

JCPG

会報

Proceedings

JAPAN CLINICAL PERIODONTAL GROUP

Vol.19 June 2005



日本臨床歯周療法集談会

ホスピタリティ・マインドを持つ

20世紀が「モノ」を中心とした時代だとすれば、21世紀は「心」の時代だといわれます。かつてわが国の人びとは生活の質を高めようとして、せっせと車や家電製品などモノに依存したシステムを構築してきました。そしてその過程で、人間関係という私たちが生きていく上で最も大切な事柄を見失っていなかったかと、いまようやく気付きはじめています。ホスピタリティ (hospitality) という言葉を皆さんはご存じだと思います。ホスピタリティとは他者への思いやりや心遣い、もてなしなどを意味する言葉です。ここからホテルや病院 (ホスピタル) という言葉が派生したこともご存じだろうと思います。

私たちが従事する医療はモノを生産するところではありませんから、医療のホスピタリティは、ハード (医療器機や施設) ではなくハート (ソフト) にこそ本質があります。患者さんは例外なく、自分の口腔内や口腔関連の何らかの不満や不具合などの訴えを持って私たちの前に現れます。そこで私たち医療従事者にとって必要とされるのは、第一に医療技術であることはもちろんですが、患者さんとのファースト・コンタクトにおいては特に、以後の良好な患-医関係 (人間関係) をかたちづくるためのホスピタリティこそが医療技術に負けず劣らず大切になってくるでしょう。

この視点から見ると、私たちがふだん無意識に使っていた「患者指導」「患者管理」「デンタルIQ」などの言葉は、現実のほうから死語になりつつあると言ってよいと思われます。つまり、私たちと患者さんを「上から下へ」の関係と感じさせるので、これらはもはやあまりふさわしい言葉とは言えなくなってきました。皆さんと知恵を出し合って現代人にふさわしい言葉を発明したいものです。

ホスピタリティは、患者さんに限らず院内のスタッフ、さらには自分の家族に対しても、対人関係やコミュニケーションを円滑にするうえで、大切なものです。患者さんに対するときだけと思って、院内の人間関係をおろそかにしていると、患者さんに対する思いやりのある対応もできません。患者さんへの応対力が低下したときは、院内の人間関係に何らかの問題点がある場合が少なくないのです。

誰に対してもホスピタリティのある行動を取れる人が、誰から見ても魅力のある人と言えます。ホスピタリティ・マインドのある人は、これからの歯科医療において誰からも高い信頼が得られるにちがいありません。

院内スタッフが集う本会での勉強がその一助になったらと願っています。

会長 小林 和一

JCPG会報 Vol.19

Aug. 2005

Proceedings of JAPAN CLINICAL PERIODONTAL GROUP

Contents

[巻頭言]

ホスピタリティ・マインドを持つとう 小林 和一 1

[特集]

これからの歯科医療を考える—信頼される医療を求めて—

川上 明彦 (弁護士, 患者) / 秋元 秀俊 (医療ジャーナリスト) /
座長: 清水 雅雪 / 編集委員会・編 4

[講演傍聴記]

歯肉縁下のプラークコントロールの概念と臨床のヒント
—新田 浩先生の講演を聴いて 塚原 武典 10

Biologic, Function, Esthetic, Structure, Comfortableの調和を求めて
—寺西邦彦先生の講演を聴いて 榎 美子 12

ペリオのメンテナンス “山本風” —山本浩正先生の講演を聴いて 平塚 美香 14

歯周治療はどう変わっていくのか—再生療法を見据えて
—上野歯科医院 上野道生先生・山下知子さん・伊藤真実さんの講演を聴いて 谷口ゆかり 16

[ポスターセッション] 歯科衛生士]

歯牙の着色について 糸川 佳代・鈴木 芽 18

移植歯におけるSPTの重要性について 川崎 智子 20

インプラント治療チームにおける歯科衛生士の役割
—多数歯欠損症例を考察する
黒崎 信子・岩井 理子・能本美智子・小川 洋一 22

歯冠補綴に対する歯科衛生士としてのアプローチ 斉藤 直子・中山 智子・川田 祥代 24

PMTIC—モチベーションと実際 高野 明恵 26

【ポスターセッション2 歯科医師】

エムドゲイン®ゲルを用いた歯周治療	武内 清隆	28
各種現像法の違いがデンタルレントゲン写真像に及ぼす影響について	齋間 直人	30
咬合崩壊患者に咬合再構築を行った一症例	畑中 秀隆	32
肉芽腫性口唇炎に歯周初期治療が有効であった一症例 谷野 正樹・武田 宏幸・大塚 正之・申 基詰		34
広汎型侵襲性歯周炎患者に歯周組織再生療法を行った一症例 秋山 祐介・武田 宏幸・深沢 宗主・申 基詰		36
感染根管治療時の歯牙穿孔後の長期的予後経過	岡本 一兵・塚本 康己・岡本 浩	38
長期歯周サポート治療（SPT）の一症例	宮尾 益佳	40

【ポスターセッション3 スタディグループ紹介】

D.H.パトスの会 18年間の歩み	室 由香利	42
企業で働く歯科衛生士 —意外に知られていないメーカーで働く歯科衛生士の仕事	大鍋 真紀	44
スタディグループ “エスポワール” 私たちの『希望』の活動 勝又 智絵・景山 麻子・春日 恵・佐々木章江・佐々木真弓・深町 厚子		46
あひるから白鳥へ	麻生 清子	48
ハイジの会	岡田真由美	50
中野予防歯科研修会—背景と活動状況	飯田しのぶ・三橋 守泰	52
上下ボーンアンカードブリッジ製作時に衛生士として関われることと、 その後のメインテナンス経過報告	入江 悦子	54

【編集後記】吉田 秀人

特集

「これからの歯科医療を考える」講演要旨

信頼される医療を求めて

会報編集委員会 編

講演：川上 明彦 先生（弁護士，患者）
秋元 秀俊 氏（医療ジャーナリスト）
座長：清水 雅雪 先生（名古屋市開業）

2004年、日本臨床歯周療法集談会講演会時に、弁護士であり患者でもある川上明彦先生、医療ジャーナリストである秋元秀俊氏の講演とディスカッションが行われました（座長：清水雅雪先生）。通常行われる歯科医療関係者による講演とは異なり、患者側からの視点にて大変興味深い内容でした。歯周治療を中心に歯科衛生士と共に歩む我々の会として、患者さんと接する際に参考にさせていただきたいと思い、ここに掲載いたします。

座長 本日は“信頼をどのように築くのか”と言うこととお話を進めていきたいと思えます。まず本日の講師のお二人をご紹介します。弁護士としてご活躍の川上先生は、私の患者さんでもあります。現在私の診療室でメンテナンスを受けておられます。約9年前に、東京の先生からの紹介で来院されることになり、当時、若年性歯周炎という診断のもとに初期治療から開始しました。以前も歯科医院へ通院されていましたが、的確な情報を持たなかったために、歯周疾患が進行してしまっただけと考えられます。川上先生は意識の高い方なので、担当歯科衛生士指導のもとに、初期治療で炎症はほとんど消失しました。その後、歯周外科を行ったのちメンテナンスに入りました。4年後に上顎前歯部の補綴およ

び、左下欠損部のインプラント補綴を行いました。そして現在は歯周疾患よりも根面カリエスが要注意という状態です。

以上のような状況で、我々と同じサービス業で、弁護士として仕事をされている川上先生に最初に講演をお願いしたいと思います。

次いで、医療ジャーナリストの秋元さんにご講演をお願いしております。皆さんよくご存じと思いますが、秋元さんはかつて歯科雑誌の編集をされ、現在はご自分で編集事務所を立ち上げ歯科関係の本の編集の傍ら、医療ジャーナリストとして活躍をなさっております。



座長を務めた清水雅雪先生

■ともかくきれいに磨けばよかったのに —無知の悲しみ・弁護士雑感

川上 このように自分の歴史を、自分自身の口腔内写真を写して紹介して頂いたのは初めてです。弁護士業務と歯科医療はどのように似ているのか本日は話をさせて頂きたいと思います。ただし弁護士はトラブルの対応が主な仕事です。

まず、私自身の歯の歴史から話をします。私が今日使う、歯科的専門用語は患者として清水歯科から学んだことであり、私の知識はアマチュアの知識と考えて下さい。

私は小さいころから虫歯が多く、10代の頃にはほとんど歯を磨かなかった。高校を卒業して京都大学の法学部へ入学し、時々歯石を取ってもらったことはあったが口の中は何も気にしてなく、もちろん牛乳などを飲んでも歯を磨くようなこともなかった。私自身、歯肉はぶよぶよしていても大きい方が良いと考え、かえって縮んでいる方が悪いと考えていました。昭和57年に弁護士になり、もちろんその頃にも歯のことに問題は何も考えなかったし、不安もありませんでした。30歳の頃、 $\overline{67}$ が腫れ始め、何回か通院し、そのうちになぜか自然に治ったりもした。自分自身では指で歯肉のマッサージを行いました。考えてみれば不思議なことですが、通院中に院長先生はずっとマスクをしていたので、最後まで顔を見ていませんでした。

その同じ頃、私の妹が清水歯科へ通院していて、ぜひ通院するように薦められました。その後1年経過して、平成7年に清水歯科へ行くことになりました。ではその1年の空白は何かということ、前の歯科



講師の秋元秀俊氏（左）と川上明彦先生（右、弁護士、患者として）

の先生への義理の気持ちがあったからだと思います。

清水歯科へ行くと、清水先生が若年性歯周炎の話をも含め1時間もかけて丁寧に説明して下さいました。原因が分かってくると、自分自身も一生懸命ブラッシングするようになり、さらに「どうでもいいからきれいに磨けばいいのだ!」ということが頭の中でひらめいてから、気持ちが楽になりました。今度は歯肉が引き締まっていれば、小さくてもいいということに気付きました。また、歯科衛生士さんは若いのに私自身をよくほめて下さるので嬉しくなり、さらに頑張ろうという気持ちになり、現在に至っております。

満足についてお話を進めます。満足の反対は不満でその不満は不安につながりますので注意が必要です。人間はその先の分からないことに凄く不安を感じます。そういった意味で清水歯科へ来る前は低空飛行でも前向きに頑張っているつもりでしたが、いつ落ちるかもしれないという不安がありました。しかし今では先のことや将来のことを清水歯科では丁寧に説明して下さるので安心していきます。わたしはこれを弁護士の仕事に応用しました。「あなたは今、私の説明で安心したと思いますが、しかし、ここを出て一人になると不安に陥ると思います。しかしこれは皆さん同じですので安心してください。」という感じに説明いたしますと、相手の安心につながります。

『納得』これが自信につながってくると思います。この先生なら間違いのない。だから、そうしてこうなっても仕方がないと考えるような考えが私の原点にあります。歯科の世界では弁護士よりこういう時は



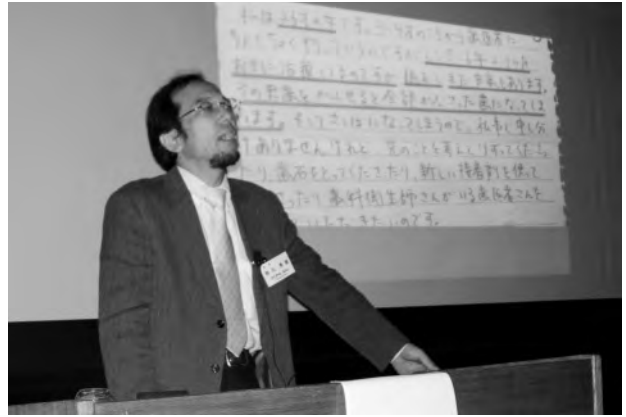
講演中の川上明彦先生

こう考えるというような法則みたいなものがあると思うので、仕事が進めやすいと思います。

次にメンテナンスについてお話ししたいと思います。私は大きな間違いをしていたのかもしれないのです。根面カリエスに注意とは言われていたが、菌が発生するのは1日1回なのでブラッシングも1日1回だけで良いと自分で考えていました。ところが、そうではなかったようでアイスクリームが大好きだから、それが根面カリエスになったのだと思います。また好気性、嫌気性菌の違いを知らなかったことも1つの原因かもしれないと反省しています。

大切なことですが、歯科衛生士さんに向けてお話ししたいと思います。一般に先生と名が付く人は、わがままで、非常識で、謙虚さがなく、弁護士としても扱いが大変です。しかし患者は先生より歯科衛生士さんに接する時間が長いのです。こうしてしばらくメンテナンスして頂いていると、自分が育てられている感じがします。なぜなら褒められているからであり、子育てと同じように褒められてはじめて伸びるのであります。

また、信じることも大切で、中には適切に磨けない患者さんもいると思いますが、頑張ろうね！という気持ちを伝え、信じ続けることが大切です。その人の心に感心を持つことが大切です。病んでる人は神経質になっていることは、当たり前であり、そのまま受け止めてあげることが大切であると考えます。また、同情しないことも重要です。「歯が無くなって残念ですね。同情致します。」ではなくて「次からこうならないように頑張って行きましょうね。」というような建設的意見を述べるのが大切です。



講演中の秋元秀俊氏

あやまることも大切というお話もしたかったのですが、また次の機会にさせて頂きたいと思います。

■提供したい歯科医療と求められる歯科医療

秋元 私は昔、家具屋の職人をやっていました。そして今は事件屋みたいなことをやっています。クインテッセンス社に入社したのはもう20年以上前のことであり、職業名を雑誌の名前に付けたかったという意欲のもとに『歯科衛生士』を創刊しました。本も多く書いているのでアマチュアでも歯科の知識はあるつもりです。今回は読者からの手紙を中心に話を進めたいと思います。私の所には数多くの患者さんからの手紙が届き、生の声なので考えさせられることが多いです。

ある事例があります。妹が通院していた歯科医院へ姉も行くようになり、その1年後に問題が生まれました。弁護士さんが「訴状を書きたいのだが意味不明で書けないので」と弁護士さんから私が相談を受けました。どうやら接着のためのエッチングで顔をやけどをしたことが原因らしいのです。つまりどんな小さなことでもトラブルの原因になりやすいということです。姉と妹どちらが訴えを起こしたと思いますか？

図1をご覧ください。りんごを八百屋さんで買う場合に誰が決めるでしょうか。決定権は買い手にあります。そして買って得したか評価をするのもほとんど買い手だと思います。つまり右側の丸が大きいということです。

一方、図2のように法定伝染病の主役は医療側になりますが、軽度の精神疾患では治療するかどうかの主役は患者側になります。

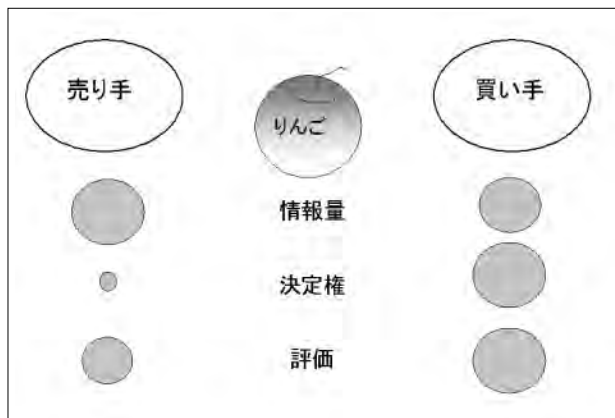


図1 りんごを買う場合、決定権は買い手にあります。



図2 一般に、歯科の疾患の多くは右の丸が大きいと考えられます。

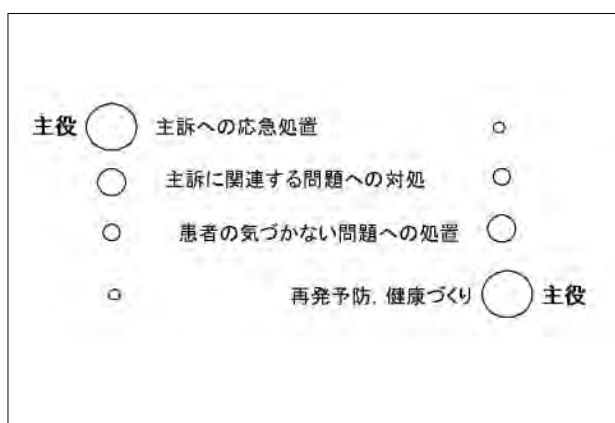


図3 主訴に対応する場合は左の丸が大きく、再発予防や健康を守る場合は右の丸が大きくなります。

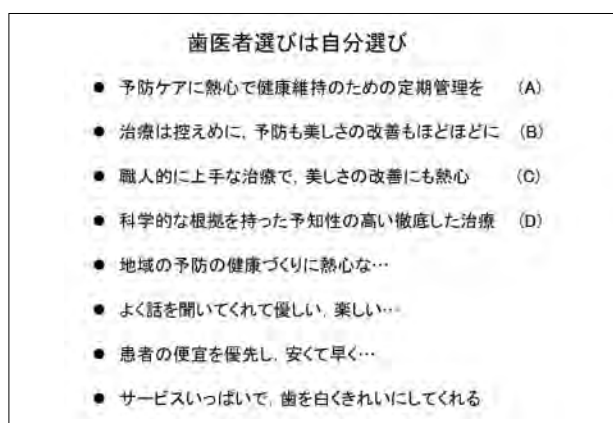


図4 一般に (B) のタイプの人気があります。

左側の丸の大きいのは医学の理論と経験と知識に基づいて治療してよいということである。しかし一方右の丸の大きいのは特に慢性疾患で、医学の倫理と論理だけでは、個々の患者の満足は得られないということです。一般に歯科疾患の多くは右の丸の大きいことが多いと考えられます。

図3で示したのは、相対的には主訴に対応している時には左の丸が大きく、メンテナンスに対応している時には右の丸が大きと考えられます。たとえば、主訴を持った患者さんの口腔内写真を撮影したいが信頼を待ってからが良いと思い、何日か経過してから撮影しようと思うと、「どうして撮影するのですか?」と言われてしまう。これは当たり前のことなのです。つまり主導権が患者側に替わってしまっているのです。

私の所へ届く手紙は良い歯科医の紹介をして下さ

いというのが多いのです。図4を見て頂けるとわかると思いますが、Bタイプの先生が一番人気があります。その理由は左丸より右丸の大きい人、不安があって心配している人が多いということです。従って予防も治療もほどほどということ、こういう歯科医が一番人気があるのです。

ここにご紹介するのは、学校検診で乳歯の虫歯と歯列不正があると言われ、某歯科医院へ行ったところ、説明もないままに第1大臼歯4本をアマルガム充填されてしまったという内容の手紙です。これは法的には「説明義務違反と患者の自己決定権の侵害」と言うことになります。つまり、どんなに説明してもだめで、患者の自己決定権を尊重しないとイケないということである。良心や専門的観点ということではかたづけられないのです。

最終的には患者中心の歯科医療を考えないとイケ

【特集：信頼される医療を求めて】

ない。右の丸が大きくなってきているということは、実はどんどん難しくなる可能性が高いということです。単純に患者思いであるとか患者中心という言葉では表現できないと思います。

■ディスカッション

座長 お二人とも違った視点から有難うございました。我々も一生懸命やっても受け入れられずに、押し付けととらえられてしまう時があります。

ところで、私達の歯科医院には紹介で来院される患者が多いのですが、弁護士さんはいかがでしょう。

川上 我々の仕事は特殊なので、比較的紹介が多く、飛び込みで事務所にいらっしゃる方は少ないです。ただし競争になると飛び込みに応じる時代になるかも知れません。

座長 弁護士さんも大変ですね。我々も一生懸命説明をして同意しないと治療に取りかかれません。その同意の時期が問題です。弁護士さんは説明をして着し金を頂いてから仕事に取りかかります。しかし歯科は、たとえ患者が紹介で来院されたとしても、信頼関係を築くことが大切です。歯科はどのような段階で説明し治療に踏み込むか難しいのです。この点について秋元さんはどうお考えですか。

秋元 急患、特に歯髄炎などでは15秒位の説明で治療に入れる。つまり説明から同意は早いのです。しかし、ほんとうの原因は、反対側の咬合が原因で咬合性外傷が原因となると、話はやや大変です。さらにプラークコントロールとなるとやらなくても困らないことなので、個人差や状況にもよるのでさらに大変です。また、長期的メンテナンスとなると患者が主役になっているので、もっと大変です。

座長 左右の丸の大きさは左右同じ大きさの方が良いような気がします。

川上 私は秋元さんの気持ちが分かります。弁護士には急患は来ません。ある意味では難しい人が来ます。右の丸が大きい患者が主役の仕事であると考えられます。弁護士は依頼者の言葉の中から何を大切にしているのか見抜いてあげることが大切で、そうしないと納得して頂けない。

