

歯科保健における地域診断

安藤 雄一

Community Diagnosis in Dental Health

Yuichi Ando

はじめに

“Plan, Do, See”に基づく保健事業を展開する必要性は以前から指摘され、少なくとも言葉だけは定着してきた感がある。地域診断は、この適切なサイクルに沿った事業展開を行っていくうえで重要な要素の1つであり、“Plan”の部分に相当する。また、後述するように“See”の部分でも必要な要素である。

健康日本21の開始以降、全国各地で保健計画が策定されるようになり、適切な地域診断の必要性が高まってきている。ことに歯科保健は、事業展開の拠り所となる根拠法令が（健康増進法が施行されたとはいえ）他の分野に比べて弱いことが否めないことから、適切な地域診断を行う必要性はより高いというべきであろう。しかし現状は、一部先進地域を除くと、まだまだ不十分である。

地域診断のあり方について系統的に論じた書籍やインターネットのサイトは多くない¹⁻³⁾。筆者が所属する国立保健医療科学院においても、数ある研修コースの中で地域診断に関する内容が一部

で取り入れられているものの、系統だった内容のものとは実施されていない⁴⁾。

筆者は、国立保健医療科学院で行われている口腔保健に関する研修コースの中で地域診断を担当しているが、拠り所となるものが弱く、いわば手探り状態でこの問題を担当してきたというのが正直なところである。

しかし、全国を見回すと先駆的な取り組み⁵⁾もあり、現時点において歯科保健における地域診断について考え方を整理することは意味があると考えた。そこで、本稿では歯科保健における地域診断の事例を紹介し、地域診断のポイントについて述べることにする。

歯科保健における地域診断の事例

ここでは、歯科保健における地域診断の事例として、まず一般的によく知られている事例を3つ挙げ、次いで筆者が個人的に関わってきた事例を幾つか紹介する。

1) 一般的によく知られている事例

① 飲料水中フッ化物濃度

飲料水中フッ化物濃度は、言うまでもなくう蝕の発生に強く影響する要因で、う蝕対策に関する地域診断を行ううえで重要な指標である。とくにフッ化物によるう蝕予防対策を進めようとする場合、各地の上水道等のフッ化物濃度を把握しておくことが不可欠である。

なお、これを調べる簡便な方法として、日本で

【著者連絡先】

〒162-8640 東京都新宿区戸山1-23-1
国立保健医療科学院・口腔保健部 室長 安藤雄一
(深井保健科学研究所客員研究員)
Dept. of Oral Health, National Institute of Public Health
TEL : 03-5285-1274 FAX : 03-5285-1172
E-mail : andoy@nih.go.jp

は日本水道協会が作成した「水道水質データベース」(<http://www.jwwa.or.jp/mizu/>) を利用できる。また、アメリカではCDCが作成した“My Water's Fluoride”(<http://apps.nccd.cdc.gov/MWF/Index.asp>) を用いると、各地域の飲料水中フッ化物濃度と水道水フロリデーション実施の有無を簡単に知ることができる。

② 幼児健診におけるう蝕データ

全国どこでも実施されている1歳6ヶ月・3歳児の乳幼児歯科健診データのことで、全国および都道府県・政令市別の結果が毎年公表されている。わが国の歯科保健の中では、このデータの利用が最も広く行われ、また疫学研究の数も多い。

なお8020推進財団の「地域歯科保健データバンク」(http://www.8020zaidan.or.jp/databank/index_chiiki.html) には、都道府県および市町村別の3歳児う蝕データが掲載されている。

③ MIDORIを用いた事例

MIDORIモデルについては、乳幼児のう蝕対策や成人の歯周疾患対策の成功事例が幾つか報告されている⁶⁻⁸⁾。さらに、このモデルに対応した質問紙票⁹⁾が開発されており、全国的にも普及が進んできているようである。

2) 筆者が関わった事例

筆者は1983～2000年の間、新潟大学歯学部予防歯科学教室に在籍しているが、その時に関わった事例として、新潟県におけるフッ化物洗口の普及と成人歯科保健に関する内容を紹介する。

① フッ化物洗口の普及に関するもの

フッ化物洗口の普及については、幅広い情報収集により市町村の地域診断を徹底し普及につなげた事例がある。これは、普及のために必要な市町村情報について、既存統計から得られる社会経済的指標から歯科保健関係者のattitude（態度、姿勢）といった人的な情報まで幅広く収集し、実施有望な市町村を選び出し、県の施策として集中的なアプローチを行ったという内容で、結果的にフッ化物洗口の普及率は大きく向上した¹⁰⁾。なお、この一連のプロセスを通じ、それまで役割がはっきりしていなかった保健所の果たすべき役割が明確と

