

第3章 目標達成に向けての歯科保健政策・事業のあり方

これまで述べてきたとおり「健康日本21」の理論的ベースには「ヘルスプロモーション」という理念がある。また「ヘルスプロモーション」という用語は、多くの活動を示す総称にもなっている。これには健康教育、予防サービス、法的整備、財政、環境問題への取り組み等が含まれる。第3章では、「歯の健康づくり」計画の目標達成に向けた介入方策を検討するにあたり、歯科保健政策・事業のあり方について、ヘルスプロモーションという視点から主たる活動を取り上げて解説することを試みる。ここでとりあげた内容は、第2章におけるモデルの9段階のうち、特に第3段階の行動・環境診断～第5段階の運営・政策診断の検討の際に参考となるものとする。

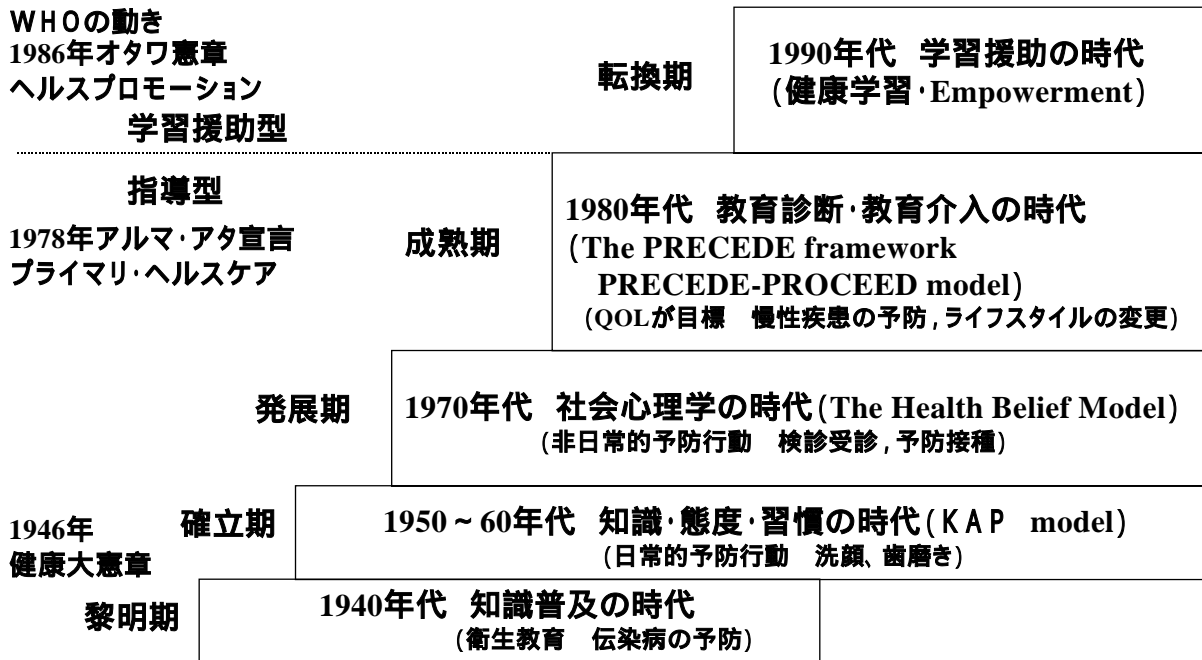
1. 健康教育

健康教育は、人が学ぶことによって自発的に健康につながる行動を取り、その結果、生活の質が向上していくことを最終的にめざしている。歯の健康づくりにおける「健康につながる行動」とは、食事、口腔清掃、フッ化物の利用、歯科医療機関の利用の仕方などが含まれる。

自発的な取り組みを促進するためには、人々の肯定的な面に注目した参加型健康教育やエンパワーメントの重要性が学会や調査研究で指摘されているが、筆者が関わった歯科健康教育現場では、このようなことについてほとんど認識がないまま、経験と勘に頼った欠点指摘になりがちな指導型健康教育が展開されていることが多い。

健康教育は50年以上の歴史を持つが、その時々々の健康問題や社会状況を反映し、時代とともに大きな変化をとげてきている。その流れを知ることは、健康教育の現在、そして将来を考える際に大いに参考となる。健康教育の歴史は、国際的にみると大きく5つの時代を経てきている（図3-1）。

第1が、知識普及を中心とした黎明期（1940年代）、第2が、保健行動に焦点が絞られてきた確立期（1950～60年代）、第3が、社会心理学を中心に科学的な解明が進んだ発展期（1970年代）、第4が、介入（intervention）としての意義が明確になってきた成熟期（1980年代）、そして最後が、健康教育の抜本的な見直しが始まった転換期（1990年代）である。成熟期までが、第1世代の「指導型の健康教育」、そして転換期が第2世代の「学習援助型の健康教育」と考えられる。また、健康教育の目標の変遷を図3-1の下部に示した。この50年間に、健康教育の目標も、知識からQOLへと、大きく変化している。各時代の考え方は、それぞれの時代背景の下で有効に機能したが、現在でも知識の普及という考え方を除けば、特定の条件が満たされる時には依然として役立つものであろう。ここでは、こうした歴史的背景も踏まえながら、健康教育を実践していくときに不可欠な保健行動や行動科学についての理論やモデルについて主要なものを以下に紹介する。



知識 (knowledge) 習慣 (practice) 行為 (actions) 行動 (behavior) ライフスタイル QOL

図3-1 健康教育の歴史的な発展過程

(1) KAP モデル

健康教育の黎明期、それは近代的な健康知識が十分にはいきわたらず、健康情報伝達のための手段も不十分な時代であった。そのため、知識の普及こそが健康教育の使命だと考えられていた。わが国の法律で、健康教育が「知識の普及」と表現されることが多いのも、この時代の名残であろう。

その後、知識の普及の目的をより明確にするため、健康教育の確立期には、KAP モデルが使われるようになった。KAP とは、知識 (Knowledge)、態度 (Attitude)、習慣 (Practice) の頭文字である。すなわち、知識の普及が、健康問題についての好ましい態度を形成し、好ましい習慣 (保健行動の実践) につながるという考え方であった。確かに、医師などの専門家に対する信頼が厚く、他に頼るべき情報源もなく、結核などの脅威が目に見える形で存在していた時代には、この考え方が有効な場合もあったものと思われる。しかし、今日ではその重要性が薄れてきており、このモデルが有効なのは、新たな感染症の急激な出現のような場面に限られるのではないかと思われる。

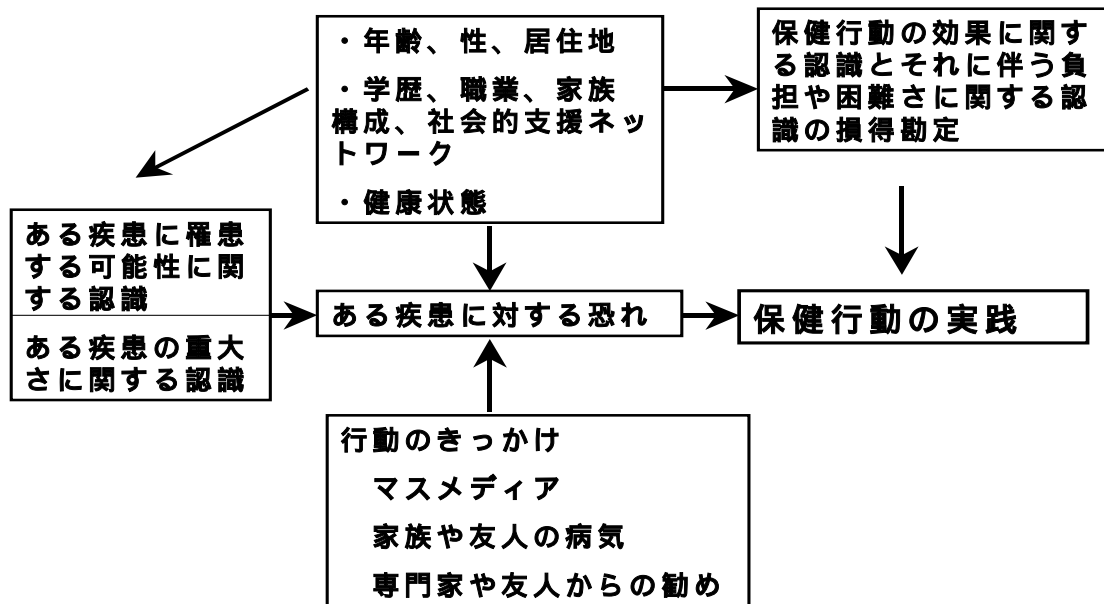
(2) 保健信念モデル (The Health Belief Model)

知識の普及だけでは保健行動上の問題が解決しないことは、既に 1950 年代の後半には気づかれていた。また、実際にも KAP モデルに基づく健康教育が十分な成果をあげていないことが経験されるようになってきた。これらを背景に、健康教育の一層の科学化が要請され、科学としての健康教育の発展期を迎えることになる。米国で、この発展を支えた

のは、健康教育の領域に進出してきた社会心理学者たちであった。

この時代の最初の、そして最も大きな成果は、1974年にBecker M. H.らがまとめた保健信念モデル(The Health Belief Model)¹⁾であった(図3-2)。このモデルは、結核やポリオなどの公衆衛生上の問題が、検診受診や予防接種などの予防的保健行動により、それ以前とは比較にならぬほど容易に解決され得るものになったことを前提に、この種の予防的保健行動の起こり方を、心の動きから説明するためにまとめられたものである。

図3-2 保健信念モデル (The Health Belief Model)



このモデルによると、予防的保健行動を起こすのは、対象となる病気にかかりやすいと認識しているか、病気によって起こる結果の重大さをどれくらい認識しているか、によって行動変容の心理的準備状態がつけられる。それが特定の保健行動と結びつくのは、病気を回避できる手段の効果の認識と、その手段をとることで被る負担の認識の損得勘定によって決まるといふ。

このモデルは、予防的保健行動に至る心の動きを解明した点では、大きな意味を持つ。人々は決して、専門家と同じ考え方で保健行動を起こすのではなく、主観的な認識に基づき行動するのである。したがって、この時代まで重視されていた客観的な情報よりも、人々にとっての疾病や行動に対する認識の仕方に働きかけることの重要性が強調されるようになった。地域や診療室で健康教育の際にしばしば、対象疾病の疫学や病態生理についてやみくもに説明を試みている場面を見掛けるが、それは人々の保健行動の改善に関してごく部分的に働きかけているに過ぎないということがよくわかる。

その一方で、常に損得勘定が成り立つものでなく、健康への行動をこのモデルですべて説明することは不可能である。実際、害があると知っていても、他の要因を考えると、その害も小さいという判断がなされることもある。単純な例としては、泣き叫ぶ子供に、砂糖を含む飲み物を与えることで泣くのを止めさせ、他人の安眠を妨げないように対処する親もいる。

(3) プリシード・フレームワーク (PRECEDE-Framework)

本書の基調となっている MIDORI モデル (PRECEDE-PROCEED Model) は、もともと健康教育の企画・実施に焦点を当てたプリシード・フレームワーク (1980 年)²⁾ から発展した。このフレームワークの特徴は、第 1 に、健康教育の最終目標を QOL としたことである。第 2 に、人々の心理状態のみならず、個人を取り巻く環境条件も包括した位置づけの中で個人の行動変容に働きかけることを考え、保健行動に影響を及ぼす要因を準備・強化・実現の 3 群に分けて論じた点である (図 1-1、図 2-2)。

検診受診や予防接種などの保健行動は日常生活とは無関係に実行できるものであるが、フレームワーク開発当時に必要であったと考えられる食習慣の改善のように、保健行動への変容のためには日常生活の大幅な変更を伴う場合が増えてきた。そのため、保健行動を日常生活の中に位置づけて健康教育の進め方を考える必要が生じ、健康教育の最終目標として QOL が掲げられたのである。また、このフレームワーク以前は、対象者の知識・態度・信念等の準備要因へ直接的に働きかけることが健康教育の機能であった。しかし、社会資源や対象者の実践技術などの実現要因、対象者を取り巻く周囲の人々からのフィードバックである強化要因も保健行動への変容や維持に影響を与えていることが認識されるようになり、これらへの働きかけも健康教育の機能と考えられるようになったのである。

(4) エンパワーメント

エンパワーメント (empowerment) はヘルスプロモーションの重要な要素である「能力の人々への付与 (enable)」、つまり、これまで行政や専門家の公衆衛生政策の対象にすぎなかった人々に、自らの態度や行動を自ら決定させ、変革していくための権限、手段、資源などを与えていくことを実現するための一手法として、北米を中心に研究と実践が熱心に進められているものである³⁾。

表 3-1 エンパワーメントの定義

WHO / ヘルスプロモーションに関するオタワ憲章

人々や組織、コミュニティが自分たちの生活への統御を獲得する過程である。

Wallerstein, N.

個人やコミュニティの統御の増加や社会効力、コミュニティの生活の質向上と社会正義を目標とした人々や組織、コミュニティの参加を促進するソーシャルアクションの過程。

Segall, M. E.

エンパワーメントは一般にはパワーレスな人達が、自分達の生活への統御感を獲得し、自分たちが生活する範囲内で組織的、社会的構造に影響を与える過程とされている。

エンパワーメントは、表 3-1 に示すように、研究が行われてきた領域や対象者によってさまざまに定義されている。概ね、エンパワーメント^{4, 5, 6)}とは、個人や組織やコミュニティが、自らまたは自分たちの自身の生活をコントロール・決定する能力を開発していく

力（パワー）を獲得するプロセスという意味であるといえよう。言い換えると、人々が自らの生活上の問題を主体的に解決することができる力（セルフケア能力、セルフマネジメント能力、生活力など）を獲得するプロセスである。無気力に陥りがちな個人や組織やコミュニティを活性化し、より自律的で豊かなものにすることとも言える。対話や参加を重視する点に特徴があり、力量形成という日本語に近い。

エンパワーメント理論は、住民・患者・障害者などを対象としてアメリカの公衆衛生や精神保健、福祉、看護、ヘルスプロモーションなどの領域で 1980 年代に入ってから注目されている概念である。1973 年に報告されたブラジルの Freire⁷⁾ の教育論をもとに、1988 年に Wallerstein⁸⁾ らが健康教育へ応用しようと考え、エンパワーメント教育という概念を提唱した。

まず Freire の教育論を簡単に紹介する。Freire は、ブラジルの女性たちに文字の読み書きを教えようとブラジルの奥地に入った。そこで Freire が出会ったのは、一様に子どもを数人引き連れた、虚ろな目をした powerlessness（パワレスネス）な女性たちであった。Freire はまず、彼女たちの感じている問題にひたすら耳を傾けた（傾聴）。次には、傾聴を通して明らかにされた問題について、Freire も含めてすべての関係者が、批判的思考ないしは問題提起を目的とする対話が行われた。その結果、女性たちを含むすべての人々が、自分自身とコミュニティのための行動を起こせるまでにエンパワーメントされたという。

この例が示すように、Freire にとって、教育の目的は人間解放にあり、このことは、人々が自分自身の学習の主体（subjects）であることを意味している。すなわち、人々を教育の対象として操ることによりその powerlessness（パワレスネス）を助長すべきではなく、教育により powerless（パワレス）の根本原因に目を向けさせ、それに挑戦するための力を与えるべきであると。そして、主体としての学習者を形成するため、Freire は、傾聴 - 対話 - 行動アプローチ（listening-dialogue-action approach）を提唱した。

その第 1 段階は、傾聴（listening）である。学習への参加者は互いにこれまでの人生・生活上の経験を語り合い、聞き合うことにより、自分たちの組織やコミュニティの持つ問題点を共有する。学習参加者がコミュニティの問題の共同調査者にもなる。これは、人々の参加に基づく継続的な過程であり、この種の傾聴は、専門家によるニーズアセスメントをしのぐと考えられている。

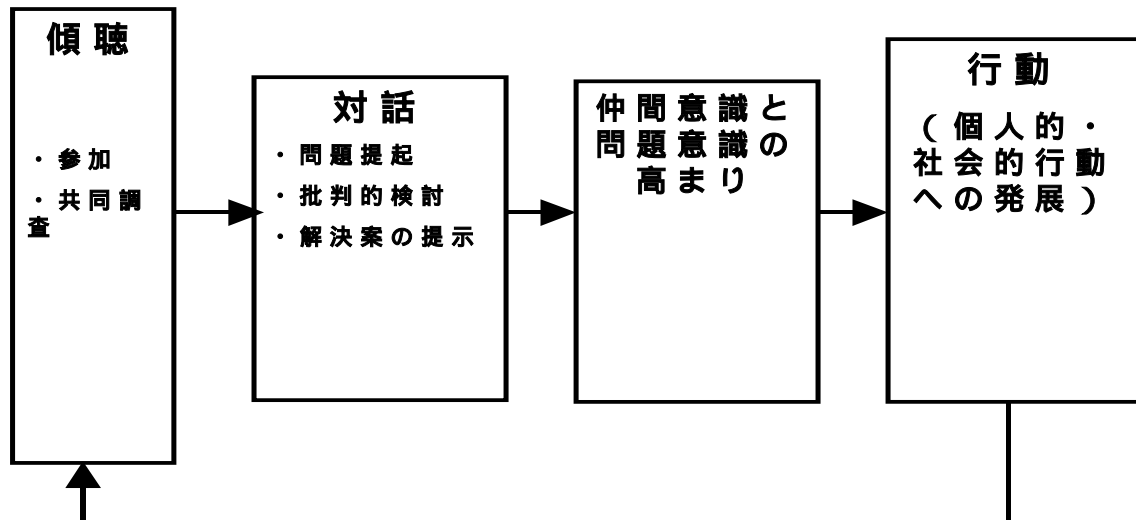
第 2 段階は、前段階で明らかにされなかった問題について、集団での対話（dialogue）を発展させることである。これは、コミュニティの問題をともに解釈していく過程で、すべての人々（教育者もコミュニティの構成員も）が対等の立場（as equals）で参加するために必要であり、相互の共感関係がその基本となる。この対話の目的は、自分たちの置かれている状況の根本原因を、社会経済的、政治的、文化的、歴史的背景の中で分析することにより、批判的思考（critical thinking）を行う点にある。

第 3 段階として、批判的思考は、その積み重ねにより、単なる認識を越え、自分のコミュニティと他のコミュニティとの違いに着目できるようになり、周囲との協働によりより問題解決のための具体的な行動（actions）へと発展する。人々が行動計画を作成する時、人々は同時に、彼ら自身や周囲の人々の生活を変え得るとの信念を持つに至っている。エンパワーメント教育（Empowerment Education）が達成されるのは、このような社会状況を変えていく行動と批判的思考との相互作用によってである。また、Swift⁹⁾ らも精神障

