

口腔衛生委員会報告

疾病ハイリスクアプローチのまとめ (H23～R 元年度)

はじめに

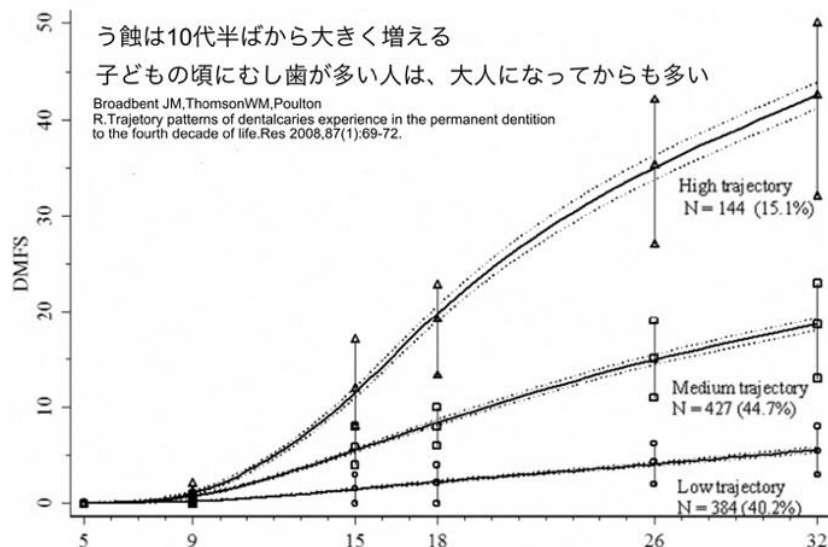
近年、岐阜県における12歳のDMFT値の減少はめざましく、H21年度には1.0を下回り、さらに良好な経過をたどっている。(R元年度0.44)しかしながら、歯肉炎においてはなかなか減少傾向とならないことを踏まえ、歯肉炎に焦点を当てながらさらに全体的なレベルを高める必要がある。

そのため、大人数に対するポピュレーション・アプローチとともに、複数本のう歯や歯肉炎を有するなど歯・口腔の健康に問題のある児童・生徒に対して、学校保健関係者が家庭や医療機関との連携の中で対応するハイリスク・アプローチが必要と考えられ、本委員会では平成23年度からハイリスク・アプローチモデル校事業を実践してきた。

今年度は新型コロナウイルス(COVID-19)感染症拡大のため当初予定していた事業が実施できなかったため、これを機に過去を検証し、今後の実践に役立てることとした。

背景

経済の停滞や高齢化によって日本においても健康格差の拡大がクローズアップされてきた。そして歯科疾患の格差は乳幼児期から、成人期、高齢期にまでライフコースを通じて常に存在している。大人の歯・口腔の健康格差は子どもの時代からの蓄積された結果であり、そのため成人のオーラルヘルスの健康格差の解消には、幼少期からの対策が重要となってくる。(子どもの時に十分に歯みがきができていない人は、大人になっても口腔の清掃状態が悪いことの研究が報告されている)世界保健機関(WHO)は健康の社会的決定要因が健康格差の最大の原因であるとしている。(所得や学歴などの社会経済状況は重要な社会的決定要因である)このことから健康格差は、学校においてのみでは解決の困難な問題ではあるが、将来の健康格差の解消に少しでも寄与できるよう委員会ではハイリスク・アプローチについて検討を重ねてきた。そこで、まずモデル校を選出し、その取組方法や今後の方向性あるいは課題を探ることとなった。



ハイリスク・アプローチモデル校事業

ハイリスク者の定義（歯・口の機能形態 疾病ハイリスクとは）

現在、歯・口に機能形態的問題あるいは疾病は無いが近い将来、発症の可能性の高い者、あるいはすでに機能形態的問題や疾病があり、それが進行または憎悪する可能性の高い者。

対象

定期健康診断において以下の項目に該当する幼児児童生徒

- ① 未処置歯 3 本以上を有する者
- ② 歯垢の状態 2 の者
- ③ 歯肉の状態 2 の者

これらの項目のうち、単独あるいは複数の項目を選択し、全校で 40 名程度の幼児児童生徒を対象とする。人数の調整により全学年としても良い。したがって対象児童生徒の未処置歯 2 本以下、歯肉・歯垢の状態が 1 になることも考えられる。

指導 指導前に家庭に連絡する。（家庭へは「ハイリスク」という言葉は伝えない）

ア 集団指導

- ・内容は学校歯科医と協議の上で決定し、養護教諭が行う。
- ・学年ごとに分けて少人数で行うことが理想だが、日程の都合で複数学年を一度に行ってもよい。
- ・児童会、生徒会活動の取組として行ってもよい。

