

HEALTH CARE

The Newsletter of the Japan Health Care Dental Association

vol.6 no.6

(年間6回発行・通巻035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 千ヶ崎乙文

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	

重要なご案内

当研究会の年会費は前納制

2004年度会費の払い込みはお済みですか。本研究会の年会費は前納制です。前号のニュースレターに同封の払い込み用紙をご利用の上、お近くの郵便局で早めにお手続きくださいますようお願いいたします。

なお、準会員は登録人数に関わらず、年会費は不要です。正会員のみお払い込みください。

○ 2003年度研究会誌

このニュースレターに同封発送いたしました。ただし2004年度新入会員はニュースレターのみです。

催しものご案内

① 第7回ヘルスケアシンポジウム

日時：2004年2月8日(日)

第7回ヘルスケアシンポジウム前夜祭

日時：2004年2月7日(土)午後～

会場：中野サンプラザ(東京・中野)
申し込み受付中!

(前夜祭の歯科衛生士ミーティングベイシックは満席です)

▶ 詳細 p.3～7, 23, 24

② 東京第9回基礎コース

(2004年4月17日～18日)は満席となりました。

認証制度は、受け皿医院の育成の切り札

来年度中、40診療所の認証を目標に

千ヶ崎 乙文(つくば市開業：コアメンバー)

今年、「健康を守り育てる歯科診療所」の認証という新しい試みがスタートしました。7月には、第1回認証ミーティングが開催され、13医院が認証を受けました。そもそも、この認証制度は、何のために考えられたのでしょうか。

四つの診療所目標

私たちは四つの診療所目標(表)を掲げています。多くの診療所がこの目標を達成できれば、日本の歯科医療は根本的に変わってでしょう。日吉歯科診療所(院長熊谷崇・酒田市)は、この目標にどのくらい近づいたか現時点での達成度を報告しています。これは20有余年にわたるたゆみない努力の成果ですが、目下の問題点を客観的に把握して日々新たな課題に取り組んでいる点こそが重要です。認証を受けた診療所は、誰でも目標達成度を報告できるようになるはずですが、そして多くの会員がこの目標を達成するには、診療室内部にとどまらず地域や社会環境の改革も必要です。日本ヘルスケア歯科研究会の対外的な活動は、このような目標を達成する際の社会的な障害を解消するためのものなのです。

またう蝕や歯周病のような慢性疾患では、急性症状や自覚症状に対応するだけでは、患者のほんとうの利益には結びつきません。かと言って病気の予防は押しつけてできるものではありません。患者の訴えに耳を傾け、患者自身の口腔内の状態や見えないリスクを分かりやすく具体的に示し、患者自身が主人公となれる条件を整え、長い年月激励しながらたしかな技術でサポートすることで確実な二次予防が可能になるのです。このような医療を実践しようとするれば、規格性のある資料を採得することは欠かせませんし、カリオロジーやペリオドントロジーの病因論を十分に理解してリスク検査を効果的に用い、バイオフィルム・コントロールを継続できる診療態勢を確立することが求められます。たとえば患者が遠隔地に転居するときにも、同じようにメンテナンスできる診療態勢の医院を紹介したいと思います。認証制度は、そのための一つの基準です。

表 研究会の四つの診療所目標と達成事例

・ 5歳時でカリエスフリー 90%	(未達成、現時点 49.6%)
・ 12歳時でカリエスフリー 90%	(6歳未満より来院患者で達成)
・ 20歳時でカリエスフリー 90%	(未達成、6歳未満より来院患者でカリエスフリー 68.4%)
・ 70歳時の平均欠損歯数 5歯以下	(15年以上定期メンテナンス患者で 5.7歯)

(括弧内)は日吉歯科診療所(酒田市)の達成実績

自分の診療所の客観的な分析

いま、あなたの診療所がどのような段階であるにせよ、診療所目標を評価し分析するには、日常の臨床において、患者のデータを管理できていなければならないでしょう。おそらく、一番簡単なのは、ウイステリアに基本的なデータを蓄積することです。そうすればう蝕リスク検査や歯周組織検査などのデータやメンテナンス率を簡単に集計すること

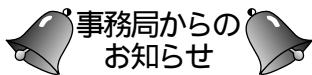
ができます。そして優れた実績をあげている診療所をベンチマークとして自らの実績を評価することができますし、課題も明白になるでしょう。開業間もない医院やヘルスケアへの転換から年数の経過していない医院では、十分な数字としてデータが出てこないかも知れません。しかし、何ができていて、何ができていないかということ客観的に分析できていれば、そしてそのためにどのような努力を行っているかを説明できれば、十分認証に値すると言えるでしょう。

今回の認証においては、う蝕リスク検査実施率が30%以上だとか、メンテナンス率が30%以上など、いわゆる30%ルールという形で認証申請資格が明示されていますが、実際に成果をあげている医院では、さほど大きなハードルにはならないはずですが、たとえばう蝕リスク検査を独自のプロトコルにのっとって行っているなどの場合、必ずしも同じ土俵で評価できないかもしれません。そうであるならそうで、ご自分の医院のデータで臨床成果を示せばいいのです。このデータの要求レベルが高く、それだけが目的になっているような誤解があるようですが、先に掲げた診療所目標に近づこうとしている医院は、データを分析しながら、課題を見つけ、更なる取り組みをしているはずですが、自分流のデータ管理であっても、人を納得させることができれば、認証に合格です。認証に必要な形式に従えば、むしろ容易に自らの診療を客観的に見直すことができるでしょう。

ゴールに向かっているプロセスを証明する

皆さん、認証の本来の目的をご理解いただけましたか。自分は、認証に値する診療をしていると思われる方は、是非それを第三者に分かるかたちにしてください。色々不足するものがあるなら、短期、中期、長期の計画を立てて克服し、いつの日か認証を受けてください。来年度は、2回の認証審査会を予定し、各々20医院、計40診療所の認証を目指します。ニュースレターでは、毎号、「認証もうすぐ」のコーナーで認証間近の医院のプロフィールを自己紹介してもらいます。

ヘルスケアのゴールは、見えているのですが、決して簡単に到達できるものではないのも事実です。ゴールは一つでも、そこへのプロセスは、地域や医院の環境などによって様々でしょう。認証において唯一求められているのは、ゴールに向かっているプロセスを証明することだけです。ただ単に努力していると口で言うのではなく、現状と課題の分析を常に伴って努力し続けているなら、もうあなたの歯科医院は認証診療所なのです。



ウイステリア相談日を設けます

2004年2月から、毎月第2木曜日の午後1時～5時まで会員の方に事務局をオープンにします。

1回目は2月12日です。

ウイステリアを使ってみて分からないこと、もっと使いこなしたい、ウイステリアを導入したいが、どんなものか前もって見たいなど、ご来所の前に用件、ご質問等をお寄せください。

オープン日はパソコン持参でもOKです。また、企画商品の見本もご覧いただくことができますので、ご利用ください。

アクセス：地下鉄有楽町線「江戸川橋」下車5分。

有楽町線には池袋、飯田橋、市ヶ谷、永田町、有楽町などで乗り換えできます。

事務局 〒112-0014 東京都文京区関口1-45-15-104
tel. 03-5227-3716



第 7 回
ヘルスケア
シンポジウム

「歯周病の全体像と歯周病学の〈幹〉」をひかえて

伊藤 中 (会員・大阪府)

歯周病学の進歩により、歯周病の本質がバイオフィーム感染症であることが明らかにされ、臨床現場における基本的な歯周治療の流れも確立されている。また、疫学データ（特定の診療室における臨床疫学データも含む）からは、早期に付着の喪失を起こしたり、治療に対する応答が悪い個人が存在していること、疾患の有病率は海外のデータと比較すると低いとは言えないが、重度に進行してしまった疾患の有病率が思ったほど高くないということが明らかになってきた。

しかし、わが国ではまだ、このような疾病構造が意味することに注意を払っている臨床家は少ないし、ハイリスク者の存在を十分に実感しているとも言い難い。この背景には、歯周病の発症・進行プロセスに対する適切な介入の決定的な不足があるといわねばならないのではなからうか？ 重要なのは知識の「理解」ではなく、「実感」である。そのために必要なのは、

基本的な歯肉縁下バイオフィームの破壊・除去を多く（全て）の患者に適切に供給すること

メンテナンスを継続していくこと
患者資料を客観的再評価が可能な形で整理し蓄積していくこと

である。こういったことをクリアしていかなければ、診療室で見えてくるものは少なく、見えてきても歪んだ像になってしまうだろう。言うまでもないことだが、メンテナンスを抜きにして、いかなる歯周治療が望ましいのかを語ることは無意味である。

一方、より大きな視点から考えると、私たちの診療室を訪れる患者の約80%を占める歯槽骨の破壊が起こっていない患者および初期の歯周炎患者に対する治療こそが重要である。これを適切に実践していくことが疾病構造を変化させるこ

とにつながるだろう。長い年月を要するかもしれないが、地道な初期の管理が、大きな力となると考えている。とくに、小児の段階から管理下にあった患者に対する歯周組織の健康維持の継続は非常に重要である。

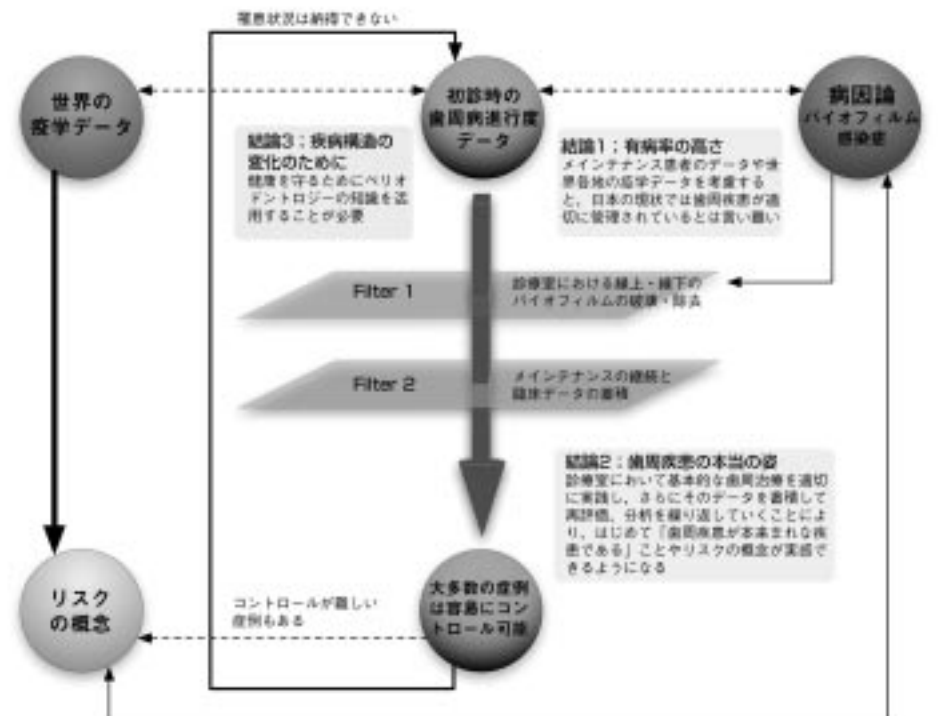
今回のシンポジウムでは、まず、アルバンダー教授の講演から、世界の疫学データと診療室で得られたデータなどを比較することによって日本の状況の問題点を明らかにしたい。そしてハイリスク者の存在やリスク要因についても再確認しておきたい。

村上教授からは、病因論などの最新の知識や疫学データに基づいて、一般の歯科診療所ですべき基本的な歯周治療（歯肉縁下バイオフィームの継続的な破壊・除去、リスクコントロール）について整理していただけたらと思う。

そして、午後からのアルバンダー教授のパートでは、歯周炎の発症を予防するためにどのようなことに配慮していけば

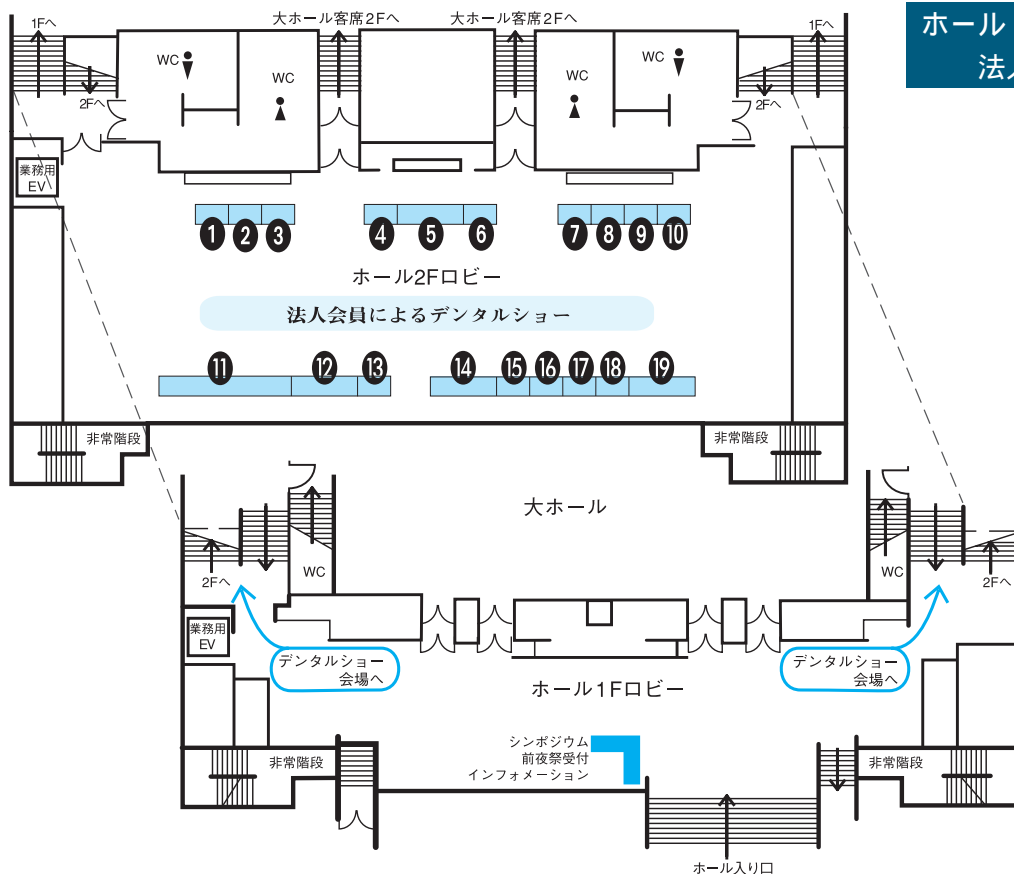
よいのか、そしてどの程度まで予防が可能なのかを示していただく予定である。

多くの商業誌や講演会では、様々な歯周治療の術式についての情報が氾濫している。こうした情報の多くは重篤な付着の喪失が生じた「部位」に対する処置法であるが、今回のシンポジウムの企画は、そのようなトピックスに焦点をあてるものではない。「歯周病というのはいったいどういう疾患なのか」、「疾患の性質を考慮したとき、どのような歯周治療を構築すればよいのか」という非常に基本的ではあるが、それゆえに忘れ去られている話題に正面から取り組んでみたい。「健康を守り育てる」という方向性のなかで全ての歯科医院がなすべきことは何なのか？ その答えを、大多数の歯科医療従事者は知っている。しかし、この答えを地道に実践している診療室が少ないことも事実である。私たちはまず何をすべきなのか、それを真剣に考えてみる1日になればよいと思っている。



