

HEALTH CARE

The Newsletter of the Japan Health Care Dental Association

vol.2 no.6

(年間6回刊行・通巻012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回国際シンポジウムの郵便振替用紙を同封しました

すでにご入金を確認できた方には振替用紙は同封しておりません。

お申込には振替用紙をご利用下さい。

ご入金の確認、「参加証」の発送までに2週間ほどかかるためお振替は

2月末日までにおねがいします。

なお、「懇親会」の受付は終了しました。

た。

●第3年度会費納入のお願い

振替用紙のない方は事務局までご請求

ください。

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.16

21世紀に向けて

会長 藤木省三

はじめに

春の珍しい大雪だった設立総会から早くも2年が過ぎようとしています。この間多くの会員の皆様の賛同を得ることができ、また歯科界にも少なからずよい影響を与えることができたと自負しています。運営委員が設立当初に考えていたことを実行しその反省の繰り返しに加え、設立以後明らかになってきたものの考え方や研究の成果によって、私たちが何をすべきなのかがさらに整理されこれからの目標がはっきりとしてきました。現時点での私たちが2000年以降に進むべき道をまとめてみたいと思います。

日本の歯科医療の問題点と本研究会の設立

私たちは「健康を守り育てる歯科医療」を合言葉にして活動していますが、よく考えてみれば、なぜ今さら当たり前のような目標を掲げなければならなかったのでしょうか。今でも多くの歯科医院に不満不平がつきつけられているわけではありません。そればかりか、ほとんどの歯科医院は患者の健康を願い、患者から感謝されているのが普通の姿だと思います。歯が痛くなればきちんと治療してもらえ、歯が少なくなったとしても義歯を作ってもらえます(多少の不自由を感じることもあるかもしれませんが)。ではどうして?

最近、EBM(Evidence-based Medicine)という言葉をよく耳にします。そこでは、臨床疫学の方法を取り入れ確実な患者利益が治療転帰(outcome)にあらわれているかどうかを評価の対象になっています。歯科疾患実態調査をみれば70歳を過ぎるとほとんどの歯が失われていることが明らかです。このことは「生涯を通して口腔の健康を守る」という観点(患者利益)からみれば今までの歯科医療が十分ではなかったということの明らかな証拠です。私たちはそのことに気づき、日本ヘルスケア歯科研究会の設立を決意し活動しています。

ヘルスケア研究会のこれまでの活動

「生涯を通して口腔の健康を守る」という最も基本的な課題が達成されない原因がどこにあるのかを考えることから私たちの活動は始まりました。つまり、今までの歯科医療のどこが間違っていたか、弊害があったのはどこだったのかを明らかにし、一つ一つ解決していこうと試みたのです。たとえば齲蝕による早期の喪失は20歳までの早期の充填処置に起因していると考え、学校健診に対して問題提起をしました。私たちの意図とは異なって単なる探針の是非ととらえられた誤解もありましたが、幸いなことに現在多くの地域で学校健診の見直しが進んでいると聞いています。

個々の診療室においてはカリオロジーの理解の遅れが多くの齲蝕の発症を許しているとの認識から、サリバテストを用いたリスク診断を取り入れる試みを推進しています。さらにフッ化物の理解を深めるための試みを現在続けています。歯周病に関しては、歯周病の罹患状況の実態を理解するために膨大な来院患者の初診時のデータを分析しました(会誌創刊号など)。最新の病因論の理解とデータから得られた情報を組み合わせることによって最も適切な歯周治療のあり方を探っているところです。

これからのヘルスケア研究会

今まで述べてきたように過去の歯科医療の最大の問題点は、患者の利益(この場合は「生涯を通して口腔の健康を守る」こと)が治療転帰(outcome)に現れているかどうかきちんと

評価されていなかったことです。しかし、今や運営委員の診療室の10年以上にわたるデータからカリエスフリーの永久歯列を育成可能なこと、成人でも齲蝕のリスク診断によって新たな齲蝕の発症を防ぎ初期から中等度の歯周炎を確実に治療させメンテナンスすることで長期にわたって口腔の健康を維持できることが明らかになっています。考え方を間違えさえしなければよい治療転帰が得られることが証明されつつあるのです。

このことをさらに一般化し、より多くの診療室で実現するために障害となっていることを明らかにし取り除くことがこれからしていかなければならないことだと思います。

このように言葉にすると、とても堅苦しくて投げ出してしまいたくなるかもしれません。でも、すべきことは本当に当たり前のことを毎日少しずつ続けていくことなのです。私は本会の会長を務めることで各地のたくさんのまじめで情熱あふれる人たちと出会うことができました。何よりも私にとって幸せなことでした。

3月に行われる『第3回国際シンポジウム』では、歯周病の全体像を私たちの診療室のデータから把握し、生涯を通じた良好な治療転帰(outcome)を得るために私たちにとって何が重要かを考えてみます。本会の今後の基礎となるシンポジウムになるものと思います。多くの会員方々の参加を願っています。



第3回 国際シンポジウムの 開催に寄せて

運営委員 熊谷 崇

1998年3月にスタートした日本ヘルスケア歯科研究会も、この3月には第3回の国際シンポジウムが開催される予定です。日本ヘルスケア歯科研究会では、これまでも様々な企画によって会を運営してきました。これらの企画は、全て本会の設立趣旨に沿って立案されています。設立趣旨には、会の活動目的として「これまで積み上げられた成果を学ぶと同時に、臨床によって生じた疑問や困難をひとつひとつ解決し、互いに確かめ共有するための共同作業に着手したい。そのために私たちは、臨床研究やその報告の新しいかたちを模索しなければならぬだろう」とあります。

一口に「健康を守る歯科医療」といっても、これを臨床で実践し成果を出すまでには様々な障害を越えなければなりません。これは、単にカリオロジーやペリオドントロジーの理解や歯科医療のシステムの変更でクリアされるものではなく、臨床に携わる一人一人の医療者の歯科医療に対する考え方が根本的に変わることが、「越えるため」の第一条件だとの理解がこの会にはあります。そのためにも、年1回の日本ヘルスケア歯科研究会の国際シンポジウムには多くの会員の方々の参加を頂き、日々進化する歯科医療の変化を肌で感じて欲しいと願っています。

たとえば、会員になっても、情報を一方的に得るだけで満足していたり、自身の臨床における理想と現実の乖離を埋める努力のないまま現状を容認している、本会の活動を大きく伸ばす力にはなり得ません。本会を運営する私たちは、多くの会員一人一人の力を結集することで、日本の歯科医療を変えて行く原動力にしたいと願っていますので、定期的な催しには、こうした会の意志に賛同する多くの会員の参加が欠かせません。

日本ヘルスケア歯科研究会では、カリオロジーやペリオドントロジーが個々の臨床で正しく実践されるために、ポイントとなる事柄を検証するための企画を順次取り上げてきました。一昨年は探針問題、昨年、今年はフッ化物と歯周治療のコンセンサスについて取り上げます。生涯を通して口腔の健康を維持するための歯科医療を維持するために、今後もカリオロジーやペリオドントロジーのプロセスに介入した予防や治療に関わる様々な問題について継続的に取り上げて行く予定です。そのなかには、歯周病と喫煙の問題や薬剤の副作用による唾液分泌の抑制の問題なども含まれます。このような機会を通して、現在の歯科医療のグローバルなコンセンサスを直接に感じる事ができれば、一人一人の臨床が確実に変わって行くことを実感するに違いありません。一人でも多くの会員の皆様の参加を期待しています。

書 評

デンタルハイジーン別冊 『わかる！ できる！ 実践ペリオドントロジー』



熊谷 崇
岡 賢二 編著
藤木省三
熊谷ふじ子

医歯薬出版 1999年

定価：本体 2,600円

「もう少し早く」とくやしい思い

人生において、分かれ道と知らずにみずからの判断で道を選び、後ろを振り返ってはじめてそこが分かれ道であったことに気付くことがあります。今から7年ほど前が、私の歯科医師としての人生を大きく変えた分岐点だったのではないかと考えています。

大学を卒業して歯科医師になったばかりの頃は、歯周病についてまったくわかっていなかったし、歯周病の治療や予防は、経営としては成り立たないもの

ぐらいにしか考えていませんでした。

そんな私は、歯科医師5年目にして大変なカルチャーショックを受けることとなります。

個人の医院で、ドクターが歯周病の病因や治療法について患者さんに説明し、私よりはるかに知識と技術を持った歯科衛生士が時間をかけてPMTCやSRPを行っているのを目の当たりにしたのです。それから勉強会などにも参加し、疾患を予防して健康を守ることがまず一番大切なことなのだ気付くまでにそれほど時間は必要ありませんでした。ヘルスケア歯科研究会が発足した時に、すぐに入会したことは言うまでもありません。

