

HEALTH CARE

The Newsletter of the Japan Health Care Dental Association

vol.3 no.1

(年間6回刊行・通巻013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

●会誌 (vol.2 no.1) は5月下旬に発送の予定

日本ヘルスケア歯科研究会誌第2号は、5月下旬に発送いたす予定です。

発送にあたりましては、第3年度の会費を納入された会員のみ送付になりますので、予めご了承ください。

また、会誌とともに「会員章」(ステッカー)を送付いたします。

催しものご案内

① 第3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

日程：2000年7月14, 15日

会場：酒田市総合文化センター

テーマ：私たちが日々行っている治療は患者にとって確かな利益を提供しているのだろうか

▷詳細p.16

② 第3回秋季学術講演会・新潟

日程：2000年10月28, 29日

会場：新潟県歯科医師会館

申込み方法：詳細は次号ニュースレターに掲載します

国際シンポジウムを終えて

運営委員の議論

A 国際シンポジウムの反省のひとつとして、参加者が「健康を守り育てる診療」を進めるうえで、果たして役に立つ内容だったか、という厳しい意見があります。とくにフッ化物のシンポジウムについては評価が分かれています。

B この会の年に一度のシンポジウムは、必ずしも参加者の診療に役に立つことだけを目的にはしていません。この会の設立趣旨を理解していただきたいのですが、会員に対する情報の提供とならんで医療環境の改善が、この会の重要な役割です。医療制度、大学教育、社会の理解などに働きかけていく必要があるのです。健診のときの探針の使用についても、これまで個人で問題を指摘していたのとは違って会として取り組んだことで大きな影響を与えました。そういう意味では、今回のシンポジウムは成功ですよ。

C すると講師から知識を学ぶ、という姿勢だけではいけないということですか？

B 当然です。1～2時間の講演で、参加者に考えるチャンスを与える以上のことを期待することはできません。シンポジウムの場合、壇上の議論や意見の違いから何を感じ、汲み取るか、それは参加者の問題意識に委ねられています。たとえピント外れの受け答えが続いたとしても、それを聞きながら、どこに考え方のズレが生じる原因があるのだろうか、自分はそうは思わない、というように自分の考えができていくわけでしょう。とくに個人の価値観や社会意識などに関わる問題については、このような会が軽々しく答えを出したりスローガンを示したりすべきではないと思います。各人が答えをもつための下準備をするだけで十分です。

A 会員にその趣旨を伝える工夫がもう少し必要でしたね。主張の対立はともかく、発表内容にちょっと残念なものがあった。それが酷評につながっているのでしょうか。

D 制度や教育や社会の理解を変えていくことの重要性は分かりますが、それと同時に健康を守り育てる診療室づくりを支援する情報の提供もこの会の重要な仕事です。国際シンポジウムではやはりこの点にもう少し配慮すべきです。いつもこの二つを車の両輪だと考えるべきでしょうね。

A 世の中の改革と会員支援というものが別々にあるんじゃなくて、会員自身が患者さんの背景にあるものや自分自身あるいは診療室のバックボーンになっている制度や教育を振り返る目を育むように配慮しないと、マスコミや大学に訴えかけるだけでは活動が宙に浮いてしまいます。運営委員だけその気になってもダメですね。

D 国際シンポジウムで話をされた運営委員は、お二人とも自分の診療室のデータを基に話をされました。本会では患者データ管理のためのソフトなども供給していますが、診療室を予防にシフトするだけでも大変なのに、大量のデータを取り、それを分析するというのは、労力の割に得られることが少ないんじゃないですか。

A 労力は大変だけれども、得られるものも計り知れないと感じています。データの結果だけでなくデータを収集する作業や院内のシステムづくりのなかからも得られるものがあります。データの院内での活用も、診療室の現状を客観的に知りうるだけでなく、個々の衛生士の仕事の特徴や、患者さんの傾向や変化などさまざまなデータが得られます。しかし多くの診療所で同じようにする必要はありませんよ。無理をする必要はない。現在

できることから、できる範囲で進めていけばいいと思います。

C それにすべての患者に一律に検査をすることも必要のないことだと思います。運営委員の発表は素晴らしいのですが、診療室づくりからデータの収集まで、お二人を手本にしなければならないという空気があるのが気になります。

B もちろん真似る必要はありません。もっと別の方法だと思っています。もっといい方法を見つける努力も必要です。ただ、目的は、データでもなければ、唾液検査でも予防歯科でもない。目の前の来院患者の口のなかを見て、私は歯科医師の医療人としてのモラルに疑問を感じてきました。日々、自分の果たしている役割に疑問を感じていました。自分だけ変わることは不可能ではありません。ただ診療室は地域社会から隔離された温室ではないのです。学校歯科健診もあれば、他の診療所も保険制度も歯科医師会も行政も大学の影響もあるのです。われわれが共有したいのは、対面している患者さんの立場に立って、どうすることがその患者さんのためになることなのか、と考える姿勢です。方法は違っていていいと思いますよ。

C 自分でデータを取らなくても、できることはあるわけですね。

B いますぐにかたちを真似する必要なんかありません。でも、私たちは、診療室で予防や発症前の診断や治療をするとき、患者の主訴に対応していただけた診療とは、まったく別次元の問題に直面するでしょう。主訴に答えるならば、有名な教科書に書いてあった、講演で聞いたという知識で対処しても困りません。痛みを訴える患者の痛みを取り、噛めないという患者を噛めるようにすればとりあえず満足が

得られるのです。もちろん良識ある医療人であれば、その予知性や長期的な予後が気になるはずですが、でも逃れようと思えば困難な問題から逃れることもできます。しかし発症前に何らかの提案をし、患者の生活に口を挟んだり、費用を求めたりするとなれば、あいまいな根拠ではできません。私たちの診断は、どの程度確実なのか？ 予防プログラムはどのくらい有効なのか？ 患者に、満足できる結果を請け合うことができるのか？ 臨床疫学的な根拠が欲しいのです。

D でも、データをとると言っても、無作為化対照試験(RCT)ができるわけじゃない。本当に根拠になるデータとは言えませんよね。

B 言える範囲のことしか言えないというのは、当然ですが、言える範囲のことを徐々にでも増やしていかないと診療室の現状は変わらないでしょう。リエスリスクを診察したとしても、そのリスクに応じた合理的な予防プログラムが立案できないときには、リエスリスク判定だってモチベーションの道具にしかありません。事実、はじめはそうだったのです。齲窩発症前の診断と処置が一応できて、予防プログラムが立つようになった。でも確実な結果を出したいから、ついついオーバープリベンションに追い込まれる。結果がリエスフリーでも、それでは本当に患者さんの立場に立っているとは言えないでしょう。そうやってひとつひとつ解決していく以外に方法はないんです。私たちは臨床医なのだから、何もしないで評論してはられないでしょう。そのために、自分のやっていることを常に客観的に再評価する必要があります。



口腔衛生学会が“探針”に見解<「初期う蝕診断」における探針の意義に関する作業検討部会>報告

口腔衛生学会は、作業部会を設けて、初期齲蝕の診断における探針使用の適否に関する文献のメタアナリシスを行い、学会雑誌(望ましい初期う蝕の診断法 50:137-152, 2000)に発表した。同部会報告は、ほぼ日本ヘルスケア歯科研究会の指摘に沿うかたちで、①先端の鋭利な探針の使用を避け視診を中心とすること、および②COのみならずC1についても積極的予防管理の対象とし保存処置の対象から除外するとの考えを打ち出した。

日本ヘルスケア歯科研究会では、初年度の重点課題として設立早々に「健診における探針使用問題小委員会」(1998年3月)を設置し、学校歯科健診における探針使用の見直しを求める活動を開始した。ここで鋭利な歯科用探針を用いた学校健診の有害性と感度の低さを指摘するとともに、この問題に関わりの深い大学人の考え方を調査した。その結果、鋭利な探針がエナメル表層を破壊し齲蝕を誘発するという指摘については、97%以上の回答者が承知していると回答した。またこれとは対照的に、探針の使用が診断の信頼性向上にはつながらないとする研究報告については、52%以上の回答者が「知らない」「理解できない」と答えた。また裂溝齲蝕を見逃すおそれがあるとしても、疑わしいケースは診療室での予防歯科的アプローチに委ねるべきだ、との考えに73%の回答者が賛意を示した。本会ではこれらの結果をこの問題に関わりの深い大学関係者に配布し、調査結果検討会を開催した。

健診における探針の使用は、初期齲蝕の扱いについて、われわれが疑問を投げかけるための象徴的な問題であった。これはた

んに探針という器具の弊害や有用性の問題ではなく、初期齲蝕の扱いに関して「早期発見、即時治療」の考え方がもたらしている弊害に注意を喚起するものであった。

健診において探針で精査するという考え方は、1968年の島田義弘の「児童永久歯における各種齲蝕性病変の進行速度とう蝕検出基準についての研究」(口腔衛生学会雑誌, 16(1))に根拠をもつ。今回の部会報告は、新しい研究ではなく、初期齲蝕診断についての内外の文献に関するメタアナリシスである。この報告では、探針の弊害については触れられていないが、齲蝕診断とその後の保健管理について、全面的に新しい考え方を示した。その要点は以下のとおりである。

