

vol.1 no.1

(年間6回刊行・通巻001号)



日本ヘルスケア歯科研究会

事務局 東京都台東区上野3-7-3

☎ 03-3836-2481

Fax. 03-3836-2482

編集代表 岡 賢二

制作 有限会社 秋 編集事務所

☎ 03-3269-8371

Fax. 03-3269-8372

研究会入会金 歯科医師 5,000円

その他 3,000円

研究会年会費 歯科医師 12,000円

その他 6,000円

郵便振替口座 00190-7-407895

口座名義 日本ヘルスケア歯科研究会

講演会・研修コースのご案内

① 設立記念講演会

日程：98年3月1日

会場：日本教育会館 一ツ橋ホール

▷詳細p.12

② ヘルスケア歯科基礎コース

酒田会場 第1回

日程：98年4月4(土), 5日(日)

会場：かんぼの郷 酒田

定員：30名(先着順)

参加資格：本会会員歯科衛生士, 会

員歯科医師および本会会員歯科医師

管理診療機関の勤務衛生士

▷詳細p.12

③ ヘルスケア歯科基礎コース

大阪会場 第1回

日程：98年4月11(土), 12日(日)

会場：千里ライフサイエンスセンター

定員：50名

参加資格：本会会員歯科衛生士, 会

員歯科医師および本会会員歯科医師

管理診療機関の勤務衛生士

▷詳細p.12

④ 本会東北支部 (IEフォーラム DEWA)

第1回スタッフミーティング

日程：98年6月26(金), 27日(土)

会場：酒田市総合文化センター

定員：400名

テーマ：齲蝕も歯周病も本来稀な疾患

参加単位：本会会員診療所単位

▷詳細p.12

閉塞状況に風穴を

設立準備委員代表

歯科医師(東京都新宿区) 柏田 聡明

欧米のヘルスケアの先進諸国においては、疾病によって破壊された口腔を人工的に修復することに重きをおいた歯科医療から、健康な歯列を守り育て、生涯にわたって国民の健康のパートナーとなるような歯科医療への転換が始まっていると聞きます。しかしながらわが国においては、歯科医療は依然として疾病への対応に追われているばかりか、精緻で審美的な修復・補綴をさわめることが理想であるかのように理解している人々が少なくありません。

厚生省と歯科医師会は8020という口腔保健の目標を掲げ、すでに9年間にわたってキャンペーンを展開してきました。しかしわが国の齲蝕と歯周病の罹患率は依然高く、8020にいたる具体的な道筋はみえてきません。このままでは、「人生の最期まで自分の歯で噛めるようにする」ということは、夢でしかないように思えてきます。今日では、疾病を未然に防ぎ、すでに発症した疾患に対しては原因除去療法を怠ることなく効果的に治療させ、また修復にあたっても生物学的な因子に配慮して再発を防止し、生涯にわたって健康な歯列を維持するための科学的知識と技術は、すでに一般の臨床家が利用できる段階にきています。しかしながらそれらは、必ずしも一般臨床家の手の届くところにはありません。また、現状を何とかして打破したいと考えている歯科医療関係者が少なくないにもかかわらず、疾病給付が中心の国の医療政策のもとでは、予防に対する取り組みは困難を極めざるをえません。

こうした状況に一石を投じるべく、早くから予防に取り組んでこられた熊谷崇先生を中心に、日本ヘルスケア歯科研究会が発足することになりました。私はかれこれ10年ほど前から、悪くなった歯の治療にあたって失われた組織や器官をたんに補うのではなく、予防的観点に立って長期的保存を目標とした治療を行わなくてはならないと考え、齲蝕治療にあたって細菌をターゲットにした“予防的修復治療”の確立に向けて研究と臨床を推し進めてきました。歯科医師としてたどってきた過程は熊谷先生とは大きく異なっていますが、修復を繰り返すばかりで根本的な原因除去療法とはほど遠い道を歩んでいる現在の歯科医療に大きな疑問を抱いてきた点では、熊谷先生と非常に近い位置にいると考えています。そのようなことから、「研究会をつくるので力を貸してほしい」という先生のお誘いに、設立の暁には若い先生にバトンタッチすることを前提に、非力ながら設立準備委員会代表として準備活動に参加させていただくことになりました。

予防に真剣に取り組んできた歯科医療関係者は決して少なくありません。しかしながら、それらの人々が結集する機会はあまりなかったように思います。また、予防活動を推し進めていくとすると、臨床家は大学の研究者と手を携えて研究を推進していく必要がありますが、従来はそのような場も保証されていませんでした。立場の違いや学問上の見解の違いを超えて、日本の歯科医療の方向性についてフランクにディスカッションすることが、いまほど必要とされている時期はないように思います。そのための場を提供することができるならば、この研究会の使命は半ば達成されたといつてよいのではないかと、私は考えています。

私たち歯科医療関係者を取り巻く状況は日増しに厳しくなっています。この会に結集された方々の活動は、必ずや今日の歯科界の閉塞的な状況に風穴を開け、わが国の歯科医療に明るい展望をもたらすに違いないと信じます。

多くの熱心な歯科医療関係者の参加を期待しています。



発会までの日々

歯科医師(山形県酒田市) 熊谷 崇

「日本ヘルスケア歯科研究会」がついに動き出しました。会員向けのニュースレターも第1回目の発行です。ようやく歩き始めた「日本ヘルスケア歯科研究会」ですが、この会がこうして歩き出すまでには様々な物語がありました。その物語を、まず初めに話してみたいと思います。

数年前の春、酒田に一人のお客様を外国から招待しました。スウェーデンのダグラス・ブラッター先生です。私はそれまで、カリオロジーの様々な文献などから得た知識を頼りに、自分なりの臨床を悪戦苦闘しながら実践していました。当時日本では私が教えを受けようとしても教えてくれる先生を捜すこともままならず、いわば自己流の解釈と実践での臨床だったので、自身の臨床を専門家であるブラッター先生に、一度実際にみていただきながら、足りない部分や新しい知識を教えてくださいました。

酒田にいらした先生に、自分の臨床における取り組みをプレゼンテーションし、診療室も見ていただきました。その時、細菌学者でもある先生が、「自分達の基礎的な研究が、これほど臨床に貢献していることに、いまさらながら驚いている」と感想を述べて下さいました。私にとってのカリオロジーは、幸いなことにこれまでの自分の臨床を理論面で支えてくれる役目を担ってくれたばかりでなく、臨床における診査診断の重要性と歯科医療の進むべき方向性を私に強く知らせてくれました。今振り返っても幸せなことだったのは、それまでの自分の臨床が目指していたことと、カリオロジーが示してくれた基本的な考え方に大きなずれを感じることがなかったことだったと感じています。

ブラッター先生とは、その後もことあるごとに様々な質問に答えていただくなど、頻りに交流する機会を持つことができました。、私たちが計画した「クリニカル カリオロジー」の出版にも共同執筆者として加わっていただきました。1995年の暮れ、リヒテンシュタインから1通の手紙が私のもとに届きました。差し出し先は、ブラッター先生が会長を務める「インターナショナルヘルスケアファンデーション」(I.H.C.F.)。手紙の内容は、私をI.H.C.F.のAFFILIATED MEMBERに推薦するというもので、メンバーになることを承諾するならば、来年6月にドイツで開催されるミーティングに招待したいというものでした。

私はメンバーになることを承諾し、次の年に南ドイツで行われたミーティングに参加しました。このとき、I.H.C.F.の主要メンバーであるヨーロッパ各国やアメリカの大学の教授たちが、I.H.C.F.の活動の基本についてディスカスするきわめて内輪の討議の場と、地元ドイツで一般歯科医向けに行われた、I.H.C.F.主催のカンファレンスの両方に出席することができました。この経験は私の心を強く動かしました。I.H.C.F.が目指している「健康を育て生涯維持することに寄

