ISSN 1344-9648

HEALTH CARE

The Newsletter of the Japan Health Care Dental Association

vol.8 no.4
（年間 6 回刊行・通巻 045 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 年版会員名簿ができました。

2005 年度会費が 4 月末（5 月 2 日）までに入金になった方 2114 名のうち、98 名が掲載辞退されましたので、2016 名が掲載されています。患者さんの引越の際の医院紹介や地域の仲間作り等にご活用ください。

●会員用ホームページのユーザー ID とパスワードを変更します。

別紙を同封していますので、お取り扱いにご留意ください。

催しものご案内

① 第 10 回ヘルスケアシンポジウム
日時： 2005 年 10 月 2 日（日）
会場： 東京国際フォーラム ホール C
前夜祭 2005 年 10 月 1 日（土）
会場： 東京国際フォーラム ホール D7, D5 およびガラス棟会議室
▷ 詳細 p. 20-24

② 正会員歯科衛生士の集い
日時： 2005 年 10 月 1 日（土）
会場： 東京国際フォーラム G402
お申込みはメールか FAX で事務局まで
▷ 詳細 p. 19

③ コアメンバー会議（9 月）
日時： 2005 年 9 月 11 日（日）
会場： 東京国際フォーラム G402
ゲスト講師： 景山正登（会員）

CONTENTS

☆ シンポジウム特集 p.20 ～ 24
「健康を守り育てる歯科医療」の医療保険における位置づけを p.1
院内のネットワーク p.3
活動のお知らせ p.4
臨床の疑問の解決の仕方 3 p.5
「お口の健康手帳」について p.7
講義ノート（豊島義博） p.8
認証について p.14
「認定歯科衛生士」制度（案） p.15
コアメンバー会議（報告・予定） p.16
ヘルスケアフォーラム p.17
書評 p.18
その他案内 p.19

「健康を守り育てる歯科医療」の医療保険における位置づけを

杉山精一（コアメンバー）

10 月 2 日のシンポジウムで議論しましょう！

予防がブームだとか経営戦略だとか，様々な雑音がまわりで渦巻いています．実際の健康を守り育てる診療は，スタッフを含めた医院全体の地道な努力なしにはつづけることはできません．このことは，多くの会員が理解していることと思います．

「健康を守り育てる歯科医療」を日本で実現するためには様々な障害があります．その中の一つに医療保険制度の問題があります．医療保険は，年金，医療，福祉という総額 90 兆円にも達する社会保障の中に位置しています．

「健康を守り育てる歯科医療」が，住民の健康維持に大きく貢献し，歯科医療においてその価値が非常に大きいものだということについて異論はないでしょうが，日本の医療保険制度の中における位置づけははっきりしていません．

う蝕と歯周病の病因論についてここ 20 年ほど急速に解明が進み，それに基づいた介入方法とその成果についても欧米先進国では臨床研究が行われ，効率性についても評価を行いガイドラインが整備されつつあります．残念なことに，日本には，カリエスコントロールのガイドラインは存在しませんし，どのような学会が推進していくのかわからない状況です．

高齢化社会における生涯にわたる口腔の健康を考えた場合，その基礎となる 20 歳までの口腔管理は非常に重要です．20 歳の口腔の健康を達成するためには，幼児期からう蝕の病因論に基づいたカリエスリスクの把握とリスクコントロール，思春期以降はさらに歯周病の病因論に基づいたリスクの把握とコントロール，そして歯列不正についての対応も必要です．高齢化社会における新しい歯科医療保険制度には，これら 20 歳までの口腔管理，すなわち若年期のヘルスケア歯科医療をその基礎としてしっかりと位置づけていくことが重要と思われます．

私たちの研究会には，日々の臨床データを蓄積している会員が数多くいます．このような臨床データを新しい歯科医療保険制度構築の基礎となるデータとしても有効活用できるように整備し，さらに様々な団体とも連携していくことも必要でしょう．

欧米先進国は経済成長率が低下し，高齢化率の進行と重なって，社会保障制度の仕組みについて見直しが進んでいます．そのような社会状況の中で歯科医療をどのように位置づけていくか私たちはきちんと考え，社会に対して表明していくことも大事な仕事です．

ともすると医師，歯科医師は社会に対する主張というものに対して，そのようなものは私

たち本来の仕事ではないと決めつけ消極的になりがちです．しかし，ますます財政的に厳しくなる現代においては，たとえ社会的に価値があるものでも，その意義をきちんと主張し説明していかなければ，実現は難しく，歯科のような生死に直接かかわらない分野では，なおさらその傾向は強いでしょう．

最近，歯科医師会の会合などでは，「需要増大」「患者掘り起こし」などといった表現をよく聞きますが，こう主張するとき，私たちは歯科の内側しか見ていないのではないでしょうか．このような見識しかなければ，高齢化社会における生涯の口腔の健康維持は不可能であり，国民からの賛同も得られません．もっと目を社会に向けなければ，大きく変わろうとする高齢化社会の社会保障の枠組みのなかで，歯科医療は本来の役割を担うことすらできなくなるでしょう．

【参考書籍】

「医療費抑制の時代」を超えて　イギリスの医療・福祉改革　近藤克則　医学書院
医療の経済学　広井良典　日本経済新聞社
ライフサポート　スザンヌ・ゴードン　日本看護協会出版社
市場原理が医療を亡ぼす　李　啓充　医学書院

『市場原理が医療を亡ぼす』には「医師憲章」というものが紹介されています．このようなものが書かれた背景については今回紹介する余裕がありませんが，当たり前で，とても大事なことが書かれていますので以下に紹介しておきます．

新ミレニアムにおける医療プロフェッショナリズム：医師憲章

――アメリカ・ヨーロッパ内科4学会共同作成（李 啓充　訳）

＊本医師憲章は2002年2月，「ランセット」（359巻520頁）および「アナルズ・オブ・インターナル・メディスン」（136巻243頁）両誌に同時掲載された．

＜3つの根本原則＞

(1) **患者の利益追求：**医師は，患者の利益を守ることを何よりも優先し，市場・社会・管理者からの圧力に屈してはならない．

(2) **患者の自律性：**医師は，患者の自己決定権を尊重し，「インフォームド・ディシジョン」が下せるように，患者をempowerしなければならない．

(3) **社会正義：**医師には，医療における不平等や差別を排除するために積極的に活動する社会的責任がある．

＜プロフェッショナルとしての10の責務＞

(1) **プロとしての能力についての責務：**個々の医師が生涯学習に励み，その能力・技能を維持するだけでなく，医師団体はすべての医師が例外なくその能力・適性を維持するための仕組みを作らなければならない．

(2) **患者に対して正直である責務：**治療上の意思決定ができるように，患者をempowerするために，情報を正直に伝えなければならない．特に医療過誤については，患者に速やかに情報開示することが重要であるだけでなく，過誤の報告・分析体制についても整備しなければならない．

(3) **患者の秘密を守る責任：**医療情報の電子化の進展，遺伝子診断の技術進歩が進む中，患者の秘密の厳守は特に重要である．

(4) **患者との適切な関係を維持する責務：**患者の弱い立場を悪用することがあってはならない．特に，性的・財政的に患者を搾取してはならない．

(5) **医療の質を向上させる義務：**医師および医師団体は医療の質を恒常的に向上させる義務を負う．医療の質には，医療過誤防止・過剰診療抑制・アウトカムの最適化が含まれる．

(6) **医療へのアクセスを向上させる責務：**医師および医師団体は医療へのアクセスの平等性を確保することに努めなければならない．患者の教育程度，法体制，財政状態，地理的条件，社会的差別などが，医療へのアクセスに影響してはならない．

(7) **医療資源の適正配置についての責務：**医師には，限られた医療資源を，「コスト・エフェクティブネス」に配慮して，適正配置する義務がある（註）．過剰診療は医療資源の無駄使いとなるだけでなく，患者を無用な危険にさらすことになる．

(8) **科学的知識への責務：**医師には，科学的知識を適切に使用するとともに，科学としての医学を進歩させる義務がある．

(9) **「利害衝突」に適正に対処し信頼を維持する責務：**保険会社や製薬・医療機器企業などの営利企業との関係が，本来の職業的責務に影響する恐れがあることを認識するだけでなく，「利害衝突」に関する情報を開示する義務がある．

(10) **専門職に伴う責任を果たす責務：**専門職に従事するものの責任として，職業全体の信頼を傷つけてはならない．お互いに協力することはもとより，専門職としての信頼を傷つけた医師には懲戒を加えることも必要である．

（註）「コスト」そのものではなく，「コスト・エフェクティブネス」に配慮することに注意されたい（訳者）．

院内のネットワーク

大友　康資
（会員・札幌市開業・ dental office おおとも）

はじめに

北海道札幌市で2001年に開業しました．ユニット2台の小さなオフィスです（図1）．開業時にネットワーク型のレセコンを導入したので，院内LANは構築されていますが，レントゲンや口腔内写真はまだアナログです．LANという環境を最大限には利用できていませんが，少しずつデジタル化を図っています．発展途上の院内ネットワークですが，紹介したいと思います．

ヘルスケア歯科研究会に入会，そして開業

勤務医時代に酒田の基礎コースに参加したのがきっかけで，日本ヘルスケア歯科研究会に入会しました．当時，開業するためにいろいろ準備していましたが，基礎コースに参加して，自分のやりたい歯科医院像が見えてきました．そうして，受付1名，歯科衛生士1名で，2001年9月に開業しました．ところが，開業して3週間後，歯科衛生士が辞めてしまい，全くの素人の受付を助手に8ヵ月が経過しました．写真も，サリバテストも，自分1人でやりましたが，時間の余裕がない時は全くできず，データと呼べるものにはなりませんでした．その後アルバイトなどで，何人か歯科衛生士をつないで，2004年の4月に予防がやりたいという目的意識を持ってやってきた歯科衛生士とともに，予防システムを再スタートして，現在に至っています．

オフィスのLAN

2001年の開業時に株式会社ミックのLAPEC-Xネットワーク版を導入，ユニット2台，受付，サーバーとそれぞれPC（Windows2000）を配置し，サーバーには無停電装置と外付のMOを接続しました（株式会社ミックの標準仕様の設定）．LANケーブルは，将来的にデジタル化を考えて，レントゲン室とユニット未設置の予診室にも配線しました．ネットワークの設置はレセコンメーカーとは別の業者に頼んで構築してもらったので，実は私自身はあまり詳しくありません．

2003年に院長室にPCを設置．インターネットをできるようにしたので，ウィルス対策の面で不安が残り，LANには接続していません（図2）．

アナログとデジタル混在の中で

各ユニットにあるPCでは，カルテの入力と，診療中の口腔内をカメラで撮影した時にモニターで説明します．ここで使用しているワイヤレス口腔内カメラはRFシステム社のSS-24です．

このカメラで撮る画像は，患者さんにその日の治療内容を見てもらうために使用します．（例えば歯石やプラークの付着状況，充填の前後など）とてもわかりやすいと好評です（図3）．

図1　診療室概観

歯科衛生士がレーダーチャートを作成する時も，空いているユニットのPCを使います．

チェアが2台しかないので，サリバテストの説明やカウンセリングなど，治療以外のことは院長室で行います（図4）．前述の通り，院長室のPCはLANにつないでいないので，ウィステリアで作成したチャートはプリントします．ここのPCにはカリオグラムと，日本ヘルスケア歯科研究会のスライドシリーズが入っているので，説明に合わせて必要なスライドを用い，初診時に撮影した14枚の口腔内写真は富士フィルム社のFOTOVISION FV-9を用いてTVのモニターに映し出し，10枚法デンタルレントゲンはシャーカス

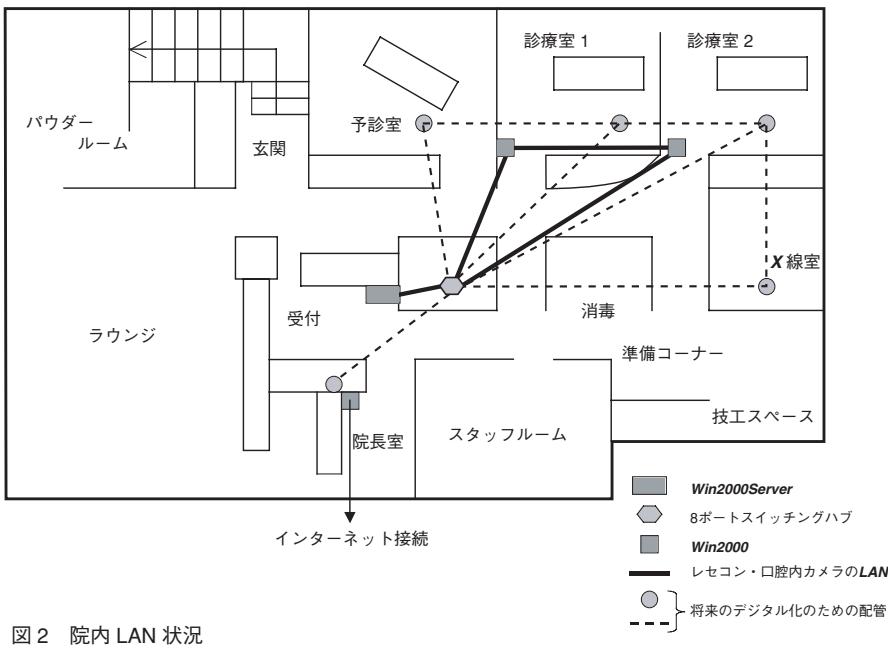


図2　院内LAN状況

テンを用います．デンタルレントゲンも必要に応じてFOTOVISIONを使うと，拡大されて根尖病巣や歯石が見やすくなります．

課題と展望

今後はまず，口腔内写真をデジタル化して，管理していくこと，その次はレントゲンのデジタルの導入と考えていますが，それとともに必要になってくるのが，データの管理だと考えています．

