

# HEALTH CARE

The Newsletter of the Japan Health Care Dental Association

vol.19 no.1

(年間5回刊行・通巻105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

|                                     |                             |
|-------------------------------------|-----------------------------|
| Low-Caries Population 時代へ ..... p.1 | 書評 ..... p.14               |
| 告知板 ..... p.2                       | 定期管理型の予防ケアが保険診療に ..... p.15 |
| ヘルスケアミーティング2016 案内/事務局から ..... p.3  | フォーラム ..... p.16            |
| ウイステリア Pro とアポイント管理職 III ..... p.4  | 兵庫ヘルス講演録発刊のお知らせ ..... p.19  |
| 連載 フッ化物局所応用 5-1 ..... p.9           | 札幌ワンデーセミナー案内 ..... p.20     |
| 第13回認証ミーティング案内 ..... p.13           | チーム医療実践セミナー ..... p.20      |

## Low-Caries Population 時代へ



杉山精一 (日本ヘルスケア歯科学会 代表)

1月末に発表された平成27年度学校保健速報によると、12歳児のDMFTは、0.9となり、ついに1を切りました。また、新潟県では、平成26年度の12歳児DMFTは0.48、私の地元千葉県八千代市では、0.53となり、小児若年者のう蝕は、いよいよ本格的な“Low-Caries Population”時代を迎えたようです。

当会の設立機運が高まりはじめた20年前との変化をもう少し詳しく知るために、平成7年と最新の平成27年の学校歯科保健、12歳児DMFTで毎年日本一の新潟県の報告(平成26年)<sup>1)</sup>を比べてみましょう。

### う蝕有病者率

|          | 平成7年(全国) | 平成27年(全国) | 平成26年(新潟県)     |
|----------|----------|-----------|----------------|
| 幼稚園5歳    | 74.66%   | 36.23%    | 35.00%         |
| 小学6年生    | 84.93%   | 41.76%    | 15.60% (永久歯のみ) |
| 中学3年生    | 88.47%   | 43.95%    | 32.00%         |
| 高校3年生    | 91.68%   | 57.55%    | 46.90%         |
| 12歳児DMFT | 3.72     | 0.90      | 0.48           |

ご覧のように、5歳、小学6年生、中学3年生、高校3年生、12歳児DMFT、いずれも大幅に改善していることがわかります。

この傾向は、小児若年者だけでなく、おそらく、成人のう蝕、特に初発う蝕についても、同様に改善していると推測されます。

疫学調査は、調査方法が各国で異なりますので、比較する場合は注意が必要ですが、この日本の現状は、おそらく予防先進国といわれている北欧の国々と比較しても、遜色のないレベルになってきていると思われま<sup>2)</sup>。かつて日本は、これらの国々に学ぶ必要があると言われてきました。他方、その大きな差は、医療体制の違いによるものという意見がありました。しかし、医療体制が異なる状況で、同様なレベルに達したとなると、その変化の過程と要因について、きちんと検証が必要でしょう。

現在では、う蝕の発症は生物学的な要因以上に、社会的な階層(教育、収入など)が関与しているといわれるようになってきていますので、多数の難民が押し寄せる北欧の予防先進国の状況は、場合によっては悪化し、一方、う蝕の経験のない世代が出産年齢に到達しはじめ

### 重要なご案内

●以下の同封物をご確認ください。

#### 1. 2016年度ステッカー

#### 2. 2016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。2016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)。

#### 3. チーム医療実践セミナー案内

### 催しものご案内

#### ① オピニオンメンバー会議+講演会

日時: 2016年3月13日

会場: 東京八重洲ホール 701会議室

#### ② 歯科衛生士育成基礎コース

日時: 2016年3月20・21日

会場: 神戸常磐大学

#### ③ 第13回認証ミーティング&講演会

日時: 2016年7月3日

会場: 東京八重洲ホール 地下ホール

#### ④ 札幌ワンデーセミナー

日時: 2016年7月17日

会場: かでる2・7 4階大会議室

#### ④ チーム医療実践セミナー

日時: 2016年7月31日

会場: 東北大学歯学部 B1 講義室

る日本では、乳児のう蝕罹患率がさらに低下することも考えられ、将来、場合によっては、日本と北欧の国々の状況は逆転するかもしれません。

う蝕は、生物学的な要因以外に、政治経済、医療提供体制、国のう蝕に対する戦略、70年前に普及がはじまったフッ化物の利用状況など様々な要因が関与しているため、罹患率はこの数十年間で大きく変化しました。さらに、う蝕、とくに一次予防、初期う蝕の重症化予防に関する研究も、この罹患率の影響を受けるため、研究結果を評価するときには、その研究が行われた国、時代を考慮する必要があります。私が毎年参加しているORCAでも「多くのう蝕に関する研究は罹患率が高い時代のもので、罹患率が低下した状況にあてはまるか検討する必要がある」といった発言がなされているのも、これもこのような背景があるためと思います。

カリエスリスク検査、とくにサリバテストに関して、私たちは、その設立当時、それを導入することがシンボリックなことで考えられ、多くの歯科医療関係者に影響を与えて、ブームを巻き起こしました。しかし、この20年ほどの間に、会の中で活動してきた人たちには、現実の臨床と、当初思い描いていたカリエスリスクアセスメントの結果の間にあるギャップを認識し、

医院の方針を少しずつ変更してきた医院も多いようです。また、う蝕の病因論も、細菌に関してミュータンス菌を中心とする考え方から、遺伝子解析方法の劇的な進歩から、以前はその全貌が明らかになっていなかった口腔内細菌が遺伝子型によりほぼ明らかになり、これらの結果を受けて、細菌をマイクロバイオーームとして考える生態学的う蝕病因論へと移行してきているようです。

私たちの会は、日本にカリエスリスクアセスメントを導入し普及に大きな役割を果たしてきました。う蝕を取り巻く環境の変化のなかで、あらためて、カリエスリスクアセスメントの意味、そして、臨床でどのように使っていくことが患者さんの将来に有効かということを考えるミーティングになるように準備を進めています。このミーティングの成果は、小児若年者だけでなく、成人から高齢者のう蝕マネジメントについても考える機会になると考えていますので、多くの方の参加をお待ちしています。



- 1) 平成 26 年度小児の歯科疾患の現状と歯科保健対策 新潟県保健部 新潟県教育委員会 ([http://www.kenko-niigata.com/21/step2/sp\\_kuchi/03healthysmile\\_shikkan.html](http://www.kenko-niigata.com/21/step2/sp_kuchi/03healthysmile_shikkan.html))
- 2) WHO Oral Health Database (<http://www.mah.se/capp/>)

○オピニオンメンバー会議併催講演会

日時：2016年3月13日 13:30～15:30  
 場所：東京八重洲ホール 701 会議室  
 併催講演：久保至誠（長崎大学歯学部保存科准教授）  
 併催講演は、どなたでも無料で聴講可能。

○東京 HCG 12 回スタッフミーティング

「長くヘルスケア型診療所に勤めるためには」  
 （責任者：田中正大、宇田川義朗）  
 2016年4月3日（日）9:30～17:00（予定）  
 会場：川口市民ホール フレンディア  
 キュボ・ラ本館棟 4F

ヘルスケア型の診療所を創り上げ、患者さんの健康を長期間にわたり守り育てることは、院長一人の力で実現できることではありません。そこにはスタッフの力がなければ、そして院長とスタッフが同じ想いで歩み続けなければ実現することができません。ヘルスケア型のスタッフになるには3～5年はかかります。10年たつと医院の理念に基づいた立派なヘルスケア型のスタッフとなります。しかしそこに至るまでにヘルスケア型診療所から退職するスタッフが多いのが現実です。昨年のスタッフミーティングに出席したスタッフの勤務年数の分布では10年以上のスタッフが34%、5～9年のスタッフは20%、4年以下の勤務年数のスタッフは46%となっています。半数近くのスタッフが、何らかの理由で5年以内にヘルスケア型診療所から退職されています。

患者さんの健康を長期間にわたり守り育てることを使命と感じて勤めてくれたスタッフが、長く勤めるには何が必要なのでしょう？ 医院がどのようになったら可能なのでしょう？ 今回は勤務年数の違うスタッフからの発表や、院長の発表を通して、参加者皆さんとともにテーマについて考えてみたいと思います。

定員：120名  
 参加費：東京 HCG 会員：無料  
 東京 HCG 会員外：7,000円  
 申込み：東京 HCG 会員はメーリングリストにて申込み。東京 HCG 会員外の方は、歯科医院名・お名前・フリガナ・職種・経験年数を明記のうえ、宇田川歯科医院 ([udagawa@qb3.so-net.ne.jp](mailto:udagawa@qb3.so-net.ne.jp)) までメールにて。  
 申込期限：3月13日（日）

○認証ミーティング講演会

日時：2016年7月3日（日）14:30～  
 場所：東京八重洲ホール 地下ホール  
 演者：田村 恵（歯科衛生士・河野歯科勤務）  
 （仮）歯周病の発症と進行を防ぐための定期管理  
 コメンテーター：  
 関野 愉（日本歯科大学助教授）  
 『歯周病学の迷信と真実』（クインテッセンス出版）で、57のトピックスにわたって臨床にありがちな迷信を一刀両断にして話題をさらった。

認証ミーティング参加者は無料

講演会への参加者は、予め学会事務局まで参加をお申し込みください。

○札幌ワンデーセミナー

日時：2016年7月17日（日）  
 場所：かでの2・7・4階大会議室  
 参加費：会員歯科医師 8,000円  
 会員スタッフ 6,000円  
 非会員歯科医師 13,000円  
 非会員スタッフ 6,000円  
 ※参加費に昼食代を含みます。  
 申込み：日本ヘルスケア歯科学会事務局 ([center@healthcare.gr.jp](mailto:center@healthcare.gr.jp)) ⇨ 詳細 p.20

○スタッフと学ぼう！ 患者さんの歯を守るためのチーム医療実践セミナー

日時：2016年7月31日（日）  
 場所：東北大学歯学部 B1 講義室  
 参加費：1 医院につき 20,000円  
 スタッフ 1 名追加ごとに +3,000円  
 東北大学 学内関係者 3,000円  
 勤務医・学生・院生・研修医 5,000円  
 ※参加費に昼食代を含みます。  
 定員：50名  
 対象：歯科医師、歯科衛生士、歯科助手・受付  
 申込み：日本ヘルスケア歯科学会事務局 ([center@healthcare.gr.jp](mailto:center@healthcare.gr.jp)) ⇨ 詳細 p.20



# カリエスリスクアセスメントの科学と患者指導

日時：2016年10月9・10日(日・月祝)

会場：秋葉原コンベンションホール

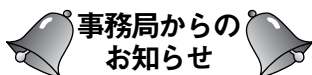
※前号のニュースレター (vol.18 no.5) 予告から、2日目午前のプログラムが変更になりました。

