日本ヘルスケア歯科研究会誌

THE JOURNAL OF THE JAPAN HEALTH CARE DENTAL ASSOCIATION

Vol 10 No 1, 2008

THE JOURNAL OF THE JAPAN HEALTH CARE DENTAL ASSOCIATION

日本ヘルスケア歯科研究会誌

第10巻 第1号 2008

■発 行 日　2009年4月15日

■発　　行　日本ヘルスケア歯科研究会
〒112-0014
東京都文京区関口1-45-15-104
URL http://www.healthcare.gr.jp/
e-mail : center@healthcare.gr.jp

■制作協力　有限会社　秋　編集事務所

目　次

口絵：ICDASによるう蝕判定基準	4	
初期う蝕判定基準 ――ICDAS（International Caries Detection & Assessment System） の臨床応用と今後の展望	6	豊島義博
長期来院患者における多数歯喪失の原因に関する症例報告	11	藤木省三／中村愛弓／小松美保／ 野村朱美／原田郁子／篠原千恵／ 信正結香／新城里依
歯肉を傷つけない適正なブラッシングによる 露出歯根面の改善について	19	篠原　千恵
エナメル質形成不全症（MIH）―症例と12歳児での発現率について 杉山歯科医院における5年間の受診患者調査	24	杉山　精一
＜*Do*プロジェクト調査報告＞		
調査1 歯科診療所における初診患者の実態調査　第3報	31	藤木　省三
調査4 歯科治療はQOLの維持に貢献しているか？	39	内藤　徹
日本ヘルスケア歯科研究会設立趣旨	44	
日本ヘルスケア歯科研究会会則	45	
禁煙宣言	53	
会員名簿	56	

ICDASによるう蝕判定基準 (6ページからの豊島論文参照)

う蝕コード

平　滑　面

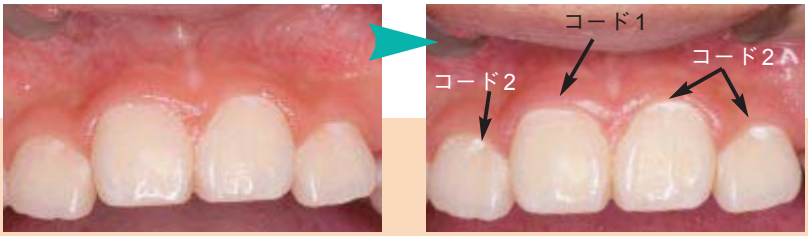
コード０　健全

う蝕を裏付けるエビデンスは存在しない(持続的なエアー乾燥後(推奨される乾燥時間:５秒間)において,エナメル質の透明性に変化が「ない」あるいは「クエスチョナブル」のどちらか).エナメル質形成不全等の発育障害,歯のフッ素症,歯の磨耗(攻耗,摩耗,エロージョン),など外因性／内因性の変色が歯面に認められても健全とする.変色した裂溝が複数存在する歯面については,他の小窩裂溝にも同様の状態が認められ,非う蝕性習慣(例:頻繁にお茶を飲む習慣)などがある場合,診査者はこれを正常と判定する.

コード１　エナメル質における目視可能な初期変化

５秒間の持続的なエアー乾燥後に限って観察されるか，あるいは小窩裂溝内に限局

５秒間乾燥



コード２　エナメル質の著明な変化

コード３　限局性のエナメル質の崩壊

象牙質への進行を示す臨床的な肉眼的徴候はない

コード４　象牙質への陰影がある

コード５　著明なう窩．象牙質は目視可能

コード６　拡大した著明なう窩．象牙質は目視可能

* ICDAS II (International Detection and Assessment System ICDAS Coordinating Committee)に準じて作成

隣　接　面

裂　　溝

写真提供：杉山精一

J Health Care Dent. 2008; 10: 6-10
Printed in Japan. All rights reserved

初期う蝕の判定基準 ——ICDAS（International Caries Detection & Assessment System）の臨床応用と今後の展望*

豊島 義博 Yoshihiro TOYOSHIMA, DDS

歯科医師 Private Practice

第一生命 日比谷診療所 歯科
東京都千代田区有楽町 1-13-1
Daiichiseimei Clinic Dental
1-13-1, Yurakucho, Chiyoda-ku, Tokyo
100-8411, Japan

Clinical Application of ICDAS (International Caries Detection & Assessment System) and It's Future Prospects

The caries judging criteria(Co ～ C4) currently in use by the Japanese Association of School Dentists has been established linearly on histological appearance and the degree of severity of caries without any regard of its changing risks. This traditional disease model 'A caries does not heal spontaneously and develops if left untreated' should be reconsidered and a new detection and assessment system has to be proposed. The formulating work of ICDAS II has begun on an internationally measurable caries judging criteria. ICDAS II is minutely designed to group findings and establish caries lesions, not by drilling treatment of teeth, but encouraging remineralization on the premise that findings include the teeth judged C1, however caries development ceases leaving many stained but otherwise healthy teeth. The wide use of ICDAS in Japan will help to reduce the trend of excessive drilling of patients' teeth. ***J Health Care Dent. 2008; 10: 6-10***

キーワード： **ICDAS**
caries management
caries detection
lesion diagnosis
e-learning system

1. ICDASの歴史

前世紀の末より，エビデンスの集積をより具体的にすすめるsystematic reviewが盛んに作成されるようになった．従来のNarrative review（総説）では，執筆者の個人見解が強く，その結論がぶれることが多かった．Systematic reviewは，小規模な臨床試験の結果を合理的に評価しようという試みで，できるだけ客観的に複数の臨床試験の結果を統合してまとめたものである．代表例がコクランレビューで，現在医療情報の中では最も信頼性が高いとされている．複数の臨床試験を統合する際に問題となるのは，まず個々の論文で測定された疾患の診断基準（物差し）が同じかどうかである．欧米の研究者では，う蝕の検出基準が国によって異なり，特に米国とEUで異なることが問題とされてきた．国際的に統一された新しい物差しが必要であるという共通認識が高まり，2005年3月のボルチモアにおけるICDAS IIワークショップで，現在のICDAS IIを新しいう蝕の検出基準とすることで，各国およびFDI，WHO関係者の合意が得られるようになった．

http://www.fihs.org/health6/articles3.pdf

2. 従来の基準と何が違うのか？

われわれになじみが深いCo ～ C4という日本学校歯科医会（以下日学歯）基準では，C1のエナメル質う蝕を疾患としてとらえ，エナメル質表面の脱灰であるCoを要観察歯と考えている．組織学的な所見と疾患の重症度が直線的に考えられ，リスクを考慮する部分が少ないモデルである．このような「う蝕という疾患は自然治癒することなく放置すれば進行する」という古いモデルを改善しようという動きがICDAS策定の根本にある．ICDAS IIでは，C1の中

*本論文は　第56回日本口腔衛生学会自由集会（2007年10月江戸川区タワーホール船堀開催）の事後抄録に加筆したものである．

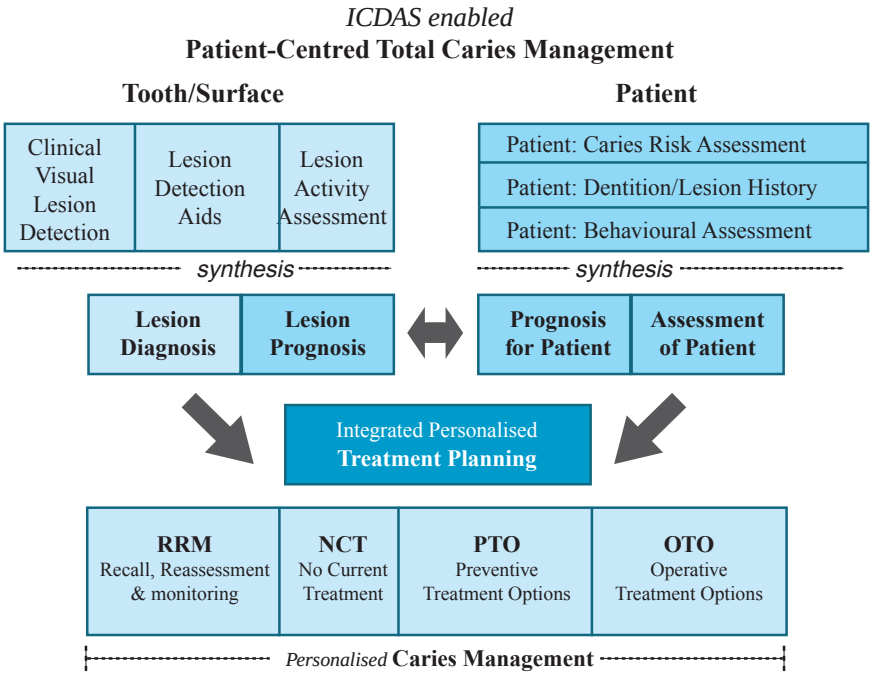


図　ICDAS を用いたう蝕マネジメント
http://www.icdas.org/　より引用

表１　ICDAS Ⅱ検出コード

コード０　健全
コード１　エナメル質における目視可能な初期変化（持続的なエアー乾燥後に限って観察されるか，あるいは小窩裂溝内に限局）
コード２　エナメル質の著明な変化
コード３　限局性のエナメル質の崩壊（象牙質への進行を示す臨床的な肉眼的徴候はない）
コード４　象牙質への陰影がある
コード５　著明なう窩．象牙質は目視可能
コード６　拡大した著明なう窩．象牙質は目視可能

コード０：健全歯面
う蝕を裏付けるエビデンスは存在しない（持続的なエアー乾燥後（推奨される乾燥時間：５秒間）において，エナメル質の透明性に変化が「ない」あるいは「クエスチョナブル」のどちらか）．エナメル質形成不全等の発育障害，歯のフッ素症，歯の磨耗（攻耗，摩耗，エロージョン），など外因性／内因性の変色が歯面に認められても健全とする．
変色した裂溝が複数存在する歯面については，他の小窩裂溝にも同様の状態が認められ，非う蝕性習慣（例：頻繁にお茶を飲む習慣）などがある場合，診査者はこれを正常と判定する．

にはう蝕が進行停止したものや，着色にすぎない健全歯が多数あることを前提とし，観察所見をさらに細かく分類して，不必要に疾患としてカウントしないことを目指している．実際，表１のコード解説に見られるように，小窩裂溝の着色を健全歯とカウントするように細かな指示が書かれている．また，Co をいくつかの段階に分け，リスクを考慮して単なる観察ではなく，積極的に治療介入を行うことを意図している．この場合の治療は，切削ではなくケアによる再石灰化促進である．ICDAS と同様の視点にたった英国のスクリーニング基準である BASCD と，日学歯の基準で同一の日本人小学生集団を調査した研究では，日学歯基準では９倍のう蝕を検出することになるという調査も報告されている．この論文（兵庫県の開業医池田先生の論文）は要約を無料で読むことができる．

Googleで BASCDと入力すれば最初にヒットするので一読をお勧めする[1].

http://naosite.lb.nagasaki-u.ac.jp/dspace/bitstream/10069/6959/2/shigaku_kou149sinsa.pdf

今日の日本での，過剰切削(主に学童期の1級修復)処置の一因に，この診断基準の問題があると思う．

3. ICDAS導入の背景

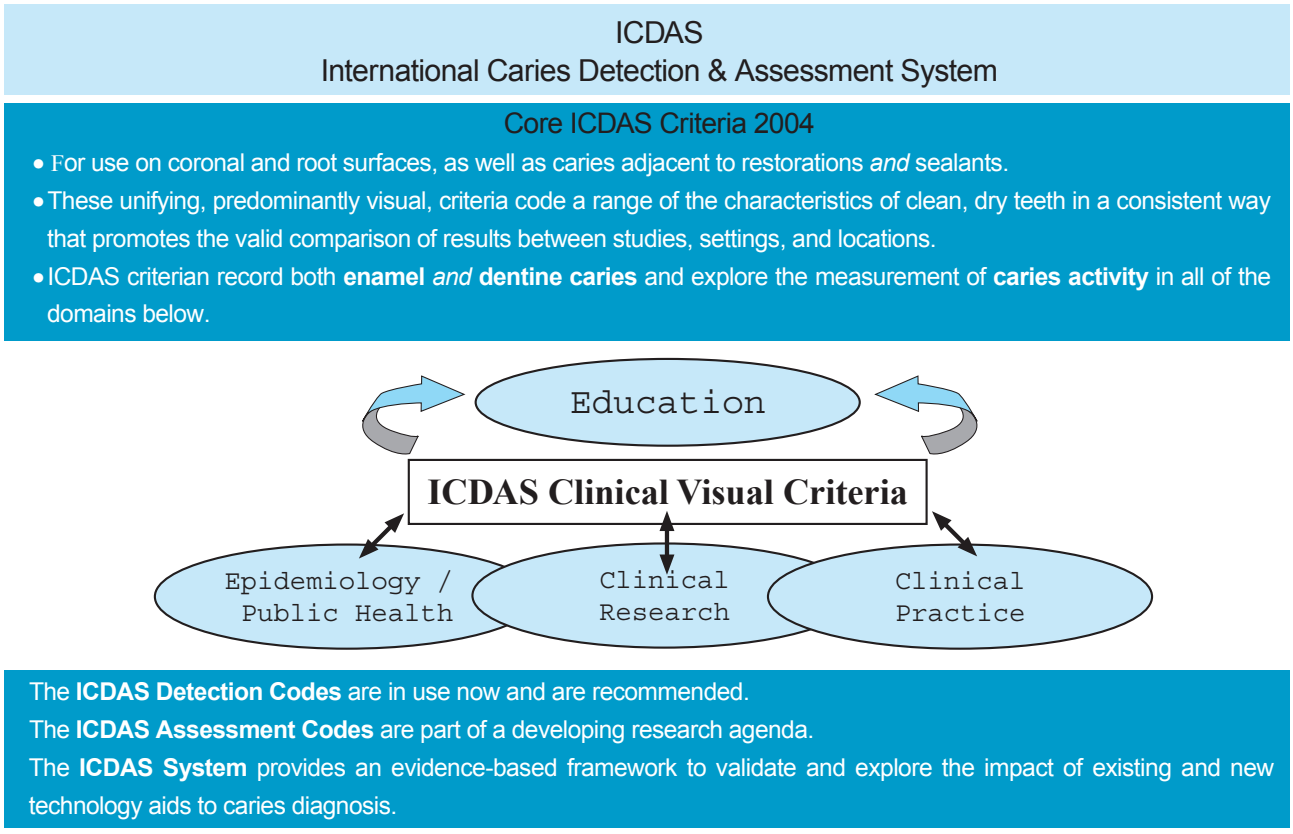
ICDASが導入された背景には，様々な要因がある．

■**臨床試験**：1960年ごろまでのう蝕パンデミーの時代には，う蝕は蔓延し急速に進行した．したがって，う蝕予防，治療のための臨床試験は短期間でかつ少人数の被験者を集めれば，十分であった．今日，う蝕は減少し，また進行スピードも穏やかになっている．臨床試験を行うには，より多くの被験者を集めないと差が出にくくなった．DMFでは，差が出にくいので指標をDMFSとしてきたが，それでも差を出すにはサンプルサイズを大きくし，試験期間を延長しなければならなくなった．試験にかかるコストは，かつての5倍以上とも言われている．短期間の臨床試験を実現するには，より変化が短期間で把握できる指標が求められてきた．十分な検証が済んでいるわけではないが，ICDASはその可能性を十分にもった新たなサロゲート(代理の)･エンドポイントと言える．

■**臨床**：現在多くの開業医が，予防歯科臨床すなわち定期歯科健診による健康づくりを目指している．予防歯科の実践には，患者の理解が必要であり，その説明ツールとしてサリバテスト他いくつかの検査システムが使われている．ICDASの導入は，それらのう蝕検査システムを補完するであろうし，機器を用いた検査を行わなくても容易に患者と脱灰の情況，リスクの程度を共有できると思われる．

■**疫学調査**：臨床試験と同じく，現在のう蝕の減少では，より軽微な段階の病変を的確に把握する基準が必要である．う蝕はpandemic(流行病)の時代から，endemic(風土病)の様相を呈しており，地域の生活習慣，環境，食習慣などが影響していると考えられ始めた．2007年に発表されたCookらの論文では，メキシコの五つの村で子供たちのう蝕リスクを考察している[2]．旧来のdmfsでは，脱灰は的確に拾えないので，リスクの推定は困難であったがICDASを用いることで脱灰の評価ができるようになり，五つの村でう蝕罹患率(ICDASによる定義)は高かったが，要因については地区単位で異なった．ジュースの飲用，飲用水の配給不足などが特異的要因としてあげられた．このように地域への，様々な疫学診断，介入もDMFという物差しでは差が出にくく，ICDASを用いることで容易になっている．

■**教育**：歯科医療従事者でも，まだこの新しい基準を知るものは少ない．教育現場でも早期に導入すべきであろう．また，痛みなど自覚症状のない初期脱灰を管理するには，歯科医師，歯科衛生士などの医療提供者だけでなく，患者自身が病態を理解し，相互理解のうえでマネジメントを行っていく必要がある．そのためには，歯科医師主導のパターナリズムの医療ではなく，患者中心の医療，つまりは患者が容易に理解し，行動をとれる環境づくりが必要となる．そのためには，う蝕のマネージメントが「早期発見，早期治療」という言葉で表された時代と，大きく変わっていることを医療従事者全般に広く理解を求める作業も必要である．教育は，歯科医師，歯科衛生



http://www.icdas.org/overview.htm より引用

図2　ICDAS（International Caries Detection & Assessment System）

士，国民，医療従事者と多方面にわたって同時に進めることが求められる．

Pitts らは，これらの臨床試験，疫学，教育を同時に進行させていく意思を示している．ICDAS のホームページに，そのことが示されている（図2）．

4. e-learning システムの配信

2008 年 3 月より ICDAS の e-learning システムが smile-on.com より有料ダウンロードできるようになっている．

http://www.smile-on.com/cpd/course_detail.php?course_id=201&container_id=167

疫学調査での記入用フォーマットなども，含まれており約 2 時間の学習で基本的な検出基準と手順が理解できるようになっている．

2007 年口腔衛生学会の systematic review セクションで，シンポジストとして参加したミシガン大学の Dr. Woosung Sohn は，ICDAS のメンバーであり，ICDAS を用いた臨床研究，疫学調査をいくつも実施している．彼によれば，キャリブレーションは重要であり，e-learning で概要を知ってその後，さらに数時間のトレーニングが必要だという見解であった．

http://www.sph.umich.edu/iscr/faculty/profile.cfm?uniqname=woosung

Dr. Sohn がいることで，ICDAS の策定会議には韓国の代表も参加しているが，日本の代表は参加していない．口腔衛生学会のメンバーの幾人かは，ICDAS に強い関心をもち普及のための活動を開始しているが，保存学会などの治療学関係者は，ほとんど興味を示していないのが現状である．

前述の ICDAS の e-learning には，20 ポンド：ダウンロードコースと 30 ポンド：DVD コースがある．ダウンロ

表2　ICDASの作業手順（e-learning資料より翻訳）

1．患者に歯ブラシで歯垢清掃を行うように求める
2．術者による機械的クリーニングを行う
3．コットンロールを頬側に置く
4．過剰な唾液をふき取る
5．歯面の肉眼的観察
6．5秒間歯面乾燥
7．歯面の肉眼的観察

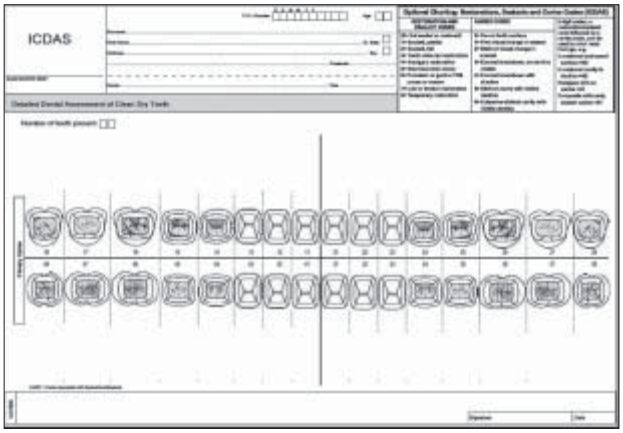


図3　ICDASの記入用紙

ードコースでは，ストリーミングで閲覧するほかに，Mac OS，Windows OSのどちらでもファイルをダウンロード，インストールして使用することができる．検出コード，作業手順，などの解説が症例で明示され，クイズ形式で理解の確認ができる．

このe-learningを見る前までは，刊行された出版物だけの情報しかなく，それだけでは作業手順はほとんど分らなかった．最初に歯面を完全に清掃し，プラークが付着していない状態で観察することが基本である(**表2**, **図3**)．

5　普及に向けた課題

ICDASは新しい概念であり，今後の普及にはいくつかの課題が考えられる．すでにこれを紹介する神原論文もあるが，保存修復学などの一般臨床での認知はまだ低い．

http://www.fihs.org/health6/articles3.pdf

ICDASでの検診にはエアブローが必要であり，簡易的な集団検診での利用は難しい．う蝕という罹患率が高く，どの年齢層においてもマネジメントが必要な疾患特性を考えると，今後は診療室ベースでの定期検診を疫学調査の柱とし，そこでICDASを活用していくことが望ましい．単発的な疫学調査でのみICDASを利用していくと，一般臨床医にICDASは「疫学調査の指標」というような誤解を与えることになりかねない．一人の患者，クライアントへの検査時間は15分以上を要し，これを日常臨床に導入するにはかなりの決断が必要である．多くの臨床医が，容易にICDASを理解し，臨床現場で利用できるように，医療従事者への教育，国民への認知，診療報酬での評価など同時進行で進めて行くことが必要で課題は多い．

参考文献

1）池 紀夫，新庄文明，川崎信行，橋本猛央，和泉良大郎，稲田浩平，福田英輝：学童，生徒のう蝕有病状況指数に対する診査基準の影響に関する研究．口腔衛生学会雑誌, 56(3): 260-268, 2006.07.30.

2）Cook SL, Martinez-Mier EA, Dean JA, Weddell JA, Sanders BJ, Eggertsson H, Ofner S & Yoder K: Dental caries experience and ass-ociation to risk indicators of remote rural populations. Int J Paediatr Dent, 18: 275-283, 2008.

