

HEALTH CARE

The Newsletter of the Japan Health Care Dental Association

vol.10 no.1

(年間6回刊行・通巻054号)



日本ヘルスケア歯科研究会

事務局 東京都文京区関口 1-45-15-104

☎ 03-5227-3716

Fax. 03-3260-4906

URL <http://www.healthcare.gr.jp>

E-mail : center@healthcare.gr.jp

編集代表 杉山精一

編集制作 有限会社 秋 編集事務所

研究会入会金	歯科医師	5,000円
	その他	3,000円
研究会年会費	歯科医師	12,000円
	その他	6,000円
郵便振替口座	00190-7-407895	
口座名義	日本ヘルスケア歯科研究会	

重要なご案内

● 2007年最初のニュースレターをお届けします。以下の同封物をご確認ください。

1. 患者さん向けニュースレター10部
▷ 詳細 p.12
2. 2007年度正会員ステッカー
2007年度会費入金済みの方全員。
3. 正会員歯科衛生士銀バッジ
3年以上継続して正会員登録をされている歯科衛生士の方。今年度は会員番号がM4-XXXXで、2007年度会費を入金済みの方が対象です。
4. 2007年度会費払込み用紙
2007年度会費未納の方に同封しておりますので、早めにお手続きください。

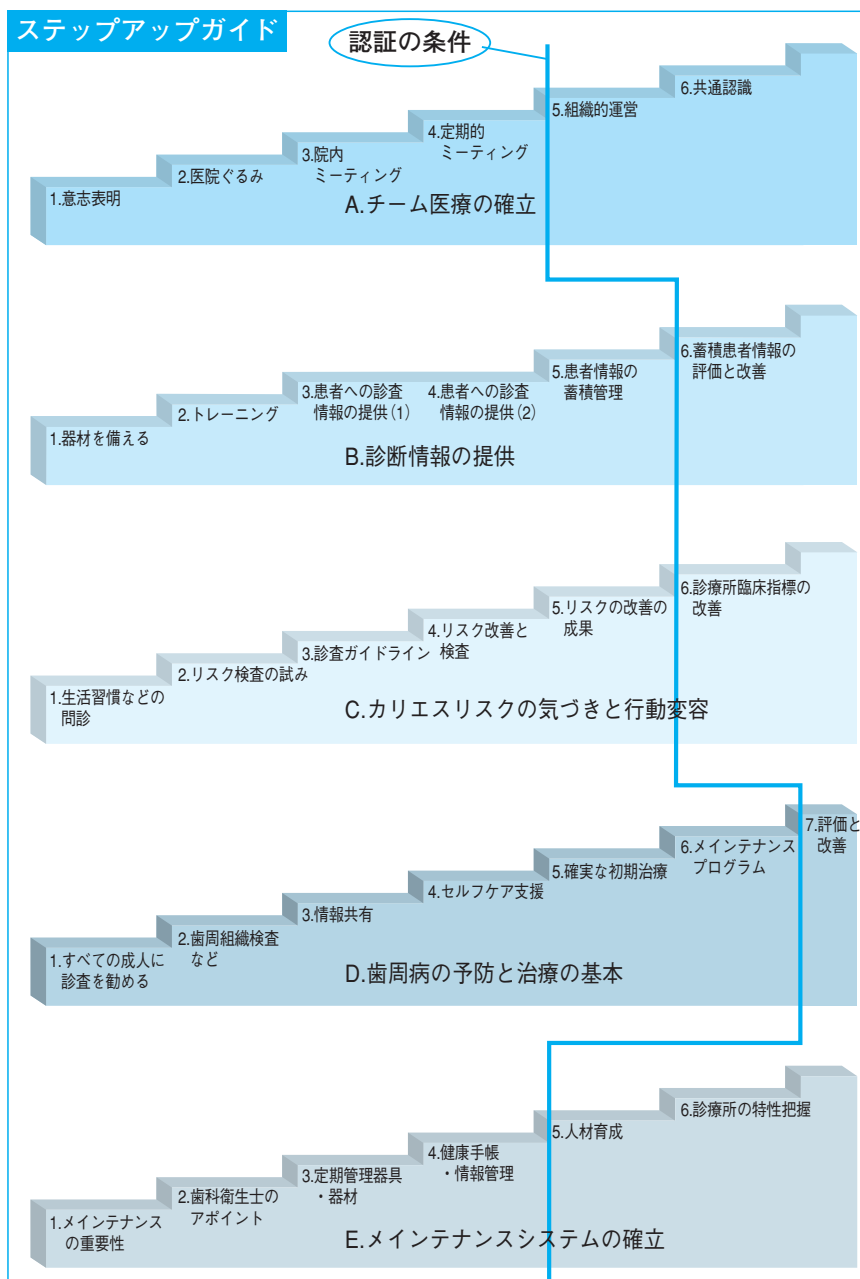
催しものご案内

- ① スタッフまるごと医院を変える
ワンデーセミナー (広島)
日時：2007年3月11日(日)
会場：広島県歯科医師会館
- ② ワンデーセミナー (札幌)
日時：2007年5月20日(日)
会場：北海道歯科医師会館
▷ 詳細 p.16
- ③ ワンデーセミナー (名古屋)
日時：2007年7月8日(日)
会場：安保ホール
- ④ ヘルスケアミーティング2007
日時：2007年11月10・11日
会場：東商ホール(東京)

認証診療所へのステップアップガイド

斉藤 仁 (コアメンバー)

2005年に研究会の今後の課題と方向性をロードマップという形で表し、同時に認証制度についてもそのロードマップに沿って改めて位置づけました。新しい認証制度では、健康を守り育てる歯科医療を受けたいと望む人々の受け皿を整備するため、その必要条件を備えている診療所を認証するようにしました。約一年が経過し、より多くの診療所が認証を目指していると伝え聞くようになりましたが、一方で、どこから手をつければいいのか、何をすればいいのかという困惑の声も聞こえてきます。そこで、より多くの診療所が日常の診療所運営をひとつずつ見直し、それが自然に認証につながるようにガイドを作成しました。



認証診療所とは、『健康を守り育てる歯科医療』を『それを望む患者さん全てに対して』、『実践している診療所』です。

『健康を守り育てる歯科医療』とは、簡単に言うと「修復中心ではなく予防中心」の歯科医療です。設立趣旨によると「人々が生涯にわたって快適な咀嚼と自由な会話と若さと尊厳に満ちた微笑みを維持することができるように」サポートする歯科医療のことで、認証制度においては、必要条件をもう少し狭い意味合いでとらえており、「う蝕、歯周病のリスクを把握し、それをきちんとコントロールし、発症、進行を未然に防ぐことを診療の柱に置いている歯科医療」と定義することができます。

『それを望む患者さん全て』というのは、来院するすべての患者さんに「う蝕、歯周病は予防可能な疾患である」という

ことをしっかり伝え、患者さんの「知らなかった」を「知っている」に変える努力をしたうえで、「修復治療にとどまらず、発症、進行予防に取り組みたいと希望する患者さん全て」という意味です。来院される患者さん全てがそう希望してくれるといいのですが、必ずしも全員というわけにはいかないかと思います。私の医院も、健康志向の高い患者さんばかりが集まっているわけではありませんので、希望される方もいれば、望まない方もいます。特に年配の方で、悪くなったらその都度修復治療に歯科医院を訪れていた人たちは、歯科医院とはそういうところというイメージが強いのか、むし歯や歯周病を未然に防ぐという考え方にピンと来ない方たちも少なくありません。しかし全員に伝える努力は必要です。

では、『実践している医院』というのは何を実践しているこ

ステップアップガイド詳細

A. チーム医療の確立

1. 意志表明 「健康を守り育てる歯科医療」を実践する決意をスタッフに表明する
2. 医院ぐるみ ヘルスケア研究会の催しにスタッフと共に参加する
3. 院内ミーティング スタッフとの院内ミーティングを始める
4. 定期的ミーティング 院内ミーティング、勉強会を定期的に開催する
5. 組織的運営 院内勉強会の運営をスタッフ主導で組織的に行う
6. 共通認識 歯科医師および歯科衛生士が疾患を診る共通の認識をもち、ほぼ全員から積極的な意見が出る

B. 診断情報の提供

1. 器材を備える 規格化した資料（デンタルエックス線、口腔内写真）を撮る器械および関連器材を備える
2. トレーニング スタッフが資料の規格化の重要性を理解し、ルーティンワークとするためのトレーニングを始める
3. 患者への診査情報の提供(1) 規格化された口腔内写真をスタッフが1人で5分以内で撮影し、それをを用いた情報提供をしている
4. 患者への診査情報の提供(2) 成人について規格化された1口腔単位のデンタルエックス線写真を撮影し、それをを用いた情報提供をしている
5. 患者情報の蓄積管理 患者情報（画像情報を含む）を蓄積し、日常的に検索利用できる
6. 蓄積患者情報の評価と改善 データベースに蓄積した患者情報を評価し、それに基づいて診療を改善できている

