

HEALTH CARE

The Newsletter of the Japan Health Care Dental Association

vol.7 no.3

(年間6回刊行・通巻038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 千ヶ崎乙文

編集制作 有限会社 秋 編集事務所

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

●ウイステリア Pro について

ウイステリア pro をご利用いただくにはファイルメーカー pro を事前にインストールすることが必要です。最新バージョンはファイルメーカー pro 7.0 ですが、ウイステリア pro には対応していませんので、ご注意ください。店頭に無くてもファイルメーカー pro 6.0 を取り寄せることができます。現時点では 7.0 への対応版作成のメドはたっておりません。

催しものご案内

① 第8回ヘルスケアシンポジウム

日時：10月17日(日) 午前10時～

会場：東京国際フォーラムホールC

▷ 詳細 p.16

② 第8回ヘルスケアシンポジウム前夜祭

日時：10月16日(土) 午後1時～

会場：東京国際フォーラムホールB5

およびG棟会議室

▷ 詳細 p.14, 15

③ 第3回認証ミーティング

日時：7月19日(月・海の日)

会場：電通共済生協会館

3階大会議室

▷ 詳細 p.14

「DMFT 全国地図をつくろう」その後の展開

伊藤 智恵 (コアメンバー・成育部会 座長)

「DMFT 全国地図をつくろう」調査事業にご協力いただいている会員の皆様、ご協力ありがとうございます。どうしようかなあ、と迷っている方。これからでも、ぜひ協力の名乗りを上げてください。

今までに、いくつかの地域のデータが入手されています。その入手方法は様々です。教育委員会に問い合わせ提供いただいた地域、情報公開請求で入手した地域、地方自治体の HP に公開されているものを入手した地域、歯科医師会や学校歯科医会が情報提供してくださった地域など、それぞれの会員が地域活動の状況に合わせた情報収集をしてくださっています。

さて、私たち健康を守り育てる歯科医療を実践する診療室では、学校歯科健診の時期が来るたびに、リスクコントロールがなされているのに「虫歯があります。早く治療を受けてください」という報告書を手にした子どもたちを迎えてきました。そのたびに「カリエスリスクコントロールを行っています」「治療の必要な窩はありません」「う窩に進行させずにコントロールを継続しています」などと報告書にコメントし、子どもたちや保護者の方に説明しています。

そして、コメントを書きながら、健診の結果が子どもたち個人個人に報告書として手渡されるだけでなく、カリエスリスクはコントロールできるんだということを子どもたちも再認識し、養護の先生もその子の過去のデータと比較することで、リスクコントロールされている状態を知っていただき、学校の保健衛生活動に活かされ、健康福祉行政に反映されていくことに、望みをつないでいます。データを重視した診療を行っている私たちにとって、データとはそうやって活かされるべきものだと考えているからです。そして経年的な健診データは、もちろん歯科医師会で行う各種の報告や事業にも、反映されているはずだと認識してきました。でも、どうやら、必ずしもそうではないらしいことが、ほの見えてきました。

まず、各地の自治体で保管していなければいけないはずのデータ(乳児健診や学校歯科健診は、自治体の予算のもと、歯科医師会に委託されて行われる事業ですから、データは自治体に帰属し、その担当部署である健康福祉局や教育委員会に存在するはずのものです)が、ほとんど残っていなかったり、教育委員会で把握していなかったり、という地域がかなりあります。そうした場合、その結果を健康福祉事業に反映することは、ほとんど望み薄ですね。歯科健診に関わる歯科医師が抱く、地域の子どもの健康福祉に寄与したいという熱意も、うまく活かされている状態ではないようです。

また、データが存在していても、学校ごと/学年ごと/年度ごと/検出項目ごとに、検出のばらつきが非常に大きいなど、データの信頼性について考え込まざるを得ないこともあります。

一方、行政—歯科医師会—学校歯科医ら相互の健康福祉事業の意気込みが良好で、DMFTSic 算定のトライアルにまで取り組んでいる地域も、わずかながらあります。

こうして、健診にまつわるいろいろな問題点が、浮き彫りになってきています。住民の口腔の健康に対する考え方は、まさに千差万別です。

データを集計、分析、検討、評価して対策を考えるという、私たちが院内で日常的に行っていることは、どの領域でも普遍的なことのはずです。でも、歯科健診という一つの健康福祉事業を取り上げてみると、データを住民の健康福祉に活かすという作業を行政が行うことは、ほんとうに難しいものなのだということが実感されます。そして、地域の子どもたちは、そういう現状のもとに生活しているのです。

そこで、現状をそのまま受け止めて、「では、子どもたちの健康を、どうやって守るのか」ということを前向きに考えていくことが求められます。なぜなら、ヘルスケア歯科研究会は、歯科医療環境を改革していくことを使命としているのですから。会員一人ひとりが地域の現状を受け止め、自分でできること、会で行うこと、についてお考えいただき、前向きに行動していただくことが必要なのです。

自分の地域はどうなっているんだろう？ 自分の診療室にくるまでに、子どもたちはどういう状態で情報がもたらされ、どう感じ、どう行動しているのだろうか？ 学校ではどのよう

に健康教育しているのだろうか？ という素朴な疑問を解決するために、ぜひご自身で自身の地域の健康福祉事業の現状を知ってください。そして、健康を守り育てる診療室に定期的に受診することが、ほんとうに健康を守ることに繋がっていることを、ご自身の診療室で実現してください。そしてそれを健康福祉事業などに反映していくことが、私たち歯科医療に携わるものの使命の一つであることを、実感してください。さらに、その積み重ねが、ヘルスケア型歯科健診モデルを研究会が行政に提言し、日本中の子どもたちの口腔の健康を守る医療環境改革につながるのです。みなさまのご協力をお願いします。

ご協力いただける場合には、事務局までご連絡ください。資料をお送りします。

すでにデータを手に入れた方は、

- ① 入手に要した費用については、その領収書のコピーを添えて、事務局まで振込先と金額を FAX にてご請求ください。
- ② 本会 HP 上に集計フォームがあります。ご自身の地域の実態を如実に理解するためには、そのフォームを利用して集計してみてください。
- ③ 集計する時間的ゆとりのない方は、データをそのまま事務局まで、郵送または着払いの宅急便にてお送りください。
- ④ ご協力いただいた方は、その献身に対して所定単位の研究会内通貨（HC）の支給を受けます。



ホームページより DMFT データを送信する場合



会員用サイトのヘルスケア・データページ (<http://www.healthcare.gr.jp/mem/data/data.html>) に調査結果が入力できるフォームが 2 種類あります。どちらかで調査結果をお送りください。

- 方法 1. DMFTmap をダウンロードして解凍し ①、「DMFT 全国地図集計.xls」(エクセルファイル利用) に調査結果を入力 ② します。入力終了後、ファイルをメールに添付して事務局まで送信してください。
- 方法 2. ホームページの入力フォーム (例: A) から入力・送信します。ただし連続入力ができないので、1 回ずつの送信になります。調査結果の件数が多い場合は、方法 1 をおすすめします。



② 集計結果を入力するエクセルファイル。入力後はメールに添付して事務局へ送信。



だれにでもできる「情報公開請求」をつかって「12歳児 DMFT 全国地図」をみんなでつくりましょう

「情報公開請求・やってみました」②

情報公開請求の顛末——鎌倉市の場合

秋元 秀俊（医療ジャーナリスト）

鎌倉市は、民度の高い都市であり、歯科医師会と市教育委員会との関係も良好で、情報公開請求などしなくても簡単に統計表はもらえるだろう、そう高をくくっていたのですが、これが蓋を開けてみると予想もしない結果でした。結論を先に述べますと、鎌倉市にはう歯に関する学校保健の統計（DMF 歯数）は、学年別、性別、学校別はおろか、全体を合計したものも一切ないことが分かりました。想像するところ、ほとんどの養護教諭が検査票から歯数を拾う作業をしたことがない模様です。う歯のある者の数（人の数）についてだけ集計があるのですが、それも学年別の資料があるのは、たったの2校（全24公立小中学校中）。他は学校単位で合計した数字しか出していません。市民行政相談室の情報公開担当者は資料の束を渡すときに、「歯の数まではやっぱり無理でしたね」と言いました。これがわが歴史的文化都市の現実です。

忙しさにかまけていた私が市役所を訪れたのは、5月の終わりでした。私がぐずぐずしていたせいで平成12年度のDMFTが分からずじまいになってしまったかもしれない、と後ろめたさを感じながら、8時30分開庁と同時に市政情報相談課を訪れました。情報公開担当者は、すぐに現局の担当者を電話で呼びつけました。登庁早々、呼び出されたのは二人の女性です。私が意図、目的を述べますと、情報公開の担当者は「とりあえず調べられる範囲で調べてもらって連絡したら……」と二人を促します。1歳半と3歳半の方は、それほど難しい作業ではないようです。ところが、もう一人の若い女性は一言も話さずに困りきった様子で私の話に頷くだけです。「忙しいところごめんさいね」と謝っているのは私の方です。「でも税金を使って健診をしているんです。その結果が公表され、利用されていないのは問題でしょ。去年より今年は良くなったの？ 悪くなったの？ どの学校が何をしてどんな状況なの？」彼女が差し出している表は、う歯のある者の数の表ですが、乳歯・永久歯の別もないし、学年別にもなっていません。学校学年別、検診者別、DMFTを求めている私はわが目を疑いました。「これは1年生と6年生の平均身長を出しているようなものですね？ この健診の目的は住民の健康ですよ。この検査結果は、学校ごと学年ごと、できれば検査者ごとに集計し、そのデータのバラツキを検定し、どのような施策をとればどのように改善するか、経年的な結果からデータを評価する必要があるでしょ」何しろ若い女性を目の前にし

