EDITORIAL

New Public Healthと歯科口腔保健

New Public Health and Oral health

はじめに

医療は一人一人の患者を対象とし、病気を診断し治療してその人が治ることを助ける。それに対して公衆衛生は、病気と健康を集団として扱い、その社会が健康に向かうことを目指す。この二つのアプローチは、感染症にしても慢性疾患（非感染性疾患：NCDs）であっても、個人の健康に及ぼす環境や社会システムの影響は無視できず補完的関係にある。健康の社会的決定要因（SDH：Social Determinants of Health）を考慮した医療でなければ、患者の行動変容も社会の健康格差の是正も期待できない。そのため医療と公衆衛生という二つの関係は補完的関係というより、保健医療システムの中で行われる個々の医療が公衆衛生に包摂されるといってよい。

日本の医療・歯科医療制度は、1961年以来、国民皆保険制度の中で行われているものであり、その財源には公的資金が投入されている。このような国の医療制度の中で行われる医療には公衆衛生施策の一環としてコントロールされるメカニズムがある。実際、2年ごとに行われる診療報酬改定でも、医療費の総枠と重点課題は政府によって決定される。加えて、口腔と全身の健康との関連を示すエビデンスが蓄積してきたことよって、社会保障制度の安定のための医科歯科連携の重要性が強調され、保健医療政策のなかで医科と歯科がone healthとして位置づけられるようになってきた[1]。

このような観点から、本稿では公衆衛生における歯科医療の役割について考える。

公衆衛生の歴史とNew Public Health

公衆衛生は18世紀から欧州で大きく発展してきた。特に19世紀に入って英国の産業革命の進展によって都市化がもたらす環境の悪化とスラム化が健康に悪影響をもたらすために、人間集団全体を対象とする「public」の概念が生まれ、1848年には英国で公衆衛生法が制定された[2]。

当時日本では、明治政府が欧州使節団を派遣し、西洋医学の導入を含めドイツの制度を取り入れることになった。そして、社会基盤を含む集団を対象とする「Hygiene」の考え方が導入された。これが医学における衛生学の始まりであり、使節団に同行した九州大村藩の藩医であった長与専斎が中心となって医療制度や衛生施策を定めたわが国初めての法律「医政」が1874年に制定された。「Hygiene」を「衛生」と訳したのは、「生命・生活を衛（まもる）」という意味の漢語から長与が採用したものである。

その後、第二次大戦後に米国の占領下で、公衆衛生（学）が導入されることになった。この「Public Health」には、公衆健康（あるいは公衆保健）でなく、「公衆衛生」という訳語が用いられた。

その後、現在までの間に、公衆衛生は、19世紀の感染症の病原体の発見、20世紀前半の寿命の延伸と慢性疾患の増加による生活習慣（ライフスタイル）の改善、そして20世紀後半（1986年）WHOオタワ憲章におけるヘルスプロモーション（HP）というアプローチといったいくつかの転換点を経て現在に至っている。HPはこの中で「個人とコミュニティが健康の決定要因をコントロールし改善することができるようにするプロセス」と定義され、①ヘルスサービスの方向転換、②個人技術の開発、③地域活動の強化、④健康を支援する環境づくり、⑤健康的な公共政策づくり、という活動領域が確認された。この「ヘルスサービスの方向転換」とは、病気の予防と健康づくりのための医療の再設定ということである。その後、集団のみならず個人を対象とし包括的に保健・医療・介護政策やシステムマネージメントも扱うNew Public Healthの考え方が提唱されるようになった[3]。

公衆衛生の定義は、Winslowによるもの（WHO、1949）が広く用いられている。日本口腔衛生学会地域口腔保健委員会からもその定義に基づき、2017年に「公衆衛生とは、社会の、組織的で、保健・医療・介護を含めた包括的な取り組みと努力により、個人、集団および地域レベルの、疾病を予防し、寿命を延長し、健康を効率的に保持増進するための科学であり、技術である。」という提案がなされた[4]。

長寿社会における歯科医療の対象と歯科口腔保健法

長寿は人類の長年の夢の実現であると共に、社会保障費の圧迫など財政上の課題をもたらす。実際、日本の一般会計歳出の過去30年間の比較をみると歳出の内訳で社会保障費のみが増加し1990年11.6兆に対して2019年34.0兆と3倍の伸びを示し、その財源の確保は国債費で賄われているのが現状である。その結果、現在の日本の債務残高は第2次世界大戦時よりも高い[5]。

これ対する現在の国の政策を図１としてまとめた。政策目標はシンプルで、①NCDsの予防と、②フレイル予防・自立支援である。このような健康政策フレームに歯科口腔保健が位置づけられるようになった転機は、2011年の歯科口腔保健の推進に関する法律の制定である。この法律のなかで、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す」と位置づけられた。

国民皆保険制度の中で歯科治療のほとんどがカバーされているわが国では、国民の歯科受診率は高く、国民の約50％は過去１年間に歯科を受診している。その数は一日約130万人であり、月間では約1,900万人にのぼる。この受診理由の中で健診の占める割合は30～40％と推定される[6]。加えて、歯科疾患とNCDsには多くの共通するリスク因子がある。

