

HEALTH CARE

The Newsletter of the Japan Health Care Dental Association

vol.18 no.1

(年間5回刊行・通巻100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

Tel. 03-5227-3716

Fax. 03-3260-4906

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

E-mail: center@healthcare.gr.jp

編集代表 田中正大

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	3,000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	

今年のヘルスケアミーティングは「臨床の振り返り」	p.1	会務報告	p.9
ヘルスケアミーティング2015案内	p.2	相次いでCaries managementのガイドが発表される	p.10
事務局から/告知板	p.2 / p.16	HCM2015ポスター発表募集	p.11
釜山からの見学者	p.3	フォーラム	p.12
連載 診療室における臨床データ蓄積の意義2	p.4	第12回認証ミーティング/特別講演案内	p.16
歯科衛生士育成プログラムについての報告書	p.5	海外からの大学院留学生と交流会2	p.16

今年のヘルスケアミーティングは 「臨床の振り返り」



杉山精一 (日本ヘルスケア歯科学会 代表)

今年のヘルスケアミーティングは「臨床の振り返り」です。

「えっ、臨床の振り返り？ それって何？」「どうやって振りかえるの？ 症例報告？ それとも何か数字が並ぶ統計的な話？」と、戸惑いをもたれる方もいるかもしれませんね。

私たちの毎日の臨床は、①「痛い」、「かめない」など、症状のある悪くなったところを改善し、機能を回復する治療と、②まだ症状のない初期う蝕や初期中等度の歯周炎についても検査、リスクアセスメントを行い、適切な治療と継続的なメンテナンスを実施していく、この二つが大きな柱となっています。この二つは、どちらか片方だけ優れていても、患者さんの生涯にわたる健康を維持することはできません。

「臨床の振り返り」とは、治療後の長期経過やメンテナンスが適切だったか、改善すべきことはないか、患者さんの利益になっているかを日々の臨床記録をもとにして評価していく作業です。この作業は、特定の症例を取り上げるのではなく、来院した患者さんのすべての記録を元にして、症例の位置づけを明らかにしていくことで、より客観性が高まります。

診療データベースであるウィステリアやDentalX®(デンタルテン) がリリースされてから10年以上が経過し、多くの会員診療室には10年以上の貴重な診療データ、来院者の口腔内写真、検査結果、リスク評価資料などが蓄積されています。これらの記録を元にして、臨床の成果を明らかにしていく、つまり私たちが実践してきていることが、本当に患者さんの利益になっているか、それを明らかにしていくプロジェクトのスタートが今年のヘルスケアミーティングです。

診療データベースの解析の結果から、私たちは、遡って症例を調べることができます。歯科衛生士の業務記録に、あるいは口腔内写真に、その解決策のヒントが見つかるかもしれません。そこから、新しい診査を導入して疾患の進行をストップできるかもしれません。あるいは、問題点の解決がみつからないことを確認できるかもしれません。ヘルスケアミーティングではこのような具体的な事例を取り上げたいと考えています。

ヘルスケア型診療をはじめて間もない医院では、自分たちのやり方で成果がでるかどうか、あるいはスタッフが考え行っていることが間違いないか、不安があると思います。経験のあ

重要なご案内

●以下の同封物をご確認ください。

1. 2015年度ステッカー

2. 2015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。2015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(行き違いになりましたらご容赦ください)。なお、準会員制度は2014年度をもって終了しました。

3. HyG Times no.29

催しものご案内

① オピニオンメンバー会議併催シンポジウム

会場：2015年3月8日 午後
会場：東京八重洲ホール

② 第12回認証ミーティング

日時：2015年7月12日 12:30～
会場：ステーションコンファレンス東京

③ 認証ミーティング併催特別講演

日時：2015年7月12日 15:30～
会場：ステーションコンファレンス東京

④ 臨床データ活用セミナー

日時：2015年4月26日
会場：愛知学院大学歯学部附属病院

る医院の発表から、医院の将来が見えるようにして、その悩みを解決する場にもしたいと思っています。

さらに、この「臨床の振り返り」の成果が、どのようにしたら日本の歯科医療の改善に役立てることができるのかについて、豊島義博さんによる基調講演とシンポジウムによって考えていきます。秋までに、さらに充実した内容となるように、以下の

メンバーを中心に進めています。多くの方の参加をお待ちしています。

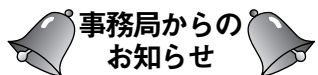
2015年ヘルスケアミーティング実行委員会
 プログラム担当：杉山精一、田中正大、藤木省三
 運営担当：岡本昌樹

ヘルスケアミーティング **2015** 2015年10月11・12日（日・月祝）

2月末時点で決まっているプログラムは以下の通り

- 1 日目**
- 10:00 ~ 12:00 オピニオンメンバー会議
 - 13:00 開会
 - 臨床を振りかえる 座長 田中正大
 - Part1 症例を振りかえる
 - Part2 自分の医院を振りかえる
 - 総括 藤木省三
 - 懇親会

- 2 日目**
- テーマ：ひとりでは日本の歯科医療を変えることはできない 日本ヘルスケア歯科学会がリードして変えていこう
- 午前
 - 1) 企画趣旨 杉山精一
 - 2) 開業医の臨床研究の意義とは（海外からのビデオメッセージを予定）
 - 3) 基調講演 豊島義博
 - 4) 今までの調査から 田中正大
 - 臨床で、このようなデータをどのように活用してるかを紹介します
 - 午後
 - シンポジウム
 - “Next action” 今後取り組む課題をあきらかにして皆で実践していこう
 - 1) 問題提起 開業歯科医院にできることは？
 - 2) 知りたいことを知るツール ウィステリア New Ver.5.0 の実際
 - 3) みんなで取り組もう！ “Project 100”
 - a) 調査1 対象者を倍増へ 1万人から2万人へ
 - b) 小児・若年者のカリエスマネジメントの成果
 - c) Restorative cycle の問題の大きさを明らかにする
 - d) 生涯にわたるメンテナンスの必要性
 - 4) まとめとディカッション
 - 16:00 閉会



● 会員登録内容の変更について

登録内容（住所、電話番号、FAX番号、e-mailアドレスなど）の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

● アポイント管理職 3.0 メニュー画面の名称について 訂正とおわび

頒布を開始しましたアポイント管理職 3.0 のメニュー画面、学会名称が旧研究会のままになっていました。お詫び申し上げますとともに訂正いたします。使用には問題ありません。文字は変更可能ですので、ユーザー様にて修正可能です。

釜山からの見学者

千草隆治（北九州市開業・コアメンバー）



2014年12月19日 釜山大学歯学部予防歯科准教授の Seung-Hwa jeong さんご一行が私の診療所を見学に来られました。

2014年のORCAで杉山精一さんと Seung-Hwa jeong さんに交流ができ、Seung-Hwa jeong さんから杉山さんに福岡で予防診療を行っている診療所を見学したいという要望があったのがきっかけでした。

見学のメンバーは、Seung-Hwa jeong さんをはじめ、Goodwill Dental hospital のCEOである Park Jun Sub さんとスタッフ3名（歯科医師1名、歯科衛生士2名）の計5名でした。

見学のメニューは、杉山さんにアドバイスを受け、実際のメンテナンス診療の見学に加え、アポイントと歯科衛生士の患者担当制の説明、歯科衛生士ユニットの説明、臨床データ管理とウイステリアの説明、口腔内写真撮影のデモと被験者体験としました。

11時から14時の間の訪問ということで、その日は朝からいつもと違った緊張感に包まれ訪問者を待ちました。11時前、駐車場に携帯を見ながら誰かを待っているかのような人物が一人……「来たかっ（ドキドキ）。しばらくしてレンタカーらしき車が駐車場に到着……「きたーッ」。

診療中の患者さんの処置を終わらせ、院長室で挨拶と見学メニューの提案を行い、早速診療室を案内しました。幸い、その



時間帯にメンテナンスの予約で来院していた患者さんが、見学を快く受け入れてくださり、予定通りメンテナンスの見学と歯科衛生士ユニットの説明をチーフ歯科衛生士の高宮彩乃が行い、その後、歯科衛生士の畑中奈々が口腔内写真のデモを。その間私は自分の診療を終わらせ、最後に残った諸々の説明を行いました。

