

# HEALTH CARE

The Newsletter of the Japan Health Care Dental Association

vol.18 no.3

(年間5回刊行・通巻102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](mailto: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

## 重要なお案内

●以下の同封物をご確認ください。

1. HCM2015 パンフ

2. 会員用ホームページパスワード変更のお知らせ

2015年度会費を納入済みの方にのみ送付しています。

3. ウィステリア 5.0 案内

4. HyG Times no.31

## 催しものご案内

① 口腔内写真撮影相互実習研究会

日時：2015年9月13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2015

日時：2015年10月11・12日

会場：秋葉原コンベンションホール

③ 歯科衛生士育成基礎コース

日時：2015年11月14・15日

会場：14日神戸国際会館

15日神戸常磐大学

ヘルスケア型歯科医療で積み上げられてきた成果を学ぶ	p.1	報告 ORCA	p.6
第12回認証ミーティング報告	p.2	報告 喫煙歯肉着色研究ポスター発表	p.13
併催特別講演 報告	p.3	フォーラム	p.14
拡大告知板	p.5	事務局から	p.22
Do プロジェクト調査協力診療所募集案内	p.5	告知板	p.22
		ヘルスケアミーティング2015案内	p.23

## ヘルスケア型歯科医療で積み上げられてきた成果を学ぶ



田中正大 (専務理事)

ヘルスケアミーティング2011年は学会設立記念として行われ、ヘルスケア型歯科医療とは、関わり続けることの素晴らしさを実感させてくれるものであるというテーマでした。2012年は歯科衛生士の診療補助業務に焦点を当て、ヘルスケア型歯科チーム医療を成功させるためにはどういった認識を持つべきなのかを論じました。参加された皆さん、記憶にありますか。

この2年に限ったことではないのですが、ヘルスケアミーティングではヘルスケア型歯科医療を実践していくうえで生じる様々な疑問や困難を解決する、またこれまでに積み上げられてきた成果を学ぶ場として企画してきました。

さて今年のヘルスケアミーティングのテーマは「臨床の振りかえり」です。このテーマを見て、みなさんどんなイメージが浮かびますか？

「ヘルスケア型」歯科医療という言葉は何度も耳にしていると思いますが、これを実践すると、本当に患者さんの利益につながるのでしょうか？

この学会も研究会発足から18年目になります。多くの診療所では口腔内写真、X線写真、リスク評価とリスクマネージメントの結果、歯周組織検査、その他様々な診療データを蓄積していると思われます。

治療してメンテナンスを長期に継続してきた結果はどうだったのか。うまくいかなかったとすれば、解決すべき問題は何か、またそれは来院患者全体から見るとどういう位置づけになるのか、他のヘルスケア型を実践している診療所と比べてどうなのか。こういった作業をすることが「臨床の振りかえり」です。

もう一つ忘れてはいけないことがあります。ここまでは内向きの話で、主として学会所属診療所の患者さんにフィードバックされることですが、実はその成果を携えて日本の歯科医療を少しでもよくするよう外に発信していくことも学会としての重要な役割だと思っています。

本学会では今まで各種の臨床研究を行ってきましたが、今年は東京歯科大学社会保障学教授の上條英之先生らと共同でAdult 10 years dental visit studyという研究事業をスタートさせます(詳細はニュースレター vol.18 no.2に記載)。学会からは39診療所が協力します(参加表明して下さった診療所の皆様、本当にありがとうございます)。こういった多施設にわたる臨床研究が行えるのも、普段からデータの蓄積をしている診療所が多い私たちの学会の特

色です。今回のヘルスケアミーティングではこの辺りも十分に解説していきます。

本学会設立趣旨の最後にはこうあります。

『人々が生涯にわたって快適な咀嚼と自由な会話と若さと尊厳に満ちた微笑みを維持することができるように、私たちは自らの足もとから医療のありかたを改めるために力を合わせることにした』

ぜひ患者さんの利益のために力を合わせていきましょう。

そのために今回のヘルスケアミーティングは素晴らしい学びの場になることをお約束いたします。

また、年に一度のヘルスケアミーティングです。ぜひ懇親会にも参加してヘルスケアの輪を広げていきましょう。

申し込みの受付はもう始まっております。あまり大きな会場ではないのでお早めの申し込みをお勧めいたします。

最後に、今回のヘルスケアミーティングをより理解するために、ニュースレターも振り返ってみませんか？

手元にないときは学会ホームページの右上にある「会員」をクリックして会員ページのNewsLetter全文掲載（PDF）というところから閲覧・ダウンロードできます。パスワードはニュースレターに同封して送付済みですが、わからない場合は事務局にお問い合わせください。

vol.17 no.4 日本ヘルスケア歯科学会って何ですか？

vol.17 no.5 ヘルスケアと「面の歯科診療」「面の歯科診療」こそ「線の歯科診療」を成功に導く

vol.18 no.1 今年のヘルスケアミーティングは「臨床の振り返り」

今年のヘルスケアミーティングの会場は秋葉原コンベンションホール、2011年、2012年と同じ会場です。



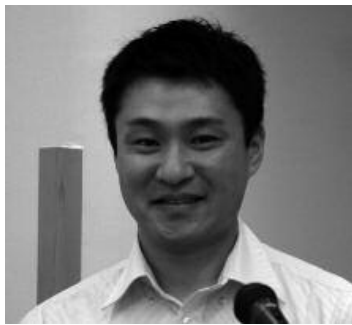
## 第12回 認証ミーティング

2015年7月12日 ステーションコンファレンス東京5F 会議室

西すずらん台歯科クリニック（神戸市）

きむら歯科ドリーム歯科クリニック（福岡市） 2 診療所を認証

梅雨明けの気配が感じられる7月12日、東京駅日本橋口に接続するステーションコンファレンス東京5階会議室で、第12回認証ミーティングが開かれました。昨年、申請者が少なく延期されたため2年振りの開催でした。今回の認証ミーティングは、直前に2診療所の辞退・延期の申し出があったため、審査を受ける診療所は、神戸の西すずらん台歯科クリニック（中本知之院長）と福岡のきむら歯科ドリーム歯科クリニック（木村慎一院長）の2診療所になりました。時間に空きが出たため、急遽、杉山精一代表のORCA参加報告で時間を埋めることにしていましたが、時間に余裕が生まれた分、活発な質疑が止まらず、結局、4診療所の発表と審査にかかるのと同じ時間を費やしてしまうという嬉しい誤算で、杉山さんの講演は実現しませんでした。



中本知之さん（西すずらん台歯科クリニック）



木村慎一さん（きむら歯科ドリーム歯科クリニック）

日本ヘルスケア歯科学会の「健康を守り育てる診療所」認証ミーティングは、定期メンテナンスを受けている通院者に安心して案内できる紹介先ネットワーク、すなわちヘルスケア型歯科医療の受け皿を全国に拡げることを目的に始まった仕組みです。あくまでも「健康を守り育てる」通院者本位の事業です。このため、今回のミーティングでも、①通院患者さんに診療所の評価を尋ねるアンケート調査、そして詳細な項目についての②公開の場でのプレゼンテーション、そして③患者の立場を代表する外部委員を審査員に加えるという条件を重視して運営されました。斉藤仁さんの趣旨説明に続いて二人の外部委員の自己紹介がありました。今回の外部委員は、消費生活相談員の坂本憲枝さんと弁護士の木下正一郎さん、いずれも医療に対して厳しい目をもつ文字通り歯科の外部の方です。医療問題弁護団の木下さんは、一昨年に引き続きですが、一昨年は初めてで要領が分からず甘すぎた、とギョッとするような挨拶をされ



外部審査員の坂本憲枝さん

ました。坂本さんは、医療機能評価機構はじめ医療機関の外部評価委員の経験をもつベテランです。

中本知之さんが発表者となった神戸の西すずらん台歯科クリニックは、2010年開設のとても若い診療室で、審査員からもヘルスケア型の診療は3年以上になるのか、と認証条件を確認する質問があり、それに遠慮がちな応えを返して審査員を慌てさせる一幕もありましたが、予防メンテナンスをベースに臨床記録を蓄積することをルーティンに開業しただけに、安心して聴くことのできる認証プレゼンテーションでした。

他方、きむら歯科ドリーム歯科クリニックの発表者となった木村慎一さんは、診療所開設こそ2006年と新しいものの、日本ヘルスケア歯科研究会設立からの会員（98年会員）です。歯科医師4人、歯科衛生士はパートを含めて7人、繁華街のテナントビル開業ということもあって、患者の流動性も高く、ヘルスケア型への転換に様々なハードルのある診療所です。とくに症例報告の初診がパノラマエックス線という点は、及第点をつけない審査員も出て、全体に厳しい評価となりました。

結局、西すずらん台歯科クリニックは、各審査項目にわたり8点(10点満点)以上の平均83.83、ドリーム歯科クリニックは、カリエスリスク管理、歯周病リスク管理の項目で及第点に及ばない厳しい評価を受けましたが、その診療姿勢などが評価され、平均では73.23と認証合格点を得ました。

外部審査委員の講評で、坂本さんからは、せっかくの患者アンケート調査がプレゼンで活かされていない、その評価をどう解釈し、どう改善点を見つけ、どのように対策を考えているのか、アンケートのやりっ放しはもったいないと、認証審査のスケジュールや進め方にかかわる苦言をいただきました。アンケート集計のフィードバックからミーティングまでの日程がタイトな現在のスケジュールを改善しなければなりません、コアメンバーでは、早速、この点を次回から改めることを決めました。



外部審査員の木下正一郎さん

## 併催 特別講演 改めて歯科用エックス線について学ぶ

講師：村上秀明先生（大阪大学歯学部 准教授）

村上秀明先生の講演は、歯科用エックス線の被爆とリスクなどについてわかりやく解説していただきたいと講演を依頼したものでしたが、内容は、放射線のベーシックな知識をもう一度整理するものでありながら、私たちの誤った常識を覆すとても興味深いものでした。やや不正確になりますが、以下に聴講メモとして講演のあらましをご紹介します。

### エックス線の医療への応用の現状

- ・原発の新聞報道ひとつみても産経新聞は線量を少なく、朝日新聞は線量を多く印象づけるように書く。それは、放射線についての無理解を表している。
- ・著名な先輩から、若い女性患者のパノラマ撮影時に防護エプロンをしなかったために厳しいクレームを受けトラブルになっている、どうしたらいいかという相談を受けたことがある（科学的な事実と人々の不安心理の隔たりは、簡単に説明がつかない）。防護エプロンは、古い砲弾型の照射器ならばいざ知らず、現在のデンタル撮影やパノラマエックス線撮影で用いることは、放射線防護という意味では、まったく無意味である。
- ・デンタルエックス線一般撮影とパノラマエックス線の違い、パノラマはいくら上手に撮ってもデンタルの代わりにはならない。断層と透過、投影方向の違いのために、それぞれ優れている点がある。パノラマでは歯の周りの骨を正確に診査することはできないが、顎口腔を総



村上秀明准教授

覧することや眼窩や上顎洞の観察においては優れている。デンタルエックス線も、正放線投影でなければ、その利点が十分には発揮されない。10枚法ではやや問題がある。米国で上下歯列を21枚、デンマークでは17枚で撮影されていることには、それなりの理由がある。

- ・医科で使われる人間を輪切りにして再構成するマルチディテクタCTと最近歯科で使われるようになったコーンビームCT (CBCT) の違いは、どこにあるだろうか。たとえば大阪大学医学部附属病院にあるマルチディテクタCT装置は、検出器(ディテクタ)を多列化(64列)したもので、高速撮影が可能で、エックス線立体動画が撮影できる(顎関節運動の撮影例を示した)。一方、CBCTは17秒/1回転。ボクセル単位が小さくなったので解像度は非常に向上したが、三次元表示ではオリジナルのCT画像がもっているCT値の情報をしきい値によって濃淡をつけて三次元に見せているものなので、正確な三次元画像ではない。
- ・放射線治療について、アメリカでは口腔がんの70%は放射線治療であるが、日本は7%以下と極めて少ない。放射線は、がん細胞を殺すことができるが、からだを透過してがん細胞を照射するので、副作用がある。エックス線治療の副作用を小さくするために、放射性物質を治療する部位に留置する小線源治療や、細いエックス線を三次元的にあらゆる方向から患部に集中するように照射するCyber Knifeなどが工夫されている。
- ・がん検診に用いられるPETは、がん細胞が正常細胞に比較してたくさんのブドウ糖を取り込んでいるという特徴を利用して、ブドウ糖に似せたFDG(OHをFに変えたラジオアイソトープ)を使ってがん細胞を見つける方法で、PET-CT画像によって遠隔転移を知ることができる。