ているので、丁寧にやさしく話そうと努めるのですが、言葉は次第に詰問調になってしまいます。

「大丈夫、教育委員会に連絡すればありますよ。調べてるんだから」やや同情的に言うと、目の前の女性は神妙な顔をしています。「でもないんです」ここで初めて口を開いた女性は「私が教育委員会の保健担当なんです」とポツリ。そして彼女は情報公開請求を出してもらいたいと言うのです。「出してもらった方が、学校の方にお願ひしやすいですから」。慌てたのは窓口の担当官です。「でも出しちゃったら、2週間以内に集計しなきゃいけなくなりますよ」。しばらくはお役人同士の言い合いです。どこの条例でも事情は同様のようですが、請求が出てから2週間以内に開示することと定められています。情報公開条例というのは大変なものです。フラッと市役所に来てきたオジサンが、請求を出したら、その日から2週間以内に情報をかき集めないで条例違反になるのです。何人であっても情報公開を求めることができます。住民でなくてもいい、国籍だってなくてもいい。「今すぐに市内のすべての学校にファックスします」ちょうど修学旅行シーズンで養護教諭がつかまりにくいのですが、条例は例外を認めていません。

どこの学校でも毎年やっている歯科健診の結果が、本人に「治療のお勧め」を渡すだけの目的で行われ、そこで終わっているとは考えもしませんでした。学校歯科健診は、税金を使った事業ですから、当然納税者に結果を報告しなければなりません。文部科学省の「学校保健統計調査」が迂闊にも悉皆調査だと勘違いしていた私は、どこの自治体でも12歳児のDMFTくらいは把握しているものだと思い切っていました。文部科学省の学校保健統計は平成15年度を例にとると、調査実施小学校1,820校、中学校1,880校、高等学校2,820校など9,165校で、健康状態の調査対象者は1,160,684人、全国の子供・生徒および幼児の7.5%です。全国レベルのサンプリング調査としては、非常に大規模なものですが、対象になっていない学校では、学校歯科医、養護教諭、教育委員会のだれかがその作業をしようと思えない限り、数字は上がってこないのです。

鎌倉市の事例は、おそらく劣等生の例ですが、全国の多くの自治体にも同じような事例がたくさんありそうです。皆さんは開業地の12歳児DMFTをご存知でしょうか？



院内のネットワーク

足本 敦

(会員・米子市・ワイエイオーラルヘルスセンター)

ワイエイ流 院内LANと画像管理

ウィステリア Pro とニューバージョンのアポイント管理職が販売されましたが、みなさんの医院では十分使いこなしていますか？ ユニット数やデジタル化の程度などにより、各医院さまざまだと思いますが、画像管理はどのようにされていますか？ 今回はワイエイデンタルクリニックのシステムを少し紹介します。

まず、院内に設置しているコンピュータは図1のとおりです。診療ユニットは個室になっているので、各ユニットにクライアント機(Windows NT)1台ずつの計9台(図2)、受付に電子カルテのサーバー機1台(Windows NT)とアポイント管理とウィステリア入力のみ(ファイルメーカーのファイル共有による)に使用している Windows 98 機1台(図3)、レ

ントゲン室に隣接する場所にイメージングプレートのスキャナーを備えた Windows 2000 サーバー機(画像管理用サーバー)が1台(図4)、ファイルメーカーサーバーをインストールしてある Windows NT 機が医院2階に1台(図5)と、合計13台でLANを構成しています。

2000年4月開院時にモリタの電子カルテとデジタルレントゲンを導入したので、LANは基本的にはメーカーの方に頼んでもらいました。開院から4年が経過しましたが、その間にクライアント機を2台増やし、レントゲンサーバー機のハードディスクの容量不足から新しいサーバー機に交換など行ってきましたが、幸いなことに大きなトラブルには今まで見舞われていません(バックアップをとっていないために、ウィステリアのデータが吹っ飛んだことはありますが…(涙))。

画像管理については、開院当初は口腔内写真はアナログでしたが、2001年夏よりデジタルカメラに変更しました。当初、ウィステリアの photo 機能を使用することを検討していたのですが、最初から Quick Time がインストールされていないこと、plug in をすべてのコンピュータの台数分購入するのを躊躇したこと(懐具合から…)、デジタルレントゲンを

すでに使用していたことなどから、口腔内写真もデジタルレントゲンの画像データファイルの中に入れて、一緒に管理することにしました。

実際の使い方は、デジタルカメラで写真撮影後にコンパクトフラッシュ(CF)をCFリーダーに挿入し、画像を読み込みます(図6)。レントゲン写真はイメージングプレートをスキャナーで読み込むことで個人のカード上に保存されていきますが、同様にデジタルカメラでの画像もCFからのインポートにより個人カードに保存することができます。当院では患者さんの写真撮影は、顔写真1枚と小児の乳歯列で3枚、第一大臼歯萌出からは5枚、永久歯列完成後は12枚の口腔内写真を撮影します。撮影は顔→口腔内正面→舌側(右側下顎→右側上顎→左側下顎→左側上顎)→頬側(右側→左側)→咬合面という順序の取り決めを行い、すべての撮影者が同じ順序で撮影します。それを個人カードに読み込むことにより、図7のように個人カードの上の欄に並んでいきます。読み込んだ画像は簡単に回転や反転することができますし、拡大も可能ですから1枚のみを患者さんに見てもらい説明するにはとても便利です(この1枚のみというところが実はポイントなのです…)。しかし、X線10枚法

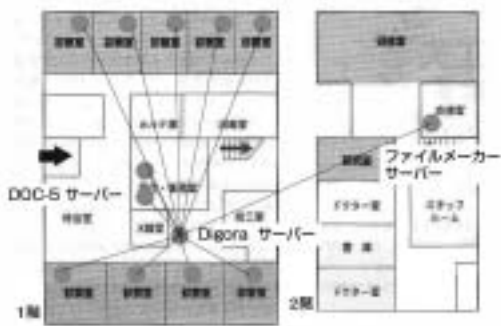


図1 院内LAN



図2 個室クライアント



図3 受付:左が電子カルテ用サーバー、右がアポイント管理とウィステリア専用



図4 画像管理用サーバー



図5 ファイルメーカーサーバー

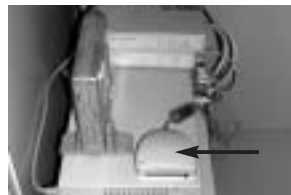


図6 CF reader



図7 デジタルレントゲンの画像データファイルの表示(10枚法)



図8 口腔内写真も同様に……

を一覧するためのテンプレートはあらかじめ設定されているのですが、口腔内写真を一覧できるように並べることはできないため、図8のようにこの部分を流用して並べたりしている点に不便を感じています。また、2枚以上の写真を左右や上下に並べる機能はあるのですが、写真の一部が重なってしまうために同一部位の経時的変化の比較説明をスムーズに

行うには無理があります。口腔内写真を並べて一覧できるテンプレートの作成と比較説明が楽にできるよう画面上に左右均等表示できる機能について、モリタにぜひ対応していただきたいと要望を出していますが、どうもそうしたニーズが他からはないためか、改善されるといった噂すらありません。対応されれば同じシステムを使用されている医院のみなさん

には、とても喜ばれると思うのですが…(モリタの関係者の方が読まれていたら、ぜひご配慮ください。お願いします。)

こうして読み込んだ画像は、すべてのユニットに配置してある複数のコンピュータで同時に見ることも可能です。そのため、個室形態をとっている当院では、歯科医師がある患者さんの処置中のために、別の患者さんのチェックがすぐにはできないときは、チェックしてほしい部位を写真撮影、歯科医師は部屋を移動せずに処置を行っているユニットでその画像を確認し、歯科衛生士に指示を出すといったことも行っています。

以上、簡単に院内LANで画像管理を行っている現状を紹介させていただきました。改善可能な部分はたくさんあるかと思しますので、もっとこうしたほうがいいんじゃない…などのご意見をいただければ幸いです。よろしくお願ひします。

**ヘルスケア研究会が
世界禁煙デー
展示イベントに
参加しました**

報告 藤木 省三

WHO 神戸センターが WHO 本部直轄の研究機関として1996年に神戸市中央

区に設立され、高齢化と健康、伝統医学、都市と健康、保健福祉システムの開発、女性と健康の研究プログラムが進められています。

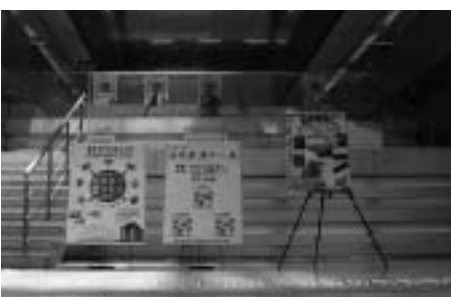
このWHO神戸センターで、WHOが定めた5月31日の世界禁煙デーに因み、「地球規模で考え足とからの行動を」のコンセプトに基づいて「タバコの危険性に関する認識を高め、規制が大切であることを強調す

ることにより、人々の健康を維持し生活の質を高める」「国内外から収集したタバコ規制に関連した資料を紹介する」展示イベントが行われました。この展示イベントに日本ヘルスケア歯科研究会もポスター展示を行い、禁煙支援リーフレットを提供しました。

イベントでは各国の喫煙の害を知らせる様々な資料が展示され、ビデオも常時流されていました。各国それぞれの取り組みがよく理解できます。国内の様々な団体(国立保健医療科学院、日本医師会など)、学会と並んで日本ヘルスケア歯科研究会の展示がされていました。喫煙に関する資料や日本医師会、日本肺癌学会、

その他多くの団体のリーフレットをいただきましたので診療室にて活用したいと考えています。

ただ、私が訪れたのは世界禁煙デーの前だったためか訪れている人が少なく少し寂しい感じがしました。できれば、今後もさらに継続し規模を拡大してより多くの一般市民や子供達に経験して欲しい企画です。





認証ミーティングを終えて

札幌市・さいとう歯科 齊藤 仁

去る5月9日、第2回「健康を守り育てる診療所」認証ミーティングが行われました。当院を含め事前に申請のあった4歯科医院がプレゼンテーションを行いました。私以外の

河野歯科医院（小平市）、福田歯科医院（函館市）、大西歯科（神戸市）は開業歴も長く、ヘルスケア型に移行してからの年月も経っているのと比較して、私の医院は開業歴もヘルスケア転換歴も3年と申請条件ギリギリです。第1回の認証医院をみても旧運営委員、評議委員のメンバーが多く、ある程度の年月と実績のある医院が「認証」される制度であると考えていました。ですから、当院の認証に当たっては不安が半分、どのように評価されるのか期待が半分という心境でした。