見学者ご一行は、前日広島での診療所見学を終え福岡へ来ていたせいとか、質問の内容は、歯科全般や日本の歯科医療制度という一般的な内容ではなく、予防歯科への取り組みや、予防と他の分野の学会との連携に関してなど、具体的なものが多くありました。また、日本ヘルスケア歯科学会の活動内容に話が及んだ際には、「次年度のミーティングは、今までの取り組みの総決算を行い、リスタートの課題を明示するような内容になる予定なので、ぜひ参加してみてください」と宣伝も忘れませんでした。

見学者5名と私たちのコミュニケーションは、すべて英語で行いました……と言いたところですが、ハングル↔日本語でした。そうです、日韓通訳が同行していたのでした。先に駐車場に到着し、見学の先生方を待っていたのはこの方でした。福岡市で旅行代理店を営んでいるそうで、「家内が北九州市出身なのでこの辺りはよく通るんですよ」とおっしゃっていました。時折、専門用語はスマートフォンを頼っていましたが、流ちょうな日本語を使い、彼のおかげでこの見学が成立したといえます。「言葉が通じなければ相手の考えていることは分からない」というあたりまえのことを久しぶりに再認識させられました。見学後に Seung-Hwa jeong さん、Park Jun Sub さんとはメールのやり取りをしましたが、Google 翻訳、Yahoo 翻訳のお世話になりっぱなしです…

国際的なコミュニケーション能力があればもっと見識も行動範囲も広まるんだろうなあと思いつつも、早く完璧な同時通訳アプリができないかなあと空想しています。

診療室における臨床データ蓄積の意義

第 2 回

歯の保存にメンテナンスの効果はどれくらいあるのか？

定期的にメンテナンスを行うことがどれくらいの効果があるかは、多くの方が関心のある重要なテーマです。成人・高齢者のメンテナンスの効果をどのようなアウトカム（結果）で知るかは、いろいろと考えがあると思いますが、歯の保存、つまり、喪失歯数で表現するのが、わかりやすいのではないのでしょうか。

2006年にスタートしたDoプロジェクト（Dental Outcome Project）の調査3としてこのテーマに取り組み、会誌に詳細が報告されています（学会のホームページから、Library→会誌→平成18年、PDFになっていて、誰でも読むことができます）。

この調査は、15診療所の2,869名について調査した大規模なものです。各医院からのデータを簡単に回収するために、専用ファイルを作成したのも、この時が初めてでした。回収したデータは、12,975件にのびりましたが、条件に合わないものが多数含まれていたため、それらを除外するデータクリーニングを行いました。当初は、データを集めれば、あとは何とかかなと思っていたのですが、集まったデータを精査する作業は思っていた以上に大変で、最終的には、私たちでは処理が困難なことが判明し、内藤徹さん（現・福岡歯科大学教授）にデータを持ち込んで、解析をお願いすることになりました。この時の経験から、多施設の臨床データを集めて解析するには、データクリーニング、統計処理が必要で、後ろ向きの調査では、施設間でのキャリアクションが行われていないため、抜歯や切削といったいろいろな条件、医院間によって変わる処置を対象とすることの難しさも経験しました。

メンテナンス期間、年齢階層別によって区分して、10年あたりの喪失歯数を示すことができました。この当時は、10年以上のデータがある医院に限られており、5年以上10年未満のデータが多数となっています。

また、比較対照として、メンテナンスに来院しなかった方と比較することが大事ですが、この時は、そこまで手が回らず、調査を行いませんでした。2014年の会誌（Vol 15, no 1）には、岡恒雄さんが10年間のメンテナンスについて、メンテナンス来院者とメンテナンスを受けなかった方との違いについて、詳細な調査報告をしていますので、ぜひこちらも読んでいただきたいと思います。

歯科医院の規模は歯科医師1名から多数の歯科医、スタッフによる大規模医院までいろいろです。また、立地条件、医

院のポリシーなどによる来院患者さんの層なども様々です。今後、このような調査を行う場合、複数の医院のデータを統合して処理するべきか、あるいは、個々の医院の調査として発表するべきか、議論の余地があると思いますが、私個人の考えとしては、症例数が一定以上であれば（どの程度が妥当かはよくわかりませんが）、個々の医院の報告が望ましいと思っています。その場合、10年あたりの喪失歯数が重要な指数となりますが、それ以外にも、抜歯理由、部位など様々なことを各医院独自の発想で報告がされることが、臨床の多様性という意味でも、現場からの報告として面白いものになるだろうと思います。また、そのような報告が数多く発表されると、それらを比較、あるいは統合して評価することも可能となってきます。

このような調査報告を行うには、医院のデータ解析をサポートできる人を私たちの学会内にも、育成していくことが必要で、4月26日のセミナーは、このことも意図した企画となっています。

（杉山精一）



表3 メンテナンス期間別の調査結果（年齢階層）

最終メンテナンス時年齢	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70歳以上
メンテナンス期間：5年以上10年未満				
件数	416	695	732	528
平均初診時 DMF 歯数	16.27 ± 5.767	17.12 ± 6.034	18.15 ± 6.752	20.17 ± 6.460
平均初診時残存歯数	26.86 ± 2.267	25.03 ± 3.949	23.70 ± 5.026	20.13 ± 6.869
平均初診時歯周病進行度	1.01 ± 0.673	1.39 ± 0.780	1.59 ± 0.785	1.75 ± 0.689
平均初期治療終了時残存歯数	26.65 ± 2.476	24.63 ± 4.195	23.04 ± 5.440	19.30 ± 7.040
平均最新残存歯数	26.48 ± 2.624	24.13 ± 4.712	22.23 ± 6.086	18.39 ± 7.257
平均喪失歯数	0.17 ± 0.6000	0.50 ± 1.303	0.81 ± 1.517	0.91 ± 1.400
平均メンテナンス期間	6.57 ± 1.156	7.09 ± 1.397	7.03 ± 1.372	7.05 ± 1.317
平均喪失歯数 / 10年	0.29 ± 0.966	0.72 ± 2.007	1.14 ± 2.118	1.26 ± 1.901
平均最終メンテナンス時年齢	44.74 ± 2.476	55.02 ± 2.788	64.55 ± 2.723	75.15 ± 4.291
メンテナンス期間：10年以上15年未満				
件数	45	133	160	104
平均初診時 DMF 歯数	14.69 ± 5.053	16.54 ± 6.680	16.50 ± 6.073	18.35 ± 6.615
平均初診時残存歯数	26.62 ± 2.367	25.53 ± 3.142	24.51 ± 4.041	23.32 ± 4.982
平均初診時歯周病進行度	1.27 ± 0.539	1.53 ± 0.840	1.74 ± 0.720	1.72 ± 0.689
平均初期治療終了時残存歯数	26.53 ± 2.380	24.89 ± 3.974	23.98 ± 4.291	22.30 ± 5.586
平均最新残存歯数	26.31 ± 2.745	23.97 ± 4.658	22.68 ± 5.195	20.60 ± 6.666
平均喪失歯数	0.22 ± 0.560	0.92 ± 1.526	1.29 ± 1.736	1.70 ± 2.425
平均メンテナンス期間	12.16 ± 1.512	11.29 ± 1.188	11.76 ± 1.461	11.65 ± 1.491
平均喪失歯数 / 10年	0.19 ± 0.499	0.81 ± 1.331	1.11 ± 1.469	1.53 ± 2.172
平均最終メンテナンス時年齢	46.31 ± 2.512	55.89 ± 2.707	64.63 ± 2.627	73.88 ± 3.290
メンテナンス期間：15年以上				
件数	2	7	33	14
平均初診時 DMF 歯数	13.00 ± 0.000	12.71 ± 3.861	16.00 ± 7.571	14.21 ± 8.432
平均初診時残存歯数	26.00 ± 0.000	25.57 ± 4.721	24.48 ± 4.236	24.93 ± 3.731
平均初診時歯周病進行度	0.50 ± 0.707	1.29 ± 0.951	1.91 ± 0.805	1.79 ± 0.699
平均初期治療終了時残存歯数	26.00 ± 0.000	25.14 ± 4.670	24.15 ± 4.577	24.14 ± 4.400
平均最新残存歯数	25.50 ± 0.707	24.29 ± 4.751	21.88 ± 6.274	21.79 ± 5.820
平均喪失歯数	0.50 ± 0.707	0.86 ± 1.464	2.27 ± 3.939	2.36 ± 2.023
平均メンテナンス期間	16.75 ± 0.071	15.64 ± 0.476	16.75 ± 1.389	16.90 ± 1.424
平均喪失歯数 / 10年	0.30 ± 0.424	0.57 ± 0.970	1.30 ± 2.167	1.42 ± 1.237
平均最終メンテナンス時年齢	46.00 ± 2.828	56.00 ± 2.887	64.33 ± 3.227	75.07 ± 2.947