#### 放射線の基本と被曝

- ・放射線とは、何か。ひとことで表現すると「大きなエネルギー」のことだ。その放射線を出す能力のことを「放射能」という。放射能をもった物質が、放射性物質(RI=ラジオアイソトープ)である。
- ・電磁波(電場と磁場の変化によって形成される波)をそのエネルギーの大きさによって並べると、電波<赤外線<可視光線<紫外線<X線・γ線の順になる。そのエネルギーは、電磁波の0.01eVからX線やγ線の1000eVまで大きな開きがある。電波による健康被害が論じられることがあるが、電波は可視光線よりもはるかにエネルギーの小さな電磁波であることを理解すべきだろう。なお、放射線にはα線、β線、中性子線など電磁波ではない、より大きなエネルギーをもつものがある。

・放射能を測る単位は、ベクレル(Bq)で、これは1秒に崩壊する原子核の数を表す。放射線が物体に与えるエネルギーの単位(吸収線量)はグレイ(Gy)、被曝による生物学的影響の大きさ(線量等量)はシーベルト(Sv)、同じ単位を用いるので混乱しやすいが、被曝による個人の確率的影響(DNAの変異に伴うがんの発症や遺伝的影響)すなわち実効線量にもシーベルト(Sv)が用いられる。この実効線量は、臓器・組織により(生殖腺、赤色骨髄、肺、結腸、胃、乳房、甲状腺、肝臓)といった順に組織荷重係数が定められている。生殖腺への影響は、ヒトではまだ証明はないが、ムラサキツクサとショウジョウバエで証明されている。

- ・ここで、確定的影響と確率的影響について理解しなければならない。線量と影響が比例的関係にある場合は、確率的影響を論ずることができる。しかし、放射線は、自然界にあるものなので、一定の(しきい値)を超えたときに影響があると考えべきで、これは確定的影響と考えるべきである。確定的影響というものを教えるために、いくら頻回に手をつないでも、キスしても子どもはできないが、ある一線を越えると子どもができる確率が生じる。そのような(しきい値)を超えるか超えないかということが影響の有無にかかわると教えている。放射線の場合、これまでの核実験や広島、長崎、チェルノブイリの被曝の研究から、人体に影響が生じる(しきい線量)は100mSvと決められている。実際には150mSvではヒトへの影響は確認されていないが、1000mSvで、がんの発生が1.5倍になることが確認されている。
- ・では、私たちが理解しなければならない実効線量であるが、1kgあたり3Bqの鰯100gを実効線量に変換すると約10トンを食べた場合に影響が出るものと計算できる。東京—NYの航空機における被曝量は200μSvと言われている。これに対して、初期のCBCT(MercuRay日立メディカル)による頭部の撮像では511~569μSv、デンタルエックス線は1枚当たり10μSv(0.01mSv)、パノラマエックス線1枚30μSv(0.03mSv)、歯科用CTは100μSv(0.1mSv)。放射線被害は想定できないので、防護エプロンには放射線防護の意味はない。欧米では学会が、その旨ステートメントを発表している。
- ・もちろん、こうした科学的事実と患者の不安心理は別問題なので、医師・歯科医師は、患者を不安にさせないように努めなければならない。患者に求められれば防護エプロンも必要だろう。

とてもわかりやすくクリアカットなお話で、この日の参加者(認証ミーティング傍聴は無料)は、少ない人数で聴講するのはもったいない内容だったという感想が聞かれた。





## ○ 関ヘル阪和四国 特別講演会

開催にあたって

予防歯科を進めていくと、口腔内のこの問題はいつから始まったのだろうか、と疑問に思うことがあります。我々はその問題点の芽を正しく見つけられていたのか、ただ眺めていただけではないのか、もっと前に何かをできなかったのかと自問自答することがあります。

そこで今回、赤ちゃん歯科ネットワークで活躍されており、直近では今年の月刊誌「歯科衛生士」1月号に口呼吸の問題点の芽を学童期から赤ちゃん時代までさかのぼって解説してくれた益子正範先生をお迎えし、我々が今まで気づいていなかった視点を医院全体で共有できるように講演会を企画しました。

特に女性スタッフには歯科医療従事者としてだけでなく、女性として価値ある話が聞けると思います。奮ってご参加ください。

関西ヘルスケア歯科談話会 阪和地区 代表：大井孝友

日時：2015年9月6日(日)

受付 9:30～ 講演 10:00～13:30

会場：テクスピア大阪4F 第4研修室

南海本線 泉大津駅から徒歩3分

大阪府泉大津市旭町22-45

参加費：歯科医師：5,000円

医院スタッフ：3,000円（歯科衛生士、歯科助手、受付、歯科技工士）

※当日会計になりますので、お釣りのないようにご準備ください。

申込み方法：Eメールにて、タイトルを「関ヘル9月講演会」とし、医院名（領収書の宛名）、歯科医師参加人数、スタッフ参加人数、参加者氏名（職種）、連絡先電話番号を明記のうえ、[dental-ita151001@ares.eonet.ne.jp](mailto:dental-ita151001@ares.eonet.ne.jp) までお申し込みください。

お問い合わせ先：いたはし歯科医院

TEL 072-486-8558 FAX 072-486-8448

## 【プログラム】

### 0歳からの気づき—口腔機能発達支援を求めて

益子正範先生（茨城県）

赤ちゃん歯科に取り組んでいると、患者さんからは「歯がないうちから歯医者さんへ？」と驚かれます。歯科という分野は、ライフステージのある一部を限定して診療をするものとは違い、一生を通して関わるものです。そして予防という考えは、問題が起こる前にその問題の芽を摘み取ることです。

では、その問題はどこまで遡るべきなのでしょう。カリオロジーとはまた違った視点から Well-Being を実践するための取り組みをご紹介します。

## Do プロジェクト調査協力診療所募集 2014年初診患者実態調査

### 調査1

### 初診患者実態調査（2014年全初診患者についての多施設調査）

※認証診療所の更新要件になっています

- 調査の目的：
  - 1) 日本ヘルスケア歯科学会の会員診療所の協力により調査を行い、日本における歯科疾患の状況を把握することを助ける資料とし、今後の歯科医療環境の改善に役立てる。
  - 2) 歯科医院に来院する初診患者の状況を把握して、診療室における診療システムの改善に役立てる。
- 調査参加資格：
  - 1) 日本ヘルスケア歯科学会会員の診療所
  - 2) 初診患者について以下の資料があること
    - 5歳から20歳：DMFT
    - 20歳以上：DMFT、残存歯数、歯周病進行度、喫煙経験。
 但し、初診患者全員について、すべての項目のデータが揃ってなくてもかまいません。例えば1日しか来院がなく、残存歯数のデータしかない場合も可。
  - 3) 資料をデジタルデータで提出（マニュアル有り）。

● 調査対象患者：2014年1月1日から2014年12月31日に来院した初診（診療室に初めて来院）患者全員

● 資料提出期限：2015年10月30日

● 参加申込：2015年9月18日までに事務局宛てにメールまたはファックスにて

● その他：患者さんを匿名化して提出していただいたデータは、事務局で診療所名を匿名化したうえで集計します。結果はニュースレターあるいは会誌にて公表します。

## 報告

## 2015年 第62回 ORCA に参加して

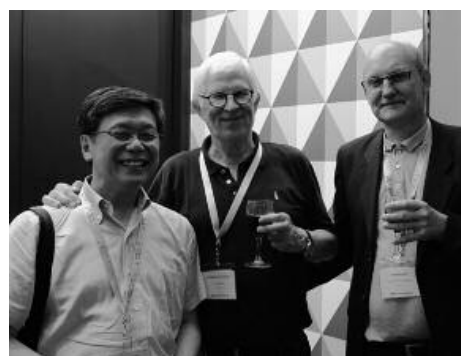
杉山精一（日本ヘルスケア歯科学会代表）

ICDAS のフォトパネルの写真を ICDAS のメンバーに見てもらうために 2010 年に、はじめて参加した ORCA（European Organisation for Caries Research, う蝕のジャーナルとして有名な Caries Research の学会）ですが、その後、翌年 2011 年には参加だけでなく、発表も行うようになり、それ以来毎年、発表もしながら参加を続けています。今年はベルギーの首都ブリュッセルで 7 月 1 日から開催されました。

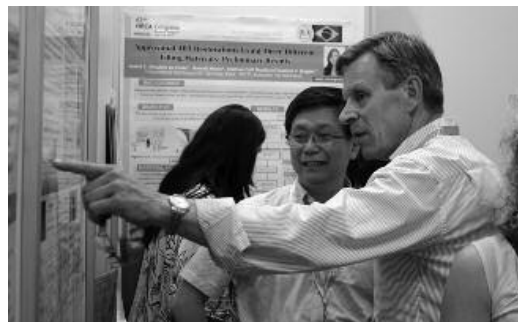
## 1) Dental Caries 第 3 版

多くの国で、う蝕の標準教科書として使われている「Dental Caries」の第 3 版が出版されたのは、ORCA に行く直前の 5 月でした。2008 年に出版された第 2 版では、ICDAS は小さく紹介程度に書かれているだけでしたが、その後の普及が進み、おそらく第 3 版では、ICDAS は新しいう蝕の診断基準として記載されるものと期待していました。ところが、第 3 版を手にとって驚いたことに、索引に「ICDAS」はなく、さらに、第 1 版から著者でもあり、ICDAS を考案した主要メンバーの N. Pitts, K. Ekstrand, D. Zero らの名前が見当たりません。ICDAS は臨床で有用で、今後、普及していく新しいう蝕診断方法だと思っていた私には、大きなショックでした。

Dental Caries の前身にあたる本「Textbook of Clinical Cariology」の編者は、Ole Fejerskov, Anders Thylstrup, そして Dental Caries には、Bente Nyvad が加わり、彼らは皆、Denmark のオーフス大学出身、もしくは、在籍であるということ、ORCA の参加を通じて知ることができました。Nyvad は臨床も行っている研究者で、ORCA でも常にオピニオンリーダー的な先生です。ブラジル ORCA でインタビューしたときに、自ら「私は反 ICDAS」だと語り、う蝕の診断基準として自分が考案した「Nyvad system」が優れていることを語っていました。一方、Pitts は、ICDAS は



Christiansen 氏（中央）と Ekstrand 氏（右）



う蝕の世界共通言語だと語っており、このお二人の意見は対立しています。

昨年 12 月には、ICDAS のグループは、ICCMS（ICDAS を使った臨床でのカリエスマネジメントシステム）のガイドを発表しており、それに引き続くように出版された Dental Caries 3rd の内容、著者の大幅な変更を知り、いったい何が起きているのだろうか、と心配しつつ今回の参加となりました。

## 2) Participant rate 98%

今年は、ORCA の開催前に、Pre ORCA meeting “Caries Epidemiology and Surveillance in Europe: Towards a harmonised approach” が、7 月 1 日 9 時から 16 時まで、1 日にわたるセミナーとして開催されました。内容は、いわゆる疫学調査についての現状と問題についてで、ヨーロッパ各国の現状などについて発表がありました。この中で、Ekstrand がデンマークの Public health service を説明したのですが、その中で、Participant rate が 98% であると説明しました。これは、0 歳から 18 歳までデンマーク人の 98% が定期的に公的歯科保健サービスを受けていることを示しています。参加率が 98% ということは、ほぼ全員という驚くべき数値です。さらに、統計データは、DMFT（歯単位）ではなくて DMFS（歯面単位）で示されており、2014 年で、12 歳児 DMFS 0.58 (SD=1.61), 18 歳児 DMFS 3.17 (SD=5.60), おそらくこれは世界でもっともいい参加率、DMFS の低さと思われます。

