

# HEALTH CARE

The Newsletter of the Japan Health Care Dental Association

vol.3 no.6

(年間6回刊行・通巻018号)



日本ヘルスケア歯科研究会  
事務局 東京都文京区関口1-45-15-104

☎ 03-5227-3716

Fax. 03-3260-4906

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

E-mail : center@healthcare.gr.jp

編集代表 伊藤 中

編集制作 有限会社 秋 編集事務所

研究会入会金 歯科医師 5,000円  
                  その他 3,000円  
研究会年会費 歯科医師 12,000円  
                  その他 6,000円  
郵便振替口座 00190-7-407895  
口座名義 日本ヘルスケア歯科研究会

## 重要なお案内

### ● 2001年度会費納入に関して

本号発送時点でお支払いいただけない方々には、郵便振替票を同封いたしましたので、お手続き下さいますようお願い申し上げます。行き違いがございましたらお許し下さい。

## 催しものご案内

### ① 第4回 国際シンポジウム

テーマ：歯科医療における患者利益

日程：2001年3月18, 19日

会場：砂防会館 別館・東京

申込み方法：参加費支払い用郵便振替票を同封いたしましたので、お支払いいただけない方はご利用下さい。

▷ 詳細p.16

### ② フォーラム東京・

スタッフミーティング

日程：2001年4月14日

会場：中野サンプラザ8F 研修室

テーマ：う蝕予防を再考する

満席になりましたので受付は終了いたしました。

## 生涯を通じた 口腔保健の向上に向けて

吹田市開業 岡 賢二

「1999年度歯科疾患実態調査」によれば、12歳児のDMFTは2.44となり、昭和62年の4.93、平成5年の3.64に比べると減少している。このような減少傾向がどの年齢にも起こり、12歳児においても齲蝕予防先進国のように平均DMFTが1以下になっていくことが今後期待される。それにはカリオロジーが歯科関係者や一般国民によりよく理解されること、予防や予防的な治療が様々なレベルで実施されていくことが重要であり、まだまだ道のりは遠いというのが実感である。

医院に来院する患者のう蝕の罹患状況を把握するために、『ウイステリア』に入力された岡歯科のデータから、1996年から2000年の5年間に来院した5～17歳の児童645名を検索してみた(図1)。このグループの初診時平均DMFTは2.4で、約50%の320名が初診時DMFTは0であった。DMFT 1が56名、2が59名と合わせて67.4%がDMFT 2以下であった。このことだけを見るとう蝕レベルの改善と受け取りがちだが、図1のようにDMFT 10以上というものが39名(6%)存在しており、カリエスリスクの非常に高い人たちの存在がはっきりしてくる。

1999年の「保健福祉動向調査」(15歳以上、33,427名)からは、定期的に歯科医院を受診しているものは2%程度である。つまりリスクの低いものも、高いものも定期的には専門家の管理をほとんど受けていないことが伺える。このような状況では、リスクの低いものも新たなう蝕を生じたり、歯周病に罹患したりするであろうし、カリエスリスクの高いグループでは、治療・再治療が繰り返されるであろう。

図2は過去3回の「実態調査」で30歳以上の現在歯数とDMFTを比較したものである。30代以降を見ればDMFTについてははっきりした改善は見られないようである。また各年代において現在歯数は改善傾向にあるが、50歳以降の10年間にいずれの調査においても5本以上の歯を喪失していくことがわかる。

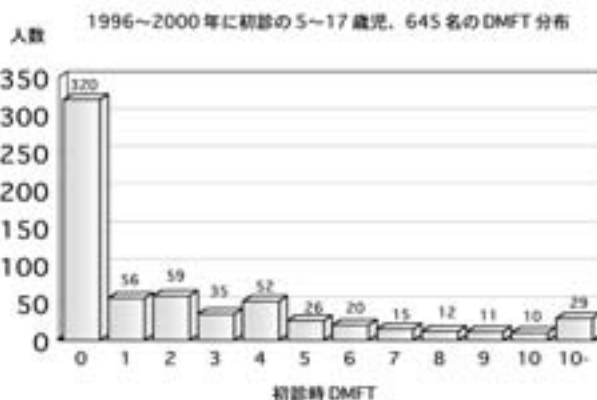


図1 当院来院の5～17歳児の初診時DMFT分布(1996～2000年来院者645名)

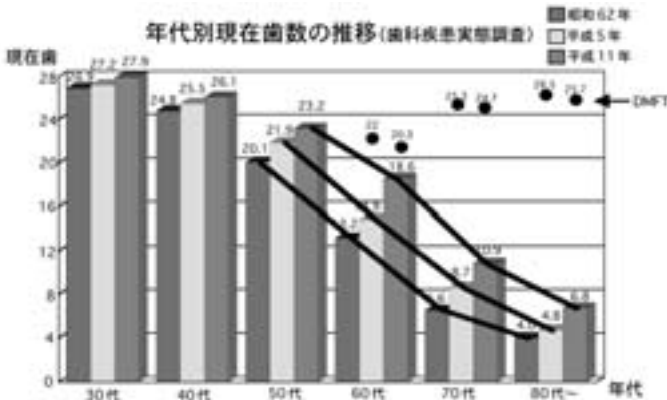


図2 年代別現在歯数の推移(昭和62年, 平成5年, 平成11年の「歯科疾患実態調査」より)

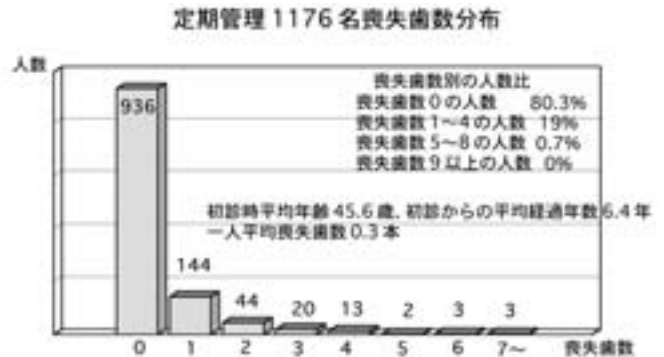


図3 当院における定期管理患者の喪失歯数分布(1,176名)

補綴の二次う蝕, 根面う蝕, 再治療の繰り返しによる歯の破折, 未治療の歯周病 etc., 臨床現場では多数の問題に振り回され, 患者は歯を急激に喪失していくのが, 現在の50代以降の実態であろう. これは決してこの年代だけの問題ではなく, 前述のように学童期からの予防管理不足・ハイリスクグループへの対応不足などが背景にあると考えられる.

岡歯科で定期管理している1,176名(初診時平均年齢45.6歳, 初診からの平均経過年数6.4年, 1人平均喪失歯数0.3本)では10年に換算して1人平均喪失歯は0.47本である(図3). 「実態調査」とを比較してみると定期管理によって歯の喪失はかなり防ぐことができることがわかる.

昨年厚生省より発表された「健康21」では「60歳代で半分(14歯)の歯を失い, 80歳代では約半数の人がすべての歯を喪失している」と述べ, このような歯の喪失を防ぐための数値目

標として「定期的に歯石除去や歯面清掃を受けているものの割合を30%以上」と掲げている.

日本ヘルスケア歯科研究会では, 探針問題やフッ化物のアンケート調査・分析を行い, 国際講演会・学術講演会などを通じて国民の口腔の健康の向上のために様々な提言を行ってきた.

昨年10月に新潟で行われた講演会で議論されたように, 生涯を通じた口腔の健康の維持管理には, どの年代においても, カリオロジーやペリオドントロジーに基づいた診療所レベルの予防管理が重要である. そしてこのような予防管理のデータを各医院が蓄積し, その効果を検証していく必要が今後ますます重要になると思われる.



## 「歯科診療に関するアンケート調査」速報

個々の歯科医院は患者さんからどのように評価されているのでしょうか? 定期管理にかよっている患者さんは, その価値を十分理解しているのでしょうか? 定期管理を受けていない患者さんが受けない理由は? 今日, ホテルでも, デパートでも, 銀行でも「顧客満足度」を高めることに無関心なサービス業は, 成り立たないと言われていました. もちろん医療機関には, 患者はいても顧客はいません. 悪くなるのを待って, 痛くなって来院した患者さんに, 抜髄・抜歯・補綴処置をしている歯科医院であれば, 「予防に理解を示さない患者はデンタルIQが低い」と断ずればこと足りたのです. しかし, 患者利益を優先し, 健康を守り育てると言うならば, 私たちはつねに患者の声に耳を傾ける必要があります. そこで日本ヘルスケア歯科研究会では, 患者さんが歯科医院をどのように評価しているか調査する事業を始めます. 手始めに, 評議員と評議員候補の診療機関のなかから協力者を募り, 昨年末調査をしました. また, 協力診療所には開業年数, 受診者のおおよそ年齢構成, 保険/自費診療比率, スタッフの構成, 定期管理の内容などを尋ねました. 調査用紙の作成と今後の分析には, 東京医科歯科大学医歯学総合研究科医療経済学教室(川淵孝一教授, 担当:寺岡加代講師)の協力を得ています. なお, 調査項目の詳細はホームページ上で公開しています. ここでは調査のあらましと, 単純集計値を報告します.

