

HEALTH CARE

The Newsletter of the Japan Health Care Dental Association

vol.5 no.1

(年間6回刊行・通巻025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

☎ 03-3269-8371

Fax. 03-3269-8372

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

●2002年度会費納入のお願い

2002年度会費未納の方には、郵便振替用紙を同封しました。お払込のお手続きを宜しくお願いします。行き違いの際はご容赦ください。

●「会員ステッカー」

2002年度版「会員ステッカー」を同封しました。ご活用ください。

●歯科衛生士「銀バッチ」

会員番号が99-XXXXの正会員歯科衛生士の方で2002年度会費をお払込の方には、歯科衛生士「銀バッチ」を同封しました。襟元で輝かせてください。

おわび

ニュースレター等で予告した基礎コース東京第6回(平成14年11月16~17日)および実践コース東京第2回は都合により中止になりました。日時が決まり次第、ご案内します。

催しものご案内

① 第5回秋季学術講演会(大阪)

テーマ: 最小限の介入/最大限の患者利益

日程: 2002年10月27日(日)

会場: 大阪・千里ライフサイエンスセンター

▷詳細p.16

異端から標準へ

会長 藤木 省三

異端?

異端: 正統からはずれていること。また、その時代において正統とは認められない思想・信仰・学説など
 私たち日本ヘルスケア歯科研究会では長期間にわたる患者利益を追求しさまざまな問題を捉え提言を行ってきました。そして、診療室では、リスクコントロール・データの蓄積と評価・チーム医療・定期管理の重要性を主張しています。しかし、このような試みは広く認められているわけではありません。たとえば地元の歯科医師会の会合で口腔内規格写真を撮影していると話せば「道楽ですね」の一言で片づけられてしまい、実費を伴う唾液検査、歯周病細菌検査などは論外です。周りから見れば「ちょっと変わっているよね」と思われているのではないのでしょうか。

他院との差別化?

最近「こうすれば患者が増える」「……自費率アップ……」と予防的管理を行うことが他の歯科医院との差別化になり、高収入につながるのと宣伝を見かけることが多くなりました。確かに、私が知っている10年以上前から健康を守り育てる歯科医療を継続している歯科医院では、近隣の歯科医院の増加にも関わらず安定した運営を続けているところばかりです。しかし、それが目標だったわけではありません。

私たち日本ヘルスケア歯科研究会の目標は、日本のう蝕と歯周病の疾患構造を改善するという壮大なものです。一人の歯科医師、一つの歯科医院では地域を変えることができない。だからこそ、組織をつくって地域、日本を変えていこうとするものです。決して他院と差別化して自分だけが良くなろうというようなちっぽけなものではありません。

むしろ、真剣に健康を守り育てる歯科医療を行おうとすれば、さまざまな壁に直面します。3月の月末には、実践コース、基礎コースが行われましたが、参加者はそれぞれ悩みを持っておられます。一見うまくいっているように見える歯科医院でもその裏にはまだまだ改善を要する課題が隠されています。

私のところでも、昨年拡張し設備の改善を行いました。スタッフの拡充、さらなる技術の向上、データ収集の徹底など多くの課題を抱えています。うかうかできる状況ではありません。多分、ヘルスケア的な診療を始めれば最低3年程度は収入の低下を覚悟し、その後も維持、向上させて行くにはかなりの気力、努力を要すると思います。

みんな楽しそうだね

3月の国際シンポジウムの前夜祭に参加された方は皆さんお感じになったと思いますが、運営しているスタッフも含めた会員だれもが、間違いなく楽しそうでした。また、私は会長として多くの方とお話をする機会がありますが、ヘルスケアの話になるとどンドン話題が出て、未来の話につながります。歯科医師会での「患者が減った」「収入が減った」との話とは大きな違いです。

裏では歯を食いしばって努力していても、楽しそうに振る舞える、なぜなのでしょう。多分、“よいことをしている(患者利益になっている)”という自信と誇りからくるものだろうと思います。唾液テストなどのリスク診断も最初は受け入れられなくても続けているうちに理解され、それが患者の信頼につながってきます。そしてメンテナンスの年数が長くなり、自院のデータでその効果が見えてくればしめたものです。もう、立派なヘルスケア依存症です(そのためにもデータをきちんと残しましょう)。

異端から標準へ

「異端から標準へ」、なんとも乱暴な言い方ですみません。異端の反対語は標準ではありませんが、冒頭に書いたようにいつまでも「ちょっと変わっているよね」ではだめだということです。リスク診断、リスクコントロール、定期的なメンテナンスが当たり前の世の中になってこそ私たちの意味があるのです。

そのためには会員の一人一人に大きな期待が寄せられています。もう一度何をすべきか考えてみてください。医院の中での役割、医院全体としての役割、そして自分がいる地域で

の役割を考えてみてください。

歯を食いしばりながらも楽しそうに活躍する会員は、自分たちの今やっていることがいずれ日本の歯科界の標準となることを感じているからでしょう。自分たちが先端を走っている、未来を創り出している実感ではないでしょうか。

設立から4年経過し、日本ヘルスケア歯科研究会に対する外部の期待もますます大きくなってきています。今春のシンポジウムで新たな課題もできました。会の内部からの自発的な提案も増えています。ますます楽しみな5年目になりそうです。



第5回国際シンポジウム報告

唾液と唾液の診断学(J. テノヴォ教授)の講演概要

唾液と唾液の診断学 口腔乾燥症と唾液減少症について

唾液腺から分泌される液体を唾液と称するが、全唾液（混合唾液、口腔液）は、他に微生物、脂質、蛋白、上皮、食物残渣、白血球などを含み、混濁している。

唾液は、微生物（細菌、ウイルス、イースト）を多量に含むため、ヒトからヒトへの微生物感染の媒体となる一方で、口腔健康を維持するために重要な生体防御機能を有している。唾液の口腔組織保護作用としては、糖や細菌の浄化作用、緩衝作用、歯、粘膜面に対する細菌付着抑制作用（凝集作用）、再石灰化促進作用、抗菌活性などがあげられる。従って、口腔乾燥症の患者では、糖や細菌が口腔内に停滞、増殖することになる。

口腔環境は、細菌増殖に適しており、唾液1ml中7～8億個、1人当たり250～300種の細菌が生息する。唾液中には、う蝕原性細菌（mutans streptococci; 以下SM）や歯周病原性細菌が存在し、成人から成人へ、あるいは成人から子へ感染する。しかしながら、唾液中微生物の90%以上は、無害の常在菌である。

加齢とともに、SM数は増加し、う蝕に罹患する危険性（カリエスリスク）も増加する（Low risk 1,000個/ml 5%以下、High risk 1,000,000個/ml 20%以上）。さらに、唾液中のSMと口腔環境の酸性度（砂糖の消費量）を反映する lactobacilli 菌（LB）の数を細菌検査により把

握することでカリエスリスクをある程度予測することができる（High risk SM, LBともに多い。Low risk SM, LBいずれか、あるいは両方が少ない）。

患者が口渇感を自覚症状として有している場合を口腔乾燥症（Xerostomia）、唾液量の低下を示す場合を唾液減少症（Hyposalivation）と言う。正常な唾液量を示すにもかかわらず口腔乾燥症である場合、また、逆のケースもあることから、両者を区別することが重要である。一般に唾液減少症では、刺激唾液（主に耳下腺より分泌、漿液性）が、0.7ml/minあるいは3.5ml/5min以下（平均2ml/min）あるいは安静時唾液（おもに小唾液腺と顎下腺より分泌、潤滑機能を有するムチンを含む粘液性）が0.1ml/minあるいは1.0ml/10min以下（平均0.3～0.7ml/min）であるが口腔乾燥症の診断には、安静時唾液量の測定が合理的である。とくに経時的に測定し、下降傾向にあるか否かを見定めることが重要である。また、臨床的診断基準としては、①乾燥感があるか？ ②乾燥した食物の嚥下が困難か？ ③夜間に水分補給をするか？ など主観的基準と①口腔粘膜の発赤、疼痛、灼熱感、②歯表面の唾液被膜の欠如、③口腔底に唾液が存在しない、④発音、嚥下困難、⑤味覚の変化、⑥う蝕の進行、口腔カンジダ症などの客観的基準がある。また、ミラーテストも有効な方法である。口腔乾燥症の有病率は、50歳以上の女性で薬剤服用者に多いが、20～30歳代においても20%存在し、必ずしも高齢者特有の疾患ではない（1994年、スウェーデンにおける臨床研究結果）。

口腔乾燥症の誘因としては、薬物（抗うつ、精神病、利尿、ヒスタミン剤 降圧剤 喘息の治療薬など）、放射線照射によ



る唾液分泌障害、シュグレン症候群、神経性の食欲不振などがある。服用薬物と唾液量の関係については、50～55歳を対象としたスウェーデンにおける臨床研究では、唾液量抑制作用を有する薬物を服用した場合は、服用しない場合に比較して刺激時唾液量は約半分に減少すること、それ自体に唾液量抑制作用を有さない薬物でも数種類服用すると、その相互作用によって唾液分泌が抑制されることが明らかにされた（たとえば7種類の薬剤服用患者の65%が口腔乾燥症）。すなわち、口腔乾燥症の診断には、服用している全ての薬剤のチェックが必要である。降圧剤、抗うつ剤には、唾液分泌を抑制しな

