

歯科健診における保健指導の4つの類型化

深井 穂博

Four types of health instruction in the dental checkup setting

Kakuhiko Fukai

キーワード：歯科健診、質問紙調査、リスク診断、保健指導

はじめに

病気が見つかることは本人にとっては不幸なことである。それがどんなに早期の発見であっても、その病態が深刻であるほど、その人の生活全般に与える影響は大きい。これまで健診は、専門家側の「手遅れにならないうちに」という表現で、広く普及してきた。しかしながら、健診の結果を恐れて、受診自体をできれば避けたいという受診者側の心理に、専門家側はどのように対応できていたのだろうか。

健診には、疾病を早期に発見し早期治療につなげることと、健診結果を踏まえた保健指導を行うことで疾病の予防や健康増進のための保健行動を啓発するという目的がある。わが国の少子高齢化や疾病構造の変化を背景として、従来の健康対策としての2次予防（早期発見・早期治療）と3次予防（疾病の治療を通じた機能回復）に加えて、その人の健康に関わる生活習慣や環境にアプローチして生活習慣病等の発病を予防する1次予防を中心とした保健政策の重要性がしばしば指摘され

るようになってきた。特にう蝕と歯周病は、発病も予防もその人の行動に深く関わる疾患であり、発病のリスクを早期に診断して、予防処置や口腔保健行動の改善を啓発する保健指導を中心とした対策が求められている。ここでいうリスクとは、その人の、①環境的リスク、②行動的リスク、③遺伝的・生物学的リスクである。そしてこのリスク診断には、①現在の病態を示す、②将来の発症の予知、③治療の予後という課題が含まれている。

本稿では、受診者の行動変容やその支援のための健康教育・健康学習の機会を歯科健診プログラムに包括するための保健指導の類型化を試みた。

歯科健診の実施率・受診率が低かった理由

成人歯科保健には、その健診制度の普及と併せて、対象者の心理・行動に対する医療者側の理解と個別的な対応が必要になる。しかし、そのための受診者への具体的な支援の方策については、関係者の十分な理解は得られていない。

実際に、地域における成人歯科健診のひとつとして、1995年から老人保健法が一部改正され、歯周疾患検診が導入されたが、その受診率と市町村における実施率は、基本健康診査やがん検診など他の成人健診に比べて極めて低い^{1, 2)} (表1)。また、職域における歯科健診の現状をみても、その法制的な整備の遅れと相俟って実施している施設

【著者連絡先】

〒341-0003 埼玉県三郷市彦成3-86

深井保健科学研究所

深井穂博

TEL&FAX：048-957-3315

歯科健診における保健指導の4つの類型化

表1 自治体区分、人口規模別にみた基本健康診査、がん検診および歯周疾患検診の受診率（平成14年度）

自治体	人口	健診・検診受診率(%)						
		基本健康 診査	胃がん検 診	肺がん検 診	大腸がん 検診	子宮がん 検診	乳がん検 診	歯周疾患 検診*
市・特別区	5万人未満	39.1	17.8	28.8	18.8	17.7	15.6	4.8
	5万～10万人	40.9	12.2	23.0	16.2	13.9	11.4	4.1
	10万～30万人	42.4	10.7	17.2	16.3	12.7	10.9	3.6
	30万～50万人	43.1	7.6	16.2	15.2	11.7	10.7	3.3
	50万人以上	38.9	8.0	10.1	11.0	12.4	8.6	3.5
町村	5千人未満	50.8	27.1	50.3	31.0	22.7	23.3	11.5
	5千～1万人	48.0	25.5	47.5	28.6	22.7	21.2	8.5
	1万人以上	46.0	20.4	37.6	23.4	19.7	18.2	4.9
合計		42.6	13.0	22.8	17.1	14.6	12.4	3.9

受診者数と対象者数は、平成14年地域保健・老人保健事業報告による。

基本健診と各種がん健診は、市町村の計上した対象者を分母として受診率を算出した。

*歯周疾患健診は、40歳および50歳の人口であるため、事業を実施した市町村の平成12年国勢調査の38歳、48歳人口を対象者数として受診率を推計した。

は限られている。この現状には、歯科疾患がいまだに高い罹患状況にあるので、初期症状のスクリーニングよりもむしろ、治療のための受診勧奨の意義がこれまで強調されてきた背景がある。そのことが逆に、「どうせ治療の必要あり」と指摘されるのだから、「健診受診の必要はない」と受診者が考えてしまうという歯科医療者側にジレンマがあった。