しかしいざペリオドントロジーにもとづく診療を実践するとすると、さまざまな壁にぶつかりました。説明がうまくできない、コンプライアンスの低い患者さんを指導へ乗せられない、間違っていないはずなのに治らない……。

人間相手のことですから、いつもうまくいくはずはなく、ああすればよかった、こうしたらよかったと毎日が反省と後悔ばかりでした。本書『わかる！ できる！ 実践ペリオドントロジー』のなかに、昔悩んだことが書いてあるのを見て、誰もがぶつかる壁だったのだと安心したとともに、この本にもう少し早く出会いたかったとくやしい思い

をしています。

これからペリオドントロジーを学び、実践しようという人はもちろん、すでに毎日の臨床でペリオドントロジーに取り組んでいる方にも、歯科医師、歯科衛生士などの職種を問わずおすすめしたい本です。何かにつまずいた時には、この本がきっと解決の糸口を与えてくれると思いますし、さまざまなレベルの人が、それぞれなにかしら得るところがあるという珍しいタイプの本です。また、たくさんの写真やわかりやすい図は、チェアサイドで患者さんへの説明にも重宝します。

開業して2年が経ち、少しずつメンテナンスの患者さんが増えることが楽しみの毎日です。健康を守るために定期的に来院して下さる患者さんの割合が増えていって(しかも経営が成り立って)くれることが、医院としての大きな目標です。これから出会うであろう新しいスタッフには、『実践カリオロジー』と『実践ペリオドントロジー』をまずはじめに読ませようと思っています。そして私自身も、壁にぶつかったり、毎日の臨床に向かっていくエネルギーが弱まってきた時には、再びこの本を開くことでまたなにか新しく得るものがあると信じています。

(神戸市 歯科医師 高木景子)



臨床疫学 clinical epidemiology

茨木市 歯科医師 西 真紀子

“ウイステリア”の頒布により、多くの歯科医院のデータが整理、統合されることが可能になる。どのような利点があるだろうか。まず、日本ヘルスケア歯科研究会が意図する治療法の結果について数字として表わすことができ、一層のインパクトとなるだろう。また、各医院間の比較がより客観的に行えるので、その歯科医院の特徴を把握するのが容易になるだろう。そして、それらの莫大なデータがEBM(科学的根拠のある医療)の“根拠”として提示されることも考えられる。

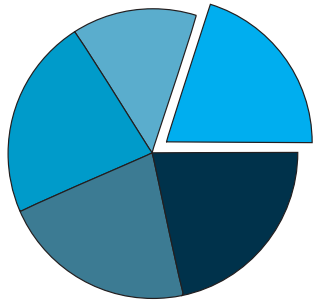
しかし、EBMの“根拠”としては、100%の信頼を持って迎えられるわけではない。なぜなら、各歯科医院で集められるようなデータには、何らかのバイアス(偏り)があるからである。科学的妥当性が高いのは、ランダム化対照試験という手法で得られたデータである。ある治療の効果を調べるために患者を無作為に割り当てるのが必須で、研究機関での実験や調査でない限り、倫理上、また実行の上で難しい。

ランダム化できない場合のデータをいかに処理し、分析するかという問題に対して解答を得ようとする“臨床疫学 clinical epidemiology”に遭遇することになる。生物統計学と疫学の発展のおかげで生まれた学問であるが、50年程の歴史しかない若い分野である。それによって、臨床研究のデザイン、データの収集、分析、解釈の様々な段階で真実に近づくための努力がなされる。しかし、いつもそこにあるのは、“偽陽性”、“偽陰性”、“エラー”の概念で、どのような精緻な研究をしたとしても現実には決して真実には到達できないという仮定が存在している。皮肉なことにその仮定がない限り、私達は真実に近づけないのかもしれない。

治療の結果について省みられる機会は、医療の向上には欠かせないはずである。クリニカルカリオロジー、クリニカルペリオドントロジーに続き、このクリニカルエビデミオロジーは歯科医療にとってどのような投石となるのだろう。臨床と基礎の癒合がここでも成功することを期待したい。

参考文献

- ロバート・H・フレッチャーほか、福井次夫監訳：臨床疫学。メディカル・サイエンス・インターナショナル、東京、1999。
- 久道茂：医学判断学 - EBMとの関連から -。歯界展望、94：1131 - 1137、1999。
- 宮地健夫ほか：臨床統計Q&A。歯界展望、95：377 - 383、2000。



『カリオグラムの効率的な使用法について』

大阪府茨木市 歯科医師 伊藤 中

カリオロジーが日常臨床の一部となり、個々の患者さんに齲蝕の病因論や、それに基づくリスク評価の結果、齲蝕予防の方法などを伝える機会が多くなった。しかし、このような情報を患者さんに要領よく伝えることは、体系だった知識を持っている者にとっても簡単なことではない。

こうした状況の中、患者さんへの情報伝達の一助となるような様々なツールが販売されるようになってきた。そこで、今回は、D. ブラッター教授らが開発した『カリオグラム』を例にとって、その効果的な使用法を考えてみたい。

1. カリオグラムの特徴

カリオグラムは、D. ブラッター教授らのグループが開発したWindows対応のコンピューターソフトで、病因論における食事に関する要因(内容、頻度)、細菌学的要因(プラーク量、SMスコア)、宿主の感受性(フッ化物の利用状況、唾液分泌量、緩衝能、齲蝕経験)、環境的要因(関連疾患)を重みづけし、円グラフ上で新しい齲蝕病変の発生を防げる可能性を表現するというものである。実際に操作してみると、齲蝕の病因論の復習になるだけでなく、開発者たちが、リスク要因として何を重視しているのかもわかり面白い。カリオグラムが他の媒体と大きく異なる点として、以下のようなことが考えられる。

- ・齲蝕病変の発生を防げる可能性を具体的な数値で表現できる。
- ・様々なリスク要因の大きさを具体的な数値で表現できる。
- ・リスクが変化した場合をシミュレーションできる。
- ・視覚的かつ直感的で理解しやすい。
- ・7項目のデータが入力されれば円グラフが表記されるのでサリバテストを行っていない患者にも応用できる。

2. 臨床での効果的な利用

このような媒体は、うまく診療に導入することができれば、どのような患者さんに対してもそれなりの効果を発揮してくれることは間違いない。しかし、チェアサイドでコンピューターを実際に動かして…、となると、歯科医師も歯科衛生士も少し構えてしまって、ついつい慣れた媒体を使って説明してしまう。そこで考えることは、ここぞという使い方、最も効果的で、こちらも助かるという状況はどのようなものかということである。私が思いついたのは、以下のような状況である。

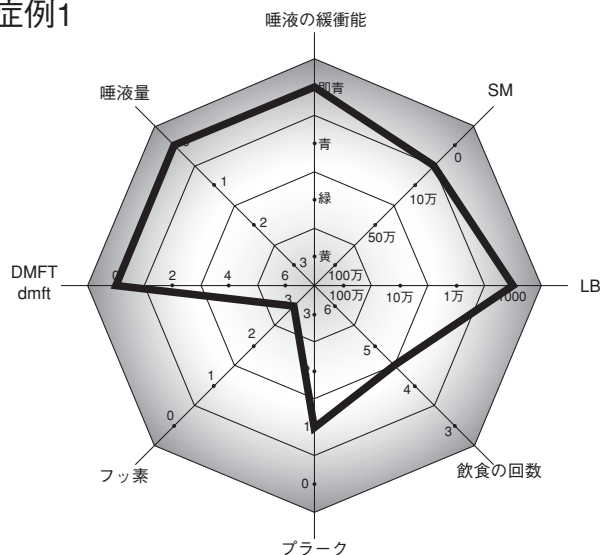
- 1) リスクの低い患者さんに対する説明の補助
- 2) リスク改善行動へのモチベーション
- 3) 将来起こりうる状況の説明
- 4) サリバテストを行っていない患者の大まかなリスクの把握
それでは、2例ほど実例をもちいて、シミュレーションしてみよう。

症例1 リスクの低い患者に対するサリバテストの結果説明の補助



サリバテストを行ってみたら、リスクが低くて、レーダーチャートも大きな形。患者さんにとってはとても幸せなことなのだが、説明する側は『何を話そうか…』と頭を抱えてしまう。このようなときにカリオグラムを使って、リスクの状況を数値化し、可変的なリスクを実際に変化させてみて、将来にわたる注意事項などを説明できれば、これまでとは一味違った説明ができるのではないだろうか。

