



学びました。

これらのことから、カリエスリスク検査は、1回の結果だけでは得られるものが少なく、時間軸で経過を追わないと意味がないと思えました。

ただし、SM=3の患者の経過を追うと、定期健診を中断したグループでは、よりう蝕の発症が多かった結果にもなりました。図7が当院の記録から当時考えていた結論です。

その後、変化するリスクの経過を定期的に追うために、図8,9,10のように2009年頃には細菌検査をCAT21に変更し

たり、コンピュータの記録方式をわかりやすく改善したり工夫しました。

このように、自院のデータを記録するだけで満足せず定期的に振り返って検証すれば、それまで漫然と行っていたことが、うまくいっているのかいかないのかが、わかってきます。問題点を見つけて常に更新する努力こそがヘルスケア歯科診療です。

今回は、“カリエスリスクアセスメントだけではう蝕を防ぐことができない” ことについて書く予定です。

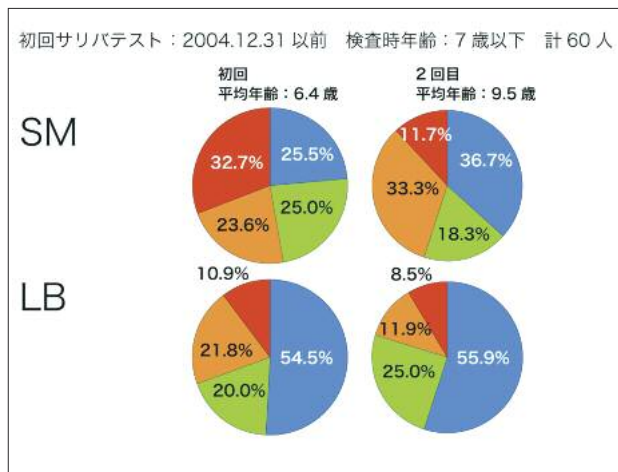


図6 リスクは介入によって変化する

1980      1990      2000      2010      2020

**当時わかったこと**

- ・SM=3でも（12歳までだった）カリエスフリーは可能だし、SM=0でもう蝕ができるケースもある  
→診療室では、リスクを抑え込もうとするので、**サリバテストではう蝕発症の予測はできない**
- ・SMは環境を整えてやれば、永久歯への交換期に減少させることができそうだ
- ・SMハイリスクの場合は、健診が中断するとう蝕になりやすい
- ・LBは口腔内全体のリスクのモニタリングに使える

図7 わかったこと

第3回 ハーフ&ハーフセミナー

**カリオロジーの基礎と  
その応用について**

神戸市開業  
大西歯科 藤木 省三

2009.12.20

図8



図9

		リスク評価										フッ素	
		良好	ほぼ良好	やや危険	非常に危険							虫歯の経験	残存歯
初回	検査時年齢	むし歯菌	唾液量	緩衝能	飲食回数	生活背景	プラーク	歯磨き習慣	家庭	診療所	虫歯の経験	残存歯	
1995.6.14	67歳	2	.3	4.7	4	3	×	×	×	×	28	26	
1996.9.25	68歳	2	.8	5.2	4	1	○	○	○	○	28	26	
2003.6.13	75歳	3	.7	6	4	1	○	○	○	○	28	26	
2006.10.24	78歳	.6	.4	0	1	0	○	○	○	○	28	25	
2009.3.10	81歳	.5	.4	0	1	0	○	○	○	○	28	24	

図10



# 記録と診療 (その2)



藤木省三 (神戸市開業)

## う蝕予防のもう一つの注意点

今回はカリエスリスクは時間の経過とともに変化するものであり、それを時間軸で経過を追いながらその都度指導なり改善を試みる必要があることを自院の記録から学び、医院のシステムを変えていったことを書きました。

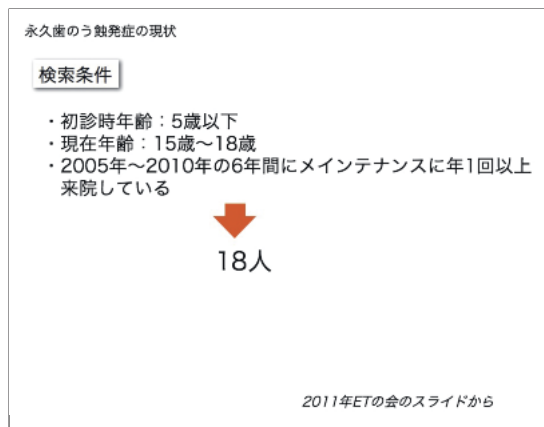
時期は少し戻りますが、開業して約20年が経過した2004年に、カリエスリスクのチェックだけでは防ぐことができない蝕があるように感じてきました。そこで、2004年にう蝕がいつどこにできやすいかを初診患者のデータから考えてみることにしました。初診時年齢が5歳から8歳と12歳から

18歳の二つの年齢群で調べたところ、若い年齢では小窩裂溝が8割を占めていることがわかりました。12歳から18歳の群では、小窩裂溝はすでに治療されていたため、隣接面が多くなっています(図1)。

さらに数年後に初診時年齢が5歳以下で定期健診をほぼ毎年受けている15歳から18歳になった子どもたちのデータを調べてみました(図2,3,4)。2/3の子どもたちは最終の時点でカリエスフリーを達成していましたが、3本、5本と多数の充填を行った子どももいることがわかります。



図 1



2011年ETの会のスライドから

図 2

患者ID	年齢	5歳時	6歳時	7歳時	8歳時	9歳時	10歳時	11歳時	12歳時	13歳時	14歳時	15歳時	16歳時	17歳時
899008	15歳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
897073	15歳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
898008	15歳	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
899015	15歳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
899040	15歳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C97049	15歳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
800064	15歳	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1
801036	15歳	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
801042	15歳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
898095	16歳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
898103	16歳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
898077	16歳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C97067	17歳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
896074	17歳	0	0	0	0	1	2	2	2	3	3	3	3	3
895108	17歳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2
899041	17歳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
894161	18歳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
897069	18歳	0	1	1	1	1	1	2	3	3	3	5	5	5

