

糖尿病と歯周疾患の行動科学

河村 誠*

Behavioral scientific approach to diabetes mellitus and periodontal disease

Makoto KAWAMURA, BS, DDS, PhD

キーワード

糖尿病 diabetes mellitus

歯周疾患 periodontal disease

行動科学 behavioral science

医師-患者関係 doctor-patient relationship

I はじめに

糖尿病患者の大部分（約95%）は、遺伝的な素因を背景にインスリンの需要を増大せしめるような肥満、過食、運動不足、ストレスなどが加わって起こるとされるインスリン非依存型（II型）患者である。現在、世界中で1億3000万人の人々が糖尿病を患い、今後、社会が高齢化するにつれてその数が急増し、2025年には3億人を超えると予測されている（WHO）。

歯科医として、血糖値がコントロールされていない糖尿病患者に接してまず気がつくことは、口唇や口腔内の乾燥である。患者は口腔内の不快感（舌痛など）により、食事の好みが変わり、口腔清掃状態も悪くなる。そのためか、糖尿病患者に喪失歯が多いことは従来から指摘されているが、不思議なことに歯

*広島大学歯学部附属病院

周疾患との関係については、臨床成績だけでなく動物実験においても両者の間に関連があるとするもの、ないとするものなど様々である。これは、生活環境の歪みによってもたらされるⅡ型糖尿病と、口腔清掃状態の不良が主たる原因と考えられる歯周疾患の関係について、患者自身の保健行動を抜きにして論じられてきたからではないかと考えられる。本稿では糖尿病の第6番目の合併症といわれる歯周疾患について、人間行動科学的な観点から両者の関係を考察することにした。

Ⅱ 糖尿病患者の血糖値、歯周状態、保健行動の関係

近年、糖尿病のマネジメントや歯科保健行動を定量的に測定する信頼性・妥当性が検証された質問紙が開発され、糖尿病患者の歯周疾患について行動科学的な分析が可能になった。福田は、Ⅱ型糖尿病患者と非糖尿病患者の保健行動、全身状態、歯周状態などの差異を明らかにするとともに、これまでわからなかったⅡ型糖尿病患者の保健行動ならびに歯周疾患と糖尿病に関する指標相互の関連性を解析した。その結果、歯周疾患の程度は血糖コントロール状態(HbA_{1c})と直接的に関連するのではなく、歯科保健行動、糖尿病管理状況などの保健行動が両者の関係に重要な役割を担っていることを初めて明らかにした(図)。すなわち、Ⅱ型糖尿病患者の血糖コントロール状態と歯周状態は、互いに関連する各種保健行動(図中の箱形)に支えられたものであり、患者自身の保健行動が血糖コントロール状態や歯周状態に影響する可能性(道すじ)を示唆した研究といえる。

糖尿病患者は発症後、医師らの指導の下に糖尿病特有のライフスタイルを余儀なくされる。その結果、食生活や日常生活に対する態度・行動が変容し、非糖尿病患者に比べダイエットコントロールなどに対する意識が強化される。他方、生涯にわたり治療を要する疾患であるため二次的な心理反応をきたしやすく、よく眠れない、ストレスがたまるなどの不安や緊張感が高まる結果、心理葛藤の解決のために本能的に飲食に対する快反応も生じやすい。とくに合併症

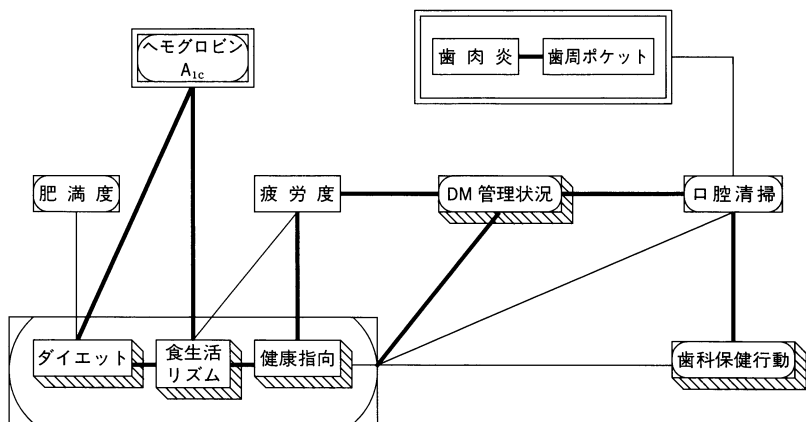


図 II型糖尿病患者の保健行動，歯周状況，血糖コントロール状態などの関連図
 —— ($p < 0.05$), ——— ($p < 0.01$), (高齢者ほど良好).
 (福田1993より引用)