10/9

- 会場：5階会議室
- 14:00～16:30 **a** 会場：臨床報告 (歯科衛生士およびスタッフによる) (担当：河野正清)  
**b** 会場：症例報告「線の歯科臨床」 (担当：千草隆治)  
**c** 会場：ヘルスケア型診療所 その取り組み (診療所単位の報告) (担当：田中正大)
- どの会場も1人15分程度、6人あまりの発表とディスカッションを予定。  
 ★発表者を公募しています (前号ニュースレター2ページ参照)
- 16:45～18:00 全員交流会  
 18:30～ 懇親会 (希望者、参加費別途)

10/10

- 会場：大ホール
- 9:30～10:15 **Part 1** う蝕の有病率、重症度の60年の変遷  
 N. Pitts 教授：英国と日本のう蝕の流行と対応 (ビデオインタビュー予定)  
 日英のバームスハット (う蝕の有病率の推移が描く典型的なかたち) の異同を比較考察する  
 杉山精一：基調報告；う蝕の60年と日本ヘルスケア歯科研究会—学会  
 う蝕の60年と、日本ヘルスケア歯科研究会—学会のカリエスリスクアセスメントの考え方や診療所認証基準の変遷を概観する。
- 10:30～12:00 **Part 2** いま、改めてう蝕とは 病因論、リスクアセスメント…  
 伊藤 中 (茨木市開業)  
 Dr. A. Tanner：Microbes of the Mouth (ビデオインタビュー予定)  
 口腔常在菌のマイクロバイオーームと口腔疾患についての概説
- 13:00～13:30 ポスター表彰発表ほか各種表彰
- 13:30～16:00 **Part 3** パネルディスカッション (カリエスリスクアセスメントと患者指導)  
 座長：伊藤 中 パネリスト：選考中  
 う蝕罹患状況の変化と歯科医学の進展に伴い、当会では、新たなう蝕診査方法としてICDASの普及を図ってきました。カリエスリスクアセスメントについては、会員診療室でもその考え方、実施対象や方法も試行錯誤しながら変化してきているようです。今回のシンポジウムでは、カリエスリスクアセスメントに焦点を当て、低う蝕時代にあったカリエスリスクアセスメントのコンセンサスを作りたいと考えています。



## ● 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

## ウイステリア Pro 5.0 バグ修正について

ウイステリア Pro 5.0 に一部バグがありました。修正マニュアルを会員用サイトに用意してあります。お手数ですが、修正をしていただきますようお願いいたします。

・4月になっても学年表示が自動で更新されない

# ウイステリアProとアポイント管理職を使ってみよう！ III (その2)

藤木省三 (日本ヘルスケア歯科学会副代表・神戸市開業)



**\*基本的な注意\***

- \*ウイステリアなどのファイル名を変えないでください
- \*バックアップは毎日必ずとりましょう

**\*バックアップが必要なファイルおよびフォルダ\***

- ・ウイステリア Photo50 ・アポイント管理職 3
- ・来院履歴 5 ・唾液量 5 ・抜歯履歴 5 ・処置履歴 5

- ・ PerioAssistant5 ・ XRAssistant111
- ・ (NewFile) フォルダ (ウイステリアに取り込んだ画像の保存フォルダ)

※旧バージョンのウイステリアをご使用の場合はファイル名が一部異なります。

## ロウステリアってどういうソフト?

初回は、ヘルスケア型診療になぜウイステリアのようなデータベースソフトが不可欠なのかをお伝えしました。今や、予防型診療は時代の流れです。私たちは常に一步先を進むためにデータベースを活用すべきだと思います。

今回は、ウイステリアで何ができるのかを、簡単に説明します。

### 〈メニュー画面〉(図1)

ウイステリアを立ち上げると最初に開く画面です。ここでは、画像のネットワーク関連の設定をおこないます。「新規登録」や「患者検索」と、これから説明していく「基本画面」「う蝕画面」「歯周病画面」そして「集計画面」に移動することができます。



図1 メニュー画面

### 〈基本画面〉(図2)

基本画面では他にもある歯科用のデータベースと同様に、カルテ番号、患者氏名、ふりがな、性別、生年月日、初診日、住所、電話番号などの基本的な情報を入力します。他のデータベースとの違いは、患者の来院履歴を残せることです。

「初診」「再初診」「処置」「メンテ」の4つの項目が基本に備わっています。ヘルスケア型診療に取り組んで5年、10年が経過したときに、自分たちがやってきたことの成果を知りたいと思うのは当然です。しかし、その結果を調べるのは容易ではありません。ウイステリアでは、この来院履歴を残すことでメンテナンスに来ているかどうか、年に何回来ているかが瞬時にわかります。

図2には描かれていませんが、「アポイント管理職」を併用すればその患者の来院日も表示されます。



図2 基本画面



図3 う蝕画面

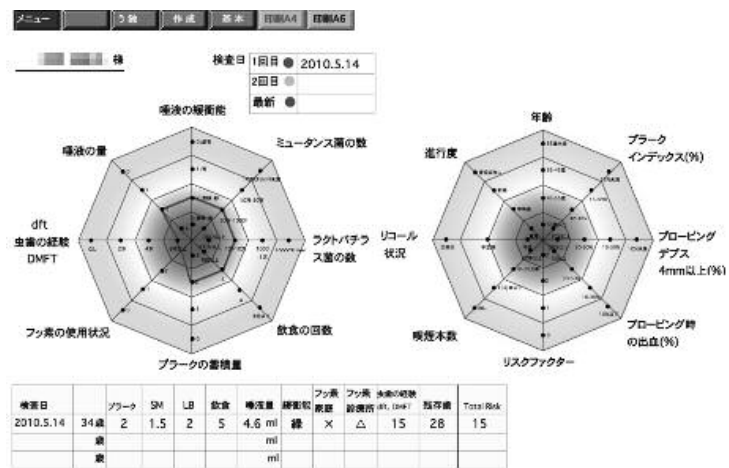


図4 う蝕チャート

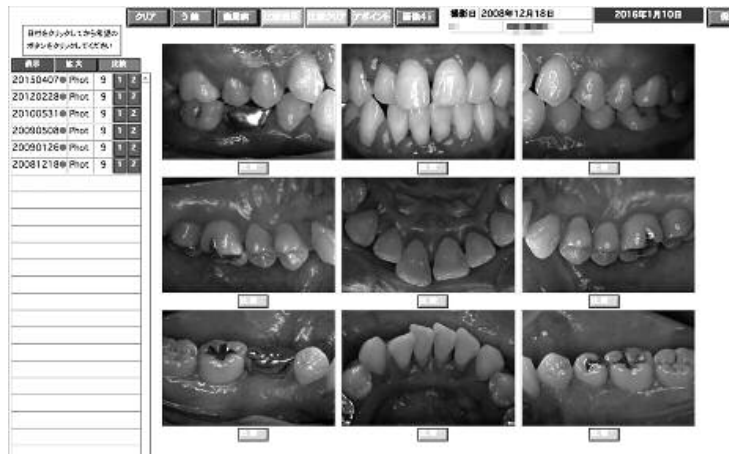


図5 9枚写真表示



図6 写真拡大

〈う蝕画面〉(図3-4)

う蝕画面では、DMFT, dft, 残存歯数のデータを記録できます。0歳から20歳までは1年ごとの変化を入力することができます。これによって、子どもの予防管理の結果を一目で理解できるようになっています。唾液検査もこの画面で記録します。結果はレーダーチャートで表示されます(図4)。

メンテナンスを確実にこなすための工夫もウィステリアは備えています。担当者やメンテナンス間隔、次回予定日などの入力、表示ができます。来院履歴もこの画面からも行うことができます。

バージョン5.0で大幅に強化されたのがメモ機能です。これは、自分の歯科医院の独自の研究をするための重要な機能です。ナイトガードを作っているが効果があるのだろうか？ IPSをこの材料を使ってうまくいっているのだろうか？ 自分の外科処置の結果はどうなっているのだろうか？ そういう疑問を解決するために、ユーザーが自由に設定できるようになっています。この機能を用いて自分の臨床を振り返ることが医院の成長につながります。

〈口腔内写真関連〉(図5-7)

ウィステリアは当初はデータ管理だけでしたが、今では患者への情報提供の機能も追加されています。口腔内写真では、4枚法、9枚法の全体表示、1枚ずつの拡大表示、そして比較表示が簡単にできます。特に比較は比べたい日付を選択するだけで簡単に行うことができるので、患者への説明だけでなく日常的に症例検討ができます。

その他、デンタルX線写真、パノラマ写真のファイルを入力できるフォームもあります。撮影、入力した写真は、葉書、L版などに印刷も可能です。

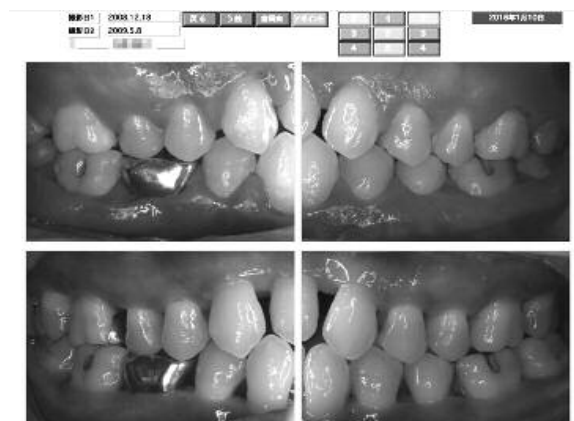


図7 比較

〈歯周病画面〉(図 8-11)

初期のウィステリアでは、初診、再評価、最新の3回のデータしか残せなかったのですが、今ではすべてのデータを残せるようになっていました。6点法のプロービング値、BOP、ブラークインデックス、動揺度が記録できます。BOPとプロービング値だけをグラフ化して見ることもできます(図 11)。患者さんに今までの様子を説明する時に非常に役立ちます。

また、歯周病の最大のリスク要因と考えられている喫煙関連のデータも詳しく記録ができます。自院での喫煙による影響を知れば、患者さんへの指導にも力が入ります。

他に歯周病画面では、初診からの年数やメンテナンス経過年数が自動的に計算されて表示されるので、メンテナンス経過年数が5年以上、10年以上という患者を簡単に検索できるようになります。

〈集計画面〉(図 12-14)

図 12-14 は集計画面です。この画面の右端にあるボタンをクリックすると自動的に基本的な集計ができます。その他に初診年別、歯周病進行度別、担当DH別など様々な検索をかけて調べることができます。詳しくは、このシリーズで順次述べていきたいと思えます。

〈アポイント管理職〉(図 15)

アポイントをデジタル化すると、離れた場所で同時にアポイントを見ることができ、検索が瞬時にできるなど、紙のアポイント帳では絶対にできないメリットがあります。アポイント管理職はそれだけではなく、「患者のカルテ番号」→「画像9」の2回のクリックで口腔内写真表示画面に移動できます。勿論、基本画面、う蝕画面、歯周病画面にも2クリックで移動することができ、ウィステリアのセンターのように使うことができます。

