



ご当地 **よ坊さん** 茨城

茨 歯 会 報

No.592

茨城県歯科医師会
Ibaraki Dental Association

October
2018
平成30年

10



Contents

デンタルアイ	1
今湊 良証	
会務	4
理事会報告	34
会務日誌	35
学術委員会だより	39
地域保健委員会だより	51
介護保険委員会だより	54
厚生委員会だより	56
医療管理委員会だより	58
学校歯科委員会だより	60
社会保険委員会だより	65
専門学校だより	75
地区歯科医師会だより	76
大津 亮	
寄稿	82
関 隆	
ピンクのエプロン	85
横須賀 有花	

表紙写真について

晩秋の琵琶湖北岸を訪ねました

長浜市の水辺から遥かに雪を頂く伊吹山を望む。日本百名山の一つ。
東南に関ヶ原の古戦場を望み、西には琵琶湖の全景を配する。

(社)茨城県南歯科医師会 飯田 昭

「日本歯科医師会生涯研修総合認定医」って、ご存知ですか？



理事
今 湊 良 証

日頃より会員の先生方には県歯学術事業にご協力、ご参加いただき有難うございます。

学術担当の今湊良証（イマミナトヨシマサ）です。宜しくお願い致します。

本稿では、下記3項目についてご説明致します。

- I 「日本歯科医師会生涯研修総合認定医」
- II 「睡眠時無呼吸症に対する茨城県内各地区歯科医師会のネットワーク構築」
- III 「第27回茨城県歯科医学会」

I 「日本歯科医師会生涯研修総合認定医」について

平成30・31年度生涯研修事業より研修方式、修了および認定基準が変更になりました。これまでの修了証、認定証に代わり、所定の修了条件、日本歯科医師会生涯研修総合認定医認定条件を達成した会員に対し、研修実績を証するため本会並びに所属都道府県歯科医師会名をもって、それぞれ「日本歯科医師会生涯研修事業修了証」「日本歯科医師会生涯研修総合認定医認定証」を交付します。

修了の条件、「日本歯科医師会生涯研修総合認定医」の認定条件につきましては、以下、日本歯科医師会 平成30・31年度日歯生涯研修事

業実施要領より引用させていただきます。

1.7 修了の条件／日本歯科医師会生涯研修総合認定医の認定条件

1) 修了の条件

- (1) 本生涯研修事業修了に必要な研修単位は、実施期間（2年間）で「受講研修」「e-learning研修」「生涯研修セミナーライブ研修」の3研修方式による合計40単位以上の取得とする。
- (2) 当該事業実施期間内に入会した新入会員については、どの時点での入会でも修了に必要な研修単位は「受講研修」「e-learning研修」「生涯研修セミナーライブ研修」の3研修方式による合計20単位以上の取得とする。
- (3) 70歳（事業実施期間終了時点）以上の会員については、修了に必要な研修単位は「受講研修」「e-learning研修」「生涯研修セミナーライブ研修」の3研修方式による合計30単位以上の取得とする。

注：「特別研修」方式による単位を取得した場合でも、個別テーマ毎の「受講研修」方式による単位も併せて取得することができる。

(「1.6 研修方式と研修単位4) 特別研修」を参照)

2) 「日本歯科医師会生涯研修総合認定医」の認定条件

本生涯研修事業認定に必要な研修単位は、実施期間(2年間)で「受講研修」「e-learning研修」「生涯研修セミナーライブ研修」の3研修方式による合計70単位以上、且つ「特別研修」(注)による40単位以上を取得し、下記の2条件をすべて満たした場合とする。

条件① 日歯生涯研修ガイダンスの大項目(14項目)すべてで単位を取得すること。

条件② 「3研修方式に対する一定基準(受講研修:40単位以上、e-learning 研修:10単位以上でこのうち日歯生涯研修認定指定教材でのe-learning 取得単位が6単位以上、生涯研修セミナーライブ研修20単位以上)」を満たした場合。

注:「特別研修」方式による単位を取得した場合でも、個別テーマ毎の「受講研修」方式による単位も併せて取得することができる。

(「1.6研修方式と研修単位4) 特別研修」を参照)

なお、平成30年度生涯研修セミナー メインテーマ【歯科医療の原点と将来を見据えて】のBチーム『今求められる口腔健康管理』は8月5日に茨歯会館にて開催しました。詳細はP39～P50学術委員会だよりをご覧ください。

Aチーム『口腔機能を育成・維持するために』は10月28日に日本歯科医師会館にて開催致します。以下、演題名と講師です。

「超高齢社会を支える有床義歯治療」

東京医科歯科大学大学院 高齢者歯科学分野

教授 水口俊介先生

「0歳からの口腔機能育成」

愛知県開業 今泉三枝先生

=====

また、平成30年9月30日まで経過措置の施設基準の「初診料の注1に関する届出について」未提出で受講証明が必要な場合、E-systemにおいて「歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準」に係る研修を受講できるようになりました。受講方法・修了証発行手順についてご案内いたします。

※なお、この度、平成30年10月10日までに地方厚生(支)局各事務所に届出の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出が受理されたものについては、同月1日に遡って算定することができることになりました。

【受講方法】

1. ご自身のIDでE-systemにログインして下さい。
2. ログインユーザー名下のメニュー「教材コンテンツ検索」をクリックし、下段「動画コンテンツ一覧」の「セミナー」ボタンを押し「平成30年度研修セミナー」を選択し「表示」をクリックして下さい。
3. セミナー一覧の最下段「[Win・動画] 歯科外来診療における院内感染対策小林隆太郎2018年」を「単位登録する」をクリックし受講して下さい。
4. プレテストは合否に関係ありませんが、ポストテストに合格する必要があります(不合格となった場合、再度受講可能です)。

【修了証発行について】

E-systemにおいて受講した小林隆太郎講師のセミナーについて、受講証明が必要な場合、事務局まで連絡をお願いいたします。連絡なき場合、自動的に発行されません。また、届出に必要な受講証明書の発行には、受講から送付までに時間を要しますので、余裕をもって受講して下さい。

上記内容に関して詳しくは、（公社）日本歯科医師会 <http://www.jda.or.jp/member/メンバーズルーム>にログインしてご確認お願い致します。

Ⅱ「睡眠時無呼吸症に対する茨城県内各地区歯科医師会のネットワーク構築」について

このほど、情報の共有を図り県民の睡眠医療の充実に努める目的で、睡眠時無呼吸症に対する県内各地区歯科医師会と本会のネットワークを構築しました。

睡眠時無呼吸症に対して、医科医療機関からの口腔内装置作製依頼に応じて適切な対処を図るために、各地区歯科医師会に連絡役、本会に相談役を、さらに顧問医師を配置するネットワークを築きました。これにより医科医療機関との連携強化が図られ、登録歯科医が相談に対応しやすいシステムづくりに貢献し、睡眠医療の充実に努めるために県歯科医師会や各地区歯科医師会において研修会の実施時期、内容など細部を再検討して県民の睡眠医療の充実に努めて

参ります。詳細はP82～84「睡眠時無呼吸症に対する茨城県内各地区歯科医師会ネットワーク協議会報告」をご覧ください。

来る11月23日、24日開催の第17回日本睡眠歯科学会総会・学術大会（茨城県歯科医師会共催）にて「睡眠時無呼吸症 医科歯科連携講習会」を開催します（別紙参照ください）。

Ⅲ「第27回茨城県歯科医学会」について

今年度は2019年2月3日（日）水戸プラザホテルにて開催します（特別研修会につき10単位取得できます）。

一般口演、ポスター発表、テーブルクリニックの演題を募集しています。詳しくは茨城県歯科医学会誌 第26巻の巻末をご覧ください。

県民公開講座は、2講座の予定です。

- 1、茨城国体、東京オリンピック開催前のためスポーツ歯科医学関連について、岩手県文化スポーツ部スポーツ振興課勤務の三ヶ田礼一様（アルペールビルオリンピック スキーノルディック複合団体金メダリスト）のご講演です。
- 2、「オーラルフレイル」「指輪っかテスト」で有名な東京大学高齢社会総合研究機構教授 飯島勝矢先生のご講演です。

是非とも第27回茨城県歯科医学会に、会員の皆様のご発表、ご参加をお待ちしております。ご協力よろしくお願い致します。

会務

関東地区歯科医師会役員連絡協議会開催される

8月2日、平成30年度関東地区歯科医師会役員連絡協議会（当番：東京都歯科医師会）が、千代田区のホテルメトロポリタンエドモントにおいてメインテーマ『次世代に繋げる歯科医師会の役割～組織力強化を目指して～』として開催された。関東地区の各都県より役員、委員など約120名が集まり午前10時30分から分科会が開催され、第1分科会（組織基盤の構築および時局問題について）、第2分科会（地域保健の現状および展望について）、第3分科会（会員の事業基盤安定化及び各歯科医師会の厚生事業等について）の3つに分かれ、意見交換、協議を行った。内容は後述の分科会報告をご覧ください。

午後1時からの全体協議会では、山崎一男東京都歯科医師会長の挨拶の後、来賓挨拶（小池東京都知事代理 矢内保健福祉局技監、堀日本歯科医師会長、高橋日本歯科医師連盟会長、川本日本学校歯科医会長代理 齋藤副会長）、来賓紹介と続き、次期当番県は神奈川県に決定した。続いて、議長に山崎東京都歯科医師会長、副議長に鈴木神奈川県歯科医師会長が選出され、前年度協議会処理報告、分科会報告及び連盟協議会報告がなされ、協議では、日歯へ要望書を提出することが決定された。

午後2時から、元内閣危機管理監・警視総監 米山敏朗先生の特別講演（演題「危機管理の実践～創造と準備」）が開催された。

第1分科会

テーマ

組織基盤の構築および時局問題について

- （1）会員情報管理
- （2）入会促進対策
- （3）30年度診療報酬改定

趣旨

各県歯科医師会における組織基盤の構築および時局問題にかかわる、以下の項目について、現状と取り組みについて意見交換したい。

組織基盤の構築および時局問題について

- （1）会員情報管理

会員情報を正確に維持管理していくために

は、コストの問題や事務局等における管理体制、多様化する情報化社会に則したシステムの構築を図っていく必要があると考える。

- （2）入会促進対策

国による歯科医療政策や少子高齢化による人口の減少等、社会構造の変化は、歯科医師会会



員数の減少に影響を及ぼす。入会促進は、我々歯科医師会が抱える最重要課題であり、会員の種別や会費の値下げ等、ダイナミックな入会促進対策が必要であると考ええる。

(3) 30年度診療報酬改定

良質な歯科医療の提供体制を維持・充実させるためには、短期的だけではなく、中長期的な視野で歯科医療を正當に評価した歯科診療報酬を実現することが重要であり、併せて日本歯科医師会の手腕を期待したいと考える。

第1分科会発言要旨

テーマ

組織基盤の構築および時局問題について

- (1) 会員情報管理
- (2) 入会促進対策
- (3) 30年度診療報酬改定

神奈川県歯科医師会

組織基盤の構築および時局問題について

(1) 会員情報管理

ITを運用・管理することは、コストの削減や事務の運用負担の軽減などを実現する上でとても重要である。

神奈川県歯科医師会では、会員台帳を紙データで管理していたが、これをデジタルデータとして職員が管理運用できるよう整備してきた。そのために、サーバー、ソフトウェア、パソコンおよびネットワーク機器といったハード面も整備をしてきた。

平成3年11月にMS-DOS基本ソフトをベースに初めての会員台帳システムを導入。しかし、このソフトでの運用は、一部データが消えてしまう、容量やシステムの問題で稼働しないなどの事象もあり、平成14年3月にMicrosoft Access

へ切り替えた。このとき、会員台帳システムの開発と同時に会員台帳システムから派生した、会費徴収システムも開発した。平成17年2月には、本会で実施している福祉共済事業で、各会員への給付実績を管理する福祉共済管理システムを開発。平成19年3月には、本で行う講演会、会議等での講師料、旅費日当を管理する目的で、旅費・源泉徴収管理システムを開発。これらのシステムは、すべて会員台帳システムから派生したシステムである。言い換えれば、会員台帳システムは、マスターデータである。

このシステムは、原則全職員が閲覧できるが、会費や旅費源泉徴収、福祉共済の各システムは経理課職員のみが可動することができる。

今後については、会員台帳システムに記載のある、各医療機関のメールアドレスを使用した会員向け「メールマガジン」への運用や災害時に役立てる「会員安否確認システム」の運用も会員台帳システムの基本情報から派生した新たなシステムづくりとして考えている。

また、日歯の会員管理システムとの一元化は望ましいが、本県では独自システムであることから互換性などの面で難しい。現行の日歯会費、福祉共済保険、日歯年金などの会費、負担金、掛金管理が紙データで日歯より送られ、これを基に手作業で徴収管理をしているが、これらをオンライン化すると相当な事務の効率性、利便性が図れるものと思われる。

(2) 入会促進対策

神奈川県歯科医師会（以下、本会と略）は、平成31年4月の公益社団法人移行に向けて定款・諸規則等の見直しがなされ、6月の定時代議員会にて承認を受けたところである。この中にある会員種別についても改正されたので、特徴となるものについて、入会勧奨と関連付けて報告する。

まず、既存の未入会医療機関に対する直接の入会勧奨については、16の地域歯科医師会（郡市歯科医師会）にお願いしているが、本会から地域歯科医師会に対しては、①未入会医療機関情報の月1回の更新、伝達②入会案内パンフレットの作成、郵送③未入会者対策に関するアンケート調査の実施④組織力強化に関する協議会の開催⑤入会勧奨後入会に至った人数に応じた補助金の交付を行っている。

次に、10年先を見越した方策として、勤務歯科医師、臨床研修歯科医師、歯学部学生に対して準会員の案内、講義を通して歯科医療等の重要性や歯科医師会の役割等を早い時期から認識することにより、準会員として入会してもらい、将来的に正会員になる道筋を作るというものである。

神奈川県には、鶴見大学歯学部と神奈川歯科大学の2つの歯科大学があり、臨床研修期間の始まる最初と最後に大学に赴き研修医に対して講演をしている。また、学生には、カリキュラムの中で、地域包括ケアシステムについての話しをしている。準会員の第5種会員－2は、臨床研修歯科医師会会員であり、資格期限は研修期間の1年から申し出により入会年度から最長5年度までに改定した。

第1種会員のもとに勤務する勤務歯科医師の会員種別については、1）正会員として第2種会員になる、2）地域歯科医師会に所属する第3種会員－1になる、3）地域歯科医師会に所属せず県歯直轄の第5種会員－1になるという選択肢がある。

今後、女性歯科医師の急増、勤務歯科医師の増加を考えた時に、いかに勤務歯科医師を会員として取り込んでいくかを、喫緊の重要課題として捉えている。

（3）30年度診療報酬改定

現行の歯科保険診療報酬体系は大部分が出来高に対する評価となっていますが、その中で医療に正当な評価を付与する手段の一つとして各種の施設基準の設定が行われていると捉えています。30年度改定では「か強診」と「歯援診」の役割の整理と評価が見直され、算定の不合理が改善されましたが、「歯援診1」の施設基準における訪問診療の実績については設定のハードルが高いと感じます。

施設基準はあくまでも「体制を確保している」ことを明確にすることを前提とした基準を設定し、歯科衛生士の配置などについても医療の実情に応じた要件の見直しを今後も継続して検討していただきたいと思います。

医療を提供し、診療報酬を得る上で、歯科医師の技量が問われることはやむを得ないことであり、施設基準を維持する上での定期的な研修の受講などの規定も理にかなっていると考えます。更に、今般の改定で導入された歯科疾患管理料の「口腔機能管理加算」「小児口腔機能管理加算」については、管理を行ったことに対する評価だけでなく、管理の目標設定とその達成度合いについてアウトカム評価を診療報酬に取り入れ、効果が上がったケースについては新たな基準に基づいて、提供した歯科医療がより正当に評価されることを希望します。

後期高齢者の負担割合については、皆保険制度を維持するための財源の確保と療養の給付などについて、制度自体の有り方をふまえた議論の場において、日本歯科医師会が政府や国民の理解を得ることができる主張をしていただけることを期待します。

埼玉県歯科医師会

組織基盤の構築および時局問題について

（1）会員情報管理

本会の会員情報管理については、平成13年に独自の会員管理システムを構築し運用していたが、平成24年からそのシステムの運用を埼玉県に本社を置く情報システム会社に委託し、同社のデータセンターで文書管理システムを含め、全ての本会データを保存管理している。

日本歯科医師会、郡市歯科医師会との共有はできていないため、将来的にはシステムによる共有は必要と考えている。

会員基本情報は会員からの異動等の届け出に基づき、随時更新している。会員履歴は郡市会役員歴を含め役員任期ごとに把握し更新している。表彰履歴は本会が推薦している表彰について、更新している。

理事会は同委託会社のソフトを利用したペーパーレス会議となっている。委託会社とはセキュリティのことも含め、話し合いを重ねてきたこともあり、職員の情報処理に関する事務能力は高い評価をすることができるようになったが、事業に関係する会員のセキュリティに関する知識と実務にはまだまだ多くの問題があり、今後の課題である。個人情報の取り扱い等については、役員、会員、職員それぞれについて規程、規則を定めて、対応している。

(2) 入会促進対策

本会の会員数は、正会員2,216名、終身会員333名、家族会員69名、準会員12名で、会員組織率70%の維持が当面の課題である。家族会員69名、準会員12名（公的医療機関勤務者）については極端に少ないのが現状である。

未入会対策については、昨年度定款規則委員会から答申書を提出、その対策を具体化するため、平成29年度に組織活性化事業運営委員会を立ち上げた。会員の種別ごとの対応、入会金・年会費・負担金の適正化、若年歯科医に対する対策として年間カリキュラムによる総合的歯科

研修システムの構築、女性歯科医のライフステージに合わせたきめ細かい対策などを検討するとともに、勤務歯科医を含めた未入会者に対しては情報提供と相談窓口の開設等々、会員でない歯科医が埼玉県歯科医師会の事業、行事に参画しやすくするとともに、参加したくなる内容の充実を図るための対策も検討している。

会員の高齢化の問題については、高齢会員の会費免除制度の見直しを行い、終身会員制度を5年引き上げて75歳にした。また、働く高齢会員と歯科医業を引退した会員の会費等の費用負担について区別する方向での検討をしている。

会員の高齢化に伴い、歯科医学を再度学びなおす必要性も大きな課題として捉えなくてはならなかったことから、基礎医学も含めた再教育カリキュラムも検討している。

未入会対策、埼玉県のテーマは「入りたくなる歯科医師会づくり」である。

(3) 30年度診療報酬改定

施設基準については、ご指摘の通り誰のためのものであるか、何のためのものなのかという疑問は改定を追うごとに大きくなっている。

特に、か初診に関しては考え方の基本がよく分からない。地域包括ケアの拡充に向けて、健全な在宅診療や口腔ケアによるフレイルや誤嚥性肺炎などの予防など、小児期から高齢者まで切れ目のない管理が目的のはずと考えていた。しかし、これに係る施設基準の方向は施設ぐるみを抱え込み、実態のわからない押しかけ診療が横行する背景を作っているように感じる。かかりつけ歯科医師のあり方の基本に戻り、か初診の施設基準へその理念の反映がなされるべきと考える。