与する歯科医療」と言う共通のコンセプトを拠る所に、多くのドクターたちが国家体制、宗教、教育制度、経済基盤、人種などのそれぞれの国における様々な困難を乗り越えようと、それらに立ち向かっている姿に深く感銘したのです。

予防の先進国スウェーデンでも歯科医師の再教育が進んでいるものの、まだ修復処置を重視する歯科医がすべていなくなったわけではないとの話を聞き、決して理想通りになっていない現実もあることを知ることができました。また、地元ドイツでは歯科医療即ち修復処置とする考え方がまだかなり強く、大学の中でも予防的な研究に取り組んでいる研究者は肩身が狭いと、声を落として話す研究者の寂しげな様子も印象的でした。このようなことだけではなく、EU統合の問題やそれに先立つ東ヨーロッパの政治体制の崩壊は、私たちの想像以上に多くの国の経済や政治、そして人々の心に大きな不安の影を落としているように感じました。ドイツでは、東西ドイツが統合した喜びの反面、経済的に格差のある旧東ドイツを抱え込んだことで、医療や福祉にさまざまなしわ寄せがきているという意見もありました。外国人労働者の問題や難民問題も大きいものがあります。歯科衛生士制度が確立している国も、世界的に見るとごく少数派です。

日本の歯科医療は何もかもが問題だと思いこんでいたのですが、いろいろな国の現状を聞くうちに、日本の歯科医療はそれほど捨てたものでもないような気がしてきました。もちろん問題はたくさんあります。しかし、多民族国家ではなく経済力もあり、国民の経済格差も少ない上に難民問題もなく、国民の知識水準も高い日本は、ひょっとしてきっかけさえあれば大きく変わることができる力を持っているのではないかと考えるようになりました。教育さえしっかりしたら、優秀な歯科衛生士が育つ土壌も既につくられています。これを機会に、I.H.C.F.で知り合った多くのドクター達のように、自分達も何らかの行動を起こし、困難に立ち向かいながらも健康を育て維持するための医療を日本に広めたいと考えるようになったのです。

私はこうした思いを機会あるごとに話していましたが、次第にこうした考え方に賛同して下さる人も増えてきました。また、個人の対応では限度のある問題も多く、団体組織としての発言の場があった方が、対外的には多くを受け入れてもらえやすい状況もあるように感じていました。そのような考えを具体化するために、1997年の春には、それまでの活動の背景もそれぞれ異なるメンバーで「日本ヘルスケア歯科研究会」の設立準備委員会が発足し、発会に向けての具体的な準備も進められるようになりました。

準備委員会においては、「日本ヘルスケア歯科研究会」をこれまでのどんな学会や研究会とも異なった組織、つまり、会員がそれぞれの立場で研究してきたことを一方的に発表する場だけとしてあるのではなく、同じ目的を持って情報を相互に公開し、互いに研鑽しながら日本の臨床歯科の土台となる人材を育てあげることが可能となるような組織づくりを目指しました。また、予防的な歯科医療を臨床に定着させるためには、さまざまの科学的な裏付けをきちんと提示すること

はもちろん、臨床に適切に導入できるような医療システムの提案や、歯科材料や器具の効果や使い易さの比較、使いこなすための簡便なマニュアルの制作なども会の活動として盛り込んで行くつもりです。

しっかり教育を受けた会員のネットワークが広がれば、日本の歯科医療を大きくかえることができるかもしれません。国民の口腔の健康はこうした活動の中で育てられていくように思います。そういう意味では、この会のこれからの舵取りや運営には、有能な若い人に多く加わってもらいたいと思っています。若い人たちによるリーダーシップが発揮できる会でなくては、こうした新しい試みを育てて行くことはできないと思うからです。

準備委員会のメンバーの一人としては、ここまでこぎ着けたことに感慨深いものを感じています。特に、これまで、予防を中心とした歯科医療を、地域社会の中で実践することを活動目的にし、地味ながらも着々とした成果を上げてきた「フォーラム DEWA」のメンバーの全面的な支援は心強い限りでした。また、準備の段階からフォーラム吹田のメンバーはじめ、全国で私たちの活動を支援してくださる多くの先生方や歯科衛生士のみなさんの協力も大きなものでした。そのなかからは、この会の活動を裏方として支える評議員を多くの方にお引き受けいただきました。企業の法人参加も20社ほどいただいています。つい最近、ブラッター先生やワシントン大学のロイ・ペイジ先生に本会の科学アドバイザーをお引き受けいただくことも正式に決まりました。それらの多く

の人たちに感謝しながら、この会を少しずつでも大きくしていきたいと思っています。会員になったみなさんも、ただ聞くだけではなく、実際に意見を言っていただくなど、この活動に積極的に参加していただきたいと思います。そして、自分のまわりのドクターや歯科衛生士にも参加を呼びかけて下さい。そうした行動がこの会をよりよい会に育て、結果的に日本の歯科医療をかえることにつながる一番の近道だと信じています。



IHCFとは

IHCF (International Health Care Foundation) は、国際的に著名な20人余りの Scientific Board からなる組織で、科学的な裏付けのある口腔ヘルスケアを国際的に普及させるための専門家教育活動、マスコミを通じた啓蒙、予防歯科関連商品の評価、予防歯科のマネージメントや保険などの検討をしています。Prof. D. Bratthall が Executive Board の代表者で、Prof. S. Ciancio, Dr. U. Schlagenhauf, Prof. E. Newbrun, Prof. R. Elderton, Dr. H. Sandberg の6人がリーダーとなって欧州全域および米国で国境を越えた活動をしています。この会は非営利的な組織で、その趣旨に賛同する Colgate, Ivoclar-Vivadent, Kaltenbach, SmithKline Beecham, Unilever, W.L. Gore などの企業が、その活動を経済的に支援しています。

IHCF のホームページアドレス <http://www.ihcf.org/>

今回は会員登録時のアンケート用紙から抜粋させていただきました。勝手ながら仮名とさせていただきます。

国民の大半が現行の歯科医療に疑いながらも信仰を強くしている原因が保険制度ならびに歯科医自身にもあるのではないかと危惧しています。早く、治療行為は最悪の手段であることの周知徹底を行わなければならないと思っています。

(東京, A 歯科医師)

北海道のように保険診療がほとんどの地域では、経営上の犠牲を払わねばならない点が辛いですが、長期的にはそれでもやらねばならないと考えています。

(北海道, B 歯科医師)

補綴の繰り返しで医院が成り立っていることに疑問を感じ始めました。医療=サイエンス+アートという考え方を通したいのですが、はたして歯科医療では？ また、健康を守り育てながら、自分はどのような立場で行けばいいのかわかりません。新しい歯科医療の原点として本会をバックアップしたいと思います。

(青森, C 歯科医師)

歯科衛生士に対してやりがいのある職場にすることができない。自分の実力不足が一番だが、予防を全面に出した診療に持っていけない。厳しく予防についての基礎的な研鑽を強要するとやめてしまうのではないかと思い、なかなか思い切ったスタッフ教育ができない。

(神奈川, D 歯科医師)

矯正専門医として、カリエス処置や Perio に関することはすべて一般開業医に依頼させていただいていますが、極初期のカリエス処置などについても質の低い治療が行われていることが多く、患者教育もなされておられません。少なくとも自分の診療所の患者には、最新の知識を持って接することができるようにと考えております。

(兵庫, E 歯科医師)

現在私の診療所のある地域では3歳児の齲蝕一人当たりの本数が8.0本というカリエスパンデミーの状態にあり、なかなか好転していきません。その背景には深刻な経済状況や過疎の問題が山積しており、毎日気持ちを新たに立ち向かっていますが、限界を感じているところです。

(秋田, F 歯科医師)



