



私の学校歯科保健活動

佐々木 正晃 Masaaki SASAKI
歯科医師 Private practice
酒田市北新町 1-8-3
1-8-3, Kita-shinmachi, Sakata-shi,
Yamagata-ken, Japan

■ Practice Forum ■

Dental health activity in the elementary school

I am in the 7th year as a school dentist at an elementary school. Between the first 3 years and the following years of this period, my thought for diseases, measures for health examination, standard of diagnosis, and measures for coping with diseases changed greatly. With these alteration, DMFT index showed remarkable change. I had understood that the public health activity was just a principle and therefore the real activity existed in the site of the clinical practices. In the first 3 years, backed with this understanding, I concentrated only on accurate handling of school dental health examination. This can be related to current Japanese health insurance practices, which advocates the theme of 8020, keeping 20 natural teeth at the age of 80 years old, in principle, while the priority is placed on the treatment. I had managed people focusing on the dental practice, but the dental health activity at a school provided me a best chance of social study, where I was able to learn variety of different thoughts or values of people. It also taught me the importance of taking a consistent attitude towards "protecting and nursing health and enhancing the health value". *J Health Care Dent 1999; 1: 43-48.*

キーワード : school dentist
DMFT index
dental health activity

地域に根ざした歯科医療を目標に自分なりに実践してきたなかで、私にとって学校歯科保健活動は地域との関わりを実感できる場である。現在では、その活動の内容は診療室で行っている臨床に対する考え方や実践内容に即したものであるべきだと思っているが、以前は予防や公衆衛生活動に対して現在と違った考え方をもっていただけ、臨床と学校医としての活動の間に大きなギャップが生じていた。しかし、自分ではそのギャップに気付かず長年過ごしてきた。そしてこのギャップに気付かされ、自分の臨床も見直すきっかけ

となったのもこの学校であった。大げさかもしれないが、現在担当している琢成小学校(児童数386名)での様々な出来事によって私の歯科人生が大きく変わってしまったとも思っている。

平成10年で琢成小学校の校医を担当して7年目を迎えたが、前期の3年間(平成4~6年)と後期の4年間(平成7~現在)に分けて、疾患に対する認識(病因論・予防法)の変化、診療室における変化、学校歯科活動における変化、DMFの推移などをまとめて、私が考えている学校歯科保健活動について述べていきたいと思う。

前期(平成4~6年)

<齲蝕とは>

- 進行は不可逆的で進行停止・抑制は困難である
- ひとたび齲蝕になれば進行の速度に差はあれど確実に進行するもの
- 再石灰化という概念が欠落していた
- 齲蝕=齲窩

<原因は>

- プラーク(細菌)
- 歯みがきが十分でないために発症する
- 砂糖
- 甘いもの(糖分)の取りすぎによりかかりやすくなる

<罹病性>

- 罹病性は高く、罹患率から見てもむし歯は、なつて当たり前の疾患
- 個人差は歯質の差やプラークコントロールの良否による

後期(平成7年~現在)

<齲蝕とは>

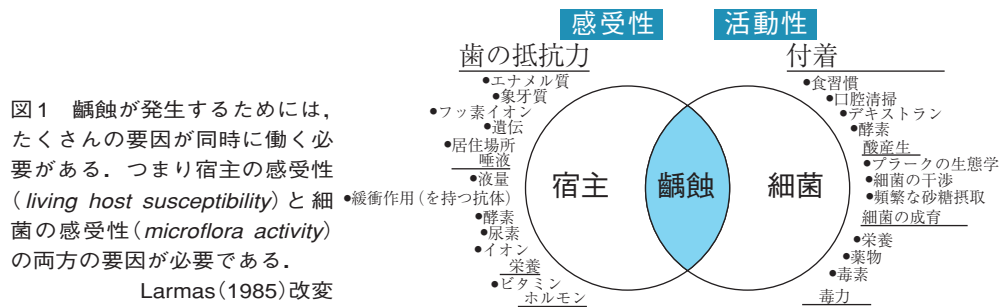
- 脱灰と再石灰化の流動的なプロセス
- 脱灰と再石灰化のバランスの改善・回復により進行停止・抑制は可能
- 齲蝕=齲窩にあらず

<原因は>

- 宿主の感受性と細菌の活動性に関する様々な要因により脱灰・再石灰化のバランスが崩れることで発症する(図1)