- ・齲蝕の診断をたんに検出手順と考えるのではなく、診断→処置決定→その後の管理についてのシステム的一段階と位置づけるべきだ。
- ・公衆衛生における初期齲蝕の診断は視診によるスクリーニングが望ましい。
- ・臨床においては、齲蝕が進行、停止、再石灰化など絶えず変化している Dynamic processであることを認識し、齲蝕活動性の評価が重要である。
- ・精密検査において歯科用探針はフィッシャーシーラントや保存修復処置に先行する行為に限定して使用すべきだ。
- ・エナメル質に局限した齲窩が認められる齲蝕(C1)は、積極的予防管理の適応とし、保存修復処置の対象としない。

第3回総会・国際シンポジウム報告

2000年3月19日(日)・20日(月・祝)の両日、東京の朝日ホールにおいて560余名の参加を得て「健康を守り育てる歯科医療のために」と題して本会主催の国際シンポジウムが開かれました。

総会

シンポジウムに先立ち総会が、伊藤中運営委員の司会で行われ、議長に五十嵐正大評議員が選出されました。藤木省三会長の挨拶で始まり、その後議案第1号から4号、報告第1号から3号まで審議承認されました(承認議案11ページ以降参照)。

議案第1号 第二年度(平成11年度)事業報告

議案第2号 第二年度(平成11年度)決算報告および監査報告

議案第3号 第三年度(平成12年度)事業計画および予算案

議案第4号 評議員追加承認の件

国際シンポジウム《健康を守り育てる歯科医療のために》

第1日目 「カリオロジーとフッ化物に関するコンセンサス」

フッ化物に関する専門家・会員意識のアンケート調査結果の報告

岡 賢二；運営委員

詳細は会誌vol.2 no.1をご覧いただきたいが、注目すべき点として齲蝕の発症を未然に防ぐことが最も重大な関心事の一つであり、そのためにはフッ化物の応用が最も大きな効果をもつ

ことは疫学データにより実証されているという認識もつ者が、専門家および会員の9割以上を占めたこと。さらにフッ化物の応用法として最も多く挙げられていたのがフッ素含有歯磨剤の適切な利用法の普及であり、上水道のフッ素化は順位としては5番目で、大学関係者や会員の間ではあまり関心がないように思われた。

カリオロジーを踏まえ、どの様にフッ化物を応用していくか

熊谷 崇；本会運営委員

日吉歯科診療所6,645名の患者のデータから、生涯におけるカリエスリスクが大きい時期(乳歯期、6歳臼歯萌出期、中学高校時代、病気を伴った高齢期など)にカリオロジーに基づいた発症前診断を行うことによって、生涯にわたってカリエスフリーや修復後の齲蝕再発予防の重要性が明らかである。そこにおいて個々の患者にとって生涯にわたって有益であるような診断や治療あるいは予防行為を選択していく必要があるが、そのなかでフッ化物は大きな役割を果たす。そして患者一人ひとりのデータの蓄積が診療室にとって大きな力となり、ひいてはそれが地域全体の健康な人々の育成につながっていくことになる。

唾液中のミュータンス菌量や唾液分泌量あるいは唾液緩衝能などの全てのリスクを数値化し、その総和を求めてみたい(全てがハイリスクであれば21、全てにリスクがなければ0)。このデータから日吉歯科診療所においては、トータルリスクが11以下になれば新たに齲蝕が発症する症例がほとんどないことが明らかになった。ただそれはあくまで定期的なメンテナンスリコールを行ったうえで、この数値を維持できれば

ということである。このなかでトータルリスクに占めるミュータンス菌のリスクの割合は大きく、カリエスフリーを達成した者でもミュータンス菌のリスクが大きな割合で残る。このミュータンス菌のリスクを減らすことができれば、日吉歯科診療所の例で見るとほとんどがトータルリスクを8以下に抑えることができる。

仮に水道水がフッ素化されたとしてもトータルリスクで考えたとき、他のリスクの改善を怠ればかなりのハイリスクの子供たちが残ることになる。したがってカリエスフリー達成や齲蝕の再発予防のためには、齲蝕病原菌の抑制やホームケアおよびプロフェッショナルケアにおけるフッ化物の使用が、水道水フッ素化などの集団に対する予防施策よりも重要だと考える。

水道水のフッ素化は、住民の理解が十分に得られた、歯科医師数の不足により十分な歯科医療が受けられない、という条件ではたしかに有用だろう。また、発展途上国の場合のように急速な齲蝕の増加が見られる場合には水道水のフッ素化は費用効率が高いが、日本のように歯科医師数の供給が十分で、カリエスリスクについての理解があるところで、子供たちのカリエスフリー90%以上を実現しようという目標の下では、水道水のフッ素化は切り札にならない。



わが国の専門家のフッ化物に関する問題点

小林清吾

日本大学松戸歯学部教授

日本においては、最近歯磨剤等のフッ化物利用は普及しつつあるものの全身応用、公衆衛生的な応用があまり進んでいない。とくに水道水フッ素化や錠剤は全く応用されていないし、施設単位のフッ素洗口法も増えてき

つつあるがまだまだ少ない。それは専門家の姿勢にも問題があると考えられる。水道水フッ素化に対して態度をはっきりさせない方が多い。マスコミもフッ素に関する報道には慎重であり、一般の方は虫歯予防にとってフッ素の果たす役割をはっきり認識していない。水道水フッ素化はリエスフリーを達成するためには、有効な方法であり、その実現のために国民の間に専門家やマスコミを通じた戦略的広報が必要とされる。



齲蝕予防とフッ化物の利用 —国際的動向、過去・現在

D. Bratthall

マルメ大学歯学部齲蝕学・予防歯科学教授

WHOにおいて、フッ化物は口腔の健康に非常に重要な位置を占めてきた。過去WHOのメンバーや専門家や作成した書物の中で少量のフッ化物を投与することにより健康へのリスクがなく齲蝕の発症を減少させることができる十分な証拠があると述べられている。そしてフッ化物の応用にあたっては、水道水のフッ素化や塩、牛乳などにフッ素を添加することは有効である。ただし、そのような全身応用は、一つでよい。

としては、専門家の中でフッ素入り歯磨剤が果たした役割が大きいと考えている者が多い。しかし各国でのフッ化物の対応はまちまちであり、北欧諸国でも微妙な相違がある。

WHOが設定した目標値である12歳児のDMFT 3以下という数値を達成した国は多いが、そのような国においても今後は新たな見方をとるべきである。それは全体としての平均を見るのではなく、高い集団から1/3の集団(その平均値：SIC)に焦点を当てて考えていくということである。SICを見ることで齲蝕が減少していくなかでのハイリスクの人たちが浮かび上がってくる。これからはこのSICを3.2以下にすることを推奨していきたい。そのための予防戦略としては一つ目は、国民全体に対する戦略(水道水のフッ素化、フッ素入り歯磨剤、歯科健康教育など)。二つ目は地域にターゲットを当てるもの(疫学調査により特定の地域、グループを決めて行うもの)。三つ目は個人的ケア(リスクの高い患者を選びケアをするもの)。そしてこれらを組み合わせることが必要である。色々な国々でフッ化物に関する問題があり、そのバリエーションは大きい。しかし日本の場合、地域によるそのバリエーション(天然水のフッ素濃度や、公衆衛生の差など)が小さく、問題はないと考える。

また局所的フッ素応用は有効であり、歯磨剤への添加が推奨される。とくにリエスリスクが高い人にはプロフェッショナルケアにおけるフッ素塗布がよい。

しかし天然水中のフッ素含有が高い地域には、逆に除去が必要である。そして各国はよく状況を検討して対策をとり、その方法は定期的にモニターすべきである。

現在一部の国を除きリエスが減少しているが、その要因



リエスコントロールにおけるフッ化物の働き—生化学的側面に焦点をあてて

JM ten Cate

ACTA 副所長・予防歯科学教授

疫学調査によれば、オランダにおける齲蝕の有病率が下がってきたのはフッ素入り歯磨剤が導入された時期と一致している。そして1982年以降6歳児の齲蝕のレベルは一定しているし、50歳以上の高齢者においても改善が認められる。

これまでフッ素は、エナメル質表面のハイドロキシアパタイトをフルオロアパタイトに変化させて耐酸性を増強させると考えられてきたが、それ以上に口腔内の環境に持続的にフッ素が供給される効果が大きいことがわかってきた。以前は歯の萌出時、多量のフッ素を供給することにより、歯面をフルオロアパタイトに変えることが考え方の中心となっていた。しかしそれだけでなく口腔環境中のフッ素濃度レベルを何らかの形で保ち、脱灰と再石灰化のバランスをとっていか

