

HEALTH CARE

The Newsletter of the Japan Health Care Dental Association

vol.4 no.6

(年間6回刊行・通巻024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 伊藤 中

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

●2002年度会費納入のお願い

本号発送時点でお支払いいただけない方々には、郵便振替用紙を同封いたしましたので、お早めにお手続き下さいますようお願い申し上げます。行き違いがございましたらご容赦下さい。尚、用紙が同封されていない会員は、本号発送時点で既にお支払済みです。

●アンケートのお願い

歯科医師会員の皆様に禁煙に関するアンケートおよび返信用封筒を同封いたしました。ご協力下さいますようお願い申し上げます。

催しものご案内

① 第5回総会・国際シンポジウム(東京)

テーマ: カリエスリスクと唾液学

日程: 2002年3月17日(日)

会場: 砂防会館 別館 1F 大会議室・東京

▷ 詳細p.16

② 国際シンポジウム前夜祭

テーマ: 各部屋ごとに設定

日程: 2002年3月16日(土)

会場: 砂防会館 別館 3F・東京

▷ 詳細p.16

③ 関東支部設立記念講演会

テーマ: -(いち)から始めるヘルスケア

日程: 2002年4月14日(日)

会場: abc会館ホール(東京・芝)

▷ 詳細p.14

2002年 国際シンポジウム開催にあたって

科学顧問 熊谷 崇

日本ヘルスケア歯科研究会は1998年3月に設立されました。日本ヘルスケア歯科研究会は「健康を守り育てる」歯科診療所づくりをすすめる推進母体になると同時に、「健康を守り育てる」歯科診療所づくりを阻むさまざまな社会の制度や環境などについて考察し、それらの改善や誤解の払拭にも積極的に関わることを目指してきました。そのため、そのような活動の目標として、日本ヘルスケア歯科研究会のニュースレター1巻2号には以下のような事柄を挙げています。

- 1 初期齲蝕の診断と処置についての見解の認知
- 2 G.V.Blackの窩洞形成の原則の見直し
- 3 フッ化物使用の促進
- 4 口腔乾燥を引き起こす副作用のある薬物を周知させる
- 5 喫煙が歯周病に及ぼす重大な影響を周知させる
- 6 初期歯周炎の診断と処置についての見解の認知

このような活動目標を掲げて、これを年間の活動計画にも順次反映させてきました。例えば、日本ヘルスケア歯科研究会では小委員会を設置し、「初期齲蝕の診断」における探針使用の問題やフッ化物の問題を取り上げた上で、日本のすべての歯科大学や歯学部の指導者にアンケート調査を行い、その結果を公表してきました。研究会主催のシンポジウムでは、フッ化物の適切な使用の推進や初期歯周炎についての取り扱い、喫煙問題などを次々に取り上げて、議論を重ねてきています。また、会員向けの活動だけではなく、一般市民向けの広報活動も行ってきました。そして、このような活動の結果、歯科医療に新しい議論を持ち込み、その影響がマスコミなどを通じて、一般社会にも及ぶようになったことは、心強くまた嬉しいことだと感じています。

現在は、上記の6項目に加え、7項目めに、「メンテナンス率の向上」をいれて考えるようになりました。これは、健康な口腔の維持を考えたとき、メンテナンスの問題は避けて通れないという認識によるものです。米国や北欧などの歯科先進国のメンテナンス率が約80~90%であるにも関わらず、日本人のメンテナンス率がたったの約2%です。この現実だけをとって、日本の健康を守るための歯科医療の整備の遅れの是正を、日本ヘルスケア歯科研究会の視点で考え、対応し、世の中に訴えていかなければならないと考えています。もちろん、日本ヘルスケア歯科研究会では、これ以外にも「口腔の健康を守る歯科医療」の展開を拒む諸問題を洗い出し、対応していく予定です。

2002年の国際シンポジウムも、日本ヘルスケア歯科研究会のこれまでの取り組みに沿った形で、立案計画されました。

日本ヘルスケア歯科研究会の活動の基本的な考え方のバックグラウンドとなっているものが、カリオロジー、ペリオドントロジーの科学であることは言うまでもありません。カリオロジーを理解し、実践している方であれば、カリエスリスクを判定するための唾液検査のもつ重要性について異論はないと思います。カリエスリスクの判定には唾液検査は欠かすことはできません。また、カリエスリスクを正しく判定できなければ、合理的な齲蝕の予防を実践することもできません。

しかしながら、臨床において、唾液検査は行ったものの、カリエスリスクの判定に苦慮しているという声も聞かれます。そこで、今回の国際シンポジウムの午前の部においては、

カリエスリスクの正しい判定の助けになるよう、トータルリスクの考え方と各リスクファクターの重み付けについて、整理し解説をしていきたいと思っています。

トータルリスクと各リスクファクターの重み付けを考えるに当たり、野村義明さん（国立感染症研究所）の協力を得て日吉歯科診療所に来院した患者（若年者）データを分析しました。来院患者をサンプルとすることは、比較対照群もなく、一般化するには大きなバイアスがかかっていますが、一定の条件下での予防介入の成果を検証する意味においてそれなりに有用なものです。少なくとも、日吉歯科診療所における臨床の結果はしっかりと評価できます。

私は口腔内のカリエスリスクを総合的に評価する目的で、トータルリスクという考え方を導入しました。カリエスリスク検査のそれぞれの結果に対して、項目ごとにガイドラインに従った点数を与え、項目ごとに得られた点数を加算してリスクの大きさを比較するものです。このような評価を実践することで、カリエスコントロールプログラムの効果を確認でき、また個人におけるリスクコントロールを、臨床でどの程度実践すれば目的が達成できるのかどうかを判断する目安にもなると考えます。この考え方を導入することで、結果的に無理のない、過剰にならないコントロールプログラムを患者さんに提供することができるのではないかと期待しています。

一方、患者データに統計学的分析を加えることで、個々のリスクの重み付けが可能となり、臨床において、どのリスクをどの程度コントロールすることが有効であるのかも把握できるようになりました。この結果をトータルリスクの変化と連動させることで、より有効な予防へと結びつけることが可能になると考えます。

午後からは、唾液の研究では世界的な権威である、フィンランド、トゥルク大学のテノヴォ教授に口腔乾燥に焦点をあてた講演をしていただきます。臨床において患者さんの口腔内をよく観察すると、唾液が口腔の健康の維持に大きく関わっていることを強く感じさせられることは、いうまでもありません。また、実際に唾液検査を行ってみると、検査結果と口腔内の状況の矛盾に困惑したり、思い悩むことも少なくありません。

唾液に関する情報は、カリオロジーを臨床で実践するものにとっては、必要欠くべからざる情報です。このあたりで、唾

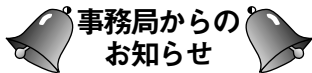
液についての基本的な知識を学びなおし、最新の情報を得ておくことは、日常臨床のレベルアップに確実に結びつくものだと考え、今回のシンポジウムのゲストとしてテノヴォ教授をお招きしました。

日本ヘルスケア歯科研究会の活動目標としてあげた6つの項目にもあるとおり、唾液の問題、とくに高齢者の口腔乾燥に関わる諸問題については整理が必要と考えます。高齢者の口腔は、歯肉の退縮による根面の露出、全身疾患に伴う薬剤の長期使用に伴う唾液分泌量の低下に加え、仕事をリタイアしたことに伴う在宅時間の増加により、飲食回数が増えたり、咀嚼機能の低下によって歯ごたえのない軟食傾向の食習慣に陥ったりすることで、齶蝕傾向がより強くなり、人の生涯のライフステージにおいては、乳歯・混合歯列期と並んでカリエスコントロールの難しい時期とすることができます。

今後多くの人々がメンテナンスを受け入れ、これまでより高齢になっても多くの歯が残っている人が増えた場合、これらの人々の口腔内を健康に維持することの困難さは、想像に難くありません。しかしながら、私たち歯科医療の専門家としては、こうした困難に対しても今からその対応策を十分に考え、その実践を深めていくことが、患者さんの利益に報いることではないかと考えています。そのためには、唾液について情報を整理し、学び直すことの意義は大きいと言えるのではないのでしょうか。

また、全身疾患に伴う薬剤の長期使用の問題は、歯科だけの問題として扱うべきではないと考えます。薬を処方している多くの医師たちは、薬の副作用である口渇現象が、患者の口腔内ばかりでなく、生活そのものに大きな負担を与えていることをほとんど知りません。私たち歯科医療者は、こうした問題を議論の場に持ち込み、医師、薬剤師、製薬会社、行政担当者などにも理解を得てもらうための働きかけをする義務があるのではないのでしょうか。このことは、これからの日本ヘルスケア歯科研究会の新たな活動目標として、積極的に関わっていきたいと考えます。

今回の国際シンポジウムを以上のような観点でとらえていただき、今年もまた多くの皆さまにご参加いただけることを希望しています。日本ヘルスケア歯科研究会の基本理念である「患者利益となる歯科医療」を多くの皆さまとともに実践したいと願っています。



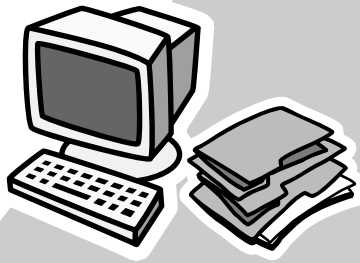
● 会員登録内容の変更について

住所、電話番号、ファックス番号、e-mailアドレス、準会員等の追加・変更がありましたら、事務局までファックスもしくはe-mailでお知らせ下さい。

Fax: 03-3260-4906

e-mail: center@healthcare.gr.jp

現在の会員の構成(2月8日現在)		会員合計	3,420名
正会員		準会員	
歯科医師	1,389名	歯科衛生士	1,507名
歯科衛生士	174名	歯科技工士	74名
歯科技工士	4名	その他	215名
その他	19名	準会員計	1,796名
法人会員	38社		
正会員計	1,624名		



