



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

Tel. 03-3836-2481

Fax. 03-3836-2482

URL <http://www.healthcare.gr.jp>

E-mail: center@healthcare.gr.jp

編集代表 岡 賢二

編集制作 有限会社 秋 編集事務所

Tel. 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	

重要なお案内

●本会事務局移転と移転時の業務停止のお知らせ

本会事務局を6月1日を境に移転いたします。また、業務の混乱を避けるため、5月26日～31日は事務局業務を休止いたします。詳しくはp.13をご覧ください。

●会誌創刊号の発送

会誌創刊号を会費納入済みの会員の方に発送いたしました。まだお手元に届いていない方は、事務局までご一報下さい。

催しものご案内

① 東北支部スタッフミーティング

日程：'99年7月23日(金), 24(土)

会場：酒田市総合文化センター

※詳細p.15

② 第4回学術講演会

日程：'99年10月10日(日)

会場：岡山テルサ・テルサホール

テーマ：住民の健康のために診療室ですべきことは何か？

※詳細p.16

第2回総会・国際シンポジウム報告

清水克悦, 上田芳男, 山本泰三

平成11年3月13日(土)・14日(日)に日本ヘルスケア歯科研究会の第2回総会・国際シンポジウムが日本青年会館大ホール(東京)で行われました。

総会

はじめに議長に五十嵐正大さんを選出し、藤木省三会長より議案説明、後藤寛さんより監査報告がなされ、議案全てが承認・可決されました。承認・可決された議案は以下の通りです(詳細はP.5～6を参照)。

- 第1号議案 事業報告
- 第2号議案 初年度決算報告および監査報告
- 第3号議案 事業計画および第2年度予算
- 第4号議案 英文名称変更の件
- 第5号議案 評議員の追加選出承認
- 第6号議案 監事の追加選出承認

国際シンポジウム《カリエスフリーを育てる歯科医療》

熊谷 崇 本会運営委員

“症例と臨床疫学のデータから語る——従来の歯科医療とこれからの歯科医療”

演者自身の診療室における19年、4110人に及ぶ患者のデータを分析し、厚生省の歯科疾患実態調査との比較において日本の歯科疾患構造を明らかにしながら、北欧諸国と日本の12歳のDMFTの大きな差ができたのはなぜか、また日本では20歳代ではカリエスフリーが2%といった状態であるが、これが何を意味するのかを考察した。

歯科疾患実態調査では、50歳を過ぎると急速に歯が失われていく状態が明らかである。そして歯の喪失理由のほとんどが、カリエスと歯周疾患によるものである。

健康な口腔環境の育成を目標に掲げた時、その高いハードルに学校歯科検診と治療勧告書の問題がある。小児の永久歯の裂溝齲蝕がほとんど治療勧告を受け、ドクター側も確固たる判断基準がないままに充填処置を行っている。演者の診療室においてもメンテナンス下にある20歳以下のカリエスフリーの患者のうち、実に80%の人が治療勧告書をもたらってきているという事実がある。

裂溝齲蝕の診査診断において、日本では探針を用いて診査を行い、スティッキー感のある裂溝は即充填すべきであるという認識が一般的である。そのことから着色のある歯牙は全て充填の対象歯となっているのではないかと危惧される。このカリオロジーを無視した早期充填の弊害が、50歳までの歯牙喪失の大きな原因となっているのではないかと。

それでは我々は、ホームデンティストとしてあるいは学校歯科医として何をなすべきなのか。学校歯科医としては健康教育の情報提供、専門的な助言、ハイリスクの生徒のスクリーニング、そしてホームデンティストとしては家族単位の健康管理、個人のリスク診断と予防管理、歯周病の早期発見と治療原因除去、そして必要な治療とメンテナンスを行っていくことが必要である。家庭では規則正しい食生活、家庭の健康管理、口腔清掃習慣、定期的なメンテナンスを受け、フッ素製剤の使用、さらに学校においては齲蝕や歯周病の成り立ちについての教育をし、ホームデンティストの必要性についての理解を深め、ハイリスク生徒への個別指導、保護者への歯科保健教育などを行うべきである。

安易に治療勧告書を出さないため、裂溝齲蝕の判断基準について議論を重ねた。このような方針で取り組んだ結果、平成10年には校医をしていた小学校の12歳児でのDMFTが2以下に減少した。

その後の問題点としては、12歳までは非常によい状態で管理できても、中高生になると来院しなくなることが挙げられる。部活や塾あるいは自我の目覚め等の理由が考えられるが、ドクター側からの働きかけだけでは改善することが困難で、行政側からの指導も必要である。今後、歯周病やカリエスの発症前プロセスに積極的に介入していくべきである。結論として生涯にわたって健康な口腔内を維持するために以下のことに努力すべきである。

- ・20歳までのDMF保有者を少なくしてカリエスフリー者を増やすこと。
- ・充填の必要性が認められてもブラックの窩洞形成は行わない。
- ・カリエスを増悪させるリスクファクターについては定期的にモニタリングしてコントロール下に置くこと。
- ・初期・中等度の歯周炎を確実にコントロールしてメンテナンス下に置くこと。
- ・早期発現型歯周炎では発症前の診断によってコントロールすること。
- ・歯周病を増悪させる後天的環境的リスクファクターについては可能な限り改善させる。



ten Cate 教授

この四半世紀におけるカリオロジーの臨床への浸透、とくにオランダの場合

(1) オランダにおけるカリエスの有病率

オランダでの12歳児のDMFTは1965年の8から1993年には1.5へと確実に減少してきて、スカンジナビア諸国とほぼ同等の数値を達成している。この有病率の低下は、子供だけでなく成人にも及んでいる。さらに齲蝕の発生率も低下し、進行速度も遅くなってきている。しかし家族の社会経済的教育的要因に依存している面もある。

(2) 齲蝕の予防的アプローチについて

- 一次予防：疾病の予防(全体的な口腔衛生を改善する広い手段)で個人・集団・社会全体が対象。
- 二次予防：カリエスの最初の兆候が認められている人に行うカリエスの早期診断と適切な処置(リスク診断とプロセスの治療)。
- 三次予防：疾病の影響の治療と再発の防止。歯質の最大限の温存(ブラックの窩洞形成を行わない)。

フッ素は何世代にもわたる研究によりその安全性は確かめられている。しかしその導入は慎重に行うべきである。オランダでも1963年から73年までの間、上水道のフッ素添加が行われた。政治的判断により中止になったが、若い年齢群において大きな効果が認められた。現在では他に手段があり、その必要性はない。最近ではフッ素入り歯磨剤が大人から子供まで広く普及し、大きな効果を上げている。その結果、集団的な学校でのフッ素洗口なども行われていない。

(3) 予防の問題について、何が重要で、どのような影響を与えたか

- 甘味料について：砂糖の消費量はそれ程変化がなかったが、代替甘味料の使用が増加。
- 口腔衛生：ブラッシングの回数が30年前と比べて増え、フッ素入り歯磨剤を併用するようになった。
- 心理的要因：「カリエスは予防可能だ」という認識が強くなった。
- 姿勢の変化：人々の姿勢が変わり経済的余裕が生まれ、予防関連商品の購入や全歯列に注意が向けられるようになった。
- 社会的期待：社会全体できれいな状態になろうという期待が高まった。

カリエス予防の重要な役者として次のいくつかのものがある。

- Ivory Cross：赤十字によく似た口腔衛生を専門に扱う組織。
- 保険：プライベートなものだが、口腔衛生・予防がその対象の一部に入っており、歯科治療のほとんどをカバーする。
- 大学：授業内容が日常臨床に影響を与える。予防が独立しているか、他の科目に組み入れられているかが重要。まずカリオロジーが先にくるべきである。

生涯教育：オランダにおける300余りのコースのうち、カリオロジーのコースはわずか一つ、優先順位はまだ補綴にある。

予防について啓蒙が重要で、教育の焦点を変えるべきである。また大学とドクター、歯科衛生士の組織との交流が必要である。

(4) 日本との比較

オーストラリアと日本のフッ素に関する意識調査を比較した時、日本において一般の予防に関する知識が不十分だった。一般の人々の意識をもっと高める必要がある。ドクターでさえ十分に予防の知識を持っているとは言い難い。

