

# HEALTH CARE

The Newsletter of the Japan Health Care Dental Association

vol.5 no.4

(年間6回刊行・通巻028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](mailto: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

### ● 2003年度会費納入のお願い

2003年度会費(個人会員)の払い込み用紙を同封いたしました。ニュースレターvol.5 no.1の8ページでご報告いたしましたとおり、当研究会の会計年度は、従来3月から翌年2月末でしたが、2003年度より1月から12月までに改めました。これに伴い今号に来年度会費の払い込み用紙を同封いたしましたので、よろしくお願ひ申し上げます。(なお、法人会員・購読会員には別途請求書をお送りいたします。)

## 催しものご案内

### ① 第6回ヘルスケアシンポジウム

テーマ：患者の生涯を考えた治療介入と予防的ケア-補綴的治療介入に焦点をあわせて-

日程：2003年3月9日(日)

会場：東京国際フォーラム・Cホール

### ② 第6回ヘルスケアシンポジウム・前夜祭

日程：2003年3月8日(土)

会場：東京国際フォーラム・ガラス棟  
内会議室

### ③ ヘルスケア・デンタルショー

日程：2003年3月8日(土)

3月9日(日)

会場：東京国際フォーラム・ロビー  
ギャラリー

▷ 詳細p.12, 13

## 第八番目の課題

### —第6回ヘルスケアシンポジウム\*に向けて

科学顧問 熊谷 崇

来春で日本ヘルスケア歯科研究会の活動は6年目に入ります。我々はこの5年間、国民の口腔健康を向上するための七つの課題に取り組んできました。それぞれについてシンポジウムや講演会で問題を提議し、専門家をお呼びして見解をまとめ、さらに調査等の活動を進めてきましたが、来年のヘルスケアシンポジウムを前に、第八番目の課題を提案したいと思えます。

#### 8. ファミリーデンティストが軸となって地域医療の連携体制を確立する

日本の歯科医療の現状の最大の問題点は、健康の基礎となるファミリーデンティストの不在でしょう。住民の健康管理や成長・加齢にとまなう適切なプライマリアケアをないがしろにして、修復と補綴に偏った歯科医療を続けています。それに対して日本ヘルスケア歯科研究会では、生涯にわたって自分の歯で健康に過ごすことを目標に、ファミリーデンティストのあるべき姿を提案してきました。そのようなファミリーデンティストを究めた歯科医を多く輩出することで、少なくとも歯科先進国並みにカリエスフリー者が育ち、最終的には70歳時の平均欠損歯数が5本以下になることを目標にしているのです。これが本来のファミリーデンティストの役割です。

口腔健康管理を適切に実行するファミリーデンティストのもうひとつの役割は、より専門的な能力をもつ医療機関との連携です。そのひとつは病院、内科など医科診療所との間に相互信頼の関係を築くことです。大病院志向が進むなかで地域医療におけるプライマリアケアの拠点として、歯科診療所はあらたな責務を担うことになるでしょう。

さらに歯科領域においてもスペシャリストとの連携を積極的に築くべきではないでしょうか。わが国においては、ほぼすべての保険医がGPとして何もかも行い、「手に余る患者を(口腔外科などに)紹介する」という「連携」が築かれてきました。しかし、長年にわたってメンテナンス管理を続け、多くの患者さんと深い信頼関係が生まれると、状況は変わってきます。ファミリーデンティストが地域の核となって、医療コンセプトをしっかりと共有できるスペシャリストを育てる必要が生じてくるのです。従来のように、ある技術に長けているという風評や学会の認定や大学に長く残っていたというような基準で紹介先を選ぶのではなく、何よりも予防管理をベースに生涯を通じた患者利益を念頭に最小限の介入で最大限の患者利益を得るといった医療のコンセプトを共有できるスペシャリストを育てることがポイントです。

随分昔ではありますが、私の診療所では、矯正歯科医とのパイプがなく、カリエスフリーの子どもを育てる努力はしていたものの、歯列不正については成長が完了するまで待つように説得していました。本来は、最適の時期に最小の介入を行うべきなのです。そういう利益を患者に提供できなかったという悔しい思いがあります。補綴でも同様で、少数残存歯症例や難症例で患者が最高の補綴を望んでいるときには、自分の能力の限界を患者に

\* 2003年春の講演会名称を第6回ヘルスケアシンポジウムと変更しました。

提供する医療の限界にはならないでしょう。

矯正、口腔外科、歯周、補綴、歯内療法などの専門家とファミリーデンティストの連携が確立されれば、自分の患者がもし困難な治療を必要としたとき、質の高い治療を提供することが可能です。ファミリーデンティストは健康な歯を守り育て、その結果大多数のケースで補綴介入の時期は今よりもずっと遅くなるでしょうし、大きな介入は少なくなるでしょう。しかし同時に、より高度な期待も生まれてきます。そのような場合には、“より高度な能力を持った専門家を紹介する。その後は再びファミリーデンティストがその患者の健康管理に責任を持ち続ける”という流れが、患者に対しての理想的な歯科医療サービスとなるでしょう。

このようにファミリーデンティストが地域医療のネットワークの核になるというイメージをしっかりともつことによって、向上心をもった多様な歯科医師にヘルスケア歯科研究会のコンセプトをよりよく理解してもらうことができるようになると思います。

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. 口腔乾燥が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
8. ファミリーデンティストが軸となって地域医療の連携体制を確立する



10月27日 第5回秋季学術講演会

## 最小限の介入／最大限の患者利益に参加して

荒川義浩(会員・摂津市開業)

ここ数年、ミニマムインターベンションをテーマとした歯科雑誌の企画や講演内容が、注目を集めている。

そしてヘルスケア歯科研究会も今回と来春のシンポジウムにミニマムインターベンションを取り上げ、私にとってはまさに真打ち登場という気分であった。

さて、今回の講演会は私にとって今までとは少し意気込みが違っていた。

というのも日本接着歯学会などに多く参加して、レジン充填のノウハウに関しては少しばかり自信があったのであるが、内心ではそれを本当にヘルスケア歯科研究会の唱えるプロセス治療に結びつけているのかといえ、？がつくところも正直なところであったからである。

そこで、今回は前夜祭のレビューコースから参加して、今までヘルスケア歯科研究会が歩んできた道をもう一度おさらいし、まさに懺悔の気持ちで講演会に参加した。

6名の講師の詳しい内容については、

詳細レポートに譲るが、ここではヘルスケア型歯科医院づくりとミニマムインターベンション・デンティストリーの関係について、講演受講後私なりに感じたことを述べたいと思う。

今回の講演会で、私の心に強く焼き付いた内容は、三つあった。

一つ目は、中原さんより、「その時代の生活習慣の変化によって疾病の質、量とも変化し、医者はその中で、EBMではなく権威のある人たちのコンセンサスにより、治療法のみならず、それが疾病であるかどうかのコントロールさえも行ってきた」というものである。

そして二つ目は、千田さんより、「最近ブラック先生を悪者扱いする内容を散見するが、ブラック先生の窩洞の分類は、抜歯が適応であった時代のMIであった」ということ。

最後に、熊谷さんが「我々ヘルスケア型歯科医院づくりを目指すものは、今一度患者利益のために、頭の中をニュート

ラルに戻してMIについて考えましょう」ということであった。

講演会受講前の私は、ブラック先生の窩洞の分類を学習する学生のように、FDIのミニマルインターベンション・デンティストリーを村松さんが詳しく解説してくれることを心待ちにしていた。そして、ヘルスケア歯科研究会という権威が、今後のMIについてのコンセンサスを示してくれることを期待していたのである。しかしこの考え方では、50年後の歯医者に、今の我々と同じことを言われてしまうであろう。

最後のディスカッションでも感じたことであるが、講師の方のMIに対する考え方にも当然温度差があるわけで、それを我々会員は傍観者として聞いている今までのパターンであれば、来春のシンポジウムにそれほどの収穫は期待できないように思う。

私のように、今回の講演会で言葉に言い表せない何かを感じ取った方は、来年の3月のシンポジウムまでに4ヵ月あるので、熊谷さんが言っておられた、診療室のデータをMIのテーマで前向きに追ってみる準備だけでもしてみればどうで

あろうか？

いまこのレポートでそれを宣言してしまった私は、もう後には引けない状態になってしまった。しかし、ある意味でパラダイムが変化する時代に生きている我々は、周りに教えてもらっているだけの受け身ではダメで、やはり自らアクションを起こさなければならないと思う。

熊谷さんがおっしゃった、頭をニュートラルに戻してあのアメリカ歯科医師会のブロッカウエイ氏の「患者さんが子供であれ、80歳代に達した人であれ、予防を通じて健康な歯を持てるような医療をする歯科医師」を目指すために何をするのか考える時代が今まさにやって来た！！

### 中原英臣さんの講演に対して

今回の学術講演会の最初のプログラムとして中原英臣氏(医師)が「医科におけるMI」と題する講演を行った。氏は、日常的な例を挙げながら、医科の現状を紹介した。「EBM」とさかんに言われる今日でも、まだまだエビデンスの得られていない事柄だらけであること、検査の正常値が便宜的に変化させられることで、これまで疾病でなかった人々が(身体的には病状がなくても)、疾病に罹患しているとして扱われてしまっている現実など、医科の世界も歯科界と同じような問題を抱えているのだと実感した。

『患者利益』を第一に考えて、検査法や治療法のエビデンスを整備・確立し、さらに、そのエビデンスをもって、(経済的理由ではなく)患者が適切な医療を享受できるような医療制度や政策が国民に提示される必要性を強調した講演であったように思う。

氏が控え室で語った「日本人はキャッチフレーズを作るのは得意だが、目の前の問題を解決するための具体策を考え出して実行するのが苦手だ」という言葉が心に残っている。『患者利益』、『最小限の介入』、これらをキャッチフレーズで終わらせるか否かは、私たち歯科医療に関わる者それぞれの手に委ねられている。(茨木市・伊藤中)