表3 メンテナンス期間別の調査結果（年齢階層）『日本ヘルスケア歯科研究会誌 Vol 8, No 1』より

歯科衛生士育成プログラムについての報告書

歯科衛生士研修委員会 責任者 河野正清



2006年より実施されている歯科衛生士育成プログラムに関して、以下の5つの事項についての報告が必要とされているのでここに報告致します。

- 1 歯科衛生士育成プログラムの改革
- 2 歯科衛生士育成コースと認定歯科衛生士制度
- 3 認定歯科衛生士検定における合否判定
- 4 歯科衛生士研修会および認定歯科衛生士実技検定会の実施について
- 5 歯科衛生士育成プログラム 2015年度（2015～2016年）予定について

1 歯科衛生士育成プログラムの改革

2006年より実施されている歯科衛生士育成プログラムは今年第10回を迎えようとしている。10年前に開始されたときに比べると、歯科衛生士を取り巻く環境、需要等に、大きな変化が認められるので歯科衛生士育成プログラムの設計を改革する必要があると判断した。

現在、歯科衛生士育成プログラムは、

1. 歯科衛生士育成コースの実施
2. 認定歯科衛生士制度

の2つの柱から構成されている。この設計を以下のように改革する。

1. 歯科衛生士育成コースの改革
2. 認定歯科衛生士制度の改革
3. 歯科衛生士研修会の改革

1. 歯科衛生士育成コースの改革

現在、歯科衛生士育成コースは基礎コース、検定コースの2つのコースを実施しているが、検定コースを廃止して、今後は基礎コースのみを実施していくこととする。

検定コースを実施する意義が殆どなくなっているため、今後は認定歯科衛生士制度を改革することにより、検定コースの機能を補完することとする。

2. 認定歯科衛生士制度の改革

現在、認定歯科衛生士を取得するためには、基礎コースまたは検定コースを受講したうえで認定条件を満たすことが必要とされている。これを以下の2つの取得方法とする。

- ① 基礎コースを受講したうえで別途定める認定歯科衛生士合否判定を満たすこと
- ② 認定歯科衛生士実技検定会を受験したうえで別途定める

認定歯科衛生士合否判定を満たすこと

注) 認定歯科衛生士実技検定会を受験するためには以下の受験要件のいずれか1つを満たすことが必要

- (1) 日本ヘルスケア歯科学会主催のワンデーセミナー等（対象セミナーは別途定める）を過去2年間に参加していること
- (2) 日本ヘルスケア歯科学会主催の歯科衛生士研修会等（対象研修会は別途定める）を過去2年間に参加していること
- (3) 日本ヘルスケア歯科学会主催のヘルスケアミーティングを過去2年間に参加していること

注) 過去2年間とは受験する認定歯科衛生士実技検定会の開催日を基準とする

3. 歯科衛生士研修会の改革

3-1 歯科衛生士研修会の積極的開催

現在、東京でのみ年2回開催されている歯科衛生士研修会を、東京、関西、その他都市において、年2回から3回開催することを目指していく

3-2 認定歯科衛生士実技検定会の新設

認定歯科衛生士合否判定における実技検定の検定会を東京、関西、その他都市にて年1回から2回実施することを目指していく

従来実施していた再検定は廃止して、認定歯科衛生士実技検定会に再検定の機能を移設する

認定歯科衛生士実技検定会は、実技検定および検定会研修会の2部構成とする

検定会研修会の受講は必須とする、ただし過去2年間に受講履歴のある者および歯科衛生士育成プログラム受講修了者は受講免除とする。受講免除者でも検定会研修会の受講は妨げない。

2 歯科衛生士育成コースと認定歯科衛生士制度

歯科衛生士育成コース

「健康を守り育てる歯科診療」＝ヘルスケア歯科診療を実践していくにあたり、ヘルスケア歯科診療に必要とされる、知識・技術・コミュニケーションスキルを獲得して、ヘルスケア歯科診療において、歯科衛生士業務を完遂できる、ヘルスケア歯科衛生士が不可欠と考えられます。

そのようなヘルスケア歯科衛生士を育成するためのプログラムを歯科衛生士育成基礎コースとして実施します。

(1) 歯科衛生士育成基礎コース

このコースは、ヘルスケア歯科衛生士として最低限要求される技術、知識、システム構築について学ぶコースです。新人歯科衛生士の教育・養成は本来は自分の院内で行うべきでしょうが、そのためのノウハウや人材を持っていない医院も多いと思います。いろいろなセミナーに参加しても、ひとつひとつのセミナーはバラバラのコンセプトで出来上がっているの、効率的に吸収するのが難しいです。ヘルスケア歯科衛生士として最低限要求される事項を、総合的に学習できるようなコースです。この基礎コースを受講することによりヘルスケア歯科衛生士へランクアップさせることができます。

新人歯科衛生士もしくは歯科衛生士としての経験があってもヘルスケア歯科診療を実践していない歯科衛生士が対象、歯科衛生士としての経験が1年以上あることが望ましい。

2日間連続日程を3回、計6日間

講義、実習講義、相互実習および検定よりなる

(2) 院長の責務

ヘルスケア歯科衛生士がその能力を発揮するには、歯科衛生士の個人的能力によるものと、医院のシステムや院長のコンセプトによるものがあるので、育成基礎コースを受講する歯科衛生士が勤務する診療所の院長は、日本ヘルスケア歯科学会主催のワンデーセミナー等に参加経験を有することが望ましい

認定歯科衛生士制度

(1) 認定歯科衛生士資格取得の条件

1. 日本ヘルスケア歯科学会正会員であること
2. 歯科衛生士育成基礎コースを受講したうえで別途定める認定歯科衛生士合否判定を満たすこと
3. 認定歯科衛生士実技検定会を受験したうえで別途定める認定歯科衛生士合否判定を満たすこと

注) 認定歯科衛生士実技検定会を受験するためには以下の受験要件のいずれか1つを満たすことが必要

1. 日本ヘルスケア歯科学会主催のワンデーセミナー等(対象セミナーは別途定める)を過去2年間に参加していること
2. 日本ヘルスケア歯科学会主催の歯科衛生士研修会等(対象研修会は別途定める)を過去2年間に参加していること
3. 日本ヘルスケア歯科学会主催のヘルスケアミーティングを過去2年間に参加していること

注) 過去2年間とは受験する認定歯科衛生士実技検定会の開催日を基準とする

3 認定歯科衛生士 検定における合否判定

検定内容について

1. 口腔内写真撮影検定

1人で10分以内で要件を満たした口腔内写真撮影ができること

合否判定

検定判定表を使用

スタッフが項目を採点、受講者へのフィードバックとする

時間：撮影開始から終了まで10分以内

人員：一人で実施できること

規格性：規格写真であること

快適性：患者に苦痛を与えないでできる

枚数：9枚が最低基準

質について：9枚中7枚は質を満たすこと

ピント、構図、水平垂直

2. 歯周組織検査検定

1人で20分以内で全顎歯周組織検査ができること

合否判定

検定判定表を使用

スタッフが項目を採点、受講者へのフィードバックとする
患者説明が適切に行える：術前の説明、術後の説明

時間：20分以内に全顎歯周組織検査を完了

ポジション：患者、術者のポジションが適切

快適性：患者に苦痛を与えないでできる

指摘事項はその場でスタッフが受講者に伝える

3. 病因論検定

レポート用課題図書

わかる！できる！実践、ペリオドントロジー（医歯薬出版）

わかる！できる！実践、カリオロジー（医歯薬出版）

歯周病とカリエスの病因論についてはあらかじめ課題図書を読んでレポート提出をする、歯周病6回（6週）カリエス7回（7週）

合否判定

確かに読んで、理解できている。

自分の臨床にどのように役立てようとしているかが窺える

4. カリエスリスクテスト症例検定

視診、触診、問診等の診査では判定が不可能なカリエスリスク要因について、何らかの製品でカリエスリスク要因を測定したうえで、その他のカリエスリスク要因を含めて、総合的なカリエスリスクの改善を行った、カリエスリスクテストの症例報告を4症例提出

症例については口腔内写真（成人症例の場合は最低9枚法、小児症例の場合は年齢に応じた枚数）、歯周組織精密検査（成人症例の場合）、全顎デンタルエックス線写真10枚法（成人症例の場合、小児症例の場合は年齢に応じた部位、枚数）が必要