座長 心のケア、人間関係が大切ということですね。

秋元 私は宗教家ではありませんが、例えば顎関節症の患者を紹介しても満足して治療できる先生は少ないと思います。逆に先生の方からメンタルの悪い患者を紹介しないで下さいと言われてしまうことが多い。しかし、実際メンタルが悪いから顎関節症を起こしてしまうという事実もあります。時代は治療からメンテナンスへと言うが、予防ケアは主訴を持っていないのでいやだったらいつでも止めてしまう。cureからcareへ変わっていると言うが、患者—医療側の関係は難しくなっています。患者の言う「ありがとうございました」は右の丸が大きくなってきているので、常に意識している必要があります。

傾向として歯科医師が多くなり、慢性疾患も多くなっています。そして弁護士さんと同じように需給関係が反対になり、右の丸が大きくなるのが大切で、歯科界にとってもつらいことだと思います。

座長 川上先生の口腔内状況は、担当歯科衛生士がきちんと説明しながらメンテナンスさせて頂いており、これが大切だと思います。そして若い歯科衛生士には人生経験を増やす必要があります。患者の話を全部聞いてあげて、途中で話を途切れさせないことも安心へつながります。川上先生はどのように心掛けていますか。

川上 聞いてあげることと、聞いてあげ方が大切だと思います。「それからどうした」ではだめで、「なるほど、なるほど」が大切ということで、その人を受け入れているということです。その人をどう見ているかが言葉に現れてくるので、言葉を考えるようにします。

難しい人と簡単な人をどのように見分けるかについて考えてみます。本当に難しい人はニコニコしている人であり、逆に怒ったりしている人のほうが理解しやすいのです。ニコニコしている人は我々プロとしても、その人の本心が読めないのです。結果的にその人を大切にすることです。同じ人間なのだ、この人も一生懸命生きているのだと考えることです。

座長 そうしますと、知識や技術にすぐれていても、患者が本当はどうしたいのかをきちんと聴いてあげられない医の倫理に欠けている人は、医療者としては失格だということになるようです。教科書のいち

ばん最初に書いてあるように、患者を思いやることが原点で、医療従事者として何が正しいか、何が必要なのか、きちんと説明すれば大きな問題は生じないと思います。ただし、その時期も大切です。歯周治療は患者さんとの人間関係が出来上がる基本であり、初期治療が終わって人間関係を築いてから補綴の説明に入るなど、そういう段階も場合により必要と思います。

最後にスタッフの技術、態度、誠意などについてお考えをお聞きしてこのセッションを終えたいと思います。

秋元 スタッフのやる気を育てることは難しいです。私の所にも制作スタッフが何名かいるのですが、その人達が今何をやっているのか、どういう方向を向いているのか、そういうことが私にとって大切です。

ある意味では仕事は分業しているが、心は分業していない状態を大切にしています。

川上 その人の個性に従ってその人を褒める。信じることです。明日から出来ることは挨拶です。これが基本であり治療に入る前にワンクッションおいてから入るべきです。

座長 木を彫刻するには、木の性質を知ることであるということです。

本日は本当に有難うございました。 □

歯肉縁下のプラークコントロールの概念と臨床のヒント

—新田 浩先生の講演を聴いて

塚原 武典 [栃木県那須郡 塚原歯科医院]

研究者である新田先生のみじめで飾りのないお人柄を感じさせられるご講演であり、また研究者ならではの根拠（文献）に基づいた充実した内容であったと思う。

前半の「歯肉縁下のプラークコントロールの概念」では、縁上・縁下のプラークの形成機序から始まり、歯肉縁下のプラークコントロールとしてのSRP、歯肉縁下のプラークコントロールの概念の変遷を主要な文献を用いて、短い時間ではあったが、噛み砕いて分かりやすく説明していただいた。

一度縁下の深いSRPを行った後、縁下のプラークはどのくらいで定着するかという論文が印象に残った。

縁上のプラークコントロールが確立されていれば32週（8ヶ月）で成熟し、確立されていない患者では、8週（2ヶ月）であることが示された。新田先生はこれを「長い」と言われたが、わたしも同感である。このことは深いポケットがあり、プラークコントロールの悪い患者でさえも、2ヶ月に1回縁上・縁下のデブリメントを行えば、現状維持できる可能性を示唆するものであると受け止められる。縁上のプラークコントロールは、術者の目の届かないところでなされるものであるから、診療室で良好な磨きができてもそれを嚥呑みに出来ない現実があるので、深いポケットを有する患者であれば、一度SRPを行った後は、2ヶ月に1回来院していただくようにすれば安心できる。

また歯肉縁下のプラークコントロールという用語に新鮮な響きを感じた。ここ30年ほどの歯周治療における歯肉縁下処置の変遷を3つの時代に分けて説明された。1980年ごろまでは、プラークを付きにくくするためのツルツルな歯根表面を作り出すことを目的にしており、根面を滑沢にするためのルートプレーニングが推奨されていた時代である。しかしその後、細菌の毒（エンドトキシン）がどれくらい深く露出根面に浸入しているか、また病的セメント質はどこまでかの研究が進んだ。たどり着いたのは、歯周組織の治癒を阻害する病原物質は、セメント質の表層に緩く付着しており、それを取り除くためには、歯石除去後のセメント質を研磨するだけでよいことが分かった。

このように、2000年くらいまでは、歯周組織の治癒を阻害しないような、生物学的に受け入れられる根面を作り出すことに主眼が置かれた。それが歯根表面デブリメント時代である。そして最新の考え方は、歯肉縁下の根面のみを相手にするのではなく、歯肉縁下の環境（根面、縁下細菌、生体組織）を総合的にアプローチする考え方になってきている（歯肉縁下デブリメント時代）。

生物学的に受け入れられる歯肉縁下環境を達成するためには、縁上のプラークコントロールはもちろん、個人の歯周病のリスク（全身疾患、喫煙等）も考慮しなければならない。歯肉縁下のプラークコントロールという用語の深い意味を知ることが出来た。

後半の臨床のヒントは、SRPの技術的ポイントとグレーシーキュレットの新しいシャープニング法について教えていただいた。SRPは、プラークが付きにくい根面にする事が目的ではなく、プラークのない根面にすることが目的である。熟練者と初心者とは、臨床結果に差が出てしまうが、それはなぜなのか。どうしたら早く上手になれるのか。大切なポイントを文献から教えていただき、根拠を理解した知識を得ることが上達への近道であることをしっかりと教えていただいた。

非常に濃い内容の2時間であった。ご講演を拝聴し、新田先生の臨床に取り組む真摯な姿勢を見させていただき感銘を受けた。今後も先生のご活躍に期待し、目を離さずにいたいと思う。 □



図1 大きな模型でスケラーの使い方を実演される新田先生



図2 内容の濃いご講演に熱心に聞き入る会員達

Biologic, Function, Esthetic, Structure, Comfortableの調和を求めて

—寺西邦彦先生の講演を聴いて

榎 美子 [山形県東根市 佐藤歯科医院]

私は、今回、初めてJCPGに参加させていただきました。そして、寺西先生の講演を聞き学んだことは、患者さんにとって快適な口腔内を取り戻してあげるには、Co-Dental Staffコミュニケーションという概念がもっとも大切だということです（寺西先生は、自分が歯科界に残したことは、この言葉だけだと謙遜なさっていましたが…）。

寺西先生の歯科大学の卒業当初の部分床義歯の症例から、現在の骨造成をとまなうインプラントの症例まで、治療の変遷を拝見させていただきました。

ナソロジー、総義歯補綴、R.P.Dをまず習得され、そして、積み木を重ねるように、歯周治療、インフォームドコンセントがその上に乗り、矯正治療、インプラント、審美歯科、最後にアドバンスドサージェリーと進む様子は、最新の歯科治療の変遷を体現しているように見えます。

しかし寺西先生は、現れては消えてゆくトレンドに流されてはいけなこともおっしゃっていました。

Biologic（炎症抑制）、Function（機能回復）、Esthetic（審美性）、Structure（構造力学）、そしてComfortable（快適さ）の調和こそが、寺西先生が歯科医師になって現在まで25年間求め続けてきた歯科臨床だといいます。

そして、それはその状態を10年以上は維持できるようなContinued Successでなければならないと強調されていました。雑誌や講演でよくみられる症例は補綴物装着時がほとんどで、その後の経過を発表するのは皆さんいやがるようですが、それこそが重要だとおっしゃっておられました。

それらを達成するためには、歯科医師のみならず、エキスパートとしての歯科技工士そして歯科衛生士とのチームアプローチこそが不可欠だといいます。

高度化する歯科治療の内容を各々の分野のみにとどまることなく、互いの領域までも深く理解し、そして十分なコミュニケーションが行われた上で実践されて、はじめて価値ある、合理的なそして臨床的なチームアプローチが達成できるというくだりには深く感銘いたしました。

また、時代が変われば、スタッフも変わっていくことは仕方のないことですが、その時また新たに、チームをまとめチームワークを作り、技術を継承していく大切さも教わりました。

画面にでてくる寺西先生のスタッフは楽しそうですね。もちろん寺西先生が一番楽しそうですね。

それと症例と症例の合間にてでくる、先生ご自身が趣味のスキューバダイビングをしながら撮られたという南国の海の中の写真がとってもきれいでびっくりしました。こんなに海の中が素敵の世界ならば、私も潜ってみたいという気になりました。

私も歯科衛生士として、まだまだわからないことが沢山あるので、臨床をとおして、また勉強会をとおして、自分の技術、知識の向上に日々努めて、寺西先生の歯科医院のように少しでも近づけるように、当院の先生と歯科技工士とCo-Dental Staffコミュニケーションを課題にがんばっていきたいと思います。 □



図1 Co-Dental Staffコミュニケーションの大切さを強調された寺西先生



図2 会員達を引きつけたご講演でした.

ペリオのメンテナンス “山本風”

—山本浩正先生の講演を聴いて

平塚 美香 [栃木県宇都宮市 松田歯科クリニック]

はじめに山本氏は、メンテナンスとは歯周病菌に出番を与えないようみていくことであると述べ、実際の山本歯科におけるメンテナンスの流れについて話された。

内容は次の通りであった。

- ① 口腔内診査での歯周ポケット測定は、エラーを防ぐために術者と記録者の2人で行う。
- ② その結果を入力する。
- ③ 口腔内写真の撮影を行いHD（ハードディスク）に保存する。(HDは歯科衛生士ごとにわけている。)
- ④ 歯肉縁上のプラークコントロールは、歯ブラシで術者磨きを行う。
- ⑤ 歯肉縁下のプラークコントロールは、超音波スクレーパーを用いてバイオフィルムの破壊を行う。(この時の患者さんへの配慮として、薬液が衣服に飛ばないように大きめのビニール製のエプロンを着用して頂く。術者は感染予防のため、マスク、ゴーグルを着用する。)
- ⑥ PMTCを行う。
- ⑦ フッ素塗布を行う。その間に、口腔内の状態や指導記録の入力をデネットシステムにて行う。
- ⑧ 患者さんにデータの提供を行う。

以上の項目を、実際にスライドで見ることができた。山本歯科のメンテナンスプログラムは①～⑧の一連の流れを一時間で行うことができると言う。これらのことから、データ管理システムの確立が伺え、その後の講演に目が離せないと思わせる始まりであった。

次に、メンテナンスにおけるチェックポイントを述べた。まず、診査プログラムとしてリスクの高い部位を把握できることと、診査データの変化に敏感であることが重要とし、具体的に文献を用いてそれに対し実際どのように臨床に活かしているのかを述べた。山本氏は、患者さんの喜んで頂けるようなデータシステムが良いと考え、お渡しするポケット値を色分けするなど工夫して配布していた。また、プロービング値の変化においては、減少増加のそれぞれにどのようなことが起きているのかを把握することが必要と述べた。

そして、セルフケアレベルについては、アンダーブラッシングで骨が無くなるのに対してオーバーブラッシングでは歯肉が無くなることと述べ、山本氏が考えたアンダーブラッシング、オーバーブラッシングのインデックスの解説があった。

どのような歯周治療のオプションを採用しても患者さんによるセルフケアと我々によるプロケアが成功の要になるとし、それにはメンテナンスプログラムの確立が重要であると述べた。長期的に歯周治療を成功させる秘訣として、歯科衛生士が力を発揮しやすい院内環境を作ることと、患者さんとの間にこれまでどのような関係を築いてきたかがポイントであるとし、メンテナンスは、そのパイプを頼りに長期にわたって患者さんと一緒に歯周病進行のリスクを低く維持していくことであると述べた。メンテナンスとは悪くならないことが目標であり、歯周治療よりもモチベーションが難しいため、メンテナンス前までに患者さんとの信頼関係を築くことが大切であると述べた。講演の合間には、今話題の「お笑い」を取り入れたスライドが登場し会場内を和ませた。山本氏流のユーモアある締めくくりで「ペリオもダイエットもリバウンドが怖い」リバウンドレス・ペリオを目標とした歯周治療を」とのことと講演を終えた。

山本歯科のメンテナンスと私が実際臨床で行っているメンテナンスを比較し、患者さんとの関係、また歯周病菌に対して、どのようにアプローチしてきたか、どのような関係であるのかを振り返り再考するきっかけを与えてくれた内容であった。 □



図1 「“ペリオもダイエットもリバウンドが怖い” リバウンドレス・ペリオを目標とした歯周治療を」と熱く語った山本先生



図2 熱心に聞き入る会員

歯周治療はどう変わっていくのか—再生療法を見据えて

—上野歯科医院 上野道生先生・山下知子さん・伊藤真実さんの講演を聴いて

谷口 ゆかり [横浜市港南区 吉田歯科医院]

今回の講演は、院長の上野道生先生、歯科衛生士の山下知子さん、伊藤真実さんがそれぞれの立場から、上野歯科医院の歯周治療の取り組みについてお話をされた。上野先生のお話は、歯周治療は、基本的なステップの地道な積み重ねとその技量のレベルが大きく結果に表れてくるということ。そしてそれが全体の95%を占め、残りの5%に何か新しいマテリアルをとりいれれば、今まで以上の結果を得られる可能性が高まるという内容であった。日々、基本的なことを、忠実に、納得いくまで行うことが土台にあって、その上に積み重ねるように新しいことにも挑戦していく。そうすれば、そう遠くない将来、再生療法を始めとする「新しい何か」が登場してきても十分に対応していくことが出来る、という上野先生のお話は、日々、新しい情報にふりまわされがちな頭の中を、すっきりとさせてくれるものだった。十年を越える経過のレントゲンも、「95%の基本的なことの積み重ね」がいかに大切なものであるかを証明していた。

「自分がしてもらいたい医療を患者さんに行うこと。」これは上野先生の信念であり、上野歯科医院のコンセプトである。この核がしっかりとあるからこそ、上野歯科医院は大所帯でありながら、それぞれのスタッフが目標を見失うことなく、皆が「この患者さんにとって最良の医療とは何か」を考えながら取り組んでいるように思われた。

そして次に、歯科衛生士、伊藤真実さん（歯科衛生士歴4年目、上野歯科医院では2年目）が話された。

伊藤さんは、長期メンテナンス中の患者さんの担当を任せられ、その方を通して、前任の先輩衛生士のすごさを目の当たりにし、メンテナンスの重要性を再確認されたそうだ。繰り返しになるが、上野歯科医院は、院長を中心としてスタッフ皆が同じ目的に向かって治療を進めていくからこそ、通っている患者さんにも、大切なことがしっかりと伝わっているのだろう。また、伊藤さんは上野歯科医院で、患者さんを一人の「人」として考えることを学んだと話された。その言葉から、伊藤さんが患者さんと良い関係を築き上げていること

が想像できた。

次に歯科衛生士、山下知子さん（歯科衛生士歴26年、上野歯科医院で24年）がお話された。山下さんは、まず始めに「上野歯科医院で歯科衛生士を長く続けられる理由」について話された。患者数が多く、歯科衛生士の責任も仕事量も半端ではない上野歯科医院で長く勤められている理由は、一つに上野歯科医院のコンセプトに賛同したこと、加えて、やりがいのある歯科衛生士としての仕事、また医院のスタッフに対する投資（東京で行われる学会への参加、秋の大運動会！）などがあるからそうである。もちろん山下さん自身の続ける努力が一番あるのだろうが、医院のバックアップがあってこそ、大変ながらも楽しく続けてこれたのではないだろうか。

そして、山下さんの患者さんとの関わりが、症例を通して話された。そこには上野先生と同じく、基本的な治療を積み重ね、患者さんのために出来るだけのことをと、山下さんが全力で取り組まれた結果があった。歯科衛生士の役割は患者さんのサポート役であること、メンテナンスを通して長いスタンスでみていく必要があることなどは、実際に長く患者さんをみてきた山下さんの言葉だけに、深く心に入ってくる感じがした。そして一番共感したのは「人が人として幸せに生きていくために」ということを常に考えているという言葉である。長く「歯科医療」と関わるほど、心の中に置いておかなければならない言葉だと思った。お花でいっぱい診療室の写真の紹介もあり、まるで上野歯科医院へお邪魔したかのような、暖かい気持ちになれた講演であった。□



図1 「自分がしてもらいたい医療を患者さんに行うこと。」と語る上野先生



図2 講演に耳を傾ける会員

歯牙の着色について

糸川佳代 鈴木 芽 [東京都調布市 阿部歯科医院]

■はじめに

近年、美容整形など様々な面において、審美的要求が増加している。そして、患者さんが歯科医院へ来院される目的の一つとしても、「歯の着色を落としてほしい」という要望がある。患者さんにとっての着色は、「とても汚いもの」また、「体に悪いもの」と感じている場合があるからであろう。

そのような中、私たち、歯科衛生士が、患者さんから「なぜ、着色するのか」「一体何が、着いているのか」と聞かれた場合、明確に答えることが出来ないのが現状である。実のところ、私たち歯科衛生士・歯科医師にとってみれば歯牙の着色は、いわゆる「病気」と異なるので、あまり問題とせず、その研究は置き去りにしてきた感がある。

そこで今回、私達はGC社の協力を得て、その着色物質について少しでも明確にすることを目的に研究を行った。

■研究

研究1

レーザー電子顕微鏡観察(図1)。サンプルには天然歯を使用。

結果、隆起がみられることから、歯面に着色物質が着いていて外因性の着色であることが確認できた。

研究2

EPMA(電子プローブマイクロアナライザ)による元素解析(図2)。

サンプル数は約40。結果、どのサンプルにもカルシウム・硫黄という成分が共通して含まれていた。

現在、明らかになっている外因性着色のメカニズムについて報告する(図3)。

- ①まず、歯面にペリクル(唾液タンパク)が着く。
- ②そして、カルシウム・硫黄などのイオンが着色物質の橋渡しとなり、その上にポリフェノール・金属・色素が着く。
- ③この状態で時間が経つと、これらの複合体が褐色

化し、着色として目に見えるようになる。

次に臨床における着色症例と、その原因について考えてみる。

症例1(図4)

お茶やコーヒー・紅茶・ワインにはポリフェノールが多く含まれる。

一日に2ℓほどお茶・紅茶を飲むという、この親子2人の口腔内では、同じような着色が観察される。

症例2(図5)

乳歯の歯表面構造は、永久歯の歯表面構造より粗造なので、乳歯は永久歯より着色しやすいと考えられる。

症例3(図6)

切端3分の1に限局した着色がみられる。口呼吸や口唇閉鎖不全による、前歯の特定部分の乾燥が原因と考えられる。

症例4(図7)

歯列が乱れている「I」のみに着色が観られる。ブラッシングしにくい部位は着色しやすいといえる。

■結論

以上のことから、歯牙の外因性着色は食物に限らず、歯面の粗さ、ペリクル(唾液タンパク)の質などの口腔環境が複合的に絡みあって起きる現象といえる(表1)。

また、着色除去については現在、ポリフェノール除去を目的とした歯磨剤が市販されているが、私たち専門家によるクリーニングにおいては、口腔内で安全なこと、短時間で着色が除去できること、の2点を満たす薬剤が必要である。しかしこれらを満足させる薬剤はまだ開発されていない(表2)。 □

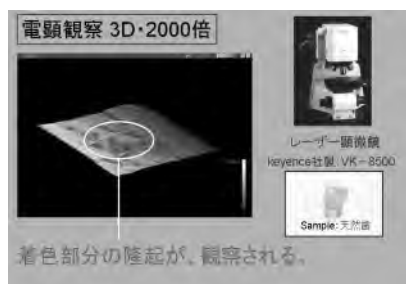


図1 レーザー電子顕微鏡による電顕観察

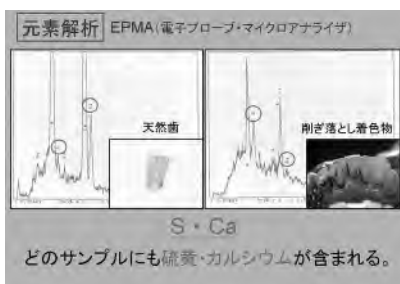


図2 EPMAによる元素解析結果

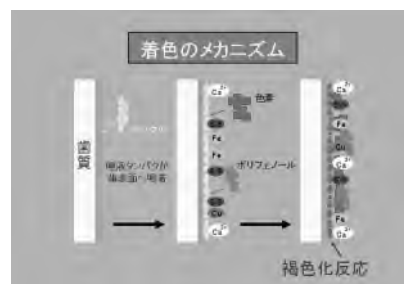


図3 着色のメカニズム



図4 症例1 ポリフェノールによる着色



図5 症例2 乳歯の着色



図6 症例3 口唇閉鎖不全による着色



図7 症例4 叢生による着色

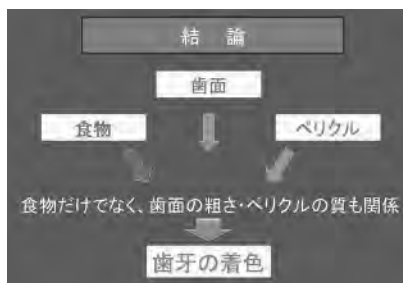


表1 結論 (着色の外因性要素)