### 調査方法・回収率

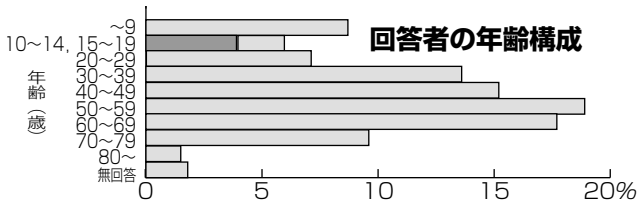
調査対象は, 39の診療所に12月4日から15日までに来院した患者で, 調査用紙がなくなるまで無差別に調査用紙と料金受取人払いの返信用封筒を配布していただきました. 配布枚数は合計9,024枚に及びました. 1月末で回収を打ち切り,

回収枚数は5,132枚, 回収率は56.87%でした. 自分で記入する郵送形式の社会調査の回収率が一般に35%程度と考えられていることからみると, この回収率は驚異的な数字で協力診療所の患者さんの信頼度がうかがわれました. ちなみに診療

所別回収率は、最高89%、最低20%で大半の診療所が45~65%の間でした。

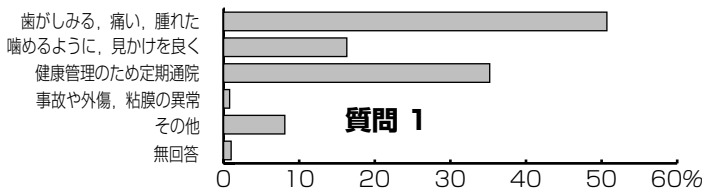
**回答者の属性**

回答者の性別は男36.9%、女59.3% (他は記載なしなど不明)。年齢構成は図に示すとおりで、職業は会社員20%、公務員4.8%、自営業8.7%、主婦24.3%、学生・生徒11.3%、パートなど7.8%でした。

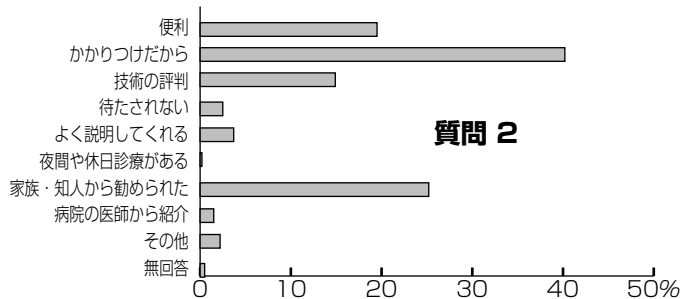


**単純集計から読みとれる主な結果**

「質問1 受診動機」では、とくに定期通院患者の比率を把握したいと考えました。そこで、① 歯や歯ぐきの病気、② 入れ歯の治療や機能の回復、③ 健康管理のための定期通院、④ 事故・外傷、⑤ その他、に分け重複回答を可としました。患者によっては、受診動機がうまく分類できないケースがあります。とくに前二者は一つを選べない人がいるでしょう。ただ、選べるケースでも、患者さん自身では病気の治療と補綴処置を同じもののように考えていることが多いと推測し、①には「歯がしみる、痛い、腫れた」、②には「噛めるようにしたい、見かけをよくしたい」と補足しました。全回答者のなかの健康管理のための通院者は回答者の35.2%でした。調査協力診療所の特殊性を反映したものと思われる。



「質問2 歯科医院選択動機」は、回答があいまいになりやすいので「もっとも大きな理由をひとつだけ」尋ねました。しかし二つ以上マルを付けた人が多かったため、質問1と同様に回答者に占める選択肢の比率を示します。「かかりつけ医院」であることを選択動機にしている人が40%を越えました。家族や知人から勧められたことを理由にした人は通院の便利さを回答した人を大きく上回り25.2%でした。

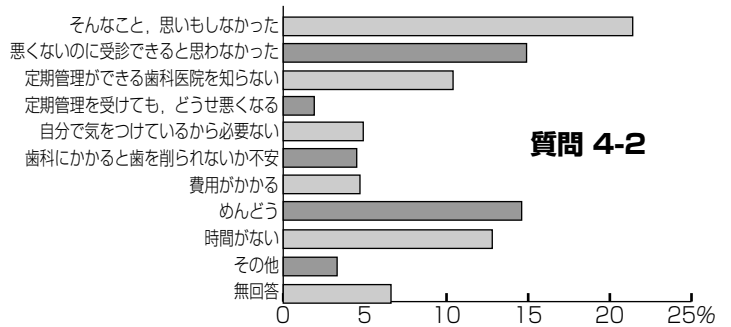
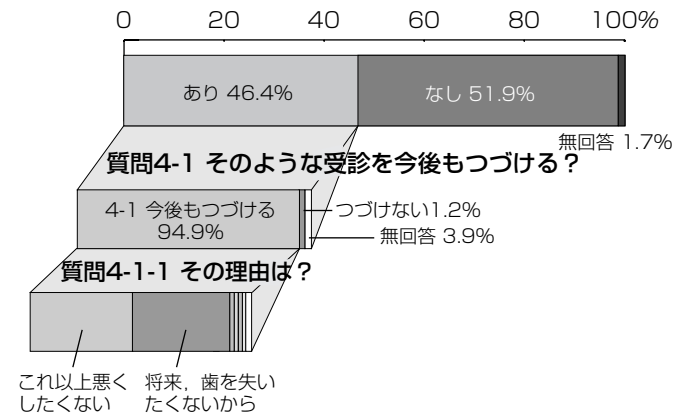


「質問3 医療法の改正において医療機関情報の公開(規制緩和)」がテーマになっていますが、患者がどのような情報を欲しがっているかを尋ねたものです。診療を受けた患者の評判を知りたいという回答が回答者の34.8%、専門分野29.0%、技術評価を知りたいとする回答が22.5%。現在、検討されている項目である出身大学、経歴などを知りたいとした回答は1.2%にとどまりました。

「質問4 これは治療ではなく健康維持のために受診した経験の有無とその理由」を尋ねたものです。経験のある人は、46.4%と質問1の健康管理を受診動機とする回答を大きく上回りましたが、健康維持のための受診経験ありとした人のうち95%の人は今後もつづけると回答し(質問4-1)、その定着率がきわめて高いことをうかがわせました。その理由(質問4-1-1)は、「将来、歯を失いたくない」と「これ以上悪くしたくない」が大半でした。

定期管理の経験がないと回答した人は定期管理経験者をわずかに上回りましたが、その理由(質問4-2)については、“そのようなことを考えなかった”“知らなかった”“そのような受診ができる歯科医院を知らなかった”という情報不足を理由にした人が合わせて46.7%に達しました。

**質問4 健康維持のために受診したことがありますか?**



「質問5 定期管理に際しての1回の窓口支払金額」は、5,000円以下を1,000円きざみとし、7,000円以下、10,000円以下、15,000円以下などと分けて尋ねましたが、大半は2,000円以下と負担については厳しい考えがうかがわれました。この項目については所得との相関、子どもと大人の違いなどがあると考えられ、詳細な分析がまたれます。

「質問6 通っている歯科診療所の12項目4段階評価」、「質問7の所得」についての問いは、速報では省略します。



# 『ウステリア』 パワーアップ講座 6時間目

この連載に関する感想や「こんなことしたい」「あんなことしたい」という希望がありましたら、事務局へeメール (center@healthcare.gr.jp) でどんどんお送りください。このコーナーは会員参加によってますます充実できると思っています。

## 「ウステリア20」の紹介——その2

いよいよ「ウステリア Ver.2.0」が発売になります。前回に引き続き新しい機能の紹介と検索の仕方を例をあげて説明したいと思います。

### ・う蝕レーダーチャート

レーダーチャートが線で表示されるようになりました。図1のデータを表示させると図2のようになり、初回が赤、2回目緑、最終が青で表示されます。カラープリンタでは印刷もカラーでできます。時々グラフの継ぎ目がちょっとずれますがご愛敬とお許しを！

カルテNo.	ムリガ	氏名	生年月日	91.2.17	9歳	女性	電話番号
初診日(例20010101)	初診時年齢	担当	最終dft	0	シーラント	0	マイ
19970616	97.6.16	6歳	なし	0	マイ	特存歯数	マイ
最終リコール(例20010101)	20000830	リコール期間	6ヶ月	警告不要	2回予定	2001年	
サリバ検査日	(例)20010101	ブラーク	H.S.	L.B.	食事	5分検定	経年比
1回目	19970616	0	2	2	1	5	4.0 ml
2回目	19990325	0	2	2	0	4	7.5 ml
最終	20000830	0	1	2	0	4	7.3 ml

図1 う蝕画面

カルテNo.	ムリガ	氏名	生年月日	49.12.14	51歳	女性	電話番号
初診日(例20010101)	初診時年齢	担当	最終dft	7	マイ	特存歯数	20本
19980122	98.1.22	48歳	野村・下中	0	マイ	マイメンテナンス	マイ
最終リコール(例20010101)	20001023	リコール期間	3ヶ月	警告不要	2回予定	2001年	1月
確定検査日	(例)20010101	19910131	41歳	19911113	41歳	20001220	51歳
歯周病の分類	成人型	特存歯数	20	20	20	マイメンテナンス中の喪失歯数	0
進行度	軽度	中重度	2	中重度	2	マイメンテナンス	マイ
年齢	41	1	41	1	51	2	
リスクファクター	0	0	0	0	0	0	
ブローピング指数	2	2	0	0	1	1	
ブローピング指数	1	1	0	0	0	0	
2.3mm	89	79.5%	108	96.4%	108	96.4%	
4-6mm	10	10.1%	4	3.6%	3	2.7%	
≥7mm	5	4.5%	0	0%	1	0.9%	
出血歯数	21	18.8%	1	2	1.8%	0	5
出血歯数	21	18.8%	1	2	1.8%	0	5
歯周病の程度	軽度	軽度	軽度	軽度	軽度	軽度	
現在の歯周病	軽度	軽度	軽度	軽度	軽度	軽度	
歯周病検査費	36,500	0	0	0	0	0	
リコール状況	リコール待ち	定期検診	0	定期検診	0	定期検診	0