クリニカル ペリオドントロジー は、いま

歯科医師(大阪府吹田市): 岡 賢二

1

はじめに 齶蝕学と歯周病学の進歩と臨床

齶蝕も歯周病も細菌によって生じる感染症である。この細菌学的な事実が、一般歯科臨床には長らくほとんど有効に生かされてこなかった。それは、細菌学的な問題やそれ以外の因子を臨床現場で評価する手段を持たなかったからであり、また齶蝕や歯周病の病因論がよく理解されていなかったからである。日本では1991年に導入されたサリバテストによって齶蝕を取りまく要因のいくつかをチェアサイドで検査できるようになった。つまり *mutans streptococci* の数、*lactobacilli* の数、カンジダ菌の数、唾液緩衝能、唾液量などを調べることで、個人の口腔内の平均的な齶蝕リスクを客観的に知ることができるようになった。このことには大きく2つの意味があったと考えている。一つは、サリバテストにより個々の患者の齶蝕に対する罹病性が大きく異なることが臨床現場でよくわかるようになり、歯科医療従事者が齶蝕治療や予防を行うときに下す臨床判断に多大な影響を与えたこと。もう一つは、サリバテストを介して、カリオロジーの研究と臨床がより密接につながるようになったことである。後者はともすれば忘れられがちなことであるが、サリバテストを行うことによりはじめてカリオロジーの研究が臨床現場に実感を持って受け入れられるようになってきたのである^{1, 2}。

ひるがえって歯周治療はどうであろうか。歯周病の病因論の進歩も目覚ましいものがある。GTRやインプラントのように研究が臨床に反映されている部分もある。しかし齶蝕におけるサリバテストのように、歯周病の病因にかかわる重要な部分を診査するための簡便なチェアサイド検査が現時点では不十分なため、歯周病学の進歩の多くは依然として研究室に残ったままであり、臨床現場には必ずしも反映されていない。

GTRを除けば、中程度から重度に進行した歯周炎に対する治療は、多少のオプションの追加はあるにしても、外科処置、非外科処置にかかわらず、新しいものはこの40年間導入されていないという意見がある³。そして外科処置、非外科処置は適切に行われれば、いずれも同じ様な結果が得られることが示されている。これらの歯周治療の要点は、歯根面を完全にデブライドメント(debridement)することである¹¹。そしてすでに1960年代に指摘されていたように、外科的処置の唯一の目的は(いくつ

かの例外はあるにせよ本質的には)歯根面のデブライドメントを容易にするためのアクセスを得ることである³。

私たちは、一般的に見て20～40年前と変わらず、プロービングをし、X線写真を取り、スケーリング、ルートプレーニング、歯周外科を行っている。この連載では日本のGPとして、歯周病の病因論の進歩と歯周病を取りまく様々な要因を考えながら、日々行っている歯周治療の意味や意義を整理することを試みたいと思う。

このとき日本ヘルスケア歯科研究会の理念に基づいて「健康を守り育てる歯科医療」という視点から歯周治療を考察してみたいと思う。そうすれば、歯周病が発症し進行してしまった「結果に対する治療」ばかりに目を奪われていた時とはまた違った見方ができるのではないかと考えている。

歯周病の病因論の歴史

齶蝕は歴史的に見れば文明化ともに現れ、工業化された近代社会になって大きな猛威を振るってきた。それに対して歯周病は古代病理学によればさらに古くさかのぼることができる。人のみならず家畜や野生動物にも発症する^{3, 4}。歯周病の病因論の解釈の流れは、おおざっぱではあるが以下のように示すことができる^{5, 6, 7}。

▶1950年代まで:(歯石の時代)

歯石が歯周病の原因と考えられた時代

▶1960年代:(非特異的プラークの時代)

プラークが歯肉炎を起し、ゆっくりと歯周炎に移行する考えられた。プラークの量が重要と考えられ、現在私たちが行っている多くの術式が存在していた。いわゆるプラークに的を絞った治療が行われた。

▶1970年代:(特異細菌の時代)

歯肉縁下のプラークが歯肉縁上のプラークとは異なることがわかり、主として特定のグラム陰性嫌気性細菌が歯周炎に関係していることがわかった。

▶1980年代:(宿主と細菌の関係の時代)

個々の細菌が非常に重要だが、宿主と細菌の相関関係がより重要と認識されるようになった。また歯周炎の部位特異性が明らかにされ、重度歯周炎の有病率が以前考えられていたよりも非常に低く(約15%)、特定部位における組織破壊の進行もエピソードで比較的稀であることがわかった。

▶1990年代:(宿主と疾患修飾因子の時代)

細菌の攻撃についてさらに明らかになってきた。細菌は必須のものであるが、それだけでは疾患を起こすには十分ではない。歯肉縁下プラークは一つのバイオフィルム(生物膜)のように作用する。そして遺伝因子や喫煙や糖尿病のような環境的後天的因子が、歯周炎の発症や重篤度を決定するのに同じように重要なのである。

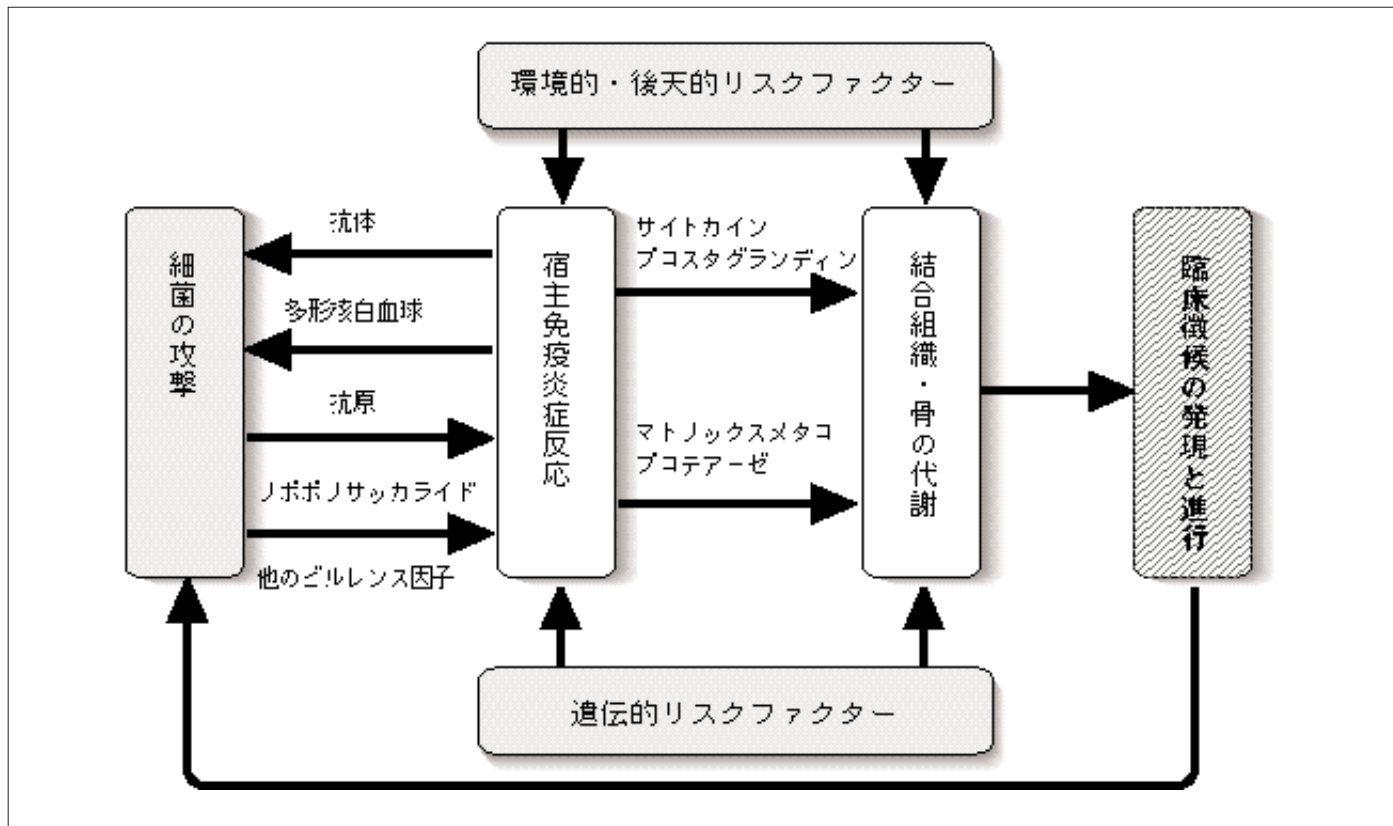


図1 歯周炎の病因論(1997年 Page et al.⁸より)