表2 結論 (着色除去剤)

移植歯におけるSPTの重要性について

川崎 智子 [東京都調布市 阿部歯科医院]

■はじめに

自家歯牙移植はインプラントと異なり生きた歯根膜を歯と一緒に移植するので、術後、結合織性の付着を獲得し外部からの細菌侵入を防ぐことができます。ですから、多くの歯科医師が移植術を行っています。しかし、歯根膜があるとはいえ、いろいろな欠点があり、その問題は術後に現れてきます。臨床で術後におきた歯周環境の問題について4つの症例を紹介します。

■症例1：移植床に付着歯肉がない場合（図1・図2）

患者：45歳，女性

長い間放置された遊離端欠損部にパーシャルデンチャーを装着しようとしたのですが、欠損部が習慣的に舌や頬で埋められているので、義歯は受け入れてもらえません。患者さんの承諾を得て、やむを得ず、 $\overline{4}$ を $\overline{6}$ へ、 $\overline{5}$ を $\overline{6}$ へ移植しブリッジで臼歯部の咬合支持を獲得しました。現在、ブリッジの支台歯として機能していますが、支台歯周囲は付着歯肉がまったく存在しません。現在、患者さんのセルフクリーニングと定期的なSPTにより歯周組織はなんとか安定している状態です。

■症例2：移植歯の根面溝が歯肉縁上にきてしまった場合（図3・図4）

患者：63歳，女性

移植した智歯の形態が悪く、移植床の幅に合わせて移植したものの、深い根面溝が口蓋側歯肉縁上にきてしまい、歯周病に罹患しやすい環境を作ってしまいました。患者さんのブラッシングは十分とはいえませんが、定期的なSPTでカバーしています。

■症例3：隣接歯と十分な歯間距離が保てなかった場合（図5～図7）

患者：26歳，女性

移植歯のサイズが思ったよりも大きく、両隣在歯と歯根が近接してしまいました。十分な歯間幅が獲得できていないうえに、やや斜めに移植してしまい、歯列

の連続性を乱しています。ブラッシングがしにくい環境になってしまいました。

■症例4：移植歯のサイズと移植床の幅が不一致な場合（図8）

患者：60歳，男性

移植した $\overline{6}$ のサイズが大きかったため、術中、頬・舌の骨が薄くなり、術後、歯肉が退縮してしまいました。歯頸線が他の歯牙より低い所に位置してしまい患者さん自身による清掃が難しい状態になっています。

■おわりに

4つの症例を紹介しましたが、実際の臨床では移植床にピッタリ合った移植歯を埋入できる例は少ないため、術後に歯肉の炎症や退縮、ブラッシングしにくい歯周環境が生まれてしまいます。移植歯をより長く保たせるためには、患者さん自身によるレベルの高い口腔内清掃と、私達歯科衛生士による定期的なSPTが欠かせないということが分かりました。□

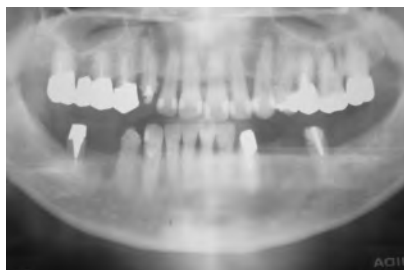


図1 1999年に $\overline{4} \rightarrow \overline{6}$ 部に、 $\overline{5} \rightarrow \overline{6}$ 部に移植.

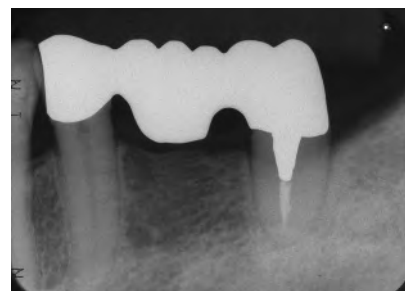
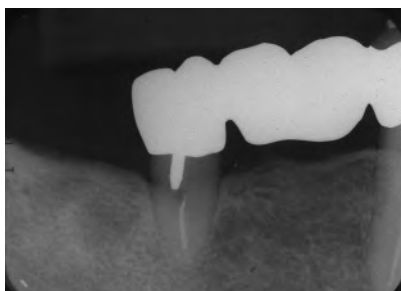


図2 2003年2月(4年経過), 付着歯肉がまったくくない.

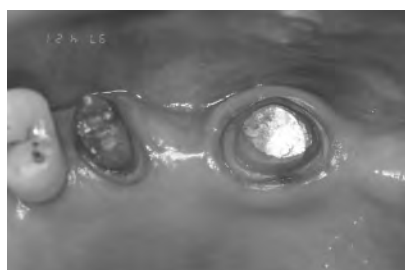


図3 1996年6月に $\overline{8} \rightarrow \overline{7}$ 部に移植.
根面溝が口蓋側歯肉縁上に来てしまう.



図4 2003年7月(7年経過) 歯周病に罹患しやすい環境をつくってしまった.



図5 2001年に $\overline{8} \rightarrow \overline{E}$ 部(後続永久歯の先天的欠如)に移植.

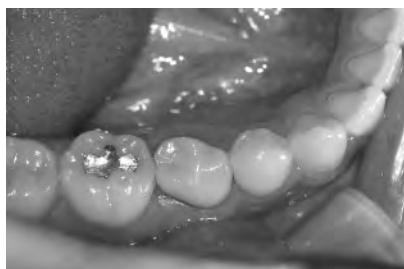


図6 移植歯のサイズが大きいため, 両隣在歯と接近し, 斜めに移植されている.



図7 3年経過, 歯列の連続性を乱し, 清掃しにくい環境になってしまった.



図8 1998年10月, $\overline{8} \rightarrow \overline{6}$ 部に移植しブリッジにしたが, 歯肉退縮がおきた.

インプラント治療チームにおける歯科衛生士の役割

—多数歯欠損症例を考察する

黒崎信子, 岩井理子, 能本美智子, 小川洋一 [東京都中央区 小川歯科医院]

■はじめに

インプラント治療を成功に導くためには、外科、歯周、補綴のそれぞれの治療が高い水準で達成されなければならないと思われる。現在インプラント治療を行っている歯科医院の多くが、それらの治療を一つの診療チームで行っている。チームの一員には歯科衛生士も含まれており、その役割は単に歯周環境の管理のみに留まらず、広範囲での活躍の場があると考えられる。

多くの悩みを抱えている患者に接し、長い治療過程を達成させるためには、十分なインフォームドコンセントが重要であり、治療の全てを熟知することが必要で、専門知識を持って患者と第一線の接点になるのが歯科衛生士であると考えられる。治療の流れに沿って考察する。

■来院

悩みを抱え来院する患者の多くは、長期間に亘る欠損の放置、歯周病、不良修復物、不安定な義歯など多くの問題を抱えている。図1の症例は上記に示す問題点があり、患者の来院時には対話で十分時間をかけ悩みを聞くことが治療のスタートとなる。日常診療の流れでは、歯科医師が1時間以上の時間を患者との話のみに費やす事は難しく、歯科衛生士が患者の言葉に耳を傾け、患者とのコミュニケーションの架け橋となる事が最初の仕事となる。

■治療計画

術前検査にも積極的に参加し、その後の治療計画の立案に意見を述べ、主治医の指示の下に図2に示す治療計画書を作成することも歯科衛生士の仕事である。計画書を患者に提示し説明することにより、インフォームドコンセントを獲得するのに有用であるばかりではなく、全てのスタッフが患者の診断の基準、治療の進め方などを理解するのに有用である。この計画書を作成せずに治療を進めた場合、主治医との説明が食い違うなどの弊害が生じ、患者が不信感を募らせることになる。また、多くの問題を抱えている患者は、歯周病だけの知識では対応が不十分で、歯科全般の知識を持って日常臨床に望む事が必須である。全ての治療に際しては、患者自身が如何にメンテナンスし易いかに

重点を置くことが大切であり、治療計画を立てる段階から、歯科衛生士も積極的に参加する事は、治療を成功に導く為に必要である。

■術前処置

歯科衛生士にとって術前処置は歯周病の初期治療を最初に連想しがちだが、包括的歯科治療を行うに当たっては、咬合、不良補綴物、歯内療法、歯周外科など、多くの事項が存在する。患者にとって良質な治療が説明と理解から成り立つのであれば、その説明の一端を担うのも歯科衛生士の役割である。その為、前述の治療中も常に患者の側に立ち、歯周治療以外の項目においても、処置中に患者が疑問を持ったとき、または患者が不安を感じたときに、適切な知識を持って患者に説明できる事が、歯科医院のホスピタリティを向上させ、歯科衛生士の重要な責務と考える。

■術前準備—埋入手術—二次手術

術前の準備として図3に示すプロビジョナルレストレーションより導き出されたステントにてインプラントの埋入部位を診断する事から始まる。手術に際しては、口腔外科の基礎に沿った図4の清潔、不潔の概念を持って外科介助を手際よく努める事が歯科衛生士にとって必須である。

■補綴形態

二次手術後、プロビジョナルレストレーションを装着、プラークコントロールを患者自身が最も行いやすい形態を見出し、必要があれば形態修正を行い、図5に示すように生体親和性等を考慮に入れ長期的にメンテナンスしやすい最終補綴物¹⁾になるように、担当歯科技工士との連携も歯科医師と共に行う。

■メンテナンス

治療のゴール(図6・図7)は補綴物の装着ではなく、良好な長期予後の獲得である。そのため装着後に良好な長期予後の獲得という新たな治療がスタートする事となる。何故なら患者は、如何に長く快適に咀嚼出来るかを求めているからである。



図1 初診時の術前X線写真

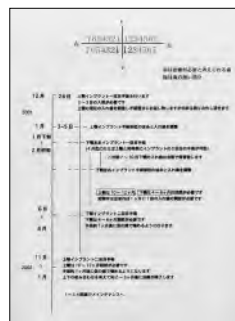


図2 本症例の治療計画書

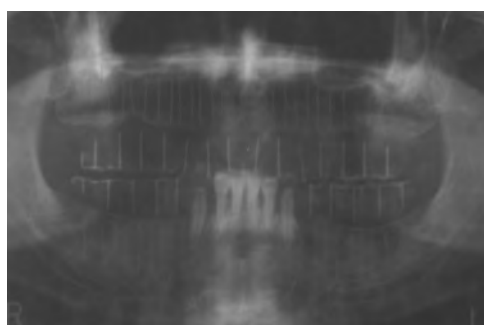


図3 ステント装着時のX線写真



図4 口腔外科の基本に沿った外科介助



図5 担当歯科技工士と最終補綴形態等の確認

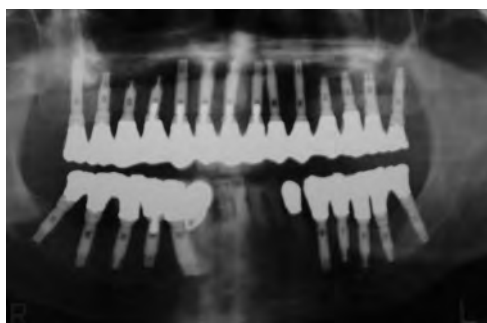


図6 最終補綴物装着後のX線写真



図7 最終補綴物装着後の口腔内

■おわりに

歯科治療チームにおいて治療行為に分担があるが、知識に分担は存在しない。歯科衛生士は豊富な知識を身に付け患者との架け橋になり、良質な医療を提供する医療チーム内で重要な存在になる事が求められている。 □

参考文献

- 1) Abrahamsson I et al: The mucosal barrier following abutment dis/reconnection. An experimental study in dogs. J Clin Periodontol.1997;24(8):568-572.
- 2) Abrahamsson I et al: The mucosal attachment at different abutments. An experimental study in dogs. J Clin Periodontol.1998;25(9):721-727.

歯冠補綴に対する歯科衛生士としてのアプローチ

斉藤直子, 中山智子, 川田祥代 [埼玉県北埼玉郡騎西町 渡辺歯科医院]

■緒言

日常臨床において、歯冠補綴歯周囲のプラークコントロールに苦慮することがしばしば存在する。特にポンティック周囲は、補助的清掃用具の使用を指導することが多い。また、メンテナンス中の患者様において歯冠補綴歯周囲から、炎症の再燃を生じるケースも見受けられる。歯科衛生士として、コントロールの容易な口腔内環境を整備することは、安定した歯周組織を維持する為に重要であると考えられる。このような観点から、チーム医療の一環として、歯科衛生士の立場から歯冠補綴について検討を行ったので報告する。

■目的

歯科衛生士として、コントロールの容易な歯冠修復について、歯科医師および歯科技工士と検討を行いチーム医療の実践に役立てる。

すなわち、個々の患者のコントロールの状態や性格、背景などを踏まえた、その患者様にあったプラークコントロールの容易な歯冠修復を行うことにより、安定した歯周組織を長期間でできるよう検討を行う。

今回は、ポンティック形態についてプロビジョナルレストレーションを用いて検討を行った。

■被験者および方法

被験者は本研究の趣旨を理解し、承諾を頂いた本医院来院患者様、50才女性にお願いした。

プロビジョナルレストレーションは、歯科技工士と検討の結果、①リッジラップ形、②離底形船底型、③離底形逆三角形型の三種について、常温重合レジン(テンプロン[®], ジーシー, 東京)を用い間接法にて作製した(図1~図4)。個々のプロビジョナルレストレーションは口腔内にて微調整後、仮着用セメント(ハイボンドテンポラリーソフト[®], 松風, 京都)にて装着、1週間通常のセルフケアにて使用した。セルフケアは歯ブラシ(システム[®]4 4 M, ライオン, 東京)のみを用い(バス法)、歯磨材は通常使用しているもの(システム[®]センシティブ, ライオン, 東京)を継続して使用し

た。装着1週間後、歯肉状態を口腔内写真にて観察後、除去、ポンティック周囲のプラーク付着状況をプラークテスター(DIAPLAC, I-DENT, 東京)にて染色後、判定を行った。

■結果

図5~図8に示す通り、リッジラップ型は基底面および隣在歯に多量のプラーク付着を認めた。船底型ではリッジラップ型ほどではないが同様にプラークの付着が確認された。上記2種に比較し、逆三角形型は明らかにプラーク付着量が少量であった。これらから、逆三角形型ポンティックは、他の2種に比べ自浄性に優れていることが確認された。しかしながら、患者様の感想から逆三角形型は最も舌感に関し、違和感が多く存在することも明らかとなった。

一方、歯周組織においては3種とも著変は認められなかった。

■考察

上記結果から、プラークコントロールについては離底形逆三角形型が最も有効であることが判断できた。歯間ブラシなどの補助的清掃用具を使用しなくても、ある程度のコントロールが可能であると考えられる。これは、長期間安定した歯周組織を維持するために有利であると思われる。

しかし、舌感や審美的問題、さらに義歯へと移行することを前提とした場合には、顎堤吸収の促進や粘膜の角化などの問題が生じることも推察される。

このようなことから、ポンティック形態の決定には、患者様の意向、背景、コントロールの状態、欠損部の状態、予後の推測などまで考慮し、決定することが大切であると考えられる。さらに、その決定に伴う新たなプラークコントロール方法についても患者様と検討を行い、指導することが必要であると推察される。補助的清掃用具を用いず音波歯ブラシや超音波歯ブラシなどを用いることも有効であると考えられる。

本研究から、与えられた口腔内環境をいかにコント



図1 リッジラップ型ポンティック
頬側で一部ポンティック基底面と歯肉は接する。

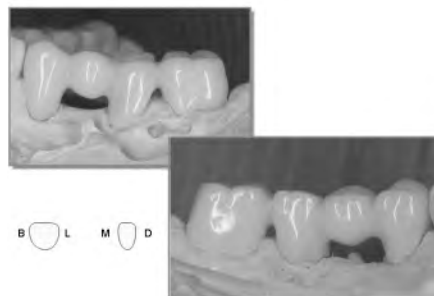


図2 離底型船底型ポンティック
ポンティック基底面は歯肉より完全に離れる。
基底面の形態は船底型。

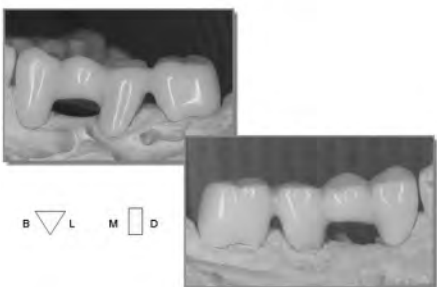


図3 離底型逆三角形型ポンティック
ポンティック基底面は歯肉より完全に離れる。
基底面の形態は逆三角形。

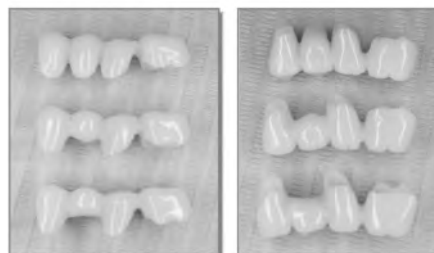


図4 3種のプロビジョナルレストレーション
の形態（頬側、舌側観）。



図5 リッジラップ型ポンティック
舌側および歯間部に多量のプラーク付着が確認できる。

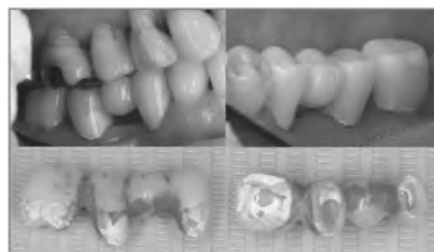


図6 離底型船底型ポンティック
リッジラップ型よりは少量であるが舌側および歯間部にプラークの付着が確認される。



図7 離底型逆三角形型ポンティック
舌側および歯間部にプラーク付着が確認できるが、他の2種に比較し、明らかに少量であることが確認できる。

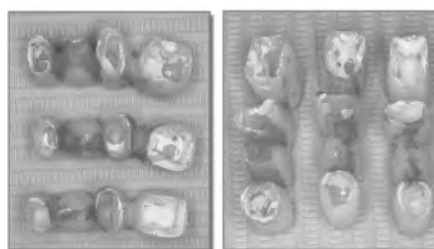


図8 3種のプロビジョナルレストレーション
のプラーク付着状態（基底面観）。

ロールするかのみでなく、歯科衛生士の立場から歯科医師、歯科技工士とともに最終補綴について検討を行うことの重要性を痛感した。患者様の健康維持、増進、

そして生活クオリティー向上のために歯科衛生士として多角的な視点から検討を行えるよう更なる努力を重ねて行きたいと考える。 □

PMTC—モチベーションとその実際—

高野 明恵 [埼玉県熊谷市 ろくごう歯科医院]

近年、予防に関連した言葉を聞く機会が増えるにつれて、口腔内への関心の高い患者さんが多く見られるようになりました。口腔は消化器官のスタートとして重要であり、多数歯が欠損すると咀嚼や嚥下が円滑に行われなくなるだけでなく、全身の健康にも影響を及ぼすと言われています。したがって、予防や疾病の治療および健康維持が不可欠になります。

また、PMTC=プロフェッショナル・メカニカル・トゥース・クリーニングによりバイオフィルムの除去をすることは、う蝕・歯周病の予防や進行の抑制に極めて有効的手段であると思っています。しかし、臨床に取り入れていくには患者さんの理解や協力が必要です。PMTCは多くの歯科医院で取り入れられ、そのモチベーションの方法も様々あることと思います。当医院では歯のエステと名付け導入し、DVD・ポスター・パンフレットを用いてモチベーションを行うことで、患者さんに気軽に受け入れてもらえるようになりました。

①ポスター

心理的にも影響を受けやすくするために目に飛び込んでくるイメージで作成しました。また曲線を使って柔らかい感じを出したり、色の配色では、清潔感、爽快感を感じさせるように工夫しました。

ポスターの内容は、日常のブラッシングでは取りきれない細菌性プラークや着色などをしっかり取り除くことが大切であるということを掲載しています。

②パンフレット

ポスターの補足として、絵や写真を使い詳しく説明しています。

③DVD

全てのユニットに備え付けのパソコン上で常に流しています。テレビコマーシャルのように短時間で印象に残り、観ていて興味がわいてくるようなDVD作成を心掛けました。PMTCの内容を理解して頂くためにPMTC体験を基にした構成に致しました。また、最近テレビやCMで目にするようになったバイオフィルムに