私たちにもできるデータ分析

～国際シンポジウムに先立って～

本会評議員 千ヶ崎乙文

緒言

予防という治療は、修復治療などの不可逆的な介入をせずにオブザーブした、あるいは予防的に何らかの介入をしたという時点で終わるのではなく、その後長期にわたり、メンテナンスを通じて患者と関わり、患者の有する個別のリスクや、歯牙、歯面単位のきめ細かいコントロールができて、はじめて達成されると言えます。一人一人の患者に対する関係で言えば、いちいち記録だ、データだと言わなくても、予防的治療は実現できます。しかし、その患者に行っている処置が、患者の利益になっているかを客観的に把握するためには、患者に関わる多くの臨床データをきちんと整理保存することが必要であることは議論の余地がないと思います。また、医院全体で、患者に何ができていて、何ができていないのか把握する指標として、全体のデータをみることができれば、より患者利益に直結したシステムへ修正、発展させることも可能でしょう。また、コンピュータを利用することにより、ボタン一つで、各種統計処理を行うこともできるようになってきたので、同じプロトコルで各医院がデータを蓄積すれば、マルチセンター式にデータを統合し、予防介入によって国民が真に利益を得ていることを証明できると考えられます。もちろん、各医院のデータには、地域の差などの多くのバイアスがかかっており、本来なら、どのようにデータをとるべきか、そして、それをどう統計処理すればよいのかに関しては、十分議論の余地があります。この辺に、より踏み込んで行くには、今回のシンポジウムで熊谷科学顧問のデータの統計処理を報告される野村先生（国立感染症研究所）のような研究者・大学関係者に、もっとヘルスケア歯科研究会に深く関わっていただくことが重要でしょう。昨年からの動きで、そのような方向性が

出てきたことは、我々開業医にとっては好ましいことだと思っています。しかし、現段階においてできる最良のことは、ウイステリアを最大限利用して、まず始めることです。

今まで、熊谷、岡両科学顧問によって、集積された膨大な数のデータが示され、私たちはデータの重要性とそこから見てくるものの価値を十分認識しました。一方で、一つ一つの医院での試みはまだ、小さいものではありませんが、少しずつデータを蓄積する医院が出てきたのも事実です。3月の国際シンポジウム開催に先立って、評議員を中心に、日頃蓄積しているデータを統合分析し、唾液分泌量のリスクと、その他のカリエスリスクとの相関を検討してみました。ここでは、たとえ未熟ではあっても、熊谷、岡両科学顧問に依存しないデータの分析ができることを示すことが目的です。データを入力する以前に、日常臨床において規格化された臨床データをきちんと採る体制を構築することがまず大事です。そしてそれをコツコツと蓄積すれば、皆ですばらしい結果を導くことができる、一人一人の声は小さくても、大勢集まれば大きな声になる、そこにこそ日本ヘルスケア歯科研究会の社会的使命があると言えます。このような試みは今後も評議員が模範となって積極的に行って行くつもりです。最終的には、ホームページやニュースレターの上で、データの統合結果を定期的に掲載して、その結果を皆さんが利用できるようにもしたいと思います。会員の皆さんが、本当の意味でデータ管理について理解して、データを蓄積し、臨床で利用できることを目指したいと思います。

結果

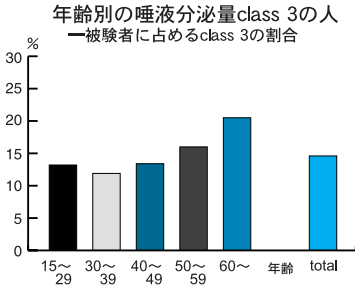
本会評議員の28医院からデータを集積しました。抽出条件は、15歳以上、

SM, LB, 緩衝能, 唾液分泌量のデータを全て有する第1回目のサリバテストを行った患者です。全体で、有効なデータは8,868件にのぼりました。

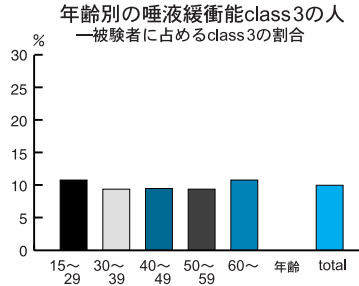
グラフ1には、年齢別の唾液分泌量クラス3患者の割合を示します。年齢とともに、唾液分泌量クラス3の患者が増加していることが分かります。60歳以上では、分泌量の少ないハイリスクの人は、全体の20%に及びます。一方、グラフ2は、年齢別の緩衝能クラス3患者の割合です。緩衝能のハイリスク患者は年齢による差は少ないものの、若年層と60歳以上で緩衝能の低下が認められることがわかります。そこで、今度は、唾液分泌量のリスクの差が、SM, LB, 緩衝能にどのような差として表れるかを見たのが、グラフ3-1です。唾液分泌量のハイリスクの患者では、唾液分泌量のローリスク患者に比較して、SM, LB, 緩衝能のいずれも、ハイリスク者の割合が多いことが分かります。特に緩衝能に与える影響がかなり大きいという結果が出ました。グラフ3-2には、唾液緩衝能ハイリスク患者におけるSM, LB, 唾液分泌量ハイリスク者の割合を示しました。唾液緩衝能ローリスク患者と比較して、やはり有意に大きいようです。ここでも、唾液量のハイリスクとの関連が強いと予想できます。

考察

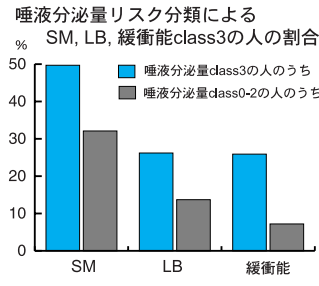
唾液の分泌は、15歳以上では年齢に左右されないとされています^{*)}。今回、年齢と共に唾液分泌の減少が見られましたが、加齢に伴って、全身疾患の増加や投薬を受ける機会が増加したことと、咀嚼機能の低下による影響も出ているものと考えられます。私たちは、ウイステリアにおいて、患者の全身疾患や投薬状況とくに唾液分泌抑制薬剤の投与状況をチェックしていませんでした。今回、データ



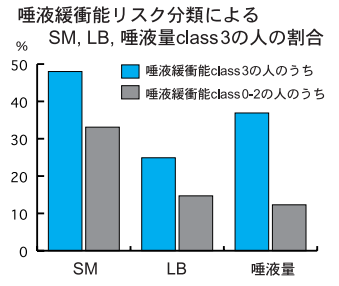
グラフ 1



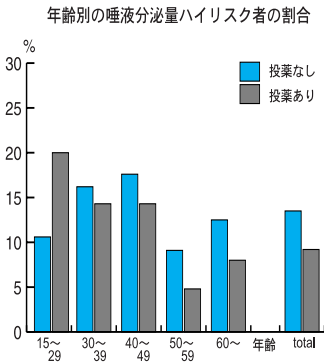
グラフ 2



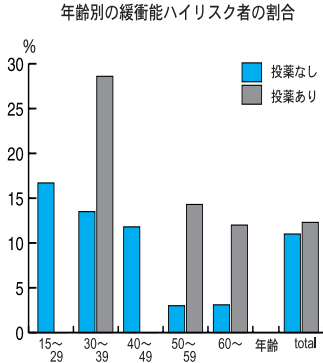
グラフ 3-1



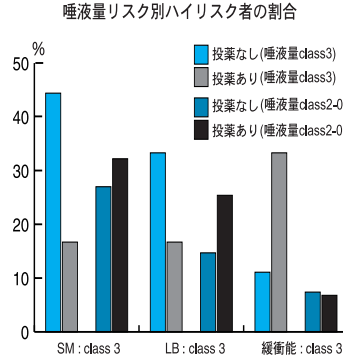
グラフ 3-2



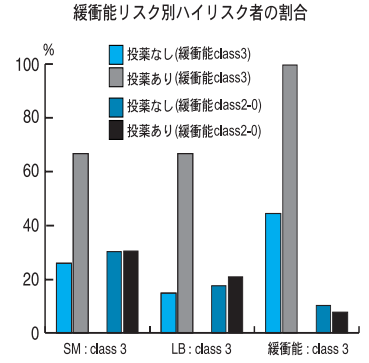
グラフ A



グラフ B



グラフ C



グラフ D

分析をして、改めてこれらの影響が大きいことがわかりました。また、高齢で歯がなく、よく噛めなければ唾液分泌にも影響するでしょう。そのため、残存歯の状態によってもバイアスがかかっていたことになります。年齢による唾液分泌の減少が、全身疾患や投薬の有無と咀嚼能力の低下のどちらの要素による影響がより大きいかについては不明です。これらの要素について、日頃から正確にデータを収集し記録していることがとても大切であることが理解できました。唾液分泌量の減少と緩衝能の低下には相関が認められ、さらに、唾液分泌量・緩衝能どちらのクラス3患者においても、SM, LBのクラス3患者が多い傾向が見られました。とくに、唾液分泌量、緩衝能クラス3患者では、SMクラス3の割合は実に50%に及びます。

唾液量の減少が、緩衝能の低下、口腔細菌の繁殖を引き起こしている実態が浮き彫りになりました。現在のデータでは、唾液分泌の減少に、口渴副作用薬物の使用がどの程度影響を及ぼしているか明確に指摘することはできません。しかし、ウイステリアのデータを分析するこ

とを通じて、データは「使うもの」であることを再認識できました。ウイステリアには早速、全身疾患や投薬状況を把握するフィールドを作製し、少しでもデータが生きたものになるように努力したいと思えます。

追記

千ヶ崎歯科医院では、少し前から、全身疾患の有無と具体的疾患名、唾液分泌抑制薬剤服用状況のデータを入力しています。現在、全データが完備しているのは、301件に過ぎませんが、そのうち、投薬なし(236件)、投薬あり(65件)について、同様に分析してみました。グラフAからDがそれにあたります。唾液分泌量ハイリスク者の年齢分布では、年齢によって、特に投薬なし群で一定、投薬あり群で年齢とともに増加する傾向を期待しましたが、明言できない状態でした。唾液分泌量については、それ以外の影響も多いと想像できます(グラフA)。とくに咀嚼能力をどう評価してデータとして入力するかを検討するべきであると言えます。緩衝能ハイリスク者の年齢分布では、投薬あり群で影響を受けている

ことが想像されます(グラフB)。唾液分泌ハイリスク者では、投薬なし群では、全体集計のように唾液分泌ローリスク者に比べ、SM, LB, 緩衝能のいずれもハイリスク者の比率が大きい傾向が見られる一方で、投薬あり群では、SM, LBについては必ずしもハイリスク者が多いとは言えません。これと対照的に、緩衝能においては、唾液分泌ハイリスクと緩衝能ハイリスクに顕著な相関が認められています(グラフC)。投薬あり群では、緩衝能ハイリスク者でSB, LB, 唾液分泌量いずれもハイリスク比率が有意に高そうです(グラフD)。このことから、口渴副作用を有する薬剤投与を受けていると、唾液分泌量への影響は明言できないものの緩衝能の低下には大きく影響すると思われます。しかも投薬あり群では、緩衝能がハイリスクの場合、その他のカリエスリスク因子もハイリスクになる傾向が顕著であり、口渴副作用薬物投与が、緩衝能の低下を引き起こし、ひいてはカリエスリスク全般を押し上げる図式を垣間見ることができました。

*1 Saliva and oral health, 2nd ed. (W.M.Edgar/D.M.O' Mullane)