症例1



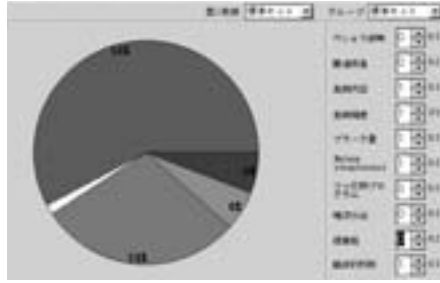


図 1-1

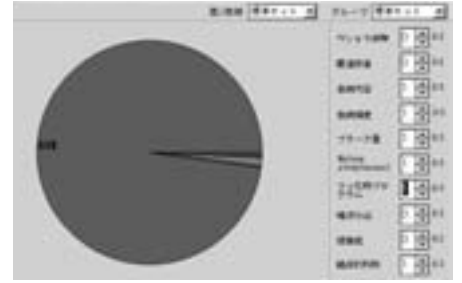


図 1-2

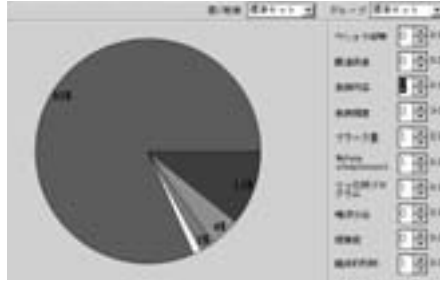


図 1-3

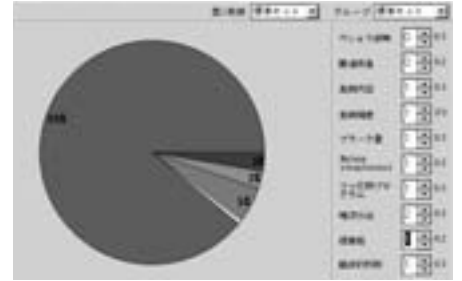


図 1-4

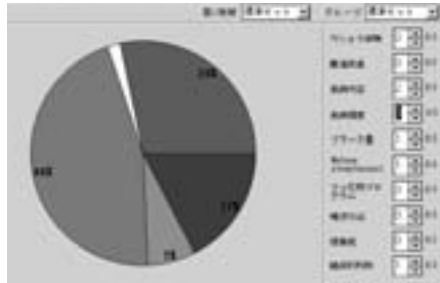


図 1-5

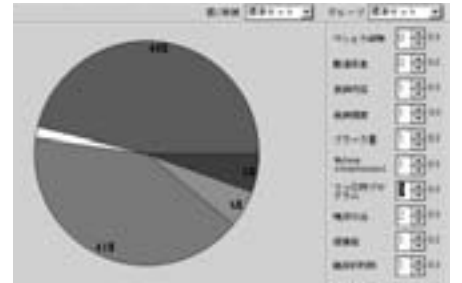
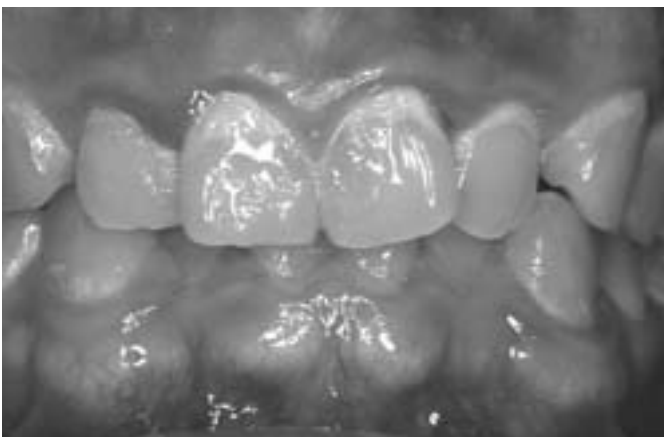


図 1-6

カリエスフリーの23歳の女性でリスクプロフィールはレーダーチャートに示したとおりである。これをカリオグラムで表すと図1-1のようになる。図1-2では、レーダーチャートからもわかる改善点であるフッ化物の項目を改善した状態である。さらに、食生活の乱れ(図1-3)や、何らかの原因による唾液分泌量の減少が起こった場合(図1-4)をシミュレー

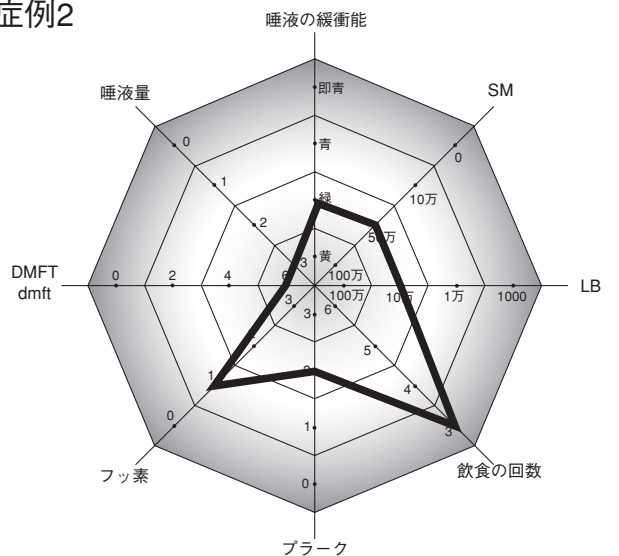
トしている。図1-5と図1-6では、同じことが、フッ素を使用していない条件で起こった場合を示している。このように、リスクのない患者であっても、ちょっとしたことでリスクが大きく変化することを理解してもらうことの意味は大きいと思う。

症例2 リスク改善へのモチベーション



リスクの改善は、食生活や、プラークコントロール、フッ素の使用など、患者さんのコンプライアンスに依存する局面も少なくない。患者さんのモチベーションを確実に行ううえで、数値を使って具体的な目標を示してあげることは非常に効果的であろう。

症例2



実践フォーラム

実践フォーラム

『矯正治療中の齲蝕増加とその対策について』

上浦庸司*¹, 坂口友朗*¹, 大島美和子*¹後藤美穂*², 尾崎 愛*², 大森みゆき*², 本田明子*², 遠藤規子*², 土門 忍*²(小樽市・医療法人熊澤歯科熊澤歯科クリニック) *¹ 歯科医師, *² 歯科衛生士

矯正治療中は矯正装置による細菌付着部位の増加や清掃の困難性により、齲蝕のリスクが高まることが考えられる¹⁾。このような状況で、矯正治療を成功させるためには、予防的な処置や指導は大変重要なものであると思われる。当院では毎週土曜日に出張の矯正専門医に来ていただき、矯正治療を行っている。矯正医より齲蝕治療を頼まれることが度々あるが、最近までは“矯正装置をつけているので仕方がない”とあきらめ、特別な指導は行っていなかった。しかし、最近の kariology の考え方や竹下の報告²⁾に刺激を受け、2年前からサリバテスト等を導入して、患者個人のリスクに応じた指導をし、矯正治療前から口腔内の環境を良好にするように心掛けている。

一般的には矯正治療中は齲蝕のリスクが高まると考えられているが、実際、矯正患者の齲蝕発症が一般集団に比べて多いのかは不明である。筆者が探した範囲では矯正治療中の齲蝕の増加傾向についての報告は極めて少ない^{2,3)}。そこで矯正装置を装着することにより、齲蝕が増加しているかどうか、また当院のサリバテスト導入後の齲蝕予防の効果をすることを目的に、当院での矯

正患者における齲蝕の増加傾向について調べ検討した。

調査対象と方法

対象は、1992年から1999年にかけて当院で矯正治療をうけた患者254名である。男性95名、女性159名で年齢は4歳から58歳、初診時平均年齢12.9歳である。また、延べ患者数は、12歳をピークに山型に分布していた(図1)。

データの集計は矯正患者のデータ管理のソフトを作成し、行った。調査項目は、次のとおりである。

- 1) 齲蝕の発症者率(年次推移)
- 2) 齲蝕の増加率(年次推移と年齢階級別)
- 3) 齲蝕の歯種

一般集団との比較は厚生省歯科疾患実態調査^{4,5)}を参考にした。

結果

1) 齲蝕の発症者率(年次推移)

齲蝕の発症者率は10～15%でほぼ横這いの傾向だが、1998年1月にサリバテストを含めた予防を始め2年目の今年に入ってからやや減少傾向がみられた(図2)。

2) 齲蝕の増加率(年次推移と年齢階級別)

齲蝕の増加率は、一人平均一年あたり0.20～0.32歯であった。1993年厚生省歯科疾患実態調査⁴⁾をもとに当院の患者の年齢を考慮して齲蝕増加率を計算(推定値)したところ、一人平均一年あたり0.60～0.75歯であった。当院矯正患者の齲蝕増加率が一般集団の31～50%という低い値を示した(図3)。

また、年齢階級別の齲蝕の増加率は、14歳をピークに13歳から16歳が高い値を示した(図4)。

1981、1987、1993年の3回の歯科疾患実態調査⁵⁾から計算した一般集団における年齢階級別の齲蝕増加率は、13歳をピークに11歳から15歳で高い値を示した。当院と比較すると、13歳から15歳でともに高い値を示した。また、一般集団に比べ、当院の矯正患者においては増加率のピークが1年ほど遅れている傾向がみられた(図5)。

