

HEALTH CARE

The Newsletter of the Japan Health Care Dental Association

vol.15 no.4

(年間6回刊行・通巻087号)



日本ヘルスケア歯科学会

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 渡辺 勝

編集制作 有限会社 秋 編集事務所

学会入会金 歯科医師 5,000 円

その他 3,000 円

学会年会費 歯科医師 12,000 円

その他 6,000 円

郵便振替口座 00190-7-407895

名義 一般社団法人日本ヘルスケア歯科学会

銀行振込口座 三菱東京 UFJ 江戸川橋支店

普 0051809

名義 一般社団法人日本ヘルスケア歯科学会

重要なお案内

●以下の同封物をご確認ください。

1. 会員用 ID とパスワード変更のお知らせ

2012年度会費を納入済みの方にお送りしています。

2. ヘルスケアミーティング2012案内参加受付中です。ぜひご参加ください。

3. HyG-Times no.18

催しものご案内

① 歯科衛生士育成基礎コース

日時：2012年9月16・17日

会場：太陽歯科衛生士専門学校

② ヘルスケアミーティング2012

日時：2012年10月20・21日

会場：秋葉原コンベンションホール

③ 歯科衛生士育成検定コース

日時：2012年11月3・4日

会場：太陽歯科衛生士専門学校

④ 歯科衛生士育成基礎コース

日時：2012年11月23・24日

会場：太陽歯科衛生士専門学校

④ ワンデーセミナー東京

日時：2012年12月2日

会場：日本歯科大学九段ホール

巻頭 カリエスリスク検査.....p.1	書評.....p.20
第10回認証ミーティング報告・特別講演会報告.p.4	リーダーの役割とは.....p.21
2012 ORCA Brazilに参加して.....p.8	患者様の苦痛を取り除け！10.....p.22
連載東京 HCG メンテナンス率報告6.....p.12	ヘルスケアフォーラム.....p.24
コラム 知っておきたいPerioの基礎10.....p.13	コアメンバー会議報告.....p.28
平成24年度日本ヘルスケア歯科学会総会報告.p.14	訃報.....p.23, 29
告知板.....p.19	ヘルスケアミーティング2012案内.....p.30

カリエスリスク検査

杉山精一（日本ヘルスケア歯科学会代表）

認証ミーティングで、再びカリエスリスク検査の扱いが議論になった。サリバテストは、「研究会」設立時のひとつのトピックスでもあり、その評価は繰り返し議論になったが、う蝕治療のこれからを展望するために、改めて歴史的に振り返ってみることにした。

研究会設立当時

私がサリバテスト* (Saliva Test, Orion Diagnostica) をはじめて知ったのは1993年頃でした。ブラッター先生が来日し、そのセミナーで紹介されていて、これはいい検査キットだと思いきや購入しました。しかし、臨床でどのように使いこなすかが理解できていなかったため、そのままとなっていました。その後、1995年に東京医科歯科大学卒業セミナー（熊谷崇先生）でサリバテストの臨床での実践方法を知りました。歯科衛生士とのチーム医療、規格性のある口腔内写真とともにサリバテストをカリエスリスク検査として活用していることを知り、それまでのブラッシングだけの予防歯科から「見えないリスクを知ることができる」新しい予防歯科の世界が拓けた思いがしたのを今でも憶えています。

「カリエスリスクを調べて、リスクを下げて、カリエスフリーを目指そう」これこそ新しい科学的な歯科医療だ、これを自分の医院でも実践しないといけないと考え、1995年8月から臨床に導入しました。

この当時、私の地域の3歳時う蝕有病者率は約50%で、5歳時は来院時にはほぼ全員がう蝕がある状態でした。誰もが乳歯列にう蝕があり、こどもの保護者に「このままでは永久歯も確実にむし歯になります、なんとか永久歯をむし歯にしないように予防しましょう、そのためにはサリバテストを受けてむし歯になる要因を調べて、その対策を立てましょう」と毎日のように話していました。多くの保護者は、自分も歯で苦労していたので、子どもはむし歯にしたくない、という気持ちがあり、サリバテストの実施件数は増えていきました（表1）。

患者さんは自分の（保護者は自分のお子さんの）サリバテストの結果についてとても関心を持って来院されますので、食習慣アンケートやフッ化物の利用についての問診も含めて、う蝕予防についてカウンセリングするにはよい機会です。

年	サリバテスト件数
1995年	29
1996年	85
1997年	79
1998年	126
1999年	170
2000年	149
2001年	144
2002年	179
2003年	184
2004年	190
2005年	224
2006年	115
2007年	97
2008年	52
2009年	36
2010年	33
2011年	18

表1 サリバテスト件数

効果的な時間を作ることができるようになりました。それまでのブラッシング「指導」から、検査結果をもとにした「カウンセリング」というスタイルに診療が変化したのは画期的なことでした。

認証の基準として議論に

2003年7月第1回認証ミーティングを実施するにあたり、運営委員の間で認証の基準について議論がなされました。認証に必要なサリバテストの実施率について、はじめは60～70%を考えていたようですが、最終的に30%となりました。来院患者には急患も無歯顎の患者もいますので、60～70%とすると、実際には来院する患者ほぼ全員に実施するという事となります。エックス線検査、口腔内写真、歯周組織検査はほぼ問題ありませんでしたが、サリバテストについては、必要性、妥当性、費用などの問題から議論となったようです。

私の医院は認証を目指していましたが、サリバテストの実施率は約26%、但し小児は30～40%くらいだったと思います。認証ミーティングで認証されましたが、実施率をあげなければという意識が働き、必要ないと思われるような成人の方にもサリバテストを受けるように話していたのも事実です。私の医院と同様に、多くの医院でサリバテストの実施件数が増加し、それにともない、検査の意義、妥当性などが話題にのぼるようになりました。

また、この数年前（1999年）に日本に紹介されたカリオグラム（オーラルケア社）では、サリバテストの結果をもとに「う蝕を避ける可能性」という患者さんに理解しやすい数値データを提供できるようになりましたが、この根拠は何か、本当にそのような予測ができるのかということが話題になりました。

会員診療所データによるシンポジウム

このような背景から、2005年春のシンポジウムでは、会員の医院のサリバテストデータを集積して評価することを企画しました。この企画は、すべての臨床データをデータベースで記録管理することを日常臨床で実施している医院が育ってきたことから可能になったという点で、とても画期的なことでした。しかし、データの取りまとめと分析については、必ずしも順調にいったわけではなく、この点についてシンポジウムでも議論になり、また、ブラッター先生からも指摘を受けました（ニュースレター Vol.8, no.2, p8-9 を参照ください）。

このシンポジウムを通じて、カリエスリスクアセスメントについて、より広く理解する必要性とレーダーチャートでは表せないリスクの重みの違いということが認識されるようになったように思います。

私の医院での変化

この頃になるとフッ化物歯磨剤の普及にともない、乳歯のう蝕も減少が顕著になってきました。私の医院でも、う蝕のない乳歯列の子どもの来院も目立つようになり、そのような子どもにサリバテストを勧めるべきかどうか、という悩みが出てきました。また、生活背景とう蝕の関連性も感じるようになってきました。すなわち、日常生活が安定し、健康管理についての情報を保護者が知って実行できる家庭は、意識も高くう蝕は多くありませんが、サリバテストの実施を勧めることと受け入れます。一方、すでにう蝕があり、私たちがサリバテストを行いたい人たちは、来院が途絶えたり、費用の問題から治療のみを希望する傾向があり、カリエスリスクアセスメントについて、その内容、実施方法を見直す必要がでてきました。

具体的には、

- ・リスクアセスメントをできるだけ費用を安く簡易に実施したい
 - ・リスクは変化するものであり経年的に評価することが必要
- この2点でした。

認証基準の変更

2007年には、認証診療所の申請基準を変更しました。カリエスリスクアセスメントについては、

「メンテナンスシステムを確立する。目に見える指標としては、定期的メンテナンスに必要な以下の検査と資料の管理がほぼルーティンにできていること。ただし、この基準は画一的ではなく、検査法やその内容は、診療形態の特性に応じて適切な方法を選択するものとする」

として、サリバテストの実施率の条件は撤廃しました。

いつ、どのような内容を、実施すればいいか？

健康な歯を健康な状態で過ごせるようにする、また、う蝕になってもう窩になる前の早い段階で発見して適切な治療を行い、歯質を長期間保存するようにすることが、生涯にわたる健康維持に大きく寄与することはコンセンサスができています。そのために、カリエスリスクアセスメントが重要な意味を持つことについても異論はないと思います。しかし、その実施時期、実施内容、その評価などについては、疫学データ、社会的背景、医療保険での給付などさまざまなことが絡んできます。

う蝕治療そのものが、従来型の切削中心の治療から、歯質を長期間保存するマネジメント型治療へ変化していますが、マネジメント治療の内容やアウトカムについては、現在、世界的なコンセンサスづくりの段階とっていいように思います。

2012年5月29日から31日まで、「Appropriate Caries Care for the 21st Century!」というワークショップがアメリカで開催され、3日間にわたり、著名なう蝕研究者が集まり、う蝕治療の臨床と教育について熱く議論されました。その様子がインターネット (<http://templecmp.org/>) で全プログラムの動画が公開されています。

これを見てもわかるように、現時点で、カリエスリスクアセスメントに「これがスタンダードだ」と言えるようなものはありません。各医院の状況に応じて実施すべきとどいていえるでしょう。そして大事なことは、そのデータを蓄積して評価できるシステムを作ることです。各医院の実施した結果を集積することで、具体的な問題を議論し、よりよいものにしていくことが可能になります。この議論の場を作るのが私たちの学会の役目だと考えています。

サリバテスト、リスクアセスメントといった考えを日本の

臨床医に広めたことは、日本ヘルスケア歯科学会（研究会）の大きな成果だったと思います。しかし、リスクアセスメントをやや重要視しすぎたように思います。今後は、臨床の基本である、病変の早期診断として、歯面の視診による診査（ICDAS）、エックス線検査（XR）とカリエスリスク検査を総合的に診断して、非侵襲的な治療からメンテナンスを継続するというマネジメントシステムを日本で普及させる活動を行っていきたいと考えています。幸いなことに、私たちの学会で作成したICDAS フォトパネルは、海外でも高く評価されて、Appropriate Caries Care for the 21st Century のワークショップで、Pitts 先生が、日本の臨床医グループの取り組みとして、スライドを提示していました。私たちの取り組みは、世界的にも先進的なものであるとの自信をもって、広い視野で海外とも交流を深めながら、よりよい臨床が行えるように様々な取り組みをしていきたいと考えています。



* サリバテストと文献的根拠

P. Axelsson の最初の翻訳書『臨床予防歯科の実践』（1992年、エイコー）において、Dentocult-SM, Dentocult-LB, Dentocultobuff STRIP など DENTOCULT®（ORION DIAGNOSTICA AB, フィンランド）が、詳しいカラー写真付きで紹介された。P. Axelsson は、この本のなかで、スウェーデンでは、過去10年間にう蝕罹患率が顕著に減少したため、集団の中からリスクの高い小児を確実に選び出すためにリスク評価が必要になったと述べている。そして Dentocult-SM が陽性（SM > 0）であることとプラーク形成速度（PFRI）との相関を評価して、う蝕リスクを推定する上で、この検査が有用であるとしている。プラーク形成速度とは、PMTC の後24時間後に再沈着したプラーク沈着歯面数を計測したもので、SM のスコアとプラーク形成速度を組み合わせてう蝕リスクを評価する方法を紹介している。

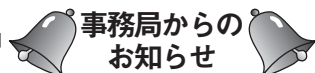
当時、モリムラの輸入関連会社であったエイコーは、これを輸入し、Saliva Testing と名付けて販売を始めていた。後に、DENTOCULT® は、Vivadent Schaan（リヒテンシュタイン）から販売されることになるが、DENTOCULT® などの検査結果によりカリエスリスク判定をする手法は、D. Bratthall の著書（「カリエスリスク判定の手引き」1994年、

エイコー）で詳しく紹介された。ただし、この書籍は日本語版のみで原著はなく、参考文献は掲載されていない。

D. Bratthall は、患者個別のう蝕関連因子をビジュアルに例示するパソコンソフト「カリオグラム」をつくるが、そのカリオグラムに入力するデータの一部にサリバテストの結果を用いる。1999年以降は、この「カリオグラム」の使用法を説明した書籍（「カリオグラムマニュアル」1999年、オーラルケア）によって、サリバテストの普及が図られたが、実際には「う蝕を避ける可能性」をビジュアルに例示する「カリオグラム」よりも、わが国ではう蝕関連因子を8角形のレーダーチャートで図示する方法が用いられた。「カリオグラム」の有用性については、G. H. ペターソンにいくつかの論文があり、その要約が翻訳紹介されている（「カリエスリスクがわかる」2004年、オーラルケア）。

カリオグラムというリスク評価＝教育プログラムについての研究は多いが、サリバテストについての文献は少ない。定期管理とリスク検査を使ったう蝕予防プログラムの有効性については、最近になって A. Ito（伊藤 中、元コアメンバー）らが、Journal of Dental Research（2012.91-1）に原著論文（How Regular Visits and Preventive Programs Affect Onset of Adult Caries）を発表し、注目されている（次号で紹介）。

（秋元記）



事務局からの お知らせ

● 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

● 当会ホームページの会員用 ID とパスワード変更

2012年9月10日（月）よりホームページの会員用 ID とパスワードを変更します。ただし、リニューアルしたホームページでは会員頒布品の購入などパスワードが必要なところは限定的です。

新 ID ・パスワードは今回のニューズレター（Vol.15 no.4）に「会員用 ID とパスワード変更のお知らせ」を同封いたしました。2012年度会費をお振り込みいただいた会員の方へお送りしています。

4 診療所を認証

第10回 認証ミーティング

森谷良行（コメンター）



今年で10回目になる認証ミーティングが7月22日（日）に、東京八重洲ホールにて開催されました。今回の特徴は、スタッフ数が30名近く勤務している比較的大規模の関東圏外から4診療所、東京郊外の駅前診療所から1診療所の合計5診療所が認証合格へ向けてチャレンジしました。

大規模の診療所でどのようにヘルスケア型の診療スタイルを構築しているのかに、会場に足を運んでいた方々の興味がそそがれていました。私もその一人でした。

医療を何のために患者さんに提供しているのか？ リスク評価を何のためにしているのか？

それぞれの診療所で取り組み方の違いはありましたが、共通していることがひとつありました。それは目の前にいる患者さんのために何ができるのか、でした。大規模だから小規模だからとハード面にばかり着眼しがちで

すが、その根本にあることに着眼することが大事なのだとことを改めて認識することができました。

ヘルスケア型というと予防中心の診療所の比喩として用いられることがありますが、予防をただ単に手段や方法と捉えずに、患者さん一人ひとりに予防を取り入れていくことで、患者さんの望む未来を一緒に考え、一緒に探し、一緒に見つけていくことと、そのバックボーンになる患者さんの規格性のある資料を構築していくことにヘルスケア型診療の極意が隠されているように感じました。

認証診療所になることは決してゴールではないはずです。それぞれの診療所が目指す理想像の通過点に認証というかたちが存在するようになる必要があります。今後、日本ヘルスケア歯科学会として認証診療所をどうあるべきかを考える時期にもなってきているように感じます。

健康を守り育てる歯科診療所として以下の4診療所が認証されました。

医療法人正明会 岩井歯科	(岩井正彦・愛知県江南市)
医療法人 ふじわら歯科医院	(藤原夏樹・広島県広島市)
医療法人社団 たるみ歯科クリニック	(樽味 寿・兵庫県宝塚市)
あめみや歯科医院	(雨宮博志・神奈川県秦野市)



岩井歯科



ふじわら歯科医院



たるみ歯科クリニック



あめみや歯科医院



麻生歯科クリニック

「最新科学から再考する歯周治療」

大阪大学 天野敦雄教授の講演を聞いて

上田康弘（草加市開業）

7月22日、認証ミーティングの後に行われた天野敦雄先生の特別講演で、とても興味深い内容を聞くことができました。また、大変面白くお話をしていただいて、笑いと学びでいっぱいの2時間でした。