なければならない。口腔環境にフッ素があることにより歯の表面のミネラルの取り込みを促進し、ミネラルの放出を抑え、プラーク中の酸生成を遅らせる作用がある。その濃度はかなり低いレベル(500から1,500ppm)でも効果的で、その点からフッ素入り歯磨剤の果たす役割が大きいと考えられる。

フッ化物の副作用としてはフッ素症があるが、飲料水の濃度がコントロールされていれば起こったとしてもきわめて軽いものである。過去のアメリカ保健省の発表をみても、フッ素は安全であると結論づけられている。そして作用機序からみてどのようなフッ素使用が望ましいかと考えて見た場合、水道水のフッ素化も好ましい方法であるが、局所的応用が最も有効である。臨床的には、低濃度のフッ素入り歯磨剤を少なくとも1日に2度使用し、ブラッシング時あまりゆすぎをしないでできるだけ歯磨剤を口腔内に残すことがキーポイントである。そしてハイリスクな人々には洗口剤や局所的抗菌療法(クロロヘキシジンバーニッシュなど)を併用していくべきである。

ディスカッションの要点

小林：フッ素に関する学生教育をしっかり行い、またフッ化物の有用性について、専門家はもっと積極的に国民に知らせるべきであり、とくに水道水のフッ素化は局所的効果とおよび全体的効果が結びつくもので有効であり、歯磨剤よりも効果が大きく、その実施は社会正義である。

Bratthall, ten Cste：水道水のフッ素化が有効な方法であることは疑う余地はない。過去において北欧諸国でも実施された。しかし常に環境問題に起因する反対の声があがり、政治的理由で中止されている。現在では、水道水のフッ素化の他にも有効な方法(歯磨剤へのフッ素添加など)があると考えている。

熊谷：日本では水道水のフッ素化を主張した結果、無用な対立を生み、かえってフッ素に対する不安が煽られて国民がフッ素入り歯磨剤などのフッ素製剤を使わなくなるという懸念がある。

またカリオロジーの発達により、患者がホームケアや歯科医院におけるプロフェッショナルケアをきちんとしていけば大きな成果がでることは明らかである。したがって人々が気軽に歯科医院を訪れ、きちんと管理してもらえ環境づくりを進めるべきである。

このシンポジウムでは、あえて立場や背景の異なる四人のシンポジストが選ばれていた。そして私たちはいくぶん対立する議論を目の当たりにしたわけだが、先進諸国において、従来の集団を対象にした public health から診療室レベルの個人を対象にした予防に焦点がシフトしていることを認識することができた。これは、人々の意識を含めた社会の大きな変

化と深くかかわっている。フッ化物がカリエスコントロールにきわめて有用であるという認識とともに、リスクコントロールの一つのツールにすぎないという事実が浮き彫りにされた。

東大阪市 清水克悦／大阪市 上田芳男

第2日目 「歯周病の全体像と歯周治療」

臨床疫学と病因論から見た歯周病の全体像

岡 賢二；本会運営委員

歯周病の全体像を把握するのに、齲蝕における DMFT のような指標がないため難しいが、過去の幾つかの疫学調査によれば中程度から重度の歯周病に罹患している人の割合は 10% 台であることが報告されている。日本における疫学調査は見あたらないので疫学調査と比べ様々なエラーやバイアスがかかっていると思われるが、臨床現場の実態を示していると思われるので、岡歯科医院の来院患者約 3,000 名データや症例をとおして考えてみたい。

岡歯科医院のデータでは初診時、中程度から重度の歯周病罹患率は 22.2% で年齢が高くなるほど有病率が高くなっていき、非喫煙者では 16.8% なのに対し喫煙者は 34% が中等度から重度の歯周病に罹患し、50 歳以上では 62% も罹患していた。しかし 1994 年までは明らかに歯周病の臨床症状のある者だけをデータ入力していたために有病率が高くなったが、1995 年以降、来院有歯顎者のほぼ全員を入力したデータでは 16.5% だった。

この 16.5% という数字を少ない数字と読むか、日本全体で数百万人が進行した歯周病に罹患していると読むか考えなければならぬ。また喫煙による有病率の高さ、年齢が高くな

るほど有病率が高くなっているが、医療機関が適切な歯周病治療・メンテナンスを行うとともに、20 代・30 代の歯周病を発症する以前の人たちに予防を浸透させることにより有病率を低くすることができるのではないだろうか。

歯周病治療は有効かを考えるにあたり、従来指標とされてきた歯肉の炎症の軽減、排膿の停止、動揺の減少、プロービング値の改善、X 線写真の骨の透過象の減少は、歯周病そのものを表しているのではなく、治療を行っていくときの参考となる代用的なエンドポイントである。歯周治療の真のエンドポイントとしては、生涯歯牙が保存できたかどうかという長期的な視野で考えることも必要であろう。

これらの指標について岡歯科医院のメンテナンス患者 934 名(初診時よりの平均経過年数 6.3 年、平均メンテナンス年数 3.1 年)について考察したところ、プロービング値は改善し、平均歯牙喪失数は 0.3 で、そのうち半数が齲蝕によるもの、残り半数が初診時にホープレスな歯を患者の希望で無理に残したものであった。この結果からもプラークバイオフィルムを破壊する現在の歯周病治療は有効だと考えられる。

また喫煙は大きなリスクファクターであるが、喫煙者に患者教育をしても禁煙する人は 13.8% で少ない。また個々の患者のリスクに応じたメンテナンスプログラムやメンテナンス間隔を考えるべきであるが、その指標を得る検査がない

ことにジレンマを感じている。

さらにハイリスクのケースのうち若年期に歯周病を発症し急速な進行を示すケースを症例を通して考察した。初診時16歳以上35歳以下の患者867名のうち中程度以上の歯周病に罹患していたものは36名、4.2%で、男女差・喫煙癖の有無に差はなかった。一部の症例ではPCR法による細菌検査でAA



これからの歯周治療と診査・診断 —増大する環境因子の関わり

栗原英見

広島大学歯学部歯科保存第2講座教授

1. 価値意識の変化と医療

20世紀を総括すると「開発と発展」の時代であった。その反省点は再生不可能あるいは困難な自然資源の枯渇、絶滅、汚染を引き起こしたことである。医療ではマスを対象として扱ったことにより個人に対しては、しばしば過大または過小な医療となった。21世紀は「生活と環境安全保障」の時代となるだろう。医療では個人に合った適度な医療、安全な医療を目指すことになるだろう。今後、医療分野では「五つのM」market, microtip/media, molecular biology, moral, managementがキーワードになる。

2. 歯周病の検査と診断

いままで歯周治療においても歯周外科という言葉があるように外科的な考え処置が主流だったが、これからは検査診断が重要視され歯周内科といえる概念が大切になるであろう。環境因子である細菌と遺伝性素因である宿主罹病性とを考える必要がある。細菌については血液寒天培地やPCR法による細菌検査、宿主については全身疾患や投薬の診査を行っているが早期発現型歯周炎の患者のなかに自己抗体の産生度が高い人がいることもわかってきた。

歯周病の臨床診断は、次の三つを調べることによって行う必要がある。

- ① typeの診断：歯周病の病型、細菌学的検査、宿主の防御能力、組織再生能力の検査など。
- ② stageの診断：歯周組織破壊の進行度。プロービング値・X線診査、など従来から主として行われている検査。再生治療を中心にしている場合は重要な検査。
- ③ stateの診断：歯周局所の炎症の程度

歯周病は細菌感染症であることから宿主-寄生体相互作用



スウェーデンにおける歯周病の診断と治療

Gunilla Bratthall

マルメ大学歯学部歯周治療学教室助教授

スウェーデンの歯科事情は歯科医師は約11,000名で40%が女性、過剰気味だがヨーロッパ諸国では歯

菌、PI菌、PG菌、BF菌が検出された。

齲蝕に関してはカリオロジーが進歩し、多くの歯が健康に保存できるようになったが、歯周病についても発症する前に予防できるような簡便なスクリーニング検査、チェアサイドでできる細菌検査、宿主罹病性の検査方法の確立が早急に望まれる。

という概念が大切で歯周病原菌の検出や血清抗体価を計る検査、好中球の機能検査がある。血清抗体価は今は血液を用いているが、唾液を用いる方法を研究中なので将来ハイリスク患者の診査診断・治療効果の判定に用いることができるようになるのではないかと。好中球の機能に関してはバイオフィルムが形成されているポケット内では細菌数が多すぎて好中球の働きより機械的に除去することが重要になるが、歯周組織内では細菌数はポケット内と比べかなり少ないので好中球の機能差が大きく影響すると思われる。また家系図を作ることにより発症前の人たちを救うことができるので、ぜひ患者の家系図を作って、発症していない人たちを治療管理していただきたい。