3) 齲蝕の歯種

齲蝕の歯種は、上下顎大臼歯部や上顎切歯部にとくに多く、一般集団⁴⁾と比較してみると、下顎はほぼ同じ傾向であったが、上顎側切歯については矯正患者が多い傾向がみられた(図6)。

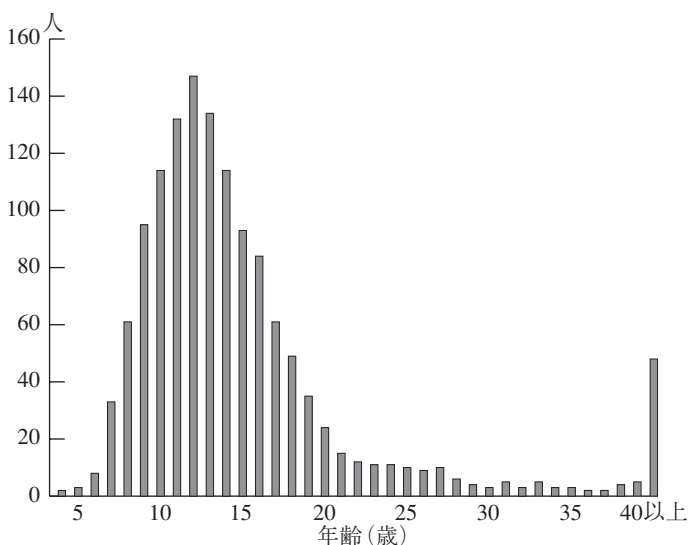


図1 当院の延べ矯正患者の年齢分布

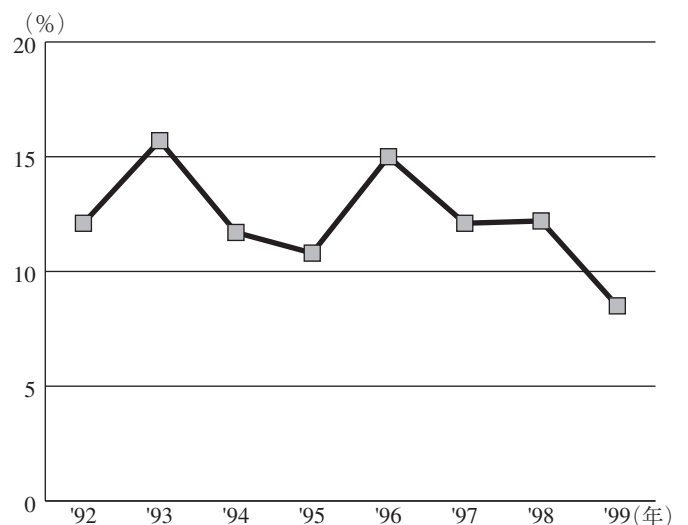


図2 齲蝕の発症者率の年次推移

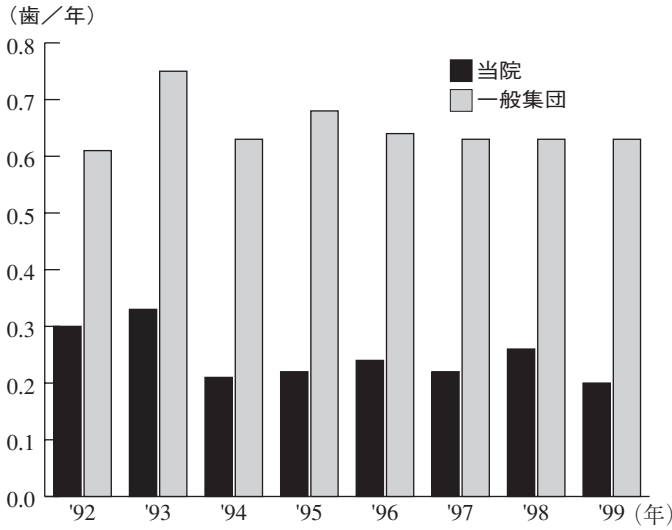


図3 齧蝕の増加率の年次推移

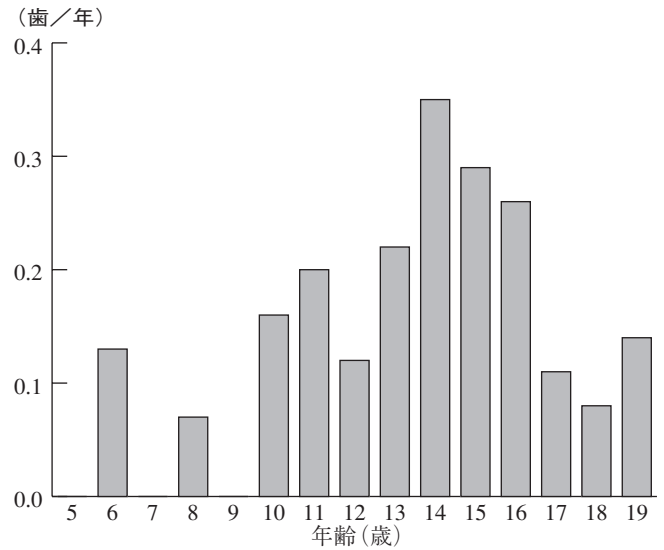


図4 齧蝕の増加率(年齢階級別)

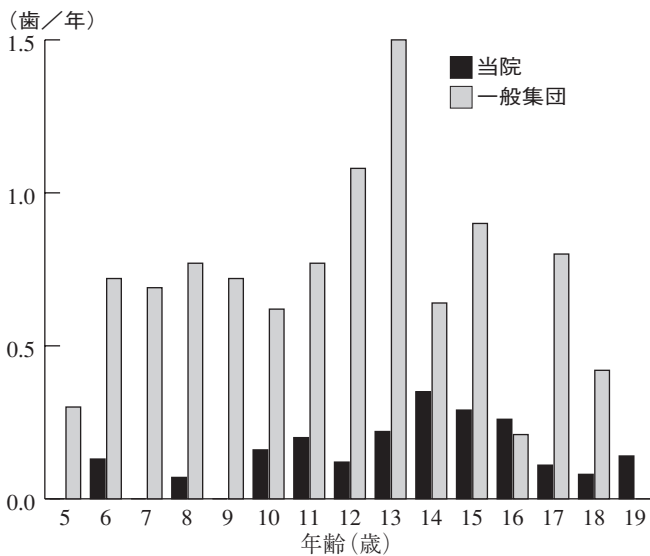


図5 齧蝕の増加率(年齢階級別):一般集団との比較

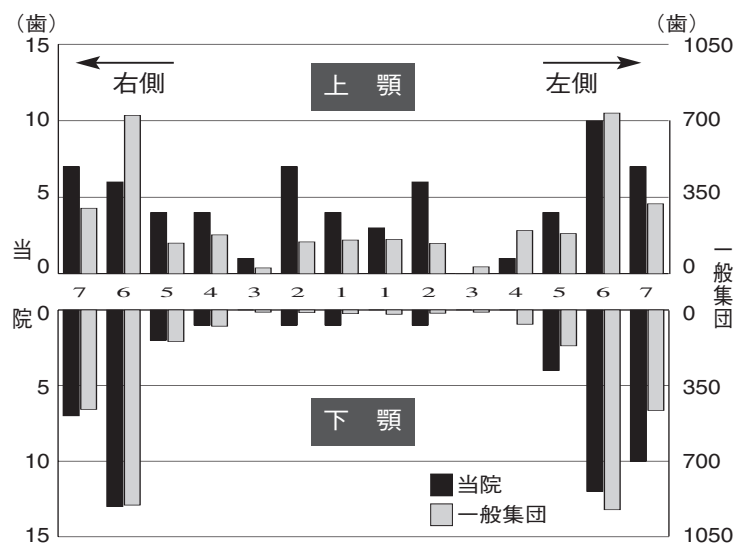


図6 齧蝕の歯種:一般集団との比較

考察

矯正治療の目的は審美性の改善のみならず、不正咬合による清掃不良や自浄作用の低下を改善し、口腔内を齧蝕や歯肉炎になりにくい環境にすることも含まれる^{6,7)}。しかし、矯正装置を装着することにより、逆に清掃が困難になり齧蝕のリスクを高めることも考えられるが、筆者の探した限りでは矯正治療中の齧蝕発症に関する報告は極めて少なく因果関係は不明である。宮沢の報告³⁾では一人平均一年あたり0.23~0.42歯であり、当院とほぼ同程度の値である。また、竹下²⁾は伝統的な齧蝕予防システムでは1.4歯/年・人と高い数値を示したが、カリオロジーに基づく齧蝕予防システム導入後は0.05歯/年・人になったとしている。