歯周病の科学的病因論は、21世紀になって様々なことが明らかになりました。これには、1990年代半ば以降に、細菌検査法が格段に進化して、少ない菌数であっても検出できるようになり、歯周病菌について詳しく調べられるようになったことに一因があるそうです。21世紀には、歯周組織や歯を再生していくこともできるようになる可能性が大きく、未来は明るいですが、まずは足元の歯周病を克服していくことが大切だと教えていただきました。

歯周病は、2001年のギネスブックに『地球規模で蔓延している人類史上最大の感染症』として認定されたそうです。以下、講演の私なりの要約です。

歯周病罹患率とPg菌

日本の歯科疾患実態調査によれば、50歳半ば以降では50%以上の罹患率となっていて、他国ではカリエスと歯周病の罹患率は両方下がっているのに、日本では歯周病の罹患率については減っていない。

歯周病細菌を6つのグループに分類したもののうち、歯周病原性が高い *Porphyromonas gingivalis*（以下Pg菌）を含む3つの菌をred complexと呼ぶ。Pg菌は、歯周病菌の中でも最も歯周病原性が強いとされ、その歯肉縁下の菌数は歯周病の状態と相関があるとされる。

Pg菌の感染

Pg菌の感染について、2000年ころまでは、小学生の時に弱い歯周病原菌に感染し、中高生でもう少し病原性の強い菌に感染し、歯周病適齢期にred complexに分類される強い



歯周病原性をもつPg菌に感染するものと考えられていた。ところが21世紀になって、細菌検査法が進化によってred complexと呼ばれる細菌は10代の後半には口腔内に定着していることが分かった。

Pg菌の定着時期を調べてみると、12歳までの小児では0.7%、15歳までの小児では2.2%しか口腔内に見つからない。これは、菌が定着できるような歯周ポケットすなわち、生育の場がないためと考えられる。その後、20歳前後にはその人の口腔内の菌叢が決まる。

むし菌の感染経路はある程度分かっているが、歯周病菌の感染経路は、空気感染ではなく、唾液感染であるという以外よく分かっていない。細菌検査をしてみると家族からの感染は50%に満たない。

Pg菌と歯周病は発症

20歳前後に歯周病菌が住み着くが、20歳前後では歯周病の人は少ない。では、どうやって歯周病は発症するのか？

Pg菌が増殖するためには、栄養素として鉄分が必要である。ポケットからの出血があると、Pg菌は血液の中のヘモグロビンの鉄分を得て、数千～数十万倍に増殖する。

歯周病の発症は、まずは歯周病菌の感染があり、歯周組織との間に均衡が保たれている内は発症しない。だが、プラークの蓄積や歯周組織の抵抗性の低下などにより、バランスが崩れると、上皮バリアが壊れてポケット内

に潰瘍面が作られ、出血を起こし、歯周病菌に鉄分・栄養分が供給され、Pg菌の増殖が始まる。そうなることで、病原性の高いバイオフィルムに変化し、歯周病が発症する。

上皮細胞は潰瘍面の修復を図るが、Pg菌が細胞内に侵入して細胞遊走を阻害するので、細胞が動けなくなり、潰瘍面の修復ができなくなってしまふ。

よって、歯周治療の当面の目標はPg菌を減らすこと。減らすことができれば、歯周病は治っていく。

歯周病の進行度を示す BOP

では臨床的な歯周治療の指標は何か？ 歯周ポケットからの出血をなくすこと！ BOPをなくしていくことである。

歯周病の進行度を示す指標として、BOPを上回るものはない。BOPがマイナスになると、歯周病菌が飢餓状態（鉄欠乏）に陥る。するとプラーク細菌叢が健康状態に戻る。その結果、歯周組織も健康になる。ただし、細菌叢の変化を防ぐためにはメンテナンスが必要である。

また、歯周基本治療でプラークを減らせば、プラーク細菌叢が健康状態に戻り、歯周病も改善する。やはり歯周基本治療が大切である。

歯周外科やインプラントや歯周補綴も、プラークコントロールが良くならなければ、やらない方がいいと考えられる。プラークコントロールが悪いと、すぐに周囲組織の状態は悪くなってしまい予後はよくない。

免疫と組織破壊

歯周病は、日和見感染で免疫力が落ちたときに発症すると思われてきたが、免疫力が落ちて発症するののかというそれは違う。免疫と歯周病菌の戦いが歯周組織を舞台に繰り広げられ、困ったことに、この戦いに終わりはない。病原性の高いバイオフィルムに対して、自然免疫や獲得免疫でサイトカインを嵐のように繰り出すのが、その免疫作用が原因となって歯周組織が破壊されていく。免疫が衰えて歯周病になるのではなく、バイオフィルムの慢性刺激でコントロール不能となって、免疫が

暴走して組織破壊が起こるのである。

歯周病は、歯周病の活動期には、じわじわと骨吸収が進んでいる。サイトカインが出ていると、破骨細胞が活性化されて骨は吸収されていく。

骨芽細胞は、破骨細胞もコントロールしている。しかし、炎症が起きていると、そのコントロールのバランスが崩れて、破骨細胞の活動が骨芽細胞より活発になり骨吸収が起きる

プラークの量からプラークの質へ

すべての患者さんに同じ歯周病治療をしていないだろうか？

昔はプラークの量を問題にしていた。しかし今は、その中身が問題であることが分かってきた。

・有害な Pg 菌の種類

Pg菌にも種類があって、歯周病の人の90%からII型のPg菌が検出される。健康な歯ぐきからはI型が多く検出され、II型のPg菌は2%しか検出されなかった。つまりI型のPg菌であれば、深刻な歯周病を引き起こす可能性は低いですが、II型のPg菌ではその可能性が高い。

歯周病の発病に関する喫煙習慣のオッズ比は4.75であるが、II型のPg菌が存在すると44.44となる。つまりII型のPg菌がいることは、タバコを吸っていることに比べて、10倍近いリスクがある。歯周病の細菌検査を行っておくと、細菌型によるその人の歯周病リスクが分かる。ミロクメディカルラボラトリー、BMLといった会社に依頼すれば、Pg菌の型を判定してくれる。

なぜ、メンテナンスが必要なのか？

なぜ、メンテナンスが必要なのか？ それは、歯周病は完治しないから。

歯周ポケットの下のバイオフィルムによって守られている菌は、薬や抗体からも守られている。抗菌剤を投薬しての歯周病の治療効果はあるが、きちんと歯周治療が行われていることが前提で、すべての歯周病菌や特定の歯周病菌をやっつけることは不可能。一時的に菌を減らすことはできても、また増えてくるので、プラークコントロールとメンテナ



ンスが大切である。また耐性菌の問題もあるので、抗菌剤を使用するの歯周治療は慎重に行うべきである。

歯周病が完治しない理由の2番目は、歯周病菌が歯周ポケット内に存在しているだけでなく、組織内部さらに歯肉や頬粘膜の細胞の中に入り込んでいるためである。そうすると歯周病菌を、除去することは不可能。これは、この数年で分かった事実である。

病原性の低いPg菌や、歯周病になりにくい人はPg菌が歯肉細胞に入ってきてても免疫作用で分解してやっつけることができるが、病原性の高いPg菌や歯周病になりやすい人は侵入した菌を分解することができずに、細胞内に寄生され、また細胞から排出された菌は、他の歯肉細胞に感染を繰り返していく。

ただ、歯周病菌は侵入した細胞内でそれほど増殖することはない。増殖するのはバイオフィームの中の細菌叢なので、治療対象はバイオフィーム内の歯周病菌である。ちなみに、歯を抜いて無歯顎になればPg菌も歯周ポケットという生息の場がなくなるのでいなくなってしまう。

歯周治療において、肉芽組織は取り除くのが、細菌学的には正しい対応である。ただし、肉芽組織の除去には歯肉退縮の問題がある。

歯周病と生活習慣病のかかわり

歯周病と生活習慣病が密接に関係しているのは事実である。すべての歯に深さが5ミリの歯周ポケットがあるとすると、その潰瘍面の面積は合計72cm²。これは手のひらと同じくらいの大きさである。

Pg菌はこの潰瘍面から血流に乗って全身に回り、心疾患や動脈硬化、早産、低体重児出産、糖尿病といった疾患に影響を与えている。

治療の1つのゴールは口臭

生理的口臭と歯周病による口臭との違いは、生理的口臭は硫化水素（卵が腐った臭い）が1番の原因で、舌苔や歯垢に産生菌がいるのに対し、歯周病による口臭はメチルメルカプタン（野菜が腐った臭い）の濃度が高い。

この2年くらいで、口臭のVSC（揮発性硫黄化合物）が歯周病を悪化させることが分か

ってきた。そのうちメチルメルカプタンは毒物指定されているガスで、毒性は青酸ガスに匹敵し、歯肉細胞の増殖・成長を抑制する。またプロスタグランジンの産生を促進して、炎症を亢進させる。

メチルメルカプタンはポケット内面の治療を阻害しているのではないかと疑われており、歯周病菌の出す毒素よりも、歯周病を進める原因ではないかと考えられ、研究が進められている。

歯周病の1つのゴールとして、口臭の改善があるのではないかと考えられる。

以上の講演の内容は「ビジュアル 歯周病を科学する」(天野敦雄, 岡賢二, 村上伸也著, クインテッセンス出版)に詳しく載っています。臨床を進めていくうえで、歯周病の科学的病因論を知り、そのしくみを理解することが、とても大切だと改めて感じました。なぜBOPが大切なのかも理解することができました。

今まで、歯周組織検査中の出血を炎症状態の把握と捉えていましたが、出血そのものが、Pg菌を活性化させ炎症を増大する因子であることを知って、患者さんへ伝える情報が少し変わりました。

また、歯周病菌の感染は20歳くらいには起きているということを知り、発症はしてなくても、20歳を超えたら歯周病に対する注意を払っていくべきであることを確認し、20歳以上に行っている歯周組織検査の重要性も再認識しました。20代での歯周病を発症することは、細菌学的には不思議ではないことも分かりました。

「敵を知り己を知れば百戦危うからず」という言葉があります。敵を知ることは、歯周病治療という戦いに挑むうえで、強力な援軍になると思います。

私たちが学生時代に習ったペリオドントロジーの概念も、少しずつ変化しており、継続的な勉強が何よりも必要と感じました。

最後に、天野先生と、このような講演を聞く機会をいただいたことに感謝します。



2012 ORCA Brazil に参加して

杉山精一



ORCA 開催に先立って

今年の ORCA* は、日本の裏側ブラジルの大都市リオデジャネイロからバスで3時間の Cabo Frio をという海辺のリゾート地で開催されました。日本からブラジルへの直行便はなく、パリ経由で約30時間です。秋編集事務所の秋元麦踏さんと私の2名で参加しました。例年ですと日本からの発表者が5、6名いるのですが、今年は私たちだけでした。

今回は、昨年5つの歯科医師会に協力していただいて行った ICDAS を取り入れたカリエスマネジメントを一般臨床医に導入した場合、どのような問題があるかの調査結果の発表、さらに、ORCA には著名な研究者も参加しますので、インタビューも行いたいと考えての参加でした。

例年、ORCA 開催に先立って、特別なセミナーが開催されますが、今年は、

「Contemporary management of caries for general practitioners」というセミナーでした。

① Early Diagnosis について

Prof. Monique van der Veen (Acta, Netherlands)

② Minimal Restorative Approach

Prof. Hendrik Meyer-Lückel (Kiel, Germany)

①は、QLFの臨床応用についてで、QLFの原理につづいて、従来高価な専用機器でしか行えなかった QLF 検査を、一眼レフカメラと PC で実現した装置の紹介とデモが行われました。使い方は、簡単なのですが、100万円以上するようで、普及にはもう少し価格が安くなると難しいと感じました。

②は、隣接面カリエスに対して、う窩ができる前のう蝕病変にシーリングする Caries Infiltration (DMG 社 商品名 ICON) についてでした。とても興味深い治療方法だと思うのですが、日本では入手できないのが残念です。

なお、Prof. Meyer-Lückel らによる「Caries Management - Science and Clinical Practice」という本が、今年の秋に Thieme 社から出版されるそうです。

N. Pitts 先生へのインタビュー

昨年に続いて今年も N. Pitts 先生に時間を取っていただいて話をしました。

・ ICDAS の表記が「ICDAS II」から「ICDAS」となった。

ICDAS は当初、「ICDAS」でスタートし、その後コードの変更により「ICDAS II」にバージョンアップしていましたが、今後は変更しないと決定したので、バージョンアップの途中のイメージと取られるのを避けるために、今後は「ICDAS」と表記することになりました。

・ ICDAS の臨床導入状況について

UK では、導入に向けて準備をしているが臨床評価が必要で、その作業を進めているので、結果が出るまで数年かかりそう。メキシコ、コロンビアが歯科医師会と大学が連携して積極的に、導入に向けて動いている。インド、中国もそれに続いている。

・ 来年、ICDAS について臨床的な本の発行を予定している。

後日、5月にUSAの Temple 大学で、「う蝕マネジメントの道——臨床医と教育者のためのロードマップ」Caries Management Pathways - A Roadmap for Clinicians and Educators として、「21世紀のう蝕ケア」Appropriate Caries Care for the 21st Century! というワークショップが開催されたことを知りました。インターネットの内容等から、この結果を取りまとめて ICDAS の臨床導入の本ができるようです。

ポスター発表

ORCA のポスター発表は、ポスターの掲示とその前での質疑の後に、聴衆が集まる別室でスライド2枚を使用して2分



間のプレゼンテーションと4分間の質疑応答があります。英語の質問を聞き取り、英語で回答するのは、2回目とはいえ、今回も大変緊張し、3つの質問のうち、まともに回答ができたのは1つだけでした。他の2つの質問については、用語の定義を問われて、回答に窮しました。やはり研究計画の段階から英語による発表を念頭において取りかかる必要があることを再認識しました。不十分な回答で落ち込んでいましたが、発表後、Pitts先生から、GPがこの学会に参加して発表することには意義があると言われて、気を取り直すことができました。

B.Nyvad 先生へのインタビュー

秋元麦踏（秋編集事務所スタッフ）

遠いは近い

ORCAでは世界中から参加者が集まるため、顔を合わせれば「どちらからお越しですか？」と声をかけあうが、今回ばかりは“From Japan!”と少し声を張り上げずにはいられない。何といっても今年のORCAは日本からは地球の裏側、ブラジルでの開催である。ただ、ORCAが通常ヨーロッパで開催されることを考えれば、ヨーロッパからの参加者にとっても、カボ・フリオは決して近くはない。とはいえ、遠いことによるメリットもある。ORCAは元々非常にオープンで派閥のない学会だが、今回は昨年と比べても、大先生の周りのガードが薄く、新参者の私たちもこの分野の権威者たちとじっくり話をする機会に恵まれた。

前回のカウナス（リトアニア）では、小児歯科とカリオロジーの大家であるデンマークのChristiansen夫妻にアポイントなしでインタビューまでこぎ着ける幸運に恵まれたが（ニュースレター Vol.14 no.4）、今回は、同じデンマーク出身のNyvad女史に現地でアポイントを取り付け、お話を伺った。Nyvadシステム（Nyvad *et al.* 1999）で有名な女史は、前回大会のシンポジウムでもシンポジウムのコーディネーター役を務めており、“Dental Caries”の編集者で、う蝕診断の分野において最も大きな影響力をもつ一人である。今回は、事前に準備もせずインタビューしたら怒られそう（な人に見える）ということで、尻込みをしてみたが、今回はORCAの前哨戦にあたるセミナー（リオ）でたまたま隣り合わせになり話す機会があったので、勢い、その場でインタビューの約束まで取り付けてしまった。以下はそのインタビューの要旨である。

