

# HEALTH CARE

The Newsletter of the Japan Health Care Dental Association

vol.8 no.6

(年間6回刊行・通巻047号)



日本ヘルスケア歯科研究会

事務局 東京都文京区関口 1-45-15-104

☎ 03-5227-3716

Fax. 03-3260-4906

URL <http://www.healthcare.gr.jp>

E-mail : [center@healthcare.gr.jp](mailto:center@healthcare.gr.jp)

編集代表 杉山精一

編集制作 有限会社 秋 編集事務所

巻頭 セカンドステージのはじまり	p.1	ヘルスケアフォーラム	p.10
書評	p.3	講義ノート(景山正登)	p.14
めざせ! スモークフリー!	p.4	ウイステリアとアポイントを使ってみよう	p.20
院内ネットワーク	p.5	コアメンバー会議報告・予定	p.23
海外文献から	p.7	歯科衛生士シンポジウム	p.24

## セカンドステージのはじまり

藤木省三 (コアメンバー)

### はじめに

今年最後のニュースレターになりました。本当に忙しい一年であったという間に過ぎてしまいました。しかし、今年は日本ヘルスケア歯科研究会にとってセカンドステージに踏み出す大きな意味を持つ年であったと思います。

### ファーストステージを振り返って

1998年に日本ヘルスケア歯科研究会が設立されて以来、熊谷崇さんを中心とする執行部の強力なリーダーシップの下に数々の提言をおこなってきました。例えば、「初期う蝕の診査における探針使用の考え方」は毎日の診療の中から見えてきた問題を提起し、最終的に学会に影響を及ぼし、今では当たり前のこととして認められるようになりました。

その他、う蝕と歯周病に関する多くのシンポジウムによって、予防されるべき疾患の本質を多くの歯科医療関係者に知らしめました。実際、いくつかの先行した診療室では、予防的定期管理によってカリエスフリーの子供の育成、新たなう蝕発症の抑制、初期から中等度の歯周炎に対する治療と維持管理がなされ、定期管理下での歯牙喪失の抑制を実証することができました。

数年にわたるトップダウン的な活動により、今では歯科界は当然のこととして一般的にもう蝕や歯周病の予防の話が当たり前に聞かれるようになりました。私たち日本ヘルスケア歯科研究会が果たした役割は決して小さくはないと思います。

しかし、問題は残されています。診療室を外から眺めてみましょう。予防がこれほど聞き慣れた言葉になっているにもかかわらず、日本のほとんどの診療室では依然として修復中心の診療が行われています。定期管理の重要性を説くアクセルソン先生の講演会が日本で何度おこなわれたことでしょうか。その講演会ではメンテナンスの有効性が繰り返し伝えられ、毎回満員になるにもかかわらずそれが診療に定着したとは思えません。このような状況において、一般市民でメンテナンスに通う人はまだまだ極めて少数です。

診療室内を見れば、予防的定期管理が成功しつつあるとはいえ、リスクアセスメントに関して課題が残されています。当会の設立後さまざまなリスク検査キットが開発、発売されるようになりました。今から始めようとした場合、あるいは初診の患者さんが来られた

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

### 重要なお案内

#### ●当研究会の年会費は前納制

当研究会の会計年度は、1月から12月までです。年会費は前納制となっておりますので前号に同封しました2006年度会費払い込み用紙をご利用のうえ、お近くの郵便局からお払くださいようお願いいたします。

#### ●オピニオンメンバー候補の受付中。

オピニオンメンバーの自薦、他薦受付期間を年内まで延長します。推薦用紙は会員用ホームページからダウンロードできます。

### 催しものご案内

#### ① コアメンバー会議 (2月)

日時: 2006年2月26日(日)

会場: 東京国際フォーラム G404

ゲスト講師: 未定

聴講料: 2,000円

#### ② 歯科衛生士シンポジウム

日時: 2006年4月2日(日)

会場: 東京ウィメンズプラザ

参加費: 8,000円(昼食込み)

▷ 詳細 p.24

場合に、どのキットを用いればよいのでしょうか。さらに、治療に際して最も適した、あるいはメンテナンス中に最も適したアセスメント法は？ 子供と成人、高齢者が同じリスクアセスメント法でいいのでしょうか？ こうやって考えてみれば、リスクアセスメント一つとっても決して確立されたとは言えないことがわかります。

話が少し飛びますが、来年は保険制度がまた大きく変わりそうです。しかし、これほど予防と言われているにもかかわらず、医療保険制度が人々のライフステージに沿って口腔の健康を守り育てる医療を支援するように改善されそうにありません。

## セカンドステージへ

この春から私たちコアメンバーは今後歩むべき方向について何度も議論を重ねた結果、ニュースレター vol.8no.3 に掲載されたロードマップを考え出しました。ロードマップを作る過程で、今まではロードマップの左側の歯科医療専門家の視点で考え、右側の国民（住民・患者）側の視点が抜けていたことに気がつきました。

確かに予防について多くの情報が国民に伝わっているように見えますが、実はう蝕と歯周病が本当に予防できる疾患であることを「知らない」人が大多数なのではないだろうか、と思えるのです。だからこそ、私たち日本ヘルスケア歯科研究会が会員全員で取り組むべき最優先の課題が「知らない」から「知っている」への転換だと結論づけました。さらに、国民に知らせる以上は受け皿をきちんと確保する責任があるでしょう。

## 新認証制度

このような議論のうえに、全く新しい認証制度を考えました。混乱を招くことは承知のうえで、でも、新しい考え方に沿った認証制度をどうしても始めなければならなかったのです。

詳しくは前号のニュースレターをご覧くださいなのですが、認証における最も重要な条件は「可能な限り全員に対してきちんと必要な情報を伝えていることが明らかであること」となっています。来院される患者にう蝕と歯周病が本来予防されるべき疾患であることを伝えることは、当会の会員なら今すぐに実行できることです。

新しい認証制度では、評価法も革新的です。「伝えていることが明らかなこと」は患者が理解しているかどうかで評価されます。アンケートを患者さん自ら当会あてに送っていただき評価します。唾液検査を実行した数値よりもある意味厳し

い評価法だと思われます。

私たちコアメンバーも制度が新しくなった以上、再度評価を受けることにします。正直なところ、私の診療室では現在オーバーフロー気味でさまざまな矛盾が表面化していて、かなり厳しい評価が出るのではないかと心配しています。しかし、どのような結果が出ても、それを基にして改善できると確信しています。

日本ヘルスケア歯科研究会の理念に基づいて、う蝕と歯周病のリスクアセスメントに関してはもちろん評価します。ただ、先に述べたように現在は確立されたリスクアセスメントの概念がないため、過去の認証制度のように決まった検査の実施率を問うのではなく各診療所での考え方を示していただきます。その結果、診療所間で多様性が見られることになるでしょう。多様性を許容することから新たな発展が望めるのではないのでしょうか。

認証審査にも新しい試みを取り入れました。審査には歯科医師以外の一般の人にも参加をして頂きます。患者の立場からの評価を受けることになるわけです。私たちが思いもかけない質問があるかもしれません。

何故、このような認証制度が必要なのでしょう？ 現在、さまざまな学会で認定医制度が始まっています。誰のための制度なのでしょう？

私たちは日本の歯科医療環境を改革することを目標にしています。そのためには歯科界以外の一般の多くの人から信頼を得なければ達成できません。歯科に関する人間の数なんてほんの一握りで、その中で議論していても始まりません。一般社会に信頼を得てこそ、世の中に影響を及ぼすことができるでしょう。

正会員が2,000名を越えていたとしても、実践している診療所が二桁程度ではとても信頼を得られるとは考えられません。受け皿的な認証診療所が数百になってこそ本当に認知されるのではないのでしょうか。

もちろん、受け皿診療所は最初の一步です。私たちコアメンバーはこれで満足しているわけではありません。時間こそかかりますが、その中から日本の将来を切り開く次世代のリーダー診療所が数多く生まれてくることを強く期待しています。

## 日本ヘルスケア歯科研究会の改革

秋のシンポジウムでも発表しましたが、全く新しい試みをいくつか始めています。その一つがヘルスケア歯科研究会内に独立した歯科衛生士会（準備会）の設立です。詳しくは別掲の記事を参考にさせていただきたいのですが、歯科医師とは完全に独立して歯科衛生士という立場からの活動を始めます。私

たちコアメンバーも報告は受けますが、一切干渉することはありません。今までの歯科医師中心の発想と異なる新しい展開が始まることを期待しています。

オピニオンメンバーという聞き慣れない制度も作りました。この制度は研究会が小さな殻に閉じこもることを防ぎつつ、外部からの信頼を得るために不可欠だと考えています。現在のコアメンバーは、旧認証制度で認証されたメンバーで構成されていますが、当会のさまざまな意見を広く反映できているとは言えません。そのため、ややもすれば視野が狭くなる危険が常につきまっています。そこで、視野を広げ活動に幅を持たせるためにはより多くの意見を求める仕組みが必要です。今のコアメンバーにとって耳が痛い意見が出されてこそ、健全な運営と言えるのです。さらに、コアメンバーの活動を監視するシステムが機能してこそ外部からの信頼も得られません。

その他ここでは詳しくは書きませんが、基礎コースも変えていきます。その目的をはっきりとさせ、より多くの診療室が実践できるようにしたいと考えています。

### セカンドステージでは会員全員が主役

禁煙指導が保険導入されるという記事を読まれた方も多いと思います。ところが、歯科は全くの蚊帳の外におかれてい

ることがわかりました。そこで、会員支援部会内の禁煙グループの有志を中心にして、私たちがおこなっている禁煙支援活動の実態を調査し、大学と協力して資料をまとめ公表しようとの活動が始まっています。

私たちはウイステリアを用いて自分たちの診療を記録することを当たり前のこととして実践しています。そのため、先のような提案が出されればすぐにでも多くのデータを出すことが可能です。

このような試みを今後何度もおこなうことになるでしょう。その時には健康を守り育てる歯科医療を実践し、データを蓄積している診療室なら、誰でも参加可能です。多分、多ければ多いほど大きな影響を社会に与えることができるでしょう。

認証診療所も同じです。日本ヘルスケア歯科研究会の理念を実践している診療室が多ければ多いほど強い影響力を及ぼすことができます。時間はかかるかもしれませんが、社会の制度を変えるきっかけになる可能性があります。

今こそ、全ての会員が社会を変える試みに参加してほしいと思います。ファーストステージは少数のリーダーシップで引っ張りました。でも、これからのセカンドステージは会員一人ひとりの活動によって成し遂げられるのです。

さあ、社会を変える試みに参加しましょう！



## 書 評

杉山精一（八千代市開業）

### 『全臨床医必携 禁煙外来マニュアル』



編著；中村正和  
田中善紹

出版；  
日経メディカル  
開発

2005年11月  
定価；2,800円  
(税別)

新聞紙上などでは、禁煙治療の保険導入が報道され、歯科での扱いについては先行き不透明な状況だが、禁煙を推進する社会情勢の中では、今後すべての医療機関で禁煙指導を行うことが必要となってくると思われる。

そんな折にタイミングよく医療機関での禁煙指導のマニュアル書が発刊された。執筆者は、実際に禁煙外来を行っている現場の医師であり、実際の臨床現場に役立つように書かれている。総論では、禁煙治療の基礎として大阪府立健康科学センターの中村正和氏が「なぜ治療なのか」、「禁煙外来の役割」を簡潔にまとめ、薬物治療としてニコチン代替療法を詳しく解説している。また、大変重要な喫煙行動の行動変容について京都第一赤十字病院の繁田正子氏が詳しく解説し

ている。

各論では、診療所、病院、健診、職域における禁煙治療・支援についてそれぞれの現場での状況をもとにわかりやすく書かれている。

さらにコラムとして、子供へ、保健所、薬局、歯科、精神科、女性、禁煙ガイドラインなどがある。コラムという形式だが、必要なことは網羅されており、とても参考になる。最後にQ&Aで共通する疑問点や注意事項をまとめ、参考書籍、ビデオ教材、サイトの紹介もされている。

実際に禁煙治療、指導の現場に必要なことが網羅されているので、歯科医師だけでなく、歯科衛生士、スタッフにもぜひとも推薦したい図書である。





## 第1回：禁煙支援ってむずかしい？！

高木景子（会員・神戸市開業）

タバコは歯周病の大きなリスク因子です。日本ヘルスケア歯科研究会では、早期に禁煙宣言をし、禁煙支援に取り組んできました。しかし、実際に診療の中で禁煙支援が行われている場面はまだまだ少ないようです。

「禁煙支援はむずかしい」「タバコをやめさせるのは無理」という声がよく聞かれます。患者さんはタバコはからだに良くないと知っています。悪いとわかっているけどやめられない、やめる気はない… そのような患者さんを禁煙まで導くのはむずかしい、たしかにそうですね。でも、どこかで聞いたような話ではありませんか？ 歯磨きをしたほうがいいのはわかっているが… 定期的に受診した方がいいといわれたが… みなさんが日常よく出会う場面と似ていませんか？

