

# HEALTH CARE

The Newsletter of the Japan Health Care Dental Association

vol.7 no.5

(年間6回刊行・通巻040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 杉山精一

編集制作 有限会社 秋 編集事務所

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

## 重要なお案内

### ● 2005 年度年会費お払い込みのお願いと名簿掲載に関するお知らせ

当研究会の年会費（1月～12月）は前納制です。同封の郵便振替用紙で、お払い込みくださいますようお願いいたします。

なお「2005 年度版会員名簿」は、2005 年 4 月末日までに年会費払い済みの方を掲載し、2005 年 8 月に発行いたします。早めにお手続きくださいますようお願いいたします。

## 催しものご案内

### ① 第9回ヘルスケアシンポジウム

日時：2005 年 3 月 19 日～20 日

会場：都市センターホテル、コスモスホール他

講師：ダグラス・ブラッター他

受付：次号ニュースレターで申し込みフォームを掲載予定

### ② 診療所ミーティング

日時：2005 年 3 月 21 日

会場：電通共済生協会館

▷ 詳細 p.14, 32

### ③ スタッフミーティング

日時：2005 年 7 月 10 日

会場：電通共済生協会館

▷ 詳細 p.32

## 「結果」の出せる診療所

杉山 精一（千葉県八千代市開業）

### ● 2004 年秋のシンポジウム……メンテナンス下の成人の5年間の喪失歯数

この秋のシンポジウムでは、歯周病のメンテナンス管理データを統計的に処理して診療所間で比較するという画期的な試みがなされました。皆さんは、今回の試みをどのような受け止められましたか。予防、予防といってもその「結果」がどのようになっているかは、日々の臨床データの蓄積がなければ、なかなか知ることができません。現在の日本ではこのような臨床データを蓄積している歯科医療機関は少数派で、歯周病学会でも今回のようなデータはないそうです。そのため医療機関でどのようなことが行われ、その結果がどのようになっているかという、患者さんにとってもっとも重要な情報を知ることができません。

歯科医療の目的は「生涯にわたって口腔の健康を維持し機能を全うできるようにすること」であり、健康な歯、歯肉を守り育て維持することは、もっとも基本となることです。検査をしたり、写真を撮ったり、PMTCをしたり・・・、これらは必要なことですが、これらを行うことが予防ではありません。大事なはその「結果」です。今回のようにメンテナンス下にある成人の5年間の喪失歯数を算出して、医院間の条件の違いを統計的に補正した上で公開できるようになれば、一般の人にとっても、有益な参考データとなることでしょう。

コアメンバーのなかでは、さらにカリエスについても同じように「結果」の比較をしていこうとの議論が始まっています。

### ● 学校歯科健診結果が生かされていない

今後、予防の「結果」を出せる診療所が増えていくことは健康志向の高い人々にとっては大変好ましいことですが、一方、診療室から地域へとなると、このような歯科医療の恩恵にあずかっていない方が多くいることがわかります。私たち開業医は来院される方に最善の医療を提供するのは当然ですが、さらに地域住民の健康に気を配ることも大切な仕事です。

地域がどのような状況になっているかを知るには、地域で行われている母子保健や学校歯科健診データを見て状況を把握していくこととなります。昨年からは、私たちの研究会では、全国で12歳児 DMFT データがどのような状況になっているかを把握しようと調査を始めましたが、その過程から浮き彫りになってきたことは、「学校歯科健診結果が生かされていない」という実態でした。地域のう蝕状況を把握する基本になるのは12歳児 DMFT ですが、そのデータが整理されている市町村はわずかで、すべての市町村のデータが一覧できるように整理されている都道府県も、ほんの一部という驚くべき実態です。

う蝕の洪水の時代には、いちいち健診データをみなくても状況は明らかであり、必要な対策を考えることもできましたが、近年のように、う蝕が減少してくると、う蝕は多くの健全軽症者とわずかな重症者に2極化しつつあり、また、地域的な偏りもありますので、広

域の平均値でう蝕状況を理解したと考えると、判断を誤ることになります。

地域の保健活動は、単なる思いつきや、熱心な先生がいるから、という理由で進められてはいないでしょうか？ 地域診断抜きの保健活動は、リスク診断抜きの予防と同じです。住民を主人公にした地域保健活動は、その地域の正しいデータなしには始まりません。

● 2005年春のシンポジウム……

歯科疾患実態調査によると20歳の日本人のDMFTは、ここ何年もほとんど変化がなく10前後です。これでは人生80年

の時代に生涯にわたり口腔の健康を維持して機能を全うしていくことは困難です。この現実を打破していくためには、「結果」の出せる診療所の拡充と、地域の状況を的確に把握できる歯科保健管理システムが社会に整備されていくことが必要です。

来春のシンポジウムは、このような認識に立って、本会科学顧問であるダグラス・ブラッター先生を招聘し、カリエスリスクコントロールについての講演、診療室のカリエス予防の「結果」、さらに地域歯科保健システム構築に向けた取り組みをテーマに準備をすすめています。



## 第9回 ヘルスケア シンポジウム

2005年3月19日～20日  
都市センターホテル  
(東京・平河町)

参加申込：12月号のニュースレター  
に申込書を掲載します

**19日(土曜)**

1:00～4:30 pm (仮題) 地域保健シンポジウム  
DMFT地図づくり報告/地域からの報告/地域診断の考え方など

5:00～7:30 pm 前夜祭  
診療所づくり報告/よその診療室に学ぶ/歯科衛生士ミーティングなど

**20日(日曜)**

9:30～12:00 am 特別講演 D.ブラッター  
「カリエスリスクコントロール」

1:30 pm～ 地域保健シンポジウムの報告から  
診療室のカリエス管理データ分析とディスカッション



コーディネーターが示す質問に色紙を掲げて応える



基調講演の横田誠教授

や、意味するところなど、基本的なことが忘れられている危険性があると感じました。プロービング一つとっても、その定義、使用する道具、動かし方、プロービング圧などもう一度見直してみる必要があります。

これらの診査を実際に毎日行っている歯科衛生士にとっても、非常に身近で、かつ重要な問題をととてもわかりやすく解説していただきました。

基本治療後の再評価時のプロービング値、出血、歯牙の動揺などは、今後の予後を予測する上で非常に重要であるということが再確認できたことは参加者にとって大きな収穫だったと思います。講演での内容を各々が自分の診療室に持ち帰り、数多く接する初期、中等度の歯周病患者を確実に治療するために生かすことができるのと良いと感じました。Orbanの「プローベは歯科医師の第2の目」という言葉が印象的でした。



第8回ヘルスケアシンポジウム

基調講演

齊藤 仁

午前の部では、まずコアメンバーの伊藤中さんから今回のシンポジウムのねらいと進め方が話され、その後、九州歯科大学の横田教授が「歯周疾患の診査・診断」について講演されました。

最近、さまざまな新しい歯周病の診査方法が考えられ大いに期待されてはいるものの、現時点では、今行われているPPD、PAL、BOP、X線診査などがもっとも確実で、これからもこれら抜きには歯周病の診査は考えられないとの結論でした。しかし、従来から行われているこれらの診査方法は、日常臨床であまりに当たり前に行われすぎているため、検査の手技

第8回  
ヘルスケア  
シンポジウム  
報告

10月17日シンポジウム、午後のパートについての報告

藪下 雅樹

シンポジウム午後のパートは、文献レビュー、前夜祭の報告に続いて「歯周病のリスク評価とメンテナンス」についてのパネルディスカッションに向けての4人の先生方よりのプレゼンテーションからスタートした。

午後の最初のパート、三辺さんによる文献レビューでは、システムティックな治療により多くの歯周病は抑制できる。しかし少数例において多数歯が抜歯されている。すなわち10～20%の高感受性群、ハイリスクグループと、残り80～90%のローリスクグループが存在するということが示された。

ローリスクグループに対しては、環境や喫煙に代表されるような後天的リスク

ファクターに加え、家族歴の把握による遺伝的リスクの推測等、感受性に対するアプローチが必要。それに



内藤先生

対してハイリスクグループにおいては感受性と共に、免疫学的、生化学的なアプローチ、つまり歯周病の活動性に関しても考える必要がある、との見解が示された。

歯周病はSPTをしない限り進行する。にもかかわらず、コンプライヤー率は1年以降急速に低下し、3～5年以降では、20～30%に減少する、との報告も紹介された。

次に初診時40歳以上、メンテナンス期間が5年以上の患者さんについて伊藤中さん、杉山さん、藤木さん、太田さんが各々の診療所のデータを呈示された。

メンテナンス中のリスクと、歯の喪失について、ゲストの横田先生、内藤先生にコメントをいただきながら、三辺さん、足本さんがシンポジストに加わり、非常に内容の濃いディスカッションがなされた。

また伊藤中さんからは、歯周病に関しての新しいレーダーチャート（ペリオドンタル・リスク・マネージメント・ダイヤグラム；PRM）についての紹介があった。将来的に、ハイリスクグループ用と、ローリスクグループ用に使い分けられるようなチャートに発展して行くと非常に有意義だと思われる、との意見が出た。

パネルディスカッションのまとめとして、認証診療所5人の先生方から集められた956名のデータについて、内藤先生より解析結果が報告された。詳細は次回のヘルスケア

歯科研究会誌に載るものと思われるが、

1. メンテナンスを受けている集団は、受けていない集団に比べ、5年間に喪失する歯が約4分の1であった。
2. メンテナンスを受けている集団においても、5年間で38%の患者に1歯以上の歯の喪失を認めた。
3. リコール5年間の歯の喪失リスクは、喫煙者では非喫煙者に対して、1.32倍、残存歯が25歯以下の方は26歯以上の方に比べて2.11倍、4～6mmのPPDが10%以上の方は10%未満の方の1.9倍のリスクがある。

年齢や各要因を調整して以上のような解析結果が報告された。

また最後に、内藤先生からは今後の歯周病学においてもっとも必要とされるのは臨床疫学であり、ヘルスケア歯科研究会におけるデータ収集の取り組みに対して高い評価を得た。

午後のパートを聞いて、やはり大切なのは、きちんと基本に則ったシステムティックな歯周治療をできるようにすること、そして規格性のあるデータを取り続けていくことに他ならない、という印象を強くした。

そして横田先生の「EBMの前に患者さんから学ぶ必要がある」というコメントがとても心に残った。



第8回  
ヘルスケア  
シンポジウム  
報告

シンポジウムに参加して

わたなべ歯科 吉田 早織

ヘルスケアシンポジウムに初めて参加

させていただきました。講師の先生他、皆さんありがとうございました。一番大切なのは患者さんに満足していただくことであり、そのためには科学的な根拠に基づいて臨床を行うことが必要であると感じました。ただ今春卒業したばかりで、臨床経験が浅い私にとっては、内容が難しく、解りにくいところもありました。解らないことが多かったので、医院に帰ってミーティングを行ったところ、

同じ医院に勤務する先輩衛生士とは、同じ講演を聞いていても得たものが異なっていました。

先輩衛生士は、「プラークはペリオ発症の局所性の修飾因子であり、直接の原因かといわれると疑問が残ること」「歯根頸部の吸収」「セメント質剥離」に興味を持ったそうです。インストゥルメンテーション後の挺出やセメント質剥離の実験は大学ならではだと思いました。

「動揺歯はハイリスク」ということは日々の臨床でも感じていることでもあるのでとても納得できる内容だったそうです。個々の予後や活動性は分からないから、再評価してレスポンスを見るのが大切、という部分に、とても共感していました。基調講演全体を通して、「喫煙」「プラークコントロール」「動揺度」「セメント質剥離」「歯の挺出」など知識としては大切なことですが、患者さんから学ぶことが多いという点に共感をもっていました。

私は、講演内容と臨床をなかなか結びつけることができず、漠然と聞いていました。しかし、プロービングは練習しているところなので、「歯周ポケット測定に影響する因子」などプロービングに関する内容は、イメージしやすかったです。先輩が言っていたことに関しては、今は

わかりませんが、後々、臨床経験をつんでいく上で理解していきたいと思います。

今回の前夜祭を通して知り合ったスタッフの方々と一緒に昼食をとらせていただき、午後の講演に臨みました。午後は、講師の先生方が、自院のデータを最大限に活用して講演をして下さいました。患者さんの利益のためにデータを入力・集計し、それを患者さんに反映し、診療に活かしておられて、素晴らしいと思いました。患者さんに満足していただくことが私たちの目標であり、そのために科学的な根拠に基づいてメンテナンスなどを行うことが必要なのだと感じました。抜去歯数のデータをとることにより実際に自分の行っているメンテナンスは患者さんにとって利益があるのかどうかわかります。またこれからメンテナンスをやっていくにあたっては、デ

ータを参考にしながら患者さんにメンテナンスを勧めることもできると思いました。歯周病進行（再発）に対するリスクの判定基準（BOPやプロービングデプス）を患者レベルや部位レベルで知ることができました。関連文献を載せてくださっているのでも、調べていただいた結果をうのみにするのではなく自分で論文を調べてみようとも思いました。私は論文を読んだり、調べたりすることが苦手で、‘EBM’そのものの理解も足りず、データの読み方（2×2表の読み方）が解りませんでした。しかし、医院に帰り、院長や先輩歯科衛生士に教えてもらうことにより内容を理解できました。今後は科学的根拠（データ）を自分の力で読み取り理解し、そのデータを臨床に活かしていけるようにしたいと思いました。



## 第8回 ヘルスケア シンポジウム 前夜祭報告

### ① スタッフミーティング

#### スタッフミーティング報告

清瀬市健康センター 牟田口 郷子

スタッフミーティングとは…各歯科医院での取り組み発表をもとに、意見交換をすることで、技術や情報の共有、レベルアップを図るものです。今回は、「歯周病の診査と臨床について情報を共有する」「スタッフミーティングを身近な地域で展開する」という二つの目的をもち、6題の発表と、それを受けて小グループでのディスカッションを行いました。

北は北海道、南は沖縄まで、200名の参加者をあらかじめ、地域ごと7ブロックに分け、それぞれファシリテータ（進行役）を付け、意見交換をしました。河野先生のご挨拶のあと、各ファシリテ

ータの案内により、ゲームを交えた自己紹介で、会場の雰囲気はたちまち和やかなものとなりました。

最初の発表は、正確かつ患者さんに負担をかけないように心を砕く、今井さん（まさき歯科医院）から「口腔内写真撮影に取り組んで」、続いて、坂本さん（おかだ歯科医院）より、ひとりの患者さんのケースを追ってたいへんわかりやすく「当院での歯周病治療の流れ」、山岸さん、吉田さん（福田歯科医院）から、システムティックな研修と、データに現れるその効果「院内研修（キャリアレーション）を含めた医院総合力アップのための取り組みについて」の発表がありました。それを受けて各グループでは、「写真は撮っているけど、十分活用できているか…」「研修は必要だけど、

時間をどう作るか…」等々、日々の診療と照らし合わせながらの活発な意見が飛び交いました。ベテラン府川さん（鈴木歯科医院）の患者さんとの対話を含めた発表「継続して来院してもらうために」を受けての、グループディスカッションでは、「一生懸命やっても、来なくなる患者さんもいるし…」「良くなっていく実感がないと続かないのかな」「検査も大事だけど、やっぱりハートですわ」という意見も聞かれました。

二つ目の目的である地域でのスタッフミーティングについて、梅安先生（帯広市開業）から北海道での先駆的取り組み「北海道予防歯科臨床懇話会設立のいきさつと歩み」、歯科界の新星、松井さん、美馬さん（ライオン歯科診療所）から、涙と笑いと本音の経験談「スタッフミー



ティングで発表して変化したこと」の発表があり、身近な地域でこのようなミーティングを行うにはどうしたらいいかというテーマが投げかけられ、最後のディスカッションとなりました。各グループでは、「どこにこういう歯科医院があるかわからない、情報交換が必要」「こう

いう機会を活用してネットワークを作る」「院長同士で飲み会しよう」など話は尽きず、閉会後も語り合っている様子が印象的でした。

今回のミーティングについて、時間配分、会場設定など、課題は多く残りましたが、発表を受けて活発な意見交換がな

され、参加者全員で作りたいへん有意義なものとなりました。渡辺先生、河野先生の呼びかけによるこの取り組みが今後への第一歩となることと確信しています。

★近日中に、グループワークから出た意見は会員専用のホームページに掲載します。

## 第8回 ヘルスケア シンポジウム 前夜祭報告

### 1 スタッフミーティング

#### スタッフミーティングに参加して

柴田歯科医院 古橋 愛

「大丈夫かな？」始まる前は少し不安な気持ちでした。今までは、このようなシンポジウムに参加しても、他の歯科医院の方の話聞くのが主でした。でも今回は、ディスカッションを伴うスタッフミーティングに3人の当院衛生士で参加させていただきました。歯科衛生士になって8年の私と、4年目の歯科衛生士、そして、今年歯科衛生士学校を卒業した新人です。