C. カリエスリスクの気づきと行動変容

1. 生活習慣などの問診 家族歴、生活習慣、病歴など疾病のリスク因子を把握する問診をしている
2. リスク検査の試み カリエスリスクの理解、患者のリスク改善への理解を深める
3. 診査ガイドライン 修復学的診査にとどまらないカリオロジーにもとづく診査実施基準を院内で決めている
4. リスク改善と検査 患者が自分のリスクを知り、自ら改善するための情報提供の時間を設け、それに必要なリスク検査を院内実施基準にもとづいて行っている
5. リスクの改善の成果 個々の患者のリスク改善の成果を何らかの指標で評価し、方法を改善し、再評価している
6. 診療所臨床指標の改善 年齢別 DMFT の変化など、何らかの臨床指標で診療の成果が確認できる

とを指すのでしょうか。修復治療は歯科医院側が行うものですが、う蝕、歯周病のリスクをコントロールし、発症、進行を未然に防ぐというのは、患者さん自身が自ら行うものだと思います。それをうまくアシストするのが歯科医院の役目であり、その手助けが出来ていることが「実践している」ことだと思います。

今回この「実践している」という部分をもう少し分かりやすいものにするために、内容を具体的に分解してみました。「実践」に必要な項目をいくつかのカテゴリーに分け、それぞれに具体的なステップを設けました。この認証ステップアップガイドに照らして自分の医院の状況を振り返ることで、現在の自分たちのいる位置を知る助けになるでしょう。自分たちは今何ができていて何ができていないのか、これからどん

なことに取り組んで行けばよいのか、このステップアップガイドによってこれからの課題が見えてくると思います。認証の採点基準、合否判定基準もこれにより明確になりましたので、今までよりも多くの医院が認証を身近なものとして考えることができるようになると思います。

しかし認証というのはあくまでも手段であり目的ではありません。認証制度を活用し、医院の現状を見直し、スタッフとともに一段一段ステップを上がっていくことで、結果的に患者さんの口腔の健康が守られるのだと思います。そして認証医院が全国各地に増え、多くの国民の口腔の健康が守られることを実証することで、我々が日々行っている「健康を守り育てる歯科医療」が今よりも、もっと実践しやすくなるでしょう。さあみんなで認証制度をうまく活用しましょう！



D.歯周病の予防と治療の基本

1. すべての成人に診査を勧める ・歯をもつすべての成人に歯周病が予防可能な疾患であることを伝え、家族歴、遺伝、生活習慣、病歴などを問診し、診査を勧めている
2. 歯周組織検査など ・診査の必要性を理解したすべての成人患者の歯周組織検査と必要に応じたデンタルエックス線撮影を行う
3. 情報共有 ・検査結果を説明する時間をつくり、患者と情報を共有し、メンテナンス管理の必要性を伝えている
4. セルフケア支援 ・セルフケアの気づきを与え、禁煙支援、食生活改善支援を行っている
5. 確実な初期治療 ・歯肉炎および初期歯周炎のコントロールが確実にできる院内システムが整い、成果をあげている
6. メンテナンスプログラム ・メンテナンスプログラムを確立し、多くの患者がメンテナンス受診をつづける態勢と仕組みを整備し、実績をあげている
7. 臨床指標の評価と改善 ・歯周組織の改善、禁煙支援、食生活改善、口腔衛生の改善について成績を再評価し、技術や仕組みの改善につなげている

E.メンテナンスシステムの確立

1. メンテナンスの重要性 ・定期的にメンテナンスをすることの重要性を治療終了までの間にどこかできちんと説明する
2. 歯科衛生士のアポイント ・ドクターの診療の間ではなく、リスクコントロールのための歯科衛生士のアポイントをとる
3. 定期管理器具・器材 ・定期的メンテナンスのための器具、器材を揃える（十分なキュレットの本数、PMTCの器材など）
4. 健康手帳・情報管理 ・健康手帳など自己管理カルテをもってもらい、情報管理システム（設備、作業ルールなど）を整備する
5. 人材育成 ・定期的来院患者が増加し、それに対応できる人材を確保し育成している
6. 診療所の特性把握 ・蓄積情報の分析から診療所の特性、欠点、実績、歯科医師、歯科衛生士などの能力が判定できる

※ 各ステップの難しさ、ステップアップの工夫などについて経験の豊富な方にお問い合わせしてニューズレターに解説することになります。

もう一度、「健康を守り育てる歯科医療」を考えてみてください カリエスフリー，炎症のコントロールだけでいい？

浜野純也（小松市開業・会員）

ニューズレター毎回拝見させていただいています。

私，2004年に日本ヘルスケア歯科研究会に入会しました。同じ年，酒田での Oral physician コースを受講，それまでは，歯周治療とメンテナンスが主体だった診療内容でしたが，「健康を守り育てる歯科医療」という理想の下，カリエスフリーを増やすことにも力を入れました。

当院での診療システム自体，トリートメントプランとほぼ同じようなことをやっていたので，新たにやったことというのは，サリバテスト，ウイステリアの導入くらいでした。ただ，スタッフ全員が予防に対する知識と患者を守るという思いを同じにするために勉強会はかなりおこないました。また，それが一番大変でした。

Oral physician コースを受講して最も変わったことは，初期の虫歯を治療しなくなったことでした。

同じ時期，九州の筒井照子先生の咬合療法コースを受講しました。健康を守り育てる歯科医院を目指すために受講したわけではありません。ところが咬合療法コースを受講して変わったことはたくさんありました。

まず，抜髄が激減しました。形態修正が増えました（力のコントロールです）。また私自身，咬合崩壊が起こっていくプロセスが理解でき，そしてそれを説明できるようになったことで，患者の予防，治療への理解が得られやすくなりました。そして，患者の見方が口腔内から全身に移りました。体の歪み，顔の歪み，顎位のチェック，態癖（悪い癖），生活習慣，いろいろ見るようになり，このことの必要性を痛感するようになりました。

ここ何年の間に TMD 症状を訴えられて来院される患者が増えました。以前は見落としていただろうし，また怖くてさわらなかつたというのが正直なところだと思います。

たとえば，年配の女性で，口腔内はいたって健康，歯並びもきれい，でも TMD 症状があるのです。体の歪み，顔の歪み，顎位のチェック，態癖，生活習慣などをチェックすると，フランスパンが大好きで毎日食べているとのこと，とりあえず，「1ヵ月の間フランスパンは，食べないでください，硬い食べ物も控えてみてください」とお話しして1ヵ月後，症状は消失していました。患者はびっくりです。私もびっくりです。たかだかそれだけのアドバイスなのですが，とても喜ばれました。

中学生で顎がいたい，開閉時に関節雑音がする，頭痛，肩こりがひどい，体が歪んでいる，きれいな歯並びをしているのにこんな症状を訴える子供が増えています。まだ子供なのに，成長発育の途中なのに，こんな子供にも態癖や悪い生活習慣の改善を指導することにより症状が改善されるケースがありました。

予防歯科が住民からの支持を得られるようになってきた今，健康を守り育てる歯科医療を目指す歯科医院としては，こちらの方も大切なのではないのでしょうか。生涯を通じて歯の重要性が国民の理解を得られるようになり，予防の必要性が問われるようになってきた今，歯だけを見ていて良いのでしょうか。

私自身，日本ヘルスケア歯科研究会の会員の皆様方と同様，健康を守り育てる歯科医院を目標にしています。でも，ヘルスケアにしても，Oral physician にしても，今の時点で物足りなさを感じます。

私の医院では，今までの方針にプラスして，患者に対しちょっと見方を変えてアドバイスを与え，それで改善されることが沢山起きています。健康を守り育てる歯科医院を目指す日本ヘルスケア歯科研究会の会員の皆さんだからこそ，カリエスフリー，歯周病治療管理だけでなく，体の歪み，顔の歪み，顎位のチェック，態癖，患者の生活習慣を見直していただけのではないかと思います。

日本ヘルスケア歯科研究会の会員の方々，特に歯科衛生士がそういう子供に一番近いところにいると思います。虫歯だけではなく全体を見てください。ちょっとした異常のサインを見落とさないでください。ほんの少しのアドバイスで改善されることがあるかもしれません。歯周病患者のフレミタスや，態癖や悪い生活習慣に気をつけてください。