2011年ETの会のスライドから

図 3

- ・初診時DMFT : 0→0 : 12人
- ・初診時DMFT : 0→1 : 3人
- ・初診時DMFT : 0→2 : 1人
- ・初診時DMFT : 0→3 : 1人
- ・初診時DMFT : 0→5 : 1人

### う蝕発症の二つのタイプ

- 1.生活習慣が改善されない→多数歯う蝕の発症
- 2.生活習慣に関係しない歯の局所因子によるう蝕発症 (例: 下顎大白歯頬側面裂溝)

2011年ETの会のスライドから

図 4

それらの子どもたちのカルテを見直してみると、定期健診に来ていてもどうしても生活習慣が改善されない子どもと歯の局所因子（小窩裂溝など）によるものに二分されることがわかりました。

このようなデータから、早期にリスクの高い小窩裂溝などを最小限に封鎖しておくことにシステムを変更することにしました。

開業以来「生えたままの歯をそのまま（！）一生保存したい！」という気持ちがあったので、多少深い小窩があっても歯磨きをがんばってもらい、フッ化物を応用して、なんとかそのまま維持できると信じて診療をしていました。

しかし、これらのデータをみて、歯を高齢になるまで維持するためには、小さく充填を行ってもより安全な状況を早め

に確保することが大事だと考え方を改めました。方法は、図5,6のようにして封鎖しています。こうしておけば、たとえ定期健診がなんらかの理由で中断してもリスクは低くなります。

その結果が図7,8,9,10です。ウイステリアの処置入力に20歳以下のシーラント処置（微小充填）とコンポジットレジン充填を歯面ごとに入力した結果を、処置した時期によって集計したものです。

その中から咬合面を抜き出してみると、まだ微小充填を行っていなかった2000-2004年では充填している割合が多くなっていますが（図7）、2010年以降では明らかに充填が少なくなっていることがわかります。ここまで考えつくのに長い時間がかかってしまいましたが、小窩裂溝などは唾液による歯質の成熟や再石灰化が起こりにくいため、いわゆるカリエ

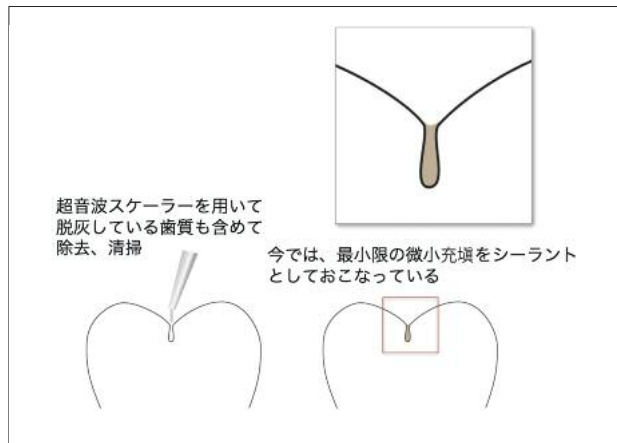


図5 小さく充填を行う



図6

処置年	ID	初診日	性別	初診時年齢	充填修復年月日	充填修復時年齢	歯種	充填修復部位	処置内容
2000-2004	...	1992/5/21	女性	3	2000.5.23	11歳	16	咬合面	充填
2000-2004	...	1992/5/21	女性	3	2000.6.2	11歳	46	咬合面	充填
2000-2004	...	1998/8/25	男性	5	2000.6.6	7歳	36	咬合面	充填
2000-2004	...	1990/6/25	女性	4	2000.12.5	14歳	46	咬合面	充填
2000-2004	...	1998/3/14	男性	6	2001.12.8	10歳	36	咬合面	シーラント
2000-2004	...	1998/3/14	男性	6	2001.12.8	10歳	46	咬合面	シーラント
2000-2004	...	1999/6/12	男性	5	2003.12.20	10歳	36	咬合面	充填

図7 2000-2004年の処置

処置年	ID	初診日	性別	初診時年齢	充填修復年月日	充填修復時年齢	歯種	充填修復部位	処置内容
2005-2009	...	1997/7/19	男性	4	2005.10.12	13歳	37	咬合面	充填
2005-2009	...	1997/7/19	男性	4	2005.10.12	13歳	27	咬合面	充填
2005-2009	...	1998/3/14	男性	6	2005.10.22	13歳	27	咬合面	シーラント
2005-2009	...	1998/3/14	男性	6	2005.10.22	13歳	37	咬合面	シーラント
2005-2009	...	1998/4/25	女性	5	2006.10.30	14歳	44	咬合面	充填
2005-2009	...	2000/3/11	女性	2	2007.1.24	9歳	16	咬合面	シーラント
2005-2009	...	2000/3/11	女性	2	2007.1.24	9歳	26	咬合面	シーラント
2005-2009	...	2000/3/11	女性	2	2007.2.28	9歳	36	咬合面	シーラント
2005-2009	...	2000/3/11	女性	2	2007.2.28	9歳	46	咬合面	シーラント
2005-2009	...	2000/1/22	女性	1	2007.9.21	9歳	46	咬合面	シーラント
2005-2009	...	1996/7/26	女性	3	2007.10.17	14歳	16	咬合面	充填
2005-2009	...	1995/11/1	女性	2	2008.8.25	15歳	37	咬合面	充填

図8 2005-2009年の処置

スリスクアセスメントでは防ぐことはできません。

このように、明らかな失敗（この場合は充填に至ってしまったこと）があれば、その原因を自院のデータから見直して改善していく重要性がわかると思います。他院のデータでは検討できるはずがありません。