イ 個別指導

学校歯科医と協議の上、保健室にて養護教諭が個別指導を行う。

ウ 学校歯科医による保健に関する指導

アイ終了後に、全体指導を行う。（保護者参加型が望ましい）

※あくまでそれぞれの学校の実情に応じて、実施し易い方法で行うこととする。

評価 疾病ハイリスクアプローチの取組は、集団及び個人の評価を行う。

ア 歯科検診結果による評価

- ・昨年度との経年比較
- ・定期の歯科検診との比較（秋の歯科検診を予定している場合）

イ 養護教諭の観察による評価

ウ 児童生徒、保護者の意識や行動の変容等（アンケートや感想）

エ その他

ハイリスク・アプローチモデル校

<平成 23 年度>

- | | |
|-------|---|
| ・モデル校 | 小学校 4 校（御嵩小、七郷小、長森東小、長良西小）
高等学校 1 校（大垣東高校） |
|-------|---|

<平成24年度>

- ・モデル校 小学校6校（木之本小、三里小、谷汲小、長森東小、七郷小、御嵩小、）
高等学校2校（大垣東高、大垣桜高）
特別支援学校1校（中濃特別支援学校）
- ・「ハイリスクアプローチ」を啓発するため、県内の全小学校対象に「学校での歯・口の健康づくりに関するアンケート調査」を実施する。

<平成25年度>

- ・モデル校 中学校5校（岐阜西中、谷汲中、向陽中、西陵中、釜戸中）
高等学校4校（岐山高、大垣南高、大垣桜高、瑞浪高）
幼稚園1園（明和幼稚園）
- ・「学校での歯・口の健康づくりに関するアンケート調査」を県内の全中学校、高等学校、特別支援学校対象に実施する。

<平成26年度>

- ・モデル校
平成25年度より継続校9校
中学校6校（岐阜西中、谷汲中、向陽中、釜戸中、中島中、八幡西中）
高等学校5校（岐山高、飛騨神岡高、大垣桜高、大垣南高、瑞浪高）
平成26年度からの新規実施校3校（中学校2校、高等学校1校）
- ・リスクを持った児童生徒への取組事例の報告（幼稚園1園・小学校1校）

<平成27年度>

- ・モデル校
小学校2校（岩野田小、堀津小）
中学校1校（高富中）
高等学校、特別支援学校3校（大垣西高、長良特支、岐山高）
就学前児1校（やまびこ園）

<平成28年度>

- ・モデル校
小学校5校（宇留生小、岩野田小、堀津小、宮田小、太田小）
中学校2校（厚見中、高富中）
高等学校、特別支援学校3校（大垣西高、大垣工業、揖斐特別支援）

<平成29年度>

- ・モデル校
小学校4校（徹明さくら小、岩野田小、柳津小、下原小）
高等学校、特別支援学校3校（岐阜城北高、大垣特別支援、関特別支援）
就学前児1校（岐阜東幼稚園）

<平成30年度>

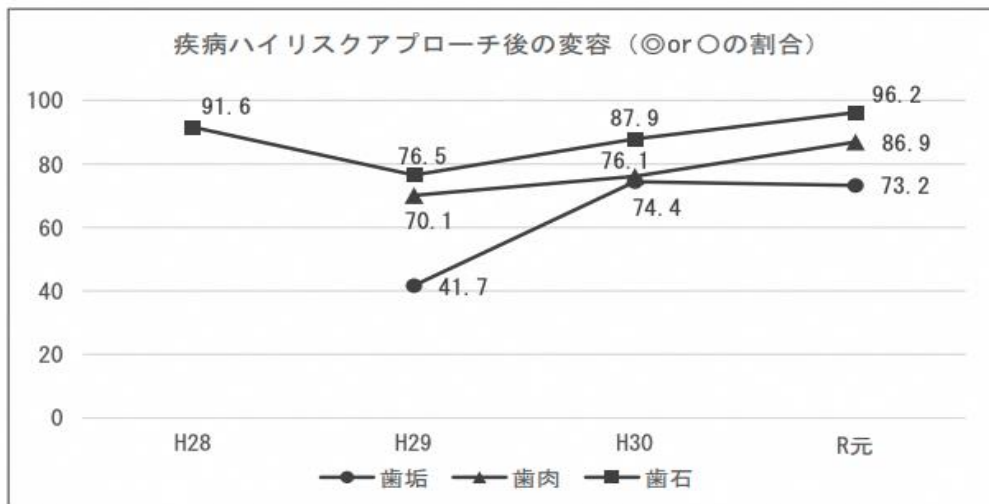
- ・モデル校
 小学校4校（太田小、徹明さくら小、岩野田小、中津川東小）
 高等学校3校（揖斐高、多治見高、海津明誠高）
 就学前児1校（中津川南幼稚園）
- ・歯科指導と食に関する指導の連携実践校
 小学校1校（本荘小）

<令和元年度>

- ・モデル校
 小学校5校（徹明さくら小、長森北小、岩野田小、太田小、萩原小）
 高等学校2校（岐南工業高、海津明誠高）
 特別支援学校1校（飛騨特別支援学校）
 就学前児1校（中津川南幼稚園）

