

# 日本学校歯科医会 会誌

JOURNAL OF  
THE JAPAN ASSOCIATION OF  
SCHOOL DENTISTS



平成28年度 歯・口の健康に関する図画・ポスターコンクール  
中学校の部 最優秀賞 深田菜央香さんの作品

特集2

学校歯科における  
う蝕学(カリオロジー)

特集1

座談会

口腔機能の評価と学校歯科  
健康診断  
〜主に歯列・咬合の状態の評価から〜

名簿

役員・加盟団体

日学歯広場

「生きる力」から「生き抜く力」へ

研究発表

我が国における就学前児の  
口腔保健推進のための方策

報告

『第74回全国小学生歯みがき大会』を開催

たより

生きる力をはぐくむ歯・口の健康づくり  
推進事業たより Vol.11





**巻頭言** (一社)日本学校歯科医会 会長 川本 強 3

資料

名簿

役員 4

加盟団体 5

4

名簿

日学歯HPに新設した「加盟団体資料集(旧:加盟団体BOX)」のご紹介 6

特集①

## 口腔機能の評価と学校歯科健康診断 ～主に歯列・咬合の状態の評価から～

黒田敬之・木嶋晴代・土屋俊夫・丸山進一郎・倉治ななえ・佐々木貴浩・兼元妙子

**参考資料** 『学校歯科医の活動指針』付録  
『学校歯科健康診断における歯列・咬合および顎関節の診査基準の見直し』〈抜粋〉  
『児童生徒健康診断票(歯・口)記入方法』〈抜粋〉

9

特集①

特集②

## 学校歯科におけるう蝕学(カリオロジー)

- 学識者の立場から 桃井保子 30
- 学校現場の立場から 土屋俊夫 38

29

特集②

日学歯広場

## 「生きる力」から「生き抜く力」へ

- 執行部の立場から 齋藤秀子
- 学識者の立場から 湯田厚子

44

日学歯広場

研究発表

## 我が国における就学前児の口腔保健推進のための方策

昭和大学歯学部 小児成育歯科学講座 客員教授 井上美津子

48

研究発表

報告

## 『第74回全国小学生歯みがき大会』を開催

公益財団法人ライオン歯科衛生研究所 保健研究部 部長 稲葉 卓

54

歯みがき大会

- 生きる力をはぐくむ歯・口の健康づくり推進事業たより VOL.11 58
- インフォメーション **予告** 第81回全国学校歯科保健研究大会 64
- インフォメーション **予告** 第67回全国学校歯科医協議会 66
- 出版物案内 67 ● 編集後記 68

# 6月22日は 学校歯科医の日



平成28年度 歯・口の健康に関する図画・ポスターコンクール  
小学校高学年の部 最優秀賞 石川京奈さんの作品

昭和6年（1931年）6月22日、  
日本で初めて各学校に学校歯科医を置くことが  
「学校歯科医及幼稚園歯科医令」により  
制度化されたことを記念しています。

## 頂のない山登り

第92回日本学校歯科医会定時総会および総会后開催されました理事会におきまして、会長に選出されました川本強です。学校歯科保健活動には長く関与して参りましたが、会長に就任致しましてその重責に改めて身の引き締まる思いでございます。

私は日本学校歯科医会の使命は、一言で表しますと教育基本法第1章の目的に記載されています通り「心身ともに健康な次世代の国民の育成」にあると思っております。「健康な次世代の国民の育成」とは、すなわち現在の児童生徒の健全なる育成に他ありません。

人生に関与する歯科保健は種々挙げられます。母子歯科保健に始まり学校歯科保健へと受け継がれ、成人歯科保健から老人歯科保健へと繋がり、それは8020運動の目的と合致するものと思われます。私はそのライフステージの中でも最も大切な時期が学校歯科保健と確信しております。

先生方ご承知の如く学校歯科保健は、教育・管理・組織活動の3部門に大別されますが、私は従来、その中でも教育が核であり、管理・組織活動の成果はいずれ教育に還元されるべきと考えております。この歯科保健教育が最も大切であるという考えは古く、昭和9年官報に文部省衛生官大西永次郎氏が「教育としての学校歯科」というタイトルで記載されております。原文をそのまま抜粋させていただきます。「前略～絶大な時間と努力とを犠牲にして詳細な歯牙の検査を施行し、精密な統計的調査をはり、進んで歯科治療の設備を充実したからといっても、それだけでは学校歯科が完全であるとは考えてはならない。それは歯科医学としての学校歯科であっても、教育としての学校歯科ではない。学校歯科医は単に学校という場所において、児童を対象として歯科医術を応用する臨床歯科医家でないのである。学校歯科医としての本質的使命は、その全部的努力を臨床歯科を通じて、また教師を通じて、児童生徒の歯科衛生に対する思想の啓培と習性の陶冶ならびに実行の指導、換言すれば、学校歯科を教材としての教育的指導が教育としての学校歯科であり、かつ将来の学校歯科衛生の新しい生命でなければならない～後略」。この文は、私にとって今でも新鮮であり、普遍的提言と思っております。

私は、学校歯科保健活動は山頂に到達することの出来ない山登りと思っております。新入生を迎え馴染んだところで、次の新入生を迎えるのです。これが永遠に続くのです。ならば児童生徒を中心に、学校歯科医、養護教諭ならびに多くの関係者が一団となって、楽しみながらハイキングでもしているかのように「心身ともに健康な次世代の国民育成」という山頂に向かおうではありませんか。日本学校歯科医会は、いつでもご一緒して頂ける先生をお待ちしております。



一般社団法人 日本学校歯科医会  
会長 川本 強

一般社団法人日本学校歯科医会 役員名簿（平成29年8月31日現在）

（任期：平成29年6月28日～平成31年6月定時総会終結時）

役 職	氏 名	職務分掌
会 長	川 本 強	総括（代表理事）
副会長	齋 藤 秀 子	生涯研修制度・学術
副会長	柘 植 紳 平	普 及
副会長	平 塚 靖 規	広報・渉外
専務理事	長 沼 善 美	総括・総務・会計
常務理事	澤 田 章 司	総 務
常務理事	阿 部 直 樹	会 計
常務理事	竹 内 純 子	生涯研修制度
常務理事	野 村 圭 介	学 術
常務理事	江 口 康久万	普 及
常務理事	佐々木 貴 浩	広 報

役 職	氏 名	職務分掌
理 事	水 谷 成 彦	学 術
理 事	一之瀬 達 也	普 及
理 事	吉 岡 弘 二	普 及
理 事	阿左見 葉 子	総 務
理 事	山 形 光 孝	会計・普及
理 事	荻 部 充	学 術
理 事	鈴 木 博	普及・全国大会
理 事	赤 松 俊 嗣	生涯研修制度
理 事	上 田 保 秀	広 報
理 事	實能田 尚	学 術
理 事	大 林 裕 明	広 報
監 事	吉 田 慶 造	
監 事	奥 田 昌 義	
監 事	三 箇 正 人	

役 職	氏 名
名誉会長	西連寺 愛 憲

※名誉会長については、任期はありません。

役 職	氏 名
顧 問	堀 憲 郎
顧 問	高 橋 英 登

一般社団法人日本学校歯科医会 加盟団体名簿 (平成29年8月31日現在)

団体名	会長名	〒	所在地	TEL	FAX
(一社)北海道歯科医師会	藤田 一雄	060-0031	札幌市中央区北1条東9-11	011-231-0945	011-271-7514
(一社)札幌歯科医師会	山田 尚	064-0807	札幌市中央区南7条西10-1034	011-511-1543	011-511-1530
(一社)青森県歯科医師会	山口 勝弘	030-0811	青森市青柳1-3-11	017-777-4870	017-722-4603
(一社)岩手県歯科医師会	佐藤 保	020-0045	盛岡市盛岡駅西通2-5-25	019-621-8020	019-654-5474
(一社)秋田県歯科医師会	藤原 元幸	010-0941	秋田市川尻町字大川反170-102	018-865-8020	018-862-9122
(一社)宮城県歯科医師会	細谷 仁憲	980-0803	仙台市青葉区国分町1-5-1	022-222-5960	022-225-4843
(一社)山形県歯科医師会	永田 秀昭	990-0031	山形市十日町2-4-35	023-632-8020	023-631-7477
(公社)福島県歯科医師会	海野 仁	960-8105	福島市仲間町6-6	024-523-3266	024-524-1323
(公社)茨城県歯科医師会	森永 和男	310-0911	水戸市見和2-292-1	029-252-2561	029-253-1075
(一社)栃木県歯科医師会	宮下 均	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	村山 利之	371-0847	前橋市大友町1-5-17	027-252-0391	027-253-6407
(一社)千葉県歯科医師会	砂川 稔	261-0002	千葉県美浜区新港32-17	043-241-6471	043-248-2977
(一社)埼玉県歯科医師会	島田 篤	330-0075	さいたま市浦和区針ヶ谷4-2-65 彩の国すこやかプラザ5F	048-829-2323	048-829-2376
(一社)東京都学校歯科医会	末高 英世	102-0073	千代田区九段北4-1-20 歯科医師会館2F	03-3261-1675	03-3222-6528
(一社)神奈川県歯科医師会	鈴木 駿介	231-0013	横浜市中区住吉町6-68	045-681-2172	045-681-2426
(公社)川崎市歯科医師会	山内 典明	210-0006	川崎市川崎区砂子2-10-10	044-233-4494	044-222-3924
(一社)山梨県歯科医師会	三森 幹夫	400-0015	甲府市大手1-4-1	055-252-6481	055-253-0854
(一社)長野県歯科医師会	春日 司郎	380-8583	長野市稲葉2141	026-222-8020	026-222-3060
(一社)新潟県歯科医師会	松崎 正樹	950-0982	新潟市中央区堀之内南3-8-13	025-283-3030	025-283-6692
(一社)静岡県歯科医師会	柳川 忠廣	422-8006	静岡市駿河区曲金3-3-10	054-283-2591	054-283-3590
(一社)愛知県歯科医師会	内堀 典保	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	高村 秀平	460-8508	名古屋市中区三の丸3-1-1 名古屋市教育委員会学校保健課内	052-972-3246	052-972-4177
(公社)岐阜県歯科医師会	阿部 義和	500-8486	岐阜市加納城南通1-18	058-274-6116	058-276-1722
(公社)三重県歯科医師会	田所 泰	514-0003	津市桜橋2-120-2	059-227-6488	059-227-0510
(一社)石川県歯科医師会	蓮池 芳浩	920-0806	金沢市神宮寺3-20-5	076-251-1010	076-251-6450
(一社)福井県歯科医師会	齊藤 愛夫	910-0001	福井市大願寺3-4-1	0776-21-5511	0776-27-5640
(一社)富山県歯科医師会	山崎 安仁	930-0887	富山市五福字五味原2741-2	076-432-4466	076-442-4013
(一社)滋賀県歯科医師会	芦田 欣一	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	中西 孝紀	640-8287	和歌山市築港1-4-7 和歌山県歯科医師会館内	073-428-3411	073-431-2660
(一社)奈良県歯科医師会	森口 浩充	630-8002	奈良市二条町2-9-2	0742-33-0861	0742-34-1279
(一社)京都府歯科医師会	安岡 良介	604-8418	京都市中京区西ノ京東梅尾町1	075-812-8492	075-812-8814
(一社)大阪府学校歯科医会	田幡 純	543-0033	大阪市天王寺区堂ヶ芝1-3-27 府歯科医師会館内	06-6772-8367	06-6775-2255
(一社)大阪市学校歯科医会	岡本 卓士	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
(一社)兵庫県歯科医師会	澤田 隆	650-0003	神戸市中央区山本通5-7-18	078-351-4181	078-351-4333
(公社)神戸市歯科医師会	安井 仁司	650-0021	神戸市中央区三宮町2-11-1-514号 センタープラザ西館5階	078-391-8020	078-391-6480
(一社)岡山県歯科医師会	酒井 昭則	700-0813	岡山市北区石関町1-5	086-224-1255	086-224-8561
(一社)鳥取県歯科医師会	樋口 壽一郎	680-0841	鳥取市吉方温泉3-751-5	0857-23-2621	0857-23-5584
(一社)広島県歯科医師会	荒川 信介	732-0057	広島市東区二葉の里3-2-4	082-263-8020	082-263-5525
(一社)島根県歯科医師会	渡邊 公人	690-0884	松江市南田町141-9	0852-24-2725	0852-31-0198
(公社)山口県歯科医師会	小山 茂幸	753-0814	山口市吉敷下東1-4-1	083-928-8020	083-928-8025
(一社)徳島県歯科医師会	森 秀司	770-0003	徳島市北田宮1-8-65	088-631-3977	088-631-4179
(公社)香川県歯科医師会	豊嶋 健治	760-0020	高松市錦町2-8-38	087-851-4965	087-822-4948
(一社)愛媛県歯科医師会	是澤 恵三	790-0014	松山市柳井町2-6-2	089-933-4371	089-932-5048
(一社)高知県歯科医師会	野村 和男	780-0850	高知市丸ノ内1-7-45 総合あんしんセンター2F	088-824-3400	088-872-8011
(一社)福岡県学校歯科医会	杉原 瑛治	810-0041	福岡市中央区大名1-12-43	092-714-4627	092-714-7599
福岡市学校歯科医会	上田 克己	810-0041	福岡市中央区大名1-12-43	092-781-6321	092-781-6512
佐賀県学校歯科医会	寺尾 隆治	840-0045	佐賀市西田代2-5-24	0952-25-2291	0952-22-7586
(一社)長崎県歯科医師会	宮口 巖	852-8104	長崎市茂里町3-19	095-848-5311	095-846-0175
(一社)大分県歯科医師会	長尾 博通	870-0819	大分市王子新町6-1	097-545-3151	097-545-3155
(一社)熊本県歯科医師会	浦田 健二	860-0863	熊本市中央区坪井2-4-15	096-343-8020	096-343-0623
(一社)宮崎県歯科医師会	重城 正敏	880-0021	宮崎市清水1-12-2	0985-29-0055	0985-22-6551
(公社)鹿児島県歯科医師会	伊地知博史	892-0841	鹿児島市照国町13-15	099-226-5291	099-223-6079
(一社)沖縄県歯科医師会	真境名 勉	901-1105	島尻郡南風原町字新川218-1	098-996-3561	098-996-3562

名簿

## 日学歯HPに新設した「加盟団体資料集（旧：加盟団体BOX）」のご紹介

### ●加盟団体資料集利用にあたっての注意事項

日本学校歯科医学会の各加盟団体が所有する、データや資料、教材などを登録していただき、各団体や学校歯科医、会員の方などが資料作成、教育など活動のアイデアやヒントとして相互に活用できるよう加盟団体資料集を開設しました。

- 加盟団体資料集には、各加盟団体による資料や教材などのPDFデータが登録され、会員は参考資料として閲覧することができます。
- 内容について詳しく知りたい、データを利用をしたいなどの場合は、データを登録した加盟団体にお問い合わせください。
- 加盟団体資料集は予告なく中止または内容・条件を変更させていただく場合がありますので予めご了承ください。

※ご利用にあたっては、ウェブサイト上の「利用規約」をお守りください。

### ●加盟団体資料集の閲覧方法

#### 1. 会員のみなさまをクリック



#### 2. ユーザー名(ログイン)とパスワードを入力し、会員ページにログインする

認証が必要  
http://www.nichigakushi.or.jp にはユーザー名とパスワードが必要です。  
このサイトへの接続はプライベート接続ではありません。

ユーザー名:

パスワード:

ユーザー名 : jasd  
(ログイン)  
パスワード : nichigakushi

#### 3. 加盟団体資料集をクリック



#### 4. 利用規約を確認する

**利用規約**

加盟団体資料集は、日本学校歯科医学会の加盟団体が発行する、データや資料、教材などを登録していただき、各団体や学校歯科医、会員の方などが資料集、教育などの活動のアイデアやヒントとして閲覧し活用できることなどを保証しました。加盟団体資料集には、各加盟団体による資料や教材などのデータ（以下「登録データ」という。）が登録され、会員は参考資料として閲覧することができます。利用規約は、下記の内容を要するものとさせていただきます。

**一般的注意事項**

- 日本学校歯科医学会は、各団体や学校歯科医、会員の方などが登録データを提供する事を提供に過ぎず、その内容が適正であること、第三者の権利を侵害するものではないこと、法令に違反するものではないことなどを保証するものではなく、利用により発生した、いかなるトラブル、損害、不利益に対しては一切の責任を負いませんのでご了承ください。
- 内容について詳しく知りたい、資料をほしいなどの場合は、データを登録した加盟団体に直接お問い合わせください。なお、資料利用を許す場合は、登録した加盟団体（または著作権者）の同意を得なければならないものとあり、日本学校歯科医学会は認許することができません。
- 加盟団体資料集は予告なく中止または内容、条件を変更させていただきますのでご了承ください。

**加盟団体資料集に登録される加盟団体（以下「登録者」という。）の方へ**

- 登録者に著作権がある、または著作権者から権利について許可を得た登録データのみを登録して下さい。また、著作権保護を付けている状態を利用者にお知らせできるよう、登録データの各頁のフッターに登録者名や著作権者名を記載する。引用の場合、引用を明記する等の工夫をお願いします。
- 登録データに写真やイラストなどが含まれている場合、撮影者などの著作権や被写体の肖像権を侵害していないかを確認してください。
- 登録データに、個人データが含まれていないことを確認してください。個人データを含む場合は、登録することによって、事前に本人の同意を得て下さい。
- 登録データについて、パブリシティ権、プライバシーや名誉その他の第三者の権利を侵害する内容、法令に違反する内容が含まれていないことを確認してください。
- 日本学校歯科医学会の判断により、登録者の同意なく登録データを削除させていただく場合がありますのでご了承ください。

**加盟団体資料集を利用される方へ**

- 登録データは、資料作成費など活動のアイデアやヒントとしてのみ利用して下さい。
- 登録データについて、第三者に譲渡する、複製をそのままだけにするなど活動のアイデアやヒントとして以外の利用をする場合は、登録者に連絡して事前の許可を得て下さい。
- 登録データに含まれる写真やイラストなどを無断で利用するなど、登録者又は第三者の著作権その他の権利を侵害するような利用は法律上も禁じられておりますので、ご注意ください。

戻る

↑ 利用規約



#### 5. 加盟団体の所在地をクリックする

→ 加盟団体資料集トップページ

一般社団法人 日本学校歯科医学会

国民のみなさま | 学校歯科医・関係者 | 会員のみなさま

TOP > 会員のみなさま > 加盟団体資料集

**加盟団体資料集**

※都道府県名をクリックすると詳細が表示されます。

新着情報

2017.09.01  
「子どもたちの笑顔、みんなの笑顔（おし歯の放置理由と異質性）」を掲載しましたNEW

2017.09.01  
「歯」の「外傷治療の実際」を掲載しましたNEW

2017.09.01  
「歯と口のけがへの対応的処置（ケース1）」を掲載しました。

→ 印刷用紙はこちら

個人情報保護方針 | 著作権について

Copyright (C) 一般社団法人 日本学校歯科医学会 All Rights Reserved.



#### 6. 加盟団体をクリックする



→ 加盟団体資料集トップページ（拡大）

#### 7. 閲覧したいデータの閲覧ボタンをクリック

→ 各加盟団体ページ

一般社団法人 日本学校歯科医学会

国民のみなさま | 学校歯科医・関係者 | 会員のみなさま

TOP > 会員のみなさま > 加盟団体資料集 > (一社) 東京都学校歯科医学会

**加盟団体資料集**

(一社) 東京都学校歯科医学会

公開日	タイトル	種別	閲覧対象	対象	コメント	著作権者等	データ
2017.05.29	掲載ページPDF	資料	歯科医師 その他	特別支援 学校生 養護教諭 歯科医	システムテスト	(一社) 東京都学校歯科医学会	閲覧
2017.05.24	テスト	資料	歯科医師 養護教諭	中学生 高校生	テスト用です	(一社) 東京都学校歯科医学会	閲覧

ビューワーが立ち上がる  
※画面コピーやダウンロードは不可

# 日学歯ホームページ

## リニューアルで情報に素早くアクセス!

日本学校歯科医会のホームページでは、学校歯科保健に関するさまざまな情報や資料を掲載しています。

会員専用サイトでは、会誌・広報誌のバックナンバーをご覧いただけますので、どうぞご利用ください。

『国民のみなさま』  
『学校歯科医・関係者』  
『会員専用サイト』

3つのタブで情報を分類し、必要な情報が素早く見つかるようにデザインを工夫しました。

会員専用サイト内に  
「加盟団体資料集」  
を開設!

各加盟団体が資料や会誌情報などを自由にアップロードできます。加盟団体間相互の情報交換が行えるだけでなく、貴重な資料の保管も可能となります。



日学歯「Member's Room」の「ユーザー名とパスワード」は、以下の「ユーザー名とパスワード」と、今までのものが併用できますので、お知らせいたします。

### 会員専用サイトのユーザー名・パスワード

(旧) ユーザー名: nichigakushi  
パスワード: jasd9634



(新) ユーザー名: jasd  
パスワード: nichigakushi

# 口腔機能の評価と学校歯科健康診断 ～主に歯列・咬合の状態の評価から～



平成29年6月8日

## 出席者

- |  |       |
|--|-------|
| 東京医科歯科大学 名誉教授<br>(一社)日本学校歯科医会 国際渉外委員会 委員長<br>学術委員会, 生涯研修委員会 顧問 | 黒田 敬之 |
| 全国養護教諭連絡協議会 会長<br>(養護教諭)                                       | 木嶋 晴代 |
| (一社)千葉県歯科医師会 学校歯科保健委員会 委員<br>(学校歯科医, 矯正歯科専門医)                  | 土屋 俊夫 |
| (一社)日本学校歯科医会 会長<br>(学校歯科医, 小児歯科専門医)                            | 丸山進一郎 |
| (一社)日本学校歯科医会 副会長<br>(学校歯科医: 東京)                                | 倉治ななえ |
| (一社)日本学校歯科医会 広報担当理事<br>(学校歯科医: 岐阜, 矯正歯科医)                      | 佐々木貴浩 |
| <b>司 会</b>   |       |
| (一社)日本学校歯科医会 広報担当常務理事<br>(学校歯科医: 千葉, 小児歯科専門医)                  | 兼元 妙子 |

## 企画の経緯

日本学校歯科医会より発刊の『学校歯科医の活動指針〈平成27年改訂版〉』では、歯列・咬合の状態について判定基準の見直しや事後措置の考え方が示されました。歯列・咬合の状態は口腔機能と密接な関係があり、今後、口腔機能の発達に重点をおいた指導が学校で求められるようになると、健康診断結果ではより詳細な特記事項の記載が必要になると考えられます。健康診断の歯列・咬合の状態の評価を切り口としながら口腔機能の評価を考える機会とし、より充実した学校歯科保健の一助とするために、座談会を開催する運びとなりました。

一般社団法人日本学校歯科医会

※敬称略。役職は座談会開催日現在のものです。

## ■ 出席者の自己紹介から

### 開会

■司会（兼元） 司会を務めさせていただきます。よろしくお願いいたします。

まず初めに、日本学校歯科医会丸山進一郎会長よりご挨拶を申し上げます。

### 会長挨拶

■丸山 きょうはお忙しいところをどうもありがとうございました。

本日のテーマは、「口腔機能の評価と学校歯科健康診断」というテーマでございます。平成29年度の事業計画の中には、口腔機能の健全育成というものも事業計画の中に入れておりまして、主に学術委員会等で検討していただくということになっております。

本日は、そのもとになる座談会になるのかなと考えておりますが、それ以外に、最近のニュースとしまして、日本歯科医学会が、日本小児歯科学会を中心に、口腔機能の健全育成、それから、国民の健康保険に「口腔機能不全症（仮称）」という疾患名を保険収載し、その診査・診断、それから、治療方法等を保険に入れていこうという動きがございます。

そういうことを考えると、保険収載されると、全国の歯科医師がそれに対応していくようになりますので、当然、「学校の歯科健康診断にもそういうものを反映しろ」という声が多分上がってくるのではないかと

と考えています。きょうは主に、歯列・咬合を中心にとということですが、いわゆる口腔周囲の筋機能の話もちょっと必要なかと考えております。本日は実のある座談会となりますようお願い申し上げます。

### 自己紹介

■黒田 東京医科歯科大学名誉教授の黒田でございます。

長年専門としてきましたのは、歯科矯正学の分野です。日本学校歯科医会から、お声がかかったのは、昭和58年の秋ごろだったと思います。当時は、湯浅泰仁先生が亡くなったすぐ後で、関口龍夫先生が会長代行をされていた時代でした。昭和59年に正式に動き始めて、昭和60年に学術第三委員会が発足しました。以来、今日に至るまで、日学歯にはお世話になっております。前にも、この種の座談会が、学校歯科医会誌の第105号で歯列・咬合、第106号で顎関節に関して掲載されております。何遍も割と似たようなテーマで、この種の問題が語られてきているわけですが、なおかつ語らねばならないというところに、この種のテーマの問題点があるのだと思っています。よろしくお願いいたします。

■木嶋 こんにちは。全国養護教諭連絡協議会の会長をしております、木嶋と申します。3月末まで、中学校に2年間勤務し退職しました。それまではずっと小学校に長く勤めておりました。私たち養護教諭は、学校で歯科の健康診断を、何十年も当

たり前のようにやってきましたが、きょう、このような機会をいただきまして、改めて歯科の健康診断を振り返ってみる、よい機会になるかと思っています。特に、今回のテーマである、口腔機能の評価等につきましては、今、もう一度しっかりと考えていかなければならないことであると思っております。6月30日までという期限のある健康診断を、毎年、何か期限に追われてやってきてしまっているところがあるのではないかなという反省をもとに、本日は先生方のお話をお伺いし、それらを学校現場に活かしていきたいと考えています。子供たちの健やかな成長を願って、頑張っていきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

■土屋 千葉県の印西市の中学校で学校歯科医をやっております。矯正を専門で開業しております。平成21年12月17日の座談会「歯科健康診断における診査ならびに事後措置等を考える 歯列・咬合編」にも出させていただきました。今は平成29年ですが、この間に本会の学術委員も担当させていただきまして平成23-24年度の学術小委員会（第2部会）では歯列・咬合の診査基準の改訂の答申にも関与することができました。たまたま今年の2月に、私が別途所属します公益社団法人日本臨床矯正歯科医会の千葉県で開催されました年次大会で、大会長として歯列・咬合診査の事後措置について地域との連携に焦点を当ててシンポジウムを企画しまして、黒田先生にコーディネーターをしていただきました。会

員以外の方にも100人ほど参加していただきまして、いろいろな立場の方とそういうシンポジウムをしたということが、本日私にお声がけいただいたきっかけかなと思って参加しております。そこで知り得た知識などを少し話すことができればと思っております。よろしくお願いいたします。

■丸山 先ほどから出ている座談会は平成21年で、ちょうど私が専務をやっていたときで、いまだに覚えております。きょう、メンバーを見たら千葉由来の方が多くて、それで、実は千葉の全国大会のときに、口腔機能部会というのを今の小学校、中学校、高校、そのときは特別支援学校がなくて、何と座長を黒田先生がされていたことが、さっき記録を見ておりましたら出てまいりました。きょうは千葉の方々を中心にしております。ありがとうございます。

■倉治 こんにちは。副会長の倉治でございます。私は東京の大田区で開業しており、小学校の学校歯科医を拝命いたしまして、30年近くになります。地元の歯科医師会では学校歯科委員会（現在は、学校保育園歯科委員会）一筋でやってまいりました。そのような中で、同じ小学校を担当しておりますので、30年間の子供たちの変化や時代の流れのようなものを歯科健康診断を通して、感じております。

昨今の子供たちは、むし歯が減ったということもあって、アンケートなどをとると、口の中で一番気になることは歯並びだと、素直に答えるような時代になりました。昭和58年に開業して、学校歯科医になった当時はむし歯の洪水でしたので毎日、

必死に治療をしてきた。その一つの時代を終えて、今は歯並びを気にする子供たちが普通に増えてきたというところで、小・中学校の時期に、歯並びや噛み合わせが少しでも改善するような生活習慣を指導したいと思うようになってきました。時間はかかりますが、姿勢や呼吸、飲み込み方、悪習癖の改善などを通して、少なくとも進行を抑制する力にはなると感じております。ぜひそのあたりが教育の一環で子供たちの耳に、保護者の耳に、そして教職員の先生方のお耳に届くようなことがあればいいなと思っております。本日はよろしくお願いいたします。

■佐々木 佐々木でございます。現在、地域で、かかりつけ歯科医として、矯正歯科医として子供たちに接しております。また、会務の面では、本学校歯科医会の理事として、県歯科医師会の参与として、そして学校現場では、小学校の学校歯科医として、学校歯科保健に携わっております。特に、今回のテーマの中心的なところであります。歯列や咬合の治療に関しましては、矯正専門医療機関に7年ほど勤務して、また開業後も含めると、約30年で1,700名ぐらいの患者さんを経験しております。そして、矯正治療だけではなく、かかりつけ歯科医としても、子供たちの歯列や咬合の状態の経過を見るなどしての経験を持っております。学位論文も、「小学生における歯列・咬合状態の追跡研究」ということで、今回のテーマについて関心を持っていますので、この企画を非常に楽しみしておりました。どうぞよろしくお願いいたします。