たとえば、プラークコントロールの重要性をわかってもらおうとした時、はじめは誰もが患者さんの心を動かすことがむずかしい、と感じます。黒星ばかりがつづいて自信をなく

したり白星が続いて有頂天になったりします。でも、だんだんと患者さんそれぞれに合った内容を選び、心を動かす話し方を身につけていき、患者さんのがんばりを誇りに思い、患者さんの健康を喜びと感ずくようになります。禁煙支援もまったく同じです。はじめは誰もタバコをやめるなんていってくれないかもしれません。でも、あせらず、ひるまず、くじけず、患者さんの健康を願って患者さんの心の中に種をまきましょう。きっといつか、芽を出してくれます。

この、「めざせ！ スモークフリー！」では、みなさまからのご投稿をお待ちしています。苦労していること、失敗談、うまく行った工夫やちょっといい話、こんなもの見つけた、などなど… タバコに関するのならどんなことでも結構ですのでどうぞお寄せください。

ちょうどこの原稿を書いている頃、新聞の一面に大きな文字がおどりました。

「ヘビースモーカーは病気です」「禁煙治療に保険適用」

これまで、禁煙支援は保険外ということで二の足を踏んでいたたり、ニコチンパッチの処方に苦労されたりしてこられた方も多いと思います。これで来春からは堂々と禁煙支援が行える！ と思ったのもつかの間、じつは歯科は「蚊帳の外」なのだそうです。

そこでみなさまにお願いがあります。八千代市の杉山さんの提案を以下に掲げます。

詳しくは事務局までお問い合わせください。全国のみなさんのお力が必要です。ぜひご協力ください。



### 歯科医院での禁煙支援症例調査

歯科医院での禁煙達成事例を収集することを目的とする。

このプロジェクトの参加希望医院において今までの、

- 禁煙達成患者数
- 禁煙症例報告（簡単な）を集めて（すべての禁煙達成者を集める）分析
- 禁煙症例写真 特に禁煙前後の写真を集める
- 禁煙達成者に対するアンケート調査

これらを禁煙デー 5月31日までに冊子にして配布できるようにしたいと思います。

現在の会員の構成(11月28日現在) 会員合計 6,042名

正会員		準会員	
歯科医師	1,984名	歯科衛生士	3,316名
歯科衛生士	208名	歯科技工士	99名
歯科技工士	3名	その他	372名
その他	16名	準会員計	3,787名
学生	1名		
法人会員	43社		
正会員計	2,255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。

# 院内のネットワーク

藤木省三（会員・神戸市開業・大西歯科）

これまでいくつかの診療所の様子を紹介してきましたが、今回は私のところの現状を書いてみたいと思います。次からは、また様々な診療室に登場していただく予定です。

## 診療室の拡張以前

私の診療室では、1990年頃から歯周疾患患者のデータ管理を目的としてMacintoshとFileMakerを利用してデータ入力を始めました。その後、唾液テストの結果やレーダーチャートなど機能を強化して今日に至っています。

2000年に診療室を拡張するまでは、診療室が狭くコンピュータをチェアサイドに置くことができず、前日のデータを別室に置いてあるコンピュータにスタッフが翌朝まとめて入力していた時期もありました。唾液テストの結果や歯周治療の結果を入力はしていましたが、結局ほとんど役に立てることができませんでした。

口腔内写真は子供と歯周治療をおこなっている患者に限って撮影していました。全員撮影しなかったのはスタッフ数

が少なく、余裕がなかったのが理由です。しかし、対象を決めて撮影していたため長期定期管理の患者の口腔内写真は全て残っていますので、当時、対象を絞って撮影していたことは間違った判断ではなかったと思います。ただ、アナログ写真だったため、収納のスペースに苦労しました。最後には、待合室の椅子の中を収納できるようにしましたが、その結果ただでさえ活用しにくいスライド写真がさらに使いにくくなり、ほとんど死蔵していたような状況でした。

## 診療室の拡張とネットワーク

2000年に隣接するテナントが空いたのを機会に拡張することができました（図1）。定期管理をできるだけ行うことを優先したために、一台あたりのスペースをぎりぎりまで節約して5台のチェアを並べ、さらに患者さんへ説明したり歯科衛生士が資料を整理したりできる小さなスペースを3箇所作りしました（図2、3）。そのスペースを利用して受付と診療室にコンピュータを置き、今まで使って



図1 大西歯科の外観

いたウイステリアと共にアポイント管理職も導入しました。

その後、2001年秋に口腔内写真用のカメラをデジタルカメラに変え、現在ウイステリアとアポイント管理職用にファイルサーバーとしてiBook、口腔内写真の画像データサーバーにiMacG5を置き、クライアント（端末機）としてiBookを6台置いています。

Apple社のMacOSを使っているので自分でネットワークを組むことができました。5年間で一度だけサーバーのハードディスクが壊れたトラブルがありましたが、バックアップを毎日取っているので大きな混乱にはなりません。しかし、一から自分で勉強するのは時間がかかるので、専門家に依頼するのもよい方法だと思います。

## ネットワークの利点

### ○ ウイステリアのデータ利用

コンピュータが一台しか置けなかった時は“データを貯めておく”だけだったように思います。診療室の自己評価にはそれだけでも意味があるのですが、毎日の臨床にはほとんど役に立たずスタッフにとっては何のために入力しているかわからなかったと思います。

今では、口腔内写真だけでなく歯周治

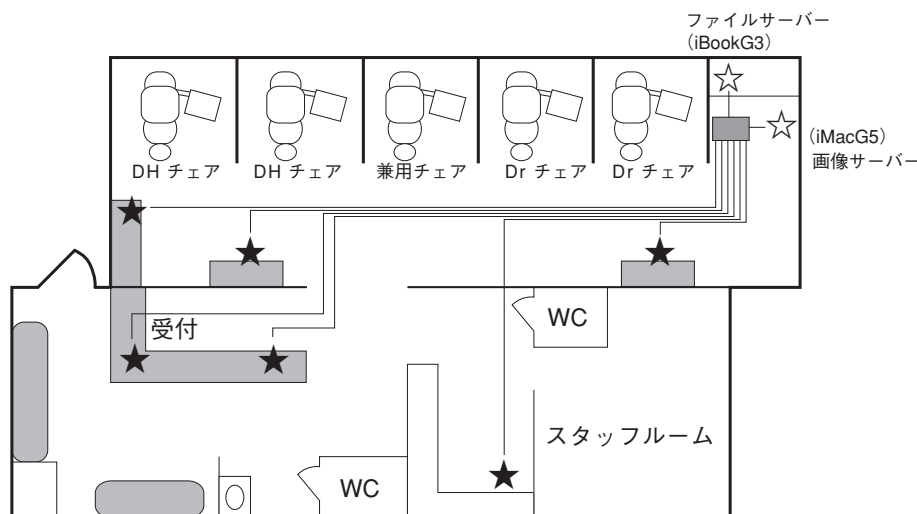


図2 大西歯科の平面図及びネットワークの状況



図3 コンピュータを用いて説明

療後の出血面数やプロービングの深さなどの変化をどこでも説明できるようになり、入力したデータを毎日の臨床に役立てることができるようになりました。口腔内写真やレーダーチャートも縮小して印刷して当院の健康手帳に貼り付けることで患者さんへの情報提供の重要な役割を担っています(図4)。

今年の秋から患者説明用のクライアントにカリオグラムをインストールし、さらにウイステリアをカリオグラム用に少し修正しう蝕のリスク説明をより効果的におこなえるようにしました。ウイステリアはファイルメーカー Pro で作られているため、必要に応じて手を加えることができて助かっています。

### ○口腔内写真

拡張後スタッフにも余裕ができたため、やっと初診患者全員の撮影に踏み切りました。(高齢者など不可能な方は除きますが)全患者の撮影を経験することで、その重要性を改めて認識しました。撮影した以上は説明しないと患者さんの信頼を裏切ることになりますので、自然と全ての患者に同じように情報提供できるようになりました。

口腔内写真は活用できてこそ撮影する意味があると思います。時間はかかりましたが、定期管理にいられている方の過去のスライドをスキャナーで取り込みましたので、10年以上前の写真と今日撮影した写真を比較できるようになりました。いつでもどこのクライアントでも写真を見ることができるので、活用の機会が大幅に増えました。



図4 場所がないので小型のプリンタを活用

また、全員の写真があれば、治療計画を立てる際にも非常に役立ちます。私は毎朝その日来院される患者さんの写真を見て一日の計画を確認し、診療後はやはり患者さんの写真を見ながらスタッフの報告書に目を通します。これから健康を守り育てる歯科医療を始める診療室では、まず口腔内写真をきちんと撮影できるようになることを目標にされるとよいと思います。

デジタル写真の利点は、撮影したファイルを様々な形で利用できることです。私のところでは、子供用に「キラリンカード」と名付けたカードを作り、撮影した写真を印刷しています。来院の際にはシールを貼ることができるのでとても人気があります(図5, 6)。

### ○アポイント管理職

紙のアポイント帳でできることがすべてできること、これが開発の条件でした。今ではアポイント帳を遙かに超え、ウイステリアを使う際のセンター的な役

割を果たしています。次の予約の確認など、アポイントの検索はもちろんのこと、アポイント管理職にはカルテ番号がすでに入力されているのでそこからウイステリアの歯周病画面や口腔内写真の画面にすぐに移動できるのでとても便利です。

### これから…

ウイステリアには、コアメンバーの杉山さんが作られた PerioAssistant が含まれていますが、私のところではまだ活用できるところまでいきません。今年、大阪府の豊中市で開業されている山本浩正さんの講演を聴く機会がありました。山本さんの診療室では、詳細な歯周組織検査データを適切に臨床に活用されています。いずれは当院でも PerioAssistant を活用できるようにしたいと考えています。

私のところでネットワークを構築してからたった5年しか経っていませんが、もうネットワークなしでの診療は考えられません。今後は、患者さんや私たちがもっと楽しめるアイデアを盛り込んでいければと思っています。よいアイデアがあれば、是非ホームページの会員向け掲示板に書き込んでください。みんなで楽しみながら健康を守り育てる診療ができるよう力を合わせていきましょう。



図5 キラリンカード。子供たちに色を塗ってもらいます



図6 キラリンカードは子供たちに大人気です



# 海外文献から

## 歯周病の初期治療の最初に禁煙介入をするべきか？

三辺正人 (会員・文献レビュー部会)

文  
献

Should quite smoking interventions be the first part of initial periodontal therapy? Palmer RM

The effect of quitting smoking on chronic periodontitis. Preshaw PM *et al.*

J Clin Periodontol 2005; 32: 867-879.

歯周病の初期治療（基本治療，原因除去治療期）は，準備治療期（Preparatory Therapy）とも称され，メンテナンス期とともに，多因子性疾患である歯周病のリスクコントロールを行い，介入治療期（Intervention Therapy）の予知性を向上させるうえでの重要なファーストステップである．準備治療期は，局所環境因子に対応するメカニカルおよびケミカルなバイオフィルムコントロールや交合性外傷のコントロールに加えて，全身環境因子（生活習慣因子）や遺伝的因子のコントロールや把握を行う時期（Systemic treatment phase）でもある．今回は，生活環境因子である喫煙に対するリスクコントロール法である禁煙治療の歯周治療における早期介入を支持する研究報告を紹介する．

### 背景および目的：

多因子性疾患である歯周病において喫煙は，主にケースコントロール研究に基づいた研究によりリスク因子として認識されている．喫煙による歯周治療の反応性の低下は，疫学的，および基礎的，臨床的研究により明らかにされてきた．（補遺 2, 3）

歯周病患者における喫煙者（Smoker；S），喫煙経験者（Former Smoker；FS），非喫煙者（Non Smoker；NS）の非外科的治療後の臨床反応性に関する横断的研究は，以前に行われている（補遺 1）が，歯周組織に対する禁煙の効果についての縦断的研究はなされていない．本研究は，慢性歯周病患者に

対して，ニコチン代替療法とカウンセリングによる禁煙治療を実施した場合の非外科的治療後の臨床反応性を評価した最初の縦断的研究（パラタルグループデザイン）である．

### 結果：

49 人の中度から重度歯周炎に罹患した禁煙を希望する喫煙者 49 名を対象とした．

禁煙状況は，自己申告，呼気中の CO 濃度，唾液中のコチニン濃度でモニタリングされた．

禁煙成功率は，1 年後に約 20%（対象者 49 人中 10 人）であった（補遺 4）．

ベースライン時（禁煙開始時）の状態と主な研究結果を表 1 と図 1 に示した．4 ミリ以上のプロービング値を示した部位におけるプロービング値の減少量（PDR）の平均は，禁煙成功者（Quitters）が非禁煙者（Non-Quitters）や禁煙中断者（Oscillators）に比較して約 0.5 ミリ（治療反応性の向上率で約 30%）高かった．また，臨床有用性評価（文献 1）として，ベースライン時と 1 年後で 2 ミリ以上の PD の減少を示した部位比率に関しても禁煙成功者では，治療反応性が約 30% 向上した．

### 考察および結論：

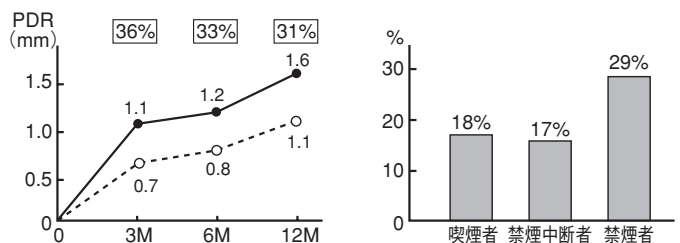
禁煙治療を実施することにより，歯周治療後の早期（3 ヶ月後）から 1 年にわたって，臨床症状の改善効果が促進された．今後，さらなる多施設による統計的に有意なサンプルサイズ

### ベースライン時（禁煙時）の状態

	喫煙者 (N=10)	禁煙中断者 (N=6)	禁煙者 (N=10)
性 (M:F)	5:5	1:5	4:6
平均年齢	41	41	45
蓄積本数 (pack·years)	23	25	25
残存歯数	26	24	24
唾液中コチニンスコア	2.4	2.5	2.3
CO 値 (p·p·m)	34	24	19
病変部 (PD ≥ 4) の平均 PD (mm)	4.8	5.0	5.3

禁煙状態の把握が不十分な 23 名は分析より除外

表 1



PD ≥ 4mm 部位における PD 減少効果 (PDR)  
●—● 禁煙者 ○-○ 喫煙者, 禁煙中断者  
□ : 治療に対する反応性の向上率

ベースラインと 12M 時の 2 ミリ以上の PD 減少を示した部位比率 (%)  
Preshaw *et al.* (2005)

図 1

を確保した長期（1年以上）の臨床研究を行う必要性が示唆された。

Key Word :

禁煙治療, 縦断的研究, 臨床反応性, 短期的臨床効果

【この研究を理解する上での補遺】

1. 禁煙が非外科的治療後の臨床反応性に及ぼす短期的効果に関する横断的研究報告

Effect of smoking and smoking cessation on healing after mechanical periodontal Therapy.