当院における矯正治療患者の齧蝕増

加率は、一般集団の31~50%と低値を示し、また他家の報告からも矯正治療患者の齧蝕発症が多いとはいえないと考えられる。これは、矯正患者は定期的に来院しているため、逆に一般の患者より管理されやすい状況にあるからではないかと思われる^{1,8)}。また、矯正装置を装着することにより口腔内に関心を持つことも考えられる⁹⁾。

齧蝕の増加と年齢の関係については、13歳前後は矯正患者および一般集団ともに齧蝕のリスクが高かった。齧蝕増加率のピークは一般集団の13歳に対し、当院の矯正患者においては14歳と1年ほど遅れている傾向がみられたが、これはマルチブラケット装着が12~14歳に集中するためと考えられる。

また、矯正治療中に増加した齧蝕の部位には差があり、齧蝕はどの部位で

も同じように発生するのではなく、齧蝕に罹患しやすい部位と罹患しにくい部位があるということが、明らかであった。上下大臼歯部はもちろん注意が必要であるが、今回の調査から矯正治療中は上顎側切歯部にも注意を払う必要があると思われる。以上のことから、単に矯正装置を装着することにより齧蝕が増えるわけではなく、齧蝕のハイリスク時期とハイリスク部位に重点をおいて予防しなければいけないと考えられる。

また、今回の調査にあたり、口腔清掃状態、歯肉炎、歯面の脱灰について問題のある矯正患者を3ヵ月間にわたってピックアップしたところ、全体の10%以下であった。数は少ないが、このようなハイリスクな患者に対して、とくに徹底した指導を行っていか

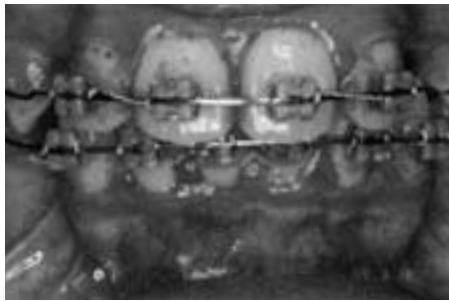


図7

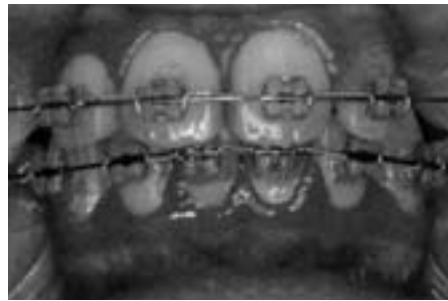


図8

ればならないと感じた^{1, 10)}.

当院の予防処置の効果については今年に入って、わずかに齲蝕発症の減少傾向がみられるが、今後の経過を見ていきたいと考えている。

対策

2年前より、矯正患者には治療前にサリバテストを行い指導を行っているが、それ以前から通院している患者さんには特別な指導を行っていない。そこで矯正診療中にリスクが高いと思われる患者さんをピックアップし、矯正診療日以外の日にも、来ていただき、ブラッシング指導やPMTCを行った。

実際の症例ではとくにマルチブラケットを装着している患者は清掃が困難になり、乳頭部の腫れや、歯頸部の脱灰を引き起こす場合がある。染出しをしてみると、とくに下顎の前歯部や上顎側切歯などはほとんど磨けていない状態(図7)で、何度かブラッシング指導を平日に行ったところ、ブラッシングが上達し、乳頭部の腫れや上顎前歯

部の脱灰なども改善がみられた(図8)。
 今後は、装置装着前だけでなく装着後も検査をし、リスク要因の経時的変化も見ていきたいと考えている。

結語

矯正患者の齲蝕増加傾向を調査したところ、一般集団に比し、必ずしも齲蝕の発症が多くないことが分かった。実際の指導にあたっては治療前にハイリスク患者をスクリーニングし、またハイリスク時期とハイリスク部位に重点をおいて行っていくことが肝要である。

参考文献

- 1) 熊谷 崇ほか：リスク診断と疾病プロセスの治療，クリニカルカリオロジー．医歯薬出版，東京，1996.
- 2) 竹下 哲：矯正治療中の齲蝕予防システム．日本ヘルスケア歯科研究会誌，1：39-42，1999.
- 3) 宮沢明子：咬合育成と健康教育．小児歯誌(抄)，28：806，1990.
- 4) 厚生省健康政策局歯科衛生課編：平成5年歯科疾患実態調査報告．口腔保健協会，東京，1995.
- 5) 厚生省健康政策局歯科保健課編：歯科保健関係統計資料－1998年版．口腔保健協会，東京，1998.
- 6) 佐藤義高：成人における不正咬合と口腔衛生状態，齲蝕，歯周疾患および体位との関係について．口腔衛生学会雑誌，23：1-22，1973.
- 7) 本郷啓成：青年期における不正咬合指標と齲蝕ならびに歯周疾患との関連に関する研究．口腔衛生学会誌，46：150-168，1996.
- 8) 川上清一ほか：ブラッシング指導／患者マネージメント．桑原洋助ほか編，一から学ぶ矯正歯科臨床．40-64，医歯薬出版，東京，1998.
- 9) 川上正良ほか：矯正治療前後における歯垢付着状態と齲蝕活動性の変化．日矯歯誌，52：301-305，1993.
- 10) 伊藤智恵ほか：成人期矯正患者における口腔衛生管理システム．第57回日本矯正歯科学会大会抄録集：141，1998.



会員の現況			(2月3日現在)		
会員総数	2,437人				
うち正会員	歯科医師	1,181人	準会員	歯科衛生士	852人
	歯科衛生士	158人		歯科技工士	41人
	歯科技工士	6人		その他	138人
	法人	35社			
	その他	26人	準会員合計	1,031人	
正会員合計	1,406人				

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

『ペリオドントロジー総論』が完成!!
頒布を開始します

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】 健康な歯周組織と歯周病の組織
- 【スライド3】 歯周病の罹患状況
- 【スライド4】 歯周病の病因論の発展
- 【スライド5】 歯周病原性細菌
- 【スライド6】 歯周病の病因論
- 【スライド7】 バイオフィーム

- 【スライド8】 細菌に対する宿主の応答と組織破壊
- 【スライド9】 歯周病の進行と様々な病型
- 【スライド10】 初期・中等度・重度の歯周炎
- 【スライド11】 環境・後天的リスクファクター
- 【スライド12】 遺伝的リスクファクター
- 【スライド13】 喫煙と歯周病
- 【スライド14】 歯周病の診査・診断
- 【スライド15】 病因論に基づいた歯周病の治療
- 【スライド16】 咬合と歯周炎
- 【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】 プロフェッショナルケア
- 【スライド19】 メンテナンス
- 【スライド20】 発症させないことが最も重要



【スライド1】 歯周病とは

＜解説＞歯周病は、細菌によって歯肉や歯の支持組織に生じる慢性炎症性疾患ですが、付着の破壊を伴わない歯肉の炎症と付着の破壊を伴うものに分けられます。前者(スライド中央)を歯肉炎、後者(スライド右)を歯周炎といいます。しばしば著明な歯肉炎のあるところには、付着の喪失が認められますが、歯肉炎を放置しても必ずしも歯周炎になるものではありません。また歯肉に目立った炎症がなく付着の喪失が生ずる例もあるので注意を要します。歯周炎では、付着の喪失とともに歯周組織(歯肉結合組織や歯槽骨)の破壊が見られます。



【スライド2】 健康な歯周組織と歯周病の組織

＜解説＞健康な歯周組織と歯周病の進行した歯周組織を比較してみましょう。健康な歯周組織の姿は、年齢によっても違いますし個人差もありますが、一般に歯肉の張りやステッピング、歯と歯の間で引き絞られた歯ぐきのかたち、コーラルピンクの色、歯に接する歯肉(付着歯肉)の色が可動粘膜と比較して明らかに血の気がないなどの特徴があります。しかし、健康な歯周組織と進行した歯周炎とを見分ける重要な違いは、レントゲン写真に表れます。右の歯周病の歯周組織では、歯を支える骨がずいぶんなくなっています。歯ぐきはそれほど下がってはいませんが、炎症を起こした歯ぐきの下で歯を支える組織が失われているのです。



【スライド4】 歯周病の病因論の発展

＜解説＞1955年ごろまで、歯周病は歯石によって生じると考えられていました。当時からスクレーリングが重視されました。その後プラーク中の細菌が歯周炎の原因になることが分かりました。プラークの量が増えると、歯肉に炎症が生じ、これが歯周炎に移行すると考えられたのです。この時代にブラッシングの重要性が強調されました。さらに70年代に入ると歯周局所の嫌気培養によって歯肉縁下の特異的な菌種が次々に見つけだされました。現在では、歯周組織の破壊には宿主の応答が大きな役割を果たすこと、さらに宿主応答や組織の代謝には遺伝的および後天的なリスクファクターが修飾因子として大きく働くことが明らかになっています。