ヘルスケア歯科診療では、会員のそれぞれの医院がこのように改善する努力をおこない、それを情報共有することが今後の課題だと思います。

今回は、歯周治療に関する例を紹介したいと思います。

処置年	ID	初診日	性別	初診時年齢	充填修復年月日	充填修復時年齢	歯種	充填修復部位	処置内容
2010-2014	...	2005/3/29	女性	6	2010.3.31	11歳	36	咬合面	シーラント
2010-2014	...	2000/12/9	男性	1	2010.12.11	11歳	45	咬合面	シーラント
2010-2014	...	2005/3/2	男性	5	2011.1.19	11歳	46	咬合面	シーラント
2010-2014	...	2003/4/2	女性	4	2011.6.22	12歳	27	咬合面	シーラント
2010-2014	...	2006/1/6	女性	1	2011.8.23	7歳	16	咬合面	シーラント
2010-2014	...	2009/6/26	男性	6	2012.1.31	8歳	16	咬合面	シーラント
2010-2014	...	2009/6/26	男性	6	2012.1.31	8歳	46	咬合面	シーラント
2010-2014	...	2005/10/2	男性	5	2013.2.20	12歳	36	咬合面	シーラント
2010-2014	...	2005/10/2	男性	5	2013.2.20	12歳	46	咬合面	シーラント
2010-2014	...	2007/12/1	男性	5	2013.6.1	10歳	35	咬合面	シーラント
2010-2014	...	2003/12/6	女性	3	2013.9.24	13歳	27	咬合面	充填
2010-2014	...	2006/1/6	女性	1	2013.12.21	9歳	26	咬合面	シーラント

図9 2010-2014年

処置年	ID	初診日	性別	初診時年齢	充填修復年月日	充填修復時年齢	歯種	充填修復部位	処置内容
2015-	...	2005/1/14	男性	1	2015.4.25	11歳	16	咬合面	充填
2015-	...	2007/3/16	男性	2	2015.8.31	11歳	37	咬合面	シーラント
2015-	...	2007/3/16	女性	4	2017.8.15	15歳	14	咬合面	シーラント
2015-	...	2007/3/16	女性	4	2017.8.15	15歳	46	咬合面	シーラント
2015-	...	2005/12/2	男性	3	2017.8.18	15歳	47	咬合面	充填
2015-	...	2009/6/26	男性	6	2018.4.10	14歳	47	咬合面	シーラント
2015-	...	2009/6/26	男性	6	2019.3.19	15歳	37	咬合面	シーラント

図10 2015年以降

## 認証ミーティング (第19回)

2022年7月10日(日) 10:00 ~ (予定)

会場：AP 浜松町(東京) & オンライン (Zoom)

会場はAP 浜松町(東京)にて行います。新型コロナウイルス感染症の感染状況によって、一部のプレゼンターはオンラインでの発表、審査員もオンライン参加となる可能性があります。会員は、どなたでも視聴が可能です。視聴ご希望の方は、学会ホームページよりお申込みください。

認証ミーティングは、認証診療所の実態が総括的に理解できるまたとないチャンスです。視聴を申し込まれた方は、後日 YouTube でアーカイブが視聴可能です。



### 認証審査エントリー診療所

- 丸山歯科医院 (埼玉県)
- へいしま歯科ファミリークリニック (徳島県)
- 田中歯科クリニック (兵庫県)
- 島野デンタルオフィス (東京都)
- 医療法人美翔会 ゆいとびあ歯科医院 (岩手県)
- クリスタル歯科 (千葉県)
- 川原けんこう歯科医院 (石川県) (エントリー順)

### 外部審査員 未定

#### 視聴方法

- 会場参加 (東京) 1,000円 (お弁当代)
- オンライン 無料 (Zoom ウェビナー)
- 申し込み：6月17日 受付開始

## 記録と診療 (その3)



藤木省三 (神戸市開業)

### 歯周基本治療について

これまでの2回は数値的な記録について書いてきました。今回は臨床記録から見えてきた例をあげてみます。

臨床記録は研究論文のようにクリアではありません。特に歯周治療では宿主の感受性や(どの程度違うのかはよく知りませんが)病原性の違いなどの“科学的”な差異だけでなく、患者の性格や生活環境、術者の情熱、知識、技術力によって結果が違ってきます。しかし、クリアではないといってもすべての患者の臨床結果を俯瞰的にみれば、そこから見えてくるものがあります。

自院のすべての患者の臨床記録に目を通そうとすればそれに適したソフトウェアが必要です。ウイステリアは、写真や様々な記録をいつでもどこでも時間軸で比較して見ることが

できることができるので、一番適したソフトウェアだと思います。

当院の歯周治療は1991年に先輩歯科医院の歯科衛生士にきてもらって施術していただいたことから始まりました。図1、2がそのケースです。5] 近心に大きな垂直性の歯槽骨の吸収があったため、当時卒後2年目の当院の歯科衛生士では対応できないと判断して助けを求めました。結果は図2のように、SRPだけで素晴らしい結果が得られました。それから、この結果が目標となりました。

その2カ月後に図3、4の患者が来院しました。2カ月前に習ったことを早速実践することになりました。6] 近心は部分的にFOPをしましたが、それ以外のところはすべてSRPで終



図1 1991.7.15 (48歳)



図2



図3 1991.9.19 (41歳)

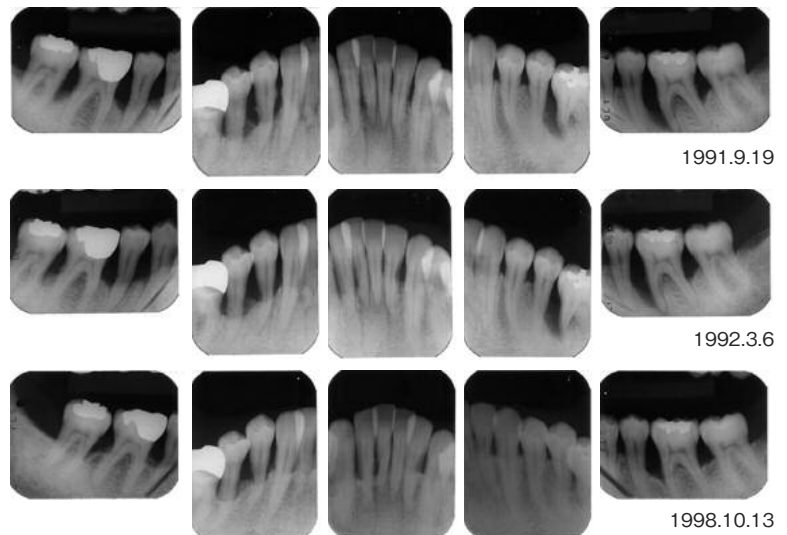


図4

えました。1991年当時は超音波スケーラーのチップが太く、今のように歯肉縁下まで届かなかったこともあり、キュレット操作に力が入りすぎてオーバーインスツルメンテーションがあちこちにできてしまいましたが、根面の感染源が除去できたため綺麗に治ってきています。