メンテナンス時間・コスト

こちらが肩肘張って待ち構えていると、「あら、『ちょっとお喋り』どころじゃないのね、これって日本のテレビで放送さ



れたりするのかしら」、気さくな人である。

しかし一度話が歯科に及ぶと、ちょっとしたことに間髪入れず疑問をぶつけてくる。杉山さんが医院紹介の中で日々の診療の流れにふれると、「問題が全くない患者でもメンテナンスに1時間もかけるの？ 長すぎないかしら？」振り返ればここにNyvadシステムをはじめとする診査法や研究に対する基本姿勢、すなわち臨床現場での応用に耐え、常に「早く、安く、効果的」であるかということを念頭に置く考え方が端的に表われている。

事実、唾液検査について、杉山さんが話し終わるか終わらないうちに「唾液検査は全患者に対して受けさせてるの？」と半ば懐疑の眼差し。「いえ、実際は、唾液検査を行う患者は少数で、実施する場合も患者教育（モチベーション）が目的です」杉山さんがそう答えると「患者の教育目的ならかまわないけど、唾液検査も臨床における有用性とコストパフォーマンスという点では疑問が残る、そもそもカリエスリスク〇〇%ってどういうことかしら、仮に、『あなたのカリエスリスクは35%』なんて私が聞いたら、『なんだ半分以下か』と安心してあぐらをかくかもしれない。それに、今までう蝕に悩まされたことのない患者に対して、あなたのリスクは〇〇%です、と言うことが何になるの、そこには確固たる根拠があるか、それにお金を払わせる価値があるのか。あくまで教育ツールのひとつとして捉えているなら構わないのだけどね」。なるほど、この言葉からも、過去にこの件について専門家どうして議論があったことがうかがえる。

さらに、話はリスクアセスメント全般に及ぶ「最も大きなファクターである患者のう蝕経験の他は、主に食習慣、バクテリア、フッ化物の使用の三つを考慮すればいい（効率的）、だからやるべきことはハッキリしているのよ。」

その一聞するに単純明快なリスクアセスメントさえ、だれにでも行うわけではない、「私なら上下顎の歯全てが健全な患者に対してリスクアセスメントは行わない、疾患のある患者に注力すべきね」と言う。

過剰診査は過剰介入（切削）の種

さらに、杉山歯科でX線撮影をほぼ全メンテナンス患者に行っていることに対しては自身の文献（Baelum V. *et al.* 2012）を持ち出し、「X線は危険因子よ」と指摘した。

「危険因子」と言うのは被曝量の話ではない、「より詳しく検査をすればオーバートリートメントのリスクが高くなるの。視診プラス検針による触診（visual-tactile）とX線を併用した場合、visual-tactileのみの検診と比べ多くの軽度のう蝕を見つげられるけれど、う窩でないう蝕をう窩と誤診するケースも増える。だから、結果として不可逆的（侵襲）処置を促すことになりかねない、その意味でX線診査は危険よ」。実は、この論文は予習済みで、杉山さんは待ってましたとばかりに「文献は拝読したのですが、う蝕診査、X線撮影は臨床医としては使いたいと思うケースはあるのですが、先生はう蝕診断にX線は使わないのでしょうか」と聞くと、「例えば2-3箇所活動性の病変（active lesion）があり、さらにvisual-tactileではわかりづらい部分、隣接面にも疑わしい箇所がある、という具合に、一定条件が揃ったら撮ってもいい（おそらく女史は殆ど撮らない）。だから、来院患者全員を対象にする必要はないと思うわ。もちろん、詳しく歯や歯周の状況を知ること自体は悪くないのだけど、その先の診断と処置にどう影響するかを考慮する必要があるでしょ」

フッ化物の使用

杉山さんは自身のポスター資料にも触れ、アンケートを行った対象者、すなわち予防に対して比較的意識の高い歯科医の間でさえ、約半数にはフッ化物の効果が正しく認識されていないことを説明し、フッ化物の使用に関するガイドラインが日本にはないということを伝えた。すると、「ガイドラインなんかどうでもいいわ、とにかく使えばいいの。コ克蘭レビューでも何でもフッ化物の効果はハッキリしているんだから」と一刀両断。さらに、「日本には、患者個人の口の中を診る開業医しかいないの？ 公衆衛生の観点を持っている研究者はいないの？」日本の公衆衛生学の研究者が今年のORCA



に一人も参加していないことを皮肉ったのだろう。

歯磨き粉については、「う蝕予防の観点で言えば、乳幼児以外の小児を含めた全年齢で900-1500ppmを使うべきで、使用量は患者の小指の爪の大きさ程度。簡単な話でしょう？」

「それにしてもなんで日本はフッ化物の導入が20年も遅れたの？」咄嗟に「おそらく、水道水へのフッ素添加の運動とそれに対する反対の議論の中で、フッ化物に対するアレルギーが歯科の中で出来てしまったのだらうと思う」と苦し紛れの回答をするものの、女史は今ひとつ腑に落ちない様子だった。

理想的診断方法を求めるのか診断の先を見据えるのか

（B. Nyvad 2004）

さて、いよいよ本題のNyvadシステムについてである、杉山さんのポスター資料を見ていただいた後、「さて、この研究はICDASを組み込んだ診療システムづくりにおいて予想される障害や問題点を探るのが目的だったのですが、先生はICDASとNyvadシステムの臨床の文脈における最大の違いはどこにあると考えていますか」

「う蝕について歯科医が考えるべきことは3つに要約できる。①う蝕病変部があるかないか、②う蝕病変部があればその活動性、さらに③う蝕病変部はう窩が形成されているか—つまり、ICDASのように、複雑な評価基準は必要ないし、う蝕病変部の深さばかり気にしすぎても仕方がない、重要なのは進行中か、コントロール可能かどうかだから。しかも、ICDASは『何をすべきか、すべきでないか』には触れない。もちろん、臨床での判断は常にディシジョンツリーに沿えばベストな結果が得られるとは言い切れない。でも、侵襲処置を施さなくても保存できる可能性のある歯は非侵襲処置で対応するという原則は明示すべきだと思う」

発言はさらに過激さを増し、「ICDASがこんなに広まったのは、単純に政治にすぎないと思う、この騒ぎが収まるのを待つわ、いずれわかるでしょう」

その後、杉山さんのパワーポイントを使って、う蝕コントロールの長期経過症例を見せると、「ICDASよりも私のシステムの方が優れていることをこれ以上どうやって説明すればいいかはわからないし、つまるどころ『見解の違い』かもしれないけど、あなたがやってることが間違っていないことはこの写真をみればすぐわかる。それにしてもよく撮れてるわね、このままDental Cariesの4章の後に入れたいくらい」ここに、記録を持つ臨床医の説得力、すなわちヘルスケア（歯科学会）の強みを再確認した。

う蝕による白濁の消失については、「う蝕病変部の脱灰が浅い場合、再石灰化と表面の研磨（摩耗）によりラフな歯の表面が整えられ、スムーズになるから、つまり、う蝕病変部が

深ければ再石灰化しても元には戻らないことが多い。正確にう蝕病変部の深さを測ることはできないから、白濁が消えるかどうかの予知は難しい。(症例を見ながら)そういうことを気にする患者がいるのはわかるけど、いずれにしても、私なら、再石灰化していれば、白濁自体は別に悪いものじゃないから何もする必要がないことを伝えて患者を説得するわね」

インタビューを通して効率性や過剰介入を防ぐことを強く意識していることがうかがえたが、診査・診断・治療のこの部分は時間的にも経済的にも、『もっと圧縮できる』、『本当に必要か』というような指摘が多かった。臨床の実態は制度や患者の意識やセルフケアに大きく依存する。日本では、例えば、患者が一度実家を出て久しぶりに帰ってきたと思ったら、詰め物が入っているというような話は珍しくない。しかし、経済的に豊かで社会保障も整備されていながらも成人の歯科治療が基本的には自己負担のデンマークなどでは、「自分の歯は自分でケアする」ことは大人にとっては当たり前のこととして浸透している。このような意味で、臨床における方法や選択肢は社会・文化・制度依存性であるし、一朝一夕で劇的に変わるものではない。さらに、歯科医の圧倒的多数が開業医(あるいは勤務医)である日本と公的機関で治療を受けられるデンマークでは歯科医に求められる役割や可能な仕事は異なるだろう。デンマークや北欧のやり方ひとつを取り上げ、礼賛し追随すれば全てがうまくいくという話ではない。

ただ、フッ化物のう蝕予防効果に地域依存性はなく、論文などによる裏付けが十分にされている以上、認知度の低さを「遅れ」と捉えられても反論の余地はない。女史曰く「う蝕予防、治療は科学的には大方ケリがついている、少なくとも歯の寿命を引き伸ばすために(結局は死ぬまでにう蝕が歯髄に到達しなければいい、あるいは痛みがでなければいいのだから)今とれる最善策は明かだ、あとはそれをやるかやらないかということに過ぎない」。もちろん、審美的なことを気にする患者がいて、一般開業医がそれを無視することはできないことを女史も重々理解しているが、それと歯科医療のコアの部分は別と考えているのだろう。

女史がICDAS(グループ)に徹底抗戦する姿勢には、う蝕予防、診断、治療の先駆者としてのデンマーク人のプライドが垣間見える。とはいえ、後発のICDASグループも当然、女史の主張、特にう蝕活動性の評価は重要視しており、大筋で食い違いがあるわけではない。ただ、女史は診査と評価の先こそが大切であることを強調していた。いずれにしても、ORCAという決して大きくも豊かでもない集まりにおいても、参加者はPeerとしての緊張関係を保ちつつ、排他的にならず議論を重ね続ける姿勢を持っている。

ICDASかNyvadシステムかという問いに対しては、歯科医でない私に投票権はないが、Nyvad女史の臨床現場を重んじ、歯科医療のコアな部分に実直に臨み続ける姿勢に一票を投じる。

B. Nyvad *et al.* "Reliability of a new caries diagnostic system differentiating between active and inactive caries lesions" *Caries Research* 1999; 33(4): 252-60.

B. Nyvad *et al.* "Diagnosis versus Detection of Caries" *Caries Research* 2004; 38: 192-198.

Baelum V. *et al.* "Implications of caries diagnostic strategies for clinical management decisions" *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2012; 40: 257-266.

来年に向けて

2013年のORCAはUKのLiverpoolで開催されます。今年は、遠方の地ということで、参加者も少なめでしたが、来年はEU内であり、多くの方の参加が期待できそうです。私は、3年前に初参加しましたが、毎年5日間の診療日のうち2日間を臨時休診、3日間を勤務医(常勤が1名いますので)として、前後に2日間(日曜と月曜が休診日)をつなげて9日間の休みを作り学会参加にあてています。開業医にとって容易ではありませんが、参加するための勉強と参加して知ることも多く、もう少し続けたいと考えています。ORCA以外にもEURO PERIO(3年に1回開催)やEAPD(ヨーロッパ小児歯科学会)など臨床医が参加しても楽しそうな学会があります。何か目的をもって、思い切って参加すると必ず新しいことが見えると思いますので、ぜひチャレンジしてみてください。



ORCAとは

ORCA(オルカ)は、European Organisation for Caries Research、名称はヨーロッパですが、世界中のう蝕にかかわる研究者が集まる国際学会です。1953年にオーストリア、ドイツ、スイスの研究者らによって設立され、1967年に「Caries Research」というジャーナルを発刊して、う蝕研究者のもっとも権威ある学会になっています。反省を含めて言えば、わが国の臨床医は、海外の情報をわずかな紹介者を通じて輸入することを続けてきました。国際的なようなトレンドで、どのような議論が展開されているのか、自ら議論の渦のなかに飛び込んでみるのが一番です。

2011年度 東京ヘルスケアグループ スタッフミーティング 報告 6

河野歯科医院のメンテナンス率

伊藤（大島）知佳（歯科衛生士・河野歯科医院）

□ 河野歯科医院の紹介

河野歯科医院は、東京都小平市にあります。最寄駅は一橋学園駅でJR 国分寺駅から西武多摩湖線に乗って一駅です。一橋学園駅からは、徒歩1分で8階建マンションの一階のテナントで診療しています。

小平市の人口は18万人。歯科医院は約90軒あります。

□ 河野歯科医院の概略

開業29年目で、現在のスタッフは院長を含めて8名です。歯科医師1名、受付1名、歯科技工士1名、歯科衛生士5名です。

ユニットは7台、カルテナンバーは、現在（2011年6月時点）13,700番代です。2010年のデータでは1日平均来院患者数は38名。1か月の平均患者数は385名でした。

スタッフの経験年数は院長が31年、受付が10年、歯科技工士は27年、歯科衛生士は5人で、経験年数が長い者から21年、18年が2名、11年、7年です。

河野歯科医院での経験年数と勤続年数はほぼ一緒です。このように勤続年数が長いスタッフが多いことが特徴です。

□ 保険の割合

社保本人	23%
社保家族	32%
国保	32%
後期高齢者	13%

□ メンテナンスの種類

対象	名称	自費 or 保険	
幼児～高校生	予防検診	自費	30分
		4,200円	
成人	デンタルドック	自費	60分
	メンテ	自費	30分
		4,200円	

メンテナンスはすべて自費で行っています。

説明としては、「病気の治療に対しては保険での治療になりますが、治療が終わった後の健康維持のための処置は、保険適用外なので自費になります」とお話ししています。

メンテナンスの種類は、高校生以下は予防健診、成人はデンタルドックとメンテがあります。

予防検診の間隔はだいたい3ヶ月。その子のリスクや要望などに応じ決めています。

内容としては主にPMTCを行っています。時間は30分。

デンタルドックは半年から1年間隔で主に歯周組織検査とPMTCを行っています。時間は1時間。

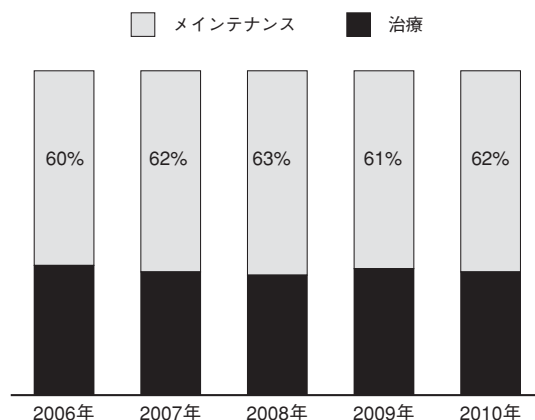
メンテは4mm以上のポケットが多数残っている方に対して、リスク部位の処置を行っています。1ヶ月から3ヶ月間隔で時間は30分です。

メンテナンス患者の割合①

1ヶ月平均メンテナンス患者の割合

1ヶ月のメンテナンス患者数

1ヶ月の総来院患者



	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年
治療	273名	261名	276名	256名	239名
メンテナンス	182名	160名	163名	164名	146名
総来院数	455名	421名	439名	420名	385名

各年比べてみても、治療が約60%で、メンテナンスが約40%で割合の大きな変化はないようです。

メンテナンス患者の割合②

2001年から2003年の3年間の初診患者が941名いました。そのうち、2006年8月から2009年7月の3年間に1度でもメンテナンスに来院した患者総数は268名（28.5%）になりました。

短い方だと2003年初診で、3年後の2006年にメインテナン

スに来院。

長い方だと 2001 年初診で、8 年後の 2009 年までの間に 1 回でもメンテナンスに来院した、という患者の割合なので、漠然とした数字になっていますが、このような数字になっています。

メンテナンス患者の割合 ③

初診	人数	2 年後	4 年後	6 年後	8 年後	10 年後
2000 年	341 人	22%	21%	18%	15%	14%
2001 年	313 人	23%	18%	15%	14%	
2002 年	312 人	29%	24%	18%	16%	
2003 年	319 人	27%	20%	21%		
2004 年	291 人	23%	20%	15%		
2005 年	300 人	22%	21%			
2006 年	284 人	21%	18%			