い、あるいは増加させるものもある。

刺激時唾液量は、加齢による変化はない（20～80歳）が、一部の女性では閉経時に低下する。また、安静時唾液量は、50～60歳以降、減少傾向を示す。

唾液減少症が、口腔内環境に及ぼす影響としては、う蝕の進行、口腔粘膜感染のリスク増強、粘膜炎、カンジダ症の発現がある。歯周病との関連については不明である。口腔外環境に及ぼす影響としては、消化器粘膜感染のリスク増加や上部消化器障害や栄養不良との関連性が指摘されている。

報告：三辺正人（評議員）

唾液の少ない患者のカリエスコントロール

唾液減少患者のカリエスコントロールの実践において、有用なものはフッ化物、キシリトール、抗菌剤としてクロルヘキシジンがあげられる。また、必要な補綴処置を行い咀嚼機能の回復、改善、向上にあたり、唾液分泌を刺激することも必要不可欠である。唾液減少を認めない患者の予防方針と大筋においては同様である。しかし、その用法に関してドライマウス患者においては粘膜の乾燥のため、より一層の配慮が必要となってくる。家庭においてはガム、タブレットなど、フッ素入り洗口剤は刺激が強いと訴える患者が多いためお勧めではない。院内においてはジェル、パーニッシュを用いる。

フッ化物に関してはドライマウスの粘膜は感性のため、刺激の抑えられたマイルドな添加物であることが求められる。また、唾液分泌能の低下のためカルシウム、リンも口腔内から減少している。歯牙の再石灰化を得るために、フッ素とカルシウム、リンを同時に口腔内に投与しなければならない。

キシリトールはドライマウスのカリエスコントロールには安全で有効な成分である。ガムとして用い、残った唾液腺を刺激し分泌を促す。ミュータンス菌の歯面への付着防止、細菌が代謝不可能な五単糖であることなどが特徴としてあげられる。ただし、一部の製品の中には甘味料としてキシリトールが100%でない場合もあり、ソルビトールが含まれている場合などはミュータンス菌が適応し、乳酸を作り出してしまふので注意が必要である。

クロルヘキシジンの特徴としては、ミュータンス菌に対し

て最も感受性が高いこと、北欧において40年間使用されているが、耐性菌が発生したという報告がないことなどがあげられる。以上のことからカリエスコントロールに関しては大変有効な薬剤である。ただし、味が悪く、歯牙の着色の問題、広域のスペクトルを有しているため、他の口腔内細菌に対して殺菌能力を有していることなどがマイナス面である。また、マウスリンスとして用いる場合はほとんどがアルコールを含んでいること、刺激が強すぎることで、希釈すると有効性が落ちることなどによりお勧めではない。実際の応用方法としては粘膜に接触しないように用いることを勧めている。ジェルは1%クロルヘキシジンを院内にてクリーニング時に使用する。パーニッシュは歯列全体に行うものではなく、露出根面などの歯面局所に用いることを勧めている。ただしミュータンス菌が死滅するわけではなく、繰り返す行う必要性を勧めている。

どのような患者においても患者個々に対して、適切な診断を行い、適切な処置を行う必要がある。また、幼少期の感染を防ぐことが唾液減少患者においてもカリエスコントロールの第一歩であろう。

報告：砂盃 清（評議員）



唾液 分泌に影響を与える薬物服用の実態調査の計画

今春の国際シンポジウムのディスカッションの最後に来院患者の服用薬物と唾液分泌に関する調査をしようと提案されました。患者さんたちは、口渇副作用のあるどんな薬物をどの程度服用しているのでしょうか？ それは刺激唾液量に影響を与えるのでしょうか？ あらゆるどの程度、安静時唾液の分泌や口渇感に影響しているのでしょうか？

臨床的には唾液分泌量が著しく低下した患者にう蝕が多発する印象があります。しかしその原因が薬の副作用であるという確たる証拠はありません。唾液分泌量の低下は粘膜の炎症を招き、快適な咀嚼・嚥下・発語・味覚

を障害し、QOLの低下をもたらします。

そこで唾液分泌に影響を与える服用薬物の実態（頻度、重複服用、コンプライアンスなど）を把握するとともに刺激唾液分泌速度を計測し、薬物副作用の実態、口腔乾燥の自覚症状について実状を調査することとしました。

またこの調査で得られる唾液サンプルについて、精神的ストレス指標物質として注目されているクロモグラニンAはじめ何種かの唾液中タンパク（ラクトフェリンなどの抗菌物質やアルツハイマーとの関わりが議論されているNGF量）などを測定する計画も同時に進めます。

5月中にも1診療所でパイロットスタディを行い、それを基にプロトコルを見直して今夏50施設程度の本会会員診療所を募り調査

を実施します。3日間に来院した40歳以上の患者さんすべてに協力をお願いする悉皆調査です。唾液検査をルーティンワークとしている診療所はふるってご参加ください。

研究チーム

研究責任者 藤木省三（日本ヘルスケア歯科研究会・会長）

研究作業班

鈴木章（日本歯科大学高齢者歯科学講座）／野村義明（鶴見大学歯学部 予防歯科学講座）／望月真弓（北里大学薬学部医薬品情報部門教授）／斎藤一郎（鶴見大学歯学部 口腔病理学講座教授・ドライマウス研究会代表）／村松いづみ（日本ヘルスケア歯科研究会・評議員）



第5回国際シンポジウム

講演ノート

玉田 敬

○臨床で遭遇する唾液への疑問 熊谷崇人の生涯におけるカリエスリスクは
・乳幼児期（乳歯列～混合歯列）
・中高年生
・成人期
・高齢期（50歳～）

に分けられる。

この中で、幼児期と同じくらい高齢期もカリエスコントロールが困難で、その原因として、高齢期からの唾液分泌量の低下がある。こうした唾液の問題、とくに口腔乾燥症についての整理が必要で、

唾液の研究では世界的な権威であるテノゾオに午後のセッションをお願いする。

高齢期の唾液分泌低下の原因として

- ①咀嚼機能の減弱
- ②食習慣の変化（軟食傾向）
- ③唾液分泌抑制の副作用をもつ薬剤の服用
- ④唾液腺・管の破壊、萎縮などがある。

私の診療所のデータでは、初診時の年齢が上がれば上がるほど唾液量が低下し、また口渇作用の副作用をもつ薬剤の服用者は50代で627人中193人、60代で653人中353人になる。こうした全身疾患に伴う薬剤の長期使用の問題を明らかにして、本会の目標の一つ「口腔乾燥症を引き起こす副作用のある薬物を周知させる」ことに積極的に関わっていきたいと思う。

○ディスカッション 司会 鈴木章(日本歯科大学助教授)さん

最初に鈴木さんから、これからは「全身疾患に伴う薬物の長期使用の問題」を個人としてアクティブに、組織としてもアクティブに医科との連携を図っていく

ことを提唱し、また医科ばかりでなく、薬剤師、製薬会社、行政などにも理解を深めてもらう行動をすることが確認された。

野村さんからは、そのために、薬剤の使用量・期間などを盛り込んだプロトコルを作成し、莫大なデータの蓄積が必要であると助言をいただいた。

つぎに患者さんの服用薬を知ることで

- ①内服薬の副作用を知り
- ②疾患を推測することができ
- ③薬剤の作用・副作用が歯科治療を困難にするかどうか知り
- ④薬剤の重複投与を防止できるので、初診時の問診に確実にを行うことの提言があった。

最後に、鈴木さんから会員全員で一定期間に来院した40歳以上の患者さん全員に薬剤の服用についての調査をすることが提案され、会場の賛同を得て閉会となった。



鈴木さん(左)と野村さん(右)

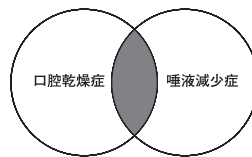
参加者からのご意見

日本ヘルスケア歯科研究会 様

先日は第5回国際シンポジウム開催お疲れさまでした。講師の方々にも素晴らしいご講演を頂きありがとうございました。口腔ケアの一環として口腔乾燥症に対して我々歯科医が担う役割を痛感いたしました。

しかし、今回のシンポジウムの表題は「カリエスリスクと唾液学」ですから、安静時の唾液量減少が問題となる口腔乾燥症ではなく、食事によって生じた酸を速やかに拡散・中和させることによってカリエスの発症を防ぐ刺激唾液量の減少が問題となる唾液減少症ではないのでしょうか。ところが講演内容およびディスカッ

