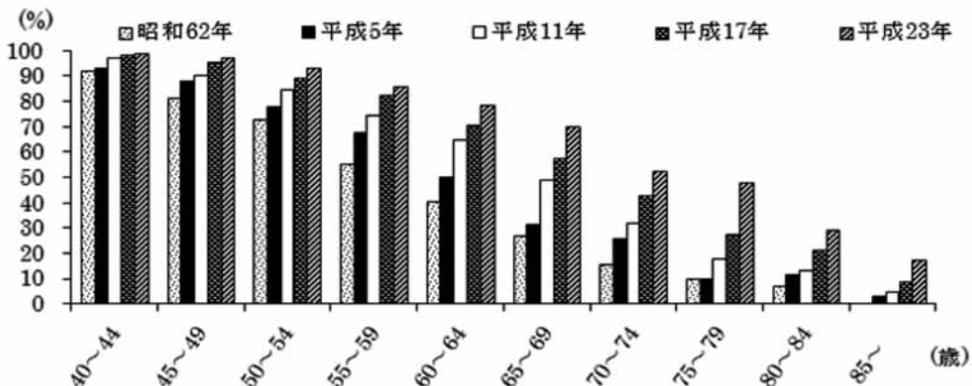
「8020運動」の発端は1982年の老人保健法の制定に遡る。老人保健法に歯科保健が取り入れなかったことがそもそもの始まりである⁽⁹⁾。当時の政府が歯科保健を考慮しなかった理由は3つある⁽¹⁰⁾。第1に、老人保健法の成立背景である。1973年から始まった老人医療費の無料化は老人医療費の急速の増加を招き、それを抑制するため、生活習慣病の予防を重点に置く老人保健法が制定された。しかし、全体的に高齢者の医療費が増加するなか、歯科では医療費の急騰が起らなかった。それは歯科の特有の差額徴収という支払い方式によるもので、簡単にいえば、歯科では実質的に老人医療費の無料化が適用されなかった。したがって、医療費の急増をもたらしていない歯科は、予防策を取り、医療費を削減する対象にはならなかった。第2に、老人保健法の保健事業は老人福祉法で行われていた老人健診がもととなっているが、それには歯科が含まれていなかったことである。第3に、歯

科界における研究の不充分さである。1980年代の歯科界では、高齢ともなう歯の喪失は必然だという考えがまだ支配的であり、それ自体を研究することはほとんどなかった。つまり、歯科界は高齢社会における歯科保健に対して、その時点では具体的な提示をすることができなかった。1983年に老人保健法が成立してから、歯科界は慌てて成人・高齢者の歯科に関する研究を始めたのが実態である。

老人保健法に基づく保健事業の第2次5か年計画に、歯科保健を何とか導入してもらおうと歯科界は動き出した。1984年の夏頃から、大学や歯科医師会および行政の歯科関係者が集まり、初めて老人保健、成人健診と歯科保健医療との関係について議論されるようになった。同年、厚生省組織令が改正され、歯科保健医療の普及および向上を図ることが業務に新たに加えられた。1985年に、のちに「8020運動」の根拠となった、愛知県豊田市における咀嚼に関する研究が発表された⁽¹⁾。1987年の2月に、神奈川県厚木市で開催された地域歯科保健研究会（保健所歯科の会）「厚木ワークショップ」において、80歳で喪失歯を10本までとする「8010」（「めぞそう80歳 欠損歯は10歯まで」）が提唱された。しかし、皮肉なことに、その2か月後に発表された老人保健法の第2次5か年計画には、歯科健康教育と歯科健康相談が重点事業として導入されたが、歯科健診は盛り込まれなかった。

転機は1988年に訪れた。その年に歯科疾患実態調査結果が発表され、それによると、80歳以上で20歯以上有する者の割合は7.0%に、80歳1人平均現在歯数は4.0本にすぎなかった。その結果を踏まえ、1989年3月に、厚生省が「成人歯科保健対策検討会」を設置し、12月に検討会は「成人歯科保健対策検討中間報告」を発表した。そのなかで、80歳で20本の歯を残す「8020運動」が明記され、その後、厚生省歯科保健課は8020運動推