悪くならないようにすることが目標であり，この仕事は耳鼻科医でも眼科医でもなく歯科の仕事です。

今，私はカリエスフリーを増やすこと，炎症をコントロールすることだけが健康を守り育てる歯科医院の目標ではないと思っています。カリエスや歯周病はそれぞれのリスクを探し出しリスクコントロールを行っていきます。

本来なら患者さんの生活とからだ全体を見たうえでのリスクコントロールが最初で，その後にかリエス，歯周病が来るのではないのでしょうか。

好き勝手なことを書いて申し訳ありませんが、今の私のこの会への正直な思いです。私にとって、「ヘルスケア」であろうと「Oral physician」であろうとどちらでもいいのです。患者に対する思いは同じですから。

全ての患者が悪くならないようにするため、努力し続けることが重要だと思っています。

昨年の横浜での第5回日本国際歯科大学の歯科衛生士シンポジウムでこのような内容の筒井照子先生のコースが超満員の大好評でした。そこで、その講演内容をもっと詳しく筒井

照子先生が、スタッフ向けに一日コースで講演されます。

2007年4月1日、東京プリンスホテルで開催されます。

詳細は、ザ・クインテッセンス、歯科衛生士(クインテッセンス出版)、矯正臨床ジャーナル(東京臨床出版)、デンタルハイジーン(医歯薬出版)の2、3月号の広告に掲載されます。

健康を守り育てる歯科医院を目指す日本ヘルスケア歯科研究会の会員の皆さん、是非参加してみてください。

健康を守り育てる歯科医院を目指す一会員より



歯科衛生士育成プログラムの第1回基礎コースは、昨年7月、9月、12月に各2日間、計6日間にわたり行われました。コース内容は、知識やシステム構築についての講義、実技実習、技能検定、レポート提出、症例報告、と充実した内容でした。そして、コース終了後の受講者は予想していた以上に大きな変化を遂げました。技術的な向上はもちろんですが、ヘルスケア型の歯科診療を実践していくうえでのさまざまな問題について、自らが積極的に考え、改善を図り、さらに院長と協力して医院の向上を図るようになりました。これはまさにヘルスケア歯科診療所にとって必要とされる歯科衛生士です。今回の歯科衛生士育成プログラムが、受講した歯科衛生士にとってのみでなく、勤務している診療所にとっても、大きな成果になっていることを本当に嬉しく思います。最後に、このコースに講師、スタッフとして協力していただいたすべての方に、心から感謝します。

河野正清 (コアメンバー)

歯科衛生士育成プログラム成果

システム改善計画の進行状況

藪 沙織 (文教通り歯科クリニック)

<改善すべき点>

- 1. 予約時間に無理がある
- 2. 規格性のある資料が整理されていない
- 3. すべての人の資料をつくっていない
- 4. データの蓄積・管理が徹底されていない

<改善計画>

- 1. 急患対応のための時間をつくる。時間に余裕をもって予約をとる
- 2. 新しい棚を作り、カルテの整理を行っている
- 3. スタッフ全員で話し合い、可能な範囲で実行していく
- 4. 各担当の歯科衛生士がメンテナンス患者の資料を管理していく



<現 状>

- 以前のようにつきつにアポイントを入れなくなった。
- 1. 治療に長時間を要する患者さんや、予約時間に来院されるか不安な患者さんは前日などに確認の電話をしている。
- 2. 歯科衛生士資料、歯周病資料などはカルテとは別のファイルに保管している。
- 3. 歯科衛生士配当時に担当歯科衛生士が資料を作成し、DH カウンセリングを行っている
- 4. データ管理が不十分な過去のデータは、分担してウイステリアに入力して、新規の患者さんは確実に入力するようになった。

システム改善計画の進行状況

葛西智美（新藤歯科医院）

<改善点>

1. 歯周組織検査をする時期を院内で統一する。
2. 口腔内写真を初診時以外にも撮る。
3. パノラマエックス線だけではなくデンタルエックス線も活用する。
4. 説明の時間をつくる。
5. 特に定期健診の患者さんを待たせないようにする。
6. 歯科医師中心に院内をまわすのではなく歯科衛生士の処置だけで済むようにする。
7. 予防処置を治療と一緒にするのではなく別に予約をとるようにする。
8. 急患にも対応できるようにする。〔予約の患者さんを待たせずに〕

<改善計画>

1. すべての患者さんに検査をすすめる。
2. 再評価時、2～3年おきには口腔内写真を撮る。
3. パノラマエックス線撮影後異常が認められる場合にだけでもデンタルエックス線の撮影をする。
4. 予約に<説明>という時間をとる。
5. 歯科衛生士専門のユニットをつくる。
6. 歯科衛生士を増やす。
7. 予約時間を長くとりか歯科衛生士枠として予約をとる。
8. 予約に余裕をもたせる。



<現 状>

1. 歯科医師が二人いるため診療方法が違うところがあるが、講習会に参加したことで院内のスタッフ全員が同じ知識と考えかたで取り組むことの重要性がわかったため、今後再度システム作りを見直す。
2. 再評価の時期を定め、口腔内写真を撮り患者さんと確認する時間をつくり、徐々にではあるが再来院された患者さんから新しい写真を撮るようにしている。
3. 機材の問題から難しいことだが再撮影については前向きに考えている。
4. 1時間はとれなくても患者さんが『わかる』説明をできるようにする。
5. ユニットの割り振りを再度検討する。
6. (増員は)簡単なことではないため当医院では歯科助手さんに診療補助をしてもらい、歯科衛生士に業務に専念できるような体制を作ることから始めた。
7. システム自体の改善により予約時間のとりかたを変えていくようにする。
8. 出来る限りの対応をするが当日の再来院などをして対応できるようにする。

問題点に対しての改善の進行状態

向井郁子（かみきたデンタルクリニック）

<改善すべき点>

まず改善すべき点をあげるとしたら、1つは患者さんとのコミュニケーション不足による信頼関係とモチベーションの低さ、それは再評価を実施していないということとも繋がっているのかもしれませんが、30分のカウンセリングの時間はもうけていますが、その短い時間で何人の患者さんが理解をしていたかという問題が出てくると思います。一例をあげれば、実地指導で患者さんのモチベーションがあがったが、治療にもどり定期健診で来院しなくなった患者さんがいました。再評価がないため予防に対するモチベーションが下がってしまったのではないかと私は考えました。もちろん治療中に患者さんとコミュニケーションをとる時間がなかったのは確かです。カウンセリングは実地指導の後に行われているのですが、その後の患者さんの変化に気づくことがで

きなかったのです。これは一例にすぎませんがそれが、つもりつもって定期健診の患者さんの来院率が低下しはじめてきています。

<改善計画>

それに対する改善策として、再評価の時間を設けることと、患者さんのバックグラウンドや医院に対する考えや不安などを聞いてくれるトータルコーディネーター的な存在をつくるという方針に向かっていきます。それによって患者さんとのコミュニケーションと信頼関係を深めていこうと取り組んでいます。私も時間におわれて患者さんの気持ちを見落としていたことを反省点にし、今後、自分のモチベーションをあげ仕事に取り組んでいきたいと思っています。



<現 状>

その後の変化と進行状態。

まず、変化としては、ドクターと歯科衛生士とのミーティングを設けて、当医院の問題点や、疑問点、改善点などを話し合う機会ができました。そのことにより、今まで、近寄りにくい先生との関係が少し良くなり、衛生士としての意見を話せるようになりました。その中でも、再評価の必要性は、ヘルスケアの検定コースを通して必要性を強く感じたので、ミーティングの際に、取り入れ方、時間設定、内容の確認を話し合い、現在は、再評価が必要な患者さんに対しては行っています。まだ、取り入れたばかりで多少、スムーズにいかないところはありますが、患者さんとのコミュニケーションを取れる良いチャンスになっています。患者さんとのコミュニケーションがうまくいくと不思議と、心が開いていき定期健診の際も、リラックスした状態で診療ができるようになってきています。治療に入ってしまうと、患者さんとのコミュニケーションは、取れなくなりますが、そこでトータルコーディネーターの方が患者さんとコミュニケーションをとるようにしています。衛生士は忙しく人数が少ないため、トータルコーディネーターになれませんが、歯科助手さんが、一生懸命トータルコーディネーターの勉強をしている最中です。勉強を通してみんなの患者さんに対する対応に変化を感じています。もちろん、ヘルスケアの検定を受け私自身も変わることができました。私は、技術がありませんが、一人でも多くの患者さんの健康を守り育てるために頑張っていきたいと思っています。そのためにも、医院全体で良い歯科医院になれるよう、先生、スタッフともに頑張っていきたいと思っています。



その他催しもの 案内

東京 HCG 主催 スタッフコーチングセミナー 3回コース

「コーチング」、この言葉を聞いたことがありますか？ 最近よく耳にしませんか？ ある人によると「質問型のコミュニケーションを使い、相手に取るべき行動を自ら選択してもらう」という手法がコーチングと呼ばれる」そうです。体験型セミナーでコーチングを学び、患者さんとのコミュニケーション、院内でのコミュニケーションに役立てませんか？

3回コースですので、3回すべてに参加することがベストですが、2回、1回のみ参加でも十分に成果が出るように配慮してプログラムされていますので、2回、1回のみ参加も可能です。

講 師：コーチングインストラクター 阿部 恵さん
会 場：タカラベルモント（東京・赤坂）

日 時：1回目 4月22日（日）2:00～6:00 p.m.
2回目 5月20日（日）2:00～6:00 p.m.
3回目 6月17日（日）2:00～6:00 p.m.