2004年春のヘルスケアシンポジウム前夜祭 (2月7日・中野サンプラザ)

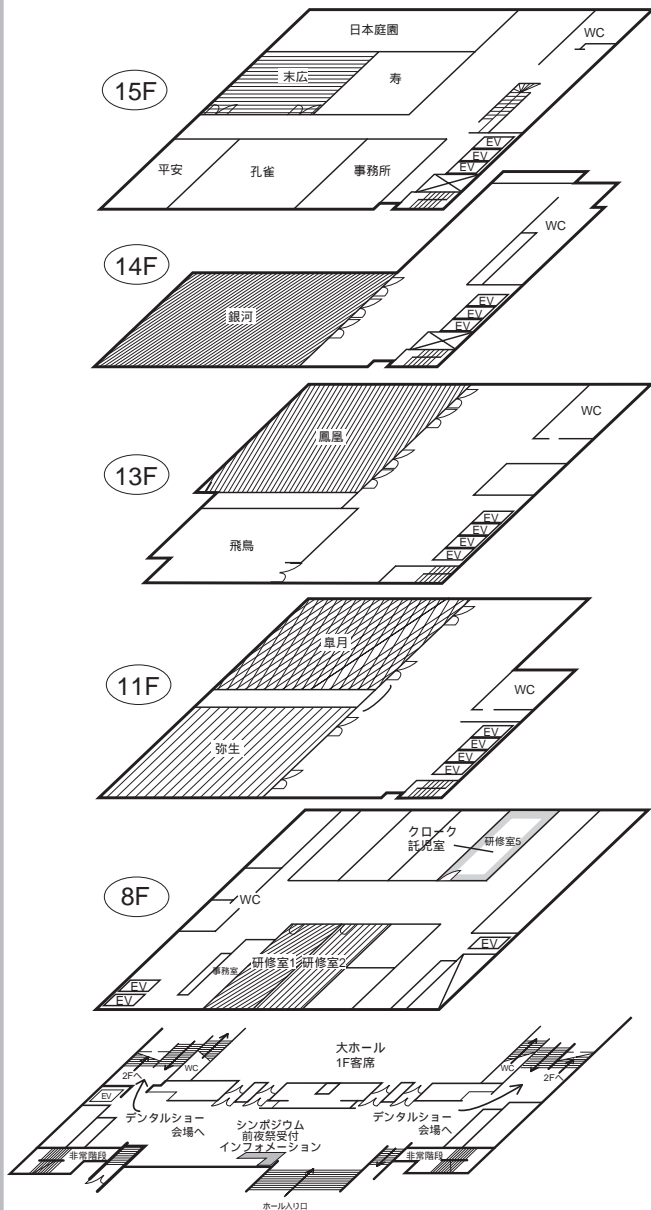
会場	1:30	3:30	4:00	4:15	6:15	6:30	7:00	8:30	9:00
2F 大ホール	ミニシンポジウム 「バイオフィルム感染症を理解する」 花田信弘, 三辺正人, 岡歯科医院	ABC 1		ディスカッション ABC 2 「診療室の何をどう改善するか?」 熊谷崇, 河野正清, 福田健二		診療所づくりシンポジウム 3 『新人スタッフ教育』 AB 緑町斎藤歯科, 太田歯科医院 つくばヘルスケア歯科クリニック			
8F 研修室 1	歯科衛生士ミーティング ベーシックコース1 BC 満席 : 恵		4:00	歯科衛生士ミーティング アドバンスコース BC ファシリテータ: 伊藤智恵, 阿部恵 村松いづみ 井上裕子					
8F 研修室 2	歯科衛生士ミーティング ベーシックコース2 BC 満席 : 上裕子			ウイステリアコース B 藤木省三, 杉山精一		6:30		8:30	
11F 弥生	適切なコースを選んでいただくため、目的別に A, B, C のラベルを付けました。参考にしてください。 A. モチベーションコース (予防中心の歯科医療をやりたいと考えている参加者) B. ハウトゥーコース (実際にある程度の努力を始めてヒントを求めている診療所の参加者) C. 実践コース (すでに軌道に載せている, あるいはかなり成功している診療所の参加者)					よその診療所に学ぶ 8 「診療所単位ミーティング」 佐々木歯科医院, 河野歯科, 杉山歯科医院など C			
11F 皐月						「スタッフミーティング」 9 丸山歯科, 康本歯科クリニ ック, ライオン歯科クリニ ック, レミントン歯科 AB			
13F 鳳凰						症例から学ぶ BC 10 岡 賢二, 伊藤 中 足本 敦 ほか	6:00		
15F 末広					診療所づくり報告 AB 11 菊地 誠, 田中正大, 鈴木正臣				
14F 銀河								懇親会 (7:00 ~ 9:00)	



ホール2Fロビー 法人会員によるデンタルショー

- ① 持田製薬株式会社
- ② 白水貿易株式会社
- ③ パナソニックデンタル株式会社
- ④ クラレメディカル株式会社
- ⑤ ウエルテック株式会社
- ⑥ 株式会社オーラルケア
- ⑦ 株式会社モリタ
- ⑧ 株式会社松風
- ⑨ ヘレウスクルツァージャパン株式会社
- ⑩ 株式会社ニッシン
- ⑪ タカラベルモント株式会社
- ⑫ 株式会社コムネット
- ⑬ 株式会社ジーシー
- ⑭ 有限会社サンフォート
- ⑮ 株式会社ヨシダ
- ⑯ 医歯薬出版株式会社
- ⑰ サンスター株式会社
- ⑱ 株式会社城楠歯科商会
- ⑲ 株式会社岩瀬歯科商会

各会場案内図



会場案内

当日受付：前夜祭、シンポジウムともサンプラザホール1階ロビー（正面玄関を入り赤い階段を登ったところ）で受付ますが、混雑が予想されますので、事前登録されるようお勧めいたします。なお、当日受付では4名以上参加でも割引はありません。

電話：03-3387-7665（この電話は臨時電話です。2月7日正午から8日午後6時まで利用できます）

クロークは8階の控え室に設けます（但しコート類は袋や鞆に入れてご持参ください。ハンガーでのお預かりはできません）。

法人会員によるヘルスケアデンタルショーを、2月7日（土）午後～2月8日（日）夕刻まで、ホール2階ロビーで開催しております。新製品等の情報収集にぜひお立ち寄りください。ホール2階ロビーへは、正面の赤い階段を上り、ホール1階ロビーの左右の階段から上がってください。

参加登録を済ませ、ネームカードを下げています方は一部コースを除き、フリーパスでご参加いただけます

* サンプラザホールの1階ロビーは建物の2階、2階ロビーは3階になります。

前夜祭
内容ご紹介

1 「バイオフィルム感染症を理解する」

好評だった2003年秋季学術講演会をコンパクトにリメイク。

秋季学術講演会に参加できなかった方は是非ご参加ください。



国立保健医療科学院 口腔保健部長
花田信弘さん

2 ディスカッション

「診療室の何をどう改善するか？」

「12歳児カリエスフリーを90%にする」

たとえば皆さんの診療所は、この目標にどれくらい近づいていますか。診療所の運営において明確な臨床の指標をもつことは、とても重要です。目標を掲げることは、簡単ですが、その実現のために短期・長期の作戦をたて、それをひとつひとつ実践しているでしょうか。臨床データは、患者さんについてのデータであるとともに全体をまとめて見ると、診療所のもっとも重要なマネジメント資料でもあります。



「メンテナンス率を来院患者の50%にする」

開業して6年経過していながら、もしそれが20%台であるとするなら、そこにある課題を明確にして対策を考えなければ、メンテナンス率がそれ以上目標に近づくことはありません。その実態は、とても患者利益を第一義に考えた診療所運営になっているとは言えないでしょう。

各々の診療所は様々な問題をかかえています。不慮の出来事で診療所の態勢がすっかり崩れてしまうこともあります。たとえば熟練度の高いスタッフの結婚や出産などに頭を抱えることは少なくありませんが、本来は無理なく産休や育休が取れるスタッフ態勢を整備すべきです。

ここでは函館開業の福田健二（福田歯科医院）と東京・小平開業の河野正清（河野歯科医院）が叩かれ役となってプレゼンテーションを行い、科学顧問の熊谷崇さん（酒田市開業）の歯科医院のマネジメントの考え方、リーダーシップのあり方、診療システムの構築、あるいは人材育成・スタッフ教育や診療哲学までを引き出します。きっと講演とはひと味違った興味深い議論が聞けるでしょう。

（企画担当・河野正清）

第7回ヘルスケアシンポジウムのお申込みはP.23へ

3 診療所づくりシンポジウム『新人スタッフ教育』

診療所の条件はさまざま、その積み重ねられた年輪もさまざま、目指す頂は同じでも登頂ルート、登攀のペースは同じではありません。そこでテーマを絞ってシンポジウム形式で恒例になった「診療所づくり報告」を組み立ててみます。

フォーカスは「新人スタッフ教育」にあてます。

シンポジストは、次の3診療所（持ち時間は各30分でディスカッションが30分）。

- ・つくばヘルスケア歯科クリニック（院長・千ヶ崎乙文，つくば市）
新しく診療室を立ち上げて、すべてのスタッフが新人同様のため院長が主体となってスタッフ教育を行っています。
- ・緑町齋藤歯科医院（院長・齋藤直之，山形市）
発展途上で、手探りで新人教育を模索しています。
- ・太田歯科医院（院長・太田貴志，山形市）
核となるベテランの歯科衛生士がいる成熟した診療室です。

条件の違いによってスタッフ教育の方法も内容も随分違いがあるはずですが、シンポジウムに参加して、あなた自身のスタッフ教育の方法を見直してみませんか。

（企画担当・齋藤直之）

4 5 歯科衛生士ミーティング・ベイシック

1:30 ~ 3:30 定員48名×2会場

「患者さんはなにを求めているの？」

ヘルスケアの理念も目的も理解し、多くの研修会にも参加して、知識も技術も身につけた。でも、患者さんがなかなかついてきてくれない。どうして？ そんな悩みを抱えているあなたのためのミーティングです。ヘルスケア診療所勤務するすべてのスタッフが参加できます（ドクターは参加できません）。参加者が、発表者です。だれかに教えてもらってなにかをつかむのではなく、自分の意見を伝え、仲間の意見に耳をかたむけながら、自分で考える練習をしませんか。

< 事前予約制 >

6 歯科衛生士ミーティング・アドバンス

4:30 ~ 6:00 定員48名

「診療室の問題を解決するには？」

ヘルスケアマインドを心の底から理解したあなたは、いよいよ診療室の問題解決に取り組みましょう。診療室で自分が抱えている問題はなに？ なぜ問題なの？ 解決できる道筋は？ どうやって実現する？ 仲間の知恵を借りながら自分で考えることで、きっと目標達成することができるでしょう。

これまでに歯科衛生士ミーティングに参加した方が、もっと深く洞察し、自分を見つめ、具体的に行動するための時間です。

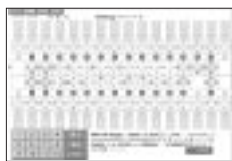
院長あての「問題解決報告書」を書き上げることを目指します。

< 事前予約制・参加経験者のみ >

ファシリテータ：村松いづみ，井上裕子，阿部恵，伊藤智恵

7 ウィステリアコース

新バージョンのウィステリアの使い方を通じて、日常的な患者データ管理、分析、活用について解説します。



8 「よその診療所に学ぶ」 診療所単位ミーティング<事前予約制>

この診療所単位ミーティングは、すでに健康管理を診療所運営のベースにしている診療所のためのスタッフぐるみのミーティングですが、今回は試みとして小規模に行います。

診療所のプロフィールを事前に申告していただき、それを目安にグループを組みます。参加者もお互いの秀でているところ、抱えている問題など、お互いのプロフィールを理解できるように事前に資料を配布します。3~4診療所でひとつのユニットをつくって進めます。その1ユニットを3つくらいのグループ（6~8人のスモールグループ）に分けて作業をして、1ユニットごとにまとめた話し合いをします。

初診のすべての患者の口腔内写真撮影ができていないのは どうする？

院内ミーティングがうまくできないのは どう工夫した？

思った以上にメインテナンスの脱落者が多い

スモールグループでは、お互いに他の診療所の問題点を整理し、要因分析図（フィッシュボーン）を描く作業を行います。

へー自分のところは違うなァ。でも、同じ苦労があるんだナ。

院長が考えているようにスタッフは院長の考えを理解しているものではありません。スタッフ間にも理解や考え方のズレは大きいものです。グループミーティングでは、スタッフ自身が自分の診療所を意識することになります。院長もスタッフも、他の診療所を鏡に、自分自身、自分の診療所を冷静に振り返ります。

小さな世界でまとまりがちな歯科医院の枠から一歩出て、共通の目標をもつ診療所からスタッフがお互いに学び合うのがこのミーティングの目的です。

（企画担当・秋元秀俊）

9 スタッフミーティング

スタッフミーティングはご存知ですか？ スタッフミーティングは、日頃診療所の歯科衛生士、歯科技工士、助手、受付がそれぞれ疑問に思っていることや実践していることなどを発表し、みんなで一緒に勉強する場です。通常の講演会のように受け身の勉強ではなく、一人一人が考えることで自らのモチベーションを高めて行くことを目的としています。