ついてもDVDに取り入れてわかりやすく説明し、除去することの重要性を伝えています。さらに、効果を持続するためのホームケア商品などの紹介もしています。

ポスター・パンフレットだけでは説明が足りない部分をDVDによってより理解していただくことができ、モチベーションを高める効果に繋がっています。これらを導入する以前より、口腔内への意識が高まり、ブラークコントロールのレベルアップされた患者さんが増え、とてもよい効果が得られています。

PMTCを受けられた患者さんの反応として「すっきりした!」「きれいになった!」「またして欲しい!」など、うれしそうに話して帰られる方がほとんどです。

そして、一度体験された方はその後もきれいに維持していくために努力していただけるようになりました。

爽快感や審美的な満足感を与えることにより、リコールのモチベーションを高める効果があると確信しています。治療後の健康を維持していくためには欠くことのできないものとなりました。

しかし単に爽快感や歯の白さを求めるためだけに行っているわけではありません。PMTCはセルフケアが困難な箇所が確実にケアできるようにプロの目で患者さん1人1人の口腔内状態を見極め、補っていくことが重要だと思っています。また、今後も口腔内だけでなく全身の健康管理へのサポートをしていけたら良いと考えています。 □

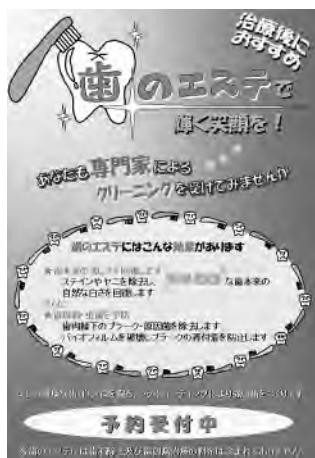


図1 私たち歯科衛生士が作ったポスター



図2 ポスターだけでは伝わりにくいところを、このパンフレットで補足しています。

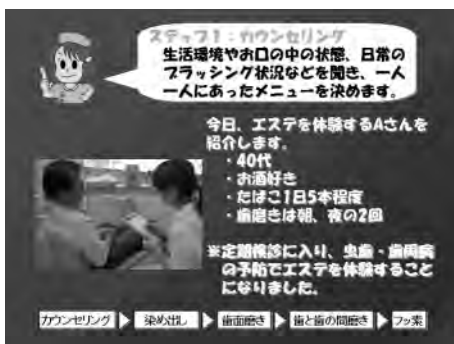


図3 エステステップ（カウンセリング）(DVD画面の一部)



図4 ユニット備え付けのパソコン上で医院の風景 (DVD) を流しています。



図5 エステステップ（染め出し）(DVD画面の一部)



図6 エステステップ（歯面清掃）(DVD画面の一部)



図7 これからは…プロフェッショナルケアとセルフケアのバランスが大事 (DVD画面の一部)



図8 エステ前後の口腔内状態とエステの感想 (DVD画面の一部)

エムドゲイン®ゲルを用いた歯周治療

武内 清隆 [横浜市磯子区勤務医 武内歯科医院]

■目 的

失われた歯周組織の再生は、歯周治療の究極の目的である。1997年にHammerströmらによって紹介されたエムドゲイン®は、歯の発生学を背景に「エナメル基質蛋白質」を歯根面に塗布することによって歯周組織の再生を図る画期的な概念である。ただ、その歴史は浅く、臨床での応用が一般臨床家の中でも議論されているところである。今回、著者が体験した3症例をもとにその臨床応用を考察する。

■症例1

患者：54歳 男性

主訴：11の動揺

全身的既往歴：特記事項なし

全顎的に歯肉は、発赤、排膿し、歯周組織検査においては、深い歯周ポケットが認められた(図1)。ブラッシング指導、SRPなどで炎症のコントロールを行い、初期治療後、再評価を行い(図2)、上顎の歯牙にエムドゲイン®ゲルを応用した。術式は、2%キシロカインにて局所麻酔を行い、歯肉溝内切開のち、粘膜骨膜弁を剥離翻転し、歯根面を露出させ、骨欠損部の肉芽組織を取り除き、露出根面をルートプレーニングし、生理食塩水にて洗浄を行った。EDTAを用いて、2分間の根面処理を行った。事前に縫合糸を通しておき、処理根面への唾液や血液による汚染をさけ、速やかにエムドゲイン®ゲルを露出根面、骨欠損部に塗布し、粘膜骨膜弁で覆った。術後3日間抗生剤を投与した(図3)。

術後14カ月の再評価時において、プロービングデプスの減少、レントゲン診査において、歯槽骨の平坦化の傾向がみられ、骨の増生を伺える所見が認められた(図4・図5)。

■症例2

患者：58歳 男性

主訴：咬むと痛い

全身的既往歴：高血圧症 肺癌

全体的に歯肉は、発赤、腫脹、排膿を起こしていた。ブラッシング指導、炎症のコントロールを行った後、

歯周外科を行い、31にエムドゲイン®ゲルを応用した。また16には、エムドゲイン®ゲルと自家骨移植を併用した。31は術前に遠心頬側8mm、遠心舌側8mmのポケットが存在していたが、術後14ヶ月には、3mmに減少し、また、16には術前に舌側分岐部に5mmのポケットが存在していたが、術後14ヶ月には、2mmに減少した。また、レントゲン診査において、骨の増生を伺える所見が認められた(図6)。

■症例3

患者：54歳 男性

主訴：歯肉の腫脹

全身的既往歴：なし

ブラッシング指導、SRPなどで炎症のコントロールを行い、初期治療後、再評価を行い、下顎右側臼歯部に歯周外科を行い、エムドゲイン®ゲルを応用した。初診時51の遠心頬側6mm、遠心舌側7mmのポケットが存在していたが、術後12カ月には、2mmに減少し、また、レントゲン診査において、骨の増生を伺える所見が認められた(図7)。

■考 察

術後の粘膜の創傷治癒は、エムドゲイン®ゲルを併用した部位が、歯周外科単体と比較して良好であるように思われた。また、他の再生療法であるGTR法では、術後にメンブレンの露出等の偶発症を経験する事があったが、エムドゲイン®ゲルではそのような心配はない。さらに、一回の施行で隣接した多数歯の骨欠損部に適用できる利点もある。ただし、処理根面への唾液や血液による汚染には十分に注意を払う必要がある(図8)。

レントゲン及びプロービングデプスの診査では、エムドゲイン®ゲルを応用した部位に骨の増生を伺える所見が認められた。しかしながら、増生した部位の確実な新付着が得られているかは不明である。

3症例とも未だ経過が不十分であるが、エムドゲイン®ゲルの効果は、数年に渡って骨の再生が期待出来るといわれているため、長期にわたる経過観察が肝要だと改めて感じられた。 □

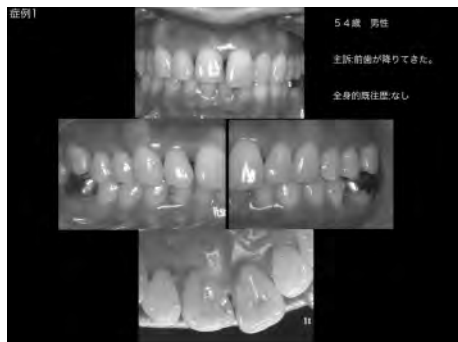


図1 初診時の口腔内写真

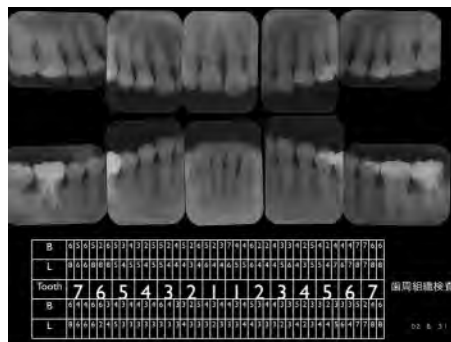


図2 初診時のレントゲン写真及びプロービングチャート



図3 術中の写真

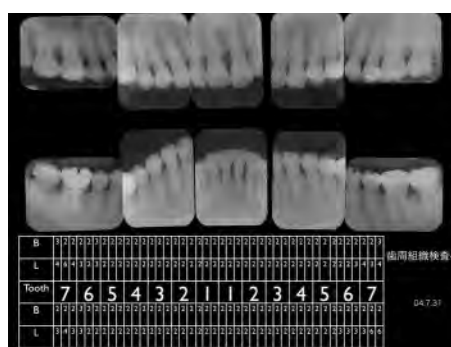


図4 術後14カ月の再評価時のレントゲン写真及びプロービングチャート

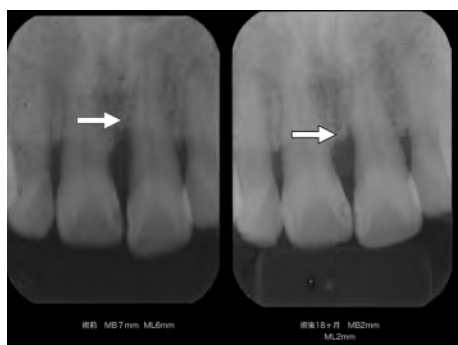


図5 術後14カ月の上顎前歯部レントゲン写真

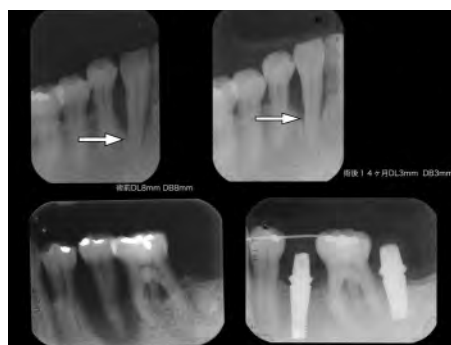


図6 左側が術前、右側は術後14か月

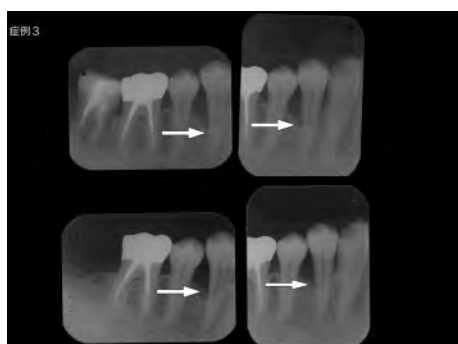


図7 上段が術前、下段は術後12か月

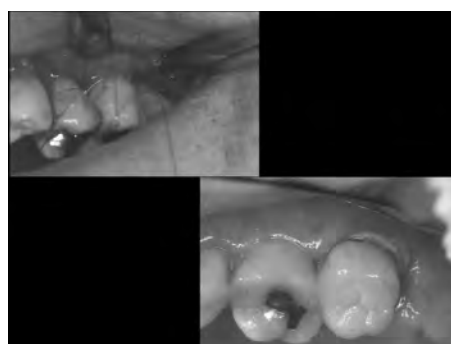


図8 上顎最後臼歯において、メンブレンの露出が認められる。

各種現像法の違いがデンタルレントゲン写真像に及ぼす影響について

齋間 直人 [横浜市金沢区 さいま歯科医院]

■緒 言

診査・診断・治療計画の立案，そして実際の治療経過とその後の長期にわたる術後経過観察といった私達の日常臨床を振り返るとき，デンタルレントゲン写真が占める役割は大きい。良質なデンタルレントゲンを安定して得る事は臨床の質を左右すると言っても過言ではない。今回はデンタルレントゲンの質を決定する要素の一つとして，現像法の選択について考察したい。

X線CCDやイメージングプレートといった新しい方法の普及も見られるが，現在ほとんどの歯科医院で行われているものは，①インスタント現像，②自動現像機による現像，③手現像のいずれかである。そこで，3者の現像法の違いがレントゲン像に及ぼす影響を考察すべく，以下の実験を行った。

■材料と方法

1.各現像法

別途記載の方法にて各現像処理を行った。

2.実験内容

①実験1（臨床像フィルム）

同一部位を撮影したフィルムを各現像法にて現像し，観察した。

②実験2（照射フィルム）

被写体を介さず，X線のみを照射したフィルムを各現像法にて現像し，観察した。

■結 果

インスタント現像された臨床像フィルムは全体の印象として像がにじんだように観察された。自動現像や手現像と比較して明らかに粒子が粗く，また粒子の黒化度にもムラが認められた。同様なことが照射フィルムからも確認された。

一方，自動現像と手現像された臨床像フィルムでは両者に明確な違いは観察されなかった。しかし，照射フィルムについて比較してみると手現像はフィルム全面が均質な状態であるのに対し自動現像機によるものは帯状の不均質な部分が観察された。

■考 察

インスタント現像は処理液をインスタントフィルムに注入後30秒の攪拌（フィルムを指で揉む）後の開封でひとまずの観察が出来る迅速性が利点であるとされているが，画質の点をおぎないうる魅力を筆者は感じられなかった。

自動現像機にて現像された照射フィルムに見られた帯状の黒化度のムラは自動現像機のローラーによるシミと考察する。臨床像フィルムでは両者に明確な違いが見られなかったとしても自動現像機で現像されたフィルムにはこのシミが被っていることになる。例えば長期にわたって骨梁の微細な変化を比較する場合等，このシミが問題となる事がありうるだろう。

■結 論

本実験結果からはデンタルX線の画質の点において手現像による現像法が，インスタント現像，自動現像機による現像法と比較して優れている。

■おわりに

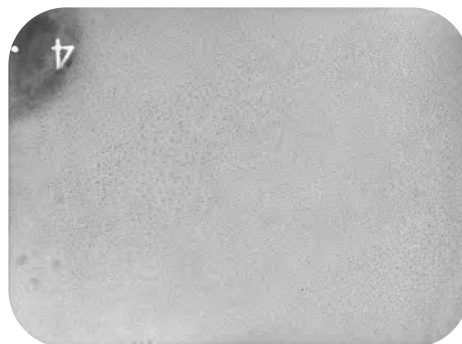
手現像は，時間と労力，そしてコストがかかるものと一般に認識されているようだが，それは大きな誤解である。簡単な器具と些少の工夫で，それらを大幅に軽減させられることが分かっているからである。この簡単，手間いらずの手現像の方法，および本発表内容の詳細については歯界展望2004年9月号に掲載させていただいたのでご一読されたい。今回の発表および歯界展望誌の拙文が，画質に優れた手現像にもう一度目を向けていただくきっかけになれば望外の喜びである。□

参考文献

- 1) 阿部 修，齋間直人，国島康夫：X線写真の現像を再考する－若手歯科医師の現像システムへの試行錯誤。歯界展望 Vol.104, No.3 : 577-592, 2004-9.
- 2) 蓮沼慶二：レントゲンの診断における現像処理が及ぼす影響について。JCPG会報, NO.14 : 18-19, 2000. 鈴木 祐司，丸森映史編：X線写真は語る。医歯薬出版，東京，2000.

臨床像フィルム

照射フィルム



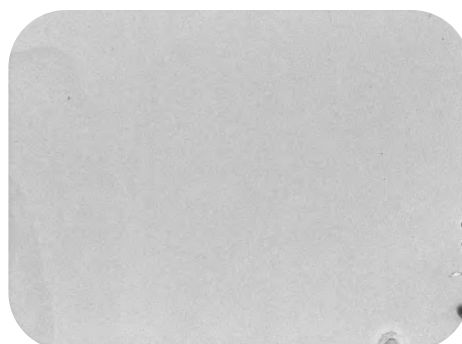
①インスタント現像

フィルム：阪神技術研究所製 ニューインスタントフィルム
 現像・定着液：阪神技術研究所製 処理液DQD
 現像方法：メーカー指示に従った
 再定着：専用後処理液 水洗：20分 乾燥：自然乾燥



②自動現像機による現像

フィルム：コダック製 ウルトラスピード
 現像・定着液：コニカ製 XD-M, XF-SR
 現像方法：ヨシダ製 ZIGEN 自動現像機使用（2000年1月購入）
 機械の使用に際し機械内部のローラーを清掃した
 再定着：コダック社製GBX 5分 水洗：20分 乾燥：自然乾燥



③手現像

フィルム：コダック製 ウルトラスピード
 現像・定着液：コダック製 ラビッドアクセス
 現像方法：現像20秒、水洗、定着60秒
 再定着：コダックGBX定着液 5分 水洗：流水下20分 乾燥：自然乾燥

咬合崩壊患者に咬合再構築を行った一症例

畑中 秀隆 [茨城県日立市 アン歯科クリニック]

■はじめに

日常臨床の中で、臼歯部のパーティカルストップが喪失し、前歯部のフレアアウトが起こり、咬合のバランスが失われているケースを見ることがある。

そのようなケースにおいて炎症のコントロールと、咬合(力)のコントロールに重点を置きながら治療を行うことで、予知性の高い治療が出来るのではないかと考えている。

今回このようなことを踏まえて咬合再構築をおこなった一症例を報告する。

■症 例

患者：45歳 男性

職業：トラック運転手

主訴：右下奥歯が痛い

全身状態：特記事項なし

喫煙習慣あり(1日15~20本)

歯科の既往歴：10年以上歯科医院にはかかっていない。虫歯で歯が崩れていくのは分かっていたが、忙しくて受診できなかった。

口腔内所見：6 | 16 欠損 76 | 32 | 34 は残根状態で広範囲にわたるカリエスが認められる。パーティカルストップの喪失によりフレアアウトが認められ、咬合崩壊が起きている状態であった(図1)。

診査・診断：レントゲン検査・歯周組織検査の結果、軽度の歯周疾患、ブラークコントロールの不良が認められた。上顎前歯部の動揺に関しては、パーティカルストップの喪失によるものだと考えられた(図2)。

治療計画：今回、炎症のコントロールと力(咬合)のコントロールという大きく2つに分けて治療計画を立案した。

詳細は図3に示す。

■治療経過

炎症のコントロール

76の主訴に対する処置後、歯周初期治療をおこない、818 | 14の抜歯、32 | 3の根管治療をおこなった。

76に関しては歯肉縁下カリエスが認められ、歯冠長も短いため歯冠長延長手術をおこなった(図4)。その後再評価検査をおこなった結果、炎症の改善が認められた。

咬合(力)のコントロール

テンポラリークラウンにて臼歯部の咬合高径を決定し、適切なアンテリアガイダンスの付与と歯頸線をそろえる目的で、矯正治療により上顎前歯部の被蓋の改善を行った(図5)。その後咬合診断をおこない中心位の再現性を確認し、咬頭嵌合位との比較を行った。その結果若干の誤差はあったが、ほぼ一致した結果になった(図6)。そしてプロビジョナルレストレーションを装着し、患者さんからの不快症状や脱離等もなく咬合の安定が得られたことが確認できた(図7)。今回、プロビジョナルレストレーションで得られた情報を最終補綴物に移行するためにクロスマウントをおこない(図8)、補綴物を作製した(図9)。

■おわりに

今回、咬合崩壊がおきている患者に、炎症と咬合(力)のコントロールに重点をおきながら、歯周・歯内・外科・矯正・補綴治療を包括的に行い、咬合再構築を行った。

歯周・歯内・外科治療により炎症因子の除去と病変部の改善が得られ、矯正治療により上顎中切歯の便宜抜髄を回避し、歯槽堤のより良い位置に配列することができた。また補綴治療により審美性の改善と、適切なアンテリアガイダンス・パーティカルストップの確立による咬合の改善が得られた。

結果として、咬合・歯周組織ともに安定し、清掃性の向上も得ることが出来、予知性の高い治療ができた。

しかしながら、患者さんのモチベーションの変化や、生活環境・全身状態の変化により、口腔内では様々な変化が起こることも予想されるので、定期的なメンテナンスを行い注意深く観察していきたい。 □

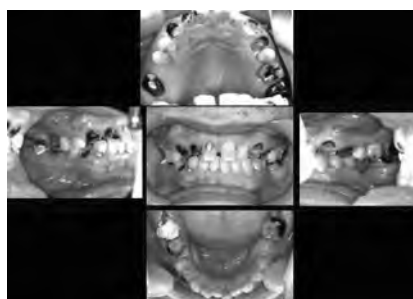


図1 口腔内写真（初診時）

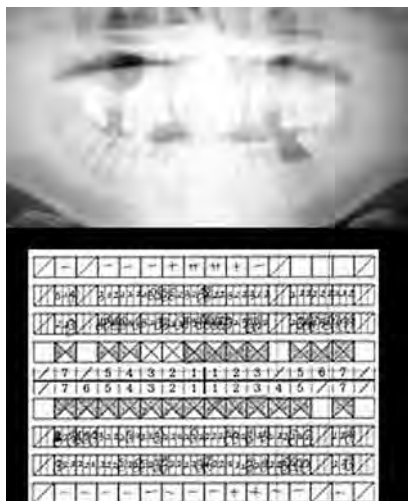


図2 パントモ・歯周組織検査（初診時）

炎症		咬合	
TBI・スケーリング		パーチカルストップの確立 (テンポラリークラウン)	
歯周精密検査Ⅰ			
SRP			
4	抜歯	32	3 根管治療
8	8	76	
外科的歯冠長延長術			
歯周精密検査Ⅱ			
		MTM	
		咬合診断	
		アンテリアガイドランスの確立 (プロビジョナルレストレーション)	
		最終補綴物	
		メンテナンス	