プレゼンテーションの準備は会誌2003年Vol 5, No 1に掲載されている佐々木歯科医院、緑町斎藤歯科医院の例を参考にしながら、会則の認証プレゼンテーションの診査基準に基づいて行いました。

患者さんに説明するときと同じで、自分の伝えたいことを的確にまとめ、わかりやすく表現するという事は意外と難しいものです。20分という限られた時間内に必要事項をすべてを盛り込み、なおかつ採点側に分かりやすい発表になるように注意し内容をまとめました。

当院の問題点は、開業歴が浅いということもあり、定期的来院者とくにカリエスハイリスク患者の再評価がうまくできていないことと、信頼できるスタッフが少ないなど医院の総合力が低いということです。発表の後、審査員の先生からはこれらの問題点をふまえて、今年1年どのような目標をもって診療に当たる考えなのか、またスタッフの教育、モチベーションアップはどのように行っていて、今後はどうするつもりなのか、といったことが質問されました。

結果は72.8点で、かろうじて合格しましたが、総評においては、やはり、まだまだ医院としての総合力は弱いが、これからのさらなる努力を期待しているという厳しくも暖かい言葉をいただきました。

今回の認証ミーティングを通じて一番強く感じたことは、認証はゴールではなくスタートであるということです。日本の大学はあたかも大学に合格することが人生の目標であるかのように、一生懸命受験勉強し、大学合格後は比較的楽に卒業できます。アメリカの大学はそれと逆で、一定の条件を満たしていれば入学できるが、入ってからは勉強しない者は進級も卒業もできません。

認証制度もそれと同じで、当院のように経験も浅くまだまだ若い医院も一定の条件を満たしていれば認証されますが、認証後努力を怠ると更新はできません。さらに努力を続け、3年ごとの認証更新をクリアし続けることで本当の意味での「健康を守り育てる診療所である」と胸を張って言えるのではないかと考えています。



熊谷 崇の

若い歯科医のための Oral Physician セミナー

と き： 第1回 2005年 6月5日（日）

第2回 2005年 12月4日（日）

と ころ： 山形県酒田市 日吉歯科診療所

資 格： 卒後5年まで、参加無料（但し事前申し込みが必要です）

生まれたばかりの雛鳥は、最初に見た動くものを親と違ってついて行くそうです。歯科医も然りで、ライセンスをとってすぐに見た治療内容、診療システムは、その歯科医師にとって決定的な意味を持つことがほとんどです。もしも、初めにおかしな親鳥を見えたら……

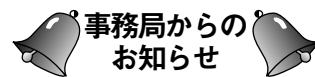
残念なことに、日本のほとんどの若い歯科医が、歯科医師人生のベースを作る卒業直後に、国際的に見ると非常識な歯科医療を刷り込まれているのです。海外では、この30年間に、歯科医療は急速に変わってきています。

日吉歯科診療所は、開業当初から歯科先進国のノウハウを貪欲に学んで、その良いところを地域で活かせる形にアレンジしながら成長してきました。より多くの若い歯科医に、国際的に常識になっている歯科医療のスタイルを知っていただき、確実に患者利益を提供できる歯科医師人生を送ってもらいたいと願い、当診療所でセミナーを開くことにしました。

問い合わせ・申込受付は日本ヘルスケア歯科研究会（FAX: 03-3260-4906, Tel: 03-5227-3716, e-mail: center@healthcare.gr.jp）まで。

百聞は一見に如かず

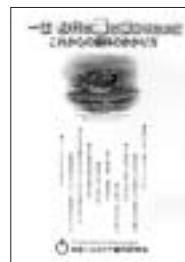
不便な地方都市ですが、海外に outward よりは気軽にそのエッセンスを理解していただけるでしょう。



企画頒布品値下げ

小冊子「これからの歯科のかかり方」
＜B-かかり方＞

- 患者さんに定期管理型
- 受診の意義を理解してい
- ただために、かつて荘
- 内日報に連載された記事
- をモノクロ24ページの
- 小冊子として頒布してい
- ます。



- このたび、在庫を保管
- する倉庫を借りたため、
- まとめて印刷できるようになりましたので、頒
- 価を値下げいたします。この機会にご購入し、
- ご活用ください。

【7月1日、受付分以降の頒価（送料込み）】

	新	旧
● 200冊セット	8,000円	11,800円
● 400冊セット	15,000円	20,800円
● 医院名刷り込みタイプ ● (1,000冊セット)	51,000円	71,000円

実践フォーラム

実践フォーラム

『日本ヘルスケア歯科研究会 会員の地域での役割』

(神戸市 全保育所フッ化物洗口実施までの道のり)

近藤 明德 (正会員・神戸市開業)

全国初！ 神戸市 全保育所フッ化物洗口実施を決定！！

神戸市は政令指定都市で初めて、う蝕予防のために全保育所 4, 5 歳児のフッ化物洗口を実施することを決めました。167 保育所、7,500 人が実施する予定で年間約 420 万円の予算が当てられます。

これは、神戸市歯科医師会が市に要望した事業ですが、歯科医師会でこの事業を担当した公衆衛生委員会は、メンバー 7 人のうち理事・委員長・副委員長・委員 2 人が日本ヘルスケア歯科研究会の会員です。残る委員も日本ヘルスケア歯科研究会の学術大会に参加した経験があります。日本ヘルスケア歯科研究会会員が「政令指定都市全国初、全保育所フッ化物洗口実施」という「地域の歯科公衆衛生政策実現」に関わった経験を報告します。

ヘルスケアと出会って診療室が変わった！

私は昭和 32 年 3 月生まれ 47 歳、平成 4 年に開業しました。むし歯の洪水時代の教育を受けてきたので、恥ずかしい話ですがカリエスフリー（市民むし歯ゼロ）が良いとわかっているにもかかわらず、正直なところむし歯がなくなれば仕事がなくなって歯医者は困る、と真剣に思っていました。ところが平成 9 年から偶然一緒になった公衆衛生委員会の藤木省三委員の話は大きな衝撃で、目の前にあるむし歯をいかに高度な技術で治せるかが重要だと思っていた私に、カリエスフリー（市民むし歯ゼロ）の大切さを気付かせてくれました。

それから、診療室の目標が「重症の口腔をいかにきれいに高度な技術で治すか」から「いかにして新たなう蝕の発生を防ぐか」に大きく変わりました。治すのは当然だ。しかし、治した後は「あの歯科に行ってから新しいむし歯は一本もできない」ことが重要です。どんなに上手く治療しても、天然歯にはかなわないのだから。

健康教育の重要性・成果

神戸市歯科医師会は毎年、保育士歯科研修会に講師を派遣しています。まだ日本ヘルスケア歯科研究会が発足する前の平成 9 年から平成 11 年の 3 年間は藤木委員が毎年、保育士約 100 人にカリオロジーを説明しました。保育士にも、まだカリオロジーを知らなかった公衆衛生委員会のメンバーにも、藤木委員の話は新鮮で好評でした。

3 年間でどの保育所にも 1～2 名、カリオロジーの説明を聞いた保育士がいたのですが、3 年目の保育士歯科研修会が終わったあとで、保育士のひとりが「神戸市でもフッ化物洗口が出来ないでしょうか？」と言いました。彼女は、自分の子供が保育所に通っていた頃、昼食後の歯みがきが充分出来てなかったことが、何年も経った今でも気になっていたそう

です。しかも、今の保育所は、歯ブラシからの O-157 の感染を恐れて歯磨きの代わりに「うがい」ですませる傾向が強くなっているそうです。

現場の保育士の話に歯科医師たちは驚き、このひとりがきっかけで、歯科医師会から保健部長にフッ化物洗口実施を申し入れました。フッ化物洗口は 1 人年間 500 円の経費で 50 % のう蝕抑制効果があり、予防薬としては桁違いに安く、しかも効果が高い。う蝕が 1 本減ると約 3,000 円の医療費が節約でき、費用対効果でも抜群で、何より家庭環境に左右されず子供たちのう蝕を減少させることができます。

例えば、日本の 12 歳児の DMFT は減少し、去年は 2.09 本で神戸市では 2 本を切っています。しかし、12 歳児のう蝕の分布を見てみると、フッ化物洗口を実施していない神戸市内の小学校では DMFT 3～6 の子供が 22.5 % います(表 1)。DMFT 0 と DMFT 4 にピークが二つあり、う蝕のない子供とう蝕の多い子供の二極化が見られます。ところがフッ化物洗口している香川県の小学校では 98.3 % が DMFT 2 以下です(表 2)。このように、集団でのフッ素洗口は家庭の協力を得にくい子供たちの歯を救う重要な方法だと思われます。

じつは、私もフッ化物のことを知らなかった

私は今回の洗口事業に関わるまで、診療室にフッ化物洗口剤を導入していませんでした。フッ化物の使い方、つまり、全身応用は 1 種類、局所応用は複数組み合わせるのが原則と言うことも知らなかったのです。しかし、フッ化物洗口の要望を担当することになってからう蝕予防のためのフッ化物応用法のことを勉強した結果、診療室もすっかり予防中心に変わりました。