### 村松いづみさんのMI概念の背景解説

「Minimum Intervention」の背景解説をいただいた。歯科において「Minimum Intervention」の概念は、う蝕のプロセスへの理解の深まりと、接着材料の開発の結果、生じた。口腔内において、歯牙は脱灰と再石灰化を可逆的に繰り返すため、脱灰はしていても、う窩にはなっていないエナメル質や象牙質は治療が可能だ。そして、19世紀末に提唱された予防拡大をもってすべて外科的介入することへの疑問と、生物学的介入の有効性を解説された。20世紀は、う蝕治療の中心は、はじめから硬組織を切削し修復することにおかれていた。しかし、今日の歯科医療は、修復という外科的な治療方針を決定する前に、リスク評価をして再石灰化を促し、最新のう蝕診断やリスクコントロールを包含した最小限の介入を行うというアプローチへシフトしていることを示された。そして「Minimum Intervention」の考え方がとくに修復治療が必要になった場合の適応について話された。そのなかで、正確なう蝕の診断、感染の継続的管理やMI窩洞デザインの原則など、MIコンセプトの基本を丁寧に教えていただき、頭の中が整理できた。また、臨床研究を紹介され、MIについて現在明らかになっていることと、これからの課題について触れられた。MIの背景を理解し、その重要性を感じさせられた。

(茨木市・上山由希)



### 西川義昌さん講演 日常臨床における「Minimum intervention」

まず現在伝えられているう蝕治療に対するMIは、カリオロジーの理解と接着システムの発達が可能としたものであり、それを行える条件として徹底した口腔内診査、リスク診断、処置するかどうかのふるい分け、その後のメンテナンスが重要であると述べられた。そして、日常臨床で実際にMIをどう行っているか? という部分では、実際のカリエス除去の基準は、感染した歯質



と感染していない歯質を分けることであり、それは歯質に知覚があるかどうかで判断するのであるから無麻酔下での処置が有効であるとした。そしてその無麻酔下での処置は後の接着修復にも優位に働くことが示唆された。

そして処置が修復に移るとまず第一に接着修復に有利なフリーエナメルをできるだけ残しておくことであり、それがその後の修復のための様々なツールの活用にも生きてくと述べられた。最後にMIの概念は今後、補綴、エンド、ペリオ、矯正、顎関節すべてに通ずるものであり、適切な医療、つまりオーバートリートメントでもアンダートリートメントでもないものを目指すものだとは締めくくられた。

(摂津市・荒川義浩)

### 千田 彰教授講演 保存修復の立場から 「Minimum intervention」を考える

近代歯科学を構築したブラックのもととの考え方は、抜歯が治療であった時代に歯を残そうあるいは歯質を残そうとするミニマムインターベンションであった。

つまり当時、感染歯質の完全除去が絶対条件であったこと、修復物と歯質に接着は期待できなかったこと、予防やメンテナンスが到底望めなかった時代に修復物を歯の硬組織に維持し、歯を保存するためにあの6つの条件を提示されたことを、「今一度我々は、原点に戻って認識いたしましょう」と述べられた。

そして1995年ボーンコアによりエナメル接着、1982年中林らにより象牙質の樹脂食侵層の形成を見い出され、ブラックの修復窩洞の条件は、接着性修復のために配



慮すべきこと（基本事項）に変化してきていることを解説された。

またう蝕の診査診断の部分で考慮することとして、今までう窩のみに注目しがちであったが、ヘルスケア歯科研究会の唱えるプロセス治療のためには、原因歯について、う窩の有無、活動性（急性、慢性）を考慮し総合的に診断することが重要とし、現在使用されている様々な診断機器の問題点にも言及した。そしてそれらの診査診断に基づいて、患者さんを管理する治療（予防）、再生療法、従来の修復、メンテナンスの4つの基本的な治療方針が作られることが必要であると締めくくられた。

（摂津市・荒川義浩）

### 恵比須繁之教授の講演

この講演では、数々の文献を提示され、どのような歯内治療の選択が長期的な患者利益につながるかという考察をされた。そのための歯髄保存の意義を確認され、生活歯髄を保護する目的で、覆髄剤の応用や治療術式の改良について紹介された。直接覆髄剤としての水酸化カルシウムと接着性レジンに焦点をあて、両者を国内外で行われた動物実験と臨床研究から比較検討された。



また、露髄歯に水酸化カルシウム製剤による直接覆髄処置を行い、成功率と臨床所見を示された。教科書的には禁忌とされているだけに、とても興味深い話だった。それから、髄除去剤治療および感染根管治療の予後成績や、生活歯・根管処置歯における破折に関する文献的考察など、多岐にわたり興味深いお話をいただいた。恵比須教授は大学での授業でも可逆性歯髄炎と不可逆性歯髄炎の鑑別の重要性を強くおっしゃっているが、この講義では、その鑑別診査法の開発の目的として露髄時の微量血液の採取方法の考察を話された。それは、直接覆髄成功症例と失敗症例における血液中の炎症メディエーターやサイトカイン濃度を比較した研究だ。その結論として、PGE<sub>2</sub>は不可逆歯髄炎の診断指標因子として有効であり、露髄時の歯髄血のPGE<sub>2</sub>濃度を測定することで、歯髄炎の鑑別診断をできる可能性を示唆された。（茨木市・上山由希）

### 熊谷顧問の講演に対して

抜歯が主な治療であった19世紀において、G.V.Blackが提唱した窩洞形成法は、その時代背景からするとMIだった。しかし、現在はいくつのメカニズムが解明され、接着技術も向上し、フッ化物の効果も確認され、フッ素徐放性材料も開発され、診断技術も向上している。こういった環境の中でのMIとはどういったことだろうか、といった視点で講演が展開していった。

治療プログラムをたてる際、より確実な患者利益を求めて、最小限の介入で最大限



の効果を期待すれば、「今まで当たり前のように入っていた治療で果たしてよいのかどうか？」を自分をニュートラルな状態において再考してみる必要があるかと強調された。

講演を通じて、う蝕治療だけでなく他の領域の治療についても『MI』を考えていかなければならないということが強く印象に残った。歯周病についても適切なリスクコントロールを行うことにより、複雑な再生療法の頻度は減るだろう。その他にも、たとえばマージンの設定も歯肉縁下ではなく歯肉縁上にしてはどうだろうか？健全歯を削り、ブリッジにするよりはバイオブリッジ（精密に作られた1本義歯）やインプラントがよいのでは？20歳までの咬合育成においても定期管理の中で適切な時期に最小介入を、成人矯正においてもMTMを行うことにより切削や抜髄を最小に、などなど考えればきりが無い。

このようにMIの考え方は歯科治療の様々な状況、分野においてあてはまる。最小限の介入で最大限の患者利益を生むことができるような歯科医院がヘルスケア歯科研究会を通じて、全国に広がって行って欲しいと私も熱望する。（大阪市・嶽北亜希）

### ディスカッションの座長を担当して

千ヶ崎乙文

日本ヘルスケア歯科研究会は、これまでの歯科医療では成功しているとは言いがたい「健康な歯を守り育てる歯科医療」を実現するため、その障害を取り除くことを目的として発足しました。カリオロジー、ペリオドントロジーの最新のコンセンサスを広め、探針問題、フッ化物の使用、喫煙問題、口腔乾燥症と薬物の関係などの諸問題に対して、対社会的アプローチを行ってきました。日吉歯科、岡歯科のノウハウの公開により、システムとしての健康を守り育てる歯科医院の形は見えてきましたし、実践しつつあ

る、あるいは既に実践できている医院も確実に増えてきたはずで。

それはただPMTCを行って経過を観察するだけのリスクコントロールではありません。患者全体や患者の局所の歯牙の状態を的確に診査・診断して、適切な時期に適切な対処をすることによって、歯の寿命を長らせることができます。そのためには、まず大学教育の思い切った改革が必要で、少なくとも診査・診断に基づく適切な処置について、技術的に習得可能な卒前教育を行うべきでしょう。歯科医師国家試験で、実技試験が復活す



る可能性があることは、大切なことだと思います。さらに、臨床に則して診査・診断・治療を行うガイドラインの策定が急がれるでしょう。従来型の修復の問題点、さらには、消極的修復の害についても研究をしていただきたいと思います。今回、臨床現場のニーズを大学関係の先生に知っていただく機会が得られたことは意義深いものがあったと思います。日

常臨床においては、患者全体を見ながら、かつ局所の適切な診査・診断を時間軸上で行うことにより、その歯にとって、その患者にとって最善の治療を行うべきです。精一杯行っているというのは駄目で、患者の健康な歯の存続とQOLの維持・向上という結果の出せる仕事が求められているのです。

今回の企画を通じて感じたのですが、「MI=削らない=善」という図式にとらわれないでほしいと思います。削る=悪であるとか、すべてのう窩が再石灰化可能であるなどという幻想を抱いてはなら

ないことも強調したいと思います。削るべきときは、従来研究されてきた学術的コンセンサスに基づいて正しく治療を行うべきです。そのために、カリオロジー、ペリオドントロジーや保存修復だけでなく補綴、顎関節、審美、インプラントなど幅広い知識と技術は今まで以上に求められています。

開業医が一からすべてをカバーするのは、並大抵のことではなく、相当な努力と年数を要しますが、一方で我々は、ファミリーデンティストとして患者と関わること目標と考えれば、私たちがすべ

てをカバーすることは現実的ではありません。プライマリーケアを中心として、ファミリーデンティストに軸足を置いて、手に負えないことは、より専門的な歯科医師に委ねることで、協力・連携ができれば、患者のさらなるQOLの向上に貢献できると信じます。来年の3月には、そのような流れの中で、補綴の専門家を招いて、治療介入について、ヘルスケア歯科研究会として向き合い、ともに考えてみたいと思います。