(5) まとめ

- ・抗菌療法(クロルヘキシジンバーニッシュ)や再石灰化ペースト・リンスなどの開発を行いながら、齲蝕への外科的介入は、最小限にとどめるべきである。
- ・個人レベルの口腔衛生にあまり期待しすぎない。
- ・カリエスの減少は、フッ素の局所応用よりもフッ素入り歯磨剤の使用によるところが大きい。
- ・予防歯科と修復歯科の関連の知識を高め、意識を変えていく。
- ・予防に関するプロモーション活動を組織化し、かつ非修復的治療を促進していく。



Bratthall 教授

世界各国とくに欧米工業国におけるカリオロジーと医療制度

スウェーデンをはじめヨーロッパ諸国でこの20～30年に齲蝕が急速に減少した原因について講演された。齲蝕を減少に導くまでには過去の偉大な発見や研究がその根底を支えてきたことから、紀元前の義歯の話からはじまる非常に興味深いお話が聞けた。スウェーデンでの施策は新しい知見が得られるとその都度、迅速に対応がなされてきたことがよく分かった。

1960年にKeyesとFitzgeraldらの研究で齲蝕が*S. mutans*による感染によって生じることが発見された。60年代には学校でのフッ素洗口や口腔衛生教育がプログラム化されており、おやつを週1回にする習慣を浸透させていたと聞いて驚いた。また予防の黄金時代といわれた70年代は国全体でヘルスプロモーションに取り組み、81年にはスウェーデン厚生省は“カリエスアクティビティーの原因を探り、カリエスリスクの評価を歯科医師は行うべき”との見解を出している。90年代の現在においては食生活も多様化し、週1回のおやつ習慣も消えたものの、齲蝕が減ったことから学校でのフッ素洗口も中止され、そのかわりフッ素入り歯磨剤を誰でもが使用するようになっている。こうした変化により、マスで齲蝕予防をとらえるのではなく、個々にリスク評価を行うという新しい概念に変化している。

Bratthall 教授

齲蝕の細菌学と病因論を整理する

個々のカリエスリスクの評価について詳しく講演された。冒頭、橋の工事を行う際に強度や地盤のリスクを事前に技師は知っておく必要があるのと同じで、歯科医もブリッジをする前に二次カリエスのリスクがその患者にどれだけあるのか知っておくべきであると話された。またリスク評価を様々な見地から独自に重みづけし、コンピュータ処理した“カリオグラム”を発表され、参加者の強い関心を集めた。

ten Cate 教授

初期齲蝕の脱灰・再石灰化のメカニズムを踏まえた診査法と臨床

初期齲蝕の脱灰と再石灰化のメカニズムをふまえた診査法と臨床と題して講演された。フッ素の役割として、エナメル質結晶に取り込まれ、酸の攻撃に対して強い結晶(フルオロアパタイト)を作ることが、もっとも重要と考えられてきた。しかしながら現在ではフッ素による脱灰の抑制と再石灰化の増強という二つの作用の方が齲蝕予防において重要であることがわかっている。そこで高濃度のフッ素塗布よりも毎日フッ素に歯がふれることが齲蝕予防に重要であることが強調された。とくにフッ素入り歯磨剤の役割は大きいという。

また探針による診査の信頼性が低いことから、電気伝導度やレーザーを用いた新しい診査機器について報告された。臨床に早く導入されるよう期待が寄せられる。またフッ素徐放性材料の有用性にも触れた。深部齲蝕の象牙質にもフッ素によって好影響が及ぶという。日本でもフッ化物について科学的根拠に裏付けられた正しいコンセンサスが得られるよう努力する必要を改めて感じた。

齊藤直之 本会評議委員
報告 学校歯科保健活動の成果について

ヘルスケア研究会の理念に基づいて自ら校医をしている小学校における活動、検診結果を報告されました。検診基準の見直しや全校生徒に口腔内写真を撮影しそれに個人指導のコメントをつけ各家庭に配布し、歯科医師・学校・家庭の連携を密にするなど情熱的な活動で、DMFT値が大きく減少したことが報告された。

小林清吾 教授
初期齲蝕の診査と治療
初期齲蝕の診査と治療を支援する
公衆衛生的なフッ化物利用法

集団検診における探針の使用と保存的処置、フッ化物洗口によりカリエスフリーの永久歯列を育てることができたという事例や探針使用については肯定的な意見を述べられた。また水道水のフッ素化に強い意欲がうかがえる講演でした。ヘルスケア研究会のこれまでの主張とはやや異なる意見だったが、異なる意見を聞くことができ有意義だった。

千田 彰 教授
初期齲蝕の診査と治療
保存修復学の立場から考える

ブラックの窩洞形成デザインに対する非難が大きいようだが、当時の時代背景を勘案するとBlackの業績は大いに評価されるべきである。しかし時代と共に科学の進歩、材料の発達が進んだにもかかわらず、Blackの理念を踏襲し続けてきたことが問題だった。この反省にたち、大学教育でのカリキュラム改革、カリオロジーの導入、接着材料や3 mixなどの新たな術式の導入、初期齲蝕診断法などについて話された。

河野正司 教授
初期齲蝕の診査と治療
補綴治療の立場から

補綴学の立場から早期の抜随、抜歯による弊害は歯根破折や遊離端欠損など多くの問題が生じ、その対策に多くの労力が費やされていることを指摘された。カリオロジーやペリオドントロジーが浸透することにより、とくに有髄歯の保護、歯列最後方の歯牙を常に保存するよう努める必要がある。歯牙や歯周組織の健康が守られれば、補綴学は、顎口腔機能障害などに力を傾けられるだろう。

ディスカッション

Brattahall教授の司会でten Cate教授、小林清吾教授、千田 彰教授、河野正司教授、熊谷崇運営委員がディスカッションされた。

Brattahall 教授； ブラックの功績が大なることは私も同感である。しかしその後100年たった今「カリエスフリーを育てる歯科医療」を進めるうえで何が必要だろうか。

熊谷運営委員； 学校教育におけるカリオロジーに基づいた教育が必要。

千田教授； 学校教育において努力する余地はあるが、教育者として現行の保険制度による弊害、影響が大きいと思われる。

小林教授； 講座間の意志の疎通、地域間の疎通も大切だろう。

ten Cate 教授； オランダにおいては制度を変えても歯科医師が変わらなかつた事例がある。このときは失敗した。歯科界で何をしたいかを明確にして確信を持って行動すれば、制度は後からついてくる。「行きたいところへ行くなら他を責めないことが大切だ」

河野教授； サイエンスベースでのカリエスフリーを確立すること。現状の臨床、制度は後からついてくる。

千田教授； 今まであまり考えなかつたことだが、削るか削らないかという議論からサイエンスに基づいた議論に変えていく必要がある。

小林教授； 探針の欠点をよく知ったうえで使っていくと、探針は便利なものである。

Brattahall 教授； 齲蝕はプロセス。局所の状態のみにとられるのはカリオロジストとしては不満足だ。

熊谷運営委員； フッ化物の使用は、世界的には異論のないところである。しかし日本では否定的に扱われることも多く、それが正しい情報に基づくものなのか、誤った情報から出ているのか、今後検証していく。ヘルスケア研究会としては大学関係者等にフッ化物についてのアンケート調査を行っていく。昨年探針問題のアンケート回収率は約30%だったが、今回は回収率を上げたい。

小林教授； 日本におけるフッ化物は秘密事のような扱いを受けている。飲料水のフッ素化については95%は知らない。フッ素化について学会でも論議していくようにしたい。

以上のように「カリエスフリーを育てる歯科医療」「探針問題」「フッ素について」各々の方がどのような考えを持っているのか、よく解るディスカッションだった。

会場では法人会員各社による関連商品の展示も併設され、多くの参加者で賑わった。🍷

会務報告・会務案内

● 総会決議・承認

承認・可決された議案は以下の通りです。

第1号議案 事業報告 省略

第2号議案 初年度決算報告および監査報告

事業年度 初年度(1998年3月1日から1999年2月28日)