参加資格：歯科医師以外の診療所スタッフ（東京ヘルスケアグループ会員外参加可）

定 員：20名
参加費：3回 27,000円
2回 19,000円
1回のみ 10,000円

担 当：うつせき 梶崎 慶二 (k-yari-1125@mvh.biglobe.ne.jp)

申込期限：3月20日

参加ご希望の方は、担当者までご連絡ください。

※3回すべてに参加の方を、優先して受付しますので、ご了承ください。定員に達した場合は、申込順に受付いたします。また最小催行人数（12名）に達しない場合は中止とさせていただきます。



海外文献から

三辺正人 (会員・文献レビュー部会)
内藤 徹 (福岡歯科大総合歯科)

文 献 Management of the patient who smokes and the diabetic patient in the dental office.

Kunzel C. et. al. J Periodontol 2006; 77: 331-340.

はじめに

喫煙と糖尿病は、歯周疾患の発症や進行、あるいは歯周治療への反応性にまで影響を及ぼす因子と考えられている。このうち喫煙は、歯周病に関してプラークと比肩するほどの強いリスクであり、患者自身によってコントロール可能なことと、日本人においては未だに50%近くの喫煙率を示していることから、歯科医療従事者においても禁煙支援については十分な知識や行動が必要なものと考えられてきている。

また、糖尿病もいずれの研究においても有意な影響を示す歯周病のリスク因子である。糖尿病患者における歯周病のコントロールには、厳密なプラークコントロールの実施や、頻度の高いメンテナンス治療が必要と考えられているが、このような知識が歯科医師に普及しているかどうかは疑わしいところである。また、治療の際にも、糖尿病患者に特有な創傷治癒遅延や、易感染性などへの留意が必要であるが、これらに対する知識の確認も必要である。

今回紹介する文献は、歯科クリニックにおける喫煙および糖尿病患者のクリニックレベルでの管理状況を把握するためにアンケート調査を用いて分析評価したものである。米国においては、歯周病専門医と一般歯科医との間には、歯周病患者を扱ううえで、喫煙や糖尿病に関する配慮に若干の違いが見られているようである。日本においても、どの程度まで歯

周病のリスク因子に関する知識が普及しているか、また歯科医療施設においてどの程度の管理が必要かを考えるうえで、このような調査の実施が望まれる。

緒言

全身および歯周組織の健康に喫煙や糖尿病が有害な影響を与えていることは、よく認識されている。この研究の仮説として「歯周病専門医は、一般歯科医よりも歯周病のリスク管理についてより関わっており、また積極的だろう」と考えた。歯周病専門医の診療は、歯周治療に限定されており、それらの患者の多くのものは重度の歯周疾患であり、リスク因子が関わっている。ある研究によれば、歯周病専門医の患者の75%が現在喫煙者あるいは過去喫煙者(喫煙経験者)なのに対し、一般歯科医(GP)では、54%であった(1)。また、2003年のBaderらの研究(2)では、GPにおいて特に喫煙と糖尿病を含めた歯周病ハイリスクのインジケータを認識する能力を調査し、患者ごとのリスクに応じて予防処置の個別化を図る必要性を示唆している。彼らの研究では、GPのとくに喫煙と糖尿病が歯周病のハイリスクの指標であることを認知する能力を改善することの必要性に焦点が当てられている。

表2 糖尿病患者の評価と管理

	一般歯科医 (105人)	歯周病医 (103人)	有意差
糖尿病に対する問診 ^{*1} の実施	94%	93%	—
糖尿病患者に関する問診 ^{*2} の実施	45%	72%	+**
糖尿病患者に対する情報提供 ^{*3} の実施	60%	87%	+
糖尿病患者の評価と管理 ^{*4} の実施	19%	38%	+

*1 糖尿病の既往・家族歴・コントロールについて

*2 糖尿病のタイプ・罹病期間・合併症・血糖コントロールの管理

*3 糖尿病の感染コントロール・糖尿病と口腔疾患の関連・歯周病の血糖コントロールに及ぼす影響について

*4 血糖値のモニタリング・内科医との対診連携・歯科の来院の変更や調整

** 合併症の問診については有意差(—)

Kunzel. et.al (2006)

表1 喫煙患者の評価と管理

	一般歯科医 (105人)	歯周病医 (103人)	有意差
喫煙に関する問診 ^{*1} の実施	41%	71%	+
禁煙の意思の確認と禁煙勧告の実施	19%	46%	+
具体的な禁煙支援 ^{*2} の実施	9%	26%	+
禁煙のフォローアップ、禁煙プログラム の指導、実施	5%	17%	+

*1 喫煙状況、喫煙量・期間

*2 禁煙日の決定、クリニック内での支援(カウンセリング)処方についての支援

Kunzel. et.al (2006)

目的：

歯周病の環境と全身の二大リスク因子である喫煙と糖尿病に関して歯周病専門医と GP の現状の認識を反映する姿勢や行動をアンケート調査により評価する。特に、クリニックでの禁煙指導や糖尿病患者の評価と管理およびそのような行動に対する理解や取り組みについて歯周病専門医と GP での類似点や相違点を明らかにする。

方法：

アンケート調査は、4 ページの質問用紙を郵送することで実施された。対象は、アメリカ北東領域の歯周病専門医（180 名、AAP 会員）と GP（180 名、ADA 会員）をリストからランダム抽出した。歯科医の引退などのため、実際のサンプル数は、歯周病専門医が 142 名、GP が 132 名となった。郵送は、4 週間で 3 回（質問票、返信封筒、催促状、追加質問票、返信封筒）実施された。研究プロトコルは、コロンビア大学医科センター審査委員会の承認を得た。アンケート回収率は、歯周病専門医が 73%（103 名）、GP が 80%（105 名）であり、研究参加に際して、インフォームドコンセントを実施した。統計処理には、カイ二乗分析が用いられた。

結果：

歯周病専門医（SP）は、GP に比較して、喫煙や糖尿病のリスク診断や管理を行っているが、両者ともに、これらのリスク因子を実際にコントロールするよりも、問診や情報提供といった行動に終始している傾向が認められた（表 1, 2 文献中の表を改変）。クリニックでの禁煙指導に対する取り組みと指導に関するアンケート結果では、禁煙支援プログラムの提供に関して歯周病専門医は GP に比べて積極的に取り入れる傾向にあるが（28% vs 17%）、歯周病専門医は、それが大変有用である一方、困難性があると感じている。禁煙支援プログラムの知識（タバコと口腔疾患の関連性、メッセージの内容）については、歯周病専門医はより自信を持っているようだが（18% vs 4%）実際のメッセージの伝達法や禁煙に導く確信については、両者で差異はない（18~19% vs 7~10%）。禁煙支援プログラムを実施するうえでの障害となる要因としては、両者とも患者の抵抗や不満および患者のコンプライアンスが主であった（SP；35~43%、GP；24%）。糖尿病の評価や管理に関する取り組みや指導については、患者が糖尿病の場合治療計画を変更あるいは調節する、または、糖尿病が疑われる場合に、検査を患者に勧めることに関して両者で差異は認められず、高率を示した（SP；68~86%、GP；60~69%）。しかし、指の穿刺テストによって糖尿病のスクリーニングを行っている比率は低かった（SP；21%、GP；7%）。歯周病専門医は GP に比較して、糖尿病の管理により積極的な役割を果たすことが、大変有用であると認識している割合が有意に高かった（49% vs 25%）。スタッフあるいは患者が歯科医に糖尿病の管理に積極的な役割を果たすことを期待する点では、両者に差異はなかった（SP；23~25%、GP；22~23%）。クリニックにおける糖尿病管理や糖尿病とリスク因子についての知識についての評価は、歯周病専門医が GP に比較して有意に高率であった

