

vol.4 no.4

(年間6回刊行・通巻022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

●日本ヘルスケア歯科研究会紹介パンフレット

研究会創設時に作成しました本会の紹介パンフレットをこのほど刷新しました。会員の皆様に同封いたしましたのでご覧下さい。

本研究会の紹介などに必要な場合、事務局までお申し出下さい。

●2002年度会費納入について

次号ニュースレターVol. 4 No. 5(12月発行予定)にて、郵便振替用紙を添付し、ご案内いたします。

催しものご案内

① 第4回秋季学術講演会(大阪)
テーマ: 歯周病のリスクコントロール
日程: 10月21日(日)
会場: 千里ライフサイエンスセンター
▷詳細 p.16

② 第5回国際シンポジウム(東京)
テーマ: 唾液のはたらきを知る(仮題)
日程: 2002年3月17日(日)
会場: 砂防会館・東京
申込み方法: 次号にてお知らせいたします。
受付開始: 2001年12月

開催迫る秋季学術講演会

日本ヘルスケア歯科研究会にとっての「喫煙問題」とは

運営委員 伊藤 中

1984年に本会の科学顧問である熊谷さんらがシアトルで歯周治療に関するセミナーを受けた際に、R. C. Pageは「う蝕も歯周病も本来まれな疾患である」と話したそうである。日本ヘルスケア歯科研究会の設立趣旨や数値目標の原点は、この言葉にあるといってもよからう。「本来まれ」であるということを実感できるように、日常臨床をはじめとするあらゆる環境を改善していこうというのが、私たちの目標である。

しかしながら、う蝕も歯周病も多因子性の疾患である。さらに日本の歯科医療の現状が修復に偏り、メンテナンスが十分に供給されていないこともある。あまりにも多くの要因が絡みすぎて、「本来まれな疾患」としてう蝕や歯周病を実感することが非常に困難になっている。

喫煙問題についてもこれと同じことが言えるのではなかろうか。私たちは、喫煙問題の重要性を実感できているであろうか? 喫煙の弊害を実感できる診療室づくりをすることが、実は本質的に求められているのではなかろうか? また、喫煙の弊害を実感している診療室においても、「感覚として悪い」というのではなく確たる根拠を持つべく努力していく必要があるのではないかと。

前号のニュースレターの巻頭記事にもあったように、「初診時の残存歯数」を喫煙者と非喫煙者で比較しても、喫煙の影響は見えてこない。これは、修復処置の影響が大きすぎるからと考えられよう。しかし、歯周病に関する様々なパラメータを比較してみれば、喫煙群の方が非喫煙群よりも不良であることもまた確かな事実である。喫煙の悪影響を抽出するためには、このような歯科医療のあり方を改めていくことも重要である。さらに、検索のベースとなる患者データを、長期にわたって地道に蓄積していくという姿勢も非常に重要であろう。

秋の講演会のタイトルは、「歯周病のリスクコントロール」である。臨床の現場において、病原性細菌以外で最も大きな歯周病のリスクファクターといえば喫煙であろう。そして、この問題に対する系統だった議論を日本ヘルスケア歯科研究会はまだ行っていない。ただ単に「禁煙させればよい」で片づけられるものでもなかろう。そこには医学的な知識や戦略も必要となる。

さらには、患者本人の意志のみによって禁煙に導くことがいかに難しいかは周知のとおりである。病因論に喫煙の有害性が書かれているからといって禁煙を勧めても患者にとっては大きなお世話であろう。今後、喫煙対策は歯科医療従事者にとって重要な仕事の一つになる。「禁煙してみませんか」という私たちの言葉は、「健康を守り育てる歯科医療」に真剣に取り組んではじめて命を吹き込まれるのではなかろうか。

今回の講演会では、「健康を守り育てる歯科医療」の枠組みの中で「喫煙問題」がどのような位置を占めているのかを確認しながら、禁煙、防煙のノウハウといった各論を含めて、より広い視点から考えてみたい。



◆◆◆地域活性化委員会からのお知らせ

前号でお知らせした今後の予定のうち、10月14日の「秋田地区ミーティング」は都合により中止となりました。ご了承ください。

関西ヘルスケア談話会では右記のとおり、第1回スタッフミーティングを予定しています。

関西ヘルスケア談話会 第1回スタッフミーティング
「患者利益の追求 ヘルスケアの目指す未来を語ろう」
 日時：2001年11月25日(日) 午前10時から午後5時まで
 場所：タカラベルモント T.Bホール (大阪市)
 講師：長谷ますみ「これからの歯科衛生士に求められるもの」
 鈴木昇一「デジタルカメラを使った口腔内写真撮影」
 藤木省三「日本ヘルスケア歯科研究会って何だろう」

日本ヘルスケア歯科研究会・関東支部設立のお誘い

発起人 日本ヘルスケア歯科研究会・監事 河野 正清

日本ヘルスケア歯科研究会の関東圏の会員数は480人余り、東京都だけでも180人に及びます。言うまでもなく全国一の会員を擁する地域ですが、本会の設立時メンバーが山形と大阪・神戸に偏っていたために首都圏の活動は必ずしも活発ではありませんでした。そのなかで「フォーラムDEWA」と同様のスタッフミーティングを東京でもやろうと河野正清さん(小平市)と日吉賢次さん(北区)が設立した「フォーラム東京」が本会の趣旨に沿って着実な活動を繰り返してこられまし

た。今年から酒田・大阪の基礎コースが事務局扱いとなって東京に移り、国際シンポジウムが毎年東京で開かれることもあって交通の便のよい首都圏の活動に対する期待が高まっています。またさまざまな地方での活動の盛り上がりとともに、首都圏の会員のなかでも横の連携をとって刺激し合い助け合おうという機運がでてきました。こうして今回河野さんの呼びかけにより関東支部設立に一步を踏み出します。何卒ご協力ください。(日本ヘルスケア歯科研究会会長・藤木省三)

設立主旨

「日本ヘルスケア歯科研究会」の活動は日本の歯科界に大きな変革を促しているようです。藤木会長はじめ運営委員の先生方はご自分たちの臨床のかたわら多大の労力を費やして「日本ヘルスケア歯科研究会」全体の運営に当たって頂いています。しかしながら、自分の臨床を行っている地域に戻ってみると、「日本ヘルスケア歯科研究会」の理念を実践している診療所はまだ少数のようです。そこで地域(関東地区)における「日本ヘルスケア歯科研究会」の活動を行い、地域の会員に「日本ヘルスケア歯科研究会」の理念をより理解してもらい、その実践の手助けをしていくために「日本ヘルスケア歯科研究会・関東支部」を設立したいと考えています。

活動内容

日本ヘルスケア歯科研究会・関東支部を設立していったい何をするのか？
 具体的には幹事の方に実際の活動をしながら決めていただけたらと思いますが、大まかな活動については次のように考えています。

(1) 「日本ヘルスケア歯科研究会」入門のための講演会

これから日本ヘルスケア歯科研究会的な歯科診療を始めたいが、どこから手を付けたらいいのか分からない、何をしたらいいのか分からない、あるいは、「日本ヘルスケア歯科研究会」の理念やカリオロジー・ペリオドントロジーについていまいち理解ができていない、そんな先生方やスタッフの方を対象にした講演会の実施。どちらかといえば基礎的な入門編的な講演会を行い、「日本ヘルスケア歯科研究会」の活動をもっともっと広げていきたいと考えています。
 年に1回ないし2回程度を考えています。

(2) スタッフミーティング

スタッフの発表を主体としたスタッフミーティングを開催して、実際に日本ヘルスケア歯科研究会的な歯科診療を実践している歯科医院をサポートします。歯科医院全体のモチベーションを高めスタッフ教育の場を提供したいと考えています。
 年に1回、9月か11月を考えています。

(3) その他必要に応じた活動

幹事

具体的な活動については幹事の方に決めていただき運営してゆきたいと考えています。幹事は関東地区の日本ヘルスケア歯科研究会・評議員を中心に有志の先生を募りたいと考えています。

