

HEALTH CARE

The Newsletter of the Japan Health Care Dental Association

vol.8 no.2

(年間6回刊行・通巻043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 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	

重要なご案内

● 2005 年度年会費未入金の方へ

至急お払い込みください。お振り込みがない場合は今号をもってニュースレターの発送を停止します。

● 会員名簿掲載確認のご確認

2005 年度会費を 5 月 2 日までにご入金いただいた方には、5 月中旬に「会員名簿 2005」に掲載する内容確認の書類をお送りいたしますので、ご校正の上、ご返信ください。ご返信がない場合は、はがき掲載事項をそのまま会員名簿に掲載させていただきます。

催しものご案内

① 2005 年 5 月 15 日開催予定の認証ミーティングは中止いたします。

② 第 3 回スタッフミーティング

日時：2005 年 7 月 10 日 (日)

会場：電通共済生協会館 (東京駒込)

▷ 詳細 p. 28

③ 第 10 回ヘルスケアシンポジウム

日時：2005 年 10 月 1～2 日

会場：東京国際フォーラム

▷ 詳細・募集は次号掲載予定

④ 第 12 回東京基礎コース

日時：2005 年 12 月 3～4 日

会場：飯田橋レインホールビル大会議室

▷ 詳細 p. 27

日本ヘルスケア歯科研究会

— 設立・現在・未来 —

藤木省三

はじめに

日本ヘルスケア歯科研究会を設立され、また日本の歯科界の改革に尽力されてきた熊谷崇さんが昨年 12 月をもって本会を退会されました。熊谷崇さんからの手紙 (5～7 ページ) を読まれ、多くの方は今後の本研究会の行方に不安や疑問をもたれると思います。そこで、現在のコアメンバーの一人として日本ヘルスケア歯科研究会の設立の経緯から現在までを振り返ることにより、今後何をすべきか考えてみたいと思います。

設立前

私が初めて熊谷崇さんにお会いしたのは山形でおこなわれていたフォーラム DEWA に参加した 1986 年頃でした。そのころ歯周病やう蝕の病因論が整理されつつあったように思います。歯周炎は数種類の歯周病原菌による感染症ですが、発症は遺伝的因子、後天的・環境的な宿主因子の影響を受け、(一部の急速に進行する人を除き) 大多数の人はゆっくりと進行する疾患です。1990 年頃のフォーラム DEWA のスタッフミーティングでは、初期から中等度の歯周炎を治癒させ管理することを診療室の目標として、熊谷崇さんを始めフォーラム DEWA の先生方は歯科衛生士とのチーム医療を実践し、歯周炎の定期管理に熱心に取り組んでおられました。

う蝕の病因論が整理されたのは少し後だったと思います。私たちは、う蝕 (症) とう窩との違いを理解し、う蝕のプロセスに対する治療 (再石灰化治療) こそが「真のう蝕治療」であることを学びました。そのためには適切なリスク評価に基づいたリスクコントロールが必要です。う蝕のリスク評価についても熊谷崇さんはいち早く取り入れられ、私も少し遅れて 1994 年から唾液検査を始めました。私もそれ以前からカリエスフリーを目標とする定期管理をおこなっていましたが、リスク評価に基づくリスクコントロールという概念が導入されたことは画期的なことでした。

日本ヘルスケア歯科研究会設立

1997 年夏、熊谷崇さんを中心としてこの研究会の設立準備委員会が結成されました。カリエスフリーを目指した定期管理や初期から中等度の歯周炎の治療と定期管理を 10 年近く続け、R.Page 先生の「う蝕と歯周病は本来稀な疾患である」の言葉のように、本来予防可能な疾患であるとの実感を私たちは持ち始めていました。しかし、毎日来院する患者さんの口腔内からは、まったく違った現実が見えてきます。それまでに何度も歯科医院で治療を受けているにもかかわらず、修復を受けるだけで崩壊の道を歩んでいる多くの患者さんがおられます。また、私たちが子供のう蝕予防をおこなっていても、学校健診をきっかけ

に他院で修復を受ける事例も見受けられました。

本来、予防しうる疾患であるにもかかわらず、う窩や進行してしまった歯周炎の治療が歯科医療であると考え、それを修復することで収入を得るということが当たり前だという私たちの考え方が、人々の間に“年を取れば歯は無くなるもの”という常識を生んでしまっているのです。

そこで、個人では解決できない多くの問題、例えば本来予防されるべき疾患が予防されていない現実、それが一般の国民にも知らされていない現実、私たちが健康を守り育てる診療を進めるときに障害となるものを解消するため、そして修復中心の歯科医療を根本から改革するために1998年3月本会が設立されました。

私たち自身の診療所数値目標も、できるだけ高い目標を掲げることにしました。

設立から現在

設立後いくつかのシンポジウムや働きかけの結果、7年前とは違って様々なところでリスクコントロールについて語られるようになりました。学校検診での探針問題など大きな進展もありました。

しかし、みなさんにも考えていただきたいのですが、昨日、一昨日の新患患者の状況はどうでしょうか？ 子供達のう蝕はどうですか？ 成人の患者さんでは歯周病のコントロールをされている人はどの程度おられますか？ 修復治療後、(単にう蝕を発見するだけではなく)適切に定期管理されている患者さんはおられますか？

私は、7年前と大きく変わったとは思えません。確かに12歳児DMFTは下がりましたが、未だに中学、高校生ではう蝕の罹患率が高いように思えますし、調べてみると少数の多くのう窩を持つグループが残っていることがわかります。成人の患者で、歯肉縁下のデブライドメントが適切におこなわれ、定期管理されている人はほとんどおられません。

残念ながら、問題は解決されていないと言わざるを得ません。

これからの日本ヘルスケア歯科研究会

現在のコアメンバーが考えている基本的な姿勢を明らかにしておきたいと思います。設立当初は直面していた明らかな問題点に対して提言をしてきました。しかし、今後方向を変えていくべきだと考えています。すなわち、異なった視点あるいは異なった立場の意見を交換できる場を目指します。

例えば、健康を守り育てる歯科医療の実践に関して、必ずしも一つの正解があるわけではありません。最適リスクアセスメントの方法、診療室のマネージメントの方法などについて、それぞれの診療室が置かれている地域、環境、歯科医師としての考え方によって様々なバリエーションがあるでし

よう。また保険制度、教育制度、地域保健なども立場の異なる人たちの意見を交えることで、よりよい姿と改善の可能性があると考えています。

同時に、現コアメンバーは“教える立場”ではなく、共に学び努力する会員だと考えています。具体的な第一歩として、コアメンバー会議は原則公開とし、講師を招いて勉強会を始めます。その際、お一人の講師の意見を拝聴するだけでなく、できるだけ複数の意見を交えるようにするつもりです。

<会員の役割>

日本ヘルスケア歯科研究会の会員の診療所では、従来のように修復中心で「悪くなったらまた来てください」式の診療でよいはずがありません。目標は全ての患者さんにリスクコントロールをおこなうことです。しかし、よく考えてみるとこのような診療スタイルは何もヘルスケア歯科研究会の会員に限らず、日本の全ての診療所でおこなうべきものです。では、私たちの役割とは何でしょうか？

第一には高い目標に向かって常に努力することです。私の診療室では、う蝕のリスク評価に問題があることがわかっています。その改善が今年の私の診療所の最大の課題です。コアメンバーのレベルもまだまだですが、コアメンバーに追いつき追い越し、それぞれの地域で周囲の診療室の目標となっていきたいと思っています。そこから、その周囲(例えば歯科医師会、行政)への波及効果があって初めて世の中に影響を及ぼすことができるのだと思います。

第二は自己評価ができることです。従来の歯科医療は“やりっぱなし”の診療だったと思います。患者さんのためによりよいことをしてきたつもりが、結果を記録し評価しなかったためには歯の喪失につながったという事実があります。ヘルスケア歯科研究会では、診療室でおこなった結果を評価することが不可欠です。ウイステリアなどを用いて常に自己評価し問題点を把握し改善しなければなりません。

さらに、現コアメンバーの構想ですが、いずれ患者側からの評価を受けるような試みをおこなっていきたいと考えています。

<研究会の役割>

では、ヘルスケア歯科研究会の役割は何でしょうか。

私はヘルスケア歯科研究会でなければできない活動があると思います。一つは、先に述べたようにある問題に対して様々な立場の方の意見を戦わせる場になることです。本会は今までの既存の組織に影響されることがないので、このような活動が可能で、具体的な企画はこれからですが、う蝕・歯周病のリスクアセスメント、世界の医療保障制度の研究、歯科医師国家試験に関する研究と問題提起などがテーマに上がっています。

もう一つは、臨床データを蓄積している歯科臨床医の組織は、日本には私たち以外ほとんどないという事実です。会員のデータを有効に活かせるようウイステリアを普及・発展させることが重要だと考えています。

ヘルスケア歯科研究会の会員診療所に対する支援活動に関しては、今までの活動が十分な成果をあげているとは言えません。また、コアメンバーがこの活動に時間を取られすぎているとの指摘もあります。ここには広くコアメンバー以外の会員の力を活用する必要があるでしょうし、活動の方法に工夫も必要でしょう。

おわりに

ヘルスケア歯科研究会の設立趣旨と目標は変わりませんが、中身は変わろうとしています。熊谷崇さんたちが退会され、残りのメンバーはまだまだ実力は低いかもしれませんが、しかし、“学ぶ”姿勢を大切にしつつ、健康を守り育てる歯科医療を真剣に考えていきたいと思っています。

私たちの“歯科医療を変えよう”という活動が、成功するか否かは会員の活躍にかかっています。ひとりひとりのさらなる努力を期待しています。

コアメンバー会議の公開について

コアメンバー会議は会員（正会員）に原則、公開・傍聴可とします。会員の皆様の傍聴を歓迎します。また、コアメンバー会議に付随して1～2時間、歯科医療・歯科医学をめぐる諸問題についての様々な考え方を理解するためにゲスト講師を招いて話を聞きディスカッションする時間を設けます。会員はどなたでも参加できます。ふるってお申し込みください。ヘルスケア歯科研究会と馴染みのない講師や同じテーマに関して異なる見解をもつ複数の方を同時にお招きしてディスカッションすることにします。秋のシンポジウム企画なども、今後は拙速を避けるため、このような小規模ミーティングを重ねながら立案する予定です。

なお、ゲスト講師の講演については、会員のグループ勉強会に限りDVDビデオ貸し出しなどを検討します。（会議は正会員に公開とし傍聴自由ですが、必要な場合は議長により一時的に非公開とする場合もあります）

5月のコアメンバー会議

日 時：5月15日（日）午前10時～午後4時30分（ゲスト講師講演は午後3時15分～4時30分）

会 場：東京国際フォーラム（東京・有楽町）G棟607

<http://www.t-i-forum.co.jp/function/map/index.html>

ゲスト講師：中林宣男（東京医科歯科大学名誉教授）

「化学者から見た『むし歯とむし歯の治療法』」

【ゲスト紹介】

世界初の象牙質接着の開発ほかコンタクトレンズや人工血管などの開発で著名

日本バイオマテリアル学会会長（1995-99）

6月のコアメンバー会議

日 時：6月19日（日）午前10時～午後4時30分（ゲスト講師講演は午後3時から4時30分）

会 場：東京国際フォーラム（東京・有楽町）G棟404

<http://www.t-i-forum.co.jp/function/map/index.html>

ゲスト講師：豊島義博（第一生命保険健康管理室歯科医長）

「わが国の診療ガイドライン（CPG）の問題点と海外の歯科診療ガイドライン」

※聴講希望者は申し込みが必要です。会員聴講料（一律2,000円）は当日お支払いください。聴講定員などについて詳しくは事務局までお尋ねください。

認証ミーティング（5月15日）の中止と認証制度の再検討

「健康を守り育てる診療所」認証について、認証のためにデータを記録するなど本来の事業意図が十分に理解されていない問題が見受けられます。また、各種学会の認定医事業や医療機関評価などが話題になっていますが、真に患者利益を考えた情報公開か、第三者評価かという点でたくさん問題があります。日本ヘルスケア研究会では、患者さんによる診療所評価を重視する考えで、現在の認証制度については、根本的な見直し作業を進めることにしました。ご理解ください。

◆ コアメンバー会議報告 ◆

2005年4月10日 9:30 a.m.～5:00 p.m. 東京・八重洲ルビーホール

出席者：足本，河野，国井，斎藤（直），斎藤（仁），佐々木，杉山，福田，藤木

伊藤（中），伊藤（智），太田は欠席（欠席者は評決に含めず）。

暫定的に事務局の秋元が進行した。

<議題1> 熊谷さんの退会にあたっての文書をニュースレターに掲載する件

本会の設立、運営に極めて大きな役割を果たした熊谷崇さんの本会コアメンバーに対する批判という重大な内容なので公表することとする。手紙は、理解困難なところがあり誤解や事実誤認が少なくないが、そのまま公表し、会員の反応を待つことにする。なお、本会は、設立準備委員（柏田聰明、熊谷崇、岡賢二、藤木省三、加藤正治）によって呼びかけられ、1998年3月1日に設立された。また、この批判を契機として、研究会のすすむ方向性を明確にすべきだという意見も出た。コアメンバーが、設立趣旨を重んじることにについて全員一致の合意が得られた。

