

## 都道府県における歯科保健条例の制定が歯科保健事業予算に与えた影響

田村 光平<sup>1,3)</sup>, 堀江 博<sup>2)</sup>, 今村 知明<sup>3)</sup>

### Impact of Enactment of Oral Health Ordinances by Prefectures on their Budgets

Kohei Tamura<sup>1,3)</sup>, Hiroshi Horie<sup>2)</sup>, Tomoaki Imamura<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup> 葛飾区保健所健康推進課, <sup>2)</sup> 奈良県健康福祉部健康づくり推進課, <sup>3)</sup> 奈良県立医科大学健康政策医学講座

キーワード：歯科保健条例、歯科保健事業、予算、都道府県、8020運動

#### 要 旨

目的：都道府県の歯科保健事業予算を調査し、歯科保健条例の制定前後における変化を予算面から検証した。

方法：都道府県に対し、2008～2012年度の歯科保健事業について、担当者の職種、事業内容および予算額、歯科保健計画の策定状況などを調査した。歯科保健条例を制定した26道県について、条例の制定前後における予算の変化を分析した。

結果：担当者の職種は、5年間の平均で歯科医師が42%と最も多く、次いで歯科衛生士の27%であった。財源は8020運動推進特別事業費補助金が主であったが、その割合は徐々に低下していた。歯科保健条例を制定した26道県のうち、19道県で条例制定翌年度の予算が増額されていた。

考察：歯科保健条例を制定した道県では、翌年度に予算が増額されている道県が多かった。しかし、翌々年度は減額されている道県が多く、恒常的な予算の確保は難しい状況がみられた。予算の確保には、都道府県歯科医師会や大学による継続的な働きかけが不可欠であると考えられた。

#### はじめに

わが国では、これまで生涯を通じた歯科口腔保健を推進するための基本的な法律が存在しなかったが、2011年8月に「歯科口腔保健の推進に関する法律」（以下、歯科口腔保健法）<sup>1)</sup>が制定・施行

され、2012年7月に「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項」<sup>2)</sup>が大臣告示されるなど、歯科口腔保健を推進するための法的基盤が整備されてきている。こうした国の動きを受けて、都道府県でも歯科口腔保健推進体制の整備と事業に携わる人材の育成が求められている。

都道府県では、2008年7月に新潟県が全国で初めて「新潟県歯科保健推進条例」<sup>3)</sup>を制定して以降、歯や口腔の健康づくりに関する条例（以下、条例）が続々と制定されており、2013年12月現在で38道府県が条例を制定している<sup>4)</sup>。また、市町村でも条例を制定する動きが盛んになってきている。条例を制定した道府県では、条例に基づい

#### 【著者連絡先】

〒125-0062 東京都葛飾区青戸4-15-14  
葛飾区保健所健康推進課  
田村光平  
TEL：03-3602-1268 FAX：03-3602-1298  
E-mail：ku-tamura@city.katsushika.lg.jp

て歯科保健に対する積極的な事業展開が行われていると考えられるが、地方公共団体における歯科保健事業の内容および予算措置状況について分析した研究は少ない<sup>5-9)</sup>。

これまで都道府県では、2000年度に開始された国庫補助事業の8020運動推進特別事業を中心に、地域の特色を生かした個性的な歯科保健事業が数多く実施され、地域歯科保健の推進に大きく貢献してきた。しかし、8020運動推進特別事業の実施報告を都道府県から受けている厚生労働省では、事業内容の取りまとめや事業の評価、参考となる事業の紹介といった、都道府県の歯科保健の推進に資するような取組は積極的には行われていないのが現状である。

都道府県の歯科保健事業は、各都道府県の政策に基づいて方向性が決められており、年度によって予算配分は変化している。中でも、条例を制定した道府県では、歯科保健事業の明確化や重点化が行われ、条例の制定後に関連予算が増額されている可能性が高く、歯科保健施策に対する都道府県の取組具合を示す指標の一つとなると考えられる。本研究は、これまで把握されてこなかった都道府県の歯科保健事業予算を整理するとともに、条例の制定前後における歯科保健推進体制の変化を、事業予算の面から検証することを目的に実施した。

## 方 法

都道府県に対して、2008～2012年度の歯科保健事業の事業内容および当初予算の獲得状況について、自記式のアンケート調査を実施した。2012年11月上旬に都道府県の歯科保健担当課に調査依頼文を郵送で送付した。その後、都道府県の歯科保健事業担当者から受信した電子メール宛てにエクセル形式の調査票を送信し、電子メールにより調査票を回収した。

主な調査項目は、各年度における歯科保健事業担当者の職種、歯科保健事業内容および事業に係る予算額、事業の委託先とその予算額、条例の制定および歯科保健計画（以下、計画）の策定状況

