

「今後の歯科健診のあり方検討会」報告書

平成17年1月

日本歯科医師会「今後の歯科健診のあり方検討会」

目 次

1 . はじめに	1
2 . 成人歯科健診に関わる現状分析と問題点	2
1) 歯科疾患の現状と歯科受療率	
2) 成人歯科健診の現状	
3) 実施率・受診率が低い理由（実施率および受診率に関連する要因）	
4) 成人歯科健診の課題	
3 . 今後の成人歯科健診に関する基本的考え方	5
1) 1次予防に寄与する歯科健診	
2) 受診者の満足度の向上	
3) 効率的で効果的な歯科健診	
4) 行動科学・健康学習理論に基づく健康教育の導入	
5) 地域における行政・職域・歯科医療機関の連携と生涯保健	
4 . 具体的提言	8
1) 歯科健診内容	
2) 口腔保健支援プログラム（健康教育）	
3) 国民および関係団体への成人歯科健診に関する啓発	
4) 歯科医師の研修	
5) 歯科衛生士の役割	
6) 民間健診機関との連携	
7) 成人歯科健診課題の解決および普及のための段階的アプローチ	
5 . まとめ	16
6 . 参考文献	17
7 . 検討委員会経過	20
8 . 検討委員会委員	20
9 . 図表	21

1. はじめに

健診（健康診査、健康診断）は、受診者の健康増進に寄与することを目的として、これまでわが国でも広く普及してきた健康対策である。しかしその一方で、健診実施に関わる制度間で検査項目や検査方法が異なる場合があり、対象者やその集団の健診結果を踏まえた健康課題の把握と適切な保健指導、あるいは提供情報の継続性に関する課題が指摘されてきた¹⁾。そして、2004年6月には、「健康増進法に基づく健診指針」が公表され、検査の標準化や結果の有効活用等を指向した指針が示されている²⁾。

健診には、疾病を早期に発見し早期治療につなげることで、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生涯にわたる健康の増進を図るための保健行動を啓発するという目的がある。特に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）や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を改善して生活習慣病等の発病を予防する1次予防に寄与する保健政策の重要性が喚起されている。さらに、健康の概念も、単に疾病の有無だけでなく、その人の日常生活の機能に着目した評価が重視されてきている³⁾。これらは、従来の健康教育に加えて、環境への対策も含めたヘルスプロモーションの概念を基盤とするものである。

歯科保健には、生涯にわたる口腔保健の向上のために各ライフステージにおける保健指標が提示されているという特徴がある。その一端として、「健康日本21」においても、口腔疾患の罹患率低減の目標と併せて、いくつかの口腔保健行動目標があげられている⁴⁾。歯科保健におけるう蝕と歯周病は、その人の生活習慣に深く関わる疾患であり、2次予防に焦点をあてた対策から、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1次予防を中心とした保健政策への転換が求められている。

特に、成人歯科保健は、その健診制度の普及と併せて、対象者の心理・行動に対する理解や個別性への対応が、より求められる分野である。しかし、そのための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⁵⁾、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較べて極めて低い。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率は低い。

本検討会では、成人歯科健診の現状を踏まえ、今後のあり方として、実施率・受診率を向上し、より受診者の健康増進に寄与する健診プログラムと、それを実現していくためのプロセスについて検討した。

2 . 成人歯科健診に関わる現状分析と問題点

1) 歯科疾患の現状と歯科受療率

う蝕と歯周病は、歯の喪失とその人の QOL に深く関わる。しかも、これらの疾患は、摂食行動や口腔清掃行動に影響され、生涯にわたって発病のリスクが伴う。そのため、人々は、この疾患に罹患することに関して一種のあきらめの態度に陥りやすい。特に歯周病は、その罹患率が成人の 80%以上を示している。

これに対して、歯科受療行動をみると、1999 年の厚生労働省保健福祉動向調査では、「過去 1 年間の受診・受療」では、41.1%の者が受診しているという実態がある⁶⁾。しかしこのなかで、検診や指導をその内容とする者は受診者総数の 6.0%に過ぎない。また、1999 年の厚生労働省患者調査でみると、一日に国民の 0.9%の者が歯科を受診していることを示している⁷⁾([図 1、2](#))。

すなわち、歯科受診・受療状況では、成人期の受診率は他の疾患に較べて高いが、疾患の罹患状況からみると、その割合はいまだ少ない⁸⁾。しかも、定期的な健診や指導の受診者の割合は欧米に較べて低いという現状がある。

2) 成人歯科健診の現状

成人歯科健診は、老人保健法などに基づく地域での健診、職域における健診、あるいは歯科医療機関での健診などいくつかの場面で行われている。

老人保健事業として歯周疾患検診の実施率をみると、1999 年にはその実施市町村は 5.0%であったのに対して、その後増加傾向にあるが、2002 年度でも市町村実施率は 30.6%に過ぎず、基本健康診査やがん検診の実施率に較べて極めて低い。また、受診率でみると、「平成 14 年度地域保健・老人保健事業報告」では、基本健康診査が 42.6%、胃がん検診 13.0%、肺がん検診 22.8%、大腸がん検診 17.1%、子宮がん検診 14.6%、乳がん検診 12.4%であるのに対して、歯周疾患検診の受診率は対象年齢の 3.9%である。その受診者の性差では、女性が約 2 倍の受診率である^{9,10)}。これらの受診率の背景には、疾患に対する恐れや口腔保健に対する認識の差異と、検診受診に関わる受診者側の負担感がある。また、対象年齢が歯周疾患検診では、これまで 40 歳、50 歳の節目検診で行われているという制約がある([表 1](#), [図 3、4、5](#))。

一方、歯周疾患検診と同じ節目検診で行われている骨粗鬆症検診の受診者数は対象が女性のみであるにもかかわらず、その受診者総数は、歯周疾患検診よりも高い。これらを検診後の指導区分でみると、「異常を認めず」、「要指導者」、「要精検」の 3 区分では、骨粗鬆症検診では約 80%が「異常を認めず」の判定であったのに対して、歯周疾患検診では逆に約 80%の者が「要精検」と判定されている([図 6](#))。この結果は、歯周疾患検診

のスクリーニング法としての意義が問われるものである。すなわち、これだけの高率で疾患が発見されたために、初期症状のスクリーニングよりもむしろ、受診勧奨の意義が強調されてきた背景があり、そのことが逆に、「どうせ治療の必要あり」と言われるのなら、「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。

歯科健診は、現状では、歯科医師による視診を中心とした健診であるので、1次健診がそのまま、精密検査に近い内容となっている。これが、逆に受診者側からは、事後措置として医療機関受診時の判定基準が一致しない場合があることを指摘される要因のひとつとなっている。また、地域の成人歯科健診における集団健診と個別健診は、その地域の特性や罹患状況が加味されて選択されるものであるが、いずれが妥当かについても共通の認識は得られていない(表2)。これらは、健診時において提供されるプログラムのあり方と、そもそも健診精度として、どこまでの集団健診に求めるかという問題となっている。

事業所健診をみると、歯科医師会を中心とした実施では、2003年には42都道府県歯科医師会で取り組まれているが、総受診者数は、80,832名であり、わが国の就業者総数に占める割合は少ない。健診項目でみると、う蝕検診、歯周疾患、顎関節症、口腔がん検診などが取り組まれているが、全国レベルで健診項目が統一されているわけではない¹¹⁾。また、健診の際に、歯みがき指導などの保健指導を併せて行っているのが40都道府県を示しているが、この健診時の保健指導をフォローアップする取り組みは、若干のモデル地区で報告されているだけである¹²⁾。一方、民間機関による事業所健診は、歯科医師会の調査では全国都道府県で延べ51機関とされているが、健診受診者数や内容の把握にはいたっていない¹¹⁾。

歯科医療機関における成人歯科健診の実態をみると、いくつかの地域や個人の診療室レベルでの報告は散見するが、全国規模の実態調査は極めて少ない。最近の全国規模での調査をみると、定期健診を実施している歯科医療機関は63%と報告されている。しかし、その受診率は、歯科健診該当者の60%以上と回答した医療機関は、約30%に過ぎない¹³⁾。すなわち、歯科医療機関では、定期歯科健診のサービスは普及してきているが、そのプログラムに継続して参加する受診者は、限られているのが現状である。

3) 実施率・受診率が低い理由(実施率および受診率に関連する要因)

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・企業側、歯科医師側の視点から考えることができる。

住民側からみると、事業の認知度、口腔疾患と歯科医療に対する認識、受診に対する社会経済的負担感とメリットとの関係の3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住民側に理解されていないことや、事業の実施に対する広報手段が不足していて、そのサービス自体が知られていないことがあげられる。さらには、歯周疾患やその予防法に対する住民側の知識も十分とはいえない。

また、最近の住民を対象とした成人歯科健診に対するフォーカス・グループ・インタビューの結果からみると、住民は歯科健診受診から健診後の治療に伴う社会経済的負担感や情緒的負担感などさまざまな負担感を連想する一方で、それらを上回るメリットを感じられないために歯科健診を敬遠しているという実態が示されている¹⁴⁾。そして、現状における成人歯科健診に住民が求めている内容は、「丁寧な説明」、「相談と助言」、「歯科医療機関の紹介」などがいずれの調査でも上位を占めている。これらは、歯科健診に伴うサービスの質が、歯科健診の現場でも歯科医療機関においても住民の要望に応えられていない現状を反映しているものである。

事業実施者である行政・企業側の視点からみると、財政的基盤、法制的根拠、地域歯科保健対策としての位置づけの観点から説明することができる。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、歯科医療関係者側からみると、歯周疾患の予防や健康教育・コミュニケーションに関する技術、診査項目の妥当性、医療機関におけるサービス内容に関わる情報公開への抵抗感、専門家側が住民側や社会的視点から歯科健診を捉えることを軽視する傾向、などがあげられる。特にスクリーニングにおける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。

4) 成人歯科健診の課題

成人歯科健診の課題は、受診者・住民側の疾患やサービスの認知度に関する課題、歯科医療者側の診査手法に関する課題、歯科保健医療サービスの量的な課題、歯科保健医療サービスの質的な課題、に分類することができる。

そしてこれらの課題は、歯科健診前、歯科健診時、健診後のフォローアップという3つの場面における課題として捉えることで、その具体的な対応を図ることができるものである(表3)。

受診者・住民側の疾患やサービスの認知度に関する課題としては、受診に関わる社会経済的・心理的負担感の軽減がまずあげられる。そのためには、サービス内容の事前の周知や専門家側に受診者側の心理的負担感を軽減し、保健行動を啓発するコミュニケーション技法が重要であり、さらに健診場面におけるプライバシーへの配慮が求められる¹⁵⁾。

歯科医療者側の診査手法やデータ管理の点では、地域や事業所での1次健診における診査項目を精査する必要がある。すなわち、成人の口腔保健課題である歯周疾患のケアには、歯科医療機関におけるメンテナンスが重要な要素となる。そのため、1次健診の結果をいかにして、歯科医療機関での受診時に有効に利用されるかという課題があり、地域における医療機関との連携を図った歯科健診でなければ、成人健診の効果は期待できない。さらには、歯科健診で得たデータを蓄積して、地域保健としての位置づけや歯科健診の成果につなげるという課題である。また、歯科医師間の診査基準と評価手法の標準化はさらに進めなければならない。

歯科保健医療サービスの量と質の課題では、何よりも歯科医療機関における予防管理型のサービスの向上であり、そのためには歯科医師・歯科衛生士などの歯科医療従事者側の研修プログラムが重要となる。個々の歯科医療機関における予防サービスの質の確保がなければ、受診者側が求めている医療機関への紹介システムや1次健診の事後措置としての歯科医療機関でのケアとの連携は成立しない。