<罹病性>

- 本来の罹病性は低く簡単にはかからない病気
- 個人差があり図1で示されているように多くの要因により決定される



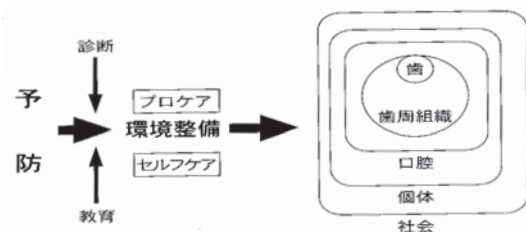
<予防について>

むし歯にしないためにブラッシングをすること、砂糖摂取を制限することを予防と考えていたが、完璧なブラッシング(本人のみによる)や砂糖の制限などをきちんとできる人はまれであり、あまり効果は望めない。予防は患者本人のみがすることで、われわれはその仕方を指導するのみであった。

<予防について>

生涯自分の健康な歯で過ごすことを目標に、健康な歯・歯周組織を守り育て、また、健康を回復・維持するための口腔内の環境を改善・整備管理していくこと。そのためには診査診断のもとに、患者さんの役割(ホームケア)・医院での役割(プロケア)を明確にすることが必要である(図2)。齲蝕や歯周病は予防可能な疾患である。

図2



<診療姿勢>

- 痛くない丁寧な治療で優しく応対することを心がける。
- ブラッシング指導を中心とした予防指導
- 全顎診査・治療や定期検診・指導管理などは積極的には行わない
- 疾患のみをターゲットに考えていた。

<診療姿勢>

- 健康を主眼に考え、健康であればそれを維持するために、病的な状態であればそれを健康な状態に回復させ、維持するために、個人個人のリスクも含めて全顎的な診査・診断のもとにプロセスの治療および歯周治療・修復補綴治療を行い、その後も定期的に口腔内の環境を維持管理するためのサポートを長期にわたって行っていくことを目標としている。

<初期齲蝕に対する処置>

- 切削しない方がよいとは思いつつ、「予防は困難，定期受診・定期観察は困難」を理由にシーラント処置・早期充填をすることが多かった。
- サホライド塗布をすることもあったが，定期的な観察は定着していなかった。

<初期齲蝕に対する処置>

- 個人のリスクを診断し，それぞれの予防プログラムを作製し，ホームケアとプロフェッショナルケアによるプロセス治療を行い，観察指導・定期的サポートを継続させる。
- たとえ齲窩が生じていたとしても，できる限りリスク診断・プロセス治療を切削治療の前に行うことを心がける。

学校歯科保健において**<歯科健診に関して>****・診査法・診断基準**

- 探針を用いて細かく精査，探針を挿入した際の抵抗感をもとにC₁～C₄までを明確に区別させることにこだわっていた。（病的な状態を判別するための基準）
- 着色など疑わしきものもカウントしていた。平成5年からCOを検診基準に取り入れたが探針を用いて精査していた。

<歯科健診に関して>**・診査法・診断基準**

- 探針は使用せず，十分な視診にて検査を行っている。
- 食渣やプラークの除去や裂溝の確認を行うとすればWHOプローブを使用。
- あくまでも学校における診査はスクリーニングとしてのスタンスで「疑わしきは齲蝕とせず」を徹底した。具体的にはエナメル質にとどまる齲蝕，あるいは不明であっても明らかに肉眼で象牙質まで達していることが確認できない齲蝕は健全歯と判定するようにした。
- 病的な判別より健康維持・健康管理を目的とした基準に変えた。

*平成5年秋の検診においてCOと判断したものが，カリオロジーを学び，齲蝕の捉え方が変わり，検診基準の見直しを行った後の平成6年春の検診時にどのように変化したか，表1に示す。

表1

学年 学級	CO	CO→ 健全歯	CO→CO 現状維持	CO→シー ラント処置	CO→ 充填処置	CO→ Cに進行
1の1						
1の2						
2の1	12		7	1	4	
2の2	8	2	5		1	
3の1	5		4	1		
3の2	15	4	7	3	1	
4の1	19	7	1	10	1	
4の2	20	9	6	3	1	1
5の1	23	7	10	5	1	
5の2	19	10	2		7	
6の1	17	9	1	2	4	1
6の2	20	9	7	2	2	
6の3	24	17	3		4	
合計	182	74 (41%)	53 (29%)	27 (15%)	26 (15%)	2

- 検診基準を変えるに当たって最初のうちは，着色しているところは軟化しているのではないか，象牙質深部に達しているものを見過ごしてしまわないかなどと迷いがなかったわけではないが，1年に2回検診にてチェックできるし，治療勧告書は極力出さずに，とりあえず観察することと保健指導を充実させることで再石灰化の機会を与えて見守るようにした。診療室においても前述したとおりに，切削願望を拭

い去り、適切にプロセスに介入し環境を改善しながら観察を繰り返すことで、初期齲蝕であればあるほど進行を停止させることができるという事を実感できるようになってきた。その臨床による裏付けを持つことによって余裕を持って齲蝕の判断ができるようになった。