そして今回のテーマは、その『モチベーション』です。ヘルスケアや色々な講習会で学んできた知識を、皆さんは臨床で生かしていますか？ せっかく、色々なことを学んできて目の前の患者さんに応用できない、そんなこと、ありませんか？

今回は4組の発表をもとに、ロールプレイやグループ討論を織り交ぜながら発表者と共に理解を深めていきたいと思います。

発表の内容(タイトルは一部仮ですが)は、一人目は「モチベーションに術者磨きを取り入れて」です。体感による気付きについてディスカッションしていきたいと思います。

次に、二組目は「定期健診システムは健康へのモチベーションとなるのか」です。メンテナンスに求めていることを目標にするのではなく、患者さんの健康観を引き出すことで来院を促している一例を紹介させていただきます。

そして、三組目は「予防型診療室におけるスタッフの動機付け」です。予防型診療室を作るためには、スタッフの力が不可欠です。DHとDAそれぞれの立場から医院づくりについて発表していただきます。

最後は、禁煙支援について皆さんと一緒に考えてみましょう。

今回の発表者も、日々色々悩んでいます。「私は、こうしてる」「なるほど、それはいい」「ここが疑問なんだけど」など思っていることを、どんどん出し合ひましょう。明日から使えるヒントが見つかるかもしれません。積極的に参加して、おいしい『おみやげ』をお持ち帰りください。心よりお待ちしております(企画担当・渡辺 勝)

司会 藪下正樹
総合司会 渡辺 勝

1. 「モチベーションに術者磨きを取り入れて」
丸山 歯科(埼玉県) 浜端町子
2. 「定期健診システムは健康へのモチベーションとなるのか」
康本歯科クリニック(千葉県) 田村知子, 増田真由美
3. 「予防型診療室におけるスタッフの動機付け」
ライオン歯科クリニック(北海道) 松井香恋, 室橋京幼子
4. 「禁煙支援」
レミントン歯科(東京都) 坪山郁佐, 佐藤愛

前夜祭 内容ご紹介

10 症例から学ぶ

身体を服にあわせるか、服を身体にあわせるか……臨床のかたちから診療システムを考える

この企画は、翌日のシンポジウムと連携していくような企画にしたいと考えています。歯周病の全体像を理解した上で、どのように歯周治療を行っていけばよいのか、「健康を守り育てる歯科医療」における歯周治療とはどのようなものなのかについて、症例を通じて具体的に考えていきたいと思います。

もちろん、症例を題材に話が進んでいきますので、例えば口腔内写真、X線写真、プロービングチャートなど基本的な患者資料を収集していく上でのちょっとした注意点や、それらの資料をどのように解釈していくのか、施術にあたって、どのようなことに注意を払っておけばよいのかなどにも話が及んでいくと思います。

ややもすると診療システムが先にあって、それに合わせる形であらゆる治療が行われるかのような印象をもたれがちですが、実は逆で、治療の形に合わせる形で診療システムが構築されるべきだと思っています。このようなあたりについても、歯周治療を例にとってディスカッションできればと考えています。(企画担当・伊藤 中)

11 診療所づくり報告

「どうしてヘルスケア？ どうやるのヘルスケア？」

ヘルスケア研究会会員のみなさん、あなたはどのようにしてヘルスケア研究会に入会されたのでしょうか？

今回の「診療所づくり報告」ではヘルスケア的な診療を始めて4～5年経過した3つの診療所から発表していただきます。鈴木先生は1970年開業の大ベテラン、田中先生と菊池先生はそれぞれ1994年、1993年開業と10年選手です。全員患者さんのためを思い精一杯よい診療を目指してこられていながら、ヘルスケア研究会を知り大きく診療システムを転換されています。

発表ではどのように転換することになったのか、どのように転換を進めてきたか、その課程と苦労そして現在の成果、将来の課題をまとめていただく予定です。一口にヘルスケア的診療と言いますが、実際に始めるにはスタッフ、設備、診療システムなど様々な改善が必要とされる上、患者さんの理解を得て(メンテナンスを続けることで)予防効果がでるまでには5年以上の年月が必要です。結果をなかなか実感できないのが私たちヘルスケア的診療を行う際の難しいところです。

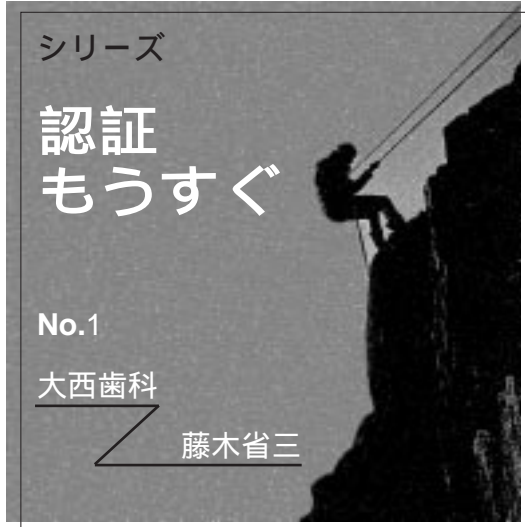
今から始めようとしている会員のみなさんにとっては1年後、3年後5年後の目標を立てる最良の講演になると思います。是非この機会を利用してください。

発表予定の診療所の簡単な自己紹介です。(企画担当・藤木省三)

- | | |
|------------------------|--|
| 1. 開業年と現在の年齢 | 2. 1998年 |
| 2. ヘルスケア的な診療に取り組み始めた時期 | 3. 歯科医師 2名 / 歯科衛生士 5名 / その他スタッフ合わせて 7名 |
| 3. 診療所の規模 | 4. 歯科医院全体でアットホームな雰囲気ができるよう心がけている |
| 4. 診療所の特徴 | 5. 患者さんが、自らの力で歯の健康を守り育てる行動をおこせるようにクリニック全体で支援し、また、そのパートナーとして生涯にわたっておつきあいできるクリニックであること |
| 5. 目標 | |

- <(医)鈴木歯科医院>
1. 1970年開業 66歳
 2. 1999年
 3. 歯科医師 常勤2名、非常勤1名 / 歯科衛生士 常勤4名 / 受付事務 2名 / パート1名
 4. 予防をベースにインプラント(認定医2名)、義歯難症例、歯科恐怖症に対応できること
 5. 患者さんに信頼される歯科医院

- <田中歯科クリニック>
1. 1994年開業 39歳
 2. 1993年開業 37歳
 3. 歯科医師 1名 / 歯科衛生士 4名 / 受付事務 1名
 4. 肩肘張らないで楽しく診療していること
 5. 来院される方が幸せなるように、プロのサポーター集団となる



大西歯科と認証

ヘルスケア歯科研究会で認証制度が始まりました。その主な目的はメインテナンス中の患者さんが転居された場合の紹介先の情報開示です。私も紹介先の状況がわかればいいかと常々感じていましたので、信頼できる紹介先医院の情報は必要だと思います。大西歯科もこれから挑戦ですが、今後認証診療所が増えることを願っています。

それでは、現在来院中の患者さんにとって認証を受けることはどのような利益があるのでしょうか。大西歯科は来院患者の9割以上が診療所のある灘区と隣接する東灘区から来られている地元密着型の診療所です。今来院されている患者さんにとって紹介患者が増えることが利益にはつながりません。そうではなく、認証に臨むことでこれらの患者さんに現在定期管理ができていないのか、いないのか。発症予防の何ができていないのか、いないのかを把握し、大西歯科の課題を明らかにし、どのように改善すればよいかを考えることが患者利益になるのだと思います。さらに認証に合格すれば、自動的に毎年評価をするシステムができあがることになり、認証が患者利益の向上につながると思います。

大西歯科の経緯

1985年に開業した時は、歯周治療を歯科衛生士とチームを組んで治療・管理する発想がなくチェア2台で始めました。過密地域で小規模な診療所を維持すればいい程度の気持ちでした。その後山形のフォーラムDEWAスタッフミーティングに参加し初期から中等度の歯周炎を治癒させ管理することの大切さを学び、1988年から取り組み始めました。データのコンピュータ管理は1989年から始めています。

1993年からチェア3台、歯科衛生士2名、受付1名、歯科助手1名になり、このスタッフは今も継続して勤務しています。デントカルトは1994年から始めています。少ないチェアで歯周治療と定期管理、う蝕リスク管理をおこなわなければならないため工夫が必要でした。歯周治療を始めてからの途中脱落は患者さんにとっても無駄ですが、診療所にとって歯科衛生士の貴重な時間の無駄になります。そこで、治療期間や可能性のある不快症状を納得して頂いた方に歯周治療を始めるようにしました。つまり、こちらを向いている患者さんから始めました。来院する全ての患者さんに同じ対応をすることが理想ですが、余程診療所の総合力が高くなければ難しいことだと思います。

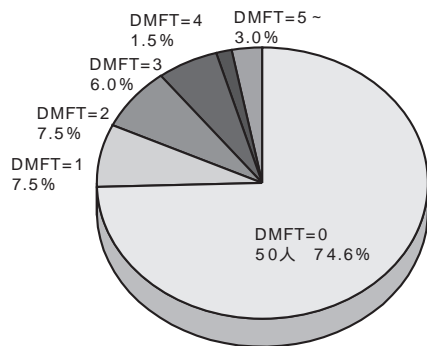
う蝕のリスク検査は、スタッフ、時間、チェアが限られているため、子供の永久歯列カリエスフリー達成とう蝕ハイリスク成人のコントロールに絞りました。小学生以下の初診患者には全員唾液テストを紹介する、成人にはこちらから選んで紹介しました。

2001年5月に幸いにも隣のテナントが転出したため、診療所を拡張することにしました。チェアは5台になり3台を歯周治療、予防管理に使えるようになりました。スタッフも歯科衛生士4人態勢になりましたが、過去5年で二人の若手の退職があり、総合力の向上ができていないのが問題です。

診療室のメンバー

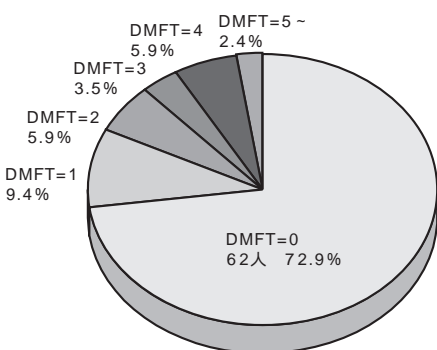
- ・ 歯科医師：1名（卒後24年目）
- ・ 受付：1名（19年目）
- ・ 歯科助手：1名（14年目）
- ・ 歯科衛生士：4名（15年目，11年目，2年目，1年目）

初診時7歳以下，DMFT = 0で
現在10歳以上の人(2002.12.1～に来院)



DMFTの増加：0.6 合計67人

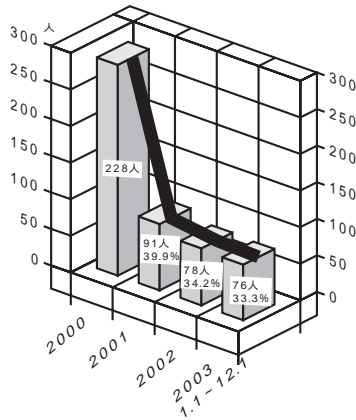
初診時7歳以下，DMFT = 0，12歳時来院時のDMFT
(現在来院しているかどうかは不明)



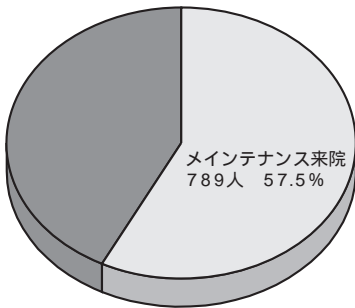
合計85人

現状と将来の展望

2000年の初診患者(再来初診を含まない)228人のうち
メンテナンスで来院した患者の割合



2003年5月9日～12月1日来院患者のうち
メンテナンスで来院した患者の割合



幸いにも10年を越えて大西歯科に勤めている4人のスタッフがそれぞれの役割を果たした結果、歯周治療後メンテナンス5年以上経過している来院患者が170名を越えるようになりました(初診からの平均経過年数9.9年、メンテナンス中の平均喪失歯数0.7本)。また、12歳児カリエスフリー率も70%を越えることがわかりました。その経験からヘルスケア研究会が提唱するう蝕と歯周病の発症をコントロールする診療を実感することができるようになりました。

定期管理に来院する患者の割合を新しいウイステリアで調べるために過去3年間の初診患者(再来初診を含まない)の来院履歴を入力しました。2000年一年間の初診患者228人のうち今年33.3%(76人)の人がメンテナンスで来院していました。また、今年の5月9日以後の全ての来院患者のうち57.5%(メンテナンス789人/全来院患者1,372人)がメンテナンス患者です。

しかし、問題点も見えています。

- 1 過去5年間で二人退職したことによって歯科衛生士の総合力を高めることができずにいること
 - 2 私と歯科衛生士共に予約が取れない状況が続いていること
 - 3 経済的事情からこれ以上のスタッフを確保することができないことです。
- これらの結果、う蝕リスク検査に手が回らず、できるだけ全員を目指している10歳以下の初診患者でも30%を少し下回っています。成人患者では、こちらがハイリスクと思われる人にも紹介するにとどまっています。

今すべきことは、二人の若手スタッフの成長を待つことですが、プログラムを毎年工夫して少しでも早く多くの患者さんを救える歯科衛生士になってもらえるよう奮闘中です。

大西歯科で解決すべき短期的問題は①う蝕リスク検査をいつ、どのような方法でおこなえば最小の努力で最大の結果が得られるのかを考える(う蝕リスク検査に関してさらに勉強する)、②歯周治療後のメンテナンス間隔をできるだけ長くすることによって多くの患者を管理できるようにする(毎回の診査、処置内容、アポイント時間などを再検討する)ことで、長期的にはスタッフ拡充のためにも経済的に余裕を持てるようになることです。



認証を振り返って
山口将日

今年の7月5日に「健康を守り育てる診療所」に対して日本ヘルスケア歯科研究会として認証を与える第一回の審査会がありました。私は、無謀にもそれに参加し、認証不合格第一号になってしまいました。

した。

この紙面では、認証までの経緯、認証当日感じたこと、その後、どう心構えが変わったか、具体的に診療室をどう変えたか、どんな成果が上がったか、認証への要望などについて正直にお話してみたいと思います。