3．今後の成人歯科健診に関する基本的考え方

1) 1次予防に寄与する歯科健診プログラム

歯科健診の目的を疾患の早期発見・早期処置 (case finding) から、疾患のリスクを早期に発見し、そのリスクに対応した対処を行う (risk finding) へと転換することが求められる¹⁶⁾。これは、従来の2次予防から、より受診者の健康増進に寄与する1次予防を中心とした歯科健診へと歯科医療者側が認識を変えることである。

ここでいうリスクとはその人の、環境的リスク、行動的リスク、生物学的リスクである。このリスク診断には、現在の病態を示す、将来の発症の予知、治療の予後などの課題がある。歯科疾患の発生には、生物学的なリスク評価は、宿主の抵抗性の問題から重要な要素となる。しかしその一方で、歯科疾患は、その人の日常の行動 (口腔保健行動) に強く関連するものであり、行動的なリスクやその背景となる環境的リスクの診断は、歯科疾患の予防には不可欠な要素である。そのため、受診者の環境的リスクと行動的リスク診断とその対処に焦点をあてた歯科健診への転換が必要となる。

すなわち、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ことが課題である。この保健行動の啓発は、受診者の個別性に立脚したものである必要がある。さらにそのための継続的な健康教育・健康学習プログラムの提示が求められる。

2) 受診者の満足度の向上

成人歯科健診受診率の現状は、健診の場面で専門家側の対応が受診者の求めている内容や期待に届いていないために、結果として受診者の満足が得られていないことが、その要因の一つである。そのため、受診率を向上するには、受診者の満足度をいかにして改善していくかということが課題となる。そしてこの受診者の満足感が得られない歯科健診が、その後の保健行動の啓発につながることはない。

しかし、この満足度というのはそもそも受け手側の質的な評価であり、受診者の個別性が高い。また満足度は、事前の期待度を反映したものであり、その期待感はそれまでにその人が受けたサービスの内容やポジティブな経験が強く反映して形成される。しかも、この期待感は、その個人の口腔保健に対する認識によって異なるものである。すなわち、同じレベルのサービスであっても、受け手側によって満足度は異なり、同じ個人であっても、時間と共にその満足のレベルは変化していくと考えられる¹⁷⁾。

例えば、その地域の歯科医療サービスが、治療中心で病状や予防法に関する説明が不足している、あるいは歯科医師のパターンリズムの対応が多い場合には、「丁寧で十分な時間をかけた説明」や「受診者を怒らないで励ますコミュニケーション」は有効である。あるいは、受診者や住民が、医療機関に対する不信感があって、信頼できる歯科医院を求めている場合には、歯科健診時に「医療機関の紹介」のためのシステムは患者の満足度を向上するものである、というようにその地域の歯科医療サービスの質に左右される側面がある。

そして受診者の満足度向上のために重要なことは、受診者の環境や行動を歯科医師側が理解して、その人の個別性に併せた対応を図ることである。さらには、提供される健康情報の質をより高めていくことと、受診者の個人情報やプライバシーに対する配慮がさらに求められる。歯科健診には、歯科医師が健診して、その場で指導できるという特徴がある。この特性を活かしながら、質問紙法を用いたリスク診断、健康教育、フォローアップを含めた成人歯科健診システムは有効と考えられる。

3) 効率的で効果的な歯科健診

行政や企業という成人歯科健診実施者側の観点からみると、歯科健診の費用対効果が事業の導入にあたってひとつの課題となっている。また、受診者側からみても、受診に関わる機会費用への対価が求められる¹⁸⁾。現在の成人歯科健診の多くは、歯科医師が口腔診査をする方法であり、これには、健診に関わる時間と要員の確保が必要となる。そして歯科健診の内容を、各実施者や受診者がその地域や職域の状況に合わせて選択できるというプログラム内容にはなっていない現状がある。

今後、唾液検査などの生物学的なリスク診断の手法が確立された段階では、従来の歯科医師による視診・触診による検診というスタイルを変更し、病態を捉えるためのスクリー

ニングとしての検査法を地域や事業所で実施して、精密検査（2次健診）は歯科医療機関で行い、1次健診では、歯科医師は歯科検診を行わずに総合評価と個別の健康相談に従事するという方法も考えられる¹⁹⁾。また、1次健診における歯科医師以外の保健要員としての歯科衛生士、保健師などの役割分担も再構成される必要がある。すなわち、1次健診と2次健診、あるいは集団健診と個別健診に求められる機能を明確にしていくことが、効率的な歯科健診へのひとつのアプローチである。

また、ここでいう「効率的」という観点には、成人健診で得られたデータ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側面もある。そのためには、受診者個人が有効に活用し、フォローアップに活かすための結果通知方法の標準化と健康手帳などの活用が求められる。すなわち、その媒体を通して、地域における歯科医療機関は、「検診」後の治療・処置だけでなく、「歯科健診」における行動のリスク診断やそこで提供される健康教育プログラムの受け皿となることが必要となる。

4) 行動科学・健康学習理論に基づく健康教育の導入

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の手法が必要である。

すなわち、「健診」の場が、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求められる²⁰⁾。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」あるいは「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が重要であると指摘されている²¹⁾。実際にヘルス・ビリーフ・モデル、社会的学習理論、段階的变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^{22, 23, 23)} (図7、8、9)。

また、行動科学に基づいた健康教育を行うためには、適用するモデル、誰が、誰に、何を、どんな場で、どのように働きかけるか、という観点から実施し、評価されなければならない。口腔保健行動の変容や定着のための支援には、本人の環境や心理的な構えがあり、画一的な対応よりもその人の状態に合わせたアプローチが必要である。そして、「健康教育」による受診者の「健康学習」は、通常、1回の「健診」の場で終わることではないので、その後の「健康教育」のフォローアップのシステムが求められる。受診者の行動・環境診断から健康教育プログラムへの展開には、プリシード・プロシード・モデルなどのモデル設定が重要となる^{25, 26)} (図10)。これらの展開には、受診者に対する歯科医師側のコミュニケーション技が基盤となるものであり、歯科医師・歯科衛生士の研修プログラムが今後さらに求められる。

5) 地域における行政・職域・歯科医療機関の連携と生涯保健

健康増進法では、「国民は自ら健康の増進に努め、国、地方公共団体、保健事業実施者、医療機関その他の関係者は相互に連携、協力しながらその努力を支援する」とされ、関係機関のより有効な連携が求められている。これは、これまで歯科健診が、実施者や各ライフステージで別個に行われてきた事業を、生涯を通じた保健事業として一体的推進を図ることであり、それにはセルフケアを中心として、プロフェッショナルケア、コミュニティーケアがそれを支援するシステムが重要である。

これまで、歯科健診は、受診勧奨を中心として行われてきた背景があり、その健診データの活用や健康教育を基盤とした健診後のフォローアップは十分なものとはいえなかった。健診結果の有効な活用を考える際に、その媒体を通じた関係者の連携という方策が考えられる。例えば、健康手帳は有効な連携のツールの一つである。母親が子供の成長や育児の過程を自己評価できる母子手帳のように、成人の歯科健康手帳を活用することで、口腔保健情報の提供、歯科疾患の治療記録と健康管理記録を通して、口腔保健の啓発効果も期待できる。また電子媒体については、最近インターネット環境のインフラ整備の発展によって急速な普及がみられる。この情報技術によって、現在、一部企業で実施されている「e-learning」などのネット上での対話型の歯科健康教育を活用した事業例もみられる²⁷⁾。これらは、個人データの蓄積にも有効な手段である。

また、国民の健康増進を進めるための健診データの共有と蓄積は、科学的根拠に基づいた予防を中心とした歯科保健を行う上で有効な方策である。すなわち、健診データベースを立ち上げ、データの管理と分析を継続して行うことが今後の歯科保健活動のなかで最も重要な課題のひとつである。将来的には、個人歯科健診データのICカード化、健診データベース構築を図ることで、個人情報の閲覧とデータ集積によるエビデンスに基づいた情報の提供が可能となる。但し、この個人データの利用には、個人情報保護法の施行を考慮した情報管理システムの構築が必須となる。具体的なデータベース蓄積のためのシステム例を図11に示した。

4. 具体的提言

1) 歯科健診内容

歯科健診の具体的内容については、受け手側が健診項目をある程度選択できること、受診者の環境・行動診断に基づいた健康教育とその後のフォローアップシステムを包括した歯科健診プログラムであること、の2点が基盤となる。

今後の成人健診は、「疾患を早期に発見し治療をする」ことよりも、疾患にいたる保健行

動のリスクや環境の評価を行い、しかも健診の場での健康教育に活かすことが重要である。これまでの「検診」は、疾患の発見を重視し、この健康の概念は、「医学モデル」に基づくものである。すなわち、健康が疾病、外傷、あるいはその他の健康状態から直接的に生じるものであり、専門家による個別的な治療というかたちで医療を必要とする考え方である。それに対して「健診」における健康は、「社会モデル」でとらえられるものである。この「社会モデル」では、疾病の罹患にいたる個人の環境や行動が重視される。そして、健康を疾患の有無という状態ではなく、機能の低下や日常生活における障害の程度という観点からとらえる。そのための歯科健診の事前に行う質問紙票による評価の意義は高い。健診時に用いられる質問紙票については、現在行われている現症の把握を主とした問診票から、口腔保健行動・環境診断と主観的口腔機能評価を目的とした事前質問紙票を新たに適用することが求められる。これまでの先行研究や事例²⁸⁻³²⁾に基づいて、[表4](#)にその具体例と診断項目を示した。

歯科健診の内容は具体的には、事前の質問紙調査と唾液検査等生化学検査、歯科医師による口腔診査・事前調査・行動環境診断に基づく問診、歯科医学的検査、事後措置としての健診結果の説明、健康相談、健康教育プログラム、歯科医療機関におけるフォローアップの3段階が考えられる。

口腔診査の内容は、歯・歯周組織の状態の診査と顎関節、口腔粘膜疾患の診査などである。唾液検査等生化学検査は、生物学的なリスク診断とスクリーニングの手法が確立されるまでの間は、主として健康教育におけるモチベーションの媒体として活用する。

歯科健診に関わる実施場所については、[図12](#)については、事前の郵送法による自宅での記入や受付時での検査が可能である。[図13](#)は、職域や地域での歯科健診会場で行う。[図14](#)の事後措置としての健診結果の説明や健康相談、コンサルテーション、簡単な歯科保健指導は健診時に行い、その後の健康教育については、健診実施主体の実情に併せる。また、歯科健診後の評価については、数ヶ月後に歯科健診会場で再度行う場合と、歯科医療機関で実施される場合がある([図12](#))。

これらの歯科健診プログラムにおける健診項目と事後措置は、老人保健法における歯周疾患検診など法的にその項目や方法が法的に定められている以外は、健診実施主体が、選択することができることが望まれる。本歯科健診システムの実施例を[図13](#)に示した。

2) 口腔保健支援プログラム(健康教育)

保健行動および環境診断には、健診の場で、質問紙票を用いることが有効である。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、罹患状況・QOL(自覚症状・機能制限・機能障害)、口腔保健行動・ライフスタイル、知識・保健に対する考え方、周囲の支援的環境、本人の満足度、ポジティブな経験、保健技術、保健指導の経験、歯科受診機関へのアクセス、などの要素に基づいた取り組みが必要となる。

これらを踏まえた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、口腔保健関連 QOL・自覚症状、その人の目標となる保健行動、健康教育で伝える内容、誰に働きかけるか、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(図 14)。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・行動的診断結果を、フォローアップを行う歯科医療機関と共有することで、歯科医療機関が健康教育の受け皿になりうる。また、歯科健診の評価にも応用できるものである。