現在の歯周病の病因論と疫学調査：

現在、歯周病の病因論は図1のように考えられている⁸。

さて多くの疫学的研究によれば、おそらく人口の大半(成人の約80%)はプラークの蓄積(細菌の攻撃)によって慢性の歯周炎の徴候を示し、これらの人はプラークに的を絞った治療にうまく応答するであろう。5~10%の人は非常に攻撃的な歯周炎に罹患しやすく、これらの人においてはプラークに的を絞った治療に応答しにくい可能性がある。そして約10%の人はプラークの蓄積にもかかわらず歯周炎の徴候を示さない可能性がある⁹。

疫学的研究から得られた印象は、私たちの臨床現場でも実感するところである。このように、私たちの対象とする歯周炎は、臨床所見や治療に対する応答も非常に多様性に富んだものである¹⁰。このことは歯周炎の病因論が図1のように現在考えられていることを見ればさらに理解しやすい。

ともかく私たちは、現在得られる診査手段でこれらのある程度予測し、治療やメンテナンスの計画を立てねばならない。そのためには熊谷が考案した齶蝕のレーダーチャートや齶蝕と歯周病のレーダーチャートのように、術者や患者がよりよくわかるような媒体の作製や改良が望まれるところである。

そこでこの連載では図1を参考にしながら、歯周炎を主として、病原細菌、宿主(の罹病性)、それらを修飾するリスクファクターの三つの角度から見るように心掛け、「健康を守り育てる」「歯周病を発症させない」というスタンスで私たちが行う歯周治療や予防を考えてみたいと思う。

参考文献

- 1) 熊谷崇, D. Bratthall 他:「クリニカルカリオロジー」, 医歯薬出版, 1996年
- 2) D. Bratthall: A Streptococcus mutans Safari!, J. Dent. Res. 76 (7),1997
- 3) Harald Løe: Periodontal diseases: a brief historical perspective, Periodontology 2000 vol.2, 1993
- 4) R. Page, H. Schroeder: Periodontitis in Man and Other Animals, KARGER, 1982
- 5) J.G.Maynard: ERAS IN PERIODONTICS, Periodontal Disease Management, AAP, 1994
- 6) Irwin D. Mandel:「要約と将来への展望」, 歯周病の科学, 医歯薬出版, 1982年
- 7) R.Page et al.: Advances in the pathogenesis of periodontics; summary of developments, clinical implications and future directions, Periodontology 2000 vol.14, 1997
- 8) R.Page & K.Kornman: The pathogenesis of human periodontitis; an introduction, Periodontology 2000 vol.14, 1997
- 9) K.Kornman: The Pathogenesis of Periodontal Diseases; An Overview, Fundamentals of Periodontic, Quintessence, 1996
- 10) N.W.Johnson & M.A.Curtis: Preventive Therapy for Periodontal Diseases Adv Dent Res 8 (2): 337-348, 1994
- 11) C.H.Drisko & L.H.Lewis: Ultrasonic instruments and antimicrobial agents in supportive periodontal treatment and retreatment of recurrent or refractory periodontitis, Periodontology 2000 vol.12, 1996

予防的修復治療 その1

予防的観点からの 修復治療とは

歯科医師(東京都新宿区) 柏田聡明/加藤正治

はじめに：これまでの修復治療の現状

ヘルスケア歯科では、歯科疾患を未然に予防し、すでに発症した疾患については、科学的な診断に基づき効果的に治療させ、また修復においても生物学的な因子に配慮して再発を防止し、生涯にわたって健康な歯列を維持することを理念としています。ところがこれまで日本の歯科治療とくに修復治療においては、早期発見早期治療を推進し、十分な診断とそれに基づく口腔内環境の改善がなされないまま、「つめる、かぶせる」ことに終始してきたといえるのではないのでしょうか。その結果、充填から始まり、インレー、クラウン、ブリッジ、デンチャーとおさまりのコースを歩む症例が非常に多いことは誰もが感じていることであります。従来の歯冠修復においては、少しでも歯牙を長期に保存し、機能させるには、適合精度を上げ、嵌合力を向上させることだと考えられてきました。しかし、そのような補綴治療の原則に忠実に従って治療を行った症例が、10年もたないうちに二次齲蝕や脱落のトラブルに見舞われるという苦い経験を、臨床家はしばしばしてきたのも事実です。

十数年前に臨床に導入された歯科用接着材は、その問題点を克服する救世主として大きく期待されました。初期には脱落をはじめとするトラブルが頻発したものの、その後数多くの研究と臨床の成果が積み重ねられて、現在では接着を用いない修復治療は考えられないとまで言われるようになっていきます。接着は確かに一定の成果を収め、修復治療の概念を一変したと言えるでしょう。しかしここに来て、接着だけでは歯冠修復を行った歯牙の長期保存には限界があることがわかってきました。なぜなら、従来の科学的な診断を欠いた治療の結果、齲蝕や歯周病で新たな修復、補綴処置が必要となる症例が後を絶たないからです。では、今どのような修復治療が求められているのでしょうか。ここではこれからの修復治療の進むべき方向性について考えてみたいと思います。

どのような修復治療への転換が求められているか

齲蝕にしても歯周病にしても、その原因は口腔内細菌にあります。修復治療においても、その予後は細菌のコントロールにかかっているといても過言ではないでしょう。ターゲットは細菌であるにもかかわらず、その細菌への対応を第一義と考えてこなかったことに、これまでの修復治療に限界があったと考えざるをえません。

現在、私たちは、この点をふまえて、次のような考えのもとに日々の診療に臨んでいます。

齲蝕への対応に限っていうならば、まず齲蝕の原因となる細菌を極力減らすように努め、そのうえで、宿主側のリスク低減をはかります。それにより、脱灰を抑え、再石灰化を促すように口腔管理をすることがカリオロジーに基づいたこれからの齲蝕予防であると考えています。また、齲蝕に罹患してしまった歯牙については、基礎的な実験を行い、その結果をもとに臨床的な検討を重ねてきました。特に、以下に述べる点については、多角的に追究を行ってきました。

1. 歯質の無菌化、歯髄の保存

まず第1に努めるべきことは、感染歯質の無菌化と歯髄の保存であると考えています。感染に対する防御機構を失った無髄歯が有髄歯に比べて脆弱であることは、多くの臨床家の実感であり、失活歯の様々なトラブルを考えると、有髄の臨床的意義は大きく、歯牙を長期間保存し機能させるには、抜髄は極力避けるべきであることに異論はないでしょう。ところが臨床では、意外に多くの歯牙が安易に、また歯科医の都合で抜髄されているのが現実です。

最近では、従来は抜髄になったような、齲蝕除去後の露髄歯や自発痛のある歯牙でも、象牙質と歯髄腔内の無菌化、および接着による封鎖によって、健康な歯髄に回復させて修復を行うことが可能になってきました。その封鎖に用いる接着性レジンには従来歯髄刺激性があるとされてきましたが、Brännströmらは接着性レジンの歯髄刺激性を否定しており、また私たちも実験と臨床試験により、接着性レジンの歯髄刺激の主な原因は細菌であり、モノマーには刺激性はないか、あってもごくわずかであることを明らかにしてきました。

