

委員会報告・提言

## 生活習慣病対策における歯科口腔保健のあり方

～特定健診・標準的質問票に咀嚼に関する質問が組み込まれたことを踏まえて～

日本口腔衛生学会地域口腔保健委員会委員（2021年-2022年）

委員長 深井 稜博  
副委員長 大内 章嗣, 福田 英輝, 岡田 寿朗  
委員 佐々木 健, 安藤 雄一, 小川 祐司, 竹内 研時, 山中 史教,  
小畑 充彦, 長 優子, 田所 大典, 皆川久美子  
オブザーバー 神原 正樹, 宮崎 秀夫, 嶋崎 義浩, 花田 信弘

口腔衛生会誌 72 : 122-129, 2022

### はじめに

特定健診・特定保健指導は、2006年に医療費適正化に向けた制度改革の柱の一つとして生活習慣病対策の推進が打ち出されたことを受け、わが国における中心的な生活習慣病対策として2008年度から開始された。以降、2回の見直しを経て、現在第3期を迎えている。第1～2期（2008～2012 / 2013～2017年度）までは歯科口腔保健の視点や要素が考慮されていたとは言い難く、健診・保健指導はもちろんのこと、企画・評価等においても歯科関係者が関与しづらい状況であった。こうした中、第3期（2018～2023年度）から特定健診の標準的な質問票（図1）<sup>\*1</sup>の設問13に、専門性では歯科関係者に最もアドバンテージがあると言って良い「咀嚼」に関する質問が採用された。

そして、2021年の秋、厚生労働省（以下、厚労省）の「第6回NDBオープンデータ」<sup>\*2</sup>に2018年度の咀嚼に関する質問の回答について集計結果が公表された。この結果は約2,500万人の特定健診受診者によるもので、国民の実態を把握する資料として大変貴重である。

本稿では、第6回NDBオープンデータ<sup>\*2</sup>から公表された2018年度の特定健診における咀嚼に関する質問の結果等の概略を報告する。加えて、生活習慣病対策の中

核となっている特定健診・特定保健指導に咀嚼の視点が取り入れられたことを最大限に活用し、歯科口腔保健対策が生活習慣病対策の中で機能するようになるために必要なことについて提言する。

### 特定健診の受診状況

表1に第6回NDBオープンデータにおいて公表された2018年度における特定健診の受診状況<sup>\*3</sup>を示す。全受診者数は2,940万人で、受診率（実施率）は54.7%であった。受診率を性・年齢階級別にみると、男性では40～50歳代では66～67%で、女性（52～53%）より高率を示したが、65歳以上では性差が認められなかった。この男女の受診率の違いは、事業所の就労者の割合が男性で高いことによるものと考えられる。事業所の就労者は特定健診を職場や職場に近接した施設で勤務時間中に受診できることに加え、事業者を実施義務のある労働安全衛生法に基づく定期健康診断と同時実施されることが多く<sup>\*4</sup>、実質的に事業者からの受診勧奨が比較的強い。一方、被扶養者や自営業など事業所の就労者でない人は医療機関や健診会場まで出向く必要があり、場合によっては受診者本人が健診費用の一部を自己負担することもあるなど、受診へのアクセスが悪い。こうした差異が受診率の性差として反映されたと考えられる。

<sup>\*1</sup> 厚生労働省：標準的な健診・保健指導プログラム【平成30年度版】。2-29。https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155.html (2022年1月25日アクセス)。

<sup>\*2</sup> 厚生労働省：NDBオープンデータ。https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177182.html (2022年1月25日アクセス)。

<sup>\*3</sup> 厚生労働省：2018年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況。https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000173202\_00006.html (2022年1月25日アクセス)。

<sup>\*4</sup> 特定健診では保険者に実施義務が課されている。

	質問項目	回答
1-3	現在、a からcの薬の使用の有無 *	
1	a. 血圧を下げる薬	①はい ②いいえ
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	①はい ②いいえ
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	①はい ②いいえ
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けていますか。	①はい ②いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがある。	①はい ②いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っている。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者)	①はい ②いいえ
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	①はい ②いいえ
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施	①はい ②いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施	①はい ②いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	①はい ②いいえ
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	① 何でもかんで食べることができる ② 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある ③ ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速い。	①速い ②ふつう ③遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	①はい ②いいえ
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	① 毎日 ②時々 ③ ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	①はい ②いいえ
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度	①毎日 ②時々 ③ほとんど飲まない(飲めない)
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合(180ml)の目安:ビール500ml、焼酎(25度)110ml、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	①1合未満 ②1~2合未満 ③2~3合未満 ④3合以上
20	睡眠で休養が十分とれている。	①はい ②いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか。	①改善するつもりはない ②改善するつもりである(概ね6か月以内) ③近いうちに(概ね1か月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている ④既に改善に取り組んでいる(6か月未満) ⑤既に改善に取り組んでいる(6か月以上)
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	①はい ②いいえ