具体的な、「健康教育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。

- (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(事前の郵送法、一般成人健診の場などの活用、受診者への成人歯科健診システムの提示)
- (2) 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、あるいは受診者による目標設定健康教育のフォローアップ(4のプログラムおよび目標設定に基づく、数回の健康学習教室の開催、通信指導、e-learning、歯科医療機関におけるフォローアップなど)

健康教育のフォローアップとして、健康教室や通信指導などは、その地域の実情や資源に併せて選択されればよい。また、これまでに報告されている健康教育の事例(3.3-3.9)の一部を(図 15-17)に示した。

3) 国民および関係団体への成人歯科健診に関する啓発

歯科健診は今日まで妊婦、乳幼児、保育園児、学校、成人、など各ライフステージ別に実施されてきた。

しかしながら、現在の健診システムでは、冒頭でも述べたように疾病の早期発見・早期治療(case finding)に過ぎず、特に、成人期における集団検診においては、その受診率からしても、受診者や企業・健康保険組合のニーズに的確に応えていたとは言いがたい。

いま、国民の健康志向が高まる中で、高齢社会のわが国では「健康日本 21」の提唱やその根拠となる健康増進法が施行され、国民自らが健康づくりに取り組むことが問われている。そのため、これからの歯科健診については健診結果から、受診者自らが健診結果に基づいて1次予防に心がけ、健康増進に努めるような健診を実施することが喫緊の取り組みといえる。このために、成人歯科保健を推進していく上で歯科関係者としては、地域ばか

りでなく、職域関連団体と連携して、成人歯科健診を推進することが望まれる。

具体的方策として、大学生を中心とした成人に対しては、大学の生協や学生会とも連携を図り、学園祭や部・サークル活動の場などを利用して歯科健診の重要性や歯科保健活動の普及啓発に取り組むことを視野に入れることが考えられる⁴⁰⁾。このことにより、就職前あるいは就職後に歯科健診を自主的に受診することが期待される。

さらに、成人の多くが対象となる勤労者に対しては健康保険組合や企業との連携が挙げられる。今、日本経済の低迷期において、多くの従業員を抱えている企業にとって、従来のように歯科医師、歯科衛生士による歯科健診を行うことは、医科で行われている基本検査で得られる全身の健康に関わる情報量に比べ健診の費用や時間が掛かりすぎてしまい、企業がこのような歯科健診に十分な費用を計上することは難しい現状がある。このことから、多くの従業員が受診しても効率的で比較的経費がかからず、歯科保健の普及啓発につながる健診方法でなければ企業の取り組みや、社員の受診率の向上は望めない。また、現在の歯周疾患検診のように、受診者の約 80%が有病者となる歯科健診では健康保持・増進のための健診というより治療勧告のための健診となってしまう。このことから、今回提唱しているような、アンケートによる問診を中心としたスクリーニング健診を行うことによって、受診者数の増加と、それに伴う歯科保健の普及啓発を図ることが重要である。

このためには、大手単一健康保険組合で構成されている「保険者機能を推進する会」⁴¹⁾や健康保険組合連合会あるいは、中小企業の労働安全衛生を管轄する地域産業保健センターそして、政府管掌健保組合加入の小企業を管轄する社会保険事務所などの中で地域の会社が参画している委員会において、健康づくりの推進（個々にあった健康づくり施策による健康の保持・増進の支援）に取り組んでいるセクションとの連携を図り、歯科健診の目的および方式や必要な経費について十分な理解を得た上で、全国どこでも同様な歯科健診システムで受診できる体制づくりをすることが必要となる。

そして、成人歯科健診を集団で実施する場合には地域歯科医師会の活動としての取り組みが不可欠である。その上で、健診スタッフの重要な役割を担う歯科衛生士を確保するためにも歯科衛生士会や既存の歯科健診業者とも連携し、成人歯科健診の事業効果を向上することが求められる。

さらに、スクリーニングによる健診で歯科疾患のリスクが高いと判定され、更に精密な健診が必要な受診者や自らの健康保持・増進のために歯科保健指導を希望する受診者に対しては、地域の歯科医師会は産業歯科医などを中心として、一定水準の健診を前提としたフォローアップ体制をとることが望まれる。この場合には、全体的な成人期での健康づくりを念頭に、前期成人期（おおむね 20 歳台）中期成人期（おおむね 30～40 歳台）後期成人期（おおむね 50 歳代）のライフステージに分けた歯科保健指導も必要となる⁴²⁾。

このために、日本歯科医師会は今後、早急に精密健診のシステムと成人期の歯科保健指導のガイドラインを作成し、これを参考にして、各地域歯科医師会は産業歯科医やかかりつけの歯科医師による、受診者へのサポート体制を構築していくことが望まれる。

4) 歯科医師の研修

歯科健診を実施する際の歯科医師の研修には、精度管理、口腔保健行動診断、コミュニケーション技法、診療室におけるメンテナンスなどが求められる。

(1) 精度管理

歯科健診時の診査方法は、臨床における診査のように、詳細な問診や口腔内の視診、レントゲン診査、口腔内画像やスタディーモデルといったさまざまな検査方法を駆使するものとは異なり、限られた時間内での問診と視診による口腔内診査のみであることが多い。う蝕や歯周病は、ある程度進行した状態ではじめて病変が認識される疾患であるため、その程度によっては診査した歯科医師間で検出能には若干の差が生じることがある。したがって、どの診査者が行っても可及的に誤差がなくなるような診査法と診査環境を整える必要がある。

なお、今回提案する歯科健診は、口腔内の状況を受診者自身が把握し、健康を維持していくために口腔保健行動を変容し、良好なセルフケアの維持を支援することが主な目的である。したがってむやみに初期の疾患を検出して治療をすすめるといった姿勢はつつしみ、気づきを起こさせセルフケアを喚起することが必要である。またう蝕に関する正確な所見は、視診だけでは限界があることを受診者にも十分事前に理解してもらうための説明が必要である。

診査に先立って行う問診では、自分の気になっていることやトラブルを素直に相談できる雰囲気作りが大切である。問診時に目線の高さをあわせて行えるよう椅子を配置し、問診や診査を通し別の受診者に聞き取られたり見られたりすることがないように、パーティションを設けたり、隣の健診台となるべく距離を離す配慮をする。また、作業効率や安全を考え、健診台への受診者の導入と診査者や記録者の動線がきちんと分離できるようなレイアウトをこころがける。

口腔内診査は座位より水平位のほうが精度高く行うことができる。診療チェアといった設備のある歯科医院内では問題ないが、会議室や公民館の会場などで行う場合には、専用の簡易椅子を用いるかソファーや机に水平に寝かせた状態で診査することも可能である。また診査時の明るさは非常に重要な要素であるため、採光のとれやすい窓際を選び、明るい光源のもとで診査を行う。また説明時にも受診者に口腔内の様子が確認しやすいよう十分な明るさを確保する。診査者の姿勢も常に受診者の口腔内の様子を見落とさないよう、かつ診査者の体に無理な負担が加わらないような姿勢が保てるような器材の設置をこころがける。またCPIによる診査をする場合は、CPI専用の歯周プローブを用い、ミラーなど他の健診器材の消毒、器材を清潔に保つことに十分留意する。

口腔内診査を行う際に、一定の診査基準にしたがい診断結果に誤差の生じないように、

あらかじめ診査者が訓練をするキャリブレーションを行う必要がある。特に初期う蝕と CPI 診査におけるプロービング圧には十分な事前の基準の統一が求められる。

(2) 口腔保健行動診断

事前のアンケートの結果から得られた保健行動の現状を把握し、歯周病予防のためにとるべき保健行動を実現させるための準備、強化、実現因子^{2.5)}をひろいあげ診断する。

歯周病予防のためにとるべき保健行動は、歯間ブラシやフロス（糸ようじ）といった歯間清掃具の使用、喫煙しないこと、歯周病予防のための歯科医院での定期的歯科健診の3項目に加え、就寝前の歯みがき、間食（甘い食べ物、飲みもの）の制限などがあげられる。準備因子とは、好ましい保健行動を起こすのに必要な知識、態度、価値観の程度、強化因子とは、変容した行動を持続させ強化させるための体験後の満足感や周囲の理解や支援などである。実現因子とは、保健行動を実際に起こすために必要な受け皿や社内の環境や雰囲気および本人の技術の習得度である^{2.5)}。

従来、経験的に判断し、行ってきたこれらの行動診断にも精度管理が必要で、再現性の高い系統だった診断方法を習得し、それをもって歯科衛生士の健康学習に導くスキルをつける研修が必要である。

(3) コミュニケーション技法

疾病管理の従来型歯科検診とは異なり、動機づけを行って口腔保健行動を変容させることが歯科健診の目的である。したがって受診者に気づきをおこさせ、いかに動機づけを行うかが肝要である。受診者が実施しているよい保健行動の部分をまずは褒め、悩みごとや疑問点によく耳を傾け、そしてよりよい健康づくりに役立つ保健行動を提案する姿勢をとる。往々にして医療サイドの一方的な説明で終始してしまうことがあるが、主役は受診者であり、受診者が発言し、診査者との会話の中で「気づき」を起こさせるよう展開を心がける。

具体的には、あいさつからはじまって診査者は受診者に威圧感のないよう、同じ視線で会話をする、受診者の受診者がリラックスして話しやすいよう対面式より45度の位置に座る、マスクを必ずはずして笑顔で目をみて接する、チェアユニットを倒した状態で斜め上から一方的に会話をするのは避ける、専門用語は避け平易な言葉で丁寧に説明するなどである。口腔衛生の動機づけを行う際は、言葉による説明だけではなく、イラストやアニメーションを用いた説明ファイルや、位相差顕微鏡、口腔内 CCD カメラや画像といったツールを適宜活用し視覚的に理解を促すこともポイントである。

歯科健診後の口腔衛生アドバイスを担当する歯科衛生士は、問診や口腔内診査時に、可及的に診査者とともに受診者の口腔内を観察し、受診者の訴えや意識、保健行動の現状、口腔内状態を把握しておくこと、円滑なフォローアップが可能となる。

(4) 診療室におけるメンテナンス

一度の歯科健診や口腔衛生学習だけでは、変容した保健行動を継続させるのは困難で、定期的な支援がないと良好な保健行動は継続しにくい。そのためのフォローとして歯科診療室での継続的なメンテナンスを行うことが重要である。メンテナンスには、自助努力のみで改善できる程度の歯周疾患罹患患者への定期的な励まし、アドバイス等の予防支援と、自助努力に加え歯科専門職によるプロフェッショナルケアが必要な歯周疾患罹患患者の定期的なケアと支援の2通りが考えられる。

基本的には歯科医師の口腔内チェックとそれに基づく歯科衛生士による口腔衛生のアドバイスや歯石除去、歯面清掃などの予防処置からなり、年齢や歯科疾患の程度などの個人リスクに応じて適切な間隔を定め実施する。くれぐれも定期的なメンテナンス時に、繰り返し修復をやりなおすようなことは、受診者のコンプライアンス行動を失うこともあるので十分注意する。また、口腔内の状況や受診者、診査者、口腔衛生アドバイス担当者のコメント、指導内容等のデータを的確に管理し、それをメンテナンス時に生かすことが重要である。

なお、職域で行われる歯科健診や保健活動は単発的であることが多く、継続的にメンテナンスを含めたフォローアップを行っていける体制づくりが課題となる。

5) 歯科衛生士の役割

歯科衛生士の果たす役割は歯科診療の場と同様に、歯科健診業務においてもきわめて重要といえる。しかしながら、昭和23年に制定された歯科衛生士法(平成13年改正)で規定されている歯科衛生士の業務を要約すれば、「歯科衛生士は歯科医師の直接の指導の下に行う歯牙及び口腔の疾患の予防処置と歯科診療補助および歯科保健指導のみを行えること」とされている⁴⁴⁾。この歯科衛生士法制定当時には歯科健診の場での歯科衛生士の役割は想定されていない。