形式論的には退会者からの投稿原稿で、採否は編集責任者の責任範囲であるが、掲載の可否につき採決した。

賛成 5

反対 1

棄権 3

<議題2> コアメンバーメーリングリストの実名公表について

賛成 0

反対 9

ただし、情報公開をすることは重要で、長期間の活発な議論をより多くの会員に知ってもらいたいので、公表について第三者に迷惑をかけないなど技術的な検討をする。

<議題ではないが、熊谷さんの文書にある設立趣旨、名称の変更の求めについて>

賛成 0

反対 6

棄権 3

<議題3> 認証ミーティングの中止

認証ミーティング（5月15日）について、全員一致で中止を決定。

<コアメンバーの代表者>

現在、コアメンバーの代表者を決めていないため会務の責任が明らかでなく、執行が機動的にできない面がある。そこで次回コアメンバー会議でコアメンバーの代表1名を投票により互選することとした。また、代表は副代表2名を選任することとした。これに伴い、関連の会則を変更する。

<その他>

7月まで月1回のコアメンバー会議を開催。基礎コースのプログラム、認証、シンポジウムについて根本的な見直しを含めて協議する。今後コアメンバー会議は原則公開とする。部会のあり方も含めて見直しが提案された。また、会則を詳細にみると、守れていないところ、不明確なところも多いので会則改正も必要だとの認識が示された。

コアメンバー会議後のコアメンバーの退会について

非常に残念なことです。コアメンバー会議後、伊藤智恵さん、太田貴志さん、斎藤直之さんから退会の連絡がありました。コアメンバーの福田健二さんについてもコアメンバー辞退の申し出がありました。このため、現在のコアメンバーは、足本敦、伊藤中、河野正清、国井一好、斎藤仁、佐々木英夫、杉山精一、藤木省三の8名です。（敬称略・五十音順）

訂正とお詫び

ニュースレター vol.8 no.1『自分たちのデータで何が語れるのだろう』の記事中、5ページの図6の説明は「感度」ではなく「特異度」です。お詫び申し上げますとともに訂正いたします。

日本ヘルスケア歯科研究会の退会にあたって

熊谷 崇

私は、2004年12月をもって、正式に日本ヘルスケア歯科研究会を退会いたしました。日本ヘルスケア歯科研究会は、1998年3月に多くのみなさまのご支援によって設立に至りましたが、その設立を計画し運営についても多くの関わりを持ったものとして、退会という個人的なことではありますが、ここにご報告いたします。

日本ヘルスケア歯科研究会の設立に主体的に関わった私が、本会を退会するに至った心境を吐露することに、多少の躊躇と責任を感じないわけではありませんが、私が退会することでの必要以上の混乱を避けるという意味も込めて、現在の私の心境を書き記すことが、私にとっての責任と考えました。

私が日本ヘルスケア歯科研究会を退会すると決心をするまで、私にとっては長い葛藤の期間がありました。急にやめようと思いついたわけではありません。その間、他のコアメンバーとは、メーリングリスト上でたくさんやりとりをしたり、直接会って意見も戦わせました。しかし、それでも、私が日本ヘルスケア歯科研究会に残る意味を見いだすことが出来なかったということです。決定的なことは、私が持っている歯科医療像と、他の多くのコアメンバーが思い描いている歯科医療像に埋めることが出来ないほど大きな違いがあるということでした。

まず、私になぜ日本ヘルスケア歯科研究会を設立しようと考えたかということから始めたいと思います。

私自身は、若いときから多少漠然とはしていましたが、理想の歯科医療像を持っていました。ひとつは、その歯科医療がワールドスタンダードであること。もう一つは、歯科診療の経過や結果を記録として適切に残すということです。そうすることで、患者さんにきちんとした治療の結果を示すことができ、歯科医師としてプライドを持った仕事が出来ると考えていました。自分の診療室の中では、そのために出来る限りのさまざまな努力をしてきました。34年前から、患者さんの口腔内写真を撮り続け、規格性のある口腔内写真やレントゲン写真を撮影し、歯周検査も保険に導入される前から診療に必要な検査として実施していました。ほとんど知識や技術を持たなかった歯科衛生士を教育し、歯周治療の担い手として本来の歯科衛生士業務を任せられる歯科衛生士を診療所の中で育てました。診療所内も、患者さんのプライバシーの保護や感染防御を考えて個室化した

り、歯科衛生士に専用チェアを持たせて、メンテナンスの患者さんを多く受け入れられるように整備もしました。その結果、現在提唱している「メディカルトリートメントモデル」の原型のような歯科臨床のシステムが出来上がりました。試行錯誤しながら作り上げた診療所のシステムでしたが、こうしたシステムによって、長期にわたって安定した口腔内を維持することが出来たり、むし菌のない子供たちを育てることに自信がもてるようになりました。

しかし、考えてみれば、このような歯科医療のシステムは、欧米の歯科先進国では当たり前のことで、臨床歯科医療を行うためのスタンダードなシステムです。むしろ、このような臨床歯科医療システムを構築しにくい、または機能させにくい構造になっている日本の現状そのものが問題なのではないかと考えました。個人的な努力をいくら積み上げてみたところで、日本の多くの人たちの口腔を健康にするという大きな力にはなり得ないのではないかと思います。日本の歯科医療を改革することを目的とした組織の必要性を強く感じたのです。

このような歯科臨床システムを、日本の臨床歯科医療のスタンダードにすることで、多くの患者さんたちに利益となる歯科医療を提供できるのではないかと考えましたが、そのためには、診療室外の様々な問題を解決しなくてはなりません。たとえば、まず、それまで日本の歯科医療で常識とされていたことで、すでに国際的には見直しがされているような問題や、それまで重要でありながら見過ごされていたり、タブー視されているような問題についても、正当な評価を下し、歯科医療の流れを変えることが必要となります。また、歯科大学や歯科衛生士学校を卒業しただけでは、臨床現場で即戦力にならない歯科医師や歯科衛生士を生み出す教育の問題、患者となるべき多くの人々に対しての、正しい歯科情報の公開など、問題や課題は数限りなくありました。

設立された日本ヘルスケア歯科研究会では、当初の活動指針として、

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

という6つの事項を掲げました。これらの問題については、ひとつずつ、会の学術講演会やシンポジウム、また、小委員会での調査などを通して周知され、世の中に新しい歯科医療の考え方が浸透する力になったと考えています。それなりの存在を示すことが出来たと言えるでしょう。

一方で、日本ヘルスケア歯科研究会直轄の事業ではありませんでしたが、酒田と大阪において、「健康な歯を守り育てる歯科医療」を臨床で実践するための基本的な知識の普及のためのセミナーが会員有志の主催で行われ、この中から、ヘルスケア型の歯科医療を志向する人たちが少なからず巣立っていったことも間違いではありません。しかし、これらのセミナーは、日本ヘルスケア歯科研究会の「健康な歯を守り育てる歯科医療」の理念を伝え、会が目指す各診療室の数値目標

- 1 5歳児でカリエスフリー 90%以上を実現する
- 2 12歳児でカリエスフリー 90%以上を実現する
- 3 20歳成人でカリエスフリー 90%以上、歯周病のない状態を実現する
- 4 新たなう蝕・歯周病の発症をコントロールし、70歳時の平均欠損歯数を5歯以下にする

を具体的に示し、また、う蝕や歯周病についての病因論を説明し、う蝕と歯周病の発症前の診断と治療を臨床において実践できるように理解してもらうことを目的にした、教育・啓蒙の意味合いの強いものでした。

日本ヘルスケア歯科研究会は、当初はこのような活動を重ねることで、順調な成果を上げていたように思います。また、ウイステリアやアポイント管理職などのソフトの製作によって、コンピュータによる各診療室での患者データの蓄積や、患者のアポイントの管理などにも成果を上げることが出来ました。このような成果を踏まえ、さらなる活動の進展をはかる意味で、私はここでいくつかの提案をしました。日本ヘルスケア歯科研究会における認証制度と、ヘルスケア型の歯科医療には欠かせない歯科衛生士の教育プログラムの設定です。私自身は、こうしたプログラムを組むことで、歯科医師にも、歯科衛生士にも大きな励みが出るだけでなく、結果的に多くの患者さんに、もっと歯科医療が患者利益として還元されることを期待しての提案でした。ところが、結果的に、このような提案と、それを実行してゆくプロセスの中で、私とそのほかのコアメンバーの間に様々な問題が生じてしまいました。誤解を恐れずに言うならば、私がそれまで一緒にレベルアップしてきたと思っていた多くのコアメンバーの診療所の総合力に、気がついてみると大きな格差が生じていたため、メンバーそれぞれがその診療所の現状を踏まえて発言する内容に、明らかに温度差が生じていたと言うことです。特に、認証問題では、認証をクリアするために当初提案された基準が、それ故に大幅に引き下げられ、私個人としては、この程度の基準では、患者さんを安心して紹介出来るレベルが担保されているかどうか、はなはだ疑問を感じざるを得ませんでした。

した。

また、会の発展のためにと、当初から、設立後、会が軌道に乗った時点で、年長者である私や大阪の岡先生は実質的な会務から離れて見守る予定でした。しかし、予定どおりに私達が会務を離れたあと、本会の運営をまかされたコアメンバーの活動路線に大きな変更がなされました。つまり、この日本ヘルスケア歯科研究会設立の本来の目的は、最初に説明したとおり、時代に即した新しい臨床歯科医療が、日本国中に定着することを阻害している様々な問題を整理して、環境整備を行うことだったのですが、いつのまにか、会員支援を目的にする会へと変化してきているのです。つまり、いわゆるヘルスケア型の歯科診療所にうまく転換できない会員に対して、さまざまな支援をすることで、歯科医療全体の底上げをしようという考え方です。しかし、改革団体として設立された日本ヘルスケア歯科研究会が、その大儀を捨てて、うち向きの会員支援をベースに、会のための会、会員のための会になってゆくことは、私には耐えられないことでした。

しかもあのような低い基準で認証された、「支援する人たち」の診療所の総合力を考えても、とうてい私が思い描いてきたレベルの臨床歯科医療が、そこに生まれるとは思えません。これだけ、多くの構造的な問題を抱えている日本の歯科界において、そのような低いレベルの診療所支援によって、患者利益を提供できる診療所を育てることには、大きな無理があるように思っています。また、もし、そのような対応で、日本の歯科医療のレベルが本気で変わるのだと考えているのだとしたら、あまりに現状認識のない安易な考え方ではないでしょうか。「支援する人たち」は、教育のプログラムも、客観的な力量の評価方法も、ほとんど持ち合わせてはいないでしょう。

これらのことについて戦わされた一連の議論について、この紙面上で細かなことまでを言及するスペースはありませんが、そのかわり、この間に交わされた、ここに至るまでの私とそのほかのコアメンバーとのメーリングリスト上でのやりとりについて（過去にコアメンバーには公開されていましたが）、その全てを、発言者の氏名を明記した上で、それを閲覧したいと希望する全ての会員に、是非、公開していただきたいと思います。そのことについての賛否はあるかもしれませんが、しかし、私は常に、日本ヘルスケア歯科研究会は開かれた会であることを念頭に置いて活動していましたので、ある意味ではあのような真剣な議論があったという事実は、結果はどうあれ、会としての大きな財産ではなかったかと考えます。ですから、それを皆さんに読んでいただいた上で、会員それぞれにご判断していただくことが一番賢明な対応ではないかと思っています。

願わくば、私が退会を決意するまでのこうした議論について、私とコアメンバーの単なる意見の相違ととらえていただきたくはありません。この議論の根底に流れているのは、過去から現在まで、日本の歯科界が抱えている根元的な問題そのものです。ここを改革しようとして立ち上げられた組織であったはずなのに、気がついてみると、会の中にも同じ構図が歴然と存在していたと言うことです。それほどこの構図は、日本の歯科界の中では変化させにくいものなのだと、私達の文化や一人一人の体質の中に強く染みついてしまっているものだと、改めてその難しさを痛感しました。

今年の1月のはじめ、多くのコアメンバーの方々が、私の診療所に集まりました。そこで、メンバー一人一人が、自分の診療室の状況などをプレゼンテーションするなかで自分の考えを述べる機会がありました。約一日をかけて直接に話し合う場が設けられたのですが、残念ながら、参加した一部の人たちについては、すでにかたく心が閉ざされており、十分な話し合いが出来る状況ではありませんでした。そのことが、今でも残念でなりません。

退会を決め、このように公表することを機会に、私から会に要望したいことがあります。私は、現在の日本ヘルスケア歯科研究会が行おうとしている、会員支援路線を否定するものではありません。しかし、これからその路線で会を運営してゆくのだとすれば、本会の設立趣旨からは大きくはずれてしまいます。そこで、会が明確に会員支援路線をとるのであれば、日本ヘルスケア歯科研究会という会の名称と、設立趣旨の変更が必要だと思います。そして、出来れば新しい会として出直されることを希望します。また、先日の国際シンポジウムに見られたような、患者データの間違った使用と解釈によって、会員に間違った認識を与えないでいただきたいと強く願っています。

真に患者の利益となる歯科医療とはどのような歯科医療なのでしょう。この答えは、本気で真剣に歯科医療に取り組んだ人にしか決して分からないのではないかと思います。私自身は歯科医療に真剣に取り組んできたと自負していますが、それでもまだ6合目程度でしょう。まだゴールをはっきり確認できているわけではありません。しかしながら、ただ一つ言えることは、それはとてつもなく大変で勇気の必要な取り組みだということです。