である。歯科保健事業については、8020運動推進特別事業費補助金（以下、8020補助金）、一般財源、その他の財源に分け、千円単位で予算額を把握した。予算額は当初予算を回答してもらい、補正予算は調査しなかった。個々の事業については、同じく蝕予防を目的とした事業でも、乳幼児を対象としたものは母子歯科保健に、児童を対象としたものは学校歯科保健に分類するというように、目的別と対象別に分けて調査した。

なお、歯科医療費および歯科医療施設整備費等の歯科医療関連事業は、予算が高額になりやすく、施設の設置および改修前後の年度では金額が大きく上下するほか、条例の趣旨とは異なる事業である。このため、在宅歯科医療連携室整備事業、歯科医療安全管理体制推進特別事業、在宅歯科診療設備整備事業、歯科衛生士養成所への補助金、障害者歯科医療施設への補助金等について、本研究では都道府県の歯科保健事業予算に含めなかった。

集計に際しては、調査票から得られたデータのほか、2010年国勢調査<sup>10)</sup>の都道府県人口および全国知事会が発行している「都道府県展望」<sup>11)</sup>の都道府県当初予算額（百万円単位）を用いて、都道府県の歯科保健事業予算の特徴を把握した。また、条例を制定した道府県については、条例の制定前後における予算措置状況の変化に関して分析を行った。

倫理的配慮として、本研究は、奈良県立医科大学の医の倫理委員会の承認を得た後に実施した（2012年10月30日付承認、承認番号577）。都道府県には書面にて調査の趣旨を説明し、調査票の返信をもって調査に同意したとみなした。回答は、福島県、愛知県、京都府を除いた44都道府県から得られた（回収率：93.6%）。

## 結 果

### 1. 歯科保健事業担当者の職種

担当者の職種は、2008～2012年度の5年間の平均で、歯科医師が41.9%と最も多く、次いで歯科衛生士の27.1%であった（図1）。保健師および

都道府県における歯科保健条例の制定が歯科保健事業予算に与えた影響

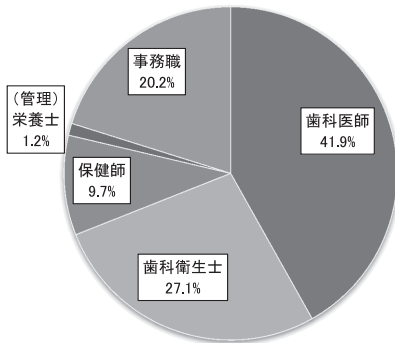


図1 歯科保健事業担当者の職種割合 (2008～2012年度の平均)

(管理) 栄養士を含めた技術系職員が約8割を占めていた。質問で、担当者の人数は調査していなかったが、回答から、北海道と東京都は3名で、新潟県、岐阜県、静岡県は2名で担当していた。また、千葉県と神奈川県は、条例を制定した翌々年度に2名になっていた。歯科専門職以外が歯科保健事業を担当していた場合に、同じ課に歯科専門職が配置されていたかについては、5年間の平均で38.1%で歯科医師が配置されていた。

## 2. 都道府県の歯科保健事業予算

### 1) 財源

財源は、8020補助金および一般財源が多くを占めていたが、8020補助金の割合は徐々に低下し、その他の財源の割合が増加していた(表1)。特に、2012年度は当該補助金への依存度が大きく低下し、2011年度の半額以下になっていた。その他の

財源には、ふるさと雇用再生特別基金事業、緊急雇用創出事業、地域医療再生基金事業、長寿社会づくりソフト事業費交付金、介護保険事業費補助金、難病特別対策推進事業費などがあった。

### 2) 事業目的別および事業対象別の予算割合

事業目的別の予算割合について、5年間の平均でみると、歯周疾患予防に関する予算が最も多く、20.4%を占めていた(図2)。う蝕予防(13.9%)と口腔ケア(14.0%)に関する予算は同程度であり、食育支援に関する予算は2.7%と少なかった。

事業対象別の予算割合について、5年間の平均でみると、体制整備に関する予算が16.8%と最も多く、次いで障害者(児)歯科保健に関する予算(13.4%)が多かった(図3)。産業歯科保健に関してはほとんど取組が行われていなかったが(0.2%)、その他の項目についてはあまり予算の偏りが見られなかった。

### 3) 都道府県ごとの特徴

都道府県の歯科保健事業予算は、5年間の平均でみると、3,940千円の山形県から64,048千円の東京都まで幅広く分布しており(図4)、年度ごとの平均額は15,959～20,027千円であった(表1)。2011年度の三重県のみ1億円を越えていたが(110,628千円)、これは緊急雇用創出事業を活用し、歯科衛生士の再就職支援事業に90,920千円を計上していたためであった。