日本ヘルスケア歯科研究会・関東支部の運営をしてもいいとお考えの方は、kawano@sa.uno.ne.jpまでご連絡ください。

第1回の幹事会を11月中旬に東京にて開催を予定しています。連絡をいただいた方には、追って詳細を連絡いたします。

第二回 歯科衛生士だけミーティング 報告

9月23日の午後、東京のお茶の水スクエアで「第二回歯科衛生士だけミーティング」が開かれました。10人の1、2回連続参加者を含む41人の歯科衛生士さんが参加しました。

今回の「だけミーティング」は2部構成で、前半は【考えてみよう】と題してグループディスカッション、後半は【演じてみよう】と題してロールプレイをしました。

【考えてみよう】では、藤木さんが示した二つの歯周疾患の症例をもとに、「なぜ中断したのだろう」「どんな工夫をしたらいいだろう」を8つのグループに分かれて話し合い報告しました。協力ドクターたちがこれにコメントをしましたが、飛び入りで参加した岡賢二さんが、すべての患者が、定期管理に応じてくれるわけでないし、無理強いをすべきではないと指摘されたことが印象的でした。これは参加者の気づかなかった考え方でした。また「動機づけができていなかった」という反省がどのグループからも出たのですが、この言葉は問題

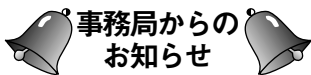
を明らかにするよりもむしろ隠してしまうという岡さんのコメントがありました。

【演じてみよう】では、藤木さんが示したケースを念頭に出席者が「サリバテストを不必要だと考える歯科医師と必要だと考える歯科衛生士」「サリバテストを受け入れない患者と受けてほしい歯科衛生士」になって4回にわたって全員が順番に数分づつロールプレイをしました。「歯科医師と歯科衛生士との議論」では、面白かった例を代表して永山歯科の佐藤さんとわたなべ歯科の渡辺さんが熱演し、喝采をあげました。

今回の「だけミーティング」では、最後に「日常の診療を思い起こして健康を守り育てる診療所を支えるために大切なこと」「健康を守る定期通院者になってもらうためにあなたができる大事なこと」「いま、あなたにとって解決すべき課題」をチャートに記入し、グループのなかで回し読みをして盛りだくさんのスケジュールを終えました。(秋)



ロールプレイで熱演する佐藤さん(左)と渡辺さん(右)



● 会員登録内容の変更について

住所、電話番号、ファックス番号、e-mailアドレス、準会員等の追加・変更がありましたら、事務局までファックスもしくはe-mailでお知らせ下さい。

Fax: 03-3260-4906 e-mail: center@healthcare.gr.jp

現在の会員の構成 (9月25日現在)

会員合計	3,250名		
正会員		準会員	
歯科医師	1,345名	歯科衛生士	1,408名
歯科衛生士	167名	歯科技工士	70名
歯科技工士	4名	その他	200名
その他	18名	準会員計	1,678名
法人会員	38社		
正会員計	1,572名		

諸国漫遊リレーエッセイ

～補綴治療主導の医院から、
ヘルスケアシステムへの転換～

(茨城県北浦町) 千ヶ崎乙文

◆一本の電話

1999年12月、いつもと何ら変わらない師走、一本の電話を日吉歯科診療所にかかけました。そのとき熊谷さんと初めてお話する機会を持ちました。

「先生の診療所を見学させていただきませんか」

開業して12年目、色々工夫して医院を運営し、補綴治療を中心に据えたシステム構築が完成していました。治療の質を高めることが再発予防への近道であると信じていましたし、そうすることによって歯科医療の本質や歯科という職業が国民の健康に十分寄与できることを一般の人に認めさせたいと考えたからです。しかし、折角、精度の高い治療を施しても、患者が自分の口腔の健康管理に真剣に関心を持つようにモチベーションすることは十分にはできませんでした。治療が終われば、目的を達成した患者は、メンテナンスになかなか応じようとしません。また、治療が中心なので、メンテナンスに十分な体制を整えていなかったことも問題でした。治療による取り組みだけで患者が救えたと私自身が思えない点に医院の行き詰まりを感じていたのです。また、補綴に強い関心があったため、総じて、全顎治療に近い人にばかり興味があったのは事実であり、さして修復処置を必要としない患者の方がはるかに数の上で多いにもかかわらず、医院の体制はその患者たちに焦点を合わせたものではありませんでした。

もちろん、勉強は常に続けていました。『クリニカルカリオロジー』も出版と同時に読んだし、サリバテストも1996年には導入していました。しかし、サリバテストも患者のためというより、こちらが患者のリスクを把握するために行っていたのが現状でした。

補綴的診断治療では枠外になる多数の患者に対して、その利益となる医療を行うには、予防的取り組みが必要ではないか、しかも医院全体として取り組むにはどのような方法がいいのか、当時そのような疑問にヒントを得ようと、予防的診療システムをすでに構築しておられた熊谷さんの診療所を見学させていただこうと思ったわけです。

◆いきなりの酒田基礎コース

今は、個別に見学には応じていないと断られましたが、一週間後に酒田で基礎コースなるセミナーがあるから、

それに来ることができれば見学希望の受講生に見学の機会を作っていると聞きました。

「基礎コースを受講するには、日本ヘルスケア歯科研究会の会員になってもらわないといけないのだが……」

「今からで手続きは間に合いますか？」

こうして、慌ただしく、患者の予約を調整し、航空券やホテルを予約して、12月11日第7回酒田基礎コースに出席したのです。

基礎コースでの熊谷さんのイントロは強烈な先制パンチでした。今でこそ、自分で考えたかのごとく人に説明していることではありますが、われわれの歯科医療が向かうべき方向がこれほどはっきり語られたことはいまだかつて聞いたことがありませんでした。また、佐々木正晃さん、佐々木英夫さん、斎藤直之さんの予防への取り組みに関するプレゼンも具体的であり、取り組みを始めていく過程で障碍となることにはどのようなことがあり、それに対してどう対処すべきかも明白になりました。二日間コースを受講して、「健康を守り育てる歯科医療」を構築するには、歯科医として従来の歯科医療に決別する決意をもつこと、医院としての明確なシステムが内に対しても外に対しても必要であることがわかりました。熊谷さんの総括で、「予防が大事だと誰もが言うし、自分は予防に取り組んでいると口にするドクターも多いが、その程度の努力は、私の努力に比べれば、20%くらいに過ぎない。本当に予防に取り組むには、本当の努力が必要だ」と述べています。今まで、自分の環境のもとでは、精一杯努力はしてきたつもりだったけれども、医院のシステムは患者のためではなく、自分のためであったような気がしてならない。この根本的な問いかけによって、私は取るべき道を決めました。帰りの飛行機の中で、講義ノートを見ながら、ヘルスケア大転換計画の作戦を練り始めました。

◆転換の第一歩

私は、性格的に中途半端なことが嫌いであり、それまでも何かシステムを取り入れる際には、まず素直に取り込んで見て、それから自分の医院のスタイルに作り替えるという手法で、大なたを振るってきました。ですから、千ヶ崎歯科医院の土壌として、院長が研修に行ってきたら、何かまた変わるかもしれないという空気はスタ

ップには十分浸透していました。翌日、朝、医院のヘルスケア転換の決意を宣言し、サリバテストのルーチン化をスタートさせました。また、口腔写真の撮影もルーチン化する準備をはじめました。

サリバテストについては、日本ヘルスケア歯科研究会を“サリバの会”と悪く言う人もいるように、テスト自体が一人歩きしていますが、この点は大きな間違いです。患者のリスクコントロールを考える際に、その患者が、う蝕、歯周病、咬合のリスク因子をどのような比率で有しているかを判定することが大切です。サリバテストは、確かに、感度・特異度ともに60～70%の検査です。3割は擬陽性、擬陰性になる可能性があります。診断の信頼性は決して高くありません。