たとえば言えば、患者の利益となる歯科臨床は、質の高い総合芸術のようなものです。歯科医療におけるさまざまな知識や技術が、高いレベルで統合されることが必要です。

歯科医師だけでなく、歯科衛生士を初めとするスタッフの高い能力も要求されます。予防がそうした臨床のベースになっていることは当然ですが、予防的な対応が少し出来たからと言って、他に比べてよい歯科医療が行われていると考えるのは早計です。あくまでも診療所の総合力としてその力をとらえなくてはなりません。また、演者のよい技能を引き立てるために、よい舞台装置や小道具や衣装が必要のように、そのような歯科臨床に見合った、診療所の設計や設備も大切です。そして、そうした診療所を運営するマネジメント能力も不可欠です。そのように考えると、現在の日本ヘルスケア歯科研究会が、何を目標に、どこをゴールと考えて活動をして行こうとしているのか、私にはよく理解できません。

私は還暦も超え、これから新たな組織作りをすることは全く考えていません。しかし、社会に対しての活動は、個人的に続けていきたいと思っています。また、私の求める歯科医療像を出来るだけ多くの歯科医療者に知っていただくために、個人的にセミナーも開催してゆく予定です。メディカルトリートメントモデルの実践を目指した、オーラルフィジシャンや歯科衛生士を育て、その中から、また社会に対して改革を推進してゆくような人材が生まれることを期待したいと思います。ただし、このセミナーは、出来ない人を手取り足取り援助するものではありません。あくまでも自分を変え、高い目標に向かって、果敢に取り組みを続ける人を育成するセミナーであることを付け加えておきます。

最後に、日本ヘルスケア歯科研究会設立から今日まで、さまざまな方々に会としてまた私個人として大変お世話になりました。ここに謹んでお礼を申し上げます。私は、これまで申し上げたようなさまざまないきさつから、この会を退会することになりましたが、これまでにいただいた多くの方々のご支援やご理解には、深く感謝しております。本当に有り難うございました。

追：私の歯科医療の考え方については、以下を参考にお読みください。

歯界展望 2004年8月号

「これからは Oral Physician が患者利益を提供できる」

歯界展望 2005年1月号

「歯科構造改革論」

熊谷先生のメッセージに対するご意見は…

会員用ホームページの掲示板

<http://www.healthcare.gr.jp> までお寄せください。

※ユーザー ID とパスワードは事務局までお問い合わせください

シンポジウムⅡ「カリエスリスク評価をめぐって」(3月20日)に関して

3月19-20日のシンポジウムに関しては事務局の力不足により適切な通訳の確保ができませんでした。当日になって急遽、会員の西真紀子さんに助勢を依頼し、助けられました。シンポジストおよび聴講者各位には大変ご迷惑をおかけしました。通訳が不十分であったこともあり、20日シンポジウム「カリエスリスク評価をめぐって」では、十分なディスカッションができませんでした。

シンポジウムⅡ「カリエスリスク評価をめぐって」の問題点

このシンポジウムでは、企画内容決定以前にブラッター先生との招聘が決まっていたため、コーディネータは、ただ聴講するだけの受け身の講演会ではなく、会員の検査データを集め、実地の問題意識をぶつけることを意図しました。幸い会員支援部会の部員を中心に多くの会員から検査データが集まりました。実際にはサンプル数の少ない診療所のデータは分析に使えなかったのですが、参加意識を高めるために大いに役だったと思われます。また、聞き手の検査データとその分析を事前にブラッター先生に数回にわたって、伝えることができたため、ブラッター先生の講演内容は、焦点を「多因子性疾患におけるリスクアセスメント」に絞った、我々の日常の疑問に明確に答えるものになったと言えます。

統計学的分析を依頼した野村義明さん(鶴見大学)との打ち合わせでは、各診療所から出されたデータを基にして各診療所の弱点を把握し次の予防に役立てるようにしようと話していたのですが、現実にはまったく打ち合わせが不十分な状況になってしまいました。また会員から収集したデータも精度という意味では質の低いものであったことは否めません。シンポジウムの約1カ月前にコアメンバー内でも、会員から集められた検査データは「信頼性のある結果を出せるデータではない」という批判を受けました。とくに診療所間で検査結果のスコアの与え方やカリエスの判定などが標準化できていないことが問題になりました。「自分たちのデータ」で考える作業と厳密な科学的評価とはまったく相容れないところがあります。シンポジウムでは、異なる診療所間のデータをいっしょにすることはしませんでした。分析を依頼した野村さんとの議論が不十分でした。とくにこの点で、準備不足、拙速を反省しなければなりません。

結果的にブラッター先生からも厳しいご指摘をいただきました(秋元さんの紹介をご覧ください)。

たとえ世界的権威者を招聘した場合でも、異なる見解を排除するのではなく、意見の違いを歓迎するものでありたいと思いますが、体調不良をおして出席していただいたブラッター先生には、準備不十分、通訳不備のために大変ご迷惑をおかけしました。また聴衆の皆さんにも、未消化のシンポジウムとなったことを反省しています。事業企画推進部会が自然消滅したため不完全なかたちでシンポジウム企画を進めざるを得ませんでした。これを機に体制を立て直して企画に臨みたいと思います。(コーディネータ 藤木省三)

ブラッター教授からの手紙

ブラッター教授は、帰国後、秋元・藤木に宛てた手紙で、20日のシンポジウムにあった三つの誤りについて指摘しています。

ひとつは「会員診療所のデータからカリエスリスクアセスメントを考える」(野村)における統計分析の誤りで、SM(ストリップミュータンス)や唾液量、緩衝能のスコア<0,1,2,3>を、量を表す数値として扱っていることに注意を促しています。唾液検査のスコアは、計算できる量を表しているのではなく、順序を表しているに過ぎないので、スケールデータとして扱うのは誤りだとする指摘です。たしかに緩衝能の<2(緑)>は<1(青)>の2倍(何が?)ではありません。ブラッター

ル教授自身がサリバテストの判定をスコア（得点）と呼んでいたために、単純に計算可能な数値だと勘違いしがちで、注意を要するところです。統計分析の専門家に依頼する場合には注意が必要だとの指摘を受けました。

もうひとつの重要な指摘は、検査結果について新規う蝕の発症をエンドポイントとして感度／特異度を云々することの問題です。古くから一般に、病気には何か一つの原因があると考えられてきました。急性の感染症では、ほぼ単一の原因が特定できます。この場合には、ひとつの検査値と病気の発症の関係を1対1に対応させることができるでしょう。しかし、多因子性の疾患では、まさにう蝕はその典型なのですが、ひとつのリスク因子と病気の発症の間には必ずしも対応関係がありません。唾液検査についても、20年ほど前に感度／特異度を論じる研究が盛んでしたが、その検討は結局何もたらさなかったとブラッター教授は結論づけています。藤木らの「日常の疑問」は、複数の因子の相互関係や重みについて質問をするための材料として使われたものでしたが、通訳もディスカッションの組み立てもうまくできなかったために、ブラッター教授や聴衆に誤解を与えてしまったことは否定できません。

シンポジウムの場合でも、ブラッター教授はスウェーデンでは、唾液が正確に計測できない小児について、唾液は計測せず中等度のリスクがあると想定すると述べました。また手紙のなかでは、喫煙蓄積本数についてカットオフポイントを計算して「〇万本からが危ない」と判断することには意味がないとも指摘しています。この研究会におけるリスク検査の評価は、これまで概して還元主義的であったと言えます。目に見えない漠然とした「リスク」というものが、検査をすることで<SM=3>というスコアによって把握されます。もちろん、そのスコアには、測定のバラツキやエラーがつきものですし、<SM>は、飲食や唾液との相関においてカリエスリスクになるのであり、患者さんの生活習慣全体を理解しなければ疾患リスクは理解できません。

多因子慢性疾患のリスク評価は、単純なリスク因子に還元するのではなく、因子間の関係の全体像を把握すべきものでしょう。多因子の相関は還元主義的ではなく、いわば構造主義的にとらえるべきものだと言えます。科学の分野では、長く還元主義的手法が一般的でしたので、検査値に還元することが科学的であるかのような錯覚をいだきがちです。リスク因子のスコアやそれを単純合計したスコアでリスクを評価する傾向が強かったように思われます。全身状態を知るための臨床検査値も、このような評価のされ方をしていることが珍しくありません。

ブラッター教授の批判はこの点を指摘したものです。リスク因子相互の関係を重視し、リスクアセスメントの結果をどう使っていくかと考えるところから、緑色のセクタ（扇型）の大きさを動かしながら「カリエスを避ける可能性」について患者と対話するソフト「カリオグラム」が生まれたわけです。「カリオグラム」は、このような主張をするブラッター教授にとって唾液検査と一対のものと言っても過言ではありません。ブラッター教授は、今回の講演でその点を強調しました。

最後に、野村さんによるカリオグラムの統計的評価について、研究条件をまったく満たしていないという厳しい批判をいただきました。これは当然の指摘ですが、野村さんの「カリオグラムのからくり」は元々学術的な評価を意図したものではなく、小さな話題提供だったことは理解しやすかったと思われるのですが、言葉の壁、時間の制約があったために、この問題について壇上で議論できず、誤解を与える結果になったことは極めて残念なことです。なお、この問題のうち、最初の二つについては、「良質な臨床は良質なデータからしか生まれない」と、コアメンバー内からもシンポジウム前に問題を指摘する声がありました。企画の変更を求める意見もありましたが、すでに開催が目前に迫っていたので、修正を加えて予定通り進行しました。（秋元秀俊）

第9回ヘルスケアシンポジウム開催報告

2005.3.19

シンポジウムⅠ 砂防会館別館

前夜祭

都市センターホテル

2005.3.20

シンポジウムⅡ 都市センターホテル



シンポジウムⅠ 「データから地域保健を考える」

杉山精一 (千葉県八千代市)

今回のシンポジウムの目的は「データに基づいた地域診断を行い地域保健活動をしていくことが大事である」ということ提示することでした。

オープニングで私から趣旨説明をした後、伊藤智恵さんから「DMFT 全国地図づくり」の趣旨について、秋元秀俊さんから DMFT 全国地図作成過程においてできた「データが存在しない」、「データを公開できない」といった問題のために地域診断の基礎となる学校歯科健診データの整備が地域によってばらばらな点を指摘し、さらに今回集めたデータを HP で一般に公開を開始したことを報告しました。その後私からは、歯科医師会の衛生担当理事として地元の歯科保健データを収集分析し、その結果地域における問題点を具体的に把握できることを提示しました。

長崎大学の新庄文明教授からは、「地域歯科保健と地域診断」について川での水難事故の例を出して解説していただきました。また「地域に問題があっても地域は患者さんと違って声を上げることはない。さらに地域のニーズといったものを知る必要がある。そして優先課題を決める際の4つのステップとして社会、技術、経済、政治があること」を紹介しそれに加えて専門家の意見を整理することも必要であると述べました。

続いて秋元秀俊さんの司会進行によるパネルディスカッションに移行しました。

日本学校歯科医会常務理事の丸山進一郎さんは学校歯科保健の歴史的解説、学校歯科健診が健康教育の一環であることを話されました。

東京都町田市の養護教諭植木順子さんからは日頃の学校保健活動の様子について処置率や DMFT データの推移も含めてわかりやすく

話していただき、学校保健ではチームワークが大事であることを強調されました。

ここでは診査基準の問題について現場で統一されていないことを取り上げましたが「何のための歯科健診かが重要だ」と井下さんから指摘いただきました。

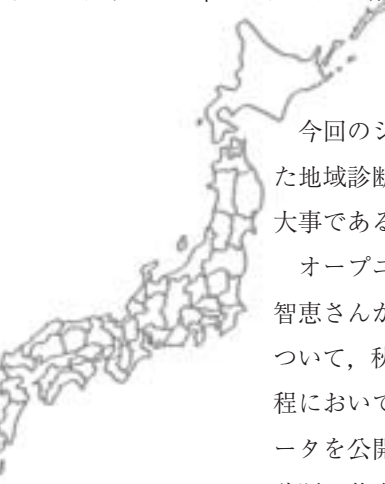
東京都北区の養護教諭菱沼範子さんからは、学校保健委員会を開催し歯科についても7つの項目について報告していること、さらに予防について学校での取り組みの限界、むし歯の治療には歯科医院に行くのだから診療室での予防にもっと熱心に取り組んでほしい、さらに地域全体で生まれてから大人になるまで歯について予防管理できる機関ができることが望ましいと要望をされました。

山形県での歯科保健データの収集について斉藤純一さんから開始当時の現場での苦労から軌道にのるまでの流れについて話していただきました。斉藤さんはデータ収集は非常に大変だと強調されましたが、私からは「何のためにデータを収集するのか。永久歯のむし歯予防であれば永久歯のデータのみで十分であり、それほど手間もかからない」とコメントさせていただきました。

最後に滋賀県大津健康福祉センターの井下英二さんから平成5年に赴任した当時から今日にいたるまでの経緯、データに基づいて実施した竜王町の事例を紹介していただきました。これからは「やまかん事業」「おしつけ事業」ではなく「客観的な事実に基づいた住民参加型のヘルスプロモーション」が大事であることを大変わかりやすく話していただきました。

ブラッター先生からは、先進国でのむし歯の減少にフッ化物利用の普及が大きく影響していること、また今回の事例発表が地域に密着していることが大変素晴らしいことだと感想をいただきました。

最後に今回のシンポジウムを以下のようにまとめさせていただきました。





「学校歯科保健が健康な歯を守り育てる方向に動いているのであれば、学校歯科保健統計調査についてもそれに見合った調査方法になるように再検討する必要があるのではないかな。学校歯科健診は疫学調査ではないが、地域での歯科保健データとしては有益であり十分活用の価値があるので、このことについて日本学校歯科医会、文部科学省も理解しそのような方針を示してほしい。そしてやまかん事業ではなく、このような客観的な事実に基づいた住民参加型ヘルスプロモーションが普及することが望ましい」