J Health Care Dent. 2008; 10: 11-18
Printed in Japan. All rights reserved

長期来院患者における多数歯喪失の原因に関する症例報告

藤木 省三 Shozo FUJIKI, DDS

歯科医師 Private Practice

中村愛弓 Ayumi NAKAMURA
小松美保 Miho KOMATSU
野村朱美 Akemi NOMURA
原田郁子 Ikuko HARADA
篠原千恵 Chie SHINOHARA
信正結香 Yuka NOBUMASA
新城里依 Rie SHINJYO

歯科衛生士 Dental Hygienist

大西歯科
兵庫県神戸市灘区山田町 2-1-1
Ohnishi Dental Clinic
2-1-1, Yamada-cho, Nada-ku, Kobe, Hyogo 657-0064, Japan

Consideration of the Causes of Multiple Tooth Loss in Long Term Patients

It is recognized that regular maintenance has control over tooth loss. But, when patients are analyzed in detail, it is found that there are some cases of multiple tooth loss regardless of dental maintenance. 268 patients of the middlescence with reliable clinical records among the patients having visited for more than 15 years were analyzed revealing that 27 patients (about 10% of the total) lost about half of their teeth (218 teeth out of a total 414 lost teeth). The samples were divided in two groups, those who received more than three maintenance sessions as the ‘ maintenance group’ and those who received no maintenance as the ‘non-maintenance group’. These groups were examined from 20 years of-clinical records to reveal that: the maintenance group lost an average of 1.4 teeth while the non-maintenance group lost an average of 3.3 teeth. This is more than double the difference between them. It verified the importance of maintenance. Among the maintenance group, there were 18 samples who lost more than 5 teeth mainly due to severe periodontitis or restoration. ***J Health Care Dent. 2008; 10: 11-18.***

キーワード： **regular checkup**
lost teeth
multiple tooth loss

はじめに

日本ヘルスケア歯科研究会が提唱している定期的なメインテナンスを行うことで一般的な歯の喪失を抑制できることが知られているし，実際に多くの患者に貢献できていると考えられる．しかし，来院患者を詳細にみれば一部ではあるが診療室受診後に多数の歯を喪失する患者がいることに気がつく．私たち日本ヘルスケア歯科研究会の役割が，より多くの患者，住民が快適な生活を過ごすことの支援であるとすれば，このようなハイリスク群における歯の喪失原因を明らかにし，社会全体で支えるシステムを提唱することが求められるだろう．

今回は，大西歯科に来院して15年以上経過した患者のうち多数の歯を喪失した群からその原因を探ってみたいと思う．

方法・対象

長期来院患者を最低15年以上前に初診で来院した患者と定義し，ウィステリアに入力されている5,421人（2009.2.1現在）のうち初診日が1994年1月1日より前の患者を検索した．そのうち，今回の調査に必要とされる性別，生年月日，初診時残存歯数，最新の残存歯数が明らかで，さらに最新のデータを正確に把握するために2007年1月1日以降に来院している患者340人を選び出した．

今回の目的は，高年期になった時に多くの歯を喪失しないための問題点を探ることであるため，さらに対象者を初診時年齢を壮年期，中年期

表1

	全　体	“メインテナンスなし”群	“メインテナンスあり”群
初診時年齢（25歳以上64歳以下）：	268人	56人	212人
初診からの喪失歯数5本以上：	27人	9人	18人
初診時年齢の平均：	44.8歳	45.5歳	45.3歳
現在年齢の平均：	63.7歳	64.9歳	64.2歳
初診残存歯数の平均：	25.4本	23.6本	25.5本
最新残存歯数の平均：	23.9本	20.3本	24.1本
初診からの平均喪失歯数：	1.5本	3.3本	1.4本

表2　初診からの喪失歯数に対する患者数

	全　体 268人	“メインテナンスあり” 212人
0本：	139人（51.9％）	107人（50.5％）
1本：	49人（18.3％）	39人（8.4％）
2本：	20人（7.5％）	17人（8.0％）
3本：	25人（9.3％）	24人（1.3％）
4本：	8人（3.0％）	7人（3.3％）
5本：	5人（1.9％）	5人（2.4％）
6本：	6人（2.2％）	5人（2.4％）
7本：	4人（1.5％）	1人（0.5％）
8本：	2人（0.7％）	2人（0.9％）
9本：	3人（1.1％）	2人（0.9％）
10本以上：	7人（2.6％）	3人（1.4％）

（注1）に該当する25歳から64歳（268人）に絞り込むことにした（表1）．

ウィステリアは2003年のバージョンアップによって毎日の来院状況を記録できるようになり，毎年のメインテナンス（注2）来院回数を把握することができる．今回はその機能を用いて268人の患者のうち，2006年から2008年の3年間において3年間で一度もメインテナンスを受けたことがない患者を“メインテナンスなし”群（表1）とし，メインテナンスを受けた回数が3回以上の患者を“メインテナンスあり”群（表1）とした．“メインテナンスあり”群中，多数歯喪失群を喪失歯5本以上の患者（18人）と定義した（表3）．

メインテナンス状況は，初診から現在まで継続的にメインテナンスに来院している患者を“良好”，しばしば中断する患者を“不定期”，ほとんどメインテナンスに応じたことがな

注1）「壮年」出典：『ウィキペディア（Wikipedia）』2009.2
壮年（そうねん）とは成人としてもっとも体力，気力が充実しているとされる年齢．伝統的には青年期を終えた25歳から44歳までを指す．
青年期を30代前半までとった場合，35歳から49歳ころまでを「壮年」とすることもある．
働き盛りとして社会の中枢を担うようになり，身体の無理もきくことから不摂生をしがちだが，運動が不足がちになり，過重労働から身体を壊したり，中年以降に生活習慣病になることもあるので，この時期から健康に気をつける必要がある．
厚生労働省の一部資料（健康日本21など）では，幼年期0～4歳，少年期5～14歳，青年期15～24歳，壮年期25～44歳，中年期45～64歳，高年期65歳～という区分をしている．

注2）メインテナンス
この報告で用いている「メインテナンス」は「歯周サポート治療（SPT）」を含む．

表3　“メインテナンスあり”群の多数歯喪失者群

症例番号	初診時年齢	性別	初診から現在まで	初診時残存歯数	最新残存歯数	歯周病進行度	初診からの喪失歯数	抜歯歯数 予後	抜歯歯数 歯周病	抜歯歯数 初診	抜歯歯数 メンテ	直近2年間のメンテ回数	メンテ状況	ホームケアの状況
No.1	28歳	女性	16.8 年	28	22	中等度	6	4	2	1	5	11	良好	良好
No.2	33歳	男性	20.8 年	22	17	中等度	5	5	0	5	0	7	不定期	良好
No.3	38歳	男性	21.1 年	26	20	中等度	6	3	3	3	3	9	良好	良好
No.4	43歳	男性	16.4 年	24	15	重度	9	1	8	7	2	7	良好	良好
No.5	45歳	女性	16.2 年	27	22	重度	5	1	4	3	2	8	良好	良好
No.6	46歳	女性	18.5 年	23	18	中等度	5	1	4	2	3	8	良好	不良
No.7	47歳	女性	18.9 年	18	11	重度	7	0	7	1	6	8	良好	良好
No.8	48歳	女性	21.7 年	21	15	中等度	6	1	5	5	1	5	不良	良好
No.9	51歳	女性	17.5 年	21	12	重度	9	0	9	2	7	10	良好	良好
No.10	51歳	女性	22.8 年	28	22	中等度	6	2	4	2	4	9	良好	不良
No.11	53歳	女性	23.6 年	25	17	初期	8	8	0	5	3	15	良好	良好
No.12	53歳	女性	18.5 年	23	18	重度	5	2	3	0	5	12	良好	良好
No.13	57歳	女性	20.9 年	18	5	中等度	13	2	11	13	0	6	不定期	不良
No.14	57歳	女性	18.8 年	18	12	初期	6	4	2	5	1	7	良好	良好
No.15	58歳	男性	21.6 年	17	6	重度	11	1	10	5	6	13	良好	良好
No.16	59歳	女性	19.5 年	15	7	重度	8	0	8	3	5	7	良好	良好
No.17	59歳	男性	21.3 年	24	14	中等度	10	0	10	2	8	11	良好	良好
No.18	59歳	女性	21.3 年	18	13	中等度	5	5	0	4	1	9	良好	不良

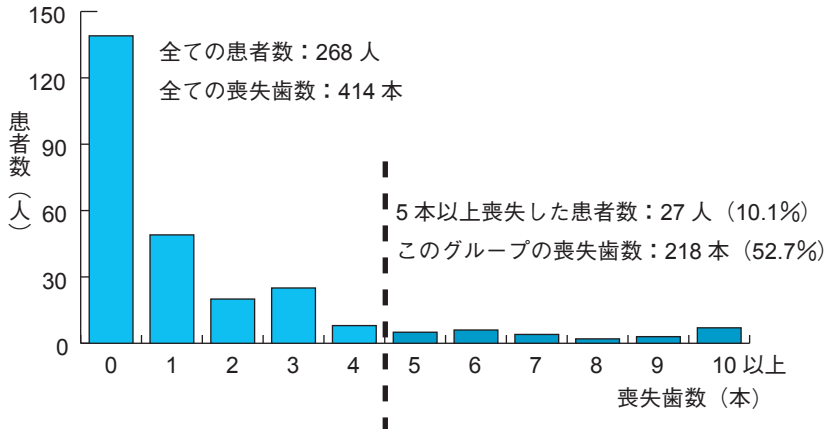


図1　初診からの喪失歯数と患者の分布

い患者を“不良”とした．ホームケアの状況は，繰り返しの口腔衛生指導にも係わらず常にプラークが歯面1/3以上に残っている場合を“不良”とした．

結　果

・初診からの喪失歯数と患者の分布

初診からの喪失歯数別に分布を調べてみると，268人のうち，約半数の139人は20年間で1本の歯も失っていないことがわかった．一方，喪失歯数が5本以上の群について調べてみると，27人の患者が218本の歯を失っていて，約1割の人が半数の歯を失っている(図1)．

・メインテナンスの有無と喪失歯数

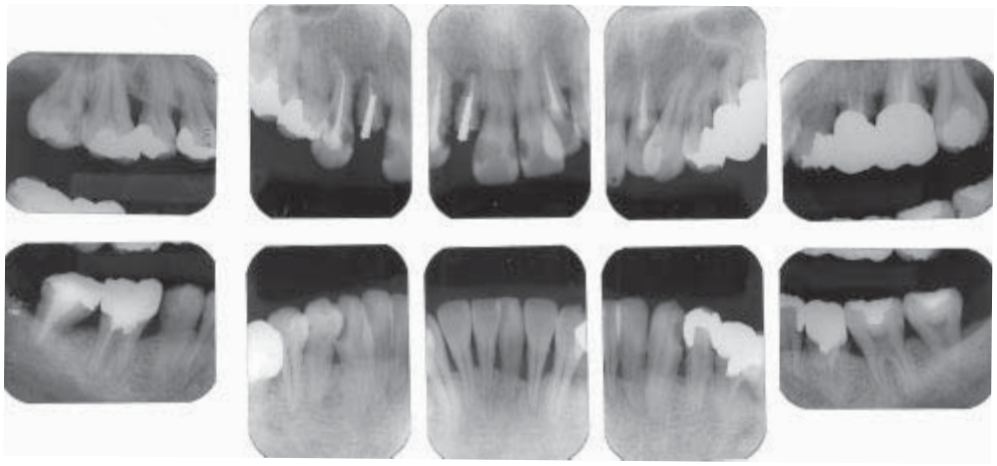
表1，2から，患者数には大きな開きがあるが，共に初診時年齢が45歳前後，現在の年齢が65歳前後で約20年が経過している．その間の平均の喪失歯数は，“メインテナンスなし”群が3.3本，“メインテナンスあり”群が1.4本で2倍以上の開きがある．

・“メインテナンスあり”群における多数歯喪失者

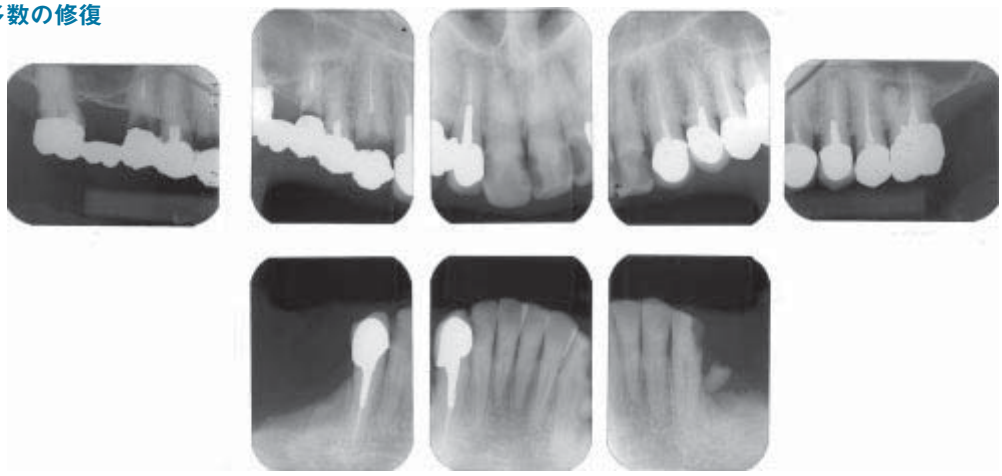
メインテナンス“あり”群のうちで喪失歯が5本以上の患者は18人であった．内訳は男性5人，女性13人，

症　例

症例 No.1（1992.7.14）



症例 No.2（2000.1.12）②多数の修復



歯周病進行度（日本ヘルスケア歯科研究会の定義による）：初期2人，中等度9人，重度7人，メインテナンス状況：良好13人，不定期2人，不良1人（5年前からメインテナンスに来院），ホームケアの状況：良好15人，不良3人である（**表3**）．

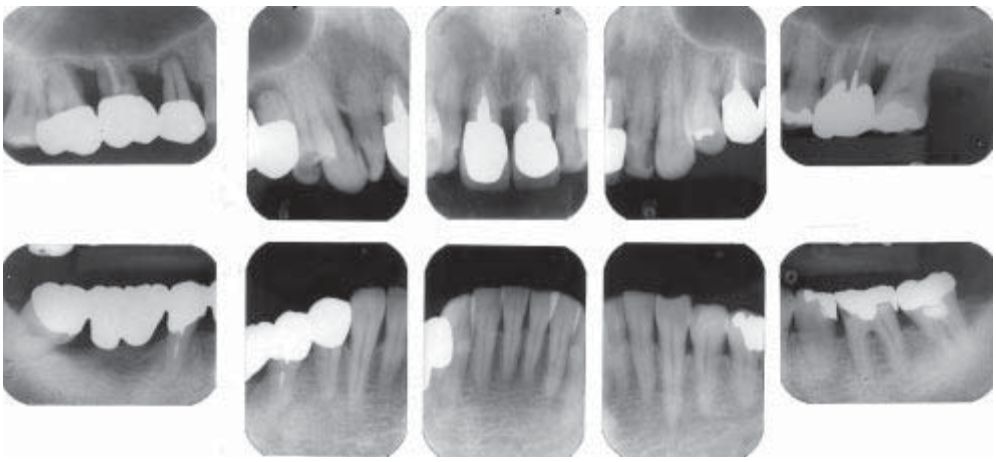
考　察

表1および**図1**から，268名の対象者全員の全ての喪失歯数合計414本のうち，27名の多数歯喪失群が218本喪失していることがわかる．わずか10.1％の人が52.7％の歯を喪失していることになる．日本ヘルスケア歯科研究会が設立趣旨で謳っている「人々の健康で快適な生活に貢献する」ためには，人生で多数の歯を失い不自由な生活を強いられる人に目を向けその原因を探り，繰り返さないための提言を行うことが不可欠であることが理解できるだろう．

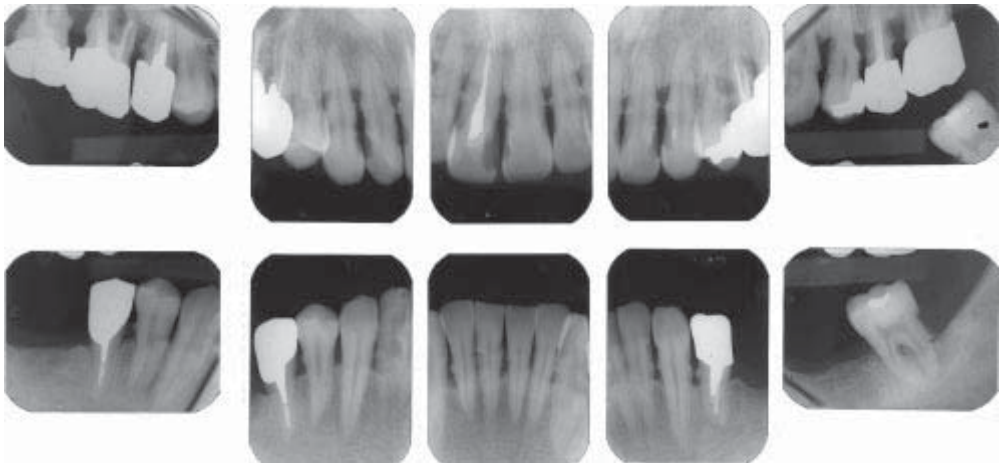
この調査を始める前は，初診時の状況によってはメインテナンスでは歯の喪失を防ぐことができないケースが多いと想像していた．後述するように，確かにそのようなケースもあるのだが“メインテナンスなし”群と“メインテナンスあり”群を比較すると2倍以上の違いが認められた．改めて毎日の臨床を振り返ってみれば，少数歯残存の難しいケースでのメインテナンスではホームケアとプロフェッショナルケアによるバイオフィルの破壊と除去はもちろんのこと，細心の咬合調整，可撤性義歯の調整，ナイトガードの適用，抗菌療法などあらゆる手段を用いて歯の延命を図っている．今回の調査によって，メインテナンスの重要性を再確認できたと思う．

症　例

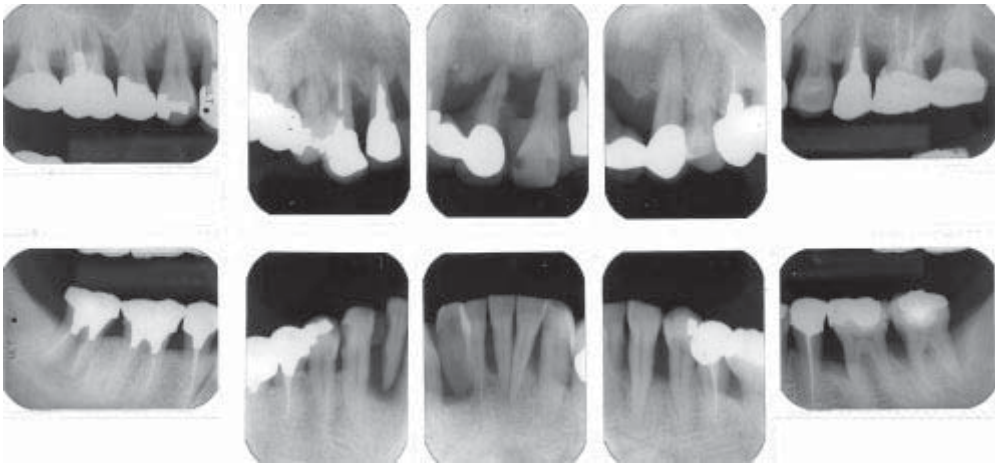
症例 No.3（1987.5.23）



症例 No.4（1998.12.15）①明らかに重度に進行した歯周炎



症例 No.5（1992.12.2）①明らかに重度に進行した歯周炎



“メインテナンスあり”群での多数歯喪失者群では**表 3** を見るよりもエックス線写真を見る方が実態がよく理解できると思う．そこから見えてくるのは，

①明らかに重度に進行した歯周炎（症例 No.4，5，7，9），

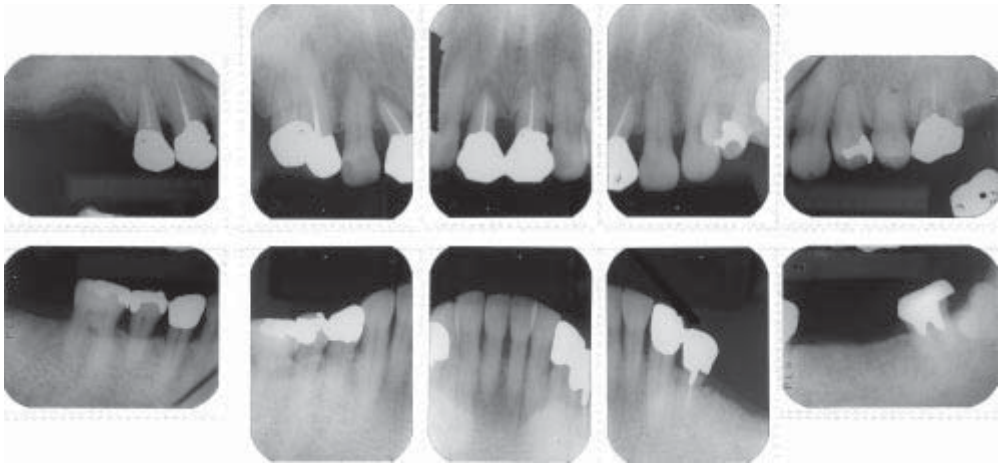
②多数の修復（症例 No.2, 11, 14, 17）

である．それとは別に，数値にはできない指標であるかもしれないが，ホームケアが 20 年経っても改善しない患者も見受けられる（症例 No.6）．

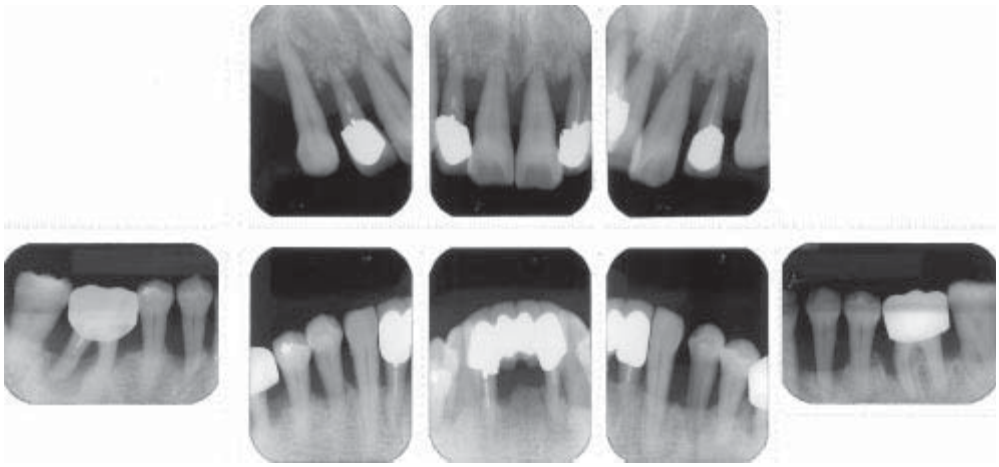
①の症例のうち No.5，7，9 の方は大西歯科に来院後ホームケアは素晴らしくメインテナンスも一度も欠かしたことがない．また症例 No.4 の方は当初こそ無関心だったがスタッフ