図1 20本以上の歯を有する者の割合の推移



(出所) 厚生労働省「平成23年歯科疾患実態調査」より。

進事業を実施し、「8020運動」が全国的に普及することとなった。

(2) 1990年代以降

1992年に、老人保健法の第3次計画により、老人保健特別対策事業の1つとして「歯周疾患予防モデル事業」が3年間にわたって進められ、1996年から厚生科学研究による「口腔保健と全身的な健康に関する研究」が開始され、社会的注目を浴びた。2000年に、第3次の国民健康づくり運動として「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」がスタートし、「8020運動」が新たな段階に入った。同年、8020推進特別事業が始まり、「8020運動」を支援する財団法人・8020推進財団も創設された。さらに、歯の喪失を予防することを目的として、老人保健事業における歯周疾患検診は、40歳および50歳の者を対象に、2000年より実施するようになり、歯科界の願いがようやく叶ったといえよう。

「8020運動」は提唱されてから27年が経ち、この間、8020の達成状況は確かに改善されている。2011年の歯科疾患実態調査によると、8020達成者（80歳で20本以上の歯を有する者の割合）は38.3%であり、2005年の24.1%より増加している。しかし、80～84歳の高齢者の1人平均現在歯数は12.2本にとどまり、85歳以上の場合、現在歯数は8.4本とさらに減少する。

3. 疫学から社会疫学へ

(1) 介護・高齢者福祉研究の動向¹²⁾

「8020運動」が展開される1980年代後半から90年代までの時期は、社会保障全体からみて、「福祉拡大と福祉削減の同時進行」の時期であった。医療・年金に関しては、給付水準の引き下げや保険料の引き上げなどが行われたが、介護・高齢者福祉分野に関しては、しばしば制度の拡充が実施され、その政策展開の原則も「家族介護優先」から「家族介護支援」へ、さらに「介護の社会化」へと変化していた。

この時期に、介護・高齢者福祉に関する研究文献が大幅に増加し、研究のアプローチも多様化した。『季刊・社会保障研究』の掲載論文をみると、社会福祉学以外に、経済学や、法学、政治学、社会学、行政学、医学などの研究論文が増えた。

2000年4月から介護保険が実施され、2005年の介護保険法改正によって、「介護予防」への重点化が明示された。さらに2011年の改正後、「地域包括ケアシステム」の確立が政策の中心となった。

この時期の介護・高齢者福祉に関する研究文献は量的にさらに増加し、多様な学問分野

で発展した。「評価」が政策科学的研究の重要な焦点となり、特に日本福祉大学に評価調査の研究拠点が形成され、多くの研究成果を生み出した。

(2) 社会疫学の隆起

介護・高齢者福祉に関する研究がますます興隆するなか、高齢者の健康づくりに関する疫学研究も増えた。しかし、それらの多くはデータによる実証研究で、理論的な研究が少ない。2005年に、上記の日本福祉大学研究拠点の中心メンバーである近藤克則は『健康格差社会』を出版し、社会疫学⁴³のアプローチによる健康に影響する因子説明の理論的構築を試みた。2年後に、その理論を検証する大規模調査に基づく論文集『検証「健康格差社会」 介護予防に向けた社会疫学的大規模調査』も刊行された。今回、私たちのアンケート調査も近藤氏の理論を参考にしたため、以下はその内容を簡単に紹介する⁴⁴。

近藤によると、健康に影響を及ぼす因子は階層構造をもっており、ミクロレベルからマクロレベルまで3層に分けられ、それぞれ①「生物としての個体」、②「個人の社会経済的因子」、③「環境としての社会」である。①は健康を個人の内部にある因子（細胞、遺伝子など）や生活習慣、ライフスタイルで、②は学歴や所得、家族の形態、友人などの社会的サポートネットワークで、③は所得の不平等さやソーシャルキャピタルの多寡などの社会の構造的要因である。近藤は個人レベルの因子だけで健康を説明するのに限界があり、「健康によい」社会づくりが必要と考える。彼は健康教育だけでなく、社会の底辺に押しやられている人々が健康な行動を取りやすくするための支援環境を整える政策拡充の必要性を訴えている。

4. 市川アンケート調査のデータ分析

今回実施した、市川市民を対象としたアンケート調査にも近藤（2007）の調査を参考に主観的健康感や社会経済的地位といった因子を取り入れた。ここでは、歯の状態との関連だけに絞って見ていくことにする。（本調査の実施内容・アンケート回答者の基本属性については、第5章2を参照のこと。）分析に入る前に、2点お断りしたい。第1に、アンケート回収状況からみて、健康な高齢者（以下は「高齢者」と略す）と要介護高齢者（以下は「要介護者」と略す）に数的に大きな差がある。本章の分析に適した健康な高齢者は450名であるのに対して、要介護高齢者は114名前後である⁴⁵。第2に、全体像を提示することを目的とし、より詳しい分析は今後の課題とする。