合否判定

症例の資料が適切であること

検査結果後の患者に対する指導内容が、検査結果を反映して適切である

症例報告の形式が適切であること

5. 歯周治療症例検定

歯周治療症例を4症例提出

症例については口腔内写真（最低9枚法）、歯周組織精密検査、全顎デンタルエックス線写真10枚法が必要

初診時と再評価時（治療終了時）の両方共に上記資料が揃っていることが必要

4～5mmのポケットが15%以上の症例をS.R.P.で治癒させられる

5mm以上のポケットが残存している場合には、その後の治療（メンテナンス治療を含む）方針・計画を記載すること

合否判定

症例の資料が適切であること

治療内容が適切であること

治療効果が認められること

症例報告の形式が適切であること

症例検定に関する判定基準

初診時に口腔内写真撮影、全顎デンタルエックス線撮影、精密歯周組織検査等の診査を行い、それらの資料を基にして診断および治療計画立案を行う。その結果を患者さんに十分に情報提供したうえで、現状の説明、原因および病因論の説明とその改善法の立案（リスクコントロール）、治療法、治療内容、治療順序等の治療計画の説明、治療終了後のメンテナンスの必要性とメンテナンスプログラムの説明、等を行ったうえで治療を開始する。

治療終了後に、初診時と同じように口腔内写真撮影、全顎デンタルエックス線撮影、精密歯周組織検査等の診査を行い、治療効果を確認する。その結果を患者さんに十分に情報提供したうえで、現状の説明と治療効果の説明、原因および病因論の説明とその改善法の立案（リスクコントロール）、今後のメンテナンスの必要性とメンテナンスプログラムの説明、等を行ない継続的メンテナンス治療を行なっていく。以上のような診療のシステムが確立されていることを確認できることが症例検定に関する判定基準となっている。

注1) 小児患者に対しての診査項目は、口腔内写真撮影、必要に応じたデンタルエックス線撮影、必要に応じた歯周組織検査とする（口腔内写真撮は必須）。

注2) カリエスリスクテスト症例検定においては、治療終了後の診査資料については、必ずしも必要としない。

4 歯科衛生士研修会および認定歯科衛生士実技検定会の実施について

日本ヘルスケア歯科学会では歯科衛生士育成プログラムを強化するために、歯科衛生士育成コースの実施、認定歯科衛生士制度に加えて、歯科衛生士研修会および認定歯科衛生士実技検定会を実施する。

(1) 歯科衛生士研修会

日本ヘルスケア歯科学会主催歯科衛生士研修会とは？

歯科衛生士研修会は日本ヘルスケア歯科学会認定歯科衛生士が講師であることを必須とする。

歯科衛生士研修会は日本ヘルスケア歯科学会主催を原則とする。ただし、日本ヘルスケア歯科学会公認グループ、もしくは日本ヘルスケア歯科学会正会員が主催する研修会で、日本ヘルスケア歯科学会認定歯科衛生士が講師であること、かつ受講対象者が歯科衛生士である研修会については、その主催者が

日本ヘルスケア歯科学会に歯科衛生士研修会実施申請書（別途指定）を提出した場合には、審査のうえ公認されれば、この限りではない。

歯科衛生士研修会の種類

1. 歯科衛生士実技研修会

ユニットを使用する環境が準備できない場合でも実習を伴う研修会を行うことができる。

ファントマと顎模型を使用する。

会場：講義室（厚みのある机があること）

内容：歯周組織検査および口腔内写真撮影実技研修会

S.R.P.およびシャープニング実技研修会

メンテナンスプログラムとPMTC実技研修会

2. 歯科衛生士相互実習研修会

ユニットを使用して相互実習を行う

会場：歯科衛生士学校またはユニット数の多い会員診療所
(5台以上)

内容：歯周組織検査相互実習研修会

口腔内写真撮影相互実習研修会

S.R.P.相互実習研修会（シャープニング実技研修会を含む）

メンテナンスプログラムと PMTC 相互実習研修会

(2) 認定歯科衛生士実技検定会

認定歯科衛生士合否判定における実技検定（口腔内写真撮影検定および歯周組織検査検定）の検定会を行う。

認定歯科衛生士実技検定会を受験するためには以下の受験要件のいずれか1つを満たすことが必要

1. 日本ヘルスケア歯科学会主催のワンデーセミナー等（対象セミナーは別途定める）を過去2年間に参加していること
2. 日本ヘルスケア歯科学会主催の歯科衛生士研修会等（対象研修会は別途定める）を過去2年間に参加していること
3. 日本ヘルスケア歯科学会主催のヘルスケアミーティングを過去2年間に参加していること

注）過去2年間とは受検する認定歯科衛生士実技検定会の開催日を基準とする

認定歯科衛生士実技検定会は、実技検定および検定会研修会の2部構成とする

検定会研修会の受講は必須とする、ただし過去2年間に受講履歴のある者および歯科衛生士育成プログラム受講修了者は受講免除とする。受講免除者でも検定会研修会の受講は妨げない。

(3) 歯科衛生士研修会および認定歯科衛生士実技検定会開催手順

1. 地域責任者が歯科衛生士研修会または認定歯科衛生士実技検定会の実施を立案

歯科衛生士研修会の種類（歯科衛生士実技研修会、歯科衛生士相互実習研修会）および内容を決定、または認定歯科衛生士実技検定会の実施を決定

開催年月日を決定（複数候補可）

会場の仮押えを行う（開催予定日に使用可能か確認する）

2. 地域責任者が立案内容を開催予定年月日の7ヵ月前までに歯科衛生士研修委員会責任者（河野正清）に申し込む

3. 歯科衛生士研修委員会責任者（河野）は地域責任者と相談のうえ、講師、スタッフを調整、決定して、開催予定年月日の6ヵ月前までに地域責任者に伝えて、歯科衛生士研修会実施を決定する

4. 地域責任者は以下の事項を行う。必要に応じて随時、歯科衛生士研修委員会責任者（河野）に報告する
会場の手配、確保

最低催行人数とその期限（概ね10週間前とする）を決定
参加者の確保

開催予定日まで可能な限りの回数、ニューズレターに開催の広報を行う

当日の会場の準備、整備

5. 参加者からの申し込み受付、参加費用徴収、謝金交通費支払、等の実務は事務局が行う

注）地域責任者とは下記記載の方、および日本ヘルスケア歯科学会公認団体の代表者とする

九州地区担当：千草隆治 四国中国地区担当：高橋 啓

神戸地区担当：丸山和久 大阪地区担当：大井孝友

関東地区担当：雨宮博志 東北地区担当：滝沢江太郎

北海道地区担当：齊藤 仁

5 歯科衛生士育成プログラム 2015年度（2015～2016年）予定について

1. 育成基礎コース

実施日程（予定） 2015年11月22日（日）、23日（月・祝）
2016年1月10日（日）、11日（月・祝）
2016年3月20日（日）、21日（月・祝）

実施会場（予定） 関西地区

参加申込 2015年4月以降に開始予定

2. 歯科衛生士研修会

2015年9月13日（日）（予定）

口腔内写真撮影相互実習研修会 会場：東京地区

2016年2月21日（日）（予定）

歯周組織検査相互実習研修会 会場：東京地区

3. 認定歯科衛生士実技検定会

2015年6月7日（日）（予定） 会場：東京地区

歯科衛生士研修会および認定歯科衛生士実技検定会については現在、関東地域のみ予定されています。

その他の地域での実施については、各地域責任者からの実施立案を待っています。各地域での積極的、活発な実施立案をお願いしています。

以上の詳細につきましては日本ヘルスケア歯科学会ホームページをご覧ください。



会務報告

プライマリーバランスを回復……2014年度決算

2014年度（2014年1月～12月）の正味財産増減額（企業会計の損益計算に相当する）は、2,072千円の赤字となった。これは、名目上は前受会費の増加（2,396千円）によって負債が膨らんだことで説明されるが、実質的には会誌製作費を2年度分（当年度分とともに2013年度に刊行すべき会誌費用約1,800千円を2014年4月に支出）支払ったことによるもので、これを差し引くと単年度会計で数年ぶりに収支相償を回復した。

会費収入は、年度会費入金合計額で2014年度分歯科医師会費は10,056千円（対前年度比577千円減）でやや減少、入金額ベースで2014年度は11,863千円（対前年度比3,204千円増）、2014年度分の入会金収入は250千円（2013年度160千円）で微増となった。新たに生まれた有形固定資産は、歯科衛生士育成セミナーで使う実習用のファントマである。前受会費が