■司会 最後に、広報担当常務の兼元でございます。千葉県では、学校



丸山進一郎  
（一社）日本学校歯科医会 会長

歯科保健委員会の理事をさせていただいております。千葉県においては特別支援学校2校担当させて頂いております。口腔機能の状態によっていろいろな問題を持っている特別支援学校の子たちを見させていただいています。

併せて、幼稚園・保育園児の歯科健康診断も受け持たせていただいております。口腔機能の問題はこの年齢から起こっていると考えます。一つの例として、指しゃぶりの習癖が将来的にどのようなのか、口腔の状態がどのように変化してゆくのかわか。学校歯科医として園における関係者への指導を含め園児の生活習慣を見させていただいております。また、小児歯科医として歯列・咬合の状態の改善をどの時期で保護者に伝えるのか悩みを毎日抱えております。

きょうは皆様のお話をお聞きして問題を共有させていただき学校歯科医としての方向性を見つけることが出来ると良いと考えております。よろしくお願いいたします。

## ■ 口腔機能の問題が検討されてきた過去の経緯について

### はじめに

■司会 はじめに、「口腔機能の評価（主に歯列・咬合の面から）についての学校歯科健康診断の現状について」を起点として座談会を行っていきたいと思います。私たち人間一人一人が心身ともに健全に成長していくためには、口腔機能が正常に機能していることが不可欠です。歯列・咬合の状態を診ることで、口腔機能の現状と健全育成のためのリスク評価ができると考えられます。

そこで、今日は、学校歯科健康診断において、歯列・咬合の状態を評価することを起点に、口腔機能の評価、育成について考える座談会として行っておりますので、この議論をもって学校歯科保健のさらなる充実に寄与する結果を導きたいと思っております。

まずは、去る平成27年に発刊されました、『学校歯科医の活動指針〈平成27年改訂版〉』において、歯列・咬合の状態の評価の見直しにかかわる中核を担っていただきました黒田先生にレクチャーをいただきたいと思っております。

### □ 口腔機能の問題は

#### 昔からあった課題なんです

■黒田 歯列・咬合、顎関節の診査基準を平成27年に改訂しました。口腔機能の問題は、それ以前に、食育との関連で、取り上げられていますね。第56回全国学校歯科保健研究大会、徳島大会で、初めて口腔機能の問題についてシンポジウムに入れら

れたんです。あのとき、領域別部会の一つとして、最後に、僕が口腔機能の部会から、パネリストとして発表したのです。機能の問題が取り上げられた最初です。3年後だと思いましたが、領域別部会それぞれの中で機能の問題も取り込んで検討されるようになって独立した機能部会は解消しました。ところが、最近になって口腔機能というのが、また、クローズアップされてきたようです。そこで問題になるのは、あの短い健康診断の中で、口腔機能というのをどうやって判定するのか、という点を検討しなくてはいけなくなってきているわけです。

古い話になりますが、この機能の問題は決して近年取り上げられたことではなく、古くは、昭和4年に日本歯科医師会が制定した、口腔診査票並びに通知票の中では、口腔状態とか咀嚼能力というものを、甲乙丙に分けてふるい分けるようになっていました。それで、その判定基準は極めて簡単で、多少の転位とか、捻転というのがあったら、著しく外観が損なわれていなければ乙とし、甲というのは全く問題のないもの。乙とは、多少問題はあるけど、外観がおかしくなければよしとするというような判断であったのです。

咀嚼能力の判定にあっては、臼歯部の齶蝕の有無、咬合状態、欠損歯の有無について診て、噛めそうかどうかを主観的に判断して、口腔機能、咬合、咀嚼能力というものを決めていたんです。昭和12年になると、全国学校歯科医大会の宿題報告で、池田明治郎氏が、咀嚼訓練と称

して片噛みをなくしようとか、無理のない咬合刺激を軽く加えることによって、関連諸筋の増強を図り、顎骨を強くしようという発表をしています。さらに、昭和13年には、第8回全国学校歯科医大会の宿題報告で、東京歯科専門学校の矯正の齊藤久教授が、「学校歯科における歯列異常の研究」を発表しました。1,300人ぐらいの児童について、疫学的な調査結果を発表しているのです。また、戦前の昭和15年には、竹内嘉兵衛氏が、「咀嚼訓練体操」というのを発表しています。

このような流れの中で、よく考えなければいけないのは、昔から機能問題に関してきちんとした目を持って取り組まれていた方々がいらしたことを、まず、我々はちゃんと認識しておかなくてはいけないと思うのです。自分たちこそ初めてこの問題



黒田 敬之

東京医科歯科大学 名誉教授  
(一社)日本学校歯科医会  
国際渉外委員会 委員長  
学術委員会、生涯研修委員会 顧問

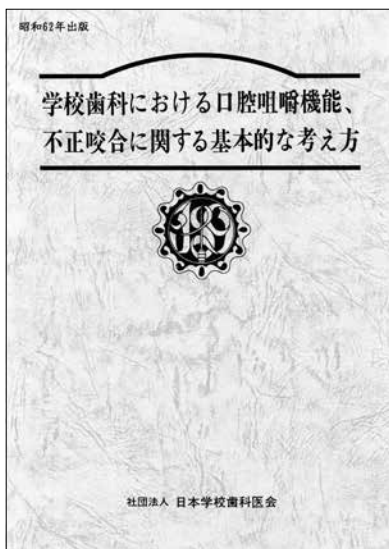


図1 小冊子「学校歯科における口腔咀嚼機能、不正咬合に関する基本的な考え方」(日本学校歯科医会)

を取り上げるのだというような気持ちで進めるとうまくまとまらないのではないかという気がします。

### 短い健康診断時間の中で どうやって口腔機能を 判断するのか

■黒田 そこで、もう一度話をもとに戻しますと、僕が今聞いている範囲で、現状で一番のクレームは、短い健康診断の時間の中で、咀嚼機能、咀嚼能力、それから、発音能力、嚥下能力など全ての口腔機能をどうやって判断するのですか、ということですね。我々歯科医にも、いろんなタイプの歯科医がいます。その中で、統一した診査基準を設けることが、はたして、できるでしょうか。残念ながら多少の混乱は避け

られないと思います。ただ、何を診ればいいのか。例えば、異常嚥下癖という症状があります。どうやって診るのですか？ あの短時間の診査の中で。あるいはまた、指しゃぶりの結果としての開咬や、咬唇癖のような習癖の検出、あるいはまた、咀嚼といっても、食物を口に入れないと、どちら側で噛むかすら分からないよね。そういったような機能の評価基準というのは、なかなか厄介だと思うのです。だから、私は、きょうの結論としては、「さあ、これから、機能評価をどのように考えていけばよいのでしょうか」、「次期委員会によろしく」とか、残念ながらそんなところでは今のところないかなと思います。「診査基準がない、だから作れ」と言われても、単に形

態的な診査だったらできますよ。機能の診査はどうすればよいでしょうね？ 将に「言うは易し、行うは難し」です。

■司会 黒田先生が最初にたずさわった小冊子「学校歯科における口腔咀嚼機能、不正咬合に関する基本的な考え方」(図1)が昭和62年に発刊されていますね。

■倉治 先ほどの「咀嚼訓練体操」というのは、具体的にどんなものだったんですか。

■黒田 こういうのがあって「手旗体操」みたいなものです(図2)。戦争中だから、そういうのをやっているのでしょうか。

■倉治 垂直に噛むだけでなく、奥歯を使ってすりつぶす動きまで、全身で表現されていますね。

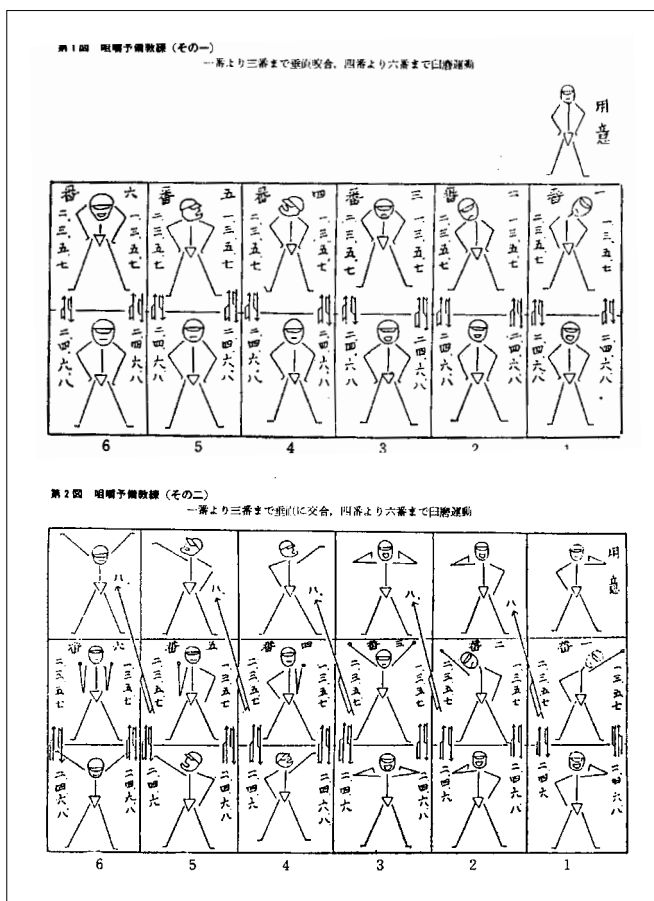


図2 “咀嚼訓練体操”とも言うべき「咀嚼予備教練」(昭和12年)

(榊原悠紀田郎, 学校における咀嚼の考え方, 日本学校歯科医会誌 第55号 (1968年4月), 51~52頁)

# ■ 口腔機能， 歯列・咬合の評価への思い

## 歯列・咬合の 評価の現状について

■佐々木 口腔機能についての資料は、今まで日本学校歯科医会（日学歯）で作成して、資料として配付していただいたと思います。その中で「ハイリスク把握のためのフローチャート」（図3）というものが出ておまして、その中の機能形態ハイリスクというところに、顎関節、歯列・咬合、咀嚼、発音・会話という項目があります。今回は機能形態ハイリスクの中の歯列・咬合というところをメインにして話したいと思います。私は学校現場で歯科健康診断をしておまして、黒田先生がおっしゃられるように、口腔機能をその場で判断するというのは、とても無理なことだとは思っておりません。それについては、歯列・咬合、顎関節の状態をまずはピックアップして、それをもとにかかりつけ歯科医なり専門医なり、そういうところ

に行って詳しく診査してもらえばいいのではないかというか、現状ではそれしかないのではと思っております。それで、今回の座談会のために現在の学校での歯列・咬合の検出率をピックアップしてまいりました。岐阜県の中学1年生と高校1年生の全数のデータがございます。これは3年に1回の調査で、平成25年度は、中学校1年生では、歯列・咬合を1と判定された者が17.17%。歯列・咬合を2と判定された者が4.72%でした。

このような数値から口腔機能の評価の一面というものをある意味簡略化して判定しているという側面から見ますと、この数値というのはどうなんだということをこの機会に検討していただけたらと思います。一面というのは、先ほどの「ハイリスク把握のためのフローチャート」の中で3つぐらい項目がありましたので、その中の一つが歯列・咬合の評価ということで、それだけで決め

るわけではないのですが、歯列・咬合または顎関節にもし問題があるのでしたら機能異常を疑う、つまり一つの指標として見るという考え方ののですがいかがでしょうか。

■司会 例えば、「咀嚼」に関して言えば、学校歯科医の責務として児童生徒の学校における生活習慣の管理として、昼食時に給食を食べているところを見るということが重要ですが、今の切り口を、機能からいったら、「健康診断の時間では機能までは見られません」となりますので、現状の指標である歯列・咬合の面に話題を戻しましょう。

■佐々木 そうです。歯列・咬合の評価も機能評価の一部なんです。一部しか診てないのですが、平成27年の学校歯科医の活動指針（活動指針）の改訂を機会にそれを基本的に機能としてとらえるのか、治療をすべき対象としてとらえるのかということ、考えに入れていただけて議論していただけたらと思います。

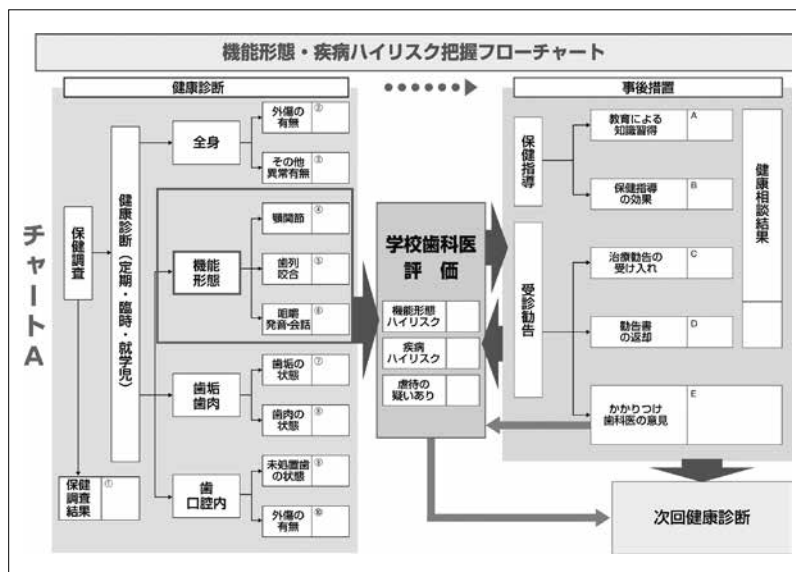


図3 ハイリスク把握のためのフローチャート（日本学校歯科医会）

## 歯列・咬合の評価基準の 運用が緩くなって いるんじゃないか

■佐々木 歯列・咬合の状態の評価というところで、現在、日学歯には、活動指針に記載されている基準や年齢ごとの基準というものがあります。この基準を前提に評価しているのですが、データから推測しますと、悪く言えば、矯正治療ができるか、できないか、また、その子が家庭で受けられるか、受けられないかということを加味して判断されている場合があるように思います。つまり少し基準の運用が緩くなっているのではないかということが少し気になるところです。これについては、先ほどの県学校保健会の調査が地区別のものもあり、地域別に見ますと、大都市圏の岐阜市だと1が24%、2が8%です。山間部になりますと、1が13%、2が2%となって、値に非常に大きな開きがあるのです。その開きというのは、家庭の経済的な問題だとか、地域の矯正歯科事情だとかを要因として、評価基準がワイド化してしまっているのではないかと推測しています。つまり、これは矯正歯科治療の側面からの評価に重心があり、口腔機能のリスク評価がしっかりと出来ていないのではないかと懸念しているわけです。学校歯科医は、子供たちの口腔機能の健全育成を目的としていますので、そういった矯正歯科治療の側面というのも当然あるかと思いますが、重心はそうではないということの日学歯からしっかり発信して、しいては学校歯科保健が充実していくという方向性が望ましいと考えます。また同時に千葉県の日本臨床矯正歯科医会（日臨矯）大会

時に、「学校における歯科保健の未知なる分野」との表題も出ておりまして、かなり理解されていない、伝わっていないと感じたところで、学校歯科保健関係者間での共通理解不足という事を非常に思っており、このところはもう一回しっかり整えるべきだと思います。さらに健康相談を充実させるということも大事かと思っています。今、私が取り組んでいるのは、そういった事への対応としてコンピューターを使った健康診断をして、全ての子供に2とつけたらその理由を、1とつけたらその理由を書き記録に残すということです。そういったことをして歯列・咬合の課題をクリアにして、今のベースの上にもう一段積み上げたいというのが私の気持ちです。

■司会 丸山先生は、学校歯科医の立場としてどのように思われますでしょうか。

■丸山 歯列・咬合以外ということで、小児歯科的に言わせていただくと、口唇閉鎖不全、唇がふさがっていないというお子さんは、上口唇と下口唇の色が違うわけです。上口唇は真っ白になってしまうのです。それで、もう口呼吸常習者だなというのはすぐ分かるんです。口腔機能の視点ということからすれば、そんなのだっていいと思うんですね。また、口呼吸常習者だというのが分かっても、指導をじゃあどうしろとところ。そこを踏まえて、日学歯としては会員に発信しないといけないのではないかと、難しいですが常々思っています。

## 機能の評価は とても難しい

■黒田 ここで機能の評価についてもう少し具体的に言わせていただく

と、例えば、一人一人、「丸山進一郎です」と、幼稚園でも言えるでしょ。そうすると、タングスラスト（弄舌癖）があるかどうかは、名前を言わせればはっきり分かる。名前を自分で言わせて、普通にちゃんと言っていれば、タングスラストに関してはOKだと。他に機能の問題で、例えば、「つばを飲み込んでごらん」と言うとまたタングスラストして飲み込む子も出てくる。それから、もっとひどいのは、ご飯を食べるときに、食育でも取り上げられているように食べにくい子がいる。時間のかかる子がなぜそうなるのか。それは上咽頭の機能が、悪いのではないかと考えられるのですが、はっきりとは分からない。僕は、さっきちょっと歯列・咬合、顎関節の評価と、それらを介して健康診断のときに機能の診査をしていこうというのは、はっきり言って難しいのではないかと思います。それから、歯列・咬合が悪いからといって、どのくらい機能の問題が将来出てくるかという予測も、非常に難しい。

## 学校歯科医の評価は 異なってしまう

■黒田 かつて、科学研究費を使って、「日本人の咬合」という大きなプロジェクトで、全国5地区の矯正学教室と協力して咬合の診査したことがあります。論文にもなっていますが、矯正専門医の目でも、評価はものすごく異なってくるのです。また、発現頻度は、矯正専門医が判断すると、不正咬合は79~80%くらいにもなったのです。ところが、一般の歯科医の頻度ですと、矯正が必要と判断されたのは20%弱でした。残念ながら、現時点では、歯列・咬合、顎関節などの、形態的な評価でもこ

んなに差が出てきてしまう。ましてや、学校歯科医の先生方は、機能評価もしないといけなくなったら、これは難しい。だから、保健調査票を事前に配っておいて、それを改め

て養護の先生にチェックしていただいて、マークがある子供を重点的に別途に診るようにしたらどうでしょう。何か工夫をしてやりましょうというようなところが、現状の一番妥

当な線ではないかと思いますが。佐々木先生の今のご提案はそれを具体的にどうするかということだと解釈してよろしいですね。

## ■ 課題解決への思い ～保健調査，リスクの視点

### 保健調査の活用で 解決できないか

■丸山 ちょっと離れちゃうのですが、現在の健康診断の中で、どうやって機能を診るかという問題があって、それで平成27年度の改訂版に、保健調査票の雛形があって、そこに「飲み込みが悪いことがありますか」と。いわゆる、家庭での状況をお聞きする。そこでピックアップして、それが口腔形態と何か問題があるのであればご指導いただくとかいったことが、今は行われているのかなと思っています。

■黒田 平成27年からね。それ以前は保健調査票もなかったから。だから、平成27年での改訂したポイントは何だったかということを引きちゃんと整理しておかないと、ディスカッションができない。要するに、あそこでのポイントは、発達段階に即した歯列・咬合、顎関節の診査をきちんと、もう少し分かりやすくしようということが目玉の一つ。もう一つは、平成27年度の活動指針の改訂には保健調査票を活用して、保健指導、保健教育に事後措置として活用しようとしたこと。それが、実際にはあの保健調査票を活用してチェックして、その子供については特に注意して診ましょうという程度の提案でしかなかった。

■土屋 前の座談会の時に、いろいろ問題がある場合に、アンケートなんかを事前にとったらとたしか僕はここで言っていますが、黒田先生と丸山先生がおっしゃられたように、機能の評価基準がないという点を最小限力バーするための手立てとして、また、養護教諭の先生に行っていただく歯列・咬合、顎関節診査の事後措置の有益な資料として、歯列・咬合、顎関節、単独の保健調査が必要だということで、黒田先生が責任者となられた平成23-24年度の学術小委員会でご申ささせていただいたという経緯がございます。

■司会 学校保健会から例示されている保健調査票の一覧がございますが、残念なことに、あの一覧表の歯科の関連はたった4項目か5項目に限定されています。私たち千葉県では、「この項目も追加して欲しい」等、教育委員会に要望しました。しかし、なかなか難しいようです。保健調査の内容ならびに保健調査票について木嶋先生はいかがでしょう。

■木嶋 お話をお伺いし、とても難しく思います。保健調査票のことについて、調査票の内容を、保護者が確実に理解してチェックを入れているかどうかについて、話したいと思っています。例えば、「しゃべり方が気になりますか」とかありました

ね。このような項目に関して、今まで、先生方がお話しいただいたようなことなどを理解したうえでチェックをしている保護者は、残念ながらあまりいないと思います。なぜなら、実際に上がってくる調査票の中には、全部チェックを入れておけばいいというようなこともあり、かなり、適当なところが見られます。

また、私も今お話をお伺いし、大変勉強になりましたが、特に歯列・咬合の件については、お話しいただいた内容が分かっている養護教諭は、少ないと思います。残念ですが、それが現状です。う歯のことやCO、GOなどに関しましては、本当に歯科医の先生方のおかげで、子



木嶋 晴代  
全国養護教諭連絡協議会 会長



土屋 俊夫  
(一社)千葉県歯科医師会  
学校歯科保健委員会 委員

供たち、保護者、教員にも、大変理解されてきています。以前は、「Gって、何？」という感じでした。しかし、歯列・咬合に関しては、「これは、知っているけれど、どうすればいいのか」、「すぐに治療が必要な」、「特に痛みもないし…」と積極的な治療が進まないで過ぎてしまっていることがあると思います。

保健調査票の内容に戻りますが、歯科の部分だけを、さらに詳細な項目で調査票を実施するということは、当然、それを集計しないといけませんし、健康診断に反映させるためのものにしなければいけません。特に、この時期に限られた時間の事務処理は、結構、負担になってしまいます。

千葉県は、兼元先生に、いつもご指導いただいておりますが、歯科のこの部分だけをたくさん入れるということは、やや厳しいかと思えます。私も実際に「現在、歯列・咬合の治療中か」、「歯並びが気になるか」、「治療などについて聞きたいことがあるか」ということを拾い上げて、当日、歯科医の先生に伝える程度になって

しまっています。

■**司会** 保健調査票のことで、学校現場が大変で協力頂くのは難しいと思っておりましたが、木嶋先生がおっしゃったことを踏まえて、今後考えること必要かと思いました。これに関して、それぞれの学校の事情もございまして判断は難しいところにあると思いますが、少しずつでも前進できれば…と考えます。学校歯科医のお立場で土屋先生は何か問題点はございますか。

■**土屋** 私は千葉県で、兼元先生のご指導のもと学校歯科保健委員会で保健調査票の千葉県バージョンの案を作りました。いわゆる一般歯科のものとは歯列・咬合に関するものを分けてそれぞれ17項目ずつの保健調査票になりました。それを私自身で健康診断時に今年度と昨年度と2回使ってみました。やはり、昨年度は健康診断の時間が1.5倍かかりました。でも、今年は以前よりちょっと早かったです。先程の木嶋先生のお話の部分に関しましては、保健調査をしたら、養護の先生が何かそれをもとに結果を出さないといけないような性格のものではなく、調査票を見て、学校歯科医が健康診断に活かす。そちらの使い方が本来の姿と思います。

今年は健康診断の時間の少し前に行って、調査票を確認し養護の先生と相談して、どの生徒がどの項目にチェックを入れたかという事前確認をしたのですが、これをするだけでも、かかる時間が以前と変わらないくらいであったという体験があります。要は、運用の仕方次第であると思います。また、機能を評価してスクリーニングすることは難しいという話題がありましたが、保健調査表のチェック項目を見るということ

は、その生徒の機能を評価する項目を事前に見ることになりますので、それは短時間で機能を評価する上で現在のところ一番重要であり「ああ、こういうことがこの生徒には問題がありますね」という事前調査ができることにもつながるからです。また、再度申し上げたいのですが、養護教諭の先生方の手間、集計の件ですが、「こういう人が多かった、少なかった」をデータとして出す必要は全くなく、保健調査表のアンケート項目はまずは健康診断時の活用と、次に、事後措置での活用が必要なのではないかと思えます。

■**司会** 今、それをお聞きして、歯列・咬合の状態が0, 1, 2という判定をするのには、やはり事前の保健調査票はとても重要だと思います。

### 矯正治療から リスクの視点へ

■**黒田** 矯正治療の視点ではなくて、というふうなことを言われるのですが、僕は1度も矯正治療の視点でこの0, 1, 2を決めようと思ったことはないんですよ。

ただ、受けとめられた先生方の中に、そういうふうな受けとめられたとすれば、自分のやり方が非常にまずかったのだろうと反省はしますが、くれぐれも誤解のないようにしていただきたい。矯正治療の視点でもって、0, 1, 2をしているのではなくて、これは、ちゃんと書いてありますが、事後措置としての保健教育、保健相談、健康相談に活用するためにつけていることです。例えば、ここに平成14年のときから、日常生活での注意事項、事後措置として、食事に関すること。そこをしっかり読んでいただくと、まさに矯正治療云々なんていうことは一言も書

いてないのです。佐々木先生がおっしゃったような視点で受けとめられている学校歯科医がまだにいるということだとすれば、何らかの別の形でこれをはっきり認識していただくような方策を考えるのが、今後の課題の一つだろうと思います。それでは、何をやるかという、リスクを評価しろということですね。

冒頭に会長は、日本小児歯科学会が保険云々とおっしゃっていましたね。実は昔、青森の八戸で、学校歯科医やPTAも集めて講演会をやったことがあります。その時、保護者の方から「自分のところの主人が船に乗れなくて、収入がなくなってきた。矯正治療をすると将来の健康に良いと薦められても、普通の歯科の治療にも行けない状況なのだ。あなたがそんなに『大事だ、大事だ』というんだったら、なぜちゃんと保険に入れるような方策を考えないんですか」との発言がありました。確かに学校で健康診断をして、子供がお知らせをもらってきて、「自分はこんなに具合が悪いんだ」と言われてプレッシャーがあるけど、実際、家庭ではどうすればよいのか分からない。例えば、「やれ不正咬合だ」、どうだこうだと、言われても非常に困ると。もっと分かりやすくリスクを

教えてほしいと。これが正直って、現場の声だと思います。現状は、養護の先生方も歯科健康診断だけでなく、他の科の健康診断への対応もあるので、多忙であるし、学校歯科医の健康診断の能力にも差があるだろうし、PTAの受け止め方にもかなりの差があるわけですね。この間の千葉大会で、養護の先生が、いみじくも、「自分はなんて今まで何も知らなかったか」と吐露されましたが、正直に言って、あらゆる切り口で見てもかなり広いバリエーションがあると思います。

そのような現況下で、矯正治療を勧めるために動いているかのごとく言われると、僕としてはたまらなくなってしまうんだよね。

### リスク評価を どう取り上げていくべきか

■黒田 そうしたら、佐々木先生がいうところの、リスクを評価するんだという視点であればいいわけでしょう。先生が言われるリスクというのは、歯列・咬合、顎関節に関して、今後どういうふうに事後措置に取り上げていったらいいだろうか、ということですね。これが、この次の課題のキーポイントだと思います。

佐々木先生から今まで出ているも

ののどが問題だから、今後はこういうふうに変えていこうとか、現場の学校歯科医の先生からそういう提言が頂ければ嬉しいですね。

■佐々木 私が日本学校歯科医学会誌121号の特集に書かせていただいたのですが、この座談会にリスクの資料として会誌121号を準備させていただきました。この寄稿文に書かせていただいたのですが、ライフコースという視点で、子供たちが生き抜きやすい健康状態を育成してあげるということです。そういった視点でリスクを判断するという考え方を進めていくのがいいのではないかと思います。



佐々木貴浩  
(一社)日本学校歯科医学会  
広報担当理事

## ■ 課題解決への思い ～ライフコース、リスク蓄積の視点

### ライフコース の視点とは

■黒田 一番の問題は、「ライフコース」という言葉。これをもうちょっと分かりやすく説明してくれませんか。まず、ライフコースの視点とい

うのは、どういう視点と先生は思っているのですか。

■佐々木 第121号の稿の初めのところに書いてあるのですが、ライフコースという考え方が一つ重要になりまして、ライフコースというのは、いくつかの生き方みたいなもの

です。よく対比されるのが、ライフサイクルといって、人々が生まれて生きて亡くなって、また次の世代に行くというのがライフサイクルです。

ライフコースというのは、簡単に説明しますと、人生が川の流れのよ

うに流れていくという仮定の表現にしますと、その川はどの方向に流れていくのかということが、一つ一つのイベント(出来事)によって決まってくるという考え方なんです。例えば、保健教育を5歳のときに受けたら、ライフコースは良い向きに変わるだろうかとか。5歳と中1に受けたら、ライフコースというのは良い向きに行くだろうかとか。そういうことを研究して、健康を阻害する因子を除去していくようなことを研究していくのが、ライフコース疫学というものになっていまして、第121号の稿の「はじめに」「ライフコースの軌跡」にその辺を集約して書かせていただいています。

■黒田 佐々木先生の論文を読んで、本当にこういう考え方が大事だなと思ったのは、要するに、学校歯科というと、保育園とか幼稚園の園児から、高等学校までですよね、しかし、人生はもっと長いわけですよ。

そういった長い自分の人生の中にあって、そのわずかな最初の時期、しかも、それが成長、発育で変わっていく時期。その時期の、いかにそ

のときの教育というか、指導が将来の生涯教育にとって大切なのか、という視点で考えていることは伺い知ることにはできる。学校歯科の関与する時期と一生に関係する問題としての意義づけは、非常に分かりにくいのですよ。