翌年来院した同じような患者の治療では、前回のオーバーインスツルメンテーションを繰り返さないように気をつけて処置をしています(図5, 6)。

その後10年ほどは、バイオフィルムと歯根表面の歯石や壊死セメント質を過不足なく除去できれば(手遅れと喫煙者以外は)ほぼ安定した治癒が見込めると感じていました。

しかし、卒後8年目の歯科衛生士が2001年に担当した患者は少し様子が違っていました(図7, 8)。担当した歯科衛

生士の技術力はよくわかっていましたが、通常のSRPをした後も次々と急性発作がおこってきました。そこで、フラップを開けてみると図9のように根面に沈着物の取り残しはほとんどなく、慢性炎症性組織(不良肉芽)を除去することで症状が安定しました。図10は16年後の状態です。

この症例を通して、歯周基本治療では、図11に示されている3つの感染源(①プラーク(バイオフィルム)、②歯石、感染セメント質、壊死セメント質、③慢性炎症性組織)を除去しなければならないことを実感することができました。

その後は、ポケット底付近の慢性炎症性組織にも注意を払ってSRPするように、医院の方向性を修正しました。このように、自院の臨床記録を基にしてよりよい診療システムに改善できるのがヘルスケア歯科診療のいいところです。



図5 1992.3.17 (28歳)

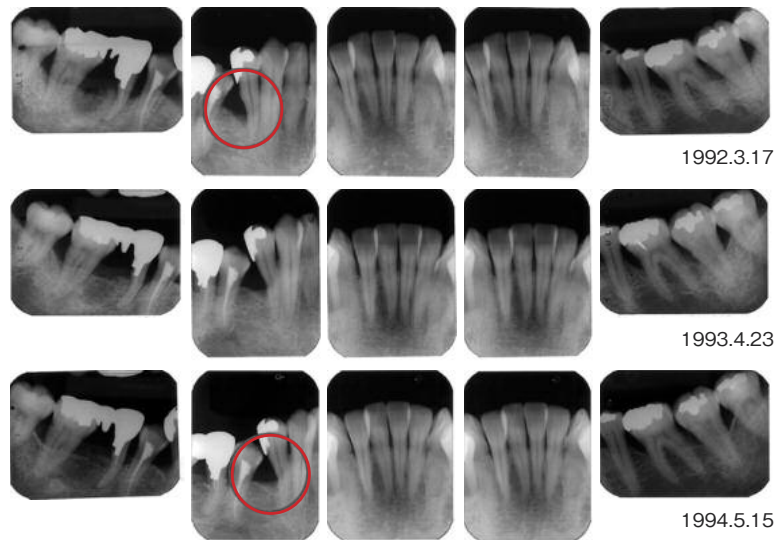


図6



図7 2001.6.11 (35歳)

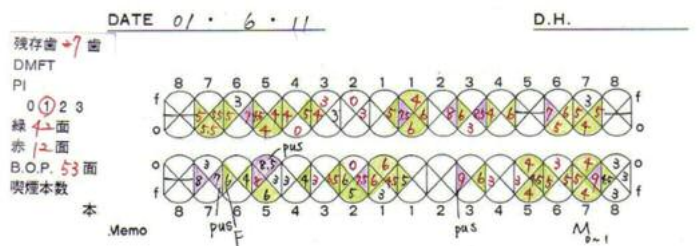
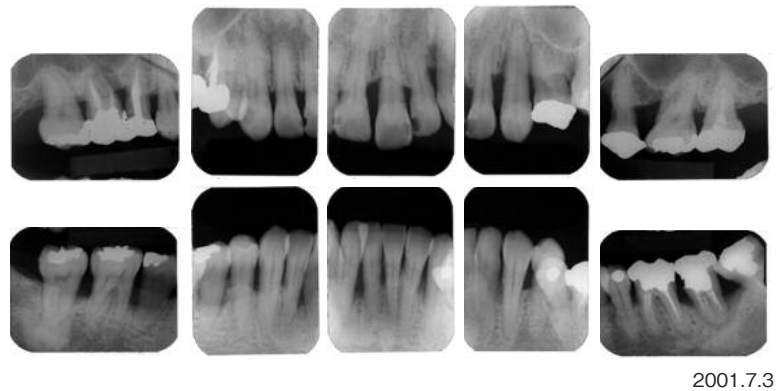


図8

余談ですが、ポケット底付近の感染源を適切に除去しようとすれば麻酔が必要な場合もあります。時々、麻酔をするとオーバーになりやすいとの意味のわからない意見を目にすることがあります。どこまで感染源を除去すればよいのか、そのゴールを会得していれば麻酔をしてもしなくても同じ結果

になります。患者さんに苦痛なく適切に感染源を除去することが重要で、麻酔の有無は問題ではありません。

今回は、診療室側からの患者さんへの働きかけについて書く予定です。

今までとは違って、SRPをおこなった部位に次々とアブセスができてきた

Flapを開けた部位

- ・2001.9.25；左上6：近心に歯石取り残し。ポケット底に不良肉芽
- ・2001.12.7；左下3：根面はきれい。肉芽除去
- ・2002.1.28；左上3：肉芽組織除去
- ・2002.8.20；左上6：歯石なし
- ・2003.4.9；右上7：根尖まで近い。多量の肉芽
- ・2006.7.28；右下7：沈着物あり。肉芽多い
- ・2006.10.20；右上7：歯石なし