ところで、今日、平成12年の「歯科衛生士の資質の向上に関する検討会」の厚生省への報告書に基づいて歯科衛生士学校が3年制に移行され始め、現在までに、19校が3年制に、また、4年制も2校あり、平成17年度にはさらに数校が3年制に移行する予定である。

このように、新たに3年制以上に移行する歯科衛生士養成機関では、歯科医療や予防だけでなく歯科健診の目的やそこから得られる情報とそれに基づく歯科保健指導の知識や健診実施の際における具体的な技法の教育が求められる。同時に歯科医師会としては国に対し、新たな教育システムの中で、より充実した教育を受けた歯科衛生士に対しては歯科衛生士業務について歯科診療や介護のような医療領域ばかりでなく歯科健診業務をも担えるような法的根拠を見直しするような働きかけが必要である。

今後、歯科健診における具体的な歯科衛生士の役割としては、まず、問診やリスク診

断のためのスクリーニング検査時に唾液採取などの検査業務があげられる。また検査後には問診時のアンケート結果に基づき、単に画一的な歯磨き指導にとどまらず個々の受診者の年齢や職業などに応じた歯科保健指導・健康教育を担うことが望まれる。

一方で、医科の成人健診同様に健診と治療行為とは明確な区別を行い、健診の場においては治療行為に準ずるような業務を行うのではなく、歯科衛生士は受診者が疾病のリスク低減、1次予防に必要とされる歯科保健行動の指導や疾病の重症化を防ぐための受療行動を促すような受診者への教育をさらに充実することが必要となる。

6) 民間健診機関との連携

現在日本には多くの民間健診機関があり、職域で成人歯科保健事業が行われている。しかしながら活動内容やその評価基準に統一性に欠いていることは否めない。そこで現在、日本歯科医師会が中心となって民間健診機関と間で協議会が開催されている。従来の疾病管理ではなく積極的な予防管理と健康づくりに寄与できるような事業展開をはかるよう共通認識がもつこと、民間健診機関と歯科医療機関および歯科医師会との相互理解を高め連携をとること、活動の精度管理を行うことなどの討議が行われている。

企業内で多人数を対象に事業を行うには、活動計画を決め、事前に会場や器材、人材を準備し、当日実行し、その後実施の結果をまとめて評価をするといった一連の作業が必須である。健康保険組合や事業者、歯科医師個人が単独で実施することは困難で、民間の健診機関に事業を委託し、実施計画を立案し共同で実施していくケースが多い。

活動内容はそれぞれの健診機関によって特色があるが、口腔内診査と歯科相談および保健指導のパッケージが一般的で、これに口腔衛生への動機づけとして歯面清掃が加わる形もある。また、小児や配偶者を含めた家族健診や歯科健康セミナー、社内イベントに連動した歯科保健パッケージなどさまざまなサービスを提供可能な健診機関もあり、事業者側のニーズにあわせて適宜活用できる。

歯科保健事業の方向を明確に示し、一緒に運営していく姿勢をとること、単発的に事業を行うのではなく、継続的に実施し事業の効果をきちんと評価できることも大切である。また実施者の対応や指導方法、使用器材の衛生状態、受診者の満足度など評価は、健診機関ではなく事業者側が定期的に行い、結果を活動にフィードバックできるような体制をとれるようにする。

7) 成人歯科健診課題の解決および普及のための段階的アプローチ

日本歯科医師会としては、今回提唱した成人歯科健診が、従来から行われている歯科健診と比べて企業や受診者にとって満足できるものか、また費用対効果あるいは、受診率やその後の受療行動に結びついたかななどを早急にモデル事業として実施検証し、より良い成

人歯科健診システムを構築するために健診方法の改善、検討することが望まれる。

このモデル事業実施のために必要な費用は、日本歯科医師会が 8020 推進財団の研究費等を活用し、いくつかの都道府県歯科医師会あるいは郡市区歯科医師会に委託して成人を対象に集団検診を行う。

この際、受診対象者選定のために健康保険組合や企業あるいは地域行政と、また、健診の際に必要なマンパワーの確保のために歯科衛生士会あるいは既存の歯科健診事業者とも連携し、事業を実施することが考えられる。

この成人歯科健診では、実施直後に受診者、企業（健康保険組合）担当した歯科医師・歯科衛生士に対して健診内容や方式などについて調査・分析を行い、さらに、半年程度経過後にも、受診者に対してその後の歯科保健への取り組みや口腔の健康管理および歯科受療行動に対する行動変容等の調査を行って、この成人歯科健診システムの評価を行う必要がある。

日本歯科医師会は、このモデル事業の評価結果に基づいて、よりよい歯科健診システムを構築するとともに、その方式を行政、健康保険組合（企業）とともに国民の歯科保健を通じた健康づくりのために全国的に同様な方式を基本に拡大・普及することが望まれる。

5 . 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、歯科医療専門家側が考えている歯科健診の意義との間のギャップがある。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。

う蝕や歯周病のような高い罹患率を有する疾患では、その健診の意義を早期発見・早期処置（case finding）に求めても罹患率の低減にはつながらず、そのことが歯科健診の効果に対する信頼性そのものを阻害することになる。むしろ歯科疾患は、その人の日常の行動（口腔保健行動）に強く関連するものであり、行動的リスクや環境的リスクを診断し対処することが、その予防には不可欠な要素である。それには疾患のリスクを早期に発見し、そのリスクに対応した対処（risk finding）としての保健指導や健康教育を包括した歯科健診プログラムが求められる。しかも成人は、小児とは異なりその知識や態度・行動にかなりの個別性を有する年齢集団であり、その対応には専門家を中心とした歯科保健から、受診者を中心とした口腔保健へと歯科医療専門家側の意識の転換が必要である。

本検討会では、成人を中心とした歯科健診の実施率および受診率を向上し、さらに受診者の健康増進に寄与する歯科健診のあり方について検討した。

その結果、歯科健診には、1次予防に明確に寄与すること、受診者の満足感の向上、効率的でしかも効果的な歯科健診、行動科学・健康学習理論に基づく健康教育の導入、地域における行政・職域・歯科医療機関の連携と生涯保健、が基本的な要件となると考えられた。

今後の具体的な方策は、受診者や健診実施者が個別に選択できる歯科健診プログラムの提供、健康教育を中心とした歯科健診プログラム、の2点を基盤とした歯科健診への転換を図ることである。さらには、この新しい歯科健診プログラムの評価と継続的な質向上のための歯科医師の研修システムやモデル事業の実施が求められる。

すなわち、21世紀の歯科健診のあるべき基本姿勢を提示し、その実践と試行錯誤の中から国民のライフサイクルに応じた適切な歯科健診と支援プログラムの内容を充実させ、「受けて喜ばれる歯科健診」システムを確立していくことが重要である。そして、歯科健診は、日本歯科医師会単独ではなく健診実施に関与する関係団体・機関との相互理解を図り、その連携を強化することで相乗効果を生み結果として国民の口腔保健の向上に寄与するものであることを念頭におく必要がある。歯科健診のあり方は常に進化し、一定の型にとどまるものではない。効果と効率性を追究し、国民に理解されやすく、しかもよりよい生活習慣への変容に貢献すべき内容の充実を図るための段階的アプローチがさらに必要となる。

6. 参考文献

1. 堀江正知：「健診」の今日的諸問題について、健康保険、2004.8、21-27、2004
2. 厚生労働省：健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針、厚生労働省告示第242号、2004
3. 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課：「国際生活機能分類 - 国際障害分類改訂版 -」（日本語版）、2002（<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/08/top>）
4. 21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）、2000、（<http://www.kenkounippon21.gr.jp/index.html/>）
5. 歯周疾患検診マニュアル作成委員会編：老人保健法による歯周疾患検診マニュアル、第2版、日本医事新報社、東京、2000
6. 厚生省大臣官房統計情報部：平成11年保健福祉動向調査の概況 - 歯科保健、1999（http://www1.mhlw.go.jp/toukei-i/h11hftyosa_8/index.html/）
7. 厚生省：平成11年度患者調査
8. 日本歯科医師会監修：歯科医療白書 - 創造的な歯科医療社会を目指して、社会保険協会、東京、2003
9. 厚生労働省：平成14年度地域保健・老人保健事業報告
10. 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 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

11. 日本歯科医師会：平成 16 年度地域保健・産業保健関係アンケート集計結果
12. 埼玉県・埼玉県歯科医師会：平成 13 年度成人歯科保健事業報告書, 埼玉県・埼玉県歯科医師会, 2002
13. 8020 推進財団：健康日本 2 1 関連歯科医療施設調査報告書、2004
14. 佐々木健：なぜ歯科健診を受ける成人が少ないのか、ヘルスサイエンス・ヘルスケア、1, 23-26、2001
15. 石川達也, 高江洲義矩, 中村譲治, 深井穂博 編：かかりつけ歯科医のための新しいコミュニケーション技法, 第 1 版, 医歯薬出版, 東京, 2000.
16. 花田信弘、今井 奨：エビデンスに基づいた歯周疾患の治療と予知への対応-唾液を用いた臨床検査の可能性について、本特集の意図するもの“ 2 次予防の変革 ”、日本歯科評論、Vol.63 (N08)、53-93、2003
17. 深井穂博:患者満足度研究の意義, The Quintessence, 22(5), 1008-1017, 2003
18. 筒井昭仁、中村寿和、堀口逸子、中村清徳、沼口千佳、西本美恵子、中村譲治：ワークサイトヘルスプロモーション (WHP) の観点にたった産業歯科保健の取り組み - 第 2 報 歯科疾患に関連した労働時間の損失 -、口腔衛生学会雑誌、49(3), 341-347, 1999
19. 佐藤 保：歯科臨床検査を活用した歯周病検診について、岩手県歯科医師会地域歯科保健委員会説明会 (2004 年 11 月 3 日) 資料、2004
20. 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
21. 深井穂博：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
22. Rosenstock, I.M.: Historical origins of the Health Belief Model, Health Education Monographs, 2: 328-335, 1974.
23. Bandura, A.: Self-efficacy mechanism in human agency, American Psychologist, 37: 122-147, 1982.
24. 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.
25. Green, L.W., Kreuter, M.W.: Health promotion planning; An educational and environmental approach, Mayfield Publishing, MountainView, 2nd ed., 1991, p1-32.
26. 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
27. 加藤 元：産業口腔保健と Web 活用、健康管理、No.583 (1 月号)、17 - 26、2003
28. 深井穂博：わが国の成人集団における口腔保健の認知度および歯科医療の受容度に関する統計的解析、口腔衛生会誌、48:120-142、1998.
29. 中村譲治、筒井昭仁、堀口逸子、鶴本明久：歯周疾患の総合的診断プログラム (FSPD34