歯科保健事業予算に占める一般財源の額は、10万円前後の県がある一方で、最も多い東京都では

表1 歯科保健事業予算の財源と予算額(千円)

	2008年度		2009年度		2010年度		2011年度		2012年度	
8020運動推進特別事業費補助金	403,411	57.4%	405,049	57.7%	417,047	54.8%	425,263	48.3%	205,252	26.8%
一般財源	265,987	37.8%	262,424	37.4%	266,888	35.0%	300,594	34.1%	381,776	49.8%
その他の財源	33,411	4.8%	34,710	4.9%	77,786	10.2%	155,340	17.6%	179,013	23.4%
予算額の合計	702,809	100.0%	702,183	100.0%	761,721	100.0%	881,197	100.0%	766,041	100.0%
うち委託料	418,671	59.6%	447,228	63.7%	475,539	62.4%	580,945	65.9%	451,461	58.9%
予算額の平均	16,344	—	15,959	—	17,312	—	20,027	—	17,410	—

・その他の財源は、ふるさと雇用再生特別基金事業、緊急雇用創出事業、地域医療再生基金事業、長寿社会づくりソフト事業費交付金、介護保険事業費補助金、難病特別対策推進事業費などである。

・2008年度は栃木県の予算額を含んでいない。

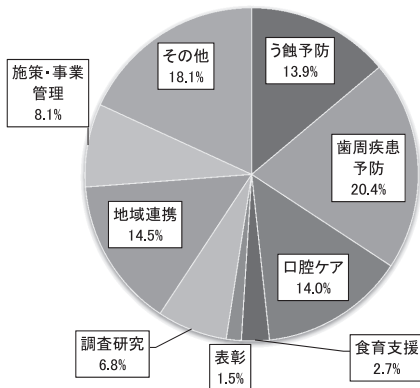


図2 事業目的別の予算割合 (2008～2012年度の平均)

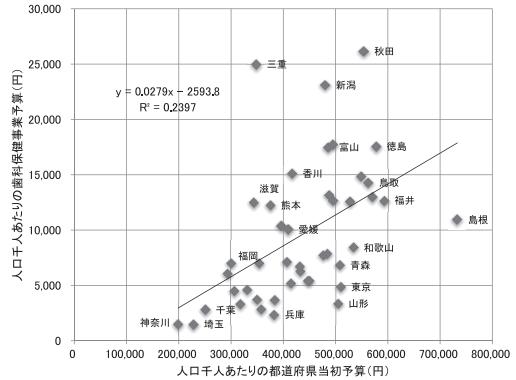


図5 人口千人あたりの都道府県当初予算と歯科保健事業予算 (2008～2012年度の平均)

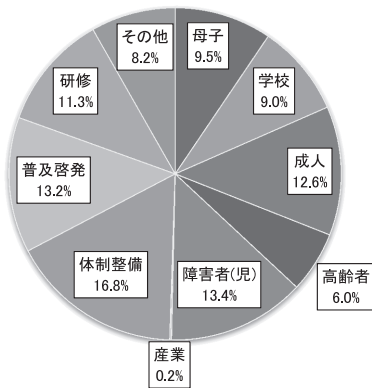


図3 事業対象別の予算割合 (2008～2012年度の平均)

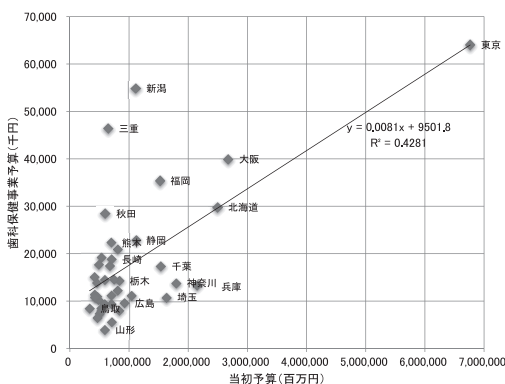


図4 都道府県当初予算と歯科保健事業予算 (2008～2012年度の平均)

歯科保健事業予算に占める委託料の割合は、香川県が5年間で4回最も高く、予算の95～99%が委託料であった。都道府県全体では約60%を委託料が占めていた(表1)。委託先は歯科医師会が多く、5年間の平均で委託料の86.4%を占めており、歯科衛生士会への委託は4.4%と少なかった。

都道府県当初予算に占める歯科保健事業予算の割合は、山形県が3回、兵庫県が2回最も割合が低く、0.0005%前後であった。割合が高い県は0.005%程度あり、新潟県が2回、三重県が2回最も割合が高かった。特に2011年度の三重県は0.017%で、唯一0.01%を越えていた。