ションでも口腔乾燥症が話題の中心でした。前述しましたようにカリエスリスクの観点からは、安静時唾液量の測定はあまり意味がなく、我々開業医にとっても患者にとっても負担のわりにメリットがないものと思われ（時間帯やストレスなどの影響を受けやすい安静時唾液量を正確に測定するのは時間を要します）。



口腔乾燥症の人の中には唾液減少症の人がいるので要注意であって、口腔乾燥症=要注意ではないはずで、

当歯科クリニックの前身は精神科・透析併設の総合病院内歯科・口腔外科であり、多くの口腔乾燥症（シェーグレン症候群、放射線治療後

含む）、唾液減少症の患者を診てきました。その病院の前に開院している関係でやはり唾液量の減少を認める患者はいますが、口渇などの自覚症状を訴える方はほとんどいません。

そのような状況で、今回の「唾液の少ない患者のカリエスリスクコントロール」の話を楽しみに、臨床の場で指導に苦慮している歯科衛生士の勉強と気付きになればとDH二人とともに参加したのですが、「ほとんど口腔乾燥症の話でしたね」と言われてしまいました。

是非フロアの声を書いて下さる機会をシンポジウム内につくって下さい。

一参加者が突然まとまりなく勝手なことを書き送りました失礼をお許し下さい。

枚方市 三上歯科クリニック 三上 豊

第5回国際シンポジウム 前夜祭 報告

経営者のための マネージメントコース

報告：金尾好章（評議員）



国際シンポジウムの前夜祭として、盛りだくさんの企画で、唯一の講演会形式によるマネージメントコースが斎藤運営委員のもと千ヶ崎、金尾両評議員を講師に開催されました。

このコースの目的はヘルスケアの基本的な予防理念は理解できるが実際に診療所で

取り組んでみると、さまざまな要因から実現できないでいるか、これから新規に導入しようと考えている診療所の経営者（院長）を対象に、少しでも予防システムの構築の後押しをしようというものでした。

金尾は過去の医院経営データをもとに医院独自の小児から成人まで長期にわたり、

患者さんと長く付き合う診療システムや院内の紹介と、医院の改革に併せて、マンパワーの増強や設備投資、診療環境の整備を行ってきた経緯を紹介しました。また歯科衛生士が中心に運営するドリルフリーゾーンとして、従来の診療室とは別に設置された予防健診室等、一度は予防に転換しつつ急なスタッフの入れ替わりにより挫折しかけ再度挑戦しつつづけている様子を紹介しました。

サリバテストや口腔内写真撮影、それらのデータ管理等のハウツウがとかく問題視されますが、その根底には診療室で中心になって予防を実践する歯科衛生士等のスタッフ教育や人事評価の問題があります。そこで人事管理の考え方（ニュースレター vol.4 no.2、医院経営の変革とスタッフの利益とは）などについて述べました。

千ヶ崎さんは、まず、マネジメントコー

ス参加65診療所の先生方に事前配布したヘルスケア型診療および診療実態に関する詳細なアンケートの分析と考察を論じました。アンケート結果から、ヘルスケア型診療への転換理由としては①患者利益になる、②他医院との差別化等、また、転換できない理由としては①スタッフ関連問題、②モチベーションに不安、③自費と保険等兼ね合い、等の回答が多く、参加者が求めているものが明らかにされました。

また、予防マネージメントを実践するにあたり、診療室でかかげた、目標から→分析→戦略→実行へと行動しつつ、途中再分析へ戻る、独自のフローチャートを用い、開業以来の経年的な医院の分析を示されました。

また、高度な診療技術を目指した診療所で、一人一人の詳細な患者データをとることの意義や、多数の患者データがパソコ

ンにより管理されている様子や、地方でも患者サイドにたった予防的診療が短期間でも受け入れられ、医院の業績が急激に回復している経営分析データが示されました。

予防を実践するには、目先の患者増加や収入アップを求めるのではなく、本会の設立趣旨にあるように、真の歯科医師として患者利益を目指すという熱い情熱が必要です。また、院内では院長の強いリーダーシップのもと、スタッフとともに長期にわたり予防診療を持続させるためその医院に合った確実な院内マネージメント・システムを構築する、そのプロセスが重要と考えられます。何かと厳しい状況が伝えられますが、問題は院外にだけあるのではなく、院内や院長自身のスタンスに大きなウェイトがあることの理解が必要でしょう。



によって、できる限り受講者のニーズに応えるべく綿密に準備を進めたつもりでしたが、参加者数が予想をはるかに上回ったこと、個々の参加者の要望やPCに対する熟練度にかなりばらつきがあったことなどのために、受講者のなかには期待外れの方もいたことでしょう。今後このような形式の講習会を再び開催するときには、こうした点を改善すべきだと感じました。

昨今、レセコンや画像管理、インターネットによる情報収集など、もはや歯科医院ではコンピュータは必須のものになりつつあると言っても過言ではありません。また、本会でめざしているエビデンスに基づいた真に患者利益となる診療を目指すにも、臨床データの収集は避けては通れません。

会員の臨床データの蓄積が、シンポジウムにおける野村先生の報告のような成果となって、次々に会員自身に、ひいては患者さんの利益となって還元されることを期待したいと感じました。



データ管理コース

報告：菅野 宏（評議員）

このコースも本会のめざす診療スタイルを構築するためのより具体的な講習という位置づけで、国際シンポジウムに先立って開催されました。このコースでは本会で頒布している患者データ管理ソフト“ウイステリア”の具体的な活用法とその応用について、実習もまじえての講習となりました。

小さな研修会場には受講者とPCがひしめきあい、歯科の講習会としては異例の光景にも映りましたが、受講者の熱気に包まれてのスタートとなりました。

今回のコースでは受講者に事前アンケートを記入してもらい、その内容に応じて似たようなニーズやコンピュータの熟練度の受講者をあらかじめグループに分けました。

講習ではデータをとることの意義には

じまり、インストール、設定の変更、基本的な操作方法から写真の取り込み、LAN環境での使用や他のソフトとの関連づけに至るまで、かなり多くのテーマに話が及びました。ノートPCを持参した受講者は自分のPCで設定の変更や実際の操作を行い、“明日からさっそくやってみる”という準備につながったのではないかと思います。PCを持参しなかった受講者も、会場に用意されたマシンに触れてみることで得るところがあったのではないかと感じました。

もちろんいくつかの問題点も浮き彫りとなりました。担当者は事前アンケート



第5回国際シンポジウム前夜祭 歯科衛生士だけミーティング

報告 村松いづみ (評議員)

前夜祭Room Cでは、前夜祭のお知らせ後、早くから満席になった「歯科衛生士だけミーティング」が50名の参加者によって行われました。第3回を数えるこのミーティングは、講師による講義を受講するのではなく、参加者が5~6名の小グループに分かれて自分たちで考え、意見を出し合う、というグループワークの形式をとっています。

前半では、はじめに協力者の藤木さんから、ミーティングの目的やグループワークにおける基本的な約束について説明がありました。その後グループに分かれての作業が始まりました。いつもの診療所での固定した立場からではなく、一人の歯科衛生士として考え自分の意見を自由に言いやすいように、グループ分けも工夫されていました。また今回は、「だけミーティングまる禁ワード」が設定されていました。これは、その言葉を使うとわかったような感じがするのですが、何を指すのかは使う人によってさまざまであり、また問題について考えることの邪魔をする言葉を指します(たとえばモチベーション)。ディスカッションのなかでこれにあたる言葉が出た場合には、「それは、どういう意味ですか!？」と逆に質問を受ける規則をつくりました。はじめ「まる禁ワード」は伏せてあり、ディスカッションが始まりました。

グループ内で簡単な自己紹介の後、ア

イスブレイキングへと続きました。はじめはどのグループでも、司役から促されて順番で発言をしている様子でした。しかし、アイスブレイキングから話を発展させ、日常難しいと思っていることをグループでまとめ、書き出すころには、割り当て時間が足りなくなるほど意見が次々と出されるようになってきました。もちろん油断をしていると「まる禁ワード」を使ってしまい、「どういう意味ですか!？」と問い詰められる場面も見られました。

後半では、各グループに仮の診療所になってもらい、そこでときどき起きる困った場面を想定して話が進みました。そのような困った場面が起きるのはなぜか、どこに問題があるのか、そのとき患者/院長/スタッフはどう感じているのか、またそのとき患者/院長/スタッフは誰に何を期待しているのか、そしてこのような困った場面が起きないようにするには、何をどう改善していけばよいか…これらについて各グループが、それぞれの道筋で自分たちの困った場面について考えていきました。日常の仕事では、ひとつの立場で、与えられた目の前の仕事をすることに慣れているものですが、いくつかの違った立場でものを見てみる、ということは思ったより難しく時間がかかりました。しかし、ディスカッションのあとで、他グループの議論のまと