大変短い準備期間にもかかわらず多くの会員、シンポジストのご協力により有意義なシンポジウムとなったことに感謝し御礼申し上げます。また、間際になってプロジェクターのトラブルによりシンポジスト、参加された方々にはご迷惑をおかけしましたことをこの場を借りましてお詫び申し上げます。



シンポジウムⅡ 「カリエスリスク評価をめぐって」

米畑有理（大西歯科）

シンポジウムはまず「カリエスリスクアセスメント…日常の疑問」とのタイトルで藤木省三さん、渡辺勝さん、浜端町子さんの講演で始まりました。藤木さんは、これまでの日本ヘルスケア歯科研究会の診療所のカリエスリスクに対する取り組みと成果についてお話されました。渡辺さんと浜端さんは、実際の診療所のデータを使って、感度、特異度、有病率、陽性的中率、陰性的中率といった難しい用語の解説を試みられました。

そしていよいよ、スウェーデンのマルメ大学教授であるダグラス・ブラッター先生講演です。“Caries Risk Assessment and Risk Control”というタイトルで午前・午後にわたって講演してくださいました。用意されてきたスライドは順を追って理解しやすいよう工夫されたことが伺え、キーワードには日本語の訳もついている親切なものでした。また、参加者には会場入り口で小冊子「カリエスリスクがわかる—カリエスリスクマップを使って」(G. H. ペターソン 著・西 真紀子 訳)が配布され、講演の理解にたいへん役立ちました。



冒頭では1980年に日本で行われたう蝕予防に関するシンポジウムのプログラムが紹介されました。25年前の



時点でブラッター先生は「予防のための高う蝕リスク群の選別」というタイトルで様々なリスクファクターに関して言及されていたとのことで、改めて35年にわたるカリエスリスク研究の偉大さを感じさせられました。

まずは、リスクに関する用語についての説明がありました。“risk assessment”という言葉インターネットで検索すると歯科にかかわらずあらゆる分野から多くのサイトがヒットします。例として、地震や台風のリスクが色分けされた日本地図やAmerican Heart Associationによる心臓病のリスクアセスメントが紹介されました。ここで重要なのは、リスクとは「%」で示されるものであってYes, Noで決定されるものではないという認識であるということでした。このような「リスク」の定義の上でも、う蝕が多因子性疾患であるという事実からも、カリエスリスクにおいてはカットオフポイントを明示することは不可能であり、またその必要もないと指摘されていました。

カリエスリスクに関してリスクモデルと予測モデルが紹介されました。リスクモデルは“what is risk?”(何がリスクであるか)、予測モデルは“who is at risk?”(誰にリスクがあるか)を目的とし、将来のう蝕発症を予測するモデルです。ゆ



えに、カリエスリスクにおいて、過去のう蝕経験や社会経済的ファクター（収入、教育など）は予測モデルには利用できるが、その人にとって何がリスクかを知るためには有効ではなく、そのため使うべきなのはカイスの輪に示されるような生物学的なファクターであるとのことでした。

また、集団のう蝕分布を示す指数として、ブラッター先生が提案した Significant Caries Index (SiC 指数) が紹介されました。この指数は、まず DMFT 値の順に個人を並べ替え、高い値をもつ上位 3 分の 1 についての「1 人あたり平均 DMF 歯数」(DMFT) を算出するというものです。多くの人がカリエスフリーを達成した集団では DMFT 値は減少していますが、依然として DMFT 値の高い人は存在しています。このハイリスクの人に注意を向けるために SiC 指数は役立ちます。

う蝕は多因子性疾患です。ゆえに、新しいう蝕病変の進行に関与するあらゆるファクターを把握するリスク評価が必要となります。実際、どのようなファクターをどのような重みで評価するのか、というのは臨床において難しい問題のように思えますが、こうしたリスク評価モデルについては、長年にわたり多くの研究者によって研究されています。これらをまとめて臨床で使用できるツールとしてブラッター先生が開発したのがカリオグラムです。カリオグラムは、患者個人のカリエスに関するファクター（う蝕経験、関連全身疾患、食事内容、飲食頻度、プラーク量、Mutans streptococci、フッ化物プログラム、唾液分泌速度、唾液緩衝能、臨床的判断）について、定義されたスケールに従ってスコアを入力すると、円グラフで“細菌”を赤色、“食事”を濃い青色、“感受性”を水色、“環境”を黄色のセクタで示し、残りの緑色のセクタが“う蝕を避ける可能性”と表現され、これが大きければカリエスリスクが低い、ということが示されるコンピュータソフトです。カリオグラムによるリスク評価を検証した研究についても発表されました。

カリエスリスクの評価が有効であることがわかりました。そこで気になるのが、カリエス予防プログラムとして実際に何をするか、ということです。ブラッター先生は、スウェーデンのある地域で実施されているリスクに応じたプログラム (low risk, some risk, high risk) の内容を説明されました。患者教育、フッ素バーニッシュ、口腔衛生指導を Basic プログラムとし、リスクに応じて追加するプログラムやメンテナンス間隔が設定されたものでした。

リスクファクターへの取り組み方として、WHO が提唱している段階的アプローチが紹介されました (http://www.who.int/ncd_surveillance/steps/riskfactor/en/)。まず、リスク評価のレベルとして、Step1 : questionnaire 問診、Step2 : physical measurements 身体についての測定、Step3 : biochemical analyses 生化学的分析

とします。これには、Core となる Step1 ~ 3 の内容が設定されており、状況として可能であれば、Expanded Core の Step1 ~ 3 を評価し、さらに可能であれば Optional の Step1 ~ 3 へと進めばよいというものです。カリエスのリスク評価についても、Core における Step1 : 社会経済的地域・食生活についての問診・フッ素についての問診、Step2 : 口腔内診査・DMFT・DMFS、Step3 : 唾液分泌量、Expanded Core における Step1 : 全身の健康状態・薬・食事記録、Step2 ……というように応用ができるだろうとのことでした。

鶴見大学の野村義明先生からは「会員診療所のデータからカリエスリスクアセスメントを考える。会員診療所のデータから言えること／言えないこと」というタイトルで、日本ヘルスケア歯科研究会会員の診療所より集められたカリエスリスクスコアについて統計的手法をいろいろと用いてデータの分析方法を提示していただきました。しかし分析結果については、それぞれのリスクファクターの尺度の性質や、土台であるデータ自体の正確性、バイアス、一般歯科医院独特の特徴（ハイリスク患者には集中的な予防介入が入ること）について十分理解した上で、どの程度の信頼性があるのか気をつけて見なければいけないと思





ました。
 今回報告された日本ヘルスケア歯科研究会
 会員の診療所より集められたデータに関して、
 ブラッター先生からは、複数の診療所のデ
 ータを統合する場合にはリスクスコア判定の
 クライテリヤを明確に設定しキャリブレーシ
 ョンしておくことが大事である、とのコメン
 トがありました。これには大いに納得させら

れました。この手順を正しく踏むか踏まないかで
 データの有効性はかなり変化すると思われま
 す。日本ヘルスケア歯科研究会としてカリエス
 スコア決定のクライテリヤが発表されれば、そ
 れに基づいたデータによって、日本において、ある
 いは日本から世界への発信として、カリエス
 スコアに寄与するところがより大きくなる
 のではないでしょうか。



第9回ヘルスケア
 シンポジウム
 前夜祭報告
 スタッフミーティング

スタッフミーティング報告

渡辺 勝 (埼玉県春日部市)

第二回となるスタッフミーティングはカリエ
 スをメインテーマに行いました。

最初は河野歯科医院 (東京都・小平市) の田
 村 恵さん、川嶋紀子さんより「CO の診断基
 準と実際の経過観察例」。患者さんの経過観察
 例だけでなく、発表者自身の口腔内もふまえて、
 ダイアグノデントの数値の捉えかた、その意味
 などにも突っ込んだ発表でした。

2 番目は田中歯科クリニック (埼玉県・川口
 市) の柳 妙子さんより「きっかけはサリバテス
 ト!」。3 世帯同居の家族ぐるみで来院している
 症例を通して、サリバテストをモチベーション、
 行動変容にどのように利用しているかについて
 の発表でした。

3 番目はまさき歯科医院 (千葉県・習志野市)
 の高橋康子さんより「健康を守り育てる医療・

カリエスフリーの実践」と題した口腔内写真を
 ふんだんに利用したメンテナンスの重要性を
 強調された発表でした。最後は鈴木歯科医院
 (埼玉県・蓮田市) の吉澤文枝さんより「根面
 カリエスの予防」。その原因と鈴木歯科医院で
 の予防法について、どんな関わりを心がけてい
 るか等を発表してくださいました。

各医院の発表後には職種毎にグループ分けさ
 れた5~6人で、発表者が出したディスカッシ
 ョンポイントに対して15分間のディスカッシ
 ョンを行いました。発表を聞くだけでなく、参
 加者同士が自らの意見・考えを述べることに
 より理解をより深めることが出来たと思われま
 す。また、全てのディスカッションの終了後
 には各自で目標設定を行い明日からの診療に役
 立たせることを確認しました。

参加者から

スタッフ・ミーティングに参加して
 和久田治美 (静岡県雄踏町)

年に二回のシンポジウム。シンポジ
 ウムも楽しみなのですが、前夜祭はも
 っと楽しみです。身近にいろいろな人
 の声を聴くことができますし、診療の



ヒントを得ることもあります。ところ
 が今回は、前夜祭の企画が少ないでは
 ありませんか!

歯科衛生士は歯科衛生士ミーティ
 ングに参加しますし、まさか彼女らを残
 して、一人先に帰るわけにはいきませ
 ん。「これしかない」と苦渋の選択?
 で、スタッフ・ミーティングに参加し
 てみました。

テーマは、サリバテスト、ダイアグ
 ノデント、中学・高校生のメインテナ
 ンス、根面カリエス。どれも、日頃か
 ら気になっているけれども、確固とし

た解決策がでないテーマばかり。さ
 すが痛いところをついてきます。

まず、問題提起をして、発表してく
 ださるのが、すべて衛生士さん。

皆さんよく勉強されていて、ただ
 だ、恐れ入るばかりでした。発表の後、
 ファシリテータのもと、グループディ
 スカッションをしていきます。なか
 なか普段は聴けない本音が聴けます。皆
 さん、試行錯誤されている様子がうか
 がい知れます。グループの中には、全
 員にサリバテストをされている医院さ
 んや、ダイアグノデントをされている



医院さんもあり、そのノウハウを教えてくださいいただき、大変参考になりました。システムの中に確実に取り込んでいくことが重要だと思いました。

はじめ、3時間は長いように思いましたが、時間はあっという間に過ぎてしまいました。テーマが多くて、十分に語り尽くされなかったように思います。もう少し絞っても良かったかもしれません。

参加型の「スタッフ・ミーティング」、気持ちの高揚にもなりますし、実践の参考にもなります。次回は是非、歯科衛生士とともに参加したいと思います。

スタッフミーティングに参加して

安田祥子（田中歯科クリニック）

今までに何度かセミナーや講演会に参加してきましたが、講師の先生の話を一方向的に聞く受動的なものが多く、今回のように、発表テーマに沿ってスモールグループディスカッションを行うというものは、初めての体験でした。いままで、他院の歯科衛生士と意見を交わす機会があまりなかったため、ち

ゃんと自分の考えを言えるか不安でした。まず、スタッフミーティングが始まる前に、自分のニックネームを書いた付せんを、首からさげたネームカードに貼りました。これによって田中歯科クリニックの歯科衛生士ではなく、一個人の歯科衛生士としてプレッシャーを感じずに話ができるようになった気がします。

4 歯科医院による発表内容は、CO の診断基準、サリパテストの必要性、カリエスフリーの実践、根面カリエスの予防などといった、身近な問題ばかりでした。そのため、発表内容と普段自分の行っていること比べながら、考えを巡らすことができました。ディスカッションが始まる前まではかなり緊張していましたが、いざ始めてみると和やかな雰囲気、同じグループの人の話を聞くのも、自分が話すのも楽しくなりました。それもこれもファシリテーターの方や、批判的なことを言わない同じグループの方のおかげだと思います。自分と同じ意見ができればホッとしたり、違う意見ができればなるほどなぁ… と考えさせられたりしました。3時間という時間があっという間に過ぎていたという感じです。

今回のスタッフミーティングでは、ひとつの項目をみんなで考える楽しさを学びました。また、同じ悩み、考えをもった仲間がたくさんいると感じました。これからは、他院の歯科衛生士



とも積極的に意見を交換し、自分の世界を広げたいと思いました。

スタッフミーティングに参加して

藤崎沙織（山口歯科医院）

今回、私は初めてスタッフミーティングに参加させて頂きました。4つの項目の発表に基づき、小グループでグループワークをすることで、他院での診療内容や日常の臨床での疑問を話し合い、情報交換をすることができました。私は、ミーティングを通して患者さんとの信頼関係を築いていくことの大切さを改めて実感しました。患者さんのライフスタイルを把握し、それに添った予防プログラムを提供することは、メンテナンスをする上で必要不可欠です。私は歯科衛生士になってもうすぐ一年になるのですが、メンテをする際、クリーニングをすることに一生懸命で患者さんとあまり会話をしていなかったことに気づきました。患者さんと会話をし、気持ちを聞いてあげることが、信頼関係を築くまず第一歩なので、実践していきたいと思います。



翌日デンタルショー会場前にてスタッフミーティングで集まった意見を披露

第9回ヘルスケア シンポジウム 前夜祭報告

歯科衛生士ミーティング ベーシック

「ツルカメ算と歯科衛生士ミーティング」

村松いづみ（東京都台東区）

いつも早い時期からたくさんの参加申し込みをいただき、シンポジウムの案内がニュースレターに掲載されるころには空きは若干名、という歯科衛生士ミーティング。今年もベーシックは52名の参加者を迎えて行われました。