監査報告(監事を代表して後藤寛幹事)

1998年度 決算

収入の部		
一般会計		
	1998年度予算額	1998年度決算額
1998年度会費	10,436,000	14,856,000
一般会計収入合計	10,436,000	14,856,000
特別会計		
	1998年度予算額	1998年度決算額
入会金	3,810,000	5,587,000
小計	3,810,000	5,587,000
設立記念講演会	7,918,000	9,617,000
小計	7,918,000	9,617,000
第2回研究会講演会	3,250,000	3,680,000
小計	3,250,000	3,680,000
特別会計収入合計	14,978,000	18,884,000
一般・特別会計収入合計	25,414,000	33,740,000
前受金		
一般会計		
1999年度会費		12,801,000
特別会計		
1999年度入会金		361,000
国際シンポジウム(第3回講演会)		9,845,000
前受金合計		23,007,000

支出の部			
一般会計			
	1998年度予算額	1998年度決算額	予算超過額
Newsletter制作費	2,100,000	2,410,400	△310,400
機関誌制作準備費	1,800,000	0	1,800,000
研究協力費	1,000,000	404,605	595,395
運送・通信事務費	1,258,000	1,514,368	△256,368
簡易印刷設備リース代	504,000	266,467	237,533
ホームページ情報管理運営	1,200,000	1,464,149	△264,149
事務局旅費・交通費	100,000	38,064	61,936
封筒など事務用品費	600,000	905,809	△305,809
振込手数料	56,000	299,361	△243,361
会員配布資料など	700,000	786,465	△86,465
その他	0	656,908	△656,908
一般会計支出合計	9,318,000	8,746,596	571,404
次年度繰越金	1,118,000	6,109,404	
特別会計			
	1998年度予算額	1998年度決算額	予算超過額
講演会(設立, 2回および国際シンポジウム)			
講演会支出	6,640,000	6,497,535	142,465
カリエスコンサルテーションシート配布*	0	712,600	△712,600
*参加者多数により収支に余裕を生じたため4枚組シート無料配布			
設立関係費			
設立関係費	3,810,000	4,125,455	△315,455
特別会計支出計	10,450,000	11,335,590	△885,590
次年度一般会計へ繰入	4,528,000	7,548,410	
前払金		590,000	
収支合計			
	収入	支出	繰越金
一般会計収支	14,856,000	8,746,596	6,109,404
特別会計収支	18,884,000	11,335,590	7,548,410
繰越金計			13,657,814

注：初年度は役員の宿泊交通費・講演謝礼・飲食費および事務局の人件費・部屋代などは支出していません。財政的な目途が立ってきたため事務局員の雇用など、事務局の独立をすすめることが評議員会で承認されました。

・なお、この決算では一部期末の未払金および誤った入金の返金を計上しておりません。

第3号議案 事業計画および第2年度予算

事業年度 第2年度（1999年3月1日から2000年2月29日）

事業計画

- ・ 第3回学術講演会（国際シンポジウム）「カリエスフリーを育てる歯科医療」
第2回総会
1999年3月13～14日：日本青年館
- ・ 第4回学術講演会
「(仮題) 住民の健康のために診療室ですべきことは何か」
1999年10月10日：岡山テルサホール
- ・ 日本ヘルスケア歯科研究会学術機関誌の創刊
1999年3月下旬刊行
- ・ ニュースレターの発行
vol.2 no.1；1999年4月
vol.2 no.2；1999年6月
vol.2 no.3；1999年8月
vol.2 no.4；1999年10月
vol.2 no.5；1999年12月
vol.2 no.6；2000年2月
- ・ 会員名簿の作成
- ・ 東京支部第1回スタッフミーティング
1999年4月24日：中野サンプラザ
- ・ 東北支部第2回スタッフミーティング
1999年7月23～24日：酒田市総合文化センター
- ・ フッ化物の応用に関する小委員会設置
フッ化物の応用に関する研究・教育に関する調査および報告
- ・ 日本ヘルスケア歯科研究会ホームページの拡充
会員歯科医院ホームページ開設の支援とリンク設定
法人会員ホームページとのリンク設定

第2年度予算案 省略

第4号議案 英文名称変更の件

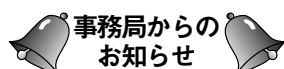
- ・ 会則第1条を「本会は日本ヘルスケア歯科研究会(The Japan Health Care Dental Association)と称する」と改める。

第5号議案 評議員の追加選出承認

- ・ 太田隆温氏，横見由貴夫氏(昨年8月29日の評議員会で選出)。

第6号議案 監事の追加選出承認

- ・ 小野寺龍彦氏を監事に選出(昨年8月29日の評議員会で選出)。なお小野寺氏は，評議員を自動的に退任することになります。



会誌創刊号の発送

日本ヘルスケア歯科研究会誌が完成しました。第2年度会費納入済みの会員の方には4月中旬に発送しましたが，まだお手元に届いていない場合は，事務局までご一報下さい。

歯科保健フォーラム「ともに考えよう むし歯撲滅」

平成10年12月10日

実施主体：置賜地域保健医療協議会、米沢保健所、長井保健所 場所：南陽市宮内「グランドホクヨウ南陽」

山形県南部の米沢および長井保健所を軸にした置賜地域保健医療協議会では、地域の歯科医師、歯科衛生士、養護教諭、保健婦、栄養士、保母等を対象に歯科保健フォーラムを開催した。そのあらましを米沢保健所 保健企画主査の鈴木ちはるさんに報告していただいた。

医療法によって、二次医療圏毎に地域保健医療協議会を設置するようになっており、山形県の南部に位置する米沢保健所および長井保健所での二次医療圏(人口約25万人)を形成し、置賜地域保健医療協議会を設置し、住民の健康を確保し保健医療計画の策定や推進を図っています。

この協議会の中に平成7年度に県に先駆け、歯科保健医療部会をつくり地域歯科保健対策の調査検討や推進のための活動を進めています。

また、平成8年度に山形県で策定した歯科保健計画や平成10年1月に策定した置賜地域保健医療計画の周知徹底と積極的な推進のために歯科保健医療部会が中心となり先般12月10日にグランドホクヨウ南陽で「歯科保健フォーラム」を開催しました。

山形県はむし歯天国であり3歳児のむし歯の有病率(1996年)は全国都道府県でワーストランキング4位であることは周知のことですが、置賜地域は山形県の平均よりもまだ高い状況下にあり、汚名を返上したい願いもこめ、「ともに考えよう むし歯撲滅」をメインテーマに掲げ、乳幼児期・学童期に焦点をあてた地域歯科保健のフォーラム内容とし地域の保健・医療・福祉・教育等に従事する関係者に呼びかけました。

歯科医師・歯科衛生士・保育園や幼稚園の先生方・小学校の養護教諭・保健婦等の行政関係者約160名の参加がありました。

まず、日吉歯科診療所の熊谷崇先生より「これからのむし歯予防の考え方」というテーマで①むし歯の成り立ち ②健康な歯を育てる取り組み ③これからのむし歯予防の対策についての講演をいただきました。

- ・むし歯は口腔内に生息している細菌によって生じる感染症である。
- ・脱灰時間が長引いたり再石灰化がうまく働かないとむし歯が進行する。
- ・細菌の感染の程度や唾液の働きには個人差があるので、基本的なリスクは唾液の検査を行って調べる必要がある。
- ・むし歯は一度発生したら進行をとめられないと考えていたが、カリオロジーの進歩で歯に穴があくまでには目に見えないプロセスがある。

・プロセスに介入してむし歯を予防したり、初期であればその進行を再石灰化によって停止し、元に戻すことも可能であるので歯科検診で安易に探針は使用すべきでない。

・むし歯予防の有効な手段のひとつとしてフッ化物の導入も予防対策として必須である。

等の内容で従来の考え方と異なった視点での講演であり、目からうろこが落ちる気持ちでお聞きしました。

この後、長十歯科院長の金子信一郎先生をコーディネーターとして「守ってあげようすこやかな歯」というテーマでシンポジウムを開催しました。乳幼児期・学童期の発達段階にそってフッ素塗布・フッ素口洗を積極的に導入し歯の健康づくりの取り組みを実践している飯豊町民センターの渋谷敏子健康指導係長・川西町立大塚幼稚園の久坂部玲子教諭・川西町立吉島小学校の佐藤浩子養護教諭の3名のシンポジストより