PCは壊れることを前提に付き合わなくてはいけないので，その対策が必要かと思います．最近はミラーリングというバックアップ方式が一般的になっていますが，当院のLANを構築した会社の社長に相談すると，1つのPC本体に，2つの独立した取り外し可能なハードディスクが入ってミラーリングできるものもあるそうなので，今後検討の必要がありそうです．

図3　口腔内カメラを使って説明する歯科衛生士

図4　レーダーチャートの説明

現在の状況でも，何とかやれていますが，近い将来，患者さんのデータを院内ネットワークで共有することで，必要な時に必要なことをお知らせできるようなシステムを作れたらと考えています．

活動報告・お知らせ

スタディグループ「フォーラム東京」の紹介

薮下雅樹（習志野市開業）

「フォーラム東京」の先輩は，熊谷崇先生を中心として活動されていた山形のスタディーグループ「フォーラムDEWA」でした．東京でも熱く語り合える仲間が欲しい!!東京近郊から「フォーラムDEWA」のスタッフミーティングに参加されていた先生方に，現在コアメンバーの河野さんが声をかけて，仲間を募り，今から8年前「フォーラム東京」が発足しました．

「フォーラム東京」は主旨として以下を掲げています．

「私達は，診療基盤を予防に置いた上で，各医院の自由な取り組みの下，患者もしくは来院者の，健康作りの手助けができるよう，院長，スタッフ共々研鑽を重ねるグループでありたいと思います．患者もしくは来院者，スタッフ，院長，皆が幸せになれることを目標としましょう．」（フォーラム東京会則より）

発足当初は6歯科医院，7名だったメンバーも，現在は14歯科医院，14名となりました．「フォーラム東京」の発足準備委員会が，お茶の水で開かれたのは97年の7月でした．そして9月には第1回目の月例会が開催され，その後徐々にメンバーも増えて，翌々年の99年4月には，初めてのスタッフミーティングを中野サンプラザで開催することができました．

「フォーラム東京」の活動に於けるメインイベントは，年1回の，スタッフ共々の研修の場，スタッフミーティングです．その他，月例会の開催，また年に数回，講師をお招きしての研修会を行っています．

過去7回のスタッフミーティングを振り返ってみると，

第1回　'99.4.24　中野サンプラザ
「う蝕，歯周病にテーマを絞った上での各医院の紹介」
7歯科医院発表　参加55名

第2回　'00.4.15　中野サンプラザ
「初期，中等度の歯周病を確実に治療する」
9歯科医院発表　参加80名

第3回　'01.4.14　中野サンプラザ
「う蝕予防を再考する」
11歯科医院発表　参加100名

第4回　'02.5.25　中野サンプラザ
「スケーリング，ルートプレーニング」
9歯科医院発表　参加89名

第5回　'03.5.24　中野サンプラザ
「新人発表」
11歯科医院発表　講演2　参加77名

第6回　'04.5.22　日本歯科医師会館
「疑似体験」
11歯科医院発表　講演1　参加99名

第7回　'05.5.21　主婦会館
「疑似体験」
13歯科医院発表　講演1　参加105名

「フォーラム東京」のスタッフミーティングは，今までこのような足跡を残してきました．予防は，来院される方たちとの，ずっと継続した長いお付き合いが出来てこそ成果が上がるものだと考えています．私たちは，目の前の患者さんと，患者さんの目線で，しっかりと向い合うことを大切に考えたいと思っています．近年のスタッフミーティングでは，歯科衛生士の発表に加えて，最も患者さんに近い立場とも考えられる受付のスタッフからの発表もありました．医院全体として，来院される方との継続したお付き合いを通じて，健康作りのサポートをして行くにはどのような取り組みをしたら良いのか．「フォーラム東京」のメンバー，およびスタッフ一同，同じ志の下で研鑽を続けて行きたいと，日々の臨床に望んでいます．

第10回基礎コース受講者メーリングリストから　3

Give me a fish and I eat for a day. Teach me to fish and I eat for a lifetime

臨床の疑問の解決の仕方―自分で考える（原著論文を読む必要性）―

高橋　啓（愛媛県　会員）渡辺　勝（埼玉県　EBM部会）

パート3「文献を読んで考察する」

前回，渡辺との文献検索により，導き出した文献をさらに検討してみたいと思います．今回最終的に絞り込んだ文献は，Caries-preventive effects of daily and weekly fluoride mouthrinsing in a fluoridated community: final results after 30 months, William S. Driscoll, Philip A. Swango, Alice M. Horowitz, Albert Kingman, *JADA*, Vol. 105, December 1982　です．

まず，文献検索の発端となった疑問は
「学校におけるフッ素の利用に関して，毎日法と週1回法はどちらがカリエス予防に効果的であるか？」でした．

【研究方法】

水道水がフッ素添加された（平均フッ素濃度は0.84ppm）地域において，ハイスクール7年生（966人）を対象として，3群にわけて比較をしています．

調査期間は，30ヶ月（教師が監視の下，教室で1分間の洗口）です．

1群…毎日法（0.05%中性フッ化ナトリウム溶液）

2群…週一回法（0.2%中性フッ化ナトリウム溶液）

3群…対照群（週一回）（0.1%塩化ナトリウム溶液）

【結果】

	DMFS増加数	
試験方法	検査官1	検査官2
毎日法	1.86	0.95
週一回法	2.01	0.85
対照群	2.58	1.89

結果は，毎日法も週一回法も対照群に比較してDMFを減少させる結果（DMFSで0.5～1.0）となりました．そして，毎日法と週一回法の比較では，統計学的な差があるとはいえない結果でした．これらより，筆者らは学校で行うフッ素洗口法としては，安価で学校のプログラムにおいても実施しやすい週一回法が適していると結論しています．

そこで私（高橋）の考察です．

この論文では，学校で行うフッ素洗口において，毎日法と週一回法で有意差があるとは言えませんでした．「差があるとは言えない」をどのように解釈していきましょうか？

学校では，週一回法の方が実施しやすい面がありますのでそちらへ誘導している？　と批判的に見てしまいます．両者は厳密に実施すれば，差があってもおかしくはないと考えますが皆さんいかがでしょう？

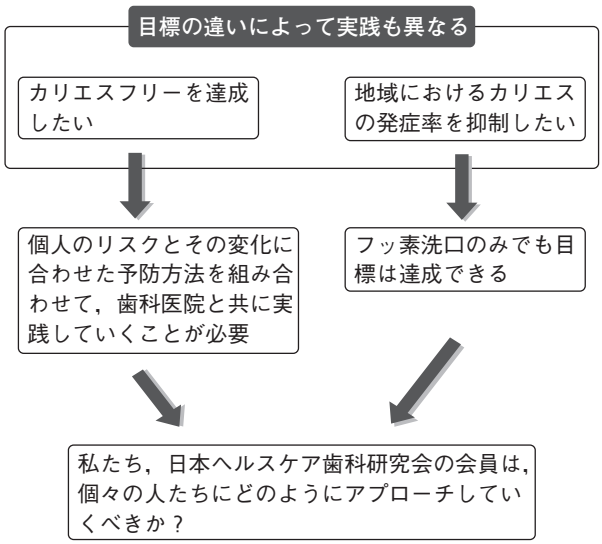
また見方を変えると，両者に差があったとしても大きいものにはならないと考えられます．学校で実施する予防としては週一回法でも十分効果的と受け取れるのではないでしょうか．

しかし，このデータを伝える際には，学校現場においてフッ素洗口だけしておけばよいのではなく，予防教育，食生活も含めたカリエスリスクコントロールを提案する必要性を感じました．学校においてフッ素洗口を週一回法で実施して，カリエス発生の抑制に効果的ではあるが，カリエスフリーの達成にフッ素洗口だけをしていればよいのではないことを理解してもらうことが大切ではないでしょうか．そのことをいかに伝えるか．また自分たちでもどう整理して認識していくか，一般の人に伝えていくかが大事だと再認識しました．

また，学校のフッ素洗口と歯科医院から提案するフッ素塗布，フッ素洗口の組み合わせ方，それぞれの医院で異なる部分もあると思うのですが，より効果的な説得力のある提案をするにはどうすればいいかという疑問も残りました．

以上の考察をまとめたものが下のフローチャートです．

これをふまえて，私に疑問を投げかけてきた学校薬剤師の勉強会にて1時間ほど時間を頂き，プレゼンテーションを行



いました．中には「フッ素は発癌性があるのでしょうか？」「フッ素洗口の具体的な方法は？」「どこで買えるの？」「今からでも効果があるのでしょうか？」等々活発な質問ありのよきディスカッションとなりました．しかし，参加者皆の意識を変えるほど伝わったかというと疑問です．今後は，もう少しプレゼン内容をわかりやすい方向へ改善して，院内でも活用していきたいと考えております．

これは言い訳にしかならないのですが，こういった会に参加した場合，ぜひ質問の記録をとっておくべきだと痛感しました．一人で全てに対応していたので，質問者への回答に必死でした（笑）．

次回は最終回として，論文を読む時の注意点，輪読会の具体的な開催法についてです．

事務局からのお知らせ

スライドのパワーポイント版は 10 月 1 日から頒布いたします．

企画商品 RENEW

最近のスライド利用者の減少とパソコンの一般化に伴い，頒布システムの見直しを行います．10 月 1 日よりスライド頒布を中止し，パワーポイント版のみの頒布を開始いたします．なお，これまでスライドを購入されたユーザーの方のご要望に応えるかたちで「カリオロジー総論」などのパワーポイント版を作成し，スライド購入者に限って頒布しておりました．

パワーポイント版スライド（解説文つきトールケース入り）
- PP 版「カリオロジー総論」　8,000 円（税・送料込）
- PP 版「ペリオドントロジー総論」　8,000 円（税・送料込）
- PP 版「歯の病気のやさしい説明」　8,000 円（税・送料込）

セットでご購入の場合は値引きいたします．
- 2 種セット（組み合わせ自由）14,000 円
- 3 種セット　20,000 円

※スライド版をご購入済みの方はこれまで通り各 2,000 円．

コアメンバーWho's Who

やっと 10 年，あっという間の 10 年

杉山精一（千葉県八千代市）

東京医科歯科大学で熊谷先生のセミナーを受講してちょうど 10 年が経ちました．ついこの前のように思うのですが，すでに 10 年前です．年月が経つのは本当に早いと思います．この 10 年間自分としては，医院のシステムづくり，改装，スタッフ教育，もちろん自分自身の勉強など絶え間なく取り組んできたつもりですが，振り返ってみると，まだまだ，穴だらけの状態です．定期予防管理の結果は実感できるようになりましたが，さらに多くの住民に，そして診療の質の向上もしなくてはなりません．いくつもの山が，目の前に大きくたちはだかっています．これからは，それぞれの山の実態をきちんと把握していくことが必要です．「健康を守り育てる歯科医療」の実現を拒んでいるものを明らかにして，どのように克服していくか，道筋を立てることが必要です．そして，いろいろな方向から，多くの方と連携をしながら克服することが必要だと思います．

「健康を守り育てる歯科医療」を常識に

藤木省三（兵庫県神戸市）

1955 年大阪市福島区の下町に生まれてからいつの間にか 50 年が過ぎてしまいました．大阪で育ったためか学生運動の風になでられたためかわかりませんが，批判的な見方が身についたのはよかったと思っています．

開業直後に岡賢二先生とお会いすることがあり，岡先生を通じて熊谷崇先生と出会い，その延長でヘルスケア研究会設立に立ち会うことになりました．今でも不思議だなと思います．

私は設立の際に会長に選ばれたことで，多くの方とお話しできる機会を得ることができました．その経験から，日本の歯科界の良心として日本ヘルスケア歯科研究会が様々な立場の方から期待されていることを強く感じています．批判的な目で見てもこの会の目指していることはとても素晴らしいことだと思います．

私個人は（ウィステリアを作ったりするのは好きですが）大して何もできませんが，他のコアメンバーや会員の尻をたたくのは得意なので（？），「健康を守り育てる歯科医療」が常識となる日を目標にして優秀なメンバーと共に楽しみたいと思います．