歯科衛生士の問題については、彼らの存在意義をより評価するためにある意味、施設基準の中に評価されることは必要かとも考える。問題

は少しずれるかもしれないが、3年制になったときに少しあった歯科衛生士の根本問題をしっかり議論し、多くを育成することを優先するべきと考える。

負担増加については高齢者の問題を考えるだけでは解決できないと考える。少子高齢化や社会保障費の増加は現実問題としてあり、医療費の削減や介護保険などに社会保障全体を考える中で負担の問題なども包括的に考え、解決するべきである。

千葉県歯科医師会

組織基盤の構築および時局問題について

(1) 会員情報管理

千葉県歯科医師会では会員情報管理に関しては千葉県歯科医師会情報管理ガイドラインに沿って本会の定める情報管理規定に基づき、情報の漏洩、改ざん、紛失、欠落、破壊、目的外の利用等が発生しないように定められている。

本会においても都歯と同様に会員原簿は紙媒体として提出され、電子化したものと両媒体で管理しているが、変更等の手続きがなされているか不確実なものである。個人情報の問題もあるが、将来的には個々の会員情報の定期的な確認の必要性を感じる。

また、現在使用している会員管理システムのデータベース（windowsサーバー2008）の延長サポートが2020年に切れるため新たなシステムの導入を検討し、現行システム「ちばぎんコンピューターサービス株式会社」と協議を行っている。

(2) 入会促進対策

千葉県歯科医師会の会員総数は2,537名（H30.6.5現在）であり、その内訳は第1種正会員が2,036名、第2種正会員は40名、第3種正会員は426名、第4種準会員は16名である。

平成10年の会員総数は2,291名でありこの20年

間で約250名の会員増加を認めたが、この数年は微増である。

今後15年間の種別毎の会員比率予測では、第1種正会員は79%→55%、第3種正会員（終身会員）は18%→42%となる見込みである。

県歯会員の高齢化は顕著である。

県歯の未入会対策は県歯未入会の郡市会員の入会促進が主となるが、今後は千葉県十六歯科大学同窓会・校友会懇話会を軸に同窓会組織を介し未入会者にアプローチしたいと考える。

また、青年歯科医師、女性歯科医師の活動を積極的に外部にSNS等を使い発信する事、現在の見直しを行っている県歯共済制度の充実と周知が入会促進の有効な手段になると考えている。

(3) 30年度診療報酬改定

千葉県は地理上都市部と半島部に別れ以前より地域の医療資源の格差が問題視されている。特に歯科衛生士の受給問題は深刻であり、新しい施設基準ができる度に地域の医療格差が拡大する実態がある。これでは、都市部への人口集中が増加し、地方はますます過疎化が進み地域包括ケアシステムの構築も困難となるだろう。その一方、今後益々歯科衛生士の役割は増加するものと思われる。中医協の公聴会でも提案させていただいたが、行政等に関わる歯科衛生士との連携等を条件に加え、埋もれている人材の活用を検討すべきである。

後期高齢者の負担増の議論があるが、いつもこの種の議論は出口の話である。入口、つまり保険料や保険組合の在り方等の議論もセットですべきである。国民皆保険制度の堅持を第1に掲げるのであれば、保険組合の解体、社保・国保の統一、道州制を考慮した地域での医療保険の運用等の議論をすべきである。

最後に今回の改定は、医療介護同時改定、医療計画等の節目等大変注目されてきた。その

大きな柱は地域包括ケアシステムの構築であろう。厚労省は、2025年問題はこの改定で終了し、次の改定は2040年問題に向けてという意向も聞く。しかし、現場では地域包括ケアシステムはほとんど機能されていない。その中で施設基準にも実績を問われるものとなっている。今後、例えば退院時共同指導料の要件緩和等現状に沿った改定を要望しなければならない。

茨城県歯科医師会

組織基盤の構築および時局問題について

(1) 会員情報管理

茨城県歯科医師会では、会員管理ソフトを導入しております。入会時の紙媒体データを基にし、出身大学、氏名、生年月日、入会日、歯科医籍登録番号、登録日、診療所開設日、開設形態、診療所住所、標榜科目、自宅住所、電話番号・ファクス番号、保険医療機関コード、保険医登録、日歯連盟、茨歯連盟、日歯共済関連情報、申告形態その他を管理しております。

これを使い、会費、共済金等の納入等を管理しております。管理ソフトより必要な項目をインポートし、エクセルデータより用途に応じて使用しております（宛名ラベル印刷等）。

その他、診療報酬情報を社保支払基金・国保連合会よりいただき管理しております。歴代役員名簿をエクセルデータとして管理しており、会長から各種委員会委員のデータを蓄積しております。個人名で検索することにより、個人の役職の履歴が把握できます。

また、アンケート調査、研修会認定により各協力歯科医のデータを管理しております。こちらは茨歯会ホームページにおいて一般の方に公開してご利用いただけるようになっております（禁煙支援・相談歯科医院、フッ化物応用協力歯科医院、マウスガード協力歯科医師・いばらきスポーツデンティスト認定歯科医師、睡眠時

無呼吸症医科連携歯科医師、周術期管理歯科医師、障害者連携歯科医師、など）。

全会員の診療所はHP上の「あなたの街の歯医者さん」で公開しGoogleマップとストリートビューで検索可能となっています。診療所情報（休診日、診療時間、上記協力歯科医院であるか否か）を管理しております。

(2) 入会促進対策

茨城県歯科医師会の会員種別は診療所、病院等の開設・管理者、歯科責任者を1種会員として、1種会員のいる診療所、病院等に勤務する2種会員、1種会員のいない病院等に勤務及び診療に従事していない準会員からとなっている。

茨城県歯科医師会の会員数は約1,300名であり組織率はこの10年間ほぼ横ばいの状況にあり約70%弱となっている。

過去の経緯から見て10年後の組織率も70%を大きく下回ることにはないと予想される。ただし、組織の年齢構成には大きな問題が生じることが予想される。それは75歳以上の終身会員の割合が上昇し、かつ40歳未満の若い会員の割合は減少することである。組織の高齢化は活力の減少につながるが、現在会員の平均年齢は約60歳に達しており、さらなる高齢化に歯止めをかけるには若い会員の入会増加にかかっている。

これまで入会金の減額（県歯、郡市歯で半額）を行っても効果は1、2年であった。また入会促進のためのパンフレット作成、新規開業の早期情報収集での入会勧誘、家族である女性歯科医師の2種会員としての勧誘を試みているが大きな成果を上げるには至っていない。ただし病院歯科勤務の準会員としての入会には成果を上げている。

また会員のメリットとなる各種事業、歯科医師国保、本会附属専門学校によるスタッフ確

保、行政での各種検診、会員目線での保険指導等についての説明と勧誘には会長自ら先頭に立って行っているが、若い歯科医師は会員であることのデメリットを強く感じているように考える。

そのデメリットとは「入会すれば何か役目を負わされる」「先輩との付き合いは面倒だ」「商売敵と仲良くしたくない」「個人の時間を会のために使いたくない」「選挙運動に参加させられる」「学閥がある」「そもそも歯科医師会という組織が嫌いだ」等とされるが、煎じつめれば「組織に属したくない」に尽きると思える。

このような状況は他の組織、例えば医師会、薬剤師会、看護協会といった医療系団体に留まらず、同窓会にすら入らない歯科医師が増えていく事実がある。更に一般企業の社員であっても若い世代ほど組織に属することを好まない傾向にあり、組織率低下はあらゆる場所で起こっている事態である。

こうした状況を少しでも打破するには、従来の入会促進策から一歩踏み出た手法も必要になってきているのではないかと考える。

その一つとして現在の三層構造の見直しを提案したい。現在の入会の手続きは郡市歯から入会し、都道府県歯、日歯へ三回の手続きが必要であるが、それを郡市歯の入会が承認されると自動的に総ての歯科医師会の入会が済ませるようにする。さらに都道府県歯、郡市歯総ての入会金・会費も同額として移動も自由とすればより効果的と考える。しかし都道府県歯での会員種別を同一にすること、各地の財政業況の差があることなど実現には難しい問題も山積するが、検討すべき時期にあると考える。

(3) 30年度診療報酬改定

今回の改定概要は「院内感染防止対策の推

進」「地域包括ケアシステムの構築推進」「口腔疾患の重症化予防・口腔機能低下への対応・生活の質に配慮した歯科医療の推進」「特定薬剤の算定方法の見直し」「特定保険医科材料の機能区分の見直し」等として歯科診療報酬本体の改定率としては0.69%であった。従来の一般歯科開業医は、う蝕や義歯中心の治療形態が主であったが、少子高齢化が進み「口腔機能の管理・維持・改善」の診療報酬体系に移行する傾向と捉える事が必要。厚労省の“平成30年度診療報酬改定の概要”には治療中心型から治療、管理、連携型に変化した。治療中心型という点数配分は減少傾向と受け止められる。さらに支払基金改革や診療報酬抑制策等、次回の診療報酬改定ではより厳しい変化が予測される。

今回の改定では、種々の施設基準というハードルを越えなければ、特に最低でも基本診療科・院内感染防止対策の施設基準を届出しなければ歯科医療機関は基本診療科が減算となる。また、外来環・歯援診・か強診等々施設基準の導入は、地域の歯科医療機関として避けては通れない状況になりつつあり、地域住民のライフステージに応じた診療形態が我々歯科医師に求められる役割となりつつある。

基本診療科に施設基準がかかるのは賛成できないが、メディアへの対応をせざるを得ない事例がある。それらを踏まえ医療機関としては当然やらなくてはならない内容であり、それらの施設基準に対応することが患者に理解されることと思われる。他方保険医療機関における一般的な療養の給付は、「保険医療機関及び保険医療養担当規則」の規定に違反しなければ、提供できるはずである。しかし、歯科診療報酬では、現場の実態と大きくかけ離れた施設基準が設けられ、そのことによって、保険診療が制限され、ゆがみが作り出されていると思われる。

歯科疾患等の重症化予防の評価は、歯科衛生

士の雇用が一部施設基準に含められ歯科衛生士がいなければ、当該診療行為ができないという矛盾を生み出した。これは、多くの疾病に対して、まさに施設基準の弊害が出ている。また、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所（か強診）の施設基準に、地域連携に関する会議などへの参加実績が要件として導入された。すべての歯科医療機関で提供できる処置の評価に、施設基準で差をつける方向にある。

これらの施設基準を届出がなければ、同じ診療行為をしても算定できない項目もあり、施設基準で歯科医院を選別・二極化し、差別する改定でもある。患者のフリーアクセスという制度を曲げる方向に向かっているとも思う。また先日の日歯代議員会の予算決定特別委員会では、委員より「2年後の診療報酬改定もこの流れは変わらないか」との質問があり。執行部から「以前より形態の回復から機能の維持・向上に流れが変わってきており、今改定もその一環といえる。新病名についても4つのうち2つが保険導入されたが、さらにそうした流れを作っていきたいと考えている」旨の説明があった。巨大資本の店舗に飲み込まれる地域の個人商店の状況を生じかねない、このハードルが高くなった施設基準の個人歯科医療機関に対する対応はこの傾向で果たして良いのか如何？

栃木県歯科医師会

組織基盤の構築および時局問題について

（1）会員情報管理

本会では平成16年4月1日から「会員会費管理システム」を活用し会員情報を一元管理している。主な管理業務については「会員管理」と「会費管理」の大きく2つに分かれ会員管理と会費管理はシステム上連動している。また会員情報は入退会届け並びに日歯の異動届等を基本に処理され、年次、月次、日次及び随時の4段

階の処理方法で運用されている。

システム管理については3段階の権限が職員に与えられ、担当者・中間管理職・管理職の全員が処理過程に関与しデータの整合及び確認を行っている。システム保守については毎日午前0時～6時に自動でバックアップテープに取られ、翌朝担当職員が日次処理として確認作業を行っている。会費管理については他団体の保険料・負担金等のデータも併せて投入し会員の加入状況による合計金額を一括徴収している。

（2）入会促進対策

本会の平成30年3月31日付けの会員数は988名となっている。会員種別は正会員と準会員の2種類であり、公益法人改革の移行時に旧法人下の会員種別を踏襲している。現在勤務医等を含めた入会率は77%程度であるが、開設医療機関別で見ると、会員診療所の入会率は病院歯科を含む県内歯科医療機関全体の984機関に対して882機関と入会率は89.6%となっている。なお病院歯科を除く歯科診療所では約93%と比較的高い入会率となっている。

会員988名の内訳は正会員987名に対し準会員は1名となっているため、今後は病院勤務医及び会員診療所の勤務医の入会勧奨を積極的に進め、入会率のアップを図ると共に未入会歯科診療所への入会勧奨を郡市歯科医師会と連携し実施しているところである。

（3）30年度診療報酬改定

今回の改定は、2025年に向けて、地域包括ケアシステム構築のための多職種連携の強化、質の高い訪問診療、口腔疾患の重症化予防・口腔機能への対応等を柱としており、自院にとどまらず、病院、在宅、施設、学校等、広範囲にわたり歯科医師の活躍が望まれる内容になっている。社会的な健康機運の高まりと健康寿命の延

伸への期待に、歯科医療が深く関わる可能性を示唆しており、一定の評価ができる。

一方、施設基準の増加・煩雑さ、新しい検査に必要な機器の購入等、実行へのハードルは決して低くない項目も多くみられる。また、必要な届出を行っていない医療機関での基本診療料のマイナス算定は、今後、診療報酬体系における罰則のごとき減算の常態化も招きかねず、注視が必要と思われる。

群馬県歯科医師会

組織基盤の構築および時局問題について

(1) 会員情報管理

本会の会員情報管理については、紙媒体の会員原簿管理から始まり、平成元年にオフコンによる電子化、その後平成15年にWindowsサーバーを用いたシステムを構築、システムをグレードアップしながら平成18年に現在のシステムの基となる新システムを導入し会員情報を管理している。

システム内の会員原簿では氏名・生年月日・住所・診療所名・診療所所在地などの基本情報のほか、医籍番号や出身校、入会日、職歴、表彰歴、役員歴、家族構成等がデータベース化されている。

なお、基礎データの更新は新システム移行時に行ったのみではあるが、2年毎の会員名簿の作成時にはシステム内の住所や診療所所在地等のデータをアウトプットし、全会員より修正の有無等を届け出ている。また、表彰歴や役員歴等は発生時に事務局で更新を行っている。

ただし、歯科医師会以外の公職や表彰歴、家族構成等については漏れている可能性は否めない。今後、会員原簿データをアウトプットし、すべての項目にチェックを入れていただく事も必要かと思われる。

なお、当システムは群馬県歯科医師会とのリンクはしていない。

(2) 入会促進対策

本会における会員種別（正会員）は定款施行規則により次の三種類の会員としている。

- ①第一種正会員（群馬県内において歯科医療機関を開設又は管理する歯科医師、あるいは理事会が承認した歯科医師）
- ②第二種正会員（理事会が別に定めた群馬県内の医療機関を開設又は管理する者）
- ③第三種正会員（第一種正会員が開設又は管理する歯科医療機関又は第二種正会員が開設または管理する医療機関に勤務する歯科医師、あるいは理事会が承認した歯科医師）

また、本県における歯科医師数は1,420名で、内会員数は937名、入会率は66.0%となっている。

入会促進としては、第三種正会員が勤務する歯科医療機関を継承し、第一種正会員になる場合は入会金を免除するという制度を設け、後継者の歯科医師の取り込みを図っている。

現在、本会では特別委員会を起ち上げており、会費の額、会員種別、終身会員の殊遇等を諮問している。

(3) 30年度診療報酬改定

本改定では、「初診料の注1」に代表されるように、基本診療料、特掲診療料ともに施設基準を前提とした項目が新設された。歯科点数表への新規収載については今後も施設基準を前提として採用されることが予想されるが、その要件については、院内診療体制の基本的整備、医科との連携、専門的研修など必要性が明確なもののみであるべきで、多岐にわたる医療設備や歯科衛生士を含めた人員配置を必須とする方向性はいかがなものか。

また、修了証取得形式の研修要件が増えた場

合、これまでの事例から、地区歯科医師会等の負担が過大とならないかと憂慮する。経過措置制度や施設基準については複雑なものではなく、できるだけ簡潔な要件となるように整理していただきたい。特別な医療機器や歯科衛生士におけるインセンティブについては、別途に評価する事項と考える。歯科衛生士の人手不足は深刻であるが、「歯科衛生士にしかできない仕事がある」のは、今後の若い世代の進路選択における「歯科衛生士」への大きなメリットになると考えられるので、歯科衛生士確保のための諸策をより進める必要があろう。

また、他業種においても歯科衛生士が求められてはいるが、歯科医師の関与が除外された他業種への歯科衛生士の流出を阻止するように日歯におかれても注力を求めたい。高齢患者への自己負担額増には異を唱えるが、医療費全体を考えると難しい課題でもある。後期高齢者への医療提供については、全身の疾患の改善における歯科治療の恩恵が広く認められるようになっていっているので、歯周治療や欠損補綴等、フレキシブルな運用ができるように保険制度の改善を期待したい。在宅医療や「骨太の方針」にも盛り込まれている口腔機能管理等の関連項目がさらに普及するように保険制度の簡素化と整備も望まれる。最近の診療報酬改定においては、診療側の実情を汲み取った評価できる改定も行われているので、前述の事項も含めて、日歯にはさらなる活動を期待したい。

山梨県歯科医師会

組織基盤の構築および時局問題について

(1) 会員情報管理

本会では、独自システムの会員データベースで会員情報管理をしている。会員からの諸異動の届出の際は、日歯との連動から所定の「異動届」の提出が主となる。受理後、本会システムへ

の入力後に異動届を日歯に郵送し、日歯においても同様にシステム入力処理するものと推測する。現在の情報技術の時代にして、届出書の郵送作業や県歯・日歯間での2度の入力作業等を考えると非効率的である。効率性を上げるには、日歯・都道府県歯間のシステムの統一化、オンライン化を図るほか選択は無いと思われる。

また、現状では日歯から年1回のもの、数ヶ月に1回のものと紙媒体で多数の管理帳票が郵送されてくる。諸項目を確認するには有意義なものではあるが、氏名や生年月日等が掲載されているため、古くなった管理帳票は焼却やシュレッダー処分する必要性が生じている。

一方、本会としての課題は、日常的な諸異動の会員情報管理よりも、特に表彰等の推薦に必要とされる履歴・経歴等の追加整備手段である。本会関係の履歴（役員・委員等の役職歴、参画協議会委員歴、学校歯科医歴など）は、追加入力作業に多くの時間を要するが問題はない。しかし、本会関係以外の、例えば各地区歯科医師会における市町村関連の協議会等の参画委員歴や被表彰歴等は、把握することが困難である。過去、平成13年に全会員を対象に「会員台帳追加整備」として登録履歴等の確認、及び登録漏れの追加申告の調査を実施したが、それ以降は行っていない。

