

# HEALTH CARE

The Newsletter of the Japan Health Care Dental Association

vol.15 no.5

(年間6回刊行・通巻088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](mailto: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. 2013年度会費振込用紙

当学会の会計年度は、1月から12月までです。2013年度会費の払い込み用紙を同封いたしましたので、お近くの郵便局からお早めにお払込みくださいますようお願い申し上げます。なお、準会員は年会費不要ですので、ご注意ください。

#### 2. 日本ヘルスケア歯科学会誌 Vol.13

#### 3. HyG-Times no.19

## 催しものご案内

#### ① 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

#### ② ヘルスケア・シンポジウムI

日時：2013年3月10日午後

会場：東京建物八重洲ホール

#### ③ 認証ミーティング

日時：2013年7月21日午後

会場：東京医科歯科大学・特別講堂

#### ④ ヘルスケアミーティング2013

日時：2013年10月26・27日

会場：シェーンパッハ・サポー

巻頭「歯科衛生士業務」—今後の課題 . . . . . p.1	東京 HCG メインテナンス率報告 7 . . . . . p.20
ヘルスケアミーティング2012 開催報告 . . . . . p.3	患者様の苦痛を取り除け! 11 . . . . . p.23
ウイステリア Pro とアポイント管理職 . . . . . p.12	コラム 知っておきたい Perio の基礎 11 . . . . . p.25
アメリカでの新しい蝕予防診療の流れ . . . . . p.14	事務局から . . . . . p.25
告知 . . . . . p.18	オピニオンメンバー会議報告 . . . . . p.26
メッセージのちから . . . . . p.19	第2期オピニオンメンバー推薦受付 . . . . . p.28

## 「歯科衛生士業務」——今後の課題

河野正清 (コアメンバー)

### 今後の課題

10月20日、21日にヘルスケアミーティング2012が、250名を超える参加者により盛況に行われました。以前、ニュースレターにも書きましたが、歯周組織検査や歯周治療等の歯科衛生士業務に関して、グレーゾーンだと言われた経験がありました。認められない、と言う人がいると聞いたこともあります。

歯科医師である私も、歯科医師の指示を受けて歯周組織検査や歯周治療等を実際に行っている歯科衛生士も、胸を張って堂々と日常臨床を行えるようにしなければいけない、との思いで、今回のヘルスケアミーティング2012を企画致しました。「歯科衛生士業務における診療補助」と「相対的歯科医行為」という概念を正しく理解して、関連する法令を熟知すれば、歯周組織検査や歯周治療等の歯科衛生士業務は、まったく合法的なものだ、という事実をはっきりと認識することができました。シンポジウムの最後に代表の杉山精一さんが述べたように、頭の上が分厚い雲に覆われているような状態だったのですが、雲が晴れて一点の曇りもなくなったような、すがすがしい気持ちで終わることができました。

しかしながら、それと同時に、今後行わなければならない大きな課題を、宿題として残されたことを認識しています。その課題とは2つあります。ひとつめは、歯科衛生士の熟練度の判断基準を明確にして、同時に歯科衛生士熟練度の向上を継続的に進めるシステムを整備していくこと。ふたつめは、相対的歯科医行為の学会としてのガイドライン作りです。

### 歯科衛生士の熟練度

相対的歯科医行為を診療補助として歯科衛生士が行うには、一定の制限があります。歯科衛生士の資格があれば、誰でも、すべての相対的歯科医行為を行える、というわけではありません。ある診療行為を行うことができるのは、その歯科衛生士が、その診療行為を行うことが可能な熟練度があると判断される場合だけです。その診療行為を行うだけの熟練度がないのに、その診療行為を行った場合には、違法行為になる可能性があります。このように、歯科衛生士の熟練度が、大きなポイントになっているのですが、熟練度の判断基準はどのように行えばいいのでしょうか。できると思った、とか、それだけの熟練度があると考えていた、だけで充分と言えるのでしょうか。熟練度の程度には「低い熟練度」「中等度の熟練度」「高い熟練度」があり、それによって、行うことができる行為が異

なる、とされています。歯科衛生士の熟練度をどのように判断すればいいのか？ 歯科衛生士熟練度を上げていくためには、どうすればいいのか？ これが、ひとつめの課題です。

### 歯科衛生士育成プログラム

日本ヘルスケア歯科学会では、まだ研究会だった2006年から歯科衛生士育成プログラムを行っています。設立主旨やロードマップには、ヘルスケア歯科診療を実践して広めていくために、歯科衛生士の育成、教育が必要である、と明記されています。それを実現するために歯科衛生士育成プログラムを始めました。歯科衛生士育成プログラムは、歯科衛生士育成コースと、認定歯科衛生士制度の、二本柱から成っています。歯科衛生士育成コースは2006年に第1回が行われて、今年で第7回が実施中です。受講者総数は227名に上ります。歯科衛生士育成コースの様子は、毎回ニュースレターに報告を掲載していますので、読み返してみてください。認定歯科衛生士制度は、歯科衛生士育成コースを完了した歯科衛生士の中で、認定歯科衛生士検定に合格した者を認定する制度です。2012年11月1日現在、85名の認定歯科衛生士が誕生しています。この歯科衛生士育成プログラムは、歯科衛生士の育成、教育に大きな成果、効果を上げているのは間違いない、と認識しています。しかしながら、それに参加できる歯科衛生士数には限りがあります。あくまでも、限られた範囲内での歯科衛生士の育成、教育となっています。

### 歯科衛生士研修会

今回のヘルスケアミーティング2012で、「歯科衛生士業務における診療補助」と「相対的歯科医行為」、そしてそれに関連して歯科衛生士の熟練度ということを考えてみると、今までの歯科衛生士育成プログラムだけでは、数的にも、発想的にも、不十分であるということに気づかされました。歯科衛生士の熟練度の向上を、もっともっと数多くの歯科衛生士が継続的に進めるようなシステムが不可欠であると考えました。そこで、歯科衛生士研修会を、歯科衛生士育成プログラムの3つ目の柱として実施していく予定です。歯科衛生士研修会は、日本全国を7つの地域に分けて、各地域ごとに、年2回程度、歯科衛生士研修会を実施するプランです。これにより、数多くの歯科衛生士が参加可能になります。そして、この歯科衛生士研修会に参加することにより、歯科衛生士の熟練度の向上を図ると同時に、熟練の程度の指標にできるように評価基準を設定していく予定です。歯科衛生士研修会の内容については、実習講習や講演形式の研修会を予定していますが、詳細

については、まだ未定です。来年度から順次、実施、開催していく予定です。

### 相対的歯科医行為のガイドライン

ある治療行為（相対的歯科医行為）を診療補助として歯科衛生士が行う場合、どの程度の熟練度が必要だと判断するのか？ その治療行為を歯科衛生士に行わせるにあたり、事前に、歯科医師は何を診査、診断して、どのような指示を歯科衛生士に与えるのか、歯科衛生士はどんな事項に留意してその治療行為を行っていくべきか、等々について、実際の日常臨床において、どのように判断、決定していけばいいのでしょうか。また、判断基準の甘い、ある歯科医師は、何でもかでも、低い熟練度で充分である、と判断して、どんどん歯科衛生士に行わせてしまったとして、それを間違っていると認識させることは可能なのでしょうか？ 誰でもが、一定の基準に従って、適切に、このようなことを判断、決定できるように、相対的歯科医行為のガイドラインの作成が必要であると気づかされました。これが、ふたつめの課題です。

### 会員の協力が不可欠

この2つの大きな課題を解決、達成していくためには、限られた人数のコアメンバーだけでは、不可能です。

ひとつめの課題を行っていくには、日本全国を7つの地域に分けた、各地域ごとに核となる会員が必要です。その会員を中心として、歯科医師、歯科衛生士が歯科衛生士研修会の実施に向けて力を合わせていくことも必要とされます。既に、九州地区担当に千草隆治さん、四国中国地区担当に高橋啓さん、神戸地区担当に丸山和久さん、大阪地区担当に大井孝友さん、関東地区担当に雨宮博志さん、北陸地区担当に浦崎裕之さん、東北地区担当に滝沢江太郎さん、北海道地区担当に斉藤仁さんが協力してくださることになりました。この地区担当と連携を取りながら、またこれらの地区担当を核にして他の歯科医師、歯科衛生士達の協力のもとに、今後の歯科衛生士研修会の実現に向けて、活動をしていく予定です。

ふたつめの課題、相対的歯科医行為のガイドライン作成においては、オピニオンメンバー全員の協力を仰ぎ、できるだけ早い時期に、日本ヘルスケア歯科学会としての見解を発表する予定です。

このような活動を行っていくためには、多くの会員の協力が不可欠となってきます。会員の皆さんの協力を、ぜひともお願いいたします。



# ヘルスケアミーティング 2012 開催報告



## 1 日目報告

若手会員の積極的な意見から生まれた多彩な企画

岡本昌樹（コアメンバー・  
栃木県下都賀郡開業）



沼澤秀之さん



滝沢江太郎さん



斎藤健さん



1日目は短い時間に多彩な内容が盛り込まれたプログラムでしたので、いささか駆け足でのご報告になりますが、会場の雰囲気がお伝えできればと思います。

### ■診療所づくり奮闘記

それぞれ異なる立場の3名の会員が、ヘルスケア型診療を作り上げる過程での困難や迷い、これからの目標について、体験した本人だから語り得る言葉で熱く語ってくれました。

沼澤デンタルクリニックの沼澤秀之さんは、東京都でお父様の分院長としてスタートしましたが、従来型の診療で永年継続してきた分院の変化に当初は患者さんにもスタッフにも理解が得られず、スタッフの退職、医院収入の減少といった困難に直面しましたが、一歩ずつ前進することによって壁を乗り越えて現在の診療所とスタッフを作り上げました。

たきさわデンタルクリニックの滝沢江太郎さんは、青森市郊外での新規開業でした。開業前からヘルスケア型診療を目指して診療機器やシステムを準備してのスタートでしたが、地方では共通の問題である患者さんの高齢化や人口減少に伴う医療過疎の問題に直面します。

「取れた、壊れた」にもきちんと対応しなければならぬという責任感から、「二足のわらじ」でがんばりますと語った彼に、現実を把握したうえで目標に向かう力強さを感じました。

さいとう歯科の斎藤健さんは、東京近郊の千葉縣市川市での新規開業でした。当初は、精度の高い補綴、修復処置を行

うことが患者さんにプラスになるとの考えから診療をされていましたが、予後に疑問を感じてヘルスケア型診療に転換されました。都市部共通のスタッフの求人難や定着に苦勞しつつも前進する姿勢に共感した方も多かったのではないのでしょうか。

### ■ポスター発表

例年、時間をかけてポスターを作成してくださる医院があり、また熱心にメモや写真を撮って帰られる参加者の方がいながら、十分な発表の時間と見やすい展示環境を提供できないことを申し訳なく思っていました。

その改善策の一つとして、今年からポスターをもとに5枚のスライドを作り、一人3分のプレゼンをしてもらうことにしました。

はじめての試みでしたが、発表者の方は限られた枚数の中にスライドを整然とまとめられて、みなさんが時間内にすばらしいプレゼンをされました。また会場の参加者の方々も、よく準備された発表を興味深く一つひとつ聞かれていました。

今回からは、発表テーマに「自由テーマ」を設けたこと、表彰の基準も「審査員賞」、「敢闘賞」を新設して、より多様な参加と評価が可能になったことも参加者には好評のようでした。

「来年は出展したい」という声をいただいて、主催者側もよりよい発表になるように来年の準備をはじめています。



仲村麻衣子さん

### ■エックス線写真の撮影

たきさわ歯科クリニック 滝沢江太郎  
さん

### ■口腔内写真の撮影

武内歯科医院 仲村麻衣子さん

ヘルスケア型診療を行っていくうえで、また規格性のあるデータを蓄積していくうえでなくてはならないものですが、なかなか技術的に手強いのもこの二つではないでしょうか。

そんな多くの方の疑問に対して、エックス線では、アナログ、CCD、IPの違いや、さまざまな撮影器具の特徴、活用

法について、口腔内写真では、撮影技術のみならず、患者さんへの配慮や感染対策についても、詳しく話していただきました。これから取り組む会員や、いま試行錯誤している会員には、とても有益な情報になったと思います。

今回の1日目のプログラムでは、若手の会員の方が積極的に意見を出して企画に関わってくれたことが、最大の成果でした。感謝とともに、来年はさらに充実した会になるように皆様のご協力をよろしくお願いいたします。