「お口の健康手帳」について

藤木省三（コアメンバー）

❍ お口の健康手帳〈試作版〉

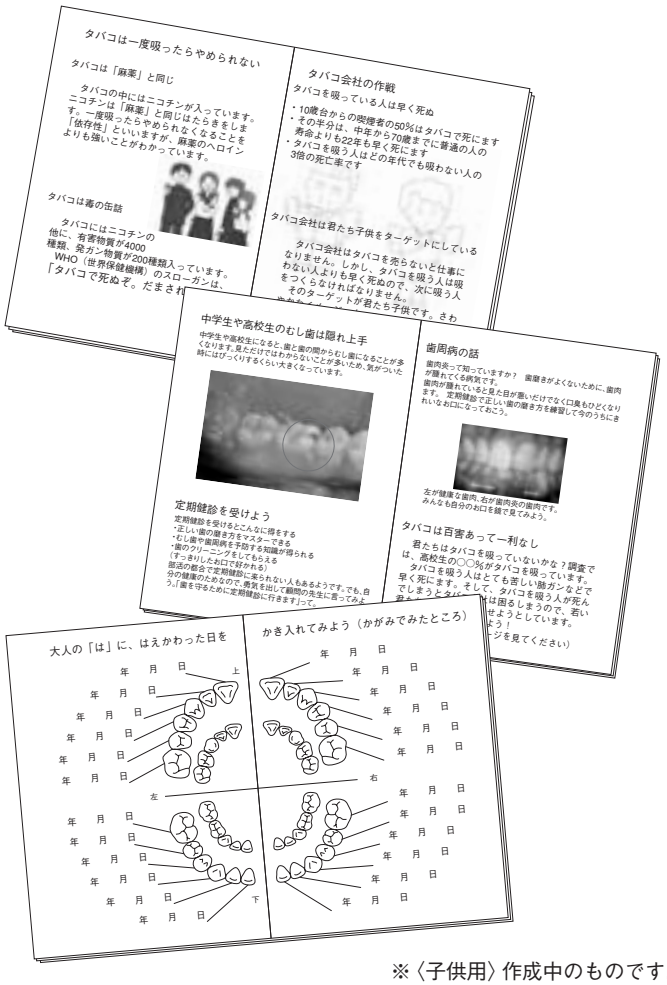
前回ニュースレターに同封しました「お口の健康手帳＜試作版＞」に対してたくさんの反響がありました．予約注文もたくさんいただきました．

ご意見は具体的で，それぞれなるほどと教えられるものばかりでした．たとえば会員の歯科医・倉松常俊さん（大阪市）は「ヘルスケア型の診療では＜患者さん＞ではなく，＜皆さん＞や＜あなた＞にすべきだ」という指摘をはじめ，たくさんの修正点をご指摘下さいました．「予約」ではなく「約束」にしたらどうか，という指摘は他の方からもありました．具体的な提案が多数あり，ぜひ，参考にさせていただきます．

また裏面の「患者さんの意に反して…」については厳しすぎるのではないかとの意見がありました．中川正男さん（大阪市）もその一人です．「患者さんにあえてここまで言い切る必要があるのでしょうか．それによってこの手帳の趣旨である医院と患者さんとの絆が希薄になってしまわないかと危惧します」とメールをくださいましたが，その後，院内の歯科衛生士さんたちとのミーティングで，「患者の目線」として必要ではないかという意見が出て「教えられた気がした」と追伸をくださいました．歯科医師側から最善の努力をするのは当然ですが，さらに一般の方の意見を聞く姿勢を大切にしていきたいと考えています．

❍ 患者に伝えたいメッセージを盛り込む

さて，並行して子供用の健康手帳を製作する過程で，新しい発想が生まれました．そして先の＜試作版＞について，改めてさらにコンセプトを煮詰めようという議論が出てきました．先の「お口の健康手帳」は，日本ヘルスケア歯科研究会の診療室が目指す方向を示し，検査記録を患者さんにもってもらうことに主眼を置いていましたが，むしろ患者さんの年齢や状況に応じてメッセージをしっかり分けるべきではないか，検査記録については，ウイステリアからプリントアウトしたものを糊で貼るなど簡略化した方がいい，という考え方です．初診の患者さんに伝えたいメッセージを，妊婦，更年期の女性，高齢者…に分けて，診療券のかたちで渡せるとしたら，チラシやリーフレットと違ってきっと強く印象づけられるでしょうし，関心をもってもらえるでしょう．



※〈子供用〉作成中のものです．

子供用では以下のことを目的としました．

- 子供たち自身が二〇歳になったときにむし歯や歯周病のない健康な口腔になるという目標を持つ
- 子供たちが各年齢でどのようなことに気をつけるべきかを理解し実践できるようにする
- タバコを吸わせない

そこで，手帳を持っていただく患者さん一人ひとりに年齢や状況（若い女性，サラリーマン男性，妊婦，更年期の女性，義歯のある方，高齢者）に応じてご自分がどうすべきかを考えていただけるような内容を工夫することにしました．予約注文をいただいた方にはたいへん申し訳ありませんが〈試作版〉の製作は凍結し，今しばらく時間をいただいて新しい趣旨の小冊子として再構成したいと思います．

研究会では，積極的な提案をしながら，同時に会員の皆さんの意見をその事業にどんどん採り入れていきます．ご遠慮なく，ドシドシご意見をお寄せください．

ゲスト講師講演

6月19日のコアメンバー会議に，ゲスト講師として豊島義博先生を招き，EBMの考え方および診療ガイドラインについてお話をうかがいました．1時間半ほどの短い時間でしたが，幅広い見識と患者の視線で医療を見直す方向性に貫かれたお話で，研究会の今後の活動に多くの示唆が含まれていました．以下は，お話の要約です．

【ゲスト講師紹介】 第一生命　日比谷診療所

文責・編集部

講義ノート

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

豊島 義博（第一生命　日比谷診療所）

エビデンスはだれのため？

EBMでいうエビデンスというのは，臨床研究の成果のことです．たとえ人を使っていても，それが単なる実験モデルである場合には，普通，エビデンスとは言わない．当然，ラットやネズミを使った研究など，それはエビデンスとは言わないわけです．EBMでいうエビデンスは，臨床疫学のデザインにのっとった臨床研究．それで，この「エビデンスというのはだれのため，何のためにつくられているのか」ということを，ちょっと皆さん，考えて下さい．「だれが，何のために」という，どなたかちょっと，

［聴講者］では，歯科医師のために…

歯科医師のために……　本当は，ここでゆっくり時間をとりたいのですが．EBMをいろいろと言う人たちというのを考えてみると，一番，お金をたくさんつぎ込んで，エビデンスづくりを熱心にやっているのは，製薬企業と材料メーカーです．2番目が，行政の人．それから保険者というのは海外の場合ですが，日本でも厚生労働省の方にEBMを非常に重視する意見が多いです．それから当然，研究者．ところが，この研究者とか教育者というのは全部，製薬会社の人たちと同じ仲間．そこからお金をもらったりして，やっているお仲間です．

ちょっと離れて，実際にわたしたち歯医者，医者，看護師，薬剤師という，臨床医療従事者がいて，患者，国民がいると．表の世界でのエビデンスの伝達経路は，上の人たちが研究して，「ほら，君たち，これがエビデンスだよ」と，下に伝える，臨床医，歯医者に．それで，われわれが患者さんに，「いろんなエビデンスがあって，これがいい治療ですよ」とかと言って，説明するという流れになっているわけです．これが日本でのエビデンスの流れで，これはよろしくない．元々EBMを言い出したサケット（D L Sackett）たちは，こうではなかった．僕自身，実は最初，これでいいと思っていて，“Evidence Based Medicine”，「ああ，かっこいいわ．これは勉強せな」と思った頃は，この構造で，さほど変ではないと思っていたのです．

▶再発がん……EBMの構造への疑問

NHKの「おはようほっとモーニング」という番組では去年1年間，「がんサポートキャンペーン」というのをやって，ここにがん患者の方が出られた．村松直美さんという方が今年の1月に，再発がんで亡くなられたのですけれども，ちょうど1年前の夏に「くすり勉強会」でこの方を呼んで，「再発について」という話をいろいろ聞かせていただいたのです．ちょうど，僕と同じ山口県生まれで，同じ年齢だったので，僕は非常に共感を覚えて，この人にもう1回，EBMの関係者の前で話をしてもらおうと思って，ワークショップを組んだのですけれども，結局，再発がひどくなって出られなかった．

この「イデアフォー」という，乳がんの患者会の方たちといろいろなワークショップでお話をして，一番大変な問題だと分かったのは再発なのです．再発してしまうと，『完治しない，抗がん剤治療では延命はできない』と，医師は過酷な現実を伝えます．実は，初発のときは丁寧に，「こうしたらいい，こうしたらいい，このような治療法がある」と説明するのです．僕らが，ペリオの重症な患者さんたちに，ホープレスとか，何とか名前をつけて，「抜歯しましょう」などと言っているけれども，これはまさに再発と同じで，その当人にとってはもう，そのときこそ，何かにすがりたい．そのようなところには実際，エビデンスはないわけです．再発など，もう，臨床試験も組みようがない．抜歯の患者さんでも「抜く以外ないんだけども，抜きたくない」という患者さんはいっぱいいる．そのときに，エビデンスは全く無力だし，その説明方法すらないので，僕らは困る．患者さんも困る．この辺が，今のEBMの構造に，問題があるのではないかなと思い始めたところです．

▶EBMの向かうべき方向

その中で一つ，非常にいい本を紹介します．『患者は何でも知っている』（中山書店）“（原題）The Resourceful Patient”（ミュア・グレイ）．斉尾武郎という，僕の仲のいい精神科医が翻訳したのですけれども．著者はイギリスの，EBMで非常に有名な先生です．この本はイギリスのホームページでは，全文無料で公開されているのです．この本の帯に書いてあることを読みますと，「自分で情報を収集・評価し，医療に対して自らの責任を引き受けようとする『賢い患者』とそれをサポートする医師――イギリスで長年EBMに携わってきた著者が，パターナリズムからパートナーシップ

へと変換する医師－患者関係を洞察し，今後の医療のあるべき姿を明示した快著」と書いてあります．21 世紀の半ばには例えば，病理の診断書とかも全部，普通の人が分かる言葉で書かれるようになるのではないかと．要するに，患者が読めて，理解できるような形でつくるべきではないか，ということを強く訴えている．これは確かに，EBM が向かっていく方向だろうと思うのです．

エビデンスは，何はなくても患者のもの．「患者に始まり，患者に終わる」というのは，名郷直樹の言葉なのですけれども，EBM には五つのステップがあって，ステップ 1 でまず，問題の定式化という，患者さんから出た問題を考え始めるところからやって，最後に論文の批判的吟味をやって，その具体的な患者さんの問題に使えるかどうかを考えて終わるという，その一連のステップが，「患者に始まり，患者に終わる」ということなのです．インプラントなんかは，「講習会に始まり，患者に終わる」，それでは困るのではないのかと．

▶広告に利用されるエビデンス

それから，用心しないと，製薬企業，メーカーは広告に，「エビデンス」の情報をがんがん使ってくる．わずかな差しかないから，統計処理までしてやってくるわけであって，例えば NNT（number needed to treat）という，何人に一人効くのかという指数をちゃんと理解すると，ほとんどの薬剤など，飲んでも飲まなくても同じようなものがごろごろしていることがわかります．そのようなものに，僕ら自身，臨床医がだまされて，「この薬を飲むと効く」．フッ素がいいから，全部の患者さんに，のべつ幕なしに使う．コクランの指数を知っていれば，ハイリスクであれば，NNT ＝ 3 です．3 人に 1 人のむし歯が減少できる，ローリスクだと，33 人に 1 人のむし歯が減少する，だったら，「使いたくない」という人もいるでしょう．自分の中でちゃんと，患者さんに提供できる形に咀嚼して，やっていかないといけない．元々，医療というのはたいして効果がないものです．やるならせめて害のない医療をやろうと．これは，今の EBM のワークショップに来ている，多くの人たちの共通認識だろうと思います．

▶患者さんといっしょに使えるガイドライン

それで，ガイドラインの話につながるのですけれども，この「使いやすく，更新可能」というのがとても大切で，フィードバックを受けて，いつも新しいものが使える．そのような，患者さんとの共有ツールがガイドラインであってほしいけれども，日本には，このようなガイドラインはないのです．日本ヘルスケア歯科研究会で最初につくられた健康手帳は，僕は，あれを見たときに，「ああ，いいもん，できたな」と思ったのですが，何せ更新されない．それから，個別対応ができないなどという点で，今，僕は使っていません．自分で患者さん向けにつくっているのですけれども，これも，みんなで，いいものをどんどん共有，更新できるようになればいいだろうと．さらにそれが発展して，患者中心のいろいろな，ウェブサイトができてくれればありがたいな，というような夢があります．

・EBMは「患者中心の医療」のためのツール
・患者中心の医療
＝ 医療者と患者が協力，理解して臨む医療
＝ 患者にわかりやすいエビデンス伝達

ワークショップ形式の学び

サケットとかミュア・グレイが言い出した EBM というのは，実は，製薬会社とか，色のついた研究者たちの意見を僕らが拝聴するのではなくて，患者や医療従事者が直接，データベースの中のエビデンスを調べて，自分たちで判断するトレーニングをしましょうと．そのようなことだと．これは“Center for EBM”の唱い文句なのです．

「システィマティック・レビュー」というものがあります．「コクラン」とか，今日お話しする診療ガイドライン（SIGN）の二次情報集で“Journal of Evidence Based Dental Practice”というのもあります．全部海外のもので，英語ですが，読めば，「あ，結構役に立つな」というものがいっぱいあるわけです．しかし，使い方を知らないで見ても，「何のことやら？」しょうがない．では，この使い方というのはどこで習うかといいますと，グループ学習．やはりワークショップという場です．僕もそこに行って，やっと分かったのです．