2. 接着による確実な封鎖

修復治療後の二次感染を防止するためには、象牙質表面を完全に封鎖することが不可欠であり、確実な封鎖は接着材によって達成されると考えられています。接着による封鎖には樹脂含浸層の形成が大きく貢献していることを、中林先生が報告して以来、様々な手法が考案され、紹介されてきました。現在では、多くの臨床家が接着技法を診療に取り入れ、接着は修復治療に欠くべからざるものと考えられるようになりました。

しかし、実際の臨床では象牙質は汚染されていたり変質していたりする場合が多いのが現実です。そのような面にまで果たして強固な樹脂含浸層が形成されるのでしょうか。疑問を抱かざるをえません。私たちは、このような症例に対するひとつの対処法として、象牙質被着面を清掃・殺菌し、象牙細管内の有機質を溶解してレジンタグを打込む方法(ADゲル法)を独自に開発し、より確実な接着にここがけてきました。

3. 材料の選択に関する配慮

修復治療において、新素材が開発され材料面でも多様化してきた現在、良好な予後を得るために、材料の選択は大きなウエイトを占めています。つまり、歯質の無菌化、封鎖を達成し、それを長期にわたって維持するためには、歯冠修復材料、支台築造材料さらに合着材の特性を十分に理解し、症例に応じた適切な材料を選択することが要求される時代になったといえるでしょう。

口腔内は修復物にとって非常に過酷な環境で、常に唾液にさらされ、食物摂取により繰り返し加わる咬合圧や温度変化に耐えなければなりません。歯質と比較して修復材料の理工学的性質が大きく異なると、それらをつなぎ合わせている接着界面にとってストレスとなることは従来から報告されており、このことが接着の破壊、修復物の破損、脱離、細菌の侵入を招来すると考えられています。したがって、健康な歯列を維持するには、天然歯に近い物性を有し、さらに対合歯や歯周組織にとっても優しい、口腔内で調和する材料が望ましいと考えています。

4. 予防的観点からの歯質の改質

これまで、歯冠補綴を行った歯牙を長期に保存し機能させるには、歯髄を保存し、無菌化した歯牙の表面を接着により確実に封鎖し、適切な材料で修復することが不可欠であると述べてきました。しかし、臨床とは常に不確実な要素が存在するもので、接着においても必ずしもパーフェクトにできるとは限りません。そこで細菌に対して二重、三重の防御機構を構築しておく必要があります。私たちは、さらなる防御機構としてフッ素の効果に注目し、耐酸性を有する歯質に積極的に改質できないかと考えました。近年、接着材の研究、開発が進み、フッ素徐放性を有する接着材が登場してきました。現在、このフッ素徐放性接着材と先に述べたADゲル法を用いると、象牙質内にフッ素が取り込まれることが確認されており、効果的に歯質を改質できるのではないかと期待しています。

また、この歯質改質という概念は、修復物の接着ばかりでなく、カリエスリスクが高い患者に対する積極的な予防処置、すなわちフィッシャーシーラントや根面カリエス予防にも導入していきたいと考えています。

おわりに

今日の日本の歯科医療の現実を見るとき、齲蝕予防を押し進めるうえで、従来の悪くなら削ってやり直す治療の繰り返しから、二次齲蝕や新たな齲蝕を発症させない予防中心の治療形態にシフトしていかなければなりません。

私たちは、これまでの接着に関する研究とそれに基づく臨床経過を通して、また、歯科医療全般にわたる幅広い情報をもとに、将来多くの患者層をメンテナンス管理に移行できるような患者中心の予防的修復治療を提案していきたいと考えています。

入会・登録状況（'98年1月8日受付現在）

入会申込者

総数	709名
正会員	
歯科医師	598名
その他	89名
法人会員	22社

講演会参加申込者

合計	524名
歯科医師	414名
その他	88名
法人会員	22名

*定員（880名）になり次第受付を終了します。

会員登録カード受理数

歯科医師	213名
歯科技工士	0名
歯科衛生士	18名
法人	6名
その他	6名
合計	243名

勤務歯科衛生士の準会員化について

上記の入会申込者の内訳に示しますように、本会の入会申込者数は年初の段階ですでに700名を超えています。この会にとって非常に重要な役割を果たすべき歯科衛生士の申込みは振いません。これは、歯科衛生士が置かれている社会的・経済的立場や会員に申し込まれた歯科医師との雇用関係から考えれば、むしろ当然予想された数字かもしれません。

そこで、将来の歯科衛生士の社会的立場の向上や本会における教育研修活動などを考慮し、歯科衛生士の準会員制度を設けます。これは会員歯科医師が経営または勤務する診療機関の歯科衛生士について、希望者を準会員として登録するもので、現段階では登録無料、会費無料とします。準会員に直接Newsletterを送付することは、経費の関係上できませんが、研修会への参加の優遇、歯科衛生士部会の設立など研究活動を通じて、職業人としての意識の向上を支援したいと思います。

準会員登録ご希望者は、同封の準会員登録申込書に、各々本人に記入していただき、事務局あてFAXまたは郵送にてお送り下さい。

なお、歯科衛生士の正会員は、この準会員制度とは無関係に存続します。すでに正会員としてお申込みの勤務歯科衛生士で、準会員に変更することをご希望の場合は、3月1日までにその旨事務局宛にご連絡下さい。入会金および年会費をご返金いたします。

ここでは会員の皆様から頂いたさまざまな疑問に対してお答えします。今回は講演会などでよく出る質問から拾ってみました。



「う蝕の病因論からみてブラッシングは毎食後すべきでしょうか。あるいは一日一回時間をかければよいでしょうか？患者さんからの質問にどう答えるのが科学的に正しいのでしょうか？」

この問題を

- 1) プラークの成熟と酸産生の問題
 - 2) 社会生活の問題
 - 3) 磨きすぎの問題
- に分けて考えてみましょう。

プラークの発育を考えてみましょう。歯面清掃後2時間以内にペリクルでおおわれた歯面に球菌が吸着し、成長していきませんが、Dr. Per Axelssonが再形成されたプラークの経過時間と酸の産生の関係調べる研究を行っています^{*1}。

「新しいプラークと古いプラークのどちらがう蝕の危険性が高いかを知ることができるわけですね。」

そうです。その研究によると、10%スクロース液での洗口によるプラークでのpHの変化を測定したところ、12時間後のプラークでは約pH5.5まで、3日後のプラークではpH4以下まで下がりました^{*2}。このことから考えると、いい加減な歯磨きを毎食後おこなってプラークが残ってしまうよりは、一日最低一回は隣接面のデンタルフロスを含めてできるだけ丁寧にプラークを除去することがう蝕予防に有効なことがわかります。



「それでは一日一回だけ磨くことでよいと答えるのですか？」

いいえ、そうではありません。先程のは、一日最低一回は隣接面も含めてプラークを除去する必要があることの説明です。私たちが歯磨きをする目的は「歯垢を除去してう蝕と歯周病を予防する」だけでなく「毎日フッ化物を歯につけ、歯の強化をはかる」ことも重要です^{*3}。フッ化物は再石灰化を促進させるので、低



今月の回答者 藤木 省三

濃度のもの(歯磨剤など)を頻回に使用することが重要なのです。また、ごはん粒を歯にくっつけて学校や仕事に行くのもみっともないですよね。



「私は口臭を防ぐためにも、食後に歯磨きをした方がよいと思います。でも、毎食

後あまり一所懸命磨いていると磨きすぎになりませんか。」

例えば歯周病で歯根の露出がありとても磨きにくい場合などは少し時間がかかるかもしれませんが、でも、それ以外の場合に一回に10分も15分もかけて磨く必要はありません。少し話がそれるのですが、歯周炎の場合でも、歯肉縁下の感染のコントロールがプロフェッショナルケアによって適切にされていれば、長時間歯磨きをする必要はありません。

参考文献

- *1 Per Axelsson「予防歯科セミナー東京講演会」抄録 1988年
- *2 P.Marsh,M.Martin:ORAL MICRO-BIOLOGY Third edition.CHAPMAN & HALL,London,1992.
- *3 J.グリフィス, S.ボイル:口腔ケアガイド。(株)エイコー,東京,1997.