DMFTの推移(図3)を見てみると前期と後期ではかなりの差が見られる。この変化の背景には私の診断基準が変わったことも影響しているが、それよりも、そもそもこの琢成小学校では健康な歯を守り育てるために定期的に歯科医院に通っている子どもたちが多く(図4)、本来、カリエスは少なかった。前期においては、このような地域の状況も把握せず、自らの力でDMFTを高くしていたのである。

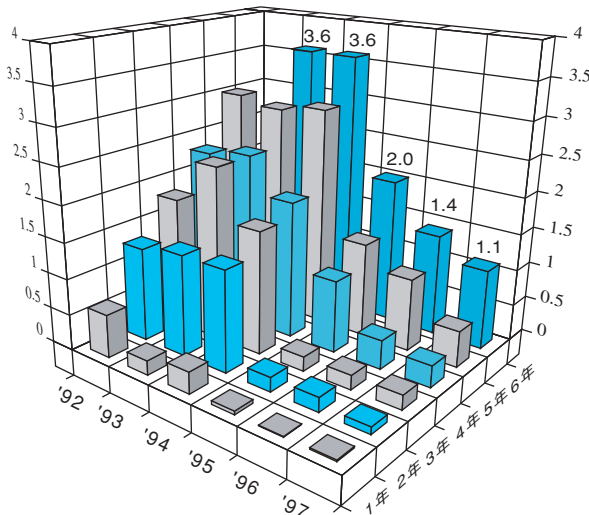


図3 DMFT指数

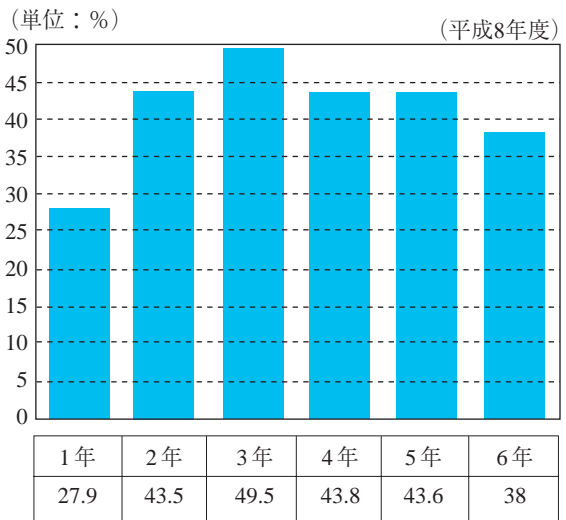


図4 定期的に歯科医院に通っている子どもの比率

<保健活動において>

- ・その目標は
 - 処置率の向上
 - ブラッシングの重要性を理解させる

<保健活動において>

- ・その目標は
 - 健康な歯を守り育てるために学校・家庭・歯科医院それぞれの役割を明確にして(表2)、学校においては教育を通じて、子どもたちに齲蝕や歯周病の成り立ちや予防法などの知識を与えるとともに、健康な歯の価値を教える。

表2 家庭の役割/学校の役割/歯科医師の役割

家庭	学校	歯科医師	
		学校歯科医として	ホームデンティストとして
規則正しい食生活	虫歯や歯周病の成り立ちについての教育	健康教育の情報提供	家族単位の健康管理
家族の健康管理	おやつなど、食生活に関する教育	健康教育の専門的助言	個人のリスク診断と予防管理
口腔清潔習慣	習慣形成の一助として昼食後のブラッシング	リスク児童・生徒のスクリーニング	定期的な観察と予防処置
ホームドクターを持ち定期検診を受ける			歯周病の早期発見と原因除去
フッ素物洗口など			必要な治療とメンテナンス

・保健指導

- ブラッシング指導
- おやつ(食生活)指導
- 父兄に対する啓蒙

(歯の役割, 大切さ, むし歯治療の実際, ブラッシングの重要性, 砂糖とむし歯の関係, 生活習慣との関わりなどについて話をしていたが, 理想論的・教科書的内容であったり, 自分の実際の臨床とはかけ離れた内容の話が多かった)

・保健指導

- 学校職員に対する健康教育
- 父兄に対する健康教育
(なぜ予防が必要か, また, これからの健康観について一緒に考えたり, 齲蝕や歯周病の成り立ちや具体的な予防法について最新の知識を情報提供する. その際には自分の臨床に即した内容であること, 実際に予防に取り組んでみての実感など, できること, できないこともふくめ正直に話をするように心がけた)
- 児童に対する健康教育
(現在では教職員が研修で得た知識を各学年に応じてかみ砕いて生徒に授業するようになってきた)
- 児童生徒自身による活動として
6年生の児童による低学年児童へのブラッシング指導
スタッフによる保健指導
(ブラッシング指導など)