しかし、診断学的な厳密性はさて置いても、患者にリスクを自覚させ、予防管理医療に自らの意志で積極的に参加してもらうためのモチベーションツールとしてはきわめて重要です。言葉で説明するよりも、コンピューターを利用して視覚に訴えることは、口腔写真をルーチンで撮影し、それを患者に見せることにより患者が自分の口腔を意識するきっかけになるのと同様に大切だと感じています。しかも、そのデータをある程度利用して、『ウイステリア』や『カリオグラム』上で予防プログラムを立てる過程を見せることにより、こちらが意図するプログラムをより深く患者に理解させることができます。私のスタンスは、患者に断られたらどうしようということに心配するより、患者に「あなたのリスクを調べて、二度と同じ結果にならないようにしたいと思いますが、ご協力いただけますか」と説得するわけです。同時に口腔写真の撮影講習をスタッフ全員で受講し、年明けと同時に口腔写真撮影もルーチン化しました。治療においては、中途半端な移行を避けようと、ある段階ですべての補綴修復を中止し、リスクコントロールを優先させてもらうように患者を説得して行きました。スタッフは、こういった大変革によく付いてきてくれました。

◆致命的問題

しかし、私の医院では、致命的問題がありました。それは、転換を決意した当時、歯科衛生士がいなかったのです。開業以来、2年間だけ衛生士がいたことがありましたが、治療中心のシステムでは、経験のある歯科助手で十分であり、歯科衛生士とは仕事に差もなく居場所がなかったと思います。募集は常時出していました。不便な場所にある私の所のような医院にわざわざ来てくれる人はいませんでした。ヘルスケアに転換するとき、ここに大きな壁があったのです。全国的に調べても、一医院当たりの従事歯科衛生士は平均で0.5人程度であり、このような環境の歯科医院は多いと思われます。私がそれまで、予防医療に本腰を入れられなかった理由の一つが衛生士不在の医院体制にあったのです。

幸い、時を同じくして、代診のドクターが来てくれたので助かりましたが、いわば、ドクター自体が衛生士の

パートも受け持つパターンでシステムをスタートせざるを得なかったわけです。それから、半年、多方面に依頼して、やっとベテランの歯科衛生士が来てくれました。そのとき、私が思ったのは、衛生士がいなくてもいいのではなく、衛生士を必要とするシステムがないから魅力がなかったのだということでした。彼女が来たときは、すでにヘルスケアに向かって医院全体がまっしぐらに進んでいる最中だったのです。こうして、2001年5月には、さらに新人の歯科衛生士も来て、ヘルスケアの形が整ってきました。

◆ヘルスケア転換作戦とは

自院をヘルスケア型に転換するには、どうすればいいか。ゴールはある程度見えているわけですが、そこに至るステップはどうするかが問題でした。ヘルスケアに転換するにあたり、ソフトとハードに二つの面から考える必要があります。ソフトとは、ヘルスケア的医療とは何かを理解し、それを目の前の患者で実行し、健康を守り育てる目的を達成する知識、意識に関する要素です。ハードとは、既存のシステムを切り離して、ヘルスケア的診療を行える物理的環境を整えることを意味します。知識があっても、また、変えなければという意識だけがあっても、現実に医院のハードも変えてしまわないと患者指向のヘルスケア診療所はできません。この観点から、転換の初期に必要なものをまとめてみました。

1. 自院の経営分析と歯科医院リスク診断
2. ヘルスケア的診療のためのインフラの整備
3. 必要なマンパワーの計算
4. 診査・診断における一定のプロトコル策定
5. リスク検査の全面導入
6. 患者データ入力徹底
7. カルテ記載の統一・サブカルテの利用
8. スタッフ研修と定期的ミーティング
9. 予約・キャンセル・リコールに関するマネージメント
10. 地域医療への働きかけ(学校歯科関係、市町村保健事業等)

これらの各要素を時間をかけて順番に実行するか、一気に実行するかはそれぞれのドクターや医院の置かれた状況によって様々ですが、転換において大切なことは自分の座標を見失わないことです。常に医院で行われていることを客観的に評価できる余裕がほしいところです。

◆転換から1年9ヵ月

転換から1年9ヵ月、リスク検査のモチベーションをした来院患者のうち約60%の患者が定期的に来院するようになりました。リコールして患者管理するパートと治療パートの分離が進み、外見は完全にヘルスケア型診療室となりました。今年からは、つくば歯科衛生士学校の

『ウイステリア』 パワーアップ講座 9 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。

総合評価の作成のための文例を作る

「サリバテストの総合評価を書く時間を短くしたい!」「たくさんサリバテストをしていると、同じような傾向の人が結構多いね」「それじゃコンピュータでなんとかしよう」

サリバテストの総合評価は個々の患者さんのリスク要因を簡潔にまとめなければいけません。表現の方法や優先順位などそれぞれ違いはあるものの、細かいところは同じ内容のこともたくさんあります。少しでも時間を短縮できる工夫をしてみましょう。

(注:今回からファイルメーカー Pro5.0 に準じて説明を行います。ファイルメーカー4.xの方はマニュアルを参考にして同様の操作を行ってください)

今回の手順

1. 文例を入力するためのフィールドをつくる
2. レーダーチャートのレイアウトを変更する
3. 使い方

1. 文例を入力するためのフィールドをつくる

- ・『ウイステリア』を立ち上げ、「メニュー」から「う蝕」「チャート」をクリックして、(レーダーチャート齶蝕)レイアウト画面にする
- ・レイアウトモードに切り替える
- ・「ファイル」|「フィールドの定義...」から新規のグローバルフィールドを作成する(図1~3)

タイプ:グローバル

フィールド名:総合評価文例

グローバルフィールド「総合評価文例」のオプション:テキスト

2. レーダーチャートのレイアウトを変更する

- ・現在のレイアウトの最下部に「総合評価文例」のフィールドが作られているので、適当に配置する。「書式」|「フィールド枠」でフィールドに適当な枠をつけておく(図4)。
- ・表示をブラウザモードに戻す。



図1 新しいフィールドを作成する。
まずファイルからフィールド定義を選択する。



図2 フィールドの定義画面。初めに「フィールド名」「タイプ」を指定して、作成ボタンをクリックする。

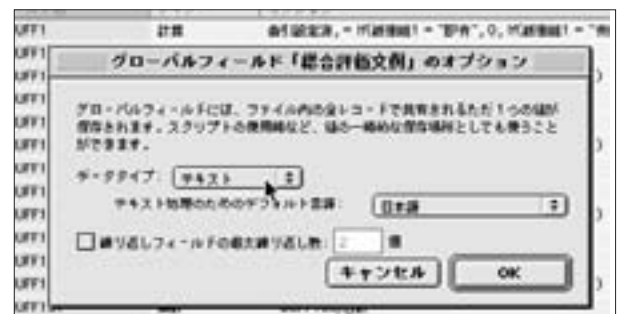


図3 上記の“グローバルフィールド「総合評価文例」のオプション”画面が表示される。データタイプでテキストを選択する。

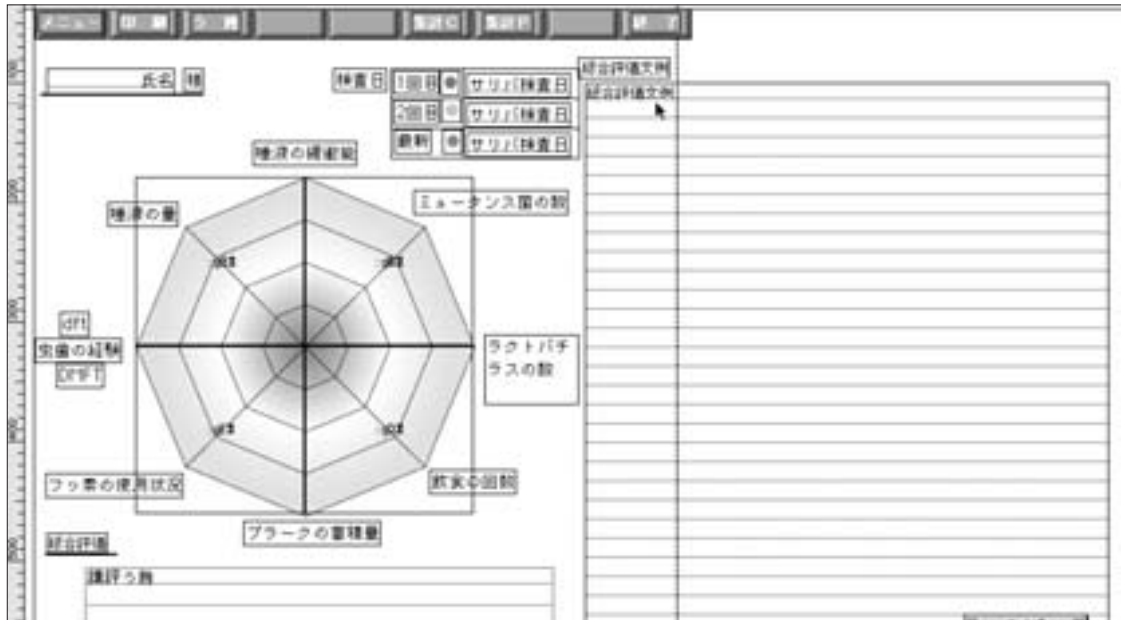


図4 レイアウト画面上に現在のレイアウトの最下部に「総合評価文例」のフィールドが作られているので、適当に配置する。「書式」[フィールド枠]でフィールドに枠を付ける。