## 1 日目感想

「あんな歯科衛生士さんが活躍する歯科  
医院ができたらなあ〜」

中本知之（神戸市開業）

神戸市で開業しております、中本知之と申します。この度、ヘルスケアミーティングに初めて参加させていただきました。私は昨年ヘルスケア歯科学会に入会、デンタル10枚法や口腔内写真などの資料採取も今年から始めたばかり、おまけにスタッフは急激な改革でヘトヘト…とヘルスケアピカピカ1年生です。今回の内容は2日間とも学ぶことが非常に多かったです。もっともスタッフは同行せず、院長単身での参加です（泣）。

まず印象に残ったのが（歯周病学会の渋谷俊昭先生もディスカッションで同様の話をされていましたが）、他の学会とは切り口や雰囲気の全く違う学会であったということです。参加者も歯科医師だけではなく、歯科衛生士、受付、アシスタントの方も多く、内容も歯科医院のスタッフが皆で共有できるものがほとんどでした。

今回私は単身での参加でしたが、「この内容は帰ってスタッフに伝えよう。あ、これも。これも伝えておかないと」と心の中で思っているうちに「なんだ、こん

なに伝えたい内容が多いならスタッフにも参加してもらった方がよかった」と考えていました。でも現状では当院のスタッフは余裕がなく、そんな雰囲気ではありません。そこでどうするか？

そう考えていた時に1日目最後の診療所交流会の時間がやってきましたので、思い切ってベテランのヘルスケアの診療所の方々に質問してみました。

「スタッフぐるみでヘルスケアの催しに参加するにあたって、スタッフに配慮していることはありますか？」

そこはやはりベテランの方々、たくさん教えてくださいました。それもご自身の失敗経験などもふまえたとても暖かいアドバイスでした。内容は割愛しますが、明日から実践できそうなことばかりで、とてもありがたい限りです。診療所交流会の企画にも感謝致します！

もう一つ印象に残ったのは、ヘルスケアの診療所の院長の信念の強さとそこで働くスタッフのプロ意識の高さです。それは講演の内容や、懇親会や休憩時間に交流させていただくなかでも感じました。ステージ上で堂々とお話される歯科



衛生士の方々にもビックリです。

「あんな歯科衛生士さんが活躍する歯科医院ができたらなあ〜」

と心の中でずっと叫んでいました。

2日間を通して自分の歯科医院の今いる位置とこれからの課題がとてもよく分かりました。やらなければならないことは自分自身の改革も含めたくさんありますが、自分一人で突っ走ることなくスタッフ一丸となって医院改革をしていこうと思いました。次回の院内ミーティング

ではステップ1の「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ところからはじめていきたいと思っています。とても刺激的な2日間でした。ありがとうございました。

最後になりましたが、ヘルスケア歯科学会に入るきっかけを作って頂いた藤木省三先生はじめ関西のヘルスケア診療所の方々、同級生の滝沢江太郎先生に感謝致します。



## 「思い・出会い」からはじまるヘルスケア型診療所づくり

「診療所づくり 奮闘記」を聴講して

澤幡佳孝（宇田川歯科医院勤務）

皆様はじめまして。宇田川歯科医院で現在勤務しております、澤幡と申します。来年4月に熊本にてヘルスケア型歯科医院の開業を予定しております。このため今回のヘルスケアミーティング1日目の「診療所づくり 奮闘記」を聴くことは、私にとってまたとない最高の機会となりました。

演者の沼澤秀之先生、滝沢江太郎先生、斎藤健先生、ヘルスケア歯科学会役員の皆様、ほんとうにありがとうございました。この文章がヘルスケア型歯科医院づくりを志す、私と同じような方々に少しでもお役に立つことがあれば幸いです。

私見「ヘルスケア型診療所づくりのステップ」

### ① 思いと意思の共有化

「ヘルスケア型診療所づくりによってどのような未来をつくるか？」

その熱い思いを皆さんお持ちでした。思いを語り続け、その思いをスタッフみんなと共有しているように感じました。

### ② 書籍や仲間との出会い

日本ヘルスケア歯科学会の先生方の著された書物と出会い、そしてヘルスケア歯科学会に入会し学会に参加します。懇

親会に出席して多くの仲間と知り合うことでヘルスケア型診療所づくりへの門が開かれます。

### ③ システムづくり

仲間との交流により多くのノウハウが得られ、実際のシステムづくりにいかすことができます。（カメラの購入と口腔内写真撮影、デンタル10枚法の撮れるシステムづくり、ウイステリアやデンタルXを用いたデータ管理、サブカルテ、患者さんと長くおつきあひする姿勢、チーム診療、働きやすい職場づくり）

### ④ 見学（ヘルスケア歯科学会の先生方の医院見学）→まねる（みんなで実践する）

学会の懇親会で知り合った先生方の医院見学をし、見学して知り得たことをみんなで実践します。ただし「一気に！システムをはめ込む！」ことをしてしまうとスタッフの反感を買ってしまいます。導入にはスタッフとの話し合いを少しずつ行いながら、徐々に行っていく必要があります。

### ⑤ 研鑽（成長できる歯科医院）

ヘルスケア歯科学会の歯科衛生士育成プログラムに参加します。ヘルスケア歯科学会認定歯科衛生士をめざすことで、



技術に日々磨きをかけます。

奮闘記のみなさんは、紆余曲折はあったもののこれらのステップをへて、現在の医院に到達されたと感じました。一番大切だと感じたのは、「人との出会いと育み方」だと思いました。患者さん・スタッフ・志が同じ仲間との出会い、関係性の築き方、それをどのように育むかは、その根のところはすべて同じだと考えます。

「健康を守り育てる歯科医院づくり」

## 2 日目報告

寸劇が提起したテーマを各方面から学んだ1日

斉藤 仁（コアメンバー・  
札幌市開業）

### □ 趣旨説明

まず最初に、当会の杉山精一代表から趣旨説明がありました。

メンテナンス中心の歯科医院作りをしていくと歯科衛生士の仕事は確実に増えていくが、その業務規定に関しては多少曖昧に理解していたところがあった。しかし、歯科衛生士の仕事量の多さ、重要度を考えるとその業務に関してしっかり理解しておく必要があり、それを整理しましょうというのが、企画意図とのことでした。用語をしっかりと理解すること、誰に聞かれてもきちんと答えられるようにすること、ヘルスケア歯科学会としての歯科衛生士の診療補助業務に対する見解をまとめたということを示されました。

### □ 寸劇で考える・診療補助

続いて、歯科衛生士の落合真理子さん、蓮見愛さん、山田美穂さんによって衛生士業務に関する疑問点を寸劇という形で問題提起していただきました。この日のために急遽結成されたヘルスケア劇団の3人の愉快的掛け合いで、歯科衛生士が歯肉縁下を触ることは良いのか、悪いのか、など、歯科衛生士法の解釈や、衛生士の業務範囲についての素朴な疑問点を整理してもらいました。

### □ 基調講演：歯科衛生士の歯科医行為

東京歯科大学副学長、社会歯科学教授の石井拓男先生による基調講演でした。歯科衛生士法の変遷、法律用語などわ

の要諦はそこにあると思います。

開業前の何かと不安な時期に講演を拝聴し、多くの先生方と出会い・語りあったことで、心の奥底からみなぎる勇気をいただきました。これで胸を張って熊本での開業を歩いていくことができます。

最後に、私をヘルスケア型診療に導いてくださり、あたたかく見守り、育ててくださった宇田川義朗先生に心から感謝いたします。



かりやすく解説していただきました。

本来診療補助業務は看護師しかできないが、「保健師助産師看護師法第31条第1項および第32条の規定にかかわらず」という除外規定により、看護師と歯科衛生士は同等となり、歯科衛生士に診療補助業務が認められていることを教えていただきました。

診療補助業務とは歯科衛生士に認められた歯科医行為であり、法的には歯科医師の指示のもとに行ってもよいことにはいるが、法的にできるからといって、そのことで患者被害が起こるようなことがあってはならない。看護師と歯科衛生士の診療補助は業務についての規定がなく、それだけ特別なレベルの高い職種であり、指示する歯科医師の裁量に任されているが、それだけに歯科衛生士は歯科医療、歯科疾患についてしっかりと理解し、歯科医行為の真髓をわかって、歯科医療従事者として歯科疾患に立ち向かっていくというスタンスを忘れてはいけないという言葉は、非常に重みを感じました。寸劇で提示された疑問点が解決され、参加者もすっきりとした表情でした。

### □ 実態報告1

コアメンバーの斉藤仁が今回のヘルスケアミーティングに先駆けて行った衛生士の診療補助業務に関するアンケートについて、実施の趣旨、参加者数など報告を行いました。診療所の区分によるアンケート結果に大きな差はありませんでし





石井拓男教授



長山和枝さん

た。その後、石井拓男先生の講演内容で示された歯科衛生士法の解釈や、絶対的、相対的歯科医行為とは何かということ再度おさらいしました。

#### □ 実態報告 2

歯科衛生士の長山和枝さんが、ヘルスケア診療を行っているわたなべ歯科（春日部市）に新卒で勤務し、現在に至るまで、どのような志・考えをもって診療に当たっているかを話してもらいました。わたなべ歯科での日常業務、メンテナンスについての考え方、業務範囲の内容など症例を交えて詳しく説明されていました。法律の中でやっていいことであっても、それに伴う能力、技術、知識をしっかり身につける必要があります、歯科衛生士に丸投げをするのではなくきちんと院長と擦り合わせを行って、そのうえで歯科衛生士の能力に合わせた仕事内容を補助業務として任せる必要があること、信頼されて仕事を任されるためには、医院の基準を満たすだけの実力を身につけなくてはならず、トレーニングが必要であると締めくくられていました。

#### □ 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

日本歯科衛生士会会長の金澤紀子さんによる講演では、歯科衛生士法に関して説明があり、診療補助行為は歯科医師の指示があってできることで、法律上の「指示」というのは、個別、具体的でなくてはならず、ただ「やっておいてくれ」というのは指示にはならないことを再確認しました。また、歯科の専門性は時代とともに高度化、多様化しており歯科医療の進歩とともに診療の補助も進歩しており、日本歯科衛生士会による歯科衛生士の勤務実態調査報告書においても、職務上の悩みの上位に自己の力量不足があげられていることから、卒後の研修が不可欠で、とりわけ職場での研修が重要であるとおっしゃられていました。また、日本歯科衛生士会の認定制度にも触れられ、他職種と連携のためにも認定歯科衛生士制度が必要であるとのこと

した。

#### □ 日本歯周病学会の認定歯科衛生士について…

日本歯周病学会歯科衛生士関連委員会委員長で朝日大学教授の渋谷俊昭先生による講演では、日本歯周病学会の認定衛生士制度について、申請から認定試験、更新までの流れ、要件などを説明していただきました。認定制度が発足した当時はSRPを歯科衛生士がしていいかどうか、どこまで任せるとかが問題になったとのことでしたが、現在は認定試験のプレゼン症例の中に、歯科医師の指導のもとに行ったスクレーピング等の処置を含むことが条件として入っており、歯科医師と歯科衛生士が協力して歯周病の治療、予防をしなくてはならないとおっしゃっていました。日本歯周病学会が行ったアンケートによると認定志望の動機は「衛生士としてのレベルアップを考えた」というのがもっとも多く、認定後、変わったことは、「自信がついた」、「患者さんを見る目が変わった」と言う意見が多く、歯科衛生士にとって、自分がやってきたことをきちんと認めてもらえる認定制度というのはやはり必要であるとのことでした。

#### □ 日本ヘルスケア歯科学会の認定歯科衛生士について

当会の歯科衛生士育成コース担当のコアメンバーの河野正清から、ヘルスケア歯科学会の歯科衛生士育成プログラムについて説明がありました。当学会の設立主旨にもあるように「健康を守り育てる歯科医療」を実践するにあたり、それに必要な知識、技術、コミュニケーションスキルを獲得し、歯科衛生士業務を完遂できる歯科衛生士を育成することが当会の責務であると述べられました。その後、歯科衛生士の田村恵さんから、育成コースの日程、内容、受講者の声など、どのようなことを行っているか、詳しく説明していただきました。

#### □ ディスカッション

寸劇を行ってくれた3人の歯科衛生士



さんも交えて一日の議論を振り返りました。教育等も含めて全体的な衛生士のレベルアップはもちろん必要だが、個々の医院の中での歯科医師と歯科衛生士の関係が大事で、院内教育が重要であるとの金澤さんの意見に対して、理想はそうだが、育成プログラムに参加する医院の衛生士をみると適切な院内教育がなされていないケースも多いため学会として育成プログラムが必要であると河野さんは話されました。歯科衛生士を育てて認定をするという当会のスタンスに対して、歯