会場では、同じ地域の歯科医院の先生・スタッフが集まり、ファシリテーターのもと、グループワークを行ないました。私たち3人は東海地区のグループでした。

まず、課題となったのは、口腔内写真撮影でした。当院では、まだ全ての患者さんの撮影を行なっていません。写真撮影に時間がかかりすぎてしまうこと、患

者さんへの写真撮影の必要性の説明不足、そして有効な写真の活用方法のシステムを確立していないことなどが原因といえます。他の歯科医院の方から、口腔内写真を有効に活用するためのノウハウ・ヒントをお伺いすることができました。

次に歯肉炎、歯周病の治療の流れについて・・・各歯科医院ごと、そして各患者さんごとの検査方法・治療の手順について、様々な意見がありました。検査について、院内で検査の誤差をなくすることが重要であり、そのためには、器具の統一、ミラーの角度や位置などの器具の使い方、患者さんに対する術者の位置など、様々な点について詳細に再検討が必要であると感じました。そして患者さんごとに適した、受け入れてもらえる治療方法があり、これを見つけるためには、院内でのミーティングが必要であることが理解できました。改めて、歯科衛生士としての未熟さを実感しました。

次は、メンテナンス！どの医院でも興味がある内容のようで、たくさんの意見が出ました。もちろん、期間や内容については患者さん個人によっても違うと思いますが、それ以外にも、個々の医院ごとに、アポイントの取り方や、1回の来院にかかる時間、ハガキの出し方など、特徴や工夫している点があり、とて

も参考になりました。

最後は、患者さんへのモチベーションの方法です。もちろん、自分自身がたくさんの知識や、高い技術を身につけることも大切！でも、それ以前に患者さんとコミュニケーションをとることが大事だということを、改めて考えさせられました。私の普段の診療において、多くの場合、治療に目が向いていて、患者さんのニーズや悩み、そしてその背景にある日常生活について、うまくお伺いするといった観点に欠けていたことに気づき、とても反省しました。患者さんに負担を感じさせないように気をつけ、長い期間、口腔内の管理をさせていただくことは、簡単なようにみえても、実はなかなかうまくいっていないのが現実です。

今回のスタッフミーティングに参加し、院内で改善すべき問題点がたくさん見つかりました。普段の当院の姿を客観的に反省し、明日からの目標が具体的にになり、大きな収穫を得ることができました。

最後に、設営にあられた先生・発表された先生・スタッフの皆様・参加された皆様！私たちにこのような素晴らしい機会を与えていただきまして、本当にありがとうございました。

## 第8回 ヘルスケア シンポジウム 前夜祭報告

### 2 服薬・唾液シンポジウム

#### 「服薬・唾液シンポジウム」報告

太田 貴志

本会が、設立当初より掲げた6項目にその後追加され実行されている2項目の活動目標の中で、4番目の項目として掲げている一口腔乾燥を引き起こす副作用のある薬剤を周知させる。(口腔乾燥に





よってう蝕や歯周病のリスクが非常に高まるため、唾液分泌を抑制する薬剤の長期連用の害について医師や一般市民に情報を提供する)については様々な角度からその事業の中で取り込んできた。

第5回ヘルスケアシンポジウム(2002年3月)においてフィンランドからテノヴォ教授を招き、口腔乾燥症と唾液減少症を取り上げたことを機に、斎藤一郎先生、望月眞弓先生、野村義明先生などの協力を得て、「唾液分泌に影響を与える薬物服用の実態調査」を始めた。それらの経過についてコアメンバー・太田が説明し、まずは斎藤一郎教授の「重症ドライマウス患者への対応」講演。

ドライアイ同様最近ドライマウスの症状を訴える人が増加している。鶴見大学歯学部ドライマウス外来の1,000人近い患者さんの知見などを通し、ドライマウスを口渇を自覚するだけの症状から、あきらかな唾液の量的、質的な異常によって引き起こされた口腔の機能障害を示す病態と定義、薬の副作用、老化、筋力の低下、ストレス、腎不全、シェーグレン症候群、糖尿病の原因について言及された。すでにシェーグレン症候群をはじめ

ドライマウスを診断する主観的・客観的評価方法が検証され、報告されている欧米と比較して、日本では明確な診断基準が確立されていない点にも触れられ、統一性のあるグローバルな診断基準が是非必要である点を強調された。会場からも多くの質問が寄せられた。続いて、同大学野村義明講師が「唾液と口腔内の関連—服薬調査結果から」を報告した。

- ・服薬は唾液分泌量・口渇と関連があるのか?
  - ・唾液分泌量低下・口渇はう蝕、歯周病と関連があるのか?
  - ・どの薬剤が口渇・唾液分泌量低下と関連するのか?
  - ・唾液を分析することによって何がわかるのか?
- を主な調査目標として、最終的には以下のような内容を導き出すべく解析を行った。
- ・服薬のドライマウスに対するリスク因子としての役割
  - ・唾液分泌量低下・口渇はう蝕、歯周病関連のリスク因子か?
  - ・薬剤を変えることによって口渇・唾液分泌量低下は改善するのか?(介入研究による証明)

望月眞弓教授が「高齢者への薬物投与の実態と口渇副作用情報の持つ意味」として報告。

今回のヘルスケア歯科研究会の調査では何らかの薬剤を服用している人が、30代で30%、40代で25%、50代で45%、60代で65%、70代以上では80%を超え加齢とともに増加する傾向にあることを示している。これらの数値は各年代の有病率とほぼ同じであるが、実際的に有病者の15%は服薬しておらず、この割合は無病者服薬している人とほぼ同程度であった。口渇の副作用が添付文書に記載されている薬剤(口渇薬剤)の服薬薬剤数の平均は、30代1剤、40代1.4剤、50代1.5剤、60代1.7剤、70代以上2.1剤と高齢になるほど口渇薬剤の服薬が多くなる傾向にある。

投与薬剤の上位30品目の内訳を見ると血圧降下剤がもっとも多く20%、スタチン類7%、ベンゼアゼピン類7%等がこれに続き30品目中18品目が口渇薬剤であった。従来から口腔乾燥が高頻度にかかる薬剤として、抗うつ剤、アドレナリン作用薬、麻薬性鎮痛薬、抗ヒスタミン薬、抗不安剤、抗コリン薬などがあげられているが、今回は抗不安薬以外の服薬数は非常に少なく確認は困難であった。野村先生の解析からも服薬の有無あるいは口渇薬剤の服用の有無と、刺激唾液量、口渇の自覚症状との間に関連が報告されているが、この野村、望月両講演の詳細については、薬剤のマニュアルのような形で会誌に掲載する可能性があることを報告しておきたい。

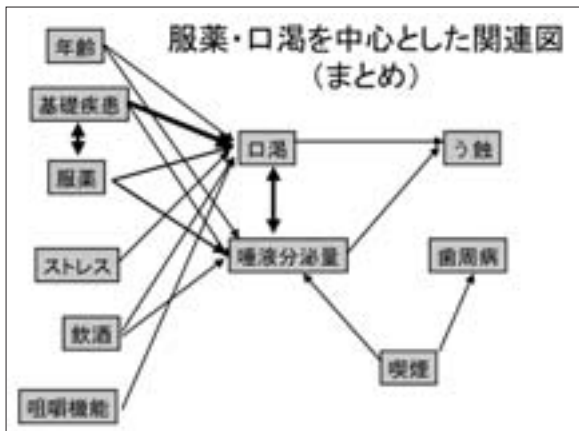


図1 関連図

・唾液を分析によるドライマウスの診断、予知が可能か? これらの内容を(図1)の関連図にしてまとめ、また、ストレスとの関連物質としてのクロモグラニンAとの関連を調査するための今後の可能性について示唆した。

最後に、北里大学薬学部の

第8回  
ヘルスケア  
シンポジウム  
前夜祭報告

3 診療所づくり報告

「診療所づくり報告」

斎藤 直之

今回の診療所づくり報告は、五つの認証診療所の報告でした。

認証制度とは、健康を守り育てる診療所の基盤づくりができていくかどうかを確認するステップであると思います。私たちが、患者利益をもたらすことができる歯科医療を実現するために診療室のベースの確立ができていくかどうかを認証しています。

認証はゴールではなく、はじまりです。基盤です。基盤ができたからといってすべてがうまく行くわけではありません。それぞれが、いろんな苦勞をしたり、工夫をしたりしながらスタッフとともに努力しています。そんな姿を今回は、話していただきました。

・国井歯科医院 国井一好さん、佐藤康子さん、金子かおるさん

第3回で認証を取得した一番新しい認証診療所の発表でした。診療所づくりの取り組みを歯科医師の立場、歯科衛生士の立場、受付の立場でそれぞれの取り組みをとって整理された形での発表でした。診療所づくりの取り組みの結果、認証をクリアできる状態になっていたとのことで、認証が一つの通過点になりこれからの診療室の成長に繋げることができ



ているんだなと感じました。

・さいとう歯科 齋藤仁さん、張替詩帆さん、古川元子さん

移転開業3年目で認証された診療所で、健康を守り育てる診療室をつくるために移転したこと、診療室の姿勢を患者さんにいかに伝えるかを模索しながら、診療システムの見直しに取り組んでいる、流れを見直すことでより効果的な診療を実施できるように取り組んでいることを発表されました。考えて、工夫して目標に向かっている診療室の姿が印象的でした。

・ワイエイオーラルヘルスセンター

足本敦さん、藤本美香さん、田口香織さん

経験年数の違う二人の歯科衛生士の方の発表が印象的でした。

それぞれの立場のスタッフが診療室の中での自分の役割を精一杯果たしながら、成長を遂げていることが伝わってきました。診療室の中で、それぞれが自分で考えて行動を起こしているスタッフの姿がありました。

・緑町齋藤歯科医院 齋藤直之、阿部裕子さん

開業から診療室の方向が決まるまで、健康を守り育てる診療所づくりを始めて診療システムが整ってくるまで、診療室

のハードに限界を感じ新診療所に移転し、現在、そしてこれからの四つの時期に分けて、その取り組みを院長、歯科衛生士それぞれの立場でお話しました。

・菊地歯科 菊地誠さん、山下裕加さん、駒形知美さん

前半は、スタッフによる菊地歯科の現状の報告でした。いろんな点に見られる患者さんに対する細やかな心遣いが印象的でした。後半は菊地さんによるがんばって健康を守り育てる診療所づくりをしてきたが、いろんな困難にぶつかっていること、それは、スタッフ、患者さん、自分を含めた人間関係が一番大きい。スタッフの気持ちをしっかり考えなければならぬといろんな本を読んで考えてきた。そこから見出した現在の思いのお話でした。人間関係、コミュニケーションに関しては、健康を守り育てる診療所づくりにおいてとても大切な問題であると再認識させていただきました。

それぞれの発表で共通したいくつかの点がありました。

1. 認証が一つの通過点になって、それぞれ苦勞しながら次のステップに向かっていること
2. スタッフのがんばり
3. 院長の熱意



また、見えてきた共通した問題点、解決すべき問題点もありました。

1. 患者さん、スタッフ、院長のコミュニケーションの大切さ。

2. 診療室のビジョンを院長は、スタッフ、患者さんに明確に伝える必要があること

それができると、スタッフの力が一層発揮できるのではないかと、患者さんが理解してくれることで満足度の高い歯科医療を提供できる診療所ができるのではないかと感じました。

今回発表した診療所はいろんな意味で

認証を一つのきっかけにすることができているのではないかと感じました。大変だけど、診療室の基盤をつくることで次に見えてくるのがたくさんあるのではないかと感じました。診療所づくり報告は、聞く側にとって、自分たちの診療所づくりのいろいろな参考になるメリットがあります。しかし、それ以上に、発表する診療所側には、自分たちのこれまでの取り組みをまとめ直し、問題点を整理し、次のステップにつなげることができるといいうメリットがあります。健康を守り育てる診療室、患者利益を求めた診療



所づくりをしていく中でのひとつのステップとして、多くの会員診療室が、診療所づくりの報告をしていくことができれば、とても有効であると思います。🍏



#### 4 5 歯科衛生士ミーティング

#### 歯科衛生士ミーティング報告

伊藤 智恵

今回も、楽しい歯科衛生士ミーティングを行えたことを、うれしく思います。参加者が自分で考え、楽しみながら会得したことを、ご報告いたします。

まず、ベーシックは前半後半あわせて、105名のご参加をいただきました。テーマは「患者さんは何を求めているの?」。それを、誰かに教えてもらうのではなく、自分の力でつかもうというものです。

医療を行う際に求められるのは、知識、スキル、医療倫理（マインド）ですね。この三つの要素がバラバラでは、医療はなりたちません。



知識だけがあっても、スキルが伴わなければ良質な医療

サービスができませんし、知識もスキルもあるのに、患者さんの痛みを思いやる想像力が欠けていたら、提供される医療行為に患者さんは満足されません。つまり、私たちが提供することができる医療サービスは、この三つの要素が重なった部分のみだということになります（医療の三位一体）。ですから、それぞれの要素を大きく深く膨らませていかなければいけません。

知識とスキルは、ヘルスケア歯科研究会で行うシンポジウムやセミナーだけでなく、各種の講習会で身につける機会も多いものです。でも、もっとも患者満足に関わるはずのマインドの部分は、講習会で教えられて身に付くものではありません。相手の立場を思いやるという心のセンサーが働かなければ、マインドを提供することができないのです。そのセンサーを働かせよう、センサーの性能をアップしようというのが、ベーシックの目標です。

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、リコール率も低い、どうして? こんな悩みを抱えているスタッフが、立場が変わると感じ方が変わるシーンを繰り返しながら、患者さんの心に思いを馳せることで、医療のマインドを理解しようという意図です。



参加者たちが心のセンサーでなにを感じ取ったか、終了後にいただいたアンケートの記述には、その意図を明確にくみとった喜びがあふれていました。そして、だれかに教えてもらってなにかをつかむのではなく、自分の本音で意見を伝え、仲間の意見に耳を傾け、共感し、お互いを認め合いながら自分で考えることのトレーニングができたようです。その結果、同じグループになった6名は、気持ちが通じ合って、まるで「運命の人に出会ったような」連帯感も生まれ、ヘルスケアに取り組む勇気が出てくるのでしょうか。その結果、自分が患者さんに提供している心に届くケアは、診療室の中の個人だけが提供するものではなく、診療室全体のメッセージとして患者さんに伝わっていくものであることをつかんでいきます。個人ではなく、診療室の総合力をあげることが、ヘルスケアには絶対必要だということを学び取ったというわけです。

そして、この気づきのステップをファシリテートしてくれたのは、ヘルスケア歯科衛生士の5名（後藤彩花さん、正重

まるみさん、長山和枝さん、佐藤美奈子さん、村松康子さん)です。ファシリテータ初体験にもかかわらず、みごとに参加者をたのしませてくださったことを、心から賞賛いたします。

次に、アドバンスコースです。

「私が変わると診療室が変わる～院内改善のPDCA～」というテーマで18名が3時間のグループワークを行いました。

PDCAサイクル、みなさんをご存知でしょうか。なにかを行おうとするときには、まず、具体的な到達目標を明確にし(Plan)、それを試行し(Do)、再評価し(Check)、実行する(Action)。そしてまた次の行動につなげる、というサイクルですね。言ってしまうと単純なことですが、これを現実的に診療室の改善として行おうとすると、いろいろと難しいものです。例えば、サリバテストを取り入れようと思っても、いろいろなところでつまづいて、なかなかうまくいかなかったという経験を、多くの方が持っているのではないでしょうか。

アドバンスの参加者たちには、まず、このPDCAサイクルを地道に行った結果、衛生士である自分がステップアップしたばかりではなく、診療室全体に影響を与え、診療室の総合力がアップした実例を、ヘルスケア歯科衛生士のパイロットたちから聞きました。

パイロットは、上昇気流に乗る模範飛行をみせてくれ、参加者が飛ぶことを助けてくれる役割のことですが、岩本絹代さん、正重まるみさん、長山和枝さん、平野万智子さんの4名にご協力いただきました(なお、その診療室総合力アップの実例20例を、シンポジウム会場2階



ロビーに展示しました。歯科衛生士卒業後教育プログラム修了生たちの実践報告です。展示を目にされた多くの方々から、賞賛の声が上がっていました)。

そして、自分の課題を作成しました。

Plan：これから取り組む課題ですが、到達目標/数値目標/期限を明確に設定します。具体的に期限と数値目標をあげることは、とても難しいものです。例えば、SRPを確実に、では具体的な目標ではありません。自分の苦手な部位、ポジション、条件などをあげ、それがなぜ苦手なのか、患者さんにはどれだけの苦痛を与えているのか、治療学的にはどうアプローチすべきなのかを考えなければ、具体的な計画にはなりません。スキルアップの目標設定には、知識とマインドの裏付けが必要なのです。グループの中で、アドバイスが飛び交います。