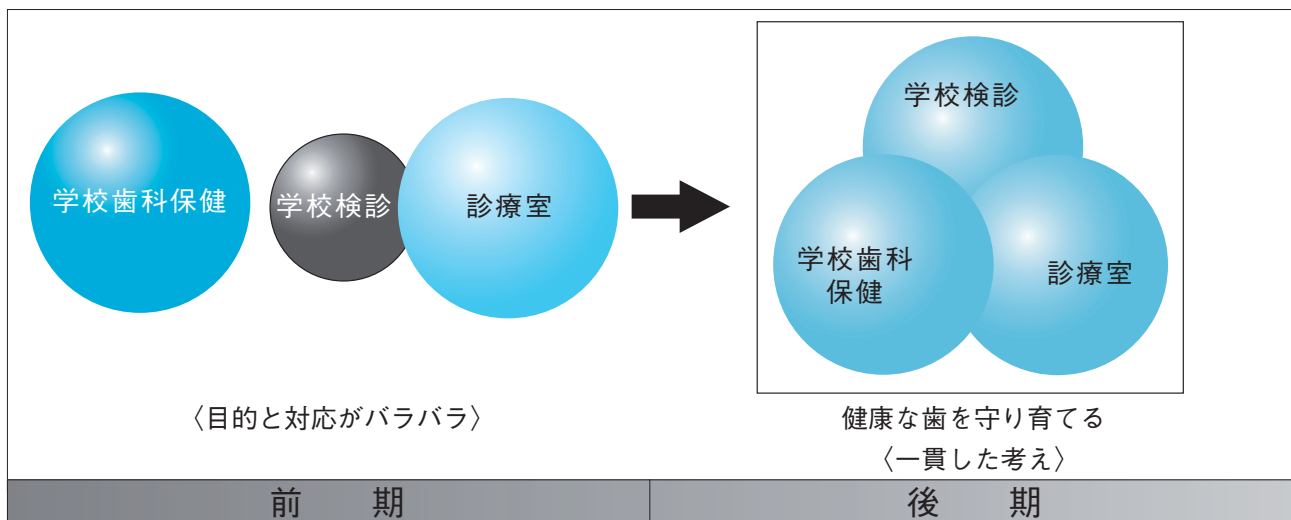


図5

今までの自分の学校歯科保健活動を振り返ってみると, 学校での保健活動は公衆衛生的な活動であり, 診療室における治療および予防活動とは別のものでとらえていた. つまり, 公衆衛生活動の場では建て前の活動(歯は削らない方がいい. 予防を徹底させる等々), 診療現場では本音の活動(定期的な関わりが困難であることを理由に削って治療. ブラッシングや砂糖制限を徹底させるのは困難. とりあえず治療優先, 経済事情のため...等々)という関係にあった. そしてその接点となる学校での検診の基準も日本学校歯科医会の基準通

り細かくできるだけ正確(?)に診査すべきだと探針を用いて, 触知感をもとに判定していた.

このように, この三つの柱となる活動の主旨に一貫性がなかったため理解や信頼も得られず, 成果も上がらなかった. 今の日本の現状—厚生省の8020運動での建前の予防運動と治療優先の保険制度・大学教育そして学会の基準などの関係と酷似しているようにも思える.

その後熊谷崇さんをはじめ多くの人たちとの出会いやカリオロジーに関する再教育を受ける機会に恵まれ, 新たに「健康な歯を守り育てる」

という目標のもとに、自分の診療も、学校での検診も含めた保健活動も見直し、現在に至っている(図5)。とくに診療室での「健康を守り育てる診療」を軸に考え、それを充実させ、臨床実績を蓄積することが、学校での検診をするうえでも、保健活動を行ううえでも重要になってくると思っている。そしてその一貫した考えのもとに、さらにその地域や学校の実状(校長・養教・教職員の意識、児童数、歯科医師会の状況、歯科医院の受け皿の問題、家庭環境、家族構成、住民の健康意識、住民の生活背景等々)をよく把握しながら、取り組んでいくことも重要である。

私たちは、つい歯科医療従事者サイドからのもの見方をしてしまいがちだが、様々な考えや価値観の人々を対象に行わなければならないため、決して押しつけ的や画一的に

ならないように注意が必要である。逆を言えば、学校は一般の人々の考えや価値観を知る格好の場であり、ある意味では私たちにとっての社会学習の場でもあると思っている。私自身そこから学ぶものが多かったように思われる。

「治療から予防へ」と唱われて久しくなるが、これからは、ますます高まってくる国民の健康に対するニーズに対して診療活動も保健活動も「健康を守り育て、健康観を高めていく」という同じ考えのもとに包括的な取り組みが望まれてくると思われる。そしてそのような取り組みが制度的にも保障され、国民からの信頼も得て、地域住民も安心してホームドクターにかかれる時代がくることを願って、診療室のレベルアップに日々精進しながら、また学校へ出かけていこうと思っている。