全身疾患と歯周病については近年医療の高度化や社会構造の変化により糖尿病や薬物投与によるコンプロマイズホストを増加させている。とくに糖尿病は「疑い」の人も入ると日本人の10人に1人が糖尿病患者である。糖尿病の悪化は歯周組織にも悪影響を及ぼすが、歯周病の悪化が糖尿病を悪化させる相互関係にある。

遺伝性素因の検査にサイトカインのgeno typeに関する研究が進められている。

3. 歯科医療におけるマネジメント

「患者の満足度は医療機関が提供した情報量に相関するのであって、必ずしも結果の良否に相関しない」

いい医療をするのは当たり前であるが、それをしっかり伝えなければ患者はわからない。検査は患者のためにあるので、わかりやすく優しく興味深く話すことが大切である。また歯科医療の新しい概念、新しい価値観を伝えていくことが必要ではないだろうか。そのような情報発信型医療を展開しようとしているのが日本ヘルスケア歯科研究会ではないだろうか。

* 歯周病の検査と診断については歯界展望1999年6月号を参照されたい。

科医師が不足している国もあるので海外に働きに行っている者もある。デンタルアシスタントは情報提供、指導、プロービング、歯周縁上スケーリングをすることができ、歯科衛生士は齲蝕、歯周病の診断、縁下のスケーリングを行うことができる。歯科医師はこれら総てに加えて歯周外科をすることができる。歯周病治療専門の歯科医師は110名ほどいる。しかし将来歯科医師が不足すると思われる、その部分を歯科衛生

士でカバーしようとしている。

診査は全身を調べ、局所ではプロービング値およびその時の出血、歯の動揺度、根分岐部の診査、X線写真診査、口腔内写真などである。プローブはコンピュータを組み込んだり様々な改良がなされている。X線写真は通常のを多く用いているが、サブトラクションX線写真が早期変化を探知できる。

初期の段階で予備的な治療計画を立てる。この際口腔内の問題だけでなく患者のニーズ、希望、年齢、投薬、他の疾患、経済事情なども考慮する必要がある。患者に情報・指導スケーリングを行い、再評価し、最終計画を立てる。このステージでの歯科衛生士の役割は重要である。

歯肉溝浸出液の増加、特殊な酵素の測定、ストレスが歯周病に悪影響を与えることが知られており、これを客観的に測定するのにコルチゾールを測定することが将来的にはリスク診査の一助になるのではないだろうか。

臨床疫学的データと長期経過観察から一歯周治療から歯周治療を再考する

熊谷 崇；本会運営委員

「健康な歯を守り育てる歯科医療」を提供するという臨床姿勢から、すでに重度に進行した組織や機能を回復するための処置や方法に目を奪われるのではなく、一般的な成人型歯周炎では20代・30代に早期発見・早期介入・継続的なメンテナンスによってこの役割を果たすことができるのではないか。そのためにはウイステリアを用いて患者データの管理し、自らの診療室における主たるターゲットを考える必要がある。診療室としては初期の歯周病以下の多く患者をターゲットにするべきで、それらの患者が来院しやすい医院にすべく日々努力している。

日吉歯科診療所のデータも歯周病患者の割合、喫煙による影響は岡歯科医院と同じような傾向がみられる。また修復物の数と歯周病進行度とは相関関係はない。

長期経過患者の症例より診査・診断処置・再評価・メンテナンスの流れが示された。日吉歯科診療所でのメンテナンスに移る際には、

- ① プラークインデックスは15%以下
- ② プロービング時の出血は10%以下
- ③ 4～6mmのポケットは10%以下

を基準にしているが、これより少し悪いときにはメンテナンス期間を短くして対応している。患者さんにもデータを渡し理解を得たうえでメンテナンスに入っている。リコール時数値が悪化している場合は、元に戻すようメンテナンスし、リコールに入るようにしている。

遺伝的素因としてインターロイキン1(IL1)の多型性を調べる方法も紹介されているが、白人を対象としたもので早期発現型歯周炎とは関係がなく、中国型、アフリカ型人種にはこのような多型性は出現していないとの論文もある。将来このような遺伝子診断も進歩していこう。歯肉縁下の温度を測る装置も作られているが主に研究用である。

治療反応が減退している患者に細菌検査としてPCR法や寒天培養法が行われ、PCR法は簡便で感度が高く、寒天培地法は抗生物質に対する感受性を調べることができる。ここで問題なのは抗生物質耐性菌が増加していることである。そのため異なる種類の抗生物質への耐性パターンをテストすべきである。メトロニダゾール、テトラサイクリン、ミノサイクリンなどがよく使われるがそれらの耐性菌も出現している。

GTR法やエムドゲイン療法も行っている。しかし喫煙が後に大きな悪影響を及ぼすことが知られている。

残ったポケットを歯周外科により減少させるという考えもあるが、長期メンテナンス患者1,488名(5年以下666名、5～10年421名、10年以上402名)のデータを考察すると定期的にバイオフィルムの破壊することにより4mm以上のポケットは良好に維持あるいは減少し、喪失歯0本の患者が80.8%、1～4本が17.1%だった。喪失原因は初期歯周病の患者はほとんど齲蝕によるもので、中等度以上の患者に歯周病による喪失がみられた。喪失の大きな原因は喫煙と齲蝕による再治療の結果と思われる。喫煙本数が多くなると禁煙しにくいので、若いうちから禁煙するようにすることが重要と思われる。

早期発現型歯周病については家族単位で考え、発症前あるいは初期のうちに治療管理する事が必要である。

歯周病を確実に管理するためには初診時健康か歯肉炎程度で来院することが理想である。中程度まで進行している場合はその状態を提示しコントロールする知識と技術を身につける。適切な歯周治療と定期的なメンテナンスでバイオフィルムを継続的に破壊・除去する。症状がなくても定期的に患者が来院しやすい環境を作ることが重要である。そのためには歯科衛生士専用のチェアを用意する、知識・技術の向上、診療時間を厳守し、患者さんを待たせない、PTCは短時間に快適にしてあげる、両親に早期発現型歯周炎の疑いがある場合にはDNAプローブやPCR法による検査し、学童期から管理する。リスクの管理、禁煙教育も必要である。

歯周病も齲蝕も、初期のうちに管理すれば決して難しいものではない。各医院においてもウイステリアのような患者管理ソフトを用い、来院される患者の実態を把握し、どこにターゲットを絞っていくのか、そのために何をすべきかそれぞれの診療室にあったプログラムを作って頂きたい。

ディスカッション

Q：障害者の歯肉増殖症について

栗原：患者自体のコントロールが難しい場合は多い。ただ薬物によるものであっても細菌が原因なのでそのことを抑えるべきだろう。

Q：抗生物質を使用する場合のガイドライン、副作用、適応症について

G. Bratthall：抗生物質の使用はできる限り回避する努力が必要だが、難しいケースで治療に反応しない場合病原細菌を同定し耐性を調べて投与すべきである。

Q：外傷性咬合と歯周病について

G. Bratthall：動物実験で歯周病が存在すれば外傷性咬合が歯周病を増悪させることが示されている。ブラキシズムや外傷性咬合が歯周病を発症させるのではないが、歯周病があるとブラキシズムや外傷性咬合が歯周病を増悪させる。

栗原：細胞レベルの研究でもストレスをかけるとサイトカインインダクションが向上することが実験により示されています。

Q：臨床症状が軽度で健康に近い患者をどのようにして来院させればよいか

熊谷：とても難しいです。歯科医師会や大学が運動を起こしていただきたい。講演のなかでも話したが、各医院は患者のデータを収集管理し患者の実態を把握し、医院としてのターゲットを決めてハードおよびソフト両面の充実をしていただきたい。

Q：オステオポロシスと歯周病について

G. Bratthall：閉経後の女性にしばしば骨粗鬆症が発症し、それは歯周病のリスクファクターになると考えられている。ホルモン補充療法により骨質を強くすることが示されている。しかし喫煙を続けているとホルモン補充療法を行っても歯周病の感受性が強ければ歯周病を発症してしまう。

熊谷：閉経後の患者を診ていると中等度以上の歯周病があると炎症が激しくなり歯周疾患が進行するが、コントロールされていれば歯周疾患の進行を防げるのではないかと考えている。閉経後女性ホルモンの分泌は減少するが代償性のホルモンが分泌され、PI菌の栄養源となる。このことから女性には常に管理下に置く必要がある。



第三回国際シンポジウム2日目に感じたこと

国際シンポジウム2日目の「歯周病の全体像と歯周治療」を聴き終わった後も、講師の先生方が紹介されていた重度歯周炎の患者さんのX線写真が頭から離れませんでした。30代、40代で全歯牙において根尖部4分の1しか歯槽骨が残っていないような状態です。この先次々と自分の歯が抜けていくというのは、相当な喪失体験だと思いました。実は私の身内にも30年前に50歳で総義歯になった者がおり、他人事には思えなかったのです。