- 型)の信頼性と妥当性の検討、歯周疾患自己評価尺度と口腔内診査結果の関連妥当性について、口腔衛生会誌、49、310-317、1999
- 30.堀口逸子、筒井昭仁、中村譲治、西方寿和、神崎昌二：ワークサイトヘルスプロモーション(WHP)の観点にたった産業歯科保健の取り組み - プリシード・プロシードモデルに基づいた質問紙調査 -、口腔衛生学会雑誌、48(1)、60-68、1998
- 31.井手玲子、筒井昭仁、山本良子、上野くみ子、常岡正廣、溝上哲也、吉村健清：口腔にかかわるQOL評価の試み - Oral Health Impact Profile-49日本語版の信頼性の検討、口腔衛生会誌、52、36-42、2002
- 32.内藤真理子、鈴鴨よしみ、中山健夫、福原俊一：口腔関連QOL尺度開発に関する予備的検討 - General Oral Health Assessment Index(GOHA1)日本語版の作成、日本口腔衛生学会雑誌、54、110-114、2004
- 33.吉村浩行：佐世保重工業における歯科保健事業(その2)、「健康保険」誌、50(8)、67-73、1996
- 34.井手玲子、築山雄次、吉村浩行、溝上哲也、吉村健清：歯周疾患に対する産業歯科保健活動の効果 - 歯単位でのCPITNとプロービング時の出血による評価 -、産業衛生学会雑誌、39、21-26、1997
- 35.山本良子、井出玲子、上野くみ子、伊豆丸美恵、常岡正廣：成人保健におけるQOL評価指標の活用(その1)-個人宛プロトコル「お口の元気度」の開発-、口腔衛生会誌、54、381、2003
- 36.長崎県市町村職員共済組合、歯の健康評価指標検討会、(財)日本予防医学協会西日本支部、産業歯科大学臨床疫学：「歯の健康づくり支援事業」報告書、北九州、産業医科大学臨床疫学教室、2002
- 37.加藤 元：産業歯科保健活動の実際 - 企業における歯科保健活動、公衆衛生、63(6)、385-388、1999
- 38.加藤 元、川崎浩子、亀田高志、半井英夫：職域歯科健診後の介入が歯周疾患の改善に及ぼす効果について、産業衛生学会雑誌、40、330、1998
- 39.堀口逸子：産業歯科保健活動の実際 - 福岡予防歯科研究会での産業歯科保健の取り組み、公衆衛生、63(6)、389-393
- 40.大学生協同組合連合会 HP <http://www.univcoop.or.jp/>
- 41.保険者機能を推進する会 HP http://www.kino-suishin.org/s_iinkai.html/
- 42.東京都歯科医師会編：ライフステージに沿った歯科保健
- 43.歯科衛生士法、昭和23年制定、平成13年改正

7. 検討委員会経過

第1回 平成16年 8月 4日(水)

第2回 平成16年 9月 8日(水)

第3回 平成16年10月 6日(水)

第4回 平成16年11月17日(水)

第5回 平成16年12月15日(水)

第6回 平成17年 1月12日(水)

第7回 平成17年 1月26日(水)

8. 検討委員会委員

岡 宏 地域保健委員会副委員長(平成16年12月1日辞任)

小澤 晃 産業保健委員会副委員長

加藤 元 日本アイ・ビー・エム箱崎健康開発支援センター

小林 慶太 産業保健委員会委員

深井 穂博 深井保健科学研究所

森岡 俊介 地域保健委員会副委員長

(印:座長)

(担当役員・担当委員会委員長)

石井みどり 常務理事

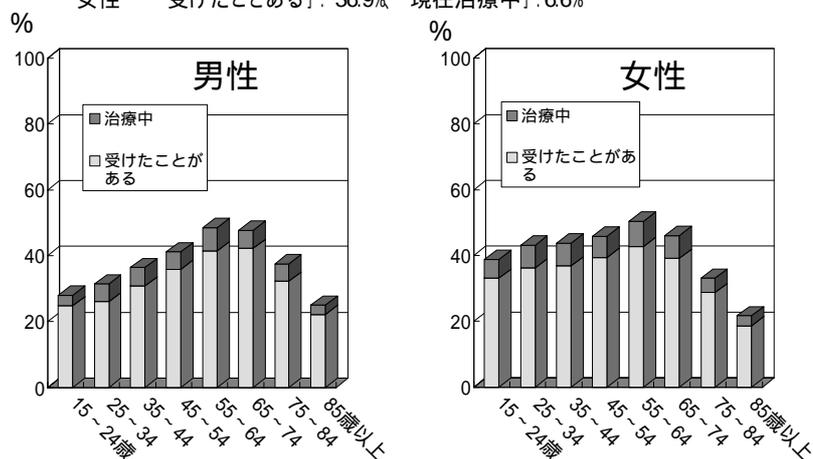
田村 勇 理事

池主 憲夫 地域保健委員会委員長

桜庭 幸夫 産業保健委員会委員長

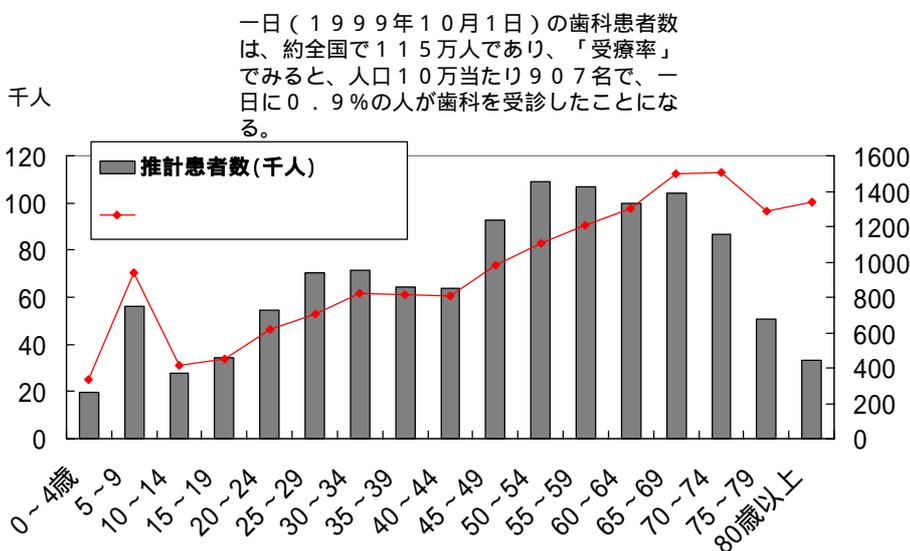
9. 図表

Total 「受けたことがある」: 35.1%、「現在治療中」: 6.0%であり、
 「検診・指導(定期的なもの含む)」を診療内容とする者は受診者総数の6.0%
 男性 「受けたことがある」: 33.2%、「現在治療中」: 5.3%
 女性 「受けたことがある」: 36.9%、「現在治療中」: 6.6%



厚生労働省保健福祉動向調査 (1999)

図1. 「過去1年間」の歯科受診・受療状況



厚生労働省 患者調査 (1999)

図2. 年齢階級別歯科推計患者数および受療率

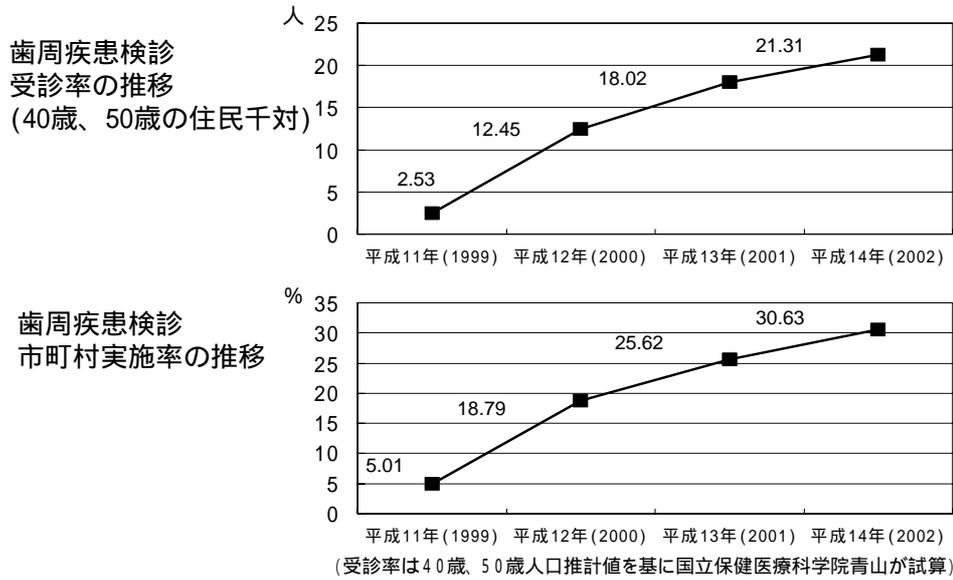


図3 . 老人保健事業歯周疾患検診受診率および市町村実施率の推移

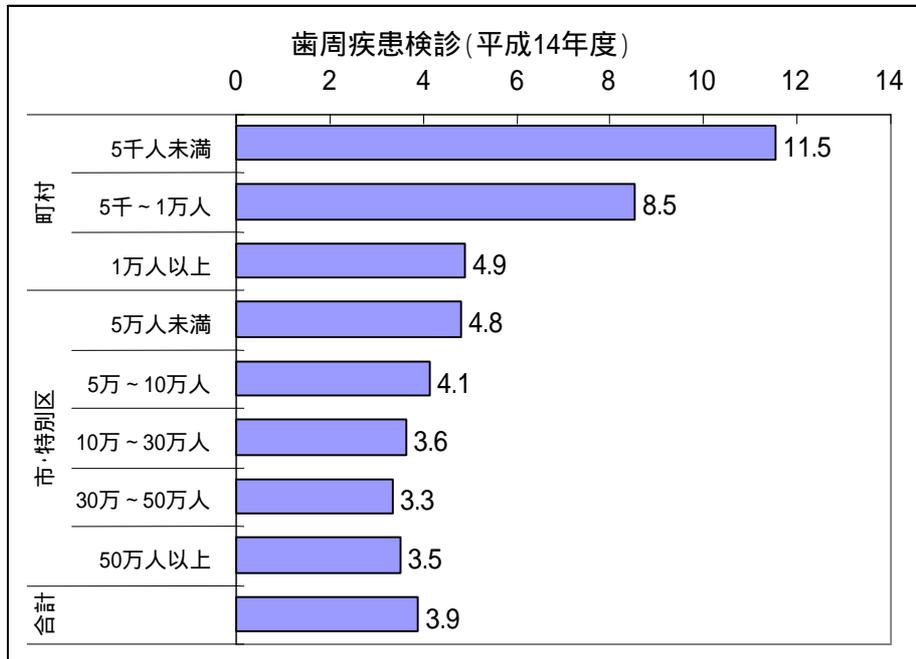
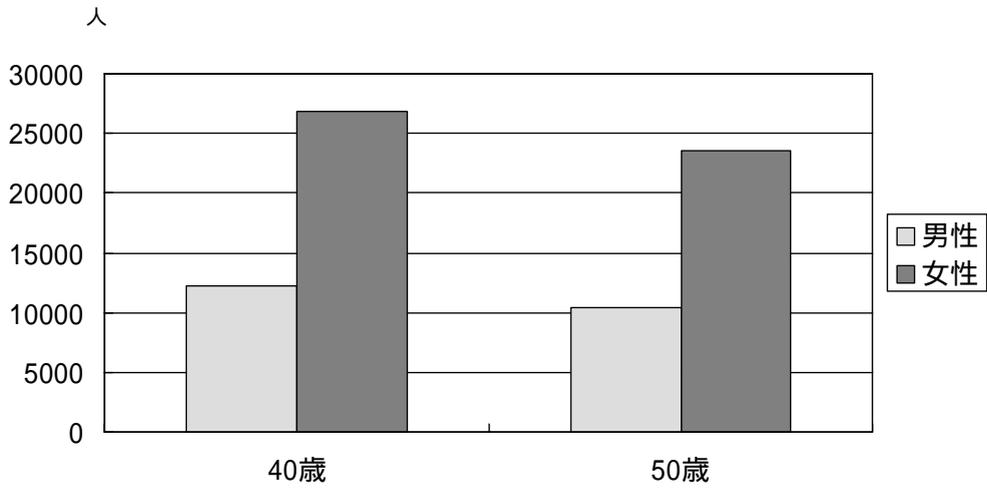


図4 . 自治体区分・人口規模別に見た老人保健法に基づく歯周疾患検診率(平成14年地域保健・老人保健事業報告)