図3 治療計画



図4 右下歯肉縁下カリエスへの対応

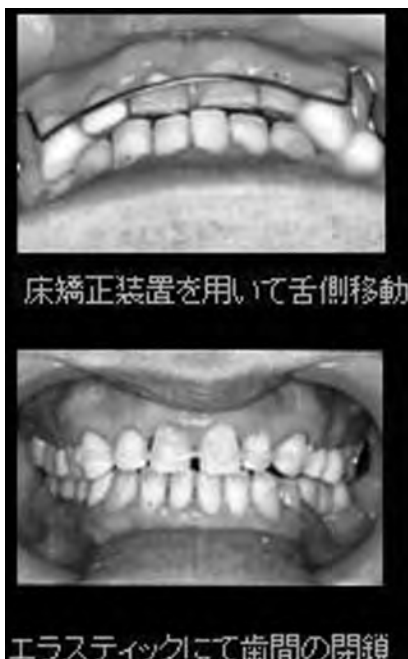


図5 上顎前歯部の歯軸の改善

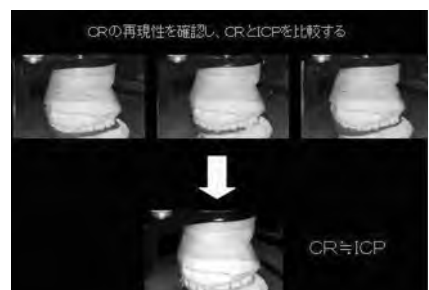


図6 咬合診断

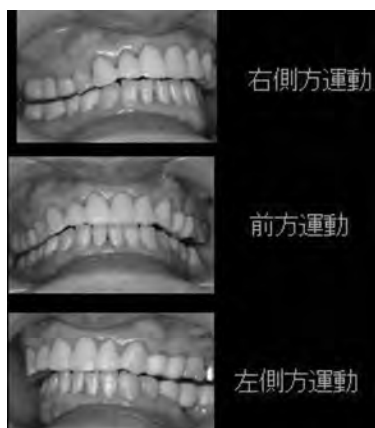


図7 プロビジョナルレストレーションの作製



図8 クロスマウント・プロシーチャー



図9 口腔内写真（治療後）

肉芽腫性口唇炎に歯周初期治療が有効であった一症例

谷野正樹, 武田宏幸, 大塚正之, 申 基詰 [明海大学歯学部 歯周病学講座]

■緒 言

肉芽腫性口唇炎は、口唇の慢性無痛性の腫脹を呈する疾患である。その発症原因としては、金属アレルギー、遺伝、歯周組織の感染症などが関与すると考えられており、再発性の下口唇の腫脹、溝状舌、顔面神経麻痺を三徴候とするMelkersson-Rosenthal症候群の一症状ともされる。肉芽腫性口唇炎の治療には、歯科金属の除去、ステロイド剤の投与、口唇の外科的切除、抗アレルギー薬の投与、口腔内の感染源除去などが有効であるとされている。本患者は慢性無痛性の口唇腫脹以外に、全身的に特記すべき臨床所見がみられなかったことからMelkersson-Rosenthal症候群の一症状ではなく、肉芽腫性口唇炎の単独症状を疑った。また、口腔内のプラークコントロール状態は悪く、全歯にわたり歯肉辺縁に炎症があり、また「6」根尖部の頬舌側に瘻孔が見られた。これらの病態が口唇の腫脹に関与している可能性が考えられたことから、口唇腫脹の原因を明らかにし再発を防止するため、過去の報告から¹⁾、その関与が疑われる事項を順に改善することにした。その結果、歯周初期治療として、プラークコントロールと感染根管治療を行い、下口唇の腫脹が改善したので、その治療経過を報告する。

■診査と診断

患者は54歳の男性。下口唇の無痛性の腫脹を主訴として近所の皮膚科を受診した(図1)。そこで肉芽腫性口唇炎を疑われ、口唇症状の精査のため、明海大学歯学部付属病院口腔外科に来院し、口腔内環境改善のため、同付属病院歯周病科に来院した。全身的既往歴および家族歴に特記事項は無く、喫煙習慣も無かった。皮膚科で行われた血液検査結果からも異常値は見られなかった。口腔内には、全顎的な辺縁歯肉の腫脹と発赤が見られ、多量のプラークの付着と歯石の沈着や自然出血を認めた(図2)。また、患者は、「6」根尖部に違和感を訴えていた。さらに、エックス線検査では全顎的に歯根長1/2以上の水平性骨吸収を認め、「6」根尖周囲に米粒大の透過像を認めた(図3)。歯周組織検査の結

果、全歯に渡り4 mm以上の歯周ポケットが存在していた。以上の所見から、下口唇の肉芽腫性口唇炎の疑い、成人性歯周炎および「6」の根尖性歯周炎と診断した。

■治療方針と治療計画

口唇腫脹の原因を明らかにし、再発を防止するため、過去の報告から、その関与が疑われる事項を順に改善することにした。プラークの除去を目的として軟毛歯ブラシを用いたバス法によるブラッシング指導、「6」の感染根管治療、金属補綴物の除去を行い、これら一連の処置が改善しない場合、抗アレルギー薬であるトラニラストを投与する事を計画した。

■治療経過

軟毛歯ブラシを用いたバス法によるブラッシング指導を行い、その後、超音波歯ブラシに変更しプラークコントロールを継続した。また、「6」の感染根管治療を行った。治療開始から2か月後、歯肉の炎症は改善され(図4)、「6」の違和感が消失し、根尖周囲の透過像も縮小した。金属アレルギーの検査結果においても異常値は認められなかった(図5)。その後、下口唇の腫脹は消退し、現在まで口唇腫脹の再発はみられない(図6)。

■考 察

肉芽腫性口唇炎の鑑別疾患として、クローン病、サルコイドーシス、Quincke浮腫などが考えられる。本患者は、クローン病、サルコイドーシスなどのような口唇腫脹に伴う全身疾患がなく、また、Quincke浮腫に見られる経日的な腫脹部位の移動もなかったことから肉芽腫性口唇炎と診断した。肉芽腫性口唇炎に関する報告の多くは、その治療開始当初から抗アレルギー薬を投与しており、原因を解明しているとは言い難く、歯周治療が十分に行われなまま抜歯に至るケースが潜在的に多数存在する事が考えられる。従って、本症例では、再発防止の目的から、抗アレルギー薬の投与は、治療の最終手段とした。本患者における下口唇の腫脹



図1 初診時の下口唇.



図2 初診時の口腔内正面観.
全顎的な歯肉の発赤、腫脹、多量のプラークの付着と歯石の沈着が見られる.



図3 16 近心根に、スクリーポストと根尖周囲の病変と歯根膜腔の拡大を認め、遠心根に根充材様の不透過像が見られる.



図4 根管充填後の16 デンタルエックス線写真.
近心根周囲の透過像が縮小している.



図5 治療開始5カ月後の正面観.

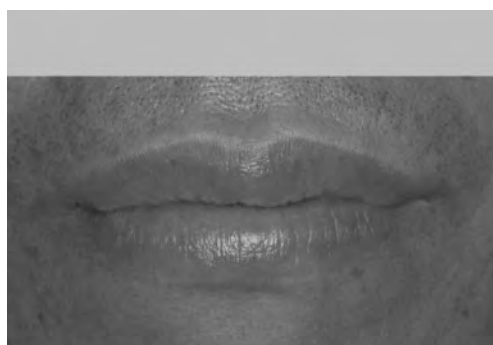


図6 腫脹消退後の下口唇.

は、プラークコントロールと感染根管治療後に消退したことから、肉芽腫性口唇炎を疑う病態は、歯周炎もしくは感染根管に由来していた事が示唆された。現在まで口唇の腫脹は認められないが、慎重に経過を観察している。 □

参考文献

- 1) Terry D. Rees : Orofacial granulomatosis and related conditions, Periodontology 2000, Vol. 21 : 145-157, 1999.

広汎型侵襲性歯周炎患者に歯周組織再生療法を行った一症例

秋山祐介, 武田宏幸, 深沢宗主, 申 基詰 [明海大学歯学部 歯周病学講座]

■緒 言

侵襲性歯周炎は、急速な歯周組織破壊の進行を特徴とする疾患である¹⁾。本症例では、歯列不正と外傷性咬合による歯の位置異常が認められた広汎型侵襲性歯周炎患者の治療に、病原因子の除去と積極的な咬合改善が必要であると考え、アンテリアガイダンスの確立を目的として限局矯正と歯の固定、さらに上下顎左右臼歯部に歯周組織再生療法を行った²⁾。本患者の歯周組織は、初診時に広範な歯周組織破壊がみられたにもかかわらず、歯周外科処置終了から3年経過後も比較的安定した臨床像がみられた。今回、これら一連の経過について報告する。

■診査と診断

患者は、22歳の女性。下顎前歯部の歯肉退縮を主訴として来院した。11歳頃より歯肉の腫脹がたびたび認められ、18歳で歯の動揺に気づき近医を受診したが、改善が認められず、歯肉の退縮が著しくなったため明海大学付属病院歯周病科に来院した。初診時、歯間部に若干のプラークの付着を認め、前歯部における歯肉退縮と歯列不正が見られた(図1)。エックス線写真では、全顎的に著明な骨吸収がみられ、特に、 $\frac{6}{6}$ および上下顎前歯部では根尖近くにまで及んでいた(図2)。歯周組織診査では、 $\frac{6}{6}$ に8mm以上のプロービングデプスと、プロービング時の出血、歯の動揺も見られた。患者は、16歳から喫煙経験があるが、全身疾患は認めず、血液検査の結果からも、特記すべき事項は認められなかった。歯肉縁下から採取したプラーク中の細菌検査の結果、歯周病原性細菌が検出された。これらの診査結果から、広汎型侵襲性歯周炎と診断した。表1に治療計画を示す。

■治療経過

治療経過を表2に示す。まず、審美的改善および適切な咬合関係を確立するために限局矯正を行った。動的期間は下顎で約1か月、上顎は約4か月で、その後、ダイレクトボンディングにより固定した。歯周外科処置

は、下顎左側臼歯部から行った。歯肉溝内切開で、全層弁により剥離転換し、35%正リン酸による根面処理および洗浄後、エムドゲイン(EMD)を塗布した。同様に上下顎右側臼歯部のEMDによる処置を行った。もっとも歯肉退縮の著しかった下顎右側臼歯部には、遊離歯肉移植を行い、 $\overline{6}$ 部には人工骨を併用したGTR法を行った。そして、最後に、下顎前歯部に、歯肉弁側方移動術および $\overline{21}$ に遊離結合組織移植を行った。歯周外科処置終了後4か月後の状態を図3に示す。エックス線写真からは、最初に外科処置を行った $\overline{6}$ 遠心根の根周囲透過像の改善傾向が見られた(図4)。歯周外科処置終了から3年後、歯の位置の移動や、際立った歯肉退縮は見られず(図5)、特に $\underline{6}$ 近心に著しい骨の回復がみられた(図6)。また、プロービングポケットデプスは、4mm以下になった。歯肉退縮の著しかった $\overline{6}$ では、遊離歯肉を行ったことから、およそ5mmの角化歯肉の幅を保っている。しかし、 $\frac{6}{6}$ では、エックス線写真上で骨梁が明瞭になってきているものの、角化歯肉が喪失していることは、今後の経過に注意すべき点であると考ええる。

■考 察

本症例では、初期治療におけるスケーリングを歯肉縁上にとどめた後、歯周組織再生療法を行った。本症例で用いたEMDは、いずれも骨移植などを併用せずEMD単独使用で歯槽骨レベルの改善がみられた。また、 $\underline{6}$ に移植した人工骨が安定し、歯周外科処置を行っていない上下顎前歯部の歯周組織が維持されているのは、矯正処置による咬合の改善が奏効した結果であると思われる。現在、3か月に1度のメンテナンスを行っているが、患者の喫煙習慣は続いており、さらに、咬合調整により除去しきれない早期接触や咬頭干渉が存在することも考慮に入れ、今後も注意深く経過を見る必要があると考えている。□

1. プラークコントロールの徹底
2. 禁煙指導
3. 歯肉縁上のスケーリング, ルートプレーニング
4. 上下顎の矯正処置
5. 歯周外科処置(再生療法)
6. 歯冠修復処置

表1 治療計画

1999. 8. 16.	初診
1999. 10. 26.	下顎矯正開始
1999. 11. 30.	下顎矯正終了
2000. 1. 11.	上顎矯正開始
2000. 5. 22.	***部の歯周外科手術(エナメル-リックスデブリ(ティア), EMD)
2000. 7. 28.	上顎矯正終了
2000. 8. 4.	****部の歯周外科手術(EMD)
2000. 10. 10.	****部の歯周外科手術(EMD)
2000. 12. 22.	****部の遊離歯肉移植術
2001. 3. 13.	**部への歯周外科手術(γ-Dロキシアパタイト+HAP, 吸収性DR膜)
2001. 3. 27.	**部の歯肉弁側方移動術, **部への遊離結合組織移植術
2002. 9. 13.	* ハイブリッドジャケット冠装着

表2 治療経過



図1 初診時正面観 (1999. 8. 16)

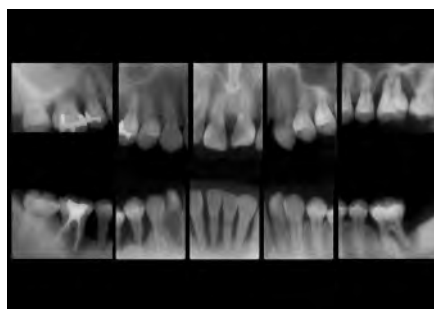


図2 初診時デンタルエックス線写真 (1999. 8. 16)



図3 歯周外科処置終了後4か月経過の正面観 (2001. 7. 24)

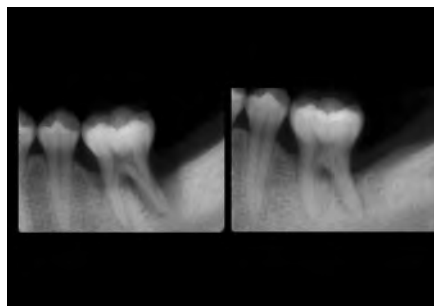


図4 〔6〕デンタルエックス線写真
左:初診時 右:歯周外科処置終了後4か月経過



図5 歯周外科処置終了後3年経過の正面観 (2004. 8. 6)

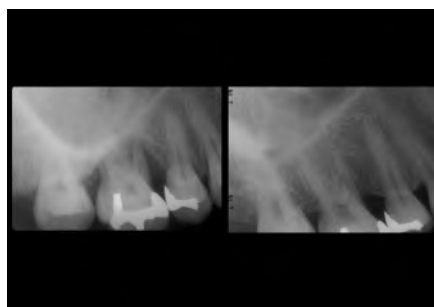


図6 〔6〕デンタルエックス線写真
左:初診時 右:歯周外科処置終了後3年経過

参考文献

1) AAP歯周疾患の最新分類, コンセンサスレポート: 侵襲性歯周炎, 石川 烈 監訳, pp65-66, クインテッセンス出版, 2001年2月.

2) 武田宏幸 ほか: 歯周咬合コンプレックスの改善を主眼においた早期発症型歯周炎患者の治療, 日本顎咬合学会誌22,324-328, 2001.

感染根管治療時の歯牙穿孔後の長期的予後経過

岡本一兵, 塚本康己, 岡本 浩 [奥羽大学歯学部保存Ⅰ (歯周)]

■緒 言

根管治療中の歯牙穿孔による医原性の感染は、予後不良となることが多くみられます。本症例は、可及的に無菌処置を意識した結果、24年間感染せず良好な予後が認められたものなので報告します。

■症例概要

患者：T. Y. (女性, 初診時62歳)

初診：1980年7月

主訴：嘔むと左下の奥歯が痛い

現病歴：他院にて治療するも違和感が残っていたため、奥羽大学附属病院保存科を受診しました。

既往歴、家族歴共に特記事項なし

1980年7月の初診時(図1)、主訴部位の $\overline{15}$ に普通処置を施しました。しかしそれ以上に $\overline{16}$ の根分岐部病変の痛みの方が強く、部分的に歯肉に発赤、腫脹が認められるため、歯周治療を行いました。1982年1月に感染根管治療を行い2月に根管充填、メタルコア植立後、プロビジョナルレストレーションにて経過観察を行いました(図2)。同2月に最終補綴を装着し(図3)、サポータティブペリオドンタルセラピーに入り、1年経過後のエックス線写真を見ますと $\overline{15}$ 部近心の根面に根管充填材であるガッタパーチャポイントが突出しているのが確認できます(図4)。根管充填後12年と21年経過時のエックス線写真を比較しますと、21年経過時の写真では、12年経過した写真では、写っていたガッタパーチャポイントが若干存在しているものの消失傾向にあることがわかります(図5)。

ガッタパーチャポイントの長所として挙げられる特徴は、不変性であり、多孔性でなく、X線不透過性であることです。また、一定の形や大きさに作製できることです。短所としては、壁着性がなく、必ずシーラーを併用しなければならないことです。また、細く湾曲した根管への挿入が困難であることです。シーラーの特徴は、硬化および未硬化状態の細胞毒性が、きわめて低いことと、リノール酸(高級脂肪酸)は、生体の細胞膜を構成するリン脂質の主要成分であり生体に為

害作用を及ぼさず、根尖外へ溢出しても吸収されやすいことです。

■考 察

穿孔部へ充填されたガッタパーチャポイントは、生体に吸収され、線維性結合組織に被包される(図6)といった見解がありますが、調査報告は少なく、その中の1つとしてMolvenとHalseは、11~16年間の研究において突出したガッタパーチャポイントの80パーセントが消失し、突出した長さによって治療成績が影響されることはないと報告しています。

■まとめ

本症例は、1982年2月の根管充填後から現在までに22年8カ月(初診時より24年3カ月)が経過しましたが、穿孔部周囲組織にエックス線透過像は認められず(図7)、自覚症状もないことから、臨床的予後は良好と考えられます。ラバーダム防湿を含む可及的な無菌処置を施すことで、歯牙穿孔に対する予後は向上すると思われます。穿孔部への過剰根管充填に関する研究報告は少ないことから、今後も経過観察を継続していく必要があると思われます。□

参考文献

- 1) Molven, O & Halse, A A : Long-term result of apical overfilling of root canal. J.Dent.Res. 61:573, 1982.
- 2) 山村武夫：治療の病理。ペリオ・エンドの臨床のために。188—189, 医歯薬出版, 東京, 1988.