周病学会は会として育てることはせず、各医院で教育などを行い、それを認定するというスタンスをとっているが、歯科衛生士を育てる学会というのは存在しないので、ヘルスケア歯科学会はずいぶんそれを売り物にしてはどうかと渋谷さんから提案がありました。歯科衛生士法をしっかりと理解し、それぞれの学会が歯科衛生士に対して大きな期待をし、歯科医師と歯科衛生士の緊密な連携のもとに患者さんの健康を守っていかなくてはならないことを再確認した一日でした。



## 2 日目感想

日々を反省させられ、  
また元気づけられた

菊地 誠（三島市開業）

今回のヘルスケアミーティングで改めて歯科衛生士の法的な業務範囲が明確にされ、特にいわゆるヘルスケア型の診療所ではその責任と重要性が確認されたことは間違いない。また、前日の医院での取り組みの発表やポスター発表にそれぞれの医院の熱意が伝わってきて、自院での日々を反省させられ、また元気づけられた。その一方で改めて「もやもや」が頭の中を占めた。

一つは診療補助は「医師の指示」に基づいて、ということだが、果たしてその指示の必要十分条件とは何だろうか。それぞれの医院の環境やステージに違いがあるにしろ、そこにこそチーム医療として意味合いが問われるのではないだろうか。それは医師から歯科衛生士への一方的な伝達ではなく、プロとしての信頼に基づいた情報の共有であったり、医院の理念や方針という共通の土台の上での患者利益の追求であったりするのだろう。しかし、さて実践となると永遠の課題であると思う。自医院としても院内、院外に有機的なリンクをつくるべく模索し続けたい。

二つめとして、たとえば、ある歯科医院では補綴物の咬合調整を歯科衛生士が行っているが、十分な知識（学会の参加とBULLの咬合理論を諳んじることができ…）と20年以上の実務があるような

ところがある。その一方で時間に追われて咬合が高いままやコンタクトが開いたままにセットする歯科医師が存在することも事実。実務における「医療サービスの質」と「法」との現実的な矛盾が実際にはあるということ。また別の歯科医院では、根管治療こそやってはいないが、患者へ渡す「歯管」などの資料は事細かく記入されている歯科医院（察するに女性スタッフが記入）など法的に必要な条件が具備されていても、倫理的観点から憤りを禁じ得ない経験もある。そこには社会保障の歪んだインセンティブの結果、「法」「資格」や「能力」「業務範囲」などということを超えた問題点が目につく。このような問題ははたして今後どのように解決されていくのだろうか。

さらに、今回在宅診療という新しいテーマが投げかけられたが、これも、本来高齢になってから口腔のトラブルがあるのであれば、それは未然に防ぐことは、診療室や地域で本来取り組んでおかないと、やはり事後処理型の在宅訪問だけでは対応しきれないのは目に見えている。これは、がん患者の場合でも同じであろう、この分野でもいわゆるヘルスケア型の医療が必須だと思われた。

最後に、今回改めて会場を見回すと偏見かもしれないがインプラントセミナーにみられるようなギラギラ感が全くな



金澤紀子会長



渋谷俊昭教授



く、そこにはある種の「真摯さ」が充満していた。会場にいらっしゃる方々の紙を重ねるような日々の行動があって、こ

の空気を作り得ているのだと確信し会場をあとにした。



## 歯科衛生士として何をしていくべきか改めて考える場になった

志摩裕美（おおい歯科勤務）

私は昨年、日本ヘルスケア歯科学会認定衛生士を取得し、現在、認定衛生士養成スタッフの研修中です。今から10年くらい前、大阪で行われた学術講演会などは聴講したことがありましたが、ヘルスケアミーティングに参加したのは今回が初めてです。

1日目、診療所づくり、奮闘記の医院発表、ポスター発表とそれぞれ、医院やスタッフのパワーを目の当たりにし、自分を省みて落ち込み、診療所交流会って何をするのとドキドキしながら参加しました。

今まで、種々な学会に参加した経験がありましたが、それとは全く違う空気感に多少とまどいを感じながら、2日目をむかえました。まず、杉山精一先生より、本日の趣旨説明が行われました。「診療補助」「保健指導」「予防処置」「保助看法」「歯科衛生士法」「絶対的歯科医行為」「相対的歯科医行為」といった用語を理解し、そして説明できるようにし、学会としての相対的歯科医行為の共通理解をつくらうということでした。そのあと、ヘルスケア特別劇団、ヘルスケア認定衛生士養成スタッフでもある、山田さん、落合さん、蓮見さんの素敵な劇で「???」だった私の頭も具体的に本日のテーマが理解できました。

続けて、石井拓男先生による基調講演「歯科衛生士の歯科医行為」についてご講演がありました。歯科衛生士数が医療16職種の中で歯科医師の数を超え第4位となり、医療職種としての歯科衛生士がもともとめられている。歯科の診療補助という業務において、法的には看護師と歯科衛生士は同等、また補助内容の規定のない特別な職種であるというお話を聴き、今後も多くの研鑽をつみ続けなけれ

ばと思いました。

午後からは長山和枝さんによるヘルスケア衛生士の日常業務について報告がありました。30分刻みのメインテナンスのアポイント、まかされている歯科衛生士としての実力を、十分に感じる内容でした。お話の中で、「仕事をしていたらいい結果を出したいと思わないとおかしい。いい結果を出すには、練習するしかない。トレーニングあるのみ」と言っていたのが印象的でした。

その後、日本歯科衛生士会会長、金澤紀子さんより、「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」、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、朝日大学歯学部教授歯周病学分野、渋谷俊昭先生より、「日本歯周病学会認定歯科衛生士」と題してご講演がありました。具体的に認定衛生士を取得するためのことが理解できました。

河野正清先生からは「日本ヘルスケア歯科学会の認定歯科衛生士について」お話があり、改めてヘルスケア診療を理解する場となりました。また、認定衛生士育成コースはスタッフ主体で行われていること、スタッフ研修の様子、認定歯科衛生士制度についての紹介がされました。今後の展望として歯科衛生士研修会を行っていきたいというお話もありました。大変なことだとは思いますが、認定をとったら終わりではなく、継続して勉強していける場があるといいなと思いました。次に最初から認定衛生士育成コースのスタッフとして活躍されている田村恵さんより歯科衛生士の立場から認定衛生士育成コースの様子がとてもわかりやすくお話いただきました。最後に本日の講演者によるディスカッションが行わ



河野正清さん



田村恵さん

れ、閉会となりました。

2日間にわたるお話のなかで、現在の衛生士としての私、今後、衛生士として何をしていくべきか改めて考える場とな

りました。そして、患者さんに、より良い医療を提供できるよう今後も勉強し、スキルをあげなければと思いながら帰路につきました。

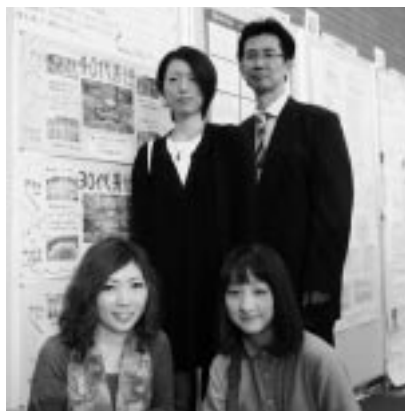


### ポスター発表

最優秀賞・審査員賞  
千草歯科医院



優秀賞  
丸山歯科医院



優秀賞・審査員賞  
たかはし歯科



敢闘賞 鈴木歯科医院



敢闘賞 さくら歯科医院



敢闘賞 たるみ歯科クリニック



川嶋歯科医院



はやし歯科医院



宇田川歯科医院



幕張ドルフィン歯科クリニック



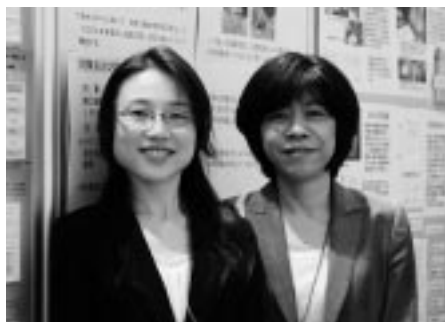
おかもと歯科医院



あめみや歯科医院



神戸市立こうべ歯科センター  
たかぎ歯科医院



杉山歯科医院



うつぎざき歯科医院



### 法人展示

ウエルテック株式会社  
株式会社茂久田商会  
ティーアンドケー株式会社  
クインテッセンス出版株式会社

株式会社プラネット  
株式会社コムネット  
株式会社ジェニシス



# ウイステリアPro/アポイント管理職



No.9 丸山和久 (神戸市開業・臨床データ活用委員会)

1回お休みしてのウイステリア活用術です。今回は、ウイステリアを取り巻く環境の現状と、昨年行なったウイステリアユーザーへのアンケートの報告をさせていただきます。

## 新規導入・クライアント増設はもう少し待った方がいい

まず、現時点でウイステリアを新たに導入しようとしている方およびクライアントを増やそうとされている方に注意と確認です。お伝えしたいことは二つです。新たに導入しようとしている方は、もう少し待った方がいいかもしれません。またクライアントを増やそうとされている方は慎重にお願いします。理由はFileMakerのバージョンアップと、それに伴うウイステリアのバージョンアップとの兼ね合いです。

ウイステリアはFileMakerというソフトがないと使えないのですが、今春FileMakerはFileMaker12にバージョンアップされました。

まずここでご承知いただきたいことは、FileMaker12はまだ現時点で現行のウイステリア4.0とは動作確認がとれていないということと、LANで従来のFileMaker(8.5～11)と混在させることができないということです。よってFileMaker12を使って現在のウイステリアを使い始めるのは控えた方がよさそうですし、現在LAN環境でお使いの方が1台クライアントを増やすのにFileMaker12は使えません。何らかの方法でFileMaker8.5～11のものを入手していただく必要があります。

なんだか迷惑きわまりないFileMakerのバージョンアップのようですが、実はそうでもなさそうです。かねてより「ウイステリアをiPadで使えないか？」というご要望・お問い合わせがあるのですが、その点に一筋の光が見えています。

現在、iPadの小さい画面にウイステリアをどう表示するかなど鋭意開発中です。モニタこそ小さくはなりますが、拡大表示はお手のもの、持ち運びも便利なのでユニットごとに1台という揃え方でなくてもよくなってくる可能性があります。そして現在iPad用のFileMakerにFileMaker GO for iPad 12というアプリがありますが(この場合はソフトではなくてアプリですね)、このアプリはフリー(FileMaker GO 12は無料、FileMaker Go11は有料)になっています。とい

うことは、今までクライアントを1台増やすのにパソコン+FileMakerの費用がかかっていたのが、iPadの費用だけで済むということになります。また、さらに朗報があります。これまで画像表示のためFactory's FileMaker Plug-in 2というプラグインソフトが必要でしたが、FileMaker12になることでこのソフトが不要になる可能性があります。つまりクライアント1台にパソコン+FileMaker+プラグインの費用がかかっていたのが、iPad1台分で済むかもしれないのです。

サーバー機およびカウンセリングコーナーや受付の画像取り込みをするマシンはパソコンで、その他チェアサイドではiPadで、という使い方が目に浮かびます。ウイステリアのFileMaker12での動作確認およびバージョンアップはMacに関して先行して行なわれています。新たにウイステリアを導入するとか、診療室内のネットワークごと新しくするなど、この際Macで行なうというのもいいでしょう。いずれにしても、今しばらくお待ちください。

さて、昨年になりますがウイステリアに関してユーザーへのアンケートを行いました。詳細については日本ヘルスケア歯科学会誌で滝沢江太郎さんから報告がありますが、ここではダイジェスト版として簡単に紹介させていただきます。

## 1. ウイステリアの使用状況

- 1) Windows : 78%, Mac : 22%
- 2) パソコン1台で : 24%, 3～9台で : 59%, 10台以上で : 17%
- 3) 使っている機能  
df 歯数 : 65%, DMF 歯数 : 80%, 残存歯数 : 80%, 来院履歴 : 69%, Perio Assistant : 54%, 抜歯入力 : 48%, 口腔内写真 : 57%, アポイント管理職 : 37%, 集計機能 : 54%

## 2. 導入・LANに関して

- 1) LAN構築を誰が行なったか  
歯科の業者 : 16%, 地元PC業者 : 51%, 自分で : 32%

- 2) お使いのレセコンのLANにウイステリアを共存させることに関して  
許されている：37%，許されていない：25%，  
わからない：38%
- 3) お使いのデジタルエックス線のLANにウイステリアを共存させることに関して  
許されている：44%，許されていない：16%，  
わからない：40%