症　例

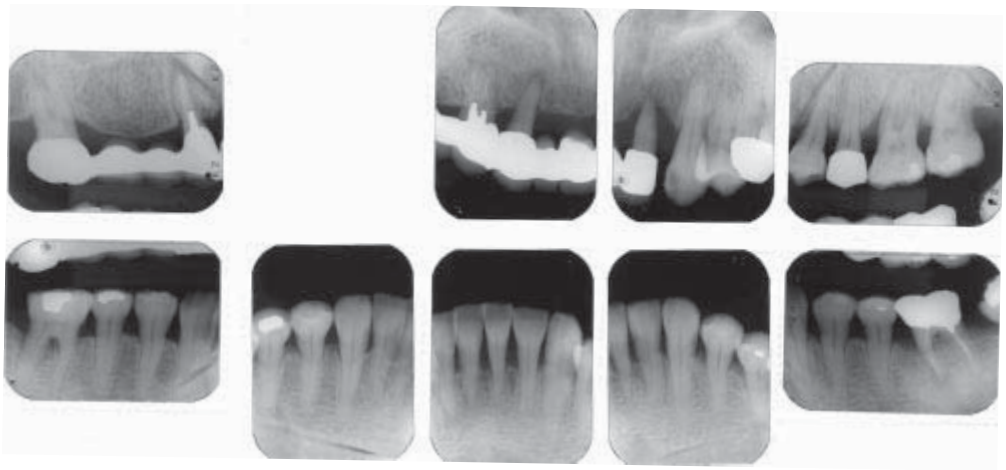
症例 No.6（1998.12.15）



症例 No.7（1990.3.10）①明らかに重度に進行した歯周炎



症例 No.8（1988.8.10）

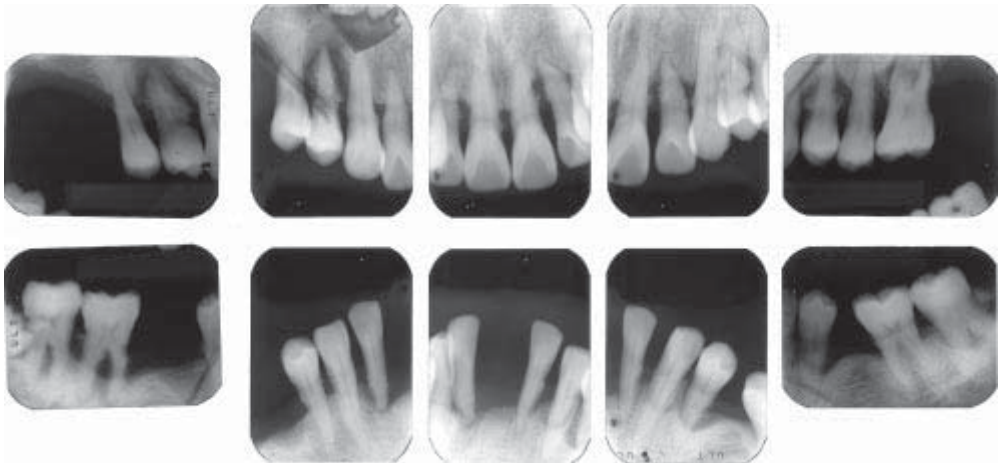


と信頼が芽生えてからは見違えるようにホームケアが改善された．4名とも，もっと若い時期に適切な診査と治療を受けていればこのような結果になることはなかっただろうと思われる．歯周炎のハイリスク群が全人口の1割程度あるとの事実を考慮すれば，20歳代あるいは30歳代で歯周病ハイリスク者を漏らさないための制度作りや，その後の受け皿作りが必要なのではないだろうか．

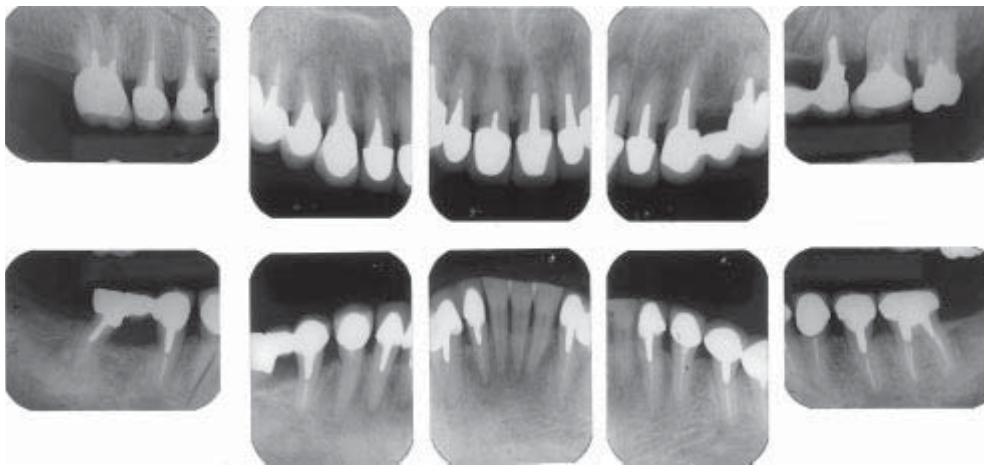
②は今でも一般に行われている修復の繰り返しの結果そのものであろう．日本ヘルスケア歯科研究会が提唱している，健康を守り育てる歯科医療の概念をより広める努力が求められていると思う．大西歯科で定期管理していた子供達が20歳を越えるようになってきたが，彼らのほとんどがカリエスフリーで育っている現実をより広く社会に伝えたいと思わ

症　例

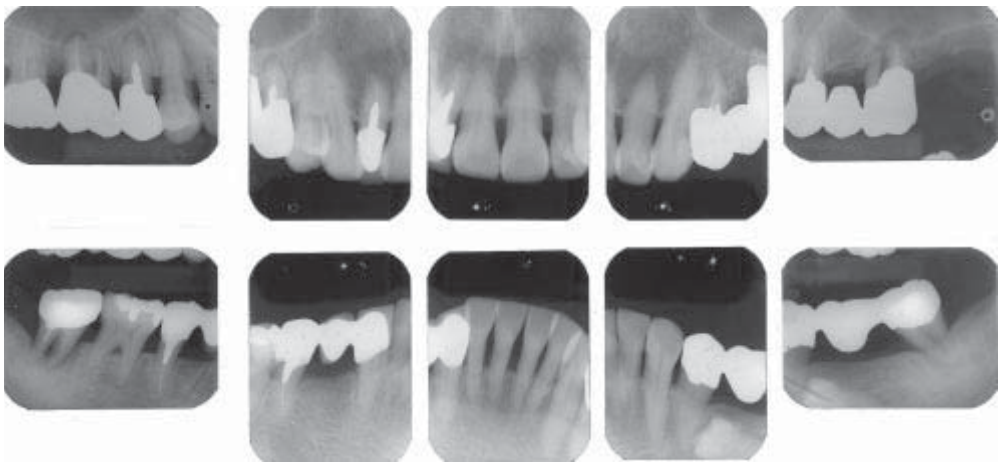
症例 No.9（1991.8.29）①明らかに重度に進行した歯周炎



症例 No.11（1991.9.27）②多数の修復



症例 No.12（1992.10.13）



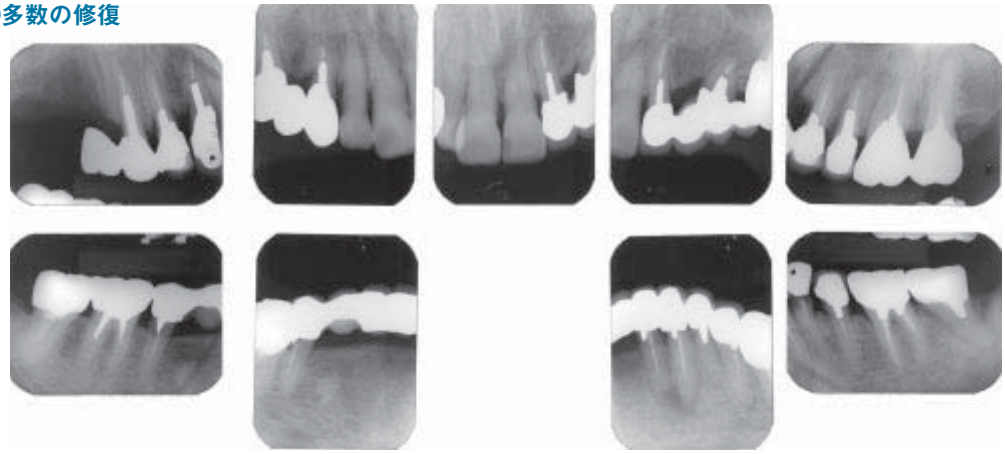
ざるを得ない．

最後のいつまでたってもホームケアが改善しないケースだが，果たして大西歯科だけの問題だろうか．20数年の臨床経験から，自己管理ができないハイリスク者が一定割合でどの年代にでも，あるいはどの地域にでも存在するように思う．そして，それを彼らの自己責任として突き放してしまってよいのだろうか．例えば学童期の子供であれば，学校でのフッ化物洗口など公衆衛生的な対策が不可欠だと思われる．成人では，うつなどの疾患の問題も増えているように感じる．

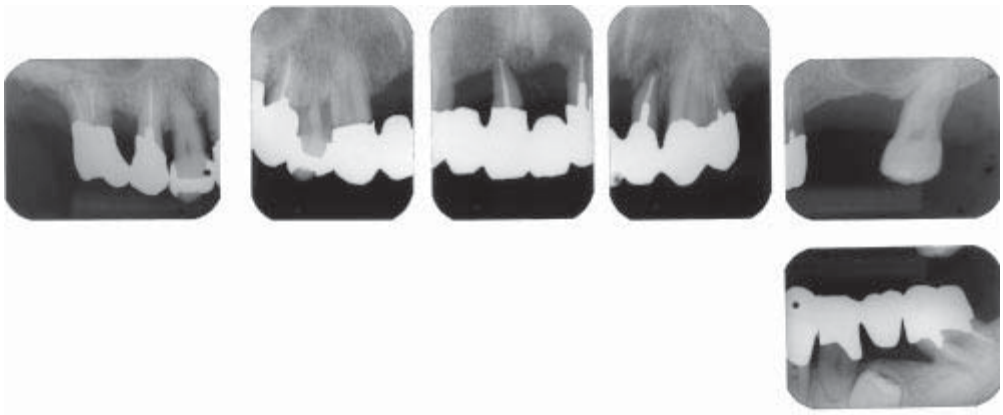
今回は，多数歯喪失群に着目してそこから多くの歯を失う原因を探ろうと試みた．結果はおぼろげな姿が見えたにすぎない．今後さらに詳細な検討がされることを期待している．

症　例

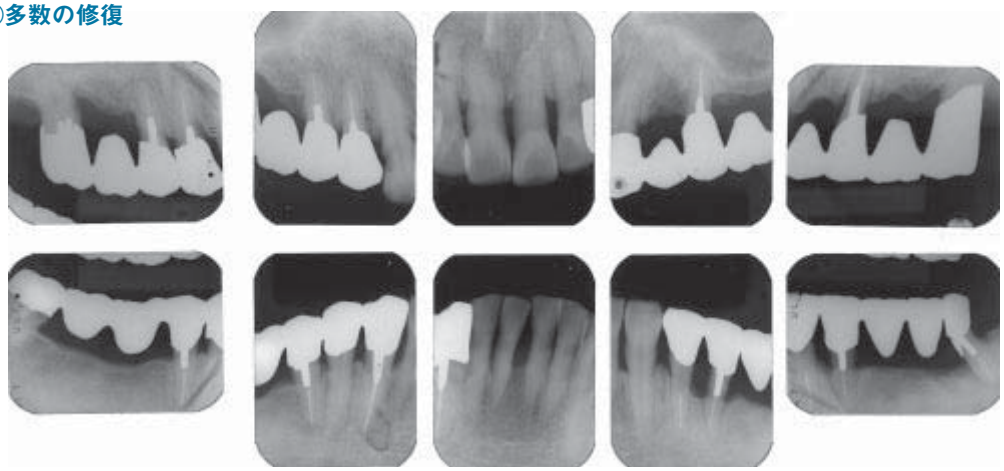
症例 No.14（1990.5.11）②多数の修復



症例 No.15（1988.6.7）



症例 No.17（1991.8.21）②多数の修復



おわりに

いったいどのような人が多くの歯を失って日常生活に不自由を強いられているのだろうか？　どのようにすれば，社会全体でそのような不幸を防ぐことができるのだろうか？その原因を探り，有効な提言を行うことが私たち日本ヘルスケア歯科研究会に課せられている責務だと思い活動を続けている．今回わかったことは，20歳代あるいは30歳代で適切な歯周炎の診断と処置を受ける，あるいはう蝕のリスク診断およびそのコントロールを受けていれば防げる可能性があることだろう．また，何らかの原因で自己管理が難しい人々へも社会として対応があってよいと思う．

そのための社会的システム，一般社会の意識変革，受け皿となる診療室作りなどすべきことは余りにも多い．1,000名を越える日本ヘルスケア歯科研究会会員のより一層の奮起を期待している．

J Health Care Dent. 2008; 10: 19-23
Printed in Japan. All rights reserved

歯肉を傷つけない適正なブラッシングによる露出歯根面の改善について

篠原千恵 Chie SHINOHARA

歯科衛生士 Dental Hygienist

大西歯科
兵庫県神戸市灘区山田町 2-1-1
Ohnishi Dental Clinic
2-1-1, Yamada-cho, Nada-ku, Kobe,
Hyogo 657-0064, Japan

Improve Exposed Root Surface by Correct Brushing which Avoids Damaging Gingiva

Changing to a correct brushing method, I experienced an improvement of marked gingival configuration in patients. A male patient visited us feeling uncomfortable about gingival recession. At the first examination, he used a toothbrush with hard bristle as in Fones brushing method. He was instructed to use a toothbrush with soft bristle, stroking the brush laterally on the gingival recessed portion and brushing the interdenal space by holding the brush longitudinally. Instruction and observation continued for 3 weeks, then 4 months and so on. After 10 months, the plaque was not completely removed, causing gingival inflammation. He was asked to visit our dental office to acquire a knack in placing a brush on the cervical area. When 2 years had passed, recessed gingival was observed. Further improvement occurred and after 4 years and 8 months, the exposed root surface was mostly covered. ***J Health Care Dent. 2008; 10: 19-23.***

キーワード： **brushing method**
gingival recession
exposed root surface

初診時の所見

生年月日：1978年7月4日
性　　別：男性
初診年月日：2002年11月9日
初診時年齢：24歳
喫煙経験：なし
主　　訴：歯肉退縮が気になる

図1～3は，私が，歯科衛生士学校を卒業して大西歯科に就職して7ヵ月め（2002年11月9日）に担当した方である．当時，私は子供の定期健診と歯肉炎の患者の治療を担当し始めたばかりであった．患者は，大西歯科にメインテナンスで来院されていた別の患者の親戚で，近くの大学に通っておられ，歯肉退縮が気になることを主訴として来院された．

初診時のブラッシング

普段のブラッシングの様子を尋ねてみたところ，硬めの歯ブラシでフォーンズ法のような動かし方をされていた．そこで，当院で一般に勧めている柔らかめの歯ブラシを用いて，歯肉退縮部位は軽く横に動かし，歯間部は歯ブラシの柄を縦に持って磨いてもらうことにした．露出根面がわずかに摩耗していたが，院長からは歯肉が回復する可能性があるので，そのままにしておくとの方針が出された．

図1　初診時（2002.11.9）

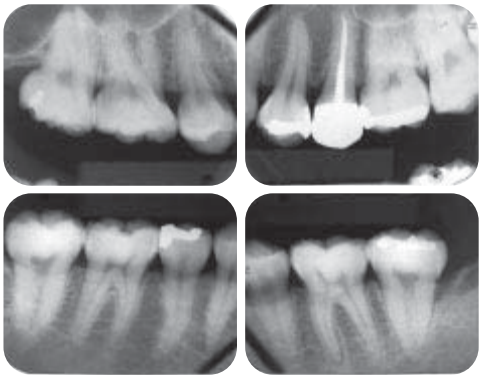


図2　初診時（2002.11.9）

図3　初診時（2002.11.9）

図4　4ヵ月後（2003.3.1）

図5　10ヵ月後（2003.9.27）

図６　２年４ヵ月後（2005.3.17）

図７　３年８ヵ月後（2006.7.22）

図８　４年８ヵ月後～（2007.7.21）

図９　５年８ヵ月～（2008.7.12）

経過その1

＜3週間後＞

患者によれば，前回の指導後は「力加減を注意して歯磨きをするようになった」とのこと．軟らかい歯ブラシの感触にも慣れてこられたようだった．さらに，歯頸部は歯ブラシの毛先をまっすぐに当てられるように鏡を見ながら磨くことを提案した．

＜4ヵ月後＞

まだ，肉眼で分かるような歯肉の改善は見られない(**図4**：2003年3月1日)．ブラシの歯肉への当てすぎを警戒する余り，プラークが少し残っていた．歯磨きにかける時間を確認したところ，約5分だが「ながら磨き」をしてしまう時があることがわかった．

「ながら磨き」は，多くの場合磨きやすいところばかり時間をかける傾向があり，歯肉退縮や楔状欠損を起こしやすいので，大西歯科では「ながら磨き」をしないように普段から指導している．ブラッシング時間も基本は3分，長くても5分以内にと指導している．この患者さんにも「ながら磨き」の害を説明して，短い時間で頭を使って集中して磨いていただくよう，お願いした．

＜10ヵ月後＞

意図した結果ではなく，問題が起こった．歯肉を傷つけないようにと気にする余り，プラークが落としきれず歯肉炎を起こしていた(**図5**：2003年9月27日)．そこで，もう一度毛先の当て方を確認した．それまでの歯磨剤にフッ化物が入っていなかったようなので，根面う蝕の危険性もあったため，フッ化物配合歯磨剤をお勧めした．

経過その2

＜1年1ヵ月～1年2ヵ月後＞

メインテナンス時に，まだプラークが残っていたので，1ヵ月間隔で来院してもらい，歯ブラシを使って試行錯誤をしているうちに，ようやく歯頸部を磨く感覚に慣れてきて，プラークが目立たなくなってきた．次回予約は3ヵ月後に予定して，そのときにプラークコントロールが改善していれば，半年に延長する計画を立てた．

＜2年後＞

3ヵ月でリコールの予定だったが，8ヵ月後に来院された．写真を撮影するのを忘れてしまったが，このころから歯肉の改善がわかるようになってきた．しかし，まだホームケアに不安があったので次回は4ヵ月後の予定にした．

＜2年4ヵ月後＞

前回のメインテナンスから調子はよかったようだ．ホームケアが以前に比べてはっきりとよくなっていた(**図6**：2005年3月17日)．歯肉退縮している部分もよくブラッシングできている．歯肉の改善が明らかである．

＜3年前後＞

特に問題なく6ヵ月間隔でメインテナンスを行った．

＜3年8ヵ月後＞

1年前と比較してさらに改善がみられた(**図7**：2006年7月22日)．

＜4年8ヵ月後～＞

ほとんど歯肉退縮が目立たないところまで回復した(**図8**：2007年7月21日)．当時は気がつかなかった

が，⌈6の頬側の歯頸部のアブフラクションが進行していて，2008年1月に咬合痛が出てきた．歯肉が回復してアブフラクションが見えにくくなっていたため油断していたのだと思われる．

＜5年8ヵ月～＞

歯肉の状態には変化は見られなくなり，安定している（**図9**：2008年7月12日）．

おわりに

著明な歯肉退縮が約4年かかってほぼ健康な位置に回復した症例を報告した．私には初めての経験で，ブラッシングによってこれだけ歯肉の形が変わることに驚いた．それだけに，普段何気なく行っているブラッシングの重要性を強く感じた．この症例以後，単にプラークが落ちているかどうかだけでなく歯肉の形にも気をつけるようになった．

適切なブラッシングとは，プラークが落とせることは大切だが，必要以上に力が入っていないか，時間は適切か，「ながら磨き」になっていないか，毛先の動き，腕の使い方，使っている歯ブラシや歯磨剤など評価すべき点がたくさんあり，それを瞬時に判断できるようにならなければならない．それを学ぶよい機会になった．

しかし，経験が浅かったとはいえ，ブラッシングが安定するまで2年以上かかってしまったことと咬合の関与について認識が足りなかったことを反省している．この症例での経験を今後に活かしたい．

症例を振り返って

藤木　省三

この症例は2002年11月から約6年の経過を追っている．初診時の状況から，歯間乳頭が健全に保存されている，歯根面は多少摩耗は見られるものの滑沢であることから適切なブラッシングによって歯肉の改善が見込めると判断した．途中，根面う蝕の危険な時期があったり，最適なブラッシングの方法を習得するまで時間がかかってしまったが，最終的には私の予想以上の結果になった．ここまで改善する可能性があることを経験したことは，大西歯科にとって貴重な財産になった．

よい結果を得られた一番の要因は，すぐに結果を求めるのではなく患者と長く付き合う診療スタイルではないかと思う．開業直後は，歯科医院とは「治す」ところであり，問題があればすぐに対処すべきと考えていたが，20年近く（歯周サポート治療；SPTを含む）メインテナンス中心の診療を続けた結果，初診の患者に対して今後長く付き合うことを前提として何が最善かを考えるようになった．この患者の例も，少し時間がかかってもよいので適切なブラッシング習慣が身につくまでお付き合いしよう，とした結果に過ぎない．

私のように地域住民中心の診療室では，このような考え方が大切なのではないかと思っている．そして，それを実践するためには，長期間の変化を記録し，患者に説明するための規格性のある口腔内写真・レントゲン写真などの資料，歯科衛生士を含むチーム医療，歯科衛生士のための診療ユニットやアポイントシステム，そして知識と技術が必要である．

反省点もいくつかある．2002年当時，スタッフの入れ替わりがあったため，院長である私や先輩による評価が不十分だったと思われる．サブカルテを見れば，初診から1年間のリコール間隔が開きすぎていて指導内容の確認ができずに終わっていることがわかる．そこまで気が回らなかった私に問題があった．現在ならもう少し密度の濃い指導と再評価ができるのではないかと考えている．

咬合の問題についても認識が不十分だった．大西歯科ではここ3年から4年の間にメインテナンス患者へのナイトガード装着を勧めるケースが増えている．それが根本的な解決になるかどうかは今後のデータをみなければわからないが，それだけ咬合に注意を払わなければならないと認識するようになった．今回のケースは，その認識を持つ前だったため，深く考えずに過ぎてしまった．歯肉の改善に惑わされたのも一因かもしれない．

J Health Care Dent. 2008; 10: 24-30
Printed in Japan. All rights reserved

エナメル質形成不全症（MIH）
―症例と12歳児での発現率について
杉山歯科医院における5年間の受診患者調査

杉山 精一 Seiichi SUGIYAMA, DDS

歯科医師 Private Practice

医療法人社団清泉会杉山歯科医院
千葉県八千代市村上団地1-53
Sugiyama Dental Clinic
1-53, Murakamidanchi, Yachiyo, Chiba
276-0027, Japan

Molar-Incisor Hypomineralisation – Clinical Case and Expression Rate at the age of 12. By the data of SUGIYAMA Dental Office

Caries responsible for enamelogenesis imperfecta (MIH) is considered comparatively rare. But, when a higher rate of caries can be controlled through the early detection of congenital failure such as an enamelogenesis imperfecta, then correct treatment at the right time becomes important. 8 clinical cases are shown here. Jasulaityte, ***et all.*** reviews an expression rate of enamelogenesis 5.9% ～ 25% are imperfect. Intraoral digital pictures of 108 patients at the age of 12 when they visited our dental office were examined on a computer.

The teeth with white opacity, yellow opacity, yellow-brown demarcated opacity and enamel loss are defined as enamelogenesis imperfecta. Expression was recognized on front teeth, molars and also second molars with in 12 in 108 samples (11.1%).

