

HEALTH CARE

The Newsletter of the Japan Health Care Dental Association

vol.10 no.3

(年間6回刊行・通巻056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 | |
| 銀行振込口座 | 三菱東京 UFJ 江戸川橋支店 | |
| | 普 | 0931013 |
| 口座名義 | 日本ヘルスケア歯科研究会 | |

重要なお案内

●以下の同封物をご確認ください。

Web 公開確認票 (診療所代表者の方に同封しています。詳細は22ページからをお読みください)

催しものご案内

① 歯科衛生士育成基礎コース ①②

日時：2007年7月15・16日

会場：新東京歯科衛生士学校

② ガイドライン作成スタートセミナー

日時：2007年7月16日午後

会場：新東京歯科衛生士学校

③ 歯科衛生士育成検定コース

日時：2007年9月16・17日

会場：新東京歯科衛生士学校

④ 第6回認証ミーティング

日時：2007年11月10日

会場：東商ホール

⑤ 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・丸の内)

▷詳細 p.2, 3, 7, 24

| | | | |
|---------------------------------|------------|--------------------|------------|
| 巻頭 「住民のための20歳までの口腔の健康づくり指針」を作ろう | p.1 | 報告 協力と理解の輪を拡げた20日間 | p.12 |
| ヘルスケアミーティング2007タイムスケジュール | p.2 | めぐせ! スモークフリー! | p.17 |
| 患者さんの〈?〉から始めよう | p.4 | ヘルスケアフォーラム | p.18 |
| 外の風に吹かれて | p.8 | 事務局から | p.21 |
| 口腔内写真デジタル化奮闘記 | p.10 | 会員診療所のWeb公開について | p.22 |
| | | ヘルスケアミーティング2007案内 | p.24 |

ヘルスケアミーティング 2007 (11月10-11日)

「住民のための20歳までの口腔の健康づくり指針」を作ろう

杉山精一 (コアメンバー)

「一生健康な歯ですごしたい」と多くの人は願っています。生涯健康なお口ですごすためには、20歳までにむし歯を作らない、たとえむし歯ができてしまっても数本以内の最小限にとどめて失活歯を作らない、そして歯肉は炎症のない状態を保ち、適切な歯列を達成することが必要です。

現在日本では母子保健、学校保健などによる公的な歯科保健サービスがあり、歯科医院では医療保険診療が受けられます。20歳の口腔の健康を達成するためには、個人の健康管理だけではなかなか難しく、適切な時期に適切なサービスを受けることが必要ですが、来院する患者さんや学校の講話の際には次々と質問がきます。たとえば、歯みがきはいつから始めた方がいいの? 歯磨き粉はいつから? 6歳臼歯がでてきたらそのままで大丈夫? 奥歯が黒いけれどむし歯? 学校健診で「むし歯なし」って信頼できるの? いつまでも乳歯が残っているけれど大丈夫? などなど……

健康情報はメディアにあふれていますが、何が確かな情報か、専門家の私たちでさえとまどうほどです。学校の保健の教科書にも歯科についての記載はほとんどありません。生涯の健康の基本となる、乳幼児から20歳までのお口の健康について、きちんと根拠に基づいた情報が提供されていません。私たち専門家は、適切な時期に専門家のチェックや介入を行えば多くの問題が避けられることは「当たり前のこと」と思っていますが、住民にはこのような私たちの「当たり前のこと」が十分行きわたっていないのが現状ではないでしょうか。

今後ますます高齢化と社会のグローバル化が進む日本では、共働き世帯の増加、親の介護の負担、そして海外での仕事も増加していきます。成人期に歯科治療の通院に多くの時間、費用を費やすことは社会的にも大きな損失となります。そのような意味でも「住民のための20歳までの口腔の健康づくり指針」作成は、公的な意味をもつ重要な課題です。

ヘルスケアミーティング 2007

2007年11月10・11日(土・日)

東商ホール(東京・千代田区丸の内/東京商工会議所)

10日 法人展示, ポスター展示 12:00 a.m. ~ 6:30 p.m.

11日 法人展示, ポスター展示 9:20 a.m. ~ 4:00 p.m.

タイムスケジュール(予定)

11月10日(土)

ヘルスケアミーティング 2007 1日目

12:30 ~ 12:50 p.m.

研究会総会

1:00 ~ 2:00 p.m.

基調報告: 住民のための20歳までの指針づくり

藤木省三

2:00 ~ 2:40 p.m.

メインテナンス・スタッフみんなの〈?〉とメイン

テナンス通院者の〈?〉を整理してみよう

渡辺 勝・豊島義博

2:40 ~ 3:10 p.m.

患者の〈?〉から始めよう

内藤 徹

3:25 ~ 4:50 p.m.

シンポジウム 20歳までに歯科が責任をもつべきことは何か?

座長: 藤木省三

シンポジスト: 月星光博, 内藤 徹, 豊島義博,

杉山精一

予防していても事故は起こる

月星光博

健口指針は誰のもの

豊島義博

予定発言

EU 諸国における不正咬合の診療ガイドライン

成田信一

19歳までに限定される公的歯科医療保障制度

秋元秀俊

5:00 ~ 6:30 p.m.

第6回 認証ミーティング

ホールロビー

12:00 ~ 6:30 p.m.

法人展示・ポスター展示

6:50 ~ 8:20 p.m.

懇親会(希望者) 別会場

11月11日(日)

ヘルスケアミーティング 2007 2日目

9:30 ~ 10:00 a.m.

患者の生涯の健康を考える...ミニマルインターベンション

伊藤 中

10:00 ~ 11:00 a.m.

月星先生講演 1 外傷から学ぶ M I

休憩(11:00 ~ 11:15 15分)

11:15 a.m. ~ 12:30 p.m.

月星先生講演 2 エンドと歯冠修復の M I

昼食休憩(12:30 ~ 1:40 70分)

1:40 ~ 2:00 p.m.

トークセッション 永久歯のリエスリスクコントロール...スタッフの役割

2:00 ~ 3:20 p.m.

月星先生講演 3 家庭医と自家歯牙移植

3:20 ~ 3:50 p.m.

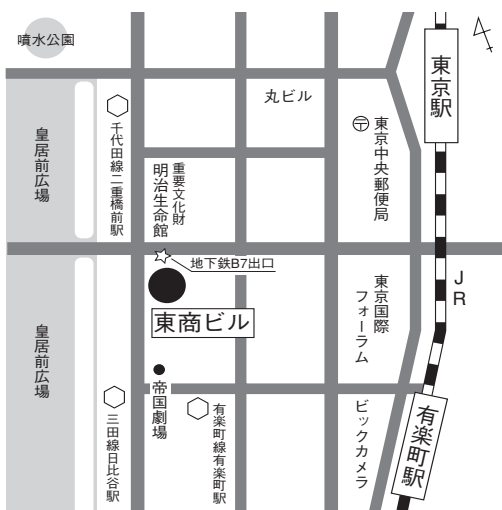
質疑応答

ホールロビー

9:20 a.m. ~ 4:00 p.m.

法人展示・ポスター展示

会場案内



アクセス
 地下鉄三田線日比谷駅より徒歩2分
 地下鉄千代田線二重橋前駅より徒歩2分
 地下鉄有楽町線有楽町駅より徒歩3分
 JR有楽町駅より徒歩5分
 JR東京駅丸の内南口より徒歩10分

ヘルスケアミーティング 2007 11月11日

月星光博 ミニマルインターベンションと メンテナンス

わが国では、世界に類をみない健康保険制度によって歯科についても必要な療養のすべてについて医療へのアクセスが保障されている（ことになっている）。このため住民はわずかな負担で歯科診療を受けることができるが、その医療的介入は、果たして患者の生涯の健康にとって十分に価値あるものになっているだろうか。もし、そうでないとするなら… そうでないことに私たちは気づいているはずだ。そこで私たちは予防をベースに診療を組み立てると同時に、治療介入においては歯髄を守り、歯質を守り、歯根膜すなわち歯を守る治療を心がけるのである。

月星光博氏は、20余年にわたって着実にミニマルインターベンションを追及してきた。アイデアに溺れることなく長期の臨床成績を評価し、保存的な治療方法が長期的な視点からどのような成績を示すか克明に追跡評価してきた。インプラントの予知性が高まって、一時は歯牙移植の適応症はいくらもないように思われたが、このところ国際的な舞台上で月星氏に対する評価が高い。歯科医療に対する高邁な姿勢とわかりやすいドキュメンテーションによって示される良好な臨床成績がインプラント景気という逆風のなかでもようやく評価され始めたのであろう。

漫然とした予防ケアで、疾患のすべてを防ぐことができるほど歯科医療は簡単ではない。

たとえば、メンテナンス小児の外傷性歯冠破折に、あなたはどのように対処するか？



特別講師 月星光博

1977年 大阪大学歯学部卒業
1981年 京都大学医学部大学院修了
1982年 愛知県海部郡にて月星歯科クリニック開設
1991年 日本自家歯牙移植研究会 会長
2001年 Dental Traumatology 編集委員

特別講師 月星光博氏について

私は、熊谷崇氏、岡賢二氏と共に歯周治療や歯牙移植に興味深い報告をしていたころの月星氏が才気煥発な学者肌の臨床医であったことを記憶している。そして外傷歯の世界的権威であるアンドレーゼン (JO. Andreasen) の大著『歯牙の再植と移植の治療学』(1993)、『外傷歯治療の基礎と臨床』(1995)を翻訳したことに驚かされたが、自著『外傷歯の診断と治療』(1998)、『自家歯牙移植』(1999)によって少なくとも臨床観察においてはアンドレーゼンと肩を並べるほどの仕事を示した。そして「予防はある意味MIではないかもしれない」(The Quintessence, 25(1), 2006)という謎めいた書き出しとともに「中心結節の破折による歯髄感染への対処」という、ともすれば忘れがちなテーマに始まったミニマルインターベンションの連載が16ヵ月の大作になったときには、もう私たちは「学者肌の臨床医」などと皮肉は言っておれないことに気づいた。深い哲学をもつ臨床医が予防メンテナンスを標榜する者にどのようなショックを与えてくれるだろうか、じつに愉しみだ。(秋元秀俊)

患者さんの〈?〉から始めよう

キックオフミーティング (2007年6月7日)

【参加者】 杉山精一 渡辺勝 など

【外部協力専門家】 内藤 徹 (福岡歯科大学)

豊島義博 (第一生命 日比谷診療所 歯科)

湯浅秀道 (東海産業医療団中央病院 歯科口腔外科) テレビ電話参加

保険の約束ごとに沿って診療をしていたドクターにとって、メインテナンス中心の診療を進めることは、何もかも疑問だらけです。ドクターも分からなければ、歯科衛生士も患者さんも??? 一步、診療室の外に出ると、健康情報はあふれていますが、何が確かな役立つ情報か? ここで分かったふりをするのではなく、根拠を調べて、シンプルな結論を探して指針にしよう。こう考えて、助っ人をお願いしました。

以下は内藤徹さん(福岡歯科大学)の基調報告とキックオフミーティングの議論の概要をまとめたものです。

基調報告 (内藤 徹さん)

7月16日のガイドラインワークショップを成功させよう。テーマは「作って、使って、調べてみる」です。ガイドラインについてどう思っているか、今回コンセンサスを統一します。どんなガイドライン、何についてのガイドラインか? その後この活動を発展させていくか?