図3 歯周病画面

特存歯数	20	20	20
ブローピング指数	2	2	0
ブローピング指数	1	1	0
2.3mm	92	46.4%	15
4-6mm	15	13.4%	0
≥7mm	0	0%	0

図4 ブラークインデックスの計算画面

### ・歯周病画面とレーダーチャート

歯周病画面(図3)では、前回紹介しました歯周病進行度、喫煙本数に加えてブラークインデックスも計算ができるようになりました(図4)。

ブラークが付着している歯面数を入力することで計算されます。レーダーチャートはう蝕と同様に線で表示され、赤、緑、青の順でわずかに外側に広がっていますので同じ値でも重ならないようになっています(図5)。

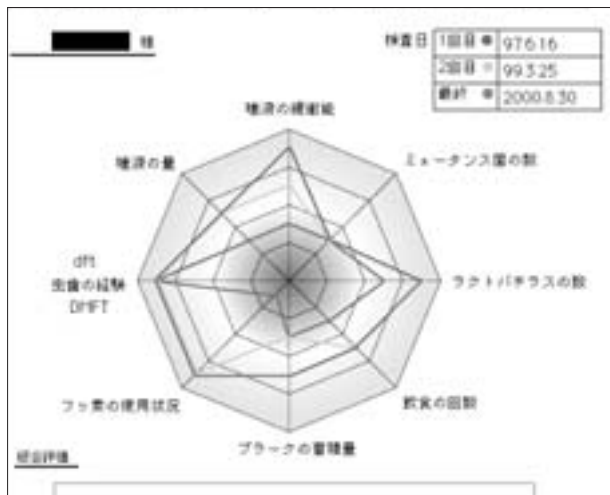


図2 う蝕のレーダーチャート

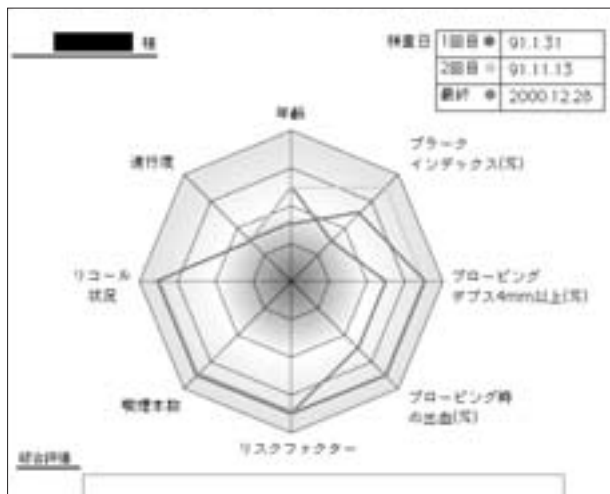


図5 歯周病のレーダーチャート

・検索と DMFT の集計

ここでは初診時年齢が7歳以下，現在年齢10歳以上，最終リコールの来院が2000.1.1以降のグループを検索し，最終のDMFTの平均をみます。

<検索>

1. う蝕画面で「検索」ボタンをクリックし，検索モードにする
2. 初診時年齢をクリックしカーソルを移動する
3. 記号のポップアップメニューから「<=」の記号を選び(図6)，7を入力する
4. 同様にして現在年齢(生年月日のフィールド)，最終リコールの検索条件を入力する(図7)
5. ステータスエリア(左の灰色の部分)内の検索ボタンをクリックする  
(ファイルメーカーのマニュアルの「情報の検索」を参考にしてください)

<DMFT集計表示>

1. ステータスエリアの上部にあるレイアウトメニューから「DMFT集計表示」を選ぶ(図8)
2. 検索されたグループでの最新DMFTの平均値が表示される(図9)



図6 検索画面にして，記号を選ぶ



図7 検索する数値を入力して，ステータスエリアの検索ボタンをクリックする



図8 検索条件に該当するレコードのう蝕画面が表示されたら，レイアウトを変更する



図9 検索されたグループでの最新DMFTの平均値が表示される

・検索と年齢別集計

歯周病の精密検査を3回以上受けている患者を検索し，年齢別の進行度とプロービングの値の集計を行います。

<検索>

1. 歯周病画面で「検索」ボタンをクリックし，検索モードにする
2. 最新の精密検査日入力欄をクリックしカーソルを移動する
3. キーボードあるいはステータスエリアの記号のポップアップメニューから「\*(アスタリスク)」を入力する(図10)  
(注：テキストデータのフィールドに何か入っているどうかを検索する場合に「\*」を入れます)
4. ステータスエリア(左の灰色の部分)内の検索ボタンをクリックする

<年齢別進行度，プロービング表示>

1. ステータスエリアの上部にあるレイアウトメニューから「年齢別集計(進行度)」を選ぶ(図11)



図10 検索画面にて最新の精密検査日入力欄に「\*」を選び，入力し検索する

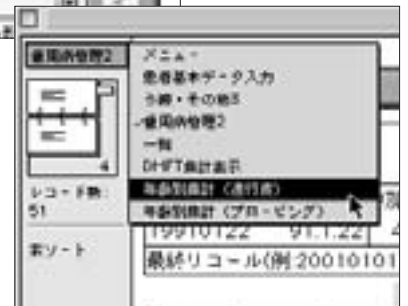


図11 歯周病画面が表示されたら，「年齢別集計(進行度)」を選ぶ



図12 「年齢別集計(進行度)」の画面が表示されたら、「進行度による年齢別集計」ボタンをクリックすると、集計が表示される。

- 画面上部の「進行度による年齢別集計」ボタンをクリックすれば計算が始まります(データ数とコンピュータの機種によっては数分以上かかることもあります)。計算が終わると検索されたグループでの年齢別の進行度が表示される(図12)。
- 同様にレイアウトメニューから「年齢別集計(プロービング)」を選ぶと(図13)、年齢別のプロービングの集計を求めることができます(図14)。



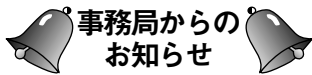
図13 レイアウトメニューから「年齢別集計(プロービング)」を選ぶ

図14 年齢別のプロービングの集計

♪♪キーン、コーン、カーン、コーン♪♪

起立、礼。

担当：山本泰三(西宮市開業) / 藤木省三(神戸市開業)



バージョンアップ版『ウイステリア 2.0』 / 『ウイステリア Photo』 販売のお知らせ

バージョンアップ版『ウイステリア 2.0』(CD-ROM)と口腔内写真を取り込める『ウイステリア Photo ver. 2.0』(CD-ROM ; Mac 版限定。『ウイステリア Photo』データコースの受講者のみに頒布)の販売を予定しています。

『ウイステリア ver. 1.1.2』ユーザーには、先頃、別途ご案内の葉書を郵送いたしました。

- 『ウイステリア 2.0』(Win, Mac)単体 予定価格：25,000円
  - ▲バージョンアップ 予定価格：6,000円
- 『ウイステリア Photo ver. 2.0』(Macのみ)単体 予定価格：50,000円
  - ▲バージョンアップ 1.1.2 から Photo 2.0 から Photo 予定価格：35,000円
  - ▲バージョンアップ 1.1.2 から Photo 2.0 から Photo 予定価格：25,000円
- 6カ月以内の購入者 1.1.2 から 2.0 予定価格：無料
  - 1.1.2 から Photo 予定価格：25,000円

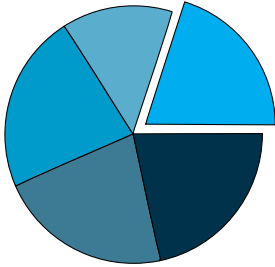
『ウイステリア 1.1.2』からの主な改善点

- ・う蝕リスク、歯周病リスク一覧表において%表示
- ・サリバテストの3回目以降のデータの保存可能
- ・BML社の歯周病細菌検査の結果の保存可能
- ・担当者の変更が入力画面で可能
- ・20歳以降の残存歯数の保存
- ・メンテナンス中の喪失歯を表示
- ・喫煙、禁煙表示
- ・チャートの各項目を線で結び多角形で表示

● 2001年2月末頒布予定 ●

\* 『ウイステリア Photo』は ver. 2.0が初期バージョンとなります。

現在の会員の構成 (2月5日現在)		会員合計2,776名	
正会員		準会員	
歯科医師	1,244名	歯科衛生士	1,070名
歯科衛生士	157名	歯科技工士	54名
歯科技工士	5名	その他	172名
学生	2名	準会員計	1,307名
その他	25名		
法人会員	36社		
正会員計	1,469名		



# 「カリオグラム」セミナーを終えて

## その2 カリオグラムの実際

金谷 史夫 (歯科医師・酒田市)

第2回は、実際にどのように患者説明をしていくのかいくつか例を挙げて説明してみることになります。

### 症例 1

まずは、Pettersson氏が実際に使用していた症例を紹介します。問診・視診・X線診査・サリバテストから次の情報がわかりました。

患者の名前はTOMで、25歳の男子学生です。一番最後に歯科医院を受診したのは5年前です。健康状態は良好、DMFTは6を示しています。DMFT=6は、その地域の年齢における平均的な値よりも低い値を示しています。食事の回数は1日3回で、食事の他におやつとしてお菓子やジュースを何回もとっていました。