厚生労働省 地域保健・老人保健事業報告

図5．老人保健事業歯周疾患検診性別受診数
平成14年度（2002年度）

厚生労働省 地域保健・老人保健事業報告

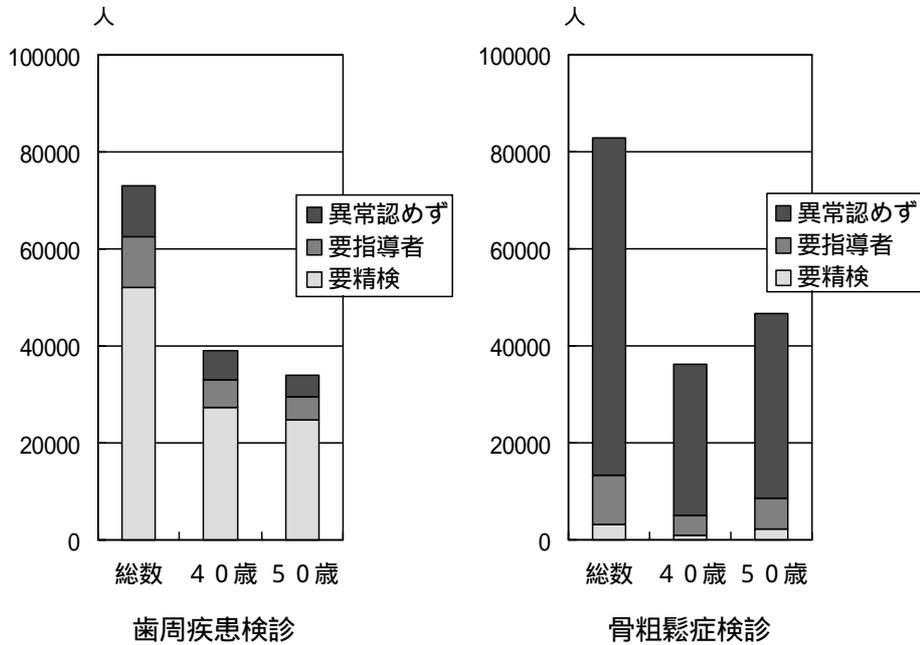
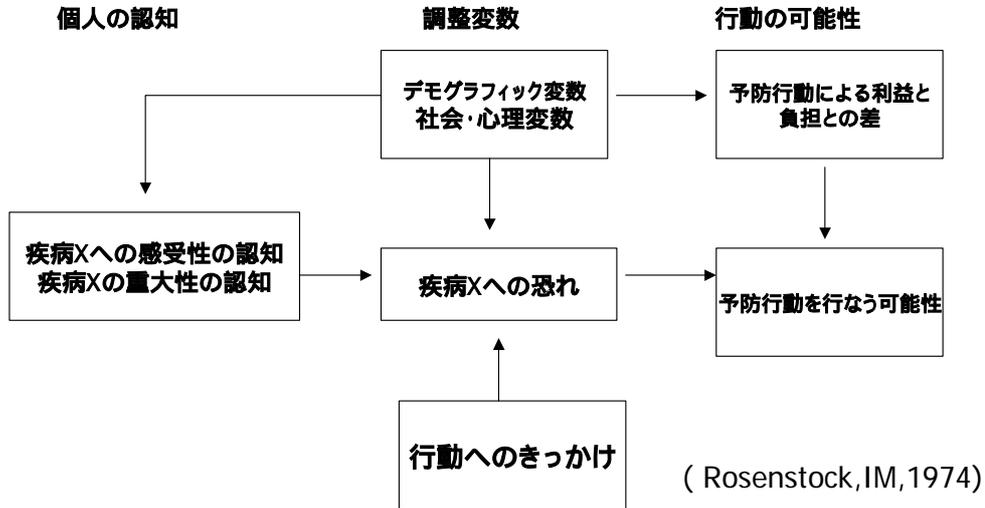


図6．老人保健事業歯周疾患検診・骨粗鬆症検診指導区分別人数
平成14年度（2002年度）

4つの信念： 疾病への感受性、疾病の重大性、
 予防行動の効果性、手段の便宜性



(Rosenstock,IM,1974)

図7 . 保健信念モデル
 Health Belief Model

人々の行動は、他者との社会関係や経験を通して、その行動様式や態度が形成される。また、行動は、先行要因、結果要因、認知要因の3つの要因が作用し、「期待」と「動機」によって決定される。

「期待」とは

- (1) 環境への気づきの期待
- (2) 結果への期待
- (3) 効力への期待: 自己効力感 (self efficacy)

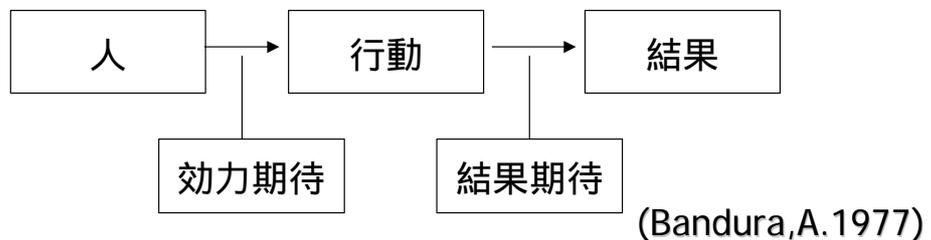


図8 . 社会的学習理論と自己効力感
 Social learning theory and self efficacy

意図的な行動変化に至る5つの段階

1. 無関心期 (pre contemplation)
6ヶ月以内に行動を変えようと考えていない
2. 関心期 (contemplation)
6ヶ月以内に行動を変えようと思っている
3. 準備期 (preparation)
1ヶ月以内に行動を変えようと思っている
4. 実行期 (action)
行動変容後6ヶ月以内
5. 維持期 (maintenance)
行動変容後6ヶ月以降

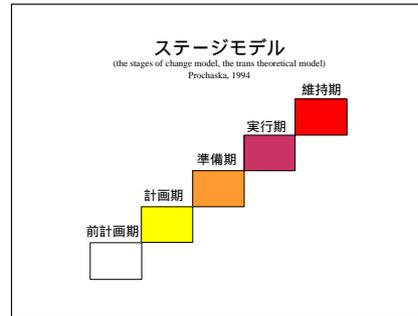


図9. 段階的变化モデル

The stage of change model (DiClemente, CC et al., 1991)

Green, L.W., Kreuter, M.W.: Health promotion planning: An educational and environmental approach, Mayfield Publishing, Mountain View, 2nd ed., 1991, p1-32.

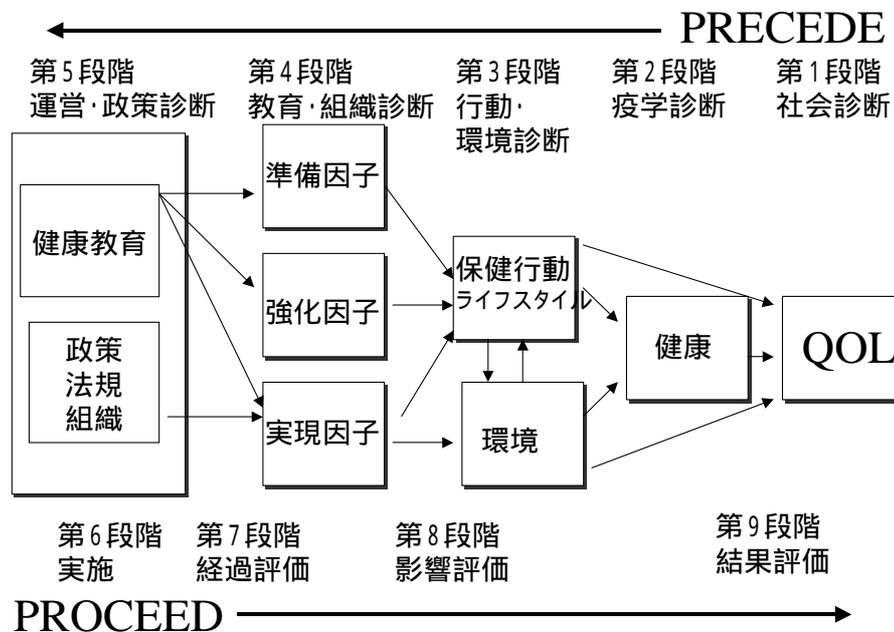


図10-1. Precede-Proceed Model (MIDORIモデル)

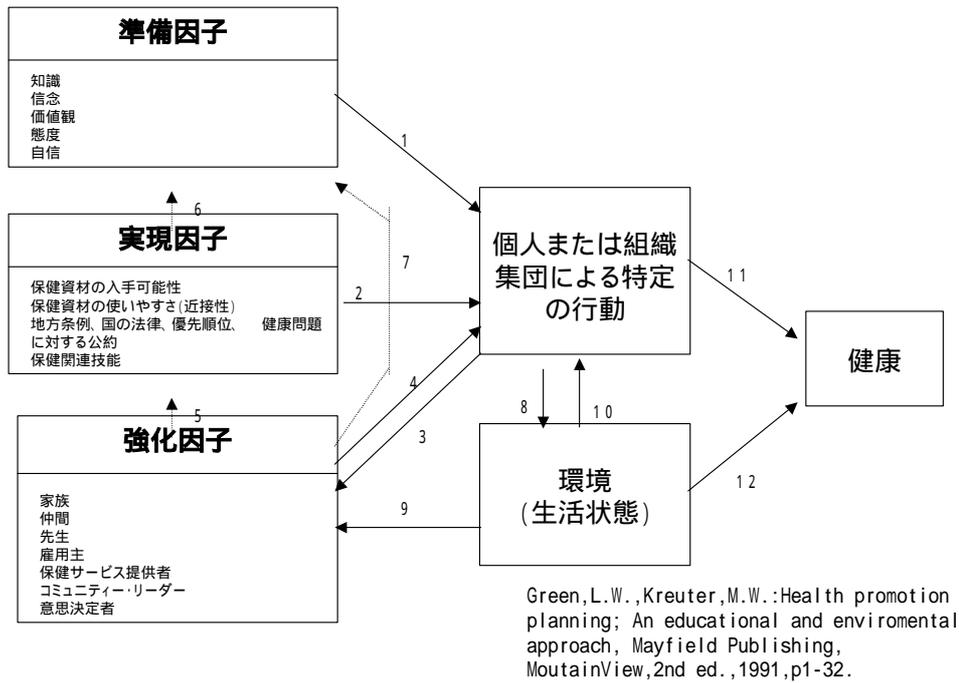


図10-2. Precede-Proceed Modelにおける行動に影響を及ぼす3つの要因とその因果関係

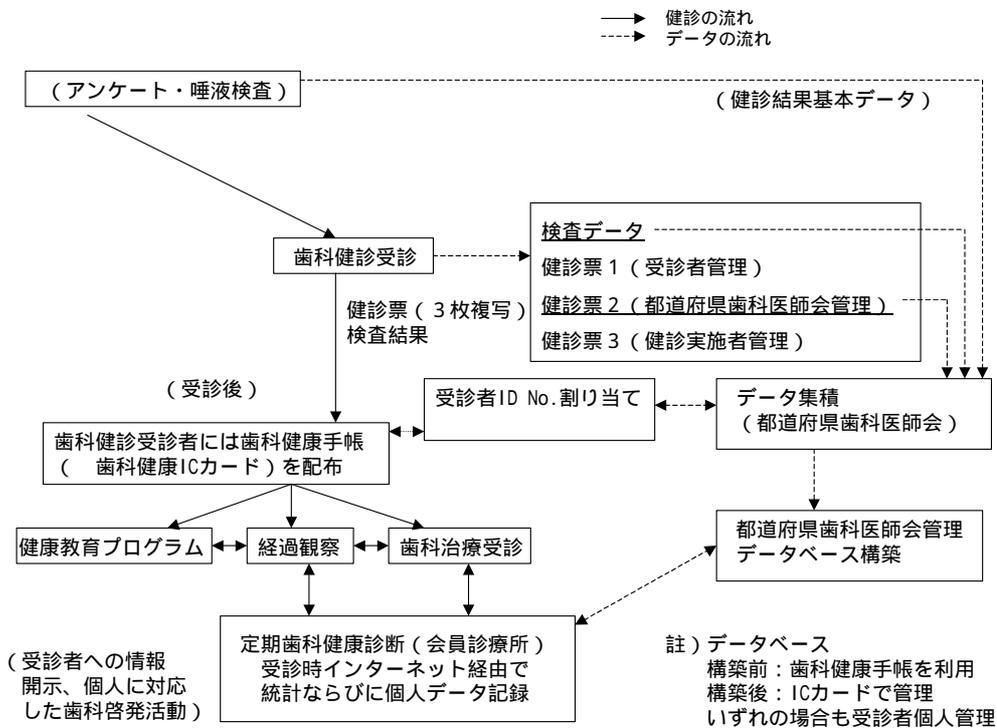


図11. 健診データの流れ、情報提供方略 (概略案)