各都県の対応や取り組みを今後の参考とした

(2) 入会促進対策

山梨県歯科医師会の歯科医療機関の入会率は、県内歯科医療機関数454に対して、会員医療機関数430と、約95%であり、また表1の病院歯科・国保診療所・会員の分院を除く個人立の非会員のみを対象とすると約97%となっている。

表1 非会員の内訳

個人立診療所	22医療機関
病院歯科・国保診療所	7医療機関
会員の分院	3医療機関

また、山梨県歯科医師会の会員種別は、正会員が1～3種、並びに準会員で構成され、以下のように区分されており、また会員種別毎会員数は表2となっている。

- ・第1種 個人立診療所に所属する会員のうち、その責任者
- ・第2種 第1種、第3種、終身会員及び名誉会員以外の会員
- ・第3種 官公私立病院及び診療所に所属する、歯科担当責任者
- ・準会員 会員の就業場所または県内に所在する病院、大学等に勤務する歯科医師

表2 会員種別毎会員数

2018/6/12現在

	会員数	正会員				準会員	診療所数
		1種	2種	3種	終身		
合計	462	388	10	11	53	23	430

山梨県の入会率は他都道府県に比較して高率と思われる。30年程前には新規歯科医院の開設が急増していた時代に、地域によっては適正配置のために入会要件を厳しく規制する動きがあったが、地域差こそあれ徐々に規制も緩和され入会を勧める方向に転換し、入会率もアップしてきている。また、県内に歯科大学が無いこともあり、開設地に無縁での新規開業が少ないことも入会率を維持している要因でもある。ただし、大規模商業施設内やその近隣、新興住宅地での未入会での新規開業、県東部においては都心に本部を置く訪問診療専門医院のサテライト開業が伸延している現状はある。

現在、個人立非会員医療機関に対しては、定

期的に入会案内パンフレットの送付により入会を促しているが、過去においては、非会員医療機関向けにアンケート調査を行ったこともある。「県内歯科医療機関の全てが入会し会員となっていただきたい」という基本姿勢から、医療保険などの情報提供や経営アドバイス、学術・施設基準研修会・講演会の開催による知識と技術の研鑽と向上、福祉厚生など多方面からのバックアップ等、入会することによる医院経営の基盤の向上を説明し、近隣の会員の意見や地区歯科医師会の意向を尊重した上で入会を勧めている。

また、今年度は会員種別の再編や会費についての改革を進めている。その中で女性会員の入会促進を大きなテーマと捉え、入会金を伴わない、また会費の減額などで、特に配偶者の入会を考えている。少子化のなかで、適正な歯科医師数には様々な議論があるが、公益事業を行う歯科医師会の組織力の維持を念頭に、未就業の女性歯科医師の活躍の場の提供にもなればと考える。

(3) 30年度診療報酬改定

H30年度診療報酬改定は、施設基準を中心に、歯科訪問診療への手厚い増点・新設、新病名をもつての歯科疾患管理料への加算、新技術の導入、処置手術に対して解釈の拡大・固定点数の増点等、0.69%の改定率とされるが、その中で、今後の課題、見直しが必要とされる点が見え隠れする改定となった。

中でも、新施設基準（院内感染防止）の初再診料の3点アップは特に憂慮すべきものであるが、その反面、従来の施設基準の維持のために設備投資しなければならない点、算定要件の複雑化、また研修の内容の多様化のため、研修会の主催である歯科医師会ばかりでなく会員にも混乱が生じている。例を挙げれば、「か強診」の

施設基準に、歯科疾患の重症化予防に資する継続管理に関する研修が加わり、その要件を満たすための研修会を企画し既に終わらせている状態にも拘らず、2ヶ月以上経過したつい先日、新たな解釈の追加の通達があった。それ以前に既に要件を満たした研修会については当然認めるべきであると思われる。また、複雑な研修会となる中、会員のスキルアップを目的とした研修会とは別に、日歯監修の施設基準だけを目的とした研修DVDの作製を希望するが、如何か。

歯科訪問診療については、歯科衛生士の在籍する医療機関が増点の恩恵を受け、歯科衛生士の少ない地域との格差が著明となった。

新病名（口腔機能発達不全・低下症）は、歯科疾患管理料への加算点数となったが、検査・管理・指導が複雑・困難なため、算定医療機関がどの程度あるか不透明である。また、口腔機能の低下症ばかりでなく、オーラルフレイル対策にも後期高齢者歯科健診と連動した手厚い診療報酬で担保すべきである。

後期高齢者の負担割合の一律増加については当然反論を示すところである。受診抑制からの疾病の重症化、結果的に医療費の増大を招いてしまうことが危惧される。むしろ、高齢者の口腔機能・咀嚼機能の回復は、健康の維持・全身的疾患（慢性疾患）、及び介護の予防・総医療費の減少等々重要な要素を担っているの、これを充実すべきである。

今後、医療保険料・介護保険料等で切迫する高齢者の生活への更なる負担増は極めて慎重に対応すべきであり、安易な負担の能力の判断は控えるべきである。

東京都歯科医師会

組織基盤の構築および時局問題について

（1）会員情報管理

本会の会員情報管理については、紙媒体の会

員原簿管理から始まり、平成9年に電子化され、現在は両媒体で管理をしている。その情報の基となるのが主に会員本人からの届出であるため、変更等による届出が未提出の場合は、正確に最新の情報が郡市区・都歯・日歯間で共有できているかは不確かである。また、提出された情報のシステム入力の際りや会員情報が不足しているケースもある。

現在、会員から異動届が提出されると、受信順にエクセルデータの一覧表で提出内容を管理し、担当職員がシステムに手入力。この時点で内容に不備があれば地区へ確認し訂正してもらうが、見落として登録してしまう可能性もあるのが問題点でもあるため、ダブルチェックを徹底する等の登録方法の見直しや、システムの改修が必要である。閲覧時は、編集不可のIDでログインするようになっており、さらに詳細を調べる場合は、紙媒体を探し確認している。

特に会員情報は全ての業務に関わってくるため、汎用性のあるシステムを構築し、正しいデータを抽出・活用していくことが必要となるが、現在は会費システムとも連動しており、登録されている情報を基に会費請求をしている。

また、会員を表彰する際に該当者を検索、会員本人宛の郵便物送付先を管理している。なお、一般の方向けには、ホームページ上で会員の歯科医院所在地を公開している。

しかし、役員履歴等、システムには入力せずエクセルデータに入力して管理しているものもあるので、会員システムから一括出力可能になれば正確性も増し、時間短縮にも繋がると思われる。

会員情報を正確に管理するためには、情報更新等の呼びかけが必要であるが、将来的にはネット等を駆使した時代に即したシステムの構築を行う必要があると考え、各県歯の対応を今後の参考としたい。

(2) 入会促進対策

本会の入会率について、都内の歯科医師総数16,395名中、会員数は8,110名（H30.3.31現在）と、約50%である。

その中で、診療所の開設者又は法人の代表者（第1種会員）の入会率は69.8%であるのに対し、診療所の勤務者（第2種会員）は3.3%、医育機関附属の病院勤務者等（第3種会員）は1.9%と、2種会員および第3種会員の入会率は、第1種会員と比較すると極端に低い。

第2種会員の会員数は約170名であり、本会全体の会員数における割合は少ないが、毎年、第1種会員に種別変更する会員は20名以上いるため、第2種会員の加入を促すことで勤務医の入会率を上げると共に、将来の第1種会員の加入率を上げることに繋がると考え、第3種会員を含めて、現在、入会環境の整備について検討中である。

また、臨床研修医を対象とした準会員制度も新たに設けており、将来の正会員に繋げる入会勧奨として、入会促進パンフレットを作成し、都内5歯科大学への説明会や準会員との懇談会等を実施している。

(3) 30年度診療報酬改定

中長期的な視野で良質な歯科医療の提供体制を維持・充実させるためには、歯科医療を正當に評価した歯科診療報酬を実現することが必要である。

今回の改定は、歯科と全身の健康について明らかなエビデンスが語られる昨今、大変注目された。特に初診料の注1の施設基準については「殆どの医療機関は実質基本診療料の引き上げになった」ことは、大変画期的な改定であったと評価される。しかし、一方、施設基準は、個人経営が殆どの歯科診療所に対し、歯科医師の技量を問うのでは無く「お金を出して購入した

多額の設備投資が条件」という実態を国民は知っているのか。しかも施設基準の名称と実態が患者さんにとっては非常に分かりにくいため「誰のための施設基準なのか」と言った質問が会員から上がっている。

そして、施設基準の殆どには「歯科衛生士の雇用」という文言があるが、都市部ではごく一部の歯科医院に歯科衛生士の雇用が集中する傾向があり、各施設基準においては、歯科衛生士の雇用が大きなハードルとなり、歯科衛生実地指導料、訪問歯科衛生指導料、周術期等専門的口腔衛生処置、歯科訪問診療補助加算等々、既に十分なインセンティブが機能しているのではないだろうか。本来、施設基準における歯科衛生士雇用は、努力義務とするのが現実的対応ではないかと考える。

また、後期高齢者の負担割合の増加を検討しているということに対しては、大変、遺憾に思っている。負担割合の増加＝受診抑制を図っているとは思われるが、厚労省が今まで行ってきた負担割合の増加で果たして意図した抑制ができたのであろうか。一時的な抑制は可能だが、本来受診しなければならない諸疾患があるにも拘らず、初期の適切な対応を抑制し、むしろ疾病の重症化を招いた経験が生かされていないように伺える。

第2分科会

テーマ 地域保健の現状および展望について

- (1) 障害者歯科保健の充実
- (2) 歯科衛生士の活用と復職支援

趣 旨

各県歯科医師会における地域保健の現状および展望について、以下の項目の意見交換をしたい。

地域保健の現状および展望について

(1) 障害者歯科保健の充実

センターにおける障害者歯科保健の役割は、地域の歯科医療機関では、対応が困難なスペシャルニーズのある方の口腔保健の向上を担い、診療だけでなく研修会の開催、調査研究・情報収集等が必要だと考える。

(2) 歯科衛生士の活用と復職支援

歯科衛生士の国家資格所有者は全国で約24万人であるが、実際に歯科診療所等で業務に従事している数は、12万人程度（平28年厚労省調査）である。近年口腔ケアに対する重要性が高まり、歯科診療所や介護支援、在宅医療の現場で要求される歯科衛生士は、その資質を問われ、結婚、出産等により離職していた有資格者が看護師職のように、すぐに現場復帰できる環境は整っていないため、リカレントシステムの確立が急務だと考える。



第2分科会発言要旨

テーマ 地域保健の現状および展望について

(1) 障害者歯科保健の充実

(2) 歯科衛生士の活用と復職支援

神奈川県歯科医師会

地域保健の現状および展望について

(1) 障害者歯科保健の充実

本会の障害者歯科事業は、昭和54年度より県の委託事業、昭和59年度より現行である県の補助事業として実施しており、医療提供体制の構築、さらなる発展、充実に努めている。

本県の障害者医療提供体制は、医療機関を一次、二次、三次と診療内容に応じて区分しており、一次医療機関は、所定の研修を修了した会員が属する約540の医療機関、二次医療機関は、県、市町村、地域歯科医師会の相互協力のもと、歯科診療圏、政令指定都市に設置された、静脈内鎮静法を実施できる等、やや専門的な13か所の医療機関、三次医療機関は、主に大学や専門病院で構成された、全身麻酔や入院等に対応できる、専門的で包括的な5か所の医療機関となっており、患者を段階的に診療している。

主な施策としては、1. 医療担当者育成のための研修会の開催（再受講が可能な講義4日と実地見学研修2日。修了した会員には、神奈川県障害者歯科一次医療担当医と認定し、その医療機関を県及び本会のホームページにて公開している）、2. 障害者歯科等に関する実践研究発表の場となる研修会の開催、3. 事業推進のための協議会の開催（障害者団体、県、地域歯科医師会、三次医療機関等で構成）、4. 政令指定都市を除く地域歯科医師会の障害者歯科事業に対する交付金の交付となっている。

今後は、平成23年度の本県における知的障害児・者把握数が53,258人、5年後の平成28年度には67,096人、身体障害者手帳交付者数が同じく257,385人から269,671人と増加傾向にあること、二次、三次医療機関における患者の診療予約状況が、1、2か月待ちとなっている実態もあることに対応すべく、一次医療機関での患者の受け入れ拡大のため、医療担当者のさらなる育成、対応力向上にも力点を置き事業推進を図る。

（２）歯科衛生士の活用と復職支援

会員診療所においては歯科衛生士の求人に対して、求職者が少なく、常に求人倍率が高い状態が続いている。当県には６校の歯科衛生士養成学校が開校されているが、そのうち２校については定員を充足できない状況である。

そこで、本会では（１）主に高校生を中心に歯科衛生士、歯科技工士の職業を周知する事業、（２）現任の歯科衛生士、歯科技工士の資質の向上を図る事業、（３）潜在衛生士の復職を支援する事業を行っている。これらの事業は神奈川県行政の理解を得て、委託事業、補助事業として現在行われている。

（１）では、高校生を中心に歯科衛生士、歯科技工士の職業を知ってもらうために、ドラマ仕立てのDVDを作成し、神奈川県下の高校に配布した。

また、就職を考える学生に対して歯科衛生士、歯科技工士養成校と共同してガイダンスの開催を行っている。

（２）では、歯科衛生士の咽頭吸引と生体モニター・AED操作の実習付きの研修をそれぞれ行っている。（３）では、復職支援講習会を平成21年より、本会事業として毎年開催し、平成26年からは神奈川県行政の委託事業、その後は補助事業として開催をしている。

歯科衛生士の活用については、神奈川県歯科衛生士会と連携協定を平成30年3月に締結をして、今後は組織として連携を進める計画である。

埼玉県歯科医師会

地域保健の現状および展望について

（１）障害者歯科保健の充実

①平成13年（2011年）４月開設の埼玉県歯科医師会口腔保健センターにおいて、埼玉県からの補助を受け、地域の歯科診療所では対応が困難な、障害を持った方の歯科診療を行っている。

平成29年度（2017年度）実績で、一日平均外来31名、延べ患者数7,662名、全身麻酔年間186症例（月平均15.5症例）、静脈内鎮静法年間185症例（月平均15.4症例）、摂食嚥下についても発達障害、中途障害それぞれについて毎月１回の外来診療を行っている。ほとんどが障害者手帳を有する方で、施設のあるさいたま市、近隣の川口市、蕨市、戸田市の方が多く、埼玉県全域からの外来を受け付けている。常勤歯科医３名と非常勤歯科医、常勤衛生士10名、器材管理１名で診療しているが、患者数が多くウェイトイングが長くなっていることが課題となっている。

②埼玉県では、平成８年度（1996年度）から「埼玉県障害者歯科相談医制度」が開始。本会は県からの委託を受け、同相談医を養成するための「障害者歯科臨床研修会」を隔年で開催している。研修修了者には県知事から指定書が交付され、埼玉県HP上で名簿も公開されている。また、平成19年度（2007年度）からは、歯科衛生士を対象とした「歯科衛生士のための障害者歯科臨床研修会」も開催している。これまで指定された歯科医師数は370名であり、上記①とともに５ヵ所の県内公的障害者歯科専門歯科医療機関と連携している。

③埼玉県からの委託を受け、平成27年度（2015年度）以降、歯科医療の機会に恵まれない障害児・者施設、介護保険施設等の利用者の歯科口腔保健の向上を図るべく、それらの施設の職員に対し、歯科口腔保健に関する指導、相談及び情報提供を行っている。

（２）歯科衛生士の活用と復職支援

埼玉県歯科医師会では平成19年度より、大宮歯科衛生士専門学校の協力を得て、PMTTCや歯科材料の実技研修を含んだ無料の未就業歯科衛生士講習会を開催している。また、平成23年

度からは大宮以外の地域でも休日診療所等の施設を利用して講習会を行い、年2回の開催とした。現在までに約400名が受講している。

受講風景は真剣そのもので、居眠りをするような方はいない。また、自分と同じ境遇の者同士での会話、意見交換もでき、講習会の内容と併せて、アンケート調査では大変好評を得ている。

受講者の出身校は全国にわたり、首都圏の地域性として全国から人が集まっていることがわかる。未就業の歯科衛生士はかなりの人数がいると言われているが、個人情報保護法等もあり特定することができない。地元の衛生士学校を出て地元に住んでいるというような環境であれば、同窓会を通じての周知等ができるが、なかなか叶わない。全世帯に配布される行政の広報誌に開催案内が掲載されると参加希望者がぐっと増えるが、常に掲載されるとは限らず、周知に関しての行政の協力がかかせない。

講習会終了後には、なるべく多くの方に復職していただきたいと埼玉県歯科医師会無料職業紹介所による就職相談会も開催しており、参加者が求人票を閲覧する場で、衛生士会職員や医療管理部員が復職を後押しするようにアドバイスをしている。家庭を持っている方が大多数なので、午前中の勤務時間希望が多く、求人側の全日や午後、夕方の勤務希望と条件の差があり、全てがというわけにはいかないが、毎回、数件の就職が成立している。また、ハローワーク等からの紹介で歯科医院に就職した歯科衛生士の中に、過去にこの講習会に参加した経験があるとの話も数件耳にしている。

そして、埼玉県からの委託を受け平成26年度から実施している地域在宅歯科医療推進体制整備事業において、県内30の在宅歯科医療推進窓口及び支援窓口の設置・開設にあたり、7月現在の登録歯科衛生士数は140名になっている。また、支援窓口の歯科衛生士の事業内容等は以下

のとおりである。

①県民からの在宅歯科医療等に関する相談・問合せへの対応

(平成29年度総受付数1,034件)

②拠点に配置している訪問診療機器等の歯科医師への貸し出し

(平成29年度総貸出数976件)

③病院における入院患者の口腔アセスメント実施による口腔状態の把握

(平成29年度実施人数2,623名)

④その他地域包括ケア体制整備、他職種連携等に係る関係諸会議・研修会等へ参加

そのすべてに歯科衛生士を雇用する上においてもこの就職相談会は大いに寄与している。これらのことから、未就業歯科衛生士の復職に少なからず貢献していると言え、これからも継続されるべき事業と考えている。

千葉県歯科医師会

地域保健の現状および展望について

(1) 障害者歯科保健の充実

千葉県歯科医師会では、昭和54年以降、約40年間にわたり、千葉県より、心身障害児・者歯科保健巡回診療指導事業を委託されている。本活動は、巡回診療車（ビーバー号）をもって、県内の障害者の諸施設・通園センターなどを巡回し障害者を歯科疾患から守るための一次予防を重視した活動とするもので、当初は児童施設を対象としたが、後に成人施設、在宅心身障害児・者も対象に加わった。施設職員・保護者に対する歯科保健教育を開始、幼児施設のフッ化物塗布、成人施設でのフッ化物塗布を開始するなど、内容も変化し、現在では、健診のみで終わらないように、個別の保健指導でホームケアの方法を、保健教育で歯科疾患予防に関する啓発を行い、痛くなってからでなく、日常から定期検診と口腔ケアで受診できる「かかりつけ歯