（35~48% vs 8~13%）。また、クリニックでの糖尿病患者の管理やスクリーニングの能力については、歯周病専門医が GP に比較してより強い自信を示した（28~63% vs 10~31%）。

考察および結論：

喫煙および糖尿病患者の適切なリスク評価や管理を行うことは、歯周病の発症や進行を抑制するのに効果的であり、患者の全身的健康に有益であることを示すエビデンスが多く示されている。本研究では、歯周病専門医および GP ともにこれらのリスク要因に対するコントロールや管理を実践するよりも、問診、情報収集といった行動に終始する傾向があることを示した。また、歯周病専門医は GP に比べてこれらの患者に対してリスク評価や管理をより実践しているが、積極的な管理の実施率は、両者ともに低かった。クリニックをベースとした禁煙指導や糖尿病患者のスクリーニングと管理のような積極的な介入に従事することは、歯科医が患者の歯周組織および全身の健康を改善させるために実施し得る重要なステップとなる。

その他、最近の歯周病領域における禁煙や糖尿病のコントロールの重要性を示唆している臨床研究およびレビュー（喫煙関連のレビューは、ニュースレター vol.8 no.6「海外文献から」に掲載したので、主に糖尿病関連のレビューを記載した）。

1. 2 型糖尿病と歯周病のリスク：口腔の健康の認識における役割（文献 3）

2 型糖尿病患者における医学的性状と重度歯周炎および口腔ケア習慣と口腔の健康の知識の関連性を分析する。

結果：

2 型糖尿病患者の重度歯周炎（骨吸収 30% 以上の部位率が 30% 以上の歯周炎）の罹患率は 20%（191 名中 37 名）で一般的な罹患率（約 10%）の 2 倍であった（1 型糖尿病（20~70 歳）では、罹患率は 20~30%）。（他 Nelson（1990）、Emrich（1991）、Taylor（1998）によっても、糖尿病患者では、歯周病重症化のリスクが 2~4 倍と報告されている）。

2 型糖尿病で重度歯周炎に罹患している場合は、罹患していない場合に比較して、HbA1c の上昇（7.1% vs 6.5%）、喫煙率が高い（57% vs 21%）、心血管病変罹患率が高い（25% vs 4%）などの兆候が認められる。

コンプライアンス患者に対する意識調査（アンケート）結果
（対象者；スウェーデンマルメ大学に来院した 2 型糖尿病患者 191 名）

① あなたの主治医（歯科医）はあなたが糖尿病であることを知っていますか？

回答：「はい」歯周病あり：91% / 歯周病なし：79% 平均 82%

② もしあなたが糖尿病でなかったら、口腔がより健康になっただろうと思いますか？

回答：「はい」歯周病あり：66% / 歯周病なし：18% 平均 32%

③ あなたは糖尿病であることから、とくに念入りなホームケア

と頻繁に定期検診が必要であると伝えられていますか？

回答：「はい」 歯周病あり: 29% / 歯周病なし: 13% 平均 28%

結論：

2型糖尿病では歯周炎のリスクが増大し、また、喫煙は2型糖尿病と歯周炎の強いリスク因子であることを患者に説明する必要がある。

2. 歯周治療の反応性における喫煙の影響：臨床エビデンスのレビュー（文献4）

結果：

疫学データや、横断および症例対照研究のデータは、禁煙が歯周治療後の患者に有益であることを示している。禁煙者の歯周治療後の反応性は、禁煙が有効であることを示しているが、禁煙が歯周組織に有益であるとする長期的な臨床研究のデータは限られている。

参) 禁煙による歯周組織の改善効果に関する縦断的研究 Palmer (2005), Preshaw (2005) ; ニュースレター vol.8 no.6 (海外文献から『歯周病の初期治療の最初に禁煙介入をするべきか?』)

歯周病予防における禁煙の対費用効果 Braegger (2005) ; ニュースレター vol.9 no.5 (海外文献から『歯周治療は経済的に見合うだろうか?』)

結論：

禁煙と口腔清掃期における治療反応性の管理は、長期的な臨床的成功を達成するために必要であり、歯周病医や歯科衛生士は、そのような行動変化を効果的なものにするために、最も適した役割を果たす地位にいる。

3. 広汎型侵襲性歯周炎の治療における予後因子（文献5、6）

結果：

禁煙により治療反応性の向上（即効性）が認められることから、臨床医は適切な禁煙指導のためのトレーニングをつみ、喫煙者に対しては、専門医への紹介を含む禁煙指導を行うことが重要である。

治療反応性は喫煙の他に、遺伝および細菌因子により修飾されるが、広汎型侵襲性歯周炎患者においてはブラーク、出血、初診時のポケットの深さよりも重要な診断インジケータである。

結論：

喫煙は基本治療の反応性を低下させる重要なリスク因子であり、歯周治療における禁煙の重要性が強調される。

4. インスリン依存型患者の歯周病における喫煙とHbA1cレベルの影響（文献7）

インスリン依存型糖尿病患者におけるアタッチメントロス（AL）やポケット深さにおよぼすHbA1cと喫煙の影響を分析した。対象は、5-9ミリのポケット部位で歯数、年齢、歯石の有無で調整した相対リスク（95%信頼区間）で評価した。

結果：

喫煙者では、ALおよびPDに関する相対リスクは、それぞれ4.2 (2.3-7.6) と8.0 (4.9-13.2) であり、HbA1cに関しては相関が認められなかった。

HbA1cが8.5以上の血糖コントロール不良患者で、喫煙者の非喫煙者に対するALに関する相対リスクは12.3 (4.1-39.4) であるが、PDに関しては相対リスクの増加は認められなかった。

結論：

血糖コントロールが不良な喫煙者においては、アタッチメントロスのリスクが非常に大きくなる（コメント：同様な関連性が、喫煙と遺伝子多型（IL-1）においても報告されている（文献8））。

5. 糖尿病と歯周病（AAPからのコミッションレビュー）（文献9）

Q 糖尿病は歯周病のリスクに影響するのか？ また、糖尿病の代謝コントロールレベルはこの関係に影響するのか？

A Yes. 糖尿病は歯周病のリスクを増加しており、その合理性のある多くの生物学的メカニズムについて明らかにされてきている。両者は密接に関連しており病理生物学的に多くの類似性を有する高頻度で生ずる慢性病変である。肥満やインスリン抵抗性を含む前駆状態は、この関係に重要な役割を果たしている。炎症は、この問題の中で重大な役割を果たしていることが明らかにされてきた。

Q 歯周病は、糖尿病の病理生理学に影響するか？ また、糖尿病の代謝コントロールに影響を及ぼすか？ これらの2つの疾患を関連付けているメカニズムは何か？

A 糖尿病の血糖コントロールにおける歯周病の影響とそれが生ずるメカニズムについては、まだ十分に明らかにされていない。インスリン抵抗性を増加させ、血糖コントロールを悪化させていると考えられているが、この先を明らかにするには、更なる研究が必要である。

Q 糖尿病と歯周病を有する患者は歯周治療に対してどのように反応するのか？

A 一般的に良好にコントロールされている糖尿病患者においては、SRP後の臨床的、細菌学的反応は、非糖尿病患者と同様である。糖尿病患者では治療後直ちに、臨床的改善が生ずるが、血糖コントロールが不良な患者では、ポケットの再発や長期的に望ましくない反応が生じやすいため内科専門医との連携下での治療とメンテナンスが必要である。

Q 妊娠性糖尿病について（Gestational diabetes）

A 妊娠の1～14%に出現する。多くの女性は分娩後に正常血糖に戻るが、妊娠性糖尿病の既往のある患者ではその後2型糖尿病に移行するリスクが増加する。インスリン分泌は、妊娠中は正常値の1.5～2.5倍に増加し、インスリン抵抗性の状態をとる。保有するβ細胞が限られている女性においてはインスリン抵抗性を補うだけのインスリン産生が不可能となり、結果として高血糖を起こ

しやすくなる。

他、アメリカ糖尿病学会の糖尿病診断基準、HbA1c と血糖値の関連性、HbA1c 値に対する勧告、については、本文献を参照。

6. 歯周病のリスク因子としての2型糖尿病(T2DM)について(文献10)

血糖コントロールの不良は、歯周病のリスクとなる*。T2DMは、慢性炎症持続状態と認識され、免疫炎症反応の調節が不良となって歯周組織の局所サイトカインネットワークを障害することによって歯周病感受性が亢進する。歯周病、T2DM 両者の発症、病変の進行に関与するサイトカインとしてIL-6、TNF-α などがあり、IL-1 ファミリ、アデポサイトカイン、好中球機能の低下、AGE(最終糖化産物)がT2DM 患者の歯周病感受性を増加させている(詳細は、文献11を参照)。歯周治療は、T2DM の血糖コントロールに良好な影響を及ぼしている(歯周治療によるHbA1cの改善効果の報告; Grossi 1997, Iwamoto 2001, Kiran 2005, Stewart 2001)。しかしながら、Janket 2005 の10の介入研究(1992 ~ 2003年)に関するメタ分析