【スライド7】 バイオフィーム

＜解説＞口腔内では、細菌は単独で生活しているわけではありません。多くの菌種が化学的な力や物理的な力で互いに寄り集まり、協力、拮抗しあいながら複雑な共同体をつくって歯に付着しています。この状態をバイオフィームといいます。そして、細菌の共同体はグリコカリックスと呼ばれる菌体外多糖で覆われているために、抗菌的な薬剤や免疫細胞の影響から遮断されています。バイオフィームからは細菌そのものとともにLPSや蛋白を含む細胞外膜小胞が放出されます。薬だけでは歯周炎が治らないのはこのような理由があるからです。プラーク中の細菌の増殖を抑制する最も効果的な方法は、物理的にバイオフィームを破壊、除去することなのです。



【スライド8】 細菌に対する宿主の応答と組織破壊

＜解説＞歯周組織の破壊には、からだの防御反応が大きく関わっています。結合組織の破壊は、細菌および宿主由来のプロテアーゼ(タンパク分解酵素)によって起こり、その大部分は私たちのからだに由来するプロテアーゼ(MMP;マトリックス・メタロプロテアーゼ)に依存しています。MMPの放出は、サイトカインの制御を受けています。歯槽骨の破壊も、結合組織の破壊とよく似た仕組みで起こります。歯槽骨を直接的に破壊するのは破骨細胞ですが、この破骨細胞は、やはり宿主の細胞から放出されるプロスタグランジンE₂(PGE₂)やサイトカインによって活性化されます。



【スライド9】 歯周病の進行と様々な病型

＜解説＞歯周病は、一度発症すると直線的にどんどん進行していくような疾患ではありません。短い活動期と長い静止期を繰り返しながら、長い年月をかけてゆっくりと進行していきます。急性炎症は、この活動期の特徴的な出来事です。思春期や成人期以前に歯周組織の破壊が認められるケースでは、一般に遺伝的な因子が関わっていることが考えられます。私たちの臨床においては、基本的な病態にどのようなリスクが関与しているのかを考え、歯周病を次のように整理しています。細菌性プラークが原因の大部分を占める成人型歯周炎が基本です。これに喫煙など環境・後天的リスクが加わったもの、遺伝的リスクファクターが大きな役割を果たしている早期発現型歯周炎などです。

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。

日本ヘルスケア歯科研究会 スライドシリーズ1

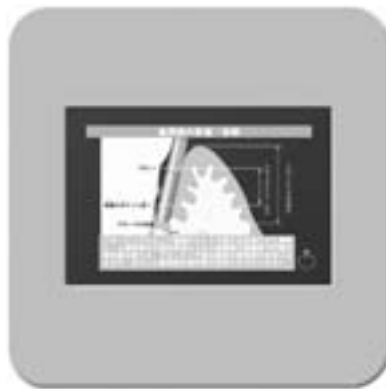
説示スライド カリオロジー総論 より

【スライド1】 歯を失う原因	【スライド11】 唾液のはたらき1 ミネラルの供給源
【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12】 唾液のはたらき2 緩衝作用・浄化作用
【スライド3】 齲蝕のプロセスとは？	【スライド13】 飲食物の種類・量
【スライド4】 齲蝕のプロセスに対する治療	【スライド14】 飲食回数とステファンカーブ
【スライド5】 これまでの齲蝕のとらえ方	【スライド15】 フッ化物の齲蝕予防効果
【スライド6】 カリオロジーに基づいた齲蝕のとらえ方	【スライド16】 齲蝕の部位特異性
【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17】 レーダーチャート
【スライド8】 脱灰と再石灰化 ステファンカーブ	【スライド18】 ライフサイクルとリスクの変化
【スライド9】 齲蝕原性菌	【スライド19】 カリエスフリーの口腔内
【スライド10】 ミュータンス菌の母子	【スライド20】 アイテム紹介



【スライド10】 初期・中等度・重度の歯周炎

＜解説＞歯周炎の重症度は、付着の喪失量(loss of attachment)すなわち歯周支持組織の破壊の程度によって決められます。初期の歯周炎は、注意深いプロービングと精度の高いレントゲン写真がなければ見落とされてしまいます。中央のレントゲン写真では歯根の半分近くの骨がなくなっています。右のレントゲン写真では歯を支える骨は、歯根の1/3程度になっています。



【スライド14】 歯周病の診査・診断

＜解説＞現在の歯科臨床において主に行われている診査は、プロービング検査やX線写真、口腔内写真撮影などですが、これらの検査結果は疾患の結果を表しているにすぎません。そこで、これらの検査から得られた情報について、患者さんの年齢、リスクファクターなどを考慮しながら診断することが重要です。将来的には、疾患が活動期にあるのか静止期にあるのかを調べる検査や、必要に応じて細菌学的検査、遺伝的な罹病性を調べる検査を行うことになるでしょう。



【スライド15】 病因論に基づいた歯周病の治療

＜解説＞歯周病のプロセスを考えてみたときに、私たちが容易にアプローチできるのは、バイオフィルムの破壊と除去など、歯周病原性細菌に対して適切な処置を行うこととともに、改善可能な環境・後天的リスクファクターを改善することです。



【スライド16】 咬合と歯周炎

＜解説＞歯周病はあくまでも細菌感染症です。咬合性外傷のみによって歯周組織の破壊が起こることはないことも明らかになっています。しかし口腔衛生の状態や歯周組織の状態が好ましくないときに咬合性外傷が歯周病に加わると、歯周組織の破壊を助長してしまうことがあります。歯周治療の順序としては、まず細菌の存在によって引き起こされている炎症をコントロールすることが第一です。



【スライド18】 プロフェッショナルケア

＜解説＞プロフェッショナルケアにおいてもっとも重要な処置は、歯周ポケット内のバイオフィルムを破壊・除去する歯周廓清処置(歯周アブライメント)です。これには、スケーリング・ルートプレーニングや、ディブラーキングなどが含まれます。これら処置は、キュレットや超音波装置を用いて、歯石や、歯肉縁下の細菌性プラーク、細菌由来の毒素などを除去して、歯周組織が健康な状態を取り戻し維持していけるようにするのが目的です。



【スライド19】 メンテナンス

＜解説＞歯周病が細菌感染症であり、その原因菌を口腔内から完全に駆逐することが不可能である以上、一度歯周治療を行っても放置してれば、再び歯周病は進行し始めます。しかし、歯周組織の状態やリスクファクターなどを考慮した適切な間隔でメンテナンスを受けることによって歯周病の発症や進行を予防できることが分かっています。メンテナンスでは、疾患の状況をモニタリングし、ホームケアを補うために様々な器具を使って口腔清掃と歯肉縁下の廓清処置(歯周アブライメント)を行います。

ヘルスケア フォーラム

「ベストを尽くす」 企画趣旨

先日届いた第2回東北支部スタッフミーティング事後抄録感想文集の中で以下のような文章がありました。「……各診療室に様々な問題点があることは十分に承知していますが、多くの診療室ではそうした問題点を根本的に是正する努力をせずに、今のままの状態の中でベストを探っているだけのように感じられました……」

スタッフミーティングにならって、ベテラン、中堅、若手の歯科医院の院長に、それぞれの立場から、「ベストを尽くす」ということについて日頃思っておられることや、今後の展望などについて書いていただきました。

開業から今日まで、そして未来へ、夢を抱いて

大阪府茨木市 歯科医師 伊藤 中

早いもので開業してから6年8ヵ月になる。決して理想的に進んできたわけではない。紆余曲折はありながらも、なんとかか少しずつ進んできたというのが本音である。現在でも問題は山積しているが、新年を機にこれまで自分がどのような点に精力を注いでベストを尽くしてきたのか振り返ってみようと思う。

開業当初、日本ヘルスケア歯科研究会の設立趣旨や数値目標のようなものではなく、現在ほど診療コンセプトは明確にはなっていなかった。しかし、すでに診療システムが成熟していた諸先輩の診療室を参考にして、歯周治療を行うこと、全ての患者をメンテナンスの対象とすること、全ての患者の口腔内写真を撮ること、という三つの課題を自らの診療室に課してスタートを切った。チェア2台、スタッフは受付と非常勤の助手が1名ずつ、歯科衛生士は確保できないままでのスタートであった。三つの課題は、患者さんにはなかなか理解されず、経営的にも苦しい状態が2年ほど続いた。

税理士から『同時期に開業した歯科医院はもっと収入を上げている』と言われたので『他の歯科医院とは業種が違うのです』と悔しまぎれに言い返したのを覚えている。『異業種』、すでにお手本はあったとはいえ、そんなことを知らない患者さんにとっては、なにやら面倒くさい変な歯科医院と捉えられたのであろう。当時の私にとっては、吹き荒れる逆風の中でまっすぐ立ち続