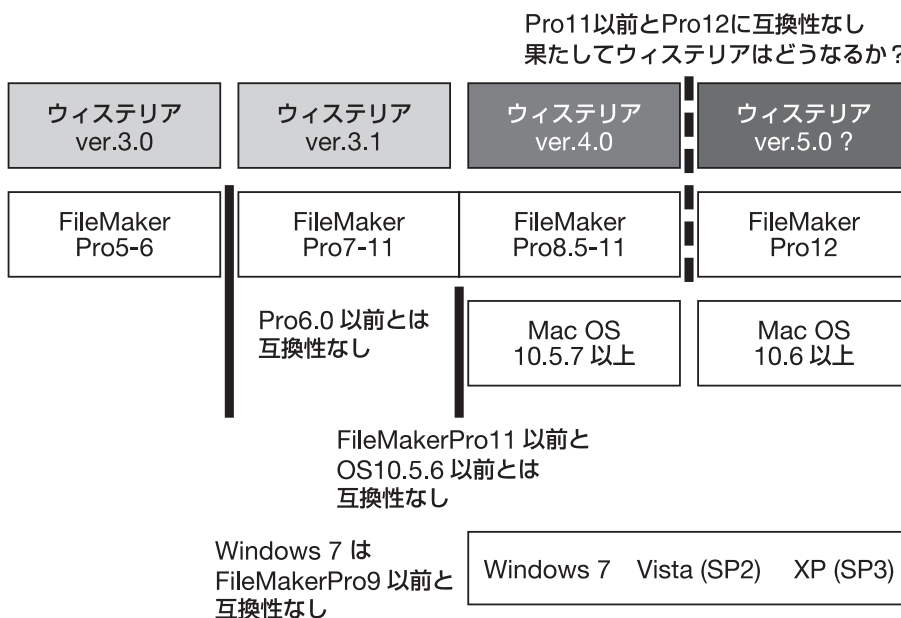
3. 使用中に困ったこと（実際の声：抜粋）

- 1) 挫折編  
当時のスタッフで使いこなせなかった  
患者登録の時点で挫折してしまった
- 2) アクシデント編  
データを過って消去！  
業者がレントゲン修理中にプレーカーを落としてしまいデータが壊れた！
- 3) バージョンアップ編  
医院独自にカスタマイズしていることがバージョンアップ時に反映されない

FileMaker のバージョンアップも併せて必要になること（ときにはネットワーク全体で）  
アンケートの結果からは、操作性やサポート体制などについてあらためて課題が示されています。導入に関する不安もよく耳にしますが、導入当初の「とっつきにくさ」を乗り越えて使いこなしているユーザーは、ネットワーク（LAN）を組んでいるケースが多いようです。導入についてはレセコンやデジタルエックス線のネットワークを利用して導入する可能性が示されています。日々入力することは煩雑ですが、蓄積された臨床データは様々なことを教えてくれます。患者さん個人の時間的変化はもちろん、集計や検索というウイステリアならではの機能を使うことで、患者さんや医院の傾向、立ち位置、実力がわかるというご褒美がもらえます。

導入・活用に関しては臨床データ活用委員会がバックアップさせていただきます。近日中にヘルスケア歯科学会ホームページに、新たにウイステリア相談コーナー\*を開設する予定です。ご利用をお待ちしております。

\* ホームページ右上会員よりログイン→ウイステリアのページへ



※それぞれのOSによってより細かくパソコンの必須環境（CPU、RAM など）が推奨されています。

## 実践フォーラム

## 実践フォーラム

## アメリカでの新しいう蝕予防診療の流れ

## CAMBRA (Caries Management by Risk Assessment)

藤原夏樹 (広島市開業)

“Dental caries is now the single most common chronic disease in children.”

(February 2003 の California Dental Association journal より \*1)

はじめに

2002年4月、カリフォルニア歯科医師会が主催した会議において、う蝕予防を科学と臨床の両面で検討するために集まった専門家は、新しい時代のあるべき姿を議論しました。その成果をまとめたものが「Caries Management by Risk Assessment (以下 CAMBRA)」です。その CAMBRA は、California Dental Association (以下 CDA) journal の 2003 年 2 月号で、一般開業医に向けて初めて紹介されたのでした。

アメリカでは、それ以前に 1960 年代からの水道水へのフッ化物添加と 70 年代末からの歯磨剤へのフッ化物添加により、う蝕を格段に減少させることに成功していました (参考: WHO 資料で 1992-94 のアメリカの 12 歳児の DMFT は 1.28)。それでも冒頭の一文のように、小児う蝕の存在そのものを問題視し、う蝕予防をベースにして統一した診療体系を標準化しようとする試みに、私も大いに心をひかれました。そして私の歯科医院でも、(問題は数多くありましたが) 昨年夏から幼児期のう蝕予防に CAMBRA の方法論を取り入れた診療をスタートしています。

CAMBRA って何?

CAMBRA について、私は当初「う蝕リスクを 4 段階に分類して、それぞれの治療方針を示したもの」程度に考えていま

した。しかし、勉強していくうちに、それは大きな誤りであることがわかってきました。

CAMBRA の提唱者の一人である Douglas Young 教授の言葉を借りると、

- 1) CAMBRA とは、「エビデンスに基づいた診療哲学であり、う蝕の予防手段とう蝕リスクに基づいた修復 (介入) 処置を提供するものである」
- 2) CAMBRA とは、「考え方 (概念) をまとめたものであり、決してう蝕リスクの評価表のことや、特定の会社を指す言葉でも、一連の製品のことで、あるいは誰か限られた人にしかできないものではない」と定義されています。

これでは何のことかわかりにくいのですが、私の認識では、CAMBRA という診療哲学は、「う蝕の診査、診断、治療、メンテナンスを統合した新しいガイドラインであり、同時に予防中心の診療への転換や患者への情報提供、学生教育など広範囲に活用可能な理論・方法論」と考えています。

CAMBRA との出会い

私が初めて CAMBRA について知ったのは、昨年院内セミナーで講師をお願いした歯科衛生士の山本くみさんからでした。山本さんは過去にカナダの大学に留学、衛生士としての単位を取得し研修を受けた経験があり、その時学んだ内容の一つがこの CAMBRA をベースとしたう蝕予防でした。その彼女がお子様とカナダに渡って驚いたのが、向こうの子どもたちが



“CariScreen” を使用して歯面の細菌数を計測

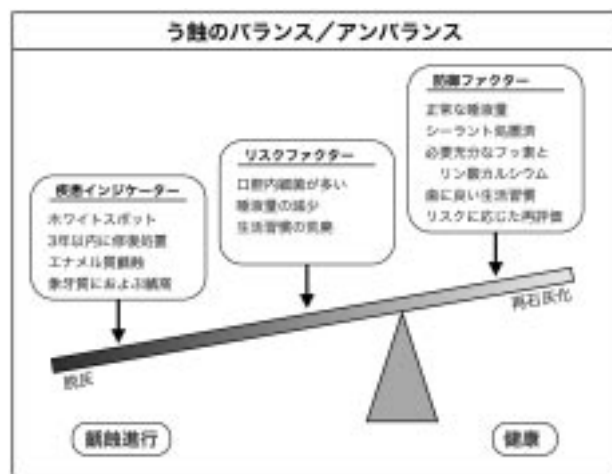


セミナー中の山本くみさん

お菓子をよく食べるのにもかかわらず、むし歯がほとんどなかったことだったそうです。しかも歯科医院では子ども向けのブラッシング指導をほとんど行っていないのにもかかわらず！北米の予防歯科に興味のある方は、彼女のセミナー（オーラルヘルス研究会）を受講されてはいかがでしょう。

### CAMBRA のう蝕モデル

CAMBRA の考え方においては、う蝕という疾患の「細菌感染症」としての側面を重要視しています。そこが「生活習慣」を重視している他の予防学派と大きく異なる所かもしれません。CAMBRA でよく使用される概念図が下のシーソーモデルです。



CAMBRA では図のように、う蝕にかかわる要因を「疾患インジケーター (Disease Indicators)」「リスクファクター (Risk Factors)」「防御ファクター (Protective Factors)」の3項目に大きく分類しています。

それぞれがう蝕の進行と歯の健康にどうかかわっているかは、図を見ていただければおわかりかと思えます。その中で特に重要なのが「Disease Indicators」で、この項目に該当することが一つでもあれば、その患者は「ハイリスク」となり、同時に唾液検査を推奨され、以後の対応する治療でも強力な薬剤療法が適用されます。

これは、私たちから見れば「リスクを取り過ぎ」のようにも見えます。私自身は次のように理解しています。

たとえば、歯の脱灰による崩壊を「火事」に置き換えると、大きい火災でも小さい出火でも火事は火事、それがわかればまずは全力で消火を試みなければいけません（＝修復処置ではなく脱灰抑制・再石灰化促進治療を優先）。その目安が「Indicators」ということなのでしょう。火事が起きていないのを確認した後に、火災の原因となるような「電源ケーブルに傷がある」とか「コンロの火をつけっぱなしで外出する習慣

がある」などの要因を改善していく、という順番なのでしょう。…うまく伝わったでしょうか？

### CAMBRA における診療の流れ

ガイドラインで示される診療の流れをまとめると、以下のようになります。

- 1) 口腔内と全身の既往歴を問診
- 2) 口腔内の診査
- 3) 再石灰化が可能なレベルでとどまっている間にう蝕病変を発見
- 4) う蝕リスクレベルを4段階で評価（“Caries Risk Assessment Form”を使用）
- 5) リスクレベルに応じた治療、メンテナンス計画立案（“CAMBRA Treatment Guidelines”を使用）
- 6) 経過観察下においてフッ素を使用（同時に抗菌療法を行う場合あり）
- 7) 歯の保護のための最小限の修復処置
- 8) リコールと再確認

CAMBRA では、患者を年齢で0～5歳と6歳～成人の2群に分け、各々に対応したう蝕リスク評価表（Caries Risk Assessment Form）と治療のガイドライン表（CAMBRA Treatment Guidelines）が作られています。

参考に次頁に2007年のCDA journalに掲載された6歳～成人向けの“Caries Risk Assessment Form”（表1）と0～5歳向けの“CAMBRA Treatment Guidelines”（表2）、そして保護者、養育者のための自己管理報告表（表3）を紹介します。このような評価表や家庭での健康管理表には現在様々な形式が公開されています。

※注 以下の表の掲載についてCDAは一切の関係および責任はありません。

“CAMBRA Treatment Guidelines”（表2）を見ると治療項目には以下のものがあります… 表の左側から「唾液検査」「抗菌剤（0.12%クロロヘキシジン）」「フッ素」「エックス線写真撮影」「キシリトール/ベーキングソーダ」「シーラント」「既存のう蝕病変に対する処置」。それぞれの項目に対しリスク別に実行する・しない、あるいはどの程度、どれくらいの期間、などが具体的に決められています。

ここで注意する点は、リスクレベル「Low risk」については水道水へのフッ化物添加が行われていることも必要条件にあることです（アメリカです）。つまり、このガイドライン通りに判定すると、日本では基本的に全員「Moderate risk」以上となってしまいます。

皆さんよくご存知のICDASとの関連性では、CAMBRAに

**TABLE 1**

**Caries Risk Assessment Form — Children Age 6 and Over/Adults**

Patient Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Assessment Date is this (please circle) (Date live or recall)

Disease Indicators (Are any "YES" signifies likely "High Risk" and to do a bacteria test?)	YES + CIRCLE	YES + CIRCLE	YES + CIRCLE
Visible caries or radiographic period status of the dentin	YES		
Radiographic approximal lesions (not in dentin)	YES		
White spots on smooth surfaces	YES		
Restorations last 3 years	YES		
<b>Risk Factors (Biological predisposing factors)</b>		YES	
Mixed (bitter) resistance (genetic salivary?)	YES		
Visible heavy plaque on teeth	YES		
Frequent snick (in adults between meals)	YES		
Dry mouth and/or wear	YES		
Recreational drug use	YES		
Inadequate saliva flow by observation or measurement (TM measured, none the flow (stimulate))	YES		
Saliva reducing factors (medications, habitatory systems)	YES		
Exposed roots	YES		
Orthodontic appliances	YES		
<b>Protective Factors</b>			
Lives/work/school/commute/community	YES		
Fluoride toothpaste used once daily	YES		
Fluoride toothpaste used 2x daily	YES		
Fluoride varnish (3-5% NaF) daily	YES		
S.S.Cappif fluoride toothpaste daily	YES		
Fluoride varnish (1.5% F) weekly	YES		
DISSIP F applied in last 6 months	YES		
Chlorhexidine or two based used one week each of last 6 months	YES		
Xylitol gum/lozenges 4x daily last 6 months	YES		
Calcium and phosphate paste during last 6 months	YES		
Adequate saliva flow (in saliva stimulate)	YES		

\*\*Bacteria/Saliva Test Results MS LB Flow Rate-ml/min, Date \_\_\_\_\_

↓ ↓ ↓

RESOLVE CARIBALANCE  
 (No critical indicators/factors above)  
 (S1) NONE (S2) + (S3) MOD + (S4) SEVERE (S5) UNSTABLE (S6) PROFOUND  
 (CARIBALANCE ASSESSMENT) (S1) NONE (S2) MOD (S3) SEVERE (S4) UNSTABLE (S5) PROFOUND

Doctor signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

表1 Caries Risk Assessment Form (う蝕リスク評価表)

**TABLE 2**

**Self-management Goals for Parent/Caregiver**

Patient Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

			
			
			<b>RECALL TIPS!</b> The last thing that touches your child's teeth before bedtime is the toothbrush with fluoride toothpaste.