Healthy teeth increase with a decrease of caries, but enamelogenesis imperfecta, central tubercle and deeper fissures develop at a constant rate. Therefore, intraoral examination with knowledge of their expression rate is important. ***Health Care Dent. 2008; 10: 24-30.***

キーワード： **enamelogenesis imperfecta**
molar-incisor hypomineralisation
prevalence
opacity

なぜエナメル質形成不全に着目したか

杉山歯科では1995年から診療室のシステムを，予防を基本としたシステムへ変更した．このシステムでは，患者さんの口腔内写真のような画像データ，DMTのような数値データをパソコンに入力してデータベースを作成し，いろいろな条件で検索することにより自医院に来院している患者さんの口腔内変化を客観的に評価する作業を行っている．永久歯萌出後から20歳未満の患者さんについては，初診時とその後は毎年1回口腔内写真を撮影し，永久歯萌出状況（歯数，歯番），う蝕（DMFT），シーラント（実施歯面，歯番），カリエスリスク検査，メインテナンス実施年月日を入力して，このデータをもとにして初診時，定期来院期間中，不定期来院来院期間中などのDMFTの変化を指標として予防システムの改善と患者さんへの情報提供を行っている．

その結果，永久歯列完成までの時期は，乳歯列期から診療室で定期的にカリエスリスクに応じて健診・指導やフッ化物応用を行い，永久歯の萌出時期に合わせてタイミングよくシーラントなどの予防処置を実施していくことによりう蝕の発症はかなり高いレベルで克服可能となってきた[1]．

2008年春に最終来院時年齢8歳から10歳で5年間以上の定期来院者について検索したところ25名中23名はカリエスフリーであったが，2名は充塡したという結果であった．このような低年齢の時期になぜ充塡を行わなければならなかったかについて調べてみると，2名ともエナメル質形成不全による充塡処置であることがわかった．

今まで，小児・若年者への予防＝う蝕予防と考えており，エナメル質形成不全からと思われるう蝕を臨床において見出すことはあったが，比較的稀なことであると認識していた．しかし，う蝕が高い確率でコントロールできる状況になったことにより，相対的にエナメル質形成不全のような先天的な疾患に対して早期に発見して，患者さんと保護者へ情報提供を行い，そして的確な時期に過不足なく処置を行うことの重要性が高く

なってきたように思われる．

今回，杉山歯科におけるエナメル質形成不全症例の提示と杉山歯科での発現率を調査したので報告する．

MIHという名称について

2000年の欧州小児歯科学会(European Academy of Pediatric Dentistry)において第一大臼歯のエナメル質形成不全についての発表における用語の混乱を受けてMolar-Incisor Hypomineralisation(MIH)を用いることが提案された[2]．その後，ヨーロッパでは，MIHという名称で，論文が出版されているようである．

症　例

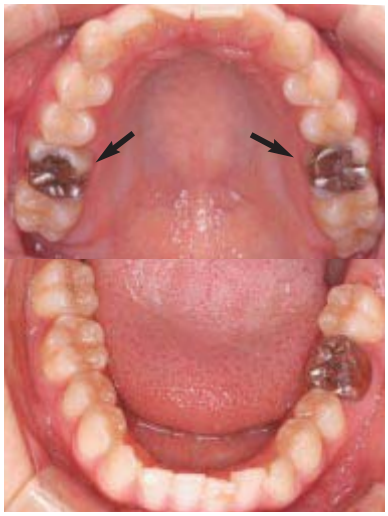
症例1　1980年生　女性(26歳)
エナメル質形成不全によって補綴されたと思われる症例

MIHによって第一大臼歯にのみ補綴がされている．前歯上下顎に形成不全部位を認めることができる．第一大臼歯はう蝕になりやすいが，成人で前歯に形成不全を認めた場合は，MIHが原因の補綴と推測することも必要である．補綴が部分被覆冠の場合には残存歯面を観察することによりわかることもある．MIHは咬頭から崩壊してくこともあるので，非定型的な窩洞形態の補綴や充塡がなされているときはMIHであった可能性があるので口腔内全体を注意深く診査することが必要である．

症例2　2000年生　男性（2008年7月，7歳）
エナメルの実質欠損を伴わない症例

歯面の色調表現は不透明感opacityと表現されるようである[3]．

症 例 1　1980年生　女性(26歳)
エナメル質形成不全によって補綴されたと思われる症例



6番にのみ大きな補綴が行われている．
残っている歯面の状況からエナメル質形成不全と思われる．
また，前歯にも形成不全がみられる．
(2006年6月)

症 例 2　2000年生　男性（2008年7月，7歳）
エナメルの実質欠損を伴わない症例

症例3　1997年生　男性
一部歯質崩壊したが咬頭は崩壊しなかった症例

2003年(6歳)初診来院時に⌈6⌉にMIHを認める．⌊6⌋も萌出していたが，咬頭の崩壊はせずに経過した．一部崩壊した歯質部のみをグラスアイオノマー系充塡材で追加充塡している．2008年(11歳)第二大臼歯が萌出してきた．咬合面のyellow-brown opacity部は今後経過をみながら処置方法を検討していく予定である．

症例4　1997年生　男性
対合歯の萌出により咬頭が崩壊していく症例

2004年1月(6歳)の時点では⌈6⌋が萌出，頬側咬頭から咬合面にwhite-yellow opacityを認めるが歯質崩壊はしていない．その後2005年3月(7歳)⌊6⌋が萌出して咬合するようになり，咬頭が崩壊してしまった．グラスアイオノマー充塡を行いながら，適時追加修正充塡を行って経過をみている．

症例5　1995年生　男性
頬面溝をシーラントしたがう蝕に進行した症例

2003年9月(7歳)，⌈6⌋の頬面溝を中心に近遠心方向にwhite opacityを認めるが，歯質崩壊はない．シーラントにより経過を観察していたが，2008年9月(12歳)にう窩を形成したため充塡処置を行った．

症例6　1998年生　女性
う蝕で来院したが以前の写真からMIHであったことが判明した症例

2008年(9歳)にう蝕で来院．以前2005年(6歳)に来院があり，その時の写真には咬合面にyellow opacityが認められる．この部位が歯質崩壊してう蝕に進行したものと推測できる．

症例7　1993年生　女性
咬頭頂のwhite opacityが小さなエナメル欠損に進行した症例

2005年(12歳)，⌈7⌋頬側咬頭にwhite opacityを認める．1年後の13歳では特に変化はなかったが，14歳時に小さなエナメル欠損ができ充塡を行った．

症例8　2008年2月　4歳
乳歯におけるエナメル質形成不全

乳歯での発現は非常に稀と思われる．当院でもこの症例のみである．

以上の症例からわかるようにopacity部がどのような経過となるかを推測することは不可能なようである．口腔内を診査する時は，萌出中の歯のプラークを除去してエアをかけて歯面乾燥し注意深く診査することが重要である．opacity部を認めたならば保護者と本人に状況を説明し，カリエスリスクが低くても，重度の歯質崩壊やう蝕に進行させないようにメインテナンス間隔を設定することが重要である．歯質の崩壊がはじまったら最小限の歯質削除で，控えめな充塡を行うべきだと思われる．

表1　杉山歯科での12歳児におけるMIH発現率

患者数	エナメル質形成不全を認めた人数	エナメル質形成不全発現人数比率	平均DMFT	平均萌出歯数
108名	12名	11.1％	0.98	25.1

杉山歯科医院での発現頻度

診療室に来院している患者さんにどの程度MIHが認められるかを検索したので報告したい．

検索条件は下記のとおりである．

検索対象者：2003年9月1日から2008年8月31日までの5年間に，年齢が12歳で，初診，メインテナンス，治療などを問わず来院があり，口腔内写真を撮影した108名を対象とした．

検索方法：12歳時の口腔内写真をPCモニター上で確認した．口腔内写真は，杉山歯科では通常の小児規格写真に加えて，大臼歯部の咬合面をすべて1倍にて撮影している．

対象としたエナメル質形成不全：不透明感(opacity，white opacity)，黄色不透明感(yellow opacity)，黄茶不透明感(yellow-brown demarcated opacity)，エナメル崩壊(enamel loss)の状態にある歯をエナメル質形成不全歯とし，前歯と大臼歯だけでなく，小臼歯に発現したものも数えることとした．

結　果

表1

考　察

国内のエナメル質形成不全の発現率について1990年以降小児歯科学雑誌に2つの調査が報告されている．

①1990年石田らの研究[4]

全国9地区における乳歯列期976名(平均年齢4.9歳)，永久歯列期913名(平均年齢16.6歳)の調査では，エナメル質形成不全では白斑が24.9％，減形成9.2％，着色8.1％と報告されている．

②2000年長坂らの研究[5]

全国29大学小児歯科学講座および教室において5歳から16歳11ヵ月までの4080名を対象とした調査では，白斑および白濁の発現率が男子5.64％，女子4.52％，エナメル減形成(明らかに歯表面に実質欠損を認めるもの)は，全ての歯種において1％以下であった，と報告されている．この2000年の報告は発現率が非常に低くなっているが次のような要因のためと思われる．

5歳から16歳11ヵ月までの全員を分母としていること，また，男子上顎第一大臼歯は3,615歯中945歯，同じく男子下顎第一大臼歯では3,740歯中1,223歯，女子上顎第一大臼歯は3,739歯中1,157歯，下顎では3,938歯中1,439歯がレジン充塡，インレー修復，全部被覆冠であり，そのため6～9歳ぐらいの低年齢の時にエナメル質形成不全により充塡，補綴された歯は処置済の歯として数えられてしまうこととなり，その結果発現率が低くなったものと思われる．

海外ではMIHに関してヨーロッパを中心にして報告がなされている．2007年L. Jasulaityteらの研究に過去の発現率の報告が一覧に掲載さているので次に示した[6]（**表2**）．

今回の調査は12歳児だけを対象にしたものであるが，ヨーロッパでの報告とほぼ同様の発現率であった．しかし，実際の口腔内を調査したのではなく，過去に撮影した口腔内写真からの調査であり，また，撮影は多くが初診来院時，メインテナンス来院時はPTCを行う前に撮影しており，プラークを除去して歯面を乾燥して実際の口腔内を調査したものではないこと，一歯科診療所受診患者

症例 3

1997 年生　男性
一部歯質崩壊したが咬頭は崩壊しなかった症例

2003 年　6 歳　2004 年　7 歳　2005 年　8 歳　2006 年　9 歳　2007 年　10 歳　2008 年　11 歳

症例 4

1997 年生　男性
対合歯の萌出により咬頭が崩壊していく症例

2004 年では 6 は未萌出．グラスアイオノマー系充填材で少しずつ補充充填を繰り返す．

2004 年　6 歳　2005 年　7 歳　2006 年　8 歳　2008 年　10 歳

症例 5

1995 年生　男性
頬面溝をシーラントしたがう蝕に進行した症例

2003 年 9 月　2004 年 7 月

2006 年 8 月　2007 年 12 月　2008 年 9 月　充填へ

症 例 6

1998年生　女性
う蝕で来院したが以前の写真からMIHであったことが判明した症例

2005年　6歳

2008年　9歳

症 例 7

1993年生　女性
咬頭頂のwhite opacityが小さなエナメル質欠損に進行した症例

2005年9月　12歳

2006年12月　13歳

2008年2月　14歳

症 例 8

2008年2月　4歳
乳歯におけるエナメル質形成不全

の調査で，サンプル数が少ないことも考慮する必要がある．

MIHのような先天的な疾患については，その発現率を知ったうえで，口腔内診査を行うことは臨床において大変重要である．う蝕の減少に伴い健全歯は増加しているが，一定の割合で発現するMIH，中心結節，さらに深い裂溝などについては，患者本人と保護者とともに歯の萌出から経過を観察し，診療室において的確な時期に最小限の介入を行うことが，こどもの健全な口腔を育成していくうえで重要なことである．そのためにも日本において先天的な歯の形態異常などが，どの程度の割合で発現するのかについて調査報告がなされることを期待したい．

表2 MIHの発現率（Jasulaityteら；2007）

Country	Study	Age of children	Sample size	MIH prevalence	% of all children with moderate and severe defects (% of MIH teeth affected moderately and severely)	Average number of affected teeth/molars per child	Percentage of the affected molars (overall tooth prevalence)	% of all children with >1 affected . molar
European countries								
Finland	Alaluusua *et al.* 1996a and 1996b	12 6-7	97 102	25% 17%				
Finland	Lppäniemi *et al.* 2001	7-13	488	19.3%*	1.4% moderate, 8.4% severe			3.9% = 4 molars
Sweden	Jälevik *et al.* 2001a	7.6-8.8	516	18.4%*	4.8% moderate, 6.4% severe	3.2 / 2.4	11.1%	14.9% > 1 molar
Denmark	Esmark and Simonsen in Weerheujm and Mejàre 2003	7	5277	15-25%				
Sweden	Koch *et al.* 1987	8-13	2226	3.6-15.4% depending on year	1.5-8% depending on year			
Turkey	Alpöz and Ertugrul 1999	7-12	250	14.8%				
Slovenia	Kosem *et al.* in William *et al.* 2006b	12-18	2339	14%				
Italy (Lissone)	Calderara *et al.* 2005	7.3-8.3	227	13.7%*	0 moderate, 0.4% severe	2.0 / 1.6	--- (5.8%)	6.2% > 1 molar
Netherlands	Weerheijim *et al.* 2001a	11	497	9.7%	--- (44% of MIH molars needed treatment, 9% major treament)	---/ 2.6	6.4%	7.6% > 1 molar
Lithuania	Present study	6.5-9.5	1277	9.7%	4.4% with disintegration** (37% of MIH molars with disintegration**)	2.25 / 1.95	4.8% (2.7%)	5.5% > 1 molar 1.3% = 4 molars
Switzerland (Zurich)	Clavadetscher 1997	7-8	1671	6.4%				
Greece	Lygidakis *et al.* in William *et al.* 2006b		2640	6%				
Germany (Giessen)	Preusser *et al.* 2006	6-12	1022	5.9%	---(25.4% moderately, 7.4% severely affected teeth)	--- / 2.2	3.4%	
Germany (Dresden)	Dietrich *et al.* 2003	10-17	2048	5.6% (2.4-11.0% depending on year)	---(6.1% moderately, 9.4% severely affected teeth)	4.8/ 2.2		3.7% > 1 molar
Studies outside Europe								
Libya (Benghazi)	Fteita *et al.* 2006	7-8.9	378	2.9%	0	---/ 1.5*	1.1	1.1% > 1 molar 0.3% = 4 molars

* lesions ≤ 2 mm included ** moderate and severe defects

参考文献

1) 杉山精一：杉山歯科医院における定期予防管理の結果から長期管理の効果を予測する．ヘルスケア歯科誌，6(1)：11-16，2004.
2) Weerheijm KL *et al.*: Molar-Incisor Hypomineralisation. Caries Res, 35: 390-391, 2001.
3) Weerheijm KL: Molar Incisor Hypo-mineralisation (MIH). Eur J Paediatr Dent, 3: 115-120, 2003.
4) 石田良介ら：歯牙硬組織の発育と障害に関する研究．小児歯誌，28(2)：466-485，1990.
5) 長坂信夫ら：幼若永久歯の総合的研究―萌出程度，歯の異常，歯列・咬合―．小児歯誌，38(1)：1-13，2000.
6) Jasulaityte L: Molar incisor hypomine-ralisation: review and prevalence date from a study of primary school children in Kaunas(Lithania). Eur Arch Paediatr Dent, 8(2): 87-94, 2007.

J Health Care Dent. 2008; 10: 31-38
Printed in Japan. All rights reserved

＜調査1＞

歯科診療所における初診患者の実態調査 第3報(2008年)

藤木 省三 Shozo FUJIKI, DDS

歯科医師 Private Practice

大西歯科
兵庫県神戸市灘区山田町 2-1-1
Ohnishi Dental Clinic
2-1-1, Yamada-cho, Nada-ku, Kobe, Hyogo 657-0064, Japan

Do Project; The Survey 1

Survey on New Patients Who Visit Dental Offices Report 3 (2008)

The Japan Health Care Dental Association has formulated data for new patients with a purpose to comprehending experiences of patients visiting dental offices which are less influenced by regularly controlled treatment. The outcome of the study will become the standard for patients who visit dental offices in Japan. This study utilizes data on 10,982 patients who visited 31 research-friendly dental offices nationwide from January 1 through December 31,2007, including factors such as age, sex, the age of first examination. It also includes data for patients aged 20 and above of the number of DMF teeth, the number of remaining teeth, specific degree of periodontal disease development (by the protocol of the Japan Health Care Dental Association), smoking experience, the age of first smoking, current smoker or not, and the total numbers of cigarettes ever smoked by the first examination. DMFT from the age of 5 to 20 shows the same tendency with last year, but that from 15 to 18 there was a decrease compared to last year. The numbers of people who gave up smoking increased in 40's and 50's.

J Health Care Dent. 2008; 10: 31-38.

キーワード： **survey on new patients**
DMFT
hospital statistics
smoking

はじめに

日本ヘルスケア歯科研究会では，2006年から会員診療室の臨床データや臨床データを集積し，その結果を公開することで医療制度，社会，臨床現場へフィードバックする研究プロジェクト＜Doプロジェクト＞を実施している（図1*）．その中の一つの初診患者実態調査である調査1も3年目を迎えることになった．調査1は，定期管理型診療の影響をあまり受けていない診療所受診患者の状態を知ることを目的にしている．いわば，フィールドの歯科疾患実態調査に対して，全国の歯科診療所受診患者の実態調査である．この調査結果は，歯科診療所受診患者のモノサシになるものである．

今回は2007年1月1日から2007年12月31日までに全国31カ所の調査協力診療所に来院した初診患者のデータを集計し報告する．

調査方法

1. 調査に参加する診療所としての資格要件

①日本ヘルスケア歯科研究会の診療所であること
②初診患者の口腔内データとして，小児はDMF歯数，成人はDMF歯数，残存歯数，歯周病進行度，喫煙経験の記録があること
③資料をデジタルデータとして提出できること
④基本的に全員調査であること
（ただし，口腔内および問診事項の

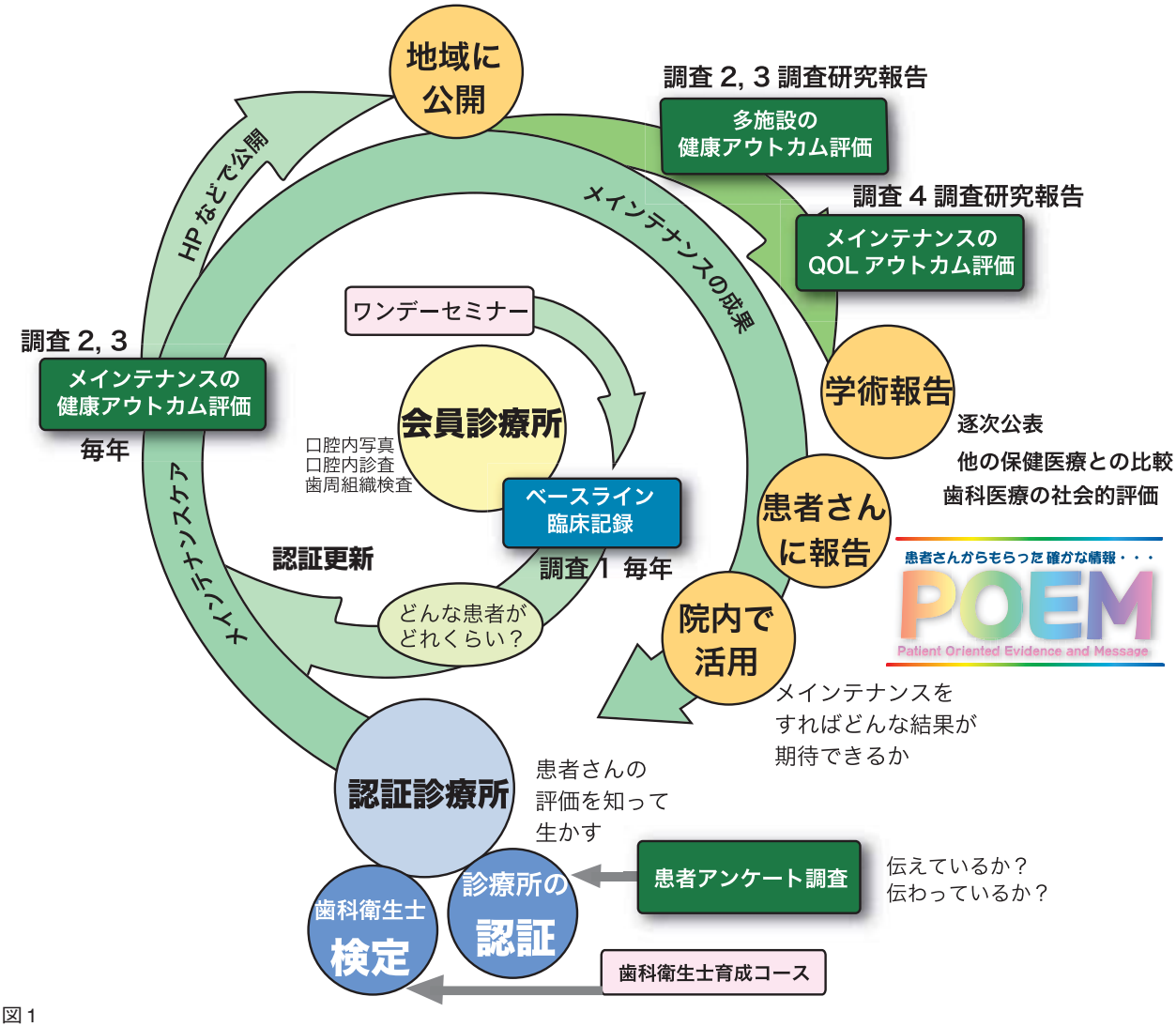


図 1

情報に欠落がある患者があってもよいこととした）

2. 調査対象患者

2007 年 1 月 1 日から 2007 年 12 月 31 日に来院した初診患者．初診患者とは，その診療室に全く初めて来院した患者とした．

3. 調査項目

①生年月日
②性別
③初診年月日
④初診時年齢
⑤20 歳未満は DMF 歯数
⑥20 歳以上は
- DMF 歯数
- 残存歯数（智歯を含めない）
- 歯周病進行度（日本ヘルスケア歯科研究会のプロトコールによる）
- 喫煙経験
- 喫煙開始年齢
- 現在の喫煙の有無
- 初診時における過去の喫煙総本数