前号、アクセスの森さんが FileMaker Pro を使うメリットは、カスタマイズができることと書かれていました。実際、ある歯科医院で森さんにカスタマイズしてもらったケースを紹介してもらっています。

このような事例を知れば知るほど、ウィステリアの発展の可能性がまだまだあることに気づかれます。



図 8 歯周病画面

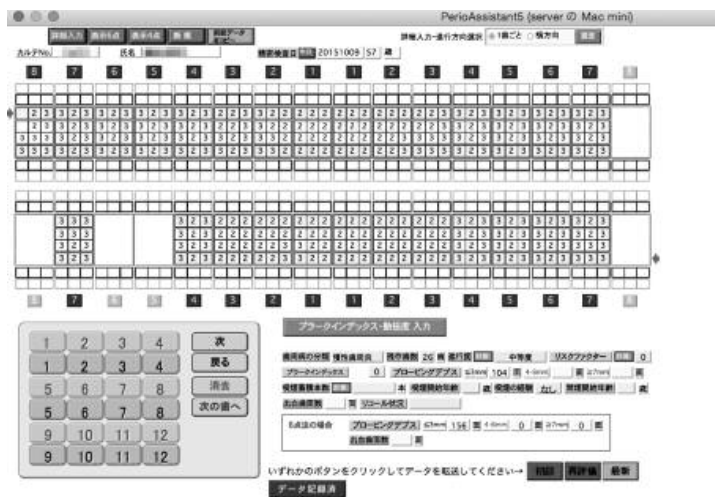


図 9 PerioAssistant; 入力画面

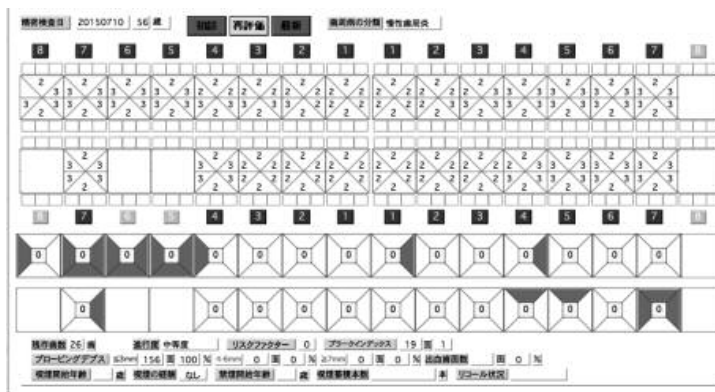


図 10 PerioAssistant; 表示画面 6点

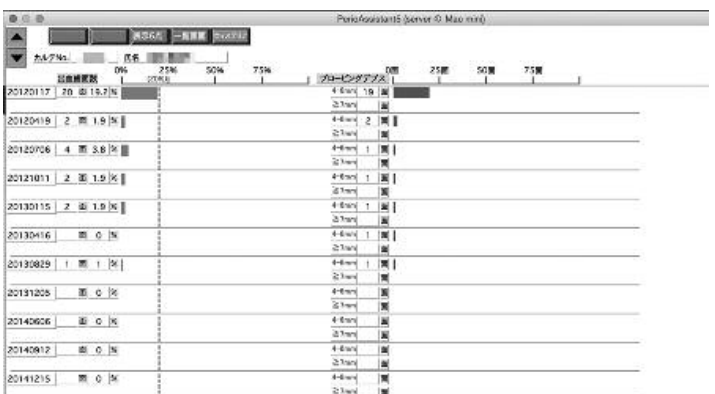


図 11 PerioAssistant; 出欠歯面数グラフ

| 項目   | 2015年度 | 2016年度 |
|------|--------|--------|
| 総数   | 33     | 33     |
| 男性   | 28     | 28     |
| 女性   | 5      | 5      |
| 平均年齢 | 52.7%  | 50.2%  |
| 標準偏差 | 4.0    | 3.8    |

図 12 集計画面 1

| 項目   | 2016年度 |
|------|--------|
| 総数   | 1      |
| 男性   | 1      |
| 女性   | 0      |
| 平均年齢 | 40.2%  |
| 標準偏差 | 0.0    |

図 13 集計画面 2

| 項目   | 2016年度 |
|------|--------|
| 総数   | 1      |
| 男性   | 1      |
| 女性   | 0      |
| 平均年齢 | 40.2%  |
| 標準偏差 | 0.0    |

図 14 集計画面 3

| 日付 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|----|---|---|---|---|---|---|---|
| 1  |   |   |   |   |   |   |   |
| 2  |   |   |   |   |   |   |   |
| 3  |   |   |   |   |   |   |   |
| 4  |   |   |   |   |   |   |   |
| 5  |   |   |   |   |   |   |   |
| 6  |   |   |   |   |   |   |   |
| 7  |   |   |   |   |   |   |   |

図 15 アポイント画面



### アポイント管理職のカスタマイズ例

森 一弘 (アクセス代表)

前回、ウイステリアは FileMaker Pro のテンプレートであり、カスタマイズフリーであるということをお話しましたが、今回は実際に現場からの要

望があり、私の方でカスタマイズした実例をご紹介します。これはアポイント管理職のカスタマイズ例です。

図 1 は、通常のアポイント入力画面

ですが、2か所のカスタマイズがあります。

まず、一つは画面の下部にカレンダー形式の日付選択機能をつけています。ヘルスケア学会頒布版では上部のボタンで日付移動ですが、直感的にピンポイントで日付選択がしたいとのご要望があり、表示日付右のマークをクリック

クするとカレンダーがポップアップし移動したい日付をクリックするとその日付に移動します。

二つ目は、画面右にスタッフ名簿とそのカラーが常時表示されるようにしています。一画面内で、色による識別をよりわかりやすくするためのご要望です。

図2では、画面丸ごとが新たな機能です。これは1週間分のアポイントを同時に表示したいとのご要望で、一番左を月曜日～一番右を土曜日という週間表示にしています。この画面へは通常の入力画面から「週表示」のボタンをクリックすれば、入力画面で表示さ

れていた日の週へ移動します。

各曜日内は左からチェア1～5（または6～10）が、患者名と担当者色で表示され、上部の「切替」ボタンでチェア1～5とチェア6～10の画面切替をします。

通常入力画面にも新設したカレンダー選択での日付移動に加え「1W」のボタンで、1週間前と1週間後へ移動します。この週表示画面の目的は、あくまでも視覚的にまとめてアポイント状況を確認することで入力はできません。入力画面に移動するときは上部の「入力画面へ」でカレンダー選択部分の日付に移動するか、該当日付表示部分をクリ

ックすると、その日付の入力画面へ移動します。

画面右には、入力画面に追加したものと同じく、スタッフ名簿とそのカラーが常時表示されるようにしています。

今回のカスタマイズは、これまで紙媒体でのアポイント管理を、アポイント管理職へ移行される際に、できる限り今までに似た形で業務を引き継ぎたいという現場の声を聞き取り調査し、できる限り画面構成をシンプルにカスタマイズしてみました。

その他にも別の事例では、①アポイント管理職に入力されたデータを解析して、スタッフ別に日ごと、週ごと、月ごとにわけて、患者年代別の人数集計をかける。②患者さんへ定番のアンケートを実施し、そのアンケート結果の集計をする。③アポイント管理職にキャンセル履歴を残す。④レセコンソフトから患者基本データを自動取り込みし、氏名や住所など情報入力の手間を省く、などのカスタマイズ導入事例があります。

他にも、医院独自でカスタマイズされたものを見せていただいたことがありますが、患者さんへの提出書類（見積書・紹介状など）を簡単に発行できるシステムをつくっておられた例がありました。

今回カスタマイズ例をご紹介いたしました。FileMake Proを使ったこの「ウイステリア」システムは、院内業務効率化の可能性の広げる素晴らしいシステムと言えるのではないのでしょうか。

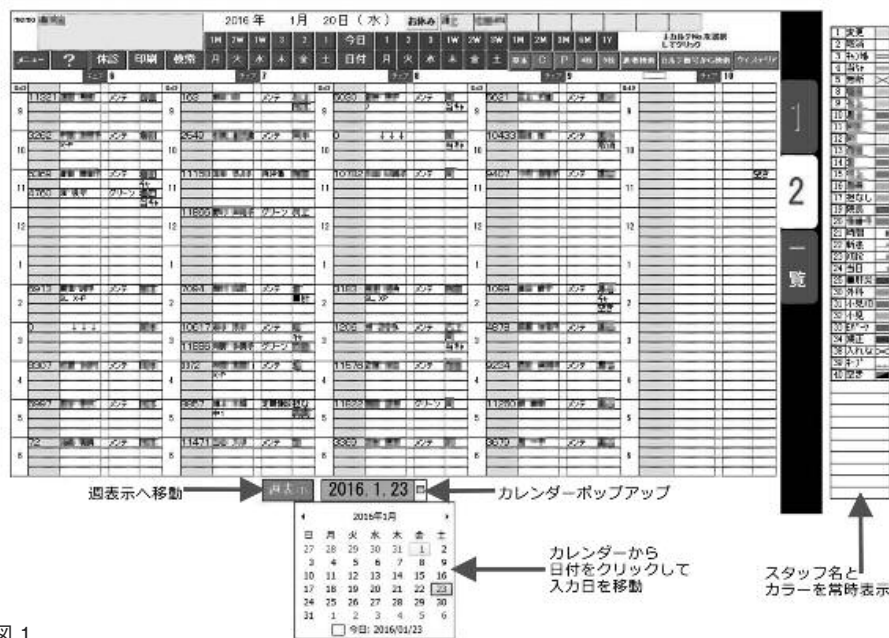


図 1

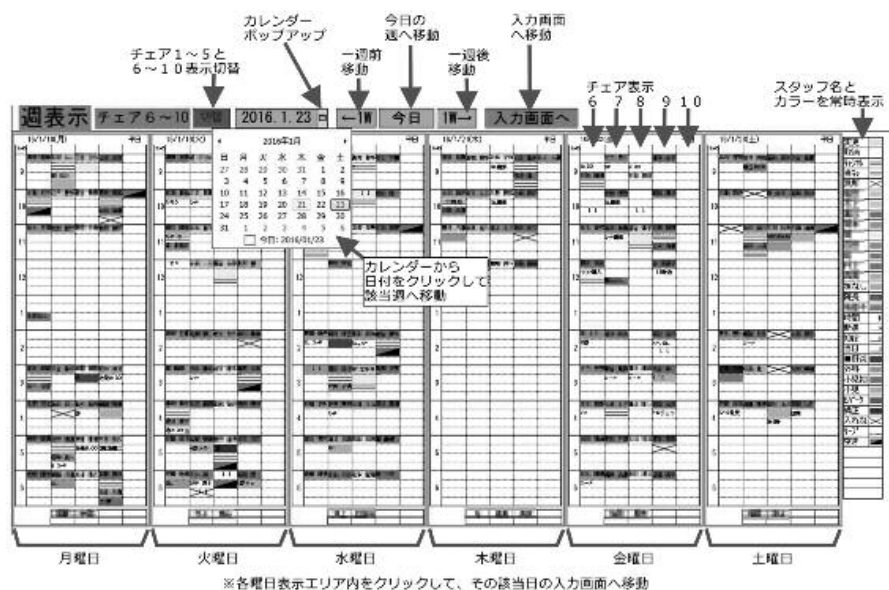


図 2

\* 吉野ヶ里オフィス

〒 842-0033 佐賀県神埼郡吉野ヶ里町  
豆田 2103-13  
TEL.0952-51-1776 ・ FAX.0952-51-1767

\* 弥生が丘オフィス

〒 841-0005 佐賀県鳥栖市弥生が丘 6  
丁目 82  
携帯 090-1920-7894  
URL <http://www.access-pcdoc.jp>  
E-mail [kazu@access-pcdoc.com](mailto:kazu@access-pcdoc.com)