人口千人あたりの歯科保健事業予算は、埼玉県や神奈川県のような大都市周辺の県で1千円台と少なく、地方で多い傾向がみられ(図5)、秋田県と新潟県では5年間2万円台を維持していた。

### 3. 歯科保健条例制定前後における歯科保健事業予算の変化

2011年度までに条例を制定した26道県について、条例制定前後の年度で歯科保健事業予算を比較したところ、19道県で増額されており、全体では11.4%の増であった(表2)。長崎県は、条例制定の翌年度は2,283千円減額されていたが、翌々年度に8,565千円増額されていた。同様に、歯科保健事業予算の一般財源の額で比較したところ、16道県で増額、2県が増減なし、8県が減額であった(表3)。増減率で見ると、茨城県、高知県、

5,000万円以上となっていた。また、歯科保健事業予算に占める8020補助金の割合は、99%以上を当該補助金が占める県がある一方で、東京都では10%程度であった。

都道府県における歯科保健条例の制定が歯科保健事業予算に与えた影響

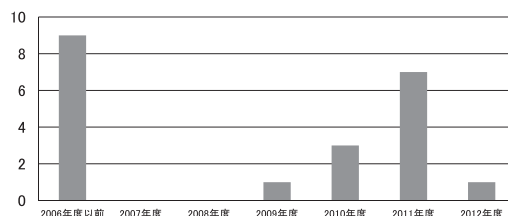
表2 歯科保健条例制定前後における歯科保健事業予算の変化

	制定年度の予算 (千円)	翌年度の予算 (千円)	増減額 (千円)	増減率
新潟県	53,341	57,483	4,142	7.8%
北海道	23,289	35,707	12,418	53.3%
長崎県	18,318	16,035	-2,283	-12.5%
静岡県	23,100	26,400	3,300	14.3%
島根県	6,358	7,673	1,315	20.7%
千葉県	16,410	23,823	7,413	45.2%
岐阜県	11,791	16,601	4,810	40.8%
愛媛県	16,346	15,481	-865	-5.3%
佐賀県	10,983	9,074	-1,909	-17.4%
茨城県	10,015	17,221	7,206	72.0%
長野県	5,945	11,701	5,756	96.8%
熊本県	22,665	30,100	7,435	32.8%
高知県	5,837	14,982	9,145	156.7%
栃木県	13,499	17,089	3,590	26.6%
宮城県	10,194	14,386	4,192	41.1%
神奈川県	14,422	15,821	1,399	9.7%
広島県	9,377	9,373	-4	0.0%
宮崎県	20,955	20,518	-437	-2.1%
岡山県	3,452	6,427	2,975	86.2%
兵庫県	10,308	21,459	11,151	108.2%
埼玉県	9,850	8,463	-1,387	-14.1%
香川県	12,747	13,096	349	2.7%
和歌山県	5,952	16,559	10,607	178.2%
徳島県	9,279	28,230	18,951	204.2%
山口県	9,157	11,000	1,843	20.1%
三重県	110,628	52,415	-58,213	-52.6%
合計	464,218	517,117	52,899	11.4%

・長崎県は、条例制定の翌々年度に8,565千円増額されている。

表3 歯科保健条例制定前後における歯科保健事業予算（一般財源）の変化

	制定年度の予算 (千円)	翌年度の予算 (千円)	増減額 (千円)	増減率
新潟県	20,257	20,025	-232	-1.1%
北海道	6,032	19,015	12,983	215.2%
長崎県	8,736	7,253	-1,483	-17.0%
静岡県	9,100	9,100	0	0.0%
島根県	1,210	1,108	-102	-8.4%
千葉県	2,411	7,124	4,713	195.5%
岐阜県	2,190	2,305	115	5.3%
愛媛県	1,076	3,942	2,866	266.4%
佐賀県	2,056	1,696	-360	-17.5%
茨城県	358	8,084	7,726	2158.1%
長野県	526	1,186	660	125.5%
熊本県	3,839	16,834	12,995	338.5%
高知県	431	10,614	10,183	2362.6%
栃木県	8,066	8,560	494	6.1%
宮城県	199	5,164	4,965	2495.0%
神奈川県	5,983	6,498	515	8.6%
広島県	2,720	2,720	0	0.0%
宮崎県	11,365	10,592	-773	-6.8%
岡山県	755	535	-220	-29.1%
兵庫県	4,177	1,983	-2,194	-52.5%
埼玉県	1,861	1,669	-192	-10.3%
香川県	2,218	7,811	5,593	252.2%
和歌山県	2,207	3,783	1,576	71.4%
徳島県	279	1,279	1,000	358.4%
山口県	955	6,850	5,895	617.3%
三重県	2,726	15,053	12,327	452.2%
合計	101,733	180,783	79,050	77.7%