私の診療室では、はじめ 15 歳以下の子供に、乳歯・幼若永久歯のう蝕予防を目的にフッ化物洗口剤を推奨していました

表 1

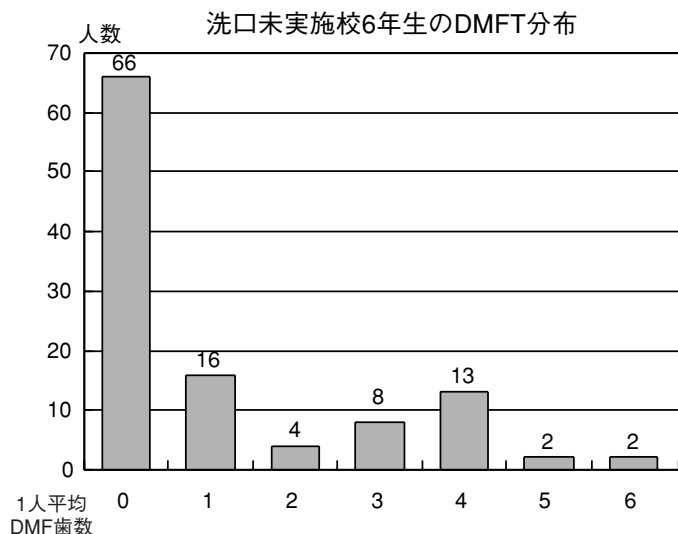
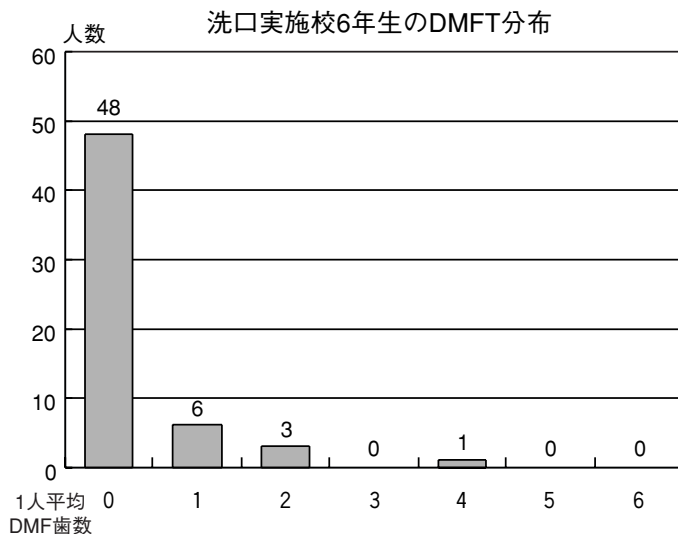


表 2



が、あるとき、定期管理をしている70歳のMさんが上顎第一大臼歯根分岐部う蝕から歯髄炎になってしまいました。根面露出する50歳以上はう蝕リスクの高い年齢だと知っていても、どうせしてもらえないだろうと大人にはフッ化物洗口剤を推奨していなかったのです。

Mさんは3ヵ月に1回のリコールはちゃんと受診しPMTCとフッ化物塗布を欠かしたことはなかったのですが降圧剤の影響か唾液量の少ない人でした。もしMさんがフッ化物洗口剤を使っていたら上顎6番の抜髄は防ぐことができたかもしれません。Mさんのことがきっかけで50歳以上15歳以下は全員にフッ化物洗口剤を推奨するようになりました。

すると、意外なことがおこったのです。高血圧・糖尿病などのために内科で毎日薬を飲むように教育され、すでに自己管理の習慣が確立している大人のほうがフッ化物洗口の定着率が高いのです。子供に自己管理は無理で、親が熱心でなければフッ化物洗口の継続は困難です。

行政に対する情報提供の重要性

現場の保育士に対する健康教育と同時に保育課や保健推進課など行政に対する正確な情報提供が重要です。今回、歯科医師会からは藤木委員の説明のほかに保育課と保健推進課に以下の参考図書を渡しました。

1. 「新しい時代のフッ化物応用と健康」医歯薬出版
2. 「フッ化物洗口マニュアル」社会保険研究所
3. 「フッ化物応用と健康」口腔保健協会
4. 「これからのむし歯予防」学建書院
5. 「フッ素洗口の手引き」新潟県歯科医師会
6. 「市町村でフッ素洗口を実施するために」静岡県歯科医師会
7. 「フッ化物ではじめるむし歯予防」医歯薬出版
8. 「フロリデーション問答集—具志川村編—」(株)大創

「フッ化物洗口ガイドライン」

神戸市で全保育所フッ素洗口実施の決定にあたって極めて重要だったのは、2003年1月厚生労働省から出た「フッ化物洗口ガイドライン」でした。

- ガイドラインは都道府県知事宛てに出され、その内容は
- ①より効果的なフッ化物洗口法の普及を図るために、県下に周知方お願いしたい
 - ②安全性は確保されている。フッ化物洗口は身体が弱い人、障害を持っている人、腎疾患の人にも安全。骨折、癌、神経系、遺伝系の疾患との関連はない
- というもので、行政としてフッ化物洗口法の安全性を市民に保証する重要な根拠になりました。

フッ素についてインターネットで検索すると「いわゆるフッ素反対派」の声が大きく、フッ素は危険という間違った情報が多いのです。神戸市でも当初、担当者がインターネットで情報を得ていたことに気付いた私たちは上記の文献を提供し繰り返し説明をおこないました。正しい情報を行政や市民に提供するの、私たち歯科専門家の責任だと思います。

その結果、市内9保育所でのフッ素洗口モデル事業が始まり、2年後、歯科医師会は全保育所での実施を要望し、神戸市は全保育所フッ化物洗口実施を決めました。健康教育が実を結びました。

診療室から地域へ

- 日本ヘルスケア歯科研究会は診療室の目標を持っています。
1. 5歳児でカリエスフリー 90%以上を実現する
 2. 12歳児でカリエスフリー 90%以上を実現する
 3. 20歳成人でカリエスフリー 90%以上、歯周病のない状態を実現する
 4. 新たなう蝕・歯周病の発症をコントロールし、70歳時の平均欠損歯数を5歯以下にする

この目標を地域の目標としよう。

神戸市の例からもわかるように歯科医師会は住民の歯と口の健康に責任があります。

予防に熱心な日本ヘルスケア歯科研究会のメンバーは、公衆衛生担当になることが多いのですが、神戸市では会員ががんばりました。

日本ヘルスケア歯科研究会の地域での目標を持つとう。

1. 地域の5歳児でカリエスフリー 90%以上を実現する
2. 地域の12歳児でカリエスフリー 90%以上を実現する
3. 地域の20歳成人でカリエスフリー 90%以上、歯周病のない状態を実現する

4. 地域住民の新たなう蝕・歯周病の発症をコントロールし、70歳時の平均欠損歯数を5歯以下にする

そのために、WHOから40年前「日本の歯科医療には最も重要なものが欠けている」と指摘されたフッ化物利用の推進の、地域での先頭に立とうではありませんか。日本ヘルスケア歯科研究会の会員は地域でも住民の歯と口を守る期待を担っているのですから。

日本ヘルスケア歯科研究会の会員は診療所でも地域でも歯と口の健康を守る役割を期待されています。今回の、神戸市全保育所フッ化物洗口実施の報告が全国の会員の、地域での公衆衛生活動の励みになればと願います。



ウイステリア Pro 3.0 を使い始めましたか？

3月末にウイステリア pro 3.0の頒布を開始して以来、インストール等の質問が事務局に寄せられています。ここにQ & Aとしてご紹介いたしますので、参考にしてください。

Q1 旧バージョンで取り込んだ画像が新バージョンでは表示されない。

(Aさん= Win XP でメモリ 224MB, Bさん= WinME でメモリ 56)

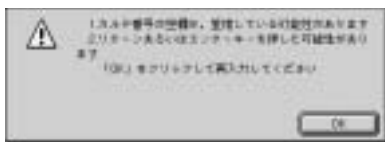
A1 どちらもメモリ不足が原因です。ウイステリアは以下のように、今回のバージョンアップで10倍以上の大きさになっています。特に郵便番号簿だけで25MBも使っています。

2.0.1 → 2.75MB photo 2.2 → 3.13MB
pro 3.0 → 35MB

このため旧バージョンで正常に作動していても、新バージョンを立ち上げるだけでたくさんのメモリを使ってしまいます。特にWin XPの場合は自分自身を動かすためにたくさんのメモリを使いますので、ストレスなく画像を扱うには512 MBまでメモリを増設されることをお勧めいたします。メモリ増設についてはパソコン購入時の「取扱説明書」を参照してください。

Q2 エラーダイアログ (エラー①とエラー②)

この2つのメッセージが交互に出て、どこをクリックしても画面が変わらず、固まってしまいます。(Cさん= Win ME をXPにバージョンアップ、メモリ= 128 MBのまま)



エラー①



エラー②

A2 最初のメッセージは、カルテ番号の重複を避けるためと、番号欄にスペースが入ってしまうと写真取り込みができなくなるた

め、エラーメッセージが表示されるようになっていました。画面上でスペースを削除してもメモリ不足の場合、コンピュータの動作が遅くなって、実際には削除されていない状態になり、次の作業(う蝕画面切り替えなど)に移ると2番目のエラーメッセージが表示されます。つまり画面と実際の動作に時間差が生じてエラーが繰り返されるのです。これもメモリを増設すると解決いたします。OSをバージョンアップした場合、それに合わせてメモリの増設が必要です。

Q3 プラグインをマニュアルどおりにインストールしたが、ハードディスク内にOriginal FileとNew Fileができない。

A3 ウイステリア Proのメニュー画面の一番下のVolume名設定ボタンをクリックしてハードディスク名を正しく入力してください。すでにOriginal FileとNew Fileができているが画像の表示ができない場合も、Volume名を入力し直してください。

Q4 ウイステリア Proをインストールしたが、ボタンをクリックすると「ファイルが見つかりません」と表示される。

A4 インストールしたファイルは全部フォルダの中にありますか？全部ローカルディスクにインストールしたあと、ウイステリア photo 3.0のファイルだけデスクトップに移動させたりすると質問のようなメッセージが出て画面切り替えができません。ファイルは必ず一緒の場所に置いてください。

ファイルメーカー Pro 7.0 は対応していません

ウイステリア Proは、ファイルメーカー Pro 5.0～6.0をインストールしてお使いください。5月に発売された最新バージョン「ファイルメーカー Pro 7.0」はウイステリア Proに対応しておりませんのでご注意ください。対応版作成には時間がかかりますので、ファイルメーカー Pro 6.0を店頭になくとも取り寄せていただき、購入されることをおすすめいたします。 <事務局記>



海外文献から

非外科的歯周治療の 新たなアプローチ

イエテボリ大学 歯周病科 関野 愉

関連文献

Effect of various chlorhexidine regimens on salivary bacteria and de novo Plaque formation. Sekino et al.
Bacterial colonization during de novo plaque formation. Ramberg et al.