図1 標準的な質問票

〈出典〉厚生労働省：標準的な健診・保健指導プログラム【平成30年度版】。2-29(別紙3)。  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155.html>

表1 特定健診(特定健康診査)の実施状況(2018年度)

年齢階級	男			女			計		
	対象者数	受診者数	実施率	対象者数	受診者数	実施率	対象者数	受診者数	実施率
40～44歳	4,190,570	2,805,518	66.9%	3,901,662	2,034,628	52.1%	8,092,232	4,840,146	59.8%
45～49歳	4,562,681	3,058,712	67.0%	4,299,569	2,265,842	52.7%	8,862,250	5,324,554	60.1%
50～54歳	3,924,379	2,622,382	66.8%	3,770,703	2,011,115	53.3%	7,695,082	4,633,497	60.2%
55～59歳	3,489,831	2,315,662	66.4%	3,426,266	1,806,037	52.7%	6,916,097	4,121,699	59.6%
60～64歳	3,261,689	1,882,333	57.7%	3,384,688	1,598,027	47.2%	6,646,377	3,480,360	52.4%
65～69歳	3,782,435	1,744,082	46.1%	4,162,576	1,862,146	44.7%	7,945,011	3,606,228	45.4%
70～74歳	3,529,596	1,554,623	44.0%	4,036,568	1,835,088	45.5%	7,566,164	3,389,711	44.8%
計	26,741,181	15,983,312	59.8%	26,982,032	13,412,883	49.7%	53,723,213	29,396,195	54.7%

〈出典〉厚生労働省：2018年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況。実施状況の詳細(集計表)No.3。  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000173202\\_00006.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000173202_00006.html)

## NDB オープンデータにおける 咀嚼に関する質問等の概況

### 1. 性差と年齢差

特定健診の結果は、各保険医療機関からのレセプト(診療報酬請求)電子データとともに、厚労省によりNDB(ナショナルデータベース)<sup>1)</sup>として集積されており、性・年齢階級別、地域(都道府県別、二次医療圏別)データがNDBオープンデータ<sup>2)</sup>としてExcelファイルが公開されている。これらのうち、歯科関連の質問項目については、オープンデータを加工した「Excel見える化データ」が国立保健医療科学院のWebサイト<sup>5)</sup>に収録されている。本稿で紹介する特定健診関連のグラフは、これを用いて作成したものである。

図2は咀嚼に関する質問について咀嚼に問題がある人(回答肢「歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある」または「ほとんどかめない」の該当者)の割合を示した全国データである。咀嚼に問題がある人の割合はどの年齢階級でも男性が女性よりも高かった。年齢との関係は、男性では40～64歳では高年齢ほど高割合という直線関係を示すが、65歳以上では横ばいであった。女性では40～64歳では男性と同様、咀嚼に問題がある人の割合は年齢とともに直線的に高くなる傾向を示したが65歳以上ではその傾向が次

第に弱くなっていた。

図3は咀嚼状況が調査されている政府統計である国民健康・栄養調査と国民生活基礎調査の近接する調査年について、それぞれの質問の回答肢から咀嚼に問題のある人の割合を性・年齢階級別に示したものである。特定健診の結果(図2)とは異なり、咀嚼に問題のある人の割合と年齢との関係はほぼ直線的である。この違いは、特定健診の受診者層が60歳前後を境に異なるためと考えられる。特定健診受診者は、男性の場合、64歳未満では就労者の割合が多く、前述したように受診アクセスが

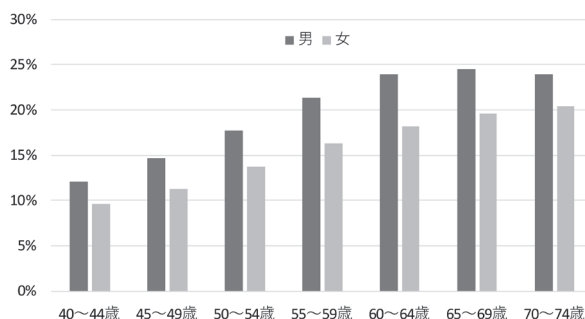
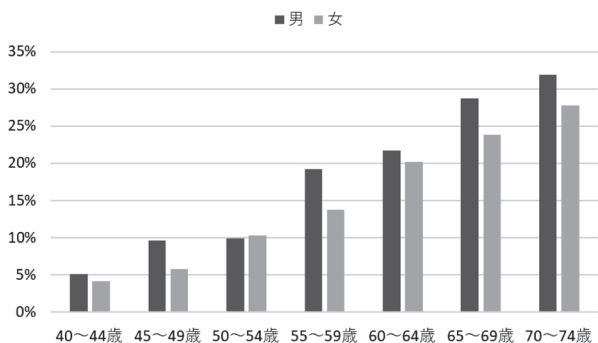