表1は高齢者と要介護者のそれぞれの年齢階層別の残存歯数の分布である。全体的に、

表 1

(a) 年齢階層別にみた高齢者の残存歯数

単位：人，%

	20本以上	19本以下	ほとんどない
60歳未満	0 (0)	0 (0)	0 (0)
60～64歳	0 (0)	1 (100.0)	0 (0)
65～69歳	74 (73.3)	23 (22.8)	4 (4.0)
70～74歳	68 (49.6)	56 (40.9)	13 (9.5)
75～79歳	67 (58.8)	37 (32.5)	10 (8.8)
80～84歳	32 (42.7)	28 (37.3)	15 (20.0)
85～89歳	4 (23.6)	6 (35.3)	7 (41.2)
90～94歳	0 (0)	1 (20.0)	4 (80.0)
95～99歳	0 (0)	0 (0)	0 (0)
100歳以上	0 (0)	0 (0)	0 (0)
総計	245 (54.4)	152 (33.7)	53 (11.8)

(b) 年齢階層別にみた要介護者の残存歯数

単位：人，%

	20本以上	19本以下	ほとんどない
60歳未満	1 (100.0)	0 (0)	0 (0)
60～64歳	0 (0)	1 (100.0)	0 (0)
65～69歳	6 (46.2)	5 (38.5)	2 (15.4)
70～74歳	6 (46.2)	5 (38.5)	2 (15.4)
75～79歳	5 (27.8)	7 (38.9)	6 (33.3)
80～84歳	2 (14.3)	6 (42.9)	6 (42.9)
85～89歳	7 (26.9)	10 (38.5)	9 (34.6)
90～94歳	1 (5.3)	6 (31.6)	12 (63.2)
95～99歳	0 (0)	1 (14.3)	6 (85.7)
100歳以上	0 (0)	0 (0)	2 (100.0)
総計	28 (24.6)	41 (36.0)	45 (39.5)

(出所) 筆者作成。

要介護者に比べ、「20本以上」の歯を持つ高齢者の割合が多く、「ほとんどない」と答えた高齢者の割合は少ない。

(1) 残存歯数と客観的健康状況

I. 残存歯数と咀嚼機能

高齢者と要介護者両方において、「20本以上」の歯をもつ者のほとんどは「どんなものでも」「たいていのものは食べられる」と答えている。そして、残存歯数の減少にともない、「食べ物が限られている」割合は増えていく傾向がみられる(表2)。

表 2

(a) 残存歯数と高齢者の咀嚼機能

単位：人，%

	どんなものでも食べたいものは、かんで食べられる	かみにくいものもあるが、たいていのものは食べられる	あまりかめないで、食べ物が限られている	ほとんどかめない
20本以上	164 (66.9)	81 (33.1)	0 (0)	0 (0)
19本以下	43 (28.3)	105 (69.1)	4 (2.6)	0 (0)
ほとんどない	6 (11.3)	37 (69.8)	9 (17.0)	1 (1.9)
総計	213 (47.3)	223 (49.6)	13 (2.9)	1 (0.2)

(b) 残存歯数と要介護者の咀嚼機能

単位：人，%

	どんなものでも食べたいものは、かんで食べられる	かみにくいものもあるが、たいていのものは食べられる	あまりかめないで、食べ物が限られている	ほとんどかめない	流動食を食べている
20本以上	8 (28.6)	19 (67.9)	1 (3.6)	0 (0)	0 (0)
19本以下	5 (12.2)	22 (53.7)	13 (31.7)	1 (2.4)	0 (0)
ほとんどない	8 (17.8)	19 (42.2)	16 (35.6)	1 (2.2)	1 (2.2)
総計	21 (18.4)	60 (52.6)	30 (26.3)	2 (1.8)	1 (0.9)

(出所) 筆者作成。

表3

(a) 残存歯数と高齢者の治療状況

単位：人，%

	病気や障害はない	今は治療の必要がないといわれている	自分の判断で治療は中断している	現在，治療中である
20本以上	88 (35.9)	23 (9.4)	7 (2.9)	127 (51.8)
19本以下	51 (33.6)	15 (9.9)	4 (2.6)	82 (54.0)
ほとんどない	16 (30.2)	3 (5.7)	2 (3.8)	32 (60.4)
総計	155 (34.4)	41 (9.1)	13 (2.9)	241 (53.6)

