

# HEALTH CARE

The Newsletter of the Japan Health Care Dental Association

vol.2 no.5

(年間6回刊行・通巻011号)



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

☎ 03-5227-3716

Fax. 03-3260-4906

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

☎ 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

### ●第3年度会費納入のお願い

同封の振替用紙をご利用になり、来年度(第3年度)の会費を郵便局窓口にてご送金下さい。

ニュースレターvol. 3 no. 1および日本ヘルスケア歯科研究会誌第2号は、第3年度会費の納入が確認できた方にのみ郵送いたします。予めご了承下さい。

### ●第3回国際シンポジウムのお申込用チラシと郵便振替用紙を同封しました

お申込には同封のチラシ・振替用紙をご利用下さい。

## 催しものご案内

### ① 第3回国際シンポジウムおよび総会

日程：2000年3月19, 20日

会場：朝日ホール(東京・有楽町マリオン)

テーマ：健康を守り育てる歯科医療のために

19日：カリオロジーとフッ化物に関するコンセンサス

20日：歯周病の全体像と歯周治療

▷詳細p.15および同封のチラシをご覧ください。

## プロトコール

副会長 (山形市) 太田貴志

本研究会の副会長としてさまざまな地域で、お話をする機会が与えられますが、どこの会場に行っても「健康を守り育てる」ことへの熱い関心を肌で感じます。同時に「健康を守り育てる歯科医療」へ診療システムを転換しようとされながら、多くの方が現実の臨床とのギャップに悩み、苦勞されていることも理解できました。

「これからは予防だね」と声をかけられることがしばしばあります。この言葉のなかには、ともすると「健康を守り育てる歯科医療」を流行(はやり)だととらえるニュアンスが感じられ、その流行に遅れないようにといったとらえ方をされている向きも有るような気がします。

医療に携わる者にとって、そのプライオリティの筆頭は、医療を受ける側すなわち患者の利益であるはずで、決して、流行で論じるべきものではないと思います。ひとくちに予防といっても、実際には日々の診療や診療の基盤までも見直すことになります。ですから、自分の診療室でできることを着実にひとつひとつ改善する地道な努力が求められます。

最近このニュースレターにおいても話題になっている診療室における患者データ管理においてもわかりです。コンピュータを使った患者データ管理ができないと、あたかも予防を中心とした診療システムが構築できないと思込まれたようなご意見を耳にすることがあります。患者データの管理により、診療を再評価することは重要ですが、ものには順序があります。自分の診療室にとっていま大切なことは何か、それを見誤らないようにしたいものです。


私の診療所では、十数年前、当面の診療の目標を「初期から中等度の歯周炎を確実に抑えられるようになる」というところにおきました。そして私とスタッフが一緒になって知識の向上とスキルアップのために研鑽を積んできました。その中で常に大切にしてきたことのひとつは患者さんの情報を的確に収集することと、それらを患者さんが理解しやすいようによく説明することでした。

特に初診時の記録は一定の規準に従い、客観性と規格性を重要視してきました。先日、私の話をお聞きになった方から「しっかりしたプロトコールが確立されていますね」というお褒めの言葉をいただき、初めてプロトコールという言葉に注意をひかれました。お恥ずかしいことながら、その意味がピンときません。辞書を参照しますと、「科学的研究や患者の治療を実行するための計画、コンピュータで通信を行う際の予め決められた通信規約」と記載されていました。私なりの解釈で、「患者さんのデータを収集するにあたっての基本的な約束事」と理解することにしました。患者さんにできるだけ正確に客観的に病気の状態を伝えるための資料を整えてきたのですが、それを疫学や実験をする目で見直すと「プロトコールが確立」しているという結果になったわけです。

少し横道にそれましたが、要するに、客観的で規格性のある情報収集を患者さんとの係わり合いの中で大切にしてきたのです。このような、診療システムの本来の目的は、的確な診断をするための資料の収集と、患者さんに必要な情報を提供することすなわちドキュメンテーションにありましたが、これを長期的に継続してくると違った価値が生まれ、期待以上の効果を体験できるようになってきました。すなわち、個人個人の情報が集まって診療室全体の情報として生きてくることを経験するようになってきたのです。

これら多くの情報がコンピュータの力を借りてまとめることができれば、今後の診療室

の指針として大きく寄与してくれるに違いありません。EBMという概念も何か流行のように語られていますが、患者にとって何が最良の選択か？思い込みを排して考えるという診療姿勢が、そこになければ意味はありません。日々の診療のために蓄積したデータが、よりよい選択肢を選ぶためのEvidenceになりうるものと思います。

いま、ニュースレターに見る話題は、個々の診療室のデータの管理にまで発展してきていますが、患者さんの立場から本当の意味での健康を守り育てるという観点に立って診療システムを構築し始めようとする場合は、まずしっかりと規格・規準を定め、それに基づいた情報収集を確実にを行い、それを患者さんに説明するところからはじめてみてはいかがでしょうか。その積み重ねが診療室のレベルアップに大きく関わってくるものと確信します。そして患者さんにとっては、この上ない利益です。 

前回(vol.2 no.2)では妊娠時から4、5歳くらいまでに気をつけることをまとめてみました。今回は6歳前後から中学、高校生までの気をつけたいことを考えてみましょう。

・6歳前後

カリエスフリーの永久歯列を育てるためには6歳臼歯を何としてでも守らなくてはなりません。6歳臼歯にむし歯ができやすいのは

- a) 6歳臼歯は前歯とは違って生え替わるのではないため、子供本人も保護者も永久歯とっていなかったり、萌出に気がついていないことが多い
- b) 萌出に気がついていても歯ブラシが届いていない
- c) 極めてハイリスクな小窩、裂溝が存在する

などが考えられます。

対策として、a) に対して、5歳頃になれば保護者に6歳臼歯のことをあらかじめよく説明しておく。萌出が近くなればリコール間隔を短めにする。b) に対しては小学校1年生の間は保護者の仕上げ磨きをお願いするようにしています。子供には横からの突っ込み磨きを指導します。c) の小窩、裂溝の問題ですが、咬合面よりもむしろ下顎の頬側面溝が深く危険な場合が多く認められます。明らかに危険な裂溝の場合はきちんとシーラントしなければなりません。

口腔の健康を考えると、一生で最も重要な時期が6歳臼歯の萌出時期だと思います。

・小学校低学年

そろそろ保護者の仕上げ磨きから卒業です。この時期には基本的な歯を守るための習慣を身につけさせたいと考えています。つまり、朝食後と就寝前の最低2回の歯みがき、フ



カリエスフリーの子ども達を育てるために (その2)

ッ素配合歯磨剤の使用、正しいおやつの習慣です。サリバテストでSM、LBの状況を把握しておくことも大切です。唾液分泌量は幼い子では飲み込んでしまって実際よりも少なく計測される可能性があります。緩衝能はこの時期には成人の場合より緩衝能が低い子供の割合が多いようです。

歯みがきの技術はまだまだ個人差が大きく、来院の度に磨き残しのチ

ェックが必要です。まだまだ幼くてこちらのお話をきちんと聞いてもらえない子供も多くなりますが、大体3年生か4年生くらいになると急に理解力が高まるように思います。それまで根気よく続けることが大切だと感じています。「もう、なんべん言うたらわかるんや！」と心の中では思っても、顔には出さず広い心でみてあげなアカンのですね。

フッ素の予防効果を確実にするには1日2回以上歯磨剤を使うべきです。ですから、朝の学校へ行く前の歯みがきの時には「30秒でもいいから歯磨剤をつけて磨くように」と励まします。

6歳臼歯の幼若な時期を乗り越えた後の最大の危険は未だに学校健診だと思っています。裂溝に着色がみられる歯に治療勧告書をもたらってくるケースはよくあります。そのような場合に予約が混んでいるからと後回しにした結果、他院で充填処置をされてしまったとの話を聞くこともあります。ですから、私のところでは管理中の子供が勧告書をもたらしてきた場合は経過観察の証明のみ先にしてしまいます。また、裂溝に着色がある場合は前もって保護者に勧告書をもたらす可能性が高いことを話しておくことで不信感をもたれないように配慮しています。

この時期は特別な場合を除いてリコール間隔を半年程度に延長しています。

・小学校高学年

子供の自立が進み親の言うことに

耳を貸さなくなり、クラブ、塾などで忙しくなってきます。親には反発しても歯科医師や歯科衛生士の言葉には素直に聞いてくれる場合が多いように感じます。予約も塾の都合などで不安定になりがちですが上手に継続できるよう配慮が必要かと思えます。

私のところで混合歯列期に根管処置をおこなうことはほとんどありません。例外が小臼歯の中心結節の破折に伴う歯髄の感染です。来院が途絶えると感染をおこしてしまう場合があるようです。

第二大臼歯も6歳臼歯と同様にリスクの高い歯です。リコールに来ていてもほとんどの子供が萌出していることに気がついていません。ですから、何度も繰り返しになります。リコールを継続することが何にもまして重要なことなのです。もちろん危険な小窩、裂溝にはシーラントが必要です。