J Clin Periodontol 2003; 30: 919-925, 990-995.

歯周治療を遂行する上で最も重要なのは患者自身による歯肉縁上のプラークコントロールである。スケーリングや歯周外科の予後もプラークコントロールの状態に大きく左右される。そして次に重要なのは、術者による歯肉縁下のスケーリング、ルートプレーニングである。この非外科的歯周治療により大部分の歯周炎は治癒するが、術者の技術に依存するところが大きく、実際に非外科的治療の文献においてデータを出しているのは熟練した術者である。そして、従来の非外科的治療で最良の結果を得るには、治療にかなりの時間を要する。さらに術後の知覚過敏や不快症状を伴う場合もある。これらの問題点を克服するために、近年、新たなアプローチがなされているので紹介したい。

フルマウス・ディスインフェクション

口腔内における細菌の感染

歯周病原菌といわれている細菌は、歯周ポケット内のみならず、舌、歯肉、頬粘膜などの口腔粘膜や唾液からも検出される。これは、口腔内のある部位から口腔内の他の部位へ、例えば、口腔粘膜から歯面へ、細菌が感染する可能性があるということである。

この口腔内の細菌の感染の根拠として、インプラントによる研究をあげる。インプラント表面は挿入前は無菌なので、細菌の口腔内での異所への感染を証明するモデルとして、うってつけである。Apseら(1989)および Quirynenら(1990)の断面研究では、部分欠損患者にインプラントが挿入されている場合、縁下の細菌叢が天然歯とインプラントで類似していることが明らかにされた。他方、完全無歯顎患者に埋入されたインプラントからのサンプルでは、部分欠損患者のインプラントのそれと比較し、黒色色素産生 *Bacteroides* および *Campylobacter* あるいは、桿菌、スピロヘータの頻度が低く、球菌が多く検出された。また、Leeら(1999)、および Leonhardtら(2003)の縦断研究でも、同様の結果が得られている。このことは、インプラント表面に天然歯、あるいは他の部位から細菌が転移、集落化したことを意味する。解釈を広げれば、歯周治療が遂行された歯に、

舌などの粘膜から病原菌が再集落化し、歯周病再発の原因になる可能性を示唆している。

ワンステージ・フルマウス・ディスインフェクションおよびフルマウス・ルートプレーニング

Quirynenらレーベン大学のグループは、上述の細菌感染を配慮した、新たな歯周治療法を開発した。それが、「ワンステージ・フルマウス・ディスインフェクション(以下 FM-DIS)」である。この治療法は、以下の組み合わせにより成り立っている。

- ・ 48 時間以内の全顎のスケーリング・ルートプレーニング
- ・ 1% クロロヘキシジン・ジェルによる舌のブラッシング(1日2回)
- ・ 0.2% クロロヘキシジン溶液による洗口、およびうがい(1日2回)
- ・ 1% クロロヘキシジン溶液による歯肉縁下のイリゲーション

まず、短時間で全顎の SRP をすることで、残存ポケット内から治療した部位への感染を防ぐことを目的とした治療である。クロロヘキシジン(以下 CHX)処置は舌、喉頭、他の口腔粘膜の除菌、およびポケット内の除菌を目的とした治療である。この治療により、Quirynenら(1995, 1999)は、従来の4分の1顎ずつ行われるスケーリング、ルートプレー

ニングの効果と比較して、歯周ポケット、歯肉縁下のスピロヘータおよび運動性桿菌がより減少したことを報告した。さらにこの治療法により、歯肉縁下から *Porphyromonas gingivalis* が検出されなかったとした。

同グループは、フルマウス・ディスインフェクションによる治療後、患者が発熱を起こすことから、この効果は、シュワルツマン反応(一種の免疫反応)によるものではないかとの仮説のもとに、クロロヘキシジンによる治療を併用しない、上述の短時間での全顎の SRP 処置のみを行った、ワンステージ・フルマウス・ルートプレーニング(以下 FM-SRP)についても研究を行い、フルマウス・ディスインフェクションと同等の効果が得られた。

レーベン大学の研究に対する批判

しかしながら、この所見は近年 *Journal of Periodontology* 誌上で Greenstein により批判された。その主な内容は、以下のようなものであった。

- ・ レーベンの研究では歯肉縁上の歯石を除去する前にプロービングが行われており、これがデータを狂わせた可能性がある。
- ・ CHX を併用した FM-DIS の研究終了後に、CHX を用いない FM-SRP による治療群を追加して分析がなされていたが、これは二重盲検が行われなかったということであり、診査にバイアス

が入った可能性がある。

・レーベン大学のグループのみが FM-SRP の Q-SRP に対する優位性を主張しているが、他の二つの施設における研究では効果に差異がみられていない (他の二つの施設の研究は、この時点では正式に論文になっておらず、抄録のみ発表されていた)。

・レーベンの論文では、アタッチメント・レベルの改善量が歯周ポケットの減少量よりも大きかった。このようなことは通常起こらない (通常 CAL の改善量は PD の減少量の半分程度) ので、診査にエラーがあった可能性が考えられる。

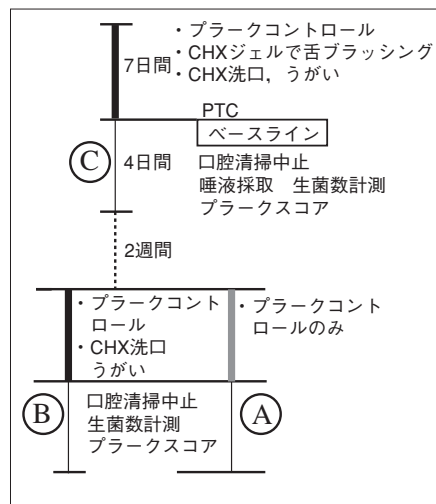
・シュワルツマン反応による効果が主張されているが、グラスゴウのグループの研究の抄録では、FM-SRP 後に抗体価が下がったと報告されており、見解が一致していない。

以上の内容を考えると、残念ながら FM-SRP が従来のクアドラント (4 分の 1 顎) ごとの SRP より効果が高いとする所見は、疑わしいと考えざるを得ない。とくに、シュワルツマン反応については、ほとんど根拠がないといつてよい。

フルマウス・ディスインフェクションのプラーク形成量に及ぼす影響

筆者らは、上述の見解を考慮し研究を行った (Sekino ら, 2003)。10 名の被験者に、プラークコントロール、CHX ジェルを用いた舌のブラッシングおよび CHX による洗口、うがいを 7 日間続けた後プロフェッショナル・トゥースクリーニング (PTC) により歯面からプラークを除去し (この時点をもとにベースラインとする)、その後の 4 日間一切の口腔清掃を中止するように指示した (Period C)。口腔清掃を中止した 4 日間、唾液の採取とプラークスコアの記録を行った。採取した唾液からは生菌数を計測した。2 週間の洗い流し期間の後、プラークコントロールと洗口およびうがい (Period B)、またはプラークコントロールのみ (Period A) により同様の方法を繰り返した。ベースラインにおいて採取された唾液から得られた生菌数は、Period A において Period B、C よりも多かった。その関係は口腔衛生中止 4 日目まで続いた。同様に、Period A における口腔衛生中止 4

日目のプラークスコアも、Period B、C よりも高く、その差は統計学的に有意であった。以上のことから、プラークコントロールと CHX による洗口あるいは舌のブラッシングにより、プラークコントロールのみの場合に比較して、唾液中の生菌数が減少し、それに伴いプラークの形成も抑制される可能性が示唆された。すなわち、フルマウス・ディスインフェクションはプラークの形成量に影響を及ぼした。



この所見から、レーベン大学の一連の研究結果の信憑性がやや薄いとはいえ、治療時に全口腔内を消毒し、治療部位への感染を防ぐというコンセプト自体は依然として除外できないものであるといえよう。他にも、Mombelli ら (1997) は、テトラサイクリン・ファイバーを未治療の 4mm 以上のポケット全部に挿入した後、歯肉縁下スケーリングを行った場合、6mm 以上のポケットにのみ局所的に挿入した後に行った場合よりも、歯周ポケットの減少量が多かったと報告しており、未治療部位や口腔粘膜からの再感染防止によって歯周治療効果を向上させる考え方には、検討の余地がある。さらに、再生治療やインプラントなど、感染に対してセンシティブな外科手術を行うときには、前もって FM-DIS を行うのは有効かもしれない。

超音波スケーラーおよび抗生物質を用いたアプローチ

Wennström ら (2001) は、慢性歯周炎に対する、異なる 2 種類の非外科的治療法の効果を比較するため、多施設試験を行

った。歯周ポケット (PPD) が 5mm 以上でブロービング時の出血 (BoP) を伴う部位を最低 8 ヶ所 (そのうち少なくとも 2 部位は 7mm 以上、他の 2 部位が 6mm 以上) 有する 105 人の慢性歯周患者を対象となった。プラーク、PPD、臨床的アタッチメント・レベル (CAL) BoP についての臨床的診査 (ベースライン診査) および口腔清掃指導が行われたのち、患者は二つのグループ (スケーリング、ルートブレイニング群 (SRP 群) とデブライドメント群 (DD 群) に振り分けられ、それぞれに別の治療法が適用された。SRP 群では、局所麻酔下で、全顎の SRP が超音波スケーラーおよびキュレットにより行われ、その 3 ヶ月後に、超音波スケーラーによる全顎のデブライドメントが 45 分以内で行われ、さらに最初の治療後に PPD が 5mm 以上残存した部位には歯肉縁下に抗生物質 (8.5% ドキシサイクリン局所薬剤徐放製剤, Atridox) が 2 クアドラント (実験クアドラント) のみに局所投与された。他の 2 クアドラント (対照クアドラント) には抗生物質は投与されなかった。