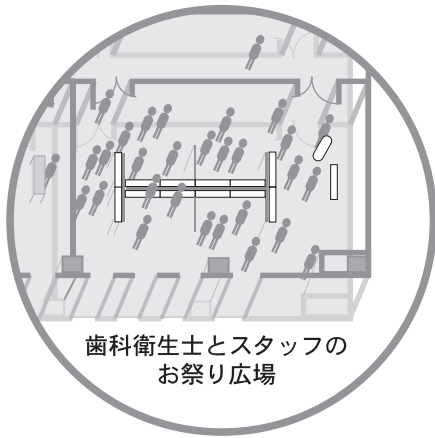
めを聞いてみると、診療所内の問題を解決するときにこれが不可欠な視点であることがだんだんとわかってきました。また、「まる禁ワード」を使ってしまうと、それ以上問題について考えることができなくなることも理解できたようです。

最後に再び藤木さんから、ヘルスケアについて短い話がありました。そのなかで、患者利益と4種類のキーワード“リスクコントロール・データの蓄積と評価・定期管理・チーム医療”について触れられ、今日のディスカッションがそのうちのどこにつながるかを改めて確認しました。参加者の何人もが、自分たちがしてきた議論を思い出すようにうなづいていたのが印象的でした。

短く感じられた4時間にわたるディスカッションは、健康を守り育てる歯科医院の中で、歯科衛生士が果たす役割や、患者中心の歯科医療を実践するうえで歯科衛生士がどのようにかかわることができるかについて理解する過程でもありました。

なお今回の参加者から、ミーティングで学んだことを自分たちの医院で生かした、実際の様子を知らせていただくことになっています。追って、ご報告する予定です。





歯科衛生士とスタッフの
お祭り広場

第5回国際シンポジウム前夜祭

「歯科衛生士とスタッフのお祭り広場」

—この会場をぐるっと廻ったら予防がわかる！

報告：玉田 敬（評議員）



「お祭り広場」はRoom Dで行われました。

「サリバテストのコツ」のコーナーでは、プログラムの立て方→いつ説明するのか？→どんな資料を使って説明するのか？→理解してもらえる説明は？→サリバテストの話はみんなにしているのか？→本当にサリバテストのことを理解してもらってるの？と順を追って、VTRを交えながらとてもわかりやすく説明されていました。

「眠っているダイアグノデント」では、使い方だけでなく、効果的な導入法の実際を症例報告を交えて解説していました。普段では聞けない本音の部分もありました。

「こんな禁煙指導をしています」では、パソコンを使った講義で禁煙支援・指導の実践例からニコチン代替剤まで解説され、まさに明日からの臨床に“使える！”内容にみなさん満足されていました。また、関係資料や禁煙指導に有用なグッズが多数配布され、お得なコーナーでした。

「シャープニング・スケーリング」のコーナーでは、白水貿易のGAMシャープニングシステムを使って実際にシャ-

ーピングをし、その結果を実体顕微鏡で確認できるので、皆さん真剣な顔で砥石を動かしていたのが印象的でした。

「写してみよう！口腔内写真」のコーナーでは、デジタルカメラを用いて口腔内写真の指導を受けながら撮り、その場でパソコン上に映して確認ができるのが好評でした。

また、口腔内写真をどのように活用するのかを画像データソフトの説明とともに、やさしく解説していました。

「ベテランに聞いてみよう」では、岡歯科医院の衛生士さんが皆さんの悩み、疑問にとっても親切に丁寧に耳を傾け、自分らの経験を通してのお話、アドバイスをされていました。

我々の目指す「健康を守り育てる診療室」づくりは、スタッフなしでは考えられないものです。さらに大切なことは、院長からの一方的なシステムでなく、スタッフ全員が参加してディスカッションをしながらその医院独自のシステムを構築することにあると思います。今回参加された皆さんが、自分らの職場に帰って、「お祭り広場」で学んだことを十分に活かされるを期待しています。



会務報告・会務案内

●第5回定期総会報告

平成14年3月17日(日)、第5回国際シンポジウムに先立ち東京・砂防会館別館にて開催されました。議長に上田芳男評議員を選出し、太田貴志副会長の挨拶の後、以下の議案が承認されました。議案内容については以下の通りです。

議案

- 議案第1号 第四年度(平成13年度、2001年3月～2002年2月)事業報告<略>
- 議案第2号 第四年度(平成13年度)決算案および会計監査報告

平成13年度決算報告書

前期末現在高	35,528,094
前期末未払い金(注1)	1,467,449
内訳(一般会計)	31,208,107
(特別会計)	2,852,538
前期よりの繰越金合計	34,060,645

	収入	支出	収支
一般会計			
繰越金	31,208,107		
当期収支	6,563,841	17,904,501	
一般会計預り金	13,864,000		
収支差額	51,635,948	17,904,501	33,731,447
次年度一般会計へ繰越			33,731,447
特別会計			
繰越金	2,852,538		
第一特別会計	1,520,300	3,618,850	
第二特別会計	16,996,580	15,339,112	
第三特別会計	17,961,375	15,607,812	
特別会計収支	39,330,793	34,565,774	4,765,019
次年度特別会計へ繰越			4,765,019

一般会計収支差額	33,731,447
特別会計収支差額	4,765,019
期末残高合計	38,496,466

	期末残高	前年度末
郵便振替口座	16,768,489	10,942,149
東京三菱銀行普通預金口座	5,411,517	7,475,847
東京三菱銀行定期預金口座	15,028,855	15,014,440
東京三菱銀行外貨定期預金口座	1,259,958	2,045,658
小口現金	27,647	50,000
期末残高合計	38,496,466	35,528,094

(注1) 前年までは会計年度内受け取り請求書未払い金として計上していた。

以上の収支報告書にかかわる現金、預貯金帳簿、証憑書類を監査した結果、いずれも適正であることを認めます。

平成14年3月16日
監事 小野寺龍彦 河野正清

* 詳細は第5回定期総会議案書をご参照ください。

議案第3号 運営委員会の再編と事業推進委員会の設置およびそれに伴う会則の改正の件

1 運営委員会再編について

運営委員会では小委員会制度を採用することによってそれぞれの責任を明らかにし適切な運営を試みました。それぞれの運営委員の個性が発揮できた反面、運営全般を広い視野で見ることができにくい欠点がありました。また、小委員会を構成する評議員の活動にも差が見られました。そこで、今後の企画運営をより活発にするために後述の事業推進委員会にゆだねることにします。

2 事業推進委員会について

会則 11条役員の仕事に第8項として次の一文を追加する。

8. 会員科学顧問は、会長の諮問のもとに個々の課題に機動的に対処するために執行部のブレイン的役割を担う事業推進委員会を組織する。また事業推進委員会で作成されたプランを評議員に提案し、速やかな会務の推進を助ける。会長・副会長および会員科学顧問は必要に応じて事業推進委員会に参加する。事業推進委員会はその目的に応じて事業ごとに〇〇事業推進委員会と名付ける。

提案理由

新しい執行部ができて1年が経過しました。地域活性化の試みなどユニークな活動が進みましたが、会員の利益に応える活動に傾斜しがちでした。これは本会の活動の幹の部分ではなく、枝葉の活動です。このため講演会や調査企画などスケジュールに即した意欲的な企画提案がいまひとつうまく進みません。これは本会の活動の幹をつくる骨太の事業計画がないところで、個々のスケジュールに追われ対応せざるを得なかったことの結果だと考えられます。そこで個々の事業に応じてその目的に応じた人材を広く評議員や会員から登用して委員会を組織し機動的に企画をまとめるという手法を採用します。小泉首相が学者を多数登用してつくっているアドホックな私的諮問機関と同じイメージです。固定した少数の人があらゆる企画の提案者になるには無理がありました。運営委員や科学顧問はむしろ大きな視点から骨太の事業計画を策定し、それに即した企画をそのときどきの事業推進委員会に諮問するべきだと考えました。

議案第4号 会計年度の変更とそれに伴う会則の改正の件

第20条「会計年度」および付則

会則 第20条

本会の会計年度は、1月1日より12月31日までとする。ただし、平成14年度については別に付則に定める。

付則

平成14年度の会計年度を3月1日より平成14年度12月31日までとする。

平成14年度3月17日改正

提案理由

平成15年の総会・国際シンポジウムの日程が3月9日であるため、会計年度末から決算のための時間がありません。NPO法人化の検討のなかで、決算の外部委託が避けられませんが、会計事務所の繁忙期の2月を

避ける必要もあり、この機会に1月はじめから12月末までを会計年度とします。3月の催し直前に年度末がある現状では講演会にかかる収入や費用の多くが会計年度をまたぐという問題もあり会計年度の変更が妥当であると判断しました。

議案第5号 会則の14条但し書きの追加と講演会等講師謝礼規定案

本会主催講演会・研修会における会員（役員を含む）の講演謝礼、旅費支給の件

14条「役員会」

以下の但し書きを追加する。

また、講演会の講師謝礼等については、別に定める「講演会等講師謝礼規定」により支払う。

提案理由

基礎コースなど研修会が本会扱いとなったため、これまでの＜会員講師に謝礼は払わず、参加料も必要＞という了解事項と矛盾が生じています。また、基礎コースなどの謝礼基準について情報公開しておくことが好ましいと思われます。そこで「講演会等講師謝礼規定」を定めます。これにともない来年の総会において会則改正（14条）を行います。