健康を守り育てる歯科医療を実践するにはどうしたらいいか？はつきり言って分からないことだらけです。ここに述べたことは、答えというよりも一つの考え方です。ただし一定の根拠があります。この欄では、さまざまな専門家や文献の助けを借りて、科学的な知見を臨床に役立つものに、臨床の知恵をだれにでも応用可能な評価に耐えるものにするディスカッションをやっていきたいと考えています。ご意見を事務局までお寄せ下さい。

(歯科医師 兵庫県神戸市 藤木 省三)

実践フォーラム

実践フォーラム

こんな禁煙指導で成功しています

丸々丸子(歯科衛生士・青森県三沢市丸々歯科診療所勤務)

短報

このフォーラムの趣旨

問題を解決するためのアイデアや工夫を自己評価した上で投稿してください。どんな些細な工夫でも結構ですが数例の成績を明記してください。この欄を読んで自分でも試みた方は、2~3例でも構いませんので、追試したその成績を報告してアイデア提供者に報いて下さい。

投稿をお待ちしています

書 評

『唾液：歯と口腔の健康』

W.M.Edgar & D.M.O'Mullane 編
河野正司 監訳
医歯薬出版 1997年

カリオロジーやペリオドントロジーに関する知識が増えてくると、齲蝕も歯周病も、その発症には、細菌の存在のみでは不十分で、宿主の要因が大きく影響していることが理解できるようになる。

特に唾液には、様々な抗菌成分や無機イオンなどが含有されており、口腔の健康に大きく寄与している。カリオロジーにおいては、その緩衝作用によって歯質の再石灰化に貢献することは周知の事実であるし、歯肉縁上プラークの細菌叢の組成にも影響し齲蝕原性の決定要因の一つとなっている。臨床現場においては、口腔乾燥症を有する患者の齲蝕のコントロールに頭を悩ま

せることもたびたびである。また、ペリオドントロジーについては、唾液中のカルシウムイオン濃度と縁上歯石の関連性についても報告されている。

本書には、基本的事項から、上述のような臨床的意義にわたるまで、私たちが唾液について知っておくべき事項が、あますところなく解説されている。疾患のプロセスに対する治療や、健康を志向する歯科医療というものが、口腔内の環境の改善であるという見地からすれば、是非とも一読しておきたい一冊である。

(歯科医師 大阪府茨木市 伊藤 中)

関係論文 関係記事

●全国地方紙・ブロック紙44紙 共同通信配信 熊谷崇によるコラム

全国の地方紙・ブロック紙44紙の家庭欄に平成9年末から10年3月頃まで

20回連載で、熊谷崇による以下のタイトルのコラムが掲載されます。掲載時期は、掲載紙によって異なります。企画テーマ：歯科医療の考え方が変わってきました。

歯を守る—治療から予防へ

1. 歯科先進国の取り組みと日本の現状
2. むし歯や歯周病についての考え方が変わってきています
3. むし歯はなぜできるのでしょうか
4. 間違っていたむし歯予防
5. むし歯は感染症
6. 唾液の働き
7. フッ素がつくる丈夫な歯
8. むし歯予防と生活習慣
9. 治療して歯がよくなるのか
10. 歯周病の治療と予防
11. 歯周病はなぜ起こるのでしょうか
12. 喫煙と歯周病
13. 女性と歯周病
14. 全身疾患と歯周病
15. 思春期の歯周炎は要注意
16. 感染性全身疾患と歯科疾患
17. 老化と疾患
18. 歯科検診を考える
19. 歯医者さんとの賢いつきあい方
20. 日吉歯科診療所の取り組み

●次号に1990～1998年の熊谷崇の文献一覧を掲載します。

今回は会員登録時のアンケート用紙から抜粋させていただきました。勝手ながら仮名とさせていただきます。

私は歯科衛生士としての立場から歯科医師の方針に従わざるを得ない日々の臨床に強い不満を持っています。健康を守り育てる歯科医療の本質を理解し、実行しようとする歯科医師の方々と出会い、共に充実した仕事を成し遂げられる日が来ることを祈るばかりです。(G 歯科衛生士)

「健康志向の診療所作り」を拝見したのをきっかけに、1997年3月、京都にて熊谷先生の講演に出席させていただき、目から鱗の思いでした。それから現在までの1年6カ月の間に、健保の理事に「カリオロジー」について解説をし、理解を求め、他の診療所で働く歯科衛生士の仲間にもカリオロジー関係の研修会出席をすすめたり、システムを導入されている医院の見学など勉強させていただきました。

今、健保組合は、過渡期を迎えています。歯科については方向性も見出せない状態です。健保組合員の方々に予防治療の存在を知らせることが、今の私にできることだと思っています。まず知識から、知ること、知らせることで、一人でも

予防の大切さが伝わればと願っています。

(企業勤務, H 歯科衛生士)

障害を持っておられる方と健常者との差別化が非常に大きなDr.が大変多いと思います。障害の程度によっては通常と同じ治療を受けることも可能だと思いますので、もう少し寛大に受け入れていただきたいと思います。

(I 歯科衛生士)



〇〇校の児童の歯科検診結果では、平成〇年度の統計によると齲蝕も歯肉炎も市の基準よりも多かったにもかかわらず、歯科校医さんも変わらず、個々の児童に応じた特別の取り組みもありませんでしたが、その学校が県下でもっとも歯の良い学校として表彰を受けたことをとても不思議に感じました。歯科校医、学校、家庭の三者が予防に取り組み、カリエスフリーの児童が増加して表彰を受けたのであれば理解はできますが、特別な予防処置もなしに、勧告を受けた歯がすべて充填されたことで、表彰を受けたということはとても不可解に感じました。このような体験、経験により歯にとっても興味を持つようになりました。(J 養護教諭)

会務報告・会務案内

●設立評議員会の開催

日本ヘルスケア歯科研究会設立準備委員会は、当面本会の運営をになっただけの方々に呼びかけ、2月28日午後4時から千代田区神田美土代町の東京YMCAホテルで設立評議員会を開催します。この会では翌日の総会で決定する、会則案に関する件、会長候補者に関する件、会の運営委員に関する件初年度事業計画および初年度予算案に関する件を協議いたします。

本会のような組織の設立時の運営においては、入会を申し込まれた方々の意思を十分に反映するための手続きを経て執行委員を選出し会務を協議することには手続き上の限界があります。このため設立趣旨に基づく十分な議論をもって会員の付託に応えたいと思います。

●ホームページ開設(テスト版)

本会では、会員相互の情報交流ばかりでなく、広く不特定多数の市民あるいは海外に情報を発信することを予定しております。そこで、インターネット上のホームページの開設が急がれます。ホームページは、その見かけよりも、アクセスするに足る情

報があるか、常時十分に情報がメンテナンスされているか、ということが重要です。そこで仮のウェブサイトを立ち上げ、さまざまなトライアルをし、ご意見をうかがいながらホームページをつくり上げることにいたします。テスト版は、当面、設立に関する日本語と英語のインフォメーションのみですが、アクセスしてみてください。

