

日本学校歯科医会会誌

82

学術特集・わが国の学校歯科保健とアジア諸国
平成11年度 歯・口の健康づくり推進指定校連絡協議会



患者さんと先生が望まれる
歯科診療環境を提供します。



お口の健康に奉仕する「モリタ」

私たち「モリタ」は常に「患者さんが望まれる治療」をテーマに追求し、痛みの少ない治療や、より美しい口元の再現、良く噛める義歯製作、短時間で快適な診療ができる診療環境づくりなどを支援しています。世界規模のネットワークを通じて製品の開発や流通、各種情報を先生方に提供してお口の健康に携わる、歯科専門の企業グループです。

モリタグループ

平成11年度歯・口の健康に関する図画・ポスターコンクール



日本学校歯科医会では、次期世代を担う小学校・中学校の児童生徒に対して、口腔保健に関する理解と認識を深めるために『歯・口の健康に関する図画・ポスターコンクール』を実施している。本年度で23年になる。

応募及び募集方法は、小学校1～3年生による図画、小学校4～6年生によるポスター、中学生によるポスターの3部門を設けて、各加盟団体から各部門1点ずつ日本学校歯科医会宛送付して頂く。

本年度は平成11年8月31日で応募を締め切り、応募作品149点の中から、近岡善次郎画伯（一水会会員）を中心とした審査委員による厳正な審査が行われ、後述のように小学生12点、中学生6点の計18作品を最優秀賞とし、優秀賞130点、特別賞として養護学校小学部1点を決定した。

最優秀作品には、賞状と楯、各作品をテレホンカードにしたもの、優秀賞には賞状、応募者全員には副賞として図書券が贈られた。

応募された各学校・児童生徒はじめ審査に当たられた都道府県学校歯科医会あるいは歯科医師会の審査委員の先生方に心から謝意を表します。

最優秀入選作品



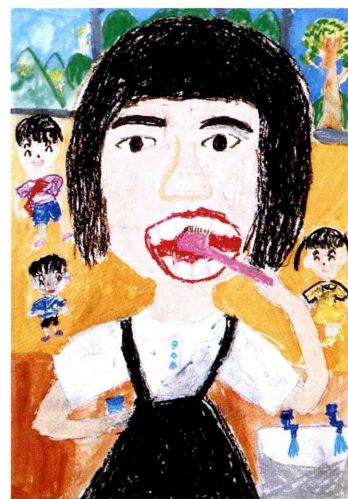
1年 蓮見 美怜さん



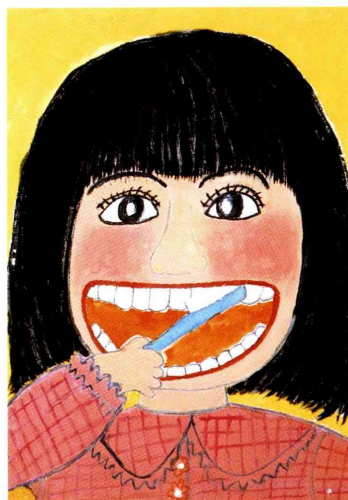
1年友永 武くん



2年 植村 暢子さん



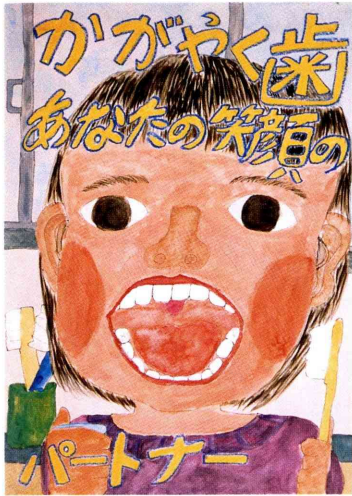
2年 若山 絢子さん



3年 堀崎 有紀さん



3年 岸上 咲紀さん



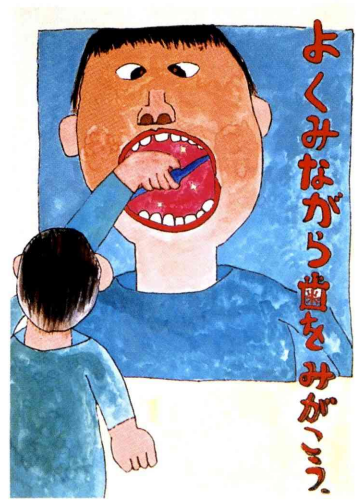
4年 岡崎 絵美さん



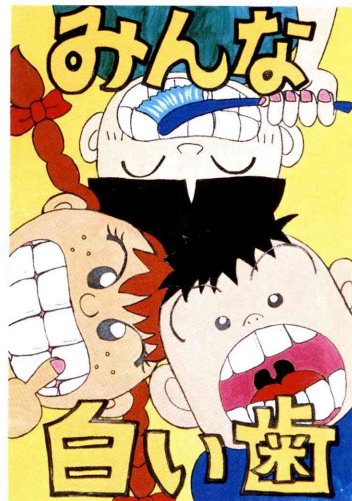
4年 金城 咲子さん



5年 遠藤 玲奈さん



5年 深草 達介くん



6年 勢藤佳奈子さん

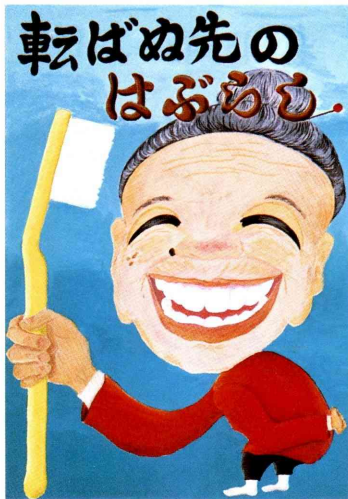


6年 田所里奈子さん

中学校 1年
上田那緒美さん



中学校 1年 岩本 史帆さん



中学校 2年 中尾明日香さん



中学校 2年
藤澤加奈子さん



中学校 3年 大塚真由美さん



中学校 3年 新田佳代子さん

特別賞



小学部 2年 河野 誠くん

総 評

審査委員 近岡 善次郎
(一水会会員)

色がとても明るくきれいです。構図のとり方がうまい。もっと他の人と違う絵をかきたい気持ちがほしい。

最優秀作品についての画評 (敬称略)

★最優秀賞

群馬県 太田市立九合小学校 1年 蓮見 美怜

大きくのびのびとした気持ちの良い絵です。

高知県 大方町立南郷小学校 1年 友永 武

のびのびとした力のある絵で、色も明るく力のある絵です。

滋賀県 大津市立晴嵐小学校 2年 植村 暢子

人物の画面へ入れ方がうまい。動きが出てのびのびした気持ちの良い絵です。

奈良県 山添村立春日小学校 2年 若山 絢子

のびのびとした良い絵です。遠景に友人達がいて絵を楽しんでいます。

北海道 釧路市立愛国小学校 3年 堀崎 有紀

大きくのびのびした良い絵です。色も明るく強い力のある絵です。

香川県 観音寺市立柞田小学校 3年 岸上 咲紀

二人が並んでいるところが面白い。歯みがかき様子もうまくかけている。

茨城県 大宮町立村田小学校 4年 岡崎 絵美

おおきくのびのびとした描き方がこの絵の一番良いところです。人物に動きもある。

神奈川県 平塚市立相模小学校 4年 金城 咲子

犬と人をうまく並べて動きが良く出ている。色もきれい。

東京都 台東区立浅草小学校 5年 遠藤 玲奈

形をすらすらとうまく描いている。色もきれい。絵に動きがあって良い。

長崎県 東彼杵町立音琴小学校 5年 深草 達介

人物の並べ方がうまい。色の並べ方がさびしいが動きがあって良い。

富山県 福光町立福光東部小学校 6年 勢藤佳奈子

絵に動きがあって、色も明るく気持ち良い。

沖縄県 那覇市立泊小学校 6年 田所里奈子

絵に動きがあって、のびのびとした動きのある絵です。

福井県 敦賀市立粟野中学校 1年 上田那緒美

全体に明るい色で気持ちが良い。並べた人物も明るく楽しい。

和歌山県 田辺市立高雄中学校 1年 岩本 史帆

色の並べ方がうまい。動きが出て、のびのびした絵です。

静岡県 伊東市立宇佐美中学校 2年 中尾明日香

絵に出たおばあちゃんが動きが出て絵をのびのびさせている。

岡山県 新見市立美郷中学校 2年 藤澤加奈子

色の並べ方がうまい。全体的に気持ちの良いのびのびした絵です。

栃木県 栃木市立東陽中学校 3年 大塚真由美

人物の並べ方が上手。色も明るくきれい。全体からくる気持ち良い感じが絵の良い所。

山口県 豊浦町立豊洋中学校 3年 新田佳代子

色の並べ方が上手で、絵に明るさと動きを出している。明るく気持ちの良い絵だ。

★特別賞

大分県 大分県立石垣原養護学校小学部 2年 河野 誠

筆に力があり色の明るく、のびのびした元気の良い絵です。絵に動きがある。

平成11年度歯・口の健康に関する図画・ポスターコンクール応募一覧

地区	小学校図画の部 (1~3年生)			小学校ポスターの部 (4~6年生)			中学校ポスターの部		
	学校名	学年	氏名	学校名	学年	氏名	学校名	学年	氏名
北海道	釧路市立愛国小学校	3	★堀崎有紀	函館市千代ヶ岳小学校	5	田代睦実			
札幌	札幌市立曙小学校	3	荒谷未来	札幌市立菊水小学校	6	吉田麻理子			
青森県	八戸市立明治小学校	1	畑山みほ	十和田駒立立法興小学校	5	下山大樹	金木町立金木南中学校	3	田中球季
岩手県	花巻市立桜台小学校	2	佐々木ユカリ	三陸町立吉浜小学校	6	柏崎恵美	浄法寺町立大嶺中学校	3	新畑綾子
秋田県	井川町立井川小学校	3	中道凌平	角館町立中川小学校	5	高橋竜一	横手市立鳳中学校	3	佐藤秀己
宮城県	気仙沼市立気仙沼小学校	1	村上梨紗	仙台市立東郷小学校	4	川端美都里	登米町立登米中学校	2	金子きぬ江
山形県	米沢市立愛宕小学校	1	江村勇人	大石田町立豊田小学校	6	齋藤美姫	飯豊町立飯豊中学校	2	金田藤紗奈江
福島県	白河市立白河第二小学校	2	荒井良太	喜多方市立入田小学校	4	永井雄一郎	郡山市立白田中学校	2	伊熊健吾
茨城県				大宮町立村田小学校	4	★岡崎絵美	真壁町立桃山中学校	3	坂入光
栃木県	大田原市立薄葉小学校	2	大久保和恵	足利市立三重小学校	5	中内山田壘	栃木市立東陽中学校	3	★大塚美由
群馬県	太田市立九合小学校	1	★蓮見美恰	桐生市立天沼小学校	6	小林大玲	高崎市立高南中学校	3	★鈴木レイ
千葉県	船橋市立高根小学校	3	川中沙帆	茂原市立茂原小学校	5	小林令佳	飯岡町立飯岡中学校	3	大名家朋之
埼玉県	越谷市立南越谷小学校	3	関根勇紀	越谷市立花田小学校	6	小佐藤瑞恵	蓮田市立蓮田南中学校	2	古瀬美帆
東京都	調布市立杉森小学校	3	金子田ぐみ	台東区立浅草小学校	5	★遠藤玲奈	世田谷区立玉川中学校	3	岩加茂藍子
神奈川県	厚木市立厚木第二小学校	1	石原千也	平塚市立相模小学校	4	★金藤咲	横濱市立並木中学校	2	若田内麻里
川崎市	川崎市立千代ヶ丘小学校	1	長友梨華	川崎市立宮前平小学校	6	★牧野千絵	川崎市立塚越中学校	2	菅井美沙子
横浜市	横浜市立篠原西小学校	2	渡邊健太	横浜市立東希望小学校	6	原田朋奈	横浜市立日吉台中学校	2	池内麻里
山梨県	明野村立明野小学校	2	嶋津雄介	長坂町立長坂小学校	5	石川勝也	甲府市立富竹中学校	1	長田恵理子
新潟県	柏崎市立比角小学校	2	佐竹伸也	上越市立国府小学校	6	松坂良太	三郷村立三郷中学校	3	百瀬ひとみ
静岡県	金谷町立五和小学校	3	山田歩菜	引佐町立田沢小学校	6	峯澤玲名	荒川町立荒川中学校	3	平山梢
愛知県	大治町立大治小学校	3	野田真須美	刈谷市立平成小学校	5	西岡佑麻	伊東市立宇佐美中学校	2	★中尾明日香
名古屋	名古屋市立猪子石小学校	3	笹原千佳	名古屋市立庄内小学校	5	尾崎文香	名古屋市立丸の内中学校	2	堀田知里
岐阜県	北方町立北方小学校	1	かとうゆうな	大垣市立宇留生小学校	6	種田恵実	鈴鹿市立千代崎中学校	3	奥見慶子
三重県	亀山市立川崎小学校	1	久保谷恵太	安濃町立明合小学校	6	鈴木依里香			
石川県	珠洲市立上戸小学校	2	吉原緑	小松市立西尾小学校	5	高田西			
福井県				敦賀市立西原小学校	6	佐野友香	敦賀市立栗野中学校	1	★上田那緒美
富山県	黒部市立村椿小学校	1	大坪司	福光町立福光東部小学校	6	★勢藤佳奈子	氷見市立北部中学校	2	森本さやか
滋賀県	大津市立晴嵐小学校	2	★植村暢真	伊吹町立春照小学校	5	上津彩香	草津市立草津中学校	3	岩木香織
和歌山県	下津町立下津小学校	2	山下夢子	龍神村立宮代小学校	6	松本有沙	田辺市立高雄中学校	1	★岩中真帆
奈良県	山添村立春日小学校	2	★若山北圭	十津川町立上野池小学校	5	青木悠香	生駒市立生駒南中学校	3	杉山万希子
京都府	綾部市立志賀小学校	1	河橋本紗	向日市立第6陽小学校	5	川上愛花	京都市立近衛中学校	2	北野湖帆
大阪府	堺市立金岡小学校	1	橋本紗良	堺市立東浅香山小学校	5	及川情	堺市立三国丘中学校	3	北野山
大阪市	大阪市立上福島小学校	1	橋場健斗	大阪市立桃陽小学校	6	豊田麻理子	大阪市立下福島中学校	3	
兵庫県	北淡町立浅野小学校	1		播磨町立蓮池小学校	6				
神戸市									
岡山県	岡山市立財田小学校	3	林しんたろう	岡山市立大井小学校	6	笹田香織	新見市立美郷中学校	2	★藤澤加奈子
鳥取県	青谷町立青谷小学校	1	中井咲子	岩美町立小田小学校	6	横川裕子	米子市立日南中学校	3	松本友理
広島県	広島市立吉島東小学校	1	大上莉佳	大竹市立穂原小学校	6	木下結	広島市立温品中学校	3	越智富貴子
鳥根県	大社町立大社小学校	3	水師啓太	大社町立遙堪小学校	4	松井高広	斐川町立斐川東中学校	3	多和美由紀
山口県	萩市立椿東小学校	2	川川圭太	和木町立和木小学校	4	田中里沙	豊浦町立豊洋中学校	3	★新井佳代子
徳島県	北島町立北島小学校	1	早川流石	由岐町立伊座利小学校	5	賀川彩乃	川島町立川島中学校	2	寺尾友希
香川県	観音寺市立作田小学校	3	★岸上咲紀	国分寺町立国分北部小学校	6	岡崎以紅実	綾南町立綾南中学校	3	竹内健
愛媛県	野村町立溪筋小学校	3	松本本香	伊予三島町立三島小学校	5	日野淳理	大洲市立新谷中学校	3	伊達香織
高知県	大方町立南郷小学校	1	★友永武	中村市立八束小学校	5	宮崎野風人	中村市立中筋中学校	1	坂口有希
福岡県	大野城市立大野南小学校	1	おりおけん	柳川市立東宮永小学校	6	江口百合恵	大野城市立大利中学校	3	山口さやか
福岡市	福岡市立千早西小学校	1	淡河亮佑	福岡市立大名小学校	4	久保衣里子	福岡市立老岐中学校	3	道城美里
佐賀県	三田川町立三田川小学校	2	永立松侑樹	佐賀市立金立小学校	4	渡邊暁奈	東谷砥村立東谷砥中学校	2	高尾弘美
長崎県	郷ノ浦町立柳田小学校	3	石野聡	東彼杵町立音琴小学校	5	★深草達介	美津島町立今里中学校	2	橋邊亜衣子
大分県	大分県立海原義塾小学校	2	☆河野誠	挾間町立由布川小学校	3	沖田津奈美	大分市立鶴崎中学校	3	安達由紀子
熊本県	人吉市立大畑小学校	2	吉開佳菜	熊本市立城南小学校	6	本田久美子			
宮崎県	山田町立中霧島小学校	1	桜田観奈	延岡市立東小学校	6	早瀬康寛	宮崎市立本郷中学校	3	天草千栄子
鹿児島県	宮之城町立盈進小学校	3	迫薫輝	田代町立田代小学校	5	川路貴代	川辺町立川辺中学校	2	東寿恵
沖縄県	那覇市立久茂地小学校	1	なかざとなつき	那覇市立泊小学校	6	★田所里奈子	石垣市立伊原間中学校	2	仲村千秋
応募数	50			53			46		

総応募数 149点 (内参考作品一点)

★: 最優秀入選作品 無印: 優秀賞入選作品 ☆: 特別賞入選作品
最優秀賞 18作品, 優秀賞 130作品, 特別賞 1作品

巻
頭
言



社団法人日本学校歯科医会

会 長 西連寺 愛 憲

会誌82号をお届けいたします。本会では会誌を年2回、広報紙を年4回発行しておりますが、本会事業が、秋以降に集まっている関係で会誌の発行は、年度後半になってしまいますことにご理解を賜りますようお願い申し上げます。

本号には、森本常務によりまず「わが国の学校歯科保健とアジア諸国」を掲載いたしております。これは、既に広報で報じました本年の事業計画の中に新規事業として「学校歯科医制度70周年、社団法人日本学校歯科医会設立30周年記念事業準備特別委員会の設置」を記しておりますが、その記念事業として、学校歯科保健のアジア大会のようなものが開催できればと存じ、準備特別委員会を設置し、松島副会長を中心に企画、準備等を始めましたので、その前触れとして、会員の皆様にもアジア諸国の実情も知っていただきたくご執筆いただいたものです。

先生方もご承知とは存じますが、わが国の学校歯科保健制度は、歴史と伝統によって確立されたものであり、アジアをはじめ諸外国にはないものですが、制度や組織こそ違えアジア諸国でも学齢期の子ども達を対象にした歯科保健活動は行われております。

2001年の21世紀最初の年が記念の年に当たりますので、「学校歯科保健アジア大会」（仮称）を開催し、相互理解を深め、アジアの子ども達の口腔保健の前進に少しでも寄与できればと思います、委員会で検討を進めておりますので、記念事業につきましては、これからも広報あるいは会誌を通じご報告していただこうと思っております。

また、本号ではこの他に学術論文や学術情報等も学識者にご寄稿願っておりますし、去る5月に文部省と共に主催いたしました「平成11年度歯・口の健康づくり推進指定校連絡協議会」の記事も掲載しており、会員の皆様の学校歯科医として活動のお役に立つ内容となっております。ぜひご精読下さい。

新執行体制となって半年を過ぎた今、各種委員会活動も以前にも増して大変活発に活動していただいております。委員会活動のご報告は、中間答申等が寄せられる今年度末以降になるかと存じますが、これにつきましても本会誌か広報にて、逐次お知らせ申し上げます。

会誌も広報も会員の皆様と本会執行部を結ぶ唯一の手段ですので、ご愛読いただきたくお願い申し上げます。

なお、この場をお借りして会誌や広報を読みやすく改良努力して下さっている編集委員会関係の皆様へ感謝し、会務執行にご協力をいただいている役員ならびに各種委員会委員各位、そしてまた本会を支えて下さる会員諸兄姉に心からの感謝の意を表しまして、巻頭のご挨拶といたします。

- グラビア 平成11年度歯・口の健康に関する図画・ポスターコンクール…………… 1
- 巻頭言 社団法人日本学校歯科医会会長 西連寺愛憲…………… 7

学術特集 …………… 10

- わが国の学校歯科保健とアジア諸国…………… 11
 - 日本学校歯科医会常務理事 ● 日本大学名誉教授 森本 基

- パラダイム・シフトー学校歯科医の自己改革を目指してー…………… 25
 - 徳島大学歯学部小児歯科学講座教授 西野 瑞穂

- 歯科と遺伝子…………… 31
 - 日本大学松戸歯学部小児歯科学講座教授 前田 隆秀

- 小児における歯の外傷の歯科的対応…………… 35
 - 日本大学歯学部小児歯科学教室 中島 一郎

[学術情報]

- 学校歯科医とマウスガードーその2. 熱可塑性マウスガードー…………… 43
 - 明海大学歯学部口腔衛生学教授 安井 利一

寄稿論文 …………… 46

- 「CO (要観察歯) の現状と将来」…………… 46
 - 日本学校歯科医会理事 柘植 紳平

- 都道府県政令市学校保健統計ー日本学校歯科医会作成ー…………… 54

平成11年度歯・口の健康づくり推進指定校連絡協議会 …… 64

- 開催要項/日程・内容…………… 64

講義

- 講義1 「学校における歯・口の健康づくりの進め方」…………… 66
 - ー研究を進めるに当たってー
 - 講師 文部省体育局学校健康教育課教科調査官 戸田 芳雄

- 講義2 「児童生徒の歯・口の健康と食べる機能について」…………… 81
 - 講師 昭和大学歯学部 教授 向井 美恵

実践発表及び研究協議

- 発表 平成11～12年度 歯・口の健康づくり推進指定校 (3校) …… 85
 - 山梨県大月市強瀬小学校教諭 田中 一弘
 - 京都府京都市立修学院第二小学校校長 上西 豊一
 - 佐賀県玄海町立牟形小学校教頭 中山 節子

指導・助言

● 文部省体育局学校健康教育課教科調査官 戸田 芳雄

● 社団法人日本学校歯科医会常務理事 森本 基

参加者の声..... 98

平成10年度全日本学校歯科保健優良校文部大臣賞受賞校「校長の立場から」「学校歯科医の立場から」

埼玉県大宮市立桜木小学校	100
岐阜県瑞浪市立日吉小学校	103
高知県南国市立稲生小学校	106
沖縄県那覇市立城岳小学校	109

投稿 新しい世紀の学校歯科保健活動に向けて 113

● 茨城県歯科医師会学校歯科部長 野堀 幸夫

投稿 学校で行っている歯科保健活動について 120

● ライオン歯科衛生研究所チーフ歯科衛生士 黒川亜紀子

加盟団体活動紹介 青森県（八戸市）・愛知県 123

● スペインの歯科事情..... 126

● 索引・会誌創刊からの推移..... 129

● 加盟団体・日本学校歯科医会役員名簿..... 139

● 編集後記..... 143

表紙は平成11年度図画・ポスターコンクール入選作品より東京都台東区立浅草小学校5年遠藤玲奈さんの作品です。

学術特集

わが国の学校歯科保健とアジア諸国 ……………11

日本学校歯科医会常務理事・日本大学名誉教授 森本 基

◇パラダイム・シフト ……………25

—学校歯科医の自己改革を目指して—

徳島大学歯学部小児歯科学講座教授 西野 瑞穂

◇歯科と遺伝子 ……………31

日本大学松戸歯学部小児歯科学講座教授 前田 隆秀

◇小児における歯の外傷の歯科的対応 ……………35

日本大学歯学部小児歯科教室 中島 一郎

学術情報

◇学校歯科医とマウスガード ……………43

—その2 熱可塑性マウスガード—

明海大学歯学部口腔衛生学教授 安井 利一

寄稿 CO (要観察歯) の現状と将来 ……………46

日本学校歯科医会理事 柘植 紳平

わが国の学校歯科保健と アジア諸国



日本学校歯科医学会常務理事
日本大学名誉教授

森本 基

1 はじめに

学校歯科保健活動を比較し議論を展開しようとする時に、表面的な制度のみで比較してしまうことが多いが、それは正しくないと考えている。少なくとも、その国の歯科医師の状況や歯科保健関係者の状況を基礎に歯科界の発達の歴史をよく考えた上で、その国の歴史、文化、宗教や社会経済的状况をも合わせ考え考察しなくては、その国の学校教育、そして学校保健の制度についても正しくは考察はできないと思う。ましてや、学校歯科保健の制度を考えるとなるとそれぞれの社会背景についても十分に配慮していかななくては本当の姿は見えてこないと考えている。

〔学校歯科保健制度はその国の基準〕

古い話になるが、京都大学の川畑教授が世界を巡られた後に学校保健についての著書を出版された。残念ながら、その本は、今、私の手許にはな

く確認することができないのであるが、私の記憶に明確に残っていることは、その国の学校歯科保健の制度を見ると「その国の保健制度の発達の程度が判る。」と記されていたことである。その国の発達の程度について、どのような価値基準で判断されたのかを確認することはできなかったのであるが、一つの提言として私の心に深く刻まれてきている。

わが国の学校歯科保健の発達についても、そう簡単に結論づけて述べることはそう容易ではないし、この論をアジア諸国にまで広げようとするのであるから事は簡単ではない。従って、本稿においては、わが国の学校歯科保健の発達の経緯を極く簡単に述べ、わが国の歴史を下敷きに、それぞれの国の状況を眺めてみてはいかがと考えている。歴史、文化、宗教、社会経済の状況がそれぞれ異なっている国々の比較は容易にできるものではないことは承知の上でわが国の発達史と対比し

ながら眺めることにしたい。

〔制度としての学校歯科保健を比較してみたい〕

ここで少なくとも大切なことは、その国が一つの制度として実施している学校歯科保健がどうなっているか、どのように展開しているか、実態を比較してみたいと考えている。国によっては何とか制度として活動しているもの、制度の確立に向けて準備に取り掛かっているところもあり、また、うまく統合できず苦しんでいる国もある。そのあたりも十分に意を尽くして紹介できれば有難いと考えている。研究者が研究を目的に進めている学校歯科保健の取組みについてはここではとりあげない。研究から得た提案等があれば、それは総括の中で取り上げてみたいと考えている。

2 わが国の学校歯科発達の足跡

わが国の学校歯科の歴史を眺める前に、少なくともわが国の学校保健の歴史を踏まえ、その上で、学校歯科保健を考えるべきであるが、本稿が学校歯科保健の歴史を論ずるものではないので、仮に、1) 学校歯科黎明時代、2) 学校歯科医制定前時代、3) 学校歯科医(勅令)時代、4) 学校歯科医全配置時代、5) 学校歯科医教育参画時代、と5つの時代に勝手ながら分類して話を展開してみたい。

日本の教育発達の歴史が他国とは同じではないので簡単に比較できないが、特に、アジア諸国とは難しいのであるが互いの意見の交換をしながら、お互いに理解するためには日本の教育発達史と学校歯科保健活動の発展過程を十分に理解してもらった上で議論が成り立つものであり、共通の立場で将来を語るができるのであろう。

それにしても、私は学校歯科保健の歴史を専門的に研究をしたことがない者であるので多くの誤りも犯しているかも知れない、偏見が入っている可能性も高い、勝手な解釈もしているかも知れないが、それらについては後日ご批判をいただきな

がら訂正していきたい。ここは歴史的分類が重要なのではなく、発達の足跡を一つのカテゴリとしてみたいだけである。

1) 学校歯科黎明時代

学校歯科医誕生の歴史の経緯については社団法人日本学校歯科医会50周年記念誌に詳しいので、詳細は譲ることとするが、明治24年に三重県で歯科医師の直頓善五郎が津市の養正小学校の校長の依頼により県下3小学校の歯科検診を行い、翌年にはその結果を歯科雑誌に報告したことが、わが国での歯科医師による学童検診の始まりとされている。そして、これが学童についての齲蝕統計報告の最初のものであると報じられている。

また、明治30年には京都において学校検診が行われたこと、そして、この時代には制度として学校医の設置が決まり、当時の歯科界の有識者を大いに刺激し、学校歯科医制の設置に向けての行動に移らせたことも、新しい時代を志向しての特記すべき歯科界の動きであった。

その後、明治34年に東京でも当時麹町区議会議員であった中原市五郎らの努力によって区内の5つの小学校で歯科検診が行われることになった。

いずれにしても、この時代は、まだ医師法の定められていなかった時代であり医師法制定に向けての新たな運動を活発に展開しなければならなかった時代であった。

学校において歯科検診を行い、学校歯科保健活動としての運動を展開してきたことは正に歯科界黎明の時代のできごとであり、これら活動は歯科医師の社会的向上への活動であり、医師に対しての戦いでもあり、社会における歯科医師の水平運動の始まりでもあったとらえてよいのではないかと考えている。

2) 学校歯科医制定前時代

明治38年に歯科医師法が制定され、歯科医師養成がやっと日本の教育制度の中に正式に位置付け

られることとなったのであるから、道程はまだまだ長く続くのである。

学校の現場では熱心な歯科医師達が活動を続け、徐々に歯科医師の社会的認識を高めていったのである。この流れの中で積極的な歯科医師達は学校に歯科診療機械器具を持ち込み校内治療を始めたのである。この活動は少しずつ広まるとし、諸外国でもこの時代には多く学校歯科診療活動として校内診療の展開から始まったと理解している。

大正14年には青森県が「学校医規則」を制定した。この時に歯科医師に対しても学校における歯科医事について委託することができるという条項が加えられた。このことは我が国での府県レベルで学校における歯科医師の位置付けが正式に初めて認められたことになり、「学校歯科医」という名称も公式に用いられるようになり、その後、徐々に、この考えが他府県にも広がっていった。そして昭和5年には33府県に学校歯科医に関する県訓令が出されるようになった。

この時、機が熟したとして、昭和5年に日本歯科医師会長から文部大臣に対して「学校歯科医に関する建議書」が提出された。

昭和6年6月23日、勅令144号で「学校歯科医及幼稚園歯科医令」が公布され、わが国の学校歯科医としての身分がはじめて正式に制度化されることになった。

3) 学校歯科医（勅令）時代

長い道程ではあったが、やっと念願かなって学校歯科医の身分が認められることになったのであるが、厳密には学校歯科医の必置を規定したのではなく「……置くことを得」という表現でしかなく、道が開かれただけという事でしかなかった。改めて必置に向けての活動を開始することとなった。多くの歯科医達はこの制度の下で必死になって現場での活動を開始し、全国組織設立に向けて動きだしたのである。そして、昭和7年には日本

聯合学校歯科医会の誕生をみることになった。

この時代の学校歯科活動は主として学校に歯科診療施設を設け校内診療を中心に活動を展開するのが一般的であった。保健活動をするというよりは診療の場を学校に移し受診をしやすくした活動から学校歯科医への理解を高めようとする運動の展開であった。なかなか進まない歯科治療を学校の間を借りて実践しながら歯科についての関心を高めていくという取組みであったことは否めない。

この時に学校歯科医職務規程に示される「予防処置」についての疑義が提起され、文部省から学校歯科医職務規程に示される予防処置の範囲が、日本歯科医師会との了解を得たうえのことであったと考えられるが、「概ね歯牙の清掃、鍍銀法、乳歯の抜歯、初期齲蝕の処置および充填等、真に予防上必要なる程度」とされ、この考え方が長く学校における予防処置の概念として受継がれることとなった。ここに学校歯科保健活動としての保健管理の一部に立脚した活動の展開が可能となったのである。

そしてその上に、学校歯科保健活動の拡充を目指して保健教育の中にかに学校歯科を展開させるかについて取組むこととなり、小学校2年生の国語の中に「むしば」が取り入れられ、また、2年生の修身に歯口清掃のことが取り入れられることになった。

この時、わが国は、日中事変の泥沼化の中であり学校保健も富国強兵策の一貫の中に位置付けられることになり、保健管理面での重要性がますます大きくなってきたのである。そして、昭和16年には公教育が国民学校制度となり、教科、体練科の中の項目「身体の清潔」に「口腔の清掃」が正式に取り入れられ国民学校初等科1年生から高等科2年生まで教えられることとなった。しかし、現実には、日中事変が太平洋戦争と拡大されることとなり、学校の現場では、このような教育が実際に行われたかは疑わしい。実際、私がこの時代に小学校教育を受けていたのであるが、記憶は定

かではないとしても数年間に1回だけ大学生と思われるような人によって歯の検査を受けた記憶が残っているだけである。全てが戦争に向けての時代であったと記憶している。

実は、アメリカにおいても、この時代には徴兵制度が始まり、大きな歯科保健問題との遭遇があり、歯科保健への取組みの必要性を経験しており、戦後になってからの歯科保健への取組みに大きく彼我の差が生じたことについても別な機会に明らかにしておく必要があると考えている。

この時代は、身分の位置付けは確かに明確にはなったが本当の意味では何も具体的な進展は無かった時代としておいてよさそうである。

4) 学校歯科医全配置時代

学校歯科医の身分が決まってから、学校歯科医が必置性となるまでは、戦中戦後を通じて27年間を要した。昭和33年に学校保健法が制定されるまでの時間が必要であった。

太平洋戦争後のわが国の大変革についてはここで述べる必要もないことであるが、新憲法の下、教育基本法が誕生し、学校教育法が制定され教育改革が進む中で、学校保健も制度としてはすぐには明確にはならなかったが徐々に新しい道が開かれてきたのである。壊滅状態にあったわが国の学校保健制度、学校歯科保健制度を含めて充実させるためには多くの時間を要したのである。

[むし歯半減運動をスタート]

この間に、学校身体検査規程が制定され、この中で「学徒歯牙検査票」の様式が定められ全国で使用されるようになったことは、後々の学校歯科保健活動の充実発展に多いに役立ったものである。この頃は文部省も積極的に研修会を開催して学校歯科保健の充実を図ってきたのである。また、日本学校歯科医会は新しい学校保健を進展させるための活動を並行して展開してきた。すなわち、その一つに昭和30年の「むし歯半減運動」があり、文部省もこの運動を支えるために「学校

の児童生徒のう歯予防の徹底について」の通牒を翌年には出して活性化を支援してくれている。このような背景の中で、新しい学校歯科保健活動を目指して日本学校歯科医会の活動を通じて戦後の充実が徐々に図られてきた。

学校教育法が成立してから10年余は経っていたが昭和33年に学校保健法が制定され学校歯科医の必置が名実ともになえられた。この時に改正された「小学校学習指導要領」に保健教育についての新しい指針が示されており、学校歯科保健がただ保健管理面での活動展開ではなく教育面への志向も強まってきたのである。つまり、学校での予防処置を中心とした展開ではなく、むしろ校内での予防処置ではなく、健康診断後の治療の指示に重点をおくような方向付けに転換が図られることになった。このことは学校保健法第7条の健康診断後の事後措置に重点をおいた「治療の指示」にシフトすることとなった。この実現はより教育を重視して取り組まなくては成果が期待できないこととなり、教育活動、特に、特別活動の中での保健指導に重点がおかれるようになってきたのである。この時に学習指導要領の中に「保健に関する事項の指導は、各教科、道徳、特別教育活動および学校行事などの教育活動全体を通じて行うものとする」と記し、保健教育の方向を明確に示したのである。ここに日本学校歯科医会の活動展開も「管理と指導の調和」を強調した運動を転換し強化してきたのである。

この制度の変革を通じて保健管理面での活動が弱まることは致し方ないことでもあったが、それ以上に、社会保険の拡充に伴って歯科医師は多忙を極めることとなり、歯科医療への要望に十分に応えられなくなり、世間から、また、マスコミを通じての歯科医師、歯科医療批判の声が極めて大きくなった。この時期、昭和52年には国会でも児童生徒の歯科保健対策が提起され、文部省も改めて取組みを考え直さなくてはならないこととなった。

ここに文部省から昭和53年に「小学校 歯の保健指導の手引」が作成され、発行されることとなった。

5) 学校歯科医教育参画時代

昭和52年の「小学校学習指導要領」の改定が、ゆとりのある教育を主眼とした考えの上に立ったものであり、健康診断を教育の立場からは学校行事の中に位置付けることになり、学校保健の教育指向は一段と強くなってきたのである。

昭和53年には、学習指導要領の改定とにらみ合わせて文部省から「小学校 歯の保健指導の手引」が慎重に検討され、白表紙を作成して世の批判を受けてから、発行されることになった。この趣旨の徹底を図るために昭和53年度から「むし歯予防推進指定校」の研究活動も同時に開始されることとなり、この研究活動は時代を経て現在では「歯・口の健康づくり推進指定校」と変更して研究が今なお継続されている。これは既に20年を経た息の長い研究活動である。これら研究活動の素晴らしい成果については、既に多く発表がなされているのでここでは触れないが、その成果たるや研究を始める前には予測できなかった大きなものである。平成4年に改定された「小学校 歯の保健指導の手引」の中には、これら成果が十二分に生かされている。

〔小学校 歯の保健指導の手引〕を改定

これらの活動は単に歯科保健領域だけではなく指導の心身の発育成長にまで大きく影響することを教えられ驚いているところである。口のなかの状況は、ただむし歯に限らず、あらゆる状況が自分の目で確認できるということが保健活動にとって重要であり、自己の保健上の問題点を見つけ出すことができる、即ち、「保健活動としての問題発見・問題解決」にこれほど役立つものはないということが多くの学校保健関係者に認められたことは大きい。

そして、総合的な歯科保健活動との取組みが学

校全体を明るくし、健康の向上に役立ち、しかも、学校の教育目標の達成に大いに貢献することを証明することとなり、より学校歯科保健活動との積極的な取り組みが強化されることになったと考えている。

そして、平成7年度の歯・口腔の健康診断の改定は、正に、これまでの教育現場での実践経験に基づいて改定されたものである。従って、長く日常の学校歯科保健活動と取り組んできた学校においてはこの健康診断の改定は何ら苦勞することなく導入され、学校歯科保健活動の活性化に役立っている。

3 学校歯科保健制度の類型

ここで学校歯科保健の制度についてまとめておきたい。社会において、ある制度ができあがってくる段階には様々な過程がある。その進展の状況は夫々の国や地域の特長、特性とも関連の深いものである。

わが国に早い時期から知られてきたストラスブールの学校歯科診療所、ニューヨーク、ロチェスターの学校歯科診療所や豊田実が紹介したドイツでの学校歯科診療所等、その国のおかれている状況によって学校歯科保健の取り組みも様々であったし、これが発達してきた段階によっても地方分権の進み具合によっても夫々独自の方法によって進められてきているところである。

このような立場から考えて、先ず、初期にあっちはいずれの場合にも学校での処置対策から始まるのが一般的であったのだと考えている。

アジア諸国を眺めてみて色々なタイプがあり、それが国の制度となっているもの、まだ制度としては確立していないもの様々であり、夫々の状況によって組み合わせが様々であることから類型として示すことは容易ではない。しかし、ここでの論を進めるに当たって適切であるという自信はないが、現在、夫々の国によって取り組まれている様

相から、どのような制度として分類できるか類型として示しておきたい。

現在、学校歯科保健活動（保健管理）の展開は、アジア地域では、次に示す5つの形式があると考えている。その上に歯科保健教育や保健指導や様々な形で取組まれていても実践活動は色々と異なっていると思っているのである。

- 1) 常勤の学校歯科看護婦によって行われているタイプ
- 2) 非常勤の歯科医師（学校歯科医）によって進められているタイプ
- 3) 学校の教員が主となり地域保健の中で展開しているタイプ
- 4) 常勤の歯科医師により地域保健として行われているタイプ
- 5) 上記の活動を種々に組み合わせたタイプ

夫々について解説を加えながら新しい時代に向けての活動の方向性についても考察を加えてみたい。

- 1) 常勤の学校歯科看護婦によって行われているタイプ

歯科医師が少なくて歯科医療が行き届かないことからニュージーランドの方式を取り入れた制度であってアジア諸国の多くが先ず取り入れた方式といってよい。現在でも基本的な形を継続しているのがマレーシアとスリランカである。

マレーシアは今年の6月に学校歯科保健活動50周年を記念してお祝いをしているし、スリランカでもすでに30年近い歴史をもっている。呼び方であるが日本ではニュージーランドの school dental nurse を学校歯科看護婦と訳して用いているが、国によっては dental therapist 歯科療法士と呼んでいるところも少なくない。いずれも彼女らが行っている職務内容には大きな差はないと考えておいてよい。

教育年限も教育内容も夫々の国の事情によって若干異なっているがマレーシアでは3年間（地域での実習を含めて）でありスリランカでは2年間

の教育期間である。その他のアジア諸国でも歯科看護婦（歯科治療士）が活躍しているが、その内のかなりの部分はニュージーランドで教育を受けて帰国して職についている例が多い。それはニュージーランドがある時期から自国での養成数を減らした折に始めた教育協定によって進められてきているものである。かつての英連邦のなかで進められてきた教育協力体制といえるものである。シンガポールや香港が学校歯科看護婦を導入してきた方法である。しかし、これらの両者は決してニュージーランドのオリジナルの形をそのまま導入することなく、夫々の地域に合った方法で取り組んで成果を上げてきている。

この制度もいずれの国にあっても、ある時代には非常に適合した制度であったとしても何時までもそのままであってよい訳はなく、その国にあった制度として調整しながら進めてきているものと考察をしている。

- 2) 非常勤の歯科医師によって行われているタイプ

このタイプは正に日本で方法であり、日本が近代化して以来とってきた個人開業医制によるわが国の特性によって進められてきた独自の方法といえることができる。実は、わが国の医師対人口比、歯科医師対人口比の非常に低かった時代から今日までわが国の土壌に合わせて育ててきた方法で他に例をみないものである。長い経験を通じて私は素晴らしい方法であると考えているが、なかなか外国の人々には理解しにくい制度のようである。そればかりでなく日本人の間でももっと合理的な方法はあるはずであると考えている人も少なくないのが現状であると思われる。それが、医師も歯科医師も、今日のように増加して需給問題がある意味での社会問題化している状況下において、分離し専門化していくことが合理化であると考え人達がいても不思議ではない。

しかし、医師、歯科医師の専門性を高め、独立

させて専門性をいかすのではなく、現状を原則として認めて、夫々の専門性を高めていくことが少なくともわが国の土壌にはマッチしている方法と考えている。勿論、未来永劫このままで良いというのではなく時代時代に応じて制度のマイナーチェンジは怠っていけないと考えるのは当然である。

そして、できることなら歯科医師数がある程度まで充足してきている国においては、わが国の方式が、かなり適切であり我田引水ながら、導入されてもよいのではないかと考えている。わが国の国民皆保険の実現も、世界第一位の長寿国も個人開業医制を基本にした仕組みの成果とみるべきものであることを強調しておきたい。

3) 学校の教員が主となり地域保健の中で展開しているタイプ

この方式が保健管理面に純然たる方法で実践されているところはあまりないと考えているが、歯科医師数が全体に少なく学校の現場に頻りにやってくるのが困難である場合に取得する方法であり、ある意味では過度的方法であるのかも知れないと考えている。

実際にはタイの地方で経験したのであるが学校歯科保健活動の展開を児童生徒の歯・口の健康診断のしかたを研修してきた学級担任によって口腔診査が行われていた。健康診査の現場で直接的な保健指導も受診のための指導も行うという方式である。

現在、タイでは地方での歯科医師不足に悩んでおり、歯科医師養成に努めているとはいえ、そう簡単には動員ができないことから、地方での歯科医師充足のため卒業後の3年間は地域で活動することを義務づけており、地域における歯科医療保健の充実に取り組んでいる。このようにして地域病院、地区病院、地区医療センターという仕組みを用い、そして歯科医師を充実させながら、地域と学校との連携をもうまくとりながら進めている

のが現状である。

この方式は、かなりアジアで途上の地域に適應できそうである。ただ、途上国の全てに應用できるものではなく教員養成がかなり積極的に行われ、ある程度以上に進んだ国でなくてはうまく適應しないであろうし、教員に保健の重要性を、歯科保健をも含めて教育されていなくてはならないと考えるのである。

アジアのいずれの国にあっても国立の教員養成大学、殆どが4年制、があり、教員のレベルはかなり高いことが考えられる。これら教員が小学校教育と保健、特に、歯科保健と学校教育目標との達成との関連性の理解が得られるならば学校歯科保健活動の活性化は相当程度に期待できることは確かである。わが国の「むし歯予防推進指定校」での研究成果を伝えることができるならば今までとは違った意味での発展と充実がみられるものと確信している。

4) 常勤の歯科医師により地域保健として行われているタイプ

この方式は、北欧で広く一般化していた方式と考えてよく歯科医師数がかかなり充足しており、公務員としての歯科医師がかかなり活動できる地域に適した方法とされてきていた。従って、アジア諸国にはやや採用し難い方法であったはずであるが、今、アジアで歯科医療の普及を目指して地区病院や地区診療所の充実を図りながら進めてきている国にあっては、この方式が考えられてきているように思われる。新しい途上国タイプとして展開も可能であると考えている。現場でみる限り、まだ十分には整理されてはいないが私自身がチャンマーで体験して、これが将来どうなっていくか興味をもてる活動の方式であると考えているところである。この方式が全てもうまくいっているとは思えないが、関心の高い歯科医師の取組みには地域、特に、地域の母親を取り込んだ活動の将来性は大きなものと思っている。タイでの方式も見方

によっては同じであるが主体の中心が違っている点で異なった方式と考えるべきであろうと考えている。

今まで、学校歯科療法士（学校歯科看護婦）を中心に展開してきたスリランカの学校歯科保健の在り方にも再検討の必要性がでてきているようであり、全国的に公務員としての歯科医師が活躍しているだけに、この方式に変えざるを得ないことになるかもしれないと考えているところである。

5) 以上述べてきた全てのタイプの組み合わせによる複合タイプの可能性がある。しかしここでは触れないでおく。

以上、類型としての学校歯科保健の在り方を、一応、示したのであるが、これでアジア学校歯科保健の全体を言い表したとは言えない。現実には、夫々の国がこれらを組み合わせた形で進めており、その進め方も試行錯誤の中にあって適切と考えられる方式にどんどん変えて実践しているのが実態といえる。それは制度として固まっていないからであるかも知れないし、必要に応じてどんどん変えていくという実践主義が大事であるのかもしれない。日本があまりにも一つの制度ができると変えずに進めているから余所が変化が激しいと目に映るのかも知れない。

かつて、タイのチェンマイでWHOの支援を受けながら口腔保健のインターカントリーセンターが活発な研究活動を続けてきていた。そこでの研究成果の報告を聞いたことがある人が少なからずいるに違いないが、これらの報告と同様なことが現在タイで行われているかという点、全くと言う程違っており、提案されていた活動は極く辺地でのみ行われているのかも知れないと考えている。その後タイの社会経済状態は大きく好転を示していることからむしろ積極的に現実に照らして取り組んでいると言ったほうが正しいのかも知れないと思っている。

その点では、わが国が他のアジアの国と比較して国土の広さの割合に人口の割合が大きいことか

らか、一旦決めたことを変えることはなかなか難しく、制度の変更をしない国である。その点では、かなり保守的な国であると思われるのではない。

4 アジア諸国における学校歯科保健の実際

アジアの全ての国についてここで述べる訳にはいかないで、いくつかの国、あるいは地域を抜き出して書いてみたい。かつて、私が「アジア歯科事情」と題する著書を出版した。その時にも書いたことであるが、一つの国の事情などを書いて、出版するような場合には、そのことは既に古くなって、過去のことであることが少なくない。誤りを指摘してほしいと読者をお願いしたしいである。ここに書き示すことも同じである。また、一つの制度であっても一つの国の中で全く同じに行われていることが決して多くはないのである。そこが制度も生き物であり、常に変化し続けるものとして捕らえておくことが大事であるかも知れないと考えている。

a) マレーシアの学校歯科事情

マレーシアは今年の6月に学校歯科50周年記念事業を行ったと、先に書いた。マレーシアは歯科医師の極めて少ない国であり、それに対して人口の大きい国であるだけに早くから学校歯科保健の在り方を考え取り組んできた国であると言える。いち早くニュージーランドの方式を取り入れ、自国の実態に合わせて組み立てた国として評価されている。

3年間の教育には、約1年の実地体験も踏まえて、どの様な辺地へ行っても予防活動、初期治療活動、保健教育活動等ができるよう教育されているし、同時に養成されている歯科技工士は、単に歯科技工物の製作を専門とする職種ではなく歯科機械の整備、修理のできる専門家として必須の

チームメイトとして教育され、訓練されている。

〔国の制度の充実への歩み〕

マレーシアが〔8020〕を目途にした活動を積極的に取組んでいる国であるだけに歯科領域に関しても大きな進歩を遂げつつあることも見逃せない。最近の資料を見ても、歯科医師は、人口対比で1:11,760と、まだまだ十分ではないが歯科医師養成の施設を新設して自前で充足を図っている。実際の歯科医師数は、公的な勤務者738人、個人開業医は1,062人の、合計1,800人である。これに対して歯科看護婦は1,288人になっており1970年代に比べると4倍強にまでなっている。学校歯科診療所は671か所であり、1970年代に比較して5倍強となり、学校歯科保健の中心的役割をもっている学校歯科センターが21か所設置されており、1970年代に比べ4倍弱である。

〔管理と教育の統合への途〕

今、マレーシアでは20歳以下の43%は学校歯科保健制度の下にあり、より充実させるための努力を続けているところであるとのことである。1995年に国の制度として歯科保健を全ての児童生徒に普及させると決めて、できるだけ早く実現するよう努めている。そして、児童が学校を去る時には歯科的には満足できるよう積み上げていくようにしたいとしている。このことを決めてから児童の口腔保健状態は徐々にではあるが改善を示していることが報告されている。学校歯科保健活動を推進してきた経緯から、学齢期前の幼児に対しても何らかの取組みをしなくてはならないと1984年に決めて、予防教育と啓蒙運動を近くの地域歯科診療所で行うようにしてきている。このことは文部省を通じて100%近くの幼児が取り込まれてきていることが報告されている。

現在、歯科保健活動が厚生省の管轄だけでなく文部省とも共に進めるようになってきており保健管理だけでなく保健教育活動も含めた活動の展開が可能となる時期が近付いてきているように観察している。

b) シンガポールの学校歯科事情

シンガポールはマレーシアから1965年に独立した若い国である。歯科医師養成としてはシンガポール大学でマラヤ全ての歯科医師養成が行われてきたがクアラルンプールにマラヤ大学歯学部が設立されてから専らシンガポール人が入学するようになった。

シンガポールの医療制度は古くから英国の影響を受けており、かなり進んできていた。公衆衛生としての歯科保健制度は、特に第2次大戦以降により充実を示してきたし、児童の歯科保健活動の取り組みから歯科保健に対する認識も行動も非常に進んできていた。その上、水道水のフッ化物添加も実施されることにより世界の中で最高と元WHOのバームス博士をして言わしめてきた国である。

〔社会保障の中で完成へ〕

シンガポール政府の表現をかりると、シンガポールの学校歯科保健サービスは幼稚園児から大学に入る年齢までは無料での歯科サービスを、十分に訓練を受けた歯科看護婦、歯科療法士、歯科医師等によって行われているとされている。受診の場所も、自分の学校歯科診療所でも移動歯科診療車でも、最寄りの学校歯科診療所でも受けられ、学校歯科センターでも受けられるとしている。実際に学校歯科診療所も200か所もあると言われており住民にとって全く不自由しない状況下にあるとすることができる。

そして、これを受けるということは、

歯や歯肉の適切な養生法(ケア)を学ぶことができる

口腔保健の適切な習慣や食事法を学ぶことができる

定期的な口腔の定期健康診査が受けられる

定期的に歯の清掃と歯を磨き上げてもらえる

そして、歯科疾患が見つかったと早期に治療が受けられる

とすることを謳い文句に活動を続けられているこ

とは羨ましいかぎりである。

シンガポールでは、これら運動を展開し、時代に適合させながら進めてきている。人的資源についても時代に沿って巧く適合させながら活動を展開している国と言えそうである。

シンガポールの人口はアジアの他の国よりもずっと少ないので、時代の変化を早く巧みに取り入れて制度を社会に適合させていかななくては間に合わない国である。この辺りは非常に合理的に素早く対応していることがうかがえるのである。

制度的にも素晴らしいものをもっており、対応も素早いことから、現在の歯科保健制度を成り立たせていると言っても過言ではないと言えよう。他国がこれをそのまま真似ることはできないが取り組み方や合理的な考え方は学ぶことが少なくないと考えている。

c) スリランカの学校歯科事情

スリランカは自らの国として独立するまで、マルコポーロの時代から美しい富の国として注目されながら、諸外国に統治され苦しんだ歴史をもっている。特に、オランダや英国の影響を強くうけながら仏教的習慣の上に今日の文化をつくり上げてきている。従って、歯科医学に関しても英国の影響を強く受け今日に至っている。

しかし、歯科医師数は全国民をカバーするには十分ではなくニュージーランド型の学校歯科看護婦の導入を図り1955年より学校歯科診療所を設立しながら、学校歯科保健活動を開始してきている。当初、ニュージーランドから校長を招聘し開校した。2年間の教育課程で行っており、卒業後は全て公務員となって保健省に属して活動をする。スリランカでは therapist の表現を用いているので私は学校歯科療法士の訳語を用いることにしている。

[学校歯科療法士の発展と充実]

現在では学校歯科療法士も500人を越す数となり全国的な広がりです約300か所の学校歯科診療所

が活動しており、スリランカは歯科医師は指導・監督にあたるだけで実践は専ら学校歯科療法士によって指導、予防処置、早期歯科治療が行われている国である。

学校歯科療法士による主たる活動の内容は、

1) 刷掃指導を含む口腔保健指導、2) 齲蝕の充填、3) 乳歯の抜歯等である。勿論、全ての治療費は無料である。

なお、スリランカの歯科医師の80%は公務員歯科医師で、夫々地域診療所で診療活動に従事しているため、この診療所と連携をして活動は展開されている。直接の指導・監督は保健省直属の指導歯科医師によって行われている。ある時、これら指導歯科医師の研修会に参加する機会があったが真剣に熱心に討議を行っていたのが非常に印象的であった。