日頃、来院する患者さんに対して、定期受診の大切さを説明し、また最近では、地方自治体の補助により医療費の負担も小児は軽減（私のところは、中学生まで 1 回 300 円、所得条件等では無料、関東圏は多くが同様な負担軽減をおこなっている）してきていますが、小児若年者の定期受診率はなかなか改善しません。98% はまさに魔法をかけているような数値で、この違いは何だろうか、どうしても知りたい、というところから今年の ORCA がスタートしました。

## 3) Denmark Public health center に勤務している Niels Hansen 氏とのインタビュー

昨年の ORCA で私のポスターの隣は、Hansen 氏の研究でした。この研究は Nyvad 氏らによるもので、ポスターの前では、

Hansen 氏よりも Nyvad 氏が熱く説明する姿に、ちょっとびっくりしましたが、私たちの臨床実感と一致することもあり、その研究での問題点や今後の広がりなどについて話したところほぼ同じ意見でした。これがきっかけになって、Hansen 氏と知り合いとなりました。今回、2 日目に、98% の謎を解明するために、インタビューをお願いしましたところ、快く引き受けていただきました。

ORCA でのインタビューでは、私の医院、診療システム、臨床例などをパワーポイントにして、私たちのことを説明しながら私の考えを話し、相手の意見などを聞くようにしています。具体的な資料を前にすると、相手もこちらのことに興味をもち、ときどき脱線しながら、話が盛り上がります。特に、毎回、口腔内写真のきれいさ、歯科衛生士の仕事、データベースなどにとっても興味をもって質問されます。

Kim Ekstrand が発表した 98% に驚いたと話したら、「私の地域では 100% だよ、自分の地域で管理している人数は 582 人だ」と答えが返ってきました。私も日頃保健センターのスタッフと話をしますが、自分が管理している人数を正確に、即座に答えることはありません。なぜ 100% となるかを聞くと、答えはいたって単純で、繰り返し電話をする、地域で会えば来院していないことを話す、つまりひたすら連絡を繰り返すという単純なものでした。

「生徒が忙しくて来られないことはないのか？」との問いには、「こちらが学校へ出向いたり、休日に診療を行うこともある」とのことです。「昔からこのようなシステムだったのか？」と聞くと、彼が歯科大学卒業時（1970 年代）は、Denmark も日本と同様に drill and fill だったそうです。しかし、う蝕の減少がはっきりしてきた 1970 年代に数多くの研究が行われて、それをもとにして「医科との併設でなく歯科だけ」の公的歯科保健プログラムと歯科保健センターが建設されたそうです。

デンマークは、人口約 560 万人、歯科大学はコペンハーゲン大学とオーフス大学の 2 つだけです。他の北欧諸国と同様に税金は高く、いわゆる高負担高福祉の国です（彼も給料の半分は税金にもっていかれると嘆きつつ、まあ仕方ないといった様子でした）。Hansen 氏とのインタビューから、研究、臨床、そし



Niels Hansen 氏

てそれを実現する国のシステムが、いわゆる「PDCA サイクル」としてきちんと機能しているために、このような結果になっているのだなと思いました。さらに、小さな国でありコンセンサスを作りやすい環境と教育レベルなども大きな要因ではないかと思いました。

#### 4) ICDAS vs Nyvad はナンセンスな話だ

もしも、患者さんが、こちらの指定したリコールに「必ず来院する」ことがはっきりしていたら、どうでしょうか。

リコールの重要性の説明はいらないでしょう。患者さんへの説明も詳細に、例えば、写真をきちんと見せて「ここの白いところは、むし歯の初期段階、そのまま放置すると穴があきまよ」という説明ももっと簡単に、写真なしでもいいかもしれません。必ず次回のリコールに来院するのですから。患者さんも、定期的に公立歯科保健センターに通うと、結果がいいこともわかっています。

必要なリスクアセスメント、エックス線写真を撮影する時期、どのような病変になったら何をすればいいかという情報も、歯科保健センターのデータを大学の専門医が解析してフィードバックしますから、現場は、見逃さないこと（でも数ヶ月後にはきちんと来るので、う蝕は進行が遅い病気なので多少見逃してもいいかもしれません）、きちんと記録すること、適切に処置をすることに集中できます。このようなバックグラウンドから、Nyvad system が考案されたのでしょう。

一方、ICDAS は、イギリス、アメリカの歯科医が中心になって考案しています。小児若年者への定期受診が 90% 以上という環境ではありません。日本も同様です。そのため、保護者や本人への説明などに時間もかかり、また、定期受診の結果が社会の常識として認識されていないので、歯科医の増収が目当てではないか、というような疑念を持つ方もいるでしょう。あるいは、公立の歯科保健センターは整備されてなくて、開業医が歯科医療の中心という違いも影響しているかもしれません。

ICDAS も Nyvad system も「小児若年者のう蝕の減少」がきっかけで考案され、目指すところは「健全歯をいかに多くしていくか」でまったく同じですが、その考案者たちの背景はかな



Pitts 氏

り異なることがわかりました。つまり当たり前のことですが、「新しいものの開発には必ずその理由（背景）がある」ということです。その結果、ICDAS vs Nyvad system という見方は、ナ

ンセンスであり、今後は、このことを多くの人に、可能ならば Dental Caries の編者たちにも理解してもらうことが必要ではないかと考えています。



## 報告

# ORCA Congress Brussels, Belgium 2015 の参加・発表報告

藤原夏樹（広島市開業）

本年7月1～4日にベルギー、ブリュッセルで開催されたORCA 総会に参加し発表を行ったので、その報告をする。（英語は英国表記）

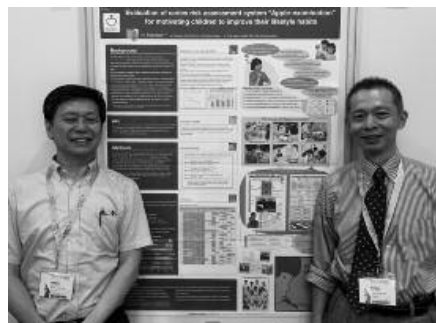
ORCA とはヨーロッパを中心としたう蝕研究の学会であり、毎年場所を変えて総会が開催されている。ポスター発表がその主要内容であり、31カ国、158の発表が予定されていた。また、併せて1日目、4日目にシンポジウムも開かれ、その中で、1日目のう蝕の非伝染性についての講演は興味深いものであった。主な行事日程を図1に示す。

総会は終始大変なごやかでフレンドリーな雰囲気が進められていたのが印象的であった。毎夜の催し物だけでなく、昼間のコーヒープレイク時でも研究者の老若を問わず皆がフランクに会話を楽しんでいるようであった（図2）。これはヘルスケアミーティング前夜祭にも似ているかもしれない。もし私が自由に英会話ができたら… という想定は無意味であるが、日常臨床での疑問点を専門書で拝見する先生に直接質問できたであろう。ただ、英語に不慣れであっても立っただけでは意味がない。何とか自分の話せる範囲、あるいは相手の話を聞くだけでも何人かの参加者にアプローチできたのはよい経験であった。なにごとにも、とにかく声に出して話してみる・伝えて

みることが大切である。

ポスター発表のスピーチの前に1時間のポスタービューセッションが設けられている。各発表者は自分のポスターの前で参加者の質問に答えるのである（図3）。私も最初は質問が少なければ… と願っていたが、実際には貴重な時間帯だった。なぜなら、英会話経験のない自分にとって英語に慣れる最大にて最後のチャンスであり、質疑応答の予行演習にもなるからである。

本番の発表時間はたった2分（図4）。私は原稿を丸暗記してのぞんだが、今後挑戦しようとする方にもそれをおすすめする。そうすれば、発表前に無用な緊張を防げるし、何より聴衆者の顔を見てスピーチすることができる。発表後は質疑応答約5分間があるが、これが難関である。日本人以外の参加者は、それこそ待ってましたとばかりに質問に答えていく。本来ならばここが発表者の腕の見せどころなのであろう。しかし、英会話を勉強し始めてまだ8ヵ月の私ができることには限界があった。そこでとにかく質問者の顔をしっかりと見て、「あなたの言葉を聞いていますよ」というメッセージだけは送るように心がけた。幸い、学会直前から始めたインターネット英会話教室（私は“レアジョブ”）で、何人もの講師と話をしていた経験が生きたのか、相手の言うことが理解できなくても焦らず落ち着いて対処できるようになっていたようだ。



Congressの日程	
■ 7月1日（水）	プレカンファレンス "Caries Epidemiology and Surveillance in Europe" "Should Caries Now be Regarded as a Non-Communicable Disease?" 夜：ウエルカムレセプション
■ 7月2日（木）	午前：オープニングセレモニー
■ 2日午後～4日（土）	午前中：ポスター発表（2部屋に分かれて） 2日夜：ブリュッセルのお祭りを見学（藤原欠席） 3日夜：特別ディナー（Gala Dinner）
■ 4日昼	クロージングセレモニー
■ 午後	シンポジウム（藤原は欠席してブルージュに） "Occlusal Caries: biological approach for its diagnosis and management"

図1 スケジュール



図2 なごやかなウエルカムパーティの様子

まあ、自分では焦っていないつもりでも相当緊張していたのだろう。発表と昼食が終わった後、杉山代表がデンマークの先生に熱心にインタビューしている目の前で、私は気持ちよく午睡をとっていた。

私の今回の発表のタイトルは「Evaluation of caries risk assessment system “Apple-examination” for motivating children to improve their lifestyle habits」である。内容は数年前から開発してきた小児向けう蝕リスク評価・指導システムである「リンゴ検査」の効果を患者アンケートで調べたものである。このシステムの一番の目標は、う蝕リスクの高いと思われる小児患者に対して持続的な生活習慣改善を自発的に促すことである。

ORCAでの主な目的は、①う蝕リスク評価を積極的に患者の動機付けに活用する手法に対する反応を見てみたかった ②生活習慣の改善、あるいは改善の持続性が、研究者の中でどういうポジションにあるかを確認したかった、の2点である。ただ、私の語学力がおぼつかなかったため、ここで明確に結果を書けないが、①については大変手応えがあった。また、②についても、多くの研究者がそれを問題視しているにもかかわらず十分な研究が行われていない印象を持った。日本のようにあらゆる年代の患者に対し熱心に（とくにヘルスケアの実践医院は！）細かい生活習慣まで指導している国は、もしかしたら貴重な存在なのかもしれない。

また、今回の参加でいろいろな方々とお話する機会を得た。最もお会いしたかったDr. B. Nyvad (図5)には直接 tactile (探針による触診) についての指導を受けることができた。コーヒ

ーブレイク会場で、その場のナイフとお皿を使い、繊細な指さばきで無圧を心がけながら触感で確認することを教えていただいた。彼女の論文（もちろん購入して）のプリントを持参したこともよかったのだろう。快くサインもしていただいた。近いうちに来日するそうなので、再会が今から楽しみである（それまでに英語力を上げておこう！）。

閉会式の後、杉山代表は午後のセッションに参加されたが、私は会場を後にし、フランダース地方を巡る旅に出かけた。日頃なかなか長期休暇が取れないため、思い切って4日間かけて、ブリュージュ→アントワープ（ベルギー）→アムステルダム→デンハーグ→デルフト（オランダ）を回ることができた。アントワープではフランダースの犬で有名な教会の絵を、オランダではゴッホ、レンブラント、フェルメールなどの多くの作品を間近に見ることができ感激した。今回、海外での単独行動に不安も感じていたが、終わってみると充実したよい旅であった。

最後に、再度英語の問題に触れる。留学の経験もなく、普段英会話を必要とする機会のない我々が海外で学会発表なんて、とつい考えてしまいがちである。もちろん、質疑応答で普通に答えたり、会場で自由に研究者と話をするためには長期間のトレーニングが必要であろう。ただ、「英語がペラペラではないから海外の学会に行かない」というのはあまりにももったいない！ …今回の体験からの率直な感想である。歯科の展示会やセミナーと異なり、すぐに役立つ臨床情報がころがっているわけではない。ただ、現地に行ったらため気づかされたことは、私たち一般臨床医でも、客観的な患者データを用いて患者利益につながるテーマで発表すれば評価される、ということである。加えて準備の段階でも非常に様々なことを学ぶことができた。ぜひこれを読んだ皆さんもORCA参加に挑戦していただきたい(図6)。