Do：そのために行う行動ですが、その中には必要な知識や道具/材料や時間のやりくり、直面するであろう障害などをあらかじめ想定して、計画をねらなければなりません。自分が勉強してきた道筋をアドバイスしあうだけでなく、こんな知識を提供してくれる講演会が欲しい、実技セミナーはないだろうかという声に、情報提供の返事も出てきます。

Check：再評価です。いつだれがどのように評価して、どうやって行動にフィードバックするのか、見通しをたてます。ここでもやはり、客観的評価につい



ての知識とスキルが求められ、それを説明する資料が評価に耐えるものかを見据え、かつ、患者さんの満足につながる手法を考えなければなりません。

このように参加者は、それぞれの職場環境に応じて、メンテナンス率、SRP、PMTC、サリバテスト実施率、情報提供の仕方、コミュニケーションなどをテーマに、具体的なアクションプランを立て、それを皆の前で宣言し、明日からアクション！という決意を表明していきます。きっと翌日から、その診療室は大きく変わっていることでしょう。

今回のシンポジウムの主旨は、「あなたの提供している定期管理は、目の前の患者さんに最適なものですか?」と考え、行動する集いでした。歯科衛生士ミーティングでも、与えられる勉強ではなく、自らの力で考え、行動する練習をしています。基本的なことをきちんと行い、自分の力を客観的に評価し、良質のデータを積み重ね、論理的に考え、患者利益に思い至る大切さを、参加者は認識しました。

ベーシック、アドバンス共に参加者は、ヘルスケア歯科研究会の基本姿勢「健康を守り育てる歯科医療」を、必要最小限の侵襲で最大の患者利益につながる医療を、日々の臨床で具体的に実践していく思考を獲得しつつあることをご報告いたします。



第8回  
ヘルスケア  
シンポジウム  
前夜祭報告

4 5 歯科衛生士ミーティング

歯科衛生士ミーティングベシク  
ファシリテータをして

さとうなおゆき 歯科医院 佐藤 美奈子

今回のシンポジウム前夜祭のファシリテータをさせていただいた感想を、なるべく素直に述べさせていただきます。最後のグループワークに沿って私なりに評



価をしてみました。

1. 今回のファシリテータをして  
自己採点 50点
2. 満足したところ・楽しかったこと
  - ・いままでできなかった経験ができて、自分の新しい可能性が見えた気がする
  - ・今まで知ることができなかった主催側の事情などを知ることができた
  - ・卒後研修で知り合った仲間と何かすることができて、嬉しかったし、楽しかった
3. 不満なところ
  - ・準備や練習の時間が全く無かったため、進行する側として話す内容をまとめきれなかった・・・参加者を戸惑わせる結果に
  - ・先生方に言われたとおりに動いただけで、自分がやったという実感はない。ただそこにいただけのような気さえしてしまう
  - ・時間の区切りが早く、全体として忙

しい印象がある

- ・参加してくださった皆さんが満足しているのか、いないのか知ることができない
  - ・ファシリテータという役割を把握しきれていなかったために参加者の話や気持ちを導き出すことができなかった・・・先生方の進行を見てやっと分かった気がします
4. これからどうすればよいか
- ・事前の連絡を早くしたほうがよいと思う
  - ・会の趣旨や目標など、何を狙っているのか、何を伝えるものなのかを明確に教えてほしい
  - ・練習、リハーサルができればよかったと思う
  - ・反省会やまとめの会をした方がよいと思う
- 貴重な機会を与えてくださったことに感謝しています。ありがとうございました。



第8回  
ヘルスケア  
シンポジウム  
前夜祭報告

4 5 歯科衛生士ミーティング

歯科衛生士ミーティング ファシリ  
テータを経験して

わたなべ 歯科 長山 和枝

今回はファシリテータという貴重な体験をさせていただきありがとうございました。



ファシリテータを経験してみて、その楽しさと難しさを痛感しました。

“楽しんでやろう” “楽しんでいただく” という思いはどのくらい伝わったでしょうか。

“ケア” についてどのくらい感じていただけたでしょうか。不安ばかりが募ります。

日常生活のなかで自分が受けているケアから患者さんの立場で自分のケアを考える、ということ。

立場を変えると見えてくるものが違うということ、今回の歯科衛生士ミーティングで私も体感しました。

ファシリテータとして皆さんと関わりをもたせていただくことで、よりたくさんの方とお話することができ、皆さんの熱意ある視線や真剣な姿勢を目の当たりにして、とても良い刺激を受けました。

また、私事ではありますが、同じくファシリテータを務めた方々と充実した時間を共有することができ、とても良い連

帯感が生まれました。良い仲間作りをさせていただき、貴重な出会いの場を与えていただけたと感謝しています。

医院に戻って、参加していた同僚の歯科衛生士に感想を求めたところ、“長いと思っていたけれどあつという間の2時間でした” とのこと。一安心しました。ですがタイムスケジュールが密で、深く話し合えなかった、歯科の mind に行くまでが長かった、という意見もあり、ファシリテータとしての未熟さを反省しました。もし次があるならば、もっと皆さんの意見を引き出せるファシリテータでありたいと、ファシリテータとしてのPDCAを考えてみたりしています。また僭越ながら、スタッフがやりたいことを出し合って、内容を作っていけたら、もっともっと参加者参加型の、得るものが多い歯科衛生士ミーティングになっていくのでは、と思ったりもしました。私たち側の段取りが悪く、参加者の皆さんに不快な思いをさせたのでは、という心配

もあります。“心に届くケア”を考えると、常に実践していきたいですね。そして医院全体として、患者さんに

“心地よい”と感じていただけるような雰囲気づくりをしていきたいです。

担当してくださった先生方、ファシリ

テータの皆さん、そして何より参加してくださった皆さん、たくさんのお土産をありがとうございました！



## 第8回 ヘルスケア シンポジウム 前夜祭報告

### 4 5 歯科衛生士ミーティング

#### 歯科衛生士ミーティングベシック のファシリテータとして

仲田歯科医院 正重 まるみ

今回、ファシリテータとして、初めての経験をさせていただきました。当日までは少し緊張していたものの、ワクワクドキドキで一杯でした。始まるまで、細かい打ち合わせをして本番に臨みました。約50人の参加者の方々に解りやすいように、リラックスしていただけるように、意見を活発に交換してもらえようと、それはとても大変なことでした。テーマが“患者さんは何を求めているの”ということでしたが、いきなり確信に迫らないで、じわじわと理解してもらうことの難しさは普段、手を焼く患者さんにアプローチするより大変なものでした。すでに細かい役割分担が決まって

いることが逆に難しく、本当にチームワークの重要さをひしひしと感じずにはおられませんでしたが、しかし、初めてタッグを組んだとも思えないくらい歯科衛生士3人（プラス1人←急遽タイムキーパー役をしてくださった歯科衛生士）の息はぴったりと合っていました。他の2人は見事な働きぶり、普段いかに臨機応変に仕事をしているかが手に取るように想像できました。どたばたしながらも終えることができましたが、このなかで色々と考えさせられました。一つの物事を達成しようと思ったら、中心となる人は魅力的で、みんなの意見を全部聞いてくれて、その気持ちを共有してくれる人でないと、みんな付いていかないこと。そして、目的を明確にして、みんなが納得したうえで物事を進めていくことの重要性。目的に向かって進むには、1人も洩れなく同じ気持ちを持つこと。そして、何でも言い合える信頼関係が非常に大切ということ。歯科衛生士たちは、この一瞬で戦友のように固い絆を作ることができました。客観的に見ると、今の職場のスタッフ以上に不動のものが築けたことが何よりの財産です。この短時間

で、何故ここまで団結できたかという、大きな苦勞を同じ想いで分かち合ったからだだと思います。そしてものすごく楽しかった！このような機会に恵まれて本当に良かったです。歯科衛生士にこのような大役のチャンスをくださった企画・運営してくださっている、すべての方々にお礼を言いたい気持ちです。ありがとうございました。今後の自分の仕事に還元していけるよう、努力していきたいと思います。みんなの心が一つになって、素晴らしいヘルスケア診療所を作っていけたら良いですね！苦勞して作り上げたものは心に残るし、これからのこのような機会があれば、挑戦していこうという前向きな気持ちになれたことが、今回の最大の収穫だったのではないかと思います。



## 第8回 ヘルスケア シンポジウム 前夜祭報告

### 4 5 歯科衛生士ミーティング

#### 歯科衛生士ファシリテータを終えて

みやわき矯正歯科クリニック 後藤 彩花

初めての試みにお声を掛けていただき、大変光栄に感じています。

何とか無事に終了することができて、ホッとしましたが、先生方の考え（思

い）を私自身が理解できたのか、ミーティングの進行上の不手際があったのではないかと反省しています。

参加者の意見を聞きながら『そうだな。そうだったよな〜』と逆に参加者から気付かされ、終わってみると私も勉強になりました。参加者の皆さんが明るい顔で帰られたのを見て、初めてファシリテータをして良かったと思うことができました。また参加者の意見を引き出す役目としてファシリテータがあり、この仕事を通じて『歯科衛生士が患者さんの悩み・思いを引き出す』ことに置き換えられるのではないかと思います。

これからのミーティングにうまく繋がられたかは分かりませんが、もし次回も歯科衛生士ファシリテータになれば、進行内容を決める段階で歯科衛生士も参加できれば・・・、またもう少し、ファシリテータ同士でミーティングを行



うのにも時間が欲しかったと思います。  
また終了後に先生方と反省会を兼ねた話

し合いを行いたかったです。  
貴重な体験をさせていただき、私の歯

科衛生士人生、また一歩前進することが  
できました。ありがとうございました。



第8回  
ヘルスケア  
シンポジウム  
前夜祭報告

4 5 歯科衛生士ミーティング

歯科衛生士ミーティングに参加して  
うつぎざき歯科医院 村松 康子

今回初めて歯科衛生士ファシリテータとして参加して、楽しかったことや後悔していることなど色々ありますが、とても貴重な経験をさせていただいたことをありがたく思っています。事前に打ち合わせをして、ある程度の流れを頭に入れたつもりでも、いざ本番になるとうまくいかず、場の雰囲気を盛り上げることの

難しさ、タイムスケジュール管理の大変さを痛感しました。

そして、何よりこのミーティングの目的、「医療従事者の三位一体の会得」つまり、知識や技術だけでなく相手、(患者さん)のことを考える「心」を持つ—それに気づいてもらうには、どう働きかけたら良いのか悩みました。実際にやってみて、以前からファシリテータをされてきた先生方のご苦労が初めて解りましたが、大変さのなかにも楽しく感じたことは多々ありました。例えば、最初は表情が硬かった参加者の方が、次第にグループの仲間と打ち解けて、こちらからの問いかけに笑顔で答えてくれたりしたときなどや、私の不慣れな説明を一生懸命聞いて、そこからディスカッションに発展し、盛り上がっているのを見た

きなどです。ただ、正直なところ、進行についてゆくのが精一杯で気持ちに余裕がなく、細かいところまで目が届かなかったのが残念です。

今回の経験を通して私も色々と学ぶことができましたが、「参加者にこちらの意図としていることに気づいてもらう」—それはとても難しいことなのですが、どことなく日常の臨床に共通するものがあるように感じます。つまり患者さんに対して同じように、私の思っていることが伝わっているのか、その伝える技術は十分に備わっているのだろうか、と改めて考えさせられました。私自身も医療従事者としての「三位一体」を会得すべく、今後も努力していきたいと思います。この度は貴重な機会を与えていただきまして、ありがとうございました。



第8回  
ヘルスケア  
シンポジウム  
前夜祭報告

6 よその診療所に学ぶ

「よその診療所に学ぶ」ファシリテータを担当して

森谷 良行

「よその診療所に学ぶ」は、ヘルスケア型の診療所を目指している診療所の院

長とスタッフが同じ目標をもつ「よその診療所」の院長・スタッフと、お互いを厳しい目で評価し合う、ちょっとシリアスな企画です。

まず始めにアイスブレイキング(初対面のわだかまりをなくしたり、話し合うきっかけをつくることを目的としている)をかねて、自己紹介・他己紹介を行った。短い時間でのアイスブレイキングでしたが、それなりに参加者の緊張はほぐれたようです。しかし、私自身の緊張はこのときがピークでした。

その後、さらに二つのスモールグルー

プに分かれて「成人のメンテナンスの効果あげる」ために現在、自分の診療所がかかえている問題点を定式化する作業を行いました。まず、自分の診療所の改善したい問題点をランダムに書き出し、短い言葉にする作業です。宇田川歯科医院と関歯科医院の参加者9名を山口将日さんと私がファシリテータとして担当しました。

「リコール率があがらない」、「歯科医師と歯科衛生士とで患者さんについて話をする機会が少ない」、「院長とチーフ歯科衛生士の指示が異なったときにどちら



の意見を優先すべきか」など問題点がい  
くつも出てきました。ここから相手の診  
療所が「解決できてしかも最大」の問題  
点を選び、質問をしながら、その要因分  
析を進める予定でした。しかし、これら  
の問題点は、今回の課題である「成人の  
メンテナンスの効果をあげる」入口の  
問題です。その入口の話に終始とどまっ  
てしまったことに私自身のファシリテー  
タとしての力不足を感じました。

今回の企画の目標には到達しませんが「よその診療所に学ぶ」に参加したことによって、自医院の問題点を整理し、また整理する方法を学び、よその診療所から意見を聞くことができた点で参加者の満足度は高かったようです。



- ファシリテータの反省会では、
- ・「成人のメンテナンスの効果をあげる」課題にまで議論が深められなかった
  - ・ドクターとスタッフが同じグループ内にいるため、スタッフから意見が出にくい
  - ・グループ内で、一人だけ話し続けてしまう人をコントロールできない
  - ・話し合いから、要因分析をボーンフィッシュの形にまとめる時間が足りな



った  
・参加診療所のレベルがまちまちで、突っ込んだ議論がしにくかった  
などがあげられました。私自身が企画の目標を十分理解していなかった点をおおいに反省させられました。今回とは少し違った形で診療所単位の参加型ミーティングを開催できることを望んでいます。



## 第8回 ヘルスケア シンポジウム 前夜祭報告

### 7 ウィステリア〈院内LAN〉シンポジウム

#### ウィステリア(院内LAN)シンポジウム報告 小口 道生

本シンポジウムでは、院内のコンピュータネットワーク(院内LAN)の構築とファイルメーカーソフトの導入をテーマに開催された。対象はパソコン(PC)の導入を検討している医院で、デモンストレーション用にPC、スクリーンとプロジェクターを各3台設置した会場は約50名の参加者で満席となった。

冒頭で藤木さんがLAN構築におけるサーバーとクライアントの関係を示し、

自院でのPCの活用法を紹介した。院内のどこのPCからも同じ情報を共有できる利点を挙げ、LANを組むことの有用性を強調した。ただPCの扱いに長けていてもPCの設定を自身で行うには多大な労力を費やすようである。

続いてファクトリー社(ファイルメーカープラグインの開発元)の西村俊一氏がファイルメーカーを用いたネットワーク構築の基本について解説。サーバー機とクライアントの構成パターンを数例挙げ、処理能力を比較・明示した。通常ではサーバー機1台にサーバー用のソフト(ファイルメーカーサーバー)を用いることで複数のクライアント機で安定した処理ができ、自動バックアップ体制も確立できるが、画像蓄積用のサーバー機をさらに1台追加することで一層パフォーマンスの向上が得られるとして推奨した。また、LANで画像を扱う上では、

許容できる範囲で極力画像の容量を抑えること、またLAN環境をギガビットに統一することを薦めた。

以上のLANの概要を踏まえてウィステリアのデモンストレーションが行われた。秋編集事務所の岡田さんがPC3機を同時にディスプレイし、ウィステリアの起動から画像の共有・取込、データの入力の様子を説明した。参加者にとって三つの画面を同時に見ることで、LANのイメージがより明確になったことと思う。

では、自分の医院ではどのようにシステムを構築すればよいか? 自院でのLANの構築について杉山さんと菅野さんが紹介した。両者ともLANの構築は専門家に依頼したとのこと。杉山さんはPC導入時LANについてはNTT、PCの購入・設定はPCショップに依頼し、その後増設時には自身で行っているがPCにはトラブルの発生は避けられないと