図2 咀嚼に問題がある人の割合<sup>[注]</sup>(2018年度, NDBオープンデータ)

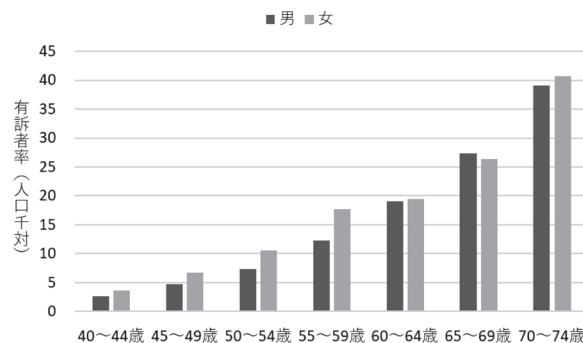
[注] 回答肢「歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある」または「ほとんどかめない」の該当者の割合

### 国民健康・栄養調査 (2017年)



質問「かんで食べるときの状態について、あてはまる番号を1つ選んで○印をつけて下さい」の回答肢 [1.何でもかんで食べることができる, 2.一部かめない食べ物がある, 3.かめない食べ物が多い, 4.かんで食べることはできない] の2～4の回答者を「咀嚼に問題のある人」とした。

### 国民生活基礎調査 (2019年)



質問「あなたはここ数日、病気やけがなどで具合の悪いところ(自覚症状)がありますか」の回答肢 [1.ある, 2.ない] のうち「1.ある」の回答者に対する補問「それはどのような症状ですか。当てはまる症状名の番号に○をつけてください。(後略)」に関する42の回答肢のうち「26かみにくい」を選んだ者を「咀嚼に問題のある人」とした。

図3 国民健康・栄養調査(2017年)と国民生活基礎調査(2019年)における「咀嚼に問題のある人」の割合(40～74歳, 性・年齢階級別)

<sup>1)</sup> 国立保健医療科学院: 歯科口腔保健の情報提供サイト(通称: 歯っどサイト) - [Excel見える化] NDBオープンデータ, <https://www.niph.go.jp/soshiki/koku/oralhealth/data8.html> (2022年1月25日アクセス), [h21-houkoku.html](https://www.niph.go.jp/soshiki/koku/oralhealth/data8.html) (2022年1月25日アクセス)。