害者との経験から同じような3段階モデルを提唱している。これらの考えをまとめると、エンパワーメントには、「グループへの参加」-「グループ内での対話・問題に対する批判的検討」-「問題意識と仲間意識の高揚」-「行動」といった過程が共通してみられており、またこうした行動やその成果が新たな参加やより熱心な参加を促すことで、新たなエンパワーメントの過程が始まってゆくと言われている³⁾(図3-3)。

図3-3 エンパワーメントの過程

(清水, 1997, 一部改変)



このFreireの考えを、健康教育の分野で活用しようと考えたのがWallersteinらである。Wallersteinによると、この概念の提唱以前に様々な分野でpowerlessness(パワレスネス)に関する研究蓄積があったという。それらの結果は、一致して、運命に対するコントロール(control over destiny)の欠如、すなわちpowerlessness(パワレスネス)が、病気のリスクファクターとなることを示していたという。そこで、powerlessnessから抜け出すための戦略として、エンパワーメント教育(Empowerment Education)が提唱されたわけである。Wallersteinらは、エンパワーメント教育を「人々が自分たちの問題を確認し、問題の社会的・歴史的本質を綿密に評価することができるようになる。そして、より健康的な社会を心に描き、自分たちの目標達成への障害に打ち勝つ戦略を開発するためにグループの活動をするようになる」として価値づけた。そのうえで、だからこそ「セルフエフィカシー(自己効力感)やセルフエスティーム(自尊感情)や保健行動の改善はもちろんのこと、最終目標は個人や集団や社会構造の変化まで狙っている」と述べている。

次に、ヘルスプロモーションにおいて、主に個人を対象とした「健康教育的アプローチ」と支援環境づくりとしての「環境的政策的アプローチ」が2つの柱として掲げられているのと同様に、エンパワーメントにおいても個人やコミュニティといった集団の大きさに応じたいくつかのレベルに分けて介入や評価が行われている。それぞれのレベルに向けた介入や測定を行うことにより、介入により利用可能な資源や意思決定の機会などが、どの程度それぞれにおいて獲得できたのか評価がしやすくなる。また、こうした枠組みを提示す

ることは、エンパワーする当事者に自分たちが抱える問題の社会的要因にも注目してもらいやすくなるとともに、相互のレベル同士のつながりを理解しやすくなる。多くの場合、個人・コミュニティの2段階ないしは個人・組織・コミュニティといったような3段階のレベルに分けて研究が行われている^{10, 11)}。

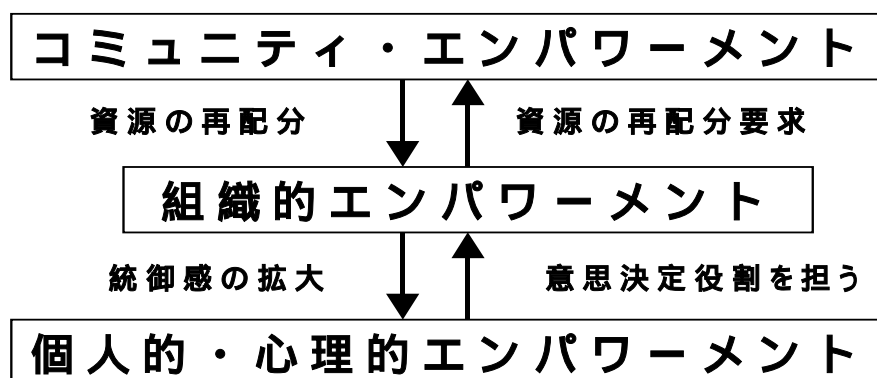
個人レベルのエンパワーメントとは、一個人が、個々の生活に対して意思決定をし、統御できるようになる、またはできると感じられるようになることであり、「個人的・心理的エンパワーメント」と呼ばれている。

また、コミュニティレベルでのエンパワーメントとは、コミュニティが個人なりグループなりが必要に応じて行っている努力に対して、社会的・政治的・経済的資源をより大きな社会から獲得してきたり、そうした資源をより利用しやすいかたちにして提供していくようになることであり、「コミュニティ・エンパワーメント」と呼ばれている。

最後に、組織レベルでのエンパワーメントとは、組織の中で個人が意思決定の役割を担うことなどにより組織内で自らの統御感を高めたり。組織がコミュニティレベルでの政策決定や社会的・経済的資源の再分配に影響を及ぼすことができるようにすることをさし、個人レベルのエンパワーメントとコミュニティレベルのエンパワーメントの相互作用が生じる部分を取り出したものといえる。これを「組織的エンパワーメント」と呼んでいる。

これらの3つのレベルはエンパワーメントの達成に相互に関連があると考えられている(図3-4)。

図3-4 エンパワーメントの3つのレベルとその関係 (清水, 1997)



いずれにせよ、エンパワーメントのプロセスでは相互作用が働くことに注目すべきであろう。個人的・心理的エンパワーメントのプロセスの場合、「指導する」「援助する」というような一方向の関わりに終始すると相互作用は生じない。関わる側の人の心得として重要なのは、対象となる人々の意識変容の可能性を信じ、共に相互作用し合う協働関係であるという姿勢を維持することであろう。そのとき、対象者との人間としての共通性や、彼らの抱える問題を自分に引きつけて考えてみることで、むしろ対象者から学ぶ姿勢で接することで、協働関係を維持できるかも知れない。対象者のエンパワーメントのプロセスを支

えるには、対象者が他者との相互作用できる場を提供すること、例えば他の対象者との交流の場を設ける、話し合いの機会を設定する、自己表現できる場や雰囲気づくりがあげられる。また、個人の生活上の問題や表出された疑問点に関するタイムリーな情報提供、対象者を認め、受け入れること、感情の共有などが重要となるだろう。

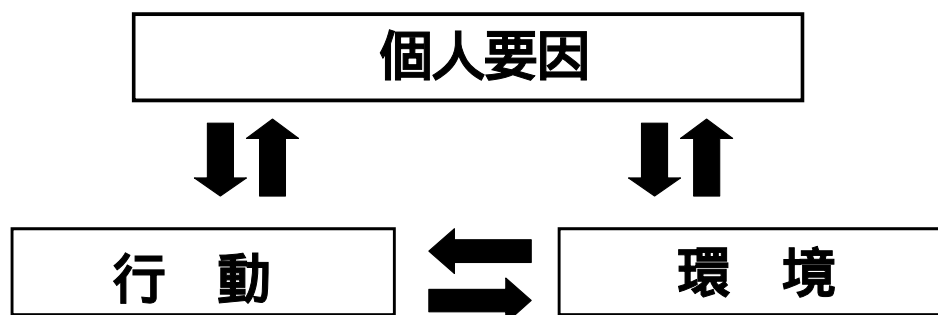
一方、組織的エンパワーメント、コミュニティエンパワーメントという集団レベルのエンパワーメントは、組織および地域のメンバーが共通の問題を解決できるように力を結集し、生活をコントロールできる力をつけることである。組織的およびコミュニティのエンパワーメントは、エンパワーした個人の集合によってのみ達成されるものではない。重要なのは、個々人が生活上の、あるいは健康上の問題を個人の問題としてのみ認識するのではなく、その問題が組織や地域住民に共通の問題として認識され共有されることであり、そこから組織およびコミュニティのエンパワーメントのプロセスが始まると考えられる。

(5) セルフエフィカシ

前述した、主体的なライフスタイル改善を促進していくエンパワーメント教育の軸のひとつにセルフエフィカシという概念がある。これは、1977年に Bandura A. によって提唱された概念である。もともとは、Bandura 自身の社会学習理論(図 3-5)、すなわち、「人間の行動は個人的な要因だけでなく、社会的環境によっても規定されるものである。他者との関係や経験を通して、行動様式や態度が形成される。」がベースとなっており、セルフエフィカシは個人的要因の中心をなすものと考えられている。

図3-5 社会学習理論 (Bandura 1977)

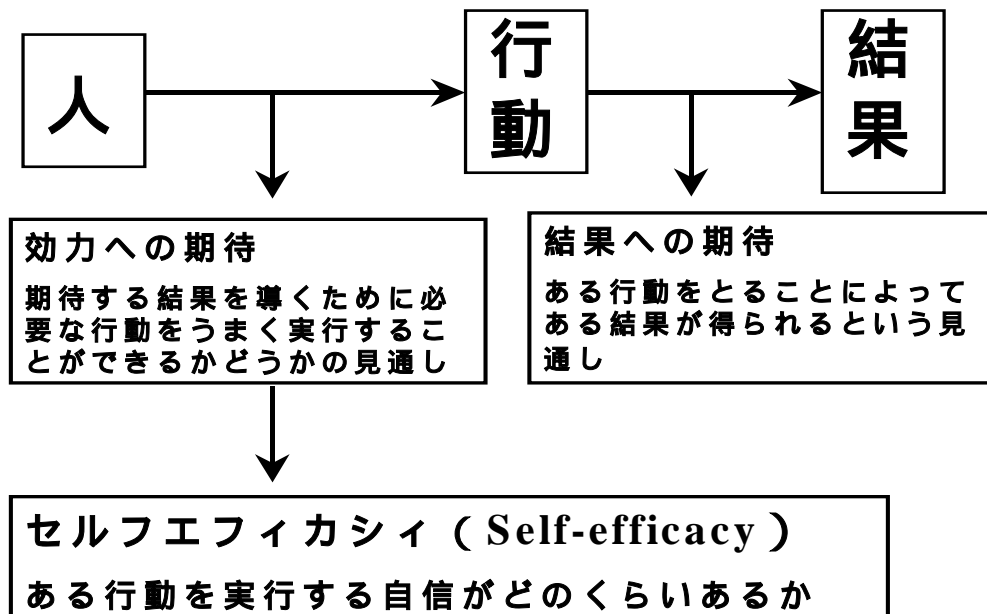
人々の行動が成立していくには「個人要因」「環境」「行動」の三つの要素が相互に関連し合っており、人が行動を起こすと、個人要因や環境要因が変容し、また、環境要因や個人要因が変容すると同時に行動も影響を受けるという考え方を示している。その中で、セルフエフィカシは、個人要因の中心的存在だと指摘している。



Bandura は、人間の行動について

(ア)知識だけでなく、態度・信念・感情が行動変容に関与している。
 (イ)行動を起こす場合、それがどのくらいの自信度を持っているかが関与している。
 (ウ)病気についての恐れだけでは、行動変容は起こらない。
 と考え、「行動の効果を期待し、その行動をとる自信があれば、行動変容は起こる」として、セルフエフィカシ^{12・13)}を導き出した(図3-6)。

図3-6 セルフエフィカシ理論 (Bandura 1977)



行動を獲得したり変容させるためには、行動の変化自体に最終目標を置くのではなく、行動をとれる自信や確信を持たせることを目標とした。この自信や確信のことをセルフエフィカシ(自己効力感)と呼ぶ。遂行可能感と説明されることもある。

例えば「禁煙」を例に考えてみる。ある人が禁煙に挑戦しないのは、禁煙することは自分の健康のためによいと思っている(高い結果期待感)にもかかわらず、禁煙する自信がない(低いセルフエフィカシ)からかもしれない。あるいは、自信をもって禁煙することができる(高いセルフエフィカシ)と信じていても、禁煙することに何の意義も見い出していない(低い結果期待感)からかもしれない。

禁煙することによって自分の望む成果が得られると確信し(高い結果期待感)、禁煙のプロセスの中でさまざまな障害に出くわしても、「たばこを吸わずにそのような状況に対処していける」という自信を身につける(高いセルフエフィカシ)ことによって、禁煙という課題に成功するというのである。

歯科保健行動についても、近年、結果期待感およびセルフエフィカシの視点からの研究¹⁴⁾や実践¹⁵⁾がみられるようになってきている。

なお、このセルフエフィカシを高めるためには次に示す4つの情報^{16・17・18)}を通じてその人自身がつくりあげていくものといわれている(表3-2, 表3-3)。

表 3-2 セルフエフィカシィを高める4つの情報

遂行行動の達成 / スキルの習得

誰かにやってもらったり、教えてもらったり、自己学習したりしてできた体験を持つ。

代理的経験 / モデリング

自分に似た人の状況を見たり聞いたりして自分にもできそうな自信を持つ。

言語による称賛

仲間や専門家からの言葉による励ましを受ける。時には自分で自分を励ます。

生理的情動喚起 / リフレーミング

固定的な自分の考え方を換え、感情的・生理的によい状態を体験し、自分にはできないなどの思い込みをはずす。

表 3-3 セルフエフィカシィに影響する情報とストラテジー (安酸¹⁸⁾, 1997, 一部改編)

	セルフエフィカシィを高める情報	セルフエフィカシィを下げる情報	ストラテジー
遂行行動の成功体験	自分で行動し達成できたという成功体験の累積	失敗体験の累積 学習性無力感	行動形成 (スモールステップ法)
代理的経験	自分と同じ状況で、同じ目標を持っている人の成功体験や問題解決法を学ぶ。	条件のそろっている人が出来ているのを見たり聞いたりする。	モデリングの対策を選ぶ 方法論の学習。
言語的称賛	専門性に優れ、魅力的な人から励まされたり褒められたりする。 きちんと評価してもらう。 言葉や態度で支援し、同時に精神的にもクライアントを信じ認める。 できると自己暗示をかける。	やっていることを認められない。 一方的叱責 無関心 無視	誓約書(相互に確認する手段) クライアント自身がアクションプランを立てる。 自己強化 自己教示
生理的・心理的状态	課題を遂行したときに、生理的・心理的に良好な反応が起こり、それを自覚すること。 出来ないという思い込みから自由になる。	疲労、不安、痛み、緊張、空腹 マイナスの思い込み	気づきを高める。 思い込みを論破する。 リラクゼーション。 ポジティブ・シンキング リフレーミング

表 3-4 Six Step Method での教育介入

1. 問題の確認をする
 2. やる気と自信をつける
 3. 問題への気づきを高める
 4. 自分ができる行動計画(アクションプラン)をたてる(フォローアップ)
 5. 行動計画(アクションプラン)の実行と再評価をする
 6. 行動変容を維持し、逆戻りを予防する
- 4~6にある、行動計画(アクションプラン)を立て、実行し、評価をする時には、スモールステップによる計画がよいとされている。

さらに、セルフエフィカシ理論を健康教育の中で実際どう使ったらいいのかを問題解決のプロセス沿ってまとめたものとして「Six Step Method」(6ステップ・メソッド)がある¹⁹⁾(表3-4)。ステップ1からステップ3までが診断過程、ステップ4が治療、ステップ5がフォローアップ、ステップ6が維持に該当する。

このように行動変容を起こす段階が整理されると、ケースバイケースで対応してきた今までの活動の中で見落としていた部分、弱かった部分、例えば、本人の気づきを引き出し、日常生活に密着した具体的な行動計画を立てていく段階や、立てたプランの評価、プランの継続への援助という段階を踏んで系統的に対応することの重要性に気づかされるのではないだろうか²⁰⁾。そして、この6段階それぞれに、セルフエフィカシの戦略が導入されているといえよう。ただし、この6ステップ・メソッドは、医師が患者の問題にどう対応していくかについて、診療室レベルで個別的に教育、支援していくことを念頭に作成されているようである。

一方、高村は、小グループを形成して展開していく地域保健向けの健康教育プログラムの中で、セルフエフィカシに焦点を当てて取り組み始めており興味深い。実践事例としては、これまでに栃木県南河内町における母子保健用²⁰⁾と高脂血症用²¹⁾の2本の教育プログラムが紹介されている。プログラムの基本的な構成は2本とも共通しているので、ここでは高脂血症用の教育プログラムのみを表3-5に示す。

表3-5 セルフエフィカシ介入を取り入れた高脂血症教室のプログラム

回数	目的	内容：エクササイズ
1	自己認知	<ul style="list-style-type: none"> ・ Let's walk and touch...私は一人、自由な一人 ・ Positive stroke...あなたって素敵よ
2	自己理解	<ul style="list-style-type: none"> ・ Positive stroke...あなたって素敵よ ・ Image exercise...あなたな何の花、どんな動物、何の色
3	自己開示 自己表現	<ul style="list-style-type: none"> ・ Positive stroke...あなたって素敵よ ・ ねえ、私の夢を聞いて！ 私は私のここが好き...なぜって？ ・ 私はあなたのここが好き...なぜって？
4	目標づくり 関係づくり 他者理解	<ul style="list-style-type: none"> ・ ミニ講座「高脂血症ってなあに？」 ・ 私のゴール、あなたのゴール、これならできるね！ 自分の解決方法を見つける ・ 私と皆のスリー・デシジョン... 1か月の行動計画作成
5	関係維持 ふりかえり	<ul style="list-style-type: none"> ・ Let's walk and touch...私は一人、自由な一人 ・ Who am I? そしていつか私は... ・ スリー・デシジョン発表会 ・ Tea Party これからもよろしく

プログラム構成は、1)自分をどのくらい愛しているか、つまり自己のセルフエスティーム(自尊感情)のレベルを認知する(自己認知)、2)ありのままの自分を理解する(自己理解)、3)そういう自分を自由に表現する(自己開示・自己表現)、4)同じように開示・表現された他者を理解する(他者理解)、5)自分を受けとめ、他者を受けとめ、よりよい人間関係がとれるようにする、6)自分をどのくらい愛せるようになったか、自尊感情をふりかえる、というステップで展開されている。その5)段階で設定されている関係づくりのプログラム「私のゴール、あなたのゴール、これならできるね！」と「私とあなたのスリー・デシジョン！」がセルフエフィカシ介入である。最も身近な人々とのよりよ

い人間関係づくりのために、自分ができる行動計画を立て、実行してみる。その状況を最終日に仲間に報告、その後、最終的な行動計画を再構成し、日常生活で実施（行動変容）することを約束してクラスは終了する。その後の報告は同窓会で確認し、維持していくという流れになっている。このプログラムでは、課題となる特定の行動（例えば、禁煙や間食の制限など）の問題解決という狭い視点に陥らないよう、全体的、全人的な視点からアプローチすることが重要視されている。こうしたアプローチより対象者の一般的なセルフエフィカシーを高めつつ、対象者本人が主体性をもって直面する特定の課題にも対応し、さらには、将来遭遇するさまざまな課題にも対処できるようエンパワメントすることを狙った内容になっているようである¹⁶⁾。したがって、かなり汎用性に富んだ健康教育プログラムとなり得る可能性があり、歯科領域における健康教育にも応用可能ではないかと考えている。