# Topical Fluorides フッ化物局所応用

科学的根拠に基づく小児若年者のう蝕予防のためのフッ化物局所応用のガイドライン  
——アイルランド

## 第5章 専門家によるフッ化物局所応用

### 5.1 専門家によるフッ化物局所応用のエビデンスの要約

- 年2回もしくは4回のフッ化物バーニッシュ応用は、永久歯、乳歯、いずれにおいてもう蝕増加のかなりの減少と関連する<sup>77)</sup>. 1++ (訳者注 1)
- フッ化物バーニッシュはう蝕リスクの高い子どもたちのう蝕予防に効果的である<sup>82), 89), 90)</sup>. 1+
- フッ化物ジェルは永久歯においてう蝕予防に効果的である<sup>98), 99)</sup>. 1++
- フッ化物バーニッシュあるいはジェルの応用はう蝕の進行リスクの小さい子どもたちにとってはあまり有益ではないと考えられる<sup>90), 100-103)</sup>. 1+
- フッ化物バーニッシュとジェルとの効果の比較についてのエビデンスは結論づけられていない<sup>70)</sup>. 1++
- フッ化物バーニッシュは適用に時間を要さず、フッ化物ジェルあるいはフォームと比較すると不快症状が少ない<sup>95), 104)</sup>. 3
- フッ化物フォームについての効果のエビデンスは2つの臨床試験に限定され、推奨の根拠としては不十分なエビデンスしか提供されていない。

### 5.2 はじめに

専門家により応用されるフッ化物バーニッシュ、ジェル、フォームのフッ化物は高濃度で、それらはヘルスケアの専門家によりう蝕予防のために間歇的に応用される。それらのう蝕予防効果は局所的で、飲み込まれるべきではないが、患者により少

量は嚥下されてしまうことは避けられない。

フッ化物バーニッシュは水溶液（例：Bifluorid<sup>(訳者注 2)</sup>）もしくは天然樹脂の非水溶液（例：Duraphat, Lawefluor）である。樹脂ベースのバーニッシュは粘性で、フッ化物とエナメル質との接触時間を長くする。バーニッシュのフッ化物濃度は1,000 ppm (Fluor Protector) から56,300 ppm (Bifluorid 12) である。フッ化物製剤でもっとも手に入りやすいバーニッシュとしては：

- 5%フッ化ナトリウム (Duraphat, Colgate Palmolive)
- 1% difluorsilane (Fluor Protector, Ivoclar-Vivadent)
- 6%フッ化ナトリウムと6%フッ化カルシウム (Bifluorid 12, VOCO GmbH)

一般に、バーニッシュのフッ化物濃度は非常に高いが、これは、局所的かつ特定の歯面に塗布される用法に適している。22,600 ppm のフッ化物バーニッシュを0.25 ml 応用すると5.65 mg のフッ化物イオンを含むが、仮にバーニッシュをすべて飲み込んだとしても、それは中毒量 (probably toxic dose=PTD) である5mg/kg よりも十分少量である。フッ化物ジェル濃度は通常、5,000 ppm から12,300 ppm である。粘着性のため、専門家により脱脂綿もしくはデンタルフロスとともにトレイで適用できる。最も一般的に使用されているのは12,300 ppm のフッ化物含有の1.23%リン酸酸性フッ化ナトリウム溶液 (APF) である。APF ジェルを使用する典型的なフッ化物ジェル処置は、36.9～61.5 mg のフッ化物イオンを含む3～5 ml のジェルを適用する。ここで気をつけなくてはいけないのは、中毒が想定される量、すなわち体重20kg の子どもにとって100 mg が、わずか8 ml のAPFフ

(訳者注 1) Levels of Evidence 1++ が最もエビデンスレベルが高く、4 (Expert Opinion 専門家の意見) が最も低い。

(訳者注 2) Fluoride Varnish は、2016年2月現在国内では、非水溶性の2つ、ダイヤモンド歯科用ジェル5% (昭和薬品化工株式会社) 5% フッ化ナトリウムFバーニッシュ歯科用5% (株式会社ビーブランド・メディコデンタル) 5%フッ化ナトリウムのみで、効果効果は象牙質知覚過敏の抑制となっている。

海外では、臨床で簡単に適応できる水溶性でディスプレイが最近では主流のようで、多数のメーカーから発売されている。(GoogleでFluoride Varnishと入力してみてください)。根面う蝕にも効果があるため、これらが、国内で承認されて使用できるようになることを機会があるたびに、メーカーに強く要望しているが、毎回、国内での承認は難しいとの回答を受けている。承認が困難な理由が承認を得るための費用なのか、それ以外の要因なのか、はっきりと教えていただいたことがない。すでに長年海外で使用されていて、効果ははっきりとしている薬剤で、しかも、一般の臨床で適用できる機会が多い薬剤が日本だけ承認されていない、異常な状況をもっと広く知ってもらうことが必要と考えている。

フッ化物ジェル (12,300 ppm) に含まれる点である。フッ化物ジェル応用後、フッ化物初期量の 2.8 % から 78 % が維持されると報告されている。維持されるフッ化物量は使用されたジェルの量、患者の年齢、適用方法によって変わる<sup>73)</sup>。

血中フッ化物濃度のピークはわずかな時間で到達し、フッ化物バーニッシュ応用よりもフッ化物ジェル応用において高いレベルに到達する<sup>74),75)</sup>。

#### 推奨：

- 製品のフッ化物濃度が高いので、フッ化物バーニッシュおよびジェルの使用に関するメーカーの取扱説明書には注意深く従うべきである。GPP (訳者注 3)
- 7 歳以下の子どもたちにはフッ化物ジェルは使用されるべきではない。GPP

フッ化物ジェル使用について 7 歳が下限年齢となることは、第 1 大臼歯の萌出年齢およびアイルランドの子どもたちの平均体重が 6 ~ 7 歳の間に顕著に増加し<sup>76)</sup>、もしフッ化物の不用意な摂取が起こったとしてもフッ化物摂取の閾値を超えるリスクが減少するために、ガイドライン作成グループにより合意が得られた。

フッ化物フォームは比較的最近の製品で、一般的な APF ジェルと同様のフッ化物濃度 (12,300 ppm)、pH (3-4) で、適用方法 (トレイ) も同じである。ジェルに対するフォームの利点は、材料がたくさん要らないこと、そのため過量のフッ化物を患者が摂取する危険が減少することである。

### 5.3 アイルランドにおけるフッ化物バーニッシュとジェルの使用

私たちの立場からの分析で、2005 年に行った、Duraphat (22,600 ppm) がフッ化物バーニッシュとしてアイルランドのパブリックデンタルサービスではもっとも頻用されており、Bifluorid (56,300 ppm) の使用地域は少なかったことを示した。

29 のデンタルエリアのうち 27 でフッ化物バーニッシュ使用が報告され、その中の 2 地域はフッ化物バーニッシュとフッ化物ジェル (Mirafleur gel: 12,300 ppm) の使用も報告された。

29 のデンタルエリアのうち 2 エリアはフッ化物バーニッシュもジェルも使用していなかった。

記録された適用回数に基づけば、バーニッシュあるいはジェルの使用範囲はデンタルエリア間で大きな違いがあった。適用記録もまたデンタルエリア間で一定していなかった。また、フッ化物フォームがパブリックデンタルサービスで使用されているかどうかについての情報は無い。

#### 推奨：

- もし使用するのであれば、フッ化物バーニッシュもしくはジェルの応用について、処置項目として患者記録と診療日誌にも記録しておくべきである (訳者注 4)。GPP

### 5.3.1 アイルランドにおけるフッ化物バーニッシュおよびジェルの利用

フッ化物ジェルもバーニッシュも医薬品として分類されており、アイルランドメディスンボード (IMB) により認定されている。また、処方薬として取り扱われている<sup>22)</sup>。ところが、IMB のウェブサイトにおいて、一般的に使用されるフッ化物バーニッシュあるいはジェル製品 (例えば、Duraphat, Lawefluor 12 もしくは Mirafleur) は一つもリストにあげられておらず、アイルランド共和国ではそれらの製品が承認されていないことになる。

ただし、未承認であることは、アイルランド共和国において、合法的に製品の使用ができないことを意味するわけではない。近年の医薬品の売買に関する制定により、アイルランドの登録医師は、自身の患者に対し、患者の特別な必要性を満たすために、自身の直接の責任のもとで、未承認薬を処方することができるという規定となっている ((Paragraph 2 of Schedule 1 of the Medicinal Products (Control of Placing on the Market) Regulations 2007)。この適用除外は、医師が患者に薬剤を投与・塗布する場合にも適用され、歯科専門家によるフッ化物バーニッシュあるいはジェルの局所応用についても同様に解釈される (personal communication, Compliance Department, IMB)。フッ化物バーニッシュあるいはジェルの使用は、処方する歯科医師が常に責任を持ちなおかつ直接応用することから、その他の医師による判断で処方される無認可製品と比べて、明らかにより管理された状況にある。

(未承認薬を含む) 無認可製品は、製品が上記のように限定された仕方で使用されるという確認書とともに、ライセンスをもつ卸売業者へ発注されなくてはならない。医師は欧州経済領域 (EEA) 外へ無認可製品を注文しない。この業務は、特別な活動に関するライセンスを有する製造業の認定所持者が行っている。

### 5.4 う蝕予防におけるフッ化物バーニッシュの効果

フッ化物バーニッシュの効果については、いくつかのシステムティックレビュー<sup>77-80)</sup> と 1 編のメタ分析<sup>81)</sup> が発表されているが、それらは比較的質の低い数の限られた臨床試験に基づいている。加えて、フッ化物バーニッシュを含む選択したう蝕予防とマネジメント戦略についての 3 編のシステムティックレビューも発表されている<sup>82-84)</sup>。レビューの分析対象となっている試験のほとんどは、5 % フッ化ナトリウム (22,600 mg F) を含む天然樹脂ベースのバーニッシュを使用している。