・飯豊町では平成8年度より山形県のモデル指定を受け、乳幼児むし歯予防推進モデル事業を実施しており、従来の乳幼児健診の他に定期的な歯科検診とフッ化物塗布、歯科保健指導を加え予防対策を実施することで今年度の3歳児のむし歯の有病率に低下が見られている。

・川西町立大塚幼稚園からは平成6年度より年中・年長児に実施しているフッ素口洗の取り組み状況について。

・川西町立吉島小学校からは川西町で推進されている「むし歯のない町づくり」の一環として平成10年9月よりフッ素口洗をスタートさせたが実施するまでの経過や実施してみたの課題について。

等の実践報告がなされました。

フロアとの意見交換時には熊谷崇先生に助言者として同席してもらいました。活発な意見のやり取りや、質問が多くみられ終了予定時間を延長した歯科保健フォーラムとなりました。

また、21世紀の健康指針としてヘルスプロモーションの概念が提唱されていますが、口腔保健を推進する関係者である私たちの今後の役割が見えたフォーラムであったと感じております。

米沢保健所 保健企画主査 鈴木ちはる



歯周疾患にウイルスも関係している!?

ロサンゼルス・バンクーバー訪問記

(その1)

歯科医師(鳥取県境港市) 足本 敦

本年3月10～13日にバンクーバーで開催された第77回 IADR (International Association for Dental Research) General session で発表をする機会に、ロサンゼルス南カリフォルニア大学(USC)歯学部歯周病学講座に Jørgen Slots 教授を訪ねました。というのも私が以前、同大学に留学していた時にコロンビアから来て Post Graduate Course に入った Dr. Adolfo Contreras の学位論文審査会が3月4日に行われるので出席しないかとお誘いをいただいたからです。

Slots 教授は現在、USC の歯周病学の教授と歯学部の研究部門の副部長を兼任しています。彼は、*Actinobacillus actinomycetemcomitans* と若年性歯周炎との関係を見いだした口腔微生物研究者として有名で、さらに、歯周病における細菌学的検査の重要性を訴え、ペンシルバニア大学と USC に口腔細菌検査室を設立しています。この検査室は学内および開業歯周病専門医が治療している患者の歯周ポケットにおける細菌叢およびその抗菌薬に対する感受性を調べ、患者の状態ごとに適した抗菌薬の投与計画などについての情報を提供するサービスを行っています。

この USC の歯学部はロサンゼルスダウンタウンからそう遠くない、ロサンゼルス暴動時の中心地コリアタウンのすぐそばというなかなか治安の悪い場所にあります。留学当時の大学の環境は、構内の駐車場でフロントガラスが壊されてカーステレオや、時にはシートまできれいに盗まれている車をしばしば見たり、昼食時に大学のキャンパスから出て、ホールドアップに遭ったことがない学生の方が少数派(これは普段から何でも大げさに言う USC の友人の言葉なので、嘘かもしれません)といった様子でした。それまで車のキーも抜かないで駐車しておけるようなどかな田舎に住んでいた筆者にとって、そこでの生活はとてもエキサイティングなものでした。

さて、審査会における Dr. Contreras のテーマは「ウイルスと成人性歯周炎および歯周病原菌との関係」というものでした。おそらく皆さんの中には思慮深く、すでにそのように考えられていた方がおられるかも知れませんが、歯周炎＝細菌感染症であり、ウイルスが関係するなどは考えも及ばなかった私にとっては興味あるテーマだったので、このことについて紹介してみようと思います。

最初に USC でウイルスと歯周疾患の関係について研究を始め、健康な歯周組織を有する者や歯肉炎患者と比べると、成人性歯周炎患者の歯周ポケットからは human cytomegalovirus (HCMV) と Epstein-Barr virus (EBV) が高頻度で検出されることを発表したのは、Dr. Contreras 夫人の Dr. Beatriz Parra でした(美人です)。その後、彼女は医学部の研究室へ移り、夫がこのテーマでの研究を継続しました。

ウイルスと歯周疾患との関連についての彼にとって最初のペーパーは、27名の患者の口腔内における深いポケット(7～9mm)と浅いポケット(3～5mm)の2つの異なる部位からのウイルスの検出率を調べたもので、その結果、深いポケットからは HCMV が 55.6% に認められたのに対し、浅いポケットからは 18.5% であり、深いポケットから有為が高い割合で HCMV が認められたことを発表しました。さらに、この研究で他のウイルス EBV-1, EBV-2, herpes simplex virus, HIV についても調べており、深いポケットではいくつかのウイルスが同時に検出される場合が多いことも述べています。

つぎに、ナイジェリアの子どもの急性壊死性潰瘍性歯周炎 (ANUG: acute necrotizing ulcerative gingivitis) 患者 22名の歯肉溝から採取したサンプルについて(なぜナイジェリアなのかというと、先進国では ANUG の所見をもつのは、HIV 感染者のみになってきているからだそうです)ウイルスの検出を行



地下1階、地上4階のUSC歯学部の建物



4階から眺めたロサンゼルスダウンタウン

いました。すると、68%のANUG患者から何らかのウイルスが見つかり、とくにHCMVは59%の患者から検出されています。どうやら、HCMVはANUGの発症あるいは疾患の進行について関係があるのではないかと推察しています。

さらに、歯周炎患者においてHCMVが活動性であるか、非活動性なのかを調べた結果、成人性および若年性歯周炎患者の深いポケットにおいて、活動性のHCMVを認めています。

最後に、ウイルスおよび歯周病原菌と歯周疾患との関連について140名を対象に検討した結果、EBV-1は*Porphyromonas gingivalis*と*Prevotella intermedia*、および*P. gingivalis*と*Treponema denticola*と同時に、一方、HCMVは*P. gingivalis*と*Prevotella nigrescens*と同時に検出されることが多く、ウイルスは複数の歯周病原菌と共存していることがわかり、また、EBV-1、HCMVともに重度歯周炎と関連している(それぞれオッズ比*:5.09および4.65)ことを発表しました。

ウイルスがどのように歯周組織の破壊と関係するのかについては、おそらく感染による直接的な細胞死によるものと間接的なさまざまな影響が考えられます。特に、HCMV感染によるサイトカインへの影響、つまり単球やマクロファージのIL-1βやTNF-α産生に関わり、さらにこうした炎症性サイトカインの産生増加は歯周組織破壊へと導かれる方向への感受性の増強と関係しますし、また歯槽骨破壊へのメディエーターともなります。また、ウイルス感染によってもたらされる好中球の機能異常は*P. gingivalis*など歯肉縁下の歯周病原菌の過剰増殖や病原性の発現に関わってきます(詳しいことは別の機会に勉強しましょう)。

審査会において、彼は以上の内容について約1時間の発表、そして約30名の出席者からの質疑応答の後、さらに別室での審査員の質問をクリアーしたのでした。修了書を手にできることが内定した彼と私たちはチャイニーズレストランでお祝いをし、再会を誓いました。

とにかく、歯周疾患とウイルス、何か関連がありそうなのですが、これらウイルスたちがどの時期に歯周疾患と関わるのか、あるいはどのように歯周組織の破壊と結びつくのかについては、今後の研究の待たれるところです。

今回は、バンクーバーで参加した学会での話題について紹介したいと思います。

注:*オッズ比とは、疾患がどの程度、発症する危険があるかを示す指数です。



右から
Adolfo Contreras, Nguyen Doan, 私, Casey Chen(歯周病学準教授)



会員の現況			(4月23日現在)		
会員総数	2,241人				
うち正会員	歯科医師	1,125人	準会員	歯科衛生士	752人
	歯科衛生士	138人		歯科技工士	42人
	歯科技工士	6人		その他	109人
	法人	34社			
	その他	35人	準会員合計	903人	
正会員合計	1,338人				