## 評議員会 報告

評議員 菅野 宏

秋季学術講演会の前夜（10月26日）、千里ライフサイエンスセンターにおいて31名が参加して評議員会を開催しました。協議した事項をご報告いたします。



1. 秋季学術講演会の役割分担について
2. 評議員選任基準と人数の増加について  
→明確な選任基準を新たに検討する
3. 事業推進委員会の人事  
→必要な委員会を改めて立ち上げる
4. 服薬・唾液調査協力要請
5. 来秋、来春の講演会の企画案
  - A. 第6回秋季学術講演会について
    - 1) 日程と会場の決定  
→日程：2003年10月19日  
会場：東商ホール（千代田区・東京商工会議所）
    - 2) 前日午後に半日の前夜祭  
前日夜に評議員会を開催
    - 3) 学術講演会企画案

- B. 第7回国際シンポジウム  
日程：2004年2月7日、8日  
会場：中野サンプラザホール（東京・中野）  
詳細については今後検討
6. 第6回ヘルスケアシンポジウム(2003年3月9日)と前夜祭(3月8日)について
  - 1) 広告案・広報スケジュール
  - 2) デンタルショー企画案
  - 3) 26日の前夜祭の反省と来春前夜祭の内容および役割分担
  - 4) 第6回ヘルスケアシンポジウムの企画主旨とプログラム案



## 会務報告・会務案内

### 第5回秋季学術講演会・大阪 収支報告

国際シンポジウム参加者総数 (法人出展参加者を含む)		
	会 員	非会員
歯科医師	195人	21人
歯科衛生士	149人	2人
歯科技工士	6人	
その他	42人	3人
<b>前夜祭</b>		
参加登録	374人	

参加登録料収入(講演者、学生は参加費免除)	
講演会	3,408,000円
法人展示料	450,000円
前夜祭参加費	1,238,000円
小計	5,096,000円
参加費免除分	▲64,000円
合計	5,032,000円
<b>支出</b>	
(見込み)	3,036,657円
収支差額	1,995,343円

今回は大幅な黒字となりましたが、前夜祭の各コースの講師陣は全員参加費を払って参加し、ボランティアで講師を務めています。また昨年より参加者数が130人も増えていることが黒字の理由として上げられます。ご協力いただいた皆様によりお礼申し上げます。

### 事務局からのお知らせ

#### 忘れ物のご案内

10月26日の前夜祭で、901号室ペリオドントロジーコースの部屋にノートの忘れ物がありました。

お心当たりの方は事務局までご一報下さい。

第5回秋季学術講演会

# 前夜祭

レビューコース  
 カリオロジーコース  
 ペリオドントロジーコース  
 データ活用コース



受付もやります！



「カリオロジーコース」と  
 「ペリオドントロジーコース」を  
 ダブルで受講して

1時間目のカリオロジーコースに参加した。開始にはまだゆうに30分はあるが、会場にはすでに参加者が集まり始めている。健康を守る歯科医療に取り組もうと意気込んでいる人もいれば、友人に誘われて半信半疑で参加した人、院長に有無を言わず連れてこられたスタッフなど、さまざまであろうが、人生何がきっかけで変わるかはわからないものだ。かくいう私、何気なく聴いた講演で歯科医師としての方向を大きく変えられた経験があるのだから。開始時刻には50余りの座席は満席となった。なかなかの盛況。自分のことのようになんだかちょっとうれしい。

齋藤直之さん（運営委員）よりカリオロジーの基本的な考え方の講義。伊藤智恵さん（評議員）からはフッ素について。西真紀子さん（会員）はマルメ大学に留学されていたこともあり、ミュータンスとキシリトールについてを担当され、最後に伊藤中さんが全体をまとめた。はるか昔の大学の講義を思い出させる100分という時間はあっという間に過ぎた。ステファンカーブ、ミュータンス、フッ素、唾液・・・学生時代の断片的なバラバラの知識が、カリオロジーの名の下に次々とつながっていく。縦割りの授業は改めるべきだと強く感じる。学生の講義も、細菌、解剖、免疫などの基

礎科目と、う蝕治療、歯周治療などの臨床科目とをもっと密接に関連付けて教えるべきではないだろうか。臨床を学んだ後であらためて基礎科目の大切さを思い知ったのは私だけではないと思うのだが。

カリオロジーに基づいた治療でなければ、私たちの行う歯科医療はただ削って詰めるだけの作業になってしまう。今日の参加者の心にまかれたヘルスケアの種が必ず芽を出していつかは実を結ぶことを信じて会場を出た。

2時間目はペリオドントロジーコースを選択。一日に2度同じ話をするのは想像以上に大変だろうな（2コースあるので講師陣は各々2回同じ話をする）と考えながら会場に入ると、こちらもすでにいっぱい。仕方ないので一番後ろに立ち見と決め込む（次回からはもう少しキャパシティを増やしませんか？）。

複雑怪奇な細菌学・免疫学をすらすらと話される足本敦さん（運営委員）にはいつもながら感心する。私の知識がバラバラの浮遊細菌だとすると足本さんの頭の中はバイオフィームのようにさまざまな知識が複雑に絡み合っているのだろうなどとまた余計なことを考える（失礼）。太田貴志さん（副会長）はたくさんさんのビデオ画像も使ってたばこ歯周病について話してくださった。来月の院内新聞には禁煙のことも書こう、とひそかにネタを仕入れ、殺し文句をメモする。「たばこをやめようと思っただけで禁煙は70%は成功している」とのお

話。では、「病気の後始末ばかりするのはやめよう」と思ったところで健康を守る歯科医療のはじめの何歩かはすでに踏み出している、と言えるのかしら？ もしそう言えるのならこの部屋で熱心にメモを取っている人々は歩数に差はあってもみんな歩き始めた人たちだ。

カリオロジー、ペリオドントロジーも時代とともに刻々と変化している。ついこの前まで常識と考えられていたことが覆され、新しい概念、新しい治療法がとりあげられる。医療関係者は生涯学び続けなければならぬ。いつも新しい話題を盛り込み、いつ聞いても何かしら刺激を与えてくれる講師陣にはありがたい思いでいっぱい。立ったままもまったく苦にならず、充実感の残る100分だった。

（神戸市 高木景子）

「レビューコース」を受講して

満員御礼の秋季学会、申し込んでも入れなかった方々には申し訳ないが、積極的な理由で受講したレビューコースではなかった。もしこれが東京で行われていたなら、きっと申し込んでなかったであろう。地元で行われたから受講したにすぎない。で、結論は？ 良かったです、本当に良かった。何が？ 新しい情報？ 目の飛び出るような激論？ いえいえ、コースを担当された藤木さん（会長）は、いつものように穏



やかに、淡々と。最初にヘルスケア歯科研究会の設立趣旨から目標を十分時間を取って話され、ニュースレターVol5-no2の巻頭文に記載されている7つの活動目標に沿って、少し詳しいレジュメとともに過去の成果を説明していかれました。時間的に制約されていたため、最後のテーマまでたどり着けませんでした。しかしそんなことは重要ではないのです。活動報告や参考文献はすでに公表されています。でも、資料を読んで理解していてもだめなんですね、少なくともわたくしは。そう、机上の理論や文献で分かった風になっていただけです。ふ〜ん今度は、フッ素か、ナニナニ今度は口腔乾燥症と薬剤かと何気なく受けとめていたテーマが、実に理路整然とした問題提起と、それへのアプローチ、そして最終目標であるヘルスケアを常に見据えていることが心にしみて分かったのです。そして本当の理解とは行動を伴ってはじめて生かせるということ。いま、私にとってのレビューコースとは医療従事者へのモチベーションだと理解しています。

3年前、歯科医師会での藤木先生の講習会。その冒頭に述べられた「天然痘を克服したのは医療の勝利、では歯科医療はいつかどうか」という言葉とともに示された、今ではおなじみの歯科医師数とDMFTとの経時変化のグラフ。そのとき受けたショック。ヘルスケアを実践する歯科医療を目指して3年、少し悪い意味でヘルスケアにすれていた私に、再びショックを与えてく

れました。そう、たとえば森の中でゆっくり進んでいる私を、高見台の上に引き上げ、来し方、行きし方を見せていただいたような。歯科臨床医として、患者さんの苦痛を取り除き機能を回復していれば満足していた時期、もう少し欲を出して、その患者さんにこれから先ずっと自分の健康管理に取り組んでいただけるようモチベートしたい。さらに、患者さんとともに取り組んだ治療経過とその予後を記録して、自分のみならず次の世代の歯科医療者に伝えていきたい。そんな可能性が見えてきました。

さあ明日からまたがんばろう。扉と道筋は示してくれても、当たり前のことながら歩き進んでゆくのは、自分とスタッフたちなのですから。

(宝塚市 足立寛)



### 「データ活用実践コース」を手伝って

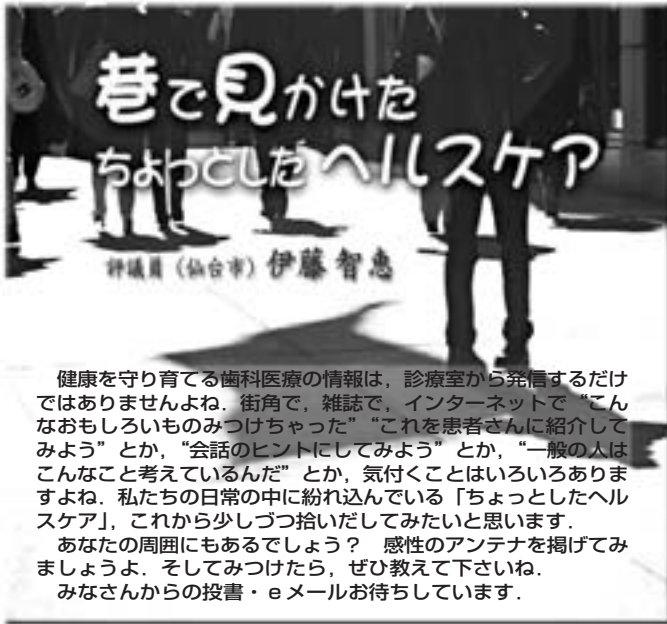
10月26日、前夜祭のデータ活用実践コースが行われました。初級コースと応用コースの2回開催され、初級コース27名・応用コース29名の参加者がありました。使用する機種によりWindowsとMacに分かれてそれぞれ別の教室で実施されましたが、初級コースがWin 29名・Mac 8名、応用コースがWin 19名・Mac 7名という比率で、世間一般もWin優勢なのですが歯科界にもWinの波を実感しました。