サリバテストの結果としては、唾液量は普通、緩衝能は青、LBの値はClass 2、SMの値はClass 2でした。また、1日2回フッ化物配合歯磨剤を用いてブラッシングを行っていましたが、口腔衛生状態はあまりよくはありませんでした。これらの情報を元にして「カリオグラム」上に数値を入力したところ、図1aのような円グラフを描くことができました。このグラフから、新しいう蝕を避けられる可能性(緑の部分)が15パーセントしかないことがわかります。これはTOMのう蝕に対

するリスクが高いことを示しています。また、図1b、1cのTOMに対する「カリオグラム」のコメントからもTOMはカリエスリスクが高く、危険な状態にあることがわかります。さてTOMのこのような状態をどのようにして改善することができるでしょうか？

ここで問題になってくるカリエスリスクのうち改善が比較的容易な項目を図1aの矢印で表しました。この項目について患者とよく相談して、患者に適した説明や治療方法がとられることが必要になります。無理して全てのカリエスリスクを下げようとするのではなく、来院時に一つ、もしくは数個ずつ改善することが必要となります。図1dは図1aのカリエスリスクのなかの食事内容の数値を一つだけ下げたものです。

このように患者にこの数値を下げるとう蝕に罹患する可能性が減少することを視覚的に示すことで、確実な説明とその説明を納得した後の、治療に対する協力を得ることができると考えられます。患者に無理させることなく確実に患者の納得と協力を得るようにすることこそが本当の「カリオグラム」の使用法ではないかと思いました。

また「カリオグラム」はプリントアウトできるようになっており、プリントアウトすることでも説明の効果を上げることができる言われています。

図1 症例1 TOM

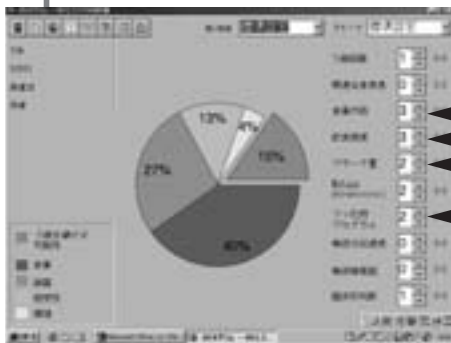


図1a



図1b

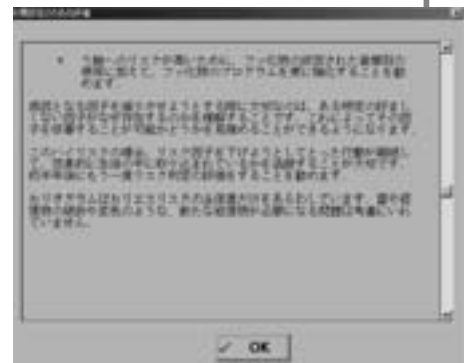


図1c

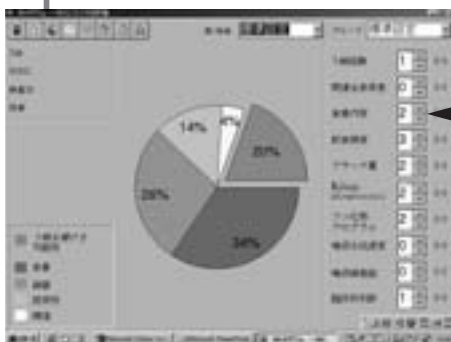


図1d

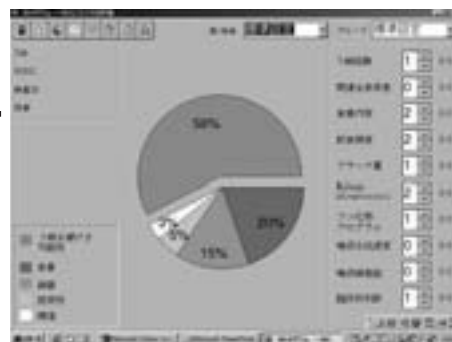


図1e

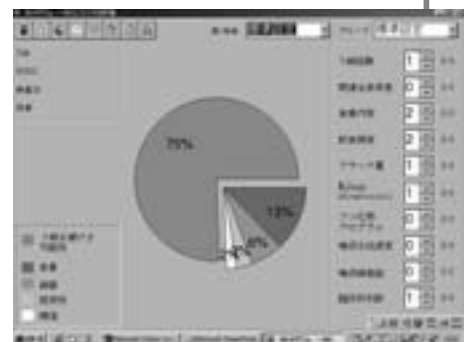


図1f

## 図2 症例2 MI



図2a

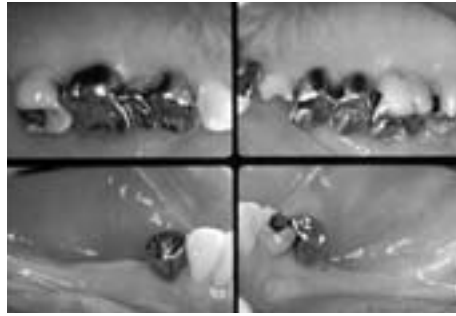


図2b

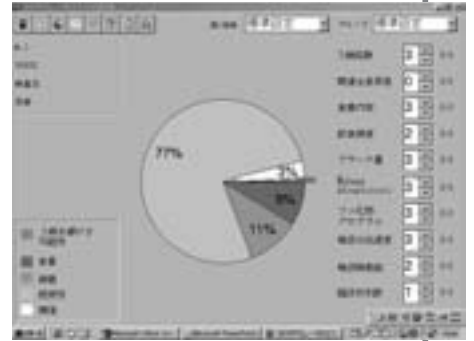


図2c 初診時「カリオグラム」分析



図2d

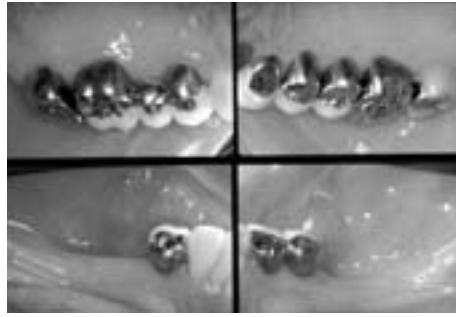


図2e

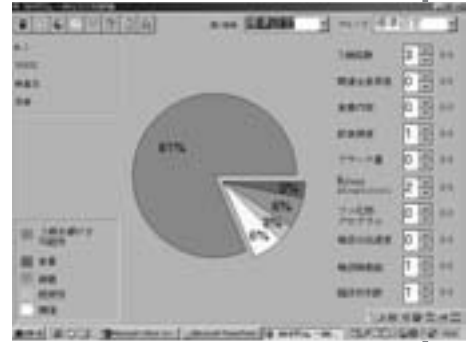


図2f メンテナンス時「カリオグラム」分析

では、TOMに対する実際の治療法を見ていきましょう。まず、TOMは歯科医院を定期的に来院して歯科衛生士のクリーニングを受けるようになりました。その場で、話し合いを持つことで食事についてのより正確な情報を聞き、納得し、悪い習慣などを改善するようになりました。

さらに、クロルヘキシジントリートメントを行い、家庭ではフッ化物のホームジェルやフッ素入りガムを使用するようになりました。ここでやっているクロルヘキシジントリートメントとは、初日は歯科医院で個人トレーを用いて5分間クロルヘキシジンに歯面に作用させ、その後洗浄することを3回繰り返します。そしてまた2～3日後に同じことを行うことを1セットとした治療法のことです。

このような治療を行った結果、TOMの「カリオグラム」は、図1eのように変化し、1年後には図1fのようになりました。う蝕を避ける可能性(緑の部分)においては、はじめは15%であったものが、58パーセントとなり、1年後のは75%となりました。上記のようにTOMは「カリオグラム」を用いることで、確実に自分自身をコントロールしていったことが分かります。またそれによって、TOMのカリエスリスクも確実に減少していったことも分かります。

## 症例 2

それでは次に、日本の患者についての症例を「カリオグラム」を使って見ることにしましょう。症例2は、39歳の時に初診として来院し、その後7年経過している大人の患者(MIさん)です。初診時の患者の口腔内写真は図2a、2bです。先ほどの患者のようにして必要な情報を問診やサリバテストなどで収集し、それを「カリオグラム」に入力すると、図2cのようになりました。

この円グラフではう蝕を避ける可能性(緑の部分)は全くなく、非常にう蝕に罹患する可能性が高いということが分かります。この患者に対する実際の治療方法は、メンテナンスをしっかりと行い、診療所の予防処置としては、PTCやPMTC、フッ素塗布が中心に行われました。もちろん必要に応じて、充填、補綴などの治療も行われています。もちろんリスクに応じて、ハイリスクと思われる患者には、リコール間隔を短くしたり、強力なフッ化物が用いられたりしています。また、家庭内での食事指導、ブラッシング指導、フロッシング指導も行われています。

その結果、口腔内写真では、図2d、2eのような状態に、「カリオグラム」では図2fのような円グラフとなりました。口腔衛生状態は、視覚的にもかなりきれいになっていることが写真から分かります。「カリオグラム」の円グラフから、う蝕を避ける可能性は0%から81%にまで増加していることも分かりました。この治療の途中においても、全ての指導や治療が一度に行われたのではなく、患者に合わせたカリエスリスクの改善が行われてきました。