図5 ブラウズ画面上で、「総合評価文例」フィールドによく使う文例を入力する。

3. 使い方

- ・「総合評価文例」フィールドによく使う文例を入力する(図5)。
- ・必要な文例をコピーして、総合評価のところにはペーストすればOKです。

(使い方の注意)

いつも文例からペーストしたまま使うのではなく、語尾や接続を書き換えて一人ひとりの患者さんに気持ちが伝わるように工夫をしましょう。既製ソフトの中にはレーダーチャートの数値から自動的に文章が選ばれるものもあったように思いますが、それでは心のこもった総合評価にはなりません。

試行錯誤しながらいい文例を医院の中で考えてくださいね。患者さんに理解していただくにはどのようにすればよいのかを考えながら、それぞれの歯科医院で『ウイステリア』を育てていただければ開発者としてとても幸せです。

(もっとかっこよくしたい方へ)

この方法では、レーダーチャートを表示すれば文例も見えてしまいます。ちょっとかっこわるいですね。

レーダーチャート(齲蝕)レイアウトを複製したものに先のような変更を加えます。その後、レーダーチャート(齲蝕)から新しく作ったレイアウトに移動するボタンをつければ少しかっこよくなります。

♪♪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)



実践フォーラム

実践フォーラム

『初めての保健指導を体験して』(7月5日・12日 北日吉小学校にて)

敦賀美香子(歯科衛生士 函館市 おかだ歯科医院)

当院では割とお馴染みのパターンなのですが、院長の「決まったので、やってくれ……」の一言でそれは始まったのです。酒田市での実践コースがやっとの思いでまとまり、ほっとしたのも束の間、私たちスタッフは、「予防とは何ぞや？」を小学生に理解してもらおうという、壮大かつエンドレスなテーマに取り組むことになりました(ちょっと大げさ?!)。さて、私たちの伝えたいこと、あふれでる(?)知識をどのようにしたら子供たちに楽しく学んでもらえるか……。

「やっぱり自己紹介はしたほうがいいよね？」

「うん、うん！」

「皆さ～ん！ 歯科衛生士の敦賀で～す。皆さんは歯科衛生士って、どんなお仕事か知ってますかー？」

「知らな～い」(ガクッ)

こんなシミュレーションはしてはみたものの、今時の小学生、ちょっとやそっとじゃ興味を示してくれないのではないだろうか？ やはり、インパクトがある内容にしようということになり、映像とクイズ方式で進めることになりました。

映像は“パワーポイント”を駆使し(実践コースで苦労した甲斐がありました)、クイズでは「クイズミリオネア」風(?)にひねり、小学生のハートはつかんだぞ!! という意気込みで、いざ小学校へ……。

さて当日、各学年ごとに行われたのですが、私たちの心配とはよそにほとんどの小学生が興味を持って参加してくれました。オープニングは、60代の女性の無歯顎の口腔内と健康な有歯列の口腔内映像。口元のシワの状態なども見比べてもらいました。そこから、小学生～成人の健康な口腔内と、そうでない口腔内の映像の比較へとうつり、なぜ歯がなくなってしまうのか？ ということを考えてもらうようにしました。これは実際に口腔内写真など見たこともない子供たちもいると思われ、ビックリした表情で見入る子もいました。

クイズでは、ミュータンス菌とバイキンマンの映像を出し「お口の中にいるのはどっちだと思う？」の問題。可愛いのは1年生、首をひねりつつ「バイキンマン」で手を挙げることの多かったこと……。

6年生でも「バイキンマン」に手を挙げる子がいたのですが、これはちょっと…(もしかして、おちょくられてる？ 私たち)。

さて、私たちのオンステージ(すっかりテンションが上がっています!)も佳境に入り、実際にプラークを子供たちの

口腔内から取り出し、顕微鏡からパソコンにつないで見てもらう場面になりました。細菌が活動する様子は、見慣れている私たちでも「ウツ」となる位迫力があり、「キモイ!!」と言葉を発する子が多々おりました(今時はキモチワルイではなく“キモイ”なのだそう)。その他、4年生以上の子供たちには卵にフッ素を塗り、酢水につける実験(土屋和子さんセミナー参考)、タバコについても少しふれ、無事終了しました。

が、これでお話はお終いではなく、続きがあるのです…。後日、小学校の養護の先生のはからいで、たくさんの感想文や質問が届けられました。「質問待ってるよ～」と言ったのは私ですが……。これがまた、難問、奇問ありで“するどいぞ、小学生”と思わせるのでした。たとえば、

Q 「ミュータンス菌はどこから生まれるの？ 卵は産むの？」

「そっ、そりゃ、卵は産まないと思うけど、そんなの考えたことないよ～。」

Q 「酢につけたら、歯は溶けるの？」

「えっ?! 匂いで酢ってわかった？ 酢の正体は明かしてないはずなだけけど…」

などなど、まとめただけでも20コ以上。

今回は困ったときの、神頼みならぬ、「日本ヘルスケア歯科研究会」頼みと、メールで相談したところ、“強力な助っ人”秋元さんから、ていねいでわかりやすい『Q & A』として返答をいただき、今度こそ無事終了したのです。

大変でしたが子供たちから、「今までよりも、ハミガキの回数や時間を長くしました」や、「お父さんに、寝る前にお酒を飲むのを止めるように言いました」などなど……。自分自身で口腔内の健康について認識し、なおかつ行動に移してくれたという感想文には、とても感動し、やはり「やってよかった!!」と思いました。

今回、診療室を離れ小学校という集団に対する保健指導を経験したわけですが、子供たちが“何に興味を持っている”のか、また“なぜ?”を追求して行くことにより、子供たちが“自ら行動を起こしてくれる”ものなのだということがわかりました。これから仕事をするうえでも、よいヒントを与えてもらったと思います。





海外文献から

SPTに関する最近の考え方— Session 1 —

最近のSPT(supportive periodontal therapy)に関する臨床研究報告を整理してみると、①長期臨床評価、②メカニカルなポケットメンテナンス法(subgingival polishingあるいはroot substance protective technique)、③ケミカルなポケットメンテナンス法(抗菌療法)に分類することができる。今回は、①について『SPTによる歯周炎進行抑制効果に関する長期臨床評価』に関する論文を紹介、考察する。②、③については、機会(要望?)があれば、順次紹介する予定である。(三辺 正人)

『歯周病に対して感受性の異なる患者のSPT期間中における経年的歯周組織変化』

1 Longitudinal Periodontal tissue alteration during supportive therapy

— Findings from subjects with normal and high susceptibility to periodontal disease —

(J Clin Periodontol 2001; 28: 241-249)