歯科の既存のガイドラインには、「歯周病の診断と治療の指針」があります。日本の歯科関連学会から発行されたものでは一番古く、20年前に第1版が出ました。「歯周病とは」から始まっている教科書のようなもので、『歯周治療の進め方』は保険診療の進め方を規定しています。技官がこの『進め方』をもって来て、大学病院でもこれに沿っていない部分はカットするということが行われています。このように、ガイドラインが保険診療の制限にも使われてきたという背景があるのです。

今年出た補綴診療のガイドラインは、かなり違っています。目次だけ見ても「ガイドラインの作成方法、ガイドラインの策定組織、分類、文献…」となっていて、歯周病のガイドラインとはかなり違ったものになっています。歯周病の診療の指針も歯周病学会ガイドライン策定委員会が作っています。こちらも補綴学会のガイドライン策定委員会が作っていますが、

その組織の中には策定委員会だけでなく、評価委員会が作られています。「推奨の強さの決定」でエビデンスレベルに基づいた推奨のグレードを分けています。「形態検査の必要性は、……可及的にすべての検査を行うことが望ましい…グレードC」というように個々の質問に対するグレード分けされた推奨が載っているのです。最後のページにはその裏付けとなる論文がアブストラクトの形で収載されています。

これでは世の中は変わらんだろう

しかし、このような一般的な質問に基づくガイドラインでは、世の中は変わらないでしょう。ガイドラインというのは、臨床家の立場からは、臨床判断に迷う複数の選択肢があるときに、どの選択肢の予後がいいかという情報が与えられるようなものが多い。患者の立場からは、複数の選択肢の中からいずれの選択が、自分の望む結果に近いかわかるのがいい。歯科治療では診療する立場が望むアウトカムと患者の望むアウトカムが全く違うということがしばしば起こります。この違いを擦り合わせるものがあったらいい。

もうひとつ重要なのが、医療財政の視点です。複数の治療の選択肢の中からいずれの選択が、治療効果/コストの点で優れているか。こういったものを呈示する必要があります。ガイドラインはいろいろ定義されていますが、最近のガイドラインに共通するのは、体系的に策定されているかという点です。湯浅先生のご指摘のとおり以下の6つの体系です。

1. **Patient Question** → **Clinical Question** を把握している。
患者の疑問に基づく臨床の疑問に連結している。
2. **SR** (系統的総説) の手順で検索している。
その疑問に答えるために **systematic review** という手段を使ったか。

臨床家の立場から

臨床判断に迷う複数の選択肢の中から、いずれの選択が、治療成績、長期予後などの点から優れているかという情報

患者の立場から

提示される複数の選択肢の中から、いずれの選択が、自分の望むアウトカムに近い判断できる情報

医療財政の立場から

提示される複数の選択肢の中から、いずれの選択が、治療効果/コストの点で優れるか

3. GRADE システムで、エビデンスの質の評価と推奨度を決めている。
4. 患者が参画しているか。
5. 外部評価が行われているか。
6. アブストラクトテーブルが作られているか。

以上のような確たる形式に基づいている必要があるというのが湯浅先生のご指摘でした。なるべくこれに沿う形で、日本ヘルスケア歯科研究会として今の診療に必要なガイドラインを作りたいと考えています。実際に使えるもの、使ってみて、評価してみて、これをガイドラインとして使っていけばこのように診療は変わるのではないかと提案をしていきたいと思えます。

ガイドラインを必要とする一つの臨床例として、A 子さんという 22 歳の女性のものを挙げます。

A 子さんの場合

22 歳の女性。笑顔には自信がある。虫歯は一本もないけれども、定期的に歯科を受診して、ときどき歯の清掃もしてもらっている。そんなある日、念のために歯科医院で撮ってもらったレントゲンに、親知らずが埋まっていると言われた。いままで歯に関しては何の問題もなかったのに、初めて問題らしいことが起きてショックだ。

先生は、「歯ぐきの中に埋まっている親知らずです。今は何ともないようですが、将来痛む可能性がありますよ。歯ぐきを切って、骨を削る必要がありますけど、今のうちに抜いておいたらどうですか?」と抜歯を勧める。でも、正直いって、歯ぐきを切って骨を削るなんてとても痛そうで怖い。いま何ともないこの歯は、本当に抜いた方がよいのだろうか?

歯科医から抜歯を勧められて、「本当に抜いたほうがよいのだろうか」と迷ったという問題です。実は、歯科医にとっても患者にとってもこの答えとなるようなガイドラインがイギリスの NHS の

NICE (National Institute for Clinical Excellence) のガイドライン (Guidance on the Extraction of Wisdom Teeth) に「病気 (症状) のない埋伏智歯は手術 (抜歯) をしてはならない」と、しっかり明記されています。症状のない埋伏智歯については「患者の利益となる信頼できる研究がない」と。もちろん reference をつけています。この翌年から第三大臼歯の抜歯が減り、事故の件数が減り、医療費が減るという三つの効果がでています。

臨床上の疑問をもう一つ出します。

「40 歳以上 60 歳未満の成人に見られる、う蝕の兆候のないくさび状欠損は充填処置をする必要があるか?」

背景:

くさび状欠損は、咬合による応力集中および過度なブラッシングに由来する歯頸部の歯質欠損である。しばしば修復処置が行われるが、脱落も多く、新鮮な象牙質面を露出させることによるう窩の拡大も懸念される。また、臨床的には長期にわたってう蝕性の変化の見られないくさび状欠損も多数見られる。

くさび状欠損は、もともと、咬合力のエナメル-象牙質境への応力集中によって起きるのですから修復物の脱落も多いし、削ったところがう蝕になった場合は、さらに新鮮な象牙質面を露出させるからひどくなります。どちらが有利でしょう。臨床的に長期にわたって変化の見られないくさび状欠損も多数あります。削って充填するか、削らないか、どちらが有利かを考えるために、どんな条件のくさび状欠損について、どんな介入を行った場合、どのような予後かを調べ、文献を調べ、要約し、ガイドラインの骨子を使って、推奨をグレード別に分けて示す。それを実際に日本ヘルスケア歯科研究会の会員が予後調査をやってみたらどうなるか。このような方法であれば、ガイドラインで世の中を変えられるかもしれない。これがガイドラインについてコアメンバーから相談を受けたときの私の最初の言葉でした。

(文責 秋元秀俊)

日本ヘルスケア歯科研究会・診療ガイドラインに向けて (要旨)

第一段階は臨床の疑問から

豊島: 第一段階で臨床の疑問をたくさん出してもらいたい。ガイドラインを全部作るのではなく、臨床の疑問で頻度の高いものから毛色の変ったものまで整理してみて、既存の情報で処理されるもの、海外のものも含めて、日本の特殊性も反

映して、絞り込んでいくプロセスを焦らず詰めていく。臨床の疑問を正直に出し合ってまとめたという作業は誰もやっていない。最初は臨床の疑問が出てこないですよ。話を詰めていって目の前の患者さんの話になってくると臨床の疑問が出てくる。高齢で生きる意欲をなくしたおばあちゃんの抜歯はすべきか? 同じ

抜髄だが臨床症状を強く訴えていない高齢者にはどのような治療をするべきか? このように出てきたいろいろな疑問は、解決に向けて質的研究あるいは量的研究が必要だ、というように皆でイメージを整理していく。
杉山: メンテナンスに絞ったほうがいいと思う。

内藤：7月のワークショップは狭いガイドラインづくりをパイロットとしてやってみませんか。

豊島：ガイドラインを作るの？ 一番完成度が高いのはNICEの定期健診だから、まず勉強する…

秋元：NICEの定期健診のガイドラインは、日本ヘルスケア歯科研究会の先生方にとって、なかなか受け容れにくいでしょうが、ためになるガイドラインでしょうね。「頻度の高いメンテナンスの必要がない」という内容ですから。

豊島：NICEの定期健診のガイドラインは「するな」ではなく、よく読むと、細かな詰めが足りないことがわかってくる。NICEのハイリスクには定義がない。日本人のような蝕経験歯数が高い人は全部ハイリスクになる。ではハイリスクの人たちの定期健診をどのようにするか、何も書いていない。2級インレーが山のようにある目の前の患者さんを管理していく責務が我々にはある。どれくらいリークがあると、無症状の再修復を勧めるのか。でも患者さんは「症状がないのに、歯科にかかるたびに詰め直しになる…」となる。

その辺のディテールがないのが日本の定期健診の辛いところだと思います。日本ヘルスケア歯科研究会であれば、そういう定式を作って「私はこの範囲から外れることはしない」と宣言できる。また、「日本ヘルスケア歯科研究会の診療所であればある共有しているものがある」となれば患者は助かります。

杉山：たとえば、私は10代の充填物のない人に対して、レントゲンをどのくらいの間隔で撮るべきかですごく迷う。

豊島：NICEでは、見るチャンスを増やすことで対処しているのだと思います。歯牙交換期のバイトウイングや修復物の多い人のレントゲンについては別に検討していかないといけない。

患者の参画

秋元：患者の参画は、誰が適切に患者を

代表できるか、非常に難しい。たとえば6人位メインテナンスの患者さんを集めてフォーカスグループインタビューしてそこから疑問を吸い上げてくるというのはどうですか。

内藤：フォーカスグループで可能かもしれないですね。

豊島：フォーカスグループで思わぬ発見をしていきたいわけだから、自分たちでやらないとためにならないですね。分析しているうちに分かってくることがある。センスのない専門家のグループにまかせると上っ面なものになってしまう。(患者さんに)「健診、どうですか？」と聞くと、「集団健診だと職場を抜けられる」と声の小さい人が言う。日本の風土の中では、子供の頃から健診だと皆で職場や学校を抜けられた。皆と一緒に遠足に行くようなもの。そういう文化を、職場の管理者は否定する。若い人、特にフリーターや定収入を得ていない人は昼間の歯科診療所に行きにくい。そこをどうするか。このようなことはアンケート調査をやっても出てこない。グループインタビューで疑問を拾うのはいい方法ですね。

海外のガイドラインを評価する作業も

湯浅：パイロットでこういうふうに作りますよ、というのであればなんとかできると思うんです。それぐらいで、豊島さんが言うような海外のガイドラインの評価をやって、もう一回考え直すのが僕はいいのかなと思います。

内藤：NICEのガイドラインは、臨床家向けと患者向けがあります。読むのだけでも四苦八苦しみます。

秋元：あまり背伸びし過ぎても賞味期限が切れる。更新ができない。

豊島：現実的に子供の定期健診は学期休みごとになります。夏休み、春休みごとですね。

内藤：それだったら割と評価の方は簡単



NICEのガイドライン（智歯の抜歯）

ですよ。3ヵ月ごとのデータは今まで集めてあるし、年に1回も来てない人のう蝕罹患は多いというデータはすでに出ているから。文献+私的データで議論できる。政策にどう反映させるかという、極端ですが、3ヵ月に1度来ている人をディスカウントするというような政策提案もできる。そうして治療に使うよりもロスが少ないという結果が出れば認められるでしょう。

杉山：こういう発想で作っていったって11月のシンポジウムまでにある程度の形にもっていかないと…。既存のガイドラインと言われるものは本来のガイドラインではない。それを覆して本来のプロセスを経たガイドラインを日本ヘルスケア歯科研究会でやりたい。

内藤：その理解は、日本ヘルスケア歯科研究会の会員で共有するのですか？

杉山：今回こういう試みをしましたとしたら関心が出てくると思う。

内藤：それだったら講義でできますね。7月に実感してもらった人から11月に報告してもらうのもいいですね。

健康手帳と表裏一体

豊島：ガイドラインと健康手帳は表裏一体だと思っているんです。とくに患者さんにとっては、健康手帳がガイドラインに則っていれば、それにこしたことはない。これを使うことで、患者さんとのコミュニケーションがうまくいく。うちではココを変えたいという要望に対しては改定してみて、成果が出たか出なかったか評価する。フィー

ドバックも非常に大事だ。

秋元：今はまだ研究会内のコンセンサスが十分ないので、健康手帳は踏み込んだ表現のない簡素なものです。こういう診療の進め方ですよという以上のことは書いていない。

内藤：まとめますと7月のワークショップでは Clinical Question 提案をして KJ 法みたいなもので整理して、文献を検索して考察をする。その後、Clinical Question を解決できなくても、その過程を含めて11月に報告をして、ガイドラインについての理解を皆で深める。そういうことですかね。

豊島：KJ 法みたいなものをした後にどうするかという方向までは皆納得して帰らないと、何のために疑問を整理したの

かわからない。

秋元：7月から11月までの間に歯科利用者のフォーカスグループインタビューをやって、ある程度の利用者 Clinical Question をあげることは可能でしょうかね。

豊島：7月16日のときどんなガイドラインの方向性が欲しいか、方向性が出てきたなかで、本当にみんなが定期健診のことについて知りたいねとなったとき「歯科の定期健診を利用している患者さん」を集めてフォーカスグループをする。定期健診を受けたこともない患者さんを集めてもそういう方向性はでてこない。大人の歯周病が欲しいのであれば、「歯周病のメンテナンスを受けている患者さん」と括り絞って議論する。

湯浅：日本ヘルスケア歯科研究会では、

Clinical Question とか Patient Question は他の学会よりしっかり作れると思うんです。しっかり作って、それだけにする。他の学会に対して、本当の Clinical Question とか Patient Question はこうなんだと出して、あとは他の学会に作ってもらう。美味しいところだけいただく。こういうことできませんか。

参加者一同：それいいね。

湯浅：Clinical Question とか Patient Question をどこでどうやって作って誰に頼むかです。いつも一番悩むのです。Question を作ってしまえば、abstract table まで向こうで作ってもらえる。後はそれを利用して逆に推奨のグレーティングのところは自分たちでやる。

参加者一同：そうしましょう。



ヘルスケアミーティング 2007

力を合わせて発表すればスタッフがまとまる、レベルが上がる ポスター発表大募集！

ポスター展示「健康を守り育てる様々な試み」

担当責任者：岡本昌樹（オピニオンメンバー 東京ヘルスケアグループ）

11月10日 12:00 a.m.～6:30 p.m.