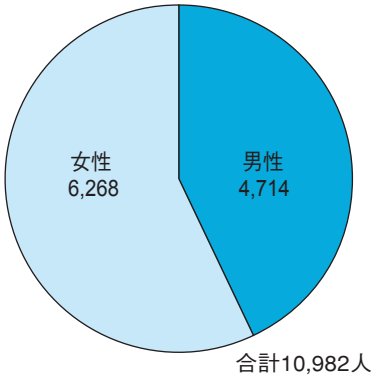


図1　初診患者の性別

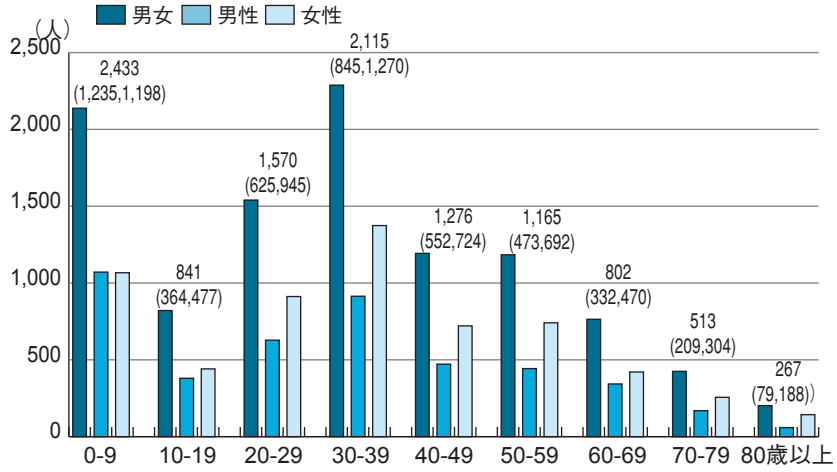


図2　初診患者数（年代別）

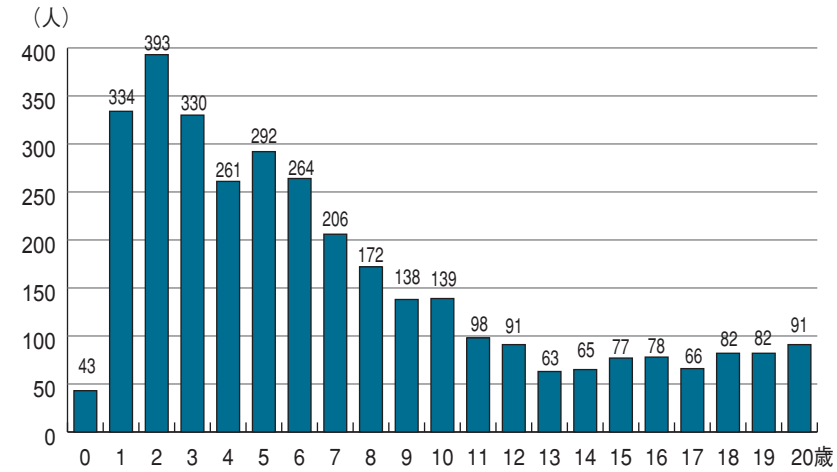


図3　初診患者数（0～20歳）

4. 調査参加診療所の募集

調査参加診療所は，認証診療所および調査目的内容についてニュースレター等で告知し会員から公募した．参加診療所は15都道府県31診療所である．

5. 調査データの回収・集計方法

調査データの回収用テンプレートを事務局から参加診療所へ送付し回収した．回収用テンプレートには患者氏名は含まないようにし，さらに事務局で診療所名が特定できないように匿名処理をしたうえで集計作業を行った．

回収された2007年1月1日から2007年12月31日までに来院した初診患者データは31診療所10,982名であった．

結　果

初診患者の性別，年代別と20歳までの年齢別の初診患者数，10～70歳以上の年齢別（10歳区分）DMFT，5～20歳まで年齢別DMFT，20歳以上年齢階層別（5歳区分）残存歯数，年齢階層別歯周病進行度（全体，非喫煙者，喫煙経験者），年齢階層別非喫煙者と喫煙経験者の割合について集計した．

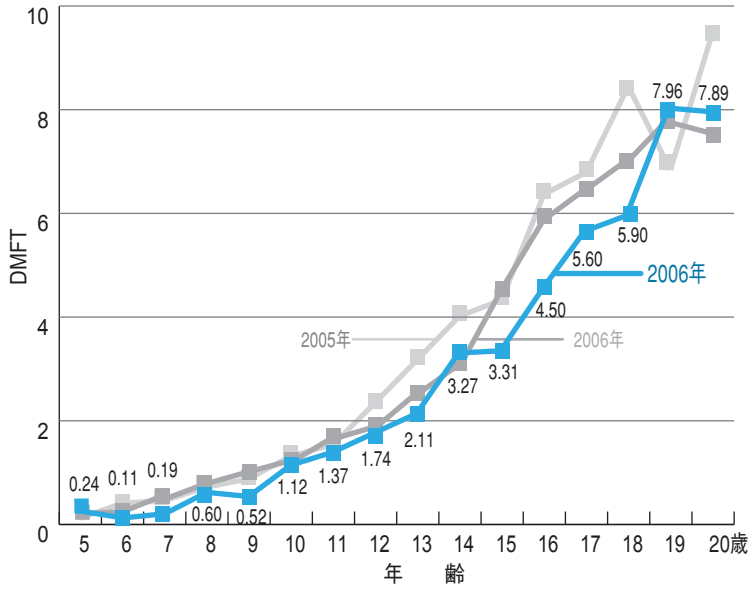


図4　初診患者の DMFT（5 ～ 20 歳）

5 ～ 20 歳初診患者 DMFT（2007 年）

年　齢	男女 DMFT	男女 人数	男性 DMFT	男性 人数	女性 DMFT	女性 人数
5 歳	0.24	111	0.31	48	0.19	63
6 歳	0.11	187	0.14	104	0.05	78
7 歳	0.19	166	0.11	87	0.26	74
8 歳	0.60	150	0.61	70	0.60	78
9 歳	0.52	126	0.64	58	0.44	64
10 歳	1.12	124	0.84	49	1.36	67
11 歳	1.37	89	1.14	37	1.60	50
12 歳	1.74	82	1.16	44	2.49	37
13 歳	2.11	55	1.26	35	3.37	19
14 歳	3.27	60	2.27	26	4.12	33
15 歳	3.31	72	3.10	29	3.45	42
16 歳	4.50	74	4.35	20	4.60	53
17 歳	5.60	63	4.43	23	6.41	39
18 歳	5.90	77	6.51	35	5.49	41
19 歳	7.96	71	8.26	27	7.77	44
20 歳	7.89	88	8.26	34	7.64	53

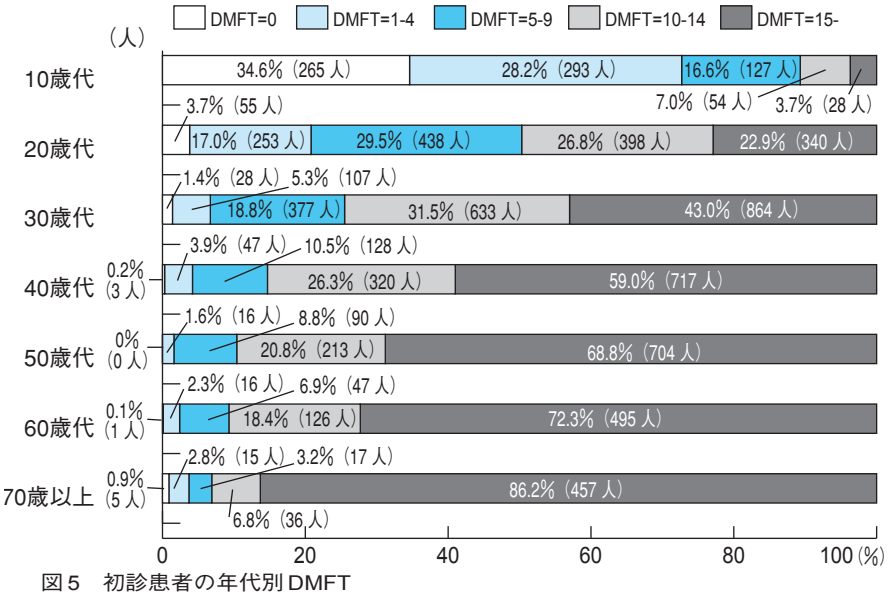


図5　初診患者の年代別 DMFT

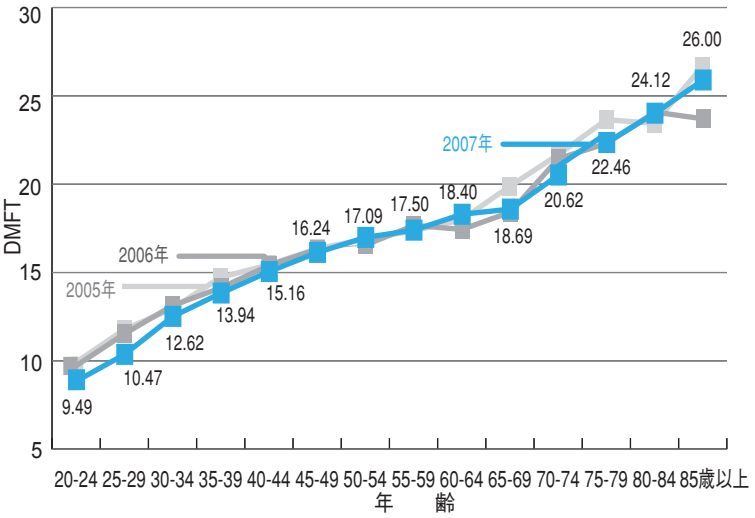
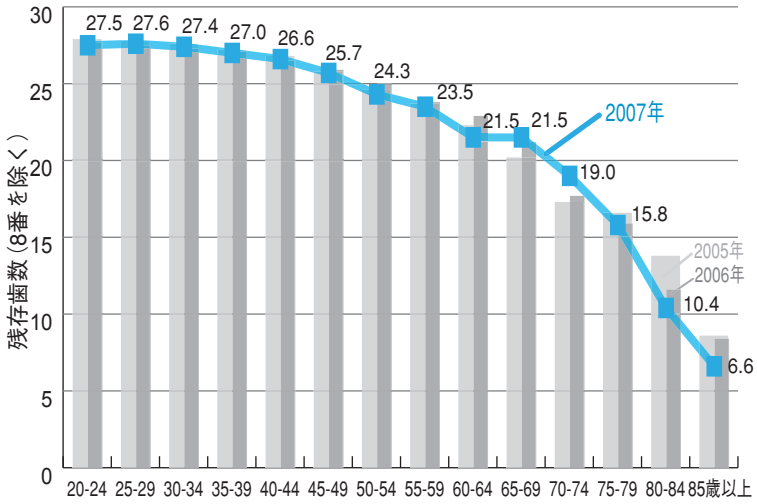


図6　初診患者の年齢階層別 DMFT（20 ～ 85 歳以上）

20 ～ 85 歳以上初診患者 DMFT（2007 年）

年　齢	男女 DMFT	男女 人数	男性 DMFT	男性 人数	女性 DMFT	女性 人数
20-24 歳	8.96	577	7.97	212	9.58	361
25-29 歳	10.47	877	10.05	362	10.80	505
30-34 歳	12.62	1,074	12.17	419	12.95	641
35-39 歳	13.94	912	13.72	361	14.13	535
40-44 歳	15.16	655	14.15	276	15.92	367
45-49 歳	16.24	536	15.13	233	17.17	298
50-54 歳	17.09	440	16.41	189	17.67	242
55-59 歳	17.50	564	15.79	199	18.38	341
60-64 歳	18.40	384	17.51	149	19.15	209
65-69 歳	18.69	284	17.21	106	19.87	158
70-74 歳	20.62	219	20.74	87	20.75	127
75-79 歳	22.46	168	20.27	62	23.86	103
80-84 歳	24.12	91	23.38	26	24.36	64
85 歳以上	26.00	36	26.82	17	25.26	19



20歳～85歳初診患者残存歯数（2007年）

年　齢	男女 残存歯数	男女 人数	男性 残存歯数	男性 人数	女性 残存歯数	女性 人数
20-24歳	27.5	577	27.3	212	27.7	361
25-29歳	27.6	877	27.7	362	27.6	505
30-34歳	27.4	1,074	27.5	419	27.4	641
35-39歳	27.0	912	27.0	361	27.0	535
40-44歳	26.6	655	26.7	276	26.5	367
45-49歳	25.8	536	25.8	233	25.7	298
50-54歳	24.3	440	23.8	189	24.7	242
55-59歳	23.5	384	23.5	199	23.5	341
60-64歳	21.5	564	21.6	149	21.4	209
65-69歳	21.5	284	21.7	106	21.3	158
70-74歳	19.1	219	18.9	87	18.9	127
75-79歳	15.8	168	19.0	62	13.7	103
80-84歳	10.4	91	13.4	26	9.4	64
85歳以上	6.6	36	5.8	17	7.4	19

図7　初診患者の残存歯数（20～85歳以上）

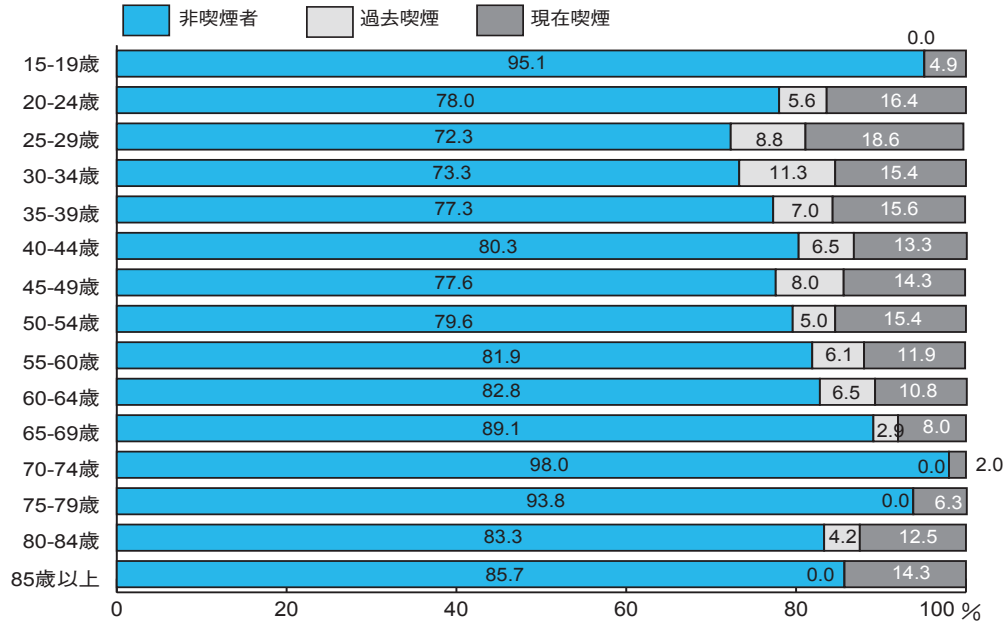


図8　非喫煙者・喫煙者率（女性）

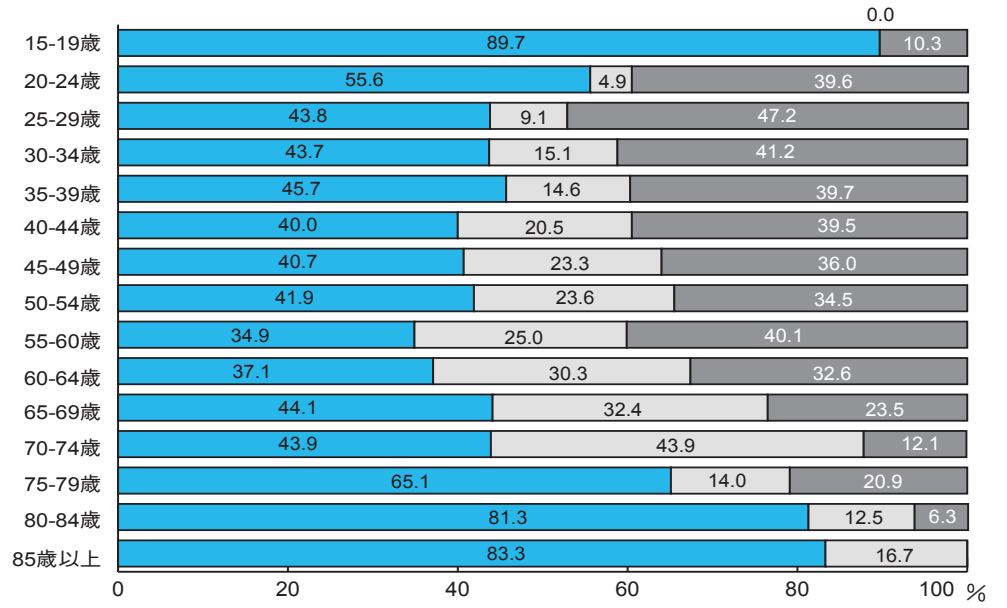


図9　非喫煙者・喫煙者率（男性）

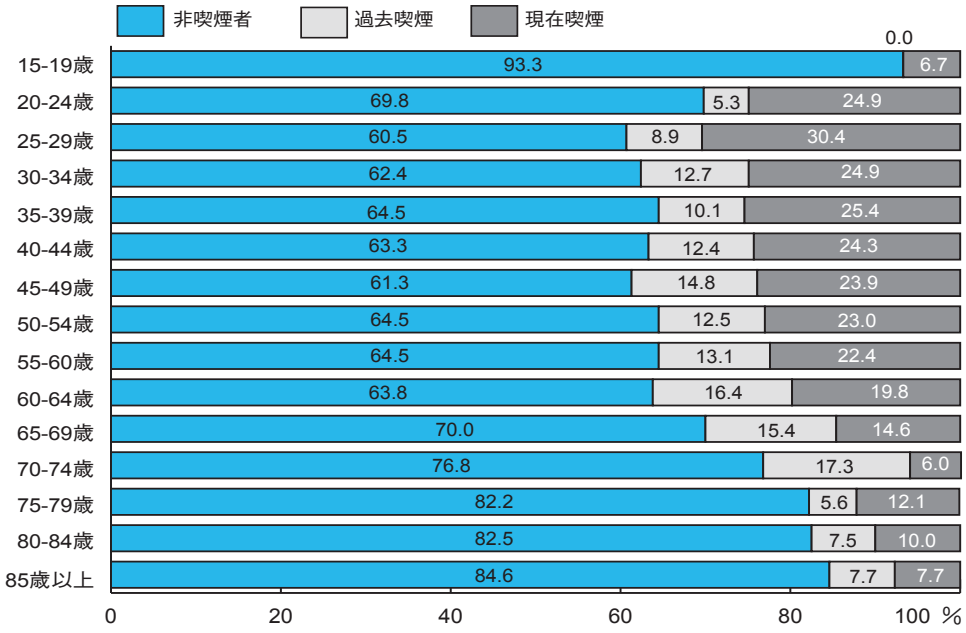


図 10　非喫煙者，喫煙者率（全体）

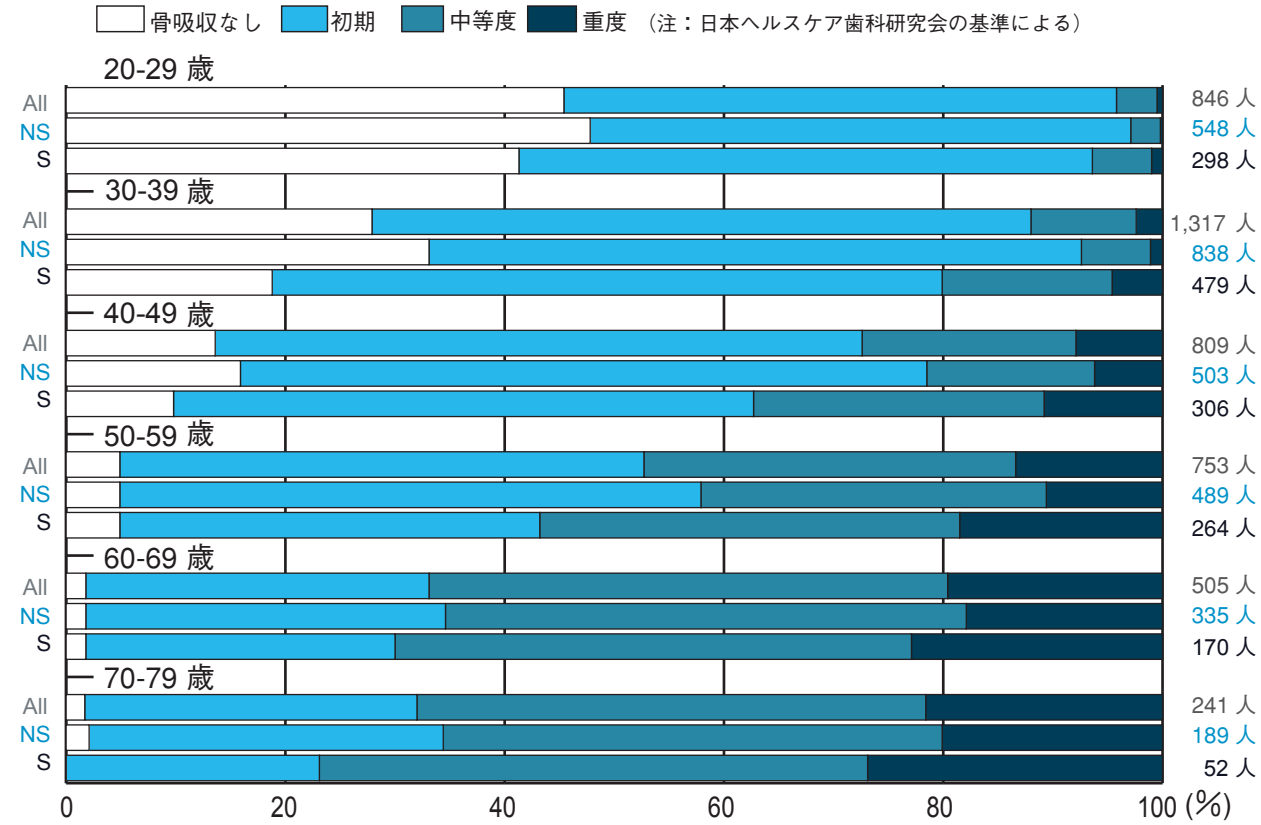


図 11　喫煙と歯周病進行度（ALL；対象者全員，NS；非喫煙者，S= 喫煙者）
（80 歳以上は対象人数が少ないので省いている）

考　察

昨年に引き続き2007年の初診患者データを集計した．今年は協力歯科医院と認証歯科医院が参加し若干母数が増えた．しかし，1,000名を越える日本ヘルスケア歯科研究会会員数を考えるとまだまだ十分とは言えず，一層の会員の奮起を願いたい．

年代別の初診患者数はこれまでと同様に0歳から9歳が多く10歳から19歳が少ない．この結果から，調査に協力した診療室にて継続して予防的定期管理が実践されることで，数年後には定期管理による予防効果の大きな成果が得られるのではないかと期待される．

初診患者の5歳から20歳におけるDMFTに関しては，昨年と同様の傾向だが，15歳から18歳が昨年よりも低くなっている．ここ10年ほどで12歳DMFT指数が全国的に低下しているので，今後その影響が及ぶのか楽しみなところである．

前回から集計している初診患者の非喫煙，過去喫煙，現在喫煙のデータからは，今年も女性に比較して男性が圧倒的に喫煙経験者が多いことがわかる．男性のデータを昨年と比較してみると，40歳代，50歳代での禁煙した人の割合が増えている．最近の禁煙運動の高まりの影響が現れているのかもしれない．禁煙，防煙教育の効果があるとすれば，私たち日本ヘルスケア歯科研究会の会員診療室で禁煙，防煙教育をさらに充実させていかなければならないだろう．

喫煙と歯周炎の進行度の関連を見れば，昨年と同じく50歳代まででは違いが大きい結果がみられた．60歳以降の差が小さい理由は今回の調査では不明だが，2008年初診患者のデータが揃えば3年分のデータを集めて喫煙総本数を考慮した集計をしてみたいと考えている．

日本ヘルスケア歯科研究会はこのようなデータを出すことができる数少ない団体である．今後も継続して調査を続けていきたいと考えている．次回調査時にはより多くの診療室が参加されることを期待している．