人生の中には、いろんな要素があるでしょう。その中の1つとして、幼稚園からの学校歯科医が関係するスパンの中で、どのようなことが大事なのだろうか。先生の言わんとしていることはそこなんですよね。

■司会 理解できました。例えば、6歳臼歯が生え始める時期に、その大切さを指導しようということですね。また、前歯部の交換期で動揺しているときに、この歯がエスカレーションしているようでしたら、抜くように指導することが大切ということですね。そういうポイント、ポイントの指導の重要性ですね。

■黒田 一番大切なのは、会誌121号の佐々木先生の稿64ページ図8のカーブがあるじゃない(図4, 5)。これこそ大事なところなんだと思います。

■司会 ライフコースの視点から考えたら、問題解決として、ポイントごとに今後どのように指導していくことが必要とか、何かお考えはありますか。

### 将来的なリスク蓄積とライフコースの視点

■佐々木 歯列・咬合の事後措置の中に、現在の問題点を指摘するというの他に「将来的にあなたのリスクはどうなんだ」ということも踏まえて話す旨が記載されていると思います。黒田先生が『学校歯科医の活動指針』の付録に書かれていると思いますが、その「将来的に」と記述されているところがライフコースの視点というか、「将来的にリスクが蓄積していくんだよ」ということを表現されていらっしゃるのではという思いで捉えています。つまり、歯列・咬合の状態のことというのは、ライフコースの視点ではリスクの蓄積の問題であり、それを本当は事後措置で話さなければいけないのではないかと私は考えています。

■司会 今おっしゃったリスクの蓄



図4 日本学校歯科医学会誌121号 (平成29年3月20日発行)

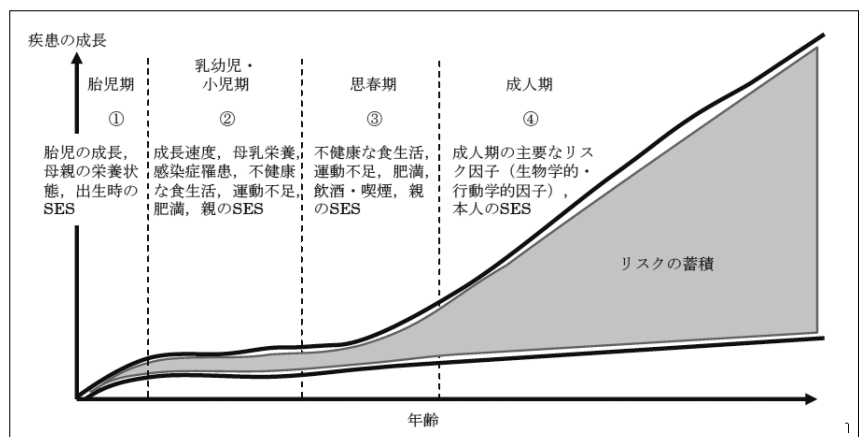


図5 非感染性慢性疾患の予防に対するライフコース疫学からのアプローチ  
非感染性慢性疾患のリスクは年齢を通じて蓄積し、人生のあらゆる段階で作用する要因の影響を受ける。\*SES: 社会経済的地位 (ライフコース疫学研究の興隆と展望, 大木秀一他, 石川看護雑誌Vol 9, 2012から引用)

積。先生の考えるリスクの蓄積というの。

■黒田 『学校歯科医の活動指針』の付録(図6)の4ページに、下線を引いて、書いてあります。大切なことは云々とあるでしょ。そこをちゃんとやったらいいんじゃないですか。そして、そこにはただリスクをどうのこうのと書いてあるだけだから、そのリスクというのが、発達段階に即しているんなリスクがバラバラに出てくるわけだ。それがなかなか分からなくて。だから、そういうものを含めて、できれば今後、もう一度、先生が主体になってこれを改訂されて、立派なものを出されるときには、ちょこっとそういうものを考えていただいたらいいのではないのでしょうか。

■丸山 ちょっといいですか。ライフコースというのは、今の説明でよく分かったんですが、節目、節目でリスクを蓄積していく。それは、我々歯科医師は分かるんですよ。でも、子供たちは全く分からない。

具体的にいえば、実は歯の交換期に、給食の残食率を調べてみる。そ

れで、養護教諭と栄養教諭に、「低学年は前歯の生え変わり時期で、かみとりがうまくいかないから、そういうものは嫌がるでしょう。中学年になると、側方歯群の交換期だから、すりつぶして食べるものは苦手でしょう」と言ったら、全然。養護教諭も栄養教諭も全然その視点を持っていなかった。

それから、子供たちに聞いてもそうです。歯医者だったら「食べづらいでしょ」とみんな思うんですよ。うちに来る子供たちに、「食べづらいでしょ」というと、「別に」。ちゃんと別で食べてるんです。おなかですげば、ちゃんと食べているんです。だから、全然、不自由がないんですよ。

だから、その視点を子供たちにどう持たせるか。学校教育者も含めてですが、そういう視点を我々がどうPRしていくか。そのスキルを持たないといけないと思います。

■黒田 そうですね。今、先生がおっしゃったことは、会誌115号の特集2「新学習指導要領における食育への取り組み」で向井美恵先生が書か

れた「学校における食に関する指導内容」の中に少し出てくるんです。

先生がおっしゃった、まさに、そういう指摘がある。要するに、給食を介して、食育のときに、どういふふうな視点で我々は見えていかないといけないか。そういうことが今後の課題として、大切であって、単に歯列・咬合、顎関節から口腔機能というアプローチでは足りないのではないかということ。

今の問題と食育と絡めて、一体何を子供たちに気づかせるか。親に気づかせるか。これらが今後のこの種の問題を学校歯科が取り上げていく、非常に大事なキーワードになってくると僕は思っています。

■司会 ご意見がまとまって参りましたので、本当に学校現場で何を指導してあげて、例えば、学校現場でどここのポイントで指導すればいいか。給食の残りが多い原因の一つに「噛めない子・嚙まない子・飲み込めない子」があるとしたら、それを減らすためにはどのようにすればいいのか。「お口を閉じなさい」と言ってもその時は閉じますが継続ができ

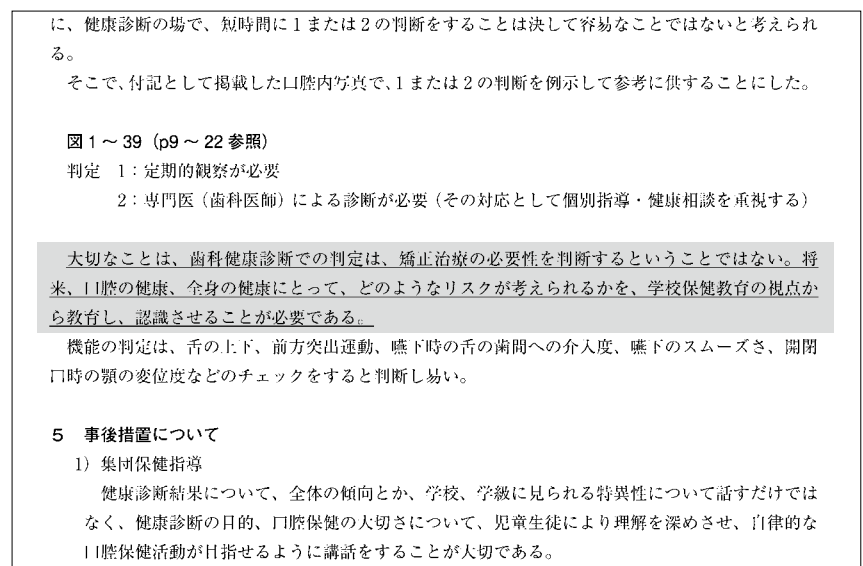
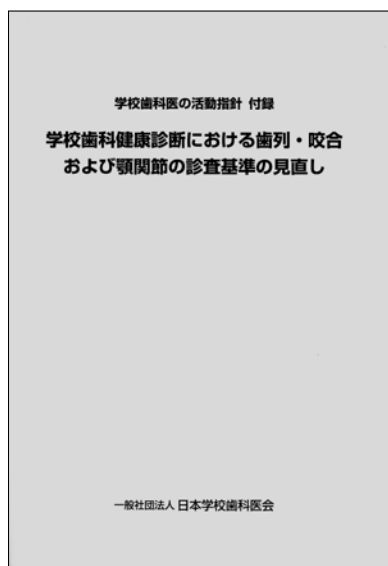


図6 学校歯科医の活動指針(平成27年改訂版)付録『学校歯科健康診断における歯列・咬合および顎関節の診査基準の見直し』(日本学校歯科医会)

ないことが多いと思います。お口を閉じることの指導の一つとして年齢に応じて「ぶくぶくうがい」「フッ

化物洗口の実践」等によりお口の周りの筋肉のトレーニングとなります。

この辺も含めて、皆さまに締めて頂くお話を頂きたいと思います。

## ■ 現状から今後へ向けて、それぞれの思いと展望

### 歯列・咬合、顎関節機能の評価を正々堂々と伝える土壌ができ、そんな時代が来た

■ 倉治 ちょっと話が戻ってしまっていますが、黒田先生のエピソードの逆エピソードが自分の経験の中であるので、ご紹介したいと思います。私は学校歯科医として30年近く同じ小学校を担当しています。そして、かかりつけ歯科医として、担当小学校のある団地の中で開業しておりますので、患者さんも団地や近隣にお住まいの方がご家族でいらしています。

ある時、学校での歯科健康診断で矯正治療の勧告を出したら、お母さんと一緒に子供が来ました。その子はオープンバイトだったんですが、お母さんが全く同じタイプのオープンバイトだったんですね。それで、「お母さんも同じような不正咬合になっているので、お子さんの不正咬合はお母さんと似ていますよ」というお話をしました。そのお母さんも発音からして、明らかに舌癖があり、お母さんが小学生だったら、恐らく治療勧告をしたのではないかと思うような状態でした。

ところが、そのお母さんがおっしゃるには、「私の歯並びが悪いということ、今、先生は私に言ってくれましたけれど、子供のころから、歯医者さんからも学校の先生か

らも、親や友だちからも、歯並びのことを言われたことが一度もないんですね」とおっしゃる。自分の子供がオープンバイトということで、雑誌や新聞の記事を見て、母親自身も噛み合わせが悪いのかなと薄々は思っていたが、指摘されなかったことに対する悲しみというんですかね、それを訴えられました。「もし、昔、『不正咬合がある』と言ってくれば、今は子育て中ですが、OLの時代もあったので、自分でお金をためて矯正することができたかもしれない。でも、今となっては我が家の家計からいって子供優先にしますが、何かもうちょっと早く言ってもらいたかったです」とおっしゃる方の経験が、二、三ありました。それを思うときに、学校歯科健康診断が果たす役割も、30年間の間に変わってきたのではないのでしょうか。

最近では、きちんと基準も示していただいたので、不正咬合においては、矯正治療が必要、必要ではない、という観点ではなく、その子の将来にとって、健康リスクがあるかどうかという基準でみています。8020推進の観点からしても、入れ歯やインプラントが壊れる人の約6割の人が、歯並びが原因だったという報告もあるとのことですから、不正咬合は、将来的にその人の健康に深く関与することも考えられます。また、歯並びの悪い部分から歯が失われる、という話しもよく伺いますの



倉治ななえ  
(一社)日本学校歯科医会  
副会長

で、歯並びや噛み合わせは、老後の問題ともリンクしますよね。そのあたりにターゲットを当てたときに、本人に知らせておいたほうがいいのではないかと。健康被害が起きるかもしれない、寿命に関係するかもしれない、全身疾患に関係するかもしれないと思ったときには、矯正が要る、要らないではなくて、「あなたの噛み合わせでは、将来、健康に問題が出るかもしれない」ということを、さっきの佐々木先生のお話で初めて分かったんですが、ライフコースのどこの時点で言ってあげたらいいのでしょうか。

毎年、毎年言われたら、先ほどの問題が起きてしまいますので、どこかのポイントで、事後措置の中で、その子と1対1で向き合えるチャン



兼元 妙子  
(一社) 日本学校歯科医会  
広報担当常務理事

スがあるとよいと思います。私は小学校しか見ていないので、6年生ということになるでしょうか。次は中学校に送りますので。ただ、全員に言えるかどうか、家庭のこともよく分かるのですが、家庭の事情があっても、その子自身の生きる力をはぐくむために、どこかの時点でその子が傷つかないように配慮して、健康情報の一環として、淡々と平等に、えこひいきなく本当にフランクな立場で言ってあげるチャンスを提供するのが、学校歯科医かなと思っております。

健康診断は、時間が限られているので、まず、子供に名前を言わせて、そこで発音がおかしくて、さらに不正咬合があったら、舌癖と発音のこと指摘します。口を閉じてもらい、唇の内側に、粘膜が出ている子供は上顎前突などが多いので、口唇を閉じさせて判断しています。例えば、下唇の粘膜が出ていてオトガイ筋が過緊張で上唇の筋力がない子などでは、口呼吸している子供が多いので、口唇閉鎖の指導が出来るとういと感じます。「つばを飲んでみて」

と指示し、非常に不自然な飲み込み方をする子で不正咬合があった場合には、事後措置等でワンポイントでも、舌の使い方を指導できたらどれほどよいか、とは感じております。

日学歯から診査基準をきちんと示していただいたおかげで、学校歯科健康診断の現場でも、歯列や咬合、顎関節、に関し機能評価ということを正々堂々と子供たちに言える土壌ができ、そんな時代が来たわけです。

### 日学歯から資料などを 作って発信していただきたい

■倉治 お母様たちからのそういった声もあるので、ライフコースの視点から、小学校で1回、中学校で1回、高校のときに1回とか言ってあげられることができるような下地を、日学歯として発信していただければ、将来後悔しない国民が増えるのではないかと思います。ぜひ、そのあたりをお願いしたいと思います。

■丸山 今、倉治副会長が最後に言われたように、我々学校歯科医会の歴史をたどっても、先人ですばらしいことを言っていた方はもちろんですが、全国津々浦々の学校歯科医は、やはり歯のほうにだけ目が行って、最近でこそ歯肉炎のほうにも目が行き、指導もちゃんとできるようになってきました。しかし、本当に口腔機能という観点で、全国の学校歯科医がそういう視点を持っているかというと、まだ道半ばという現状がうかがわれます。実は、冒頭にお話したように、平成29年度の事業計画に口腔機能の健全育成というのを、取上げて大きな課題として入れましたので、そういう視点をしっかり全員の学校歯科医に持ってもらおう。

それから、持ってもらうために

は、さっき言ったように、我々がいろいろなスキルを持ち得ないといけないので、それは学術委員会等で練りに練って、子供たちにも分かりやすいような啓発資料とかをつくっていただきたいと思っています。

### 分かったことが沢山あった、 専門的な研修をぜひ お願いしたいと思います

■木嶋 このような機会をいただき、私自身も分かったことがたくさんありました。今、佐々木先生をはじめ、丸山会長、皆様のお話をお伺いし、口腔機能の健全育成が、健康には欠かせないことが、改めてよく分かりましたが、先生方のようなすばらしい専門の方が子供たちや保護者に話して下さる機会は少ないということが現実だと思います。そこで、養護教諭や担任は、日々、子供たちに、あるいは保護者に、これらのことをアプローチしていくことも合わせて行わないとうまく進まないと思います。養護教諭も教員も、この分野に関しては、まだまだ子供や保護者に指導する専門的な知識は持ち合わせていないなと思います。歯に関しては、「むし歯があります。このままにしておくと、こういうことがあるから、早く治療をすることをお勧めします」という説明や指導はできますが、歯列・咬合に関しては、まだまだ未熟だと思います。

すばらしい日学歯のホームページを活用させていただいたり、先生方と連携させていただきながら、養護教諭も教員も研修していくことが、今、必要ではないかということ、きょうは感じました。ぜひとも、専門的な研修を開いていただきたいなということをお願いしたいと思います。

■司会 ぜひ、学校歯科医にまず、「そういう研修をやってください」と言ってください。黒田先生に締めのお言葉をいただきたいと思います。

## グイーっと 変わってきたでしょ

■黒田 何とも言えないですね。正直に言って、それこそ、今、倉治先生がいみじくもおっしゃいましたが、全く逆の経験談を話してください。それは、この最近のことで、30年前のことではないと思います。

それこそ、昭和60年。今から30何年前ですかね。あの当時の学術第三委員会が発足して、口腔機能と不正咬合という問題をテーマに2年間ディスカッションした。

あの時点では、当時のベテランの

委員の先生方から「黒田君、君は矯正医だろう。学校歯科を矯正患者の掘り起こしの場に使われては困るんだよ」と言われたわけです。当時はそういう雰囲気なんです。そういう中から、ようやく、グイーっと変わってきたでしょ。今はまさに、倉治先生がおっしゃったように、僕の一番年配の患者さんは、57歳の主婦の方だった。ペリオでガタガタだけど齦生がひどく、「どうされますか?」と尋ねたのですが、「先生。子供に笑われちゃう」と言われ、矯正治療を選択いたしました。今まさにそういう時代に来つつあるとは思いますが。

## おわりに

■黒田 学校歯科という場には、校

長先生はじめ学校の先生もいらっしやる。教育委員会の委員の方々も関連される。各関連方面の理解を得るためにゆっくりとした歩みでやってきたわけです。日臨矯の千葉大会では、臨床矯正歯科医会の専門医に加え、養護の先生、それから、学校の先生、一般歯科医が招待されました。一堂に会してシンポジウムをやるということで、大会テーマが「地域との連携」。学校歯科医、矯正専門医、それから、一般歯科医、学校、養護教諭、その連携がきちんとしていけない限り、この口腔機能の問題はいつまでたっても堂々めぐりだと僕は思います。

今後の日学歯の取り組みに期待したいと思います。

## 特集①座談会 「口腔機能の評価と学校歯科健康診断」を終えて

一般社団法人日本学校歯科医会 常務理事 兼元 妙子

平成28年度からの歯列・咬合、顎関節の診査基準の見直しを受けて、日本臨床矯正歯科医会により、本年2月の千葉大会にて矯正医、学校歯科医、養護教諭の参加のもとに、事後措置の地域連携をテーマにしたシンポジウムが開催された。ここでは、口腔の機能発達及びその学校での保健管理の必要性や、家庭との連携の視点から、個々の子供の保健調査票の活用について話題にされたことを記憶するが、今まで学校現場では、診査「1」の児童生徒に対する保健指導がほとんど行われていないことも明らかになった。

今回の改訂に携われ、上記シンポジウムのコーディネーターを務められた黒田先生を座長に、養護教諭、矯正医、小児歯科医である学校歯科医と日学歯との話し合いを行ったので、司会進行を務めた広報理事の立場から本文を記します。

健康診断結果の内容について、家庭の事情で矯正治療ができないとの判断にて、健康診断結果を「0」や「1」と記載することが児童生徒の将来に起こった咬合変化の事例を基に話された内容に、事実を伝えることの必要性を改めて考えさせられた。また、口腔の状態は動的に把握することが大事であり、特に永久歯交換期の児童では日々変化しており、まして習癖等の機能的な要因が加わることの評価の話題から、学校歯科医と養護教諭には保健相談、保健指導に参画して危険回避できる立場にあることを認識して欲しいと強く感じた。

歯列・咬合の健康診断は「矯正治療の必要性を判断するものではない。将来、口腔の健康、全身の健康にとってどのようなリスクが考えられるかを学校保健教育の視点から教育し、認識させること」というスタンスを堅持しながら、日学歯として、一団体の新たな動きを委ませることなく全国規模で関係者による研修の集いを企画するなど、う蝕や歯周疾患に対応している経験値を生かして、児童生徒の歯列・咬合、顎関節診査とその事後措置に取り組む必要性を再認識した座談会になった。

参考資料 『学校歯科医の活動指針』付録  
『学校歯科健康診断における歯列・咬合および顎関節の診査基準の見直し』より抜粋

## I はじめに

学校での健康診断に歯列・咬合および顎関節の診査を取り入れてから、概ね20年が経過した。この間、学校教育の一環として、歯列・咬合および顎関節の口腔の機能に果たす役割の大切さについては少なくとも理念的には理解されてきているように思われる。しかしながら、近年の社会環境の変化に伴い子どもの日常生活習慣にも変化が見られ、加えて、学校歯科保健の目標も、従来の疾病志向から健康志向へと変化してきている。学校保健安全法においても、健康相談、保健指導に重点が置かれ、さらに、子どもが自律的に口腔の健康を考え、その意義を理解し、「生きる力をはぐくむ」ような教育が求められてきている。

このような背景の変化の下で、歯列・咬合および顎関節の学校健康診断における診査方法、診査基準、事後措置などについて、学校歯科医、学級担任、養護教諭の間で、共通の理解が得られた上での学校歯科健康診断がすすめられて来ているとは、言い難い面もある。

そこで、平成14年に発刊された冊子に不足していると考えられた、子どもの発達段階に応じた診査基準、口腔の機能の発達およびその重要性、加えて、家庭との連携の視点から、個々の子どもの保健調査票の活用方法などについて追加することにした。従来、判定にあたって、0（異常なし）、1（定期的観察が必要）、2（専門医（歯科医師）による診断が必要）と分類していたが、今回から健康相談、保健指導に重点を置く視点から、2（専門医（歯科医師）による診断が必要）については、その対応として個別指導・健康相談を重視した。

具体的には、小学校時の健康診断を、低学年、中学年、高学年に3区分して、発達段階に応じた診査基準を提示した。また、従来から設けている診査基準について、理解し易いように説明を加えてみた。さらに、家庭との連携の密度を高める上で、保健調査票の項目を整理し、健康診断および事後措置に際して学校歯科医、養護教諭が保健調査票を活用することにより、より高い教育的効果をあげようように考慮した。加えて、これまでしばしば耳にすることが多かった質問事項に対する返答の例を提示し、Q & Aとして組み入れてみた。

改訂を加えた本冊子が学校歯科医、養護教諭、学級担任の健康診断の手引きとして活用されることを願っている。

## II 歯列・咬合をどのように評価し、助言するか。

### 1 保健調査票の活用

健康診断に先立って、保護者、並びに本人に歯科健康診断のお知らせ配布と同時に、歯列・咬合・顎関節に関して以下の項目の含まれた保健調査票を記入してもらうように依頼しておく。

- 1) 歯並び、かみ合わせについて具合の悪いと思うことがありますか。
- 2) 友達や近所の人から歯や口元を見られるのが気になりますか。
- 3) 噛みにくいと感じていますか。
- 4) 歯並びやかみ合わせがだんだん悪くなっている気がしますか。
- 5) 口を開けたり閉めたりする時に口が開けにくかったり、顎の関節に音がしたり痛みがありますか。

- 6) 口をぶつけたことがありますか。
- 7) 本人が治療したがついていますか。
- 8) 保護者もお子さんの歯並びやかみ合わせを気にしていますか。
- 9) 食事の時間が長くかかりますか。
- 10) 食べ物に好き嫌いが多い方ですか。

この質問表をもとに、どれかの項目に該当した回答があれば、健康診断時に特に注意をして診査する。

**2 歯列・咬合異常に対する基本的な判定基準**

- 1) 下顎前突：前歯部2歯以上の逆被蓋
- 2) 上顎前突：オーバージェット7～8mm以上（通常のデンタルミラーの直径の半分以上）
- 3) 開咬：上下顎前歯間に垂直的に6mm以上の空隙があるもの（通常デンタルミラーのホルダーの太さ以上）。ただし、萌出が歯冠長の1/3以下のものは除く。
- 4) 叢生：隣接歯が歯冠幅径の1/4以上重なり合っているもの
- 5) 正中離開：上顎中切歯間に6mm以上空隙があるもの（通常使用するデンタルミラーのホルダーの太さ以上）
- 6) その他：上記以外の状態で特に注意すべき咬合並びに特記事項。例えば、
  - 過蓋咬合——下顎前歯切縁が上顎前歯の口蓋側歯肉をかんでいるもの、あるいは下顎前歯歯冠がほとんど上顎前歯に隠れているもの
  - 交叉咬合——片側臼歯部が逆被蓋になっていて正中線の変位が認められるもの
  - 鋏状咬合——下顎臼歯部頬側咬頭が上顎臼歯部の口蓋側に位置するもの
  - 反対咬合（逆被蓋）——たとえ1歯でも咬合性外傷が疑われたり、歯肉退縮が見られたり動揺の著しいもの
  - 特記事項——軟組織（上唇小帯、舌小帯、頬粘膜、口蓋など）の異常、左右同名歯の著しい萌出程度の差、過剰歯、異所萌出歯、萌出遅延など
  - 限局した著しい咬耗、早期接触による顎変位、習癖、発音異常、運動制限、鼻疾患

**3 判定基準に対し発達段階に対応しての留意点**

発達段階に対応した歯列・咬合異常の判定基準は、上記の基本的な判定基準の応用であり、担当の学校歯科医の知識と経験により、判定を1とするか2とするか、の判断が異なってくるのは当然であろう。判定の目安となる数値などを示すことは必ずしも有効とは思えない。むしろ、学校歯科医として、子どもの将来の口腔の健康にとって、その状態がどのようなリスクを持つ可能性があるかを説明し、理解させることが大切である。したがって、判断基準を学年別に総論的にまとめることは必ずしも適切なこととは考えられない。しかし、この点こそ、今回改訂の目玉である健康相談、保健指導を重要視した意図を反映するところと言えよう。したがって、以下にそれぞれの発達段階における留意点を挙げて、判断の参考として活用されることを望む程度にとどめた。

#### 1) 幼稚園・小学校低学年（1～2年）

乳歯の交換期から永久前歯萌出完了期にあたり、今後の成長発育の予測が極めて難しい時期であると言える。歯列・咬合の異常については、特に著しいものや好ましくない習癖などが疑われる場合を除いては定期的な観察を重視することが望ましい。

他方、この時期には、1歯の反対咬合で、すでに歯肉の退縮を見る場合や、左右の同名歯の萌出程度に極端な差が見られる場合がある。そのような場合は、個別指導や健康相談をする。また習癖（異常嚙下癖、弄舌癖、指しゃぶり、頬杖つき）、鼻疾患などのある場合にも、個別指導することが望ましい。

#### 2) 小学校中学年（3～4年）

側方歯群の交換期に当たる。特に注意したいのは、犬歯の萌出余地不足がしばしば観察されるので、前歯歯冠幅径が大きいと思われる場合は個別指導や健康相談を行うことが望ましい。乳歯の晩期残存、永久歯萌出遅延などについては、定期的な観察を行うことが望ましい。

この時期では、頬杖をつく癖が授業中など顕在化してくるので注意する。また、発音時の舌の動きにも注意をして観察する。調査票や給食時などで気がつく可能性があるが、片側咀嚼に気がつけば、適切な咀嚼行動を指導する。

上顎前突や、下顎前突が以前の健康診断時より進行している場合には、個別指導や健康相談を行う。

#### 3) 高学年（5～6年）

第一大臼歯より近心の永久歯咬合がほぼ完成する時期にあたる。いわゆる不正咬合も顕在化してくるとともに、臼歯部咬合関係にも交叉咬合や鉗状咬合が見られる可能性もあるので注意が必要である。

上顎前突や下顎前突に関しては、骨格性の要因が強いと思われる状態が観察される場合には、本人並びに家族に将来の予測を含めて健康相談を行う。

この時期まで残存している習癖については、顎関節機能異常へ発展する危険性を十分児童に説明する必要がある。

#### 4) 中学校

永久歯咬合になり、いわゆる骨格性の不正咬合であるか、機能性の咬合異常であるかが比較的是っきりしてくる。とくに、骨格性の異常の可能性が強いと判断される場合には、専門的な視点での判断を聞くことが必要で、個別指導・健康相談を行う。その他、これまで定期的な経過が必要と判定された歯列・咬合異常も、中学生の時期から自然治癒する可能性は極めて低いため、本人や家庭の意向をよく理解したうえで、必要があれば、専門医の診察を受けるように指導する。

#### 5) 高等学校

いわゆる学校での健康診断で高校生の時期に新たに重篤な咬合異常を見出す可能性は少ない。経年的な記録により以前の段階で、定期的な観察が必要と判定されていたものが、突然増悪を示

してくるという場合はほとんどが骨格性に問題のあるもので、外科的な処置も含めて専門医（歯科医師）による診断を受けるよう薦める。またこの時期になると美容上の悩みを生徒から逆に相談を受けることもあるので、心のケアについても十分気を配ることが大切である。

#### 6) 特別な支援を必要とする子ども

発達段階に対応した歯列・咬合の問題については各学年別、学校別の項で述べていることと全く同じであるが、むしろ基本的な口腔の健康に関する視点からのブラッシング指導、歯石・歯垢除去、習癖の排除などに注意を要する。個別指導のレベルや、方法にも画一的なことはないので、まさに個々の子どもに応じた指導が求められる。

### 4 判定に際して

歯列・咬合の診査が学校健康診断に取り入れられてから約20年目を迎えた。現場から寄せられる声の一つに評価法が難しいというものがある。特に、小学校低学年から中学校にかけては、乳歯から永久歯への交換が行われることと顎骨の成長発育が盛んなことから、変化の激しい時期に当たるために、健康診断の場で、短時間に1または2の判断をすることは決して容易なことではないと考えられる。

そこで、付記として掲載した口腔内写真で、1または2の判断を例示して参考に供することにした。

#### 図1～39 (p9～22参照)

判定 1：定期的観察が必要

2：専門医（歯科医師）による診断が必要（その対応として個別指導・健康相談を重視する）

大切なことは、歯科健康診断での判定は、矯正治療の必要性を判断するということではない。将来、口腔の健康、全身の健康にとって、どのようなリスクが考えられるかを、学校保健教育の視点から教育し、認識させることが必要である。