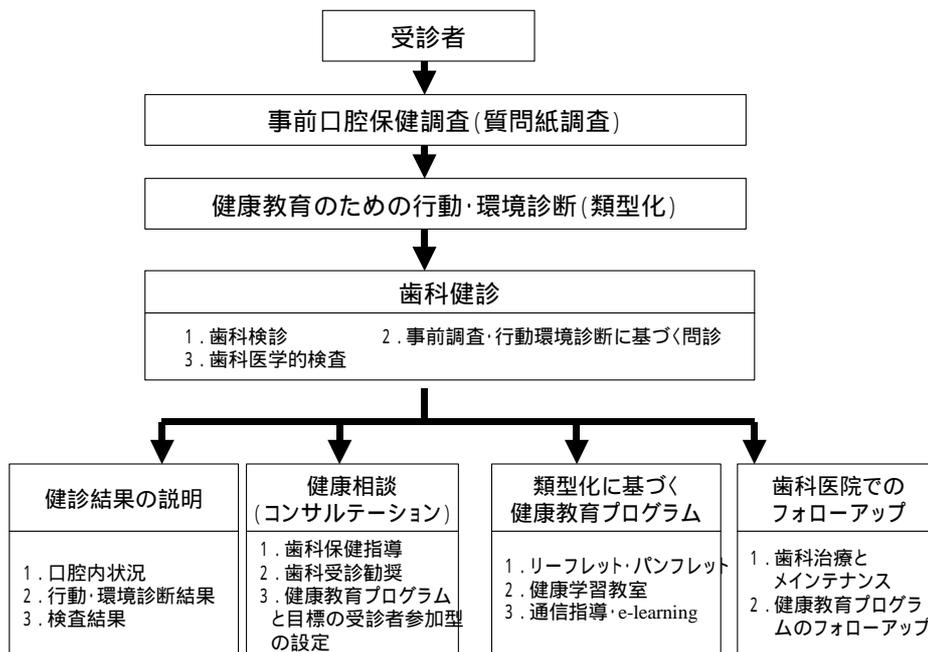


図12. 健康教育を中心とした成人歯科健診システム

- 1 申込受付：行政自治体の健診、社会保険組合、国保組合、保健所
- 2 質問紙調査：事前配布または会場受付
- 3 サリバスター試験紙（唾液潜血検査）による口腔内出血の有無の検査、Dentocult-LB(乳酸桿菌数)により開放性齲窩の有無についての検査、歯周病唾液生化学検査などの実施
4. 口腔診査（歯科医師）
5. 歯科健診結果通知説明（歯科医師）
6. 口腔保健行動、環境診断に基づいた健康相談（歯科医師・歯科衛生士）
7. 歯科保健指導、歯ブラシや歯間ブラシを使用し実地指導（歯科衛生士）
8. 健診実施会場における健康教育プログラムの実施
9. 紹介された歯科医療機関における健診後の歯科治療やメンテナンスの実施

図13. 歯科健診の流れ（具体例）

1. 相談・カウンセリング重視タイプ
2. 知識提供・気づき支援タイプ
3. 環境・受け皿整備タイプ
4. 実技指導タイプ

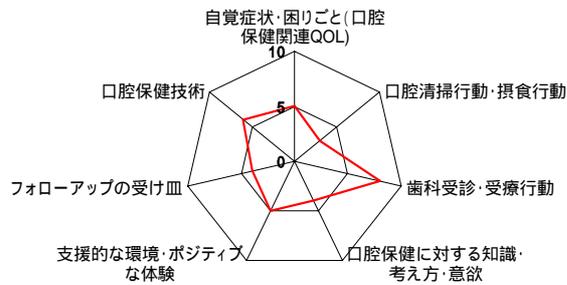


図14. 健康教育のための類型化

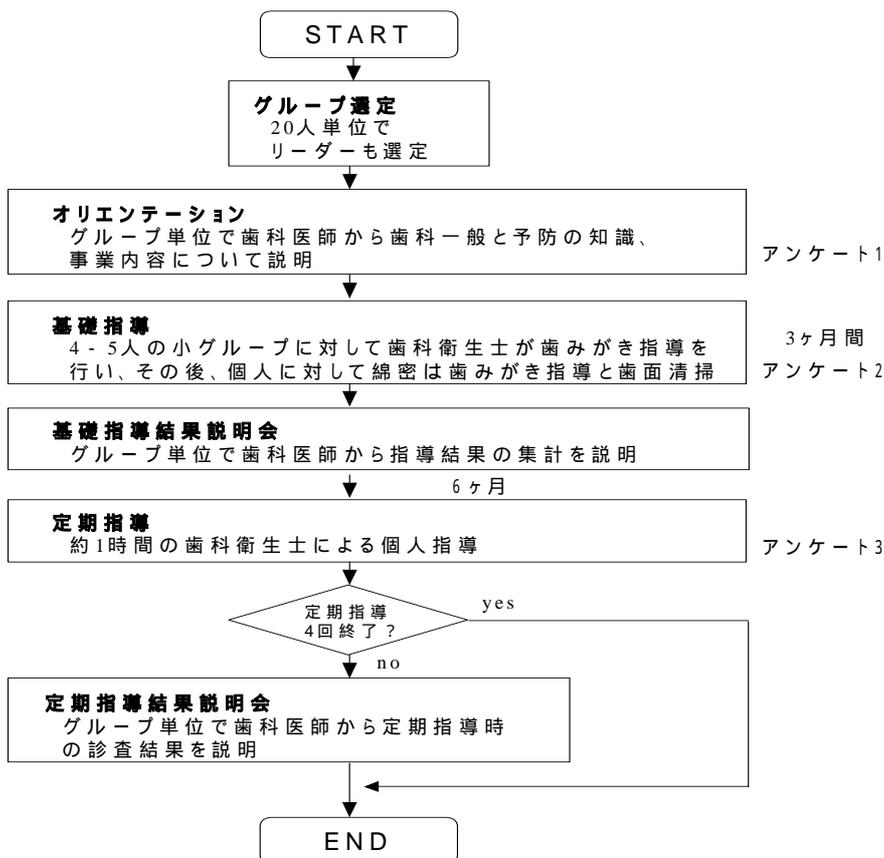


図 15 歯周病予防システム^{33, 34)}
(佐世保重工業)

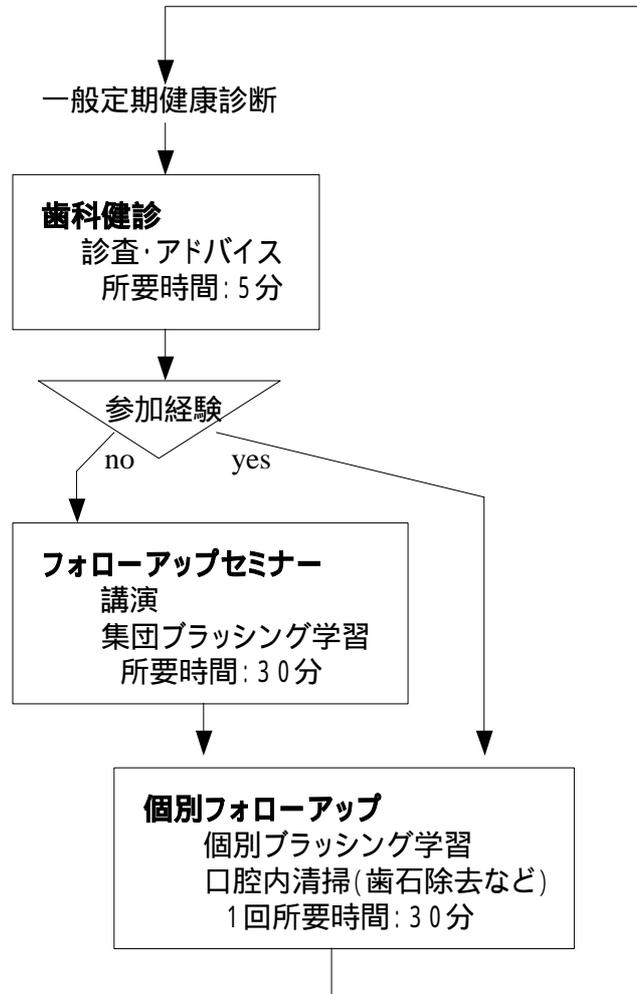
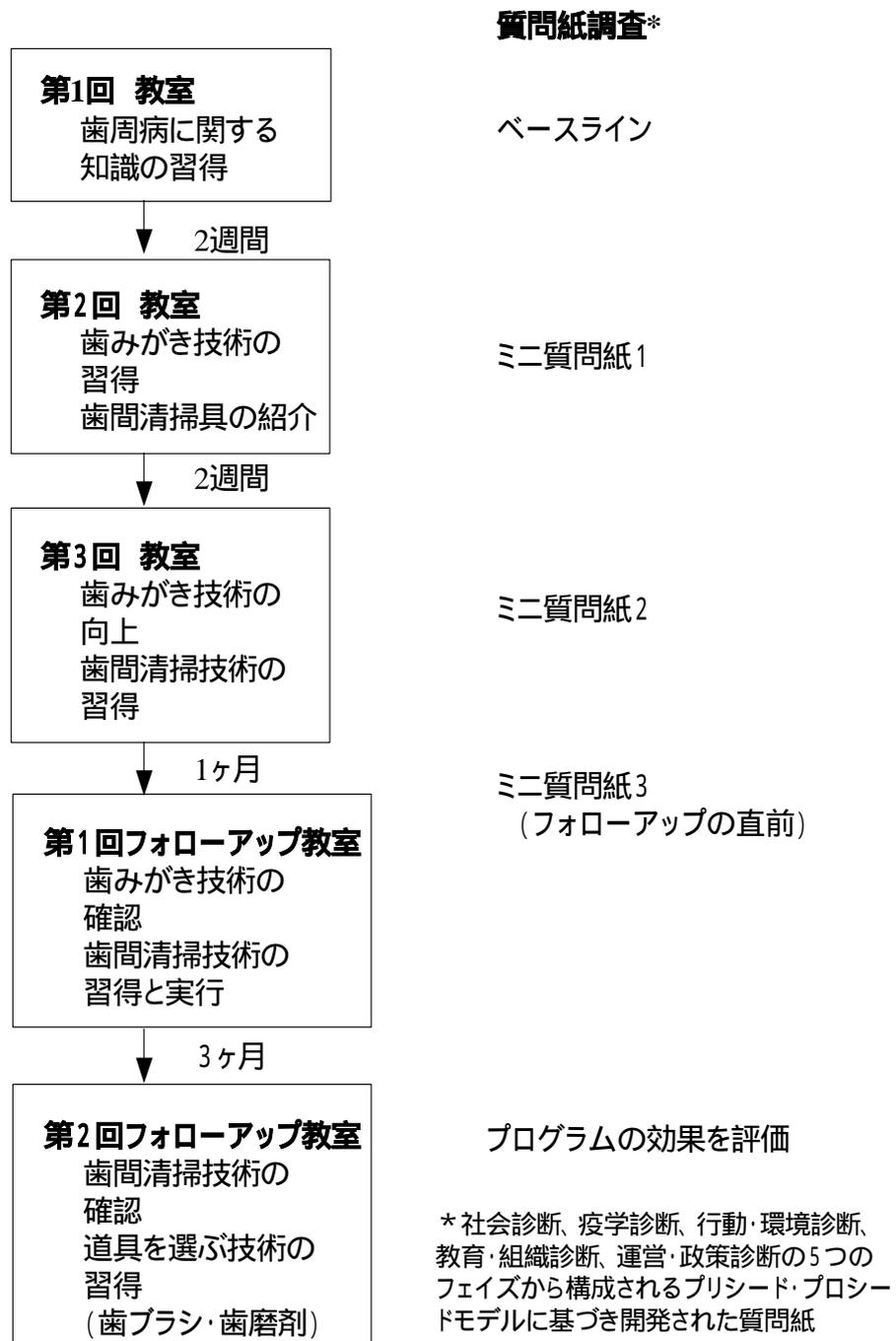