認証までの経緯：

1998年娘婿として義父と診療開始。1999年基礎コース受講

を機にヘルスケア型に完全に移行しようと決意し、基礎コースで見聞きしたことをできるだけそのまま取り入れようと思いました。しかし、院長は義父のため、設備投資する際、私の一存で全て決められない状態でした。そこで、なるべく費用をかけず、まずはじめようということでインスタントカメラにて口腔内写真を撮り始めることにしました。その後、着実に移行し、院内外でデータ上でも成果も上がってきたため、そして自院のステップアップ、微力でも日本の歯科医療改革に貢献したいとの思いから認証に応募しました。

認証までの準備：

ウイステリアには、こつこつ毎日入力していたので、統計データの分析とプレゼン用の症例の整理がその準備でした。月に1回、初診の患者さんを対象にオリエンテーションを行っていたので統計の分析は、さほど手間取りませんでした。じっくりと自院の分析をする機会がもてたことは、大きな財産となりました。症例の整理のほうは、大変、苦労しました。同

じ患者さんの予後を追っていく際、写真の質が悪く、またレントゲンもコンピュータに上手く取り込めず、結局それらのことを誰に聞くこともできず当日を迎えてしまいました。

認証当日のこと：

会場についてまず強烈に思ったことはそのスクリーンの大きさでした。「この大きさを僕の口腔内写真やレントゲンを写したら」という思いで自分の発表が始まりました。余計なことばかりしゃべってしまい、15分の持ち時間が終わっても用意したスライドの半分しか終わっていない状態でした。大失敗ではありましたが、発表が終わった直後の感想は、私一人のために多くのヘルスケアの先輩が話を聞いてくれて、これは自分にとって非常にありがたいなあ、というものでした。採点が大型スクリーン上で次々に発表され初日に落ちたのは、私だけでした。初日の会の終了後、熊谷先生、岡先生、千ヶ崎先生に自分の発表の講評をいただきました。3人に共通していたのは、規格性のある資料、とくに口腔内写真の未熟さでした。

その後の取り組み：

認証の翌週には、近隣の千ヶ崎歯科医院の千ヶ崎先生に相談に乗っていただき、サンフォートの鈴木さんに来ていただいてカメラおよびデジタルで写真を管理するシステムを導入することを決めました。200万円ほどかかりましたが、もはや、もったいないと躊躇することはありませんでした。

やはり、大勢の人の前で、「だめだし」されたことは大きなショックでもあり、また、こうせすにはいられないという強い動機付けになりました。

どんな成果があがったか：

9月からそのシステムが動き始めましたが、使ってみて感じたことは、インスタントカメラは所詮おもちゃだったということでした。口腔内写真から得られる情報、患者さんに見せたときの患者さんの満足そうな顔、今やこれなしには仕事にならない状態になっています。とくに、歯肉炎やCOの経過を見ていく際には必要不可欠です。

これからヘルスケアを目指す方へ：

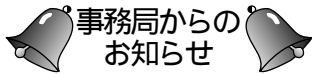
自分はインスタントカメラで約4年写真を撮ってしまったため、規格性のある写真という意味では随分回り道をしてしまいました。自分の臨床を適切に評価することは、患者利益となる歯科医療を行う上で、ヘルスケアを目指す「かかりつけ医」にも、その他の専門医にも、必要不可欠なものだと今回の認証を通じて痛切に感じました。何はなくても、規格性のある写真とレントゲン、それからデータ収集は今すぐに始めるべきだと思います。それらを通して、自院に次に必要となってくるものがクリアに見えてくると思います。

認証への要望：

今回の認証では数人不合格が出たことで、審査した側でも随分シリアスな議論をしてきたとうかがいました。

議論の詳細はわかりませんが、結局、認証が不合格になったことを本人がどう捉えるかにかかっているのではないかと思います。それをバネにして大きく飛躍し、いつかリベンジすればいいのですから。その意味で、合否の判定法について要望があります。採点者全員の平均で構いませんので、規格性のある資料80点とかプレゼンの構成60点とかの資料を本人にいただけるとうれしいと思います。また、さらに、ここをこうしたら良いなどのアドバイスも採点者に書いていただいで渡していただけたら最高だと思います。そうすれば、合否に関わらず、自分の欠点を的確に指摘してもらえ、それを材料にまた、認証を受けた人がステップアップできるのではないのでしょうか。熊谷先生にご講評をいただいた際、「君みたいな人は、フォーラムDEWAみたいな所で鍛えられると早いんだけどなあ」と言われました。私のように不合格になった人には、やはり何か足りないと思うのですが、それが何かわからないということが多いのではないのでしょうか。なかなか移行できずにいる多くの会員は、まわりにフォーラムDEWAのように足りないことを指摘してくれる仲間もなく、ちょうど私のように足りないことが何かすら分からず、もがいているのではないのでしょうか。ヘルスケア型診療の道に近道はない。確実に一步一步といわれますが、認証の制度こそ、上手く利用すればヘルスケアへの近道になると思います。

みなさん、認証っていいですよ。



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

訃報

正会員 大塚正一郎様(41歳)
2003年11月30日に亡くなりました。謹んでお悔やみ申し上げます。(1998年入会、大阪市開業)

現在の会員の構成(11月28日現在) 会員合計 5,217名

正会員		準会員	
歯科医師	1,866名	歯科衛生士	2,567名
歯科衛生士	244名	歯科技工士	107名
歯科技工士	4名	その他	365名
その他	20名	準会員計	3,039名
学生	2名		
法人会員	42社		
正会員計	2,178名		

実践フォーラム

実践フォーラム

『栄養学からみたおやつ』

石原 舞（鳥取県米子市・ワイエイオーラルヘルスセンター・準会員）

私はワイエイオーラルヘルスセンターで働く歯科助手ですが、製菓専門学校で学んだ経歴をもっていることから、先日の秋季学術講演会前夜祭において、当院のプレゼンテーションの一部としておやつについてのお話をしました。うれしいことにその後、数名の方々から内容や参考文献についての問い合わせをいただきました。そこで、ニュースレターをお借りして、内容を紹介させていただきます。

お菓子には、夢があり楽しさがあります。お菓子はコーヒーやお茶とならんで、重要な嗜好品の一つで、原材料は農産物（砂糖、木の実、果実、野菜など）や畜産物（たまご、牛乳）、水産物（のり、寒天）などが使用されます。その製造法も煮る、焼く、蒸す、揚げる、練る、型に流すなどによることで、種類もきわめて豊富です。おやつの利用価値は、人によって全く異なる意味をもっていますが、とくに子どもの場合は自分の栄養バランスが改善できるように利用することが大切です。

つまり、子どもにとっては、おやつ=お菓子ではなく、1日3回の食事では成長や運動にみあった食事が摂れないための補食という意味を考えなければなりません。もともと、おやつはお八つ（八つどきで午後2時～4時頃）に摂るものです。そのためおやつのポイントは、朝食、昼食、おやつ、夕食の4回で、摂取する時刻を一定にすることです。表は、6歳と30歳の必要栄養所要量の一部です。成人よりも比率として多くの栄養量を取り入れなければならない小児にとっての第4の食事というべきおやつの必要性が、理解できると思います。食事をする最大の理由は熱量を摂ることですが、栄養素は、糖質（炭水化物）、脂質、タンパク質の3つです。このなかで多くの糖質を含んでいるご飯、いも類などが身体によいので、おやつに向いています。

おやつは栄養補給と水分補給という意味をもっています。新陳代謝の激しい小児は、成人以上に強い水分欲求があります。基本的に液体は水分補給を目的にして、カロリー補給は固形物にします。というのも、液体からカロリーを摂ることは、固形物を食べることができる子どもを、おっぱいを飲んでいた赤ちゃんの頃に逆戻りさせてしまうことがあるからです。カロリーを含む液体を飲むと、食事を十分摂ることができずにお菓子をほしがらなくなってしまいます。また、スポーツドリンクにはブドウ糖・果糖・液糖などの異性化糖が甘く粘

性も低いことから使用されていますが、吸収が早いために血糖値が急速に上がり、その結果食欲がなくなってしまう食事が食べられなくなってしまいます。やはり、小児にはカロリーのない水・麦茶などが適している飲み物といえます。

一般に味細胞の寿命はせいぜい2週間といわれていますから、小児の食習慣は比較的容易に環境の変化により変えることができます。甘いお菓子に慣れてしまった小児には、ただ禁止するのではなく、徐々に変化させることも必要です。たとえば、週1日くらいは甘いお菓子の日を設ける。はじめはいきなりおにぎりからではなく、自然の甘みのあるものを選んで、しっかりと運動させてから食べさせることが大切です。

スナック菓子はなぜ身体に良くないのか。それは、薬と油の塊だからです。薬というのは食品添加物のことで、スナック菓子にはこの添加物が正常範囲をはるかに超えるほど使用されています。よって、食品というより添加物を食べているようなもので、とくに成長期の小児が毎日食べていると、食事本来の美味しさ、喜びを味わうことができなくなってしまいます。

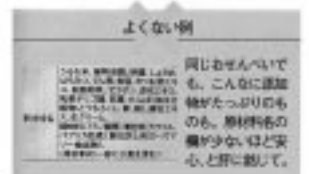
毎日摂るおやつですから、市販品も上手に利用したいですね。買う際のポイントは、米・麦・いも・豆などの素材から作られていて、原材料名が少ないものを選ぶことです（写真）。添加物が入っていない安全なお菓子をぜひ選んでほしいと思います。

味覚形成と体質は12歳までにきまるといわれています。健康な子どもを育てる上で、重要な時期に大切なおやつは第4の食事です。そのため、おやつの意味をもう一度しっかりと考えていただきたいと思っています。

参考文献：幕内秀夫「子どもおやつ」主婦の友社（写真も引用）



おせんべい
[148円/スーパー]
有糖類時のもち米を使ったお菓子。有糖JASマ
ークつき。材料もシンプルで、安心感もバツ
グンです。



よくない例
同じおせんべいで
も、こんなに添加
物がつぶりのも
のも。原材料名
の欄が少ないほど安
心と野に感じて。

表

	エネルギー	タンパク質	カルシウム	ビタミンC
6歳（男）	1700kcal	55g	400mg	40mg
30歳（女）	1950kcal	60g	600mg	50mg

体重1kg当たりに換算すると、大人より子どもの方が多くの栄養量が必要とする。



海外文献から

歯周治療におけるEr:YAGレーザーを用いた
スケーリングの効果について

村田 秋彦, 三辺 正人(会員・文献レビュー部会)

近年、医療の分野におけるレーザーの進歩発展はめざましいものがあり、歯科の分野も例外ではない。現在、百数十種のレーザー光線が発見されている。そのなかで歯科分野においてよく知られているハードレーザーは、Nd:YAGレーザー、CO₂レーザー、Er:YAGレーザーである。

Er:YAGレーザーは固体レーザーの一種で、レーザー媒体として原子番号68の希土類元素であるエルビウム(Er)を用いており、固体にはイットリウム(Y)、アルミニウム(Al)、ガーネット(G)と呼ばれる柘榴(ざくろ)石に属する結晶(Y₃Al₅O₁₅)を採用している。

Er:YAGレーザーは、Nd:YAG、CO₂レーザーのうち、最も水に吸収される性質を有している。そのため、レーザーの作用は極表面に限定され、照射野周囲への影響は極めて軽微であることから安全性は高い。現在、歯周治療においてレーザーはスケーリングおよび軟組織外科手術に応用されている。スケーリングへの応用に関して *in vitro* の実験結果より、Er:YAGレーザーによる歯肉縁下歯石のスケーリングは十分に可能であり、その適切な照射条件は20～30mJ/pulse 10pps(1秒間に照射する回数)でエネルギー密度にすると7.1～10.6J/cm²である。その際、注水は不可欠であり、注水下ではセメント質に対する影響および歯髄に対する熱影響が極めて少なく、比較的容易にスケーリング可能であることが報告されている。Er:YAGレーザーを用いた「レーザー・スケーリング」の臨床における「認知度」は、現在、どれくらいのもと考えればいだろうか？ また、その治療効率は、臨床に普及される上で十分なものであろうか？

そこで今回臨床応用が最も有用視されているEr:YAGレーザーによるスケーリングと従来行われているスケーリング・ルートプレーニングの治療効果の比較に関する臨床論文を中心にまとめた。

Er:YAGレーザーと手用インスツルメントを用いたときの臨床比較研究(①～④)

1 Periodontal Treatment With an Er:YAG Laser Compared to Scaling and Root Planing. A Controlled Clinical Study.

スケーリング・ルートプレーニングと比較したEr:YAGレーザーによる歯周治療

Schwarz Fら: J Periodont 72: 361-367 2001.