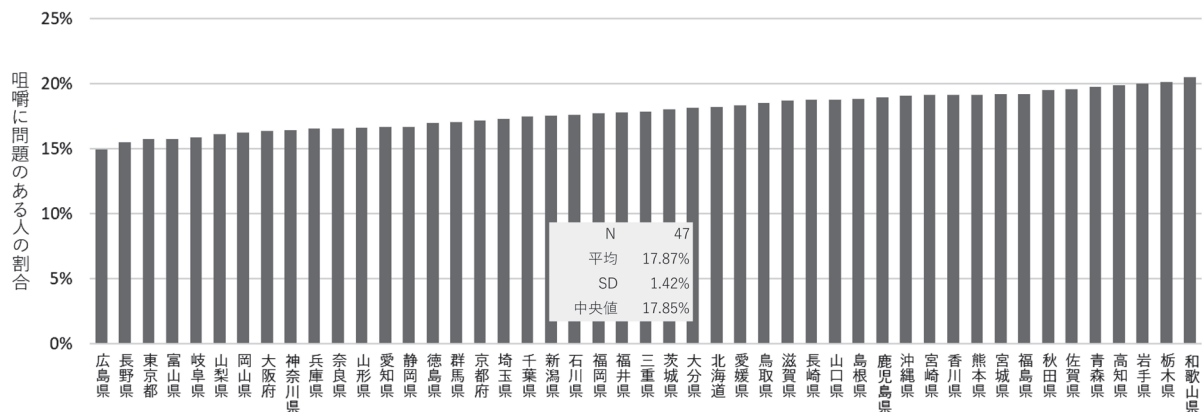


図4 咀嚼に問題のある人<sup>[注]</sup>の割合（2018年度，40～74歳，男女計，都道府県別：昇順ソート）

【注】回答肢「歯や歯ぐき，かみあわせなど気になる部分があり，かみにくいことがある」または「ほとんどかめない」の該当者の割合

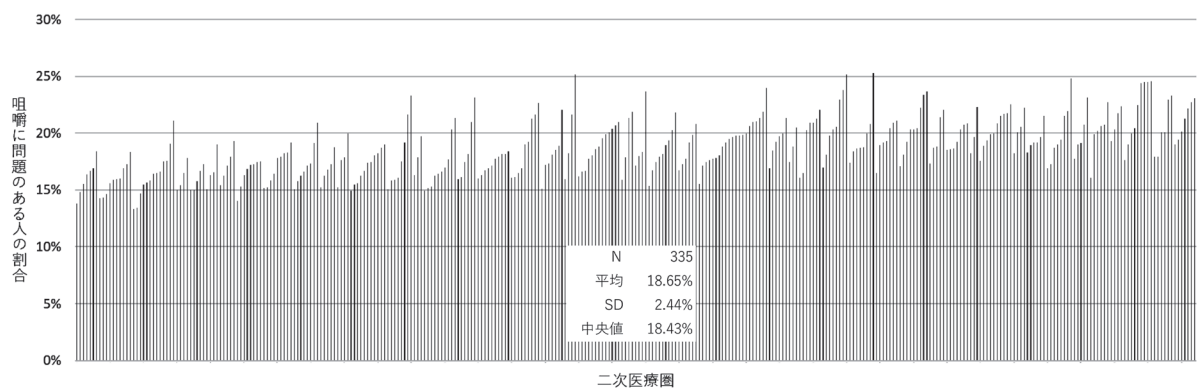


図5 咀嚼に問題のある人<sup>[注]</sup>の割合（2018年度，40～74歳，男女計，都道府県・二次医療圏別：昇順ソート）

【注】回答肢「歯や歯ぐき，かみあわせなど気になる部分があり，かみにくいことがある」または「ほとんどかめない」の該当者の割合

整っているため，関心の低い層も受診する一方，65歳以上では非就労者が大半となり特定健診を受診するために外出するというハードルが生じ，受診者が関心の高い層に偏りやすくなる。そのため，図2では，とくに男性の場合，健康に関心の低い層が64歳未満では比較的多く，65歳以上では少ないことが反映された結果と考えられる。女性の場合も同様のことが考えられるが，年齢による就労状況の差異が男性ほど顕著ではないことが緩やかな年齢差として反映したと考えられる。国民健康・栄養調査と国民生活基礎調査は，世帯を対象として調査が行われ，事業所が介在しないので，特定健診で考察した非就労期の男性における選択バイアスが生じにくいいため，咀嚼に問題のある人の割合と年齢との関係が直線的に表れたと考えられる。

男性で咀嚼に問題のある人の割合が高かったのは，男性は女性に比べて自ら調理する人の割合が少なく<sup>\*6</sup>，調理スキルも低いので，硬い食材を調理により柔らかくして咀嚼負荷を軽減するといった対処法<sup>2)</sup>をとりづらいためではないかと考えられる。

## 2. 地域差

図4は，図2と同じデータソース<sup>\*2.5</sup>を用い，咀嚼に問題がある人の割合（全年齢・男女計，補正なし）を都道府県別に昇順ソートしたものである。都道府県を単位とした平均値±標準偏差は17.9%±1.4%，中央値は17.8%で，レンジ（最小値と最大値の差）は5.5ポイントであった。

図5は，図4において昇順ソートされた都道府県をさらに二次医療圏別に昇順ソートしたもので，各都道府県

\*6 クックパッド株式会社：おうちごはん白書，[https://info.cookpad.com/pr/news/press\\_2017\\_0309](https://info.cookpad.com/pr/news/press_2017_0309)（2022年1月25日アクセス）。

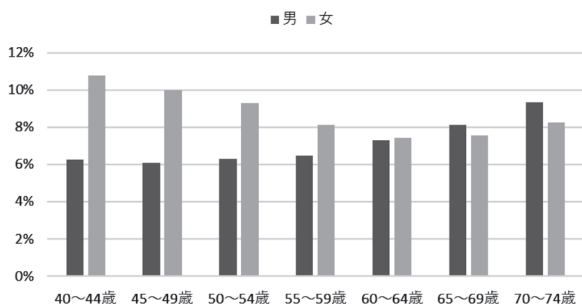


図6 食べる速さが「遅い」人の割合 (2018年度, NDBオープンデータ)

における二次医療圏別にみたレンジの平均値±標準偏差は5.2±1.8ポイントと都道府県間のレンジ(図4)とほぼ等しく、都道府県内に地域差が内在していることが読み取れる。なお、二次医療圏単位でみた平均値±標準偏差は18.7%±2.4%、中央値は18.4%で、レンジは12.0ポイントであった。

### 3. 食べる速さが「遅い」について

図6は、第1～2期の段階で既に標準的な質問票に採用されていた食べる速さに関する質問(図1の設問14)に「遅い」と回答した人の割合を示したもので、データソース<sup>\*2,5</sup>は図2、4～6と同様である。男女で傾向が異なり、女性では若い年齢層ほど高値を示したが、男性では高齢層ほど高値を示した。2009年の国民健康・栄養調査では質問紙により食べる速さが調査され、歯の本数が少ない群では「遅い」が男女とも高割合を示すことが報告されている<sup>\*7</sup>。よって食べる速さが「遅い」という結果には歯の喪失による咀嚼機能低下が反映していると考えられる。図6の男女による傾向の差異は、調理スキルの男女差、すなわち、自ら食事づくりを行うことが多い女性は咀嚼機能の低下を調理で緩和するという対処行動<sup>2)</sup>をとりやすいのに対し、男性では咀嚼機能の低下が直接的に食べる速さの遅さとして現れやすいことによると考えられる。