科医」を持つことを勧めている。地域で障害を持つ方の受診を進めるには、一次医療機関の充実と二次医療機関との連携が必要である。一次医療機関に関しては、毎年の障害児・者歯科治療研修会開催と「千葉県歯科医師会心身障害児・者一次受け入れ協力歯科医リスト」の作成を行っている。

二次医療機関に関しては、障害児・者の歯科治療受け入れに関して、アンケート調査を行い、リストを作成してホームページにアップし、会員が利用しやすいようにしている。ピーパー号事業では、年間約2,000名の健診を行うため、データを集計、調査、研究し、障害者歯科学会で報告をしている。日本が超高齢社会を迎え、地域包括ケアシステムが叫ばれる中、高齢者のみでなく障害児・者に関しても、このシステムに含まれることで、障害者福祉の基本理念であるノーマライゼーションも現実化していくものとする。これまで、本会が中心になって活動していた事業を、地域歯科医師会が主体となって動けるシステムにすることで地域を活性化できないか、本年度より特区を設置して試行していく予定である。

また、平成12年度より本会で摂食嚥下指導事業を開始し、平成22年度より、県より「障害児・者のための摂食嚥下指導事業」の委託を受けている。県内全域への知識の啓発と、障害児・者の口腔機能の向上、摂食嚥下指導を行う障害児・者施設の増加、摂食嚥下指導ができる保健医療関係者の増加を期待して、研修会（中央、地域）と症例検討会、施設での指導を行うことで研修システムを構築している。乳幼児から要介護高齢者まで生涯にわたる切れ目のない食支援を目指している。

（2）歯科衛生士の活用と復職支援

厚生労働省の平成28年度衛生行政報告によると、千葉県における就業歯科衛生士数は4,965

名で、人口10万人に対する就業歯科衛生士数は79.62名と全国でワースト6位、1歯科診療所あたりの歯科衛生士数は1.33名と全国でワースト2位という状況である。現在、千葉県内には歯科衛生士養成校が5校あり、東葛地区に2校、千葉市に3校と偏在しており、その影響か千葉県内における歯科衛生士の就業状況も地区による偏在が見られる。とくに千葉県東部や南部における歯科衛生士不足は深刻である。超高齢社会の日本において歯科衛生士の需要は増すばかりで、我々が歯科衛生士の活用を考える以前に、歯科衛生士不足に悩まされている現状である。

この歯科衛生士の需給対策の一環として、平成4年に千葉県歯科医師会の提案により、千葉県歯科医師会ならびに千葉県歯科衛生士会と県内の歯科衛生士養成校から成る千葉県歯科衛生士育成協議会を発足し、県民に対する歯科保健のより一層の普及のために、それを担う歯科衛生士の育成および社会的評価の向上を目的として活動している。

一方で、千葉県歯科医師会では平成5年より未就業歯科衛生士復職支援研修会（通称：リカバリーコース）を実施しており、平成26年度からは千葉県からの委託事業となり、現在では年に4回程度（単日コース、2日間コース、4日間コースなど）開催している。研修会開催に際しては、本会が運営する無料職業紹介所の活用や研修後に会員診療所を見学する機会を提供するなど、受講者の復職を支援している。

しかし、研修会を行うにあたり、その周知に苦慮している。これまでの実績から、千葉県の広報紙である「県民だより」への掲載が今のところ最も効果的であると考えるが、申請しても掲載されないことが多く、他に決定的な方法も見つかっていない。

今年度、千葉県歯科医師会では事務職員として歯科衛生士を採用し、より効果的な歯科衛生

士の活用と復職支援を目指している。

茨城県歯科医師会

地域保健の現状および展望について

(1) 障害者歯科保健の充実

茨城県歯科医師会は、昭和47年から水戸市の茨城県歯科医師会館1階に茨城県身体障害者小児歯科治療センター（現在名称：（公）茨城県歯科医師会口腔センター水戸）を開設し、障害児・者の歯科診療と小児の予防歯科診療を行っています。平成3年には土浦市保健センター1階にも茨城県土浦心身障害者歯科治療センター（現在名称：（公）茨城県歯科医師会口腔センター土浦）を開設しました。しかし、施設面積が狭小で、診療に支障が出始めたため、平成29年11月に隣接地に県の敷地をお借りし、建屋は本会の資金を利用し口腔センター土浦を移転開業しました。

水戸・土浦とも診療内容の特色として、日帰り全身麻酔（土浦は31年度導入予定）及び静脈内鎮静、摂食嚥下リハビリテーションがあります。水戸では、ST（言語聴覚士）さんによる言葉の教室等も開催しています。また茨城県からは、茨城県心身障害児・者歯科診療所運営費補助金として、平成29年度は両センター合計で基準額8,382,000円の補助金を受給しています。また口腔センター土浦においては、他に茨城県からの心身障害児・者歯科診療所設備整備費補助金平成29年度15,407,000円、平成30年度9,705,000円、平成31年度14,332,000円となっております。また周辺8市町村より、平成30年度約6,500,000円の補助金も予定しています。

その他の活動としては1. 障害児・者歯科講演会 2. 障害児・者歯科研修会 3. 摂食嚥下研修会 4. 茨城県特別支援学校主催/研修会（委託事業） 5. 茨城県歯科医学会発表 等を行っています。

(2) 歯科衛生士の活用と復職支援

18歳人口の減少に伴い、歯科衛生士養成機関の学生募集に苦慮する状況の中、ご指摘の通り、他職種との連携医療の一員など歯科衛生士の必要性が高まっています。茨城県歯科医師会は、平成23年度よりホームページを活用し、歯科衛生士リスタートプログラムと題し、無料職業紹介所、復職支援講習会、メールニュースを3本柱とする歯科衛生士復職支援事業を行っています。無料職業紹介所は、歯科医院から求人を募り歯科衛生士が閲覧して応募する従来の方法に加え、歯科衛生士が自分の働きたい条件を登録し、就業を希望するエリアの歯科医院に歯科衛生士情報を流して条件に合う会員を募り、マッチングさせるという方法を取り入れて歯科衛生士の再就職の橋渡しをしています。

復職支援講習会は、平成24年から水戸市の本会立の歯科専門学校を会場として開始しました。講義と実習による約2時間のプログラムで、講習会終了後は希望者に就職相談会を開催しています。当初は年に1回、平成26年度からは年3回、また平成28年度からは、各地からの未就業歯科衛生士の掘り起こしを目的として水戸市で3回の他、県下主要4市で開催し計7回、さらに平成29年度は水戸市3回の他、6市で計9回の歯科衛生士復職支援講習会を行いました。多数回開催に当り衛生専門学校や歯科衛生士会から講師派遣や講習会開催の広告などのご協力をいただいています。

メールニュースはメールアドレスを登録していただいた歯科衛生士に、学会や講習会、歯科医師会や専門学校の行事のお知らせや、無料職業紹介所の求人の更新情報を提供することで、歯科医師会が復職支援事業を継続的に行っていることを周知、また県下の歯科衛生士とのつながりを維持するために活用しています。

栃木県歯科医師会

地域保健の現状および展望について

(1) 障害者歯科保健の充実

本会では、平成6年度より本会会館（宇都宮）の隣地の「とちぎ歯の健康センター」を栃木県から委託され、1階の障害者歯科診療所において障害者歯科診療事業を実施している。年間の患者数は約4,000名である。

診療体制は、専任歯科医師1名（常勤）、会員であるセンター診療所実行委員及び大学病院が輪番で診療にあたっている。

治療については、当センター診療所は全身麻酔の設備はなく、療育機関として治療とともに地域の医療機関で治療が受けられるようにトレーニングを行う、行動変容法を用いた行動調整法による治療を主としており、必要に応じて高次医療機関へ紹介している。

研修の機会としては、当センター診療所が日本障害者歯科学会の臨床経験施設の認定を受けており、指導医による本会主催のとちぎ歯の健康センター研修会の開催や大学病院等の高次医療機関による研修会、日本障害者歯科学会への参加等、認定医・認定歯科衛生士取得のための環境を整備している。

また、現在栃木県では住み慣れた身近な地域の中で歯科医療が受けられるようにするため、障害者歯科医療システムが構築されており、1次医療機関として県内約140名の障害者歯科医療協力医、高次医療機関として大学病院等が登録されている。センター診療所は1次医療機関と高次医療機関の中間組織としてシステムに位置づけられ、地域の医療機関との連携の役割も果たしている。

また、その他の委託事業として障害児通園施設、特別支援学校への永久歯等対策事業、障害者支援施設への歯科健診、口腔ケア指導事業を行っている。なお、本会は県の委託事業全般を

センター関係として受託している。

(2) 歯科衛生士の活用と復職支援

栃木県歯科医師会では、平成9年度より、厚生労働省の認可を受け、会館内に歯科衛生士無料職業紹介所を開設している。実績としては、残念ながら、満足のいくものではない。原因はやはり需給バランスの問題、またリカレントシステムの不備による、求職者の不安が払拭されていないことが考えられる。

そこで、平成27年度より、国の地域医療介護総合確保基金を活用して、県内の未就業歯科衛生士等を対象に『歯科衛生士再就職支援事業』を実施している。具体的には、日常診療に必要な基礎的な実技の研修会、加えて接遇マナーなどの研修会を開催している。

受講者は微増傾向ではあるが、受講者のアンケートなどを分析すると、この事業自体の存在が対象者に十分な周知がなされていないことが窺える。対象者への周知方法として、栃木県歯科衛生士会、または養成校の同窓会などを利用すべきと考えるが、ともに組織率が充分でなく、効果の程が期待を下回っている状況である。今後、ホームページやSNSなどを活用し、対象者への周知を考えている。根本的には歯科衛生士の就業条件の改善が対象者のモチベーションを上げ、事業への興味を上げると考える。介護、訪問の現場などでフレキシブルな働き方が可能となれば、その目的が達成できるのではとも感じている。

群馬県歯科医師会

地域保健の現状および展望について

(1) 障害者歯科保健の充実

○群馬県歯科総合衛生センターの沿革

群馬県では昭和49年に群馬県との委託事業として心身障害児・者歯科診療が開始された。昭和

58年から専任歯科医師1名とセンター委員会の輪番制で週4回となり、その後専任歯科医師の増員や群馬大学歯科口腔外科からの協力医派遣、東京医科歯科大学から歯科麻酔医の派遣をいただく等内容を充実し、その後約30年間は往診車の老朽化等で施設への訪問診療が中止になるなどの変化はあったが、ほぼ同じように推移した。

平成24年に念願であった常勤歯科医師による診療体制が東京歯科大学の協力で整い、同時に歯科麻酔医の派遣もいただき、静脈鎮静法による治療が開始された。この時点で県内障害者治療の1.5～2次の医療機関としての形が整い、センター的な役割を担える形が整った。また日本障害者歯科医学会の認定研修機関の認定も受けた。2年後には歯科麻酔医が常に診療に加わる体制もできたため、平成28年度から全身麻酔の機器を導入し、初年度42名の患者さんを全身麻酔下で処置した。また、平成25年度から各地区に治療や健診等で連携の取れる1次医療機関としての協力医の育成に取り組み、2年コースの研修の後に県歯科医師会として認定させていただいた。現在は2期までで30名認定済み。

○今後の展望

群馬県では平成26年に歯科口腔保健推進計画が策定され、その中で柱の一つとして障害者に対する施策が挙げられている。これまでは歯科健康診断を受ける機会を増やすこと、口腔保健指導を適切に受けられるようにすること、およびそれらの実態調査が挙げられていたが、次年度はその見直しの年になるので今後の5年間に適切な対応ができるように県行政に提言をしたと考えている。

(2) 歯科衛生士の活用と復職支援

平成28年度群馬県の人口は約192万人で、歯科衛生士登録者数は2,046人であったが、未就

業の歯科衛生士もほぼ同数いると推計されている。また県内には歯科衛生士学校が5校あり、平成29年度の卒業者数は210名であった。

歯科衛生士の就業先種別は1位が歯科診療所で1,821名、2位が病院102名で、この1・2位を合わせると94%であった。3位以下は市区町村、歯科衛生士学校、介護老人保健施設、特養老人ホーム、保健所、居宅介護支援事業所などである。

歯科衛生士は20～50代くらいの女性が多いため、結婚・出産・育児・介護などの理由で退職を余儀なくされることが多い。したがって、いかにして離職率を少なくし、休職者を復職に繋げるかが大切な事と考えている。

群馬県歯科医師会では平成23年、25年、26年に職場復帰支援セミナーを行った。午前中に講義を行い午後から実習を行った。

現役の歯科衛生士も参加可としたため、50人前後の参加者があったが休眠歯科衛生士の参加は少なく復職には結び付かなかった。

また、県内太田市では平成27年、28年に太田新田歯科医師会の協力の元、歯科衛生士養成所とその関連の人材派遣紹介会社が2週間にわたって復職プログラムを行った。休眠歯科衛生士が5・6人ほど参加したが復職したのは1人であった。歯科医師会会員がこのプログラム終了歯科衛生士と雇用契約を結ぶと紹介料をこの関連会社に支払うシステムであったため、紹介料が高すぎるという声も多かった。

今後ますます歯科衛生士の需要は増えていくと予想されるが、当会としてもどのような復職支援を行っていくかを模索しているところである。

山梨県歯科医師会

地域保健の現状および展望について

(1) 障害者歯科保健の充実

山梨県が行った「平成27年度障害児・者の歯科保健医療に関する実態調査」の集計報告（回

答率82.1%) から、

○県内の障害者入所施設の7割において歯科検診を受ける機会があり、訪問歯科診療の利用は39.1%との結果であった。

○95.7%の施設で入所者の口腔清掃状況の確認がされており、81.8%の施設で歯磨き指導が実施されているものの、歯科専門職の関与が認められる施設は44.4%にとどまった。

○歯科保健等の指導希望施設は87.0%であり、実技を含む研修の受講希望者が自由記載で多数みられ、研修会開催等の検討が必要であると報告されている。

平成28年度地域医療介護総合確保基金事業の中で「障害者施設職員等に対する歯科医療・介護連携研修事業」を実施した。また平成25年から口腔保健推進事業「障害者等歯科医療技術者養成事業」、県歯事業として摂食嚥下外来に向井美恵先生をアドバイザーとして招き、障害者医療関係者等の資質向上に努めている(年6回開催)。平成30年度は口腔保健推進事業「歯科保健医療サービス提供困難者への歯科保健医療推進事業」として、施設職員等に対して、口腔健康の保持(口腔内清掃、食環境や摂食嚥下機能など)の知識と手技を取得していただき、療養者へ必要な支援を行うことを目的に研修会を計画している(平成30年12月の2日間)。

さらに近年、周産期医療の発展により多くの低出生体重児や基礎疾患を有する新生児が救命され、重症児が在宅生活を送るようになってきており、今後も増加することが予想される。小児在宅歯科医療連携への対応として、在宅療養中の重症心身障害児は、歯科との関わりがなく、医療的ケア児の口腔のニーズは想像以上に多いと考えることから、山梨小児在宅医療連携協議会、山梨県立中央病院小児科との連携を図ることを検討すると共に実態調査を行うことを事業計画としている。

(2) 歯科衛生士の活用と復職支援

山梨県歯科医師会立である山梨県歯科衛生専門学校は、昨年建学50周年を迎えた。本校は県内唯一の歯科衛生士養成施設であり、その果たすべき役割は多岐にわたるが、同時に今後に向けて解決すべき点も多い。

まず、学生の確保が大きな課題となっている。少子化が進む中で近年は定員を下回ることがあり、また中途退学者もいるために、歯科衛生士を育成し、本歯科医師会会員の下への就職サポートと地域の口腔保健に貢献する人材の輩出という使命を果たす支障となっている。

この課題に関しては、①現役高校生の推薦入学枠拡大、②既卒者の入学促進、③本会会員推薦の新設などを軸に、本会会員から募る育成基金および外部財団からの奨学金制度、遠隔地通学手当の支給など学生のサポートを積極的に行っている。

さらには学校ブランド力の強化、アクティブラーニングの促進、国家試験対策などを行い、直近2年は合格率100%となっている。学生確保は財政・運営を左右するために今後も危機感を持って取り組んでいきたい。また、山梨県行政には、歯科衛生士に対しても看護職員、介護福祉士等と同様の修学資金貸与制度の創設を求めている。

次に現在の歯科衛生士の活動の場は歯科医院だけでなく、病院・施設・在宅など多様化してきており、今後、歯科衛生士の需要、活用は益々の増加が予測される。本県の歯科衛生士の勤務状況は、対人口比、対歯科医院数比において、全国中位にあるが、甲府市など中央と比較して地方との格差が生じている。

歯科医療の提供体制整備の中で歯科衛生士の役割が明確になり、さらには『施設基準』に歯科衛生士の配備が要件とされるなかで、本会としても長期的、継続的な勤務ができるよう会員

との提携を図っていきたい。

一方、離職歯科衛生士の復職支援としては、平成18年にスタッフバンク（無料職業紹介所）を設置し、求人会員との橋渡しを行っている。

また、平成26年度には地域医療介護総合確保基金を活用し、「未就業歯科衛生士復職支援講習会（5日間）」を2日間の講習、1日の実習研修、2日間の歯科医院における臨床実習の内容で行った。本校卒業生の中・若年層を対象に988名に案内したところ、25名の受講者があり、最終的に就職斡旋7名、就職者3名と期待したほどの成果は得られなかった。

近年では、定期的開催している歯科医師会、歯科衛生士会、歯科技工士会との合同協議会で、復職支援に関して意見交換を行っており、本年度は同基金事業で、歯科衛生士会が新人歯科衛生士技術支援及び育成・離職防止事業を申請しており、本会も支援する予定である。

歯科衛生士の活躍の場を確保していくためには、就業環境の整備が必要であり、本会では施設基準を満たした診療所の整備とともに、会員の経営基盤の安定から、人への投資できる環境へと考えている。

東京都歯科医師会

地域保健の現状および展望について

（1）障害者歯科保健の充実

本会は、「東京都立心身障害者口腔保健センター」の指定管理者として東京都より管理運営を受託し、診療部門、教育研修部門および情報管理部門を三本柱として事業を運営し、地域の歯科医療機関では対応が困難なスペシャルニーズのある方の口腔保健の向上を担い、診療だけでなく研修会の開催、調査研究・情報収集等を通して障害者歯科保健に取り組んでいる。

診療部門においては、地域で対応困難な障害者や要介護高齢者等、スペシャルニーズのある

方々への歯科診療、予防指導の一層の充実を進めている。特に困難事例への対応として、全身麻酔法や静脈内鎮静法を取り入れた対応や、摂食嚥下機能療法、言語聴覚療法等の対応を進めている。更に医療機関連携の一環として、障害のある方々が住み慣れた身近な場所で、安心して歯科診療や定期的・継続的な歯科健診、予防処置等の口腔衛生管理が受けられることを目的に、一連の診療終了後に紹介元医療機関への返送や、患者の地元地域の医療機関（地区口腔保健センターやセンター登録医、協力医等）への逆紹介を行っている。

教育研修部門においては、「障害者歯科医療の普及と啓発」並びに「障害児・者の口腔保健の向上」を目的に、「個別研修」と「集団研修」を実施している。また、平成28年度からは、障害者施設や特別支援学校等、障害のある人と密接に関連する部署で働く方や保護者等に対して、センター職員が現場に出向いて研修を行う「地域派遣研修」を実施している。