DD 群の患者には、45 分以内に全顎のデブライドメントが超音波スケーラーにより無麻酔下にて行われ、さらに 2 クアドラント (実験クアドラント) 内の PPD 5mm 以上の部位のみに抗生物質が局所投与された。その 3 ヶ月後、PPD 5mm 以上残存した部位に SRP が行われた。ベースライン時と同様の診査が、最初の治療の 3 ヶ月後および 6 ヶ月後に行われた。

3 ヶ月後の診査の結果、PPD が 4mm 以下になった部位の頻度は DD 群では 58%、SRP 群で 50% で、その差は統計学的に有意であった。CAL のゲインは DD 群で 0.8mm、SRP 群で 0.5mm、2mm 以上の CAL ゲインが得られた頻度は、DD 群で 38%、SRP 群で 30% であった。6 ヶ月後の診査時には、PPD、CAL について、両群間に差異はみられなくなったが、BoP の頻度が DD 群で SRP 群よりも有意に低かった。治療に要した時間は、SRP 群で平均 3 時間 11 分、DD 群では 2 時間で、その差は統計学的に有意であった。

一見、上述の FM-DIS と似たアプローチではあるが、そのコンセプトは異なる。こちらは、無麻酔下で超音波スケ

ラーと抗生物質による治療を試みることで、通常のSRP治療により生ずる不快症状の軽減や治療時間の短縮を狙ったものと思われる。その狙いどおり、治療時間は大幅に短縮されたわけであるが、この方法が従来のSRPに取って替わる方法になるのかという点、現時点ではまだ結論は出せない。なぜなら、一つは、抗生物質の日常的な使用に関しては、やはり一考の余地があるからである。そして抗生物質そのものの効果という点も、まだまだその臨床的意義がはっきりしていない。

例えば、この論文では、各治療群において、サブグループとして抗生物質を用いない対照クアドラントを設けているが、SRP群では、対照クアドラントと抗生物質を用いたクアドラントで、PPDの減少に関して、治療結果にほとんど差がない。対して、DD群では、抗生物質を用いたクアドラントの方が、3ヵ月後では、約0.6mmほど、PPDが大きく改善している。PPDが2mm以上改善した部位の頻度を見ても、DD群における抗生物質の効果の方が、SRP群におけるそれよりも大きいようにも思える。すなわちデブライドメント(軟性沈着物のみの除去)に比較して、SRP(歯石および病的セメント質の除去)を行った方が、根面のプラークの取り残しが少ないので、これが抗生物質による依存度を減少させているとも解釈できるのではないか。最終的には、両群ともに抗生物質を用いたクアドラントの方が良好な治療成績が得られているが、統計学的には有意差が出てい

ても、この差が臨床的に意義があるかどうかは、検討の余地がある。また、抗生物質を用いなかった対照クアドラント同士を比較しても、両群で、差が見られないことから、患者のチェアタイムの短縮等の目的で臨床に応用するならば、まず、抗生物質を用いないで治療を試みるのも良いかもしれない。

前述のFM-DISの研究では、データの信憑性が疑問視されたわけだが、この研究についても、データの信憑性を検討する必要がある。治療成績をみみると、6ヵ月後のBoPが両群で約50%見られ、5mm以上のPPDを示す部位も37%みられている。すなわち、これらの治療法で、約40%の部位は治癒していないのである。例えば、Baderstenら(1981)のデータでは、手用または超音波によるSRPにより、6mmのPPDならば、BoPが約20%程度まで減少している。すなわち、従来のSRPで最良の結果が得られれば、この研究における治療よりも、良好な成績を得ることができるのである(このことはFM-DISの研究データにも当てはまる)。しかしながら、この最良の結果を誰でも得られるのかという疑問であり、筆者自身も正直いってBaderstenらと同じデータが出せる自信はない。Wennströmらのこの研究は、多施設試験であり、すなわち「最良の結果」ではなく、「一般化された」データを得るのが一つの目的である。例えばイェテボリ大学で得られたデータとイーストマンやミズーリで得られたデータでは、

差があるかもしれない。しかしこれらを混合することにより、平均的かつ典型的なデータを出すのが多施設試験である。したがって、この研究におけるデータがBaderstenらのそれより悪いから、データに信憑性がないということにはならないと思われる。また、Van der WeijdenとTimmerman(2002)によるシステムティック・レビューの結果と照らし合わせても、妥当な成績であるといえる。

おわりに

今回とりあげた、FM-DIS、DDによる歯周基本治療のアプローチは、臨床家にとって、大変興味深いコンセプトのもとに成り立っている。とくに、チェアタイムが短縮できる治療法というのは、現実的な問題として日常臨床に取り入れたいものであろう。プラークコントロール同様、歯肉縁下のインスツルメンテーションは、歯周治療の中核をなす重要な位置を占めており、この治療成績を向上させることは臨床的に大変重要なことである。雑誌等を読んでいると、どうしても効果が劇的で派手な外科的手法や補綴が目がいってしまいがちであり、スケーリング等の文献は「今更」のように思われ、ついつい見過ごされてしまうことが多いかもしれないが、自身が行っている基本的な治療をもう一度見つめ直せば、まだまだ盲点があり、治療体制に改善の余地があることに気がつくかもしれない。本文がその一助となれば幸いである。

参考文献

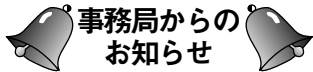
- Apse P, Ellen RP, Overall CM, Zarb GA.: Microbiota and crevicular fluid collagenase activity in the osseointegrated dental implant sulcus: a comparison of sites in edentulous and partially edentulous patients. *J Periodontol Res.* 1989 Mar; 24(2): 96-105.
- Quirynen M, Listgarten MA.: Distribution of bacterial morphotypes around natural teeth and titanium implants ad modum Branemark. *Clin Oral Implants Res.* 1990 Dec; 1(1): 8-12.
- Lee KH, Maiden MF, Tanner AC, Weber HP.: Microbiota of successful osseointegrated dental implants. *J Periodontol.* 1999 Feb; 70(2): 131-8.
- Leonhardt A, Dahlen G, Renvert S.: Five-year clinical, microbiological, and radiological outcome following treatment of peri-implantitis in man. *J Periodontol.* 2003 Oct; 74(10): 1415-22.
- Quirynen M, Bollen CM, Vandekerckhove BN, Dekeyser C, Papaioannou W, Eysen H. Full- vs. partial-mouth disinfection in the treatment of periodontal infections: short-term clinical and microbiological observations. *J Dent Res.* 1995 Aug; 74(8): 1459-67.
- Quirynen M, Mongardini C, Pauwels M, Bollen CM, Van Eldere J, van Steenberghe D.: One stage full- versus partial-mouth disinfection in the treatment of chronic adult or generalized early-onset periodontitis. II. Long-term impact on microbial load. *J Periodontol.* 1999 Jun; 70(6): 646-56.
- Greenstein G.: Full-mouth therapy versus individual quadrant root planning: a critical commentary. *J Periodontol.* 2002 Jul; 73(7): 797-812.
- Sekino S, Ramberg P, Uzel NG, Socransky S, Lindhe J. Effect of various chlorhexidine regimens on salivary bacteria and de novo plaque formation. *J Clin Periodontol.* 2003 Oct; 30(10): 919-25.
- Mombelli A, Lehmann B, Tonetti M, Lang NP. Clinical response to local delivery of tetracycline in relation to overall and local periodontal conditions. *J Clin Periodontol.* 1997 Jul; 24(7): 470-7.
- Wennstrom JL, Newman HN, MacNeill SR, Killoy WJ, Griffiths GS, Gillam DG, Krok L, Needleman IG, Weiss G, Garrett S.
- Utilisation of locally delivered doxycycline in non-surgical treatment of chronic periodontitis. A comparative multi-centre trial of 2 treatment approaches. *J Clin Periodontol.* 2001 Aug; 28(8): 753-61.
- Badersten A, Nilveus R, Egelberg J. Effect of nonsurgical periodontal therapy. I. Moderately advanced periodontitis. *J Clin Periodontol.* 1981 Feb; 8(1): 57-72.

13. Van der Weijden GA, Timmerman MF. A systematic review on the clinical efficacy of subgingival debridement in the treatment of chronic periodontitis. J Clin Periodontol. 2002; 29 Suppl 3: 55-71; discussion 90-1.

歯周治療を行う上での脱感染療法を理解するという意味で、プラーク形成時における細菌の集落化とそれに影響を及ぼす薬剤の効果について、Rambergら(2003), Sekinoら(2003)の論文のコンセプトを中心に非外科的歯周治療に関する最近のトピックであるフルマウス・デス

インフェクションセラピーの臨床評価についてまとめていただいた。唾液中の細菌量をコントロールすることによって、初期プラーク形成が遅延することが明らかにされた。また、治療効率の改善という、ついつい、術者にとって便利で都合の良い新しい治療法を方法論のみ理解して臨床導入しがちである。治療効率は、臨床的有用性の点から、十分に評価されることと、術者自身が、方法論だけではなく、その考え方やバックグラウンドを十分理解する必要があるということである。このショートレビューを理解す

る上で、下記の文献も参照してほしい。(文献レビュー部会 三辺正人) 関野 諭ら：フルマウスルートプレイングの効果は従来の方法と変わらない？ (Apatzidou et al. Quadrant root planing versus same-day full mouth root planing. J Clin Periodontol 2004, 31, 132-140.の解説文)クインテッセンス 2004年6月号, 168-169. 三辺 正人：歯肉縁下バイオフィームコントロールの効果に関する臨床的根拠 日本ヘルスケア歯科研究会誌 2003, 5, 42-61(補遺 10-12).