(b) 残存歯数と要介護者の治療状況

単位：人，%

	病気や障害はない	今は治療の必要がないといわれている	自分の判断で治療は中断している	現在，治療中である
20本以上	1 (3.7)	3 (11.1)	0 (0)	23 (85.2)
19本以下	3 (7.3)	4 (9.8)	0 (0)	34 (82.9)
ほとんどない	2 (4.4)	4 (8.9)	1 (2.2)	38 (84.4)
総計	6 (5.3)	11 (9.7)	1 (0.9)	95 (84.1)

(出所) 筆者作成。

II. 残存歯数と治療状況

高齢者の場合，残存歯数の減少につれ，「病気や障害はない」割合は逡減し，「治療中」の割合は逡増していく傾向がみられるが，要介護者の場合，そのような傾向はみられない（表3）。残存歯数が多ければ「病気や障害はない」割合が高いことは，すなわち残存歯数を多く保つことが健康寿命を延ばすことにつながるということである。

III. 残存歯数と転倒状況

治療状況と同じく，高齢者の場合，残存歯数の減少にともない，転倒したことが「何度もある」と答えた割合が増加し，「ない」と答えた割合が減少していく（表4）。

表4

(a) 残存歯数と高齢者の転倒状況

単位：人，%

	何度もある	1度ある	ない
20本以上	7 (2.9)	34 (13.9)	204 (83.3)
19本以下	6 (4.0)	32 (21.1)	114 (75.0)
ほとんどない	6 (11.3)	9 (17.0)	38 (71.7)
総計	19 (4.2)	75 (16.7)	356 (79.1)

(b) 残存歯数と要介護者の転倒状況

単位：人，%

	何度もある	1度ある	ない
20本以上	6 (21.4)	12 (42.9)	10 (35.7)
19本以下	16 (40.0)	9 (22.5)	15 (37.5)
ほとんどない	9 (19.6)	9 (19.6)	28 (60.9)
総計	31 (27.2)	30 (26.3)	53 (46.5)

(出所) 筆者作成。

表5

(a) 残存歯数と高齢者の外出頻度

単位：人，%

	ほとんど毎日	週2・3回	週1回程度
20本以上	193 (78.8)	48 (19.6)	4 (1.6)
19本以下	120 (79.0)	31 (20.4)	1 (0.7)
ほとんどない	38 (71.7)	15 (28.3)	0 (0)
総計	351 (78.0)	94 (20.9)	5 (1.1)

(b) 残存歯数と要介護者の外出頻度

単位：人，%

	ほとんど毎日	週2・3回	週1回程度	ほとんど外出しない
20本以上	8 (29.6)	8 (29.6)	5 (18.5)	6 (22.2)
19本以下	8 (20.0)	16 (40.0)	7 (17.5)	9 (22.5)
ほとんどない	7 (15.6)	22 (48.9)	6 (13.3)	10 (22.2)
総計	23 (20.5)	46 (41.1)	18 (16.1)	25 (22.3)

(出所) 筆者作成。

IV. 残存歯数と外出頻度

口腔状態は手足の運動機能に影響するが、今回高齢者においても、要介護者においても、残存歯数と外出頻度との間に、明確な関連性がみられなかった。

(2) 残存歯数と主観的健康感

I. 残存歯数と身体機能状況

高齢者の場合、残存歯数が多いほど身体機能状況が「あまりよくない」割合が少ない。「20本以上」の歯をもつ者のうち、身体機能状況があまりよくない者はわずか2.5%である。要介護者の場合、「20本以上」の者のうち、「とてもよくない」割合が少ない（表6）。残存歯数は高齢になってからだけではなく、要介護になってからの身体機能にも影響している。

表6

(a) 残存歯数と高齢者の身体機能

単位：人，%

	とてもよい	まあよい	あまりよくない
20本以上	72 (29.4)	167 (68.2)	6 (2.5)
19本以下	35 (23.0)	100 (65.8)	17 (11.2)
ほとんどない	10 (18.9)	37 (69.8)	6 (11.3)
総計	117 (26.0)	304 (67.6)	29 (6.4)