サリバテストの経過は多くの場合でSM、LBの低下(特にLBはクラス0)が見られ、唾液分泌量、唾液緩衝能ともにリスクの低下が見られます。しかし、一部唾液に関してハイリスクの子供が明らかになってきますので、その子供達には「ちょっと

他の子より頑張ることと、必ず定期健診に来てね」と声をかけることとなります。

#### ・中学生から高校生

ここまで来るのに約10年です。カリエスフリーの永久歯列を育てるには、ほんとにえらい(標準語では“すごく”)大変な思いをしてここまで来たわけです。もう一息頑張らないと折角の苦勞が水の泡になってしまいます。

急激な食生活の乱れがおこらないよう予防線を張ることが大切です。通学の途中、クラブ活動(特に運動系)、塾の行き帰り、夜の勉強の時、テレビを見ながら…親から自由になり小遣いが豊富になる分だけ食生活が乱れる可能性が高くなります。個人的には運動系クラブでの水分補給には注意がいるように感じます。この頃流行の薄味の清涼飲料水も気になるころです。

一見危なそうに見える時期ですが、きちんと話せば理解をしてくれる年齢でもあります。今まで守ってきた健康な歯列の素晴らしさ、むし歯のできる原因をわかりやすく話すことで(だらだら食べたり飲んだりすることの危険性など)もう一度確かな動機付けができる時期だと思

ます。

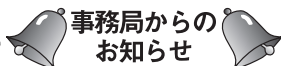
もう一つ見逃してはいけないのは早期発現型歯周炎の発症の時期です。両親が重症の歯周炎の場合は特に要注意です。私は1年に1回、咬翼法のレントゲン写真で隣接面の齶蝕と歯槽骨の状態を確認するようにしています。

#### ・おわりに

子供をカリエスフリーに育てる手助けをするには齶蝕の病因論だけではなく(基本は正しい病因論の理解です。最もわかりやすいテキストは『わかる!できる!実践カリオロジー(医歯薬出版)』です)多くのことに気を使わなくてはなりません。

2回に分けて普段から気をつけていることを書いてみました。このところちょっとばかり忙しく最近のデータの集計ができてはいませんが、今年の初めに集計した時は、継続して来院していれば約90%の子供達にむし歯をつくることなく永久歯列を育てることができていました。やればできるんだなあと素直にうれしかったことを覚えています。

時間のかかる仕事ですがやりがいは大きいです。是非皆さんも頑張ってください。 ☺



### 第3回国際シンポジウムの申し込み用紙と郵便振替用紙を同封いたしました

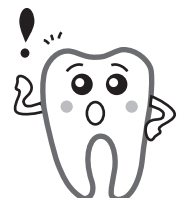
第3回国際シンポジウム(本会第三回定期総会同時開催)にご参加ご希望の方は同封の「ご参加のおさそい」のチラシ下欄の申込用紙を事務局までファックスまたは郵便でお送り下さい。同時に郵便振替用紙にて参加費をご送金下さい。現金書留の場合は申込書を必ず同封して下さい。参加費の入金の確認をもって参加受け付けといたします。なお、お申し込みいただいた方には別途「参加者用リーフレット」と「参加証(名札)」をお送りします。

### 第3年度会費納入のお願い

同封の振替用紙をご利用になり、来年度(第3年度)の会費を郵便局窓口にてご送金下さい。

また、すでにご入金いただいている方には会費用の振替用紙は同封していません。但し、ご送金日からその確認までに約10日ほどかかります。行き違いがございましたら、お詫び申し上げます。

ニューズレター vol. 3 no. 1 および日本ヘルスケア歯科研究会誌第2号は、第3年度会費の納入が確認できた方のみ郵送いたします。予めご了承下さい。

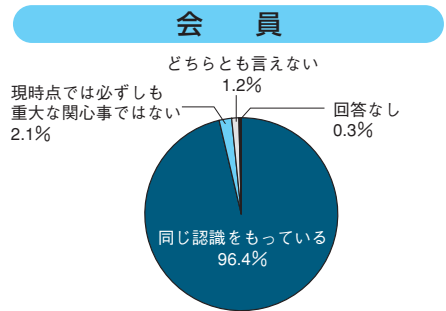
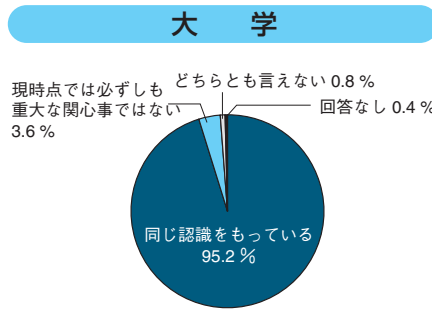


フッ化物調査小委員会

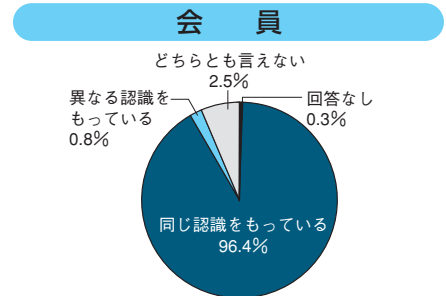
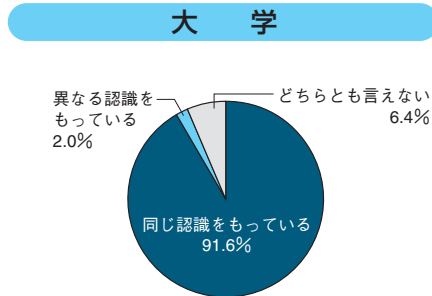
専門家および会員のフッ化物応用の理解に関する調査 中間報告

現在、本会のフッ化物調査小委員会(小委員長：岡 賢二)では、29 歯科大学・歯学部の予防歯科・口腔衛生などすべての臨床系講座および病理、生化学、薬理学の講座の教授、助教授、講師の方々に対して、右の趣旨で「専門家のフッ化物応用の認識に関する調査」を行っています。この調査は、各々調査対象者の所属・氏名を明記した調査用紙を料金受取人払いの返信用封筒とともに郵送する形式で行いました。有効送付先は827人、有効回答は11月11日時点で251人(30.4%)となっています。以下中間集計結果を報告します。併せて前回のニュースレターの送付時に実施した会員を対象とした調査結果を右欄に併記します。送付先は1,319人、回答は12月10日時点で521人(39.4%)です。

**質問1** う蝕の発症を未然に防ぐことは、歯科医療関係者のもっとも重大な関心事のひとつである、という認識について…

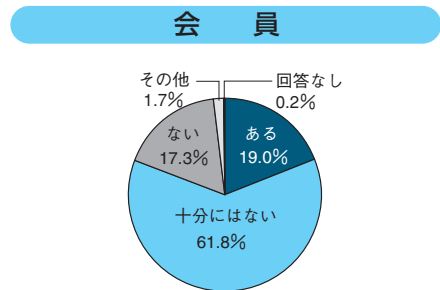
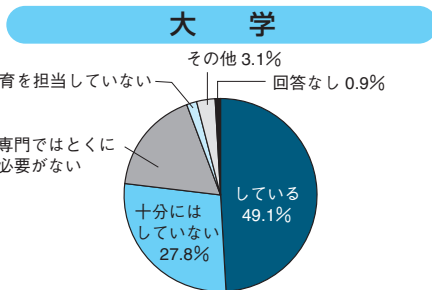


**質問2** この調査趣旨に述べた「フッ化物の応用が、う蝕の発症予防およびう蝕の進行停止に大きな効果をもつことは、膨大な疫学研究によって実証されている」という認識について…

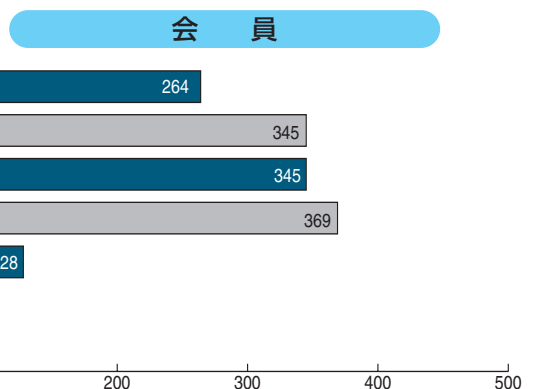
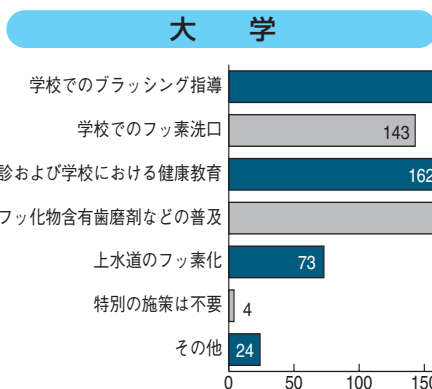