・2010年度以降に策定した11道県は、全て条例制定後の策定である。

図6 歯科保健計画の策定状況

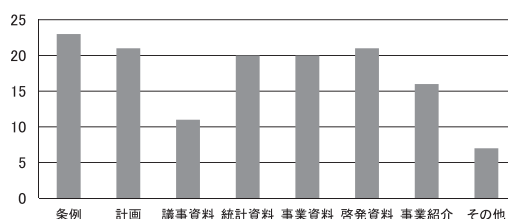


図7 ホームページに掲載されている情報（複数回答）

宮城県では20倍以上増額されており、全体でも77.7%の大幅増であった。

#### 4. 歯科保健計画の策定状況

計画は、2012年12月現在、策定済みが21都道県(47.7%)、2012年度中の策定予定が14県(31.8%)、2013年度中の策定予定が5府県(11.4%)で、策定予定がないのは、石川県、福井県、鳥取県、沖縄県の4県(9.1%)であった。計画の策定年度で見ると、2010年度以降に策定した11道県は、全て条例制定後の策定であった(図6)。

#### 5. 都道府県ホームページにおける歯科保健情報の発信状況

39都道府県(88.6%)がホームページに何らかの情報を載せており、情報を載せていないのは、岩手県、静岡県、和歌山県、香川県、大分県の5県(11.4%)であった。掲載されている情報は、委員会等の議事資料を掲載している県が11県と少なかったが、他はあまり差がみられなかった(図7)。

### 考察

#### 1. 都道府県における歯科専門職の位置付け

都道府県の歯科保健事業担当者の約7割は歯科

医師または歯科衛生士であり、歯科専門職以外が担当の場合でも、4割弱の割合で同じ課内に歯科医師が配置されていた。多くの都道府県で、歯科専門職が歯科保健事業の企画立案および予算編成に関与している状況が確認されたが、一部の県では歯科専門職の配置がなかった。

行政が歯科保健事業を実施していく上で、歯科専門職が持つ知識と経験は必要不可欠である。しかしながら、都道府県の場合は、歯科保健計画の策定やモデル事業の立ち上げ・効果の検証といった企画調整業務が主であり、市町村で行われている乳幼児歯科健康診査や歯科健康教育・保健指導のように、歯科専門職が直接住民にサービスを提供する業務はほとんどない。また、都道府県では財政上の問題から職員の削減を進めているところが多く、新たに歯科専門職を採用することが困難な状況がある。更には、歯科専門職がいたとしても、少数職種のため、人数や年齢の問題などから、簡単には異動やジョブローテーションができないことが多い。こうした背景から、都道府県の人事担当部局では、医師や保健師、管理栄養士といった他の技術系職員よりも、歯科専門職の採用について慎重な検討が必要になる。このため、都道府県で歯科専門職の配置を増やしていくことは簡単なことではない。都道府県の歯科保健の推進には、保健所ではなく本庁に歯科専門職を配置する必要があることから、歯科専門職が本庁に未配置の県では、県歯科医師会や近隣の大学が歯科専門職配置の必要性和有効性を繰り返し訴えていくことが重要になる。

また、条例の制定が歯科専門職採用の原動力となる場合もある。高知県では、条例制定により歯科保健事業予算が大幅に増額されただけでなく、予算を適正に執行するため、2011年度に歯科医師が県庁に採用されている。同様に神奈川県では、保健所には歯科医師が複数名配置されていたが、県庁には未配置であったことから、条例制定後の2012年度に県庁に歯科医師が新たに採用されている。詳細は後述するが、都道府県における歯科保健事業予算への条例制定の効果が限定的であるこ

とを考えると、今後は、条例を根拠として歯科専門職の退職後の補充や新規採用が増えていくことの方が、条例制定の効果として期待できるのではないと思われる。

## 2. 歯科保健事業予算と経費区分

### 1) 8020運動推進事業費補助金

2000年度以降、都道府県の歯科保健事業は、国庫負担割合が10割で、1千万円まで申請が可能な8020補助金が財源の主体となってきた。このため、都道府県間で予算額の差がそれほど大きくなると予想していなかったが、実際には20倍前後の差がみられた。