講演会等講師謝礼規定

1) 学術講演会・シンポジウム

○会員*

謝礼：30分につき2万円で換算／交通費：実費支給／講演会参加費：免除／宿泊費：支給（事務局で予約）

*会員および準会員

会員事業所勤務の者、会員の科学顧問を含む。ただし役員の場合、特典返上の申し出があればこの限りではない。

○非会員*

謝礼：120,000円／1日（拘束8時間**以上）、80,000円／半日（拘束4時間以上）／交通費：実費支給

宿泊費：支給（事務局で予約）

*会員以外の科学顧問は非会員とみなす

**講演時間ではなく拘束時間

○公務員（非会員）

謝礼：国家公務員倫理法規定等を考慮し別途設定／交通費：実費支給／宿泊費：支給（事務局で予約）

2) 東京研修会（基礎コース）など各種コース

参加登録収入（歯科医師25人歯科衛生士25人として200万円）の60%で謝礼、交通費をまかなうこととするため30分につき3万円で換算し謝礼を計算する。

宿泊費：支給（事務局で予約）

歯科衛生士等スタッフ講師は原則として同伴する勤務事業所の責任者に対して支払う。一人あたり30分につき2万円で換算し、補助および診療所のバックアップを考慮し、事業所責任者（医療法人、診療所その他）に対し2万円を加え支払う。

交通費：実費支給（所属歯科医院同伴者も含む）／宿泊費：支給（事務局で予約）

○司会・進行役（通常運営委員）：30,000円

交通費：実費支給／宿泊費：支給（事務局で予約）

議案第6号 研究会内通貨の導入とそれに伴う細則案

提案趣旨

この会では設立当初から内部の講師の謝礼、交通費などは支払わず、すべて無償でやってきましたが、約1年前から一部謝礼を支払うように変わりました。しかし今回の前夜祭や講演会の手伝いなどでは、対価を支払うことができませんし、謝礼を支払うことが適切でないと考えられるものもあります。元来互助的な本会の活動のなかに、外部の経済を持ち込みたくないとも思います。

さらに会員からお金を集め会員に還元する講演会活動も、会員のなかでグルグル回っているだけでも円で決済する以上は消費税や場合によっては法人所得税の課税対象となります。

本会の事業のなかで、外側に向けた改革とは別に内側に向けた（会員の利益になる教育などの事業）活動が増えるにつれて無償では講師を依頼できませんし、さまざまなボランティアを必要とします。昨年度まで、私的に行われてきた基礎コースが、研究会主催となった時点からこの矛盾はとくにははっきりしてきました。そこで謝礼規定を明確に決めて、処理してきた次第です。いま問題になっているのは、その周辺のグレーの部分です。ちょっとしたお手伝いに何かお礼を支払えないか。あるいは講師をするための事前のオブザーバー参加を参加料免除にできないか、すべてボランティアでもいいのですが、無償を強調することで、かえって陰の部分が生まれることが懸念されます。

そこで、福祉介護分野などで最近はやりの地域互助通貨の考え方を導入してはどうか考えました。研究会内だけで流通する事務局のパソコンに記録する互助通貨をつくるという提案です。獲得したHCは、講演会、コースの割引参加などの特典に使えます。評議員や基礎コースのスタッフ講師などが、講演準備のために基礎コースに参加するときは、タダで出席するのちょっと気がひけますので、たとえば1回2HC支払うというやり方です。衛生士発表でその会員（院長）は借りた2HCを返します。HCをもっていない評議員がオブザーバーで参加した場合は、2HCの借り勘定になっていつかデータ管理講習の手伝いで返済するという具合です。

研究会内互助通貨 実施要領案（例）

【受取HCの目安】

ニュースレター原稿（vol.5以降）：学術原稿1編につき2HC／その他原稿1編につき1HC

会誌原稿（vol.4以降）：学術原稿1編につき3HC／その他原稿1編につき1HC

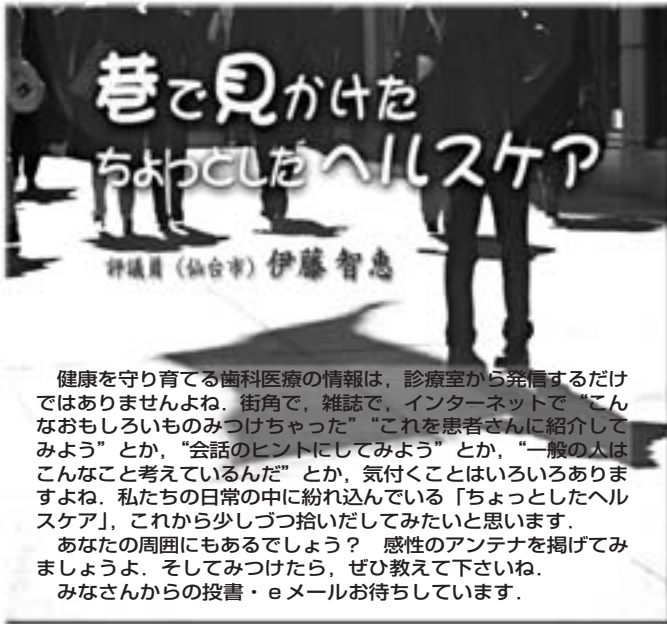
基礎コース・実践コース講演など（謝礼と別途、東京基礎第3回以降）：30分につき1HCなど

議案第7号 第五年度（平成14年度）事業計画案および予算案 調査事業

- ・喫煙アンケート：現在回収中だが、会員のデータを集計後、大学関係者を対象に調査し会誌に報告する。
- ・来院患者による診療所評価アンケート調査：希望診療所が一定数まとまれば、対象を一般会員に広げて実施する。
- ・来院成人患者の服薬調査：2002年春の国際シンポジウムで呼びかけられた。会誌に集計をまとめて報告したい（お知らせを3ページに掲載）。

学術講演会

（広告告知として16ページに掲載）



健康を守り育てる歯科医療の情報は、診療室から発信するだけではありませんよね。街角で、雑誌で、インターネットで“こんなおもしろいものを見つけちゃった”“これを患者さんに紹介してみよう”とか、“会話のヒントにしてみよう”とか、“一般の人にはこんなことを考えているんだ”とか、気付くことはいろいろありますよね。私たちの日常の中に紛れ込んでいる「ちよつとしたヘルスケア」、これから少しずつ拾いだしてみたいと思います。あなたの周囲にもあるでしょうか？ 感性のアンテナを掲げてみましょうよ。そしてみつけたら、ぜひ教えて下さいね。みなさんからの投書・eメールお待ちしております。

第3回

「やっぱり歯医者はきれいかなあ...」

春うららですねえ。この春休みも、定期チェックアップに来院してくれる子どもたちが、みなさんの診療室にも溢れていたことでしょう。みんな機嫌よく来てくれるし、私たちも「まるで美容院でシャンプーしてもらような心地よさ」を追求したチェックアップを目指しているし、きっと私たちの歯科医院のこと好きよね！（好きであってほしい！）と信じたいですよええ。

定期健診、子どもたちはほんとのところ、どう感じているんだろう???

『ロッタちゃん はじめてのおつかい』という映画、知っていますか？ スウェーデンの田舎の町を舞台に、ロッタという5歳の女の子を主人公にして、秋から春にかけての生活を綴った物語です。撮影中に上顎AAが抜けているから、確かに5歳なのでしょう、この「主演女優」の芸達者なことには舌をまきます。そして、舞台はそのスウェーデンです。ヘルスケアを目指すものには、あこがれの国です。本当に、スウェーデンではサタディナイト・スウィートなの？ フッ素は？ ヘルスケアは住民に浸透しているの？ 覗いてみたいですよええ。見てみましょうよ！



癩癩を起こして家出したロッタ。家出先はおとなりの一人暮らしのおばあさんベルイさんのところ。あれ、編み物をしているテーブルの上にはキャンディの大皿が！ おばあさんが後ろを向いたそのすきに、ポイツと口の中にキャンディを放り込むロッタです。

ある日、兄姉とともにその街一軒だけのお菓子屋さんへ。キャンディを量り売りしてもらいながら、つまみ食い。病気のベルイさんの家事を手伝っても、やっぱりテ

ーブルの上のキャンディには、つつい手が伸びるようです。お花に水をやったついでに、行き掛けの駄賃という感じでキャンディを口に放り込みます。おつかいについても、やっぱりアメのお駄賃のおねだり。そうよね、甘いもの、ほんとうはみんな大好きだもんね。