全ての地域に学校歯科診療所がもてるような規模の学校が設置されているわけではないので、辺地に対しては公衆衛生の一貫として大型の歯科診療車や、時にはジープを用いた移動診療班によってカバーされている。また、スリランカの特長として、地域にあっては僧侶が子供たちの生活面での指導にあたり歯磨き指導も積極的にこなっていて地域ぐるみの活動として行われていると考えてよい。

しかし、スリランカでは、まだまだ解決しなければならない国内問題をかかえており苦慮しているようである。詳細は解らないが最近になり歯科医師と学校歯科診療士との間に問題が生じていると聞いている。かつて、ニュージーランドであった資格闘争としての法律論争まで発展しなければよいと案じているところである。

d) タイの学校歯科事情

1997年に発生した通貨危機が経済危機にまで発展したタイはあらゆる面で相当の打撃を受けたことは確かであり、タイ社会の発展に大きなブレーキとなったことは間違いない。アジアの中で途上

国のリーダーとしてのショックは非常に大きかったものと推察している。

その意味では歯科保健活動への影響も少なからずあったことを現地で体験してきたが、翌1998年には国民からの強い要請により総需要抑制策の緊急政策から積極政策への転換が大きく動きだしてきていると感じている。まだまだ我々の目からみて十分ではないが歯科保健の領域でも積極的な取組みが見えてきているし、歯科医師養成の点からではわが国を超えているところも少なからず見えてきているところである。

[歯科保健への国の取り組み]

さて、このタイであるが、まだまだ歯科保健医療関係者は十分ではなく、どのようにしてこれを進めていくのかまだ途上であることを前提に紹介しておきたい。

タイでは1940年に自前の歯科医師養成を始め、25年経った1965年に教育を受けた歯科医師はわずか594名でしかなかった。しかもその多くは大都市に集中しており国全体としては無歯科医地区だらけという状況にあった。その後、積極的に歯科医師養成に取組み現在では6つの大学歯学部で年間350名程の養成が行われており、しかも、卒業後の3年間は歯科医療の恵まれていない地方にだけ歯科保健医療活動に従事することを公衆衛生省と大学教育省が合意して義務付けている。このことによって地域における歯科保健活動は活発化しているし、口腔保健状態も年々改善を示している。

現在、タイでの歯科保健関係者は、歯科医師を始め、歯科衛生士、歯科看護婦（ニュージーランド型）、訓練を受けた歯科補助者と様々である。マンパワーの不足分をこれら職種をうまく活用して歯科保健活動を展開しているのが実情である。

[学級担任が活躍]

ある地方の小学校を訪問したことがある。そこでは地方の保健所で歯科保健の訓練を受けた学級担任が児童の口腔診査を行っており、その結果に

対して、保健指導する者、地域の公立診療所に受診させる者をスクリーニングしていた。そこにいるマンパワーを十二分に生かして効果を上げるよう取り組んでいるのが現状といえることができる。10年程前に訪問して聞いたことと現在を比較しても、随分と向上してきていることを痛感している。

タイでの最近の歯科大学の教育課程をみると、より地域を配慮して活動のできる歯科医師養成に取り組んでいることがうかがえ、将来を楽しみにしているところである。現実には適合させて弾力的に教育を組立てているあたりについては我々も学ぶところが少なくないと知っておくべきであろう。

学校歯科保健の現状は、充足されているマンパワーによって夫々を有効に組み合わせ活動しているというのが実情であるといえよう。そして、徐々に専門職が育っていく段階でどのような制度作りが進んでくるか楽しみなどところである。

e) ミャンマーの学校歯科事情

ミャンマーは複雑な歴史をたどりながらやっと1964年になってから歯科医師養成が始まった若い国であり、その後も複雑な政治状況の下で苦労している国である。

現在、約1,200名の歯科医師が社会で活躍しており、その内の約30%は公務員として地域の公衆衛生局長の下で保健センターで地域医療と学校保健に活躍をしている。

ミャンマー政府の歯科保健部門は、歯科保健関係者が全く不足する中で歯科保健をどのように展開するかをWHOの指導を得てプライマリ・オラル・ヘルスケア計画を如何に進めることが最も適切であるかの研究に取り組んできている。研究は研究として歯科保健を地域保健計画の中に位置付け母子保健、栄養計画、学校保健等々と全体計画として進めてきている。しかし、何と言っても人的資源不足の中で進める活動であるだけに、如何に

保健医療関係者を動員し活用するかが重要な課題となっている。

[全ての保健関係者の協力]

口腔保健と取組むことに対しては経験をしないうちは「なんだ歯科か」と言ってあまり積極的に取組まず過ごすのであるが、日本でも多くの事例が証明しているように障害者と取組んだり、寝たきりの高齢者と取組んだりして経験を積んだ人々は口腔保健、オーラルケアとの取組みの喜びを知ると非常に積極的になってくるのがふつうである。ミャンマーでは基本的に人的資源が不足していることからあらゆる人々に教育を今始めているところである。私も参加して経験をしているが専門職として教育を受けている看護婦も保健婦もまた、学校の教員も、保健医療に関係のない一般の人々も熱心に研修に参加している。

これらの指導者は、勿論、中央からの専門家もいるのは当然であるが、中心となって進めているのが管理面では公衆衛生専門家、そして、口腔保健に関しては地元の保健センターの歯科医師、地域で活動を続けている人達だけに既に人間関係のできていることから研修は非常にスムーズに和やかに進められているし、成果も大きいのではないかと見ている。

地域の人の輪をより大きく広げて地域活動に展開を試みていることが今後どの様に成果を上げていくか興味のあるところである。

現在、まだまだ未発達であるが、目途として進めているのは、歯科医療を理解し、馴染ませるためには、先ず、緊急処置対策であり、地域の保健センターの歯科医師の取組みは非常に大事である。そして、その上で、口腔保健予防対策を具体的に立てて取組むかである。口腔診査を実施している場面でも学級担任はじっと見つめているし、母親達もやってきて質問をしている姿を微笑ましく眺めたのは暫くぶりのことであった。

そして、何とかセルフケアの確立にまで持って行くのが狙いである。容易に解決するとは思えな

いが年毎に改善し進んでいくことを期待し、眺めているところである。

f) 台湾の学校歯科事情

台湾の歯科事情は、国としての制度の基礎は第二次大戦前に日本が路線を敷いただけに戦後50年経っていても異質に感ずるところはない。そして、歯科保健医療に関しては、大戦前に日本で歯科医学の教育を受けた歯科医師によって進められただけに基本的には日本の制度と同根と考えて間違いないだろう。現在、活躍している歯科医師、大学の教授連には卒後の研修や大学院での研究生生活を送った先生方が多いので日本の事がかかり導入されているといえる。今では日本と同じではないが社会保険制度が導入されており共通の問題を多く抱えていると思われる。

学校歯科保健の制度を含めて、歯科医師に政府の中で活躍する場が与えられていないことから歯科の問題を行政の中で議論されないのでは何とかこれを実現させたいと多くの歯科医師達は頑張っているところのようである。それだけに現在は行政保健医療の行政の場で活躍している人達との連携をとりながら歯科保健の普及に努めているのが現状である。

[学校歯科保健の確立への取組み]

従って、台湾には制度としての学校歯科保健はないと言える。だから、全く学校歯科保健活動が無いかと言えばそうではない。台湾の歯科医師会は学校歯科保健としての普及啓発事業は行っているし、大学の一部かも知れないが社会に関心の高い教授連は公衆衛生活動に取組んで活動を続けている。

台湾における口腔保健活動として取組んでいる方向は、次の4つであろう。

先ず、第1は、口腔保健促進活動計画である。この活動は小学生の口腔保健状態の改善、向上を目指した活動で学校での刷掃指導やブラッシング指導を地域の歯科医師が学級担任や父母の指導を

含めて人材育成に努めながらの活動を展開していることである。

幸いにも、この表彰のための全国的な集まりに参加する機会を得たのであるが、大変な規模と努力であった。それは全国から代表、約40校、の小学校が児童5人、教師1、それにできれば学校歯科医が参加したチームで2日間の日程で発表したり診査を受けたりするのである。審査は、口腔診査、ブラッシングの実際の診査、口腔保健についての知識の試験、口腔保健に関する自ら取組んだ事に関する論文（感想文と言うべきか）の全てをチーム全体で受けるのであるから大変な時間と労力が必要であった。そして順位を決めていく手順を経て表彰となるのであるから学校関係者も父兄も、それに係わった歯科医師も力が入るのは当然であった。また、翌日には夫々の学校が口腔保健普及のためのコント（小芝居）を発表するのであるから盛り沢山、終わる頃には疲労困憊になったのではないかと思っている。そこで、直接、全員で調べ、表彰するような事は日本ではあまり多くないのでささか驚きであったことは確かである。このような歯科保健活動を通じて学校での正式の行事として認められたそうである。2番目には、齲蝕予防を現在より30%減少させることを目的として小学生を対象にフッ化物による洗口を進めている。実践成績については報告がされていないので状況は把握されていない。

3番目には、歯周疾患予防を進めるための社会への衆知活動をパンフレット等を用いて活動を行ってきているが、痛みを伴わない疾病であるだけになかなか難しいものである。そこで、よりこの活動の徹底化を図るために歯科医師教育も合わせて行うことにしている。それは、現在、広く用いられているCPITNを、先ず、普及させることが最も重要であると考え歯科医師の研修を行い口腔診査や保健指導の徹底を図っている。

4番目には、禁煙予防計画がある。禁煙は多くの病気の誘因や原因となり、特に、成人の慢性疾

患予防には禁煙から始めることが極めて重要である。そこで、歯科医師としては歯周疾患予防は勿論のこと、その他の疾病予防としても禁煙予防と取り組むことは、色々な人々と治療目的以外でも会う機会が多いので歯科医師が進める禁煙予防は大きな意味をもつことを強調して指導をしている。

今、禁煙運動を台湾のいろいろな場面で進めようとしていることは、たまたまアメリカから禁煙運動の中心人物を呼んで講演をもっていたことは、私にとっては意外な所で旧知に会えて非常に嬉しかったのであるが、驚きでもあった。

いずれにしても台湾では行政の場に歯科医師がおらず歯科保健を進めていくためにもどうしても歯科医師をおき、歯科保健を勧めることを悲願としていることは確かである。その方法が適切であるかどうかは別にして、大きく政治的な働きを進めていることも確かである。活動を見ていると政治家との話合いを重視しながら、行政官とも連携をとって活動を積極的に進めてきているようである。

近いうちに可なりしっかりした口腔保健の制度ができあがってくるのではないかと期待をしているところである。

5 むすびとして

制度としての学校歯科保健を対比しながら眺めるのが本稿の狙いであったはずであるが、その目的は必ずしも達していない。1つの国の制度を他の国の制度と比較してみることの難しさを痛感している。特に、アジア諸国を眺めてみた時にわが国と同じような国の制度として学校歯科保健制度ができあがっている国は1つもないということである。夫々の国にはかつて支配的であった国の影響が強く残っているということである。

わが国の制度も先に述べたように、決して早くから築き上げられてきたものではなく、確立されていたわけでもない。時代の変遷とともに社会が

変化し教育制度の在り方も社会の変遷に伴って変化してきているのである。

その国には、その国の歴史があり、社会があり、宗教があり、それらをもとに文化が築きあげられている。この視点を外して社会の機構を眺めると大いに失敗してしまうのである。夫々の国の社会制度、歯科保健で言うならば、そこにいる歯科保健医療関係者、また、公衆衛生関係者というべきか地域保健関係者を始め、ボランティア活動の人々がどのように係わり合っているかをみてからでなくては批判、勿論、考察すら加えにくいものであることを忘れてはならないと考えている。

わが国の発展の歴史を基礎として諸外国の制度が、その国がおかれてきた状況とどう絡み合って成立ってきたのか、今後どのようにしていけばよいのか、お互いの十分な理解の上に立って話し合

うことができたならば、どんなにか楽しく有意義であるかと考えている。

どうも、私共はでき上がっている仕組みを見て善し悪しを判断してしまいがちである。その仕組みがで上がる過程、社会的な変遷の背景がどうであったかについては忘れてはならないと思うし、比較の基準、物差しをもって比較してみる必要があることを忘れてはならない。

これから、我々が考え、議論し、求めていくことは、夫々の国の制度の確立を目指すことも大事であるが、それ以上に大切なことは、如何にその国の児童生徒の口腔保健を守り、向上させていくかで、先ず、評価しなくてはならないことを忘れてはならないことも重要なことであることを強調して本稿を終わらせたい。



パラダイム・シフト —— 学校歯科医の自己改革 を目指して ——

徳島大学歯学部小児歯科学講座教授 西野瑞穂

パラダイム・シフト

近年、世界的動向として、政府が疾病対策ではなく、広範な健康増進、福祉事業による生活の質（QOL）の向上を目指す健康政策へと大きく方向転換したが、それには、「地域社会の個人または家族の自助と自決の精神に基づくプライマリヘルスケアが国家ヘルスシステムの中で“中心機能であり、最大の焦点である”」とした1978年のアルマ・アタ宣言（WHO, UNICEF 共催による国際会議）に負うところが大きい。

人間のQOLを保つという役割を果たすのに、従来型の医療は疾病や症状を治すというフィードバック的癒しの技（Art of healing）であったが、先行予測（フィードフォワード）的予防へ、リスク管理という視点から発想した Art of QOL へと医療そのものが大きくパラダイム・シフトしたのである¹⁾。

パラダイムという言葉は、本来は科学史の分野で用いられる用語で、一人の天才が発見した革新的な原理・原則によって、従来の学問・学理の体系、考え方の枠組みが構造的に変化してしまうことをパラダイムの変換という。例えば天動説からガリレイの地動説へ、ダーウィンの種の起源による進化論、古典的物理学からアインシュタインの

相対性理論へなどが代表的なものである。パラダイム・シフトという用語は、科学史以外にも転用され、明日は今日の単なる延長上にあるのではなく、不連続的な、あるいは構造的な変化が起こったという意味に用いられる。ものごとの構造的変化というものは、その渦中にあると、それがいつ始まったのか自覚できないことが多い。変化は着実に、かつ急速に進んでいるのだが、多くの人々はそれに気付かぬまま日常的な対策のみを追い続ける。しかし、そのようなことでは事態の変化に間に合わず、破局を迎えてから始めて構造的変化が進んでいたことに気付く¹⁾。

平成7（1995）年、学校歯科保健診断の方法が大きく改正され、学校歯科健診が疾病志向から健康教育志向へと大きく転換したことは、日本学校歯科医会関係者に深く敬意を表したい。学校歯科保健のこのような転換および日本ヘルスケア歯科研究会の設立（1998年3月1日）などは、おそらく当事者の人々は直接的には無関係なのであろう。しかし、社会の「健康」への強い眼差しは、確実に、急速に進展している。意義ある人生は「健康」を除外しては成り立たない。このような背景の中で、前記のような動きは当事者が意識していたかしていなかったかは知るよしもないが、必然的であったと考えるのが妥当であろう。むし

ろ、先進国といわれる国々の中では遅すぎたともいえよう。

地域社会の個人または家族の自助と自決の精神に基づくヘルスプロモーション（健康増進）に果たす学校保健の役割はきわめて大きい。学校歯科医およびその受け皿となる地域の歯科医師が、保健・医療・福祉についてのパラダイムが大きく転換していることを認識し、それについて真剣に取り組まなければ事態の変化（保護者が効果を評価する）に間に合わず、1 歯科医師として破局（住民がその歯科医師を選ばなくなる）を迎えてから始めて気付くことになる。

ヘルスサイコロジスト

筆者は学校歯科保健にかかわる歯科医師の方々や養護教諭、栄養士等の方々に講演、またはそれらの方々と討議する機会が多いが、直接学校歯科医として活動したことはない。しかし、長年地域の乳幼小児の地域歯科保健にかかわってきた。その経験から、ヘルスプロモーションに成功するためには、最新の予防歯科医学（Science）を身につけていなければならないことは言うまでもないが、それだけでは目標に到達することは困難、あるいはほとんど不可能であることを身をもって知っているつもりである。「健康心理学」を修めたヘルスサイコロジスト（健康心理士）としての素養が不可欠なのである。

学校歯科医として活躍されている先生方の生の声²⁾、すなわち「非常勤職員として、学校の組織の中で発言するという状況には、程遠い感じだ。」「カリキュラムの関係で保健の時間をなかなか作れない上、少ない保健の時間は歯科よりも心の問題等に振り向けられているのが現状だ。」「校長先生は2、3年で変わるので、その人の考え方、取り組みの姿勢の影響は大きい。ある地域で活動の核を作りたいという話があって校長先生も養護の先生も積極的だったが、これを広

げていきたいと考えたが校長先生が変わって全てが無に帰してしまった。」「（中学生は）精神的にも思春期にはいって対応が難しいですね。健診後の講話でも前列に一年生が座っていて、一年生は小学校から上がってきたばかりなので反応がいいですが、二年生はソワソワして聞いていない人が目立ちます。三年生になると、その態度から聞きたくないのかな、という印象を受けます。」「学校歯科医と一般歯科医の先生方との間に学校歯科保健実践のシステムが上手く組みません。」などに、学校歯科医の先生方の苦悩と自分の力不足に対するいらだちとが十二分に伝わってくる。これらの苦悩やいらだちを覚えた人たちの多くは、結局、相手に問題があるというよりは、むしろ自分のヘルスサイコロジストとしての力量が不足していることに気付く。このことは、大変重要なことで、実際に活動している人にしてはじめて認識し得ることである。いくら高邁な理論をふりかざしても、実践しそれが成功しなければただのお題目にすぎない。社会が「健康」に対して大きくパラダイム・シフトした今、学校歯科保健について真剣に取り組まなければ、社会の、歯科医師に対する信頼度がどのようなものになるかは自明の理である。

健康心理学

アメリカやヨーロッパでは、「健康心理学」の講座が大学および大学院で開設されている。「健康心理学」という学問があるくらいにヘルスプロモーションは生やさしいものではないのである。技術には、トップを目指す先端的ハイテクと、広く多くの人が使えるような普及型技術とがある。普及型技術については、ローテクなどと称する向きもあるが、普及型技術は決して低級な技術ではなく、むしろ成熟した高度な技術なのである。残念ながら日本では、1997年現在、健康心理学コース(学科)が開設されている大学はまったくない。

わずかに「健康心理学」の講座(科目)がいくつかの大学で開設されているにすぎない³⁾。しかし、1988年には日本健康心理学会が創設され、すでに10年以上経つ。そして、日本健康心理学会は、「健康心理士」、「専門健康心理士」、「指導健康心理士」の三種の資格を認定しており、これを「認定健康心理士」と称している。健康心理士の活動範囲は広範囲にわたっており、たとえば、教育の場では児童・生徒の健康習慣の形成、健康生活への具体的指導などの活動がある。学校歯科保健活動がうまく機能しない場合には、認定健康心理士に相談してみるのも一法かも知れない。

前述のとおり、学校歯科保健にたずさわるのに歯科医学的専門知識を身につけていることは当然のことであり、「日本学校歯科医会誌」等にも学術論文が多数掲載されている。本文は、そのような学校歯科保健にかかわる歯科医学的専門知識についてはすでに十分有し、学校歯科保健に真正面から取り組み、現場で悪戦苦闘しているにもかかわらず、なお目標にはなかなか到達しないという先生方に、一歩下がって、健康心理学的視点か

ら自分の活動を見直していただき、どの部分の活動が弱いのか、その活動をどのように強化すればよいのかを検討する際の一助となり、効果の大きい学校歯科保健活動への道が拓けるきっかけになればとのおもいをこめて執筆するものである。

以下に、健康教育の理論モデルとしてプリシード・プロシードモデルおよびヘルスビリーフモデルについて記すが、これらは日本健康心理学会編：健康心理学辞典³⁾からの転載(ごく一部の字句を変更した)である。

プリシード・プロシードモデル (PRECEDE-PROCEED model)

グリーンら(Green, L. W., et al.)によって開発された「個人や集団、地域において健康に関わる行動を健康問題の準備因子、実現因子、強化要因をおさえながら自発的に変えていくこと」を実現するための健康増進プログラムの立案、実施、評価のために必要なあらゆる要因を含むモデルである。このモデルの前提になっているのは、

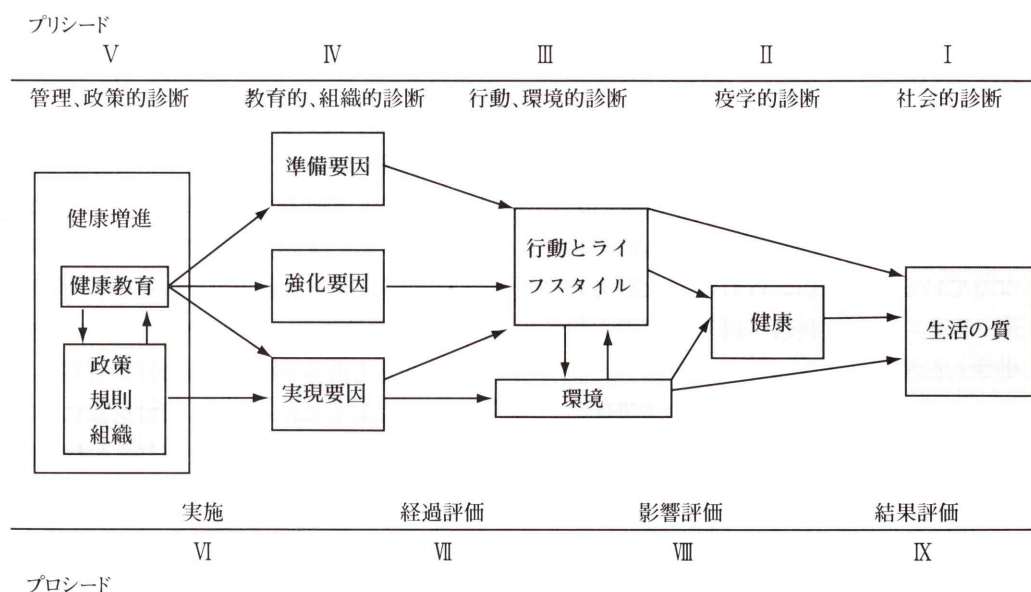


図 プリシード・プロシードモデル (Green, L. W.)

健康とその危険因子は多要因によって引き起こされ、決定されるということであり、この枠組みは社会科学、行動科学、教育科学を含む疫学的視点と、健康管理の視点から考えだされたものである。

(I) 社会的診断 (social diagnosis) : 人々が自分のニーズを知ること、人間の生活の質のレベルを感じることで、そのために対象となる人々が属する地域の理解を広げ深めていくこと、を意図した多面的な情報収集を行う。人口、福祉、就業など人々の生活の質を用いて診断を行う。

(II) 疫学的診断 (epidemiological diagnosis) : 社会問題と健康問題との関係がクローズアップされ、生活の質に関わる社会問題の解決や改善に寄与し得るものなから、健康問題を量化し、優先順位を定め、健康の決定因子のアセスメントを行う。発生率などが指標となる。

(III) 行動、環境的診断 (behavioral and environmental diagnosis) : 健康に影響を及ぼす因子として、行動と環境をとりあげる。予防行動、コンプライアンス (健康に関する指示・助言を順守できる状態) などが指標となる。

(IV) 教育的、組織的診断 (educational and organizational diagnosis) : 問題行動に大きく影響を与えているものを特定し、健康教育の観点からこの要因を準備、実現、強化の三つに分けている。

- (1) 健康行動準備要因 (predisposing factors) : 行動を起こすときの動機づけや理論づけになっているもの。その人の、もっている知識、信念、価値、態度、確信などを含む。
- (2) 健康行動実現要因 (enabling factors) : その行動を実現せしめる行動条件や要素。健康資源の利用可能性や接近性、地域、政府の健康に関する法律や優先順位やコミットメント、健康関連の技術などが考えられる。
- (3) 健康行動強化要因 (reinforcing factors) : その行動に対する報酬や誘因を与えるもの

で、行動の継続に寄与する要素。家族、仲間、教師、雇用者、地域指導者、意志決定者などがこれにあたる。

(V) 管理、政策的診断 (administrative and policy diagnosis) : プログラムの開発を促進するような政策、資源などを分析し、プログラムの管理や実施に必要な資源のアセスメントを行う。

プログラムの評価には、経過評価、影響評価、結果評価の三つのレベルがある。

社会的診断、疫学的診断から、行動、環境的診断の段階では疫学的な手法によるものが多く、教育的、組織的診断にかけては、社会的、行動的な理論や概念に精通していることが必要であり、健康増進プログラムの複雑な作業を立案し実施していくためには、政策、教育、管理理論や実践の知識が要求される。これまでの、知識、態度のような個人的な要因に焦点をあてるだけでなく、社会的要因にも目を向けて、個人の資源や周囲の環境も含めた点にこのモデルの意義がある。(野口京子)

ヘルスビリーフモデル (Health belief model)

ヘルスビリーフモデルは、1950年代に米国の公衆衛生分野で活動していた社会心理学者たちの間から、疾患の早期発見や疾病予防のための健康行動を理解・説明するためのモデルとして提唱されたものである。ヘルスビリーフモデルでは、健康行動は基本的に次のような健康に関する信念によって決定されると仮定される。①もし、現在の健康状態に対して何らかの手だてを講じなければ病気にかかるかもしれないと感じる主観的罹患可能性 (perceived susceptibility)、②もし病気になった場合、それがどのような結果になるかについて個人が知覚する主観的疾患重度 (perceived severity)、③病気予防行動をとることによって得られると個人が知覚する罹患回避可能性とそれ

による主観的利得 (perceived benefit), ④健康維持や病気予防の活動を行うことによって受ける身体的および経済的負担, 時間的制約などで, 仕事や余暇活動に支障をきたすかもしれないと個人が感じる主観的障壁(perceived barrier)である。

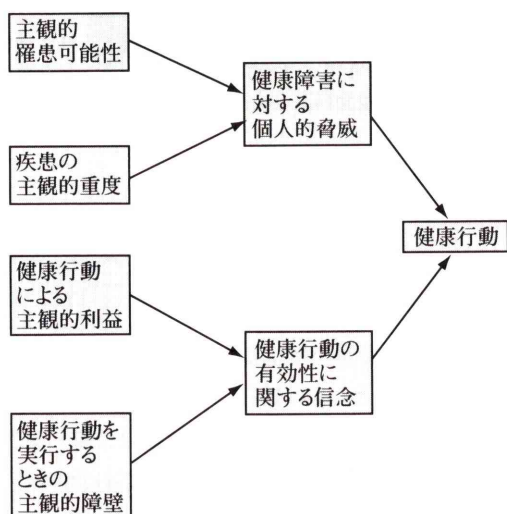


図 ヘルスブリーフモデル

このうち、主観的罹患可能性と主観的疾患重度は、健康行動の実行に直接つながるものではないが、もしそのままであれば病気になるかもしれないという疾病への脅威を形成する働きをすと考えられている。次に、健康に不安を感じる個人は、安静、食事療法、運動、さらには服薬といったさまざまな健康回復の方法を実施する。こうした健康行動あるいは病気予防行動によって、個人は病気徴候からの身体的回復と精神的安寧を獲得することができるが、その一方で時間的、身体的、心理的、経済的負担を強いられる。したがって、個人は健康行動によって得られる利益と不利益、そのままの生活習慣を継続していった場合に被るであろうと予想される不利益と利益について分析しながら、健康行動についての信念を形成するものと考えられている。しかし、こうした健康に対する信念が実際の行動に結びつくためには、具体的な身体的徴候あるいは健康への欲求が必要

であると考えられる。(小玉正博)

如何であろうか。健康教育を、漠然としてではなく、当たり前と考えていることをも含めて理論的に明解にし、それらを参考に、自分の学校歯科医としての活動を分析、評価することにより見えてくることも多いはずである。

ところで、学校健康教育の目指しているものは、発達段階に応じて自主的に健康な生活を実践することができる能力と態度の育成であることはいうまでもない。健康に関する専門家(養護教諭、歯科医師など)が健康行事(歯科健診や口腔保健教育など)を企画して教育することは大切であるが、学習者(児童・生徒や保護者など)が主体的に参加して健康行動を学習し、日常生活の中で実践するのであれば、その効果はあがらない。

セルフエフィカシと セルフエスティーム

個人(児童・生徒)がこれからやろうと思っていることの実現可能性に関する知識、あるいは自分にはこのようなことがここまでできるのだという考えを自己効力感 (self-efficacy) と呼ぶ。自己効力感を高く見積もることのできる人は、積極的に行動できることが明らかにされている。また、人がもっている自尊心、自己受容などを含めた、自分自身についての感じ方を自尊 (self-esteem) と呼び、これは、自己概念と結びついている自己の価値とコンピテンス (能力) の感覚・感情である。自分自身に誇るものを見いだせる人は、自尊が高く健康的であるといわれる³⁾。

さて、ここまで辛抱強く本文を読んで下さった読者の方々も、健康心理学的視点という慣れない分野での内容に、もうそろそろ耐えられなくなっていることであろう。しかし、このような分野をきちんと学習することにより、児童のセルフエスティームを高めることを通して、すすんで健康づくりに励む子の育成に高い成果をあげている養護

教諭がいるのである⁴⁾。従来のやり方では成果のあがりにくいことはすでに明らかなのである。

社会が「健康」に対して大きくパラダイム・シフトした現在，学校歯科保健を通じて地域社会のヘルスプロモーションに大きく貢献することのできる学校歯科医の先生方自身のパラダイムを大きくシフトし，社会から高く評価され期待される実践家として活躍されることを祈念し，心からのエールを送りたい。

引用文献

- 1) 桜井靖久：未来医療の構図－癒しの技から創刻へ－，日本医療企画，東京，1995.
- 2) 郷家英二，坂本真理子，田中英一，堀内 哲，中田郁平，森本 基：改正後の学校歯科健康診断，日本学校歯科医会会誌，80：56-63，1998.
- 3) 日本健康心理学会：健康心理学会辞典，実務教育出版，東京，1997.
- 4) 宮内正代，中村とも子：すすんで健康づくりに励む子の育成－セルフエスティームを高めることを通じて－，日本学校歯科医会会誌，80：40-44，1998.



歯科と遺伝子

日本大学松戸歯学部小児歯科学教授 前田隆秀

はじめに

今日、遺伝子に関する記事が紙面に登場しない日がないほど身近になっている。科学としての欄では、新しい遺伝子の発見であったり、今まで原因不明な疾患の原因遺伝子の発見であったりと目を引く。これが Nature, Nature genetics, Genetics, Mammalian genome, J human genetics, Development などの極めて代表的な専門誌だけでも読むことが忙しいほど遺伝子の発見とその機能に関する論文が掲載されている。これは日本を含め外国、特にアメリカが競ってマウスゲノムに止まらず、ヒトゲノムの全容の解析を行っており、ヒトゲノムプロジェクトが21世紀始めには完了するといわれていることによる。このヒトゲノムプロジェクトとは、ヒトにあるとされる約10万種類の遺伝子の正体と30億塩基対の染色体DNAの構造と機能を塩基配列レベルで完全に解明しようとする計画である。一方、家庭欄では遺伝子組換え食品の安全性ならびに表示義務について盛んに紙面を賑わしている。このように遺伝子操作によって生物学は革命的な変化が生じ、医療を含め、遺伝子産業は、ますます盛んになるであろう。

歯科学の研究分野ではすでに行われているが、日常歯科臨床においても遺伝子解析の発展は、従

来の遺伝子疾患に止まらず腫瘍や口腔感染症の診断に、さらには齲蝕症ならびに歯周疾患の診断、治療予後、あるいは予測にと応用される日が近く、将来ルーチン化されるものと思われる。

私どもの教室では、日常臨床に口腔軟組織疾患の診断ならびに予後に遺伝子診断をルーチン化しており、全医局員が遺伝子操作にあたっている。また研究面では、歯の形態形成に関与する遺伝子を解明するため、奇形歯と先天欠如歯を持つ近交系マウスを用いて、また顎顔面形態に関与する遺伝子を解明するため、顎顔面の大きさの異なる近交系マウスを用いて大学院生を中心に研究を行っている。

そこで、遺伝子診断ならびに疾患・奇形原因遺伝子の解明に対する概論と齲蝕症、歯周疾患、異常歯根、下顎骨の大きさを決定する遺伝子の解明への途中経過を2回にわたって報告したい。

遺伝子とは

1940年代から50年代にかけ、遺伝子の本体がDNAであることが明らかにされ、このDNA（デオキシリボ核酸）はデオキシヌクレオチドが多数結合してつくる二重らせん構造（2本鎖）の長大な高分子物質である。DNAが遺伝子として機能するには4種類の塩基、アデニン(A)、グアニ

ン(G), シトシン(C), チミン(T)で, AはTとGはCとのみ相補的に化学(水素)結合する。DNAは, 化学物質であることから, たとえ組織, 細胞が壊死したとしても比較的安定して解析ができることが特徴である。通常DNAの鎖は2本であるが, 遺伝の情報はそのうちの1本に刻まれている(各々同じ情報をもっている)。このおかげで, 遺伝情報はDNAの複製によりコピーされ, 子孫に伝達される。そこでDNA中の情報を読もうとしたら片方の塩基配列を調べればよい。このDNA中の遺伝情報とは, タンパク質の情報であり, さらにいうとタンパク質のアミノ酸配列を指定する情報である。では染色体上のDNAのすべてがタンパク質を合成する情報かという, それはほんの一握りで全ゲノムの数%にすぎず, その他のほとんどの直接タンパク質合成に関与しない塩基配列が存在している。これらの塩基配列の意味は未だ不明であるが, この中に単純な繰り返し配列がある。この繰り返し配列が個人あるいはマウスの系統間で差(多型)があり, その特徴を用いて遺伝子を探すことができる。このことは後に詳しく説明する。重複するが, タンパク質をコードする遺伝子を構造遺伝子といい, ヒト染色体には 3×10^9 の塩基が存在し, 1個の構造遺伝子は1000~200万の塩基対(単位は base pair : bp)から構成されている。構造遺伝子総数は約10万といわれ, 残りの95%はスペーサーやイントロンといわれる生命維持に直接関与しない遺伝子とでゲノムが構成されている。

遺伝子はどのように読まれるか

構造遺伝子の情報はいったんRNAに転写されてからタンパク質に翻訳される。タンパク質は20種類のアミノ酸から構成されているが, いかにして4種類のA, T (RNAではU) G, Cから20種類のアミノ酸に翻訳されるかという塩基の組み合わせによって翻訳される。塩基2つの組み合

表1 遺伝コード表

第一塩基	第二塩基				第三塩基
	U(Π)	C	A	G	
U(Π)	フェニルアラニン	セリン	タイロシン	システイン	U(Π)
	フェニルアラニン	セリン	タイロシン	システイン	C
	ロイシン	セリン	終止	終止	A
	ロイシン	セリン	終止	トリプトファン	G
C	ロイシン	プロリン	ヒスチジン	アルギニン	U(Π)
	ロイシン	プロリン	ヒスチジン	アルギニン	C
	ロイシン	プロリン	グルタミン	アルギニン	A
	ロイシン	プロリン	グルタミン	アルギニン	G
A	イソロイシン	スレオニン	アスパラギン	セリン	U(Π)
	イソロイシン	スレオニン	アスパラギン	セリン	C
	イソロイシン	スレオニン	リシン	アルギニン	A
	メチオニン	スレオニン	リシン	アルギニン	G
G	バリン	アラニン	アスパラギン酸	グリシン	U(Π)
	バリン	アラニン	アスパラギン酸	グリシン	C
	バリン	アラニン	グルタミン酸	グリシン	A
	バリン	アラニン	グルタミン酸	グリシン	G

わせでは16種類しかできない, 3つの組み合わせでは, 64種類となり, 十分足りる理論であるが, 事実3個の塩基配列(トリプレット)が単位となって, アミノ酸をコードしている。この3つの単位をコドンという(表-1)。そのなかには, 翻訳を開始する開始コドンATG(メチオニン), 翻訳を終止する終止コドンTAA, TAG, TGAの3種類が含まれ, 当然1つのアミノ酸をコードするコドンが重複する。代表的なヒトβ-グロブリンの遺伝子の構造と発現を図1に示す。

染色体とは

染色体は遺伝子・DNAの担荷体である。ヒトの場合は23対の染色体があり, 22対が常染色体で1対が性染色体である。マウスの場合は19対の常染色体と1対の性染色体からなる。

ヒト細胞核のDNAは半数体, (ハプロイド, 配偶子)あたり30億対もの塩基で構成され, この分子を直線に伸ばすと1m(体細胞では2m)にもなるが, 体細胞核の直径はわずか10数ミクロンしかなく, これは1cmの玉に2kmのひもが収容されていることになる。一方, 各染色体の長さは多様であるが, 平均すると5ミクロン程度でそこに収容されるDNA分子は平均5cmとなる。

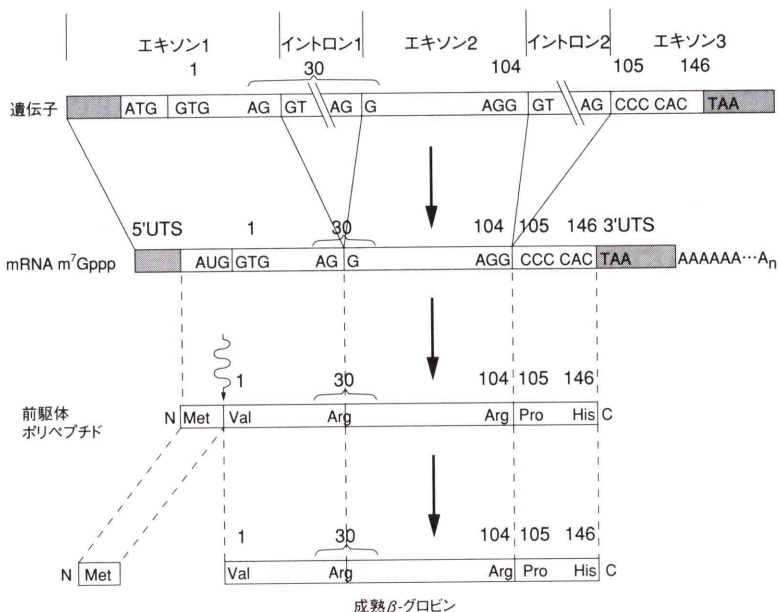


図-1

親から子へ細胞から細胞への遺伝子DNAの伝達は、細胞分裂をとうして染色体が規則正しく行動することによって成り立つ。減数分裂は配偶子(精子, 卵子)の形成期に行われ、連続した2回の分裂をとうして体細胞の染色体数が半減(1倍体)する。この減数分裂は染色体数が半減するというほかに、遺伝的多様性に富んだ配偶子が生産されることが重要である。具体的に言うと、2倍体の染色体の片方は母方由来の染色体(1倍体)と父方由来の染色体(1倍体)から構成されており、これを相同染色体という。母の染色体の片方はその母と父からの1倍体の染色体から由来しており、父の染色体も同様である。精子と卵子を形成する際に減数分裂が起こるが、その時に組み換えが生ずる。母方と父方の相同染色体には同じ遺伝子群が乗っているが、それぞれの発現形質が異なることから種々な組換えから遺伝学的に異なる個体が形成される。ヒトの場合、同一個体から生じた配偶子でも 2^{23} (839万)種類の組み合わせが理論上可能で、さらに相同染色体の一部が入れ替わることから遺伝学的構成の異なる配偶子の数

は無限となり、一卵性双生児を除き、兄弟姉妹は似ていても一人として同じ個体は生じない。相同染色体の組み換えの例を図-2に示す。この遺伝子の組み換えを利用して疾患や異常などの原因遺伝子を解明する方法を連鎖解析といい、この解析法を用い原因遺伝子の解明に向けて私どもの教室で研究を行っている。

連鎖と連鎖地図

遺伝学でいう連鎖とは、複数の異なる遺伝子座が同一の染色体上で近接していると、その対立遺伝形質の組み合わせが分離することなく、親から子に伝わる現象をいう。

その伝わりやすさは2個の遺伝子座間の距離を反映した減数分裂時の組み換え頻度に依存する。ことばを換えると、2個の遺伝子座間が近いほど同じ行動をし、離れば離れるほど組み換えが生じ易く別な行動をする。この組み換え頻度を距離に置き換えたものを連鎖地図といい、単位をcM(センチモルガン)という。

疾患・奇形などの原因遺伝子が 不明な遺伝子の解明はどうするか

原因遺伝子がすでに明らかにされている疾患等では、患児の細胞からDNAを抽出し、その遺伝子の塩基配列を検索し、異常があるか否かを見るが、原因遺伝子が不明な場合は、先の連鎖地図を作成し、その領域の塩基配列から原因遺伝子を探していく。その際、多型のあるDNAマーカーを用い、そのマーカーと疾患・奇形(形質)との発現から、その一致率が高いマーカーの近傍に原因遺伝子が存在する。そのマーカーとして最近、マイクロサテライトが開発され威力を発揮している。

マイクロサテライトとは

マイクロサテライトとは、真核生物のゲノム内の数塩基対(2~4塩基)のコアからなる繰り返し配列をいい、染色体の部分に大きな偏りがなく、極めて多く存在している。代表的なCA/GT配列をコアとするCAリピートは少なくともハプロイドゲノムあたり10万ヶ所に散在するとされている。検出にはPCR法を用いるため適当なプライマーがあればよく、現在、商品化されているものに Mit プライマーがあり、マウスでは約6,000

個に及ぶ。マウスやラットにおいて、ある特定部位のコア配列の繰り返し数が、系統間で多型であればコアを含む領域をPCR反応で増幅した後、電気泳動を行うことにより対応するPCR産物の多様なサイズ差として検出でき、遺伝多型マーカーとして最もすぐれ、遺伝子マッピングに用いられる。

Polymerase chain reaction (PCR) とは

複雑なゲノムDNAの中から特定の遺伝子だけを試験管内でDNAポリメラーゼを用いて増幅する方法で1985年に Saiki らにより開発された。この方法は遺伝子解析を革命的に変えたものとして、頻繁に利用されている。これは、増やしたいとおもうDNA領域の両端に対合する一対のプライマーと熱に安定なDNAポリメラーゼの存在下に熱変性(約95℃で2本鎖DNAを1本鎖DNAに変性)させ、プライマーとDNAの両端をアニーリング(約55℃)し、DNAを合成(約72℃)の3ステップを1サイクルとしこれを25~30回を行い、コピー数を数十万倍に増加する。

これらの手法を用い歯科領域の遺伝的アプローチの実際を次回紹介したい。

(引用文献は次回掲載)

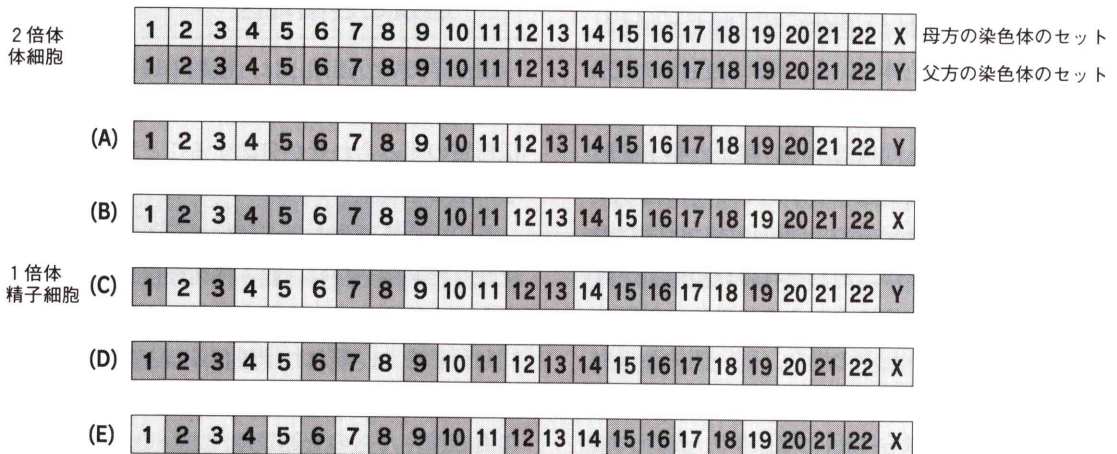


図-2



小児における歯の外傷の 歯科的対応について

日本大学歯学部小児歯科教室 中島 一郎

1 はじめに

小児の外傷は、生活様式、家屋構造、交通状況などの生活環境や小児自体の未発達な判断、運動能力などが引き起こす事故を主な原因とする。

近年になり、小児保健関係者のなかで、小児の不慮の事故および外傷の予防対策についての関心が高まっている。また、学童のスポーツ中の事故の防止の対策を積極的に講じている学校も増えている。特に、小児期における外傷のなかでも、歯・口腔の外傷は比較的発生頻度が高いことなどから、我が国の歯科学分野でも、発達期にある小児の顎顔面および歯・口腔の保護を目的として、マウスプロテクターなどの装着を体育の授業およびスポーツ中に推奨する活動が普及し始めている。

しかしながら、小児が事故に遭遇し身体を受傷する危険性は、もともと日常生活のあらゆる場面にあるといえる。如何に事故の予防対策を講じても、小児は知的にも身体運動機能の面からも発達途上にあることを考慮すると、その予防効果には自ずと限界があるように思われる。したがって、学校などの教育現場でも、あらかじめ生徒の外傷の発生に備えた緊急対応のマニュアルを作成しておく必要があるものと思われる。本稿では、小児の歯の外傷に対する緊急対応方法の参考資料として、小児歯科学における外傷歯の歯科的治療の考

え方を述べる。

2 小児の歯・口腔外傷の実態

小児の事故の発生は運動能力の未発達さに起因していることから、大人が小児の周囲にいる限りにおいて、ある程度の事故防止は可能である。しかしながら、今日のような核家族化時代を迎えて、家庭において小児を見守る目は少なくなってきている。教育現場でも、教員は担当する生徒の行動を常時観察することは困難である。そこで、小児の歯・口腔の外傷を引き起こす事故がいつ発生しやすいか、どのような状態となるかを、あらかじめ理解し、歯の外傷の発生防止策を講じることは重要と思われる。各医療機関による歯の外傷の実態調査の報告は多いが、以下に示すような共通する調査結果が得られている。

(1) 好発年齢

乳歯の受傷頻度は、歩行の開始がみられる1-2歳の幼児期に多い傾向にある。永久歯では、行動範囲の広がる7-9歳の学童期に増加し、増齢とともに減少する。すなわち、小児期の歯の外傷の好発年齢では、2歳、8歳の2つのピークがある。

(2) 好発部位

乳歯、永久歯における外傷の臨床統計調査によると、ともに上顎前歯が最も多い傾向にある(約

80-90%)。下顎前歯，上下顎前歯の順となる。

(3) 男女差

男児は女児よりも受傷する傾向にある。増齢とともに，さらに受傷の男女差は大きくなる傾向がある。乳歯列期では男児は女児の1.3-1.7倍，混合歯列期では，1.3-2.0倍，永久歯では2.0-2.4倍であるとの報告がある。

(4) 受傷時刻

幼児では，午前時間帯に多い。学童では，放課後のクラブ活動など午後になくなる傾向がある。

(5) 受傷場所

幼児では，室内での受傷が多い。学童では，室内だけではなく屋外での事故による受傷の割合が増加していく。これは，小児の行動範囲が広がるためである。

(6) 受傷原因

乳歯，永久歯受傷原因は，ともに頻度の高い順に転倒，転落，打撲，衝突，交通事故などである。しかし，乳歯受傷時の転倒は，歩行時に多く，永久歯では自転車の乗車中であるなど，受傷時の状況に多少の相違がある。つまり，幼児期に比べて学童期では，スポーツや遊戯中などの特定の生活場面に歯・口腔の外傷の原因となる事故が集中する傾向がある。

(7) 受傷歯の状態

歯の受傷状態は大きく歯冠・歯根破折と歯牙脱臼（動揺，転位，嵌入および挺出なども含む）に分類できる。乳歯の受傷状態では，歯牙脱臼が歯冠・歯根破折よりも多い（約7：3の割合）。一方，永久歯では，歯牙脱臼と歯冠・歯根破折がほぼ同率（1：1）である。乳歯と永久歯の受傷状態の相違は，乳歯は永久歯と比較して，歯周組織や歯槽骨が幼弱，柔軟であり，歯根が短いと考えられている。

これらの受傷状態や傾向は，歯科外来を受診した患者を対象とした結果である。しかし最近になり，著者の教室で4,213名の小学生を対象とした小児の歯・口腔の受傷経験の実態調査でも，ほぼ

同様の傾向が認められた（第1図，第1-4表参照）。特に，東京都内，都下，地方都市および地方町村などで小児の受傷の調査結果を比較しても，受傷頻度や原因などには地域差はなかったことが注目される。おそらく，小児の事故の発生には，生活環境よりも小児の運動能力が未発達であることが強く起因しているためと考えられる。さらに調査結果によると，歯を受傷した小児のうち，全体の約6割は医療機関へ受診しているものの，残り約4割が受診をしていなかった（表5）。このことは，一般に歯・口腔の外傷の状態を保護者が判断する傾向を示しており，歯の外傷の初期治療の重要性が理解されていない現状を反映している。したがって，たとえ歯・口腔の外傷が軽症と思われても，必ず医療機関に小児を受診させるように保護者へ指導する必要があるものと思われる。

3 小児の外傷歯に対する歯科治療の考え方

前述したように歯の外傷は，前歯における歯牙破折および脱臼が主な症状である。実際には，歯牙破折と脱臼の両症状がみられる症例は多い。また，受傷歯が乳歯や幼若永久歯であることから，

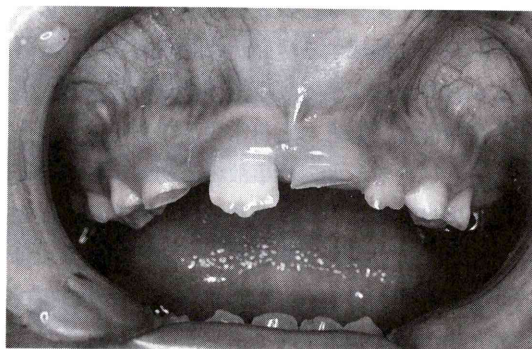


図1 永久前歯の歯冠破折

長期的にみると，歯の外傷は咬合発育の障害の原因となる。前歯外傷の歯科的処置方法は顎顔面・咬合の発育段階を考慮しなければならない。そこ

で小児歯科で行われる各症例ごとの歯科治療の考え方を示す。

(1) 歯冠破折

a) 乳前歯：乳前歯では、歯冠破折がエナメル質に限局している症例では、鋭利となった部分の研磨や形態修正を行う。しかし、破折が象牙質にまで及ぶ場合は、歯冠修復が必要である。また破折の状態が切端部を含み広範囲であることが多い。そこで、歯冠のサイズに適したクラウンホームーなどを使用してコンポジットレジンなどで歯冠全体を修復する。露髄を伴う場合、直接覆髄や断髄法が行われる。すでに受傷前にもう蝕などにより歯髄感染が考えられる場合では、抜髄や感染根管処置を行う。

b) 永久前歯：永久前歯の歯冠の破折に対してもレジン修復が行われる(図1)。破折部が広い場合では、乳前歯と同様にクラウンホームーを使用して暫間的に歯冠修復する。原則として、受傷間もない期間中には硬質レジン冠などの永久的歯冠修復は行わない。その理由として、第一に、受傷歯自体が歯根が未完成であることが挙げられる。すなわち、受傷歯の歯根形成についての長期観察が必要だからである。第二に、小児の受傷した時期には、乳犬歯間幅径の増大、側方歯群における交換および第一大臼歯の移動など歯列の変化がみられる。この不安定な時期に永久的歯冠修復を行うことは非生理的な咬合の早期形成をもたらすことになる。むしろ、暫間的歯冠修復の方が歯列の変化に対応した咬合調整や形態修正が可能であり、生理的变化を抑制する危険性が少ないと考えられている。

幼児永久歯の露髄症例に対して、歯牙の生理的な歯根育成・根尖閉鎖を図るために、なるべく根部歯髄を保存する。受傷より24時間以内の場合で、露髄部が比較的小さい症例では、水酸化カルシウムで直接覆髄を行う。受傷より24時間以上経過し、広範囲な露髄のある症例では、水酸化カルシウムによる生活歯髄断髄法を行

う。受傷後数日が経過していたり、露髄面が開放されている症例では、抜髄や感染根管治療を行う。なお、幼児永久歯の歯内療法について、以下の事項に留意する。

- 歯内療法に F.C. 液 (ホルモクレゾール) を薬剤として使用すると、蛋白質変性・凝固作用により歯根の育成を阻害する危険性があるので避ける。
- 根管充填は、水酸化カルシウム糊剤を使用する。
- 歯内療法の実施後は、定期的なエックス線写真撮影を行い、歯根の伸長や閉鎖状態について観察する。
- 歯内療法の実施後の歯根育成は数年を要する。また症例によって根尖の閉鎖、歯根の伸長と根