重度の患者さんは、10～15%の割合だということでした。とりわけ医院全体の数字を把握していることが非常に大切だと感じました。全国規模、または全世界規模の調査による数字で疾患を理解する必要もありますが、“診療室特異性”が存在している限り、一診療所という閉鎖系での疫学が、その医院で直接対処する患者さんたちに最もよく当てはまるものであり、正確な把握につながるのだろうと思います。該当する母集団での疾患の深い理解こそ、日々の臨床の冷静で的確な判断をもたらしてくれるのでしょう。とくに、朝一番の岡賢二先生のご講演でそれを強く感じました。

さて、10%の中に入ってしまった重度歯周炎の患者さんにとっては、自分が10人に1人であるという全体像より、自分の歯を28本失う可能性があるという方が切実です。次の栗原英見先生のご講演では、21世紀は、個体に対する適度な医療

へ変革していくのだと提言されていたことが印象的でした。Gunilla Bratthall先生のご講演でも、その患者さんの背景までも診ることを教えていただきました。診療にあたっては、冷静さと同時に個人としての患者さんの気持ちをいつも汲んでいる温かさも肝心だと思いました。

そして、患者利益を究極的に追求した歯科医療の結実を示して下さったのが、最後の熊谷崇先生のご講演でした。カリエスフリーを獲得し、続いての課題である歯周病に対しても、ごく初期のうちの適切な介入のおかげで克服しようとしている症例写真が何枚も登場しました。しかし、思春期のコンプライアンスや喫煙問題については、医療従事者の熱心な説得だけでは難しいということでした。喫煙のため、どす黒く変わってしまった歯肉の写真を見せるとか、マスメディアを利用するというご提案のように、自我の芽生えにうまく合わせるような発達心理学的アプローチが必要になるのだろうと感じました。

先人が歯を失って苦しんできた経験を繰り返さないために、患者さんに健康な歯列を生涯維持してもらうために、これからは日本ヘルスケア歯科研究会は、全体と個を見る視点を駆使して前進して行くのだろうと思います。そして、栗原先生がおっしゃっていたようにその方向性は時代の進む方向と矛盾していないと確信しています。

茨木市 歯科医師 西 真紀子

Q&A Q&A Q&A シンポジウムでお答えできなかった質問と回答 Q&A Q&A Q&A Q&A

Q 『週間金曜日』(2月18日号)が「やめよう! フッ素を使ったむし歯の集団予防」という特集をしました。筑紫哲也らが責任編集で広告を載せないこの雑誌の見識を評価している患者さんから、「フッ素はいや」と言われ困っています。この点にご意見をお聞かせください。

Q 熊谷先生の講演のなかで3DSという方法が紹介されましたが、詳しい情報はどこにありますか。ミュータンス菌の母子感染を防ぐためには、クロロヘキシジンで母親を除菌するよりキシリトールを使った方が効果があったとの報告があります。

Q クロロヘキシジンの使用は、薬事上、適応外とされていますが、使用していいのでしょうか？

Q 草思社という出版社から最近発売された『ダメな歯医者…』という一般向けの本のなかで、熊谷先生の診療室や水道のフッ素化について詳しく書かれています。適切とは思えない表現が多いのですが、会としてかわっているのでしょうか？

A 今回のシンポジウムの企画趣旨にもありますように、カリエスを離れてフッ素の是非を議論することには意味がありません。わが国におけるフッ素論争は、賛成、反対の両者とも目の前のカリエスをどのように予防するかという問題を離れて、いつも同じ顔ぶれの賛成論者と反対論者があたかも空中戦のように空虚な言葉の応酬をしてきました。カリエスそのものや従来のカリエスの修復処置およびカリエスの結果引き起こされる諸問題は、フッ化物の毒性とは比べものになりません。しかし、経済的に豊かになり、個人の価値観が多様化し、個性や自由が重視される社会においては、予防医療の対象は集団から個に大きくシフトします。そのような現実に敏感でない者が、果たして社会を相手に仕事ができるのでしょうか？ 今回のシンポジウムでは、異なる考えを聞くことから各自が考えることを大切にしました。

A 日本歯科評論の6月号に花田信弘らによる報告が詳しく掲載される予定です。キシリトールによってミュータンス菌の量が減少することはいくつもの研究で確認されています。母子感染減少についてはE.サダーリンらの研究がありますが、3DSを対照群とした報告はないように思います。またキシリトールで効果をあげるには、かなりの量を長期間の服用させることとプロフェッショナルケアの併用が必要だと認識しています。

A 厚生省は1987年に粘膜に対する使用を適応外としています。0.05%以下の歯磨剤の使用のみが認められています。3DSは、硬組織に限定して使用するものであり、ゲルを用いるため漏出の危険が少ないと考えられます。薬事法は輸入・製造・販売に関する法律であり、歯科医師が、自らの処方責任で科学的な根拠に基づいて用いることが禁じられているわけではありません。また自家使用のために輸入することは法に抵触しません。

A 草思社から刊行された書籍は、想像に基づく誤った記述や著しく第三者の名誉を毀損する記述あるいは、偏った状況認識による記述が目立ったため、刊行と同時に同社に出版の差し止めを内容証明郵便にて求めるなど再三にわたって抗議いたしました。表現・出版の自由を楯に、この要望は残念ながら聞き入れられませんでした。幸い、市場における評価は低く、販売は低調です。会員に告知することで、かえって購入者が増えることは、この種の著者の思う壺ですので、ニュースレターでも無視してきました。会員の皆様に不愉快・ご迷惑をおかけしましたことをお詫びいたします。

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。

議案第1号 事業報告 省略

議案第2号 第二年度決算報告および監査報告

事業年度 平成11年度(1999年3月1日から2000年2月29日)

監査報告(監事を代表して後藤寛監事)

消費税などの納税義務を考慮し、会計を一般会計および三つの特別会計に分ける

一般会計：会費収入と経常支出にかかわる会計(単年度予算)

第一特別会計：入会金と会員の一回性の支出にかかわる会計

第二特別会計：講演会などの非会費収入に依存する事業会計(事業ごとの収支報告)

第三特別会計：企画商品頒布収入などの事業会計

1999年度 決算

収入の部			
一般会計			
	1999年度予算額	1999年度決算額	
前年度繰越金		13,657,814	
1999年度会費(前年2月末まで入金)		12,801,000	
1999年度会費(年度内入金)	15,654,000	4,437,000	
受取利息		2,035	
一般会計収入合計		30,897,849	
2000年度会費預り金		13,252,000	
2001年度会費預り金		564,000	
預り金合計		13,816,000	
第一特別会計			
	1999年度予算額	1999年度決算額	
繰越金		4,470,000	
1999年度入会金(2月末まで入金)		361,000	
1999年度入会金	470,000	966,000	
2000年度入会金		180,000	
第一特別会計収入合計		5,977,000	
第二特別会計			
	1999年度予算額	1999年度決算額	
繰越金(2月末まで前受金)		5,375,000	
第2回国際シンポジウム	11,700,000	2,925,000	
第3回国際シンポジウム		9,110,000	
第4回岡山講演会	3,380,000	3,048,000	
第二特別会計収入合計		20,458,000	
第三特別会計			
	1999年度予算額	1999年度決算額	
企画商品	0	5,207,600	
売り掛け未収金		2,630,000	
第三特別会計収入合計		7,837,600	

収支合計			
	収入	支出	収支
一般会計預り金	13,816,000		13,816,000
一般会計収支	30,897,849	15,868,829	15,029,020
(内期末未払金)		1,257,593	
特別会計収支			
第一特別特別会計	5,977,000	1,926,287	4,050,713
第二特別特別会計	20,458,000	15,097,399	5,360,601
第三特別特別会計	7,837,600	6,939,706	897,894
(内期末未払金)	2,630,000		
(内期末未払金)		3,031,875	
特別会計収支			10,309,208
現在高			40,813,696

支出の部			
一般会計			
	1999年度予算額	1999年度決算額	執行率
Newsletter制作費	2,830,000	2,374,050	
制作費未払分(Vol.2-6)		466,200	
初年度制作費未払分	未計上	424,410	100.4%
会誌制作費	2,940,000	3,185,700	108.4%
研究協力費	2,000,000	889,270	44.5%
運送・通信事務費	2,200,000	2,088,751	
運送・通信事務費(未払分)		114,615	100.2%
事務設備費	504,000	636,970	
未払設備費(ノートパソコン)		249,690	175.9%
ホームページ情報管理運営	2,520,000	1,108,590	
ホームページ管理(未払分)		222,600	52.8%
事務局旅費・交通費	280,000	102,680	36.7%
初年度未払旅費・交通費		38,064	
封筒など事務用品費	1,200,000	884,265	73.7%
振込手数料	300,000	280,213	93.4%
会員配布資料など	1,000,000	134,550	13.5%
会議費	200,000	90,000	45.0%
事務局費	1,260,000	2,076,886	
事務局費(未払分)		204,488	181.1%
初年度未払事務局費など	未計上	237,977	
その他	80,000	5,310	6.6%
予備費	200,000	53,550	26.8%
一般会計支出合計	17,514,000	15,868,829	90.6%