（６）ヘルス・ローカス・オブ・コントロール（Health Locus of Control）

人の健康問題の解決が、自らの主体的な努力の有無によることが大きいと考えるか、薬、医師等の専門家、高度医療機器など自己に外在するものにまったく左右されると考える傾向が強いかで区別され、健康管理の主体を内在的に自分自身と認めやすい人（Internals）と外在的なところにあると認めやすい人（Externals）とに区別されるという考え方²²⁾である。保健行動は自己自身の努力、工夫によって、効果的なものを行えるようになると信じている人（Internals）は、積極的、自主的に保健行動を決意しやすいが、むしろ医療従事者や効果的な薬や幸運に恵まれないとうまくいかないと信じる人（Externals）は、自主的に保健行動を決意しにくく、医療従事者や家族や効果的な治療法への依存が強いものとなる。

したがって、住民や患者に自主的な保健行動を期待するならば、自らに努力によって健康問題の解決をしようと信じる Internals の人のほうが適している。そのため、住民や患者の保健行動への内在的な主体性（Internality）を訓練することがまず大切な働きかけになるといわれている。

しかし、Externals の人は、むしろ周りからの支援（たとえば家族の支援）や環境条件を改善するといったプログラムならばうまく活用することができる。たとえば、家族による食事管理、職場に禁煙室を多くするなど、そのプログラムのよい例である。

したがって、働きかける側から見ると、対象者が Internals か Externals かを区別しながら支援していく必要があるということになる。

（７）ステージモデル（The stages of change model）

Prochaska（1984）が提唱したステージモデル²³⁾は、行動変容を1つのプロセスとして捉えている。もともとは禁煙についての教育実践や研究結果²⁴⁾に基づいて提唱され（表3-6）、国内外で禁煙プログラムが作成され成果を上げている。近年は体重コントロール、適正飲酒、高脂肪食の改善、運動、エイズ予防のためのコンドーム使用などにも応用されている。歯科保健へも応用可能と考えられる。このモデルの優れているところは、ステージを把握することにより無駄のない的確な教育支援ができるところにある。ステージ毎のアプローチについて指針²⁵⁾も出されている（表3-7）。また集団に対してもある生活習慣に

対するステージ別分布を調査することにより、その分布の具合で効率的な健康政策が立案できる。

表 3-6 ステージモデル (Prochaska)

1) 無関心期 (precontemplation stage)

今後、6ヶ月以内に行動を変えようと考えてないステージ

個別教育のアプローチ：いきなり行動の変容を勧めるような働きかけはしない。開かれた質問で相手の立場に立ち共感し、その中で支援の糸口を見つける。

2) 関心期 (contemplation stage)

今後6ヶ月以内に行動を変えようと思っているが、この1ヶ月以内に変えるまでには至ってないステージ

個別教育のアプローチ：問題となる生活習慣による健康影響やその生活習慣を改善した場合の効果に目を向け始め、行動変容を前向きに考え始めている。同時に行動変容に伴う負担や問題点についても感じており、行動変容までには至ってない時期である。問題となる生活習慣改善の動機の強化、負担の軽減、意志決定の支援が必要。セルフエフィカシィ（自己効力感）が低下している場合はその対応も必要である。

3) 準備期 (preparation stage)

今後1ヶ月以内に行動を変えようと考えているステージ

個別教育のアプローチ：今すぐにも実行に移したいと思っており、そのきっかけや手助けを求めている時期である。行動変容を開始する日を決め具体的な目標を設定すること。開始日を決めることは、その意思決定を明確にして実行を促す効果がある。開始日が決まったら行動変容の具体的な方法についての情報提供も大切である。

4) 実行期 (action stage)

行動変容を実行して6ヶ月以内

5) 維持期 (maintenance stage)

行動変容を実行して6ヶ月以上

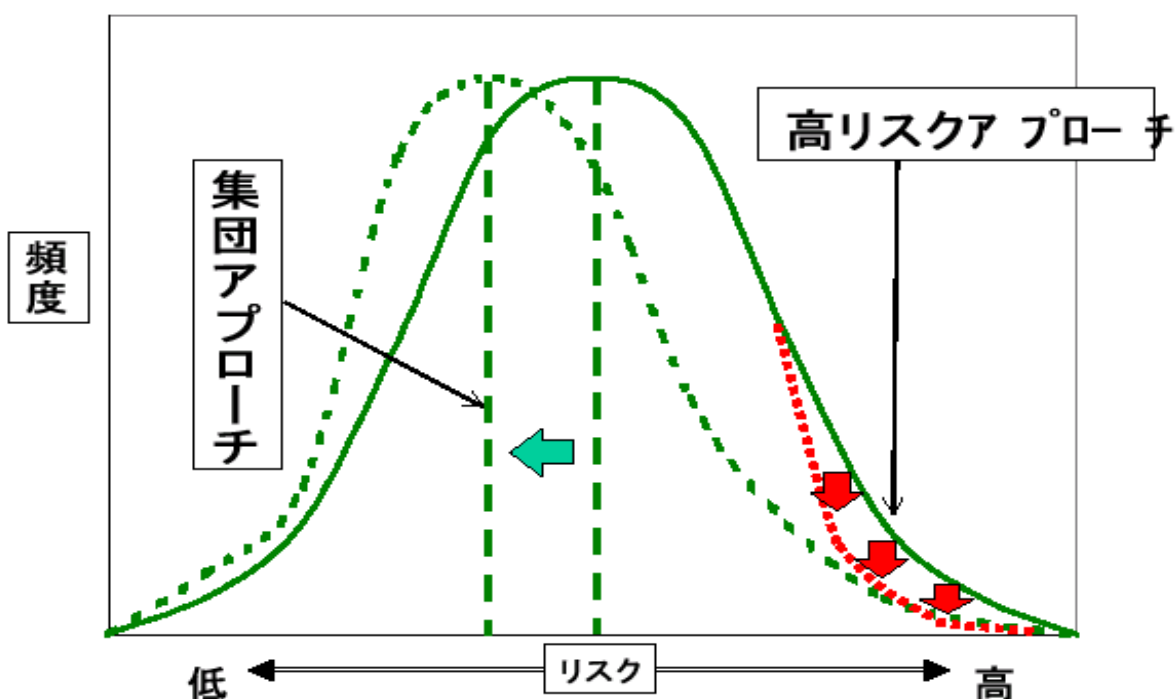
表 3-7 ステージ別のアプローチ方法

ステージ	目標	アプローチ
無関心期	気づきを促す	カウンセリングアプローチ (傾聴、受容など)
関心期	意志決定を促す	動機強化 負担軽減 自信強化
準備期	実行を促す	目標設定 ノウハウ提供

(8) ハイリスク・ストラテジー（アプローチ）とポピュレーション・ストラテジー（アプローチ）²⁶⁾

スクリーニング等により把握された、疾病を発症しやすい高いリスクを持った対象に絞り込んで予防方策を講じていく方法をハイリスク・ストラテジー（アプローチ）と呼ぶ。こうした個人を直接ターゲットとするやり方に対して、集団全体にかぶるリスクを低い方へ誘導するやり方をポピュレーション・ストラテジー（アプローチ）と呼ぶ。疾病の罹患はリスクが高いほど頻度が高いが、集団における罹患者の絶対数はむしろハイリスク・グループを除いた中程度のリスク以下のグループからが多い。中程度のリスク以下のグループにおける有病率は高くないが人口が圧倒的に多いためである。

図3-7 高リスクアプローチと集団アプローチ
High-Risk Approach vs Population Approach



公衆衛生の手法は、集団全体のリスクを低い方へ誘導することを目的としているので、ポピュレーション・ストラテジーをとっていることになる（図3-7）。集団全体に対し、集団教育並びに環境の面から多面的にアプローチしていく方法であり、これによって集団の得る利益は大きく、ヘルスプロモーションの概念とも一致する。ただし、個人それぞれが得られる利益がわずかであり、目にみえにくい。例えば²⁷⁾、500人が安全教育によってシートベルトを一生装着するようになっても交通事故死亡が1例しか減少しないといわれている。しかし、日本人口の95%がシートベルトをすれば22万8千人の死亡を減少させる

ことができる。逆に残りの5%がシートベルトをしないと仮定し、そしてこのグループの死亡率を300人に1人としよう。死亡数は2万人である。シートベルトをしない人には運転免許しないあるいはなんらかの方法で乗車をさせないとしても2万人の死亡を減少させるだけである。しかし、このグループに属する個人個人の死亡率は劇的に減るのである。

ハイリスク・ストラテジーは、集団の一部であるハイリスク・グループのみをターゲットとしているため、理想的な結果が得られたとしても受益者は限定的である。しかしながら、受益者個人が得られる利益は大きい。

それぞれのストラテジーには強みと弱みがあるが、健康政策からみると両者のアプローチは補完的な関係にある。

従来の老人保健事業等では、どちらかと言うとハイリスク・ストラテジーが主であったが、ヘルスプロモーションの理念に基づく健康づくりでは、マスコミ、ミニコミ等との連携による多様な情報提供や、広く住民各層を巻き込んだ取り組みの推進など、個人の健康づくりを社会全体として支えていくというポピュレーション・ストラテジーの考え方を取り入れ、ハイリスク・ストラテジーと両方の利点を生かしながら対策を進めていく必要がある。

(9) ステップ・ケア・モデル

前述したハイリスク・ストラテジーとポピュレーション・ストラテジーをより具体的に現したものとしてステップ・ケア・モデル(Stepped care model)という考え方²⁸⁾がある。

表 3-8 ステップ・ケア・モデル
1) ステップ0: 動機づけ(教育・啓発・環境づくり)
2) ステップ1: セルフヘルププログラム
3) ステップ2: 健診や日常診療の場でのサポート
4) ステップ3: 専門外来の場でのサポート

このモデル

(表 3-8)は、もともと喫煙習慣改善への包括的な介入モデルとして開発された。実際、例えば米国における禁煙教育では、はじめは

禁煙希望者に対しての個人を対象としたクリニックが主流であったが、その後は職場における教育活動が奨励され、次に地域を基盤とするプログラム開発に力を入れるようになってきた²⁹⁾、という。

このモデルは、ポピュレーション・ストラテジーからのハイリスク・ストラテジーまで含めた実践モデルとして、歯科保健活動への応用も有効であると考えられる。

ステップ0では、マスメディアによる教育・啓発活動や法令や環境整備まで含めたアプローチで、広く気づきや自己決定を促し、対象者の行動変容への興味・関心を高めるのが狙いである。ステップ1～3は、行動変容への興味・関心が高まった対象者に対して具体的なサポートを行う段階で、難易度やリスクの高さによって内容やサポートの場が段階的に変化している。地域で設定する教育の機会や場が、上記のどのステップに該当するかを意識しつつ、効果的かつ効率的な歯の健康づくりのサポート体制を地域社会に構築していく必要がある。

(10) イノベーションの普及モデル (The diffusion of innovation model)

このモデルは、Rogers E. M. によって開発された³⁰⁾ものである。

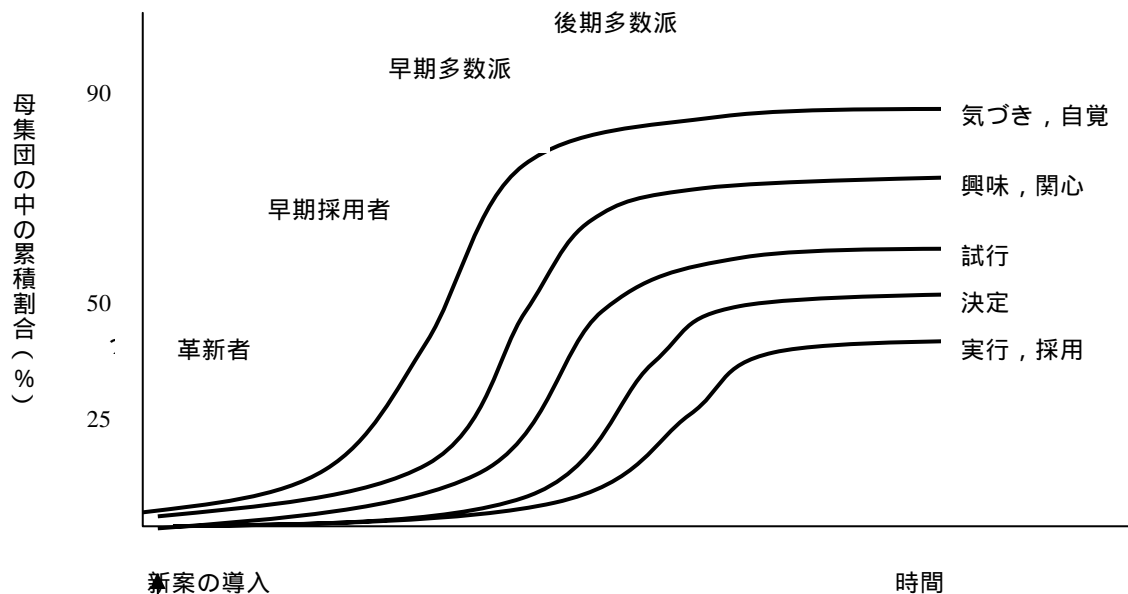


図 3-8 新案が 4 つの集団に採用され広がっていく経過の中でみられる 5 段階

要約すると、人間は、気づき (awareness)、興味 (interest)、試行 (trial)、決定 (decision) そして実行 (adoption) といった 5 つの段階を経て新しい態度や行動を形成するというものである。また、新しい態度や行動が人びとに普及してゆくプロセスにおいて、5 つの異なるグループが関与していることを明らかにした。それは、最初の採用者 (革新者グループ: innovators)、早期の採用者 (新しがりや: early adopters)、前期の慎重者 (初期の多数派: early majority)、後期の慎重者 (末期の多数派: late majority)、取り残され者 (遅滞者: laggards) である。それぞれの人々が、気づき 興味 試行 決定 実行という段階を経て新案を自分のものとしていくわけであるが、各段階に費やす時間 (スピード) が異なるために、現実的に新たなアイデアが地域に根付いていく過程は、初めのうちは採用者が非常に少なく、緩やかに伸びていく。そして地域の半数が採用した頃に伸びは最も傾斜が急になる。そして最後には少数のものが残り、彼らによる採用はゆっくりと進んでいくという経過をたどる。この普及の進行過程は、累積すると S 字正規曲線を描くことが知られている (図 3-8)。

歯科保健の向上や生活習慣病の予防では、知識や情報を提供しても必ずしも行動の改善には結びつかないという現状を保健医療専門職の誰もが実感しているのではないだろうか。近年では、行動科学的、社会心理学的な考え方をとり入れ、個人にとっての健康、疾病および行動に対する認識の仕方に働きかけることが重要視されるようになった。従来の知識普及型あるいは専門家主導型のあり方から、住民自ら学習するような支援が求められるところである。すなわち、これからの健康教育で活用していくアプローチは、「指導」よりも、対象者のセルフケア能力が高まるエンパワーメント (empowerment) をめざして支援していくことである。

しかし、歯科保健活動現場の歯科医師、歯科衛生士、保健婦、栄養士、保育所保母、学

校の教員等と健康教育について議論してみると、ここで紹介したモデルや理論は、これまで一度も聞いたことがないという人が少なくなく、実際に展開されている健康教育プログラムも「KAPモデル」であったり、単に病気の恐ろしさを訴えるだけであったり、という現実もあるようだ。また、各レベルで策定されている様々な健康づくり計画の記載内容も、依然として知識の普及や意識啓発の域を一步も踏み出していないものが数多く見受けられる。

もちろん、健康日本21の推進に当たっては、従来の知識普及型あるいは専門家主導型のあり方から住民が自ら学習するような支援が求められるとともに、学習した住民が、自らの健康にプラスになる行動を取り入れ、継続できるように、環境づくりを推進する取り組みが先行または並行して行われることも重要である。すでにWHO（世界保健機関）では、新しい健康教育の考え方として「健康教育活動の方法は、従来から活用されてきた他者依存型で、専門家を主導とした方法から脱皮しなくてはならない」とことと、具体的な健康教育方法としては、「人々が自主的で主体的に参加することの大切さと、好ましい健康習慣を維持する環境整備の大切さ」を示している。星は、このWHOの提言に沿って、今後あるべき健康教育の理念と方法を表3-9のとおりまとめている。

表 3-9 健康教育の理念と方法（星，2000，一部改編）

	従来の健康教育	新しい健康教育
理念	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者は指導の対象 ・トップが決定権を持つ ・トップダウン 	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者が中心で中核（People First） ・対象者が決定する（Informed Choice） ・ボトムアップ
方法	<ul style="list-style-type: none"> ・他者依存型，専門家主導型 ・人々の意識変革と行動変容 ・一方向性 ・専門家の指示が中心 ・行動変容 	<ul style="list-style-type: none"> ・人々の主体的参画 ・保健従事者の態度変容 ・双方向、相互作用、相互学習 ・各専門家と人々の共同作業 ・環境整備

当事者にとっての環境を整えていくということは、とりもなおさず公共的観点から政策的働きかけを行うことであり、当事者の環境への配慮を欠いた健康教育は victim-blaming（被害者を避難すること）になりかねない。ヘルスプロモーションは、政策的働きかけと教育的働きかけ（健康教育）から成り立つものであり、健康教育はヘルスプロモーションという枠組みなしには有効に機能しえないものなのである。

今後の健康教育進め方や住民との関わり方として重要なことは、対象者の主体的な学習への援助である。自発的な学習が出発点となり、その継続を促すことができる健康教育が求められている。吉田³¹⁾は、そのような視点に立った上で、健康教育の方法を 学習のきっかけをつくる方法、 技術・能力を習得する方法、 学習の継続を促す方法、と順序立てて説明しておりわかりやすい（表 3-10）。

歯科保健活動の現場においては、ここで紹介した理論やモデルを参考に健康教育プログラムを企画するとともに、行動科学の成果を十分に取り入れた教育技法^{19・32・33・34・35・36)}を用いて対象者に働きかけたり援助していく必要がある。なお、具体的な働きかけ方としては以下のようなものが考えられるが、くわしくは成書を参考にしていきたい。

<働きかけの例>

講義、個人指導、マスメディア、視聴覚機器、プログラム学習、教育テレビ、技能開発、シュミレーション(ゲーム、劇、ロールプレイ)、バズセッション、エンカウンター、ピア・グループ討論、モデリング、オペラント学習、地域開発、社会行動、組織育成、他

表 3-10 健康教育の方法 (吉田, 1994)