関心高い"3DS" 新聞記事の波紋

さる6月5日の朝日新聞に 歯の除菌法「3DS」虫歯菌だけ狙い撃ち

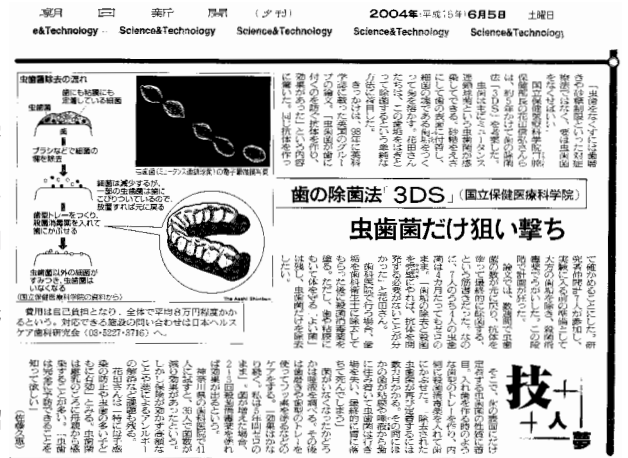
という見出しの記事が掲載されました。当会科学顧問の花田信弘さん(国立保健医療科学院口腔保健部長)が取材を受けての記事ですが、対応できる施設の問い合わせ先として当研究会事務局の電話番号が掲載されたため、掲載当日から3週間を経過した現在も問い合わせが続いています。

一般市民からの会員歯科医院の紹介依頼に関しては、以前から、氏名の外部公表に同意し、倫理声明に署名している会員の医院の中から通院可能地域の複数の医院を紹介していますが、今回は"3DS"というあまりポピュラーでない治療法のため下記のような書式を作って、紹介を行いました。

これまで歯の悩みを抱えていた人々たちにとって虫歯菌だけをやっつけてくれる3DS(Dental Drug Delivery System)は朗報だったに違いありません。現在85歳、3DSを行えば5年間は歯磨きから解放されるのであれば是非受けてみたいという税理士さん。自分の歯はもう2本しか残っていないけど失いたくないので、2本だけでも3DSはできるのかと、切実に2度も電話をかけてこられたお年寄り。逆に美容院でカットでもするように、歯医者さんにいけば簡単に3DSをしてもらえると思った人など、さまざまです。また、きちんと定期管理を受けているため歯のトラブルもなく15年間1本も歯を失っていないので、娘や孫にいい歯医者さんを紹介して欲しいという嬉しい依頼もありました。

今回は、業者の方や歯科医師の方から資料が欲しいという問い合わせも多くありました。3DSは研究会誌で2度ほど取り上げていますが、予防プログラムを行わないで3DSのみを実施する怖さを感じるので、会員以外には資料提供は行っていません。

これまで問い合わせは約100件、うち70人以上の市民の方に会員歯科医院の紹介を行ったので、問い合わせがあるかもしれませんが、以上の経緯ですので、よろしく願いいたします。(事務局)



紹介リストに付した説明文

本研究会、会員診療所紹介に関しては

会員診療所は、歯を削って詰める従来の診療ではなく「健康を守り育てる」趣旨に同意していますが、実際にそのような診療がしっかりとなされていることを保証するものではありません。また「3DS」と俗称される口腔内う蝕原性細菌の除菌法は、必ずしもポピュラーな療法ではなく、また以下のような実施上の障害もありますので会員診療所でも一部の診療所しか実施していないものと思われます。事前にお電話でご確認ください。

3DS(スリーディーエス)について

3DSと称される口腔内う蝕原性細菌の除菌法は、う蝕(むし歯)の細菌が多くむし歯予防の困難な患者さんに適応となる方法で、必ずしも健康な方にお奨めする予防法ではありません。たとえば通常のプラークコントロールで管理が困難な方、心身に障害があってプラークコントロールが困難な方、あるいは唾液分泌障害のある方など、むし歯になりやすい方に有用な方法です。また、小さなお子さん、クロルヘキシジン(オロナイン軟膏など)にアレルギーのある方など適応とならないこともあります。

またこの方法は、PMTC(専門的な機械的清掃)と併用しなければ効果がありませんので、かかりつけの歯科医院を決め、そこで日常的なケアを受けるなかで必要に応じてお受けになるべきです。

この方法に必要なグルコン酸クロルヘキシジンは、一般的な抗菌薬剤ですが、粘膜に対する使用についてわが国では許可されていません。このため適当な濃度の薬剤の入手が困難です。そこで代わりにフッ素製剤を用います。

以上、ご理解の上、必要な場合に以下のリストを参考にしてください。——<以下に近くの診療所連絡先一覧>——

「巷で見つけたちょっとしたヘルスケア」は、紙面の都合で今号はお休みです。



第8回ヘルスケアシンポジウム シンポジウムの内容は16ページを参照

前夜祭

2004年10月16日(土) 1:30 p.m.~7:00 p.m. (予定・プログラム選択自由)
東京国際フォーラムホール B5 (旧レセプションホール)およびG棟会議室

今秋のヘルスケアシンポジウムでは海外からスピーカーを呼んで長時間の講演を聴くというスタイルをやめ、参加者の発言時間を大幅につくるなどシンポジウム形式本来の運営をこころがける予定です。また前夜祭においては、問題解決型のグループワークに力を入れてきましたが、今回から翌日のシンポジウムのディスカッションにその成果をフィードバックする(*印プログラム)ことを試みます。

1. スタッフミーティング*
2. 歯科衛生士ミーティング*
3. よその診療所に学ぶ*
4. 診療所づくり報告
5. ウィステリア<院内LAN>シンポジウム
6. 服薬と唾液シンポジウム—調査結果を踏まえて

●服薬と唾液シンポジウム <予約不要>

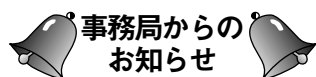
ホール B5-2 (Bブロック5階) 4:30~7:00 pm
プログラム責任者: 太田貴志

昨春の服薬調査の報告とともに口渇にスポットを当てた専門家によるシンポジウム。

- ① 歯科診療所受診患者の服薬実態と唾液分泌への影響に関する報告 北里大学薬学部・望月真弓教授
調査報告とともに高齢者の多剤服薬実態と薬物における口渇副作用評価について
- ② 刺激唾液中の微量たんぱくから分かること 鶴見大学歯学部口腔病理学・斎藤一郎教授
調査結果とともにドライマウスの実態とその影響について
- ③ 口腔内の状況と唾液のかかわり—服薬・唾液調査報告 鶴見大学歯学部予防歯科・野村義明先生

●歯科衛生士ミーティング <事前予約必要>フルタイム参加

ガラス棟6階
ベーシック1: 1:30~3:30 pm
ベーシック2: 4:30~6:30 pm
アドバンス: 3:30~6:30 pm
プログラム責任者: 伊藤智恵 サブ責任者: 村松いづみ
ファシリテータ: 責任者, 井上裕子, 阿部恵ほか歯科衛生士(交渉中)
ファシリテータのトレーニング・グループワークを行い、歯科衛生士による歯科衛生士のための歯科衛生士ミーティングに一步近づけます。
主に初めての参加者を対象にした、「ベーシック1」とスタッフミーティングとの重複に配慮して「ベーシック2」(4:30~6:30pm)も開催します。
アドバンスは、過去に出席経験のある方が対象で、やや時間が長くなります(3時間)。



第3回認証ミーティング

当日参加も受け付けます

第3回認証ミーティングは7月18日~19日の2日間開催と広報しましたが、下記のとおり変更しました。これに伴い、参加費も見直しました。当日参加も受け付けますのでご参加ください。

日時: 7月19日のみ(月・海の日)午後1時~

*7月18日は中止

会場: 電通共済生協会館(東京都豊島区駒込1-10-4)

*JR山手線駒込駅南口徒歩5分

参加費: 歯科医師 2,000円 スタッフ 1,000円

●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

事務局は月曜日から金曜日までの午前9時30分から午後5時30分までスタッフが常駐しています。お電話は時間内をお願いします。

□ヘルスケア歯科コース

基礎コース(東京)

第10回東京基礎コース

2004年11月13日(土)~14日(日) 満席

- *基礎コースは、お申し込み時点で満席の場合はキャンセル待ちに登録いたします。キャンセル待ちのまま受講できなかった場合は、次回の日程が決まり次第、優先的にご案内を差し上げております。順番待ちとなりますが必ず受講できますので、お申し込みください。

今回の募集はありません

現在の会員の構成(6月11日現在) 会員合計 5,427名

正会員		準会員	
歯科医師	1,901名	歯科衛生士	2,760名
歯科衛生士	211名	歯科技工士	105名
歯科技工士	4名	その他	386名
その他	15名	準会員計	3,251名
学生	3名		
法人会員	42社		
正会員計	2,176名		

*前号より会員数が減っていますが、2004年度未入金者は除外しています。

●ウイステリア<院内LAN>シンポジウム<予約不要>

ガラス棟 402 (4階) 2:00 ~ 5:00 pm
 プログラム責任者：菅野宏 サブ責任者・会場係：小口道生
 司会進行：上田芳男
 講師：藤木省三、杉山精一、菅野宏、岡田里美ほか
 対象：今後院内LAN導入を検討している診療所など

- ・ウイステリアの活用と院内LANの構築について 藤木省三
- ・ファイルメーカー画像データベースのLANについて 講師交集中
- ・Mac LAN 運用例 : 杉山精一
- ・Windows LAN 運用例 : 菅野宏

ほかLAN構築の具体例、質疑応答など

●よその診療所に学ぶ <事前予約必要>フルタイム参加

ガラス棟 4階 2:00 ~ 5:00 pm
 プログラム責任者：佐々木英夫
 ファシリテーター：森谷 良行、山口将日、秋元秀俊など

ファシリテーターのトレーニング・グループワークを行い、そのファシリテーターが各小グループの作業を助けます。

この診療所単位ミーティングは、健康管理を診療所運営のベースにしている診療所のためのスタッフぐるみのミーティングです。

3~4診療所でひとつのユニットをつくって作業を進めます。小さな世界でまとまりがちな歯科医院の枠から一歩出て、共通の目標をもつ診療所からスタッフがお互いに学び合うのがこのミーティングの目的です。