調査1（2007年1月～12月）参加の歯科診療所は次頁のとおりである．

調査１参加の歯科診療所

医療施設名称（医療法人名は省略）		代表者
医社）さいとう歯科室	北海道　札幌市	斉藤　　仁
福田歯科医院	北海道　函館市	福田　健二
医）加藤歯科医院	山形県　東根市	加藤　　徹
国井歯科医院	山形県　山形市	国井　一好
医社）つくばヘルスケア歯科クリニック	茨城県　つくば市	千ヶ崎乙文
医社）千ヶ崎歯科医院	茨城県　行方市	三代　英知
山口歯科医院	茨城県　行方市	山口　將日
征矢歯科医院	茨城県　日立市	征矢　　亘
田中歯科クリニック	埼玉県　川口市	田中　正大
もりや歯科	埼玉県　坂戸市	森谷　良行
まさき歯科医院	千葉県　習志野市	薮下　雅樹
医社）杉山歯科医院	千葉県　八千代市	杉山　精一
医）自由が丘矯正歯科クリニック	東京都　世田谷区	成田　信一
萩原歯科医院	東京都　豊島区	萩原　　眞
河野歯科医院	東京都　小平市	河野　正清
宇藤歯科医院	東京都　町田市	宇藤　博文
菊地歯科	静岡県　三島市	菊地　　誠
わかば歯科医院	静岡県　駿東郡	小野　義晃
たかはし歯科	愛媛県　南宇和郡	高橋　　啓
浦崎歯科医院	石川県　金沢市	浦崎　裕之
伊藤歯科クリニック	大阪府　茨木市	伊藤　　中
中川歯科医院	大阪府　大阪市	中川　正男
おおくぼ歯科	大阪府　堺市	大久保　篤
丸山歯科医院	兵庫県　神戸市	丸山　和久
大西歯科	兵庫県　神戸市	藤木　省三
たかぎ歯科医院	兵庫県　神戸市	髙木　景子
てらだ歯科クリニック	兵庫県　姫路市	寺田　昌平
倉敷医療生活協同組合　玉島歯科診療所	岡山県　倉敷市	岡　　恒雄
医社）竹下歯科医院	広島県　広島市	竹下　　哲
医）ワイエイデンタルクリニック	鳥取県　米子市	足本　　敦
浜口歯科医院	沖縄県　那覇市	濱口　茂雄

J Health Care Dent. 2008; 10: 39-43
Printed in Japan. All rights reserved

Doプロジェクト調査4(フォローアップ調査)中間報告
定期的なメインテナンスと口腔関連QOLの関係についての研究(参加診療所26，対象者総数3,334人)

歯科治療はQOLの維持に貢献しているか？*

内藤 徹 Toru NAITO, DDS

福岡歯科大学総合歯科講師
福岡県福岡市早良区田村2-15-1
Fukuoka Dental College
2-15-1, Tamura, Sawara-ku, Fukuoka
814-0193, Japan

Do Project; The Survey 4

Does Dental Treatment Contribute to maintain QOL ? (2008)

Although common oral diseases are not life threatening, oral health may influence the overall wellbeing of individuals. The purpose of this study was to compare the impact of oral health conditions on the general health-related quality of life (HR-QOL) and the oral health-related quality of life (OHR-QOL) between patients attending dental care regularly and drop-outs from the dental treatment. From August, 2006 to September, 2006, a consecutive 4,317 subjects older than 40 years of age from 26 private practices in Japan were enrolled in this study. The subjects were requested to complete a questionnaire that included life style, HR-QOL and OHR-QOL instruments. Patient's self-assessment of HR-QOL was measured by the 8-item short form health survey questionnaire (SF-8), encompassing eight summary scales and two summary dimensions. GOHAI (General Oral Health Assessment Index) was used for the measurement of OHR-QOL. Oral health parameters were collected from the treatment records. A total of 3,334 subjects completed the baseline survey. One-year follow-up survey was performed using the same questionnaire and survey protocol from September 2007 to December 2007. During the follow-up period, 65.0 % of individuals (2,168/3,334) attended the dental office and regarded as regular attendant. Among regular attendant, 94.1 % (2,041/2,168) responded to the questionnaire survey. Individuals who did not show-up during the follow-up period were 1,166 (35.0 %), and regarded sporadic attendant. Sporadic attendant were mailed same questionnaire, and responded 369 (31.6 %). The younger individuals tend to become sporadic attendants. Subjects with more present teeth also showed the tendency to discontinue the dental treatment. Sporadic attendant showed improvement of OHR-QOL comparing with regular attendant. Improvement of OHR-QOL of sporadic attendants may partially be due to the younger age and more present teeth number comparing regular attendants. Oral health demonstrated a significant association with the wellbeing of individuals through our baseline survey. Further empirical study is necessary to reveal the implications of the dental care on the quality of life. ***J Health Care Dent. 2008; 10: 39-43.***

キーワード： **quality of life**
oral health-related QOL
epidemiology
questionnaire survey

以下の追跡調査中間報告は，1年目に調査した受診者のうち2007年9月～12月8日までに再来院された2,041人と未来院のため郵送で回答していただいた369人(合計2,410人)を対象にした分析と考察です．

* 日本ヘルスケア歯科研究会ニュースレター（Vol.11 no.4）に掲載した報告の再録です．

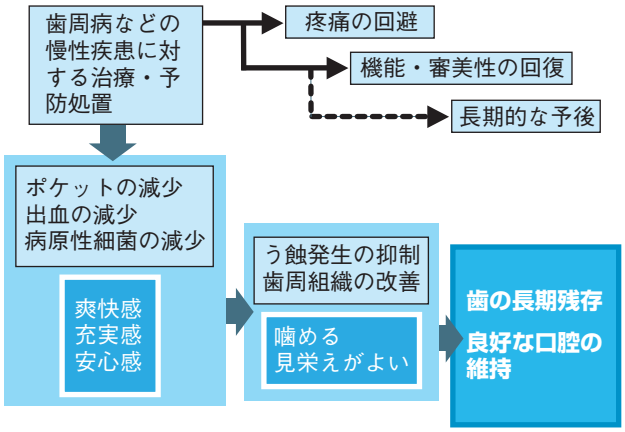


図1

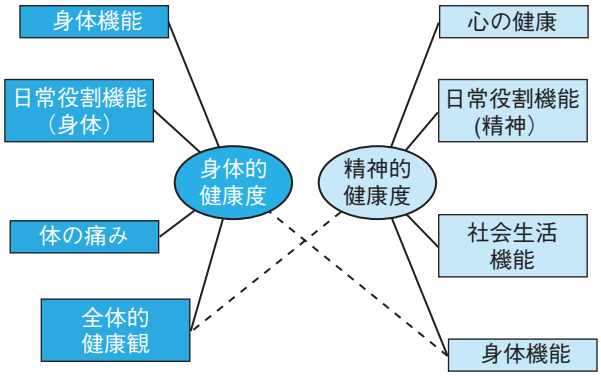


図2　SF-8の原型となったSF-36の因子構造

どうしてQOLに着目したか

むし歯で痛んだ歯を削って詰める治療，歯冠崩壊した歯を抜歯しての補綴．こういった，数回の治療で疼痛が消失したり，明らかに審美性や咬合機能が回復したり，DMF歯数のような，だれが測っても一致する数字で評価したりできる治療の機会は近年減ってきました．

ポケットの深さ，唾液中の菌数，病原菌に対する血清抗体値．こういった指標が，これからの歯科治療の中での重みを増してくるかもしれません．でも，これらの指標が良好な患者さんが，現時点でも，そして将来にわたって，喪失歯数が少なく，歯槽骨の吸収が少なく，よく噛める，といったことが確かであるという根拠はあるのでしょうか？　歯の喪失は成人においては比較的まれな，たいていの人には数年に1回程度しか起きない出来事で，どんな指標が悪いと歯を喪失しやすいか，確かな指標を見つけることはなかなか困難です(図1)．

唾液中のミュータンス菌を劇的に減らすことが示されていたChlorzoin®というクロルヘキシジン含有のバーニッシュが，残念ながら実際の臨床ではう蝕ハイリスクの子供たちのう蝕を減らさなかったという報告もあります[1]．現在の歯科医療で使われている指標のうち，どんな指標が患者さんの健康や幸せに直接つながっていると確信できるでしょうか？

専門化・細分化された指標は，患者さんが「ああ健康だ！」とはっきり認知できるような数字にはなかなかなるものではありません．歯科医療に分析科学的な側面を追求しすぎると，「ポケットはなくなったけれども，抜歯を余儀なくされた」というような治療が推奨されるようになるかもしれません．

科学の粋を集めた検査値重視の治療で見失いがちな「医療は健康を訴求するもの」というあたりまえのことを思い出させてくれたのが，QOLという考え方です．患者が肉体的にも精神的にも健康であると自覚しており，患者さんごとに健康観や好みが異なるかもしれない，そんなところまでを測定しようとする指標がQOL指標の測定対象とするものです．

患者さんの健康・幸せ・快適さといったものを，数値化した指標で表そうとしたQOL指標がいくつか提唱されています．そのなかでも比較的簡便で，日本語の翻訳版があり，妥当性が検証されて日本人の標準値が測定されている，全身のQOLを測定するための指標であるSF-8[2]（図2）と，口腔のQOLを測定するための指標であるGOHAI（General Oral Health Assessment Index）[3]は，研究のために質問票と採点方法が公開されています．これらの指標を用いて，口腔の状態，歯科医院における介入，患者さんの受診パターンなどとQOLの関

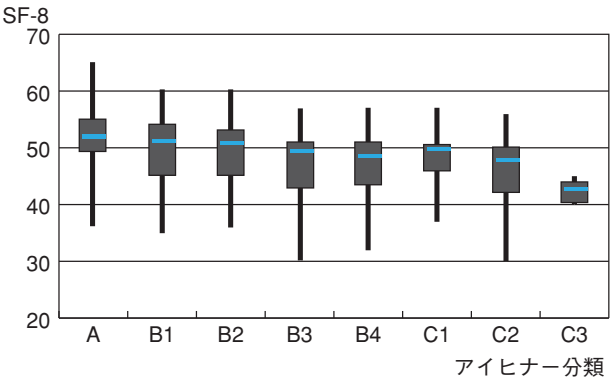


図3　SF-8（身体的サマリースコア）とアイヒナー分類の関係
ボックスの中の線は中央値，上下端は四分位を示し，バーの上下端は10%位，90%位を示す．

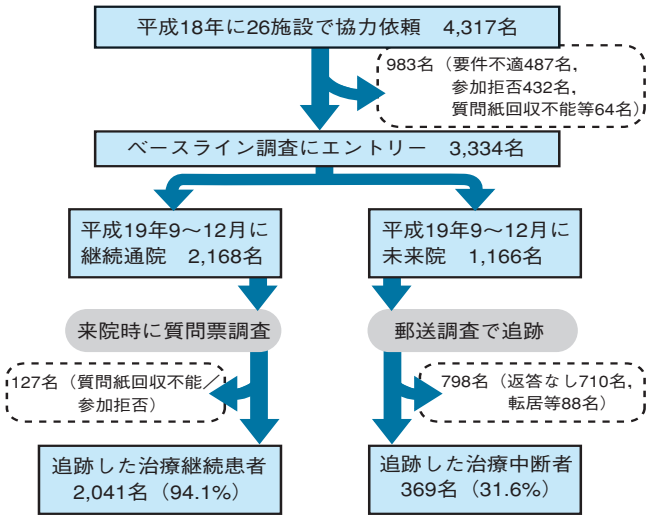


図4

わりを探るために，日本ヘルスケア歯科研究会の協力病院の先生・スタッフの方々の協力のもとに進めているのが現在実施しているQOL関連の研究です．

口腔の状態と全身のQOLには関連があったか？

第一段階の調査研究（ベースライン調査）として，全国の診療施設26施設の協力のもとに，平成18年8月から9月の間に来院した40歳以上の受診者について，質問紙によるQOL指標の調査とカルテからの口腔指標の情報採取をお願いしました．調査期間中には4,317名が来院され，このうち3,378名が調査参加に同意し，全身のQOL（SF-8）と口腔のQOL（GOHAI）に加え，DMFT，歯周病関連指標，アイヒナー分類（咬合負担域の残存程度），受診回数などの情報が得られました．

このベースライン調査の結果では，残存歯数やアイヒナー分類は，口腔のQOLだけでなく，全身のQOLとも関わり合いがあることが示され（図3），その詳細は現在，国際誌に投稿しているところです．また，メインテナンス患者だけを対象に分析してみたところ，口腔のQOLと抑うつの指標とが比較的高い関連を示しており，精神的な不調が口腔の不調と密接に関わり合っている可能性などが分かってきました．

続けて来院している患者さんはQOLが高くなるか？

口腔の健康と全身の健康が密接に関わり合う可能性は，先のような断面調査でも分かってきましたが，断面調査では両者の時間的な前後関係，口腔の健康が全身の健康に影響を与えるのか，その逆もあるのか，ということは明らかにはなりません．そこで，ベースライン調査から1年経過した時点で，再調査を実施しました．今回はおもに，治療を継続している患者と治療を中断した者との間に，QOL指標などに差異が認められるかどうかを解析し，また治療中断に至る患者の背景因子の探索を行うことを目的とした調査としました．

再び全国26か所の協力施設にお願いし，平成19年9月から12月にかけて，ベースライン調査に参加していただいた患者さんが来院されたときに質問票調査と診療記録からのデータ収集を実施していただき，さらに，この期間に来院されなかったり，治療を中断されている患者さんに対しては郵送法によって質問票調査を行い，治療を継続されている患者さんと中断者との間の各種指標の差を調べてみました（図4）．

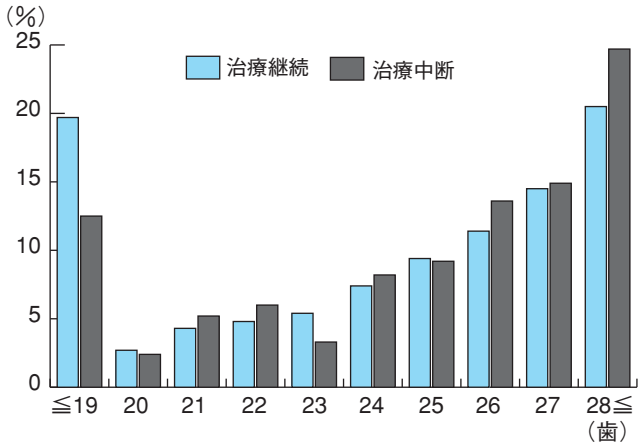


図5　治療継続患者／治療中断者の残存歯数

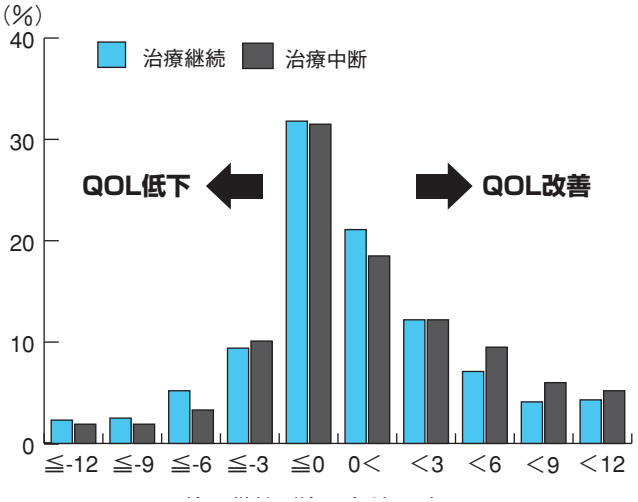


図6　治療継続／治療中断の1年間の口腔関連QOL（GOHAI）の変化

現在，この結果は細部の解析を進めているところですが，まず，中断する患者さんには若年者や比較的残存歯数の多い方が多いことが分かりました（図5）．また，治療を継続している患者さんと中断したものを比較すると，継続している患者さんはベースライン時点でのQOL指標は高いものの，1年後の追跡では低くなっていることが分かりました．反対に，治療を中断した患者さんには，QOL指標が改善している人が継続受診者よりも多かったのです（図6）．このようなことが生じた理由は，口腔の状態が改善して調子が良くなったために治療を中断してしまったかもしれませんし，あるいはメインテナンス患者さんで再発リスクの低い患者さんはリコール間隔が長いため，追跡期間中に調査対象から漏れてしまったためにこういう結果になったかもしれません．今後さらに，詳細を分析していくつもりです．

今後のQOL研究の方向性

追跡結果の一部は，平成20年10月26日に三重県四日市市で行われる日本歯周病学会で日本ヘルスケア歯科研究会との共同研究として発表させていただきます[4]．今回の発表には，協力病院のうち13名の方に共同研究者として名前を連ねていただいております．また，学会発表に含まれない部分につきましても，詳細の解析を進めて，論文として残すよう検討しております．

1年後の追跡結果では，脱落者のうちで追跡できたのは30％程度ですので，とくに脱落者の追跡データに関してはあまり精度の高いものではありませんが，脱落者の方がQOLの改善していた者が多かったことは意外な結果でした．原因は先に挙げたようにいくつか考えられるのですが，さらに考えられるのは，歯科的な介入が本当に効果を出すには，1年の追跡では充分ではないのではないかという理由も挙げられます．このため，ベースライン調査から3年目を目途として再度の追跡調査を行い，追跡期間中に各種評価がどのように変化したかを再度検討していきたいと考えております．

今後とも皆様のご支援・ご協力のほどお願い申しあげます．

【参考文献と解説】

1） Forgie AH, Paterson M, Pine CM, Pitts NB, Nugent ZJ. A randomised controlled trial of the caries-preventive efficacy of a chlorhexidine-containing varnish in high-caries-risk adolescents. Caries Res, 34(5): 432-439, 2000 .
論文と背景の解説：う蝕予防のための徐放性のクロルヘキシジンバーニッシュとして開発されたChlorzoin®．トロント大学のSandhamらの基礎実験では劇的なミュータンス菌減少効果を示しており，ハイリスクの若年者のランダム化比較試験が計画された（Tayside クロルヘキシジン歯科研究）．スコットランド･Tayside地区の30の中学校から11～13歳の1,240名のう蝕ハイリスクの子供をリクルートした（平均4.11 D3MFS）．ハイリスクの基準は，過去にう蝕の経験があり，Cariescreen検査でレベル3以上（S mutans 10万cfu/ml以上）とした．観察のみ，口腔清掃指導のみ，プラセボ，Chlorzoin塗布の4群に分け，毎年一回，一人の検査者が観察を続けた．3年経過時点では，う蝕の増加（D1MFS増加）について4群間に差は見られず，Chlorzoin ®によるう蝕予防効果は認められなかった．ただし，プラセボ群とChlorzoin ®塗布群とについて，いずれも定期検査を欠かさず受診した者については，定期検査を中途で受診しなかった者に比べて，う蝕の増加が有意に少ないことが示された．結局のとこ

ろ，プラセボとChlorzoin ®にはう蝕抑制には差は認められず，歯科医師の言うことを聞いてきちんと定期検査を受診した子供のみがう蝕が少ないという結果を示したに過ぎなかった．この研究は，Chlorzoin ®の発売元のカナダのOrallife社の資金援助で行われたにも関わらず，こんなネガティブな結果になり，Orallife社はChlorzoin ®の販売を中止してしまった．

2）福原俊一，鈴鴨よしみ：健康関連QOL尺度―SF-8とSF-36．医学のあゆみ213(2); 133-136, 2005.

SF-8とは，QOL調査票として世界中で最も普及しているSF-36の短縮版．京都大の福原らにより日本語版が作られ，妥当性の検証と，日本人の標準値の決定までなされている．わずか8項目で，計量心理学的に充分な特性を示すQOL評価が可能とされている．一般の集団でも，特定の病気を有する集団でも，QOLの測定に広く用いられている．身体的サマリースコアと精神的サマリースコアのいずれも，2002年の日本一般住民の平均が50点になるように調整されている．iHope International（健康医療評価研究機構，http://www.i-hope.jp）がSF-8の使用登録や版権管理を行っている．

3）Naito M, Suzukamo Y, Nakayama T, Hamajima N, Fukuhara S. Linguistic Adaptation and Validation of the General Oral Health Assessment Index (GOHAI) in an Elderly Japanese Population. Journal of Public Health Dentistry 66(4); 273-275, 2006.