でもやはり普段はお菓子を食えないんですね。復活祭に魔女に変装した子どもたちが家々をまわり、お菓子をねだります。出遅れたロッタたちは、「もうお菓子はみんなあげてしまって残っていないの」と、何一つもらえません。日本だったら、そんなこと絶対がないのに。山ほどの買い置きや頂き物があるでしょう。さすがスウェーデン、お菓子の買い置きはしないんですね。

一軒だけのお菓子屋バシリス氏は、復活祭の直前に店じまいます。びっくりしたロッタが「土曜日のお菓子はどこで買うの」と聞いてもバシリス氏は「知らんね、おれはギリシャに帰る。この国の人はお菓子を食わん。土曜日に少し買うだけだ。商売にならん」。やっぱりサタディナイト・スウィートの原則は生きているようです。ベそをかくロッタに、バシリス氏はクリスマスの売れ残りのお菓子を大箱ひとつ、あげます。日本ではとっくの昔に処分されているでしょう。でもここでは大切なお菓子、子どもたちの夢。捨てるのは忍びない。イースターの卵として復活してハッピーエンドです。

ロッタが入浴しています。その横では小学生の兄姉が歯磨きをしています。コップの中のもの歯ブラシにつけては磨き、つけては磨き、時々うがいしつつ、時間をかけて磨いています。コップの中身はフッ素の溶液よね。小学生がていねいにていねいに歯磨きをしているシーン、日本映画では絶対出てこないだろうなあ。フッ素の使い方を子どもの患者に指導するとき、このシーンを見れば一目瞭然。みなさん、この映画のDVDをチェアサイドにいかがですか？

あれっ、あの歯ブラシ、すごく大きい！ 植毛部が4cmくらいありそうです。しかも、まん中部分はすり減っているみたい。ストロークも大きいし、力も結構入っているし、「かなり使い込んでいる」という感じです。日本の歯ブラシ選びのきめ細やかさとはまったく異なった状況のようです。逆に言うと、歯ブラシの質は、むし歯予防に大きなウェイトを占めないのかもしれないですねえ。「歯ブラシはこれをこのように使って、プラークをみんな落としましょう」という指導は、日本固有のものなのかもしれない。アメリカでも、馬の歯ブラシ？ と思うような大きなものが、平気で売られているものねえ。それなのに日本の方がずっとむし歯が多いという現実、やっぱり歯ブラシ指導だけに傾き過ぎた弊害でしょうか。

明日は歯医者さんに行くわよ、というママの声に3兄妹は思わずブーイング。いい子にしていたら25オーレあげるから、と言われて目配せをしあいます。スウェーデンの子どもでも、ご褒美で釣られなければ、歯医者ってやっぱりイヤなんですか。

歯医者さんの待ち合い室。歯磨きをする良い子の歯はピカピカで、キャンディを食べている子の歯はむし歯になっているというポスターが張ってあります。

待っている子どもたちは、一様に不安げです。呼ばれ

て3人が入った診療室は、機械も旧式、むか～しの歯医者ってこんな感じだったというチェアです。

まず出てきたのはしっかりものの姉ミア。むし歯ゼロだったという報告に、「そう、よかったじゃない」と淡々とした母。親が口の中をチェックしているわけではなさそうです。兄ヨナスは右下の乳歯を抜歯したようです。そしてロッタは？ スッキリした顔で出てきて「歯を抜いたの」。母はびっくり。「歯を抜いたのに泣かなかったの？ ごほうびに25オーレあげるわ」。あれあれ、やっぱり口の中のチェックはお母さん、していないのね。抜いたのはヨナスのことなのです。ドクターが言います。「おかあさん、ロッタちゃんはまた次の予約を。口を開けないんです」

帰り道、右下の頬をおさえながらヨナスがロッタを責めています。「ずるいぞ、お金返せよ。なぜ口を開かなかったんだ？」ロッタの答えは「だってほかのひとに見せたくないんだもん」。

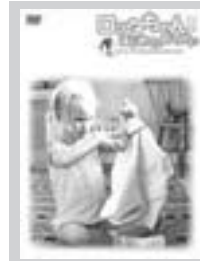
そうか！ やっぱり歯医者って、イヤなんだ。むし歯がなくても、口の中をのぞかれるのって、やっぱり嫌なことなのね。ご褒美でも釣られないくらい、イヤなのね。そういえば私だって、ヘルスケアを心掛ける以上、口腔の健康状態はかなりのものだと自負するけど、口を開けてだれかに見てもらうのって抵抗あるものねえ。すべてを覗かれているみたいで。

ほんと、いろんなことを考えさせられた映画です。

さて、診療室に通ってくれている子どもたち、定期チェックアップに来てくれてありがとう。にこやかに過ごしてくれて、ありがとう。君たちがこうしてアポイントを守って来てくれるまでには、ロッタちゃんのように抵抗感や葛藤を乗り越える過程があったんだろうねえ。君たちにとって歯医者はやっぱり少し嫌なところなのかもしれないねえ。それを乗り越えて来てくれるのだから、私たちはもっと気持ちよく、もっと楽しく、もっと有意義にできるようにがんばるからね。そしてだんだんと、きれいな部分が少なくなってくれるといいなあ。

ヘルスケア先進国のスウェーデンだって、むし歯がなくなつて、子どもにとって歯医者は嫌なところ。まして日本で定期的な来院を継続させるためには、私たちが考える以上に患者さんは努力してくれているのでしょう。そして私たちがすべき努力はまだまだ足りないのかもしれない。謙虚に反省します。

だから3ヵ月後、また待っているからね。アポイント、取って帰ってね！



『ロッタちゃん はじめてのおつかい』

- AEBF-10010 (カラー 86分)
- 4,700円 (税別)
- ヨハンナ・ハルド監督・脚本
- '93年・スウェーデン
- 発売：アスミック
- 販売：アスミック/パイオニアLDC

COの検出基準から 「探針」消える

社団法人日本学校歯科医会（西連寺愛憲会長）は、2月の理事会で学校の歯科健康診断におけるCおよびCOの検出基準から「探針を用いる」条件をすべて削除し、このほど加盟各団体に通知しました。

歯科健診におけるCOの検出基準は、「探針でう蝕とは判定できないが、う蝕の初期症状を疑わしめる所見を有するもの」とされ、要観察歯の概念の普及にあたってもお、探針の使用を求めてきました。またC1の検出基準は、これまで「……小窩裂溝においては、単なるsticky感だけの触知程度ではう蝕とせず、探針先にエナメル質の軟化した実質欠損が認められるものをCとする」「……平滑面において、白斑……などの所見があっても、エナメル質の軟化した実質欠損が認められない場合にはう蝕としない」「……隣接面では、探針を軽く挿入して軟化したう窩を探り得た場合にう蝕とする」とされていました。この基準に従うと表層下脱灰の進行したエナメル質表層をあえて探針で破壊する結果となってしまいます。ちなみに予防歯科の研究者の間では、早期発見即治

療が推奨され、フィールド調査においても探針の先端を鋭利に研磨することが求められてきた経緯があり、初期う蝕の精査によってかえって実質欠損がつけられてきた可能性が高いと言えます。

本会は設立と同時にこの探針使用の弊害を指摘し、小児・保存・予防の教授・助教授・講師合計306人を対象に理解度・考え方の調査を実施しました（1998年3月）。最終回収率は30%と低調であったものの回答者からは前向きな評価が集まりました。調査から2ヵ月後には結果報告を研究者に送付し調査報告会も開催しました。健診時の探針使用の是非をめぐる本会の一連の活動に対しては、わが国の予防歯科・カリオロジーの遅れに一石を投じたとの賛同とともに、健診の現場に混乱をもたらすものなどの非難も少なくありませんでした。

こうした活動を受けて日本口腔衛生学会は、作業部会を設けて探針使用の適否に関する文献のメタアナリシスを行い同学会誌に報告しました。今回の検出基準の変更に際しては、日本学校歯科医会は「カリオロジーに基づく探針使用の問題が多くの場合で討議され」たことを認めています。同会の加盟団体あての通知およびCOの検出基準の新旧対照は本会ホームページをご参照ください。
http://www.healthcare.gr.jp/mem/data/da_back/tan_c.html

日本ヘルスケア歯科研究会 関東支部設立の報告

4月14日（日）
東京・芝 abc会館にて



昨年11月に関東支部が設立されたことはニュースレターにてすでに報告しましたが、今年4月14日に日本ヘルスケア歯科研究会・科学顧問の熊谷崇先生による、関東支部設立記念講演が東京・芝のabc会館にて開催され、本格的な活動がスタートしました。

■設立の経緯報告

一昨年頃より各地（北海道、関西、沖縄、長崎、等々）において日本ヘルスケア歯科研究会の地方部会が発足して活動を始めたことはニュースレターの報告でご存知のことと思います。私・河野もそんな各地での活動を耳にして、東京でも地方部会を発足させて活発な活動ができるといいな～、とっていました。その思いが、「できるといいな」から「できるべきだ」「誰かがやらねば」と次第に高揚して、昨年秋のニュースレターにて「関東支部設立のお誘い」を掲載して、関東支部の企画・運営をしていただける幹事の募集をしました。その誘いに応じてくれた先生方が19名いらして、私を含めて20名で昨年11月に関東支部が発足しました。