11月11日 9:20 a.m.～4:00 p.m.

会場：ホールロビー

発表者：会員有志（個人、診療所単位、グループ可）

発表者（正会員）には2ヘルス（研究会内通貨）付与します。

形式：ポスター発表

展示パネルサイズ：幅90cm×高さ180cmまで

ポスター作成サイズ：模造紙1枚またはA4用紙約12枚分

内容：自由（健康を守り育てる診療所づくりに関するもの）

※応募例：次のようなポスター発表をドシドシお寄せください。

診療所づくり

医院の情報共有化、医院の滅菌滅システム、新人教育システム、受付での対応工夫
臨床活動

健康ノートなど患者むけ情報提供の工夫例、禁煙支援での工夫例、

認証一歩手前も医院の実績発表

地域での活動報告

歯科衛生士からの自由発表

歯科衛生士基礎コース参加診療所の医院改革例 などなど

発表ポスターはニュースレターに掲載します。なお、当日に優秀賞を選考・表彰する予定です。

申込締切：8月25日

ポスターの提出締切：10月25日

※カラープリントなどご相談に応じます。事務局までお問い合わせください。



第10回ヘルスケアシンポジウム
ポスターセッションの様子

外の風に吹かれて

藤木省三（神戸市開業）

6月10日に大阪にてNPO法人ウェルビーイング、関西ウェルビーイングクラブ、日本ヘルスケア歯科研究会共催で「臨床予防歯科を考える」をテーマにした合同セッションが開かれました。当日の詳細は一緒に参加した神戸市開業の近藤さんの報告を読んで頂くことにして、私はその準備も含めてNPO法人ウェルビーイング、関西ウェルビーイングクラブ（以下、両団体を合わせてウェルビーイング）の方々と3回お会いして感じたこと、気がついたことを書いてみたいと思います。

○ 共通の思い

「ウェルビーイングと日本ヘルスケア歯科研究会って仲が悪いんじゃないの」と思っている方がおられると聞いたことがあります。むしろ根本の部分では日本の歯科界では最も共感できるグループだと思います。

ウェルビーイングを立ち上げられた中村譲治さんとは数年前に一度雑誌の編集会議でお会いしたことがありますが、ゆっくりと話をすることができたのは今回が初めてです。たくさんのお話をしましたが、今から34年前の1973年に歯科界に予防の概念が全くなかった時期から一貫して初志を貫いてこられている姿勢は素晴らしい一言です。

「人々が生涯にわたり Well-Being（健やかで幸せ）に生きることができるよう支援する」ことを目標とするウェルビーイングに対して、日本ヘルスケア歯科研究会は口腔の健康を守ることによって「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」と設立趣旨で謳っているように共通です。

活動の方針でも、中村譲治さんが「利他的」と表現されるように、自己の診療室の利益のための予防ではなく、患者、一般住民の利益を目的とする活動はまさしく私たちの日本ヘルスケア歯科研究会と共通の理念です。企業との距離感は微妙

に違うように見えますが、一つの企業と結びつくことなく公平な立場を貫くことに違いはありません。

しかし、二つのグループの目的が人としての幸せであったとしても、そこに到達するためのアプローチの方法は全く違うと感じました。

ウェルビーイングでは、「一人の人間」へのアプローチから入っていきこうとしているように私は感じました。反面、日本ヘルスケア歯科研究会はう蝕、歯周病というような「疾患」を入り口にして歯科保健に携わる専門家として何ができるかを追求しています。この違いがあたかもウェルビーイングと日本ヘルスケア歯科研究会の仲が悪いように見える原因ではないかと推測しますが、このようなアプローチの違いは些細なことだと思います。目の前の患者さんに対しては、できることを全て取り入れるのが臨床家の務めです。それぞれの良いところを学び合う、それでよいのではないのでしょうか。

○ 外から見た日本ヘルスケア歯科研究会

ウェルビーイングの方も日本ヘルスケア歯科研究会の会員と話をする機会が少ないからでしょうか、様々なところで多くの質問や研究会に対して意見をいただきました。質問や意見の中には過去の研究会の印象によるものもありましたが、私たちの会は1998年に設立され9年が経過し、その間執行部が変わり時代も変わっていますので無理もないと感じました。このような外からの意見をよく聞き正面から答えることで、今の研究会の考え方を整理することができます。

最も多かったのは、日本ヘルスケア歯科研究会は「型にはめる」「厳しい、しんどい」というものでした。「口腔内写真がないと認証の申請もできない」「データ、データと言われる」「サリバテストを全員にしなければならない」などいろいろありました。当たっているところもあれば誤解されていることもあるというのが実際のところでしょう。

私は日本ヘルスケア歯科研究会では結果を評価するためのデータは不可欠だと理解しています。この部分に関しては「型にはめる」のではなくこれが「当たり前」なのです。サリバテストに関しては、誤解を招かないように表現することはかなり難しいことです。う蝕と歯周病という疾患をよく知り、リスクをコントロールするためにはできるだけ多くの情報が必要だと思います。「専門家なら（リスクは）見ればわかる」とも言われましたが、私はそんなに簡単ではないと思います。サリバテストは私たちが得ることができる貴重な情報の一つで



す。ただし、その評価や活用法には未解決の問題も残されています。

私個人はサリバテストに関しては取り入れた当初から微妙に考え方が変わってきています。リスクコントロールの概念が知られていなかった研究会設立当初は、とにかくできるだけ多くの人にサリバテストを行うことが必要だと考えていました。そうしているうちに脱灰と再石灰化のメカニズムとその人のリスクの関係がよくわかるようになってきました。ところが、ケースが増えるにつれてテストの結果と実際の口腔の状況と一致しない人が現れたり、一部はその後の処置に影響をほとんど与えないことに気がつき始めました。

私の場合、今では、細菌検査も含めた検査は子供とハイリスクと考えられる成人に限られるようになりました。私の診療室に限って言えば、ミュータンス菌が多い子供は定期管理からはずれると多数歯う蝕になる割合が高くなることがわかっていますので、子供たちにはできるだけ勧めるようにしています。成人の細菌検査が少なくなった代わりに、唾液分泌量の検査は高齢者ではほぼ毎年おこなうなど、以前よりも個々の患者さんによりきめ細かな対応ができるようになってきました。

認証制度でも、昔のようにサリバテストの実施率を評価するのではなくその診療室のリスクコントロールの考え方を評価するように変わってきています。

細菌検査を含むリスク検査とその評価に関してはまだ未解決の問題があることは認めなければならないし、私たちだけでは解決できない問題だと思います。

今回お話ししてきたウェルビーイングの会員の中には、日本ヘルスケア歯科研究会の会員や、かつて会員だった方もおられ貴重な意見をたくさん聞くことができたことはよい経験でした。未解決の問題があることは素直に認めて次に活かしたいと思います。

○改めて感じた日本ヘルスケア歯科研究会のすばらしさ

日本ヘルスケア歯科研究会では口腔内写真、規格性のある資料とそれらのデータの蓄積は当然のこととして語られています。それらの資料があるからこそ、患者さんにご自身の状況を適切に伝えることができます。この感覚はルーティンに口腔内写真を撮影している診療室ならよくわかると思います。さらにそれらの情報は、患者に伝えるだけでなく診療室の自己評価に不可欠です。

久しぶりに日本ヘルスケア歯科研究会以外のプレゼンテーションを見て、正直に言えば物足りない気がしました。多分、ウェルビーイングの内部では常にディスカッションがおこなわれているので共通の理解があるのですが、私には「結果」が実感できませんでした。

今後、様々な問題解決の際には患者、国民などに私たちが



実践してきた「結果」を伝えるべき時期が来ることは間違いないでしょう。その時に蓄積されたデータが大変重要な意味を持ってきます。これこそ、日本ヘルスケア歯科研究会にしかできないことだと思います。

「規格性のある資料を取り、データを入れるなんてしんどい」それは当たり前です。でも、スタッフと院長が協力して当然のこととしておこなえるのがこの研究会の良さだと思います。「結果」を明らかにしてこそ、世の中に問うことができるのではないのでしょうか。

○まだまだできていないこと

“日本ヘルスケア歯科研究会はすばらしい”と書きましたが、“すばらしくなる可能性がある”というのが正しい表現です。昨年の調査1に参加したのが31診療所、調査2はたったの15診療所です。1,000を越える正会員のごくごく一部でしかありません。私は不満です。このままでは、「昔日本ヘルスケア歯科研究会ってあったよね」で終わってしまうだろうと思います。活動を始めて34年を経過するウェルビーイングに比べれば私たちはまだまだ若者です。若者は若者らしくがむしゃらに(!)頑張ってみようではありませんか。

次の課題は地域への活動です。私たちの会員の多くは開業しており、診療室できちんと結果をだすことが第一の目標です。しかし、自己の診療室がよくなるだけで完成ではなく、自分がある地域に波及させてこそ意味があります。当会の会員には地元の歯科医師会に入って尽力されている方が多くおられます。しかし、それらの会員間に情報交換の場もなく、研究会としての地域への活動方針を話し合ったこともありません。地域活動に関する(多分、開業歯科医だけでなく他の分野の会員も交えた)協議の場を持つことが早急の課題です。

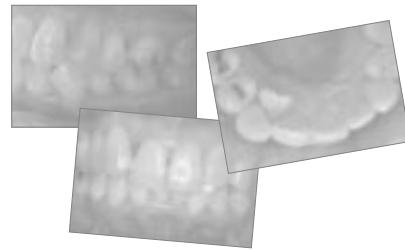
○おわりに

今回のセッションは本当にいろいろ考えるよい機会になりました。準備をしてくださった関西ウェルビーイングクラブの津田先生には感謝、感謝です。今後も共通の理念を持ちつつお互いの良いところを伸ばして日本の歯科保健に貢献できればと思います。

口腔内写真デジタル化奮闘記



齊藤 仁 (札幌市開業)



口腔内写真の撮影とそれを用いた患者さんへの説明は、2000年の開業時からルーティンに行っていましたが、それらはアナログでした。このたび、デジタルカメラの導入を行いました。思いがけずいろいろな問題にぶつかりました。

開業当時、デジタル一眼レフカメラは高価で重かったこともあって、アナログ撮影を選択しました。システムとしては、ペンタックスのフィルム一眼レフカメラ「デンタルサン」で撮影し、ラボに出して出来上がった写真をサンフォート^{*1}のスライドプロという器械を通してソニーの8インチのブラウン管テレビモニターに接続して患者さんの説明に使ってました。一度システムを組んでしまうとなかなか変更することが面倒になり、同じスタイルを昨年まで続けていました。しかし、患者さんの数が増えスライドの管理も大変になったのと、メンテナンス患者さんに健康手帳を渡すようになってから、写真をプリントする頻度が増え、その度にスライドをスキャナーで取込むという煩雑な仕事が増えたため、デジタル化に踏み切ることになりました。