(b) 残存歯数と要介護者の身体機能

単位：人，%

	とてもよい	まあよい	あまりよくない	とてもよくない
20本以上	1 (0.87)	10 (8.7)	15 (13.0)	2 (1.7)
19本以下	0 (0)	11 (9.6)	22 (19.1)	8 (7.0)
ほとんどない	2 (1.7)	21 (18.3)	14 (12.2)	9 (7.8)
総計	3 (2.6)	42 (36.5)	51 (44.4)	19 (16.5)

(出所) 筆者作成。

表7

(a) 残存歯数と高齢者の健康状態

単位：人，%

	とてもよい	まあよい	あまりよくない	とてもよくない
20本以上	53 (21.6)	181 (73.9)	10 (4.1)	1 (0.4)
19本以下	27 (17.8)	107 (70.4)	18 (11.8)	0 (0)
ほとんどない	5 (9.4)	39 (73.6)	8 (15.1)	1 (1.9)
総計	85 (18.9)	327 (72.7)	36 (8.0)	2 (0.4)

(b) 残存歯数と要介護者の健康状態

単位：人，%

	とてもよい	まあよい	あまりよくない	とてもよくない
20本以上	1 (3.7)	17 (63.0)	9 (33.3)	0 (0)
19本以下	1 (2.4)	24 (58.5)	15 (36.6)	1 (2.4)
ほとんどない	1 (2.2)	25 (54.4)	16 (34.8)	4 (8.7)
総計	3 (2.6)	66 (57.9)	40 (35.1)	5 (4.4)

(出所) 筆者作成。

II. 残存歯数と健康状態

高齢者と要介護者の両方において、残存歯の多い者に、健康状態が「とてもよい」と「まあよい」と答えた割合が高い。特に「20本以上」の歯をもつ高齢者のうち、「とてもよい」と「まあよい」と感じた者は95.5%にのぼる（表7）。

(3) 残存歯数と社会経済的地位

I. 残存歯数と生活状況

高齢者の場合、生活状況について全体的に「ややゆとりがある」と答えた者が多いが、「20本以上」の歯をもつ者のうち、18.4%が「ゆとりがある」と答え、残存歯の少ない者に比べ、その割合は明らかに高い。また、「苦しい」と「やや苦しい」と答えた割合も少

表8

(a) 残存歯数と高齢者の生活状況

単位：人，%

	苦しい	やや苦しい	ややゆとりがある	ゆとりがある
20本以上	5 (2.0)	56 (22.9)	139 (56.7)	45 (18.4)
19本以下	6 (4.0)	45 (29.6)	86 (56.6)	15 (9.9)
ほとんどない	3 (5.7)	19 (35.9)	27 (50.9)	4 (7.6)
総計	14 (3.1)	120 (26.7)	252 (56.0)	64 (14.2)

(b) 残存歯数と要介護者の生活状況

単位：人，%

	苦しい	やや苦しい	ややゆとりがある	ゆとりがある
20本以上	0 (0)	9 (32.1)	16 (57.1)	3 (10.7)
19本以下	2 (5.1)	17 (43.6)	15 (38.5)	5 (12.8)
ほとんどない	9 (20.5)	8 (18.2)	22 (50.0)	5 (11.4)
総計	11 (9.9)	34 (30.6)	53 (47.8)	13 (11.7)

(出所) 筆者作成。

表9

(a) 残存歯数と高齢者の暮らし向き

単位：人，%

	とても不安	貯金が少なく不安	心配していない	十分な資産があり、 あまり心配していない
20本以上	7 (2.9)	97 (39.6)	136 (55.5)	5 (2.0)
19本以下	11 (7.2)	67 (44.1)	71 (46.7)	3 (2.0)
ほとんどない	4 (7.6)	30 (56.6)	19 (35.9)	0 (0)
総計	22 (4.9)	194 (43.1)	226 (50.2)	8 (1.8)

(b) 残存歯数と要介護者の暮らし向き

単位：人，%

	生活保護を 受けている	とても 不安である	貯金が少なく 不安である	心配して いない	あまり心配 していない
20本以上	3 (11.1)	3 (11.1)	6 (22.2)	15 (55.6)	0 (0)
19本以下	0 (0)	5 (12.8)	18 (46.2)	14 (35.9)	2 (5.1)
ほとんどない	5 (11.4)	6 (13.6)	17 (38.6)	14 (31.8)	2 (4.6)
総計	8 (7.3)	14 (12.7)	41 (37.3)	43 (39.1)	4 (3.6)