目的;

非外科的歯周治療時のEr:YAGレーザーと手用インスツルメントによるSRPの効果と比較すること。

材料と方法;

- 被験者: 20名(28～79歳, 平均年齢54歳)
- 同一術者によるスプリットマウス方式
- 対象歯: 対になっている単根歯・複根歯, 上顎34歯・下顎21歯 全660部位。
- 歯周ポケットの深さ1～3mm, 4～6mm, 7mm以上の3群に分けた。
- 処置: ・手用スケーラー群(Gracey curets, Hu-friedy Co, Chicago, IL)
- ・Er:YAGレーザー群(KEY II, KaVo, Biberach, Germany)
- 両群共に術者は十分にデブライドメントとルートプレーニングが行われたと判断したところまで行った。
- 平均所要時間
- ・手用スケーラー; 単根歯: 9分, 複根歯: 15分

- ・Er:YAGレーザー; 単根歯: 5分, 複根歯: 10分
- 臨床的計測: ベースライン時, 術後3ヵ月, 6ヵ月
- 計測項目: PI・GI・BOP・PPD・GR・CAL
- 細菌学的計測: 暗視野顕微鏡による球菌・スピロヘータ・運動性桿菌・非運動性桿菌の計測
- 統計処理: 統計処理ソフトを用いてt二乗検定をベースライン時・3ヵ月時・6ヵ月時で行った

結果; 表1参照
臨床的計測値

PI・GI

両群ともにベースライン時と比較して3・6ヵ月時は有意に減少していた。両群で統計的有意差はみられなかった。

BOP・PPD・GR・CAL

両群ともにベースライン時と比較して3・6ヵ月時は有意に減少していた。3・6ヵ月時に両群間で統計的に有意差が認められた。

細菌学的評価

両群ともにベースライン時と比較して3ヵ月時に運動性桿菌とスピロヘータは有意に減少し、球菌と非運動性桿菌は有意に増加した。両群間での有意差は認められなかった。

結論;

Er:YAGレーザーはとくに7mm以上の深い歯周ポケットにおける非外科的歯周治療として有用であることが示唆された。

表1. 臨床研究①と②におけるレーザースケリング群(laser)とSRP群における臨床的改善効果(全ポケットの患者単位の平均値の比較)

Index	処置	Baseline (± SD)	3 Months (± SD)	p value	6 Months (± SD)	p value	1 Years (± SD)	p value	2 Years (± SD)	p value
PI	Laser	1.0 ± 0.6	0.7 ± 0.4	—	0.7 ± 0.4	—	0.6 ± 0.4	n.s	1.3 ± 0.6	n.s
	SRP	1.0 ± 0.6	0.5 ± 0.5	—	0.7 ± 0.5	—	0.7 ± 0.5	n.s	1.2 ± 0.6	n.s
	p value	n.s	n.s	—	n.s	—	n.s	—	n.s	—
GI	Laser	1.9 ± 0.6	0.5 ± 0.6	—	0.3 ± 0.6	—	0.4 ± 0.3	—	1.0 ± 0.6	—
	SRP	1.9 ± 0.6	0.7 ± 0.8	—	0.4 ± 0.8	—	0.5 ± 0.3	—	1.1 ± 0.6	—
	p value	n.s	n.s	—	n.s	—	n.s	—	n.s	—
BOP	Laser	56 %	17 %	—	13 %	—	14 %	—	20 %	—
	SRP	52 %	22 %	—	23 %	—	26 %	—	28 %	—
	p value	n.s	—	—	—	—	—	—	—	—
PPD	Laser	4.9 ± 0.7	3.5 ± 0.6	—	2.9 ± 0.6	—	3.0 ± 0.8	—	3.3 ± 0.9	—
	SRP	5.0 ± 0.6	3.8 ± 0.7	—	3.4 ± 0.7	—	3.5 ± 1.3	—	3.7 ± 0.7	—
	p value	n.s	—	—	—	—	∫	—	∫	—
GR	Laser	1.4 ± 0.8	1.5 ± 0.7	n.s	1.5 ± 0.7	n.s	1.5 ± 0.7	n.s	1.6 ± 0.7	n.s
	SRP	1.5 ± 0.8	1.9 ± 0.8	—	2.0 ± 0.8	—	2.1 ± 0.7	—	2.1 ± 0.7	—
	p value	n.s	—	—	—	—	—	—	—	—
CAL	Laser	6.3 ± 1.1	5.1 ± 1.0	—	4.4 ± 1.0	—	4.5 ± 1.3	—	4.9 ± 1.0	—
	SRP	6.5 ± 1.0	5.6 ± 1.1	—	5.5 ± 1.0	—	5.6 ± 1.4	—	5.8 ± 1.0	—
	p value	n.s	—	—	—	—	—	—	—	—

— p 0.05 — p 0.001 ∫ p 0.01

2 Periodontal Treatment With an Er:YAG Laser or Scaling and Root Planing. A 2-Year Follow-Up Split-Mouth Study.
Er:YAGレーザーもしくはスケリング・ルートプレーニングによる歯周治療. 2年間にわたるスプリットマウス研究.
Schwarz Fら: J Periodont 74: 590-596 2003.

前ページの①の長期経過報告
材料と方法は①と同様

結果; 表1参照

PI・GI

術後1年・2年時において両群間で統計的有意差は認められなかった.

PD・GR・CAL

術後1年・2年時において両群間で統計的有意差が認められた.

細菌学的評価

両群ともに経時的に球菌と非運動性桿菌は有意に増加しスピロヘータは有意に減少した. 両群間での有意差は認められなかった.

結論;

術後1年・2年時の統計分析から, 非外科的なEr:YAGレーザー照射により手用スケラー群と比較してクリニカルアタッチメントゲインの有意な増加が期待できる.

3 Clinical evaluation of an Er:YAG laser combined with scaling and root planing for non-surgical periodontal treatment. A controlled, prospective clinical study.
スケリング・ルートプレーニングを併用したEr:YAGレーザーの非外科的歯周治療における臨床評価.
Schwarz Fら: J Clin Periodontol 30(1): 26-34 2003.

目的;

高度に進行した歯周炎へのEr:YAGレーザーと手用インスツルメントによるSRPの併用療法とEr:YAGレーザー単独療法を臨床的に比較すること.

材料と方法;

被験者: 高度に進行した歯周炎に罹患した健康人20名
処置: スプリットマウス法で口腔内を無作為にEr:YAGレーザー(KEY II, KaVo, Biberach, Germany)+SRP群:(テスト群)とEr:YAGレーザー単独群:(コントロール群)とに分けて処置を行った.

計測: 処置後3, 6, 12ヵ月後にPI, GI, BOP, PD, GRおよびCALを計測した. 各測定時に歯肉縁下のブランクサンプルを採取し, 球菌, 非運動性桿菌, 運動性桿菌, スピロヘータを暗視野顕微鏡にて測定.

結論;

Er:YAGレーザー+SRP併用療法およびEr:YAGレーザー単独療法による非外科的歯周治療は, 計測したすべての臨床的パラメーターにおける著しい改善を示唆した.

Er:YAGレーザー+SRP併用療法は, Er:YAGレーザー単独療法と比較して, さらなる治療効果の改善は生じなかった.

4 Efficacy of subgingival calculus removal with Er:YAG laser compared to mechanical debridement: at in situ study.
器械的デブリドメントと比較したEr:YAG laserによる歯肉縁下歯石除去効果: 臨床研究.
Eberhard Jら: J Clin Periodontol 30: 511-518 2003.

目的;

レーザー照射による歯肉縁下歯石除去効果を従来の手用インスツルメントと比較すること.

材料と方法；

被験者：進行した歯周炎患者12名(39～59歳)の未処置抜歯予定の単根歯30本。

処置：歯根の近遠心部をそれぞれ無作為にレーザー(KEY II, KaVo, Biberach, Germany)群と手用インスツルメント Gracey curets, Hu-friedy Co, Chicago, IL)群とに分け、処置を行った。

グループ1：15歯

・手用インスツルメント群；グレーシーのスクレーラーを用い、制限時間は設けず術者が十分にスクレーリング・ルートプレーニングができたかと判断するまで行った。それまでの時間を記録した。

・レーザー群；注水下で処置を行った。制限時間は先に行った手用インスツルメント群の所要時間と同一とした。

グループ2：15歯

処置はグループ1群と同様で、レーザー群の制限時間を手用インスツルメント群の所要時間の2倍とした。

グループ1・2ともに処置後直ちに抜歯を行った。

歯根の近遠心面の歯石の存在の有無を走査電子顕微鏡により観察し、残存歯石および除去されたセメント質の面積を計測した。

結果；

グループ1(同一時間, 2分15秒±1分)

レーザー照射群；根表面の68.4 ± 14.4%が歯石フリー
手用インスツルメント群；93.9 ± 3.7%が歯石フリー
グループ2(レーザーが2倍の所要時間)

レーザー照射群；根表面の83.8 ± 5.7%が歯石フリー
手用インスツルメント群；96.3 ± 3.5%が歯石フリー
両群ともに歯石除去効果は初期のポケット深さに依存しなかった。

細菌学的結果

処置後にDNAプローブ法により、歯周病原性細菌の検出を行った。その結果、レーザー照射・手用器具群共に P.g・P.i・B.f・T.dが減少し、両群間で有意差は見られなかった。

結論；

Er:YAGレーザーによって歯周病に罹患している歯根面の歯石をある程度除去できる可能性が示された。しかし、その効果は手用器具に及ばないことも示された。組織学的観察では手用インスツルメント群では歯根の73.2%でセメント質の除去による象牙質の露出が見られたのに対して、グループ1・2ともにレーザー照射群では最小限のセメント質の除去しか見られなかった。Er:YAGレーザーは過度にセメント質を除去しないということから、SPTにおいての有用性が示唆された。

レーザーの根面へ為害作用(⑤～⑥)

5 Er:YAG laser scaling of diseased root surfaces.

罹患根面へのEr:YAG laser スケーリング。

Frentzen Mら: J Periodontol 73(5): 524-30 2002.

目的；

歯周疾患罹患根面のレーザーと超音波および手用インスツルメントによる除去効果について組織学的に比較した。

材料と方法；

被験歯：歯肉縁下歯石が認められた新鮮抜去歯40本
それぞれ、手用インスツルメントによるSRPもしくは超音波装置によるスクレーリング(コントロール)群、Er:YAGレーザーによるスクレーリング(テスト)群とに分けて行った。

結論；

レーザースクレーリングの結果、セメント質および象牙質の喪失がコントロール群の処置と比較して増加した。このことは臨床応用に際して注意を要する。

6 Effect of Er:YAG Laser and Diode Laser Irradiation on the Root Surface: Morphological and Thermal Analysis.

Er:YAG LaserとDiode Laserの照射による歯根表面への効果。形態的・温度解析。

Leticia Hら: J Periodont 74: 838-843 2003.

目的；

Er:YAGレーザーとDiodeレーザーの歯根面への効果を手用インスツルメント(Gracey curets, Hu-friedy Co, Chicago, IL)

によるスクレーリング・ルートプレーニング後の歯髄内温度により比較すること。

材料と方法；

被験歯：う蝕がなく、6mm以上の歯周ポケットを有した単根抜去歯15本

処置：抜歯後、手用インスツルメントによりスクレーリング・ルートプレーニングを行い残存歯石を完全に除去した。その後以下に以下のグループに分けた。

①Er:YAGレーザー(Opus 20, Opus Dent Ltd., Natanya, Israel)群

2.94μm / 100mJ / 10Hz / 30秒照射

②Diodeレーザー(Opus 10, Opus Dent Ltd., Natanya, Israel)群

810nm / 1.0W / 0.05ms / 30秒照射

③Diodeレーザー(Opus 10, Opus Dent Ltd., Natanya, Israel)群

810nm / 1.4W / 0.05ms / 30秒照射

抜去歯の歯髄腔に温度計を設置し、術前および術中の歯髄腔の温度変化を計測した。

照射後抜去歯の頬側・舌側面の歯根表面を走査電子顕微鏡にて分析した。

結論；

Er:YAGレーザーとDiodeレーザーは共に照射により歯髄腔内の高温を誘発させない。

レーザー照射後の歯根表面の形態不整はEr:YAGレーザーによるものがDiodeレーザーと比較して多く生じていた。

補遺

レーザーによる歯肉キュレタージュの効果は？

SRPは、生物学的に許容される根面を得るために細菌・バイオフィルム・歯石・病的根面構造の破壊減少を目的とした処置法であり、歯肉キュレタージュ(gingival curettage)は、SRPと併用して、また、SRP後にキュレットを用いて上皮層を除去し、歯肉層を露出させる処置法である。最近、歯肉キュレタージュの臨床的有用性がAAPにより再評価された。

The American Academy of Periodontology Statement regarding gingival curettage

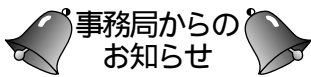
J Periodontol 73(10): 1229-1330 2002 .

すでにAAPの1989年の見解では慢性成人性歯周炎の治療におけるキュレタージュの適用は正当化されないことが明らかにされている。その後、化学的方法、超音波、レーザーを用いてキュレタージュを行う方法が紹介されてきた。しかしながら、慢性歯周炎の治療において、これらの方法は、SRP単独処置と比較して付加的効果は認められず、アメリカ歯科医師会の歯科用語やアメリカ歯周病学会の治療ガイドラインには歯肉キュレタージュは含まれていない。

まとめ(臨床的示唆)

Er:YAGレーザーの治療効果は、①～③の臨床研究では長期的に良好な予後について報告しているが、しかしながら、④・⑤の論文のように歯石除去効率・照射による根面形状に与える影響についての問題点を指摘した論文もあり、研究結果に一致性が認められない。

現時点ではEr:YAGレーザーが、従来の手用インスツルメント(キュレット・スケーラー)・超音波スケーラーなどにとって代わる状況とはいえない。しいていえば、従来の非外科治療の効果が不十分な部位に対する局所的応用(ただし、ポケット内到達性を向上させるチップの改良が必要と思われる)や、外科的治療における非侵襲的な脱感染療法としての応用が期待される。しかしながら、現時点では、「レーザー・スケーリング」は、十分な治療効率(対費用効果を含めた)を有するミニマムインタベーションの有用なツールとして臨床医に認知されるには至っていないと考えるのが妥当であろう。今後レーザー・スケーリングに関する多施設での長期研究報告によって、その効果と副作用がより明確にされるとともに、より治療効率に優れたレーザー機器の開発が進むであろう。



宿泊案内

2004年2月7日～8日の第7回ヘルスケアシンポジウムは受験シーズンのため、宿泊予約が困難になります。

研究会契約ホテルは以下の金額で枠を押さえていますので、ご利用の方は「ヘルスケア歯科研究会会員」として直接ご予約ください。

ホテルメトロポリタン エドモント (電話 03-3237-1111)	
シングル(朝食付き)	15,000円
ツイン(朝食付き)	26,000円

忘れ物

基礎コース会場の電通共済生協会館にノート、デンタルハイジーン別冊等の忘れ物が事務局に届いております。

お心当たりの方は事務局まで、ご一報ください
(電話 03-5227-3716)

本会催しもの案内

□ヘルスケア歯科コース

基礎コース(東京)

第9回東京基礎コース

2004年4月17日(満席)(日)

*基礎コースは、お申し込み時点で満席の場合はキャンセル待ちに登録いたします。キャンセル待ちのまま受講できなかった場合は、次回の日程が決まり次第、優先的にご案内を差し上げております。順番待ちとなりますが必ず受講できますので、お申し込みください。

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ういう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おりません。

準会員の方は原則として、正会員の同伴を必要とします。準会員のみ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はこの限りではありません)。

参加費	歯科医師 40,000円 歯科衛生士ほか 30,000円 懇親会 2,000円 (参加費には両日の昼食、お茶代が含まれています。)
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
人数	100名程度
注意	*3月10日以降のキャンセルは、理由の如何に関わらず、ご返金できませんので、ご了承ください。また、直前のキャンセルは、お待ちになっている方の繰り上げができませんので、ご留意ください。 *会場、ロビーとも喫煙はできません。 *写真撮影、ビデオ撮影等はお断りいたします。