8020補助金は、2009年11月に国の行政刷新会議における「事業仕分け」の対象となり<sup>12)</sup>、ワーキンググループによる議論の結果、予算規模や事業内容等の見直しが決定された。この事業仕分けと、歯科口腔保健法の施行を受けて2013年5月に創設された「口腔保健推進事業（国庫負担割合5割）」<sup>13)</sup>の影響もあり、2012、2013年度は当該補助金の金額が削減されている。従って、8020補助金への財源依存度が高い県では、これまでと同様に事業を実施する場合、何らかの財政上の手当てが必要な状況となっている。実際、2012年度予算で8020補助金の予算額が半減しているが、これは予算編成時期に、8020補助金の国庫負担割合が5割になるという情報があり、一般財源を手当てした都道府県が19、減額対応した都道府県が17あったことが影響していた。一般財源の確保が困難な都道府県では歯科保健事業予算の減額が危惧される状況である。今後、都道府県は、一般財源の確保とともに、厚生労働省医政局歯科保健課の所管外の補助金の活用についても積極的に検討を行う必要があると考える。

### 2) 義務的経費と裁量的経費

本研究では、歯科保健事業予算として、歯科医療費や障害者口腔保健センター運営費、在宅歯科診療設備整備費など、歯科医療に関する予算を除いた。理由として、これらの予算は、地方公共団体にとって、担当者の裁量に関係なくある一定の支出が義務的に必要となる予算だからである。

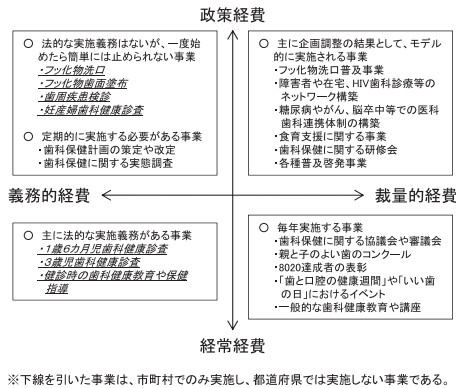


図8 歯科保健事業予算の経費区分

歯科保健事業予算の経費区分については、地方公共団体によって区分の考え方が異なるほか、予算要求のプロセスも多様なため、一概には言えないが、図8のような分類になると考える。都道府県の場合、義務的経費は少なく、計画の改定や実態調査といった何年かおきに実施が必要になる事業以外は、裁量的経費に属する。これは、都道府県の業務は企画・調整・立案が主であり、市町村が実施している歯科保健事業の後方支援的なサービスとして事業が行われていることによる。このため、歯科保健事業予算の用途は都道府県の裁量によるところが大きく、事業の企画・立案の点で比較的自由度が高いことから、市町村より政策的転換を図りやすいと考えられる。

なお、経費には、もう一つ、政策経費と經常経費という考え方がある。義務的経費と裁量的経費は主に予算概念上の経費区分であるが、こちらは予算編成の中できちんと経費が区別されている地方公共団体もある。本研究では、政策経費と經常経費の区分についても調査したが、そうした経費区分自体がない都道府県も多く、経費区分による特徴を分析することはできなかった。

### 3. 歯科保健条例制定の影響

条例の制定前後における予算額の変化では、増額されている道県が多かった。なかでも北海道は、2010年度において、歯科保健事業予算の32.3%にあたる11,532千円をフッ化物洗口の普及に充てて

いる。フッ化物洗口の普及に関する予算は、条例制定前の2009年度まではゼロであったが、条例制定による増額分(12,418千円)のほとんどをフッ化物洗口の普及に充てており、予算面で明確な変化が認められた。これは、「北海道歯・口腔の健康づくり8020推進条例」<sup>14)</sup>の第11条に、「道は、幼児、児童及び生徒に係る歯・口腔の健康づくりの推進を図るため、学校等におけるフッ化物洗口の普及その他の効果的な歯科保健対策の推進に必要な措置を講ずるものとする。」と明記されたことが大きく影響している。その後、条例の制定を受けて2010年4月に施行された「北海道歯科保健医療推進計画」では、2012年度末までに全市町村で最低1か所の保育所・学校等でフッ化物洗口を実施するという目標を掲げており、2012年3月のフッ化物洗口実施人数は2010年3月と比べて倍増している<sup>15)</sup>。また、茨城県と熊本県でも、フッ化物を利用したう蝕予防対策として、条例制定の翌年度(2010年度)の母子歯科保健事業に、それぞれ13,236千円、9,600千円を確保していた。これらの道県では、条例の制定により歯科保健事業が政策的に転換したことが予算面から裏付けられたといえる。

一方で、条例制定の翌々年度の予算額を見ると、比較可能な20道県中、14道県で減額されていた。これは、条例制定による増額分が、普及啓発や体制整備、調査研究といった主に単年度事業として実施される事業に重点的に予算配分された県が複数存在したことが影響したと考えられる。今後の都道府県の歯科保健事業予算の推移を見守る必要はあるが、現状では、条例制定の予算への効果は1～2年間に限定されたものである場合が多い。恒常的に歯科保健事業予算を確保するには、フッ化物洗口の普及のように、長期的視野で効果が見込める政策的事業を担当者が企画立案していく必要があるが、前述のとおり、都道府県における歯科専門職の人的資源は限られている。また、担当者個人の努力だけでは予算の確保が難しいことも多い。このため、都道府県歯科医師会や大学など、関係団体による都道府県の歯科保健