「食べる速さ」については、速食いが肥満<sup>3,4)</sup>、メタボリックシンドローム<sup>5,6)</sup>、糖尿病<sup>7,8)</sup>のリスクであることが知られていることから、特定保健指導の場などでは「速

い」と回答した人に注意を払う必要があるが<sup>\*8</sup>、図6は、「遅い」と回答した人の中には、咀嚼機能低下により食べる速さが遅くなっている人が含まれていることを見過ぎさないよう、注意が必要があることも示唆している。

### 特定健診データの特徴と「データヘルス」

ここまで特定健診の標準的な質問票の中で歯科口腔保健との関連が強い2つの質問について全国レベルの回答状況(図2, 図4～6)を例示してきた。これらのデータ、すなわち特定健診を通じて得られたデータは、統計法に基づいて行われる各種全国調査等と決定的に異なる点がある。

通常の全国調査は国が自治体(都道府県、市区町村)に委託して行う場合がほとんどであるが、データ分析は国の所管業務であり、特別の場合を除いて調査に協力した自治体がデータ分析を行うことはない。しかしながら、特定健診のデータは実施主体である各保険者が分析することができる。「…できる」というより「対策を講じるための適切なデータ分析」すなわち「データヘルス」<sup>\*9</sup>が実施主体である保険者に求められているというべきであり、本質問を用いたデータ分析結果を活用した事例も現れ始めている<sup>\*10</sup>。

行政の場合、「データヘルス」は国保関連業務を取り扱う部署が担当することが多く、ヘルス担当の部署との連携が重視されている<sup>\*11</sup>。歯科保健業務の担当者は、特定健診・特定保健指導に関わっていない場合が多く<sup>9)</sup>、自身が本来業務として直接データを扱える立場や環境でない職務に就いていることが多いので、特定健診・特定保健指導を直接担当する者やその上司等の理解を求めたり、歯科医師会や歯科衛生士会などから行政にアプローチしてデータ分析を要望してもらった段取りを整える等、歯科関係者と国保関係者でもある行政とが協調して進めることが必要である<sup>10)</sup>。

### 「生活習慣病」という用語について

ここで「生活習慣病」という用語について考察する。「生活習慣病」は明確な定義のある学術用語ではなく、

<sup>\*7</sup>厚生労働省：平成21年国民健康・栄養調査報告 第3部 生活習慣調査の結果 第83表の2, <https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyou/h21-houkoku.html> (2022年1月25日アクセス)。

<sup>\*8</sup>日本歯科医師会：「歯科」からのメタボ対策, <https://www.jda.or.jp/metabolic/> (2022年1月25日アクセス)。

<sup>\*9</sup>厚生労働省：医療保険者によるデータヘルス/予防・健康づくり,

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/hokenjigyuu/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/hokenjigyuu/index.html) (2022年1月25日アクセス)。

<sup>\*10</sup>アルークワーク仙台：「食べ物を「よく噛むこと」「噛めること」の効果」-「アルークのはじめの一步は歯と口の健康から」,

<http://aru-kuworksendai.jp/> (2022年1月25日アクセス)。

<sup>\*11</sup>国立保健医療科学院：地方自治体における生活習慣病関連の健康課題把握のための参考データ・ツール集：都道府県医療費適正化計画推進のためのデータ活用マニュアル(完全版), <https://www.niph.go.jp/soshiki/07shougai/datakatsuyou/> (2022年1月25日アクセス)。

行政用語であり<sup>11)</sup>、多義的に用いられる。

この用語は1996年に厚生省公衆衛生審議会が提唱したもので<sup>12)</sup>、それまで用いられていた「成人病」に代わって広く用いられるようになった。同審議会が示した生活習慣病のなかには歯周病が例示されていた。特定健診・特定保健指導の場合、この根拠法である「高齢者の医療から確保に関する法律（高確法）」の施行令で、「生活習慣病は、高血圧症、脂質異常症、糖尿病その他の生活習慣病であって、内臓脂肪（腹腔内の腸間膜、大網等に存在する脂肪細胞内に貯蔵された脂肪をいう。）の蓄積に起因するものとする。」とされ、メタボリックシンドローム関連の疾患およびその先にある循環器系の疾患のみが生活習慣病とされている。特定健診・特定保健指導の対象となる生活習慣病の範囲を法律上で線引きしたに過ぎないと解釈できるが、これにより、生活習慣病の定義が、公衆衛生審議会<sup>12)</sup>によるものと高確法上のものと、事実上「二重基準」<sup>13,12)</sup>となった。加えて、特定健診・特定保健指導導入を契機に、「メタボ」という言葉が人口に膾炙するようになった影響もあり、高確法上の定義が一般化され、「歯科疾患は生活習慣病ではなくなった」といった誤解も生じているが、この法令上の定義によれば「がん」も生活習慣病に含まれていない。歯科の二大疾患であるう蝕と歯周病やがんの多くは、その病因からみて紛れもない生活習慣病である。