SPTの重要性は、多くの臨床研究により裏づけられている。最近、歯周病に対する感受性の異なる患者を対象とした非外科的治療(Non-surgical therapy; NST)後のSPTの長期(12年)臨床評価(歯周病進行抑制効果)について検討した。その結果、歯周病に正常な感受性を有するグループ(normal group; NG)では、NSTに対する反応性は良好で、SPTによって歯周病の進行は抑制された(臨床的付着喪失量; Attachment loss; A. lossは、平均0.5mm, 0.04mm/年, 歯牙喪失数平均0.3歯)。一方、歯周病に高い感受性を有するグループ(high susceptibility group; HSG)では、NSTに対する反応性は低く、SPTによる歯周病進行抑制はNGほど顕著ではなかった(A. loss 平均0.8mm, 0.06mm/年, 歯牙喪失数平均1.9歯)。歯牙喪失数については、Hirshfeld & Wasserman(1978年; 600人15年以上におけるSPTの臨床評価報告)の分類(0~3歯; メンテナンス良好群83%, 4歯以上; 悪化群17%)に基づけば、HSGでは20%と、McFall

(1982年; 100人, 19年)らの悪化率23%とともに、ほぼ類似の結果を示した。これは、Lindhe & Nyman(1984年; 61人の重症歯周病患者, 14年)の結果と比較すると、低い予知性を示した。この原因の一つとして、NSTは、根分岐部病変に対する治療効果が不十分であることが挙げられる。しかしながら、Becker(1984年; 44人, 5.3年)らの研究によれば、SPTを実施しない場合の歯牙喪失率は0.29歯/年で、HSG(0.16歯/年)の約2倍となっている。また、Rosling(1997年; 30人, 3年)らの研究では、メンテナンス中に、歯肉縁下のSRPを実施しない場合のA. lossは0.17mm/年で、HSG(0.06mm/年)の約3倍の悪化率を示している。

本研究では、NSTによって奏効しない歯周炎患者(NST後3~5年で、A. loss 2mm以上が4部位以上認められた患者、研究対象からは除外)が、HSGで20%、NGで3%存在した。

(以上、論文内容の要旨)

一般臨床医(ホームドクター)として、重要なことは、患者の経時的臨床データを蓄積することにより、歯周病の進行する危険性が高いハイリスクグループに対して、早期対応(とくに中等度Pまでの症例に対する確実な処置、リスク管理による再発と進行の抑制、う蝕と同じ!)を図ることである^{1,2)}。また、基本治療、SPTに対して反応性が良好でない症例、歯周炎の進行が速い症例(侵襲性歯周病が疑われる症例; 10人の歯周病のうち1~2人と言われるが、臨床所見以外に確実な診断法はない。国内での科学的論拠に基づいたデータは皆無!)では、細菌検査診断と抗菌療法を行う妥当性について十分な検討が必要である。(なんでもペリオクリンではダメ! 文献2, 3参照, この点についてはセッション③で説明予定, 未定ですが……)

【補足説明】

非外科的治療法:

歯肉縁下のSRPの効果については、PD 4~6mmでは、A. gain 0.55mm(PDの減少量; PDR 1.3mm)また、PD 7mm以上では、A. gain 1.3mm(PDR 2.2mm)と報告されている。また、critical probing depthは、SRPでは2.9mm、外科的処置(FOP)では4.2mmである(残念ながら、みな外国のデータです。文献4, 5参照)。SRPの平均処置時間は、1歯当たり9~15分で、処置後の縁下歯石の残存率は、SRPでは17~69%、FOPでは14~24%、ただし、経験の浅い(下手)な術者の場合、それぞれ82%と55%とされている。すなわち、下手な人の外科処置は、上手な人のSRPより効果が期待薄なのです!

NG, HSGについて

AAP 歯周疾患の最新分類⁶⁾によれば, NGは, 局所型(localized)で中等度(moderate)慢性歯周炎に相当し, HSGは, 広汎型(generalized)で重度(severe)慢性歯周炎(歯周炎患者全体の5~10%, またしても海外データですが……)に相当するものと考えられる。

根分岐部病変に対する治療効果

長期臨床研究(15年以上)では, NST後に根分岐部の場合19~57%, それ以外の部位では5~10%が抜歯に至ると報告されており, とくに, 7mm以上のポケットを有する根分岐部では, 開放的処置が必要(興味のある方は, 文献4, 5を参照)。

歯牙喪失率

未処置の場合は, 平均0.28歯/年, SPT(+)の場合は, 0.08歯/年と報告されている⁵⁾。

参考文献

1. 米山武義ら: ホームドクターからのリスク患者診断; 歯周病診断のストラテジー. 医歯薬出版, 東京. 196~207, 1999.
2. 足本 敦: 臨床歯科医師として歯周病細菌検査を考える. 第44回日本歯周病学会シンポジウム講演要旨. DENTAL TODAY, 2001年6月号.
3. 三辺正人ら: Candidaの歯周病への関与についての文献的および臨床的見解—歯周病の抗菌療法—. 歯界展望, 96(1):65~74, 2000.

歯周病の悪化率

SPTの有無による歯周病の悪化率, 歯周病の進行速度(A. loss率)の違いは以下のようにまとめられる⁴⁾. (患者へのモチベーション, DH教育における説得力のある具体的知識として大事!).

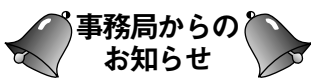
中等度歯周病の場合	SPT (+)	0.03~0.04 mm/年
	SPT (-)	0.1~0.2 mm/年
重度歯周病の場合	SPT (+)	0.05~0.06 mm/年
	SPT (-)	0.2~1.0 mm/年*
	SPT (-)**	0.2 mm/年

*外科的治療を行った場合

**緑上ブラークコントロールのみの場合

このことから, SPTを怠ると歯周炎の進行は, 約3~5倍加速することが解る. とくに, 外科的治療後にSPTをしない(やりっぱなし)のであれば, 痛いことはしないで, 放置しておいた方が予後がよい? ことになる!

4. Lindhe J, et al.: 臨床歯周病学とインプラント. 第3版 臨床編. クインテッセンス出版, 東京. 26, 27章, 1999.
5. Cobb, et al.: Non-surgical pocket therapy: Mechanical. Annals of Periodontology, 1: 433-490, 1996.
6. AAP 歯周疾患の最新分類. クインテッセンス出版, 東京. 40-65, 2001.



●新しい企画商品 小冊子『これからの歯科のかかり方』を発売!!

お申し込みは, 事務局まで FAX: 03-3260-4906



荘内日報連載の記事が小冊子になりました. 患者さんに定期管理型の受診の意義を理解していただくために, 学校歯科で関係者の理解を得るために, 医院名と電話番号を覚えていただくために, あるいは地域の母親教室の配布資料として・・・ご利用ください。

企画商品名: 小冊子『これからの歯科のかかり方』

販売価格は

- 1 裏表紙に歯科医院の医院名・住所電話を刷り込むタイプ: 1000冊セット (送料込み81,000円, 1冊単価80円相当)
- 2 広告付きエコノミータイプ*: 200冊セット (送料込み9,800円, 1冊単価45円相当) 400冊セット (送料込み16,800円, 1冊単価40円相当) 裏表紙と2ページ目に本会法人会員の広告が掲載されています. 広告代金の分だけ安価にご提供します. ただし部数には限りがあります. なお, このタイプは医院名刷り込みサービスはできません.
- 3 広告なし, 医院名刷り込みなしタイプ: 200冊セット (送料込み13,800円, 1冊単価65円相当) 400冊セット (送料込み24,800円, 1冊単価60円相当)



*「広告付きエコノミータイプ」の頒布について
購入希望者が多く, 第1回配布用として準備しました部数はすべて頒布を終了しました. ただ今, 初回配布の法人2社を含めた法人会員全社へ第2回, 第3回配布用の広告を募集し, 準備を進めております. 購入予約は随時受け付けておりますが, 印刷等のタイミングによってはお届けまで, 若干お時間をいただく場合もありますのでご了承ください。

新しい企画商品が加わりました

心理学的手法に則ったグループワーク

日本臨床矯正歯科医会スタッフ&ドクター・プログラム報告

医療における説明責任やインフォームド・コンセントの重要性はよく知られているが、その基礎となるのは医療者と患者さんとの良好なコミュニケーションであろう。とくにヘルスケアを主体とする歯科診療においては、患者さんの生涯にわたる健康管理をするにあたって、良好な患者—医療者関係を構築し、その維持に努めなければならないのは周知のことである。