では、HbA1c は、歯周治療によって荷重平均値として0.66%減少したが、有意差は認められなかった。このことから、歯周治療は、血糖コントロールに影響を及ぼすと考えられるが、より大規模な研究による確認が必要であるといえる(文献12)。

* 2002 ~ 2003年に実施されたフランスにおける全国的疫学調査で、一般健康成人では、年齢、性、血糖値、飲酒、喫煙が歯周病のリスク因子であるのに対し、T2DMでは、喫煙のみがリスク因子であったと報告された。このことから、フランスでは、35歳以上の成人におけるT2DMは、慢性歯周疾患の主要なリスク因子(性、年齢よりも)であることが示唆された。このことより、高血糖、高脂血症が全身の代謝メカニズムに影響を与え、歯周病を悪化されるという因果関係が推測される(文献13, 14)。

日本歯周病学会では、新しい歯周病分類のなかに、「喫煙性歯周炎」を加えた。

文献15によると、同程度の歯周炎における糖尿病(1型)と非糖尿病患者において、歯肉縁下細菌叢や歯周病原細菌に対する血清抗体価の変動に差異はないことが報告されている。すなわち、現時点では、「糖尿病性歯周炎」という病因分類は成立しないといえるだろう。

文献

- 1) Haber J, et. al. Cigarette smoking in a periodontal practice. J Periodontol 1992: 63: 100-106.
- 2) Bader JD, et. al. A pilot study of risk-based prevention in private practice. J Am Dent Assc 2003: 134: 1195-1202.
- 3) Jansson H, et. al. Type 2 diabetes and risk for periodontal disease: a role for dental health awareness. J Clin Periodontol 2006: 33: 408-414.
- 4) Heasman L, et. al. The effect of smoking on periodontal treatment response: a review of clinical evidence. J Clin Periodontol 2006: 33: 241-253.
- 5) Hughes FJ, et. al. Prognostic factors in the treatment of generalized aggressive periodontitis. 1. J Clin Periodontol 2006:33:663-670.
- 6) Hughes FJ, et. al. Prognostic factors in the treatment of generalized aggressive periodontitis. 11. Effects of smoking on initial outcome. J Clin Periodontol 2006: 33: 661-676.
- 7) Syrjala AM, et. al. Role of smoking and HbA1c level in periodontitis among insulin-dependent diabetic patients. J Clin Periodontol 2003: 30: 871-875.
- 8) Meisel P, et. al. Dose-effect relation of smoking and the interleukin-1 gene polymorphism in periodontal disease. J Periodontol 2004: 75: 236-242.
- 9) Mealey BL, et. al. AAP-commissioned review. Diabetes mellitus and periodontal disease. J Periodontol 2006: 77: 1289-1303.
- 10) Wassall RR, et. al. Type 2 diabetes mellitus as a risk factor for periodontal disease. Perio 2006: 3: 243-252.
- 11) 岩本義博 他. 野口俊英 編著. 歯周病と全身疾患. 日本歯科評論別冊, 2006年43-52.
- 12) Janket SJ, et. al. Does periodontal treatment improve glycemic control in diabetes patients? A meta-analysis of intervention studies. J Dent Res 2005: 84: 1154-1159.
- 13) 2型糖尿病と歯周病の関連 Dental Tribune Japan edition 2007年2月号(無署名 ニュース記事)
- 14) Mattout C, et. al. Type 2 diabetes and periodontal indicators: epidemiology in France 2002-2003. J Periodontal Res 2006: 41: 253-258.
- 15) Lalla E, et. al. Periodontal infection profiles in type 1 diabetes. J Clin Periodontol 2006: 33: 855-862.

●会員登録内容の変更について

住所、電話番号、ファックス番号、e-mail アドレス、準会員等の追加・変更がありましたら、事務局までファックスもしくは e-mail でお知らせください。

Fax: 03-3260-4906

e-mail: center@healthcare.gr.jp

事務局は月曜日から金曜日までの午前9時30分から午後5時30分までスタッフが常駐しています。お電話は時間内をお願いします。

現在の会員の構成(2月16日現在)		会員合計 5,263名	
正会員		準会員	
歯科医師	1,634名	歯科衛生士	2,988名
歯科衛生士	156名	歯科技工士	86名
歯科技工士	1名	その他	352名
その他	10名	準会員計	3,426名
学生	0名		
法人会員	36社		
正会員計	1,837名		





Do プロジェクトのフィードバック

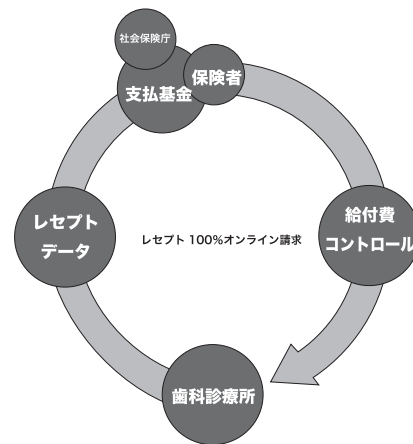
レセプトサイクル……診療報酬点数表に左右されながら診療を進め、提出したレセプトが保険者に集約され、それを元に診療が評価され、さらにその情報に基づいて医療保険制度がコントロールされる、そのような悪魔的な情報フィードバックのサイクルを杉山はこう呼びました（「Do プロジェクトからみえてくるもの」ニュースレター vol.9 no.5）。

このレセプトサイクルに代わるものとして、患者さんの健康度を評価する臨床アウトカム評価を患者さんや社会に還元し、それをベースに医療を見直す作業を呼びかけ、Doプロジェクトと名付けました。Doプロジェクトでは、臨床アウトカム評価と同じぐらい、その結果を社会にフィードバックすることに重きを置いています。

調査研究の国内外アカデミズムへの発表、メディアへの発表はもちろんですが、もっとも重要なのは、会員を通じた患者さんと地域社会へのフィードバックです。そこで、患者さん向けのニュースリリース「POEM ; Patient Oriented Evidence and Message」を試作しました。

もっと患者さんに歯科の重要性やメインテナンスの価値をアピールする分かりやすい紙面を期待される方も少なくないと思います。個々にはそのような対応が必要なケースもあります。ただ、日本ヘルスケア歯科研究会の事業としては、たとえ患者さんにプラスになると思われる情報でも根拠の不確かな情報は提供しないという方針です。情報が氾濫するなかで確かな情報がますます重要になっています。そこでデータの確かさとメッセージの単純さを重視しました。ご意見をお寄せください。

試みに各会員に 10 部ずつお送りします。（追加部数は有料ですが、PDF データは会員用ホームページから無料でダウンロード可能です）。患者さんはじめ、ご自身のホームページ、歯科医師会、地域、学校など幅広くお使いください（出典「日本ヘルスケア歯科研究会 POEM, no.1 より」を明記のこと）。



レセプトサイクル (vol.9 no.5)

追加の場合	500 部	8,000 円
	100 部	2,000 円
	送料	800 円

POEM 追加申込書 Fax. 03-3260-4906

POEM を _____ 部 (+送料 800 円) を追加申し込みします。

(News10-1)

※ 100 部単位で必要部数をご記入ください。

お名前 _____ 会員番号 _____

勤務先・診療所名 _____
〒 _____ - _____

住所 _____

Tel. _____ Fax. _____

＜POEM＞ 掲載のグラフは

1 これは「健康を守り育てる診療所」認証の申請に際して行った患者さんアンケートの集計結果（2006年第4回認証の11診療所無作為抽出2,412人の第三者への郵送方式）です。アンケートは、予防の可能性・重要性など9項目の質問と診療の満足度を尋ねる13項目の4段階評価からなりますが、「健康管理のために定期的を受診しようと思っていますか」に関する答えです。11診療所の合計で、「今までそうしてきたし、これからも」（63.3%）、「今後、この診療所に通いたい」（32.8%）、「その気はあるがもっと良いところを探したい」（0.7%）、「理解できたが受診はしない」（0.7%）、「悪くなったから早めに受診する」（2.6%）、「問題があったら受診する」（1.2%）。上の細い帯グラフは、11診療所個別集計です。なお、本研究会での患者さんアンケート調査は、2000年12月に始められ、39診療所の協力で行った最初の調査は、会誌vol.3,no.1（2001）に報告されています。