成人歯科健診の実施率や受診率に関連する要因は、住民側、行政・企業など事業実施者側、歯科医療提供者側の視点から考えることができる。

住民側からみると、①健診事業の認知度、②口腔疾患と歯科医療体系に対する認識、③受診に対する社会的負担感とメリットとの関係、④医療における患者の主体性の4点が考えられる。すなわち、地域における成人歯科健診の内容、歯科医療機関における歯周疾患の治療とメンテナンス、あるいはそれらの効果など専門的口腔ケアの内容が十分に住民側に提示されていないことや事業の実施に対する広報が不足していて、そのサービス自体が知られていないことがあげられる。

事業実施者である行政や企業側の視点からみると、①財政的基盤、②法制的根拠、③地域歯科保健対策としての位置づけという観点から説明することが可能である。これらは、成人歯科健診の費用対効果として議論されることが多く、より効率的な歯科健診が求められている。さらにこの背景

には、効果判定や事業評価をどのように行うかという評価手法の課題が大きい。

また、歯科医療提供者側には、①歯科疾患に関わる診断・治療・メンテナンスの体系化、②歯周疾患の予防と健康教育・コミュニケーションに関する技術、③健診における診査項目の妥当性、④医療機関のサービス内容に関わる情報公開、⑤健康に関わる「医療モデル」から「社会モデル」へ転換などが求められる。特に診査項目については、歯科医療者側に、口腔疾患の高い罹患率という現状のなかで、効率的に疾患をスクリーニングする意味や、発病に関するリスクをいかに発見して対処するかという議論が不足している。さらには、科学的根拠に基づいた歯科健診の効果を提示することも十分とはいえなかった。

歯科健診の効率化と質問紙調査の有用性

現在の成人歯科健診の多くは、歯科医師が口腔診査を行う方法であり、健診によるスクリーニングと医療機関での精密検査との差異が明確ではない。精密検査（2次健診）は歯科医療機関で行い、1次健診では、リスク診断と保健指導を中心とした健診にシフトすることが効率的な歯科健診へのひとつのアプローチである。また、この成人健診で得られた結果を有効に受診者や地域・事業所が活用して、事後措置としてのフォローアップにつなげるという点が課題である。

具体的な、「保健指導を中心とした成人歯科健診のシステム」には、以下の手順が考えられる。このなかで、受診者の口腔保健行動の改善を支援する歯科健診であるためには、受診者の個別性に基づく対応と、科学的根拠のある健康教育・健康学習の手法が特に必要である。

- (1)質問紙票による事前の行動・環境診断と主観的な口腔機能の評価
- (2)行動・環境診断に基づくクラス分けと、その状態に基づく助言、健康教育
- (3)歯科医師による口腔検診と口腔内状態の説明
- (4)保健行動改善のためのプログラム提示、あるいは受診者・歯科医療者協同での保健目標設定と健康教育のフォローアップ

これらの手順のなかで、健診が受診者の健康支援の機会提供となるためには、専門家側に行動科学や健康学習理論に基づくアプローチが必要となる³⁻⁷⁾。これまでの、行動科学や健康学習理論に関する研究成果からも、一方的な「知識提供型」や「恐ろしさを喚起するコミュニケーション」を基盤とした健康教育ではなく、受診者が気づき、自分で改善していくプロセスを促すことの重要性が指摘されてきた。実際にヘルス・ビリーフ・モデル、社会的学習理論、段階的変化モデルなどいくつかのモデルが、健康教育の場面で応用され、その成果が報告されている⁸⁻¹¹⁾。

また、行動科学に基づいた保健指導を行うためには、①適用するモデル、②誰が、③誰に、④何を、⑤どんな場で、⑥どのように働きかけるか、という観点から実施し、評価されなければ効果は期待できない。このなかで、特に **Precede Proceed Model**¹²⁾ などのモデル設定に基づく質問紙調査が重要となる。

保健指導における類型化

歯科健診におけるリスク診断に質問紙票を用いる意義は高い。歯科健診における環境的・行動的リスク診断とその対応には、①罹患状況・QOL(自覚症状・機能制限・機能障害)、②口腔保健行動・ライフスタイル、③知識・保健に対する考え