**質問3** 【質問2について、設問と同じ認識を持っておられると回答された方のみ】わが国の歯科学生は、フッ化物についての認識が低いと言われています。あなたは、学生教育にあたって、フッ化物とう蝕との関わりについて十分な教育をされていますか。

**質問3** わが国の歯科医師は、フッ化物についての認識が低いと言われています。その原因の一端は学生教育にあると考えられますが、あなたご自身の学生教育において、フッ化物とう蝕との関わりについて十分な教育を受けた記憶がありますか。



**質問4** 公衆衛生施策は、社会・文化・経済および疫学的条件に応じて適切な方法を選択するべきですが、わが国の平均的都市における、現時点でのむし歯予防の公的施策として一般的に最も適切と考えられる方法をお示し下さい。(この項、複数回答可)



企画趣旨

フッ化物の応用が、う蝕の発症予防およびう蝕の進行停止に大きな効果をもつことは、膨大な疫学研究によって実証されています。その公衆衛生的な応用における費用効果の高さも実証済みです。また臨床的にもフッ化物の利用なしにカリエス・ハイリスク患者のリスクをコントロールすることは容易ではありません。

ところが、わが国の新聞、テレビなどの報道機関では、う蝕予防のためにフッ化物の有用性について論じ、応用法を広めることが、未だに一種タブーであるかのように扱われています。その背景には、重要な問題であるにもかかわらず歯科医学・医療専門家のコンセンサスが得られていないことが一因となっていると考えられます。また報道機関がフッ化物によるう蝕予防を取り上げる場合には、賛否両論があることを示すのが常です。その理由は、報道の度に声高な人々から厳しい批判が寄せられるのが通例だからだと報道関係者は述べています。賛成反対双方からの批判が同時に寄せられることも少なくないようです。

そこでは、う蝕の発症を抑制するためのひとつの手段であるフッ化物の利用が、あたかも独立した目的であるかのように論争の中心に位置づけられることがしばしばあります。フッ素の危険性を主張する声もそれに対する

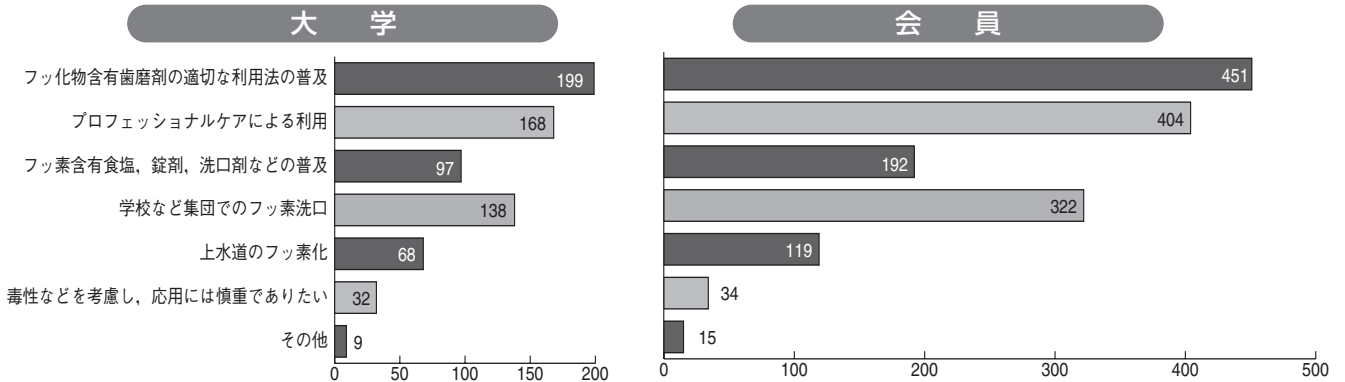
反論も、歯科医療・医学の専門家の認識を公平に反映したものであるとは思われません。

あたかもイデオロギー対立のような声高な賛成・反対の主張は、フッ化物についての冷静な評価をためらわせ、また報道関係者に不要な警戒感を抱かせ、その結果フッ化物についての正しい知識が国民に伝わらないという事態を招いています。この現状は、学校や地域でう蝕予防活動を展開する際の大きな障害になっているばかりでなく、診療の場面でも患者の理解を妨げる要因になっています。

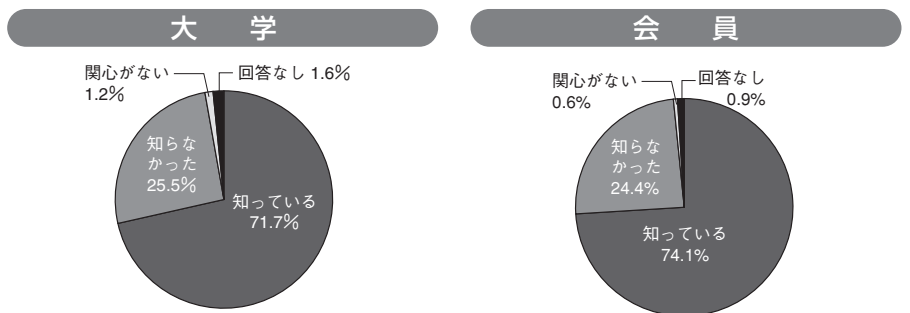
そこで、わが国の歯科医学・医療の専門家が、この問題についてどのような考えをもっているのか、大学、学会、専門の垣根を超えて歯科医療・医学専門家の方々のお考えと教育の実態を調査することにいたしました。

なお、この調査結果の詳細は、本会会誌に掲載いたします。また、本会主催第3回国際シンポジウム(2000年3月19日)のディスカッション資料とし、同時に、報道機関に概略を報告し、歯科医療・医学専門家の見解に関して理解を広める努力をいたします。

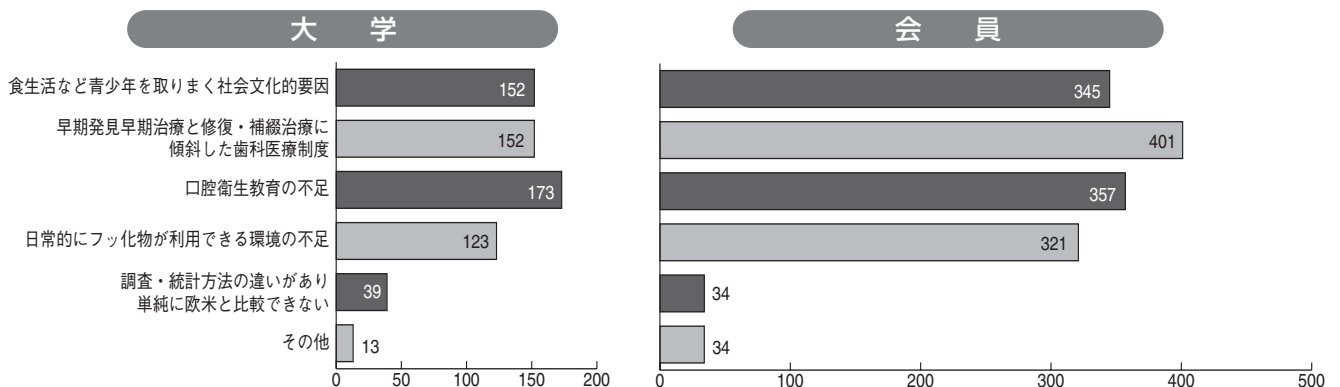
質問5 フッ化物の応用法として現在一般的に推奨すべき方法は、どのようなものですか。(この項、複数回答可)