しかしながら現状として、「歯科保健は生活習慣病対策とは別物」というイメージを抱いている保健関係者は数多いと考えられる。歯科口腔保健対策がメタボ関連の生活習慣病対策につながることを周知する必要性が高いといえる。

なお、生活習慣病に類似する概念としてNCDs（非感染性疾患、Non Communicable Diseases: NCDs）がある。NCDsは国際的に重視されている概念で、「生活習慣病」を重要な構成要素としつつ、「生活習慣病」より広い概念とされている<sup>14,11)</sup>。「健康日本21（第2次）の推進に関する参考資料」<sup>15)</sup>の巻末に記されている「（参考）健

康日本21（第2次）の基本的方向及び目標」では「②生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底」に「NCDの予防」が並記されている。また厚生省の生活習慣病予防のための健康情報サイトであるe-ヘルスネットの「生活習慣病とは？」<sup>14)</sup>でも前述した公衆衛生審議会の定義<sup>12)</sup>と並んでNCDsが紹介されている。

## コモンリスクアプローチによる展開

わが国の成人保健における歯科の現状は、健診等の事業実施根拠となる法的基盤が弱い<sup>13)</sup>こともあり、孤立していると言わざるを得ない状況<sup>14,15)</sup>が続いている。2011年の歯科口腔保健法の施行で法的基盤が強化されたとはいえ、孤立状態を解消するには、歯科関係者と他職種の連携や歯科口腔保健事業と他分野事業との一体的実施など、現場での具体的な活動事例を地道に積み重ねていく必要がある。このためにはコモンリスクアプローチの概念<sup>16-18)</sup>に基づく展開を推進していくことが重要である。

う蝕と歯周病に代表される歯科疾患とがん、循環器疾患、糖尿病等の医科疾患のコモンリスクファクター（共通危険因子）として、「喫煙」と「（三食および間食からの）糖質摂取」がある。前者は「習慣的な喫煙」として、また後者は「間食や甘い飲み物の摂取」として、従前から特定健診の標準的質問票（図1）に採用されている。

喫煙については、本学会でも、禁煙推進委員会を中心にWHO（世界保健機関）が推奨する歯科診療での新たな禁煙支援法のeラーニングの機会を提供しており<sup>16)</sup>、今後、歯科医療機関と禁煙補助薬の処方を行う医科医療機関の連携により禁煙支援のネットワークが厚みを増すことが期待されている。

糖質摂取については、WHOが2015年に砂糖が肥満とう蝕のコモンリスクファクターと捉えたガイドライン<sup>17)</sup>を公表しているが、これを受けた国内の動きはまだ少ないようである。近年、歯科医院受診者の間食による糖質摂取の頻度と量の全体像を把握するスナッキング

<sup>12)</sup> 厚生省：生活習慣に着目した疾病対策の基本的方向性について（意見具申）、<http://www1.mhlw.go.jp/houdou/0812/1217-4.html>（2022年1月25日アクセス）。

<sup>13)</sup> 総研いのちとくらし：二本木の医療経済・政策学関連ニュースレター（通巻158号）、<https://www.inhcc.org/jp/research/news/niki/20170901-niki-no158.html>（2022年1月25日アクセス）。

<sup>14)</sup> 山岸良臣：生活習慣病とは？。e-ヘルスネット、<https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/metabolic/m-05-001.html>。厚生労働省（2022年1月25日アクセス）。

<sup>15)</sup> 厚生労働省：（参考）健康日本21（第2次）の基本的方向及び目標。健康日本21（第2次）の推進に関する参考資料。155頁、[https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21\\_02.pdf](https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_02.pdf)（2022年1月25日アクセス）。

<sup>16)</sup> 日本口腔衛生学会：お知らせ、<http://www.kokuhoken.or.jp/jsdh/news/>（2022年1月25日アクセス）。

<sup>17)</sup> World Health Organization: Guideline: sugars intake for adults and children, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549028>（2022年1月25日アクセス）。

カード<sup>\*18,19</sup>という教材が開発され、糖類の適正摂取に向けた保健指導に活用している事例が報告されている。糖類の適正摂取は昔から歯科口腔保健対策における中心課題の一つと言えるが、他職種と協働したコモンリスクアプローチによる新たな対策の検討が望まれる。

### 咀嚼の視点を取り入れた生活習慣病対策の必要性

特定健診・標準的質問票に咀嚼の質問が加わり、特定健診・保健指導関係者である保険者、保健師、管理栄養士等と歯科関係者が情報共有できるようになったことは、歯科口腔保健につながる新たな経路（ルート）が開けたことを意味し<sup>19</sup>、咀嚼を通じたコモンリスクアプローチを可能にする環境整備の一環と捉えることができる。特定健診の受診者数は3千万人弱（表1）で、歯周病検診の受診者数（35万人：2018年度）<sup>\*20</sup>の100倍近くにのぼることを考えると、影響の及ぶ範囲が一気に拡大する好機到来と捉えるべきであろう。