表2 質問紙調査票における保健行動・環境診断項目

- | |
|-------------------|
| 1. 自覚症状 |
| 2. QOL(困り事) |
| 3. 口腔保健行動 |
| 4. 保健知識・信念(準備因子) |
| 5. ポジティブな経験(強化因子) |
| 6. 一般的保健行動(強化因子) |
| 7. 支援的職場環境等(強化因子) |
| 8. 受け皿(実現因子) |
| 9. 保健技術(実現因子) |

方、④周囲の支援的環境、本人の満足度、ポジティブな経験、⑤保健技術、保健指導の経験、歯科受診機関へのアクセス、などの項目からなる事前質問票による評価が必要である(表2)。

この質問紙票を歯科健診に先立って行うことで、その受診者の特性や要望を類型化して捉えることができる。すなわち、①口腔保健関連QOL・自覚症状、②その人の目標となる保健行動、③健康教育で伝える内容、④誰に働きかけるか、⑤フォローアップの受け皿や習得すべき技術などを考慮し、例えば「相談・カウンセリング重視タイプ」、「知識提供・気づき支援タイプ」、「環境・受け皿整備タイプ」、「実技指導タイプ」などの類型化を図ることが可能となる(表3、図1)。これらの診断結果を踏まえて、個別指導や健康相談を行うことで、受診者の要望や潜在的なニーズにそった健康教育・健康学習の機会を提供できることになる。

さらに、これらの質問紙を用いた環境・行動的診断結果は、その後の保健指導の評価にも用いることができる。

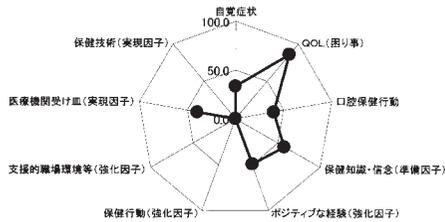
まとめ

成人歯科健診は、地域、職域、あるいは歯科医療機関などそれぞれの場面で、その特性を活かしながら実施されている。これらはいずれも、受診者の健康増進に寄与することを目的に行われているが、現状での実施率や受診率は極めて低い。

この背景には、受け手である事業実施者や受診者の歯科健診に対する期待度と、歯科医療専門家

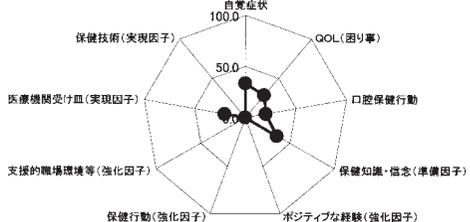
表3 歯科保健指導のための類型化

1. 相談・カウンセリング重視タイプ
 特性: 自覚症状、QOL(困り事)が多いタイプ
 対応: 受診者の訴えをよく聞き、健康相談を重視する
2. 知識提供・気づき支援タイプ
 特性: 口腔保健行動、保健知識・信念、保健行動が少ないタイプ
 対応: 健康教室・リーフレットなどによる保健情報の提供を重視する
3. 環境・受け皿支援タイプ
 特性: 支援的職場環境、医療機関受け皿が少ないタイプ
 対応: 歯科医療機関の紹介を重視する
4. 実技指導タイプ
 特性: ポジティブな経験、保健技術が少ないタイプ
 対応: 健康学習、具体的保健指導を重視する



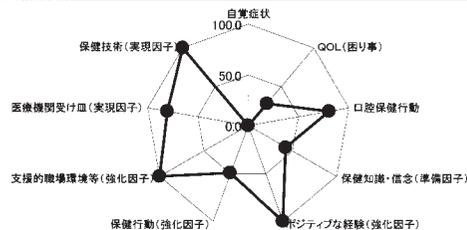
36歳男性, DMFT:6 CPI:2 BOP:53.8

相談・カウンセリング重視タイプ, 実技指導タイプ



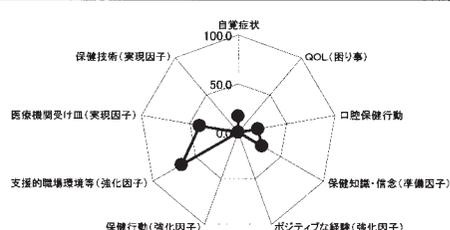
52歳男性 DMFT:20 CPI:51.9 BOP:3

環境・受け皿支援タイプ, 実技指導タイプ



43歳男性, DMFT:13 CPI:2 BOP:7.1

知識提供・気づき支援タイプ



63歳男性, DMFT:28 CPI:3 BOP:50

知識提供・気づき支援タイプ, 実技指導タイプ

図1 質問紙による保健行動・環境診断結果事例

側が考えている歯科健診の意義との間のギャップがあった。すなわち、受け手側の要望に応えるだけの歯科健診プログラムを、専門家側が提示していない現状を示していると考えられる。