Grossi et al. JADA 1997; 128: 599-607.

目的:

喫煙者の歯周治療後の臨床反応性の低下は, 治療後の細菌学的変化と相関しているか?

歯周治療後の臨床, 細菌学的変化に及ぼす禁煙の効果について. 40~50歳の中度~重度歯周病患者で喫煙者 (; S, PackYears平均20), 禁煙者 (; FS, 禁煙期間の平均11年), 非喫煙者 (; NS)を対象としたSRP後3ヵ月の臨床, 細菌学的評価

結果:

臨床的所見;

PD5ミリ以上の部位の平均PDRは, NS; 1.8ミリ, FS; 1.7ミリ, S; 1.3ミリでNS, FSに対してSは, 約0.5ミリ(約28%)臨床反応性が低下した.(PD5ミリ以上の部位率の減少は, NS; 7.2%, FS; 7.1%, S; 4.8%)

細菌学的所見;

Sでは, PgやBf(Tf)が, ポケット内から除去しにくく, 残存しやすいことから, 喫煙は, Pg, Bf感染のリスクを増加させていることが示唆された.

考察および結論:

喫煙による非外科的治療後の臨床, 細菌学的反応性の低下は, 禁煙により回復する. また, 禁煙後の経過年数と臨床的变化に関連性は無いことから, 歯周治療における治療の反応性の向上のために長期の禁煙期間は, 必要なく, 治療前あるいは, 治療開始後すぐに, 禁煙することが推奨される.

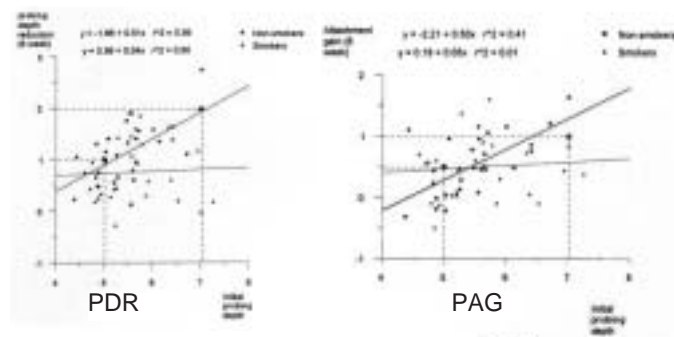


図2 治療前のプロービング値(横軸)に対する非外科的治療後6週間時におけるPDRとPAGの関係と回帰直線. NSでは, 相関性が認められるが, Sでは, 相関性は弱く, 特に, PDが大きくなれば, その傾向が強い. プロットOは, Cobb(1996)のレビューデータによる.

The effect of smoking on mechanical and antimicrobial periodontal therapy.

Kinane DF & Radvar M J Periodontol 1997; 68: 467-472.

要旨:

SRP後の治療反応性の不良な部位に対して局所的抗菌療法を含む非外科的再治療を行い, 喫煙の影響を検索した. 結果は, NSでは, 治療前のPDが深くなれば, PDRやプロービングアタッチメントゲイン(PAG)が増加する(治療反応性が良好)のに対し, Sでは, プラークの影響と無関係に反応性が低下した(図2). Sでは, NSと比較して処置後6週間時のPDRが, 1.14ミリvs 0.76ミリと約30%抑制された.

最近では, 歯周基本治療後の反応性不良患者(Persistent P)で特に深いポケットを有する喫煙者に対して局所抗菌療法の有効性を示した報告が多い. Tomasiら(2004)は, Sでは, NSに比較して非外科治療後のPDR, PAGが, 30%程度抑制されるが, ドキシサイクンの局所投与により, その負の効果が, 相殺されることを報告している.(詳細は, 文献2を参照)

その他の報告

Apatzidouら(2005)(文献3)

中度~重度慢性歯周炎患者に対するSRP後6ヵ月の臨床反応性評価

フルマウスのPD平均では, PDRは, NS; 1.9ミリ, S; 1.7ミリ. また, PAGはNS; 1.2ミリ, S; 1.1ミリでNS=Sであったが, PD5ミリ以上のPD平均では, PDRは, NS; 3.1ミリ, S; 2.3ミリ. また, PAGは, NS; 1.4ミリ, S; 0.7ミリでNS>Sであった. 以上から, 深いポケットでは, 禁煙による治療効果が期待できる.

Pucherら(1997)(文献4)

SとNSで, 歯周基本治療後(9ヵ月)の反応性に差異が認められなかったとする禁煙の効果に否定的な唯一の報告. SとNSの臨床反応性の差異は, 基本治療後では, 明確ではなく, 外科治療やメンテナンスにおいて明確になったとするAhら(1994)の報告から, 特に7ミリ以上の深いポケットでは, 両者での差異は, 確定的治療(介入治療)後の生じ, 経過とともに, 顕著となると考えられる.(喫煙による, 非外科治療以外の歯周治療に及ぼす影響については, 文献5を参照)

2. 喫煙が歯周病のリスクファクターである臨床疫学的根拠(文献6, 7)

Grossi(1994, 1995)

歯周病によるアタッチメントロス(Aloss)や骨吸収の強いリスクプレデクターで蓄積効果(歯周病重症度と喫煙量, 習慣に相関性)がある.

light smoker(LS), moderate smoker(MS), heavy smoker(HS)のAloss, 骨吸収に関するオッズ比(OR)は, LS;

2.1, 3.3 MS ; 3.2, 5.2 HS ; 4.3, 7.3

難治性歯周炎の 90 % は喫煙者である。

遺伝子多型 (IL-1) との相互作用については, Genotype (+) の場合, S で Aloss が増加した。

Haber (1994), Page (1997)

“喫煙関連性歯周炎” 歯周病の臨床的発現における各因子の寄与率は, 喫煙が 40% (OR5.4) で遺伝子要因, 糖尿病, 歯周病原細菌より高い。

S はインスリン依存型糖尿病より強いリスクファクター (Moore 1999)

45 歳以上 + S+ 糖尿病の OR は 30 (Grossi 1994)

Hyman&Reid (2003)

20 ~ 49 歳における Aloss3 ミリ以上の OR は 18.6 で 50 歳以上における Aloss4 ミリ以上の OR は 25.6

Bergstrom (2003)

S は, 歯周病の出現頻度や臨床的発現に關与する relative risk factor である。

歯周病の重症化に關連 (5 ミリ以上の PD が 1% の場合の OR は 3.0 で 15% の場合の OR は 12.1, 喫煙蓄積量が増加した場合の OR は 9.8 ~ 20.3)

Baijoo (2005), Natto (2005)

S は歯槽骨吸収のリスクファクターである。

NS に対する HS (Packyears 24 ~ 25) の 10 年後の歯槽骨吸収のリスクは, 5.3 倍 (LS; Packyears 6 ~ 7 は 2.3 倍) であり, 禁煙約 12 年後 (FS; Packyears 11 ~ 12) には, NS と同程度になる。

### 3. 喫煙の歯周組織に対する為害作用

#### a. 歯周組織の病理, 病態

Smoking cessation increases gingival blood flow and gingival crevicular fluid

Morozumi T *et al.* J Clin Periodontol 2004; 31: 267-272.

禁煙期間と歯肉血流量 (GBF), GCF 量に關する報告. 対象は, 平均年齢 24, 25 歳の健全者で S (Packyears 9.5) で NS との比較を行った。

禁煙後 CO 濃度は, 1 日で正常レベルまで低下し, 血清中のニコチン, コチニン濃度も 1 週間で正常レベルに低下し, GBF は, 3 日で, GCF は, 5 日で増加し 2 週間で正常レベルに回復した。

⇨ 禁煙によって血流量 (GBF) や GCF は, 早期に正常レベルに回復し, 歯肉代謝やリモデリングが活性化され, 歯周組織が健全化することから, 歯周治療開始前に治療能力を改善しておくために, 禁煙介入は, 必要である。(Kinane 2000, Mullully 2002)

⇨ 喫煙患者においては, GBF や GCF 量が低下するために, 抗菌剤の投与期間を延長する必要がある。(van Winkelhoff 2005)

Kinane (1997)

線維芽細胞に対するニコチンの作用. 深いポケットでは, 炎症が強くコラーゲン密度も疎である為, コラーゲン合成

が阻害されると組織適合性が低下し, プローブに対する抵抗性が低下したままになる。

Ranlin (1998)

ニコチンが根面に吸着, 付着して, 創傷治癒や根面への付着を障害する。

Rezavandi (2001)

喫煙者の炎症病変部位では, 血管が少ない。

#### b. ポケット内細菌に及ぼす影響 (補遺 1 Grossi 1997 關連)

○ 影響があるとする報告

Zambon (1996)

Pg, Tf, Aa が増加する. 特に, Tf が S, FS で NS より感染リスクが 1.5 倍

Kanma (1999)

侵襲性歯周炎における Pg, Tf の増加

Haffajee (1997), Haffajee & Socransky (2001)

Pg, Tf, Td は治療前には差異が無いが, 治療後に S では増加し, NS, FS では減少した。

ニコチンによる血管収縮 ⇨ 酸素濃度の低下 ⇨ 嫌気性環境 ⇨ 嫌気性感染症の成立

Umeda (1998)

Td の増加 (OR4.6)

その他

S では歯周病原細菌の菌量や菌比率の変化よりも定着率 (出現頻度) が増加する. 増加率 10 ~ 25% (28 歯中 3 ~ 7 歯の増加) また, 定着の増加は, 深いポケットよりも浅いポケットで主に生ずる (文献 8)。

○ 影響が無いとする報告

Darby (2000)

慢性, 侵襲性歯周炎で S と NS で差異はない

他 Bostrom (2001), Renvert (1998), Apatzidou (2005)

#### c. 宿主免疫に及ぼす作用

Bostrom (1998, 1999)

炎症性サイトカイン (TNF- $\alpha$ ) の上昇. 禁煙により細菌, 免疫レベルでの有益性が向上する。

好中球機能 (貪食能, 化学走性) の低下, IgA, IgG, IgM の産生能の低下による治療過程における感染防御能の低下が生ずる。

Apatzidou (2005)

IgG 抗体価の低下による歯周病原細菌に対する宿主抗体反応への影響

### 4. 禁煙の成功率について

Tonnensen (1999, 2003)

歯周病患者に対する多施設 RCT 研究 (1 年) では, 高濃度ニコチンパッチ使用群では, 15 ~ 16%, 低濃度パッチ使用群では, 12 ~ 14%, プラセボ使用群では 10% の禁煙成功率であった. Bupropion を用いた場合の 1 年後の成功率は 21% であった。

Tashkin (2001)  
慢性肺動脈閉塞性疾患 (COPD) 患者に対する RCT 研究

(6 ヶ月) では, Bupropion SR 使用群では, 16%, プラセボ群では 9% であった.

【参考文献】

1. 三辺正人 歯肉縁下バイオフィルムコントロールの効果に関する科学的根拠  
日本ヘルスケア歯科研究会誌 2003; 5: 42-61 (p54 を参照)
2. 細菌検査を用いた歯周治療のコンセプト 医学情報社 2005 年 105-107
3. Apatzidou DA *et al.* Impact of smoking on the clinical, microbiological and immunological parameters of adult patients with periodontitis. J Clin Periodontol 2005; 32: 973-983.
4. Pucher JJ *et al.* Results of limited periodontal therapy in smokers and non-smokers. J Periodontol 1997; 68: 851-856.
5. Tonetti P *et al.* Cigarette smoking and periodontal disease: etiology and Management of disease. Ann of Periodontol 1998; 3: 88-101.
6. Position Paper Epidemiology of periodontal diseases. J Periodontol 2005; 76: 1406-1419.
7. 歯周病と全身の健康を考える 医歯薬出版 2004 年 90-100.
8. Lindhe 臨床歯周病学とインプラント 第4版 基礎編 クインテッセンス出版 2005 年 142, 201-205.