これらのシステマティックレビューの結果は、永久歯に対するフッ化物バーニッシュの使用を支持する。フッ化物バーニッシュのコクランレビューでは、永久歯においてう蝕の増加を平均46% (95% CI, 30~63%;  $p < 0.0001$ ) 減少させたと報告しており、これは2,278名の子どもたちを対象とした7つの試験の結果に基づいている。年間0.67 DMFSが増加する集団における1 DMFS抑制はNNT (訳者注5) 3.2となり、年間1.6 DMFS増加する集団における1 DMFS抑制はNNTが1.4となる<sup>77)</sup>。 **1++**

#### 5.4.1 乳歯におけるフッ化物バーニッシュの効果

永久歯と比べ、乳歯のう蝕予防におけるフッ化物バーニッシュの有効性についてのエビデンスは少ない。事実、乳歯については、システマティックレビューの結論もまちまちである。これは基本的に (a) 乳歯におけるフッ化物バーニッシュの効果に取り組んだ研究が少ない、(b) レビュアーが異なると採用される対象患者選定基準が異なる、(c) エビデンスの質の評価法が異なる、その結果それぞれのシステマティックレビューにおいて異なる研究の組み合わせでの評価となっている。

コクランバーニッシュレビューは乳歯におけるフッ化物バーニッシュ応用への予防割合を報告した唯一のシステマティックレビューである。1,107名の子どもたちを対象とするわずか3つの臨床試験<sup>85-87)</sup>に基づいているが、乳歯におけるう蝕増加の総減少は33% (95% CI, 19~48%;  $p < 0.0001$ ) であった<sup>77)</sup>。 **1++**

Petersson<sup>79)</sup>とRozier<sup>84)</sup>によるそれぞれのシステマティックレビューで、乳歯におけるフッ化物バーニッシュの効果のエビデンスは不確定で、不十分であると報告した。Baderら<sup>83)</sup>は就学前の子どもたちにおけるフッ化物バーニッシュの効果のエビデンスの強度はそれなりであると考えた。著者らは3つのランダム化比較試験を含む、概ね良質の6つの研究を結論を根拠とした<sup>86-88)</sup>。 **1+**

続いて、未就学児を対象としたランダム化比較試験では、口腔健康へのカウンセリングに加え、フッ化物バーニッシュ(22,600 ppm)の2年間にわたる年1回もしくは年2回の応用を実施したところ、低所得層の子どもたち(ベースラインにおける平均年齢1.8歳)の乳歯においてう蝕増加の減少効果があったことが明らかになった<sup>89)</sup>。未処置歯(う窩形成前もしくはう窩形成している)もしくは処置された平均歯面数は、年1回処置を受けるよう割り当てられた子どもたちで1.3、年2回応用に割り当てられた子どもたちで1.4で、それに比較して口腔健康へのカウンセリングのみを受けた対照群では2.7であった( $p \leq 0.01$ )。 **1+**

#### 5.4.2 応用頻度

臨床試験におけるフッ化物バーニッシュの応用頻度は年2回がもっとも一般的であるが、3ヵ月毎も試されている。コクランバーニッシュレビューは、フッ化物バーニッシュ応用は年2回もしくは4回であり、永久歯列もしくは乳歯列に用いられ、う蝕増加の実質的な抑制に関連すると結論づけた<sup>77)</sup>。 **1++**

さまざまな応用頻度による効果を比較し相対的に評価する臨床試験では、1年間に1回もしくは2回、1週間に3回フッ化物を応用するような「集中的な」フッ化物バーニッシュ応用を含み、質的にもばらつきがあったためか、相矛盾する結果が出た<sup>90-93)</sup>。これらの臨床試験のうち最近のものでは、う蝕レベルが高い、中程度、低い地域から、13~16歳の758名のスウェーデンの子どもたちを対象として、隣接面う蝕の発症と進行について3つの異なるフッ化物バーニッシュ応用頻度で、その効果を調査した<sup>90)</sup>。

応用頻度は：

- 年2回、6ヵ月毎(グループ1)
- 年1回、1週間のうちに3回(グループ2)
- 年8回、学期中に1ヵ月毎(グループ3)

1ヵ月1回の処置(グループ3)が、特にハイリスク地域において、最良の結果を示した。ハイリスク地域においてトータルの隣接面う蝕経験(発症と進行)は、コントロールグループでの4 DFSと比較して、グループ3(学期中1ヵ月1回のバーニッシュ)で0.9 DFS、グループ1(年2回バーニッシュ)では1.1 DFS、グループ2(1週間で3回応用)で1.7 DFSであった。著者らは、年2回応用が最も費用対効果の高い処置法と考える<sup>90)</sup>。 **1+**

#### 5.4.3 う蝕リスクの高い子どもたちにおけるフッ化物バーニッシュの効果

フッ化物バーニッシュについてのコクランシステマティックレビューは、バーニッシュの効果にベースライン時のう蝕程度への依存は認められないとしている。しかしながら、回帰分析の対象がわずか7つの研究であり、著者らはこの所見の解釈には注意を喚起している<sup>77)</sup>。 **1+**

う蝕リスクの高い人に対するいくつかのう蝕予防法についてのシステマティックレビューでは、フッ化物バーニッシュの効果はそれなりに期待できるとし、フッ化物ジェルおよびフッ化物洗口剤については不十分であると判定した<sup>82)</sup>。 **1+**

スウェーデンにおけるランダム化比較試験では、フッ化物バ

〈訳者注3〉 Grades of recommendations については Table 2.2 参照

〈訳者注4〉 日本では、薬剤なので、必ずカルテに記載が必要。

〈訳者注5〉 number needed to treat 期待される治療効果の達成に必要な人数(あるいは処置の対象)。ここでは、DMFを1歯面抑制するのに必要な処置(処置の単位は患者、歯、歯面かは明記されていないが、患者であると考えられる)。

ーニッシュを3つの異なる適用頻度で、う蝕レベルの高い、中程度、および低い地域の10代における隣接面う蝕の進行を比較し、う蝕レベルの高い地域におけるバーニッシュ応用は、最大の効果をもたらしたことを確認した<sup>90)</sup>。

隣接面における新しいう蝕病変の発生は、ハイリスクグループにおいて、いずれのフッ化物応用頻度でもコントロール群に比較して顕著に低かった(新たな病変の平均数:バーニッシュグループ0.95, 1.40, 0.54, 順にグループ1, 2, 3, ハイリスクコントロール群3.05,  $p<0.001$ )。

エナメル病変の象牙質への進行もしくは隣接面の処置の平均数はハイリスクグループにおいて、いずれのフッ化物応用頻度でもコントロール群に比較して有意に低かった(バーニッシュグループ0.18, 0.30, 0.37 順にグループ1, 2, 3, コントロール群0.90,  $p<0.003$ )。

中程度および低リスクエリアにおいては、コントロール群に比較して、すべてのバーニッシュグループは病変進行の平均数が低くなったが、有意差は認められなかった。 1+

カリフォルニアの上水道フッ化物添加地域のう蝕リスクの高い子どもたちへのフッ化物バーニッシュ使用を評価した近年のランダム化比較試験では、バーニッシュ処置を受けていない子どもたちと比較して、2年間年1回のフッ化物バーニッシュの処置を受けた子どもたちの58%, 年2回を受けた子どもたちの61%にう蝕増加の抑制効果が認められた<sup>89)</sup>。 1+

#### 推奨:

- 水道水にフッ化物物添加されている地域でもされていない地域でも、う蝕リスクの高いと評価された子どもたちへのフッ化物バーニッシュ応用がなされるべきである。 A
- フッ化物バーニッシュは6ヵ月もしくは3ヵ月毎に応用されるべきである。 A
- 応用が容易なため、少量で、歯面ごとへの的確な応用が可能であることから、う蝕リスクの高いと評価された小児(年齢1~7歳)には樹脂ベースのバーニッシュ(22,600 ppm)の使用が望ましい。 GPP

(第5章後半は次号に掲載予定)

#### 【文献】

- Whitford GM. Acute and Chronic Fluoride Toxicity. *J Dent Res* 1992; 71(5): 1249-1254.
- Wei SH, Hattab FN. Fluoride retention following topical application of a new APF foam. *Pediatr Dent* 1989;11(2):121-124.
- Ekstrand J, Koch G, Lindgren LE, Petersson LG. Pharmacokinetics of Fluoride Gels in Children and Adults. *Caries Res* 1981; 15(3): 213-220.
- Ekstrand J, Koch G, Petersson LG. Plasma Fluoride Concentration and Urinary Fluoride Excretion in Children following Application of the Fluoride-Containing Varnish Duraphat. *Caries Res* 1980; 14: 185-189.
- Whelton H, Harrington J, Crowley E, Kelleher V, Cronin M, Perry IJ. North South Survey of Children's Height, Weight and Body Mass Index, 2002, 2007. [Available at: [http://www.dohc.ie/publications/north\\_south\\_bmi\\_report2007.html](http://www.dohc.ie/publications/north_south_bmi_report2007.html)]. [Accessed on 27/07/08]
- Marinho VCC, Higgins JPT, Logan S, Sheiham A. Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2002, Issue 1. Art. No.: CD002279. DOI: 10.1002/14651858.CD002279.
- Azarapazhoo A, Main P. Fluoride Varnish in the Prevention of Dental Caries in Children and Adolescents: A Systematic Review. *J Can Dent Assoc* 2008; 74(1): 73-79.
- Petersson L, Twetman S, Dahlgren H, Norlund A, Holm AK, Nordenram G, et al. Professional fluoride varnish treatment for caries control: a systematic review of clinical trials. *Acta Odontol Scand* 2004; 62(3): 170-176.
- Strohenger L, Brambilla E. The use of fluoride varnishes in the prevention of dental caries: a short review. *Oral Diseases* 2001; 7(2): 71-80.
- Helfenstein U, Steiner M. Fluoride varnishes (Duraphat): a meta-analysis. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994; 22(1): 1-5.
- Bader JD, Shugars DA, Bonito AJ. A systematic review of selected caries prevention and management methods. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001; 29(6): 399-411.
- Bader JD, Rozier RG, Lohr KN, Frame PS. Physicians' roles in preventing dental caries in preschool children: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Am J Prev Med* 2004; 26(4): 315-325.
- Rozier GR. Effectiveness of Methods Used by Dental Professionals for the Primary Prevention of Dental Caries. *J Dent Educ* 2001; 65: 1063-1072.
- Clarke DC, Stamm JW, Chin QT, Robert G. Results of the Sherbrooke-Lac Megantis fluoride varnish study after 20 months. *Community Dent Oral Epidemiol* 1985;13:61-64.
- Frostell G, Birkhed D, Edwardsson S. Effect of partial substitution of invert sugar for sucrose in combination with Duraphat treatment on caries development in preschool children. *Caries Res* 1991; 25: 304-310.
- Holm AK. Effect of fluoride varnish (Duraphat) in preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol* 1979; 7: 241-245.
- Autio-Gold JT, Courts F. Assessing the effect of fluoride varnish on early enamel carious lesions in the primary dentition. *J Am Dent Assoc* 2001; 132(9): 1247-1253.