質問6 わが国の12歳児DMFTが欧米諸国に比較して高いだけではなく、十代後半に急速にDMFTが増加していますが、その事実をご存じですか。



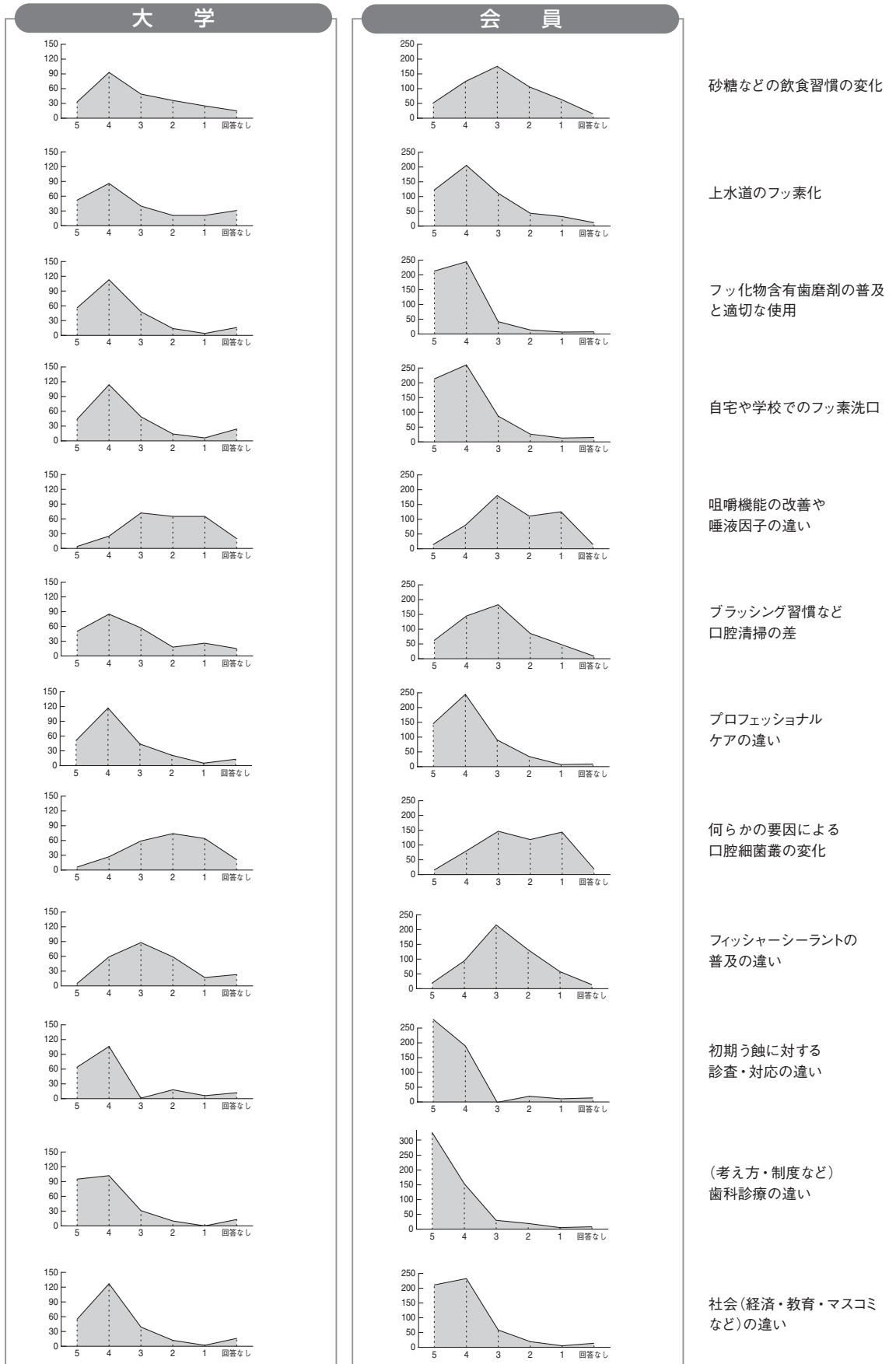
質問7 十代後半に急速にDMFTが増加し、欧米と異なりカリエスフリーの人が限りなくゼロに近い主な理由について、どのように考えられますか。(この項、複数回答可)



**質問8** 次のページのグラフは、日本とスウェーデンの12歳および19歳のう蝕の罹患状況について、その推移を比較したものです。スウェーデンが示す傾向は北欧諸国ではほぼ共通ですが、この20～30年間に日本ではう蝕の罹患状況に大きな改善がなく、北欧諸国との間に大きな差が生じた理由をどのように考えますか。

以下の12の要因について、5～1に○印を付け、重みづけをしてください。

5：最も大きな影響、4：大きな影響、3：さほど重要でない影響、2：わずかな影響、1：影響なし



# クリニカル ペリオドントロジー は、いま

歯科医師(鳥取県境港市): 足本 敦  
歯科医師(鳥取県米子市): 伊藤美知子

# 5

## *Actinobacillus actinomycetemcomitans* と *Porphyromonas gingivalis*

ヒトの口腔内には300種もの細菌が住み着いていますが、歯周病においてはとくに三大病原菌として *Actinobacillus actinomycetemcomitans* (*A. a*)、*Bacteroides forsythus* と *Porphyromonas gingivalis* (*P. g*) が、重要視されていることを前回の歯周治療における細菌学的評価の中で述べました。今回はこれらのうち *A. a* と *P. g* について紹介します。

### なぜ *A. a* と *P. g* が重要なのか？

さて、冒頭に述べたように、口腔内には数多くの種類の細菌がいるのに、どうして *A. a* と *P. g* がとくに重要と考えられているのでしょうか？ これには、疫学研究成果と歯周病原菌のもつ病原性を理解していただくのが、良いと思います。ただし、現在まで歯周病原菌についての研究はおもにアメリカ、ヨーロッパを中心とする先進国において行われ、発表されているデータのほとんどが白人に関するものであることを、まずご了承下さい。

アメリカとヨーロッパにおける歯周組織の健康な小児や思春期において *A. a* はわずか15%ほどにしか認められませんが、限局性若年性歯周炎患者からは、その75~100%に *A. a* は認められます<sup>1</sup>。そのため、*A. a* は限局性若年性歯周炎に関与する重要な菌であると考えられています。しかし、人種によってこの割合は異なり、歯肉縁下に *A. a* が認められる割合は、ベトナム人の歯周組織の健康な小児で78%<sup>2</sup>、アフリカ系パナマ人の思春期の小児では60%<sup>3</sup> という報告もあります。

*P. g* は少なくともアメリカとヨーロッパにおいては、限局性若年性歯周炎の初期ではめったにみられず、疾患の初期段階においては菌叢中でわずかな割合を占めるのみです。その一方で、チリ<sup>4</sup> やジャマイカ<sup>5</sup> においては若年性歯周炎患者からしばしば発見されています。*P. g* は広汎性若年性歯周炎の多くの罹患部位において顕著に認められますが、なにより大切なことは、この菌種が重度成人性歯周炎の大多数において優位を占め、小児や健康な状態もしくは初期の罹患状態の歯周組織をもつ人からはほとんど認められないことです。そ

れゆえに、*P. g* は最も重要な歯周病原菌だと考えられています。

### *A. a* と *P. g* の何が歯周病原性を示すのか？

*A. a* の歯周病原性は、菌体周囲に付着因子である長い線毛をもっていることとさまざまな毒素を産生することがあげられます<sup>6</sup>。その中で最も研究されているのはロイコトキシン(白血球毒素)です。これは宿主防御にかかわる好中球やマクロファージに傷害を与えます。さらに *A. a* は歯周組織の線維芽細胞を殺したり、歯周組織治癒を混乱させたりする能力をもつ線維芽細胞毒性を巧妙に作り出します。この菌のリポ多糖はマクロファージを刺激し、歯肉の炎症と歯槽骨吸収に関与するサイトカインであるインターロイキン-1 $\alpha$  と TNF 産生を活性化することが知られています。

*P. g* にも線毛が認められ、粘膜上皮などに強い定着能をもっています<sup>6</sup>。また、蛋白分解酵素(コラゲナーゼ、ゼラチナーゼ、トリプシン様酵素)を産生し、これらは疾患の発症と進行の原因となっています。*P. g* の病原性には多様性があり、これはコラゲナーゼ産生能の違いに基づくと考えられます。動物における感染実験では、高い病原性をもつ *P. g* 株は重度な組織損傷を伴う感染を広く引き起こし、ときとして動物を死亡させましたが、非病原性や非浸潤性 *P. g* 株はわずかな組織損傷を伴う限局性膿瘍を形成するのみでした<sup>7</sup>。また、ウサギの粘膜下組織にチャンバーを移植して *P. g* 株の増殖と病原性を検討した実験では、*P. g* は *A. a* とともに感染させると顕著に病原性が増強しました<sup>8</sup>。

### *A. a* と *P. g* によって感染するのか？

歯周疾患の成立には、初期段階として歯周病原菌の口腔への感染と定着が必要です。とくに感染経路について解析を行う場合、たとえば歯周疾患を有する夫婦双方より *P. g* が検出されたとしても、それらが同一のものであることを証明するには、同じ特徴をもつ菌株かどうかを調べなければなりません。こうした細菌の感染経路を調べるための疫学研究には、以前は菌株ごとの生化学的性状、薬剤感受性パターンあるいは血清型などが応用されていましたが、1菌種を十分なパターン数に分類できないために、多数のサンプル処理は困難でした。そこで、現在は遺伝子配列の多様性を利用したDNAフィンガープリント法が感染経路の解析に広く用いられています。

このDNAフィンガープリント法を応用し、口腔領域では *A. a* および齶蝕病原性菌 *Streptococcus mutans* の親から子供への感染が、また *P. g* は各人の口腔細菌叢がすでに確立している年齢での夫婦間の感染が示唆されています。

### 垂直感染

菌培養法での *P. g* の同定が困難なため、歯周病原菌の垂直感染に関するデータは、たいてい *A. a* に関するものです。Asikainen らは *A. a* が母親から子供へと夫婦間で感染する証拠を示しました<sup>9</sup>。この菌種をもっている母親ともっていない母親とを比較すると、*A. a* 陽性の母親をもつ子供の場合、3歳時における *A. a* の検出率は *A. a* 陰性の母親をもつ子供の26