しかし、医療者が一生懸命にとりくんでも、必ずしも患者全員がコンプライアールになるわけではない。また、従来から管理が難しいと指摘されている思春期には、それまで良好だった関係も危うくなることを経験することも珍しくない。それはなぜだろうか？ 患者さんは本当に私たちに心を開いてくれているのだろうか？ 私たちは患者さんを取り巻く生活・社会環境を本当に理解し、患者さんの心を理解したうえで予防プログラムを提示しているのだろうか？

生涯にわたる強固な信頼関係を築くうえで、確たる技術や知識の裏付けが必要なものと同じくらい重要なのが、患者

さんを正しく理解することだと、私は考えている。そのためには、自己流ではない、専門的な理解の手法が必要であろう。その一つが臨床心理学だと考えられる。

日本臨床矯正歯科医会大会が9月に仙台で開催され、その際「スタッフ&ドクタープログラム“矯正歯科医療におけるスタッフの役割を考える”」というセッションが設けられた。今年は「共感と信頼の環を結ぶコミュニケーション術」というテーマが掲げられ、臨床心理士・社会福祉士の布柴靖枝先生のご協力を得て、完全に心理学的手法に則ったグループワークによるラウンドテーブル・ディスカッションとワークショップが行われた。当院のスタッフ2名がその運営補助として参加できたので、その様子をレポートしてもらった。正式な参加者としてグループワークを行っているわけではないので、細かい心の動きや微妙なニュアンスは伝えられないが、患者さんとのコミュニケーションを専門的手法で確立するための基本を汲み取っていただきたい。

(伊藤智恵)

ラウンドテーブル・ディスカッション

今回の日本臨床矯正歯科医会のスタッフ&ドクター・プログラムは、参加希望者も多く、当日は見るだけでもよいからという方も次々においでになるほど大盛況だった。やはり、患者さんとのコミュニケーションの取り方に悩みながら、日々の診療に取り組んでいるのは、どの医院でも同じらしく、会場は「何かを得て帰ろう」と意気込む参加者の熱気でいっぱいだった。

講師として布柴靖枝先生をお迎えし、前半のラウンドテーブル・ディスカッションでは、カウンセリングの基礎の基礎である「傾聴訓練」を体験した。

まずは、できるだけ初対面同士のペアになり自己紹介を行った。ここでのポイントは、初対面同士の閉ざされた心の鍵をどのように外していくか、ということである。初対面で自己表現をすることは難しい。人間は心を傷つけられるのを恐れて、心に鍵をかけその扉を閉ざしているのだから、その鍵を様々な話し合いのなかで、徐々にゆっくりと外していくことが、カウンセリングの第一歩である、と布柴先生はおっしゃっていた。

次に6人のグループを作り、リーダーを決めた。このリーダーを決める際にも実は心理的なことが隠されていた。この「リーダーの決め方」を決めた人が「影のリーダー」だと言う。組織や家族のなかでも同様に影のリーダーのアプローチによって物事がうまく運ぶことが多いそうだ。その後、ペアだった相手を褒めながらグループの人に紹介をさせた。お世辞ではなく、素直な気持ちで相手を表現すること、褒められても、謙遜したり恥ずかしがってはいけないことを先生より指示された。自分に少なからず劣等感を持っていると、相手の長所は見つけにくく褒めることは難しくなる、と先生は後から付け加えられた。これには、自分自身を認め自分の中の短所を見つけ出すことで、自身の心の鍵も外すことになるのではないか、と私たちは感じた。

緊張もほぐれ、心の鍵も外れたところで「今、問題に感じて

いること、困っていること」というテーマでディスカッションが行われた。

診療の体制に対する情報交換や患者さんへの接し方の悩みなど、日々各々が感じたり、考えたりしていることが熱く語られていた。昨年までのディスカッションと大きく違ったのは、グループワーク手法のせいかな、より活発で素直な意見が多く飛び交っていたように思われる。

最後に、布柴先生は「以上のようにあげられた様々な問題に対して、気付き、形にすること、言葉(口)に出すことが必要」とまとめ、ラウンドテーブル・ディスカッションを終了した。

ワークショップ「カウンセリングの基礎」

後半のワークショップは「カウンセリングの基礎」と題し、カウンセリングの心得や具体的な技法についての講義となった。

そもそもカウンセラーとは「心の鏡」である、と布柴先生はおっしゃる。本当に悩みを抱え、そこから抜けだせないでいる人は能面のような無表情になるという。そのような状態から抜け出すには、抱えている問題を話したり表現したりして、「受容すること＝向かい合うこと」が必要なのだそうだ。表現するということは自分から「放つ」ということになり、その問題から離れる事を意味する。そうやって人は新たな一歩を踏み出し、そうやって成長していくのだという。

カウンセラーは、そういったカウンセリングを受けに来る人の心の鏡となり、相手の心を映し出す役目がある。その人が客観的に鏡に映る自分を見ることで、問題解決の方法を自分自身で探り出すことができる。カウンセラーは、相手の話を「聞く」のではなく「聴く」ことで、その相手にとって最適な方法を考え、導いてあげること、それがカウンセリングなのだ。それが言葉では表現できない相手、たとえば子どもならば、一緒に遊ぶことによって表情を観ることができ、そこから鏡の役目を果たすことができるのだ。

次に、カウンセリングの基本的な心得(別名バイステックの七つの原則)を説明して下さった。

- ① クライアントを固有な個人としてとらえる(個別化の原理)
…人間を尊重しレッテルを貼らない
- ② クライアントの感情表現を大切にす(意図的な感情表現の原則)
…感情を伴った言語化は行動化と反比例する
- ③ 後援者は自分の感情をコントロールする(統制された情緒関与の原則)
…後援者自身の自己理解の必要性
- ④ クライアントをありのままに受け止める
…完璧な人間はこの世にはいない。ありのままに受け止める
ただし、暴力は絶対に受け止めてはいけない。
- ⑤ 非審判的態度の原則
…押し付けない
- ⑥ 利用者の自己決定を促して尊重する(自己決定の原則)
…自分で考えさせ、カウンセラーは最善の方法を選択させるように手助けする。
- ⑦ 秘密保持の原則
…秘密を守れないと相手も心を開いてくれない。

以上のことはカウンセリングに携わる以上は最低限必要なことであり、クライアントに心を開いてもらうためには絶対的に必須事項である、と先生は強調された。これは、私たちが患者さんに接する時も同じで、医療従事者の共通の認識であると思う。しかし、日常の診療中に無意識のうちに行っていることもあれば、意識的に考慮しなくてはならないだろう点も多くあった。先生の話聞きながら、今後の診療に大きく反映できるよう心掛けていきたいと思った。

続いて、日常でも欠かせないが、カウンセリングのポイント、技ともいえる、「コミュニケーションの技法について」では私たちは大変驚かされた。

コミュニケーションとは、相手の心の鍵を外すことである。相手が心を閉ざすコミュニケーションパターンをなるべく用いないようにして、いかに信頼関係を築き、相手を理解し、自己決定を促すが大きなポイントとなる。

ここで何よりもショックを受けたことは、用いてはいけないコミュニケーションパターンを紹介された時だ。それというのも、普段自分達が日常的にしていることばかりだったからだ。

- ① 指示、命令(～したほうがいいんじゃない?/~しなさい)
- ② 注意(～すると***になりますよ)
- ③ 説教(～すべきです)
- ④ 提案(アドバイス)
- ⑤ 講義、解釈、分析(例:学校の成績が悪いからそう考えるのよ)
- ⑥ 非難(～なんだからいやだな～)
- ⑦ 簡単な同意(じゃ、～しなくてもいいじゃないか)
- ⑧ 侮辱、ばかにする(いつまでたっても駄目だな)
- ⑨ 同情、激励(そうね、わかるよ、でも明日はいいことがあるかも)
- ⑩ 尋問、探りをいれる(5W1H)
- ⑪ ごまかす(まあいいじゃないか)