各年ごとの初診患者の人数と、2 年ごとにその初診患者たちがどれくらいメンテナンスに通っているかの割合です。

4 年、6 年と時間がたつと、徐々に減ってきています。

しかし、6 年後以降はほぼ 20% は切りますが、その後はあまり減少していないように思います。



Column 知っておきたい Perio の基礎 (10)

藤本 淳 (盛岡市開業)

みなさんこんにちは。東北にも短い夏がやってきました。各地で夏祭りが開かれています。震災の復興も進み、さらに盛大に行われています。新しい祭りも開催され、たくさんの観光客が訪れています。みなさんが復興の地を訪れていただくことも支援のひとつです。ぜひ東北へおでんせ (盛岡弁で「いらっしゃい」)。

6 回目のコラムでは LPS についてお話しし、プラークコントロールが重要であることお話ししました。

今回は、歯周病の再発に対するプラークコントロールの重要性をお話ししていきます。

Nyman らの研究では、歯周病が進行した患者に歯周外科を行い、その後 2 週間ごとに口腔衛生指導と専門家による歯面清掃を行う実験群と、行わない対照群を経過観察しました。1 年後、2 年後の診査では、実験群ではアタッチメントレベルに変化が見られませんでした。しかし対照群では、1 年に 1mm のアタッチメントロスが見られました。

Suomi らの研究では、歯周病患者に対し、歯科治療後、実

験群では年に 3 ~ 4 回の口腔衛生指導とスケーリングを行い、対照群では行いませんでした。3 年間で、実験群のアタッチメントロスは 0.08mm に対し、対照群では 1 年に 0.1mm のアタッチメントロスがみられました。

これら Nyman と Sumoi の二つの研究結果から考えると、術後のメンテナンスやセルフケアがよくないのに歯周外科を行ってしまうと、何もしない場合に比べ 10 倍もアタッチメントロスが起こってしまいます。これは歯周外科をしたことでアタッチメントロスを早めたという結果になってしまい、プラークコントロールの重要性を示しています。また同時にプラークコントロールができない状態で歯周外科を行ってはいけないことも示しています。

それでは次にプラークコントロールレコード (PCR) は何 % にしたら良いのでしょうか？

Axelsson と Lindhe の研究結果から、30 年間プラークコントロールのレベルを平均 20% に維持した場合、その患者の歯の喪失率は、1 人あたり 0.4 ~ 1.8 本という結果が出ています。したがって歯周基本治療後には PCR20% 以下に維持し、適切なメンテナンスを受けることは、歯の維持に効果的だと思います。

プラークコントロールが大切なことは、みなさんご存知と思いますが、歯周病の再発を防ぐために大きな役割を果たすことを改めて強調しておきたいと思います。



平成 24 年度 一般社団法人日本ヘルスケア歯科学会社員総会 報告



とき：2012年7月22日 10:00～11:40

会場：東京八重洲ホール

司会：田中正大 書記：高木景子

代表挨拶：杉山精一 議長選出：槍崎慶二

代議員総数 66, 出席 34 人, 委任状 28

議事録署名人の選出：林浩司, 浜端町子

2号議案の質疑

(雨宮) 委員会とその主なメンバーをニュースレター等で告知するようにしてほしい。

また、DH コースの合格者と認定衛生士の数についても広報してほしい。

→検討する

3号議案 コアメンバーおよび監事選出規定

4号議案 代議員選挙規定

誤表記等についての修正

6号議案 学会活動のための規則の新設

研究倫理審査委員会 弁護士他数名に依頼

(秋元) 法律で決まっているからつくるのではなく、患者利益を目指す学会として被験者保護を明確にするために設置すべき

(国井) 大学でなくても研究倫理審査委員会を設置して研究計画を審査しているところはあるのか。

→日本歯周病学会、日本顎咬合学会などあり

(国井) 認定分科会に承認されていないのに、対外的に認められるのか

→国や他の学会から認定される性格のものではない。自律に関すること。

7号議案 研究会諸規則を一部変更し、学会諸規則とする件

(雨宮) 「ヘルス」は自分で申請して管理するのか？

→事務局で把握しているので問い合わせいただきたい

(中川) 認証細則の変更はいつからか

→来年度から

(大井) 認証申請時、メンテナンス率が何パーセント以上などの基準は設定されているのか

→従来どおり 30 パーセント。初診患者の 3 年後に関しては算出できるだけのデータが蓄積されていればよいと考える

(上田) 認証の基準が増えると認証のプレゼンに時間がかかると思われるが、発表時間を増やすことは考えているか

→発表項目が増えるわけではないので発表時間を増やす予定はない

(丸山) 認証申請用紙案の〈7. レントゲン撮影状況〉で歯周検査時とは？

→これは一例をあげたもの

フルマウスエックス線写真は必須か？

→歯周病の診断には必要と思われる

(田村) 認定衛生士は更新制度があるが、認証診療所の更新はないのか

→毎年「調査1」のデータを提出することが更新の要件。ただし、学会のホームページの認証診療所表記が削除されるわけではなく、更新履歴が表示されない。

以上、各議案につき、挙手多数により承認された。

議案と議決

次第

代表あいさつ (杉山精一)

議長の選任・議事録署名人の選出

第1号議案 学会初年度(2011年度)決算報告

第2号議案 2012年度事業計画および予算について

第3号議案 コアメンバー(定款上の理事)および監事選出規定

第4号議案 代議員(定款上の社員、通称オピニオンメンバー)選挙規定

第5号議案 定款の事業の追加

第6号議案 学会活動のための規則の新設

1) 会誌編集委員会および査読制度に関する規定

2) 研究倫理審査委員会に関する規定

第7号議案 研究会諸規則を一部変更し、学会諸規則とする件

1) 「健康を守り育てる歯科診療所」の認証に関する細則

2) 講演会等講師謝礼規定

3) ヘルスケア歯科研究会内互助通貨(ヘルス)実施規定

第8号議案 報告

ORCA2012の参加報告など

第1号議案 学会初年度(2011年度)決算報告

初年度は4～12月であるが、研究会の2011年度1～3月を取支にわたって繰り入れているので、通年の決算規模になっている。定款には以下のように定められており、今回の決算総会の遅滞は著しい。来期から、2月内に決算総会(オピニオンメンバー会議)が開催できるような事業計画とする。

〈定款〉

(招集)

第16条 当法人の定時社員総会は、毎事業年度末日の翌日から2か月以内に招集し、臨時社員総会は、必要に応じて招集する。社員総会は、社員によって構成する。

- ③ 社員総会を招集するには、会日より2週間前までに、社員に対して書面で招集通知を発するものとする。

第2号議案 2012年度事業計画および予算について

すでに終了したものを含め以下のとおりの事業を計画しています。

コアメンバー会議(毎月1回)

ホームページの全面リニューアル(更新性、アクセスのしやすさ改善)

NEWSLETTER 年6回(2, 4, 6以上既刊, 8, 10, 12月)の刊行

ハイジタイムズ 年6回(2, 4, 6以上既刊, 8, 10, 12月)の刊行

会誌の刊行(9月の予定)

ワンデーセミナー大阪の開催(6.3)

歯科衛生士育成基礎コース(7.15-16終了, 9.16-17, 11.23-24)

検定コースの開催(予定11.3-4)

認証ミーティングおよび特別講演会の開催(7.22)

ヘルスケアミーティング2012(10.21-22)の開催

東京ワンデーコースの開催(12.2)

研究事業として

喫煙歯肉着色研究(福岡歯科大学の埴岡教授などと連携)

MIH疫学調査(八千代市, 東京歯科大学の新谷教授と連携)

ICDAS

国際学会への演題発表(ORCA2012, Brazil Cabo Frio)

なお、論文数が不足しているため、認定分科会の申請は来年に繰り延べます。

また、2013年2月には決算オピニオンメンバー会議を開催しますが、同日、う蝕研究会(渡部, 高橋, 飯島教授らのつくる研究会)とジョイントシンポジウム「あたらしいう蝕病像とう蝕治療」を開催する計画を進めています。

第3号議案 コアメンバー(定款上の理事)および監事選出規定

研究会のコアメンバー規定を改定し、学会の会務の執行にあたり社員(代議員=通称オピニオンメンバー)の総意にもとづく執行体制を確立するとともに、執行体制の継続性を維持することを目的に、以下のコアメンバー(定款上の

理事)および監事選出規程を設ける。この規程に基づき、秋のヘルスケアミーティング併催のオピニオンメンバー会議において次期理事を選出すべきところであるが、日程上困難であれば、年度内に郵送式の選出を行う。

【コアメンバーおよび監事選出規定案】

1. 理事会は、理事(および監事)の任期中の最終社員総会前の然るべき時期に、代議員(社員=オピニオンメンバー)に対し、新任理事(および監事)候補の自薦他薦を呼びかけなければならない。
2. 理事(および監事)となる意志のある代議員または然るべき代議員を理事(および監事)に推薦する代議員は、理事会が告知する期間内に、理事(および監事)候補者名を理事会に伝えることができる。理事(および監事)の被選出権は、定款第23条に定める要件を備えた代議員がこれを有する。
3. 理事会は、任期満了前の社員総会に、代議員の自薦他薦を受けた理事(および監事)候補者名簿を、代議員に対して提示し、予め理事定数を示した上で、代議員による選出に委ねなければならない。選出は定款第24条により、過半数の代議員が出席する総会において理事を除く出席社員の過半数の賛成をもって選任される。
4. 理事(および監事)の選任は、候補者名簿を用いた代議員の投票による。次期理事の選出は、現在の理事の任期内の代議員会において行われることが望ましいが、事情により郵送式(二重封筒による内封筒無記名郵送式)または匿名性を担保した電子的通信方式を用いることができる。なお、やむを得ない事情がある場合には、任期満了から2か月以内の代議員会にて投票により決する。

〈定款〉

(理事および監事の資格)

第23条 当法人の理事は、下記条件を満たしている当法人の社員の中から選任する。

- 1) 当法人の理念を十分に理解している。
 - 2) 当法人の運営に積極的に参加し、その事業に協力している。
 - 3) 診療所の責任者の歯科医師の場合には、その責任を有する医療機関が、「健康を守り育てる歯科診療所」として認証を受けている者
- ② 当法人の監事は、当法人の社員の中から選任する。

(理事および監事の選任の方法)

第24条 当法人の理事および監事の選任は、社員総会において総社員の議決権の過半数を有する社員が出席し、出席した当該社員の議決権の過半数をもって行う。

(理事および監事の任期)

第26条 理事および監事の任期は、選任後2年以内に終了する事業年度のうち最終のものに関する定時社員総会の終結の時までとする。ただし、再任を妨げない。

- ② 任期満了前に退任した理事または監事の補欠として選任された者の任期は、前任者の任期の残存期間と

同一とする。

- ③ 増員により選任された理事の任期は、他の在任理事の任期の残存期間と同一とする。

第4号議案 代議員（定款上の社員、通称オピニオンメンバー） 選挙規定

本会は、学会会員が代議員を選出し、選出された代議員が社員として学会の理事、予算決算、諸規則を決定する。この代議員の選挙規程は理事会において定めることになっている（定款第8条）が、代議員の周知を図るため、そのあらましを示し、了承を得たい。以下の案は、研究会会則第14条（オピニオンメンバーの選出）に準じている。

【代議員選挙規定案】

1. 理事会は、代議員（社員＝オピニオンメンバー）の任期中の最終社員総会前の然るべき時期に、選挙管理委員会を組織し、代議員選挙を管理する。
2. 代議員選挙管理委員会は、代議員（社員＝オピニオンメンバー）の任期中の最終社員総会前の然るべき時期に、NEWSLETTER、ホームページを通じて、代議員候補の追加推薦および現職代議員の再任の意志確認を得る期間を告知しなければならない。その期間は告知日から終了日まで2週間以上とする。
3. 選挙管理委員会は、追加推薦および再任の意志確認を得る告知期間を経て代議員候補者名簿を作成し、会員に対し郵送方式により、その否認の意思表示を問う信任投票により、代議員を選出する。会員の1割以上から不信任の意思表示を受けた候補者は信任されない。会員が否認の意思表示をしない場合は、同意したものとみなされる。
4. 理事を除く会員で、次項の条件を満たす者は、代議員候補となる資格を有し、本人の同意と他一人以上の会員の推薦または自薦をもって候補者名簿に登録されることを得る。
5. 代議員の候補者は、会の設立理念を十分理解している正会員で、ヘルスケアミーティング、基礎コース（ワンデーコース）にそれぞれ1回以上の参加経験または歯科衛生士育成コースの履修経験をもつことを条件とする。
6. 自薦候補は、選挙管理委員会が示す期間内に代議員（オピニオンメンバー）の志望理由を400字程度にまとめて選挙管理委員会へ提出する。他の会員を推薦する場合は、本人の同意を得た上、会員2名以上の推薦をもって選挙管理委員会へ提出する。
7. 自薦、他薦の候補が多数にのぼる場合、選挙管理委員会は、地域的偏り、職种的偏りをなくすことを念頭に候補者を調整するが、明確な理由なく掲載を拒否することはできない。
8. 次期代議員の選出は、代議員の任期中に行われることが望ましいが、やむを得ない事情がある場合には、任期満了から2ヵ月以内に実施することができる。この場合、任期満了後の理事（および監事）は定款第9条により職務を行う。

〈定款〉

（代議員の選出）

- 第8条 代議員（「社員」以下同じ。）の選出は、選挙管理委員会が管理し、代議員選挙規定による。
- ② 前項の選挙においては、会員は、等しく選挙権および被選挙権を有し、理事および理事会は、代議員を選出する権限を有しない。代議員の選挙を行うために必要な細則は理事会において定める。
 - ③ 当法人の設立理念を十分理解している正会員で、当法人の行事に積極的に参加するものは、自薦他薦をもって代議員の候補となることことができる。

（代議員の任期）

- 第9条 代議員の任期は、選任後2年以内に終了する事業年度のうち最終のものに関する定時社員総会の終結の時までとする。ただし、任期満了後においても後任者が選出されるまではその職務を行わなければならない。
- ② 代議員が社員総会決議取消しの訴え（法人法第266条第1項）、解散の訴え（法人法第268条）、責任追及の訴え（法人法第278条）および役員解任の訴え（法人法第284条）を提起している場合（法人法第278条第1項に規定する訴えの提起の請求をしている場合を含む。）には、前項本文の規定にかかわらず、当該訴訟が終結するまでの間、当該代議員はなお法人法上の社員たる地位を有するものとする。ただし、当該代議員は、役員選任および解任ならびに定款変更についての議決権は有しないものとする。
 - ③ 任期満了前に退任した代議員の補欠として選出された者の任期は、前任者の任期の残存期間と同一とする。
 - ④ 増員により選出された代議員の任期は、他の代議員の任期の残存期間と同一とする。

第5号議案 定款の事業の追加

本会の事業として、新たに研究倫理審査委員会の設置を定める。

定款第2条②項の第5号として、以下の1項目を追加する（6以降の番号は順次繰り延べる）

- 5) 外部委員を含む研究倫理審査委員会を設置し、被験者（患者）保護に重きを置く。

（目的）

第2条 当法人は、人々がその生涯にわたって健康な歯列を維持し、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失うことなく、それぞれの生活の質を高めることを支援することを目的とする。

- ② 当法人は、前項の目的を達成するため次の事業を行う。
- 5) 外部委員を含む研究倫理審査委員会を設置し、被験者（患者）保護に重きを置く。

第6号議案 学会活動のための規則の新設

- 1) 会誌編集委員会および査読制度に関する規定

1. 会誌の投稿の規定、投稿原稿の採否、寄稿の依頼は、会誌編集委員会の権限において、これを行う。
2. 会誌編集委員は、コアメンバー会議（理事会）によって会員の中から選任され、会誌編集委員は、その責任者（会誌編集委員長および同副委員長）を互選により決定する。
3. 会誌編集委員長は、投稿原稿のテーマに応じて分野ごとの適切な特別学術会員を選任し、査読委員を委嘱する。会誌編集委員会は、原稿を匿名化し、論文の形式に整え、平易・明瞭に修正した後、査読委員に査読を依頼する。
4. 特別学術会員は、査読にあたって、謝礼を受け取ることができる。