書評

『カリエスコントロール
脱灰と再石灰化のメカニズム』飯島洋一 共著
熊谷 崇医歯薬出版 1999年
定価：本体 3,200円

カリエスコントロールを読んで

昨今、これまでの慣習の中で生きてきた小さなひずみが蓄積され、それがあまりにも大きくなって破綻を生じていることがよくあるように感じる。今まで常識として通用してきたことが通用しなくなっている。日本の金融システム、終身雇用制、官僚制度などなど。

歯周病にしても齲蝕にしてもこれまで通用してきた考え方が、新しい知見によって再評価されるよう迫られてきているように近頃思う。私が大学を卒業したのは7年前だが、当時の講義からは齲蝕処置といえば修復処置のことがまず頭に浮かんでくるし、脱灰要因のことばかりに目がいってしまう。カリエスコントロールの進歩とともに再石灰化に

も焦点が当てられ、“齲蝕は脱灰と再石灰化の間を揺れ動く流動的なプロセスである”と定義づけられ、ある程度広く認知されたように思うが、本当に心の底から理解し、臨床で実践してゆくことに、私は未だに難しさを感じている。大学教育で学んだことがその後の何十年もある歯科医人生の最後までずっと真実であり続けることは、むしろ珍しいことなのかもしれないが、三つ子の魂百までの言葉を深く感ぜずにはおられない。最近の歯科学学生は新しいカリエスコントロールの講義を居眠りせずにしっかりと聞いて理解してほしいと思う(絶対おもしろい内容だから居眠りしないと思うが)。私の学生時代も唾液の緩衝能はじめ再石灰化の講義はもちろんあったが、そこに臨床的意義を見いだすところまで理解がおよばなかった。ひとつひとつの各論で理解が止まっていたと思う。

この“カリエスコントロール”は、基礎歯科学のみならず臨床との接点にもふれられており非常にわかりやすかった。簡潔にまとめられていて読みやすく、すぐ読み終わられた。学生でもわかりやすいのではないと思う。また“再石灰化”、“象牙質の過再石灰化”、“萌出後のエナメル質の成熟”などの意味が解説してあり、用語の整理がたいように思う。

さて齲蝕の定義については先にふれたが、私が日々の臨床で思うことは、私の齲蝕治療は“削って詰めるべきか、すべきでないかの間を揺れ動く極めて

流動的なプロセスにある”ということだ。齲蝕の診断基準が具体的にどこにおかれるのが正しいのか、私には整理がついていない。齲蝕病変の進行の程度によって詰める、詰めないという絶対的な基準が存在すると考えるのが正しいのか、または個々のリスクは違うので仮に全く同じ齲蝕病変であってもこの人は詰めるが、この人は詰めなくて良いという相対的な基準で考えるのが正しいのかははっきりしない。この疑問に答えるには、脱灰、再石灰化のメカニズムを理解することなくしては不可能である。そのためにも本書を熟読し活用したいと思う。

今後は、齲蝕は一度罹患したら必ずう窩を生じる不可逆的な疾患ではないことを肝に銘じ、このことを患者さんにも理解してもらえよう情報提供してゆきたいと思う。削らず経過観察していて、健康を守り育てることができずに、虫歯を育ててしまったというようなことにならぬよう、その人個人のカリエスリスクをできるだけ詳しく把握するように努め、新しいカリエスコントロールを患者教育に取り入れてゆきたい。これをするためには院長一人だけでは時間の制約もあるので、歯科衛生士の協力を得て医院全体で取り組まねばできないと決意を新たにしたいところである。

その意味で歯科衛生士の方にもこの本は是非一読されるようおすすめしたい。

(西宮市開業 山本 泰三)



お詫びと訂正 日本ヘルスケア歯科研究会誌 創刊号

●18ページ 図のグラフ中指示「喫煙」と「非喫煙」の指し示す帯が反対になっております。黒帯が喫煙、水色が非喫煙者です。お詫びして訂正いたします。

●24ページ 本文末に次の1行が脱落しています。 できないと考えられるからだ。
お詫びいたします。なお、最後の一文は次のようになります。

何故ならば、自身ができないことを患者に指導できるはずがなく、患者に対して正しい健康観をアピールすることができないと考えられるからだ。

高齢者歯科の新しい視点

J. クリステンセン特別講演と鈴木・熊谷講演会への期待

クリステンセン教授特別講演会とシンポジウム

日程：6月19(土)、20日(日) 会場：三宅坂ホール(東京都千代田区) 主催：株式会社オーラル ケア

- J. クリステンセン教授(デンマーク王立コペンハーゲン歯科大学高齢者歯科教授)
- 鈴木章助教授(日本歯科大学高齢者歯科診療科) ● 熊谷崇氏(本会運営委員)

健康を守り育てる「かかりつけ医」にとって、高齢者の歯科診療は、避けて通ることのできない課題である。ただ、高齢者医療という言葉から「寝たきり老人」をすぐにイメージしてしまうならば、まずその貧困な先入観を拭い去る必要がある。そして訪問歯科診療という言葉が呼び起こす次のような甘美な経験さえも、いったん白紙に戻すべきだと私は思う。

床ずれとオムツの臭いが充満する暗い部屋に通され、寝たきりの老人のベッドの側で、なんとか口のなかをきれいにし入れ歯を調整し終えた。二度目に訪問したときには、固形食が食べられるようになったと家族に喜ばれた。三度目に訪問したときには上体を起こせるようになり、二カ月後には寝たきりだったはずの老人が庭先の花壇の側で出迎えてくれた。

この奇跡のような体験は、歯科医療が、なるほどQOLに大きく貢献することを私たちに教えてくれる。そして歯科医師のプライドを大いにくすぐる。しかし、ここには大きな錯覚が隠されているはいしまいか。

これまでの医療が、齲蝕や歯周病を治したり健康を維持したりするものではなく、修復し補綴することに専念して、かえって病気をつくってきたという事情は、ひとり歯科独特のものではない。病院には、救急救命を除くと、簡易ホテルの機能しかないのである。控えめに見積もっても、慢性疾患と高齢者の医療に関しては、病院という医療工場のなかで、治療という名のもとに病人がつけられてきたのである。たかが骨折でも、高齢者は入院すると寝たきりにさせられる。その結末が、日本独特の「寝たきり老人」であることは、すでに十分に告発されてきたではないか。いま私たちが振り返った甘美な逸話は、歯科医療とともに病院医療によって作り出された悲惨な老人がいるからこそ演出された奇跡なのである。

では、健康を守り育てる「かかりつけ医」にとって、高齢者歯科診療とは、どのようなものか。もちろん世界のどこでも、医療は健康を守り育てることに貢献してこなかった。医療の成果を健康のものさしで計るようになったのは、北欧の場合でもたかだかこの20年のことだ。だから、どの国の医師も歯科医師も当面、過去の「治療」の償いを仕事しなければならない。ただヘルスケアの先進国からは、私たちは錯覚なしの訪問歯科診療のイメージを受け取ることができるだろう。十数年前に「寝たきり」が「寝かせきり」だと教えてくれたのも、デンマークからのレポートだった。

寝たきりの高齢者の家族が、どうにも耐えられなくなって訪問歯科診療を求めてきたという場面を想像してみよう。寝たきりで衰弱しているにもかかわらず、ひどい歯の痛みがあるとか、大きな膿瘍ができてしまったという手の着けられない状況だ。全身状態のコントロールがむずかしいので軽々に観血処置はできない。痛みを訴える寝たきりの患者に対して、歯科医師は果たしてどう対処できるだろう。