実践フォーラム

実践フォーラム

『地域歯科保健の責任者は誰？』

杉山精一（千葉県八千代市開業：評議員）

私は、現在地元歯科医師会の衛生担当理事をしています。当地は人口17万人、歯科医師会会員数88名、会員歯科診療所84件、非会員が10数名、東京の都心まで1時間弱のところ、いわゆる首都圏の典型的なベッドタウンとっていいと思います。

今から2年前、歯科医師会で衛生担当理事を引き受けることになりました。衛生の仕事は、イベント事業（いわゆるむしば予防大会）、各種健診事業の行政との窓口、学校歯科保健事業の教育委員会との窓口など、非常に範囲が広く、また、時間的にも拘束されることが多いため、残念ながら委員になる希望者が少ないのが現状です。

年度が変わり4月になってからは、開催日まで2ヵ月を切っていたむしば予防大会のための準備（開催日と開催場所しか決まっていなかった）と引き継ぎ、衛生の仕事の把握に忙殺されました。イベントの反省会、市との連絡協議会など、あつと言う間に6ヵ月がすぎたある日、ふと、思いました。

いったい地域の歯科保健責任者は誰なんだ？

今まで、健診（例えば3歳児健診）は市の健康づくり課、学校保健は担当学校の養護教諭、訪問歯科診療は高齢者支援課などのように、担当部署が別れていることに何の疑問もたず、その事業がどのようになっているのかほとんど興味がありませんでした。治療は開業医、健診・予防は行政の仕事と考え、歯科医師会は行政から依頼され、お手伝いをしているように思っていました。

行政と関わってはじめてわかったのですが、各課には予算があり、担当する仕事も人も決まっています。いわゆる縦割りになっているのです。健診の結果なども、数字の表が主体で一目ではわかりにくく、学校の健診データも一部しか公表されません。各部門が、国や県などから決められた仕事を行う（当たり前なのですが）だけで、事業全体（地域歯科保健事業）を総括している人がいないことに気がつきました。私たち衛生委員会もイベント事業（これは本当に時間とお金がかかります）に労力をとられ、とても地域全体をみることをしていませんでした。

行政は自分の担当部署の仕事は決められた範囲でしっかり行うが、それ以上はあまり期待できないということがわかり、地域全体の歯科保健事業は歯科医師会の衛生委員会が行う必要があることに気がつきました。しかし、自分にはあまりにもその知識もなければ経験もありません。これではいけないと思い、まず、市の資料室（情報公開コーナー）に足を運び、地域の人口構成、いったい学校保健の対象者は何人か？3歳児健診の受診率は？健診事業に行政がかけている費用はどのくらいか？医師会の健診事業にはいくらかかっているか？（多額の費用が使われているので驚きました）、水道水にはフ

ッ素が何ppmか？各種団体への補助金は？など本当に基本的なことを勉強しました。自分で資料に目をとおすと、行政の担当者に出させるより、わかりにくい部分があるのですが、これがまた、謎解きのように結構楽しいものです。

このようにしてある程度情報を把握してみてもわかったのは、母子保健は比較的充実しているが、その後の学校歯科保健はほとんど行っていないという現状でした。これには、やはりスタッフの問題もあるようです。保健センターには常勤歯科衛生士が3名おり、サポートするパート歯科衛生士も4～5名いましたが、教育委員会には歯科衛生士がいませんでした。

平成12年秋、教育委員会では平成11年度12年度と文部省の「歯と口の健康づくり推進事業」を受けていたため、指定校で研究授業の発表会のための準備をはじめていました。研究発表会では教育講演を行うのですが、担当課長の発案でぜひ地元の先生にとの提案がありました。これはいいチャンスと思い地元歯科医師会衛生担当理事として講演を引き受け、平成13年2月1日の教員の研究発表の後、講堂で関係者約300名に「健康な歯を守り育てるために」という演題で約1時間の講演を行うことができました。この講演内容は前年に新潟で行われた市民フォーラムでの熊谷先生の講演を参考にさせていただきました。

この事業をきっかけに学校保健会に歯科医師会も参加することとなりました。教育委員会の担当課長がなんと30年も前の規約を見つけてきて歯科医師会もメンバーに入れることを確認してくれたのです。

学校保健会では、保健主事、養護教諭に対しての研修会が行われており、その研修会を利用して、歯科保健の講義ができることになりました。以前から養護教諭に対する研修の必要性は言われており、たびたび教育委員会にも話をしていたのですが、時間と費用の問題があり実現していませんでしたので、このことは、学校歯科保健事業にとって大きな前進だと思っています。

その後、教育委員会に、市内全学校、全学年の健診結果をだしてもらおうようお願いしましたが、大変な資料の量ですので、とりあえず3校分をサンプルとしてコピーしていただきました。健診結果は、個別の健診表に小学校から中学校まで一覧できるようになっています。さらに、クラスごとの単年度一覧表があることがわかり、これをいただいたのですが、3校でも結構な人数です。最初は手で計算しDMF=0が何人などと数えてみたのですがとても煩雑な作業です。これは何とか効率化しないと、市内全体のデータの収集など不可能だと思い、パソコンでの処理を考えました。それが今回紹介したテンプレートです。

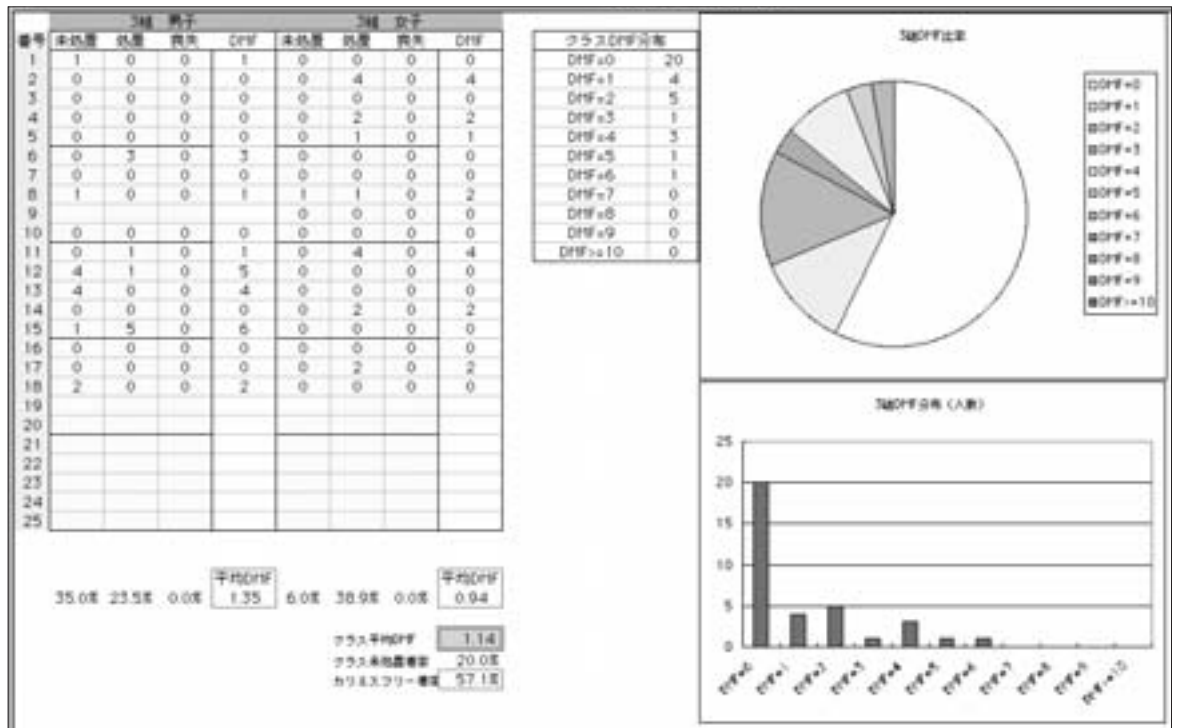


図1.個別入力(左)と集計(右)画面

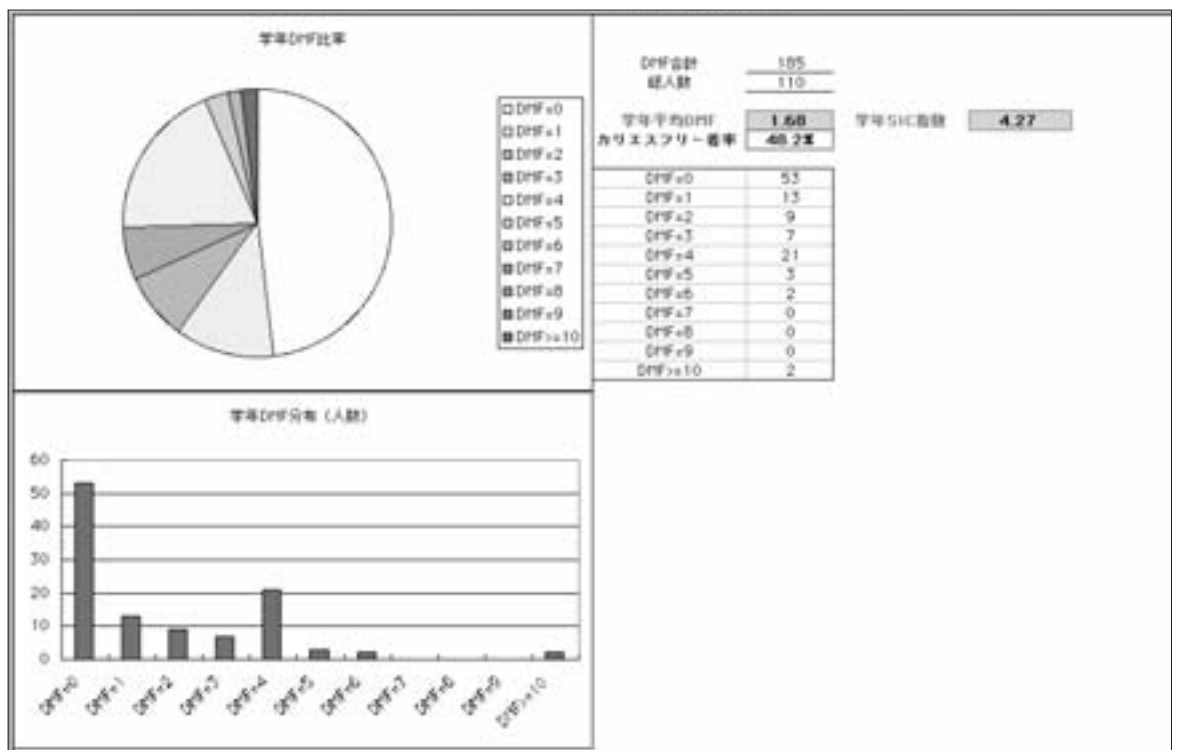


図2.学年集計画面

最初はウイステリアで使っているファイルメーカーを利用する予定でしたが、このソフトは一般的ではありません。学校現場で、新規に購入するには費用がかかりすぎますので、Excelを利用することとしました。実際、養護教諭32名中20数名はすでに自分のパソコンを持っているとのことでしたので、Wordとともに普及率の高いExcelなら問題ないと思います。このテンプレートを各学校に配布して、養護教諭に入力してもらい、その結果をフロッピーなどで回収、そのデータを歯科医師会でデータベース化して還元していく、このような使い方を考えています。現場の養護教諭にとっては、入力の手間がかかりますが、私がやってみたところ、約120