第一特別会計			
	1999年度予算額	1999年度決算額	執行率
会員登録データ管理・会員証など	3,500,000	11,025	
未払会員証など		35,175	
会員名簿		1,733,087	50.8%
広告宣伝費	未計上	147,000	
第一特別会計支出合計	3,500,000	1,926,287	

第二特別会計			
	1999年度予算額	1999年度決算額	執行率
第二回国際シンポジウム		8,267,941	
第二回秋季講演会(岡山)		3,775,708	
第三回国際シンポジウム		3,053,750	
第二特別会計支出合計		15,097,399	

第三特別会計			
	1999年度予算額	1999年度決算額	執行率
『ウイステリア』	未計上	2,465,806	
「スライド」	未計上	4,289,100	
コンサルテーション補助シート	未計上	184,800	
第三特別会計支出合計		6,939,706	

議案第3号 第三年度(平成12年度)事業計画および第三年度予算案

事業年度(2000年3月1日から2001年2月28日)

- ・第3回国際シンポジウム「健康を守り育てる歯科医療のために」・第3回定期総会
2001年3月18～19日:砂防会館
- ・第3回秋季学術講演会(通算第6回)
2000年10月28, 29日:新潟県歯科医師会会館
- ・日本ヘルスケア歯科研究会学術機関誌 日本ヘルスケア歯科研究会誌 刊行
- ・ニュースレターの発行
- ・インターネット・ホームページの拡充
- ・企画商品の会員限定頒布
 - ・会員診療所で患者向けに配布するミニ新聞(リーフレット)
 - ・院内掲示用メッセージ・ボード「健康を守り育てる歯科診療の姿勢」のメッセージを透明アクリル板などに
 - ・スライド集(一般向け保健教育用など)
- ・収益処分としての会員無料配布企画
 - ヘルスケア研究会紹介リーフレット(患者, 一般向け)(健康で過ごせることを伝える)
 - 研究会倫理声明リーフレット
 - 患者さん向けの読み物小冊子
 - 屋外掲示用 会員シール
- ・運営委員会主催 懇談会
幾人かの大学人を集めて研究, 教育, 医療制度に関する懇談会, 勉強会を開く. 次に可能であれば, より効果的に社会的提言や学会, 行政への提言, 啓蒙活動を行うために, 本会の科学顧問の拡充あるいは本会がサポートする団体の設立を模索する.

付) 東京支部第1回スタッフミーティング 2000年4月15日

(土):中野サンプラザ 第二研修室
付) 東北支部第2回スタッフミーティング 2000年7月14日
(金)～15日(土):酒田市総合文化センター

第三年度予算 省略案

議案第4号 評議員追加承認の件

山中 渉(米子市)、足立 融(境港市)、山本泰三(西宮市)、小口道生(酒田市)

報告第1号 監事の定員に関する会則の修正についての確認

昨年の総会で監事を1名追加選出されたが, それに伴う会則第10条6項の監事数の改正を議案としなかった. 監事1名追加が承認された時点で同時に会則第10条6項の監事数が3名となることが承認されたものと解釈する. なお, この旨第5回評議員会において確認された.

報告第2号 評議員および運営委員の改選について

役員の任期は本年で満了となる. このため規定により運営委員会は任期満了(2001年2月末日)の3カ月前までに新たな評議員名簿を会員に告知しなければならない. 次期評議員は新たな名簿が次期総会で承認されることにより選出される. また次期運営委員は新たな評議員会の互選により選出され, 総会において承認を得ることが求められる. なお, 会員は次期評議員推薦名簿案について要望・疑義のあるときは, 任期満了の2カ月前までに共同提案者1名と連名で名簿案の修正, 追加, 一部削除を求めることができる. ほか評議員の選出については会則の付則(評議員選出規定)を参照されたい.

報告第3号 フッ化物調査小委員会

国際シンポジウムにて岡賢二より報告.

現在の会員の構成
(2月末日現在)

正会員	
歯科医師	1,205名
歯科衛生士	160名
歯科技工士	6名
学生	2名
その他	25名
法人会員	36社
正会員計	1,434名
準会員	
歯科衛生士	872名
歯科技工士	42名
その他	142名
準会員計	1,056名
会員合計	2,490名



第3回国際シンポジウムの収支は以下のとおりです.

第3回国際シンポジウム 収支報告

【支出】		¥11,302,231
会場・器材・設営など		¥6,305,304
広告宣伝費		¥984,900
招聘講師謝礼・交通費など		¥3,124,045
印刷・通信・事務費		¥887,982
【収入】	562名	¥11,260,000
会員歯科医師	284名	¥5,680,000
会員歯科医師以外	178名	¥1,780,000
非会員歯科医師	51名	¥1,530,000
非会員歯科医師以外	49名	¥735,000
法人展示料	18社(有料参加22名)	¥1,010,000
懇親会	105名	¥525,000
【収支】		▲¥42,231

口渇副作用の主役 抗コリン作用とは何か？

口渇の副作用がある薬剤についてよくお問い合わせを受けます。唾液分泌を抑制する薬剤については、W M Edger 著、河野正司ら訳『唾液—歯と口腔の健康』(医歯薬出版, 1997)にも述べられていますが、一般的に遭遇しやすい薬剤とその副作用の仕組みについて、紹介した記事が見当たりません(石井, 金子, 『口腔乾燥症をめぐる問題点-1』歯界展望 vol.95 no.3 は参考になります)。以下, 研究会で薬剤師の協力を得てキーポイントをまとめました。

まず, 副作用というものについて一般に誤解があるようです。副作用は例外的にある作用ではありません。どのような薬剤も, 治療目的の効果だけを発揮するというような都合のいいクスリはないのです。多くの薬物は, 同時にいろいろな作用があって, そのうちの有用な作用に比べて有害な作用が小さければクスリとされるのです。クスリの効果とは, 薬物が引き起こすさまざまなからだの変化のうち, 治療に役立つ作用のことです。「下手な鉄砲も数打ちゃあたる」その数の中の, 役立つものがクスリの効果, ねらっていないところに当たるのが副作用です。理屈から考えて明らかなように, ねらっていないところに当たる方が多いのです。

そしてもっと重要なことは, ほとんどのクスリは経験的に効果と副作用が理解され, 薬理学的な説明をつけて使われているという事実です。実害が小さければ, 現実にはそれだけでクスリとして使われています。臨床疫学的な評価をくぐり抜けているクスリはわずかです。いい例が, 風邪のときに処方される抗生物質や鎮痛薬です。鎮痛薬はたしかに, 症状を軽減する効果はあります。しかし両方ともほとんどの場合, 風邪の回復を遅らせるというデータはありますが, 早めるという臨床データはありません。

ですから口渇がひどい場合には, どんなクスリでも服用の中止を一度検討する必要があります。

口渇を起こしやすい薬剤は, 主に抗コリン作用をもつ薬(副交感神経遮断薬)です。

抗コリン作用をもつ薬は, 多様な用途に用いられます。この他, 血圧降下薬として使われる α_1 遮断薬(交感神経抑制)にも口渇の副作用があります。その副作用の発現には個人差があり, 降圧剤では α_1 遮断薬以外は, 際だった口渇副作用がありませんので, 口渇がとくに問題になる場合は別の薬剤に変更することが検討できます。

ここで多様な用途に用いられている抗コリン作用をもつ薬について述べておきましょう。コリンとはアセチルコリンのこと。自律神経の副交感神経を作用させるのが, アセチルコリンです。神経系は, いわばからだの通信網ですが, アセチルコリンの刺激で次(表1)のようなことが起こります。抗コリン作用とは, それを起こさなくする作用です。

抗コリン剤は, アセチルコリンの合成阻害から輸送の遮断, 遊離阻害, 酵素破壊など様々な局面で副交感神経の伝達を阻害する作用を示す薬剤の総称ですが, どんな邪魔の仕方でも結局, 表1に挙げた全部の反応にストップがかかるのです。このストップがかかる数だけクスリの作用があることになります。ですから, 下手な鉄砲なのですが, 的も多いのであらゆるものに効くわけです。同時に唾液腺血管が縮小し, 唾液腺のカリウムと水の分泌が抑制されるので唾液が出なくなるという理屈です。

口渇を引き起こしやすいクスリを表2に示しましたが, このうちわが国で頻繁に慢性疾患に使われているのは, 抗ヒスタミン薬およびその他の抗アレルギー薬, 消化性潰瘍薬, 抗精神神経薬です。