初級コースではまず西村吉行講師よりデ

ータ入力の意味について講義がありました。個々の患者データをウイステリアに入力することにより自院患者の全体像を知ることができます。とにかく入力しないことには始まらないので、入力をしましょう、との強い勧めがありました。次に浜口茂雄講師より実際のデータ入力について講習が続きました。浜口講師のパソコン画面をスクリーンに映写しながら1人の患者データを入力していきました。ひとつの作業をしてはスクリーンと受講者それぞれの画面と比べて確認をしてから進んでいきましたので、受講者にとっては大変に理解しやすい親切的な講義内容でした。

応用コースでは菅野宏講師が、まずデータ入力の意味について講義してデータ検索についての講義が続きました。患者データは入力だけでは意味がありません。蓄積された患者データを様々な条件や角度でデータ検索した結果が初めて意義あるものとなってくるので、データ検索は非常に重要なスキルとなってきます。初級同様に菅野講師の画面をスクリーンに映写しながらステップごとに全受講者の画面を確認しながら進めていきました。検索を行うには正確な作業が要求されるので、ちょっとしたことで、できなくなってしまう受講者も続出しましたが、その都度講師の助けで進めていくことができました。かなり複雑な検索も行いましたが、受講者全員が全ての課題をやり遂げることができました。

(小平市 河野正清)



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「ちょっとしたヘルスケア」、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？ 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6回

### 「ヘルスケアの道は遥かだけど」

食欲の秋が来ました。あっ、もちろん人によっては芸術だったりスポーツだったり、あいかわらず仕事だったりするでしょうが、私にとっては食欲なのよね。三度の食事が楽しみで楽しみで…。

そんなうれしい9月上旬、朝霞市の会員・奥富恵美子さんから、次のようなFAXをいただきました。

(前略)さて、雑談王(姫?! )として、ご存じかと思いますが、ヘルスケアに良い情報ではないのですが、こんなものもあるの、知っておかれると…というつまらないお知らせです。ハイ。

1ヵ月位前に、TVのニュースで見て、画期的で大変喜ばれます! というのでメモったのですが(そのメモを現在捜し中…)『オフィス・グリコ』なるもの、ご存じですか？

これは、ご存じグリコ(株)が起死回生をはかって、「大人がなんで子供のように、好きな時に、好きなお菓子を食べられないのだ、そんなのかわいそ〜、つらすぎる」という発想から生まれて評判らしいのです。歯科に関係するものとしては、この発想にまずびっくりしてしまいますが、売らんかな! の企業としては、すなおな発想なのでしょう。

その仕組みは、まず契約した会社にお菓子の箱(ひき出しっぱいついてる)をセッティングし、その一つ一つのひき出しに、チョコレート、あめ、スナックなどを入れておきます。食べたい人は、いつでも、どれでも¥100なので、お金を入れて出して、食べればいいわけです。要するにお菓子の自販機と同じで、それがお仕事する会社のデスクのすぐそばにあるというわけです。中味がへっていくと、グリコがバイクで補充にまわり、いつでも満タンらしいのです。実際、利用しているお父さん方は、「残業してても、夜中でも、いつでも、ちょっと小腹す

いたときに食べられるし、甘いもの入るとおちつくので、助かってます。」などのコメントがありました。確かに、ちょっと、というときにひとつぶのチョコ、1枚のおせんべいがホッとしたり、ありますよね。ですが、いつでも手に入るというのはどんなものなのでしょう。

サリパテストをさせていただき、飲食回数のお話をして、むし歯の成り立ち、どうやってお口の中のご健康を保ったら…とお話をする立場としては、ここまで便利? というか、なんといいですか、いいの? …とってしまいます。そりゃ、今のお父さん方は大変です。でも、子どもたちにとっても、コンビニの便利さの反面、のべつまくなしダラダラ食い、ダラダラ飲みが増えて、いつも満腹で、きちんと三食の食事をする子どもがへっているというのは、困ったものです。大ブレイク中の日野原先生の「習慣が人をつくる、心もからだも」に大きくなつぎながら、歯医者、お口の中の治療、予防をやっているだけいいのだろうか。社会に対して、こんなの変? ! と言うべきでないかしら…なんて、思うのも年齢がしらなどと思う初秋の日々です。(後略)

う〜ん、オフィス・グリコ、知りませんでした。富山のクスリ売りならぬ、オフィスのお菓子売りねえ。ついにここまでできましたか。事務用品の宅配「アスクル」が大人気で、類似のシステムが種々できていますが(これから歯科材料の分野にも参入するそうで)、それらのカタログの中にも当然のようにお菓子類が載っています。コンビニにさえも行かなくても、文具屋さんがお菓子も届けてくれ、机の中にストックしてあれこれ楽しむというスタイルが、オフィスの中にすっかり定着しているようです。実は最近、うちのスタッフでよく残業して仕事を片付けてくれるコの引き出しの中に、お菓子がたっぷりためこんであるのを発見して、あきれたことがありました。やっぱり現代っ子なんだなあ。

お腹がすいて、なにかすこ〜し食べたい、ということはもちろんあるでしょう。でもね、ちょこまかつまみ食いをするのって、満足感もないし、仕事にも集中できないし、そのくせ、習癖のようになってしまうのよね。私も昔から夜中まで残業することが多かったけど、考えてみればつまみ食いしてたのは大学に残っていた時。開業してからは、つまみ食いすることも忘れるほど忙しくって、作業効率がさがるとは自然にしくなりました。ダラダラ食いはダラダラ仕事にも通じるかもね。食べることが大好きだからこそ、食べる時は充実して食べたいし、「なにか口さびしいから、なにか食べよう」というのは、気持ちが充実していないからかもしれない。こんど、成人の患者さんで間食指導をするときに、仕事効率や充実感についても聞いてみようっと。

それにどうやら私は古い人間のようで、コンビニも嫌い。自動販売機だって、いらなと思っています。必要なものはそれを専ら商うお店に行って対面して買いたい。ちょっとした挨拶や世間話なんかをしながらね。お肉だってお魚だって、その方がずっと良いものが手に入るしね。お菓子だって、作り手や売り手の気持ちがみえれば、美味しさも増すというものです。だいたい、外国には自

動販売機、こんなに氾濫していないでしょ。電力や資源の無駄、健康への害悪、人間関係の希薄化などなど、問題点はたくさんあるのだから、せめてタバコの自販機は、撤廃してほしいなあ。JTの企業利益や税収増加よりも、国民の健康を守るという公益の方が優先されるべきなのに、なかなかそうならない日本という国の不可思議さですが、

でもね、変わるまで時間はかかるけど、少しずつでも声をあげていくのは大切だと思うのですよ。映画「スーパーマン」は1978年製作ですが、スーパーマン役のクリストファー・リーブのパーフェクトな歯並びとスマイルは、さすがアメリカ！という感じで、あこがれたっけ。そしてもう一つ、タバコを吸うヒロインの胸部を透視して、「肺はまだきれいだ」と言っているのが印象深かった。四半世紀も前に、タバコの害が映画にでていた国。すごいなあって感動しました。当時の日本映画では、ヒーローやヒロインは、タバコをけだる気に吸って、カッコよさを表現しようとしていたことを考えると、大きな違いがあります。アメリカは、その後もタバコの害をあらゆる機会を通じて公表し続けています。禁煙支援の生々しいCFやタバコ病訴訟の多発など、皆さんもご存じでしょう。それでもまだタバコは売られているけれど、タバコ賛美のコマーシャルは禁止され、タバコの自動販売機は撤廃され、確実に禁煙者が増えています。数十年にわたって、社会に情報提供し続けてきたことが、ようやく実を結んできているのです。日本だって、この10月1日から千代田区で「安全で快適な千代田区的生活環境の整備に関する条例」いわゆる禁煙条例がスタートしたくらいですか

ら、多くの方々の長年の努力が結実しつつあるわけですよね。

では、私たちは？

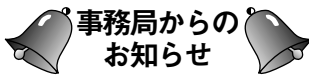
患者さんの健康を守り育てる活動を、この研究会がはじめて、まだ4年半です。患者さんの意識は少しずつ変わってきたとは思いますが、社会が変わってくれるには、まだまだ発信する情報量が少なすぎるのだと思います。巷にある口腔の健康に関する情報を拾い集めるのもけっこう難しいでしょう？これは正しいと思える情報が、なかなか察知できないもの。だから、無知ゆえの困ったこと、へんなこと、がいっぱい出てくるのよね。やっぱり、私たちが声をあげ続けないと、日本をなんとかしたいと考える組織として、そして患者さんを守りたいと思う個人として、社会に向ってもっともっと発言しなければ、いつまでたっても確かな成果にならないような気がします。社会のヘルスケアの道は、やっぱり遥かなのよね。でも、できることはたくさんあるはず。いえ、できるのにやらなかったことが、ありすぎるくらいあるはずですよ。

だから、奥富さん、年齢かしらなんて思わないで、どんどん「こんな変?!」と言ってください。

そして、みなさんも、ね。

もちろん、私もです。

「グリコさん、せっかくの貴社のおいしい製品が、オフィスの方々の健康を蝕むとしたら、“グリコーゲン”に因んでつけたという社名が泣きますよ！」(これ、グリコに投書しようっと)