担当部局への継続的な働きかけや支援が不可欠であると考えられる。

北海道で条例の制定がもたらした歯科保健施策へのインパクトとして、佐々木は<sup>16)</sup>、政治と行政のパートナーシップの確立や、議会のスーパーバイズ機能の強化、歯科保健医療関係者のエンパワーメントといった人的資源に対するメンタリティの変化を最大のインパクトとして挙げている。都道府県では、常に政策的かつ意欲的に事業に取り組むことが求められることから、予算を扱う担当者や組織に対する条例制定の意義は大きいといえる。また、佐々木は、財政事情が厳しい市町村での歯科保健対策の検討の促進についても効果として挙げている。現在、市町村でも条例の制定が増えてきているが<sup>4)</sup>、市町村の場合、乳幼児歯科健診や歯周疾患検診のように、一度開始されると半恒久的に実施する義務的の事業が多い。このため、今後は都道府県と市町村の条例がうまく作用することで、市町村での新規事業の実施や関係者による連携の促進といった歯科保健全体の事業拡大に向けた波及効果が出てくることが期待される。

最後に、本研究の限界を述べる。本研究では、歯科保健事業予算として、「狭義」の予算のみを集計しているが、一般に事業は予算だけで進展するわけではなく、事業を実施する職員がいて初めて推進される。このため、より正確な歯科保健体制の分析を行うには、事業を担当する職員の人件費も含めた「広義」の予算を把握する必要があるが、今回はそこまでの把握は行っていない。鳥取県では、事業予算に担当職員の人件費も含めたトータルコストを勘案した上で予算編成が行われており、その過程が鳥取県財政課のホームページで公開されている<sup>17)</sup>。また、都道府県の歯科保健事業予算の多くが裁量的経費であることから、予算執行できる金額の大きさについては、担当者の能力と事業の主な委託先である都道府県歯科医師会の力量に負うところが大きくなる。安藤らは<sup>18)</sup>、歯科保健を担う人的資源の特徴として、日常業務に占める歯科保健業務の割合が歯科医師と歯科衛

生士では異なり、業務の多様性から「歯科専門職」という一つの枠にはめ込むことは不可能に近いと述べている。このため、歯科保健事業担当者の業務量や都道府県歯科医師会の協力体制の把握も必要となるが、本研究では調査していない。今後は、担当職員の人件費を含めた予算と担当者の業務量も考慮した上で、都道府県の歯科保健事業の適正な予算規模と内容に関する検討を行う必要がある。

### まとめ

本研究により、都道府県の歯科保健事業予算が明らかとなった。また、条例を制定した道県では、翌年度に予算額が増額されているケースが多いことも確認された。しかし一方で、恒常的な予算の確保については難しい状況も見受けられた。今後の都道府県の歯科保健の推進に向けて、都道府県歯科医師会や大学など関係団体の積極的な事業協力や働きかけにより、限りある予算を効率的かつ効果的に活用されることを期待したいと思う。

### 謝辞

本研究は、公益財団法人8020推進財団の平成24年度8020研究事業より助成を受けて実施しました。アンケート調査にご協力いただいた都道府県の歯科保健事業担当者の皆様に深く感謝するとともに厚くお礼申し上げます。

### 文献

- 1) 厚生労働省. 歯科口腔保健の推進に関する法律.  
[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/kenkou/shikakoukuuhoken/dl/01.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/shikakoukuuhoken/dl/01.pdf)  
(2013年6月1日アクセス可能)
- 2) 厚生労働省. 歯科口腔保健の推進に関する基本的事項.  
[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/kenkou/shikakoukuuhoken/dl/02.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/shikakoukuuhoken/dl/02.pdf)  
(2013年6月1日アクセス可能)
- 3) 新潟県. 全国に先駆けて制定「新潟県歯科保健推進条例」のページ.  
<http://www.pref.niigata.lg.jp/kenko/1228852880888.html>  
(2013年6月1日アクセス可能)