ホームページアドレス <http://www.medigit.co.jp/healthcare>

●会員証の交付

会員登録を基に本会正会員の会員証を作成し、ニュースレターの2号とともに送付する予定です。会員登録用紙に必要な事項ご記入の上、お送り下さい。

クリティーク

Critique

D.ブラッターとR.ページ

人口の高齢化によって、医療費の自然増が大きな問題になっているが、医療経済学の論争のひとつに、医療技術の発達によって国民医療費は増大するのか、減少するのかという論争がある。この二つの見解は互いに異なる医療政策の理論的根拠となっているらしく、対立はなかなか根深い。過去20年余りのデータは、技術革新が医療費増大の大きな要因であったことを実証している。医師・歯科医師数の増加が医療費増大と正比例していることは明らかだが、これは「医者が病気をつくった」ということを必ずしも意味しない(歯科の場合その側面も大きいと思うが)。技術革新と併せて「供給が医療需要をつくった」のである。

技術革新が医療費を低減させるという科学技術楽観論は、ルイス・トマスの「医療技術発展段階論」をモデルにしている。彼は、医療技術の発展段階を「nontechnology」「halfway technology」「genuine technology」に分け、技術革新が医療需要の増大を引き起こしたのは、途上技術(halfway technology)の段階であったと言う。歯科で言えば、インプラントやGTRなどが、途上技術に当たる。このような技術は対象とする疾患の発生メカニズムが解明されていないために必

要になるもので、疾病の発生機序が解明され、予防や治療法が完成すれば消えてなくなる種類の技術だ。この段階ではひとくちに治療といっても、障害モデルで考えるべき医療が多い。これまでの歯科は、まさに障害モデルで考えるべきことに圧倒的な精力を注いできた。対照的な例は小児マヒやジフテリアなどの感染症で、すでに「genuine technology」の段階に達して発症がなくなっている。

ヘルスケア歯科研究会が展望しているのは、当面する歯科疾患に「genuine technology」を持ち込もうとするものなのだろうか。

科学技術楽観論は、ケアよりも研究に重点を置く政策を導く。研究によって病気から人々が解放されるという考えだ。NIHに膨大な国家予算を投下する米国の医療政策は、その典型である。ただこの政策のなかでは、投資効果の高い研究に予算配分が偏る。現在であれば、齲蝕よりも歯周病、それよりも癌それよりもAIDSという具合に。これに対して北欧では、「大きな政府」による十分な福祉という道を選択してきた。福祉のレベルを維持しながら医療費をコントロールするには公衆衛生学的なアプローチが欠かせない。基礎研究も途上技術に偏る。

ヘルスケア歯科研究会がお手本にするD.ブラッターの仕事は、明らかにこうした政策の中で育まれたものである。同時に歯科インプラントが同じスウェーデンで完成されたことも、示唆的だ。これとは対照的にR.ページの仕事はケアよりも研究という米国の環境のなかで生まれつつある。

北欧ではすでに歯科に関する新たな基礎研究の予算は確保できない。研究にはすぐに実効性が求められているという。サリバテストやキシリトールはその好例だ。こと歯科の基礎分野では、優れた研究論文が出ているのは日本だと言われるが、日本では実用性には目が向かない。米国では、研究成果の発表と同時に投資会社が乗り出す。歯周病の遺伝的リスク因子の検査に関する研究成果は、その発表より早く投資募集の情報として世界を駆けめぐった。疾病リスクは患者や歯医者ばかりでなく、保険会社にとって重大な情報だ。

医療費に関する議論はかまびすしいが、そこにどのようなインセンティブを与えて流れに棹さすかという議論は、わが国では聞こえてこない。

参考文献

- ・広井良典、遺伝子の技術、遺伝子の思想、中公新書、中央公論社1996
(医療ジャーナリスト：秋元秀俊)

Critique

クリティーク

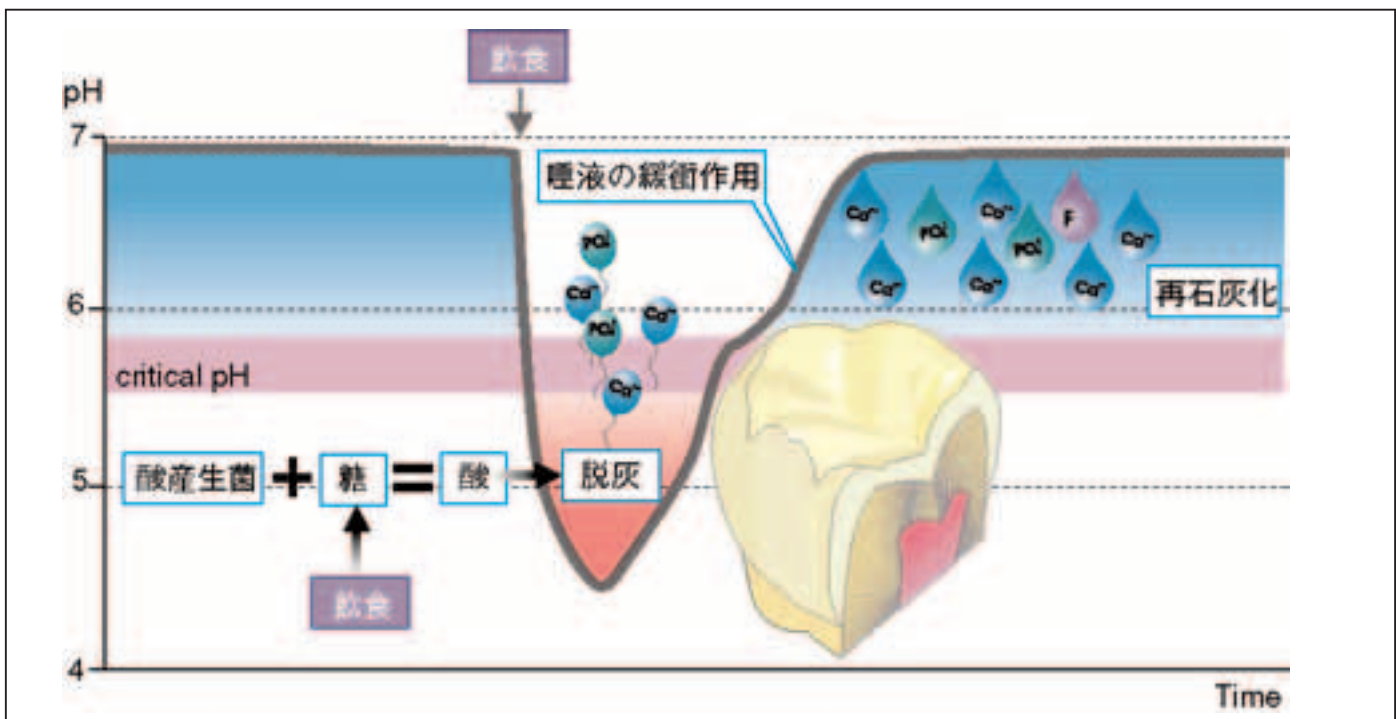
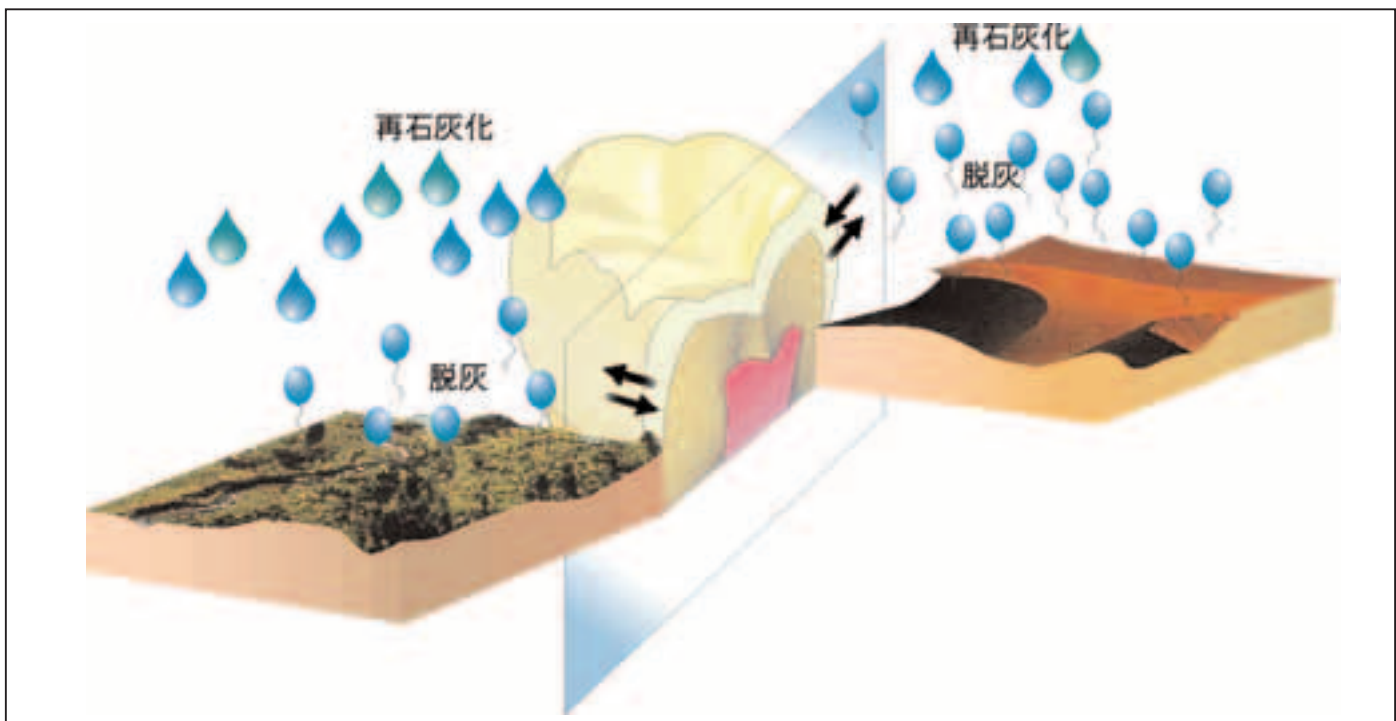
●患者さんに要領よく説明するために●