# ヘルスケアフォーラム

東京ヘルスケアグループ主催 第1回ファシリテータトレーニング

2005 年 10 月 16 日 (日) タカラベルモント東京本社会議室

ファシリテータトレーニングに参加して

渡辺 勝 (春日部市)

今回で3回目になる、ファシリテータトレーニングに参加させていただきました。今までは ERIC と呼ばれる人権問題を主に扱う組織にお願いしていたこともあり、医療従事者としては大切なことを学ぶことができました。その反面、ファシリテータとしての技術論、方法論をもう少し詳しく学びたいと、参加者からの声も上がっていました。そこで今回は、ファシリテータの普及を目指している組織 (日本ファシリテータ協会) にお願いをすることになりました。実際、初めて頼むことでもあり、講師依頼を担当された方もかなり戸惑いがあったようです。(講師選定の決め手は「非喫煙者」だったそうです) トレーニングが始まると、参加者同士に知り合いが多いこともあ

り、むしろ講師のほうが緊張している状態でした。全員の自己紹介が終わった後、この日一日の目的を明確化することを行いました。これにより、参加者各自が目的意識をもち一日を過ごすことができたと思います。その後、さまざまなワークを行い楽しい時間を過ごさせていただきました。最後に振り返りと復習を行い、講師から個々のワークにおける意義を解説していただきました。このような振り返りを行うことで、やりっぱなしになりがちなワークの目的をより深めることができましたと思います。

ファシリテーションとは「中立的な立場で、チームのプロセスを管理し、チームワークを引き出し、そのチームの成果が最大となるように支援すること」だそうです。情報が少なかった時代は一方向的に教わる講演で十分でした。カリスマ院長が組織を引っ張ってまとめていた時

も、盲目的についていけば問題ありませんでした。しかし、多様な価値観が存在し、変化の激しい現代では、ファシリテータのような、組織の能力を引き出す存在がより必要となってきます。これは、予防を実践する「チーム医療」では必須となる分野です。またヘルスケア歯科研究会の基礎コースでもグループワークが取り入れられるなど、今後ますますファシリテータ的な能力が必要な場が増えてきています。これからもこのような時代に沿ったセミナー開催をしていただくことをお願いいたします。



ファシリテータトレーニングに参加して

川嶋紀子 (小平市)

以前にもファシリテータトレーニングに参加しましたが、いろいろな体験を通して考えることは多かったものの、実際に自分がファシリテータをするとすると、具体的にどんなことをしたらよいかわからなかったのが、今回またトレーニングを受けることにしました。

当日は、まず呼んで欲しい名前や、普段呼ばれているニックネームなど好きなものを書いてネームプレートに入れました。そして、一人ずつ自己紹介で ① 小学校の時どんな子だったか ② 今、何をしているか ③ 将来の夢 の3つを1分

間で話すようにと言われました。ただ「自己紹介をしてください」と言われるより、何を話すか決まっているので内容を考えやすく、他の人の自己紹介を聞く時も、その人がどんな人かつかみやすい方法でした。また、1分間と決まっていたので要点を絞って話す必要があり、一人で延々と話してしまう人にも有効だと思いました。

驚いたのが、全員自己紹介が終わったときに、誰の自己紹介が一番印象に残ったか挙手をしたことです。票の多い人の自己紹介は、共通のテーマや、突飛な話、ユニークな話、テンポが良い、など相手にインパクトを与えていることがわかりました。今度、自己紹介をするときは相手に覚えてもらえるように工夫しようと思いました。

その後、「今日ファシリテータトレーニングに期待すること」を聞き、同じ意見の人がバラバラになるようにグループ分けをしました。同じ意見ということは、同じ思考の可能性があるので、その

人たちだけで集まるといろいろな意見が出にくいそうです。スタッフミーティングなどで事前に意見を聞いて同じ思考の人をバラバラにするのは難しいかもしれませんが、やはり同じ環境にいる同じ医院の人で固まるより、違う医院の人と混ぜた方がいろいろな意見が聞けるのでいいと改めて思いました。その中で、少数の意見をとりあえず置いておき（パーキングと呼ぶ）、多数意見を話しながら行き詰まったときに出すという手法を教わりました。

グループワークでは「ファシリテータって何だ?」と、思っているイメージをキーワード3つでまとめるワークや、新聞紙を切るアイスブレイク、「繁盛する歯医者さん」をまとめて発表するワークがありました。ワークの時は、ファシリテータ、書記、発表者と役割分担を決めました。私は「繁盛する歯医者さん」の時にファシリテータでしたが、個性的なグループでとてもおもしろかったので、うっかり役割を忘れて楽しんでしまいま

した。ポストイットにカラーペン、勝手にホワイトボードまで利用してグループの意見をまとめていきました。既存の概念にとらわれず、あるものは何でも利用してやっていこうという発想に目からウロコが落ちたような感じがしました。

今まで何度かファシリテータを務めました。なかなか思うようにはできませんでしたが、今回のトレーニングで、次回はうまくできるようになるのではと期待して参加しましたが、いきなり上達するのは無理なようです。でも、いろいろな知識を吸収し経験していくと、もっと意見を引き出せるようになると思いました。また、ファシリテータとして参加すると、どうしたらディスカッションが円滑にできるかと考えるので、普段の院内ミーティングでも違う視点を持つようになりました。ファシリテータをやる人だけでなく、いろいろな方に受けていただきたいトレーニングだと思います。



## 東京ヘルスケアグループ主催 コーティングセミナー

2005年10月30日(日) タカラベルモント東京本社会議室

### コーティングセミナーを主催して

渡辺 勝 (春日部市)

10月30日、歯科衛生士・長岐祐子さんによる、東京ヘルスケアグループ主催“コーティング実践セミナー”を開催しました。“コミュニケーション”をもっと学んでいこう。しかも相手を癒すことを主体としたものではなく、“健康を守り育てる医療”につながるよう、相手の考えを引き出し、共に歩んでいけるようなコミュニケーションを学んでいこう、と私たちは考えていました。そんな時、先日のシンポジウムで活躍した長岐さんがオーラルケアでコーティング実践セミナーを開催していることを知り、本会主宰の河野さんよりお願いしていただき、今回

の運びとなりました。オーラルケアでは半日のセミナーでしたが、長岐さんの魅力やコミュニケーション力をより多く学ばせていただきたい、ぜひ1日で、とお願いし、1日コースが実現致しました。

その内容はコーティングだけではなく、診療室内外でのyu-ko流コミュニケーションについて、実際の症例や体験談をもとにお話して下さり、さまざまなワークに富んだ楽しい1日を過ごさせていただきました。今後は、参加者からの要望が多かったテクニックの取得を目的としたセミナーなども開催していければ、と考えております。



### コーティングセミナーに参加して

田中正大 (川口市)

はじめに長岐さんの自己紹介から始まったセミナーは、セミナーについての基本的な話のあと、アクション伝言ゲームという、身振り手振りだけである単語を伝言していくというゲームをアイスブレイクとして行いました。無茶なお題にもかかわらず参加者が一生懸命に全身を使って表現する姿に、一気に会場は盛り上がりました。その後も話を聞く、話す、体を動かすということが繰り返し行われ、眠くなる暇もなくセミナーは進んでいきました。コミュニケーション、モチベーション、コーティングなどの解説は、とかく本になると小難しい言葉が並んで学習意欲をそがれたり、講演会でも「じゃあ、それで私たちは実際どうすればいいの?」と疑問が残ります。いいのですが、

長岐さんにかかる、「歯科バージョンのコーチング」として、私たちの慣れ親しんだ言葉やシチュエーションにうまく変換して語られるので、拒否反応なく、すんなりと受け入れられました。それがセミナー全体を通して特に強く感じられました。もちろん、これは長岐さんのすばらしいパーソナリティによるところが大きいのですが、眠くならず、受け入れやすいということは、部屋が暗くなってスライドが始まると、すぐにまぶたが下がってくる私のようなものには、極めて重要なことです。

セミナー序盤では、コミュニケーションというものが一方通行では成り立たないこと、とくに言葉でのコミュニケーションにおいては、言葉をボールでのキャッチボールにたとえて、うまくいかない、未完了のコミュニケーションの例として、無視する、強いボールをぶつける、見ないで投げ捨てる、同時に複数のボールを投げってくる、相手に届かないボール、受け取る前にボールを次々と投げってくる、などなど、普段のコミュニケーションをふり返るとついつい犯してしまっている数々の失敗をあらためて確認することができました。スライドを見せられないのが残念ですが、視覚的にも非常に分かりやすいものだったと思います。その後、言葉のキャッチボールやメディアインタビューを実際に体験するワークをし、午後からは、〈モチベーション+コミュニケーション=コーチング〉という図式のもと、診療システムにどう組み込んでいくのかの解説があり、最終的にリコールに結びつけていくリコールオリエンテーションについては、ビデオ撮影をして自分がどのような姿勢や声で患者さんに向かっているのかを自らの目で見るという実習がありました。これは、各種セミナーでも取り入れられていることですが、非常に効果的だと思います。ただ、時間や器材などの制約で十分にできたとは言い難かったのが残念です。セミナー後の懇親会にも多数の参加者があ

り、じつはセミナー以上に有意義なものだった(?)という話もあります。翌日からの臨床で即実行出来ることが数多くあった、また、ワークを通じていろいろな気づきが得られたセミナーでした。1日のセミナーの中では、まだまだ聞き足りないこともあり、ぜひ続編を期待したいと思います。



### コーチングセミナーに出席して (サバを食べたばかりに)

和久田治美 (浜松市)

前回のシンポジウムの前夜祭で、長岐祐子さんが運営された、ペアミーティングに参加しました。今までにない、とてもユニークで楽しい企画で、一瞬会場を間違えたかと思うほどでした。そのとき、東京ヘルスケアグループ主催で、長岐さんのコーチングセミナーがあるという案内がありました。私は、東京ヘルスケアグループのメンバーではありませんが、渡辺先生に、出席したい旨お伝えすると、快諾してくださいましたので、今回の参加となりました。

実は、このセミナーの要旨を読んで、スタッフのコーチングをどのようにするかだろうと勝手に思っていました。会場に着くとたくさんの方の歯科衛生士の方がいらっしゃるの、不思議でした。(後で、私の意識レベルの低さに唖然とするのですが… そう、このセミナーに出られる歯科衛生士の方にコーチングは必要ないのですね。)

実際は、コーチングの対象は患者さんでした。考えてみれば、もっともなことで、ヘルスケア型診療室では患者さんにゴールを示しながら、共に歩くようにしなければ、メンテナンスは成功しないということです。私が、このセミナーで一番ハッとさせられた(そう気づいた)のは、患者さん一人ひとりのゴールを設定する。患者さんによって、ゴールが違う。また、ゴールは状況に応じて変化する

ということ。ゴールを設定することは無意識にやっていたのかもしれませんが、このことを明確にすることで、患者さんのモチベーションは維持されやすくなるのではないのでしょうか。

医療者側から見たゴールと、患者さんが考えているゴールのギャップをいかに埋めるか。より高いゴールへと導くために、どのようにすればよいのか。押しつけではなく、患者さん自身に気づきとして、わかっていたかには、どのようにすればよいのか。言葉ではわかっている、実際どうなの? というところを、長岐さんは、ご自分の体験をもとに、ジョークを交えながら、お話ししてくださいました。

セミナーはアイスブレイクを交えて、和やかなうちに進行しました。9時半から夕方5時半という長時間ではありませんが、昼食後のお昼寝タイムも、うたた寝することもなく、あっという間に過ぎていきました。時々アイスブレイクで、身体を動かしたり、相互実習で、患者役や、DH役になったり、一方通行のレクチャーでないのがよかったです。アイスブレイクで、アクション伝言ゲームをやりました。テレビでお馴染みのゲームです。私たちのグループのお題は(目覚まし時計)だったのですが、わたし自身朝寝坊なのが、とても気になっているので、前の方のアクションが朝寝坊に思ってしまったのです。この時は、アクションでしたが、人の話を聞く時にも通じるところがあって、先入観を持たずに聞くということがいかに難しいか、実感できました。相互実習では、先生方が患者さん役をされたのですが、職業を間違えたのではないかとと思われるほどお上手でした。(役者さんではなく、漫才師です。ごめんなさい)

この日は、ちょうどハロウィンの日でした。ティーブレイクの時にいただいたお菓子の詰め合わせは、カボチャの絵が書かれた袋にはいっていました。長岐さんの憎いばかりの心遣いに、感動してし

まいりました。歯科のセミナーでお菓子が出されたのは、ペアミーティングと、今回だけです。歯科従事者だって、お菓子食べたいですね。お砂糖を禁止するのではなくて、どのように食べるかが問題です。

副題を（サバを食べたばかりに）としました。じつはこの日のお弁当は、お魚屋さんが作られたもので、いろいろな種類があって自由に選ぶことが出来ました。手作りで、とてもおいしくて感激していたのですが、長岐さんと私は気があ