(出所) 筆者作成。

ない(表8)。

要介護者の場合、「20本以上」の歯をもつ者のうち、67.8%が生活状況について「ややゆとりがある」と「ゆとりがある」と答え、残存歯数の少ない者より多い(表8)。

II. 残存歯数と暮らし向き

高齢者の場合、残存歯数の減少にともない、暮らし向きについて「とても不安」と答えた割合が増え、「心配していない」と答えた割合が減っていく(表9)。

表10

(a) 残存歯数と高齢者のお金の心配

単位：人，%

	たいへん不安	まあまあ不安	ほとんど不安はない	全く不安はない
20本以上	39 (15.9)	106 (43.3)	94 (38.4)	6 (2.5)
19本以下	29 (19.1)	85 (55.9)	34 (22.4)	4 (2.6)
ほとんどない	8 (15.1)	32 (60.4)	13 (24.5)	0 (0)
総計	76 (16.9)	223 (49.6)	141 (31.3)	10 (2.2)

(b) 残存歯数と要介護者のお金の心配

単位：人，%

	たいへん不安	まあまあ不安	ほとんど不安はない	全く不安はない
20本以上	5 (17.9)	10 (35.7)	12 (42.9)	1 (3.6)
19本以下	10 (25.0)	18 (45.0)	11 (27.5)	1 (2.5)
ほとんどない	11 (24.4)	17 (37.8)	14 (31.1)	3 (6.7)
総計	26 (23.0)	45 (39.8)	37 (32.7)	5 (4.4)

(出所) 筆者作成。

要介護者の場合、「20本以上」の歯をもつ者のうち、暮らし向きについて「とても不安」と「不安」と答えた割合が相対的に少なく、「心配していない」と答えた割合が明らかに多い（表9）。

Ⅲ. 残存歯数と今後の経済的心配

全体的に、今後の経済的心配について「まあまあ不安」と答えた割合が高い。高齢者と要介護者のうち、それぞれ49.6%と39.8%となっている。「ほとんど不安はない」と答えた者は2番目に多いが、そのうち「20本以上」の歯をもつ者の割合が高い（表10）。

Ⅳ. 残存歯数と教育年数

教育年数について高齢者の場合、「20本以上」の歯をもつ者のうち、「13年以上」と答えた割合は43.3%と一番多く、「6年未満」や「6～9年」と答えた割合は、残存歯数の少ない層に比べ少ない（表11）。

要介護者の場合、「20本以上」の歯をもつ者のうち、「6年未満」と「6～9年」と教育年数の短い割合が少ない。それに対して、歯が「ほとんどない」者のうち、教育年数の短い割合が多い（表11）。

表11

(a) 残存歯数と高齢者の教育年数

単位：人，%

	6年未満	6～9年	10～12年	13年以上	その他
20本以上	1 (0.4)	32 (13.1)	104 (42.5)	106 (43.3)	2 (0.8)
19本以下	1 (0.7)	24 (15.8)	64 (42.1)	62 (40.8)	1 (0.7)
ほとんどない	1 (1.9)	13 (24.5)	25 (47.2)	14 (26.4)	0 (0)
総計	3 (0.7)	69 (15.3)	193 (42.9)	182 (40.4)	3 (0.7)

(b) 残存歯数と要介護者の教育年数

単位：人，%

	6年未満	6～9年	10～12年	13以上	その他
20本以上	1 (3.6)	4 (14.3)	16 (57.1)	5 (17.9)	2 (7.1)
19本以下	1 (2.4)	10 (24.4)	20 (48.8)	10 (24.4)	0 (0)
ほとんどない	5 (11.4)	10 (22.7)	14 (31.8)	13 (29.6)	2 (4.5)
総計	7 (6.2)	24 (21.2)	50 (44.3)	28 (24.8)	4 (3.5)

(出所) 筆者作成。

図2 今後の保険者に対する共通的な評価指標（2018年実施予定）

○保険者による健診・保健指導等に関する検討会（座長：多田羅浩三日本公衆衛生協会会長）において、今後、保険者が種別に関わりなく共通的に取り組むべき指標について検討し、以下のとおり、2016年1月にとりまとめた。