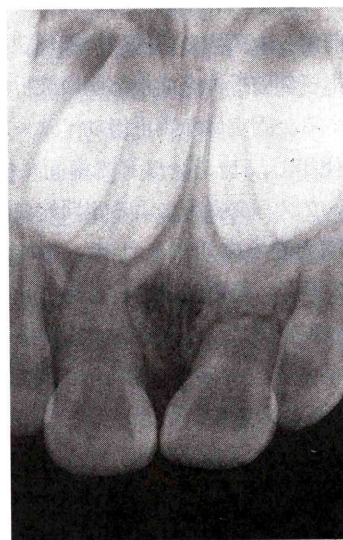


図2 乳歯歯根の破折

尖の閉鎖のいずれかで歯根は完成する。そのため定期的観察を必ず行う。

(2) 歯根破折

歯根破折では、原則として歯内療法を行わずに経過観察する。破折部位によるが歯髄に感染がなく健全な状態であるならば仮骨が破折片の間に形成される。さらに破折片の周辺部はセメント質の沈着が起こり治癒することが期待できる。歯牙が動揺しているならば、固定を試みる。

a) 乳前歯：乳前歯歯根が破折している場合は、まず永久歯の歯胚に受傷歯の失活した歯髄からの感染や炎症の波及がないように留意すべきである。乳前歯は歯根破折により、歯冠部および歯根部側の破折片とに分離される（図2）。両破折片を分離する破折線の部位によって受傷歯を保存するか、抜歯かを判断する。判断基準として、歯根長を根尖から歯頸部まで3区分して、破折線が根尖側1/3よりも歯頸部に近い場合、抜歯を行う。その理由として歯冠側破折片の歯髄からの感染が考えられるからである。反対に根尖側に破折線がある場合、生理的な歯根吸収に期待して経過観察を行う。固定方法として、乳歯列期では全歯牙を被覆するレジジン・シーネをセメント装着する。

b) 永久前歯：永久歯に歯根破折線が認められる場合、歯冠部破折片を歯根部側の破折片へ整復し固定する。固定は、矯正用ワイヤーかクラスプ線を使用し、レジジンなどで歯面に接着させる。エックス写真撮影による定期的な観察を行い、冠部歯髄の失活があれば、歯内療法を行う。この場合、冠部歯髄のみを除去し、破折線部まで根管充填し、硬組織による閉鎖を促進する方法もある。歯根破折線が歯頸部1/3にあり、冠部歯髄の感染が予想されるならば、歯冠部の除去を行ない根管治療を行う。

(3) 脱臼

不完全脱臼では歯牙が歯槽骨内にあるが外力のため歯牙と歯槽骨とを結合する歯根膜線維が断裂状態にある。したがって不完全脱臼の処置の原則は本来の植立位置に整復固定することである。しかし、歯肉・歯槽骨内に嵌入した乳歯の場合では、まず経過観察する（図3）。口腔外へ脱落した完全脱臼歯では、歯槽骨への再植が試みられる。歯牙の再植は、脱落歯の歯髄組織からの感染防止と断裂した歯根膜線維など結合組織の再生を目的としている。その際、破傷風の予防のために、抗生物質を投与する。なお、歯牙の再植につ

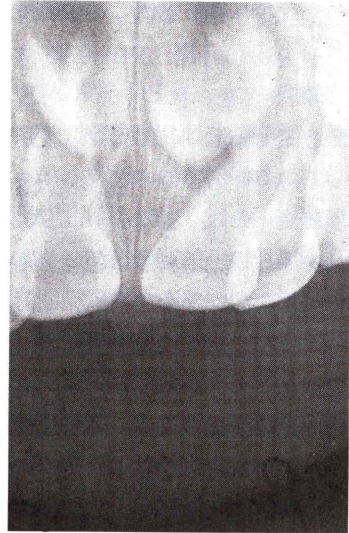


図3 乳歯の嵌入

いての留意事項を以下に示す。

- 再植の予後を左右する重要因子は、第一に口腔外における患歯の保存状態である。脱落歯は、決して乾燥させないことである。歯牙は生理食塩水、牛乳や唾液など生体組織の浸透圧に近い液体中に保存する。保存液が見当たらないならば、口腔内に脱落歯を含ませて受診させる。第二に、他の外傷処置と同様に再植処置が行われるまでの時間が重要である。歯牙の脱落后30分以上経過したものは再植しても予後不良となる場合が多い。
- 歯根完成歯では、あらかじめ口腔外で抜髄・根管充填して再植・固定する。また固定後に歯内療法を実施する方法もある。つまり、歯根膜の再生か歯髄感染の防止のいずれかを優先するかの違いである。
- 歯根未完成歯の場合、歯髄の脈管の再生が可能である。もしも、経過観察の結果、歯髄が失活が考えられるならば、歯内療法を行う。
- 乳歯における不完全脱臼および完全脱臼症例は、その歯科的対応に注意する必要がある。乳前歯も咬合誘導上、脱臼症状があれば固定を行い積極的に保存すべきである。しかし解剖学的

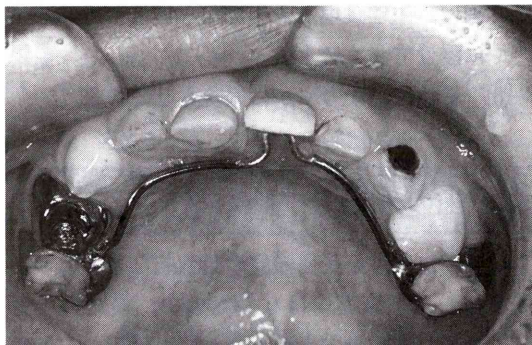


図4 保隙装置

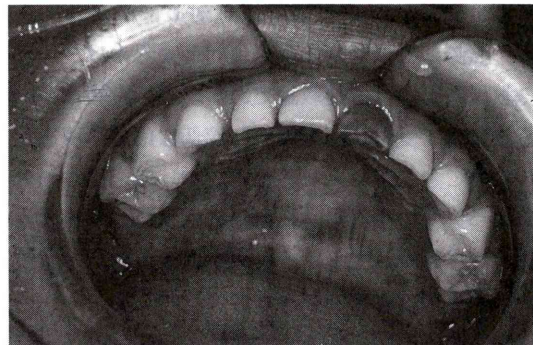


図5 乳前歯の変色

に乳前歯の歯根は、永久歯歯胚に近接しているために、外力の方向によっては乳前歯の歯根が永久歯の歯胚を物理的に損傷していたり、固定後に歯髄が失活するならば、永久歯の歯胚にまで感染することを考えなければならない。このような危険性のある受傷状態ならば、乳前歯は保存すべきではない。

(4) 保存が困難な症例

歯牙破折状態が複雑であったり、処置後に顎骨などの歯周囲組織に炎症が及ぶ可能性のある症例では、受傷歯は保存せず抜歯すべきである。特に乳歯の抜歯を行う場合、隣在歯の移動を防ぎ、後継永久歯の萌出余地の確保(保隙)をする必要がある(図4)。そのため欠損部に対する保隙装置の装着を行う。装置の装着により、本来の目的である保隙のみならず、審美性の回復や咀嚼など口腔機能の維持が期待できる。永久歯の場合でも、永久歯列の完成まで暫間的な義歯などを装着させる。この場合、固定式ブリッジなどの装着は、咬合発育の障害となるので行わない。

(5) 定期的観察・管理の重要性

歯の受傷直後には、鎮痛消炎処置、感染防止などの全身に対する応急対応とともに、受傷歯に対する歯冠修復、歯内療法、外科療法および咬合誘導など、さまざまな歯科学的治療が行われる。しかし、症状が軽度であったり、軽減すると小児の通院を中止する保護者は少なくない。一般には、歯の外傷の処置後の定期的観察・管理の重要性

は、未だ理解されていない感がある。

歯の受傷は、急激な外力が歯牙自体のみならず、歯根膜や歯槽骨にまで加わったことを意味する。たとえ、歯冠・歯根の破折、歯牙の脱臼や嵌入などの明瞭な病的状態がなくとも、エナメル小柱の走行に沿った微細な歯牙の亀裂、歯槽骨の損傷がある可能性は充分にある。このような歯・歯槽骨の受傷の有無は、初診時のエックス線写真で確認できない。臨床においても、損傷のない受傷歯が時間の経過とともに変色することは珍しくない(図5)。抜歯しても、歯槽骨表層の損傷による膿瘍形成がみられることもある。また疼痛に関しても、受傷直後の歯髄の感覚では、鈍麻状態にあり数週間後に歯髄検査をしなければ歯髄の状態は判定できない。特に咬合発育上の問題点としては、外傷による乳歯の歯髄の失活により歯根吸収の不全を起こすことや、受傷後の数年間に歯槽骨内に膿瘍を形成して後継永久歯の萌出遅延・埋伏の原因となった症例は多い。このような事例や症例などから、小児期の歯・口腔の外傷は、歯科治療が終了しても乳歯の脱落、永久歯の萌出および咬合の推移などの生理的変化を考慮した長期の経過観察が必要であり、歯科医師側はそのことを保護者に十分に理解させる義務がある。

4 歯の外傷の応急対応について

小児の歯・口腔の外傷に対する治療が成功する

かどうかは、受傷直後の応急対策にかかっている。実際には、初期に外傷に対応するのは、担任の教員あるいは養護教諭である。そのため、教員側には、受傷状況を判断し適切な応急処置をおこなうことが求められる。そこで、歯・口腔の外傷についての歯科学的応急対応について関係者にある程度理解してもらう必要がある。特に、以下に示す事項は必ず理解させる。

- (1) 歯・口腔を損傷したなら、自覚症状がなくとも歯科医院を受診させること。
- (2) 洗口させて、口腔内を清潔に保つこと。疼痛あるときは、温水を使わせる。出血には脱脂綿を噛ませて止血させる。
- (3) 歯牙が動揺している場合、小児に手指で触らないように注意すること。
- (4) 口腔内から脱落した歯牙を確認すること。
- (5) 脱臼歯は、決して乾燥させないこと。脱落

歯は、生理食塩水や牛乳など体液に近い液体に浸しておくこと。

- (6) 受傷後、すみやかに来院させること。

5 歯の外傷の予防対策

小児期における受傷頻度の時代的な差異について検討した調査報告はないものの、最近の小児は、身長・体重の向上がみられても反射など運動能力がそれに伴っておらず、そのため転倒時において歯・口腔・顎顔面を保護するための姿勢がとれないことを指摘する意見もある。小児の事故や外傷を防止するには、事故を起こしやすい環境や設備の改善とともに、日常生活や教育の場を通じて小児自体の運動能力の向上や生活体験させるように指導することも必要と思われる。

〔資料1〕

「歯」の外傷について

1. お子さんは小学校以前に「歯」, または「口・顔」にけがをした経験がありますか。

- 1 ある 2 ない 3 わからない

「ある」と答えた方は以下の2~11の質問にお答えください。

2. お子さんは「歯」にけが(外傷)をした経験がありますか。

- 1 ある 2 ない 3 わからない

3. 小学校入学以来, 何回くらい「歯」にけがをした経験がありますか。

- 1 1回 2 2回 3 3回 4 それ以上

4. 最近, 歯に損傷したことについて, いっごろでどのような状態でしたか。

それは _____ 歳頃

- 1 歯冠(歯の見える部分)が欠けた 2 歯髄(神経)が出た 3 歯根が折れた
4 歯が動いた 5 歯の位置がずれた 6 歯が抜けた
7 歯ぐきも損傷した 8 顎(あご)の骨が折れた 9 わからない

5. その時どの歯をけがしましたか。

- 1 上の前歯1歯 2 上の前歯2歯 3 上の前歯3歯以上
4 下の前歯1歯 5 下の前歯2歯以上

6. そのけがはどの時間帯に起こりましたか。

- 1 朝(8時まで) 2 午前(8時~12時) 3 午後(12時~16時)
4 夕方(16時~20時) 5 夜(20時以降) 6 わからない

7. それはどこで起こりましたか。

- 1 屋内 2 屋外 3 家庭 4 学校校舎内 5 学校校庭
6 道路 7 公園 8 駐車場 9 運動場 10 その他

8. 「歯」のけがはどのような原因・状況で起こりましたか。

- 1 転倒 どのように _____
2 自転車の転倒・落下
3 高所からの落下 どこから _____
4 人に押されて, あるいはけんかで
5 運動あるいはスポーツ中 どのような _____
6 その他 _____

9. そのときの歯のけがの処置はどうしましたか。

- 1 医院にかかった 2 家庭内で処置した 3 処置をせず, そのまま様子を見た

「医院にかかった」と答えた方, (A)~(C)についてお答えください。

(A) 医院にかかった場合, 事故発生後いっごろ医院に行きましたか。

- 1 1時間以内 2 2時間以降半日以内 3 半日以降1日以内 4 2日以降

(B) その時の歯の治療はどのような内容でしたか。

- 1 処置せず観察した 2 充填(つめる)または歯を被覆(被せる)した 3 神経を抜いた
4 動く歯を固定した 5 抜糸した 6 歯肉あるいは粘膜を縫った 7 口の消毒のみ
8 その他 _____ 9 わからない

(C) 現在, その歯のけがのための定期的な検診を受けていますか。

- 1 受けている 2 受けていない

「口」あるいは「顔」の外傷について

お子さんは小学校入学以降, 「歯」以外の「口」あるいは「顔」にけがをした経験がありますか。

- 1 ある 2 ない 3 わからない

「ある」と答えた方のみ以下の1~4の質問にお答え下さい。

1. そのけがはどの部位ですか。

- 1 口の中の粘膜 2 口唇 3 頬(ほっぺた) 4 上あごの部位 5 下あごの部分

2. そのけがの内容はどのようでしたか。

- 1 皮膚・粘膜の裂傷(擦り傷) 2 あざ(内出血)
3 出血した 4 縫合した 5 顎骨骨折があった

3. そのけがはどのような原因で起こりましたか。

- 1 転倒・転落 (_____ による) 2 高所からの落下 (_____ から)
3 運動・スポーツ中 (_____ で) 4 交通事故 5 喧嘩 (_____ と)

4. それはどこで起こりましたか。

- 1 家庭 2 学校校舎内 3 学校校庭 4 運動施設 5 道路
6 公園遊戯場 7 その他 (_____)

歯の外傷についてのアンケート用紙

〔資料2〕

第1表 地域別の歯、顔面、口腔の外傷の頻度

地域別	都 内	都 下	地方都市	地方町村	合 計
調 査 数	369	668	2,007	1,169	4,213
歯の外傷	26 (7.0%)	44 (6.6%)	76 (3.8%)	55 (4.7%)	201 (4.8%)
顔面・口腔の外傷	57 (15.4%)	126 (18.9%)	272 (13.6%)	199 (17.0%)	654 (15.5%)

上段：人数 下段：%

第2表 歯の外傷の年齢別受傷頻度

年齢（歳）	6	7	8	9	10	11	12
人 数	22 (11.5%)	53 (27.7%)	40 (20.9%)	29 (15.2%)	14 (7.3%)	6 (3.1%)	1 (0.5%)

上段：人数 下段：%

第3表 歯の外傷の内容

項目	歯冠が欠けた	歯髄が出た	歯根が折れた	歯が動いた	歯の位置がずれた	歯が抜けた	歯茎が損傷した	顎の骨が折れた	わからない
人数	85 (37.9%)	7 (3.1%)	12 (5.4%)	52 (23.2%)	9 (4.0%)	33 (14.7%)	19 (8.5%)	1 (0.4%)	6 (2.7%)

上段：人数 下段：%

第4表 歯の外傷による受傷原因

原因	転 倒	自転車の転倒・落下	高所からの落下	人に押されて・喧嘩	通勤中	その他
人数	68 (33.8%)	20 (10.0%)	22 (10.9%)	34 (16.9%)	23 (11.4%)	34 (16.9%)

上段：人数 下段：%

第5表 歯の外傷による医療機関の受診状況

処置状況	医者にかかった	家庭で処置した	処置せず
人 数	121 (62.1%)	14 (7.2%)	60 (30.8%)

上段：人数 下段：%

(菊池ら：小学生における顔面・口腔・歯の外傷についての実態調査，
日大歯学，68：795-803，1994より引用)

学術情報



学校歯科医とマウスガード

—その2. 熱可塑性マウスガード—

明海大学歯学部口腔衛生学講座教授 安 井 利 一

① はじめに

学校歯科医がマウスガードをどのように理解すればよいのかについては既に日本学校歯科医会広報誌「日学歯」に述べた¹⁾。すなわち、学校歯科保健は児童生徒の積極的な健康づくりの姿勢を促し成果をあげてきたが、歯を失う原因は齲蝕や歯周疾患だけではない。平成10年度の日本体育・学校健康センターの報告によれば、平成8年度における障害給付の約40%は「歯牙障害」である²⁾。学校歯科保健活動などの結果として、齲蝕は減少し軽症化してきたが、アクシデントである外傷で健全歯を失ってしまっは元も子もないということが一つのポイントである。もう一つのポイントは、学校歯科保健活動で得られた成果に引き続き、「病気ばかりでなくアクシデントとしての外傷に対しても、自らの身体を守る」という習慣や態度を養う学校歯科保健・安全活動の展開が期待できるということである。これまでの学校安全は、主に交通事故に対する対策が中心であり、また、学校環境の整備が主体であったために、児童生徒が自らの問題として学習しにくい点もあったと推察される。その点、マウスガードは、自らのスポーツ外傷を防ぎたいという自己認識が生まれれば、具体的にマウスガード装着という行動をと

ることが可能であるため、安全教育・完全管理の評価としても利用できるわけである。我が国で現在最も頻用されているマウスガードはマウスフォームタイプのマウスガードであろう。それは、入手や成形の容易性あるいは価格が大きな理由と考えられている。しかし、マウスガードは最初に装着する時が肝要であり、その後のマウスガードの使用の意思決定に大きな影響を持つことから、本稿においては、中学生に対するマウスガードの装着を通じて学齢期のマウスガード装着の問題点を探ってみたい。

② 中学生とマウスガード

本調査の対象は、埼玉県下の公立中学校の1年生と2年生(年齢12~14歳, 平均12.7±0.7歳)である。対象数と所属クラブは、野球部(12名)、サッカー部(11名)、男子バスケットボール部(8名)ならびに女子バスケットボール部(9名)の合計40名である。

中学校のクラブ活動において顎顔面口腔領域のスポーツ外傷経験のある生徒は約25%であったが、スポーツの種類によって当然この値は異なってくる。スポーツ外傷は、その原因が自分自身に帰することもあるだろうが、学校安全が安全教育

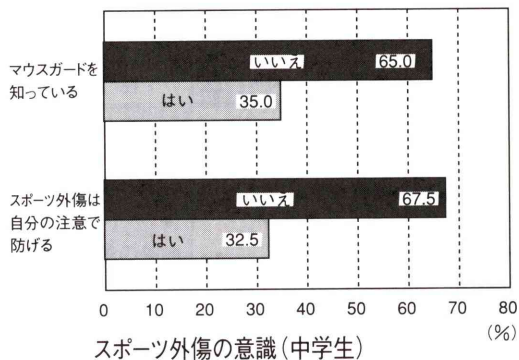


図1 スポーツ外傷の意識 (中学生)

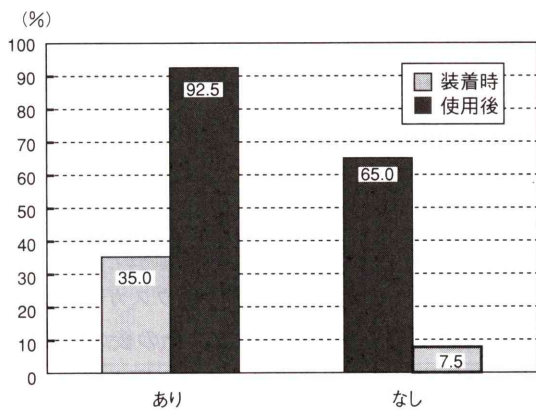


図2 熱可塑性マウスガードの違和感 (中学生)

と安全指導からなるように、必要な知識と習慣や態度が培われていることが必要であり、その点では生徒を取り巻く環境整備と支援対策が急務であると言える。図1に示したように、マウスガードを知っている生徒は35%、スポーツ外傷が自分の注意で防げると考えている生徒は32.5%であった。学校でマウスガードの学習を行っていないにもかかわらず、運動系クラブに所属している生徒では約3割の生徒がマウスガードを認識していたことになる。しかし、これまでに装着した経験のある生徒は皆無であった。ところで、熱可塑性マウスガードを自分で作製し、装着した時点で生徒はどのような感覚を持ったのか、そして使用した後に、その感覚は変化したのかは興味のあると

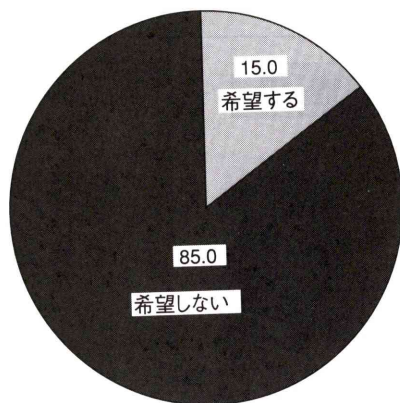


図3 熱可塑性マウスガードの今後の使用希望 使用后 (中学生)

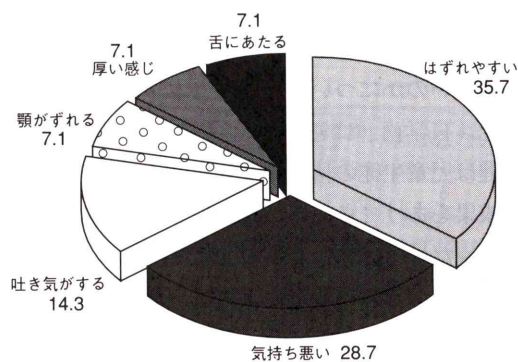


図4 熱可塑性マウスガード装着時の違和感 (中学生) 「ある」35%の内訳

ころである。図2は、作製して装着した時点と使用してみた結果のマウスガードに対する違和感の比較である。装着当初は違和感を訴えた生徒はわずかに35%であったが、使用してみた結果では実に92.5%の生徒が違和感を訴えるようになった。そして、この熱可塑性マウスガードを今後とも使用したいと考えている生徒は、わずかに15%と減少した(図3)。装着時に感じた違和感と実際に使用してみた後の違和感では、図4と図5に示すように、当初は「はずれやすい」と感じていたものが、実際には余りはずれるような事態は起こら

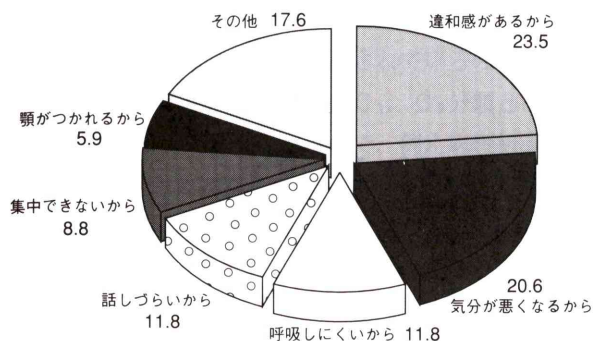


図5 熱可塑性マウスガード使用后 (中学生)
「使用したくない」85%の内訳

なかったものの、違和感が強くなり、装着時には感じなかった「呼吸しづらい」、「話しづらい」、「集中できない」、「顎が疲れる」など具体的な問題点が指摘されるようになった。このような症状は、マウスガードの外形、大きさ、厚さ、下顎の安定（インプリントの付与）など、歯科医師が調整を図ればすぐに改善する内容と考えられる。

③ 学校歯科保健・安全活動における 熱可塑性マウスガードの課題

熱可塑性マウスガードは、先に述べたように入手の容易さ、作製の容易さ、価格の手ごろさなどの点で、スポーツに熱心な中学生では学校での教育や指導により、今後かなりの普及が見込まれるマウスガードである。しかしながら、本調査結果からわかるように、指導者がなく、自分たちだけで作製したマウスガードでは継続して使用したいと思うものが極端に少なくなってしまうことが推察される。しかし、生徒は図6に示すように違和感があり、使用したくないと思っても、67.5%の生徒は「マウスガードがスポーツ外傷の予防

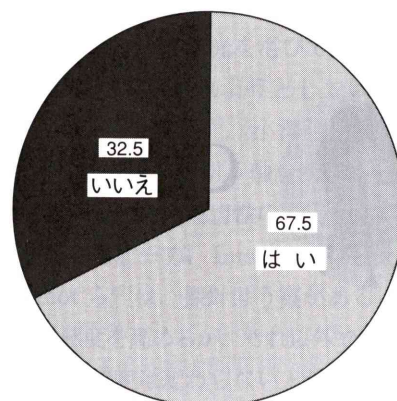


図6 熱可塑性マウスガードの装着はケガの
予防になると思う 使用后(中学生)

になる」と考えている。装着時の違和感など改善できれば装着していたいという気持ちは持っているのだと推察できよう、それ故に、学校歯科医としては、生徒に最も身近で最も信頼されている専門家としてマウスガードを装着しようという前向きな自律的な生徒を支援してあげる必要があるのではないかと強く感じられる。

さらに、学校関係者に対する啓発や家庭に対する情報提供が必要であり、学校保健あるいは学校体育関係者の十分な協力が得られるように基盤整備をすることも学校歯科医としての責務と考えられる。今後、シェルライナータイプのマウスガードあるいはカスタムタイプでの学校歯科医の課題も取り上げてみたい。

参考文献

- 1) 安井利一：学校歯科医とマウスガード —その現状と展望について—, 日学歯No.83, 8~12, 1999.
- 2) 日本体育・学校健康センター学校安全部：学校の管理下の死亡・障害（平成10年度版），p 190, 1999.



CO (要観察歯) の現状と将来

日本学校歯科医会理事 柘植 紳平

COの意義

学校保健法の施行規則は、1994年（平成6年）12月8日に改正され¹⁾、翌1995年（平成7年）4月から実施された。この改正によって、健康診断のなかにCO（シーオー・要観察歯＝questionable caries for observation）が導入されたのである。

改正当初はCOやGOについて、「そんなものが学校に必要なのか」という声が多く聞かれた。しかし、COやGOが学校関係者に理解されてくるにつれ、「これは歯や歯肉をどうしたら健康な状態に保てるのかの教材となるばかりでなく、歯を大切にしたいという気持ちを育み歯の価値観を高める。さらに歯科保健教育をすることによって、全身の保健教育や基本的な生活習慣の向上に役立つ²⁾」などの効用が報告されるようになっていく。

COの概念

COは時代の流れのなかで、う蝕に対する考え方の変化から生まれた。学校保健法施行規則改正前と改正後のう蝕検出に対する考え方の違いで、病理組織学的う蝕と臨床的う蝕の違いでもある。

（図1）

改正前の考え方は、う蝕は進行性の疾病である

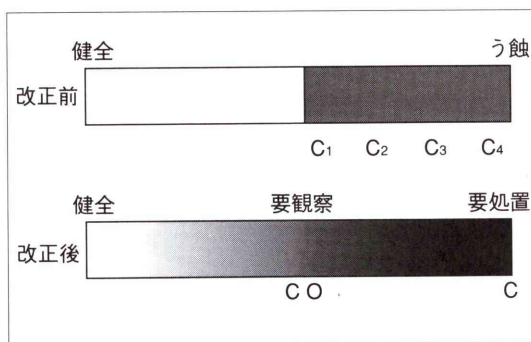


図1 学校保健法施行規則改正前と後のう蝕に対する考え方モデル（柘植，1999）

ので早期発見，早期治療が必要である。検診のときには健全歯かう蝕（C₁，C₂，C₃，C₄）歯かをその場で判定する。つまり，その場で総てを白黒ハッキリさせねばならなかった。それに対して改正後の考え方は，う蝕は脱灰と再石灰をくりかえしながら進行する。しかし，う窩ができるまでは可逆的で，環境の変化などによってある時点で止まったり，後戻りしたりする。健診の時にはすぐに不可逆的処置が必要と判定できる歯（要処置歯），健全歯，その場では要処置歯・健全歯のどちらにも判定出来ず，進行するのか，後戻りするのかを経時的に観察する必要のある歯（要観察歯＝CO）の3つにスクリーニングする。つまり，その場で白黒ハッキリできない歯がCOになる。

よく誤解されているのは，COはC₁の一步手前のC₀（シーゼロ）ではないかということであ

る。C₁、C₂というのは病理組織学的分類で、総ての歯科医がこの分類を教育されているのでこれに囚われやすい。COはこのC₁、C₂分類とは次元の違う臨床的分類であるので、例え病理組織学的にはC₁と思われても、その時点でう窩が無ければ、COとして様子を見る。従って、現実にはC₁のCOや、場合によってはC₂のCOが存在する。

COの定義と探針使用の是非論争

COは1986年(昭和61年)に日本学校歯科医会が出した報告書³⁾に初めて登場する。そのなかで「探針でう蝕と判定できないが、う蝕の初期症状(病変)を疑わしめる所見を有するもの(歯)と定義し、この様な歯は経過観察を要するものとして、要観察歯(questionable caries for observation)、略記号COを用いる」としている。そして同基準はさらにCOに該当するものとして、(1)小窩裂溝で軟化した実質欠損は認められないが、褐色窩溝及び sticky 感が触知されるもの、(2)平滑面において、白濁や褐色斑が認められるが実質欠損の確認が明らかでないもの、(3)精密検査を要するう蝕様病変のあるものの3つをあげている。

また、1989年(平成元年)に出したマニュアル⁴⁾のなかで「単なる sticky 感だけではう蝕としない。平滑面では白斑、褐色斑、変色面、粗造面、着色などがあっても実質欠損がなければう蝕としないで要観察歯とする。」としている。

COの提唱は画期的なことであったが、日学歯のCOの定義にも時代の流れにかみ合わない部分が出てきており、最近、このCOの定義の探針の使用をめぐる論争がおきている。

健康診断はミラーと探針を用いて行う必要があり、探針による圧力が150グラム～200グラムであれば歯質を破壊する危険性はない、とする意見と先端の鋭利な探針は再石灰化の可能性のある歯質を破壊する危険性が高いので健康診断時に使用す

べきではない、とする意見である。

近年カリオロジーが脚光を浴びて、う蝕に対する診断と治療が見直されようとしている。Ekstrand⁵⁾、Corien⁶⁾、小澤⁷⁾、Yassin⁸⁾、Hujoel⁹⁾は探針を初期う蝕診断に用いると歯質を破壊するとして、為害性の立場から探針使用に反対している。一方、Lussi¹⁰⁾、Disney¹¹⁾、Verdoschot¹²⁾は、探針はう窩がある場合はう蝕検出の感度を高めるが、それ以外では視診のみの場合と検出精度は変わらないと報告している。

また、今年度の厚生省歯科疾患実態調査(案)では、初期う蝕診査に探針を使用しない検診方法を提案している¹³⁾し、日本口腔衛生学会においても初期う蝕診断における探針使用には否定的である。

一方、学校健康診断の現場を振り返ってみると、非常に多くの学校で、健康診断の場所、照明、診査時間、児童生徒の診査時の清掃状況などについて、理想的な環境とは思えない状態で健康診断が行われている。こういった現状では、歯面への付着物(食べ物の残渣や歯垢)の除去や、樹脂系修復物の確認に診査の補助的な器具として探針を使用せざるを得ない面もある。

勿論、日本学校歯科医会としてもこの問題に手をこまねているわけではなく、委員会において検討中であるので、近々見解がでるはずである。

岐阜県では健康診断の手引き¹⁴⁾の中で、暫定措置として次のような方法で健康診断に臨むように指導しているので参考にさせていただきたい。「探針はプラーク・食渣の除去や、裂溝の填塞物・充填物の有無の確認を目的とする診査の補助器具として考える。使用する場合にはW. H. O.のCPIプローベや先端の鋭利でない探針を用いる。このとき、探針の先を水平的に動かし、垂直的に圧をかけないように注意する(図2)。」

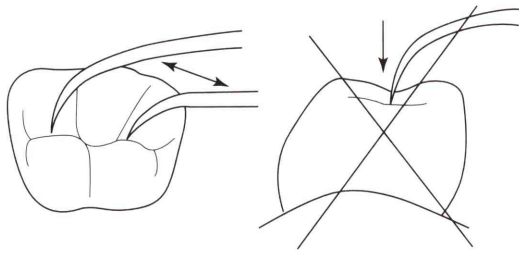


図2 岐阜県歯科医師会学校歯科委員会「なるほど・ザ・学校歯科」より

現状におけるC Oの出現率

表1は1997年(平成9年)と1998年(平成10年)の岐阜県下全小学校の一人当たりC O歯数とDMFTの推移である。一人当たりのC O歯数は、平成10年度の小学校6年生で0.28歯(男0.27, 女0.30歯)であった。なお、算出方法は次の式による。

$$\text{一人当たりC O歯数} = \frac{\text{総C O歯数}}{\text{総人数}}$$

表1 岐阜県の一人当たりC O歯数とDMFTの推移

学年	一人当たりC O歯数		DMFT	
	H 9	H 10	H 9	H 10
小1	0.11	0.09	0.18	0.16
小2	0.21	0.18	0.55	0.45
小3	0.25	0.25	0.92	0.85
小4	0.27	0.26	1.44	1.23
小5	0.27	0.28	1.79	1.66
小6	0.29	0.28	2.29	2.12
合計	0.23	0.23	1.24	1.11

岐阜県歯科医師会学校歯科委員会資料より

表2は、1989年(平成元年)と1998年(平成10年)の岐阜県恵那市の小中学校における一人当たりC O歯数とDMFTの推移である。

恵那市では日学歯のC O提唱をいち早く受け入れ、1987年から学校健康診断にC Oを導入した。学校歯科医は健診前に判定のすり合わせを行い、1986年の日学歯の基準に基づいて探針を用いて判定している。導入から10年以上たった地区のC O歯率とDMFTの推移の比較は参考になると思われる。

表2 恵那市の一人当たりC O数とDMFTの推移

学年	検査人数		う歯数		C O数		一人当たりC O数		DMFT	
	H 1	H 10	H 1	H 10	H 1	H 10	H 1	H 10	H 1	H 10
小1	441	361	56	12	27	6	0.06	0.02	0.13	0.03
小2	471	370	219	64	92	90	0.19	0.24	0.46	0.17
小3	462	355	411	118	136	74	0.29	0.21	0.89	0.33
小4	506	338	626	162	161	154	0.32	0.46	1.24	0.48
小5	550	372	970	220	183	161	0.33	0.43	1.36	0.59
小6	527	454	1136	406	178	187	0.34	0.41	2.16	0.89
中1	523	432	1549	576	197	269	0.38	0.62	2.96	1.33
中2	518	489	1956	984	255	366	0.49	0.74	3.78	2.01
中3	569	415	2483	834	246	508	0.43	1.22	4.36	2.01
合計	4567	3586	9406	3376	1475	1815	0.32	0.51	2.06	0.94

恵那市養護教諭部会 健康診断の統計より

また、岐阜県下全小学校407校のうち、C Oが1歯も出なかった学校が1997年度は29校(7.1%)、1998年度は32校(7.9%)あった。恵那市の例からみると、C Oを導入するとDMFTは確実に減少する。県下全域でも今後C Oに対する理解度がさらに深まるとC O出現率はもう少し上昇すると思われる。

C Oと判定した歯の予後は

表3は、前述の恵那市でC Oと判定された歯の予後を追跡調査したデータである。小学校1~4年生では、1年後、健全歯に戻ったもの23%、C Oのまま42%、う蝕へ進行したもの35%、2年後、健全歯に戻ったもの26%、C Oのまま34%、う蝕へ進行したもの40%であった。小学校5年~中学校1年生では、1年後、健全歯に戻ったもの43%、C Oのまま27%、う蝕へ進行したもの30%。2年後、健全歯に戻ったもの42%、C Oのまま25%、う蝕へ進行したもの33%であった。

また、歯髄処置まで進行した例は674歯中3歯(0.4%)であった。

これは1989年のデータであり、当時はC₁~C₄の基準で健康診断が行われており、う蝕と判定されたものの多くがC₁であることから、充填処置を施された歯も含めて、現在の臨床的診断でいけば、C Oと判定されるC₁が多く含まれていると思われる。表2と併せて見ていただきたい。

白濁や着色はどうなってゆくのか

図3、図4、図5は第一大臼歯咬合面を経年の追跡したものである¹⁵⁾。歯垢付着や白濁は、萌出直後は高頻度で見られたが、次第に減少した。着色は萌出直後は少ないが、年齢とともに増加した。色は薄茶色から次第に濃くなり、黒色になって安定した。また、歯垢付着の有無と白濁の有無との間には相関関係は認められなかった。そし

表3 C Oの12か月後、24か月後の推移

	62年度	12か月後(S. 63)	24か月後(H. 1)
小学校1~4年	C O 258歯	健全歯 58歯 23%	健全歯 66歯 26%
		C O 106歯 42%	C O 81歯 34%
		C ₁ 54歯 } 35%	C ₁ 33歯 } 40%
		C ₂ 5歯 }	C ₂ 8歯 }
		C ₃ 0歯 }	C ₃ 0歯 }
		処置歯 30歯 }	処置歯 65歯 }
	計 253歯	計 253歯	
中学校小5~中1	C O 426歯	健全歯 182歯 43%	健全歯 172歯 42%
		C O 115歯 27%	C O 107歯 25%
		C ₁ 54歯 } 30%	C ₁ 23歯 } 33%
		C ₂ 15歯 }	C ₂ 11歯 }
		C ₃ 3歯 }	C ₃ 2歯 }
		C ₄ 0歯 }	C ₄ 1歯 }
処置歯 52歯 }	処置歯 104歯 }		
	計 421歯	計 421歯	

恵那市学校歯科保健研究会(恵那市, 1989)

表4 修復処置移行歯

	観察歯数	その内修復 (%)
右上第一大臼歯 (6)	161	13 (8.1)
左上第一大臼歯 (6)	155	12 (7.7)
左下第一大臼歯 (6)	137	16 (11.7)
右下第一大臼歯 (6)	146	23 (15.8)
合計	599	64 (10.7)

(柘植, 1999)

て、観察中に修復処置に移行したものは599歯中64歯(10.7%)であった。(表4)

う蝕の進行プロセスは単純なものではなく、様々な条件の変化によって進行が停止したり、後戻りしたりする¹⁶⁾。結論から言うと、歯垢付着が見られるから、白濁や着色が必ず起こるわけではないし、白濁や着色が必ずう窩につながるわけでもない。

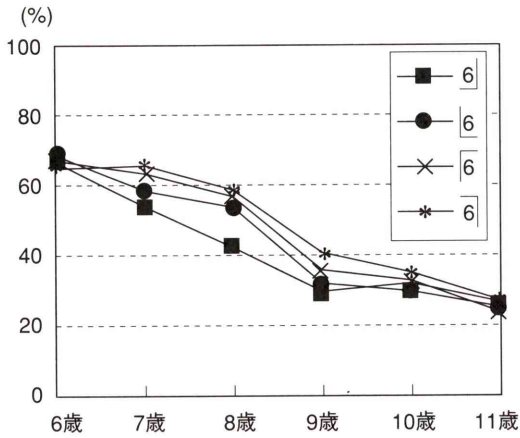


図3 歯垢の付着ありの推移 (柘植 1999)

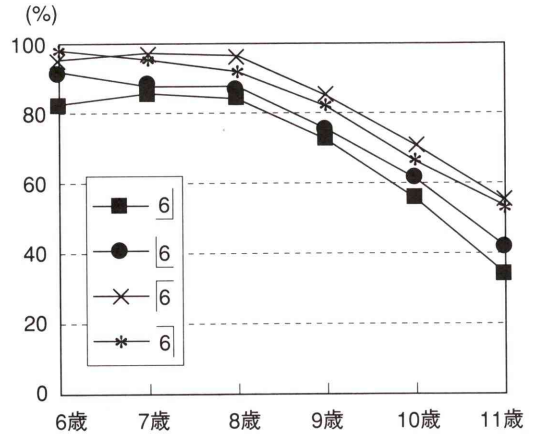


図4 白濁ありの推移 (柘植 1999)

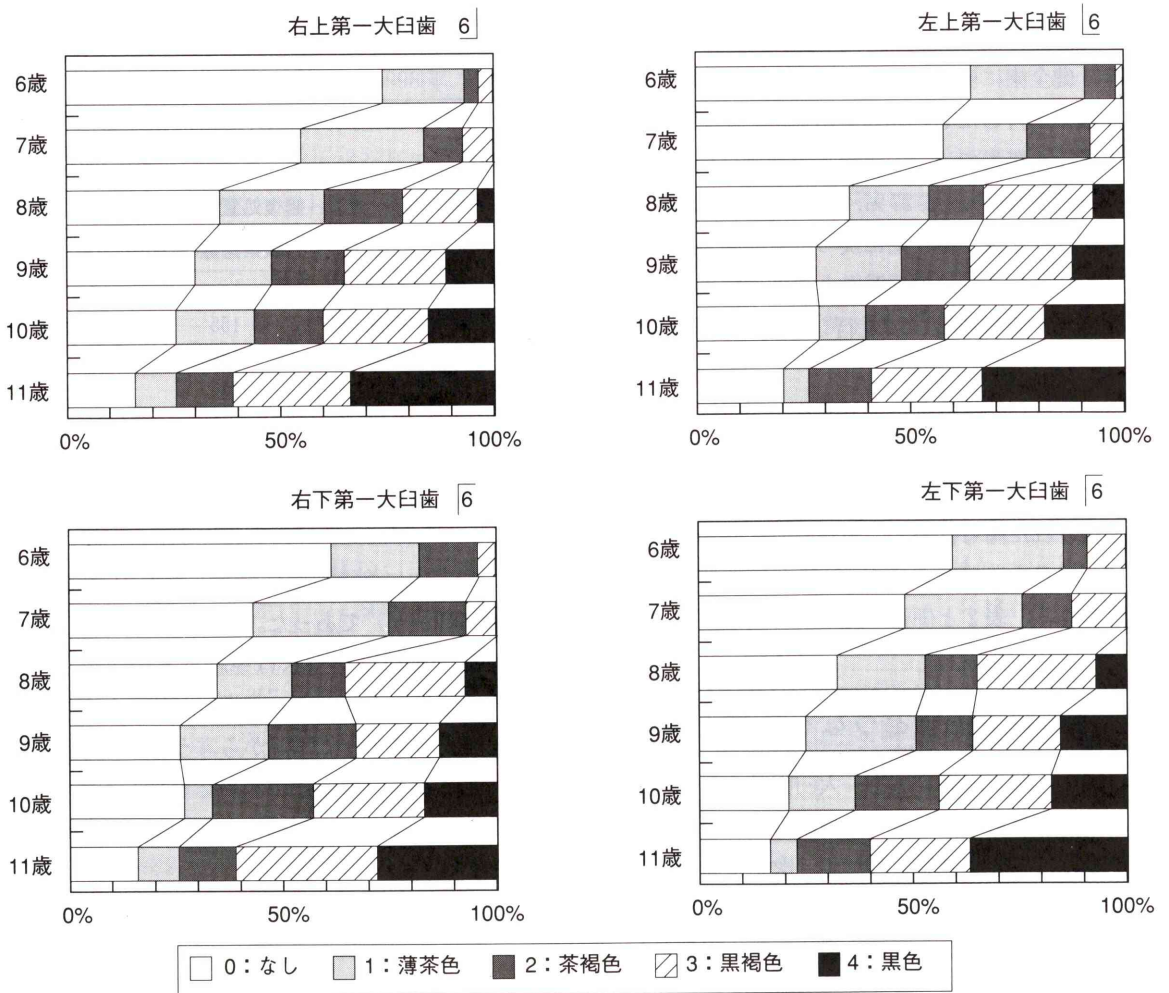


図5 着色の程度の推移 (柘植, 1999)

今後、臨床医は C Oにどう対処すべきか

現在、日学歯では時代に適合させるべく健康診断や事後処置の見直しを行っているので新たなC Oの基準についても近いうちに示されるであろう。

ここでは健康診断を行う学校歯科医としてではなく、事後措置を行う臨床医としてC Oにどう対処すべきかについて私見を述べたい。

初期う蝕の兆候がある歯の場合、まず最初に、すぐに不可逆的な処置が必要な歯であるかどうかを判定する。

不可逆的な処置が必要な歯の条件としては、

- (1) 明らかな窩の存在が認められること（視診もしくはX線診において）
- (2) う蝕が象牙質に到達していること（視診もしくはX線診において）
- (3) う蝕が活動性であること

この3条件総てを満たす場合、すぐに不可逆的な処置を施したほうがよいと思われる。従って条件すべてを満たさないもの、あるいは白濁、着色といった初期う蝕の兆候のあるものはC Oとして経時的にその状態を注意深く観察する。この間、何もしないのではなく、歯質の強化、細菌の減少、食生活の改善などに積極的にアプローチする再石灰化促進療法を行うことが、これからの臨床医には求められる。観察してみると、う蝕は意外に進

行しないものである。（症例1、症例2、症例3）

C Oの今後

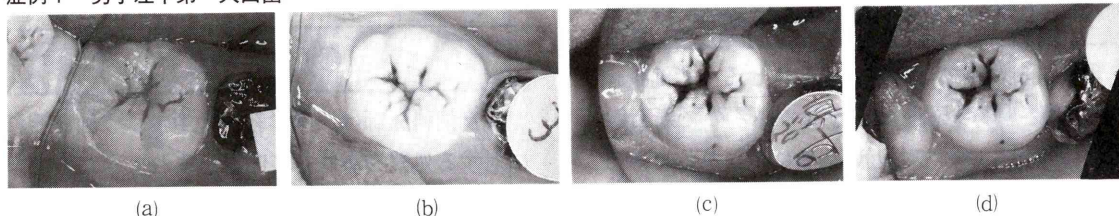
我々歯科医師は、歯学教育の中で、う蝕とそれに対する処置を徹底して叩き込まれてきたので、白濁や着色を見ると、どうも削って充填しなければ安心出来ない。その場で判定し、切削充填する勝負が早い外科的手法しか学んでこなかった。これはう蝕洪水といわれ、それに対処する歯科医師の数も少なかった時代の、歯を疾病の側から見る考え方である。

しかし、現在ではう蝕も減少し、歯科医師数も充足してきた。今後は臨床の場においてC Oとそれに対する再石灰化促進療法が、う蝕治療の一分野として次第に大きなウエイトを占めてくると思われる。従ってこれからは、個人のC Oの管理は学校歯科医ではなく臨床医に委ねられ、歯を健康の側からみて、初期う蝕の段階の白濁や着色がどうなっていくのかを時間をかけて観察しながら、積極的に再石灰化促進療法を行い、う蝕の進行をくい止める、いわば内科的手法が求められるようになるであろう。

我々は学校歯科医として、また、事後措置を担う臨床医として、実際に経時的に観察してみてC Oに対する理解を深めるとともに、各診療室における再石灰化促進療法の確立を急がねばならない。

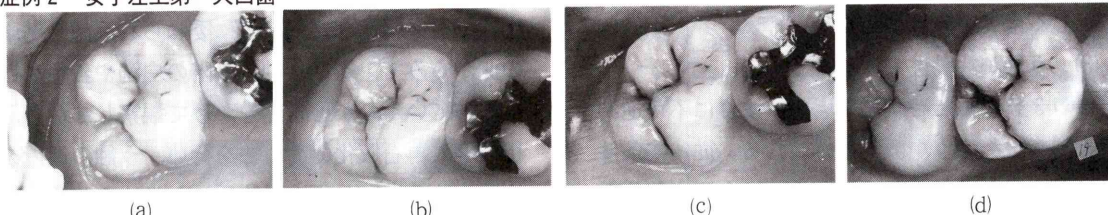
(資料)

症例1 男子左下第一大臼歯



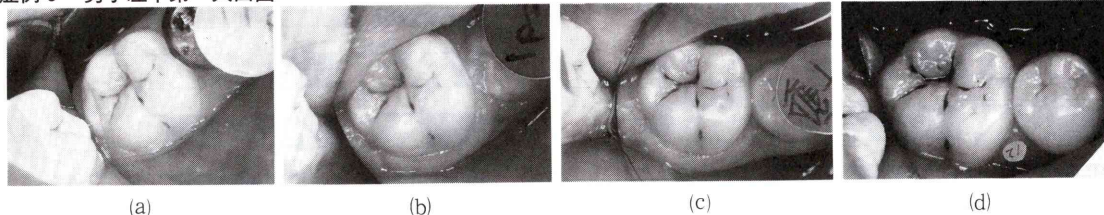
- (a) 7歳、小窩裂溝内にプラーク付着があり、その周囲に白濁が認められる。萌出直後で咬合していない。口腔内の状態は悪く、清掃はできていない乳歯のう窩は放置されている。しかし、この時点だけをみてこの歯の予後を見ることが危険である。
- (b) 6カ月後、咬合し始めたため、裂溝内のプラークは減少し、部分的となる。周囲の白濁と着色(茶褐色)が明確になる。病理組織学的にはC₁あるいはC₂であろうと思われる。裂溝中央部のピットにはsticky感も認められる(この当時は鋭利な探針を使って診査している。)が、不可逆的処置の3条件を満たしていない。判定を急いではならない。
- (c) 2年後、裂溝部が拡大し、それに伴って着色部も拡大し、黒色になってきている。白濁は近心側裂溝周囲に一部残るが、プラーク付着とsticky感は消失し、触診でカリカリした感触である。
- (d) 4年後、白濁も消失し、着色は黒色になって安定している。不安な状態は脱しているが、受験、進学、就職などで生活環境が変わると再び脱灰が進行する恐れがある。観察中に本人に理解させ、食生活等に気をつけるよう自覚を促す必要がある。

症例2 女子左上第一大臼歯



- (a) 7歳、小窩裂溝内にプラークが少量だが付着、裂溝周囲に白濁が認められる。着色(茶褐色)はほぼ全面に認められる。まだ咬合は不完全である。
- (b) 1年後、遠心部裂溝にプラーク付着あり、中心窩頰側裂溝周辺に白濁残る。着色は黒褐色になる。
- (c) 2年後、プラーク付着はなくなり、白濁も消失。着色は黒色になり、ほぼ安定した状態になる。
- (d) 8年後、遠心部裂溝は拡大しているがプラーク付着、白濁は認められない。着色は黒色で安定している。

症例3 男子左下第一大臼歯



- (a) 10歳、中央部小窩裂溝にプラーク付着、その周囲に白濁が認められる。裂溝の約三分の二に着色(薄茶色)がある。
- (b) 1年後、プラーク付着、白濁は同様に認められる。着色は茶褐色に変化している。隣接する乳臼歯が脱落した直後で、近心隣接面に白濁が認められる。側方歯群交換によっても第一大臼歯の環境は変化する。
- (c) 2年後、プラーク付着は認められない。白濁は中央部小窩周囲にわずかに認められる。着色は黒褐色から黒色に近づいている。ほぼ安定してきたといえる。
- (d) 8年後、プラーク付着、白濁とも認められない。着色は黒色で安定している。生活環境に問題がなければ、C0ではなく健全歯としてもよいといえる。

参考文献

- 1) 文部省体育局長小林敬治：学校保健法施行規則の一部を改正する省令の施行及び今後の学校における健康診断の取り扱いについて（通知），1994.
- 2) 渡辺理人，吉田瑩一郎，安井利一：小学校歯科保健教育が児童に及ぼす影響，日学歯会誌，80；112-119，1998.
- 3) 日本学校歯科医会（学術第二委員会）：初期う蝕の検出基準ならびに要観察歯の基準とその取り扱いに関する報告書，1986.
- 4) 日本学校歯科医会：幼児・児童・生徒の歯・口腔の健康診断と事後処置，1989.
- 5) Ekstrand, K., Qvist, V. and Thylstrup, A. : Light microscope study of the effect of probing in occlusal surfaces, *Caries Res.*, 21 ; 368 - 374, 1987.
- 6) Corien, S.E., Robert, A.M. and ten Cate, J. M. : The effect of dental probing on subsequent enamel demineralization, *J. Dent. Child.*, 343 - 347, 1988.
- 7) 小澤雄樹：探針の触診圧，粘着力，臨床的ならびに病理組織学的う蝕診断との関係における歯質崩壊の研究，口腔衛生会誌，40；46-52，1990.
- 8) Yassin, M.O. : In vitro studies of the effect of a dental explorer on the formation of an artificial carious lesion, *J. Dent. Child.*, 62 ; 111 - 117, 1995.
- 9) P.P. Hujoel, K.K. Makinen, C.B. Bennett, P. J. Isokangas, H.P. Isotupa, H.R. Pape Jr., R. J. Lamont, T.A. DeRouen, S. Davis, : Do caries explorers transmit infection within persons?, *Caries Res.*, 29 ; 461 - 466, 1995.
- 10) Lussi, A : Validity of diagnostic and treatment decisions of fissure caries, *Caries Res.*, 25 ; 296 - 303, 1991.
- 11) Disney, J.A., Abernathy, J.R., Graves, R.C., Mauriello, S.M., Bohannon, H.M., and Zack, D.D.: Comparative effectiveness of visual/tactile and simplified screening examinations in caries risk assessment, *Community Dent Oral Epidemiol*, 20 : 326 - 332, 1992.
- 12) Verdoschot, E.H., Bronkhorst, E.M., Burgersdijk, R.C.W., Konig, K.G., Schaeken, M.U.M. and Truin, G.J. : Performance of some diagnostic systems in examinations for small occlusal caries lesions, *Caries Res.*, 26 ; 59 - 64, 1992.
- 13) 厚生省：歯科疾患実態調査必携(案)；5 - 7, 1999.
- 14) 岐阜県歯科医師会学校歯科委員会：なるほど・ザ・学校歯科（実践編）健康診断の手引き；8 - 9, 1999.
- 15) 柘植紳平：学童の第一大臼歯咬合面における白濁と着色の経年的推移，口腔衛生会誌，49；348 - 364，1999.
- 16) Pitts, N.B. : Diagnostic and measurements - impact on appropriate care, *Community Dent Oral Epidemiol*, 25 ; 24 - 35, 1997.