ったらしく、同じものを選びました。おかげで、この感想文を書かなくてはならなくなりました。みなさん食べ物にはくれぐれも注意しましょう。

と、長岐さんにしっかりコーチングされた一日でした。



## 東京ヘルスケアグループ主催 第1回スタッフミーティング

2005年11月6日（日）飯田橋レインボービル 大会議室

### ファシリテータをつとめて

吉田早織（春日部市）

私はファシリテータとしてスタッフミーティングに参加させていただきました。約一カ月かけてディスカッションしやすいようにメーリングリストで話し合い、当日を迎えました。

私がファシリテータをさせていただいた班は、スタッフミーティング初参加の方が多く、最初はみなさん意見を出してくれるのかと心配でした。

知り合いの方と同じグループになった参加者がいらっしゃったようで、スタッフミーティングが始まる前に、その方たちが握手をしていました。私はその握手を見ていて、グループ全体でも握手をしようと思立ち、参加者一人ひとりと握手を始めました。すると、グループのみなさんも握手をし始めてくださいました。私を含め、初対面の方が多かったグループでしたが、握手をしたことで私も参加者も緊張が少しほぐれ、話しやすい雰囲気を作ることができたのではないかと思います。

短い時間の中でしたが、みなさん初参加ということを感じさせないぐらい活発でした。参加者の中から司会者、発表者、書記を決めて行なったディスカッションテーマでは、まず司会者になった人が自分の意見を言い、そしてそれに続いて他の人が自分の意見を言っていきました。

一人が話し終わると、他の人が私は…と、次々話していたので沈黙することもなく活発にディスカッションでき、良かったのではないかと思います。ポストイットを使って行なったディスカッションもありましたが、参加者から出た意見をまとめてディスカッションへとうまくつなげることができませんでした。皆さんから出た意見をまとめることはやはり難しいと感じました。

今回のスタッフミーティングは歯科衛生士さんだけでなく、助手さんや受付さん、技工士さんも参加されていたので、ファシリテータをさせていただきながらさまざまな立場からの意見を聞くことができました。今回のスタッフミーティングで得たものを今後の診療や院内ミーティングに活かしていこうと思います。



### アシスタントの「変化」

三橋守泰（熊谷市）

11月6日、東京ヘルスケアグループによる第1回スタッフミーティングが行われました。当院からは院長の私と歯科衛生士1名、アシスタント1名が参加しました。2人のうちのアシスタントはこういったミーティングは全く初めての参加でした。

歯科医師、歯科衛生士、その他スタッフはそれぞれ少人数にグループ分けされ

てテーブルにつき、ディスカッションを行ってゆくという形式でミーティングは始められました。

ミーティングは演者の発表の途中で問題が提起され、制限時間内にグループの全員が意見を出し合い、代表者を決めて発表するというかなり内容の濃いもので、普段アシスタント教育まであまり手が回らない院長としては「歯科医院としての目標」などという問いに対する、遠くのテーブルにいる彼女の困惑振りが目に浮かび、冷や汗の出る思いでした。

ところが本会を企画された東京ヘルスケアグループの先生方による、参加者の緊張をほぐし、話しやすい雰囲気を作っていくためのさまざまなアイデアや細やかな配慮によって、予想外に和やかにミーティングは進行し、始まってしばらくすると会場のあちこちからディスカッションの途中で笑い声が聞かれるほどでした。訊けばこの会を企画するにあたって勉強会を開かれるなど準備にかなり骨を折られたとのこと。終了後の彼女たちの「楽しかったです」の声も嘘ではなかったように思えました。

そして一週間後、歯科衛生士から「彼女、変わりましたよね」の声、私もすぐに感同しました。何となく変わったかなとは思っていたのですが、歯科衛生士の目から見ても彼女の変化が感じられていたのです。今回の参加によって、自分の仕事、立場、何をなすべきかが明確になったのではないかと思います。これから彼女がどう変わってゆくのかとても楽しみです。





9月11日のコアメンバー会議後に、会員の景山正登さんのお話を伺いました。以下はお話の要約です。

【講師紹介】 1979年 日本歯科大学卒業  
中野区開業  
日本ヘルスケア歯科研究会会員

文責・編集部

講義ノート

## 唾液検査とう蝕予防—景山歯科医院での対応—

景山 正登 (会員)

### ● 予防を中心にした診療の初めの頃

わたしは1983年に開業しました。しばらくは開業のときの借金が頭にこびりついて、いわゆる対症療法だけを一生懸命やるような毎日を送っていました。開業当時、中野区あたりは、みんな予約制でした。当院は予約制ではなかったので、どんどん患者さんが来て、1日120～130人来てどうしてもいわからなくなる。で、ある程度軌道に乗ってしまうとつまらなくなったのです。

当時、予防と言うと、長野の谷口先生たちを中心にしたチーム診療が流行ってしまっていて、素晴らしいな、あのようなものをやりたいなと思ったのが、予防を中心にした診療のスタートでした。それが1989年の1月からです。でも、何をやってたかと、ブランクコントロール、ブラッシングだけだったのですね。とにかく磨いて……。かぶせない、削らないという、多すぎる患者さんを少し整理したい、当時だったからできたようなスタートでした。今考えると、う蝕に関しては、早く発見して、早く治そうということをやっていました。

数年経つと、森田先生たち（現北海道大学歯学部教授）のデータがありますが、修復物には寿命があるのだなというのが少し実感され、わたしなどがやるレジン充填などというのはすぐ取れてしまったり、早期治療にはいろいろ問題があるということに気がつきました。

また、ブランクコントロールを中心にやっていると、磨いていてもむし歯ができてしまうということがありました。今考えれば、「当たり前だろう」と言われるでしょうが、当時（15年ぐらい前）はとにかくブランクコントロール中心でした。ただ、一生懸命磨いて、歯肉炎が落ち着くともう来ない。そんなとき歯科歯科衛生士たちがどこかの講演会へ行って、唾液検査について聞いてきて「それをやってみよう」ということで始めたのが、わたしたちの取り組みの最初でした。

### ● 唾液検査を導入して

わたしの反省ですが、とにかく新しいものにすぐ飛びつくのです。そうすると何か解決策が見えるように思うのです。現在は、できるだけ臨床の経過を見てみようという姿勢に変わってきました。

例えば前歯部などで左右対称に根面が露出して、一方はう

蝕ができて、もう片方はう蝕ができない、「よし、経過をみよう」と10年ぐらいの経過が出てくると、スタッフも面白がってくる。そのようなところにやっと来たというのがわたしの現状です。

同じようなDMF指数で、個体差がある。唾液検査をやったときに、当たり前なんですが、「ああ、違うんだ」と感動したのを覚えております。違いがあるから、何か見えてくるだろうと思ったのがスタートでした。

では、導入したらどのようなことがあったのか。バッチリ何でも解決ということではなくて、リスクが高いと判定すると、患者さんに目一杯、とにかく予防対策を立てる。押しつけてしまうというのが実状でした。そのうちある患者さんが「むし菌が多いの分かってます。悪くなったら治してください」と、これでは、何のために唾液検査をやったのか分からない。逆にリスクが低いと、どうやって対応していいのかわからない。「状況変わったら悪くなっちゃいますよ」などということも言っていた時期もありました。今考えると、経過をみるという考えが、全然なかったのですね。どう削るか、どう材料を入れるかなどということを知ってきたので、「待て」の診断をするというのがすごく難しかった気がします。

いろいろな方に、「先生の診療所の診療目標って何ですか」と聞くと、答えることのできる方が少ない。わたしたちは、歯を長持ちさせて、健康で快適な口腔を維持するということ、わたしも技工士も歯科歯科衛生士さんも受付も、みんなに浸透しようと考えました。でも、逆にこれに引っ張られてしまって、患者さんのリスクを軽減させて、健康を維持させなければならないと必死になって、だれのための健康なのか分からなくなってきた時期がありました。患者さんが疲れてしまうという時期が数年続きました。

試行錯誤していくうちに、患者さん自身が取り組まなければ意味がないことに気がついてきます。患者さんに選んでもらうとか、一緒に考えようという姿勢に少しずつ変わってきました。患者さんに口腔内の状況を伝えて、自分の健康は自分で守るようになってもらえるかな、そのためには患者さんに情報を提供して、支援をしていく診療所を作りたい。15年ぐらいの試行錯誤の中で診療目標も少しずつ変わってきました。それぞれの人に合った予防が生活習慣として根付いていくために、唾液検査を活用していきたいと考えようになっています。

●有病率が下がってハイリスク者に目を向ける

では、なぜ診療室で、う蝕予防が重要なのでしょうか。東京医科歯科大学の佐々木先生が書かれています。1979年と99年の同じ町のう蝕の分布をみると、正規分布からだんだん外れてくる。「むし歯が減った」と言われるようになってきましたが、リスクの高い人たちに目を向ける重要性を強く感じるようになりました。

では、う蝕の発生は予測できるのかというと、難しい。う蝕のリスクは個人によって異なる。当たり前のことですが、個人の中でも、ライフステージや生活環境で変動するわけですね。したがって、検査結果が何かを表しているのではなく、診断が重要なのだなと考えるようになりました。ミュータンス菌数が分かれば、そのまま将来予測できるなどということはないのだということが、分かってきました。

日本ではすべての来院者に唾液検査をするように考えられていますが、イェテボリのビルケット先生のところにお金もかかるから、「リスクが高いと分かった後で、どの因子が高いか調べるものだよ」と言われます。

わたしどもは今、ミュータンス菌とラクトバチルス菌、分泌量と緩衝能の四つを調べるようにしています。唾液検査は2種類を使っています。一つはデントカルトのキットで、もう一つは外注キットで、これは菌数が分かるので、除菌療法などをやる場合には患者さんにお見せするようにしています。

●検査の価値は、カットオフポイントで決まる

よく聞かれる質問なのですが、SMが1回3と出て、次が2と出たり、3と出るのだけれどもむし歯がないとか、1と出るのだけれどもむし歯ができてしまったとか…、当時国立感染症研究所にいた西川原先生の研究ですが、実際に培地を作って試験してみると、検査結果にはかなりばらつきがあることが分かります。検査は必ずしも真実を表していないということにやっと気づいたのです。恥ずかしい話で、5、6年前です。当たり前のことなのですが、検査には感度、特異度があって、どこをカットオフポイントにするかが重要です。

例えば図（図1）のAをカットオフポイントにすると、病気のあるものは陽性と判定するけれども、正常者も病気に

なってしまう。Bをカットオフポイントにすると、正常者はいいのですが、病気のある人を見逃してしまう。わたしは、う蝕リスク検査については、今はBのカットオフポイントを使うことにしています。見逃す率は高いかもしれないけれども、こちらにしようというのが今のわたしの診療姿勢です。

では、これがデントカルトの判定基準でどのくらいかというところ、一応SMは2以上、LBが2以上、唾液分泌量が0.7、緩衝能はpH5.5。分泌量は0.5などと言われてはいますが、『Dental Caries』には、刺激唾液で問題があるときは、安静時唾液を採りましようと言われています。薬をいっぱい飲まれているおばあちゃんなどだと、今は両方を調べるようにしています。

●リスク因子の分析と時間の経過

病気があるものを調べるのではなくて、将来的中率を知りたいというのが現場の人間の気持ちですが、ここで重要なのは有病率です。有病率が低ければ中率は下がるわけですね。杉山先生が八千代市ですごくいいデータを出されて、地域差があることがよくわかりますが、そういう目で見てみると、わたしどもの周りにはそれほど有病率が高い集団はいないような気がします。

むかしは「唾液検査やらなくてもいいかもしれないよね。だって、なりにくいんだから」というところから、今は、「分からないんだから、行ってもいいね」というように変わってきました。う蝕が少なくなってきたので、リスク因子を分析したいと思うようになってきたわけですね。有病率が減少してきた現在、視診だけでカリエスリスクを把握することは難しいのです。

では、例えばどのような状態をう蝕と判断されていますか。う蝕の定義も、あいまいな感じがするのです。う窩をう蝕と言っていたときは簡単だったと思うのですが、白濁すればう蝕なのか。

う蝕の定義として、「歯面上の歯垢の中で起こる動的なプロセス。脱灰と再石灰化の中で、歯の基質と周囲の歯垢とのあいだの平衡感覚が妨げられた状態で時間が経過して、最終的に歯の表面から石灰化物質の喪失が生じることである」(Text of Clinical Cariology)と考えています。

『Dental Caries』の1章の図（図2）でわかるように、時間の経過が重要です。こう考えると、1回の検査で判断するのは難しい。わたしの中で「ちょっと1回待って」という姿勢をぜひ持ちたい、そのような診療所を作りたいという気持ちが強くなりました。