「立場がかわると、見えるものがかわる」をテーマにした今回のこの3時間のミーティングの様子と、回を重ねるごとにはっきりしてきたこの企画の意味についてご報告いたします。

参加者は、少人数のグループに分かれて席についています。同じ診療所からの仲間とは別々のグループで、勤務先の名前も明かされません。参加者ひとりひとりが、ヘルスケア診療所の1人の独立したスタッフとして、自分で考え感じ、それを自分の言葉で人に伝える練習ができるように、との配慮からです。

ミーティングのはじめ、ファシリテータから挨拶やルール説明がなされても、参加者は見知らぬ人たちと隣り合わせ、誰も口をひらきません。これがアイスブレイキングを境に、ほぐれてきます。あちこちのテーブルで笑い声があがります。早々と、発言時間が足りなくなってきました。そして、ご存じ「桃太郎の鬼退治」の話から、立場がかわると見えてくるものが違う、ということ、参加者は「自分の具体的な体験」を重ねあわせながら、その場面がもっていた意味を抽出していきます。

そして、後半。ケアをする時に大切なものは？ ヘルスケア診療所のスタッフとして何が大切な？ 患者さんが自分に求めているものは何？ ファシリテータがたたみかけるように問いを投げかけ、これにグループで考え応える、という形をとっていきました。

最後のまとめで、参加者の口から次々にあがってきた「ヘルスケア診療所のスタッフとして、これが大切」を、ファシリテータが分類しながらホワイトボードに書いていくと、「医療者の三位一体」がすべて網羅されていました。これは、参加者が自分で気づき、獲得した理解です。

「ツルカメ算」ご存じですね。「足が2本のツルと足が4本のカメが合わせて4匹います。

足の数、合計で14本です。ツルとカメは、それぞれ何匹ですか？」

という問題がその例です。これを、方程式をつかうと、簡単に解けることもご存じですね。

でも、思考の訓練で本当に大切なのは、方程式に数字を入れて解を得ることではないのです。たとえ時間がかかっても、もしかして、はじめは解に到達できなくても「もし…だとしたら」という、「仮定」を組み立てる練習をすること、思考の道筋をつくる訓練をすること、なのです。方程式で解を得ることは、操作（operation）でしかありません。頭とところが柔らかいうちに、この蛇行する過程にじっと耐えること、これがどんなに大切なことか、この時間を費やすことが、独自の方程式を生み出す可能性に結びつく、これこそが価値あることだということです。時間が経つ程身にしみてきます。

私達の分野でも、同じでしょう。患者さんひとりひとりに、真摯に向き合うこと。そこから感じ、見えてくるものに耐えること。方程式に数字をあてはめて、解を得ることだけを急いではならないと思います。それは、ヘルスケアのオペレーションでしかないことを忘れずにいたいと思います。

歯科衛生士ミーティングは、この過程に光をあてるプログラムになってきています。

今回のファシリテータは、歯科衛生士卒業後教育プログラムを修了した、2名のヘルスケア歯科衛生士が受け持ちました。キャリアも性格も異なる2人が、それぞれの持ち味を発揮。ヘルスケア歯科衛生士としての「私の毎日」を紹介しました。ヘルスケアの中ではフレッシュパーソンのベーシック参加者にとって、それぞれに「あんな風にいきたい仕事ができるひとになりたいな」という、具体的なイメージを与えたに違いありません。自分のキャリアのごく早いうちに、「こうなりたい」「あんな風になろう」と思えるような像に出会えることは、本当に幸せなことだと思います。そういう出会いがあれば



ば、それに向って足を踏み出し、努力することが
できるのだと思います。

ファシリテータが「これで3時間のベーシック
を終了します」と言った後、参加者がいつまでも
テーブルに残って話し込み、お互いの連絡先の交
換などを行っている光景は、大きなエネルギーを見

るようでした。このようにいきいきとして柔軟で、
人に配慮できる歯科衛生士が、自由に力を発揮で
きる場があれば、ステレオタイプの考え方を壊し、
新しい診療所を担っていく力になるのだろうか、
と最後の場面で感じました。

参加者から

歯科衛生士ミーティング・ファシリテ ータを経験して

村松康子（うつぎざき歯科医院）

昨秋に続き、再びベーシックコース
のファシリテータをさせて頂きました。

当日まで緊張と不安で一杯でしたが、
『参加者の皆さんに楽しんでもらえるよ
う精一杯やろう！』と気持ちを奮い立
たせて臨みました。

今回は衛生士ファシリテータも『私
の毎日』というテーマで、普段の仕事
の様子を紹介したのですが、改めて自
分を見つめ直すことができ、とても有
意義でした。その後のミーティングは
時間が経つにつれ笑い声が聞こえてき
たり、和やかな雰囲気なかで進める
ことができました。今回も私はアシス
タント的なことしかできませんでしたが、
もう2人のファシリテータの方に
リードしてもらったおかげで、最後ま
でやり遂げられたと思っています。ど
うもありがとうございました。

歯科衛生士ミーティングベーシックコ ースに参加して

長田未有希（わかば歯科院）

私は、ベーシックコースに参加する
前、「内容についていけるのか？」とと
ても不安でした。しかし、ベーシック
コースの衛生士さんたちが、私と同じ
ような悩みを持っていたり、自分のこ
とを振り返ることもでき、とても良い
機会でした。

もしも、自分が相手の立場になった
ときのことや、自分のケアを自分が受
けたいかなど、自分のことを振り返り、
話し合いました。

私たちのグループでは、自分が良か
ろうと思ってしたことが、患者さん
には苦痛だったりしたことや、忙しさに
惑わされて、心のゆとりが足りなくな
ってしまう、技術が足りないために、
患者さんへの負担をかけてしまったこ
となどがあげられました。

私自身も、1つのことに集中してし
まうと、周りが見えなくなってしまう

ことがあ
るので先
のことを
考えて、
行動しな
くてはと、
考えさせられました。

以前、先輩衛生士の患者さんの誘導
を、先輩に頼まれたことがありました。

私が患者さんを誘導したとき、患者
さんは、「いつもの衛生士さんは？」と
いうような表情で、キョロキョロして
いました。先輩がチェアへ来ると患者
さんの表情は、笑顔にかわっていきま
した。私も先輩のように、患者さんに
あの衛生士さんにみてほしい、私の家
族もあの衛生士さんにみてほしいと思
ってもらえるようになりたいです。そ
のためには、技術の向上はもちろん心
にゆとりをもち、どんな時も患者さん
の気持ちを考えることのできる衛生士
になれるよう頑張りたいです。



歯科衛生士ミーティングのめざすもの

伊藤智恵（宮城県仙台市）

第9回ヘルスケア シンポジウム 前夜祭報告

歯科衛生士ミーティング アドバンス

毎回大人気の歯科衛生士ミーティング・ベ
ーシックですが、ヘルスケア歯科診療を実践し、
キャリアを積みつつある歯科衛生士には、もう
ひとつ物足りない、と感じることがありました。
もっと実践的な話をしたい、もっと深く語り合
いたい、明確な「これ!」をつかんで帰りたい、
という要望にお応えすべく開始したのが、アド
バンスです。

アドバンスという名称のためか、ベテランの
歯科衛生士さんのプログラム、という誤解もあ

ったようですが、ケアのマインドが十分身に付
いているならば、必ずしもヘルスケア経験年数
は問いません。ベーシックは、診療室で提供す
るケアが医学的知識や技術だけではなく、患者
さんの心に寄り添うことがとても重要な要素な
のだという、「医療の三位一体」と「ケアのマ
インド」を深く感じるプログラム。一方アドバ
ンスは、「医療の三位一体」を前提にして、自
分の日常臨床をステップアップして、もっと患
者さんが気持ちいいケアにするための具体的取

り組みのグループワーク、という位置づけです。

ベーシックについては担当した村松さんが十分報告をしていますので、ここではアドバンス「私が変わると診療室が変わる ステップアップのPDCA」の報告を通して、ミーティング全体のねらいを考えてみましょう。

診療室においでになる患者さんは、歯科衛生士さんに会いにくると言っても過言ではありません。ドクターによる治療よりも、歯科衛生士さんによるケアの方がずっと快適であり、ずっと話しやすく、心を通じさせやすく、頼りやすい、というのがほんとのところだろうと思います。ですから、歯科衛生士の仕事のやりがいは、とても高いでしょうし、半面、その影響力も強くなることでしょう。歯科衛生士の能力が向上すると、その診療室全体の総合力が向上するという例が多いのも、そういった要因によることだろうと思います。つまり、診療室のステップアップの鍵は、歯科衛生士にある、というわけです。

そこで、自分の診療室で「気持ちのいいヘルスケア」を提供するにあたって、自分が担当する仕事の中で、どの部分をステップアップすれば、診療室はどのように変化するかをPDCAサイクルで具体的に考えていただきました。

たとえば、「カリエスリスクを調べたい」では、具体的な目標設定になりません。「半年後までに自分が担当する患者さんの30%に、サリバテストを含むカリエスリスク診査を行いたい!」というplanでなければ、具体性がありませんから、明確な計画の立てようがありませんね。

つぎに、その目標に到達するために、自分の診療室にどんな障害があるか、どんな行動/知識/機材/時間のやりくりなどが必要かを考えます。それを一つ一つ解決する行動がdoの部分です。

そして、一つ一つの行動が、こういった形で成果を上げているのか評価するにあたって、いつ、だれが、どのように評価をするのかまで、具体的にあげます。ここで大切なのは、主観的評価ではなく客観的評価であることを前提にすることです。「自分がんばった!」ではなく、第三者の評価が必要だということです。

参加者の診療室の状態は様々。出てくる目標

も問題も様々で、時には涙ながらの告白にさえなります。一人で解決策を考えても、「どうせ無理だ、変わりっこない」とあ

きらめてしまいそうなほどです。でも、少人数グループに配置されたファシリテータが、それぞれの悩みを聞き、心に寄り添い、グループで問題を共有するうちに、明確な解決策がみえてきます。ヘルスケア歯科衛生士3名がファシリテータを務めてくれましたが、しなやかな感受性と前向きな姿勢が、明るい変革を確信させてくれるのでしょう。涙やため息が、笑い声に変わっていきます。最終的に全員が、自分のアクションプランを明日からすぐに実行します!と笑顔で言い切るだけのエネルギーが生まれています。

一人の力ではどうにもならないようなことも、みんなの力を合わせれば解決できる。個人がもつ向上心は、必ず生きる。そう感じた参加者たちは、きっと大きな1歩を踏み出していることでしょう。その結果、その診療室は向上の歯車がどんどん回っているはずです。なぜかという、彼女たちがスタッフ全員のファシリテータ役になり、改善を促進し、そういったエネルギーにあふれた診療室は患者さんに支持され、ますます変革がファシリテートされるのですから。

自分の力量を正当に評価し、集団の力で創意工夫することで、自分も集団も、患者さんをも変化させていく。歯科衛生士ミーティングは、問題解決の具体的手法をなぞることで、人間の強さと優しさと可能性を自覚していくプログラムなのです。



参加者から

ファシリテータを通じ感じたこと

玉村真砂子（鈴木歯科医院）

誰もが抱える悩みや課題は、深みにハマっている自分には、どうにも解決の糸口が見つからない。でも、仲間の助言やつまづきを聞くことで、自分では想像もつかないような発想転換ができる！ 志を同じくする仲間がいるって素晴らしい！！ そのことに参加した皆が気付けたのではないかな？ 仲間の大切さに気付ければ、診療室のスタッフも信頼し、愛せるようになる（もちろん院長も）。人を変えようって、そう簡単にはムリ。でも、仲間の力を借りることはできるよね。そこがミソで、皆が決意を込めて発表したPDCAを成功させる秘訣かも。是非、立てた課題を診療室に貼りましょう。日々悪戦苦闘する中で、フツと振り返ると必ず達成できているはず。また、その姿にスタッフも院長も変わってくるのだ。そして、その果てには医院全体が変わっちゃうんだから。その感動と達成した充実感が自分の自信と誇りに繋がるよ。ああ…これでまた、何人の輝く歯科衛生士が生まれるのでしょうか（感涙）

私自身、初めてのファシリテータを努めさせて頂き、力不足を感じつつも参加された方々の熱き思いに、胸を打たれました。大変にありがとうございました。

仲間がいるって素晴らしい！

二度目のファシリテータ

正重まるみ（仲田歯科医院）

ファシリテータをさせていただくのは、今回で2回目になります。お話をいただいた時、自分自身が仕事に関して、とても行き詰まっていたファシリテータをする気はなかったのですが、伊藤智恵先生に励まされてやってみよう決めました。実際させていただ

て、すごく楽しかったし良かったと感謝しています。参加されている1人1人が真剣に仕事に取り組み、自分の課題をみんなの力を借りて解決していく方法を考えるという作業をしていきました。グループのみんなで忌憚なく話し合う中で、私も参加した方と一緒に前に進んでいきたいと思いました。大変なときこそ大きく行動して未来を開いていける自分自身になりたいです。最後にこの企画に関わった全ての人にお礼申し上げます。ありがとうございました。