目的	方法	特徴	問題点
学習のきっかけをつくる	行動修正	自分の行動を、各種の技法を通じ、より明確に意識する。	学習者の意思決定を促すように配慮する。
	体験学習	実際に体験してみ、頭だけでなく、体や心でも感じる。	学習の継続につながるよう、他の方法と組み合わせる。
	仲間集団討議 (バズ・セッション)	他人との比較により、自分の問題や考え方を客観的にみつめる。	仲間意識がもてるよう、メンバーや討議の形式に気を配る。
技術・能力の習得	実習	必要性を納得し、技術を一步一步身につける。	学習者の能力や生活を考慮し、最適な技術を選択し、習得してもらう。
	探究学習	問題解決のプロセスを学び、問題解決能力を身につける。	問題解決のプロセスが明示できない問題は取り上げない。
学習の継続	グループづくり	仲間集団討議を一步一步進め、継続的な学習の場をつくる。	グループづくりの要求には柔軟に対応し、運営は自主性に委ねる。 参加意欲のない者を無理に誘わない。

2. 予防サービス

歯の健康づくりのうち「むし歯」および「歯周病」の予防サービスに関しては、これまでの実証研究の積み重ねにより、実際にそれらを地域保健活動に採用した場合の効果(成果)についてはある程度予測することが可能である。特に米国では、米国保健医療省(U.S. Department of Health and Human Services)に提出するために米国予防サービス特別委員会(U.S. Preventive Services Task Force)の監督のもと作成された「Guide to Clinical Preventive Services」というガイドラインが1989年に示されており³⁷⁾、日本語訳³⁸⁾も出版されている。その後、第2版も1996年³⁹⁾に発行されている。初版では「歯科的予防」という項目で巻末資料集93ページ/表5-3のとおりの指針が提示されている。同様な指針づくりはカナダでも行われ、カナダ定期健康情報検討委員会からむし歯予防のガイドライン⁴⁰⁾として表3-11に示す主旨の指針が提示されている。

国内でも8020フォーラムという機関が歯科保健対策についての国内の調査研究をレビューし「8020健闘資料」⁴¹⁾という冊子にまとめられている。この冊子はすでに道内市町村に配布済みであるが、歯科保健サービスを検討する上で特に第2章～第4章は示唆に富んでおり、巻末資料集94～99ページに抜粋したので参照していただきたい。また、

保健婦、看護婦等の歯科が専門ではない保健医療関係者を対象にしたわかりやすいガイドブック⁴²⁾も出版されている。

表 3-11 むし歯予防のガイドライン（カナダ定期健康情報検討委員会）

Good evidence（優れた根拠）	Poor evidence（根拠に乏しい）
フッ素入り歯磨剤 水道水フッ素添加 低フッ素地区（0.3ppm 以下）でのフッ素錠剤使用 ハイリスク者には、フッ素塗布、フッ素洗口 選択的なシーラント	フッ素入り歯磨剤なしの歯磨き、フロス フッ素使用なしの PMTC、PTC リスク診断のない定期検診、食事指導

これらの情報は、行動・環境診断において、ターゲットとすべき保健行動の優先順位を検討する際にも大いに参考となるものと考えられる。ここでは、各種の予防サービスのうち「定期的歯科健診」と「フッ化物応用」について記載する。

（1）定期的歯科健診

日本は世界で最も広範に健診を実施している。久道（第 27 回日本消化器集団検診学会総会、会長講演、1988）によると、日本人は平均すれば一年に一回は検診を受けており、その大部分は集団検診である。検診がこれほど日本で健康政策に取り入れられたのは、集団検診によって結核が撲滅できたと行政が考えたためである⁴³⁾。しかし、結核は集団検診や抗生物質、BCG 接種で減ったのではなく、衛生状態の改善、栄養状態などの改善が大きく影響したことは公衆衛生上の有名な事実である⁴³⁾。

たとえ、結核予防のための集団検診が有効であったとしても、検診の対象を生活習慣病へと拡大する過程で、結核で確立した方法論が生活習慣病の予防にも有効かという科学的な評価が十分に行われていなかったのではないだろうか。

いずれにせよ、われわれは、これまで熱心に健（検）診と称して各種指標を開発し、健康の診断ではなく、病気の発見に努めてきた⁴³⁾。指標は客観的で、数量的であるといったことが条件であり、専門家が統計処理を行ったり、比較することに耐えうるものでなければなかった。歯科においても DMFT-index、CPI 等の各種指標が比較、分析に用いられることによって予防や管理の面で貢献してきたが、これらの指標は普通の人々には理解しづらいものであった。理解しづらいだけでなく、科学的根拠という点からは、それらの指標は過去と現在の疾病レベルを評価するものに過ぎず、治療の必要性を予測するには有効であるが、健康状態を評価するには限界があるという指摘がある^{44, 45)}。このような背景に気づかぬまま、CPI を用いた健診を実施したり、DMFT-index という指標を使って集団の比較をすることをくり返しているうちに、無意識に専門家の中につくられた「健康的である」という世界をつくってしまった。ところが、健診の場で「あなたは CPI が 3 で専門的処置が必要です。早めに治療へ行きなさい」と言っても、成人の多くはそれに従わない。将来の進行した結末や恐さを説明してさえもである。逆に、健診の結果、異常はなく歯科医学上は全く問題がないと思われるのに、歯痛や違和感を訴える人もいる。歯科関係者、行政関係者にとって都合のよい指標も、人々にとっては、それを自分の問題としてとらえると

いう点では不十分なのであろう⁴⁶⁾。

つまり口の中が健康かどうかは、決して歯科健診だけで定義したり、レッテルを貼るべきでもないことがわかる⁴³⁾。健康というものが、もともと数値で決めるようなものでないとするれば、もっと社会性をもたせたり、個々人の主観的な健康観に配慮する必要がある⁴³⁾、本書で紹介している MIDORI モデルにおける第 1 段階に「社会診断」という相があるのは、こうした理由に基づくからであろう。

疾病には通常、危険因子、すなわち、その疾病になりやすいという因子があり、その早期発見・早期治療が最も重要であると、健診の普及と連動して教育されてきた。しかし、早期に発見し、治療を早くすることが、必ずしも意味のあることかどうかは証明されていない部分も多い^{43, 47, 48)}。歯科健診においても、「定期的歯科健診受診者が同年齢の健診未受診者よりも歯の喪失本数が少ない、歯周病が少ない」場合があることを根拠に定期的歯科健診の有効性が主張されることがあるが、科学的根拠としては十分でない。歯の健康への意識が高い人が定期的歯科健診を受けているだけかも知れないし、健診に伴う健康教育の効果かも知れないからである。

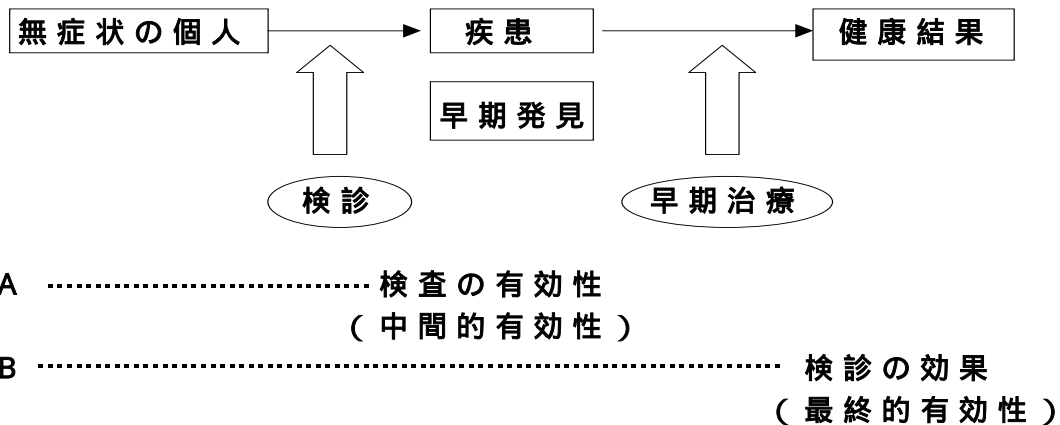
国の医療政策によって、早期発見の重要性が言われるが、それが、現在の医学でどこまで予防できるか明確には示されていない^{43, 47, 48)}。健診による疾病予防効果(図 3-9)を証明するには、数多くの人を何年も追いつけなければ難しい。そのせいか、日本の研究ではこういったデータがない^{43, 47, 48)}。また、健診の有効性を判断、検討する場合、健診結果が出た後の説明の仕方、指導(健康教育)の仕方など、事後の対応次第で効果が違ってくことにも配慮しておく必要がある。さらには、本人の主体性^{注 3-1)}も影響するであろうし、治療が必要な場合は、治療開始時期や治療の質などで予防効果に差が出てしまう。健診に

注 3-1) 健診や健康教育の効果は、提供する内容や提供者の技術と同等かそれ以上に、対象者本人がいかに主体的にそれらを利用するかどうかに左右されるといっても過言ではないと考える。地域で提供される成人を対象とした歯科健診や歯科健康教育への参加者が少ないあまり、強制に近いかたちでそれらのサービスを受けてもらうようにしてはどうかという提案がなされることが少なくないが、筆者はいささかの外れではないかと解釈している。なぜならば、次に紹介するような事実もあるからである。(出典：週刊 保健衛生ニュース：ヘルスアイ、2000 年 8 月 28 日第 1070 号；40)

少し前のことになるが、フィンランドの保健当局が実施したという調査の結果が興味深い。食事の指導や健康管理の効果がどのようなものであるかを、科学的に調べようという調査である。40 歳から 45 歳の管理職を約 600 人選ぶ。彼らには、承諾を得た上で定期健診、栄養学的な調査などを受けてもらう。また、運動を毎日すること、タバコ、アルコール、砂糖などの摂取を抑えることを約束してもらう。そして、そういう健康管理を 15 年間続けた。その効果を比較して調べるため、同じ職業分野に属する別の 600 人の群れを選んだ。これは同じ年月、いかなる健康管理の対象にもされない人々である。彼らには、何の説明もせずに定期的に健康調査票に回答を書き込んでもらった。そして両方の群の比較をした。はっきりとした違いが現れた。心臓血管系の病気、高血圧、死亡、自殺・・・いずれの数も一方の群が少なかった。なんと、それが健康管理の対象ではなかった人々だったというのである。医師たちは仰天し、実験結果の公表をひかえたそうだ。R・ジャカール、M・テヴォス共著、菊池昌美訳『安らかな死のための宣言』で紹介されている話である。健康管理は不要だ、などと速断するわけにはゆくまいが、調査結果の含意はまことに意味深長だと思われる。本は「治療上の過保護と生体の他律的な管理は、健康を守ることにはならず、逆に依存、免疫不全、抵抗力の低下、要するに不健全な状態をもたらす」と指摘している。私達の生き方全般についても考えさせるものを含む言葉だ。過保護が依存を生む。そのまま、子供の育て方や教育のあり方に通じる話である。そして自律が自立につながる。(以下、略)

は様々なレベルがあり、レベルが違うものを一律に扱って有効性を検討することがないようにしたいものである。

図 3-9 検診の過程とその評価 (久繁, 1997)



(2) フッ化物応用

むし歯予防のためのフッ化物応用法は、主要なものとして「水道水フッ化物添加」「フッ化物洗口」「フッ化物配合歯磨剤」「フッ化物歯面塗布法」などがある。これらはいずれも世界的に広く普及している。前述したように「米国予防サービス特別委員会の予防サービスガイドライン」^{37, 38)} および「カナダ定期健康情報検討委員会のむし歯予防ガイドライン」⁴⁰⁾ では、これらの方策はいずれも“優れた根拠、good evidence”と評価されている。これらの方法の詳細については、すでにわかりやすい図書が多数出版されているので、成書^{49, 50)} に譲ることとする。その他、水道水フッ化物添加(上水道フッ素化)^{51, 52)}、フッ化物洗口(フッ素洗口)⁵³⁾、フッ化物配合歯磨剤(フッ素入り歯磨剤)^{54, 55, 56, 57, 58, 59)}、フッ化物歯面塗布法(フッ素塗布)^{60, 61)} という具合に、応用方法それぞれに数多くの研究論文や解説(レビュー)が発表されている。

3. 健康を守るための活動

より健康的な環境と、健康的な選択が最も容易な選択になる環境をつくる活動である。口腔の健康に関しては、健康を守るための最も効果的な方法は、水道水のフッ素化である。それ以外にも、子供をターゲットとした砂糖含有製品の広告宣伝を制限する運動や国家レベルでの食品の成分表示の改善運動、学校や職場での食事を健康的なものに改善する運動なども考えられる。これらは「政治的」な活動として取り扱われることがあるが、健康そのものが実は「政治的」なものであり、ヘルスプロモーションの諸活動には「政治的」視点が必要なことも認識しておきたい。

4. 積極的な健康づくり

この活動は「病気の予防や治療」にとどまらない、より積極的な意味の健康づくりをめざしており、個人、グループ、コミュニティでの積極的な健康づくり活動を援助していくことである。口腔の健康に焦点が当てられることは少ないが、「全人的」な健康づくりのひとつとして口腔を取りあげてもらいたい機会である。これまでの口腔に関する健康教育では、口腔疾患に罹らないようにすることに主眼が置かれていた。しかし健康を医学にとどまらない問題として取り扱っていかうという流れの中で、積極的な健康づくりが脚光を浴びてきている。

5 . 積極的に健康を守る

この活動は「健康を守るための活動」とつながりや重なり合う部分がある。健康政策の推進活動や健康的な環境を推進する活動は、健康を守る活動にも、積極的に健康を守る活動にも属している。口腔に関連した例をあげると、保育園において、砂糖を含有するスナック菓子を止めて脂肪を多く含む菓子に換えるのではなく、果物のような健康的な食品に換えることである。むし歯や歯周病のリスクを別の病気のリスクに換えるのではなく、より健康を増進しようとするのである。

以上で述べてきたように、ヘルスプロモーションは健康管理の枠組みを越えたもので、住民参加はもちろんのこと、地域や国家の行政機関、その他の主要な政策決定機関の参加が必要である。一見すると、ヘルスプロモーションでは「マクロ」の政策決定や環境改善が全てのように見える。しかし、個人の「ミクロ」な変化も重要である。ミクロな変化、すなわち個人のエンパワーメントは、セルフケアを推進し、個人の健康を最大限に引き出すための健康教育が基礎となっている。これが成功するかどうかは保健医療従事者の援助方法や技術にかかっているとんでも過言ではない。

引用文献

-
- 1) Becker MH ,Drachman RH ,Kirscht JP : A New Approach to Explaining Sick-Role Behavior in Low-Income Populations . Am J Public Health , 64(3) ; 205-213 , 1974 .
 - 2) Green LW ,Kreuter MW ,Deeds SG ,Partridge KB : Health Education Today and the PRECEDE framework .In: Health Education Planning ,A Diagnostic Approach . Mayfield Publishing ; 2-17 , 1980 .
 - 3) 清水準一：ヘルスプロモーションにおけるエンパワーメントの概念と実践．看護研究 , 30 (6) ; 9-14 , 1997 .
 - 4) 吉田 亨：健康学習とエンパワーメント・エデュケーション．(園田恭一，川田智恵子編：健康観の転換．東京大学出版会) , 245-250 , 1995 .
 - 5) 高村寿子：ヘルスプロモーションとエンパワメント．生活教育 , 44(2) , 7-12 , 2000 .
 - 6) 麻原きよみ：エンパワメントと保健活動．保健婦雑誌 , 56(13) , 1,120-1,126 , 2000 .
 - 7) Freire P : Education for Critical Consciousness , Continuum Publishing , 1973 .
 - 8) Wallerstein N , Bernstein E : Empowerment Education Freire's ideas adapted to health education . Health Educ Q , 15 ; 379-394 , 1994 .
 - 9) Swift C ,Levin G : Empowerment: an emerging mental health technology .Journal of Primary Prevention , 8 ; 71-79 , 1987 .
 - 10) Israel BA , Checkoway B , et al . : Health Education and Community Empowerment : Conceptualizing and Measuring Perception of Individual , Organization , and Community Control . Health Educ Q , 21(2) ; 149-170 , 1994 .
 - 11) Schulz AJ , Israel BA , et al . : Empowerment as a multilevel construct : perceived control at the individual , organizational and community levels . Health Educ Res . , 10(2) ; 309-327 , 1995 .
 - 12) Bandura A : Self-Efficacy ; Toward a Unifying Theory of Behavioral Change . Psychological Review , 84(2) ; 191-215 , 1977 .
 - 13) Bandura A : Self-Efficacy ; The Exercise of Control . WH Freeman & Company , 1997 .
 - 14) Stewart JE , Strack S , Graves P : Development of oral hygiene self-efficacy and outcome expectancy questionnaires . Community Dent Oral Epidemiol , 25 ; 337-342 , 1997 .
 - 15) 中村譲治，筒井昭仁，堀口逸子 他：職場における健康学習プログラムの評価方法の開発とその分析．口腔衛生学会雑誌 , 49(4) ; 568-569 , 1999 .
 - 16) 第2回健康教育・ヘルスプロモーション研究集会 / セルフエフィカシィコース研修(主催：日本家族計画協会)資料．2000年12月1-2日．
 - 17) 柴辻里香，安酸史子：中高年女性の生活習慣改善に対する自己効力と影響要因．日本健康教育学会誌 , 第8巻特別号 ; 134-135 , 2000 .
 - 18) 安酸史子：糖尿病患者教育と自己効力．看護研究 , 30 (6) ; 29-36 , 1997 .
 - 19) 安酸史子，住吉和子，三上寿美恵，他：自己効力を高める糖尿病教育入院プログラム開発への挑戦と課題 6ステップ・メソッドを適用して．看護研究 , 31(1) ; 31-38 , 1998 .
 - 20) 高村寿子：日本におけるヘルスプロモーション活動の課題と試案．看護研究 , 31(1) ; 55-65 , 1998 .
 - 21) 初山喜久代，横田亜樹子，高村寿子：グループエンカウンターを取り入れた高脂血症教室の試み．日本健康教育学会誌 , 第8巻特別号 ; 146-147 , 2000 .
 - 22) Rotter JB : Generalized Expectancies for Internal versus External Control of Reinforcement . Psychological Monographs , 80 ; 1-28 , 1966 .
 - 23) Prochaska JO ,Velicer WF: The transtheoretical model of health behavior change . Am J Health Promot , Sep-Oct ; 12(1) ; 38-48 , 1997 .
 - 24) Prochaska JO ,DiClemente CC: Self change processes, self-efficacy and decisional

balance across five stages of smoking cessation .Prog Clin Biol Res ,156(1-2);131-140 , 1984 .