けていることこそがベストを尽くすことだったのだと思う。もちろんスタッフを確保したり、設備を充実させる努力も行ってきたが、まずは理解してくれる患者さんを増やすことが第一であった。先輩たちの『患者が多くて忙しい』という言葉だけを頼りに、『いつかは、自分にもそんな日が来るのだろうか?』と不安を感じながらも、やり続けることよりほかになかった。

開業後3年経過した頃からスタッフの人数も揃ってきた。理解を示してくれる患者さんの数も増え、経営的にも楽ではないが危機感を持たずにすむようになってきた。ただ風に耐えて立ちすくんでいた自分に、わずかずつでも前へ進むだけの余力が出てきた時期であった。知識を更新し、技術を向上させ、いろいろな方の助言や協力をいただきながら医院全体のシステムの構築に的を絞ってベストを尽くすべき段階にさしかかっていたのだと思う。このような努力は、現在も続いているし、おそらくずっと続けていかなければならないものであろう。

ありがたいことに、私たちの考える歯科医療に理解を示してくれる患者さんは確実に増加してきている。私の診療室では、来院患者数が多すぎてシステムが効率的に稼動しないという状況にはまだ陥っていない。しかし、スタッフたちの労働量は目一杯に近づきつつあるし、このままのペースが続けば、近いうちにチェアの不足も予想される。将来においては、人員、設備の拡充にも精力を割かなくては、患者さんに十分な歯科医療を提供できなくなるであ

ろう。

わずか7年弱の開業医生活であるが、こうして振り返ってみると、歯科医院というもののあり方についての私の考え方が、より大きな概念へと変化してきたことがわかる。診療室の総合力が重要であると思っていながらも自分自身に大きな負荷をかけていた時代、ようやく診療室全体が見えるようになってきた時代、そして今になって、患者さんの来院状況にも目が届くようになってきた。歯科医院を構成する重要な要素として患者さんを考えることができつつあるように思う。さらに将来的には、地域全体にも配慮しなければならないのかもしれない。このような診療室に対する視点の変化は、まさに、従来型の歯科医院とは異なる職種への脱皮を意味しているのではないだろうか。悔しまぎれにいったはずの『異業種』という言葉が、にわかにも現実味を帯びてきたと感じている。診療システムを改善したりする努力は、『異業種』への脱皮を前提としていなければならないのではないかと、『健康を守り育てる歯科医療』を、従来型の修復中心の歯科医療のおまけではなく、歯科医療の柱として考えれば、これまでの歯科医院のイメージにこだわってはいけな

いかもしれない。時々、10年先、20年先、さらには自分が現役から退くときに診療室がどのような形になっているのかを考えることがある。引退するときには、地域の住民から『歯の健康を維持するためにはあそこに行けばいい』と認知され、十分なマンパワーと設備でそれに対応できるような、スウェーデンのヘルスセンターのような存在になりたい。これは、とてつもない夢で叶うかどうか分からない。しかし、『夢を抱いていないと成長はない。夢を持てることも才能のうちだ』とある先輩が教えてくれ

た。どうせ夢を描くなら大きいほうがよい。2000年という節目の年の年頭に

描いた大きな夢に少しでも近づけるようにベストを尽くしていきたい。



道は険しくとも本物の頂上を目指して

山形市 歯科医師 斎藤直之

1998年3月に日本ヘルスケア歯科研究会が発足しました。その結果、私達にとって歯科医療を実践していくうえでの具体的な目標、使命が明らかになったように思います。設立主旨のなかに、「私達は何をすべきだろうか。何よりも重大なことに、疾病を未然に防ぐことが容易であるという歯科医療の可能性が、人々の目から隠されている。そのような事実を明らかにしたとき、果たして現実の歯科医療は受け皿になりうるであろうか」とあります。すなわち、私達の目標、使命は、疾病を未然に防ぐことが容易であるという歯科医療の可能性を追求すること、実践する受け皿となることとなります。

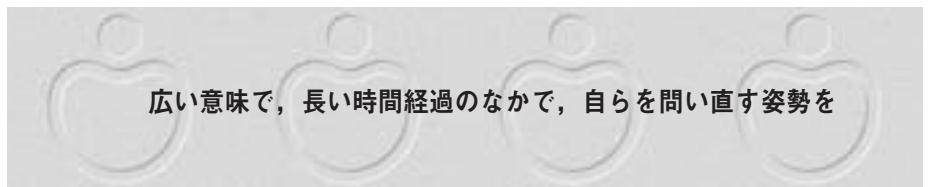
私達は、現在の歯科医療すなわち、結果に対する歯科医療を見直し、プロセスに対する歯科医療を実践し、健康を守り育てる歯科医療を実践しようと努力しています。そのための具体的な行動を起こし、研究会が掲げている四つの目標を実現しようと私達はベストを尽くしています。しかし、既存の歯科医療に対する認識を脱却して、新しい概念を人々に伝えることも難しいのですが、それ以上に、自分自身の考え方を変えて、実践し続ける事は、大変難しいと感じます。ベストは尽くしているものの日々の仕事に追われ、目標、使命を見失いがちです。

そこで、わたしが常に考えている目標実現のためのステップをまとめてみます。

1. 医院の基本的なアイテムをゲットする
資料の収集、う蝕、歯周病のリスクの把握、プロセスの治療など
2. それぞれのレベルアップをはかる
3. 基本的なアイテムを有機的につなげる
臨床のデータの蓄積、分析、還元
4. 新しい概念が定着する
メンテナンス患者の増加、健康を守り育てる歯科医療に対するニーズの増加
5. 新しい概念を無理なく実行できる環境を作る
診療室の設備の充実、スタッフの確保
6. 目標実現

1から5を繰り返しながら、目標実現のため、各ステップごとベストを尽くしていきます。あくまで最終的な目標は健康を守り育てる歯科医療であり、四つの数値目標の実現であると考えます。現在の「ベストを尽くす」が、常に最終的な目標を念頭に置いた行動であることが大切であるように思います。数値目標は、非常に大きい目標であるため目標達成までの道はなかなか見えません。しかし、目標達成を前提として、その時その時のベストを尽くして

いけば、目標の見え方が変わってくるように感じます。ちょうど、山登りのように、一番高い頂上を目指して一步一步進む。少しずつ進むと全然見えていなかった頂上がおぼろげに見えてくる。今まで気づかなかった道も見えてくる。私達が目指す頂上は、あくまで本物の頂上です。道は険しくとも本物の頂上です。これまで慣れ親しんできた既存の少し高い簡単な山に登って、本当の頂上に登ったような気になってはいけないと思います。患者さんやスタッフはいっしょに山に登るパートナーです。本当の頂上から見えるすばらしい眺めを私も観てみたいし、患者さんやスタッフにも観てもらいたいと感じます。そのためにこれからもベストを尽くそうと思います。



広い意味で、長い時間経過のなかで、自らを問い直す姿勢を

吹田市 歯科医師 岡 賢二

第2回日本ヘルスケア歯科研究会東北支部スタッフミーティング(1999年7月23、24日、酒田市、ニュースレターのvol.1, no.3に報告が掲載されています)の事後抄録集、感想文集が250ページを越えるボリュームたっぷりで昨年末に届きました。

今回の東北支部のスタッフミーティングは、その前身であるフォーラムDEWAの時代から数えて15回目(実に15年目です)となるものでした。口腔の健康に関わる問題を一つ一つ明らかにし、それぞれの診療所で少しでも患者さんの健康に寄与するために、知識や技術を学び続けた15年でした。そしてそれらの活動が「健康を守り育てるといふ」日本ヘルスケア歯科研究会のコンセプトへと発展していきました。言い換えれば、日本ヘルスケア歯科研究会設立へと流れる源流の役割を果たしてきたスタッフミーティングでした。

今回私は膨大な事後抄録集、感想文集を見ていて考えさせられることがありました。スタッフミーティング自体は、内容も濃く、参加者からの評判も良く、明日への臨床へ取り組んでいく勇気と知識が得られた、そういう感想

が圧倒的に多いものでした。そんな中ただ一つ熊谷運営委員から以下のような辛口の感想が寄せられていました。

「今年も多くの方々への参加をいただき、スタッフミーティングが盛会のうちに行われたことは大変嬉しいことでした。今年のスタッフミーティングは、あらかじめ与えられたテーマでの発表であることや、コメンテーターの導入など、これまでにない試みを取り入れられ、これまでのスタッフミーティングで得られなかった新しい切り口が、思いがけず新鮮に目に映りました。