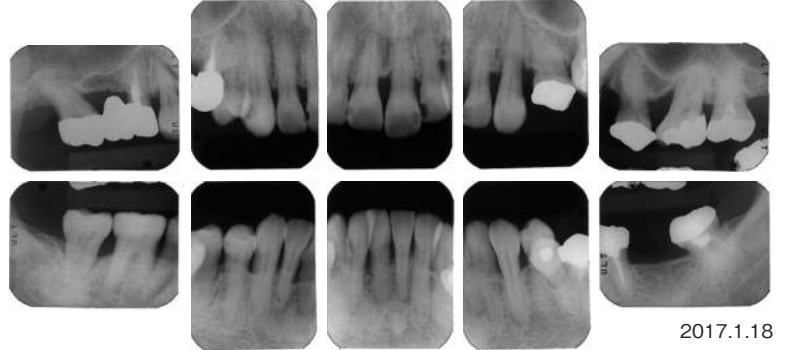


図 10

図 9

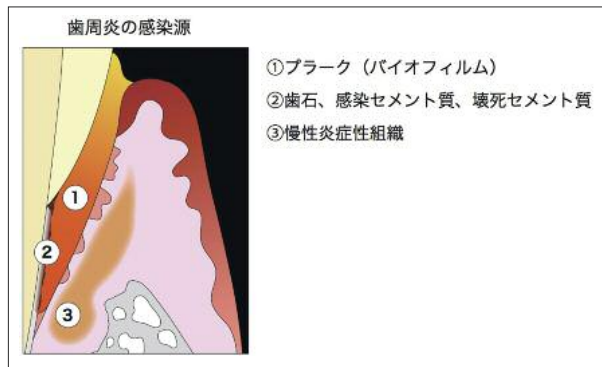


図 11

## Healthcare bibliography

### 雑誌掲載

CRASP を使ったカリエスマネジメント  
—Caries Risk Assessment Share with Patients—  
杉山精一、中本知之、澤幡佳孝、林浩司  
月刊小児歯科臨床 6月号 p.5-68 東京臨床出版

読者が本当に聞きたいこと、全部答えます。  
[2021 年下半期]  
石塚洋一、桃井保子、山田美穂 他  
歯科衛生士 5月号 p.58 -62 クインテッセンス出版

予防の常識・非常識  
藤木省三  
nico 5月号, 6月号 p.60-61 クインテッセンス出版

教えて！歯医者さん Q & A  
初期むし歯ができた！どうしたら…  
田中正大  
nico 6月号 p.50-51 クインテッセンス出版

この道 30 年 専門家が教える誠のスタッフ教育  
「軽い系男性院長」の話  
井上和  
デンタルダイヤモンド 6月号 p.162-163 デンタルダイヤモンド社

報告：大井孝友

ヘルスケア歯科学会会員の  
執筆掲載雑誌・書籍を報告！

Special feature 特集  
長く活躍するためのお悩み解決ヒント集  
年名淳  
DHstyle 5月号 p.73-81 デンタルダイヤモンド社

魂のハイジーンワーク  
歯科衛生士を何歳まで続けたいですか？  
奥山洋実  
DHstyle 5月号 p.90-91 デンタルダイヤモンド社

魂のハイジーンワーク  
患者さんが「ハイハイ」と答えていませんか？  
奥山洋実  
DHstyle 6月号 p.96-98 デンタルダイヤモンド社

### 新刊書籍

歯を守る う蝕治療  
—非切削う蝕治療へのパラダイムシフト—  
杉山精一：著  
クインテッセンス出版

# 記録と診療 (その4)



藤木省三 (神戸市開業)

## 患者への働きかけ

1回目, 2回目でう蝕予防には, 時間軸でカリエスリスクを追いながら常に改善を図りつつ, 小窩裂溝などのリスク部位を早期に対処すると書きました. さらに, それに加えて定期健診時に近い将来に起こりうるリスク (6歳臼歯や第二大臼歯の萌出など) を伝えて予防することが重要です.

そういうことを繰り返してきた結果が, 図1, 2, 3です. 図1は初診日が1990年~1999年, 図2は初診日が2000年~2009年, 図3は初診日が2010年以降です. 12歳時のDMFTは徐々に低くなり, 初診日が2010年以降の患者数は少

なくなりましたが, 12歳時のDMFTが0になりました.

しかし, 12歳は通過点に過ぎず, これで喜んではいられません. 図4, 5は2013年に6歳から15歳まで継続して定期健診に来院した子どもたちの結果です. これを見ると, この当時定期健診に来ていても12歳を過ぎたころからう蝕が増えていることがわかります. 自院のデータをしっかりと見れば, 12歳DMFTが低くなったからといって素直に喜べない事実が見えてきます.

不定期来院:6歳から12歳までDMFTの増加						
6歳時平均DMFT	0.05			12歳時平均DMFT	0.50	
0	1	2	3	4	5以上	合計
82	11	6	1	4	1	105 人
78.1	10.5	5.7	1	3.8	1	%

定期的来院:6歳から12歳までDMFTの増加						
6歳時平均DMFT	0.04			12歳時平均DMFT	0.26	
0	1	2	3	4	5以上	合計
69	7	4	1	0	0	81 人
85.2	8.6	4.9	1.2	0	0	%

定期的来院:6歳から12歳までDMFTの増加(初診時DMFT=0)						
6歳時平均DMFT	0.00			12歳時平均DMFT	0.22	
0	1	2	3	4	5以上	合計
68	6	4	1	0	0	79 人
86.1	7.6	5.1	1.3	0	0	%

図1 初診日 1990~1999年

不定期来院:6歳から12歳までDMFTの増加						
6歳時平均DMFT	0.01			12歳時平均DMFT	0.14	
0	1	2	3	4	5以上	合計
77	9	1	0	0	0	87 人
88.5	10.3	1.1	0	0	0	%

定期的来院:6歳から12歳までDMFTの増加						
6歳時平均DMFT	0.02			12歳時平均DMFT	0.16	
0	1	2	3	4	5以上	合計
55	7	1	0	0	0	63 人
87.3	11.1	1.6	0	0	0	%

定期的来院:6歳から12歳までDMFTの増加(初診時DMFT=0)						
6歳時平均DMFT	0.00			12歳時平均DMFT	0.13	
0	1	2	3	4	5以上	合計
55	6	1	0	0	0	62 人
88.7	9.7	1.6	0	0	0	%

図2 初診日 2000~2009年

不定期来院:6歳から12歳までDMFTの増加						
6歳時平均DMFT	0.00			12歳時平均DMFT	0.00	
0	1	2	3	4	5以上	合計
22	0	0	0	0	0	22 人
100	0	0	0	0	0	%

定期的来院:6歳から12歳までDMFTの増加						
6歳時平均DMFT	0.00			12歳時平均DMFT	0.00	
0	1	2	3	4	5以上	合計
18	0	0	0	0	0	18 人
100	0	0	0	0	0	%