## 症例 3

次に、症例1、2とは違い、小児期(5歳)から青年期(16歳)まで追った患者の症例を紹介します。ここでは、症例2と同じような問診、検査、治療が行われました。その結果、初診時の5歳児では図3aで示すような「カリオグラム」が、8歳時には図3b、16歳児には図3cのように変化しました。つまり、う蝕を避ける可能性(緑の部分)は、5歳時には5%であったものが、8歳時には71%、そして16歳時には93%にまで改善されました。また、図3d～3fからも観察できるように乳

図3 症例3 DS

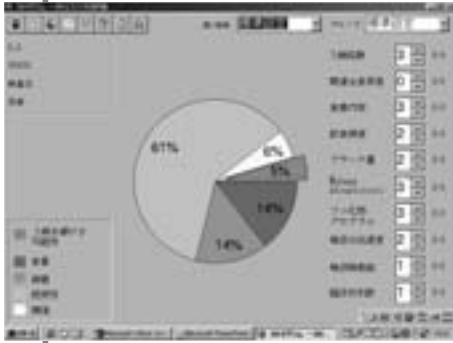


図3a 5歳時「カリオグラム」分析

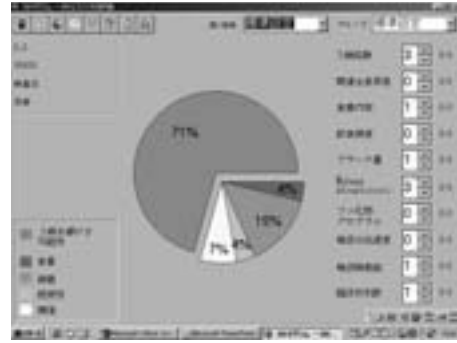


図3b 8歳時「カリオグラム」分析

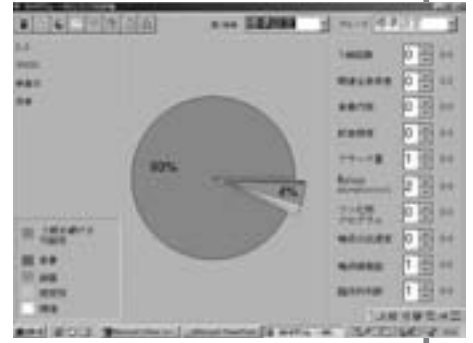


図3c 16歳時「カリオグラム」分析



図3d



図3e



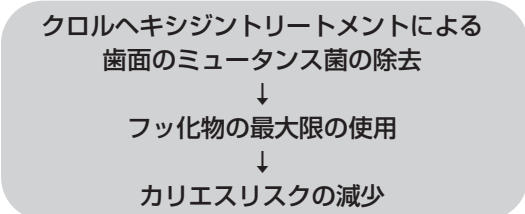
図3f

歯列期においては多数歯がう蝕に罹患していたものが、永久歯ではカリエスフリーとなりました。

ここで行われた重要ポイントは、サリバテストや問診など、患者の家族に今の状況を説明し、家族ぐるみの態勢を整えたことです。ここでは、小児期に健全な乳歯列を完成させることが目的ではなく、あくまでも健全な永久歯列の完成を目的として治療が行われてきました。

診療室以外では、家庭でのフッ化物の使用やブラッシングなどのホームケアの必要性を患者の家族に話して理解してもらいました。その結果、診療室・家庭・自分自身が相互に協力して口腔衛生状態の管理にあたるような態勢になりました。この患者がカリエスフリーとなったポイントがここに存在していると感じ、また小児期でのカリエスリスクの改善が、今後の口腔内の状況を大きく左右させる重要なことであるということが分かりました。

以上の三つの症例を見てお気づきの方も多いとは思いますが、スウェーデンでは、ハイリスクの患者に治療としてクロルヘキシジントリートメントが行われています。さらにフッ化物の使用にあたっては、家庭でのフッ化物入り歯磨剤はもちろんバーニッシュやガム、錠剤を用いることでフッ化物の使用を徹底させることが多いようです。このことからスウェーデンでのハイリスク患者における治療では、来院時にPMTCなどを行い、機械的にバイオフィルムを除去したあとに、



という一連の流れができていているといえます。

この一連の流れは、様々な研究によりクロルヘキシジンはミュータンス菌減少効果や歯垢除去効果を有し、フッ化物の効果を上昇させる作用があるということ、口腔衛生状態が悪い患者の口腔内では、ミュータンス菌などの細菌がバイオフィルムとして歯面に付着しているため、抗生物質やフッ化物などの薬物効果を減少させる作用があるということ、が実証されていることによります。つまり、バイオフィルムやミュータンス菌の多い口腔内においてフッ化物を使用しても効果が上がらないと言うことです。フッ化物を効果的に歯面に作用させるためには、まずは機械的にバイオフィルムを除去した後に、クロルヘキシジンを用いるという機械的な除去(PMTC)と化学的な除去(クロルヘキシジン)の両方を併用することが理想的な治療となるのです。

それに対して日本では、クロルヘキシジンの粘膜に対する使用が厚生省で認められていないため、PMTCを行いフッ化物を使用するだけで、クロルヘキシジンを使用することがほとんど行われていません。しかも、フッ化物の使用にあたっては歯磨剤・歯面塗布・洗口等が主流であり、「カリオグラム」におけるリスク=0(フッ化物の最大限の使用)にまでほとんどの患者が届いていないのではないかと考えられます。

以上のような様々なことがわかってきている現在において、日本の歯科医療がこの変化や情報に対して明確な解答をしてこないという体制自体に自分としては大きな疑問を覚えました。しかし今、「3DS」などの方法が開発されることによってこれらの問題も日本において徐々に解決されています。この医療という世界においては絶対という答えがないのかもしれませんが、今日では、患者利益を提供するための裏付けとなる、さまざまなデータや文献をわたしたちは容易に入手することができます。予防を心がけるものとして日本だけにと

られず、世界の情報にも目を向けて、患者利益というものを第一に念頭に置き、歯科医師として十分に考慮したうえ新しいことにもチャレンジしていかなくてはいけないと感じました。

## まとめ

最後に、まとめになります。Petersson氏は、「カリオグラム」を使用するにあたって重要なことは、あくまでも「カリオグラム」は道具であって、術者の判断に代わるものではないと言っています。つまり「カリオグラム」全てを信じ、歯科医師としての判断が欠如してはいけないということです。それに気をつけながら、患者に予防というものを理解してもらい、よりよい方向に導くためのヒントや話し合いの手段として「カリオグラム」を用いてほしいと思います。

また、単に「カリオグラム」を機械的に対患者用として用いるのではなく、患者に隠れている生活や習慣といった背景的なことや社会的なことにまで歯科医師としては目を配らなければいけないと感じています。それに加え、日本全体、地域全体、診療室全体の患者の状況というものも含めて考えていかなければいけないと感じました。同じ患者でも、来院していくなかでう蝕に罹患したのか、それとも来院せずに現在に至ったのかではまったく状況が異なってきます。そのような要因まで「カリオグラム」でカバーしていくことは絶対不可能であると思います。患者とよりよい環境をつくり、確実な信頼関係の下に必要な情報を聞き出し、必要に応じて「カリオグラム」を使うことが一番大切であり、これからの本当の歯科医師の姿ではないかと思っています。



## マルメ大学便り No. 2

### “翻訳，教育，そしてPBL”

西 真紀子

★歯学部の大学教育についていろいろと議論されることも多いと思いますが、私が最近聞いた話で興味深かったのは、“日本の大学教授は今までいわば翻訳者だった。西洋からの知識を学生に伝えることが仕事だった。しかし、これからはそういう時代ではなく、学生を教育しなければならないという。ところがその教育というもののやり方がわからない”という意見がありました。

★現在、科学技術が日々更新していくなかで、大学で伝えられた知識はすぐに色あせてしまいます。また、情報を伝える道具が発達しているため“翻訳”して伝える手段として、学生を一同に集めて講義形態で行うのが最も効率のよい方法とはいえません。では、この時代背景に合った教育方法、つまり何をどう教えることが求められているのでしょうか。

★一つの参考例として、マルメ大学の授業形態をご紹介します。ここでは1990年から problem-based learning (PBL) という授業を採用しています。知識伝授型の講義形式とは違って、まず問題を提示してそれを学生自身が解決していく過程を学ぶことに重きが置かれています。

★授業は10人弱の小グループにチューター1人がつくという形が主になります。たとえば私が見学

させてもらったPBLでは、全顎的歯周炎、原因は歯科恐怖症だったためモチベートで劇的によくなった、という症例を扱っていました。患者の問題点を皆で列挙して何について議論するのか焦点を絞ります。この患者にはどんなインフォメーションが必要なのか、どんな治療が必要なのかといった項目が挙げられていました。問題点は、チューターが持っているマニュアルに用意されており、もしも学生側から引き出されなければ、チューターが教えるそうです。それから既往歴、現病歴を確かめ、一週間の自習期間を置いた後、問題点についての議論がされるというものでした。学生は論文や教科書などから科学的根拠を調べ、問題点を解決する能力を身につけていくようです。