機能の判定は、舌の上下、前方突出運動、嚥下時の舌の歯間への介入度、嚥下のスムーズさ、開閉口時の顎の変位度などのチェックをすると判断し易い。

### 5 事後措置について

#### 1) 集団保健指導

健康診断結果について、全体の傾向とか、学校、学級に見られる特異性について話すだけではなく、健康診断の目的、口腔保健の大切さについて、児童生徒により理解を深めさせ、自立的な口腔保健活動が目指せるように講話をすることが大切である。

#### 2) 個別指導

「定期的観察が必要」(1)と判定した児童生徒には、どの点が定期的な観察の必要性があるのかを説明し、必要かつ可能であれば、臨時の健康診断を設定してチェックを行っていく。

「専門医（歯科医師）による診断が必要」(2)については、家庭へのお知らせとともに、出来

れば問題点を保護者や本人に直接、理解し易いように、本人の抱えている現在の問題点を説明し、将来のリスクについて解説する。その上でより詳しい検査を希望するのであれば、適切な診断を受けるように薦める。

### 3) 日常生活での注意事項

#### (1) 食事に関する助言

- 十分時間をかけ少なくとも 20～30 回ぐらいは噛むこと。
- 両側で均等に咬むようにする。
- 飲みものと食べ物とを一緒に口に含まないようにする。
- 正しい姿勢でテーブルにつくようにする。
- 顎関節に問題がある場合には必要以上に硬いものを食べないようにする。

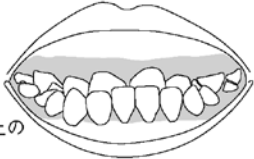
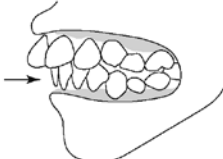
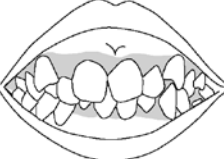
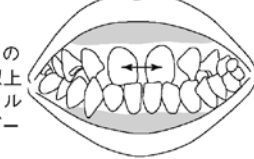
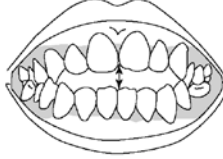
#### (2) 生活習慣への助言

- 食後の歯みがきを丁寧にする。食べた後は歯みがきをする。
- 読書やテレビを見るとき正しい姿勢をする。頬杖はつかない。
- 指しゃぶりや弄舌癖がある場合には、その影響について説明し、やめさせるようにする。
- 著しい上顎前突がある時には転んだりして前歯をぶつけないように注意する。
- 歯列弓形態に影響のあるような眠り方（姿勢）は注意する。

#### (3) 心のケア

- 不正咬合を気にして引っ込み思案にならないように注意する。
- 見かけを気にすることなく自分に自信を持つように指導する。
- 発音の障害があるときは、口を大きく開けて、ゆっくり話すように指導する。
- 普段、必要以上にくいしばりをしないように注意する。

## 参考資料 『学校歯科医の活動指針』 付録 『児童生徒健康診断票（歯・口）記入方法』 より抜粋

咬合判定「2」の基準		
<p>■ 下顎前突</p>  <p>前歯部 2 歯以上の逆被蓋</p>	<p>■ 上顎前突</p>  <p>オーバージェットが 7～8mm 以上 (デンタルミラーの直径の半分以上)</p>	<p>■ 叢生</p>  <p>隣接歯が互いの歯冠幅径の 1/4 以上重なり合っているもの</p>
<p>■ 正中離開</p>  <p>上顎中切歯間の空隙が 6mm 以上 (通常のデンタルミラーのホルダーの太さ以上)</p>	<p>■ 開咬</p>  <p>上下顎前歯切縁間の空隙が 6mm 以上 (通常のデンタルミラーのホルダーの太さ以上)。ただし、萌出が歯冠長の 1/3 以下のものは除外</p>	<p>■ その他</p> <p>これら以外の状態で特に注意すべき咬合並びに特記事項 (例えば、過蓋咬合、交叉咬合、鉗状咬合、逆被蓋 (たとえ 1 歯でも咬合性外傷のあるもの)、軟組織の異常、過剰歯、限局した著しい咬耗など)</p>

特 集 ②

# 学校歯科におけるう蝕学

(カリオロジー)

学識者の立場から

## 「CO（要観察）」と「CO（要相談）」に対処する ～う蝕治療ガイドラインが示す推奨～

桃井保子 日本歯科保存学会 う蝕治療ガイドライン作成小委員会  
鶴見大学歯学部 保存修復学講座 教授

学校現場の立場から

## 「CO」を再考する

土屋俊夫 一般社団法人千葉県歯科医師会 学校歯科保健委員会委員  
千葉県印西市立船穂中学校 学校歯科医  
ふいなお矯正歯科医院

# 「CO(要観察)」と「CO(要相談)」に対処する ～う蝕治療ガイドラインが示す推奨～

桃井保子

日本歯科保存学会 う蝕治療ガイドライン作成小委員会  
鶴見大学歯学部 保存修復学講座 教授



**要約** 最近では「う蝕は脱灰と再石灰化を繰り返すダイナミックな病態を示す」との理解に基づき、エナメル質に限局した病変はもちろん、象牙質に達する病変でさえもう蝕リスクを低くコントロールできる場合には、切削せずに再石灰化処置を施して見守るという考えが受け入れられている。う蝕という疾患が“脱灰と再石灰化のバランス”の上に成り立っていることを理解すれば、う蝕を早期に検出したうえで、う蝕の進行を抑制したり、再石灰化により回復を促すことは、歯質・歯髄保存的であり歯の延命に貢献するばかりか、非侵襲的であることは患者の精神的・肉体的、そしておそらく経済的な負担も少ない治療である。ここでは、とくに「CO(要観察)」や「CO(要相談)」と診断されたう蝕にどう対処するかをう蝕治療ガイドラインにもとづいて解説する。

## 1. はじめに

う蝕治療においては、う蝕を早く見つけて削って詰める、すなわち早期発見・早期治療の考え方が長らく支配的であった。しかし、近年のカリオロジーは、う蝕を、進行する（progress）か、停止する（arrest）か、回復する（regress）か診断することの重要性を明らかにし、う蝕の抑制については発生の抑制と進行の抑制とに分けて考えるべきことを指摘している<sup>1)</sup>。これにより、臨床ではう窩を形成する前の段階でう蝕を発見し、う窩形成や切削介入に至らぬよう、早期からう蝕を管理することが求め

られるようになった。本稿では、2015年にWeb上で無料公開された日本歯科保存学会う蝕治療ガイドライン（図1）<sup>2)</sup>が対象とした21のCQ（Clinical Question：臨床での疑問、表1）のうち、「CO(要観察)」と「CO(要相談)」に関連したう蝕について、その検出、診断、対処を解説する。

## 2. う蝕の検出法

### 1) 視診と触診

現在でも、明るい照明の下でミラーと探針を用いて行う視診と触診がう蝕検出の基本である。視診は、患者の口腔内全体を見まわし、う蝕経験、清掃状態、唾液の状態、歯列など複数のリスクファクターを総合しう蝕リスクを直感的に判定するのに欠かせない。触診については、先の鋭利な探針を小窩裂溝に挿入し引き抜くときの抵抗感（sticky-fissure）を指標にした時代が長らく続いた。しかし、鋭利な探針の挿入で再石灰化可能な裂溝を医原的に破壊し、停止あるいは静止性のう蝕を活動性とする懸念から<sup>3)</sup>、現在では、先の鈍な探針、具体的にはCPIプローブ（先端が直径0.5mmの球形：図2）が推奨されている<sup>4)</sup>。しかし、鋭い探針による触診は、強い力で歯質を突き刺すようなことをしなければ、歯や修復物の表面、またそれらの境界部における微妙な凹凸などを触知でき、とくに根面う蝕の活動性



図1 う蝕治療ガイドライン第2版（2015年）

表1 日本歯科保存学会う蝕治療ガイドライン(第2版) に取り上げたCQ(Clinical Question:臨床の疑問)

1. エナメル質の初期う蝕への非切削での対応
  - CQ 1: 永久歯エナメル質の初期う蝕に, フッ化物の塗布は有効か。
  - CQ 2: 永久歯エナメル質の初期う蝕に, 高フッ化物徐放性ガラスイオノマーセメントの塗布は有効か。
  - CQ 3: 永久歯エナメル質の初期う蝕に, レジン系材料による封鎖は有効か。
2. 初発う蝕に対する検査・診断と切削介入の決定
  - CQ 4: 咬合面う蝕の診断にはどの検査法が有効か。
  - CQ 5: 隣接面う蝕の診断にはどの検査法が有効か。
  - CQ 6: 切削の対象となるのはどの程度に進行したう蝕か。
3. 中等度の深さの象牙質う蝕におけるう蝕の除去範囲
  - CQ 7: 歯質の硬さや色は, 除去すべきう蝕象牙質の診断基準となるか。
  - CQ 8: う蝕象牙質の除去にう蝕検知液を使用すべきか。
4. 深在性う蝕における歯髄保護
  - CQ 9: コンポジットレジン修復に裏層は必要か。
5. 露髄の可能性の高い深在性う蝕への対応(歯髄が臨床的に健康または可逆性の歯髄炎の症状を呈するう蝕)
  - CQ 10: 歯髄温存療法により, 期間をあけて段階的にう蝕を除去することで, 露髄を回避できるか。
  - CQ 11: 歯髄温存療法を行った場合, 歯髄症状の発現はう蝕完全除去の場合と同じか。
  - CQ 12: 歯髄温存療法にはどの覆髄剤が適当か。
  - CQ 13: 歯髄温存療法の後, リエントリーまでどれくらい期間をあけるべきか。
6. 臼歯部におけるコンポジットレジン修復の有用性
  - CQ 14: 臼歯咬合面(1級窩洞)の修復法として, 直接コンポジットレジン修復とメタルインレー修復の臨床成績に違いはあるか。
  - CQ 15: 臼歯隣接面(2級窩洞)の修復法として, 直接コンポジットレジン修復とメタルインレー修復の臨床成績に違いはあるか。
  - CQ 16: 臼歯コンポジットレジン修復窩洞の咬合面にベベルは必要か。
  - CQ 17: 根管治療後の臼歯の修復にコンポジットレジン是有効か。
7. 補修(再研磨, シーラント, 補修修復)の有用性
  - CQ 18: 辺縁着色または辺縁不適合が認められるコンポジットレジン修復物に対して, 補修(辺縁の封鎖, 形態修正・再研磨および補修修復)は再修復と同等の効果を発揮するか。
  - CQ 19: 二次う蝕が認められるコンポジットレジン修復物に対して, 補修修復は再修復と同等の効果を発揮するか。
8. 根面う蝕への対応
  - CQ 20: 初期根面う蝕に対してフッ化物を用いた非侵襲的治療は有効か。
  - CQ 21: 根面う蝕の修復処置にコンポジットレジンとガラスイオノマーセメントのどちらを使用するか。

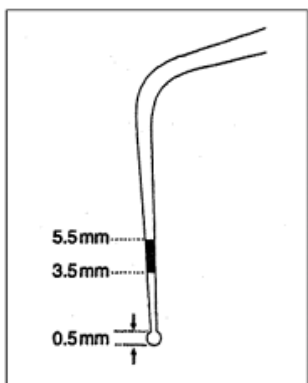


図2 CPIプローブ(WHO型プローブ)

1982年にWHOがFDIと作製。地域歯周疾患指数(Community Periodontal Index: CPI)計測用に開発された

診断には欠かせない<sup>5)</sup>。

## 2) う蝕診断機器

診察室における精密検査<sup>4)</sup>では, 視診と触診に加えてエックス線検査, 透照診(光ファイバーで導光した強い光を歯面に照射しう蝕を検出する), レーザー蛍光法(製品名: ダイアグノデント, KaVo)などのう蝕診断機器を併用する。これらの検査法の有効性に関しては, 感度と特異度が表2に示すよう

表2 う蝕検出法の感度(sensitivity)と特異度(specificity)

検査法	感度	特異度
視診	0.03~0.95	0.41~1.0
視診+触診	0.17~0.73	0.71~1.0
視診+エックス線	0.49~0.86	0.64~0.87
エックス線	0.12~1.0	0.50~1.0
レーザー蛍光法	0.42~0.84	0.87~1.0
透照診	0.04~0.74	0.85~1.0

に報告されている<sup>1)</sup>。感度と特異度ともに1に近いほど精度が高くなる。米国での調査<sup>6)</sup>によると, 咬合面う蝕と修復物辺縁のう蝕の検出には探針が最も使われており, レーザー蛍光法はまれにしか使われていない。一方, 隣接面う蝕の検出にはエックス線検査がほとんどである。したがって, 視診, 触診およびエックス線検査の3つの基本的検査法によって95%以上の精度でう蝕が検出できれば, それ以外の検出法は必要ないといえよう。

## 3. う蝕の検出基準

う蝕の検出・診断基準について, 国内の基準

表3 ICDASが提唱する歯冠部う蝕の検出基準

Code 0	健全
Code 1	エナメル質における目視可能な初期変化（湿潤状態ではわからないが、十分な歯面乾燥で白斑が現れる状態）
Code 2	エナメル質の明瞭な変化（湿潤状態で白斑あるいは褐色斑として見える状態）
Code 3	限局したエナメル質の崩壊（象牙質病変の兆候を伴わない）
Code 4	象牙質への陰影がある。象牙質は目視できない
Code 5	明瞭なう窩。象牙質は目視可能
Code 6	拡大した明瞭なう窩。象牙質は目視可能

\*検査に際しては、十分な照明とフロッシングを含めたプラークの除去が必要とされている。

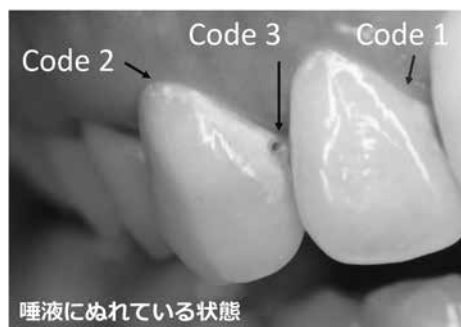


図3 ICDASのCode 1, Code 2, Code 3の例

表4 う蝕の検出・診断基準：国内の基準とICDASとの関係

	う窩	歯科疾患実態調査 (平成17年～)	学校での 歯・口腔の健康診断 (平成28年～)	*診察室における精密検査	ICDAS	歯科の診療録及び診療報酬 明細書に使用できる略称 (平成28年～)	
		視診が中心 (CPIプローブ)	視診が中心 (鈍な探針)	視診・歯科用探針・ う蝕診断機器	5秒エアードライ 視診が中心 (CPIプローブ)	傷病名	略称
エナメル質	なし	健全	健全	健全	Code 0 (健全)		
	あり		CO (要観察歯)	CO	Code 1 Code 2	エナメル質 初期う蝕	Ce
象牙質	なし	Ci	C	C <sub>1</sub>	Code 3		
	あり		CO (要相談)	C <sub>2</sub>	Code 4 Code 5		
歯髄腔	あり	Ch	C	C <sub>3</sub> C <sub>4</sub>	Code 6	残根	C <sub>4</sub>

\*望ましい初期う蝕の診断法—「初期う蝕診断」における探針の意義に関する作業検討部会, 口腔衛生会誌, 50:137-152, 2000. 図6より引用改変

表5 歯科疾患実態調査（厚生労働省）における「う蝕の診断基準の変遷」

	平成5年	平成11年	平成17年	平成23年	平成28年
う蝕の分類	う蝕1度 (C <sub>1</sub> ) う蝕2度 (C <sub>2</sub> ) う蝕3度 (C <sub>3</sub> ) う蝕4度 (C <sub>4</sub> )	う蝕1度 (C <sub>1</sub> ) う蝕2度 (C <sub>2</sub> ) う蝕3度 (C <sub>3</sub> ) 以上	軽度う蝕 (Ci): 歯冠部においては、明らかう窩、脱灰・浸食されたエナメル質、軟化底、軟化壁が探知できる小窩裂溝または平滑面。根面部においては、CPIプローブで触診し、ソフト感あるいはざらついた感じがあるもの。  重度う蝕 (Ch): 歯髄まで病変が波及しているもの、またはそれ以上に病変が進行しているもの。		

と、国際的な基準として最近クローズアップされているICDAS (International Caries Detection and Assessment System<sup>7)</sup>, 表3, 図3) との対比を、う窩の有無とエナメル質・象牙質・歯髄腔へのう蝕の進行程度と合わせて表4に示した。表には厚生労働省の歯科診療録及び診療報酬明細書に使用できる略称も追記した。平成28年度よりエナメル質初期う蝕の略称は「Ce」とされた。これは、ICDASのCode 1, 2に対応するが、Code 3を含むか否かは定かでない。表5には、歯科疾患実態調査におけるう蝕診断基準の変遷をまとめ、現在採用されている、軽度う蝕 (Ci) と重度う蝕 (Ch) の定義を示した。

### 1) CO (要観察)：エナメル質う蝕でう窩のない場合

う窩の無いエナメル質は、「歯科疾患実態調査」では健全に、「学校での歯・口腔の健康診断」では、健全またはCO (要観察歯) に、「診察室における精密検査」では健全またはCOに分類する。一方、ICDASでは、Code 0, Code 1, Code 2に分類される。ICDASでは、これにCode 3を加え、エナメル質の変化をより細分化してとらえている。そこにはう蝕治療におけるMI (Minimal Intervention: 最小限の切削介入) の考えが色濃く反映されているといえよう。臨床現場で、まだう窩を形成していない

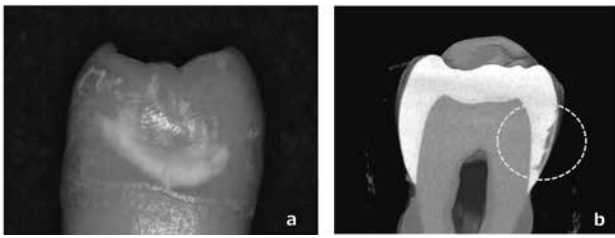


図4 非活動性の白斑

- a: 光沢があり滑沢に見える
- b: マイクロCT画像。断面の脱灰病変はほぼエナメル質表面にとどまっている

初期う蝕を可能な限り早くに発見し、再石灰化の機会を最大限に広げようと意図された診断基準であり、う蝕病変を管理していく中でのモニタリングを可能とした基準である。このことは進行の早い7～18歳の永久歯エナメル質初期う蝕においてはとくに重要である。わが国でも本年度の学生教科書にICDASが初めて導入された<sup>8)</sup>。教育現場での今後の普及に期待したい。

## 2) エナメル質初期う蝕（白斑，褐色斑）

視診で白濁が認められるエナメル質の初期う蝕は、光沢があり滑沢に見える非活動性白斑（図4）、非活動性と活動性の中間（図5）、光沢がなく擦りガラス様に見える活動性白斑（図6）に分けて考えたい<sup>3)</sup>。図6-aのう窩のない白斑部分を、マイクロCT画像（高分解能X線CT装置：Micro Focus X-Ray System inspeXio SMX-225CT, SHIMADZU, Kyoto, Japan）で見ると、病変はエナメル象牙境まで到達していることがわかる（図6-b）。う窩のない場合、病変がエナメル質に留まっているか象牙質まで波及しているかを外見だけで鑑別することは難しい。ICDAS Code 2と診断されるう蝕も、そのう蝕が象牙質に達していない場合に比べ、象牙質に達している場合は、表面の硬さが有意に低い<sup>9)</sup>。図6-aの白斑部分の表面硬さは、測ってみると健全エナメル質のおよそ1/4以下に低下していた。このようなう蝕に対する対処としては、う窩とその周囲の白斑病変を削除し修復することが一般的であるが、窩洞の辺縁をどこに設定するか、どの範囲まで白斑を削除するか、とくに図6のよういう蝕が臼歯隣接面にある場合は、大いに悩むこととなる。

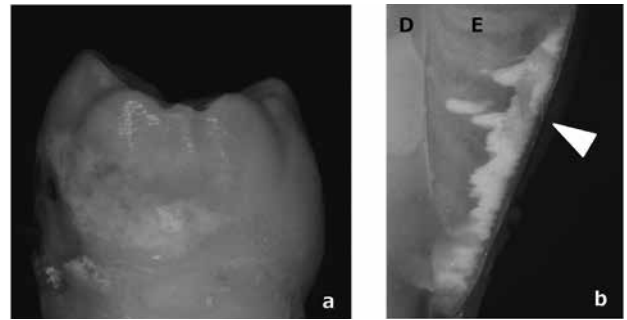


図5 非活動性から活動性に移行中と思われる白斑  
(E: エナメル質, D: 象牙質)

- a: 白斑がわずかに褐色斑と混在している
- b: 白斑と褐色斑の断面。脱灰病変部に、口腔内環境由来と思われる褐色の色素が侵入しているのがわかる（△で示す部分）

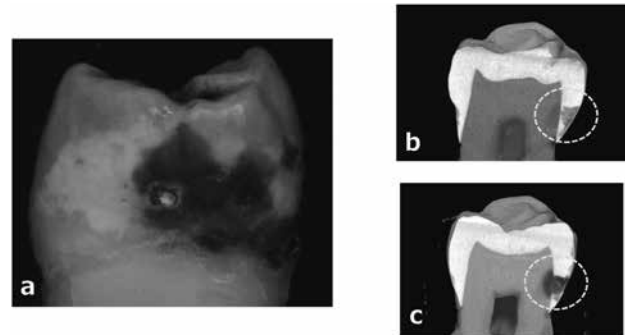


図6 活動性の白斑，褐色斑，う窩

- a: 広範囲に認められる白斑と褐色斑は、光沢がない擦りガラス様の外観から活動性と考えられ、bのマイクロCT画像の円で囲んだ部分に相当する。aで中央に認められるう窩は、cのマイクロCT画像の円で囲んだ部分に相当する

## 3) エナメル質う蝕でう窩のある場合

う窩のあるエナメル質う蝕は、「歯科疾患実態調査」ではCi (caries incipient: 軽度う蝕), 「学校での歯・口腔の健康診断」ではC, 「診察室における精密検査」ではC<sub>1</sub>に、ICDASではCode 3に分類される。

## 4. CO（要観察）への対処

う蝕の発生抑制に関してはフッ化物塗布の有効性は明らかである。しかし、う窩の形成はないが白斑あるいは褐色斑が認められる要観察歯、すなわちエナメル質の初期う蝕の進行抑制に関してはどうか。臨床上のこの疑問（CQ）に対して、う蝕治療ガイドライン作成委員会では、エナメル質の初期う蝕（白斑）にフッ化物塗布、セメントやレジンによる歯質保護が有効かどうかのエビデンスを明らかにし、これと、患者の利益と負担、価値観や好みなどを合わせて総合的に判断し、以下のように推奨を決定した。

表6 日本で販売されているフッ化物塗布剤のリスト (2014年8月調べ)

対応	種類	薬効分類名	製品名	成分	性状	フッ化物イオン濃度	pH	添付文書に記載されている販売・発売・製造発売元
歯面塗布 プロフエッシュヨナルケア	フッ化物歯面塗布剤	う蝕予防フッ化物歯面塗布剤	フルオール液歯科用2%	フッ化ナトリウム	液状	9,000 ppm	酸性	製造販売元：東洋製薬化成/発売元：ビーブランド・メディコーデンタル
			フルオール・ゼリー歯科用2%		ゼリー状			
	フッ化物歯面塗布剤	フッ素歯面塗布剤	パトラーフローデンフォームA酸性2%	フッ化ナトリウム	泡状	9,000 ppm	酸性	製造販売元：サンスター
			パトラーフローデンフォームN				中性	
	フッ化物ナトリウム製剤(フッ化物配合パニッシュ)	象牙質知覚過敏鈍麻剤	Fパニッシュ歯科用5%	フッ化ナトリウム	ペースト状	22,600 ppm	—	製造販売元：東洋製薬化成/発売元：ビーブランド・メディコーデンタル
			ダイアデント歯科用ゲル5%				ペースト状	
	フッ化ジアンミン銀製剤	う蝕抑制・象牙質知覚過敏鈍麻剤	サホライド液歯科用38%	フッ化ジアンミン銀	液状	48,400 ppm	アルカリ性	製造販売元：東洋製薬化成/発売元：ビーブランド・メディコーデンタル

### 1) 永久歯エナメル質の初期う蝕に、フッ化物の塗布は有効か

う窩形成の抑制、白斑の縮小、白斑の滑沢化にとって有効である。フッ化物による脱灰歯質の再石灰化の機序はどの製剤でも基本的には同じである(表6)。塗布は3~6か月ごとに行うのが原則で、1回の塗布時間は1~4分程度。フッ化物は安価で安全・安定性が高く、特許の制約もないまさに「自然からの贈り物」である。う窩のない活動性白斑に対しては、切削修復するのではなく口腔清掃指導とフッ化物の塗布により、う蝕の進行を停止あるいは病変部を回復させる非切削の治療が強く推奨される。平成28年よりエナメル質初期う蝕に対するフッ化物塗布は保険診療として認められるようになった。

### 2) 永久歯エナメル質の初期う蝕に、高フッ化物徐放性ガラスアイオノマーセメントの塗布は有効か

ガラスアイオノマーセメントの塗布は、適用材料をFuji VII (ジーシー) (図7) とし、適応部位は咬合面および塗布容易な平滑面として推奨される<sup>10)</sup>。

### 3) 永久歯エナメル質の初期う蝕に、レジン系材料による封鎖は有効か

レジン系材料で封鎖することは、う窩形成の抑制において有効である<sup>11)</sup>。一方、この方法で隣接面の初期う蝕を封鎖する場合、歯間離開が必要となる。その場合、痛みやコストなど患者に一定の負担が伴う。



図7 高フッ化物徐放性ガラスアイオノマーセメント  
フッ化物を高いレベルで溶出し、歯面塗布に用いる。歯質保護用ガラスアイオノマーセメント (Fuji VII, ジーシー)

### 4) う窩をとともなうエナメル質う蝕への対処

う窩を伴うCode 3が二次予防の対象となるか否かについては、ガイドライン作成委員会で議論が続いたが、現時点でCode 3までを研究の対象としたエビデンスが少なく、今回のガイドラインではフッ化物の応用を、Code 3を含めて推奨するには至らなかった。しかし、切削介入せずにう蝕の進行を停止できると判断した場合、とくに修復治療が難しい部位においては、う窩表層に耐酸性の高い再石灰化層が生成されるフッ化物塗布を選択することは理にかなっている。

## 5. CO (要相談) の検査

う窩がなく肉眼では健全に見えるが象牙質内に進行しているう蝕、いわゆる「hidden caries: かくれう蝕<sup>3)</sup> (図8)」は、「学校での歯・口腔の健康診

断」ではCO（要相談）に、ICDASではCode 4に特定して分類される。不顕性う蝕のことで、術野を清掃・乾燥し、注意深く観察しても見過ごされることがあり、エックス線写真では明らかに認識されるほど大きくかつ脱灰された象牙質病変を認めるう蝕である。「歯科疾患実態調査」ではCiに、「診察室における精密検査」ではC<sub>2</sub>の中に含まれる。スクリーニング検査では確定診断できないので、エックス線検査が必須である<sup>12)</sup>。前歯隣接面であれば、透照診によってう蝕部が暗い影として視認でき、その深部への広がりまで知ることができる。臼歯部では辺縁隆線部の白濁あるいは黒変の微妙な変化を鋭い目で観察することになる。また、レーザー蛍光法による象牙質う蝕の検出は視診より明らかに感度は高いが、偽陽性が出やすいとされている。また、エナメル質う蝕の検出は象牙質う蝕よりも感度が低く特異度が高い。したがって、レーザー蛍光法は基本的な診断装置としての有用性にはまだ限界がある<sup>13)</sup>。

## 6. CO（要相談）への対処

う蝕治療ガイドラインでは、切削修復に踏み切るべきう蝕の深さは、歯髄保護と修復処置のやりやすさ、患者への負担や治療後の満足感などに配慮し、エックス線検査でう蝕による透過像が象牙質の外側1/3を超えた場合と推奨している。また、表7に挙げた所見が複数認められる場合には修復処置を奨めるが、「審美障害の訴えがある」場合を除き、所見が1つであればただちに修復治療を開始せずともよいというのが、ガイドライン委員間の合意である。

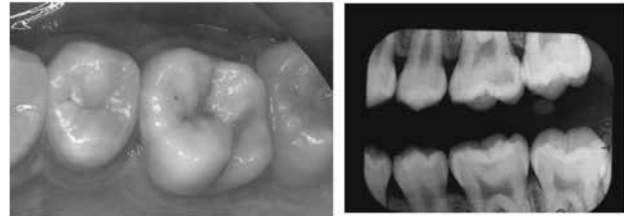
### 1) 象牙質う蝕への切削介入

切削は、う蝕の進行・拡大が切削介入することでしか停止できない、また切削でしか機能的・審美的回復が図れないと診断した場合に限るべきである。また、切削介入する場合には、細菌が侵入し感染が成立した「感染象牙質」と、脱灰してはいるが細菌感染はなく、再石灰化が可能な「う蝕影響象牙質」とを鑑別し、切削を感染象牙質にとどめることが重要となる。これより一歩進め、歯髄が臨床的に健康であれば、感染象牙質を除去せず残置し、これを無菌化し再石灰化させることによって露髄を回避すべき場合もある（歯髄温存療法）。