この特性を踏まえて、現在までの間に、わが国の健康政策における口腔保健の位置づけは健康寿命の延伸と健康格差の縮小に寄与する分野として大きく進展してきた。特に、がん、糖尿病、認知症、メタボリックシンドローム、フレイル予防等の具体的な健康施策の中でも歯科口腔保健が位置づけられるようになっている。

このような施策の中で、医科と歯科という二つの医療の場面で考えた場合、それぞれのスクリーニング体系の構築と共有が必要である。ニーズの概念をもとに歯科医療の対象者を考えた場合、歯科健診（検診）等によって示されるニーズはnormative needである[7]。このうち患者の意思で歯科医療機関を受診（expressed need）した場合に歯科患者となる。歯科疾患のリスクを抱えるものは歯科患者だけにとどまらない。しかも口腔の健康者には、歯科疾患を有しないがNCDsやフレイルのリスクを抱える者も含まれる。

健診（検診）にはその対象となる健康事象に、①公衆衛生上の課題であること、②検出可能なリスク指

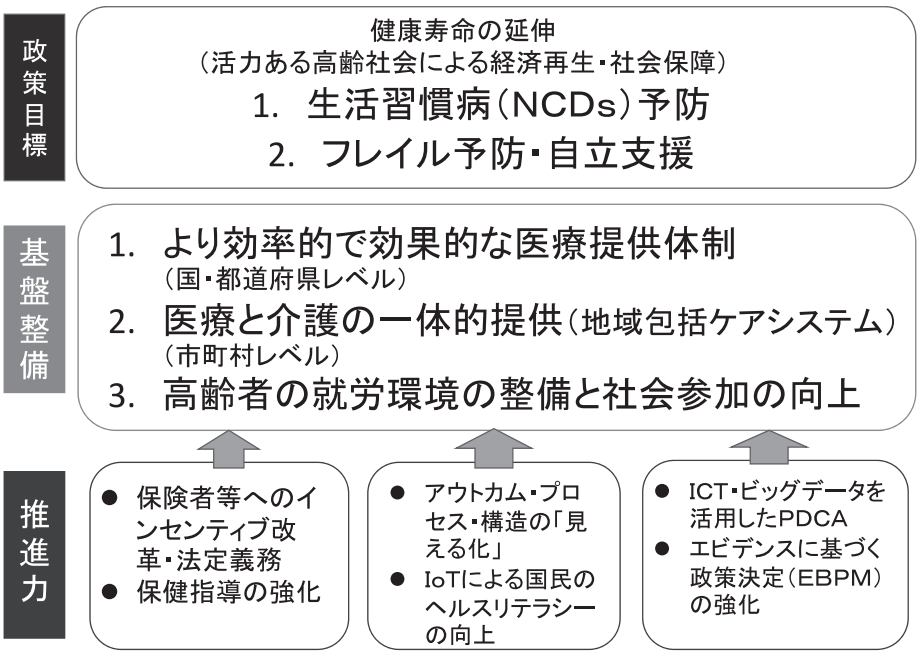

図１　わが国の社会保障制度安定のための政策目標

標があること、③効果的な治療・予防法がありしかも早期介入の効果に対する科学的根拠が明確であることなどの原則が示されている[8]。歯科医療を歯科疾患の予防・重症化予防として公衆衛生上位置づけると共に、感染症、慢性疾患（NCDs）およびフレイルの予防等の健康寿命延伸を目指した公衆衛生に歯科医療を位置づける一層の施策の実施と評価が求められる。

まとめ

わが国の歯科医療機関のほとんどが民間である一方、歯科医療は公的医療保険制度のもとで提供されている。しかも、行政に従事する歯科医師は少なく、地域の歯科医師の多くは学校歯科医をはじめ非常勤公務員としての役割を担い、その組織である歯科医師会は行政の歯科保健事業委託の受け皿になっている[9]。このように地域の歯科臨床医が歯科公衆衛生を担うというわが国の特性の中で、健康寿命の延伸のためのNCDsおよびフレイル予防等集団の健康課題の解決として、公衆衛生の一部に歯科医療を位置づけるNew Public Healthの展開とその専門的な人材育成が必要である。

深井穫博
所長、深井保健科学研究所
Kakuhiro Fukai, D.D.S., Ph.D.
Director, Fukai Institute of Health Science

文　献

1）内閣府．経済財政運営と改革の基本方針2019，2019年
2）多田羅浩三．公衆衛生の思想－歴史からの教訓　医学書院，1999年
3）Tulchinsky TH, Varavikova EA. The New Public Health 3rd Edition, 2014. Elsevier Academic Press, UK
4）日本口腔衛生学会地域口腔保健委員会（委員長深井穫博）．「口腔保健の新定義」に関する動向，口腔衛生会誌　67：306-310，2017
5）財務省：日本の財政関係資料2019年
6）8020推進財団：平成27年度調査研究事業「一般地域住民を対象とした歯・口腔の健康に関する調査研究」報告書，2016
7）深井穫博．歯科保健医療におけるニーズと需要の概念．ヘルスサイエンス・ヘルスケア．2009；9（1）：1-3.
8）厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会．健康診査等専門委員会報告書，2019年8月
9）深井穫博．日本口腔衛生学会が目指す専門医制度，口腔衛生会誌　69：187–188，2019