一番分かりやすいのは，日本の“Center for EBM（福井班）”のホームページです．ここは非常に資料も豊富です．優秀なのは，日本ヘルスケア歯科研究会の関係でも 1 回お呼びになられた，名古屋大学の救急医療部の CASP をやっている福岡さん（福岡敏雄）が，ほとんどこのホームページをつくられているので，だから非常に優れております．このホームページの中に，EBM の常設のジャーナルクラブとか勉強会というものがあって，「EBM-Tokyo」とか「よせなべの会」とか，「愛知県臨床疫学研究会」，そのようなものがございます．僕とか渡辺さん（当日傍聴の会員）などは「EBM-Tokyo」という会をやって，年に 2 回はワークショップをやろうと．これはもう，歯医者さんも来られるし，薬剤師さんも来るし，少しずつ広がっているわけです．ワークショップ形式でやります．必ず飲み食いしながらやります．リスクフリーで，何を言ってもかまわない．怖がる必要はなしで，お酒のない宴会という雰囲気です．全員が話しやすいように．それから，問題を常に議論する．統計の勉強をする会ではありません．結論や考え方が現場で使えるかどうかを，話し合うというものがワークショップです．

話題は当然，医療問題であって，歯科の話は出ません．多職種のおかげで，先輩の意見というのは通らないです．例えば歯医者ばかりだと，僕のように 26 年目のやつと，3 年目の歯医者さんになるとどうしても，3 年目の人は萎縮するし，僕が，3 年間のその歯医者さんの医療経験を聞いても，「みんな知ってるよ」と思ってしまうのです．ところが，職業が変わって，3 年目の薬剤師さんだと，僕はその方の 3 年間を尊重して聞きます．「ああ，薬剤師の世界ってそうなんです

か」と．そのようなことがあるので，職種が違うことによって，年代差がとても楽に越えられて，今風の薬剤学教育を受けてきた人の意見が素直に，僕の耳に入ってくるという，このような得な部分があるわけです．

それから，症例提示はしない．むしろ，具体的な疑問に即してシナリオを使うのが，このワークショップです．解決しない，「この問題はやっぱりだめね」ということもよくあるわけです．でも，これは現実ですから，「だめなら，どうする」ということも話し合いをする．技術は覚えられないけれども，対話方法が分かる．それから，ネットワークが広がっていくという魅力があります．このようなワークショップだと，人の話を聞く姿勢とか，自分の意見を要領よくまとめるとか，他人の価値を理解するとか，どんどん，いろいろなツールの共有もできてくるというような点もあります．

ただ，自分でこのようなことをやっていて，何か，新しいエビデンスを知っても，どうしてもスタッフへうまく伝えられない．例えば定期管理の間隔を今まで，半年ごとに，忠実にやっていたのですけれども，ガイドラインをよく吟味してみて，こんなに丁寧にやらなくて，2年間ぐらい延ばしていいのだということが分かってきても，うちのスタッフに「今まで，半年ごとにやってきたじゃないですか！」と言われると，それをなかなか…．「まあ，とりあえず，じゃあ，当分は半年ごとで，やっぱりやるか」ということになってしまう．やはり，自分の中で，十分説明ができないもどかしさ，挫折感を味わいます．

▶医療機能評価機構の Minds

東京医科歯科大学の佐々木さん（佐々木好幸）と一緒に1回まとめたことがあるのですが，一応，ガイドラインという名のつくものが，日本で四十幾つ，つくられているのです．最近，診療ガイドラインといわれて，「診療」が頭につくのですけれども，これが言われ出したのは，1990年以降に欧米で盛んになった．Google で，“guideline”で検索すると，トップに出てくるのが“National Guideline Clearinghouse”という，ガイドラインのデータベースなのです．これが，ぽんと最初に出ます．日本では，医療機能評価機構というのがありますが．ここも製作費8億円もの税金を使って，データベースを今つくっているのですが，これが，非常に問題があるわけなのです．

1997年に「医療技術評価の在り方に関する検討会」という厚生省の審議会が6回開かれて，歯科医院関係でも新潟大学の先生が，このときはメンバーにいらっしゃったのです．「じゃあ，ここで，ガイドラインをつくろう」という話がまとまったので，99年から医療技術評価推進検討会というのができて，この会は僕，6回のうち，5回傍聴しました．

厚生省のこの検討会というのは，国立大学の先生しか呼ばないのです．旅費がかかるので，新潟か，大阪か，東京にある国立大学の先生に「できのいいのがいないと，呼ばない」と言われたものです．このデータベースの公開は，延期になって，やっと去年の5月に公開になりました．でも，ほとんどの医者は知りません．僕の診療所には8名の，常勤・非常勤の内科医がいるのですけれども，「知ってる？」と言うと，だれも「知らん」と言います．こそっと公開しているというレベルの公開なのです．パスワードを入れないと見れないとか，登録が必要とか，敷居を高くして，わざと見えにくくしているのではないかなと思わせるきらいがあるわけです．

この医科ガイドラインには，かなりの歯医者，薬剤師が協力したのです．私も私たちの仲間も幾人も参加しています．

「何で，脳卒中の話を脳神経外科の人や救急医療の人たちがやらないの？」と，後で福岡さんに聞いたら，1回目のガイドラインをつくるときに作業をした若手が，一生懸命論文を選んだのに，教授たちが，いよいよ決定する段階で，結局，自分のやっている研究をこそっと，その中に入れるわけです．脳梗塞の治療剤というのはエビデンスのレベルが低くて，ガイドラインに入れられないレベルなのに，入れてしまう．それで若手が頭にきて，更新できなくなったので，歯医者や薬剤師にまで声がかかって，つくっている．

それから，審議会のときは「学会丸投げはしない」と言っていたのに，学会丸投げをしてしまった．つくるのは専門医のみで，使えるかどうかの検討がされていない．ガイドラインというのはよく言われるように，生モノで腐る．2年間たつと腐るから，使用期限を必ず書くというのがルールなのに，書いていない．それで16疾患のうち，登録したのは四つのみ．今も隠しているのに等しい．税金の無駄遣いと言われてもしょうがないです．

▶ガイドラインの評価…… AGREE

では歯科の海外の例ですが，イギリスのスコティッシュ・ガイドライン．イギリスは，ガイドラインに関しては，スコットランドが中心にやっている．“The Scottish Intercollegiate Guidelines Network”．SIGN と言うところです．ここには，ホームページに AGREE というツール，ガイドラインを評価するウェブサイトがあって紹介してあります．自分たちのガイドラインをいつでも評価してくださいと．自信があるといいますか．それで，使えるかどうか評価してから使ってくださいと，リンクまでちゃんと張ってあるのです．

この AGREE というのは，ヨーロッパを中心に，16か国が共同開発したガイドラインの評価の方法です．“Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation”略して AGREE です．日本語版は，厚生労働省とか，医療評価機構が，やりませんから，なかなかオフィシャルにできないのですけれども，「くすり勉強会」で，福岡さんや斉尾さんなどが音頭を取って，「もう民間団体でやっちゃおう」と，やっています．この翻訳は，まず日本語に翻訳したものをネイティブに見せ，原文を見せないで，また英訳させて，その英訳が原文と合うかという作業をやるぐらい，この AGREE というのは翻訳を，どこの国の言葉も丁寧にやっているわけです．当然，無料で公開されているわけです．

去年の1月に，共立薬科大学で，日本の仕掛け人である福岡さん，斉尾さんが中心になって，診療ガイドラインを評価するワークショップを開きました．患者団体の方にも来ていただきました．左手にガイドライン，右手にチェックシートを持って，チェックする．これは形式審査．「いいことを

書いてある」とか，「正しい」とかの審査はしないのです．これは，九州歯科の内藤さん（内藤 徹）がすごくいい表現で言っています．不動産の宣伝で，駅から何分，ガス・水道完備，電気が入っているとか，6畳間とか，南向きとか…．住んでみたら，隣の人がすごく悪い人だったとか，ゴキブリがいっぱいいたとか，宣伝について中身まで分からないけれども，とりあえず形式だけを評価しようという意図です．それで，ガイドラインの形式を審査するのです．

利益相反（conflict of interest）．これは，どこかの企業からの利益提供を受けていないかということを，厳しく審査するわけです．この利益相反は，日本では「まあ，しょうがないか」ぐらいにしか思わないのですけれども，医療という場においては，真剣に考えなければいけない．だから，ガイドラインの委員構成とか，資金源，だれが，このガイドラインをつくるために金を出しているか，などということもよく評価するわけです．「目的が明瞭か」とか，「利害関係者が全部参加してましたか」，「医者だけでつくってませんか」，「患者代表は入ってますか」，「地域の保健師も入ってますか」とか，そのようなチェックをするわけです．

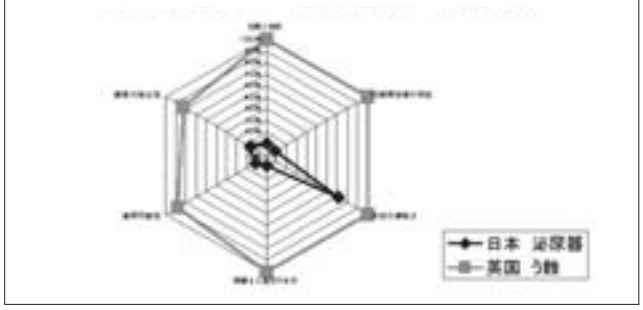
▶小児のむし歯予防のガイドライン

スコットランドのむし歯のガイドラインは，もちろん歯科医だけでつくっていません．それから，言葉遣い．「素人が分かるように書いてありますか」，「専門家だけしか分からない言葉ではないですか」．あくまでもガイドラインというのは，患者が使うように．それで，「金をかけないと，このガイドラインがまず入手できないようになっていませんか」とか．日本のガイドラインは学会がつくって，税金でつくって出版社から8,000円とかで売っているのです．そのお金は，学会で協力した教授たちが，懐に入れているわけです．

このときに，糖尿病のガイドラインをAGREEでチェックしてもらうと，医療従事者の評価と，素人の評価が，ちょっとずれました．やはり医療従事者のほうが甘い評価になった．やはり，医療従事者のほうが評価が甘くなる，というのが面白かったです．一番お粗末だったのが，泌尿器科のガイドライン，バツ，バツ，バツ．もう，全然だめ（図1）．参考までに，イギリスのう蝕のガイドライン，カリエスのガイドラインは，ほとんどOK．それはそうなのです．AGREEをつくっている人たちがやっているのだから，自分たちで，AGREEのチェックリストを配慮しているわけです．

イギリスのSIGNには現在，（歯科関係では）二つのガイドラインがあるわけで，2005年に，“the pre-school child”に対するガイドラインが出ます．2005年に出るのに，「そのことに対して問い合わせしていいよ」という，常にフィードバックOK．クリックすると，そこに文句をつけたり，意見を言えるようなシステムになっている．これは，Googleで“Dental Caries Guideline”と引くと必ず上位に出てくる，“Preventing dental caries in children”は6歳から16歳の対象年齢，対象疾患が明瞭なガイドラインです．このガイドラインには必ず，マークがついていて，腐っていないかどうか示しています．全部，ガイドラインの最後には「何年何月まで有効」と書いてあります．

図1　AGREEによる　2つのガイドラインの評価比較



このガイドラインは実は，2000年につくって，2002年の末には改編すると宣言しているのに，していないのです．問い合わせをしてみたら，そんなに大きく，新しいエビデンスが出ていないことと，やはり利益相反が起こっていますと，次の改訂に関して．キシリトールとリカルデントが，文句をつけているそうなのです，「うちも入れろ」と．それで「ちょっと腐りかけで，早いところ，改編してくださいね」というマークがついているのです．

ガイドラインはだれのため？

ガイドラインは，ガイドラインをつくるグループと同じときに必ずレビュー（評価する）グループをつくるわけです．作成班がつくったら，必ず評価班の人が，何を言ってもいいようにしておいて，「このガイドラインは，こんなとこ，考慮されてない」とか，いちゃもんをつけていいわけです．それで繰り返し議論をして，できてくるわけです．実際に，NHSの診療所で，そのガイドラインを使って，患者さんに説明してみて，「使いやすい」とか「使いにくい」のフィードバックもやって，表に出てくる．作成班は歯科医ばかりでなく多職種の人が入っています．評価班も，ドクターは二人，要するに，医者ばかりでつくらせないということです．これがSIGNのガイドラインの特徴で，作成メンバー自体が多職種です．評価委員会を独立させ，かつ多職種でやる．それから，実用試験を必ず行う．フィードバックは，どのような方からでも受けられるように，Eメールで即応していく．更新期日，有効期限が明記してある．当然，全世界，タダ．本当に患者向けに，ツールとして，医者や医療従事者の「使ってください」という姿勢が，非常に明瞭に打ち出されている．日本の専門家たちのつくってきたガイドラインは，全く姿勢が違っていて，分かっていないわけです．