A：11歳男性、左下6咬合面中心小窩



B：12歳男性、左上6咬合面遠心小窩



C：54歳女性、右下6遠心隣接面



図8 CO（要相談）はICDASのCode 4に分類される。hidden caries（不顕性う蝕、かくれう蝕）ともいわれ、歯面にう窩は確認できないが象牙質への陰影がある（左：臨床像、右：エックス線像）

表7 切削の対象となるのはどの程度に進行したう蝕か

以下の所見が認められる場合は修復処置の対象となる。特に複数認められる場合にはただちに修復処置を行うことが望ましい。

- 1 歯面を清掃乾燥した状態で肉眼あるいは拡大鏡でう窩を認める
- 2 食片圧入や冷水痛などの自覚症状がある
- 3 審美障害の訴えがある
- 4 エックス線写真で象牙質層の1/3を超える病変を認める
- 5 う蝕リスクが高い

### 2) 露髄させないために

硬いう蝕象牙質は軟らかいう蝕象牙質に比べ、細菌数が有意に少ない<sup>14)</sup>。一方、濃く着色したう蝕象牙質を除去すると、細菌感染のない「鉛色」ないし「亜麻色」の透明層となる。よって、鋭利なスプーンエキスカベータまたは低回転のラウンドバーを用い、歯質の硬さや色を基準にしてう蝕象牙質を除去する。また、う蝕検知液の染色性を指標にすることは、除去すべきう蝕病変部を識別するうえで有益である。

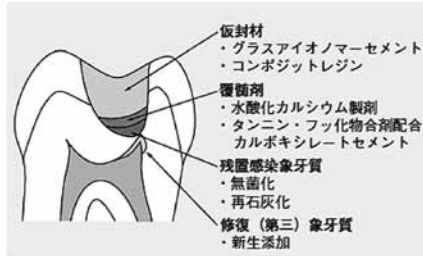
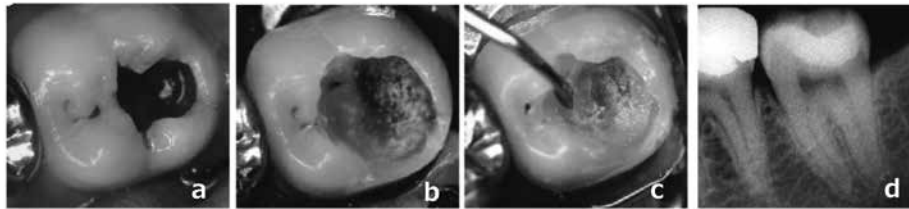


図9 歯髄温存用法（暫間的間接覆髄法，IPC）

### 3) 深い窩洞の接着性コンポジットレジン修復に裏層は必要か

露髄はしていない深い窩洞を確実な接着によってコンポジットレジンで修復した場合、裏層の有無は術後の歯髄症状の発現に影響を及ぼさない。よって、深在性う蝕に対するコンポジットレジン修復に裏層は必要ない。

### 4) 歯髄温存療法（暫間的間接覆髄法，IPC）（図9）

歯髄が臨床的に健全で、う蝕が歯髄に近接する深部象牙質まで進行した症例において、感染象牙質をすべて除去すると、露髄が生じるために抜髄を選択せざるをえない場合がある。このような場合に、感染象牙質を意図的に残しそこに覆髄剤を貼付することで、残置した感染象牙質の無菌化や再石灰化、さらには第三（修復）象牙質の形成を促進して治癒を図る治療法である。期間をあけて段階的にう蝕を除去することで、歯髄に到達するような深在性う蝕で

も露髄を少なくすることができるため、歯髄温存療法を行うよう推奨する。本法は、平成20年より非侵襲性歯髄覆罩（AIPC）の名称で1歯につき150点で保険導入された。その後、平成22年の診療報酬改定で歯髄温存療法と名称を変更し、平成28年には増点され今日に至っている（表8）。歯科の診療録および診療報酬明細書に使用できる略記は「AIPC」である。これは、Atraumatic（非侵襲性）Indirect Pulp Capping（間接覆髄）を語源としているが、教科書などの成書が示す暫間的間接覆髄法（通称IPC）である<sup>8)</sup>。

#### ①歯髄温存療法にはどの覆髄剤が適当か

水酸化カルシウム製剤（Dycal, Dentsply/Caulk）あるいはタンニン・フッ化物配合カルボキシレートセメント（HY-Bond Temporary Cement Soft, 松風）（図9）を感染象牙質に貼付することによって、う蝕関連細菌は減少し、象牙質が硬化する。上述のカルボキシレートセメントは仮着用の製品なので、覆髄剤としての推奨に疑問を持たれる向きもあるだろうが、本剤の覆髄剤としての有効性が検証されていることから、今回の推奨に至っている<sup>15)</sup>。

#### ②歯髄温存療法の後、リエントリーまでどれくらい期間をあけるべきか

水酸化カルシウム製剤あるいはタンニン・フッ化物配合カルボキシレートセメントを感染象牙質に貼付すると3～12か月で象牙質が硬化する。よって、3か月経過後にリエントリーし、残置した感染象牙質をチェックするよう推奨する。

表8 歯髄温存療法（暫間的間接覆髄法，IPC）の社会保険歯科診療における取扱い

処置 (1歯につき)	平成18年	処置名と点数	
		覆罩	直接
間接	25		
平成20年	非侵襲性 (AIPC) *	直接	150
		間接	25
平成22年	歯髄温存療法	直PCap	150
		間PCap	25
平成28年	歯髄温存療法	直PCap	188
		間PCap	30**

\* AIPC : Atraumatic Indirect Pulp Capping

\*\*間PCapは平成24年より30点に増点

## 5) 修復法

1級窩洞はもちろんであるが、臼歯隣接面を含む2級窩洞においても、直接コンポジットレジン修復とメタルインレー修復の臨床成績に有意な差はない。しかし、コンポジットレジン修復は、MIの理念に基づいてう蝕除去を行うため、健全歯質を可及的に保存し、審美的な修復ができる。よって、確実な接着操作とコンポジットレジンの填塞操作が可能であれば直接コンポジットレジン修復を行うことを推奨する。

## 7. おわりに

ライフステージとう蝕について、最近、伊藤は自らの歯科医院のデータから、DMFTは12~22歳頃の約10年間に急激に増加したと報告している<sup>16)</sup>。学齢期(6~15歳)の混合歯列期を経て、青年期(16~24歳)は巣立ちのステージにあり、口腔健康の自己管理能力を養成すべき重要な時期である。ここで健全な歯列を維持することの将来への波及効果は非常に高い<sup>17)</sup>。このことを念頭に、学校歯科医と地域の臨床家が連携しつつ、エナメル質初期う蝕は早期に検出し、個人のう蝕リスクをコントロールして脱灰病変を管理する、露髄の可能性が高い深在性う蝕にあっては露髄を回避する、歯冠修復に際しては可及的に歯質保存的な接着修復を選択する、これら本稿で解説した治療指針が活用されんことをガイドライン作成委員一同願っている。

## 謝辞

資料提供などに協力いただきました、日本歯科保存学会う蝕治療ガイドライン作成小委員会委員各位、鶴見大学歯学部の下田信治教授、千葉敏江先生、菅原豊太郎先生に深甚なる感謝の意を表します。

### 参考文献

- 1) Barder JD, Shugars DA, Bonito AJ. A systematic review of the performance of methods for identifying carious lesions. *J Public Health Dent.* 2002; 62: 201-213.
- 2) 日本歯科保存学会(編). う蝕治療ガイドライン第2版, 永末書店, 2015. 日本歯科保存学会HPで公開中 <http://www.hozon.or.jp/guideline.html> (アクセス日: 2017/8/5)
- 3) Fejerskov O, Kidd E. *Dental Caries: The Disease and its Clinical Management.* 2nd edition. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2008. ISBN: 9781405138895.
- 4) 雫石 聰, 青山 旬, 飯島洋一, 小林清吾, 竹原直道, 中垣晴男, 宮崎秀夫, 宮武光吉, 米満正美, 渡邊達夫. 望ましい初期う蝕の診断法. *口腔衛生会誌.* 2000; 50: 137-152.
- 5) Billings RJ, Brown LR, Kaster AG. Contemporary treatment strategies for root surface dental caries. *Gerodontology.* 1985; 1: 20-27.
- 6) Gordan VV, Rilly JL 3rd, Carvalho RM, Snyder J, Sanderson JL, Anderson M, Gilbert GH; DPBRN Collaborative Group. Methods used by Dental Practice-Based Research Network (DPBRN) dentists to diagnose dental caries. *Oper Dent.* 2011; 36: 2-11.
- 7) Rationale and Evidence for the International Caries Detection and Assessment System (ICDAS II). <http://www.icdas.org/> (検索日: 2017年8月5日)
- 8) 田上順次, 奈良陽一郎, 山本一世, 斎藤隆史(監修). 保存修復学21. 第五版. 京都: 永末書店; 2017; 35-37.
- 9) 清水明彦. 白斑の表面硬さは病変の深度や表層下脱灰病変の軟化度を反映する. 日本歯科保存学会2016年度春季学術大会(第144回)講演抄録集, 2016: 24.
- 10) Trairatvorakul C, Itsaraviriyakul S, Wiboonchan W. Effect of glass-ionomer cement on the progression of proximal caries. *J Dent Res.* 2011; 90: 99-103.
- 11) Griffin SO, Oong E, Kohn W, Vidakovic B, Gooch BF; CDC Dental Sealant Systematic Review Work Group, Bader J, Clarkson J, Fontana MR, Meyer DM, Rozier RG, Weintraub JA, Zero DT. The effectiveness of sealants in managing caries lesions. *J Dent Res.* 2008; 87: 169-174.
- 12) Anusavice KJ. Caries risk assessment. *Oper Dent.* 2001; Supplement 6: 19-26.
- 13) Barder JD, Shugars DA. A systematic review of the performance of a laser fluorescence device for detecting caries. *JADA.* 2004; 135: 1413-1426.
- 14) Kidd EA, Ricketts DN, Beighton D. Criteria for caries removal at the enamel-dentine junction: a clinical and microbiological study. *Br Dent J.* 1996; 180: 287-291.
- 15) 永峰道博. タンニン・フッ化物合剤配合カルボキシレートセメントによる深部う蝕治療に関する研究. *岡山歯誌.* 1993; 12(1): 1-25.
- 16) 伊藤中. 特集 最新カリオロジーとう蝕マネジメント: 一般開業歯科医院におけるう蝕マネジメントの根拠と実際. *日本歯科評論.* 2017; 77(7): 67-84.
- 17) 田上順次, 花田信弘, 桃井保子(編集). う蝕学—チェアサイドの予防と回復のプログラム—. 永末書店: 京都; 2008.

# 「CO」を再考する

土屋俊夫

一般社団法人千葉県歯科医師会 学校歯科保健委員会委員  
千葉県印西市立船穂中学校 学校歯科医  
ふなお矯正歯科医院



**要約** 学校歯科保健における歯のスクリーニングは、非う蝕性の個々の歯の形態を含む変化は健全とみなし、う窩を形成した歯を「C」と区分して行いますので、う蝕病変の位置付けを時間軸の中で捉える必要があります。すなわち、現在がいかなる状態であるかということスクリーニングするためには、当該歯が今後変化するか現状を維持するのか、また、変化するのであれば変化過程のどの段階にあるのかを把握する必要があります。このために、千葉県歯科医師会では、学校歯科医の基礎研修会における「CO」の説明をする際に、臨床の実際に即したう蝕の進行度を示すう蝕の診査表を用いております。かかりつけ歯科医にとっては、う蝕病変の過程の中でその状態を捉えることは日常臨床で常に行っていますので、学校歯科保健における「健全」と「C」の間に存在する「CO」をこの表と対照しながら捉えることは、大変理解しやすいものと考えて導入しました。

## 1. はじめに

千葉県歯科医師会では、学校歯科医の基礎研修会において保健管理のパートで「CO」に関して説明する際に、臨床の実際に即したう蝕の進行度を示す治療区分の観点から、International Caries Detection and Assessment System（以下ではICDASと略す）のう蝕歯の診査表を用いています<sup>1,2)</sup>。もちろん、現行の学校歯科健康診断では、無影灯の使用、プラークの除去のための検査前の歯面の清掃、および的確な白濁の探知のための5秒間のエアーの照射等ができないので、この基準をそのままでは適用できません。しかしながら、う蝕を初期脱灰の段階から病変として認識し、視診による判定を重視して進行度による区分分けをするという特徴は、その学問的な裏付けは学識の先生による解説によっていただきたいのですが、かかりつけ歯科医でもある学校歯科医にとっては、極めて受け入れや

すく理解しやすいと考えています。

平成28年度の「CO要相談」の導入を極めて簡単に表現すれば、下記の2つの事例（図1、図2）の差異を視診のみにてスクリーニングすることにあると考えられます。すなわち、「CO」であることを、長期間維持できる状態（「CO要観察」）と判断するか、あるいは、「C」と同様の扱いとなった「CO要相談」として、すぐにでもかかりつけ歯科医への受診を勧めるか、ということです。

### 1) 「CO要観察」事例

学校での保健指導や歯科医院での定期的なフッ化物の塗布<sup>3)</sup>を受けることにより、小窩裂溝への着色が認められた歯においてう蝕歯への進行が8年後においても生じていません（図1）。実際にも、同様のフッ化物の適用によるう蝕歯への進行が抑制さ

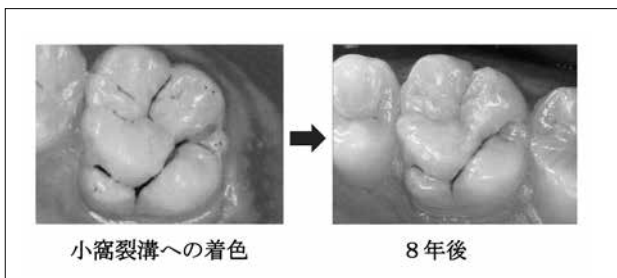


図1 CO要観察事例

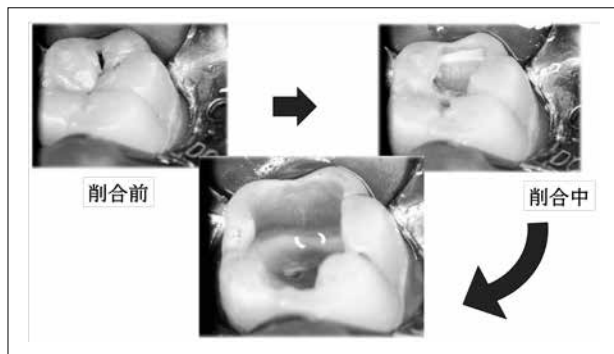


図2 CO要相談事例

れる事例は多数報告されています<sup>4~7)</sup>。

## 2) 「CO要相談」事例

咬合面の着色した遠心窩底のエナメル質（う窩はない）を削除して、軟化象牙質を追及すると、このような大きな窩洞となりました（図2）。

## 2. 当委員会における「CO」の解説

近年のカロロロジーの学問的進化にともない、う蝕が脱灰と再石灰化の繰り返しの中で脱灰が勝っている状態ということが明らかになりました。したがって、かかりつけ歯科医は、日常臨床において、初期のう蝕病変については、再石灰化処置を行って経過観察をするとともに、その状態の変化を客観的に正確に評価する必要性が生じていると考えられます。すなわち、う蝕病変を時間軸の中で捉える必要があります。現在がいかなる状態であるかということを確認診断するためには、当該歯が変化しているのか現状を維持するのか、また、変化しているのであればどう変化しているのかを把握することが必要になります。ICDASのう蝕歯診査がこのような経緯のもとに作成された評価基準として理解しますと、これは、学校歯科保健における「CO」の位置づけを理解することに役に立ちます。すなわち、う蝕歯のリスクにさらされる学齢期の児童・生徒の歯が健全である状態から「C」に罹患することの間の時間軸の中で、学校歯科医によるスクリーニング結果として学校歯科保健に関わる各役職がいかに「CO」に関与すべきであるかということが理解できると考えます。

敢えて記しますが、本稿は、ICDASのう蝕歯診査表を詳しく説明するものではありません。しかしながら、学校歯科保健における個々の歯のスクリーニングが、非う蝕性の個々の歯の形態を含む変化は健全とみなし、う窩を形成した歯を「C」と区分していますので、その間の状態をう蝕病変の変化過程として捉える「CO」は、かかりつけ歯科医にとって日常臨床の観点から大変理解しやすいものと考えられます。

以下にて、千葉県にて平成23年度より学校歯科医の基礎研修会の保健管理にて解説している「CO」に関する部分を示すことにより、日本学校歯科医会

（以下、日学歯）からの要請に答えることとします。なお、記載内容は、下記のように致します（〈〉内にスライドのタイトル、『』内にスライドの内容を示し、また、適宜スライドの内容に口頭の解説を加えることになります）。

### 1) スライド1：〈「CO」とは？〉

「CO」の概念を示します。

『健康診断で指摘される「C」は、かかりつけ歯科医が対応（治療）をする疾病です。したがって、「CO」とは、疾病と健全であることの間概念です。

「CO」には、児童・生徒自らが、う蝕菌に進行することを予防し抑制を図ることに意義があります。このために必要な健康教育を行い、さらに、学校歯科医・養護教諭による健康相談と個別指導を行った上で、かかりつけ歯科医による継続的な管理・指導を考慮することになります。』

### 2) スライド2：〈学校での健康診断基準 う蝕歯〉

平成28年度に改訂された日学歯のスクリーニングの新基準を示します。

『学校での健康診断基準 う蝕歯

健全：今のところ問題なし

CO：う蝕歯の初期病変の兆候がある

ア. 小窩裂溝の褐色、黒色などの着色

イ. 平滑面の白濁、褐色斑

ウ. 隣接面や修復物下部の着色変化、アヤイの状態が多数認められる場合等、地域の歯科医療機関との連携が必要な場合

C：視診で確認できるう窩がある』

### 3) スライド3：〈「CO要相談」に関して〉

平成28年度から新規に導入された「CO要相談」を解説します。

『個々の歯の診査において、う蝕の定義をう窩があることと明確に限定するとともに、う窩はないがう蝕の存在が疑わしい歯に関しては、「CO要精検」の表現を改め「CO要相談」という名称に改めるとともに、かかりつけ歯科医への受診を促すことになりました。

「CO」の区分は、アとイが「CO要観察」、ウが「CO要相談」の2区分になります。「CO要観察」の対応は、学校現場にて学校歯科医および養護教諭が保健

指導にて行い、「CO要相談」の対応は、いわゆる受診勧告を行って、かかりつけ歯科医が行ないます。

上記に伴い、健康診断結果のお知らせの書式変更が必要になります。』

ここでは、昨年度までの「CO要精検」から「CO要相談」という呼称が変更されたことのみではなく、意義の違いがあることを解説します。すなわち、「CO」としては学校歯科保健の統計上の数字としては異なりませんが、「CO要相談」としていわゆる受診勧告を行うということは、以前の「CO要精検」として学校歯科医所見欄に指摘することとは意義が異なり、公にう窩はないがう蝕の存在が疑わしい歯の存在が認められたことを意味しており、歯科界のう蝕に関する一般的な考え方が書式的にも認められたことを追加して解説致します。

#### 4) スライド4：〈健康診断のお知らせ〉

「CO要相談」が健康診断結果のお知らせのいわゆる治療勧告の段に移行していることを理解していただきます（図3）。

#### 5) スライド5：〈CO (questionable caries under observation) を再考する〉

COに関して再度詳細に解説します。

『学校歯科保健において、かかりつけ歯科医でもある学校歯科医は、歯科健康診断における健全歯・CO・Cのスクリーニングに当って、「CO」判定の大変広域な裁量権を委ねられていると考えられます。

煩雑さを要求される「CO」判定において、う窩が存在するに至るう蝕の進行段階を明瞭に分類しており、かつ、歯科健康診断における「CO要観察」と「CO要相談」の位置付けを明確にしうる基準に従うことは、極めて有益と考えられます。そこで、千葉県歯科医師会のホームページの「CO」の事例集である「図書館」は、便宜的にICDASによるう蝕歯の診査表の基準に事例を追加する様式を用いて構成しております。』

#### 6) スライド6：〈ICDASの説明〉

う蝕歯の診査表のコード解説をします。

『ICDASとは、International Caries Detection and Assessment Systemの略で、国際的なう蝕歯の探知と評価の仕組みです。分類は、「コード0」から「コード6」に分けられています。この分類コードは正式には2桁で表示します。充填物がない状態では十の桁を0としますので、正式には00とか、01のように充填物が何もない状態ではそのように表記しま

保護者様		平成 年 月 日
〇〇市立_____学校・幼稚園 校(園)長名 _____		
歯・口腔の健康診断結果のお知らせ _____年 _____組 氏名 _____		
先日行われた健康診断の結果は、下記の○印のとおりでしたので、お知らせいたします。		
健康診断の時には特に問題は見つかりませんでした。これからも一層家庭での食生活や口腔清掃に気をつけ健康な状態を保つように努力しましょう。また定期的にかかりつけ歯科医の検診を受けましょう。		
経過観察のみに○印のある人は、各家庭で歯みがき・食生活に十分な注意が必要です。また、かかりつけ歯科医による継続的な指導・管理を受けることをおすすめします。		
経過観察	CO(シーオー)	むし歯になりそうな歯があります。学校でも観察・指摘していますが、家庭でもおやつやの食べ方やCOの歯の清掃に注意しましょう。
	GO(ジーオー)	軽度の歯肉炎があります。歯肉(歯ぐき)に軽度の腫れや出血がみられます。このまま放置すると歯肉炎が進行する可能性が高くなります。
	歯垢(しこう)	歯みがきが不十分です。むし歯や歯肉炎の原因になる歯垢が残っています。学校でも指摘しますが、家庭でもていねいにみがくように心掛けてください。
	顎関節 腫列・咬合	(顎・かみ合わせ・歯並び)のことで経過観察や適切な指導が必要な状態です。特に気になるようでしたら、かかりつけ歯科医や専門医療機関で相談を受けて下さい。 *矯正治療中の方もこの項目に含まれます。
下の欄に○印のある人は、早めに精密な検査、適切な治療や相談を受けることをおすすめします。治療および相談が終わりましたら、受診結果を記入していただきこの通知書を学校(園)に提出してください。		
受診の おすす め	治療や検査等が必要な項目	
	むし歯Cがあります	(乳歯・永久歯)に治療を必要とするむし歯があります。早めに治療するとともに、食生活や口腔清掃を見直して、新しいむし歯を作らないようにしましょう。
	歯肉の病気があります (歯肉炎・歯周炎)	治療を必要とする歯肉の病気があります。早めに治療を受けて下さい。
	検査が必要な歯があります (CO要相談、要注意乳歯×)	かかりつけ歯科医に相談してください。
	相談が必要です。 (顎・かみ合わせ・歯並び)	(顎・かみ合わせ・歯並び)のことで相談し、必要なら検査・治療を受けて下さい。
歯石の沈着ZSがあります その他( )	歯の表面に歯石の沈着があります。早めに適切な処置や指導を受けて下さい。 ( )のため、検査または治療を受けてください。	
受診結果		
※部 位( )	※転帰(治療済・継続中・経過観察)	
※所 見( )		
※平成 年 月 日	医療機関名 _____	歯科医師名 _____ 印

図3 健康診断結果のお知らせの一例

すが、ここではあえて十の桁を省いて0・1・2・3・4・5・6と表記してあります。』

### 7) スライド7：〈学校歯科健康診断とICDASによるう蝕歯の診査表の対応 (図4)〉

ここでは、学校歯科保健において、かかりつけ歯科医でもある学校歯科医は、歯科健康診断における健全歯・CO・Cのスクリーニングに当って、「CO」判定の広域な裁量権を委ねられていることを明示します。対応表に示しますように、「CO」のカバーする範囲の広さの認識に役立つと考えられます。また、ICDASのう蝕歯の診査表は、う窩が存在するに至るう蝕の進行段階を明瞭に示しておりますので、学校歯科健康診断における「CO要観察」と「CO要相談」の位置付けを明確にできている基準であるとも考えられ、これに従ってスクリーニング基準を説明することは、煩雑さを要求される「CO」判定において極めて明瞭であると考えられます、の旨の解説を行います。

### 8) スライド8～13：〈ICDASでのう蝕歯の診査表を説明する事例集〉

日学歯の「CO」区分が、ICDAS基準の7区分の内のコード1からコード4の4区分に相当することを解説致します。

#### (1) コード0の事例 (図5)

ここでは、エナメル質形成不全等の歯の発育障害や歯のフッ素症、および歯の磨耗（咬・磨耗、摩滅）などのほか、外因性や内因性による着色は健全とすることを示します。また、変色や着色した裂溝が複数存在する歯面は、他の小窩裂溝にも着色が認められ、う蝕よりもむしろ着色を招く飲食（例：頻繁にお茶を飲む習慣）によって説明できる場合には健全と判定することを示します。

#### (2) コード1の事例 (図6)

学校歯科健康診査では、肉眼で見つけることができる最初期のう蝕の徴候は現実にはエアードライはできませんので歯面の評価はできませんが、小窩裂溝内に限局したエナメル質の変化の特徴として、乾燥しなくても着色のために容易に見つけることができます。この小窩裂溝の変色は、お茶やコーヒーによる小窩裂溝の着色（コード0）と似ていますが、非う蝕性のものはほとんどの小窩裂溝に対称性に認め

学校歯科健康診断	ICDAS基準
健全歯：	コード0
(CO)：	コード1
CO (要観察)：	コード2
	コード3
CO (要相談)：	コード4
C：	コード5
	コード6

COの基準は大変広範に及びます

図4 学校歯科健康診断とICDASによるう蝕歯の診査表の対応

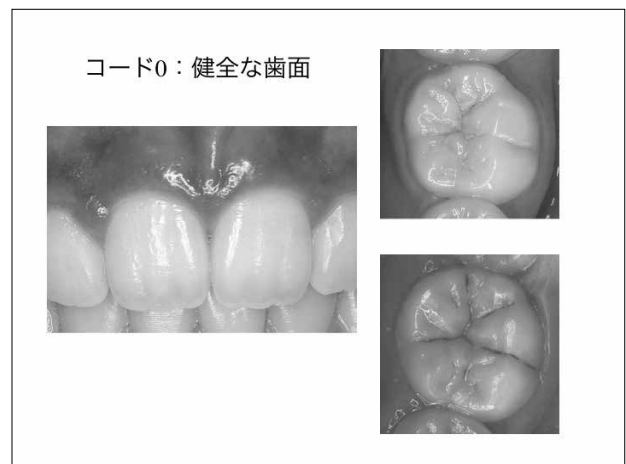


図5 コード0の事例

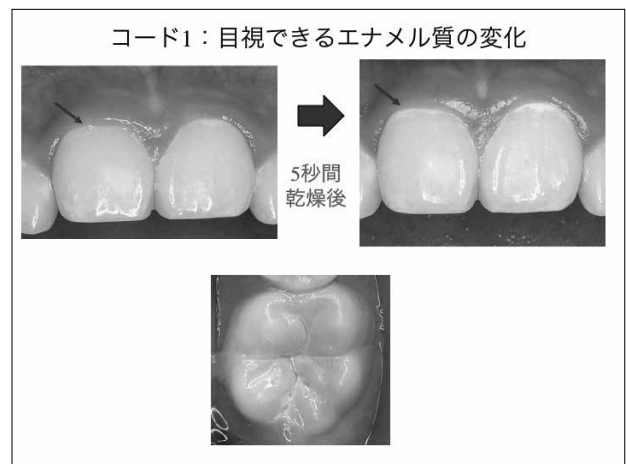


図6 コード1の事例

られる傾向があることを説明して、日学歯の基準では「CO要観察」として学校で管理指導を行うこととなります。

#### (3) コード2の事例 (図7)

同じくエアードライはできませんが、エアードライする前から、明瞭に目視できるエナメル質の変化が認められる歯(湿潤状態で①う蝕による不透明性(白斑)かつ/または、②う蝕によって褐色に変色し、

自然な裂溝やくぼみよりも大きく、正常なエナメル質の臨床的所見とは異なる)は、日学歯の基準では「CO要観察」として学校で管理指導を行うことになります。

(4) コード3の事例 (図8)

象牙質は見えませんが、内因的な陰影のないう蝕に起因する限局性のエナメル質の崩壊像が認められる歯(エナメル質の脱灰が進み、表層の破壊が始まり、不連続な表面が見えう蝕による不透明性(白斑病変)かつ/または、褐色の変色が認められ、自然な裂溝/くぼみよりも大きく、象牙質への進行を示す臨床的な肉眼的徴候はない限局性のエナメル質の崩壊)は、日学歯の基準では「CO要観察」として学校で管理指導を行うことになります。

(5) コード4の事例 (図9)

象牙質からの内在性の陰影が認められます(象牙質の変色が健全エナメル質を透過して暗い陰影として認められる像)。健全エナメル質は、限局性の崩壊(象牙質は露出していないが、表面における連続性が喪失している)の徴候を示している場合と示していない場合があります。陰影は灰色、青色または褐色の色調です。記載のように象牙質に至るう窩はありませんが、いわゆる穿下性のう蝕で、口腔内清掃のみでは今後の進行が止められず、放置するとう窩を形成するに至る状態であり、日学歯の基準では「CO要相談」としてかかりつけ歯科医への受診を促すことになります。