ア 予防・健康づくりに係る指標

【指標①】特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

○特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率、健診未受診者・保健指導未利用者対策

【指標②】特定健診・特定保健指導に加えて他の健診の実施や健診結果等に基づく受診勧奨等の取組の実施状況

○がん検診や歯科健診などの健(検)診の実施、検診結果等に基づく受診勧奨や精密検査の必要な者に対する働きかけ、歯科のリスク保有者への保健指導等の取組の実施状況

【指標③】糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況

○糖尿病等の治療中断者への働きかけや、治療中の加入者に対して医療機関等と連携して重症化を予防するための保健指導等を実施する取組

【指標④】広く加入者に対して行う予防・健康づくりの取組の実施状況

○ITC等を活用して本人にわかりやすく健診結果の情報提供を行うことや、ヘルスケアポイント等による予防・健康づくりへのインセンティブ付与の取組のうち、実効性のあるもの

イ 医療の効率的な提供への働きかけに係る指標

【指標⑤】加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況

○地域のかかりつけ医師、薬剤師等との連携の下、重複頻回受診者、重複服薬・多剤投与と思われる者への訪問指導の実施や、訪問による残薬確認・指導等の取組

【指標⑥】後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況

○後発医薬品差額通知の実施や後発医薬品の希望カードの配布など、実施により加入者の後発医薬品の使用を定着・習慣化させ、その後の後発医薬品の継続使用に資するもの

(出所) 厚生労働省『平成28年版厚生労働白書』134頁より。

5. おわりに

急速な少子高齢化が進む日本は、戦後の健康水準の向上時代を経て、今やさらなる積極的な健康増進の時代に突入した。第二次健康日本21では、健康寿命の延伸という目標を掲げ、生活習慣病の予防等について、具体的な数値目標を設定している。それと併せて、「日本再興戦略」(2013年6月14日閣議決定)で定めた、政権が優先的に取り組むべき3つのアクションプランのうち、戦略市場創造プランのテーマとして「国民の『健康寿命』の延伸」が挙げられた。これらの目標を達成するために、新たに「個人・保険者・経営者等に対する健康・予防インセンティブの付与」という施策が講じられている。図2は予防・健康づくりに取り組む保険者に対するインセンティブ評価の共通指標であり、その中に「歯科健診」も含まれている。

また、2015年に、政府は高齢者となった後の健康維持を支援するため、高齢者の虚弱(フレイル)⁰⁶⁾に対する総合対策を行うことを表明した。具体的な取り組みとして、管理栄養士、

歯科衛生士、薬剤師、保健師などの専門職が、必要性の高い高齢者への介入、支援（栄養や口腔に関する指導や相談などの食の支援や服薬相談・指導等）を行う事業が推進されている。この中にも、口腔ケアが含まれている。

今後、国民の健康づくりにおいても、高齢者の介護予防においても、歯科健診などによる口腔ケアはますます重要になっていく。しかし、歴史を振り返ってみると、歯科保健は実は高齢者対策に乗り遅れ、老人保健法に取り入れなかったことがきっかけで、国民的口腔ケアの代名詞ともいえる「8020運動」が生まれた。その後、多くの疫学者が口腔と健康に関する実証研究をし、科学的な根拠を提供することによって、口腔ケアもまた今日のさまざまな施策の重要な柱の1つとなった。

これらの施策の多くは保健知識の普及や生活習慣の改善といった個人行動への介入策である。これに対して、社会疫学という新し研究分野から健康要因の解明を試みた近藤克則はマイクロレベルの個人への介入だけでなく、個人が生活を営むマクロレベルの社会環境の改善を主張している。

今回、私たちは近藤の理論に立脚しアンケート調査を行ったが、サンプル数などにより、すべて検証することができなかった。しかし、限られたデータを用いて、残存歯数と主観的健康感（高齢者や要介護者自身による身体機能・健康状態への判断）、残存歯数と社会的地位（特に教育年数）との間に関連性を見出すことができた。

市川市において、すでに口腔ケア活動が展開されている。「8020運動」の周知はもちろん、歯と口腔の無料相談や「よい歯のコンクール」の開催、「歯・口の健康啓発標語」の公募など、実に多様性に富んでいる。今後、これらの活動は継続していくことが大事であり、またこれらの活動を通じて、高齢者個々人の健康行動の改善だけでなく、高齢者を支える町づくりを最終目標にしていくべきであろう。

(注)

- (1) 日本の高齢化率は1970年にすでに7%に達していたが、高齢化への本格的な対応は1980年代からと考える。1980年代の厚生白書のタイトルはほとんど高齢化一色となっている。
- (2) 厚生労働省告示第四百三十号：国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針 (http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_01.pdf, 2016年12月10日アクセス)。
- (3) 三浦宏子・安藤雄一・守屋信吾(2009)「高齢者歯科保健活動の評価の現状と課題」『保健医療科学』58(4), 345頁。