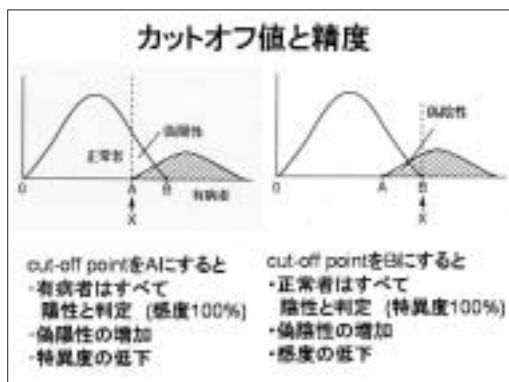


図1

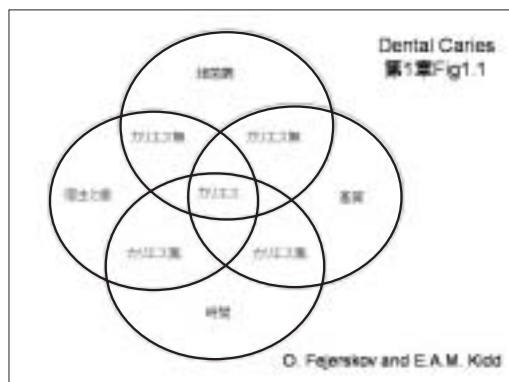


図2

診査の中で、唾液検査だけをしているわけではなくて、問診や視診、触診、解剖学的な位置形態とか、その中に唾液検査が加わっている。お薬や現病歴を聞く環境を作りたいと思っています。視診も大事でしょうし、どのくらいの活動性があるのか。それからプラークの形成能とプラークの質ということ、飲食の回数、フッ化物の経験、歯列や咬合状態とこのを診るようになっています。歯科衛生士たちは耳下腺乳頭の位置を撮って患者さんに見せるようになっています。

### ● カリオグラムのシミュレーションで患者と一緒に考える

数年前からカリオグラムというソフトを導入するようになりました。レーダーチャートもいいのですが、将来の可能性は、どのように変化するのだろうかということを重視するようになってきました。う蝕を避ける可能性が円グラフ上に出てくる。それを患者さんに動かしながら見せることによって、一緒に考えることができます。行動を変えた場合、う蝕を避ける可能性がどのくらい大きくなるかをシミュレーションできる。リスクが低い場合は「あなたの今の生活を変えると問題が起きてしまいますよ」ということを示すことができます。そして、患者さんに合った予防プログラムを立案することが可能になっています。今はこのカリオグラムを使うために、唾液検査をすることが必要になっています。唾液検査が重要ではなくて、カリオグラムを使って患者さんに見せることがすごくいいモチベーションになっていると思います。中高生などが一番脱落しやすい年齢なのですから、これを見せると、結構落ちない。とても現実的なモチベーションツールとして使っています。

リスク評価とともに、もう一つ変わったのは、デジタルカメラです。

今までは、現像所に出すために撮影してからタイムラグがあったのですが、今はすぐに見せることが可能になりました。口腔内の状態がすぐにわかるわけです。歯ブラシについて、よく雑誌などで「処方する」と書いている人がいるのですが、そのような言葉は「使わないで」と歯科衛生士さんに言っています。こちらが教える人、患者さんが教えられる人ではなくて、一緒に考えようという姿勢にしたいと思っています。口腔内写真も同じです。

カリオグラムを使用するようになってからは、唾液検査の結果の判定も、患者さんにさせていただくようになっています。こちらで判定しないで、「これは2ですか、3ですか」と患者さんに選ばせるようにしました。カリオグラムを使うとわかりますが、2と3では、う蝕を避ける可能性はそれほど変わりません。総合的に見ることの大切さが実感されます。

### ● 症例に即して、カリオロジー患者指導の実際

では、症例に即して、実際にどのようにやっているかというのを見ていただきたいと思います。〈症例略〉

やはり、カリエスでも再評価をしていこうとスタッフと言っています。ペリオは再評価があるのですが、カリエスというのは「フッ素を使いなさい」ということで終わって

います。「再評価させてください」という言葉を診療室では使うようになっています。

カリオグラムを使って、唾液検査の結果は、例えば治療するのだからSMは3から2ぐらい、補綴物も変えて食事内容を変えればLBも下がるだろう。そのようなことを期待して数字を入れていくわけですね。エンド病変が治れば唾液の分泌量も上がるのではないかと。分泌量が上がれば緩衝能も上がるのではないかとということで、「こういうふうに変えていただければ、このぐらい変わるんじゃないか」という治療計画を立てました。そうしたら、今まで受けてきた治療行動と違って、長持ちさせる可能性は高くなる。「じゃあ、お手伝いさせていただけますか」ということで話すので、患者さんは、「ああ、そうですね。ああ、こんなに変わるんですか」というように言ってくれます。

今までのわたしたちだと「このままだと大変ですよ。だからよく歯ブラシしてください」とか、「甘いもの食べるのやめましょう」と口ばかりで、嫌にさせてしまっていたということが多かったのです。カリオグラムを使うようになってからは、同じ話をしても、患者さんが帰るときに明るくなるというか、夢を持ってくれるようなところがあったのです。そのようなことを感じて、カリオグラムを使っています。やってみて、患者さんが喜んでくれる、希望を持ってくれるなと思ったので、使っています。

細菌数を減らすということで、心掛けるのは、やはりブラークコントロールを強化することです。ホームケアで磨きにくい部位を意識していただき、舌の清掃をしっかりとしていく。それからプロフェッショナルケアとして、PMTCを定期的にやらせていただく。場合によっては抗菌剤の使用というものもあるでしょう。さらに細菌停滞部位の改善とか、オーバースクリーニング、不良補綴物の除去、予防型になると、技工士さんの出番はないのではないかと言うのですが、チーム診療を大切にしているので、やはり技工士さんも大切です。修復しなければならぬ部位は、できるだけメタルフリーにしていきたいと考えています。

飲食の改善は、通常は甘味制限だとか、発酵炭水化物の口腔内停滞を防ぐとか、飲食の回数を見直すなど、いろいろありますが、清涼飲料水のボトルが変わって飲食の回数が増えたということもあります。ポテトチップスやのど飴などというも気をつけなくてははいけません。

歯磨剤は1日3回使っているのですが、ある程度年齢がいった方は、うがいをしないと納得できない。口の中に味が残ると嫌だと。それで洗口剤を使ってもらったら大丈夫だということで、朝食後と寝る前に洗口剤も使うようにして、フッ素が残るようにしてもらいました。歯科医院では、このときはフロアーゲルを露出根面に使っていました。

通常、ブラッシングでは、イエテボリテクニックというのが紹介されていますけれども、自分たちでブクブクうがいを練習してみると、2分間口の中でブラシを動かすというのは結構難しいことがわかります。うがいも30秒もできなかったですね。いくらいい方法でもできないものは勧められません。そこで時間は、自分たちで変える。それからフッ素入りの歯磨剤も、はかりの上に歯ブラシを置いて、1グラムほどのくらいか見せられるようにしました。歯科衛生士さんたち

に練習をしてもらって、「ちゃんとこのぐらいの分量を乗けてください」ということをやっています。子供さんの場合は大体このぐらいの、小指の先ぐらいということを目安にしてやっています。

こうして、今わたしたちは、1日2回から4回、合わせて1分ぐらい。歯磨剤は2センチが1グラムです。

分泌量の改善のために、このケースでは、よくかむということを意識してもらいました。前歯に問題がない方は、前歯でかむことによって耳下腺が刺激されるので、耳下腺の刺激唾液が上がる。ですから、前歯の指示などということもやるようにしています。

この方場合は補綴を直して、前歯をするようにしてもらって、1分間に0.7ミリ、少しなのですけども唾液分泌量は上がってきました。

### ● 症例に即して再石灰化療法

別のケースで、再石灰化療法について見ていただきたいと思います。ちなみにこれは、うちに来て2年目の歯科衛生士の仕事なのです。予防型をやっていてよかったと思うのは、経験に応じて対応できることです。例えば、アドバンスしたペリオはある程度経験を積んだ歯科衛生士ではないとできないけれども、う蝕の場合、知識と見る目ができてくればできると思うので、う蝕予防や歯肉炎は経験の浅い歯科衛生士さんにやってもらうようにしています。

このような患者さんなのですけれども、23歳の女性なのです。1, 2番に色素着色があると、全体的に白濁が見られて、年齢の割に治療の跡が多い。あとで説明しますが、わたしたちは診療の流れについてコースを組んでいて、カリエスタイプの診療の流れでやりましようとなります。

治療計画として、モチベーション、プラークコントロール、唾液検査をして、リスクに対する予防対策の提案、予防対策の再評価、二次う蝕の処理、初期カリエスに対する再石灰化療法などということをやりました。再石灰化療法というのは、フッ化物が介在しなくても象牙質の再石灰化が高められるということで、稲葉先生たちが雑誌に書かれていたものを応用しています。ADゲルで処理した後、フッ素を塗布していくというような方法です。

これもカリオグラムに入力すると、う蝕を避ける可能性が17%ぐらいだったのです。緩衝能が青、SMが3、LBが1,000、分泌量が2.2ml、1日の飲食回数が7、DMFTが19とかなり多かったです。それを、プラークコントロールを強化しようとか、フッ化ナトリウムの歯磨剤を使用してもらう。飲食の回数を減らして、歯科医院でのフッ素塗布をするというようなことをすると72%ぐらいまではいけるだろう、そんな提案をさせていただきました。これが治療後ですね。ほとんど補綴物などはいじらないのです。問題がない限り、再石灰化療法の跡は、2, 3ヵ月やって白く、少し変色が取れてきます。このようなことを患者さんと一緒に見ていこうということ、今やっております。

### ● う蝕の進行停止を経過観察しリスクを見る目を育てる

う蝕の進行停止ということに、今すごく興味があります。許可を得た患者さんについては、茶褐色で平滑面のう蝕だったら、経過を追わせてもらいます（ADゲル処理のあと高濃度のフッ化物を塗布しブラッシングで経過観察）。黒変してくるのは、自分で実感しないと分からないのですね。「う蝕が停止したものは黒褐色で硬い」と本には書かれていますし、写真でもそのようになっています。「磨けるところだったらう蝕って停止するのかな」と、ブラシが届いて、プラークが取れているかどうか、黒変していくかどうかというのを確認するようにしています。きちんと固くなってきているというのは実感しています。

治ってくるとこう変わるのだというのを患者さんといっしょに見ていきたい。前歯などでも黒変して、「あ、随分固くなりましたね」と言ったら、患者さん自身が「もうカチカチです」とご本人で言ってくださるのです。新しい2年目ぐらいの歯科衛生士さんが、このようなことを一生懸命やってくれます。

予防型の歯科衛生士さんだったら、スクレーピング、ルートプレーニング、口腔衛生指導が大事なのですが、もう一つはリスクを見る目。例えばどの歯がハイリスクか、ペリオだったらどの歯が抜歯になる率が高いのか。そのようなリスクを見る目を養ってほしいということを言っています。おおそ、どの歯が、どれくらいでエナメル-象牙質境に進行するものなのか、どこがむし歯の進行が早い部位かというのが分かっている歯科衛生士さんになってほしいと思います。ですから、これから日本ヘルスケア歯科研究会で歯科歯科衛生士養成講座をやるときも、どこがリスクなのだとか、どのようにリスクを見つかるのだとか、そのようなこともやっていただけるといいと思います。

うちのスタッフには、患者さんがいつも磨けないところがある。プラークスコアが20%であっても、いつも残る場所は100%だと、そのようなことが分かる目というのが大事だといっています。「スコア20%以下ですからOKです」とか、「ポケット3ミリ以下だからOKです」ではなくて、リスクを診ることのできる歯科衛生士になってほしいと思っています。「どこがリスクなの？ そういうディスカッションをしようよ」というようなことを院内の勉強会では言っています。

### ● コース別の診療の基本的な流れ

今までの話を整理させていただくと、結局患者さんを選択させようということです。患者さんに知ってもらおうとなると、う蝕の場合はカリオグラムが使いやすい。カリオグラムには唾液のデータが必要だ。だから、唾液のデータを使っている。唾液のデータはわたしにとって必須のものではないのだけれども、あると便利な道具です。だから、カリオグラムを使わなくてはいけないとか、唾液検査を絶対やらなくてはいけないとわたしは思っておりません。

では、カリオグラムをどこでどのように使うのか、その辺

を、わたしの診療の流れということでお話しします。

最初に予防型の診療をやろうとしたときに、チーム診療でブラークコントロールを徹底してやっている先生方のところに歯科衛生士を連れて見学に行きました。診療所を見学させていただきまして、そのようなときに、予防コースと小児のコースというのを持っている先生がいて、それを真似させていただくということになりました。

以前は初診患者が来て、とにかく「ブラークコントロールをやらないと診療をやらない」ということだったので、今は、患者さんの主訴を解決したら、予防システムに入っただけなのかどうかというコンサルテーションをきちんとして、それから、三つに分けたコースを選択します。

### ● カウンセリングは歯科医の自分がやる

診療所を4年前に改装したときに、カウンセリングルームを作りました。チェアサイドでは話をしない、問診をして、雑談して、それから診療室に入っていきという感じにしました。診療が終わったらまたここに入っただいで、お話を聞くというスタイルにしました。うちは大きい診療所ではないので、患者さんとゆっくりお話させていただく診療所を作っていきたいと思ったので、このような設計にしました。そして3通りのプログラムを用意しました。

では、う蝕のコースというのはどのようなことかということ、最初は自分の口腔内に興味を持っていただく導入コースのようなものだったのですが、う蝕の場合は大体4回ぐらい。歯肉炎、初期の歯周炎の予防、う蝕の予防をやっていくわけです。この中に、唾液検査を必ず入れていく。ですから、唾液検査は、コースに入ってからやるようにしています。