### 会員歯科医院のご紹介について

■予防に熱心な歯医者さんにかかりたいけれど、どこに相談すればいいのか分からない、定期管理を受けたいけれど情報もないので困っている……という一般の方々からのお問い合わせが事務局に多数寄せられています。

■これに対して事務局では以前から、医院をお探しの方のお名前、ご住所、電話番号、FAX番号、通院可能地域を明記してお申し込みいただき、検索をして文書でお答えするというシステムを採っています。

■ご紹介する医院は、通院可能な地域から医院名の外部公表に同意し、かつ倫理声明に署名されている方を検索して、可能であれば複数医院をご紹介しますようにしています。

■電話をくださる方のなかには切羽詰まっているのか、「もったいぶらないで、すぐ電話で教えて!」とか、東京に住んでいながら「熊谷先生の日吉歯科診療所を紹介して」という方もいます。それはともかく、一番困るのは、検索してもその地域で紹介できる医院がないことです。まだまだ会員医院が全国に網羅されていないために、ヘルスケア歯科研究会の目指す歯科医療を受けられない方が大勢いることはつらいことです。(事務局)

※氏名の外部公表や倫理声明署名の有無については、入会時、会員名簿改訂時等にお尋ねしていますが、変更の場合は随時、事務局にご連絡ください。

### 会員登録内容の変更について

住所、電話番号、FAX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



会誌(Vol.4 No.1)の歯磨剤一覧表で「フッ化物表示の割合」についての問い合わせがありましたので掲載いたします。

Q：歯磨剤一覧表での「フッ化物表示の割合」とは

A：一覧表に書かれている「フッ化物表示割合(%)」は、本文の調査項目にあげてあります「フッ化物配合表示の有無とその大きさの割合」です。

「フッ化物配合」とパッケージの表に書かれている部分が、パッケージ表の表面積に占める割合を%で書いてあります。0となっているものは、フッ化物が配合されているが、表面には表示されていないものです。フッ化物が配合されていない歯磨剤では、空欄になっています。消費者が購入する時に一番目にする表の部分にどれぐらいの大きさを「フッ化物配合」と表示されているかを調べるのが目的でしたが、説明が不十分で申し訳ありませんでした。(杉山精一)

# 「修復学の治療思想」と 「カリオロジーの治療思想」の間に横たわる深く大きな溝

秋元 秀俊

「日本学校歯科医会が“学校歯科健診での探針使用をやめる”方針を決めた」と読売新聞が報じた（5月19日付）ことをきっかけに探針問題が世間の注目を集めた。この報道の直後、読売新聞は歯科関係者からかなりの数の抗議の電話を受けたという。いわれなく歯科を誹謗したのなら「抗議」というのもわかるが、「業界内でそっとしておきたかったのに」おおよげに報じられてしまったことに戸惑った歯科関係者から抗議が噴き出したのだろう。その延長線上の議論だが、この8～10月『日本歯科新聞』紙上で6回にわたり探針使用中止の是非が論じられた\*。この論争（枚方市の多田一雄さんと酒田市の熊谷崇さんの論争）は、初めから相手を敵と決めつけて論難するという種類のものではなく、発言には互いになんとか理解を得たいというまじめな意図が感じられた。このため熊谷さんの発言はこのテーマの総括的な整理となっており有益である。また多田さんの発言はそれに対する素朴な反論として興味深い。

この読売新聞への抗議と『日本歯科新聞』紙上の素朴な反論は、ほぼ同じ文脈上にあると思われるので整理しておきたい。

\* 匿名投稿（2002, 8.6）、熊谷（8.13）、多田（8.27）、熊谷（9.3）、多田（9.24）、熊谷（10.8）。

学校歯科健診における初期う蝕の精査と治療勧告によって永久歯の早期充填が促されてきたことは誰も否定できまい。しかし、だからいけないとは即断できないのである。それが歯の保存に役立つか、歯の喪失を促すかは、専門家の間では、まだ議論のあるところだ。患者にとっては、修復歯より無傷の歯がいいに決まっているが、専門家の見解はこれまでこれとは反対だった。修復歯が多いことは歯科医療の普及を意味した。エビデンスは何ひとつ示されていないが、若年期のF（filling）の増加が生涯を通じたM（missing）の抑制につながると歯科医は信じてきたのである。あるいは初期う蝕の早期発見と早期治療が歯髄を守り歯を守ってきたという

のが通説である。この通説はおそらく病理学的には正しいのだろうが、臨床統計学的にはかなり怪しい。

わざと皮肉に表現したが、ここ数十年の保存修復学の歴史は、う窩とう蝕症をごちゃごちゃに扱い、う窩の発見をう蝕症の診査と取り違え、う蝕症の治療をう窩の修復に矮小化してきた歴史である。だからこそ“学校健診での探針使用をやめよう”という主張は、専門家の常識にとって、いわばコペルニクス的な転換になるのである。

探針を使つてう蝕病巣を精査すべきだという「修復学の治療思想」と、う蝕は脱灰と再石灰化を揺れ動くプロセスなんだからリスク診断とリスクコントロールを優先すべきだという「カリオロジーの治療思想」の間には、深く大きな溝がある。

日本ヘルスケア歯科研究会が設立され、最初に外部に向かって提起された“学校健診での探針使用を止めよう”という問題提起は、この深く大きな溝を飛び越えるためにいわば戦略的に用意された呼びかけだったのではないだろうか。その呼びかけが専門学会を動かし、学校歯科医会をついに動かせた。今回の論争は、この深く大きな溝を浮き彫りにするものだった。

探針論争といえば、使用中止に反対する側が「探針は裂溝のブラークを除去するのに必要だ」とか「力を入れて使わないようにすればいい」などとピント外れの発言をし、使用中止を進める側が、探針による初期う蝕の診査精度が低いことや、表層下脱灰の初期病変部が探針によって破壊され不可逆的なう窩となる点を主張しているだろうと想像されるかもしれない。しかしこの論争はそうではなかった。まじめにしつこく反対論を唱える多田さんがこだわっていたのは、探針使用への未練ではなく「修復学の治療思想」への未練なのである。

ここに見える深く大きな溝は、地域社会と歯科社会との間に横たわる裂け目でもあるのだろう。

\* 歯科新聞の論争をお求めの方は事務局にご連絡ください。





前回にひきつづき、第3回歯科衛生士だけミーティング参加者による実践報告から、院内でときどきみかける問題に自主的に取り組んだ例をご紹介します。

問題解決の手順は

1. 毎日の診療の中でときどきぶつかる困った状況にまず気づき、

2. どこに問題があるかを分析し、
  3. 改善方法を考える
  4. そのためには、誰が、何を必要があるかを検討する
- でした。

今回ご紹介するのは、急患への対応をめぐる、やはりどこでもありそうな問題です。

『だけミーティング実践報告』

報告者：歯科衛生士 土田 典子  
(佐々木歯科医院)

1. 当院での困った状況

今日は連休明けの月曜日。診療時間開始を目前に、予約の患者さんは時間通りに来院して待合室で待機しています。治療用のユニットは予定通りいっぱい。そこへ、子どもが1人転んで前歯を折ったと飛び込んできました。さらに、つづげさまに5人の急患が駆け込んできました。予約をしていた患者さんも、SOSの急患がはいって時間通り診療がはじまらなくなるのではないかと少し不安げです。飛び込んできた急患の人たちは、前の日からの痛みや腫れを抱えてあと何分で名前を呼んでもらえるのか、と待ち遠しい様子です。

そのとき、次のメンテナンスの患者さんから約束キャンセルの電話が入りました。

メンテナンス用のユニットに1人分の空きができたということです。

ところが、次の時間に予約をもっているはずの患者さんが30分早く「用事ができたので、早めに終わらせてもらうために早く来ました」と、受付にいらっしやいました……

今朝の待合室でのこの状況、そういえば休み明けの日にとときどき似たような光景を見かけます。

これをなんとかできないかしら、と『だけミーティング』を思い出してみました。

2. この状況の問題点

- ① 急患に対しての受付対応が決まっていない。待ち時間、診療時間などがまちまちである。
- ② 予約時間が決まっているのに、決められた時間に来られずに、他のひとの約束にずれ込んでしまうひとがいる。
- ③ 待合室の状況がスタッフには伝わらないので、メンテナンス用のユニットが空いている時でも、急患を長い時間待たせたままになっている。
- ④ 急患が多い時など、予約があり、時間通り来院した患者でも待たせてしまうことがある。
- ⑤ 飛び込みで入ってきた患者に対して、診療室内の状況の説明がなくて、どのくらい待つか、など説明がない。

3. 問題点の改善

- ① 治療用でなくてもメンテナンス用のユニットが空いていれば、そこに急患を通すようにする。
- ② 急患には応急処置だけのできるだけ短い時間で対応する。
- ③ 応急処置の後、できるだけ早い約束をつくるようにする。
- ④ 受付スタッフが急患の対応の意味(応急

- 処置)と予約の意味をきちんと説明する。
- ⑤ 受付が診療スタッフに待合室の状況に応じて連絡をまめにとり、待っているひとにもこれからの流れがある程度分かるようにする。
- ⑥ 治療内容によっては、早く終わらせられるように配慮する。
- ⑦ 予約がありながら待っているひとには、とくに『次ですから』などの声がけをする。そのひとが診療にはいる時には『お待たせしました、すみません』と、申し訳ないという意思表示をする。

4. 誰が、何を必要があるか

- ① 受付は、診療室にいるスタッフに待合室の状況を適宜知らせる。
- ② 新患には予約治療の意味を説明する。
- ③ 診療室にいるスタッフや院長は、かならず予約時間内に処置を終わらせることが必要。一つ延長すると、その後はどんどん遅れがでてしまう。
- ④ 予約があっても時間外に来た患者には、受付が「できるだけことはしますが、基本的に予約優先」であることを伝える。
- ⑤ 急患が来た場合、時間のロスをなくするため、受付で主訴・症状などを聞いておき、処置にはいる。
- ⑥ 約束がキャンセルになり、空いたユニットには急患をいれるように受付が判断する。