平成9年度

都道府県・政令市別学校歯科保健統計

社団法人 日本学校歯科医会作成

この度、「新しい学校での健康診断」に導入された新たな検査項目を含めた初の全国調査「平成9年度都道府県・政令市別学校歯科保健統計」を本会が作成致しました。

ご協力頂きました各加盟団体の皆様には厚くお礼申し上げます。今後も毎年掲載して参る予定ですので充分にご活用下さい。

統計（一覧表）作成にあたって

1. 項目の欄が狭いため、項目名称を略してある。「口腔-その他疾病・異常」は、正式には「右の項目以外のその他の口腔の疾病・異常」であり、「歯列咬合顎関節異」は、正式には「歯列咬合・顎関節の異常」であることをご注意願いたい。
2. 本会の54加盟団体（47都道府県と7政令指定都市）中、35団体から回答をいただいた（29都道府県と6市、京都府については「京都市とそれ以外の地区」として、2種回答いただいたので別記してある）。
3. 調査項目は、各都道府県・政令市で既にある統計をそのまま送付願ひ、本会にて文部省の学校保健統計調査の歯科の項目を基準にし、更に平成7年度から学校健康診断項目に入った「歯列咬合顎関節」「歯周疾患」「C O保有」「G O者」等を加え作表した。
4. 各都道府県・政令市によって統計表の作成が異なり、年齢別（学年別）に統計を出しているのが17団体。それ以外は学校種別（幼稚園・小学校・中学校・高等学校の学校種毎を一まとめ）であった。
5. 一覧表にした項目の他に、都道府県・政令市によっては、学校歯科保健指導項目、都府県内の各地区の年代別（10年おき）の歯疾や口腔疾患・喪失歯数等々詳細かつ貴重な統計も記載されていたが、今回は除外した。
6. 各都府県の統計を実数をもって記されているものがあったが、本会にて百分率を求めて記した。
7. 高等学校の統計について、全日制だけでなく、定時制の統計も示した県があったが、全日制と定時制間に数値上の差が認められ、平均にて示すことは適切でないので、今回は全日制のみの資料を示した。
8. 幼稚園については、他の学校種に比して統計を出している都府県は少なかった。また、府県によって5歳児の統計と3～5歳児を一括した統計の2種があったので、2種とも記載した。

ただし、幼稚園と保育園で別々に記載のあるものはスペースがないので、幼稚園のみを写した。

9. 男女別の平均値が示されておりながら、合計欄に記載のないものについては、そのままにしてある。
10. むし歯（う歯）の欄は「計」「処置完了者」「未処置のある者」の3項目のうち1項目記載のない場合は、他の2項目から本会で算出した。
11. 「歯列咬合・顎関節」、「歯肉の状態」について「1：要観察」、「2：要診断」として記載されているものは、「2：要診断」を「歯列咬合・顎関節異（常）」、「歯周疾患」とした。また、「歯肉の状態」に関しては「1：要観察」の記載のあるものはG Oの欄に示したが、「G O」と「1：要観察」を別々に統計値を出している場合はG Oのみの数値を示してある。
12. 横浜市、川崎市、京都市は「むし歯（う歯）」の項目が、「う歯所有人員」「う歯処置人員」（京都）、「処置」「未処置」（横浜）、「う歯処置」「う歯未処置」（川崎）となっていたのを、それぞれ「処置完了者」「未処置歯のある者」と読み代えて処理してあるので、計算方法から検討する必要がある。
13. 本統計表の「全国」欄は、「平成9年度学校保健統計」（文部省）より歯科を抜すいで示してある。
14. 12歳児のDMFについては、そのまま記載した。その他の年齢で「乳歯のみ」や「DFのみ」もあったので、これらはそのまま記載してある。
15. 東京都、川崎市、富山県と三重県の高校部分

は「その他の歯疾患」と「口腔のその他疾病・異常」を一緒に合算して「その他の歯・口腔の疾病・異常」として集計を取っていたので、そのまま示してある。

16. その他、必要に応じて*印にて注釈を加えてある。

今回の統計から感じたお願い

今回の調査および統計（一覧表）作成が初めての試みであったので、残された課題は多くあります。本会としては、今後も続けて改良を重ねながら充実した統計を作成していきますので、今回ご回答願えなかった団体におかれては、是非次回以降のご協力をお願いいたします。

また、今回ご回答いただいた団体におかれても、調査項目あるいは統計作成時の項目がまちまちであったり、年齢別でなく学校種別で処理されているところが多くありました。特に小学校では、1年生（6歳）から6年生（11歳）まででは、大きな差がありますので、できれば年齢別集計を作成していきたいと考えております。年齢別統計のない場合は、加盟団体様から教育委員会に「統計を年齢別にとりたい」とのご助言をいただき、年齢別作成が可能となるようにご協力いただければ幸いです。

その他、記載項目の表現の異なりをそれぞれでできるだけ間違いのないよう読み代えて記載したつもりではありますが、今回が初めてのことで、各都府県で今回の記載に誤りにお気づきの点は本会まで至急ご連絡下さいますようお願い申し上げます。その時に計算式をお示しいただければ幸いです。

(男女合計)

区 分	歯・口腔										歳 D M F	歯			
	歯				口 腔							歯			
	むし歯(う歯)			そ 歯 の 疾 患 の 他 の	そ 疾 病 の 他 の 常 態	歯 列 関 節 異 常	歯 周 疾 患	C O 保 有	G O 者 率	むし歯(う歯)			そ 歯 の 疾 患 の 他 の		
計	処 置 了 者	未 処 置 者	歯 の あ る 者							計	処 置 了 者	未 処 置 者		歯 の あ る 者	
全 国															
北海道															
札幌市											68.57	14.81	53.76		
青森県															
秋田県	82.35	26.21	56.14	2.17	0.57						82.62	26.70	55.92	2.13	
宮城県															
山形県															
福島県	76.54	22.88	53.66	0.13	0.21										
茨城県															
栃木県															
群馬県	73.32	22.90	50.43	1.86	0.33						73.31	21.53	51.78	1.47	
千葉県															
埼玉県															
東京都															
神奈川県															
川崎市															
山梨県															
長野県															
新潟県															
静岡県															
愛知県															
名古屋市	55.22	19.78	35.44	4.13	2.01						56.48	20.54	35.94	4.09	
岐阜県															
三重県	78.45	23.13	55.32	18.70	0.75	12.21	2.50								
石川県	79.86	32.50	47.36												
福井県															
富山県															
滋賀県															
和歌山県															
奈良県															
京都市															
大阪府	55.26	13.27	41.99			1.77	3.15				54.76	12.04	42.72		
大分県															
兵庫県	64.34	29.89	34.45	2.01							65.31	32.49	32.82	2.02	
神戸市	64.3	27.4	36.9		0.1	1.7	0.1								
岡山県	70.2	23.0	47.2	1.5	0.3										
広島県	78.33	27.83	50.50	0.44	0.15										
山口県															
徳島県	77.20	33.57	43.63	3.63	0.57						76.06	34.51	41.55	4.32	
香川県	75.66	21.78	53.88	1.68							76.68	21.55	55.13	1.42	
愛媛県															
高知県															
福岡県	71.68	31.83	39.85	1.06	1.01						71.95	29.62	42.33	0.89	
福岡市															
佐賀県															
長崎県															
大分県															
熊本県															
宮崎県															
鹿児島県															
沖縄県															

政令市別学校歯科保健統計

幼稚園（3～5歳）計
（%）

（男）

（女）

歯・口腔						歯・口腔									
口腔					歳 D M F	歯				口腔					歳 D M F
そ 疾 の 病 他 異 の 常	歯 顎 列 関 咬 節 合 異	歯 周 疾 患	C O 保 有	G O 者 率		むし歯（う歯）			そ 歯 の 他 疾 患	そ 疾 の 病 他 異 の 常	歯 顎 列 関 咬 節 合 異	歯 周 疾 患	C O 保 有	G O 者 率	
						計	処 了 者 置	未 処 の 者 置							
1.18	1.39	1.29				68.80	19.78	49.02		2.58	0.37	0.74			
0.36						82.06	25.70	56.36	2.22	0.78					
0.28						73.34	24.30	49.04	2.25	0.38					
1.71						53.89	18.98	34.91	4.16	2.32					
	1.55	2.52				55.78	14.54	41.24			1.99	3.78		0.01	
						63.34	27.19	36.15	2.00						
0.78						78.40	32.57	45.83	2.91	0.34					
						74.62	22.01	52.61	1.95						
0.93						71.41	34.07	37.34	1.23	1.09					

(男女合計)

区 分	歯・口腔										歯					
	歯				口 腔				歳 D M F	歯						
	むし歯(う歯)		未 処 置 者	未 処 置 者	そ の 疾 患	そ の 疾 患	そ の 疾 患	そ の 疾 患		歯 列 関 節 合 異	歯 周 疾 患	C O 保 有	G O 者 率	むし歯(う歯)		そ の 疾 患
計	処 了 者	計							処 了 者					計	処 了 者		計	処 了 者
全 国	82.07	40.08	41.99	11.72	0.68	／	／	／	／	／	／	／	82.28	39.23	43.05	11.88
北海道																
青森県	88.4	35.5	52.9	17.3	0.5								87.61	41.17	46.44	
秋田県	90.33	38.12	52.20	12.26	0.79								89.1	34.0	55.1	17.9
宮城県																
福島県	87.45	42.46	44.99	15.31	1.10											
茨城県																
栃木県	87.17	43.40	43.77	8.84									87.32	42.20	45.12	9.54
群馬県	87.72	37.36	50.36	12.57	1.14								87.98	36.63	51.35	13.14
千葉県	85.3	38.9	46.4	7.8		4.2	1.6	11.9	7.6				85.2	38.1	47.1	8.5
埼玉県																
東京都	80.21	44.32	35.90										80.13	43.61	36.52	
神奈川県	75.90	40.62	35.28	8.33	0.28								75.58	40.56	35.02	8.14
横浜市													41.82	26.49	15.33	
川崎市	79.26	42.53	36.73	*9.61									79.48	42.46	37.02	*9.
山梨県	(90.68	48.68	42.30	14.96	0.30	H8年度							(90.89	47.48	43.41	14.83
長野県	84.5	53.2	31.4	12.7	0.6								84.9	52.6	32.2	13.1
新潟県	(39.9*	永久歯のみ)														
静岡県																
愛知県																
名古屋市	79.06	44.42	34.64	18.36	0.34								79.29	43.81	35.48	18.56
岐阜県																
三重県	88.05	35.17	52.88	8.60	0.35	6.35	2.79									
石川県	88.74	35.58	53.16													
福井県	88.79	40.33	48.46	13.63	0.69								88.85	39.61	49.24	14.04
富山県	85.83	48.53	37.30	*8.73		3.86	2.08						86.31	48.12	38.19	*9.
滋賀県																
和歌山県	85.93	36.22	49.71	12.20									86.26	35.40	50.86	12.27
奈良県																
京都府	79.89	38.77	41.12	14.32	0.46								79.29	37.69	41.60	14.61
京都市	79.40	42.17	37.23			6.87	5.04					1.09	79.65	40.82	38.83	
大阪府																
大田市																
兵庫県	83.82	44.16	39.67	8.99	0.57								83.68	43.36	40.32	9.03
神戸市	81.3	48.2	33.1		0.5	6.7	4.9									
岡山県	86.8	41.1	45.7	16.9	0.6											
鳥取県	89.48	38.53	50.95	13.62	0.25											
広島県																
島根県																
山口県	86.77	41.63	45.14	15.54	0.27								88.93	37.03	51.90	12.76
徳島県	88.45	36.29	52.16	16.94	0.15								86.84	40.36	46.48	15.51
香川県	88.82	35.15	53.66										88.82	35.15	53.66	17.47
愛媛県	84.74	42.89	41.85	13.51	0.11								85.72	41.96	43.76	13.91
高知県																
福岡県	88.72	61.13	27.59			2.94	2.33	20.44	9.01							
福岡市	84.16	36.48	47.69	12.20	0.46								85.03	36.33	48.69	12.15
福岡市													79.53	40.27	39.26	10.45
佐賀県													91.31	33.53	57.78	18.85
長崎県	89.60	40.33	49.27	16.19	0.51								89.80	39.15	50.65	16.74
大分県																
熊本県																
宮崎県																
鹿児島県																
沖縄県													92.67	37.55	55.12	15.47

政令市別学校歯科保健統計

小学校 計 (%)

(男)

(女)

歯・口腔						歯・口腔										
そ疾 の病 他異 の常	口 腔					歳 D M F	歯				口 腔					歳 D M F
	歯 顎 列 咬 節 合 異	歯 周 疾 患	C O 保 有	G O 者 率	計		むし歯(う歯)		そ 歯 の 疾 の 患	そ 疾 の 病 他 異 の 常	歯 顎 列 咬 節 合 異	歯 周 疾 患	C O 保 有	G O 者 率		
							処 了 置 者	未 処 の 者 あ								
0.68	/	/	/	/	/	81.84	40.97	40.87	11.57	0.68	/	/	/	/	/	
0.89	4.89	3.55				87.39	43.30	44.09		0.90	5.29	3.14				
0.5						87.8	37.1	50.7	16.6	0.5						
0.86						90.08	39.15	50.93	12.23	0.72						
						87.01	44.65	42.36	8.11							
1.07						87.45	38.14	49.30	11.96	1.22						
	4.0	1.9	11.3	8.1		85.2	39.6	45.6	7.1		4.3	1.3	12.5	7.1		
						80.30	45.07	35.23		3.50	4.40	2.17				
0.22						76.23	40.68	35.55	8.53	0.34						
1.02	2.35	1.51				48.26	31.56	16.70		1.07	2.69	1.22				
62						79.02	42.60	36.42		*9.61						
0.30	H8年度					(91.09	49.93	41.16	15.10	0.30)	H8年度					
0.6						84.2	53.7	30.5	12.4	0.6						
0.32						78.78	45.02	33.76	18.13	0.36						
0.66						88.73	41.05	47.68	13.22	0.71						
01	3.61	2.38				85.34	48.93	36.41	*8.45		4.11	1.78				
						85.58	37.09	48.49	12.13							
0.50						80.52	39.90	40.62	14.02	0.42						
	6.42	5.41			0.99	79.14	43.62	35.52			7.35	4.65			1.19	
0.56						83.98	44.99	38.99	8.94	0.57						
0.29						88.08	38.67	49.41	12.36	0.31						
0.27						86.71	42.97	43.73	15.57	0.22						
0.17						88.06	37.48	50.57	16.38	0.12						
0.10						85.72	43.86	39.86	13.09	0.11						
0.54						83.26	36.63	46.63	12.26	0.37						
1.97						78.56	41.65	36.91	9.82	1.81						
1.82						90.67	35.82	54.85	19.42	1.29						
0.54						89.39	41.56	47.83	15.60	0.48						
						86.64	36.65	49.99	11.51							
0.43						92.35	40.12	52.23	14.77	0.48						

平成9年度 都道府県

(男女合計)

区 分	歯・口 腔											歯				
	歯					口 腔						歳 D M F	歯			
	むし 計	歯 完了 置者	(う 歯)の 未 歯 置あ る者	そ 歯 の 他 の 疾 患	そ 疾 病 の 他 異 の 常	歯 顎 列 関 咬 節 合 異	歯 周 疾 患	C O 保 有	G O 者 率	むし 計	歯 完了 置者		(う 歯)の 未 歯 置あ る者	そ 歯 の 他 の 疾 患		
全 国	81.89	45.78	36.11	11.04	0.60	/	/	/	/	/		80.06	43.78	36.28	11.89	
北海道												83.03	41.38	41.65		
札幌市												83.5	41.5	42.1	14.4	
青森県	85.6	44.0	41.6	13.2	0.4											
岩手県	91.09	38.63	52.46	10.65	0.05							90.05	38.34	51.72	10.22	
宮城県																
山形県																
福島県	86.67	45.25	41.42	10.80	0.49											
茨城県																
栃木県	86.57	47.74	38.83	8.92								84.70	45.83	38.87	9.43	
群馬県	86.06	49.35	36.71	9.33	0.71							83.94	48.10	35.85	9.86	
千葉県	83.2	43.8	39.4	3.6		4.8	5.3	15.5	12.0			81.7	42.4	39.3	3.9	
埼玉県																
東京都	82.60	47.20	35.40									80.52	45.32	35.20		
神奈川県	79.41	48.48	30.93	7.88	0.92							77.70	46.25	31.45	9.34	
横浜市												82.23	47.24	34.99		
川崎市	78.90	46.57	32.33	*13.85								76.43	44.41	32.02	*14.	
山梨県	(89.58	52.11	37.47	13.99	0.42)	H8年度						(88.06	50.18	37.88	15.03	
長野県	80.9	56.1	24.8	10.9	0.2							78.6	53.5	25.2	12.3	
新潟県	(75.4*	永久歯のみ)									3.18					
静岡県																
愛知県																
名古屋市	76.99	48.87	28.12	18.66	0.18							74.50	46.82	27.68	19.01	
岐阜県																
三重県	87.77	43.13	44.64	4.70	0.33	6.14	6.48									
石川県	88.15	47.34	40.80													
福井県	85.20	49.93	35.27	12.24	0.32							82.99	48.52	34.47	13.50	
富山県	85.14	53.50	31.64	*3.13		4.40	4.86					83.19	51.27	31.92	*3.	
滋賀県																
和歌山県	81.20	44.07	37.13	10.19								79.21	42.06	37.15	11.06	
奈良県																
京都市	79.12	45.41	33.71	13.67	1.01							76.95	43.83	33.12	14.61	
京都市	76.85	51.32	25.53			9.41	8.18				3.32	75.12	49.14	25.98		
大阪府																
大阪市																
兵庫県	79.53	45.90	33.63	8.86	0.35							76.95	44.64	32.31	8.98	
神戸市	77.7	53.8	23.9		1.1	7.4	8.3									
岡山県	84.8	47.9	36.9	16.8	1.4											
広島県	89.87	47.90	41.97	16.69	0.08											
島根県												83.79	40.36	43.43	14.05	
山口県	84.52	45.00	39.52	13.96	0.93							83.20	43.75	39.45	15.32	
徳島県	86.02	44.27	41.75	14.70	0.27							85.10	42.42	42.68	16.51	
香川県	83.96	52.60	31.77	9.12	0.33							81.02	49.68	32.18	10.14	
愛媛県																
高知県	88.48	46.44	42.04			3.68	6.04	30.96	15.23							
福岡県	82.90	41.40	41.50	10.34	0.26							81.51	38.95	42.56	11.47	
福岡市												79.35	38.74	40.61	13.23	
佐賀県											4.99	86.30	38.88	47.43	19.19	
長崎県	89.70	45.23	44.48	16.09	0.34							88.82	43.35	45.47	17.61	
大分県																
熊本県												87.00	37.99	49.01	12.11	
宮崎県																
鹿児島県												91.30	43.27	48.03	15.60	
沖縄県																

政令市別学校歯科保健統計

中学校 計 (%)

(男)

(女)

歯・口腔						歯・口腔									
口腔					歳 D M F	歯				口腔					歳 D M F
そ 疾 の 病 他 異 の 常	歯 顎 列 関 咬 節 合 異	歯 周 疾 患	C O 保 有	G O 者 率		むし歯(う歯)			そ 歯 の 疾 他 の 患	そ 疾 の 病 他 異 の 常	歯 顎 列 関 咬 節 合 異	歯 周 疾 患	C O 保 有	G O 者 率	
						計	処 了 置 者	未 処 の 者 あ							
0.59	/	/	/	/	/	83.80	47.86	35.94	10.15	0.61	/	/	/	/	/
1.21	6.70	7.44				87.24	45.46	47.78		0.83	7.58	5.46			
0.5						87.7	46.6	41.2	11.9	0.4					
0.09						92.18	38.94	53.25	11.09						
						88.53	49.75	38.79	8.38						
0.88						88.27	50.65	37.62	8.77	0.53					
	4.6	6.1	15.1	13.5		84.8	45.3	39.5	3.2		5.0	4.5	15.9	10.4	
						84.95	49.32	35.63							
0.73						81.22	50.85	30.37	6.32	1.13					
1.63	3.92	7.07				83.95	49.69	34.26		2.49	4.36	4.65			
38						81.65	48.97	32.68	*13.27						
0.52)	H8年度					(91.30	54.16	37.14	12.89	0.37)	H8年度				
0.2						83.4	58.9	24.5	9.4	0.2					
0.18						79.68	51.09	28.59	18.25	0.18					
0.33						87.41	51.34	36.07	10.98	0.30					
74	4.23	5.98				87.08	55.73	31.35	*2.52		4.57	3.74			
						83.31	46.19	37.12	9.27						
1.01						81.41	47.08	34.33	12.68	1.02					
	8.44	9.04			3.06	78.73	53.35	25.38			10.46	7.25			3.61
0.47						82.16	47.19	34.97	8.73	0.24					
0.43						86.61	44.37	42.24	10.98	0.32					
1.13						85.88	46.27	39.60	12.58	0.73					
0.35						86.96	46.17	40.80	12.85	0.19					
0.35						87.08	55.70	31.35	8.05	0.30					
0.30						84.34	43.94	40.40	9.17	0.22					
3.91						82.87	43.34	39.53	11.99	3.32					
1.01						89.25	43.13	46.13	17.70	0.68					
0.42						90.64	47.22	43.41	14.47	0.26					
						90.28	38.92	51.35	11.42						
0.73						93.07	47.70	45.37	12.87	0.63					

(男女合計)

区 分	歯・口腔										歯			
	歯			その 歯の 他の 疾患	その 病の 他異 の常	口 腔				歳 D M F	歯			その 歯の 他の 疾患
	むし歯(う歯)					歯 列 関 咬 節 合 異	歯 周 疾 患	C O 保 有	G O 者 率		計	処 了 者 置 者	未 処 の 者 置 あ	
計	処 了 者 置 者	未 処 の 者 置 あ	計	計	計	計	計	計	計	計	計	計		
全 国	88.18	50.00	38.18	7.93	0.78	/	/	/	/	/	86.23	47.14	39.09	8.13
北海道											87.10	47.19	39.91	
青森	92.1	44.3	47.8	11.4	0.4						90.3	41.0	49.3	12.7
秋田	92.11	42.50	49.61	8.63	0.70						90.17	38.26	51.91	9.96
宮城														
山形														
福島	91.58	47.75	43.83	8.05	0.37									
茨城														
栃木	90.25	53.47	36.78	8.04							90.85	47.41	43.43	8.26
群馬	90.93	55.29	35.64	9.05	0.59						89.26	53.46	35.80	9.47
千叶	90.3	49.4	40.9	0.8		2.9	3.5	9.8	2.3		88.8	47.0	41.8	0.8
埼玉														
東京都	88.65	46.19	42.46		1.17	4.90	6.00				87.20	43.55	43.65	
神奈川県	84.28	46.74	37.55	10.20	0.88						81.60	43.92	37.68	13.51
横浜市											86.47	53.64	32.83	
川崎市	84.12	45.13	38.99	*8.37							87.15	54.93	32.22	*2.
山梨	(92.65	52.53	40.12	6.58	0.32)	H8年度					(90.92	47.92	43.00	7.65
長野	86.8	55.7	31.2	6.6	0.6						85.0	53.1	31.9	7.7
新潟	86.2									5.10				
静岡県														
愛知県														
名古屋	84.06	58.10	25.96	10.49	0.13						79.97	53.53	26.44	11.69
岐阜														
三重	90.83	47.65	43.18	*9.71										
石川	93.59	53.01	40.57											
福井	89.36	51.35	38.01	11.12	0.09						87.17	49.60	35.57	11.42
富山	90.78	54.29	36.50	*0.48		2.47	3.60				89.50	49.35	40.15	*0.
滋賀														
和歌山	87.86	52.14	35.73											
奈良														
京都府	82.77	53.55	29.22	10.23	0.67						80.80	50.42	30.38	10.19
京都市	74.89	42.99	31.90			3.70	2.74			4.09	82.10	45.34	36.76	
大阪府														
大坂市														
兵庫市	87.17	51.25	35.91	6.17	0.85						85.74	52.86	32.88	6.95
神戸市	87.8	53.7	34.1		0.1	12.2	6.8							
岡山	90.3	54.8	35.5	11.0	1.2									
鳥取	94.70	47.65	47.05	5.90	0.14									
広島														
島根											88.46	46.58	41.88	7.39
山口	90.80	48.00	42.81	10.98	0.38						88.75	41.09	47.66	13.18
徳島	89.56	44.31	45.25	6.60	0.05						89.21	41.97	47.25	6.54
香川	90.33	51.64	38.69	7.23	0.01						88.46	47.66	40.80	7.84
愛媛														
高知	91.62	53.29	38.33			2.73	6.04	24.98	16.51					
福岡	92.69	48.69	44.00	5.84	0.20						92.37	44.19	48.18	4.54
福岡市											90.31	48.28	42.03	5.88
佐賀										7.50	95.19	40.56	54.63	8.35
長崎	92.52	49.41	43.11	11.22	0.03						91.81	45.73	46.08	13.16
大分														
熊本											89.71	44.13	45.58	6.95
宮崎														
鹿児島											94.93	42.37	52.57	12.37
沖縄														

政令市別学校歯科保健統計
(男)

高等学校 計
(%)

歯・口腔						歯・口腔										
口腔					歳 D M F	歯			そ 歯 の 疾 患 の 患	口腔					歳 D M F	
そ 疾 の 病 他 異 の 常	歯 顎 列 関 咬 節 合 異	歯 周 疾 患	C O 保 有	G O 者 率		計	むし歯(う歯)			そ 歯 の 疾 患 の 患	そ 疾 の 病 他 異 の 常	歯 顎 列 関 咬 節 合 異	歯 周 疾 患	C O 保 有		G O 者 率
							処 完 了 置 者	未 処 理 者								
0.78	/	/	/	/	/	90.14	52.88	37.26	7.72	0.77	/	/	/	/	/	
0.21	5.46	3.87				91.08	46.67	44.41		0.09	5.67	1.71				
0.5						94.0	47.7	46.3	10.2	0.3						
0.08						90.08	46.81	47.27	7.29	1.33						
						89.63	59.87	29.76	7.83							
0.47						92.61	57.13	35.48	8.62	0.71						
	2.8	4.1	10.4	2.5		91.8	51.8	40.0	0.7		3.0	2.8	9.1	2.1		
1.26	4.76	7.24				90.18	48.96	41.22		1.08	5.04	4.71				
0.99						87.04	49.63	37.41	6.82	0.77						
1.69	2.45	3.72				86.79	54.03	32.76		2.04	4.62	5.80				
29						81.77	37.55	44.22		*13.06						
0.39	H8年度					(94.56	57.63	36.93	5.62	0.22)	H8年度					
0.7						89.1	58.8	30.3	5.2	0.5						
0.11						86.95	60.85	26.10	9.80	0.14						
0.09						91.55	53.10	38.45	10.81	0.09						
54	2.36	4.59				92.06	59.22	32.84	*0.42		2.58	2.61				
0.70						84.75	56.69	28.06	10.28	0.63						
	3.63	2.76			4.26	66.46	40.23	26.23			3.78	2.71			3.90	
1.78						88.47	49.78	38.68	5.45							
0.63						92.31	55.38	36.93	6.17	0.56						
0.32						92.86	54.89	37.97	8.79	0.43						
						89.92	46.72	43.19	6.67	0.11						
0.02						92.25	55.73	36.53	6.60							
0.41						93.02	53.24	39.78	7.16							
0.06						93.83	52.99	40.84	5.01	3.74						
						96.53	50.70	45.84	8.74	0.66						
0.02						93.30	53.41	39.89	9.12	0.04						
						93.04	48.23	44.81	10.45							
0.70						96.60	48.40	48.20	10.27	0.37						

平成11年度

歯・口の健康づくり 推進指定校連絡協議会

●平成11年5月26日(水)

開催要項

① 趣 旨

歯及び口腔に関する保健教育並びに歯・口の健康づくり推進指定校の運営等について協議を行い、学校歯科保健活動の充実を図る。

② 主 催

文部省、社団法人日本学校歯科医会

③ 期 日

平成11年5月26日(水)

④ 会 場

新歯科医師会館 1階ホール

〒102-0073 東京都千代田区九段北4-1-20

T E L 03-3263-9330 (代表)

⑤ 対 象 者

平成11・12年度歯・口の健康づくり推進指定校関係者(研究担当者、学校歯科医等)及び各都道府県・指定都市教育委員会等において歯科保健の指導を担当する者。

日程・内容

⑥ 日 程

5月26日 (水)	9:30	10:00	10:15	11:00	11:10	12:30	13:30	16:00
	受付	開会式	講義(1)		講義(2)	昼食	実践発表(3校) 及び研究協議	

⑦ 内 容

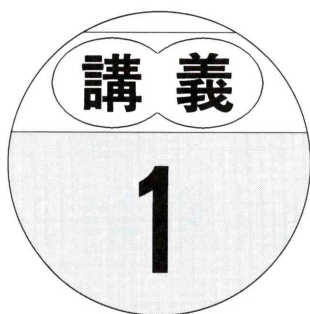
● 開 会 式

講 義

- 講義 1 「学校における歯・口の健康づくりの進め方」
— 研究を進めるに当って —
文部省体育局学校健康教育課教科調査官 戸 田 芳 雄
- 講義 2 「児童生徒の歯・口の健康と食べる機能について」
昭 和 大 学 歯 学 部 教 授 向 井 美 恵

実践発表及び研究協議

- 発 表 平成 9・10年度歯・口の健康づくり推進指定校(3校)
 - ・山梨県大月市立強瀬小学校教諭 田 中 一 弘
 - ・京都府京都市立修学院第二小学校校長 上 西 豊 一
 - ・佐賀県玄海町立牟形小学校教頭 中 山 節 子
- 指導助言 文部省体育局学校健康教育課教科調査官 戸 田 芳 雄
社団法人日本学校歯科医会常務理事 森 本 基



学校における 歯・口の健康 づくりの進め方

— 研究を進めるに当たって —

●文部省体育局学校健康教育課 教科調査官

戸田 芳雄

1 はじめに

- これまでの指定校の成果から
歯・口の健康づくりの成果は、疾病予防だけに留まらない。
- 指定校設置の基本的な趣旨とねらい
 - ・「生きる力」をはぐくむ観点から
 - ・児童生徒の歯・口の健康実態等から
 - ・平成9年度より改称した理由（むし歯予防→歯・口の健康づくり）

2 研究推進のための基本的な視点

- (1) 学校教育目標の具現化を図り、歯・口の健康づくりを中心として心身共に健康な児童の育成を図る。
- (2) 学校における歯・口の健康づくりの意義や目標等について、教職員の共通理解を図り、全教職員で指導に当たる。
- (3) 新学習指導要領総則第1の3「体育・健康

に関する指導」の趣旨および小学校歯の保健指導の手引（改訂版）の内容に即して教育活動全体を通じて推進する。

- (4) 実践は、学校・家庭・地域の連携を基本とし、学校間の交流も考慮する。
- (5) 学校の規模、研究内容に応じて機能的な研究体制を整備する。

3 研究の過程(プロセス)

- (1) 現状等を分析する。

〔考慮すべき事項〕

- ・学校及び周辺地区等の歯・口の健康づくりの状況等の把握
- ・児童等の歯・口の健康づくりに関する意識や行動等の実態、指導経過の把握と課題の明確化
- ・新学習指導要領総則第1の3「学校における体育・健康に関する指導」の具現化
- ・「生きる力」をはぐくむこと、学校教育目

標で目指す生徒像の具現化

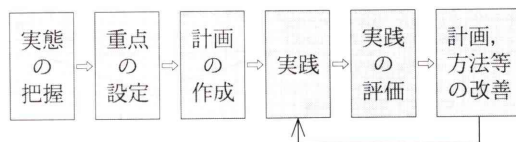
(歯・口を窓口に関心身の健康教育、引いては学校教育全体が高まるように)

- ・校内の心身の健康づくりに関する指導体制の見直し
- (2) 研究仮説(あるいは見通し)を設定する。
 - ・実施要項「5 研究主題」を念頭に
- (3) 研究計画を作成する
 - ① 歯・口の健康づくりの目標及び内容を設定し、研究の全体構想を練る。
 - ・総括的な表現でもよく、各学校で柔軟に設定することも可。
 - ② 歯・口の健康づくりの内容を教育課程に位置づけ、学校保健計画及び学級活動指導計画など関連する計画を作成する。
 - 研究テーマ等の決定
 - ・各学校の実態、学校教育目標等を踏まえて決定
 - 実施要項等も参照
 - 歯・口の健康づくりに関連する指導内容及び機会の整理
 - ・体育・保健体育での学習(疾病の予防)
 - ・学級活動、児童会活動及び学校行事等の特別活動での指導
 - ・課外指導や個別(グループ)指導
- (・できれば、「総合的な学習の時間」などの試行的取り組みなども……)
- 学校歯科医の助言を受ける。
- 研究主任、保健主事、養護教諭等を中心に、関係教職員と連携し、作成に当たる。
- 養護教諭、学校栄養職員、学校歯科医等の専門性を生かした指導(協力授業等)の推進
- ③ 研究活動の具体的な計画を作成する。
 - ・研究組織の整備と活動内容の計画作成
 - ・研究授業、教職員研修等の内容及び機

会の設定

- ・調査や観察などの情報の収集
- ・評価計画の作成
- ・教材や教具の作成、整備
- ・環境の整備、改善
- ・養護教諭、学校栄養職員、学校歯科医等の専門性の活用
- ④ 家庭、地域社会との連携及び学校間の交流等について検討する。
 - ・開かれた学校づくりの一層の推進
 - ・学校保健委員会の構成、議題の工夫や運営の活性化
 - ・幼稚園・保育所、中学校等との活動の交流
 - ・地域社会の健康関連行事への積極的な参加、関連機関・団体等との連携
- (4) 実践を具体化し、結果について評価するとともに、計画等の改善を行う。

計画を元に、課題解決に取り組む。



4 研究全体の成果を評価する

- (1) 指導の評価
 - 指導計画の評価
 - 指導方法や過程等の評価
 - 指導の成果の評価
 - ・児童生徒の意識、行動の変容
 - ・保護者(及び地域の人々)の意識、行動の変容
 - ・う歯等の状況その他
- (2) 研究の体制、過程(手順)等の評価
 - ・研究体制と各組織の活動の評価
 - ・研究の計画及び過程(手順)等の評価
 - ・研究の成果と評価

- ・学校歯科医、家庭、地域社会等との連携状況の評価

(3) 歯・口の健康づくりにかかわる学習環境等の評価

- ・掲示物の内容と時期
- ・洗口場等の整備や活用の仕方

資料1 文部省「中央教育審議会第一次答申」の概要(平成8年7月)

資料2 平成10年度文部省学校保健統計調査結果(抄)

資料3 歯肉炎の予防と学校での歯・口の健康づくり(「スポーツと健康」第一法規 1997.9:抄)

資料4 口腔機能の発達と歯・口の健康づくり(「スポーツと健康」第一法規

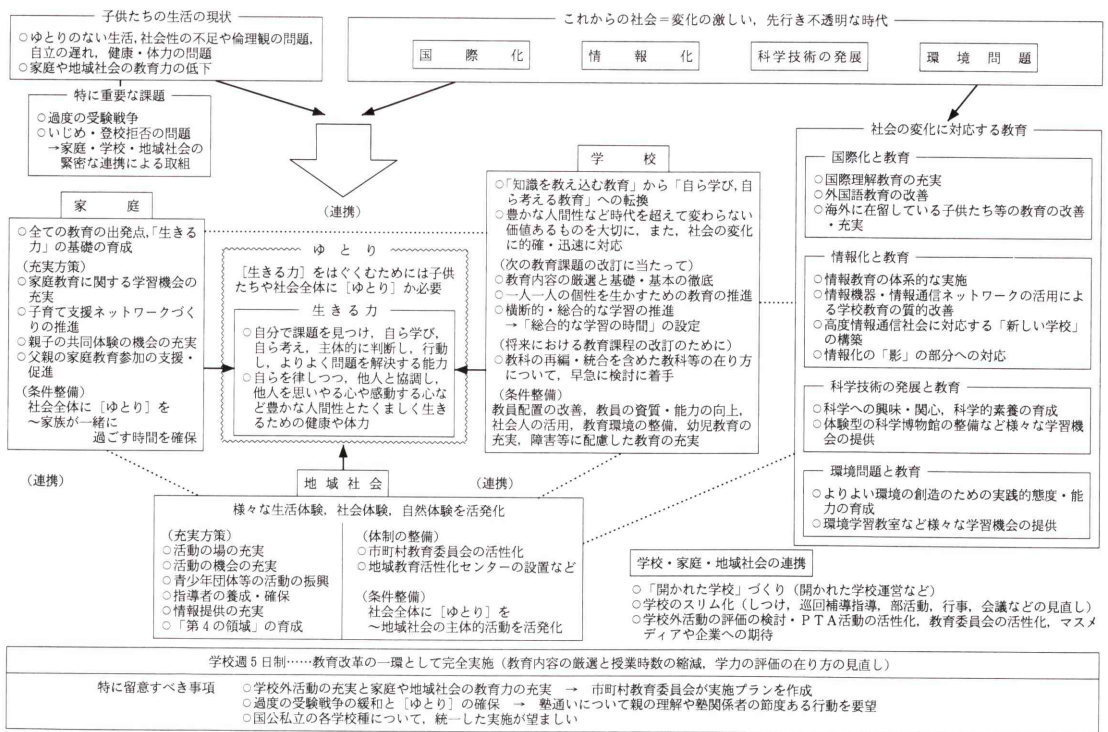
1999.3:抄)

【参考文献】

- ・小学校歯の保健指導の手引(改訂版) 平成4年2月 文部省(東山書房)
- ・発達段階に即した歯みがき指導のしおり 平成4年3月(助)日本学校保健会
- ・小学校保健指導の手引(改訂版) 平成6年3月 文部省(大日本図書)
- ・歯・口の健康づくりをめざして 平成7年3月(助)日本学校保健会
- ・歯・口の健康づくりをめざして II 平成10年3月(助)日本学校保健会
- ・歯と口の健康と食べる機能 平成11年2月(助)日本学校保健会

資料1

文部省「中央教育審議会第一次答申」の概要(平成8年7月)



資料 2

平成10年度文部省学校保健統計調査結果

1 疾病・異常の被患率等別状況(表6)

疾病・異常を被患率等別にみると、いずれの学

校段階においても「むし歯(う歯)」が最も高く、次いで「裸眼視力1.0未満の者」の順となっている。

表6 疾病・異常の被患率等

区分	幼稚園	小学校	中学校	高等学校	
90%以上					
80%以上～90%未満		むし歯(う歯)	むし歯(う歯)	むし歯(う歯)	
70～80					
60～70	むし歯(う歯)			裸眼視力1.0未満の者	
50～60			裸眼視力1.0未満の者		
40～50					
30～40					
20～30	裸眼視力1.0未満の者	裸眼視力1.0未満の者			
10～20		鼻・副鼻腔疾患、その他の歯疾患	その他の歯疾患		
1～10	8～10		鼻・副鼻腔疾患		
	6～8			その他の歯疾患	
	4～6			鼻・副鼻腔疾患	
	2～4	鼻・副鼻腔疾患、口腔咽喉頭疾患・異常、その他の疾病・異常	色覚異常、その他の眼疾患・異常、耳疾患、口腔咽喉頭疾患・異常、肥満傾向、心電図異常、ぜん息、その他の疾病・異常	その他の眼疾患・異常、耳疾患、蛋白検出の者、心電図異常、その他の疾病・異常	その他の眼疾患・異常、心電図異常、その他の疾患・異常
	1～2	その他の眼疾患・異常、耳疾患、その他の歯疾患、ぜん息	寄生虫卵保有者	口腔咽喉頭疾患・異常、肥満傾向、ぜん息	蛋白検出の者、肥満傾向、ぜん息
0.1～1	0.5～1	口腔の疾患・異常、蛋白検出の者、肥満傾向、寄生虫卵保有者	難聴、口腔の疾患・異常、蛋白検出の者、心臓の疾患・異常	難聴、口腔の疾患・異常、せき柱・胸郭異常、心臓の疾患・異常	耳疾患、口腔咽喉頭疾患、異常、口腔の疾患・異常、心臓の疾患・異常
	0.1～0.5	伝染性眼疾患、せき柱・胸郭異常、伝染性皮膚疾患、心臓の疾患・異常、言語障害	伝染性眼疾患、せき柱・胸郭異常、腎臓疾患、言語障害	伝染性眼疾患、尿糖検出の者、腎臓疾患	難聴、尿糖検出の者、栄養不良、せき柱・胸郭異常、腎臓疾患
0.1%未満	栄養不良、腎臓疾患、寄生虫病	結核、尿糖検出の者、栄養不良、伝染性皮膚疾患、寄生虫病	結核、栄養不良、伝染性皮膚疾患、寄生虫病、言語障害	伝染性眼疾患、結核、伝染性皮膚疾患、寄生虫病、言語障害	

- (注) 1 「その他の眼疾患・異常」とは、疑似トラコーマ、麦粒腫(ものもらい)、眼炎、斜視、片目失明等である。
 2 「その他の歯疾患」とは、歯周疾患、不正咬合(ふせいこうごう)、斑状歯(はんじょうし)、要注意乳歯等のある者等である。
 3 「心電図異常」とは、心電図検査の結果、異常と判定された者である。
 4 「その他の疾病・異常」とは、いずれの調査項目にも該当しない疾病・異常である。

2 主な疾病・異常等の推移

疾病・異常等のうち主なものについて、その推移をみると表7のとおりである。

アレルギー性鼻炎等の被患率は、幼稚園2.9%、小学校10.2%、中学校8.4%、高等学校5.8%となっており、幼稚園及び小学校の段階において前年度より上昇している。

3 鼻・副鼻腔疾患(表7)

平成10年度の「鼻・副鼻腔疾患」(蓄のう症、

表7 主な疾病・異常等の推移

(%)

区分	裸眼未 視力満 者の 力者	耳 疾 患	鼻・副 鼻腔 疾患	口 腔・ 咽頭 異常 疾患	む し 歯 (う 歯)	蛋 白 検 出 の 者	心 電 図 異 常	寄 生 虫 卵 保 有 者	肥 満 傾 向	ぜ ん 息	反 応 (陽 性) ツ ベ ル ク リ ン	
幼稚園	昭和63年度	23.2	...	...	...	81.2	1.0	...	2.8	0.5	0.7	...
	平成6年度	23.8	...	...	...	77.0	0.7	...	1.9	0.8	0.8	...
	7	26.8	1.9	3.3	3.5	74.7	0.9	...	1.7	0.7	0.9	...
	8	21.4	1.7	2.7	3.6	73.7	0.5	...	1.3	0.7	1.0	...
	9	23.1	1.9	2.7	3.0	71.2	0.5	...	1.0	0.7	0.9	...
	10	25.8	1.5	2.9	3.5	67.7	0.6	...	1.0	0.6	1.3	...
小学校	昭和63年度	19.6	...	...	...	90.1	0.8	...	3.0	1.7	1.1	32.9
	平成6年度	24.7	...	...	...	88.0	0.8	...	2.3	2.7	1.4	33.9
	7	25.4	3.4	9.9	2.1	87.3	0.7	1.7	3.1	2.9	1.4	38.7
	8	25.8	3.6	10.0	2.3	85.7	0.6	2.0	2.6	2.8	1.6	39.3
	9	26.3	3.8	10.0	2.2	84.7	0.8	2.2	2.1	3.0	1.7	39.5
	10	26.3	3.7	10.2	2.2	82.1	0.8	2.1	2.0	2.8	2.3	39.7
中学校	昭和63年度	39.4	...	...	...	90.5	1.8	...	...	1.3	0.8	58.6
	平成6年度	48.8	...	...	...	87.7	1.9	...	...	1.8	1.3	61.2
	7	49.1	1.7	8.1	1.1	86.6	1.7	2.4	...	1.8	1.4	63.1
	8	49.8	1.9	7.8	1.2	84.8	1.9	2.6	...	1.8	1.5	65.7
	9	49.7	2.0	8.9	1.2	83.7	2.0	3.2	...	1.8	1.4	65.9
	10	50.3	2.1	8.4	1.1	81.9	2.3	2.8	...	1.9	1.6	67.6
高等学校	昭和63年度	54.5	...	...	...	94.5	1.8	...	...	0.8	0.4	...
	平成6年度	62.3	...	...	...	92.0	1.8	...	...	1.3	0.8	...
	7	61.8	0.9	5.8	0.6	90.6	1.8	2.3	...	1.5	0.8	...
	8	62.7	0.9	5.9	0.8	90.1	1.8	2.6	...	1.4	0.8	...
	9	63.2	1.0	6.5	0.7	89.4	1.8	2.7	...	1.4	0.9	...
	10	62.5	0.8	5.8	0.7	88.2	2.0	3.0	...	1.4	1.1	...

(注) 1. 小数点以下第2位を四捨五入している。以下の表において同じ。
2. 心電図異常については、6歳、12歳、15歳のみ実施している。

4 むし歯（う歯）（表9，図6）

① 平成10年度の「むし歯」の被患率（処置完了者を含む，以下同じ。）は，幼稚園67.7%，小学校82.1%，中学校81.9%，高等学校88.2%となっており，各学校段階において前年度より低下しており，幼稚園では70%を下回っている。

② 「むし歯」の被患率の推移をみると，30年

前（昭和43年度）には各学校段階で約90%となっており上昇傾向にあったが，この数年間においては低下傾向にある。

③ 「むし歯」の被患率を年齢別にみると，5歳，6歳，11歳及び12歳を除く各年齢で80%を超えており，17歳が89.8%と最も高くなっている。また，処置完了者の割合は，10歳以降未処置歯のある者の割合を上回っている。

表9 むし歯（う歯）の処置完了者等の割合

(%)

区 分		昭和43	53	63	平成6	7	8	9	10
幼稚園	計	91.4	87.5	81.2	77.0	74.7	73.7	71.2	67.7
	処置完了者	6.2	10.4	26.8	28.2	27.8	28.0	27.7	25.7
	未処置歯のある者	85.2	77.2	54.5	48.8	46.9	45.7	43.5	42.0
小学校	計	91.5	94.2	90.1	88.0	87.3	85.7	84.7	82.1
	処置完了者	11.0	20.2	34.7	39.3	40.6	41.1	40.9	40.1
	未処置歯のある者	80.5	74.0	55.3	48.7	46.7	44.7	43.8	42.0
中学校	計	88.5	93.9	90.5	87.7	86.6	84.8	83.7	81.9
	処置完了者	21.8	33.2	41.5	42.5	46.2	46.1	45.8	45.8
	未処置歯のある者	66.7	60.7	49.0	45.3	40.4	38.6	37.9	36.1
高等学校	計	90.4	95.1	94.5	92.0	90.6	90.1	89.4	88.2
	処置完了者	25.4	31.1	45.3	47.5	48.7	50.6	50.1	50.0
	未処置歯のある者	65.0	64.0	49.2	44.5	41.9	39.5	39.3	38.2

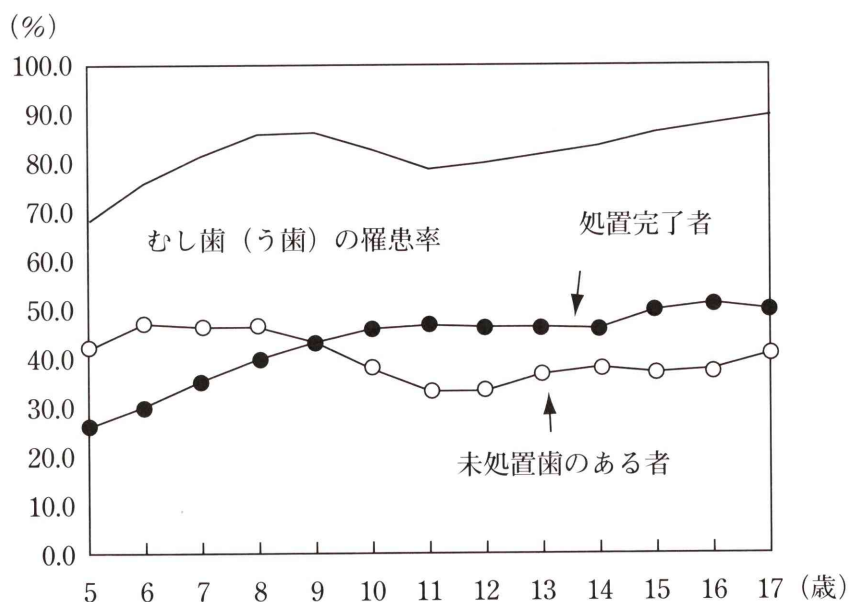


図6 年齢別 むし歯（う歯）の処置完了者等の割合

5 12歳の永久歯の一人当たり平均むし歯(う歯)等数(表10)

歯及びむし歯)数をみると、「喪失歯数」はほとんど変化がないが、「むし歯数」は減少傾向にある。

12歳の永久歯の一人当たり平均むし歯等(喪失

表10 12歳の永久歯の一人当たり平均むし歯(う歯)等数

(本)

区 分		昭和63	平成6	7	8	9	10
計		4.35	4.00	3.72	3.51	3.34	3.10
喪失歯数		0.04	0.04	0.05	0.04	0.04	0.04
むし歯 (う歯)	計	4.31	3.95	3.67	3.46	3.30	3.06
	処置歯数	3.09	2.82	2.69	2.56	2.43	2.25
	未処置歯数	1.22	1.14	0.98	0.90	0.87	0.81

6 「肥満傾向」(表7, 図7)

- ① 平成10年度の「肥満傾向」の者(学校医から肥満傾向と判定された者)の割合は、幼稚園0.6%, 小学校2.8%, 中学校1.9%, 高等学校1.4%となっており, 中学校において前年度より上昇し, 過去最高となっている。
- ② 年齢別にみると, 9歳から11歳において,

3%を超えており, 10歳が3.6%と最も高くなっている。また, 10歳以降は年齢が進むにつれて低くなっている。

- ③ 平成10年度の割合を10年前の昭和63年度及び20年前の昭和53年度と比較すると, 昭和63年度から平成10年度の10年間で大きく増加している。

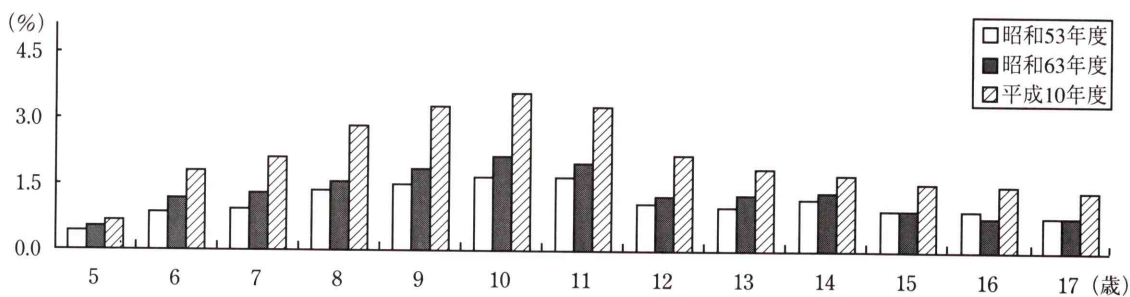


図7 年齢別 肥満傾向の者の割合

資料3

児童生徒の歯肉炎の現状とその予防

明海大学歯学部教授 安井利一

〔「スポーツと健康」第一法規 1997. 9. 抄〕

1 はじめに

歯科口腔領域における疾患のうち、齲蝕と歯周疾患は、国民の多くが罹患している疾病である。齲蝕や歯周疾患は、その結果が歯の喪失につながることで、そして一度罹患すると自然治癒が望めないこと等を理由として予防の重要性が指摘されている。学校歯科保健における歯科保健活動は、口腔という器官が、直接的に目で見ることのできるという特性を有効に利用しており、児童生徒の健康づくりに対する問題解決学習にきわめて適していると考えられる。

ところで、齲蝕と歯周疾患は、両者共に、プラーク（歯垢）を直接原因とする疾病であり、また生活習慣に起因する疾病であることから、プラーク除去に対する局所的な指導と生活習慣に対する指導が必要である。ここに、学校における保健教育と保健管理の調和の必要性も生まれてきている。一方、児童生徒が自律的な保健行動を実践した場合に、その結果としての健康状態の改善は時間的に短く明らかな方が指導・教育効果の点では優れているといえる。この観点から、齲蝕と歯周疾患を比較すると、齲蝕の発生が肉眼で観察できるようになるまでは相当の時間が必要であり、また齲蝕の結果として歯に穴が開いたり（齲窩の形成）、表面が白く濁ったり（白斑形成）した状態が元の健康な状態に戻ることはない。一方、歯周疾患のうち、一般的に歯周炎（歯槽膿漏）と呼ばれている疾患は、歯を支えている骨（歯槽骨）

が病的に吸収してしまうために元の健康な状態に戻ることはないといえる。それに対して、歯肉炎は、歯槽骨の吸収を伴わない単純な歯肉のみの炎症症状であるから、基本的にプラークの除去によって改善する疾患であり、その改善する期間も短いという特性がある。これらの観点からみて、これからの学校歯科保健活動に歯肉炎を題材とした展開は大いに期待されるところである。

2 歯肉炎とその現状

歯肉炎は、図1に示したように歯槽骨の吸収を伴わない歯肉に局限した疾病である。しかし歯肉炎の状態も、軽症から重症に至るまで段階があり、臨床所見は大いに異なることもある。歯肉炎の初期症状は歯磨きに伴う出血であり、重症の場合には歯磨きの際に疼痛を感じることもある。その他に、口腔観察によって児童生徒が歯肉炎をみ

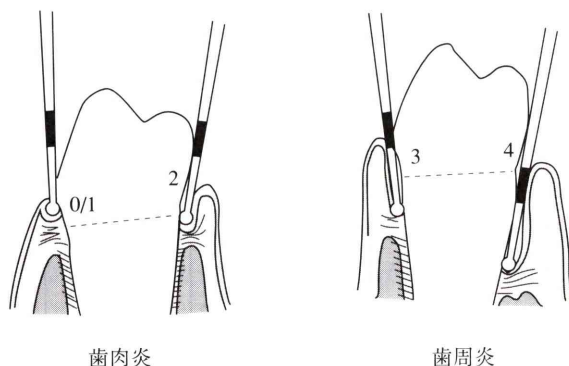


図1 歯周疾患（歯肉炎、歯周炎）の状態

つける要点として次のようなことが挙げられる。すなわち、健康な歯肉はピンク珊瑚のような色で引き締まっているが、歯肉炎では、歯肉が赤くなり、ブヨブヨした感じで、形態的にも健康な歯肉が歯と歯の間にピラミッドのような三角形をしているのに対して、歯肉炎の歯肉は樽柿状に膨れ上がっている（表1）。