健康を守り育てる「かかりつけ」の歯科医と歯科衛生士は、患者が高齢になるにつれ、口腔内だけを見ているわけにはいなくなる。もちろん口のなかの疾病リスクも年々増大するが、唾液の分泌ひとつとってもさまざまな疾患とその治療の影響を無視できないのだ。定期的に管理をつづけるなかでも、体調を崩して容易に診療室に通って来られなくなる高齢者も出てくるだろう。しかし修復物が少なく、基本的なケアの習慣が身に付いている場合には、たとえ全身状態が悪くなくても、口のなかがまったく省みられなくなることはない。こうして長年つき合いのあった知り合いの家を気軽に訪ねるようなかたちで訪問歯科診療が生まれるに違いない。すなわち「かかりつけ」の延長線上で患者の自宅を訪問する関係が生まれるときに初めて訪問歯科診療は真に有意義なものになる。ある診療所では、そのスタートは来年かもしれない。今から「かかりつけ」の診療スタイルをつくる診療所では10年後からかもしれない。いつからでもいい。ただそのようなイメージをいまから描いておくべきではないだろうか。

歯科のなかには、「今後患者の数が減るので需要のある介護保険のなかで歯科の活躍の場をつくろう」という議論がある。そこで冒頭のような甘美なドラマがもてはやされる。「悪くなったら治療する」という診療をこのままつづけ、そのような歯科医療が生み出した高齢者について在宅訪問診療という新しい枝を接ぎ木するならば、歯科医師は訪問先で、ただ足手まといになる以外にない。そのフスマの向こうには、甘美な奇跡どころか、寝たきりで抜歯を待っている老人しかいないという寒々とした高齢者診療しかないだろう。

熊谷氏は、歯科診療所を地域の私的なヘルスケアの拠点にしたいと語っている。クリステンセン教授が、そのような高齢者ケアの豊かなイメージを喚起してくれることを期待する。

医療ジャーナリスト 秋元秀俊



前回は今までの歯科医療とこれから私たちが目指している歯科医療とは何が違うのか、さらに毎日の診療で何をすべきかを整理しました。今回は実際に導入する際によくある問題点と解決のための考え方を述べてみます。しかし、環境は各診療室で異なっているのでこれが唯一といった正解はありません。それぞれ工夫して乗り切っていただきたいと思えます。

1. 客観的、規格性のある資料

・規格性のある口腔内写真

「来院した患者の全員を撮影しなければならないのですか？」と聞かれることがあります。全員10枚枚の規格写真で記録を残すことが目標ですが、難しいことが多いですね。

●コメント：徐々に撮り始めることは大切なことです。でも、どの人を撮影し、誰を撮影しないかという判断をする時点で、恣意的になってしまいます。これって結構問題だと思います。

でも、私のところでも規格に沿った写真を撮影しているのは半数以下です。

●コメント：ほとんど全員を撮影するのは、症例を選んで撮影するのでは、大きな違いがあります。「半数以下」というのは、読んでいる読者を意識した発言でしようが、目標は限りなく全員でしょ。これは数の違いじゃなくて、全く次元が違うんですよ。

最初は子供や歯周治療のような継続管理が必要な患者を対象を絞って始めるのがよいのではないのでしょうか。あるいは、最初から全員を目標にするのであれば、撮影枚数を絞って撮影するのひとつ方法です。

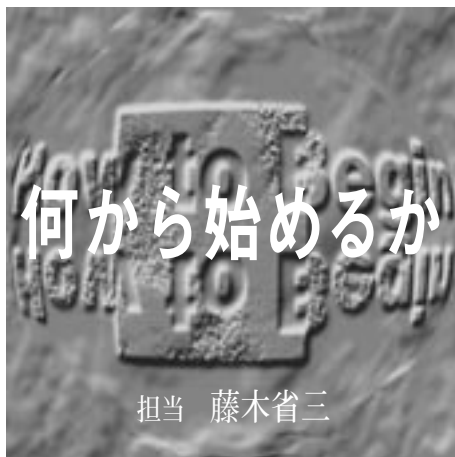
●コメント：子供からというのは良いアイデアですね。大人の場合も、すべての人について少ない枚数撮るとというのがいいかもしれません。

大切なのは撮り始めること。でも、自分の興味のある症例や都合の良いところだけをつまみ食いの的に撮るのでは意味がありません。

●コメント：その通りだと思います。徐々に始めるということも大切ですが、決断しているんな問題にぶつかりながらも思い切って実行するということはもっと大切です。

やり始めると手間ばかりかかって、心ない患者とのトラブルが頻発し、大変しんどい時期があるものです。年をとってからだごうした患者との軋轢に耐えられなくなります。そういう意味では、私は若い人こそ写真にチャレンジすべきだと思います。

大変でも写真を撮るのだという姿勢が、今までの歯科臨床を反省するきっかけになってきたわけです。この議論はサリバテストをしなくても予防はできるというのと似ています。努力をしてできなけれ



導入時に何から手をつければよいのか (その2)

ばそれはそれで仕方ないのですが、ハードルを低くしてしまうと、そのことによって目的が変わってしまうんですよ。確かにすべての患者の写真を撮ることは馴れるまでは大変なことですが、部分的にしか撮らないのと、限りなく全部撮るというのは、次元が違うことを強調しておきたいと思えます。

・デンタルレントゲン写真

歯周治療で初診時と治療後を比較したり、隣接面のう窩を診断するにはきちんと読影でき、過去と比較できるデンタルレントゲン写真を撮影することが大切です。そのためにはホルダーを用いた撮影が不可欠です。最初ホルダーを使うことで時間が余計にかかったり、慣れないうちは却って歪んだりすることがあります。

対策は、とにかくホルダーに慣れる、ホルダーは少し余分に用意して

おく(消毒のため)、撮影手順をスタッフと決めておくなどで時間の短縮ができます。

10枚法あるいは14枚法で撮影した際に「なぜこんなにたくさん撮るのですか」と質問される事もあるようです。現在ほとんどの歯科医院では局所だけのレントゲン撮影かパノラマ撮影なので、無理のないことかもしれません。そのような場合、他の患者のきちんとそろえたレントゲンを見てもらって、あらかじめ有効性を納得してもらっておくとよいかもしれません。そして、撮影したレントゲンは必ず患者に説明することを忘れないようにしましょう。正確に撮影されたレントゲンを使って説明すれば、説明なしの診療との違いは明らかで患者の確かな信頼を得られることは間違いありません。

・コンピュータによるデータ(サリバテストの結果など)の整理

サリバテストの結果、歯周治療の結果をコンピュータで管理する場合、どれだけのデータを入れるかが問題です。必要最小限のデータからスタートした方が長く継続できます。ちなみにモリムラから患者管理システムのソフトが発売されていますが、このソフトを使う場合でも全てを最初から埋めようとするのではなく当面の目標を決めて使うとよいでしょう。

2. 継続して患者とつき合うことができるシステム

・歯周治療

歯周治療のための衛生士のアポイントをきちんと確保しましょう。スケーリング、ルートプレーニングは歯科医師の治療の合間の空き時間でできるものではありません。

多くの場合歯科衛生士専用のチェックを決める方がうまくいきます。また、担当歯科衛生士を決めるのも重要です。担当制にすることで、毎回同じ担当者が治療することで説明や処置に一貫性が得られるため患者の信頼を得やすくなる、術者は自分がおこなった治療の結果をきちんと評価できるため上達が早くなるなどの利点があります。

歯科衛生士が患者を担当する場合、最初から難しい患者を担当させるのではなく徐々に高度な治療に移行する配慮が大切だと思います。難しさは歯周炎の重度だけでなく患者のコンプライアンスの程度もよく考慮すべきです。最初からコンプライアンスの低い患者を無理に担当してやる気を失っては元も子もありません。もちろん、歯科医師と歯科衛生士は患者の情報をメモやミーティングなどで共有しておかなければなりません。

・リコールを成功させるには

リコールを成功させるには患者の意識を変えることが最も大切で難しいことです。治療終了時にいきなりリコールの話を持ち出しても患者さんにうまく伝わりません。治療中から、「自分の歯を大切にするには定期的な管理が必要なこと」、「リコール時には...する」など何度も前もって繰り返し説明しておきます。私のところでは、歯磨きの癖がでていないかチェックすること、家庭では磨ききれないところを歯科衛生士がクリーニングすること、う蝕予防のフッ素を塗ることを目的としていることを説明しています。悪くなったところを早期に発見して治療するために来院してもらうのではなく、歯を守るという目的をもって来院してもら