Circle the goals you will focus on between today and your next visit.

On a scale of 1-10, how confident are you that you can accomplish the goals? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Not likely Definite

I promise I agree to the goals listed and understand that staff may ask me how I am doing with my goals.

Date: \_\_\_\_\_ Signed by: \_\_\_\_\_

Review Date: \_\_\_\_\_ Comments: \_\_\_\_\_ Staff Initials: \_\_\_\_\_

Review Date: \_\_\_\_\_ Comments: \_\_\_\_\_ Staff Initials: \_\_\_\_\_

Copyright © 2004, University of Michigan School of Dentistry

表3 Self-management Goals for Parent/Caregiver (保護者、養育者のための自己管理勧告表)

**TABLE 2**

**CAMBRA Treatment Guidelines (0-5 years)**

**Caries Management by Risk Assessment (CAMBRA) Clinical Guidelines for Patients 0-5 years**

Risk Level	Saliva Test	Antibacterials	Fluoride	Frequency of Radiographs	Frequency of Periodic Oral Exams (POE)	**** Xylitol and/or Baking Soda	Sealants ***	Existing Lesions
<b>Low risk</b>	Optional (Base line)	Not required or if saliva test was performed; treat main caregiver accordingly	Not required	After age 2: Bitewing radiographs every 18-24 months	Every 6-12 months to re-evaluate caries risk AND ANTICIPATORY GUIDANCE**		Optional	
<b>Moderate risk</b>	Recommended	Not required or if saliva test was performed; treat main caregiver accordingly	OTC fluoride-containing toothpaste twice daily (a pea-sized amount) Sodium fluoride treatment gels/rinse	After age 2: Bitewing radiographs every 12-18 months	Every 6 months to re-evaluate caries risk AND ANTICIPATORY GUIDANCE	Xylitol gum or lozenges. Two sticks of gum or two mints four times daily for the caregiver. Xylitol feed, spray, or drinks for the child	Sealants for deep pits and fissures after two years of age. High fluoride conventional glass ionomer is recommended	Lesions that do not penetrate the DEJ and are not cavitated should be treated with fluoride toothpaste and fluoride varnish
<b>High risk*</b>	Required	Chlorhexidine 0.12% 10 ml rinse for main caregiver of the infant or child for one week each month. Bacterial test every caries recall. Health provider might brush infant's teeth with CHX	Fluoride varnish at initial visit and caries recall exams. OTC fluoride-containing toothpaste and calcium phosphate paste combination twice daily. Sodium fluoride treatment gel/rinse	After age 2: Two size #2 occlusal films and 2 bitewing radiographs every 6-12 months or until no cavitated lesions are evident	Every 3 months to re-evaluate caries risk and apply fluoride varnish AND ANTICIPATORY GUIDANCE	Xylitol gum or lozenges. Two sticks of gum or two mints four times daily for the caregiver. Xylitol feed, spray, or drinks for the child	Sealants for deep pits and fissures after two years of age. High fluoride conventional glass ionomer is recommended	Lesions that do not penetrate the DEJ and are not cavitated should be treated with fluoride toothpaste and fluoride varnish. ART might be recommended
<b>Extreme risk*</b>	Required	Chlorhexidine 0.12% 10 ml rinse for one minute daily at bedtime for two weeks each month. Bacterial test at every caries recall. Health provider might brush infant's teeth with CHX	Fluoride varnish at initial visit, each caries recall and after prophylaxis or recall exams. OTC fluoride-containing toothpaste and phosphate paste combination twice daily. Sodium fluoride treatment gel/rinse	After age 2: Two size #2 occlusal films and 2 bitewing radiographs every 6 months or until no cavitated lesions are evident	Every 1-3 months to re-evaluate caries risk and apply fluoride varnish and anticipatory guidance	Xylitol gum or lozenges. Two sticks of gum or two mints four times daily for the caregiver. Xylitol feed, spray, or drinks	Sealants for deep pits and fissures after two years of age. High fluoride conventional glass ionomer is recommended	Holding care with glass ionomer materials until caries progression is controlled (ART). Fluoride varnish and anticipatory guidance/self-management goals

\* Patients: patients with one (or more) cavitated lesion(s) are high risk patients.  
 \*\* Patients: patients with one (or more) cavitated lesion(s) and/or disability or special needs are extreme risk patients.  
 \*\*\* Patients: patients with daily medication such as inhalers or behavioral issues will have diminished salivary function.  
 \*\*\*\* Anticipatory guidance - "Appropriate discussion and counseling should be an integral part of each visit for case" AAFP  
 \*\* CDC protocol presented by sensor at the issue may be helpful on patient decisions.  
 \*\*\* Xylitol gum/lozenges (one daily) 4x  
 For all risk levels: Fluoride is patients, though the caregiver, had used at least one fluoride and a denture in frequency of fluoride or fluoride.  
 Patients with appliances (BRs, or braces) require excellent oral hygiene and a denture in frequency of fluoride or fluoride gel to be applied to removable appliances.

表2 CAMBRA Treatment Guidelines (治療のガイドライン表) う蝕リスクを「Low risk」「Moderate risk」「High risk」「Extreme risk」の4段階に分類

においてはICDASは主に臼歯部裂溝の診断・治療法に使われているようです。これについては私自身まだ詳しい知識をもちあわせないので、詳細は不明です。

ただ、CAMBRAにおいて（あるいは導入していなくても）う蝕のバランスがどちらに傾いているのか認識することは大切なことです。その意味でも、ICDASを利用して初期う蝕を段階別に評価し、継続して観察していくことは臨床上大変重要なことであると考えます。

### CAMBRAを導入するメリット

導入のメリットはそこがアメリカか、日本か、によっても大きく違うでしょう。アメリカでは簡単に入手したり処方できる薬剤も、その多くが日本では入手困難です。また、それら薬剤の効果や安全性についてのコンセンサスも異なります。それらを前提にして、自身の短いながらの経験を踏まえ、まとめてみました。

- 1) 診断基準、治療内容があらかじめ決められているので、医療者・患者側双方ともわかりやすい。わかりやすさは素早い決断と実行につながります。

※注 リスク診断は機械的に決定する訳ではありません。リスクをどう判定するかは生活習慣を含め考慮しますが、頭を悩まされることも少なくありません。

- 2) リスク別の治療法がはっきりしているため、リスク評価自体の意味合いが高まります。
- 3) これからう蝕予防を積極的に行っていきたい歯科医院にとって、方法論がはっきりしているのが工夫すれば取り入れやすいかもしれません。

### CAMBRAを実際に導入する場合の問題点

導入する際の問題点を以下にあげてみました。

- 1) 日本でCAMBRAについての研修を受ける機会がほとんどないこと。
- 2) 推奨されている薬剤が入手しにくいこと。
- 3) それら薬剤の使用や必要性に対するコンセンサスが日本では国民、医療者双方で十分に取れていないこと。  
使用はあくまで各医院の責任においてとなります。

#### CHX（クロルヘキシジン）一口メモ（前述の山本さん情報）

「私の知る限りですがヨーロッパにおいても1%のCHXジェルでう蝕原性菌を除菌する方法をカリオロジーの講義の中で紹介したり、またCHX Varnishでハイリスク部位に対しての抗菌療法も取り入れられています。実際にヨーロッパ各地で1%CHXジェルを薬局で処方箋なしで購入することも可能です。バクテリア感染症→除菌というのが当たり前のようですね」

- 4) 実際にう蝕の進行を抑制できているか、常に注意が必要なこと（前例がほとんどないため）。
- 5) 日本では知名度が全くないため、患者さんに説明するにも苦勞すること。当院では説明用のリーフレットを新たに作成しました。
- 6) それに類して、オリジナルの診断表をそのまま和訳しただけでは、来院する患者が理解し動機付けとなるには不十分なこと。
- 7) 基本的にすべて自費診療になる。その価格設定も難しいこと。  
など多数あるようです。

### 問題点を上回る導入メリットがあるか？

今後、う蝕予防にリスクアセスメントが重要な意味をもつことは変わりないと思います。仮にアセスメントを行ったとしても、その後の治療計画にはっきりとした違いがなければ、そんな余計なことをしなくても単一の口腔衛生指導（患者さんに対して表現は多様でも）を行っていけばよい、ということにつながるのではないのでしょうか。その辺りをどう考えるか、あるいは細菌感染症と生活習慣病のバランスの、どのポイントでう蝕を考えるかによって、CAMBRAのような診療システムの評価が決まってくるのかもしれませんが。

曖昧な表現で申し訳ありません。私としては、リスク評価という線引きが本来はできないはずのファジーな疾患世界に、あえて境界線を引くことで「自分自身の評価能力を再評価する」→「評価方法を改善し再び試みる」この繰り返しが可能になり、それにより少しずつですが前に進んでいけるのではないかと考えています。

### 最後に

少ないスペースでCAMBRAの全体像を説明するには限界を感じます。私自身まだ勉強中で、そんな自分がこの記事を書くことにも正直抵抗がありました。また、本原稿をまとめるまでには、様々な方のご協力もありました。ここに感謝をいたします。

私は決して英語が得意ではありません。Journalの記事一つ読むのも四苦八苦しています。それでも、何かに挑戦する気持ちをいつまでも持ち合わせていたいと願い、気持ちを奮い立たせて英文に向かうようにしています。アメリカ西海岸で生まれたCAMBRA。それがどう形を変えてふじわら歯科医院で活用されているのか、また機会がありましたらご報告したいと思います。

〈より深く理解するために〉

「NPO 最先端のむし歯・歯周病予防を要求する会」HPの「予防先進国でのむし歯と歯周病の予防」

[https://www.honto\\_no\\_yobou.jp/other\\_countries/us\\_details.php](https://www.honto_no_yobou.jp/other_countries/us_details.php)

…日本語ではおそらく唯一の翻訳解説書。次の CDA Journal 2007 October・Novemberの記事を和訳。

California Dental Association Journal

…オリジナルの論文・解説文は下記の CDA サイトで過去の Journal (月刊誌) をダウンロードして読むことができます。

[http://cda.org/publications/journal\\_of\\_the\\_california\\_dental\\_association/archive\\_&\\_search](http://cda.org/publications/journal_of_the_california_dental_association/archive_&_search)

CAMBRA を特集している号は以下の通り

2003 年 February・March (最初の特集)

2007 年 October・November (理論の解説や導入のためのガイド, 定型フォーマットの紹介など)

2011 年 October・November (最新の特集)

CDA Journal おすすめの解説記事

October2007: 687-702p “Caries Risk Assessment Appropriate for the Age 1 Visit (Infants and Toddlers)”と 703-713p “Caries Risk Assessment in Practice for Age 6 Thorough Adult”

…2つの年代別に手順を解説

October2011: 709-715p “Validation of the CDA CAMBRA Caries Risk Assessment - A Six-Year Retrospective Study”

…6歳-成人用の表と過去6年間の臨床研究について

October2011: 723-733p “Into the Future: Keeping Healthy Teeth Caries Free: Pediatric CAMBRA Protocols”

…最新の小児用の表や説明書を掲載

<引用文献>

\*1 CDA Journal : February 2003 : Cariology in the New World Order: Moving From Restoration Toward Prevention : John D.B. Featherstone