★それに並行して内容を合わせた臨床実習も行われます。知識を実習で強化することができ、また一年生後期から患者を担当されているというのは、学ぶモチベーションを高めるのに大変効果があると思われれます。他に、学生が研究テーマを設定し、指導教官をも自分で選んで2週間丸ごと研究をするという期間がありました。その結果はパワーポイントやスライドで発表され、さながら博士号の公聴会のように深い議論が行われます。また、2グループに分かれてディスカッションする(たとえば、大学の診療 vs. 一般開業医の診療)といった授業もありました。学生実験も実験方法についての指示はありません。唾液の量や刺激に対する反応についての質問が提示され、与えられた実験材料と道具でそれを調べるにはどうすればいいのか学生に考えさせます。

★全体を通して学生が主体で教官の活動が少なく見えますが、その背後には学生の問題解決能力を育てるためによく練られたカリキュラムが用意されています。大学在学中に新しい情報や問題に対応できるような能力を育てる教育指針が感じられます。つまり、これからの時代、学生が卒業してから歯科医師として働くうえで最も必要となる能力を育てることに力が注がれているようです。

★スウェーデンでの様子をホームページに載せています。  
<http://www.db.od.mah.se/mak/makswereppj1.htm>



## 実践フォーラム・特集：地域活動の紹介

実践  
フォー  
ラム

## 地域活動の紹介

『スタッフとの関係とスタディーグループの効用』  
『関西ヘルスケア歯科談話会』発足す  
フォーラム東京の紹介上田芳男（歯科医師 大阪市）  
西村吉行（歯科医師 泉大津市）  
河野正清（歯科医師 小平市）

## 『スタッフとの関係とスタディーグループの効用』

上田芳男（大阪市開業 歯科医師）

「健康志向の診療所」をつくり上げるためにまず何をしなければいいのか。日本ヘルスケア歯科研究会に入会された多くの先生方は、きっと日々の診療をされつつ悩んでおられることでしょう。システム的なことはこれまでに多くの先生方が書かれてきました。そこで私は自分の経験から、スタッフとの関係に焦点を当てて述べてみたいと思います。

ヘルスケアの理念に沿った診療室をつくっていく場合、ドクター一人だけではなくデンタルスタッフを含めたチーム医療が必要になります。理想的には、診療室全体が一つにならなければなりません。ただドクターだけがやみくもに頑張ってみても、スタッフが動いてくれなければ失敗することになります。私も若かった頃、早急に診療室を変えようとしてスタッフが反発し、一度に全員が辞めてしまった苦い経験があります。そうならないためには、藤木先生が『ニュースレター』で再三述べられているように、スタッフの理解を得ながら、できることから徐々に無理しないで始めていくことだと思います。そしてさらに必要なことは、講演会には可能な限り院長はスタッフとともに参加して頂きたいということです。スタッフだけあるいはドクターだけではどうしても温度差が生じやすいからです。「私たちがせっかく取り組もうとしているのに院長はちっとも協力してくれない。これじゃあ頑張ってもしかたがない」ということにもなりかねません。このようなことを地道に積み上げていくことで次第にスタッフが経験を積み自信を深めていきます。

しかしせっかく意欲を持ったスタッフがすぐに辞めてしまつては元も子もありません。そうならないために医院の労働環境を整える必要があります。雇用保険や労災保険あるいは退職金制度を充実させることは当然です。口腔内写真撮影、サブカルテ、患者記録をつける、コンピュータ入力、サリバテスト等、通常の歯科医院と比較してスタッフの業務が多くなることは事実ですし、それだけ負担が増してきます。最初は、「院長はほんとうに患者の利益を考えてやっているんだ。

いいことなんだ」と考えて頑張っていたスタッフも負荷をかけすぎると爆発してしまいます。スタッフは限界かと思った時には、人員の補充といったことも重要ですし、それが経営的にできないときには、「今の段階ではここまでいい」と院長が判断することも必要です。

ちょっと頑張ろうという努力を数年続けていると院内のシステムが徐々に確立し、たとえ一人のスタッフがやめたとしてもこれまでの努力がゼロになるのではなく、院長やスタッフの経験が継続して引き継がれていく体制ができ上がっていくはずです。私の知る限り、現在頑張っておられる先生方の診療室には必ず核となるスタッフがおられますし、労働環境に関してもかなり気配りをなさっています。

このように考えていくと「健康志向の診療室」をつくるためには、時間も努力もそしてある程度の投資も必要になるでしょうし、一夜にしてできるものではありません。しかしあきらめてしまえばそこで終わりです。本当に長期的な視点に立つことです。続けてやっていると患者さんの反応が違ってくるのがわかりますし、当院の診療姿勢を聞きつけて患者さんが来て下さった時の嬉しさは格別のものがあります。そういう私のところもまだまだ不十分で満足のいく体制ができていくわけではなく、頑張っていかなければと思っています。

最後に私が今まで何度も投げ出しそうになりながらも何とかまがりなりにも頑張ってきたのも、一緒の方向性をもって勉強してきたグループの存在が大きかったと思っています。ミーティングに参加する度にストレスを発散し、アドバイスを受れたり、またあきらめかけた時、もう一度立ち上がる気力が沸いてきたからです。これから「健康志向の診療所」を目指される先生方は、日本ヘルスケア歯科研究会を有効に利用しながらぜひ各地方で同じ志をもつ人たちを募ってスタディーグループをつくって頂きたいと思います。そしてこのニュースレターを通してそのために何かお手伝いができたらと考えています。

## 「関西ヘルスケア歯科談話会」発足

西村 吉行 (泉大津市開業 歯科医師)

酒田、大阪の基礎コースをスタッフとともに受講し、いざ実践と意気込んで取り組んだものの多くの壁に突き当たり、悩みくじけそうになることがありました。そんな時、多くの先輩から貴重なアドバイスや暖かい励ましをいただき、困難な局面を乗り越えることができたのです。その感謝の思いが会を立ち上げるきっかけとなり、平成12年7月20日に滋賀、三重、兵庫、和歌山、大阪の有志に呼びかけ12名の参加を得て第一回の「関西ヘルスケア歯科談話会」が大阪において開催されました。

いわゆる若葉マークの集まりとはいえ、予防にかける情熱は素晴らしく、体験談や苦労話などが次々と本音で語られ、



藤木さんを迎えて行われた第二回関西ヘルスケア談話会

ああ苦しいのは自分だけではなく皆そうなのかと納得し、これからは会員がよい知恵を持ち合わせ、ともに助け合っているという結論に全員がいたりしました。歯科衛生士を中心としたスタッフと院長がともに成長していけるかどうかが診療室の最大の課題だとの結論から、次回はそのことを中心にして話しあうことを決め、充実した3時間の談話会があつという間に過ぎました。

その後、懇親会に場を移して、中華料理にうまいビールでさらに盛り上がったのは言うまでもありません。ヘルスケアを学ぶ者同士が味わう喜びを全員が感じ、次回の再会を期し散会しました。

11月23日には第二回が開催され、とくに金尾さんの「我が人生にバックギア無し」とひたすら挑戦し続けるその前向きな姿勢に皆深く感動し、「ヘルスケア歯科コース」を受講後すぐに診療室を移転し、理想の予防診療室を作り上げた竹山さんの行動力にも皆が勇気づけられました。強い思いは夢を実現する、そのことを教えられ、参加者が自分を励ます“元気の素”を得たように思います。

仲間をつくろう！ という藤木さんの呼びかけによって、日本ヘルスケア歯科研究会の裾野がさらに拡がり、地域の中に「健康を守り育てる歯科医療」がしっかり根付くために、この会が少しでもお役に立てるようこれからも粘り強く皆でがんばっていききたいと思います。

お一人でお悩みの会員の方も是非とも会にご参加ください。

連絡先 西村歯科医院 TEL 0725-44-7788

## フォーラム東京の紹介

河野 正清 (小平市開業 歯科医師)

フォーラム東京は1998年9月に日本ヘルスケア歯科研究会の地方活動のひとつとして発足しました。その始まりは、毎年初夏に行われるフォーラムDEWAのスタッフミーティングに毎年参加していた日吉賢次さんと私が、同じようなスタッフ研修の場を東京でも開催することができないだろうか？と相談して、フォーラムDEWAに参加していた東京や東京近郊の方々に声を掛けて、細々と始めたのが最初でした。

フォーラム東京の目指すこととしては、①治療中心の歯科医療ではなく予防中心(プロセスに対する治療)の歯科医療を実践する、②サリバテスト等を実施し、科学的な予防歯科医療を実践する、③全顎のX線写真、歯周組織検査、口腔内スライド写真等の検査・資料をルーティンとして実践する、④それらの検査・資料を患者説明・教育や治療効果の考察に活用する、⑤最新の情報を入手して、必要に応じて臨床に取り入れる、⑥能力の高いデンタルスタッフを育て、歯科医院全体で質の高い、患者の利益になる歯科医療を実践する。以上6項目を目指しています。

現在、毎月1回の定例メンバー会議と、年1回のスタッフミーティング、年数回の各種研修会が主な活動になっています。

年1回のスタッフミーティングは1999年4月に第1回を開

催して、当初の目標であるスタッフ研修の場を東京で行うことができるようになりました。毎年4月にスタッフミーティングを開催し、今年は4月14日に第3回を開催する予定で、メンバーの先生方はその準備に忙しい毎日です。今年の参加者は約90名ですが、会場のキャパシティーの関係でお申込みいただいた多数の方々にお断りをする事となり大変申し訳なく思っています。この場をお借りしてお詫び申し上げます。

定例メンバー会議ではメンバーの11歯科医院が集まり、ケースプレゼンテーションを行ったり、年間の活動方針・内容を決めたり、日常臨床での疑問を話し合ったりしています。