情報管理部門においては、スペシャルニーズのある方々に対する口腔保健医療の普及啓発を目的とした情報の収集、管理及び発信や調査研究を実施し、患者と地域医療とを結ぶ医療連携室の役割強化も進めている。特に平成29年度は、東京都8020運動・口腔保健推進事業「調査研究事業」として、障害者歯科診療の実態を把握する目的で東京都内歯科診療所約10,000施設を対象に障害者歯科診療のアンケート調査およびその報告書を作成し、特別区と市町村での比較や地区口腔保健センターの有無がどのように影響しているかなどを検討して、今後の東京都障害者歯科保健施策の基礎資料とすることとなっている。また、各学会への発表も行っており、平成29年度は台湾障害者歯科学会学術大会国際シンポジウム（平成29年9月9日～10日）、第34回日本障害者歯科学会学術大会（平

成29年10月28日～29日)、第13回東京都福祉保健医療学会(平成29年12月14日)に参加した。

(2) 歯科衛生士の活用と復職支援

歯科衛生士は、超高齢社会を迎え多様化する患者のニーズに応え、他職種との連携を図りチーム医療の一員としてその必要性が高まっている。

しかしながら、臨床現場では、歯科衛生士の需要と供給のバランスが崩れているのが現状であり、休眠歯科衛生士の復職は歯科医療機関だけでなく介護施設等の需要に応えるためにも急務である。

歯科衛生士の再教育には講義だけでなく実技再習得のための医療設備を使用した手技の確認が必要であり、歯科大学や歯科衛生士養成校などの実習施設が必要となる。広く門戸を開いて実施するには経費負担が大きな障壁となる。

本会では平成26年度に歯科衛生士の実態調査を実施したが、その結果を踏まえた東京都独自のリカレントプログラム実施計画策定や都内の大学や養成所が行う歯科衛生士再教育事業に補助金等の支援を要望している。

具体的には平成31年度東京都予算要望に向け、現在、都知事や都議会4党に対して、地域医療介護総合確保基金を活用した事業として、「歯科衛生士の離職防止と再就職支援による人材確保」を掲げ、1) 復職支援としての研修会、2) 広報活動、離職防止に向けた研修会や広報活動ができるよう調整を図っている。

特に一時離職した歯科衛生士の再就職・再教育には、講義だけでなく実技再習得の機会が必須であり、そのためには研修実施機関となりうる歯科大学や歯科衛生士養成校の協力が不可欠となるが、それら研修実施機関の負担を軽減させ、充実した研修を実現させるためにも、その経費への補助等も併せて要望している。

第3分科会

テーマ 会員の事業基盤安定化及び各歯科医師会の厚生事業等について

(1) 医事紛争への対応

(2) 健康増進事業および各種調査の実施

趣 旨

各県歯科医師会における、会員の事業基盤安定化及び各歯科医師会の厚生事業等について以下の項目を意見交換したい。

会員の事業基盤安定化及び各歯科医師会の厚生事業等について

(1) 医事紛争への対応

会員の精神的及び経済的両面の負担を軽減するため、会員の医療行為により生じた医事紛争の処理に関し、会員より委任を受け、解決に向け、その代行処理を行うことが重要であると考ええる。

(2) 健康増進事業および各種調査の実施

歯科医師会会員・家族・従業員等の親睦とコミュニケーションを図るための健康増進事業のあり方や会員診療所の基盤安定化に重要な歯科医療等に関する調査の重要性を考えたい。



第3分科会発言要旨

テーマ 会員の事業基盤安定化及び各歯科医師会の厚生事業等について

- (1) 医事紛争への対応
- (2) 健康増進事業および各種調査の実施

神奈川県歯科医師会

会員の事業基盤安定化及び各歯科医師会の厚生事業等について

- (1) 医事紛争への対応

神奈川県歯科医師会では、医事処理検討部会が医事紛争を担当し、医師賠償責任保険を適用して解決を図っている。

手順としては、まずは会員から書面で報告を受け、当該医療機関、本会役員、本会顧問弁護士、損害保険会社の出席により面談を開催し（内容によって学会専門医の立会を大学に要請）、事実関係の確認ならびに有無責任判定を行う。その後、顧問弁護士が会員の代理人に就任し、患者側との交渉等一切を行っている。

また、事務局内に「会員サポート相談室」を設置し、医事紛争に限らず、会員からの問い合わせ・相談に応じている（専用電話回線、メールで対応）。

さらに本会では歯科電話相談窓口（専用電話回線）を設置し、患者からの相談にも対応している。毎週木曜（午前10時～正午、午後1時～午後4時）に部会役員11名が2名ずつ輪番で患者からの相談、質問等に応じている（相談件数は年700～800件、月60～70件）。

＜これまでに面談への立会を依頼した専門分野一覧＞

日本矯正歯科学会、日本口腔インプラント学会、日本口腔外科学会、日本口腔腫瘍学会、日本歯科心身医学会、日本歯科保存学会、日本歯科麻酔学会、日本歯科薬物療法学会、日本歯周

病学会、日本歯内療法学会、日本障害者歯科学会、日本小児歯科学会、日本レーザー歯学会、日本老年歯科医学会

- (2) 健康増進事業および各種調査の実施

神奈川県歯科医師会には厚生事業を主に行う委員会はないため、それに充当されると思われる分野のものをご紹介します。

＜スポーツサークルへの協力＞

本会には野球連盟（419名）、ゴルフ連盟（76名）、ボウリング同好会（27名）、テニス連盟（42名）の4つのクラブがあり、活動していますが、本会からは協賛金の形で協力をしています。

＜神奈川県歯科医師信用組合＞

神奈川県歯科医師会会員が出資をして組織した金融機関で、昭和25年に設立されました。

会員は入会するとまずここに口座を開設することになりますが、医療整備ローンをはじめとし、住宅、教育、オートなどに様々な商品を提供しています。

特徴としては、この口座からの振り込み及び引き落としには手数料がかからないという点があり、例えば本会はもちろんのこと、県内の地域歯科医師会の会費の引き落としに活用されるなど会員へのメリットは大きいです。

また、セブン銀行の利用にも手数料はかかりません。本店は本会会館の1階にあり支店は現在1店舗ありますが、普段は地区の担当職員が会員の診療所をまわる形で営業を行っております。

その他、各種相談窓口があり、診療所経営についてのコンサルティングなども請け負っています。

＜神歯信栄サービス＞

会員のための保険代理店であり、昭和53年に設置されました。

会員のうち、開設者は本会の医事処理検討部会に加入し、本会を通じて医師賠償責任保険に

加入いたします。

また、取り扱う保険会社には損保ジャパン日本興亜ひまわり生命保険会社と東京海上日動あんしん生命保険株式会社があり、様々な保険に神歯信栄サービスを通じて加入することができます。メリットとしては、団体扱い制度を使うことで保険料を安価にできるという点です。この会社でも様々な講習会等が企画され、県内の地域歯科医師会での開催に協力しております。

いずれにしても、上記の会社組織には神奈川県歯科医師会も出資金や株式を出資しており、関係団体として存在しているので、その運営状況はじめ内情については定期的に報告がなされ、私達が把握できるようになっております。

以上となりますが、当神奈川県歯科医師会の魅力ある側面であると思っております。

埼玉県歯科医師会

会員の事業基盤安定化及び各歯科医師会の厚生事業等について

(1) 医事紛争への対応

本会は明治41年2月12日に11名の会員で発足・設立、今年創立110周年を迎える。当初の医事紛争等に関する記録は残っていない。

現在本会では会員に係わる医事紛争を処理するために医事処理委員会（理事・郡市会長・紛争を直接担当する委員・本会嘱託弁護士2名）を設置している。会員の精神的・経済的負担を軽減するため、医療行為により生じた医療事故及び医事紛争の処理に関し、会員より委任を受け、解決に向けてその代行処理を行っている。医療上の事故に対しては「歯科医師賠償責任保険」で（1）医療上の事故、（2）建物や設備の使用・管理上の事故（医療施設特約）。また「個人賠償責任保険」で（1）日常生活上の事故、（2）住居の使用・管理上の事故に対応している。また、この保険が使えないような事例

に対して弁護士費用として本会で50万円の予算処置をとっている。

1992年に「医療事故を起こさないために」という冊子を作り、その後「医事紛争・苦情等事例集（事例から学ぶトラブルとその対策）」を毎年発行し、患者との人間関係が良好になるよう学習していただいている。良好な人間関係の中でも不可避免的に起こる医療事故・紛争があるので、技術だけでなく対話や自己啓発にも努力していただければと思っている。

最近では医療事故が37件、苦情が27件、計64件で推移している。歯科医師賠償責任保険の支払金額は20年間の平均が1千万円弱である。

1986年8月26日発生の死亡事例（4歳児）

2002年6月15日発生の死亡事例（4歳児）

2010年6月13日発生の死亡事例（2歳児）

(2) 健康増進事業および各種調査の実施

会員に対する事業基盤安定化及び各歯科医師会の厚生事業等に関しての各県歯の取り組みについて、埼玉県歯科医師会では福祉厚生部の担当で、会員の健康増進事業として以下の事業活動を行っている。

埼玉ソフトボール大会、マス釣り大会、森林公園ウォーキング大会、平成28年度より始まった婚活パーティーである。その他、会員親睦の各種スポーツ大会への助成金事業があり、会員の組織する運動部としてゴルフ、テニス、ボウリング、ソフトボール、野球（日本歯科医師野球連盟参加チーム）の会員あるいは会員のご家族そして従業員の皆様が趣味に応じてご参加いただいている大会へ助成金を支出して会員相互の親睦を図っていただいている。

直接福祉厚生部が執行する事業のうち、埼玉ソフトボール大会は5月に開催し、県内19郡市各チームの抽選組み合わせによる対抗戦で、日頃より室内で診療されている会員の先生方に太陽の

下で仕事のストレスを発散していただいている。

7月にはマス釣り大会を開催している。場所は飯能市の名栗湖の隣の有間溪谷観光釣場、毎年定員300名に対しそれをはるかに超える会員やご家族、関係者の方のご参加をいただき、最終的に2割増しで毎回盛大に行われている。中でもマスのつかみ取りはお子様に大変好評で参加者が多数になる為に複数回入替制で行っている。

10月には埼歯健康ウォーキング大会を武蔵丘陵森林公園で開催している。去年は台風のため中止になったが、3年ほど前からはバーベキューも行われ、3キロほどのウォーキングの後いろいろなイベントを楽しみながら食を満たしていただいている。

また、健康増進ではないかもしれないが、会員のご家族や従業員を対象に精神衛生的なサポートとして、一昨年から会員の要望にお応えして始まった婚活パーティーは、昨年までに2回開催している。初年度はお互いのコミュニケーション不足だったが、2回目はその反省を活かし全員参加のゲームをして非常に楽しい雰囲気と笑顔のうちに、参加者相互のスキンシップやコミュニケーションが図られ、参加者の皆さんにとっても満足いただけた。勿論参加者のカップル誕生については今ひとつ満足のいく結果ではなかったが、参加者の皆さんが楽しい時間を共有し、共感を得た上で皆さんの笑顔が見られればそれで良いのではないかと考えているが、これについては今後も検討を重ね開催したいと考えている。

各種調査に関しては実施していない。

千葉県歯科医師会

会員の事業基盤安定化及び各歯科医師会の厚生事業等について

(1) 医事紛争への対応

千葉県歯では、常設の医事処理委員会が会員

の医療トラブルに対応しています。事案発生の連絡が事務局に入ると、委員が当該会員と連絡を取って、まずは初期対応を行います。委員会では毎月開催され、当該会員との面談を行って解決へ向けた適切な助言をします。この場には損保会社の職員にも同席願い、医賠責保険の面からの助言を適時いただいています。

常に早期円満解決を目指しますが、弁護士委任、さらには訴訟に至った場合でも会員を孤独に置くことはありません。インプラント、矯正、歯科麻酔、社保など各分野に精通したメンバーを擁する委員会の総力を挙げて、善良な会員を支えます。ただし、あくまでも当事者は当該会員であり、自らが主体的に案件解決を図ることが大切だということは強調しています。

また、毎週の電話相談や本会ホームページを通して、県民からの意見や相談に対応しており、こちらもトラブル予防の一環として一定の役割を果たしています。

(2) 健康増進事業および各種調査の実施

歯科医師会会員・家族・従業員の健康増進事業に関しては、福祉委員会の廃止に伴い現在県歯事業として実施していませんが、千葉県歯科医師会国民健康保険組合の事業として、健康に関する冊子の発行送付等が行われています。

また県歯の助成事業として3年前に発足した“青年歯科医師の会”の事業としてバーベキュー大会、ハロウィンパーティーを開催し、家族、従業員を含めた親睦を図っています（この事業には45歳以下の会員に限らず多年代の先生方にもご参加いただいています）。

助成事業には“女性歯科医師の会”、“菊花会（終身会員の会）”もあり、それぞれ親睦事業が行われています。

各種調査に関しては、日本歯科医師会から依頼される調査の結果を地区歯科医師会を介し、

会員に報告しています。

さらに、2年に1度「千葉県歯科医師会基本情報調査」を郡市区と市町村に対し実施しており、調査結果に関しては郡市区、行政に送付しています。

茨城県歯科医師会

会員の事業基盤安定化及び各歯科医師会の厚生事業等について

(1) 医事紛争への対応

茨城県歯科医師会（茨歯会）では患者さんからの苦情、相談窓口として、第1・第3木曜日の午後2時～5時まで、3人体制での受付をしている。平成29年4月～30年3月までの受付延べ件数は117件、複数回の相談もある為、実件数は100件となっていますが、その内訳は相談に分別されるものが非常に多くなっている。その他の時間帯に茨歯会事務局で受付けた場合は医療相談担当者の一人に連絡され、その担当者が患者さんの相談をうかがう。

昨年度の相談として特徴的なものが、保険適応の歯科治療で一般的に行われる根管治療・CR充填・歯周治療・有床義歯・Br・CKなどに関する可否の判定や金額についてで、医療事故として処理されるものでも根管内へのリーマー破折や穿孔、気道内への異物迷入、Br・義歯の不適合＝顎関節の異常などに加え、打撲により動揺した前歯の抜歯後にその適否を訴えるケースなど多岐に亘っている。

患者さんへの丁寧で詳細な説明（必要な検査、複数の治療法、効果、リスク、費用、期間など）がより重要になっている事をさらに会員へ周知していく必要があると再認識している。

医事紛争になってしまった場合は、医療事故処理委員会（委員・弁護士・事務局員・保険会社担当者・当該歯科医師とその地区会長）でその経緯、資料を精査し、過失の有無の判定から

その後の対応法を検討していく。相手方の対応に合わせて、こちら側の対応も変わるが、基本的には中立的な立場を堅持する。これは当該歯科医師と患者さんとの関係を出来るだけ良い状態に維持するためである。

会員は初期対応の重要性を認識し、その対応方法をスタッフと共に知っておく必要がある。

(2) 健康増進事業および各種調査の実施

本会では毎年、常任委員会である厚生委員会において、親善地区対抗ゴルフ大会と、地区対抗ソフトボール大会を企画運営している。ゴルフ大会は9月に100人規模で、ソフトボール大会は10月に150人規模で開催している。さらに、テニス、ゴルフ等の趣味の会に対する補助事業を行っている。テニス同好会は年に2回春と秋に大会を開催し、ゴルフ同好会は年に4回コンペを行っている。今年は、関東地区歯科医師親善ゴルフ大会を当県ゴルフ同好会主催で、江戸崎カントリー倶楽部で開催した。

また、会員・家族・従業員レクリエーションとして、毎年開催される県歯科医学会会場で、クラシック奏者による弦楽三重奏コンサートなどを行っている。

各種調査の実施については、本会では昨年度までは実施していないが、今年度は、常任委員会の医療管理委員会において青色申告に関する調査を行う予定である。

栃木県歯科医師会

会員の事業基盤安定化及び各歯科医師会の厚生事業等について

(1) 医事紛争への対応

本会では、歯科医療に関わる苦情・紛争等の処理解決並びに予防対策を図ることを目的に歯科医療安全対策委員会を設置している。委員の構成は業務執行理事の内会長を除く9名及び顧

問弁護士1名となっている。

医療事故処理は、会員及び患者のプライバシーに触れるリスクの高い業務であるため、医療安全対策委員会は守秘義務を遵守し慎重な対応をすることが求められる。よって委員会委員は発生した事例に応じて顧問弁護士・保険会社・担当職員等と緊密な連携の下、適正で迅速な対応をしている。

(2) 健康増進事業および各種調査の実施

歯科医師会会員相互の従業員等のコミュニケーションを円滑にするための健康増進事業の在り方と会員歯科医院の経営安定化に関する調査実施状況を各県歯科医師会にお聞きし、より良い事業・調査に改革するための議論をしたいと考える。

本会では、会員福祉の向上のため2年に1度70歳以上の会員を対象に親睦会（明生会）を実施している。また、ゴルフ部、サッカー部、ボウリング部、女性歯科医師の会等へ助成金を交付している。なお、女性歯科医師の会においては、学術講演会・音楽会等のイベントを年数回開催（女性歯科医師の会会員以外の参加可）し、間接的に本会は女性歯科医師の活動に協力しているところである。

各県歯科医師会がどのような健康増進事業を実施しているのかお聞きし、意見交換したいと思う。本県では、以下の各種調査を行っている。

【会員アンケート調査】

2年に1度会員ニーズを会務に反映するため事業全般について会員全員にアンケート調査を実施し会務運営に活用している。

各県歯科医師会における各種調査の状況と今後必要と思われる調査内容についてご意見をお聞かせいただければ幸いです。

群馬県歯科医師会

会員の事業基盤安定化及び各歯科医師会の厚生事業等について

(1) 医事紛争への対応

当会では医事紛争の処理に関し、直接、会員の代行処理は行っていない。なお、当会では、医療管理委員会の中に、医療安全対策部会を設置し、主に患者さんからのクレームや会員の先生方の医療相談等に対して、常務理事、担当理事、部員6名、相談員5名、弁護士1名、計12名が主に電話対応している。その目的は、患者さんとの信頼関係を回復し、医事紛争を未然に防ぐことにあるが、訴訟に発展しそうな場合は、本会の無料法律相談窓口を通して、本会の顧問弁護士を紹介している。

(2) 健康増進事業および各種調査の実施

各種調査の実施について

群馬県歯科医師会においては、調査に関して現在行っているのは、青色申告採用者調査のみである。この調査は、国税局との協議会において使用している。

「青色申告決算書調査」

日歯から依頼されたものを、人数割で各郡市区へ依頼しているが、本調査に当たった会員が直接日歯に送付しているので、群馬県歯科医師会としては、県独自のデータは把握していない。ただ、郡市区医療管理担当者連絡協議会時に、日歯作成の歯科医業経営内容調査検討資料を、簡単に説明し、各郡市区へ配布している。