ファシリテータとして参加させていた だいて！

小野洋子（わかば歯科医院）

日本ヘルスケア歯科衛生士卒業後研修プログラム卒業生として、今回、初めて、ファシリテータ役を勤めさせていただきました。私が担当させていただいたのは、アドバンスコースで、ヘルスケアマインドは、既にもっていらっしゃる方が対象でした。自分自身が、ヘルスケアマインドを持っていても、実際、診療室を改善し、患者さんの利益につながる診療室にしていくには、山積みの課題があります。ややもすると「ヘルスケア型にしたい」という思いはあっても、日々の忙しさに吞まれて、なかなか診療室の改善につながっていかないことがあります。そこで、参加者がPDCAサイクルに自分の課題をあてはめ、期日を設けて、実行できるようにプランを立て、アクションをおこせるようにしました。

グループ内では、1つの意見が出ると、いろいろな経験をお持ちの歯科衛生士さんから、さかんに意見交換がなされました。私は、ファシリテータとして参加していたはずですが、いつの間にか、グループのメンバーの一員として楽しい時間を過ごさせていただ

ました。

また、内容によっては、涙が出てくるほど重

たい課題をかかえていらっしゃる方もおり、「歯科衛生士」という職種の難しさも改めて実感しました。しかし、最後には、「みんなで、今この瞬間よりがんばろう！」と、決意を胸に終了しました。「アッ」という間の3時間でした。ファシリテータ役がうまくこなせたかどうかは疑問ですが、私自身は貴重な経験をさせていただいたことに感謝しています。

当医院では、ベーシックコースに2名、アドバンスコースに1名、そして、私がファシリテータとしてアドバンスコースに参加させていただきました。当日、立てた個人プランとは別に、参加した者たちが、医院として1つのPDCAサイクルを立て、進行中です。計画実行時期は、もう少し先なのですが…。医院として参加してみるのも、同じ時に、同じ空間で、熱い思いを感覚的に味わえて、意義のあることだと思いました。

ヘルスケアマインドを持った、患者さんのためにつくしていける優しい歯科衛生士さんの仲間が、全国にたくさん増えていけばよいと思いました。そうすることが、人々の健康づくりに役立ち、そこから、歯科衛生士としてのやりがいが見つけられると信じています。

歯科衛生士ミーティング・アドバンス に参加して

杉山理恵（わかば歯科医院）

歯科衛生士ミーティングには、以前から参加を希望していたので今回のアドバンスに参加できることをすごく楽



しみにしていました。ただ、何を議題とし、どういう発言形態なのか、自分の持っている意見がほかの参加者から否定されないかなど、様々な不安を抱えながらアドバンスコースに参加しました。

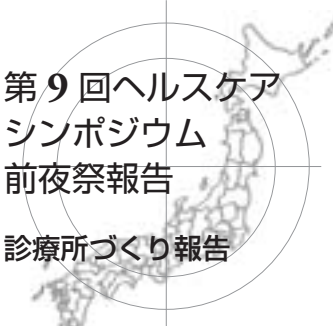
まず部屋に入って少し驚きました。部屋の中の机はすでに数人のグループごとに分けられ、いつものシンポジウムなどの並んで聞くタイプとはまったく違い個人の発言も傾聴もしやすい形になっていました。さらに各グループにファシリテータがつき内容や例題を挙げてわかりやすく誘導し、答えを自ら導き出せるようになり舵取りをしてくれたおかげで、普段自分だけでは出せない答えを見つけることができました。参加した全員がPDCA (Plan,Do,Check,Action)を個々に考え、明確にし、いつから、どのように行動に移すか決めて発表しなければならぬのです。しかも、考察時間から5

分や2分、発表時間が1分。など時間制限もあり、時間内はフルに頭を使い、精一杯考え発表にもっていきました。普段は問題点があっても「これは仕方ないか…」とか「私では解決できそうもない」と決めつけ、なあなあにしていたことをあえてplanとし、do どう解決し行動していくか、check いつ、誰が、どのように評価するか決め、さらにいつ行動に移すか action 決め、明確にすることは実はたやすいことではありません。「う〜ん、どうしたらいいの？」と何度も、うなってしまうことがありました。しかし、ここからがいつもと違ったところで、参加型学習なので、グループのみんが意見し、アドバイスしてみんなが答えを導きだすのです。おかげで様々な意見、アドバイスに出会うことができ新しい考えを持つことができるようになりました。意見発表する時も意見を聞く側の人「うんうん」と頷くことに

より発表者の不安をなくし、発表させやすくすることもファシリテータの方から学びました。3時間という時間が最初は長い時間だと思っていたのに終わってみれば非常に短く、もっともっと皆の意見を知りたくなり、もっともっと私の考えも知ってほしくなりました。今回のアドバンスを通して物事の解決の仕方、考え方、参加型ミーティングの素晴らしさを学ぶことができ、私にとって、とても意義のある充実した時間でした。学んだことをスタッフにも伝えPDCAをこれからもたてて向上していきたいと思います。



第9回ヘルスケア
シンポジウム
前夜祭報告
診療所づくり報告



国井歯科医院
発表者：
国井一好
佐藤康子
金子かおる



加藤歯科医院
発表者：
加藤 徹
阿部真喜子
齋藤ひとみ



緑町齋藤歯科医院
発表者：
齋藤直之
三澤千鶴

NEWS

シンポジウムIの記事が共同通信配信により、たくさんの地方紙で取り上げられ、様々な自治体でDMFT公開に向けて気運が盛り上がっています。

神戸新聞



山陽新聞

京都新聞

ヘルスケアデンタルショー

2005年3月20日 都市センターホテル
午前9時～午後6時（4時から懇親会併催）



コアメンバーWho's Who



新しい力に期待

伊藤 中（大阪府茨木市）

大阪府で開業しております伊藤中です。
1998年の日本ヘルスケア歯科研究会発足と同時に運営委員の末席に加えていただき色々な経験をさせていただきました。
ずいぶん長い期間にわたって居座ってしまったなあ、というのが率直な所です。
思い返せば、いろいろと失敗もしてお叱りを頂戴したり、自己嫌悪に陥ることもたびたびでしたが、他ではできないような勉強をさせていただいたり、刺激を受けたりと、自分の診療室の益となる部分も多々あったと感謝、感

謝です。

基礎コースなどを通じて、多くの会員の方と出会えたり、古くからの知己と再会できたり、会員同士の人の輪の広がりというのを感じることができたのも、私にとって大きな財産となりました。

今は、文献部会で有志の皆さんと一緒に仕事をさせていただいていますが、忙しさにかまけて十分な舵取りができていない状態です。しかしながら、部会の中にも積極的な問題提起をして下さる方も出てきてくれました。このような、新しい力を引き出していきながら、自分自身も元氣をいただいて仕事に取り組んでいけたらと思っています。

これからも新しい力（その人の生物学的年齢は関係ありません）が続々と出現することを願ってやみません。



なぜ今ここに？

足本 敦（鳥取県米子市）

それは一本の電話から始まりました。
日本ヘルスケア歯科研究会の設立時からその趣旨に賛同の意をもって私は、大阪での第一回基礎コースに参加しました。しかし、大学勤務医という立場だったこともあり、参加後も会に協力できることなど思い当たらず日々を過ごしていました。
そんなある日、岡賢二先生からニュースレターの原稿依頼のお電話をいただいたのです（vol.1 No.5）。そして、それをきっかけにスライド係のボランティアとして基礎コースが東京に会場を移すまで、大阪での基礎コースのお手伝いをするようになりました。その中で、会に携わっておられたメンバーの方々からたくさんのことを学ばせていただきました。
その後、運営委員を経て、現在コアメンバーの一員となっていますが、本当に振り返って考えてみると、なぜ今こんな立場だろう？と感じてしまいます。
さて、このニュースレターをお読みの会員の方々へ、この会についてどう考え、そして会に何を求めておられるのでしょうか？ 会の活動の方向性やシンポジウムの企画についてはどう考

えておられますか？

そんなことはコアメンバーや一部の執行部が決定することで、自分たちには関係ないと距離をおいたり、最近のシンポジウムはおもしろい企画がないなどと、評論家になったりしてはいないでしょうか？

コアメンバーも自分たちの診療室で精一杯の仕事をしながら、会の活動を行っているのです。一人あるいは少数のメンバーのリーダーシップを進めていく活動には、所詮限界があります。患者利益となる歯科医療への熱い思いをもって会に協力してみてもいいなと思っている方からのご連絡をお待ちしています。みんなと一緒に会を盛り上げていきましょう！

略歴

- 1961年 生まれ
- 1986年 東京歯科大学卒業
- 1991年 鳥取大学医学部大学院修了
- 1994～1996年 南カリフォルニア大学歯学部留学
- 2000年4月～ 山中渉氏とともに医療法人ワイエイオーラルヘルスセンター設立
- 現在に至る

「12 歳児 DMFT 地図 (2005)」 出来ました

昨年 1 月にニュースレター (Vol.7-1) で呼びかけてデータ収集を行って参りました「12 歳児 DMFT 地図 (2005)」が完成し、さる 3 月 19 日に開催された第 9 回ヘルスケアシンポジウム I「データから地域保健を考える」で参加者に配布いたしました。

多くの市町村で「処置率の向上」だけが注目され「う蝕経験」が省みられないため、検査結果が集計されていないのが実情です。また、収集したデータに信頼性が乏しいことや、町村合併が盛んな時期にぶつかり大きな困難に直面しました。まだ全国の 3 分の 1 のデータを集めたにすぎませんが、インパクトのある冊子が完成いたしました。データ収集にご協力をいただいた方を始め、文部科学省担当官、厚生労働省担当官、全国都道府県の担当部局、学校歯科医師会、都道府県歯科医師会、大学歯学部図書館等に配布いたしました。

また、当研究会ホームページでは、より詳細な(市町村単位、

小学 1 年生～高校 3 年生までの DMFT および処置者率/未処置者率)データを公開し、ダウンロード出来るようになってきました。ご参照いただき地域活動にご活用ください。なおこの事業は、全国の地方紙の注目を集め、データを収集していなかった多くの市町村で見直しが始まっています。



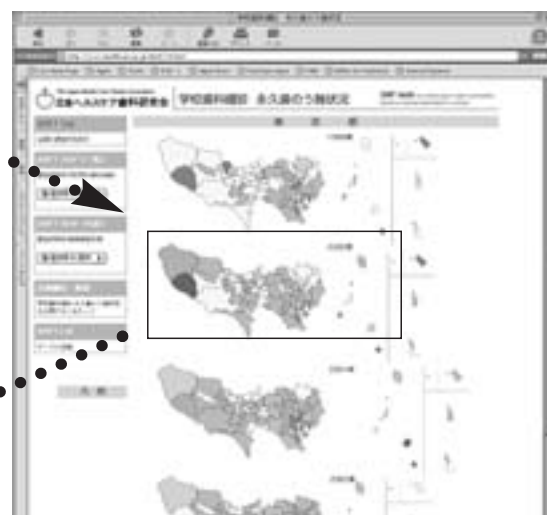
※「12 歳児 DMFT 全国地図 2005」をご希望の方は、切手 1000 円分 (なるべく小額切手で) を同封のうえ、事務局までお申し込みください。



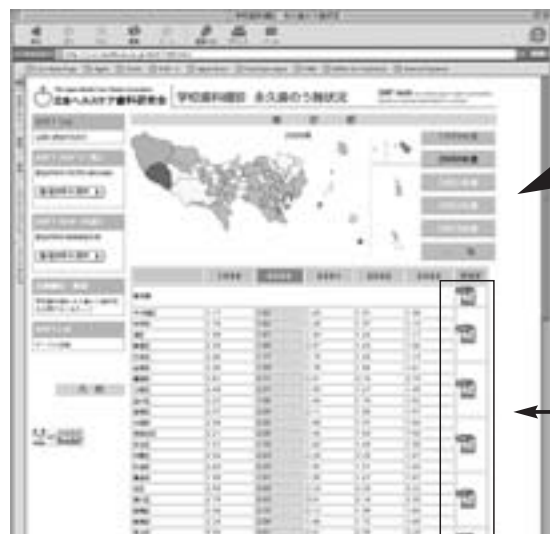
見たい県を選びます



ホームページ Top より



見たい年の地図をクリックし、該当年の地図と 12 歳児 DMFT 表へ。



ここから該当する県・市町村の学年別 DMFT、処置者/未処置者率のデータが PDF ファイルでダウンロードできます。

◆活動報告・お知らせ◆

Oral Health Management 研究会 (OHM 研究会)
代表 鈴木 勝美

OHM 研究会は、2003 年 8 月に福島県白河市において有志 4 名により設立された。本会の目的は、会員のヘルスケア型診療への転換をサポートし、さらに会員のヘルスケア型診療の発展をサポートすることである。

設立目標は、

- ① この地域住民に口腔健康をもたらすこと、
- ② 患者が一生健康な歯列を維持するために必要な歯科医療を提供できること、
- ③ 5 年後にこの地域が予防先進地域になることである。

また数値目標が、

- ① 12 歳児 DMFT を 1 以下にすること、
- ② メインテナンス中の喪失歯を 1 以下にすること、
- ③ メインテナンス患者のリコール率を 30%以上にするにすることである。

企画目標は、

- ① 年 2 回のスタッフミーティング、
- ② 定例会での自医院分析のプレゼンテーションをすることである。

ヘルスケア型診療では特に、各歯科医院において歯科衛生士の役割が重要なウェイトを占めるため、その教育が問題です。OHM 研究会では、昨年よりフリーランスの土屋和子さんに依頼し年 2 回の講義セミナー、年 1 回のテクニカルセミナーを開催している。東京に全スタッフを同行させることが、時間的にも金銭的にも現実的ではないため、発想を転換し講師を地方にお招きしてセミナーを開催し、医院、スタッフの負担を少なくしている。またさらなる歯科衛生士のスキルアップのために土屋さんを医院単独で依頼し、患者臨床実習を行っ