名分のDMFの入力に要した時間は10分間でした。入力することにより養護教諭もクラス、学年、学校全体の歯科保健の状況を数値的に把握できるようになるので、それなりに十分メリットはあると考えています。

今後、歯科医師会会員にこのようなシステムの理解を深めてもらうよう働きかけ、地域の中で大きなウェイトを占める学校歯科保健のデータを毎年収集蓄積し、それを評価して必要な事業の実施に役立てていきたいと考えています。

*ここでご紹介した「学校歯科健診結果入力テンプレート」は本会ホームページからダウンロードできます。



これからの歯学教育に何をのぞみますか？

評議員（香川県） 浪越 建男

国立大学の再編・統合、法人化、競争原理の導入などが提案され、日本の大学は今改革を迫られています。「教授会の自治」で自縄自縛になり改革が進まないと指摘する声がありますが、歯学教育はどのように変革されるのでしょうか。イギリスのブレア首相が強調した「政府の政策は3つある。教育、教育、教育だ」という言葉に代表されるように、欧米先進国、途上国ともに時代の変化に挑む人材を育てる教育改革に必死だとききます。真に国民の口腔の健康を望むのであれば、大学での歯学教育を考え直す絶好の機会ではないでしょうか。

昨年度より出身大学から「臨床教授等」という肩書きで院内生に接する機会を与えられ、片道5時間半をかけ講義に通い始めました。今後、どのようなかたちで教育にかかわっていくのかは、教育現場の実情を踏まえたうえで大学教官、学生などとさらに議論を重ねる必要があります。

私が歯科補綴教育の現場から離れ8年が経過し、その間歯科保健医療をめぐる環境も刻々と変化してきました。国民の健康への関心の高まり、超高齢化社会の到来、国民医療費のさらなる増加、介護保健の導入、歯科医師数の増加などはすでに聞き飽きた言葉です。「21世紀の歯科治療は治療中心型から予防・保健を中心とした健康づくり型へ変革すべきである」と多くの歯科医療関係者は指摘しつづけています。そし

てこのことは、地域住民により密接なスタンスに位置し、住民・患者の利益を最優先する医療関係者ほど強く訴えているのです。さて、明日の日本の歯科医療の担い手を送り出す歯科大学、歯学部は時代のニーズ、医療現場からの声、訴えに答えるべく、早急な対応ができていますでしょうか。おそらく答えは「NO」でしょう。まずは教える側が大学、大学附属病院という「レンズ」をはずし、国民の口腔疾患の実態、他国の現状、歯科医療現場の実情をよく眺め、教育内容・システムの問題点を認識する必要があります。

このような考えから、私が担当する講義では大学教官が主に指導している治療法、細かな技術を本題としては取り上げないようにしています。例えばテーマを「院内生が担当する全ての患者のDMFTから、日本の歯科医療の問題点を考えよう」「ライフステージの特徴と歯科疾患、その対応を整理しよう」「地域歯科保健活動をどのように展開していくか」等にしました。卒後専門家としてどのように歯科保健医療にあたるか、考える機会をつくるのが目的です。

治療中心に講義・実習をうけてきた学生にとっては、「守る」「予防」「削るな」という私の話しは新鮮さを覚えるようで、眠っているものがいないことは救いです。しかし、かつて私が学生時代そうであったように、ほとんどの学生は症例数をクリアすることや、単

位の修得、卒業、国家試験の合格が最優先すべき課題であり、目の前の問題に四苦八苦しているように見受けられます（ただし遊ぶ時間はあるのでしょうか）。

大学へ通う車中、読売新聞記事「大学 危機の現場」、「学問を問う」（日本経済新聞社）などを読み、12月の最終講義を「これからの歯学教育、若手歯科医師にのぞむこと“大学外の歯科医師からの声”」というテーマにしよう、全国の歯科医師（大学関係者は含まない、公立医療機関、行政関係者を含む）に以下の項目についてアンケートをお願いしました。

- 1) 卒後1～2年で臨床、診療において困ったこととその対処法
- 2) 今後日本の若手歯科医師の歯科医療に対する考え方、姿勢はどのようにあるべきか
- 3) 現在の日本の歯科教育の評価、早期に変革すべき点は何か

ファックスやメールを通じて寄せられた回答は、教育現場に携わる大学関係者には見えにくい現在の歯学部、歯科大学の教育、卒後教育の課題を鋭く指摘しているものと受けとめましたので一部を紹介します。最後に「周りがかどわる大学などのブランドではなく本当の歯科医療、歯科矯正治療を学びたい」と進路相談にきた学生がいたことを付け加えます。

御意見は（e-mail: nami-ta@niji.or.jp）まで。

< 歯科医師たちの声 >

● 歯科保健専門職としての自覚と責任を

- ・ 歯科医師という仕事は「志」がない者はないといけない職種だと思う。世間の人々が思っているほど経済的恩恵も受けられないし、「志」のない方は他の道に進んだ方が幸せだと思う。「志」あって歯科医師となったからには、患者さんの利益、一般社会への貢献を基本において理想を貫いていくべきだと思う。（平成2年大学卒）
- ・ 基本的な考えは歯科医師法第1条にあり、『歯科医師は、歯科医療および保健指導を掌ることによって、公衆衛生の向上および増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保するものとする』（昭和52年大学卒）
- ・ 歯科医療に誇りと自信をもって、様々な地

域活動に参加し、患者さんと治療に対して謙虚になるべきではないでしょうか。（昭和59年大学卒）

- ・ 住民の歯および口腔の健康を中心に考えた歯科医療をおこなう姿勢がのぞまれる。（昭和60年大学卒）
- ・ 生涯を通じてできる限り歯を残していくためには、その時点でどう対処したらよいか、また、どのような方法をとれば地域住民のあるいは患者さんの歯を残していけるのかを常に考え、行動を起こしてほしい。また診療所にももらずもつと自ら進んで地域にでて行ってほしい。（昭和55年大学卒）
- ・ 自分で考え、自分で情報収集し、理念構築し、行動することは楽ではないけれど医療者のアイデンティティを維持するために絶

対必要なことだと思う。自分がどのような医療人でありたいか、いつも考えながら日常臨床を積み重ねていきたい。（昭和60年大学卒）

● 卒後研修の充実を

- ・ 大学を卒業した時点、卒直後に勤務・入局した環境がその後の歯科医師としての人生に大きく影響をおよぼすこと、その環境には非常に大きな格差があることを痛烈に感じた。（平成7年大学卒）
- ・ 知らないうちに最初に勤務した医療機関の考えを色濃くもった歯科医師が自然にできあがってしまうという恐ろしさがあるのではないのでしょうか。（昭和62年大学卒）

- ・就職した診療室があらゆる意味で理想とかけはなれていたため、自分の理想（現在のスタイルの原形）を貫こうとすることで院長との人間関係が悪化した。基本的な技術指導が受けられなかったため、勉強し、臨床の中で再評価を繰り返すのが大変だった。（平成2年大学卒）
- ・これから卒業する若い歯科医師や学生にはまだまだ夢やチャンスがたくさん含まれていると思われる。しかし、ひとつだけ大きな条件があります。身近な所に活躍する模範となる歯科医師が存在するかどうかです。（昭和50年大学卒）

●教える側の改革を

- ・大学教育は20年前と何が変わったか疑問である。予防、在宅医療・介護保険、インプラント、レーザーなど国民や患者の歯科医療に対するニーズは変化してきているが、新たな分野を教育できるスタッフがいいるのではないかと、講座の再編成、新講座の設立をして、すべての教職員を再公募してはどうか、といってもできるはずないでしょうが、問題は制度ではなく、制度を作る人

- です。変革をするためには人を変えなければ無理でしょう。（昭和61年大学卒）
- ・日本の歯科医療が治療中心主義に偏っているのと同様に、大学教育もバランスを欠いたものとなっていると思います。予防と治療、技術と知識、医療とこころ、社会性と責任など、ハードとソフトのバランスのとれた教育が、社会が必要とする歯科医師を育てると思います。社会性に富んだ歯科医師を育て、やがて日本の歯科医療のシステムを根底から変革してゆく人材を育てなければならぬと思います。（昭和55年大学卒）
- ・歯科医療がチーム医療であることを教えるべきである。（昭和55年大学卒）
- ・現在の大学教育は国家試験対策になっている。それ以外のカリキュラムは担当教授、教官の得意分野に依存している気がする。発症後の対処に関する内容が講義・実習にも多すぎる。学生からも教官からも、教官を評価することでできる制度の採用が求められる。医局のポスト等については、他大学や海外、開業医からも優秀な人材を招聘できるようにフレキシブルな組織作りが自由に行われる環境がのぞまれる。新しい概念・知見に関して、全大学で一貫した情報

- が与えられるようなコンセンサスづくりとネットワーク構築が必要。（平成7年大学卒）
- ・教育者の質の向上が不可欠ではないでしょうか。歯科の技術はもちろんですが、歯科の知識の伝達ではなく、教育学部などのカリキュラムを取り入れ、教育する人はそれなりの教育を受ける必要があると思います。（昭和59年大学卒）
- ・“Public healthの視点が欠落しているように思います。「予防」に関して、「個人口腔衛生」が主体で「公衆衛生」について教育されているとは言いがたいのが現状だと思います。（昭和58年大学卒）
- ・大学教育を行う人々が、もっと臨床を知り、患者を知り、現在の日本で何をしなければならぬか（本当に口の健康に役に立つ歯科医療システムを作り、歯科医療への信用を得ること）を解ってもらう事が大切だと思います。しかし現在の社会体制（資本主義、競争社会等）のひずみへも視点を向ける必要があると思う。（昭和47年大学卒）
- ・大学教官は魅力ある講義、実習を通して学生に感動を与え「歯科医師としての哲学」を伝えるべきである。（昭和59年大学卒）



A LETTER from DH
歯科衛生士からの手紙
歯科医療に携わって

三重県四日市市 はしもと歯科
 歯科衛生士 印牧絵美



昨年の三月に専門学校を卒業し、今の歯科医院に勤め出しそろそろ一年が経とうとしています。何でも先生や先輩の言うことを聞いてそれを真似事のようにやってきた学生時代とは違い、自分で仕事を見つけ、先輩がたの仕事内容を自分なりに見て覚え、わからないことは積極的に聞かなければいけないことに、はじめは戸惑い、なかなか慣れず、自分が歯科衛生士であるという自覚を持つ余裕がありませんでした。