予約で動いている毎日の診療に急患がはいると、患者さんの流れが乱されます。歯科衛生士も歯科医師も、目の前の仕事をこなさなければならないので、患者さんの全体の流れに、気を配る余裕がなくなります。どのように対応するのがよいのかは、ユニットの数や歯科医師の

数、アポイントメントの埋まり方などによって、診療所ごとにちがうでしょう。この問題に今回自主的に取り組んだ報告から、ミーティングで学んだ問題解決の手順が役にたったことがうかがえました。

歯科以外の業種では、個々の担当の業

務の“流れ”を統括してみているアシスタントマネージャーがいますが、歯科医院でもその役割をするひとが必要かもしれない、とこの報告を読んで思いました。皆様の診療所では、この役を誰がなさっていますか？

(次回へつづく) 

現在の会員の構成 (11月7日現在)			
会員合計 4,081名			
正会員		準会員	
歯科医師	1,604名	歯科衛生士	1,847名
歯科衛生士	184名	歯科技工士	90名
歯科技工士	5名	その他	293名
その他	19名	準会員計	2,230名
法人会員	39社		
正会員計	1,851名		

# 患者の生涯を考えた 治療介入と予防的ケア

— 補綴的治療介入に焦点をあわせて —



2003年3月9日(日) 前夜祭3月8日(土)午後  
東京国際フォーラム・東京

## ■ 企画内容

「予防に軸足を置いた診療をどうマネージしていくか」に焦点を当てる<午前の部>と「患者の生涯を考えた補綴介入について考える」ことにフォーカスを当てる<午後の部>の二部構成です。

予防的な診療行為を従来型の診療に付け足そうとしても、なかなかうまくいきません。診療所運営の軸を予防に置くことは、医療の姿勢の問題であり、診療所のマネジメントの基本的なスタイルにかかわる問題です。当然のことながら、補綴的介入の位置づけも姿勢も変化するに違いありません。

## ■ 企画の背景と趣旨

リスクコントロールをベースに置き予防にシフトした歯科医療が、大きな患者利益をもたらすものであることを私たちはデータをもって立証することができます。歯科医療の軸足を予防にシフトすることについて、私たちはその重要性を強調してしまぎることはないと考えています。しかし予防だけで、歯科医療が成り立つわけではありません。加齢に伴って修復的対応が避けがたいことも事実です。補綴処置が患者に大きな福音をもたらすことにも私たちは、自信を持つべきでしょう。しかし、大規模な補綴処置を必要とする患者のほとんどは、過去になんらかの補綴処置を受けた人たちではないでしょうか。

リスクコントロールを無視した治療介入は、たとえ患者のニーズに応えるものであっても、たとえ精度の高い処置であったとしても、患者の生涯を考えたとき、その利益につながるでしょうか。経過観察を怠らな

い臨床家は、補綴的介入の恐さを十分に知っているはずですが、

日本ヘルスケア歯科研究会は設立以来、国民の口腔の健康の向上のために様々な課題に取り組んできました。

設立6年目に入る2003年シンポジウムでは新たな課題として

「ファミリーデンティストが軸となって地域医療の連携体制を確立する」を掲げます。長年にわたってメンテナンス管理を続け、多くの患者さんと深い信頼関係が築かれると、私たちには地域のヘルスケアの核となることが求められてくるでしょう。病院など地域医療機関や介護・福祉のネットワークはもちろん、歯科診療所間においても医療コンセプトをしっかりと共有できるスペシャリストを育てることが必要になるでしょう。

## ■ 講演会参加費用

会員歯科医	12,000円
会員その他	4,000円
前夜祭(会員)*	5,000円
非会員歯科医	16,000円
非会員その他	6,000円
前夜祭(非会員)*	10,000円
*前夜祭のみの参加登録はできません。	
懇親会	4,000円

## ■ お申し込み

下記の申込み欄にご記入いただき、事務局までFAXまたは郵便にてお送り下さい。

入金に必要な振替用紙をお送りします。

FAX : 03-3260-4906

## ■ プログラム

### 午前の部・・・歯科医療の未来形—予防ケアに軸足を置いた診療のマネジメント

- 10:00～ 『診療所のリスク分析からヘルスケアマネジメントを考える』 千ヶ崎乙文 (本会評議員)
- 10:30～ 『医療サービスの構造変化と新しいマネジメント』 秋元秀俊 (会員・医療ジャーナリスト)
- 10:50～ 『予防は原因療法—個人歯科診療所におけるTQM』 Dr.Wolfgang Bockelbrink (開業歯科医師・ドイツ)
- 11:30～ ディスカッション『予防ケアに軸足を置いた診療のマネジメント』 司会進行: 秋元秀俊  
Dr. W. Bockelbrink, 千ヶ崎乙文ほか

### 午後の部・・・患者の生涯を考えた補綴的治療介入とリスクコントロール

- 1:10～ 『補綴は本来の役割を果たしているか—企画趣旨』 岡 賢二 (本会科学顧問)
- 1:25～ 『術後経過から補綴的介入を評価する—メンテナンスを通じて』  
本多正明 (本会会員歯科医師), 鈴木朋湖 (本会準会員歯科衛生士)
- 2:40～ 『補綴介入を成功に導くために、何を知り、何ができねばならないか』 藤本順平 (開業・歯科医師)
- 3:40～ 『治療介入の年齢—疾病構造を変えるキーポイント』 熊谷 崇 (本会科学顧問)
- 4:10～ ディスカッション『補綴的治療介入の考え方をめぐって』 司会進行: 千ヶ崎乙文, 岡 賢二  
Dr. W. Bockelbrink, 藤本順平, 本多正明, 鈴木朋湖, 熊谷 崇

参加申し込み Fax. 03-3260-4906

参加を申し込みます 第6回ヘルスケアシンポジウム 参加申込み<会員用> (必要項目ご記入, 該当欄に✓印を記入ください)

フリガナ	歯科医師/歯科衛生士/歯科技工士/その他	講演会 <input type="checkbox"/> Dr.会員: 12,000円 <input type="checkbox"/> 他会員・準会員: 4,000円 懇親会 <input type="checkbox"/> 4,000円
参加者 氏名	会員番号 -	前夜祭 <input type="checkbox"/> 5,000円 歯科衛生士ミーティング: <input type="checkbox"/> 13:15～ <input type="checkbox"/> 15:45～
フリガナ	歯科医師/歯科衛生士/歯科技工士/その他	講演会 <input type="checkbox"/> Dr.会員: 12,000円 <input type="checkbox"/> 他会員・準会員: 4,000円 懇親会 <input type="checkbox"/> 4,000円
参加者 氏名	会員番号 -	前夜祭 <input type="checkbox"/> 5,000円 歯科衛生士ミーティング: <input type="checkbox"/> 13:15～ <input type="checkbox"/> 15:45～
フリガナ	歯科医師/歯科衛生士/歯科技工士/その他	講演会 <input type="checkbox"/> Dr.会員: 12,000円 <input type="checkbox"/> 他会員・準会員: 4,000円 懇親会 <input type="checkbox"/> 4,000円
参加者 氏名	会員番号 -	前夜祭 <input type="checkbox"/> 5,000円 歯科衛生士ミーティング: <input type="checkbox"/> 13:15～ <input type="checkbox"/> 15:45～
勤務先・診療所名	参加申し込み人数	人 合計金額
住所 <sup>〒</sup>		円 電話番号 - -
		FAX番号 - -

# 第6回ヘルスケアシンポジウム 前夜祭

11会場で1:15~6:00まで3時限に分け各コースを2回繰り返しますので、  
お好みのコースを複数受講が可能です。

\*前夜祭のみの参加登録はできません。

前夜祭フリーパス  
会員5,000円  
非会員10,000円



## I. ヘルスケア診療所づくり実践例

詳細は右記・ページ下のタイムテーブルを参照

## II. ペリオドンティックスコース

## III. カリオロジーコース

## IV. 歯科衛生士ミーティング\* (参加型スモールグループミーティング)

\*このコースに限り会員診療所限定で申込み時に事前登録が必要です

## V. 「未来形」をドイツのドクターに聞く (通訳付き)

## W. ポッケルブリック (ミュンヘン)

6:15 p.m. ~ 8:15 p.m.

## VI. 歯科衛生士へのメッセージ 講師：熊谷 崇

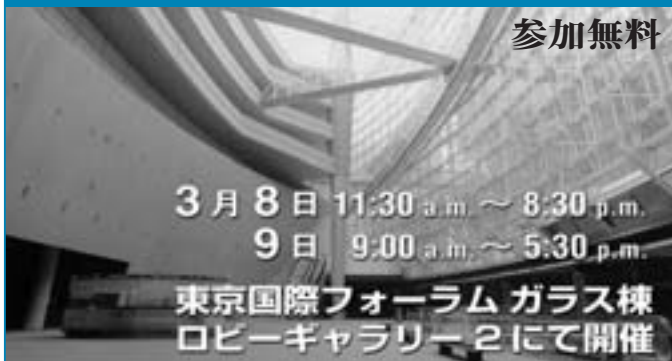
6:15 p.m. ~ 8:15 p.m.