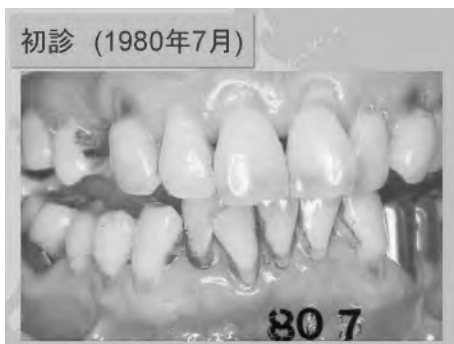


図1 1980年7月, 初診時の写真



図2 感染根管治療, 根管充填後のメタルコア植立とテンポラリーの写真

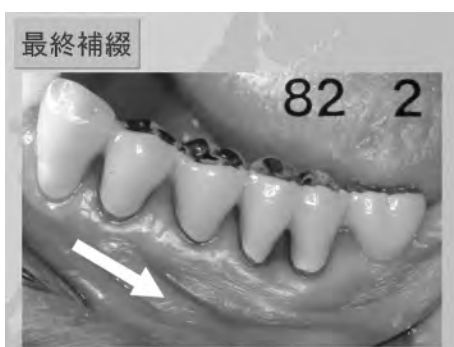


図3 最終補綴物を装着した写真



図4 SPTに入り, 1年経過したエックス線写真像

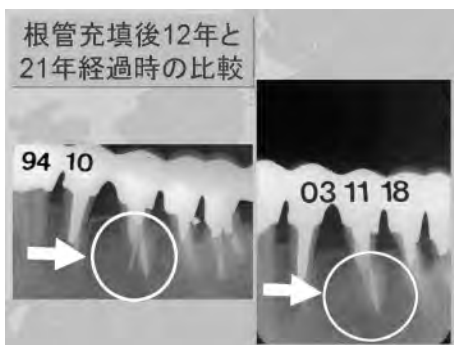


図5 根管充填後, 12年と21年経過時のエックス線写真像の比較

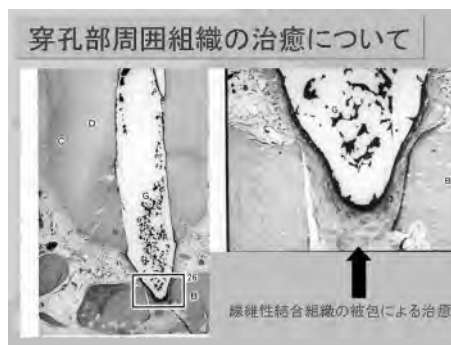


図6 穿孔部周囲組織の治癒についての組織像

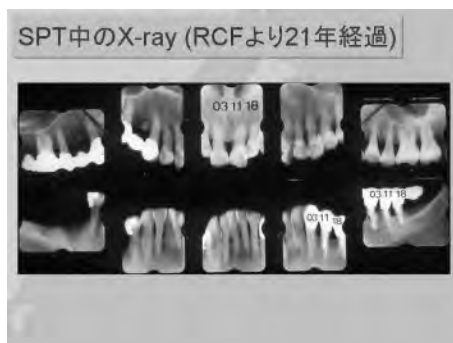


図7 根管充填後, 21年経過時のエックス線写真像 (10枚法)

長期歯周サポート治療 (SPT) の一症例

宮尾 益佳 [奥羽大学歯学部保存 (歯周)]

■緒 言

本症例は一連の歯周治療を行い、下顎をフルブリッジにする最終補綴の前段階で「7」を抜歯し、「8」をアップライトして支台歯にした。予後に不安があったものの、歯周サポート治療 (SPT) を開始し12年経過した。今回はその症例について報告する。

■症例概要

患者 H.S. (初診時年齢35歳 男性)

生年月日 1957.3.26

初診 1992.7.16

主訴 ①歯ぐきから血がでる、②歯がしみる、③口臭が気になる

その他 特記事項なし

初診時レントゲンで、全顎的に中程度から重度の骨吸収像が見られる。「8」が水平埋伏している (図1)。

初診時口腔内で、全顎的に歯肉の発赤、腫脹、出血、多量のプラーク付着が見られる (図2)。

■治療経過

①動機付け、②ブラッシング指導、③「2」|「2」, 「5」|「7」, 「6」|「4」|「2」|「4」の抜歯、④SRP、⑤全顎的な歯周外科、⑥「7」抜歯、⑦「8」アップライト、⑧「6」D根抜去、⑨補綴処置、⑩SPT (図3)

初診から2年後、最終補綴を行った。上顎は「3」から「7」のブリッジ、下顎はフルブリッジにした。アップライトした「8」は維持力を増すために頬側にグループを形成した (図4・図5)。

■SPT

今日ではメンテナンスにSPTという用語が用いられ、「治療を行った歯および歯周組織を維持すること」から「患者自身が口腔内状態を良好に維持することを後押しし、それを補助する治療」という方向に意味づけられた。

本症例は3カ月に1回来院してもらいTBI, PMTC

を中心としたSPTを実施している。1年に1度、歯周精密検査を行い、BOP(+)で深いポケット部位はデブライドメントを施行している。

現在、SPT開始から10年、初診から12年経過した。BOP(+)で深いポケット部位を注意し、SPTをすすめている (図6～図8)。

■考 察

SPT期間中は患者の平均BOPの算出と出血部位の分布を把握することに努め、BOPがある部位をデブライドメントしてきた。繰り返し出血スコアを示す部位が付着喪失の起きる危険性が考えられるためである (Langら1986, Claffeyら1990)。

下顎フルブリッジの支台とした「8」は近心に傾斜しており、そのままでは維持に不安があった。そこで頬側にブリッジの装着方向に沿ったグループを形成し、脱離力に対して抵抗するようにした。

12年経過した現在は良好であるものの、この先問題が発生しないとは限らない。今後も慎重にSPTを継続していく予定である。 □

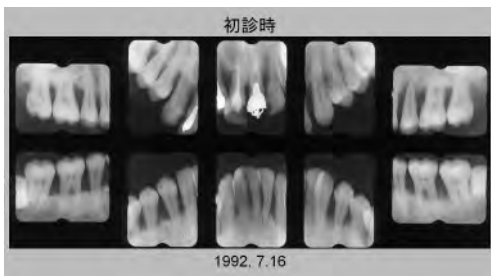


図1 初診時レントゲン写真

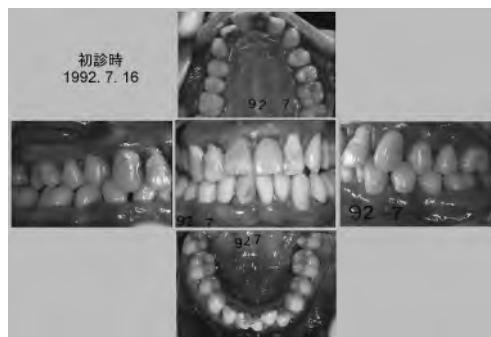


図2 初診時口腔内写真

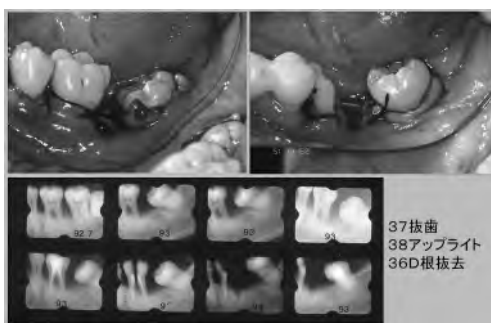


図3 17 抜歯, 18 アップライト, 16 D根抜去

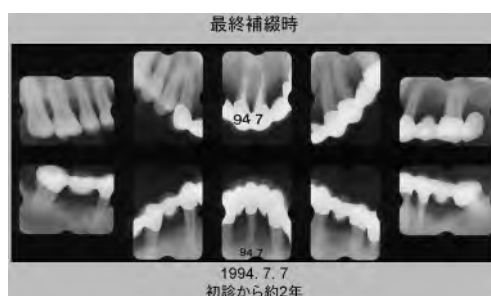


図4 最終補綴時レントゲン写真



図5 最終補綴セット時口腔内写真、18にはグルーブを形成

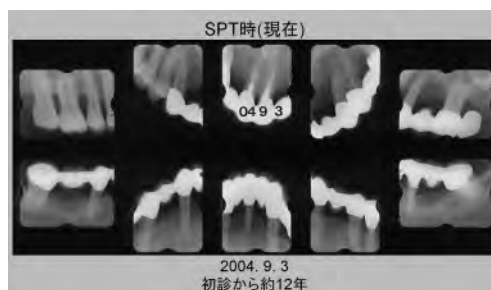


図6 SPT時(現在)レントゲン写真

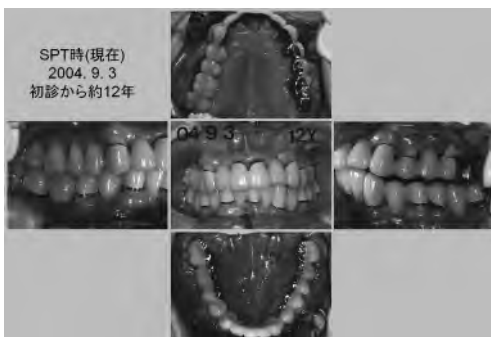


図7 SPT時(現在)口腔内写真

2001.8.10					2002.7.12					2003.11.21					2004.9.3								
歯周ポケット BOP(+)					歯周ポケット BOP(+)					歯周ポケット BOP(+)					歯周ポケット BOP(+)								
M	D	P	I	M	M	D	P	I	M	M	D	P	I	M	M	D	P	I	M				
17	4	2	3	5	4	8	3	2	4	7	2	5	4	3	5	4	3	5	4				
16	3	3	3	3	2	3	2	3	2	2	3	2	3	2	2	3	2	3	2				
15	3	2	4	4	2	4	2	3	4	2	4	2	4	2	3	4	2	3	4				
14	5	2	4	5	2	5	2	4	2	5	2	4	2	5	2	4	2	5	2				
13	3	2	4	5	2	4	2	3	4	2	4	2	3	4	2	3	4	2	3				
12	3	2	4	5	2	4	2	3	4	2	4	2	3	4	2	3	4	2	3				
11	2	2	4	5	2	2	2	3	5	2	2	2	3	4	2	2	2	4	5	2			
10	2	2	2	5	2	2	2	3	2	3	2	3	2	2	2	2	3	2	3	2			
9	2	2	2	5	2	2	2	3	2	3	2	3	2	2	2	3	2	3	2	2			
8	2	2	2	2	2	2	2	4	2	4	3	3	4	3	2	4	2	3	4	2			
7	2	2	2	4	2	2	2	2	2	4	4	2	3	3	3	4	4	2	3	4			
6	3	2	2	2	2	5	2	3	2	5	2	4	2	4	2	3	2	3	2	2			
5	2	2	4	4	2	2	4	2	2	6	3	3	2	2	2	4	3	2	2	2			
4	3	2	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2			
3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2			
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2			
1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2			
45	4	2	2	2	2	3	3	2	3	3	3	3	4	4	2	3	3	4	4	2	2	2	2
44	4	2	2	2	2	3	3	2	3	3	3	3	4	4	2	3	3	4	4	2	2	2	2
43	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
42	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
41	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
40	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
39	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
38	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
37	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
36	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
35	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
34	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
33	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
32	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
31	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
30	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
29	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
28	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
27	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
26	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
25	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
24	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
23	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
22	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
21	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
20	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
19	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
18	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
17	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
16	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
15	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
14	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
13	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
12	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
11	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
10	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
9	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
8	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
7	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
6	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
5	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
4	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

図8 2001年から現在までの歯周チャート BOP(+)で深いポケット部位を注意しSPTをしている。

D.H.パトスの会, 18年間の歩み

室 由香利 [栃木県宇都宮市 D.H.パトスの会]

■会の発足

私達D.H.パトスの会は、1986年歯科衛生士安生朝子を中心として歯科衛生士独自の会として発足しました(図1)。「パトス」とはギリシャ語で「感性」の意味、感性を大切に心豊かな歯科衛生士になろうという思いを込めて命名されました。

■会の活動

○月1ペリオ

毎月第3水曜日の20時から歯科医師を含む約30名が参加し月1ペリオという勉強会を行っています。月1ペリオと呼んでいますが、内容は多岐にわたります。

まず、前回から今回までに講演会やセミナーに参加した歯科衛生士からの報告があります。これは、参加できなかった歯科衛生士も知識が共有できると共に、お互いを刺激しあう場ともなっています。また、ベーシックコースとアドバンスコースの2種類のテキストを使用し勉強しています。各医院が持ち回りで講師となり、テキストの項目に沿って、歯周治療や歯周補綴等について講義、症例報告などを行っています。基礎的なことを振り返ることで、各自の臨床を省みる良い機会となっています。また、日頃の臨床での悩みに、臨床経験の長い歯科衛生士がアドバイスする場ともなっています(図2・図3)。

○定期講演会

外部から講師をお招きし、1年に1度定期講演会を開催しています(図4・図5)。

○症例検討会「1枚のスライドから」

1年に1度開催している症例検討会です。当初は1人1枚のスライドを持ち寄りディスカッションし、「1枚のスライドからでも色々なことがみえてくる」ということからスタートしました。しかし現在は、会員の発表も充実し、あらゆる症例の初診からメンテナンスまでの報告がなされるようになりました。

○プロから学ぶプロセミナー

歯科とは異なる世界のプロの方をお迎えし、プロと呼ばれることはどういうことかを楽しみながら感じ取

るセミナーです。ワインセミナーやカラーセラピー、イタリア料理教室など様々な企画を行ってきました(図6・図7)。色々な職業の方のお話を聞くことによって、私達の想像を超えた多くの努力や苦労があったことなども知ることができ、プロとして生きることへの責任感が生まれます。

■今後の課題

18年を振り返りますと、大変充実した活動内容ではないかと感じます。しかしこれまでも、内容がマンネリ化してしまったり、結婚、退職などで会員数が激減し、存続が危ぶまれた時期もありました。しかし、それでも続けてこられたのは、歯科衛生士として学ぶことの大切さを会員の1人1人が臨床を通して実感し、勉強会の必要性を強く感じたからではないかと思えます。悩み多い臨床も、同じ悩みを持つ者同士で解決できたり、アドバイスがもらえたりとスタディグループの果たす役割は大きいと言えます。参加歯科衛生士の経験年数の差が大きく、学習したことの統一が困難で、その差をいかに埋めるか企画にさらなる工夫をこらす必要はありますが、これからも感性を大切に、長く続けていこうと思えます(図8)。 □



図1 発足当時のスタッフ



図2 「月1ペリオ」でのディスカッションの様子



図3 X線写真を前にしてのディスカッション
臨床に大いに役立つ。



図4 1994年の講演会。寺西邦彦先生、雨宮ひろ
み先生からチーム医療の重要性を学んだ。

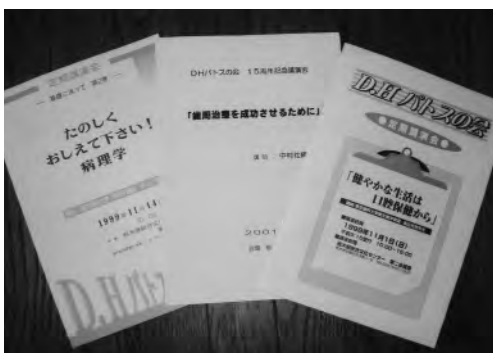


図5 手作りの定期公演会のパンフレット



図6 プロから学ぶプロセミナーの様子。医院に飾
るクリスマスリースを作成。



図7 イタリア料理教室。美味しい料理は心を豊か
にする事を目と舌と感性で実感。



図8 DHパトスの会の参加者。これからも感性を
大切に続けていきたい。

企業で働く歯科衛生士—意外に知られていないメーカーで働く歯科衛生士の仕事

大鍋 真紀 [株式会社ヨシダ 機械営業本部 歯科衛生士]

近年、歯科医院において、歯科衛生士の立場が急速に重んじられてきています。同様に私たち企業に勤める歯科衛生士の立場も重要視されてきています。

弊社では、全国に10数名の歯科衛生士が勤務しており、それぞれの職務を果たしています。

歯科メーカー内において、ふだん私たち歯科衛生士はどのような役割を担っているのか、その職務の一端をご紹介します。

企業で働く私たちの業務は多岐にわたりますが、メインとなる業務は大きく分けて3つあります。

まず1つ目は、スタッフ指導です。

ご開業を控えている先生を対象とした開業セミナーで、特に男性の先生方が苦手とされる女性スタッフの採用のポイント・面接・教育方法を女性の立場からアドバイスしています。その中でスタッフ教育の重要性にご賛同いただいた先生が開業する際、実際に歯科医院に伺い、患者さんへの接遇・受付対応・PMTC器材の取り扱いのポイントを指導し、院内システム立ち上げのお手伝いをしています。

2つ目は、新商品の開発です。

新商品の開発は男性の視点で開発が進みがちです。

歯科医院で実際に使用する女性スタッフが使いやすいようにコンセプトを確立し、デザイン性、操作性などより良い商品開発を目指しています。

開発の段階で女性の立場から、男性では気づかない細かい点を製品に取り入れるように努めています。そして商品として出来上がったら、全国のデンタルショーなどで実演を含んだプレゼンテーションを行い、商品のコンセプトや使い方のポイントなどの特徴を開発に携わった者の視点から皆様に理解していただくよう努めています。また、商品を購入された歯科医院を訪問し、操作性やデザイン性などをヒアリングし、次の商品開発にフィードバックしています。

3つ目として、歯科衛生士を対象としたセミナー企画と運営を行っています。

立場が重要視されている歯科衛生士の技術と知識の

向上を目的としたセミナーを企画し、運営を行っています。また、企画・運営の他に、私たち自身もセミナーを行います。スタッフ対象に、デンタルスタッフとしての心得や、通院する患者さんの心理などのセミナーも行っていきます。

企業で働く歯科衛生士はデンタルショーなどの展示説明が中心だと思われがちですが、実は歯科衛生士としての臨床経験を活かし、商品開発に努めています。また、スタッフ教育、セミナーなどを通じ、歯科衛生士の技術と向上に努め、歯科衛生士の地位の確立を目指しています。

私たち企業で働く歯科衛生士は、実際に患者さんの口腔内を診療することはありませんが、歯科衛生士としてのライセンスを活かし、歯科界の発展に携わっていきたくと考えています。 □



図1 弊社主催の開業セミナーでは、スタッフ採用のポイントについて説明しています。



図2 新規ご開業の歯科医院でのマナー教育では初診の流れから練習をしています。



図3 新規ご開業の歯科医院で、歯科衛生士を対象にPMTC器具の使用法を指導。



図4 新商品の開発では、商品デザイン、使いやすさを女性の立場からアドバイスしています。



図5 歯科衛生士専用チェアなどのプレゼンテーションを行います（東北デンタルショー）。



図6 歯科医院を訪問し、製品のご意見を頂き、開発にフィードバックしています。



図7 歯科衛生士向けセミナーの企画、運営（安生朝子先生のセミナー運営です）。



図8 歯科医師会主催のスタッフセミナーで、受付対応・患者さん心理についてお話ししました。

スタディグループ “エスポワール” 私たちの『希望』の活動

勝又 智絵, 景山 麻子, 春日 恵, 佐々木 章江, 佐々木 真弓, 深町 厚子

〔神奈川県 エスポワール〕

■誕生

私たちのスタディグループは平成13年7月に発足し、神奈川県で活動しています。卒業後間もなく新人歯科衛生士だった頃、私たちの母校である清水学園湘南歯科衛生士専門学校で当時の担任であり、現在は当会代表の深町に臨床での相談や質問をしていたのが始まりでした。それはほとんど同じような内容だったことから、「自分たちで問題を解決してみては？」と提案があり、スタディグループを発足しました。会の名称「エスポワール」はフランス語で「希望」という意味です。最初の問題は会場探しでしたが、公営施設の会議室を使用することで解決しました。パソコン、携帯電話のEメールを活用することでスムーズな連絡が可能となりました。

■7つの柱

- ・横のつながり：情報交換、臨床における工夫などを共有、人間関係などの悩みを解決、ストレスの軽減
 - ・最新情報：研修会、学術誌、歯科雑誌等でわからないところをわかるようにする
 - ・社会に通用する女性：医療の科学的進歩、社会のNeedsに対応した歯科衛生士を目指す
 - ・楽しい毎日：問題を考え解決し、日々の臨床を充実した内容にすることで息の長い歯科衛生士となる
 - ・自分の言葉：大勢の前で自分の意思、伝えたいことを表現できるようにする
 - ・仲間のサポート：何らかの理由（結婚、出産等）で臨床から離れているメンバーの臨床復帰への情報提供と心の支援
 - ・価値ある日常：歯科的内容だけではなく文化的情報交換を行い、人間として成長する
- 以上の「7つの柱」を基本方針にして活動しています。

■追求+探求

基本的には、次回までに担当者が決められたテーマを調べ、資料を作成し発表するという形式で勉強しています。メンバーの経験年数が近いせいか、各回のテ

ーマは各自が以前から興味をもっている内容が多かったことがあげられます。当初は未熟な私たちだけで勉強していけるのか不安でしたが、担当者が責任を持ってテーマに取り組み、時には完全な答えがでないこともあります。ひとつの問題を追及することで納得のいく結果を得ることができました。その中では「実際に診療室ではこうしている」など、少し雑談になることもあります。そこから臨床に活かせるヒントが生まれてくることも多くあります。

また、歯科臨床の内容にとどまらず、外部講師をお招きして、心理学、介護などの勉強をしたこともあり。第19回からはメンバーに歯科技工士も加わり、「技工士さんに聞く歯科臨床」というテーマを2回にわたり行いました。歯科衛生士と歯科技工士では、あまり接点がないようにも思いましたが、歯科技工士の立場からの意見やアドバイスにより、私たちが毎日臨床で行っていた印象採得、石膏の流し方、補綴物のPMTCなどを見直す良いきっかけとなりました。

■未来

これからの会の活動、それぞれの将来、「こんな歯科衛生士になりたい」という希望について話し合いました。これは私たちの未来へのテーマです。

- ・歯科衛生士と歯科技工士のコラボレーション
仕事の理解、知識の共有～個性を活かしたマイブランドを作ろう
- ・他職種の講師、患者さん等から、様々な分野の意見を聞き勉強し、視野を広げよう
- ・自分の意見を持ち、きちんと伝えていきたい
- ・口腔だけでなく健康を考え、全身から心を診ることができるよう歯科衛生士になりたい
- ・個々のレベルアップが全体のレベルアップとなり、次世代につなげていきたい
- ・近い未来と遠い未来にそれぞれ目標を掲げ、理想に向かってひとつずつ達成していきたい
- ・結婚、出産で休職しても、自信を持って復帰できるようにしたい