H28～R元年度の疾病ハイリスクアプローチ結果

		H28	H29	H30	R元
歯垢	◎（2段階向上）or O	57.4	41.7	74.4	73.2
	○（1段階向上）		7.5	1.7	6.5
	△（現状維持）	30.4	22.5	11.5	6.8
	×（悪化）	12.2	28.3	12.4	13.6
歯肉	◎（2段階向上）or O	64.3	70.1	76.1	86.9
	○（1段階向上）		2.2	5.5	2.5
	△（現状維持）	24.3	20.7	16.2	3.8
	×（悪化）	11.3	7.1	2.2	6.8
歯石	◎（改善）or O	91.6	76.5	87.9	96.2
	△（現状維持）	8.4	23.5	12.1	3.8



- | | | | | | | |
|----|---|------------|----|---|------------------|----------|
| 歯垢 | 0 | （ほとんどなし） | 歯肉 | 0 | （異常なし） | ◎（2段階向上） |
| | 1 | （歯面の1/3以下） | | 1 | （G0:軽度の炎症、歯石なし） | ○（1段階向上） |
| | 2 | （歯面の1/3以上） | | 2 | （G:歯肉炎、発赤・腫脹・出血） | |

成果

- 学校歯科医の協力を得ることができ、歯科健診と個別指導(ブラッシング指導)を行ったことで、1人1人のみがき方の意識が高まった。
- 家庭、学校、地域の連携が図れたことにより年間を通した歯科保健活動が根付いた。
- 個別指導において、6月のカラーテストと11月のカラーテストを比べると養護教諭が個々に指導した児童では、みがき残しが大幅に減少し、丁寧に歯みがきをすることが習慣化されてきた。
- 集団指導の中に補助的清掃用具の使用方法についての指導を追加することで、より歯の清潔について興味をもって取り組める児童生徒が増えた。
- ハイリスク幼児・児童生徒には、家庭的な問題をかかえる者が多く、治療が困難な場合が少なくないが、継続的な指導により児童生徒の意識が向上してきた。
- 全小学校、中学校、高等学校、特別支援学校に対し、「学校における歯・口の健康づくりに関するアンケート調査」を実施したことにより、ハイリスクアプローチの理解について調査することができた
- 中学校・高等学校においても、自分の歯の汚れを認識できるカラーテストや専門家の指導はとても有効的である。また、生徒保健委員会をうまく機能させ、啓発活動を行うことは効果的であった。
- スポーツや勉強の効率をあげること、そして興味のある美容、育児などと口腔ケアとの関連で指導を行うと効果を得やすい。
- 部活動で忙しく、休日も遠征が続き歯科受診を後回しにしていたため、部顧問に協力を依頼し指導を実現できた。少人数で行うことで、生徒からの質問や感想を多く引き出せた。

課題

- ・ハイリスク者健診の対象となる児童は、生活習慣が確立されていない児童が多い。また、児童自身が、自分の口腔内の状況が良くないという認識が低いため、意識をして歯みがきをするという姿があまりみられない。
- ・歯科受診していない児童生徒や協力を得ることの難しい家庭へのアプローチを工夫する必要がある。
- ・2回目の検診実施や個別指導など学校歯科医の理解と協力が必要である
- ・口腔機能の改善を図るためにも食に関する指導について、さらに指導のあり方を検討する必要がある。
- ・中学生、高校生となると「恥ずかしい」「面倒くさい」等の理由のため歯科健診や歯科指導を受けない児童生徒がいる。少人数で指導するなど、工夫が必要であると思われる。そのために少人数の取組をどう広げていくか、広げる必要があるか、効果がより得られやすい年齢があるのかを検討していく必要がある。
- ・その場では危機感を持っていても自覚症状の少ない生徒は、行動に結びつかない。
- ・中学校、高等学校等は、指導時間の確保に苦慮する。

おわりに

疾病ハイリスクアプローチは実施した学校においては効果があることが確認できたが、今後はモデル校以外の学校にも広げることが重要であると考えられる。（これは以前からの課題である）その場合は、ある程度簡便な各学校が取り入れやすい標準的な実施要項を考える必要があると思う。例えば、小学校では学校歯科保健活動が盛んであるが、中学校、高等学校においてはなかなか難しい面があるため、ハイリスク者に対する個別のアプローチや丁寧な受診勧告をするだけでも効果があることが示唆されている。

また、今後もハイリスクアプローチを実践していく事は極めて重要ではあるが、（なかなか取組が難しい現状を考えると）疾病アプローチのもう一つの柱であるポピュレーションアプローチも推進していく必要があると思われる。（子どものう蝕は減少しているが、依然として学校保健統計で最も多い疾患である）学校における具体例としては、歯・口腔の健康学習、フッ化物洗口、シュガーコントロールなどがあるが、なかでもフッ化物洗口は初期う蝕に対する抑制効果のエビデンスもあるため、未実施の学校やさらには中学校にまで広げることができると良いであろう。またシュガーコントロールを含めた食育は口腔機能発達不全症に対する取組として今後、ますます重要になってくると思われる。

2008年 3歳児一人平均むし歯本数(dmft)