- A: 若手スタッフが明かす日吉の秘密  
金谷史夫と日吉歯科診療所のスタッフ (酒田市)
- B: 住宅地での地道・堅実診療所づくり  
大西歯科 (神戸市)
- C: 地域の信頼を集める健康管理型診療所  
太田歯科医院 (山形市)
- D: 普通の歯医者がここまでできる  
佐々木歯科医院 (山形市)
- E: スタートラインに立った「未来形」診療所  
斎藤歯科医院 (山形市)
- F: 友人が手を結んだ未来志向診療所  
YA デンタルクリニック (米子市)
- G: 経験豊富なだんじりチームワーク  
西村歯科医院 (泉大津市)
- H: 農村地域密着型健康志向診療所の構築  
千ヶ崎歯科医院 (行方郡北浦町)
- I: 東京郊外健康管理型診療所 (自費ベース)  
河野歯科医院 (小平市)
- J: 東京郊外健康管理型診療所 (保険ベース)  
杉山歯科医院 (八千代市)

## I. ヘルスケア診療所づくり実践例

各80分の3時限に分けて2回同じ演目を繰り返します。教室間の移動は自由。

## 併催 ヘルスケア・デンタルショー



## 前夜祭コース・タイムテーブル

■以下の定員はすべて机なしのシアター形式の椅子席数ですが、人気に偏りが生じますので実際には立ち見を受け入れます。「歯科衛生士ミーティング」以外はフリーパスで自由に参加できます。

	1:15 1:20	2:40 3:00	4:20 4:40	6:00 6:15	8:15 8:30	9:30
<b>G402</b> (定員86)	<b>I-A</b> 若手スタッフが明かす日吉の秘密 金谷史夫と日吉歯科のスタッフ 日吉歯科診療所 (酒田市)	<b>I-J</b> 東京郊外健康管理型診療所 (保険ベース) 杉山精一とスタッフ 杉山歯科医院 (八千代市)	<b>I-B</b> 住宅地での地道・堅実診療所づくり 藤木省三とスタッフ 大西歯科 (神戸市)			
<b>G404</b> (定員50)	<b>I-B</b> 住宅地での地道・堅実診療所づくり 藤木省三とスタッフ 大西歯科 (神戸市)	<b>I-H</b> 農村地域密着型健康志向診療所の構築 千ヶ崎乙文とスタッフ 千ヶ崎歯科医院 (行方郡北浦町)				
<b>G405</b> (定員30)	<b>IV</b> 歯科衛生士ミーティング 担当ファシリテータ：村松いづみ、伊藤智恵、井上裕子	<b>IV</b> 歯科衛生士ミーティング 担当ファシリテータ：村松いづみ、伊藤智恵、井上裕子				
<b>G407</b> (定員60)	<b>I-C</b> 地域の信頼を集める健康管理型診療所 太田興志とスタッフ 太田歯科医院 (山形市)	<b>I-C</b> 地域の信頼を集める健康管理型診療所 太田興志とスタッフ 太田歯科医院 (山形市)	<b>I-F</b> 友人が手を結んだ未来志向診療所 山中渉・足本敦とスタッフ YA デンタル (米子市)			
<b>G408</b> (定員50)	<b>I-D</b> 普通の歯医者がここまでできる 佐々木英夫とスタッフ 佐々木歯科医院 (山形市)	<b>I-D</b> 普通の歯医者がここまでできる 佐々木英夫とスタッフ 佐々木歯科医院 (山形市)	<b>I-G</b> 経験豊富なだんじりチームワーク 西村吉行とスタッフ 西村歯科医院 (泉大津市)			
<b>G409</b> (定員124)	<b>I-H</b> 農村地域密着型健康志向診療所の構築 千ヶ崎乙文とスタッフ 千ヶ崎歯科医院 (行方郡北浦町)	<b>I-G</b> 経験豊富なだんじりチームワーク 西村吉行とスタッフ 西村歯科医院 (泉大津市)	<b>I-A</b> 若手スタッフが明かす日吉の秘密 金谷史夫と日吉歯科のスタッフ 日吉歯科診療所 (酒田市)			
<b>G502</b> (定員86)	<b>I-E</b> スタートラインに立った「未来形」診療所 斎藤直之とスタッフ 斎藤歯科医院 (山形市)	<b>I-F</b> 友人が手を結んだ未来志向診療所 山中渉・足本敦とスタッフ YA デンタル (米子市)	<b>I-E</b> スタートラインに立った「未来形」診療所 斎藤直之とスタッフ 斎藤歯科医院 (山形市)			
<b>G510</b> (定員86)	<b>I-I</b> 東京郊外健康管理型診療所 (自費ベース) 河野正清とスタッフ 河野歯科医院 (小平市)	<b>I-I</b> 東京郊外健康管理型診療所 (自費ベース) 河野正清とスタッフ 河野歯科医院 (小平市)	<b>I-J</b> 東京郊外健康管理型診療所 (保険ベース) 杉山精一とスタッフ 杉山歯科医院 (八千代市)			
<b>G602</b> (定員86)	<b>III</b> カリオロジーコース 講師団：西真紀子、小口道生ほか	<b>III</b> カリオロジーコース 講師団：西真紀子、小口道生ほか	<b>III</b> カリオロジーコース 講師団：西真紀子、小口道生ほか			
<b>G610</b> (定員86)	<b>II</b> ペリオドンティックスコース 講師団：伊藤中、三辺正人ほか	<b>II</b> ペリオドンティックスコース 講師団：伊藤中、三辺正人ほか	<b>II</b> ペリオドンティックスコース 講師団：伊藤中、三辺正人ほか			

**Iのコースについて**

- 1回のコースの時間は80分
- プレゼンには、臨床的(臨床成績、臨床例の報告など)なパート、業務管理的(患者満足度問題、定期管理率推移、院内教育、スタッフの待遇の推移など)なパートの二つのパートを含む。
- 定期管理型への転換のきっかけ、転換前、転換中、転換後のエピソードを紹介を含む。

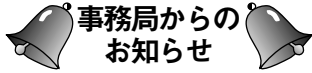
## ヘルスケア・デンタルショー

展示 11:30 a.m. ~ 8:30 p.m.

<b>レセプションホール 1</b> (定員200)	<b>I</b> ヘルスケア診療所づくり実践例	<b>IV</b> 歯科衛生士ミーティング	<b>V</b> 「未来形」をドイツのドクターに聞く	<b>W</b> ポッケルブリック (ミュンヘン) (通訳付き)
<b>レセプションホール 2</b> (定員200)	<b>II</b> ペリオドンティックスコース	<b>V</b> 「未来形」をドイツのドクターに聞く	<b>VI</b> 歯科衛生士へのメッセージ	
<b>G ラウンジ</b>	<b>III</b> カリオロジーコース	<b>VI</b> 歯科衛生士へのメッセージ		
<b>G403</b>	本部・講師控室 (1:00 p.m. ~ 6:00 p.m.)			

■前夜祭は会員参加費一律5,000円、非会員一律10,000円とします■

懇親会  
定員140  
立食



本会催しもの案内

- ヘルスケア基礎コースは、ヘルスケア研究会の理念とはどういうものか、健康を守り育てる歯科医療者としてのスタンスはどのようなものかを学び確認するコースです。ハウツーを解説するプログラムにはなっていません。
- 原則として、スタッフのみの参加はご遠慮ください（ただし、院長がすでに基礎コースを受講されている場合、または正会員スタッフの場合は除きます）。

□ヘルスケア歯科コース

基礎コース（東京）

第6回東京基礎コース  
2002年12月7日(土)  
8日(日)

満席

第7回東京基礎コース  
2003年4月12日(土)  
13日(日)

受付中

第7回東京基礎コース

時間（予定）： 2003年4月12日（土）10：00～18：00  
2003年4月13日（日） 9：00～16：00

プログラム（予定）：

- ヘルスケア歯科研究会の目指す歯科臨床について
  - 病因論（カリエス・歯周病）
  - 健康を守り育てる診療室における口腔内写真の役割と実際、ウィステリアの導入法
  - 健康を守り育てる歯科医療を歯周治療から考える
  - 実践例（歯科医師、歯科衛生士）
- 講師：熊谷 崇、岡 賢二他

参加費 歯科医師 40,000円 歯科衛生士ほか 30,000円  
会場 東京都豊島区駒込（こまごめ）1-10-4 電通共済生協会館  
募集人員 100名程度（下記の申込書にご記入の上、FAX送信してください）  
注意 ※基礎コースの録音、ビデオ撮影等はお断りいたします。  
※日本ヘルスケア歯科研究会では、歯科医療者のポリシーに基づき禁煙を進めています。会場内およびロビーでの喫煙はご遠慮ください。

□緊急勉強会を開催

花田先生の話聞く会の募集をしました

ヘルスケア歯科研究会の発展のための重要な布石となる、花田信弘先生の話聞く会の開催と参加募集をホームページでお知らせしました。募集内容は右のとおり。スケジュールに時間的余裕のない催しもの案内はホームページで告知しています。ご理解ください。

花田先生の話聞く会

日時 2002年11月23日（休日） 午後4時～7時  
会場 東京国際フォーラム内会議室 ※東京駅徒歩5分、有楽町駅徒歩1分  
参加費 1,000円  
定員 30名（会員限定）

2003年度会費払い込みのお願い

2003年度会費の払い込み用紙を同封いたしました。ニュースレター vol.5 no.1の8ページでご報告いたしましたとおり、当研究会の会計年度は、従来3月から翌年2月末でしたが、2003年度より1月から12月までと改められました。これに伴い今号に来年度会費の払い込み用紙を同封いたしましたので、よろしくお願い申し上げます。（なお、法人会員・購読会員には別途請求書をお送りいたします。）



HC（ヘルスケア歯科研究会内互助通貨）のポイント確認について

ヘルスケア歯科研究会では、ニュースレター発行や学術講演会、シンポジウム開催など年間を通してさまざまな活動を行っています。これらの活動は多くの会員の方々のボランティアで支えられておりますので、2002年度から研究会内互助通貨HCを導入し、ボランティア活動に応じてHCポイントを付与することになりました。取得ポイントは、研究会事務局でコンピュータ管理しておりますが、会員一人一人にポイント数の残高をお知らせすることは事務量軽減のため省略させていただきます。

HCを使って各種行事に参加する場合は、HCの獲得ポイント数を事務局にお問い合わせくださいますようお願いいたします。



ヘルスケア歯科コース FAX 申込用紙 (newsletter 5-4) 基礎コース参加を申し込みます。

東京 第7回（2003年4月12～13日）

ふりがな  
勤務先・診療所

代表者名 会員No.