2 Doプロジェクトの＜調査3＞のエッセンスを1枚のグラフにしました。この調査の結果は、杉山精一『歯科診療所での成人のメンテナンスと歯の喪失についての調査』（日本ヘルスケア歯科研究会会誌 vol.8, no.1）に報告されており、この図は、同稿の表3をグラフ化したものです。15年以上のメンテナンス患者は患者数が少ないため集計には組み入れていません。

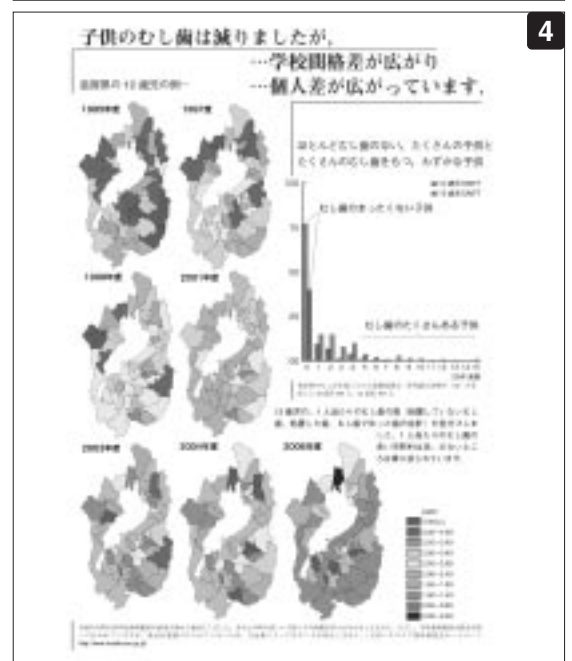
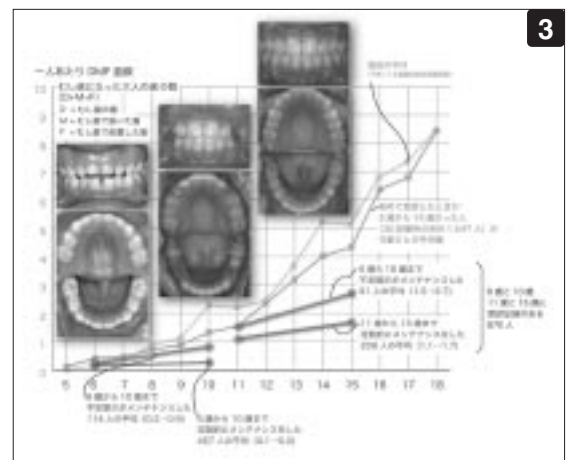
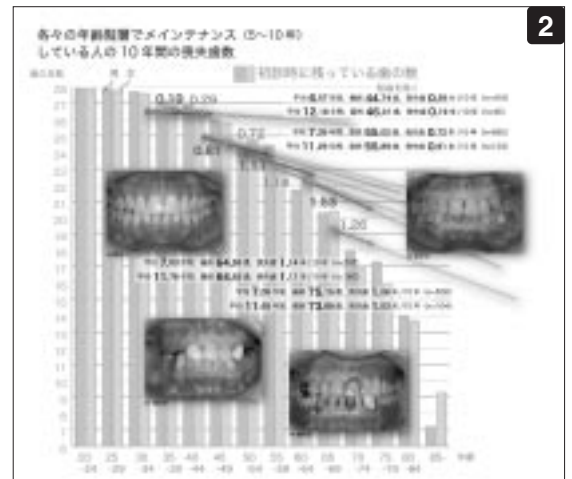
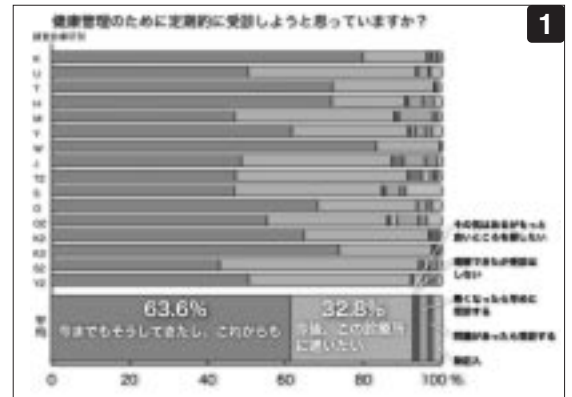
背景に薄い色で印刷されているのは、＜調査1＞「初診患者実態調査」の初診時残存歯数です。13都道府県30診療所の2005年1年間の初診患者を調べたもので、年齢階層男女別にならべました。横断調査ですから、メンテナンス中の喪失歯数と比較すべきものではありませんが、メンテナンスしていない人を一定期間追跡することは困難ですので、仮に対照に用いています。

メンテナンスで歯はなくならない、と断定したいところですが、実際にはそうはなりません。メンテナンス管理の開始年齢が遅ければ効果は出にくいのです。若ければ若いほど期間あたり喪失が少ないので、早くからのメンテナンスこそが大切であるのは明らかです。

3 同じく Do プロジェクトの＜調査2＞によって得られた6歳および10歳あるいは11歳および15歳のDMF歯数の記録のある患者について定期管理と不定期管理に分けて各年齢のDMF歯数と同期間のDMF歯平均増加数をプロットしました。詳しくは藤本省三『診療機関における子供の定期管理のう蝕予防実績に関する調査報告』（日本ヘルスケア歯科研究会会誌 vol.8, no.1）に説明していますが、同論文は主にDMF歯数増加イベントの発生をみたもので、各年齢の平均DMF歯数などこのグラフの元になったすべてのデータが記載されているわけではありません。また16診療所の1984年1月1日以降生まれの患者をピックアップしていますので、対象者は同一年齢でも世代の幅があります。小学生のう蝕はリスクコントロールの有無、定期／不定期の違いにかかわらず比較的少ないのですが、中学生以降に大きな差が生じることがポイントです。

4 滋賀県は全小中高等学校の学校別年齢別DMFTの記録が毎年10年以上にわたって蓄積されているので、この10年の克明な変化を知ることのできるデータとして例示しました。本会では2005年3月に56ページフルカラーの都道府県別の市町村色分け地図を発行し、その詳しいデータは研究会ホームページ（一般向けページ）からダウンロードできます。学校歯科健診は集計が義務づけられていないため、また所轄官庁が文部科学省で、厚生労働省との連携がないため、多くの自治体で廃棄され集計されていません。これを収集し、地図にして地域保健活動にしたのが「DMFT全国地図」です。「DMFT全国地図」は残部僅少ですが在庫があります。事務局までお問い合わせください。

DMF歯数の分布を示すグラフは＜調査2＞の10歳児および15歳児のDMFT別構成割合です。左端に極端に偏っていることが特徴です。



ヘルスケア フォーラム

『ウェルビーイング』を訪問しました

近藤明德（神戸市開業）

2月11、12日に、福岡県歯科医師会館で開催されたNPO法人ウェルビーイングのオープンプラットホームに参加しました。参加者は藤木省三さん、杉山精一さんと私です。オープンプラットホームはNPO法人ウェルビーイングが昨年からはじめた新しい形の交流会です。駅のプラットホームようにいろいろな団体や人が集まり、交流する場を提供する企画です。今回はラウンドテーブルディスカッション『臨床予防歯科についてのイベント企画会議』への協力を要請されての参加です。

NPO法人ウェルビーイングは福岡予防歯科研究会として34年前に発足しました。会員は約300人と少人数ながら『思いと知識を共有した仲間作り』をしています。発足当時から保育園、幼稚園での予防活動を実施していて、現在も市



ラウンドテーブルディスカッション

町村の『健康日本21地方版づくり』『市町村の乳幼児のう蝕対策』などの健康政策づくりに協力するなど、地域での活動が多いこと、また、発足以来、毎週木曜日に文献の勉強会『木曜ゼミ』を続けていて、健康教育理論など理論に裏づけされた活動をしていること、などの特徴があります。『歯科保健専門家養成コース』、行政の保健師なども参加する『ファシリテーター養成コース』などを開催しています。

訪問の日程は、11日午前中 NPO法人ウェルビーイング診療室見学、午後オープンプラットホームと交流会、地下室での2次会に参加。12日午前 NPO法人ウェルビーイング総会参加です。

NPO法人ウェルビーイング診療室は中村譲治さんが2時間半丁寧に案内してくれました。34年間予防歯科に取り組んできた診療室には予約システム、健康ノートにも使える患者への情報カードなど色々参考になる点がありました。天井には金魚が泳ぐ水槽があり、『予防歯科は楽しくないと』という中村譲治さんの言葉を象徴しているようでした。