「診療行為別頻度調査」「歯科医業経営総合調査」

以上の調査に関しては、群馬県歯科医師会では行っていない。

「地区歯科医師会現況調査」

群馬県歯科医師会においては、機関誌である「群歯」に「郡市区歯科医師会だより」という

コーナーを設け、各郡市区の活動内容等現況報告をさせていただいている。

「歯科助手講習会事後アンケート」

本講習会に従業員を参加させていただいた会員診療所に事後アンケートを行い、次年度の運営や、内容の改善に利用している。

様々な目的をもって各種の調査を行う事は、それぞれの実態や、事業の効果を判断する上で、有効な手段であると思われるが、調査対象数、結果の使い道や、分析能力によっては、調査のための調査になってしまいがちであると思われる。費用対効果等も考慮し、全会員対象に現在行われているのは、青色申告採用者調査のみである。

山梨県歯科医師会

会員の事業基盤安定化及び各歯科医師会の厚生事業等について

(1) 医事紛争への対応

本県では、医事紛争に対応する機関として医療問題対策特別委員会を設置している。構成メンバーは委員として副会長2名、医療保険部理事、医療管理部理事の計4名、オブザーバーとして顧問弁護士1名、顧問会計士1名の6名である。会員からの相談に加え、患者さん及び医院スタッフからの苦情・相談に対応している。実情は会員からの相談は少なく、患者及び医院スタッフからの相談・苦情に対し対応している。ここ数年では医事紛争に発展することは表面化していない。委員会として会員である歯科医師と患者との間に立ち、紛争に至らないよう相談者への丁寧な説明を行い、会員への情報提供並びにアドバイスなどを行っている。担当者にとっては診療時間中に電話応対をすることもあり、時間的部分と精神的な部分とで負担が大きい。

この委員会で受けた相談等の事例を積極的に会員に提供し、医事紛争を起こさないための資料とすることを検討中である。

また、医事紛争に発展しそうな場合は弁護士、会計士のオブザーバーのアドバイスを仰ぎ、会員へのサポートを行うこととしている。

その他、医事紛争・医療過誤に発展しないための対策として、会員への医療安全講習会の開催、個人情報保護を含めた情報提供や指導を進め、カルテ記載の指導に関しては医療保険部で行っている。

(2) 健康増進事業および各種調査の実施

健康増進事業について

かつては県歯主催で会員、スタッフ、家族などの参加による運動会なども開催されていたが、近年は行われていない。現在は会員相互による愛好会的な団体（ゴルフ、テニス、野球、サッカー、自転車など）、また各地区歯科医師会による「ゴルフ大会」など会員、地区歯科医師会独自の運営による活動があり、それが会員の健康増進、会員相互の親睦の機会となっている。また活動状況、大会結果報告など県歯発行の「山梨歯報」（季刊誌）、山歯ウィークリー（隔週発行）に随時、掲載している。

各種調査について

山梨県歯科医師会では過去4回（昭和62年、平成6、14、26年）全会員を対象に「医院経営実態調査」を行っている。その中で、医院経営全般に関する詳細な情報の収集・分析を行っている。調査方法は無記名でのアンケート調査となっているが、さらに個人情報保護の観点から、直近の調査・分析においては、地区別をなくす（会員数の少ない地区では個人が特定される危惧があるため）、分析は第三者に委託するなどの対応改善も行っているが、回収率は調査

当初の7割弱から4割程度に留まっている。また調査結果をもとに会務運営の基本方針、事業の発案、対応する情報の提供に努めている。

また会員の経営状態、また県内の歯科医療の現状について、厚生労働省のHPのMEDIASを用いた分析を行っている。歯科医療費、件数、人口、医療機関数などをクロス集計し、県民一人当たりの医療費、受療率、医療機関の診療報酬収入、平均レセプト数、平均点数などの現状、経年的な推移を分析している。

東京都歯科医師会

会員の事業基盤安定化及び各歯科医師会の厚生事業等について

(1) 医事紛争への対応

本会では、会員に係る医事紛争を処理するための機関として、医事処理常任委員会を設置している。本委員会は、担当副会長、担当理事、委員5名、本会嘱託弁護士1名で構成されており、会員の精神的及び経済的両面の負担を軽減するため、会員の医療行為により生じた医事紛争の処理に関し、会員より委任を受け、解決に向け、その代行処理を行っている。因みに、平成29年度は新規事例18件、解決事例15件であった。

本委員会では、委員に対する研修会も開催しており、最新の治療法等について大学より講師を招き、医事紛争解決に向けた知識の吸収に努めている。会員に向けては、地区歯科医師会からの講師派遣の要請があれば担当理事が地区へ出向くとともに、準会員や新規指定医療機関向けにも講演を行っている。

また、電話による医事相談も週一回行っており、平成29年度は413件の相談を都民より受けた。

(2) 健康増進事業および各種調査の実施

歯科医師会会員・家族・従業員等の親睦とコミュニケーションを図るための健康増進事業のあり方と、会員診療所の基盤安定化に寄与するためにどのような調査を行うことが効果的かを議論する必要があると考える。本会では毎年、厚生文化常任委員会において、コース等を企画・立案し、健康ウォーキングを実施（約2時間8kmの行程）。

また、会員相互の親睦を図るため、囲碁、釣魚、写真、ソフトテニス、軟式野球、剣道、卓球、ゴルフ、ボウリング、アマチュア無線、硬式テニス、軽音楽の厚生文化部（12部）を設けている。部員数は合計698名であり、活動内容は東京都歯科医師会雑誌に掲載している。

【青色申告決算書調査】

日本歯科医師会から依頼されている所得税青色申告決算書の調査結果を基に、毎年、東京都のデータを個別に集計し報告書として、地区歯科医師会を通し、会員へ報告している。

【診療行為別頻度調査】

毎年、会員600名を対象として、6月診療分のレセプトを基に病名、処置内容など各項目の発生頻度を調査し、医業経営参考資料として報告書を作成し、調査協力会員及び地区歯科医師会へ報告している。

【歯科医業経営総合調査】

毎年、全会員を対象として、歯科医業経営に関する調査を行い、医業経営参考資料として報告書を作成し、地区歯科医師会へ報告している。また、本調査では、「会員の声」という記載欄があり、会務運営に反映させ、活用している。

【地区歯科医師会現況調査】

数年に一回、55の地区歯科医師会の現況調査を行い、本会及び地区歯科医師会の様々な取り組みに活用している。

理事会報告

第5回理事会

日 時 平成30年8月9日（木）15時

場 所 茨城県歯科医師会館 会議室

報告者 増本章典

1. 開 会

2. 会長挨拶

3. 報 告

(1) 一般会務報告

(2) 【県ケアマネジャー協会】『北関東ブロック
研修大会inいばらき～ケアマネジメントの温故
知新と最新テクノロジー～』の後援について
例年通り後援することとした。

(3) 茨城歯科専門学校創立50周年記念式典につ
いて

(4) 後援依頼 茨城における小児の発達を支え
る地域リハビリテーションを考える会

(5) 委員会報告

学校歯科委員会、学術委員会、厚生委員
会、社保委員会、医療管理委員会、地域保健
委員会、専門学校

4. 協議事項

(1) 第1回地区会長協議会の提出議題について
承認

(2) HIV感染者歯科医療ネットワーク構築について
承認

(3) 平成30年度長寿祝金の贈呈について
承認

(4) 県西地区事業補助申請「ヘルシー落語講演
会」について
承認

(5) （公社）茨城県歯科医師会口腔センター運
営委員について
承認

(6) 警察歯科協議会「PTSD」講演会の開催に
ついて
承認

(7) 忘年会アトラクションについて
承認

(8) その他
7月豪雨災害義援金について
三役会に一任し、茨歯会から日歯に送金す
ることで承認

○行事予定について

10月18日（木）

10時から

専門学校創立50周年記念式典

（レイクビュー水戸）

14時から

第7回理事会（歯科医師会館）

会務日誌

8月 9日 第3回いばらきスポーツ・健康づくり歯学協議会プロジェクトチーム委員会を開催。国体救護所派遣についての統一見解、ビブスの件、ラグビー競技からの派遣要請、ソフトボール競技救護所派遣要請、のぼり旗・バナー、ポロシャツ、各種競技団体、競技場における出店ブースについて協議を行った。

出席者 荻野茨城SHP委員長ほか6名

8月 9日 第5回理事会を開催。第1回地区会長協議会の提出議題、HIV感染者歯科医療ネットワーク構築、平成30年度長寿祝金の贈呈、県西地区事業補助申請「ヘルシー落語講演会」、(公社)茨城県歯科医師会口腔センター運営委員、警察歯科協議会「PTSD」講演会の開催、忘年会アトラクションについて協議を行った。

出席者 森永会長ほか18名

8月 9日 第1回地区会長協議会を開催。共済制度、1種会員の子息等が施設の管理者となる場合の入会扱い、フッ化物応用推進事業、「いきいき茨城ゆめ国体・いきいき茨城ゆめ大会」及びプレ国体における後方支援協力歯科医院のお願い、復職支援講習会、睡眠時無呼吸症候群に対する茨城県内各地区ネットワーク構築、茨城歯科専門学校学生募集、茨城歯科専門学校衛生士科の就職ガイダンス、女性歯科医師を応援する就業支援サイトの開設、介護保険施設の協力歯科医療機関、茨城県立中央病院「医科歯科連携協議会」並びに「医科歯科連携研修会」の開催について協議を行った。

出席者 小林珂北歯科医師会会長ほか27名

8月 9日 睡眠時無呼吸症に対する地区歯科医師会のネットワーク構築に関する会議を開催し、睡眠時無呼吸症に対するネットワーク構築、各地区でのSAS連携登録歯科医講習会の開催、睡眠時無呼吸症に対する今後の進め方について協議を行った。

出席者 森永会長ほか16名

8月 11日 茨城県・鹿嶋市総合防災訓練が鹿嶋市カシマサッカースタジアムほかにて開催される。四師会関係団体はスタジアム隣接のスポーツセンターにて医療救護活動、避難所巡回診療などの訓練を実施した。

出席者 森永会長ほか6名

8月 21日 摂食嚥下研修会の第2回目を開催し、「哺乳・離乳・自食機能の発達とその障害」について研修を行った。

受講者 81名

8月 22日 総コンシステム研修会がホテルテラスザガーデン水戸にて開催され、電子申請システムほかについて研修が行われた。

出席者 須能

- 8月22日 歯科専門学校にて第2回体験入学を実施。学校施設説明などを行い、歯科衛生士科に28名、歯科技工士科には5名の参加があった。
- 8月23日 第5回歯科助手講習会を開催。「歯科技工」「技工材料の取扱」について講義を行った。
受講者 46名
- 8月23日 第3回地域保健委員会を開催。高齢者よい歯のコンクール予備審査、歯科保健賞予備審査、禁煙支援研修会、生活習慣病対策研修会、出前教室、県民歯科保健大会、全国歯科保健大会、フッ化物応用推進事業、健康づくりキャンペーン・生活習慣病予防フォーラム出展、禁煙支援研修会について協議を行った。
出席者 北見地域保健部長ほか11名
- 8月23日 第5回広報委員会を開催。会報9月号の校正、会報10月号の編集について協議した。
出席者 柴岡広報部長ほか6名
- 8月23日 禁煙支援研修会を開催。「受動喫煙に関する正しい知識～加熱式タバコの問題点」と題して東京都医師会タバコ対策委員長 村松弘康先生が講演された。
受講者 52名
- 8月25日 県病院歯科医会総会が県南生涯学習センターにて開催され、参加病院近況報告等が行われた後、茨城県病院歯科医会会則の改正承認の件ほかについて協議が行われた。
出席者 渡辺専務
- 8月26日 第4回社会保険正副委員長会議を開催。第5回委員会、施設基準研修会、疑義、指導、理事会、審査内容について協議を行った。
出席者 榊社会保険部長ほか2名
- 8月26日 第5回社会保険委員会を開催。指導、審査内容、理事会について協議を行った。
出席者 榊社会保険部長ほか21名
- 8月26日 施設基準の届出に必要な研修会を開催。「院内感染防止対策」、「偶発症に関する緊急時の対応、医療事故等の医療安全対策」、「歯科疾患の重症化予防に資する継続管理」、「高齢者の心身の特性、口腔機能の管理」の内容について日本大学松戸歯学部歯科外科系口腔外科講座教授の小宮正道先生が講演され、受講者に受講証を発行した。
受講者 162名
- 8月27日 平成30年度第1回市町村歯科口腔保健支援研修会が県立健康プラザにて開催され、歯科疾患と全身疾患についての講演などが行われた。
出席者 藤田
- 8月29日 新規指定保険医療機関に対する個別指導が厚生局茨城事務所にて実施された。
対象医療機関数 4
- 8月29日 県医療審議会が県庁舎にて開催。保健医療計画部会では地域医療支援病院の名称使用承認ほかについて協議され、医療審議会では地域医療介護総合確保基金事業に係る平成29年度事業の事後評価について協議が行われた。
出席者 森永会長
- 8月30日 いきいき茨城ゆめ国体・ゆめ大会強化選手・候補選手に対して歯科健診およびマウスガー

ド提供事業を実施するにあたり、健診票・作製券の贈呈式が県庁舎にて行われた。

出席者 森永会長ほか3名

- 9月 1日 第2回医療管理委員会を水戸市内にて開催し、歯科助手講習会、復職支援講習会、スタッフセミナーについて協議を行った。

出席者 大字医療管理部長ほか8名

- 9月 1日 第4回厚生委員会を土浦市内にて開催し、第40回親善ゴルフ大会について協議した。

出席者 増本厚生部長ほか9名

- 9月 6日 茨城歯科専門学校戴帽式を挙行。歯科衛生士科2年生48名が征矢校長から戴帽の儀を受けた。

出席者 193名

- 9月 6日 臨床実習講師会を茨歯会館にて開催し、平成30年度臨床実習について協議を行った。

出席者 征矢校長ほか43名

- 9月 6日 第40回茨歯会親善地区対抗ゴルフ大会を霞ヶ浦カントリー倶楽部にて開催。団体戦の結果は土浦石岡歯科医師会が優勝、準優勝は鹿行歯科医師会、3位は茨城県つくば歯科医師会となった。個人戦では安喰宣浩氏（茨城西南歯科医師会）が優勝、準優勝は佐川武義氏（珂北歯科医師会）、3位は和田勉氏（日立歯科医師会）であった。

参加者 97名（会員90名、招待者ほか7名）

- 9月 6日 第4回地域保健委員会を開催。高齢者よい歯のコンクール審査会について協議を行った。

出席者 北見地域保健部長ほか9名

- 9月 6日 保険医療機関に対する個別指導が厚生局茨城事務所にて実施された。

対象医療機関数 6

- 9月 6日 8020高齢者よい歯のコンクール審査会にて、応募のあった100名の高齢者について審査を実施。最優秀には阿見町の工藤勝男さんが選ばれた。

出席者 杉山県長寿福祉課長ほか16名

- 9月 6日 茨城県歯科保健賞審査選考委員会を開催。候補として申請のあった個人2名、団体3件、に対し審査を行い、団体の部より社会福祉法人垂紀会あさひ保育園を選出した。

出席者 杉山県長寿福祉課長ほか13名

- 9月 6日 第1回センター運営委員会を開催。平成30年度事業経過ほかについて報告を行った。

出席者 森永口腔センター運営委員長ほか11名

- 9月 9日 介護保険講習会をつくば市役所で開催し、「要介護高齢者の口を支える視点：認知症高齢者を中心に」と題して地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター 歯科口腔外科部長 平野浩彦先生が講演された。

受講者 50名

- 9月 12日 新規指定保険医療機関に対する個別指導が厚生局茨城事務所にて実施された。

対象医療機関数 6

- 9月 13日 スタッフセミナーを取手市にて開催。「接遇マナー・意識向上」について元日本航空客室乗員訓練部教官・政府専用機初代担任教官 小原孝子先生が講義された。

受講者 31名

9月13日 歯と口の健康に関するポスターコンクールの第1次審査を茨歯会館にて実施。県内の小・中学校より集まったポスター654点に対して審査を行い、小学校60点、中学校36点、特別支援学校13点の作品を第2次審査会に向けて選出した。

出席者 千葉学校歯科部長ほか10名 美術学識経験者2名

9月13日 第2回学校歯科委員会を開催。更新研修会、学会への参加、次年度学校歯科保健研修会の講師、全国学校歯科保健研究大会でのポスター発表、歯・口の健康啓発標語コンクール、今後のポスターコンクールについて協議を行った。

出席者 千葉学校歯科部長ほか10名

9月13日 第6回広報委員会を開催。会報10月号の校正、会報11月号の編集、入稿から発行までの手順について協議を行った。

出席者 柴岡広報部長ほか6名

9月18日 第3回摂食嚥下研修会を開催し、「摂食嚥下機能訓練の実際①」について研修を行った。

受講者 78名

9月19日 歯と口の健康に関するポスターコンクール第2次審査会を開催。県内小・中学校から応募のあった654点の中から第2次審査に残った小学校60点、中学校36点、特別支援学校13点について審査を行った。

出席者 千葉学校歯科部長



平成30年度日歯生涯研修セミナー(茨城会場) 歯科医療の原点と将来を見据えて ～今求められる口腔健康管理～

学術委員会 中川 威

平成30年8月5日(日)、茨城県歯科医師会館にて日歯生涯研修セミナーが開催されました。

今年度は「歯科医療の原点と将来を見据えて」というメインテーマのもとに二つの分野に分けて実施されました。



茨城県では「今求められる口腔健康管理」の分野を選択し、「最先端のバイオフィルム管理法」(天野 敦雄先生)、「開業医にもできるがん患者の口腔健康管理」(杉 政和先生)両先生のご講演をいただきました。「口腔健康管理」というキーワードに基づきつつも全く異なった分野のお話を聞くことができました。

また、今回はサテライト受講ということで神奈川県歯科医師会とインターネット回線でつなぎ生中継をしました。回線の状態の影響などもあり万全とは言えませんでした。今後の方向性を決定づける重要なセミナーとなりました。今後はE-systemを利用したe-learningとともにネットをう

まく活用してより効果的・効率的な研修ができるようになるものと思われます。

天野先生には、歯周病の病因としてのバイオフィルムについて最新の知見や、画一的に治療・指導するのではなくバイオフィルムを形成する細菌による病原性の違いとそれに応じた治療・メンテナンス方法が必要であるということをご講演いただきました。

杉先生は、がん患者であっても開業医レベルで充分に対応可能であり、食べられる口腔状態の維持が重要であるということ、歯科のない病院では歯科的な対応がほとんど成されておらず、入院から在宅へとシフトされている現状では開業医が口腔健康管理を行うことがますます必要になっているという講演でした。



以下に、今回のセミナーのまとめを掲載いたします。

●歯科医療の原点と将来を見据えて●

～今求められる口腔健康管理～

最先端のバイオフィルム管理法

大阪大学大学院歯学研究科口腔科学専攻口腔分子免疫制御学講座 予防歯科学教室 教授 天野 敦 雄

はじめに

21世紀には「削る・詰める」だけではなく、「防ぎ・守る」口腔健康管理の歯科医療が求められている。歯周病は感染症である。患者毎にバイオフィルムの病原性は違う。同じ患者でも、バイオフィルムの病原性は絶えず変化し、高まる。そのメカニズムを知れば、バイオフィルムの病原性を管理できる。歯周病から患者さんを「防ぎ・守る」歯科医療は難しくない。口腔健康管理を始めてみよう。