- (4) 日本疫学会によると、疫学とは、「明確に規定された人間集団の中で出現する健康関連のいろいろな事象の頻度と分布およびそれらに影響を与える要因を明らかにして、健康関連の諸問題に対する有効な対策樹立に役立てるための科学」である。疫学は健康に関連するさまざまな事象の頻度や分布を観察することを目的にするため、対象は一人の人間ではなく集団であるが、集団の特徴（集団の定義、年齢、学年、性別）やどの時点を調査対象とするかを明確に規定した上で事象の頻度や分布を調べる必要がある。また、事象に影響すると結論付けられた要因を除外、軽減する対策を講じ、除外後の効果を公衆衛生的に考えるのは疫学の社会的意義である（日本疫学会「疫学用語の基礎知識」, http://jeaweb.jp/activities/files/basic_terminology.pdf#search=%27%E7%96%AB%E5%AD%A6%E3%81%A8%E3%81%AF%27, 2016年12月26日アクセス）。
- (5) 研究によると、口腔ケアにより、誤嚥性肺炎が約40%予防できる。
- (6) 江藤一洋編（2004）『歯の健康学』岩波新書、96-109頁。
- (7) 江藤一洋編（2004）、前掲書、184頁。
- (8) 石井拓男(2005)「8020運動の意味と問題点」『補綴誌』49(2)、169頁。
- (9) 法案が衆議院にかけられたときになって、歯科医師会はようやく行動をおこし、付帯決議を得ることに成功した。
- (10) 石井拓男(2005)、前掲論文、170-171頁。
- (11) その研究は、後藤真人・石井卓男・榊原悠紀田郎(1985)「成人歯科保健の指標としての『噛め方』についての予備的研究」(『口腔衛生学会雑誌』35(5)、127-128頁)とされている。
- (12) 以下は、平岡公一(2014)「介護・高齢者福祉政策研究」『季刊・社会保障研究』Vol.50, No.1・2、65-73頁を参照してまとめた。
- (13) 社会疫学とは、健康を決定する社会的要因に関する科学である。個人レベルの社会経済的要因による健康格差に限らず、そのプロセスの解明や、環境としての社会と健康との関連など、大きな広がりをもつ新しい学問領域である(近藤克則(2010)『「健康格差社会」を生き抜く』朝日新書、104頁)。
- (14) 詳しい内容は、近藤克則(2005)、近藤克則(2010)を参照されたい。
- (15) そもそも回収サンプル数は少ないため、記入漏れサンプルも項目によってカウントしているためである。
- (16) フレイルとは、学術的な定義は定まっていないが、加齢とともに、心身の活力(運動機能、認知機能等)が低下し、複数の慢性疾患の併存などの影響もあり、生活機能障害が起きたり、要介護状態となったり、疾病等の重症化を招いたりするなど、心身の脆弱

化が出現するが、一方で、適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能な状態のことを指している（厚生労働省『平成28年版厚生労働白書』, 140頁）。

参考文献

- [1] 石井拓男(2005)「8020運動の意味と問題点」『補綴誌』49(2), 168-178頁。
- [2] 江藤一洋編(2004)『歯の健康学』岩波新書。
- [3] 厚生労働省(2016)『平成28年版厚生労働白書』
(http://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/hakusho/, 2016年12月31日アクセス)
- [4] 後藤真人・石井卓男・榊原悠紀田郎(1985)「成人歯科保健の指標としての『噛め方』についての予備的研究」(『口腔衛生学会雑誌』35(5), 127-128頁。
- [5] 近藤克則(2005)『健康格差社会—何が心と社会を蝕むのか』医学書院。
- [6] 近藤克則(2010)『「健康格差社会」を生き抜く』朝日新書。
- [7] 近藤克則編著(2007)『検証「健康格差社会」 介護予防に向けた社会疫学的大規模調査』医学書院。
- [8] 平岡公一(2014)「介護・高齢者福祉政策研究」『季刊・社会保障研究』Vol.50, No.1・2, 65-73頁。
- [9] 三浦宏子・安藤雄一・守屋信吾(2009)「高齢者歯科保健活動の評価の現状と課題」『保健医療科学』58(4), 344-348頁。