25) 中村正和 他：個別健康教育禁煙サポートマニュアル．法研，2000．

26) Rose G (曾田研二，田中平三 監訳)：予防医学のストラテジー．医学書院，1998．

27) 林 謙治：根拠に基づく健康政策へのアプローチ．公衆衛生研究，49(4)；346-353，2000．

28) Abrams DB et al .: Annals of Behavioral Medicine 18；290-304，1996．

29) 川田智恵子：諸外国における喫煙防止の現状と対策（諸外国における健康づくりに関する調査研究）．国際厚生事業団；1-66，1987．

30) Rogers EM：Diffusion of Innovations．3rd ed，1983．

31) 吉田 亨：健康教育と栄養教育 (3)健康教育の方法．臨床栄養，85(6)；741-747，1994．

32) 村田陽子：指導者である前に支援者であれ．ピーニングサポート・マナ，1991．

33) 宗像恒次：最新 行動科学からみた健康と病気．メヂカルフレンド社，1996．

34) JKYB 研究会 編：総合的学習への提言4「健康教育とライフスキル学習」理論と方法．明治図書，1996年．

35) 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」．医歯薬出版，東京，2000．

36) 湯浅資之，山城吉徳，渡部 基，曾田研二：保健行動理論に基づくエイズ教育プログラムの紹介．公衆衛生，64(7)；522-526，2000．

37) U.S. Preventive Services Task Force：Guide to Clinical Preventive Services：an assessment of the effectiveness of 169 interventions．William & Wilkins，1989．

38) 福井次矢，箕輪良行 監訳：予防医療実践ガイドライン．医学書院，1993．

39) U.S. Preventive Services Task Force：Guide to Clinical Preventive Services .2nd，William & Wilkins，1996．

40) Lewis DW， Ismail AI：Periodic health examination, 1995 update：2．Prevention of dental caries .The Canadian Task Force on the Periodic Health Examination .CMAJ，152(6)；836-46，1995．

41) フォーラム 8020：8 0 2 0「健闘」資料．2000．

42) J．グリフィス，S．ポイル著（福田廣志，豊島義博 監訳）：口腔ケアガイド．エイコー，1997．

43) 米山公啓：「健康」という病．集英社新書，2000．

44) Locker D：An Introduction to behavioural science and dentistry．Tavistock / Routledge；76，1989．

45) 宮崎秀夫：論文の役割．口腔衛生学会雑誌，50(3)；295，2000．

46) 井手玲子，筒井昭仁，溝上哲也，吉村建清：地域住民における口腔の主観的な健康評価 - 口腔の健康度自己評価と困りごとについて - ．口腔衛生学会雑誌，50(2)；247-252，2000．

47) 矢野栄二，小林廉毅，山岡和枝 編：Evidence Based Medicine による健康診断．医学書院，1999．

48) 久繁哲徳：最新 医療経済学入門．医学通信社，1997．

49) 飯塚喜一，境 脩，堀井欣一 編：これからのむし歯予防 わかりやすいフッ素の応用とひろめかた．学建書院，1993．

50) 日本口腔衛生学会フッ化物応用研究委員会編：フッ化物応用と健康 - う蝕予防効果と安全性 - ．口腔保健協会，1998．

51) <http://www.york.ac.uk/inst/crd/fluores.htm>：A Systematic Review of Public Water

Fluoridation .

- 52) 筒井昭仁：米国の水道水フッ化物添加を中心としたフッ化物利用の歴史と現状 - う蝕、歯のフッ素症の状況に関するレビュー - . 口腔衛生学会雑誌 , 51 (1), 2-19 , 2001 .
- 53) 日本口腔衛生学会・フッ素研究部会：最近の北欧、米国におけるフッ化物洗口の普及状況についての解説 . 口腔衛生会誌 , 44 (3); 358-363 , 1994 .
- 54) Proskin HM , Volpe AR : Comparison of the anticaries efficacy of dentifrices containing fluoride as sodium fluoride or sodium monofluorophosphate . Am J Dent , Feb;8(1) ; 51-58 , 1995 .
- 55) Holloway PJ , Worthington HV : Sodium fluoride or sodium monofluorophosphate? A critical view of a meta-analysis on their relative effectiveness in dentifrices . Am J Dent , Sep;6 Spec No(1) ; S55-S58 , 1993 .
- 56) Proskin HM : Statistical considerations related to a meta-analytic evaluation of published caries clinical studies comparing the anticaries efficacy of dentifrices containing sodium fluoride and sodium monofluorophosphate . Am J Dent , Sep;6 Spec No(9) ; S43-S49 , 1993 .
- 57) Volpe AR , Petrone ME , Davies RM : A critical review of the 10 pivotal caries clinical studies used in a recent meta-analysis comparing the anticaries efficacy of sodium fluoride and sodium monofluorophosphate dentifrices . Am J Dent , Sep;6 Spec No(2) ; S13-S42 , 1993 .
- 58) Stookey GK , DePaola PF , Featherstone JD , et al . : A critical review of the relative anticaries efficacy of sodium fluoride and sodium monofluorophosphate dentifrices . Caries Res , 27(4) ; 337-360 , 1993 .
- 59) Johnson MF : Comparative efficacy of NaF and SMFP dentifrices in caries prevention: a meta-analytic overview . Caries Res , 27(4) ; 328-336 , 1993 .
- 60) Ripa LW : An evaluation of the use of professional (operator-applied) topical fluorides . Community Dent Oral Epidemiol , 22 ; 159-163 , 1994 .
- 61) Bawden JW : Fluoride varnish : a useful new tool for public health dentistry . J Public Health Dent , 58(4) ; 266-269 , 1998 .

第4章 おわりに

歯を含めた口腔の健康は、大きな健康課題として残っているものと考えられるが、従来の治療を中心としたアプローチでは、全ての人々が健康な口腔を獲得するという目標を達成することは困難である。口腔の健康を達成するには、公衆衛生の諸施策を実行し、環境や社会を変革し、社会規範への働きかけなどを総合しなければならないので、口腔のヘルスプロモーションを、全人的なヘルスプロモーションの一環としてとらえることが重要である。

市町村では、国および道の計画を参考として歯の健康づくり計画を策定することを想定していると思われるが、単純に国および道が示した計画を踏襲するだけでは、策定後計画がほとんど実行に移されないことがあっても不思議ではない。地域の実状を十分に勘案し地域特性を踏まえた主体性のある計画を策定することが求められる。計画策定の初期の段階から計画の完成、実行、そして評価のすべての過程に住民を含めた関係者が主体的に参画し、何を目標とすべきか、目標達成のために地域では何をしなくてはいけないかを議論して共通理解を得ていくことが重要である。そうなれば、少々計画の文言や文章が武骨であっても自ずと地域ぐるみの活動として歯を含めた口腔の健康づくりが展開していくことになる。

今回は、Green により 1991 年にヘルスプロモーションの展開手順を示したモデルとして開発された MIDORI モデルをベースに、「歯の健康づくり」地方計画を策定していく手順についての指針を示すことを試みた。実際には、この指針のみでは不十分と思われる点も多いので、詳細については、本書の中でも紹介している Green の著書の日本語訳、あるいはモデルを応用した実践報告書などもぜひ活用していただきたい。

なお、本書では、単純にモデルの展開手順を解説するにとどまらず、実践事例の紹介も盛り込むように最大限努めたつもりである。歯科保健政策や事業における MIDORI モデルの応用は、道内でもすでにいろいろな地域で実践されており、その他の課題での応用も活発になっていると聞く。本書における先行事例の紹介は道外の事例にとどまり、道内の事例を紹介するには至らなかったが、道内で展開されている事例で明らかになったモデル応用のメリットや陥りやすい問題点などについて配慮をし、本書に盛り込むように努めたつもりである。今後、できれば道内における具体的な実践事例も加えるなど、本書のバージョンアップを図っていかれたらと考えている。

おわりに、実践事例について資料や情報を提供してくださった方々に、この紙面を借りて深く感謝申しあげる。

編集責任者：北海道室蘭保健所 主任技師 佐々木 健

[連絡先]

〒051-8555 室蘭市幸町 9-11

TEL. 0143-22-9131 内線 3530

FAX. 0143-23-1446

E-mail : takeshi.sasaki@pref.hokkaido.jp

巻末資料集

第1編 / フォーカス・グループ解説

第2編 / 実践事例を中心とした図表編

第3編 / 8020「健闘」資料編

(2000年5月に「フォーラム8020」から発行された8020「健闘」資料の一部を抜粋)

巻末資料集：第1編 / フォーカス・グループ解説

1. フォーカス・グループ発達の歴史

1920年頃から、米国の社会科学の研究者はフォーカス・グループの手法を取り入れて、質問票調査のための質問項目を開発してきた。その後、ラジオ番組のモニターとして視聴者意見を取り入れるために、あるいは、戦時中の宣伝ポスターなどを作成するためにフォーカス・グループは使用された。すなわち、フォーカス・グループはもともと社会科学やその応用分野で使用されたのである。

1950年～1980年代にかけて、フォーカス・グループはソーシャルマーケティング手法として幅広く利用されるようになった。企業が新製品を開発したときに、あらかじめ消費者代表に試供品を使用してもらい、その評価を受けてさらに改良を加え、最終的に質の高い製品を市場に出すために、企業はフォーカス・グループを重要視するようになった。近年では、マーケティング戦略として、このフォーカス・グループは製品だけでなく、選挙キャンペーンの中で候補者を売り出すような場合にも使用されるようになった。さらに、消費者の意見を取り入れて商品やサービスを改善していくという点では、保健医療福祉領域も同じであることから、これらの分野でも、人々の知識、態度、感情、行動の把握やプログラムの企画や評価にフォーカス・グループが頻繁に使用されるようになった。

2. フォーカス・グループとは

住民主体のヘルスプロモーション活動を行っていくためには、計画、実践、評価のどの段階においても地域住民の生の声を聞くことが一番大切である。集団からの情報収集の方法として、このフォーカス・グループは、近年日本でも盛んに使用されるようになった。

(1) フォーカス・グループのプロセス

フォーカス・グループの中では、司会者（モデレーター）と参加者との間に、また参加者同士の間にも絶えずコミュニケーションが成立している。それは、次のようなプロセスで実施される。

- ア) 企画者は参加者から何を聞きたいかテーマを決定する。
- イ) 司会者の指示のもと、このテーマについてグループ参加者は議論を行う。
- ウ) 議論の内容を記録し、それをまとめて資料とする。

テーマを選ぶのは企画側の責任であるが、グループ参加者が議論を行う際にコントロールしすぎてはいけない。あくまでもテーマに沿った参加者の考えや経験を聞き出すために司会者は存在する。人間集団には相互作用によるグループダイナミクスがあり、それが自由に発揮できる状況が必要である。グループダイナミクスがうまく働くと、個々のインタビューよりも他の人の発言に触発される形で気づきが生まれたり新たな発想が湧いてくるため、調査側が思いもかけなかった反応や、耳の痛い否定的意見も出やすい。示唆に富んだ問題の解決策が得られることも少なくない。企画側の解釈や想定でつくった閉じた質問（いわゆる×式）によるアンケートからは得られない思いがけない実態が浮き彫りになることもある。新しいニーズ、専門家が気づきにくいニーズの把握に向いていると言われている。

また、コミュニケーションは双方向のものなので、企画側の興味と参加者の興味が一致

したテーマの時に一番うまく議論は進行する。参加者としては、自分の興味がないテーマについて話し合うことは大きな苦痛となる。

(2) フォーカス・グループが応用可能なプロジェクト

フォーカス・グループが応用できるプロジェクトには表 5-1 に示すような種類がある。学術研究、製品のマーケティング、評価研究、質の改善などにおいて、問題の同定、計画づくりにおける企画、実施、評価のすべての段階で使用することが可能である。

表 5-1 フォーカス・グループが応用可能なプロジェクト

種類	学術研究	製品のマーケティング	評価研究	質の改善
問題の同定	質問票の作成	新製品の着想	ニーズの評価	介入機会の同定
計画	研究計画	新製品の開発	プログラムの開発	介入計画
実施	データ収集	消費者反応のモニタリング	プロセスの評価	介入の実施
評価	データ分析	製品改善、マーケティング	結果の評価	評価の再考

(3) 他のグループ手法との鑑別

フォーカス・グループは、定性ニーズなど、あくまで質的データを収集するための手法である。テーマに適した参加者が集められ、適切な質問が行われ、グループダイナミクスが働くように適切に進行させる司会者の存在がなければ、フォーカス・グループは成立しない。単に小人数の人が集まって話し合うような状況、例えば製品セールスや教育を目的とした学習グループ、意思決定のための委員会、人々の同意(結論)を求めるセッション、支援グループ、治療のための患者グループなどはフォーカス・グループとはいわない。もちろん、自然な状態にある集団を観察することによっても、関係者は多くのことを学べるが、直接集団へ関与して、その集団の議論を指揮しなければ、フォーカス・グループとはいえない。したがって、司会者は絶えず、参加者全員に、テーマに関心を持ち続けるように運営しなければならない。グループ構成人数が 30 人以上もいるあまりに大きい集団の場合は、全員の関心をひとつのテーマに集中させ続けることが困難であり、フォーカス・グループは成立しない。フォーカス・グループの司会者には次のような条件(表 5-2)が求められるのである。

表 5-2 司会者(モデレーター)としての必要な条件

- グループ・プロセスに対する理解があること。
- 好奇心が旺盛であること。
- コミュニケーションスキルが高いこと。
- 親しみやすく、ユーモアのセンスがあること。
- 人間に対する関心度が高いこと。
- 新しい考えに前向きであること。
- 聞き上手であること。

(4) フォーカス・グループに対する誤解

ア) 「フォーカス・グループは参加者の合意を得るための方法である」との誤解

フォーカス・グループでは、最後に皆の意見が一致することもある。しかし、司会者は、

できるだけ参加者に、異なる視点からの幅広い議論を行うように促すことが不可欠である。実際の経験では、不慣れな司会者がつい合意を求めるかのごとくインタビューを運営してしまう場面があった。おそらくこのような誤解は、研修等で行う、同じように集団を対象とするグループワークや意思決定のための会議と、このフォーカス・グループを混同したことから生じたと考えられる。フォーカス・グループとは、与えられたテーマに関する参加者の本音を引き出すことに目的があり、最終的に意見の一致をみる必要は全くないことを心得ておくべきである。

1) 「フォーカス・グループで得られた結果は他の方法によって補完していかなければならない」との誤解

これは、質的データを取り扱う他の研究手法に対しても、よくいわれる誤解である。確かに、フォーカス・グループは、質問票調査や介入研究を行う最初の段階において頻繁に使用される便利な手法であるが、量的調査でないため統計処理が不可能という限界から、直ちに「他の方法によって補完していかなければならない」と考えるのも早計である。フォーカス・グループによるデータ収集が適した状況もあれば、他の分析法を併用した方が望ましい状況もある。

こうした誤解が生じた背景には、研究の最初の段階で使用する以外にフォーカス・グループを使用した経験が全くない人がいることがあげられる。また、マーケティングリサーチにおいては、初めに小集団を対象にフォーカス・グループを使い、それを一般化するために他の方法で確認する作業が行われることが多いということも背景にあるようだ。フォーカス・グループで得られた結果を一般化することが必要なプロジェクトにおいても、それを大きな集団に適用しなくても、その内容を深く解釈することで解決できる場合がある。特に、ある状況下で行われたプログラムが成功であったか失敗であったかを判断するような場合、その背景にある理由を明らかにしていくためには、フォーカス・グループを使用することが一番効率がよく、また効果的な方法である。それぞれの研究手法には、長所短所があることを知っておくべきである。

3 . 参考図書や文献

- 1) S・ヴォーン 他著(井下 理 監訳)：グループ・インタビューの技法．慶応義塾大学出版会，1999．
- 2) 高山忠雄 他：グループインタビュー法の理論と実際．川島書点，1998．
- 3) 川口陽子：集団からの情報収集方法／フォーカスグループ法．(石川達也，他編：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」)；234-240，医歯薬出版，2000．
- 4) 細川えみ子：グループインタビューによるニーズ把握．保健婦雑誌，55(10)；823-828，1999．
- 5) 湯浅孝男，他：フォーカスグループインタビューの手法を用いた地域の 24 時間在宅介護サービスの現状．日本公衆衛生雑誌，46(11)；1,020-1,027，1999．
- 6) ホロウェイ，ウィーラ - 著(野口美和子 監訳)：ナースのための質的研究入門．医学書院，2000．

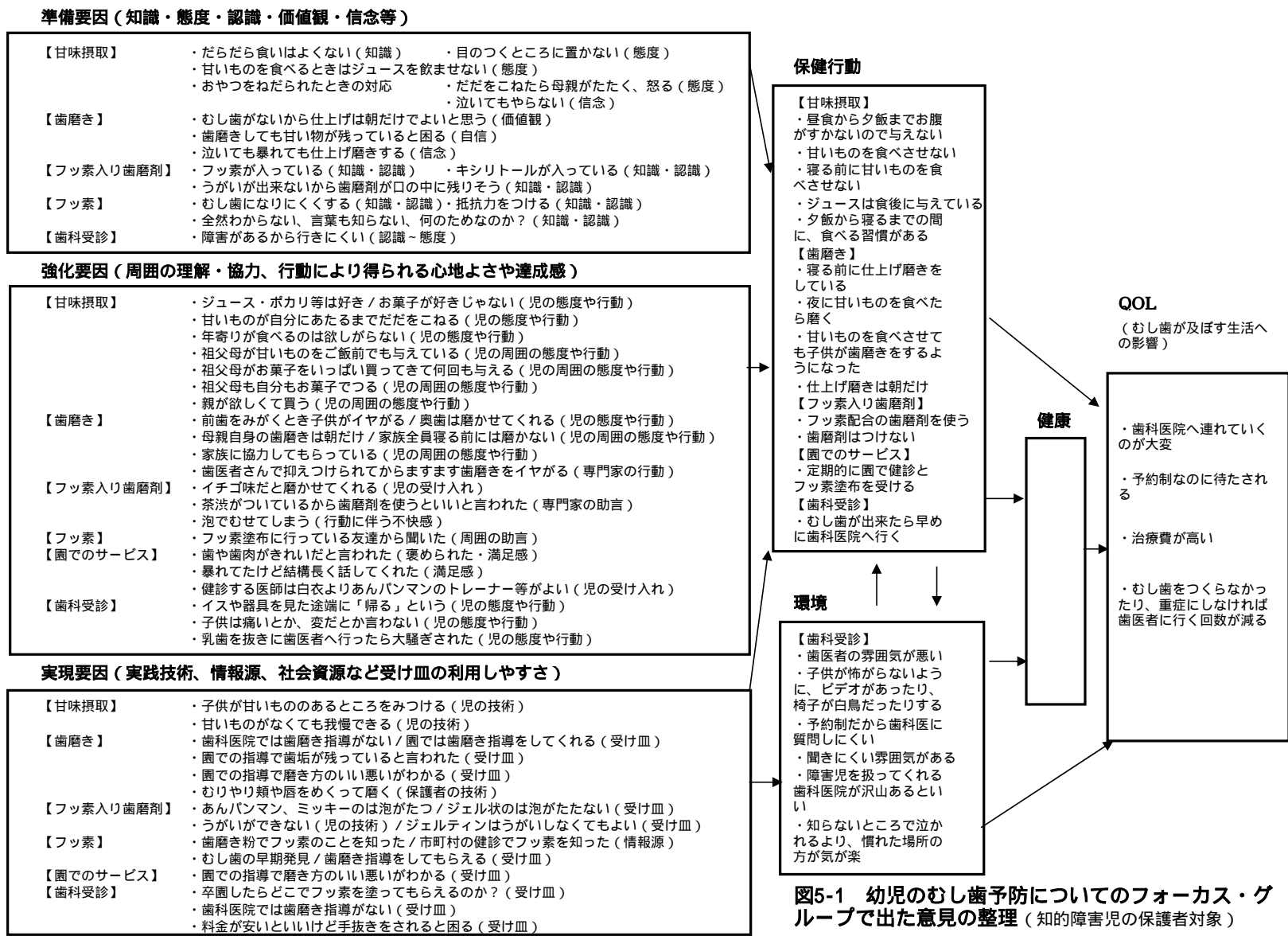


図5-1 幼児のむし歯予防についてのフォーカス・グループで出た意見の整理 (知的障害児の保護者対象)