1. 変貌する歯科医療：口腔健康管理の歯科医療

20世紀の歯科医療は、いかに精巧に「削る・詰める・かぶせる」を競った高度リハビリテーション医療であった。21世紀には「削る・詰める・かぶせる」に加え、「防ぎ・守る」ための口腔の健康管理が求められている。しかし、今なお世間では、歯科医院は痛くなったら行く所と思っている節がある。20世紀の歯科医院でよく聞かれた「さあ治りましたよ。また痛くなったら来て下さいね。」のフレーズが当時歯科治療を受けた今の大人たちの耳にしっかりと残っているせいかもしれない。これからは、かかりつけ歯科医をもつことで健康長寿が得られることを多くの方に知っていただかなければならない。

私達の体は食べたもので出来ている。何を食べるかは体の運命を決める重大事である。何でも食べられるためには健康な口（健口）が必須である。おいしく、楽しく、健やかに食べることで、よりよく暮らし生きることができる。加えて、口の不健康は全身の不健康を招くことが分子基盤と共に解明されつつあり、健口が健康長寿に大いに貢献していることが常識になってきた。口腔健康管理の歯科医療展開の機は熟した。

2. 歯周病のバイオロジー：なぜ歯周病は起こるの？

1) 歯周病菌の定着

細菌 DNA 検査法による過去20年の臨床研究の結果、学童期に歯周病関連菌の口腔定着が始まることが示された。バイオフィルム中の歯周病関連菌の構成はピラミッドで表現されている¹⁾。ピラミッドの頂点に君臨するレッドコンプレックスが定着しているかどうかバイオフィルムの歯周病原性を決するポイントである（図1）。代表的歯周病菌 *Porphyromonas gingivalis* (*P. gingivalis*) の定着は最も遅く、18歳以降に感染する。そして、20歳代に個人バイオフィルム細菌叢がおおよそ完成すると考えられている（図2）¹⁾。



あまの あつお

昭和33年	7月	高知県出身	
昭和59年	3月	大阪大学歯学部 卒業	
昭和59年	4月	大阪大学歯学部予防歯科学講座 研究生	
昭和62年	5月	大阪大学歯学部予防歯科学講座 助手	
平成4年	8月	ニューヨーク州立大学歯学部 Buffalo 校 研究員	
平成9年	4月	大阪大学歯学部附属病院障害者歯科治療部 講師	
平成12年	4月	大阪大学大学院歯学研究科口腔分子免疫制御学講座	口腔生物学 教授
平成23年	4月	大阪大学大学院歯学研究科口腔分子免疫制御学講座	予防歯科学 教授
平成27年	4月	大阪大学大学院歯学研究科長・歯学部長	
現在に至る			

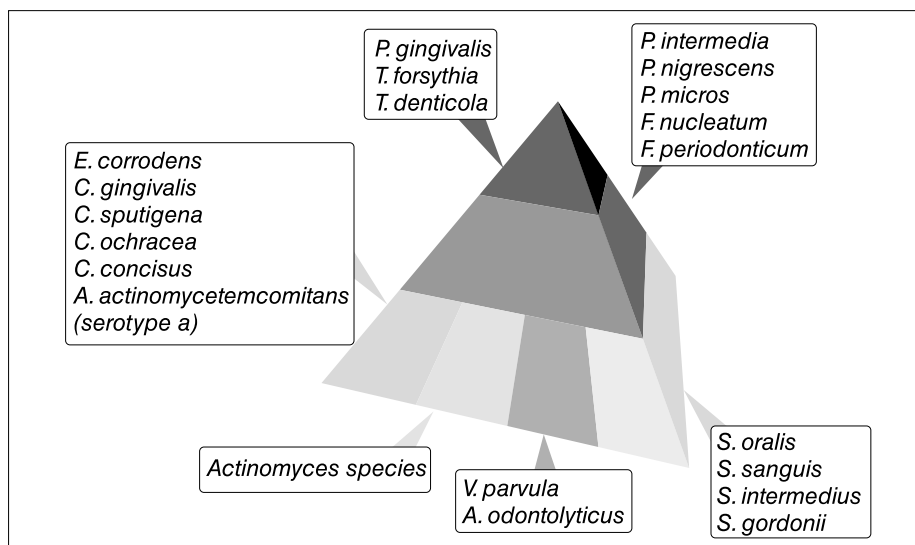


図1 歯肉縁下細菌叢ピラミッド（参考文献²⁾より引用改変）

歯肉縁下細菌叢は3階層に区分されたる6つのプラーク細菌共生集団に分類されている。

最下層：常在菌と弱毒菌，中層：低病原性歯周病菌，最上層：レッドコンプレックスと称される高病原性歯周病菌

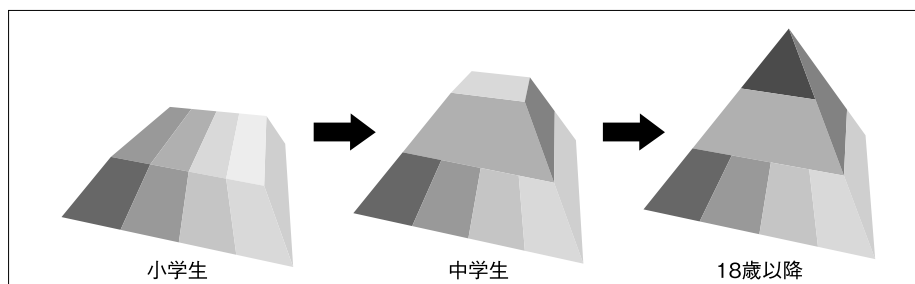


図2 ピラミッドの完成時期（参考文献²⁾より引用改変）

年齢とともにピラミッドの階層が増え，18歳以降に *P. gingivalis* が感染し，最上層が構築されピラミッドは完成する。

2) 歯周病の未病段階：バイオフィルムと歯周組織の間の均衡

歯周病菌ピラミッドが完成しても，歯周病は中年期まで発症しないことが多い。これはバイオフィルムの病原性と歯周組織の抵抗力の間に均衡が保たれているからである²⁾。均衡が保たれる理由は，歯周組織が若く抵抗力が高いこともあるが，バイオフィルムの病原性が低いことも大きな理由である（図3）。低病原性バイオフィルムでは歯周病を起こせない。

3) 歯周病発症の時：バイオフィルムの高病原化

バイオフィルムの病原性はずっと一定なわけではない。磨き残されたバイオフィルムの病原性はだんだんと高まる。理由のひとつは，細菌の栄養共生である。バイオフィルム細菌は他の菌の代謝産物（排泄物）を栄養素として相互利用し，お互いの病原性を高める。そして，病原性が高まったバイオフィルムが歯周組織に炎症を起こす²⁾。

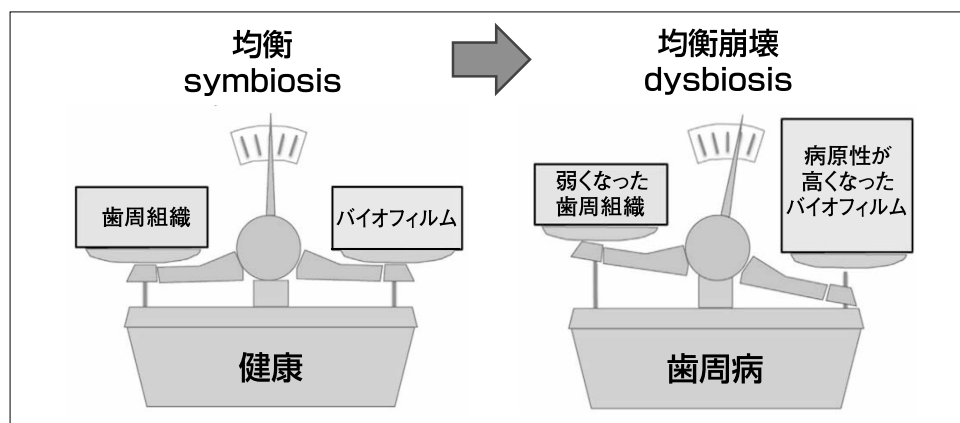


図3 歯周病の発症原因

「バイオフィルム vs 歯周組織」の均衡崩壊が歯周病発症の原因であり、プラークの高病原化が均衡崩壊の大きな原因である。

4) 歯周病進行の時：歯周ポケット内の栄養環境の変化

歯周組織の炎症が慢性化すると、歯周ポケット内面（歯肉内縁上皮）に潰瘍が形成される。ポケットプロービング時の出血こそ潰瘍面形成の証しである（図4）。歯周ポケット潰瘍面からの出血を機に、血液中の鉄分とタンパク質を取り込んだ *P. gingivalis* は増殖し、バイオフィルムの病原性を大きく高める。歯周病菌と歯周組織の均衡が崩れたこの時、歯周病の本格的な進行が始まる（図3）。「歯を磨くと血が出た」を軽い気持ちで見過ごしてはいけないことを患者に伝えていただきたい。

5) 歯周病発症へのロードマップ

歯周病発症はバイオフィルムが長い年月をかけて高病原化することによって起こる（図5）。バイオフィルムと歯周組織との戦いは、歯周治療によりバイオフィルムと歯周組織の均衡が取り戻されるまで続く。歯周病に自然治癒や投薬・貼薬だけによる治癒はない。

図4 Bleeding on probing の原因
(参考文献²⁾より引用改変)

ポケットプロービング時の出血はポケット内の潰瘍面由来である。

3. 歯周治療のバイオロジー：目標はポケットを浅くすることですか？

1) 歯周基本治療の目標

歯周治療の目標は、歯周ポケットを浅くする、アタッチメントレベルの回復、骨レベルの改善、あるいは付着歯肉幅の回復、と言われている。しかし、歯周基本治療の最も大事な目標は歯周ポケットを浅くすることではない。病気の治療とは、病気の原因を取り除くことである。歯周病の

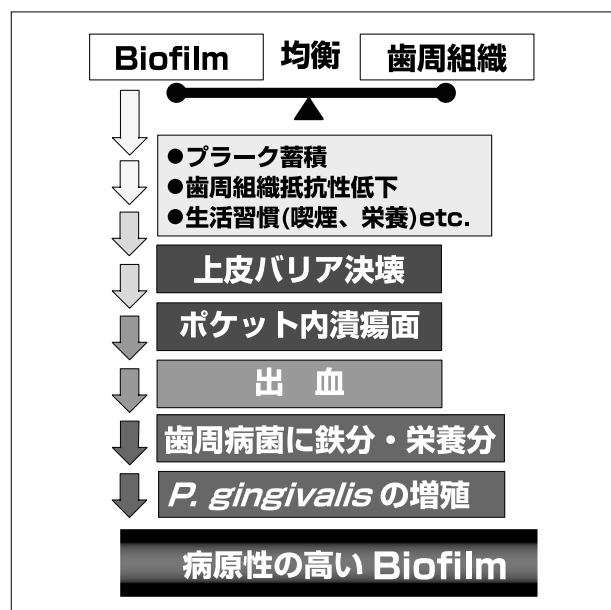


図5 歯周破壊へのロードマップ

バイオフィルムの高病原化により歯周病は慢性化し進行する。

原因は高病原化したバイオフィルムである。歯周炎発症へのロードマップを逆に辿り、バイオフィルムの病原性を歯周病発症前のレベルに戻すことが目標となる。そのためにはポケット内潰瘍面を閉鎖し、歯周病菌の栄養である血液の供給を断たなければならない。栄養環境の変化により、歯周病菌は飢餓状態に陥り、バイオフィルムの病原性はかつての低い状態に戻る。「歯周病菌と歯周組織の均衡」を取り戻すことによって、歯周状態も昔の状態に戻ってくる。当然、歯周ポケットも浅くなる。

2) 歯周基本治療

通常の歯周基本治療によって歯周ポケットの出血を止めることができる。歯磨き指導、スケーリング、ルートプレーニングに始まり、生活習慣指導、メンテナンスと続く。ルートプレーニングには熟練のテクニックが要求される。未熟な技では出血は止まらない。歯周基本治療によって歯周

ポケット内の歯周病菌を完全に駆逐することは困難だが、歯周ポケット内の細菌量は大幅に減少する。歯周病菌の量が減れば、歯周組織の創傷治癒力がバイオフィルムの病原性を上回り、潰瘍面の閉鎖が始まり出血は止まる。

4. 歯周管理のバイオロジー：目標は100%磨き？

1) バイオフィルムの病原性判別

歯周炎は慢性歯周炎という診断名で包括されるが、超音波スケーリングだけで簡単に良くなる歯周炎もあれば、手を尽くした治療が必要な重症のものもある。これは宿主の感受性にも依るが、バイオフィルムの病原性に大きく関係している。

個々の患者のバイオフィルムの病原性判別には細菌検査が最も適切な検査である。しかし、歯周基本治療への反応性の良し悪しでバイオフィルムの病原性を推測することも出来る。バイオフィルムの病原性を見分けられれば、オーダーメイドの歯周管理が可能となる。

2) *P. gingivalis* の高病原性遺伝子型

全ての *P. gingivalis* が同じ歯周病原性をもっているのではなく、本菌の線毛遺伝子の型によって歯周病原性は異なる。*P. gingivalis* の菌体表面には線毛とよばれる毛が生えている。線毛はこの菌の最も外側に位置するため、*P. gingivalis* の口腔への感染、歯周組織内への侵入、炎症誘導などに関与する重要な病原因子である。線毛遺伝子には異なる6種類の型がある。6種類の中で、Ⅱ型線毛の歯周病原性は極めて高い。Ⅱ型線毛をもつ *P. gingivalis* に感染している患者は、そうでない場合に比べオッズ比にして44.44倍の歯周炎発症リスクがあることが示されている²⁾ (表1)。

表1 *P.gingivalis* 線毛遺伝子型と歯周炎発症リスク

線毛型	オッズ比
I 型	0.16
Ib型	9.21
II 型	44.44
III 型	1.96
IV 型	13.87
V 型	1.40

3) バイオフィルムの病原性に応じたブラッシング指導

20世紀の歯磨き指導は Plaque control record を低くする、つまりバイオフィルムを徹底的に取り除くことを目的としたものであった。バイオフィルムの病原性には個人差があるにもかかわらず、それとは関係なく全ての人に丁寧に磨くようにと指導してきたわけである。

患者のバイオフィルムの病原性によってメンテナンス（歯周管理）の質と頻度は異なってくる（図6）。バイオフィルムの病原性が低い患者は、歯磨きがうまく出来ていなくても歯周病の急速進行や再発の可能性は低い。定期的なプロフェッショナルクリーニングで不十分なセルフケアを補える。そのような患者に100%歯磨きを指導することは無駄な労力ではないだろうか。ブラッシング指導は決して楽ではない。エコな指導が良いにきまっている。

4) 生涯メンテナンス

歯周管理は生涯メンテナンスである。患者の生涯にわたって、健口を見守る口腔健康管理である。バイオフィルムの病原性を判定（あるいは推測）し、歯周病を見分けることによって、患者毎のオーダーメイドの歯周治療、メンテナンスを立案・実施していただきたい。

どの患者さんにも
同じブラッシング指導・同じ歯周管理
をしませんか？



図6 バイオフィルムの病原性に基づいた歯周管理

プラークの量が多いから歯周病再発リスクが高いわけではない。バイオフィルムに病原性の高い歯周病菌がいるかどうかでプラークの病原性は変わる。

5) 生活習慣にも目を配る

口腔健康管理の実践のためには、口腔内の危険因子だけではなく、歯周病の発症・進行に強い影響をもつ環境因子にも注意を払いたい。喫煙や飲酒などの生活習慣や歯科の知識・教養に加え、ストレスや歯磨き習慣についても患者の日常を知り、必要ならその日常を変える心構えが求められる。山あり谷ありの患者の人生に寄り添って口腔の均衡バランスを守り、「人生の終わりまでおいしく食べられましたよ」と言っていただけるようになりたいものである。

参考文献

- 1) 天野敦雄, 村上伸也, 岡 賢二編: ビジュアル 歯周病を科学する. クインテッセンス出版, 東京, 2012.
- 2) 天野敦雄: 歯科衛生士のための21世紀のペリオドントロジーダイジェスト. クインテッセンス出版, 東京, 14-101, 2015.