ている会員歯科医院もある。

スタッフミーティングは、昨年は 7 月に佐々木英夫先生「モチベーション」について、12 月に斎藤直之先生「診療システム」の検討について、開催された。今年 6 月、秋元秀俊さんに講師を依頼しており「患者の視点から予防歯科を考える」をテーマに、患者側から「健康を守り育てる診療」を見直す機会にしようと考えている。

OHM 研究会では、ヘルスケア型診療の精度、純度をより向上させるために、熊谷崇先生が酒田で主催されている Oral Physician セミナーの参加を推薦している。会員は、皆ヘルスケア型診療において経験が浅く、診療システムの構築のためのベースもままならない状態であるので、実践的で妥協のない熊谷先生のセミナーは非常に参考になる。そして歯科医師としての倫理観、患者利益をしっかりと意識し続けるために、熊谷先生の講演を絶えず定期的に聴き理解し、同じスタンスでありたいと思う。今年 3 月に福島市において熊谷先生のセミナーを開催した。受講者は、歯科医療のすばらしさに気づき感動とあこがれを持ったようである。そして何よりも、明日からのエネルギーをいただいたようである。医療における究極の目的は、疾患自体の予防である。そのために歯科医療においては、予防的側面が強いヘルスケア型診療を当然理解し実践すべきものである。

また、新たにヘルスケア型診療を始める

歯科医院においては、まず第一番目に導入すべきとも言われる口腔内写真について(有) サンフォートの鈴木さんより全国のスタディグループの動向と共に口腔内写真について講演を依頼している。とても参考になり、刺激になる内容である。

私たちは、日々ウィステリアにデータを入力しているが、なかなかこのデータを生かして思っていないと思っている。そのため定例会においてテーマを決め収集したデータを分析、検討し自医院の弱点を克服するべく実践に移している。

この定例会がなければ、情報を分析する機会はなかったのではないかと思う。PDCA サイクルを通じて、自医院のレベルアップを図る必要があると考えている。そして将来、福島県民の口腔健康が輝かしいものになるよう努力していきたい。また、スタディグループ間において、各地域と交流したいと考えている。歯科衛生士のプレゼンの場を各地域持ち回りで開催できれば、なんとすばらしいことかと考えている。ヘルスケア型診療は、歯科衛生士が中心なのであるから。私たちの今後のテーマは、「最適な環境、最適な予防、最適な治療」である。

一緒に研鑽を積むことを希望する方は、
(<http://www.dentalstep.jp/ohm/html>
E-mail:info@373dental.jp) ご連絡をお待ちしております。



現在の会員の構成(3月31日現在) 会員合計 6,210名

正会員		準会員	
歯科医師	2,139名	歯科衛生士	3,175名
歯科衛生士	254名	歯科技工士	120名
歯科技工士	5名	その他	452名
その他	20名	準会員計	3,747名
学生	3名		
法人会員	42社		
正会員計	2,463名		

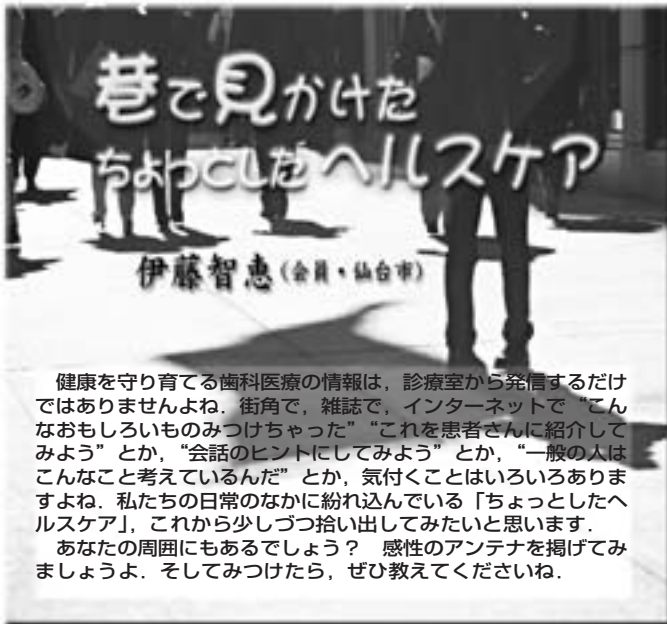
●会員登録内容の変更について

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。



健康を守り育てる歯科医療の情報は、診療室から発信するだけではありませんよね。街角で、雑誌で、インターネットで「こんなおもしろいものを見つけちゃった」「これを患者さんに紹介してみよう」とか、「会話のヒントにしてみよう」とか、「一般の人はこんなことを考えているんだ」とか、気付くことはいろいろありますよね。私たちの日常のなかに紛れ込んでいる「ちよつとしたヘルスケア」、これから少しず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か？ 感性のアンテナを掲げてみましょうよ。そしてみつけたら、ぜひ教えてください。

最終回

「おっぱい卒業」って、いつなの？」

各地で子育て支援事業が盛んです。こどもの虐待事件の多発にも胸が痛みますが、新米ママたちが、昔のような大家族や地域から育児文化を伝承されないとか、「公園デビュー」に象徴されるような過度のハードルを自らで作って、それにあっぴあっぴしているとか、一方ではあふれかえる育児書や育児雑誌に煽動されているとか。

あまりにも子育ての困難が多いこの社会。この現実に対して、わたしたちは傍観者になることはできません。だって、わたしたちも、この現実の社会の中で生きている構成要素の一つなんだから。そして、もし困難に直面している人たちが目の前にいるのなら、その人たちの実情と思いを、できるだけいねいに聞き取り、見つけ、困難を解決する支援をしたいと思っているのだから。そういった専門職が、多岐にわたること、これが、子育て支援事業の増加につながっているのでしょうかから、人間って素敵だなあって思います。そして私は、そういった専門職の一人でありたいなあって思います。だから私も、子育て支援事業に呼ばれると、ついつい、いそいそと出かけて、たくさんのお母さんたちや専門職の方がたと、いろいろな話をしてくることが、とってもうれしいの。

歯科が専門職として子育てに関わる時、よく直面するのは、卒乳の問題。今回はそれをちょっと考えてみたいのです。

昨年（2004年）11月1日読売新聞で、このような記事が掲載されています。

育てる

「おっぱい卒業」って、いつなの？

子どもの成長次第 先輩ママの体験談 参考に

子どもにいつ「おっぱい」を卒業させるかを、悩む母親が少なくない。一歳を過ぎた子どもに母乳を与えていると、周囲から非難されることもあるようだ。専門家は「子どもとの関係を大切にして、子どもが自然とおっぱいを必要としなくなる卒乳の時期を待つように」とアドバイスしている。

東京都葛飾区の小谷博子さん（33）は、三歳三か月の長女が寝るときに母乳を与えている。「昼間は保育園に預けているので、私にとっては大切なスキンシップ。でも、周囲から驚かれたり批判されたりもします」

「よこはま母乳110番」（金曜日午前10時-正午、045・742・8030）にも、周囲から早く母乳をやめるように言われて悩むママからの相談がよくあるという。

先輩ママの立場で相談にのっている竹中恭子さんは「大きくなったのにみっともないとか、離乳食をあまり食べないのはおっぱいを飲ませているからだとか、母親は様々な意見を突きつけられ、苦しんでいます」。

数十年前までは、子どもが生後十か月ごろには母乳をやめるようにと、母親たちは指導されてきた。これに対し最近、月齢を目安に母乳を断つのではなく、子どもの成長に合わせて自然に「卒乳」するのを待つという考え方が広がってきている。

聖マリアンナ医科大学教授の堀内勤さん（小児科）も「母乳は栄養補給の役目だけではなく、赤ちゃんに安心感も与えています。いきなり母乳をやめて突き放すのではなく、赤ちゃんが自分から離れていくまで与えていい」とアドバイスする。

赤ちゃんは成長とともに外の世界に興味を持ち始め、様々な遊びに挑戦する。失敗すると母親のおっぱいにしがみつき、安心するとまた外に向かっていく。そうして少しずつ自立していくのだという。

とはいえ、母親の仕事や病気、家庭の事情などで母乳をやめなければならないこともある。「その場合でも、突然やめてしまうと、子どもは逆におっぱいに執着してしまう。母親の気持ちを言葉にしてしっかり伝えてみて」と堀内さん。

また、母親にとって母乳を与えることが苦痛になっているのなら、無理に授乳を続けない方がいいとも指摘する。

「大切なのは母乳を与えているとき、母親も子どもも幸せや喜びを実感できるということです。母子が気持ちよく母乳育児ができるよう環境を整えるとともに、母乳を続けるかどうかを夫婦でよく話し合うことも大切でしょう」

東京都杉並区の小児科医、佐山圭子さん（40）は、三人の子を母乳で育ててきた。「長男と二男とは、おっぱいと別れた月齢も状況も違いました。長女は二歳二か月で、今も母乳を飲んでます。悩んでいる人は、先輩ママの体験を聞いてみては。お母さんと子どもの組み合わせの数だけ、卒乳の仕方も違うということに気づくと思います」

以前から、母乳保育のすばらしさを多くの小児科医から聞いてきた私にとって、新聞にこういった記事が出ることは、とても素敵なことだと感じました。この記事に込められているのは、母乳栄養という生物学的なことではなく、母子の心理的社会的関係を支援しようとする姿

勢だし、「子どもの意思表明権、自己決定権」を尊重するという世界的潮流をも反映させているから。

ちょっと待って！ でも、母乳継続は虫歯を作る。歯科の立場では、反対しなきゃ！ と思った人、手をあげて～

そう、保健所で行われる1歳6ヶ月健診では、保健婦さんが「まだ母乳を飲ませてるの？」と質問し、歯科医が虫歯のために母乳をやめる指導している実態は、まだまだたくさんあります。

だから、日本母乳の会を出している冊子「母乳育児シリーズ2 卒乳—おっぱいはいつまで」では、歯科医師は「母乳継続=虫歯」をふりかざして育児不安を増幅させる悪役です。そして、残念ながらカリオロジーを理解して記述している状態ではありません。引用することさえ、辛く悲しくなるような記述です。でもそれは、小児科の医療者たちが歯科を理解していないからではなく、私たち歯科医療者が理解していただく努力を怠ってきたからだろうと思うの。つまり、今まで歯科医師は、母乳継続している子どもに対して、「虫歯だらけになる。母乳をやめなさい！」と一方的に指導してきたからだろうと。

ダメというだけで、なぜそうなっているのか、どうしたらよいか、母乳継続しながら虫歯にしない方法はないのか、という情報は、一切提示されなかったから。そして、母子の生活の背景や心理的状态に共感しつつ、歯科医として見守るべきなのか、介入して別の行動を提示するべきなのか、考えてこなかったから。「歯」だけを見て、「生活している人間」をみてこなかったから。

保健所の健診という他人がたくさんいる場所で、一方的に「悪い育児だ」「母親失格」と烙印を押されるようなものなので、母親が傷つくのは当然でしょう。小児科の先生のなかには、「歯科の先生ね。母親をいじめる困った人たちなんだよね」と口にするかたもいるくらい。確かに、「歯磨き！」「甘いものはダメ！」「虫歯は母親の責任！」「1歳過ぎてまだ母乳？ とんでもない、すぐやめなさい！」などという言葉が歯科医師から発せられ、自分の育児を「評価」され、深く傷ついている母親の話は、いろいろな機会にいっぱい聞こえてくるし、私が参加した育児支援事業のなかでも、涙ながらに報告され、身の置き場がなかったもの。人間には「他人に評価されない権利」があることになって、「指導」するドクターは考えてもみないわけで…（でも、自分が他人に評価されることには、激怒するのよね。矛盾してるよねえ）

実際に、健診の現場でお母さんたちは、母乳継続について正直に答えるのをためらいます。歯科医師にしかられる、という情報が行き渡っているからね（多くの育児雑誌で、時には新聞の読者投稿欄で、健診現場での歯科医師の一方的な“指導”に傷付いた、そういった時の対策となる模範解答はこうだよ、というようなものが載っています）。質問に、おどおどと答えるか、嘘をつくか、開き直ったように答えますね。そこには、歯科医師への信頼感なんて、まったくありません。これは悲しいこと

ですよ。ヘルスケアの大切さを私たちが伝えようとしても、相手はこちらを信じていないのですから。

母子健康手帳の2002年改定で、母乳についての記述の中から、「断乳」という表現が削除されたことを、みなさんは御存じでしょうか。これは、母乳栄養推進の立場から、1歳でやめる必要はなく、1歳6ヶ月で「母乳を飲んでいるかないか」を尋ねて記載するだけでよいというように、「離乳の基本の改定」（厚生労働省）に従ったものです。離乳の基本の改定は、乳児の摂食機能の発達にあわせて1歳半に改定され、「栄養学的な離乳は1歳6ヶ月をめどに、精神的離乳は2～3歳をめどに」という考え方に則ったものです。そして、育児中の母親を支援する立場から、「母乳をやめさせる指導」ではなく、「自然な乳離れを見守る対応」が選ばれたものです。

これについて、宮城県立こども病院の堺武男先生は、「口腔の成育をはかる」（医歯薬出版株式会社）に、以下のように書いています。

『母乳育児と母子関係』

（前略）「いつまで母乳は続けられるのか」

母子健康手帳から「断乳」の二文字が消えたことによって、逆にいつまで母乳は飲ませられるのか、飲ませるべきかという問いが、各方面から寄せられているのも事実です。この授乳期間についてはさまざまな意見がありますが、基本的には1歳で断乳する必要はないことを共通認識として、いくつかの見解を検討してみましょう。