A. a & P. g Point 1	A. a 限局性若年性歯周炎に関与する重要な菌。 限局性若年性歯周炎患者の75～100%に認められる。	P. g 最も重要な歯周病原菌。 広汎性若年性歯周炎の罹患部位、重度成人性歯周炎の大多数において優位を占める。
A. a & P. g Point 2	A. a 付着因子としての線毛をもつ。 さまざまな毒素を産生するが、とくにロイコトキシン(白血球毒素)が重要。	P. g 粘膜上皮などに強い付着能をもつ線毛が認められる。 蛋白分解酵素(コラゲナーゼ、ゼラチナーゼ、トリプシン様酵素)を産生する。
A. a & P. g Point 3	垂直感染: A. a陽性の母親をもつ子供は、3歳時でA. aの検出率がA. a陰性の母親をもつ子供の26倍である。 A. aの垂直感染率は32%(フィンランド)、60%(アメリカ)、0%(ブラジル)と人種間で差異が認められている。	
A. a & P. g Point 4	水平感染: 兄妹間での、A. aの感染率は89%と57%の報告がある。 成人間の感染率はA. aで14～60%、P. gは30～75%。	
A. a & P. g Point 5	「歯周病原菌は家族内および配偶者に感染するが、これは歯周病の伝染ではない。」 Roy C. Page しかし、新たな歯周病を発症させないために、患者を含めた家族全員の歯周病原菌の管理が重要となるケースもある。	

倍となりました。若年者のA. a関連性歯周炎を予防するために、両親の口腔からA. aを根絶することは重要なことだと思われれます。

A. a陽性の親から、子供への感染率を評価した研究は、わずかに数例しかありませんが、そのうちフィンランドの研究<sup>10</sup>では感染率32%、アメリカの研究<sup>11</sup>では感染率60%と報告しています。双方ともA. aの遺伝子型は、親子間で同一であり、A. a陽性の子供のすべてのケースで、垂直感染が起こっていることを示唆しています。しかし、限局性若年性歯周炎であるA. a陽性の子供を対象としたブラジルでの研究<sup>12</sup>では、10組の親子でA. aの遺伝子型が一致したものは1例もなかったという異なった結果が得られています。フィンランド、アメリカとブラジルの研究間で、結果が異なった理由には、研究対象である家族の数が少なかったこと、対象の選択に違いがあったり、生活習慣、生活状況が家族間でさまざまであることが挙げられます。

## 水平感染

水平感染は兄妹間、配偶者間で起こるもので、兄妹間では口腔内のA. aが同一の菌株をもつことを示唆したデータがあります。A. a陽性の兄妹をもつ家族で、他の兄妹がA. a陽性である家族は8/9(89%)<sup>13</sup>と4/7(57%)<sup>12</sup>であり、これらA. a陽性の兄妹は、少なくとも一つは同一の遺伝子型をもっていたことが示されました。しかし、他の研究では、この結果と一致しているものもしていないものもあります。

P. gの水平感染に関しては、わずかに二つの研究があるのみで、いずれの研究においてもその遺伝子型の一致が報告されています。兄妹間で菌株が一致する理由は、兄妹間での感染、もしくはそれぞれが両親から感染を受けたということが考えられます。

また、成人においてもA. aおよびP. gの水平感染が起こることが、数組の夫婦を用いた研究で証明されています。それによると感染率はA. aで14～60%<sup>10,11,13,14</sup>、P. gは30～75%<sup>10,15-18</sup>と報告されています。これらの結果は、成熟した口腔

内細菌叢になると簡単には新しい侵入者(細菌)を受け入れないことも示唆しています。

## まとめ

A. aとP. gは、外因性の口腔病原菌ですので、研究者たちはこうした細菌に対する理想的な歯周治療のゴールは、菌の部分的な減少というより、むしろ完全な根絶、もしくは同定できるレベル以下への抑制であるとしています。そのために前回紹介したA. aとP. gの存在を判定したり、治療の結果を評価したりする数々の細菌学的診断法が存在します。

近年、歯周炎患者はその配偶者の歯周組織状態の悪化を引き起こすことが、明らかにされました<sup>19</sup>。これは20組の中年で結婚年数10年以上の夫婦から、進行性歯周炎患者と健康な歯周組織をもつものを、配偶者の歯周組織状態とは関係なく選び、二つのグループに分けて検討した研究です。その結果は、歯周疾患に罹患している配偶者をもつものは、歯周組織の健康な配偶者をもつものと比較して深いポケット、アタッチメントロス認め、口腔内に歯周病原菌が存在していました。そして、この結果は研究対象者の年齢、性別、社会的背景、および口腔衛生状態との関連はありませんでした。

Roy C. Page教授は「歯周病原菌は家族内および配偶者間で感染するが、それは歯周病の伝染ではない」と述べました<sup>20</sup>。歯周病原菌が感染すれば、必ず歯周病が発症するのではないことは、すでに本シリーズの第1回の病因論で紹介したとおりです。しかし、今回紹介した研究結果から、歯周病の新たな発症や再発を防ぐために、ケースによっては歯周治療に際して患者のみではなく、患者を含めた家族全員の歯周病原菌に対するマネージメントが重要となることを理解していただきたいと思います。

## 参考文献

1. Slots J, Ting M.: *Actinobacillus actinomycetemcomitans* and *Porphyromonas gingivalis* in human periodontal disease: occurrence and treatment. *Periodontol* 2000 20: 82-121, 1999.

2. Hölttä P, et al.: Isolation frequency and serotype distribution of mutans streptococci and *Actinobacillus actinomycetemcomitans* and clinical periodontal status in Finnish and Vietnamese children. *Scand J Dent Res* 102: 113-119, 1994.
3. Eisenmann AC, et al.: Microbiological study of localized juvenile periodontitis in Panama. *J Periodontol* 54: 712-713, 1983.
4. López NJ, et al.: Occurrence of *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis* and *Prevotella intermedia* in juvenile periodontitis. *J Clin Periodontol* 23: 101-105, 1996.
5. Ronderos M, et al.: Bacterial and viral risk markers for juvenile periodontitis. *J Periodontol* (in press).
6. 奥田克爾: 「デンタルプラーク細菌」, 医歯薬出版, 1999年
7. Slots J, Rams TE. Pathogenicity. In: Shah HN, Mayrand D, Genco RJ, ed.: *Biology of the species Porphyromonas gingivalis*. Boca Raton: CRC Press: 127-138, 1993.
8. Dahlén G, Slots J. Experimental infections by *Bacteroides gingivalis* in non-immunized and immunized rabbits. *Oral Microbiol Immunol* 4: 6-11, 1989.
9. Asikainen S, et al.: Can one acquire periodontal bacteria and periodontitis from a family member? *J Am Dent Assoc* 128: 1263-1271, 1997.
10. Asikainen S, et al.: Likelihood of transmitting *Actinobacillus actinomycetemcomitans* and *Porphyromonas gingivalis* in families with periodontitis. *Oral Microbiol Immunol* 11: 387-394, 1996.
11. Preus HR, et al.: The distribution and transmission of *Actinobacillus actinomycetemcomitans* in families with established adult periodontitis. *J Periodontol* 65: 2-7, 1994.
12. Tinoco E, et al.: The distribution and transmission of *Actinobacillus actinomycetemcomitans* in families with localized juvenile periodontitis. *J Clin Periodontol* 25: 99-105, 1998.
13. DiRienzo JM, et al.: Specific genetic variants of *Actinobacillus actinomycetemcomitans* correlate with disease and health in a regional population of families with localized juvenile periodontitis. *Infect Immun* 62: 3058-3065, 1994.
14. Petit MD, et al.: Transmission of *Actinobacillus actinomycetemcomitans* in families of adult periodontitis patients. *J Periodont Res* 28: 335-345, 1993.
15. Petit MD, et al.: Epidemiology and transmission of *Porphyromonas gingivalis* and *Actinobacillus actinomycetemcomitans* among children and their family members. A report of 4 surveys. *J Clin Periodontol* 20: 641-650, 1993.
16. Saarela M, et al.: Transmission of oral bacterial species between spouses. *Oral Microbiol Immunol* 8: 349-354, 1993.
17. Van Steenberg TJ.: Transmission of *Porphyromonas gingivalis* between spouses. *J Clin Periodontol* 20: 340-345, 1993.
18. Von Troil-Linden B, et al.: Source of suspected periodontal pathogens reemerging after periodontal treatment. *J Dent Res* 74: 1789-1795, 1995.
19. Von Troil-Linden B, et al.: Periodontal findings in spouses. A clinical, radiographic, and microbiological study. *J Clin Periodontol* 22: 93-99, 1995.
20. Roy C. Page: 「歯科学研究—歯科臨床への貢献」, 歯界展望 87: 1075-1092, 1996.