GOHAI（General Oral Health Assessment Index）は，口腔関連QOL尺度として広く用いられている調査票．名古屋大の内藤らにより，日本語翻訳版，妥当性検証，日本人の標準値決定がなされている．12項目と，比較的少ない質問数で測定される．60点が最高点で，QOLが低下するとスコアが低下する．GOHAIもiHope Internationalが管理を行っている．

この研究は，ベースラインデータと追跡データを解析して，継続受診者と中断者との特性を比較した内容で，第51回日本歯周病学会秋季学術大会（四日市市，2008年10月19日）にて，次の演題でポスター発表した．

歯科患者における受診パターンがQOL指標に与える影響

杉山精一，内藤 徹，千ヶ崎乙文，藤木省三，福田健二，加藤 徹，国井一好，森谷良行，征矢 亘，鈴木正臣，田中正大，寺田昌平，安田直美，山口將日，米田雅裕，鈴木奈央，廣藤卓雄．

研究協力診療所

医療施設名称（医療法人名は省略）		代表者
医社）熊澤歯科クリニック	北海道小樽市	上浦　庸司
医法）さいとう歯科室	北海道札幌市	斉藤　　仁
福田歯科医院	北海道函館市	福田　健二
医法）加藤歯科医院	山形県東根市	加藤　　徹
国井歯科医院	山形県山形市	国井　一好
白河みなみ歯科クリニック	福島県白河市	鈴木　勝美
医社）つくばヘルスケア歯科クリニック	茨城県つくば市	千ヶ崎乙文
山口歯科医院	茨城県行方市	山口　將日
征矢歯科医院	茨城県日立市	征矢　　亘
わたなべ歯科	埼玉県春日部市	渡辺　　勝
田中歯科クリニック	埼玉県川口市	田中　正大
もりや歯科	埼玉県坂戸市	森谷　良行
医）鈴木歯科医院	埼玉県蓮田市	鈴木　正臣
文教通り歯科クリニック	千葉県千葉市	三辺　正人
まさき歯科医院	千葉県習志野市	藪下　雅樹
医社）杉山歯科医院	千葉県八千代市	杉山　精一
クリスタル歯科	千葉県松戸市	安田　直美
河野歯科医院	東京都小平市	河野　正清
菊地歯科	静岡県三島市	菊地　　誠
伊藤歯科クリニック	大阪府茨木市	伊藤　　中
おおくぼ歯科	大阪府堺市	大久保　篤
大西歯科	兵庫県神戸市	藤木　省三
たかぎ歯科医院	兵庫県神戸市	髙木　景子
丸山歯科医院	兵庫県神戸市	丸山　和久
てらだ歯科クリニック	兵庫県姫路市	寺田　昌平
医）ワイエイデンタルクリニック	鳥取県米子市	足本　　敦

日本ヘルスケア歯科研究会 設立趣旨

医療は，いつの時代にあっても，常に医療を受ける人々の利益となることを第一義とし，人々の健康で快適な生活に貢献するものでなければならない．その社会背景や科学の進歩に応じて，医療の役割は変遷を遂げてきたが，いつの時代にも脈々と流れる社会貢献の精神が，医療人を支えてきた．しかしながら，現在の医療，とくに歯科医療について語ろうとするとき，果たして私たちは，胸を張って社会に貢献していると言えるだろうか．

近代歯科医学は，科学の進歩とともに大きな発展を遂げたが，私たちは口腔疾患をこの地上からなくすという高邁な理想を忘れ，傷病による破壊の跡を人工的に修復することに大きな精力を注いできた．今日では，あたかも精緻で審美的な修復・補綴を究めることが，歯科医療の目標であるかのように誤解する人々すら生まれている．また，大学のなかには，臨床から遠く隔たって研究を細分化するものが多く，その教育においてさえ社会貢献の精神が十分に貫かれているとは言いがたい．国の医療政策もまた，医療人を疾病の事後処理に固執させ，疾病を未然に防ぎ再発を予防することに何等のインセンティブも与えていない．

このような現実に，問題を感じている歯科医療人，研究者は少なくない．そして経済的な成熟と高齢化・少子化の進展によって，人々の健康に対する関心はかつてない高まりを見せている．

では，私たちは何をするべきだろうか．何よりも重大なことに，疾病を未然に防ぐことが容易であるという歯科医療の可能性が，人々の目から隠されている．そのような事実を明らかにしたとき，果たして現実の歯科医療は受け皿になり得るだろうか．

幸いなことに，ヘルスケアの先進国では，従来の修復・補綴に重きを置いた歯科医療から，健康な歯列を守り育て生涯にわたって人々の健康のパートナーとなる歯科医療へと，その転換が始まっている．まず私たちは，これまでに蓄積された多くの研究の成果を臨床的な観点から取捨・統合し，臨床に役立つ情報として整理することから始めたい．歯科疾患を未然に防ぎ，すでに発症した疾患については，原因療法を怠ることなく効果的に治癒させ，また修復においても生物学的な因子に配慮して再発を防止し，生涯にわたって健康な歯列を維持するための歯科医療を実現することは，すでに手の届くところにある．

疾患に関与する因子は多く，従来の病因論のパラダイムで疾病が解明し尽くされているわけではないが，ヘルスケア・プログラムを実践するための知識や技術は，齲蝕や歯周病に関する限り，すでに共有しうる段階にある．そこで，これまでに積み上げられた成果を学ぶと同時に，臨床において生じた疑問や困難をひとつひとつ解決し，互いに確かめ共有するための協同作業に着手したい．そのために私たちは，臨床研究やその報告の新しいかたちを模索しなければならないだろう．広く臨床家や研究者，教育者が協力して，より現実的で予知性の高い方法を生みだし，人々に提供するように努力したい．

こうした知識や技術を，臨床に携わる多くの歯科医療関係者が共有し，広く普及させるために，本会を設立する．

この趣旨に賛同する多くの研究者や歯科医療関係者，そしてそのような医療の展開を期待する人々の協力を得て，ヘルスケア･マネージメントに関する情報を発信し，また人々に新しいヘルスケアのメッセージを届けたい．同時に，臨床の現場でこのような医療を実践できる歯科医師や歯科衛生士を養成し，またヘルスプロモーションのリーダーとなる歯科医療人を育てたい．そして，その日常の活動から生まれた成果を歯科医療･歯科保健関係者に広めることにより，社会環境の整備にも影響を与えたい．

人々が生涯にわたって快適な咀嚼と自由な会話と若さと尊厳に満ちた微笑みを維持することができるように，私たちは自らの足もとから医療のありかたを改めるために力を合わせることにした．

日本ヘルスケア歯科研究会会則

平成10年3月1日施行
平成19年(2007年)2月25日改正

第１章　総則

本会の名称

第1条　本会は日本ヘルスケア歯科研究会（The Japan Health Care Dental Association）と称する．

本会の目的

第2条　本会は，人々がその生涯にわたって健康な歯列を維持し，快適な咀嚼と自由な会話と若さと尊厳に満ちた微笑みを失うことなく，それぞれの生活の質を高めることを支援する．

本会の事業

第3条　1. 本会は本会の目的を達成するため，次に掲げる非営利活動を行う．
1）毎年1回以上の学術集会を開催する．
2）臨床から得られるデータを集約し，保健・医療環境の改善に役立てる．
3）ヘルスプロモーションに寄与する研究を援助するとともに積極的に研究協力を行う．
4）会誌を毎年刊行し，会員に配布する．
5）毎年6回，ニュースレターを刊行し，会員に配布する．
6）会員および一般市民に歯科医療およびヘルスケアに関する情報を提供する．
7）会員名簿を発行する．
8）必要に応じて専門分科会を組織する．
9）口腔の健康の価値と可能性を伝え，人々の生活の質を向上させるために報道機関に情報を提供する．
10）会員の地域活動を支援する．
2. 本会は，その他の事業を行う．
1）会員の便宜のために診療を助ける商品を企画頒布する
2）本会の目的に資する学術書，啓発書を随時企画する．

第２章　会員

会　員

第4条　本会は次の会員により構成される．
1. 正会員：本会の設立趣旨に賛同し，積極的にその役割を果たす意思のあるものは，入会手続きの完了をもって正会員となることができる．
2. 法人会員：本会の設立趣旨に賛同し，積極的に本会の活動を支援する法人は，入会手続きの完了をもって法人会員となることができる．
3. 準会員：本会会員の管理・運営する診療機関に勤務，または本会会員と雇用関係にある歯科衛生士，歯科技工士，保健師，栄養士などで，本会の設立趣旨に賛同し，積極的にその役割を果たす意思のあるものは，準会員登録の完了をもって準会員となることができる．

会員資格

第5条　本会の設立趣旨に賛同し，本会則を遵守する意思のあるものは，国籍，信条，性別，資格，職業を問わず，本会事務局にその意思を伝え，入会金および年会費の納入をもって会員となることができる．
ただし，入会を希望する法人は，会員資格審査委員会による審査を経て法人会員となることができる．
1. 法人会員は入会金を必要としない．
2. 会員は事務局が別に定める書式に従い，会員情報の収集に協力しなければならない．
3. 会員資格審査委員は，入会を希望する法人の資格審査を行い，会員の資格の疑義について審査し，資格審査結果をオピニオンメンバー会議に諮る．

退　会

第6条　退会を希望する者は，その旨を文書で事務局に通知し，退会することができる．ただし，納入済みの入会金，年会費の返却を求めることはできない．

資格の喪失

第7条　退会の意思の有無にかかわらず，会費の納入がないものは，会員資格を喪失する．また，本会または本会会員の名誉を著しく傷つけた者，資格などを偽って入会した者は，資格を喪失する． 本会の趣旨と異なる事業活動・組織活動の便宜のために本会を利用する者は，資格を喪失する．会員資格の喪失は，会員資格審査委員会がオピニオンメンバーの三分の二以上の同意をもって決する．

会員の権利

第8条　会員は本会の活動に参加することができる．また本会の正会員および法人会員は，次の便宜を受けることができる．準会員は次の第1項を除き便宜を受けることができる．

1. 会誌，ニュースレターの配布を受けることができる．
2. 会誌に原著論文，短報，総説を投稿することができる．
3. 本会が主催する学術講演会，各種集会についての情報を受けることができ，特別の条件で参加することができる．

総　会

第9条　本会の事業，役員の承認，会務の運営，予算および収支決算などに関する事項を審議するため毎年1回総会を開催する．また必要に応じて臨時総会を開催することができる．総会の開催は，次の各項に定める．

1. 総会は会長が招集する．
2. 総会は出席会員で構成し，議長は出席会員の中から選出する．
3. 議案は，出席者により承認，または出席者の過半数の賛成をもって議決される．評決方法は議長がこれを決する．

なお，総会は，オピニオンメンバー会議をもってこれに代えることができる．

第３章　組織および役員

本会の組織において変わらないものは，必要に応じて組織を変革するという原則である．本会の組織は，設立趣旨である医療環境の改善と新しい医療の受け皿づくりを効率的，機動的に実現するためにたえず自ら変革する．

役　員

第10条　1. 本会は次の役員を置く．

1）代表　1人
2）副代表　1人
3）監事　2人

2. 代表はコアメンバーの中からオピニオンメンバー会議において選出する．代表は，副代表を指名する．
3. 監事は，オピニオンメンバー会議において選出される．監事は，コアメンバーまたは事務局員を兼ねることはできない．

第11条　役員の主な職務は以下のとおりである．

1. 代表は本会を代表し，コアメンバー会議を統括し，オピニオンメンバー会議を招集する．
2. 副代表は，代表を補佐し，代表がその職務を全うできないときには，その職務を代行する．
3. 監事は，コアメンバーの職務執行の状況，財産について監査し，重大な会則違反や不正があった場合にはオピニオンメンバー会議を招集し，必要と判断した場合には会員にこれを報告する．

第12条　役員の任期は，2年とする．ただし再任を妨げない．役員は辞任または任期満了後も，後任者が選任されるまでは，その職務を行わなければならない．

オピニオンメンバー

第13条　1. オピニオンメンバーは，本会の運営および事業計画について日常的に意見を交換し，オピニオンメンバー会議を開催して，次の事項を承認あるいは決定する．

1）コアメンバーのなかから本会の代表を選出する
2）事業計画を審議し，予算など重要事項を承認または修正する
3）監事を選任し，会計を監査する
4）会の運営にあたるコアメンバーの貢献度を評価し，コアメンバー資格を更新し，あるいは更新しない．

2. 本会の代表は，オピニオンメンバーおよびコアメンバーを招集して，オピニオンメンバー会議を毎年1回以上開催する．
3. オピニオンメンバー会議は，オピニオンメンバーとコアメンバーを合計した定員の３分の２以上の出席によって成立する．ただし，予め議決権を他のオピニオンメンバーに委任したものは，出席とみなす．
4. オピニオンメンバーは，議長を互選し，議事を進行する．

第14条　オピニオンメンバーの選出

1. オピニオンメンバーの条件

オピニオンメンバーの候補者は，会の設立理念を十分理解している正会員で，ヘルスケアシンポジウム，基礎コースにそれぞれ１回以上の参加経験または歯科衛生士卒後研修の履修経験をもつことを条件とする．ただし，コアメンバーを除く．

2. オピニオンメンバー候補の選出方法

コアメンバー会議は，オピニオンメンバーの任期満了の2ヵ月以上前に，選挙管理委員会を組織し，オピニオンメンバー候補を募る．選挙管理委員会は，自薦，他薦により応募したオピニオンメンバー候補について，会員

の信任を問うため候補者名簿を作成する．定員を上回る自薦，他薦の候補があった場合，選挙管理委員会は，地域的偏り，職業的偏りをなくすことを念頭に候補者を調整するが，明確な理由なく掲載を拒否することはできない．

自薦候補は：一定の告知期間にオピニオンメンバーとしての志望理由を400字程度にまとめて選挙管理委員会へ提出する

他薦候補は：正会員2名以上の推薦を受け，選挙管理委員会へ提出する

3. オピニオンメンバーの選任

選挙管理委員会は，オピニオンメンバー候補者名簿を，送付可能な全正会員に送付する．オピニオンメンバーは，会員の同意を得て選任される．候補者名簿の特定の氏名について，会員の1割以上の者が否認の意志を示した場合は，その候補者をオピニオンメンバーとして選任しない．会員が否認の意志表示をしない場合は，同意したものとみなされる．

4. オピニオンメンバーの定員

オピニオンメンバーの定数は，10人以上40人程度とする．

5．オピニオンメンバーの任期

オピニオンメンバーの任期は2年とする．

6．オピニオンメンバーの再任

オピニオンメンバーは，2と同じ方法で選任された場合，再任を妨げない．

コアメンバー

第15条　コアメンバーは，本会の執行機関であるコアメンバー会議を組織する．コアメンバー会議は，本会の事業，部会事業計画の承認および予算に関する事項を審議する．コアメンバーは，部会を組織し，運営し，予算を執行し，本会の名において本会の事業を行う．コアメンバーの定員は，3名以上とする．

第16条　次の資格要件を満たす正会員は，2人以上のコアメンバーの推薦を受けるとともに，コアメンバー会議あるいはそれに準ずるコアメンバーの集まりにおいて承認を受け，本会のコアメンバーとなることができる．

1. 会の理念を十分に理解している
2. 会の運営に積極的に参加し，その事業に協力している
3. その責任を有する医療機関が，「健康を守り育てる歯科診療所」として認証を受けている

第17条　コアメンバーは，研究会の諸事業に対する貢献度について，別に定める基準（ヘルスの蓄積）により，オピニオンメンバー会議において毎年評価を受ける．

第18条　コアメンバー会議は，以下の運営担当者を任命する．

1. ニュースレター編集委員
2. 会誌編集委員
3. 会計委員
4. 部会の活動評価役
5. 会員資格審査委員

役員の無報酬

第19条　代表，コアメンバーおよびオピニオンメンバー，監事など本会の役員などは，すべて無報酬とする．但し，歯科医師以外の役員についてはこの限りではない．なお本条は，コアメンバー会議の交通費，部会および部会のプロジェクトチームの活動にかかわる旅費・宿泊費，科学顧問について，その役務に応じた謝礼を支払うことを妨げるものではない．また，講演会等の講師謝礼等については，その都度別に定める「講演会等講師謝礼規定」により支払う．

部会および職能別組織

第20条　部会は，3名のコアメンバーの参加と既存のすべての部会座長の同意を得て設立される．部会は明確な目的をもって設立され，目的が達せられたときに解散する．

1. 部会には，積極的な協力会員（必要に応じて法人会員，準会員を含む）を募り，部員とする．
2. 部会は，コアメンバーによって部会座長を互選する．座長の任期は1年とし，再任を妨げない．
3. 部会は，必要に応じて短期的に具体的な目的をもったプロジェクトチームを組織することができる．プロジェクトチームのメンバーは必ずしも会員であることを要さない．プロジェクトチームのメンバー構成は部会において決める．
4. 各々の部会の情報はすべてコアメンバーに開かれていなければならない．また部会は相互に連携し協力してプロジェクトを遂行するが，部会の活動の独立性は尊重しなければならない．

第21条　会員は，コアメンバー会議の承認を得て職能別組織（例えば歯科衛生士会）を組織することができる．

コアメンバー会議が任命する運営担当者（各種委員），コアメンバーが主宰する部会，職能別組織は，コアメンバー会議の了承を得て，年度事業計画に基づき，本会とともに事業を行う．

第４章「健康を守り育てる歯科診療所」の認証

第22条　一定の条件を満たした本会の正会員の管理する医療機関を，「健康を守り育てる歯科診療所」として認証し，公表する．

第23条　認証の基準は，以下のとおりで，詳しくは別に細則により定める．

1.「健康を守り育てる歯科診療所」認証の考え方

「健康を守り育てる」の最低必要条件を満たす診療所を認証し，健康維持を望む患者のアクセスを改善する．

2. 申請条件

直近3年間の総患者のほぼ30％以上に対して，定期的なメインテナンスを行っており，その資料管理ができている診療所．

3. 認証条件

患者アンケートの実施と結果の公表を承諾していること．「健康を守り育てる歯科診療所づくり報告会」および同等の集いにおいて，明瞭に実例とデータを示し，必要な条件を満たしていると判断されること．

第５章　会計

第24条　本会の運営および事業は，入会金，会費および寄付金，事業収益によって賄われるものとする．会計は，研究会の経常支出にかかわる一般会計，入会時および会員資格にかかわる第一特別会計，定期学術集会・研修事業にかかわる第二特別会計，企画商品など収益事業にかかわる第三特別会計から構成される．

会計年度

第25条　本会の会計年度は，1月1日より12月31日までとする．

会　費

第26条　会費は前納制とし，次年度分を当年度に納めるものとする．会員の年会費は，次に定める．

1. 正会員

歯科医師	12,000円
その他	6,000円
法人会員	50,000円

準会員は会費納入義務を負わない．

2. 正会員は，入会金として入会時に歯科医師5,000円，その他3,000円を納めるものとする．

第６章　会　則

会則の改正

第27条　本会則の改正は，オピニオンメンバー会議の3分の2以上の賛成を得なければならない．

付則

この会則は，平成10年（1998年）3月1日から施行する．

平成13年（2001年）3月18日改正．

平成14年（2002年）3月17日改正．

平成14年度の会計年度を平成14年3月1日より平成14年12月31日までとする．

平成15年（2003年）3月9日改正．

平成18年（2006年）4月16日改正．

平成19年（2007年）2月25日改正．

コアメンバー規定

会則（15条）に掲げるコアメンバーは，私たちがその設立趣旨でうたう，健康を守り育てる歯科医療の担い手（受け皿）であり，そのようなヘルスケアの新しいかたちを普及させ定着させるために活動する本会のコア（中核）である．私たちが，医療の狭い枠組みからヘルスケアの広い可能性に脱皮するためには，医療制度の改革，医学教育をはじめとした医療関係者の意識改革及び一般市民の理解を得る事が欠かせない．このような社会的活動と，地域のヘルスケアの中心となる診療所づくりは，どちらも欠くことのできないコアメンバーの使命である．この研究会は，専門家の伝統的社会の枠組みを出て，国民の利益を最優先する新しいヘルスケアの秩序を構築することを目的に設立された．コアメンバーは，専門家に顔を向けるのではなく，社会と向き合うことを片時も忘れてはならない．

1. コアメンバーの条件

コアメンバーは会の設立理念を十分に理解し，「健康を守り育てる歯科診療所」として認証を受けた医療機関の責任者（設立者であることを問わない）であり，かつ研究会の運営に参加する会員である．

2. コアメンバーの推薦と承認

コアメンバーは，2人以上のコアメンバーの推薦を受けるとともに，コアメンバー会議あるいはそれに準ずるネットワーク上のコアメンバーの意見交換において承認を受ける必要がある．

3. コアメンバーの資格更新

コアメンバーは，毎年資格を再評価し，情報提供，研修，投稿，調査研究などによって研究会内通貨を年間5ヘルス以上蓄積したときには無条件で更新される．年間5ヘルスの蓄積のないものは，コアメンバーミーティングが特別と認める場合を除き資格を喪失する．ただし，更新しない旨の連絡がない限り，コアメンバー資格は自動的に更新されたものとみなされる．

付則：設立から長期間にわたって研究会の運営に精力的に参加した者（ヘルス交付初年度1年間で累積交付額が10ヘルスを超える者）は，組織改革の初年度から3年の間，「健康を守り育てる歯科診療所」の資格の有無に係わらず，コアメンバーとなることができる．

（平成15年3月9日施行，平成18年4月16日条文番号のみ改正）

「健康を守り育てる歯科診療所」の認証に関する細則

本会は，会則（22～23条）にもとづき以下の条件を満たす診療施設を「健康を守り育てる歯科診療所」として認証する．この認証は，「健康を守り育てる歯科診療所」に求められる最低限の条件を満たす医療機関であることを本会が認証するものである．この認証は，個々の診療施設を対象とし，法人格（医療法人）あるいは施設開設者，運営者を認証するものではない．

1.「健康を守り育てる歯科診療所」認証の考え方と目的

健康指向の高い患者は，現在のところ統計的に歯科診療所の全初診来院患者の3割程度と考えられる．実際には，このような患者にさえ適切なメインテナンス管理は行われていない．そこで，そのような患者に対して，患者自身の口腔内の情報を的確に伝え，進んでリスクコントロールを行い，定期的な管理を行うことを「健康を守り育てる歯科診療所」の最低必要条件と考え，そのような実績のある診療所を認証する．この認証は，このような医療を渇望する患者のアクセスの改善を図り，転居などに伴うトランスファーの便宜を図ることを目的としている．また，研究会が，共通のプロトコルに従って大規模の患者データ，定期管理データを集め，健康を守り育てる歯科医療が実際に患者の生涯の利益となっており，また臨床的，経済的に価値の高い医療であることを立証するための研究に資する．

2. 申請条件

別に掲げる診療所ステップアップガイドを参考に，次の4つのカテゴリーにおける目標を一定程度達成したときに認証申請をすることができる．

A. チーム医療の確立を進める

B. 診断情報を分かりやすく患者に提供する

C. 患者固有のリスクについて患者の気づきと行動変容を促す

D. メインテナンスシステムを確立する

目に見える指標としては，定期的メインテナンスに必要な以下の検査と資料の管理がほぼルーティンにできていること．ただし，この基準は画一的ではなく，検査法やその内容は，診療形態の特性に応じて適切な方法を選択するものとする．

・規格性のあるデンタルエックス線撮影
・規格性のある口腔内写真撮影
・カリエスリスク検査
・歯周組織検査
・臨床検査データの管理（研究会共通のプロトコル*1に則っていることが望ましい）

その結果が定期的メインテナンス率として表れていること．

目安として過去3年間の総患者数の約30％に対して定期的メインテナンスを行っていること．

また，患者による評価を客観的に把握するために，患者アンケートを実施すること．

*1 熊谷崇ほか：初診患者のカリエスリスクプロフィール，ヘルスケア歯科誌，1（1），1999.

*1 熊谷崇ほか：初診患者の歯周病学的プロフィールと喫煙習慣，ヘルスケア歯科誌，1（1），1999.