表1 歯肉炎の症状

	健康な歯肉	炎症のある歯肉
色	薄いピンク色	赤っぽい、赤紫色
感触	ひきしまり弾力がある	腫れてブヨブヨしている
形態	歯と歯の間にしっかり入り込んでいる	まるく厚みをもってふくらんでいる
出血	出血しない	歯みがき程度の軽い刺激で出血しやすい

「小学校 歯の保健指導の手引（改訂版）」より

次に、平成5年に実施された歯科疾患実態調査（厚生省）の結果から、歯肉炎に関しての被患率を5歳から20歳までの年齢ごとに図2に示した。この図で明らかなように、歯肉炎は永久歯の萌出時期と同じように6歳ごろから急増し、小学校5年生相当の10歳ごろには50%に達する。10歳以降は、50%から60%の間の被患率を示している。一方、図3は歯肉炎の被患率を男女別に比較したも

のである。この図からわかるように、5歳から11歳までの間では男女間に差を認めない。11歳以降において、女子はおおむね50%前後の被患率を示しているが、男子の歯肉炎被患率は上昇し12歳以降はおおむね60%から70%の間を示している。このような現状から、小学校および中学校を通じて歯肉炎に対する保健教育を継続的に実施することが望まれる。とくに小学校低学年は永久歯齶蝕の予防においてもきわめて重要な時期であることから、歯磨きについても齶蝕予防のための歯面清掃に力点が置かれているが、歯肉炎の発生時期も同じ年齢群であることに注意を払い、歯と歯肉の境界部の清掃についても意識をもたせたいものである。さらに中学生からは、女子に比較して男子の歯肉炎被患率が高いことから、男子中学生についても十分な指導が必要であろう。

3 歯肉炎の予防

歯肉炎は、直接的な原因がプラークであることは確かであるから、的確な歯磨き行動が定着すれば予防可能である。問題は、どのようにして歯肉炎に気づかせ、どのように自律的な保健行動がとれるよう指導するか2点にかかっているといえ

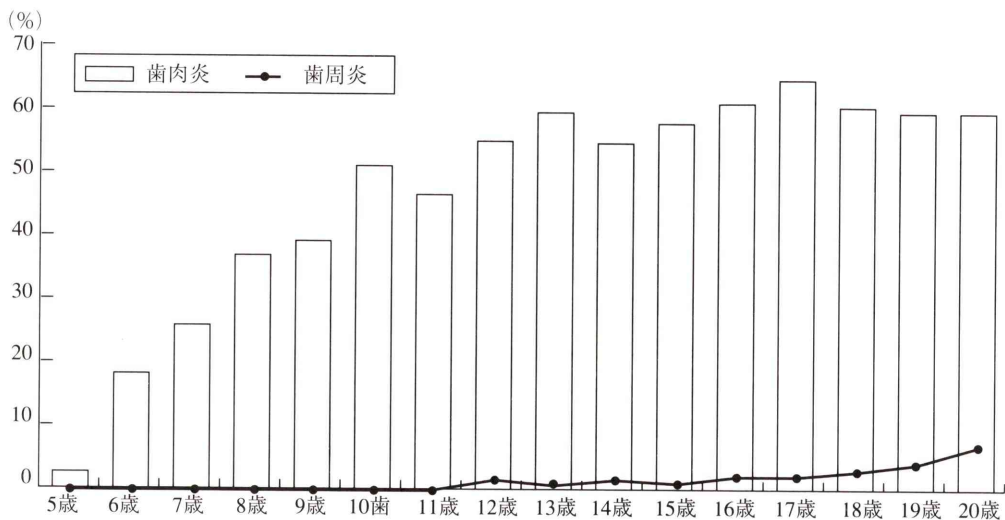


図2 歯肉炎と歯周炎の状況（被患率）

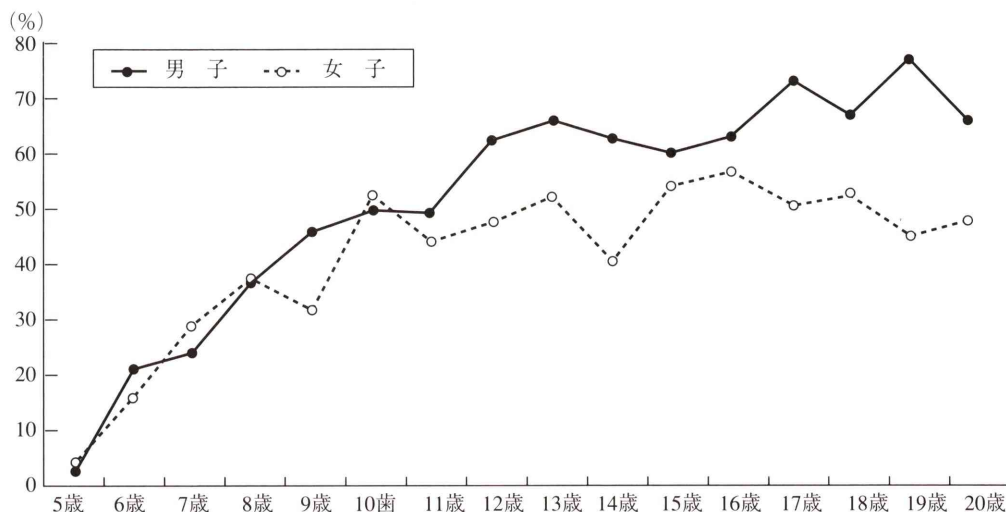


図3 歯肉炎の状況 (男女別被患率)

よう。直接的原因としてのプラーク除去と、修飾的要因としての歯石除去や口呼吸などの悪習癖抑制の観点から、予防方法について考えてみよう。

(1) プラーク除去について

習慣的な児童生徒の歯磨きは、主として咬合面をゴシゴシ磨くことに時間を費やしていることが多い。一般的に、歯肉炎は上顎前歯部に多く発生するが、この部位は意識して歯ブラシを歯と歯肉の境界部(歯頸部)に当てようとしないと、通常は歯ブラシの毛先が届きにくい。児童生徒は、前歯部を磨くときには、口を閉じて上下の歯を一度に横に磨いていることも多いが、この磨き方でも歯頸部には毛先が届かない。そこで、児童生徒に対して、歯肉炎の予防を考慮した歯磨きの指導ポイントとしては次のようなことが挙げられよう。

- ① 歯肉炎は歯と歯肉の境界部にあるプラークによって発生することを理解させる。
- ② 上顎前歯部の歯頸部を手鏡で理解させる。
- ③ 前歯部の歯頸部を磨こうとすると、口唇が邪魔することを理解させる。
- ④ 歯ブラシを歯頸部に当てるには、口を閉

じ気味にして口唇にゆとりをもたせることが必要であることを理解させる。

- ⑤ 歯ブラシが歯頸部に当たり、毛先が歯肉に触れる感触を理解させる。
- ⑥ 歯頸部の歯磨きをするには、上下別々に磨く必要のあることを理解させる。

このような指導を実施して、児童生徒が、歯肉炎を予防するための正しい歯ブラシの当て方を理解できたら、次に、歯頸部のプラーク除去にはどのように歯ブラシを動かしたらよいかについて児童生徒自らが理解できるよう指導する必要がある。この目的のためには、歯列模型を用いて考えさせる方法もあるが、実際に歯ブラシを持たせて各々が考えてみる方法として、指の爪を使用する方法が効果的である。すなわち、図4のように人指し指から小指までをそろえて立て、爪を歯に見立てて、皮膚を歯肉に見立てて、ちょうど甘皮の部分にあたる境界を歯頸部として見立てるのである。児童生徒には、「今、この甘皮の部分が汚れています。歯ブラシで、きれいに汚れを落とすためにはどのように歯ブラシを動かしたらよいのでしょうか」と問いかける。児童生徒はおおむね「横に小さく動かす」ことに気付くはずである。このようにして、歯頸部を磨くように、最初に爪

この部分の汚れを落とす方法は？

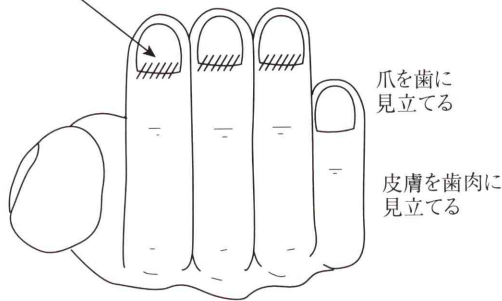


図4 歯肉炎予防のための歯磨き指導の例

で練習し、その後に実際の上顎前歯部で練習することで、上手に磨けるようになる。歯肉炎は、プラークが除去されると約1週間から2週間で炎症が消失してくるので、歯磨き前後の観察と記録を忘れないようにしたいものである。

(2) その他の歯肉炎修飾因子について

歯肉炎は、プラークの除去が的確に行われれば必ず改善されるが、児童生徒のなかにはすでに歯石が沈着している場合がある。歯石はプラークが石灰化したものと考えてよいと思うが、歯石の沈着があると歯ブラシでの清掃効果は著明に減少す

るため、歯肉炎の改善は阻害される。歯石は歯ブラシでは除去できず、歯科医療機関で除去してもらわなければならない。歯石の沈着が認められる歯肉炎については、学校歯科健診ではGの記号が使用される。また鼻咽頭の疾患があるなどして口呼吸をしているような場合にも、歯肉炎が発症しやすくなる。つねに口を開けて呼吸をしているような児童生徒に対しては注意を要する。

4 おわりに

学校保健における児童生徒の歯肉炎は、疾患としての重要性と、保健教育・保健管理の側面からの重要性がある。疾患としては、学齢期においては齲蝕予防が主となっているが歯肉炎も決して少なくないことや、成人期以降の歯周炎で歯を喪失することのないよう予防することの第1段階として意義がある。保健教育においては、多くの歯肉炎が適切な歯磨きで改善することから、問題解決学習にきわめて適切な題材と考えられ、比較的短時間で保健行動の重要性が理解してもらえるものと思う。

資料4

児童生徒の口腔機能の発達の現状と課題

日本大学歯学部教授 赤坂守人

〔「スポーツと健康」第一法規 1999. 3. 抄〕

① ヘルスプロモーションの理念と
今後の学校保健

1986年、WHOのヘルスプロモーションに関するオタワ憲章は、「人びとが自らの健康をコントロールし、改善することが出来るようにするプロセスである」と述べ、健康のルネッサンスと呼ぶにふさわしい画期的な理念を提唱している。このことは、「病気を治す」という従来の考え方から、「健康をつくる」という考え方に、「医療機関中心」から、「家庭・地域社会中心」へとシフトすることである。このヘルスプロモーションの理念は、医療、保健、福祉、教育の各分野に大きな影響を及ぼすと同時に、それぞれの分野が統合され連携が図られるべきことを示したものである。

今後の学校保健の方向性は、このヘルスプロモーションの理念を基盤にして、地域保健との密接な連携が図られるものでなければならない。それによって、児童生徒期の保健づくりはもとより、個人が生涯にわたって健康で豊かに暮らしていくための資質づくりとしての学校保健の役割を果たすことになる。

平成8年、「21世紀を展望したわが国の教育の在り方について」の中教審の答申は、子どもたちに“生きる力”と“ゆとり”をアピールしており、健康や体力は、「生きる力」を支える基盤として不可欠なものとしている。今日の急激な生活様式の変化とともに、子どもたちの体力や運動能力の低下、肥満児の増加など生活に起因する新た

な健康課題が生じてきている。「生きる力」を目標にした保健教育とは、「健康に関する興味と関心を高め、健康の価値を認識させ、自らの課題をみつけ、自主的に判断行動し、より良く課題を解決する」というプロセスを通じて、健康に生きる力を身につけさせることである。

平成7年度に学校保健法施行規則が改正された。今日の児童生徒の疾病・健康の課題に対応して、健康診断の見直しが行われ、従来の病気を早期に発見し、治療の勧告を行う時代から、健康づくりを目指した健康指向時代の健診の在り方が示されている。そこで、健診の結果は、健診後の保健指導や定期的観察などの事後措置に意義を有し、さらに保健学習にも密接に関係し合うものでなければならない。従来の学校健診は健診のみに終わり、その結果が保健指導や保健学習に十分活用されていなかったように思われる。

② 学校歯科保健教育の新しい課題
としての咀嚼機能の育成

従来、学校歯科保健での歯・口の健康づくりを目標にした保健教育は、齲蝕^{うしょく}、歯周病など病気の予防のための歯みがき指導や間食指導が行われてきた。これら歯・口の病気の発生は、以前に比べかなり減少してきているが、依然として先進諸国のなかで我が国は高い罹患状態であるため、今後も学校保健の場の保健教育により予防効果を得ていくことが必要である。

一方、今日の子どもを取り巻く家庭・社会環境は急速な変貌を遂げており、それに伴って、生活習慣病など、子どもの健康問題にも新たな課題が生じてきている。学校における保健教育も、家庭や地域と連携を深めながら、新たな課題に取り組んでいく必要がある。

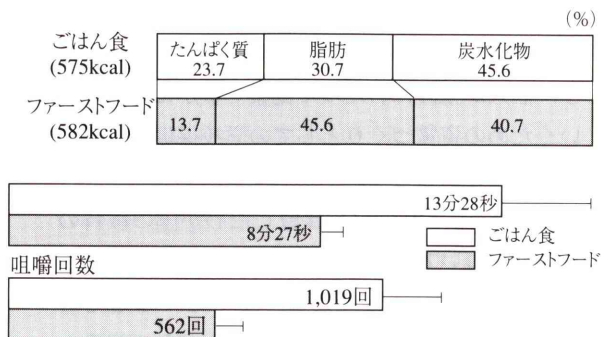
高齢化時代の到来に伴い、我が国の歯科保健医療の目標として、8020運動が提唱されている。これは、健全な歯を残すことは、高齢者に限らず、各ライフステージのQOL (quality of life) にとって重要な口の機能、とくに食べ物を「咀嚼する」、「嚥下する」などの摂食を豊かに営むために不可欠であることを示し、同時に生涯にわたる歯と口の健康づくりの目標を具体的に示したものである。

口の機能(はたらき)は、食べ物の咀嚼、嚥下など“食べること”そして人と“話すこと”など、生命維持のための基本的な機能であり、また人間らしく豊かに生きることと関係した機能でもある。そこで、この機能が低下し、何らかの障害を受けることは、口・歯の健康に限らず、全身やこころの健康にさまざまな影響を及ぼすことは、すでに知られている。

口の機能のなかでも“食べること”は、生きる意欲(力)にも関係しており、とくによく咀嚼することは、多種多様な種類の食べ物を摂ることが可能となって、どのような環境変化にも適応し耐える生きる意欲(力)の源となっている。しかし、近年さまざまな分野から、子どもたちについて“かむこと”を中心に、摂食(食べること)についての訴えや、機能の明らかな低下を示す状態が報告されている。咀嚼は哺乳運動のような生得的な機能ではなく、学習によって正しく機能が獲得される。そこで咀嚼機能を引き出し育成するには、この機能の発達期に何からの手立てが必要になっている。

3 最近の小児と咀嚼など食べ物の食べ方の実態

近年、我が国の食文化および食環境の急速な変化に伴い、日常食べている食べ物が軟らかくなり、また、ゆっくり時間をかけて食事を摂らなくなった結果、ますます食べ物を咀嚼することが少なくなってきている。図1に示したのは、和食の伝統食とファーストフード食の現代食の比較である。栄養的にも、伝統食が蛋白質に優れており、現代食は脂肪が多く高カロリーであることが理解される。そして、圧倒的に違う点として、ファーストフード食は咀嚼回数が約半分である。すなわち現代食は食事時間が短く、ほとんどかむ必要がないともいえる。一方、子どもたちのなかに「硬い食べ物をかまない、かめない」、「飲み物で食べ物を流し込む」など、食べ物の食べ方に問題あることが指摘されるようになった。東京都の「乳幼児の身体と栄養調査」によると、表1に示すように「軟らかい物を食べたがる」が5歳児で8~11%に、食べにくい物を「嫌って食べない」が5歳児で16~18%にみられ、現代の子どもたちに歯触りの悪い食べ物を嫌う傾向を示した。また、平成7年度、日本学校保健会口腔機能委員会は、児童生徒を対象に、食べ物の食べ方に関する調査を行ったところ、図2に示すように、食事のとき飲



ごはん食:わかめのみそ汁、さんまの塩焼、きんぴらごぼう、ほうれん草のおひたし
ファーストフード食:チーズバーガー、フライドポテト、コーンスープ

図1 ごはん食とファーストフード食の比較 (香川より)

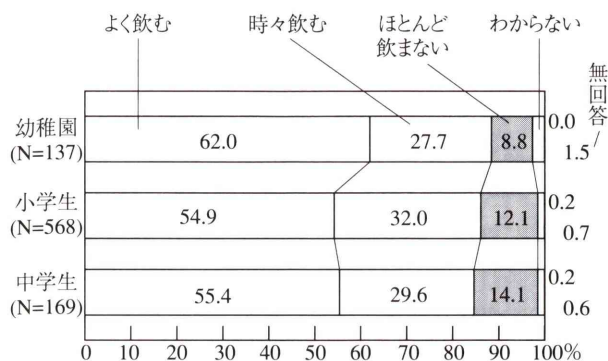


図2 食事中、献立にかかわらず、水や牛乳、お茶などをよく飲みますか？

み物を飲んで食べ物を流し込む者が幼稚園児62%、小学生、中学生ともに約55%にみられる。このような最近の子どもの食べ方は、食べ物を咀嚼するなど口の機能を十分に生かした豊かな食生活が営まれているとはいえない。そして、また現代の食環境は、小児の咀嚼など摂食の機能を正常に発達させ、引き出すことに適した状態にあるといえないようである。

これら機能の低下は、他の口腔系の機能障害、さらに全身やこころの健康にも影響を及ぼすことが明らかにされている。

4 咀嚼機能と身体との健康との関係

咀嚼することと身体的精神的な健康との関係が表1に示すように報告されている。咀嚼運動は、食べ物をかみ砕き粉碎して嚥下し消化しやすくする過程で、唾液を分泌する。この唾液がさまざまな機能を営み、全身の健康に関係していることは、表2に示すごとくである。また肥満と咀嚼との関係は、咀嚼をすることによって血糖値が早い時期に高まること、あるいは中枢における神経性ヒスタミンが分泌されること、などによって満腹中枢が刺激され摂食行動を中止する。すなわち、肥満の予防にとってかむことは必要である。口腔・歯の病気と咀嚼機能とは、表3に示すように関

表1 “よくかむこと”と全身の健康への影響

1. 唾液や胃液の分泌を促進し、食物とくに動物性蛋白質の消化吸収を助ける。
2. 唾液成分デアルリゾチーム、ラクトペルオキシターゼ、IgA（免疫抗体）を分泌し、疾病の予防、健康増進に役立つ。
3. 食事時間を十分にとり、血糖値を高めたり、神経性ヒスタミンを分泌して、満腹中枢を刺激し、過食・肥満を予防する。
4. 食物の味物質を溶出し、味覚を感じ食欲を増進し、心理的満足感、情緒の豊かさを感じる。
5. 脳の血液量を増加させ、知的発達を促進し、老化の予防となる。

係が深い。齲蝕や歯周病の発生は、食べ物の内容、食べ方に影響を受け、また逆に齲蝕や歯周病があると咀嚼に影響を与え、たべる内容が変化する。

咀嚼することにより唾液分泌が促進され、また、口腔のさまざまな筋や顎を動かしている。それによって歯面の汚れ、歯垢の清掃に役立ち、歯肉に刺激を与えてマッサージ効果をたかめる。このような作用により齲蝕や歯周病の発生を予防している。咀嚼運動は、中枢のコントロールを受け

表2 唾液の主な成分とその働き

	名 称	働 き
外 分 泌	ムチン	食物を嚥下しやすくする
	アミラーゼ	でんぷんを分解する
	リゾチーム	細菌に抵抗する
	ラクトペルオキシターゼ	細菌に抵抗する、発がん物質を減弱させる
	ガスチン	味覚の働きを敏感にする（亜鉛と結合して作用する）
	スタテリン	歯を強化させる（カルシウムと結合して作用する）
	ラクトフェリン	細菌の発育を抑制する（鉄と結合して作用する）
	アルブミン	口の中をなめらかにし、乾燥を防ぐ
内 分 泌	IgA(免疫抗体)	細菌に対抗する
	EGF(表皮成長因子)	皮膚、歯、口腔粘膜、胃腸、血管などの細胞の増殖の促進
	NGF(神経成長因子)	神経節や神経繊維の成長促進

表3 “かまないこと”と口腔の健康への影響

1. 咀嚼筋活動の低下、口腔周囲筋活動の不均衡により、顎骨の発育不全および歯の位置変化をおこし、歯列・咬合異常の誘因となる。
2. 咀嚼の分泌、口腔周囲筋の活動の不足を来し、自浄性、清掃性を低下させ、齲蝕、歯周疾患を発症させる。
3. 抵抗力、耐性の低下により顎関節症の誘因になる。
4. 普段、かみごたえする食物を“かまない”と、咀嚼力は低下し、“かめなく”なる。

て食べ物の大きさ、物性に応じた下顎運動を行うため、顎骨に付着した咀嚼筋の活動を活発に行ったり、また、口の周囲の筋肉を動かし、緊張したりする。このような活発な筋の活動が顎骨を成長させ、歯列を整え、正常な歯列を形成し発育する。

このように咀嚼することは、子どもたちの全身ならびに口・歯の健康に大きく影響を及ぼしているために、咀嚼の発達・習熟期に子どもたちへの支援・指導が必要である。

5 保健教育に咀嚼の育成を導入することの意義

食の行動、食べ方と口腔機能の発達とは深い関係にある。この機能の発達期にある児童生徒に対し、咀嚼と食生活との係わりについて保健教育を行うことは、もっとも適当な時期である。そして、咀嚼の育成を課題に保健教育の課題として導入する意義は以下のとおりである。

①近年、咀嚼と全身の健康との関係が科学的に

明らかになったため、これを理解し普及する必要がある。②歯と口が健康であることの目的意識が明確になる。③日常食べている食べ物に関心をもち、食べ物についての自己評価が可能になる。④食べ物の課題は歯・口の領域に限らず、他の健康課題に直接、間接に関係し広がりをもつ。⑤咀嚼の育成は、食べ物の問題に限らず、日常生活のゆとりなど生活環境全体を見直すことになる。⑥機能を健全に発達させる豊かな生活、食環境を再考することは、単に児童生徒に限らず、すべての年齢に共通する問題を含んでいるため、家庭、地域と連携する学校保健という立場からも適した課題と考えられる。

咀嚼機能の発達は、基本的な機能が獲得される哺乳・離乳期の乳幼児期と、機能が強化され成熟する児童生徒期に分けられる。そこで、児童生徒の咀嚼の問題は、幼児期からの影響を強く受けるため、児童生徒期の対応には、それなりの限界があることも知っておく必要がある。あらゆる運動・感覚系の発達と同様、咀嚼の発達も、中枢をはじめとする咀嚼に係わる諸器官の発育による変化に関係している。そこで、咀嚼を引き出し発達させるには、口腔の発育、とくに歯の発育と咀嚼機能の発達との関係を知っておくことが必要である。さらに、環境条件として、食べ物の大きさ・物性、および食事時の姿勢、食器（具）による食べ方との関係、おいしく味わって食べることなど、理解しておくことが児童生徒の咀嚼の育成にとって重要である。

講義

2

児童生徒の歯・口の健康と食べる機能について

●昭和大学歯学部教授

向井美恵

1 はじめに

口は消化器官と呼吸器官の役割を果たし、その機能は大きく「食べる」「話す」「呼吸する」の3つがある。どれも人が生きていく基本となる機能である。このような重要な役割を担う口を疾病から守る（健康の保持）ばかりでなく、生涯にわたってより一層健康に使う（健康の増進）ことができるように、その基礎知識を児童・生徒の時期に学ぶことは非常に大切である。

口の機能の育つ時期は、基本機能が獲得される乳幼児期と、乳歯が永久歯に交換して、機能の成熟がなされる児童・生徒の時期にある。ここでは、口の諸機能の中で特に「食べる」機能について、機能成熟途上にある児童・生徒に良くみられる問題をも意識しながら考えてみたい。

2 食べる機能の動きの特徴

口でなされる機能は、口唇、頬、舌、歯、など

の多くの器官の協調した動きが、呼吸とも協調して営まれている。口腔機能の中心をなす食機能においても同様で、各器官はそれぞれ「摂り込む」「嚙む」「飲み込む」など種々のことを目的とした動作を営むために、動きの役割分担をしている。また、口の機能が上手に発揮されるように、手の動きや姿勢が口の動きと協調した役割分担を果たすようにも動いている。食機能の一連の動作は次のようにして営まれる。

(1) 食べる前の準備

食事に際しては、献立に合せた食具と食器の選択とそれらが使いやすい環境（身長に合せたテーブルと椅子の高さの調和など）をつくるのが最初に必要とされる。身体の成長が著しい児童・生徒の時期には特に注意が必要である。また、食器と容器の区別や食内容に合せた食具の選択も大切である。

(2) 捕食（食べ物を口に摂り込む動き）

捕食の際の唇の役割は、スプーン上の食物を上唇でこすり取る動きと、前歯で咬み取り

やすいようにくわえて保持する動きにある。舌の役割は、摂り込まれてくる食べ物の硬さや形を感知できるように、舌の前方部が食物を口蓋皺壁に押しつけることにある。この動きにより食物の硬さや形を十分に感知できる。しかし、食具から口への食物の受け渡しは、前歯が生え変わる時にはこぼし易くなる。そこで、こぼすことを注意しすぎると口の奥に入れがちとなり、硬さや形が感知できず嚙まなくなってしまうことがある。前歯の交換期である小学校低学年の時期は、口を閉じながらできるだけ口の前方部で食物を摂り込ませる指導が必要である。

(3) 咀嚼（つぶしながら唾液と混ぜる動き）

食物の硬さや形状が感知されると、臼歯でかむ動きが引き出される。連続してかむために、舌と頬の内側は食物を歯の上から落ちないように保つ動きを分担する。このための頬の動きは、口唇をしっかりと閉じることによって可能になる。食物の硬さの程度を歯根膜で感知して、その感知した硬さに応じてかみ込む力を変えて咀嚼する。この歯根膜感覚は臼歯より前歯の方が鋭敏であるから、硬い食物を嫌がる場合などには、敏感な前歯で硬軟と混ぜて咬み切る機会を増やして、噛む力と食物に応じた咀嚼の仕方を習慣づけることも大切である。

(4) 嚙下

嚙下の動きは、唇と臼歯をしっかりと閉じ、舌先が上顎の前方部にしっかりと押しつけてなされ始める。この動きによって食塊を舌で咽頭に送っていく。臼歯が永久歯に交換する時期には、噛み潰された食物を食塊とする際に、一部の食物が歯と頬の間の口腔前庭に入り込み易い。歯の一部がないために役割分担が巧くいかないためである。食べる時間が遅くなったり、硬い食物を嫌ったりすることもあるので口の中の歯の交換状態を知ることが

大切となる。

3 児童・生徒の食べる機能の発達変化

(1) 小学校低学年

この時期の児童の口の中は、乳歯から永久歯に交換する時期にあたるため、常に口の中の形が変化している。低学年の児童は、新たに生えてきた第一大臼歯と前歯の生えかわりが特徴的である。第一大臼歯は永久歯の中でも咀嚼能力が最も大きいことから、上下の第一大臼歯が咬みあうと機能は飛躍的に強く発揮できるようになる。しかしながら、萌出を始めてから上下の臼歯が咬合するまでの期間が長いことに注意する必要がある。前歯の交換は、食べる一連の動きの中で捕食と嚙下の動きに直接関係し、咀嚼にも関係深いので特に注意が必要となる。例えば、口に食物を摂り込む時に舌が突出しやすくなり、また嚙下時の動きも舌の先端を突出するようにしてのみこんでしまう危険（異常嚙下癖）がある。この時期には、唇をしっかりと使って捕食し、唇をしっかりと閉じて嚙下するような保健指導が必要となる。

(2) 小学校中、高学年

中・高学年は、乳臼歯から永久歯の小臼歯への交換期にあたる。最初の乳臼歯が動揺してから、最後の乳臼歯が抜けて上下の永久歯列が完成するまでには数年の期間を要する。乳臼歯の1本でもグラグラ動揺していると非常に咀嚼しにくい。この間は、咀嚼能率が落ちたり硬い食物を嫌ったりするが、咀嚼能率が落ちるのは、噛む歯がなくなるからだけでなく、歯がないために、噛んでいる途中で歯列と頬の間に食物が入り込んでしまい連続してかみ続けることができないことも原因する。交換で歯がない時期には、咀嚼だけでな

く嚥下にも影響を及ぼす。噛みつぶされた食物をまとめて食塊をつくる際に、舌の側縁から食物の一部が歯列の頬側に落ちて歯と頬の間に入り込んでしまう。水で流し込んで飲み込みたくなるのもこのような口の中の状態の時期に多い。習慣にならないように永久歯列になっても、水で流し込んでしまうような嚥下が続くようなら指導が必要である。

4 食べる機能が身体と心に及ぼす影響

毎日の食事において、食物を良く噛んで十分に味わって食べることが、身体と心に良い影響を与えることを指導することが大切である。

- (1) 食べる機能が身体に及ぼす影響については、口を十分に動かすことによる物理的な刺激やその間に感じる味覚刺激などによって、唾液や胃液の分泌が促進される。この唾液や胃液などにより消化吸収が促がされ栄養摂取が有利となる。特に動物性蛋白質の消化と吸収が助けられるが、唾液の分泌が促されることにより、その成分であるリゾチーム、ラクトペルオキシターゼ、IgA（免疫抗体）などの分泌がなされ、疾病の予防、健康の増進に役立つ。良く噛むことによる動きは、口腔周囲筋の活動を促し、唾液の分泌を促進させ、口腔内の自浄性、清掃性を高め、う蝕や歯周疾患を予防し、顎、口腔ひいては顔面頭部の形態の正常の成長に必要な刺激が得られる。
- (2) 心に及ぼす影響としては、噛みつぶされた食物から味物質が容易に溶出されて、味覚として感じやすく、その美味しさにより食欲が増進され心理的満足感や情緒的豊かさが感じられる。ゆっくり味わって食べ、食事時間を十分にとることにより、血糖値が高められ、満腹中枢が刺激されて過食、肥満を予防す

る。家族や友人と一緒に食卓を囲み、同じ食物を食べ、美味しさや満足度を共有することにより家族としての一体感や友人との連帯感などが育てられる。そのためには食事に一定の時間を費やすことや共通の話題を楽しく話しあうことなども大切な要素となる。

5 食べる機能を十分に発揮させる食事環境

日常生活が忙しくなる中学生は、食事時間も不規則で朝食を食べなかったり急いで食べている者がかなり多い現状からすると、味わって食べることによって意識が回らずに食事自体に対して大切な行為と感じなくなっていく。食べる機能が身体と心に及ぼす影響などは全く感じずに、単なる栄養補給程度にしか考えられていないのかも知れない。このような咀嚼して食べることが健康に良いことと思わなくなってしまっている児童生徒に対して、「咀嚼して味わって食べる」つまり食べる機能が身体と心の健康に及ぼす影響を考えさせ、食生活や日常生活のリズムが崩れやすい現代の子供たちに対する食を中心とした良い習慣づけの保健指導が非常に大切となる。

調理済食品だけでなく、種々の市販の食品についても軟食化が指摘されている。一方で咀嚼しないで食べる弊害が提起されている。豊かになった食生活の中で、咀嚼して味わって食べる大切さを教えていく必要があろう。

食べる機能を十分に発揮させる指導は以下の様にまとめられる。

- (1) かむ動きは、かまなければ飲み込みにくいと口で感じてなされる動きであるため、食物の硬さや形が感じ易い食べ方を教える必要がある。スプーンからは、上唇でこすり取らせる。形あるものは、なるべく前歯で咬み取らず機会を増やす。そんな食具の形と調理の工夫が必要である。

- (2) こぼすことを注意するのではなく、口をしっかり閉じながら摂り込むことや口をしっかり閉じてかむことを教える。
- (3) パンや果物などを利用して、前歯で量を加減しながらかみ取らせて一口量を教えていく。
- (4) 牛乳や麦茶などの水分を食事の途中で摂取するのは、よくかまずに水を加えてまる飲みしてしまうため、食事時間は早くすむし、テレビなどをみながら食べても食事時間内にすまうことができるなどの問題行動を助長しかねない。食事の最初か最後に与える習慣をつけ、食物が口にある間は多量の水分は控えるように指導する。
- (5) 味わって食べている途中に「早く食べなさい」など急がせたり、嫌な食物を無理に食べさせたりとすると丸呑みの癖がつきやすい。
- (6) 食物が軟らかいものばかりでは、かむ必要がないためにかむ習慣がつきにくい。硬い食物や繊維に富んだ食物、弾力のある食物など、種類と調理の仕方に工夫してかむと美味しさが味わえるような工夫も大切となる。
- (7) 食器と容器の区別をする。牛乳は、牛乳ビンやパックのような容器のままでなく、食器であるコップを使用するようにする。

6 おわりに

食べる機能を十分に発揮し「味わう」経験を通して、児童・生徒の心身の発育を促し、同時に精神的、社会的健康の維持増進を目的に、このような食べる機能に対する歯科保健指導が必要と考えられる。嚙んで食べられない理由が、歯・口の健康障害であるう蝕や歯列不正などの歯科的疾病によることも多い。また、小児期に特有な歯の生えかわりにより、歯がかみ合わない児童も多くいる。児童・生徒の指導にあたっては、歯科健診結果などと関連させながら指導内容を考慮することが大切である。

変化の大きな現代社会において、児童・生徒の身体的、精神的、社会的健康の保持増進のための健康教育の柱として、生活の基盤である食生活の重要性を十分に認識し「食」に関する正しい情報の普及や、健康を自ら守るためのより良い食行動の実践教育を歯科医療関係者が積極的に進める必要がある。

参考文献

- 1) 向井美恵編：食べる機能をうながす食事，医歯薬出版，1994。
- 2) 金子芳洋，向井美恵他：食べる機能の障害—その考え方とリハビリテーション—，医歯薬出版，1987。
- 3) 二木武他編著：新版 小児の発達栄養行動，医歯薬出版，1995。

実践発表及び 研究協

発表者 ●山梨県大月市立強瀬小学校 教諭 田中 一弘
●京都市立修学院第二小学校 校長 上西 豊一
●佐賀県玄海町立牟形小学校 教頭 中山 節子

指導助言 ●文部省体育局学校健康教育課教科調査官 戸田 芳雄
●社団法人日本学校歯科医会常務理事 森本 基

1

自ら学び実践できる 児童の育成

—歯・口の健康づくりを通して—

実践発表・発表者

山梨県大月市立強瀬小学校 教諭 田中一弘

1 主題設定の理由

今日、様々な教育課題が山積しているなか学校教育においては、児童の個性を生かす教育の充実、自らが学ぶ意欲をもち社会の変化に主体的に対応できる人間の育成、豊かな心とたくましく生きる力をもつ人間の育成を図ることなどが重視されている。さらに、そのような資質をもった児童を育成するためには、まずその基礎として望ましい人間関係の育成、基本的な生活習慣の育成、健康で安全な生活を心掛ける態度の育成などが不可欠であると考えられる。そのことは、すなわち、生涯を通じて健康な生活を送るための基礎を培うことにつながっていくと考える。その基礎を培うためには、まず、児童が自分の体の健康状態や病気の予防などについて関心をもち、身近な日常生活における健康の諸問題を自分で判断し、処理できる能力や態度の育成を図らなければならないと考える。

また、児童を取り巻く生活環境は、物質的には大変恵まれ食生活も豊かである。しかし、児童の生活状態や健康状態は必ずしも良いものとは言えない。肥満傾向、近視、歯や歯肉の疾患、などが多く見られる。これらの原因は、児童を取り巻く生活環境や生活習慣に深くかかわったものであると言うまでもない。例えば、具体的に本校児童の平成9年度の歯科健診の結果をみると、う歯のない児童は、全体の10.21%で、大月市平均(7.77%) [H9] および山梨県平均(9.02%) [H8] は上回っているものの全国平均(14.27%) [H8] は

下回っている。また、う歯の未処置歯のある児童は、この健診時において全校児童の43.55%にも上っている。本校においても、従来より、給食後の歯みがき指導や、学級活動における保健指導をおこなってきてはいるが、これらの結果は、児童が日常の自分の生活を見直したり、自分の健康と生活習慣とのかかわりについて見つめ直したりすることは案外と少なく、残念ながら、児童が自分の体の健康に留意した生活習慣を十分に身に付けていることは、必ずしもいえないであろう。

そこで、本研究では、児童が自分の体や健康について関心をもてるようにするための手立ての工夫を図り、児童自らが課題解決を図るための手立てを知り、課題解決のための方法を探ったり理解したりして、自分の体や健康のために必要なことを日常的に実践できるようにすることが大切であると考え本主題を設定することとした。

2 研究の目的

*児童が自分の体や健康に関心をもち、課題解決の方法を探り、課題解決を図ることを通して、より良い生活習慣を身に着けることが児童の体や健康のために大切であることを明らかにする。

3 研究の仮説

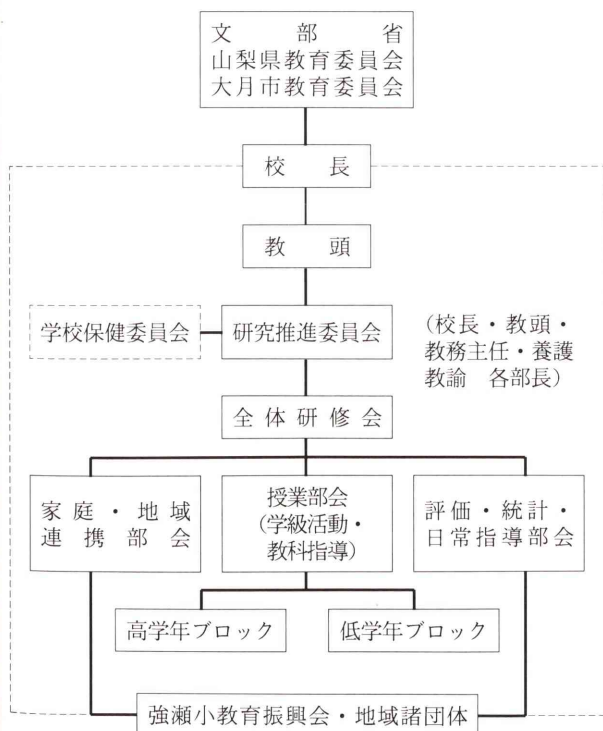
*自分の体や健康について関心をもち課題を見つけ、解決の方法を理解することにより、児童

は、自分の体や健康のためにより良い生活習慣を意欲的に実践することができるであろう。

4 研究の内容

- (1) 児童が自分の体や健康について関心を持ち、意欲的に学習に取り組むための手立て及び自分の体や健康について認識を深めさせる手立てに関する研究
- (2) 日常生活において、健康のためによりよい習慣を定着させるための手立てに関する研究
- (3) 保健指導を充実させるための学校保健安全年間計画、学級活動年間計画についての研究
- (4) 保健教育を充実させるための家庭・地域との連携のあり方に関する研究
- (5) 保健教育における評価のあり方に関する研究

5 研究組織



6 実践の内容

(1) 授業部会の実践 [基本的な考え方]

- ① 学習内容の設定について
 - *『「歯・口の健康づくり」についての保健指導の基本要素と指導学年』に基づいて設定された「学級活動（保健指導）の年間計画」にそって学習内容を設定していく。
 - *児童及び父母の実態調査や事前アンケート等をもとに児童の実態に即し、児童が興味・関心をもって臨むことのできる学習内容としていく。
 - *「歯・口の健康づくり」にかかわる学級内容（保健指導）の全展開例を作成し、それによって学習を展開し、学習内容の見直しをしていく。
 - *授業研究会を通して、学習内容の検討をしていく。
- ② 指導過程及び学習方法について
 - *研究主題に即して、基本的な指導過程を「問題を見つける→問題を深化させる→問題を解決する→実践する」とする。
 - *児童が自ら課題を設定できるように、事前活動や事前アンケート調査を実施するなどの工夫をする。
 - *児童が自らもった課題を解決するため、調べ学習を実施したり、児童が主体的に活動できる場面を設定したりする。
- ③ 資料及び資料提示の工夫について
 - *学習内容や児童の発達段階に適した資料及び、児童が興味・関心をもつことのできるような資料を提示する。
 - *資料提示の方法としては、VTR・写真・グラフ・ペープサート等、内容に適した提示方法を工夫する。
 - *板書の方法を工夫して、児童が学習内容を理解しやすいように配慮する。

④ 評価の方法について

*授業終了後に児童の自己評価アンケートを実施し、児童の関心・意欲及び学習内容の理解のようすについて評価をおこなう。

*教師の観察により、児童の学習意欲や理解のようすについて評価をおこなう。

⑤ その他

*学習プリント・学習カード等を利用し、児童が学習内容を整理したり、理解したりしやすいような工夫を図ることができる。

*児童が調べ学習に利用することができる図書や資料を随時整備していく必要がある。

(2) 評価・統計・日常指導部会の実践

① 児童の実態調査アンケートの実施とまとめ

平成9年度・10年度に実施

② 父母の実態調査アンケートの実施とまとめ

③ 地域の方々の実態調査の集約

④ 児童の生活習慣の実態調査と指導

⑤ 全校児童を対象とした「歯・口のクイズ」を毎月1回実施

⑥ 「歯のチェック」(低学年)、「歯肉のチェック」(高学年)の実施

⑦ 月1回のペアー学級による歯みがきの実施

⑧ 校内「歯・口の健康づくり」ポスター・絵画コンクール、標語コンクールの実施

(3) 家庭・地域連携部会の実践

① 授業を通しての活動

*保護者対象の授業参観、日曜学級の授業参観に「歯・口の健康づくり」にかかわる授業を設定し、学校での指導を公開した。低学年では、歯のみがき方や歯垢の染めだし検査を親子で実施したり、高学年ではそれぞれの歯の特徴やむし歯ので

きるわけ、歯肉の病気などを扱う中で、児童ばかりではなく親の歯に関する意識の高揚を図った。

② 歯みがきカレンダーへの取り組みを通しての活動

*歯みがきの習慣形成と自己評価、および家庭の意識の高揚、また、児童の家庭での歯みがき状況の把握などをねらって実施した。長期休業中、学校のある日の歯みがきを記録し、自分の反省とともに家の人から励ましの言葉を書いてもらった。みがき方の質を高めるため、各家庭で、親子歯垢染めだし検査を実施したり、食べたらずぐにみがく習慣づくりのために、食卓には歯ブラシを準備して食事を取ることを呼びかけたりした。

③ 広報による活動

*学校の方針や学校での学習・実践の内容、健診の結果、治療の勧め、アンケートの集約結果、諸活動後の感想などを、学校だより・保健だより・健診のお知らせ・学年だよりなどに掲載し、関心を深めてもらうよう努めた。なかでも保健だよりでは、歯に関する特集コーナーを設置し、むし歯予防だけでなく、口腔の病気、顎骨の成長などについても取り上げ、情報提供をおこなってきた。

④ 歯によいおやつ作り

*母親を対象とした「歯によいおやつ作り」に取り組んできた。一昨年度は、自然の甘みを大事にした手作りおやつ、昨年度は歯や顎を丈夫にするおやつ作りということで、合計3回のおやつ作り学習会を実施することができた。講師は、母親であったり、学校の教職員であったりと、それぞれの得意な分野を紹介する形で行われた。

⑤ 学校保健委員会を中心とした活動

*昨年度の第1回委員会においては定期健康診断の結果からみる児童の発育と健康状態について話し合い、10月には、委員会主催の「歯科講演会」を実施した。また、講演会に参加できなかった保護者をも含めて、全家庭に講演会のVTRを視聴していただいた。

7 研究の成果と課題

[主な点についてのみ記載]

[研究の内容にかかわった成果と課題……]

○成果と思われる点]

(1) 児童が自分の体や健康について関心をもち、意欲的に学習に取り組むための手立て及び自分の体や健康について認識を深めさせる手立てに関する研究

○学習過程の基本を課題解決学習としたことで、児童が意欲的に学習に取り組む姿がみられるようになった。

○児童が課題を解決する手立てとして、「調べ学習」をおこなう方法をとったり、課題解決の方法を児童が考え、その考えに基づいて学習を進める方法をとったりすることにより、児童が主体的に学習に取り組むことができるようになったと考えられる。

○学校歯科医の先生をお招きし、教師を対象とした講話をいただく機会をもったことにより、教師の知識が増えるとともに、研究の必要性を認識しながら、児童の指導にあたることのできた点は、たいへんよかったと考えている。今後は学習の中において、学校歯科医や歯科衛生士の方々の協力をお願いすることも考えていきたい。

(2) 日常生活において、健康のためによりよい習慣を定着させるための手立てに関する研究

○本校で従来から実施されてきている「給食後の歯みがき指導」について見直しを図

り、活動方法や内容も改めて取り組んできた。そのことにより、給食後の歯みがきについては、児童が進んで毎日欠かさずにおこなえるようになってきた。また、歯みがきをおこなっているときに、教師が学級児童全員に対し、あるいは個別に助言をおこなうことができた。そのことにより児童は、「やらされている」という感覚から「自分の健康のために」という意識をもてるようになってきた。

(3) 保健教育を充実させるための家庭・地域との連携のあり方に関する研究

○日曜学級での取り組み、地域、父母を含めた実態調査、広報紙による広報活動等々、様々な活動を実施してきたことにより、父母はもちろん地域の方々への啓発及び地域の方々との連携を進めることができたと考ええる。特に、父母の多大な協力を得ながら、児童の健康を考えた活動をおこなうことができたことはたいへん意義のあることだと考える。

以上、研究内容に即して、成果と思われる点などについて記入をしてみた。

本研究を進めた結果として、「児童が自分の体や健康について関心をもち、課題をみつけ、解決の方法を理解すること」は、できたのではないかと考えている。さらに児童が進んで健康のためによいと思うことを実践しようとする姿もみられるようになってきている。しかし、そのことが、生活習慣として確実に身に付き、家庭においても意欲的に実践されているかどうかという点については、個人差も含め明らかにすることはできなかった。今後、さらに生涯にわたる健康づくりの観点から、児童自らが抱える健康にかかわっての諸課題を自ら解決したり、健康のためによりよい生活習慣を身に付けたりできるよう、家庭や地域の協力も得ながら、児童とともに努力を重ねていきたいと考えている。

2

自分の体をよく知り、 すすんで健康的な生活をおくる子

— 歯・口の健康づくりを通して —

実践発表・発表者

京都市立修学院第二小学校 校長 上 西 豊 一

① 研究の仮説

- (1) 学級活動の保健指導の充実、授業の充実が子どもの健康づくりに関する関心や認識を深め、実践的な態度を育てることになるのではないか。
- (2) 日常の指導や環境の整備が、健康づくりに関する子どもの意識を高め、実践を習慣化する上で効果が期待できるのではないか。
- (3) 児童会活動と緊密に連動していけば、子どもの自主的な活動が期待できるのではないか。
- (4) 保護者に協力を求め、各家庭で歯・口の健康づくりの実践を習慣化していけば、基本的な生活習慣の確立により効果が出るのではないか。

② 研究の重点

- ① 学級活動及び教科学習の充実
- ② 授業研究の充実
- ③ 日常指導の推進
- ④ 児童会活動の充実
- ⑤ 保護者との協力の推進
- ⑥ 教職員の研修を深める
- ⑦ 基本的な生活習慣の調査研究をし、個に応じた重点的な取組をする。

③ 学校保健全体計画

学校保健目標「自分の身体を良く知り、すすんで健康的な生活をおくる子」

◆本年度の重要課題◆

1. むし歯・歯周病の予防と治療の徹底
2. 基本的な生活習慣を育てる
3. 「健康の日」の設定と健康教育の徹底
4. 性教育の系統的な指導
5. うがい、手洗いの徹底
6. 学校保健委員会の開催

●全体計画例

4月：全体目標＝自分の身体を知ろう（早期治療）

歯・口の健康＝歯の役割を知ろう

健康管理

検査・予防等

- ・身体計測
- ・視力検査
- ・色覚検査
- ・聴力検査
- ・修学旅行前検査

環境

・机イスの調整

学級活動

- ・一年 きれいな身体
- ・二年 大きくなる身体
- ・三～六年 健康診断

組織活動・その他

- ・保健部会
- ・学校保健計画
- ・ほけんだより

「歯—口の健康」指導内容と行動目標一覧表

京都市立修学院第二小学校

分類	基本要素	指導内容	配当時間	行動目標	1年	2年	3年	4年	5年	6年
A	歯や口の中の様子	自分の歯	1 ☆	歯垢染め出しテストなどで歯のよごれを調べ、自分の歯のようすを知り課題を見つける。	◎	◎	◎	◎	◎	◎
		歯科健診の大切さ	1/2 ★	歯の健診結果から、定期的に健診を受ける大切さを知る。	・	・	・	・	◎	○
B	歯のつくりとはたらき	歯や口の役割	1/2 ★	歯や口のはたす役割を知る。	○	○	○	○	○	○
		歯のつくりとはたらき	1 ★	歯の形・種類・構造などから、一本一本の歯のはたらきを知り、大切にす。	・	○	○	◎	○	○
		乳歯と永久歯	1/2 ★	乳歯のはたらきを知ると共に、永久歯がぬげると二度と生えかわらないことを知り、大切にす。	◎	・	○	○	・	・
		第一大臼歯と第二大臼歯	1/2 ★	第一大臼歯、第二大臼歯の大切さを知り、むし歯にならないよう努力す。	◎	・	・	・	○	・
C	歯や口の中の病気	むし歯の原因と予防	1 ★	むし歯になるわけや、歯垢のはたらき、酸に弱い歯の特徴を知り、予防の大切さを知る。	◎	◎	◎	◎	◎	◎
		口の中の病気	1/2 ★	歯肉炎・歯周病など、口の中の病気やその原因について理解す。	・	・	・	・	○	◎
		むし歯の治療	1/2 ★	むし歯には自然治癒のないことを知り、早期治療を受ける大切さを知る。	○	◎	○	○	・	・
D	歯のみがき方	うがいの仕方	1/2 ★	ブクブクうがいを正しくする。	○	○	・	・	・	・
		自分の歯にあった歯ブラシ	1/2 ★	自分の歯にあった歯ブラシや保管の仕方がわかり、正しく選んで使う。	○	◎	・	・	・	・
		正しい歯のみがき方	1 ★	いろいろな歯の形にあった正しいみがき方を知る。	◎	◎	◎	◎	◎	◎
		第一大臼歯、第二大臼歯のみがき方	1/2 ★	むし歯になりやすい第一大臼歯、第二大臼歯に気をつけて、歯のみがきをする。	・	○	・	・	・	○
		歯のみがき方の工夫	1/2 ★	歯垢染め出しテストなどから、自分の歯のみがきの課題がわかり、自分の歯に合った方法で、工夫して歯のみがきをする。	・	・	◎	○	○	○
		歯のみがきの習慣	0 ★	毎食後、すぐにていねいに歯をみがく習慣を身につける。	○	○	○	○	○	○
E	望ましい食生活	歯によい食べ物	1 ☆	歯によい食べ物を進んでとろうとする。	○	○	○	○	◎	○
		かむことと歯・口の健康	1/2 ★	だ液の働きや、よくかんで食べることの大切さを知り、食べ物をよくかんで食べる習慣を身につける。	・	・	◎	○	・	・
		おやつとり方	1/2 ★	糖分などが、むし歯の原因であることを知り、間食として好ましいおやつを選んでとる習慣を身につける。	○	○	○	◎	○	◎
F	その他	自分の取組の反省	* ☆	自分の取組を反省し、自分の課題を見つける。	○	○	○	○	○	○