今回の貴重な機会を作ってください、また当初から発表当日まで多々気を配っていただいた杉山代表をはじめ、サポートしていただいた多くの方々にこの場をお借りして感謝申し上げます。



図3 しどろもどろで応える筆者（ポスタービューセッション）



図4 筆者の発表風景



図5 あこがれのNyvad先生と

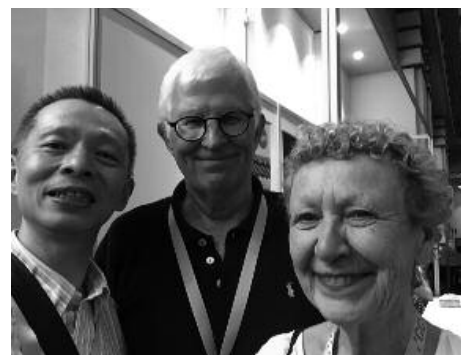


図6 つたない英語の私にも笑顔で話しかけてくれたデンマークのChristensenご夫婦



## 報告

## ORCA は「再び」臨床に出会えるか

秋元麦踏（事務局）



7月のはじめ、ORCAの2015年大会（ブリュッセルベルギー）にポスター発表者として、杉山精一さん（本学会代表・八千代市開業）、藤原夏樹さん（オピニオンメンバー・広島市開業）、随員として秋編集事務所の秋元麦踏が参加しました。今年で、5回目の参加（といっても発表をしない私は、面白そうな人に話しかけているだけですが）となり、出発前の事務所内では「また、恒例の旅行ね」という冷たい視線に晒されますが、少なからず収穫はありました。

まず、お詫びと訂正から

初日の杉山さんのポスター発表の後、ICDASとの関わりも深い、顔なじみのLongbottom氏からORCAの立ち上げ当時の話を伺いました。

L：「（杉山さんの発表について）いい発表だったし、長期の臨床報告がORCAで見られるのはやっぱり嬉しいね、Dr.杉山の発表は臨床家からの報告や問題提起になるから原点回帰っていう意味でも貴重だと思う、ぜひ引き続き参加して欲しいね、ORCAって、そもそも開業医が立ち上げた学会なんだよ、知ってたかい？」

A：「いえ、寡聞にして……」

L：「ORCAの50周年記念の大会で発表された原稿がホームページに載ってるから読んでみるといい」

なるほど“Early History of ORCA”と“Hans R. Held, Founder of ORCA”によると、ORCAはスイス人歯科医Hans R. Held氏を中心とした数名の歯科医によって立ち上げられたようです。Hans氏はもともと、外科畑の研究者でしたが、第二次大戦によって研究者のキャリアを諦め、戦後はジュネーブで開業医として多忙な日々を送りつつ、米国で行なわれていた水道水への

フッ素添加とその目覚ましい効果に注目しました。米国と欧州における考え方の違いを重々承知していた氏は、フッ化物のタブレットに着目しその開発を一人で行ったものの、行き詰まりを感じたことから、（歯科の分野にとどまらず）科学者の協力を得るために興じたのがORCAだった。詳細は上記の二つの記事に譲りますが、学者による学者のための学会というよりは、開業医の問題意識や初期研究をさらに深く掘り下げるよう学者・研究者に要請する場である、これがむしろORCAの本流といえそうです。ということで、昨年や前のために「ORCAは患者に出会えるか（ニュースレター Vol.17 no.3）」と題してレポートを書きましたが、一部ミスリーディングでした、訂正しお詫び申し上げます。

今までと何かが違う

このLongbottom氏のコメントは、遠方はるばる参加し続けている杉山さんへのリップサービスだろうと、割り引いて受け取ることもできます。しかし、今回はLongbottom氏の他にも多くの参加者にも好評で、それは、数年前の「慣れない英語の発表頑張ってるね」という温かいウェルカムの言葉ではなく、紛れもなく発表に対する評価でした。事実、発表の後、初めて会う参加者からも「よかった」と声を掛けられるほど、評価が高かったのです。私が質問者のひとりにQ&Aのフォローアップに行くと、「いや、実は質問の答えは予想がついてたからいいんだ、それより、今日のセッションで一番よかったって伝えといてくれよ」とのこと。いやはや鞆持ちとしても、感無量であります。また、藤原さんの発表も（私は実は「患者アンケートに基づく研究は客観性に欠けるからどう受け取られるんだろう」と心配半分で聴いていたのですが）、思いの外（すみません！）好意的な反応でした。開業医にとっては、予防であれ、修復治療であれ「患者の評価」ほど重要なものはありません。医療機関において「患者様に来ていただく」という姿勢は必ずしも健全とは思えませんが、患者が「とりあえずまた来院する」かどうかは死活問題です。この意味で、処置の妥当性を精査し、患者一人ひとりにあった予防や治療を追求するのは当然のことですが、それとは別の次元で「患者の病状と必要な処置についてのわかりやすい説明」に対する患者の評価は無視できません。その意味で、ORCAが忘れていている、患者の視点をORCA



Longbottom 氏

にあっさり持ち込んだという点がポジティブな評価につながったのだと思います。いずれにしても、今回の参加は、一介の participant から contributor へと変わるターニングポイントになった気がします（私は participant かどうか怪しいところですが……）。

### 白熱の Saturday Afternoon Symposium

ORCA 最終日のプログラム日程の関係上、今までなかなか参加できずにいましたが、比較的アクセスのよいブリュッセルということもあり、最後まで聴講しました。お題は「咬合面う蝕」で、シンポジウムと銘打つだけあり、生物学的な切り口から疫学調査も取り上げられ、盛りだくさんでしたが、ここでは、V. Qvist 氏の発表について簡単にご紹介します（細かい数字は記録しきれていません、ご容赦ください。詳しくは近々論文発表があると思いますので、ふと思いついたときに“Qvist Occlusal Caries”で論文検索してください）。

まず、サンプルの抽出の仕方がユニークで、歯科医が「切削対象」とみなしたう蝕を対象とし、治療方法を Operative（切削充填）と Non-Operative（シーラント塗布）にランダムに割り付けしたようです。サンプルサイズは約 50 症例と少なめでしたが、5 年後経過観察では、切削・充填処置の生存率が約 9 割、シーラントは約 5 割でした。間抜けな私は「なるほど、シーラントが外れてう蝕が進行しちゃうケースがやっぱり多いということか（あるいは、内部で進行して、シーラントが外れるか）、ある程度進行したう蝕（ICDAS Code 4 程度が目安）だと、削って詰めるのはやむを得ないということか」と少しぼんやり考えていたのですが、危なく大きな勘違いをすところでした。導きだされた結論はその反対でした「約半数はシーラント（とその他の Non-operative 介入）でアレストまでもっていける、つまり、必要のない切削がそれだけ多いということ。残りの半分は、ちょっと遅れて充填になっただけ」。

さらに、オーディエンスからの「シーラントの必要はそもそもあったのか？」という質問に対して、Qvist 氏の答えは「もちろん、抽出されたほとんどのケースでシーラントも修復治療も必要なかったと思う。フッ化物入りの歯磨剤を使ってちゃんとブラッシングするのが望ましかった。けど、切削を決めた歯科医を説得するのは難しかったし、今回の研究も考え方を変えていくステップだと思う」でした。一件落着かと思いましたが、ここで一昨年のヘルスケアミーティングで招聘した Zero 氏が一石投じました「この研究ができることが先ず素晴らしい。でも、結局またデンマークだ。例えばアメリカやカナダではフッ化物物のブラッシングで解決しましょう、ではまかり通らない現実があることも知っておいてくれ、地域によっては、これらのケースをブラッシング指導、あるいは、シーラントで済ませたら、半数以上が 1～2 年後にはどこかで抜歯されるだろう



Zero 氏



Qvist 氏

ね」。長年米国のう蝕治療を変えようとして続けてきたからこそこの発言です。事実、Longbottom 氏との雑談のなかで「Dom (Zero) は米国のう蝕治療が変わるとしたら、それは患者が Non-Operative の有効性を知って、不必要な治療をした歯科医が次々に訴えられるときだって、そのときには証人として患者側に立つって言うてるよ」と聞いていました。これは、社会制度の差であり、歯科医院と患者のかかわり方の差であり、つまるところ文化の違いです。

### Niels Hansen 氏にデンマークの歯科保健を聞く

Hansen 氏と杉山さんは昨年の ORCA のポスター掲載が隣だったことから親しくなり、今回インタビューをすることになりました。かねてより（といっても ORCA に来て学んだのですが）気になっていた、歯科の定期管理で「先に行く」とされるデンマークの歯科保健の実態を聞いてきたのですが——杉山歯科医院の紹介に Hansen 氏は興味津々でした。

H：「なんで、患者全員の口腔内写真を撮るんだ？」

S：「動機づけと教育的な意味が大きい」

H：「ちなみに、どういう経緯で経過観察を重視した診療を始めたの？ 大学の教育の影響？」

S：「いや、実は切削充填ありきの診療をしてたんだけど、これ繰り返していいのこなって気がしてきて……」

H：「ちなみに、定期管理の患者で 5 年以上続くのはどれくらいの割合？」

S：「30～40% くらいかな…… 昨日の講演で Ekstrand 教授が 18 才以下の歯科（定期）受診率が 98% っていうんだけど、あれは本当？ にわかに信じがたいんだけど」

H：「だいたいそれくらいだと思うよ」

S：「では、あなたの地域では？」

H：「今は 100% だと思うよ、島だしね。その島には対象年齢の 18 才以下の子が（…確か）582 人いるんだけど、みんな来てる、予定通り来なければ、しつこくしつこく、連絡するし、最終的にはうちの歯科衛生士が家庭訪問するケースもある、もちろんごく稀にだけれど、そもそもうちの歯科衛生士と患者のお母さんがスーパーで会ったら…… 向こうから言い訳をしてくる、『そろそろ行かせなくっちゃいけませんよね』て」

S: 「少し話が前後しますが、デンマークが drill-fill-bill から予防にシフトした経緯を聞かせてください」

H: 「有病率が下がって、みんなまとめて削る、ってことが通用しなくなった。そうすると、ドリルは嫌だって子どもが出てきて、その子たちにも何もしないわけにはいかないから、TBIであり、フッ化物入りの歯磨剤を奨めたり、食習慣の改善を促したり、とにかくできることをやってみた、とにかく全員診るのが前提だから。それで、結果を見てみるとそれほど悪くなっていない。そういう、あまり協力的ではない患者のう蝕を切削しなくても、あまり問題にならない。であれば、こちらの処置に協力的な人に対しても削らずに経過を見てみようってことになった——これは、僕個人の経験だけど、たぶん、そういうことが全体として起こった、70年代の制度的な転換はもちろん大きかったけど、僕の臨床的な変化は小さな積み重ねの結果かな。実際、僕が大学にいた頃はう蝕は削って詰めてが常識だったからね」

もう一つ、今回のインタビューで分かったのは、デンマークの歯科保健で採用されているう蝕記録システムのスコアは、たとえば、ICDAS と比べると大まかということです。以下、保健歯科施設で使われているコーディングです。

0 = initial active	初期・アクティブ
1 = cavitated lesion	う窩
2 = defect restoration or new lesion	不良修復物・新たなう蝕病変 (修復箇所)
3 = restoration for trauma	外傷のための修復物
4 = filling	修復済み
5 = pulp involvement	歯髄におよぶう蝕
6 = extraction	抜歯済み (欠損)
9 = arrested	アレスト

Hansen 氏によれば、以前はデンマークでもこのスコアは治療計画や処置の適応の指針として使われていたそうです。「1 = 削る」という具合に。「もちろん、そういう使われ方が完全に消えてなくなったとはいえないけど、『1』が『削る』を意味しないということは徐々に浸透してきていると思う。まずは、患者と病状を診る、削れる箇所を探すのではなくてね。僕のところではあなたの医院 (杉山歯科医院) のように、う蝕の進行度が判るように詳しく全ての患者の口腔内写真を撮っているわけではない、でも、患者が3~6ヵ月あるいは1年以内、リスクによってリコールのインターバルは変えるけど、ほぼ確実に戻ってくるのは判っているからね。」