2) 研究倫理審査委員会に関する規定

本学会は、地域保健・医療に根差した臨床歯科医と関連医療者が集う学会であり、地域住民が疾病を未然に防ぎ、生活の質を維持向上させることを医療の目的としています。そこで日常診療において日々蓄積される臨床データや臨床経験を公共の用に役立てることを大切にしています。そこで、被験者すなわち患者保護の厳しい規範を自らに課すために、学会として研究倫理審査委員会を設置します。

1. 研究倫理審査委員会は、生命・倫理に詳しい有識者と外部の研究者など2名以上の外部委員と本学会の役員によって構成する。
2. 研究倫理審査委員会は、互選により委員長1名、副委員長1名を選任する。
3. 本学会は、公表を目的とするあらゆる研究について、事前に研究計画を研究倫理審査委員会において審査することを求める。
4. 本学会は、蓄積された臨床データを活用するような研究についても、研究計画を立案した時点で速やかに研究倫理審査を受けることを求める。
5. 研究倫理審査委員会は、必要に応じて電子的画像音声ネットワークを用いて審査委員会の協議を行うことを得る。

第7号議案 研究会諸規則を一部変更し、学会諸規則とする件
アンダーライン部分を<>内の如く訂正する。

1) 「健康を守り育てる歯科診療所」の認証に関する細則
本会は、会則（22～23条）にもとづき<削除>以下の条件を満たす診療施設を「健康を守り育てる歯科診療所」として認証する。

別に掲げる診療所ステップアップガイドを参考に、次の4<5>つのカテゴリーにおける目標を一定程度達成したときに認証申請をすることができる。

- A. チーム医療の確立を進める
- B. 診断情報を分かりやすく患者に提供する
- C. 患者固有のリスクについて患者の気づきと行動変容を促す
< C. カリエスリスクの気づきと行動変容 >
- < D. 歯周病の予防と治療の基本 >
- D. < E > メンテナンスシステムを確立する

申請書類に記載する項目について以下のように整理します。

- A. 申請書に記載してほしい内容
 1. 申請年月日
 2. 申請者
- B. 診療所データ
 1. 医療法人名（ふりがな）
 2. 診療所名（ふりがな）
 3. 診療所郵便番号
 4. 診療所住所
 5. 診療所電話番号
 6. 開設年月日
- C. 医療機関責任者データ
 1. 医療機関の責任者名および会員番号
 2. メールアドレス
 3. 卒業大学
 4. 卒業年度
 5. 臨床歴（合計、大学等医局員として 年、勤務医として 年、開設責任者として 年）
 6. 学会活動
 7. 学校歯科医歴
 8. 地域医療活動歴
- D. 現在の診療所状況データ
 1. ユニット数（内訳、ドクター用、DH用、その他）
 2. データ集計用ソフト名（使用年月）
 3. 歯科医師数（院長を含む）（常勤、パートの方それぞれ的人数）
 4. 歯科衛生士数（常勤、パートの方それぞれ的人数）
 5. 歯科技工士数（常勤、パートの方それぞれ的人数）
 6. 受付スタッフ数（常勤、パートの方それぞれ的人数）
 7. 歯科助手（常勤、パートの方それぞれ的人数）
 8. 上記以外のサポートスタッフ数（常勤、パートの方それぞれ的人数）

※現況を記載して頂き、過去からの経歴は不要

E. 患者データの確認

1. 開業以来の総カルテ枚数（破棄しているカルテを含む）
2. メンテナンス率

① 年間メンテナンス来院者比率。

$$= \frac{\text{メンテナンス行為を行なった人数}}{\text{レセプト枚数（+自費のみでの来院者数）}}$$

これを毎月計算し、12カ月の平均値。

② 3年後メンテナンス移行比率（2013年申請の場合）

$$= \frac{\text{メンテナンス行為を行なっている人数}}{\text{（2012年1月～12月）}} \\ = \frac{\text{3年前の一年間の純初診患者数}}{\text{（2009年1月～12月）}}$$

分母は、純初診患者で、いかなる理由でもすべて含みます。分子は、その純初診患者のうち、メンテナンス行為を行なった人数（一度でも）。

*1 転居・死亡などいかなる理由があっても分母には全ての純初診患者を含めます。

*2 分子は、この一年にメンテナンス目的で来院していても、メンテナンス行為をしていなければカウントしません。また、二年空いたとしても、この期間内に一度でもメンテナンス行為をしていればカウントします。補綴処置

が終わっていない場合だとしても、メンテナンス行為をしていれば含まれます。

二年に一度のメンテナンス期間を設定していたために、この期間にメンテナンス行為をしていない場合は、含まれません。あくまでも、この期間に「メンテナンス行為」をしていた人数です。

3. メンテナンスの内容について

例：乳歯列・混合歯列は染め出し研磨，TBI

4. メンテナンスへの移行基準（基準を設けていない場合は「なし」と記載）

5. 規格性のある口腔内写真の撮影状況について

例：乳歯：3枚，混合歯列：3枚＋6番の萌出本数分，永久歯：13枚

6. 歯周精密検査の有無と内容

例：16歳以上に実地：ポケット，BOP，PCR（6点法），リセッション，動揺度，分岐部，角化歯肉量

7. レントゲンの撮影状況

例：初診時パントモ，歯周検査時フルマウスエックス線写真

8. 疾病リスク評価の基本的な考え方 従前通り

ステップアップガイド詳細（■ 認証条件）

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	ヘルスケア学会の催しにスタッフと共に参加する
3. ミーティング	スタッフとの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

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	ドクターの診療の合間ではなく，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

2) 講演会等講師謝礼規定

これは、会則第 19 条に示す「別に定める講演会等講師謝礼規定」である。＜削除＞

1. 学術講演会・シンポジウム

○会員*

謝礼：30 分につき 2 万円で換算，交通費：実費支給，講演会参加費：免除，宿泊費：支給（事務局で予約）

* 会員および準会員・会員事業所勤務の者を含む。ただし役員の場合，特典返上の申し出があればこの限りではない。

○非会員*

謝礼：120,000 円／1 日（拘束 8 時間 ** 以上），80,000 円／半日（拘束 4 時間以上），交通費：実費支給（事務局で予約）

* 会員以外の科学顧問は非会員とみなす

** 講演時間ではなく拘束時間

○公務員（非会員）

謝礼：国家公務員倫理法規定等を考慮し別途設定*，交通費：実費支給，宿泊費：支給（事務局で予約）

* 公務員倫理法では謝礼 1 時間 20,000 円以内。また，土日以外の講演については大学へ書類提出前に講演者に公休をとってもらおうよう打ち合わせる要あり。

2. ワンデーコースなど各種コース

参加登録収入の 60% で謝礼，交通費をまかなうこととするため，30 分につき 3 万円で換算し謝礼を計算する。

宿泊費：支給（事務局で予約）

歯科衛生士等スタッフ講師は一人あたり 30 分につき 2 万円で換算し，補助および診療所のバックアップを考慮し，事業所責任者（医療法人，診療所その他）に対し 2 万円を加え支払う。

交通費：実費支給（所属歯科医院同伴者も含む）／宿泊費：支給（事務局で予約）

○司会・進行役（通常運営委員）：30,000 円

交通費：実費支給／宿泊費：支給（事務局で予約）

3) ヘルスケア歯科研究会＜学会＞内互助通貨（ヘルス）実施規定

本会は研究会設立当初から役員は交通費・宿泊費まですべて個人負担のボランティアにより運営してきました。しかし事業内容の多様化に伴い、「講師謝礼規定」を設け、さらに＜削除＞謝礼の対象にならない活動について研究会

＜学会＞の内部だけで流通する通貨を設けることにしました。無償を強調することで、かえって陰の部分が発生することを懸念した方策です。＜削除＞

【受取ヘルスの目安】

ニュースレター原稿		
学術原稿 1 編につき		2 ヘルス
その他原稿 1 編につき		1 ヘルス
会誌原稿		
学術原稿 1 編につき		3 ヘルス
その他原稿 1 編につき		1 ヘルス
基礎コース・実践コース講演など（謝礼と別途）		
30 分につき		1 ヘルス
（スタッフの労役については勤務診療所の正会員が受ける）		
司会		1 ヘルス
実践コース・プレゼンテーション		1 ヘルス
シンポジウム前夜祭		
1 診療所単位の協力（謝礼なしの場合）		3 ヘルス
シンポジウム前夜祭講師		
歯科医師講師（謝礼なしの場合）		2 ヘルス
学術講演会・シンポジウム		
学術講演 30 分につき		1 ヘルス
司会		1 ヘルス
スライド係・照明録音係・その他		1 ヘルス
学術研究		
翻訳・文献レビューなど（1 論文和訳 2 ヘルスを目安に労力に応じて算定）		
企画商品などの製作サポート	労力に応じて算定	
オピニオンメンバー会議出席・コアメンバー会議等出席		
各々 1 回につき		1 ヘルス
事業推進委員会		
事業推進委員会 1 回選任につき		3 ヘルス
【ヘルスの使い道の目安】		
ワンデーコース・実践コースの参加		
スタッフの受講 1 コースにつき	1 人	10 ヘルス
学術講演会・シンポジウムへのスタッフ（準会員）の参加		
スタッフの受講 1 コースにつき	1 人	10 ヘルス
各種コース（データ管理コースなど）		
正会員・スタッフの受講 1 日につき	1 人	10 ヘルス

○ワンデーセミナー東京

誰もがここがスタートだった！ スタッフと聞きに行こう！ 東京ワンデーセミナー
2012 年 12 月 2 日（日）10:00～16:30
場所：日本歯科大学九段ホール
参加費：
会員歯科医師 10,000 円，他 4,000 円
非会員歯科医師 12,000 円，他 4,000 円
プログラム（予定）：
「ヘルスケアの目指すところ，理解してお

いて欲しいところ」藤木省三
「認証，受けてみます！」林 浩司
「えっ，私たちが講師ですか？」
木村理香，佐久間喜美
「やってよかった，ヘルスケア診療」
雨宮博志，多田 遥
「誰にでも壁はあります」川嶋 剛
「さあ，歩みだそう」杉山精一

○第 4 回ヘルスケア・ウエスト研修会

2013 年 1 月 27 日（日）
場所：小倉歯科医師会館
講師：飯島洋一，藤木省三
参加費
一般：院長 12,000 円 その他 6,000 円
ヘルスケア・ウエスト会員：
院長 6,000 円 その他 4,000 円



☆情報交流の場としてご利用ください。掲載希望の方はニュースレター担当 渡辺まで（講師敬称略）ヘルスケア歯科診療に役立つのであればどんな規模でも OK です。

書評

岩井正彦 (江南市開業)

ピンピンコロリの法則

2010年8月 798円(税込)

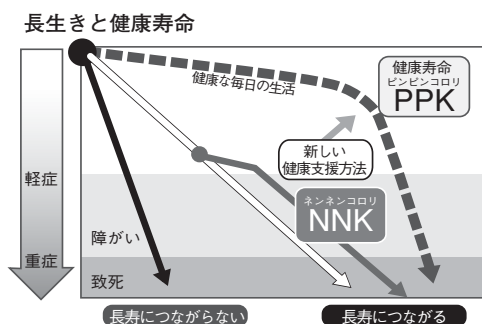
なぜ、『かかりつけ歯科医』のいる人は長寿なのか？

2012年2月 840円(税込)

著者；星 旦二
出版；ワニブックス刊

7月22日の「健康を守り育てる診療所」認証ミーティングにおいては、多くの皆さまのご助力を頂き、認証を頂くこととなりました。これを機会に、プレゼンテーションの中でご紹介いたしました「食と健康」についてのテーマをお伝えしてまいります。

今回は、星 旦二教授の著書「ピンピンコロリの法則」と「なぜ、『かかりつけ歯科医』のいる人は長寿なのか？」のご紹介をします。著者の星教授は、東京都多摩市在住で、首都大学東京大学院教授としてご活躍されています。厚生省の出身ですが、その言動から官僚の枠にはまりきらない方です。多摩市をはじめ、自治体と共同での『大規模追跡調査』に取り組み、その結果わかった「健康寿命」、つまり『ピンピンコロリ (PPK) の法則』を見つけられ、発表されています。



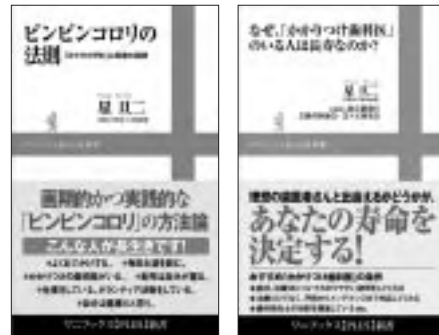
引用文献：データに基づく健康長寿の秘訣 (多摩市)

今回ご紹介する著書の中にある「長生きと健康寿命」のグラフは、疾病の状態が長寿にどのように関係するかを表しています。→の線は、急性の疾病などで亡くなる方です。⇨の線は寝たきりになり亡くなる方、→の線は医療や介護でいくらか持ち直した場合の線ですが、寝たきりを続けてそのまま亡くなることをNNK (ネンネンコロリ) と言います。これと反対に、⇨の線は寿命のぎりぎりまで健康でいて、ある日突然寿命を迎えるという線です。亡くなる直前まで健康でピンピンしていて、ある日突然コロリと亡くなることからPPK (ピンピンコロリ) と言います。NNKとPPK、どちらがよいかというと、皆さんPPKでありたいと思うのではないのでしょうか。

人々ができるだけ長く健康でいたいと思う理由には、やりたいことがある、病気になる暇はない、大切な家族と長く幸せに暮らしたい等があります。さらに言うと、病気になるると色々な面で周囲の世話になるため迷惑をかけたくない、ただただ長生きしたい、長く人生を楽しみたい、そういったことも健康でいたい理由の一つに挙げられます。できるだけ長く健康な状態で暮らし、最後は寿命として、すっと亡くなるという理想的な生き方が⇨の線、PPKになります。医療費問題の面からみても、NNKを減らし、PPKを増やすことが、今求められている健康支援方法なのです。

PPKは長野県に多く、NNKは沖縄に多いそうです。そのことから、人の健康は、お金の使い方で分かれてくるのがわかりました。長野県のお年寄りにはよく働き、国の補助金が少なく、標高が高く、生涯学習に力を入れています。このようなことが原因としてあげられ、健康長寿モデル県となっています。

沖縄県の方は、国からの補助金が多く、今や施設の人口当たりの



数は日本一です。国からの援助が多く保養施設等が多いとNNKの傾向が強くなるようです。

このように、健康への取り組みとして、歯科医院から患者さんや地域の方に伝えたいこと、歯科医院だからこそ伝えられることが、著書の中にたくさん盛り込まれています。それは、従来からの常識を大きく翻すものでした。

- ① お酒を毎日飲む。
 - ② コレステロールが高め。
 - ③ お出かけ頻度が高い。
 - ④ 仕事を続ける。
 - ⑤ 買い物の好きは長生だ。
 - ⑥ 病院より美容院に行こう。
- など、興味深いものが目白押しです。

そして、このデータの中で、「かかりつけ歯科医」自体が健康長寿に関わる要因であること、「かかりつけ歯科医」→セルフケアを呼ぶ→予防や健康への意識が高まる→予防を行うためにかかりつけ歯科医へ行く、という良いサイクル(循環)ができてくるというのは、これはまさに、「健康を守り育てる診療所」を推奨していることになるのです。

ちなみに、かかりつけ歯科医をもつ人の生活特性は次のようになっています。

- ① 自分は「とても健康だ」、または「まあまあ健康だ」と思っている。
- ② 自分の生活に満足している。
- ③ トイレに行き、お風呂に入るなど、自分の力で日常生活を送っている。
- ④ 買い物や書くこと、読むこと、預金の出し入れなどにも支障のない暮らしをしている。
- ⑤ 週に3～4回は外出し、趣味活動を活発に行っている。