★特設学級活動・クロスカリキュラムでの指導 ☆日常学級活動の時間内での指導 *日常指導
◎重点的に指導 ○指導する学年 ・必要に応じて

学級活動・クロスカリキュラムにおける「歯・口の健康づくり」指導計画

京都市立修学院第二小学校

月	全体目標	1年	2年	3年	4年	5年	6年
4月	歯の役割を知ろう	歯や口のはたらきを知ろう 要素(B)	うがいをしよう 要素(D)	乳歯と永久歯について知ろう 要素(B)	むし歯の治療の大切さを考えよう 要素(C)	歯や口の役割を知ろう 要素(B)	食後の歯みがきの習慣を身につけよう 要素(D)
5月	自分の歯のようすを知ろう	自分の歯の様子を知ろう 要素(A)	自分の歯の様子を知ろう 要素(A)	自分の歯の様子を知ろう 要素(A)	歯や口の役割を知ろう 要素(B)	歯のつくりとはたらきを知ろう 要素(B)	自分の歯の様子を知ろう 要素(A)
6月	歯の正しいみがき方を知ろう	学級活動 正しい歯のみがき方を知ろう 要素(D)	自分に歯にあった歯ブラシを知ろう 要素(D)	正しい歯のみがき方を知ろう 要素(D)	自分の歯のようすを知ろう 要素(A)	歯の正しいみがき方を知ろう 要素(A)	むし歯の進み方と予防を知ろう 要素(C) 歯肉の病気と予防について考えよう 要素(C)
7月	食べた後はしっかりみがこう	進んで歯みがきをしよう 要素(D)	歯や口の役割を知ろう 要素(B)	むし歯をなくそう 要素(C)	おやつとり方を考えよう 要素(E)	噛むことの大切さを知ろう 要素(D)	自分の歯にあった方法で工夫して歯をみがこう 要素(D)
9月	おやつとり方を考えよう	むし歯になるわけを知ろう 要素(C)	歯の形と働きを知ろう 要素(B)	歯のつくりや働きを知ろう 要素(B)	自分の歯にあったみがき方を工夫しよう 要素(D)	歯と食生活の関わりについて考えよう 要素(E)	歯によい食べ物をすすんでとろう(1) 要素(E)
10月	自分の歯のようすを知ろう	おやつ取り方について考えよう 要素(E)	第一大臼歯のみがき方を知ろう 要素(D)	むし歯の原因と予防について知ろう 要素(C)	歯のつくりと働きについて知ろう 要素(B)	自分の歯の様子を知ろう 要素(A)	歯並びに合わせて歯をみがこう 要素(D)
11月	自分の歯にあったみがき方を工夫しよう	第一大臼歯の大切さについて知ろう 要素(B)	むし歯になるわけを知ろう 要素(C)	自分の歯に合ったみがき方を工夫しよう 要素(D)	かむことの大切さについて知ろう 要素(E)	むし歯の原因を知り予防の方法を考えよう 要素(C)	歯や口の役割を知ろう 要素(B) 歯のつくりとはたらきを知ろう 要素(B)
12月	自分の歯にあったみがき方を工夫しよう	歯の形に合ったみがき方をしよう 要素(D)	自分の歯にあった正しいみがき方をしよう 要素(D)	おやつとり方を考えよう 要素(D)	乳歯と永久歯について知ろう 要素(C)	自分の歯に合ったみがき方を工夫しよう 要素(C)	第二大臼歯の大切さを考えよう 要素(D) 噛むことの大切さを知ろう(1) 要素(E)
1月	歯によい食べ物をとろう	学級活動 歯によい食べ物をすすんでとろう 要素(E)	おやつとり方について考えよう 要素(E)	かむことの大切さを考えよう 要素(E)	むし歯の原因と予防について知ろう 要素(C)	歯によいおやつとり方を考えよう 要素(E)	歯によい食べ物をすすんでとろう(2) 要素(E)
2月	歯によい食べ物をとろう	乳歯と永久歯について知ろう 要素(B)	歯によい食べ物をとろう 要素(E)	歯や口の役割を考えよう 要素(E)	歯によい食べ物をとろう 要素(E)	第二大臼歯の大切さについて考えよう 要素(B)	歯によいおやつとり方を考えよう 要素(E)
3月		歯を大切にしよう 要素(D)	むし歯を治そう 要素(C)	歯によい食べ物を進んでとろう 要素(E)	正しい歯のみがき方を知ろう 要素(D)	口の中の病気(歯肉炎)について知ろう 要素(C)	かむことの大切さを知ろう(2) 要素(E)
	歯の健康について反省しよう	学級活動 自分の取組の反省 要素(F)	自分の取組の反省 要素(F)	自分の取組の反省 要素(F)	自分の取組の反省 要素(F)	自分の取組の反省 要素(F)	自分の取組の反省 要素(F)
日常	食後の歯みがきの習慣を身につけよう	食後の歯みがき習慣 要素(D)	食後の歯みがき習慣 要素(D)	食後の歯みがき習慣 要素(D)	食後の歯みがき習慣 要素(D)	食後の歯みがき習慣 要素(D)	食後の歯みがき習慣 要素(D)

3

健康づくりに関心を持ち、進んで実践する子供の育成を目指して

— 歯・口の健康づくりを通して —

実践発表・発表者 佐賀県玄海町立牟形小学校 教頭 中山 節子

① 学校の概要

本校は児童数46名の小規模校である。校区は、牟形・座川内・湯野尾の三地区と新田アパートで、戸数は全部で140戸、農業が主で、土壌にあった米作りやみかん、いちごなどのハウス栽培、たばこ、玉ねぎの栽培、佐賀牛の畜産が農業経営の主力である。

また、座川沿いには採石場が点在し、ここで造られる石碑などは町の特産物になっている。現在は、土木工事等で働く人や会社員、公務員など兼業農家がふえている。学校を中心とした校医の結びつきは強く、奉仕作業、行事への協力はもとより校地校舎を大切に、学校に極めて協力的である。

研究概要

研究主題

「健康づくりに関心を持ち、進んで実践する子どもの育成をめざして」

～歯・口の健康づくりを通して～

② 主題設定の理由

佐賀県は3歳児の検診によると乳歯う蝕が全国ワースト1という結果である。本校においても例外ではなく、歯科検診（平成9年度）の結果、むし歯の保有者が85%おり、全国平均の44.7%を大きく上回っている。また、歯肉炎の罹患率20%、歯列不正・不正咬合30%と、児童の歯・口の健康についての意識は低く、保持増進するための生活習慣もついていないと言える。

これらの健康上の問題の多くは、生活習慣の変容によってもたらされたものであり、学習指導要領においても「社会の変化に自ら主体的に対応できる心豊かな人間の育成」がねらいとされ、「生きる力」の育成を重視した教育が重要であるとされている。また、保健指導についても「基本的な生活習慣の育成」、「すこやかな精神と身体の育成」などが強調され、学校における保健指導の充実が望まれている。

本校ではこれらをふまえ、児童一人ひとりが自分の歯や口の健康状態に関心を持ち、健康上の問題を自分で考え、適切に処理できる態度や習慣を身につけ、生涯を通して健康な生活を送るための基礎を培うことを目標に、研究の主題を設定した。

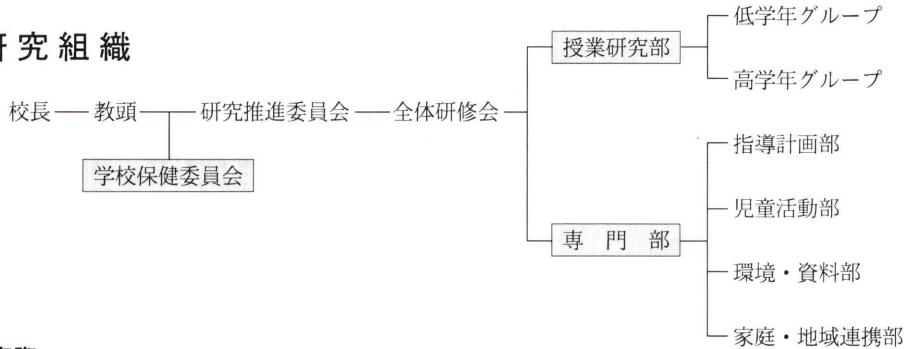
③ 研究主題のとらえ方

- (1) 「健康づくりに関心を持つ」とは……
健康についての認識を深めることを通して、自分自身の健康についてより深く知ろうとすることである。
- (2) 「進んで実践する」とは……
自分自身の健康状態を主体的に考え、判断し、なおかつ自らの健康上の問題をよりよく解決しようとする意欲や行動力のことである。

健康実践能力を身につけた子ども

- ① 「健康認識力」が身についた子ども
- ② 「健康判断力」が身についた子ども
- ③ 「行動力」が身についた子ども

4 研究組織



研究の実際

1. 「歯・口の健康づくり」保健指導計画作成

(1) 指導内容及び到達目標 ※◎は重点目標

内容	項目	到達目標 (行動目標)	全校指導	1年	2年	3年	4年	5年	6年
事前指導		口の中をきれいにして、健康診断を受けることができる。	○	○	○				
		健康診断の結果を見て、前回の結果と比べることができる。	○			◎	◎		
		健康診断の結果を見て、自分の歯の状態がわかる。	○					◎	

(2) 学年別年間計画 ※Lは45分指導，Sは15分指導

月	歯・口の健康のため	保健指導のため	1年	2年	3年
4	自分の歯を知ろう	・自分の歯を知る ・治療勧告	S 歯みがき体操を覚えよう ・みがく順序 (2段階) ・歯ブラシの持ち方、動かし方	S 歯みがき体操を覚えよう ・みがく順序 (2段階) ・歯ブラシの持ち方、動かし方	S 自分の歯の様子を知ろう ・むし歯の場所がどこか、前回と比べる (合わせ鏡で歯の内側を観察) ・乳歯と永久歯の違い
5	正しい歯みがきをしよう (うがいの仕方)	・正しい歯のみがき方 (うがいの仕方)	S ぶくぶくうがいしよう ・ガラガラとブクブク ・ぶくぶくうがいの効果	S ぶくぶくうがいしよう ・ガラガラとブクブク ・ぶくぶくうがいの効果	S 歯に合った歯ブラシの使い方を知ろう ・場所によって歯ブラシを使い分けてみかく ・みがき残しの多い場所
6	むし歯をなくそう	・歯の健康とむし歯の予防	L わたしの口の中 ・自分の歯の状態を知る	L 生え変わる歯について知ろう	S むし歯の原因を知ろう

(3) 学級指導年間計画

(4) 健康教育に関する各教科及び道徳の年間計画

(5) 歯ッピータイム年間指導計画

平成9年度

歯の日常指導年間計画

(毎週金曜日)

	ブラッシング	全体指導
5/2		歯ブラシの選び方
9		歯ブラシの保管の仕方
16		完全歯、処置歯の表彰 (完全歯の児童の日常生活で気をつけること)

- ④ 運動会及び学習発表会での啓発
保護者だけでなく地域住民やお年寄りにも招待状を出し、本校の取り組みの成果を発表し、「歯・口の健康づくり」の大切さを知ってもらう機会とした。
- ⑤ 保健日より及び「歯ッピーニュース」の発行

(2) 意識を高める活動

- ① 育友会目標の見直し
- ② 親子歯みがき運動
- ③ 親子料理教室
- ④ 育友会広報紙に「歯のコーナー」特設
- ⑤ 親子標語募集
- ⑥ 育友会員研修会

母親部主催で親自身の口の中のRDテスト（う蝕活動性試験）や、ジュースの糖度調べを行い、保護者の関心や知識を高めた。

(3) 関係機関との連携

- ① 県・町教育委員会，東松浦教育事務所の指導と援助
- ② 学校医，学校歯科医，薬剤師，歯科衛生士，町保健婦，栄養士の指導と援助
- ③ 学校保健委員会

5. 環境・資料部

(1) 資料・統計

① 実態調査（児童・保護者）

平成9年6月と平成10年7月に歯みがきの習慣，歯に対する意識，食べ物，かむこと，基本的な生活習慣についてのアンケートを実施し，集計及び比較検討を行った。

② 児童の歯の撮影

児童の歯の状況を視覚化し感想を書かせることで，個々の変化をわかりやすくするために定期的に歯垢染色をして撮影した。

(2) 環境整備

- ・調べ学習室 ・歯の探検コーナー
- ・図書コース ・歯ッピー感想掲示
- ・手洗いの蛇口増設，鏡設置
- ・歯みがきのポイント掲示
- ・保健室掲示
- ・各学年の目あて掲示等

5 研究の成果と今後の課題

1. 成果

(1) 研究主題がどの程度達成されたかという観点で，以下の3つの項目より児童がどの程度健康実践能力を身につけたかを考える。

① 健康認識力について

- ・自分のむし歯の有無や部位，歯肉の状態等について把握し，むし歯や歯周疾患の原因とその回復，予防及び改善の方法についての理解も深まってきた。
- ・歯の部位の名称とその役割，歯ブラシの部位の名称などの知識も定着し，日常会話の中にも出てくるようになった。

② 健康判断力について

- ・歯垢染色や給食後のみがき残しを鏡や歯鏡で確かめることにより，自分の歯列に合った歯みがきの仕方の判断ができ，工夫できるようになってきた。
- ・カルシウムの摂取やバランスのとれた食生活の必要性，咀嚼の重要性，糖分過多摂取の危険性等を学ぶことにより，健康に適した食生活の在り方を判断できるようになった。

③ 行動力について

- ・徐々に自分で課題を持つことができるようになり，いろいろな方法（本・ビデオ・インタビュー）で解決できるようになってきた。また，体験活動を学習過程に位置付けたことで，体験を通して技能を習得したり，実感を持って

理解したりすることができ、学習したことを日常生活に生かしている児童が増えた。

- ・実践意欲が高まり、家族でも自分から進んで歯みがきをしたり、時間をかけていねいにみがく児童がふえてきた。また、歯みがきをしないと不快感を覚える児童が増えており、徐々に歯みがきが習慣化してきた。
- ・ジュースを飲むかわりに、お茶や牛乳を好んで飲んだり、カルシウムを多く含んでいる食べ物やバランスのよい食事を進んでとったりしようとする児童が徐々に増え食生活の改善が進んできた。

(2) 保護者についても、講演会・学習会や親子料理教室への参加、親子歯みがきの取り組み、歯の標語づくり、地域に標語看板設置等いろいろな活動に積極的に取り組んでもらったことは、大きな成果である。

また、歯科検診後の治療率は今まで60%台に止まっていたが、10年後は94.4%治療が完了した。

(3) 歯科保健について、早期発見と治療を促進する玄海町独自の取り組みとして、11年度より就学前の乳幼児歯科治療費が無料となった。このように学校の研究に対しても町をあげて支援をしていただいている。

2. 課題

健康実践能力の育成をめざして研究を進めているが、残された課題も多い。

(1) 歯みがきの習慣が徐々にできてはいる

が、まだ休日の昼食後や長期休業中に崩れる児童がおり、さらに家庭との連携を強めたり学校で個別指導の在り方を工夫したりすることで、「食べたらみがく」という習慣を確実に身につけさせる必要がある。また、工夫していねいにみがく児童が増えているが、さらにみがき残しのないように個に応じたブラッシング指導が必要である。

(2) むし歯の再罹患率が減少したというものの、大部分の児童が再罹患しているのが現状である。予防のためにフッ素の果たす役割は大きいと考え、10年9月よりフッ素洗口を実施している。

(3) 児童の持つ健康上の問題は様々であり、一人ひとりが自分自身の問題を適切に解決できる力を育まなければならない。そのためには、個に応じた指導方法の研究が必要である。

また、問題解決能力を育成するために、調べ学習や体験活動を重視してきたが、調べ学習の場合児童に十分時間を確保してやるのが困難である。

本校では、総合的な学習の一分野として健康教育を位置づけ深化・拡大していくべく研究に取りかかっている。

私たちが取り組んでいる研究は、児童に口腔保健の学習を通して、生涯にわたり心身共に健康な生活を送るための基礎を育むことである。今後さらに研究を深化し継続することで、21世紀をたくましく生きぬくことのできる児童を育成していきたい。

平成11年度

歯・口の健康づくり推進指定校 連絡協議会に参加して

講義から得られた知識、 目覚めるような内容

私は、先日平成11年度歯・口の健康づくり推進指定校連絡協議会に参加させていただきました。

午前中の文部省体育局学校健康教育課戸田芳雄教科調査官の講義では、研究の方向や学校の独自性の必要性を分かり易く示してくださいました。そして、単にむし歯や歯周病が減るということだけでなく、歯・口の健康づくりを切り口として、生涯にわたり心身共に健康な児童を育成することや「生きる力」を育む視点で推進することを教えてくださいました。

また、昭和大学歯学部に向井美恵教授からは、「児童生徒の歯・口の健康と食べる機能について」という演題での講義をいただきました。

その内容は、私の目を覚ましてくれるものばかりでした。

まず第一は、乳歯のはえかわりの時には噛みあわせの力が弱くなり、のみ込むときにも不便なので時間がかかるため、学校給食の時にこれを配慮することが必要だということに気づかされました。私の長男が前歯のはえかわりの時期ですので興味深く聞かせていただきました。なお、乳歯のはえかわりの時期は、健康でありながら歯がないという不便さを感じることができる貴重な時期です。この時期を大切に、健康づくりの指導を学校で行うことが必要だということです。

第二は、精神的な健康にも食が大きく影響しており、食べ方に変化が出ると心の健康が黄色信号

であるということを確認できました。

第三は、歯を磨いて清潔にしておくということが、口腔の感覚を鋭くしておくことであり、これは健康的な生活において大切であるということを知りました。

さらに、午後は推進指定校の中から参考として3校の実践発表をしていただきました。同じような状況での推進指定校の始まりの様子をお聞きし、これから取り組む学校等には非常に参考になったものと思います。

私は、県教委として研究のお手伝いをするわけですが、今回の内容を大いに参考にしたいと思います。(栃木県教育委員会事務局芳賀教育事務所

指導主事 三田 進)

まず「自分の健康の課題は 何かさぐるう」

二年間の研究発表ということで、研究のご苦労がしのばれる発表でした。

さてこの発表をおききし、本校ではいったいどのように、どの分野を中心に研究していこうかと、帰りの新幹線の中では頭の中がいっぱいでした。さいわいな事に本校は、歯科校医の先生がお二人おいでになり、大変協力をしてくださる先生方なので、安心してはおります。

今考えていることは、「まず自分の健康の課題は何かさぐるう」ということです。

そこから発展していこうと思っております。

お世話になりますが、どうぞよろしくお願いたします。(飯山市立飯山小学校 小林文子)

「歯・口は健康の入り口」

学校における健康教育の入り口は、なんといつでも歯・口です。

歯・口は目で見ることができます。課題解決の学習において、主体的に活動することが可能です。

児童生徒に対し、我が羽生市では、健康教育活動の一つとして、歯のみがき方、お口の健康、フッ素塗布等、いろいろと推進しております。

今日、講演を聞き、「歯・口の健康づくりの進め方」が分かってきました。さらに「歯・口の健康と食べる機能について」の講義では、そしゃくのこと、食生活のこと等々、たいへん勉強になりました。

生涯を通じて健康で安全な生活を送るための基礎が培われることこそ、学校教育で求めているものです。今回、三校の実践報告をうかがい、本市の学校でもとり入れていこうと考えながら聞かせて頂きました。特に、家庭・地域社会との連携に力を入れていこうといっしょに参加した人たちと話し合いました。

生涯を通じて健康で安全な生活を送るための基礎が培われることこそ、学校教育で求めているものです。

健康を自ら守れる児童、生徒の育成のために、この研究指定をよい機会として食べる機能、食行動への発展へつなげていきたいと思えます。

(埼玉県羽生市教育委員会 斉藤きよみ)

ブラッシングの必要性 よくかむことの大切さ認識

文部省から指定を受けたものの「歯・口の健康づくりってどうやって推進していったらよいのだ

ろう。」という、戸惑いを隠せなかった今年度初め。立場上、研究推進計画は立てたものの、児童の実態を見つめ直し、どう進めていったら子供たちにとって一番よいか、私たち教師は、何から手をつけていったらよいかと試行錯誤の毎日でした。

歯科衛生士さんをお呼びして、講習会を行ったり、書籍を読み進めるうちに、少しずつ「歯・口における健康づくり」について、意図がわかってきましたが、何といたっても歯・口の健康づくり推進指定校連絡協議会に出席したことにより、「何故、歯・口における健康づくりを切り口にするか」が、理解できました。

生活習慣病とも言える高血圧や糖尿病などといった疾病は、確かに目に見えないものです。尚さら、児童生徒に理解させるためには、目に訴えるもの、分かりやすいものでなければ行動の変容までに至りません。そういう意味から言って、消化器官や呼吸器官、言葉を話す器官として貴重な役割を果たしている歯・口だからこそまた体の入り口であるからこそ、大切であるとともに、目に見えて指導しやすいものであることに、なるほどと共感させられました。

戸田調査官、向井教授、推進指定校、それぞれがその専門分野からお話くださり、歯・口の健康づくりにおける歴史、意義、進め方が具体的にわかりました。推進指定校の発表者が、TPやスライドを準備くださり、現場で実践しやすいように説明されて大変有意義でした。

おかげ様で、私自身もしっかりブラッシングを行う必要性、よくかむことの大切さがわかり、日々子どもたちと共に、学級活動等において取り組みを行ってまいりたいと思えます。

(花巻市立太田小学校 高橋郁子)

「楽しく生き健やかに老いていく」生活を

— 平成10年度全日本学校歯科保健優良校 文部大臣賞を受けて —

学校歯科医の立場から

埼玉県大宮市立桜木小学校
学校歯科医 高木 忠雄

苦節何年という言葉がありますが、私が大宮市の学校歯科保健に本格的に係わるようになって18年（学校歯科医歴は29年）。しかし、特別苦勞をしてきた訳ではありませんが、全国で6校の文部大臣賞受賞、よもやここに至とは思ってもみませんでした。

去る11月19日沖縄県で開催された第62回全国学校歯科保健研究大会の表彰式、スライドによる被表彰校の紹介、桜木小学校佐藤 猛校長先生の文部大臣表彰状の受賞、とセレモニーは流れていくなかで、自分をこの立場に導いて下さった埼玉県歯連見聡先生をはじめ直接県学校歯科部長としてご指導を賜った故沢辺部長、現浦島部長との出会いや、18年にわたって参加してきた各県に於ける全国学校歯科保健研究大会、中でも平成5年埼玉県に於ける第57回での事などが走馬燈のように思い出される一瞬、何か胸に熱く迫るものを感じておりました。桜木小学校は昭和59年頃より係わって参りましたが、当時と比較して現在は学校歯科医の役割も健康診断による保健管理は無論のことですが、その比重が歯科保健教育にかかる度合いが大きくなっています。学校管理者や養護教諭、担任の先生とのコミュニケーションが特に重要と感じます。

幸いな事に自分が担当する桜木小学校は、学校歯科保健活動が学校教育目標の中での具体的行動目標「健康の価値の認識、健康に関する知識の理解、自ら課題発見、解決の能力の養成を通して、たくましく生きる力を身につける児童の育成」と位置づけられており、長年にわたっての取り組み



学校保健委員会における高木忠雄先生

と積み重ねの中で、教職員を始めPTA、地域等との連携活動を活発に展開してきております。その中でパソコン、VTR等の機器が数多く採り入れられ児童の興味をひきつける媒体の活用に学校歯科医として教育のプロの教職員の先生方の手腕が感じられて感心させられております。

30数年前より宮古島の平良市立北小学校と姉妹校の関係にありますので、第62回沖縄大会で文部大臣賞を受賞した帰りに報告がてら久しぶりに北小学校を親善訪問いたしました。長い年月のなかで、幾分疎遠がちだった関係も蘇らせました。台風で大きな被害を受けた北小学校に全国的な支援活動が始まったときに桜木小学校も一緒に支援の手をさしのべたのが契機となって姉妹校になりました。

今後も何か専門的な意見を求められた時、助言出来る程度の学校歯科医ではありますが、21世紀に向かう子どもたちが「楽しく生き、健やかに老いていく」生活が確保されることを希望して、自分の職責を果していきたいと思っております。

凡事の徹底，食後の歯みがき

学校長の立場から

埼玉県大宮市立桜木小学校

校長 佐藤 猛

本校は、2000年誕生の「さいたま新都心」の中核J R大宮駅西口のオフィス街を学区に待つ、開校96年目の小学校である。学校教育目標「ちからいっぱい」を、子ども・教師・家庭・地域社会の共通の目標として掲げ、豊かな人間性と、たくましく生きる力を身につけた児童の育成を目指しているが、ヘルスプロモーションを心身の健康教育の基盤に捉え、学校保健活動に継続して力を注いでいる。特に歯科保健活動では、「歯みがきは自分みがき」と捉え、現在のみでなく生涯にわたる健康生活の手だての一つとして、児童のライフスタイルに位置づけることを目標に、全校で取り組んでいる。

1. 歯科保健教育

年間指導計画に基づき、「自分の歯並びを知り、みがき方を工夫する」等、自ら課題を発見し自分に合った方法で解決する力を育てる歯科健康教育を組織的に実践している。

- ・担任と養護教諭とのT Tや学校歯科医のV T Rによる授業参加等、全学級での授業実践
- ・「学年別歯みがきの目あて」に沿った歯みがき指導及び染め出しテストを年5回実施

2. 歯科衛生士による歯肉炎チェック

5・6年生に年2回、個別の歯肉炎チェックとブラッシング指導を教育指導計画に位置づけ、実践している。また2年間の口腔の変化が一目でわかるよう工夫した個人カルテ「私の歯

図1 歯肉炎チェックと個別歯みがき指導



肉の健康観察」を作成し、個別指導は勿論家庭との連携にも活用している。

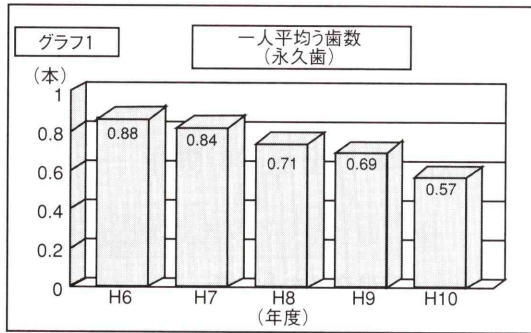
3. 学校保健委員会

年3回学校保健委員会を開催、児童の健康課題に密着した協議を行っている。また、この会に参加した児童がレポーター役となり校内報告用V T Rを作成、それを全児童で視聴している。

4. 児童の活動

児童会を中心に、子どもの発想を生かした歯科保健活動を展開している。

- ・健康集会の実施(学期1回)
- ・「歯みがきカレンダーコンクール」開催



健活動を推進したことにより、発達段階に応じた歯みがき方法の習慣化が図られ、児童や家庭の歯・口の健康づくりに対する意識も高まってきた。グラフ1は、過去5年間の、本校児童のう歯罹患率の変化である。歯科保健活動の積み重ねにより、着実にう歯が減少していることがわかる。今後も、食後の歯みがきという凡事の徹底を通し、世界をリードして心豊かにたくましく生きる次代の担い手を育てたい。

5. 歯科保健活動の成果

学校医や家庭、地域と連携し、組織的に歯科保



空港にて：北小学校の校長はじめPTA役員の方々の歓迎を受ける

“自分たちの行いは素晴しかった”

アカシ 受賞が証

学校歯科医の立場から

岐阜県瑞浪市立日吉小学校

学校歯科医 景山 健介



平成10年度（第37回）全日本学校歯科保健優良校表彰において日吉小学校が最優秀文部大臣賞の栄誉に輝いたことを一番喜んだのは日吉小の児童たちだと思います。本当にありがとうございます。

瑞浪市日吉町には3年前まで歯科医院がなく児童が歯科治療を受けるには定期バスも日に数本で、自家用車で行かねばならず虫歯の治療が主で、予防の機会が少なく苦痛がともなう治療ばかりだったようです。当初、学校歯科医として健診に行った時は、僕を見ただけで怖がる児童が沢山いたことが強く印象に残っています。

瑞浪市内でも歯科疾患が一番多いことが気掛かりだった養護教諭や学校長が歯科保健教育活動に関心が強く非常に熱心に協力し活動していただき、児童へ担任へ、PTAへ、保育園へ、地域の

高齢者へと児童が主人公の歯科保健活動が広がっていきました。

児童たちには、給食後のブラッシングを担当と一っしょに始めました。嫌がる染めだしも手鏡をもち何回も何回もブラッシングを繰り返すうちに歯をきれいに磨けた状態が自分で把握できるようになり歯肉まで気がまわり、軽度の歯肉炎も見つけられるようになりました。そして高学年が低学年に劇などをとおして歯科保健教育ができ、染めだしブラッシング指導もおこなえるようになりました。保育園のご協力とご理解のもと年1回ですが園児と歯科保健活動をとおして交流をはかっています。PTAとは親子で歯磨き検査をするなど子供たちが歯と口の健康に関心が深いことを知り親の態度も変わってきました。母親委員も歯科保健教育活動に熱心に参加していただけるようになりました。3世代同居で共稼ぎの家庭が多く高齢者と間食について話合うなど地域社会と児童がかかわる機会も多くなりました。

いまでは、児童がすすんで口の中をみせてくれるようになりました。そして、児童たちは今回の受賞をきっかけに自分たちのおこなったことが、こんなに素晴らしいことだったと気づいたようです。子供たちに、こんな立派な賞をありがとうございました。

今回の受賞を 町民挙げての 誇りに輪を広げたい

学校長の立場から

岐阜県瑞浪市立日吉小学校

校長 井 深 吉 男

本校は、昭和58年に統合して創立された新しい学校であり、児童数222名の中規模校である。瑞浪市の北西部の山間に位置し、自然に恵まれた環境にある。校区が広いので、半数以上がバス通学である。地域には歴史的な鎌倉街道や中仙道が通り、地祭りが盛んに行われる。子どもたちは、そうした行事にふれながら温かい環境で育っており、やさしく素直で勤勉である。

学校の教育目標を『広い心の子、よく考える子、じょうぶな子』とし、子どもたちはもちろん、職員そして保護者や地域の人たちにとって〔夢と憧れのある学校〕を目指して取り組んでいる。

「歯・口の健康づくり」を指導の重点としたのは、3・4年前、う歯罹患率が高い実態をふまえ、「児童一人一人に、歯や口の問題を自分で考え、対応できる態度や習慣を身につけさせる」ことによって、教育目標の具現を図ろうとしたからである。

当時の学校長の臨時校報に端を発し、給食後の歯磨き指導から出発した。また、学校歯科医から「学校教育や社会教育」への全面的な協力の申し出を受け、校内・地域での体制づくりを行った。こうした地道な活動は、平成8年度には「岐阜県歯の優良学校」準県1位、翌9年度は県1位、さらに10年度には県1位とともに、全日本よい歯の学校最優秀賞の栄誉に浴した。

1. 「歯・口の健康づくり」実践内容

(1) 位置付け

- ① 健康教育全体計画の確立
 - ・ 県市の方針・学校の課題・健康教育目標
- ② 保健年間計画・安全年間計画の検討
 - ・ 歯・口に関する管理の検討
- ③ 歯・口の健康づくり全体計画の確立
 - ・ 文部省・県市の方針、本校の実態
 - ・ 教育面、管理面、組織活動の連携
- ④ 歯の保健指導年間計画
 - ・ 月別・発達段階別・生活学習領域別

(2) 健康診断・実態調査

- ① 定期健康診断と後期健康診断
 - ・ 指定の健診以外に指導と健康相談も実施
- ② 歯に関するアンケートの実施と考察

(3) 給食時の歯磨きおよび指導

- ① 歯磨きミュージック（学級毎に実施）
- ② 歯ブラシおよび乾燥器の設置と管理
- ③ 月毎の巡回染めだし指導（養護教諭）
略式歯式名簿へ健診（CO歯・GO等）と染めだし結果を記録し、ポイント指導
- ④ 学級活動後、学習のねらいの見届けの場
- ⑤ 保健室での個別指導・相談活動

(4) 学級活動

- ① 実態に合ったカリキュラム作成
- ② 題材毎の「つきたい力」の明確化
- ③ T・Tによる連携（担任・養護・歯科医・
歯科衛生士・栄養士・高齢者等）

- ④ 教材教具や学習プリントの作成
- (5) 組織活動
- ① 年3回の学校保健委員会の開催
- ・歯・口の健康に関する企画
- ② 児童委員会活動の活発化
- ・集会発表(寸劇等) ・カミカミ給食
 - ・歯ピカ教室(児童委員が染めだし点検)
 - ・給食好き嫌い調査 ・歯磨き回数調査
 - ・歯が丈夫になる料理のレシピ紹介
 - ・実物投影機による歯の本の読み聞かせ
 - ・全校歯の標語募集(親子共同制作)
- ③ P T A健康教養委員会の協力
- ・夏休み2日間 家族歯磨き教室の開催
 - ・歯科医の講演・ビデオ・実習・健康相談
- ④ P T A母親委員会の研修
- ・給食試食会
 - ・栄養士の指導(歯や骨を丈夫にする調理)
- ⑤ 保小中一貫教育推進協議会の取り組み
- 地域学校保健委員会の活動から派生した「歯・口の健康部会」を発足させ、3校の状況を交流し、協力体制を確立。
- ・【保育園】 祖父母が育児に携わっている家庭が多いことから、祖父母参観に歯磨き教室を実施
 - ・【小学校】 学級活動の年間カリキュラムの中で、5年生の「小さい子の歯について知ろう」では、保育園児が就学適応を兼ねて徒歩で来校し、5年生とダンスをしたり、歯の劇を見た後、ペアでお菓子を食べ、歯の汚れを観察したり、染めだしや歯の手紙のプレゼントをして、歯に関心を持たせる働きかけを実施
 - ・【中学校】 養護教諭や生徒保健委員による歯の染めだしや取り組みの活性化
- (6) その他
- ① 年4回の親子カラーテスト(カード)
- ・個々の児童の「ねがい」の形成を意図

児童の「めあて」、児童の感想

- ・学校指導の「つなぎ」と家庭教育の高揚
 - 年4回実施の「ねらい」、保護者の感想
 - 担任・養護教諭の朱書き指導と励まし
- ② 教職員歯の研修会
- ③ 拡大学校保健委員会
- ・参観日に保護者の参加を呼び掛け、研修と協議を実施(Caの旅・ハブラシ圧等)
- ④ 校内研修への参加を区長会等へ呼び掛け
- ⑤ 広報や機会を捉えたアッピールの実施

2. 「歯・口の健康づくり」の成果

- (1) 「歯・口の健康づくり」の位置付けを明確にし、重点指導にすることにより、教職員の共通認識がスムーズに形成できた。
- (2) 当初、相当数のう歯があったため、まず磨く体制づくりから取り掛かり、その後に教育面や組織作りへと進めたため、早い時期にう歯を減少させることができた。
- (3) 学校歯科医の全面的な協力が、P T Aを動かし、保護者に「歯・口に関する教育は、子どもだけでなく、親も学ぶべき生涯教育だ。」という気風が醸成された。
- (4) 診断・相談・調査・学級活動・給食時歯磨き・略式歯式を活用したポイント指導・家族歯磨き教室・親子カラーテストの個別指導。
- この様に実態把握・計画・実行・評価のサイクルを意図的に絡ませることにより、個々の児童に『こうありたいという歯に対するねがい』が形成されつつある。

以上が本校における取り組みの状況である。今後も、今回の「最優秀賞・文部大臣賞」受賞を励みに、更に活動を深め、本校の教育目標の具現を図るとともに、地域に根ざした町民挙げての誇りとなる様、取り組みの輪を広げていきたいと考えている。

アドバイザーに徹し、 教職員、PTAを啓発

学校歯科医の立場から

高知県南国市立稲生小学校

学校歯科医 永井 真

平成10年度全日本学校歯科保健優良校表彰として私達の稲生小学校が文部大臣賞受賞の栄誉に輝きました。昭和53年稲生小の学校歯科医の委嘱を受けて20年、試行錯誤の繰り返しがこの度の受賞となって結実したのは望外の喜びです。

振り返ってみますと、大学を卒業後7年ほど勤務医を経験し帰郷しますと、すぐそれが当り前のように稲生小を任されました。当時は第1次オイルショックは経験しているとはいえ何事も右肩上がり、口腔の健康など二の次、三の次という状態で、最初の健診はまさにある種のカルチャーショックでした。乳歯の治療はおろか永久歯においてもC₃、C₄も珍しくない有様で、何をすれば良いのか、どこから手をつけてゆけば良いのか、まさに零からの出発でした。ただ、幸いなことに南国市では先輩の先生方の強い要望により歯科衛生士が教育委員会に雇用され、小学校や保育園で口腔の健康教育を行っていましたし、稲生小学校では学校保健に熱心な校医の先生の働きで学校保健委員会が既に活動をしていました。次の年度より早速健診を年2回にし、現在では普通に行われている染め出し液を使った親子歯みがきや、父兄を集めての講演など養護教諭と相談しているを試みましたが、目立つ成果はあがりませんでした。10年以上経過して小学校卒業時の平均う歯数はやっと6本をきるかどうかという有様でしたが、全学年にわたる歯みがき指導や給食後の歯みがきなどは定着してきました。そんな或る年、

それまでに比べ格段にう歯の少ない子供達が入学して来ました。この児童達が上手く育てられれば何とか成果をあげられるのではないかと、この学年を集中的に指導することにしました。養護教諭が染め出し後の口腔内写真を撮ってみると非常に興味を示し、動機づけとして良い結果が得られ、歯みがき指導もスムーズにいくようになり、他の学年も順次この方法を導入することにより飛躍的に口腔環境が良くなっていきました。結局この児童達は平均う歯数1.9本という信じられないような数字を残して卒業してゆきました。学校保健に数字を云々するのは場違いなのですが、学校長やPTAに対しては明らかに動機づけの効果はあがると思います。

学校歯科保健はあくまで学校教育の一環であり主役は学校現場である。というごく当り前のことが今回の受賞に際しての私の感慨です。学校長の理解と指導力、学級担任の理解と協力、養護教諭のやる気、根気そしてアイデア、それらの学校現場が一致してPTAをまきこんで児童達を教育・指導してゆけば成果はきっとあがってくるものだと思います。我々歯科医はアドバイザーに徹し、学校保健委員会などを通じ、学校長、学級担任、PTAなどを啓発し理解を深めてもらうのが役割ではないでしょうか。

継続は力なり この言葉を信じこれからも健康教育に微力を傾けたいと思っています。

歯の健康は全ての健康の基本

学校長の立場から

高知県南国市立稲生小学校
校長 田内 利季

本校は、明治5年に開校、児童数126名、7学級の学校である。

健康安全教育的歴史は古く、昭和49年に学校保健委員会を設置し、児童・職員の健康保持増進に努めている。歯科保健活動においても、学校歯科医の長年にわたる熱心な指導・助言のもとに歯科保健活動が行われてきた。昭和60年には安全学校普及校として文部大臣表彰を受賞して以来、地域に根ざした健康安全教育的を継続的に推進している。

今日重視されている学校・家庭・地域との連携はすでにこの頃から取り組んでいた。こうした活動が下地になり、PTA活動が意欲的に引き継がれ永い伝統となって現在に至っている。その成果としては、平成3年に高知県歯科保健図画・ポスター・標語コンクール（優秀賞）、全日本よい歯の学校表彰（平成7年）、高知県健康教育推進校表彰（平成8年）、高知県代表全日本健康教育推進校表彰（平成8年）を受賞し、平成10年度には全日本学校歯科保健優良校では「最優秀校・文部大臣表彰」を受けるなど多くの成果を収めている。

「歯の健康は全ての健康の基本である。」という考えで、本校の健康推進活動の中心に歯科保健を置き、生活リズムや体力づくり等を通して総合的な健康づくりを目指し、推進している。

1. 歯科保健活動実践内容

(1) 学年別の指導目標を設定し、授業は学級担任

が主として行い、養護教諭や歯科衛生士が補助する形をとっている。

	目 標
1年	・第一大臼歯のかみ合わせ面がきれいにみがける。 ・むし歯の原因を知る。
2年	・前歯の外側がきれいにみがける。 ・永久歯の大切さを知り、むし歯にならないように気をつけることができる。 ・むし歯になりやすいおやつを知る。
3年	・前歯の内側がきれいにみがける。 ・いろいろな歯の役割を知り、自分の歯を大切にすることができる。 ・おやつのとりかたを考えることができる。
4年	・小臼歯がきれいにみがける。 ・人にとって歯並びが違うことに気がつき自分に合った歯みがきができる。 ・歯を悪くしない上手なおやつのとりかたができる。
5年	・第1・第2大臼歯・犬歯がきれいにみがける。 ・歯の健康によい食べ物を知り、バランスよく食べようと努力する。 ・歯肉炎の予防の仕方を知る。
6年	・すべての歯がきれいにみがける。 ・噛むことの大切さを知り、歯ごたえのあるものをよく噛んで食べることができる。 ・歯肉炎やむし歯が原因でおこる病気を予防することができる。

- 給食終了後の5分間を「歯みがきタイム」として設定し、個人用鏡と砂時計を使った歯みがきを習慣化。
- 家庭での歯みがきの習慣化を促すための工夫をした歯みがきカレンダーの活用。
- 児童保健委員会の毎月1回の歯ブラシ点検・

歯ブラシの使い方・取り替えの時期等の指導。

(2) 学校歯科医との連携

- 年2回実施する歯科健康診断による早期発見・早期治療の勧告。
- 「1年生親子歯みがき教室」を開催し、保護者への歯みがき指導の徹底。
- 学校保健委員会・参観日等における保護者に対する講話。



(3) 児童の活動

- 児童保健委員会活動として年3回の保健集会
- 歯みがき指導、「ヘルスニュース」発行。
- 歯の健康啓発標語の募集。
- 月1回の歯ブラシ点検。

(4) 家庭・地域との連携及び啓発

- 広報誌を通じて啓発活動（PTA，保健だよ

り等）。

- 参観日の授業公開。
- 学校保健委員会の活性化。

2. 歯科保健活動の成果

本校児童の一人平均永久歯う歯数の推移をみると、著しく減少している。

- (1) 学校歯科医による年2回の歯科健康診断によるむし歯の早期発見と治療の促進。
- (2) 入学時におけるカラーテストの実施及び親子歯みがき指導。
- (3) 口腔写真による歯の保健指導。
- (4) 年3回の児童保健委員会によるカラーテストの実施及び歯みがきの個別指導。
- (5) 学級担任と養護教諭・歯科衛生士が補助するT・T方式による歯の保健指導。

この様な指導を通して、保護者をはじめ児童一人ひとりの歯科保健に対する関心を高めることができ、これが今回の受賞をうけた大きな要因になったと考える。

また、今回の全日本学校歯科保健優良校表彰で「最優秀賞・文部大臣表彰」を受賞出来たことを励みとして、自分の健康は自分で守るという自覚を持たせ、確かな健康づくりを推進していきたい。

今後の課題「むし歯のない元気な学校」

学校歯科医の立場から

沖縄県那覇市立城岳小学校
学校歯科医 宮城 智恵子

「第37回全日本学校歯科保健優良校表彰校として城岳小学校を沖縄県より推薦いたしました」という連絡を沖縄県学校歯科担当理事より受けました時、一瞬戸惑い、それから良かったと思ったというのが正直な気持ちでした。優良校推薦を受けたことだけでも感激しておりましたが、記念すべき沖縄大会において「最優秀文部大臣賞」が城岳小学校に授与され、恐縮している次第です。

大会会場において他の5校とともに城岳小学校の名誉ある表彰を目のあたりにし、万感胸に迫るものがあり感無量でした。「学校歯科保健において、私達もやっと全国レベルに追いついた、肩を並べることができた」という思いがこみあげてきて、城岳小学校歯科校医就任からこれまでのことが走馬灯のように頭のなかを駆け巡りました。

振り返ってみますと昭和41年、城岳小学校において九州歯科大学診療班による児童のう蝕実態調査が実施されました。大学を卒業して1年ほどの私も同調査のお手伝いをする事になり、軽い気

持ちで参加しました。この実態調査への参加が同校歯科校医就任のきっかけとなったのですが、以後30年以上もかかわりを持ち続けることになるとは夢にも思っておりませんでした。

当時城岳小学校は2,400余名の児童を擁するマンモス校でしたが、歯科医師不足で、学校歯科医が配置されていませんでした。昭和42年に正式に城岳小学校の学校歯科医を拝命し、養護教諭と協力しながら必死になって児童の健診を行いました。児童の口腔内は劣悪で、まさにう蝕の洪水でした。当時、沖縄の社会はまだアメリカの施政権下にあり医療制度も不十分で国民皆保健とは程遠い状況でした。診療勧告カードを発行しても、歯科医師の不足に加えて経済的な問題もあり、健診結果が口腔衛生の向上に生かされないことが多く健診のための健診という状況が数年続きました。

昭和47年5月15日本土復帰が実現し、その後「日本」政府による沖縄振興政策に沿い県民待望の国民皆保険制度が導入されるとともに、社会資



城岳小学校の歯科保健指導

本が急速に整備されました。その一環として城岳小学校においても新校舎が完成し、理科実験室はもとより各教室に水道設備が用意されました。一向に改善されない児童の口腔内にせめてブラッシング指導をと考えていた私にとって、教室の水道設備は大きな転機となりました。しかし全校児童を対象とするブラッシング指導の実施は困難でしたので、最初は健診時に特に悪い児童200名ほどを選び実施することにしました。しかし、当時は口腔衛生思想の低さに加えて所得も低く歯ブラシを持たない児童も少なくありませんでした。そこで歯科器材店の協力を得て、歯ブラシを提供していただき、対象児童全員に無料配布し、曲がりなりにもブラッシング指導のスタートラインに立つことができました。

その後3、4年間は選別によるブラッシング指導を続けましたが、それからは城岳小学校の校長、養護教諭をはじめ教職員の先生方のご理解のもと、問題を抱えながらも、給食後のブラッシング指導を始めることができました。

以後20年ほど、紆余曲折はありましたが、児童歯科保健教育の要としてブラッシング指導を位置づけて参りました。児童が日頃のブラッシング実行を土台として、「自分の健康は自分で守る」というしっかりした理念を自ら育み、日常生活において自己管理のできるよう健やかに育てて欲しいと願いながら努力して参りました。

この度の受賞は今後可能性を秘めた城岳小学校の更なる発展を期待しての激励の賞であると、深く受けとめております。

今後の課題としましては、「むし歯のない元気な学校をめざそう」を合い言葉に、

- 1 保護者に対して歯科保健に関する知識の普及
- 2 高いうち歯罹患率の対策としてフッ素の応用
- 3 幼稚園児を含めた低学年児童への歯科保健指導の強化

等を中心に21世紀を担う児童の心身の健康を願い、努力して参ります。

むし歯予防集会活動は 児童の自主活動として定着

学校長の立場から

那覇市立城岳小学校
校長 大島 喜八郎

1. はじめに

この度、最優秀文部大臣賞、という栄誉ある大賞を承ることができました。

本校における保健・安全活動は、取り上げるまでもなく、学校教育課題に即し、ごく普段の取り組みをしていることであり、喜びとともに受賞の重みをひしひしと感じているところであります。

優良校の決定にあたっては、選考委員の先生方による歯科保健・安全計画、実践上の成果、児童や父母の歯科健康意識、児童の実践意欲、学習環境等広く高いところからご講評を賜り、激励下さいました。

今回の受賞に際して内外からの反響も大きく、これまでの実践を見つめ、学校・父母・地域の連携指導に弾みがかかり、自信をとりつける機会となりました。今学校は意欲に満ちて活気づいています。このような機会を与えてくださった関係当局の皆様方に謹んで、感謝申し上げます。

2. 本校の歯科保健指導の実際

児童の歯科保健状況は、平成10年度において、731名のうち、う歯のない児童は全体の約10%をしめ、処置完了者は30%に届きつつあります。6年生に見られるように、永久歯う歯罹患率も年々減少し、歯列、咬合、顎関節に問題をもつ児童への矯正指導も父母との連携を図りながら、日常生活を通した個別指導が図られています。

全体的にまだ課題は残しつつも児童の自己健康管理は徐々に高まっており、歯列、咬合、歯周処

置もよい結果を見ています。

本校においては、それぞれ、発達段階に応じて健康管理意欲を高め、自ら実践する態度の育成を重点に、意図的に指導が図られてきました。

その概要を挙げますと、一つに、学校歯科健診において、よい歯や処置者の努力を讃えてあげたり、必要な児童に対しては手鏡を持たせ歯垢を見せ、みがき方の指導、口腔内の状況を説明するなど丁寧な健診指導が個別に続けられています。

歯科健診後の処理として、6ヵ年に亘る歯の治療状況が分かるように治療カードを工夫し、父母の関心を高めるとともに治療率アップを図っています。

また、児童の健康状況に応じて、休憩時間、給食後のブラッシング実践指導、学級活動における全校染めだし指導、就学時健診後の6才臼歯について父母への啓発に努めてきました。

そして、保健室では児童が楽しめる健康文庫を設置し、室内外の壁面を活用した掲示教育が意図的に施され児童の健康への関心を高めています。

さらに、学校保健・安全計画においては、各教科、道徳、特別活動、給食等学校全体計画のもとで指導の統合、深化が図られています。

学校歯科医の先生には、歯科衛生士を繰り出し、位相差顕微鏡を用いてのTT授業、ご講話、栄養士、養護教諭によるTT授業の実施など、学級担任との連携指導が行き届いています。結果として児童にとって、歯科保健への関心は高く、課題解決活動に、意欲的に取り組む態度が見られま

す。

特に、むし歯予防集会活動は、児童の自主活動として定着しており、学級活動、代表委員会、放送、図書、保健、給食などの各委員会活動が連携し、体験発表、ポスター、標語、デンタルフェアへの応募、8020お祖父さんやむし歯のない子育て家族を紹介するなど、全校挙げて歯磨きの習慣化、健康管理意識・意欲の向上が図られています。給食でのカミカミメニュー、給食展、食べ物と健康に関する資料の活用、掲示か工夫されています。



喜びの大島校長と校医と歯科スタッフ

本校は学習条件に叶った明るい環境の中にあります。全児童が限られた時間内での歯磨きができるように、各学級において、4人に1組の水道蛇

口を設置し、明るい教室環境づくり、プールでの防塵設備など保健指導の充実に向けた学校環境づくりに努力が重ねられてきました。

P T A、地域においては、学校教育、児童の健全育成推進にきわめて関心が高く、周年事業とタイアップした学校環境・美化整備・スクールゾーン委員会による交通安全指導、登校時における立哨指導活動が活発で、その中で、学校保健指導も着実に家庭へ根をおろし浸透されつつあります。

3. 結びに

保健指導においては、学校保健全体計画を通し学校保健委員会における校医三師、P T Aの指導助言、協力を仰ぎ組織的に実りを挙げています。これを機に、健康教育の充実を目指し、更なる精進を心していきたいと思えます。

学校歯科医の宮城智恵子先生には、昭和42年以来30有余年、児童の健康教育に関心を寄せられ、ご専門の高いお立場から、歯の衛生、健康相談、歯科保健指導、学校保健委員会でのご提言、歯科健診後の事後処置、地域、父母へのご講話等、学校保健指導の改善、自己健康管理意識の高揚にご指導を賜り、今日の学校歯科保健の充実を見ることができました。敬意を表すると共に感謝申し上げます。

茨城県の小中学校で組織している茨城県教育研究会のなかの健康教育研究部の部長をしております。

現在は中学校もいろいろな問題を抱えておりまして、そうしたなかで歯・口の健康づくりは予防・治療と工夫をしながらやっております。本日は学校の立場からお話をさせていただきます。

仁井田先生：茨城県立高等養護学校の養護教諭をしております。歯科保健については正しい生活習慣、正しい知識を身につけさせてやりたいと考えて頑張っております。しかし時間の確保、先生方の意識の向上など悩みが多いところです。今日は養護教諭のなまの声をお聞かせできたらと思ひ参加させて頂きました。



野堀先生：茨城県歯科医師会で学校歯科保健を担当しております。本日は会場の皆様を含めて学校歯科保健に関する忌憚のないご意見を頂こうと考えてシンポジウム形式を採らせていただきました。今回実施しましたアンケート結果を見ましても、まだまだ従来の疾病志向の考え方で学校に出向いている学校歯科医が見受けられわれわれ執行部の啓発不足が反省させられます。学校・地域を含む社会全体が健康志向に変わりつつある時に学校歯科医がひとり取り残されては困るということで、会員の意識改革、啓発に力をいれていきたい。他の都県からご参加頂いた先生方からもアドバイスをいただきたいと思ひます。

ここで基調報告として——平成11年4月に実

施された学校歯科保健に関するアンケート結果について報告があり、これをベースに討論が行われたので調査結果の概要を別項で紹介いたします。

諸岡先生：只今基調報告の中でCO、GOに関しましてアンケート結果を発表致しましたが、まあまあ前向きに取り組んでくれているのではないかな、という感じは受けています。平成7年度に改正直後にやはり同じようなアンケートを実施しましたが、戸惑いが多くて時間が掛かりすぎのではないかなどという意見もでていましたが……。

この点に関しましては、後程ご意見を頂くことにしまして、先程校長先生のお話にもありました学校保健委員会について、先ずご意見を伺わせて頂きたいと思ひます。

先程、担当校に学校保健委員会が設置されていますか、という設問に対して、されている75%、されていない5%という結果がでておりますが。

小松崎先生：中学校の学校保健委員会を開くか開かないかは学校側がその重要性を認識し子供たちの健康増進を考えてゆけば自ら開く、という方向に行くはずですが、保護者の理解、協力が得られにくい、更に教科担任制になってくる。あとは担任同士の自覚が足りないという現状もあります。学校保健委員会がこれから1年、2年先に新しい教育課程を採り入れ、開かれた学校、ということを考え合わせると、こういう事が必要と考えます。ですから県の教育委員会で十分に話し合い充実させていく必要があると思ひます。

また、形式だけにとらわれずテーマによっては関係する機関、または専門医にきてもらって講演を聞くなど学校側がリーダーシップをとってやっていくべきだと思います。学校の役割は情報の発信基地になるということが大切で、地域や家庭に情報を送って、地域からも家庭からも学校にきてもらうようにしたい、これには校長の決断が必要だと思います。

諸岡先生：新しい学習指導要領によりますと「総合的な学習」の時間が設けられる訳ですがこの時

間の健康教育への有効な活用は校長先生の裁量によるところが大きいと思いますがその辺は如何でしょうか。

小松崎先生：文部省の意向ですが、総合的な時間は小学校の3年以上で週3時間、中学校で週に2時間から4時間程度、この時間は何をやってもいい。学校の実情、地域の実態、生徒の数、実態に合わせてやっていい、ということなんです。当然健康の問題は関係してきますから、総合的な学習の中で子供たちが健康の問題を調べて、発表する機会は多くなると思います。健康というものをどう考えるか、これは学年に関係なくやるような形になると思います。学校長が職員と十分に話し合って、子供たちの意見を取り入れながら内容を決めていくということになると思います。そこで校医さんが思い切って校長さんとお話しをしながらプレッシャーをかけ、プッシュしてみるのもよい方法だと思います。校長は校医の先生とお話をする機会は意外と少ないので、逆に学校側からのお願いは、なかなか難しいので校医さんのほうから校長先生にアプローチしてお話をするチャンスを作られていったらいいと思います。

諸岡先生：われわれ学校歯科医も学校保健委員会に出席して、いま以上に積極的に発言をして、新しい情報をどんどん発信をして、先ず、信頼関係を作り上げることが大切かなと思っております。

養護教諭の立場から学校歯科医に望むことは何かありますでしょうか。

仁井田先生：養護教諭は学校保健の専門家として、健康を守る仕事は大事だ、大事だと言っているのに、なかなか学級担任の先生方に理解してもらえなくて。「大切なことは分かっているがなかなかねえ…。」などといわれてしまいます。学校の教職員は校医の先生には遠慮もあって、直接はなかなか言えないので、校医の先生から校長先生にお願いしていただく、大変効果的だと思います。因みに私の場合は、学校歯科健康診断の後で、学校歯科医の先生と話し合い、相談の上「私