まずはカメラ選びから始まったわけですが、メンテナンスの手間や、値段などをいろいろと総合して、ソニックテク

ノ社^{*2}からキャノンデジタル X を購入しました。カメラさえ買ってしまえば、撮影方法はアナログと変わらないので、後は撮ったデータをウイステリアに入れてしまえば簡単と高をくくっていたのですが、ここからが苦勞の始まりでした。

まずは写真データをウイステリア Pro で表示するために Plug-in ソフト (Factory's FileMaker Plug-in^{*3}) なるものが必要であるとのことで、それを購入しました (研究会事務局経由)。もともとウイステリアはサーバー機 1 台に、各ユニットのクライアントが 3 台で LAN を組んで動かしていたので、Plug-in をマニュアル通りにサーバー機にインストールし、そこで写真データを取り込み、画面に表示させました。チェアサイドのクライアント機でも表示させようと思いましたが、ウイステリアを開いたのですが、画像が表示されません。レセコンの関係上診療室は Windows マシンを使っており、ウイステリアもそれの上で動いています。私個人はパソコンを始めた 10 年前からずっと Macintosh でしたから、Windows の知識が乏しく、自分で解決する限界を感じ、ウイステリアの開発者の藤木省三さんと、同じようにウイステリアへの入力に苦勞されたという姫路の寺田昌平さん

にご相談しました。すると、まず「Plug-in ソフトがクライアントごと必要」とのことでした。今考えると当たり前のことですが、恥ずかしながら知りませんでした。それと、サーバー機に Plug-in をインストールした時に作成^{*4}される「OriginalFile」と「NewFile」をファイル共有にする必要があるとのことでした。写真データはまずサーバー機の「OriginalFile」に格納され、ウイステリアに入力した時に「NewFile」に移行するためクライアント機でそれを操作するにはこれらのフォルダをファイル共有設定^{*5}し、クライアント機で表示させないといけません。正しくファイル共有設定ができればクライアント機の「マイネットワーク」を開くと共有されたサーバー機の「OriginalFile」と「NewFile」が表示されます。クライアント機から撮影した口腔内写真をサーバー機に取込む際も、この共有された「OriginalFile」に入れば OK です。

これで何とかクライアント機で写真データ入力と表示ができるようになってやれやれと思っていましたが、実際入力する際に、ミラー撮影した画像を反転したり、顔写真を回転させたりする必要があったことに気が付きました。これは画像処

*1 有限会社サンフォート (埼玉県坂戸市)

*2 株式会社ソニックテクノ <http://www.sonictchno.co.jp/>

*3 有限会社ファクトリー <http://www.factory-1987.co.jp/>

Factory's FileMaker Plug-in は事務局でも頒布していますが、複数購入される場合は、直接ファクトリー社よりライセンス購入が便利です

*4 Factory's FileMaker Plug-in をインストール後、ウイステリアで「volume 名」を入力すると「OriginalFile」と「NewFile」が作成されます

*5 あらかじめ共有設定されたフォルダ (ボリューム) に作成できます

*6 アドビシステムズ社 <http://www.adobe.com/jp/> 製品版 Adobe Photoshop Elements 5.0

*7 会員用ホームページの掲示板やウイステリア Q&A をご活用ください

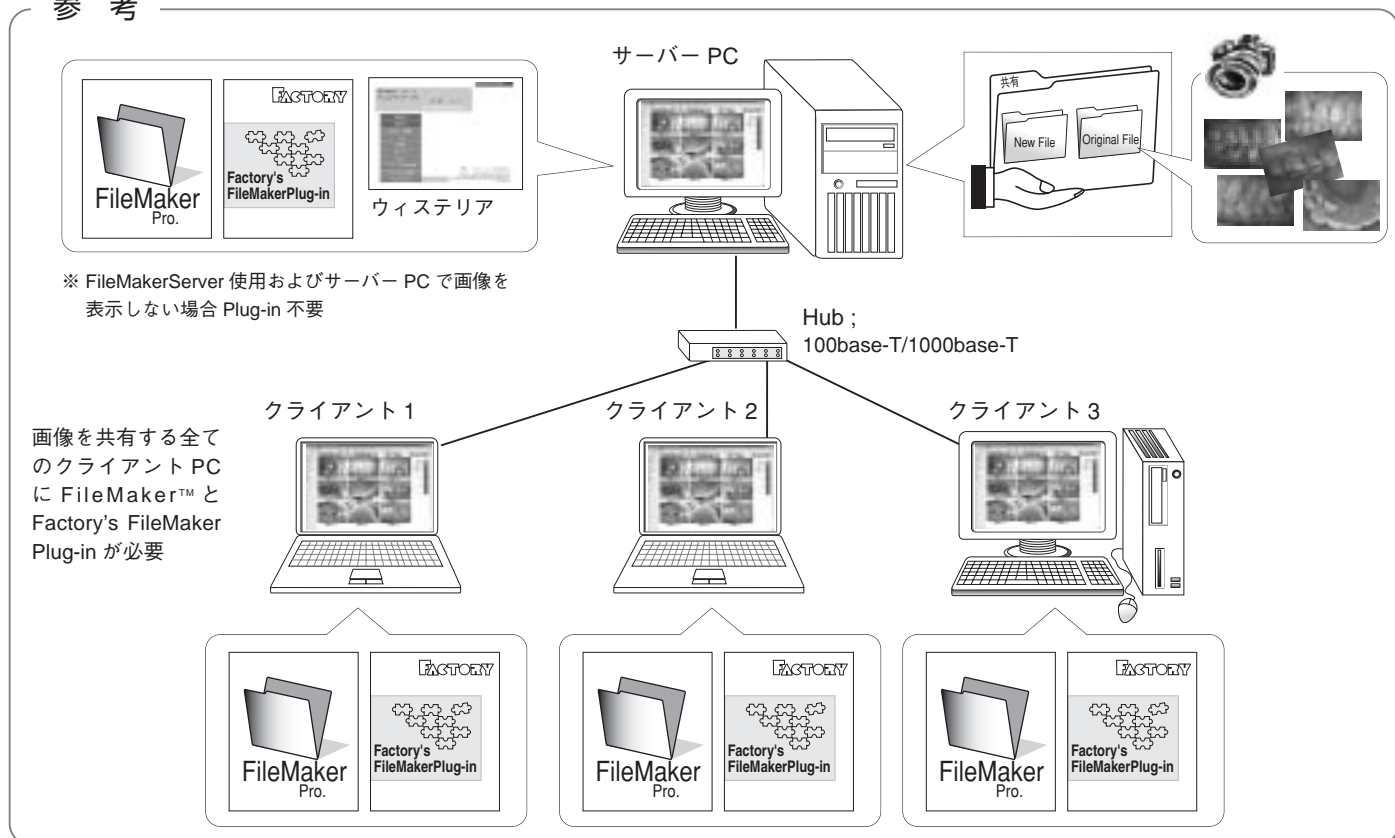
理ソフトが別途必要です。たまたま家庭用に昔購入したデジカメに付属していたフォトショップの限定版（Adobe photoshop 5.0 Limited Edition^{*6}）があったため、それを各ユニットにインストールしました。デジカメのコンパクトフラッシュからパソコンに取込む際に、画像処理が必要な場合は、先に反転などを行ってから「OriginalFile」フォルダにデータを移すようにしました。あとは機械的

にウイステリアに取込んでいけばよいだけです。取込みは撮影した担当衛生士が責任をもって行うというルールにし、取込みのマニュアルを作成し、それに沿って誰でも間違いなくできるようにしました。ウイステリアは他の業者が提供する管理ソフトと比べると値段が安い分だけ多少パソコンの知識が必要です。しかし、うまく使いこなせば他のソフトより融通が利いて使いやすいと思います。ま

た、研究会の仲間がいろいろな環境で独自に使いこなしているの、分からないことがあれば誰かが教えてくれます^{*7}。教えてもらった人はそのことに感謝し、次に自分が別な人に聞かれた時に、快くアドバイスしてあげるでしょう。こうして全国に日本ヘルスケア歯科研究会のネットワークができていくこともこのソフトの不思議な魅力なのかもしれません。



参 考



※ WindowsXP / Windows2000 推奨。現在 WindowsVista での動作は未確認です

その他催しもの案内

大阪大学歯学部同窓会 第73回学術講演会
 カリエス、ペリオのリスクコントロールの実際
 — 幼年期から老年期まで —

講 師：伊藤 中（会員 茨木市開業）

講演内容：

- 一般開業歯科医院における齲蝕と歯周病の cause related therapy
- 齲蝕編 caries risk control
- 初期齲蝕病変への対応
- 歯周病編 診査／診断
- 歯周デブリドメント

ライフステージごとのリスクコントロールの実際
 臨床データが教えてくれること

日 時：2007年 10月 21日（日）10:00 a.m.～4:30 p.m.
 会 場：大阪大学中之島センター 10F 佐治敬三メモリアルホール
 大阪市北区中之島 4-3-53
 TEL. 06-6444-2100

<http://www.onc.osaka-u.ac.jp/index.html>
 定 員：150名（定員になり次第締め切り）
 参加費：歯科医師 15,000円 歯科医師以外 10,000円（昼食込み）
 問い合わせ先：
 大阪大学歯学部同窓会学術講演会係
 TEL. 06-6875-1389（直通） FAX. 06-6875-1353（専用）
 大阪大学歯学部同窓会学術委員会ホームページ
<http://www2.osk.3web.ne.jp/~oud/>

報告

歯科衛生士の改正を求める陳情署名 協力と理解の輪を拡げた 20 日間

秋元秀俊（会員・医療ジャーナリスト）

歯科衛生士の業務に関して歯科医療分野では、誤った法解釈が信じられています。いくつかの県では、技官がその誤解を改めるところかそれを利用して歯科衛生士業務を抑制し、保険診療で効率的な歯周治療を制限するような事態も起きています。また歯科医師のいない高齢者・障害者施設で歯科衛生士が単独で予防処置ができないとする解釈が、歯科衛生士による施設での口腔ケアを困難にしています。歯科衛生士が実力をつけても業務範囲がこのように制限されるとすれば、3年制になった歯科衛生士学校の定員割れは年々深刻なものになるでしょう。

日本ヘルスケア歯科研究会の呼びかけに対し、様々な現場で、誤った法解釈の是正を求め、その法解釈を許す継ぎ接ぎの歯科衛生士法を改正することを求める署名の輪が広がりました。5月末には、もっと時間が欲しいという悲痛な訴えが事務局にいくつも届きました。しかし今回の署名は、日本歯科医師会が日本歯科医学会の答申を受けて法改正にアクションを起こすことを促すという具体的な日程の目標がありました。

署名は、6月4日朝までに48,588名に達しました。ご協力ありがとうございました。もっとも署名を集められるのに、と訴えられた皆様、申し訳ありません。遅れて到着した署名を合わせて約50,000名になりました。

わずか 20 日で 48,588 名の署名

定期メンテナンス患者さんとそのご家族の署名を集め、1医院で数千人の束を宅急便でお送りいただいた医院、ご自身お一人の名前を署名し、速達でお送りいただいた方、歯科衛生士学校まるごと協力していただいた例がいくつもあったのはもちろん、大学の医局、保健所、県歯科医師会でまとめて署名活動に参加していただきました。中心になって署名を集



署名は6月4日朝までに48,588名に達しました

めてくださった方は、日本ヘルスケア歯科研究会会員だけではありません。様々なグループ、学会に所属する方が、この問題の緊急性を認識し、積極的に協力していただきました。あり

がとうございました。まとめて郵送いただいた方にはお礼とご報告を郵送しましたが、間接的に協力してくださった方々には報告ができていません。会員の皆様は、各自、協力者へのお礼をお願いします。



6月4日、48,588名の署名を持参（コアメンバー-杉山精一）、陳情趣意書を厚生労働省の瀧ヶ平仁大臣付に手渡す。

陳情署名を提出

6月4日午前、コアメンバーの杉山精一（歯科医師）、オピニオンメンバーの長岐祐子（歯科衛生士）、事務局秋元秀俊は、厚生労働省大臣秘書室に瀧ヶ平仁大臣付を訪ね、署名の山とともに陳情趣意書を手渡しました（写真上）。つづいて医政局歯科保険課に日高勝美歯科保健課長を訪ね大臣宛陳情趣意書の写しを提出し、「歯科衛生士法の誤った解釈の是正」を求めるとともに「歯科衛生士法の改正作業に着手」することを要望しました。