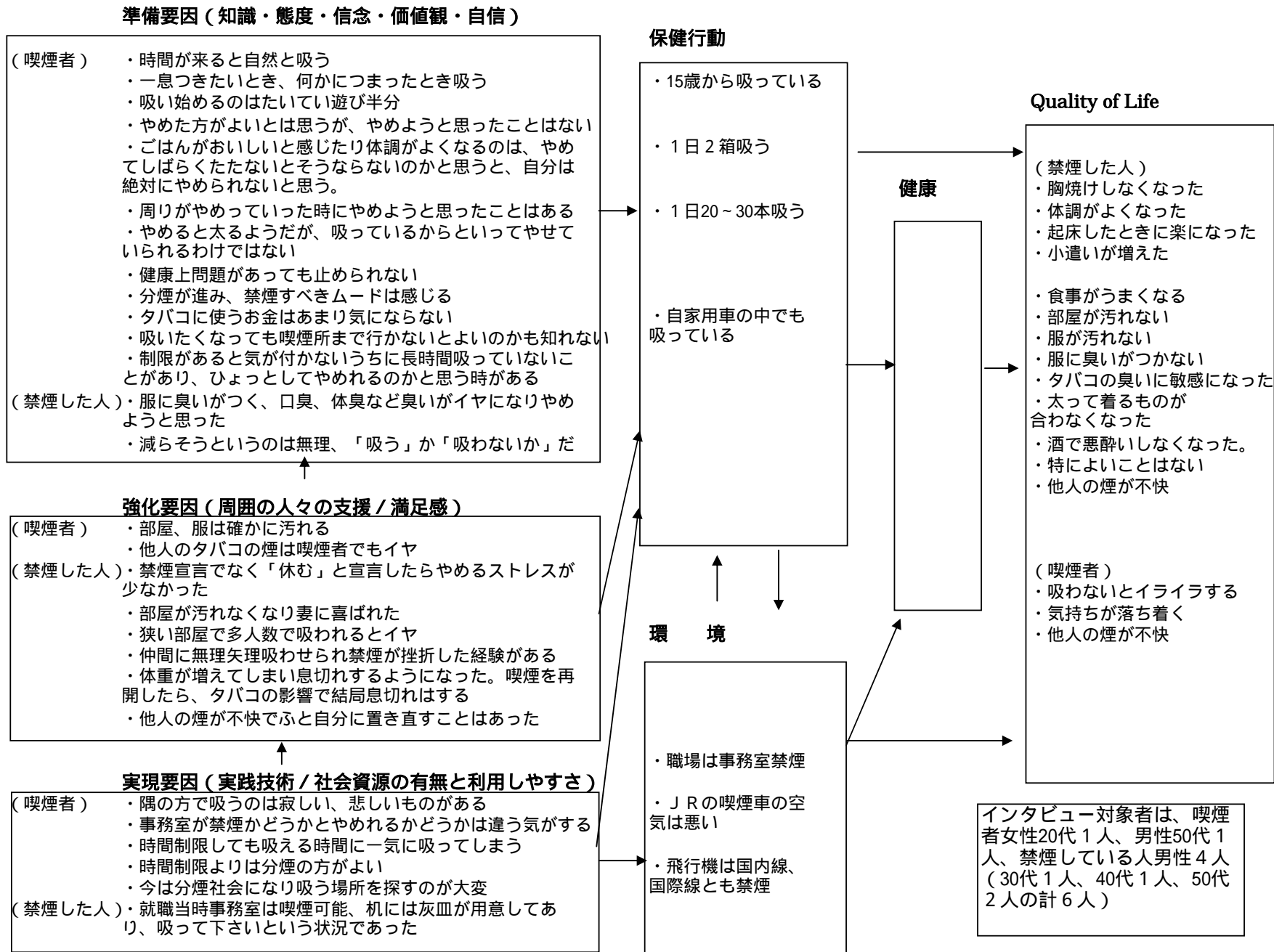


図5-2 喫煙についてのフォーカスグループで出た意見の整理

4. 教育・組織診断

3. 行動・環境診断

2. 疫学診断

1. 社会診断

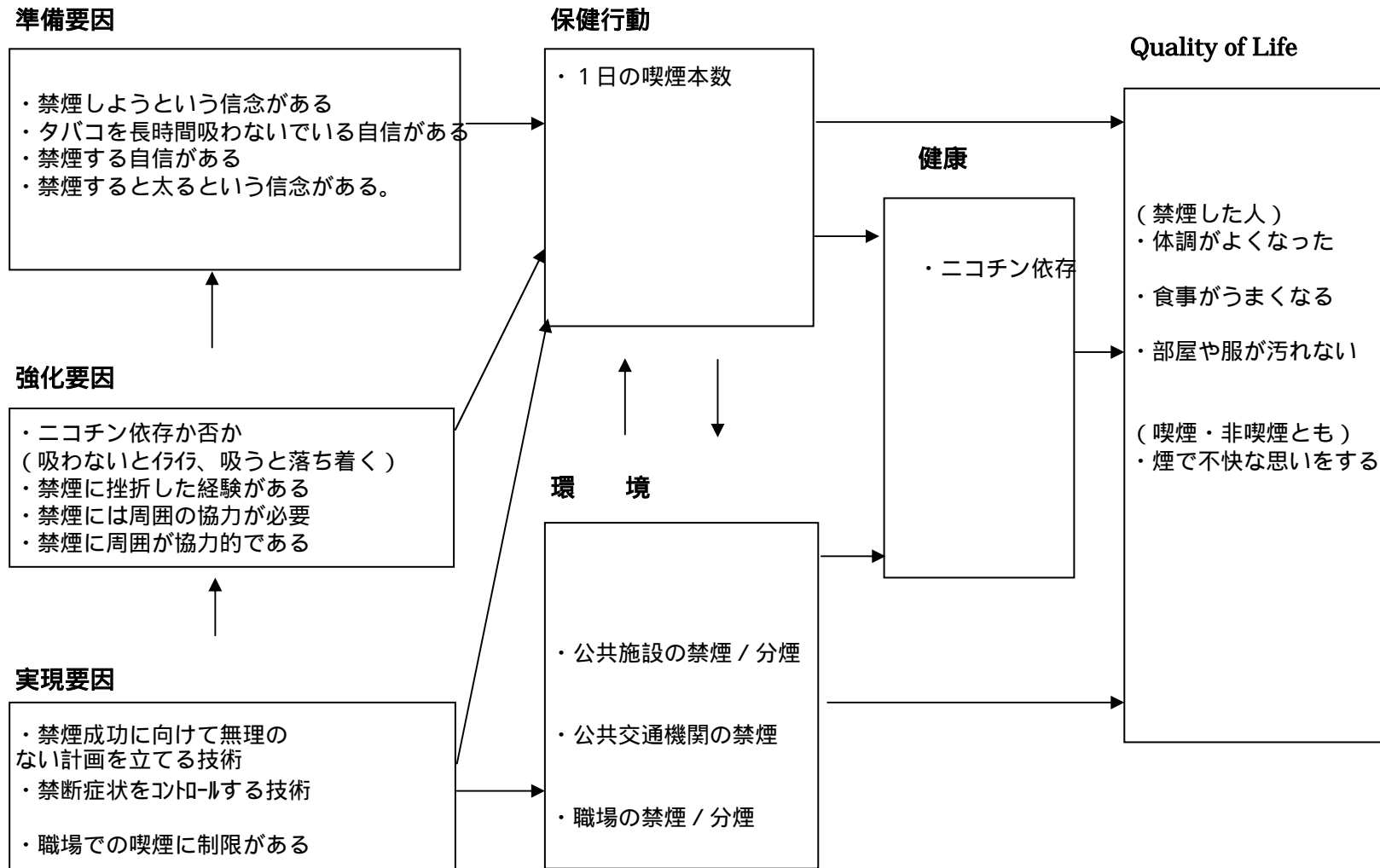
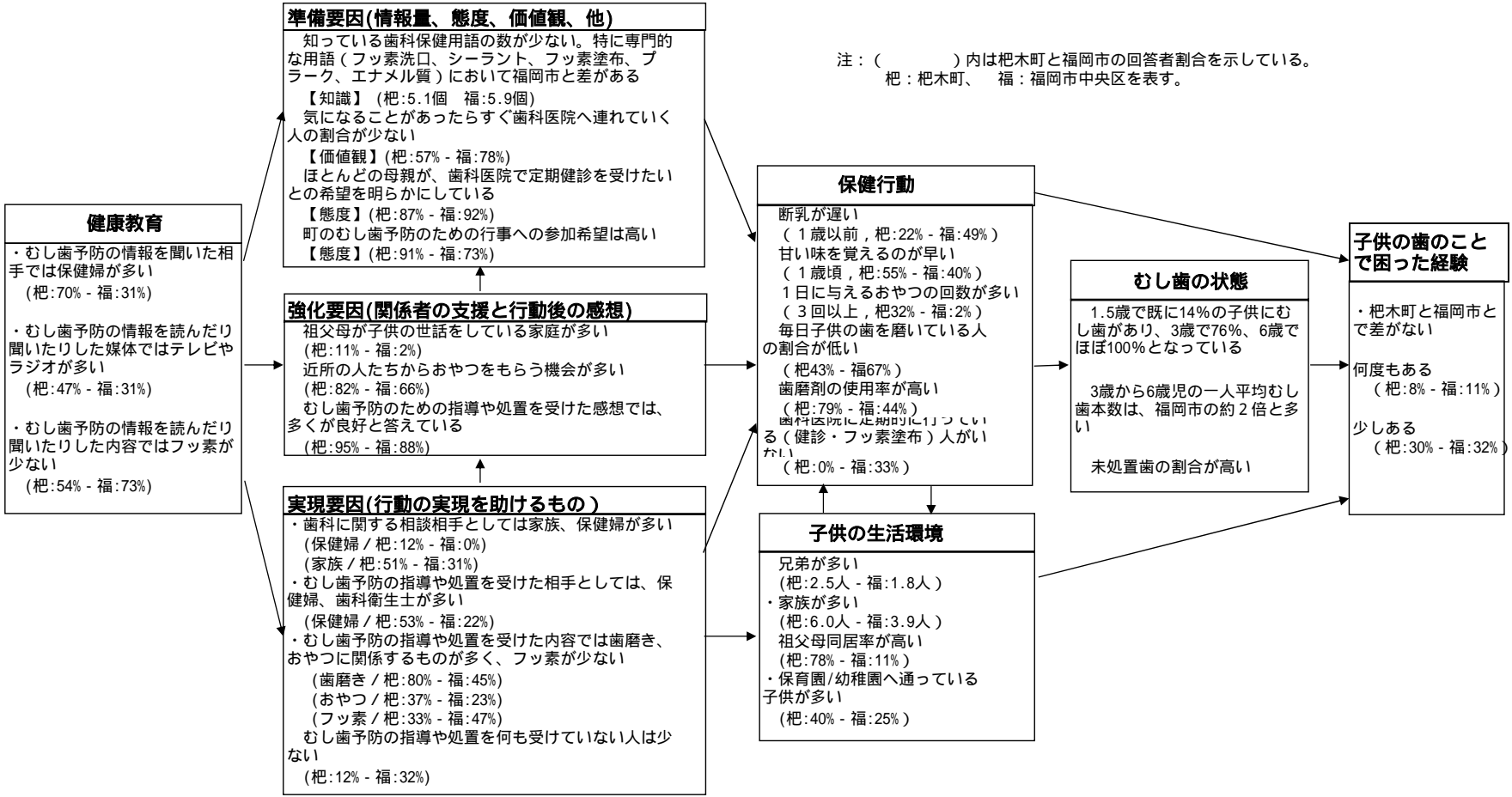


図5-3 喫煙についてのフォーカスグループの結果のまとめ

図5-4 杷木町3歳児口腔保健アンケート調査結果の概要
(福岡市中央区との比較)

は杷木町が福岡市と比べ優れていること、 は杷木町が福岡市と比べ劣っていること。



断乳教育チャート

目的：10か月で断乳が可能な状況をつくる

スムーズな離乳食の導入の知識と技術を持つ

離乳食がスムーズに導入できると、その間の授乳も自ずと時間が決まり断乳や規則正しい間食に移行しやすくなる。

- 4か月
 - 何から始めていくか、どう進めていくか知っているか？
 - 離乳食の味付けは薄味か？
 - 離乳食は時間を決めているか？
- 7か月
 - 形状、味付けは段階的に進めているか？
- 10か月
 - 離乳食の進行状況の把握
 - 母乳の回数はいくつ？
 - うまくいかない原因は何か？

断乳の遅れがむし歯をつくることを知る

- 4か月
 - もうじき前歯が萌出てきますよ
- 7か月
 - 母乳の回数は？ 時間は？
 - 断乳の遅れがむし歯をつくることを知っているか？
- 10か月
 - 断乳とむし歯の関係を町のデータをもとに伝えただか？
 - むし歯予防の始まりです。まず第一歩は断乳から。
 - どうしたらうまくいくか一緒に考える。
 - 断乳がうまくいくと、おやつのもうまくいくことを伝える
- 12か月
 - 自分の努力で子供のむし歯ができることを伝える

断乳の知識と技術を持つ

- 7か月
 - 問診で問題をキャッチできているか？
 - 栄養士から断乳の話聞いたか？
 - 先輩の母親から断乳の方法聞いたか？
- 10か月
 - 前回、断乳とむし歯の関係を聞いているか？
 - 母乳の回数は？ 障害因子は？
 - どうしたらうまくいくか一緒に考える。
- 12か月
 - 夜だけ与えている者、ほとんどできていない者が把握できているか？
 - 夜だけ与えている者に対するアドバイスは？
 - 未完了者に対する対応は？

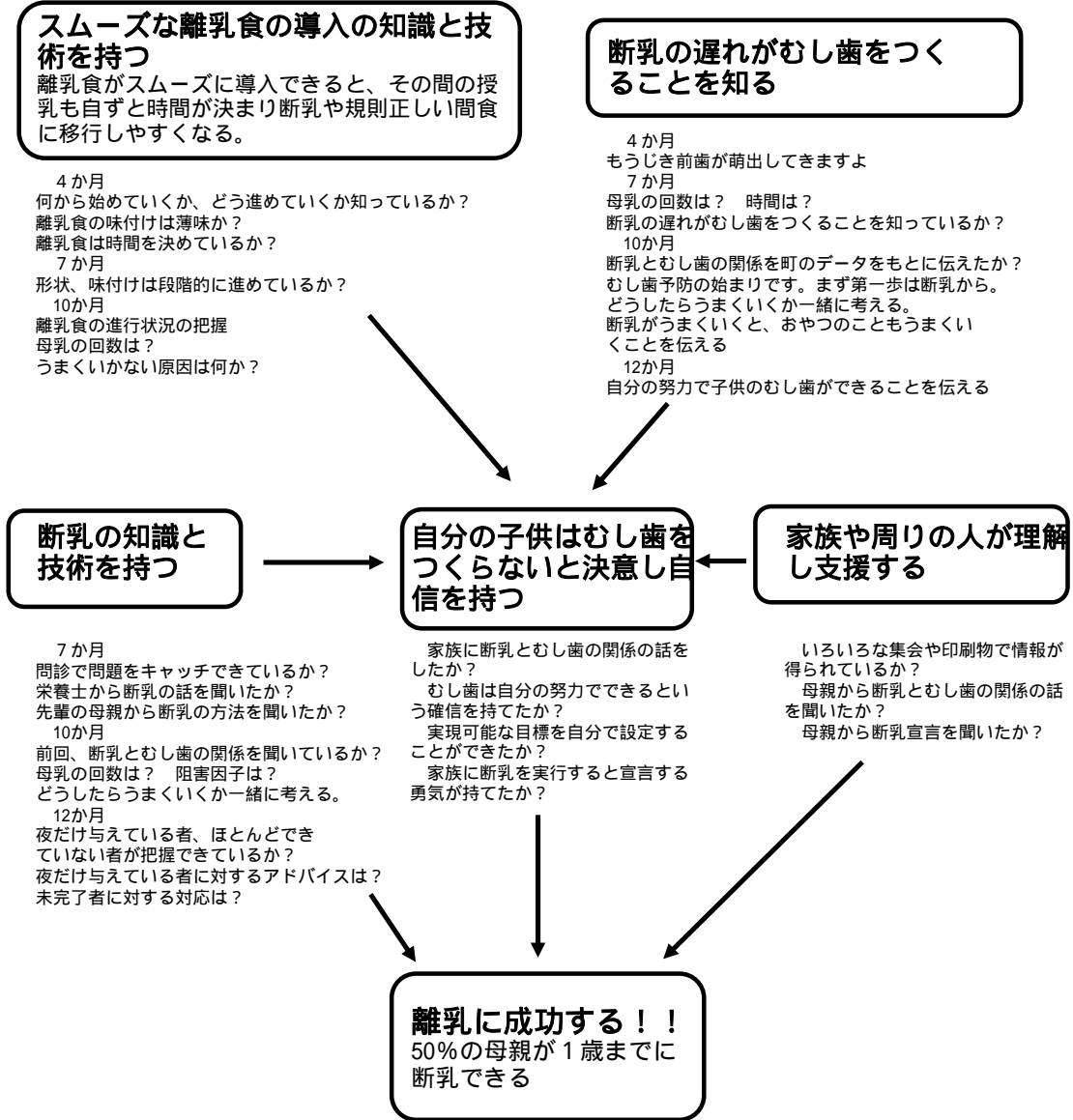
自分の子供はむし歯をつくらないと決意し自信を持つ

- 家族に断乳とむし歯の関係の話をしたか？
- むし歯は自分の努力でできるという確信を持てたか？
- 実現可能な目標を自分で設定することができたか？
- 家族に断乳を実行すると宣言する勇気が持てたか？