当医院に来院される患者さんは、年齢層が広く、主訴もさまざまであり、歯に対する考え方、デンタルIQにも大きなひらきがあります。お子様をお持ちのお母さん方は、虫歯予防に関心があり、フッ素のこともよく知ってる方がみえますが、20代、30代では関心が薄く、お年よりの方は、歯周病も含めて歯に対する関心が、まったくない方もおみえになります。デンタルIQが上がりつつあるといえども、まだまだ関心のない方もたくさんみえるのが現状だと思いました。

8020運動というのがありますが、今現在は80歳の平均現在歯数が4本ということなので、80歳まで20本の歯を保つというのは、なかなか大変そうです。この目標に少しでも近づけ

る手助けをするのが私達歯科衛生士の仕事だと思います。

学生の時には、予防処置、保健指導、診療補助をそれぞれ別々に学びましたが、この1年間実際の臨床に携わってみると、これは別々に考えるものでないことがわかりました。

予防処置として、スケーリング・ルートプレーニングを学びましたが、これは予防としてはほんの一部で、歯-歯周組織をよい状態に維持していくために、口腔内の保健指導が重要で、患者さん一人一人の健康面からも見て、全身的に考え、環境、食生活などを知り、長い目で見て改善・補足してあげることで、最終的に患者さん自身が健康な生活行動ができるように、道を作ってあげることが大切だと思いました。

そうはいつても、実際にはどうしても目先のことにとらわれがちですが、これからは、目先のことだけを考えるのではなく、患者さん一人一人の生涯の手助けをしっかりとできるようにすることを目標に頑張っていきたいと思っています。働いて、一年が経ってからこそ身にしみて感じたことです。





Session 1では、SPTの長期臨床評価、Session 2では、SPTにおける非侵襲的な器械的ポケットメインテナンス法について紹介した。今回は、歯周治療における抗菌療法（以下、術者が行う歯肉縁下をターゲットにした抗菌療法を意味する）の現状を把握するために実施された英国のアンケート調査報告について紹介する。本論文を参考にして本研究会の評議委員の先生方と日本歯周病学会員を対象とした国内における抗菌療法の使用状況と認識度について、現在アンケート調査を実施中なので、後日、報告する予定である。また、補足説明として抗菌療法についての最近の考え方について簡単にまとめた。本来は、Session 3として、SPTにおける抗菌療法の有用性に絞って文献紹介をする予定だったが、アンケート実施にあわせて関連文献の紹介に変更した。

(三辺 正人)

3

『英国における歯周治療を目的とした経口および局所抗菌剤の使用状況』

Systemic and Local Antimicrobial Use in Periodontal Therapy in England and Wales

Choudhury *et al.*

(J Clin Periodontol 2001; 28: 833-839)

研究目的：

英国の一般歯科医(GDP; General Dental Practitioners)と歯周病学会員(PSM; Periodontal Society Members)を対象として、歯周治療に用いる経口および局所抗菌剤の使用状況と使用に影響を及ぼす因子をアンケート調査により評価した。

方法：

800人の歯科医師のうち、一般歯科医師400人(23%は開業医)と歯周病学会員400人(55%は開業医)をランダムに選択した。アンケートはチェック方式とし、局所抗菌剤の使用については、用いる理由および用いる上で障害となっている理由についても質問した。さらに、細菌検査について学問的根拠とマネージメントの両面からその必要性について質問した。アンケート調査は、初回と未返答者に対して1ヵ月間隔で2回繰り返し実施した。

結果：

1. アンケート実質回収率

73% (587/800 PSM 84% VS GDP 68%)

2. 経口および局所抗菌剤の使用状況について

歯周病の分類	経口抗菌剤の使用		局所抗菌剤の使用	
	PSM	GDP	PSM	GDP
未処置の成人性P	7%	18%*	9%	5%
再発性P	15%	14%	26%	15%*
早期発症型P	53%	22%*	8%	5%
難治性P	50%	23%*	31%	15%*
ANUP	91%	91%	5%	3%

*PSM群とGDP群で有意差有り ANUP：急性壊死性潰瘍性歯周炎

3. 局所的抗菌剤(補1)を使用する理由

SRP単独よりも効果的だから(PSM 82% VS GDP 83%)

外科的処置を回避できるから(補2)(PSM 77% VS GDP 73%)

4. 局所的抗菌剤を使用しない理由

マネージメント(コスト)の問題(PSM 62% VS GDP 79%)

必要がないから(PSM 60% VS GDP 47%)

根拠となる科学的データ不足(PSM 55% VS GDP 45%)

卒後研修の欠如(PSM 10% VS GDP 48%*)

5. 細菌検査を利用する根拠

適切な抗菌剤を選択する為に必要(PSM 83% VS GDP 76%)

適切なコスト(60ポンド/患者)であれば用いる(PSM 70% VS GDP 51%*)

6. アンケート対象者の特徴

1/4以上のSRP所要時間が45分以上(PSM 33% VS GDP 4%*)

経口抗菌剤使用に関する講義受講(PSM 88% VS GDP 50%*)

局所抗菌剤使用に関する講義受講(PSM 91% VS GDP 57%*)

考察：

1. 回収率73%、結果の妥当性を示す有効最低回収率は55%。

2. 経口抗菌剤の使用は、とくにPSMでは現在のガイドライン(文献1~4)に従って応用されている(ANUPに対する経口抗菌剤の応用は正当化されているのでこれを目安として考える)。

3. 局所抗菌剤は、とくにPSMでは再発した、あるいは難治性(通常の治療に反応しない)のポケットに対して限局的(数歯)に用いられている。ただしガイドラインとなる総説や論文(文献1~3, 5)が、経口抗菌剤に比較して少ない。

4. PSMでは、局所抗菌剤の有効性を適度に認識しているが、GDPでは、実用性(使いやすさ、ステータスとして新しいものを使いたがる)でのメリットを優先する傾向にある(楽ができて、優越感に浸れる小道具?)。

5. 局所抗菌剤使用の障害となっている要因は、GDPではコスト、卒後研修の不足であり、PSMでは必要性を認めない(SRPで十分、とくに成人性Pに対しては不必要)ことなどである。

6. 細菌検査の重要性は75%が認識しているが、コストの問題が解決されなければルーチン化されにくい(英国では、60ポンド、約12,000円が判断基準の目安、日本では、BML社のPCR法による外注検査(3菌種)で12,000円)。

結論：

経口抗菌剤については、最近のガイドラインに沿った応用がなされている。局所抗菌剤については、経口抗菌剤に比較して臨床普及率は低い（再発、難治性部位に対する限局的応用が有効と考

えられているが、それを支持する研究データは少ない。ほとんどが成人性Pのデータを根拠としている）（補3, 4）。したがって、より厳密な体系づけられたREVIEWを行い、ガイドラインを明確化することが必要。

【補足説明】

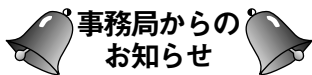
1. 局所抗菌剤の英国でのマーケットに占める割合は、ミノサイクリン軟膏2% (Dentomycine, 日本名：ペリオクリン, ペリオフィール), メトロニダゾールゲル25% (Elyzol), テトラサイクリン含有ファイバー25% (Actisite), クロールヘキシジンチップ25% (PerioChip), ドキシサイクリンポリマー8.5% (Atridox, 日本ではミノサイクリン軟膏のみ使用可).
2. 抗菌剤使用により外科処置の必要性が減少するかについては、十分にデザインされた長期臨床評価が必要、現在のところ不明 (文献6参照).
3. 経口抗菌剤の使用が妥当と考えられるのは、急性歯周膿瘍、全身疾患を有する患者の観血処置に対する予防投与に加えて、急速進行性P(RPP), 早期発症型P(最近の分類については『AAP歯周疾患の最新分類』参照)などである。とくに組織侵入性細菌であるAa菌の感染症例では有効とされている。また、成人性PのSPTにおいては臨床効果(3M・1Yの再発抑制効果)が認められているが、副作用、耐性菌の問題を考慮すると実際には臨床応用しづらいのが現状である (文献6参照)。最近、注目を集めているのが、低濃度ドキシサイクリンの長期経口投与方法で基本治療においてSRPとの併用効果が報告された(文献7参照)。今後、歯周病発症の予防投与、外科処置後の治癒促進、侵襲性Pに対する応用などが期待されている。
4. 局所抗菌剤はクロールヘキシジンやイソジン溶液を用いたポケット内洗浄がよく用いられているが、薬剤濃度、洗浄回数、時間をいずれもアップさせなければSRPとの併用効果は期待できないというのが現在の考え方である(文献8参照)。この問題を解決するために開発されたのが、ペリオクリンのような薬物徐放性剤である。しかしながら、実際の適応症は結論で示したように狭く、また、予防的応用価値も無

いことから、歯周病専門医の間でも魅力的なオプション治療とは認識されていないのが現状だ。しかし最近では、ドキシサイクリンポリマーを用いることで副作用を危惧しないで、基本治療に費やす時間や労力を軽減できるアプローチ法が、イエテボリ大学のWennstromらにより報告されている(文献9参照。4月20, 21日, 日本臨床歯周病学会記念大会で来日講演)。

以上、少し長くなりましたが、抗菌療法の現状理解に役立ったでしょうか？ 低濃度ドキシサイクリンの経口投与や基本治療でのドキシサイクリンポリマーの応用は、歯周病の抗菌療法を、従来の歯周病専門医の限られたオプション治療から、一般歯科医によってルーチンに行われる予防および治療法に進化させる可能性を秘めているので、やはり、最近、従来の基本治療のやり方を変えてしまうべく科学的論拠が明らかにされている「One Stage Full-mouth Disinfection Approach」,(う蝕における3DSと一部共通した考え方に基づく!)に関する研究とともに、機会があれば紹介したいと思います。

参考文献：

1. American Academy of Periodontology J Periodontol. 71: 125 ~ 140, 2000.
2. Drisko *et al.*: Annals of Periodontol. 1: 491 ~ 566, 1996.
3. Ellen *et al.*: Periodontology 2000 10: 29 ~ 44, 1996.
4. Lindhe J, *et al.*: 臨床歯周病学とインプラント. 第3版 臨床編. クインテッセンス出版, 東京. 526 ~ 545, 1999.
5. Greenstein *et al.*: J Periodontol. 69: 507 ~ 520, 1998.
6. 三辺正人ら: Candidaの歯周病への関与についての文献的および臨床的見解—歯周病の抗菌療法—。歯界展望, 96(1): 65 ~ 74, 2000.
7. Caton *et al.*: J Clin Periodontol. 28: 782 ~ 789, 2001.
8. American Academy of Periodontology Committee on Research. 1 ~ 16, 1995.
9. Wennstrom *et al.*: J Clin Periodontol. 28: 753 ~ 761, 2001.