ここに「進んでいるはず」のデンマークで ICDAS が定着し

ていない、あるいは、より細かいスコアリングを採用していない理由がありそうです。既に、歯科医院に定期的にかかることが定着している。ということは、差し当たって重要なのは「患者が戻ってこなくなる要素を減らすこと」です。結果として「痛い思いをさせない」、「診療時間を短くする」ように努めるようになった、と考えられます。また、コストを抑える意識が高いため、当然ハイリスク患者に対する選択と集中の原理が働くのでしょう。「経過観察中に他の医院にかかって削られてしまわないか」を心配する必要もありません。この環境の違いは、当然患者側のマインドセットにも反映されるはずで

結論は……

デンマークで ICDAS が採用されていないのには、それなりの背景と事情がある。その事情は日本とは異なる。デンマークは、ICDAS を世界展開しようとしている英国・米国グループよりも実績を示してきた。これらのことから、ICDAS が日本で有効かどうかの結論を導きだそうとするのは、やや性急が過ぎるでしょう。そもそも「日本で」というような大風呂敷を広げるには、データが足りません。ICDAS が広く臨床で定着したという報告は、まだありません。結局のところ、ICDAS はひとつのスコアリングの基準に過ぎませんし、それ自体はう蝕マネジメントの必要条件でも十分条件でもありません、社会制度や医院の規模、立地、形態といった「医院との相性」も重要なファクターでしょう。

さて、ややネガティブに聞こえかねない、話ばかりになりましたが、もちろん、私は ICDAS を否定するつもりはありません。ただ、ICDAS コードが以下のような使われ方をされるのであれば、疑問を感じます。

(ICDAS のコード 3 や 4 のう蝕病変を見せて) 「あなたならどうしますか? A. 削って詰める B. シーラント処置後、経過観察 (その他の予防的処置も行う) C. 経過観察 (予防的処置も行う)」 A を選んだあなたは遅れています。B を選んだあなたは、常識的です。C を選んだあなたは先進的なう蝕治療 (マネジメント) を行なっています。

このようなレッテル貼りは短絡的といわざるをえません。

上記のような問いをかけられたら、「この患者の口腔環境は?」「この患者は1ヵ月後 (3ヵ月後) のリコールに応じる前提ですか?」「フッ化物入り歯磨剤の利用頻度は?」と聞き返すべきでしょう。あるいは、C を選ぶ人に問うべきです、「もし、この患者が戻ってこないとしたら?」

このようう蝕の進行度だったらこうすべき、というガイドラインが無意味だとは思いませんし、根拠の乏しい処置に対

する牽制にはなるかもしれませんが、しかし、所与の事情を無視して「この症状にはこの処置がベスト」というような短絡的なマニュアルは、う蝕のような「進行は遅いが長期的には生活の質に影響を及ぼしうる」疾患のマネジメントとしては不適切でしょう。患者とリコール期間や診療時間の長短についてコンセンサスを形成したり、コストの面で折り合いを付けたり……。う蝕治療に限らず、臨床現場の悩みは尽きないはずで

ただ、「Aを選ぶにはその理由と背景がある」ということと、「やむをえずAの対応になる患者の割合が多いのは仕方ないこととして諦める」というのは別のことです。「半年で戻ってくると分かっていたらシーラントだけど、戻ってこない確率が高いから、仕方なく切削・充填」はリアリストの判断ですが、もし非侵襲的処置によってう蝕の進行を止めるのが「本来は望ましい」のであれば、中長期的には、患者が定期受診に応じない理由を極力排除し、保険制度を変える必要があれば、そのような働きかけに協力するべきでしょう。

繰り返しになりますが、この先、日本でICDASが普及し定着するかどうかは判りませんが、また、ICDASコードの普及によってう蝕マネジメントが劇的に改善するとは思えません。その一方で、今までのdrill-fill-billに傾倒したう蝕治療からう蝕マネジメントへの移行を訴える際に、データの共有化、画一化は避けては通れません。この意味で、ICDASは有効になりうる、というのが私の所感です。加えて、(少々偉そうなことをいっておいて) 歯科医院と友好的な関係を築けずにいる一患者として願うのは、「不必要な不可逆的な介入を如何に減らしていく

か」をそれぞれの医院で追求した結果、私のような「必ずしも健康志向は強くない、でも、むし歯は嫌だ」という患者でも、あまり気負わずに定期管理に通える医院が増えることです。

最後に、宿題

さて、今回のお二人の発表にもご協力いただいた湯浅秀道さんから、出発前に宿題をいただいていた。ずばり「再石灰化療法はという表現は適切か」Nyvad 女史の見解を聞きたいということでした。「再石灰化は生理現象であり、その促進はう蝕の治療・予防法として効果的である」という点はすでに合意があるけれど、治療の目的ではない、そんな答えではないかとアタリをつけつつご質問してきました。

「再石灰化の現象は臨床でははっきり確認できてないから、remineralisation therapy を強調する必要はない。臨床的には、はっきり言ってアレストできればいいんだから。

いずれにしても、私たちは細菌退治をしたいんじゃないの、そもそも人間は全身細菌だらけなんだから、細菌のバランスさえ保てていればそれで問題ないの。退治とか制圧しようと思うとどうしてもうまくいかなくなると思うのよね、そもそも、無菌状態なんてありえないわけだから」

私の次回の参加があるかは判りませんが、「こんなこと聞いてきてくれ」というご要望があれば、事務局までご連絡ください。

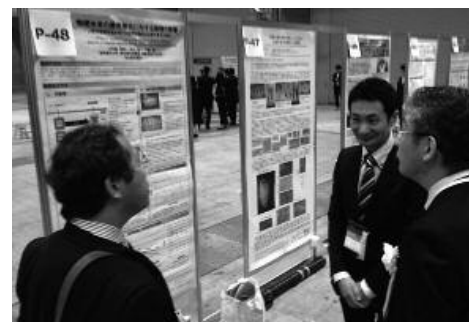


## 【報告】

### 喫煙歯肉着色研究 ポスター発表

杉山精一（八千代市開業）

第58回春季日本歯周病学会学術大会が、平成27年5月14日（木）から16日（土）までの3日間、千葉の幕張メッセ国際会議場・国際展示場ホール7で開催されました。展示ホール7を使ったポスター会場では、1日目一般演題53題、2日目は臨床（認定医・専門医）演題60題のポスター展示が行われました。福岡歯科大学総合歯科学講座高齢者歯科学分野などと共同で研究している喫煙による歯肉着色の臨床観察研究について、加藤智崇さん、内藤徹さん（教授）がポスター発表を行い、注目を集めました。



喫煙由来の歯肉着色に対する禁煙の影響 —口腔内規格写真を用いた新規評価法による歯肉着色の検討—

Effect of smoking cessation for smoker's gingival melanosis -Analysis of gingival melanosis by new method using intraoral photographs -

# ヘルスケア フォーラム

## 臨床データ活用セミナー

2015年4月26日 10時～17時 愛知学院大学歯学部附属病院会議室

### 臨床データベースを活用した研究に向けて着実な一歩



杉山精一（八千代市開業）

臨床データベース（ウイステリア、デンタルX）などがリリースされてから10年以上が経過し、これらを導入した医院では、多数の臨床例が蓄積されるようになりました。しかし、これらのデータを活用できているかという点、まだ不十分で、ごく一部の医院で長期経過の解析を行っているというのが現状です。

今回のセミナーは、臨床データベースを活用して医院の報告、さらに可能であれば論文作成までの道筋も考えて学ぼうという企画でした。講師は、GRADEを使用した顎関節症ガイドライン作成で中心的役割を果たした湯浅秀道さん、ヘルスケアでいつもおなじみの豊島義博さん、さらにこのセミナー開催を聞いてぜひとも参加したいと駆けつけていただいた福岡歯科大教授の内藤徹さん、という豪華な3名となりました。

当日のプログラムは、私の概要説明に

続いて、藤木省三さんからウイステリアでの検索とデータ書き出しについて講義、その後は、湯浅さんによる、データ解析で基本的に知っておくべき事柄、データ解析のためのエクセルの活用方法、豊島さんからは臨床研究の方法についての講義がありました。

参加者は各自のPCを使い、2名1組になって、エクセルでデータを解析する基本の実習も行いました。ランチ後は、広島岡恒雄さんが会誌（15巻1号）に掲載された研究を題材にして、具体的な解説を湯浅さんが行い、さらに統計解析ソフトEZRについても各自のPCで実際に実習を行いました。講義の途中には、参加者からの質問、内藤さん、豊島さんからも質問やとてもわかりやすい解説やコメントもあり、充実したセミナーとなりました。

以下は、参加者からの感想とコメントです。

統計処理に関しては、とりあえず統計ソフトなるものを使えることができたので、何となく力強いアイテムを手に入れたような気分になりました。統計自体に

関する理解ができた訳ではありませんが、使おうと思えば（使えるよう努力すれば）、統計処理ができる環境を手に入れたというのは大きな変化です。

もう一つの一歩大きな変化は、「思考の時間軸」「解析の時間軸」という考え方（言葉）を学んだことで、今までよりも一歩引いた感じで論文を読めるような気がします。受講前後の自分を前向きに分析してみましたが、正直、まだ、「気がする」のレベルなので、実際に役立つように地道に復習できるかどうか不安ですが、「自分の医院のメンテのレベルがどうなのかそのベンチマークとしての統計」というのが、現実的には若手開業医の目標になるかと思いました。

統計処理をする人間は、その取り扱いに十分注意し、それが現実には反映しているか、本来の目的である患者利益を反映しているか、絶えず自らに問いかけることが必要であることを再確認できたことが最大の収穫でした。

今回の学習を通して統計処理以前の問題の重要性を理解しました。またこのようにして統計処理がされていくのだなということもおぼろげながらではありますが分かったことが大事な一歩だと思えます。

日本ヘルスケア歯科学会はヘルスケア型診療を広めることを目的としているが、他の予防管理を推奨する団体との違いが、外部の人にはよく分からなくなってきました。そこでヘルスケア型診





療と他の予防管理の進め方で、歯を守れているかどうか統計学的な差が証明できれば、会のアイデンティティーが確立しやすくなると思いました。

若手の目標として、先輩歯科医院のデータをベンチマークとしたらいいと学んだので、そうしていきたいと思いますが、

出てくるデータが人によってバラバラだと、どれを目標にしたらいいか迷ってしまうので、学会として重要視するデータを絞っていけば目標にしやすいと思います。もちろんメンテナンスの定義も統一した方がいいと思います。



## 関ヘル阪和四国 第2回スタッフミーティング

2015年4月26日 TBホール（タカラベルモント本社地下）

### 昨秋に引き続き第2回開催



高原俊之（八尾市開業）

2015年4月26日、大阪市中心斎橋のTBホールにて、関西ヘルスケア歯科談話会阪和地区・四国メンバーによる、関ヘル阪和・四国 第2回スタッフミーティングが開催されました。

昨年9月、大阪泉州の地でリ・スタートを切ったこのスタッフミーティング、「予防をしてみよう」「予防ってどんなにしたらいいかな?」といった皆さんに焦点を当て開催された前回より半年、今回はOne step beyond, 1歩前へ進んだ問題点、各職種それぞれの立場での理解と協力、そして何より院長の明確な目標設定と強い志にスポットを当て全員で一緒に考えられるよう企画された研修会でした。

午前の部、講師は金尾好章さん（和歌山市開業）、大井孝友さん（岸和田市開業）、藤原慶子さん（歯科衛生士・としな歯科医院）。

午後の部は、井上和さん（歯科衛生士）、金尾好章さん、西村吉行さん（泉大津市開業）、年名 淳さん（泉大津市開業）に講演をいただきました。当日遠くは片道6時間、愛媛県からの参加もあり予防の実践にかける情熱が垣間見られた研修会でした。

午前の部は、金尾好章さんが「カリオロジーって何?」と題して講演をされました。説明対象を、今春歯科医院で働き始めた新人スタッフ（18歳）に設定され、従来の削り詰める「攻める医療」から「支える医療」への転換の必要性、「う窩の治療」から「う蝕のプロセスのコントロール」へ発想の転換の重要性を、メカニズムを基に大変わかり易く説明していただき、我々も再度認識することができました。また、ステファンカーブの説明では、フッ素歯磨剤の使い方からおやつの食べ方まで明快に説明していただきました。さらに、診療室では「お口の健康ノート」の活用で必要な医療情報の伝達を行っており、医療供給者と受給者間の相互理解に結び付いている旨の報告がなされました。