特定健診における標準的な質問票の咀嚼に関する質問の保健指導での活用方法については、日本歯科医師会により「「歯科」からのメタボ対策」<sup>\*8</sup>と題して作成されたリーフレットと解説資料において、咀嚼機能が不十分だと食生活に悪影響を及ぼしメタボ関連の生活習慣病のリスクを高めること等、特定保健指導の担当者（主に保健師・管理栄養士）に向けた内容が示されている。

現場では、咀嚼が生活習慣病対策における柱の一つとして、特定健診・特定保健指導においてさまざまな対策が講じられている事例も存在する<sup>\*21,22</sup>。咀嚼機能改善に向けたサポートとして、咀嚼機能の低下が疑われる特定保健指導対象者に対して歯科衛生士が保健指導を行う場の設定、歯科医療機関への受診勧奨、歯周病検診事業との連携（受診勧奨）などがあり、これらについてできることから着手していくことが肝要であろう。

また、被保険者が生活習慣病改善のために利用できる資源の充実（横展開）を図ることも考えられる。実際、歯科診療所が健診や治療のみならず、特定保健指導その

ものの受け皿となるという萌芽的な取り組みも始まっている<sup>20</sup>。

### おわりに一歯科口腔保健の新たな立ち位置の獲得に向けた提言

健康日本21（第二次）における「歯・口腔の健康」は、栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙と並んで国民の健康増進の基本要素の一つであり、生活習慣の改善（リスクファクターの軽減）が重要とされている（図7）<sup>\*23</sup>。

生活習慣病対策の中核である特定健診・特定保健指導の第2期まで歯科口腔保健の視点・要素が希薄であったことは、生活習慣病対策における歯科口腔保健が総論賛成のレベルにとどまっていたことを意味するが、その状

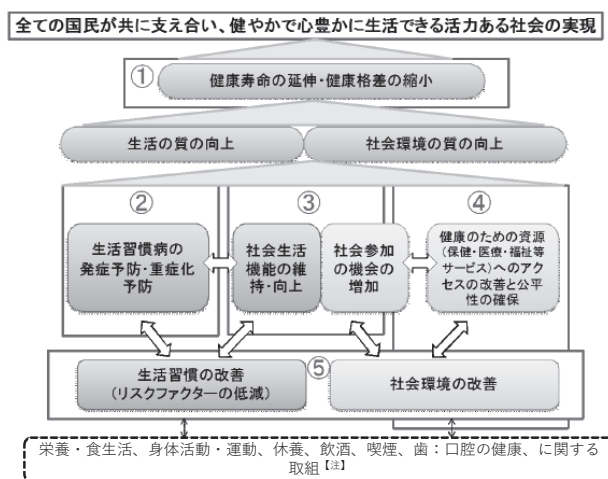


図7 健康日本21（第2次）の概念図<sup>\*23</sup>

【注】<sup>\*23</sup>の資料中の概念図の最下段の点線の枠内には「次期国民健康づくり運動による具体的な取組」と記されていたが、本図では「次期国民健康づくり運動」である「健康日本21（第2次）」の具体的な取組である「栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙、歯：口腔の健康、に関する取組」に差し替えた。

<sup>\*18</sup> 関西ウェルビーイングクラブ：スナッキングカード、<https://www.kansai-wellbeing.com/snacking-card/>（2022年1月25日アクセス）。

<sup>\*19</sup> 関西ウェルビーイングクラブ：スナッキングカードによる間食指導の見える化（第66回日本栄養改善学会学術総会，自由集会），<https://pcojapan.jp/kaizen66/meeting.html>（2022年1月25日アクセス）。

<sup>\*20</sup> 厚生労働省：平成30年度地域保健・健康増進事業報告の概況－結果の概要－健康増進編，<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/c-hoken/18/index.html>（2022年1月25日アクセス）。

<sup>\*21</sup> 安藤雄一，富永一道，土崎しのぶ：鳥根県邑南町における特定健診・特定保健指導に導入されている歯科関連プログラムの事例報告～研究成果を活かした事業化～。生活習慣病の発症予防に資するための歯科関連プログラムの開発とその基盤整備に関する研究（平成26年厚生労働科学研究委託費循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策実用化研究事業報告書），<https://www.niph.go.jp/soshiki/koku/oralhealth/kks/main/document.html>（2022年1月25日アクセス）。

<sup>\*22</sup> 厚生労働省：第121回：市町村職員を対象とするセミナー「歯科口腔保健の推進について」；邑南町：「保険者と地元歯科医師の連携による歯科口腔保健の取り組み」，<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000133983.html>（2022年1月25日アクセス）。