なり機能し始めたという副産物が得られている。

また、新潟県では1981年から学校・園の定期歯科健診データを県が一括集計するシステムがとられており、1983年から市町村別のう蝕をグラフ化しランキング表を作成するようになった。システムそのものはシンプルであり、現在では実施している都道府県も珍しくなくなったが、当時は新鮮であり、う蝕ランキングのグラフ¹¹⁾が如実に示す「う蝕の市町村較差」が市町村への刺激材料となり、フッ化物洗口普及の1つの要因になったと考えられる。

② 成人歯科保健に関するもの

筆者が新潟大学に在籍していた当時の新潟県は小児対策を優先していたため、成人歯科保健に関する検討は正直なところ出遅れていたと思われる。そんな中で県行政の関係者と対策を検討していくと、1つの問題点として県で実施している歯科疾患実態調査のデータがほとんど施策に活用されておらず、せっかくの機会を有効利用できていなかったことに気がついた。新潟県の歯科疾患実態調査は1981年から6年に1回実施されているが、1993年までの調査内容は厚生省歯科疾患実態調査とほとんど同じで疾患量中心であった。これ自体は間違いではないが、疾患量は対策の結果を評価するには有用であるものの、これから必要な対策を「診断する」材料としては不十分である。当時の新潟県は成人歯科保健の地域診断に関して情報不足だったわけである。そこで、MIDORIモデルの助けを借り¹²⁾、県として必要な情報を吟味し、1999年度調査では従来の実態調査をグレードアップすることができた¹³⁾。

しかし、実際に歯科保健事業を実践する市町村の立場からみると、県全体のデータというのは今ひとつ実感が湧きにくい面がある。そこで、新潟県では県民歯科疾患実態調査を発展させた調査票を作成し、モデル調査事業を11市町村に対して実施した。地域診断は、地域保健現場の関係者自身が感じている点について集中的に行うことが必要¹⁴⁾とされているが、あらゆる問題についてこの方針を貫くことは現実的には不可能である。そ

ここで県から市町村へのサポートとして、県では共通の質問紙票と集計システムを作成、市町村ではこれを用いて調査の実施と集計を行うことにより、労力の軽減と市町村側の気づきを促すことができた^{15, 16)}。

適切な地域診断を行うために必要なこと

ここでは、歯科保健において地域診断を適切に行っていくうえでのポイントについて、現在、筆者が念頭に置いている点を中心に述べてみたい。

1) 地域の現場に携わるユーザーの視点を尊重すること

地域診断は、1つの学問体系というよりも、実践的なスキルという面が強いと考えられ、学問的には「実学」の要素が求められる。

したがって、とかく偏りがちな研究者の視点のみでうまく進むのではなく¹⁾、研究者も現場サイドの考え方やニーズなどの実践面を尊重する必要がある。一方、現場で実践を営む立場の人は、単に実践だけではなく科学的根拠に基づいた視点が求められているといえる。

2) 地域診断は手段であり、連続的なものであること

地域診断は、それ自体が目的ではなく、健康問題への対策を通じて、地域住民の健康水準向上を図っていくための一つの手段である。したがって、地域診断に全精力を使い果たしたのでは、後が続かなくなってしまう可能性もある。むしろ、「後に続ける」ことが重要で、初期段階で得られた調査結果について恒常的にモニタリングを行っていくことが必要である²⁾。冒頭で述べた“Plan, Do, See”のうち、“Plan”だけで終わってしまうのでは意味がないということであり、常に“See”につながる情報をモニタしていくことが必要である。すなわち、地域診断は一時的なものではなく連続性を持っている必要があり、日常業務の積み重ねが地域診断につながる事が望ましい²⁾。

3) 地域で調査すること

地域診断で重要なことは、問題意識である。問題意識があるのとないのでは、同じ統計資料を眺

めても見えてくるものが全く異なる。

そのためには、自身の地域（自地域）で調査を実施することが最も望ましい。他の地域でいくら立派な調査が実施されていたとしても、その地域に在住している人々にとっては自地域で得られたデータのほうが遙かにインパクトが強い¹⁷⁾。また、様々な関係者が調査の企画段階から関わることにより、問題意識の共有も図ることができるというメリットもある。また、日常業務として集積されている情報を、再分析することも重要であり、最小限の労力で貴重な情報を得ることが可能となる。