## 地域部門の設立について

座 長：河野 正清

日本ヘルスケア歯科研究会の活動目的は「う蝕と歯周病は予防可能な疾患であることを国民に認識してもらう」ことにあります。そしてその目的の達成のために一つには社会全体に対する働きかけがあり、もう一方で受け皿となる診療所づくりがあります。そしてその受け皿づくりのための活動の一つとして、認証診療所制度がすでに発足しているのは皆さん周知のことと思います。この度受け皿づくりのためのもう一つの活動として「地域部門」を創立いたしました。地域部門の目標は各地域でグループづくり（ヘルスケアグループと仮称します）をして、各地域でスタッフミーティングや診療所づくりミーティングや各種講演会を、そのヘルスケアグループが中心になって開催することができるようになるための、ノウハウの提供と人脈づくりの提供です。

基礎コースには出席してヘルスケア診療所づくりを始めたが、身近に相談できる人がいない・・・とか、前夜祭でスタッフミーティングに参加してみて感動したが、毎回スタ

ッフ全員を引き連れて東京まで来る訳にはいかない・・・とか、認証をいずれは受けたいと考えているが、どうやっていけばいいのかわからない・・・そんなことを解決するには自分の地域にヘルスケア歯科診療を目指す診療所が集まってヘルスケアグループをつくり、そのヘルスケアグループでスタッフミーティングや診療所づくりのプレゼンをやったり、自分たちが必要とする講演会を開催したりすることが一番だと考えました。

具体的活動としては、東京においてスタッフミーティングの開催と診療所づくりミーティングを開催します。これは東京ヘルスケアグループそのものをつくっていくということであり、もう一つは自分の地域でのヘルスケアグループづくりを目指す人たちに参加してもらい、ノウハウと人脈を提供することでもあります。

以上のような活動をするために、会員支援部会の中に、座長：河野正清、部員 11 名（山口将日、田中正大、渡邊勝、鈴木正臣、森谷良行、丸山吉弘、三辺正人、蕨下雅樹、杉山精一、笠島生也、古仙芳樹、名簿掲載順）にて地域部門を創立いたします。

### 第 1 回 診療所づくりミーティング

認証を目指した診療所づくりのノウハウをお互いに学び合うためのミーティングです。いきなり認証を受けられるような内容のプレゼンをするのは大変ですし、そもそもプレゼンなんてしたことがない！ こんな人もたくさんいますよね。まずはあまり背伸びせずに自分の診療所の現状についてありのままにプレゼンしてみませんか？ 今現在の現状をプレゼンとしてまとめることで、改めて何ができていて、何が不足しているか、何を改善するべきか、について多くのことに気づくと思います。そして、そんな発展途上の診療所の姿を見ることで参加した人たちは勇気づけられるものです。プレゼンを見るだけではなく、スモールグループによるディスカッションの時間も設けて、参加した全員が診療所づくりについて自分のこととして考えて気づくことができるように企画しました。

#### 第 1 回 診療所づくりミーティング

日 時：3月21日（月・祝）9：30～3：30  
場 所：東京駒込・電通共済生協会館  
参加費用：6,000円（昼食付）  
定 員：80名

#### 診療所づくりミーティング発表者募集

発表時間：1 診療所、30分（時間厳守）  
発表形式：認証のためのプレゼン形式ではなく医院の現状が判る自由な形式  
募 集 数：4 診療所  
◎発表者は参加費用免除です。

参加・発表とも、お申し込みは事務局まで FAX で  
FAX：03-3260-4906



10月16日、会員支援部会が国際フォーラムの会議室で開かれた

# 歯周病リスク評価のための ダイヤグラム作りに向けて の提案

文献レビュー部会  
三辺 正人, 足本 敦, 伊藤 中

先日、開催された第8回ヘルスケアシンポジウム「基本的な歯周治療の実践—リスク評価に焦点を当てて—」では、歯周疾患の診査、診断についての基調講演、抜歯履歴調査報告およびその分析を受けて、歯周病の定期管理におけるリスク評価のあり方について密度の濃いディスカッションがありました。そこから見えてきたものの一つとして、ヘルスケア歯科研究会として、患者レベルのリスク評価のための新しいダイヤグラム作りを提案しようということになりました。以下のダイヤグラム原案について、会員の方々からのご意見を踏まえて臨床に使えるダイヤグラムを作成し、実際に使用してもらいながら、再評価していきたいと考えています。具体的には、従来の重症度分類や予後診断基準に基づいた定型的（パターン化した）メンテナンスプログラムとダイヤグラム（リスク診断）に基づいた個別的（テーラーメイド化した）メンテナンスプログラムの治療効率について、歯牙喪失をエンドポイントとした長期的臨床評価により比較していこうというものです<sup>(1)</sup>。（すでに本会では、う蝕症については、そのような試みがなされています<sup>(2)</sup>、歯周病についてもウイステリアのレーダーチャートによるトータルリスクスコアに応じたメンテナンス間隔の決定が提唱、実行されています<sup>(3)</sup>、会員のコンセンサスとして認識されるまでには至っていないのが現状だと思います。）<sup>(4~8)</sup>

## 文献レビュー部会としての歯周病リスク評価におけるダイヤグラム作成過程

1. ダイヤグラムのリスク因子の根拠となる文献整理と構造化抄録づくり  
→ BOP, PDをはじめ、他の因子についても順次構造化抄録を作成する予定。
2. リスク因子をどの程度定量化し、根拠に基づく重み付けを行うか？ 診断支援ツールとしても感度、特異度をどう考えるか？ 患者モチベーションツールとしての割り切った使用法などについて、用途別に使用法を考える。
3. 実際にダイヤグラムを使用して歯周治療やメンテナンスにおける治療効率などの臨床有用性を評価するためにデータを蓄積する。
4. より実用的なダイヤグラムを作り出していく。

Periodontal Risk Assessment Diagram



## ○予後診断用ダイヤグラム

→全ての歯周病患者の初診から基本治療終了後の再評価までを対象として、基本治療の効果を把握し、患者のモチベーションを高めるためのツールとして有用なダイヤグラム。

### 疾患活動性のパラメーター

	0	1	2	3
プラーク細菌量				
縁上プラーク	~ 10	10 ~ 25	25 ~ 50	50 ~
PCR %				
縁下プラーク	~ 10	10 ~ 25	25 ~ 50	50 ~
BOP %				
プラーク細菌の質	-	±	+	++
細菌検査 (ペリオチェック代表部位)				
悪化部位				
平均 PD(mm)	~ 3.0	~ 3.5	~ 4.0	4.0 ~
PDR の反応性	~ 75	75 ~ 60	60 ~ 50	50 ~
(2mm 以上の PD 減少を示した部位率%)				
Prognosis Index <sup>(9)</sup>	0	~ 25	25 ~ 50	50 ~
%*				

### 疾患感受性のパラメーター

局所因子	0	1	2	3 ~
(不正咬合, ブラキシズム, 歯列不正, 不良補綴物)				
環境因子	0	1	2	3 ~
(喫煙有り, 糖尿病 HbA1c7% 以上, ストレス, 不規則な食生活, 歯周組織に影響のある服薬)				
遺伝的因子	0	1	2	3 ~
(家族内集積, 全身疾患, 宿主反応性異常 (好中球機能, 遺伝子多型))				
0 ; リスクなし 1 ; 低いリスク 2 ; 中程度のリスク 3 ; 高いリスク				

\* a : 75% 以上の骨吸収あるいは、50 ~ 75% の骨吸収で、骨縁下欠損 (2mm 以上あるいは根長の 1/2 以上)、分岐部病変 2 度以上を有する Hopeless 診断歯  
b : 50 ~ 75% の骨吸収あるいは骨縁下欠損か分岐部病変を有する Questionable 診断歯  
c : 50% 以下の骨吸収 骨縁下欠損、分岐部病変を有さない Good 診断歯  
Prognosis index = a+b / a+b+c (%)

○定期管理用ダイヤグラム

ローリスク患者用

(歯肉炎, 初期歯周炎, 限局型中度歯周炎まで)

→発症抑制に役立つ疾患感受性パラメーター, 感度より特異度を重視した患者レベルのリスク評価を行うためのダイヤグラム.

	ローリスク	リスク	ハイリスク
コンプライアンス (来院状況)	定期	不定期	不良
年齢 <sup>(10)</sup>	~ 35	35 ~ 50	50 ~
喪失歯数 <sup>(11)</sup>			
残存歯数	21 ~ 28 歯 あるいは9 歯以下	10 ~ 20 歯	10 ~ 20 歯
咬合支持数	10 ~	5 ~ 9	~ 4
喫煙	- 5年以上 の禁煙	+ 15万本以下 5年未満の禁煙	++
糖尿病 (HbA1c 7%以上) ストレス, 不規則な食生活, 服薬, 心血管系疾患 (外科禁忌)	-	1 (糖尿病以外)	糖尿病+ あるいは, その他の 因子2以上
咬合性外傷	-	治療+	治療-
遺伝的因子 (家族内集積, 全身疾患, 宿主反応異常)	-	1 ~	

	ローリスク	リスク	ハイリスク
BOP (連続した2回の平均部位率%)	~ 10	10 ~ 25	25 ~
PD ≥ 4mm (部位率%)	~ 10	10 ~ 30	30 ~
骨吸収 (X線上の骨吸収 1/3以上, あるいは4mm以上の部位率%)	~ 10	10 ~ 30	30 ~
細菌検査 (ペリオチェック代表部位)	-	+ ±	++

ハイリスク患者用

(広汎型中度歯周炎以上, 侵襲性歯周炎)

→再発予防に役立つ疾患活動性と感受性パラメーターの評価, 感度を重視した患者レベルの評価を行うためのダイヤグラム.

	ローリスク	リスク	ハイリスク
BOP (部位率%)	~ 10	10 ~ 25	25 ~
PD ≥ 6mm (部位率%)	0	~ 10	10 ~
骨吸収・年齢比 (平均部位率%) <sup>(6, 7 改変)</sup>	~ 0.5	~ 0.8	0.8 ~
Prognosis index % <sup>(9)</sup>	~ 25	~ 50	50 ~
細菌検査 <sup>(12)*</sup> (PCR法, 代表部位)	閾値以下	いずれか一つ 閾値以上	二つ以上 閾値以上

\* Aa; 10<sup>4</sup>以上あるいは0.1%以上, Pg; 10<sup>5</sup>以上あるいは1%以上 Red Complex として5%以上のいずれかを満たす場合に閾値以上と判断する.

	ローリスク	リスク	ハイリスク
コンプライアンス (来院状況)	定期	不定期	不良
喪失歯数	ローリスク患者用評価と同じ		
環境因子*	-	ローレベル 一つ	ローレベル二つ, ハイレベル 一つ以上
咬合性外傷 (ブラキシズム)	-	治療 (+)	治療 (-)
遺伝的因子	ローリスク患者用評価と同じ		

\* 喫煙; ローレベル=5年未満の禁煙, 10万本~15万本  
ハイレベル=15万本以上  
糖尿病; ローレベル=HbA1c 6~7%  
ハイレベル=HbA1c 7%~

文 献

- 吉江ら: 歯周病診断のストラテジー. 188 ~ 195, 医歯薬出版, 東京, 1999.
- 野村ら: トータルリスクと各種カリエスリスクファクターの重み. 日本ヘルスケア歯科研究会誌, 4: 24 ~ 30, 2002.
- 熊谷 崇: 講演会「一から始めるヘルスケア」 2002, 4.
- Axelsson *et al.*: Diagnosis and Risk prediction of periodontal disease. Quintessence books. 2002.
- 日本歯科人間ドッグ学会 編: 歯科人間ドッグマニュアル. クインテッセンス出版, 東京, 2001.
- Lang *et al.*: Oral Health & Preventive Dent, 1: 7 ~ 16, 2003.
- Persson *et al.*: Oral Health & Preventive Dent, 1: 361 ~ 368, 2003.

- ヘルスケア歯科研究会: ウイステリア Pro マニュアル.
- Cecchi *et al.*: Retrospective study of tooth loss in 92 treated periodontal patients. J Clin Periodontol, 29 (7): 651 ~ 656, 2002.
- Mayfield & Schatzle *et al.*: Clinical course of chronic periodontitis. II. Incidence, characteristics and time of occurrence of the initial periodontal lesion. III. Patterns, variations and risks of attachment loss. J Clin Periodontol, 30: 902 ~ 908, 909 ~ 918, 2003.
- 宮地健夫: インプラントは臨床でこう活かす. 榎本紘昭・武田孝之編著. 日本歯科評論増刊号, 31 ~ 56, ヒョーロンパブリッシャーズ, 東京, 2003.
- 三辺正人: 歯肉縁下バイオフィルムコントロールの効果に関する科学的根拠. 日本ヘルスケア歯科研究会誌, 5: 53 図20, 2003.

## 実践フォーラム

## 実践フォーラム

第43回全日本学校歯科保健優良校表彰最優秀賞（文科大臣賞）

## 受賞の経緯と報告

山口 将日（正会員・茨城県行方郡・山口歯科医院）

## 報告のアウトライン

1. 学校歯科保健の楽しさとやりがい
2. 学校歯科保健のあり方
3. 当地域の特色
4. 学校歯科保健への取り組み
5. 学んだこと
6. 成果
7. 課題

## 1. 学校歯科保健の楽しさとやりがい

私はヘルスケア研究会に入会させていただいて、自分が微力ながら患者さんや地域の人々のお役に立っていると実感できるようになりました。それは、規格性のある資料をとり、それをデータとして蓄積し、分析し、さらに改善してきた結果です。

医院全体として、結果を出そうとするとどんなにがんばっても5年ぐらいはかかるのではないのでしょうか。まして、中期・長期の結果となると、10年単位の時間が必要です。

今回、学校歯科保健の分野で私の担当校が賞をいただきましたが、この分野は、診療室内で結果を出すより、**短期間で結果が出せる**、すなわち、子供たちの健康に寄与したことを実感できる分野だと思います。

歯科医師として、地域の子供たちの健康づくりに貢献できたと感じられることは、歯科医師冥利に尽きるものであり、得がたい生きがいを得られるものだと思います。また、言うまでもなく、ヘルスケアの理念や8020を達成するためには学校歯科保健でも努力が必要です。また、日々の臨床のように知識も技術も兼ね備えなくてはできないという訳でもありません。熊谷先生はじめ、ヘルスケア研究会の先生方のよいお手本があるのですから、それを少しアレンジして学校にアプローチしてみたいかがでしょうか。サリバテストや禁煙と同じで、最初受け入れてもらえなくてもくじけず、手を変え品を変え、いろいろな方向からチャレンジしてみましょう。たたけよ、さらば開かれん！です。

## 2. 学校歯科保健のあり方

これは研究会誌にも報告があるように、同じ研究会会員の優れた先生方の取り組みがあります(注1)。私の場合も、これにならって学校歯科保健や検診を変えてきました。つまり、こうすれば結果が出るという**ゴールはすでにわかっていたこと**になります。ご参考までに下記に私の「学校歯科保健のあり方について」まとめますが、この報告では、そのゴールに到るうえで苦勞したこと、試行錯誤したこと、気づいたことなどを述べ、今振り返って、どのようにすれば、一番近道だったかという視点でまとめてみたいと思います。

## 学校歯科保健のあり方について

(短期目標) むし歯と歯周病の成り立ちについて教育する

1. 検診の充実、口腔内写真  
→カリエスフリーの量産  
口腔内への気づき、歯を守る心を育てる
2. 事後措置
3. う蝕や歯周病の成り立ちについての授業
4. 保護者への情報提供
5. かかりつけ歯科医の重要性
6. 給食後のフッ素歯磨き

(長期目標) 歯科保健を通して、子供の健康観を高め問題解決できる子供を育成する

## 3. 当地域の特色

私は、地元で2幼稚園（一つは私立）、4小学校、1中学校の学校歯科医を担当しています。そして、子供たちは公立幼稚園を卒園し、四つの小学校に分かれ一つの中学校に戻ってくるため、**幼稚園から中学校卒業まで10年間私が子供たちを受け持てる環境**になっています。

小学校はどこも100人弱の小規模校です。地域の環境は水田や蓮田に囲まれた自然豊かで、人口の流入も少ない穏やかな農村地帯です。3世代、4世代同居が多く（祖父母がお菓子をあげてしまい、乳歯列のカリエスは非常に多く感じてい

(注1)