熊谷崇科学顧問の論文別刷

「歯科医療におけるニューパラダイム

—山形県民の健康な口腔の育成のために—

この論文は山形県歯科医師会発行の「形歯会報」に昨年3ヶ月(平成13年6月~8月)にわたり連載されたもので、熊谷科学顧問が山形県歯科医師会会員ののために日吉歯科のデータをもとにヘルスケアの基本的な考え方を書き下ろしたものです。

お申し込みは、事務局まで
FAX: 03-3260-4906

地域の集いなどでまとめてご購入を希望される会員は、ファックスにて事務局までお申し込み下さい。

■ 1セット… 20冊 価格3,000円 (送料込み)

諸国漫遊リレーエッセイ

～7年前に妻の故郷オキナワで開業～

濱口茂雄（沖縄県・評議員）

透き通るような青い空，エメラルドグリーンの海，めんそーれ沖縄。「ちゅらさん」人気で，ゴーヤやソーキそばもだいぶメジャーになったようです。

最近のアンケートで「この次ぎ生まれ変われるとしたら，どの都道府県で暮らしたいか？」との問いに，他を大きく引き離しダントツの1位が，わがオキナワでした。

そんなオキナワに移住して，はや8年。実は，私の沖縄移住と，日本ヘルスケア歯科研究会には，ひとかたならぬ関係があるのです。

思い起こせば10年前，ひよんなきっかけで，熊谷崇先生と出会い，相当お熱を上げてしまいました。「このシステムは，日本語が通じる所なら，何処でも大丈夫」の言葉をよりどころに，また，熊谷夫妻にあやかっけて，7年前に妻の故郷オキナワで開業する運びとなりました。

開業場所は，那覇市のだ真ん中の超激戦区。そんなことは，まったく意に介さず悠々と5台のユニットの配管をし，念のため3台のユニットでオープン。

しかし，現実には過酷でした。開業1ヵ月で，1人の患者さんもない日が3日間。自信は，もろくも崩れ去りました。それからは，何でもやりました。健康ニュースを送ったり，健康教室を開いたり。その間，あとから始めた人たちに，どんどん先を越されていきました。それでも，ただ口腔内写真やX線10枚法を撮り続け，サリバテストを続けていきました。そして，本当にゆっくりとゆっくりと上昇カーブを描いていきました。

沖縄の特徴として，大らかさがあげられます。それが

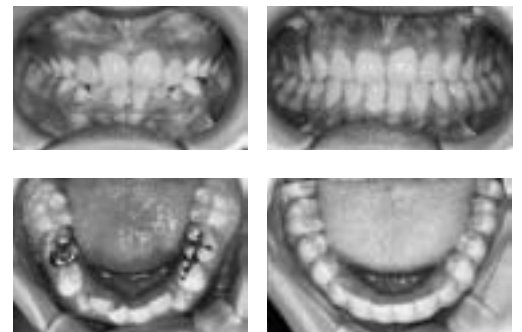
治療にも反映され，よく治療を中断されたりします。しかし，また来ます。口腔内写真を嫌がられたことは，ほとんどありません。そして，一族で来てくれます。

タバコを吸ってる総義歯のおじいちゃん，歯が何本か無くなった八重歯の母さんに，カリエスフリーで，矯正をした素敵な歯列の中学生の女の子，なんていう家族が，ポツリポツリと現れてきました。

当医院は，いまだにユニットは3台で，来院患者数もそんなに多くはありませんが，カリエスフリーの子供たちや，メンテナンスの患者さんは，徐々にではありますが確実に増えてきています。ちなみに，昨年12月のリコール患者さんの割合は，40%にもなりました。

最近，このような「健康」な患者さんたちと多く接するようになって，沖縄に来て，健康を守り育てる歯科医療に参加でき「よかったな」と思うようになってきました。

沖縄では，もう桜の便りが，ポチポチ耳に届いてきています。



長崎ヘルスケア歯科談話会

昨年11月に発足した当会での2002年最初の研修会を2月6日に開催しました。藤木会長のアドバイスに従って，今回はまず世話人の診療所スタッフの理解を深めることを目的として，7診療所20数名の小規模な研修会としました。

事前にそれぞれの診療所でノートパソコンとウイステリアアフォートを用意し，当日はその入力を教材として，リスク判定と指導の研修をしました。もちろんウイステリアを使いこなす事が目的ではなく，当会の目標とするリスク判定をベースとする健康管理の方向性を理解し，今後の全体研修会におけるインストラクターを養成することを主眼としています。

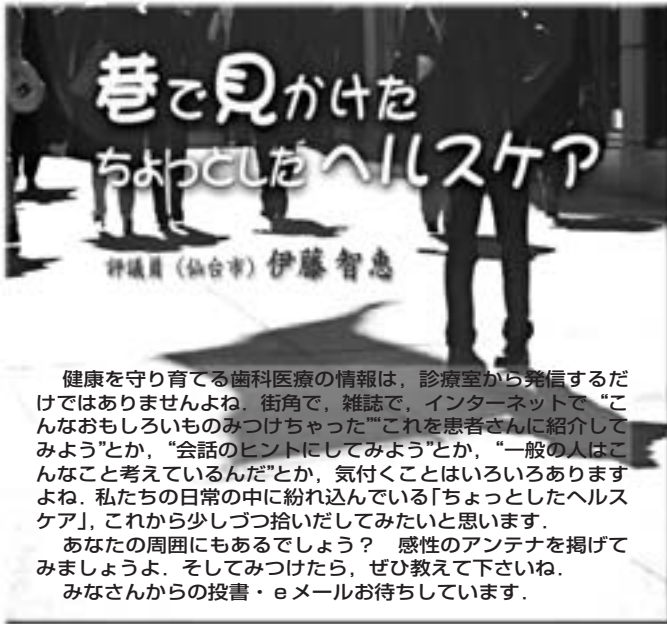
すでにウイステリアとリスク検査を導入している川崎会員から，診療の流れと患者指導の資料の説明があり，その

後ウイステリアに精通している榎屋会員から，入力操作について，データとリスクを関連させながらの解りやすい指導がありました。

現在，当談話会への入会問い合わせが続いており，今後全体の研修会をどうしていくか暗中模索の状態ですが，まずは第一歩という所です。

原 哲郎（長崎市開業）





第2回

「保育雑誌の虫歯予防の話、すごくわかりやすかった！」

前回、雑誌「ちいさいなかま」の紹介をしました。今回もそこからの話題です。

13年度から「子どもの口・歯の健康」という連載が始まりました。広島大学歯学部口腔健康発育学講座(小児歯科)の海原康孝先生が書いていらっしゃる。当然虫歯予防の話も出てくるわけですが、正直に言うと、一般向けの歯の健康の話というのは、よく目にしますので、とくに新鮮味があつたわけではなかったんです。ふ～ん、ちいさいなかまにも歯科の連載が出るようになったんだ～という感慨しかありませんでした。

でもね、連載第4回目は面白かったんです。とっても。こんなふうには、若いお母さん、お父さん、保育者にもわかりやすいかもね、と思いました。いくつかのフレーズは、「あっ！これいただき！」と、早速患者さんに使わせて頂いています。私たちが診療室で患者さんに説明するとき、ついついいつもとおんなじ言葉、おんなじ抑揚、「あれ、これと同じ話をついさっきの患者さんにもしたわ...」と、マンネリになってしまうことがあります。それを打破してくれるようなワクワク感でした。全文、引用します。

出典：海原康孝、『ちいさいなかま』草土文化、2001年7月号No.411、74～77ページ。

「子どもの口・歯の健康 第4回 飲食時間・回数と虫歯」

みなさんは「甘い物を食べすぎると虫歯になる」ということは、よくごぞんじだろうと思います。でも、それは甘い物の分量のことをさしていると思っていられないでしょうか？

もちろんそれは正しいのですが、甘いおやつ以外の食品にも糖分の含まれているものはいくらでもありますから、飲食をすれば多かれ少なかれ糖分は口の中に入ってしまう。それに子どもにとって食べることは楽しく、豊かな心を育むものです。

虫歯にならないための、あれはダメ、これはダメと飲食物の種類や分量を制限するのほひとつの方法ですが、食を楽しむつ

つ虫歯にならないというのが理想的です。その秘訣は、飲食の時間と回数をコントロールすることにあります。

飲食をしたとき歯の表面でおこること

食事をしていないとき、口の中はほぼ中性に近い状態に保たれています。ところが飲食をすると、口の中が酸性に傾き、歯の表面が少し溶けるのです。もちろんこれは目に見えないとても小さいレベルでの話です。専門的に説明すると、歯が溶けるというのは、歯の表面からカルシウムとリン酸イオンが溶け出すことなのです。この現象を脱灰といいます。

脱灰は食事を開始してから二、三分で始まります。わかりやすく言うと、飲食をするとすぐに歯の表面は溶けはじめるのです。

こう言われると何だか食べるのが恐くなりますが、安心して下さい。飲食をしていない時間があると、その間に唾液が酸を中和し、溶け出したカルシウムやリン酸イオンを再び歯にもどしてくれます。こうして溶けかけた歯が再生することを再石灰化といいます。

食事のたびに、歯の表面では脱灰と再石灰化がくりかえされているのです。つまり、私たちの歯は「虫歯状態」と「健康状態」の間を行き来しているわけです。脱灰されている状態が再石灰化するより長くつづいたときに、いよいよ本当に虫歯になってしまうのです。

飲食と口の中のpHの変化

飲食をしたあと、時間の経過とともに口の中が酸性から中性にもどるプロセスを、酸やアルカリの度合いを表すpHを使ってグラフにしてみました(図1)。飲食の前は口の中はほぼ中性の状態です。中性の場合、pHは七ですね。この数字が小さいほど酸性が強いわけです。脱灰がはじまるのはpHが五・五くらいになったときです。飲食を開始すると、口の中のpHは急激に下がり、五・五以下になります。終了するとその後ゆっくりともとの状態にもどります。下がるよりもともどる方が時間がかかるのです。