4) 地域診断の盲点：歯科診療室

歯科医療機関の役割は、治療から健康情報の発信と予防ケアを含めたものに変化してきており、「健康日本21・歯の健康」に掲げられている目標値の中には歯科診療に関する目標値がいくつか入っている。

しかし、地域歯科保健事業の現場サイドの視点からみると、診療室との連携を図っていこうとする場合、例えば歯周疾患に対する予防ケアの実施状況がよくわからず、診療室をどのくらい当てにしてよいのか判断に悩むことが少なくない。このような場合、事業の位置づけも不明確になりやすい。つまり、歯科診療室で行われている予防ケアの実態は、専門的領域であるが故に「藪の中」に陥りがちで、地域診断の盲点の一つになっているように思える。

これを解消するための手段は簡単ではなく、アンケート調査による量的情報および住民インタビュー¹⁸⁾などによる質的情報の収集が必要であろうが、単に受け手の情報だけを集めることだけでなく、これらのプロセスを通じて歯科医師会などと問題意識を少しずつ共有していく姿勢が重要と思われる。

5) 情報基盤整備の必要性

地域診断は、前述したように、関わる立場によって求められるものが異なる。

市町村であれば、現場に即した内容が求められ、健診やアンケートなどによる量的情報に加えて、

住民ニーズを把握するための質的情報が重要と考えられる^{2, 19)}。一方、国や県の立場では、有用なデータを集め、手軽に利用できるように利用環境を整備することが必要である。例えば、地域診断では人口動態統計による市町村別の死因別死亡率データを用いることが勧められている¹⁻³⁾が、これは国レベルの系統的な情報収集が基盤にあって初めて実現できることである。

前述したように、調査は自地域で実施することが望ましいが、あらゆることを調査するのは不可能である。市町村独自に調査案を企画することは、相応の労力がかかる。また、独自性が強くなった場合には他地域と比較する際に不都合が生じることもある。そこで、県は市町村に対して（あるいは国が県に対して）、最小限の労力で有益な情報が得られるように、保健医療情報の基盤整備を図っていく必要がある。

この点について、歯科保健の現状を概観すると、国レベルでの情報収集の基盤整備は不十分といわざるを得ない。これは、「健康日本21・歯の健康」における目標値の基準値のデータソースをみると一目瞭然で、国の目標値の根拠データに（基準値ではなく参考値として）一小地域で個別に行われた調査結果が用いられている例が多いことが指摘されている²⁰⁾。

そこで、国レベルで行う対応として、まず、国で実施している調査（歯科疾患実態調査など）を、より有用なものに改善していくことが必要である。また、各都道府県などで収集されている健康日本21の指標などをデータベース化し、これを手軽に利用できる環境整備を図ることも必要である（現在、その準備を行っている最中である）。

これらに加え、日常業務の一環として収集されているデータを地域診断の材料として活用できるようにする手だても必要である。たとえば、12歳児DMFTを例にとると、学校歯科健診の一環として日本国内の全学校でデータ収集が行われているにもかかわらず、県行政として各市町村単位のデータとして把握しているところは4分の1程度である（2000年度現在）²¹⁾。乳幼児歯科健診のデー

タについては、う蝕データの収集は進んでいるものの、そのリスク要因については不十分であり、どこの地域でも実施されている問診票のデータが地域診断に還元されている事例は少ないようである。岩手県では、これらの問題について県全体のレベルで効率的な情報収集を図っていくシステム整備について検討が重ねられ^{22, 23)}、今後、県として共通調査票を作成し、協力できる市町村を募っていく方針を立てており、先駆的な取り組みとして今後が注目される。

おわりに

以上述べてきたように、地域診断には重層的な取り組みが必要で、これに関わっている様々な組織・人々が、これを意識しながら日常業務を積み重ねていくことが、有益な情報を生んでいくと考えられる。筆者も現在の立場を踏まえ、各地における実践例の収集しつつ、歯科保健における地域診断に必要な情報基盤整備に務めていきたいと考えている。