うようにします。

リコール時の処置によって爽快感を経験してもらえば成功です。リコールの間隔はリスクに応じて決め、患者にその理由を説明します。

リコールシステムは、処置終了時に次回のアポイントをとる、電話連絡をする、葉書で通知するなどの方法があります。

3. 個人個人のリスクに応じた対応

・齲蝕:サリバテスト,食生活の問診など
う蝕の疫学からは割合は少ないがハイリスクのグループがあることがわかっています。各診療室ではそのようなハイリスクの人を見逃さないことが重要な仕事です。そのためにはサリバテストが大きな役割を果たします。

「サリバテストをどのように紹介すればよいかわからない」という質問を受けることがあります。私は、子供(保護者)には「虫歯のないお口になること」、成人には「一生自分の歯で食べられること」がこの診療室の目標であることを最初に話しておきます。そして健康ノートを見せながら虫歯のなりやすさは様々な要因があることを説明します。最初は歯科医院側がサリバテストの意義がよくわからないために、説得力が弱いことが多いようです。私自身も始めてから半年くらいはなかなか話し難か

ったことを覚えています。しかし、症例が増えていくにつれて重要性を実感し、同じように話していても説得力が増すようです。

・歯周病:家族単位の診療,問診によるリスクの把握

手遅れの歯周炎患者にさせないためには早期発現型の患者を見逃さないことが大切です。重症の歯周炎患者が来られた場合、その子供のチェックをしたいものです。

おわりに

今まで多くの会員の方の悩みをお聞きし、自分自身もいつもどこまでできるのだろうかと思悩んでいます(実際、この原稿についても正直に伝えることがかえって混乱を招くと思われましたが、正直に書き、そこに先輩方からコメントを加えてもらいました)。

当初最も難しいのは、経済性を少し犠牲にすることで余裕のあるスタッフ数、余裕を持たせた診療時間などを確保することのような気がします。さらにカリエスフリーの達成や歯周治療の成果が現れるのは最低でも数年間必要です。その間初めはやさしく、徐々に高度な目標を設定して一歩ずつでも進めていっていただければと思います。



★ご注意★
事務局移転のため 5月26日～31日は業務を休止します

本会事務局移転のお知らせ

会務の積極的展開のため、事務局を移転することにいたします。6月1日を境に住所、電話およびFAX番号が変わりますので、お間違えないようご注意ください。

本会の事務局は、これまで株式会社モリムラのご好意により同社内に専任のスタッフを置いていただき賄ってまいりました。決算報告でもご理解いただけますように、事務局費は部屋代も人件費も、これまで計上しておりません。設立から1年有余を経過し、財政上の目途が立ったことに加え、単純な事務作業にとどまらず会務の積極的な展開のため機動力のある事務局づくりが急務と判断し、事務局の移転に踏み切ります。株式会社モリムラには、本会の趣旨をご理解いただき、人的援助のみならず、これまで有形無形のご支援をいただきました。厚く御礼申し上げます。

なお、新事務所は、下記のとおりです。なお財政状態をにらみながら、引き続き事務局の強化を図ってまいります。

6月1日以降の日本ヘルスケア歯科研究会事務局

住所：東京都文京区関口 1-45-15-104

電話：03-5227-3716 FAX：03-3260-4906 (6月1日以降)

*なお、業務の混乱を避けるため、5月26日～31日は事務局業務を休止いたします。ご理解、ご協力下さい。



ヘルスケア フォーラム

国際シンポジウムに参加して

埼玉県朝霞市：中央歯科クリニック
奥富恵美子

昨日とは違ってかわって強い雨が降っておりますが、その雨音の激しさが昨日の感動のように思えます。

二日にわたり、中味の濃いシンポジウムありがとうございました。会場の空気が緊張ではなく、何かとても充実した、空気までも濃く感じられました。同じ考え、意気に燃えるお仲間との無言の共鳴といいましようか、とても良い時間を過ごさせていただきました。

……大学に10年残り、開業して17年になります。院内の改造も含め、今後を考え始めましたときに、ヘルスケア研究会に入会しました。他の先生方もニュースレターで寄稿なさっているように、自分でこう……と書いてもなかなか踏み出せないことあるものです。主人を見ておましていつもそう思います。私はドクターでも歯科衛生士でもありませんが、開業当初より患者さん方の窓口として、ご相談係として、出ております。実際窓口で「なんでもし歯になるんだらうねえ。歯、磨いてるんだよ？」の患者さんの声にきちんとご説明できていなかったと反省しつつ、明日からは去年にも増してきちんとご納得いただける説明ができると確信しております。

昨年、第1回のシンポジウムで脱灰と再石灰化のお話をうかがい、自分でそしゃくして中学の内科の校医の先生、担任の先生方、保健の先生方、お母さん方との会で簡単にお話をさせていただいたときは、皆さん「えっ、そうなの！」とびっくりなさり、内科校医の先生はメモをおとりになって「勉強になりました。歯科もどんどん進んでいるのですね……」とおっしゃって下さいました。それ以来、院内では少しずつご説明し、患者さん方の共感も得られておりますが、まだサリバテストの導入、それ以上には進展しておりません。昨年の会でそっと会場の空気に肩をたたいていただき、前へ踏み出そうと思えました。そのうえで院内の改造を……と思っております。

お子様方が治療勧告書を持ってくる時期が近づいてまいります。「着色」「むし歯」「歯周炎」、ご丁寧に大きなお口を開けた図解のものまであります。主人が「ブラッシングと予防指導により様子を見、経過観察します」と記入しますと、「えっ、削らないの？ つめてくれないの……」というお母さん方にきちんと説明いたします。

今から5年前、日本医大で「癒しの環境研究会」というのが出来て、患者さんを取りまく環境を考えましよう、発会時より入会しました。以前より歯科がどうも医科と別のもののようにとらえられていて、その壁が気にかかっていたので、それを自分の医院からでも何とかしたい、そして医科と歯科が患者さんお一人のお体を診させていただくうえでは、何の線引きもないと思ったからでした。いろいろな疾病があり、かなりのお薬を飲んでいても何の関心ももたない患者さんのなんと多いことか。真っ赤な顔をして、今にもぶっ倒れそうなパンパンな顔つきで「歯、抜いてくれよ」なんて……。

……窓口でたくさんのお薬を見せてくださる患者さんに(当院では飲んでいるお薬をカルテに記載させていただきます)「これは何のお薬？」と聞きますと、「わかんないんだよね。血圧と心臓ドキドキするって言ったら、もらったの……」

入れ歯を調整しても「あたる、あたる」とおっしゃる方に「何かお薬、飲んでいらっしゃいますか？」とうかがうと、お持ち下さった薬の中になんと3種類の抗うつ剤、精神安定剤がありました。「これをお飲みになると落ちつかれて、眠れますか？」とたずねると「あんまりかわんないけど、もらったら飲まなきゃ悪いんじゃないかと思って……」

失礼のないような話し方をして内科の先生とご相談いただくようにして、入れ歯が落ちついた方も何人もいらっしゃいます。唾液のことなんて、視野にないのでしょうか。シェーグレンで亡くなったおきれいだったご婦人の患者さんの口渇は、それはお辛そうでした。飲んでおられるお薬がお口の中の状況に変化を及ぼすなんて患者さんもお存じなく、またその唾液のありがたさ、お話ししていかねばならないことの一つです。

……昨年の第1回のときに、熊谷先生が朝日新聞の論説「窓」から元東大校長 森亘先生の記事をお出しになったときは、大変うれしく存じました。私もあの新聞記事を切り取っていつもバッグの中にあります。「節度ある医療は知識・教養・品位を併せもった医師によって初めて下しう。医師には、医学的力量とともに人間的教養と品位が求められている……」でした。

癒しの会で見学にうかがった総合病院はすばらしい心の行き届いたところでした。あとで病院スタッフとの懇談があり、院長先生のおっしゃった言葉が忘れられません。「癒しは保険点数にないのです」

開業医としては経営も大切です。ですが、今日のように機械やあまりにいろいろなものが出てまいりますと、ちょっと立ち止まって「患者さんにとって一番幸せなことは何？」と考えるようになりました。