記者会見

厚生労働大臣陳情を終えた杉山精一らは、厚生労働記者会において陳情署名と陳情趣旨について「初期・中等度の歯周病治療において非常に重要な役割を担う歯科衛生士のスクーリング・ルートプレニングが一部の社会保険事務局指導医療官の誤った法解釈により不当な制限を受けている、悪化しないうちに治療するという歯周病治療において歯科衛生士のインスツルメンテーションは極めて重要」と、この問題が歯科医療分野において大きな関心を集める理由を説明しました。杉山精一らは、会見の後、朝日、読売、毎日各紙の記者、共同通信の記者らの熱心な質問を受けました。また専門紙誌の記者会・日比谷クラブには資料を配付しました。なお、年金問題など厚生労働関係のニュースが山積しているせいで、残

念ながら報道にはつながっていません。

日本歯科医師会などに提言書提出

厚生労働大臣陳情と併せて、杉山精一らは市ヶ谷の社団法人日本歯科医師会を訪ね、大久保満男会長あてに「歯科衛生士法改正に関する提言書」を提出しました。つづいて新大久保の社団法人日本歯科衛生士会を訪ね、金澤紀子会長あてに、同様の「提言書」を提出しました。後日、大久保満男会長からは、日本歯科医学会の最終答申を受けた段階で、何らかの考えを示したいとの非公式の回答を受けています。



陳情趣旨

署名の当初の解説では、法のあいまいさがもたらす間違っ
た解釈を改める目的と法改正がいっしょになっていました。前
者は主に行政内部の不統一の問題、後者は関係団体の要請を
受けて立法に働きかける性格のもので、陳情と同時に
以下の趣旨説明書を提出しました。

昨年11月6日の神戸市の報道事例で、歯科衛生士ができる
診療補助の範囲（主治の歯科医師の指示によってその診療補
助とみなされる相対的医行為）について、社会的なコンセン
サスが十分でないこと、むしろ歯科医師、歯科衛生士の間に



陳情趣意書を医政局日高勝美歯科保健課長に提出

同法業務範囲の正しい理解がないことが明らかになりました。
この事例は全身麻酔下での採血、点滴輸液への抗生剤滴下速
度の調整などが、歯科衛生士の業務権限を逸脱した行為では
ないかと疑問が提起された事例ですが、こうした報道に際し
て厚生労働省は条件付きで適法であると判断しました。この
事例でも厚生労働省はあいまいな法解釈を改める必要性に迫
られています。このため、間違っ
た解釈を放置しないことを
緊急に求める趣旨を加えたものです。

厚生労働大臣 柳澤伯夫 殿

陳情趣旨

1. 歯科衛生士法の間違っ
た解釈が放置されています。直ちに改善してください
2. 歯科衛生士法の改正作業に着手してください

1. 歯科衛生士法（業務範囲）の間違っ た解釈の改善

私たちは、歯科疾患とくに歯周病の治療と予防において、患者さんのプラークコントロールを歯科衛生士が専門
的な技術でサポートすることが極めて有効かつ重要であることを認識しております。とくに患者さん自身が自分
で除去することの困難なバイオフィームおよび沈着物を専門的な技術をもって除去することが、歯周病の治療と予
防において非常に重要な処置となっています。この行為やこの処置のために目に見えない沈着物を探査する検査は、
当然のことながら歯科衛生士法において歯科診療の補助として認められています。

ところが、歯科衛生士法の誤った解釈によって歯科衛生士業務が不当に制限される事例が、社会保険事務局指導
医療官の指導などにおいて生じています。

歯科衛生士法（第2条）の正しい解釈、すなわち歯科衛生士は歯科医師の指示の下に絶対的医行為を除く歯科診
療の補助をなすことができること、無資格者は診療補助が許されないことを、関係機関、関係団体等に周知して
ください。

2. 歯科衛生士法の改正作業に着手してください

歯科衛生士養成課程の充実を踏まえ、歯科衛生士が近年の歯科医学の発展により求められている業務を幅広く行
えるよう、また在宅高齢者の予防的な口腔ケアに業務上の制約が加えられることがないように、歯科衛生士法の文
言を速やかに見直し、改正される作業に着手されることを求めます。

歯科衛生士の業務は、昭和 23 年に定められた「予防処置」に関する文言に、「診療補助」（昭和 30 年）、「保健指導」（平成元年）を加えたもので、公衆衛生と国民の健康な生活に貢献するという職務の理念が明らかではなく、今日では無意味かつ微細な制限が文言に残っています。歯科衛生士養成課程は着々と整備されていますが、職業理念があいまいなままでは、有為な人材がこの職を目指すことが制限されます。18 歳人口減少の折、法の整備は喫緊の課題です。

歯科診療所に来院する患者さんおよびそのご家族と歯科医療関係者に呼びかけ、ご賛同をいただいた方々の 48,588 名の署名をもって陳情致します。

平成 19 年 6 月 4 日

日本ヘルスケア歯科研究会 代表 藤木省三

社団法人 日本歯科医師会
会長 大久保満男 殿

私どもでは、歯科医療関係者および歯科診療所に来院する患者さんに呼びかけ、「歯科衛生士法のあいまいな解釈によって歯科衛生士業務が不当に制限されることがないように」また「歯科衛生士の業務範囲を、今日の歯科医学が求めるものとするために、歯科衛生士法を速やかに改正することを」柳澤厚生労働大臣に求める 48,588 名の陳情署名を、本日（平成 19 年 6 月 4 日）大臣あて提出いたしました（別紙陳情趣旨）。法改正の要望が、貴会および関連団体から提出されることが速やかな法改正の条件となることは言うまでもありません。歯科医療分野のコンプライアンス意識および自己改革意識の低さに社会の批判が集まっている折、あらゆる機会を使って、自己改革の意欲を示すことが求められております。貴会のご尽力を側面的に応援する意図をもって、歯科衛生士法改正を提言いたします。

歯科衛生士法改正についてのご提言

1. 歯科衛生士法の改正をご検討ください

歯科衛生士法は、昭和 23 年に歯科疾患の予防処置をする専門技術者の保健所への配置を意図して制定され、その後平成元年の第八次改正をもって現在のかたちになっていますが、職務（定義）を継ぎ接ぎして拡大したものの、職業理念が明らかでなく、また誤解を招きやすい詳細な制限が文言に残されています。

口腔関連疾患の病因論の解明とともに歯科保健・医療は大きく変化し、歯科衛生士の教育年限が延長され教育内容が充実し、また生活の質の維持改善を求める国民の要望は極めて大きなものへと変化しています。また高齢者の在宅介護が国の大きな方針となり、家庭で「口から食べる」ことを支える専門家の活躍が期待されています。歯科医療分野の専門職の職務を拡大することは、歯科保健医療の質を高め、国民の健康と生活の質を改善する上で極めて重要です。

そこで、歯科衛生士が公衆衛生に貢献する専門職であることを宣言し、また保健活動とともに胸を張って傷病の治療に従事できるように歯科衛生士法を改正する具体的な活動に着手されることを提案します。

同法第 2 条改正試案

歯科衛生士とは、厚生労働大臣の免許を受けて以下に定める業務を掌ることによって、公衆衛生の向上に寄与し、もって国民の健康な生活を確保する行為を業とする者を言う。

- 一、歯科医師との連携の下に口腔に関連する保健指導および予防処置を行う。
- 二、主治の歯科医師または医師の指示の下に傷病者および高齢者に対する口腔に関連する療養上の世話または診療の補助を行う

2. 歯科衛生士業務範囲をめぐる混乱

歯周治療において、科学的に明確に立証されている、もっとも有効で重要な対処法はプラークコントロールです。とくに歯肉縁下のプラークコントロールは歯周病の治療と進行の抑制に極めて重要です。このため歯科衛生士は、診療所では、歯周病の患者の歯肉縁下の器具操作（インスツルメンテーション）を重要な職務として行っています。

ところが歯科衛生士が歯周病の治療行為として歯肉縁下の歯根面の沈着物を除去すること（いわゆるスケーリング・ルートプレーニング）や歯周組織の検査（プロービング検査）をすることが法令違反であるとする社会保険事務局長指導医療官の行政指導や歯科医師会役員の見解が幾つかの地域で報告されています。これは法解釈の明らかな誤りですが、同法第2条に混乱を生む素地があります。

歯科衛生士の職務に無理解な歯科医師は、歯科衛生士の業務範囲を著しく狭く限定する傾向がありますが、今日歯科衛生士は、歯科診療所において、人手不足を補う存在ではなく、むしろ患者により近い視点をもって患者の声に耳を傾け、患者の生活行動を十分に理解して行動変容を促す役割とともに、硬組織特有のバイオフィルムの機械的除去を行う専門的な職種としてその役割が期待されています。同時に口腔ケアを通じた高齢者の健康の維持増進とQOLの改善に大きな役割を果たすことが求められています。

因みに政府は、健康増進法にもとづく国民健康づくり運動「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」において定期的な歯石除去や歯面清掃を受ける人の増加を掲げています（ベースライン55～64歳の15.9%が5年で目標値の30%を超え43.2%に達した）。このような事実を理解せず、歯肉縁下の器具操作が業務範囲の逸脱であるかのような発言が技官や歯科医師会役員にあることは極めて問題です。

日本ヘルスケア歯科研究会では、診療所における専門的なメンテナンスケアを普及させる活動とともに、それがどのように患者さんの健康に寄与するか成果を集めて報告しています。さらに本会では、臨床経験のある歯科衛生士に実習教育を行い厳しい実地検定によって歯科衛生士の臨床能力の向上にも努めているところです。また特定非営利活動法人日本歯周病学会の歯周病認定歯科衛生士制度では、歯周病患者の治療例の症例報告（いうまでもなく歯科衛生士による検査、診断、治療行為がなければ治療例は報告できない）を認定要件として求めています。

歯科衛生士法は、こうした実状を踏まえ、歯科衛生士の職業理念を明確に謳い、その業務を患者本位に改め、また業務について間違った解釈が広まらないように積極的にその役割を掲げるべきです。

3. 歯科衛生士法に定められた業務規定

歯科衛生士法は、口腔疾患予防処置の専門技術者を保健所に配置するため、昭和23年に制定されました。養成期間1年の教育も始まったばかりで、「歯科医師の直接の指導の下に」という条件と「歯牙露出面及び正常な歯茎の遊離縁下の付着物及び沈着物」の除去という法律の条文では通常考えられない具体的に厳しい限定の下に予防処置を行うことが許されました。

その後、経済の復興に伴って診療所に勤務する歯科衛生士が増加したため、昭和30年に歯科診療の補助が業務に加えられました。「診療の補助」とは、保健師助産師看護師法で「療養上の世話または診療の補助」が看護師または准看護師でなければならないとされている規定（保助看法第5、6条）の例外規定として歯科診療の補助に限って歯科衛生士の業務となっているもので、この業務の追加により極めて広汎な医行為が許容されることになったわけです。

しかし、この改正当時は教育年限も1年で、歯科診療の人手不足を補うというニュアンスが強く残っていました。当時、歯周病の病因も明らかではなく、プラークコントロールを中心とした治療概念もまったくなかったことは言うまでもありません。当時の歯周病の治療は歯肉切除と歯の固定であったため歯科衛生士が関与する余地はほとんどありませんでした。

また昭和40年代には受診患者数の増加に対して歯科医師数が不足していたため、歯科衛生士の業務範囲の逸脱が生じ、しばしば問題になりました。その当時に、診療の補助として許される範囲について厚生省の見解（昭和41年8月15日鳥取県厚生部長あて厚生省医務局歯科衛生課長回答）が示されていますが、疑義問い合わせそのものが、歯科診療の人手不足を補う観点から業務を列挙したもので、こうしたやりとりが却って歯科衛生士業務の理解を歪める結果につながっています。その後、教育年限が2年に延長され、それとほぼ並行して1年制の助手養成が始まりました。