○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 2階台会議室

講師: 飯島洋一, 藤木省三

講演1: 再石灰化理論に基づく初期う蝕治療のすすめ

飯島洋一(長崎大学口腔保健学分野准教授)

講演2: 診療室におけるう蝕予防管理について

藤木省三(日本ヘルスケア歯科学会副代表)

会員発表

ポスター発表

シンポジウム: 「う蝕は本当に予防できるのか?」

飯島洋一先生, 藤木省三先生

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 3,000円

参加申し込み受付先:

副島歯科医院 Fax 0952-66-1322

お問い合わせ:

千草歯科医院 ☎ 093-693-1670

fax. 093-693-1671

Email: chigusa@orange.ne.jp

○東京 HCG 診療所づくりミーティング

2013年2月24日(日)

10:00~18:00(予定)

場所: RF 東京ショールーム(東京駅八重洲口前)

○ヘルスケア・シンポジウム I

2013年3月10日午後(午前・決算オピニオンメンバー会議)

場所: 東京建物八重洲ホール(東京駅八重洲口)

テーマ「歯質保存のう蝕治療に何が必要か?」

1) ICDAS 調査からみえてきた現実の問題点(杉山精一)

2) 唾液と再石灰化の仕組みを理解する(渡部茂・明海大学教授)

3) 再石灰化療法に有用な機器(稲葉大輔・岩手医科大学准教授)

4) ICDAS 導入医院からの報告 2~3 医院

○認証ミーティング

2013年7月21日午後

場所: 東京医科歯科大学・特別講堂(1号館9階) 予定

○ヘルスケアミーティング 2013

2013年10月26・27日

場所: シェーンバッハ・サポー(東京平河町・砂防会館別館)

2日目シンポジウム

テーマ「カリエスマネジメントの普及とその問題点の克服」

1) Pitts 先生によるビデオレクチャー ICDAS 設立とその背景から最近の状況まで

2) 日本における ICDAS を取り入れたカリエスマネジメントの実際とその成果

3) 海外の動向と調査論文報告

4) 各々の立場から 問題点とその克服には パネル形式

小児歯科学会 保存学会

口腔衛生学会 日本歯科医師会

5) ディスカッション

(講師敬称略)

## メッセージのちから

定岡博之（久喜市開業 ハートデンタルクリニック）

今回は、当院のスタッフの体験を記してもらいました。

「いやだ！ 絶対抜かないから！」

医院のドアが開いた瞬間、大きな泣き声が院内全体に響き渡りました。声の主はN君。体は大きいけれど人一倍恐がりな小学2年生です。

どうやら永久歯が萌出しているのに、乳歯が抜けていないことを見かねた母親に無理矢理連れて来られたらしく、N君は待合室から大号泣。母親が必死に言い聞かせ、何とかチェアに座ったものの「やっぱりいやだ！」とチェアの上で暴れ出しています。

その姿を見つめながら私は、自分の幼少期を思い返していました。

カリエスが多かった5歳の私は、人見知りや激しく、歯医者先生に対してもその本領を発揮し、全く口を開けませんでした。知らない人に自分のことを知られたり見られたりすることが、当時の私にとっては我慢ならないことだったと思います。

そのとき、ふと気づいたのです。

N君が何に対して「いやだ！」と言っているのかを、私たち全員が把握していないということに。幼少の頃の私のように、“人”が嫌なのか、“麻酔”が嫌なのか。はたまた抜いた後、“歯抜け”顔になるのが嫌なのか。それを理解しようと思わずに、先に進めていっていいのだろうかと思いに疑問を感じたのです。

もしN君の「いやだ」と感じていることがらが、回避できるようなことであれば、こちらが工夫したいと思いました。泣き叫ぶN君の目をまっすぐ見な

がら、「お話しよう」と一言告げ1分ほど待つと、N君の涙は止まりました。

「N君、何が嫌だと思っているのか、お姉さん知りたいな」そう聞くと、N君は「ペンチのような物で引っ張られることが嫌なんだ」と答えました。

しかし、N君の場合は、鉗子を使用しないわけにはいきませんでしたから、そのことを正直にはっきりと伝えました。その後、乳歯が残存することによるデメリットや、抜歯時には麻酔注射をしないといけないこと、私たちはあなたの歯をどうしても抜きたいわけじゃないことも包み隠さず伝え、自分で考えるようにと伝えました。

するとN君は、自ら「抜いてもらう」と言ってきたのです。

知らないから不安になる。何のためにそれをしなければならぬのか、どういう手順でやるのか、それをやらないと何が起るのか……

私たち医療従事者はもちろん分かっているけれど、来院者（特に子ども）にとっては未知の世界。それは、真っ暗闇の洞窟の中を歩いているのと同じぐらいに、不安や恐怖が出てきて当然だと思います。そんな暗闇の中で、「ここの足下には、大きな溝があるから、少し右に曲がろう」とか、「ここの足場は不安定だから、ゆっくりね」なんて自分の状況を説明し、イメージさせてくれるような言葉があれば、どんなに心強いことでしょうか。「もう少し歩いてみよう」と勇気だって湧いてくるかもしれません。

“相手のことを知る”から始まり、“相手に知ってもらう”こと、来院者の選択をサポートすることができる。N

君は私たちにそんな“気づき”と、医院宛の手紙を残してニコニコ笑顔で帰っていきました。手紙に書かれた“ありがとう”の文字が、少し誇らしげに見えました。

今回のエピソードを、違う視点から見たときにポイントになるのが、彼女の「何が嫌だと思っているのか、お姉さん知りたいな」という、いわゆる『I（アイ）メッセージ』を送っているところです。

- ①『何をそんなに怖がっているんだろう』→『痛くないから、大丈夫！早くやっちゃおう！』
- ②『何をそんなに怖がっているんだろう』→『何が嫌だと思っているのか、知りたいな』

①は受け取る側としては、指示または評価として伝わりますが、②は相手に答えの責任をもたせていること、状況を建設的に取り扱えると信じていることとして伝わります。

泣き叫ぶ子どもの抜歯処置ができないこの状況に、問題を感じているのは明らかに医療者側です。子どもはこの状況を恐怖には感じていますが、問題とは感じていません。①は相手のことを考えているようですが、問題が相手にあると感じているので、せっかく自分の中に出てきた純粋な感情がすり替わってメッセージが送られてしまっています。

「問題を感じているのは誰なのか」ということを、はき違えずにメッセージを送ったことが、よかったのだと思います。

相手の立場に立つこと、そして自分の感情を把握すること。日頃から洞察する習慣が成し得たコミュニケーションですね。



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 7

宇藤歯科医院のメンテナンス率

横山聡子（歯科衛生士・宇藤歯科医院）

当院は2008年7月に保険医療機関を辞退し、完全自費診療になりました。

よって今回のメンテナンス率は完全自費化になってからの新患者で算出しました。

（2008年7月13日～2011年5月31日までの新患者数276人）

□ 医院概要（2011年6月当時のデータ）

1989年	東京都町田市で開業	
ユニット	5台（歯科衛生士専用2台）	
来院患者数	約20名/日	
スタッフ構成	常勤歯科医師	2名
	常勤歯科衛生士	2名
	常勤歯科助手	2名
	受付秘書	1名
	収入比率	自費100%

（2008年7月保険医療機関を辞退）

□ メンテナンスの内容

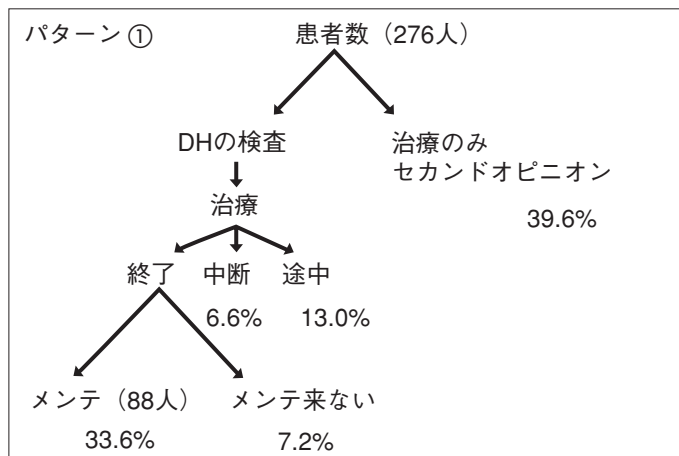
時間 大人60分～90分 小児30～60分  
 間隔 主に1～3ヵ月（患者の口腔内の状態による）  
 内容 問診, SRP, PMTC, PTC, フッ素塗布  
 1～3年に一度を目安にデンタル14枚撮影, 口腔内写真撮影

□ メンテナンス率について

今回メンテナンス率は、2パターンで出しています。

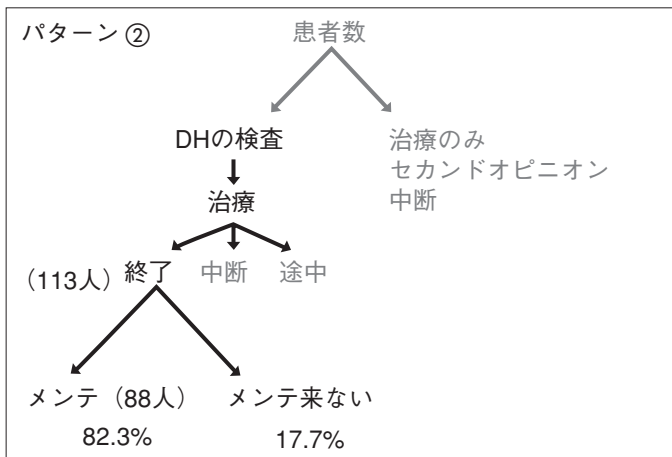
パターン①

全新患者数を分母にしたもの



パターン②

歯科衛生士担当の初期治療, 歯科医師の治療が終了したメンテナンス対象者を分母にしたもの



以上の結果から当院のメンテナンス率は

パターン①（全新患者数） 33.6%

パターン②（メンテ対象者数） 82.3%

□ メンテナンス率を上げる取り組み

- 健康セミナーの開催
- ニュースレター
- メンテ確認ハガキを送る
- メンテ時もハンドスケーラーでディブラーキング
- PMTCのチップをディスプレイ
- TBI, フッ素塗布に使用した歯ブラシをプレゼント

□ メンテナンス率を上げるための今後の取り組み

- 更なる技術の向上
- 健康セミナーの充実
- メンテナンスの重要性を伝えるポスターやリーフレット作製
- 定期的にメンテ率をチェックする

## さくら歯科医院のメンテナンス率

上田康弘（さくら歯科医院）

## □ 医院概要

2003年	埼玉県草加市にて開業
1日の患者数	約25人
平均レセプト枚数	約300枚
ユニット	4台
常勤歯科医師	1名
非常勤歯科医師	2名（矯正、インプラント）
常勤衛生士	2名
非常勤衛生士	1名
助手・受付	1名

## □ メンテナンスの内容

アポイントの時間：大人 45分～60分／小児 30分

間隔：3～4ヵ月を基本に、リスクや状態を考慮して1～6ヵ月の範囲で患者さんと相談して決めます

内容：問診、口腔内診査、TBI、PTC、PMTC、必要に応じてスケーリング、SRP

エックス線撮影は成人で10枚法を3年に1回、口腔内写真は成人、小児とも1年に1回をベースにしています。歯周病でポケットが深かったり、骨吸収の進んでいる部位、う蝕で経過観察中など問題のある部位は6ヵ月～1年おきに撮ることもあります。

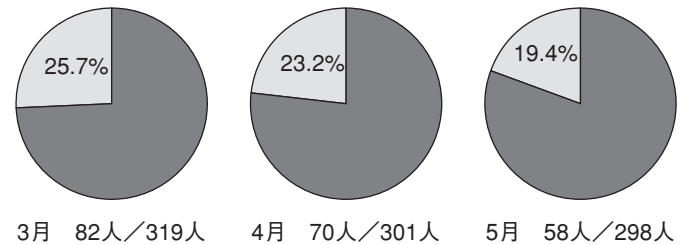
## □ メンテナンス予約の取り方

今回のメンテナンスの予約は、数ヵ月先でも取っていただけの方は、取っています。最初のうちは少なかったのですが、今は予約を取っていく患者さんが増えました。予約を取ってくださった患者さんに対しては、医院のチーフがサブカルテを見て一言コメントを入れてくれています。また、メールを希望されてメールで連絡をしている方もいらっしゃいます。それ以外の方は、ハガキで案内を出しています。