浪越健男：地域に根ざした歯科医療を模索する。日本ヘルスケア歯科研究会誌，1（1）：28～31，1999。

斎藤直之：村木沢小学校における学校歯科保健の取り組み。日本ヘルスケア歯科研究会誌，1（1）：32～38，1999。

佐々木正見：私の学校歯科保健活動。日本ヘルスケア歯科研究会誌，1（1）：43～48，1999。

五十嵐正：学校歯科保健活動によるう蝕罹患率の改善。日本ヘルスケア歯科研究会誌，2（1）：34～42，2000。

ます), PTA 活動においても大変協力的なところ です。

#### 4. 学校歯科保健への取り組み

平成 10 年 5 月に当地で山口歯科医院の 3 代目として義父と妻とともに診察を開始してすぐ、学校歯科健診がありました。地域から乳歯のカリエスが多い印象を受けました。dft, DMFT, カリエスフリー率などの資料はなく、また、フッ化物についても何も知らないという状況でした。とにかくこのままではいけない、何かはじめようと悩みました。養護の先生や校長先生にカリオロジーの話をしたり、「子供に授業をさせてください」とか、「教職員にも歯科に対する研修の時間をとってください」とか、「昼食後は“からみがき”でなく、“フッ素入り歯磨き”で」とか、「検診結果を蓄積していきましょう・・・」などと今思えばかなり唐突に切り出してみました。学校の反応は、イマイチで(というより、私の申し出や説明が悪くビジョンがよく見えていなかったのだと思います)、学校で子供や保護者、教職員に講演するなんて簡単なことではないのだなというのが率直な感想でした。校長先生に理解してもらい、なんとか学校全体で取り組みたいという気持ちが強かったので、また、何校も担当校を抱えており、一つひとつ話していくのも時間がかかるので、町の教育委員会にかけあってみることにしました。町として理解がいただければ学校を動かすのは早いかな(トップダウン方式)と考えたからです。となると、やはり目に見えて結果が出ることから始めようということでフッ素洗口事業をしてはどうかと持ちかけました。新潟県での取り組みやその結果などを学校保健課の課長さんと話し合い、町としても事業化という方向で進んでいました。しかし、3~4 回議論を進めた頃、保健センターの課長さんから安全性について疑問を投げかけられました。フッ素は害だというホームページを見たそうです。WHO、国際歯科連盟、FDI、口腔衛生学会、文部省、国会答弁などを利用して安全性に問題はないことを説明しましたが、結局、町民から役場に問い合わせやクレームが来たときにすぐ対応しづらいこと、専門団体がそろって認めていても、上(国や県)からの指示・指導がなく、独自で行うのは時期が早いとの理由で頓挫することになりました。

振り出しに戻され、しばらくしたある日、解決策に気づきました。答えは実に単純で、**健診は歯科医師なしではできないのだから健診環境から変えていく**、ということでした。そこで、全学校で口腔内写真をとり始めること、健診における CO の意味を治療勧告書にきちんとのせること(カリオロジーを理解してもらうきっかけとして)、健診ファイルを作成することなどから始めてみました。また、健診時の診査項目として、決められているもの以外にも、適宜必要と思われるものを追加してきました(注 2)。

そうしているうちに養護教諭と信頼関係がとれるようになり、だんだんと授業や講演なども頼まれるようになってきました。その後は軌道にのり、現在にいたります。

#### 5. 学んだこと

ここでは、学校歯科保健活動をするうえでこうすれば近道だなど、実体験の中で学んだいくつかのことをご紹介します。

##### ○まず、健診環境を変えることから始めましょう

健診時に口腔内写真をとり、健診ファイルを作成する。健診ファイルの冒頭には、健診の理念をのせ、新しい学校歯科保健活動の開始を宣言する。

##### ○カリオロジーにおける早期充填から予防への変化を CO を通して、健診のコメントや事後措置のなかに反映させ、情報伝達する

##### ○教職員・児童・保護者向けの情報提供は、おたよりや学校保健委員会、授業参観日、スポーツ大会の日などを利用する

いきなり授業時間をもらえる訳はないので学校行事のある日に 10 分でも講演時間をもらい話しに行く。

##### ○養護教諭とは、事前に何回も話し合う

これが、学校全体として取り組んでいただく第一歩。時間はかかるが面倒がらない。

##### ○養護教諭と太いパイプができたら、保健主事、教頭、校長先生などと少しずつ輪を広げる努力をすること

公立校は数年サイクルで先生の入替わりがあり、一度蓄積したノウハウが、学校にきちんと蓄積される土壌づくりをする。

##### ○その際、どんどん「賞」に応募してもらうこと

校長先生はじめ、各先生にとって、賞をとることは、キャリアを積むことにもなる。一度「賞」をとると、「どこからそんな賞見つけたの?」というくらい、学校もやる気になる。

##### ○ただ、あまりあせらずやること

診療所を変えるには、「院長の決断」・「リーダーシップ」があれば、あとは何とかなるが、学校においては、歯科医師がいかにやる気でも、学校自体(校長先生)がやる気にならないと思うように進まないことがある。

また、学校歯科保健において、学校歯科医はカリエスフリーや DMFT, G の割合の減少などに目がいくが、それでは、学校は動きにくい。学校全体で取り組んでもらうためにも、われわれ自らが学校歯科保健を以下のように位置づけることが必要だと思う。

「口腔の健康を通して、自分の体・いのちの大切さに気づき自己管理していける児童を育てる『いのちの学習』の 1 教材として歯科保健を位置づける」

くしくも日本学校歯科医会 会長の西連寺愛憲先生に、「むし歯が減っただけではロマンがない。それを通して子供の健康観が高まるような指導をしてください」と実地審査のとき、ご講評いただいたのを思い出します。

## 6. 成果

—担当校受賞歴—

### ○大和第3小学校

H13年度：茨城県歯科保健賞

H14年度：茨城県教育委員会および茨城県教育弘済会主催

「教育に関する研究」論文最優秀賞

H15年度：茨城県学校保健・学校安全研究大会

「よい歯の学校」茨城県教育委員会教育長賞

### ○大和第2小学校

H15年度：茨城県学校保健・学校安全研究大会

「よい歯の学校」茨城県歯科医師会会長賞

### ○大和第1小学校

H15年度：茨城県学校保健・学校安全研究大会

「よい歯の学校」茨城県歯科医師会会長賞

H16年度：全日本学校歯科保健優良校表彰最優秀賞（文部

科学大臣賞）

## 7. 課題

○いまだに裂溝が黒い程度でピカピカのインレーを処置されてしまうケースがみられること

○ハイリスク者への対応

○先生の入替わりがあってもノウハウが伝わるシステムづくり

○健診ソフトの導入（現在、1小学校1幼稚園で導入。健診後ただちに統計処理ができて便利）

## (注2) 校医健診コメント

<はじめに>

平成8年3月より学校歯科検診にCO、GOという概念が導入されました。

これらは、放置するとむし歯になりそうな歯を選び出し、適切な指導を受けてもらうことで未然に歯に穴があくのを防ぎ、歯の磨き方などが適切でないために起こる歯肉炎を早期に発見し、適切な指導により歯周疾患を予防する知識と技術を身に付けさせようとするものです。

この背景には、従来の3大予防原則<砂糖制限、徹底した歯ブラシ指導、早期発見、早期充填>では国民の健康な口の中を守るどころか、歯の喪失を止められないことが歯科疾患実態調査等で明らかになってきたことがあります。

砂糖制限については世界143カ国中85位、歯ブラシについても1日1回歯を磨く人の割合96.2%<そのうち2回以上磨く人70%>であり、世界的にもこれらについてはよく達成されています。ところが、むし歯のない人、削ったりしたことのある歯の本数をみても、日本は世界の歯科先進国には程遠い現状です。

一方、ここ20年の研究により、多くの先進国ではむし歯を激減させることができました。

むし歯や歯周病についての成り立ちが解明され、その予防法が確立し、それが国民に正しく情報伝達され、支持されたからです。そういう国では国民は、自分のむし歯や歯周病のかかりやすさを理解し、むし歯の穴や歯周病で、歯がぐらぐらしないように歯科医院を訪れ、自らの口の手入れをしています。

今まで歯科検診はともすると、歯科医院での充填を促すもので

あったように思います。

しかし、賢明な皆様が自分の歯について振り返ってみて明らかのように、小学生のときつめられたままで何のトラブルも起こしていない歯のなんと少ないことでしょう。小さな詰め物は取れてまたむし歯になり、大きな詰め物へ、そしてそれがまただめになり、神経をぬいてかぶせ物に、それも長持ちせず、抜歯になった歯をお持ちの方も多いでしょう。

それに比べ1度もむし歯にならず20歳を迎えられた歯はどうでしょう。

おそらくもっともむし歯になりにくい下の前歯にならそういう歯がみなさん1本はあるでしょう。

その後びくともしないのがお分かりと思います。

私はむし歯のない健康な歯を守り育てるためにこれから学校検診を行います。

そして一人でも多くの子供たちが、自分の健康な体を自分で守ってほしいと思ってもらえるように活動していきます。

そして学校は教育機関ですから、できる限り保護者の皆様や子供たちに、むし歯や歯周病を発症させないための知識を伝達していきたいと思います。

こうしたことの達成には、保護者の皆様の理解とご協力が不可欠です。

子供たちの健康を守るため、ともに歩んでいただけたらこんなに心強いことはありません。

よろしく願います。

学校歯科医；山口将日

### 1. C

削って詰める必要のある進行したむし歯があります。歯の神経だけでも抜かずにすむよう早めに歯科医院を受診してください。また、むし歯が進んでしまった原因を歯医者さんと相談し、そうならないような生活習慣を身に付けましょう。

### 2. C4

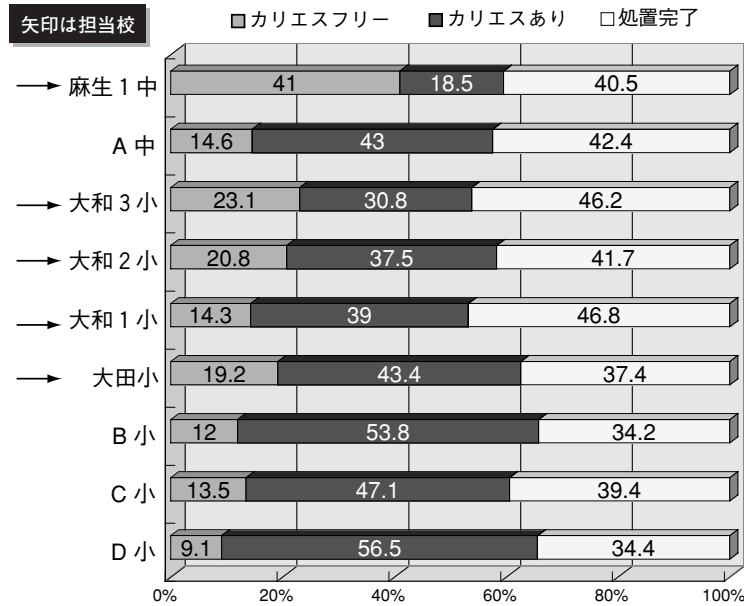
抜かなくてはいけない歯があります。たとえ痛

くなかったとしてもむし歯菌の巣になったり、かみ合わせに影響することもありますので早めに歯科医院を受診してください。また、むし歯が進んだ原因を歯医者さんと相談し、そうならないような生活習慣を身に付けましょう。

### 3. 裂溝CO

奥歯に、現段階では削る必要はないが、むし歯になりそうな溝があります。以前は黒い着色が

あるだけで、むし歯として削ってよしとした時代がありました。現在は、明らかに穴になっていない限りは簡単に削って詰めないのが原則です。COの歯を健康な状態に戻したり、進行を止めたりするには、お口の中の環境を整えること（食生活、むし歯菌、唾液、歯ブラシ、フッ素など）が必要です。放置せず、歯科医に相談し指導や治療を受けましょう。治療としては、

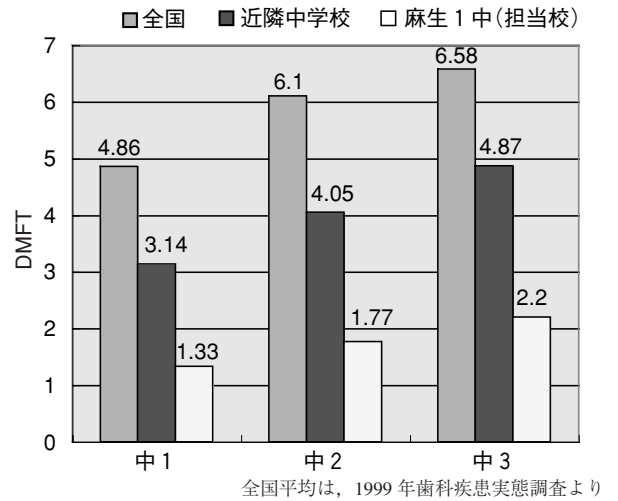


H 15 年度麻生町の現状

DMF 指数とは・・・  
一人当たりのむし歯の保有率

$$DMF \text{ 指数} = \frac{\text{被験者中の DMF 歯の合計}}{\text{被検査者数}}$$

D 永久歯のむし歯  
M むし歯の原因で失った永久歯  
F 永久歯のむし歯で処置が完了している



H 15 年度麻生町の現状 2

溝だけ埋めるシーラントという処置を受けてください。

ご家庭では必ずフッ素入り歯磨きをご使用ください。

\* 問題点として、全ての歯科医院が歯の健康を守り育てる歯科治療を実践できるわけではないことが挙げられます。今までのように早期発見、早期充填を実践している歯科医院では CO がむし歯として削られる可能性があります。ですから、歯科医院にかかるときは先生任せにせず、今までの経緯を説明し削らず、経過管理と指導をしてくれるようお願いしてください。そして、必ず、先生が手をつける前に治療内容を確認してください。

無関心でいれば、むし歯として削られ、つめものが入ってしまいます。十分注意してください。

4. 隣接面 CO

現段階では削る必要はないが、むし歯になりそうな歯があります。以前は黒い着色があるだけでむし歯として削ってよしとした時代がありましたが、現在は、明らかに穴になっていない限りは簡単に削って詰めないのが原則です。

CO の歯を健康な状態に戻したり、進行を止めたりするには、お口の中の環境を整えること(食生活、むし歯菌、唾液、歯ブラシ、フッ素など)が必要です。放置せず、歯科医に相談し指導や治療を受けましょう。ご家庭では必ずフッ素入り歯磨きをご使用ください。

フロスでフッ素をその部にすり込めればなお良いでしょう。

\* 問題点として、全ての歯科医院が歯の健康を守り育てる歯科治療を実践できるわけではないことが挙げられます。今までのように早期発見、早期充填を実践している歯科医院では CO がむし歯として削られる可能性があります。ですから、歯科医院にかかるときは先生任せにせず、今までの経緯を説明し削らず、経過管理と指導をしてくれるようお願いしてください。そして、必ず、先生が手をつける前に治療内容を確認し

てください。

無関心でいれば、むし歯として削られ、つめものが入ってしまいます。十分注意してください。

5. G

歯ブラシでは取れない歯石を伴う歯肉炎があります。放置すると、むし歯や歯周病になりやすくなります。早めに歯科医院を受診し、口腔衛生指導を受けましょう。

6. GO

歯の磨き方などが適切でないため、歯肉炎が起こっています。放置すると、むし歯や歯周病になりやすくなります。歯医者さんと養護の先生の口腔衛生指導を受けましょう。

7. 保険

乳歯の早期喪失のために、この状態を放置すると、将来はえてくる永久歯の歯並びが悪くなってしまいます。早めに歯科医院を受診してください。また、むし歯が進んでしまった原因を歯医者さんやご家庭で相談し、むし歯を作らないような生活習慣を身に付けましょう。

8. 下 2～2 または、1～1 の叢生

乳犬歯または乳側切歯を少し削るか、早めに抜くことで歯並びが改善する可能性があります。一度、歯科医院にご相談ください。

9. 歯並び、かみ合わせ

歯並び、かみ合わせに問題があります。むし歯や歯周病も起こりやすくなりますので、一度、歯科医院にご相談ください。

10. 叢生、捻転、低位歯

磨きにくい歯です。歯ブラシの仕方を歯科医院や養護の先生に習いましょう。歯ブラシの基本は歯面に直角に歯ブラシの毛先をあてることです。

歯ブラシを縦にしたり、斜めにしたり、横にしたりして上手に使ってきましょう。

11. はえかけの歯

生えてきたばかりの歯があります。必ずフッ素入り歯磨きを使いましょう。

その歯のある側の手で歯ブラシを持ち、横から

突っ込むようにして磨きましょう。

12. お口の中に多数のむし歯があったり、むし歯はなくても多数のつめものがありむし歯に非常にかかりやすいと思われます。そのまま放置することは、お子さんの一生の健康をも損ねることになります。むし歯の穴を詰めたりすることはもちろんですが、むし歯が進んでしまった原因を歯医者さんやご家庭で相談し、むし歯をつくらないようにお口の中の環境を整えること(食生活、むし歯菌、唾液、歯ブラシ、フッ素など)が必要です。