図16 歯周病予防プログラム^{37, 38)}
 (日本アイ・ビー・エム藤沢事業所)



**図17 健康学習教室³⁹⁾
(正興電機工業)**

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

表1. 自治体区分、人口規模別にみた基本権健康診査、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

表2．歯周疾患検診形式別（個別・集団）の受診

平成14年厚生労働省地域保健・老人保健事業報告

歯周疾患検診の40歳受診率（自治体区分）

	人口				保健・合計	
	-4999	5000-	10000-	30000-	市	・
集団	13.63	8.12	5.56	3.58	4.91	4.57
個別	9.51	5.01	5.07	4.87	3.34	4.05
両方の@	9.13	8.85	5.18	1.69	5.64	4.16
合	11.72	7.23	5.28	3.59	4.37	4.20

歯周疾患検診の50歳受診率（自治体区分）

	人口				保健・合計	
	-4999	5000-	10000-	30000-	市	・
集団	12.64	7.30	4.22	2.26	2.47	2.88
個別	7.71	4.98	4.29	3.15	1.83	2.53
両方の@	12.34	6.90	5.16	0.97	3.21	2.49
合	10.89	6.48	4.43	2.29	2.40	2.60

歯周疾患検診の40歳、50歳受診率（自治体区分・個別集団区分別）

	人口規模				保健所設置 合計	
	-4999	5000-	10000-	30000-	市	・
集団のみ	13.05	7.63	4.76	2.79	3.49	3.57
個別のみ	8.43	4.99	4.61	3.86	2.46	3.16
両方の形式とも	11.13	7.70	5.17	1.27	4.24	3.19
合計	11.22	6.79	4.78	2.82	3.22	3.26

表3 .成人歯科健診の課題

	疾患の 主観的評価・認知	疾患の 客観的評価の課題	保健医療サービスの 量的課題	保健医療サービスの 質的課題
歯科健診前	<ul style="list-style-type: none"> ・口腔疾患・歯周病の重大性の認識 ・口を見せることへの抵抗感 ・受診に関わる社会経済的・心理的負担感 ・歯科医療に対する満足度・過去の受療経験 ・セルフケアに対する自己効力感 	<ul style="list-style-type: none"> ・健診機会の目的の不明確さ(疾病早期発見 リスク発見 モチベーション 健康教育?) ・疾患量・罹患率の高さに対応した判定区分 ・機材費 ・口腔診査項目 	<ul style="list-style-type: none"> ・節目機会の制約 ・財源の確保 ・集団健診と個別健診の選択 ・地域保健施策への位置づけ 	<ul style="list-style-type: none"> ・歯科医師の予防・健康教育技術と時間の確保 ・医療人材制度 ・住民側・社会の視点の察見 ・歯科医療サービス内容に関する情報公開
歯科健診時	<ul style="list-style-type: none"> ・否定的な指導への心理的負担 ・保健医療者の技術 対応に対する不自信 	<ul style="list-style-type: none"> ・機材等の基準統一 ・歯科医師以外の健診は可能か ・健診結果の通知方法 ・リスク発見のための診査方法 	<ul style="list-style-type: none"> ・実施時間帯 ・所要時間 ・歯科衛生士数 	<ul style="list-style-type: none"> ・プライバシーへの配慮 ・説明・コミュニケーション技術 ・健康情報の質 ・健康教育プログラム(知識提供型 技術学習型など) ・対象者の心理的構えに応じたモチベーション
歯科健診後の フォローアップ	<ul style="list-style-type: none"> ・メンテナンスの効果に対する自己評価 ・医療に対する期待感 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関での機材基準の統一 ・健診後のデータ管理 	<ul style="list-style-type: none"> ・予防管理型歯科医療機関数 ・歯科衛生士数と質 ・健康情報の提供体制 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関への紹介システム ・医療機関における健康情報 治療予防技術の標準化 分類

表 4-1 . 口腔保健質問紙調査票例

Q 1 . 現在のご自分の歯や口の状態について (複数回答可)

「あり」、「なし」の 2 段階

1. 噛み具合が悪い
2. 会話が不自由である
3. 歯口の外觀が気になる
4. 口臭が気になる
5. 歯・歯ぐき・あごの関節などが痛い
6. その他 ()
7. 特に気になることはない

Q 2 . この 1 年間で、歯や口が原因で困ったことや気になったことがありますか？

「いつも」、「ときどき」、「ない」の 3 段階

- 2-1. 歯や歯ぐきのことが原因で仕事に支障をきたしたことがある
- 2-2. 歯や歯ぐきのことが原因でよく眠れなかったことがある
- 2-3. 歯や歯ぐきが原因で食事がおいしくとれなかったことがある
- 2-4. 歯をみがくと血がでる
- 2-5. 歯ぐきが腫れてぶよぶよする
- 2-6. 歯がぐらぐらする
- 2-7. 冷たいものや熱いものが歯にしみる

Q 3 . 歯みがきや間食、健康習慣について

「ほとんど毎日」、「ときどき」、「ない」の 3 段階

- 3-1. 夜、寝る前に歯をみがきますか？
- 3-2. あなたは職場や外出時に歯ブラシを持っていきますか？
- 3-3. 歯間ブラシまたはフロス (糸ようじ) を使っていますか？
- 3-4. 鏡を使って歯や歯ぐきを注意してみるがありますか？
- 3-5. 1 回 10 分位かけて歯をみがく
- 3-6. 間食 (甘い食べ物や飲み物) をしますか？
- 3-7. ゆっくりよく噛んで食事をしますか？
- 3-8. たばこを一日一箱 (20 本) 以上吸いますか？

Q 4 . 歯科への通院について

「はい」、「いいえ」の 2 段階

- 4-1. 最近 1 年間で歯科医院を受診しましたか？
- 4-2. かかりつけの歯科医院はありますか？
- 4-3. 年に 1 回以上は歯科医院で定期健診を受けていますか？
- 4-4. 歯科医院で歯みがき指導を受けたことはありますか？
- 4-5. 4 で「ある」と答えた方にお聞きします。
歯みがき指導を受けたときの感想は良かったですか？
- 4-6. 歯科医院で歯間ブラシやフロス (糸ようじ) の指導を受けたことはありますか？
- 4-7. 歯科医院で歯石をとってもらったことがありますか？
- 4-8. 7 で「ある」と答えた方のお聞きします。
歯石をとってもらったときの感想は良かったですか？
- 4-9. 仕事が忙しかったり休めなくて、なかなか歯科医院に行けない
- 4-10. 歯科治療が不安で、安心してかかれる歯科医院がない

Q 5 . 歯・口の健康について

「はい」、「いいえ」、「どちらともいえない」の 3 段階

- 5-1. 知っている言葉に をつけてください (複数回答可)
プラーク (歯垢) 歯間ブラシ デンタルフロス (糸ようじ) 8020 運動
歯石 フッ素入り歯磨き剤 歯石除去 (スケーリング) 歯肉炎 歯周病
歯科衛生士
- 5-2. 喫煙は歯ぐきの病気 (歯周病) と関係している
- 5-3. 年をとって歯が無くなることは仕方がない
- 5-4. 歯ぐきの病気は、自分で気をつけることで防ぐことができる
- 5-5. 家族のほとんどは、歯の健康に関心が高い
- 5-6. 仕事の同僚や友人の多くは歯の健康に積極的である
- 5-7. 自分の歯には自信があったり、人からほめられたことがある
- 5-8. 歯・歯ぐきの病気の予防の講義や実技指導の機会があれば受けたい

表4-2. 質問紙調査票における健康教育のための認知・行動・環境診断項目

1. 口腔保健関連 QOL・自覚症状

- 1-1. 口腔内状態
- 2-1. 歯や歯ぐきのことが原因で仕事に支障をきたしたことがある
- 2-2. 歯や歯ぐきのことが原因でよく眠れなかったことがある
- 2-3. 歯や歯ぐきが原因で食事がおいしくとなれなかったことがある
- 2-4. 歯をみがくと血がでる
- 2-5. 歯ぐきが腫れてぶよぶよする
- 2-6. 歯がぐらぐらする
- 2-7. 冷たいものや熱いものが歯にしみる

2. 目標となる保健行動

- 3-1. 夜、寝る前に歯をみがきますか？
- 3-3. 歯間ブラシまたはフロス（糸ようじ）を使っていますか？
- 3-6. 間食（甘い食べ物や飲み物）をしますか？
- 3-8. たばこを一日一箱（20本）以上吸いますか？
- 4-3. 年に1回以上は歯科医院で定期健診を受けていますか？

3. 健康教育で伝える内容（準備因子：知識、考え方、意欲）

- 5-1. 知っている口腔保健用語
- 5-2. 喫煙は歯ぐきの病気（歯周病）と関係している
- 5-3. 年をとって歯が無くなることは仕方がない
- 5-4. 歯ぐきの病気は、自分で気をつけることで防ぐことができる
- 3-4. 鏡を使って歯や歯ぐきを注意してみることがありますか？
- 3-7. ゆっくりよく噛んで食事をしますか？
- 3-5. 1回10分位かけて歯をみがく
- 5-8. 歯・歯ぐきの病気の予防の講義や実技指導の機会があれば受けたい

4. 誰に働きかけるか（強化因子：ポジティブな体験・支援的な環境）

- 3-2. あなたは職場や外出時に歯ブラシを持っていますか？
- 4-5. 歯みがき指導を受けたときの感想は良かったですか？
- 4-8. 歯石をとってもらったときの感想は良かったですか？
- 5-5. 家族のほとんどは、歯の健康に関心が高い
- 5-6. 仕事の同僚や友人の多くは歯の健康に積極的である
- 5-7. 自分の歯には自信があったり、人からほめられたことがある

5. フォローアップの受け皿や習得すべき技術（実現因子）

- 4-1. 最近1年間で歯科医院を受診しましたか？
- 4-2. かかりつけの歯科医院はありますか？
- 4-4. 歯科医院で歯みがき指導を受けたことはありますか？
- 4-6. 歯科医院で歯間ブラシやフロス（糸ようじ）の指導を受けたことはありますか？
- 4-7. 歯科医院で歯石をとってもらったことがありますか？
- 4-9. 仕事が忙しかったり休めなくて、なかなか歯科医院に行けない
- 4-10. 歯科治療が不安で、安心してかけられる歯科医院がない