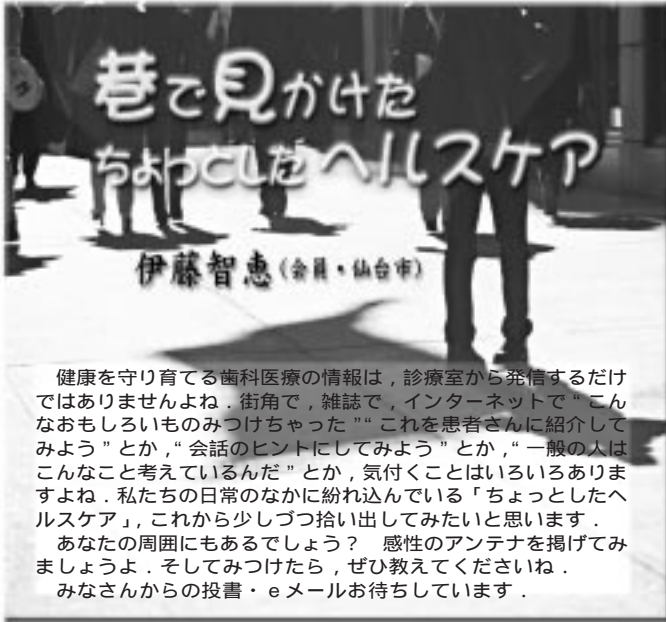
1日目(10:00～18:00)

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(う蝕、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、
ウイステリアの導入法
健康を守り育てる診療室作りの実践例 1
懇親会(18:30～20:00)
講師とともにグループミーティング形式で行います。
自由参加ですが、事前に申し込みください。

2日目(9:00～16:00)

院長へのメッセージ
「健康を守り育てる診療所づくり実践例」2
「健康を守り育てる歯科医療」を歯周治療から考える
総括にかえて「Q & A患者のための診療室作り」

プログラム(予定)



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みつけちゃった”“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。私たちの日常のなかに紛れ込んでいる「ちよつとしたヘルスケア」、これから少しづつ拾い出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、ぜひ教えてくださいね。みなさんからの投書・eメールお待ちしております。

第10回

「TQMのQualityって、
なんの質？ どんな質？ だれの質？」

「質」という言葉の意味を私たち歯科医療に関わるものが考えはじめたのは、「歯科医療の目的はQOLの向上だ」と言われはじめたころからでした。その後TQMを勉強しはじめてから、「質」という言葉に敏感になってきましたね。質のいい治療をしたいし、質のいい診療室でありたいし、そのためには何が必要なんだろう、どうすればいいんだろうって、皆、日々考えているはず。ヘルスケアをめざす者にとって、トータルな質の追求は最重要課題だものね。でも、ヘルスケアにとって「質」って何だろう？ ちゃんとした答えって、出ていたっけ？

エラーの分類と要因分析 100年も前から

そんなとき、とってもエキサイティングな講演を聞くことができました。仙台にあるSOS研究会（social-orthodontic society）の定例会、東北大学大学院医学系研究科国際保健学分野教授の上原鳴夫先生*の「医療にとって質とは何か？」という講演です（8/20於宮城県歯科医師会館）。

よりよい医療を提供しようという気持ちは、多くの医療者が持っているだろうけど、びっくりしたのは100年近くも前に現在のTQMに類似したことを提唱していた人がいたってこと。E.A.コッドマンはなんと1908年に「エラー」の認知と要因分析による質の改善を、転帰カードの作成、エラーの分類と要因の分析、“Informed-Buy”の概念の確立、病院の標準化の4項目によって行おうとしたんだそうです。

今でこそインフォームドコンセントだ、外部評価による病院の標準化だ、などと取りざたされていますが、100年前にそれを唱えていた人がいたなんて、思いもしませ

んでした。そのなかでも、これは今すぐでも応用できると感じたのが「エラーの分類と要因の分析」です。

私たちは、なにか間違つと「気持ちが弛んでいたからだ」「新人が未熟だからだ」「集中すればミスはない」「二度とミスをしないように反省しなさい」などと考えたり口に出したりしますね（そういつてスタッフに注意したこと、私、いっぱいあるもん）。でもね、そうじゃないのよ。外科医だったコッドマンは、外科治療が不完全だったと判断される転帰を示した症例（治療のエラー）に関する原因の分類を、以下のようにしています。

- ・ Es：専門知識や技術の不十分さによる誤り
- ・ Ej：外科的判断の誤り
- ・ Ec：患者ケアや機材に起因する誤り
- ・ Ed：診断技術の不十分さによる誤り
- 以上については組織的な取り組みによって解決可能
- ・ Pd：患者の病気が手に負えないものだった
- ・ Pr：患者が治療を拒否した
- 以上については公衆教育によって解決可能
- ・ C：まだ解決法が見つからない外科的トラブルや事故、併発症など
- 以上については、医師や公衆に知らしめ、これを予防するための方策を研究する必要がある

E. A. コッドマン(1908)

そして「病院の標準化」に対しては、効率評価委員会の提唱をし、全米外科医会の設立にあわせて病院標準化委員会が発足しました。1913年のことです。そのなかで「病院に要求される最小基準」にあげられていたのが

- ・ スタッフはしかるべき資格を備えていること
- ・ 病院が行う医療に関して、病院の方針、規則を明確にすること。とくに、月1回以上スタッフによる全体会議または診療会議を開き、各診療科ごとに臨床活動や診療記録をレビューし検討すること
- ・ すべての患者について正確で完全な診療録を作成すること
- ・ 診断治療に必要な設備が備えられていること

というものでした。

くり返しますが、これは100年も前に発表されたものですよ。日本は明治時代です。日本の医療はまだ渾沌としていたんだから……なによりもすごいと思うのは、病気が手に負えなかつたり治療を拒否されたりしたときに、しょうがない、と思うのではなく、「公衆教育によって解決ができる」エラーだと判断されていること。ヘルスケアの取り組みをするにあたって、患者さんが理解してくれないという嘆きがあちこちからあがっているけど、「地域差だからしょうがない」と考えるのではなく、「公衆教育が足りないんだな、診療室の中で話すだけでなく地域への情報発信をしてみようか」と考えていけばいいわけね。ヘルスケアには、説明用のスライド集も3冊出てたしね。そういえば、認知心理学の仁平義明先生も、原子力発電所などいろいろな施設のエラーを研究されていて、きちんと分類していけばすべてのエラーは解決可能ってお

しゃってたっけ.....エラーやミスは、原因を整理してシステムティックに解決するものだという考え方、産業界ではもう当然の発想なのです。医療分野も、そこから学ぶことが必要ですね。

「組織的な取り組み」 TQM

じゃあ、「組織的な取り組みによって解決する」にはどうすればいいんだろう。これを突き詰めてきた取り組みがTQMなわけです。

医療の総合的品質管理(TQM)とは、「保健および医療サービスを提供する組織は、計画、実行、フォローアップ改善活動からなる質の向上のためのシステムを備え、組織的かつ継続的な質の向上にすべてのスタッフが関わること(スウェーデン)と定義されています。また、「病院の品質管理におけるコア・バリュー」「改善活動」「システムと全員参加」の3要因を柱にしているんですって。

そして、病院の品質管理におけるコア・バリューには、顧客指向、リーダーシップの発揮、組織の全員参加、職員的能力向上、長期的な視野、社会的責任、プロセス指向、予防的アプローチ、継続的な改善、他の組織からの学習、迅速な対応、事実に基づいたマネジメント、パートナーシップの13項目があげられています。

なるほどねえ.....これをカリエスリスクレーダーチャートみたいにレーダーチャートにして、院長ひとりが評価するんじゃなくて、スタッフ全員が自分の診療室の評価をして、それぞれの視点でみつけた問題点を討論すれば、改善すべきところがたちどころにわかるような気がする.....そこに、さっきのエラーの分類で、毎日の診療でハットとしたこととかヒヤリとしたこととか、重大なミスではなくても些細だと思われるエラーをあげていって、改善項目に入れていけばいいわけね。だって「To err is human 過ちは人の常」なんだもん。日吉歯科診療所では、TQMの取り組みの一環として「ヒヤリハット委員会」を設けたそうですが、そういう意味だったのよね。書店にいても看護婦さんのための書籍コーナーには必ず「ヒヤリハット集」が並んでいます。これも問題解決のアプローチを看護婦さんたちが自然体で始めているってことね。それが医療の質を高めることにつながるから。



米国における医療の品質委員会が出した「TO ERR IS HUMAN」(2001)

じゃあ、医療の質って、なんだろう。Palmer, R.H. (1991)は、その主体によって定義が変わるとし、

- ・ 医師：現時点で利用可能な医療技術と患者の重症度という制約下で、患者の健康状態をどれだけ改善できたか？
- ・ 政府：現時点で利用可能な医療資源と医療技術、および置かれている疾病環境という制約下で、公衆の健康状態をどれだけ改善できたか？
- ・ 医療消費者(患者)：私の健康状態をどれだけ改善し、かつどれだけの満足が得られたか？
- ・ 包括的な定義：現時点で利用可能な医療技術と医療資源、および医療消費者の置かれている環境という

制約下で、公衆の健康状態をどれだけ改善し、満足させることができたか？

としています。

また、医療の質に関する全米プロジェクト委員会(IOM)は、「ケアの質とは、個人と公衆に提供される保健医療サービスが、個人や公衆が望む健康上のアウトカムをもたらす可能性を高め、かつプロフェッションが有する現在の専門的知見に合致する度合いのことである(1991)」と定義しています。なんだかよくわからない.....

それに対して上原先生は、「質」とは、目的あるいは期待される結果の実現を保証することに関わるもの(ものや活動の特性)で、目的を実現できる程度によって測定されるとし、「質を考えることは、目的を考えること」です。よ、とおっしゃいます。つまり、「医療の質」という言葉を用いても、その目的とすることによって何の質か、どんな質か、誰の質かに差異が出てくるので、それをきちんとわけて考えなさいというわけです。「医療の何を、どのように、誰のために改善したいのか？」は、明確な目的がなければ考えられませんし、目的が漠然としていてはそれこそ、どこから手をつけたらいいのかわからないから。

卓越か/確実か

ではまず、「何の質か？」ということ。診療(臨床)の質、病院サービスの質、地域医療システムの質、看護の質、検査の質、診療記録の質、業務の質、経営の質.....ほんとうにたくさんの種類があります。そして医師は医療の質といわれたときに診療の質を第1に考えますが、患者はそれもさることながら病院サービスをまずは考えるという、捉え方のズレが出てきます。

また、「どんな質か？」という問題に対しても、医療者はえてして、卓越したことがやれるという質(excellence)を考えて、もっともっと上手になろうとか、困難な状況をこれだけ回復させたという症例報告に適した「いい症例を作る」ことに熱心になりやすいのですが、患者が求めるものは、失敗が少ないという質、バラツキが少ないという質、つまり確実である質(certainty)です。少ないexcellenceよりも多くがcertaintyである病院を選択するというわけ。実際に、自分が患者になって病院を訪れるときを考えてみると、非常に稀な難病であれば藁にもすがらる思いでexcellenceを求めるかも知れませんが、それには失敗も非常に多いわけです。通常の疾病ならば、失敗の少ない確実性の高い病院や医師を選択することでしょう。だって、失敗されたら困るもの。自分のからだには失敗という転帰はあってほしくないもの。

学会で症例報告をするときに、現在のスタイルは、うまくいったと医療者が自己満足している症例を展示して自分の卓越性を誇示することに流れがち。このexcellenceとcertaintyにはハッとさせられました。やっぱり確実性とエラーから学ぶ症例報告でなければ、学会構成員の診療の質の向上にはつながらないわけですね。

そして、「誰の質か？」について。これはもうおわかりでしょう。対象者はたくさんありますね。もちろん患者(医療消費者/利用者)、病院職員、医師・看護士(プロ

ファッション), 病院経営者, 紹介元の医療機関, 支払機関, 政府, 弁護士, 医療被害者, そして上記全ての人々……目的によってその顧客が変化するわけです。

質管理の第一歩は, 求められる質を明らかにすること

さて, 日本の製造業における品質管理のすばらしさは世界的に有名です。それは(品)質管理は消費者の要求する(品)質を実現するために行う。(品)質管理の第一歩は, 消費者の要求する真の(品)質は何か, これを明らかにすることにある。(石川馨)という明確な目的のもとに, 統計的品質管理(根拠に基づいた改善), 顧客(ニーズ)本位の質, 科学的マネジメント(PDCA)を行ってきたからです。そこには,

- ・品質第一(質の文化の浸透)
- ・顧客指向(「マーケット・イン」)
- ・重点指向(優先度の考え方)
- ・システム指向(「後工程はお客様」)
- ・実証主義(「事実に基づいた管理」)
- ・人間性の尊重(「職場の民主主義」)
- ・プロセス管理(品質は工程で作りこめ)
- ・問題解決型アプローチ(「不良品は宝の山」)

という理念が実現されてきたからなのだそうです。PDCAサイクルについては知っていますよね。Plan, Do, Check, Actionのサイクルですね。これは製造業の総合的質管理から生まれたマネジメントなのです。

医療においても, 今までのKKD(経験, 勘, 度胸)の質管理から脱却して, 製造業で確立された総合的質管理から学ぶことは多いだろうと, 上原先生はおっしゃいます。「先生方の診療室の“製品”はなんですか? まずそれを考えることが目的から質を考えることの入り口です。」ヘルスケアの“製品”って, 何かなあ。“健康な口腔の達成と長期維持”でいいんだろうか?