これには、ご家族で行うホームケアと、歯科医院で行うプロフェッショナルケアがあります。これらは歯科医院で精密検査(唾液検査、食生活・生活調査)をし、それに基づいてお子さんにあったケアがご家族とともに立案されて行われるものです。

ですから、詳しくは歯科医に相談していただきたいのですが、その中でもとくに手軽で効果的、かつ安全なホームケアについてご紹介しますので、ご家庭で取り組んでみてください。フッ素歯磨きの使用；1日2回以上、たっぷりつけて軽くゆすぐフッ素は歯が溶けること(脱灰)を減らし、溶けた場所への唾液による修復(再石灰化)を促進します。

13. 現在あなたのお口の中は良い状態のようです。いまある健康な歯を守り育てるため、定期的に歯科医院でのプロフェッショナルケアを受け、かつ、きちんとホームケアを続けていってください。

14. 口の中がブランクだらけです。フッ素入りの歯磨き粉を使い、最低1日1回は丁寧に磨きましよう。

15. 悪い習慣(指しゃぶり、爪をかむ、舌突出癖など)はありませんか。発音、嚥下、咀嚼歯並びにも悪影響が出ますので、MFT(筋機能療法)について歯科医にご相談ください

# 『わが国の集団におけるフッ化物洗口の実態』

田浦 勝彦（正会員，東北大学歯学部附属病院予防歯科講師，NPO 法人日本むし歯予防フッ素推進会議事務局長）

本誌実践フォーラム（vol.7no.3 p7～9, 2004）には、『日本ヘルスケア歯科研究会 会員の地域での役割』（神戸市 全保育所フッ化物洗口までの道のり）と題して，近藤明德正会員の実践報告が掲載されました。これは政令指定都市として全国に類を見ない取り組みの成果であると思います。そこで，私はNPO 法人日本むし歯予防フッ素推進会議（以下，NPO 法人F 会議）が行ってきた集団におけるフッ化物洗口の最新調査とその推移について報告いたします。会員の地域活動の参考にしていただければ幸いです。

## 1. 45 道府県，3,923 施設，396,702 人が集団フッ化物洗口を実施中

わが国の集団フッ化物洗口実態は最新調査（2004 年 3 月末時点）によれば，45 道府県 3,923 施設 396,702 人の参加状況でした。本調査は，NPO 法人 F 会議が全国 8 ブロックに所定の様式を送信して調査を依頼し，都道府県単位での集計を行ったものです。前回 2002 年調査に比べて，972 施設の増加（32.9 % 増）で，実施人数で 92,890 人の増加（30.6 % 増）でした。図 1 に調査回ごとの推移を示し，表 1 には都道府県別 2002 年と 2004 年調査結果を示しました。都道府県間に大きな開きがありました。

## 2. 都道府県格差の是正へ向けた取り組みの必要性

フッ化物洗口は，う蝕予防効果が高く（30～50 %），手技が簡便で安全性が高いう蝕予防方法です。また，集団で実行できるという公衆衛生的な特性を具備しているう蝕予防手段

でもあります。保育園と幼稚園，小・中学校で行うフッ化物洗口は経済的（1 人あたり年間 200 円から 400 円）であり，継続性という面でも効率的です。これの集団利用によりフッ化物洗口に参加する子どもたちに低濃度で頻回にフッ化物イオンが供給されて再石灰化環境づくりに等しく寄与します。集団フッ化物洗口は科学的な根拠に基づいた公衆衛生（Evidence Based Public Health）の一つにあげられています。

わが国の集団におけるフッ化物洗口は，1970 年から新潟県において始まりました。この結果を裏付ける成績が得られています。2000 年日本歯科医師会による 12 歳児平均 DMFT の調査によれば，新潟県の 12 歳児の平均 DMFT は 1.8 で唯一 2 を切った県であり，しかも，フッ化物洗口実施校の平均は 1.2 でした。

さて，2004 年調査の道府県別では，11 の府県が 1 万人以上実施しており，実施人数の多い順に新潟，愛知，静岡，佐賀，富山，京都，愛媛，長野，山口，鹿児島，香川である（図 3，表 1）。これらの 11 府県で全体の約 71 % でした。

一方，未実施の東京都，奈良県と実施施設一桁台の 7 府県（秋田，茨城，千葉，三重，大阪，鳥取，岡山）の 9 府県の総数は 25 施設，2646 名（0.7 %）に過ぎません。

図 2 と表 1 から明らかなように，都道府県レベルでの平均 DMFT，公衆衛生的方策に格差が存在します。歯科界には，地域全体の口腔の健康づくりにどのように取り組むかという課題が与えられていると思います。

## 3. 健康日本 21 とライフスタイルづくりと環境づくりと

21 世紀における国民健康づくり運動（「健康日本 21」）の項目に「歯の健康」が取り上げられ，2010 年を目途とした小児のう蝕予防の目標値の一つに「12 歳児における 1 人平均う蝕数を 1 歯以下にする（基準値 2.9 歯）」があげられています。

これの達成方策として，個人的なフッ化物利用であるフッ化物配合歯磨剤の使用の増加を 2010 年に 90 % 以上にあげる（基準値 45.6 %）という個人のライフスタイルづくり，診療室からの支援が必要であると思います。と同時に，地域環境づくりとして，集団フッ化物洗口の実施により集団全体の底上げをはかることが重要であると考えます。今後，健康日本 21 の諸目標を達成するためには，集団と地域を包括するう蝕予防手段の目標設定も不可欠でありましょう。

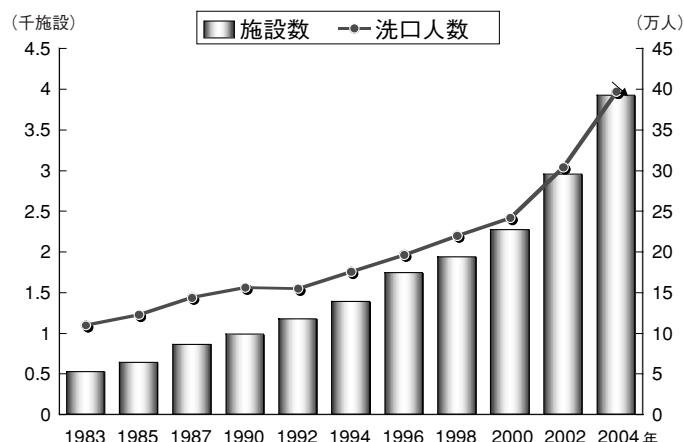
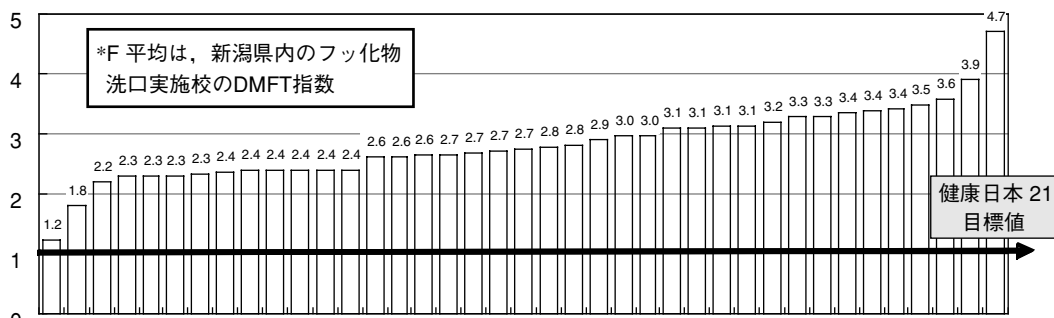


図 1 集団フッ化物洗口実施状況の推移

表 1 都道府県別の集団フッ化物洗口実態調査結果

道県	2004		2002		府県	2004		2002		府県	2004		2002	
	施設数	人数	施設数	人数		施設数	人数	施設数	人数		施設数	人数	施設数	人数
北海道	149	8,688	146	8,915	石川	36	1,205	43	2,255	岡山	6	1,372	6	1,326
青森	39	4,898	19	4,696	福井	68	2,869	48	2,345	広島	55	2,106	52	2,142
岩手	27	1,640	3	508	長野	94	17,141	61	18,220	山口	127	16,703	40	5,043
宮城	39	4,000	33	3,705	山梨	19	876	14	701	徳島	42	2,490	9	240
秋田	1	60	0	0	岐阜	37	4,448	23	3,232	香川	66	10,782	44	7,194
山形	91	9,430	77	8,596	静岡	322	30,663	172	21,278	愛媛	114	17,787	86	13,893
福島	60	7,124	65	7,148	愛知	311	41,882	108	16,720	高知	22	810	22	712
茨城	2	142	0	0	三重	3	135	1	24	福岡	29	2,732	26	2,167
栃木	15	1,655	17	1,848	滋賀	59	8,370	45	7,316	佐賀	306	24,558	234	13,486
群馬	44	2,061	31	1,351	京都	121	19,617	120	17,287	長崎	141	9,493	111	8,236
埼玉	82	8,234	33	3,678	大阪	1	175	0	0	熊本	129	5,145	99	3,381
千葉	8	624	7	384	兵庫	11	658	9	521	大分	12	339	0	0
神奈川	14	1,206	12	1,262	和歌山	37	2,454	19	1,658	宮崎	81	2,866	571	2,050
新潟	767	81,403	781	79,378	鳥取	6	138	0	0	鹿児島	84	11,415	58	11,000
富山	149	19,897	151	15,807	島根	68	4,538	43	2,035	沖縄	29	1,873	26	1,444

DMFT指数



\* 新 広 香 千 長 山 京 東 岐 静 岡 鳥 滋 富 島 兵 愛 愛 徳 大 山 群 青 岩 福 埼 福 佐 山 茨 三 長 宮 熊 宮 高 秋 沖  
平 潟 島 川 葉 野 形 都 京 阜 岡 山 取 賀 山 根 庫 媛 知 島 阪 口 馬 森 手 島 玉 井 賀 梨 城 重 崎 城 本 崎 知 田 綿  
均

図 2 全国の 12 歳児平均 DMFT (資料) 日本歯科医師会調査 2000 年  
\* ; 新潟県内のフッ化物洗口実施校の DMFT 指数を示します。

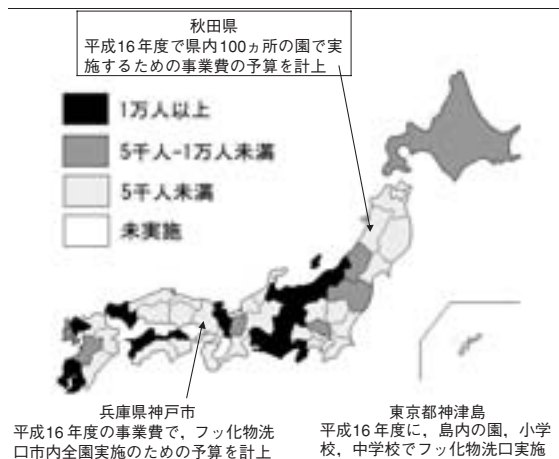


図 3 フッ化物洗口の実施人数の分布

国民の歯の喪失の抑制，ひいては健康日本 21 の目的である「国民の QOL の向上」，「健康寿命の延伸」に貢献することができるものと考えます。

4. 今後の展望

最新の動向としては，本誌で取り上げられた兵庫県神戸市の事例の他に，秋田県の 2004 年度の事業費では県内 100 カ所の園でフッ化物洗口を実施するための予算を計上し，また未

実施であった東京都でも，すでに神津島では 2004 年度に東京都歯科医師会が中心となってフッ化物洗口が開始されてきています。これらの行政的な取り組みに，歯科医師会ははじめ口腔の健康を推進する多くの歯科関係者がかかわっています。多くの関係者の協力があれば，今後の集団フッ化物洗口はさらに拡大すると思います。

さて，近藤明德正会員の「診療室から地域へ」の項に提示されている「日本ヘルスケア歯科研究会の地域での目標を持つ」という「2. 地域の 12 歳児でカリエスフリー 90 % 以上を実現する」とはとてもすばらしい目標だと思います。かのスウェーデンの 12 歳児のカリエスフリーは 62 % (2002) です。すでにカリエスフリー 90 % に近い地域が日本にも存在します。新潟県弥彦村です。ここでは，集団フッ化物洗口にフィッシャーシーラントを組み合わせた方策を採用しています。

診療室と地域の各々における健康づくりは不可分の関係にあります。両者が有機的に働いてこそ，住民の口腔の健康づくりに貢献できるものと思います。

# 院内のネットワーク

濱口 茂雄（会員・那覇市開業・浜口歯科医院）

## 小規模医院の ネットワーク構築術

沖縄の那覇市で開業して、もうすぐ10年になります。ユニット3台の小規模な医院です。つい先月ファイルサーバーが搬入され、本格的なLANによるネットワークを構築することができました。

これは昨年4月に、デジタルカメラを購入したことがきっかけでした。デジカメ購入の理由は、ヘルスケアのデータ管理ソフト・ウイステリアが、Windowsでも画像管理をできるようになったこと。デジタルカメラがかなり安くなったこと。そして、一番の要因は、「撮る・見る・見せるデジタル口腔内写真」（月星光博著）を読んで「これなら行ける」と思ったからでした。

この1台のデジカメの導入で、あれよあれよという間に、パソコンが増えてきて、とうとうサーバーまで入ってしまいました。この流れは、本当に急激でした。参考までに、これまでの経緯を紹介させていただきます。

### ・ヘルスケアに入ったきっかけ、動機

ひょんなことから、いまや伝説の「フォーラム DEWA」スタッフミーティン

グに初めて参加させていただいたのが12年前です。来院患者全員の口腔内写真を撮影するという姿勢がなんとも新鮮で、すごくかっこよく見えたのです。「よし、自分も開業したら、全員の写真を撮るぞ!」と固く決心してしまいました（図1）。

### ・今までの道のり

初めてパソコンを購入したのは、8年前です。Macだったのですが、私は相当なパソコン音痴で、まったく使いこなせませんでした。ただ、そのMacですが今だ健在で、医院のインターネット用で使用しています。

4年前、初めて医院にWindows機を導入しました。ウイステリアが発売され、なにはさておき、サリバテストの結果を手書きから印刷物に変えたい一心で、パソコンを1台購入し、カウンセリングルームに置きました（図2）。その後、患者データの入力には、受付にパソコンを置く必要があると判断し、もう1台購入。スタッフの努力で、ほどなく全患者データの入力が完了しました。

この頃私は、パソコンはすぐ故障し、古くなると思い、できるだけ安いものを買入していました。OS<sup>\*1</sup>は、WindowsMeで、

CPU<sup>\*2</sup>は500～800MHz、メモリ<sup>\*3</sup>は64MB、HD容量は20GB、CDドライブのみです。モニタつきで、7～8万円の代物でした。

3年程前、医院にある3台のパソコンでLAN<sup>\*4</sup>を構成しようと思いました。しかし、まったく通じません。困ったあげく出張パソコンサポートの方に見ていただきました。LANポートの相性が悪いとのことで、部品を交換したらすぐにつながりました。この経験から、パソコンのことは、音痴の私には到底判断がつかないとあきらめ、すべて彼にお任せすることにしました。ちなみに、彼は今、当医院の患者さんです。

その後、私のパソコンに対する考えが一変しました。パソコンは、壊れるものだが、すべてが壊れるわけではない。使える部品は使いつつ、壊れたものは交換、またはグレードアップすればよい。そうすれば、パソコンを安心して長く使えると。

3台のLANで、昨年4月より、口腔内写真の画像管理も行いました。これまでのアナログデータに比べて、断然見やすいし、見せやすかったです。管理もしやすく、大きな進歩でした。ただ、お見せできる場所が1カ所<sup>5</sup>で、多少の不便はありました。

そんなとき、問題が発生しました。これは、当医院のパソコンのスペックの問題なのかもしれませんが、パソコンに相当な負荷がかかるためか、3～4ヵ月に一度、ウイステリアのフォントが文字化けしてきて、ファイルメーカーが開かなくなるのです。システムがやられるようで、結局HDを初期化するほか手段はなく、それほど手間はかからないのですが、復旧に半日潰れることが何回かありました。この夏に2台が一度におかしくなったため、サーバー導入を決意しました。