定期的来院:6歳から12歳までDMFTの増加(初診時DMFT=0)						
6歳時平均DMFT	0.00			12歳時平均DMFT	0.00	
0	1	2	3	4	5以上	合計
18	0	0	0	0	0	18 人
100	0	0	0	0	0	%

図3 初診日 2010年以降

初診日: 1985.6.1 以降 初診時年齢: 6歳未満  
6~15歳まで継続してメンテナンスに来院 (未来院期間 1年以下)  
対象者: 57人 (男性: 23人 女性: 34人)

●dft・DMFT・シーラント・残存歯の記録●																	
来院日	1歳時	2歳時	3歳時	4歳時	5歳時	6歳時	7歳時	8歳時	9歳時	10歳時	11歳時	12歳時	13歳時	14歳時	15歳時	16歳時	17歳時
1985.6.10	95.8.10	97.8.10	98.8.10	99.8.10	2000.8.1	2001.8.1	2002.8.1	2003.8.1	2004.8.1	2005.8.1	2006.8.1	2007.8.1	2008.8.1	2009.8.1	2010.8.1	2011.8.1	
dft				2	2	2											
DMFT				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
来院日	18歳時	19歳時	20歳時	25歳時	30歳時	35歳時	40歳時	45歳時	50歳時	55歳時	60歳時	65歳時	70歳時	75歳時	80歳時	85歳時	90歳時
2012.8.1	2013.8.1	2014.8.1															
DMFT	0																
残存歯																	

●dft・DMFT・シーラント・残存歯の記録●																	
来院日	1歳時	2歳時	3歳時	4歳時	5歳時	6歳時	7歳時	8歳時	9歳時	10歳時	11歳時	12歳時	13歳時	14歳時	15歳時	16歳時	17歳時
93.8.27	94.8.27	95.8.27	96.8.27	97.8.27	98.8.27	99.8.27	2000.8.2	2001.8.2	2002.8.2	2003.8.2	2004.8.2	2005.8.2	2006.8.2	2007.8.2	2008.8.2	2009.8.2	
dft						7											
DMFT						0	1	1	1	1	1	2	3	3	3	5	5
来院日	18歳時	19歳時	20歳時	25歳時	30歳時	35歳時	40歳時	45歳時	50歳時	55歳時	60歳時	65歳時	70歳時	75歳時	80歳時	85歳時	90歳時
2010.8.2	2011.8.2	2012.8.2															
DMFT	7	7															
残存歯																26	

図4 dft・DMFT・シーラント・残存歯の記録 2013年6月現在

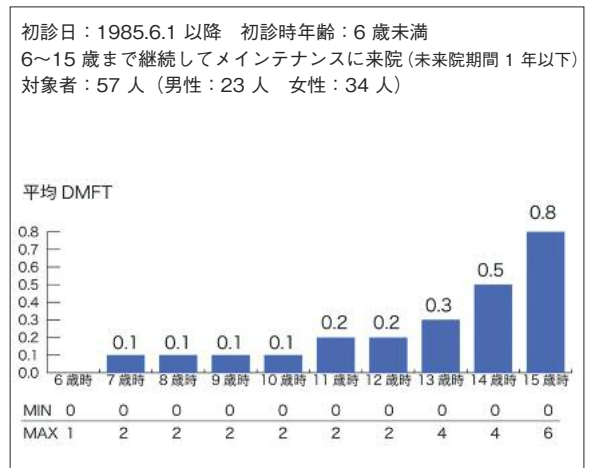


図5 平均 DMFT 2013年6月現在


子供達のメンテナンスは効果があったのだろうか？  
  
 メンテナンスを受けていない同年齢の初診患者と比較してみます  
 2013年6月現在

図 6

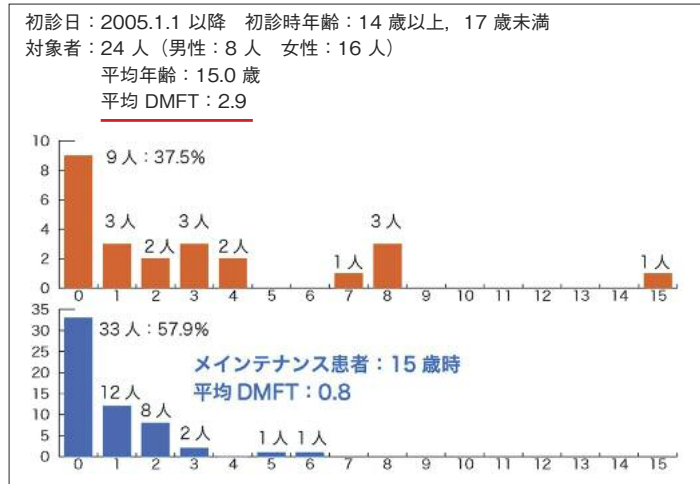




図 7 メンテナンスを受けてない初診患者と比較 (2013年6月)

中学生になったら、むし歯になりやすくなる！？



このままだとうなってしまいませんか！

小学生まではしっかり健診に来ていて、むし歯「0」でも、中学生になり部活で忙しく1年健診があててしまいました



1年で右の上の奥歯に大きなむし歯ができてしまいました

見た目ではわかりません。学校健診でも見つかりませんでした

じゃあ、どうすれば良い？？


- ★ダラダラ食べ（飲み）はやめましょう
- ★歯ブラシは1日2回、しっかり歯磨き剤をつけて磨きましょう
- ★春・夏・冬休みを利用して定期健診に来てください

大西歯科

高校生になったら、こんなことが起こるかも！？

歯周病

こんなに赤く腫れ上がる！

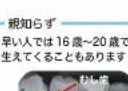


健康な歯ぐき

きちんと歯磨きしないと歯周病になります (成人の約80%が歯周病)