89. Weintraub J, Ramos-Gomez F, Jue B, Shain S, Hoover CI, Featherstone JDB, *et al.* Fluoride varnish efficacy in preventing Early Childhood Caries. *J Dent Res* 2006; 85(2): 172-176.
90. Moberg Skold U, Petersson LG, Lith A, Birkhed D. Effect of school-based fluoride varnish programmes on approximal caries in adolescents from different caries risk areas. *Caries Res* 2005; 39(4): 273-279.
91. Petersson L, Arthursson L, Ostberg O, Jonsson G, Gleerup A. Caries-inhibiting effects of different modes of Duraphat varnish reapplication: a 3-year radiographic study. *Caries Res* 1991; 25: 70-73.
92. Skold L, Sundquist B, Eriksson B, Edeland C. Four-year study of caries inhibition of intensive Duraphat application in 11-15-year-old children. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994; 22: 8-12.
93. Weinstein P, Riedy CA, Kaakko T, Nakai P, Milgrom P, Domoto P, *et al.* Equivalence between massive versus standard fluoride varnish treatments in high caries children aged 3-5 years. *Eur J Paediatr Dent* 2000; 2(2): 91.
94. Hardman MC, Davies GM, Duxbury JT, Davies RM. A cluster randomised controlled trial to evaluate the effectiveness of fluoride varnish as a public health measure to reduce caries in children. *Caries Res* 2007; 41: 371-376.
95. Hawkins R, Noble J, Locker D, Wiebe D, Murray AM, Wiebe P, *et al.* A comparison of the Costs and Patient Acceptability of Professionally Applied Topical Fluoride Foam and Varnish. *J Public Health Dent* 2004; 64(2): 106-110.
96. Quinonez RB, Stearns SC, Talekar BS, Rozier RG, Downs SM. Simulating cost-effectiveness of fluoride varnish during well-child visits for Medicaid-enrolled children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006; 160(2): 164-170.
97. Kallestal C, Norlund A, Soder B, Nordenram G, Dahlgren H, Petersson L, *et al.* Economic evaluation of dental caries prevention: a systematic review. *Acta Odontol Scand* 2003; 61(6): 341-346.
98. Marinho VCC, Higgins JPT, Logan S, Sheiham A. Fluoride gels for preventing dental caries in children and adolescents *Cochrane Database Syst Rev* 2002, Issue 1. Art. No.: CD002280. DOI: 10.1002/14651858. CD002280.
99. Van Rijkom HM, Truin GJ, van 't Hof MA. A meta-analysis of clinical studies on the caries-inhibiting effect of fluoride gel treatment. *Caries Res* 1998; 32(2): 83-92.
100. Van Rijkom HM, Truin GJ, van't Hof MA. Caries-Inhibiting Effect of Professional Fluoride Gel Application in Low-Caries Children Initially Aged 4.5-6.5 Years. *Caries Res* 2004; 38(2): 115-123.
101. Truin GJ, van't Hof MA. Professionally Applied Fluoride Gel in low-caries 10.5 year-olds. *J Dent Res* 2005; 84: 418-421
102. Truin GJ, van't Hof MA. Caries Prevention by Professional Fluoride Gel Application on Enamel and Dentinal Lesions in Low-Caries Children. *Caries Res* 2005; 39(3): 236-240.
103. Truin GJ, van't Hof MA. The effect of fluoride gel on incipient carious lesions in a low-caries child population. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35: 250-254.
104. Warren DP, Henson HA, Chan JT. Dental hygienist and patient comparisons of fluoride varnishes to fluoride gels. *J Dent Hyg* 2000; 74(2): 94-101.



## 第13回 認証ミーティング/講演会

2016年7月3日(日) 12:30 ~ 講演会 14:30 ~

東京八重洲ホール(地下ホール)(東京駅八重洲口) 東京都中央区日本橋 3-4-13 (<http://yaesuhall.co.jp/>)

● 認証申請：3月末日 締め切り (2016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、お早めに申請をしてください。

● 公募条件：ステップアップガイドの必要条件 ([http://healthcare.gr.jp/newhp/?page\\_id=106](http://healthcare.gr.jp/newhp/?page_id=106)) をクリアしていること。

メンテナンス率について以下の基準をクリアしていること。

基準1  $\frac{\text{メンテナンス来院}}{\text{月の来院者総数}}$

ヘルスケア型診療に移行して経年的に増加するが、30%以上になっていることが望ましい

基準2  $\frac{\text{メンテナンス来院者数 (2015年)}}{\text{2012年純初診来院者数}}$

診療所の来院患者の年齢構成、人口流動性、地域性、紹介患者率などによって全く異なるので一律の数値は求めない。

## 書 評

## デンタルハイジーン別冊 歯科衛生士のための カリオロジー 知っておきたい40のポイント

著者；伊藤 中  
出版；医歯薬出版出版  
2015年12月  
定価；3,200円（税別）

学会の前身・日本ヘルスケア歯科研究会創立当時から主要メンバーである伊藤中さんが、カリオロジー（う蝕学）を理解し臨床に生かすためのわかりやすいテキストを出版されました。拝読しての感想ですが、本書は「医院スタッフ皆でう蝕学とう蝕診療を学ぶための現時点での決定版」と言える内容でした。その理由は以下の通りです。

### 1. 著者の伊藤さんがあたかも語りかけのような平易で親しみのある文章

どんなに素晴らしい内容の本でも、読まないことには始まりません。多くの歯科医療関係者に読んでほしい、知ってほしいと願う著者の情熱と心遣いが全体を通して感じられます。その「体温」こそが、本書をより魅力的にしているのだと、第一に思いました。

### 2. 見開きごとに一つのテーマを解説

この本はカリオロジーを学ぶために、40のテーマと10の症例から構成されています。それぞれのテーマは独立した内容となっており、最初から通読しなくても興味をわくテーマから読み始めることもできます。例えば、院長はそのときど

きに必要な内容をピックアップしてスタッフと勉強、あるいは情報共有を進めることができるのです。

### 3. どのページにも図や症例写真が満載

本書に目を通すとわかりますが、図・写真がたいへん豊富です。しかも、「どこかで見た図」ではなく、著者オリジナルのイラストであったり、伊藤歯科で撮影された「現場」の写真であったりと、それらを見るだけでも興味をそそられます。そんな神経が通った図だからこそ、解説文を読むだけでも各テーマについて容易に把握することができるのです。

### 4. すべての内容が臨床する人の立場で記述

2011年から大阪大学歯学部臨床准教授に就かれている著者ですが、本業は20年以上の開業歴をもつ臨床医です。そして1993年の開業当初から全来院患者の口腔内写真を撮影し、資料を採取してこれたとお聞きしています。そんな著者の膨大なカリオロジーについての知識・経験のエッセンスが本書に集約されているでしょう。だからこそ、我々にとって非常に理解しやすく、自院にも落とし込みやすくなっているのだと思います。

### 5. 文面の各所に様々な工夫

見開きの左下を見ると、各テーマごとに必ず1つ以上の参考文献が記載されています。単なる個人的な推測や意見で書かれていないことの表れです。さらにその文献をPubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>) 等で検索すれば、アブストラクト（抄録）を読んで、より知識を深めることもできます。

また、各解説文の重要語句には、それに関連する別ページに飛べるようタブがついています。まさにインターネット・ウィキペディア時代にふさわしい立体構



成となっています。

### 6. 病因論からマネジメント法、そして最新情報までバランスよく網羅

最新情報としては、Chapter3-34にて今後注目されるであろうう蝕の「活動性」とICDASの関連についても触れられています。

### 7. 最終章（Chapter4）では実際の臨床例を紹介

う蝕管理を時系列に連続した口腔内写真で解説したのですが、一患者にとどまらず家族の写真も示されています。とくにCase1～4は小児患者やその家族に対して何を意識して、どのように対処・指導したかが具体的な文章で綴られており必見でしょう。

以上のように内容もそうですが、編集にも大変気が配られている良書の誕生です。なぜこの内容でこの価格なのか？ぜひ1冊購入されて院長自ら目を通してみてください。「これはいいな」と思われたら、それをポイッとスタッフに手渡すのではなく、数冊購入しドクタースタッフともに少しずつ輪読されることをおすすめします。いい本は声を出して読むことで確実に内容が頭に入ってくるからです。最後は私の個人的意見を失礼しました。

（藤原夏樹・広島市開業）



## 4月から定期管理型の予防ケアが保険診療に組み込まれます

中医協が2月10日に答申した平成28年度診療報酬改定案(歯科)で、「かかりつけ歯科医機能強化型」という新たな歯科診療所のカテゴリーを創設され、そこで初めて定期管理型の予防ケアの評価が組み込まれました。歯科では、これまでも「う蝕多発傾向者(13歳未満)」に対する継続管理のように、疾病保険にもかかわらず重症化を予防するためのケアを評価する点数が組み込まれてきました。しかし、これはあくまでもすでに疾患の進行した患者さんに対して重症化予防に関する処置を評価するものでした。

今回の改定で、「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」に算定が認められることになった「エナメル質初期う蝕管理加算260点」「歯周病安定期治療Ⅱ上限830点」は、重症化予防という解説ながら、事実上明確に定期管理型の予防ケアを保険診療に組み込んだものといえるでしょう。目下の厚労行政の最重点課題が地域包括ケアシステムにおける地域完結型医療の推進にあるため、その政策の一環に位置づけるために「かかりつけ歯科医機能」の施設基準<sup>注1)</sup>として①歯科訪問診療料の算定が掲げられていますが、わずかでも歯科訪問診療をしていて算定があればいいのです。その他、②歯科衛生士が配置されている、あるいは③歯科医師が2名以上在籍という容易にクリア可能な施設基準です。

この改定により、わが国の歯科保険が、大きく定期管理型の予防ケアにシフトすることになると言えます。

### ●エナメル質初期う蝕管理加算

エナメル質初期う蝕管理加算には、フッ化物歯面塗布処置、機械的歯面清掃処置、口腔内写真検査、フッ化物洗口に関する加算が包括されます。点数の多寡は議論のあるところでしょうが、施設基準をつけたうえで、エナメル質初期う蝕管理に必要な処置を歯科医師の判断に委ねて包括化したことは評価できません。