図1 アナログ時代

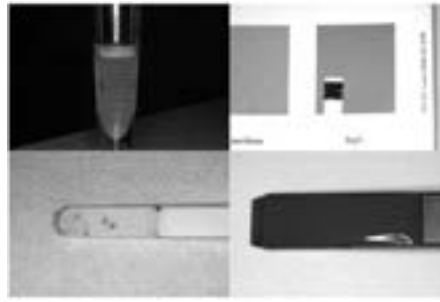


図2 Windows機の導入

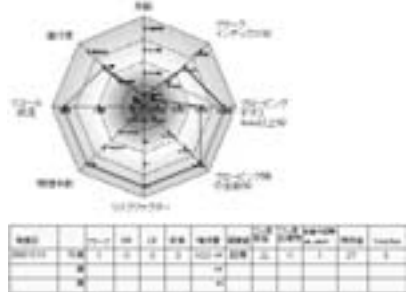
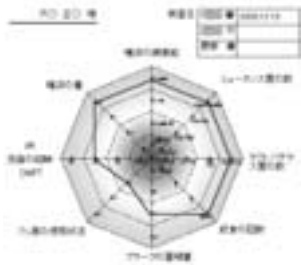


図3 Windows Serverでネットワークを構築





カリエスリスク検査



参考症例：70歳男性。ローリスクとメインテナンスで口腔の健康を維持。

を導入することにしました。

次に、今、いいカメラが欲しいです。現在ソニックテクノ社製のニコン D100 バージョンを使用しています。ストロボのバッテリーやレンズの明るさの点で、少し物足りません。ただ、いいカメラ(レンズ)は高いので、思案中です。

デジタルレントゲンの導入も今後の課題です。今のアナログレントゲンでも何の不自由もないのですが、被曝線量の軽減は魅力です。皆さんが、うまく使うようになり、ウイステリアで管理できるようになったら考えようと思っています。

・活用して気がついたこと

費用対効果ですが、とくに小規模医院では、重要な課題だと考えます。当院のネットワーク構築費用は、相当安くできあがりしました。通常に構築する費用の半額以下だと思います。それでもデジカメ込みで100万円以上はします。これを投資と見るか、趣味の世界と見るか？ 価値観の問題もあると思いますが、本当にびっくりするくらい、使い勝手はよいし、患者さんには好評です。

また、参考までに、ソフト・液晶モニター・パーツなどの購入では、Yahoo オ-

クション\*8を利用しています。ファイルメーカー5であれば、正規版でもかなり安く入手できますし、ほんの少し前、ファイルメーカー Server 5.5 の新品未開封品が3万円台で取引されていました。興味のある方は、利用してみるのもよいかもしれませんね。

次に、バックアップについてですが、これは重要です。ただ、過剰なバックアップは長続きしないので、必要最低限でよいと考えています。ウイステリアは、容量が少ないため、CD-RW を2枚用意して、毎日交互に上書き保存しています。生写真データは、DVD-RW を2枚用意し、毎日交互に2日分を保存しています。一番厄介なのが、容量の多い New File です。最初は DVD-RAM に保存していましたが、すぐに一杯になってしまいました。そこで、外付けの HD を1台購入し、New File 専用にして、毎日その日の更新分を保存しています。HD の電源は、念のためにバックアップのときにしか入れません。そして、本当にいざとなったら、SOS を出して、サーバーのミラーリングのお世話になろうと考えています。

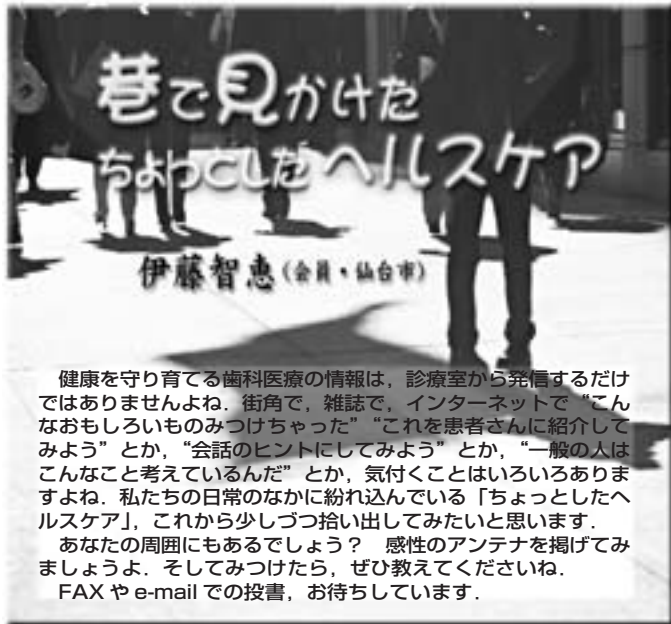
・まとめ

今のパソコンは、大変使い勝手がよくなっていて、用途を限定すれば、もう家電のように簡単に使用できます。ただ、HD は消耗品といわれるように、いずれは壊れます。そのときの対応が充分できるようにしておく必要があるようです。私のようなパソコン音痴でも、信頼できる人にお任せできれば、充分 LAN を活用することができます。

小規模医院では、ネットワーク構築が過剰投資になりかねません。ただ、デジタル化にいったん手を染めると、あまりの使い勝手のよさに、LAN によるネットワーク構築まで一気に進んでしまうのは、流れとして必然なのかもしれません。

当医院の場合、多分に幸運もあるのですが、あまり無理をせずにネットワークを組むことができました。ネットワークと聞くと、なにやら敷居が高いように思われがちですが、結構気楽にできました。皆さんもどうぞ肩の力を抜いて、ネットワークを構築して、ウイステリアをどんどん活用してください。きっと好評を博しますよ。





## 第14回

### 「真っ当な情報提供って？」

10月某日、都内で行われた、ある講演会に行ってみました。これは、審美歯科を主に行う某医療法人の理事長が何冊目かの一般向け書籍を出版したので、その出版記念無料講演相談会を行う、というものです。

出張中に目にした東京新聞のテレビ欄に出ていた広告を見て、思わず目が点になった私。これは、潜入して、いったいどんなことをどんなふう話すのか、知っておかなくちゃ、というわけ。

広告に出ていた内容は、「信頼できるインプラント治療の受け方」「インプラントに関するQ&A」「超短期間（非抜歯）矯正の受け方」。日曜日の1日、第1回11:00～、第2回13:00～、第3回15:00～で、さらに16:30～超短期間（非抜歯）矯正・審美歯科説明会を開催します、とあります。場所は都内の超高級ホテルの宴会場。なのに、参加費は無料。主催は出版社で、講師が著者である医学博士S先生になっています。

まずは、講演会から聞いて、その後説明会に出てみようかなあと、第3回の時間に行ってみました。

そんな超高級ホテルの宴会場なんて、普通は縁がないので、恐る恐る会場に向かいます。館内で迷ってしまって（ちょっと、情けないですね）、到着したらすでに開始時間が過ぎていました。

受付にいるのは、その医療法人の名称を胸にした数名の女性。ホテルマンはもちろん、出版社の名前も見当たりません。受付で、アンケート用紙に記入します。仙台って書いていいのかなあと思いながらも、ちゃんと正直に本名と住所を書いちゃった。

アンケートには、「この講演会を何で知りましたか？」

という質問があり、私が見た東京新聞だけでなく、朝日、毎日、読売の他、いくつかの週刊誌の名称も。そんなにたくさんの広告を出したのね！ 広告料、すごかっただろうなあと、思わず下世話な心配しちゃった。

渡された資料の上には「B 68」という番号札。これはあとで、相談のときに使いますって。資料の中身は、その医療法人のパンフレット2種と、ノーベル・バイオケア・ジャパン株式会社作成のブローネマルクシステムのパンフレット2種の、4冊。そして、診療室で使える「インプラント特別相談会＜無料＞」のチケット。

会場に入ると、まずは相談コーナーであろう机が四つ。その前に、たくさんの椅子が並んでる。そして、左手奥ではS先生の講演が行われています。講演なのに、スーツではなく、おろしたての糊の利いた（折り目がのこっている）白衣を着ている。たしか大学にいたとき、白衣を着て講義に出たら、「白衣は作業着だ。作業着を着て講義に出るとはけしからん！」と教授におこられたものだけど、作業着を着て講演するってのはありなのか～と、そこでまた、目が点になったの。

約20分の講演の内容は、以下の通り。

まずは、ご自身がアメリカで教育を受け、教育資格を取り、スウェーデンのブローネマルクのところにいき（というように、アメリカやスウェーデンの写真がスライドで出てくる）、世界最高の技術を身に付けています、という自己紹介。

「インプラントは、ちょっと講習会をうけたという人ができるような、日曜大工的な治療ではありません。そういった、できない人たちが安易にインプラントを行うので、当グループで行うインプラントの1/5は、他院での失敗のリカバリーです。」

「最新の設備、専用のオペ室、無影灯を設置しています。そういった設備のないところでは、インプラントをしてはいけません」

「厚生労働省でも、病院選択や格付けの条件として手術例数を基準にしようとしています（と、新聞記事を提示）。当グループは年間1,000本以上のインプラントを行っています。インプラントの専門医なのです」

「医療でもっとも大切なのは、継続性。インプラントを行っていても、流れ包丁のようなアルバイトのドクター、高齢なドクターでは、継続して行えません」

「（臼歯部がすべて欠損して、上下前歯しかない症例を提示して）通常の診療室では、こういった場合、技術がないので4回に分けてインプラントを入れますが、当院ではまとめて10数本、一気にインプラントを入れることができます。患者様のご負担は、1回だけ。とてもご負担が軽いのです。これも、技術と設備が優れているからです」

「（6が欠損している症例で）こういった患者様の場合、インプラントを行わなければ、神経を殺してガーッと歯を削って、ガバツとしたのをいれるのですが（大きな声ですごい耳障りな擬音の出し方で話してた）、インプラン

トならば、そういったことはありませんから、とても身体に優しい治療なのです。ですから、当グループにはリピーターが多い。一度インプラントを経験すれば、次もまたインプラントを望まれるのです」

「(出版した本をさして) この本はご覧の通り、AMAZON.comでインプラントで検索すれば第1位になって出てきます。それだけ多くの方に読まれて、評価されているということの証明です。インプラントをするのであれば、この本を読むのが安全な方法なのです」

とまあ、こんな具合。会場には20名ほどの参加者がいて、頷いている人も散見され・・・

その後は、相談コーナーに移って個別相談にはいるとかで、私はさすがにいかなかったけど(だって、欠損歯もないもの。相談しようがないよね)、数名の方が向かわれていました。

その他、会場には展示物。10数本一気にインプラントを埋入した患者さんの口腔内写真(正面のみ)とパノラマレントゲン写真があったけど、写真はピンぼけ、残存歯はすべて未治療の歯周病で、そっとため息をついたものです。

私の目的の一つは、「最短非抜歯矯正治療」の話を知ることでしたので、そばに来て相談コーナーに誘導しようとするスタッフに、「矯正治療のことを聞きにきたんですが」と尋ねると、それは16:30からの説明会ですって。その時点で、まだ15:20。お茶して、頭を冷やそうっと。

16:30、再度会場にもどります。

今度の講師は、そのグループに所属するK先生。やっぱり、パリパリ音のしそうな白衣姿。UCLAで審美歯科専門の資格を取ったということですが(そんな資格、あったっけ?)、「治療には説明責任が必要ですから治療後のシミュレーションを・・・」なんて話してる。シミュレーションではなく、シミュレーションでしょ。英語、ほんとに話せるのかなあ?

まずは、前歯部の審美補綴。上顎前歯部に3~4mm程度の(-)ALDがある患者さん。「すこ~しだけセラミックをのせて、歯並びを変えました」と、6本のオールセラミックスクラウンになった写真が出てきます。あの側切歯の歯冠歯根軸はどうなっているのかしらと、私は長期の予後が非常に心配なのですが、当然抜随してるよね・・・でも、さっきのように「ガーッと歯を削って神経を殺して」なんて言葉は、でてきません。次の症例のわずかな正中離開の患者さんでも、「コンマ何ミリですが、歯を触らしていただいたあと、うす~くラミネートをのせます」と、あくまでソフトな単語選び。「矯正治療と、このようにすこ~し歯を触らしていただくのと、どちらが理想的な状態でなおせるのかを、よく話し合っ決めてます」とは言うけど、これ、インフォームドコンセントにはなっていないよね!

次のテーマは、レーザーホワイトニング。「Nd:YAG

レーザーという最新のレーザーでホワイトニングを行っています」ということ。提示された症例は、なんと上下4切歯だけが萌出して(しかも側切歯はまだ萌出途中!), 乳犬歯、乳臼歯がぜんぶ残っている子ども! 上下4切歯にステインが確かに付着しているけど、これはPMTCで落として、あとは食生活を含めたホームケアでコントロールすべきでしょと、怒りを乗り越えてあきらめてしまいました。完全に、力抜けたなあ。ここに持ってきたということは、これがもっとも効果を実感させられる写真だったからだろうけど、あまりといえば、あんまりです・・・

そして、最後。「年間1,000本という、当グループでつちかったインプラントのノウハウを駆使したSMAP矯正です」なんて、SMAPは東北大学で開発したものよ! スライドに出ているシェーマも、東北大の論文のなかの図でも、出典の明示は全くなし。なんだかなあ・・・

簡単に早く非抜歯でというけれど、提示された5症例は治療期間もあまり短くなく、前歯部の被蓋はあるものの歯軸も改善されず、臼歯部はほとんど咬合しておらず、なかには大白歯の反対咬合を作っていたりして、あまりのお粗末さに笑えてきました。でも、「決して試行錯誤することなく、明確な治療結果を最短で獲得します」なんて言うんだもの・・・

参加者は、スタッフ以外はたったの5名で、ほっとしたけどね。これを審美歯科だと多く的一般の方に勘違いされたら、審美歯科をまじめに行っている先生は、怒るよ。矯正歯科の私だって、怒って当然でしょ。

相談コーナーで、よっぽど議論してやろうかと思ったけど、参加者がだれも相談に向かわなかったのもういいやと、そのまま出てきました。

そんなひどいセミナーのことを、なぜ「ちょっとしたヘルスケア」で取り上げるのかって? それはもちろん反面教師だから。覗き見趣味じゃないよ。告発でもないし。

考えさせられることは、いろいろとありました。

まず、白衣。単なる作業着のはずだけど、医療者の優位性(パターナリズムの最上位)のシンボルでもある。白衣を着た人に、威厳を感じ、それだけで信頼してしまう患者さんもいるということ。確かに、幼児は白衣を怖がる人が多いけど、短い人生の最初に、白衣を着た人に怖い痛い思いをさせられたことが記憶に残るのよね。それを繰り返し刷り込まれていたら、白衣はいやな医療行為のシンボルになるだろうな。反対に、いい医療行為であっても偉い人、すごい人のシンボルにもなる。白衣には、患者と医療者は同等だ、という発想からかけ離れた存在感と意味があるのよ。私たちが、なんの気なしに着用している白衣、患者さんたちはどういった思いで見ているのだろうか? もし白衣が無言のプレッシャーや権威になっていたら、ヘルスケアの導入には配慮が必要よね。

次に、欧米志向。アメリカ、ヨーロッパの先進性を利用し、こちらを権威づける手法。欧米人崇拜なんて、過去のものだろうに。留学を誇ることに、何の意味もないのに。それでも、それをありがたがる風潮は、確かにある。ドクターだって、欧米からの講師というだけで、いい話を聞けそうだという錯覚を持つ。でもね、ほんとはそうじゃないよね。その人が欧米人であろうがアジア人であろうが、日本人であろうが、きちんとした業績を持つから、聴衆の心をうつのよね。どこで勉強しようが、きちんと当たり前の努力を積み重ねるからこそ、いい医療ができるのよね。これ、出身校比較や、大学と開業医の比較とも通じていて、本質とは違うところで差を見いだそうとすることへの警鐘にも感じます（出身講座からもらった感謝状の楯、しまっちゃおうっと）。

そして、インフォームドコンセント。治療法を話すとき、ドクターがとりたい手法を優位に、とりたくない手法を劣ったように、表現していないだろうか？ 複数の手法を客観的に説明し、リスク／ベネフィットを端的に表現し、その上で患者さんが自分で選択できるように、配慮しているだろうか？ 何か新しい治療法や検査法をやってみたくて、それを患者さんが選択するように誘導していないだろうか？ 説明に医療者側の主義主張だけが反映されていたら、患者さんは、自分で選んだことにならないという大切なことを、医師の裁量という名目で隠してしまっていないだろうか？ そんな話し方を、私、いつもしてないかなあって、振り返ることができたの。医療行為の選択権は患者さんにある。それを真っ当に保証するような説明をしなければ、インフォームドコンセントにならないのよね。