その他の不定期の研修会としては、昨年12月には柏田聡明さんの講演会を行いました。今年1月には名古屋大学医学部・福岡敏雄先生のCASP研修会を開催しました。今年6月にはシェリーバーンズ先生をお招きして歯周治療の基礎について研修会を開催する予定となっています。また、毎年東京で行われる国際シンポジウムと総会では色々とお手伝いをさせていただいています。

東京近郊の会員数を考えると、今後フォーラム東京に期待される役割はより大きくなるのではないかと考えられますが、まだよちよち歩きの状態ですので長い目で見ていただきたいと思います。

連絡先 河野歯科医院 kawano@sa.uno.ne.jp



## 海外講師紹介

### P. フジョー

#### 「患者の利益」を考えるとどこに始まるEBM

EBMという言葉が、流行語のように使われるようになって久しいが、言葉だけがひとり歩きし、ときには正反対の考え方にもこの言葉が使われる。統計データに基づくマニュアルどおりの臨床判断はエビデンス・イコール・ディシジョンであってEBMではないし、動物実験や無作為割付のない治験で効果が示されただけの薬品はEBMの観点からは有効性が疑われるが、そうしたものがEBMという流行語で修飾されることは珍しくない。

う窩ができるのを待ってきれいなクラウンをセットし、あるいは歯周病に抜歯と骨整形と補綴で対処するだけなら、EBMはなんら重要な意味をもたない。何がよいか悪いかは権威ある歯科医師が判断すればいいし、それがイヤなら治療を受けなければいいという論理がまかりとおってきた。事実、この種類の治療には臨床疫学的な研究そのものが存在しないし、もちろん偏りを排除した

臨床試験は皆無である。しかし、健康を守り育てようと意図し、患者の利益を考えるならば事情はまったく違う。

どのような検査がどのくらい確かなのか、ある治療はもうひとつの治療に比べてどのくらい有効か、どのようなケアが効果的か、それは患者にどのような利益をもたらすのか、患者さんに、あるセルフケアの効果を尋ねられたら、何を根拠にどう答えればいいのか、そもそも、どの程度の効果があるか知らなければ、自信をもって患者さんに費用負担を求めることもおぼつかない。悪くなるまで待って悪くなったなら人工物に置き換える治療よりは確実に価値があるはずなのだが……。私たちはほとんど明確な根拠をもっていないのに、手探りで新しい歯科医療を築かなければならないのだ。日本ヘルスケア歯科研究会が、カリオロジー、ペリオドントロジーに次いでクリニカル・エビデミオロジー(臨床疫学)を主たるテーマとする理由はここにある。

#### Dr. P. フジョー



#### Philippe Hujoel, MSD, PhD, MS

ベルギー出身、米国ワシントン大学歯学部および公衆衛生学部の準教授  
ワシントン大学歯周病学専攻科で歯科学修士(MSD)および同大学疫学の博士号(PhD)を、さらに米国ミシガン大学で生物統計学修士(MS)の学位を取得し、臨床疫学研究を主な研究対象としている。また、週に1回、プライベートに歯周疾患の診療に携わっている。

#### 明確な患者利益の追求における臨床疫学の役割

臨床判断は、何を目的に下すのだろうか？ それは「それとわかる明確な(tangible)」患者利益を得ることを目標にしている。Tangibleという言葉は、介入の最終的結果は患者が知覚できる結果でなければならないということの意味している。歯科における臨床的に實際上意味のある結果とは、歯を保存するとともに審美性を改善することにより生活の質の向上を図り、痛みを軽減し、もしくは咀嚼機能を改善することである。しかし歯科においては、臨床家が明確な患者利益が得られる決定を行うことに関して、それを支援するような臨床的研究はほとんど皆無といってよい……。

(事前抄録より)

### M. アルキアン

#### う蝕が減ると、歯科医療はどう変わるのか？

日本ヘルスケア歯科研究会は、予防歯科を公衆衛生の概念から日常臨床の道具に拡大する役割を果たしてきた。その会で、水道水フッ素化事業に行政サイドでリーダー的な役割を果たしてきたM. アルキアンを招いて話を聴こうという。厚生省や歯科医師会が、水道水フッ素化を推奨する見解を示し始めたことに呼応しようというのだろうか、といぶかる人もいるだろう。しかし、ここにはもう少し別の意味がある。

公衆衛生や国際保健の分野では、近年「健康転換 health transition」という概念が提唱されるようになった。ひと

ことで言えば、疾病構造を人口構成や就業構造など経済社会全体の変化と一体のものとしてダイナミックにとらえようとする考え方である。先進国では、疾病の軸は感染症(第I相)から慢性疾患(第II相)へ、そして慢性疾患から老人退行性疾患(第III相)へとシフトした。日本では、結核から脳卒中や心臓病に死因がシフトする時代に国民皆保険が生まれた。対象は、公衆から個別の患者に移ったが、出来高払い現物給付の医療保険システムのなかには、慢性疾患の発症を防ぐ予防の契機は組み込まれてこなかった。医療全体を見渡すと、すでに65歳以上の老人医療費が50%を越え、慢性疾患モデルの医学や医療保障

の考え方では対応できなくなっている。第I相では公衆衛生が、第II相では病院が大きな役割を果たしたのに対し、第III相では医療と福祉が一体になったシステムが求められているというのが「健康転換」の概念である。

私たちは歯科を対象としているので少しニュアンスが変わるが、日本ヘルスケア歯科研究会はこのような時代の変わり目に、現在の歯科医療の仕組みや方法が患者の利益につながらなくなっているという認識をもって誕生した。同じ病気と言っても治療の目的も方法も変わる。医療の対象も方法も経済的裏付けもすべて、構造変化に見合ったモデルチェンジが求められる。行政が果たす役

割や開業医が果たす役割、健康保険の仕組みなども、当然のことながら変わらなければならない。

アメリカではあらゆる変化は市場の競争に委ねられている。医療もまた例外ではありえず、多くの犠牲を払いながら絶えず変化が起きている。十年一日同じ公衆衛生の手法だけが有効だ、などということはある得ないのである。う蝕が減れば、歯科医療はどう変わるのか？住民の意識、社会のニーズはどう変わるのか？ M. アルキアンに対しては、このような論点にフォーカスを合わせることを求めた。

### Dr. M. アルキアン



#### Myron Allukian, DDS, MPH

米国マサチューセッツ州ボストン市保健医療管理局 Boston Public Health Commission の歯科保健の責任者

Dr. アルキアンはタフツ大学で心理学(BS)、ペンシルバニア大学で歯学博士(DDS)、ハーバード大学公衆衛生学部で修士(MPH)の学位を取得した。国際的に認められた公衆衛生の専門家として、「フッ素化および1990年歯科保健予防目標に関する」作業グループの責任者、「米国保健目標：ヘルシー・ピープル2000および2010」の歯科保健評議員会(Dental Advisory Committees)委員長を務めた。また、米国公衆衛生学会(American Public Health Association; APHA)元会長で、120年の歴史を持つAPHA会長に就任した2人目の歯科医師である。

### 米国における口腔保健サービスと予防：現在と将来

米国は国としての医療プログラムのない唯一の先進国であり、医療は高価で断片的である。米国における歯科の総支出は1998年約530億ドル、全保健総支出の4.6% (日本では8.7%)であった。米国の歯科医師の約92%が個人開業医で人口10万人に対する割合は53.1人、ちなみに日本は66.3人である。ここでは、ほとんどの歯科医師が予防を基本としている。歯科衛生士の数は約10万人。衛生士の業務のほとんどが予防を基本としたものである。

個人開業歯科医師の平均純収入は1990年から1996年にかけて41%伸びている。

この米国の口腔保健サービスと予防の現状は、ここに至るまでどのような経緯を経て、どこに向かおうとしているのか……。

(事前抄録より)

# ヘルスケア フォーラム

フォーラム東京の主催で1月20日(土)に東京国際フォーラムにおいて、福岡敏雄氏(名古屋大学救急医学)を迎えCASP (Critical Appraisal Skills Programme) Workshopが行われました。10歯科医院から歯科医師、スタッフが29名参加しました。CASPは英国オックスフォードで数年前から始まった活動です。医療や保健の現場で判断に関わるすべての人が、その根拠をわきまえたうえで判断し行動できるように支援することを目的としています。

今回のワークショップでは、『Influence of maternal xylitol consumption on acquisition of mutans streptococci by infants』(J Dent Res. 2000 Mar;79(3):882-7)の訳を参加者全員で読み、CASPのワークシートに従い論文の批判的吟味を行いました。文献を読む会だっけ?とお思いでしょう。この日集まった人たちも、滅多に文献など読んだことのない、ましてや文献の批判的吟味なんてまったく知らない歯科医師と歯科衛生士でした。

ところが全員が小グループに分かれて活発な意見を交換しているうちに、参加者のだれもが厳しい目で文献について意見を出しはじめ、福岡氏の巧みな誘導によってワークショップは経験したこともない盛り上がりを見せました。小グルー

## CASP Workshop 報告

日吉 賢次(東京都開業 歯科医師)

プ形式で問題解決をする新しい学習方法によって他人の意見の新鮮さ斬新さに驚き、感心させられました。参加者全員が批判的吟味の方法の有効性と必要性、そして面白さを体験した非常に満足できる講習会でした。