- ⑥ 週に3～4回は、友人や近所との付き合いをしている。
- ⑦ 何らかの疾病をもつものの、かかりつけ内科医によって、自身の健康を管理している。

著書の最後は「我が国の皆保険制度が発足して半世紀がたっています。これまでの出来高払い制度ではなく、予防重視システムへと先行しない限り、我が国の

皆保険制度はいずれ破綻する可能性が極めて高いと思っています。新しい歯科保険が、予防給付つまり、予防効果や成果に基づいた医療制度設計の先駆けになることを期待しています。

歯科医師をとりまく状況は厳しさを増す一方ではありますが、我が国の歯科保健状況の改善へ向け、全国の歯科医師のみなさまにもおおいなるご尽力をお願い

したいと思っております」という言葉でしめられています。「健康を守り育てる診療所」として、周りの人にも、スタッフにもぜひ伝えて頂きたい1冊です。今後、地域の方々の健康維持における歯科医院の重要性を認識いただけるように、参考にして頂きたいと思います。

岩井は、毎日お酒を飲んで、ピンピンコロリを目指していきます。



リーダーの役割とは

定岡博之（久喜市開業 ハートデンタルクリニック）

歯科医院という小さな組織の中でとりわけリーダーである院長の役割はとて大きいものがあります。「よい組織には必ずよいリーダーがいる」と、よく言われますが、過去の自分の経験を思い返してみても確かにうなずけます。そこで今回は、リーダーの役割とは何かを考えてみたいと思います。

はじめに考えておきたいことは人の成長についてです。「分からないことが分かるようになった」「できないことができるようになった」これらの変化も成長と言えるでしょう。しかし、経験的に身に付くものより、仕事に向き合う姿勢の変化が本来の成長でしょう。

「前より積極的で表情が明るくなった」「自分からセミナーに参加するようになった」など、特に人から指示されなくても自分で考え行動を選択できるようになる。こんなとき、リーダーとしては「成長したな…」と、心の中で思ったりするわけです。

では、この変化の背景には何があるのでしょうか？ やはり、仕事に対しての捉

え方の変化があるのではないのでしょうか。具体的に言うと、「仕事に責任を持つようになったこと」「仕事に価値を見いだせるようになったこと」。つまりは主体性を持つようになったということでしょう。

人の成長はよく花に喩えられますが、「主体性を持つ」とは花でいうところの「発芽」にあたるのではないのでしょうか。主体性を持ち、どんどん成長してそしていつかは自分だけの花を咲かせる。

ですから、『主体的になれ!』と言われて主体的になるのは本物ではないわけです。先の花の喩えで考えると明らかで、条件さえ整えば発芽する時は勝手にするものです。

これを医院で置き換えると、リーダーである院長の役割が挙げられます。一つ目は『主体性を持てる環境を整えること』です。スタッフが仕事に責任を持つ仕組みを作ったり、自分たちの仕事がいかに大切な仕事なのかを何度も伝えたり。そんななか、気づいたら一人、二人と変わっていくスタッフが現れてくるは

ずです。リーダーが栄養たっぷりの土壌と太陽を用意し環境を整えるのです。

そして二つ目は『人をよくみること』です。表情や声のトーン、使う言葉など、五感で人を感じる。そして声をかけること。子どもが逆上がりをするときの補助をするように、背中を押す強さから応援する言葉掛けまで、その子をよくみていないと決してできません。花に水をあげるときも一緒に、水の量は？ タイミングは？ などをよくみて、考えるわけです。

人の成長を目の当たりにするのはとても嬉しいことです。同時に、思うように成長してくれないことも経験します。その中でリーダーは悩み、苦しみ、そして成長していくのだと思います。

当院のスタッフは自分も含め全員、これから子育てをするか今現在子育てをしています。これからの未来は子どもたちが創ると言いますが、その子どもを育てるのは我々親です。

未来を創る責任、未来を創る価値を感じて主体性を持ち、これから生きていきたいものです。そんな彼女たちの成長の一端を担う、リーダーである院長の役割はとてのやりがいのあるものですね！



連載 10

患者様の苦痛を取り除け！ ～健康を守り育てるために～

野村英孝（前橋市開業 あすなろ歯科）



知覚過敏を訴えた当院のスタッフの
症例から

初診時（2009年6月）21歳 女性

主訴：左上4番痛み（Hys）

エアー痛（+）



上下の歯が接触すると痛い。ただし、咀嚼時は問題ないという奇妙なもので、なんだか不思議に感じたことを覚えています。簡単な知覚過敏処置だけで、とくに治療を行うこともなく過ごしていましたが、2010年9月、とうとう、左の顎が痛くて咬めないと訴えてきました。

行き当たりばったりで、中途半端に学んだスプリントを装着してもらい、患者様（スタッフ）自身の紛失。再制作後、再装着。そんなことをくり返しているうちに、少し症状は改善したように思っていました。しかし、数か月後、今度は知覚過敏がひどくなって…「ご飯を食べるのも嫌です！！スプリントって入っていた方がいいんですか！」と訴えかけられました。

歯科医師として説明・診断・施術が不十分であること痛感させられました。さらに、知覚過敏は悪化し、症状改善のために、歯の形態修正を行いました。

そうすると翌日知覚過敏はなくなりました。ところが今度は3日後くらいに何もしなくても顎関節部の痛みが発現し始め、片頭痛もひどく、仕事もままならない状態になってきました。こちらが施術したことがきっかけになって…スタッフの不機嫌な態度を見ても怒るわけにもいかず（実際は怒っていたそうですが）

困ってしまいました。

もう一度診断をしないおすために、市内の病院にて顎関節部のMRIを撮像。左右ともに、関節円板が復位性の関節円板前方転移であることが読み取れました。関節円板内には貯留液らしい画像も見られ、関節腔内で炎症が起きていると考えられました。

詳しく問診を取ると中学から片頭痛で学校を休むこともあったとのことで、起床時に開口障害を伴うこともあったそうです。つまりは中学くらいから顎関節症の既往があり、夜のクレンチングが原因で、偏頭痛や顎関節症の症状を発症していたことが予想されました。

さらに問診を進めると…寝ているときやTVを見ているとき下のような右側





から顎を押さえつけるような生活習慣が多く、右から左に向けて上下顎に力をかけることが多いことがわかりました。

パノラマエックス線写真を見直すと、鼻中隔が左に偏位していることが読み取れます。

また、下顎骨そのものは幅が広く、2次元的な見方だけでは15mm くらいのインプラントでも挿入できるくらいの骨幅を持っていました。これは幼少期からのクレンチングにより、骨が発達してきたことを推測させます。

また、エックス線写真を確認すると、左右の上顎7番の遠心部分に垂直性の骨吸収が進んでいることが認められました。

歯科医院のスタッフですからそれなりにブラッシングの意識も知識も持ち合わせています。口腔衛生状態は悪くありません。さらにまだ24歳ですが、年齢の割には重度の骨吸収像と言えます。

さらに、幼少期の写真を探してもらうと…

1歳前から、右側を下にしたうつぶせ

寝を常に行っていて、幼少期も常にうつぶせ寝だったそうです。つまりは、幼少期からのこの寝かたと、クレンチングの癖により、左顎を上後方に押し付け、顎関節症になっていった経緯が推測されました。

その後、治療はほとんど行わず、寝かたや頬杖などの生活習慣を気をつけてもらい、気づいたときには常に上下の歯を離すことを徹底してもらいました。すると… 1ヵ月過ぎるころ、偏頭痛はほとんどなくなり、「知覚過敏は？」と質問すると… 「あれ？ どこだっけ？」と本人も分からなくなるくらい不快症状はほぼなくなってきているようです。

本当に、患者様の健康を守ろうと思ったときに、その方の生活習慣、歯を痛めるような幼少期からの癖を早期に取り除いておくことは、医療者としての役目です。そんなことを思い知らされる一症例でした。

結果的に患者様の主訴の解決方法は、本人の生活習慣の改善だけでした。



訃報 森村繁雄さん（株式会社モリムラ会長）

日本ヘルスケア歯科研究会の設立に深くかわかり、発足にあたって暫く事務局を引き受けていただいた株式会社モリムラの森村繁雄さんが、病氣療養中のところ、去る8月11日に逝去されました。モリムラは、歯科の中でももっとも後発の小規模な問屋ですが、森村繁雄さんは常々「口腔内の健康プロデューサーでありたい」という明確な企業理念をもって仕事をされていました。80年代半ば、子会社の株式会社エイコーの代表だった当時、同社の大竹喜一さんとともに診療室での予防定期管理の可能性を紹介するため、雑誌の責任者だった筆者らと連携してスウェーデンからアクセルソン教授を招くとともに予防定期管理のキャンペーンを展開しました。当時は、予防歯科と言えば公衆衛生の問題だと考えられていたわけですから、画期的な試

みであったと思います。アクセルソン教授の最初のPMTCの翻訳書『臨床予防歯科の実践』（1992年）は、エイコーが出版元になりました。

後に大竹さんは熊谷 崇さんにブラッター教授を紹介し、カリエスリスク検査キットのサリバテスト（当時 Orion Diagnostica 社）の輸入代理店になりました。そのような流れから、熊谷 崇さんと柏田聰明さんが連携して研究会を立ち上げようという話になったとき、バックアップを買って出たのは森村さんでした。そして設立時から1年間、研究会の事務局を無償で引き受けてくださいました。

森村繁雄さんの社葬は、8月21日午後、芝の増上寺でしめやかに執り行われました。ご報告し、ご冥福をお祈り申し上げます。

（秋元秀俊）

ヘルスケア フォーラム

歯科衛生士育成 基礎コース

2012年7月15・16日 太陽歯科衛生士専門学校

基礎コース1日目は、
改めて考え直さなければならない
…、と実感しました。

親川奈未子（中頭歯科診療室・沖縄市）

今回、初めて日本ヘルスケア歯科学会の育成基礎コースに参加させていただくことになりました。一日目の講義を受講してたくさんの方に気づかされました。歯科衛生士であることの意味、歯科衛生士としてやるべきことを改めて考え直さなければならない…、と実感しました。私たちは、歯科衛生士として患者様に何をしてあげられるか？常に患者様のことを思い責任を持たなくてはいけないと思いました。そのためには、やはり基礎はとても大切だと感じました。

日々の生活の中で少しのことでも、相手のことを思い考え行動したいです。

私は、臨床に出てまだ2年半で、分からないことや不安になることもたくさんあります。受講する前は、診療に対して自分はできているだろうか？と、とても不安になり自信がもてず、よく悩んでいました。ですが、今回先生方のお話を



聞くことができ、自分が自信を持つためには、日々の努力や積み重ねが大切だと知ることができたので、毎日少しずつ挑戦していきたいと思います。自分に自信をつけることで患者様へのアドバイスや対応も幅広くなると思うので、意識して頑張りたいです。

一本でも多く大切な歯を健康な状態で残し、一人でもたくさんの患者様に喜んでもらえる様に自分だけでなく、医院全員で目標にして業務をこなせたいなと思います。

〈「点」の歯科診療ではなく…「線」の歯科診療〉と仰っていたように長期的に患者様一人ひとりとおつきあいしていきたいと思っています。

研修もまだまだ続きますが、たくさんのことを学び、これからの業務にいかしていきたいと思っていますのでよろしくお願ひいたします。

9月、11月の研修もとても楽しみで



“人は「こうなりたい」という『願望』の下にしか行動できない”

欽野恵子（難波歯科医院・倉敷市）

以前より毎日の業務に「これでいいのか？」と疑問だらけで悶々としながらも忙しさに流されていました。そんななか、6月の大阪でのヘルスケアミーティングで、認定歯科衛生士を取得された方



の発表を聞き「コレだ！」と思い申込みました。よく調べず申請してしまったため、申込み後に送付された資料に口腔内撮影カメラを持参するようにとあり、大急ぎで院長にカメラを購入してもらい、スタッフの皆に付き合ってもらって毎朝練習したり、本を読んだりとてんでこ舞いのなか、この日を迎えました。

1日目はヘルスケア歯科診療の概念について、システムの流れと歯科衛生士の役割、歯科衛生士コース概要説明、コミュニケーションスキルの講義でした。

“人は「こうなりたい」という『願望』の下にしか行動できない”

例えばTBIを何度行っても変化が見られない…その理由が判明しました。その人の『歯を磨く』という行動に変化を与える動機がないのに変化するわけがないのです。

考えてみると私がこのコースに参加するのを決めたのも「もっと自信を持って働きたい」という『願望』から自ら申し込み、自らのお金と時間を使いここに居るのだと。もし自らの意思ではなくここにいたら…いや、まずここにはいないと。

患者さんも同じで、私たちが一生懸命にTBIを行っても患者さん自身がそれを必要と気づき口腔内を良くしたいという『願望』がなければ、それを取り入れることはできないと思いました。治療を進めていくうえでまずは患者さんの『願望』を引き出せるような会話になるように「枕詞・オウム返し」などを駆使しながら傾聴しその内容を承認する。それに

対してコンサルティング・情報提供を行うことにより初めて患者さんの『願望』に応える治療を行えるのだと学びました。

自分が経験したように『願望』を明確にするため『願望』を声に出していただき、気づきを与えられるような会話ができるような訓練が必要だと思いました。



基礎コース 2 日目は、 口腔内写真撮影と歯周組織検査の実習でした。

原 美波 (医) 慶仁会 福本歯科医院・
横浜市)

口腔内写真撮影実習では 9 枚法を教えてください、普段は 5 枚法だったので撮影の仕方もわからなくてとても不安でしたが、基礎から丁寧に教えていただいたので、なんとか撮りたい部位をしっかり撮ることができ、これからの検定に向けてのアドバイスもしていただいたので、医院に戻りしっかり練習をして、きちんとした規格写真が撮れるように頑張りたいと思いました。また、撮影の仕方は理解しても、まだ慣れていないので素早く的確に撮ることができず現段階では患者さんにも苦痛を与えることになってしまうので、ただ撮るだけでなく苦痛にならないように、なおかつデータとして十分な写真が撮れることを目標に日々努力していきたいと思います。

歯周組織検査実習では、今までの自分がどれだけ基礎ができていないかを痛感しました。プローブの持ち方や術中の姿勢など普段なかなか気づかずに悪い姿勢や持ち方のままになってしまっていたので、自分の体を守るためにも、患者さんに不快な思いをさせないためにも直していかなくてはいけないし、今気づいてとてもよかったなと思いました。

実習中は臼歯部を中心にミラーテクニックやプローブの挿入角度など、できて

いないところ、やりにくいところをアドバイスしていただき、実習前よりスムーズな検査ができるようになりました。まだまだ注意していただいたところや姿勢など意識しないと元に戻ってしまう部分がありますが、医院に戻ってから練習を繰り返し、コツをつかんで自分のものにしていきたいです。

私はまだ今年歯科衛生士になったばかりでの参加だったので、実習はとても不安でしたが 1 年目でこのようなセミナーに参加して、歯周組織検査や口腔内写真の基礎を学べたことは自分の技術向上のためにもとても貴重な経験で、この後のセミナーや検定に向けてますます努力をし、歯科衛生士として技術をもっともっと高めていきたいと思いました。そしてこのセミナーが終了したとき、自分が大きく成長できるように頑張っていきたいです。



プローブの挿入方法がとてもやりやすく、目から鱗でした。

藤田絵理子 (荒井歯科医院・横浜市)

口腔内写真撮影実習は、受講生同士で撮りあい、お互いに患者様の気持ちになれ、力加減の仕方がわかりました。

普段歯科医院で撮影する際には、水平位なのですが、ヘルスケアの基準だと立位でした。少し戸惑いもありましたが、そのほうが唾液を患者様が飲み込んでくださり、術者の体の負担が減るので、とてもやりやすかったです。