米国小児科学会は、1997年の勧告で、「母乳は少なくとも12ヶ月は続けられ、その後は母子が欲した限り長く続けられることが勧められる」としています。一方、我が国では、1994年に南部らが厚生省研究班の見解として、離乳食の進行に従って、3回食からほとんどの栄養を摂取する「栄養学的断乳」を9～12ヶ月まで（この点については、1996年の「改定離乳の基本について」では15ヶ月、2002年の母子健康手帳改定では18ヶ月をめどとしている）にすすめて、「子どもの不安に即応して母乳をふくませ、自然に母乳をやめていく意味では、2～3歳を心理的卒乳の時期とすることが、母子の健康を約束する最短最善の方法である」とし、「母乳の卒乳は子どもが自然に離れる時、と結論することが妥当であろう」と勧告しています。また高橋は、生物としてのヒトという観点から「ヒトとゲノムの同じチンパンジー、ゴリラの分娩間隔は4～5年でカラハリ砂漠で狩猟生活をしているクン族も同じであるという。これは、女性は3年間の授乳と1年の妊娠というサイクルを繰り返す、10～15年かけて2～3人の子どもを出産するというのがヒトの標準のようだ」と述べています。事実、農耕文明の発生前は、地球上の人口は400万年間静止人口が保たれていたようです。これら授乳期間について、20世紀末に出された結論と、本来の生物としてのヒトの授乳期間が、はからずも2～3年と一致したことは興味深く、3年くらいが一つの目安といえるかもしれません。しかしながら、授乳期間とは、おのおのの母子関係のなかで決められるべきであることこそが最も重要と思われる。（後略）

ヘルスケア フォーラム

会員支援部会 地域部門主催 第1回診療所づくりミーティング

2005年3月21日(月) 電通共済生協会館

プレゼンテーションを終えて

宇藤博文(東京町田市開業)

今回の発表を通して、志を同じにする多くの先生やスタッフの方々と知り合え、建設的な意見交換ができたことは何よりも収穫でした。そして、短い期間でしたが、当医院の道のりを振り返り、現状を分析する機会を得たことにより、今後の課題と目標が明確になりました。

当医院のスタッフも、意識の高い他院の方との交流を通して励まされモチベーションアップしました。

また私自身は、日本ヘルスケア歯科研究会の地域部門の先生方と知り合え、また自分もその部員として入れさせていただくことにより、より身近にお話を聞く機会を得てモチベーションアップしました。

ヘルスケア型の診療室を作ることは、簡単なことではないと思います。ですから、ヘルスケア型を目指している先生には、是非、発表者として参加することをお勧めいたします。初めての発表は、勇気がいりますし、時間もいります。しかし、さらに一歩踏み出すきっかけとなりますし、2倍3倍の益が得られると確信しています。

当医院もまだスタートをきったばかりですので、今回の発表を通して知り合った多くの方と励ましあいながら進んでいきたいと思っています。

最後に地域部門の先生、ファシリテータを務めて下さった皆様に感謝いたしま

す。

どうもありがとうございました。



私の感想

服部 操(東京都江戸川区開業)

「ヘルスケア歯科研究会と言えど」と近隣の歯科医にきけば「サリバテストを勧める会でしょ!」と返ってくると思います。今回のアンケートを見て、意外に行われていないことに驚きました。これは全員の患者さんに口腔内写真を撮らないのと似たことではないでしょうか。重度の患者さんにだけ、資料を採るとなると何か違和感を感じます。

当医院でも、すべての検査が難症例と思われる方にだけ行っておりました。しかし現在では、患者さんを医院サイドから選択してハイ・リスクと経験的に考えられた方にだけ、お話をするのは疑問を感じます。カリエス・フリーな方にこそ、その健康を維持し、すばらしい口腔状態を継続できるような視点が必要なのではないでしょうか? 偉そうですが、当院の現状は先日お話したような有様なんです…?

その他に自費と保険のどちらのシステムでメンテナンスを行っているのかが、サリバテストを含めた各医院での予防プログラムが大きく異なる原因ではないかと感じます。この問題はある意味でタブーなのかもしれませんが、是非このような診療所づくりミーティングのような本

音で話せるアット・ホームな場で扱って欲しいと思います。

最後にこのような会で発表する機会を頂き、本当に感謝しております。一気に予防歯科のリーダーであられる歯科医の方々はもちろんなのですが、第一線で活躍されている歯科衛生士さんともお話をする機会を得ることができました。今まで一会員として前夜祭に参加しても、なかなか著名な先生方にご挨拶をすることもできませんでした。今回、参加したお蔭で河野先生はじめ多くの方々にお会い出来たことで、夢の日吉歯科へ大きく前進できたかな? と思います。未熟な私どものような医院をお導き頂き、地域部門の方々には本当に感謝しております。



変化の絶えない歯科医院づくり

千葉雅之(岩手県水沢市開業)

ヘルスケア型の診療所に移行し、まもなく2年になります。開業以来、補綴・修復治療中心であった当医院が、ヘルスケア型に移行するに当たっては、多くの問題点が山積していました。毎日の診療に追われながらも、診療システムを変化させていくには、まず自分自身が変わることが大切であるように思います。

今回のプレゼンテーションは、過去8年間の診療所づくりを振り返る良い機会になりました。現在勤務しているスタッフも、医院の小さな歴史とその変化を共有することができ、これから目指すべき方向性(ベクトル)を見出すことができました。

参加された方の多くは、同じような悩みと問題点を抱えており、グループディ

スカッションは意義深いものになりました。そして、全国各地から同じ志を持った仲間とふれあうことができ、とても良い刺激になりました。ありがとうございます。



診療所づくりレポート

進 健修 (東京都北区開業)

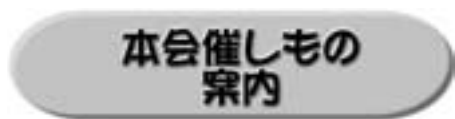
第一回診療所づくりミーティングで症例発表させていただきました。富士歯科医院の進と申します。思えば今年の4月、基礎コースを受講して、会員の先生方の素晴らしい症例発表に感動し、早速デジカメとウイステリアを購入して、ヘルスケア型診療所づくりを始めました。

しかし、周りにヘルスケア会員のアドバイスしてくれる先生がいるわけでもなく、自分一人の力では行き詰まり、デジカメはほこりをかぶり、パソコンに電源が入る日がほとんどありませんでした。そんな時に、日吉歯科診療所の Oral Physician 育成セミナーに参加することになり、メディカルトリートメントモデルにのっとなった診療を学ぶことができたことで、同じ目標を目指す仲間ができ少しずつではありますが、ヘルスケア型診療所づくりが出来てきました。

今回診療所づくりミーティングで症例発表をさせていただいて一番感じたことは、昨年基礎コースを受講したときには「はたしてヘルスケア型診療所づくりは出来るのか?」と思っていた自分が、同

じ会場で症例発表までおこなえたということです。これは大きな節目になりました。

診療所づくりのこの発表を機に更に多くの会員の先生方と交流ができ、しかも地域部門のメンバーにも加わりヘルスケア型診療所づくりに拍車をかけられることができたと思います。「朱に交われれば赤くなる」というように、同じ目標に向かっていく仲間が多いということが、いかに大切かということです。症例発表というのは、自分自身を見つめ直すことができ、周りの人達にある意味で認めてもらうことが出来る、更に高い目標を掲げる方にとっては是非お勧めだと思います。



- 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が、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、あわせて実践の基本を確認するコースです。
- 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)。

□ ヘルスケア歯科コース

基礎コース(東京)

*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。

第12回東京基礎コース

2005年12月3日(土)~4日(日)

参加費 歯科医師 40,000円 歯科衛生士ほか 30,000円
(参加費には両日の昼食、お茶代が含まれています。)

会場 飯田橋レインビル7階大会議室(東京都新宿区市谷船河原町)
JR中央線、総武線飯田橋駅西口下車徒歩6分
<http://www.ienohikariss.co.jp/bld/>

定員 130名

注意 *前回と会場が変わりますのでご注意ください。
*会場、ロビーとも喫煙はできません。
*写真撮影、ビデオ撮影等は断ります。
*開催日2ヵ月前を過ぎたキャンセルは、キャンセル待ちの繰り上げができませんので、ご遠慮ください。

プログラム(予定)	
日時:	12月3日(土) 午前10時~午後7時 12月4日(日) 午前9時~午後4時
ヘルスケア歯科研究会の歴史とその意味 ヘルスケア診療室の目指すべきもの ヘルスケア診療室に必要なもの<口腔内写真をとろう、リスク検査をしよう、データ管理をしよう> カリオロジー病因論と実践例 ペリオドントロジー病因論と実践例 健康を守り育てる診療室作りの実践例 健康を守り育てる診療室作りの実践例、長期症例に学ぶ 総括(明日から何をすべきか)	

ヘルスケア歯科コースFAX申込用紙

第12回東京基礎コース(2005年12月3~4日)参加を申し込みます(8-2)

ふりがな _____ ●参加者全員のお名前をご記入ください

勤務先・診療所 _____ ■ 歯科医師 会員No. _____ ■ 歯科衛生士/その他 会員No. _____

代表者名 _____ 会員No. _____

TEL. _____ FAX. _____

住所 〒 _____



NEW! <食事指導ソフト> ランタイム版ができました

《ウィステリア Pro》の付録ソフトとして評判の<食事指導ソフト>が《ウィステリア Pro》利用者以外の会員でも使用可能になりました。是非、患者さんの食事指導や地域活動にご活用ください。※ファイルメーカー Pro がなくても動作します。

■ダウンロードできない場合は…

CD-Rom 版を用意しています。ご使用の PC 環境を明記の上、切手 500 円分を事務局までお送りください。

■動作環境

●必要なハードウェア

・コンピュータ本体：WindowsXP, 2000 または MacOS8.6 ~ 9.2.2, OSX10.1 以上をサポートし、これらいずれかの実行がされているパソコン

・表示画面：1024*768 ピクセル以上（1024*768 推奨）

※ご使用の PC のモニター画面が 14 インチ以下の場合は、縮小版をご利用ください。

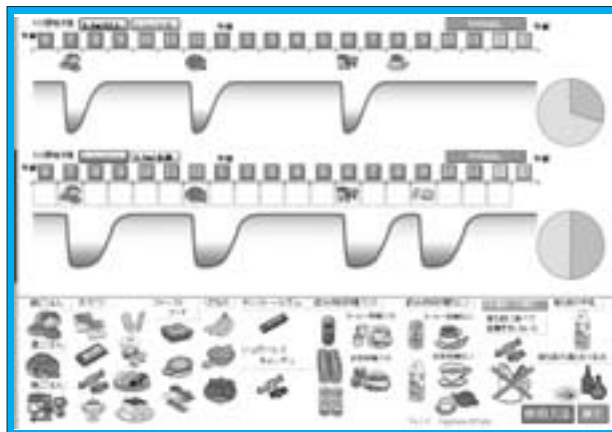
●必要なソフトウェア

・基本 OS：WindowsXP, 2000 または Mac OS 8.6 ~ 9.2.2, MacOS X 10.1 以上

※ Windows98, Me では動作しません。

・基本アプリケーション：不要

■会員用ホームページよりダウンロードできます。なお、ご使用にあたっては、必ず添付の「readme.txt」と「起動法.txt」をお読みください。



食事指導ソフトランタイム版起動画面

第3回スタッフミーティング開催のお知らせ

今回は「歯周病」をテーマにスタッフミーティングを行います。午前中は、2 医院にケースを出してもらい、それを元に職種わけされた小グループ（6 人）でディスカッションを行います。

午後は、スタッフ教育の視点から歯周病治療を考えていきます。こちらも 2 医院に実践例を提示して頂き、それについてグループワークでディスカッションをしていく予定です。

日頃、歯周治療で悩んでいる方、スタッフ教育で悩んでいる方、ぜひ参加して同じ志を持った仲間と話し合ってみませんか？ 仲間を作りたい！ という方も大歓迎です。

参加希望の方は職種と経験年数を明記のうえ、事務局までご連絡ください。

なお、今回は症例検討も行う関係上、歯科医師、歯科衛生士のみの参加といたします。また、グループワークで進行する関係上、一医院 4 名まで受付します。

テーマ（仮）

初期・中等度歯周病のケース（やっぱり写真って必要!!）

笠島歯科室 山口志穂

短期的なメインテナンスの症例を通して

わたなべ歯科 長山和枝

DH 暦 3 年間の迂曲曲折

鈴木歯科医院 杉本絵美

新人衛生士卒業

河野歯科医院 野沢絵美

日時：7 月 10 日（日）午前 9 時 30 分～午後 4 時 30 分

会場：電通共済生協会館（東京・駒込）

JR 山手線 駒込駅南口下車徒歩 5 分

http://www.dentsu-kyosai.or.jp/KAIKAN/Kaikan_map.htm

受講料：1 人 6,000 円（昼食つき）

参加申し込み Fax. 03-3260-4906

第3回スタッフミーティング参加申込書 参加者全員のお名前と職種・経験年数をご記入ください。 (news8-2)

参加者氏名	会員 No.	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士	経験年数	年
参加者氏名	会員 No.	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士	経験年数	年
参加者氏名	会員 No.	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士	経験年数	年
参加者氏名	会員 No.	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士	経験年数	年
勤務先・診療所名				
住所 〒	-	電話番号	-	-
		FAX 番号	-	-
参加費 6,000 円×参加人数		人	合計金額	円