以上が「用いてはいけないコミュニケーション」である。

普段、私たちが何気なくよく使っているこれらのコミュニケーションは、実は「相手が心を閉ざしてしまうコミュニケーション」だと言う。相談された方は往々にして自分の経験を下に「忠告」とか「教える」という形で援助しようとしたり、「事実」を究明するために「質問」したりするが、クライアントにとってこれらのコミュニケーションは問題を解決するより、むしろ新たな問題を作り出し、かえって心に鍵をかけて本心話を

さなくなったり、反抗したりするそうだ。また、悩みを抱えた人にこれらのコミュニケーションを用いると、よかれと思ったアドバイスも本人にとっては、重荷になったり、言われていることはもっともだがそうできない自分に余計に落ち込んでしまったり、反抗を招いたりなどかえって問題をこじらすこととなる。言語というのは相手の行動を拘束したり制限したりする力をもっており、使い方を誤ると、心を開くどころかますます心に鍵をかけてしまう結果につながるのだという。

本来、言葉はコミュニケーションをはかる際に全体のたった7%しか役割を果たさない。反対に、全体の半分以上の55%を占めるのは、非言語コミュニケーション、簡単にいうとこれは「態度・表情」と言い表せる。カウンセリングでは、相手にそれを合わせる(ペース合わせ)が非常に重要である。

ペース合わせの方法としては、呼吸、姿勢、表情、視線、声の調子、代表システムなどがある。ゆっくりした相手にはゆっくりと、せかせかと話す人には同じような調子で、など相手のペース(感覚器)に合わせて話をすると、信頼関係が結びやすいそうだ。「ウマが合う」というのはいわゆるこのペースが合うことを意味する。また、「代表システム」とはペース合わせの型であり、個人個人で特徴が違うが、大きく三つの型に分けられる。

- 視覚型……………人のしぐさ、表情をよく見ている人
- 聴覚型……………耳からの情報、声や足音を覚えている人
- 触運動型……………話すペースがゆっくりな人
……………テンポが遅く、伏し目がちな人が多い

この後、具体的に非言語コミュニケーションのトレーニングを行った。まず初めは、ペアで「異なる意見」「同じ非言語コミュニケーション」の条件でディスカッションした。自分の意見や主張を曲げず、なおかつペースは相手に合わせて話すので、相手は反対意見を出しているにも関わらず、相手の意見もよいものだと思えてくる。

次に「同じ意見」「違う非言語コミュニケーション」という条件でディスカッションした。すると、相手とペースをずらしながら話すため、意見は同じはずなのに同じことを論じているようには思えない、何とも気持ちの悪い納得のいかないディスカッションになる。

このことから、非言語コミュニケーションは、人との信頼関係を築くためには欠かせないものである、ということが分かった。非言語コミュニケーションを通して相手を見ると、その人の協調度分かり、より早く心を通じ合うことができる。普段から近くにいて一緒にいる家族や友人などは、無意識のうちに非言語コミュニケーションが似てくるので、気づかないうちに心が通じ合うようになるのだそうだ。

今回、これまでと違った形のラウンドテーブル・ディスカッションに少し戸惑っていたが、これまでの自分のしてきたカウンセリングや指導を大きく変えることになる情報を多く得ることができた。とくに、「言葉は相手の行動を拘束する」ということにはショックを受けた。

これまできちんとした言葉で、くり返しお話ししてさえいけば、患者さんはこちらのいうことを理解して下さるだろう、という思いで必死に話し掛け続けてきた。しかし、言葉だけではコミュニケーションをはかることは不可能であることがよく分かった。

以前、あるカウンセリングのセミナーに参加した時には、

子どもの声に耳を澄まし、どのように声をかけていけばよいのか、具体的にレクチャーを受けたので、ある程度のことは理解しているつもりでいた。その時も、今回の講演と同様に、「心で話す」ことや「表情をよく観る」ことを勉強した。また、自分の気持ちを言葉で表現することが難しい子どもには、からだで表現してあげること、その子の目線にたつて、その子の気持ちになって話を聴いてあげること、など今回と同様の話があった。その重要性を改めて感じた。

私たちが医療に携わるものとして、カウンセリングは欠かすことはできない。技術や情報の面を除いて、いわゆるプロ

のカウンセラーと大きく違うのは診療中、つまり患者さんにとっても私たちにしても何気ない雰囲気の中での出来事であるということ。そのなかで患者さんからより多くの情報を得、そして患者さんを最もよい方法に導いていくには、かなりの技量が必要だと感じてならない。

普段、何気なくしているコミュニケーションも、ある人にとっては、心を閉ざす原因になり得ることをもう一度肝に銘じ、自分達の対応を見直すことが必要のようだ。今回学んだことを改めて勉強していきながら、日々の診療により早く、より確かに取り入れていく気持ちで診療に取り組んでいきたい。

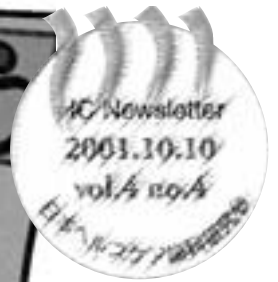
針生純代、長山祐子(伊藤矯正歯科クリニック)



A LETTER from DH
歯科衛生士からの手紙

まだまだ始まったばかりです

香川県仁尾町 歯科衛生士
 田尾幸代 松尾 円 富田美和子 大西祥子 平尾ひとみ



私たちの勤務する医院は香川県三豊郡仁尾町に7年前に開院しました。仁尾町は人口約7,000人の小さな町ですが、近年「こどものむし歯の少ない町」として報道される機会も増え、私たちの活動の成果が少しずつ地域の人々に認められてきています。

むし歯を減らす歯科医師、歯科衛生士は変わり者？

私たちは地域歯科保健活動や診療室において「むし歯や歯周病は予防できる病気です」という言葉を繰り返し口にしています。以前「あの歯科医院は変わっている。むし歯が減れば仕事なくなるはずなのに」と噂されているとよく聞きました。しかし健康はすべての人の願いです。むし歯と歯周病を予防することが長い人生にとっていかに有意義かということを理解した人々には、予防できる歯科衛生士は「変わり者」ではなくて「正義の味方」にかわります。最近の予防管理を希望する患者の増加は、そのことの現れだと実感しています。

公衆衛生的な施策・活動は診療室内にも影響大

開院当初は、歯科衛生士の人員不足などの理由によりデンタルチームとして力不足でした。そのため学校歯科保健活動、地域歯科保健活動の充実を優先しました。その内容は、① 町内の保育所・幼稚園、小学校、中学校におけるフッ素洗口の実施、② 1歳6ヵ月健診における親子歯科健診と歯科保健指導、③ 町健康まつりにおける歯科相談、④ 幼稚園、小学校における歯科保健指導(月1回以上)、⑤ 2歳児の摂食指導、⑥ 歯科保健に関する講演会の開催(外部からも講師を招く)などです。

その成果の一つとして、平成11年仁尾町立仁尾小学

校が『全日本学校歯科保健最優秀賞(文部大臣賞)』を受賞し、私たちは歯科衛生士として初めて、仁尾町から「町教育功労賞」をいただきました。ちなみに仁尾小学校(児童数330名)の6年生のDMFTは約0.6です。

このような地域における公衆衛生的施策・活動は、診療室内で予防を基礎に据えた体制を整えていくためにきわめて有効な要因になっています。子どものむし歯の激減を目の当たりにした人、伝え聞いた人が患者さんのなかに多く含まれ、そのような患者さんは私たちの言葉に注意深く耳を傾けてくださいます。

診療室を変える第一歩

日本ヘルスケア歯科研究会の発足以来、春秋の講演会にはすべて参加させていただき、その内容を患者さんとの対話の中にも活かすよう努めています。また大阪、酒田での基礎コース、実践コースでは歯科医師、歯科衛生士の方々の話の中に、私たちがデンタルチームとして早急に取り組むべき多くの課題をみつけることができました。現在診療室内では、口腔内写真撮影、『ウィステリア』による資料の管理、歯科衛生士担当制の導入など、歯科衛生士としての仕事の内容が大きく変わってきています。当面の最大の課題は、スケーリング、ルートプレーニングの技術の向上であるとの判断から、講師を招き研修会を行うなど、日々奮闘中です。