上原先生は, 医療における“製品”の定義はできないけれど(各医療者によって規定すればいいから), 医療サービスの質を考えるとときには, 患者さんが病院に求めることをどれだけ実現できるか? を明確にし, 病状と病態の理解を共同作業で行い, 患者さんの価値観を理解し, 病因が提供できることをはっきりさせることからはじまるとおっしゃいます。そして患者さんが求める医療の役割が, 延命にあるのか, 苦痛や障害を取り除くまたは軽減することにあるのか, 病気あるいは健康に関わる問題に関する予知と助言指導にあるのか, かつプラス・アルファもあるのか, それぞれの時期と状況に応じて考えることが必要だというわけです。

そして, 医療ケアの質の向上には以下の対策が必要です。

- ・質を第一にする文化の形成
質経営; 病院のトップマネジメントの意思と方針明示
質の確保と改善を目指すシステムと医療環境の構築(質を担当する委員会や担当者の配置)
- ・患者本位の質 患者の視点の導入
患者代理人, 病院ボランティア, 患者調査, 患者の医療参加促進など
- ・チーム医療の目標としての質 質認識の共有

質標準の策定と各プロセス業務への質機能の展開
システム業務の質要素分析

- ・疾患群ごとの標準化
工程設計, 作業標準, 点検項目と管理項目(指標)の設定(EBMでなくてよいから, チームの合意をもとにして病院として定めるやり方を明示する)
- ・プロセス管理と改善チーム活動
統計・疫学的に見る; 事実データによる要因分析と合意形成
管理図を用いた質の変動・逸脱分析とクリティカル・プロセスへのアプローチ(“律速段階”から“律「質」段階”へ)
ヒューマンファクターズの配慮(危険予知・ぼかよけ等)(質管理に関する職員研修の充実)
失敗を改善の好機に

なるほどねえ, いちいちうなずいていたのですが, ハッと気付きました。私たちヘルスケアの会員は, もう, かなりの部分を日常的に行っているじゃないか, と。例えば,

- ・質を第一にする文化の形成 = ヘルスケア型の歯科医療方針の明示
- ・患者本位の質 患者の視点の導入 = ヘルスケアについて患者さんと話し合い, 診療所認証の条件には患者アンケート調査が必須
- ・チーム医療の目標としての質 質認識の共有 = ホームケアとプロフェッショナルケアとで役割分担し, 患者さんと認識共有。院内全体でヘルスケアの理念を共有
- ・疾患群ごとの標準化 = カリエス, ペリオともリスク診査, 結果の提示, 治療, 再評価, メンテナンスについて研究会のコンセンサスに則ってコントロール(矯正はガイドラインがないんだよね, 困ったことに……)
- ・プロセス管理と改善チーム活動 = ウィステリアによるデータ管理, 口腔内写真やレントゲンなどの規格性のある資料の採取
- ・失敗を改善の好機に = (日吉歯科診療所にヒヤリハット委員会はあるけど……)

などなど。だから, もうちょっとその気になってヘルスケアの質の向上をめざそうとすれば, きっとできるんだと思うの。まずは, 失敗を改善の好機にするために, エラーの分類をしっかりとしてみようかな。

自分のエラーを正視するのって, とっても勇気がいることかもしれないけど, 現在ベストセラーの絵本「勇気 COURAGE」(バーナード・ウェーバー作, 日野原重明訳)でもちゃんと, 「かったばかりのズボンがやぶれたわけを, しょうじきにいうのもゆうき。Courage is explaining the rip in your brand-new pants.」って書いてる。「冒険心と, 物事を選択して決断する勇気こそが, 子どもを成長させる何よりのよいエネルギーとなるものと私は信じています」と訳者の日野原先生もおっしゃっています。わたしたち大人



はその勇気の積み重ねで、成長してきたんだもの。ヘルスケアは子どもの成育を口腔という領域からサポートするもの。それを担当する私たちが、勇気を持って選択して決断できないはずは、ないじゃない。

そして、失敗を改善の好機にすることは、個人個人が日常的にもうやってるよね。重大なエラーをしたとき、みんな、どうやって解決する？ しっかりしなきゃと叱咤激励する？ ああすればよかった、こうだったらよかったと「れば、たら方式」で思い悩む？ 作家の田辺聖子さんはなにかのエッセイで、「レバは肉屋、タラは魚屋じゃ！」と叫んで、ウジウジせずに「なんとかなるサ」と前へ進むということを書いていらっかった。そうだよな～と嬉しくなったけど、「なんとかなるサ」には、だれかが解決してくれるのを待つということではなく、これはここが問題だったからこう改善すればこうなるはず、という意識があるのよね。自分の頭の中で、エラーを分類して、解決策を整理してるわけ。

Think globally, act locally!

それを「座禅で人生の歯磨き」するんだと表現したのが、ライフスタイルコンサルタントのパトリス・ジュリアンさん。朝日新聞の土曜日別冊be on Saturday 4月26日号のことです。

「健康バランスシート 座禅で人生の歯磨き」

禅を始めて3年くらい。頭を丸めたのはつい最近です。

座禅は歯のブラッシングのようなもの、かな。「人生の虫歯を作らないためにやっている」って、よく言うんだ。自分を見つめることで、自分のミスや考え違いをただして、浄化できる。自分の歩んだ道をきちんと測って確かめるからこそ、人生にほこりがたまらない、と思う。それがなければ、人生はあまりに平板だよ。(後略)

歯磨きを指導している私たちだもの。「人生の歯磨き」だって、いろいろとコツをつかんでるはず。ヘルスケア診療の質の向上に、エラーから学ぶことから始めてTQMを正しく導入することが、できないはずがないよね。日常のひとこまひとこまに散らばっているエラーを収集する感受性は持っているはず。それを拾い集め、弛んでるからだ～なんていう精神論に流されずに理性的に分類し、重点思考で改善する。それをみんなでやってみる。そしたら診療室の使命と方針がみんなのなかに明確になる。そしたら、部門ごとの標準化、診療室全体の標準化にもつながるのだろうな……。

“Think globally, act locally.”という言葉で上原先生は講演を締めくくりましたが、これは以前、「患者さんから求められる医療とは」という講演をしてくださった小野寺信一弁護士からも伺った言葉でした。小野寺弁護士は、医療問題やオンブズマン活動などの市民運動を牽引してきた方。草の根運動が世の中を変えるのと同様、全体がめざす大きな目的を視野に入れて、では自分の領域や部門

では何をどうすればいいのか、アンテナを高く掲げて患者の声を聞いてください、そうすれば自ずと未来は拓けると……

TQMは医療に限ったことではなく 私たちの生活全てにあてはまることなんです。何をどのように誰のために、質の高い状態にするのか、それはなぜなのか、私たちは意識せずに行動している。“Think globally, act locally.”これを合言葉に、まずは意識して行動してみようよ。

優秀な外科医だったのに、医療の質改善活動を支援するという大転換をして世界中を奔走している上原先生。実地の作業が忙しすぎて、ご著書はまだないそうですが、翻訳に関わられたもので「医療の質」について参考になる書籍をご紹介します。正直いって、結構難しい……けど、少しずつ噛みしめるように読んでいます。本気でヘルスケアの質の向上をめざす勇気を持つ仲間たちには、ぜひ読んでほしいな。

「日本の品質管理 TQCとは何か」

石川馨 著、日科技連出版社、1984。

「患者の権利 THE RIGHTS OF PATIENTS」

ジョージ・J・アナス著、上原鳴夫・赤津晴子訳、日本評論社、1992。

「キュアリング・ヘルスケア 新しい医療システムへの挑戦」

D.M.パーウィック・A.B.ゴッドフリー・J.ロスナー 著、立石春雄・竹内百重 翻訳、上原鳴夫 監訳、中山書店、2002。

「医療の質 谷間を超えて21世紀システムへ」

米国医療の質委員会 / 医学研究所著、医学ジャーナリスト協会 訳、日本評論社、2002。



それでもやっぱり難しく読めないよ～という向きにはこれでしょ。

「ドイツに見る歯科医院経営の未来形 デンタルエクセレンス」

秋元秀俊 著、オーラルケア、2001。

「追い風が吹き始めた 医療におけるTQM」

秋元秀俊：歯科医院経営、創刊号、24～29、クインテッセンス出版、2003。



* 上原鳴夫教授は「医療におけるTQM推進協議会」代表幹事。同協議会の活動は、秋元秀俊「追い風が吹き始めた医療におけるTQM」歯科医院経営、創刊号、2003に詳しい。

ヘルスケア フォーラム

関東研修会主催
シェリーバーンズ先生による
スケーリング・ルートプレーニング、フォローアップセミナー



徳本美佐子
(正会員・愛知県・松井歯科医院)

11月22日、23日の2日間、シェリーバーンズ先生のフォローアップセミナーを受講しました。

初日は、まず、インスツルメントの種類と特徴を、抜去歯牙を用いて教わりました。縁下の硬い歯石除去にグレーシーを使って苦労していた私は、ユニバーサルを用いるべきであったと知り、インスツルメント選択の大切さを改めて強く感じました。また、ディブラーキングの側方圧は、ロウソクに描かれた線を、ロウを削らず線だけを削るようなものだと知り、本当に驚きました。繊細なタッチを伝えるための、先生の工夫と発想には脱帽です。ファントムでのポジショニング実習では、人間工学に基づいたニュートラルポジションの大切さを説かれ、長く歯科衛生士を続けるためには、自らの手や体に負担を掛けることのないポジションが、いかに重要かを知ることができました。

2日目は、二人一組になり相互実習を行いました。前日のファントムでは、シェリー先生より、「素晴らしい！」と、何度もおだてられ調子に乗ってしま

したが、実際の口腔内では施術歯に支点を取るの難しく、まだまだ練習が必要だと感じました。

これからしばらくの間は、とりあえず、ファントムと睨めっこの日々が続きます。

佐藤咲子(北海道・永山歯科医院)

「マイキュレットを持てる衛生士になりたい」心の底からそう思ったのは、5年前、バーンズ先生のトレーニングコースを受けたときでした。そして今回機会に恵まれ、フォローアップセミナーを受講することができ、私の尊敬するバーンズ先生の、施術そのものを間近で拝見することができて、感動と、5年前のセミナーを改めて振り返って、さらに先生の偉大さを痛感せずにはいられませんでした。

今回のセミナーでは、グレーシーに留まらず、ユニバーサルのキュレットや、新しいネビィインスツルメントの使用法等の説明もあり、自分自身のスキルアップにつなげるヒントをいただきました。そして何よりも先生の真摯な眼差し

それは理論に対して、テクニックに対して、DHの教育に対してをこれからも忘れず、社会に貢献できるDHを目指し続けたいと強く動機づけられるものでした。

先生のセミナーは、例えば、セメント質を傷つけないインスツルメンテーションの演

習でロウソクを使う等、楽しくて解りやすく、2日間は瞬く間に過ぎてしまいました。二日目の臨床実習では、実際に、先生に自分の口腔内をディブライドメントしていただく場面もあり、本当に幸せな時間を過ごさせていただきました。『バーンズ先生の手は優しかった』、私も自分の患者さんにそう感じてもらいたい、今それが大きな目標になりました。

木村里砂
(正会員・埼玉県・大須賀歯科医院)

スケーリング・ルートプレーニングのテクニックに不安があった私としては、実習中心という今回のセミナーは期待でいっぱいでした。

初日は講義と抜去歯牙を用いての実習でした。口腔内の状態や、スケーリング、ルートプレーニング、ディブラーキングの何を行うかによって、選ぶ器具、力のいれ具合などインスツルメンテーションはすべて違います。講義内容をふまえて、その日の最後はファントムによる模型実習でした。

一つの部位ごとに近心、歯冠幅中央、遠心と分けて使用するスケーラー、術者の位置、固定の場所、腕の動かし方の細かいデモが行われました。その後シェリー先生がひとりひとりまわって個別指導していただき、わからなかったところをその場で直接聞き、解決していくことができたので非常に満足できる実習でした。残念なのは、時間の関係で全部の部位のデモが行えなかったことです。その日は、デモできなかった所をどうしたらいいんだろうと不安な気持ちで帰りました。

しかし次の日は急きょ予定変更、シェリー先生とアシスタントの方による、



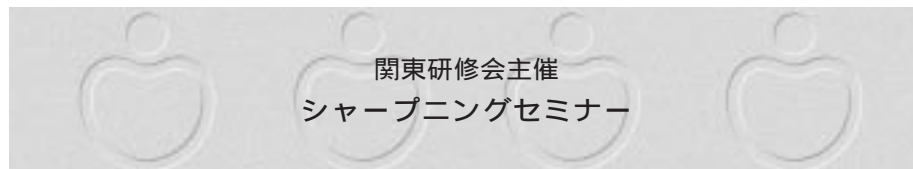
昨日できなかったところの模型実習も行うことになりました。諦めていたので、本当に大喜びしてしまいました。

私はSRPで指・腕が疲れてしまい、大変な作業だと思っていました。しかしシェリー先生のデモは、非常にリラックスしていて楽そうに簡単そうに見

えるのです。実際に同じポジションで行ってみるといつも苦手としていた部位もガリッガリッと歯面に的確に刃があたる音がします。ポジショニングによってこんなにも違うのかと驚きました。相互実習の際、同じようにやってみました。模型のようにうまくはいか

ないと思っていましたが、同じように歯面に刃を当てることができました。

明日からの臨床にすぐに生かせる内容・実習で満足してセミナーを終えることができました。



シャープニングってこんなに簡単だったんだ！

伊藤美瑞希（東京都・笠島歯科室）

切れなくなったスケーラーを見ながら、そろそろやらなきゃと毎日のように感じていました。切れるスケーラーを使ってこそそのスケーリング・ルートプレーニングなのだということはわかっていながらも日々の忙しさの中で見て見ぬふりをしていました。また、実際自分で研いで見ると時間がかかりすぎたり、形が変わってしまったり、前より切れなくなっていたり ということもありました。

そこで11月30日、関東研修会（旧関東支部）が主催したシャープニングセミナー（Hu-Friedy社 日本地区責任者 風見健一講師）に参加しました。とても有意義なあっという間の3時間でした。今回、セミナーに参加して私の一番の収穫は「シャープニングってこんなに簡単だったんだ！」と気づいたことです。今までもっていた「シャープニングは難しい！」という苦手意識がなくなりました。

実習のはじめに、海外の歯科衛生士学校ではどこでもあるという大きなスケーラー模型を見せていただきました。インスツルメントの構造をしっかり知ることがシャープニングには、一番重要で、うまく研げない人は“基本的な図を頭の中で描ききれていないこと”に問題があるとのこと。何かを作るときには必ず頭でイメージしてから作りますが、シャープニングも同じで、完成図を頭に描かなければ短時間に研げないことに気づきました。わたしは描く完成図もあいまいで、そのため形態が変わってきてしまうのです。大きな模型をよく見て、触れることで完成図をイメージできるようになりまし

た。スケーラーの刃の正しい角度を覚えることも大切ですが、頭の中で完成図をイメージしながらシャープニングをすることで、短時間に私にもできるんだという自信ができました。そして、シャープニングできたかどうかは、テストスティック棒を使って音で確かめます。この方法を教えていただいたときは、本当に目から鱗が落ちる思いでした。