(6) コード5、コード6の事例

図10および図11の明瞭なう窩を形成する段階にある歯は、日学歯の基準では「C」としてかかりつけ歯科医への受診を勧めることになります。

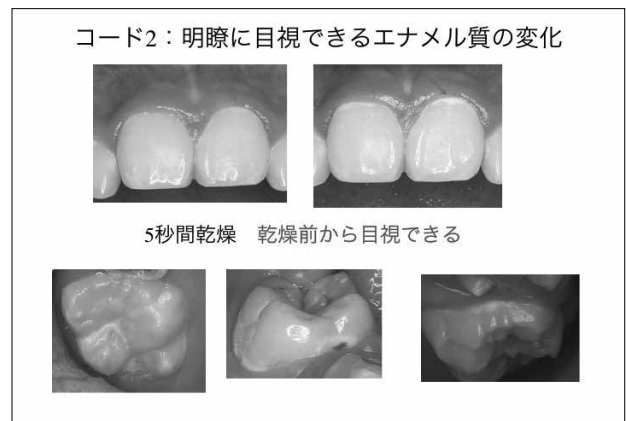


図7 コード2の事例



図8 コード3の事例

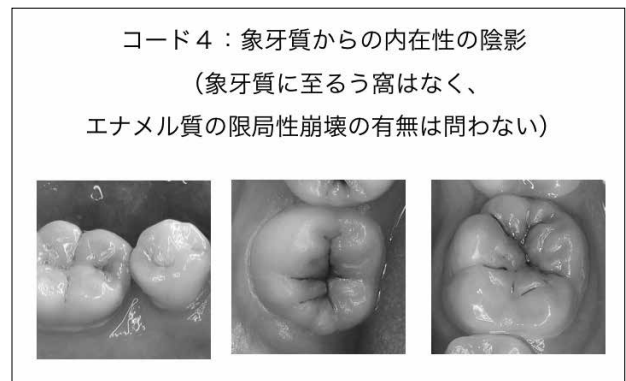


図9 コード4の事例

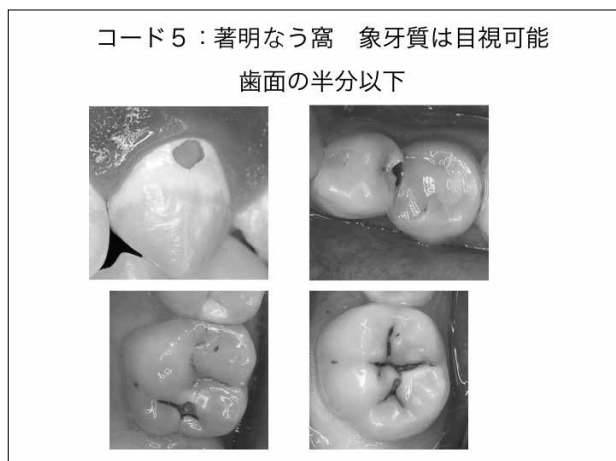


図10 コード5の事例



図11 コード6の事例

## 9) スライド14:〈CO検出の意義と対応〉

例えば学校健康診断の数値的な実例(図12)で示し、対応を紹介します。

健康診断に光学式う蝕検出装置を用いているある中学校での「CO」への対応とその経過の実態を見てみます。平成22年度においては、34.6%の生徒が「CO」の状態が維持されていましたが、「C」に移行したものが41.3%、かかりつけ歯科医にて治療を受けたものが23.9%でありました。この事実を学校保健会にて検討し、次年度養護教諭による2回以上の5人でのグループと個別の口腔清掃指導、および学校歯科医と行政の歯科衛生士による口腔清掃指導の集団指導を実施したところ、74.4%の生徒が「CO」の状態を維持しており、「C」への移行およびかかりつけ歯科医にて治療を受けたものがそれぞれ、10.3%に低下していました。ここから判断できることは、「CO」保有者の約35%の生徒は、それまでの口腔内清掃を継続すれば「CO」の状態を維持することができる可能性があることが、逆に約65%の生徒の口腔内清掃は十分ではなく何らかの注意喚起が必要ということが言えそうです。図12の数値は、上記のような背景のある生徒たちに、複合的な取り組みを実施することが有効であることを示す実例として、また、減少はしているもののゼロにはならない「C」への取り組みとして、学校における集団的および個別の歯科保健指導はやはり重要であると考えられます。

最後に、重症化予防という概念で、平成28年4月より以前はなかったICDASのコード1から3まで、すなわち「CO要観察」をカバーする治療が、その保険請求では乾燥させて白濁等をカメラで撮影して保存することを算定要件に、保険診療の傷病名「Ce」として導入されました。本記載は「CO」を再考すると題して現在までに示されている日学歯の「CO」に関する考え方に従いましたが、今後、学校歯科保

CO		平成22年		平成23年	
		人数	割合	人数	割合
春健診	健診者数(人)	137		129	
	該当者(人)	46	33.6%	39	30.2%
秋健診	変化なし(人)	16	34.8%	29	74.4%
	要治療(人)	19	41.3%	4	10.3%
	治療済み(人)	11	23.9%	4	10.3%

図12 COの2年間の数値変動

健における「C」のスクリーニングに安価なエアブローを導入する等の方法の検討とともに、学校歯科健康診断のお知らせにおける扱い方として、「CO要観察」もいわゆる下段の通知、すなわち、「C」と同じ扱いになるのかを日学歯で検討される時期であろうことを付記させていただきます。

### 参考文献

- 1) 豊島義博. 初期う蝕の判定基準—ICDAS(International Caries Detection & Assessment System)の臨床応用と今後の展望. J Health Care Dent. 2008; 10: 6-10.
- 2) 杉山精一, 豊島義博, 飯島洋一, 桃井保子, 柘植紳平. シンポジウム ICDASが拓く新しいう蝕治療マネージメント—歯質保存療法を主役にした治療可能なう蝕病変の判定. J Health Care Dent. 2009; 11: 17-70.
- 3) 柘植紳平, 中垣晴男. 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. 1999; 49: 348-364.
- 4) 川田和重, 宋 文群, 戸田真司, 荒川浩久. 某小学校におけるフッ化物洗口によるう蝕抑制効果. 神奈川歯学, 2014; 49(1): 8~15.
- 5) Komiyama E, Kimoto K, Arakawa H. Relationship Between Duration of Fluoride Exposure in School-Based Fluoride Mouthrinsing and Effects on Prevention and Control of Dental Caries. ISRN Dentistry, Volume 2012, Article ID 183272, 8 pages.
- 6) Uwagawa YN, Yoshihara A, Miyazaki H. Long-term Caries Preventive Effects of a School-Based Fluoride Mouth Rinse Program in Adulthood. Open Dent J. 2011; 5: 24-28.
- 7) 小林清吾, 中村宗達, 川崎浩二, 高木興氏. フッ化物洗口学童における永久歯小窩裂溝部 初期齲蝕の経時的推移について. 口腔衛生学会誌. 1989; 39: 217~231.

# 「生きる力」から 「生き抜く力」へ

より充実した生きる力へ  
—新学習指導要領改訂の  
ポイントから考える—

## ● 執行部の立場から ●

(一社) 日本学校歯科医会 副会長

齋藤 秀子

## 1. 「生きる力・生き抜く力」の背景

平成18年教育基本法の改正が行われました。この改正は、昭和22年にこの法律が成立し60年を経て行われました。教育基本法は、わが国の教育の基本理念や基本原則を定める重要な法律です。改正された教育基本法では、新たに「教育振興基本計画」に関する規定が第17条として設けられました。教育基本法の理念を実現するための具体的な総合プランが教育振興基本計画といえます。教育振興基本計画（第1期）には、今後10年間を通じてめざすべき教育の姿と、今後5年間（平成20～24年度）に総合的かつ計画的に取り組むべき施策がまとめられました。このような法律の改正の中、平成20年文部科学省は、小・中学校の学習指導要領の改訂を行いました。

「生きる力」とは、知・徳・体のバランスの取れた力のことであり

- 基礎的な技術・技能を習得し、自ら考え、判断し表現することにより、様々な問題に積極的に対応し、解決する力
- 自らを律しつつ、他人とも強調し、他人を思いやる心や感動する心などの豊かな人間性
- たくましく生きるための健康や体力など  
(～平成22年8月文部科学省資料より～)

をはぐくむことを目指しています。

その後、第2期教育振興基本計画（平成25年～29年度）が、平成25年6月14日決定しました。生涯の各段階を貫く基本方向性として、①社会を生き抜く力の養成、②未来への飛躍を創造する人材の養成、③学びのセーフティーネットの構築、④絆づくりと活力あるコミュニティの形成の4項目が示されています。さらに平成28年4月には、第3期教育振興基本計画の策定の諮問がなされました。2030年を見据えながら、子供たちの教育について様々な議論がなされています。

生きる力を実践し、明確化する過程の中で「充実した生きる力」が求められています。日本学校歯科医会においても、教育現場の様々な変化に対応するために、文部科学省のご指導を受けながら、歯・口の健康づくりに取り組んでいるところです。

## 2. 全国学校保健研究大会の メインテーマについて

日本学校歯科医会においては、今年度第81回を迎えようとする、全国学校歯科保健研究大会のメインテーマをその時代の状況に合わせて決めています。第74回大会（平成22年）まではそのメインテーマを歯・口の健康づくりの総合的展開を目指してとして第70回大会より5年間継続しておりました。第74回大会のサブテーマに「生きる力」の文言が取り上げられたのは学習指導要領に「生きる力」が取り上げられた時代背景がありました。第75回大会（平成23

年) からメインテーマは「生きる力」をはぐくむ歯・口の健康づくりの展開を目指してとなりました。平成23年3月には、文部科学省より学校歯科参考資料「生きる力」をはぐくむ学校での歯・口の健康づくりが発刊され、健康づくりが健康づくりとなったことも話題になりました。第75回から第79回までのサブテーマは以下のとおりです。

- |      |                                  |
|------|----------------------------------|
| 第75回 | 自らわかる！自らできる！健康行動への道しるべ           |
| 第76回 | 子どもたちの未来を築く望ましい生活習慣の形成を見据えて      |
| 第77回 | 学校歯科保健で取り組む食育と口腔機能の健全な発達支援を考える   |
| 第78回 | 学校歯科保健を通して学校・家庭・地域が取り組む健全な心と体の育成 |
| 第79回 | 生涯を通じて自らの健康を保持増進するための学校歯科保健のあり方  |

日本学校歯科医会においては、歯・口の健康づくりは、問題発見解決型の学習として優れており、この学習そのものが、生きる力を身につけることにつながるとの見解のもと、様々な活動の礎にしております。このような中、第2期教育振興基本計画にもあるように「生き抜く力」の重要性が示されていることが報告されておりました。第80回大会からのメインテーマに、「生き抜く力」を掲げようとの、理事会での議論の結果

(メインテーマ)
「生き抜く力」をはぐくむ歯・口の健康づくりの展開を目指して
(サブテーマ)
明るい笑顔で未来をつくる学校歯科保健活動

を決定し、文部科学省からのご理解をいただいたところです。

### 3. 「新学習指導要領の生きる力」に基づく健康教育の充実

平成26年4月30日学校保健安全法施行規則の一部改正により20年ぶりに学校健康診断の改正が行われました。健康診断の目的が、疾病をスクリーニングし健康状態を把握することと、健康教育の充実の2つが明記されました。今回の学習指導要領では、「未来を生き抜く力を育む」理念の具体化として、①生きて働く知識・技能の取得、②思考力、判断力、表現力等の育成、③学びに向かう心、人間性等の育成の3本の柱を示しています。

これらの力を持つ児童生徒の育成のために、学校歯科医であれば、歯・口の健康づくりからの支援ができ、児童生徒の健康思考を高めてより良い自分に成長させていく過程を実感させることができるのです。

スポーツによるけがの予防や、相手のけがを予防する方法を考えることにより、思いやりの心が育ちます。食べること・発音すること・笑うことなど口の機能を知ること、積極的な人間関係の構築につながります。

グローバル化や情報化の変化が加速度的になる中で将来の予測が難しい時代になるとともに、人口減少・過疎化・貧困家庭の増加など社会変化の影響が身近に感じられる時代になっております。このような時代こそ、健康教育で育成していく子供の資質や能力は大切となります。

日本学校歯科医会においては、歯・口の健康づくりを通して子供たちの「充実した生きる力」をサポートできる学校歯科保健活動を続けたいと考えております。

#### 参考資料

- 1) 生きる力をはぐくむ歯・口の健康づくり、文部科学省編、平成23年3月
- 2) 第2期教育振興基本計画、文部科学省HP
- 3) 第3期教育振興基本計画、文部科学省HP
- 4) 新しい時代にふさわしい教育基本法と教育振興基本計画の在り方について、文部科学省HP
- 5) 新学習指導要領概要、文部科学省HP

# 「生きる力」から 「生き抜く力」へ

## 学識者の立場から

全国養護教諭連絡協議会 前副会長  
(福島県郡山市立大成小学校 養護教諭)

湯田 厚子

### 1. はじめに

近年の子供を取り巻く急激な社会環境の変化により生活は便利になってきている反面、子供たちの心身には、危惧される健康課題が見られるようになってきています。

そのような中で、文部科学省は、次期学習指導要領改訂の背景について、「子供たちが成人して社会で活躍する頃には、生産年齢人口の減少、グローバル化の進展や絶え間ない情報技術革新により、社会や職業の在り方そのものが大きく変化する可能性がある。そうした厳しい挑戦の時代を乗り越え、伝統や文化に立脚し、高い志や意欲を持つ自立した人間として、他者と協働しながら価値の創造に挑み、未来を切り開いていく力が必要である。」と述べています。これから訪れるであろうこのような厳しい世の中を子供たちがたくましく生きていくには、心身の健康が基盤となっていなければならない。次期学習指導要領改訂に伴う中央教育審議会教育課程部会の審議結果のまとめにおいても、現代的健康課題に対応した健康教育の必要が述べられています。

このことは、まさに日本学校歯科医会で提唱している「生き抜く力」を意味していると考えます。さ

らに、学校歯科保健活動を通して子供たちに健康な笑顔をもたらすことは学校歯科保健活動の使命とも述べています。私たち養護教諭も同じ思いであり、心身の健康に裏打ちされた子供たちの笑顔のために日々の執務に取り組んでいるところです。

### 2. 子供たちの気になる実態

しかし、実際の現場では、子供たちの「笑顔」が見られないという気になる実態もあります。次に示すデータ(図1)は、全国養護教諭連絡協議会による「平成26年度 養護教諭の職務に関する調査」の中で養護教諭が関わった「虐待」についての調査結果です。

身体的虐待の中に、う歯の未治療放置などの虐待も含まれています。また、ネグレクトの中にも、食事の劣悪化や歯みがきをさせていないなどの生活環境にかかわる事象も多く含まれていると考えられます。次に示すデータ(図2)は養護教諭が虐待の事例に関わったきっかけについて示したものです。

この中では、学校歯科医の先生方が健康診断や健康相談時に虐待の疑いを発見し、地域の専門機関や児童相談所につながったケースもあります。

### 3. 学校歯科医との協働

学校保健活動の中で歯科保健活動は重要な役割を担っております。子供たちの心身の健康な身体づくりが食から始まる時、食を体の中に最初に取り入れていく歯と口の健康は健康教育の基礎・基本であると考えます。

これからの厳しい世の中を、子供たち一人一人が主体的に健康づくりをして、笑顔で明るく生き抜いていくためには、歯科健康診断での疾病異常のスクリーニングに加え、主体的な健康づくりの教育の充実を図っていかなければなりません。そのためには、学校歯科医の先生方と養護教諭の協働による歯科保健活動をより一層、活発に行っていく必要があると考えております。今後ともさらなるご指導、ご協力をお願いいたします。

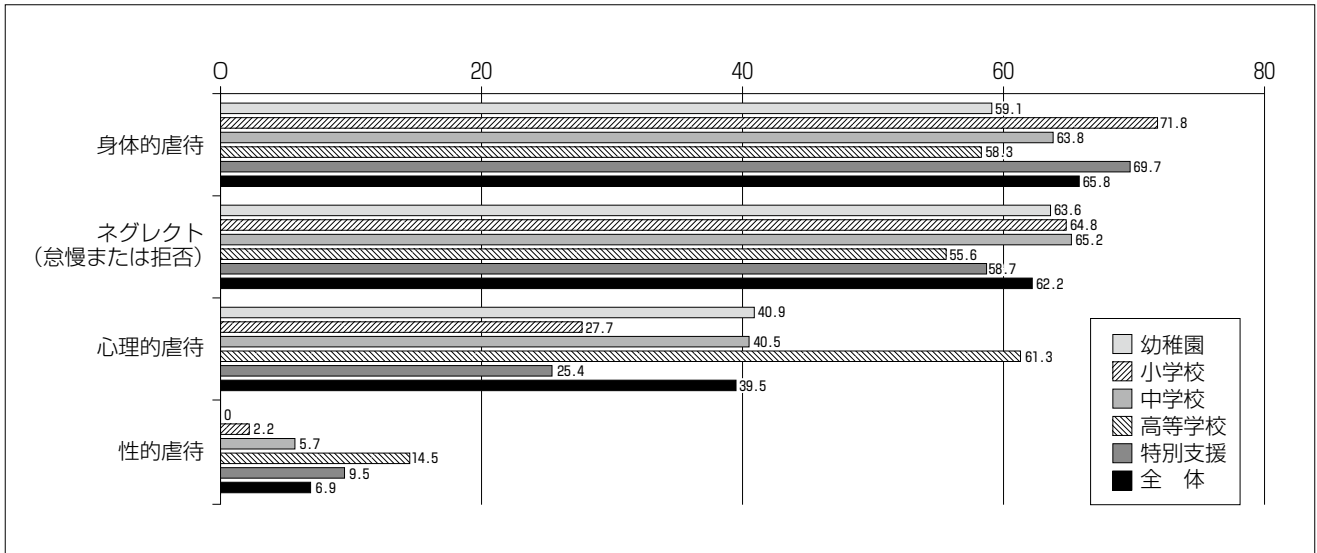


図1 養護教諭が関わった虐待の種類について

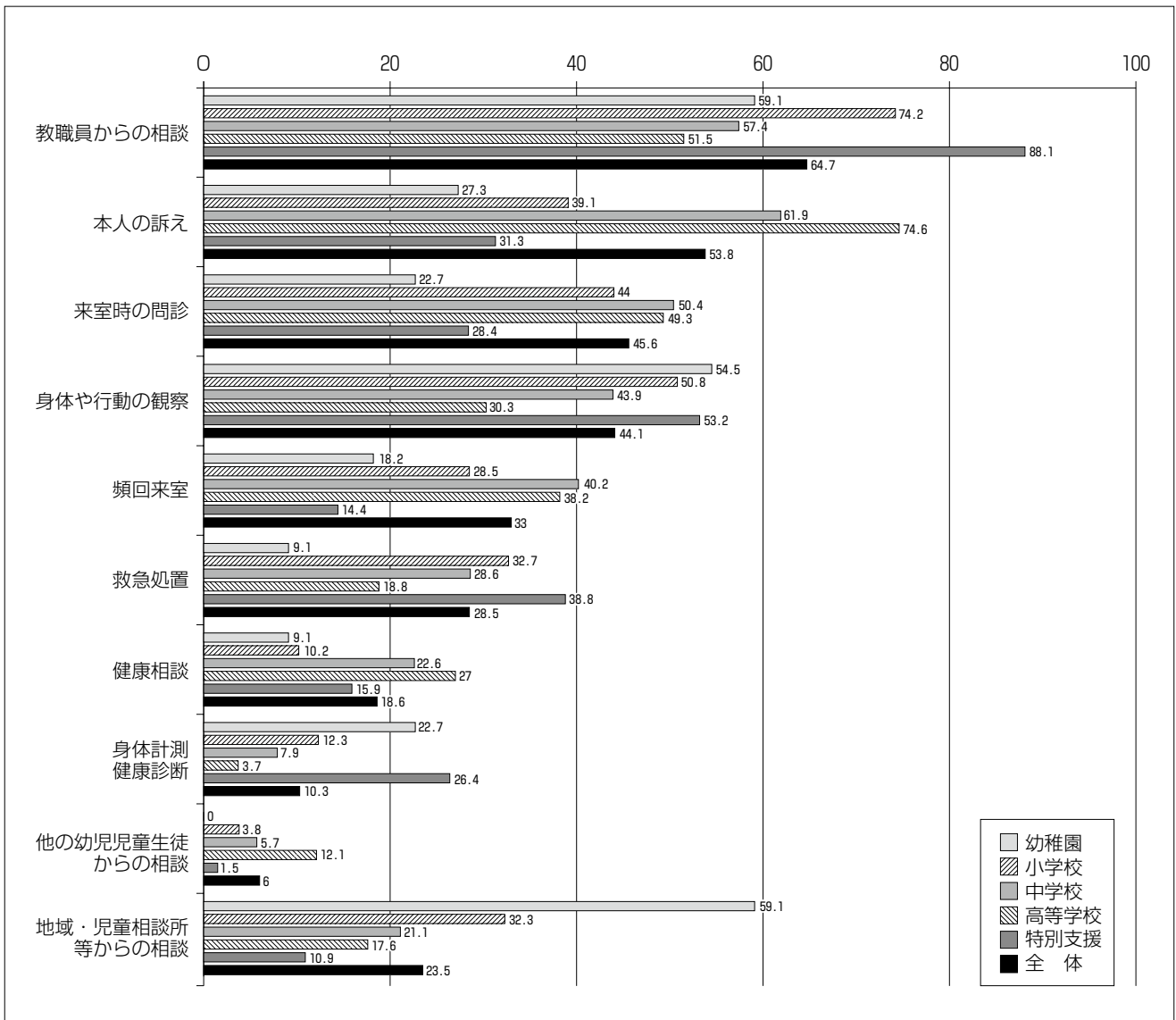


図2 虐待の事例に関わったきっかけについて

# 我が国における就学前児の口腔保健推進のための方策



昭和大学歯学部 小児成育歯科学講座

客員教授 井上美津子

## 1. はじめに

近年、我が国における小児の保健指標は、全体的には著しく向上している。しかし、心の健康に関する問題はまた課題も大きい<sup>1)</sup>。歯科においても、小児期の歯科疾患として最大の課題だったう蝕は、この30~40年で顕著な減少が示されているが、一方で口の生活機能面からの問題（口唇閉鎖不全や食べ方の問題など）は顕在化しているところもある。

乳幼児歯科健診をはじめとした行政からのアプローチや、育児雑誌やインターネットなどを通じた育児情報の普及、また少子化に伴う保護者の予防意識・行動の向上などで、乳幼児期のう蝕は激減し、う蝕予防のための歯みがき習慣も定着してきた。しかし、生活環境の変化などから口呼吸・口唇閉鎖不全がみられやすくなり、現在の子供の食事について困っていることがある保護者も増えている状況であ

る<sup>2)</sup>。

ここでは、就学前児の口腔保健を推進していく上で捉えておきたい口腔保健の現状と、幼稚園・保育園での口腔保健の取り組みの実際から、今後の課題について考えてみたい。

## 2. 我が国における就学前児の口腔保健の現状

我が国では、1960年代をピークに乳幼児のう蝕は徐々に減少を示している。3歳児歯科健診の結果をみても、1980年代前半には60%近くを示していたう蝕有病者率が2014年には17.69%となっており（図1）、東京都では12.56%となり、特別区では10%以下を示すところも少なくない現状である。う蝕有病者率の減少に伴い、う蝕の程度の軽症化や一人平均う歯数の減少も顕著である。う蝕罹患型でも「むし歯なし」が大半を占め、下顎乳前歯まで

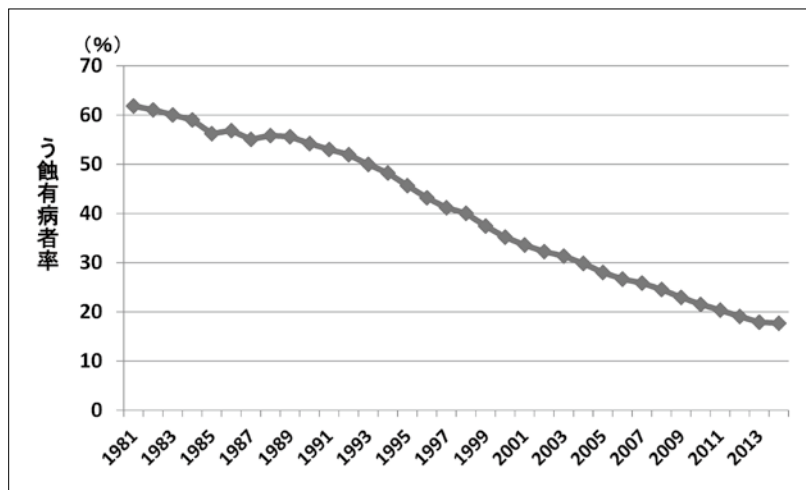


図1 3歳児歯科健診のう蝕有病者率の推移

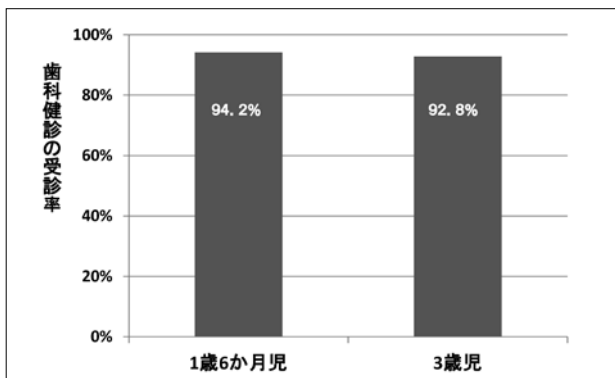


図2 1歳6か月児・3歳児歯科健診の受診率  
(平成26年度全国乳幼児歯科健診結果より)

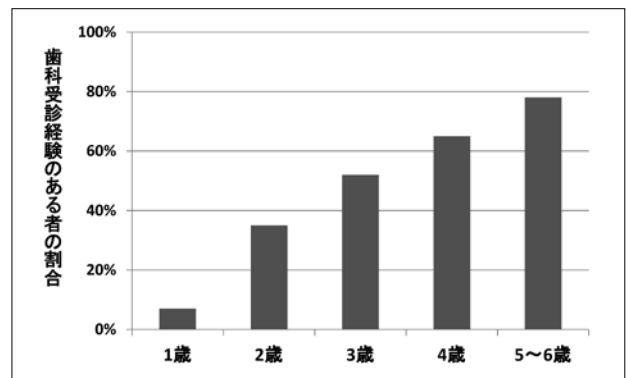


図3 歯科医院の受診経験の有無  
(厚生労働省「平成22年度幼児健康度調査」より)

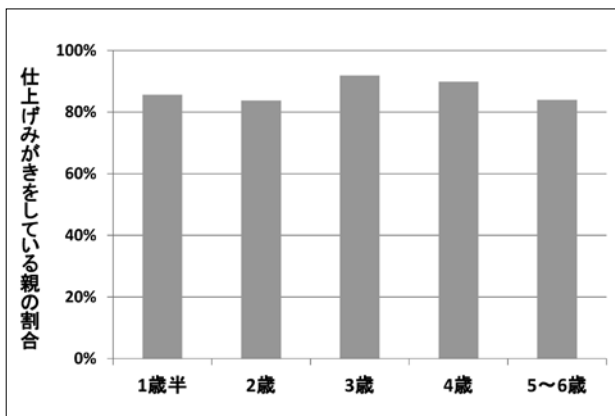


図4 仕上げみがきをしている親の割合  
(厚生労働省「平成22年度幼児健康度調査」より)

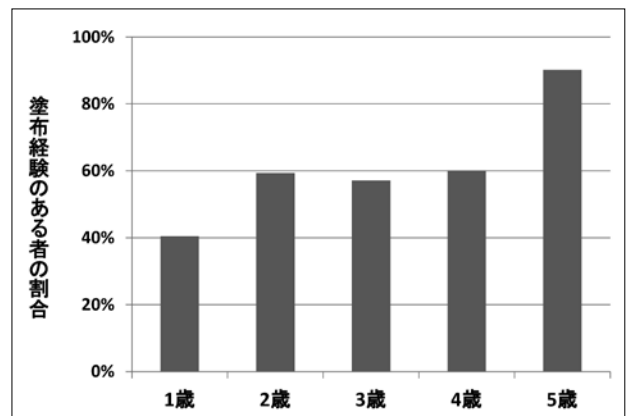


図5 フッ化物歯面塗布経験の有無  
(厚生労働省「平成28年歯科疾患実態調査」より)

罹患しているC型は殆どみられない。最近では、多数歯にわたる重症う蝕を有する小児には、不適切な養育環境（時にはネグレクト）が疑われ、特別な対応が必要と考えられている。

このようなう蝕減少の背景には、様々な要因が考えられる。1965年に制定された母子保健法により、妊婦全員への母子健康手帳の交付や3歳児健康診査（歯科健康診査を含む）が法定健診として行われるようになった。1960年代から始められた3歳児歯科健診では、当時はすでにう蝕が多発している児が多かったため「う蝕の早期発見・早期治療」に重点が置かれていたが、1977年から始まった1歳6か月児歯科健診では「う蝕の発生予防」が重視され、O<sub>2</sub>型（まだう蝕はないがリスクが高い者）への保健指導が導入された。他の年齢層の行政歯科健診に比べて、乳幼児歯科健診の受診率は高く<sup>3)</sup>（図2）、低年齢児の口腔保健への貢献度は高いものと考えられる。