次に、大井孝友さんが「ペリオドントロジーを知ろう!」と題して講演をされました。歯周病の病因論を現在に至るまで5期に分け、時代の変遷と共に病因の解明を詳しく説明されました。また、歯周治療の目標がBop（-）であり、適切なホームケアと適切な感染源の除去が必要であることを、予防・治療からメンテナンスへの流れを念頭に置きつつ目の前の治療を行わねばならないこと、日々知識のアップデートが必要である旨説明がありました。

午前中最後は、藤原慶さんが「サリ



バテスの活用 —— 当院ではこんな風にやっています!」と題して講演をされました。まず、ペンフィールドの地図と体性感覚野のホムンクルスの説明があり、歯科に関わる分野が脳の1/4を占めており大変重要な職種であること、またリスクコントロールを行うことにより歯の一生を、把握・管理できるとの説明がありました。日々の臨床では初診時1時間30分、再診時1時間の予約枠を確保し、予防に関する啓蒙を行っているとのこと、サリバテストを実施することによりリスクアセスメントを行うことができ、また行ったが故にリスクコントロールができる由説明がありました。

午後の部は、「DH・DAだけミーティング（別掲）」「Dr.ミーティング」が会場を異に開催されました。「Dr.ミーティング」では、診療室のマネジメントに関して、当会メンバー（金尾好章さん、西村吉行さん、年名 淳さん）の発表とフリーディスカッションが行われました。日頃各医院が抱えている問題点解決の糸口が見つければとの思いでメンバーの発表にも熱が入り、受講生の方々と白熱した議論が交わされました。私たち、日々目の前の問題の解決に躓いていることが多くありますが解決のヒントが満載の有意義な時間でした。



ミーティング終了後、関ヘルスタッフミーティング恒例の懇親会が道頓堀・中座くいだおれビルにて行われました。「懇親会は宝の山」との名言のごとくほぼ全

員が参加され、職種の垣根を越えヘルスケア談義に大いに花が咲きました。昼間の研修会とは違った一面を垣間見ることができ大変すばらしい会になりました。



## 第4回ヘルスケア北海道例会

2015年6月6日

### 報告



吉澤春美 (歯科衛生士・加藤歯科)

ポカポカした日差しが心地よく、やっと初夏らしくなってきました北海道です。

6月6日ヘルスケア北海道例会が開催されました。

今回の例会のテーマは「メンテナンス」についてでした。一言でメンテナンスといってもその内容、手順は医院によって様々です。そこで各医院のメンテナンス方法について紹介していただき、次に日頃のメンテナンス業務の中で「悩んでいる」症例を提示して、症例検討会を行いました。

今回のプレゼンテーションは今後の症例発表の練習を兼ねているため、パワーポイントを用いた本格的な形式です。

各医院の発表に先立って『デンタルオフィスおとも』の友友院長に、メンテナンスに関わる保険点数の算定方法やSPTの適用のしかたなど、収益に関わる重要なお話をしていただきました。

続いて各医院のメンテナンスの方法について順次発表が行われましたが、とても参考になる内容でした。年齢による問診項目の違い、メンテナンス期間中の口腔内写真を撮るタイミング、歯周検

査のインターバル、歯周精密検査の適用時期、ドクターに指示を仰ぐべき具体的事例などは、メンテナンス方法のマニュアル化のためにとても有用です。また次の診療内容によって30分、45分、60分と予約時間にバリエーションを持たせたり、電話で予約を受けた際に気になるところがないか確認し、必要に応じて少し長めに予約を取るなどのアイデアもいただきました。

症例検討会では、私は以下の症例を挙げ、いろいろなアドバイスをいただきました。

50代女性の患者さんのメンテナンス開始から4年後、Ⅱの動揺が激しくなりX線撮影をしたところ、近心面の歯槽骨吸収が大きく、歯肉縁直下で根表面が欠損していました。

これは縁下根面カリエスなのか？ 過剰なスケーリングなのか？ とても不安な気持ちになっていました。

これに関しては『歯根膜腔の拡大があるため咬合圧によるチッピングが起こったのではないかと。処置としては、食しづらさを避けることだが現実的には難しく、頻繁に咬合確認、咬合調整をしていくことが大切である』とアドバイスをしていただき、不安が軽減されました。

今回の症例検討会により、メンテナンスで見落とししてきた問題点が見つかり、メンテナンス方法の改善の必要性を感じました。このような機会を通じて他医院のよいルールをどんどん取り入れて、メンテナンスのクオリティアップを目指し、患者さんの利益に繋げていきたいと思っています。

ヘルスケア北海道例会は4回目になりますが、肩肘を張らずに楽しく学べる勉強会の雰囲気は、中心となる斉藤仁先生のお人柄とスタッフの方々の優しい心遣いが、創り上げていると感じます。一緒に学び成長できることにとても感謝しています。今後もこの勉強会に参加し、自己や医院の成長に繋げていきたいと思っています。ありがとうございました。



## ウイステリア・ベーシックセミナー

2015年6月7日 ホテルクリオコート博多 (福岡市)

### 継続は力になります



濱口茂雄 (那覇市開業)

最近、あまりヘルスケア歯科学会のイベントには参加していなかったのですが、患者管理データベースソフト「ウイステリア」のセミナーの開催をニュース

レーターで知り参加しました。

「ウイステリア=藤」。ミスターヘルスケア藤木省三さん、渾身の作である「ウイステリア」のプロトタイプ（ファイルメーカー3で稼働）をいただいてからの結構長いつきあいです。

昔、みんながやっていた「サリバテス」の結果を手書きから印刷に変えたい一心で、ウイステリアを使用し始めました。その後、口腔内写真の管理ソフトに相当悩んだ末、ウイステリアを選択しネットワークで活用し始めて10数年。今回ウイステリアのバージョンが4から5にアップすること、また、ハードが老朽化してきたことで、今後どうしようかと思案していたところ、何かいいことが起きそうな予感がして参加しました。

#### ・ソフトについて

いろいろ機能があったなー、と再確認しました。私は、自分が必要とする機能しか使用しないためバージョン4から5へ積極的に変更する理由はありません。（藤木先生ゴメンナサイ）ただ、検索はし易くなるだろうなと思いました。

「技術は逆行しない」ある有名な企業経営者の言葉です。私はウイステリア3から4に移行する際「もうずっと3のままでやっていこうかな？」と思ってしまっただけで出遅れました。変更の際かえって手間とコストがかかりました。3には逆行しないのです、絶対に。すぐにはしなくても時機を見て（そう遠くない将来）バージョンアップする予定です。

#### ・ハードについて

今回PCドクター・アクセス代表の森一弘さんの話は衝撃的でした。私は物持ちがいいので、少し調子が悪いのですが、現在Windows2003サーバーを使用しています。それを森さんに相談すると「早くサーバーを替えた方がいいですよ、サーバー機を使わないで」目から鱗。

いろいろ親身になって相談に乗っていただいて、今度サーバーの交換（Windows7使用）に沖縄まで来ていただ

くことになりました。かなり楽しみにしています。

#### ・まとめ

ヘルスケア歯科学会も昔はいろいろ「数値目標とかあって」縛りがきつかったのですが、最近はそのようなこともないみたいですね。ウイステリアも必要な機能を使いたいように使ったらよいと思うのです。月並みですが継続は力になります。

「大規模診療所にあらずば、ヘルスケアにあらず」といったことも言ってもらえないような状況に今後増々なってくるでしょう。PC一台にタブレットでウイステリアを使用することも可能なようですので、皆さんも無理なく使用するというと思います。

#### 決断のとき



河村太郎（宗像市開業）

福岡市の「ホテルクリオコート博多」4階の中会議室にてウイステリア・ベシックセミナーが開催されました。

午前中は藤木省三さんに「ウイステリアの概要と基本的な使い方」を教えてくださいました。冒頭、日本ヘルスケア歯科学会の理念に改めて触れられ、う窩や歯周ポケットなどの結果に至るまでにはプロセスがあり、このプロセスの段階で介入することが必要であると述べられました。また、この基本を支えているのが規格性のある記録・データであり、これらを蓄積し患者と共有することが大事であると強調されました。その後、受付時に配布されたウイステリア試用版を各自が持参したノートパソコンで実際に動かしながら、その場で習った通りに操作・体験するという形式でセミナーが進みました。新規作成の画面を開き、入力時の注意点を細やかに、本当に細やかに教えていただきました。



午後からは、森一弘さん（アクセス代表）に「ウイステリアの導入と活用、知っておきたい豆知識」と題して、院内ネットワークの構築方法について教えていただきました。ファイルメーカーとは？から始まり、機材（パソコンやハードディスク、ハブやケーブルなど）選びのポイント、コストパフォーマンスのよいお勧め機種を紹介、ウイステリアをより効果的に活用するためのプチカスタマイズの方法などを医院の規模に応じて、デジタル機器初心者にもわかりやすくとても丁寧に教えていただきました。

その後、藤木さんに再度ご登壇いただき、検索と検索条件変更を使いこなす「ウイステリアの活用」を幾つもの例題を元に、どのように入力すれば欲しい情報が得られるかを具体的に教えていただきました。その結果、「年齢層別の初診時DMFTの違い」や「初診時年齢40歳以上で精密検査後のメンテナンス移行率」などが検索できるようになりました。

最後に、今回の講師お2人に会場からの質問に答えていただき、興奮冷めやらぬままにセミナーが終了しました。終了後は、同ホテル3階の「赤らく」に移動し、和食とお酒を楽しみながらの懇親会が行われ、ここでも活発な意見交換が行われました。私自身、今年4月に開業したばかりですが、早くヘルスケア型診療を確立したいと思っています。今回、一人ひとりの症例や医院の総合力の結果など、自院の臨床を振り返るためにはウイステリアは最適だと思いました。また、導入するなら早いうちでなければ壁はどんどん高くなっていくだろうとも感じま

した。経済的な問題や入力負担など前途多難ではありますが、新米院長の決断の時は刻一刻と迫ってきているようです。

## ほとんど使いこなせていないことを再認識



元村麻祐子（歯科衛生士・カメラクリニック）

私たちの歯科医院では、ウイステリアをほんの2～3ヵ月前に導入したばかりです。

今までは別のソフトを使用していましたが、ペリオの管理と同時に口腔内写真の管理もできるということで導入しました。主に歯科衛生士の私たちがペリオデータの入力をして、写真の取り込みを院長が行っています。

ペリオの入力ではおおまかにわかるところは自分たちで実際に使いながら、わからないところは説明書を、それでもわ

からないところはそのままにしていたりしたのですが、今回セミナーに参加してみてウイステリアをほとんど使いこなせていないことを再認識しました。

患者様一人ひとりの情報を細かく入力することで、過去の来院状況を把握することができる、その後の検索モードで正確な結果を表示することができる、その方のご家族の来院状況をわざわざ開かなくても見ることができるなどの利点があります。スタッフで役割分担をして、できるだけ多くの方の情報を入力するようになりたいと思います。

まだ私たちの医院では、デスクトップパソコンに手書きの検査データを入力し、その後ウイステリアからプリントアウトするスタイルです。ウイステリアを使えるパソコンはこのデスクトップとタブレット端末（ともにWindows）の2台ありますが、まだまだ不慣れなこともあり、チェアサイドでタブレット端末を使用しながら患者様にすぐに資料を提示することができていません。

ですから、すぐにPCRがわからなかったり、患者様に移動して口腔内写真を見ていただいています。チェアサイドですぐに提示できるようにすると治療説明もスムーズに行えると思います。

今回のセミナーではWindows版のウイステリアの設定をサポートして下さっているアクセスの森さんも講義してくださいました。私たちの医院は森さんに定期的に来ていただき、カスタマイズや使い方についてご指導いただいています。ぜひ森さんの力を借り、タブレット端末を使いこなす、チェアサイドでの説明を実現させていきたいと思っています。