家族や周りの人が理解し支援する

- いろいろな集会や印刷物で情報が得られているか？
- 母親から断乳とむし歯の関係を聞いたか？
- 母親から断乳宣言を聞いたか？

断乳に成功する！！
50%の母親が1歳までに断乳できる



4. 教育・組織診断
準備要因

フッ素はむし歯予防に効果があると思う
** 76% 83%
むし歯になりにくい甘味料のおやつを選ぶ
* 42% 31%
むし歯予防のために多少のお金はかけるべき
76% 74%

強化要因

近所や他の家族からおやつをもらう
*** 83% 63%
定期健診をすすめられた
*** 46% 61%
定期健診受診に家族の協力が必要
*** 81% 51%
仕上げ磨きに家族の協力がある
54% 53%

実現要因

定期健診受診希望する
88% 82%
おやつの与え方指導あり
*** 87% 64%
歯磨き指導あり
** 90% 75%
離乳、断乳指導あり
87%

3. 行動・環境診断
保健行動・生活習慣

帰宅後夕食までに甘いもの
* 87% 85%
夕食後就寝までに甘いもの
** 45% 29%
ぐずついた時のお菓子
44% 30%
おやつを手の届かないところに置く
** 31% 47%
年2回以上の定期健診受診
*** 29% 54%
フッ素歯磨剤を選ぶ
* 74% 58%
仕上げ磨きをしている
83% 79%
1.6歳までの断乳未完了
16% 12%
1.6歳以後も哺乳ビン使用
15% 13%

環境・属性

平均兄弟数
2.46 2.03
同居
曾祖父母 17% 2%
祖父母 82% 9%

2. 疫学診断

健康指標

		むし歯平均本数	
		大蔵村	福岡市
3歳	5.6	1.5	
4歳	6.8	3.6	
5歳	7.1	4.9	
		対象者数	
男	57	154	
女	81	142	
3歳	45	74	
4歳	37	113	
5歳	56	108	

1. 社会診断

Quality of Life

歯で困ったことは?
大蔵村 福岡市
食べられなかった
** 4% 0%
夜眠れなかった
1% 1%
園を休んだ
8% 0%
治療に時間がかかった
* 17% 9%
治療にお金がかかった
13% 11%
治療に連れていくのが大変
* 22% 14%

は大蔵村の方が悪い状態
は大蔵村の方が良い状態
大蔵村 福岡市
* p<0.05
** p<0.01
*** p<0.001

図5-6 大蔵村における乳幼児むし歯予防に向けたM I D O R Iモデルによる調査結果

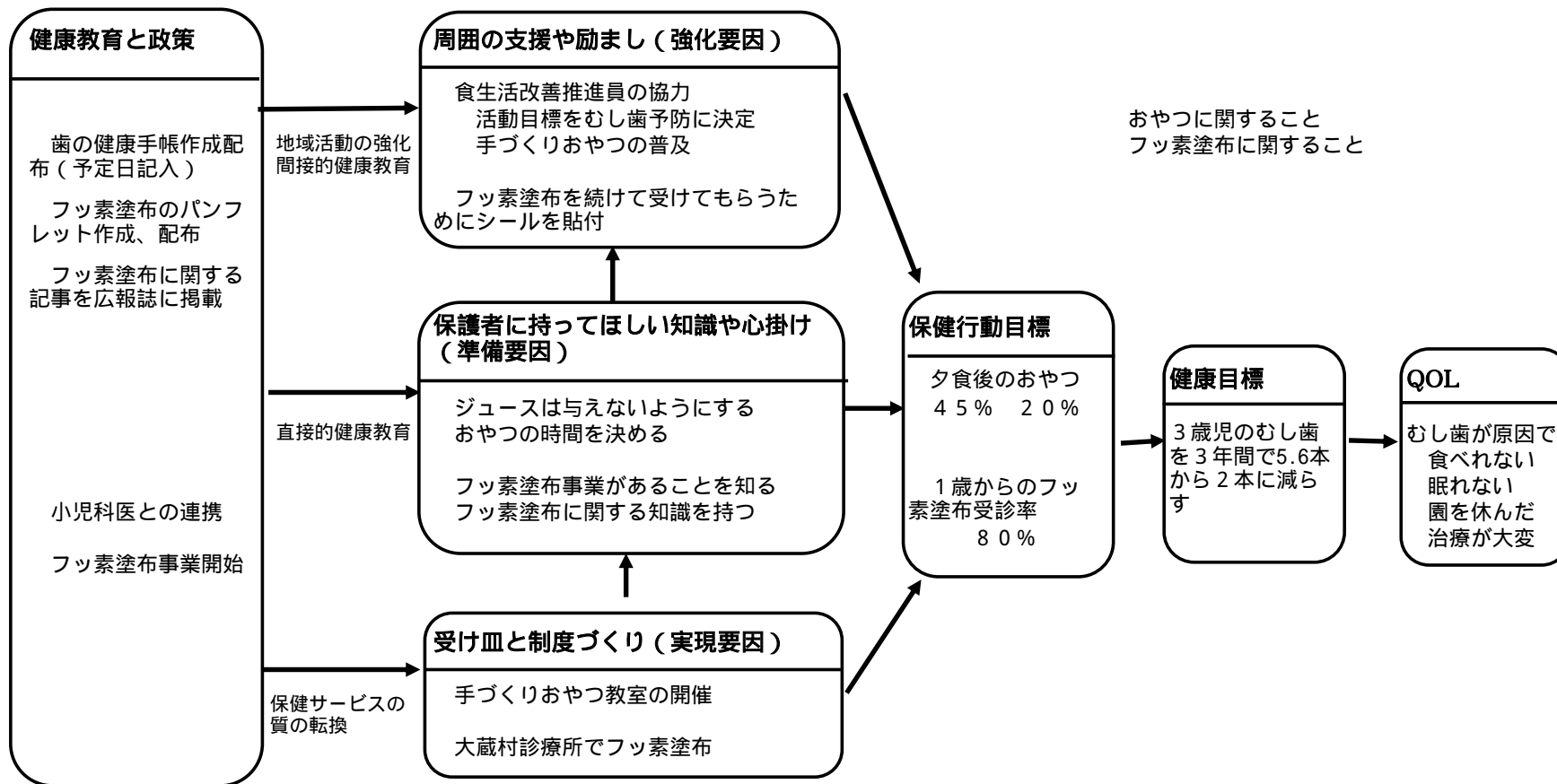


図5-7 大蔵村ヘルシーティース2001の経緯（堀口 他，2000，一部改編）

準備要因

歯周病は年齢だから仕方がないと思っている人
(97%, 100%, 98%)
 歯の治療は犠牲を払って行くべきと思っている人
(98%, 99%, 99%)
 歯周病関連用語の認知(数)
(8.0, 7.4, 6.7)
 たばこは歯周病に関係していると思っている人
(89%, 88%, 85%)
 歯周病は自分の努力で防げと思っている人
(98%, 95%, 95%)
 歯周病は定健で予防できと思っている人
(99%, 97%, 95%)

強化要因

歯磨き後の爽快感をいつも感じている人
(88%, 82%, 84%)
 歯磨き指導を受けたことがある人
(58%, 41%, 29%)
 歯磨き指導を受け良かったと思った人
(98%, 98%, 100%)
 歯石除去の体験がある人
(80%, 85%, 88%)
 歯石除去を受けて良かったと思った人
(86%, 82%, 82%)

実現要因

歯間ブラシ、フロスを使う技術を持っている人
(65%, 57%, 49%)
 歯科医院ではTBIのサービスを提供しているか？
 定期的な歯科医院での歯石除去の受け皿は？
 治療へ行くことについて、職場の理解や雰囲気があるか？
 町の歯科保健サービスの提供はどうか？

保健行動

現在定期健診を受けている
(14%, 14%, 12%)
 歯間ブラシ、フロスを使っている
(32%, 30%, 21%)
 タバコを吸う(1日20本以上)
(2%, 1%, 0%)
 歯磨きの回数(3回以上の人)
(18%, 12%, 20%)
 歯磨きの時間(5分以上)
(28%, 19%, 21%)

数値は左から30歳代，40歳代，50歳代の順

健康

出血
(62%, 66%, 72%)
 歯が浮く
(21%, 40%, 52%)
 腫脹
(25%, 29%, 42%)
 噛めない
(26%, 28%, 39%)
 しみる
(47%, 48%, 55%)
 むし歯
(31%, 37%, 38%)
 平均
(2.11個, 2.48個, 2.98個)

自覚症状あり
(82%, 87%, 89%)

QOL

歯が原因で家族に迷惑は？
(11%, 12%, 12%)
 歯が原因で仕事・家事に支
(10%, 14%, 17%)
 歯が原因でよく眠れない？
(10%, 13%, 21%)
 歯が原因でおいしく食事が
(21%, 36%, 40%)
 現在の困りごと
(0.6個, 0.6個, 0.7個)
 困りごとあり
(41%, 51%, 52%)

図5-8 広島県安浦町における成人歯科保健に関する地域診断のための質問紙調査結果(30-50歳代の女性対)

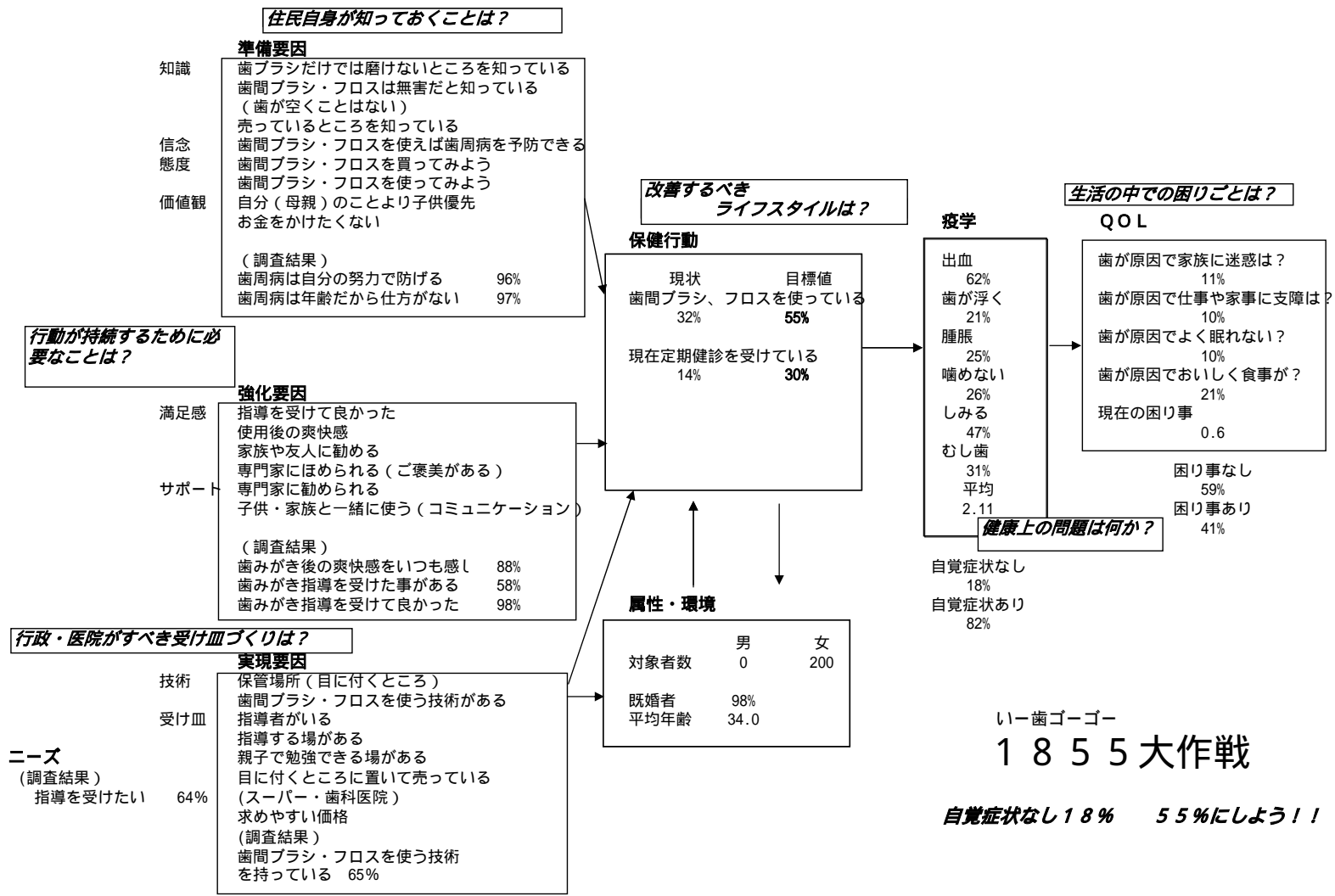


図5-9 広島県安浦町における成人歯科保健対策 - 教育・組織診断(歯間ブラシ、フロスの使用):30歳代女性対象

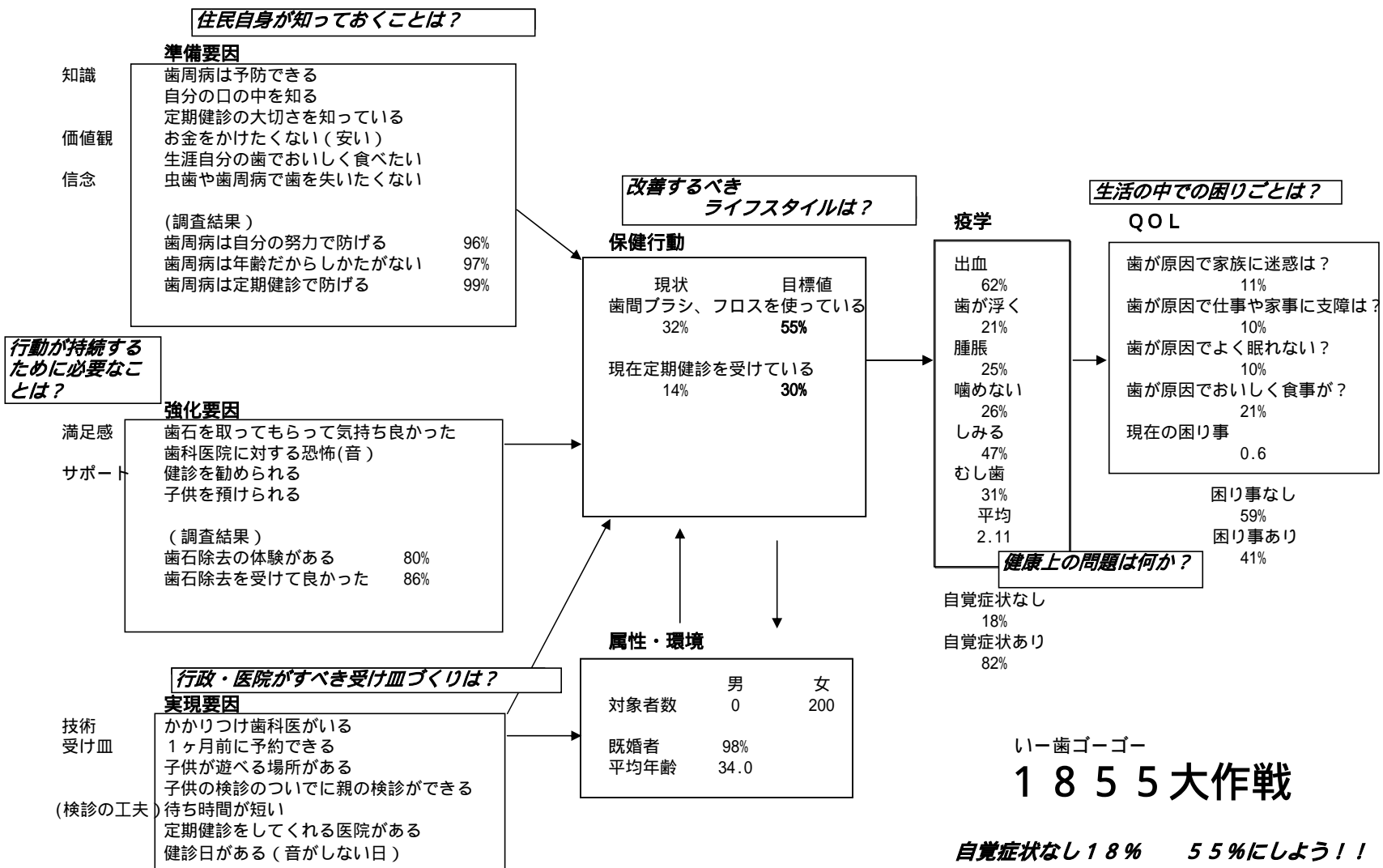


図5-10 広島県安浦町における成人歯科保健対策 - 教育・組織診断(定期的歯科健診):30歳代女性対象

表5-3 予防サービスガイドライン
- 米国予防サービス特別委員会，1989-

Guide to Clinical Preventive Services
Report of U.S. Preventive Services Task Force.