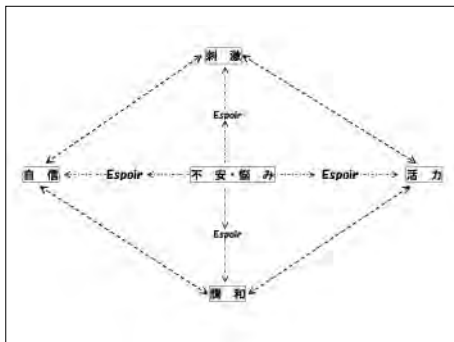


図1 不安や悩みは本会を通して刺激を受け、それが自信や活力となり、調和となります。



図2 「ケアマネージャーの仕事と介護保険」(外部講師 関根ひづる先生)



図3 「ディスカッション—患者さんへのモチベーションの実際」具体的な意見が聞けました。



図4 「う蝕予防—シーラントとフッ化物」裏技的テクニックなどの情報交換になりました。



図5 「技工士さんに聞く歯科臨床」近いようで遠い存在だった技工士さんとコラボレーション



図6 エスポワールに参加した次の日は朝が違うよね、という「楽しい」メンバーです。

- ・文化的交流を通して、自分を取り巻く環境、社会、現在を考えたい
- ・一人ひとりの希望・未来はエスポワールにとっても未来となる

■感謝

私たちはごく普通の診療室でごく普通の歯科衛生士として仕事をしています。毎日の臨床のなかで沢山の患者さんたちと会い、歯科医師、スタッフの方々から指導を受けたり、助けられたり、笑ったり泣いたり、

何年か仕事をしてきました。時には落ち込み、自信が持てなくなることもあります。一人では解決できないことも仲間で話し合い、刺激を受けて、毎日が楽しく・愉しくなるように頑張っています。

今回、こんな普通の私たちの活動をこのような形で発表できる機会を与えてくださり、ありがとうございました。この達成感と感謝の気持ちを日々の臨床で患者さんにお返ししていきたいと思っています。

今後も私たちの『希望』を見つめ、実現できるように活動していきたいと思っています。 □

あひるから白鳥へ

麻生 清子 [大分県 あひるの会代表]

■あひるの会のあゆみ

大分県歯科衛生士会が平成7年4月、新たな活動部門として診療所部門を設置しました。そこで私は会の活性化と会員の増員を図るため「スタディーグループ」を発足させることとしました。平成13年度より「スタディーグループ」から「スタディーグループ・あひるの会」と改称し、DH会員以外も入会できるようにし、自由に活動できる会としました。

現在、会員25名で活動中です。これまでの私たちの会の主な活動について簡単にご報告いたします。

■主な活動のあゆみ

年度	主な内容
平成7～9年度	年度実地指導と動機づけの方法（4回） 歯周病を診る
平成10年度	SRP・シャープニングの実習 救急法とバイタルチェック（毎年） 社会・家庭における女性の自立
平成11年度	カリエス判定と予防歯科の豆知識 歯科診療とウイルス肝炎について 歯科衛生士と歯周治療 介護について
平成12年度	口腔カンジダ症について 護身術を学ぶ実体験
平成13年度	DH会新人セミナー講師派遣（毎年） 「コミュニケーションのとり方」 「ブラッシングの実地指導」 手の感触とリラックス実体験 顎関節症と歯科口腔外科 歯科技工士さんとの交流会
平成15年度	DH会マナーアップセミナー講師派遣 「寸劇：不快感を与えない患者の対応」 医療管理学会九州支部大会に参加 「寸劇：不快感を与えない患者の対応」
平成16年度	あひるの会パソコン教室（3～6月）

■主な活動内容

- ・知識を深める

口腔内疾患において

全身疾患において

その他

まず口腔内疾患において難しいとされる歯周病患者に対する動機づけの方法、またカリエスに対する予防知識、口腔カンジダ症について、口腔外科に関する知識、全身疾患において歯科診療とウイルス肝炎について、またバイタルチェック、介護や救急法の知識の追求その他において他職種の人との交流会、研修会へ講師派遣をし、寸劇を行う。また新人歯科衛生士に対してコミュニケーションのとり方、歯磨きの実地指導を毎年行う。

・技術の向上

シャープニング・SRP・介護の実習

バイタルチェック、救急法の実習

歯科に関することは当然のことながらDHの弱点である全身のケアの仕方を毎年シリーズ化して実習を行う。

・人間性を豊かに

社会・家庭における女性の自立

医療人として、また社会人そして女性としての自立（生活的、精神的、経済的）、また人間性豊かにさわやかな高齢期を生きていくためにどのようにすべきなのかを学習する。

・リフレッシュタイム

護身術を学ぼう・親睦会

手の感触とリラックス

若くて(?)美人(?)の多いグループなので護身術の実体験、また美容クリニックにて患者さんの立場になり手の感触とリラックスを実体験する。このほか年に何度か親睦会を開き意見交換を行う。

・その他

パソコン教室に学ぶ

■これからの課題

1つの大きなテーマを決めそれに基づきより深く探求し知識、技術の研鑽に努め、この「あひるの会」がいずれ「白鳥の会」へとレベルアップし、「あなたに会えてよかった」と言われる歯科衛生士がたくさん飛び立ってくれることを願いながらよりいっそう頑張りたいと思っています。 □



図1 血圧測定に挑戦。昔は「え～、聞こえない」今は、「上が11、下が75ね」とスキルアップ！



図2 ブラッシングの実地指導。「アレ、出血してますよ！」(大分県DH会新人研修会にて)



図3 手の感触とリラクスの実体験。「やさしく、やさしく口角を排除しましょう！」



図4 護身術の実体験。「痴漢は、こうして…」汗をかいて、リフレッシュ！



図5 “不快感を与えない患者さんの対応”の寸劇を行う。(大分県DH会新人研修会にて)



図6 画期的な新田式シャープニング。「いいですか、ブレードの原形を大切にしないとね」



図7 カリスマDH安生先生と、一歩でも近づきたいと願っているあひるの会のメンバーです。



図8 あひるの会の一部のメンバー、常に向上心に燃え“白鳥”になりたいと頑張っています。

ハイジの会

岡田 真由美 [U F J銀行 歯科衛生士]

■歯科衛生士みのスタディーグループ

皆様はじめまして。私達は「ハイジの会」というスタディーグループです。1983年に歯科医師のスタディーグループ「火曜会」に参加している医院の歯科衛生士が集まり、会がスタートしました。ハイジの会は「みんなで参加してみんなでやっていく会であって、聞いて教えてもらうだけの会ではない。そして個々が日々の臨床に役立てていく会である。」という会則をモットーに活動しています。

発足して21年という長い歳月が経ちますが、現在も歯科衛生士のみで構成運営しているのが特徴です。発足当初は、治療方針・診療内容の似かよった医院に所属している歯科衛生士が多かったのですが、今では口コミで年々会員が増え、現在は診療体制・方針の違う医院や、企業、総合病院内の歯科などの歯科衛生士が所属している為、それぞれの視点から意見交換できるのも特徴です。

これまでの活動内容は、症例発表を主体としています。月1回の例会は、症例発表およびディスカッションを行い会員には年1回の発表が義務づけられています。演題は個々が自由に決め、悩んでいる事や個人で解決できない事などをディスカッションポイントとして話し合います。発表者は一週間前に事前抄録を会員に提示し、会員はその抄録を元に内容を把握して例会に参加します。その為ディスカッションの内容が濃いものとなり、有意義な時間を得ることが出来ると考えています。また年度によってはグループ発表や合宿が計画されることもあります。スケジュールや係りなど年度ごとに会員で意見を出し合い決めていきます。

近年では会にとって初めての試みになりましたが、外来講師の先生をお招きしました。これは会員が、基礎知識を認識し、新たな知識を獲得すること、そして、臨床における歯周治療の見えない部分を明確にしていきたいと思い企画されました。第1回では新田 浩先生に「細菌とペリオの関連性と対策」、第2回は元ハイジの会の大先輩である品田和美先生に、「歯肉縁下処置の実際」を拝聴し、知識と技術の向上につなげられる貴重な講演となりました。

■これからの目標

これからの目標としては、会員全員に基礎レベルの統一を目指し、「歯肉を読む」「レントゲンを読む」をテーマに掲げ活動して行く予定です。また、ハイジの会は、歯科衛生士としての成長や、歯科衛生士同士の輪を広げる手助けが出来る会でありたいと思っています。そして「〇〇歯科医院の歯科衛生士〇〇です。」から自信を持って「歯科衛生士の〇〇です。」といえるような自覚を芽生えさせてくれる会、向上心が旺盛な会であるよう、頑張っていきたいと思っています。

■会員の声「私にとってハイジの会とは」

- 大熊 「歯科衛生士として必要な柔軟性、バランスを養うことが出来る場」
- 中山 「情報交換ができ、悩み、工夫などを話し合える会。自分自身が行って来た事や考えている事を振り返ることが出来る会」
- 南 「他医院の治療や治療方針、その医院での衛生士の役割を見ることにより視野が広げられる」
- 小林 「スランプに陥っている時など“衛生士を続けていこう”というパワーをもらえる場」
- 丹伊田 「症例を通して見方や考え方を整理し、新たな知識を得る場所」
- 田村 「他院の衛生士と交流することで、人間の幅を広げることが出来る。」
- 浅井 「日々の臨床だけでは得られない知識や症例を見聞きし、それに対して自分をもっと知りたい、勉強したいと意欲を高めてくれる会」
- 山口 「様々な臨床経験を持つ方の話が聞けるので、行き詰った時の糸口を見つけることが出来る」
- 茂木 「組織としては、衛生士間のコミュニケーションとネットワーク作りの場。学術としては、情報収集だけでなくプレゼンテーションも学ぶことが出来る会」

■連絡先：東京都新宿区馬場下町62

優ビル歯科医院（月・火・木・金）

TEL:03-3204-8850 FAX:03-3204-8853

ハイジの会代表 歯科衛生士 大熊 昌未 □



図1 ハイジの会の発足当時から現在までの活動報告と今後の活動目標の発表を行いました。



図2 このポスター作製を行ったメンバーです。



図3 毎月1回の例会の風景。会員全員の顔が見えるようにコの字に机を並べています。



図4 新年会です。年1回の親睦会となっています。

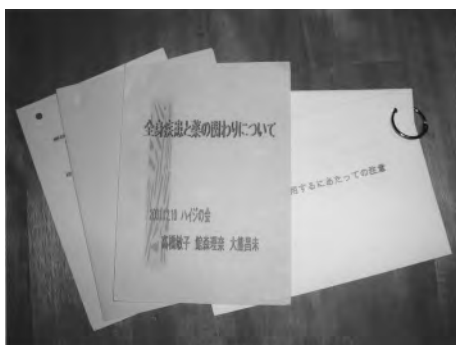


図5 グループ発表で作製したリーフレット。臨床で即使えるように出来ています。



図6 H15年6月1日 新田 浩先生による「細菌とペリオの関連性、対策」の講演風景

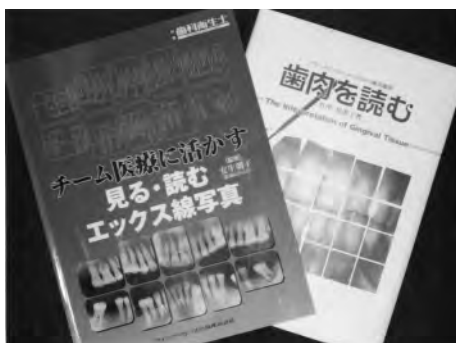


図7 今後の活動としてこれらをテキストとして会員の基礎レベルの統一を目指す予定です。



図8 会員の声「私にとってハイジの会とは」より

中野予防歯科研修会—背景と活動状況

飯田 しのぶ [東京都中野区 景山歯科医院]

三橋 守泰 [東京都中野区 三橋歯科医院]

中野予防歯科研修会は今年の9月4日に発足したばかりのスタディグループであるが、その前身は2年前まで遡る。当時景山正登先生（東京都中野区開業）と交流のある知人より、先生が主催する第1回目の予防コース開催の話聞き、参加させていただくことになった。

■予防コース・外科コース

景山先生の主催するこのコースはスタッフと共に参加することが条件で、歯科医師、歯科衛生士どちらか一方のみの参加は認められていなかった。不思議に思ったがこのスタンスは予防歯科という分野におけるスタッフ教育の重要性を端的に現していることがコース終了後、理解できた。どちらか一方がかけ声をかけるだけでは予防という診療体系は成立が難しい。1回3組の少人数で3回にわたるハンズオンのこのコースを受講して健康な口腔内を保つための予防の重要性、予防による口腔の健康維持のために欠かせない幅広い知識と技術を持ったスタッフの重要性を痛感させられた。また各組に1名ずつ担当してくださった景山歯科医院のスタッフの皆さんの行き届いた対応にもコミュニケーションの重要性を学ばせていただいた。

第1回目の予防コース終了後、参加者の1人で景山先生をよく知る知人が、歯周外科で研鑽を積まれた先生から歯周外科も教えていただけませんかとお願したところ、「私も勉強になりますから」と、快諾していただいた。初めは1回限りの予定であったものが口コミで回数が増え、外科コースとして現在7期目に至っている。1日に豚顎を2つ使用し、午前10時から午後6時まで3回にわたるコースは1日終わると初めて参加の先生はかなり疲労するようだが、景山先生の「まず手を動かしましょう」というかけ声のもと、受講生は回数を追うごとに確実にテクニックを自分のものとしているようである。

予防コース、外科コースは1度参加するとその後は自由に聴講することが可能である。このことは再び臨床の場に戻り日々過ごす中で少しずつたまってきた疑

問点などを次回、それ以降のコースに参加し、景山先生やスタッフの方への質問や、同じ悩みを共有する他の先生方とのディスカッションによって解決することができるという点で、このコースの大きな特色となっている。そして私自身も何度か通ううちにいつの間にかお手伝いをさせて頂くようになり、その人数が次第に増えながら現在のコアとなるメンバーとなった。コースに参加した先生方より懇親会の席などで、景山先生からもっと詳しくお話を伺いたいという希望があり、このメンバーにより講演会の企画運営が行なわれた。「う蝕予防を見なおそう」というテーマで第1回目の講演会が去年の6月に開催され、好評を博した。続いて今年2月には、第2回目の講演会が、「ペリオ症例検討会—明日の臨床のために—」というテーマで行われた。景山先生の講演のほか、ここでは日常臨床において欠かせないペリオの問題についての悩みや疑問について6医院の歯科衛生士が問題提起という形で発表した。各演者とも趣向を凝らし、わかりやすく、またそれぞれの医院の特色もみられ、大変興味深い講演会になった。それぞれの医院で蓄積された口腔内写真やブローピングなどのデータとプレゼンテーションのノウハウが遺憾なく発揮され、予防コースで学んだ記録の重要性を痛感した。壇上で発表する衛生士たちの姿を見ながら、この経験は必ず彼女たちの仕事に対する自信につながってゆくことと確信した。

■その他の活動

また本年の一大イベントとして海外文献の翻訳があげられる。これはコースに参加した20人ほどの有志により海外で発刊された有意義な文献を翻訳してみるという試みであった。日々の臨床の中で暮らしている一般医としては時間の捻出、長い期間遠ざかっていた英語の感覚を取り戻すことなど大変困難な作業であった。1巻約350ページからなる文献を、1人約20ページ担当して半年がかりで翻訳した。決して楽な作業ではなかったが、終わったときの達成感日々の臨床の中で得られるものとはまた違ったものであった。



図1 中野予防歯科 研修会メンバー勢ぞろい



図2 発足記念パーティーでの影山正登先生の挨拶



図3 予防コース実習中の1コマ



図4 歯周外科コース講義中の風景



図5 影山先生のデモに真剣に見入る受講生

■今後の展開

来年度からは患者さん一人一人にあった予防を中心とした臨床を、さらに確立していくため、今まで研鑽してきたことを基本に、目の前の患者さんの疑問や問題点を取り上げ、衛生士も含めた参加者全員で解決を図るという勉強会を2ヶ月に1回ほど、景山歯科医院で行う予定である。どのような展開になるか楽しみである。また、私たちは予防という枠だけにとらわれず、何か面白い話があればとりあえず首をつっこんでみるというようなフレキシブルな姿勢を持った会の展開もいいのではないかと考えている。現在企画が進行中の講習会は総義歯の実習を含んだコースである。いろいろなものを見て、体験しそして本物を極めたいものである。

■中野予防歯科 研修会とは

当研修会の趣旨の1つに各診療所の交流を図り、情報交換しながらともに成長してゆく仲間のネットワークを作っていきたいというものがあり、歯科医師のネットワーク、歯科衛生士のネットワークがインターネットなどによって構成されている。自ら出て行かない限り、とかく小さな社会（歯科医院）の中だけに閉じこもってしまいがちな歯科衛生士同士のネットワークは、現在では携帯のメールなどで気軽に連絡が取り合えることもあって、彼女たちのストレスの解消などにも役立っているようである。

平均年齢も低く、経験も浅いだけに皆やる気に満ち、活気に溢れている。中野予防歯科 研修会、略称“なかよし研”その名前の通りに仲良く活動してゆきたいと願っている。 □

上下ボーンアンカードブリッジ製作時に衛生士として関われることと、その後のメンテナンス経過報告

入江 悦子 [埼玉県さいたま市浦和区 埼玉インプラント研究会, 入江歯科医院]

■はじめに

当医院において、補綴物製作時には歯科衛生士の積極的な参加が通例となっております。特にインプラント上部構造は、医療従事者が意識的にハイジーンスペースや形態を作ることができるという有利な条件が揃っている。今回、歯科医師、歯科技工士、歯科衛生士の綿密な打ち合わせを行ない、患者自身が清掃を行ないやすい環境作りを目指し、上部構造の製作に取り掛かった一症例とその後のメンテナンスの経過報告を致します。

■症 例

患者：昭和7年10月8日生まれ，72歳，女性（主婦）

初診：平成11年7月14日

主訴：50代半ばより義歯生活となり発音障害ならびに摂食障害，インプラント治療を希望

初診時のオルソパントモ。残存歯5本。これらは事前にすべて抜歯した（図1）。1次手術終了後，上顎アストラ10本，下顎ブローネマルク7本埋入し，上下顎とも上部構造を装着したオルソパントモである（図2）。

当医院のシステムは，プロビジョナルレストレーション製作時，患者の希望を取り入れながら，歯科医師・歯科技工士・歯科衛生士が常にカンファレンスを行っている。たとえば，歯科衛生士は歯科医師から，ブラークコントロールが適切に行われているかなどの質問を受けたり，歯科医師，歯科技工士にハイジーンスペースの限界はどの位までかを質問をしたりする。また，歯科衛生士は，患者と接する機会が多い為，患者から直接歯科医師に言いにくいことや，希望を汲み取ることができ，歯科医師，歯科技工士に伝達することが出来た。

当医院には院内ラボがあり，歯科技工士の作業机には，通常歯科衛生士が患者に使用している歯間ブラシを常に置いている（図3）。歯科医師，歯科技工士，歯科衛生士が十分にカンファレンスを行いハイジーンスペースを決定し，完成したプロビジョナルレストレーションに歯間ブラシを挿入しているところである（図4）。

次に，プロビジョナルレストレーションの経過である。

下顎は口腔清掃を容易にする為，ハイジーンスペースを広くしたが，笑った時に，ハイジーンスペースが見えた為，修正した。また歯間ブラシを統一化した。

上顎に関しては，発音障害をおこした為，何度か前歯部のハイジーンスペースを小さく修正した。前歯部の歯間ブラシに合わせて，臼歯部のサイズを決定し，上顎の統一化をはかった。

この症例は，従来よりある人工歯タイプのワンピースブリッジでの補綴である。プロビジョナルレストレーションを製作した時と同様に，ワックスアップの段階で，ハイジーンスペース，形態等について歯科医師，歯科技工士，歯科衛生士とでカンファレンスを行った。

上下顎それぞれワックスアップ時は歯間ブラシを挿入し，最終確認をし，キャストを終えメタルフレームになったものである（図5・図6）。

■おわりに

- ① 審美性…特に上顎前歯部においてハイジーンスペース獲得に限界があった。
- ② 咀嚼…長期に渡り，義歯の生活だった為，食生活が劇的に改善された。
- ③ 発音…当初，SとTの調音が困難であったが2～3週間で自然に解消された。
- ④ 口腔清掃…清掃用道具が3種類になった（図7）。
- ⑤ 患者の満足度…10点満点で10点という評価を得られた。

過去において，アンカーボーンブリッジを装着した人の清掃用道具は多種類にわたるなど複雑になるケースがあったが，このシステム導入後は，単純化され非協力的だった患者の協力も得られ，ブラークコントロールの成績が上がったことを実感している。

歯科医師，歯科技工士，歯科衛生士でカンファレンスを行なった結果，発音障害並びに，摂食障害を改善することが出来たと考える。また口腔清掃に関しても，カンファレンスを行った事により，歯科衛生士が予定していた清掃用道具での清掃が出来るようになった。