## □ メンテナンス率

今回、「メンテナンス率」に関して、1ヵ月に来院した総患者数を分母として、メンテナンスで来院した患者さんの数を分子として百分率で表しています。メンテナンスで来院していても、1回でも治療が入った患者さんは、そこから引いているので、実際よりは少し低くなっていると思います。

$$\text{メンテナンス率} = \frac{\text{メンテナンス来院者数}}{\text{1ヵ月の総来院者数}}$$



メンテナンスで来院された患者さんのうち、経過観察中のう蝕、歯周病の部位についての介入や、新たなう蝕、脱離、義歯の調整などで治療を行った患者さんは、約10%でした。この患者さんたちがメンテナンス率を下げる要因の1つでもあります。

## □ 考察

- ・メンテナンスの重要性とその意義を患者さんに理解してもらって、まずはメンテナンスにきてもらう患者さんの数を増やしていきたいです
- ・メンテナンスに来ている患者さんでも、意識には差があるように感じます。お口の健康を守っていく主役は自分自身であることと、言われて来ているのではなく自発的に来ているという意識を全員に持ってもらえるといいな、と感じます
- ・リコールで来院してくる患者さんが、治療介入をせずに済むようにメンテナンスの質を上げていく必要を感じました
- ・治療計画のなかで、最初に予後不良と思われる歯を積極的に抜歯したり、切削介入を積極的に行えばメンテナンス中に治療を行う可能性は下がりますが、患者さんともよく相談したうえで治療を進めていきたいです。患者さんも納得のうえであれば、メンテナンス期間においても予後不良の歯の治療は許されるのでは、と感じています

最後に、患者さん自身が楽しく、気持ちよく通えて、実際に効果のあるメンテナンスを行っていきたくと思います。



**医) 若井歯科医院のメンテナンス率**

宇田川 瞳 (歯科衛生士・医療法人若井歯科医院)

**□ 医院の特性**

若井歯科医院は東京都江東区亀戸にあります。  
 亀戸は、総武線沿いにあり東京スカイツリーや学業の神である菅原道真公が祀られている亀戸天神が有名です。当院は亀戸駅から徒歩1分と近く、商業ビルも多いことから人口流動率は高いと思われます。  
 ただ昔ながらの住宅地も多く、患者層は小児から高齢者まで幅広く、親子三世代で通っている方も多くいらっしゃいます。  
 基本的に保険治療がメインですが、一方でインプラント治療が有名で、他院からの紹介や患者さんの口コミで遠方から通う患者さんも多数いらっしゃいます。  
 当院のユニットは8台あり、他にオペ室に1台あります。  
 スタッフは常勤歯科医師3名、歯科衛生士4名、歯科助手4名、受付スタッフ2名、非常勤矯正医3名です。  
 歯科衛生士の経験年数は4年目、3年目が各2名ずつです。メンテナンスは約4年程前から本格的に始めました。

**□ メンテナンスの内容**

メンテナンスの移行基準は歯周病が安定しており、修復・補綴処置が終了し、ブラッシングが良好な方としていますが、中には歯周治療または修復・補綴治療を必要とするが、患者さんの都合により治療を先送りしている方も含まれています。  
 メンテナンスの間隔は患者さんの口腔状況によって、歯科医師と歯科衛生士により患者さんの意向も含め決めていきます。  
 基本的には3ヵ月毎、歯周病のリスクの高い方は3ヵ月以内にSPTを行っています。アポイント時間は30分または60分です。

基本は1年に1度エックス線写真・口腔内写真撮影を取り入れた検査をして、症状の把握を行い、治療計画を立案します。その結果を踏まえメンテナンス毎に問診、検査、必要に応じてのTBIやSC、SRPを行います。

**□ メンテナンス率**

当院ではメンテナンスで間隔をあける患者さんにはハガキを書いてもらいます。ハガキには患者さんご自身の宛名を書いていただきメンテナンスを自らの行動としていただく

啓蒙をしています。予約を取った方は予約日、予約をとらない方は指定の月を記入して、予約月の2週間前にハガキを郵送します。

今回のメンテナンス率は、  

$$\frac{\text{ハガキを郵送したのちに来院した人数}}{\text{ハガキを郵送した人数}}$$
 によって算出しています。

23年5月メンテナンス率

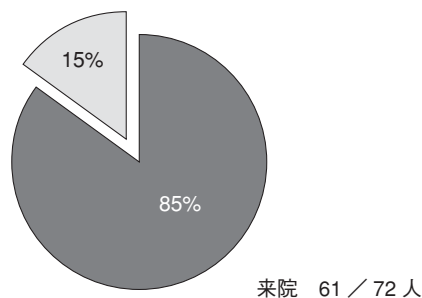


図1 23年5月のメンテナンス予約72人に対し当月に来院したのは61人の85%

23年5月アポイント状況

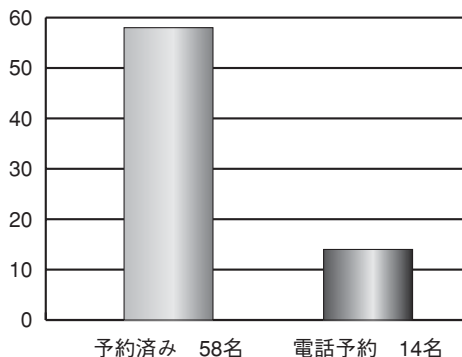


図2 72人の内訳は予約日まで決めた方58名、ハガキのみ記入した方14名。ハガキのみ記入した方は後日アポイントを自ら電話して取らなくてはならない。

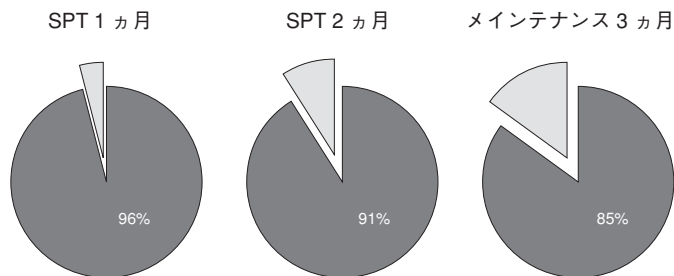


図3 SPTとして1, 2ヵ月で予約を入れた方はそれぞれ期間が短いほど来院率が高い。必ず予定が立つ期間で決めて予約日まで決めることがメンテナンス率を上げるために必要である。



連載 11

# 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）

前回、当院のスタッフの顎関節症の事例についてご紹介しました。彼女の症状の解決方法は、寝かたや頬杖などの生活習慣に気をつけてもらい、気づいたときには常に上下の歯を離すことを意識してもらう… という内容でした。

今回も生活習慣の改善の必要性を学ぶ症例です。

当院に今年（2012年）4月に来院された患者様。前医にて、左下のブリッジを入れてから咬みにくく、顎関節症が悪化し、おとがい部に常に鈍痛があり、肩こりもひどくなった方です。

これだけの資料では診断はもちろんできないと思いますが、

何が問題と推測できるでしょうか？

既往歴として5～6年前に $\overline{567}$ を補綴。その後、左の顎関節が「カクカク・グキグキ」音がしだし、昨年（2011年）12月に $\overline{6}$ の分割抜歯。テンポラリークラウンになりましたが、その後、左奥（ $\overline{7}$ 相当部）が痛く、耐えられないほどだったとのこと。分割抜歯をした医院にて下顎左側部分の治療をお願いしたが、『最終補綴物を入れれば治る』と言われるだけで、治療はしてくれなかったそうです。その後、肩こりが出てきて、右下が痛くなり、おとがい部が常に痛くなり、不信になり転医。

転医先で、歯軋り防止のためにソフトタイプのマウスピースを勧められたそうです。

調整を行っていましたが、歯軋りでマウスピースはボロボロになりましたが、「しっかり作れば、治る」と言われ、今年の3月に今のブリッジ $\overline{666}$ が入ったそうです。

4月当院に来院された際に、「とにかくブリッジを外してやり直してほしい」とのことでした。常に右下のおとがい部が痛く、首も痛く肩こりがひどい、耳も聞こえにくい感じがして、めまいもあり、仕事や運転



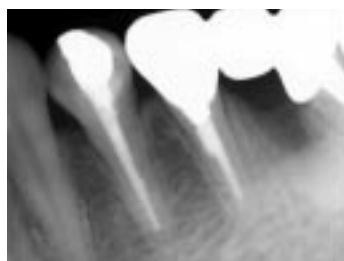
初診時、下顎左側の「ブリッジを外してやり直してほしい」を主訴に転医してこられた。



左側頬側面観



下顎舌側面観（鏡像）



にも支障が出てきていて、入眠剤と漢方薬を常に使っている状態でした。

特にエックス線写真でも根尖病変はなく、ただブリッジを外す、やりかえるだけでは症状の改善には至らないだろうことは予測できました。そこで、生活習慣を確認。

ガムが好きで、運転中や寝る前など、時にはガムを噛みながら寝ていることもあり、1日1～2時間噛んでいることのこと。小顔になってきている気がするとのこと。噛みしめに関して気をつけているが、歯ぎしりもある。頬杖に関しては12～13年くらい気をつけている。

左で咬むと右が痛くてダメで、右で咬むと左がダメ。左右が食べた時に交互に痛くなる。筋を触診すると、咬筋と胸鎖乳突筋には圧痛がありました。

当院での治療はまず、生活習慣からの改善。クレンチングの害悪について説明を行い、ガムを噛むことは控え、上下の歯はなるべく離しておくこと。頬杖は引き続きやめていただき、寝るときに頬に枕や手をあてないように意識していただきました。

第7回の時にも書かせていただきましたが、下顎の最大咬頭筋合位が咀嚼筋とのバランスが崩れていると、この患者様

のような症状を訴えることが多いですから、まずは筋肉位で本来の下顎位を求めました。すると、下顎位は右前に出てきました。

このため、生活習慣の中に常に右咬み、右向きを指導として追加。

施術としては、既存のクラウンの咬合面に裂溝がなくなっているのを、咬合高径を変えずに溝を作りました。

前方斜面板に近いタイプのスプリント（改良アムステルダム型）を作成。下顎を右前方向に誘導。日中・夜間、食事の時以外に使用していただきました。

そこから2ヵ月ほどで、症状はかなり改善しました。9月現在、患者様から「こちらに来た最初の頃はうつ状態でした。こちらに来て本当によかったです。今も薬は飲んでいますが、とても体の調子がいい」そうです。

この方の治療に関して大がかりなことは何一つしていません。ガムを噛むなどの生活習慣を見直していただき、クラウンに溝を作り、スプリント使っていただいただけです。

もしかすると、生活習慣の見直しだけでも改善していたかもしれません。

もちろんガムを噛むことで、歯や体に関してよいこともあるので、すべてが悪ではないですが、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、歯を痛めるような癖を見抜き、取り除いておくことは、医療者としての役目であると思知らされるとともに、学びを続けていてよかったと、自己満足してしまう一症例でした。



筋肉位で本来の下顎位を求めた



スプリント（前方斜面板に近いタイプ）装着時



既存のクラウンの咬合面に溝を形成した



2ヵ月ほどで症状は改善した



## 知っておきたい Perio の基礎 (11)

藤本 淳 (盛岡市開業)

前はブランクコントロールの重要性をお話ししました。今回はブラッシングを指導していくうえで、アンダーブラッシングとオーバーブラッシングについて知っていただき、歯周治療後のメンテナンスを継続していくうえで、患者さんによりよいセルフケアの情報を提供していただきたいと思えます。

### アンダーブラッシング (ブラッシング不足)

ブラッシング指導を受けたことのない方のほとんどが、アンダーブラッシングと考えられます。歯周治療開始時には、まずセルフケアの向上が必要です。

歯周治療が終わる頃には多くの患者さんはブラッシングが上達されていると思います。しかし、メンテナンス移行後もアンダーブラッシングが続くとどのようなことになるでしょう。

#### 1) 歯肉への影響

まず、炎症によるポケットの再発が考えられます。ディープサルカス (深い歯肉溝) の場合には上皮付着がはがれると、急に深いポケットができる場合もあります。シャローサルカス (浅い歯肉溝) だった場合には歯肉炎の発症というかたちで起こってきます。

#### 2) 歯への影響

根面う蝕が起こる場合があります。歯周治療で歯肉が退縮している場合、または再発により急激に歯肉が退縮した場合に起こる可能性が高くなります。もともとカリエスリスクが高くない患者さんでも、全身状態 (疾患、投薬、加齢等) の影響により唾液量が低下し、カリエスリスクが高くなる場合があります。