知らず知らずの間に自分が屈んで撮影をしていたのですが、指導の歯科衛生士さんに指摘されました。ユニットの位置を少し変えることにより、正しい姿勢で、体に負担がかからず撮影することができました。ほんの小さなことですが、自分

の癖などがわかり、とても勉強になりました。

歯周組織検査実習では、基本的なことを学びました。姿勢・ポジョニング・プローブの持ち方・ウォーキングストロークなど、新しい発見がたくさんありました。姿勢は、いつも猫背になってしまっていたので、気をつけていきたいです。

歯周組織検査やスケーリング時には、ミラーテクニックをあまり使わず自分の体勢を変えて行っていました。しかし、それでは自分の体に負担がかかってしまい、長く歯科衛生士を続けていくにあたり障害がでてきてしまうので、正しい姿勢でミラーテクニックを駆使していきたいです。特にミラーでの最遠心の見方、プローブの挿入方法がとてもやりやすく、目から鱗でした。執筆状変法把持法は、学生の時に習いましたが、自己流になっていました。正しい持ち方をしっかりとマスターしていきたいです。グミを使い、プローブの圧は、穴があかない程度ということを学びました。後輩指導の際にも自分の勉強の再確認の際に使用していきたいです。

できるだけ患者様に負担をかけず、不快な思いをさせず、時間内に正確にできるのがプロだと思います。ヘルスケア認定歯科衛生士検定試験に合格できるように、日々の練習をし、技術を身につけていきたいと思います。



第3回ヘルスケア・ウエスト研修会

2012年7月29日 福岡県歯科医師会館

報告

有松稔晃（北九州市開業）

ヘルスケアウエストが産声を上げてから、今年で二年目を迎えました。その間に広島以西の地域から、30名を超える方々が会員として参加してくださいましたが、おかげをもちまして、早くも第3回ヘルスケア・ウエスト スタッフ研修会開催の運びとなりました。今回はヘルスケア型診療を実践するなかで、患者さんとの関わりを中心にスタッフとともに勉強したいとの役員思いから、『健康を守り育てる「ヘルスケア型診療」—患者さんの心に届く予防—』をメインテーマに2012年7月29日（日）福岡県歯科医師会館5階視聴覚教室にて開催いたしました。

午前10時の開始から定員120名を超える入場者を前に、オリエンテーションとして、当会副代表 梅津哲夫さんから、5月に行われた口腔内写真実習をはじめとする、ヘルスケア・ウエストの活動紹介がありました。

次に基調講演として、フリーランス歯科衛生士 井上 和さんから、「あなたはなんのためにそこにいるのか 患者さんが望んでいること」と題したご講演をいただきました。今回の参加者のうち80有余名が歯科衛生士などコ・デンタルの方々でしたが、「仕事楽しいですか?」「もしあなたが患者さんだと、歯科医院に行ったときに、今のあなたに出会ったときに、患者さんのあなたにとって、医院のあなたは満足できますか?」と、心にぐっと響くフレーズを印象深い写真やイラストとともにちりばめた熱いお話は、最後は力強く「やろう!」で締めくくられました。コ・デンタルの方だ

けでなく、私たち歯科医師もプロとしての矜持を再確認させられるお話でした。

引き続き会員発表です。当会では、毎回のスタッフセミナーに会員発表を組み込み、会員相互の意識向上をはかっています。前回はヘルスケア型診療を目指す若手主体の発表でしたが、今回はベテランのお二人が発表しました。佐賀県小城市開業の副島歯科医院 副島 渉さんは「生きがいのある歯科医院を目指して」の演題で、「院長だけが医院の経営を考えて来た」時代から、「スタッフみんなで歯科医院経営を考える」ことで、成し遂げた成功体験をユーモアたっぷりの佐賀弁で、お話しいただきました。「院長が変わることで、医院が変わる」という言葉が非常に印象に残りました。

次に、福岡県糸島郡開業 半田歯科医院 半田 正さんから、「スタッフと一緒に取り組むヘルスケア」として、「公共の福祉への貢献」という志をもった無歯科医町での開業から、日常の診療に追われる10年を経て出会った日本ヘルスケア歯科学会に入会して、平成18年度4月に「認証歯科診療所」を取得するまでの経緯をお話しいただきました。当会のヘルスケア型診療を目指す若手の、身近で尊敬すべきお手本でもあります。さらに、ヘルスケア・ウエストの萌芽となった、福岡におけるワンデーセミナーの開催の歴史や、勤務される歯科衛生士さんから、ご自身の医院におけるリスクのある定期管理の患者さんに行っている3DS法についての報告がありました。

午後からは、群馬県前橋市開業 大野歯科医院 大野純一さんの特別講演「では、予防歯科を考えよう!」です。「予防のやり方はどうでも、いい」というジョッキングなフレーズからはじまったお



話は、正直驚きを隠せませんでした。量子力学の発達以降、還元主義的な思考法が否定されていることを考えると、「上手くいっているなら、Do more! 違っていると思うなら、Do different!」「あえて数値化する必要はない」、「術者の主観で構わない、経験を積めば判断は一致してくる」というコメントは非常に臨床に即した内容であると思いました。その後、ご自身の診療室を引き合いに、それぞれの医院の規模や地域性にあった、やり方があり、それぞれにメリット、デメリットがあることをご指摘いただきました。また予防と治療は不可分のものであること、リスクを知るためには、問診がメインであり、予防行動に対しては、患者さんの無意識下への働きかけが重要であるという興味深いご意見をいただきました。

最後に北九州市開業の千草歯科医院 千草隆治さんが座長として、シンポジウム「『ヘルスケア型診療』患者さんの心に届く予防」が開催されました。キーワードとして、他者とのコミュニケーションを中心に、活発な議論が繰り広げられました。大野さん、井上さん、いずれもコミュニケーションに関しては、専門の先生から、さまざまな知識と技術を習得されておられ、その経験から貴重なご意見をいただきました。また半田さん、副島さんのご講演に対する質問も相次ぎ、充実したシンポジウムとなりました。セミナーの最後には遠路ご出席をいただきました、杉山精一さん（日本ヘルスケア歯科学会代表）と藤木省三さん（同副代表）より、暖かくも貴重なご意見をいた

だきました。心より感謝いたします。

また、ヘルスケア・ウエストは、8月19日に第二回口腔内写真実習を開催し、2013年1月27日に第四回スタッフセミナー研修会開催を予定しています。今後も多くみなさんのご参加を得て、ヘルスケア型診療の普及と自身の研鑽を重ねたいと思っています。



参加して

古田扶美子（歯科衛生士・桂川歯科）

ヘルスケア・ウエスト スタッフ研修会に参加して、先生方や歯科衛生士の方の講演を聞き、…何か行動を起こさなくてはいけないと思いました。

井上 和さんの講演で最初に「仕事って楽しいですか？」と聞かれ、自分自身に問うと、今の私は「楽しくないことはない、というあいまいな答えになってしまいます。それはメンテナンスに通

ていただいてもカリエスができてしまったり、歯周病が進んだりして悩むことがあるからです。そういう患者さんが少しでも減れば、もっと自信をもって「仕事って楽しいです」と言えるような気がします。

メンテナンスの患者さんが来院されて「お変わりありませんか？」の問いかけに「大丈夫です、なんともないよ」というお言葉を、たくさんの方からもらえるよう真剣に取り組んでいきたいと思

います。大野先生が書かれた本を当医院で輪読会をして勉強しておりましたが、実際お話を聞かせていただき大変参考になりました。

リスクを知るためには問診がとても重要だということがわかりました。また、コミュニケーションをとおして患者さんの望みを知り、知識を提供することで予防行動のモチベーションを

上げ、相乗効果がうまれるということです。私もいろんな話に興味を持って、患者さんの状況を把握できるよう、関係が途切れないように信頼関係を作り上げていきたいと思っています。

シンポジウムでは安心感を与えて、情報を引き出す、人を動かすコミュニケーション能力が必要だと話されていました。もっともっと勉強して患者さんの本音を引き出せるような人間関係作りを医院全体で取り組んでいきたいと思



誰もがここがスタートだった！ スタッフと聞きに行こう！
ワンデーセミナー東京

2012年12月2日(日) 10:00 ~ 16:30

日本歯科大学九段ホール（東京都千代田区富士見 1-9-20）



ワンデーセミナー東京 プログラム

- ・ヘルスケアの目指すところ、理解しておいて欲しいこと 藤木省三（神戸市）
- ・認証、受けてみます！ 林 浩司（真岡市）
- ・えっ、私たちが講師ですか？ 木村理香、佐久間喜美（おかもと歯科医院）
- ・やってよかった、ヘルスケア診療 雨宮博志、多田 遥（秦野市）
- ・誰にでも壁はあります 川嶋 剛（国立市）
- ・さあ、歩みだそう 杉山精一（八千代市）

参加費

〈会員〉

会員歯科医師 10,000 円
スタッフ 4,000 円

〈非会員〉

非会員歯科医師 12,000 円
スタッフ 4,000 円

※参加費に昼食代を含みます

※お申し込み・お問い合わせは事務局まで

■第2回コアメンバー会議

2012年2月10日 20:00～22:00

【報告】

- ・介護施設雑誌（フリー月崎さん）からの取材・記事協力依頼について
- ・東京ワンデーコースに関して
- ・2012ヘルスケアミーティングの会場、懇親会に関して

【協議】

- ・決算の承認に関して
次回から決算総会をオピニオンメンバー＝代議員で開催する必要があるため、2013年から2月に決算総会（＝オピニオンメンバー会議）を設定する。それに併せて講演会などの催しものを企画する。
- ・認証ミーティングに関して
メンテナンス率について、東京ヘルスケアスタッフミーティングでは、コンセンサスは出なかった。メンテナンスが必ずしもうまくいっていない診療所では（メンテナンス率＝来院した人／葉書を出した人）というような考え方になってしまっている。集約したコアメンバー診療所のメンテナンス率を例示する。

基準1：メンテナンス来院者数／月の来院者総数（ヘルスケア型に移行して経年的に増加するが、認証申請は3割以上が望ましい）

基準2：3年前の1年間に初診で来院した者のうち昨年1年間にメンテナンス来院した者の数（率を問題にしない。これが算出できることを要件にする。人口流動性、地域性、紹介患者率、親子での開業などコアメンバーの数値を参考として示す）

- ・下部組織（勉強会）に関して
 - ・ヘルスケアミーティング2012に向けての歯科衛生士「診療補助業務」のアンケート調査
 - ・認定分科会登録が否決された件
- 原著論文の数が少ないことが決定的な問題なので、8月の登録申請までに症例報告を含む10編以上の原著論文を用意する。
- ・MIHの疫学調査に関して
グローブ、ガーゼなど消耗品につき10万円程度の研究支援をすることを了承した。
 - ・ORCAについて

■第3回コアメンバー会議

2012年3月9日 20:00～22:00

【意見交換】

- ・日歯大久保会長編集の書籍刊行に際して、内

容について感想等

【協議事項】

- ・2012年度ヘルスケアミーティング関係
- ・倫理委員会について

【各部会・委員会懸案事項】

- 1) 歯科衛生士研修委員会
認定更新の条件、公認団体の条件とはなにか、どう決めるべきか。ポイント制とするが、ポイント算定の対象となる団体の選定は、研修委員会で判断する。
- 2) 認証委員会
現在2名から正式に認証申請があり、連絡をとって、準備を進めている状態。その他、問い合わせは数名あるため、一応3月末くらいまでをめぐりに決定する。
- 3) セミナー委員会
12月2日にワンデーミーティングを東京で開催
- 4) 会誌委員会
現在数編の論文の提出がある。可能であれば、2011、2012の会誌を8月の申請時までに発行する。

■第4回コアメンバー会議

2012年4月13日 20:00～22:00

【協議】

- ・2012年度ヘルスケアミーティング
- ・認証申請者に対する確認事項について
- ・倫理委員会についての準備会合について

【報告】

- ・歯科衛生士の業務範囲のアンケートについて
- ・ポスターセッションについて
- ・ヘルスケアミーティング2012 外部シンポジストの状況
- ・会誌の進行状況について
- ・認証ミーティング

■第5回コアメンバー会議

2012年5月11日 20:00～22:00

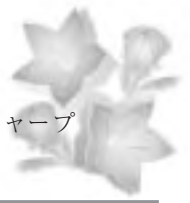
- 森谷、杉山、渡辺、斉藤、藤木、秋元、岡本、田中、河野、寺田
- ・認証ミーティング
外部審査員 神谷恵子さん（弁護士）、尾崎雄さん（元日経新聞記者・フリージャーナリスト）に打診している。天野先生には抄録を依頼した。
- ・ヘルスケアミーティングに関して
日本歯周病学会、日本歯科衛生士会に依頼状を出す。出席が見込めないようならば、他の学会なども考える。

- ・歯科衛生士業務範囲アンケート
会員全員に6月ニュースレターに同封（ファックス）で実施。Web上でも回答できるようにする。
- ・学会倫理審査委員についてのWeb会議（5月18日）
花田先生、田中、杉山、秋元だが、ほかにメーリングリストで出席者募る
- ・診療所認証の申請書式（申請条件）について
修正点の協議
メンテナンスの定義（どのようなものをメンテナンスというか）
発表者がどんなことをメンテナンスとしているかを申請書類に書いてもらう
メンテナンス率の定義は
年間メンテナンス来院者比率
3年後メンテナンス移行比率
学位や資格、所属学会などは認証の診査に関係ないので省いた方が良いのではという意見があったが、その人のプロフィールが分かるので、継続する。
開業以来の年次推移は、記録を探して記入するのが複雑な作業となるので、申請書類では省く。プレゼンの中で簡単に触れる程度が良い。
今、自分の医院がどの段階にいるのかをステップアップガイドに記入してもらう。
申請書類の改訂版を森谷が作成し、一度コアメンバーで記入して、最終チェックをする。最終版を会誌に報告する。
- ・会誌論文について
寺田の体調不良により会誌委員会は一時的に渡辺が引継ぐ。一人に集中しないように持ち回りで行うのがいいのではないかと。
- ・育成コースのテキスト出版
衛生士育成コースのテキスト、検定の詳しい評価基準をまとめてテキストを作成し、それをクインテッセンスから出版したいとする申し入れがある。河野が中心となって進めることを了とした。
- ・大阪ワンデーの申し込み
すでに160名くらいあり、寺田の代わりに丸山先生が発表予定。
- ・オピニオンメンバー会議
来年2月の企画案を検討する。意味があって、集まるオピニオンメンバーにも利益があることを皆で考える
- ・予算・決算、細則の変更など



株式会社シャープニング 風見さんの訃報を受けて

日本ヘルスケア歯科学会でこれまで多くのセミナーを開催して下さった株式会社シャープニング代表 風見健一さんが平成 24 年 6 月 18 日にご逝去されました。



47 歳、わずか半年の闘病生活の末の他界に哀惜の念に堪えない思いです。

私は風見さんが Hu-Friedy 退社後に設立したシャープニング社の公認インストラクターとして活動させていただいておりました。

シャープニングセミナーを専門に行うという、日本でも類を見ない業態ではありましたが、真面目なお人柄が多くの歯科医療関係者からの信頼を得て、累計では 1 万 5 千人を超える受講者が、風見さんのシャープニングセミナーを受講されました。