歯科における予防

予防的介入	証拠の質	勧告の強さ
むし歯		
フッ化物		
・全身応用 - 水道水フッ素添加，フッ素錠剤	I	A
・局所応用 - 自己補給（歯磨剤，洗口，専門家による塗布）	I	A
食事のコントロール		
・甘いものを控える	II-1	A
・就寝中は哺乳瓶使用をやめる		B
個人による口腔清掃		
・フッ化物を使用しない歯みがき，フロス		C
定期的な歯科健診		C
歯周病		
プラーク（歯垢）と歯石の除去		
・個人による口腔清掃	I	A
・専門家による歯石除去などの口腔清掃 + 個人の口腔清掃	I	A
クロールヘキシジンの使用 （ハイリスク・グループのみ）	I	A
定期的な歯科健診		C

証拠（根拠，evidence）の質

- ：正しくデザインされたランダム化コントロール研究（無作為化比較試験）から得られた証拠
- 1：ランダム化ではないが，適切にデザインされたコントロール研究から得られた証拠
- 2：適切にデザインされたコホート研究またはケースコントロール研究から得られた証拠
- 3：介入する場合としない場合についての，数回連続の調査から得られた証拠（時系列研究）
- ：臨床的経験，記述的研究，熟練した委員会の報告に基づいた社会的地位のある権威者の意見

勧告の強さ

- A：とくに取り入れるべきだとする勧告を支持する確かな証拠がある
- B：とくに取り入れるべきだとする勧告を支持する証拠がある
- C：不十分な証拠しかなく，取り入れるべきだとも取り入れるべきでないともいえない。
他の根拠に基づいて勧告を行うべきである。
- D：排除すべきだとする勧告を支持する証拠がある
- E：排除すべきだとする勧告を支持する確かな証拠がある

第2章 各種歯科保健対策の有用性に関する評価方法

1. 歯科保健事業にはどのようなものがあるか

表3は、ライフステージおよび疾患別にみた各種歯科保健事業（歯科保健における予防対策）の一覧である。

ライフステージの分け方については、さまざまな考え方や分類方法があると思われるが、本資料（本書）では、この分類に従って論を進めることとする

表3. 歯科保健事業の一覧（ライフステージ別）

ライフステージ	事業の分類（内容）			
乳幼児期	乳歯 ₂ 蝕予防	フッ素塗布	集団方式（歯ブラシ法）	
			集団方式（綿球・トレー法）	
		フッ素入り ₁ 歯磨剤の早期利用 / フッ素溶液によるブラッシング		医院委託方式
		PMTC（リスク管理）	集団方式	
		サホライト塗布（乳臼歯隣接面）		
保～小中	永久歯 ₂ 蝕予防	フッ素洗口	スクールベース方式	
		ブラッシング	歯科医院管理型	
			フッ素入り ₁ 歯磨剤	給食後の歯みがき（から磨き）
	シーラント	集団方式		
	歯肉炎予防		保健指導、受診勧告	
成人～老人（健常者）	歯周疾患予防	乳幼児歯科健診に伴う母親への個人指導		
	歯科疾患予防	成人歯科健診（行政事業）	集団型	
		成人歯科健診（行政事業）	歯科医院委託型	
	歯周疾患予防	健診、指導、PMTC（事業所歯科管理）	企業内の歯科管理	
		歯周疾患予防（行政事業）	ブラッシング指導	
₂ 蝕予防	フッ素洗口	PTC（歯科専門家による歯面清掃）		
	フッ素入り ₁ 歯磨剤	集団方式		
老人（弱者）	QOL向上	寝たきり者訪問指導 診療		
		施設在住者に対する口腔ケア		

2. 有用性を評価するうえでのポイント

本書では、前項で示した各種歯科保健対策（事業）の有用性について、有効性、コスト、実現性、普遍性、の4つの観点から評価した。さらに、実際の普及状況（ ）についても触れた。以下、それぞれの観点について簡単に解説する。

有効性

歯科保健事業（予防対策）の実施にあたっては、当然のことながら、有効性が実証されている必要がある。しかし、現に実施されている予防対策は、有効性が明らかでないものもある。近年、EBM（Evidence Based Medicine：根拠に基づく医療）が提唱されてきているのは、こうした背景があるためである。したがって、歯科保健においてどのような予防対策（事業）を実施すべきかという点について、まず必要になってくるのが、その予防対策（事業）が有効であるか否かという点である。本書では、有効性の評価について、主として国内の学術誌に掲載されている研究

論文などによって評価した。

コスト

もし、有効性が高いと評価された歯科保健対策（事業）であっても、それに要するコストが非常に高ければ、実行は難しい。仮に、AとBという2種類の歯科保健事業があり、有効性は同等で、コストはAのほうがBより低い場合、事業の実施主体は、コストが低いAのほうを採用するであろう。

このように事業の実施に要するコストは、事業の有用性というものを考えると、非常に重要な問題であることから、この点についても言及した。

実現性

非常に有効で、かつコストも低い歯科保健事業があったとしても、何らかの理由により、実現が非常に困難であれば、それを実施することはできず、現実的には代替策を用いざるを得なくなる。したがって、予防対策の実現性が高いか否かという点についても有用性の要素のひとつとして考慮した。なお、ここでいう実現性は、着手容易性という言葉にも置き換えることができる。

普遍性

もし、ある研究論文に記載されている予防対策が非常に有効であったとしても、その予防対策が行われた環境が現実的には実施困難なものであった場合、その研究論文に記されている成果を現実社会で期待することは難しい。

したがって、予防対策が社会に定着しやすいか、すなわち、普遍性を有しているか否かという点についても有用性の重要な要素のひとつとして考慮した

普及状況 (全国的な普及状況、代表例)

「フォーラム8020」の目標のひとつは、「8020」到達のために、有用な歯科保健事業を普及させることである。よって、各種歯科保健事業の普及状況を把握しておくことは、当然のことながら非常に重要である。また、歯科保健の計画を立てる場合には、普及状況を把握することなしに目標値を策定することはできない。しかし、現実的には、普及状況が明らかとは言い難い部分もあり、実際にどの程度明らかになってかを示すことが重要である。

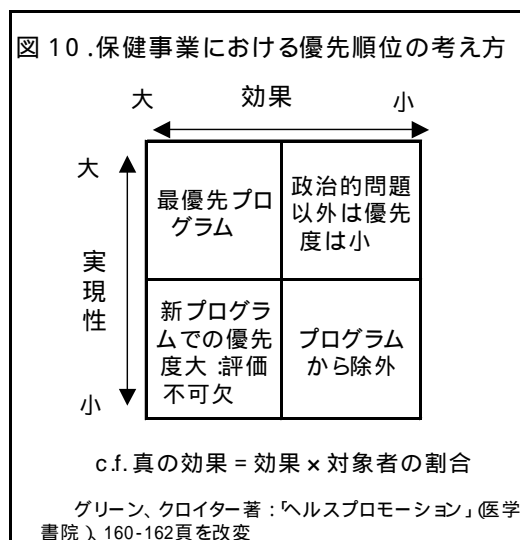
また、普及状況と並んで、代表的な事例を示すことも必要であり、その歯科保健事業を採用したい場合、何を参考にすればよいかを知ることができる。

以上のような観点から、普及状況と代表的な事例を示すこととした。

なお、以上の内容に関連するものとして、ヘルスプロモーションにおける保健事業実施の優先順位に関する現実的な考え方を示す(図10)。

たとえば、ある予防対策が非常に高い効果を有していても、それが実現できなければ、実際の効果はゼロである。一方、効果はそれほど高くはなくても、実現可能なものであれば、全体としての効果は高くなる。すなわち、表中にあるように、

「真の効果 = 効果 × 対象者 (実施者) の割合」という関係が存在する。現場レベルでの判断にとっては有用な考え方であると思われる。



第3章 各種歯科保健事業の特性(有効性など)に関する評価

1. 評価の概要

前章で示した観点をもとに、ライフステージ別にみた各種歯科保健事業の特性について評価を行った。表4は、その概要を示したものである。

2. 見直すべき歯科保健対策(事業)

一連の評価作業から、現在広く行われている歯科保健事業のなかで、とくに見直しが必要なものは、以下のとおりである。

- ・ブラッシング指導の内容
 - フッ化物配合歯磨剤の意義
 - 歯間部清掃の意義
- ・う蝕の早期発見、早期修復治療
- ・成人歯科健診のあり方

以下、各項目について、簡単に解説する。

(1) ブラッシング指導の内容(フッ化物配合歯磨剤と歯間部清掃の意義)

ブラッシングの励行そのものについては、NHKの「おかあさんといっしょ」における歯磨きソングに代表されるように、広く国民生活に定着してきている。したがって、量的な意味での普及はかなり進んできており、今後は、質が問題となる。

ブラッシングの意義をまとめると、以下の4点に集約できる。

1. 清涼感を得る
2. 機械的な清掃効果によるう蝕の予防
3. " 歯周病の予防
4. 歯磨剤中に配合されている薬効成分の媒体(ex. フッ化物配合歯磨剤)

機械的の清掃効果によるブラッシングのう蝕予防効果は高くない。その理由は、多くのう蝕が歯ブラシの毛先が届きにくい小窩裂溝部と歯間部(隣接面)に多発するためである。したがって、ブラッシングによるう蝕予防効果を高めるためには、フッ化物配合歯磨剤(以下、F歯磨剤)の有効利用を図ることが必要である。しかし、F歯磨剤に対する理解はまだ不十分であり、歯科専門職ですら、その有用性が広く周知されているとは言い難い状況である。また、文部省が作成した「歯の保健指導の手引き(平成4年作成)」では、歯ブラシの使い方については非常に詳細に記述がなされているものの、F歯磨剤の使用に関する記述は一切ない。近年、F歯磨剤のシェアは、従来に比べると向上してきており、有効利用を図っていくためには、F歯磨剤の有用性を広く周知する必要がある。

歯周病に関するブラッシングの予防効果は学問的にも確立されており、歯周病の初期治療においてもブラッシング指導は最優先されている。しかし、歯周病の好発部位は、歯間部であり、さらに予防を図っていくためには、歯間部の清掃が不可欠と思われる。歯間部の清掃方法は様々あり、ブラッシングの方法を変えることにより、清掃効果を高めることも可能である。しかし、一般的な国民を対象に考えた場合、デンタルフロスや歯間ブラシなどの歯間清掃具の普及を図っていくことが

表4. 歯科保健に関する介入対策の一覧と有効性に関する評価

ライフステージ	事業の分類(内容)			代表的な報告(論文、学会報告、報告書等)	普及状況		有効性の評価	コスト	着手容易性	普遍性(定着しやすいか否か)	
	大分類(目的)	中分類	小分類		全国的な普及状況	代表例					
母子保健	乳歯う蝕予防	フッ素塗布	集団方式(歯ブラシ法)	八木ら'97・西田ら'94(新潟県笹神村)・清田ら'97(新潟市)	比較的普及(1993年現在、全国保健所の44%で実施)	新潟県新潟市・笹神村	有効と考えられる	高価	比較的容易	比較的高い(マンパワーが豊富な自治体には適している)	
			集団方式(錦球・ヒール)	佐久間ら'87(新潟市)など							有効と考えられる
			医院委託方式	ほとんどない	不明						
		フッ素入り歯磨剤の早期利用	清田ら'98、北原'96	不明	新潟県三島町	有効性が期待できる	安価				比較的容易
	フッ素溶液を用いたブラッシング	Tauraら'00	不明	宮城県大衡村	有効	安価	比較的容易	高いと思われる			
	PMTC(リスク管理)	集団方式	山部ら'97?(長崎県福島町)	低い(一部先駆市町村で実施)	長崎県福島町	有効性が期待できる	高価	困難	低い(診療室ベースでは高い)		
乳歯う蝕予防と進行抑制	サホライト塗布(乳臼歯隣接面)		北原ら'96(神奈川県某保健所)・福本ら'97(長崎大予防歯科外来)	一部の先駆市町村のみ。診療所での実施は?			比較的安価	診療室では容易	診療室ベースでは高い		
保-小中	永久歯う蝕予防	フッ素洗口	スクールベース方式	多数...安藤ら'95(新潟県全体)・可児ら'91(岐阜県某町)・岸ら'92(新潟県某村)・岩瀬ら'91(福岡県久山町)など	低い(全小学校の2%)	新潟県	有効	安価	困難	高い(小規模自治体に適している)	
			歯科医院管理型	ほとんどない			安価	比較的容易	継続性に問題あり		
		ブラッシング	フッ素入り歯磨剤	片山ら'85(岩手県)・森田ら'98(岡山市)	全歯磨剤中の約70%がフッ素配合		有効と思われる(評価が少ない)	安価	容易	高い	
			給食後の歯みがき(から磨き)	筒井ら'83(新潟県某市)・安藤ら'87(新潟県)	高い(新潟県では1997年現在、全小学校の81%で実施)		ない	安価	容易	高い(大規模校では比較的实施困難)	
		シーラント	集団方式	小林ら'98(新潟県弥彦村)	一部先駆市町村のみ	新潟県弥彦村、愛知県佐波町	有効	高価	実施条件に限られる	比較的ある	
			医院委託方式	ほとんどない	一部先駆市町村のみ	盛岡市	有効性が期待できる	高価	比較的容易	比較的ある	
医院委託方式(CO動着)	ほとんどない	不明	新潟県岩室村	有効性が期待できる	高価	比較的困難?	比較的ある				
小中学校	歯肉炎予防	保健指導、受診勧告		矢野ら'93(新潟県塩沢中)	一部先駆市町村で実施	新潟県塩沢町	有効性が期待できる	高価	比較的困難?	比較的ある(歯科医院の受け入れ態勢が問題)	
母子保健	歯周疾患予防	乳幼児歯科健診に伴う母親への個人指導		河村ら'94(広島県東広島市)・葭原ら'98(新潟県上越市)	低い?	広島県東広島市、新潟県上越市	有効性が期待できる	高価	比較的困難	比較的高いと思われる	
成人	歯科疾患予防	成人歯科健診(行政事業)	集団型	葭原ら'96(新潟県板倉町)	全国市町村の約20%	愛知県	診査中心の事業形態では喪失歯予防効果はない	高価	容易	比較的高い	
		成人歯科健診(行政事業)	歯科医院委託型	ほとんどない	都市部で健診実施地域の約3/4は医院委託型			ほとんどない	高価	容易	比較的高い
	歯周疾患予防	健診、指導、PTC(事業所歯科管理)	企業内の歯科管理	井手ら'97(長崎県佐世保重工)・加藤ら'98(BM藤沢事業所)	低い		佐世保重工、BM藤沢事業所	歯科健診のみでは効果なし。PTC群では有効。	高価	困難	低い(診療室のモデルという意味では高い)
		歯周疾患予防(行政事業)	ブラッシング指導	木村ら、石川ら	「健康教育」は全国市町村の46%で実施		岡山県瀬崎町	比較的有効	高価	困難	それほど高くない
	う蝕予防	フッ素洗口	集団方式	郡司島'97	一部先駆事業所のみ		佐世保重工	有効	安価	困難	高くない
		フッ素入り歯磨剤	集団方式	郡司島'97(陸上自衛隊某駐屯地)	?			有効と思われる	安価	困難	高いと考えられる
老人	QOL向上	寝たきり者訪問指導・診療		佐々木ら'97(新潟県)	郡市区歯科医師会として57%が取り組んでいる	愛知県、新潟県	有効	高価	比較的容易	高い	
		施設在住者に対する口腔ケア		米山ら、国診協	郡市区歯科医師会として54%が取り組んでいる			有効	高価	比較的容易	高い

重要と考えられる。幸いにも企業側の努力により、一般住民が歯間清掃具を購入することは、今までに比べるとかなり容易になってきている。したがって、今後は、歯間清掃具の正しい使い方などを広くPRしていく必要がある。

(2) う蝕の早期発見、早期修復治療

わが国では、小児のう蝕治療に関して、古くから「検診による早期発見 治療勧告 早期治療(う蝕の修復治療)」のシステムが確立され、住民の間にも自然な疾病対応策として受け入れられている。しかし、最近の研究によれば、う蝕の進行はかつて考えられていたほど速くはなく、またフッ化物等により再石灰化を促進することが可能になったため、初期段階のう蝕に対して切削処置を行うことが最善の処置とみなされず、フッ化物などによる予防処置とシーラント処置の占める比重が高くなってきている。

しかし、前述した早期発見・治療システムは多少の内容変更はあったものの、依然として続いており、診療報酬制度においても予防処置よりも切削・充填処置にインセンティブが置かれている。

無用な切削治療を避けるためにも、システムの見直しを行う必要性は高いといえる。

(3) 成人歯科健診のあり方

わが国のヘルス事業は、結核対策が発端となり基盤整備が行われてきたという経緯があるため、健診の実施が事業の中心として位置づけられ、ややもすると健診の実施が目的化してきた面がある。最近ではその反省に立ち、各種健診事業の評価が行われるようになってきている。

歯科の分野では、8020運動の提唱とともに、健診中心のわが国のヘルス事業に追随するかたちで、各市町村における成人歯科健診が普及してきたが、有効性の評価は不十分であり、事業の実施自体が目的化していた面は否めない。少なくとも、単に健診を行っただけでは歯科保健の改善は見込めないため、健康教育・指導を充実させることと、歯科医療機関の受け皿整備を図り「かかりつけ歯科医」機能を充実させていくことが必要である。

第4章フォーラム8020が推奨する歯科保健対策

本章では、フォーラム8020として推奨する歯科保健対策（事業）を紹介する。

これは、前章の表4で示した内容をもとにして定めたもので、「現在、日本で実施されている方法であること」と「有効性が示されている」ことを基準として、疾患別（表5）とライフステージ別（表6）の2つの観点から選定した。したがって、世界的には有効であることが認められていても、わが国では実施されていない方法（水道水フッ素化など）については、割愛した。

表5.フォーラム8020が推奨する歯科保健事業
(疾患別)

1. ㊦蝕予防対策 1) フッ化物洗口 - 学校、保育園における集団実施方式 - 家庭応用方式（診療室ベース） 2) フッ化物歯面塗布 - 母子保健現場における集団実施方式 - 診療室ベースでの応用 3) フッ化物配合歯磨剤 4) シーラント 5) サホライト塗布 6) 甘食指導 2. 歯周疾患予防対策 1) ブラッシング指導（歯間清掃具の使用も含む） 2) 専門家による歯面清掃 3) 無煙 禁煙 4) ㊦蝕予防（歯肉縁下修復物の予防） 3. 高齢者のQOL向上対策 1) 在宅寝たきり者への口腔ケア 2) 施設在住者への口腔ケア

表6.フォーラム8020が推奨する歯科保健事業
(ライフステージ別)

1. 乳幼児～就学前児 1) 乳歯㊦蝕予防 ・フッ化物歯面塗布 - 母子保健現場における集団実施方式 - 診療室ベースでの応用 ・サホライト塗布 ・食事（甘食）指導 ・ブラッシング指導（F歯磨剤の早期利用） 2) 永久歯㊦蝕予防 ・フッ化物洗口 - 保育所・幼稚園における集団実施方式 - 家庭応用方式（診療室ベース） 3) 母子感染の予防（母親への㊦蝕予防対策・教育） 2. 学校（小中学校） 1) 永久歯㊦蝕予防 ・フッ化物洗口 - 学校における集団実施方式 - 家庭応用方式（診療室ベース） ・フッ化物歯面塗布 - 診療室ベースでの応用 ・フッ化物配合歯磨剤 ・シーラント ・サホライト塗布 ・食事（甘食）指導 2) 歯肉炎予防 ・ブラッシング指導（セルフケア・歯間清掃具の使用も含む） ・専門家による歯面清掃（スケリング、ルートクリーニング含む） 3. 成人～老人（健常者） 1) ㊦蝕予防対策 ・フッ化物洗口 - 企業での系統的応用 - 家庭応用方式（診療室ベース） ・フッ化物歯面塗布 ・フッ化物配合歯磨剤 ・食事（甘食）指導 - 集団 個別指導の場での効果的指導 2) 歯周病対策 ・ブラッシング指導（歯間清掃具の使用も含む） ・専門家による歯面清掃 ・禁煙教育 4. 老年（QOL向上対策） ・在宅寝たきり者への口腔ケア ・施設在住者への口腔ケア