またフッ化物歯面塗布の算定要件について、従来、う蝕多発

傾向者に限定していたものを「エナメル初期う蝕」罹患者とした点にも、予防シフトが明確です。

### ●歯周病安定期治療(Ⅱ)

歯周病安定期治療(Ⅱ)月1回<sup>注2)</sup>は、病状安定期にある患者に対する定期的・継続的な管理を評価するものです。

1. 1歯以上10歯未満 380点
2. 10歯以上20歯未満 550点
3. 20歯以上 830点

現行の歯周病安定期治療を歯周病安定期治療(Ⅰ)として、新たに歯周病安定期治療(Ⅱ)を創設したもの。歯周病検査、口腔内写真検査、機械的歯面清掃処置、歯周基本治療、歯周疾患処置、歯周基本治療処置は包括されます。

包括化はかつて「まるめ」と呼ばれ、報酬削減につながるものが非難されてきましたが、個々の行為に点数を細かく貼り付ける点数表は、医療の結果よりも医療行為に重きを置くという傾向があるため、必ずしも好ましいものではありません。むしろ施設基準により歯科診療所の差別化を促し、その診療所カテゴリーに応じた評価に一步進んだ点を評価すべきでしょう。

また、歯周病安定期治療(Ⅰ)の算定要件について、従来、中等度以上の歯周病を有するものであったところ、「4mm以上の歯周ポケットを有するもの」になり、この点でも初期段階での予防重視の姿勢が明確に示されました。

### ●在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料

今回の改定では、さらに新たに在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料(100点、月4回)を創設し、当該指導管理料の加算として評価されることとなります。

評価の違いを明確にすることで一般歯科診療所から在宅療養支援歯科診療所を差別化してきたわけですが、今回の、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の創設によって差別化路線が一段と進むことになると言えそうです。(文責：秋元秀俊)

注1)「かかりつけ歯科医機能強化型診療所」とは

歯科疾患の管理が必要な患者に対し、定期的かつ継続的な口腔の管理を行う診療所であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。

[かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準]

- (1) 歯科診療所であること。
- (2) 歯科医師が複数名配置されていること、あるいは、歯科衛生士が1名以上配置されていること。
- (3) 歯科外来診療における医療安全対策に係る研修、高齢者の口腔機能管理に係る研修を受けた常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
- (4) 歯科訪問診療料、歯科疾患管理料、歯周病安定期治療及びクラウ

ン・ブリッジ維持管理料を算定していること。

- (5) 緊急時の対応を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (6) 当該地域において、在宅療養を担う保険医、介護・福祉関係者等との連携体制が整備されていること。
- (7) 医療安全対策につき十分な体制が整備されていること。

注2)「歯周病安定期治療(Ⅱ)」とは

一連の歯周病治療終了後、一時的に病状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持するためのプラークコントロール、歯周病検査、口腔内写真検査、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、咬合調整、機械的歯面清掃等の継続的な治療、SPT(サポートペリオドンタルセラピー)のこと。

# ヘルスケア フォーラム

## ヘルスケア実践セミナー Part 1

2015年11月22・23日 コスモスクエア国際交流センター

### 開催報告

11月22日～23日の2日間、宿泊型研修施設であるコスモスクエア国際交流センター（大阪市住之江区）においてヘルスケア実践セミナーが開催されました。ヘルスケアの考え方を学ぶ、実践例を知る機会としては、かつて2日間の基礎コースがありましたが、今回は全員が同じところに宿泊するという初めての試みでした。入会したばかりで開業前のビギナーから開業後30年越えのベテランまで、20名余りが全国から集いました。別名「藤木塾」ですので藤木省三さんのレクチャーあり、チューター役の会員を交えた活発な意見のやりとりや情報交換あり、次回2016年4月Part2までの各自の課題ありと充実した2日間でした。

ともすればマニュアルを求めがちな初心者にはヘルスケア歯科学会は各自で考えることを求めて戸惑わせることが多いです。そこで今回はベースとなる考え方と共通する基本を学んだうえで、以下の点に配慮しました。

①各自の置かれた状況にある程度知った



うえでアドバイス

②同じような立場の人と知り合うことで切磋琢磨

③メーリングリストなどで継続したフォロー

今回学んだことを参加者が各医院でどう実践に結びつけたかを、短期的には4月のPart2で発表、長期的には様々な機会でも会員の皆さんにご覧いただけるようになることを信じています。

（次回開催は未定ですが、参加希望の方は事務局までご一報下さい。）

（丸山和久・神戸市開業）

### はだかになれた宿泊型実践セミナー



研富健二

（徳島県藍住町開業）

運よく開業当初から参加している勉強会（ADF）でヘルスケア認証診療所の方との出会いがあり、徐々に医院の進みたい方向性は決まっていきました。ただ開業して6年目、今後どうしたらいいのか迷っていました。そんなときADFにいられていた藤木省三さんと丸山和久さんと直接お会いし、話に引き込まれ「藤木塾」でじっくり学んでみたいと思いました。

セミナーは23名の歯科医師と4名の講師とで行われました。高橋啓さんのスライドから始まり、「ヘルスケアとは何なのか」を話してくれましたが、ヘル



スケア歯科学会関連セミナー初参加の私は、自分がまったく理解していないことを知りました。続いて藤木さんが、病因論をしっかりと理解し、資料を取り管理しそれを検証することの重要性を教えてください、それこそが「ヘルスケア」なのだと感じました。

参加メンバーの自己紹介プレゼンの間には高木さんが自分の体験談など司会進行しながら話してくださり、アットホームな雰囲気が進んでいく環境が講師の方々によって作られていきました。

そのおかげで、懇親会後のミーティングは初めて会った同士とは思えない雰囲気の中、同じように悩んでいることを共感し、講師も的確なアドバイスをくださいました。宿泊型のセミナーだったので、エンドレス？と思うほど話はつきず夜が更けていきました。

セミナー最後に、今後の目標と次回にその経過を発表することが宿題として伝えられました。私は「口腔内写真とデンタル10枚を確実に撮る」としましたがこれが今まで当院にとってなかなか壁が厚く実践できていないことです。ただ今回のセミナーで継続して管理し検証していくことの大切さを学び、今度こそと熱く決心しました。他にも熱くなっている人が多く、あれもこれもしたい気持ちが出ていました。けれど講師の方からは具体的に目標を立て、できることから少しずつ進めていくようにとアドバイスいただき、はやる気持ちを抑えて合宿を終えました。

今回参加して、ヘルスケア型診療はこ



うじゃないとだめだという型にはまった概念がなくなり、基本的なこと以外はそれぞれの歯科医院で作り上げていくことが大事だとわかりました。それで本当に肩の力が抜けました。けれど細かい部分はやっぱりわからない…。そんなときは質問をメーリングリストで出しながら進めることができ、頼もしく安心できる毎日です。講師のアフターフォローもすごいのです。今回、同じ志を持った仲間が多くでき、今後ヘルスケア型診療を目指すことを再度強く決心できた貴重なセミナーでした。

「患者さんを医院全体でみられるような医院作り」を目標にしました。



西村 誠  
(西村歯科医院勤務)

日に日に寒さをます11月末、ホテルコスモスクエア国際交流センターにて、初開催となる宿泊型ヘルスケア実践セミナーに参加しました。

まず、会場について驚いたのは28歳から64歳までという参加者の年齢の幅広さでした。私は参加者の中で二番目の若手でしたが、先輩方のヘルスケア熱に圧倒されてしまいました。

藤木省三さんの講義では、患者さん一人ひとりについてしっかり見るためのエッセンスが語られました。一人の患者さんをしっかり診るとするのは当たり前のことなのですが、日常の臨床では今ある疾患に対して目がいきがちです。藤木さ

んは時間軸を考え患者さんの将来も見越した診療の大切さを教えてくれました。

そのために、歯科衛生士、歯科助手、受付スタッフ全員の力をフル活用し、歯科医院全体で患者さんを見ていくシステムが必要です。私が入り入れたいと思ったものは、「3歳児ならこのこと、5歳児ならこのことを聞いたりチェックしましょう」というリストで、それぞれ細かく項目が書かれていて、新人の方でも「この年代の子ならこのことに気をつけるんだな」と分かりやすく、情報の取り漏らしなどが防げるようになるとともにスタッフのスキルアップにもつながると感じました。

また、藤木さんの言葉で印象に残ったのは「スタッフは本当に患者さんのことを考えて一生懸命頑張っているのが、はっきりさせるようなことをさせてはだめ」というものでした。自分の医院のスタッフも皆患者さんのためにと考えて仕事をしてくれているので、その患者さんが来られなくなったり悪くなっていくのを見ると、頑張った分がっかりしてしまいます。自分はその頑張りに見合った結果をしっかり出せるような医院にしていくとともに勉強を怠ってはいけないと思いました。

また、今回のセミナーでは自己紹介のプレゼンもあり、いろいろな方の考え方や悩みを垣間見ることができました。Fさんの九死に一生の話と術後自分のセフ

アロを撮ったらプレートのねじが足りてなかったという話や、Sさんの開業日にあわてて追加のチェアを発注した話など、人が興味を引く話をはさみながらプレゼンをする、自分にはそんな余裕がなかったなど感じ、患者さんとのコミュニケーションにも通じるものがあるなど、ひそかに反省していました。

さて、今回の宿泊型セミナーではそれぞれ次回までの課題を掲げ、4月にその成果を発表することになっています。

私は患者さんをもっと医院全体でみられるような医院作りができるように、ヘルスケア歯科学会の先輩方の医院を見学させてもらい、患者さんからよりスムーズに情報を聞き出す工夫、スタッフとのミーティングやサブカルテの具体的な活用方法などのスタッフとの情報共有の工夫、自分の医院からの患者さんへの情報発信の工夫などを学ばせてもらい、取り入れていくことを目標にしました。具体的に、短期的でも目標を掲げることで、漠然としたものではなく、現実的にやるべきことを考えやすくなりました。

4月までしっかりと今回のセミナーで得たモチベーションを維持し、次回の4月には成長した姿を皆さんにお見せできればと考えております。

私は、院長とヘルスケア型の診療所作りに取り組んできましたが、こうして“ヘルスケア”をじっくりと学ぶ機会を与えてくださった皆様に感謝します。



## ヘルスケア北海道第5回例会

2015年12月5日 オサダ札幌営業所ショールーム

## 報告

重巢 凜 (dental office  
おおとも勤務)

大粒の雪の花が舞い荒ぶ12月5日、北海道札幌市に市内近郊の4医院が集結し、2015年最後となる例会が行なわれた。

まず、10月に行われたヘルスケアミーティングについての報告があった。「臨床の振りかえり」というテーマの通り、資料やデータを振りかえり実践することで医院が向上し、それにより患者さんが治

癒し、健康を維持し、守り育てていくことができるのではないかというお話には同意するばかりである。

また、ヘルスケアミーティング2015ではヘルスケア北海道所属の歯科衛生士堀祐子さん(さいとう歯科室)が、デンタルX線写真撮影を拒む患者さんとどう向き合うかという発表をされていた。そこで今回さいとう歯科室の斉藤仁さんに、放射線被曝の講義をしていただいた。焚き火にたとえると炎が放射性物質で、暖かさや光が放射線であるという表現はとても理解しやすかった。学生時代に学んだ基礎の復習から、放射線の何が生物に