わたしの診療スタイルは、「歯が痛い」と来院された場合は、まず主訴を解決します。そのあとに「全顎的な検査をさせていただいていいですか」とお聞きするようにしています。無駄な検査をしたくないので、例えばデンタルを十枚撮っても、そのあと診療しないとか。そこで、まず主訴の解決です。その歯のプロローピングとその歯のデンタルエックス線写真1枚は撮ります。それが終わってからきちんともう一度同意を求めます。その中で、検査の必要性、最小限保険でできる検査をお話して、OKだったらレントゲンを撮ります。ですからうちのレントゲンは、最初の1枚と他の13枚の撮影日が少し違っているということがあられるわけです。わたしはそれでいいと言っています。主訴だけだったら主訴だけでもいい。それが終わって「検査していいですよ」と言われれば検査して、「予防が必要ですよ」という話をします。

予防型の診療ということ、歯科衛生士さんにカウンセリングを任せるといった意見を聞きますが、わたしは自分でやります。わたしが診断して、わたしはこれが必要だという話をしてから入っていきます。コースに入る前のモチベーションはわたしが行うようにしています。ここまでがわたしの主な仕事です。

主訴を解決して、そのまま修復治療、例えば充填して終わってしまうという患者さんもいます。何回かこれを繰り返していくうちに、続けて通ってくれる90数%の方はこの予

防コースに入ってくれます。そして、メンテナンスに来てくれるようになっていきます。

### ● 予防ミニコース

ペリオとカリエスで唾液検査の時期は同じでいいかという話が歯科衛生士のほうから出まして、それでは問題があるということで二つに分けたのです。ミニコースの1回目、うちでは「M1」と呼ぶのですが、それはオリエンテーションしてモチベーション、予防のポイントや口腔内写真、ブラッシングの指導というのをやるのですが、これが歯科衛生士の担当です。ここをきちんとして、じっくり座って患者さんと目標立てをします。例えばブラークを徹底して落とすとか、初期う蝕を再石灰化させるとか、何をしたいかというお話をして目標設定をします。そして、口腔内写真。ポイントだけかもしれないし、14枚、全体を撮っているかもしれませんが、そしてブラッシング指導をします。

う蝕型の場合は、2回目のときに唾液検査をここでします。そして3回目まで報告をして対策を立てて、それから口腔内写真で観察する部位をもう一度確認して、4回目に再評価というようにします。主訴で充填が終わりほかに治療がなければ、う蝕型の場合は、ここでもうメンテナンスに入っしまいます。ですから、再評価までを入れて4回のコースというようにしています。ペリオの場合は、最初にモチベーションは同じなのですが、4回目にサリバテストをやります。なぜかという、例えば根面が出たときに「う蝕のリスクを調べさせてください」ということでやって、これは自費でやっていますから、ここでまた保険に戻します。再評価をして、そのあとスケーリングに入っていくということをしています。

1回目というのはどのようなことやるかということ、オリエンテーション。歯科衛生士さんが口腔内写真を使って見せながら、媒体を使って説明していきます。これはカリエス型もペリオ型も同じようなことをやっています。カリエス型の2回目は唾液検査をして、染め出しによるブラッシング指導をしています。ペリオ型のほうは撮った口腔内写真を説明して、歯面清掃やブラッシング指導などをしていきます。3回目はブラッシングの復習をします。補助器具を練習する場合があります。カリエス予防の場合はカリオグラムを使って報告をして、そしてう蝕予防対策を提案しています。そして、口腔内写真を観察していくということになります。

う蝕予防を行う場合、予防システムを構築して、参加する個人のリスクに合わせた予防プログラムを作って、定期的に再評価する必要があります。唾液検査を活用することによって、よりきめの細かい予防プログラムを作成することが可能になり、再評価も確実になると考えています。

### 【質疑】

質問 今のミニコースに関してなのですが、ペリオ型とカリエス型ということでしたけれども、その判断基準といいますが、何をもちペリオ型、何をもちカリエス型とされているのでしょうか。

おおよその診療の流れを整理するために、病的ポケットがあればペリオ型、初期カリエスがあるとか、白濁が強ければカリエス型ということにします。ペリオ型の1回目だと何をやる、カリエス型の1回目は何をすると決めてあります。プロービング値が4ミリ、5ミリあって出血があるといえば、ミニコースのペリオ型とします。歯肉炎程度で、う窩は処置して、初期カリエスがある、あるいはDMFTが高い場合は、カリエス型とします。

何回目は何をやるかというのがスタッフの共通認識で分かっていることが大事だと思っているのです。例えば唾液検査をここでやろうというように分かっていると、朝のミーティングで、「何々さんはカリエス型のM2です」と言うと、「あ、唾液検査をやるんですね」。何回目は何をやる分かると、新しく入った人でもそれが分かります。厳密ではなくて、院内の共通用語。診療の流れがお互いチェックできるようになっています。

子供さんの場合は6回です。1回目は母親教室で、これは新人の歯科衛生士さんではできません。お母さんだけではなくて、子供1人のために家族中でいらっしゃることもありますが、基本はマンツーマンでやります。一番ベテランの歯科衛生士に母親教室をしてもらいます。それが終わってから、お子さんが1人で磨けるかどうか、その回数を決めているわけです。流れが決まっていると、例えばケースプレをやるときも、この患者さんの目標は、出血点を減らすということであれば、それが治療後、どうだったのか、それがケースプレになるのですね。何が悪かったのだろうというような話をしていくようにしています。

#### 質問 リスク評価について

将来この人はう蝕になるのかというのは、わたしの中ではすごく興味があるところでもあるのですね。

わたしたちのグループでは『Dental Caries』を読んで、やはり面白い本だなと感じています。例えば上顎乳切歯唇側面の目で確認できるブラークがあるとすると、36ヵ月目の時点でう蝕を有するというリスクマーカーになるだろう。要するに、乳切歯が生えてきた。そこにブラークが付いてれば必ずう蝕になるのかどうか。要するに唾液検査などなくても、どうなっていくのだろうという経過を見ていったわけです。リスクは4つの乳切歯すべて、目で確認できるブラークを見つけれたら高いと考えられる。そうでなければ低いと考えられる。すごく現実的です。ブラークがある、なしで、36ヵ月後に、3年後にむし歯ができるかどうかというのを見ることが出来る。わたしはすごくこれは面白いなと思ったのです。

今、どのようにこれを使っているかというと、例えば乳幼児のお母さんが来たら、「前歯の見えるところにばい菌つけないようにしましょう。そしたら3歳でう蝕になる可能性は低いんですよ。そこが大事なんじゃないんですか」という言い方をします。2歳半で唾液検査は、うちなどではとてもできないので、まずブラークをきちんと落としましょうという使い方をします。しかし厳密な意味での予測というのはなかなか難しい。では、予測ということではなくて、どう考えればいいのかということ悩んだ時期がありました。

先程も言ったようにう蝕を予測する上で、すべての年齢層を通じて過去のう蝕経験が最も強力な因子である。では、わたしたちはどうすればいいのですか。これを読んですぐ納得したのですが、「将来を予測することに対して大きな懸念を持つ代わりに、現在患者が持っているう蝕病変の管理に十分な配慮を払うことに集中すべきである」と。ですから、ブラークがついている患者さんだったら、ぜひそれを落としましょう、落としてくださいということが大事であって、それがなるか、ならないかではなくて、ならない可能性が高いのだからこそやりましょう。やはり患者さんに知ってもらうというのが大事で、う蝕予測も大事だけれども、活動性ということを考えていくことが一つ大事なのだろうなと思うようになりました。

では、先程のリスク評価に戻ってくると、リスクの評価というのはう蝕発生の予測、将来を知ること。もう一つはカリエスの高い人や集団を同定することです。現在行われているのはう蝕の既往や原因菌を検査することにすぎません。

患者さんにも言うのですけれども、むし歯ができる、白濁ができる。歯と歯垢の界面の物語はそれだけです。でも、生活習慣などに問題があるからこそ、むし歯ができる。

ですから、予防型というのは患者さんをサポートして、健康を維持していくための仕事をしていると考え、その方の生活習慣に問題があるから歯と歯垢の界面に問題が出たとするならば、例えば夜食を食べてしまう。受験勉強でどうしてもそれが避けられないのだったら、今は何とかできなかったら、将来は頻りに歯医者に来ようとか、その生活習慣のところを見ていく。もっとあなたの健康を守っていくというようにすれば、歯と歯垢の界面にできたものを、サインが出た、ここに問題が出たということで、これ以上悪くさせないようにできるのではないかと、というような言い方をします。ですから、歯と歯垢の界面だけを見ているのではなくて、必ずその方の背景を知りたいなと今は考えています。唾液検査をするのも、それから既往を知るのも、その人を知るためだと今は考えています。

発症させない、再発させない、進行させないという予防型の診療を行う場合、患者さんの参加なくては成立しません。そのため、患者さんに口腔内に関する情報を提供して、その方の口腔内の状況を知ってもらいたいとわたしは考えています。唾液はその有用な情報源と思っています。唾液検査から得られた情報に基づき、患者さんと一緒に口腔管理を行うことで、長期にわたり口腔の健康維持することができるのではないかと考えております。



# ウイステリア Pro とアポイント管理職を 使ってみよう！ (その6)

藤木 省三 (神戸市・大西歯科・IT 部会)

元々ウイステリアはサリバテストの結果や歯周組織検査の結果を入力し記録するためのソフトとして始まりました。このソフトとのつきあいはすでに10年以上になります。ファイルメーカーもファイルメーカーⅡ、ファイルメーカー3.x、4.x、5.x、6.x、7.xを経てついに8.xになりました。機能が徐々に高くなってより複雑なことができるようになりました。そして、ウイステリアの目的も単なるデータの記録ではなく私たちが毎日努力している「健康を守り育てる歯科医療」を評価できるソフトへと変化してきました。

一口に「健康を守り育てる」と言っても結果が出てくるまでには3年、5年という時間が必要です。でも、ウイステリアを使い始めたところ、あるいは今からウイステリアを使い始める方が、3年経過しないと何も見えてこないとしたらなかなか興味を持ってないでしょう。そこで、「結果を見る」という視点でどのようなことがわかるかを時間単位で見えていくことにしましょう。

最初にデータを入力する際の一般的な注意をしておきます。全てのデータを入力するのは理想ですが、私のところでも未だにほぼ健全な歯周組織をもつ患者さんの歯周組織検査は入力できていません。でも、少なくとも全員の氏名、年齢などの検査項目以外の基本的な情報と来院状況は入力ください。全員の氏名が入っていれば、後から必要な項目を入力することは可能です。

データ入力開始時には、必須項目は診療室内で統一しておきましょう。ばらばらとデータが抜けていると正確な集計ができません。入力項目をあらかじめ指定の用紙に書き込んでからコンピュータに入力している診療室もあります。

## < 3 ヶ月から 6 ヶ月 >

3 ヶ月から半年で結果としてわかることは限られています。まだ集団の結果を出すには早すぎて個人の歯周治療後の変化くらいでしょうか。サリバテストの変化を見ることも可能ですが、私のところでは2回目は2年から3年後におこなうようにしていますので、残念ですが半年ではデータの比較ができません。

### ・歯周治療後の変化

図1の患者さんは初診時55歳の男性です。仕事の関係で予約がなかなか取れずに初期治療が長びき、初診から半年後に再評価をおこないました。4-6mmのポケットが15面から2面へ、出血歯面数も82面から26面へと大きく改善していることがわかります。

口腔内写真にしても規格性のある撮影をしていればウイステリアで簡単に比較できます(図2、3)。一般に初期の歯周病の自覚症状は少なく、治療の効果をわかっていただきにく



図1

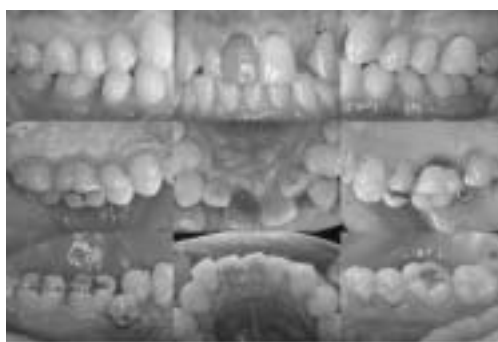


図2



図3

い場合が多いようです（中等度以上の歯周炎の場合は、適切な治療によって顕著に改善するため何も言わなくても理解や信頼が得られます。しかし、そのためには手技を高めるために日々の努力が必要です）。診査結果をグラフで表したり（図4）、口腔内写真の変化を見ていただくことで初期治療の効果をはっきりと示すことができます。私たちが目指している生涯を通じてのメンテナンスのためにはとても重要な時期です。

< 1年から2年 >

1月から12月まで1年間のデータが入ると見えてくるものが多くなります。個人の結果と診療室全般の結果に分けて考えてみます。

・個人：歯周治療後の変化

1年以上経過すれば、再評価の後数回のメンテナンスの結果を知ることができます。PerioAssistant を使えば、メンテナンス毎の変化を患者さんに伝えることが可能です。先の患者さんもメンテナンスが順調であることがわかります（図5）。