●スタッフミーティング「歯周病の診査と臨床—初期・中等度の歯周炎、歯肉炎をメインに」

<事前予約必要>フルタイム参加

ホール B5-2(Bブロック5階) 1:30 ~ 4:00 pm
 プログラム責任者：渡辺勝 サブ責任者：河野正清

以下のプレゼンテーション(予定)とグループディスカッション

- ・口腔内写真を撮影するようになって：まさき歯科医院
- ・歯肉の診査：笠島歯科室
- ・ペリオの診査、診断：文教通り歯科クリニック
- ・治すだけでなく、継続して付き合う：鈴木歯科医院

●診療所づくり報告 <予約不要>

プログラム責任者 斎藤直之
 ホール B5-1(Bブロック5階) 1:30 ~ 7:00 pm

若い診療所から経験豊富な大規模診療所まで、「健康を守り育てる診療所づくり」の実例を、入れ替わり立ち替わり5軒の診療所が報告します。身近な疑問の質疑応答も歓迎です。

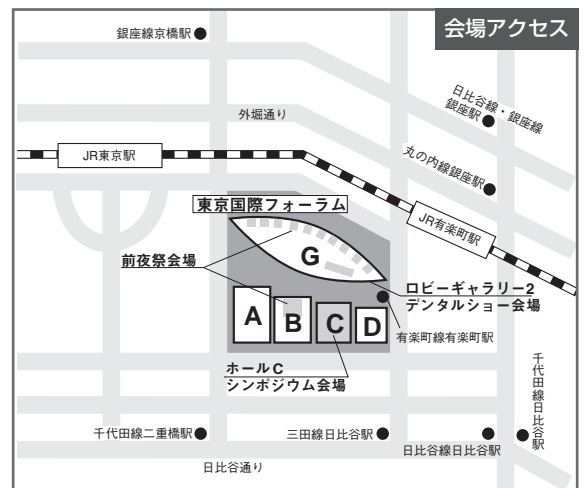
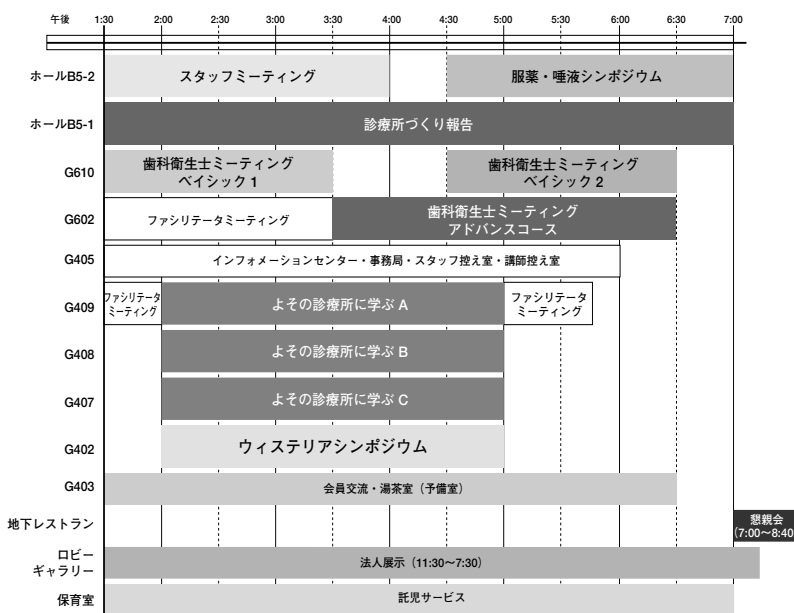
第8回ヘルスケアシンポジウム併催
 デンタルショー

会場：東京国際フォーラムガラス棟地下1階 ロビーギャラリー
 日時：10月16日(土) 11:30 am ~ 19:30 pm
 17日(日) 11:30 am ~ 16:00 pm
 出展法人：19社

- | | |
|-------------------|------------------|
| 1. ティーアンドケー株式会社 | 11. 大正製薬株式会社 |
| 2. 白水貿易株式会社 | 12. 株式会社モリタ |
| 3. ウエルテック株式会社 | 13. タカラベルモント株式会社 |
| 4. 株式会社ジェニシス | 14. 医歯薬出版株式会社 |
| 5. 株式会社ジーシー | 15. 株式会社オーラルケア |
| 6. クインテッセンス出版株式会社 | 16. 株式会社松風 |
| 7. 株式会社ニッシン | 17. 有限会社サンフォート |
| 8. 株式会社岩瀬歯科商会 | 18. 株式会社コムネット |
| 9. 株式会社 ライブドア | 19. 株式会社ヨシダ |
| 10. 株式会社ブラネット | |

多数、ご来場くださいますようお願いいたします。

前夜祭タイムスケジュール



東京国際フォーラム 東京都千代田区丸の内 3-5-1

JR 東京駅より徒歩 5 分 (地下 1 階コンコースにて連絡)
 JR 有楽町駅より徒歩 1 分
 地下鉄有楽町駅地下 1 階コンコースにて連絡
 羽田空港~浜松町駅~有楽町駅 27 分 (乗換時間含まず)

★お申込みは 16 ページ下欄のお申込み欄にご記入いただき、事務局まで Fax または郵送にてお申込みください。

基本的な歯周治療の実践

——リスク評価に焦点を当てて

2004年 **10月17日** (日) 前夜祭 **10月16日** (土)

東京国際フォーラム ホール C (東京・有楽町)

東京都千代田区丸の内 3-5-1 (JR 東京駅より徒歩 5分 JR 有楽町駅より徒歩 1分)

あなたの提供している **定期管理**は、目の前の患者さんに **最適**のものですか？

ヘルスケアシンポジウムは「知識を学ぶ集い」から、「考え、行動する集い」へ転換します。

あなたの診査は適切なものですか？ あなたの診査資料は診断に耐えるものですか？

あなたの提供している定期管理は…… コストに見合った効果が保証できますか？

明らかに快適になったと患者は実感していますか？ その患者にとって必要などころに焦点をあてていますか？

必要最小限の介入ですか？ それを説明する資料がありますか？

あなたのアドバイスは…… 根拠をもってしていますか？ 目の前のその患者さんに最適のものですか？

シンポジウムプログラム(予定)

10月17日(日) 10:00 a.m. ~ 4:30 p.m.

午前

10:00 ~ 10:10 オリエンテーション

10:10 ~ 11:30 基調講演 横田 誠(九州歯科大学教授)
「歯周疾患の診査・診断——過去、現在、未来——(仮題)」

11:30 ~ 12:00 日常的に用いられている診断パラメーターについて

午後

1:00 ~ 1:20 前夜祭報告
「スタッフミーティング」「歯科衛生士ミーティング」
「よその診療所に学ぶ」で作業した成果報告。

1:20 ~ 3:00 パネルディスカッション (I)

3:15 ~ 4:15 パネルディスカッション (II)

4:15 ~ 4:30 アクションプラン

パネラー：横田 誠, 内藤 徹, 熊谷 崇, 三辺 正人, 足本 敦
ほか前夜祭報告者など

コーディネーター：伊藤 中, 秋元 秀俊

お知らせ・ご注意

- ・昼食は用意しません。
- ・シンポジウムの定員は1,200名です。
- ・託児室を準備します(無料)。1歳6ヵ月以上小学校2年生まで、お問い合わせ下さい。
- ・申込書を送信後1週間を過ぎても計算書と払込用紙が届かない場合は、ご連絡下さい。
- *「スタッフミーティング」、「歯科衛生士ミーティング」、「よその診療所に学ぶ」は会員のみの事前予約が必要です。
- *「よその診療所に学ぶ」は院長とスタッフあわせて3名以上でお申込み下さい。
- *前夜祭とシンポジウムは一貫した企画なので、前夜祭のみの参加は原則として不可です。

参加費

	会 員	非会員
シンポジウム		
歯科医師	10,000 円	16,000 円
その他	4,000 円	6,000 円
前夜祭参加(資格を問わず)	4,000 円	8,000 円
懇親会(立食形式)	4,000 円	

診療所単位で4人以上のお申込みは2割引き!!

(2004年9月16日まで割引受付) (例：会員歯科医師1名、スタッフ3名で前夜祭とシンポジウム参加費は30,400円です)

お申し込み・お問い合わせ

下記申込み欄にご記入後、事務局まで FAX または郵便にてお送り下さい。

〒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事務局

FAX : 03-3260-4906 TEL : 03-5227-3716

参加申し込み Fax. 03-3260-4906

参加を申し込みます (news7-3)

第8回ヘルスケアシンポジウム 参加申込み (会員専用)

(必要項目ご記入、該当欄に✓印を記入ください)

フリガナ	会員番号:	<input type="checkbox"/> シンポジウム参加歯科医師: 10,000 円	<input type="checkbox"/> スタッフミーティング
ご氏名	<input type="checkbox"/> 託児室希望	<input type="checkbox"/> シンポジウム参加その他: 4,000 円	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士ミーティング
フリガナ	会員番号:	<input type="checkbox"/> 前夜祭参加: 4,000 円	<input type="checkbox"/> ベーシック1 <input type="checkbox"/> ベーシック2 <input type="checkbox"/> アドバンス
ご氏名	<input type="checkbox"/> 託児室希望	<input type="checkbox"/> 懇親会: 4,000 円	<input type="checkbox"/> よその診療所に学ぶ
フリガナ	会員番号:	<input type="checkbox"/> シンポジウム参加歯科医師: 10,000 円	<input type="checkbox"/> スタッフミーティング
ご氏名	<input type="checkbox"/> 託児室希望	<input type="checkbox"/> シンポジウム参加その他: 4,000 円	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士ミーティング
フリガナ	会員番号:	<input type="checkbox"/> 前夜祭参加: 4,000 円	<input type="checkbox"/> ベーシック1 <input type="checkbox"/> ベーシック2 <input type="checkbox"/> アドバンス
ご氏名	<input type="checkbox"/> 託児室希望	<input type="checkbox"/> 懇親会: 4,000 円	<input type="checkbox"/> よその診療所に学ぶ

勤務先・診療所名

参加申し込み人数

合計金額

住所 〒	-	電話番号	-	-
		FAX 番号	-	-