今回セミナーに参加したことで、スタッフ同士で不明なところを曖昧にしていたことを再認識し、改めて院内でのルール決めを話し合おうということになりました。

まだまだ使いこなせていない部分が多かったのですが、セミナーに参加することで私たちスタッフのモチベーションが向上したと感じています。



## 開業同時に始めるヘルスケア

2015年7月5日 福岡デンタル

### 受講して



土屋崇文（勤務歯科医師・北九州市小倉北区）

私が開業するにあたり自分のやってみたいことには何が必要になってくるのか？ もっと根本的に知っておくべきことがあるのではないかな？ 自分が考えていることでもほかにもっと違う見方ができるのではないかな？ 開業前段階でもう一度整理したいと考え、今回のセミナーに参加させていただきました。

セミナーは藤木省三さん、千草隆治さん、斉藤仁さん、丸山俊正さんが実際

に実践されている内容を詳しく教えていただきました。診療スタイルは様々ですが、共通して患者さんの疾患のみではなくその原因を追究することに重きを置かれていました。そのために、比較検証しやすい規格化されたデータ管理をしっかりすることの大切さを再認識しました。また、歯科医師としてどのようにスタッフの専門性を生かしていくのかを考えさせられました。自分で開業し、自分の理想を現実化する時にどのようにスタッフと接していくかの大きなヒントになったと思います。

今回のセミナーで開業と同時にヘルスケア型の診療をどの様にスタートする

か、また、何が必要かを、事例を聞かせて頂き大変ありがとうございました。そしてなにより貴重経験を持たれている方に相談させていただく機会ができ、大変うれしく思います。

### 参加して



伊東佑記  
（白木原歯科・分院長）

私は現在福岡で分院長をしております近々開業を検討しています。ちょうどいいタイミングでのセミナー開催でしたので、すぐ申し込みました。

以前からヘルスケア型診療を目指しており、ヘルスケアミーティングとヘルスケア・ウエスト スタッフ研修会には参加していました。

そこでヘルスケア・ウエストの先輩たちの話を聞き将来像を思い描くことはできていたのですが、実際開業にあたりどのように準備したらいいのか、院長としてスタッフとどのように関わっていくべきかは明確ではありませんでした。

まず、藤本省三さんのヘルスケア型診療とは何かという話では、チーム医療をしていくうえでのスタッフ教育および院長としての役割をわかりやすく説明していただきました。

そして、斉藤仁さん、千草隆治さんから歯科医院での実際の取り組みを教えてください、将来自分もこのお二方のよう

な診療所を目指したいと思いました。続いて1年前にご開業された丸山俊正さんの開業エピソードも大変参考になりました。最後に質疑応答では本音をお話いただき、1時間オーバーし、盛り上がりました。私も現在のスタッフ教育に関する悩みを相談させていただき、具体的な解決案までいただくことができました。

それぞれの皆さんに独自のヘルスケア型診療に対する考えがあるものの、根本的には患者様が悪くならないように、歯科医師とスタッフがチームとして役割分担し治療およびメンテナンスに取り組むというところは共通認識として

あることが理解できました。

今回のセミナーは開業セミナーですが、明日からの診療にも役立つ情報が盛りだくさんでしたので、勤務医の方はもちろん開業医の方々にも受講をお勧めします。またこのようなセミナーが今後全国で開催され、ヘルスケア型診療所が増えることで患者様の利益向上につながると思います。

またこのセミナーで初めてヘルスケア型歯科診療の話聞いた受講生も多かったです。日本ヘルスケア歯科学会の若手会員が増えることにもつながると思います。



## 東京 HCG 第11回スタッフミーティング

2015年7月5日 川口市民ホール フレンディア

### 患者さんとスタッフの健康を守り育てる「消毒・滅菌」



雨宮博志 (秦野市開業)

7月5日、日曜日、川口市民ホール「フレンディア」で東京ヘルスケア第11回スタッフミーティングが、「消毒・滅菌」をテーマに150名参加のもと開催された。

今回のテーマは昨年読売新聞の一面を賑わした「歯科医院のタービンの使い廻し」報道に始まる、歯科界の「消毒、滅菌」のモラルについての危機意識から、そのレベルの底上げを会員の医院から図る必要性があるのでは？それが患者さん、そしてスタッフの健康を守り育てることにつながるのではと考えたものである。

しかしながら、このテーマは、ある意味タブーとされ続け、一步間違えると医院に大混乱を生じる可能性があるため、本年2月に同じテーマで院長ミーティングを開き、柏井伸子先生（有限会社ハグク

リエイション代表）の「目からウロコ」の講演、そして会員の発表では活発な議論が展開され、これなら極めて有意義なミーティングになる！と太鼓判をおされ、今回の開催に至ったものである。

会長あいさつ、今回の趣旨説明のあと、午前中は会員の発表5題であった。

まずさくら歯科医院上田康弘さんが、第2種歯科感染管理者を取得した体験を基に、おおまかにクイズ形式で、「滅菌とは？」を、初心者にもわかりやすく解説し、最高の導入となった。

特に、「宇宙での飲み水はオシッコである！」「オートクレーブに入れたウンチは滅菌されているのか？」は、ユーモアあふれ、笑いを誘った。

続く杉山歯科医院、西村香苗さんは、PMTC 器材の滅菌が困難である、と気づき、ディスポ化を図ったが、それに伴う購入費用、費用対効果を綿密に調査し、その目標数値を掲げ、院長から許可を得た！という素晴らしい報告だった（逆に杉山精一さんのシビアな一面も垣間見えました）。また、杉山歯科医院の取り組

みとして、患者さんにモニターを通じてしっかりインフォメーションしている点も参考になった。

宇田川歯科医院の杉本絵美さんは2年前の日本ヘルスケア歯科学会総会で、本テーマについて発表しているだけあり、ほぼ完成形と言える取り組みであり、特にリーマについて、詳細に報告した。また、課題として滅菌専門スタッフがいるがゆえの各部門間の「報連相」をあげていた。

河野歯科医院、武藤由美さんは日ごろ我々の盲点となる、技工室、技工物についてのレポートだった。印象剤、技工物についての徹底的な消毒は、新鮮な目で見ることができた。また、余談だが、技工室の清潔さ、整理整頓は模範となるものであった。

前半のト리는幕張ドルフィン歯科クリニックの米山吉洋さん。独特の「吉洋節」に引き込まれ、どの医院でもあるような日々の現実を、苦労を苦労とも思わない彼の前向きな姿勢にエールが送られた。

午後1時から、本日のメイン柏井さんの登場である。「滅菌・消毒」は経営者サイドから見ると、一見とてもコスト、人・手間がかかるものと誤解が生じやすく、手をつけたがらない医院が多いと聞

く、しかし、ドクターだけでなく、スタッフ全員で考えて工夫していくと、無駄を省くという観点から、とても面白く、奥深いものである。

講演中に何度か言われた「オートクレーブは魔法の箱ではない」という言葉に集約されるように、各医院で明日から、また一歩進めた取り組みの必要性があるだろう。あめみや歯科医院では柏井さん著の「赤本」をバイブルにして、現在奮闘中である。また、ウォッシュャーディスプレイインフクター購入も前向きに検討中である。

例年だと、1テーブル8人、すべて異なる医院で構成されるのだが、今年は各医院単位でのディスカッションが必要なため、同一医院でまとまり、それが気が楽だったという意見が多かった。また、開始時間も例年より30分早くなり濃密なスケジュールで、休憩時間が少ない、全体的に長い、さらに会場の冷房が効きすぎ！というアドバイスももらい、改善の必要性を感じた。

来年は4月3日（日）に同じ会場で、「スタッフが長く勤務するための環境作り」（仮題）を開催予定である。何故なら、今回参加24医院中10年以上勤務しているスタッフがいる医院は14医院、その数は31名となっている。ヘルスケア歯科診療では、長く患者さんと関わる必要性があり、そのためにも上記のテーマは緊急かつ重要な事柄である。

次年度、本会ならではの本気のディスカッションが繰り広げられることだろう。また、次々年度は、今回のテーマを受けてどの様に各医院で努力、改善していったのかを報告する時間をとることになった。まさに「消毒、滅菌 七転八起」である。

本会の特徴は講師からの一方向の講演会ではなく、演者と参加者との双方向からの発信を行っている。そして、医院全体で考え、行動変容を促すことにある。

また、関東各県から集まることにより、様々な情報交換をしたり、スタッフ同士

が近況を報告しあう、同窓会的役割を果たしている。

東京ヘルスケアグループは、こうした主旨に賛同する医院が増え、30医院、200名を超える組織になっている。来年のテーマも非常に興味のあるテーマである。決して堅苦しい会ではなく、明日の歯科界を、そして我々の医院をよりよくしていこうという前向きなとても楽しく居心地のいい会である。

このニュースレターを読まれた方、特に関東近辺の方、ぜひ一度ご参加ください。実は一番ためになる(?)懇親会も柏井さんを含め40名の参加で大盛り上がりでした！

### 参加して



服部有美（保育士・わたなべ歯科）

東京ヘルスケアグループ、以前まで保育の仕事をしていた私には未知の世界でした。正直どのようなことをする研修かも詳しく知らずに参加させていただきました。私がわたなべ歯科にお世話になったのは、先月（6月）なので歯科の仕事に就かせていただいてほんの1ヵ月。カタカナばかりが飛び交う歯科の世界に圧倒されつつも、なんとか名前から覚えようと毎日が必至です。

そんななか、「滅菌・消毒」についての研修に参加させていただきました。前職でももちろん、感染予防は行ってきました。でも、滅菌という言葉聞いたことがあっても具体的にどういうことか知りませんでした。消毒…、アルコールを使えば大丈夫でしょ！というような考えでした。そして、なによりも驚いたのが、洗浄が最も大事ということです。洗浄してなくても、アルコール消毒しとけば絶対に綺麗になると思っていました。私もいわゆる「アル中…」だったのかもしれませんが、「うちを滅菌器にかけても綺麗にならない！」という言葉がとても印象

に残り、分かりやすい表現でした。

この日を境に、常に洗浄を大切に、最後の仕上げに除菌・消毒をするようになりました。そして、医院のスタッフ内でもミーティングを行い、今後どのようにしていくべきか話し合いをしてきました。最も大切なことは、医院の皆が同じ意識で行うことだと思います。感染予防も誰か一人でも、作業を怠ったらまったく意味がありません。皆が同じ意識、方法で作業することで、患者さんが安心して治療を受けられるような環境作りが完成するのだと感じました。そして、歯科の業界に入ったばかりの私は、初めに感じたこと。歯医者で器具をじっくり見たことはなかったけど、どんなに消毒・滅菌がされていますと言われてもその物が目視で汚ければ信用できません。ディスプレイにできないものこそ、できる限り洗浄で綺麗にして、見た目も綺麗にしていくことが大切だと思いました。

### 滅菌レベルの向上は1人で簡単にできることではない



西村香苗（歯科衛生士・杉山歯科医院）

7月5日、埼玉県川口市で開催されたスタッフミーティングに参加してきました。今回のテーマは『消毒・滅菌』。日々の診療において重要だけれどグレーゾーンの多い内容に踏み込んだ、たくさんの方に気づかされる1日となりました。

午前中は、限られた設備環境、コスト、人員のなかでいかに無駄を省き滅菌レベルを向上させられるか、という点を頭の片隅に置きつつ、他院で取り組んでいる消毒・滅菌内容、工夫している点について発表を聞かせていただきました。率直に、「すごい！」という感想を抱きました。お金をかけない様々なアイデアや、スタッフ全員が高い意識で日々の診療を行っていることを知りました。すぐに医

院に持ち帰りたい、と思いました。

午後に聞かせていただいた柏井伸子先生のご講演は、とても分かりやすく、歯科衛生士目線の細かな配慮がなされた内容でした。普段何気なく取っていた行動が器具の腐食を招いてしまっていることや、まだまだ不十分な点が多々あると学ぶことができました。十分な滅菌レベルで取り組むと、患者さんはもちろん、ス

タッフも安心した環境で働けるのだということも教えていただきました。

今回私も PMTC チップをディスプレイ化した取り組みについて発表させていただき、コスト管理や製品の調査などを行いました。滅菌レベルの向上は1人で簡単にできることではないと身をもって知りました。スタッフ全員が知識を高め、協議し、行動していくことが必

要です。現状に満足せず改善できることから1つずつ取り組んでいこうと思います。

本当に内容の濃い、素晴らしい1日でした。今回のミーティングを企画していただき、また、発表の機会を与えてくださった雨宮博志先生と藪下雅樹先生に、この場を借りてお礼を申しあげたいと思います。ありがとうございました。