# ヘルスケア フォーラム

## フィンランドから帰って

茨木市：歯科医師 西 真紀子  
 ニュースレター vol.2 no.2で、「Dr. Ten Cateのことは」という拙い文章を載せて頂きました。その文章の最後にフィンランドへの派遣事業に参加する旨、書きました。その旅を終え、いま帰ってきたところです。素晴らしい経験をさせて頂きましたので、今回はその報告も兼ねて、再び受けた深い感銘をお伝えしたいと思います。

この派遣事業は、総務庁の国際青年

育成交流事業で、皇太子殿下のご成婚を記念して6年前より行われている事業です。そのため出発前には皇太子ご夫妻に、帰国後には天皇皇后両陛下にご拝謁するという出来事もありました。

18～31歳の青年8人ずつ、他に団長、副団長の2人を合わせ10人が各々8カ国を訪問します。フィンランド団は、北は旭川から南は福岡まで全国から様々な専門分野をもつ青年が集まりました。大学生、公務員、養護学級教諭、

会社員、歯科医師等がほぼ一ヵ月寝食を共にするという、普通ではなかなか起こり得ない旅行でした。同じフィンランドを希望しても興味の対象は様々です。歴史、建築物、北極圏に住む原住民の文化、障害児教育、コソボ問題で脚光を浴びた外交政策、EU加盟後の経済政策、産業クラスター、高いインターネット普及率、少子高齢化社会、スポーツ交流等々…。

“フィンランドの歯科医療とそれを支える倫理観”が私の中のテーマでした。旅程表を見た時には、医療関係の見学がほとんどなく私が参加しているものかと心配になりました。その内訳は、大使館、教育省への表敬訪問、児童施設、老人施設、障害児学校、赤十字ボ



ヘルシンキのメインストリート

ランティアセンター、オウル大学、歴史村、トレッキング、北極圏に住む先住民族との交流、フィンランド青年との交流、アイスホッケー観戦、サウナ体験、ホームステイ等々盛りだくさんです。しかし、選考審査の担当者からの「歯医者さんの参加は今まで聞いたことがないけど、是非行ってもらいたかった」とのことばに、一般の方々の予防歯科に対する期待を感じ、使命感も出てきました。そして、今、本当に行って良かったと思っています。

ホームステイでは、職業が考慮されたようで、私は歯科医の家庭へ2泊3日お世話になりました。彼女は33歳の女性開業医で、32歳の専門学校教師のご主人と9歳の男の子、7歳の女の子の4人家族です。家庭と仕事を上手に両立できる環境にあることを心からうらやましく思いました。人口8500人の村でのたった1人の開業医で、他に公的機関であるヘルスセンターに5人の歯科医がいるとのことでした。

彼女の診療所では、1台のチェアが8畳ほどの部屋にぽつんとありました。また、カウンターを含めて部屋のあらゆるところが新品同様の清潔さを保っていました。6年目の診療室なのになぜこんなにきれいなのか尋ねると、フィンランドの歯科医院の特徴だと教えてくれました。この清潔志向は、国

に至る所、例えば町外れのガソリンスタンドのトイレでさえ見ることができました。待合室は対照的にとても狭く、テレビと椅子が2脚置いてあるだけです。患者さんも歯科医師も時間に正確だからだそうです。スタッフは彼女の他に歯科助手1人で、患者1人あたり45分のアポイントとのことでした。患者さんへの説明の時間をきちっと取っていること、できるだけ待機治療を心がけていることなどを教わりました。

フリータイムには、田浦勝彦先生に紹介して頂いたヘルスセンターの歯科医師ヨルマ・ヨケラ先生を訪ねました。地域のヘルスセンターはそれぞれの小中学校にも歯科診療所をもっています。そこには、歯科医師と歯科衛生士、歯科助手が毎日在任しています。歯科衛生士には独自の部屋とチェアがありました。患児は、歯科医師と歯科助手の2人がいる部屋より歯科衛生士1人の部屋の方がリラックスして色々質問もできるそうです。この歯科衛生士さんとは、ヨケラ先生のサマーハウスにあるサウナに一緒に入り、たくさん話をしました。日本の歯科医師がほとんど自営なため、まず自分の生活のことを考えなければいけないのだと言うと、彼女たちは公的な身分なのでそのような心配はないけれど、開業医の場合は良心との葛藤がありうるだろう

と同情してくれたのが印象的でした。

見学した施設の全てが、日本より恵まれた設備環境をもち、生活水準も概ね日本より高いと感じました。人口も少なく、勤務時間もずっと短く、失業率が高いのにそれが成り立つのはなぜなのでしょう。私自身の解答は、厳しい自然環境からあみ出された効率性と計画性、生涯教育の充実、女性の人材の活用、キリスト教由来の隣人愛、強い相互の信頼感、そして仕事を個人の経済的理由で割り切る必要のないことが、結局、集団の利益につながっている、ということです。そこには、競い合う社会ではなく、助け合う社会の強さがあるような気がしました。歯科保健の実状も、これと矛盾しないと思います。

数多くのフィンランド人と交流し、人々の価値観に触れられた機会は、私の知りたかったことを充分教えてくれました。しかし、これは終りではなく北欧との関わりのきっかけにしたいと思っています。北欧から学べることはそのネガティブな面も含めてまだまだあるでしょうし、やはり私たちより数歩先を行く社会であると思わざるを得ないのです。

(なお、本稿の原稿受付は10月21日)



会員の現況			(12月13日現在)		
会員総数	2,363人				
うち正会員	歯科医師	1,161人			
	歯科衛生士	154人			
	歯科技工士	6人	準会員	歯科衛生士	817人
	法人	36社		歯科技工士	40人
	その他	26人		その他	123人
正会員合計	1,383人		準会員合計	980人	

## 患者データ管理ソフト「ウイステリア」に続き

# チェアサイドのアポイント管理ソフト「アポイント管理職」の会員頒布のお知らせ

ニュースレター vol.2 no.2 で担当歯科衛生士がチェアサイドで次回定期来院のアポイントをとるためのソフト(ファイルメーカープロ・テンプレート)の開発を紹介しました。近くこのテンプレートの会員限定頒布を始めます。頒布価格は(カスタマイズ費用込み, 使用マニュアル付)50,000円の予定です。このソフトは診療所ごとに異なる休診日, 担当歯科衛生士名などを設定し, カスタマイズしたうえで出荷しますので, ご希望の方は事務局までファックスまたは郵便でお知らせ下さい。必要書類をお送りします。2000年春出荷の予定です。

### □□『アポイント管理職』仕様

1. ファイルメーカー™ Pro(日本語版)が稼働するCPUを搭載したパーソナルコンピュータ(MacおよびWindows)上で使用可能
2. パッケージ内容(FD1枚, ユーザーズマニュアル1冊, 登録ハガキ, 他)
3. 各歯科医院別に歯科医院名を表示するなどのカスタマイズしたテンプレート
4. ファイルメーカー™ Proで作製したカルテデータとのリレーション設定
5. 購入時より2003年12月31日までのスケジュール管理が可能(日付追加は別途)
6. 一診療所につき6台のチェア設定
7. 午前9時台から午後7時台までの予約入力可能

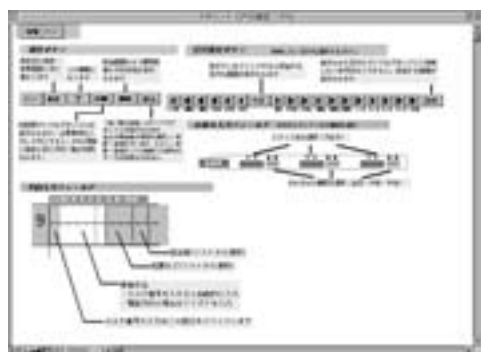
### □□『アポイント管理職』の特徴

1. 一日が一画面のため各チェアの予約状況が見渡せます(17インチのモニタ画面)
2. ファイルメーカー™ Proで作製したカルテデータとのリレーションを設定して入力の簡略化が可能です
3. 院内LANを構築することにより, 各チェアから予約状況を把握でき, チェアサイドでリコールのアポイントが確認できます
4. 担当スタッフの休日も表示し, 該当日のスタッフの動きも把握できます
5. 日付検索もボタンクリックするだけで簡単に検索できます
6. 休診日もフレキシブルに設定可能ですので, 突然の休診日の設定なども簡単にできます
7. 一週間の予約状況もボタン一つで一覧できます
8. 『?』ボタンで操作を解説するヘルプ画面が表示されるので, 操作に困ったときに便利です

### □□画面の一部をご紹介



メイン画面



ヘルプ画面

# 日本ヘルスケア歯科研究会

## スライドシリーズ第1弾 ① カリオロジー総論 ② ペリオドントロジー総論

地元の歯科医師会で話をしてくれと頼まれた…ドキッ

衛生士学校で教えなければならない…ギョ

小学校の先生たちに講演することになってしまった…ウーム

こんなときに、新しいカリオロジーの考え方やリスクコントロールの考え方を説明するスライドセットが完成しました。

スライドシリーズ①「カリオロジー総論」、スライドシリーズ②「ペリオドントロジー総論」各々スライド20枚(プラス日本ヘルスケア歯科研究会広報スライド1枚)に解説付き。会員限定頒布。各25,000円、①+②セット価格45,000円。ファックスまたは電話でご注文ください。