今年の発表は、スタッフミーティングとはいいながら、院長自身による発表も多く、相対的にハイレベルな発表が多かったように思います。またあらかじめ与えられたテーマを決めてしまったことが、逆に各診療室の日常臨床の様子をある意味で浮き彫りにしたように思われ、興味深い点も多々ありました。発表した各医院は、院長の経験や開業年数、スタッフの経験や数、立地条件や地域もさまざま、どの診療室も多くの問題を抱えていることが分かります。おしなべていえば、どの診療室も多くの問題点を抱えながらよくやっていると

いうことにはなるのでしょうか。
 しかし今回、私は少々辛口のコメン
 トをいわせていただきたいと思いま
 す。先程申し上げたように、経験の
 少ない診療室も、開業経験の長い診
 療室も、基本的にはそれぞれの診療
 室の環境のなかでよくやっているこ
 とは間違いありません。けれども私
 は多くの診療室の取り組みに物足り
 なさを感じたことも事実です。
 まず、日本ヘルスケア歯科研究会は
 診療室の目標として四つの目標を掲
 げていますが、この目標値の持つ意
 味を本気で考え、達成しようと考え
 ている診療室が少ないのではないか
 と感じました。各診療室に様々な問
 題点があることは十分に承知してい
 ますが、多くの診療室ではそうした
 問題点を根本的に是正する努力をせ
 ずに、今のままの状態のなかでベ
 ストを探っているだけのように感じ
 られました。「健康を守り育てる歯科医
 療」は生涯にわたって患者さんとおつ
 き合いをすることを前提とした歯科
 医療です。メンテナンスの患者さん
 が多くなってきた診療室は、そう
 した患者さんが安心してメインテ
 ナンスを受けることができるように、
 診療室の設備の充実やスタッフの確
 保などをもう少し積極的にはかる必
 要もあるでしょう。できるだけ言い
 訳の少ない診療室経営を各院長は考

えていただきたいと思えます。参加
 者の皆さんには、もう一度「健康を守
 り育てる歯科医療」を目指して設立さ
 れた日本ヘルスケア歯科研究会の設
 立趣意書と診療室の目標をもう一度
 じっくり読んでいただきたいと思いま
 す。
 多くの診療室のさまざまな試みや努
 力が、「健康を守り育てる歯科医療」
 という形になり、地域歯科医療に貢
 献して、ひとりでも多くの住民の口
 腔内に健康をもたらすことができる
 ことを期待しています」

このなかの「今のままの状態のなかで
 ベストを探っているだけ...」という表現
 が私の中で、心に残り、ミレニウム騒
 ぎの年末年始ずっと考え込んでいま
 した。

日本ヘルスケア歯科研究会は、今ま
 での歯科医療の現状や問題点を歯科疾
 患実態調査やウイステリアによる医院
 のデータなどを使って評価分析し、探
 針問題、初期齲蝕の診査診断問題、フ
 ッ化物の問題などを検討整理してきま
 した。この過程でさまざまな問題が浮
 き彫りになってきました。しかしなが
 ら個々の各論はさておいて重要なこ
 とは、先人たちや私たちがベストを尽く
 していなかったから様々な問題が生じ
 たのではなく、それぞれがそれぞれの

狭い範囲でのみベストを尽くそうとし
 ていたからこそ問題が生じたのだとい
 うことです。つまり熊谷運営委員の言
 葉を借りれば、「それぞれが、それぞ
 れの立場の中でベストを探ってきたが、
 それらの行為の outcome(転帰)の評
 価が足りず、その結果、ベストを尽くし
 ているつもりでも、十分な成果は得ら
 れてこなかった。もっと高く広い視点
 から現状を評価し、問題点を明らかに
 し、それぞれが本質的な意味でのベ
 ストを尽くすべき」ということになるの
 でしょう。

藤木会長の巻頭言にもあるように、
 短期的に患者の満足を得る歯科治療
 というものが、長い時間軸で見たときに
 必ずしも口腔の健康に寄与していない、
 ということも忘れてはなりません。

忙しい臨床のなかで、自分はそれな
 りに精一杯やっていると思いがちな私
 でしたが、時々、それが広い意味で、
 また長い時間経過のなかで果たしてベ
 ストなのかと、自らに問い直す、そ
 ういう姿勢を持たねばならないと考える
 ようになりました。

皆さんも、「ベストを尽くしている」
 という耳障りのよい言葉のせいで、忘
 れていることはありませんか？



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：右記参照
 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.16 をご覧下さい

ニュースレターと共に第3回国際シンポジウムの郵便振替用紙を同封しました。下記「お申し込みタイプ番号」を郵便振替用紙通信欄にお書き添えの上、ご送金下さい。

参加費用

国際シンポジウム

会員 歯科医師；	20,000 円
歯科医師以外の会員・準会員；	10,000 円
非会員 歯科医師；	30,000 円
歯科医師以外の非会員；	15,000 円
懇親会 会員・受付終了 通；	5,000 円

お申し込み タイプ番号

①	会 員・歯科医師	1 人	20,000 円
②	会 員・歯科医師 受付終了	社会参加 1 人	25,000 円
③	会 員・歯科医師以外	1 人	10,000 円
④	会 員・歯科医師 受付終了	社会参加 1 人	15,000 円
⑤	非会員・歯科医師	1 人	30,000 円
⑥	非会員・歯科医師 受付終了	社会参加 1 人	35,000 円
⑦	非会員・歯科医師以外	1 人	15,000 円
⑧	非会員・歯科医師 受付終了	社会参加 1 人	20,000 円

事務局からのお願い

ご入金の確認・「参加証」の発送までに
 2週間ほどかかるため、お振込みは

2月末日まで

をお願いいたします。

なお、「懇親会」の受付は締め切りました。

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4月15日(土)、16日(日)*

研修会場：さかたセントラルホテル

*すでにお知らせした3月4、5日は都合により中止とさせていただきます。上記日程に変更いたしました。ご注意ください。上記以降の日程で参加希望の方は、下記の申込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日時を決定し、開催の連絡をいたします。

●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

日程未定*

*前号でお知らせした1月22、23日は都合により中止とさせていただきます。ご注意ください。今後、参加希望の方は、下記の申込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日時を決定し、開催の連絡をいたします。

▶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。

□患者データ管理実習コース

サリパテスト、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。

!! 歯科衛生士 SRP 実習ベーシックコース



日本ヘルスケア歯科研究会顧問、シェリーバーンス先生によるスクーリング、ルートプレーニングの実習コースを開催いたします。

◆器具の取り扱いからファントムを用いたのポジショニング、歯周病の診査診断とそれに基づいた実際の手技、シャープニング等、盛りだくさんな内容を予定しています。基本をしっかり学びたい方にお勧めです。

本コースは即日満員が予想されますため、ニュースレター配達地域格差を考慮し、本コースに限り申し込み受け付け締切日を設定いたします。**3月3日(金)を受け付け締切日**とし、申し込みが定員をこえた場合には抽選とさせていただきますので、ご了承ください。

定員：30名(受付締切日：3月3日)

参加条件：酒田または大阪の基礎コースを受講した歯科衛生士 1医院につき2名まで

研修会費：歯科衛生士50,000円(本研修会は歯科衛生士限定です)

●酒田会場 2000年6月10日(土)、11日(日)

研修会場：さかたセントラルホテル

●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/歯科衛生士 SRP 実習ベーシックコース FAX申し込み用紙

レ印のコースに参加を申し込みます。(SRPご希望の方は終了した基礎コースについてもご記入ください)

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 歯科衛生士 SRP 実習ベーシックコース 酒田会場

★終了した基礎コース：____年____月(酒田・大阪)会場

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



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つ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、歯科医のだ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) (詳細は p.6 参照)



国際シンポジウム 懇親会について

定員となりましたので締め切りとさせていただきます。悪しからずご了承ください。

申し込み方法：下記の申し込み用紙にご記入のうえ事務局までお送り下さい。さらに同封の郵便振替用紙に**申し込みタイプ番号(P.14 参照)**を通信欄にお書き添えの上、参加費をお送り下さい。現金書留の場合は下記の申し込み用紙を同封して本会事務局までお申し込みください。

参加費用：会員 歯科医師：20,000円、その他会員・準会員：10,000円、非会員 歯科医師：30,000円、非会員その他：15,000円
懇親会参加費は別途 5,000円 (会員・非会員共通)

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

日本ヘルスケア歯科研究会 第3回国際シンポジウム参加申し込み用紙

(必要事項に記入をし、会員の方は会員番号もご記入下さい。該当の□には✓をして下さい。)

フリガナ	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 歯科技工士 <input type="checkbox"/> その他
参加者 氏名	<input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 会員 会員番号 -
フリガナ	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 歯科技工士 <input type="checkbox"/> その他
参加者 氏名	<input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 会員 会員番号 -
フリガナ	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 歯科技工士 <input type="checkbox"/> その他
参加者 氏名	<input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 会員 会員番号 -

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