## 第9回ヘルスケア・ウエスト スタッフ研修会

2015年7月26日 小倉歯科医師会館

30年にもわたる症例写真で提示されると納得せざるを得ません



舟木和紀  
(嘉穂郡桂川町開業)

梅雨が明けようとしている最中台風が接近しており、天候はどうかと心配しておりましたが、当日は夏空を思わせる絶好な講演日和で、7月26日(日)北九州市の小倉歯科医師会館にて第9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。

今回は「生涯関わる歯科医療——長期症例から学ぶ本当のメンテナンス」というテーマで、大阪府吹田市で開業されている岡賢二さんと同歯科医院で勤務されている歯科衛生士の菊川奈美さんと川島真由美さんにご講演をいただきました。

岡さんは最近『ビジュアル 歯周病を科学する』や『病院論と時間軸で語る Biology-Oriented Dentistry』の著書を執筆され、臨床はもとより基礎にも造詣が深く、これまでの研修会とは少し雰囲気の違いのある講演会だったと思います。

岡さんの講演ではまず歯周病の病因論の流れ、治療の考え方の変遷の話があり、2000年以降歯周病はバイオフィルムに

よる内因性感染と定義されたということです。これは言い換えれば歯周病は口の中にいる常在菌で発症するというところで、日和見感染であり慢性疾患ということです。従って慢性疾患の治療において抗生物質の使用は意味をなさないとお話しされました。私どもではここ4、5年ぐらい前から重度の歯周病の患者にはジスロマック®の服用下で歯周初期治療をおこなっており、治療方法を再検討しなくてはと思いました。

歯周病の病因論は変わっても、その治療方法は従来のプラークコントロール、SRP、リスクの除去、メンテナンスであることを強調されてありました。その裏付けとして岡歯科医院の30年にもわたる症例写真で提示されると納得せざるを得ませんでした。また、喫煙の患者さんは岡歯科医院のスキルをもってしても治すことは難しく、無歯顎に至る症例も示されました。講演の中で岡さんが「私の講演を疑似体験するつもり聞いてください」とおっしゃっていましたが、私の患者さんの20年後、30年後はどうかの参考に参考になるお話しでした。

菊川奈美さんの講演では長期メンテナンスに導くために①初診時、②歯周基本治療、③再評価、④メンテナンスと分類してお話をしてもらいました。それ

を踏まえて3つの症例を提示されましたが、どの症例も10年以上の規格化された症例写真、エックス線写真でとても勉強になりました。

川島真由美さんは、岡歯科医院に就職されてから今日に至るまでのご自身のキャリアを2症例を通して講演されました。私が今までに聞いたことがない講演スタイルでとても新鮮に映りました。私の医院でもはじめの10年くらいはスタッフが定着せずメンテナンスをしようにもそれぞれではありませんでした。患者さんを長期にメンテナンスするために歯科衛生士に長く勤めてもらう職場の環境づくりも今後の課題だと認識しました。

研修会終了後はバイキング形式の洋食屋で交流会を行いました。私は台風が近づいているため残念ながらキャンセルしましたが、大いに盛り上がったことと思います。

最後に今回の研修会の講師を岡さんにお問い合わせするにあたり、藤木さんにはひとかたならぬご尽力をいただきました。感謝申し上げます。



堀 伶菜 (歯科衛生士・  
ドリーム歯科クリニック)

私は、歯科衛生士4年目、現勤務先のドリーム歯科クリニックに勤めて8ヵ月です。

今回、機会をいただいてヘルスケア・ウェスト研修会に参加させていただき多くのことを吸収することができました。

“長期メンテナンスに導くため”にどのようなことを心がけているか、お話を聞きながら現在行っているメンテナンスと照らし合わせてみました。改善すべ

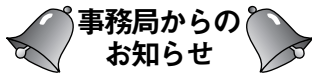
きところを学んだことから取り入れ、実行していきたいと思えます。

“メンテナンス・ロボット”になることを防ぐため、コミュニケーションを引き続き大事にしていきたいです。

私もお話しをお聞きした岡歯科医院に勤めている歯科衛生士さんたちのように

何十年と勤め、責任を持ちながら患者様とお付き合いをしていける歯科衛生士になりたいです。今後も、ヘルスケア歯科学会に関わる歯科衛生士の方々と出会い、お話を聞けることが楽しみにしています。

(このニュースレターでは、原則として会員相互に“先生”という尊称は用いません)



### ● 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

### ● 法人会員 新入会

新たに以下の法人が入会されました。

フィード株式会社 <http://www.feedcorp.co.jp>

※2015年7月末現在の法人会員は16社です

### ○ 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) 10:00～16:00

会場：東北大学歯学部 講義棟

講師：藤木省三、中本知之、滝沢江太郎

参加費：開業医 20,000円（7月10日までの申込は18,000円）

勤務医・大学院生・研修医 5,000円

学生 1,000円

※上記のいずれにも当日お弁当を含む。

定員：40名

内容：医院を訪れるほんの一握りではなく、多くの患者さんのためになるヘルスケア診療は臨床を始める前、或いは開業する前に是非知っておいて欲しい内容です。「なぜ必要なのか?」、「どうすればよいのか?」を3人の講師に分かりやすくお話しして頂きます。

### ○ 関ヘル阪和四国 特別講演会

日時：2015年9月6日(日)

9:45～

場所：テクスピア大阪 4F 第4研修室

南海本線 泉大津駅から徒歩3分

大阪府泉大津市旭町 22-45

講師：益子正範

参加費：歯科医師 5,000円

スタッフ 3,000円

(歯科衛生士、歯科助手、受付、歯科技工士)

※当日会計になりますので、お釣りのないようにご準備ください。

申込み方法：Eメールにて、タイトルを「関ヘル9月講演会」とし、医院名等の所属(領収書の宛名)、歯科医師参加人数、スタッフ参加人数、参加者氏名(職種)医院等連絡先電話番号を明記のうえ、[dental-ita151001@ares.eonet.ne.jp](mailto:dental-ita151001@ares.eonet.ne.jp)までお申し込みください。

お問い合わせ先：いたはし歯科医院

TEL 072-486-8558 FAX 072-486-8448

### ○ オピニオンメンバー会議

2015年10月11日(日) 10:00～12:30

会場：秋葉原コンベンションホール5階

会議室(5A)

※ヘルスケアミーティング2015開場前、

同会場と同じ建物の5階です

### ○ 宿泊型研修会(仮)

2015年11月22・23日(日・月祝)

2016年4月16・17日(土・日)

会場：大阪

対象：歯科医師

担当：丸山和久

### ○ 札幌ワンデーコース(予定)

日時：2016年7月18日(月祝)

### ○ 第13回認証ミーティング+オピニオンメンバー会議

場所：東京

日時：2016年3月13日(日)

午前：オピニオンメンバー会議(2015年度決算代議員会)

午後：第13回認証ミーティング

併催講演：久保至誠(長崎大学歯学部保存科准教授)

### ○ ヘルスケアミーティング2016

日時：2016年10月9、10日(日・月祝)

会場：川口フレンドピア(予定)

川口駅前キュボ・ラ本館棟4階

上野駅からJR京浜東北線で16分、東京駅から23分、羽田空港から京浜急行

とJR京浜東北線で57分

テーマ(のひとつ)：メンテナンス中に起こる種々の問題—歯頸部周囲の変化にポイントをあてて

※2日間を3つのセッションに分けて、計画中



敬称略



## 「臨床の振りかえり」

「痛い」、「かめない」など、主訴の解決を求められている場合には、その主訴の解決が、患者さんの最優先の利益です。もちろん、口腔衛生状態の悪いまま補綴処置をしたのではかえって問題を起こします。そもそも口腔衛生状態の悪いままでは、まともな処置もできませんから、医療の観点からは優先順位をつけるのは簡単ではありません。それでも主訴を解決することは、患者さんにとっては、さしあたりの明確なゴールです。『いやいや、悪くなってからの治療では、治療を繰り返すだけです』と予防ケアとメンテナンスの大切さを説明します。そして定期的な通院が始まります。まだ自覚症状のない初期う蝕や初期中程度の歯周炎について、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のですが、では、お尋ねします。『ほんとうに、それは患者さんの利益になっていますか？』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、「臨床の振りかえり」とは、日々の臨床記録をもとにして評価していく作業です。特定の症例をと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もとにして、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。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、症例に遡って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。ヘルスケアミーティングではできるだけ具体的な事例をとり上げたいと考えています。
- ・ヘルスケア型診療をはじめない医院では、自分たちのやり方で成果がでるかどうかが、あるいはスタッフが考えられ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「臨床の振りかえり」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かについて、シンポジウムを企画しています。

## ポスター発表募集

担当 岡本昌樹

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会員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

### 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。今年のメインテーマ「臨床の振りかえり」についての発表も歓迎します。

### 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。

まだ間に合います！ 受付延長中

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)



# 歯科臨床の振りかえり

日時： **2015** 年 **10** 月 **11・12** 日（日・月祝）

会場：秋葉原コンベンションホール

（千代田区外神田 1-18-13 秋葉原ダイビル 2F <http://www.akibahall.jp/index.html>）

**11**日

臨床を振りかえる 座長 田中正大／藤木省三  
 Part 1 一症例を振りかえる  
 Part 2 医院を振りかえる  
 Part 3 ディスカッション  
 総括 藤木省三  
 懇親会

**12**日

臨床の振りかえり

午前

ひとりでは日本の歯科医療を変えることはできない  
 ヘルスケアの会員がリードして変えていこう 杉山精一  
 基調講演 多施設臨床研究の意義 豊島義博  
 調査研究の成果を振りかえる 田中正大

午後

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 藤木省三  
 自分の診療所のメンテナンスの成績を知る 岡 恒雄  
 シンポジウム・ディスカッション 臨床成績が歯科医療を変える  
 歯周病学会での事例報告, その結果, 問題点  
 三辺正人（神奈川歯科大学歯周病学分野 教授）  
 小児歯科学会での事例報告, その結果, 問題点  
 有田憲司（大阪歯科大学小児歯科学講座 教授）  
 日本歯科保存学会う蝕治療ガイドライン作成のプロセスから  
 桃井保子（鶴見大学歯学部保存修復学講座 教授）  
 ディスカッション

## お知らせ・ご注意

- ・ お申し込み FAX 受理後、事務局より振り込み案内をお届けします。振り込み手数料はご負担ください。
- ・ 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月末日以降の場合は、ご返金できませんので、ご了承ください。

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

参加費	会員	非会員
歯科医師	12,000 円	15,000 円
その他	5,000 円	8,000 円
懇親会	4,500 円	

※ 9月20日までに登録申込をした学生・研修医は無料。従来の準会員は、準会員制度の廃止に伴い、非会員扱いとなります。なお、コデンタルスタッフ正会員の会費は年間3,000円です。



PC, スマートフォン, ケータイからもお申し込みいただけます。

## 参加申し込み Fax. 03-3260-4906

参加を申し込みます (news18-3)

ヘルスケアミーティング 2015 参加申込み (会員専用)

(必要項目で記入, 該当□欄に✓印を記入ください)

フリガナ	会員番号:	フリガナ	会員番号:
ご氏名	<input type="checkbox"/> 会員歯科医師 <input type="checkbox"/> 会員その他 <input type="checkbox"/> 懇親会 <input type="checkbox"/> 非会員歯科医師 <input type="checkbox"/> 非会員その他	ご氏名	<input type="checkbox"/> 会員歯科医師 <input type="checkbox"/> 会員その他 <input type="checkbox"/> 懇親会 <input type="checkbox"/> 非会員歯科医師 <input type="checkbox"/> 非会員その他
フリガナ	会員番号:	フリガナ	会員番号:
ご氏名	<input type="checkbox"/> 会員歯科医師 <input type="checkbox"/> 会員その他 <input type="checkbox"/> 懇親会 <input type="checkbox"/> 非会員歯科医師 <input type="checkbox"/> 非会員その他	ご氏名	<input type="checkbox"/> 会員歯科医師 <input type="checkbox"/> 会員その他 <input type="checkbox"/> 懇親会 <input type="checkbox"/> 非会員歯科医師 <input type="checkbox"/> 非会員その他
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	-