住所〒

●参加者全員のお名前をご記入ください

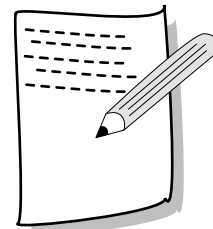
■歯科医師 会員No. ■歯科衛生士 会員No.

TEL.

FAX.

# 本会歯科医師会員を対象とした 歯科医院リスク分析アンケートご協力をお願い

事業推進委員会 千ヶ崎乙文



## アンケート実施の背景

来る3月9日、東京国際フォーラムにおいて、第6回ヘルスケアシンポジウムが開催されます。このシンポジウムにおいて、私たちの目指すべき新しい方向性が打ち出されます。今号ニュースター巻頭言において、熊谷科学顧問が述べているように、ファミリーデンティストという言葉によって私たちの目指している立場をより明確にしようというのです。日本ヘルスケア歯科研究会が目標としてきたのは、患者のリスクコントロールを基に、生涯にわたる定期管理を通じて患者のQOLの向上に寄与するという歯科医療の新しいスタンスでした。ファミリーデンティストを軸に、患者利益と照らし合わせて地域医療の連携体制を確立するという構想は、将来の日本型歯科医療の理想像と言えるでしょう。日本ヘルスケア歯科研究会は、設立以来5年にわたり、その理想的な歯科医療実現のために障害となっていた様々なテーマを取り上げ、提言し解決してきました。本会会員は、その設立趣旨に賛同し、自らの医院をヘルスケア型に転換する努力を積み重ねてきたはずですが、しかしながら、私たちの目指す医療は、今までの歯科医療とは軸足を大きく変化させたことによって、従来型とは違った診療スタンス、診

療所のマネージメントが必要になったのです。このため、午前の部では、ファミリーデンティストがその役割を十分に発揮できる医療環境をいかにマネージするのか、という点に焦点を当てます。

日本ヘルスケア歯科研究会会誌第4巻第1号において、「ヘルスケアを目指す歯科医院のための歯科医院リスク分析」と題する著者の論文が掲載されました。その中で、歯科医院のマネージメントの現状、時間的経過を加味した医院のマネージメント達成過程を分析するため、TMR（トータルマネージメントリスク値）、THR（トータルヘルスケアリスク値）を考案しました。このリスク評価は、19項目からなり、歯科医院の経営状態から、対社会的活動の評価、院内においてカリオロジーやペリオドントロジーのコンセンサスにどれだけ忠実な臨床を行っているか、また、会が提唱している臨床データの蓄積により臨床成果の客観的評価に耐えうる歯科医院かどうかなど、考え得るあらゆる項目が含まれています。このリスク分析には、様々な利点が挙げられますが、その中の一つに、他医院との相対的比較により自院のヘルスケア達成度を客観的に評価認識できる点がありました。この論文に先だって、評議員や、一部の会員にアンケートを行い、その相対評価が興味深いものであったことは報告のとおりです。

## アンケート実施の意味

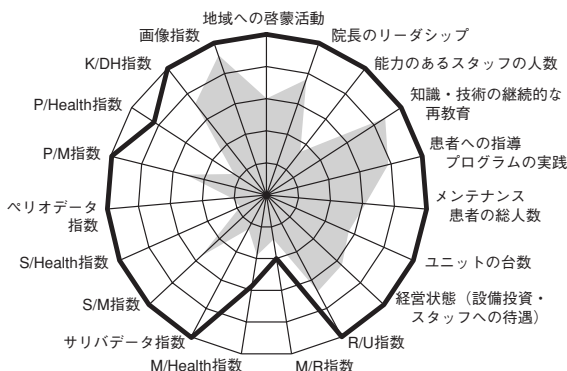
本会会員が、ファミリーデンティストを目指す過程で、現在どのようなレベルに到達しているのか、歯科医院リスクアンケートによって調べることになりました。このアンケートによって、本会会員の各評価項目の平均値を知ることができ、全体での達成度や、自院のデータとの比較により各会員が、自分の置かれている状態を相対的に知る手がかりとなります。ヘルスケアシンポジウムにおいて予定されている筆者のプレゼンテーションに際して、このアンケートの集計結果を報告させていただき、私たちの目指す方向の正しさと、それを実現するためのマネージメントという別次元の努力が大切であることを強調したいと思います。そして、TQM（トータルクオリティマネージメント）がなぜ必要かという視点を理解する糸口にしたいと考えます。

## アンケート結果報告(予定)

16ページのアンケート用紙にご記入の上、事務局にFAXでお送り下さい。アンケートに記名された会員には結果についてリスクチャートを返信する予定です(FAXにて)。また、全体的な結果やその考察等は、第6回ヘルスケアシンポジウムにおいてお伝えするとともに、その後のニュースターや会誌等に発表する予定です。

以上の趣旨をご理解いただき、アンケートに積極的にご協力いただきますようお願いいたします。

アンケートの記入用紙は16ページ



歯科医院リスク分析アンケート

診療所の代表者の方は、ご記入の上ご返送ください。

アンケートは、1から5までの数字の選択もしくは、( )内に数字をご記入いただくものです。プライベートなデータもご記載いただくことから、情報のセキュリティには最善をつくします。

平成14年12月  
日本ヘルスケア歯科研究会

お願い：下記の質問にすべてご記入ください。

□1から5までの選択肢は、○をつけてください。

□( )内には、もれなく数字をご記入ください。

□すべての項目にお答えいただけないと統計処理ができませんので、ご協力よろしくをお願いします。

回答者氏名：

歯科医院名：

会員番号：

TEL.：

FAX.：

\* 氏名、歯科医院名、住所は無記名でも結構です。ただし、結果につき、分析データの郵送をご希望の場合は、ご記入ください。

最初に、先生の地域や立地条件についてお尋ねします。

次に当てはまるもの一つに○をしてください。

- 1 都市部(人口15万以上)開業、予防は保険主体
2 都市部(人口15万以上)開業、予防は自費主体
3 地方都市部(人口10万前後)開業、予防は保険主体
4 地方都市部(人口10万前後)開業、予防は自費主体
5 地方町村(人口数万前後)開業、予防は保険主体
6 地方町村(人口数万前後)開業、予防は自費主体
7 農村、過疎地(人口1万人前後もしくは以下)開業、予防は保険主体
8 農村、過疎地(人口1万人前後もしくは以下)開業、予防は自費主体

問1. 地域への働きかけについて

- 5 学校歯科医であり、学校検診で様々なプログラムを行っている、もしくは地域の中で積極的に啓蒙活動している
4 学校歯科医で、十分対応していないが、地域の活動を積極的に行っている
3 学校歯科医である程度対応をしているが、地域の活動はしていない、もしくは、学校歯科医ではないが地域の活動を積極的に行っている場合
2 学校歯科医であるというだけ、もしくは地域の活動を一応何か行っている程度
1 学校歯科医ではなく、地域の活動も行っていない

問2. 院長のリーダーシップについて(最高5)

- 5 4 3 2 1 自己申告(5段階)

問3. 信頼できるスタッフ数(DH)は何人ですか。

- 5 9人以上
4 7~8人
3 5~6人
2 3~4人
1 いないか、もしくは2人以下

問4. 継続した再教育や研鑽を行っているかについて

- 5 基礎コースを受講しており、受付含めすべてのスタッフが研鑽している
4 基礎コースは受講していないが、受付含めすべてのスタッフが研鑽している
3 衛生士も研鑽しているが、受付は行っていない
2 ドクターのみが研鑽している
1 行っていない

問5. 患者のモチベーションに対する医院の努力(最高5)

- 5 4 3 2 1 自己申告(5段階)

問6. 歯科医院に来院する定期・不定期のメンテナンス患者の総数(月ごとではありません)

- 5 800人以上
4 600人以上800人未満
3 400人以上600人未満
2 200人以上400人未満
1 200人未満

問7. ユニット数

- 5 9台以上
4 7~8台
3 5~6台
2 3~4台
1 1~2台

問8. 経営状態(自己評価)

- 5 良好であり、かつ従業員の待遇等も十分である
4 良好である
3 平均的である
2 あまり良くない
1 かなり悪い

問9. 口腔写真の撮影頻度はどれくらいですか

- 5 ほとんどすべての患者
4 3分の2程度の患者
3 2分の1程度の患者
2 3分の1程度の患者
1 ほとんど撮影しない

問10. 以下の各項目に数字を書き込んでください

上記の質問と重複するものもあります

ヘルスケア転換年数

カリオロジー転換年数... ( )年
・カリオロジーのコンセプトを理解し、その実践を決意してからの経過年数。
・大切であることを知りつつも、様々な要因から具体的に実践に踏み切れない場合であっても、その経過年数には算入する。

ペリオ転換年数... ( )年
・同様に、初期、中等度の歯周病の管理の必要性を認識して、その実践を決意してからの経過年数。
・全顎レントゲンの撮影や、歯周検査の記録を採得していることが最低条件です。

メンテナンス患者の総数... ( )人
・これは問6と同じで、現在自院にて定期、もしくは不定期にメンテナンスに応じている患者の総数です。概算でも構いませんので、必ず記載してください。

月平均レセプト件数... ( )件/月
・最近3カ月のレセプト件数を平均してください。

ユニット数... ( )台

唾液検査データ入力件数... ( )件
・唾液検査を行い、しかもデータベースソフトに入力され、データ解析可能な累積データ件数です。

ペリオデータ入力件数... ( )件
・歯周検査を行い、しかもデータベースソフトに入力され、データ解析可能な累積データ件数です。

歯科衛生士(常勤換算)は何人いますか... ( )人以上