悪いのか、影響の分類、医療機器の実効線量、線量比較の方法や個人の線量限度など、理解が置いてけぼりにならぬよう必死にはなりながら、非常に興味深く、求めていた情報を満たすことができた。患者さんが撮影を拒むとき、なぜ拒むのか、患者さん自身が被曝について理解できているのかを把握すること、こちらが撮影の安全性を理解しておくことが大切で、また安心できるような情報と環境を提供することが私たちにできることなのではないだろうかと感じた。

この日の例会では初めて参加される方もおられた。広い大地北海道のまだ小規模なこの会が、今後少しずつ開拓されていくかもしれないと思うと、深雪が解けていく様さえ一興と感じられるほど、可能性に胸が弾んでいる。



## シャープニングで「こうも違うものか」

山本友里香 (歯科衛生士・  
ばん歯科医院)

今回の基礎コース1日目では、講義はカリエス、歯周病、PMTC、実習ではシャープニングについて学ばせていただきました。私は今までPMTCをメンテナンスの一環、歯面研磨だと思っていましたが、今回、PMTCは予防プログラムの一部だということを知りました。患者さんのモチベーションを上げたり、セルフケアの支援をしたりすることが目的であり、予防をするだけではないと知り、と



ても勉強になりました。

またシャープニング実習では、普段使用して自分でシャープニングしたものと、講師の落合真理子さんがシャープニングしたキュレットの切れ具合を比較することができましたが、自分のものはまったくシャープニングされていないので、こうも違うものかと思いました。シャープニングももちろん大事だけれども、テストスティックを用いての確認が1番のカギを握っていることを教わりました。これからはこまめにシャープニングし、切れるキュレットでSRPを行っていきたいです。

基礎コースも残すところあと2日となりました。そのうちの1日は検定ですのでたくさん練習をして本番頑張りたいです！

## 歯科衛生士育成プログラム 基礎コース③④

2016年1月5日 神戸常磐大学

## 目標は、検定後の懇親会に笑顔で出席

柳 麻子 (歯科衛生士・  
すぎ歯科クリニック)

2日目の午前中に歯周基本検査の模擬検定がありました。「模擬やし!」と思っても、緊張… 至近距離で覗き込むその近さにまた緊張… 緊張のあまりついプロービング圧が強くなってしまったことも、気づいて緩めたこともすべて見抜かれていて、またドキッ…

認定試験合格、ヘルスケア歯科衛生士という同じ目標を持った仲間との空間がとても心地よくて、すごくいい刺激になっています。

模擬検定後、昼食をとりながら皆で慰めあったのが、『良い思い出』になればいいなあ…



# 東京 HCG 診療所づくりミーティング

2016年1月17日

## 臨床データ活用の意義 点から線、そして面の診療へ



米山吉洋 (千葉市開業)

2016年1月17日、穏やかな冬空が広がる中、東京ヘルスケアグループの診療所づくりミーティングに参加しました。

今回のテーマは、「臨床データについてどのように活用するか」。

杉山精一さんからは、日々の臨床データを蓄積し、それらがデータとして生かせるのは5年以上かかるというお話でした。杉山さんは、ORCAで世界のカリオロジーの第一人者たちとディスカッションする機会をもち、その中で臨床医ならではの臨床データを発表してきた経緯を示されました。

ORCAのシンポジストの話として、う蝕は特定の細菌の感染症ではなく、マイクロバイオーームという概念を理解して常在菌を生態学的に理解すべきだと話して

いたことを紹介されたことは興味深い内容でした。また杉山さんはビデオの中で、発表後の質疑に質問者が何を言っているかを理解できず、頭が真っ白になっている姿を示されましたが、そのような渦中に身を置く杉山さんに私は感動を覚えました。

田中正大さんからは、デンタルXでのデータ管理の実際について、紹介がありました。インターネット経由で田中歯科のリスク管理を具体的に示されるなかで、自院データを地域や学会全体と比較検討していくと、大変重要であることを話されました。

プラネットの内山さんは、デンタルXを活用した歯科医院システムの構築のお話でした。デンタルXは1997年の発売以来、2015年にはユーザー数は、4,960件となり、そのなかでいくつかの進化をしてきた背景を紹介されました。今後はリスク統計だけでなく、レセコン、予約管理、

食育に至るまで網羅してく計画をお話ししていただきました。ちなみに東京ヘルスケアグループのデンタルXユーザーの割合は、9割以上となっています。

午後は、安田直美さん、沼澤秀之さんがそれぞれリスク統計の活用の現状を、医院の事情に照らしながら話されました。特に沼澤さんは、インプラントを中心に学会などでの発表機会が多く、今後はヘルスケア型歯科医院のなかでインプラントの5年、10年の長期経過症例を発表していくという目標があるようです。

私自身、データの蓄積はしていますが、集計までは手つかずのままとなっています。点から線、そして面の診療へつなげていくことで、多くのヘルスケア型歯科医院が共有できるビッグデータとなっていくに違いありません。



### 兵庫ヘルス講演録発刊のお知らせ

昨年の8月に行われた兵庫ヘルスの岡歯科医院、大西歯科合同セミナーとその前に行われたヘルスケア・ウエストでの岡歯科医院の発表スライドが講演録となりました。

約120ページにもおよぶ講演録には、当日配布資料では省いた症例も含むすべてのスライドが掲載されています。内容は、歯科衛生士の成長から、基本的な歯周治療、重度の症例への対応など多岐にわたっています。発表者はほとんどが20年以上勤務している歯科衛生士なので、歯科衛生士だけでなく歯科医師でも何度も読めば読むた

びに新しい発見があると思います。

ももとはセミナー参加者向けに作りましたが、少し余分がありますので、ご希望の方は下記までご連絡ください。

(藤木省三)

連絡先：丸山歯科医院

maruyama.dental@icloud.com

ご希望の方はメールにてお問い合わせください。

1冊 3,500円(送料込)



2016年7月17日(日) 9:30～

かでの2・7 4階大会議室 (道民活動センタービル4階 JR札幌駅南口徒歩10分)

ヘルスケア型診療を実践している医院のほとんどが必ず一度はスタッフとともに参加しているワンデーセミナー。いわばヘルスケア型診療の登竜門です。今年唯一のワンデーセミナーが今夏札幌で開催されます。これを逃すとしばらく開催の予定はありません。これからヘルスケア型診療を目指している若手の診療室、なかなか踏み出せない中堅、ベテランの診療室、個人での参加ももちろん大歓迎です。

開催日は海の日の連休です。院内旅行を兼ねて、スタッフと一緒に参加してみませんか？ セミナー終了後に懇親会も予定しています。セミナーでやる気をもらい、懇親会で北海道の海の幸を満喫し、院長、スタッフの絆を深めて帰ってもらいます。開催の7月は、北海道では気候の良い時期ですので、飛行機、宿泊は早めの予約が必要です。院長のすばい決断が医院の未来を決定します。今すぐ申し込みを！

|   |  |          |    |         |  |     |          |      |    |         |  |     |         |
|---|--|----------|----|---------|--|-----|----------|------|----|---------|--|-----|---------|
| <p>□ 講師 藤木省三 (神戸市開業 日本ヘルスケア歯科学会副代表)<br/>高橋 啓 (愛媛県開業 コアメンバー 北海道医療大学 11 期卒)<br/>大友 康資 (札幌市開業 北海道医療大学 8 期卒)<br/>山本 修平 (神戸市開業 北海道大学 28 期卒)<br/>斉藤 仁 (札幌市開業 コアメンバー 北海道大学 19 期卒)<br/>丸山 和久 (神戸市開業 北海道大学 16 期卒)<br/>現場の歯科衛生士も 3 人登壇予定です！</p> | <p>□ 参加費</p> <table border="0"> <tr> <td>歯科医師</td> <td>会員</td> <td>8,000 円</td> </tr> <tr> <td></td> <td>非会員</td> <td>12,000 円</td> </tr> <tr> <td>スタッフ</td> <td>会員</td> <td>3,000 円</td> </tr> <tr> <td></td> <td>非会員</td> <td>6,000 円</td> </tr> </table> <p>※参加費には昼食代が含まれます</p> | 歯科医師     | 会員 | 8,000 円 |  | 非会員 | 12,000 円 | スタッフ | 会員 | 3,000 円 |  | 非会員 | 6,000 円 |
| 歯科医師  | 会員   | 8,000 円  |    |         |  |     |          |      |    |         |  |     |         |
|   | 非会員  | 12,000 円 |    |         |  |     |          |      |    |         |  |     |         |
| スタッフ  | 会員   | 3,000 円  |    |         |  |     |          |      |    |         |  |     |         |
|   | 非会員  | 6,000 円  |    |         |  |     |          |      |    |         |  |     |         |

□ お申し込みは…

日本ヘルスケア歯科学会事務局まで FAX または email にて Fax 03-3260-4906 center@healthcare.gr.jp



## スタッフと学ぼう！ 患者さんの歯を守るためのチーム医療

in 仙台

2016年7月31日(日) 10:00～16:30

東北大学歯学部 B1 講堂 (仙台市青葉区星陵町 4-1)

ヘルスケア型歯科診療… 初めて聞く言葉かもしれませんが、この中には「地域に根ざしたホームドクター」が患者さんの歯を守るために必要な全てのことが詰まっています。その実践には歯科医師だけではなく、歯科衛生士をはじめとしたコデンタルスタッフとのチーム医療が欠かせません。この度、日本ヘルスケア歯科学会では歯科医院でのチーム医療を実現するためのセミナーを企画いたしました。歯科医院のスタッフ(歯科衛生士・歯科助手・受付)と参加することで明日からの臨床をきつとやりがいのあるものにしていけると考えています。

ヘルスケア型診療ってなんだらう？ 藤木省三  
ヘルスケア型診療所の実例 田中正大  
ヘルスケア型診療所に勤務してみた 飯村唯 (歯科衛生士)  
上田歯科のチーム医療 上田康弘  
チーム医療の大切さ 藤木省三 **DR**  
質疑応答・ディスカッション **REC**

|                         |          |
|-------------------------|----------|
| □ 参加費                   |          |
| 1 医院につき                 | 20,000 円 |
| スタッフ 1 名追加ごとに           | +3,000 円 |
| 東北大学 学内関係者 (学生・歯科衛生士含む) | 3,000 円  |
| その他の勤務医・学生・院生・研修医       | 5,000 円  |
| ※参加費には昼食代が含まれます         |          |

□ 定員 50 名

□ 対象 歯科医師、歯科衛生士、歯科助手・受付

□ お申し込みは…

日本ヘルスケア歯科学会事務局まで FAX または email にて Fax 03-3260-4906 center@healthcare.gr.jp  
このニュースレターに同封のパンフレットをご利用ください。