老人保健法の施行に合わせて業務範囲の再検討が始まり、昭和61年にいわゆる榊原調査報告書が作成されました。この調査報告書では、保健指導を業務に加え、免許を都道府県知事から厚生大臣に変えるだけでなく、予防処置業務についても立法以来の厳しい限定を外す（「歯科医師の直接の指導」および「正常な歯茎の」）ことが指摘されましたが、平成元年の法改正に際して、この厳しい限定は温存されてしまいました。

目下、歯科衛生士教育年限が3年に延長されるのに伴って歯科衛生士法の見直しが日本歯科医師会から日本歯科医学部に諮問され、昭和23年に始まった継ぎ接ぎの業務範囲を見直すべき時期が訪れています。学問の進歩と時代の要請に応じた歯科衛生士法の改正が必要になっています。

4. 歯周病患者の歯肉縁下のインスツルメンテーション

歯周病患者の歯肉縁下のインスツルメンテーションは、現行法では、歯科診療の補助として認められています。ところが、歯科衛生士法第2条1項において「歯科医師の直接の指導の下に」「正常な歯茎の遊離縁下の」と器具操

作が限定されていることを取り上げて、それ以外の行為を禁止するかのように解釈する向きがあります。今日では、「正常な歯茎の遊離縁下の付着物及び沈着物を機械的操作によって除去すること」すなわち浅い歯肉溝内のインスツルメンテーションは歯石を触知した場合だけに制限すべき処置であり、必ずしも推奨されていません。このような科学的実証によって左右される事柄を法律で取り上げることは、そもそも適切ではありません。

歯科衛生士法第2条二項の2は、保健師助産師看護師法第31条第1項及び第32条の例外規定として、歯科診療の補助が刑法35条の正当行為（目的の正当性、手段の相当性、法益の衡量、患者の承諾による違法性の阻却）となることを認めたものであり、さらに「歯科医師の指示」がなければ危険な診療の補助をしてはならないこと（第13条の2）が確認されています。いわゆる医行為のカテゴリーにあつて、患者に危害を加える恐れのある大きな行為（絶対的医行為）は、この診療補助に含まれません。絶対的医行為の範囲は、時代によって変化するグレーゾーン（最近では平成14年の局長通知で、看護師の静脈注射は絶対的医行為ではないと変更された）ですが、いわゆる榊原調査報告書では①歯の切削②切開や抜歯などの観血的処置③精密印象を取ることや咬合採得④歯石除去術のための鎮痛処置を除いた薬剤の皮下注射や歯肉注射とされ、これが絶対的歯科医行為の範例となっています。すなわち歯科衛生士に十分な技術があり、歯科医師がそれを理解して指示をするならば、スケーリング・ルートプレーニングや検査などは適切な診療の補助業務です。

平成19年6月4日

日本ヘルスケア歯科研究会 代表 藤木省三

参 考 歯科衛生士法

第13条の2

歯科衛生士は、歯科診療の補助をなすに当たっては、主治の歯科医師の指示があつた場合を除くほか、診療機械を使用し、医薬品を授与し、又は医薬品について指示をなし、その他歯科医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずる恐れのある行為をしてはならない。ただし、臨時応急の手当てをすることは差し支えない。

第2条

この法律において「歯科衛生士」とは、厚生大臣の免許を受けて、歯科医師（歯科医業をなすことのできる医師を含む。以下同じ。）の直接の指導の下に、歯牙及び口腔の疾患の予防処置として次に掲げる行為を行うことを業とする女子を言う。

一 歯牙露出面及び正常な歯茎の遊離縁下の付着物及び沈着物を機械的操作によって除去すること。

二 歯牙及び口腔に対して薬物を塗布すること。

2 歯科衛生士は保健師助産師看護師法第31条第1項及び第32条の規定にかかわらず、歯科診療の補助をなすことを業とすることができる。

3 歯科衛生士は、前2項に規定する業務のほか、歯科衛生士の名称を用いて、歯科保健指導をなすことを業とすることができる。

社団法人 日本歯科衛生士会

会長 金澤紀子 殿

私どもでは、歯科医療関係者および歯科診療所に来院する患者さんに呼びかけ、「歯科衛生士法のあいまいな解釈によって歯科衛生士業務が不当に制限されることがないように」また「歯科衛生士の業務範囲を、今日の歯科医学が求めるものとするために、歯科衛生士法を速やかに改正することを」柳澤厚生労働大臣に求める48,588名の陳情署名を、本日（平成19年6月4日）大臣あてに提出いたしました（別紙陳情趣旨）。貴会および関連団体が法改正の要望を提出されることが速やかな法改正の条件となります。貴会のご尽力を側面的に応援する意図をもって、歯科衛生士法改正を提言いたします。

歯科衛生士法改正についてのご提言

以下、社団法人 日本歯科医師会とほぼ同文のため省略



第5回：『みやこ禁煙学会』

橋本昌美（会員・京都禁煙推進研究会歯科部会 副代表、
伏見歯科医師会 理事）

去る2月10日から12日まで、京都府立医科大学図書館ホール（京都市上京区河原町広小路西入る）において『みやこ禁煙学会』が開催されました。この大会は京都禁煙推進研究会発足10周年を記念して、第16回日本禁煙推進医師歯科医師連盟総会と第1回禁煙学会総会と第18回京都禁煙推進研究会禁煙指導講習会の3つの会を合同で開催したもので、わが国の禁煙推進活動を担う組織が一堂に会したものです。大会長はNPO法人京都禁煙推進研究会理事長の田中善紹先生で、今大会のスローガンは「おいでやす 千年の都に～こころ一つに 広げよう禁煙の輪～」とされ、私たちの目指すところは「タバコのない世界」であり、各種禁煙推進団体がひとつにまとまっていくことを期待しています。

開会式では、京都府歯科医師会や京都府歯科衛生士会をはじめ各医療団体代表の来賓から祝辞をいただきました。本学会では一般口演30題、ポスター発表21題、シンポジウム9題の発表が行われ、歯科関係は7題ありました。そのうちの5題を簡単に紹介させていただきます。

「国民統計でみた喫煙と歯科疾患との関連性」の発表では、20～39歳で喪失歯ありと喫煙との関連、40歳以上で現在歯19本以下と喫煙との関連、歯周病と喫煙の関連、60歳以上で無歯顎と喫煙の関連、小児で未処置う蝕と受動喫煙との関

連が認められていました。

私も演者のひとりである「歯肉メラニン色素沈着実態調査」では、喫煙、受動喫煙により色素沈着の出現率が増加することが改めて確認できました。また禁煙してからの経年的変化により、色素沈着は消失する傾向を示していました。受動喫煙者群における男女別出現率は女性に多く、女性は喫煙に対する感受性が高く、受動喫煙の影響を受けやすいと思われます。

「わが国の歯科における禁煙支援に関する調査から」では、禁煙支援を試みた歯科医師が72%であり、禁煙率は15.8%で、歯科衛生士がいる診療所の方が、有意に高いとのことでした。禁煙支援に歯科衛生士が関与している率は、73%であり、禁煙率も高い傾向にありました。このことにより、歯科衛生士が禁煙支援プログラムに関わることによって、禁煙支援がより効果的になる可能性が示されました。

「日本歯周病学会評議員に対する喫煙に関する質問票調査」では、喫煙と歯周病との関連については93.8%が関連ありと回答され、専門医の資格要件として非喫煙者であることを制度として設けることについては、賛成が80%を占めました。臨床医の約半数が患者の喫煙状況についてほぼ全員の把握をしており、初診時に確認していることが多いそうです。また80%が重症な歯周病患者に喫煙者が多く、88%が喫煙者は歯周治療で治りにくいと感じていることがわかりました。

「加濃式社会的ニコチン依存度調査票を用いた歯学部学生の喫煙に対する意識と禁煙講義の評価」では、愛知学院大学歯学部4年生130名に、約2時間の禁煙講義の前後、さらに2ヵ月後に調査しました。講義の直後に、社会的ニコチン依存度が著明に低下したが、2ヵ月後には上昇傾向にあったため、禁煙に関する啓発、禁煙支援を繰り返し継続することが重要と結論付けていました。

シンポジウムでは、「どうする防煙教育」と「ニコチン依存症管理料」について、活発に討論されていました。2006年4月、6月に実現した依存症管理料の新設、ニコチンパッチ薬価収載は、歯科でも適用することで、禁煙支援、禁煙治療をさらに普及することが可能になると、医科からも今後の課題とされていました。

また昨年、全国各地で参加され



シンポジウムの様子



ポスター発表を見る参加者

た方も多いと思いますが、オーストラリアの Mark Gibbens さんもこの学会のために休暇をとってご夫婦で来日され、Walk Against Tobacco 2006 の報告をされました。

3日間の『みやこ禁煙学会』は、想定外の約430名の参加者がありました。当医院からの歯科衛生士3名と私を含む約50名のボランティアスタッフの運営の下、盛会に無事終了しました。次回、第17回日本禁煙推進医師歯科医師連盟総会は、2008年2月10日(日)・11日(月・祝)に横浜市内で開催予定です。また第2回禁煙学会は、本年8月25日(土)・26日(日)に国立がんセンター(東京都中央区築地)にて開催されます。昨年12月に京都大学百周年時計台記念館・吉田南4号館で杉山

精一さんをご講演された日本禁煙科学会の第2回学術総会は、本年11月30日(金)～12月2日(日)に奈良県新公会堂で開催されます。

奮って参加して、ますますパワーアップして歯科からの禁煙推進活動を広めましょう。



ヘルスケア フォーラム

ワンデーセミナー札幌報告

2007年5月20日 北海道歯科医師会館



会場からの質問

* ニュースレターでは、歯科医師の敬称に「先生」を用いない約束ですが、非会員の方については原文のまま掲載しています。

ワンデーセミナー札幌報告

斉藤 仁 (札幌市開業)

5月20日、北海道歯科医師会館において、北海道初となる日本ヘルスケア歯科研究会ワンデーセミナーが開催されました。今まではスタッフを連れて旅費、宿泊費をかけて東京まで行かなくてはならなかったのが、北海道で開催されるとあって、会員83名、非会員23名と100名を超える参加がありました。

このうち約7割が歯科医師以外のスタッフで、医院ぐるみの参加が目立ちました。これから始めようと考えている医院や、すでに始めているがまだまだ発展途上という医院が多く、終了後のアンケートでも毎年北海道で開催してほしいと望

む声が多くありました。



ワンデーセミナー札幌に参加して

飯沼賢司 (札幌市開業)

今まで私は、一言で言えば「いかに上手に治すか?」という点に、ほぼ全精力を費やしてきたように思います。人前に出しても恥ずかしくない補綴や、レントゲンを撮って納得できる根治、進行した歯周病をどうやったらもたせられるか等々。それなりに研鑽を積んできたもの思いもあり、まさに職人技を常に磨き上げることこそ“究極の歯科医師”と言っても過言ではないと信じておりました。

ただ、反面「臨床とはこんなものか」

といった、何となく閉塞感に似たような感覚を持ちながら診療に臨んでいた節があります。

そんな中、何年前からでしょうか? 予防に関する文献がよく見られるようになり、興味はあったものの少しずつ今の診療に取り入れていけばいいかな、という程度の気持ちでおりました。日本ヘルスケア歯科研究会もたまたま興味本位で(失礼!)入会しただけでした。

ところが昨年、大学の後輩である斉藤仁さんが研究会で活発に活動していることを知り、無理やり診療を見学させてもらいました。そこには私が経験してきた診療形態とは全く異なるものが展開されており、本当にショックを受けました。そして「ときめき」に近いものを感じました。

そしてこのワンデーセミナー、斉藤さ

んの今日に至るまでの経緯が示され、河野正清さんや足本 敦さんの講演では更に高度に発展させ実践されている様を惜しげもなく聴かせていただき、感謝の気持ちとともに今後自院を変革させていく、原動力のようなものを頂いたような気がいたします。自院ではどんな形にもっていくことが可能なのか、今後模索していきたいと思います。



ワンデーセミナーを受講して

小玉則夫（札幌市開業、非会員）

日本ヘルスケア歯科研究会は私の憧れである。そして同時に、ハンパな軟弱ものを寄せ付けない崇高さ、気高さのようなオーラを感じていた。そんな日本ヘルスケア歯科研究会のセミナーに参加できる、そして私の友人であり尊敬する歯科