が校長室にご案内するので話し合ってください」とお願いしております。本当に専門の先生からお願いしていただく意識の変革に効果があります。

諸岡先生：分かりました。我々もこれからは学校保健委員会で、学校の先生方、保護者の皆さまへの働きかけを今以上に積極的にやって行きたいと思います。さて、それではいまお話がでしたが、健康診断のことに話を進めて頂きますがC O、G Oに関してのご意見を頂きたいと思えます。フロアからのご意見も伺いたいのですが。

神奈川県：2年あまり前にC O、G Oをどう評価するか、についてアンケートを実施したことがあります。なかなか意見が纏まりませんでした。C O、G Oはカリエス、歯肉炎の前段階と捉えるのではなく、やはり教育的な立場からC O、G Oを自分から児童生徒に考えさせることによって自分の健康を保持、増進させるための基礎を養うことに非常に意義があると思えます。C O、G Oの事後処置については、もっともっと関係者と理解を深める必要があると思えます。

諸岡先生：C O、G Oについて、考え方、取り組み方について、森本先生如何でしょうか。

森本先生：健康診断が疾病志向から健康志向へ変わりました。永い間早期発見・早期治療と言うことでやってきたので、早くむし歯をみつけて処置しましょう、ということでした。今度はむし歯を見つけても充填するのを待ちましょう、ということになったわけです。健康診断が変わったのは病気を見つけるのではなく健康に向けて走り出そうということです。そこにC OがでてきたりG Oがでてきたわけです。このことが全国的に理解されるまでには時間がかかるのかな、と思っています。なんとなれば医科大学も歯科大学でも、病気を見つけて病気を治すことを主として教えているわけですから。病気にならないようにする、ということは大学の専門教育4,000時間分の授業時間のうちせいぜい200時間位のものですから……。

今年は厚生省の歯科疾患実態調査の年です。調

査で使われる探針はWHOの歯周疾患に使う、先端に0.5ミリの玉が付いている探針に決まりました。とすると私どももそれに合わせて学校保健を考えていかなければなりません。この探針を用いて検出されるのをCOとしましょう、というふう書き換える時期がくるかも知れません。ともかくハイリスクの子供たちでないかぎり、詰め急がないでゆきましょう、ということ徹底していけば、疑問はかなり無くなっていくのではないのでしょうか。特に心配なのは、学校歯科医ではなく情報が余り行かない、またそういう情報を積極的にあつめる機会にあまり恵まれない地域の「かかりつけ医」で、ここにも情報が流れるシステムをつくる必要があります。

諸岡先生：実際に健診してみても1クラス、40名として5～6名のCOの子供がいるという結果ができていますが、養護の先生が保健指導を行うにはちょっと厳しいかなという感じがするのですが如何ですか。

仁井田先生：生徒数が今年は1年生が47名なので、個別ブラッシング指導をしていますが、大規模校ではかなり難しいと思います。

諸岡先生：本来ですと、学校内で保健指導としてやっているわけですが、その辺の現状を踏まえて今後のCO、GOの対応について森本先生如何でしょうか。

森本先生：年2回の健康診断で、CO、GOの子供を再チェックするのはそんなに大変な事ではないと思います。そして養護教諭を中心に、クラス担任と直ぐに話し合っ組み立てて行けば時間がかかって困るということもないだろうと考えております。事後措置として「かかりつけ医」に廻すのは正にCとGであって、それは医療として取り組みますからそっちへ持ち込んでいって、学校歯科医と学校の養護教諭が学級担任の分担する部分として実施するのだと考えれば、年2回の健康診断で問題点をみていけば、そんなに大変なことではありません。

茨城県下の12歳児のDMFTが3.71という話がありました。全国で今3.1という数字がでております。千葉県は3.01でございます。COとうまく取り組んでいけるならば、年2回目の健康診断後のブラッシング指導がちゃんと実施されているかどうか、また、学級担任に子供のこの辺の状況がちゃんと確認しているかどうかによって、充填歯の数を減らすことはそんなに大変なこととは思いません。「かかりつけ医」に任せれば保健指導は一銭にもなりませんし、早期発見・早期治療ですから問題ですね。80歳で20本の歯を残していくためには、歯をいじらないことが大事なので、その辺をどう取り組んでいくかが大切になってきます。こういう取り組みが健康志向になってきてからの取り組みであると理解して頂きたいと思います。如何に学校と学校歯科医が家庭に繋がっていくか、ということがかなり重要なことになってくるものと思われれます。

千葉県：学校の健康診断等の為に、学校に伺っている学校歯科医の向回数が平成7年は2.7日位でした。昨年の数字では4.3日となって、大分延びております。学校歯科医の取り組みが積極的になってきたと思っております。

森本先生：学校歯科医の先生方は真面目過ぎるのではないかな、と思うことがあります。朝9時に検診にいったら終わるまで必死になって健康診断を行うのが校医の仕事だと思われるのでしょうか……。どこか間違っているような気が致します。お昼休みにサッと保健室に行って、養護の先生と話をして「元気でやっている?」「あっ、先生がきてくれた」というような日常的な活動が必要なのです。一日中白衣を着て張りついているよりも、時間を見て校長先生にお会いしたり、お話をしたりする、そういうことが大切なのであって、そういう機会をつくってもいいのではないかと思います。それが学校歯科保健を保健管理中心から教育・保健指導を重視した活動に変わってきた大切なところでありまして、これも学校歯科医

の重要な活動の部分になったのだと思っています。

諸岡先生：学校保健委員会等でもよく出てくる話に、健康診断結果のお知らせのなかで歯列咬合、顎関節を毎年もらってくる子供がいるが、どうしてなのかというような話がですがこれについては如何でしょうか。

森本先生：ひとりひとり歯科医師の診療経験が違いうし、診療所に患者としてやってきたときの診断はまさに臨床的な診断で治療を前提とした診断となります。先生方が学校にでかけ学校歯科医として校内で行う診断は、教育的診断というべきです。それは何故かという、学校歯科医としての活動であるから、学校保健法の第一条に書かれているように「学校は教育の場であるから、集団で如何に教育活動を円滑に進めていくか、それを支援するのが学校保健である。」というような内容が書かれております。

私どもが学校保健で子供たちの健康診断を行うのは、病気を診るのではなくて学習活動に支障をきたす健康上の障害はどうなっているかが、学校歯科医の診る目になるはずで。そうすると顎関節異常は、治療を要するものは本来専門医にお願いをすることで、これは病気でありまして、治療の対象となります。このような状況は非常に少ないと思います。それ以外のところは教育に支障をきたさない範囲のものは教育活動の中で捉えるものであるから、そんなに難しいものではないだろうと思います。歯列の異常不正というという字は今度の健康診断には一切使っておりませんね。不正や異常という表現は学校教育では馴染まない言葉だから使っていない訳です。正に健康であって教育活動をどうやって進めていくかが問題で、多少の歯の乱れ、矯正学的に問題があるからといっても、教育活動に問題がなかったら、それは歯列不正とか咬合異常にはしないという立場にあります。それはまさに健康相談として対応していただければ、いいのではないのでしょうか。もしそれ以

上の診断をするとすると学習活動にはっきり支障をきたしているということを判断しなければなりません。西連寺会長がおられるところの地区では毎年1回学校歯科医の研修会がございます。この研修会に出席しなかった人は学校歯科医の身分を切られます。つまり学校歯科医としての最低の常識を持っていない人が学校歯科医をやっていることに問題があるとされています、と私は申し上げたい。ただ、日本の歯科医の分布は全国同じではございませんので、若干そこに問題が出てくるかもしれません。

諸岡先生：研修会のことですが、それぞれの都道府県でも様々なスタイルでやっていると思います。日本学校歯科医会の研修会が大変好評です。それを拡大して、発展させていただいて参加人数を増やしていく方法はないのでしょうか。

森本先生：この点については日本学校歯科医会の立場でお答えします。日学歯の研修会は将来のリーダー育成のために行っているわけで、この会をもう少し拡大せい、ということは大変でございまして、出来ればこの研修会の趣旨、目的を受けて地域の歯科医師会、学校歯科医会で伝達を目的とした研修会を開いていただければ有難いと考えています。それらの研修会に対して日学歯からメンバーを派遣する事はやぶさかではありません。しかし、現在実施している以上に拡大していくのは難しいと思います。



諸岡先生：分かりました。仁井田先生、学校歯科

保健に対する要望はありませんか。

仁井田先生：学校歯科医の先生方にどんどん学校に来ていただいて、新しい情報を沢山提供して頂きたいと思います。逆に学校の方も先生方に情報を出して行かなければいけないと考えております。双方で本音を言えるように連携を密にして行きたいと思います。

諸岡先生：小松崎先生、今後の学校保健について如何でしょうか。

小松崎先生：校長先生、校医さんは絶対的な信頼をもっております。学校の先生と十分にお話し合いをしていただければ、その中で要望も問題点も自ら出てくるものと思います。自ら学んで自主的に行動する児童生徒の育成は文部省の提唱してい

る方針ですが「ゆとりの中で生きる力」、健康という土台があって初めて生きる力も発揮されと考えます。校医との接点には担任が必ず間に入る、担任を如何に育てていくか、そして研修会によって知識、理解を高めていく事が大事であると思っています。担任がどの程度保護者に説明できるか、これから先、家庭、地域と連携して行く上で、養護教諭だけでなく担任の役割も大きい。これからは、いろいろな研修会に派遣して担任のレベルを上げていく、最終的には教職員のレベルを上げていかなければならないと思っています。
諸岡先生：これでシンポジウムを終わらせていただきます。ご協力誠に有難うございました。

茨城県歯科医師会学校歯科委員会の 学校歯科保健活動アンケート

平成11年4月

茨城県歯科医師会学校歯科委員会では、平成11年4月県下の学校歯科医、一般開業医を対象に「学校歯科健康診断に関するアンケート」を実施した。これは、平成7年学校における歯科健康診断が大きく改正されてから4年、健康診断を実施するに当たっての問題点、学校側の受け入れ態勢等に対する意見、提案を得る為のもの。

また、このアンケート結果は、8月に開催される〔第5回関東甲信越静学校保健大会・歯科職域部会〕シンポジウムの参考資料とする。

○調査結果（学校歯科医のみ）

有効回数=510（回収率=学校歯科医68.5%）

回答者フェースシート

・回答者年齢の分布

①20代 2名（0%）

②30代 65名（13%）

③40代 251名（49%）

④50代 104名（21%）

⑤60代 45名（9%）

⑥70代 39名（8%）

計 510名（100%）

・学校歯科医歴

5年未満が109名（21%1）、6～10年=96名、11～15年=96名、16～20年=73名の順になっている。因みに31～40年=37名、それ以上19名となっている。N. A=9名。

・担当校数

1校のみの担当が240名（47%）で約半数を占め、2校145名、3校64名、4校36名、5校14名、6校4名、7校以上7名という回答になっている。

歯科健康診断関係

・健康診断のとき、C Oはどの位の児童生徒にみられますか（1学級40名として）

- ①0～5名 240名（47%）
 ②6～10名 150名（31%）
 ③11～15名 43名（8%）
 ④16～20名 22名（4%）
 ⑤それ以上 22名（4%）
 N. A 27名（5%）

・健康診断のとき、歯科衛生士を連れていきますか
 毎回連れていく202名（39%），連れていかない280名（55%）その他，N. Aとなっている。

・健康診断のとき、探針を使用しますか

①多く使用する148名（29%）②稀に使用する293名（57%），①+②=86%となる。

学校保健委員会関係

・担当校に学校保健委員会が設置されていますか

①されている381名（75%）②されていない27名（5%）という結果であった。そして，年何回開催されているか，という問に対しては1回153名（40%），2回152名（40%）それ以上61名（16%）で開催されたことはない，は2名（1%）という結果であった。担当校の学校保健委員会に出席したことがありますか，に対しては出席したことがある330名（87%），ない47名（12%）となっ

ている。

意思として今後も学校歯科医を続けますか，に対して続けたい450名（88%）であった。

・一般開業医に対しては（有効回収数187名）学校歯科医をしてみたいと思いますか。したいと思う110名（59%），思わない71名（38%）。C O, G Oについて知っていますか，という問に対しては

- ①知っている 145名（77%）
 ②知らない 41名（22%）
 N. A 1名（1%）

計 187名（100%）

歯の健康診断結果のお知らせ（治療勧告書）にC O, G Oがあり，保健指導及び予防処置をしたことがありますか

- ①ある 104名（56%）
 ②ない 82名（44%）
 N. A 1名（1%）

計 187名（100%）

茨城県下の学校歯科医数745名で今回のアンケートの有効回収率は68.5%，このアンケート結果はほぼ県下の学校歯科医の意見を代表していると思われる。また，一般開業医のアンケートのケースは有効回収率からみて傾向的な意見として捕らえたほうが良いと思われる。

学校で行っている 歯科保健活動について

(財)ライオン歯科衛生研究所
チーフ歯科衛生士 黒川 亜紀子

ライオン株式会社は、大正2年「企業活動で得た利益の一部を社会に還元する」という創業の精神に基づき、小学校巡回を中心とした口腔衛生活動を開始しました。



その後、昭和39年に設立された財団法人ライオン歯科衛生研究所に継承されました。

現在、日本全国で約40名の歯科衛生士により、小学校のみならず、保育園・幼稚園・中学校・高等学校・養護学校にも活動の場を広げ、毎年約2,500校(園)・約34万人の児童生徒及び養護教諭の方々に、口腔衛生活動を展開させていただいております。

口腔衛生思想の向上に伴い、歯科保健指導のニーズも、1992年に小学校「歯の保健指導の手引」の改訂以来、次のように変化して参りました。

1. 指導の細分化・多様化・高度化
2. 口腔状態の二極分化→個別指導の必要性
3. 「歯・口の健康診断」改正(1995年)
→事後措置の必要性

4. 「健康教育」から「健康学習」へ
→問題解決型学習の必要性
5. 歯肉炎(歯周疾患)指導の必要性
6. 歯みがきに対する考え方の変化
7. 科学的ビジュアル教材の開発
8. 「病気の予防」から「健康づくり」へ
9. 「生きる力」を育む歯と口の健康教育へ
(1997年、中央教育審議会答申)
→総合的学習の必要性

以上の変化を捉え、財団の学校歯科保健活動も次の様に推移しております。

① 指導対象の細分化

小学校では、図1に見られるように、10年前では全校児童もしくは低学年・高学年単位で行って

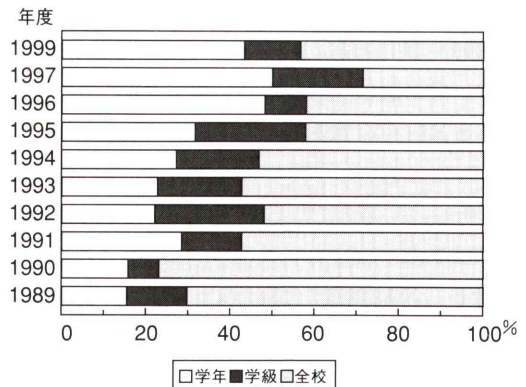


図1 対象者の推移

いた指導も、今では学年・学級単位の指導が年々大きく占める様になりました。

特に、小学校の場合、1年生と6年生では口腔内状況発達段階に大きな差があるため、学年・学級と対象の幅を絞ることにより、指導内容・指導方法を、より木目細かく、対象に合わせて行えるようになりました。(図1)

2 指導内容の多様化・高度化

内容は、むし歯予防だけでなく、歯肉炎の罹患率が小学校36%、中学校56%（1993年、厚生省歯科疾患実態調査）と高いことから、歯肉炎予防も重要な課題になっております。

特に、歯肉炎はブラッシング指導によって、予防は勿論、歯垢の除去により改善させることができます。この歯肉炎の改善を自分の目でみることによって、児童生徒は、自分のブラッシング方法を評価することが出来、極めて効果的です。

3 問題解決型学習と個別指導

ブラッシング指導では、全体の約60%が染め出しを使用した指導となっております。染め出しを使用することで、磨き残が一目で確かめられ、自分のブラッシングを確認することが出来るため、適切な歯ブラシの使い方を身につけていく為に効果的です。

この「染め出し指導法」は、個人個人の問題発見（磨けていないところが判り）、工夫（歯垢を落す磨き方の工夫）、解決（正しく磨ける方法を発見する）する「問題解決的学習」として「集団的個別指導」と呼べるものです。

4 教材（媒体）の工夫

「自分で課題を見つけ、自ら学び考え、主体的に判断し行動し、よりよく問題を解決する能力」

を育成するためには、教材がとても重要な役目を果たします。財団の永年に渡る経験をもとにユニークな教材作りに励んで参りました。

なかでも、ブラッシング方法とその問題点を明確にし、自らの工夫と発見を導くものとして「歯の立体OHPシート」を開発し好評を得ております。さらに、実際の歯垢に近い物性を持たせた「人工プラーク」を開発しました。顎模型に塗布して使用することにより、口外法でも体験できる実習型歯みがき指導方法が可能になりました。

また、教育指導図書として「子どものための歯肉炎マニュアル」「そうかなるほど！」の音が聞こえる教材広場」や、いち早くライフスキル教育を取り入れた「ライフスキルを育む歯と口の健康教育」等を出版し、いずれも日本学校歯科医学会のご推薦を賜っております。

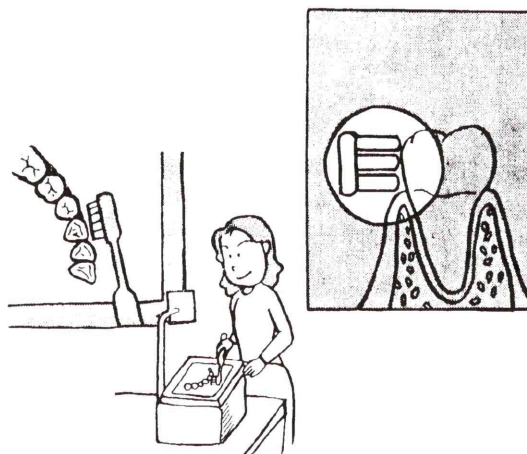


図2 教材・媒体の開発

5 ライフスキル・アプローチと歯科保健活動

これまでの保健・健康に関する教育が見直され、知識を中心とした指導から脱却し、学校における健康教育の直接的な目標を「生きる力（ライフスキル）」の形成に置くという考え方が生まれ、学校現場に急速に普及しつつあります。

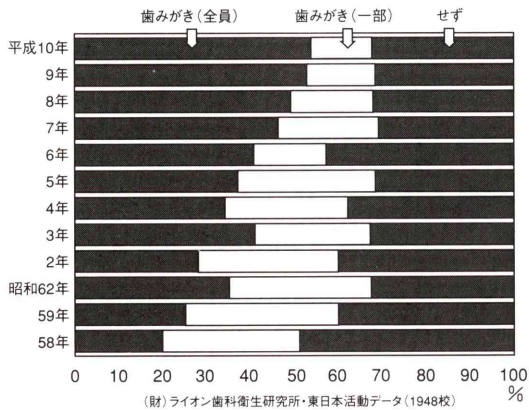


図3 小学校の昼食後の歯みがき習慣

例えば、歯の健康についていえば、ブラッシングやフロスの使い方など、歯の健康に関わりの深いスキル（筋力）に加えて、よりよい歯みがき生

活習慣を確立するための「目標設定」や「意思決定」等のライフスキルの形成を重視した健康教育プログラムの開発が急がれております。このライフスキルは、子どもの頃からの生活習慣として最も身近な「歯みがき習慣」を通して学ぶことが可能であり、歯の健康だけでなく、いろいろな健康問題に適用可能な基本的能力といえます。

今、2002年の教育改革を控え、教育の仕組みが大きく変化するように思われます。

学校の現場に、学校歯科医の先生や、専門家といわれる各分野の人たちが授業に参加し、幅広い知識の交換が図られるようになるとも言われております。

我々財団も、広く学校現場に参加させていただき、お互いの共存共栄を図れる、そんな歯科保健活動を目指していきたいと思っております。



ハマナス

北海道

加盟団体活動報告

(第1回)



デイゴ

沖縄

先の会誌77号から80号まで4回連続で都道府県学校歯科保健略史を連載してまいりました。それぞれの歩みを辿れば感慨無量のものがあります。各加盟団体のご協力に改めて感謝申し上げます。

さて、今回から素晴らしい事業を展開している加盟団体の活動報告を随時掲載してゆきます。会誌が加盟団体間の情報交換の機能を十分に果たせますよう特段のご協力をお願いいたします。他の加盟団体の参考となるような活動報告を是非お寄せください。

会誌・広報編集委員会

青森県

(八戸市)

今回のご報告のテーマは「学校歯科健診はどの様に実施され、健診のデータはどの様に集められ活用されているのか、現状分析、将来展望、そして課題について」

八戸市学校歯科医会は、青森県八戸市において市内小・中・高・特殊学校等合計84校、約4万名の児童生徒を対象に100名の会員（有志）の集まりであった「満月会」を学校歯科問題を中心とする会として再編成したものが始まりといわれています。「満月会」結成は、大正12年とも昭和2年ともいわれていますが、明確な記録にあるのは昭和5年のものです。

本会の事業展開の特徴は、組織的団体活動にあります。これは、個々の学校歯科医活動を踏まえながら、団体で行ったほうが効果が上がる為、市内全学校・全児童生徒を一つと見なし全体的な保健向上を図ることを念頭に置いて活動するもの

で、70年近く団体による事業運営を継続しています。具体的には、次のようになります。

1. 団体で行うことにより効果が上がる事業

(1) 健康診断（新入学児童健康診断も含む）とよい歯のコンクール診査

① 会で総て計画実施するため、会員個人の負担が小さい。

② 会員一人当たり年に3～4回の出勤で済む。

③ 1校の健康診断が半日で終了するために学校側にも負担が少ない。

④ 大規模校の場合の派遣方法

健康診断の日程が決まると、1回の出勤で診査医一人当たりが約140人の児童生徒を診査するように、各学校の児童生徒数に応じた会員数を配置し、1校が半日で終わる様にする。

⑤ 審査基準の統一

多数の診査医が一度に健康診断を行うために、審査基準のばらつきが問題になります。これに対しては審査基準を均一にする為の説明会及び講習会を開いて対処している。

(2) 新入学児童・保護者を対象とした第一大臼歯をターゲットにした刷掃指導

① 歯科衛生士の派遣を行う。

II. 市内全体の保健向上を目的とした事業

(1) 歯垢染め出し剤の市内全児童生徒及び学級担任への寄贈

(2) 新入学児童刷掃指導用歯ブラシの全新入学児童への寄贈

(3) 給食後の歯磨き用ビデオテープ(本会作製)の全校への寄贈

(4) 指導用教材の整備と学校・会員への貸し出し(書籍, ビデオテープ等)

(5) 指導器材の整備と学校・会員への貸し出し(咬合力測定器等)

(6) 会員向け衛生講話用スライドの作製整備

このように保健事業を行います。これらの運営基盤として、会員の学校報酬全額を会費として納入するシステムになっており、年間約1,700万円余の予算執行で進めています。併せてこれらの事業遂行を円滑に行うために市教育委員会(行政)、市校長会(現場)との交流(親睦野球, グランドゴルフ交流, 及び懇話会)が永年行われています。また、問題が生じたときには市養護教諭部会と直ちに話し合いの場が持てるように日頃よりコンタクトをとっています。そして市学校保健会とタイアップし、むし歯予防推進指定校の指定研究も20年継続されているように、団体活動ゆえに関係団体との協力体制も確立されています。また、何らかの理由で学校歯科医が空席になったときも、学校に対して本会が会員を推薦できる関係も作られており、継承もスムーズにいくという利点もあります。

次に特徴ある委員会活動を2つ紹介致します。一つは統計委員会です。本委員会では定期健康診断で得られたデータを基に ① 永久歯カリエスフリー率 ② 乳歯う歯率 ③ 永久歯う歯率 ④ 全う歯率 ⑤ 永久歯処置率 ⑥ 全う歯処置完了率率 ⑦ DMF ⑧ 歯列・咬合・顎関節異常者率 ⑨

歯垢付着者率 ⑩ 歯肉炎罹患率等44項目について統計表を作製しています。これにより他校との比較, 全国や県との比較, 問題点の把握, 目標の設定等に有効活用されています。

平成10年度の統計表のデータでは、本会の組織活動と関係各位の努力の甲斐あってDMFが小学校6年生市内平均で2.0本、中学1年生で2.6本になりました。

もう一つは、調査委員会です。本委員会では平成2年から元会長の立花義康先生のもとで、児童



よい歯のコンクール診査風景

生徒の口腔内状況及び歯肉炎の調査を開始し、前会長故中里好孝先生、現会長稲垣昭夫先生と継続し、平成11年に完了致しました。これは、就学前の園児から中学校3年までの10年間にわたり、う歯の部位・充填物の種類・形態など口腔内の状態や歯肉炎の部位・程度、歯垢付着の部位・程度などを中心に調査を継続して行い、各々個人の経時的な変化を観察しようという試みで、現在データ分析を行っています。

また、本会事業の特異なものとして、会員の福祉共済事業(死亡弔意金, 養老年金, 長期休業見舞金)なども行っています。

以上、本会の活動について述べました。

これまではよい面に目を向けましたが、団体活動故の課題もあります。

大きなものとして、一つには担当校が遠隔地となることが多いということです。(会員一人担当

一校制を敷いています。)

もう一つは重要な課題ですが、団体活動として最低限の活動が保障されているため、会まかせになってしまい会員個人の保健活動が不活発になってしまう現実があるということです。

より個人活動がしやすい環境づくりに苦心をしているところです。

愛知県

加盟団体活動のご報告は「愛知県歯科医師会で、コンピューターを使った学校歯科健診の新たな試みについて」

愛知県歯科医師会では、平成10年度より「コンピューター入力による学校歯科健診モデル事業」を行っている。

平成7年度から学校保健法施行規則の一部が改正になり、それまでの歯・歯肉の健診だけではなく、口腔全体や、CO・GOの導入によって、よりきめ細やかな健診業務が求められるようになった。しかし、それらに伴う健康診断表への記録、細かな統計処理、治療勧告書の作成、事後措置等、養護教諭には、以前にもまして煩雑な業務に手を煩わせることになっているのも事実である。

そこで主に学校歯科健診の質の向上と、統計処理などの事後措置の省力化を目的として、本会学校歯科部では平成10年度より希望校を募り「コンピューター入力による学校歯科健診モデル事業」を発足し、システムウェルネス社が開発した「あすなる健診システム」のソフトを使用した。平成10年度は小中合わせて20校の参加があり、初めての

試みであるので、この事業の概要とシステムの取り扱いについて、学校歯科医と養護教諭を対象に事前に説明会を行った。

健診当日はモニターを前に、パソコンの経験の少ない養護教諭は、かなり緊張ぎみのようであったが、ソフト会社の協力もあり無事にデータ入力を終えることができた。所要時間は個人差もあるが、システムに慣れていないせいもあり、従来の健診より少々長めの時間を要したようであった。しかしその後の統計処理や治療勧告書の作成に当たってはクリック一つで打ち出されるので、殆どの養護教諭は事後措置に費やす時間はずいぶん短縮できた。

1年目はすべてマウス又はペンタッチによって入力するが、2年目以降は前年度の検査データがモニターに映し出されているので、修正箇所だけをクリックすることになり、記入者の誤記入も少なくなり、前年度の健診記録と当年との記録に正確性がないと警告音を発し、健診の正確性の向上を計っている。またそれにより健診時間も短くなると思われる。

学校歯科医、養護教諭の評価はおおむね良好であったが、しかし健診表、コスト、システムの操作性、教育委員会での予算化などまだまだ今後解決して行かなくてはならない課題もある。

平成11年度も、初年度の反省のもとにシステムをバージョンアップして、この事業を継続している。今後さらに使いやすいものに改良すると共に、学校歯科医、学校、教育委員会へと広くPRを行い、よりスムーズな歯科健診を行うための環境整備が必要であると考えている。

詳しくは愛知県歯科医師会事業Ⅱ課

(052-962-8020)までお問い合わせください。

愛知県歯科医師会 学校歯科部 山本順一

スペインの歯科事情

1998年

社団法人 日本学校歯科医会
国際交流委員会

田中 建吾
久保田 紀夫

第86回F D I年次世界歯科大会がスペインのバルセロナ市で開催され、その際に知り得たスペインの歯科事情について報告したい。

◀ スペインの歯科一般 ▶

スペインの人口は約3,940万人、歯科医師（歯科医、口腔科医）の数は約1万54人（他に約24名くらい未登録の歯科医師がいる）で人口10万人当たり歯科医師は38名、歯科医師一人当たりの人口数は2,626人で歯科医師の数は我国に比べると少ないようである。歯科医院数は11,000。これも少ないと思う。歯科技工士は15,000名、歯科補助者は15,000～20,000名が登録されている。また歯科技工所は約4,000と報告されている。歯科医師関係団体は「スペイン歯科・口腔病科医師会」（Llustre, Consejo de Colegios, de Odontologos, Estomalogos, de Espana）である。

スペインには歯科大学と口腔科だけの大学との二通りの大学がある。総合大学の中の学部も含めて歯科大学は11校（国立9校、私立2校）、口腔科だけの大学は18校（国立12校、私立6校）ある。ほとんどが学部が多いようだが、年間500名

が卒業している。なお、スペインの学校制度は義務教育が6歳から8年間のE.G.B（Education General Basica）としてあり、その後3年間のB.U.P.、そして1年間のC.O.Uの後に大学へ進学することになる。歯科の場合の教育年数は口腔科医が9年であるが、歯科医師は5年で良い。しかし卒業後必ず大学に残り、最低1年間の臨床研修が必要とされている。

一般の歯科治療内容はフランスやイタリアと似通っている。また充填はコンポジットがその主力となっている。専門医としては歯肉療法専門医が600名程登録され、いずれも個人開業をしている。またインプラントは個人診療所で行われていることが多い。

患者は歯科医を自由に選ぶことが出来るが、スペインの歯科材料は高い上に価格が不明瞭な事が多いそうである。もともとスペインの歯科医師はヨーロッパの中でも最も高い収入を得ていたが、最近EUに加盟した事により他国との競争が増し、物価が変わり国民の平均収入が下がって経済の不安定が市民の懐にひびき、歯科医院に足が遠退くようになった。このことは特に93年から99年にかけて極端になり、一般の歯科医師がなんでも

やる結果、専門医に患者を紹介しない傾向になっているそうである。

「免許と法規」については、診療免許は「教育科学省」が管轄し、歯科用品、機器ならびに輸出入については「産業エネルギー省」が管轄している。

スペインの医療費はG N Pの7.5%である。これはドイツの8.7%、フランスの9.4%、イタリアの8.5%に比べて少なく見えるが、スペインのG N Pはドイツの半分である事から考えるとかなりの支出である。

◀ スペインの口腔保健 ▶

DMFについてスペインの発表によると1984年には6歳児のDMFは3.6、12歳児は4.2であったが1994年になると6歳児は1.0に、12歳児は2.3になった。また現在35歳から44歳までの人のDMFは10.0であると報告されている。

歯周病については1985年から1989年の35歳から45歳までの状況をF D Iの指数で表したものを示すと次の通りであった。ちなみにF D Iの指数は「0・1・2・3・4」で表され、0 = 健康、1 = 探針で出血、2 = 歯石付着、3 = 歯周ポケット4~5 mm、4 = 歯周ポケット6 mm以上となっている。

表 スペイン 35歳~45歳の歯周状況

調査年	指数0	指数1	指数2	指数3	指数4
1985	7	7	36	31	18
1989	4	7	75	13	1

歯周の状況については、きわめて病例が少ないので明確に言えないが、指数3及び4の人が少なくなっている。また1985年に65歳から74歳までの人のデータとして0が3、1が8、2が65、3が20、4が4と発表している。

DMF及び歯周状況指数が全体的に良くなった事については調査結果のみで口腔保健活動の内容

について詳細に知る事が出来なかった。

砂糖の消費量は1980年から1984年までの平均で年間1人当たり31.0kgであった。1987年における我国のそれは22.7kgでスペインの方が多い。

フッ素の使用について1990年から1994年の報告によると水道水に添加されているのは全人口の3%で、またフッ化塩の形で使用は無いが、フッ化物の錠剤が少し使われている程度である。

◀ スペインの社会保険 ▶

スペインの全ての国民(外国人も含む)は政府の運営するN.H.S(国民保健サービス)によってカバー(歯科も含めて)されている事になっている。すなわち社会保険である。1989年に改正されたが、古くは1929年から社会保険法によって現金給付及び医療給付が商工業被用者、年金受給者(特別農業被用者、自営業者、船員、公務員)を対象として行われている。財源として被保険者は賃金の4.8%、使用者は支払う賃金総額の24.0%がこれにあてられている。政府補助金もあるが算定基準に上限を設けている。

医療給付は全国保健公社の医療施設または公社で契約した医師の診療所及び病院によって患者に給付される。これには一般医及び専門医の診療、病院医療、薬剤、歯科医療(補綴については不明)、助産、精密検査、補装具の支給、移送(原則として無料)が含まれるが、外来診療における薬剤費の40%は患者が負担しなければならない。支給期間には制限はない。なお、給付は被扶養者も被保険者も同じである。これらの管理について「労働、社会保障、保健、消費者省」が全般的な監督を行っており、「全国社会保障公社」「社会保障財務局」が現金給付の管理をしている。なお、上記の全国保健公社は医療施設を直接経営もしている。

◀ 歯科診療供給サービス ▶

公共歯科医療は社会福祉診療所及び病院で行われている。今、スペインでは社会保障制度が改革中であるが、現在の制度では社会福祉診療所でのみ義歯及び予防がカバーされている。また病院センターおよび少数の保健センターでは顎顔面外科治療やフッ化物添加による予防処置等も行われている。今、スペイン保健省は新しい歯科診療計画を検討中である。すなわち国民健康保健 (National Health Insurance System) で義歯とか予防が出来るようにしたいとの事である。(それでも補綴は無理のようである。)

以上の如くであるが、実際に社会健康保険制度の指定病院は常に混雑していて満足な治療が受けられない状態である。そこで私立の大小保険組合

があって、それに、加入すればその組合が契約している病院で診療が受けられるので、これを利用している人が多い。大規模な組合では多数の医師、病院と契約し独自の救急病院さえ持っている所もある。

◀ FDIのセッションから ▶

- ・今回のFDIのポスターセッションにおいて日本学校歯科医会が児童生徒による口腔保健に関する図画を5点展示したが、国際学会で大変な好評を得た。
- ・学校歯科保健について調査した所、スペインの口腔保健セッションでカタルーニャ地方及びバスク地方から学校歯科保健の報告が行われた。後刻発表できれば良いと思っている。

索引

第77号 ▶ 第81号

第77号 (平成9年5月31日発行)

グラビア (平成8年度歯科保健に関する図画・ポスターコンクール最優秀作品, 画評応募者一覧)……………	1
巻頭言 社団法人日本学校歯科医会会長 西連寺愛憲 ……	7
目次	
・平成8年度 学校歯科保健研究大会	
むし歯予防推進指定校協議会 ……………	11
開催要項/日程・内容 ……………	12
講義1. 学校歯科保健の現状と課題	
講師 文部省学校健康教育課 教科調査官 戸田 芳雄 ……	14
講義2. 児童生徒の健康診断の改正と学校歯科保健活動	
講師 日本大学松戸歯学部教授 森本 基 ……	26
実践発表 ……………	30
実践発表1. 自らが自分の健康に関心をもち, 進んで健康な体づくりに取り組む児童の育成 ……………	31
一歯や口の健康に関する指導を通して—	
発表者 茨城県日立市立水木小学校教諭 五来 文子	
実践発表2. 仲間とともに自ら進んで健康づくりに励む子の育成 ……………	40

—歯や口の健康づくりを通して—	
発表者 岐阜県岐阜市立三輪小学校	
教諭 佐藤 元信	
養護教諭 加藤 弥生	
実践発表3. 「進んで健やかな心と体づくりに励む下熊谷っ子」を目指して ……………	48
一歯や口の健康づくりの実践を通して—	
発表者 岡山県新見市立下熊谷小学校教諭 酒井 晃道	
実践発表4. 心身ともに健やかで自己を豊に表現できる子どもの育成 ……………	55
—むし歯予防の為の家庭・地域との連携—	
発表者 高知県須崎市立安和小学校養護教諭 吉村 幸	
・学校歯科保健活動の一考案 ……………	62
国際武道大学教授 猪股 俊二	
・都道府県学校歯科保健略史 (第一回)……………	87
・第60回全国学校歯科保健研究大会にちなんで ……………	115
榊原悠紀田郎	
・第84回F D I年次世界歯科大会 (オーランド市) 報告 ……………	126

	田中 建吾	
・平成8年度文部省学校保健統計速報	……………	138
・編集後記	……………	145

第78号 (平成10年1月26日発行)

巻頭言	社団法人日本学校歯科医会会長	
	西連寺愛憲	… 1
・第61回全国学校歯科保健研究大会	……………	5
開催要項	……………	6
メインテーマ	……………	10
プログラム	……………	11
第36回全日本よい歯の学校表彰校	……………	18
文部大臣賞受賞校プロフィール	……………	20
記念講演	元東京都恩賜上野動物園園長	
	増井 光子	… 26
シンポジウム	……………	29
	座長・東京医科歯科大学名誉教授	
	岡田昭五郎	… 30
	シンポジスト・奥羽大学歯学部教授	
	楠 憲治	… 33
	日本大学歯学部教授	
	赤坂 守人	… 36
	千葉県佐原市立第五中学校養護教諭	
	多田美津子	… 42
	滋賀県大津市立平野小学校学校歯科医	
	人見 晃司	… 45
公開授業／領域別研究協議会	……………	51
幼稚園・保育所(園)部会	……………	51
	座長・東京医科歯科大学名誉教授	
	岡田昭五郎	… 52
基調講演・東京都教育庁歯科保健担当		
	係長 森 律子	… 56
発表者・福島県岩瀬郡岩瀬村立白方		
幼稚園教諭 大原 幸枝	… 60	
	宮城県岩沼市立玉浦幼稚園	

	園歯科医 南館 秀雄	… 64
小学校部会	……………	79
	座長・明海大学歯学部教授	
	安井 利一	… 80
基調講演・文部省体育局教科調査官		
	戸田 芳雄	… 84
発表者・福島県福島市立福島第三小		
学校養護教諭		
	大竹 裕子	… 98
	福島県いわき市立郷ヶ岳小	
学校養護教諭		
	笠野 洋子	…103
	沖縄県具志川村立清水小学	
校学校歯科医		
	玉城 民雄	…109
中学校部会	…119	
	座長・日本体育大学教授	
	吉田瑩一郎	…120
基調講演・東京医科歯科大学歯学部教		
授	黒田 敬之	…129
発表者・福島県福島市立北信中学校		
養護教諭 藤川 道代	…132	
	福島県伊達郡国見町立県北	
中学校養護教諭		
	石幡とも子	…142
	日本大学歯学部助教授	
	伊藤 公一	…147
高等学校部会	……………	153
	座長・大阪大学歯学部教授	
	森本 俊文	…154
基調講演・国際武道大学教授		
	猪股 俊二	…157
発表者・福島県立若松商業高等学校		
養護教諭 石田 智子	…164	
	青森県立八戸西高等学校学	
校歯科医 奥寺 文彦	…174	
誌上発表	……………	183
	多摩市学校歯科医会／多摩市役所学務課	

多摩市養護教諭部会／日本大学歯学部
 本橋 正史 …148

公開授業 ……………190
 福島市立北信中学校，福島第三小学校
 ◇北信中学校学校歯科医から“卒業する
 皆さんへ”……………192

研究協議会報告 ……………195
 全体協議会 ……………200
 ◇第61回大会の司会者として ……………203
 ◇第61回大会に参加して ……………204

・都道府県学校歯科保健略史（第二回）……………208
 ・加盟団体名簿・日本学校歯科医会役員名簿
 ……………218
 ・編集後記 ……………222

第79号 （平成10年3月31日発行）

グラビア（平成9年度歯科保健図画・ポスターコンクール最優秀作品・総評・応募一覧）…………… 1

巻頭言 社団法人日本学校歯科医会会長
 西連寺愛憲 … 7

・平成9年度 学校歯科保健研究協議会 …… 11
 開催要項／日程・内容 …………… 12

講義
 講義1. 学校歯科保健の現状と課題 …… 14
 講師 文部省体育局学校健康教育課 教科調査官 戸田 芳雄

講義2. 健康診断の役割とこれからの学校歯科保健活動 …………… 27
 講師 日本大学研究所教授
 森本 基

講義3. 小児科医からみた児童生徒の健康管理 …………… 33
 講師 母子愛育会・日本子供家庭総合研究所所長 平山 宗宏

講義4. 口腔機能の発達に関する諸課題 …………… 37

講師 東京医科歯科大学歯学部
 教授 黒田 敬之

講義5. 学校教育の課題と学校歯科保健
 …………… 40
 講師 国際武道大学教授
 猪股 俊二

講義6. 〈その1〉健康診断を生かした保健指導の実際 …………… 47
 講師 千葉県柏市立旭小学校養護教諭 吉田由美子
 〈その2〉研究指定校に於ける健康診断を生かした保健指導について …………… 56
 講師 千葉県柏市学校保健会副会長（学校歯科医）大森 啓

講義7. 学校歯科医の職務と期待される役割 …………… 62
 講師 日本体育大学教授
 吉田瑩一郎

講義8. 阪神・淡路大震災の体験と学校歯科保健 …………… 74
 講師 神戸市学校歯科医会副会長 岡田 誠一

・平成9年度 歯・口の健康づくり推進指定校協議会 …………… 87
 開催要項／日程・内容 …………… 88

講義
 講義1. 「歯・口の健康づくり推進指定校の研究を進めるにあたって」…………… 90
 講師 文部省体育局学校健康教育課教科調査官 戸田 芳雄

講義2. 「児童生徒の歯・口の健康課題」
 講師 日本大学歯学部小児歯科学教授 赤坂 守人

実践発表及び研究協議
 発表 平成7・8年度むし歯予防推進指定校（3校）……………109

- ・埼玉県川口市立青木小学校教諭
 青木 純子 …109
- ・滋賀県長浜市立長浜北小学校教諭
 大森 孝 …113
- ・徳島県勝浦町立横瀬小学校校長
 中島 和夫 …118
- ・第47回 全国学校保健研究大会
 ……第9課題…… ……120
- 開催要項／日程・内容 ……120
- ◆講 義 日本大学歯学部教授
 赤坂 守人 …123
- ◆指導助言 東京都教育庁体育部歯科保
 健担当係長 森 律子 …128
- ◆提案1. 鳥取県郡家町立郡家東小学校
 学校歯科医 谷尾 洋子 …131
- ◆提案2. 山形県立ゆきわり養護学校教
 諭 三浦 裕一 …135
- 山形県立ゆきわり養護学校養
 護教諭 阿部 弘子
- ◆提案3. 広島県三原市立幸崎中学校養
 護教諭 末岡 美香 …138
- ◆第47回全国学校保健研究大会・全国学
 校歯科医協議会に出席して ……141
- ・都道府県学校歯科保健略史（第3回）……144
- ・第85回F D I年次世界歯科大会（ソウル
 市）報告 田中 建吾 …155
- ・韓国の歯科事情 田中 健吾 ……159
- ・平成9年度文部省学校保健統計速報 ……166
- ・編集後記 ……167

第80号 （平成10年11月16日発行）

- グラビア（平成10年度歯・口の健康に関す
 る図画・ポスターコンクール最
 優秀作品・総評・応募校一覧）
 ……… 1
- 巻頭言 社団法人日本学校歯科医会会長
 西連寺愛憲 … 7

- ・平成10年度 歯・口の健康づくり推進指校
 連絡協議会 …… 11
- 開催要項／日程・内容 …… 12
- 講義
- 講義1. 「学校における歯・口の健康つ
 くりの進め方」—2年次への課
 題 …… 14
- 講師 文部省体育局学校健康教
 育課教科調査官 戸田 芳雄
- 講義2. 「児童生徒の歯・口の健康課題」
 ……… 23
- 講師 明海大学歯学部教授
 安井 利一
- 研究発表
- 発表1. 自分の健康をみつめ、実践する
 児童の育成 …… 35
- 健康な歯と口をめざして—
- 発表者 福島県鮫川村立鮫川小
 学校教諭 鈴木ゆかり
- 発表2. すすんで健康づくりに励む子の
 育成 …… 40
- セルフエスティームを高める
 ことを通して—
- 発表者 東京都足立区立花畑西
 小学校教諭 宮内 正代
- 養護教諭 中村とも子
- 発表3. 個性豊かで、思いやりと広い心
 を持つ児童の育成 …… 45
- 研究推進の概要—
- 発表者 福島県北九州市立大里
 南小学校校長 前川 公一
- ・学校歯科医座談会 「改正後の学校歯科健
 康診断」……… 50
- ・司会 日本学校歯科医会専務理事
 森本 基
- ・特集 学術論文集 …… 64
- 新しい学校歯科健康診断について …… 64
- ・日本大学歯学部小児歯科学教室教

授 赤坂 守人	
新しい学校歯科健康診断（顎関節と咬合）……………	75
・日本学校歯科医会学術担当常務理事 福井 初雄	
歯の萌出の遅れについて……………	106
・日本大学歯科病院口腔外科 松本 光彦	
小学校歯科保健教育が児童に及ぼす影響……………	112
・日本体育大学 渡邊 理人 日本体育大学教授 吉田瑩一郎 明海大学歯学部教授 安井 利一	
・寄稿論文……………	120
高知県に於ける学校歯科保健調査と今後の課題について……………	120
・高知県歯科医師会学校保健部長 高島 恭一	
児童への咀嚼に関する保健指導を歯科衛生士が試みた事例報告……………	128
・日本大学歯学部付属歯科衛生専門 学校学校 瀬戸 純子 柳沢 嘉江 金子真奈美 日本大学歯学部教授 赤坂 守人 東京都練馬区立北町西小学校学校 歯科医 中田 郁平	
・全日本よい歯の学校表彰—文部大臣賞を受けて……………	134
・東京都公立学校に於ける児童生徒の健康実態調査について……………	137
—平成8年度東京都学校保健統計より—	
・都道府県学校歯科保健略史（第4回）……………	141
・編集後記……………	170

第81号 (平成11年2月26日発行)

巻頭言 社団法人日本学校歯科医会会長 西連寺愛憲 ……	1
記念講演……………	4
・第62回全国学校歯科保健研究大会……………	5
開催要項……………	6
メインテーマ……………	9
プログラム……………	11
第37回全日本学校歯科保健優良校表彰校……………	18
文部大臣賞受賞校プロフィール……………	20
・シンポジウム……………	27
座長・日本学校歯科医会専務理事 森本 基 ……	28
シンポジスト・国際武道大学教授 猪股 俊二 ……	32
日本大学歯学部小児歯科学教授 赤坂 守人 ……	37
鹿児島大学歯学部歯科矯正学教授 伊藤 学而 ……	44
日本大学歯学部保存学教室助教 伊藤 公一 ……	48
平成10年度学校歯科保健研究協議会 領域別研究協議会……………	54
講義Ⅰ.「教育課程改善の方向と学校保健教育」……………	55
講師 文部省体育局学校健康教育課教科調査官 戸田 芳雄	
幼稚園・保育所（園）部会……………	63
座長（指導助言）・東京歯科大学衛生学教授 高江洲義矩 ……	64
講義Ⅱ・徳島大学歯学部小児歯科学教授 西野 瑞穂 ……	70
研究発表Ⅰ・滋賀県大津市立下阪本幼	

稚園園長 日野 洋子 … 74	
研究発表Ⅱ・沖縄県中城村立津覇幼稚園教諭 比嘉美佐子 … 81	
小学校部会 …… 87	
座長(指導助言)・日本体育大学教授 吉田瑩一郎 … 88	
講義Ⅲ・明海大学歯学部口腔衛生学教授 安井 利一 … 94	
研究発表Ⅰ・福岡県北九州市立大里南小学校校長 前川 公一 … 98	
研究発表Ⅱ・沖縄県那覇市立真地小学校教諭 仲宗根和子 …104	
中学校部会 ……109	
座長(指導助言)・東京医科歯科大学歯学部障害者歯科学教授 大山 喬史 …110	
講義Ⅳ・日本大学歯学部保存学教室助教授 伊達 公一 …112	
研究発表Ⅰ・宮城県岩沼市立玉浦中学校校長 小島 正文 …119	
研究発表Ⅱ・沖縄県石垣市立伊原間中学校養護教諭 西條 喬子 …124	
高等学校部会 ……134	
座長(指導助言)・東京医科歯	

科大学名誉教授 岡田昭五郎 …135	
講義Ⅴ・東京医科歯科大学歯学部矯正学教室教授 黒田 敬之 …138	
研究発表Ⅰ・茨城県立水戸第三高等学校校長 高野 惣一 …140	
研究発表Ⅱ・沖縄県立久米島高等学校養護教諭 糸数 啓子 …150	
・研究協議会報告 ……159	
・全体協議会 ……160	
◇第62回全国学校歯科保健研究大会に参加して ……163	
◇第62回沖縄大会の司会者として ……170	
・第48回全国学校保健研究大会・第48回全国学校歯科医協議会 ……171	
◇平成10年度学校保健関係功労に関する文部大臣表彰受賞者一覧 ……173	
◇課題別研究協議会第9課題「歯・口の健康づくりをめざす学校歯科保健の進め方」……175	
◇第48回大会・協議会参加者の声 ……191	
・第86回FDI年次世界歯科大会(バルセロナ市)報告 田中 建吾 …194	
・編集委員座談会「会誌, 広報の今日と明日」……198	
◇平成10年度文部省学校保健統計速報 ……209	
・編集後記 ……211	

創刊よりの推移

日本学校歯科医会特報第1号

昭和37年5月5日発行～4号昭和40年7月16日

編集発行人 竹内 光春(東京歯科大学教授)
河越 逸行

「日学歯では従来からの会誌の他に会務の連絡を密にするために随時特報を発行することにした。」

会員に限らず総ての学校歯科医の方にご覧いただくことにしました。ついてはこの機会に至急加

入されることを、また、会の未結成の県は一日も早く結成されんことを。と記載されている。

当時は会員数9,204名、加盟団体46、会費年額100円（昭和33年度～37年）→年額250円に増額

内容→「学校歯科医の手当てはもっと上げられる。」年額12,000円に達していますか？

録音テープの販売についてPR

第4号はむし歯半減運動の報告

日本学校歯科医会誌第1号

（昭和32年8月発行）

内容→第20回全国学校歯科医大会記録他

日学歯総会

○第2号（昭和33年9月25日発行）

発行人 編集人 岡本 清櫻

（東京医科歯科大学教授）

内容→第21回全国学校歯科医大会特集

編集は開催地岐阜県の先生方

学校保健法の内容について座談会（昭和33年4月10日法律第56号）事務局は7名

○第3号（昭和35年4月20日発行）第22回全国学校歯科医大会特集

他に日学歯総会記事、加盟団体名簿、

日学歯役員名簿、日学歯会則

編集後記は榊原悠紀田郎

編集、発行人 岡本 清櫻

○第4号（昭和35年9月20日発行）表紙のデザイン変更

変更

第23回全国学校歯科医大会特集 青森：大会参加者名簿は第1号から。

編集後記 榊原悠紀田郎、大沢三武郎

常務理事

編集、発行人 岡本 清櫻

「学校歯科寸言」掲載

編集、発行人 岡本 清櫻

「学校歯科寸言」掲載

○第5号（昭和36年9月30日発行）編集、発行人

榊原悠紀田郎

内容→第24回全国学校歯科医大会特集、第一回全日本よい歯の学校表彰名簿掲載

第7回総会、理事会だより、120ページ

○第6号（昭和37年10月30日発行）編集、発行人

榊原悠紀田郎

内容→第25回全国学校歯科医大会 横浜市1961年

加盟団体だより、総会、理事会、録音

テープのご案内

○第7号（昭和38年9月19日発行）この号から印刷

＝一世印刷

発行人 竹内 光春

表紙のデザイン変わる、巻頭言登場

（筆者不明）、第26回全国学校歯科医

大会

内容→大会への批判と感想、運営将来への希望

についてハガキで回答結果を掲載

26名の会員からのハガキ掲載

○第8号（昭和39年8月20日発行）

発行人 竹内 光春

印刷＝同友社に変更

第27回大会

○第9号（昭和40年8月25日発行）

発行人 竹内 光春

第28回富山大会、第2回学校歯科衛生

研究協議会、日学歯総会富山で開催

この会誌は戦後、大会記録誌から出発

してきたこともあって大会色が多かった

が、文学者わだ・よしおみ氏の編集協力

を得て会誌らしくなってきた。加盟団体

の活動、それに関する写真や学術的なも

のが加わればもっと会誌らしくなる。

（編集を終えて、より）

○第10号（昭和41年10月25日発行）

発行人 竹内 光春

印刷は再び一世印刷に戻る

第29回大会東京文化会館で昭和40年10

月17、18日開催

第3回学校歯科衛生研究協議会、特集

「学校歯科の手引き」、全日本よい歯の

学校表彰に応募しようキャンペーン、奥

村賞関係記事

昭和42年から会誌は年2回の発行となる。表紙のデザインも司修画伯に変わる。

○第11号（昭和42年10月15日発行）

内容→水都大阪に開く第30回学校歯科医大会
記念講演「全国学校歯科医大会30年の歩み」（向井喜男）
記念講演「学校歯科衛生の移り変わり」（岡本清櫻愛知学院大学部長）
記念講演「教育の立場からみた学校保健」（重松俊明京都大学教授）
第30回大会要項
シンポジウム「学校歯科における効果的な保健指導を求めて」
第30回大会を省みて、大会こぼれ話・裏話
昭和41年度学校歯科衛生研究協議会
第7回全日本よい歯の学校表彰