## 都道府県における歯科保健条例の制定が歯科保健事業予算に与えた影響

- 4) 公益財団法人8020推進財団. 都道府県歯科保健条例制定マップ.  
<http://www.8020zaidan.or.jp/map/index.html>  
(2013年6月1日アクセス可能)
- 5) 高久 悟, 上条英之, 青山 旬, 他. 都道府県における歯科保健事業に関する調査研究. 口腔衛生学会雑誌. 1996 ; 46 (3) : 297-305.
- 6) 吉森和宏. 千葉県内の市町村歯科保健事業における平成元年度と平成8年度の比較調査研究. 千葉県立衛生短期大学紀要. 1998 ; 17 (1) : 27-32.
- 7) 深井穂博, 大内章嗣. 歯科保健推進条例の広がりと今後の展望. 保健医療科学. 2011 ; 60 (5) : 366-372.
- 8) 田口千恵子, 有川量崇, 田浦勝彦, 他. 歯科保健条例制定による歯科保健政策の推進状況調査. 平成23年度8020公募研究事業研究報告書. 2012 ; 141-152.
- 9) 日高勝美. 都道府県の歯科保健施策等の概況について. 歯科口腔保健の推進に関する総合的な研究 (平成23年度統括・分担研究報告書). 2012 ; 109-116.
- 10) 総務省. 平成22年国勢調査.  
<http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2010/index.htm>  
(2013年6月1日アクセス可能)
- 11) 全国知事会. 都道府県展望.  
<http://www.nga.gr.jp/tenbou/>  
(2013年6月1日アクセス可能)
- 12) 内閣府. 行政刷新会議. 事業仕分け第1段 (平成21年11月).  
<http://www.cao.go.jp/sasshin/oshirase/shiryo.html>  
(2013年6月1日アクセス可能)
- 13) 厚生労働省. 口腔保健推進事業について.  
[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/kenkou/shikakoukuuhoken/130404\\_01.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/shikakoukuuhoken/130404_01.html)  
(2013年6月1日アクセス可能)
- 14) 北海道. 北海道歯・口腔の健康づくり8020推進条例. 平成21年6月26日条例62号.  
[http://www.reiki.pref.hokkaido.jp/cgi-bin/d1w\\_savvy/D1W\\_resdata.exe?PROCID=-1738135780&CALLTYPE=1&RESNO=1&UKEY=1391524328399](http://www.reiki.pref.hokkaido.jp/cgi-bin/d1w_savvy/D1W_resdata.exe?PROCID=-1738135780&CALLTYPE=1&RESNO=1&UKEY=1391524328399)  
(2013年6月1日アクセス可能)
- 15) NPO法人日本むし歯予防フッ素推進会議. 全国の集団フッ化物洗口調査2012年版.  
<http://www.nponitif.jp/newpage159.html>  
(2013年6月1日アクセス可能)
- 16) 佐々木 健. 北海道歯・口腔の健康づくり8020推進条例がもたらした施策へのインパクト. 保健医療科学. 2011 ; 60 (5) : 373-378.
- 17) 鳥取県. 予算編成過程の公開. <http://www.pref.totorig.jp/dd.aspx?menuid=27182> (2013年6月1日アクセス可能)
- 18) 安藤雄一, 岩瀬達雄, 高澤みどり, 他. 歯科保健を担う人的資源の特徴. 保健医療科学. 2011 ; 60 (5) : 387-395.

## Impact of Enactment of Oral Health Ordinances by Prefectures on their Budgets

Kohei Tamura<sup>1,3)</sup>, Hiroshi Horie<sup>2)</sup>, and Tomoaki Imamura<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup> Health Promotion Department, Katsushika Public Health Center

<sup>2)</sup> Health Promotion Division, Health & Welfare Department, Nara Prefectural Government

<sup>3)</sup> Department of Public Health, Health Management and Policy, Nara Medical University School of Medicine

Key Words : oral health ordinance, oral health program, budgets, prefectural governments, 8020 Movement

### Objective :

Prefectural budgets for oral health programs were surveyed, and a comparison was made between figures for before and after the enactment of prefectural oral health ordinances.

### Method :

A questionnaire was conducted to survey the background of oral health program managers, budgets for oral health, and status of oral health strategy planning in each prefecture for the period between 2008 and 2012. The difference in budget amount for before and after the enactment of oral health ordinances was analyzed for the 26 prefectures in which the ordinances were enacted.

### Results :

Of the people in charge of oral health programs throughout these five years, 42% were dentists, and 27% were dental hygienists. Oral health programs were mainly financed by the national 8020 Movement subsidy, but its percentage had gradually declined. Of the 26 prefectures, 19 had increased their oral health budgets in the year after enactment of the ordinances.

### Conclusion :

Among the prefectures that had enacted oral health ordinances, many had increased their oral health budgets for the year after enactment. However, many of these prefectures had reduced the budget after another year, and maintaining the budget level for oral health seems to be difficult. A constant appeal to prefectures by universities and prefectural dental associations is necessary to ensure that oral health programs are continuously budgeted for.

Health Science and Health Care 13 (1) : 16 – 25, 2013