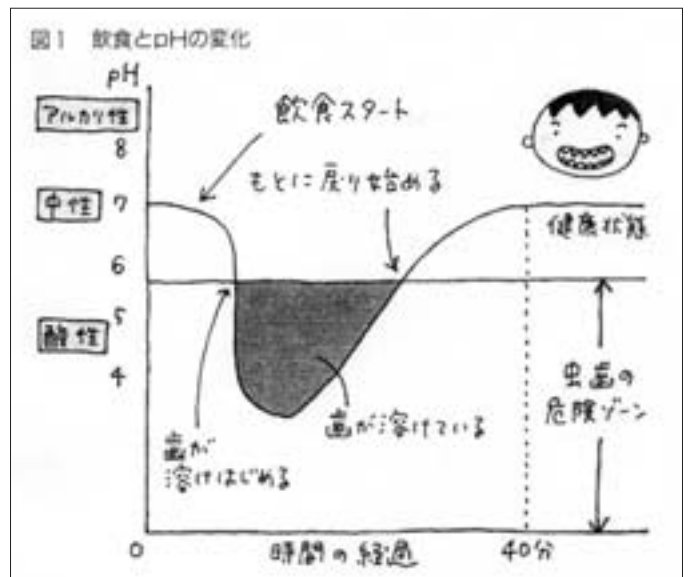
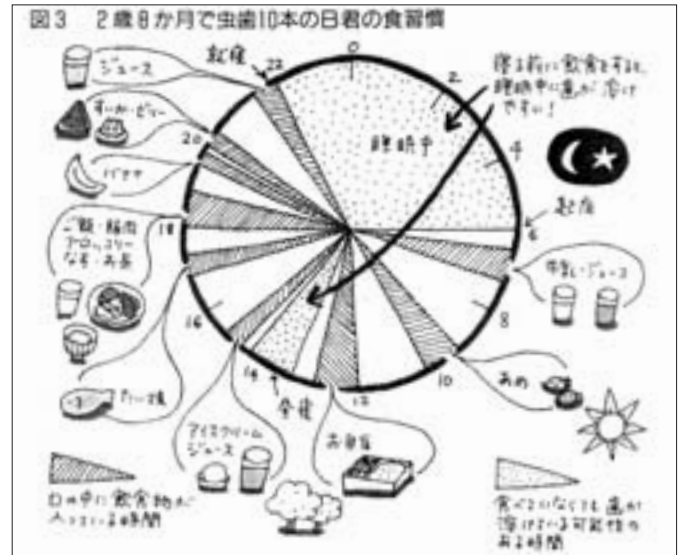


図1で黒く塗りつぶしてある部分が、歯が溶けているところです。pHが元の状態にもどるまでの時間は、個人差はありますが、だいたい四〇分くらいです。つまり、口の中が「虫歯状態」から「健康状態」にもどるまでには、食べていない時間が必要なのです。

食事の内容をチェックしてみよう

さて、今度は今までの話と実際の食生活とを照らし合わせて



考えてみましょう。実例として五歳五か月の虫歯が一本もないA君と、二歳八か月ですでに虫歯が一〇本もできてしまったB君をみてみます。二人のふだんの食生活の典型的なパターンを時計の中に書き込んでみました(図2, 3参照)

A君は三度の食事中心のとても規則正しい生活をしています。間食も時間を決めてとっています。そのため食事と食事の間にしっかり時間があいています。口の中が酸性である時間より中性である時間がはるかに長いので、虫歯になる危険性は少ないと言えます。一方B君は食事の回数が多い上に、糖分の多い食事の内容です。B君の歯は脱灰ばかりおこって再石灰化する暇がない状態です。少々歯みがきしたくらいではとても追いつきそうにありません。

食事のスケジュール調整を上手にしよう

何も飲食していない時間は、唾液が歯を修復する大切な時間です。飲食の頻度が多いと、この時間が確保できないため、きわめて虫歯になりやすくなります。お子さんの飲食の時間と回数が多くなりすぎないように、日ごろから心がけてあげましょう。そのために念頭に入れておいていただきたいことをいくつかあげてみます。

- (1) 食事の時間を決める 食事と食事の間に時間があきます。お腹を空かした状態で食卓につくこととなりますので、三度の食事がしっかり食べられます。結果的に間食の量や回数が少なくなります。
- (2) 飲食をした回数を把握する 飲食をした回数をきちんと把握しましょう。その際、水やお茶以外の飲み物(ジュース、

スポーツ飲料など)は、たいいてい糖分が含まれていますので、「甘い物を食べた」と同じになります。また、あめのように形は小さくても口の中に入っている時間が長い食べものは、「だらだら食事をした」と同じです。ちゃんとこういったものも回数に含めて考えてください。

- (3) 寝る前に飲食をしない 寝ている間は唾液があまり出ませんので、唾液の酸を中和する能力や食物を洗う能力があまり期待できません。寝る前の飲食は虫歯の大敵です。
- (4) もぐもぐゆっくりよく噛んで食べる これまで口の中に入っている時間を少なくすることはかり書いたのですが、「食事も早く食べた方がいいのでは」と思われるかもしれませんが、それは逆です。よく噛んで食べると、唾液がたくさん出るので、口の中の汚れが流れやすくなります。もちろん酸を中和するのにも助けてくれます。それにもぐもぐと口をよく動かすと、食べ物が口の中に残りにくいのです。

以上です。いかがですか? このまま健康講話の原稿にしたいくらいでしょうか? すぐにでも使えそうなヒントがいろいろ見つかりませんでしたか。このわかりやすさは、さすが小児歯科の先生だなあと感心しました。

それにしても保育雑誌にカリオロジーをしっかりとふまえたわかりやすい説明を見つけて感激しました。そしてこの文章の最後には小さな文字でその秘密が記されていました。「参考文献『クリニカルカリオロジー』」。

『クリニカルカリオロジー』は本会の会員やスタッフのほとんどが読んでいるのですが、私たちもこんなふうに表現できたら、もう少し、ヘルスケアが楽になるのにな。



巷で見かけた
ちょっとしたヘルスケア
読者感想

福山真樹
秋田県仙北郡
西木歯科診療所

『対人援助』の基本的な技術に「面接技術」があります。世間一般の『対人援助』に係わる仕事に就いている人、特に病院で活躍しているメディカルソーシャルワーカーなどは皆修得しているはず(医師・歯科医師を除いて)。

たとえどんなに優れた理論(禁煙指導・齲蝕予防)であろうと、医療技術があろうとコラムの中に出てくるような“叱りつける歯科医師”や健康問題の核心部分を引き出せない“歯科衛生士”では健康問題を解消できないことが判りますよね。

では「どのようにする」あるいは、健康問題を解決していけ

るような術者と患者の関係を結ぶことが出来る「術者の態度」とは一体何か? 「虫歯は母親の責任です」という一言は以前私も使っていました。しかしこれはいわゆる「世間智」における「常識の代弁者」であります。質問した母親にとっては「ダメ」な自分は「判っている」のだが、「何をどうすればよいのか」判らない状態を「共感」して欲しかったのでしょう。歯科医師も(もちろん医師も)『対人援助』に係わる職種なので「カウンセリング」の技術について研鑽すべきです。

ヘルスケア歯科研究会の活動には以前より大賛成でした。しかしながら対人援助であるという観点が見られなかったため、これを機会に感想を述べさせていただきました。参考図書として『マイクロカウンセリング』(アレンアイビー著:川島書店・3,200円)を推薦します。



日本ヘルスケア歯科研究会・関東支部

設立記念講演会

いちから始めるヘルスケア

2002年4月14日(日) 開場 9:30 a.m.

10:00 a.m. ~ 5:30 p.m.

abc 会館ホール (東京・芝)

港区芝公園 2-6-3 tel. 3436-0430

今、歯科医療界に大きな変革が起きています。

日本ヘルスケア歯科研究会が目指す歯科医療とはどんなものなのでしょうか？

「ヘルスケア歯科」イコール「予防」なのでしょうか？

日本ヘルスケア歯科研究会が目指す歯科医療とは「真の患者利益」をもたらす歯科医療です。

真の患者利益をもたらす歯科医療とはどんなものなのか？ いったい何をどう考えて、何をどう変えていけばよいのか？ ゴールはどういうところにあるのか？ 何から手をつけていけばよいのか？

さまざまな情報が溢れている中で、日本ヘルスケア歯科研究会が目指す歯科医療について熊谷崇先生が^{いち}からわかり易く講演して頂くことになりました。この機会に歯科医師だけでなく診療所のスタッフ全員でご参加下さい。



熊谷 崇

日本ヘルスケア歯科研究会 科学顧問

日本ヘルスケア歯科研究会・関東支部

第1回懇談会

会場：メルパルク東京 (港区芝公園 2-5-20 tel. 3433-7210)

時間：5:45 p.m. ~ 8:30 p.m.

日本ヘルスケア歯科研究会・関東支部の発足に当たりその設立主旨の一つに、各地域における会員相互の交流を図り、身近に情報交換したり、助け合ったり、励まし合ったりする仲間のネットワークを作っていきたい、ということがあります。

日頃忙しい臨床の中でのなるべく負担なく、そのような交流を図れる場を作りたいと考えて、第1回(設立記念)講演会の後に第1回懇談会を企画いたしました。日頃困っていることや疑問に思っていることを話し合ったり、院長同士だけでなくスタッフ同士の交流の場にしたいと考えています。多数の同志(正会員・準会員のみでなく、まだ会員外の方も大歓迎)の参加をお願いいたします。

会費

講演会参加	事前申し込み	当日参加
会員 歯科医師	9,000 円	10,000 円
会員 その他	4,000 円	5,000 円
会員外 歯科医師	14,000 円	15,000 円
会員外 その他	7,000 円	8,000 円
* 学生は、会員と同じ扱いとします		
懇談会参加	5,000 円 (会員・会員外共通)	

お申し込み方法

下記の参加申込書に必要事項をご記入の上、日本ヘルスケア歯科研究会事務局までFAXまたは郵送でお送り下さい。郵便振替用紙をお送りします。

日本ヘルスケア歯科研究会 事務局 FAX. 03-3260-4906
〒112-0014 東京都文京区関口 1-45-15-104

日本ヘルスケア歯科研究会・関東支部 設立記念講演会 参加申込書

参加を申し込みます

(必要項目にご記入、該当欄に✓印をご記入ください)

フリガナ 参加者 氏名	会員番号	<input type="checkbox"/> 会員・歯科医師 <input type="checkbox"/> 会員・その他・学生 <input type="checkbox"/> 会員外・歯科医師 <input type="checkbox"/> 会員外・その他	<input type="checkbox"/> 懇談会
フリガナ 参加者 氏名	会員番号	<input type="checkbox"/> 会員・歯科医師 <input type="checkbox"/> 会員・その他・学生 <input type="checkbox"/> 会員外・歯科医師 <input type="checkbox"/> 会員外・その他	<input type="checkbox"/> 懇談会
フリガナ 参加者 氏名	会員番号	<input type="checkbox"/> 会員・歯科医師 <input type="checkbox"/> 会員・その他・学生 <input type="checkbox"/> 会員外・歯科医師 <input type="checkbox"/> 会員外・その他	<input type="checkbox"/> 懇談会