関東支部の活動形態ですが、当初は関東支部会員を募集することも考えましたが、日本ヘルスケア歯科研究会会員でありさらに関東支部会員になるという意味があまり理解し難いのと、企画・運営を考えるとあまりに大人数では活動できないことを考慮して、日本ヘルスケア歯科研究会会員で関東近辺の方々はすべて自動的に関東支部会員となり、関東支部の

活動対象者とする。そして関東支部の企画・運営については幹事会にて行うこととしました。

関東支部の活動方針ですが、ひとつでも多くの診療所が日本ヘルスケア歯科研究会の目指す公益性のある歯科診療を実践していけるように、基本的なコンセプトや知識を学習する機会を繰り返し提供していくことと、チーム医療を構成するスタッフの人達が楽しく・元気良く・やりがいをもって仕事ができるようにスタッフ研修の場を提供していくことです。ちょっと抽象的で分かり難い説明になってしまいましたが、今後の関東支部の活動を見ていただくとご理解いただけると思います。

関東支部・幹事代表 河野 正清

■記念講演「一から始めるヘルスケア」

ヘルスケア歯科研究会の設立趣旨である「生涯にわたって健康な歯列を維持するための歯科医療を実現する」ことがより多くの歯科医院で可能になるように、関東から20人の幹事が立ち上がり関東支部が発立されました。この関東支部設立を記念して4月14日の日曜日に東京、芝のabcホールにおいて設立記念講演会が開催されました。講師は熊谷崇日本ヘルスケア歯科研究会科学顧問にお願いし、もう一度ヘルスケア歯科研究会の原点を再確認し、その理念にそった歯科診療を多くの会員が始めることができるようにと講演していただきました。

はじめに関東支部設立報告を代表幹事

の河野正清氏が行い、続いて日本ヘルスケア歯科研究会会長の藤木省三氏から関東支部に望むという挨拶がありました。

熊谷崇科学顧問ははじめに最高の医療とは何か、ライフサイクルを通して患者の健康に貢献でき、そして真の患者利益になる医療を目指すために、加えて公益という立場でも日本の歯科医療を評価することができるようにするために日本ヘルスケア歯科研究会が発立されたということをお話しました。そして初期のう蝕と歯周病をコントロールすることでヘルスケア歯科研究会の目的がかなうことを示しました。また、各地区に核となる診療所をつくりその周りの診療所と連携をして各支部でのネットワーク作りを進めることで日本の歯科診療を変革することが期待できることを示しました。

午後の講演ではヘルスケア歯科研究会の今までの活動を紹介し、会としての取り組みの重要性と、日吉歯科診療所を詳しく紹介し、各会員の診療所としての取り組みの必要性を強調されました。ヘルスケア歯科研究会の理想的な診療所の姿を示したと思います。またデータ収集の必要性と、多くのデータと症例を示しながらう蝕と歯周病の処置方法を分かりやすく解説されました。

長時間の講演中用意した椅子を一度も使わずに立ったままで通した熊谷崇氏の熱意を目の当たりに見ると、氏の日本の歯科医療を変化させなければいけないという意気込みを力強く感じました。大盛況かつ大好評の講演会で、多くの受講者に明日から予防に基づいた診療を進める



熊谷科学顧問



河野関東支部代表



藤木会長

のに大きな力となったと思います。

関東支部の幹事は支部の活動の意義と重要性を確認できたと思います。また会員からの要望も聞くことができ今後の活動の参考にできると思います。しかし、会場の関係で多くの方々に受講をお断りし、当日も補助席を入れても立ち見ができる満員の状態で受講者の皆さんにはご迷惑をお掛けしたことをお詫びします。講演の再度開催の要望も多いので今後幹事会で検討したいと思います。

■第1回懇談会

講演終了後に会場近くのメルパルク東京にて関東支部の第1回懇談会が開催されました。

福田久美子、成田信一幹事が司会を担当し講師の熊谷崇氏もまじえ80名の参加がありました。アトラクションありゲームありの楽しい懇談会となり、会員相互の情報交換と親睦が深まり終日有意義な日となりました。

日吉 賢次



懇談会の様子

高い会員喫煙率 アンケート途中報告

昨秋

の学術講演会の禁煙宣言を踏まえて、本会では会員歯科医師および会員診療所スタッフの喫煙に関する基礎調査を実施しました。ニュースレター (Vol.4, no. 6) 送付時に調査用紙を同封しましたが、4月15日現在、歯科医師584人 (内開設者486人) スタッフなど545人から回答が寄せられた。

配布歯科医師会員1,398人に対して41.7%の回収率 (なおスタッフに関しては調査対象者数が正確に把握できず各診療所で調査用紙を複写配布していただ

いたため回収率も算出できません)。

回答者に占める喫煙経験者率は34.9%、喫煙者率は8.3%、家族に喫煙者のいる人の率は33.3%など、回答者が非喫煙者に偏りがちであることを考慮すると、喫煙者率が予想以上に高率で、また待合室などの禁煙化率も低いことがあきらかになった。

この調査の詳しい報告は会誌 (Vol.4) に掲載します。



事務局からのお知らせ

●2002年度版「会員ステッカー」

新年度にともない会員ステッカーの2002年度版をつくりました。正会員の方には同封しましたのでご利用ください。



2002年度版

●正会員歯科衛生士の銀バッチ

会員番号が99-XXXXの正会員歯科衛生士の方で2002年度会費をお払込の方には、歯科衛生士「銀バッチ」を同封しました。襟元で輝かせてください。

歯科衛生士正会員として登録時には“黄色のバッチ”、3年間継続した方は色がかわって“銀色のバッチ”になります。





A LETTER from DH
歯科衛生士からの手紙
『意識改革とその実践』
 東京都中央区 住友商事(株) 歯科診療所
 歯科衛生士 茂木美保



歯科衛生士は、歯科界のキュアからケアへの変化に伴い、その職種がクローズアップされ、一般開業医・病院・行政・養成機関…とさまざまな職場で活躍しています。とりわけ日本ヘルスケア歯科研究会に携わっている歯科医師のもとで働かれている歯科衛生士は、「健康を守り育てる歯科医療」という目標があり、方向性が定まっているという点において、恵まれているのではないのでしょうか。

私が勤める診療所は、企業内にあり、社員だけを対象に治療を行っています。開設当時（1975年）は、会社に貢献した方を対象に、という考え方により、年齢50歳以上の社員を対象に行っていたそうです。現在は「30歳以上」と年齢制限も下がりましたが、それでも治療開始までに待機期間があり、社員全員のフォローができていないのが現状です。景気がよいときは、治療主体の運営でも問題なかったのですが、バブルがはじけ、会社は不採算部門をどんどん縮小させ、リストラを始めだしました。不採算部門といえば、診療所です。しかし、利益こそ上げていませんが、診療所は、社員の健康をサポートすることで、会社に還元しています。そのことを会社に理解してもらうためには、一部の社員のためのキュアだけでは、存在価値を見出してもらえません。そこで、当歯科診療所は、クリエイティブな貢献を検討し始めました。当社は、商社のため、海外駐在員も多く、自己管理は必須です。予防へ力を入れられないかと考え始めた折、日本ヘルスケア歯科研究会の発足を知りました。職域における歯科診療所は、一定の年齢の時のみ関わりあうので、本会の数値目標をあてはめることはできませんが、健康を守り育てる歯科医療が重要ではな

いかと感じたのです。

通常の診療業務以外に、具体的に行っていることのひとつには、海外勤務者へのアプローチがあります。海外の情報不足への対応や、問題点をピックアップするためにアンケート調査を行い、赴任前研修（社員）や渡航夫人説明会（社員の奥様）に歯科の講話を導入しました。これは、前任者のアドバイスを後任者へ伝えるという点においても役立っています。

受診年齢対象外の社員に対しては、歯科検診後の集団指導や個別指導の企画をあげ、実施しています。

歯科衛生士が提供する業務に一定の品質を保たせるための勉強会は、給料日に積み立てた会費にて食事会を併催し、スタッフ間のコミュニケーションを図っています。勉強会は、ボトムアップの形にするために、その主導権を先輩たちが握っており、私は食事会の店探しが担当です。

今後は、すこし臨床と結びつけて活動範囲を広げていきたいと考えています。そのためにも、このニュースレターや講演会などを活用して、勉強していきたいと思います。地域におけるかかりつけ歯科医、歯科衛生士があるように、私は、職域におけるかかりつけ歯科衛生士として、企業戦士の健康を守り育てるために貢献し、自分のキャリアも高めていきたいと思っています。