2,396千円増加したのは、会費請求書同封のニュースレターが前年に比べて適切に送付されたためだが、2013年度が会計方針（現金ベースから前受処理へ）を変更した初年度であったことも影響が大きい。本会は現預金を無利子の郵便振替口座に保有しているが、わずかにもっていたドル建預金が折からの円安で68千円の為替差益を生んだ。

支出の内訳は、セミナー関連で2,696千円のマイナス、企画商品販売で1,443千円のマイナスだが、それぞれ共通経費を全体の10%、後者は40%割り当てている。管理費の支出で増加額が飛び抜けて大きいのは印刷製本費であるが、これは上に述べたように会誌の前年度分を含んでいるためである。事務局費は微減。

消費税は一昨年課税事業者が10,000千円に満たなかったののでこの年度は課税事業者ではないが、課税があった場合は、わずかな還付となる計算であった。

この決算案は、2月23日に監事の鈴木正臣さんの監査を受けた。3月8日のオピニオンメンバー会議に議題として提出される。

当期決算の概略

前年度対比要約（資産・負債・正味財産）

	2013年度	2014年度	増減額
現預金	55,097,615	56,980,723	1,883,108
未収金	0	67,400	67,400
前払金	0	33,714	33,714
未収消費税等	24,073	0	△ 24,073
棚卸資産	3,013,657	2,017,305	△ 996,352
有形固定資産	3,244	695,023	691,779
リース資産	0	579,600	579,600
資産合計	58,138,589	60,373,765	2,235,176
未払金	1,512,389	2,986,349	1,473,960
前受金	53,000	50,000	△ 3,000
預り金	268,723	84,752	△ 183,971
前受会費	4,645,000	7,041,000	2,396,000
前受入会金	0	33,000	33,000
未払法人税等	70,000	70,000	0
リース未払金	0	591,675	591,675
負債合計	6,549,112	10,856,776	4,307,664
正味財産	51,589,477	49,516,989	△ 2,072,488

前年度対比要約（収益・費用）

	2013年度	2014年度	増減額
受取入会金	187,000	277,000	90,000
受取会費	5,166,800	11,715,000	6,548,200
事業収益	11,480,820	11,822,589	341,769
受取寄付金	201,725	206,200	4,475
雑収益	199,454	137,827	△ 61,627
収益合計	17,235,799	24,158,616	6,922,817
事業費	18,213,495	16,084,979	△ 2,128,516
管理費	5,491,725	10,146,125	4,654,400
費用合計	23,705,220	26,231,104	2,525,884
当期正味財産増減額	△ 6,469,421	△ 2,072,488	4,396,933

監査報告書	
平成27年2月23日	
一般社団法人 日本ヘルステック歯科学会	御中
一般社団法人 日本ヘルステック歯科学会	
監事	鈴木正臣
私は、一般社団法人 日本ヘルステック歯科学会の平成26年1月1日から平成26年12月31日までの第4期決算事業年度につき、下記の計算書類について監査を行った。	
記	
1. 実施事業会計の正味財産増減計算書及び貸借対照表 その他会計の正味財産増減計算書及び貸借対照表	
2. 内訳書	
この監査にあたって、私は、一般に公正妥当と認められる監査基準に準拠し、通常実施すべき監査手続を実施した。	
監査の結果、研究会の採用する会計処理の原則及び手続は、一般に公正妥当と認められる公益法人会計の基準及び定款（寄付行為）に準拠し、また、計算書類の表示方法は、一般に公正妥当と認められる公益法人会計の基準に準拠しているものと認められた。	
よって私は、上記の計算書類が一般社団法人 日本ヘルステック歯科学会の第4期の収支及び正味財産増減の状況並びに同事業年度末現在の財産の状況を適正に表示しているものと認める。	



相次いで Caries management のガイドが発表される

2014年12月にICDASからICCMS™ Guide for Practitioners and Educatorsが、2ヵ月後の2015年2月には、JADA（アメリカ歯科医師会雑誌）のカバーストーリー（表紙にイラストが掲載されるその号のメインの論文）として、The American Dental Association Caries Classification System for Clinical Practice（ADA CCS）が発表されました。

どちらも、下記のウェブサイトからフリーでダウンロードして読むことができます。

ICCMS™ <https://www.icdas.org/>

ADA CCS <http://jada.ada.org/>

ICCMS™とは、International Caries Classification and Management Systemの略称です。今回発表されたGuide for Practitioners and Educatorsは、タイトルにあるように、臨床と教育者向けとなっています。う蝕の診査はもちろんICDASで、ICCMS™が考案された経緯から、診査、リスクアセスメント、診断、治療からアウトカムまで、Appendixまで含めると84ページとかなりのボリュームです。臨床医がパラパラとめくって理解するためというより、しっかり読むためのガイドブックのような構成です。

一方、JADAに発表されたADA CCSは、臨床向けとなっているため、わかりやすい表もあり、8ページに簡潔にまとめられています。Table 2は1ページを使って、う蝕の段階の写真

とともに隣接面のエックス線写真があります。う蝕の段階は、ICDASと同じですが、コードは採用せずに、Sound（ICDAS Code0）、Initial（Code1, 2）、Moderate（Code3, 4）、Advanced（Code5, 6）となっています。

う蝕病変が活動性か非活動性かの診断はとても重要ですが、現実には、なかなか難しく、このADA CCSでは、“estimation of lesion activity”となっており、特に判断が難しい隣接面は、期間を経たバイトウイングの変化の有無となっています。これは、私たちが採用している方法と同じとっていいように思います。このADA CCSのTable 2は、私たちが2009年に作成したICDASのフォトパネルに似ており、臨床医向けには、このようなエックス線写真を取り入れたビジュアルなパネルが必要と考えて作成した私たちの考えは間違っていなかったように思います。う蝕の段階をICDASコードではなく、簡潔にした点は、導入を容易にするという点では、わかりやすくいいのですが、ICDASの特徴であるコード1から4を2段階にしているのだからと、やや疑問に思います。しかし、ADAでは、今後、臨床で使って、フィードバックを受けて改良すると書かれていますので、将来は、変更されるかもしれません。また、アメリカでは、民間保険が主流ですが、このような新しいシステムと保険給付の関係がどうなるかも興味あるところでは

ICCMS™
CARIES MANAGEMENT
International Caries Classification and Management System

ICCMS™ Guide for Practitioners and Educators

Nigel B. Pitts, FRCSEd, BDS, PhD, FDS, RCSEd (Eng), FDS, RCSEd (Edin), FRCGP, UK, FRCR¹
Amel I. Ismail, BDS, MPH, Dr. PH, MSc²
Stefania Martignon, BDS, PhD³
Kim Ekstrand, DDS, PhD⁴
Gail V. A. Douglas, BDS, PhD, MPH, FDS, PhD, FDS (DPH) RCSEd⁵
Christopher Longbottom, BDS, PhD⁶

Contributing co-authors*

Christopher Lacey, University of Sheffield, UK
Roger Ellwood, University of Manchester, UK
Juliana Gomez, University of Manchester, UK
Jyotsna Kishor, University of Iowa, USA
David Manton, University of Melbourne, Australia
Michael McGready, University of Manchester, UK
Piotr Roehmann, University of California San Francisco, USA
David Russell, University of Dundee, UK
Van Thompson, King's College, London, UK
Svenne Toftman, University of Copenhagen, Denmark
Robert Weyant, University of Pittsburgh, USA
Andrea Ferraro Zanoni, University of North Carolina, USA
Dimitrak Zito, Indiana University School of Dentistry, USA

On behalf of the Participating Authors of the International Caries Classification and Management System (ICCMS™) Implementation Workshop, held June 2013**

December 2014

¹King's College London Dental Institute, Dental Innovation and Translation Centre, Guy's Hospital, London, UK
²Worcester II, Karolinska School of Dentistry, Temple University, Philadelphia, USA
³UNIKA Caries Research Unit, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia
⁴University of Copenhagen, Denmark
⁵School of Dentistry, University of Leeds, UK

ICCMS™
Global Collaborators for Caries Management

ICDAS FOUNDATION
International Caries Classification and Management System

ICCMS™
Global Collaborators for Caries Management

ICCMS™
Global Collaborators for Caries Management

ORIGINAL CONTRIBUTIONS

COVER STORY

The American Dental Association Caries Classification System for Clinical Practice

A report of the American Dental Association Council on Scientific Affairs

Douglas A. Young, DDS, PhD, MEd, MSc, John H. Newby, DSc, Gregory S. Jaber, DSc, MSc, Robert Wain, DSc, Thomas C. Nat, DDS, PhD, Deborah L. Trickett, DDS, MSc, American Dental Association Council on Scientific Affairs

ABSTRACT

Background. The caries lesion, the most commonly observed sign of dental caries (decay), is the cumulative result of a balance of biological, chemical, and mechanical processes that causes a net mineral loss over time. A classification system to categorize the location, size of range, extent, and when possible, activity level of caries lesions consistently over time is necessary to determine individual treatment and therapy. Caries lesions are appropriate to control and treat these lesions.