(網膜症，腎症，神経障害)を有する者は，ストレスや疲労感が強く，食生活や健康面での自己管理態度が消極的になりやすい。また，加齢に伴う疲労感の増大と歯の加速度的な喪失によって，口腔ケア意識はむしろ低下するといわれている。しかし，糖尿病教室へ参加したことがある者は歯の健康への意識が高く，歯石沈着も少なかったという報告や，プラークコントロールによって糖尿病患者の歯周状況が改善されたという最近の報告は，保健行動面からのアプローチの必要性を強く示唆している。

III 保健医療従事者の糖尿病患者への対応

今から約40年前の1960年頃は，歯周疾患（歯槽膿漏）は全身性疾患であり，この病気にかかるとどんどん悪化し，病気の進行を止めることはできないと考えられていた。しかし，現在では歯周疾患の原因の大きな要因はプラーク（歯垢）であることが解明され，患者に対する適切な指導が行われるようになってきた。それが行動心理学者と一体となったプラークコントロール運動である。患者に歯周疾患の原因がプラークであることを理解させ，そのプラークを患者

みずからが進んでコントロールできるようになるかどうかは指導のポイントになる。一方、糖尿病のコントロールが悪化する最大の誘因は過食、間食である。患者がケアの主体となって治療目標や行動を選択する適切な行動を育てさせるためには、①具体的な目標を設定する、②食事日記などで行動をモニターする、③過食につながる外的手がかりを発見する、④外的刺激を遠ざけたり、行動が成功したときの強化法を学ぶ、⑤目標を段階的に上げる等、という方向性を打ち出した“エンパワーメント療法”が有効であるといわれている。

糖尿病と歯周疾患については、いずれも日々の治療の大部分が患者自身によって行われるという特徴があり、その意味で「セルフコントロール」をどう考えるかが大切である。この点について医師の立場とは異なった、ジャーナリストで患者である鴨志田の提言は興味深い。以下にその一部を紹介する。

『セルフコントロールとは、文字どおり各患者自身の自己管理を意味するのであって、自己が個別的であるように、総称的な「自己管理」という定義はありえない。その指導がどの患者に対しても一律で硬直化すると、程度の進んだ敏感な患者は医師の指導自体が、自己管理の継続にとって大きな障害、負担となることを感じとる。患者は自分の自己管理の成果を自分自身で喜び、楽しむ気持ちがなければならない。』

幸い、口の中（歯肉など）は内臓諸器官と異なり、その状態と予後を直接目で確かめることができるため、易感染性の糖尿病患者にとって、口腔内を清潔に保つことによる歯肉出血の消失、健康歯肉獲得の実感は大いに励みになると思われる。糖尿病患者の指導では、カロリー摂取量などの食事指導が中心になるが、丈夫な歯と清潔な口腔で食べ物をよく噛み、味わうということが患者のQOL向上につながるということを保健医療従事者がみずから体験する必要があるかもしれない。今後、治療のテーブルにつこうとしない、あるいは治療が継続できない患者への対応について改めて考え直すとき、医科と歯科が相互に補完しあいながら糖尿病患者に接していくことも必要であろう。

参考・引用文献

- 1) L e, H. (1993) : Periodontal disease. The sixth complication of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 16 : 329-334.
 - 2) 石井正敏監訳(1989) : 糖尿病と歯周疾患－総説と最近の知見. *歯界展望*, 73 : 785-822.
 - 3) 石井均 (1998) : 糖尿病患者への心理・行動医学的アプローチ. *Diabetes Journal*, 26 : 63-68.
 - 4) 鴨志田恵一 (1996) : 「糖尿病のセルフコントロール」をどう考えるか, *日本保健医療行動科学学会年報*, 11 : 15-22.
 - 5) 福田節子 (1993) : II型糖尿病患者の保健行動と歯周疾患に関する行動科学的研究. *廣大歯誌*, 25 : 1-18.
-