医師である齊藤仁君が壇上で語るというではないか！

5月20日、日本ヘルスケア歯科研究会が札幌にやってきた。広い会場は、やる気に満ち溢れた歯科医師や歯科衛生士たちでいっぱいであった。私は恥ずかしながら、予防に対する取り組みはいまだに我流の域を出ず、さらに予防が大事ですよと言いながらも、結局は依然として修復中心の臨床を惰性で続けている。

予防を自院の中心にすえるにあたって問題となるのは、同じ意識で臨んでくれるスタッフの存在と、予防と経営の両立ができるかという二点だと思う。この日にご講演くださった河野正清先生、足本敦先生、齊藤仁先生の話聞き、その大いなるヒントをいただいた。結局は院長の意識改革、院長のパワー全開！がはじめの一歩なのである。

スタッフとのチームワーク、データの



講師の足本 敦さん

収集・管理・蓄積、エビデンスに基づいた予防理論、そして院長のパワー、自分には足りないものだらけであった。

日本ヘルスケア歯科研究会の先生方は、本当に真摯に健康を守り育てることに取り組んでいる。私もこの日の講演を聞き、まず自分が何をすべきなのか模索している。

今回は「広く浅く」といった感があったので、願わくば今度はある一人の先生の深く掘り下げたお話を伺いたいというリクエストを最後に付け加える。



NPO 法人ウェルビーイング・日本ヘルスケア歯科研究会・関西ウェルビーイング 合同セッション「臨床予防歯科のこれからを考える」に参加して

近藤明德（神戸市開業）

6月10日大阪産業創造館で行われた、NPO 法人ウェルビーイング、日本ヘルスケア歯科研究会、関西ウェルビーイング初の合同セッションに参加しました。

壇上はNPO 法人ウェルビーイングから代表の西本美恵子さん、中村譲二さん、藤田孝一さん、日本ヘルスケア歯科研究会から代表の藤木省三さん、杉山精一さんと私、関西ウェルビーイングから代表の文元基宝さん、福原稔さん、大橋正和さん、国立保健医療科学院の安藤雄一さん、司会は津田真さんです。会場には各団体の会員、行政関係者、どこにも所属しないが予防歯科のこれからの関心のある人たち合計100人以上が参加しました。

午前中は、各代表が団体紹介のプレゼ

ン。午後は安藤雄一さんの基調講演に続き、中村譲二さんの司会で、会場も巻き込んで熱心な議論が4時まで続きました。会場からは滋賀県健康福祉部の井下英二さん、和歌山で障害者の予防歯科に取り組む小畑文也さんなどが予防歯科のこれからを熱く語り今回の合同セッションへの期待の高さがうかがえました。

結論は出ませんでした。もやもやした中でも参加者みんな、なにか得るところがあった1日でした。

前日の打ち合わせ会には関西ヘルスケア談話会から丸山和久さん、大井考友さんが参加。終了後の懇親会には高木景子さん、木村幸司さん、西村吉行さんと西村歯科の歯科衛生士さんたちが参加し、交流を深めました。



私は以前、西村吉行さんから市長を説得し、教育長を説得し、学校歯科医会会長を説得し、幼稚園でのフッ化物洗口を実現させた話をうかがった時の言葉を思い出しました。『人と人なんだから、直接会って話し合うことが大切なんだよ』というものです。

NPO 法人ウェルビーイング（旧福岡予防歯科研究会）は34年前から福岡県を中心に活動している予防歯科の団体で約300人の会員がいます。関西ウェルビーイングは7年前にできた団体で約50人の会員がいます。日本ヘルスケア歯科研究会の会員約1,400人とあわせてもわず

か 1,750 人と、歯科界全体のなかでは圧倒的に少数派です。今回の合同セッションはその少数派の予防歯科勢力の結集を意図したものです。

これまで、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ほとんど、接点がありませんでした。そのためか、ともすれば、『仲が悪い』とみられたり、両方に入会している会員が、『なんとなく後ろめたい気持ち』になったりしたものです。今回の企画をきっかけに、これから交流がはじまります。今回の合同セッションで、お互い意見をぶつ

け、話し合うことで、自分達の良さ、他団体の良さを確認できたように思います。

日本ヘルスケア歯科研究会立ち上げの9年前には『これからは予防の時代』と多くの歯科関係者が確信しました。ところが、いつの間にか、患者を増やすための予防歯科、ビジネス予防ばかりが目につく状況です。歯科医療が本来、市民の口腔の健康を守ってこそ、その意味があることを考えると、現在の歯科医院利益を追求するための予防歯科は異常で、とても市民の支持を得られないものです。

日本の歯科医療を市民利益に変えるのに、日本ヘルスケア歯科研究会が果たす役割への期待が大きいことは、今回の歯科衛生士法の改正を求める陳情署名に会員以外からも多くの協力が得られ短期間に5万人近い署名が集まったことから明らかです。

今回の合同セッションは各団体にとっていい刺激になり、日本の歯科医療にとっても新しい始まりになると感じた1日でした。



札幌ヘルスケアグループ主催 第1回シェリー・バーンズ SRP 実習

2007年6月9・10日 (株)モリタ北海道支店
／北海道ハイテクノロジー専門学校

シェリー・バーンズセミナー報告

斉藤 仁 (札幌市開業)

6月9日、10日の2日間にわたり札幌で、ミズーリ大学カンザス校歯学部歯周病学講座臨床准教授のシェリー・バーンズ先生によるスケーリング、ルートプレーニングの実習セミナーを行いました。1日目は札幌の株式会社モリタ北海道支店においてインスツルメントについての講義やシャープニングの実習を、2日目は恵庭の北海道ハイテクノロジー専門学校衛生士学科の実習室をお借りして、スケーリングの模型実習、診療チェアを使用して、参加者同士の相互実習を行いま



「ダイイチシャンク」とシェリー先生は説明した

した。北海道各地から24名の歯科衛生士が参加し、シェリー先生のわかりやすい説明と、丁寧な指導のもと充実した2日間を過ごしました。



『DAIICHISHANK ～第1 シャンク～』

栗原 恵 (dental office おおとも)

『第1 シャンク』聞きなれた言葉でもあります。シェリー・バーンズ先生は、この言葉を日本語でおっしゃっていました。

6月9、10日に行われた「札幌ヘルスケアグループ主催第1回シェリー・バーンズ SRP 実習」を受けてこの言葉が強く印象に残っています。

私は、このセミナーで見えなかったものが見えてきて自信がもてるようになったのですが、それはなぜなのか考えてみました。

これまでもいろいろなスケーリングテクニックのセミナーに参加してきました。しかし、臨床で歯石除去やデブライドメントを行っていて、今ひとつすつき

りとした効果というのが見えていないことがしばしばありました。学生時代に指や腕が痛くなるまで行ったスケーリング実習、テスト…。しかし、基礎の部分が完全に身につけていなかったからだと思います。

今回のセミナーでは、シェリー・バーンズ先生が一人ひとりを見てまわり、術者の体に負担がかからないようにと手取り足取りトレーニングしてくださいました。そして2日目には、相互実習を行い、普段の臨床でのスタイルで学びました。最後には『すばらしい!』とほめていただいたのもプラスになったのだと思います。

基礎の部分でもあり、忘れてはいけないのはこの『第1 シャンク』ではないでしょうか? その先には、私たちにしか出来ない、バイオフィilm除去が待っているからです。



シェリー・バーンズ先生「歯科衛生士
トレーニングセミナー」報告

山田英子（加藤歯科）

私は歯科衛生士として働いて5年になりますが、今回セミナーに参加し、改めて基礎を見直すとても良い機会になりました。

シャープニング実習ではシェリー先生が個別にみてくださったので、砥石の微妙な角度の違いを指導していただき、鋭いエッジをつくる作業を体感できました。効率よくスケーリング・ルートプレーニングを行うためには、基本業務としてシャープニングを疎かにしないことが重要であることを再認識しました。

インスツルメントの持ち方や動かし方では、いつのまにか自分に癖がついていたことわかりました。必要以上の力を入

れないで、シャープなエッジのインスツルメントを使えば今までよりも楽に操作できるような気がしました。

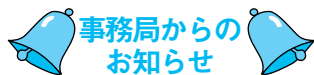
模型実習では、自分の苦手とする部位で指導していただき、普段使っていない形のインスツルメントを使用することで簡単に悩みは解消されました。自分の使いやすい道具を適切に選ぶことも作業効率を上げるために大切なことだということが良くわかりました。さらに相互実習を行うと、ポジショニングや固定点など改善していくべきポイントがいくつかわかりました。自己流になりかけていた仕事のスタイルを基本から見直すことで、患者さんに短い時間で的確な処置を行えるばかりではなく、自分自身の首や肩に対する負担も軽減されることに気づきました。意識的に改善し、今回得たことを仕事の中に取り入れていきたいと思



います。

歯科衛生士としてのシェリー先生の働く姿はとても魅力的で、私も長く楽しくこの仕事を続けていけるように、先生を見習って一日の最後には「GOOD JOB」と言ってストレッチしていこうと思っています。

最後になりましたが、今回この貴重なセミナーを企画実現してくださった先生方と、シェリー・バーンズ先生に感謝申し上げます。



2008 年度歯科衛生士育成プログラム・基礎コース 案内予約について

2007 年度の歯科衛生士育成プログラム・基礎コースは満席となりました。多数のお申し込み、ありがとうございました。

今回受講できなかった方、次回参加したい方を対象にひと足先に「2008 年度衛生士育成プログラム・基礎コース」についてご案内します。

ご希望の方は事務局までファックスまたはメールでご連絡ください。（既にウェイティングリストに載っている方には自動的に案内します。）

申し込み方法：件名を「2008 年度歯科衛生士育成プログラム・基礎コース参加希望」とし、参加者氏名・連絡先住所・電話番号・勤務先診療所名を明記のこと。



○ 第1期の様子 ○



●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(7月6日現在) | | 会員合計 4,346 名 | |
|------------------|---------|--|---------|
| 正会員 | | 準会員 | |
| 歯科医師 | 1,334 名 | 歯科衛生士 | 2,477 名 |
| 歯科衛生士 | 113 名 | 歯科技工士 | 72 名 |
| 歯科技工士 | 1 名 | その他 | 309 名 |
| その他 | 6 名 | 準会員計 | 2,858 名 |
| 学 生 | 0 名 | ※前号より会員数が減っていますが、今号より2007年度未入会者は除外しています。 | |
| 法人会員 | 34 社 | | |
| 正会員計 | 1,488 名 | | |

会員診療所の Web 公開について

本会では会則で、会員名簿の発行を定めています。創立以来 2 年ごとに名簿冊子を発行してきましたが、今年は名簿の印刷発行を見合わせ、かねてより要望の多い会員診療所の Web 公開を進めることになりました。同封の Web 名簿公表確認票の内容を確認し、個人名などの掲載の可否を記入し、ファックスにて返送してください。

1. Web 名簿公開確認票の記載項目を確認・訂正のうえ、ファックスにてご返送ください（ご返送のない場合には、公表の可否が確認できませんので公表しません）
2. Web 会員名簿は、診療単位の診療所名簿とします。
3. 掲載項目は、確認票のうち★印のある項目です。
4. 9 月末に公開の予定です（掲載情報は毎月 1 回更新します）。

メンテナンス患者の転居などに伴ってメンテナンスができる診療所を紹介する情報を得たいという会員の要望が大きいのですが、それにとどまらず、患者・住民のための情報提供に一步踏み出すべきだと考えました。別掲のように国は、インターネットを使って積極的に患者のための医療機関情報を提供する方針を打ち出しました。ここには、名前やホームページアドレスだけでなく「患者満足度調査実施の有無」や「治療結果に関する分析の実施の有無」が含まれています。今後、作業部会をつくって診療所ホームページ倫理基準を作成し、基準を満たす場合に、この研究会診療所リストから会員診療所ホームページにリンクを貼ること、あるいは会員診療所ホームページから研究会ホームページデータを参照できるようにすることなどが検討課題になります。