METHODS. In 2008, the American Dental Association (ADA) convened a group of experts to develop a new 5-step caries classification system. The ADA Council on Scientific Affairs subsequently compiled information from these discussions to create the ADA Caries Classification System (CCS) presented in this article.

Conclusions. The ADA CCS offers clinicians the capability to capture the spectrum of caries disease presentations ranging from clinically manifested (sound) teeth structure to associated initial lesions to extensively eroded (sound) lesions. The ADA CCS supports a broad range of clinical management options necessary to treat both unexcavated and cavitated caries lesions.

Practical implications. The ADA CCS is available for implementation in clinical practice to evaluate its usability, reliability, and validity. Feedback from clinical practitioners and researchers will allow system improvement. Use of the ADA CCS will offer standardized data that can be used to improve the scientific rationale for the treatment of all stages of caries disease.

KEY WORDS. Caries classification systems; caries lesion classification; caries extent; caries extent; caries activity; caries management.

JADA 2015;146(2):79-89
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jada.2014.11.014>

JADA 146(2) February 2015 79

ICCMS™ (International Caries Classification and Management System) の臨床医と教育者向けガイド。

JADAのカバーストーリーとして掲載された臨床医向け CCS (Caries Classification System) の論文。

今回、ほぼ同時に発表された二つのう蝕の診査と治療のガイドですが、どちらも ICDAS が基本となった Caries management です。う窩になる前のう蝕病変を検出 (detection) して、より早い段階から再石灰化治療を行い、歯質を長期に保存する

(tooth preservation) の考えが主流になってきたことを表しているように思います。今後、この流れに日本も乗り遅れないようにしていくことが大事ではないでしょうか。

(杉山精一・コメンター)



AMERICAN DENTAL ASSOCIATION CARIES CLASSIFICATION SYSTEM				
	Sound	Initial	Moderate	Advanced
Clinical Presentation	No clinically detectable lesion. Dental hard tissue appears normal in color, translucency, and gloss.	Earliest clinically detectable lesion compatible with mild demineralization. Lesion limited to enamel or to shallow demineralization of cementum/dentin. Mildest forms are detectable only after drying. When established and active, lesions may be white or brown and enamel has lost its normal gloss.	Visible signs of enamel breakdown or signs the dentin is modestly demineralized.	Enamel is fully cavitated and dentin is exposed. Dentin lesion is deeply/severely demineralized.
Other Labels	No surface change or adequately restored	Visually noncavitated	Established, early cavitated, shallow cavitation, microcavitation	Spread/disseminated, late cavitated, deep cavitation
Infected Dentin	None	Unlikely	Possible	Present
Appearance of Occlusal Surfaces (Pit and Fissure)*				
Accessible Smooth Surfaces, Including Cervical and Root†				
Radiographic Presentation of the Approximal Surface‡	 E0 [§] No radiolucency	 E1 [§] E2 [§] D1 [§] Radiolucency may extend to the dentinoenamel junction or outer one-third of the dentin. Note: radiographs are not reliable for mild occlusal lesions.	 D2 [§] Radiolucency extends into the middle one-third of the dentin	 D3 [§] Radiolucency extends into the inner one-third of the dentin

* Photographs of extracted teeth illustrate examples of pit-and-fissure caries.
† "Cervical and root" includes any smooth surface lesion above or below the anatomical crown that is accessible through direct visual/tactile examination.
‡ Simulated radiographic images.
§ E0-E2, D1-D3 notation system.²¹

ADA CCS の Table 2 (JADA 2015. 2) . ヘルスケア歯科学会の ICDAS フォトパネルによく似ている。

■ ヘルスケアミーティング 2015 ポスター発表募集

担当 岡本昌樹

神戸のヘルスケアミーティングでは、たくさんのお出展ありがとうございました。ポスター発表は、会員の皆さんが自由に日常の成果を発表できる貴重な場所です。今年は、あなたの気づきをたくさんの方々と共有してください。

多数のご応募をお待ちしています。

日時：2015年10月11日(日)、12日(月祝) 午後表彰予定

場所：秋葉原コンベンションホール(千代田区・秋葉原)

1. テーマ

- ① 「症例発表」
 - ② 「自由テーマ」
- ①、②のいずれかを選択してください。いずれのテーマも本会の活動に沿った内容であれば詳細は問いません。

2. 参加資格

当会正会員診療所及び個人単位
発表者は発表当日必ず出席ください。(10月12日(月祝)午後)

3. 発表方法

前回同様、ポスター展示のみとします(口演はありません)。

1) ポスターの作製について

ポスターのサイズ
最大 W900 × H2100mm
最小で模造紙大 W728 × H1030mm

診療所名、発表者はこのスペースに含みます。

掲示は**ポスターのみ**とします。机の用意はありません。ポ

スター下の床に物品やパンフレットを展示することは禁じます。

2) 事前抄録について

プログラム用事前抄録(400字程度)を提出してください。

4. 表彰

最優秀賞1、優秀賞1、審査員特別賞2、敢闘賞数名、参加者による投票及び審査員による選考のうえ授与。

詳細、締め切り等は、次号以降にご案内します。

ご質問、お問い合わせは下記までお願いします。

e-mail : masaki@okamotoshika.jp (岡本昌樹)



ヘルスケア フォーラム

口腔内写真撮影相互実習研修会

2014年12月7日 太陽歯科衛生士専門学校

報告



星 いずみ（歯科衛生士・
堀元歯科医院）

口腔内写真撮影相互実習研修会に参加しました。

午前中は講義で口腔内規格写真とは、いつ誰が撮影しても同じ構図でなければならないということを学びました。規格写真を撮れるようになるには、まずは撮影しやすい口腔内を完璧に撮るという練習方法を教えていただきました。

そして撮影方法で重要なことは、カメラをかまえる前に倍率！ シャッターを押す前に構図があっているか、ピント、唾液と頭の中でそれらをチェックすること、規格写真は、患者さんにとって自分

の口腔内がどのようになっているかが分かるものということ、術者にとっても効果的な説明ができ、行動変容、口腔疾患の改善につながることを教えていただきましたが、なにより規格写真は自己流撮影とは違い経時的に比較できるという、患者さんにとっても、術者にとっても大きなメリットがあることを知りました。

午後からは、受講者6名で相互ペアに2名のインストラクターがついて実技実習が行われました。器具の大切さ、口角鉤の入れ方、ミラーの取り扱い、不潔域・清潔域、ミラーの挿入方法・方向・持ち方など基本的なことでも忘れていたことを気づかせていただきました。

苦戦している私に、先生が「うまく撮影できない場合は、必ず問題点があります」とアドバイスしてくださいました。

私は今までライトをつけずに撮影していましたが、しっかりライティングすることで飛ばしきれなかった歯間乳頭の唾液が見えるようになり、それを乾燥させると診たかった歯肉を撮ることができるようになりました。

実技訓練後には、模擬検定が行われ緊張感のあるなか、撮影に挑みました。結果として、撮れていない部位などの問題点もありました。しかし、もう一度苦手とする部位についての撮影方法を指導していただき、目標としていたことが達成できました。

今回研修に参加させていただき、目先の治療を続けるのではなく、本気で患者さんのことを考えるのであれば、口腔内規格写真を撮っていくべきだと思いました。

撮影したものは、記録として残り医院の財産になっていくと感じました。私自身、今まで口腔内規格写真が苦手で、患者負担を考え、自分の技術を思うとなかなか撮ることができませんでした。これからは、習った知識と技術を磨き、向上しつづけることでハッピーになれたらと思います。今回の受講により、口腔内規格写真を怖がらずに撮りつづけていきたいと思います。