また、歯科口腔保健の推進に関する法律（2012年）や、2015年から始まった健やか親子21（第2次）では、かかりつけ歯科医を持つことの推奨や乳幼児には親の仕上げみがきの推奨がされている。幼児期に歯科受診経験のある者の割合は増齡的に増加しており（図3）、う蝕有病者率よりかなり高くなっていることから、検診や予防のために歯科医院を訪れる者が増えていることが推測される。保護者による仕上げみがきも幼児期を通じて80%以上と高い割合を示し（図4）、仕上げみがきも保健行動として定着してきているものと考えられる。

フッ化物の応用については、従来からフッ化物歯面塗布が行政や歯科医院で実施されており、フッ化物の塗布経験のある者は2歳で半数以上に、5歳では90%近くになっている（図5）。また、幼児向けの低濃度フッ化物配合歯磨剤の普及により家庭での使用の拡がりもみられ（図6）、幼稚園・保育園でのフッ化物洗口の実施率も上昇がみられている<sup>4)</sup>。

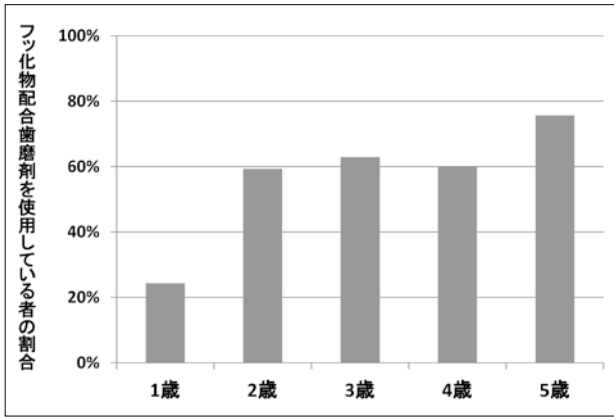


図6 フッ化物配合歯磨剤の使用の有無  
(厚生労働省「平成28年歯科疾患実態調査」より)

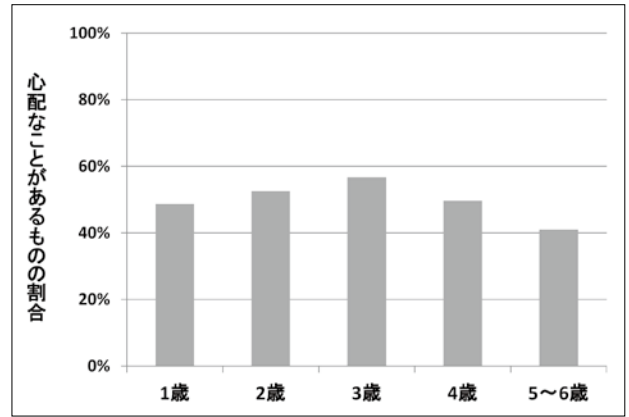


図7 食事について心配なことの有無  
(厚生労働省「平成22年度幼児健康度調査」より)

2005年の食育基本法の制定や2006年からの食育推進基本計画の実施により、保育園や幼稚園においても食育計画の策定や食育活動の実施が求められるようになり、地域の実情や保育・教育の方針に合わせた食育が実施されている。しかし、親子を取りまく生活環境の変化などにより、食をめぐる問題は複雑化しているところがあり、子供の食事（食べ方など）に心配のある保護者の割合は3歳頃までは比較的高い現状でもある（図7）。

### 3. 幼稚園・保育園における口腔保健の取り組み

#### 1) 定期歯科健康診断、歯科保健指導

幼稚園・保育園はともに、少なくとも年1回以上の歯科を含む健康診断を行うことが義務付けられており、多くの場合は園歯科医が歯科健康診断に当たっている。幼稚園は学校教育法に準じるため園歯科医は必置だが、保育園は児童福祉法での最低基準は園医だけで、園歯科医は指導通知事項のため努力義務であり、すべての園にいるとは限らない。

歯科健康診断によって歯や口腔の状態（う蝕、歯肉炎、歯列・咬合の状態など）が診査されるばかりでなく、園児の生活状況も口腔内に反映されるところから、歯科健康診断の結果を保護者に通知する際には、歯科受診の必要性の有無などとともに、家庭での生活習慣の改善に結びつけられるような情報提供の必要がある。

幼児期のう蝕は減少したとはいえ、幼稚園児のむ

し歯のある者の割合（5歳児の数値が公表される）は平成28年度でも35.64%となっており<sup>5)</sup>、増齡的なう蝕の増加は緩やかながら続いている。そのため、幼稚園児の疾患・異常の被患率をみると、まだ「むし歯（う蝕）」の者の割合が最も高くなっている現状である。

園における歯科保健指導としては、園歯科医による保護者への講話や歯科衛生士による歯みがき指導が実施されることが多い。親子歯みがき教室や年長園児への歯みがき指導は、おもに集団指導の形で行われている。また講話などを通じて、家庭での歯みがきは、就寝前にみがくことと、保護者による仕上げみがきが重要であることを伝えている。園児への歯みがき指導は、園での昼食後の歯みがきを始める前の3歳児または4歳児に対して、子供自身でのみがき方やルール（座ってみがく、立ち歩かないなど）を教える園が多いようである。

また、園の職員や地域のボランティアなどが加わって、パネルシアターや劇で歯や口の健康の大切さを教えている園もみられる。

#### 2) 園での口腔清掃の実施

幼稚園・保育園での昼食後の歯みがきの実施については、園の考え方や取り組み方で大きな違いがみられるが、実施状況の全国的な調査は殆ど行われていない。園職員による仕上げみがきまでしている園はごく少ないため、実施しているところでも、保育園は3歳児クラスまたは4歳児クラスから、幼稚園は年中クラスから、園での歯みがきを始めていると



図8 保育園での食育活動：野菜を育て、収穫する（菊池恵子先生ご提供）

ころが多いようである。幼稚園に比べて保育園の方が実施している園が多いのは、保育園は生活習慣の獲得など子供の生活行動そのものへの関わりが大きいためとも考えられる。

1～2歳児は、昼食後にお茶や麦茶を飲ませるか、うがいを練習させて実施し、3歳以上の園児には歯みがきを行わせている場合が多い。また3歳ぐらいからは、清潔の習慣としての「ガラガラうがい」と食後の「ブクブクうがい」を分けて教える必要がある。ブクブクうがいは、口唇閉鎖不全のチェックとしても有効であり、ブクブクうがいの励行が口唇閉鎖や鼻呼吸を促すとして評価される面もある。

園においては、集団の利点を生かして友達と一緒にを行うことで、歯みがきの習慣化を図ることに主眼が置かれている。しかし集団での歯みがきでは、みがきながら立ち歩いて転倒したり衝突することで、歯ブラシによる事故が起こることが危惧される。そのため、座ってみがくなどの指示に従うことができる3～4歳以上に歯みがきを行わせている園が多いものと考えられる。

園での歯みがきに使用する歯ブラシは、基本的には家庭で管理してもらい、歯ブラシとコップを園児が持参する場合が多い。園で歯ブラシを管理する場合は、熱湯をかけて日光にあてたり、薬液で消毒して保管庫に入れるなどの対応がとられている<sup>6)</sup>。

### 3) 園での食育の実践

食育基本法の一環として2004年に「楽しく食べる子どもに～保育所における食育に関する指針～」が

通知され、2006年からの「食育推進基本計画」でも保育計画の中に位置づける形で食育計画を策定することが求められているため、保育園では保育活動の一環として食育（食教育）が行われている。幼稚園でも、幼児期に食生活の基盤を作ることの重要性や、皆で食べることで新しい食材や食べ方、マナーを覚えることの必要性などから、保健教育の一環として食育に取り組んでいる園も少なくない。

幼稚園・保育園で行われている食育活動としては、コメや野菜など作物の栽培から収穫までの体験をしたり、収穫したコメや野菜を使って園児たちが自分で料理する機会を持つなどを実践している園が多い。園庭の一角を畑にしたり、プランターを置いたり、また近隣の畑を借りて野菜作りをしているところもある（図8）。自然環境が少なくなった都会の園では、園児が自分たちの食べるものを育てたり、調理したりする体験は殆どないため、このような栽培や収穫、調理などに関わる体験により、食べ物に対する関心や感謝の気持ちが育ち、自分たちで調理して皆で食べることで、食べる意欲が高まり食べられるものが増えることが期待される。また、家庭でもできる親子クッキング教室の実施などで、園での食育を家庭の食育につなげることも図られている。

さらに食育活動の中では、椅子の高さを調節して食事時の姿勢に配慮したり、噛みごたえのある食べ物で「よく噛む」ことを教えたり<sup>7)</sup>、食具（とくに箸）の使い方を教えたりと、「食べ方」に関する指導なども行われている。



図9 保育園での歯みがきとフッ化物洗口（竹内純子先生ご提供）

#### 4) 園でのフッ化物洗口の実施

フッ化物によるう蝕予防法のなかで、フッ化物の歯面塗布は行政や歯科医院で、フッ化物配合歯磨剤の使用は主に家庭で行われているが、保育園や幼稚園では近年フッ化物洗口法の実施が広がっている。

フッ化物洗口は、2008年の全国調査によると保育園で3,152施設（施設実施率13.8%）、110,741人（人数実施率9.6%）であり、幼稚園で897施設（施設実施率6.6%）、59,436人（人数実施率4.7%）と報告されている<sup>8)</sup>。その後も地域の条例などによってフッ化物洗口が積極的に推進されてきていることから、フッ化物洗口の実施率はさらに上昇している状況である。

フッ化物の洗口は、薬液の飲み込みによる歯のフッ素症のリスクを考慮して、うがいが可能な4歳児以上を対象としている（図9）。薬液も、小学生以上の学齢期への集団応用では900ppmFの洗口液を用いて週1回法が殆どであるが、幼稚園・保育園児には225～250ppmFの低濃度の洗口液を用いて週5回法で実施しているところが多い。

就学前からのフッ化物洗口の実施により、4～5歳児の乳歯う蝕の増加の抑制や幼若永久歯のう蝕発生の予防につながることを期待される。

## 4. 就学前児の口腔保健の課題

乳幼児期のう蝕は全体的には顕著な減少を示しているが、まだ増齡的な乳歯う蝕の増加がみられていることから、幼稚園や保育園における歯科健康診断や歯科保健教育は重要と考えられる。そのため、定

期歯科健康診断を未受診の園児に対して、どのような対応を行うかが課題となろう。また、むし歯のある者では処置完了者より未処置歯のある者の割合の方が高いことから<sup>5)</sup>、事後措置として歯科受診を勧めるだけでなく、受診状況を把握して家庭と連携をとる必要がある。とくに重症う蝕が放置されている園児にはネグレクトも疑われるため、行政機関と連携した対応が必要となろう。また生活習慣に問題が大きいと考えられる園児には、親子または保護者向けの講話や懇談会などを通じて、保護者の関心を高めたり、生活習慣の改善に取り組んでもらえるようなアプローチが重要である。

幼稚園・保育園における昼食後の歯みがきに関しては、園ごとの実施状況に差がみられる。乳児期から職員が仕上げみがきをしている保育園もあれば、うがいのみ園、まったく行っていない園まで様々である。実施している園の中では、3歳または4歳になってから園児のみによる歯みがきを行っているところが多い。園での歯みがき実施が難しい問題点としては、人手・時間の確保（とくに仕上げみがきのための職員確保）の困難さ、歯ブラシによる事故など安全性への懸念、歯ブラシ管理や洗口場の問題、仕上げみがきなしでの効果への疑問などが挙げられている。しかし、食後の歯みがきの習慣化や、家庭では自分からみがこうとしなかった園児が集団で行うことにより自らみがく行動をとれるようになるなど、集団での歯みがきの実施により保健行動を育てるという面でのメリットは大きいものと考えられる。歯ブラシ事故への懸念から歯みがきを実施していないという園が少なくないようだが、「座ってみがく」「歯ブラシを口に入れたままで立ち歩かな

い」などルールを決めたうえで実施を検討することが望まれる。

幼稚園・保育園における食育に関しても、それぞれの園での取り組みには大きな差がみられる。園長や園職員の関心度にも差が大きく、「食育」の考え方は幅が大きく、食に関する何をやっても食育活動と解釈することもできるため、活動内容は様々である。また、保護者の関心も様々で、幼稚園では「食育」より「知育」を重視する保護者もみられ、食育活動に対する理解が得にくい面があるようである。さらに都市部の園では、園庭も狭く、近隣に借りられる畑などもなく、作物を育てる体験などが難しい場合もある。地域性を考慮した体験学習の設定が必要になろう。また、食べ方に関する保護者の心配や悩みも少なくないため、「楽しく食べる」ことに加えて「上手に食べる」ことを園での食育活動の中でさらに推進していくことが望まれる。

就学前の4、5歳児のフッ化物洗口は、この時期のみでなく学齢期まで継続することにより永久歯のう蝕予防につなげることが重要である。そのためには、地域全体で計画的に推進していくことが必要となり、地域での口腔保健施策に組み込んで行うことが望まれる。

## 5. まとめ

幼稚園・保育園における口腔保健の推進は、よりよい口腔保健習慣を身につけ、生涯にわたって健康な心身と生活を維持するのに必要な態度を獲得することにつながる。歯みがきも食育も、生涯の健康的な生活を支える基本的な生活習慣づくりの視点から捉えれば、幼児期の保育・教育に不可欠なものと考えられる。

園での集団で行う歯みがきは、「むし歯予防のための歯みがき」というよりは「歯や口の清潔を保つ

ための歯みがき」として歯みがきを習慣化し、自分から進んで歯みがきする態度を養うのに効果的なものである。また、園で同年齢の仲間と一緒にする食事は、「楽しく食べておいしく味わう」ことで新しい食材への興味を高め、食べられるものの幅を広げたり、食べ方を覚えることにもつながる。2016年から始まった第3次食育推進基本計画の歯科からの目標には「ゆっくりよく噛んで食べる国民を増やす」ことが挙げられている。乳歯の萌出とともに獲得される咀嚼機能をよりよく育成していくためにも、園での食教育は大切なものである。

幼稚園や保育園における様々な口腔保健の取り組みを通じて就学前児の口腔保健行動が向上することが、学齢期の小児の口腔保健の推進にもつながるものと思われる。

### 参考文献

- 1) 公益財団法人母子衛生研究会（編集協力）：わが国の母子保健—平成29年—，母子保健事業団，2017.
- 2) 厚生労働省：平成27年度乳幼児栄養調査結果の概要，<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000134208.html>
- 3) 国立保健医療科学院：全国乳幼児歯科健診結果，<https://www.niph.go.jp/soshiki/koku/oralhealth/infantcaries.html>
- 4) NPO法人日本むし歯予防フッ化物協会（編）：日本におけるフッ化物製剤（第10版）—フッ化物応用の過去・現在・未来—，一般財団法人 口腔保健協会，2016.
- 5) 文部科学省：学校保健統計調査—結果の概要，[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/toukei/chousa05/hoken/kekka/1268813.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/chousa05/hoken/kekka/1268813.htm)
- 6) 巷野悟郎（監修），日本保育園保健協議会（編集）：最新保育保健の基礎知識—第7版改訂—，日本小児医事出版社，2013.
- 7) 叶内茜，他：噛みしめる幼児食をツールとした咀嚼教育プログラムの効果，保育と保健，21(1)：46-49，2015.
- 8) 木本一成，他：日本における集団応用でのフッ化物洗口に関する実態調査—施設別，都道府県別の普及状況（2008）—，口腔衛生会誌，59：586-595，2009.

# 『第74回全国小学生歯みがき大会』を開催

公益財団法人ライオン歯科衛生研究所 保健研究部 部長 稲葉 卓

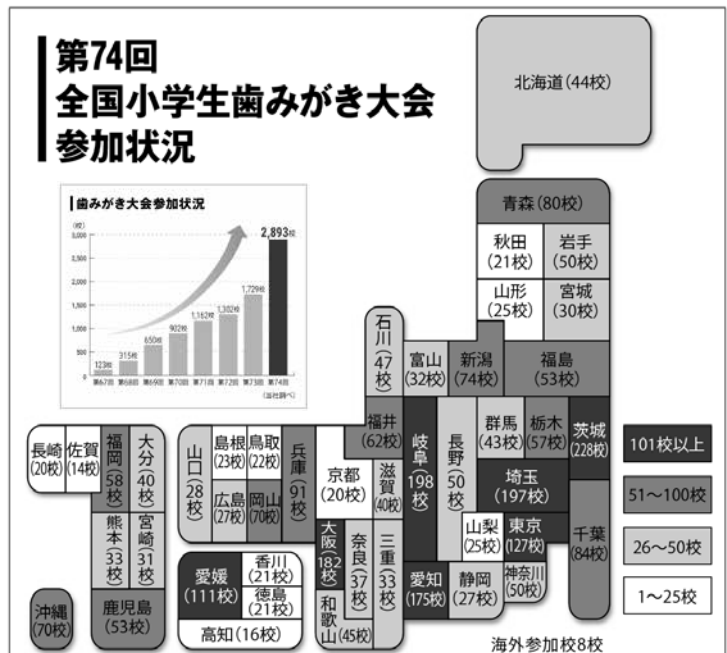
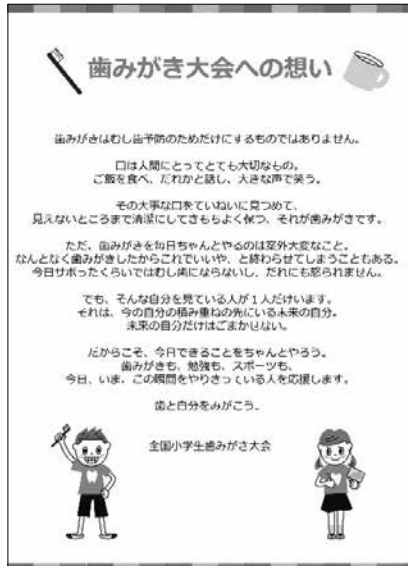
## 1. はじめに

全国小学生歯みがき大会は小学生の歯と口に対する健康意識を育むことを目的に、毎年「歯と口の健康週間（6月4日～10日）」にあわせて開催しております。本年度の74回大会は、73回大会までのインターネット配信による全校一斉実施方式から、大会期間内（10日間）に参加校が実施日を設定し、45分間のDVD教材を視聴する方式へ変更し実施しました。今大会は、日本全国47都道府県およびアジア6か国地域の小学校から、73回大会の約1.7倍となる総数2,893校、約160,000名の小学生が参加しました。今大会では、下記のステートメント（大会への想い）を胸に、「歯と自分をみがこう。」をテーマとし、明海大学学長 安井利一先生監修の下、「歯ぐき」を題材とし、お口の状況を知ること、また、お口の状況に合わせたみがき方やデンタルフロスの実習を行い、生活習慣の中心にある歯みがきを通して「継続する力」の大切さ、「毎日やりきることが未来の自分をつくる」ことを学びました。また、今大会では、新たに家庭、保護者との連携を重点ポイントとしておき、子供たちが大会で学んだことや気づいたことを家庭で取り組み、家庭で「予防歯科」を実践できるよう保護者へ向けた施策も組み込みました。学童期に良い歯みがき習慣を身につけることは大変重要であり、将来の健康を支える大きな財産になります。

全国小学生歯みがき大会は年々参加校数が増加しており、今後も各関連団体のご協力のもと、日本全国から広く参加申込がいただけるよう、より一層の取り組み展開をしてまいります。

本稿では、第74回全国小学生歯みがき大会の概要と参加小学校の先生・学校歯科医の方々の取り組み、感想などをご紹介します。

### 大会ステートメント



### ◆第74回全国小学生歯みがき大会概要◆

開催日時	平成29年6月1日（木）～10日（土）
参加校数	2,893校 約160,000人
参加対象	小学校5年生（4年生、6年生でも参加可能）
大会参加方法	DVD教材（約45分間）視聴による参加
主催	（一社）日本学校歯科医会 （一財）東京都学校保健会 ライオン株式会社 （公財）ライオン歯科衛生研究所
後援	文部科学省 東京都教育委員会 （公財）日本学校保健会 （公社）日本歯科医師会 （公社）東京都歯科医師会 （一社）東京都学校歯科医会 （公社）日本歯科衛生士会

## 2. 年間を通じたサポート体制（事前・事後サポート）

大会では、学校および家庭での継続的な支援につなげていただくために、参加校の指導者に向け、監修の明海大学学長 安井利一先生による大会参加前後の保健指導の進め方についての解説をDVDに収録しました。

また、保護者に向けては、安井利一先生による保護者向けメッセージの配信や、当日児童が使用するドリルに「保護者向けページ」を設け、さらに、大会の内容を家庭でも視聴できるように、「大会映像」を配信し、保護者の歯科保健に対する理解促進を図る取り組みを行いました。



## 3. 全国小学生歯みがき大会 本編の内容

大会では歯と口の健康について「歯と自分をみがこう。」をテーマに実験や体験・実習を通して気づきを与え、楽しく学び、歯と口の健康への意識と歯みがきの習慣を身につけられるように構成しています。

### 導入：実験を通して気づきを与える

クイズや実験を通して、歯垢と食べかすの違いや、歯肉炎の原因（＝歯垢）について、児童が気づきから疑問を解決する形で進めることで、理解を深めました。

### 展開：歯ぐきの観察や歯みがきの基本的な考え方と実践

歯ぐきを観察し①自分の歯ぐきの形を描く（表現力）②歯ぐきのサインを知る（理解力）③4つのサイン（色／形／硬さ／出血）を基に自分の歯ぐきの観察をする（思考力・判断力）を学びました。また、口の中の状況を踏まえた歯みがきの方法やデンタルフロスの実習を行いました。

### 終末：歯みがきを毎日続けることの意義を学ぶ

トップアスリートから将来の自分の夢の実現のために毎日コツコツ続ける努力や、そのために歯みがきもきちんと続ける大切さを学習しました。また、「未来宣言シール」を用い、児童が自分の夢の実現に向けて歯みがきを続ける宣言をシールに記入してもらいました。シールは家庭の洗面台に貼り、毎日、未来宣言を見ながら歯みがきをするよう伝えました。



歯みがき大会

## 提供教材



提供教材は第74回大会のものです。

## 4. 参加小学校の取り組み・感想

### 東京都あきる野市立前田小学校

#### 学校歯科医 澤田 章司 先生 (日本学校歯科医会 常務理事)

教室に入ると、きょうは「全国小学生歯みがき大会」への参加とあって、いつもとちょっと違う子供たちの表情が伺えた。私から最初に一通りの説明をした後、早速DVDを流したが、子供たちは興味津々画面に釘付けであった。先生役や児童役が上手に演出されており、口の健康について意見のキャッチボールがあり指導内容も大変分かりやすかった。

本校では、5年生のクラスごとに別の日に実施した。今までのインターネット配信の場合と異なり、学校（学級）の都合のよい日に行うことが可能となったことで、受け入れやすくなったのではないかと感じた。また、鏡による口腔内の観察などでは、DVDを途中で止めて必要な時間を確保することができ、より詳しく説明することも可能となった。その結果、学校歯科医を含め指導者側と一緒に参加し教えやすい環境になったことも評価できる。来年も是非参加したいと考えている。

#### 養護教諭 高木 梓 先生

興味をひくわかりやすい映像に引きつけられ、児童たちは最後まで楽しみながらクイズや実習に意欲的に取り組んでいました。歯ぐきを観察する実習では、「自分の歯ぐきが丸い形になっている！」と驚いていた児童もいました。

歯垢を落とすことで健康な歯ぐきに戻せるということを知り、大会終了後の休み時間には、鏡を見ながら自主的に歯みがきをする姿も見られました。自分の歯や歯ぐきの状態に関心を持たせ、毎日行う歯みがきを通して、自分の健康を守ってほしいという態度を育てるよい機会になりました。

大会ドリル復習ページや、保護者向けお便りなどの教材を活用して、家庭と連携しながら、継続的に指導をしていきたいと思っています。



## 5. 行政と小学校の連携

### 神戸市教育委員会事務局 健康教育課 指導主事 碁石 郁夫 先生

神戸市では、本大会への参加校数が、平成27年度までは2～4校でしたが、昨年度は9校、更に今年度は21校と年々増加しています。今年度は、DVD教材となったため、実施日時が各校で設定でき、それぞれの実情に応じて活用することができました。DVDのオープニングのひとつには、神戸市立道場小学校の映像を取り上げていただいております。子供たちの励みにもなりました。また、神戸市立井吹の丘小学校では、DVDの視聴だけに留まらず、担任の先生による補足説明や児童の実態に応じた指導を併せて行うことで、より効果的な学習を展開することができました。

今後も、歯みがき大会を活用するなどして、子供たちの生涯にわたっての健康づくりの基礎を培っていきたいと考えています。

### 神戸市立井吹の丘小学校 教諭 河津 智秀 先生

大会では、分かりやすい映像とともに、鏡を使って自分の歯肉を観察する活動がありました。子供たちは、普段何気なく見ている口内を、歯肉の4つのサインを確認しながら注意深く観察することで、今まで意識していなかった歯みがきの重要性に気付いた様子でした。また、継続することの大切さを訴えるトップアスリートからのメッセージも子供たちの心に響き、「歯みがき」そして「自分みがき」の意識が高まりました。

歯肉炎の説明や、デンタルフロスの使い方など、歯科保健にとっての重要な知識を得るとともに、夢に向かう自己の生き方を考える45分の授業は、子供たちにとって有意義な時間となりました。



## 6. 歯科衛生士学校と小学校の連携

名古屋市歯科医師会附属歯科衛生士専門学校 副校長 田村 清美 先生

本校は、今年度で4回目の参加となりました。大会事務局より事前に大会サポートブックとDVDをお送り頂きましたので、学生たちと何度も支援の練習を行い、当日に臨みました。

また、養護教諭の先生方と事前打合せにて、ブラッシング指導など学生たちの介入場面ではDVDを止めて頂く等のご協力を得て、共通認識のもと当日を迎えました。当日の学生たちは満面の笑顔で1時間を過ごしていました。事後の感想文には、「緊張しながらも自分たちの役割を精一杯果たすことが出来た」「児童へのコミュニケーションの取り方が学べた」など、達成感で溢れていました。未来宣言シールの場面では、児童、学生全員がお互いの目標について楽しく会話をしていました。

目標を達成するためには、何事も継続する力が大切であることを十分に学べた、充実した歯みがき大会となりました。来年も是非、この大会に参加したいと思います。

名古屋市立東桜小学校 養護教諭 辻 小真希 先生

本校は、今年度初めて全国小学生歯みがき大会に参加させていただきました。

児童は、歯科衛生士学校の学生の方とともに、歯みがきの勉強ができることをとても楽しみにしていました。大会当日は、DVDの映像と解説で特に歯肉炎の見分け方や丁寧な歯のみがき方について、しっかりと学ぶことができました。参加後、児童からは「学生さんに、歯みがきの仕方を優しく教えてもらえて、うれしかった。」「知らなかった歯のみがき方を知ることができて良かった。」との声がありました。

大会への参加は、児童の歯と口の健康に関する意識を高めるとともに、丁寧な歯みがきを意識付ける良い機会となりました。



## 7. 第75回大会に向けて

歯みがき大会は第65回大会からインターネット配信を開始し、年々多くの小学校にご参加いただいております。

第74回大会では、参加方式をDVD教材視聴へと変更し、2,893校（約16万人）と全国の約14%の小学校に参加いただきました。また、DVD教材での参加方式へ変更したことにより、インターネット環境への不安感の解消だけでなく、大会の日時を各学校にて設定できることや、DVDの事前配布により、授業の準備等が可能になった、また、児童の状況に合わせて、進行のコントロールが可能となったとの声を多くいただきました。

第75回大会におきましては、より一層、学校現場での継続した指導につながるよう、事前・事後のフォローを強化し、内容の充実をはかってまいります。事前・事後のフォローにつきましては、学校だけでなく、学校歯科医の先生方の参加、関連各所との連携が必要となります。

学校歯科医の先生方の参加につきましては、全体で約10%と、まだまだ少ない状況となっております。是非、関連各所との連携をさらに深めて、歯みがき大会をご一緒に盛り上げていただけますと幸いに存じます。

第75回は下記の要領で開催いたします。奮っての参加申し込みをお待ちしております。

### ■第75回全国小学生歯みがき大会開催のご案内

- ・大会期間：平成30年6月1日（金）～10日（日）  
※視聴日時は期間内に学校で自由に設定できます。
- ・参加方式：DVD教材（約40分）視聴による参加
- ・参加対象：小学校5年生（4年生、6年生でも参加いただけます）
- ・募集校数：3,500校 200,000人（先着順 参加費無料）  
※使用する教材（ドリル・歯ブラシなど）も無償で提供します。
- ・特典：低学年向けDVD教材（小学2年生対象）を添付
- ・募集開始：平成29年12月1日（金）～平成30年2月28日（水）まで  
下記サイトにて参加申し込みを受け付けます。  
定員になり次第、締切となります。



ライオン歯科衛生研究所

検索

<http://www.lion-dent-health.or.jp/>

歯みがき大会

# たより 1号

vol. 11

## 生きる力をはぐくむ歯・口の健康づくり推進事業

平成29・30年度生きる力をはぐくむ歯・口の健康づくり推進事業連絡協議会開催!!