練習すればするほどうまくなるよという講師の言葉を思い出し、お休みしているスケーラーを全員起こしてあげたいと思っています。

あなたのキュレットはSharp Curette？それともDull Curette？

佐々木英富（正会員・河野歯科医院勤務）

S.R.Pを成功させる鍵のひとつにシャープニングがある。また正しいシャープニングスキルの習得は、自分自身の身体を守るという側面もある。いくら正しい姿勢、ポジショニングで診療を行っていてもインスツルメントが切れなくては必要以上にチェアアタイムを長くなってしまおうし、過度の力も必要になる。その結果、術者の疲労も大きくなり、キャリアを積むにつれ蓄積される手首の負担も、深刻な問題に発展する可能性がある。

今回は世界的にも広く使用されている鎌形、グレーシー、ユニバーサルキュレットの三種類についてHu-Friedyの風見さんが説明された。

まずシャープニングをするにはインスツルメントの構造を熟知していることが大切だという。カッピングエッジ、第一シャンク等を念頭にインスツルメント作業面との角度をイメージし



シャープニングストーンで研磨する。このときの傾きはインスツルメントの種類によって、おのおの最も効率のよい角度が存在する。また、キュレットの形態を変えてしまわないようにシャープニングするにはブレードを三分割するイメージでかかと部、中間部、先端部の順に十数回研磨していくのがポイントだそうだ。

そして研磨し終わったインスツルメントをプラスチックテストスティックを用いて評価する。ここでも鎌形、ユニバーサルとグレーシーキュレットではスティックに当てる角度が異なる。先ほどの三分割したブレード面に対してスティックを削るのではなく音で判断して評価する。

実習ではモリタの松田歯科衛生士のわかりやすいデモの後、Dullな練習用インスツルメントで鎌形とグレーシーキュレットを一本ずつシャープニングした。

3時間のセミナーではあったが、次の日から臨床に活かすことができる貴重な体験だった。歯科衛生士さんはもちろん、歯科医師の方も、これから歯周治療を始める方はもちろん、もう一度シャープニングを見つめ直してみたいかがでしよう。



「ハイ」は元気に「肺」は綺麗に

奥富 恵美子（正会員・朝霞市・中央歯科クリニック勤務）

大阪での秋季大会で素晴らしい講演をされた望月友美子さんの名に引きずられ「ニッポンのたばこ政策への提言」フォーラムに一部参加しましたので、少し報告させていただきます。

まず、日本では子供の喫煙、女性の喫煙が増加しており、その背景にあるものに働きかけないといけないということでした。背景とは想像していたとおりタバコ産業と国(政府)です。アメリカの訴訟で機密文書が公にされたときに、日本のタバコ業界が市場を維持しようとしている文書が見つかったそうです。アメリカでは、過去34年間もタバコ会社から大金をもらっていた研究者もいたといいます。アメリカではマーケティングの対象が高校生、大学生であることが内部文書で証明されたそうです。

女性の喫煙に否定的な社会常識を壊す「スリムなタバコ」の開発は女性に対する新たなマーケティング戦略ですが、それがどれほどの健康被害を増やしているか。小さい子供の手を引くママが自販機でタバコを買う姿は今の日本では珍しくありません。

高齢者社会になり、原因のほとんどがタバコといわれているCOPD(慢性閉塞性肺疾患)が増えているそうですが、その患者数は全国で530万人と推定され、毎年、1万人がこの疾患のために呼吸不全で亡くなっているそうです。

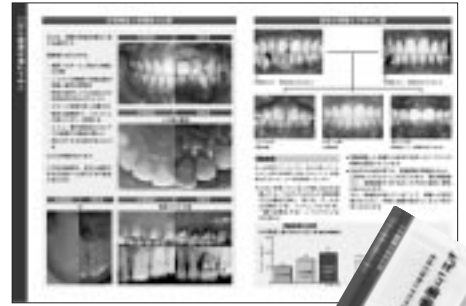
「今日の医療問題の解決法は病院の研究室より議会内にあることが多い。将来の患者にとっての解決法は手術台の

上でなく、内閣の議場で決まる予防政策に左右される」とは、英国保健大臣のジョージ ヤング卿の言葉です。タバコによって生じる疾患と闘うことは、タバコ産業の利益と真正面からぶつかることにつながります。

当日、会場から「新潟には葉タバコ生産者が多いが、アメリカは転換農家に何か政策がとられているか」という切実な質問がありました。アメリカ、メリーランド州では、和解訴訟で得たお金を生産者に渡し、支援しているとの答えに、質問者のため息がマイクに伝わりました。

日野原先生は常々「今の医療者は患者さんにDo notばかり言い過ぎるの」とおっしゃいます。けだし名言なるも、じゃ、どうする！ と私にはとっさにアイデアは浮かびません。指導でなく支援は難しいのです。そのときヘルスケア歯科研究会の禁煙リーフレットが活躍します。

当院でも、あの手、この手でお話しても禁煙については芳しい結果がなかったのですが、先日うれしいことがありました。新患の青年が不健康を絵に描いたような風貌で来院、タバコ臭い、口の中はひどい、ドタキャン、アポイントの変更は多い、挙句の果てに「日曜日しか来れない」とのことでした。いささか心配になりタバコのことを少しずつ話すも無視。そこで来院の折、ヘルスケアの禁煙リーフレットを渡しておきました。治療が進み、少し間を開け、久しぶりに来院した彼を見て私はビッ



禁煙リーフレット



クリ。肌はツヤツヤ、清潔感たっぷり、しかもニコニコしています。表情が和らぎ、険もとれました。「お元気そうね?」「やめたよ、会社も、タバコも、あのままじゃダメだと思った。『いつ、吸いますか?』と聞かれ、答えられない自分がいた」うれしくて言葉に詰まりました。

あのリーフレットの力はすごいと思います。口でどれだけ言っても絵で見せられると違います。

もう一人の学生さんは、8番の抜歯のあと「投薬の間、3日間はタバコ我慢してね」に返事はしてくれなかったのですが、禁煙リーフレットを抗生剤と共に渡しました。消毒のあと、2ヵ月後にいらしたとき「あの日をきっかけにもう2ヵ月やめれてます」と“ら”抜き言葉で、そして「やめなきゃと思っていたから、よかった!」とのことでした。うれしい瞬間です。

それにしても当日フォーラムにヘルスケアの禁煙リーフレットをたくさん持って、皆さんに差し上げるべきでした。口腔内へのリスクが一人でも多くの方にお伝えできたのに。しまった!



歯科衛生士卒後教育プログラム(後半)

11月15日・16日開催されました。来春、診療所実習(見学)。



日本ヘルスケア歯科研究会 第7回 ヘルスケアシンポジウム 前夜祭 2004年2月7日(土)



「バイオフィルム感染症を理解する」
花田信弘 再演 ほか



内容に関する詳細はP.4～7をご覧ください

参加費用

	会 員	非会員
シンポジウム参加歯科医師	10,000円	16,000円
シンポジウム参加その他	4,000円	6,000円
前夜祭参加	4,000円	8,000円
シンポジウム昼食(弁当)	1,000円	
懇親会(立食形式)	3,000円	

診療所単位で4人以上の申し込みは**2割引き!!**

(例; 会員歯科医師1名, スタッフ3名で前夜祭とシンポジウム参加費38,000円のところ30,400円となります)

*なお, 当日受付では4名以上参加でも割引はありません

Fax 送信エラーがときどきあります。

申込書を送信後1週間すぎても払込用紙が届かない場合は, ご連絡ください。

お申し込み

下記の申込み欄にご記入いただき, 下記の事務局までFAXまたは郵便にてお送り下さい。 FAX: 03-3260-4906
〒112-0014 東京都文京区関口1-45-15-104
日本ヘルスケア歯科研究会事務局

お知らせ・ご注意

- ・シンポジウム当日(2月8日)の昼食はご希望に限り, お弁当を準備いたしますのでお申ください(有料)。
- ・シンポジウムの定員は2,000名です。
- ・前夜祭のみのご参加申し込みは受け付けていません。
- ・前夜祭の「歯科衛生士ミーティング」と「診療所ミーティング」は会員のみを対象とし, 事前予約が必要です
- ・託児室を準備いたします(無料)。1歳6ヵ月以上小学校2年生までを対象とします。ご希望の方はお申ください。別途詳細を事務局よりご連絡いたします。

会場アクセス



中野サンブラザ

JR中野駅北口より徒歩1分

羽田空港～浜松町～東京～中野 45分(乗り換え時間含まず)

東京～中野 18分(東京駅は1,2番線ホームから)

上野～神田～中野 21分(乗り換え時間は含まず)

参加申し込み Fax. 03-3260-4906

参加を申し込みます(news6-6)

第7回ヘルスケアシンポジウム 参加申込み

(必要項目ご記入, 該当 欄に✓印を記入ください)

フリガナ	会員番号:	シンポジウム参加歯科医師: 10,000円	歯科衛生士ミーティング(ペインック) 満席
ご氏名	託児室希望	シンポジウム参加その他: 4,000円	歯科衛生士ミーティング(アドバンスド)
フリガナ	会員番号:	シンポジウム昼食: 1,000円	診療所ミーティング
ご氏名	託児室希望	前夜祭参加: 4,000円	託児室希望
フリガナ	会員番号:	懇親会: 3,000円	
ご氏名	託児室希望	シンポジウム参加歯科医師: 10,000円	歯科衛生士ミーティング(ペインック) 満席
フリガナ	会員番号:	シンポジウム参加その他: 4,000円	歯科衛生士ミーティング(アドバンスド)
ご氏名	託児室希望	シンポジウム昼食: 1,000円	診療所ミーティング
フリガナ	会員番号:	前夜祭参加: 4,000円	託児室希望
ご氏名	託児室希望	懇親会: 3,000円	
フリガナ	会員番号:	シンポジウム参加歯科医師: 10,000円	歯科衛生士ミーティング(ペインック) 満席
ご氏名	託児室希望	シンポジウム参加その他: 4,000円	歯科衛生士ミーティング(アドバンスド)
フリガナ	会員番号:	シンポジウム昼食: 1,000円	診療所ミーティング
ご氏名	託児室希望	前夜祭参加: 4,000円	託児室希望
フリガナ	会員番号:	懇親会: 3,000円	
ご氏名	託児室希望	シンポジウム参加歯科医師: 10,000円	歯科衛生士ミーティング(ペインック) 満席
フリガナ	会員番号:	シンポジウム参加その他: 4,000円	歯科衛生士ミーティング(アドバンスド)
ご氏名	託児室希望	シンポジウム昼食: 1,000円	診療所ミーティング
フリガナ	会員番号:	前夜祭参加: 4,000円	託児室希望
ご氏名	託児室希望	懇親会: 3,000円	

勤務先・診療所名

参加申し込み人数

合計金額

人

円

住所 〒

電話番号

FAX番号

第7回ヘルスケアシンポジウム

2004年 **2月8日**(日)

中野サンプラザホール

(東京・JR中野駅前)

歯周病の全体像と 歯周病学の〈幹〉

企画趣旨

う蝕の治療において、私たちは長く治療のターゲットそのものを見失っていました。その研究においても、カリオロジーの確立という〈幹〉を忘れて、枝葉の研究を重ねていました。歯周治療においても歯周病学の何が〈幹〉かを理解し、歯周病の全体像をしっかりとつかむことこそが、もっとも今日的なテーマではないでしょうか。

歯周補綴？ 再生療法？ 歯周形成外科？ インプラント？ 今日の歯周治療学の最も重要なテーマは何でしょうか？ それに答える前に、果たして私たちは歯周病の全体像を知っているのだろうか？ と自問してみなければなりません。

初期の歯周炎を診断し、歯肉縁下のバイオフィルムを無理なくコントロールし、快適にメンテナンスするという、もっとも簡単なはずの、もっとも基本的な歯周治療について、自分は及第点が取れているか？ “YES”というその自信には根拠があるでしょうか？

歯周病の有病率が、社会階層に深く関係していることは良く知られています。じつは口腔内細菌叢の人種差、民族差、年齢差、性差についてすら、語りうるほどの研究があるわけではありません。宿主の遺伝子レベルでの研究はどうでしょう。罹患因子にかかわる人種差は、無視できる程度のものでしょうか？

講師



J.M.アルバンダー教授
歯周病学教授・米国テンブル大学
(フィラデルフィア)

1976年バグダッド大学歯学部DDS取得後、同大学で教職を勤めた後、ノルウェー・オスロ大学歯学部でDDS取得、1989年Ph.D取得(博士論文:成人型歯周炎の進行パターンと予知)、2003年テンブル大学にてDMD取得。専門医としての開業経験もあり、臨床から基礎研究までカバーする範囲は広いが、歯周病のグローバルな疫学的考察やそれにもとづくリスク因子の評価など"Periodontology 2000"に発表されたいくつかの論文が今回の招聘の契機となった。

村上伸也教授
大阪大学教授

1988年 大阪大学歯学部研究生
同年米国国立衛生研究所
(NIH) 研究員
2000年 大阪大学・助教授
大学院歯学研究科
2002年 大阪大学・教授
大学院歯学研究科
1998年 Anthony Rizzo Award 受賞

プログラム

- | | |
|---------------|---|
| 10:00 ~ 10:20 | シンポジウム企画主旨 伊藤 中(コアメンバー・文献レビュー部会)
シンポジウムを貫く柱
・歯肉縁下バイオフィルムの継続的な破壊・除去を広く供給することの意義
・わが国の歯周病の疾病構造(高い有病率、高齢者における重症化)を変えるためにどのような視点が必要か |
| 10:20 ~ 11:50 | 歯周疾患の地球規模の疫学 J.M. アルバンダー教授
とくに有病率の地域差やリスク因子について考え、歯周病のナチュラルヒストリーについて焦点をあてる。 |
| 13:00 ~ 13:20 | 問題提起「歯周治療におけるリスクコントロール」 伊藤 中
来院患者の臨床データと症例を使った「歯周病の多様性や診断の困難性についての」問題提起。歯周治療におけるリスクコントロールをどのように理解していけばよいのか、ともに考えましょう。 |
| 13:20 ~ 14:50 | 歯周病の全体像と歯周病学の〈幹〉 村上伸也教授(大阪大学歯学部)
一般開業歯科医院でなすべき歯周治療
歯周治療におけるリスクコントロールはどのようにあるべきか の話題について焦点をあてる。 |
| 15:10 ~ 16:40 | 若年者の歯周管理 J.M. アルバンダー教授
重症になった高齢者の歯周治療に比べ緊急性やニーズは低い、若年者のリスクコントロールこそが真に患者利益につながるであろう。 |
| 16:40 ~ 17:10 | ディスカッション 司会; 伊藤 中
村上伸也教授, アルバンダー教授 |