予防はその必要性を患者さんが自然に知るものではありません。リスク検査や予防治療を患者さんに自分から進んで受け入れてもらうためには、その意味を理解してもらう必要があります。

分かっても受け入れてくれない患者さんに無理強いすることはできませんが、理解していないために求めない患者は少なくありません。このためには患者さんが自分のからだの問題に強い関心をもって来院したときに、齲蝕や歯周病のキー

ポイントをうまく伝える必要があります。歯科衛生士にとってこれは容易な仕事ではありません。そこで患者さんのコンサルテーションを助けるツールをつくってみました。今後、齲蝕のリスク因子や歯周病の病因・リスク因子など少しずつこの紙上でご紹介します。ご利用下さい。

また、この図解は、修正を加えた上でカラーイラストにし、下敷き様のボードの形式にして、本会の会員に限定してご希望の方に有料で頒布する予定です(熊谷崇, 秋元秀俊 編)。



本会催しもの案内

① 設立総会・記念講演会

日程：'98年3月1日
 設立総会 9:30AM～
 記念講演会 10:10AM～5:30PM
 会場：日本教育会館 一ツ橋ホール
 千代田区一ツ橋2-6-2 Tel.03-3230-2831
 参加資格：なし
 会費：歯科医師 20,000円（会員 15,000円）
 その他 10,000円（会員 8,000円）
 申込先：日本ヘルスケア研究会事務局
 東京都台東区上野3-7-3
 Tel. 03-3836-2481
 Fax. 03-3836-2482
 記念講演：多田富雄「生命の意味論から医療を考える」
 大熊由紀子「患者の望んでいること、知らないこと、知るべきこと」
 会員講演：柏田聡明「われわれは診療室で何をしているか」
 熊谷 崇「健康を守り育てる医療を実践するために」

② 東北支部第1回スタッフミーティング

（旧フォーラムDEWA第14回スタッフミーティング）
 日程：'98年6月26（金）、27日（土）
 会場：酒田市総合文化センター
 定員：400名（定員になり次第締切）
 会費：一診療所 30,000円
 申込先：FAX 0234-22-1587 佐々木歯科医院
 住所 酒田市北新町1-8-3
 テーマ：齲蝕も歯周病も本来稀な疾患
 参加単位：本会会員診療所単位

本会推薦研修会案内

① ヘルスケア歯科基礎コース（酒田会場第1回）

日程：'98年4月4日（土）10:00～17:00
 5日（日）9:00～16:00
 会場：かんぼの郷 酒田
 酒田市宮野浦飯森山西17-26
 0234-31-4131
 研修会費：30,000円（テキスト代含む）
 宿泊代金（4人相部屋1人1泊朝食付5,550円）別
 申込先：FAX 0234-22-1858 日吉歯科診療所
 住所 酒田市日吉町2-1-26
 申込期限：3月末日
 定員：50名
 講師：熊谷 崇、菅野 宏
 日吉歯科診療所歯科衛生士
 参加資格：本会会員歯科衛生士、歯科医師、
 本会会員の歯科医院勤務衛生士
 コース内容：
 ・ホームデンタルチームとして理解すべき
 カリオロジー、ペリオドントロジー
 ・ホームデンタルチームとして行うべきこと
 患者指導・患者教育をどのように行うか
 各種検査の実際：サリバテスト、ペリオ
 チェックの判定とその活用法
 口腔内写真の活用法
 健康管理ファイル健康管理ノートの記載
 法と活用法
 日吉歯科診療所見学（希望者）
 ・その他

② ヘルスケア歯科基礎コース（大阪会場第1回）

日程：'98年4月11日（土）10:00～17:00
 12日（日）9:30～16:00
 会場：千里ライフサイエンスセンター
 研修会費：30,000円（テキスト代含む）
 申込先：FAX 06-387-0066 岡歯科医院
 住所 吹田市佐井寺1-11-20
 申込期限：3月末日
 定員：50名
 講師：岡 賢二、藤木省三、伊藤 中
 岡、大西歯科医院歯科衛生士
 参加資格：本会会員歯科衛生士、歯科医師、
 本会会員の歯科医院勤務衛生士
 コース内容：
 「健康を守り育てるために私たちに、今何
 が必要か」
 ・カリオロジー、ペリオドントロジーの病因
 論と臨床に生かすためのシステムについて
 ・科学的な情報をそれぞれの診療所でどの
 ように利用しているか
 ・口腔内写真の活用法
 ・サリバテストの実際とその活用方法
 ・健康管理ファイル健康管理ノートの記載法
 と活用法
 ・キュレットのシャープニング
 ・その他

講演会・研修会 FAX 申込み用紙

- ① 設立総会・記念講演会（まだお申込みでない方）（Fax. 03-3836-2482）
 ② 東北支部第1回スタッフミーティング（Fax. 0234-22-1587）
 ① ヘルスケア歯科基礎コース（酒田会場第1回）（Fax. 0234-22-1858）
 ② ヘルスケア歯科基礎コース（大阪会場第1回）（Fax. 06-387-0066）

レ印の催しものに参加を申し込みます。

フリガナ 参加者 氏名	<input type="checkbox"/> 会員 歯科医師 <input type="checkbox"/> その他 会員
フリガナ 参加者 氏名	<input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 会員 歯科医師 管理診療機関勤務
フリガナ 参加者 氏名	<input type="checkbox"/> 会員 歯科医師 <input type="checkbox"/> その他 会員
フリガナ 参加者 氏名	<input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 会員 歯科医師 管理診療機関勤務
勤務先・診療所名	<input type="checkbox"/> 会員 歯科医師 <input type="checkbox"/> その他 会員
フリガナ 住所	<input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 会員 歯科医師 管理診療機関勤務
電話番号	FAX 番号