【別掲・医療機能情報提供制度】

2007 年 4 月から施行された改正医療法に伴って、都道府県が【医療機能情報提供サイト】を設け、患者が医療機関を比較・選択しやすくする制度が始まります。歯科診療についても来年度から 32 項目（別表）の公表が義務づけられる予定です。今後、都道府県（政令市）からすべての医療機関に対して、報告が求められます。

医療機関の医療機能に関する情報【歯科診療所】

| 1. 管理・運営・サービス・アメニティに関する事項 | |
|---------------------------|---------------------------------|
| (1) 基本情報 | |
| 1 診療所の名称 | |
| 2 診療所の開設者 | |
| 3 診療所の管理者 | |
| 4 診療所の所在地 | |
| 5 診療所の電話番号及びファックスの番号 | |
| 6 診療科目 | |
| 7 診療日（診療科目別） | |
| 8 診療時間（診療科目別） | |
| (2) 診療所へのアクセス | |
| 9 診療所までの主な公共交通手段 | |
| 10 診療所駐車場の駐車場 | 有無 駐車台数 有料又は無料の別 |
| 11 ホームページアドレス | |
| 12 電子メールアドレス | |
| 13 外来受付時間（診療科目別） | |
| 14 予約診療（診療科目別） | |
| (3) 診療所内サービス・アメニティ | |
| 15 医療種別に対する対応 | |
| 16 院内部又は院外部での対応 | |
| 17 対応することができる医療の種類 | |
| 18 慢性障害者に対する配慮 | |
| 19 視覚障害者に対する配慮 | |
| 20 聴覚障害者に対する配慮 | |
| 21 突発視覚を誘発するための措置 | |
| (4) 業務内容 | |
| 22 医療保険・公費負担等の取扱い | |
| 23 診療科目別に掲げる診療科目の名称（別表参照） | |
| 2. 提供サービスや医療連携体制に関する事項 | |
| (1) 診療内容、提供医療・看護・介護サービス | |
| 24 学会認定書・専門医の種類及び人数 | |
| 25 対応することができる疾患・治療内容 | |
| 26 専門外来 | |
| 27 健康診断、健康相談の実施 | 健康診断実施の有無及び内容 健康相談実施の有無及び内容 |
| 28 対応することができる対応医療 | |
| 3. 医療の実績、結果に関する事項 | |
| 29 歯科診療所の人員配置 | |
| 30 情報開示の体制 | |
| 31 患者数 | 外来患者数 |
| 32 患者満足度調査 | 患者満足度調査実施の有無 患者満足度調査結果の提供の有無 |

【医療機能情報公表制度の実施要領】より

東京ヘルスケアグループメンバー募集

東京ヘルスケアグループとは

2005 年 7 月に設立され、24 名のメンバーでドクター、スタッフが共に学べるような研修を行っています。

7 月 1 日、川口市民ホールフレンドシア（川口市）にて第 3 回スタッフミーティングを開催しました（詳報次号）。

今回は「症例検討」をテーマに午前中は、うつぎざき歯科の川崎さんによる症例発表、午後はアイズブレイク「ノンバーバルで伝えて探そう！グループ仲間」の後、まさき歯科の友部さん、金田さん、藪下さんによるチームワークをテーマにした発表でした。一人一人が日常の診療のことをディスカッションし、みんなで、悩み、考え、答えを出していく、みんなでつくるスタッフミーティングを開きました。

（活動内容）

- 2006 年 1 月 22 日 ドライマウス口腔機能療法セミナー
- 2006 年 2 月 26 日 シャープニングセミナー
- 2006 年 3 月 12 日 診療所づくりミーティング
- 2006 年 7 月 2 日 スタッフミーティング

- 2006 年 10～12 月 コーチングセミナー
- 2006 年 10～12 月 診療所づくりミーティング
- 2007 年 4 月～6 月 コーチングセミナー
- 2007 年 7 月 1 日 第 3 回スタッフミーティング

【東京ヘルスケアグループのコンセプト】

東京周辺地域を対象にした、自分の医院の総合力の向上をめざしたスタディーグループです。自分の医院の総合力の向上を計るために、メンバーおよびメンバーのスタッフが集まって自分たちの為に活動を行います。ただし、そこにグループメンバー以外の医院が参加することは妨げず、むしろ歓迎するというコンセプトです。

【メンバー募集】

東京ヘルスケアグループでは、一緒に活動をしていきたいと考えている方に、ぜひメンバーに加わって頂きたいと考えています。様々な研修を通じて医院の向上とスタッフの力の向上をめざしませんか？

連絡先：info@asunaroshika.com

（メールにて連絡が出来ない方は入会出来ません）

※ 「Web 公開確認票」を必ずご確認ください。なお、この確認票は診療所代表者に同封しています。

- ① Web 公開に関するお尋ねです。必ず「同意する」「同意しない」のどちらかにチェックをつけてください。
- ② 入会時アンケートなどにより現在確認されている回答です。(空欄の場合は無回答)
- ③ 前回名簿作成時の日付になっています。それ以降に入会された方は「入会時」と表示しています。
- ④ 診療所名(ふりがな)をご確認ください
- ⑤ 現在登録されている住所(市町村合併により変更になっている地域につきましては、郵便番号で照合しています。ご確認ください)
- ⑥ URL / Email の変更や追加がある場合は、手書きでは判読が難しいため、会員用ホームページ入力フォームより登録してください。
- ⑦ 代表者氏名(ふりがな)、資格、会員番号
- ⑧ 正会員歯科医師名(代表者含む)勤務医の方で web 公表に同意する方は「○」、同意しない方は「×」を⑫欄に記入してください。
- ⑨ 正会員歯科衛生士名。web 公表に同意する方は「○」、同意しない方は「×」を⑫欄に記入してください。
- ⑩ 正会員歯科技工士名・その他氏名。web 公表に同意する方は「○」、同意しない方は「×」を⑫欄に記入してください。
- ⑪ 準会員氏名・web 公表に同意する方は「○」、同意しない方は「×」を⑫欄に記入してください。
- ⑫ web 公表に同意する方は「○」、同意しない方は「×」を記入してください。現在外部公表に同意しないとなっている方は「×」が表示されています。未記入の場合は公表しません。
- ⑬ 認証診療所は認証日または更新日の日付が表示されています。
- ⑭ そのほか連絡事項がある場合は、ここに表示されています。また返信時の連絡にもご利用ください。

The form is titled "Web 名簿公開 確認票" (Web Directory Publication Confirmation) and is from the "日本ヘルスケア歯科研究会事務局" (Japan Health Care Dental Research Association Secretariat). It includes a header with contact information and a note: "返信のない場合は、Web公開に「同意しない」とみなします" (If no reply is received, it will be considered as "I do not agree" for web publication). The form contains several sections:

- Response options: ① Web公開に (同意する / 同意しない) and ② 確認の登録 (同意する / 同意しない).
- Registration details: ③ データ更新日 (2007年7月), ④ 診療所名 (日本ヘルスケア歯科), ⑤ 住所 (東京都中央区), ⑥ URL (http://www.healthcare.gr.jp), ⑦ 代表者氏名 (齋藤 太郎).
- Membership table: ⑧ 正会員 (齋藤 太郎, 齋藤 次郎), ⑨ 正会員衛生士 (齋藤 花子), ⑩ 歯科技工士 (齋藤 太郎).
- Consent table: ⑫ A grid for recording consent (○) or non-consent (×) for each member's web publication.
- Other information: ⑭ 連絡事項 (Contact items).

注 1) 特殊な漢字(旧字体・異体字)などは Web では表示されませんので、常用漢字に変換してあります。ご了承ください。
 注 2) フリーランスの方、発送先が自宅などで勤務先診療所の登録がない方、法人の方にはこの確認票は同封されていません。



Web 名簿画面イメージ (作成中の画面です。実際の画面とは異なる場合があります)

FAX 返送メ切 2007 年 8 月 20 日 (月)

2007年 11月 10日(土)・11日(日)

東商ホール (東京・千代田区丸の内/東京商工会議所)

東京都千代田区丸の内3-2-2 東京商工会議所ビル (地下鉄 有楽町線有楽町駅/三田線日比谷駅/千代田線二重橋前駅)

10日 シンポジウム 20歳までに歯科が責任をもつべきことは何か?
11日 患者の生涯の健康を考える…ミニマルインターベンション

プログラム (予定)

| | |
|--|--|
| 11月10日(土) ヘルスケアミーティング2007 1日目 12:30 研究会総会 1:00 基調報告:住民のための20歳までの指針づくり 藤木省三 2:00 メンテナンス・スタッフみんなの〈?〉とメンテナンス通院者の〈?〉を整理してみよう 渡辺勝・豊島義博 2:40 患者の〈?〉から始めよう 内藤徹 3:25 シンポジウム 20歳までに歯科が責任をもつべきことは何か? 座長:藤木省三 シンポジスト:月星光博, 内藤徹, 豊島義博, 杉山精一 予防していても事故は起こる 月星光博 健口指針は誰のもの 豊島義博 予定発言 EU諸国における不正咬合の診療ガイドライン 成田信一 19歳までに限定される公的歯科医療保障制度 秋元秀俊 | 11月11日(日) ヘルスケアミーティング2007 2日目 9:30 患者の生涯の健康を考える…ミニマルインターベンション 伊藤中 10:00 月星先生講演1 外傷から学ぶMI —休憩— (11:00~11:15 15分) 11:15 月星先生講演2 エンドと歯冠修復のMI —昼食— (12:30~1:40 70分) 1:40 トークセッション 永久歯のカリエスリスクコントロール……スタッフの役割 2:00 月星先生講演3 家庭医と自家歯牙移植 3:20 質疑応答 |
|--|--|

参加費

| | 会員 | 非会員 |
|-----------|---------|---------|
| 歯科医師 | 10,000円 | 14,000円 |
| その他 | 5,000円 | 6,000円 |
| 学生・院生・研修医 | | 5,000円 |
| 懇親会 | 4,000円 | |

お知らせ・ご注意

- ・お弁当の用意はありません。各自で午後の開始時間までにお済ませください
- ・ホールおよびロビーでは飲食できません。
- ・託児室はありません。
- ・申込書を送信後1週間を過ぎても計算書と払込用紙が届かない場合は、ご連絡下さい。
- ・事前にキャンセルされた場合は、手数料を差し引いた参加費を返します。

お申し込み・お問い合わせ

下記申込み欄にご記入後、事務局までFAXまたは郵便にてお送りください。

〒112-0014 東京都文京区関口1-45-15-104 日本ヘルスケア歯科研究会事務局

FAX: 03-3260-4906 TEL: 03-5227-3716

※会員用ホームページからもお申し込みいただけます。

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

参加申し込み Fax. 03-3260-4906

参加を申し込みます (news10-3)

ヘルスケアミーティング2007 参加申し込み (会員専用)

(必要項目ご記入、該当欄に✓印を記入ください)

| | | | |
|-------------|----------|---|--------------------------------------|
| フリガナ ご氏名 | 会員番号: | <input type="checkbox"/> 歯科医師: 10,000円 <input type="checkbox"/> その他: 5,000円 <input type="checkbox"/> 学生など: 5,000円 | <input type="checkbox"/> 懇親会: 4,000円 |
| フリガナ ご氏名 | 会員番号: | <input type="checkbox"/> 歯科医師: 10,000円 <input type="checkbox"/> その他: 5,000円 <input type="checkbox"/> 学生など: 5,000円 | <input type="checkbox"/> 懇親会: 4,000円 |
| フリガナ ご氏名 | 会員番号: | <input type="checkbox"/> 歯科医師: 10,000円 <input type="checkbox"/> その他: 5,000円 <input type="checkbox"/> 学生など: 5,000円 | <input type="checkbox"/> 懇親会: 4,000円 |
| フリガナ ご氏名 | 会員番号: | <input type="checkbox"/> 歯科医師: 10,000円 <input type="checkbox"/> その他: 5,000円 <input type="checkbox"/> 学生など: 5,000円 | <input type="checkbox"/> 懇親会: 4,000円 |
| 勤務先・診療所名 | 参加申し込み人数 | 合計金額 | |
| | 人 | 円 | |
| 住所 〒 | | 電話番号 | - |
| | | FAX番号 | - |