いずれも患者さんのプライドを維持しつつ、セルフケアの

モチベーションを高める努力が必要です。

### オーバーブラッシング (過剰なブラッシング)

アンダーブラッシングからの脱出を目標にブラッシング指導を行っている、適正なブラッシングを越してしまい、オーバーブラッシングになってしまうケースもあります。患者さんはよくなりたいたいという思いからよかれと考えつつやり過ぎてしまう方もいらっしゃいます。

オーバーブラッシングが続くとどうなるか考えてみましょう。

#### 1) 歯肉退縮

歯肉退縮を起こしやすいケースには、歯肉や歯槽骨が薄い (thin type) 場合、歯列不正がある場合などがあります。また歯や骨の形態、大きさのバランス、咬合なども関与する場合も考えられます。

#### 2) 知覚過敏

歯肉退縮に伴い知覚過敏が起こってくる場合が多くあります。歯がしみるとむし歯ではないかと心配され、さらにオーバーブラッシングになるケースもあります。

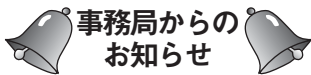
#### 3) 根面う蝕リスク

歯肉退縮が起こると歯根面のカリエスリスクは高くなり、長期的に見ていくと根面カリエスになる場合もみられます。

オーバーブラッシングの原因としては、こちらの管理下を外れた「かため」の歯ブラシへ移行して使っている場合があります。また歯肉退縮にともない補綴物や修復物のマーキングが見え、その着色が気になって磨きすぎる場合もあります。逆に歯周治療や補綴治療が終了して、再発したくない思いでやり過ぎてしまう方もいらっしゃいますね。

ブラッシング指導にあたっては、なぜブラッシングがそうなったのかよく聞きだして原因を知ることは重要です。

患者さんと長くおつきあいしていくなかで、アンダーの時もオーバーの時もあるかもしれません。それを気長にコミュニケーションを深めつつ修正していけたらいいですね。



### 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。

#### 日本ヘルスケア歯科学会誌 発行

遅くなりましたが、日本ヘルスケア歯科学会誌 第 13 巻 第 1 号を発行しました。

# オピニオンメンバー会議 報告

10月20日午前10時、会場の外でポスターや法人会員展示の準備が進められていた秋葉原コンベンションホールの室内で、オピニオンメンバー会議が開かれました。杉山精一代表の挨拶の後、宇田川義朗さんを議長に選任し、議事録署名人に丸山吉弘さん、国井一好さんを選任し、以下の議案が審議されました。(定足数65, 出席者34, 委任状25)

## 第1号議案 研究会諸規則改正の件

### 1) 講演会等講師謝礼規定

以下協議事項

## 第2号議案 年間事業計画などミーティング企画について

## 第3号議案 早期口腔疾病予防管理学会について

## 第4号議案 代議員・役員改選の件

## 第1号議案 研究会諸規則改正の件

### 1) 講演会等講師謝礼規定

今夏(2012年7月22日)のオピニオンメンバー会議の「第6号議案 研究会諸規則を一部変更し、学会諸規則とする件」において、名称変更(研究会→学会)のために、議案書に引用すべき旧規則について、研究会時代にすでに改正された古い規則を引用してしまったため、2007年2月改正前の古い規則が復活されてしまった。このため2007年2月に改正済みの規則に復すため、再改正を提案した。研究会規則として2007年2月25日に改正された「講演会等講師謝礼規定」の研究会関連表記を学会関連表記に変更するもので、全回一致で可決された。

改正された規則の全文は、会誌(13巻1号)末尾に掲載している。重要な点は、以下のとおりである。

### 1. 学術講演会・シンポジウムなど

会員の講師について、

- ・謝礼は原則として支払わず、代わりに研究会内互助通貨(ヘルス)を規定に準じて交付するとしている点です。また、すべての参加者は参加登録(費)を必要とする。
- ・ただし、講師およびその補助者などのうち、歯科医師以外の正会員はヘルスにて、準会員は診療所責任者のヘルスにて参加費に充てることができる。
- ・シンポジスト、講師、プレゼンター、司会など主な出演者は交通費・宿泊費について必要に応じて、その一部を



定率にて受け取ることができる。

ファシリテーターなど運営協力者は若干の手当を受けることができる。

### 2. ワンデーコースなど各種コース

- ・30分につき3万円を目安とし、参加登録収入の60%を上限として謝礼、交通費をまかなうこととする。
- ・歯科衛生士等スタッフ講師は一人あたり30分につき2万円を目安とする。

以下の議案について、趣旨説明に対し、質問・意見が出され協議された。

## 第2号議案 年間事業計画などミーティング企画について

### 1) ミーティング開催スケジュール

オピニオンメンバー会議を3月10日、10月26日の2回開催とする。

認証ミーティング7月21日、ヘルスケアミーティング10月26・27日

- 2) 今後のヘルスケアミーティングおよび地方開催の合宿のプラン
- 3) 歯科衛生士研修について
- 4) 2013年の企画「新しいう蝕治療の体系化に向けて」について

企画趣旨は【別紙】参照

シンポジウムⅠ(3月10日 午前・決算オピニオンメンバー会議の午後)

テーマ「歯質保存のう蝕治療に何が必要か?」(詳細は告知板参照)

シンポジウムⅡ(10月26・27日ヘルスケアミーティング2013)

テーマ「リエスマネジメントの普及とその問題点の克服」(詳細は告知板参照)

シンポジウムⅠは、小規模に講師2名を招聘してシンポジウム形式で開催する。渡部 茂先生とともに当初、東北大学の高橋信博教授を招く計画であった。今回は、JADRの役職に専念するとのことで招聘をあきらめざるを得ないが、高橋教授の

「プラークの生態学」は生態学的病因論 (ecological plaque hypothesis) として、世界の Cariology の科学者のなかで注目されている。う蝕研究のトップジャーナル “Caries Res” の日本から唯一人のエディターなので、今後交流を深めたいと考えている。

シンポジウム II は、小児歯科、保存、口腔衛生、そして日本歯科医師会に声をかけて、実現に向けて、現状と問題点解決を話し合う場としたい。理想的には、これを機会に臨床う蝕治療の学会連携組織を立ち上げたい。

### 【別紙】2013年ヘルスケアシンポジウム企画趣旨

テーマ「新しいう蝕治療の体系化に向けて」

日本ヘルスケア歯科学会は、日本のう蝕治療を現在の「切削修復のう蝕治療」から「歯質保存を目的としたう蝕治療」へ転換させるために、広く国内外の情報を集め、自分達の臨床に導入を図り、導入での問題点や臨床の成果を調査研究して、日本の歯科医療を向上させる活動を行っています。

2009年には、日本で初の ICDAS に関するシンポジウムを行い、その後、う蝕に関する研究者が世界中から集まる ORCA に参加して、臨床における ICDAS 導入のための調査研究を発表し、う蝕研究の第一人者達と議論をしてきました。今年になって、日本口腔衛生学会も ICDAS の導入について検討を開始し、口腔衛生学の教科書に ICDAS が紹介され、日本歯科医師会雑誌にも ICDAS に関する論文が掲載されて、ようやくう蝕治療の転換の気運がでてきました。

そこで、日本ヘルスケア歯科学会では、2013年を日本のう蝕治療転換の転換の重要な年とするために、

- 1) 2013年春に「歯質保存を目的としたう蝕治療」に必要な基礎的な事柄についてのセミナーの開催
- 2) 6月にUKで開催されるORCAに日本ヘルスケア歯科学会会員から発表を継続
- 3) 2013年秋のヘルスケアミーティングで日本のう蝕治療の転換に関わる関係者を交えたシンポジウムを開催

以上の三つを実施していく予定です。

「歯質保存を目的としたう蝕治療」への転換には、

- 1) Detection の概念を知る

う窩ができてからのう蝕治療では、う蝕病変があるかないかを診査する必要はありませんでしたが、「歯質保存を目的としたう蝕治療」では、う蝕病変を早期に発見することが重要になります。そのための診査として、ICDAS やエックス線検査について正しく理解して実施する必要があります。

- 2) Assessment の重要性を知る

カリエスリスクアセスメントは、「歯質保存を目的としたう蝕治療」では欠かすことができない重要な診査です。リスクアセスメントは、画一的なものではなくて、有病者率や社会的な背景もふまえて状況に応じて適切に行う必要があります。

- 3) non operative therapy が行える環境を整備する

脱灰-再石灰化の概念と病態を正しく理解して、病態とリスクの状態に応じて適切な治療方法を選択する必要があります。

2013年春のシンポジウムでは、non operative therapy の行うために重要な脱灰-再石灰化のう蝕病態を正しく理解するための企画を考えています。

ICDAS の臨床研究には、今までの調査から明らかになった ICDAS 導入のための研修ツールの開発とその評価、臨床での ICDAS 診査についてのタイムスタディ、来院患者さんにおける ICDAS 診査結果の調査等を考えています。

2013年秋のヘルスケアミーティングでは、今までの調査研究と臨床での成果を踏まえて関係者とさらに協力体制を構築するような会にしたいと考えています。

北欧などの歯科医療の先進国では、すでに数十年前にう蝕治療の方針転換はなされていますが、世界的に見ると多くの国々では、今だに切削中心のう蝕治療から脱却できていません。今年の ORCA に参加した時に、N.Pitts 先生から、南米やアジアの国々の中には、歯科医師会や大学が積極的にう蝕治療の転換に取り組んでいる国があることを知らされました。EU では、歯科大学のう蝕に関する教育を統一して新しい概念で教育できるような取り組みがすでにスタートし、その中には、北米、南米の大学関係者も参加していますが、残念ながら日本からの参加者はひとりもいません。このままいくと、フッ化物の普及が20年以上遅れた歯科後進国としてのレッテルがさらに大きくなるのではないかと危惧されます。

従来、日本の歯科医療は、必ずしも大学関係者ではなく、先進的な開業医がリードしてきたように思います。(メタルボンドの導入、インプラント治療など) 残念ながら、う蝕治療についての臨床系学会は日本にはありません。私たち日本ヘルスケア歯科学会は、生涯にわたる口腔の健康の基礎として、小児若年者のう蝕を予防して、修復を減らすことに力を注ぎ臨床データを蓄積してきましたので、これらを活用して、日本における「新しいう蝕治療の体系化」のためのリーダーシップをとって活動していく必要があると思います。

### 第3号議案 早期口腔疾病予防管理学会について

キッズ Oral Health Promotion Center 創設を謳い、大学関係者を中心に一般社団設立を予定している準備委員会から、当学会に協力要請を受けている件、オピニオンメンバーのご意見をうかがったうえで、学会としての協力の如何を判断することとした。

### 第4号議案 代議員・役員改選の件

定款第8条にもとづき、代議員選挙規定に従って代議員を選出する。

・オピニオンメンバー（代議員）の選出（改選）スケジュール  
コアメンバー会議において選任された田中正大選挙管理委員長より、以下のとおり選挙スケジュールが報告された。

10月20日～11月20日（HPにて選挙告知）

同期間にオピニオンメンバー立候補受付（自薦・他薦）

現職で再選を望む代議員については、本オピニオンメンバー会議の場で立候補（または他薦）を出していただく。

選挙管理委員長は、新たな自薦者（立候補者）、新たな自薦者を本オピニオンメンバー会議の場で積極的に募る。

新たな自薦者（立候補者）は400字程度の立候補意思表明を選挙管理委員会に提出しなければならない。新たに他薦する場合は、1名以上の会員の推薦を受けなければならない。



（以下日程は予定）

11月	ニュースレターにて選挙告知
11月	オピニオンメンバー候補者（自薦・他薦より資格審査を経て）名簿決定
12月7日	投票用紙郵送（2012年度会員に送付）2重封筒の投票方式、ホームページにおける投票方式を補足する。
12月25日	投票締め切り
12月26日～の適当な日	開票（選挙管理委員立ち会い）
12月末	ニュースレターにて選挙結果発表
3月10日（17日）	第2期オピニオンメンバー会議 第1回同、コアメンバー選出



## 第2期オピニオンメンバー（代議員）の推薦（自薦・他薦）を受け付けます

選挙管理委員会（委員長 田中正大）

定款第8条にもとづき、代議員選挙規定に従って第2期のオピニオンメンバー（代議員）を選出します。

11月7日からホームページで告知していますが、ニュースレターの送付が遅れたため、12月7日まで推薦を受け付けます。

「被推薦者名（および会員番号）」「推薦者名（および会員番号）1名以上」を明記して、事務局までファックスまたはメールにてお届けください。事務局からの返信をもって受理とします。

選出スケジュールは、オピニオンメンバー会議報告をご参照ください。