まとめてみますと，日本では厚生科研費を8億円投入して，医科関連疾患のみを作成したが，評価すると，まず，まともなものがない．歯科関連疾患の診療ガイドラインもいずれ，求められてくると思います，時代とともに．そのときに，医科で行われた，学会丸投げ，専門家一辺倒，「今日の治療指針」のおしりのところに，特別号でばっと出るのですが，うちの内科医はだれも，それを見ていないです．そのとおりにやらない．だれも，結局使わないから，害も起こっていない．

中に，勘違いする人がいます．補綴学会が診療ガイドラインをつくったのです．ここが勘違いなのですが，「日本医療

機能評価機構」つまり，Minds に「登録されることを強く期待している」．歯科学会の中には，Minds に掲載されることがガイドラインのお墨付きになると，勘違いしている人がいる．

ガイドラインというのは，つくるとすれば，それは，現在臨床をやっている医者と，やられている患者さんたちが集まって，その中間媒体として，それを取り囲む歯科衛生士であり，保健師であり，地域医療のスタッフの人たちが入ってきて，現場で一つの共通認識をまとめていくというものが本来の姿なのです．特にマスコミというのは実はもう，上しか見ていません．

診療ガイドライン：日本と英国との比較

	英国（SIGN）	日本（Minds）
作成	患者代表を含む多職種委員会	学会
評価	作成委員とは別に評価委員会を設置	なし
使用試験	地域で実施	なし
改編予定	明示	なし
公開性	WEB　PDF　無料	書籍　有料
作成資金	税	税
即時評価	AGREEとリンク	公表なし

▶私のガイドラインの使い方

SIGN のむし歯のガイドラインは 6 ～ 16 歳のハイリスク者ということですが，成人のハイリスク者にも適用できると考えています．行動変容が一番重要だというので，僕はこれを患者さん見せて，「インレーをつける前に僕は何で，あなたにブラッシング指導や食事の指導の説明をしているのか…」というと，ガイドラインです．「一番効く，エビデンス・レベル A は，歯科医のアドバイスなんです．だから，わたしは，あなたに一番有効なことからやっているんです」と言って，僕のアドバイスを続けるのです．エビデンス・レベルが，再治療のところで B，つまり，「ランダム化比較試験はないけども，研究レベルである程度分かってますよ．修復物は全部取り替えるよりも，部分修復にしてください」というのが，向こうの SIGN のガイドラインである．これはとても意味のあることだと思います．実際に僕は，修復物の取り替えはできるだけ避ける．例えばメタル・クラウンが（図 2）のように根面う蝕なってくると，ガイドラインに従って，「ここだけ詰めます．取り替えは，外れてきたり，この条件のときにやります」．削ったり，診療を始める前にいつも，ガイドラインを見てもらって，定期健診のときに何をやるかというのを安心してもらえるような提示を，先にさせてもらっているわけです．

二次う蝕に関しては，実は，ガイドラインといえるほどではないのですが，2002 年に，NIH の有名なコンセンサス会議なのですけれども，“Diagnosis and management of dental caries throughout life”．これが，ミシガン大学のホームページに公開されていて，とてもよくまとまっています．ミシガン大学の今のホームページは，「二次う蝕．疑わしいが，着色だけ．初期の二次う蝕．それは WHO プローブを入れて，先端が部分的に抵抗なく入る」．つまり，「0.5 ミリ，WHO プローブでも入ったら，処置してもいいのではないか」という意見です．これは，僕自身が 93 年に，自分の研究で確認しました．

▶定期管理のガイドライン

ルーティンチェックアップをやることに関して，なぜ，事前に説明したり何かするかですが，実は，うちの職員に健診後に，フォーカスグループインタビューをやって，このルーティンチェックアップについて出てきた疑問がまず，「保険が利くのか」とか，「何をされるのか不安」，「症状がないのに，何で歯医者さんに行くのか．一体何をするんだ」，「歯医者ごとに言うことが違う」，それから「むし歯が見つかると，お金がかかる」．これは僕だけではなくて，室蘭の保健所の先生がやはり，地域住民に健診後にフォーカスグループインタビューをやったときも，同じ意見が出ていました．「むし歯が見つかると，お金がかかる．その後，治療費がかかる」．「クリーニングだけなら行く」．患者さんが定期健診に行くのに現在，不安があるから，金額は明示してあげないといけない．うちでは，歯周病は P の名目で，行います．うちは，健保組合との協議で，やっているわけです．

ルーティンチェックアップは，歴史をちょっと調べてみると，もう 19 世紀に，アメリカの子供の本に出ている．ところが，1980 年ごろまでは全部，欧米でも保険対象外．90 年代に入って，欧米各国で保険でカバーがされるようになってきた．ところが，国によって，「子供だけ」とか「20 歳までは無料」とか．イギリスもそうでしたね．そのような感じで，期間が半年ごとでいいのかどうかというのは，論文でも幾つも，「いや，そんなに頻繁にやらんでいいんじゃないか」とか，いろいろ出ていたわけです．結局，2003 年のシスティマティック・レビューで，「半年ごとはやりすぎじゃないか．対象患者リスクによってもっと細かく分けろ」と．それで，2005 年，コクラン・レビューが二つ，ルーティンチェックアップのペリオのバージョンとそれから去年，NICE というイギリスのガイドラインが出た．これだけ急に，2003 年ごろからぽこぽこと，この問題について出始めたのは，ルーティンチェックアップがだめだからではないのです．ものすごく効果がある．歯科はこれしかない，ということがはっきりしてきた．それで，成熟してきたからゆえに，期間とか，何をするのかということに対して，もっと科学性を持たせてやろうという空気になっているわけです．

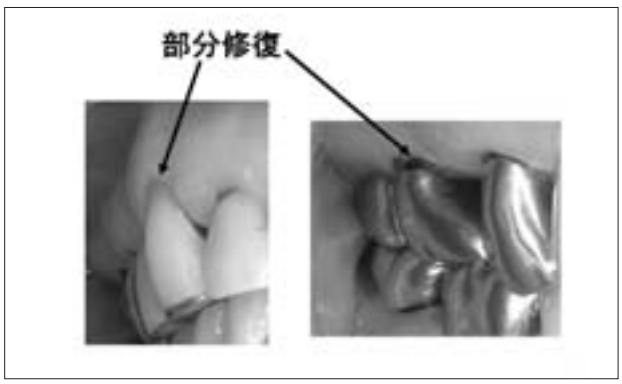


図 2　76 歳定期健診通院者：23 年目．男性

▶診療ガイドラインは患者が読む

“When should my next dental check-up be?” 要するに，これは患者が読むのです．ガイドラインは医者に向けて書いていないです．患者が読むのです．“If you have been used to regular check-ups every 6 months, you may find this changes（6ヵ月ごとに歯医チェックに行っていたけど，今後は変わるかもしれません）”．このようにこのガイドラインは国民に分かるようにしているわけです．それでNHSのカリエスの診療の流れはまず，審査をして，そして，診療に入ります．これをちょっと説明していると長くなるので，わたしなりの解釈にさせてください（図3）．

つまり初回で，NHSの健診を受ける．当然，バイトウィングをとったり，プラークチェックとか，ポケットとかを見る．このときは，保健指導を中心にやる．そして，その次からは定期的に何ヵ月ごとと決めて，定期健診と治療が入る．定期健診と治療が繰り返される．図3上の部分は，集団保健でやっていい．だから，僕のような職域の者は，ここを中心に活動すべきだろうと，思っているのです．初回健診をやって，保健指導をやって，ブラッシングとか，いろいろなことを教えて，そして後は，歯科治療をできるだけやめて，開業の先生のところに回していく．地域医療と地域保健とが連携をしていく．下段の作業は，個人診療所でやらなければいけない．そのほうが，合理性とクオリティー・コントロールができる．というのが，NHSの結論なのです．その場合に，集団保健をやる者と，図の下半分をやる者が，共通認識を持っていなければいけないし，共通のツールを持ち，患者とともに，連携していかなければいけない．日本の場合，困るのは，ここのクオリティーコントロールがない．ぜひ，日本ヘルスケア歯科研究会に，今の言っている方向で，やはり個人診療所のレベルアップをぜひお願いしたい．

「ちゃんと歯磨きをするようになったね．歯間ブラシを使うね．たばこをやめたね．偉いね」という，その健康行動を維持する支えを，大集団でキャンペーンをやらないと，維持できないものです．実は，このキャンペーン効果をもっと有効に使わないといけない．みのもんたさんにやられたら勝てないのは，向こうはキャンペーン効果を使っているからです．

▶「つくるな，それを吟味せよ」

臨床の現場で働いているわたしたちが，ガイドラインを見極める目を持つ必要がある，「ガイドラインをつくるな．それを吟味せよ」と福岡さんが言われるのをちょっと変えて「エビデンスをつくるな，それを吟味せよ」としてみました．使用目的不明瞭なデータは，とっていると疲れるのです．二十数年間データをとってきて，データ入力することに，ものすごく時間がかかっていますが，結局，使えないデータが山のように残ってしまった．それで，臨床の現場で働いているわたしたちは，エビデンスを見極める目を持つ必要があると，もう本当に思っています．

クオリティーの低い論文が，和文の専門誌，それから学会誌に，掃いて捨てるほどあります．コピペ論文，半分以上は同じ，これはもう，一番いけないことです．ほかにも，だめな論文がいっぱいあります．「海外では…」の「ではのかみ論文」とか，中身が全然ないやつ．

そして，エビデンスを利用していて，「あ，この部分が情報として足りない．わたしの臨床に役立つエビデンスが足りない」．何が足りないかがはっきり分かってきてから，データを取り出しても，遅くはないのではないと思います．

そして，僕の意見なのですけれども，必要なのは，量的なデータよりも，最近はやはり質的な，インタビューとか，患者さんが行動変容をなぜする，しないのかという，質的なデータのほうがとてもありがたいのです．中村譲治さん（NPO法人ウェルビーイング）などがやっている，フォーカスグループインタビューをやって，その中から気がつかない，新たな問題をピックアップしていく．それは，臨床や，いろいろな保健の活動をやっている現場で，とても僕は役に立っているのです．データというのは，だまし絵と同じで，どうとでもとれるし，また，どうとでも書けるわけです．以上です．（質疑略）

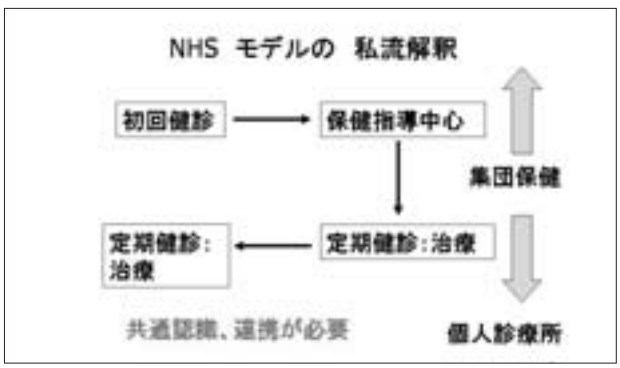


図3

聴講の様子

患者さんのための診療所「認証」について検討しています

ご意見をどしどしお寄せください.

❏「健康を守り育てる診療所」認証の今後

これまでの診療所認証制度は，患者のための「健康を守り育てる」受け皿となることと，会員にとって模範となることとが混在していました．そこで今後は，

A「受け皿診療所」
B「リーダー診療所（仮称）」　に分けて認証の基準を整理します.

細部は９月 11 日のコアメンバー会議で詰め，10 月２日のシンポジウムを踏まえて決定する予定です.
ご意見をお寄せください.

A　受け皿診療所の認証について＜案＞

「受け皿診療所＝認証診療所」という考え方が理解しやすいので，認証診療所は受け皿診療所を指すものとする.

日本ヘルスケア歯科研究会の会員診療所が目指す目標，

1．5 歳時におけるカリエスフリー率 90 %以上を実現する
2．12 歳時におけるカリエスフリー率 90 %以上を実現する
3．20 歳のカリエスフリー率 90 %以上で，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 歳での平均欠損歯数を 5 歯以下にする

この 4 項目を，自らの診療所の目標として宣言し，その実現に向けて，スタッフと共に一丸となり，日本の歯科の疾病構造を変えるべく努力し続ける診療所に対し，日本ヘルスケア歯科研究会認証審査会は，認証を与えるものとする.
これは，ヘルスケアの目指す歯科医療の受け皿としての診療所の育成と患者のトランスファーに便宜を図ることを目的とする.

認証の条件については，いくつかの意見が出ていますが，どれくらいリスク判定や予防管理を実施しているかではなく，どれくらい患者さんに伝わっているかで評価しようという点に関してコンセンサスが得られています.
すなわち，データの蓄積は大切ですが，う蝕と歯周病が容易に予防可能な疾患であることや，リスク判定とそれにもとづく定期管理が効果的であることなどを，

1．初診患者全員に対して伝えていること
2．そのような診療を受けたいと希望する人すべてに実施していること

が患者アンケートなどによって明らかであることを条件とします.

B　リーダー診療所（仮称）について

受け皿診療所の認証条件プラス，蓄積したデータでヘルスケア型診療の有効性を実証できることが求められる.
以上合意がありますが，細目については議論の途上です.

※ご意見・ご要望は，会員用ホームページ掲示板，または事務局まで e-mail，fax 等でお寄せください.