そのためには、患者さんも医療リテラシーを向上させなければいけない。その支援を、私たち医療者はしなければいけない使命もあります。幸い、「医療と向きあうためには、患者側も変わらなければならない」（患者も『病院任せ』卒業を 10月19日読売新聞）というような記事も増えてきました。「小学校や中学校の保健の時間でいいから、病院にかかる時は、自分が十分に理解できるまで医師の説明を聞くこと、一方で、自分でも努力して病気の情報を集めることが大切である、と教えてほしい。それが当たり前のことであり、自分の体を病院に任せきりにしてはならない、と知ってもらいたい（点滴ミスで1歳のお嬢様を亡くされた菅俣弘道さん、文子さん）」というように、医療を受ける側も変わろうと努力しているのよね。そして子どもだって、自分の医療を納得して選択する権利が保証されていることも、菅俣さんご夫婦は周知してくれているようで、うれしいコメントです。

そして、セカンドオピニオンをもっと普及することも、ぜひ必要ですよ。日本ではまだまだなじみが薄いけど。私も、こんな経験をしました。一般歯科から紹介されて来院された矯正治療ご希望の患者さんがいて、いろいろな治療の選択肢を提示して意見を述べ、迷われているようだったから、セカンドオピニオンの手続きをしたら、紹

介元の先生が怒って電話かけてきた。曰く「自分を信用している患者さんだから矯正治療について話して紹介してやったのに、セカンドオピニオンを勧めるなんて、紹介した自分と患者との信頼関係を壊すことだ！」と。びっくりしちゃった。医療者側の認識も変えていかないと、患者さんが自分で判断できる能力や医療リテラシー能力は、あがらないよね（その患者さん、どうしたかって？ セカンドオピニオンを求めて、十分納得して、晴れやかな表情で戻ってきました。もちろん、前向きに治療行って、信頼関係は良好よ）。

患者をあらわす patient という言葉には、「我慢強い人」という意味がありますね。それでは医療のパターナリズムそのものだ、という反省のもとに、医療サービスを提供される人を consumer と呼び変えて、患者と医療者は対等な関係だ、という運動がおこり、医療サービスを適正に行おうとされています。それが、「患者満足」を求めることにつながっています。ヘルスケアの「ケア」部分は、まさに患者満足の医療サービスを提供するもの。でも、それが行き過ぎてしまうと医療ビジネスになってしまいかねない。危ない要素もはらんでいるのです。

じゃあ、その線引きは？ そして、セミナー商法やモニター商法に比喩される個人の診療情報提供手法は、私たちが行う市民公開講座などの情報提供と、どちらがうのでしょうか？

答えはきっと、「自分の提供している医療サービスは、目の前の患者さんに最適なものだろうか、必要最小限の介入だろうか」と自問自答する心と、それを説明するための規格性のある資料の採取の継続と、エビデンス&ナラティブ・ベースドであろうとする姿勢とを持ち続けること、なのかもしれません。

先にあげた菅俣さんご夫妻のコメント「最後に患者の命を守るものは、患者の痛みを知ろうとする想像力や、患者の苦しみに共感する気持ちではないでしょうか。だから、私たちは医療スタッフの心に訴えていきたいのです」。医療事故ではなくても、患者さんの健康を守る私たちは、この思いを受け止めて、真っ当な情報提供と医療提供をしていきたいものです。

知識とスキルとマインドと。医療の三位一体を常に意識して、それぞれの要素を大きく深くしていけば、私たちの医療行為は、真っ当であろうと信じたいこの頃です。



# ヘルスケア フォーラム



## 禁煙サポートセミナーに参加して

大見 薫（勤務医・東京都江戸川区・宇田川歯科医院）

平成 16 年 9 月 26 日、駒込の電通生協会館にて尾崎哲則先生による禁煙サポートセミナーがおこなわれました。タバコについての基本的知識、タバコと口腔疾患との関係、禁煙のステージと禁煙支援の特徴について、スモールグループディスカッションもまじえながらお話いただきました。

タバコは本人だけの問題ではなく、より害のある副流煙は家族にまで健康被害が及びます。低タールタバコも血中の一酸化炭素が増えたり、副流煙が増えたりで健康とはいえません。また「タバコでリフレッシュ」などと喫煙者はいいますが、ニコチン中毒になって薬物で「ラリって」いる状態を、はたして「リフレッシュ」といえるのでしょうか、などのお話でした。私は今までタバコについて深く考えたことはありませんでした。自分自身も喫煙経験がなく、単に体に悪いものという考えしかなかったので、今回の禁煙サポートセミナーに参加して自分の知識のなさに気付きました。

実際の禁煙サポートでは喫煙者を ① 禁煙を考えていない無関心期、② 禁煙に関心がある関心期、③ 禁煙を実行する準備期、④ 実行期、そして⑤ 禁煙の成功を維持する維持期の各ステージに分けて対処しています。禁煙支援をおこなうポイントとしては、禁煙の各ステージにある喫煙者を次のステージに進める。長期間の成功にいたらなかった場合は次の新たな試みを進める。長期の禁煙継続のための支援をおこなうなどがあげられ

ています。また、ニコチンパッチを処方するには注意が必要とのことでした。十分な知識と体制を整えた医院でしか扱えないと思いました。当院では、ニコチン依存度テストで依存度の低い方しか禁煙支援ができません。しかし現状では、それもまだ不十分です。

この禁煙サポートセミナーに参加してみても私自身、タバコに対する認識が大きく変わりました。これをきっかけに患者さんに対して、より一歩踏み込んだ対応をしていきたいと思っています。そして他の喫煙者を担当している歯科衛生士とともにミーティングを持ちながら、どうしたらその患者さんにとって一番いいのかを考えていきたいと思いました。これから医院全体でもっと勉強し、協力し合っていきたいと思っています。



## 歯科における禁煙サポートへの期待

村田 尚子（歯科衛生士・水戸市・村田歯科医院）

歯周病管理を行うなかで、喫煙はメンテナンスを難しくする原因のひとつです。一生懸命ヤニを除去してもくり返し付いてくる着色。そして歯肉の血行不良、角化、色素沈着など、なかなか健康な状態を維持できません。

日常診療を続ける中で、歯周病管理を充実させるには禁煙は必要不可欠だと思います。真剣に禁煙支援について勉強することにしました。まず、禁煙サポートを行う上で必要と思われた患者心理学の勉強をした後、医科の先生が行っている禁煙セミナーに参加してみました。

その際、講師の先生に、「医科は病気で来院する人が禁煙支援の対象になるが、歯科は全身的に健康な人が多く来院し、低年齢からずっと継続して診ていける」「肺は直接見ることはできないが、口腔内は直視できる」「1週間に1回と短期でチェックできる」など禁煙サポートにおける歯科の利点を指摘されました。

しかし、まだまだ日々の臨床に禁煙支援を取り入れている歯科医院は少なく、行っても期待したほど効果が上がらず戸惑っているのが現実だと思います。

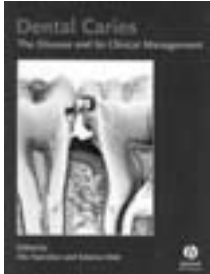
そんな中、去る 9 月 26 日、日本ヘルスケア歯科研究会関東研修会の禁煙サポートセミナー「もっと知ろう！たばこと歯周病」が、講師に日本大学歯学部の尾崎哲則教授を招き開催されました。たばこについて必要な基礎知識を勉強した後、禁煙に無関心な段階から実行までの各時期をステージ分類し、それをもとにサポートの理論と実際を学びました。禁煙に関する資料も数多く用意されていました。

今後、歯周病管理の中に禁煙サポートを組み込んでいく上で、大変有意義なセミナーでした。口腔衛生の一環として禁煙を勧め、それが患者さんの健康維持に役立つことができれば素晴らしいことだと思います。



## 書評

### 『Dental Caries The Disease and its Clinical Management』



編者  
Ole Fejerskov,  
Edwina Kidd  
368 ページ  
2003 年  
Blackwell  
(Munksgaard)

### Dental Caries The Disease and its Clinical Management が出版されて

東京都開業 景山 正登

Anders Thylstrup, Ole Fejerskov の編集による Textbook of Clinical Cariology の第 2 版が 1994 年に刊行されてから 10 年、待望の Cariology の教科書 'Dental Caries' が出版された。編集者は Ole Fejerskov と Edwina Kidd であり、昨年 2003 年に Blackwell (Munksgaard) から発刊された。この本の特筆すべき点は、Cariology に関する記載だけでなく修復学にも触れていることである。臨床カラー写真が多数掲載されており、その写真とともに本文を読むことで、実践的な

蝕管理の本質が理解できるであろう。

本書は欧米の 30 人の著名な Cariologist の分担執筆により、22 章から構成されている。各章の内容は、第 1 章；歴史的観点から近代 Cariology について。第 2 章；口腔の健康と疾病を決定する重要な因子である唾液の分泌作用と構成。第 3 章；口腔内細菌叢とバイオフィルム。第 4 章；歯と口腔溶液との化学的相互作用。第 5 章；Caries の臨床学的、組織学的根拠。第 6 章；Caries 診断法について歯、個人、集団の見解。第 7 章；Caries の診断法について臨床診査とレントゲン診査。第 8 章；新しい Cariology の診断と定量法。第 9 章；Caries の診断が重要な役割を演ずる疫学。第 10 章；生物学的見地から、Caries の '処置' と '予防' とは何を意味するのか、予防的非保存修復治療について概説がなされている。第 11 章；歯、患者、集団のレベルでのプラーク・コントロールの重要性について根拠が呈示されている。第 12 章；抗微生物薬の役割について。第 13 章；フッ化物がどのように歯科学に登場したか、Caries の最新の理解に基づいて、今日、どのようにフッ化物が最適利用されているかを紹介している。またフッ素症について臨床的、組織学的に言及されている。第 14 章；食事療法と Cariology についての膨大な文献が、要約されている。第 15 章；保存修復治療。

第 16 章；治療方針決定に関して。第 17 章；修復処置前の感染組織除去についての考察。第 18 章；保存修復について触れているが、本書では、実践的というよりもむしろ鳥瞰的原理について述べられている。第 19 章；Caries と修復の予後に関する概要。第 20 章で個人の、第 21 章で集団の Cariology ・コントロールに関する記載がなされている。そして今日注目されている 'ハイリスク患者に対する戦略' と '全住民に対する戦略' の比較検討が第 21 章で行われている。第 22 章は本書の最終章であり、将来の Cariology 予測は可能かということが考察されている。そして、序文において編集者は「本書で示された科学的根拠と経験から、読者が Cariology と保存修復学の分野で根拠に基づいた歯科医療を実践できること」を願っていると述べている。本書の意図するところは、日常臨床での根拠に基づいた歯科臨床の実践であると思われる。

明日から、この本を参考にして、実践的な蝕管理に必要な根拠に基づいた歯科臨床を展開していきたい。そして、このような本が生み出されるヨーロッパの土壤にはすばらしいものがある。日本でも望まれるところである。その日が来るまで、我々臨床歯科医にとって必携の 1 冊になるであろう。とにかく、一読することをお勧めしたい。



### 『健康な口腔を維持 予防歯科医療の時代へ』



監修：熊谷 崇  
モリタ友の会  
ビデオライブラリー

院内教育と患者さんへの予防歯科の意識付けにとっても効果的なビデオができましたので、ご案内します。

これはモリタ友の会によって刊行され

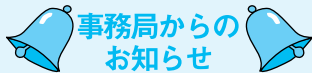
た、かなり力が入ったビデオです。熊谷崇さん監修、熊谷さんと日吉歯科診療所のスタッフ、たくさんの患者さんが大勢出演して、リアルに予防歯科の実際を見せ、その意義と魅力を語り、効果をわかりやすく示します。わが国の歯科医療の問題点、ペリオと Cariology の病因論、こまでは熊谷さんの講演で繰り返される予防歯科への転換において欠かすことのできない知識です。つづいて日吉歯科の初診からメンテナンスに至る診療の流れがダイジェストされ、熊谷さんの主唱するオーラルフィジションの診療姿勢が

ビジュアルに強く印象づけられます。

そして、さらにこのビデオの手の込んだところですが、これが日吉歯科だけの例外的な成功ではなく、患者さんに歓迎される普遍的な転換であることが、札幌のさいとう歯科 (斎藤仁院長) と山形の緑町斎藤歯科医院 (斎藤直之院長) の患者さん、スタッフそして院長の言葉で綴られます。

なお、このビデオには、患者さん向けに予防からメンテナンスケアまでの診療の意義と流れをダイジェストした短いストーリーが付属しています。





## 第 1 回診療所づくりミーティング

### 第 1 回診療所づくりミーティング

日 時：3月21日(月・祝) 9:30～13:30  
 場 所：東京駒込・電通共済生協会館  
 参加費用：6,000円(昼食付)  
 定 員：80名

### 診療所づくりミーティング発表者募集

発表時間：1 診療所, 30分(時間厳守)  
 発表形式：認証のためのプレゼン形式ではなく医院の現状が判る自由な形式  
 募 集 数：4 診療所  
 ◎発表者は参加費用免除です。

参加・発表とも、お申し込みは事務局まで FAX で (FAX : 03-3260-4906)

## ～第 1 回スタッフミーティングを開催～ **予 告**

### 会員支援部会地域部門主催でスタッフミーティングを行ないます

今回のヘルスケアシンポジウム前夜祭の反省点を活かし、より皆さんの臨床に役立てる内容にしたいと企画を考えています。グループワーク形式で行うこと自体は同じですが、例として、テーマを一つに絞る、「歯肉炎・初期、中等度歯周炎の診査と治療」、ディスカッションの時間を十分に、「一つの発表につき30分以上確保!」、グループの人数を少なめに、「約6人に1人の割合でファシリテータを」、こんな内容で皆さんがルーティンに行なっている歯周治療について考えていきます。

普段疑問に思っていること、考えていること、実践していること、気をつけていること、等々を本音で話し合ってみませんか? まだ発表者を確定していませんが例えば、「SRPでどのようなときに麻酔をしているの?」とか、「根面のゴールがわからない」等実際に疑問に思っていることや普段頑張っていることを発表して

もらい、皆さんの臨床と比較してディスカッションしていきたいと思っています。同じ志で診療を実践している仲間同士だからこそ解決できる糸口をつかむことができると思います。またお土産も沢山持ち帰ることができるでしょう。他にも色々皆さんのためになる企画にしていきたいのですが、なかなか私たちだけでは良い案が浮かびません。もし「これをやって欲しい!」と思うことがありましたら事務局までご連絡下さい。一緒に有意義なスタッフミーティングにいきましょう! 皆さんとお会いできることを楽しみにしています。

開催日：2005年7月10日(日)

会 場：電通共済生協会館(東京、駒込)

詳細・申し込み方法等は次号のニュースレターをご覧ください。

## 2005年9月末でスライドの頒布を終了 10月からパワーポイント版 CD のみの頒布になります

これまで当研究会では地域保健活動等に役立てていただくため、「カリオロジー」「ペリオドントロジー」「歯の病気のやさしい説明」の3種のスライドを会員限定で頒布してまいりました。

その後、スライドを購入されたユーザーのご要望により、パワーポイント版 CD を制作いたしました。パワーポイント版 CD は、不公平が生じないようにスライドを購入された方だけに安価で頒布いたしました。パソコンの普及によりスライドの利用者が減少し、パワーポイント版購入希望者には不要のスライドを購入していただく事態が生じておりました。

このため3種ともスライドの頒布は2005年9月末日で終了し、10月からはパワーポイント版 CD のみの頒布になります。金額は説明書つきで1種類 12,000円を予定しております。

## **重要** ファイルメーカー ver6.0 と ver7.0 は 混在して使えません!

現在頒布中のウイステリア pro3.0 は、ファイルメーカー pro ver5.0～ver6.0 に対応しています。

ウイステリア pro3.0 の頒布開始後、ファイルメーカー pro は 7.0 にバージョンアップいたしました。ファイルメーカー pro ver7.0 は、これまでのバージョン(5.0～6.0)と拡張子が異なるため、ネットワーク環境で混在して使うことができません。現在、院内 LAN の増設をご検討されている方は、早めに ver6.0 を取り寄せ購入されるようオススメいたします。**ファイルメーカー pro ver6.0 の販売は今年一杯で終了**になります。

また、ウイステリア pro3.0 も ver7.0 対応版を準備しておりますが、ネットワーク環境で使われる場合、ファイルメーカー pro は、すべて ver7.0 のみをインストールする必要があります。

### 現在の会員の構成(10月22日現在) 会員合計 5,960名

正会員		準会員	
歯科医師	2,035名	歯科衛生士	3,075名
歯科衛生士	229名	歯科技工士	121名
歯科技工士	4名	その他	430名
その他	19名	準会員計	3,626名
学 生	4名		
法人会員	43社		
正会員計	2,334名		

### ●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**

事務局は月曜日から金曜日までの午前9時30分から午後5時30分までスタッフが常駐しています。お電話は時間内をお願いします。