### カリオロジー総論より



【スライド1】 歯を失う原因

<解説>歯を失う原因のほとんどは、齲蝕と歯周病によるものです。もしも齲蝕も歯周病も発症させないようにコントロールできるとしたら、人々が歯を失うのは例外的なできごとになるでしょう。患者の加齢に伴って、次第に歯を喪失し、高齢になると総義歯が当たり前という実状を根本的に変えることができるに違いありません。高齢社会において「生涯、自分の歯で食べる、話せる、笑える」状態を実現することは、クオリティ・オブ・ライフの観点から極めて重要な意義をもつのです。



【スライド3】 齲蝕のプロセスとは？

<解説>わたしたち歯科医療従事者は、齲蝕という疾患の本質を正しく理解していたでしょうか。齲蝕を削って修復することで、「齲蝕を治療した」という錯覚をもってはいなかったでしょうか。歯に穴があいてしまった状態、すなわち齲蝕は、齲蝕という疾患のたんなる結果です。齲蝕という疾患には、健康な歯に齲蝕が生じてしまうまでの可逆的な揺れ動く長いプロセスがあるのです。そのプロセスに介入することこそが、本来の齲蝕の治療です。事実、齲蝕の発症・進行をコントロールすることは難しくありません。



【スライド5】 これまでの齲蝕のとりえ方

<解説>従来、齲蝕はKeyesの輪で表されるように、食生活と齲蝕原性菌そして歯質の三つの要因が重なると発症し、いったん発症すると一方的に進行するものと考えられてきました。したがって早期に発見して初期のうちに修復することが効果的な齲蝕の治療だと考えられていました。



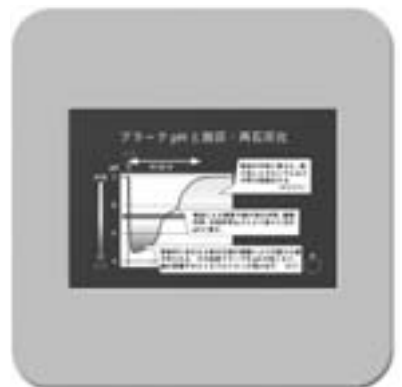
【スライド6】 カリオロジーに基づいた齲蝕のとりえ方

<解説>しかしながら歯の界面では、日常的に脱灰と再石灰化が繰り返されていることが知られるようになりました。そのバランスが失われ、大きく脱灰に傾くことが齲蝕の発症につながるのです。齲蝕の原因と結果は、一対一の対応関係を示すわけでも、脱灰は一方に進むわけでもありません。ですから部位により、人により、時期により、リスクは大きく変化するので、齲蝕は、こうしたいくつもの因子によって揺れ動いている平衡状態が、一方的に傾くことによって発症します。



【スライド7】 脱灰と再石灰化 歯の表面のできごと

<解説>歯の表面のできごとを模式的に見てみると、プラークを介してカルシウムイオンやリン酸イオンが、歯の表層下とプラーク内をつねに移動している様子がうかがえます。歯の表面を境に、脱灰と再石灰化が結果的にシーソーのようにバランスしている流動的なプロセスととらえることができます。脱灰が長時間継続するような口腔内の環境の場合には、表層下脱灰が進行してしまうのです。



【スライド8】 脱灰と再石灰化 ステファンカーブ

<解説>脱灰と再石灰化の現象を、糖の摂取によってプラークのpHがどのように変化するかを表したステファンカーブで見ましょう。発酵性炭水化物や糖を摂取すると、齲蝕原性菌が産生する有機酸によってプラークpHは急速に低下し、臨界pHを下回ると歯の表面から唾液中へとミネラルが溶出する脱灰という現象が生じます。しばらく時間が経過すると、唾液のはたらきによってプラークpHは上昇し、溶け出していたミネラルイオンが再びエナメル表層下に結晶する再石灰化が生じます。

日本ヘルスケア歯科研究会 スライドシリーズ1  
 説スライド カリオロジー総論 より

- 【スライド1】 歯を失う原因
- 【スライド2】 歯科医師数と一人平均健全歯数、各国のDMF歯数の推移
- 【スライド3】 齲蝕のプロセスとは？
- 【スライド4】 齲蝕のプロセスに対する治療
- 【スライド5】 これまでの齲蝕のとりえ方
- 【スライド6】 カリオロジーに基づいた齲蝕のとりえ方
- 【スライド7】 脱灰と再石灰化 歯の表面のできごと
- 【スライド8】 脱灰と再石灰化 ステファンカーブ

- 【スライド9】 齲蝕原性菌
- 【スライド10】 ミュータンス菌の母子感染
- 【スライド11】 唾液のはたらき1 ミネラルの供給源
- 【スライド12】 唾液のはたらき2 緩衝作用・浄化作用
- 【スライド13】 飲食物の種類・量
- 【スライド14】 飲食回数とステファンカーブ
- 【スライド15】 フッ化物の齲蝕予防効果
- 【スライド16】 齲蝕の部位特異性
- 【スライド17】 レーダーチャート
- 【スライド18】 ライフサイクルとリスクの変化
- 【スライド19】 カリエスフリーの口腔内
- 【スライド20】 アイテム紹介

合計 20 枚



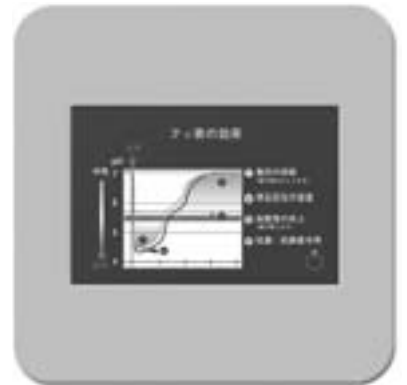
【スライド12】 唾液のはたらき2  
 緩衝作用・浄化作用

<解説>さらに唾液は低下したプラークpHを中性に戻すはたらきを担っています。摂取された糖や産生された酸を洗い流したり、唾液の成分である重炭酸塩によって酸を中和することによりプラークのpHを上昇させます。体質的に唾液緩衝能が低かったり唾液分泌量が少なかったり、あるいは唾液分泌の抑制を副作用としても薬剤の常用によって唾液分泌量が減少している場合などは、プラークpHの上昇に長時間を要するため、齲蝕の危険度は高くなるといえます。



【スライド14】 飲食回数とステファンカーブ

<解説>唾液の作用と飲食について、ステファンカーブを用いてまとめてみましょう。飲食の回数が多くなれば脱灰時間は長くなりますが、唾液の性質や分泌量には個人差があるため、たとえ同じ回数の飲食でも齲蝕の危険度は異なります。とくに気をつけなければならないのは就寝前の飲食です。睡眠中は唾液の分泌がほとんどなくなりますので、低下したプラークpHは長時間維持されることになり、危険度は非常に高まります。少なくとも就寝の1時間前には飲食しない習慣をつけるよう指導しましょう。



【スライド15】 フッ化物の齲蝕予防効果

<解説>フッ化物の局所応用が齲蝕の抑制に有効であることは多くの研究で立証されています。フッ化物は脱灰を抑制し再石灰化を促進するはたらきと、耐酸性を向上させるはたらきをもっています。フッ化物は低濃度のものを毎日継続して使用するのがもっとも有効であるといわれています。フッ化物配合歯磨剤の継続的で適切な使用は齲蝕の抑制に効果的です。



【スライド17】 レーダーチャート

<解説>これまで見てきたように、齲蝕は多くのリスクファクターによってその発症や進行が左右されます。わたしたちは個々の患者さんにおいてリスクを診断し、その情報を患者さんと共有することが大切です。リスクに基づいた予防プログラムを作製することによってはじめて、齲蝕のプロセスに介入することが可能となり、プロセスに対するアプローチを継続することで患者さんの口腔の健康は維持されることでしょう。患者さんに情報を提供する際には、状況を一目で認識できるレーダーチャートを用いると効果的です。このチャートを用いることで、継続したリスクの変化も容易に把握することが可能です。



【スライド18】 ライフサイクルとリスクの変化

<解説>カリエスリスクは人により部位により異なるわけですが、同じ人でも生涯にわたって一定というわけではありません。乳歯や萌出直後の幼若永久歯、加齢によって露出した根面などは臨界pHが高いため、リスクの高い時期といえます。ミュータンス菌が感染、定着する乳歯の萌出期や、食生活が乱れがちになる思春期も注意しなければなりません。個人におけるこのようなリスクの変化にきめ細かく対応するには定期的な受診が欠かせません。



【スライド19】 カリエスフリーの口腔内

<解説>齲蝕によって破壊された歯の形態を、機能的かつ審美的に回復することは、歯科医療の重要な役割です。しかしながら定期的かつ継続的に齲蝕のプロセスに介入し、リスクをコントロールすることによって、発症を未然に防ぎ健康な口腔を育成することは、プロである歯科医療人に求められる重要で基本的な使命です。齲蝕のプロセスに対するアプローチをベースに、わたしたちは口腔の健康を継続して守り続けていかなければならないのです。