5日目 「朝からドキドキ」



佐々木菜波（歯科衛生士・
沼澤デンタルクリニック）

基礎コースの最終回の初日は検定がありました。朝からドキドキでした。検定前には

歯科衛生士育成プログラム 基礎コース

2015年1月11・12日 太陽歯科衛生士専門学校

講義があり、SRPの基礎と実践やメインテナンスについて詳しく学ぶことができました。SRPの実践では抜去歯を用いて探知の仕方や、スケーラーでの圧のかけ方などを学びました。普段臨床で行っている業務ですが自分ができていないこともあり、とても勉強になりました。

そして最後の検定ですが、この日のために医院のスタッフに協力してもらい練

習してきました。模擬検定のときは緊張で手が震えてしまってうまくできませんでしたが、本番ではなんとか落ち着いて臨むことができました。検定の際にアドバイスしていただいたことは、今後活かしていきたいと思います。今回、コースに通い基礎を改めてしっかり学べたこと、そして講師の方や他院の歯科衛生士と関わり合えたことはとても貴重な経験

になり、参加してよかったと思いました。今後、コースで学んだことを忘れずに、日々の診療に励みたいと思います。

「think (考えること)」



佐藤友美 (歯科衛生士・
クリスタル歯科)

午前中には SRP についての講義がありました。大事なポイントとしては「think (考えること)」。患者一人ひとりの口腔内が異なるなかで、その人が歯周病になった原因は何か、どう治療していくか、どんな道具を選択するか… ひとつの治療だけで様々な「think (考えること)」が出てきます。言われたからやる、ではなく「考える」ことによって必要な知識が身につく、より早く理解が深くなっていくと思います。仕事に慣れてくると身体で行動しがちになりますが、改めて考えながら診療にあたることの大切さを感じる講義となりました。

また、この日の最後には検定試験があり、学んできたことの実践となりました。講義で得たことを自己練習で反復し、身体に染み付かせることが合格の鍵だと実感しました。検定で行うことは歯科衛生士として基礎で重要なことですが、やっていることが正しいか普段の診療で誰かに見て評価してもらえる機会はあまりありません。自分の技術を振り返るいい機会と刺激になりました。

6日目 「たくさんの気づきと発見のある時間でした」



塚原千晴 (歯科衛生士・内田
歯科医院歯っぴいデンタル)

最終日の午前中は SRP の相互実習でした。レスト、キュレットのハンドル位置、ポジション、患者さんの顔の向き、ストロークなどインストラクターの方に丁寧に分かりやすく指導いただきました。日



頃のやり方が自己流になっていたことに気づき、また教えていただいたポジションからの方が安定していてやりやすいことを発見できました。そして今回の実習のテーマは『THINK』でした。ただ実習をするのではなく、どうしたら自分が安定し、力を最大限にコントロールできるかを考えながら実習をしました。

短い時間の実習でしたが私にとっては有意義なたくさんの気づきと発見のある時間でした。ここで教わったことは臨床で早速活かすことができました。そして午後はメンテナンスの効果による長期症例のスライド、プロフェッショナル衛生士を目指してという講義を受けました。この6日間のプログラムを通して、改めて歯科衛生士という職業は素晴らしいと思います。私はこの職業を生涯続けたいと思います。患者様の健康を守り抜くためにもこれからも学ぶ姿勢を忘れず、教えていただいたことは臨床に生かしていきたいです。そしてとても濃い6日間ありがとうございました。たくさんの歯科衛生士の方と関わりたくさんの刺激と発見があり、有意義なとても楽しく充実した6日間でした。



「自らの体を守れなければこの歯科衛生士という仕事は続かない」



小澤 唯 (歯科衛生士・
あめみや歯科医院)

基礎コース最終日は SRP 相互実習を行いました。

マンツーマンで指導をしていただき私にとって、とても内容の濃い時間を過ごさせていただきました。ほかの人に見てもらうことにより動作の癖、力の入り具合、姿勢から手首の位置まで細かく指導をしてもらい勉強になりました。自分だけでは気づけないことなので知るきっかけになり、とても感謝しています。

患者様の健康を守るのが我々の役目ですが、自らの体を守れなければこの歯科衛生士という仕事は続かないと思いました。普段の診療でスタッフが無理な姿勢やポジションだったら声をかけようと思います。

最終日を迎え今まで学んだことや経験したことを忘れず振り返りながらスタッフと共有し、医院全体が向上できるように活かしていきたいです。



第8回 ヘルスケア・ウエスト研修会

2015年1月25日 電気ビル共創館

報告



丸山俊正（福岡市開業）

正月休みもおわり、いよいよ本格的に2015年も始動し始めた1月25日（日）、福岡市中央区の電気ビル共創館にて第8回ヘルスケア・ウエストスタッフ研修会が開催されました。

今回のテーマは、「みんなで語ろうヘルスケア型歯科診療！」。講師に愛媛県愛南町でご開業の高橋 啓さんをお招きし、「医院皆で作っていこう、ヘルスケア型診療室」というテーマで基調講演をしていただきました。私事ですが、大学を卒業し、右も左も分からない状態のときに診療室に招いてくださり、そしてヘルスケア型診療という歯科診療のあり方をご教授くださった高橋さんの講演ということもあり、今回のセミナーはいつもに増して期待が大きいものでした。会場はというと、昨年7月号のクインテッセンスでヘルスケアの特集（「ヘルスケア型歯科医院に学ぼう」）が掲載されたこともあってか、今回も会場の収容人数ぎりぎりの150人の参加となりました。

午前中の高橋さんの講演では、ヘルスケア型歯科診療とはいったい何なのか、実際にたかはし歯科で行われている実践例を交えてお話いただきました。患者さんの治療計画を、短期的な見通しと長

期的な見通し両方を考慮して決定していく「時間軸で考える臨床」を行うこと、さらに歯科医師、歯科衛生士、歯科助手、受付、技工士が全員で連携し、フォローしていく体制がとても重要であることを分かりやすく解説していただき、たかはし歯科の結束力の高さ、レベルの高さを実感することができました。

1月のウエスト研修会は毎年会員発表が数多く行われることも大きな魅力のひとつです。今回も9つの会員診療所から歯科医師、歯科衛生士の発表が行われました。午前中は高橋さんに引き続き、ウエストの若手からおひさま歯科の澤幡佳孝さん、ドリーム歯科クリニックの福山雅大さんそして私、と歯科医師の発表がメインでした。それぞれの医院での取り組みを、若手や勤務医の立場から発表し、たくさんの情報交換ができたように思います。

午後は吉川歯科医院の西田美夏さん、千草歯科医院の畑中奈々さん、はんだ歯科医院の田鋤友香子さん、さわみや歯科医院の後藤かおりさん、桂川歯科医院の古田扶美子さん、と歯科衛生士の発表が続き、トリア副島歯科医院の副島 渉さんとたくさんの会員発表が続きました。どの医院もそれぞれの特徴があり、スタッフの創意工夫を随所に感じ取ることができ、高橋さんの発表にもあった全員で連携して作り上げる診療室をまさに実践している医院ばかりでした。

ヘルスケア・ウエストでは「懇親会は宝の山」を合い言葉に、毎回盛大な懇親会が行われます。会長の半田正さんの軽快なマイクパフォーマンスで始まった懇親会は多に盛り上がり、各医院のスタッフ同士が普段の疑問や当日の発表内容について活発に議論していました。まるやま歯科のスタッフもあこがれの藤木省



三さんに疑問をぶつけることができとても満足していたようです。

今回から参加の新入会員や若手歯科医師も多く、ヘルスケア不毛の地といわれた九州の地に、たくさんの芽が出てきていることを実感した有意義な一日となりました。

気づいたら質疑に手を挙げていました



内田 優（歯科衛生士・熊本市おひさま歯科クリニック）

第8回ヘルスケア・ウエストスタッフ研修会に参加させていただきました。歯科衛生士になって10年、おひさま歯科クリニックに勤務して半年、院長から「ヘルスケア型診療室をめざして!」と言われても、日々の診療についていくのが精一杯の半年でした。今回の研修会も初めての参加でわくわくした気持ちもありましたが、「私についていけるだろうか」という不安な気持ちを抱きながら会場に入りました。