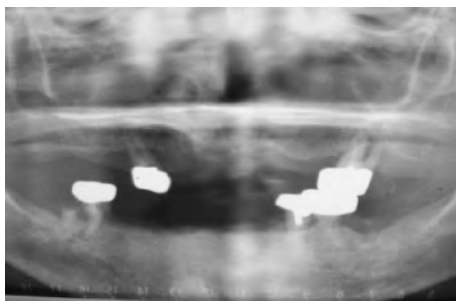


図1 初診時のオルソパントモ、残存歯5本

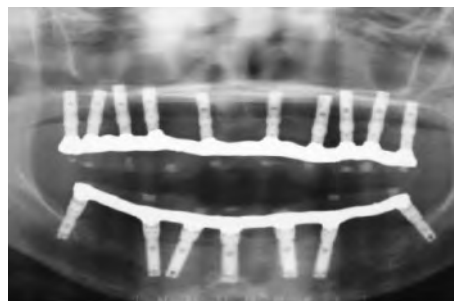


図2 1時手術終了後、上顎アストラ10本、下顎ブローネマルク7本埋入



図3 歯科技工士の作業机に置かれている歯間ブラシ



図4 完成したプロビジョナルレストレーションに歯間ブラシを挿入しているところ。



図5 ワックスアップ時に歯間ブラシを挿入し、最終確認をした。

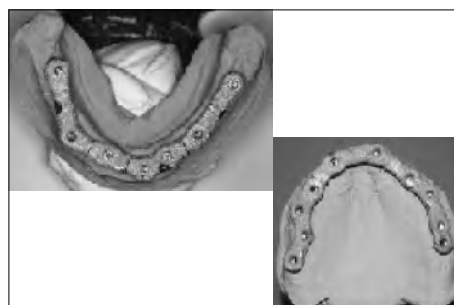


図6 キャストを終え、メタルフレームになったところ。

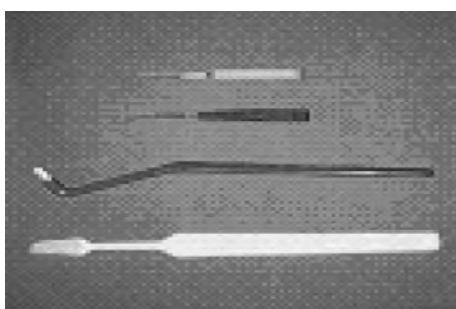


図7 清掃道具が3種類となった。



図8 5年経過している口腔内。プラークコントロールは極めて良好である。

多数歯欠損に対するインプラント治療は清掃性に関しても、1次手術以前のプラークコントロールはもちろんのこと、補綴物製作時においても歯科衛生士の積極的な参加が重要である事を認識した。

図8は装着後、5年経過しているものであるが、年4回のメンテナンスに来院されており、プラークコントロールは極めて良好である。患者は食の喜びも増し、快適な生活を送れ、人生を楽しんでいるようである。□

JCPG 会員募集のお知らせ

JCPG（日本臨床歯周療法集談会）は、歯周治療に関心をもっている歯科医師、歯科衛生士などの集まりです。年に一度開かれる学術大会においては、歯科医師、歯科衛生士、一緒に講演を聞くことのできる数少ない勉強会です。JCPGでは、歯周治療に関心のある歯科医師、歯科衛生士の方々から、広く会員を募集しています。是非一緒に勉強しませんか。会員になると、下記のような特典があります。

またJCPGでは、会員の先生方のご意見、要望をできる限り反映させ、大会（学会）をより良いものにしていきたいと考えています。ぜひ聞いてみたいと思う講演テーマや講師、歯科治療における基礎知識や臨床例等に関する新しい企画及びご意見をどしどし発言して下さる方をお待ちしております。共に学びJCPGの発展のためにご協力ください。

会員特典

- ① 歯科衛生士研修会に参加できる（ベーシックコース、アドバンスコース）。
 - ② 学術大会参加費の割引。
 - ③ 歯科医師・歯科衛生士に役立つ講習会への参加。
 - ④ 会報誌の発送。
 - ⑤ 症例相談が受けられる。
- （① ② ③ は有料，④ ⑤ は無料）

入会の手続き方法

入会申込書にご記入のうえ、JCPG事務局へ郵送あるいはFAXしてください。事務局から銀行自動引き落とし用の書類をお送りします。この銀行手続き終了をもってJCPG正会員とさせていただきます。

（現金での入会費および年会費の支払いは取り扱っておりませんのでご了承ください。）

【会費】

入会費：無料

年会費：歯科医師 6,000円

歯科衛生士：歯科医師会員のところに勤務する歯科衛生士は無料です。

フリーランスや個人歯科衛生士の場合のみ3,000円となります。

【申込先】 JCPG事務局

〒160-0022 東京都新宿区新宿4-2-23 アーバンビルA館2階

デンタルヘルス アソシエート（相田化学工業株式会社内）

TEL：03-3358-2331 FAX：03-3358-1661 E-mail：jcp@cello.ocn.ne.jp

入会申込書

年 月 日

フリガナ	職業	歯科医師・歯科衛生士		
氏名	出身大学	昭 平 年卒		
	所属（スタディーグループなど）			
生年月日	昭和 年 月 日生	紹介者		
勤務先医院名	自宅			
住所 〒 -	住所 〒 -			
TEL FAX	TEL FAX			
E-mail:	会報送付先	勤務先・自宅		

JCPG会員の症例相談システム

【申込・相談の手順】

1. 症例相談者はまず下記の申込先（JCPG事務局）に電話する。
↓
2. 申込事務局でその症例に対する担当アドバイザーを決定し、その担当アドバイザーから相談会員に直接電話がいく。そして、そのときの内容に応じて必要資料の確認を行う。
↓
3. 資料を担当アドバイザーへ郵送（紛失防止のため、会員は送った資料の控えを保管すること）。
↓
4. 具体的な相談の開始。
↓
5. 相談終了後、アドバイザーは預かった資料を相談会員に返送。

ケース1 — 1～2歯についての相談の場合

- デンタルフィルム
- ポケット測定値と出血の有無（BOP）

ケース2 — 多数歯あるいは全顎的歯周治療についての相談の場合

- デンタルフィルム10枚法～14枚法あるいはパノラマ
- ポケット測定値と出血の有無（BOP）
- スタディーモデル

【申込先】

JCPG事務局

〒160-0022 東京都新宿区新宿4-2-23 アーバンビルA館2階

デンタルヘルス アソシエート（相田化学工業株式会社内）

TEL：03-3358-2331 FAX：03-3358-1661 E-mail：jcp@cello.ocn.ne.jp

【アドバイザー】

岡本 浩，牛島 進，小林和一，清水雅雪，吉田秀人，染谷成一郎，
阿部二郎，菊池 哲 ほか

JCPG 歯科衛生士ベーシックセミナー

(最低実施人数 10 名以上)

【企画主旨】 歯周治療に必要な基礎知識の確認および共通認識の確立

1. 開始時期およびコース期間と日時
平成 18 年 5 月～平成 19 年 1 月
6:00 PM～9:00 PM (毎月 1 回の全 8 回コース 原則として第 2 水曜日)
2. セミナー内容
1 回目 (5 月 10 日, 水) Dr.花村: マクロとミクロの基礎知識
2 回目 (6 月 14 日, 水) Dr.花村: 歯周炎の定義
3 回目 (7 月 12 日, 水) Dr.小野瀬: 防御機構 (炎症と免疫) と病因論
4 回目 (8 月 9 日, 水) Dr.佐藤: 創傷治療
5 回目 (9 月 13 日, 水) Dr.佐藤: 疫学-歯周疾患像
6 回目 (11 月 8 日, 水) Dr.塚原: カリオロジー
7 回目 (12 月 13 日, 水) Dr.佐藤: 縁上, 縁下のプラークコントロール
8 回目 (1 月 10 日, 水) Dr.花村: 問題解決の方策, その他に必要と思われる事柄
3. 受講資格
JCPG 会員の歯科医院に勤務する歯科衛生士
4. 受講料
1 名につき 50,000 円
5. 講師
花村裕之
佐藤謙次郎
塚原武典
小野瀬規
6. 場所
〒160-0022 東京都新宿区新宿 4-2-23 アーバンビル A 館 2 階
デンタルヘルス アソシエート (相田化学工業株式会社)
TEL: 03-3358-2331 FAX: 03-3358-1661 E-mail: jcp@cello.ocn.ne.jp
7. 申し込み先
〒156-0052 世田谷区経堂 2-3-1 水野ビル 3F 小林歯科医院内
TEL: 03-3426-6400 FAX: 03-3426-2276
申し込み期限 平成 17 年 11 月末日 (定員になり次第締め切らせていただきます)
8. 受講料の支払い 受講料は初回時に徴収
(詳細については, 小林歯科医院 TEL: 03-3426-6400 にお問い合わせください)

JCPG 歯科衛生士ベーシックセミナー申込用紙

年 月 日

フリガナ		勤務先医院名	
氏名			
出身校	昭平年卒	TEL	
勤務先住所		FAX	
		E-mail	

JCPG 歯科衛生士アドバンスコース

(最低実施人数 6 名以上)

【企画主旨】 臨床歯周治療の実際と向上

1. 開始時期およびコース期間と日時
平成 18 年 1 回目：1 月 21 日，2 回目：2 月 18 日，3 回目：3 月 18 日
4 回目：4 月 15 日，5 回目：5 月 20 日，6 回目：6 月 17 日
5：30 PM～8：30 PM (毎月 1 回の全 6 回コース 原則として第 3 土曜日)
2. セミナー内容
1 回目 DH.野村：モチベーションについて
2 回目 DH.野村：モチベーションの実際
3 回目 DH.関：歯周治療の流れ (口腔内診査からメンテナンスまで)
4 回目 DH.関：ブラッシング指導の実際
5 回目 DH.関：シャープニング，SRP の実習
6 回目 DH.関：症例報告と discussion
3. 受講資格 JCPG 会員の歯科医院に勤務する歯科衛生士でベーシックセミナーを受講終了した方に限る
4. 受講料 1 名につき 70,000 円
5. 講師 DH.野村正子 (日本歯科大学付属歯科専門学校歯科衛生士科講師)
DH.関 律子 (吉田歯科医院勤務)
6. 場所 (第 1 会場) 〒156-0052 世田谷区経堂 2-3-1 水野ビル 3F 小林歯科医院内
TEL：03-3426-6400 FAX：03-3426-2276
(第 2 会場) 〒160-0022 東京都新宿区新宿 4-2-23 アーバンビル A 館 2 階
デンタルヘルス アソシエート (相田化学工業株式会社内)
TEL：03-3358-2331 FAX：03-3358-1661 E-mail：jcp@cello.ocn.ne.jp
7. 申し込み先 〒156-0052 世田谷区経堂 2-3-1 水野ビル 3F 小林歯科医院内
TEL：03-3426-6400 FAX：03-3426-2276
申し込み期限 平成 17 年 11 月末日 (定員になり次第締め切らせていただきます)
8. 受講料の支払い 受講料は初回時に徴収
(詳細については，小林歯科医院 TEL：03-3426-6400 にお問い合わせください)

JCPG 歯科衛生士アドバンスコース申込用紙

年 月 日

フリガナ		勤務先医院名	
氏 名			
出身校	昭 平 年 卒	TEL	
勤務先住所		FAX	
		E-mail	

歯科衛生士・歯科医ともに学べる学会

チームで取り組む院内活性化 -ペリオを活かしたオフィスマネージメント-



2005年10月9・10日/日本青年館

第22回 日本臨床歯周療法集談会 学術大会

10月9日(日) 12:00開場			
国際ホール	301	302	501
13:00~17:00 Esthetic Rehabilitation Dr.日高 豊彦	13:00~17:00 プラークコントロールを再考する (よりデリケートなデブライドメントのため) テーブルクリニック DH 安生 朝子	13:00~17:00 歯科医師実習(事前申込者のみ) ◎ファイバーコア・接着 いま,支台築造を考える -レジン支台築造および ファイバーポストについて- Dr 坪田 有史 企業:ペントロン ジャパン Inc.	13:00~17:00 歯科衛生士実習(事前申込者のみ) スケーリング・ ルートプレーニングの実習 DH 杉原 則子 DH 鍵和田 優佳里 他

10月10日(月・祝) 8:30開場			
中ホール	国際ホール	301	302
9:00~11:00 PMTCに勝る バイオフィルム除去方法はなし Prof.奥田 克爾	9:00~10:20 いざはい歯科医院における チームワーク医療 Dr.砂益 清	9:00~16:00 プラークコントロールを再考する (今なぜ音波歯ブラシなのか) テーブルクリニック DH 安生 朝子	9:00~12:00 歯周外科の臨床 (デブライドメントサージェリーからインブ ラント植立の前処置としてのリッジオー ギューメンテーションまで) Dr.内田 剛也
11:00~12:00 Q&A	10:40~12:00 未患者をターゲットにした 予防システムの実際 Dr.吉田 秀人	[ランチタイム……質疑応答] [ソニックアーエリートの] [体感ブース設置]	13:30~14:50 臨床で求める歯肉 Dr.阿部 二郎
13:30~15:30 いまさら聞けない病理学 Prof.井上 孝	13:30~14:50 院内システム構築の必要性 (開業後29年経過して) Dr.原田 富一		15:10~16:30 宿主の状態と歯肉 Dr.小西 昭彦
15:30~16:30 Q&A	15:10~16:30 Passion(情熱)のある 歯科医院を!! Dr.南 清和		

■申込先: 〒160-0022 東京都新宿区新宿4-2-23 アーバンビルA2階 デンタルヘルス アソシエート・相田化学工業株式会社内
TEL.03-3358-2331 FAX.03-3358-1661 (申込書を添え、現金書留にて左記まで送付願います)

年 月 日

第22回JCPG学術大会申込書		該当欄の□に✓をつけ、参加人数を記入してください。			
		参加内容	2日間コース	1日コース(11日のみ)	人数
ふりがな 氏名:		歯科医師	<input type="checkbox"/> 会員 23,000円 <input type="checkbox"/> 非会員 29,000円 <small>(内訳:23,000円+入会費6,000円)</small>	<input type="checkbox"/> 会員 15,000円 <input type="checkbox"/> 非会員 18,000円	名
医院名:		歯科衛生士 歯科技工士	<input type="checkbox"/> 会員 13,000円 <input type="checkbox"/> 非会員 16,000円	<input type="checkbox"/> 会員 8,000円 <input type="checkbox"/> 非会員 9,500円	名
住所: □□□-□□□ □□□□ 都道府県		ルートプレーニング実習 (学会申込者に限り、定員40名)	+10,000円		名
TEL:		学 生 (当日、学生証が必要になります)	5,000円		名
E-mail:		※申込後の返金は致しかねます。			合計
<input type="checkbox"/> 入会を希望します(会費6,000円を合計金額に加算して下さい)					円

*入会手続きをされ年会費6,000円を納めていただくと、会員料金のお申込が可能となります。*院長先生が会員の場合、スタッフの方も会員料金となります。
*複数名でご登録の際は申込書をコピーの上、お名前、医院名などをご記入ください。

学術講演の歩みと2005年度予定

発会式	1984 (59)	4. 14 (土)	ホテルサンルート	
第 1 回	1984 (59)	9. 2 (日)	東郷記念館 水交会	Dr. 染谷 他
第 2 回	1985 (60)	5. 18 (土) 19 (日)	お茶の水 損保会館	Dr. Ericsson
第 3 回	1986 (61)	6. 14 (土) 15 (日)	農協ホール	Dr. Ericsson Dr. Rosling
第 4 回	1987 (62)	10. 31 (土) 11. 1 (日)	日本青年館	Dr. Karring
第 5 回	1988 (63)	10. 1 (土) 2 (日)	日本青年館	Dr. Listgarten
第 6 回	1989 (1)	11. 11 (土) 12 (日)	社会文化会館	Dr. Nyman
第 7 回	1990 (2)	9. 29 (土) 30 (日)	日本青年館	Dr. 黒岩 他
第 8 回	1991 (3)	10. 12 (土) 13 (日)	日本青年館	Dr. 岡本 浩 他
第 9 回	1992 (4)	9. 19 (土) 20 (日)	東條会館	Dr. Wennström
第10回	1993 (5)	10. 10 (日) 11 (祭)	日本青年館	Dr. Ericsson DT. Myrin
第11回	1994 (6)	10. 9 (日) 10 (祭)	日本青年館	Dr. 岡本 浩 他
第12回	1995 (7)	10. 21 (土) 22 (日)	日本青年館	Dr. Ericsson DT. Dahlen
第13回	1996 (8)	11. 3 (土) 4 (日)	日本青年館	Dr. 染谷 他
第14回	1997 (9)	10. 25 (土) 26 (日)	日本青年館	Dr. 岡本 浩 他
第15回	1998 (10)	10. 3 (土) 4 (日)	日本青年館	Dr. 岡本 浩 他
第16回	1999 (11)	10. 16 (土) 17 (日)	日本青年館	Dr. 申 基喆 他
第17回	2000 (12)	10. 14 (土) 15 (日)	日本青年館	Dr. 浦口良治 他
第18回	2001 (13)	10. 20 (土) 21 (日)	日本青年館	Dr. 行田克則 他
第19回	2002 (14)	11. 23 (土) 24 (日)	日本青年館	Dr. 谷口威夫 他
第20回	2003 (15)	10. 12 (日) 21 (祭)	日本青年館	Dr. 伊藤公一 他
第21回	2004 (16)	10. 10 (日) 11 (祭)	日本青年館	Dr. 新田 浩 / Dr. 小林和一 Dr. 寺西邦彦 / Dr. 山本浩正 Dr. 上野道生
第22回	2005 (17)	10. 9 (日) 10 (祭)	日本青年館	Dr. 奥田克爾 / Dr. 井上 孝 Dr. 坪田有史 / Dr. 日高豊彦 DH安生朝子 他



会費納入のお知らせとお願い

年会費の振込は自動振込にさせていただいております。まだ手続きをなさっていない先生は、お手数ですが事務局までご連絡をお願い致します。

事務局より、振込手続の書類をお送り致します。

なお、手続き完了2~3か月後に、ご指定の口座から引き落としとなりますので、よろしくお願ひ致します。

当会は会費のみで運営しておりますので、ご理解のうえ、よろしくお願ひ致します。

年会費：年間 ￥6,000

編集後記

最近解らなくなってきたことがある。病気とはいったいどういう状態をいうのだろうか？

辞書をひも解くと「心身に不快、苦痛を感じる状態」と書かれているが、実際には自覚症状がなかなか出ない病気も多い。歯周病も含めた生活習慣病がその典型といえる。

今年から、喫煙そのものがニコチン依存症として病気とみなされることとなった。しかし喫煙は、タバコを吸わない周りの人間には至極不快であるものの、喫煙している本人は不快でも苦痛でもないどころか快感なのだから、ますます病気の定義がむずかしくなる。これは禁煙指導を保険で行えるようにするためのつじつま合わせだろう。こうなると、お酒を飲んだだけでアルコール依存症と言われる日もそう遠くはないのかもしれない。

では病気を「その生物にとって普通ではない状態」と定義したらどうだろう。よく趣味の世界にどっぷりはまっている人をビョーキと呼ぶことがある。たとえば車が好きだった場合、愛車をガレージに入れているうちは健康なマニアだが、常にいっしょにいたいからと車を居間に入れてしまうとビョーキと言われる。たしかにこれは強力な換気装置がないと排気ガスで命を落とす危険性があるから合点がいく。趣味もほどほどにしておく方が身のためようだ。

いまや国民病ともいえる花粉症はどうだろう。花粉症の人たちが、もし国民の過半数を占めるようになったら、それはもう病気ではなく日本人にとってのノーマルな状態と見なされるのかもしれない。春先にマスク不要の人たちが、逆に花粉耐性症(?)と呼ばれるような世の中は願い下げだが、クシャミの一つもしないと仲間外れにされる可能性は否定できない。

私たちの仕事の上でも、病気か否かを判断する基準は、確立しているようでいて実際はそうでもないようだ。初期齶蝕や重度歯周疾患、欠損補綴など、術者によってその診断基準や処置方針にかなりのばらつきがあるのは否めない。病気なのか健康なのか。あらためて、それらの診断基準を再考する必要があるようである。

(吉田秀人記)

JCPG会報 Vol.19

2005年8月発行

編集 吉田秀人・松田 究・塚原武典・佐藤勝史・久保木寛朗

発行人 小林和一

発行所 JCPG (日本臨床歯周療法集談会)

事務局 相田化学工業株式会社内

〒160-0022 東京都新宿区新宿4-2-23

アーバンビルA館2F

Tel 03-3358-2331 Fax 03-3358-1661

e-mail : jcp@cello.ocn.ne.jp

制作 佐山安夫

印刷・製本 株式会社ビィウエル

©JAPAN CLINICAL PERIODONTAL GROUP, 2005

●本掲載記事の無断転載を禁じます。

Printed in Japan