検討中の案件です。ご意見をお寄せください。

ヘルスケアのキャリア・・・日本ヘルスケア歯科研究会の認定歯科衛生士

「認定歯科衛生士」制度と養成コース＜案＞

能力の高い歯科衛生士は，それに見合う評価を受けるべきだ！　日本ヘルスケア歯科研究会では現在，認定歯科衛生士制度を検討中です．

認定歯科衛生士とは…「ヘルスケア歯科診療に必要とされる，知識・技術・コミュニケーションスキルを獲得していて，ヘルスケア歯科衛生士としての臨床を実践することができる歯科衛生士を認定衛生士とする．」

認定方法は二つ，

A　養成基礎コースに参加して検定に合格する
B　検定コースに参加して検定に合格する

A　養成基礎コース＜案＞

対象：新人歯科衛生士もしくは歯科衛生士としての経験があっても保健指導・予防管理の臨床経験のない歯科衛生士
資格：歯科衛生士としての経験 1 年以上
日程：4～11月の 8 ヵ月（全 8 回）1 ヵ月に 1 回．日曜日に東京で開催
時間：午前 10 時～午後 4 時または 5 時
内容：講義，実習講義，相互実習および検定よりなる（検定は検定コースに示す）

カリキュラム＜案＞

第 1 回：システム構築とデータ管理法（ヘルスケア歯科診療を実践するためのシステム構築の全体像とデータ管理法について）
第 2 回：口腔内写真撮影実習と歯周組織検査実習
第 3 回：歯周病とカリエスの病因論，コミュニケーションスキル
第 4 回：患者説明の内容と要領
第 5 回：S.R.P.（S.R.P の技術的スキル，シャープニング，S.R.P の評価法）
第 6 回：再評価とメンテナンスプログラム
第 7 回：成人のメンテナンス（相互実習を含む）
第 8 回：小児のメンテナンス

B　検定コース＜案＞

受検資格：認証診療所＊勤務 3 年以上またはヘルスケア歯科衛生士として 3 年以上勤務　＊新認証案の受け皿診療所を指す
養成基礎コースの第 1 回，第 3 回に参加し，以下の 5 つの検定に合格した者を認定

検定＜案＞

1 口腔内写真撮影検定
1 人で 5 分以内に口腔内規格写真撮影ができること

2 歯周組織検査・データ入力検定
1 人で 20 分以内に全顎歯周組織検査ができること

3 病因論検定
歯周病と齲蝕の病因論について，あらかじめ課題図書を読んでレポートを提出する

4 カリエスリスクテスト症例検定
カリエスリスクテストの症例報告を 4 症例提出
症例については口腔内写真，歯周組織検査，全顎 X 線写真が必要

5 歯周治療症例検定
歯周治療症例（管理例）を 4 症例提出
症例については初診時と再評価時の口腔内写真，歯周組織検査，全顎 X 線写真が必要
4 ～ 5mmの歯周ポケットが 15 %以上の症例を S.R.P.で管理できる

プロフェッショナル実践コース＜案＞

多くの患者さんと信頼関係を築き，初診から治療終了，その後のメンテナンスに長期間来院し続けていただけるようなヘルスケア歯科衛生士を目指す．同時に，医院内でのリーダーとなり，後進の指導・育成ができる歯科衛生士を目指す．

※内容については歯科衛生士の個人的能力によるものと，医院のシステムや院長のコンセプトによるものがあるので，院長の参加を必須とする．

プロフェッショナル実践コース内容＜案＞

業務内容と予約時間の管理
＊ 実績の集計
＊ 実績の評価法
＊ 医院のシステム構築
＊ 新人（後輩）育成法
＊ 医院経営への貢献

日本ヘルスケア歯科研究会コアメンバー会議

コアメンバー会議報告　3

開催日：2005 年 7 月 31 日（日）午前 10 時〜午後 4 時 30 分
（3 時〜ゲスト講師　安井禮子氏講演）
会　場：東京国際フォーラム G 棟 404
出席者：足本　敦，伊藤　中，河野正清，国井一好，斉藤　仁，
藤木省三，杉山精一
講　師：安井禮子（医療ジャーナリスト，患者 NPO 責任者）
事務局：秋元，多児
※詳しくはホームページで公開する議事録をご参照下さい（8 月末アップロード予定）

会議の様子

【報告事項】
前夜祭について
・ポスターセッション（担当・国井）の参加状況
・患者管理ソフト（担当・藤木）のプログラム確認
・カリエスリスク検査キット（担当・伊藤）のプログラムと協力法人
ニュースレター巻頭言（担当・杉山）の趣旨について
秋のシンポジウム（担当・斎藤仁）タイムスケジュールを確定

【協議事項】

1　禁煙支援プロジェクト
コアメンバーの退会などで，研究会の日常活動として禁煙支援活動ができない状況にある．ブリティッシュ・アメリカン・タバコ・ジャパンからのアプローチもあり，本会としても継続的な活動が必要だ．会員支援部会の部員に呼びかけ，協力者を募って活動を進める．

2　基礎コース
グループワークを重視するのでファシリテーター協力者を依頼する．基礎コースは参加者から高い参加費をいただいているコースなので，ファシリテーターに交通費など支給する．
12 月（第 12 回）までは，ほぼこれまで通りのカリキュラムで進め，13 回以降は新人スタッフ教育，実践コースなど目的に応じた細分化，簡素化を検討する．

3　歯科衛生士育成プログラム＜河野提案＞
ニュースレターに現時点のプランを発表する．スタッフ陣容，カリキュラムなど大筋の合意が得られた後は，詳細は講師にまかせる．

4　歯科衛生士認定＜河野提案＞
歯科衛生士育成プログラムに伴って，ヘルスケア歯科研究会独自の歯科衛生士認定を制度化する．（本紙 15 ページ）

5　「お口の健康手帳＜試作版＞」について
積極的な意見が寄せられたが，注文は予想に達しなかった．また，この「＜試作版＞健康手帳」を「わたしの歯の健康ノート」「歯周病とう蝕の健康管理ファイル」と一連のシリーズとして刊行したいとする医歯薬出版からの提案について検討したが，コスト高になるなどの理由から受け容れないこととした．なお，患者との情報の共有を主眼とする「健康手帳」から，情報を対象別に絞り込んだ，伝えたい情報と診療券を兼ねた小冊子を作成し，＜試作版＞の企画は当面凍結することとする．まず，子ども向けの「手帳」製作を進める．すでに申し込んだ方には，事情の説明とともに，再度サンプルをお送りして購入希望を尋ねる．

6　認証制度の変更について
「健康を守り育てる」必要条件を満たす患者のための認証と研究会のリーダーに相応しい診療所としての認証の 2 本建てとする．すべての患者に予防が可能であること，定期管理が重要であることなどが伝わっているかどうかをアンケートで尋ねるなど患者の評価を重視する．細目は本紙 14 ページに＜河野提案＞を示す．会員の意見を聞いて新たな「健康を守り育てる診療所認証制度」を速やかにリスタートする．

※安井禮子さんのお話の要約は次号に掲載します．

コアメンバー会議　予定

9 月のコアメンバー会議
日　時：2005 年 9 月 11 日（日）
午前 10 時〜午後 4 時 30 分（午後 2 時〜 4 時までは講師の講演及びディスカッション）
会　場：東京国際フォーラム（東京・有楽町）G 棟 402
http://www.t-i-forum.co.jp/function/map/index.html
講　師：景山正登（会員）
「唾液検査とう蝕予防―景山歯科医院での対応―」

11 月のコアメンバー会議
日　時：2005 年 11 月 20 日（日）
午前 10 時〜午後 4 時 30 分
（午後 2 時〜 4 時までは講師の講演及びディスカッション）
会　場：飯田橋レインボービル 1 階 C 会議室（東京・飯田橋）
http://www.ienohikariss.co.jp/bld/
講　師：未定

※ コアメンバー会議の傍聴およびゲスト講師の講演への参加は，事務局あて電話またはメールでお申し込みください．参加をお待ちしています．会員聴講料（一律 2,000 円）は当日お支払いください．

ヘルスケアフォーラム

第３回スタッフミーティング

2005 年 7 月 10 日（日）電通共済生協会館

スタッフミーティングに参加して

佐藤幸子（関歯科医院　歯科衛生士）

「ドキドキ！わくわく！」

研修に参加する前はかならずこの気持ちになります．新しいことを始める不安，そして期待．以前はこの感情が苦痛で仕方がなかったこの私が日本ヘルスケア歯科研究会とかかわることで，この感情が心地よく感じることができるようになりました．なぜなら，輝いている歯科衛生士の方がたくさんいるからです．

自分が輝くことで，医院全体にその波動が広がり，いらっしゃる患者様にも伝わって，自分のまわりの人たちがみんな輝いていてくれて，結局は自分に返ってくる．それってとっても素敵なことだと思います．そんな環境で仕事をしていきたいと多くの人は望んでいることと思います．私もその中の一人です．

賃金をもらうためにガマンして働くことが労働であるならば，仕事は喜びや楽しさや誇りがあり感謝や尊敬されるものだと思います．私は歯科衛生士という職を労働ではなく仕事としてやっていきたいです．すばらしいことに日本ヘルスケア歯科研究会の診療所の歯科衛生士さんの多くは仕事としてバリバリ働いています．

今回参加させていただいて，スゴイ！と感じたところですが，テーブルごとに歯科衛生士歴が違っていました．やはり経験年数の違いで考え方や悩みの質も違ってくるはずです．口腔内写真・メインテナンスについてというテーマでのディスカッションでは実際にメインテナンスを受けている方の症例で，ポケットの深さの改善が悪いというものでした．「こんな意見があるのか～」「こんな診かたもあるんだ～」といろいろな方の話が聞けておもしろかったです．例えば「歯石が残っているかも，根が破折しているかも，咬合がおかしいかも」など．自分の医院だけでは考え方も知らず知らずのうちに偏ってくることが，本だけではなかなか読み取れない現場の声をダイレクトに聞くことができ，いろんな角度からの考え方を発見できました．

午前では対・患者様，午後は対・スタッフと，どこの医院でも共通する悩みをディスカッションしていき，私は，自分が歯科衛生士として選んだ道は正しかったなという自信や仲間がたくさんいることの安心感，これから自分が進んでいくための目標を得ることができました．「佐藤さん輝いているね！！」と言われる自分になりたいと思います．そして，このキラキラ輝く素敵な波動をたくさんの人たちに広げていきたいと思います．

■ □ ■ □

スタッフミーティングに参加して

梅津陽子（藤田歯科医院　歯科衛生士）

今回，私は初めてスタッフミーティングに参加しました．最初は，こういった少人数のグループで討論という形式に驚き，戸惑いました．自分の考えは稚拙すぎるのではないか，と初めは発言を躊躇していましたが，ファシリテーターの方が発言しやすい場の空気を作ってくれ，次第に不安と緊張がほぐれていきました．

様々な議論を重ねていく中で，他院の歯科衛生士と意見交換ができるというのは貴重な経験だと思いました．多くの歯科衛生士の意見を聞くことで，また自分が発言することによって，今自分が行っている処置内容の問題点・改善点に気付くことができました．また，議論した上で結論を求めない，という点にも驚きました．全員が発言し，傾聴し，自分自身で考えることに意味があるのだということに気付かされました．

実は私は，この４月に就職した当初，自身で治療計画を立て，歯周治療や予防，メインテナンスを行っている先輩衛生士の姿を見て，本当に自分はこんなことができるようになるのだろうか，と不安に思っていました．学生のときから予防に関心があり，予防に力を入れている医院で働きたいと思っていましたが，自分のやろうとしていることが，まるで雲の上のことを目標としているように思えて途方にくれていました．しかし，スタッフミーティングの中で多くの方の発表を拝見し，皆，試行錯誤を繰り返しながらメインテナンスや予防というものを確立させてきたのだ，ということがわかりました．まただからこそ，こういったスタッフミーティングが必要なのだと実感しました．

このスタッフミーティングを通して，私は多くの課題を見つけました．今までより積極的に様々なことに取り組み，目標を持ち，もっと技術を磨いていきたいと思います．そしてまたスタッフミーティングに参加し，歯科衛生士として成長し続けていきたいと思っています．

書　評

奥富恵美子（埼玉県　会員）

『あなたとともによい医療を —日本の医療と教育の勇気ある変革』

著；日野原重明
　　福井次矢
出版；インターメディカ
2004 年 7 月
定価；1,300 円（税別）

最近，白い白衣は冷たい印象…とのことで，カラーの白衣が歓迎される中，表紙のお二人の白衣姿は，なんと，あたたかであろうか？　あたたかいというより，穏やかというのがふさわしい．

お二人は，40 歳の年齢差がある京都大学医学部の先輩，後輩．そして，有名なウィリアム・オスラー博士の孫弟子でもいらっしゃる．

この本には医療従事者の教育改革と，一般の方への新しい健康教育が熱っぽく語られている．日本でも取り入れられ始めた OSCE（Objective Structured Clinical Examination）そして，日本の高校教育に変革を！　に始まってセルフケアへとお話はすすむ．自分の健康は自分で管理しよう，医療の担い手は医師に限らない…など，ヘルスケア歯科研究会の目指すところに共通する．何より感動したのは，医療者に最も大切な資質は，患者さんの痛みに共感できる心．コンパッショネートな人というのが最高の賛辞であるというくだりである．

今私たちは，サリバテストなどから，情報を得て，リスクコントロールの手がかりとするわけだが，マニュアルに照らし合わせた検査の判定だけでは，その人はみえてこない．今までの治療の歴史，生活習慣，体質，心身の状態，現在のおかれた状況など，その方を知ってサポートしなくては一時的な改善にしかならない．患者さんが，口の中の状況を知り，身体への関心を高め，セルフコントロールできると理解頂くこと，即ち，疾病を治すとういうことではなく，健康をプロモートするナビゲーターとしての役割を，私たちは担っているのではないだろうか．

本書は，サイエンスとしての医学だけではなく，ソーシャルな側面についての配慮がないと，よいケアができないことを学んでほしいと結んでいる．医療をサイエンスとアートととらえ，いかに按配するか，実践なさっているお二人の言葉はあたたかく，重い．

『三浦家の元気な食卓 —驚くべきパワーの秘密』

著；三浦敬三
　　三浦雄一郎
　　三浦豪太
出版；昭文社
2005 年 1 月
定価；1,600 円（税別）

本屋で，まず目にとびこんで来た美味しそうな丸ごとチキン!!