そんな気持ちの私でしたが、高橋啓先生の「医院皆で作っていこう、ヘルスケア型診療室」の講演を聴き、気持ちが引き締められました。実際にたかはし歯科医院で実践している内容の紹介であり、「ヘルスケアは医院の総合力で勝負!」というお言葉通りたかはし歯科医院スタッフ一人ひとりが一生懸命頑張っている姿が伝わってきました。講演内容と今の医院の現状を比較することで、「私やスタッフができることは何だろうか?」「当院でもそれは取り組めるのではないかと」と、とてもポジティブな気持ちで講演を聞くことができました。





次に患者さんやスタッフに愛情たっぷりの当医院の院長の発表。医院のリエスへの取り組み、また恐怖心を抱いて歯科治療にきた子どもが当医院の治療とスタッフのコミュニケーションで笑顔にかわる姿をみていただき、院長の熱い思いが皆さんに伝わったことと思います。

そして、丸山俊正先生の「ヘルスケア型診療室を目指して開業半年」講演ではうずうずして仕方のない言葉がでてきました。

「唾液検査」です。私は今の医院で唾液検査の担当として奮闘しているので、開業して半年の丸山先生の医院で、既に多くの方が唾液検査を受けられていることに驚き、気づいたら講演後の質疑に手を挙げていました。

最初に抱いていた不安な気持ちはなくなり、とても積極的な気持ちで参加することができました。今回スタッフ研修会に参加できたことに心から感謝いたします。



ヘルスケア北海道第3回例会

2015年1月31日 オサダショールーム 2F 会議室

報告



岡島ゆかり（歯科衛生士・さいとう歯科室）

今回のヘルスケア北海道の例会は、ヘルスケア歯科学会主催の歯科衛生士育成プログラム基礎コースを受講した2名の歯科衛生士から報告と感想を、次に臨床に沿ったカリオロジーとして、フッ化物についての講義をさいとう歯科室の齊藤仁院長より、最後に医院の取り扱い説明書を各医院ごとに作成するというグループワークの3本立てで行われました。

昨年9月から始まった歯科衛生士育成プログラムの基礎コースには、dental office おおともの上野凜さんとさいとう歯科室の千葉真奈美さんが参加し、お二人に全6回のプログラムの内容と感想を臨場感溢れる写真を交えて説明していただきました。

受講する前の不安や、実技検定直前の緊張感を述べられていましたが、刺激になり受講して本当によかったという感想は、遠くでボヤッとしていた基礎コースが凄く身近に感じられるものでした。

そして何より喜ばしい報告は、二人揃っての実技検定合格ということです。サポートしていた院長や先輩方の姿と努力するお二人の姿を見ていたので本当に嬉しく、誇りに思えました。これからの症例発表に向けて忙しい毎日ですが、再びスタッフ一同応援していきたいと思います。

齊藤先生の講義では、う蝕予防の機序を整理することから始まりました。高濃度フッ化物と低濃度フッ化物の役割の違いを改めて学びながら小児における重要ポイントを挙げてみたり、質疑応答では患者にフッ化物の必要性をわかりやすく伝えるためにはどういった説明をするのがいいのか？ プロフェッショナルケアとホームケアでの根面う蝕のアプローチ等は？ など日々の臨床で湧き出た疑問とそれに対する意見が飛び交いました。各々フッ化物の内容や効果に関して再考することができたのではないのでしょうか。

そして dental office おおともの歯科衛生士、楠川 恵さん・さいとう歯科室の歯科衛生士、堀 祐子さんプレゼンツ『医院の取り扱い説明書作成』では、手始めとして院長・歯科衛生士一人ひとりの自己取り扱い説明書を事前に準備して

発表しあったのですが、納得な一面は勿論のこと、普段は感じない意外な一面が浮き彫りになり、盛りあがる場面となりました。そして各医院に分かれて自院のセールスポイント、取り扱い注意点、不安要素点等まとめて紙に書き出し、個性に溢れた取り扱い説明書を完成させました。

メリット・デメリットを紙に直接書き出して目でみる行為が、口頭で意見を挙げるだけよりも気づきや自覚に繋がる効果があるように思えます。良いところは伸ばし、悪いところは改善するよきっかけになりました。

定例会は、今回で3回目になりました。回を重ねるごとに知識の向上や疑問の提示・解決をすることで自己や医院の成長に繋げようという目標がありますが、気負わず気張らず新人からベテランまでが楽しんで学べる勉強会の雰囲気は、ヘルスケア北海道ならではの楽しみです。



海外からの大学院留学生との交流会 (2)

前号 (vol. 17, no.5) で報告した「海外からの留学生との交流会」の続編です。この日の交流会 (2月3日 18時～19時30分、東京医科歯科大学歯学部1号館会議室) には、留学生は10名参加、今回は、自己紹介等なく中嶋省志さん (東京医科歯科大学) の挨拶、秋元秀俊さんの自己紹介のあと、私の医院紹介、なぜICDASを導入したか、その後のORCAで

の発表についてプレゼンと質疑をおこないました。

日本でまだ予防的歯科治療が保険に導入されていないのに、なぜ杉山歯科で可能なのか? というとてもいい質問もいただきました。秋元さんから Japanese magic! なんていう言葉もでしたが、楽しい会でした。

なんとか1時間半、原稿なしの英語で

やりました。途中何回か言葉がわからなくてストップしました。質問がよく理解できず適当に答えてしまった、説明ばかりで質問の時間が少なかった、などが反省点です。

今回は、3月10日 18時～20時、東京医科歯科大学歯学部1号館第1演習室にて、カリエスマネジメントの実際と症例を説明し、質疑の予定です。ヘルスケア歯科学会の会員であれば、だれでも参加できます。ご希望の方は事務局までお問合せください。(杉山精一・八千代市開業)



第12回 認証ミーティング／併催特別講演

締切迫る!

2015年7月12日(日) 12:30～

ステーションコンファレンス東京 (東京駅日本橋口) 東京都千代田区丸の内 1-7-12 (<https://www.tstc.jp/tokyo/access.html/>)

● 認証申請：3月末日 締め切り (2015年度認証ミーティングの認証診療所)

認証ミーティングのエントリーには、認証申請の後、患者アンケート調査が必要です。この調査には、配布から回収および集計を考慮すると3カ月近くを必要とします。このため、3月末日をもって認証申請を締め切ります。心づもりのある方は、お急ぎください。

招待特別講演

村上秀明准教授 (大阪大学歯学部放射線学教室)

日時：2015年7月12日(日) 15:30～(予定) (認証診療所の申請数により30分前後の変更可能性があります)

会場：ステーションコンファレンス東京

● 改めて歯科用エックス線について学ぶ

歯科用エックス線の被曝とリスク (デンタル10枚、CT、パノラマ、セファロ)
 歯科用エックス線撮影のポイント、読影のポイント
 各種エックス線撮影装置の利点と欠点、使い分け

○ オピニオンメンバー会議

併催シンポジウム

歯科衛生士の「診療補助」業務ガイドライン
 2015年3月8日(日) 午後
 会場：東京八重洲ホール
 オピニオンメンバー会議は 10:00～12:30

○ 臨床データ活用セミナー

「あなたの診療室に蓄積している臨床データで自分の臨床を評価しませんか？」
 2015年4月26日(日) 10:00～17:00
 会場：愛知学院大学歯学部附属病院
 南館7階第3講義室
 講師：豊島義博 (鶴見大学探索歯学講座)、湯浅秀道 (豊橋医療センター歯科口腔外科)、藤木省三
 参加費：1万円
 申込先：日本ヘルスケア歯科学会事務局

○ ウィステリアの導入と活用法について (仮)

日時：2015年6月7日(日) 時間未定
 場所：ホテルクリオコート博多 中会議室
<http://www.cliocourt.co.jp>
 講師(予定)：藤木省三、森 一弘 (アクセス代表)
 参加費：未定 (昼食込みの予定)
 懇親会：あり
 連絡先：澤幡佳孝 (企画育成委員会)
ohisamashika@gmail.com

○ 第12回 認証ミーティング

2015年7月12日(日) 12:30～
 会場：ステーションコンファレンス東京
 併催 招待特別講演 15:30～
 村上秀明 (大阪大学歯学部放射線学教室 准教授)
 改めて歯科用エックス線について学ぶ

○ 歯科医向けセミナー

2015年7月5日(日)
 会場：福岡デンタル販売本社セミナールーム (福岡市)
 講師：藤木省三、千草隆治、丸山俊正

○ (仮) 口腔を生涯守る時代の今

スタッフと取り組む患者さんの予防管理
 2015年9月13日(日)
 会場：未定 (仙台市)
 講師：藤木省三、滝沢江太郎、中本知之



(敬称略)