・個人：う蝕リスクの変化

図6は7歳の女の子です。図7が2回の唾液検査の結果を示したグラフですが、全体にリスクが下がっていることがわかります。正直に言えば、ミュータンス菌が見事に下がっているにもかかわらず、ラクトバシラス菌が増えているのが少し気になります。図8は2回目の唾液検査時の口腔内写真です。

・全般：1年間の初診患者年齢分布、う蝕と歯周病の罹患率

診療所の立地条件や開業してからの年数などによって来院患者の年齢分布が異なります。自分の診療室の分布を知らなければ、戦略を立てることができません。総合力が十分に高い診療室ならう蝕、歯周病共に全ての年齢の来院患者に対応できるでしょうが、制限があるのが現実だと思います。

年齢分布や罹患率を知ること、どこから始めるか優先順位を考える参考になるでしょう。図9は大西歯科の2004年の初診患者の年齢分布です（大西歯科用に修正して男女分けて表示されています）。約60%が40歳未満（20歳未満は23%）なので、修復を最小限にして予防に力を入れるべきであることがわかります。

・全般：1年間の抜歯の原因

メンテナンス中の歯牙の喪失状況を調べるために抜歯の原因を入力する項目を作りました。1年では残念ながらその評価はできませんが、少なくともどのような原因で抜歯せざるを得ないかの現状を知ることができます。私のところで

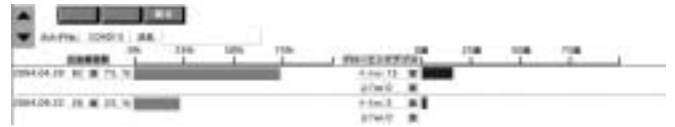


図4

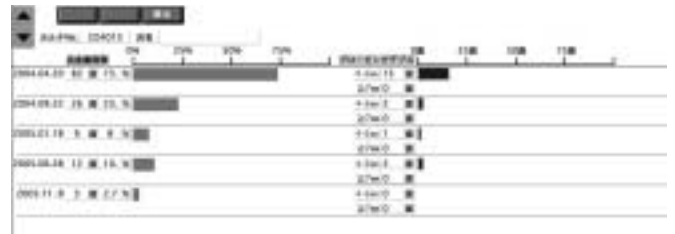


図5



図6

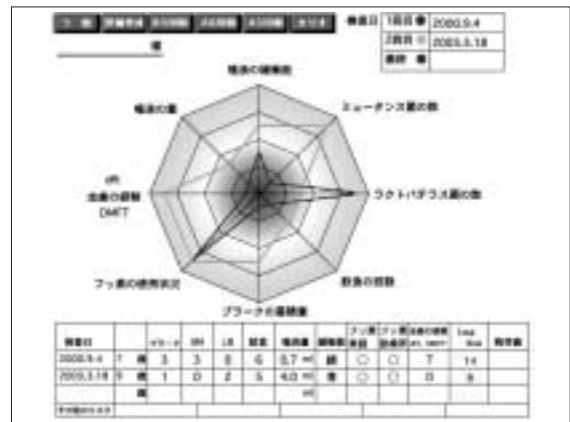


図7



図8

2004年に抜歯した総数は143歯でう蝕や破折などう蝕関連での抜歯が歯周病関連の抜歯よりも多くなっています(図10)。この状況から、若い頃からう蝕を予防し、できるだけ抜随処置をせずにすむようにする大切さが読み取れると思います。

・全般：初診患者の翌年の定期管理来院率

2年間データを入力すれば、定期管理がどの程度成功しているかがわかるようになります。大西歯科で「悪くなったらまた連絡してください」と伝えることはほとんどありません(ということは、たまにはあるってことですが…)。では、そのうちどのくらいの方がメンテナンスに応じてくださるのでしょうか？

図11は2003年の初診患者218人のうち何人が2004年に少なくとも1回以上メンテナンスのために来院されたかを検索したものです。約半数の方が来られたことがわかります。2001年初診の患者さんでは35%だったので、少しずつ定期管理の意識が浸透していることがわかります。2000年に拡張し、診療室が許容できる人数が増えたことと、スタッフの能力が向上したことが理由だと思えます。今後この割合が下がらないようにますますの努力が必要です。

今回は3年以上継続した場合にわかることを振り返っていきます。

年齢	人数	回	割合
0-5歳	17人	12	7.3%
6-12歳	21人	9	9.0%
13-19歳	16人	8	6.9%
20-29歳	44人	15	18.9%
30-39歳	36人	10	15.5%
40-49歳	24人	10	10.3%
50-59歳	30人	14	12.9%
60-69歳	24人	9	10.3%
70-79歳	15人	3	6.4%
80歳+	6人	3	2.6%
合計	233	95	140

図9

項目	人数	割合
5歯以下	45人	31.5%
5歯以上	26人	18.2%
5歯以上メンテナンス	1人	3.7%
来院回数	6人	4.2%
3回未満合計	75人	54.5%
来院回	40人	28.2%
来院回数以上	13人	10.3%
来院回数以上メンテナンス	2人	3.5%
来院回数以上合計	61人	44.1%
来院回数	2人	1.4%
その他	1人	0.7%
来院合計	25人	18.2%

図10

年度	メンテナンス患者数	割合
2004年	113人	218人中
2005年	37人	218人中
2006年	17人	218人中

図11



-----基本的な注意-----

- \*ウイステリアなどのファイルの名前を変えないでください
- \*バックアップは毎日必ずとりましょう

バックアップが必要なファイル

- 「ウイステリア Photo30(31)」・「アポイント管理職 2(21)」
- 「PerioAssistant2」・「抜歯履歴 2」・「来院履歴 2」・「唾液量」
- ・「処置履歴」・「NewFile フォルダ」(ウイステリアに取り込んだ画像の保存フォルダ)

コアメンバー会議 予定

2月のコアメンバー会議

日時：2006年2月26日(日)  
午前10時～午後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>  
講師：未定  
聴講料：2,000円

※コアメンバー会議の傍聴およびゲスト講師の講演への聴講希望者は、事務局あて電話またはメールでお申し込みください。聴講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。

## 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 5

開催日：2005年11月20日（日）午前10時～午後4時30分

会場：飯田橋レインボービル 1階C会議室

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

進行：藤木省三

事務局：秋元

※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。（12月アップロード予定）

### 1 歯科における禁煙支援実績の集約・評価（杉山） （禁煙保険導入報道をきっかけとして）

これまでニコチンパッドを使った禁煙指導ができていたが、保険導入とともに皮肉なことに歯科診療所での禁煙支援ができなくなる。このような問題を早期に解決するために、禁煙支援のこれまでの実績をまとめてみよう。

公衆衛生学会誌など学術誌に投稿する方が効果的なので、大学関係者と協力してすすめる。

現会員以外にもデータの収集を呼びかけ、協力を得る。

### 2 食事指導ソフト

食事指導ソフトについて、会員外でもダウンロードできるようにする。

### 3 第10、11回基礎コースおよび第9回ヘルスケアシンポジウムの収支報告

#### 4 健康手帳のバインダー形式の採用

- ・診療所で患者に持ってもらう健康手帳についてバインダー形式として最小の基本ページのみを最初に製作する。
- ・様々な患者層に対応した、禁煙支援、妊婦教育などの加除式カードを研究会の活動の成果として作成し供給する
- ・ウィステリアのプリント情報を拡充し、バインダーに綴じられるようにする
- ・その他、各診療所でのさまざまな工夫がしやすいように無地の紙をつける。

### 5 基礎コースおよび実践コース（新年度基礎コース改革案 = 斉藤）

結論として 新規入会者に対するヘルスケアの基礎的情報ニーズが減少しつつあることを踏まえ、現在の基礎コースを見直し医療提供者の「知らない→知っている」を目標にした新たな基礎コースを始める。

新たな基礎コースの概要は以下のとおり。

- ・地方開催（スタッフぐるみ診療所全員参加が望ましいが東京では旅費宿泊費負担が非常に大きいので）2006年度、岡山、ほか長崎、北海道などを検討
- ・会員外の参加を呼びかける（「知らない→知っている」に変えることを重視）
- ・3人程度のコアメンバー講師と地元の実践例、歯科衛生士からのメッセージなどからなる講演会形式（ヘルスケア研究会の実践の目的／歯科医療の現状認識／カリエスとペリオの臨床的病因論／身近な実践例紹介）
- ・年3回、各1日コース

### 6 2005年12月基礎コース打ち合わせ

### 7 歯科衛生士有志からの提案（長岐、長山、田村代表出席）

活動の目的、有志組織の研究会内での位置づけ、当面の事業

計画について歯科衛生士有志から提案を受け、コアメンバーの質疑を経て以下の事柄が合意された。

目的：

ヘルスプロモーションのリーダーとしてチーム医療、地域住民の健康づくりを支える自己啓発とともに自分たちのメンタルヘルスを高める

〈生涯にわたる健康教育プログラムの提案とサポートができる歯科衛生士となるために自ら学び環境に働きかけていく〉

キャッチフレーズ：

歯磨き指導からセルフプロデュース（健康観を高める気付きを与える）へ

法的な歯科衛生士業務に縛られ、仕事の意義を狭く考える傾向があるが歯科衛生士法第1条を見直したい。

活動内容：

年1回のシンポジウム

年1～2回の研修会

（以上は一部ヘルスケアシンポジウムの中で前夜祭などとして開催）

ニュースレターの活用

ホームページの活用

4月2日（日）に東京・青山のウイメンズホール（東京都の施設）にて歯科衛生士シンポジウム『感じる歯科衛生士・考える歯科衛生士…指導からセルフプロデュースへ』を開催する。

以上の提案に対し、組織の位置づけなどが議論されたが、当面、ヘルスケア歯科研究会内に独立した歯科衛生士会準備会を設立する（一定の賛同者を得た段階で歯科衛生士会として正式発足する）

準備に必要な費用、催し物の損失リスクなど有志団体の主催に研究会が協力しうるかという点が話し合われたが、趣旨・目的・熱意に鑑み、コアメンバー会議は歯科衛生士有志の活動を支持し、支援するとともに事業内容の細部には関与せず、全面的な責任を負うこととした。

### 8 オピニオンメンバー会議

・4月16日（日）東京にて開催

東京ヘルスケア、関西ヘルスケアなど地域活動が活発に行われている地域は、それを母体として、それ以外の地域からはこれまでのヘルスケア関連事業への参加実績などを考慮してオピニオンメンバーの推薦を積極的に促すこととした。

### 9 診療所認証

問い合わせ、申込状況報告

患者アンケートをテスト的にコアメンバー診療所で早急に実施する

### 10 ヘルスケアシンポジウム日程

2006年11月18・19日（土・日）砂防会館を予定

# 歯科衛生士シンポジウム

感じる歯科衛生士・考える歯科衛生士  
～指導からセルフプロデュースへ～

2006年4月2日(日) 9:30 a.m.～3:00 p.m.

東京ウイメンズプラザ/ホール (東京・青山)

日本全国の歯科衛生士との交流を図り、社会・国民のニーズにあった歯科医療を考えていくとともに、歯科衛生士自身が自己プロデュースしていく力、そして国民の健康をプロデュースしていく(気づいて実践してもらう)力を学びあうことを目的とする。

【プログラム】 午前：基調講演 踊る保健師多田京子先生「癒しに笑いを」・パネルディスカッション  
午後：近くのおしゃれなレストランに会場を移し、フレンチバイキング(交流会)・ワークショップ

【対象者】 全ての歯科医療関係者、学生

【参加費】 日本ヘルスケア歯科研究会 会員 8,000円  
非会員 9,000円  
学生 5,000円 (午前中のみ参加は無料)

※参加費には昼食(フレンチバイキング)代を含む

【定員】 100名(先着順)

【申し込み】 日本ヘルスケア歯科研究会事務局  
Tel. 03-5227-3716 Fax. 03-3260-4906  
E-mail : center@healthcare.gr.jp

【会場案内】 東京ウイメンズプラザホール (〒150-0001 東京都渋谷区神宮前5-53-67)  
(<http://www.tokyo-womens-plaza.metro.tokyo.jp/contents/map.html>)  
JR山手線・東急東横線・京王井の頭線：渋谷駅下車徒歩12分  
地下鉄銀座線・半蔵門線・千代田線：表参道駅下車徒歩7分  
都バス(渋88系統)：渋谷駅からバス4分青山学院前バス停下車徒歩2分

【主催】 日本ヘルスケア歯科研究会歯科衛生士会準備委員会

## 参加申し込み Fax. 03-3260-4906

参加申し込みします(news8-6)

### 歯科衛生士シンポジウム参加申込書

※準会員の方は院長の会員番号をご記入ください

該当する□に✓をいれてください

参加者氏名 \_\_\_\_\_ 会員 No. \_\_\_\_\_ 正会員 準会員 非会員 学生(午前のみ・全日)

参加者氏名 \_\_\_\_\_ 会員 No. \_\_\_\_\_ 正会員 準会員 非会員 学生(午前のみ・全日)

参加者氏名 \_\_\_\_\_ 会員 No. \_\_\_\_\_ 正会員 準会員 非会員 学生(午前のみ・全日)

勤務先・診療所名 \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_  
FAX番号 \_\_\_\_\_

参加費合計 会員8,000円× 人+非会員9,000円× 人+学生5,000円× 人= \_\_\_\_\_ 円