本稿で提案した保健指導の類型化は、受診者の要望や潜在的なニーズにそった健康情報を提供し評価できる効率的な歯科健診と、健診からフォローアップへの連続性を図るためのひとつの方策

である。そしてこの類型化のアプローチは、保健指導を中心とした歯科健診と受診者の自己決定支援を促進するものと考えられる。

文 献

- 1) 厚生労働省：平成14年度地域保健・老人保健事業報告
- 2) 青山 旬，花田信弘：市町村における歯周疾患検診の実施状況ー平成14年度地域保健・老人保健事業報告より，デンタル・ハイジーン，24，1172-1173，2004.
- 3) 高江洲義矩編：保健医療におけるコミュニケーション・行動科学，第1版，医歯薬出版，東京，2002.
- 4) Glanz K, Rimer BK, Lewis FM : Health behavior and health education-Theory, reseach, and practice, John Wiley & Sons Inc., 3rd ed., San Francisco, 2002.
- 5) Tompson TL, Dorsey AM, Miller KI, Parrott R: Handbook of health communication, Lawrence Erlbaum Association Inc., New Jersey, 2003.
- 6) Schouten BC, Eijkman MAJ, Hoogstraten J: Information and participation preference of dental patients, J Dent Res, 83, 961-965, 2004.
- 7) Barry MJ : Health decision aids to facilitate shared decision making in office practice, Ann Intern Med, 136, 127-135, 2002.
- 8) Rosenstock, I. M. : Historical origins of the Health Belief Model, Health Education Monographs, 2:328-335, 1974.
- 9) DiClemente,C.C., Prochaska, J.O., Fairhurst, S. K., Velicer, W. F., Velasquez, M. M., Rossi, J. S. : The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation contemplation, and preparation stage of change, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, 295-304, 1991.
- 10) 深井穫博：行動科学における口腔保健の展開，保健医療科学，52（1），46-54，2003.
- 11) 中村譲治：ヘルスプロモーションと口腔保健、保健医療科学，52（1），17-22，2003.
- 12) Green LW, Kreuter MW: Health program planning-an educational and ecological approach, McGraw-Hill, 4th ed., New York, 2005.

Four types of health instruction in the dental checkup setting

Kakuhiro Fukai

(Fukai Institute of Health Science)

Key Words: Dental Checkup, questionnaire, risk finding, health instruction

Medical checkups have become widespread in Japan as a countermeasure aimed at health promotion through early detection of diseases. However, with changing disease structures such as an increase in lifestyle-related diseases, the role of medical checkups in risk finding and disease prevention has become highly valued. Here, risk finding includes three kinds of risk: (1) environmental risk, (2) behavioral risk, and (3) biological and genetic risk. In order to find the risks at the stage of no subjective symptoms and result in a behavioral change in the patient, checkup systems including a diagnosis of environmental and behavioral risks of the individual, health education, and follow-up support are desirable.

Meanwhile, the present state of dental checkups for adults in Japan is such that there is an extremely low rate of both implementation and consultation. An incomplete legal framework has been emphasized as the reason for this situation. In fact, more pertinent issues are (1) accurate and precise examinations, (2) the meaning of early detection based on disease prevalence, (3) the defective system of dental checkups and follow-up, (4) lack of a support system for patient decision-making. From the viewpoint of patients, these issues are at the root of the very trustworthiness of dental checkups.

The incidence of oral diseases and their prevention are highly connected to personal behavior. An effective health regime needs to cope with both environmental and behavioral risks. And it needs to use a model related to oral health behavior and health promotion, such as the Precede-Proceed Model. Practical use of the questionnaire method based on a model for dental checkups can help categorize environmental and behavioral risks for patients.

A categorization of health instruction is available in order to offer health education that corresponds to patients' demands and potential needs. By this categorization, health education can be broken down into four types: (1) advisement and counseling type, (2) health knowledge and awareness type, (3) environmental and follow-up support type, (4) health skills type. This categorization can be applied to the evaluation of health education. In conclusion, this categorized health educational approach will facilitate effective dental checkups and a support system for patient decision-making in the dental field.