表1 コリン作動性反応

眼 虹彩括約筋	収縮
心臓	拍動数減少, 収縮力減少
小動脈	冠血管収縮
唾液腺	血管拡張
気管・気管支平滑筋	収縮
気管支分泌腺	分泌促進
胃の運動	増大
胃液	分泌促進
腸の運動	増大
腸消化液	分泌促進
胆道	収縮
排尿筋	収縮
膀胱括約筋	弛緩
男性性器	勃起
汗腺	全身の分泌促進
腺臓	腺房分泌促進
唾液腺	カリウムと水の分泌促進
涙腺	分泌促進
鼻・咽頭	分泌促進

表2 口渇を起こしやすい薬剤

① 抗コリン作用をもつ薬(副交感神経遮断薬)

市販かぜ薬, 胃腸薬

頻尿治療薬のうちオキシブチニン<ボラキス>

抗精神神経薬: トランキライザー

三環系抗うつ薬: トラフニール, トリプタノール

鎮痙剤<アトロピン, プスコパン, ロートエキス, ストロカイン>

消化性潰瘍薬<ガストロゼピン, コランチル>

H₂遮断消化性潰瘍薬<タガメット, ガスター, ザンタック>

プロトンポンプ阻害消化性潰瘍薬<オメプラール, タケブロン>

抗ヒスタミン薬または同含有製剤<ボララミン, PL 顆粒, ダンリッチ>

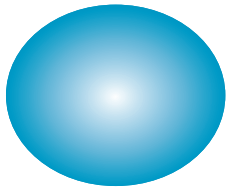
抗不整脈剤<リスモダン, ノルベース>

② α_1 遮断薬(交感神経の抑制)

血圧降下薬<ミニプレス, カルデナリン>

成分がほぼ同じでも実際には多数のゾロ品があり, 種類が多いので, 代表的な薬剤名を例示します。< >内は代表的商品名。





「私の歯の健康ノート」臨床における位置づけとその利用法

大阪府茨木市 歯科医師 伊藤 中

はじめに

当院ではサリバテスト導入と同時に「私の歯の健康ノート」(以下、健康ノート)も導入した。健康ノートは、サリバテストを実施した小児患者を対象に紹介している。その患者の兄弟姉妹が受診している場合には、サリバテストを受けていなかったとしても、ノートを共有させ、写真などを貼っていくことにしている。

【1】健康ノート使用の意義

健康ノートを使用してもらうことの意義として、私は以下のようなことを考えている。

- ① 患者本人についての情報の提供・共有
- ② 担当衛生士(あるいは歯科医院自体)に親近感を感じてもらう
- ③ 定期的なメンテナンス来院の励みとなる

健康ノートを通じて個々のカリエスリスクを知ってもらい、予防プログラム実践の原動力とするという意味で、①情報の提供・共有が円滑になされるように構成、編集されている。ページをめくるにつれて齲蝕の病因論の概略が理解できるようになっており、臨床現場でのサリバテストの結果説明の一助ともなる。

しかし、この健康ノートを、このような役割だけで終わらせてしまうのももったいないような気がしている。工夫次第で、患者と歯科医院との距離感を近づけることもできるのではないだろうか。つまり、②親近感と③励みを患者に与えることではないだろうか。

私の医院では、さしたる工夫もないのであるが、実際の利用法を以下に紹介してみようと思う。

【2】健康ノートの利用法

- ① 患者本人についての情報の提供・共有

まず、患者のデータを記載し、口腔内写真を貼り、サリバテストの結果とともに齲蝕の病因論について説明する。そして、その患者に対する予防プログラムを提示する。ここまでは、健康ノートを作成すれば、無条件に満たされることになる。

だが、ここで止まってしまっただけでは、せっかくの健康ノートも単なる「検査結果通知書」で終わってしまう。私たちとしては、持ち主である患者に、自分の健康ノートに対する愛着を持ってもらいたいと思う。その愛着の中から親近感や励みも生まれてくるのではなかろうか。

- ② 担当衛生士(あるいは歯科医院自体)に親近感を感じてもらう

私の医院の健康ノートには、毎回、メンテナンス時に、その日の口腔内の状態や指導内容、次回までの間に注意しておいてほしいことなどを記入するオリジナルの用紙(といっても歯式が書いてあるだけのものだが)(図2)を追加していく。これは、Thomas G. Wilson Jr.が来日して講演した際に、「患者のコンプライアンスを向上させるためには、メンテナンス時の指導内容を紙に書いて渡すのが有効である」と話していたのを聞いて、開業直後からメンテナンス患者に使っていたものの体裁を健康ノートにあわせて作り直したものである。担当の歯科衛生士の負担は大きくなってしまいが、彼女たちの直筆メッセージが、患者に単なる情報以上のものを伝えてくれるだろうと期待して、頑張ってもらっている。

- ③ 定期的なメンテナンス来院の励み

健康ノートには口腔内写真を貼るページが用意されている。当院では、小児については、1年に1回、顔面写真1枚と口腔内写真3枚(正面観、上下顎咬合面観)を撮影している。健康ノートを使用している患者については、そのスライドをフィルムスキャナーでコンピュータに取り込み、組み写真の状態ですべてプリントアウトして所定のページに貼っている(図3)。メンテナンス期間が長くなってくると、その患者の成長を記録したアルバムのように、保護者の方にとっても感慨深いものがあるようである。こういったことの積み重ねが、メンテナンスへの励みにつながってくれればと思っている。また、新しくなった健康ノートには、「永久歯列完成終了証」というページも入れられている。何か「続けて頑張ろう」と思わせるものを入れてあげれば効果は大きいであろう。



図1 「私の歯の健康ノート」(医歯薬出版刊)



図2 オリジナル用紙。口腔内の状態や指導内容を、注意事項を追加して記入する。

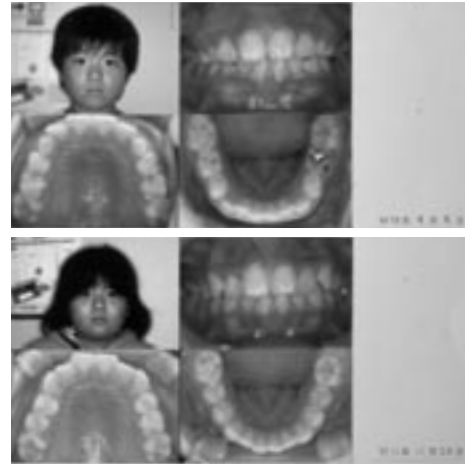


図3 小児では、顔面写真1枚、口腔内写真3枚を撮影して、組写真としてプリントアウトして、所定のページに貼っている。

おわりに

私の友人の医院でも様々な工夫を凝らして、素晴らしい健康ノートを仕上げている。読者の方々にも手作りのページを作っておられる方がいることだろう。「何だ、そんなことか」と思われた方もたくさんおられると思う。でも、そんな簡単なことで、「健康ノート」という商品に優しさをぬくもり

といった味付けがなされるのではなかろうか。そして、私たちが目指している「健康を守り育てる歯科医療」というのも、やはり、ちょっとした工夫や配慮の積み重ねで達成されていくものではなかろうか。

さあ、みなさん。頑張りましょう。



ヘルスケア フォーラム

祖父が60年間やってきたことと今私がやっていることは 何の変わりもない「修復工事」ではないか？

……(略)……山形から帰ってきた翌日、ちょうど当院の勉強会の日だったので、受講したスタッフにそれぞれ感想と意見を述べさせました。……カリオロジーに基づいた予防を取り入れ約半年となりますが、多くの疑問と不安、そして何をどうしたらよいか解らない手探りの状態がつづいていました。そのような中で越えがたい壁がいくつかありました。しかしその多くが先日の受講で解決できたと歯科衛生士たちが申ししていました。……(略)……熊谷先生が熊本にいらっした時、私に「あなたの医院の衛生士と一緒に基礎コースを受けにいらっしやい」とおっしゃっていたその意味が受講してよく解りました。

受講後1週間が過ぎますが、その熱が冷めることもなく1日に5～10人の患者さんにサリバテストの説明を行っ

ています。以前は1日に2～3人の患者さんにしかお話をせず、勧めるときにも何となく自信がなさそうでしたが、現在は皆自信をもって対応できているようです。

当院の受付(院内では早速オフィスマネージャーと名前を変えました)からも、私どもが取り組もうとしている予防の説明を受け診療室から出てくる患者さんの様子が先日までとは違う、予防に対し理解していただいているようだとの報告も私にありました。これからは楽しみになってきました。

……また、カリオロジーとペリオドントロジーに基づいた予防歯科を行う医院で仲間を作ろうと思っています。

私は卒後14年ほどになります。その間いくつかのスタディーグループに所属し、また講習会や研修会を受けまし

た。その結果それなりのできるようになったと思っていますが、その内容のほとんどは崩壊した歯牙・歯周組織、咬合機能の回復であり、いわば「修復工事」です。

私の祖父も日大を出た歯科医師でした。その祖父が約60年間行ってきたことと今私が行っていることは本質的には何の変わりもない「修復工事」ではないか？ 変化したのは修復のための技術と材料、そして歯周病に関する治療法だと。現実には修復・治療を要する方は多くいらっしやいますし、これからも今までのような歯科治療は必要と思っはいますが、何か足りないところ数年感じていました。このような私も昨年、福岡歯科大の卒研で熊谷先生のお話を伺うまでは、雑誌などを読んでもわざわざ予防関係の項目は抜かして読んでいました。