これが，あの 102 才の三浦敬三さんのお手製とは!!　圧力鍋など自在に使って自炊されている毎日．スキーは私の喜びであり生きがい．もっと上達するために，元気でありたいと．そして，極めつけ「健康は手段」だと．いつもアンテナを張りめぐらせて体に良いものを，自分なりに工夫して食べるなど，どのコメントにも圧倒される．ひと昔前，総義歯になったら終わりといわれたが，どっこい敬三さんも総義歯でこのお元気さ．ご自分の歯が残るにこしたことはないし，日本ヘルスケア歯科研究会では，70 才以上で欠損歯 5 本以下をめざしている訳だが，このように残念ながら総義歯の方でも，うまく使えていることで，咀嚼能力をよくし，介護必要度を下げ，運動能力を改善し，全身状態に寄与し，結果的に毎日の生活の満足度を上げていると思われる．

先日私は，60 名の参加を得て，今話題の炊飯器による真空調理実践の会を開いたが，敬三さんは，既に日常に取り入れられているという．時代の波の先取りもすごい．シュフ歴 30 年の私も敬三さんには「まいった！」である．巻末に噛むことと呑みこむことと題して，管理栄養士の金谷節子さんから，よい歯科医や，歯科衛生士との出会いを！　そして，プロケアによる口腔ケアをと，しっかり書かれている．だから，なお更，この本は素晴らしい．こうして，医科，歯科，栄養，薬剤，理学療法士，言語聴覚士…と関連職種が手をとりあって，知恵を出しあっていく時代がやっと到来した．

側にいつも置いておきたいこの本は，料理本としてだけではなく，「良く生きたい」というエネルギーにあふれていて，手離せない．歯科はこれからどうすべきか．ヒント満載である．敬三さん，希望をありがとう．

その他催しもの案内

東京 HCG 主催　第 1 回スタッフミーティング

担当責任者：森谷良行／笠島生也

東京ヘルスケアグループの最初の活動として，2005 年 11 月 6 日（日）に，スタッフミーティングを開催することになりました．

今回は，2 ～ 4 年目の 4 人の歯科衛生士に症例を出していただき，発表後に小グループにてディスカッションを行う予定です．ぜひ参加して同じ志を持った仲間と話し合い，仲間づくりをしませんか？

日　時：2005 年 11 月 6 日（日）9:30 ～ 16:30（開場 9:15）
会　場：飯田橋レインボービル　大会議室（東京・飯田橋）
JR 飯田橋駅下車徒歩 5 分
http://www.ienohikariss.co.jp/bld/map.html
定　員：120 名
参加費：8,000 円（昼食込み）

申し込み方法：歯科医院名，お名前，ふりがな，職種，経験年数，TEL/FAX，郵便番号，住所を添えて森谷良行（y615s731@qa2.so-net.ne.jp）または FAX（049-280-5118）に連絡をください．

参加者募集！ 正会員歯科衛生士の集い　～歯科衛生士組織のビジョンを語り合いましょう～

歯科衛生士正会員有志：長岐祐子・長山和枝ほか

歯科衛生士主催の企画研修会を開催する目的は，私たちがヘルスプロモーションのリーダーとして，力を身につけ成長すること，そしてヘルスケア歯科衛生士を増やすことですが，このような目的をもった歯科衛生士主催の企画研修会を繰り返し，実績を積み上げていくことで，正会員歯科衛生士部会設立という展望もひらけるでしょう．

私たち有志メンバーは，このような趣旨・内容に賛同・協力してくれる正会員歯科衛生士を募り，集いの場を提供したいと考え懇談会を開催したいと思います．

今回は皆さんの考える歯科衛生士会のビジョンについて語りあいたいと思います．気楽に楽しく自分の夢を語り合いましょう．

参加対象：正会員歯科衛生士
準会員（正会員になることを検討している方）のオブザーバー参加も可
日　時：2005 年 10 月 1 日（土）10:30 a.m.～12:30 p.m
会　場：東京国際フォーラム（東京・有楽町）G 棟 402
http://www.t-i-forum.co.jp/function/map/index.html
参加費：無料

※参加希望の方は，事務局まで e-mail，fax 等でお申し込みください．（当日参加も受付けます）

事務局からのお知らせ

ホームページで公開中の「学校歯科健診／永久歯のう蝕状況」を一部更新しました．

ホームページで 12 歳児 DMFT データを公開していますが，京都市分に一部入力の間違いが見つかり訂正いたしました．また岩手県歯科医師会では，毎年データを集計し公開していることがわかりましたので，提供していただいたデータをもとに公開させていただきました．地元の状況を確認していただき，地域での保健活動の参考にしてください．

ウィステリア Pro の製作状況について

（ファイルメーカー Pro7.0 対応版）

ファイルメーカー Pro7.0 対応版の作成が遅れており，会員のみなさまにはご迷惑をおかけしています．現在最終確認中です．頒布開始になりましたら，ホームページ，ニュースレター等でお知らせいたしますので，もうしばらくお待ちください．なお，Pro7.0 対応版頒布開始をもって Pro6.0 版の開発は終了となります．

現在の会員の構成（8 月 3 日現在）　会員合計　5,978 名

正会員		準会員	
歯科医師	1,959 名	歯科衛生士	3,289 名
歯科衛生士	205 名	歯科技工士	98 名
歯科技工士	3 名	その他	365 名
その他	16 名	準会員計	3,752 名
学　生	1 名		
法人会員	42 社		
正会員計	2,226 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．お電話は時間内にお願いします．

第 10 回ヘルスケアシンポジウム

「健康を守り育てる歯科医療へのパラダイムシフト」

・・・ヘルスケア型診療所の課題と問題点・・・

スタッフとともに診療所づくり

2005 年 10 月 2 日（日）東京国際フォーラム　ホール C

シンポジウムプログラム

10:00〜10:15　企画主旨説明；　藤木省三（コアメンバー）

本会設立の実質的なリーダーだった熊谷崇さんが「改革団体として設立されたはずの研究会が会員支援をベースにした内向きの会になっていくことに耐えられなくなった」と述べ，退会された．我々は，この研究会の設立主旨を今一度確かめ，その意義を問い直し，方向性を再確認したい．研究会が改革団体としてすべき活動と，会員一人一人が診療所ベースですべき活動を整理し，我々が明日から何をしなくてはならないのかを明確にしたい．

10:15 〜10:50　研究会の活動の目標と事業；　斉藤仁（コアメンバー）

私は設立主旨を何度も読み返した．日本ヘルスケア歯科研究会の真の目的は，日本の歯科医療を「修復・補綴に重きをおいた歯科医療」から「口腔の健康を守り育て，生涯にわたって人々の健康のパートナーとなる歯科医療へ」転換させることにある．そのためには研究会の活動をどのように方向付けるべきか…シンポジウム参加登録に際して，患者の理解，保険制度，スタッフ教育など，各々の診療所の努力では解決しにくい壁は何か，ご意見を尋ねます．

10:50〜11:20　ヘルスケア型診療所の実際 ❶　YA デンタルクリニック（米子市）

患者はどこまで知っているか？…初診患者アンケートから定期管理の認知度を考える．

11:20 〜11:30　休憩

11:30〜12:00　ヘルスケア型診療所の実際 ❷　河野歯科医院（小平市）

スタッフの育成と診療所の総合力の維持…スキルアップ，退職，出産，育児…チーム医療を重視するヘルスケア型診療所ではスタッフの最大限の能力を引き出すことが，最大の力となるのだが…

12:00〜12:30　ヘルスケア型診療所の実際 ❸　杉山歯科医院（八千代市）

灰色の定期管理は困る…保険のなかの明確な位置づけを

12:30〜1:40　昼食休憩（お弁当はありません）

1:40〜1:50　午前の簡単なまとめ；斉藤仁（コアメンバー）

模式図を用いて午前の問題点がどこに位置するのかを簡単に解説．

1:50〜2:10　歯科衛生士の活動について；　有志（長岐祐子・長山和枝ほか）

健康を守り育てる歯科医療は歯科医師だけで行えるものではない．特に実際の診療の現場では歯科衛生士の果たす役割は非常に大きい．健康を守り育てる歯科医療を臨床現場に根付かせるために，歯科衛生士の抱える問題を自分たちで解決していく手がかりをつかみたい．歯科衛生士独自活動にかける熱い思いを伝えたい．

2:10〜2:30　認証について；　河野正清（コアメンバー）

認証制度が発足してから 2 年が経過したが，受診に際して求められる条件と研究会のリーダーに求められる条件が同時に求められ，そのために認証の基準も，患者利益から離れて数字の厳密さに振り回されるところがあった．そのため認証を目標にする診療所にも混乱が生じた．認証の目的を再確認し，患者利益の一点で整理し，わが国の医療系団体では経験のない市民参加の認証を目指す．

2:30 〜4:40　パネルディスカッション；　司会　藤木省三，秋元秀俊

各々の診療所で解決できる問題点，どうしても解決できない問題点を整理し，会員一人一人がすべきこと，組織として研究会ですべきことをまとめ，明日の活動につなげたい．

3:00〜3:15　休憩

3:15 〜4:00　何故，私は転換したか

従来型の修復中心の歯科医療から大きく転換した，**鈴木正臣**（蓮田市），**斉藤 仁**（札幌市），**近藤明徳**（神戸市），**千ヶ崎乙文**（つくば市）の方々に，「なぜ」，「どのように」にフォーカスをあてて体験を語っていただく．

足本敦，河野正清，近藤明徳，斉藤仁，杉山精一，鈴木正臣，千ヶ崎乙文，長岐祐子，長山和枝およびフロアを交えたディスカッション

前夜祭　プログラム Information

ホール D7

カリエスリスク検査キット ミニシンポジウム　1:30 ～ 6:00 p.m.

あなたはどれを選ぶか

企画趣旨

カリエスリスク検査キット間のレイティングのキャリブレーション，検査結果の安定性，エラーの可能性などを比較検討し，各製品の結果判定に互換性を保てるようにすること．つまり「判定基準の統一」への気運を高めることです．最終的な目標としては，優れた製品開発によって，成果が患者さんに還元されることを願っています．

プログラム責任者：伊藤 中

プログラム

13:30 ～ 13:40
企画趣旨説明：伊藤　中

13:40 ～ 15:35
各社からのプレゼンテーション（発表順）
a. メカニズム　b. 臨床手技　c. 特徴（長所　弱点）
d. 他社製品との互換性についてどのように考えているか
- 白水貿易株式会社／ CRT バクテリア
  プレゼンター：隈元孝子
- サンスター株式会社／バトラーカリオチェック
  プレゼンター：西澤昌志
- 株式会社モリタ／チェックバフ　CAT21 テストバフ
  プレゼンター：検討中
- 株式会社トクヤマデンタル／オーラルテスター
  プレゼンター：羽生尚広
- 株式会社ジーシー／サリバチェックラボ
  プレゼンター：岡田淳一

15:35 ～ 16:15
休憩（ポスターセッションや展示をご覧ください）

16:15 ～ 16:55
モニター歯科医院からの報告
- ○鈴木歯科医院　玉村真砂子（埼玉県蓮田市）
- ○たかぎ歯科医院　永山めぐみ（兵庫県神戸市）
- ○もりや歯科　森谷良行（埼玉県坂戸市）
- ○わたなべ歯科　渡辺 勝（予定）（埼玉県春日部市）

まとめ：伊藤　中

＊モニター歯科医院では，上記以外にデントカルト（株式会社オーラルケア）と齲蝕関連菌検出キット（株式会社ビー・エム・エル）でも検査を行い，比較用データを提供いただきます．

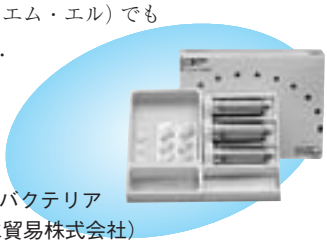
16:55 ～ 17:30
ディスカッションとまとめ：
コーディネーター：伊藤　中
パネリスト：プレゼン法人＋モニター歯科医院
ディスカッションのポイント
データの互換性
検査精度の問題
手技上の問題
検体の採取の問題
部位特異的情報をどのように得るか
その他

17:30 ～
質疑応答

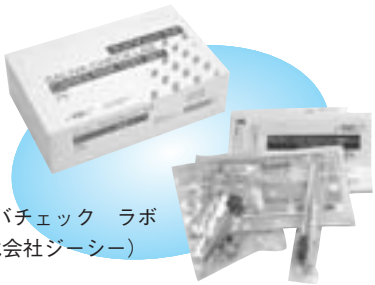
チェックバフ
（株式会社モリタ）

バトラーカリオチェック
（サンスター株式会社）

オーラルテスター
（株式会社トクヤマデンタル）


CRT バクテリア
（白水貿易株式会社）

齲蝕関連菌検出キット
（株式会社ビー・エム・エル）


サリバチェック　ラボ
（株式会社ジーシー）

デントカルト
（株式会社オーラルケア）

前夜祭

ホール D5

データ管理ソフト ミニシンポジウム　1:30 ～ 6:00 p.m.