<sup>\*23</sup> 厚生労働省：健康日本21（第2次）の概念図。健康日本21（第二次）の推進に関する参考資料，18頁，[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/kenkou/kenkouinippon21.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kenkouinippon21.html)（2022年1月25日アクセス）。

況は2018年度からの第3期改定により変化したと言える。

歯科関係者は狭い意味での歯科口腔保健の枠内に閉じこもるべきではない。成人期の生活習慣病予防、高齢期の低栄養防止や誤嚥性肺炎予防等、からだ全体を俯瞰し、その中で実質的には生活習慣病に含まれるう蝕や歯周病の予防や口腔健康管理（口腔衛生管理、口腔機能管理）を位置づけるという視点で、健康づくりの関係者や各種セクターへ歯科口腔保健の意義や重要性をアピールすることが重要である。本稿では、

・データヘルスへの参画（「特定健診データの特徴と「データヘルス」の項）

・コモンリスクアプローチの実践（「コモンリスクアプローチによる展開」の項）

・咀嚼機能改善に向けたサポート（「咀嚼の視点を取り入れた生活習慣病対策の必要性」の項）

について提言を行った。これらを実践していくことにより、歯科口腔保健は健康づくりの中で孤立することなく、従前とは異なる新たな立ち位置で健康寿命の延伸に向けたアプローチの展開が期待できる。

## 文 献

- 1) 藤森研司：レセプトデータベース（NDB）の現状と活用に関する課題。医療と社会 26：15-24, 2016.
- 2) 富永一道，安藤雄一：地域在住高齢者における食事づくりの実践別にみた栄養摂取と咀嚼との関連。口腔衛生会誌 63：328-336, 2013.
- 3) Otsuka R, Tamakoshi K, Yatsuya H et al.: Eating fast leads to obesity: Findings based on self-administered questionnaires among middle-aged Japanese men and women. J Epidemiol 16: 117-124, 2006.
- 4) Maruyama K, Sato S, Ohira T et al.: The joint impact on being overweight of self reported behaviours of eating quickly and eating until full: cross sectional survey. BMJ 337: a2002, 2008.
- 5) Saito M, Shimazaki Y, Nonoyama T et al.: Number of teeth, oral self-care, eating speed, and metabolic syndrome in an aged Japanese population. J Epidemiol 29: 26-32, 2019.
- 6) Fushida S, Kosaka T, Nakai M et al.: Lower masticatory performance is a risk for the development of the metabolic syndrome: The Suita Study. Front Cardiovasc Med 26; 8: 752667, 2021.
- 7) Sakurai M, Nakamura K, Miura K et al.: Self-reported speed of eating and 7-year risk of type 2 diabetes mellitus in middle-aged Japanese men. Metabolism 61: 1566-1571, 2012.
- 8) Kudo A, Asahi K, Satoh H et al.: Fast eating is a strong risk factor for new-onset diabetes among the Japanese general population. Sci Rep 9: 8210. doi: 10.1038/s41598-019-44477-9, 2019.
- 9) 安藤雄一，岩瀬達雄，高澤みどりほか：全国の市区町村および都道府県型保健所における歯科保健担当者のプロフィールと業務実態。保健医療科学 63：139-149, 2014.
- 10) 筒井昭仁，深井稜博：8020 運動推進のためのアドボカシー，日本健康教育学会誌 25：115-117, 2017.
- 11) 辻 一郎：生活習慣病の概念，In「社会・環境と健康」（古野純典ほか編）改訂第5版，南江堂，東京，2017，118-119頁。
- 12) 二木 立：地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク，勁草書房，東京，第2版，2019，154-156頁。
- 13) 大内章嗣：歯科口腔保健法・条例の概要と今後の歯科口腔保健対策。日本健康教育学会誌 21：62-69, 2013.
- 14) 安藤雄一：NCDs 予防 生活習慣病 成人保健における「歯科の孤立」解消に向けたキーワードとして。歯界展望 127：998-999, 2016.
- 15) 井手玲子，加藤 元，安藤雄一ほか：職域におけるオーラルヘルスプロモーション（産業歯科保健活動）のあり方に関する研究。平成16年度8020公募研究報告書，8020推進財団，東京，2005，55-74頁。
- 16) Sheiham A, Watt RG: The common risk factor approach: A rational basis for promoting oral health. Community Dent Oral Epidemiol 28: 399-406, 2000.
- 17) Watt RG: Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. Bull World Health Organ 83: 711-718, 2005.
- 18) 川口陽子：タバコ対策からコモンリスクファクター対策へ。The Quintessence 35：110-111, 2016.
- 19) 安藤雄一：歯科と咀嚼と「かむ」・「かめる」。日咀嚼会誌 30：28-30, 2020.
- 20) 深井稜博：生活習慣病対策の場としての歯科診療室。口腔衛生会誌 72（増刊号）：2022（印刷中）。