日本ヘルスケア歯科研究会 スライドシリーズ2  
 説示スライド **ペリオドントロジー総論** より

- 【スライド1】 歯周病とは
- 【スライド2】 歯周病の罹患状況(WHO)
- 【スライド3】 歯周病の病因論の基本概念図
- 【スライド4】 歯周病原性細菌
- 【スライド5】 歯肉縁下の細菌の存在のしかた(バイオフィルム)
- 【スライド6】 細菌に対する宿主の応答(結合組織の破壊)
- 【スライド7】 細菌に対する宿主の応答(歯槽骨の破壊)
- 【スライド8】 歯周病の進行の仕方

- 【スライド9】 リスクファクター
- 【スライド10】 環境・後天的リスクファクター
- 【スライド11】 遺伝的リスクファクター(罹病性)
- 【スライド12】 喫煙と歯周病
- 【スライド13】 歯周病の診査・診断
- 【スライド14】 様々な病型の歯周炎
- 【スライド15】 歯周病の治療
- 【スライド16】 咬合と歯周病
- 【スライド17】 ホームケアとプロフェッショナルケア
- 【スライド18】 歯周デブリドメント
- 【スライド19】 メインテナンスの重要性
- 【スライド20】 発症させないことが最も重要

合計20枚



【スライド12】 喫煙と歯周病

＜解説＞喫煙は歯周病の最も大きなリスクファクターです。喫煙によって歯肉組織は線維化し、ごつごつとした様相を呈してきます。毛細血管は収縮し歯肉の炎症は覆い隠されてしまいます。免疫機構も抑制されます。細菌叢を取り巻く環境は嫌気性となり、歯周病原性細菌にとって好ましい状態となります。また、根面を清掃しても、すぐにニコチンが結合してしまい、治療効果はあがらなくなってしまいます。禁煙指導は歯周治療の一部といっても過言ではありません。



【スライド17】 ホームケアとプロフェッショナルケア

＜解説＞歯周病原性細菌に対する処置は、患者さん自身が行うホームケアと、専門家が行うプロフェッショナルケアに分けられます。歯周治療が成功するためには、この車の両輪がうまく機能することが必須となります。ホームケアでは、歯ブラシ、歯間ブラシなど、患者さん各々の口腔内の状況にあった清掃器具を用いて歯肉縁上のプラークを除去していきます。



【スライド20】 発症させないことが最も重要

＜解説＞歯周病がコントロール可能な疾患であることが理解できた半面、重度に進行してしまった場合には、徹底的な治療を行ったとしても予後に不安が残ることも明らかになっています。最も重要なことは、疾患を発症させないことであり、若いうちからそのようなアプローチを行えば大きな成果をあげるであろうことは、多くの疫学データからも推測されます。最も素晴らしい歯周治療は、健康な口腔内に歯周病を発症させないまま維持していくことかもしれません。そのためには、私たち専門化と患者さんが、歯周病に対する正確な情報を共有することが必要だと考えています。



20.5cm × 14.5cm のコンパクトなビニール製携帯用ミニファイルでお届けします。

スライドシリーズ①「カリオロジー総論」  
 スライドシリーズ②「ペリオドントロジー総論」  
 各々スライド20枚(プラス日本ヘルスケア歯科研究会広報スライド1枚)に解説付き。  
 会員限定頒布。  
 各25,000円、①+②セット価格45,000円。

ご自分の症例や解説を加えて、ご活用下さい。地域の患者さんの集まりや学校での歯科講話用にも解説の工夫次第で使えます。なお、症例スライドを是非販売して欲しいとの要望が寄せられていますが、「借りものの症例では見る人を納得させられない」ため見合わせることにになりました。ご理解下さい。



The Japan Health Care Dental Association

## 健康を守り育てる歯科医療のために

- カリオロジーとフッ化物に関するコンセンサス
- 歯周病の全体像と歯周治療

### 3月19日(日) カリオロジーと フッ化物に関するコンセンサス

フッ化物の応用が、う蝕の発症予防およびう蝕の進行停止に大きな効果をもつことは、疫学研究によって実証されている。その公衆衛生的な応用における費用効果の高さも実証済みである。しかし、わが国においては、これまでフッ化物の応用について専門家のコンセンサスが十分に形成されておらず、そのために一般の人々の理解やマスコミの報道などには混乱が見られる。

またフッ化物に関する議論は、従来、カリオロジーのなかに位置づけられることなく、いわば“フッ素”を一人歩きさせ、その是非を論ずるという傾向があった。

そこでわが国の大学、学会の垣根を超えた専門家を対象にした調査結果を基に、国際的な権威を招き、フッ化物の利用に関するグローバルスタンダードと私たちの責務について明確な結論を導きたいと考えた。

### 3月20日(祝) 歯周病の全体像と歯周治療

この25年の間に歯周病の病因論は格段に整理され、治療の基本的な考え方は十分に定着したはずだった。しかし、適応と評価の定まらないさまざまな治療技術（GTR、エナメルマトリックスデリバティブ、根尖側移動術、MGS）、治療のゴールに関する論争（ポケット除去かポケットメンテナンスか）、歯周補綴やインプラントによって改めて問い直される抜歯の適応などなど、関心をそそる話題が出ては消え、消えては出るなかで歯周治療は果たしてどれほど臨床に根づき成果を上げているだろうか。

まず私たちは、歯周病の全体像を把握する必要があるはしないだろうか。その上で、何にターゲットを当てるべきか、どのような方法が有効で効果的か、どのような治療目標が妥当で、どこに向かって努力すべきかが明らかになる。

歯周疾患は、実は発症しにくい疾患であり、歯科医のたれもが容易にコントロールできるはずの疾患なのである。

と き：2000年3月19日(日)～20日(祝)

開 場：9:00 AM

第三回定期総会 9:10～9:40 AM

国際シンポジウム 開演：9:50 AM

ところ：東京 朝日ホール(東京・有楽町マリオン)

併 催：関連商品展示と法人会員によるテーブルクリニック

(11F 朝日ホール・スクエア)

□ご参加ご希望の方は同封のチラシでお申し込み下さい。また、同時に参加費を郵便振替用紙にてご送金下さい。参加費ご入金の確認をもって受付といたします。



## 本会催しもの 案内

### ● 第3回国際シンポジウム・総会

日程：2000年3月19日(日)，20(月・祝) 会場：東京・有楽町 朝日ホール(有楽町マリオン)  
会費：会 員 (歯科医師 20,000円 その他 10,000円)  
非会員 (歯科医師 30,000円 その他 15,000円)  
シンポジウム：健康を守り育てる歯科医療のために  
問い合わせ先：本会事務局  
詳細はp.15および同封のチラシをご覧ください。

## 本会推薦研修会案内

### ★ヘルスケア歯科コース

#### 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。

研修費用(各会場共通)：歯科医師 50,000円  
スタッフ 40,000円

#### ●酒田会場

##### 第8回

2000年3月4日(土)，5日(日)

研修会場：さかたセントラルホテル

#### ●大阪会場

##### 第7回

2000年5月27日(土)，28日(日)

研修会場：千里ライフサイエンスセンター

#### 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。

研修会費：歯科医師 50,000円  
スタッフ 40,000円

#### ●酒田会場

##### 第5回

2000年4月8日(土)，9日(日)\*

研修会場：さかたセントラルホテル

\*1月22,23日は中止とし、上記日程に変更いたしました。ご注意ください。

### ★患者データ管理 実習コース

サリバテスト、歯周チャート、喫煙や投薬などの問診事項などの患者データを医院でコンピュータに入力し、自分の医院のデータを整理し、分析をすることは臨床的にも経営的にも非常に価値のあることです。しかしながら、コンピュータの設置、ソフトの開発、患者データの整理、入力作業、入力されたデータの処理など、未経験の方には困難も多いものです。そこで日本ヘルスケア歯科研究会の運営委員が「患者データ管理実習コース」を大阪で行います。酒田会場はしばらくの間、開催予定がございません。ご了承下さい。

研修費用：30,000円

#### ●大阪会場

##### 第2回

2000年4月16日(日)

1:30 PM～4:30 PM

●上記以降の日程で参加希望の方は、下記の申し込み先まで仮申し込みをしてください。一定人数が集まったところで、開催の連絡をいたします。

- \*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、直接下記の各会場申し込み先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 FAX：0234-22-1858

〒998-0037 酒田市日吉町2-1-16

#### ●大阪会場申し込み先

上田歯科 FAX：06-6684-2206

〒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

## ヘルスケア歯科コース・患者データ管理実習コース FAX申し込み用紙

レ印のコースに参加を申し込みます。

申し込み FAX 番号 酒田会場 0234-22-1858 大阪会場 06-6684-2206

ヘルスケア歯科

基礎  
コース

酒田会場 第8回  大阪会場 第7回

実践  
コース

酒田会場 第5回

患者データ管理 実習コース  大阪会場 第2回

参加希望人数 人

フリガナ

勤務先・診療所名

代表者名

住 所 〒

電話番号

FAX 番号