最適のソフトを使いこなしていますか

企画趣旨

現在の日本では，予防可能であることが明らかにされているにもかかわらず，未だにう蝕と歯周病の事後処置に追われています．そこで，「健康を守り育てる歯科医療」が広く一般的におこなわれるための支援ソフト開発を目指します．

プログラム責任者：藤木省三

プログラム

13:30 ～ 13:35
企画趣旨説明：藤木省三

13:35 ～ 15:35
パート１：各ソフトの開発意図及び特徴
（各社 20 分のプレゼンテーション）
- 株式会社ジェニシス／ DentNet（アポイントソフト）
  プレゼンター：木村友美
- 株式会社ナルコーム／予防達人　達人プラス ver.3
  プレゼンター：猪俣大輔
- 株式会社プラネット／ DentalX
  プレゼンター：内山尚彦
- 株式会社ジーシー／ペリオナビゲーション
  プレゼンター：漆原譲治
- 株式会社モリタ／ Doc-5J オーラルフロンティア
  プレゼンター：検討中
- ウィステリア，アポイント管理職の開発主旨
  藤木省三

15:35 ～ 16:15
休憩（ポスターセッションや展示をご覧ください）

16:15 ～ 17:15
パート２：ディスカッション　健康を守り育てる歯科医療を支援するソフトとは
健康を守り育てる歯科医療とは：藤木省三
次の項目への現在の対応状況と今後の展望について
（各社 5 分のプレゼンテーション）
- ○家族単位の来院状況が把握できるか
- ○メインテナンスの履歴が残せるか
- ○DMFT，残存歯数など定期管理による結果が検索できるか
- ○診療所単位の予防的な評価ができるか
- ○ウィステリアにデータを移行できるか

17:15 ～
質疑応答

G409　予約必要！

第 4 回スタッフミーティング　1:30 ～ 6:00 p.m.

コミュニケーションに自信のある人なんていない

「患者さんとのコミュニケーション」

患者さんとのコミュニケーションについて，考えていこう

プログラム責任者：河野正清　企画担当：府川美佐子，川嶋紀子，浜端町子

患者さんとのコミュニケーションで悩んでいる方は多いのではないでしょうか？

患者さんと良い関係を作り，関わりあっていくために，普段からどんなことを心がけているか，自分でできることはどういうことかなど，参加される皆さんで一緒に考えてみませんか？

患者さんとの理想のコミュニケーションの図り方について，日ごろのコミュニケーションを振り返りながら，どんどんアイディアを出し合い，話し合っていきましょう．

患者さんとどんな関係を築いていきたいのか，そのために何をしていったら良いのか．自分自身のコミュニケーションを見直すことで，新しい発見があるかもしれません．

やる気がでるコミュニケーション，納得される説明法，信頼される聴き方，よし！ここなら通ってみよう，と思わせるには…などなど．

患者さんと接する全ての方が対象です．小グループ形式でディスカッションしていきます．

参加希望の方は，職種と経験年数を明記のうえ，お申し込みください．

【企画内容】
1. 事例報告の後，各 6 人グループで発表についてのディスカッション
2. 自分たちが行っている説明法やアプローチのしかたで悩んでいること，うまくいったことなどを持ちより，出し合ってディスカッション
3. 席替えして，別の 6 人グループで前の班でのディスカッションの内容を話し合う

定員：72 名　6 人グループ× 12
時間：4 時間 30 分

前夜祭

G402　予約必要！
歯科医師・歯科衛生士ペアミーティング　*1:30～6:00 p.m.*

初の歯科衛生士独自企画

第一回『パートナーシップを考える』

プログラム責任者：長岐祐子，長山和枝
ファシリテータ　：小野洋子・後藤彩花・坪山郁世・佐藤美奈子・平野万智子・杉山精一ほか

歯科衛生士がダメだから？
院長がダメだから？
自分は一生懸命なのに…

本来歯科医師と歯科衛生士は，患者利益において良きパートナーシップが必要になります．しかし，実際は歯科医師との学歴の違い・年齢差・雇用関係という立場の違いから，パートナーシップに必要不可欠なコミュニケーションが上手く図れず，多くの歯科衛生士は患者さんへの思い・診療マネージメントにつながるアイディアなどを歯科医師に伝えられない・表現できずにいます．

このような現実問題を明確にし，解決策を考えていきます．他医院の話を聴くことで自分の医院を客観視し，それぞれの立場で何を自己研鑽していくのか，コミュニケーションの図り方を見直し，どのように実践していけばよいのかなど，「モデルケース」から「各医院」の具体的な解決策を打ち出していくことを目的とした歯科医師・歯科衛生士のペア参加型研修会を企画いたしました．

＜参加人数＞　歯科医師・スタッフペア 20 組
原則として歯科医師 1 名，歯科衛生士／スタッフ 1 名．ただし歯科衛生士に限り 2 名まで可．

＜研修方法＞
・1 グループ（Dr/DH ペアで数名のグループ）でデイスカッション
・モデルケース（2 パターン）を紹介・各グループで問題点を見つけ…
・問題点から歯科医師・歯科衛生士が各自の解決策を見出す…

G407・408
ポスターセッション　*1:30～6:00 p.m.*

日常臨床のこんな工夫，こんなコト

「健康を守り育てる様々な試み」
テーマ自由，内容自由，発表でみんな成長する！

プログラム責任者：国井一好

今回の前夜祭において，初めての企画としてポスターセッションを開くことになりました．常日頃皆さんが診療室で実践されていること，考えていること，気楽な気持ちで発表してください．スタッフぐるみの楽しいポスターセッションにしたいと思います．

「健康を守り育てる診療室づくり」に関することなら，テーマは自由です．小学生時代の自由研究を思い出して，模造紙一枚分（A4 用紙であれば×約 12 枚分）に，臨床報告，診療室での新しい試み，地域活動をまとめてください．

多くの会員の意欲的な応募をお待ちしております．

発表を機会に診療室がグレードアップすることは請け合いです．

なお，発表会員には 2 ヘルスが支給されます．

応募要領は下記募集案内をご参照ください．

発表者募集中

ポスターセッション「健康を守り育てる様々な試み」

10 月 1 日　1:00 p.m.～6:00 p.m.
会場：ガラス棟 407 ＋ 408
10 月 2 日　9:00 a.m.～4:30 p.m.
会場：ホール C　2 階ロビー

発表者：会員有志（個人，診療所単位，グループ可）
発表者（正会員）には 2 ヘルス（研究会内通貨）付与します．
形　式：ポスター発表
・展示パネルサイズ：幅 90 ｃｍ×高さ 210 ｃｍ
・ポスター作成サイズ：模造紙 1 枚または A4 用紙約 12 枚分
・内容：自由（健康を守り育てる診療所づくりに関するもの）
・討論：発表者は，決められた時間にポスター前に待機し，質問者に対応します．（10 月 1 日午後）

※応募例：次のような応募をドシドシお寄せ下さい．
・症例報告「ハイリスクの小児の永久歯 カリエスフリー完成まで」
・診療所の取り組み事例報告「禁煙支援活動とその成果」
・診療所づくり事例報告「ヒヤリハットノートの成果」
・地域活動報告「食事指導ソフトを使った保育園歯科保健活動と保護者の感想」
・データ分析「ウィステリアのデータ分析結果報告」
などなど，テーマは自由です．

申込締切：8 月 25 日
ポスターの提出締切：9 月 10 日

※カラープリントなどご相談に応じます．事務局までお問い合わせください．

第 10 回ヘルスケアシンポジウム

「健康を守り育てる歯科医療へのパラダイムシフト」

・・・ヘルスケア型診療所の課題と問題点・・・

診療室を変える…スタッフ全員参加！

2005 年 10 月 2 日（日）　前夜祭 1 日（土）

東京国際フォーラム　ホール C（東京・有楽町）

東京都千代田区丸の内 3-5-1（JR 東京駅　徒歩 5 分　JR 有楽町駅　徒歩 1 分）

主訴対応型の修復中心の診療所からヘルスケア型（健康を守り育てる）の診療所へと転換するときに克服しなければならない様々な問題，可能性，喜び．本気になって患者本位の診療を始めたときに直面する「個人では解決できない」…スタッフ，教育，患者の理解，保険 etc.

環境の違うメンバーが，診療所単位では解決できない問題を日々の診療の中から，ピックアップして，問題提起するシンポジウム．

シンポジウムプログラム（予定）

❑ シンポジウム　10 月 2 日

企画趣旨説明；藤木省三
研究会の活動の目標と事業；斉藤仁
シンポジウム　ヘルスケア型診療所の課題と問題
　日々の診療の中から，診療室で解決すべき課題と診療室を越えた課題を提起する
　ヘルスケア型診療所の実際 ❶
　　YA デンタルクリニック（米子市）
　ヘルスケア型診療所の実際 ❷
　　河野歯科医院（小平市）
　ヘルスケア型診療所の実際 ❸
　　杉山歯科医院（八千代市）
＜昼食休憩＞
歯科衛生士の活動について
　　歯科衛生士正会員有志
認証について；河野正清
パネルディスカッション
　研究会のこれからの課題を整理する；藤木省三
　なぜ，ヘルスケア型に転換したか WHY, HOW, WHAT
　　4 診療所の報告；
　　鈴木正臣，斉藤仁，近藤明徳，千ヶ崎乙文
　ディスカッション
　杉山精一，足本敦，河野正清，ほか

❑ 前夜祭　10 月 1 日

カリエスリスク検査キットシンポジウム＋法人展示
患者データ管理ソフトシンポジウム＋法人展示
第 4 回スタッフミーティング
歯科医師・歯科衛生士ペアミーティング
ポスターセッション

❑ 参加費

	会　員	非会員
シンポジウム		
歯科医師	10,000 円	14,000 円
その他	3,000 円	5,000 円
学生・院生・医局員など		3,000 円
前夜祭参加（会員のみ）	3,000 円	
懇親会（立食形式）	4,000 円	

❑ お知らせ・ご注意

- 昼食は用意しません．各自でお願いします．
- シンポジウムの定員は 1,200 名です．
- 前夜祭の定員は 600 名です．
- 託児室を準備します（無料）．1 歳 6 ヵ月以上小学校 2 年生まで．お問い合せ下さい．
- 申込書を送信後 1 週間を過ぎても計算書と払込用紙が届かない場合は，ご連絡下さい．

＊「ペアミーティング」「スタッフミーティング」は事前予約が必要です．
＊ 前夜祭とシンポジウムは一貫した企画なので，前夜祭のみの参加は原則として不可．

❑ お申し込み・お問い合せ

下記申込み欄にご記入後，事務局まで FAX または郵便にてお送り下さい．

〒112-0014　東京都文京区関口 1-45-15-104　日本ヘルスケア歯科研究会事務局
FAX : 03-3260-4906　TEL : 03-5227-3716

参加申し込み Fax. 03-3260-4906

参加を申し込みます（news8-4）

第 10 回ヘルスケアシンポジウム 参加申込み（会員専用）

（必要項目ご記入，該当□欄に✓印を記入ください）

フリガナ　　会員番号：
ご氏名　　□託児室希望
□シンポジウム参加歯科医師：10,000 円　□シンポジウム参加その他：3,000 円　□懇親会：4,000 円
□前夜祭参加：3,000 円　□ペアミーティング　□第 4 回スタッフミーティング
□DR　□DH　□他　経験　　年

フリガナ　　会員番号：
ご氏名　　□託児室希望
□シンポジウム参加歯科医師：10,000 円　□シンポジウム参加その他：3,000 円　□懇親会：4,000 円
□前夜祭参加：3,000 円　□ペアミーティング　□第 4 回スタッフミーティング
□DR　□DH　□他　経験　　年

フリガナ　　会員番号：
ご氏名　　□託児室希望
□シンポジウム参加歯科医師：10,000 円　□シンポジウム参加その他：3,000 円　□懇親会：4,000 円
□前夜祭参加：3,000 円　□ペアミーティング　□第 4 回スタッフミーティング
□DR　□DH　□他　経験　　年

勤務先・診療所名　　参加申し込み人数　　人　　合計金額　　円

住所　〒　　-　　電話番号　　-　　-
FAX 番号　　-　　-