知らず知らずのうちに

早い人では16歳~20歳で生えてくることもあります



顎関節症

顎が閉じにくくなったり、顎の関節に痛みが出る病気です。ストレスや頬杖などの癖、歯並びの変化により、10代後半からかかりやすくなります

知らず知らずの原因で、手前の歯がむし歯になることも！

定期健診で 予防！ 早期発見！ 早期治療！

大西歯科

図 8 中学生、高校生にむけたパンフレット

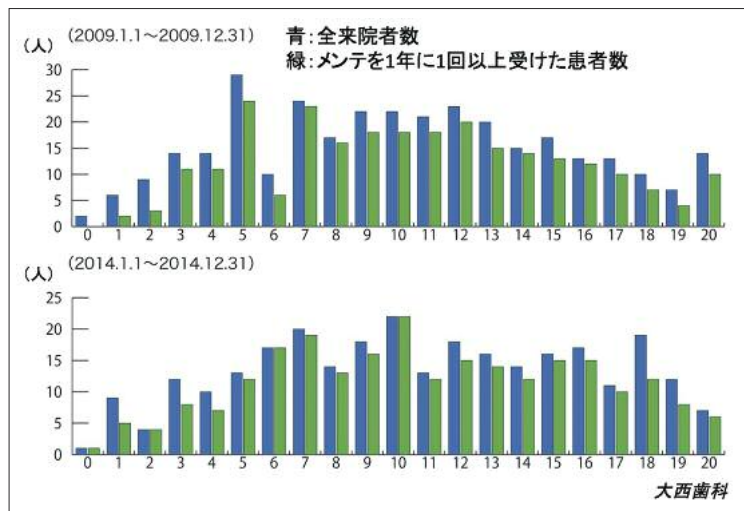


図 9 0 歳～20 歳までのメンテナンス／来院者

また、図 6、7 は当院で定期健診を受けてきた子どもと同じような年齢の初診患者を比較した結果です。定期健診を続けている患者は同年代の初診患者と比較すれば明らかにう蝕が少ないことがわかりますが、それとともに多数う蝕を作ってしまう子どもがいることから、この時期の予防の大切さも伺えます。このようなデータをみると、12 歳以降も定期健診を継続できるかどうか大きな問題になりそうです。

「中学になると来ないんだよね～」という声が聞こえそうですが、そう思えばなんとしても来させる努力をしなければなりません。当院では、中学生、高校生に定期健診を継続させるためにスタッフ全員で図 8 のようなパンフレットを作りました。小学校や中学校の卒業前にこれからこういうことが起こるかもしれないから必ず来ようね、という診療所から患者への働きかけです。そのほか、毎回次の来院への言葉がけを充実させるようにしました。

私たちの働きかけの結果もウイステリアの来院履歴を集計すればわかります。診療室全体の働きかけの結果、図 9 のように 2009 年と 2014 年では明らかに中学生、高校生の来院数が増えています。来院履歴を残すことで、自分たちが行った結果を評価できる一つの例だと思います。

ここまで書いてきたことからわかるように、記録のない診療を続けていても何も残らないし、記録があっても常に検証しておかないと自分たちが長年行ってきた臨床結果の成果を確認したり、診療システムの欠点の改善ができません。言い換えれば、記録があるからこそいつまでも臨床への興味が尽きないのだと思います。

次回の最終回は、記録とエンドポイントについて書く予定です。



# 記録と診療 (その5)



藤木省三 (神戸市開業)

## 記録とエンドポイント

私たちが毎日行っている診療の結果の良否を判断するのはなかなか難しいことです。それに関して、2001年に日本ヘルスケア歯科研究会で講演していただいた Philippe P.Hujoel から、真のエンドポイントと代用エンドポイントという考え方を学びました。

たとえば高血圧では血圧が代用エンドポイントですが、真のエンドポイントは高血圧による障害（脳卒中など）を起こさせないことです。歯科の真のエンドポイントは、歯を喪失させないことあるいは QOL を維持することになり、代用エンドポイントは、カリエスリスクやプロービング値や BOP や X 線写真上の骨欠損の状態になります。

研究には様々な代用エンドポイントが用いられますが、真のエンドポイントを常に意識しておかなければならないと言われたと理解しました。

真のエンドポイントの全体像を把握するためには、規格性のある全員の記録を残さなければわかりません。そのうえで代用エンドポイントと真のエンドポイントについて考えることができます。

たとえば歯周炎を例にとると、局所のプロービングの値や骨欠損の状態は代用エンドポイントとして重要ですが、その値だけにこだわっては全体が見えないこともあります。

図 1 から 4 は 2002 年に行ったレビューコースのスライドの一部です。それまで難治性と呼ばれていた多くは喫煙の影響であるとわかりつつあった時代です。今から 20 年も前の岡歯科医院のウイステリアに記録された 1,700 名の初診患者のデータから喫煙の影響が明らかにわかります（その後の調査 1 のデータでも同様の結果がでています）。真のエンドポイントを理解するには、局所だけを見るのではなく、全体像も見る習慣が重要だと感じさせられる例だと思えます。

もう一つの真のエンドポイントの意味は、患者さんを人として 20 年、30 年と長い時間をよりよい生活を送っていただけるように考えることだと思えます。

私たちはともすれば、カリエスリスクが高い低いに一喜一憂しますが、連載の第 1 回で述べたようにカリエスリスクが高くても十分に守れたり、リスクが低いのにむし歯を作ったりすることもあります。真のエンドポイントからみればカリエスリスクは代用エンドポイントの 1 つです。歯周病ではポケットが浅くなった、出血しなくなった、X 線写真で骨欠損の形態が良くなったとかいいます。これらも臨床上大切ですがあくまで歯周炎の代用エンドポイントです。長年のメンテナンスでポケットが深くても骨欠損があっても十分に維持できている症例は非常に多いです。真のエンドポイントからすれば十分といえます。