3. 認証条件

認証条件を満たしていることが，プレゼンテーションにより明らかで，患者アンケート*2によっても「知らない」を「知っている」に変えていることが確認できるとき，申請診療所は認証を受けることができる．

患者アンケートは，回収率が50％以上あり，内容の如何にかかわらず公表できることを認証条件とする．

認証の評価方法は次のとおりである．

・コアメンバーは，このミーティングに出席し，プレゼンテーションを審査する．
・審査には，外部の有識者を加え，本会事業の理解を広める一助とする．
・認証の有効期間は3年間とする．

*2 患者さんによる診療所評価アンケート

う蝕と歯周病が容易に予防できる疾患であることを正しく情報提供しているか，それがどの程度患者さんに理解されているかを直接患者さんに尋ねることが第一の目的です．同時に患者さんの診療および診療所に対する評価を尋ねていますが，これらの結果は他の診療所が受けた平均値をベンチマークとすると，客観的な診療所自己評価となり，スタッフ

および院長にとって貴重な経営資料となります．月間平均患者数の半数または200枚を配布し，無記名で事務局あて（料金受取人払い）で郵送する形式で行います．

調査心得：決められた日から患者を選別せず，できるだけ全ての来院患者に調査用紙をお渡しいただきます．なおアンケート用紙，返信封筒および料金受取人払い郵送料，集計費用などを実費として負担していただきます（資料送付時に事務局よりご請求します）．

4. 認証の更新

認証診療所は，1年に1回，診療所概況申告（認証申請時に提出するものと同様の内容）を毎年4月に行い，申請条件を満たしている場合は更新される。

5. 健康を守り育てる歯科診療所リストの公表

認証された診療所は，順次公開する．リストは，研究会のインターネット・ホームページに認証に係わる説明とともに公表する．診療所の情報公開の趣旨を理解するメディアは，この情報を引用・転載することができる．

6. プレゼンテーションの審査基準

プレゼンテーションには，医療機関の沿革，ロケーション，設備，スタッフの簡単な紹介と最低直近3年間の総患者数，メインテナンス患者の検査データと独自の分析，そこに含まれる症例（メインテナンスの効果を評価するに足る口腔内写真，検査値の推移を含む）が提示されなければならない．プレゼンテーションは，前もって公表された審査基準[*3]に従って採点される．

*3 認証プレゼンテーション審査基準

プレゼンテーションは，以下の審査基準を前提に評価可能な形式に組み立てていただきます（プレゼンテーションの構成もほぼこの順序としてください）．外部審査員の審査項目は専門的評価項目を除きます．

《採点基準》採点はいずれの項目も（10点満点の場合．20点配点は2倍，5点配点は1/2）

きわめてすぐれている：	10または9点
かなりすぐれている：	8点
合格ラインと思う：	7点
幾分物足りない：	6点
かなり足りない：	5～2点
発表として審査できない：	1または0点

1）診療所の診療哲学について，過去・現在どのように変遷してきたか	10点	ここでは「健康を守り育てる歯科医療」と認証申請診療所とのかかわり，変遷などを述べていただき，従来型の歯科医療とヘルスケア研究会が目指すものとの違いを理解しているかなどについても判定したい．
2）医院のプロフィール紹介は適切か	10点	医院の状態がよくわかるか，その医院の良い点，問題点などがきちんと認識されているか．
3）診療の流れが十分確立されているか	10点	どのような考え方，治療の進め方がなされているか，リスク診断・バイオフィルムコントロールなどが，適切に組み込まれているか．
4）チーム医療が十分に確立されているか	10点	チームとして機能しているか，長所短所，課題が示されるか．
5）データを通して何を学んできたか	10点	データをとらなかったときと，とってからと学んだことの違いは何か（データの分析ができているか，データの意義を理解しているか）
6）う蝕のリスク管理について	20点	データおよび規格化された資料を通じて，治療の質を評価する． カリエスフリーを達成した症例やう蝕管理に苦労した症例などを通してその医院のう蝕に対する取り組みと規格化された資料を見たい．
7）歯周病の治療とリスク管理について	20点	データおよび規格化された資料を通じて，治療の質を評価する．
8）地域住民・国民に対して，行ってきた，または行おうとしている貢献が評価できるか． 9）ヘルスケア歯科研究会に対して行ってきた，または行おうとしている貢献が評価できるか．	8），9）合計5点	これは認証の必要条件ではないが，評価項目である．このような項目に該当する活動があるか，行おうとしているか．
10）将来にむけての診療所作りの目標は明確であるか	5点	全体を総括して，将来への目標，課題，展望は明らかか．

7. その他

＜クレーム＞

認証され公開された診療所に関する患者からのクレームは事務局で受け入れる．内規として年3回以上クレームのあった診療所は，審査の上，公開中止を検討する．

（平成15年3月9日施行，平成19年2月25日改正）

講演会等講師謝礼規定

これは，会則第19条に示す「別に定める講演会等講師謝礼規定」である．

1. 学術講演会・シンポジウムなど

○会員*

原則として無償とし，研究会内互助通貨を規定に準じて交付する．なお，すべての参加者は参加登録（費）を必要とする．

シンポジスト，講師，プレゼンター，司会など主な出演者は交通費・宿泊費について必要に応じて，その一部を定率にて受け取ることができる．

ファシリテーターなど運営協力者は若干の手当を受けることができる．

但し，会員講師などに交通費・宿泊費以外の手当を支給するなど原則に外れる場合は，予めオピニオンメンバー会議にその支給明細を明らかにする．

ヘルスケアミーティングに付帯するプログラムがある場合は，プログラム責任者を決め，プログラム責任者が予め決められた予算の範囲内で企画を立案する．予算は会議費，講師交通費，講師謝礼から構成する．謝礼など講師の待遇については（会員講師への謝礼の是非を含め）プログラム責任者の判断に委ねる．

*会員および準会員・会員事業所勤務の者，会員の科学顧問を含む．ただし役員の場合，特典返上の申し出があればこの限りではない．

○非会員*

謝礼：120,000円/1日（拘束8時間**以上），80,000円/半日（拘束4時間以上），交通費：実費支給，

宿泊費：支給（事務局で予約）

*会員以外の科学顧問は非会員とみなす

**講演時間ではなく拘束時間

○公務員（非会員）

謝礼：国家公務員倫理法規定等他を考慮し別途設定*，交通費：実費支給，宿泊費：支給（事務局で予約）

*公務員倫理法では謝礼1時間20,000円以内．また，土日以外の講演については大学へ書類提出前に講演者に公休をとってもらうよう打ち合わせる要あり．

○司会・進行役（通常運営委員）：30,000円

交通費：実費支給／宿泊費：支給（事務局で予約）

2. 基礎コースなど各種コース

30分につき3万円を目安とし，参加登録収入の60％を上限として謝礼，交通費をまかなうこととする．

宿泊費：支給（事務局で予約）

歯科衛生士等スタッフ講師は原則として同伴する勤務事業所の責任者に対して支払う．一人あたり30分につき2万円を目安とする．

交通費：実費支給（所属歯科医院同伴者も含む）／宿泊費：支給（事務局で予約）

（平成14年3月17日施行，平成19年2月25日改正）

ヘルスケア歯科研究会内互助通貨（ヘルス）実施規定

本会は設立当初から役員の活動は交通費・宿泊費まですべて個人負担のボランティアにより運営してきました．しかし事業内容の多様化に伴い，「講師謝礼規定」を設け，さらに謝礼の対象にならない活動について研究会の内部だけで流通する通貨を設けることにしました．無償を強調することで，かえって陰の部分が生まれることを懸念した方策です．

【受取ヘルスの目安】

ニュースレター原稿（vol.5以降）

学術原稿　1編につき	2ヘルス
その他原稿　1編につき	1ヘルス

会誌原稿（vol.4以降）

学術原稿　1編につき	3ヘルス
その他原稿　1編につき	1ヘルス

基礎コース・実践コース講演など（謝礼と別途，東京基礎第3回以降）

30分につき	1ヘルス

（スタッフの労役については勤務診療所の正会員が受ける）
司会　1ヘルス
実践コース・プレゼンテーション　1ヘルス
シンポジウム前夜祭
1診療所単位の協力（謝礼なしの場合）　3ヘルス
シンポジウム前夜祭講師
歯科医師講師（謝礼なしの場合）　2ヘルス
学術講演会・シンポジウム
学術講演30分につき　1ヘルス
司会　1ヘルス
スライド係・照明録音係・その他　1ヘルス
ホームページ「歯の相談室」（2002.3以降，自己申告）
相談担当1クールにつき　2ヘルス
学術研究
翻訳・文献レビューなど（1論文和訳2ヘルスを目安に労力に応じて算定）
企画商品などの製作サポート　労力に応じて算定
オピニオンメンバー会議出席・コアメンバー会議等出席
各々1回につき　1ヘルス
事業推進委員会
事業推進委員会1回選任につき　3ヘルス
【ヘルスの使い道の目安】
基礎コース・実践コースの参加
正会員オブザーバー参加　1コースにつき　1人　2ヘルス
スタッフの受講　1コースにつき　1人　3ヘルス
学術講演会・シンポジウムへのスタッフ（準会員）の参加
スタッフの受講　1コースにつき　1人　3ヘルス
各種コース（データ管理コースなど）
正会員・スタッフの受講　1コースにつき　1人　3ヘルス
（平成14年3月17日施行）

以下会則の改正に伴い凍結する

本会推奨図書・特別推奨図書の選定

運営委員会の定める，推奨図書小委員会は，本会の趣旨に資する図書を推奨図書として選定し，会員に告知することができる．推奨図書小委員会において推奨され，かつ会員に卸売価格またはそれ以下の価格で直売する契約を結んだ場合，当該図書を同小委員会は，本研究会特別推奨図書と選定することができる．

本会推奨商品・特別推奨商品の選定

運営委員会の定める，推奨商品小委員会は，ヘルスケアに資するところがあり，かつ会員のヘルスケア歯科活動を助ける器機・材料などを推奨商品として選定し，会員に告知することができる．推奨商品小委員会において推奨され，かつ会員に卸売価格またはそれ以下の価格で直売する契約を結んだ場合，当該商品を同小委員会は，本研究会特別推奨商品として選定することができる．

（平成18年4月16日改正）

禁煙宣言

日本ヘルスケア歯科研究会
2001.10.21

健康を守り育てる歯科医療の普及を目指す日本ヘルスケア歯科研究会は，設立以来，健康な口腔を維持するために障害となっているさまざまな問題を改善するための活動や提言を行ってきた．

厚生労働省の1999年の歯科疾患実態調査では，50歳以降の10年間に平均約5本の歯を喪失していることが示されている．また日本ヘルスケア歯科研究会の会員歯科診療所のデータからも同様な傾向が示されている．このような中年以降の急激な歯の喪失のほとんどが齲蝕と歯周病に起因するが，その歯周病の最大の危険因子が喫煙習慣であることがすでに多くの研究で示されている．

しかしながら，齲蝕も歯周病も多因子の関与する疾患であり，喫煙習慣が歯の喪失に関わる要因の大きさは簡単には評価できない．とくに修復処置に傾斜した歯科医療の環境下においては，そのリスクはマスキングされ必ずしも顕著ではないが，日本ヘルスケア歯科研究会の調査では，喫煙者の場合非喫煙者に比べて初診時の歯周病進行度が，おおよそ10歳くらい速まること，さらに歯周治療を行い定期的な管理下にあったとしても，歯の喪失が約2倍程度になることが示されている．

このような認識に立って，日本ヘルスケア歯科研究会は喫煙問題に積極的に取り組むことを宣言する．

1.すべての患者に対して喫煙・受動喫煙の為害作用を指導し，喫煙習慣のある患者に対しては禁煙を実行できるように指導・支援を行う

2.学童など若年者に対して喫煙をはじめさせないための教育活動を学校や地域社会であらゆる機会を利用して行う

3.会員および会員診療所を受診する患者さんの喫煙率，禁煙指導・支援の効果，防煙教育の効果などを調査報告する

4.口腔疾患と喫煙習慣との関わり，禁煙が健康に与える効果などの臨床疫学的なデータを集積し報告する

以上

投稿規定

Guidelines for Authors

ご寄稿，ご依頼原稿を問わず，すべての執筆者は，以下の投稿規定に従って原稿をご準備下さい．またご寄稿をいただいた場合には，下記の事項をすでにご了解済みと判断します．

1．原稿は次の宛先に，郵便でお送りください．

●原稿送付先

日本ヘルスケア歯科研究会事務局内　会誌編集委員会

住 所 ：〒112-0014　東京都文京区関口1－45－15－104

ＦＡＸ ：03－3260－4906

E-mail ：center@healthcare.gr.jp

- ご送稿に際しては，お手許に控えをお取り下さい．
- 原稿に関する連絡先のファクシミリ，住所を明記して下さい．
- 臨床スライドの送付に際しては，返送希望月日を明記して下さい．
- 原稿テキストをE-mailでお送りいただく場合は，ファクシミリまたは郵便で原稿のハードコピーをお送りください．
- オフラインでのご送稿は，フロッピー・ディスク内にアプリケーション・ファイルとともにテキスト・ファイルの形式で保存したものをご郵送下さい．
- 画像およびプレゼンテーション・ソフトのデジタル・データは受け付けかねます．

2．原稿の形式

1）原稿には必ず，次の項目が必要です．

- 表題
- 要約
- キーワード
- 著者名
- 著者の所属と連絡先

なお，英文タイトル，英文のabstractは，編集側で制作いたしますので，必ずしも必要ではありません．

2）原稿の整理方法

- 手書き原稿は，原稿用紙をご使用下さい．
- 図表は通し番号を付し,その番号を原稿の相当部分欄外に朱書して下さい．
- 図表番号は，原稿の形態がスライドあるいは版下などであるか否かに関わらず通し番号として下さい．編集時に番号は変更しますのでご了承下さい．
- 文献は，本文中の該当事項に通し番号を明示し，論文末尾にまとめて記載下さい．記載方法は，次のように表記して下さい．

●雑誌の場合

執筆者名：論文タイトル．雑誌名，巻(号)：ページ，発行年．

例：熊谷　崇ほか：科学的手法による齲蝕の予防・診断・処置と再発防止I．歯界展望，90(3)：545-595．1997.

Kobayashi S, *et al.*：The status of fluoride mouthrinse programes in Japan : a national survey．Int Det J 4：641-647，1994.

●書籍の場合

著者名：書籍名．ページ数，出版社名，発行地，発行年．

例：Bratthall，柳澤いづみほか訳：カリエスリスク判定のてびき．エイコー，東京，1994.

Roitt IM：Immunology of oral diseases. p 68, Blackwell, Oxford, 1980.

3. 図版など

グラフおよび図解などの原稿は，ケント紙に墨で描いて下さい．600dpi 以上のモノクロレーザー・プリンタによる出力原稿については，ハーフトーンを含まない限り可とします．それ以外の図版原稿は，原稿を元に編集側でトレースいたします．

グラフは，描画の元となった数字データを原稿に添付して下さい．

図版のカラーあるいは色指定は受け付けかねます．

4. 引用について

論文中に出版物から図表を引用転載する場合は，必ず出典を明記して下さい．学術的な目的で，原著作物の二，三の図表を著しく改変することなく引用する場合は，原著者の許可は不要です．ただし，意匠に富んだイラストや写真は，著作権者の許可がなければ転載できません．原著者の許可がある場合でも（ご自分の著作でも），1 ページ以上にわたって原著作物を引用する場合には，原出版権者の許諾を要すると考えて下さい．本会は無断引用転載の責を負いません．

5. 掲載の採否

受領した原稿の採否は，編集責任者が査読者の助言を元に判断します．本会の設立趣旨に即し，かつオリジナリティを有するか否かを採否の第 1 条件とします．不採用原稿については，改善すべき点（不採用理由）についてのメモとともに原稿を返却します．投稿後，6 カ月以上経過しても採否の連絡がない場合は，原稿送付先までお問い合わせ下さい．

6. 校正など

掲載を決定した原稿は，編集段階で国語的・学術的な表記の修正をします．一般に理解しにくい表現や表記の誤りについては，文意を曲げない範囲で原著者の許可なく修正を加えます．著者校正用の校正紙を必ず送付しますので，校正とともに修正部分を確認して下さい．

7. 別刷（Reprints）および献本について

著者には，本誌発行後 1 カ月以内に，別刷を 40 部贈呈します．40 部を超えるご希望については，投稿時にご明記下さい．制作会社が，別途，料金を申し受けます．刊行後の別刷作製はできません．

著者には会員・非会員を問わず，本誌刊行後 1 カ月以内に掲載誌 1 冊を献本いたします．

8. 原稿受付締め切り

会誌発行は年 1 回（4 月）を予定しております．原稿の受付締め切りは，刊行年の前年 12 月末までといたします．

9. 掲載料および執筆謝礼について

掲載料は申し受けません．また執筆謝礼についてはお支払いいたしません．

会　員　名　簿

以下に2009年3月末日現在の正会員の名簿を，都道府県別，職種別，個人-法人別に掲載します．

正会員資格の確認

2009年2月末日までに2008年度会費を納入した方	1,353名，29法人
2009年3月末日までの2009年度の新入会者	11名

このうち入会時の名簿掲載のお尋ねにおいて名簿掲載に同意しないとされた方29名（歯科医師20名，歯科衛生士7名，歯科技工士1名，法人1社）は掲載しておりません．名簿掲載について記載のなかった方については，不同意の意思表示がないものと考え，掲載しました．

なお，2008年度会員であっても，退会の意思表示のあった方については掲載しておりません．

勤務先名の住所が申告されている方は，原則として勤務先医院名を記し，その都道府県の項に収載しました．ただし，勤務先医院の連絡先の申告がなく，連絡先が自宅となっている方については，医院名を空欄とし，自宅所在地の都道府県の項にお名前のみを記しました．

コアメンバー（8名）と2009年度からのコアメンバー*（3名），オピニオンメンバー（39名），認証診療所（30診療所），認定歯科衛生士（11名．正会員のみ，準会員は記載せず）については，氏名とともに記載しました．（診療所の認証は本来医療機関に対する認証ですが，その代表者および医療法人の理事に，その旨記載しています）

名簿に変更がある場合，また間違いにお気付きになった場合には，ご遠慮なく事務局までご連絡ください．

日本ヘルスケア歯科研究会　会誌　総目次（vol. 1 ～ 10）

Vol 1 No 1, 1999

■創刊に寄せて　会長　藤木省三

■初診患者のカリエスリスク・プロフィール
熊谷　崇／熊谷　ふじ子，ほか

■初診患者の歯周病学的プロフィールと喫煙習慣
熊谷　崇／熊谷　ふじ子，ほか

■患者データの管理―その意義と方法　熊谷　崇

■地域に根差した歯科医療を模索する　浪越健男

■村木沢小学校における学校歯科保健への取り組み　斎藤直之

■矯正治療中の齲蝕予防システム－その変遷と成績　竹下　哲

■私の学校歯科保健活動　佐々木正晃

■予防にシフトした歯科診療所経営の現状　太田貴志，ほか

第3回講演会　国際シンポジウム
カリエスフリーを育てる歯科医療　報告

日本ヘルスケア歯科研究会会則

Vol 2 No 1, 2000

■う窩形成前カリエスコントロールのためのクリティカルパス
熊谷　崇／熊谷ふじ子

■長期咬合管理におけるカリエスリスク評価に基づいた個別口腔衛生プログラム　伊藤智恵／楠本雅子／田浦勝彦

■沖縄県一離島村の伊是名小中学校におけるカリエスリスク・プロフィール　中島　健／安細敏弘

■学校歯科保健活動によるう蝕罹患率の改善―酒田・飽海地区における取り組みとその成果　五十嵐正大

■フッ化物に関する専門家・会員の意識調査報告
フッ化物調査小委員会

日本ヘルスケア歯科研究会設立趣旨／日本ヘルスケア歯科研究会会則

Vol 3 No 1, 2001

■予防管理型歯科診療に関するアンケート調査の分析
寺岡加代／野村義明，ほか

■歯科診療に関するアンケート調査報告―定期管理型歯科診療所における患者の受診行動と医院評価―
日本ヘルスケア歯科研究会運営委員会

■歯科診療所初診患者の歯周病罹患状況と定期管理の効果
岡　賢二／古八知美，ほか

■明確な患者利益の追求における臨床疫学の役割
フィリップ・フジョー

■歯科医療サービスに社会が求めるもの―米国における口腔保健サービスと予防：現在と将来　マイロン・アルキアン

■日本ヘルスケア歯科研究会―3年間の歩み　藤木省三

日本ヘルスケア歯科研究会設立趣旨／日本ヘルスケア歯科研究会会則

Vol 4 No 1, 2002

■ヘルスケアを目指す歯科医院のための歯科医院リスク分析
千ヶ崎乙文

■ラバーダムの使用状況とその背景因子　内藤　徹，ほか

■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
――日吉歯科診療所のデータ解析結果から
野村義明（講演記録　西　真紀子）

■う窩形成前カリエスコントロールのためのクリティカル・パス
熊谷　崇

■Tenovuo教授講演の臨床的序論として　臨床で遭遇する唾液への疑問　熊谷　崇

■唾液―口腔の健康に必須な液体
ヨルマ・テノヴオ（講演記録　西　真紀子）

■市販歯磨剤についての実態調査　杉山精一

日本ヘルスケア歯科研究会設立趣旨／日本ヘルスケア歯科研究会会則
禁煙宣言

Vol 5 No 1, 2003

■バイオフィルムの臨床生物学　花田信弘

■加齢に伴う口腔内の変化について――来院患者の歯牙情報分析からの考察　小口道生・熊谷 崇

■歯肉縁下バイオフィルムコントロールの効果に関する科学的根拠　三辺正人

■「健康を守り育てる歯科診療所」認証申請のしおりより

■認証プレゼンテーション例　佐々木歯科医院

■認証プレゼンテーション例　緑町斎藤歯科医院

日本ヘルスケア歯科研究会設立趣旨／日本ヘルスケア歯科研究会会則
禁煙宣言

Vol 6 No 1, 2004

■カリエスリスクデータによるメインテナンス下におけるリスク予測　伊藤　中

■杉山歯科医院における定期予防管理の結果から長期管理の効果を予測する：最終メインテナンス年齢19歳以下・5年以上来院者を対象とした調査　杉山精一

■抗生物質使用におけるEBM(根拠に基づく医学)を考える　宮本貴成・高橋祐介・湯本浩通

＜講演録＞**歯周病の全体像と歯周病学の〈幹〉**

◆歯周病の診断・治療・メインテナンスを再考する　村上伸也

◆歯周病の地球規模の疫学とリスクファクター　JMアルバンダー

◆若年者の歯周病予防管理　JMアルバンダー

日本ヘルスケア歯科研究会設立趣旨／日本ヘルスケア歯科研究会会則
禁煙宣言

Vol 7 No 1, 2005

＜講演録＞歯周疾患の診査・診断―現在・未来―　横田　誠

■地域診断の試み―歯科医師会地域保健担当者としての仕事を通して　杉山　精一

＜服薬調査報告＞

1. 唾液分泌に影響を与える薬物服用の実態調査研究　日本ヘルスケア歯科研究会

2. 唾液と口腔内の関連――服薬調査結果から　野村　義明

3. 高齢者への薬物投与の実態と口渇副作用情報のもつ意味　望月　眞弓

4. 唾液中ストレス関連性物質の検討　野村義明・斎藤一郎

■保健教科書において「歯科保健」がどのように扱われているかについての調査　杉山　精一

日本ヘルスケア歯科研究会設立趣旨／日本ヘルスケア歯科研究会会則
禁煙宣言

Vol 8 No 1, 2006

■歯科における予防の考え方，進め方　花田　信弘

■日本の歯科疾患の実態　歯科疾患実態調査・8020財団の抜歯調査などから　安藤　雄一

＜Doプロジェクト調査報告＞

◆Doプロジェクトのスタート　杉山　精一

＜調査*1*＞歯科診療所における初診来院患者の実態調査　杉山　精一

＜調査*2*＞診療機関における子供の定期管理のう蝕予防成績に関する調査報告　藤木　省三／杉山　精一

＜調査*3*＞歯科診療所での成人のメインテナンスと歯の喪失についての調査　杉山　精一

＜調査*4*＞口腔関連QOL評価について――その意義とベースライン調査の概要　内藤　徹

日本ヘルスケア歯科研究会設立趣旨／日本ヘルスケア歯科研究会会則
禁煙宣言

Vol 9 No 1, 2007

■**講演聴講記録・月星光博氏講演；**

患者の生涯の健康を考えるミニマルインターベンション　月星　光博

■大西歯科における子供の予防的定期管理と重症う蝕予防との関連　藤木　省三

＜Doプロジェクト調査報告　調査*1*＞

◆歯科診療所における初診来院患者の実態調査(第2年度)　藤木　省三／伊藤　中

■小学校で喫煙防止教室を実施して　杉山　精一

日本ヘルスケア歯科研究会設立趣旨／日本ヘルスケア歯科研究会会則
禁煙宣言

会員名簿

Vol 10 No 1, 2008

口絵：ICDASによるう蝕判定基準

■初期う蝕判定基準―ICDAS(International Caries Detection& Assess-ment System)の臨床応用と今後の展望　豊島義博

■長期来院患者における多数歯喪失の原因に関する症例報告　藤木省三，ほか

■歯肉を傷つけない適正なブラッシングによる露出歯根面の改善について　篠原　千恵

■エナメル質形成不全症（MIH）―症例と12歳児での発現率について／杉山歯科医院における杉山歯科医院における5年間の受診患者調査　杉山　精一

＜Doプロジェクト調査報告＞

調査*1*　歯科診療所における初診来院患者の実態調査　第3報　藤木　省三

調査*4*　歯科治療はQOLの維持に貢献しているか？　内藤　徹

日本ヘルスケア歯科研究会設立趣旨／日本ヘルスケア歯科研究会会則
禁煙宣言

会員名簿