EBMは根拠のある医療を行うことですが、根拠のみを臨床研究論文に求める傾向が強くなる一方のように感じていたが、今回の講義でEBMには根拠、患者と社会の価値観、医療者の経験・技能の3要素があり、それぞれが関連しあって患者に医療を提供するということが強調されたのがとくに印象的でした。EBMを目指す人は是非CASPを学ぶ必要があると思います。CASP Japanのホームページを是非ご覧ください(<http://caspjp.umin.ac.jp>)。

ちなみに、参加者のアンケートでは、また同じ企画があれば参加したいか?との設問に対し、「是非参加したい」12人、「参加したい」10人に達しました(参加を「考えてみる」7人、「したくない」0人)。

文献を読む会という臨床には直結しないように感じますが、参加者の印象はまったく別でした(このような集いは医療従事者の教育に有効だと思いますか?—「とても有効」17人、「意味がある」10人、「少しは」2人、「ぜんぜん」0人)。

# 本会推薦研修会案内

## □ヘルスケア歯科コース

### 基礎コース

基礎コースはこれから予防的な診療をはじめようという医院を対象としています。概念および総論からはじまり、う蝕と歯周病の病因論から臨床現場での実際まで、きめ細かく、かつ盛りだくさんな内容を用意しています。

●研修費用(各会場共通)：歯科医師 50,000円  
スタッフ 40,000円

### ●酒田会場

#### 第10回 満席

#### 第11回

2001年5月12日(土)、13日(日)

研修会場：さかたセントラルホテル

### ●大阪会場

#### 第9回

2001年 6月9日(土) 10:00～17:00、  
10日(日) 9:30～16:00

研修会場：千里ライフサイエンスセンター

### 実践コース

実践コースは受講者のみなさんでつくりあげるセミナーです。診療室における予防的な取り組みを希望者からプレゼンテーションしてもらい、それに対するディスカッションがメインになります。実践コースは酒田または大阪の基礎コースを受講した医院の歯科医師およびスタッフのみを対象といたします。予めご了承下さい。

▶本紙掲載の時点ですでに満席の場合も考えられますので、その際はご了承下さい。  
▶お申し込みはFAX申し込み用紙にご記入のうえ、直接下記の各会場申し込み先へお申し込み下さい。

●研修会費：歯科医師 50,000円  
スタッフ 40,000円

### ●酒田会場 満席

#### 第5回

2001年5月26日(土)、27日(日)

研修会場：さかたセントラルホテル

## □患者データ管理実習コース

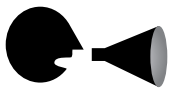
●研修費用：30,000円

### ●大阪会場 第3回

2001年4月15日(日)

研修会場：千里ライフサイエンスセンター

## !! 歯科衛生士 SRP 実習ベーシックコース



### スペシャル企画!

日本ヘルスケア歯科研究会顧問、シェリーバーンス先生によるスクーリング、ルートプレーニングの実習コースを開催いたします。

◆器具の取り扱いからファントムを用いてのポジショニング、歯周病の診査診断とそれに基づいた実際の手技、シャープニング等、盛りだくさんな内容を予定しています。基本をしっかり学びたい方にお薦めです。

前号で3月3日を受付締め切りといたしました。諸般の事情により受付を締め切らせていただきました。ご了承下さい。

## 本会催しもの案内

### ●フォーラム東京・スタッフミーティング

日程：2001年4月14日(土) 9:00～17:00

会場：中野サンプラザ8F 研修室

参加資格：日本ヘルスケア歯科研究会会員および会員の開設する診療所に勤務する者

### テーマ：う蝕予防を再考する

初期う蝕については、発症プロセスの治療によって脱灰-再石灰化のバランスを改善すれば進行停止することがわかってきました。しかし実際の臨床においては、進行停止するものもある反面、意に反して進行してしまうものもあるのが現実です。もう一度毎日の臨床の中でどのように考え、どのように診断を下していけばよいのか？ 再考してみたいと思います。

満席となりましたので、受付は終了いたしました。

#### ●酒田会場申し込み先

日吉歯科診療所 FAX：0234-22-1858

〒998-0037 酒田市日吉町2-1-16

#### ●大阪会場申し込み先

上田歯科 FAX：06-6684-2206

〒559-0017 大阪市住之江区中加賀屋3-12-4 アメニティー住之江1F

## ヘルスケア歯科コース/患者データ管理実習コース FAX申し込み用紙

レ印のコースに参加を申し込みます。

ヘルスケア歯科  基礎コース  酒田会場 第11回  大阪会場 第9回  実践コース  ~~酒田会場 満席 第5回~~

患者データ管理実習コース  大阪会場 第3回

参加希望人数 \_\_\_\_\_ 人

フリガナ

勤務先・診療所名

代表者名

住所 〒

電話番号

FAX番号

日本ヘルスケア歯科研究会 第4回国際シンポジウム  
 The Japan Health Care Dental Association The 4th International Symposium  
**歯科医療における患者利益**

と き：2001年3月18日(日), 19日(月)  
 ところ：砂防会館 別館(シェンバッハ・サボー)・東京  
 懇親会：日本海運倶楽部 3月18日

予防歯科の会？ サリバテストしないとダメ？ カリオロジーの会？ 成人の定期管理？ 臨床疫学？  
 設立3年を経て、日本ヘルスケア歯科研究会は設立の原点に立ち戻って  
 日本の歯科医療のありようを足もとの診療室から変革する着実な道筋を示します。

**3月18日(日)**

**① 設立の趣旨に立ち戻って**

- 設立趣旨からこれまでの活動を再評価してみよう／藤木省三
- <診療室のなかに目を向けて>ヘルスケア歯科研究会は、自分の診療室をどのように変えたか／齋藤直之
- 歯科医療における患者利益 患者アンケートの目的・結果から／藤木省三

**② 私たちの臨床は患者利益になっているか？ (part 1)**

- 明確な患者利益の追求における臨床疫学の役割／フィリップ・P・フジョー MSD, PhD, MS (→13ページ) (ワシントン大学準教授)
- 自分で考え、自分で判断する／コーディネーター：豊島義博 協力：EBH研究会

**3月19日(月)**

**② 私たちの臨床は患者利益になっているか？ (part 2)**

- バイオフィルム感染症の治療原則／花田信弘(国立感染症研究所)
- 症状もなく、忙しい人の定期管理はできるか／岡 賢二

**③ 歯科医療の近未来像と私たちが果たすべき役割**

- 歯科医療サービスに社会が求めるもの 米国における口腔保健サービスと予防：現在と将来／マイロン・アルキアン DDS, MPH (ボストン市保健医療管理局・部長、元米国公衆衛生歯科学会会長) (→13ページ)
- 患者アンケートの結果から近未来を展望する／藤木省三
- シンポジウム・ディスカッション ヘルスケア歯科診療の将来像／藤木省三、齋藤直之、伊藤 中、太田貴志など  
 定期的に来院させるシステム／衛生士の魅力・知識技術／診療所・歯科医師・歯科衛生士の役割／定期的に受診したい患者を受け入れていない現実／患者のライフスタイルの制約など

**お申込方法**

参加申込方法 現金書留または郵便振替にてお申し込み下さい。現金書留の場合は下欄の参加申し込み用紙を添えて事務局までお送り下さい。郵便振替の場合は事務局宛に下欄の参加申込書をファックスして下さい。所定の振替用紙を郵送致します。

\*参加費の支払いをもって参加者登録をいたします。登録の確認は参加証一式の発送をもって代えさせていただきます。

<b>参加費：</b> 会員歯科医師； 20,000円	<b>参加費タイプ</b> *費用は全て1名あたり
会員その他(準会員含む)； 8,000円	①：会 員 歯 科 医 師 (シンポジウム+懇親会参加)：26,000円
非会員歯科医師； 30,000円	②：会 員 歯 科 医 師 (シンポジウムのみ)：20,000円
非会員その他； 10,000円	③：会 員 そ の 他 (シンポジウム+懇親会参加)：12,000円
<b>懇親会費：</b> (会員・非会員共通；1名につき)	④：会 員 そ の 他 (シンポジウムのみ)：8,000円
歯科医師； 6,000円	⑤：非会員歯科医師(シンポジウム+懇親会参加)：36,000円
その他； 4,000円	⑥：非会員歯科医師(シンポジウムのみ)：30,000円
	⑦：非会員そ の 他(シンポジウム+懇親会参加)：14,000円
	⑧：非会員そ の 他(シンポジウムのみ)：10,000円

**お問い合わせ先**  
**日本ヘルスケア歯科研究会事務局**  
 Fax. 03-3260-4906  
 Tel. 03-5227-3716  
 〒112-0014  
 東京都文京区関口1-45-15-104  
 http://www.healthcare.gr.jp

日本ヘルスケア歯科研究会 第4回国際シンポジウム 参加申込み用紙

(該当の□には✓をし、必要事項にご記入下さい。会員番号もご記入下さい。)

フリガナ	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 歯科技工士 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 懇親会参加	● 参加費タイプ(マル印を付けて下さい)
参加者 氏名	会員番号 -		① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧
フリガナ	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 歯科技工士 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 懇親会参加	● 参加費タイプ(マル印を付けて下さい)
参加者 氏名	会員番号 -		① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧
フリガナ	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 歯科技工士 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 懇親会参加	● 参加費タイプ(マル印を付けて下さい)
参加者 氏名	会員番号 -		① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧
勤務先・診療所名	参加申し込み人数	人	合計金額 円
住所	電話	FAX	

キリトリ