編集後記から：会誌が今度から年2回発行になった。一冊は従来同様大会を中心としたものになる。二冊目は全国加盟団体からの記事、他の県の参考になる様な地方の情報や写真とか、会員の調査、研究があってもよいのではないか。

○第12号（昭和43年発行）……奥付なし……

内容→なごやかに金鯱城下の第31回全国学校歯科医大会要項
日本学校歯科医会第14回総会・昭和43年度歳入歳出予算
昭和42年度学校歯科衛生研究協議会初のワークショップ
第8回全日本よい歯の学校表彰と入選学校名簿

○第13号（昭和43年10月30日発行）

発行人 竹内 光春

今年度から年度の始めの号は新形式、後の号は大会記録号となる。（編集後記）

理事会が編集に当たり、日学歯会誌という性格から加盟団体と共に皆で作って、いこうという内容と方針が決まり、加盟団体長に会誌編集協力者（日学歯会誌リポーター）の推薦を依頼し、リポーターには団体を代表して“加盟団体だより”を書いて頂くほか、学校拝見、私の工夫、野外席から、趣味のサロン、口絵、カット等の紹介をお願いした。

○第14号（昭和44年3月20日発行）

内容→第32回全国学校歯科医大会要項
理事会だより

○第15号（昭和44年9月15日発行）

内容→我が国で初めての本格的国際歯学シンポジウム

第一回 凡太平洋歯学研究会議開かれる（IADR とライオン共催）

日学歯新会長湯浅泰仁先生、丹羽輝男理事長の就任挨拶

「寸言直言」をテーマに加盟団体各役員のエッセイを掲載。ノンポリ学校歯科医、歯磨き体操の号令を改定してもらいたい etc。

「私のくふう」各地区の学校歯科医の先生方からの投稿、ホーキの効用

「ずいひつ」挿話にもならない話、絵と旅など。

編集後記など：加盟団体推薦の編集協力者（日学歯会誌リポーター）等の路線もひかれているし……。

○第16号（昭和45年3月31日発行）

内容→滋賀県における第33回全国学校歯科医大会特集、大会を省みて（大会準備委員長）、大会参加者名簿。

第10回全日本よい歯の学校表彰名簿26ページにわたって掲載。

- 第17号（昭和45年9月10日発行）
 内容→グラビア及び本文：西ドイツに於ける学校歯科，座談会「歯の健康診断の方法改善について」亀沢シズエ先生他。
- 第18号（昭和46年6月24日発行）
 内容 静岡県熱海市で開催された第34回全国学校歯科医大会特集，テーマ新しい教育課程を歯科保健にどの様に生かしたらよいか。
 ヨーロッパ視察（团长亀沢シズエ先生）
- 第19号（昭和46年11月20日発行）
 内容 文部省・日学歯主催「学校保健（歯科）講習会特集」
 アンケート学校歯科改善のための調査結果，加盟団体だより。
- 第20号（昭和47年3月24日発行）
 内容 第35回千葉県全国学校歯科医大会特集，参加者名簿。理事会報告。
- 第21号（昭和47年8月24日発行）本年度から会誌年3回発行。
 内容 第36回全国学校歯科医大会発表内容特集 日本短波放送学校歯科医の時間の放送内容の紹介記事。
- 第23号（昭和48年3月30日発行）第22号無し
 内容 第36回全国学校歯科医大会特集 秋田市。テーマ学校歯科への相互理解を深めるために。
- 第24号（昭和48年11月5日発行）
 内容 我が国の学校歯科への外国の影響＝榊原悠紀田郎その他論文特集。
- 第25号（昭和49年3月28日発行）
 内容 学校歯科保健講習会，会員による調査研究－寄せられた原稿から－
- 第26号（昭和49年3月31日発行）
 内容 第37回全国学校歯科医大会，東京文化会館。学校歯科活動の計画性を高めるために，常陸宮殿下同妃殿下ご臨席。
- 第27号（昭和49年9月30日発行）
 内容 第37回東京大会紙上発表，学校歯科の歩んできた道(2)榊原悠紀田郎。
- 第28号（昭和50年1月31日発行）
 内容 トップ加盟団体だより，研究論文，全日本よい歯の学校表彰校名簿34ページ掲載。
- 第29号（昭和50年3月31日発行）
 内容 第38回全国学校歯科保健大会 京都大会から名称変更。学校歯科保健の効果予防活動の方途をめざして。
- 第30号（昭和50年10月30日発行）
 内容 吉田瑩一郎先生，榊原悠紀田郎先生の研究論文など。
- 第31号（昭和51年2月15日発行）
 内容 日学歯学術委員会の研究発表，新潟，群馬，神奈川各県歯の調査発表 会誌直送について，会誌直送委員会開催。
- 第32号（昭和51年10月15日発行）
 内容 第39回全国学校歯科保健大会特集 香川県，歯科保健と保健管理の調和－地域社会とともに－
- 第33号（昭和52年3月15日発行）
 内容 これからの学校保健のあり方＝日本女子大学教授船川幡夫先生，第39回大会の紙上発表，森本基先生他の研究論文掲載。
- 第34号（昭和52年4月30日発行）
 内容 加盟団体だより，栃木県，大阪市の学校歯科保健活動の実施例。
- 第35号（昭和52年5月31日発行）
 内容 文部省吉田瑩一郎調査官－教育課程の基準の改善の方向と保健教育－ほかの研究論文掲載。
- 第36号（昭和53年2月10日発行）
 内容 第41回全国学校歯科保健大会特集 神奈川県にて開催－保健指導と保健管理の調和－よりよい歯科保健活動の実践をめざして－1,200名参集。
- 第37号（昭和53年3月31日発行）

内容 グラビアー歯科保健に関する図画・ポスターコンクール入選作品カラーで初めて掲載。フッ化物の適用，う歯半減運動，学校のう歯対策等の論文，加盟団体だより等を掲載。
編集後記 組織機構の充実を図り会員の増強に力を入れ，3年後の社団法人設立10周年には全国学校歯科医の全員加入を目指す。

○第40号（昭和54年5月25日発行）79ページ

内容 第42回全国学校歯科保健大会を終えて，奥野喜一大会委員長他
大会内容紹介，「学校歯科における班状歯」座談会

○第50号（昭和59年2月20日発行）96ページ

内容 図画ポスターコンクールグラビア，座談会「学校歯科保健推進モデル校の地区審査を終えて」－第5次むし歯半減運動の導火線－，昭和58年度学校歯科保健研究協議会－38ページ，むし歯予防推進指定校協議会，研究論文＝奈良県「むし歯の予防」，長野県「学校（園）歯科医の実態調査」etc。
編集委員＝榊原悠紀田郎・森本基・中尾俊一・石川行男・賀屋重雍・戸田裕

○第60号（昭和63年11月25日発行）88ページ

内容 昭和63年度学校歯科保健研究協議会・むし歯予防推進指定校協議会

特集，学校歯科保健のアルバム
編集委員＝梶取卓治委員長・木村雅行・出口和邦

○第70号（平成6年3月10日発行）120ページ

内容 グラビア図画ポスターコンクール，平成5年度学校歯科保健研究協議会・むし歯予防推進指定校協議会特集（青森県）
学校保健統計調査結果と学校歯科保健（猪股俊二）
編集委員＝梶取卓治・出口和邦・菅谷和夫・松谷真一・桜井善忠（担当常務）・木村雅行（担当理事）

○第80号（平成10年11月発行）170ページ前後

内容 平成10年度歯・口の健康づくり推進指定校連絡協議会，座談会「改定後の学校歯科健康診断」，依頼原稿＝日本大学歯学部赤坂守人教授，日学歯学術担当常務福井初雄先生，日本体育大学吉田瑩一郎教授，日本大学歯科病院松本光彦先生，寄稿＝高知県歯，日大歯学部付属歯科衛生専門学校，福島県三島小学校他
都道府県学校歯科保健略史（第4回），
編集後記
編集委員＝佐藤貞彦委員長・出口和邦・菅谷和夫・古川正・塚本亨・片山公平・佐貫直通・中田郁平（担当常務理事）・野溝正志（担当理事）

社団法人日本学校歯科医会加盟団体名簿 (平成11年4月現在)

会名	会長名	〒	所在地	TEL FAX
北海道歯科医師会	甲斐 雅喜	060-0031	札幌市中央区北1条東9-11	011-231-0945 011-271-7514
札幌歯科医師会学校歯科医会	鶴岡 一彦	064-0807	札幌市中央区南7条西10丁目	011-511-1543 011-511-1530
青森県学校歯科医会	立花 義康	030-0861	青森市長島1-6-9 東京生命ビル7F	0177-34-5695 0177-73-5664
岩手県歯科医師会	箱崎 守男	020-0877	盛岡市下ノ橋町2-2	019-652-1451 019-654-5474
秋田県歯科医師会	豊間 隆	010-0951	秋田市山王2-7-44	018-823-4562 018-862-9122
宮城県歯科医師会	吉田 直人	980-0803	仙台市青葉区国分町1-6-7	022-222-5960 022-225-4843
山形県歯科医師会	後藤 道	990-0031	山形市十日町2-4-35	0236-32-8020 0236-31-7477
福島県歯科医師会学校歯科医部会	誉田雄一郎	960-8105	福島市仲間町6-6 県歯科医師会内	0245-23-3266 0245-24-1323
茨城県歯科医師会	中島 早苗	310-0911	水戸市見和2-292	0292-52-2561 0292-53-1075
栃木県歯科医師会	新井 武	320-0047	宇都宮市一の沢2-2-5	028-648-0471 028-648-8149
群馬県学校歯科医会	今成 虎夫	371-0847	前橋市大友町1-5-17 県歯科医師会内	027-252-0391 027-253-6407
千葉県歯科医師会	尾崎 至郎	260-0026	千葉市中央区千葉港5-25 県医療センター内	043-241-6471 043-248-2977
埼玉県歯科医師会	蓮見 健壽	336-0011	浦和市高砂3-13-3 県衛生会館内	048-829-2323 048-829-2376
東京都学校歯科医会	西連寺愛憲	102-0073	千代田区九段北4-1-20 新歯科医師会館2F	03-3261-1675 03-3222-6528
神奈川県歯科医師会	大谷 仁	231-0013	横浜市中区住吉町6-68	045-681-2172 045-681-2426
横浜市歯科医師会	志村富士夫	231-0012	横浜市中区相生町6-107 歯科保健総合センター内	045-681-1553 045-212-4618
川崎市歯科医師会学校歯科部会	原島 稔	210-0006	川崎市川崎区砂子2-10-10	044-233-4494 044-222-3924
山梨県歯科医師会	金山 公彦	400-0015	甲府市大手1-4-1	055-252-6481 055-253-0854
長野県歯科医師会	轟 朝五	380-0936	長野市岡田町96	026-227-5711 026-224-1188
新潟県歯科医師会	神成 肅一	950-0982	新潟市堀之内南3-8-13	025-283-3030 025-283-6692
静岡県歯科医師会	田代 教平	422-8006	静岡市曲金3-3-10	054-283-2591 054-283-3590
愛知県歯科医師会	宮下 和人	460-0002	名古屋市中区丸の内3-5-18	052-962-8020 052-951-5108
名古屋市学校歯科医会	藤井 宏次	460-8508	名古屋市中区三の丸3-1-1 市教育委員会学校保健課内	052-972-3246 052-972-4177
岐阜県歯科医師会	大橋 昭	500-8486	岐阜市加納城南通1-18 県口腔保健センター内	058-274-6116 058-276-1722
三重県歯科医師会	中村 宗矩	514-0003	津市桜橋2-120-2	059-227-6488 059-227-0510
石川県歯科医師会	竹内 太郎	920-0806	金沢市神宮寺3-20-5	0762-51-1010 0762-51-6450

会 名	会長名	〒	所 在 地	TEL FAX
福井県学校歯科医会	山口 一郎	910-0001	福井市大願寺3-4-1 県歯科医師会内	0776-21-5511 0776-27-5640
富山県学校歯科医会	成瀬 達雄	930-0006	富山市新総曲輪1-7 県教育委員会福利保健課内	0764-32-4754 0764-44-4436
滋賀県歯科医師会	白石 宣	520-0044	大津市京町4-3-28	077-523-2787 077-523-2788
和歌山県学校歯科医会	辻本 信輝	640-8287	和歌山市築港1-4-7 県歯科医師会内	0734-28-3411 0734-31-2660
奈良県歯科医師会	林 秀彦	630-8002	奈良市二条町2-9-2	0742-33-0861 0742-34-1279
京都府歯科医師会	岩田 明	603-8164	京都市北区紫野東御所田町33	075-441-7171 075-441-2389
大阪府学校歯科医会	岡村親一郎	543-0033	大阪市天王寺区堂ヶ芝1-3-27 府歯科医師会内	06-6772-8367 06-6774-0488
大阪市学校歯科医会	松岡 博	543-0033	大阪市天王寺区堂ヶ芝1-3-27 府歯科医師会館内	06-6772-8362 06-6774-0488
兵庫県学校歯科医会	中塚 裕	650-0003	神戸市中央区山本通5-7-18 県歯科医師会内	078-351-4181 078-351-6655
神戸市歯科医師会 神戸市学校歯科医会	木下 祐宏	650-0003	神戸市中央区山本通5-7-17 市歯科医師会内	078-351-0087 078-371-7118
岡山県歯科医師会学校歯科医部会	坂本 茂樹	700-0813	岡山市石関町1-5	086-224-1255 086-224-8561
鳥取県歯科医師会	林 伸伍	680-0841	鳥取市吉方温泉3-751-5	0857-23-2622 0857-23-5584
広島県歯科医師会	本山 栄荘	730-0043	広島市中区富士見町11-9	082-241-5525 082-246-0389
島根県学校歯科医会	四方 正光	690-0884	松江市南田町141-9 県歯科医師会内	0852-24-2725 0852-31-0198
山口県歯科医師会	永富 稔	753-0811	山口市大字吉敷3238	0839-28-8020 0839-28-8025
徳島県学校歯科医会	川田 雄祥	770-0003	徳島市北田宮1-8-65 県歯科医師会内	0886-31-3977 0886-31-4179
香川県歯科医師会	西岡 忠文	760-0020	高松市錦町2-8-38	0878-51-4965 0878-22-4948
愛媛県歯科医師会	野村 寿郎	790-0014	松山市柳井町2-6-2	089-933-4371 089-932-5048
高知県歯科医師会	西野 恭正	780-0066	高知市比島町4-5-20	0888-24-3400 0888-72-8011
福岡県学校歯科医会	有吉 茂實	810-0041	福岡市中央区大名1-12-43 県歯科医師会内	092-714-4627 092-714-7599
福岡市学校歯科医会	大里 泰照	810-0041	福岡市中央区大名1-12-43 県歯科医師会内	092-781-6321 092-781-6512
佐賀県学校歯科医会	門司 健	840-0045	佐賀市西田代2-5-24 県歯科医師会内	0952-25-2291 0952-22-7586
長崎県歯科医師会	南 幸夫	852-8104	長崎市茂里町3-19	0958-48-5311 0958-46-0175
大分県歯科医師会	近藤 俊彦	870-0819	大分市王子新町6-1	0975-45-3151 0975-45-3155
熊本県歯科医師会	鬼塚 義行	860-0863	熊本市坪井2-3-6	096-343-8020 096-343-0623
宮崎県歯科医師会	白尾 国興	880-0021	宮崎市清水1-12-2	0985-29-0055 0985-22-6551
鹿児島県学校歯科医会	大殿 雅次	892-0841	鹿児島市照国町13-15 県歯科医師会内	0992-26-5291 0992-23-6079
沖縄県歯科医師会学校歯科医会	喜屋武 満	901-2134	浦添市字港川1-36-3	0988-77-1811 0988-77-7925

社団法人日本学校歯科医会役員名簿 (任期：平成11年4月1日～平成13年3月31日)

役 職	役員名	〒	住 所	TEL	FAX
会 長	西連寺愛憲	176-0022	東京都練馬区向山1-14-17	03-3999-5489 自03-3999-5433	03-3999-5428
副 会 長	松島 悌二	730-0821	広島県広島市中区吉島町1-12	082-241-7202 自082-241-7248	082-244-1115
”	梅田 昭夫	136-0072	東京都江東区大島7-1-18	03-3681-4589	03-3684-2288
”	桜井 善忠	116-0013	東京都荒川区西日暮里5-14-12 太陽ビル4F太陽歯科	03-3805-1715 自03-3891-0469	03-3801-6499 自03-3891-0474
専務理事	福井 初雄	275-0017	千葉県習志野市藤崎4-1-16	0474-75-8148 診0474-79-2234	0474-79-0797 診0474-78-7745
常務理事	藤岡 道治	738-0042	広島県廿日市市地御前1-9-30	0829-36-1666 自0829-36-3800	0829-36-2196
常務待遇理事	森本 基	170-0012	東京都豊島区上池袋3-22-13	自03-3915-7598	自03-5907-7913
常務理事	阿部洋一郎	981-3212	宮城県仙台市泉区長命ヶ丘3-2-7 長命ヶ丘グリーン歯科クリニック	022-378-1580 自022-275-8875	022-378-2237 自022-275-8875
”	野溝 正志	316-0014	茨城県日立市東金沢町5-4-18	0294-34-4130 自0294-34-5852	自0294-34-5852
”	浦島 治	368-0046	埼玉県秩父市宮側町20-19	0494-22-0250	0494-22-8660
”	中田 郁平	179-0081	東京都練馬区北町1-30-2	03-3933-2745 自03-3939-5291	03-5398-0222
”	丸山進一郎	146-0085	東京都大田区久が原5-26-1	診03-3768-8388 診048-464-8388	診03-3768-8384 診048-464-8450
”	相澤 恒	229-1105	神奈川県相模原市小山3-16-5	042-773-2256 自042-773-2273	042-773-2256
”	河合 良明	460-0011	愛知県名古屋市中区大須3-46-2	052-262-4466	052-262-4468
”	藤井 宏次	456-0073	愛知県名古屋市中区千代田町17-8 食品ビル2F	052-682-3988 自052-833-2543	052-682-8189 自052-833-0876
”	瀬尾 正	561-0832	大阪府豊中市庄内西町4-1-21庄栄ビル	06-6334-3225 自06-6863-5026	06-6334-0329
”	中井 洋	661-0002	兵庫県尼崎市塚口町3-26-6	06-6422-2860 自06-6422-7272	06-6423-1010
”	野見山滋光	820-0040	福岡県飯塚市吉原町11-3	0948-22-6400 自0948-22-1833	0948-24-6134
理 事	本内 榮一	962-0848	福島県須賀川市弘法坦40-2	0248-73-2949	0248-72-3959
”	田中 順	370-0828	群馬県高崎市宮元町109	自027-323-1523 診027-323-8016	自027-324-6463
”	望月 兵衛	178-0061	東京都練馬区大泉学園町8-3-26	03-3922-1210 自03-3922-0717	03-3925-3796
”	藤原 雅和	437-1612	静岡県小笠郡浜岡町池新田2717-2	0537-86-2104 自0537-86-5385	0537-86-5385
”	柘植 紳平	509-8231	岐阜県恵那市中野方町3384-5	0573-23-2112	0573-23-2112
”	人見 晃司	520-0817	滋賀県大津市昭和町9-16	077-525-4307 自077-525-5607	077-525-4307
”	佐々木 貞	610-0121	京都府城陽市寺田樋尻12-85	0774-52-5375 自0774-53-5966	0774-54-1263

役 職	役員名	〒	住 所	T E L	F A X
理 事	箸方 俊雄	547-0027	大阪府大阪市平野区喜連4-7-15 むつみ住建ビル3F	06-6706-0442 自0729-58-2178	06-6706-0442 自0729-58-2178
”	田中 雄三	790-0821	愛媛県松山市木屋町2-2-17	089-922-5888	089-924-1530
”	高島 恭一	783-0004	高知県南国市大坩甲2287	0888-64-1182	0888-64-1460
”	吉元 辰二	890-0014	鹿児島県鹿児島市草牟田2-1-6	099-222-4348 自099-258-3980	099-224-2384 自099-258-3980
監 事	立花 義康	031-0036	青森県八戸市大工町16-2	0178-22-7810 自0178-25-2748	0178-47-0372
”	秋山 友蔵	310-0802	茨城県水戸市棚町3-2-9	029-225-2727	029-225-2728
”	平塚 哲夫	600-8449	京都府京都市下京区新町通松原下ル富永町103	075-351-5391	075-351-5391
顧 問	中原 爽	102-0073	東京都千代田区九段北4-1-20 日本歯科医師会内	03-3262-9331	
”	榊原悠紀田郎	222-0012	神奈川県横浜市港北区富士塚1-11-12	045-401-9448	045-401-9622
”	石川 實	178-0076	東京都練馬区東大泉6-46-7	03-3922-2631 自03-3922-9813	03-3923-0007
参 与	木村慎一郎	575-0023	大阪府四條畷市楠公2-8-25	0720-78-0275	0720-79-5231
”	湯浅 太郎	260-0015	千葉県千葉市中央区富士見2-1-1 ニュー千葉ビル内大百堂歯科	043-227-9311	043-222-0552
”	麻生 敏夫	335-0002	埼玉県蕨市塚越1-3-19	048-441-0258	
”	中脇 恒夫	151-0064	東京都渋谷区上原3-9-5	03-3467-2030	03-3467-2030
”	生駒 等	550-0014	大阪府大阪市西区北堀江1-11-10	06-531-6444	06-533-3529
”	中森 康二	674-0074	兵庫県明石市魚住町清水553-1	078-946-0089	078-947-5840
”	中島 清則	930-0044	富山県富山市中央通1-3-17	0764-21-3871	
”	岡田 誠一	653-0031	兵庫県神戸市長田区西尻池町2-3-6 フォレスト1F	078-631-6565	078-631-6565
”	西野 恭正	780-0842	高知県高知市追手筋1-6-3 千頭ビル2F	0888-23-5252 自0888-72-7091	0888-75-3467
”	小林 菊生	131-0046	東京都墨田区京島3-62-2	03-3617-3834	03-3617-8110
”	郷家 智道	984-0061	宮城県仙台市若林区南鍛冶町30	022-223-3306 自022-258-5444	022-223-3306
”	神戸 義二	372-0812	群馬県伊勢崎市連取町841-2	自0270-24-7665	自0270-26-3067
”	五十嵐武美	239-0833	神奈川県横須賀市ハイランド1-55-3	0468-48-3409 自0468-49-6928	自0468-49-6928
”	岡村親一郎	598-0054	大阪府泉佐野市栄町3-10	0724-62-1201	0724-62-5797
”	飯島 恵一	675-0065	兵庫県加古川市加古川町篠原81-1	0794-22-2571	0794-22-2571
”	竜門 敦子	594-1102	大阪府和泉市和田町103-4	0725-55-2141	自0725-56-2638
”	有吉 茂實	811-3217	福岡県宗像郡福間町中央3-4-5	自0940-42-0071	092-413-9633

編集後記

◆ 今、学校教育が大きく変わろうとしています。昨年の教育課程審議会答申を受けて、平成14年から完全週5日制が実施されます。今その準備期間中ですが、「ゆとり」の中で「特色ある教育」を展開し、子供達に自ら学び自ら考える「生きる力」を育成する事を大きな狙いとしています。今まで以上に体験的な学習、問題解決的な学習が重視されます。正に歯科保健はその特徴や今までの実績から生きた教材として注目を浴びる事になります。そうした時に学校歯科医サイドが十分な対応をとれないとしたら一人取り残されてしまうことになります。

西連寺会長がこれから21世紀の重要課題として、学校歯科医の資質の向上を唱えています。その背景にはこうした時代の流れがあります。

西野教授論文「パラダイム・シフト」の論旨もここにあると思います。時代の流れに乗り遅れないよう、時代の求めに応えられるよう研鑽を積み重ねばと思うこの頃です。

尚、学術論文の多くは中田郁平常務のお骨折りに寄るところで心より感謝申し上げます。

(野溝正志)

◆ 今回は学術誌として、徳島大の西野先生パラダイム・シフト、明海大の安井先生の学術情報としてのスポーツ歯科学、日学歯常務理事の森本先生の東南アジアの学校歯科保健、日学歯の拓植理事のCO、日大松戸の前田先生の歯科と遺伝子と、各方面からの執筆原稿が集まり、盛澤山で先生方のご期待に沿えるものと存じます。十分に吸収されてご活用下さればと思っています。たまたま9月7日付の朝日新聞にのっていたのですが、臓器移植法に基づく脳死判定をめぐる、ただ一点この女性の左耳の鼓膜が破れており、氷水を入れて目が動くかどうかを確かめる前庭反射検査を両耳で行うことが出来なかった。厚生省がこの点について2回目の判定に進むことに難色を示し、そのため病院側は判定の中止を決めたと書かれてあった。他の種々の条件はすべてとのっていたのに、現行の判定基準には、鼓膜などの損傷した患者の扱いについて詳細な取り決めが盛り込まれていなかったようだ。十代後半の女性に対し後悔の念の残るようなやりきれない結末になったものだと感じた1人である。(片山公平)

◆ 東京ディズニーランドで、銀座の街角で2000年へのカウントダウンが始まっている。1999年の夏は国内外で様々な事件、事故の起きた年となった。

トルコ共和国・台湾での大地震、東ティモールでの紛争、キルギスでの邦人拉致事件、各地での水害キャンパーの事故等々、異常気象や「世紀末の現象」の一言で語ることは出来ない昨今であります。

アメリカの哲学者レオ・バスキア作の『葉っぱのフレディ』-いのちの旅-この一冊の絵本は、「生きる」こと、人生を「考える」問い掛けとして、一服の清涼剤として感銘深いものとなりました。

未だ先の見えない経済環境の下、ややもすれば薄れがちな人間関係の中でこの主人公フレディのような人生を送りたいものであります。(塚本 亨)

◆ 本年度4月より会誌・広報編集委員会のお手伝いをさせていただいております。先輩の委員の方々には知識、職歴が豊富な諸先生方なのでいろいろ教えていただきながら、ご迷惑にならないよう微力ながら会誌・広報の充実に努めてゆくつもりです。

通勤に利用している駅にある薬局に「クロムでここまで痩せられる。」とのコピーで術前、術後の女性の全身写真入りのポスターが貼ってありました。クロムといえばすぐに「六価クロム」といった猛毒を連想する世代なので、ほんとにいいのかなあと首をかしげてしまいます。また以前私のところで働いてくれた少しぼちゃりしたスタッフは「何とかエステ」にはまり数十万円納めたあげく、その業者は夜逃げをしてしまい、なけなしの貯金をだましとられて大変に気の毒でした。この手の話は別に目新しいことではありませんが、こちらが欲しがっている場合についだまされてしまうといったことはままありがちです。第3者の目でみれば、すぐにおかしいとわかることでも、渴望のあまりそのもの本質

を見極められないということなのでしょう。そうしたことは視点を我々の分野にむけてもしばしばおこっていることです。いまだに、新材料、新技術といったふれこみで釣り糸をたれている業者や、いたずらに焦燥感をあおって客を集める講習会、研修会の類はあふれています。だからこそいろいろな情報の洪水の中で自分に本当に必要な情報を冷静な目で見ながら摂取選択してゆかなければならないと痛感しています。その点においても「日本学校歯科医会誌」、広報「日学歯」が先生方に生きた有益な情報源となるよう先輩諸先生方と一緒に努めてまいりますのでよろしくお願いいたします。

(伊従 明)

◆ 平成11年度の日本学校歯科医会もスタートし、本年最初の会誌が82号になります。学校歯科医の先生方に少しでも役立つ会誌づくりを目指して編集委員会に参加しております。本号はパターンを変えて、学術論文を前のページにもってきて、平成11年度歯・口の健康づくり推進指定校協議会は後のページに入れ換えました。

「わが国の学校歯科保健とアジア諸国」の原稿を森本基先生に頂きました。今までは、日本の学校歯科保健に目を向けるケースが多く、また国際的にも欧米中心でしたが、アジアにおける学校歯科保健の現状に対しても理解を深めていかなければならないと思います。

その国の子供たちの口腔保健が如何に守られ、向上していつているか、見聞を深めることは有意義なことだと思います。

「歯科と遺伝子」2回連載となりますが日大松戸歯学部前田隆秀教授の論文です。またスポーツ歯科学(学術情報)、外傷に関する原稿を安井利一教授、中島一郎先生に頂き、学校歯科医としてばかりでなく歯科医としても大変意味のある学術特集と思います。

日本学校歯科医会が社団法人として21世紀をむかえるちょうど節目に、30周年、学校歯科医制度ができて70周年になります。私達は学校歯科医として、また歯科医師として資質の向上を図るべく不断の努力を続けねばなりません。子供たちの歯科保健教育に対する提言、アドバイスを常に発信していくためにもわれわれの努力を怠ってはならないと思います。

(佐貫直通)

日本学校歯科医会会誌 第82号

印刷 平成11年11月20日
発行 平成11年11月25日
発行人 日本学校歯科医会 福井 初雄
東京都千代田区九段北4-1-20
TEL (03)3263-9330 FAX (03)3263-9634
編集委員 佐藤貞彦・古川 正・片山公平・塚本 亨
佐貫直通・伊従 明・野堀幸夫
野溝正志 (担当常務理事)
印刷所 一世印刷株式会社

国内外特許取得 この用品は成人用です

マウスエイド

簡単・便利な口腔ケア用品



食前、食後の3分間で、 自分で出来る

えんげ 嚙下のリハビリと口腔清掃。

①口輪筋のリハビリと口腔清掃

唾液の流出と共に、口唇閉鎖による口腔内の引圧を強化します。

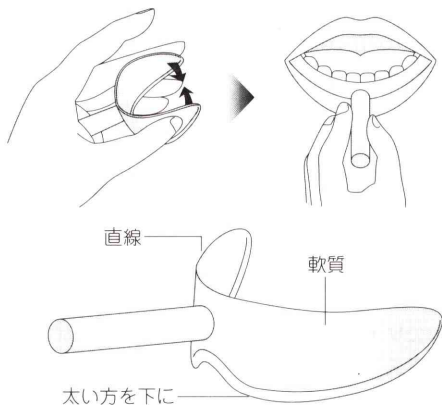
②舌のリハビリと清掃

食物の送り込みがスムーズに出来るようになります。

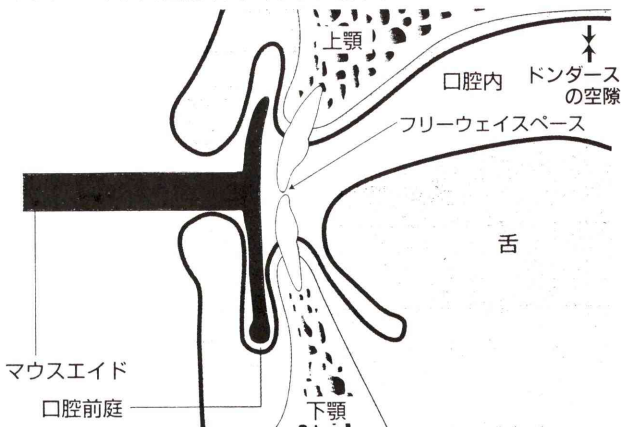
③喉頭のリハビリと清掃

ゴックン(空嚙下)が出来るようになります。

●装着●



マウスエイド口唇閉鎖時(下顎安静位)



●ご注文 および お問い合わせ

ホームページもご覧ください。インターネット・ホームページ <http://dentalaid.galleryit.com>

●発売元

日本全国送料込み 定価 ¥3,800(税別) 代引にてお送り致します



有限会社 **デンタルエイド**

〒153-0043

東京都目黒区東山 1-11-5

TEL 03 (3710) 3838(代)

FAX 03 (3710) 0330

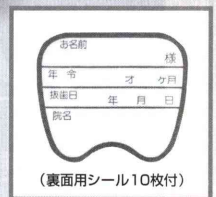


KOSAKA

乳歯のおうち

— MILK TOOTH HOLDER —

抜歯した歯をこの「乳歯のおうち」に入れて患者さんにお渡ししたり、妊婦の方に検診記念として、差し上げますと大変喜ばれます。特にお子様の乳歯の場合は、大切な「宝物」であり、成長記録にもなります。「乳歯のおうち」は、樹から生まれた、歯型のマスコット人形です。プラスチックにない手ざわりと木の温もり、そして人形の可愛い笑顔が毎日の生活に潤いを与えます！



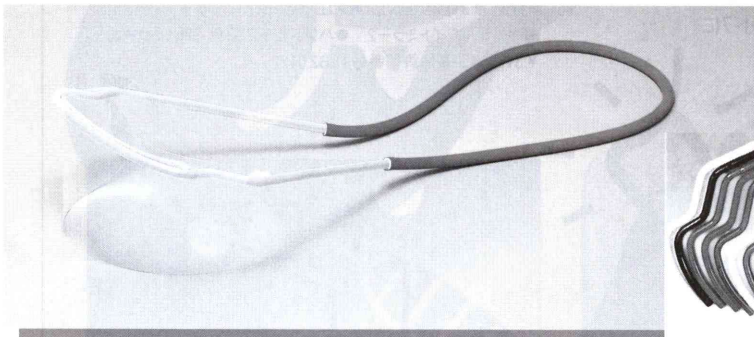
(裏面用シール10枚付)

「乳歯のおうち」は、開院祝いや、ゴルフコンペ、誕生日会の手土産などに、歯科医から歯科医へ感性の贈物としてご利用ください。また、不況の時代は、心のこもったPRが必要と言われております！「乳歯のおうち」の裏面用シールに患者様名、抜歯日、院名等を記入することによって、「乳歯のおうち」は先生と患者さんとを結び、心のこもったPR人形にもなります。

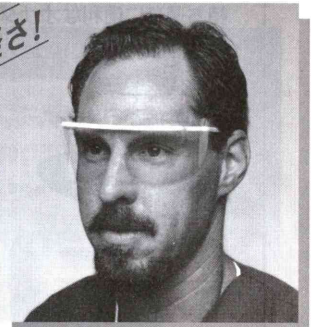
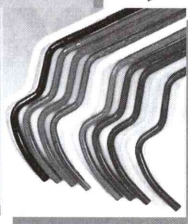
■「乳歯のおうち」は歯科医院専用品のため、薬局やスーパー、コンビニでは取扱っておりません（※患者さんにご販売の場合・患者様購入価格、1個¥480）

【包装・価格】10色・30個入 ¥9,000

【サイズ:H45×W35×D30mm】・補充用別売/裏面用シール20枚入



わずか
8gの軽さ!



アメリカの歯科界で人気沸騰中!

●保護メガネ

アイシールド KOSAKA Eyeshield U.S.A

軽量・経済的で違和感なく装着でき、しかも顔の側面まで広く保護します。メガネを使用の方も、切削・研磨作業時の粉塵や汚れを防ぐために、メガネの上から「アイシールド」を簡単に掛けられますので、大変便利に利用できます。

※ゴムバンドは、お好みによってご使用ください。

【包装・価格】1セット¥1,600

【セット内容】フレーム/（ビビットパープル、ティールブルー、ビビットブルー、サターンイエロー、オーロラピンク）5本（各色1本） シールド/10枚 ゴムバンド/1本 補充用別売/シールド（レンズ）25枚入 ¥1,980

Protect your Eyes in Style

Eyeshield Work Great Over Glasses !

Goggles Frames Come in Assorted Colors !

総合歯科輸入商社

輸入発売元 株式会社 **コサカ**

東京都練馬区豊玉中2-18-14 TEL03 (3557) 4111 (代表)

サービスFAX ☎0120-11-4111

KOSAKA DENTAL SUPPLY CO., LTD. 許可番号13BY0991

http://www.kosaka.co.jp/E-mail:dental@kosaka.co.jp

※写真と実物の色が異なる場合があります。



集団歯科検診・在宅診療に
在宅診療時、口腔内に十分な光が届かず、
お困りなられたことはありませんか？
高齢化社会を迎える地域医療における訪問診療、
集団検診、総合病院での院内治療などを行なえるよう、
先生方のニーズにお応えしました。

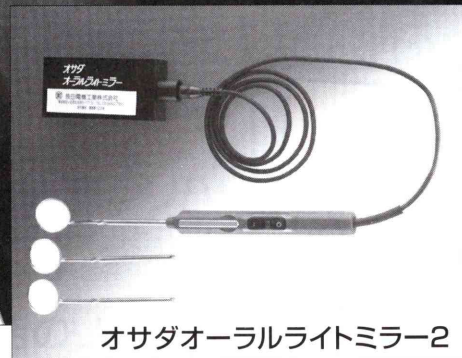
光



口腔診査鏡

オサダオーラルライトミラー

- 十分なライト光により、う蝕発見率が高まります。
- 臼歯部の近遠心部及び頬舌側部の検診が容易に行えます。
- ミラー部はワンタッチで交換でき、オートクレーブによる滅菌が可能。
- 軽く持ちやすいので長時間の診療でも疲れません。
- 電池BOXはコンパクトサイズですので、胸ポケットに収納できます。



オサダオーラルライトミラー2

- 照度 700Lx(ミラー面にて) ● 連続使用時間 3時間
 - 全長 185mm(ミラー部75mm含)
 - 電池BOX寸法 37×85×19mm ● ミラー(標準φ20mm)3ヶ付
 - 電源 単3電池(2本) ● 電圧 3V
 - オーラルライトミラー2 ● ハンドピース重量 32g(ミラー含)
- ¥31,500 製造許可番号13BZ0122

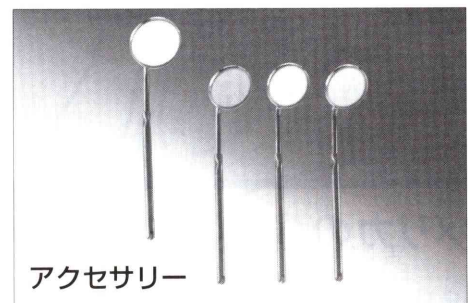
持ち運びに便利なオサダポータブルユニット7にあわせてご使用いただけますと、
更に効果的な
訪問診療が行えます。

**在宅歯科
診療用ユニット**



オサダポータブルユニット7

- ユニット部 ● 電源入力 電圧 交流100V 周波数50/60Hz 電流1.7A(一般家庭用電源)
 - 分類 クラスI・B形 ● W410×D220×H510mm ● 重量 9.0kg
 - コンプレッサー部 ● W280×D170×H220mm ● 重量 4.8kg
- ¥1,430,000 製造承認番号20700BZZ01020



アクセサリ

- ミラー標準(φ20mm) ● ミラー小(φ17mm)
- 10本入 ¥7,000 10本入 ¥7,000
- 50本入 ¥30,000(1本¥600) 50本入 ¥30,000(1本¥600)
- 100本入 ¥50,000(1本¥500) 100本入 ¥50,000(1本¥500)

<http://www.osada-electric.co.jp>



長田電機工業株式会社
〒141-8517 東京都品川区西五反田5-17-5

TEL 03(3492)7651
FAX 03(3492)7506

※詳しい資料ご希望の方は、商品名、掲載誌名を明記の上、本社お客様センター係宛にハガキでご請求下さい。
※この広告掲載商品は改良の為、予告なしに仕様を変更することがありますので予めご了承下さい。消費税は別途申し受けます。

札幌1 011(747)1391	大宮 048(652)0401	神奈川1 045(441)3151	名古屋3 052(932)0631	福岡1 092(431)7774
札幌2 011(747)1391	千葉 043(278)6152	神奈川2 045(441)3151	大阪1 06(6281)1227	福岡2 092(431)7774
盛岡 019(653)5464	西東京 042(524)9186	神奈川3 045(441)3151	大阪2 06(6281)1227	長崎 095(844)4095
仙台 022(262)1705	東京1 03(3494)2271	神奈川4 045(441)3151	神戸 078(251)0649	熊本 096(383)6770
郡山 024(933)4947	東京2 03(3494)2271	長野 0263(471)7060	山崎 086(225)5689	鹿児島 099(256)6869
新潟 025(265)3710	東京3 03(3494)2271	静岡 054(252)0642	広島1 082(241)7165	沖縄 098(862)0683
宇都宮 028(638)5185	東京4 03(3494)2271	名古屋1 052(932)0631	広島2 082(241)7165	OSADA, INC.
水戸 029(231)6771	東京5 03(3494)2271	名古屋2 052(932)0631	高松 087(833)9565	

歯牙保存液「ネオ」は、けがで抜けた大事な歯を、元に戻すために、歯医者さんへ届ける保存液です。

奨励：日本学校歯科協会

歯には歯根膜とよばれる歯を支えている組織がありますが、この歯根膜は乾燥に弱く、口の外での生存は30分位が限界とされています。しかし、歯根膜が生きていれば歯を元の位置に戻す(再植)ことにより、歯は再び機能を回復する可能性があります。歯牙保存液「ネオ」は再植までの間、歯根膜を乾燥から保護し、生存させる環境を提供します。



歯牙保存液「ネオ」



滅菌済

保管方法：室温保存
使用期限：製造後2年
包装：35ml・2本入
標準価格：3,000円

- 容器には本人以外の歯を入れしないでください。
- 再植した歯は、最良の治療を行っても失うことがあります。
- 本品は無害ですが、飲用しないでください。
- 本品は4℃で24時間、歯を保存できることが確認されていますが、できるだけ早く歯科医院へ行ってください。

●本品の購入にあたっては、学校歯科医、かかりつけの歯科医にご相談してください。



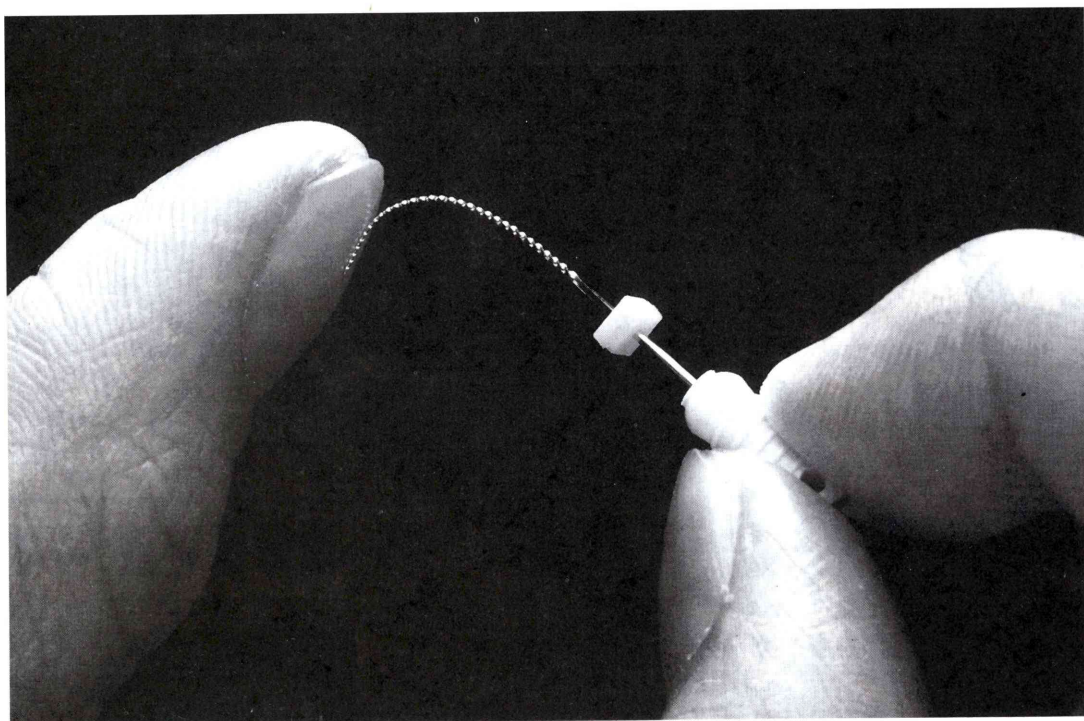
ネオ製薬工業株式会社

〒150 東京都渋谷区広尾3丁目1番3号
Tel. (03)3400-3768 (代) Fax. (03)3499-0613



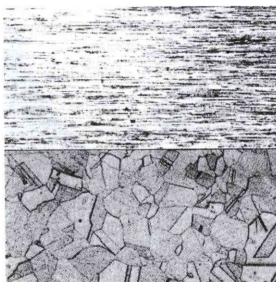
MANI®

精緻を極めて。

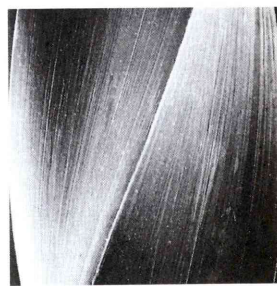


マニー・ハードファイバー・ステンレス・スチールを採用することで、優れた耐蝕性と適度な靱性、硬度を実現。

ステンレススチールの中でもサビにくく、高い延性を持つ18-8ステンレススチール。この材質に独自の精線加工を加え、靱性と硬度という相反する要素を極限まで追及し、マニー・ハードファイバー・ステンレス・スチールの開発に成功しました。その結果、治療器具として要求される種々の条件をクリアしています。



▲上：マニー製品の金属組織顕微鏡写真
(繊維状組織)
下：一般的な18-8 Stainless Steelの
組織写真 (一般組織)



▲走査型電子顕微鏡による拡大写真

製造 **MANI**®
MANI, INC. | マニー株式会社

販売 株式会社 **モリタ**

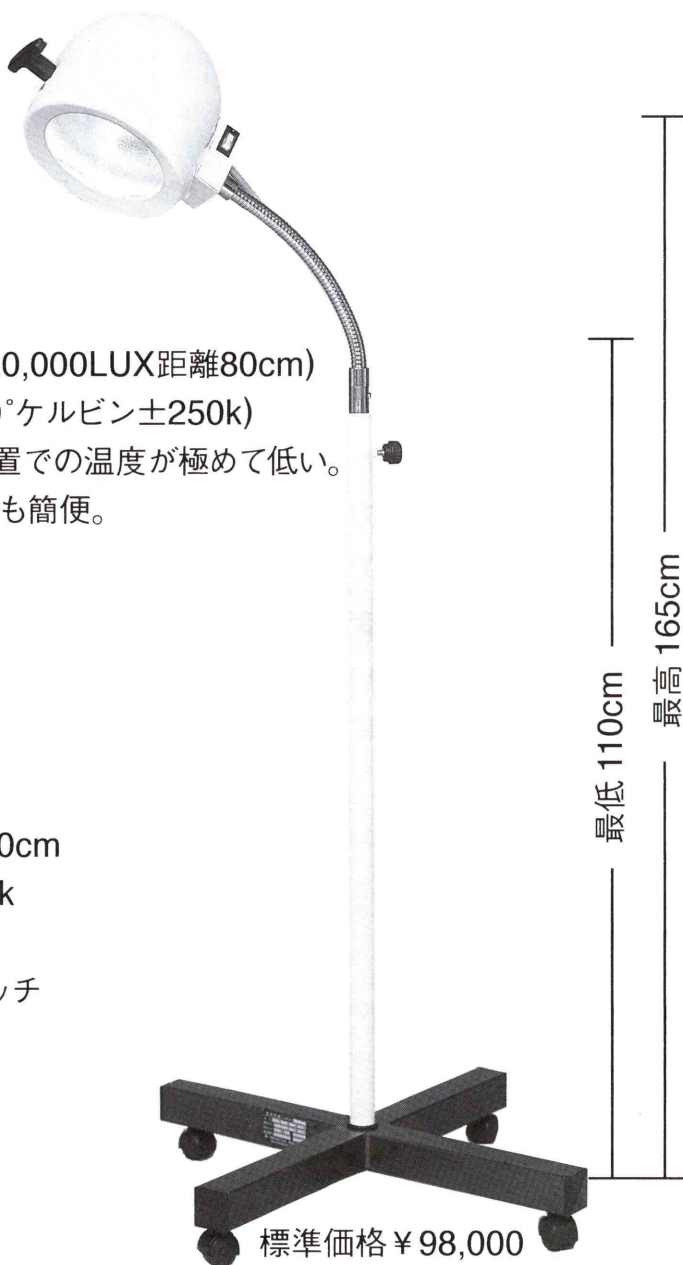
本社工場 ■〒329-1234 栃木県塩谷郡高根沢町中阿久津743 Tel:028-675-1511(代) [09BZ0013/09BY0012]
【歯科営業】 Tel:028-675-3931 / Fax:028-675-4256
清原工場 ■〒321-3231 栃木県宇都宮市清原工業団地8-3 Tel:028-667-1811(代) [09BZ0133]
743 NAKAOKITSU TAKANEZAWA-MACHI TOCHIGI-KEN, 329-1234 JAPAN
Exp.Sec./Phone: 028-675-3311 Telefax: 028-675-4256 Telex: 3522317 MANI J
大阪本社 ■大阪府吹田市垂水町3丁目33番18号 Tel:06-6380-2525
東京本社 ■東京都台東区上野2丁目11番15号 Tel:03-3834-6161

デンターライトSX

Dentar Light-SX

社団法人 日本学校歯科医会 推薦品

学校検診ライトに……



〈特 長〉

- ◎口腔内をもらさず明るく照らす(20,000LUX距離80cm)
- ◎目に優しい自然光に近い(4,000°ケルビン±250k)
- ◎無熱性構造でドクターの頭部位置での温度が極めて低い。
- ◎操作は自在。持ち運びや組立ても簡便。
- ◎診療室での補助照明にも便利。

〈仕 様〉

- 入 力：AC100V 55W(VA)
- 電 球：ハロゲン 100V-55W
- 照 度：20,000ルクス距離80cm
- 色 温 度：4,000°ケルビン±250k
- 灯 径：18cm
- スイッチ：灯部へ ON/OFFスイッチ
- 総 重 量：5.5kg

最低 110cm

最高 165cm

標準価格 ¥ 98,000

(発売元) 株式会社 **C-ヤル** 製作所

デジタルハイジー/別冊

わかる! できる! 実践カリオロジー

熊谷 崇
藤木 省三
熊谷ふじ子/編著

カリオロジーの発展によりその病因論が明らかになりつつあるいま、健康な歯を守り育てる歯科医療への転換が求められています。

本別冊では、カリオロジーを基にした歯科医療を実践するために、カリオロジーの基本的な考え方からチェアサイドで役立つ臨床例までをビジュアルにわかりやすくまとめました。

患者さんの健康を願い、守り続けるためにもぜひとも手元においておきたい一冊です。

B5判/128p
定価
(本体2,600円+税)

目次 C O N T E N T S

1章 データにみる歯科医療の実態

DMFTとカリエスフリーの状況/世界(歯科先進国)の状況/日本の状況/山形県の状況/小学校における学校歯科健診の結果/日吉歯科診療所の患者統計から

2章 絵でみる齲蝕の病因論

齲蝕のプロセス/脱灰と再石灰化/脱灰と再石灰化に關する要因/齲蝕原性菌(ミュータンス菌)の母から子への感染/唾液の働き/食生活/歯質と臨界pH/フッ化物/できてしまった齲窩に対する治療と齲蝕のプロセスに対する治療/リスク要因の診断と改善/予防管理によるリスクの変化/局所環境におけるリスク要因の診断と改善/修復に踏み切るための判断基準

3章 カリオロジー「実践」のためのイロハ

治療の流れ/初診時の患者への対応/問診表の例と問診の取り方の実際/リスク診断の意義と患者への説明の仕方/口腔内写真、X線写真の導入と撮影/サリバテストの実際/齲蝕のリスク診断に基づく総合評価/メンテナンスプログラム/ホームケアとプロフェッショナルケア

4章 症例で見てみよう

乳歯列のカリエスフリーを目指して/乳歯列ランバントカリエスからカリエスフリーへの永久歯列へ/唾液分泌量、緩衝能の変化したケース/齲蝕と生活習慣の深い関係/齲蝕の部位特異性/シーラントの適応と手順/フッ化物応用のガイドラインと実際/永久歯カリエスフリーの維持/一般的な大人の永久歯列の継続的な管理

付録

お助けQ & A
予防関連商品一覧

医歯薬出版株式会社



ボンディング材
フルオロボンド
 IMPERVA FLUORO BOND
 コンポジットレジン
ライトフィルⅡ
 LITE-FIL II

ベストマッチで 充填充実



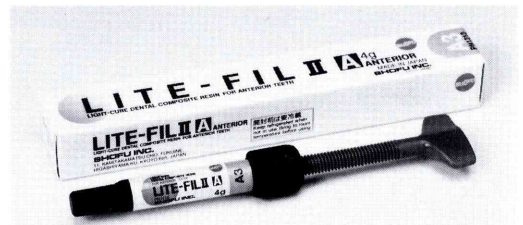
同系統のモノマーを使用している
 ライトフィルⅡとフルオロボンドはセットで用いると
 より優れた接着性を発揮します。

最短操作でフッ素含有の
 新ボンディング材



医療用具承認番号 21100BZZ00301
 インパーバ フルオロボンド…¥17,000

優れた審美性と操作性に
 ハイブリッドタイプの信頼性を秘めた
 コンポジットレジン



医療用具承認番号 20800BZZ00016
ライトフィルⅡ A (前歯部用)
 4g: 1本 ¥3,000
 (色調) A1, A2, A3, A3.5, B2, B3, B4, C3, A2D, A3D, A3.5D, B3D, E1
 医療用具承認番号 20800BZZ00016
ライトフィルⅡ P (臼歯部用)
 4g: 1本 ¥3,000
 (色調) A2, A3, B3, CU, AH
 価格は1999年10月現在の標準医院価格 (消費税抜き)

2ステップ
 エナメル質と象牙質を
 同時処理
45秒
 &
**天然歯に
 マッチ**

フッ素含有光重合型ボンディングシステム
**インパーバ
 フルオロボンド**
 ハイブリッドタイプ光重合型
 コンポジットレジン
ライトフィルⅡ

もっと確かなプラークコントロール のための提案です。



「デキストラナーゼ酵素」を配合しているのは、PCクリニカだけ。
歯にくっついた歯垢を分解・除去し、しかも歯をコーティングして
歯垢をつきにくくするので、高いムシ歯予防効果を発揮します。
さあ、PCクリニカで、もっと確かなプラークコントロールを。

PCクリニカ

PCクリニカは国際歯科連盟の活動を賛助しています。
Federation Dental International