図 1 レビューコース スライド

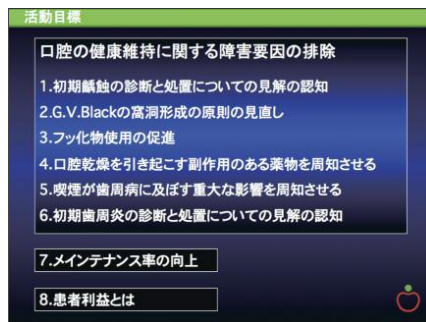


図 2 活動目標

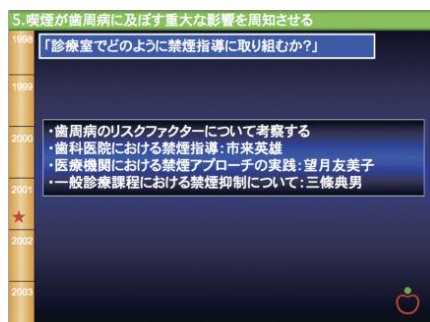


図 3 喫煙が歯周病に及ぼす重大な影響を周知させる

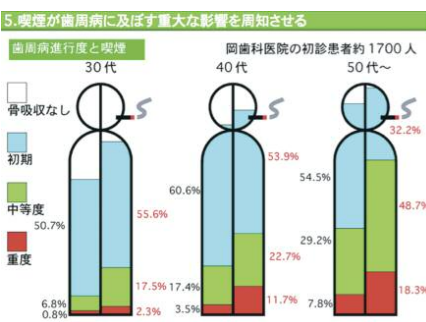


図 4 歯周病進行度と喫煙

問題は代用エンドポイントを目的と同一視してしまうことです。かつてプラークを 0 にする 100% 磨き、ポケットを 0 にする様々な歯周外科や骨形態の整形手術、骨欠損への骨補填剤や再生療法が、その時代時代に議論されてきました。歯周炎の病因論が不確かな時代にあってはやむ

を得ない側面もありますが、これらは歯周炎の真のエンドポイントを考慮せず代用エンドポイントに執着している例です。言い換えれば真のエンドポイントを忘れ代用エンドポイントと真のエンドポイントを同一視してしまうことです。人生 100 年時代には真のエンドポイントを忘れないように臨床を考えていかねばなりません。

連載した 5 回のケースは、すべてウイステリアがなければできなかったことばかりです。すべきことは、全員で分担してデータを入力する、撮った X 線写真や口腔内写真は必ず見る、疑問があれば同じようなケースを探したり検索して調べ

てみるという、一つひとつは簡単なことです。そういう繰り返しで診療室の総合力を高め、患者利益につながるのだと思います。

会員のなかにはウイステリアを使ったことがない人、持つてはいても活用できていない人が多いと思います。この連載をきっかけに、より多くの人々がウイステリアを活用してヘルスケア歯科診療の質を高めることができれば嬉しいです。

参考文献

Philippe P. Hujuel. 内藤 徹 訳. 明確な患者利益の追求における臨床疫学的作用. ヘルスケア歯科誌. 2001;3:33-49.



新入会者音信

2022 年度の新入会者数

	2021 年			2022 年									合計
	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	
歯科医師	2	2	0	4	2	2	4	2	4	1	3	3	29
歯科衛生士	0	4	0	9	1	4	1	11	5	5	4	11	55
歯科技工士	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
その他	0	3	0	3	0	1	0	2	2	0	2	0	13
法人	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	3
合計	2	9	0	16	3	8	5	16	11	8	9	14	101

新入会者紹介

楠 雄登 (歯科医師)

私は、現在九州大学大学院予防歯科の大学院生で山下喜久教授の指導の下、ペリオドンタルメディシンの真相解明に向けて研究を行っています。また、学外活動では、恩師の花田信弘先生から ACFF 日本支部の広報担当として選任して頂き、コロナ禍特有の広報戦略を練り海外へのう蝕予防啓発活動を行っている最中、杉山先生と出会い青二才の私にお声をかけてくださり入会を決意いたしました。今後も変わらぬご厚誼を賜りますようお願い申し上げます。

百濟奈央子 (歯科衛生士)

歯科衛生士としてより知識や技術の向上をして、患者様や医院に貢献したいと思っています。

金子奈々 (歯科衛生士)

私は歯科衛生士として勤務をして 4 年目になります。常に患者様とのコミュニケーションを大切に一人ひとりにあった診療をすることを心がけてきました。私は一人でも多くの人々が病気にかからないように予防をしていく重要性和人々が生涯にわたる健康をサポートしていきたいと思っています。ヘルスケア学会の趣旨である言葉に同意であり、私も参加させて頂き知識と技術を高めていきたいと思っています。(一部抜粋)

秋野谷 大 (歯科医師)

北海道大学を卒業し、地元茨城で予防歯科医療を軸とした治療に力を入れている歯科医院に勤務しております。真に患者に求められる予防医療を目指し、その価値を伝え、形にできるよう、ヘルスケア歯科学会を通じ、研鑽を重ねたいです。ご指導のほどよろしくお願い致します。

笹川敦大 (歯科医師)

本当に軽い気持ちで第 4 期実践セミナーに参加しました。しかしその中で、自分がなんとなくやりたい事が漠然と見えてきたように思います。多くの先生が実践してきた様々なことを学ぶことができたと感じています。自分の軸を保ち続け、目標とする所へ少しでも近づければと思います。なかなか思うようにいかない時も多くあると思いますが、そんな時に立ち返る場所、または新しい気づきを得る場所として期待しています。

岸 敦司 (歯科医師)

予防歯科を学んでいく中で、k-wave、ITS といったスタディグループの先生方がやりがいを持って「ヘルスケア型診療」に取り組んでいる姿を拝見し、自分もやってみたいと思入会を決めました。地域医療に貢献できるように頑張りたいと思いますので、よろしくお願い致します。

安倍美花子 (歯科衛生士)

患者さんに歯科疾患の予防の大切さを理解していただけるように歯科衛生士としてヘルスケアに携わっていきたくと思い入会しました。

知識・技術を身につけることで、歯科衛生士として自信が持てること、患者さんや周りのスタッフから頼られる存在になることに期待します。自信がつくことで、自分自身も安心して施術ができ、なおかつ患者さんに満足していただけるのではないかと考えます。

黒田祐彰 (歯科医師)

歯科口腔保健の取り巻く環境の変化が、予防・健康づくりの推進へと移り、疾病予防、重症化予防の大切さを教育していく時代となっていくと思います。当然、う蝕の治療も「削らない治療」へシフトしてきています。予防治療のリスク検査、診断、計画、臨床、管理へとトータルで患者さんのヘルスケアをサポートしていく診療体制を確立していきたいと考えています。

清水義一 (歯科医師)

日々の診療で予防への想いを強くすればするほど「患者さんに寄り沿う」という姿勢が失われてきている自分に気が付きました。皆さんから色々な事を学び、自分も皆さんのような姿勢を身に付けたいです。宜しくお願い致します。