……うかがうたびに確かな何かと、背中をそっと押して下さる力を下さいます熊谷先生に心から感謝申し上げます。



本会催しもの案内

● 第4回学術講演会

日程：'99年10月10日(日)
 会場：岡山テルサ・テルサホール
 会費：会 員 (歯科医師 10,000円
 その他 5,000円)
 非会員 (歯科医師 15,000円
 その他 8,000円)

問い合わせ先：本会事務局
 シンポジウム：

住民の健康のために診療室ですべきことは何か？

シンポジウム基調講演：Lars G. Petersson
 (Medical & Dental Health Center, ハルムスタッド, スウェーデン)
 スウェーデンの歯科医療政策—ヘルスケアセンターの歴史と活動

その他催しもの

● 東北支部スタッフミーティング第2回

日程：'99年7月23(金), 24日(土)
 会場：酒田市総合文化センター
 メインテーマ：ORAL HEALTH CARE の実践
 会費：30,000円 (1医院・何名の参加でも)

本会推薦研修会案内

ヘルスケア歯科基礎コース

基礎コースはこれから予防的な診療をはじめようという医院を対象としています。概念および総論からはじまり、齲蝕と歯周病の病因論から臨床現場での実際まで、きめ細かく、かつ盛りだくさんな内容を用意しています。

● 酒田会場 第6回

'99年6月5日(土), 6日(日)
 研修会場：さかたセントラルホテル
 研修費用：歯科医師 50,000円
 スタッフ 40,000円

● 大阪会場 第5回

'99年8月28日(土), 29日(日)
 第6回
 '99年11月3日(水, 祝日), 4日(木)
 研修会場：千里ライフサイエンスセンター
 研修費用：歯科医師 50,000円
 スタッフ 40,000円

ヘルスケア歯科実践コース

実践コースはすでに予防的な診療に取り組んでいる、あるいは何らかの理由で行き詰まっている医院を対象としています。内容は受講者のプレゼンテーションがメインとなります。実践コースは酒田または大阪の基礎コースを受講した医院の歯科医師およびスタッフのみを対象といたします。予めご了承下さい。

● 酒田会場 第3回

'99年5月15日(満席) 16日(日)
 第4回
 '99年7月17日(土), 18日(日)
 第5回
 '99年9月11日(土), 12日(日)

研修会場：日吉歯科診療所研修室
 研修会費：歯科医師 50,000円
 スタッフ 40,000円

- *いずれのコースも歯科医師とスタッフそろっての参加をぜひお勧めいたします。
- *本紙掲載の時点ですでに満席の場合も考えられますので、その際はご了承下さい。
- *お申し込みはFAX申し込み用紙にご記入のうえ、直接下記へお申し込み下さい。

●酒田会場申し込み先
 日吉歯科診療所
 〒998-0037 酒田市日吉町2-1-16
 FAX：0234-22-1858

●大阪会場申し込み先
 上田歯科
 〒559-0017 大阪市住之江区中加賀屋3-12-4
 アメニティー住之江1F
 FAX：06-6684-2206

ヘルスケア歯科コース FAX 申し込み用紙

レ印のコースに参加を申し込みます。

申込 FAX 番号 酒田会場 0234-22-1858 大阪会場 06-6684-2206

希望コース

基礎コース

- 酒田会場 第6回
 大阪会場 第5回 大阪会場 第6回

実践コース

- 酒田(満席) 第3回 酒田会場 第4回 酒田会場 第5回

フリガナ

勤務先・診療所名

代表者名

住所

電話番号

FAX 番号

日本ヘルスケア歯科研究会 第4回学術講演会

住民の健康のために 診療室ですべきことは何か?

とき：1999年10月10日(日)

場所：岡山テルサ・テルサホール(岡山県都窪郡早島町)

日本ヘルスケア歯科研究会の定例講演会は、春(東京開催)はヘルスケアの理念にかかわる大きなテーマでの国際シンポジウム、秋はより実践的なテーマを掲げ地方で開催しております。第4回に当たる'99年秋の講演会は、スウェーデン・ハルムスタッドからDr. Lars G. Petersson(ピーターソン)を招き「住民の健康のために診療室ですべきことは何か?」をテーマに講演会・シンポジウムを開催します。

Program

午前 9:40AM - 12:30PM	スウェーデンの歯科医療政策——ヘルスケア・センターの歴史と活動 Dr. Lars G. Petersson (Medical and Dental Health Center, ハルムスタッド, スウェーデン)
午後 1:30PM - 2:30PM	健康を守り育てる歯科医療を目指して——診療所の過去・現在・将来展望 岡 賢二(本会運営委員)
2:50PM - 3:15PM	コメント/コメンテーター 中尾勝彦氏ほか
3:30PM - 4:50PM	ディスカッション 司会 太田貴志(本会副会長) L. G. Petersson/岡 賢二/コメンテーター/熊谷 崇/秋元秀俊および会場参加者

企画趣旨より……「スウェーデンのヘルスケアセンター」という名前を目にして、「日本とスウェーデンでは社会制度も医療政策も違う。どんな素晴らしい意見も日本の開業医には役に立たない」と思う人もいるでしょう。たしかに、「明日からの臨床に役立つ」ハウトゥを期待して、この講師を招聘したわけではありません。

スウェーデンでは、給付される医療の内容、予防プログラムの策定など基本的な医療政策の決定が、ヘルスケアセンター単位で行われています。そこでは調査・研究・評価・プログラムの策定・行動…がひとつの環になって、住民にとってもっとも合理的な保健・医療施策、

臨床そして費用負担の方法が、ヘルスケアセンターを核に常に見直され、改善されているのです。Dr. ピーターソンは、ハルムスタットのヘルスケアセンターの予防歯科部門の責任者です。その行動力と人を惹き付ける個性的な魅力ゆえに、スウェーデンではあのアクセルソンに勝るとも劣らない影響力をもっています。私たちは彼の口から、このようなプロセスをつくり上げた歩みを直接聞きたいと思います。

市民のために、患者さんのために、国民のために、と口にすることは簡単ですが、何が住民のためかを判断する根拠すらまだ私たちはもっていないのです。

申し込み方法：郵便振替または現金書留にてお申し込み下さい。郵便振替の場合は**同封の郵便振替用紙**に必要事項をご記入のうえお申し込み下さい。また現金書留の場合は下欄の申し込み用紙を添え、事務局*までお送り下さい。6月1日より受け付けいたします。

参加費用：会員歯科医師：10,000円、その他会員・準会員：5,000円
非会員歯科医師：15,000円、非会員その他：8,000円 *事務局は6月1日より下記の住所に移転します。ご注意ください。

申し込み先：日本ヘルスケア歯科研究会事務局 東京都文京区関口1-45-15-104 TEL. 03-5227-3716 Fax. 03-3260-4906

第4回学術講演会 参加申し込み用紙 (ご記入またはチェックをお願いします)

参加を申し込みます。

フリガナ	歯科医師/歯科衛生士/歯科技工士/その他	<input type="checkbox"/> 会員歯科医師：10,000円	<input type="checkbox"/> その他会員・準会員：5,000円
参加者 氏名	会員番号 -	<input type="checkbox"/> 非会員歯科医師：15,000円	<input type="checkbox"/> 非会員その他：8,000円
フリガナ	歯科医師/歯科衛生士/歯科技工士/その他	<input type="checkbox"/> 会員歯科医師：10,000円	<input type="checkbox"/> その他会員・準会員：5,000円
参加者 氏名	会員番号 -	<input type="checkbox"/> 非会員歯科医師：15,000円	<input type="checkbox"/> 非会員その他：8,000円
フリガナ	歯科医師/歯科衛生士/歯科技工士/その他	<input type="checkbox"/> 会員歯科医師：10,000円	<input type="checkbox"/> その他会員・準会員：5,000円
参加者 氏名	会員番号 -	<input type="checkbox"/> 非会員歯科医師：15,000円	<input type="checkbox"/> 非会員その他：8,000円

勤務先・診療所名	参加申し込み人数	人	合計金額	円
〒	電話番号		FAX番号	
住所				