「日本中のスケーラーを鋭い切れ味にした」それが風見さんの目指すものでした。

歯科の有資格者ではないにも関わらず、インストルメントの特性と用途を深く理解し、初心者にも分かりやすく伝えるまでになるには、多くのご苦勞があったことと思

います。

風見さんのトレードマークは黄色いシャツと短く整えられた髪。毎日の日課であったランニングは出張セミナー先でも欠かさなかったというスポーツマン。

茨城のご出身ですが英語はネイティブレベルで同時通訳もこなす凄腕。

セミナーでは日本人にはちょっと恥ずかしいと思うくらいに褒めてくださいました。

常に紳士で、穏やかな風見さんとお仕事を一緒にさせていただき、私はたくさんのことを学ばせていただきました。

体調を崩されて、病名が判明したのは今年の 1 月のことでしたが、前向きに病と闘う姿勢に風見さんの強さを感じました。

風見さんが闘病中には、風見さん所有のシャープニング器材をお借りし、代行とし

て歯科衛生士学校や歯科医院へセミナーに出かけ、シャープニングの重要性、楽しさを伝えて参りました。

そのシャープニング器材はご家族の了解を得て、形見としてこのまま私がお引き受けすることとなりました。

風見さんに教えていただいたノウハウを持って、今度は私が全国のスケーラーを鋭いものにするための活動を始める決意を固めました。

シャープニング社という形は形態を変え、私が引き継いで参ります。

活動方針が決まり次第、皆様にご報告させていただければと存じます。

今後ともご指導お鞭撻賜りますようよろしくお願い申し上げます。

落合真理子（歯科衛生士・ひかり歯科）

一昨年からはシャープニング社のインストラクター養成コースを受講させていただいていました。

昨年までは風見さんと連絡を取ることやお会いする機会がありました。

流暢な英語を交えての物腰の柔らかい話し方をする風見さんはとても好感がもてました。

風見さんはフェリーで北海道に車でいらした時には日課であるランニングや読みた

い本もたくさん積んでセミナーのない日に読むと嬉しそうにおっしゃっていました。ランニングのおかげで風邪もインフルエンザも無縁なんですよとおっしゃっていたのは昨日のことのようです。

昨年の 8 月に体内が癌で亡くなり最終試験を休んだ際、風見さんは「生活に変化があり大変だと思いますが変化をプラスにできると良いですね」とメール下さいました。今思うとその頃の風見さんはそう思って前

向きに病気と戦っていたのだと思います。

シャープニングの意義を改めて思い知り 12 月からシャープニングを再開するとおっしゃっていたのに残念でなりません。

このような機会を与えて下さった風見さんに感謝を、そしてその意思をなんらかの形で残していけたらと思います。ご冥福をお祈りします。

生富真由美（歯科衛生士・さいとう歯科室）

私の風見さんとの出会いは、2011 年 1 月の育成基礎コースでした。東京に 3 日間滞在し、2 日間の基礎コースの後、3 日目に風見さん宅にてシャープニングの個人レッスンを 4 時間受けました。とても貴重な時間を過ごすことができました。そして同年 9 月、大阪にて、育成コーススタッフ向けのセミナーを受けました。褒めるところは照

れるくらいオーバーに褒めてくださるし、アメリカンジョーク混じりのお話など、風見さんと過ごす時間は、とても楽しく、いろいろな思い出ができました。また、シャープニングに関しては、再度見ていただきたいので、個人レッスンのリベンジをしますと言っていたのですが、それが叶わなくなりました。落合さんからのメールで風見さ

んの訃報を知った時は、とてもショックで、しばらくは風見さんのことが頭から離れませんでした。もう、お会いできないことが、本当に残念です。風見さんから教えていただいたことを、今後も生かしていき、後輩などにも伝えていきたいです。

大久保夏子（歯科衛生士・おおくほ歯科）

ヘルスケアミーティング 2012 (抄)

1 日目 10/20

13:00 ~ 14:30

診療所づくり奮闘記

担当：田中正大

今回はヘルスケア型診療を实践すべく奮闘している歯科医院のプレゼンテーションです。沼澤秀之さんは、お父様の経営する医療法人の分院長として、既存の歯科医院に勤め始めたところからヘルスケア型に転換していく課程、滝沢江太郎さんは新規開業でゼロからシステムを構築実践していく課程、齋藤 健さんはある程度診療してからシステムを転換していく課程と、三者三様なのですが、かたちは違えども、それぞれ壁にぶつかりながらもあきらめず前進していく姿は、同じ志を持つ歯科医院にとって大いに参考になることでしょう。

15:30 ~ 16:00

エックス線写真の撮影

担当：滝沢江太郎

みなさんこんにちは。突然ですが書籍や講演で他の医院のエックス線写真を見て「うわぁ、きれいなぁ…」、「これってどうやって撮ってるんだろう…?」と思ったことはありませんか? 今年のヘルスケアミーティングではメンテナンスを続けていって患者さんと長いおつきあいをしていくときには欠かすことができない、エックス線写真撮影についてどうすれば規格撮影できるのか? というところをセミナー委員会の活動から報告致します。乞うご期待!

16:00 ~ 16:30

口腔内写真の撮影

担当：渡辺 勝

口腔内写真って、すごい情報量がたくさん詰まっています。でも、その情報量を引き出すためには、少しばかりのコツが必要。患者さんに受け入れられ、医院にとってもメリットがある撮影法。そんな口腔内写真の活用に関して、皆さんと一緒に考えられるようなパートにしていきたいと思います。

17:30 ~ 19:00

交流会 (全員参加)

担当：岡本昌樹

せっかく年に一回全国から会員が集るのに、何の交流もなしではもったいないということで、少し時間をいただいで会員の交流の場を設けました。いろいろな地域の活動の紹介も予定していますので、お茶など飲みながらヘルスケアトークを楽しんでいただければと思います。名刺交換の時間を設けますので、ぜひたくさんの方の名刺をお持ちください。

19:30 ~

懇親会 (希望者)

担当：岡本昌樹

多くの会員の方のご要望により、今年も懇親会を行うことになりました。今回は、話題のブッフェレストランでの開催です。おいしいお料理とお酒に、東京ドームシティの夜景で楽しい時間をお過ごしください。たくさんの方のご参加をお待ちしています。

会場：東京ドームホテル スーパーダイニング「リラッサ」

<http://www.tokyodome-hotels.co.jp/restaurants/rilassa.php>

参加費：6,000円

アクセス：秋葉原からJRで2駅(駅前)、車で10分

14:30 ~ 15:15 / 16:30 ~ 17:15

ポスター発表 担当：セミナー委員会 (岡本昌樹)

- 1 テーマ
 - ①「院内勉強会」
ヘルスケア型診療を行うには学び続ける姿勢が必要不可欠です。そこで、今年は「院内研修」というテーマで実践していることを発表し、学び、楽しみ、みんなで役立てていくことにしました。
 - ②「自由テーマ」
症例発表、地域医療、マネージメント、等々本会の活動に添った内容でしたら、何でも結構です。
- 2 参加資格
当会正会員診療所及び個人単位(正会員、準会員)。1医院から複数出展可。
発表者は発表当日必ず出席ください。
- 3 発表方法
発表に際し、多くの方々が1カ所に集中するため、聴衆の方々からよく聞こえない、内容が見えないので改善してほしいとのアドバイスをいただきました。
今年は初めての試みとして、発表の要点をスライドで発表していただきます。
① 既成衝立に画鋏(ピン)または両面テープで貼付
② スライドを作製(5枚以内)して、メイン会場にて口頭発表(発表3分、質疑1分)
③ プログラム用事前抄録(400字程度)
- 4 サイズ
ポスターのサイズは最大W900×H2100mm、最小で模造紙1枚(W728×H1030mm)。
診療所名、発表者名はこのスペースに含まれます。掲示はポスターのみとします。机の用意はありません。
- 5 表彰
昨年までの投票による1位のみ表彰のほか、さまざまな観点から表彰できるように、現在準備中です。
- 6 申し込み FAX またはメールにて事務局まで
- 7 申し込み締切 **8月31日(金)**

ヘルスケアミーティング 2012 (抄)

2日目 10/21 「診療補助」って何??? 歯科衛生士法って? ヘルスケア型チーム医療を成功させるために

「診療補助」とは、法律上は、診療のお手伝いのことではありません。歯科衛生士が歯科医療行為を行うことを言います。たとえば、歯周病患者の歯肉縁下のインスツルメンテーションは、歯科医師がその歯科衛生士に相当の技倆・能力があると判断して指示した場合に、初めて合法的に認められる行為なのです。ちょっとこみ入った話になりますが、外部講師に今回の企画を説明した趣意書は以下のとおりです。

歯科衛生士の「歯科医療行為」は、歯科衛生士法（以下「法」）が歯科衛生士の業務として定める「診療補助」（法第2条）に法的根拠をもっています。歯科衛生士の診療補助は、医師の指示による看護師の診療補助と等しく「主治の歯科医師の指示」（法第13条の2）の下に、幅広い相対的歯科医行為の範囲で可能です。どのような能力、熟練をもって、どのようなときに、どのような相対的医行為を指示するか、その判断は主治の歯科医師に委ねられていますが、その条件や範囲について、かならずしも専門家の間にコンセンサスがあるわけではありません。

現在、様々な学会が、歯科衛生士の認定制度を発足させていますが、こうした認定歯科衛生士制度は、当該学会が重きを置く診療補助業務を指示しうる歯科衛生士を認定するものと考えられます。地域住民の予防ケア、家族ぐるみの健康維持を診療の基本に置き、チーム医療によってそのような診療システムを運営している私たちの場合は、カリエスリスクコントロールの多くの部分、歯周病の基本治療の多くの部分、そして歯周治療につづくサポートペリオドンタルセラピーにかかわる多くの部分を一定の能力をもち熟練した歯科衛生士に指示しています。

平成25年春、歯科衛生士試験の受験生全員が3年制以上の歯科衛生士学校の卒業生になります。それに応じて歯科衛生士には、一段と高い能力が要求されるようになります。この時期にあたって、歯科衛生士の「歯科医療行為」について、立場の違いを超えて認識を深め、卒後臨床研修や認定の在り方について理解を深める機会をもちたいと考えました。

歯科衛生士の歯科医行為

石井拓男（東京歯科大学副学長，東京歯科大学歯科衛生士学校校長，東京歯科大学教授社会歯科学）



歯科衛生士は、現在ではその就業人数は歯科医師を超え、歯科界で最大多数の職種となっている。また、就業している歯科衛生士の50%は35歳以上のベテランが占めている。歯科衛生士の数と質が急速に変化した。歯科衛生士の業務についての見直しも、それにつれて大きく進んだと思われる。2004年厚労省が歯科衛生士教育年限を3年以上とし、2005年に日本歯科医師会が「歯科衛生士の業務と要請に関する検討臨時委員会」を設置し、2006年日本歯科医師会会長から日本歯科医学会会長へ「歯科診療の補助行為に関する見解」が依頼された。この間に、歯科界に「絶対的歯科医行為」「相対的歯科医行為」という概念が紹介されて普及することとなった。その中で、日本歯科医学会は「歯科衛生士業務に係わる検討会」を開催し、臨床系の専門学会に意見を求めた。各学会から合計400程の行為が具体的に提示されたことは歴史的なことであった。歯科医行為についてのコンセンサスは、歯科医学医療の進歩と社会状況によって変わるものである。そして、行政や司法そして国民の判断・認識の変化につながるものと思われる。

診療補助と日本歯科衛生士会の認定歯科衛生士について

金澤紀子（日本歯科衛生士会会長）

日本歯周病学会認定歯科衛生士

特定非営利活動法人日本歯周病学会歯科衛生士関連委員会委員長 渋谷俊昭（朝日大学歯学部教授歯周病学分野）

日本ヘルスケア歯科学会の認定歯科衛生士について

河野正清ほか歯科衛生士育成コース担当歯科衛生士

「診療補助」って何??? 歯科衛生士法って? ヘルスケア型チーム医療を成功させるために

2012年 10月 20日(土) ・ 21日(日)

秋葉原コンベンションホール 東京都千代田区外神田 1-18-13 秋葉原ダイビル 2F <http://www.akibahall.jp/index.html>

メインテナンスケアと予防を診療のベースにおいた歯科医療を始めるためには、まず歯科医師一人の能力や技術で歯科医療が成り立つという思い込みを捨てなければならない。そこに始まるのは、歯科衛生士、歯科技工士、受付はもとより外注ラボ、ある場合は周辺の歯科医院・病院、専門性の高い医師や歯科医師、多職種との連携を含むチーム医療である。その第一歩で曖昧にしてはいけないことがある。それは法律上の業務範囲の問題である。

今回のミーティングでは、歯科衛生士の診療補助業務に焦点を当てて、正しい認識をもつと同時に、よりよいチーム医療を可能にする環境整備のため、関連学会と連携を模索する。

プログラム

10月20日

10:30 ~ 12:00	オピニオンメンバー会議
13:00 ~ 14:30	診療所づくり 奮闘記 プレゼンター： 沼澤デンタルクリニック (小金井市・代表 沼澤秀之) たきさわ歯科クリニック (青森市・代表 滝沢江太郎) さいとう歯科 (市川市・代表 齋藤 健) 座長：藤木省三、田中正大
14:30 ~ 15:15	ポスター発表 (1) (今回から5分間プレゼン付き) 座長：川嶋 剛、林 浩司 テーマ 1) 「院内勉強会」 2) 「自由テーマ」
15:30 ~ 16:00	エックス線写真の撮影 滝沢江太郎ほか
16:00 ~ 16:30	口腔内写真の撮影
16:30 ~ 17:15	ポスター発表 (2) 座長：川嶋 剛、林 浩司
17:30 ~ 19:00	診療所交流会 (全員参加・同じ会場)

10月21日

9:35 ~ 9:45	趣旨説明 杉山精一
9:45 ~ 10:05	寸劇で考える・診療補助 齊藤 仁ほか
10:05 ~ 10:50	基調講演 歯科衛生士の歯科医行為 石井拓男 (東京歯科大学副学長、社会歯科学教授)
10:50 ~ 11:10	質疑 司会：齊藤 仁
11:30 ~ 12:00	実態報告1 会員診療所の調査から分かった「診療補助業務」 昼食休憩
13:10 ~ 13:40	実態報告2 私たちの日常の仕事 長い経過の患者さんの診療をめぐる (歯科衛生士)
13:40 ~ 14:00	診療補助と日本歯科衛生士会の認定歯科衛生士について 金澤紀子 (日本歯科衛生士会会長)
14:00 ~ 14:20	日本歯周病学会の認定歯科衛生士について 渋谷俊昭 (日本歯周病学会歯科衛生士関連委員会委員長 朝日大学教授)
14:40 ~ 15:40	日本ヘルスケア歯科学会の認定歯科衛生士について 河野正清ほか歯科衛生士育成コース担当歯科衛生士 ディスカッション 金澤紀子、渋谷俊昭、河野正清、田村 恵 座長：齊藤 仁

お知らせ・ご注意

- ・ 21日の昼食(弁当)を希望される方は、10月12日までにお申し込みください。
- ・ 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、ご連絡ください。
- ・ 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金します。但し、9月28日以降のキャンセルは、ご返金できませんので、ご了承ください。

参加費

	会 員	非会員
歯科医師	8,000 円	10,000 円
その他	4,000 円	5,000 円
学生・院生・研修医	4,000 円	
懇親会	6,000 円	
21日昼食	1,200 円	

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 一般社団法人日本ヘルスケア歯科学会事務局

FAX: 03-3260-4906 TEL: 03-5227-3716 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 (news15-4)

ヘルスケアミーティング 2012 参加申込み (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	会員番号:	<input type="checkbox"/> 会員歯科医師: 8,000 円	<input type="checkbox"/> 非会員歯科医師: 10,000 円
ご氏名		<input type="checkbox"/> 会員その他: 4,000 円	<input type="checkbox"/> 非会員その他: 5,000 円
		<input type="checkbox"/> 学生・研修医: 4,000 円	<input type="checkbox"/> 懇親会 6,000 円 <input type="checkbox"/> 昼食 1,200 円
フリガナ	会員番号:	<input type="checkbox"/> 会員歯科医師: 8,000 円	<input type="checkbox"/> 非会員歯科医師: 10,000 円
ご氏名		<input type="checkbox"/> 会員その他: 4,000 円	<input type="checkbox"/> 非会員その他: 5,000 円
		<input type="checkbox"/> 学生・研修医: 4,000 円	<input type="checkbox"/> 懇親会 6,000 円 <input type="checkbox"/> 昼食 1,200 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	-