でもその足りない何かが予防であり、健康を守り、育てることに大きな価値があることを熊谷先生に教えていただきました。ありがとうございます。

熊本市 歯科医師 松永 久



フォーラム東京・第2回スタッフミーティング報告
 テーマ「初期・中等度の歯周病を確実に治療する」

4月15日、フォーラム東京・第2回スタッフミーティングが開催され、26診療所・機関から82名の参加がありました。なかには、北海道からこの会のために上京され参加された方もいました。日本ヘルスケア歯科研究会・設立趣旨のなかに次のような一節があります。「疾患に関与する因子は多く、従来の病

因論のパラダイムで疾患が解明し尽くされているわけではないが、ヘルスケア・プログラムを実践するための知識や技術は、齶蝕や歯周病に関する限り、すでに共有しうる段階にある。そこで、これまでに積み上げられた成果を学ぶと同時に、臨床において生じた疑問や困難を一つひとつ解明し、互いに確か

め共有するための共同作業に着手したい」私たちは、自分自身の臨床においてこのことを理解し実践していくために、1年に1回、スタッフミーティングを開催しています。今回のテーマは「初期・中等度の歯周病を確実に治療する」でした。

テーマが歯科衛生士にとって取り組みやすいものであったことと、この1年間、メンバーのなかでケースプレゼンテーションを月に1回実施してきたこと等々によってまとまりのあるミーティングとなりました。7~8年前に山形でのスタッフミーティングの後に東京でもこのような会を開催できないだろうか、と考えて東京での活動を数人の方たちと始めましたが、ようやく考えていたようなスタッフミーティングができるようになりました。今後は方向性をしっかりと保ちながら継続していきたいと考えています。

フォーラム東京(日本ヘルスケア歯科研究会・東京支部)幹事：河野 正清



- ◆開業1年、予防歯科歴6ヶ月の臨床業務について 笠島歯科室 山口 志穂
- ◆衛生士って素敵な仕事ですね！ 今村歯科医院 早船 香代子
- ◆初期、中等度歯周炎の2症例を通しての考察 まさき歯科医院 久野郁子 金田安江
- ◆歯科治療恐怖症患者の歯周治療に対するアプローチ 高輪歯科 栗田 有希子
- ◆初期・中等度歯周炎への取り組みについて 日吉歯科 中村 瑞穂
- ◆杉山歯科医院における初期・中等度歯周炎への取り組み 杉山歯科医院 杉山精一 中村桂子 半澤 香里
- ◆「中等度歯周炎」治療とその改善 河野歯科医院 山田美穂
- ◆歯周病とリスクファクター 今村歯科医院 杉本理奈
- ◆歯肉炎・初期および中等度の歯周炎に対する歯科衛生士の取り組み 景山歯科医院 飯田しのぶ 大谷まき 菊池千春

第3回国際シンポジウムに参加して

第3回国際シンポジウム1日目は「カリオロジーとフッ化物に関するコンセンサス」というテーマ、すなわち、う蝕という多因子性の慢性疾患において、カリオロジーを踏まえたフッ化物の応用法について、専門家のコンセンサスを得る契機をもつことを目的に行われました。日常の診療において、フッ化物のう蝕予防への有効性を確信し、その使用を患者さんへ指導し、また診療室でも当たり前のように患者さんにフッ化物を応用していたのですが、世間一般、専門家すべてがその有効性について同じ認識ではなく、専門家の間ですら異なる認識があるという現実改めて気づかされ、身を引き締められる思いでした。

かかわらず、現在もおフッ化物に対して根強く反対論を唱える人もいます。一部の歯科医療従事者を始め、養護教諭、保健婦など地域の歯科保健に関わる人々、世論に影響を与えるマスコミ関係の方々です。それは、フッ素の発ガン性など科学的な根拠のない議論であり、フッ素を適度に利用する際の有益性を理解していないためと思われる。歯磨剤中の界面活性剤における論議についても同様なことがいえるのではないのでしょうか。

ができます。しかし、どこまでフッ化物の有効性を理解し、それを積極的に選んでいる消費者がいるかということ、疑問な点も多くあります。ホームケアにおけるフッ化物応用の有効性に関して人々に正しい知識を与えるのは、歯科医療従事者の責務ではないかと考えます。医療は、それを必要とする人々の利益となることを最優先しなければならないからです。

今回のシンポジウムでは、フッ素のう蝕予防における有効性そのものについては、同じ見解であったものの、その応用に関する具体的な手段についてはかなりの開きがあることを感じました。現在、フッ化物配合歯磨剤は市場の6~7割を占めるようになり、人々の手に入りやすくなり、ともすれば意識をしなくても、フッ化物を手にすること

フッ素は自然界に存在する必須栄養素であり、う蝕の発症予防および進行停止に大きな効果を持つことは、疫学研究によって実証されています。にも

今回のシンポジウムでは、フッ素のう蝕予防における有効性そのものについては、同じ見解であったものの、その応用に関する具体的な手段についてはかなりの開きがあることを感じました。現在、フッ化物配合歯磨剤は市場の6~7割を占めるようになり、人々の手に入りやすくなり、ともすれば意識をしなくても、フッ化物を手にするこ

●●● 事務局からのお知らせ ●●● 患者説明用ビデオ『う蝕と歯周病を予防する。』を頒布いたします！ ●●●

このビデオは(株)エイコーで企画され、従来(株)モリムラで発売されていたものを日本ヘルスケア歯科研究会で購入し、頒布するものです。ご購入希望の方は、
 1. ご氏名
 2. 会員番号
 3. 送付先(連絡先)
 4. 電話番号
 5. ご購入本数
 を明記のうえ、FAXにて本会事務局までお申し込み下さい。

- ◆う蝕と歯周病を予防する。
- ◆監修：熊谷 崇
- ◆出演・協力／
Dr. Per Axelsson
Dr. Douglas Bratthall
- ◆VHS, 17分
- ◆頒布価格：5,000円

患者さんにカリエスリスク検査の意義を理解していただくための最適なビデオです



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、かつ盛りだくさんの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9回

2000年10月14日(土)、15日(日)

研修会場: さかたセントラルホテル

*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。

▶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。

●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*

*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。

□患者データ管理実習コース

●研修費用: 30,000円

●大阪会場 第3回 日程未定*

●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。

●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

その他催しもの案内

●東北支部スタッフミーティング第3回

「私たちが日々行っている治療は患者にとって確かな利益を提供しているだろうか」臨床データから見えてきたものから

日時: 2000年7月14日(金)~15日(土)

場所: 酒田市総合文化センター 大ホール

会費: 30,000円(1医院; 何名の参加でも)

申込先: 〒998-0062 酒田市北新町1-8-3 佐々木歯科医院 佐々木正晃

FAX: 0234-22-1587 申込み締切: 5月27日

P. Hujuel先生講演内容:

- 7月14日(金) ★臨床研究の目標: 確実な患者利益を得ること
- ★どのようにして目標を達成できるのだろうか?
- ★研究課題を明確化する取り組み

- 7月15日(土) ★臨床研究の方法論における原則
- ★臨床研究の方法論における研究デザインと分析

日本ヘルスケア歯科研究会の設立趣旨の中に「医療は、いつの時代にあっても常に医療を受ける人々の利益となることを第一義とし、人々の健康で快適な生活に貢献するものでなければならない」とありますが、これは私たちの目指す歯科臨床の意義であり、それに対する具体的な数値目標も立てられています。

しかしながら私たちが毎日行っている医療行為によって、どのくらい患者の健康に利益をもたらしているのでしょうか。

今回のスタッフミーティングでは、私たちが今まで蓄積してきた「臨床データから考察した根拠」について問題提起をして、それに対して、ワシントン大学の臨床疫学教室のPhilippe Hujuel先生を講師にお招きして、私たちの臨床データの妥当性やデータ抽出時の指標、臨床の評価項目またはエンドポイントをどうとらえるかなどに関して示唆していただき、私たちが目指す歯科医療のなかで臨床疫学をどのようにとらえ、outcome(治療転機)につなげていくか、また現在多くの誌面をにぎわせている歯科医療におけるEBMの手法応用の可能性についても掘り下げて考えてみたいと思います。

日本ヘルスケア歯科研究会東北支部会長 五十嵐正大

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。

ヘルスケア歯科 基礎コース 酒田会場 第9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3回*

参加希望人数 _____ 人

*実践コース・患者データ管理実習コースは仮申込みです。

フリガナ

勤務先・診療所名

代表者名

住所〒

電話番号

FAX番号