文 献

（インターネットのURLは、2004年1月28日現在）

- 1) 水嶋春朔：地域診断のすすめ方 根拠に基づく健康政策の基盤，医学書院，2000
- 2) 福永一郎：ホンネで語る保健計画，保健科学総合研究所，2003
- 3) 茨城県健康科学センター 地域診断ニュース <http://www.hsc-i.jp/hsc/>
- 4) 国立保健医療科学院，入学案内 <http://www.niph.go.jp/nyu/html/kenshu.htm>
- 5) 安藤雄一，長田斉，井下英二，高德幸男，石川昭，青山旬：地方自治体における歯科保健データ収集・提供システムの事例報告，厚生労働科学研究費補助金・健康科学総合研究事業，歯科保健水準を系統的に評価するためのシステム構築に関する研究（H13-健康-005）平成14年度 総括・分担研究報告書（主任研究者 安藤雄一），7-26頁，2003
- 6) 杷木町：MIDORIモデルを応用した杷木町歯科保健事業報告書，2002
- 7) 鍛冶山徹，伊藤充也，堀口逸子，中村譲治，筒井昭仁：MIDORIモデルにおける住民参加の事例 一山形県大蔵村の乳歯う蝕予防事業「ヘルシーティース

- 2001」, 口腔衛生会誌, 50 (4) : 480-481, 2000
- 8) 森下真行, 中川 淳, 中村譲治, 堀口逸子: 広島県安浦町における歯周病予防プログラムの評価, 口腔衛生学会雑誌, 53 (4) : 397, 2003
- 9) NPO法人 Well-Being ホームページ <http://www.well-being.or.jp/>
- 10) 瀧口 徹: 地域歯科保健推進のための要因分析, 口腔衛生会誌, 38 : 229-253, 1988
- 11) 子供の歯を守る会・会報, No. 57, 1987
- 12) 佐々木健, 駒井由美: 健康日本21 地方計画における歯科計画策定の際の目標設定へ向けての課題 — MIDORI理論に基づく検討 —, 口腔衛生学会・北海道地方会発表 (2000/2/19)
- 13) 新潟県: 平成11年 第4回県民歯科疾患実態調査報告, ヘルシースマイル21 第3次新潟県歯科保健医療総合計画, 新潟県, 新潟, 2001 (<http://www.pref.niigata.jp/fukushihokenbu/kenko/kenko.htm>)
- 14) 成木弘子: 保健婦の視点を生かす地区診断 (特集: 保健婦の地区活動を再考する ニーズ把握と plan・do・see), 保健婦雑誌, 55 (9) : 718-725, 1999. 9
- 15) 安藤雄一, 高德幸男, 峯田和彦, 葭原明弘, 宮崎秀夫: 市町村における歯科保健計画策定の支援を目的としたモデル調査事業の有用性, 口腔衛生学会雑誌, 53 (4) : 420, 2003
- 16) 子供の歯を守る会会報, No. 120, 2004
- 17) Brumley DE, Hawks RW, Gilchrist JA, Blackford JU, Wells WW: Successful implementation of community water fluoridation via the community diagnosis process, J Public Health Dent, 61 (1) : 28-33, 2001
- 18) 佐々木健: なぜ成人歯科健診が住民から敬遠されやすいかについての質的調査, 口腔衛生会誌, 52 : 472-473, 2002
- 19) 中村譲治, 守山正樹, 筒井昭仁, 佐々木健, 藤好未陶, 岩井梢: ヘルスプロモーション活動における質的調査・研究可能性と意義, 口腔衛生会誌, 53 (4) : 301-304, 2003
- 20) 健康日本21 評価手法検討会第2回調査分科会議事録 <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/09/txt/s0904-5.txt>
- 21) 安藤雄一, 長田 斉, 野村義明: 都道府県における歯科保健水準把握の実態に関する調査, 厚生科学研究費補助金健康科学総合研究事業, 歯科保健水準を系統的に評価するためのシステム構築に関する研究, 平成13年度 総括・分担研究報告書 (主任研究者・安藤雄一), 5-29頁, 2002
- 22) 田沢光正, 金田淑子, 互野裕子, 佐藤 保, 狩野祐史, 橋浦礼二郎, 岩淵壮之助, 奈良一彦, 佐々木ナホ子, 藤沢五百子, 下屋敷昌子, 佐々木勝忠, 立身政信, 稲葉大輔, 米満正美: 市町村における生涯を通じた歯科保健活動に必要な指標に関する研究 (第1報) システム化に向けての現状と課題, 岩手公衆衛生学会誌, 13巻 (1-2), 30-31, 2002
- 23) 互野裕子, 田沢光正, 金田淑子: ライフステージに応じた健康水準評価のための基礎的研究, 岩手県環境保健研究センター年報, 2 : 110-111, 2002