勤務先・診療所名 参加申し込み人数 人 合計金額 円

住所 電話番号 FAX番号

本会催しもの案内

□ヘルスケア歯科コース

基礎コース

第3回東京基礎コース スケジュール (3/30~31) **満員**

第一日目

- 13:30~14:30 「ヘルスケアってなんだろう」: 藤木省三(会長)
 14:30~15:40 「わかる できる 病因論 Cariology & Periodontology」:
 杉山精一(評議員)
 15:55~18:00 グループディスカッション*: 斎藤直之(運営委員)
 健康を守り育てる診療室づくり—前進を続ける診療室をめざして—
 18:30~20:30 懇親会

第二日目

- 9:00~10:00 歯科衛生士発表 2題予定
 10:00~11:00 口腔内写真デモ DH田村恵, DH野澤絵美
 (協力:サンフォート・鈴木昇一さん)
 11:10~12:40 「健康を守り育てる歯科医療」を歯周治療から考える:
 岡賢二(科学顧問)
 13:40~15:40 「ヘルスケア研究会のめざす歯科臨床について」:
 熊谷崇(科学顧問)
 15:40~16:00 質疑

*グループディスカッションについて

健康を守り育てる診療室を作るために何が必要かを考えてみたいと思います。かたがが一応できて常にも前進していかなければ、どこかでつまづいてしまいます。前進を続けていくためのポイントを一緒に考えましょう。

・ディスカッションの目的と具体的な目標

自分の診療室でできていること、得意なことの確認と逆にできていないこと、不得意なことを見つけたことが目的です。小さなことから始めても、少しずつ前進していき、目的地に近づいていければいい。しかし、すぐに始めなければならない。参加者が明日から何をすればよいのか、何から手をつければよいのかのヒントが得られることを目標にします。

●●●開催予定●●●

- ・東京第4回 平成14年 5月 18~19日 …満席・受付終了…
 ・東京第5回 平成14年 8月 10~11日
 ・東京第6回 平成14年 11月 16~17日

*注意: 第4回より1日目開始時間は午前10時に変更になります。

第5回以降の基礎コースは上記の日程で開催予定です。第5回以降の申込み受付開始日は次号ニュースレターでご案内いたします。

●●●コース概要●●●

- 費用: 歯科医師 45,000円
 歯科衛生士ほか 35,000円 (懇親会費用含む)
 ■場所: 第3回…お茶の水スクウェア (東京・お茶の水)
 第4回以降…電通生協会館 (東京・駒込)

ホテル案内

会場近隣の宿泊施設をご参考までにご案内します。
 なお、宿泊予約は事務局ではお受けできませんのでご了承下さい。

駒込界隈の宿泊施設 (料金はいずれもシングル)

シティホテル

- ホテルベルクラシック東京
 ¥14,000~ (税・サービス料別)
 JR山手線大塚駅南口徒歩1分
 豊島区南大塚3-33-6 Tel.03-5950-1200

ご注意

- *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。
 *今後大阪・酒田での歯科コースの開催予定はありません。
 *お申込者への案内状発送は、開催日1ヵ月前位を予定しています。

実践コース

第1回東京実践コース (3/30) **登録終了**

参加申し込みをいただいた診療所すべてに、健康を守り育てる診療所づくりの現状、その到達点と課題についてプレゼンテーションの事前抄録を提出していただき、その内問題提起として適切な6診療所からプレゼンテーションをしていただきます。それを元にディスカッションしながら個々の歯科医院の課題を学ぶ実践コースです。

- 司会: 佐々木正晃 (評議員)
 ■コメントータ: 熊谷崇, 岡賢二 (科学顧問)

●●●開催予定●●●

- ・東京第1回 平成14年 3月 30日 …登録終了…
 ・東京第2回 平成14年 11月 16日

第2回の実践コースの申込み受付は9月初旬開始の予定です。

●●●コース概要●●●

- 費用: 歯科医師; 20,000円, 歯科衛生士ほか; 15,000円
 (懇親会費用含む。懇親会は基礎コースと合同)
 ■場所: 東京・お茶の水スクウェア (第1回)
 ■開催時間: 午前10時~午後6時
 懇親会 午後6時30分~8時30分 (基礎コースと合同)
 ■参加資格: 基礎コース (過去の酒田・大阪開催の基礎コースを含む) を受講した医院の歯科医師およびスタッフのみ
 ■募集定員: 60名程度

現在、基礎・実践コースとも
 満席・登録終了につき受付しておりません。
 開催予定コースは次号以降で
 募集のお知らせをします。

ビジネスホテル

- 鴨川イン業鴨
 ¥6,800~ (モーニング付き・税別)
 JR山手線業鴨駅北口徒歩2分
 豊島区業鴨2-4-7 Tel.03-5567-1001
 ■R&B (ワシントンホテル)
 ¥6,400 (モーニング付き・税別)
 JR山手線大塚駅北口徒歩1分
 豊島区北大塚2-14-2 Tel.03-3949-8484

第5回総会・国際シンポジウム

日程：3月17日（日）

場所：東京・砂防会館・別館 1F 大会議室

東京都千代田区平河町 2-7-5 TEL 03-3261-8386

午前 9:30 9:50 10:00 12:00	第5回定期総会
	トータルリスクと各種カリエスリスクファクターの重み 熊谷 崇 (本会科学顧問) 野村 義明 (国立感染症研究所)
	昼食休憩
午後 1:00 1:10 3:00 3:10 5:00 5:30	臨床で遭遇する唾液への疑問 熊谷 崇
	唾液と唾液の診断学 口腔乾燥症と唾液減少症について Prof. Jorma Tenovou
	休憩
	唾液の少ない患者のカリエスコントロール Prof. Jorma Tenovou
	ディスカッション 司会 鈴木 章 (日本歯科大学助教授)

参加申し込みは以下の申込書に必要事項をご記入の上、日本ヘルスケア歯科研究会事務局までFAXまたは郵便でお送り下さい。郵便振替用紙をお送りします。

Fax. 03-3260-4906

日本ヘルスケア歯科研究会事務局
〒112-0014 東京都文京区関口 1-45-15-104
☎ 03-5227-3716

前夜祭 (実用コース)

会員限定

日程：3月16日（土）国際シンポジウム前日の午後

場所：東京・砂防会館・別館 3階

東京都千代田区平河町 2-7-5 TEL 03-3261-8386

前夜祭実行委員長：西村吉行 / 副委員長：佐々木英夫

本研究会評議員が講師・部屋係をつとめる学校の文化祭風の手づくりコースです。スタッフ教育に講演会などでは聞けないノウハウの習得にふるってご参加ください。

A データ管理コース

ROOM-A 穂高

講師：清水克悦, 上田芳男, 菅野宏, 伊藤中, 榎屋順一

A-a...初級編のみの出席でも構いませんが参加登録は同じです

初心者編 コンピュータそのものの操作も含めて 1:00 ~ 2:10 PM

初級編 ウィステリア, アポイント管理職の利用 2:15 ~ 3:25 PM

A-b...初級編か応用編いずれか一方のみの出席でも同じ参加登録となります

初級編 ウィステリア, アポイント管理職の利用 3:35 ~ 4:45 PM

応用編 ウィステリアのカスタマイズ, 画像管理など 4:50 ~ 6:00 PM

B 経営者のためのマネジメントコース

満席

ROOM-B 霧島

講師：千ヶ崎乙文, 金尾好章, 斎藤直之

経営の姿勢から給与計算まで

1:00 ~ 5:30 PM

C 歯科衛生士だけミーティング

満席

ROOM-C 立山

協力者：藤木省三, 村松いづみ, 秋元秀俊

テーマ「歯科衛生士から見たヘルスケア」

1:00 ~ 5:30 PM

D 歯科衛生士とスタッフのお祭り広場

ROOM-D 六甲

指導：歯科衛生士（現在準備中）協力者：佐々木英夫, 足本敦

この会場をぐるっと廻ったら予防がわかる！ 1:00 ~ 5:30 PM

☆スケジュール・内容・講師などに変更が生じる可能性があります。

懇親会

日程：3月16日（土） 6:30 ~ 8:30 PM

場所：日本海運倶楽部（砂防会館向かい）

東京都千代田区平河町 2-6-4 海運ビル TEL 03-3264-1825

第5回国際シンポジウム

会 員 歯科医師 12,000円 その他会員・準会員 4,000円

非会員 歯科医師 20,000円 非会員スタッフなど 8,000円

懇親会 5,000円

前夜祭<会員・準会員のみ>

A データ管理コース A-a 5,000円 A-b 5,000円

満席 経営者のためのマネジメントコース 5,000円

満席 歯科衛生士だけミーティング 3,000円

D 歯科衛生士とスタッフのお祭り広場 無料

第5回国際シンポジウム 参加申込み

参加を申し込みます

(必要項目ご記入, 該当欄にレ印を記入してください)

フリガナ	歯科医師/歯科衛生士/歯科技工士/その他	シンポジウム参加	<input type="checkbox"/> 会員歯科医師	<input type="checkbox"/> 他会員・準会員	<input type="checkbox"/> 非会員歯科医師	<input type="checkbox"/> 非会員スタッフなど
参加者 氏名	会員番号 -	懇親会参加	<input type="checkbox"/>	前夜祭参加	<input type="checkbox"/> A-a <input type="checkbox"/> A-b <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	
フリガナ	歯科医師/歯科衛生士/歯科技工士/その他	シンポジウム参加	<input type="checkbox"/> 会員歯科医師	<input type="checkbox"/> 他会員・準会員	<input type="checkbox"/> 非会員歯科医師	<input type="checkbox"/> 非会員スタッフなど
参加者 氏名	会員番号 -	懇親会参加	<input type="checkbox"/>	前夜祭参加	<input type="checkbox"/> A-a <input type="checkbox"/> A-b <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	
フリガナ	歯科医師/歯科衛生士/歯科技工士/その他	シンポジウム参加	<input type="checkbox"/> 会員歯科医師	<input type="checkbox"/> 他会員・準会員	<input type="checkbox"/> 非会員歯科医師	<input type="checkbox"/> 非会員スタッフなど
参加者 氏名	会員番号 -	懇親会参加	<input type="checkbox"/>	前夜祭参加	<input type="checkbox"/> A-a <input type="checkbox"/> A-b <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	
フリガナ	歯科医師/歯科衛生士/歯科技工士/その他	シンポジウム参加	<input type="checkbox"/> 会員歯科医師	<input type="checkbox"/> 他会員・準会員	<input type="checkbox"/> 非会員歯科医師	<input type="checkbox"/> 非会員スタッフなど
参加者 氏名	会員番号 -	懇親会参加	<input type="checkbox"/>	前夜祭参加	<input type="checkbox"/> A-a <input type="checkbox"/> A-b <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	

勤務先・診療所名

参加申し込み人数

人

合計金額

円

〒 -
住所

電話番号 - -

FAX番号 - -