これまでの地域歯科保健活動、診療室内で得られたデータに関しましては、3年間にわたり香川県歯科医学大会、四国地区歯科医学大会で発表する機会をいただきましたが、私たちの歯科衛生士としての活動は、第一歩を踏み出したところと考えています。



本会催しもの案内

ご注意

- *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、その際はご了承ください。
- *今後大阪・酒田での歯科コースの開催予定はありません。
- *お申込者への案内状発送は、開催日1ヵ月前位を予定しています。

第5回 国際シンポジウム
テーマ：唾液のはたらきを知る(仮題)
 海外招聘講師：Jorma Tenovuo 教授(フィンランド・トゥルク大学) (予定)

日程：2002年3月17日(日)
 会場：砂防会館・東京
 申込み方法：次号にてお知らせいたします。
 受付開始：2001年12月

□ヘルスケア歯科コース

基礎コース

- 東京第2回 11月
- 東京第3回 平成14年3月30～31日

満席

基礎コース 12月より受付開始

第4回以降の基礎コースは下記の日程で開催予定です。申込み受付開始日は次号ニュースレターでご案内いたします。

●●●開催予定●●●

- ・東京第4回 平成14年 5月18～19日
- ・東京第5回 平成14年 8月10～11日
- ・東京第6回 平成14年 11月16～17日

●●●コース概要●●●

- 費用： 歯科医師 45,000円
 歯科衛生士ほか 35,000円 (懇親会費用含む)
- 場所： 東京・お茶の水スクエア
- 開催時間(予定)： 1日目 午後1時30分～6時
 懇親会 午後6時30分～8時30分
 2日目 午前9時～午後4時30分
- コース内容概略(全回共通)：日本ヘルスケア歯科研究会の目的、カリオロジーおよびペリオ病因論、健康を守り育てる診療室づくりの実践例、その他トピックス

実践コース

- 東京第1回 平成14年3月30日

実践コース

参加登録受付中

- 日時：平成14年3月30日(土)
- 費用： 歯科医師；20,000円、 歯科衛生士ほか；15,000円
 (懇親会費用含む。懇親会は基礎コースと合同)
- 場所： 東京・お茶の水スクエア
- 開催時間： 午前10時～午後6時
 (予定) 懇親会 午後6時30分～8時30分
- 参加資格： 基礎コース(過去の酒田・大阪開催の基礎コースを含む)を受講した医院の歯科医師およびスタッフのみ
- 募集定員： 60名程度
- 講師： 熊谷 崇ほか
- 内容概略： 健康を守り育てる診療所づくりに取り組む中で、臨床において生じた歯と歯周病のコントロールについての疑問点、問題点などについてディスカッションして問題解決をしていくためのコースです。
 参加医院から事前に問題点・疑問点を提出していただき、その中の約10医院から各々現状と問題点について報告していただいたうえでディスカッションを行います。

ホテル案内

■会場近隣の宿泊施設をご参考までにご案内します。
 なお、宿泊予約は事務局ではお受けできませんのでご了承ください。■

- お茶の水界隈の宿泊施設(料金はいずれもシングル。ご予約の際に念のためご確認ください)
 公共の宿
- 東京ガーデンパレス
 ¥8,400～(税/サービス料、別)
 JR/地下鉄お茶の水駅/地下鉄新お茶の水駅 徒歩5分
 文京区湯島1-7-5 TEL 03-3813-6211
 - ビジネスホテル
 ●お茶の水イン

¥7,900～(税込み/サービス料不要)
 JR/地下鉄お茶の水駅/地下鉄新お茶の水駅 徒歩3分
 文京区湯島1-3-7 TEL 03-3813-8211

- 東京グリーンホテルお茶の水
 ¥8,400～(税/サービス料込み)
 JR/地下鉄お茶の水駅 徒歩5分 地下鉄淡路町 徒歩2分
 千代田区神田淡路町2-6 TEL 03-3255-4161
- 東京お茶の水ホテル聚楽
 ¥9,975～(税/サービス料込み)
 JR/地下鉄お茶の水、新お茶の水駅 徒歩3分
 千代田区神田淡路町2-9 TEL 03-3251-7222

ヘルスケア歯科コース 実践コース 東京第1回 FAX申し込み用紙

✓印のコースに参加を申し込みます。

ヘルスケア歯科 実践コース □東京第1回

受講基礎コースについて、以下を必ずご記入ください。

□酒田・□大阪・□東京(いずれかに✓印)会場にて第_____回基礎コースを受講した。

フリガナ

勤務先・診療所名

代表者名 _____ 会員番号 _____

住 所 〒 _____

電話番号 _____

FAX番号 _____

●参加者全員のお名前をご記入下さい。

歯科医師： _____ 会員番号 _____ 歯科衛生士ほか： _____ 会員番号 _____

申込先：日本ヘルスケア歯科研究会事務局 FAX：03-3260-4906

診療室でどのように禁煙指導に取り組むか？

10月21日(日) 9:30 a.m.~4:30 p.m.

会場：千里ライフサイエンスセンター(豊中市)

午前部

「歯周病のリスクファクターについて考察する」

太田貴志 本会副会長

歯周病の病因論の中での喫煙の位置づけ(臨床例、来院患者のデータなどを交えて)を再確認する。喫煙問題をテーマとして取り上げる意味はなにか……。

「歯科医院における禁煙指導」

市来英雄(鹿児島市開業・本会会員)

歯科医院における禁煙指導の実践。

「医療機関における禁煙アプローチの実践」

講師：望月友美子(国立公衆衛生院・主任研究員)

禁煙運動の実践。

歯科医療機関がどのように禁煙運動に関わっていけばよいか。

午後部

「一般診療過程における喫煙抑制について」

三條典男(三條医院・産婦人科・小児科)

- どのようにして女性や青少年は喫煙に取り込まれているか
無関心段階の喫煙者に有効なモチベーション
校医として行っている小中学生への禁煙指導などを具体的に紹介する。

ディスカッション

座長：伊藤 中

当日のすべての演者の方々とともに、参加者の診療室で「どのように禁煙指導に取り組むか？」について討論する。

お申込方法

参加申込方法：同封の郵便振替にて参加費をお支払いいただき、下欄の参加申し込み用紙をファックスして下さい。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。
*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。

参加費：

- 正会員歯科医師：12,000円
その他会員・準会員：4,000円
非会員歯科医師：20,000円
非会員その他：8,000円

歯学部学生、大学院生、留学生については特別の扱いとしますのでお尋ね下さい。

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

ホテル案内

■会場近隣の宿泊施設をご参考までにご案内します。

*宿泊予約は事務局ではお受けできませんのでご了承下さい。

*料金はいずれもシングル(ご予約の際に念のためご確認下さい)。■

●千里阪急ホテル ￥11,500～(税/サービス料、別)
地下鉄御堂筋線/北大阪急行・大阪モノレール「千里中央」下車すぐ。
TEL: 06-6871-0544 豊中市新千里東町2-1-D-1

●ホテル オオサカ サンパレス ￥6,500～(税/サービス料、別)
地下鉄御堂筋線/北大阪急行「千里中央」駅下車・大阪モノレール「万博記念公

園」下車すぐ。 TEL: 06-6878-3804 吹田市千里万博公園1-5

●ホテルマール南千里 ￥5,500～(税/サービス料、別)
阪急千里線「南千里」下車すぐ。 地下鉄御堂筋線/北大阪急行「桃山台」下車、バス5分。 TEL:06-6872-1911 吹田市津雲台1-2-D9

●新大阪 江坂 東急イン ￥8,500～(税、別)
地下鉄御堂筋線「江坂」下車すぐ。 TEL: 06-6338-0109 吹田市豊津町9-6

●ホテル パークサイド ￥6,000～(税、別)
地下鉄御堂筋線「江坂」下車すぐ。
TEL: 06-6386-9191 吹田市江坂町1-13-282

日本ヘルスケア歯科研究会 第4回秋季学術講演会(大阪) 参加申し込み用紙

(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。)

Registration form with fields for name, affiliation, membership status, and contact information. Includes checkboxes for dental professions and a table for attendance and costs.