平成29年5月17日（水）に生きる力をはぐくむ歯・口の健康づくり推進事業連絡協議会を歯科医師会館において開催しました。事業の進め方に関する講義や前年度の推進指定校3校による実践発表、質疑が行われるなど大変有意義な協議会を開催することができました。



### 平成29・30年度 普及委員会：委員会名簿 (「生きる力」をはぐくむ歯・口の健康づくり普及啓発)

委員長	川戸 貴行	日本大学歯学部
副委員長	田中 英一	東京都学校歯科医会
委員	野田 正和	栃木県歯科医師会
	荒井 孝仁	岐阜県歯科医師会
	小川 喜生	京都府歯科医師会
	渡邊 橋三	大阪府学校歯科医会
アドバイザー	前田 隆秀	日本大学松戸歯学部
	福田 雅臣	日本歯科大学生命歯学部
	山田 善裕	東京都教育委員会
オブザーバー	村井 伸子	全国養護教諭連絡協議会
	武井 典子	日本歯科衛生士会
担当役員	柘植 紳平	副会長
	江口康久万	常務理事
	吉岡 弘二	理事
	一之瀬達也	理事

## 歯と口の健康づくりからの広がり

現在、志井小学校では、歯と口の健康づくり推進校としての2年間を終え、その継続的な取り組みの3年目を迎えています。

本校の職員、児童の実践を発表する機会をいただき、大変嬉しく、実践発表をさせていただきました。

実践発表では、学校歯科医、協力小児歯科医、教育委員会、保護者、志井小職員が連携し、児童が楽しく意欲を持って取り組んでいる様子を報告させていただきました。

パワーポイントを使用して、児童保健委員会「歯と口を守る！げんきおしえ隊」の活動、学級活動での「咀嚼力判定ガム」や「かみかみセンサー」の取り組み、全校での「あいうべ体操」や「しいカミ丸（志井小オリジナルキャラクター）目標」の様子をお伝えできるように工夫いたしました。

歯と口の健康づくりの実践結果として報告いたしました、う歯の減少、歯肉炎所有者の減少、インフルエンザ罹患者の減少、かみかみセンサーの名人の増加等の成果により、職員、児童、保護者とも継続的に取り組む意欲を持つことができました。

最後になりましたが、ご支援ご指導いただきました関係者の皆様と歯と口の健康づくり推進校、また実践発表の機会をいただきました日本学校歯科医会の方々へ深く感謝を申し上げます。



## 実践発表を終えて…

望ましい生活習慣形成の上で、歯と口の健康は必要不可欠と考え、本事業の取り組みを2年間行いました。

しかし、家庭の経済状況の2極化が進んでいる中で、歯と口の健康づくりを実践するためには学校・家庭・地域との連携が必要であるとともに、自分の生活習慣を自らで管理、改善する力をつける必要があると考え、様々な取り組みを行いました。

高知学園短期大学生による歯科指導や岡崎好秀先生による歯と口に関する講演会、学校歯科医を招いての「味覚と美味しさの科学」についての勉強会など実践することで、生徒達にも自覚と必要性が芽生えました。生徒会・保健委員会を中心に「歯と口の健康標語」に応募する活動など、生徒主体での取り組みも行うことができました。



反面、今回の取り組みを行ったことで、様々な課題も見えてきました。本校では、GO・Gの診断を受ける生徒が多く、歯肉炎に対する予防を含め、その取り組みに必要性を感じています。今後も食に関する指導と連携させた歯科保健指導を継続し、「望ましい生活習慣形成のための歯と口の健康づくり」を実践していきたいと考えています。

今回、このような実践の場を本校に与えていただいたこと、また、実践に際してご協力いただいた各機関の皆様には心より感謝申し上げますとともに、更なる実践を重ねていきたいと思っております。ありがとうございました。



## 子供たちの「食べる力」を育てるために



「食べる力は生きる力—食べる機能や食べ方の発達を通じての実践的な歯・口の健康づくり」というテーマで、研究・発表させていただきました。

2年間の実践を通して、肢体不自由児にとって、「食べること」は学びであり、食形態などの適切な環境づくりや食べさせ方などの工夫が必要であることを再確認しました。

発表の後、特別支援学校の給食について、「初めて知った」などの御感想をいただきました。また、いくつかの学校から今回作成したリーフレットを欲しいと声をかけていただきました。後日談ですが、よい歯の作文の表彰で来場していた小学生が、本校のリーフレットを見て、障害のある子供の歯みがきについて興味をもち、かわいい質問のお手紙をくれたりもしました。将来歯科衛生士になることが夢だそうです。日頃障害児教育にあまり接点のない方にも興味をもっただけだったことが大きな収穫でした。

今後も、摂食指導を専門とする歯科医師、学校歯科医の先生方、また作業療法士等の様々な専門家や、地域の障害児歯科等の諸機関のお力を借りながら、「食べること」への支援をするための教職員の知識や技術を向上させていきたいです。そして、本校の給食指導をより良いものにし、子供たちの「生きる力」を育てていきたいと考えています。

この度は、このような実践、発表の貴重な機会をいただき、本当にありがとうございました。この実践に当たり、御支援いただいた方々にも深く感謝申し上げます。





# 生きる力をはぐくむ歯・口の健康づくり推進事業の実施に当たって

東京女子体育大学 教授 戸田 芳雄

## 1. 学校では、教育を通して子供の健康に関する自己管理能力の育成を図る

我が国の学校歯科保健のねらいは、幼児児童生徒（以下、子供という）が、自分の歯や口の健康状態に関心を持ち、歯や口の健康上の問題を自分で考え、処理できるような資質や能力を身に付けることにある。言い換えると、子供自らが、学習によって健康の大切さに気付き、歯みがきや食生活などの生活行動を主体的に改善し、他律的な健康管理から自律的な健康管理ができるようにし、健康な生活を実現していくことにある。

## 2. 事業テーマに即して、各校の歯科保健活動を再構築する

本事業では、むし歯や歯周病の予防のみでなく、事業テーマに沿って、以下の具体的な3項目の重要性を理解し、学校の実態や子供の発達段階等に応じて、総合的な取り組みを行うことが重要である。

### 事業テーマ：望ましい生活習慣の形成を目指す歯・口の健康づくりと歯・口の外傷の防止

学校の実態や子供の発達段階等に応じて、2年間にわたり、次の3つの具体的な内容について取り組む。

- ①むし歯や歯周病の予防方法の理解と実践
- ②学校生活における歯・口のけがの防止と安全な環境づくり
- ③食べる機能や食べ方の発達支援を通じての実践的な歯・口の健康づくり

## 3. PDCAサイクルを重視した計画的な実践に取り組む

①これまでの取り組みの反省を元に、歯・口の健康づくりの内容を教育課程に位置付け、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改善する。

- 実践を通して歯・口の健康づくりに関連する指導内容及び機会を整理する。
- 学校歯科医の助言や指導・支援を要請する。
- 保健主事、養護教諭を中心に、関係教職員と連携する。
- 養護教諭、学校栄養職員等の専門性を生かした指導の推進や学校医、学校歯科医等との協力授業等を実施する。

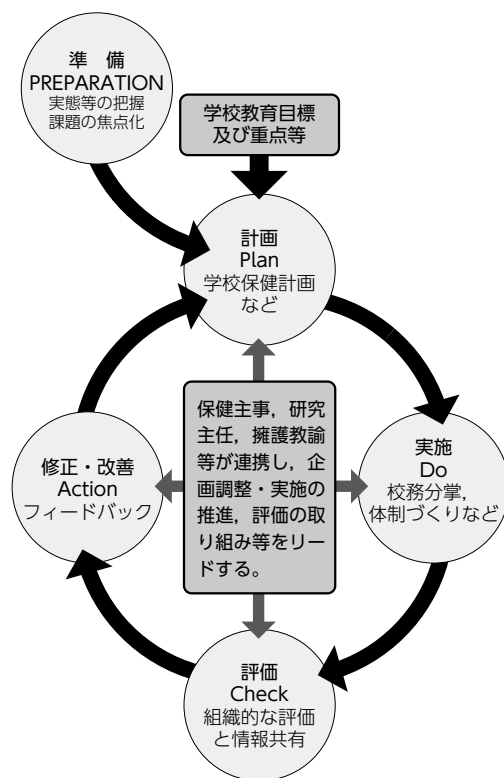
②これまでの成果を元に、家庭、地域社会との連携及び学校間の交流等を促進する。

- 開かれた学校づくりを一層推進し、質の高い、柔軟な教育活動を展開する。
- 学校保健委員会の構成、議題の工夫などにより運営を活性化する。
- 幼稚園（保育園）、高等学校など他の校種との活動の交流をする。
- 地域の健康関連行事への積極的な参加、関連機関・団体等と連携を深める。

③改善した計画の下に実践を具体化し、結果について評価するとともに、計画等の一層の改善を行い、自校の課題解決に役立てる。

④研究全体の成果を評価し、指導内容、方法等について改善する。

〈学校保健活動とマネージメント〉



学校評価ガイドライン（改訂版）文部科学省H28.一部改変

図 学校保健活動とマネージメント  
歯・口の健康づくり推進マニュアル（改訂版）

## 1. おわりに

歯・口の健康づくりを入口に、食育や安全教育とも関連させながら、健康教育を基盤とした「生きる力」をはぐくむために、家庭や地域と密接な連携を図りながら子供の将来の基盤を築く生活習慣の形成を図る。



## 歯・口から伝える学校安全

—指定校（地域）での実践的な研究を推進していくために—

平成27・28年度生きる力をはぐくむ歯・口の健康づくり推進委員会委員長

日本歯科大学生命歯学部衛生学講座 教授

福田 雅臣

従来の推進指定校の保健活動事業（推進校事業）では、「う蝕、歯周疾患予防」、「食べる機能」、「学校安全」の3つのテーマから1つを選択してもらい、事業計画書を提出してもらった形式をとっていた。しかしながら、「学校安全」をテーマに取り上げた推進校はみられず、推進校事業の選択に偏りがあることが問題点としてあげられていた。そこで、平成29・30年度の推進校事業に対しては、「う蝕、歯周疾患予防」、「食べる機能」、「学校安全」の3テーマをバランスよく取り込んだ保健活動が展開できる保健活動計画を立案・実施してもらうこととした。それに伴い、本変更に対応するための事業計画書および推進校事業マニュアルの改訂を実施した。そこで講義Ⅱでは、指定校・地域での実践的な研究を推進していくことを目的に「歯・口から伝える学校安全」をテーマに講義を行った。

学校保健安全法では、児童生徒等及び職員の健康の保持増進を図るために、学校における保健管理と安全管理に関し必要な事項を定めるとしている。また、学校保健安全法施行規則に示されている学校歯科医の執務執行では「学校保健計画及び学校安全計画の立案に参加すること」が謳われている。すなわち、学校保健と学校安全は、児童生徒等の健康の保持増進のために欠くことのできない両輪であり、学校安全に対しても学校歯科医は重要な責務を担っていることがわかる。

健康障害を起こす要因をみると、疾病と外傷に大別できる。疾病予防に関しては、疾病の自然史に基づく前病因期→病因の暴露→潜伏期→発症→治療という連続的な変化のいずれかの段階で対策がとることができることを前提に保健活動が進められてきたといえる。では、外傷予防においても、疾病と同様のとらえ方の対策で対応できるのだろうか。安全対策の場合、病因の暴露に相当するのが転落、衝突、転倒などの物理的要因や、薬品などの化学的要因である。このような要因に暴露された場合、潜伏期はなく、直ちに傷害が発生してしまうことになる。すなわち疾病とは異なり、健康と傷害という対立的概念を持つことが必要となる。この場合、学校保健安全にかかわる学校教職員からの安全管理だけでは不十分であるといえる。児童生徒等自身に対して“傷害の原因を作らない”、“傷害を被る行動を作らない”という、事故の当事者となることを回避する、安全に対する自覚を持たせるための安全教育が、安全管理以上に重要になってくる。したがって、環境の不備によって起こる事故防止のための整備などの管理面だけでなく、例えば「学校の中の危険なところを探してみよう」というような動機付けとなる安全教育や、児童生徒等自身が事故防止の行動ができるための安全指導が最重要となってくることはいうまでもない。

現在、歯・口の外傷予防のための安全管理面では、マウスガードの使用が推奨されている。しかし、マウスガードを装着したことによって事故の発生がなくなるわけではない。マウスガードは、万が一事故が発生した時に、障害を予防または最小限に抑えるための安全管理対策である。安全教育を実践することによって、競技のルールを守る、相手を思いやる気持ちを醸成することなどを優先しなければならない。したがって、安全管理対策を有効かつ正しく実践していくためには、安全教育の実施・充実が優先的かつ不可欠であることを踏まえておくことを忘れてはならない。

平成29・30年度生きる力をはぐくむ歯・口の健康づくり推進事業 推進校（地域）一覧

No.	都道府県・指定都市名	推進学校もしくは中核となる学校名	〒	住 所	Tel
1	北海道	根室市立厚床小学校	086-0064	根室市立厚床1-218	0153-26-2011
2	青森県	青森市立油川小学校	038-0031	青森市大字油川字船岡36	017-788-1202
3	宮城県	気仙沼市立唐桑中学校（気仙沼市唐桑地域）	988-0541	宮城県気仙沼市唐桑町北中130	0226-32-3144
4	山形県	真室川町立真室川小学校	999-5301	山形県最上郡真室川町大字川ノ内2104-2	0233-62-2023
5	茨城県	五霞町立五霞中学校（猿島郡五霞町）	306-0313	茨城県猿島郡五霞町元栗橋953	0280-84-0079
6	栃木県	宇都宮市立鬼怒中学校	321-0901	栃木県宇都宮市平出町3764-10	028-661-6637
7	群馬県	長野原町立中央小学校	377-1308	群馬県吾妻郡長野原町大字大津4	0279-82-2026
8	千葉県	勝浦市立上野小学校	229-5267	千葉県勝浦市植野元宮田72	0470-76-0320
9	埼玉県	深谷市立川本南小学校	369-1105	埼玉県深谷市本田4888	048-583-3019
10	東京都	台東区立東浅草小学校	111-0025	東京都台東区東浅草2-27-19	03-3875-0035
11	神奈川県	横浜市立嶮山小学校	225-0021	神奈川県横浜市青葉区すすき野1-6-4	045-902-7161
12	川崎市	川崎市立西丸子小学校	211-0062	川崎市中原区小杉陣屋町2-19-1	044-733-4413
13	山梨県	北杜市立高根西小学校	400-0018	山梨県北杜市高根町村山西割1696	0551-47-2025
14	長野県	御代田町立御代田南小学校	389-0206	長野県北佐久郡御代田町御代田4107-41	0267-32-2034
15	新潟県	新潟市立真砂小学校	950-2074	新潟県新潟市西区真砂3-24-1	025-267-1850
16	静岡県	沼津市立片浜中学校	410-0872	静岡県沼津市小諏訪180	055-962-1556
17	愛知県	岡崎市立男川小学校	444-0007	愛知県岡崎市大平町字中道17	0564-22-1159
18	名古屋市	名古屋市立正木小学校	460-0024	名古屋市中区正木1-17-33	052-322-4751
19	岐阜県	郡上市立三城小学校	501-4106	岐阜県郡上市美並町白山745-1	0575-79-2023
20	三重県	三重県立聾学校	514-0815	三重県津市藤方2304-2	059-226-4774
21	石川県	金沢市立西小学校	920-0027	石川県金沢市駅西新町3-15-1	076-263-5338
22	福井県	鯖江市鯖江東小学校	916-0042	福井県鯖江市新横江2-6-37	0778-51-0338
23	富山県	富山市立大庄小学校	939-1303	富山県富山市善名453	076-483-1151
24	和歌山県	田辺市立中辺路中学校	646-1421	和歌山県田辺市中辺路町栗栖川474-1	0739-64-0243
25	奈良県	御所市立葛中学校	639-2252	奈良県御所市樋野270	0745-67-0108
26	京都府	京都市立大塚小学校	607-8135	京都市山科区大塚野溝町59	075-592-6141
27	大阪府	忠岡町立東忠岡小学校	595-0804	大阪府泉北郡忠岡町馬瀬2-17-1	0725-21-6550
28	大阪市	大阪市立大阪ビジネスフロンティア 高等学校（大阪市天王寺区）	543-042	大阪府大阪市天王寺区ウケ辻2-9-26	06-6772-7961
29	兵庫県	丹波市立西小学校	669-3613	兵庫県丹波市氷上町上新庄524	0795-82-0204
30	神戸市	神戸市立花山小学校	651-1204	兵庫県神戸市北区花山東町3-1	078-583-1120
31	岡山県	美作市立江見小学校	709-4234	岡山県美作市江見573	0868-75-0009
32	鳥取県	鳥取市立鹿野中学校（鳥取市鹿野町）	689-0405	鳥取県鳥取市鹿野町鹿野896	0857-84-2105
33	広島県	広島市立古市小学校	731-0123	広島市安佐南区古市2-21-1	082-877-1301
34	島根県	島根県立浜田ろう学校	697-0003	島根県浜田市国分町342-2	0855-28-0146
35	山口県	萩市立白水小学校	758-0063	山口県萩市大字山田4522	0838-25-2393
36	香川県	香川県立聾学校	761-8074	香川県高松市太田上町513-1	087-865-4492
37	愛媛県	伊予市立下灘小学校	799-3313	愛媛県伊予市双海町串甲110-3	089-987-5004
38	福岡県	桂川町立桂川東小学校	820-0607	福岡県嘉穂郡桂川町土師28	0948-65-1200
39	佐賀県	唐津市立伊岐佐小学校	849-3223	佐賀県唐津市相知町伊岐佐甲60	0955-62-2701
40	長崎県	長崎県立佐世保特別支援学校高等部 上五島分教室	857-4511	長崎県南松浦郡新上五島町浦桑郷306	0959-54-1121
41	大分県	佐伯市立松浦小学校	876-1201	大分県佐伯市鶴見大字地松浦2044	0972-33-0163
42	鹿児島県	鹿児島県立申木野養護学校	896-0056	鹿児島県いちき串木野市八房1041	0996-32-4105
43	沖縄県	沖縄県立首里高等学校	903-0816	沖縄県那覇市首里真和志町2-43	098-885-0028

## 開催予告

# 第81回 全国学校歯科保健研究大会

### 主題および副題

「生き抜く力」をはぐくむ  
歯・口の健康づくりの展開を目指して  
—学校歯科保健からはじまる8020健康社会—

■主催 文部科学省・(一社)日本学校歯科医会・(公財)日本学校保健会・  
(一社)青森県歯科医師会・青森県・青森県教育委員会・青森市・  
青森市教育委員会

■期 日 平成29年10月26日(木)～27日(金)

■会場 リンクステーションホール青森(青森市文化会館)  
〒030-0812 青森県青森市堤町1-4-1  
ホテル青森(懇親会)

### ■日程

	12:00	13:00	14:00	14:15	15:35	15:50	18:00	18:45	20:15
26日 (木)	受付	開会式 表彰式	休憩	基調講演	休憩	シンポジウム	移動	懇親会	
		ポスター発表							
27日 (金)	受付	領域別研究協議会	休憩 移動	領域別研究協議会報告	閉会式				
		ポスター発表							

■お問い合わせ先 (一社)日本学校歯科医会  
〒102-0073 東京都千代田区九段北4-1-20 歯科医師会館4階  
TEL: 03-3263-9330 FAX: 03-3263-9634  
(一社)青森県歯科医師会  
〒030-0811 青森県青森市青柳1-3-11  
TEL: 017-777-4870 FAX: 017-722-4603

## 第81回 全国学校歯科保健研究大会

### ご案内

平素より、皆様には学校歯科保健の推進、向上のためにご尽力賜りまして心よりお礼申し上げます。

日本学校歯科医会・青森県歯科医師会は第81回全国学校歯科保健研究大会を平成29年10月26日（木）・27日（金）の2日間にわたり、青森県青森市を会場に開催いたします。本大会は主題「『生き抜く力』をはぐくむ歯・口の健康づくりの展開を目指して」のもと、「学校歯科保健からはじまる8020健康社会」を副題として、シンポジウムならびに保育所（園）・幼稚園、小学校、中学校、高等学校、特別支援教育の5領域で研究協議を行い、学校歯科保健のさらなる向上に寄与したいと考えております。

基調講演は、「健康寿命」の提唱者である東北大学大学院医学系研究科 公衆衛生学専攻 公衆衛生学分野 辻一郎教授にお願いしており、わが国の生活習慣病・老化の疫学研究の第一人者から貴重なお話を拝聴できることでしょうか。

また学校歯科保健関係団体、個人、全日本学校歯科保健優良校表彰受賞校の方々を中心に、特色ある活動の内容を紹介していただくポスター発表も準備しております。

基調講演をはじめシンポジウムそして領域別協議会は、本大会に参加される皆様にとって、明日からの学校歯科保健活動の糧となり、また楽しい思い出となる大会を目指して関係者一同全力を挙げて準備に邁進してまいります。

本州最北端に位置する青森県は、北海道新幹線の開通により最果ての地ではなくなりましたが、『全国一の短命県』という汚名を返上するため県を挙げての取り組みが始まりました。近年の知見から、生活習慣病の萌芽は乳幼児期や学齢期に既に始まっており、成人期での生活習慣の改善だけでは、生活習慣病の発症を防ぎきれないことがわかってきました。

また歯周病菌の生涯にわたる全身への悪影響は深刻であり、生活習慣病の発症や悪化に関与していることが明らかとなり、生活習慣病対策としての学校歯科保健の重要性はより一層増しています。青森県民にとっても本大会は大変意義深いものになることでしょうか。

三方を海に囲まれ、自然豊かな青森県は、山海の美味や様々な祭りなど観光資源には事欠きません。紅葉の白神山地、十和田湖・奥入瀬溪流も魅力的ですが、太宰治記念館、棟方志功記念館、寺山修司記念館、奈良美智の青森県立美術館など青森県人の豊かな感性とユニークな個性を訪ねてみてはいかがでしょうか。

関係者一同、皆様とお会いできる日を楽しみに、全国各地から多数の方々のご参加をお待ち申し上げます。

一般社団法人 日本学校歯科医会  
会長 川本 強  
一般社団法人 青森県歯科医師会  
会長 山口 勝弘

## 開催予告

# 第67回 全国学校歯科医協議会

三重県

■主催 (公社) 三重県歯科医師会

■共催 (一社) 日本学校歯科医会

■期日 平成29年11月16日(木) 15時30分～20時00分

■会場 【協議会・講演】  
三重県総合文化センター 多目的ホール  
三重県津市一身田上津部田1234  
【懇親会】  
津都ホテル  
三重県津市大門7-15

### ■日程

15:00	15:30	16:30	18:00	18:30	20:00
受付	開会式 大臣表彰者紹介 協議会	講演	休憩 移動	懇親会	

### ■講演

講演Ⅰ 「歯科保健から見た児童虐待 ～学校歯科医の関わり方～ (仮題)」

東京都板橋区要保護対策地域協議会 代表者会議 委員 森岡 俊介  
東京都歯科大学臨床 教授・森岡歯科医院 (東京都) 院長

講演Ⅱ 「児童虐待予防 三重県歯科医師会10年の歩み (仮題)」

(公社) 三重県歯科医師会 常務理事 羽根 司人

### ■お問い合わせ先

(公社) 三重県歯科医師会

〒514-0003 三重県津市桜橋2-120-2 TEL: 059-227-6488

## (一社) 日本学校歯科医会出版物案内

日本学校歯科医会では、学校歯科医の活動や学校保健に関する以下の刊行物を取り扱っております。  
ご注文、お問い合わせは下記までお願いいたします。代金につきましては、書籍に同封の請求書と振込先ご案内の文書に従ってお支払いいただきます。なお、送料が別途かかりますので、ご了承ください。

URL <http://www.nichigakushi.or.jp/>

本会のホームページで各書籍の内容をご紹介します。また、注文書がダウンロードできますので、ご利用ください。

〒102-0073 東京都千代田区九段北4-1-20 歯科医師会館 4 F  
一般社団法人 日本学校歯科医会 事務局  
TEL 03-3263-9330 FAX 03-3263-9634  
Eメール JASD@nichigakushi.or.jp

- |  |         |        |
|--|---------|--------|
| 1. 歯・口腔の健康診断パネル① (CO・GOの意義と対応)                             | H.20年発行 | ¥ 150  |
| 2. CO, GOの考え方 (パネル)  | H.19年発行 | ¥ 100  |
| 3. ハイリスク把握のためのフローチャート                                      | H.19年発行 | ¥ 150  |
| 4. 学校歯科医の活動指針〈平成27年改訂版〉                                    | H.27年発行 | ¥1,500 |
| 5. 学校と学校歯科医のための「食」教育支援ガイド —「食育」をどう捉え展開するか—                 | H.20年発行 | ¥ 500  |
| 6. 喫煙防止シリーズ 高校生向け<br>学校歯科医からの話—健康とたばこ—ステキな笑顔いつまでも たばこは吸わない | H.22年発行 | ¥ 250  |
| 7. 喫煙防止シリーズ 小学生向け<br>学校歯科医からの話—健康とたばこ—ステキな笑顔いつまでも たばこは吸わない | H.23年発行 | ¥ 200  |
| 8. 学校給食の舞台に踏み出す新しい一歩                                       | H.23年発行 | ¥ 150  |
| 9. 学校歯科医のための『「生きる力」をはぐくむ歯・口の健康づくり』クイックマニュアルⅡ               | H.24年発行 | ¥ 650  |
| 10. スポーツ歯科と安全 危機管理の考え方を踏まえた歯・口の安全のための教育と管理                 | H.25年発行 | ¥ 250  |
| 11. 合理的配慮に基づく歯・口の健康づくり—特別支援を要するすべての子どもたちへ—                 | H.27年発行 | ¥1,000 |
| 12. 学校給食に学校歯科医はどうかかわるか—特別支援学校へのアンケートから—                    | H.29年発行 | ¥ 400  |

### 著作権文部科学省・日本学校歯科医会発行

- |   |         |       |
|---|---------|-------|
| 12. 学校歯科保健参考資料 —「生きる力」をはぐくむ学校での歯・口の健康づくり— | H.23年発行 | ¥ 500 |
|---|---------|-------|

### (公財) 日本学校保健会出版物

- |                     |         |       |
|---------------------|---------|-------|
| 13. 歯・口の健康づくりをめざしてⅡ | H.10年発行 | ¥ 100 |
| 14. 歯・口の健康と食べる機能    | H.11年発行 | ¥ 300 |

### その他

- 日本学校歯科医会PRパンフレット 無料  
(日本学校歯科医会の活動内容などを記載したカラーPRパンフレット。無料で配布しております。)

編  
集  
後  
記

●前期に引き続き今期も広報委員を拝命し委員長という重責を担うことになりました。「広報」は日学歯と会員とをつなぐ重要な役割を担っていると思います。会員の皆様への的確な情報と誤字・脱字などが無いような誌面づくりが期待されていると思います。これまでもそのような方針でやってきましたが、今回新しいメンバーになりました新たな「広報」を築きあげられるのではないかという思いで2年間がんばりたいと思います。(平川純教)

●広報委員を拝命し、最初の仕事がこの編集後記となりました。今まではあまり熱心な日本学校歯科医会誌の読者ではありませんでした。これを機に、皆様に少しでも親しんでもらえるような誌面づくりに励むことで、まず私自身が一番の読者になれるよう頑張りたいと思います。(上田直克)

●本会誌を無事お手元にお届けすることが出来ました。多くの会員の皆様に、この会誌122号をお読みいただけましたら幸甚に存じます。発刊にあたり誌面を見直してみますと、1ページ当たりの行数やフォントなど、現代の各種出版物と比較すると少し読みづらいと感じる所も見受けられます。少しでも読み易い誌面、良い内容を提供していくことができるように更に努力を積み重ねたいと思っております。どうぞよろしくお願い申し上げます。(佐々木真浩)

●日本学校歯科医会、川本強新会長の最初の会誌となりました。歯科保健は医科に比べて着実に成果を挙げています。代表的なものに8020の向上と、12歳児DMFT指数の低下があります。8020達成者50%以上という目標は6年も早く達成しました。そしてDMFT指数も1を下回るほどとなり、これは学校歯科医の先生方の努力のたまものと言っても過言ではないでしょう。日本の将来を担う子供たちの健康増進に、さらに貢献できる広報誌になればと思っております。(上田保秀)

●今期、川本会長の下、九州代表として新理事に拝命して頂きました大林です。長い歴史のある「日本学校歯科医会」で自分がどのようなことができるか分かりませんが、諸先輩方からの御指導の下、頑張っている所存です。どうかよろしく願いいたします。広報担当の理事になりましたが、自分は今まで広報活動をしたことがありませんが、佐々木常務理事の下、基礎から勉強し、会員の先生方に的確な情報をお伝えするように努力して参ります。何卒ご支援の程宜しく願います。(大林裕明)

日本学校歯科医会ホームページもご覧下さい。

<http://www.nichigakushi.or.jp/>

---

## 日本学校歯科医会会誌 第122号

■印刷 平成29年9月20日

■発行 平成29年9月30日

■発行人 一般社団法人日本学校歯科医会 長沼善美  
〒102-0073 東京都千代田区九段北4-1-20 歯科医師会館4F  
TEL. 03-3263-9330 FAX. 03-3263-9634  
E-mail JASD@nichigakushi.or.jp

■編集委員 平川純教 上田直克 苗代 明 白木完治  
市原三千子 高橋裕幸 石川伸一 草柳英二  
平塚靖規 (担当副会長) 佐々木貴浩 (担当常務理事)  
上田保秀 (担当理事) 大林裕明 (担当理事)

■印刷所 一世印刷株式会社

---