当社は、昨年5月に、銀座から2kmほど離れたトリトンスクエアへ移転しました。歯科は26階にあり、晴れた日には富士山が見え、ディズニーランドや海ほたる、そして房総までもが一望できます。お近くにおいでの際には、ぜひお立ち寄りください。



事務局からのお知らせ

● **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(4月18日現在)		会員合計	3,843名
正会員		準会員	
歯科医師	1,531名	歯科衛生士	1,702名
歯科衛生士	188名	歯科技工士	88名
歯科技工士	4名	その他	271名
その他	21名	準会員計	2,061名
法人会員	38社		
正会員計	1,782名		

本会催しもの案内

□ヘルスケア歯科コース

基礎コース

第4回東京基礎コース スケジュール (5/18~19)

満員

第一日目

- 10:00~10:05 挨拶, 講師紹介
- 10:05~12:05 「ヘルスケア研究会のめざす歯科臨床について」:
熊谷 崇 (科学顧問)
- 13:15~14:45 「病因論」:伊藤 中 (運営議員)
- 14:50~16:10 実践例(1):長十歯科医院 金子信一郎(山形・会員)
- 16:20~18:10 実践例(2):千ヶ崎歯科医院 千ヶ崎乙文(茨城・評議員)
- 18:20~20:00 懇親会

第二日目

- 9:00~9:40 歯科衛生士発表(1):
いさはい歯科医院 小林真弓(歯科衛生士)・砂盃 清
- 9:40~10:20 歯科衛生士発表(2):
景山歯科医院 飯田しのぶ(歯科衛生士)・景山正登
- 10:20~11:00 口腔内写真について ビデオと解説
- 11:00~12:30 「健康を守り育てる歯科医療」を歯周治療から考える:
岡賢二(科学顧問)
- 13:30~15:30 「ヘルスケア研究会ってなんだろう」:藤木省三(会長)
- 15:30~16:00 質疑

- ・この基礎コースのもっとも重要なプログラムである実践例の紹介を1診療所分増やしたため今回から第一日目が午前10時からのスタートに繰り上がっています。御注意ください。
- ・短時間で講習効果が期待できない口腔内写真撮影デモについて取りやめました。代わりにビデオ上映と質疑でこれを補います。
- ・参加者定員を増やしましたので、参加費はドクター40,000円、スタッフ30,000円(日曜昼食代、懇親会費込み、土曜昼食代金は含みません)といたしました。

ご注意

- *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・請求書発送は、開催日1ヵ月前となります。

●●●開催予定●●●

- ・東京第4回 平成14年 5月18~19日 ...満席・受付終了...
- ・東京第5回 平成14年 8月10~11日 ...受付開始...
- ・東京第6回 平成14年 11月16~17日 ...中止

*注意:

第4回より1日目の開始時間を午前10時に変更し、会場も駒込に変更しました。第5回募集に関しては参加人数も増やします。また第6回基礎コースおよび第2回実践コースを11月に予定していましたが、秋季学術講演会と近いこともあり、中止します。ご了承下さい。なお、秋季学術講演会前日には各種コースを企画します。

●●●コース概要●●●

- ▶費用: 歯科医師 40,000円
歯科衛生士ほか 30,000円 (懇親会費用含む)
- ▶場所: 第4回以降...電通生協会館(東京・駒込)
住所: 東京都豊島区駒込1-10-4
- ▶募集人数: 100名程度

▶会場までのアクセス

会場にはJR山手線「駒込駅」のほか営団地下鉄南北線「駒込駅」が便利です。



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下さい。駒込界隈の宿泊施設(料金はいずれもシングル)

シティホテル

- 東京ドームホテル ¥18,000~(税・サービス料別)
地下鉄丸の内線・南北線「後楽園」下車6分
文京区後楽1-3-61 Tel.03-5805-2111
*「後楽園」から「駒込」までは地下鉄南北線で3駅(7分)。
- ホテルベルクラシック東京 ¥14,000~(税・サービス料別)
JR山手線大塚駅南口徒歩1分
豊島区南大塚3-33-6 Tel.03-5950-1200

ビジネスホテル

- 鴨川イン巢鴨 ¥6,800~(モーニング付き・税別)
JR山手線巢鴨駅北口徒歩2分
豊島区巢鴨2-4-7 Tel.03-5567-1001
- R&B (ワシントンホテル) ¥6,400(モーニング付き・税別)
JR山手線大塚駅北口徒歩1分
豊島区北大塚2-14-2 Tel.03-3949-8484

ヘルスケア歯科コース FAX申し込み用紙 (newsletter 5-1)

以下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 東京 第5回 (2002年8月10~11日)

ふりがな

勤務先・診療所

代表者名

会員番号

住所〒

TEL.

FAX.

●参加者全員のお名前をご記入ください

■歯科医師

会員番号

■歯科衛生士

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

Minimal Intervention をヘルスケア歯科研究会が考える 日本ヘルスケア歯科研究会 第5回秋季学術講演会

Minimal intervention

最小限の介入／最大限の患者利益

2002年10月27日(日) 9:50 a.m.~5:00 p.m.

前夜祭 10月26日(土) 午後

大阪・千里ライフサイエンスセンター

歯科治療介入を最小限にしようとする考え方や方法論は珍しいものではない。

しかしリスク診断・リスクコントロールの概念抜きの予防や保存的な治療は果たしてミニマルの名に値するだろうか。

予防や保存的な治療の長期経過やエビデンスは示されてきたか。

定期管理があってはじめて、歯科的介入の効果や限界が明らかになり、長期的な患者利益の視点から、何が必要最小限の介入か、見えて来るであろう。

ヘルスケア歯科研究会は、大多数の国民がカリエスフリー、歯周病フリーで生涯過ごせるようにするために5つの数値目標を設定した。そしてその目標を達成するために、障害となる問題を取り除くべく、初期齲蝕の探針問題、フッ化物の果たす役割、定期管理の推進、禁煙宣言などさまざまな調査や提言や整理をしてきた。

しかしながら定期的な予防管理以外の歯科治療介入を生涯を通じてゼロにすることは目標であって現実ではない。そこで治療介入が必要になった状況で何をすべきか、についてフォーカスをあてる。長期的な患者利益、QOLの視点から、従来型の修復補綴治療と最近提唱されるようになった最小限の介入(Minimal Intervention)を対比し、共に考える。

1. 医療における「Minimal Intervention」(山野美容芸術短期大学、中原英臣教授)
2. 「Minimal Intervention」の背景解説(村松いつみ評議員)
3. 臨床現場で行われている一連の「Minimal Intervention」について(東京都開業、西川義昌)
4. 保存修復の立場から「Minimal Intervention」を考える(愛知学院大学歯学部、千田彰教授)
5. 歯内療法から「Minimal Intervention」を考える(大阪大学歯学部、恵比須繁之教授)
6. 今なぜ「Minimal Intervention」を考えねばならないのか(熊谷崇科学顧問)
7. ディスカッションとまとめ(座長:千ヶ崎乙文評議員)

—補綴介入と予防的ケア、リスクコントロール、院内のマネージメント— 日本ヘルスケア歯科研究会 第6回国際シンポジウム

患者の生涯を考えた治療介入と予防的ケア

2003年3月9日(日)

前夜祭 3月8日(土) 午後

東京・東京国際フォーラム

昭和62年、平成5年、11年の歯科疾患実態調査によれば、40~44歳の現在歯数はそれぞれ25.8、26.0、26.9であるが、これが70~74歳になるとそれぞれ7.8、10.6、12.9となる。新しい調査ほど現在歯数の改善傾向が認められるが、いずれの年度においても老年期の現在歯数は著しく少なく、中年以降急激な歯牙喪失が生じていることがうかがえる。このようなことをふまえて、日本ヘルスケア歯科研究会では国民の口腔の健康の向上に向けて次の7つの項目について取り組んできた。

1. 初期齲蝕の診断と処置についての見解の認知
2. G.V.Blackの窩洞形成の見直し
3. フッ化物使用の促進
4. 口腔乾燥を引き起こす副作用のある薬剤を周知させる
5. 喫煙が歯周病に及ぼす重大な影響を周知させる
6. 初期歯周炎の診断と処置についての見解の認知
7. メインテナンス率の向上

1.と2.の観点から2002年秋の講演会では小規模な歯科治療介入「Minimal Intervention」の背景や意義を詳しく検討する。それらをふまえてさらに大規模な治療介入と予防的ケアについて考えてみたい。国民は生涯を通じてさまざまな修復処置、補綴処置を受けているが、もしそれらすべてが相当期間機能を果たしているのであれば、上記のような歯科疾患実態調査における現在歯数の低下は見られないであろう。修復、補綴が十分に機能を果たし続けるには、それらの処置が適切に行われることに加えて、リスク診断、リスクコントロール、初期治療、治療後のメインテナンスが重要である。さらに一連の処置を円滑に行っていくためには、医院あげての取り組みが必要であり、医院の適切なマネージメントも必須である。

補綴介入と予防ケア、患者のリスクコントロール、医院のマネージメントについて考えたい。