オープンプラットホームは『高齢者の



写真左から中村譲治さん、藤木さん、杉山さん、筆者

予防歯科』『ホームレス支援』など8つのラウンドテーブルディスカッションが前半、後半にわかれて実施されました。『臨床予防歯科についてのイベント企画会議』は後半70分の予定でしたが、時間が足りず、懇親会、2次会でも藤木さん、杉山さんはいつも誰かに話しかけられていて、日本ヘルスケア歯科研究会への関心はとて高く、少しせまい2次会会場は座りきれない大盛況でした。

翌日の総会はオブザーバー参加でしたが、藤木さん、杉山さんがNPO法人ウェルビーイングへの入会を、中村譲治さんが日本ヘルスケア歯科研究会への入会を申し込む場面もあり、友好的なNPO法人ウェルビーイング訪問でした。

NPO法人ウェルビーイングと日本ヘルスケア歯科研究会は、はじめも歴史も違いますから、それぞれの活動内容も違って当然です。ただ、市民の利益になる歯科医療の構築をめざす点では、同じといえます。ともすれば、『予防は給付外』といわれ、市民利益をめざす予防歯科は、まだまだ少数派です。同じく予防歯科をめざす日本ヘルスケア歯科研究会とNPO法人ウェルビーイングの出会い、必然でしょう。なにかが生まれるのを予感させる2日間でした。



お知らせ
Information

〈ウィステリア Pro〉 WindowsVista での動作

2007年1月31日にWindowsVistaが発売されましたが、FileMakerPro8.5、FileMakerServer8は、認証がとれておりません。したがって、〈ウィステリア Pro3.1.1〉は未対応となります。ご注意ください。

注) 旧バージョンのファイルメーカーは未対応です。

(ファイルメーカー社ホームページ参照: <http://www.filemaker.co.jp/developers/resources/vista.html>)



コアメンバー会議報告 12

開催日：2007年1月21日（日）午前10時15分～
 会場：八重洲倶楽部第10会議室
 出席者：足本 敦、斉藤 仁、杉山精一、成田信一。
 欠席者：伊藤 中、河野正清、藤木省三、
 進行：斉藤 仁
 事務局：秋元秀俊

ウィステリア使用許諾契約

弥生株式会社（旧ライブドア（株））からウィステリアの著作権無償供与について契約を交わしたい旨希望があった。ウィステリアは従来から患者臨床検査情報の蓄積を広めることを目的にしているため、テンプレートの意匠などの著作権を除いて知的財産権を主張しない方針である。独自のプログラミングにより同様の入力プロトコルを用いたデータベースソフトが生産されることはユーザーにとって好ましい旨伝えたとともに契約する。

2007年歯科衛生士育成プログラムについて

会場が問題だったが、都内歯科衛生士学校を借りて実施する方向で、成田さんに交渉を一任する。このコースをDVDに記録して、高校の進路指導に活用するなどの方策も有意義だろう。

2007 会誌準備状況

経過報告<略>
 調査1-4について別刷を作成し、表紙に研究協力診療所の名前を入れて、各20冊ずつ献本する。

2007 基礎コース準備状況

準備経過報告<略>
 広島コースは、150名を目標に参加者を募集。
 札幌コース（5月20日）について、講師を一人追加する。受付スタッフなどは個々に判断して、協力を依頼する。参加費なしのお弁当つき。

患者向けニュースレター

正会員一人当たり10部送り、追加希望者には、有償で事務局から買えるようにする、研究会ホームページからダウンロード可能にする。

ヘルスケアミーティング記録DVDについて

次回ヘルスケアミーティングから演者の了解を得てDVD

録画して有償配布する。参加者は、手数料だけ、参加していない人には参加費よりも高めの値段で販売する。ハードディスクに録画できるビデオカメラを購入する。

オピニオンメンバー会議議題など**【報告事項】**

1. 事業報告
2. 会計報告（日程上間に合わないので監査報告なし*）
 *監査報告は会議後メーリングリスト上で行っていただきます。

【協議事項】

- 議案 1. 事業計画
 秋のヘルスケアミーティング
 3回のワンデーセミナー（基礎コース）地方開催
 歯科衛生士育成コースの継続
 Doプロジェクトなど
- 議案 2. 歯科衛生士部会の設置
- 議案 3. 診療所認証の考え方と認証細則改定
 ステップアップガイドに基づく認証
 ステップアップガイドに基づく認証後のステップアップ
- 議案 4. 講師謝礼規定の変更

2007年ヘルスケアミーティング

11月10、11日、東商ホールで開催、前夜祭の企画は予算の都合上行わない。
 オピニオンメンバー会議に原案を提示する。

ヘルスケア診療所へのステップアップガイドの作成

次回の認証（9月9日）からの適用とする、研究会診療所の目標をステップバイステップで示すガイドを作成する。これを認証の基準にするとともに認証後の方向性も示す。
 2月25日の斉藤のプレゼンは新しいステップアップガイドに沿って行う。

コアメンバー会議 予定

4月のコアメンバー会議

日時：2007年4月15日（日）午前10時～（予定）
 会場：八重洲倶楽部（予定）

※会員はどなたでも会議を傍聴できます。事務局までお問い合わせください。

本会催しもの
案内

スタッフまるごと
医院を変える

ワンデーセミナー札幌 (基礎コース改め)

日時：2007年5月20日(日) 午前9:50～午後4:00
会場：北海道歯科医師会館 (札幌市)

ワンデーセミナー札幌 プログラム (予定)

- 9:50～10:00 進行についてオリエンテーション
- 10:00～11:30 「健康を守り育てる歯科医療」とは……従来型歯科診療からの脱却を目指す (45分) 河野歯科の場合 (45分) 河野正清
- 11:40～12:30 ペリオドントロジー, カリオロジーに基づく臨床とは……初診からメンテナンスまでの具体的な流れ (50分) 足本 敦
- 12:30～13:30 昼食休憩 (希望者にはお弁当を別料金で用意します)
- 13:30～14:20 ペリオドントロジー, カリオロジーに基づく臨床とは (つづき) (50分) 足本 敦
- 14:30～15:30 はじめの一步をどうやって踏み出すか……さいとう歯科室の臨床から (60分) 斉藤 仁
- 15:30～16:00 質疑応答

ワンデーセミナー広島 (基礎コース改め)

日時：2007年3月11日(日) 午前9:50～午後4:00
会場：広島県歯科医師会館 (広島市)

ワンデーセミナー広島 プログラム (予定)

- 9:50～10:00 オリエンテーション
- 10:00～10:45 「健康を守り育てる歯科医療」の概念と行動 杉山精一
- 10:45～11:30 臨床データから見た私の日常診療 杉山精一
- 11:40～12:30 YAデンタルの初診からメンテナンスまで ペリオドントロジー, カリオロジーに基づく臨床 足本 敦
- 12:30～13:30 昼食休憩 (お弁当は用意していません)
- 13:30～14:20 YAデンタルの初診からメンテナンスまで (つづき) 足本 敦
- 14:30～15:30 ヘルスケアとの出会いから現在まで・竹下歯科医院の臨床 竹下 哲
- 15:30～16:00 質疑応答

参加費 (共通)	〈診療所ユニット参加〉	〈単独参加〉	〈非会員〉
	正会員歯科医師 1名まで 8,000円	正会員歯科医師 8,000円	非会員歯科医師 10,000円*
	準会員 3,500円	正会員歯科衛生士 3,500円	同伴スタッフ 3,500円
	(正会員歯科衛生士と準会員のユニット参加も可能)	準会員 6,000円	単独参加 (歯科医師以外) 6,000円
			*参加登録と同時に研究会に入会する場合は、参加費を入会金に充当する。

ワンデーセミナー 参加申込書 Fax. 03-3260-4906

※該当する□に✓をご記入ください

札幌セミナー (5月20日) に参加申し込みます

会員用 (news10-1)

参加者氏名	会員 No.	ユニット 単独	<input type="checkbox"/> 会員 Dr	<input type="checkbox"/> 準会員	<input type="checkbox"/> 会員歯科衛生士	<input type="checkbox"/> お弁当 入会希望
参加者氏名	会員 No.	ユニット 単独	<input type="checkbox"/> 会員 Dr	<input type="checkbox"/> 準会員	<input type="checkbox"/> 会員歯科衛生士	<input type="checkbox"/> お弁当 入会希望
参加者氏名	会員 No.	ユニット 単独	<input type="checkbox"/> 会員 Dr	<input type="checkbox"/> 準会員	<input type="checkbox"/> 会員歯科衛生士	<input type="checkbox"/> お弁当 入会希望

勤務先・診療所名

住所 〒 _____ TEL. _____ FAX. _____