●歯科医療の原点と将来を見据えて●

～今求められる口腔健康管理～

開業医にもできるがん患者の口腔健康管理

石川県開業 杉 政 和

はじめに

われわれ開業医にとっては、がん患者の歯科治療というだけでハードルが高く思えて、対応をためらいがちになることがある。しかし、がん患者の口腔トラブルの病態や、治療だけにこだわらない口腔健康管理の方法を理解すれば、開業医でも十分に対応できる場合が多い。本セミナーでは、がんの経過に伴う口腔健康管理の留意点、口腔トラブルの病態と対応方法、多職種連携などについて解説する。

1. すべてのがん患者に口腔健康管理が必要とされている

1) がん支持療法としての口腔健康管理

近年、がん医療においてはがん治療だけでなく、がん治療を支えるがん支持療法の重要性が指摘されるようになってきた。がん治療やがんの進展に伴って、口腔内にも色々な副作用や合併症などの口腔トラブルが発症することがあり、経口摂取困難のために低栄養となる結果、がん治療が中断したり、患者のQOLが低下するなど、がん治療そのものに大きな影響を及ぼすことがある。そのため、口腔トラブルの症状を緩和し、がん治療の完遂とがん患者のQOL向上を図るためのがん支持療法の充実が望まれている。ただ、口腔トラ

ブルの症状を緩和するには、歯科治療だけや口腔のケアだけでは不十分で、治療やケア、さらには予防やリハビリテーションなどを広く含む器質的、機能的な口腔の管理（口腔健康管理：表1）が必要になる¹⁾。がん支持療法として口腔健康管理を行う目的は、口腔トラブルの可及的な予防と、発症した口腔トラブルを緩和することによってがん治療中も「食べられる」口腔状態を維持することにある。

2) 開業医ががん患者の口腔健康管理を行う意義

現在、がん治療前の周術期等口腔機能管理は歯科を併設する病院内では頻繁に行われているが、病院の約8割をしめる歯科のない病院では、開業医との周術期等口腔機能管理はあまり行われていない。また、周術期等口腔機能管理はがん治療が始まる前に行われるもので、がん治療やがんの進展に伴う口腔トラブルへの歯科医療としての対応はほとんどなされていないのが現状である。したがって今後、全国の歯科医療を担う開業医が、がん患者の周術期等口腔機能管理や口腔トラブルに対して口腔健康管理を行うことができれば、口腔症状についてのがん支持療法は質的、量的に飛躍的に向上し、がん治療の完遂と患者のQOLの向上にも大きく貢献することになるのである。



すぎ まさかず

昭和27年1月 石川県出身
昭和52年3月 大阪大学歯学部卒業
昭和52年4月 大阪大学歯学部口腔外科学第1講座入局
昭和63年4月 文部省在外研究員（ドイツ、ヴェルツブルク大学口腔顎顔面外科勤務）
平成2年12月 大阪大学講師（歯学部附属病院第1口腔外科）
平成6年7月 石川県金沢市にて開業
平成25年7月 （公社）日本歯科医師会学術委員会委員
現在に至る
（公社）日本口腔外科学会専門医、指導医

表1 口腔健康管理（文献²⁾より引用改変）

口腔健康管理			
口腔機能管理	口腔衛生管理	口腔ケア	
		口腔清掃等	食事への準備等
う蝕処置 感染根管処置 口腔粘膜炎症処置 歯周関連処置* 義歯関連処置 抜歯 ブリッジや義歯等の処置 ブリッジや義歯等の調整 摂食機能療法 など	バイオフィルム除去 歯間部清掃 口腔内洗浄 舌苔除去 歯石除去 など	口腔清拭 歯ブラシの保管 義歯の清掃・着脱・保管 歯磨き など	嚥下体操指導 （ごっくん体操など） 唾液腺マッサージ 舌・口唇・頬粘膜ストレッチ訓練 姿勢調整 食事介助 など

* 歯周関連処置と口腔衛生管理には重複する行為がある

2. がんの経過と口腔健康管理

がんの経過を時期別に分けると、図1に示すように、診断期、治療期、再発・転移期、終末期に大別されるが、それぞれの時期の病態は異なるため、口腔健康管理の内容も異なってくる¹⁾。

1) 診断期

これから始まるがん治療に備え、治療の副作用や口腔合併症の出現を予防するための口腔健康管理を行う。がん治療を行う医科医療機関と必要な連携ができれば、「周術期等口腔機能管理」としての保険点数の算定が可能となる。したがってこの時期の口腔健康管理の目標は、口腔内の感染源となり得るものを可能な限り除去することと、今後のがん治療中に起こり得る口腔症状について患者にわかりやすく説明することである。

2) 治療期

がん治療の完遂をめざすための管理を行う。化学療法や放射線療法の副作用としての口腔粘膜炎

への対応が最も重要で、その他にも口腔乾燥症や味覚障害などの副作用が発症することがある。したがってこの時期の口腔健康管理の目標は、口腔内の感染源となり得るものを除去することと、がん治療による各種の副作用症状の回復を図ることにより「食べられる」口腔状態を保つことである。

3) 再発・転移期

この時期には再発・転移に対する化学療法、放射線療法、外科手術などの二次治療が行われることが多いこと、再発・転移による全身状態の悪化（疼痛や臓器障害など）がみられるようになるため、これらへの対応が必要となる。したがってこの時期の口腔健康管理の目標は、口腔内の感染源となり得るものを除去することと、二次治療の副作用や全身状態の悪化に伴い発生する口腔症状を改善し、「食べられる」口腔状態をできるだけ維持していくことである。

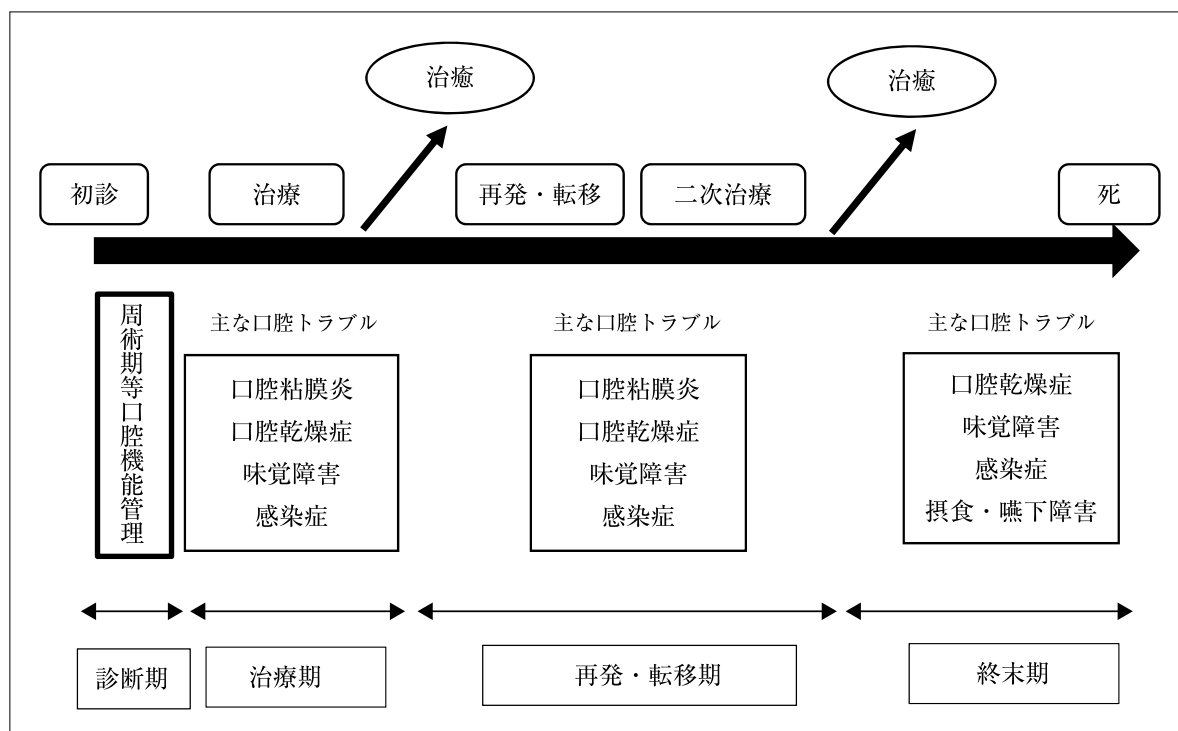


図1 がんの経過と主な口腔トラブル（文献¹⁾より引用改変）

4) 終末期

終末期がん患者の死に至るパターンは、死亡の数週間前まで心身の機能は高いまま保たれており、以後急速に低下するという特徴がある³⁾。したがって、このような全身状態の変化にあわせた口腔健康管理を行うことが重要で、この時期の口腔健康管理の目標は、患者の最期の「食」を支えることと口腔内の感染源をできるだけ除去し、肺炎などの感染を防ぐことである。

3. 口腔トラブルへの対応¹⁾

1) 口腔粘膜炎

口腔粘膜炎の原因は、抗がん剤や放射線照射によって生ずるDNA損傷や活性酸素による粘膜上皮への直接的な細胞毒性であるが、粘膜に生じた潰瘍面に口腔細菌の感染が起これば症状がさらに重篤化する。対応としては、栄養の管理、感染の

防止、疼痛のコントロールなどを行う。また、口腔粘膜炎の予防は困難であることから症状の悪化を防ぐことに重点が置かれ、きめの細かい口腔健康管理（口腔清掃、口腔内保湿、疼痛緩和）を行う必要がある。

2) 感染症

①口腔カンジダ症

カンジダ菌の口腔粘膜への感染によっておこり、日和見感染症として捉えられている。白斑をつくる偽膜性口腔カンジダ症、肥厚性口腔カンジダ症と、紅斑をつくる紅斑性（萎縮性）口腔カンジダ症に分類される。抗真菌剤の投与が必須であるが、口腔清掃や義歯清掃などのケアも重要である。

②細菌感染症

口腔清掃不良による口腔細菌の増加が主な原因

であるが、がん治療の副作用としての骨髄抑制や免疫能低下も原因となる。抗菌薬投与が必須で、状況によって切開による排膿や感染源除去などの治療、口腔清掃や義歯清掃などのケアも必要になる。

③ウイルス感染症

体力や免疫能が低下しているがん患者の口腔内は、ヘルペスウイルスによる感染症が発症しやすい。治療としては、安静の上、アシクロビル投与を行う。

3) 口腔乾燥症

がん患者の口腔乾燥症は、唾液分泌量低下、保湿度異常（唾液蒸発）、体液量低下（脱水）などの原因が重複して起きることが多いため重篤化しやすい。対応としては、唾液分泌量を増やす、唾液蒸発量を減らす、口腔内の保湿、疼痛の緩和などを行う。

4) 味覚障害

味覚は五つの基本味と風味からなる複合感覚のため、味覚障害の診断は困難を伴う。味覚の情報伝達において、運搬段階、受容器段階、神経段階のいずれかで障害を受けると味覚障害となる。対応としては、唾液量を増やす、舌苔の除去、食事の工夫、亜鉛や漢方薬の投与などを行う。

5) 口臭

口臭の約6割は舌苔が原因といわれ、口腔清掃不良や口腔乾燥症も原因となる。対応としては、舌苔除去の上、口臭予防洗口剤などによる含嗽が主となる。

6) 摂食・嚥下障害

咀嚼障害など口腔に問題がある場合や咀嚼・嚥

下に関わる筋の廃用性萎縮、加齢などが原因と考えられる。対応としては、まず咀嚼機能の改善を図った上で、摂食・嚥下リハビリテーションを行うが、がん患者では体力的・時間的制約から困難な場合が多い。

7) 歯科治療上の留意点

- ①う蝕、義歯：口腔症状と全身状態、残された時間との関係で方針を決める。
- ②化学療法中の歯科治療：骨髄抑制によって白血球が $2,000/\mu\text{l}$ 以下の時は、観血的歯科治療は行わない。
- ③放射線療法中・後の歯科治療：放射線性口腔粘膜炎症は抗がん剤による口腔粘膜炎症より重篤なため、症状が改善するまで歯科治療を延期する。また、放射線療法後の顎骨壊死にも注意が必要である。
- ④薬剤関連顎骨壊死（表2）：骨吸収抑制薬や血管新生阻害薬は、がんの骨転移や高カルシウム血症の治療に重要な薬剤であり、副作用としての顎骨壊死が生じないように配慮が医科側、歯科側双方に求められる。

4. がん患者の口腔健康管理における多職種連携

がん患者の口腔健康管理を行うにあたっては、患者の全身状態やがんの病態を把握するために、がん治療医や在宅医などとの連携が欠かせない。

1) がん治療前の口腔健康管理（周術期等口腔機能管理）：医科歯科連携

周術期等口腔機能管理は、がん治療の開始前にがん治療医からの紹介によって始まり、口腔内の感染源の除去と徹底的な口腔清掃を行うことによって、がん治療の副作用の予防と重篤化を防ぐことを目的としている。すなわち、ブラッシングや舌苔除去などのセルフケアの指導や歯石除去な

表2 薬剤関連顎骨壊死（MRONJ：Medication-Related Osteonecrosis of the Jaw）（文献¹⁾より引用）

薬 剤		作用機序	適応症	顎骨壊死の発生頻度 （注射薬）
骨吸収抑制薬 ARONJ	ビスフォスフォネート製剤（BP 製剤） BRONJ	骨中のハイドロキシアパタイトに吸着し、破骨細胞のアポトーシスを誘導することで強力な骨吸収抑制能を示す	骨粗鬆症、固形がんの骨転移、多発性骨髄腫の骨病変、高カルシウム血症	1～2%
	デノスマブ（抗ランクル抗体） DRONJ	破骨細胞の形成、機能、生存に重要なRANKLを特異的に阻害し、破骨細胞による骨吸収を抑制する	骨粗鬆症、固形がんの骨転移、多発性骨髄腫の骨病変	0.1～2.0%
血管新生阻害薬	ベバシズマブ（分子標的薬）	VEGFに対するモノクローナル抗体で、腫瘍血管新生の抑制、腫瘍間質圧低下による組織薬物濃度の増加などにより抗腫瘍効果を発揮する	大腸がん、肺がん、乳がん	0.2～0.9%

ARONJ：Anti-resorptive agents-Related Osteonecrosis of the Jaw

BRONJ：Bisphosphonate-Related Osteonecrosis of the Jaw

DRONJ：Denosumab-Related Osteonecrosis of the Jaw

RANKL：receptor activator for nuclear factor κ B ligand

VEGF：vascular endothelial growth factor（血管内皮成長因子）

どの口腔清掃、必要に応じた歯科治療などの予防的な口腔健康管理（図2）を行う。これにより、頭頸部がん再建手術の術後感染による合併症の減少や、肺がんや食道がんなどの術後肺炎の減少、術後在院日数の削減効果などがみられており、がん治療における周術期等口腔機能管理の有用性は明らかとなってきている¹⁾。

2) 外来・入院治療中の口腔健康管理：医科歯科連携

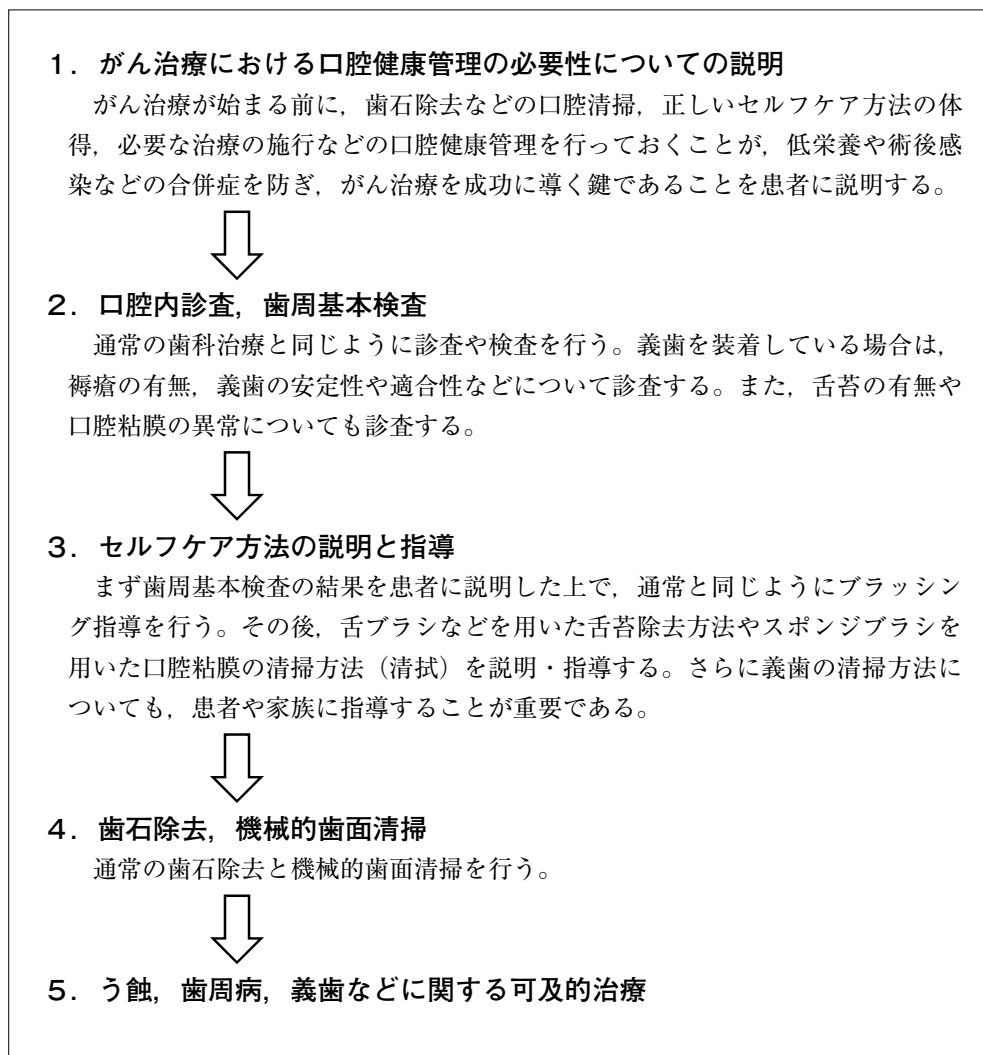
口腔トラブル予防のための口腔清掃と、発症した口腔トラブルに対する処置に大別される。後者の場合は、口腔トラブルを診断した上で医師、看護師と協議し、がん治療の状況や全身状態を考慮して処置方針を決定する。

3) 在宅がん患者における口腔健康管理：多職種連携

在宅で療養するがん患者、特に終末期がん患者では、在宅医、訪問看護師、薬剤師などとの医療連携の他に、必要に応じて地域包括支援センターとも連携し医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャーなどの福祉や介護の専門職との多職種連携を行い、地域包括ケアシステムとしての口腔健康管理を行う。

5. 今後の展望

医療体制の「入院から在宅へ」のシフトに伴い、がん治療においても在宅療養が今後さらに増加することが予想される。すなわち、色々な時期のがん患者が在宅で生活しながら治療や緩和ケア

図2 周術期等口腔機能管理の内容（文献¹⁾より引用改変）

を受けることになるが、地域の身近な開業医が、多職種と連携しながらがん患者の口腔健康管理を行っていくことができるようになれば、がん治療と患者のQOL向上に果たす開業医の役割は、今後ますます重要なものになっていくと思われる。

参考文献

- 1) 杉 政和：あなたの歯科医院でもできる がん患者さんの口腔管理，インターアクション(株)，東京，2017.
- 2) 櫻井 薫：「口腔ケア」に関する検討会の進捗と今後の展開，日本歯科医師会雑誌，69(4)，16-17，2016.
- 3) Lynn, J.: Perspectives on care at the close of life. Serving patients who may die soon and their families; the role of hospice and other services. JAMA, 285(7), 925-932, 2001.

禁煙支援研修会報告

「受動喫煙に関する正しい知識～加熱式タバコの問題点」

講師 東京都医師会タバコ対策委員長 村松 弘康 先生

地域保健委員会 鈴木 哲之

平成30年8月23日（木）、茨城県歯科医師会館講堂にて禁煙支援研修会が開催されました。

今回はタバコの有害性に加えて受動喫煙、加熱式タバコの問題点についてご講演いただきました。



タバコ問題には下記のように様々な「誤解」が存在しています。

1. 「好きだから吸っている」という誤解
2. 「ストレス解消に役立つ」という誤解
3. 「受動喫煙の害は軽い」という誤解
4. 「分煙にすれば大丈夫」という誤解
5. 「加熱式タバコならOK」という誤解
6. 「飲食店の売り上げが減る」という誤解

ニコチン依存症になり、ニコチンの血中濃度が減ってくると、イライラ、不安、眠気などが生じ

て、それらのストレスを抑えるためにまた吸ってしまうという悪循環に陥ります。「好きだから吸っている、ストレス解消に役立つ」というよりむしろ、タバコを吸うことによりストレスを増やしているといえます。

タバコの煙には4000種類の化学物質が含まれ、そのうち200種類に有害作用があり、70種類以上の発癌物質があることがわかっています。喫煙による癌発症部位として、肺、口腔・咽頭、喉頭、鼻腔・副鼻腔、食道、胃、肝臓、膵臓、膀胱、子宮頸などがあり、喫煙による癌というと肺癌をイメージしますが、死亡率が最も高まるのは口腔領域の癌で、喉頭癌の発症率は非喫煙者の32.5倍といわれています。

ニコチンの作用には強力な血管収縮作用（血圧上昇）が知られていますが、これにより、心筋梗塞、狭心症、脳出血、脳梗塞の発症率が増えます。高血圧の方は要注意です。口腔内では自浄作用の低下や血流低下が生じ、う蝕、歯周病の増加、インプラントの定着率が悪くなります。

また、喫煙による肺構造の破壊により肺気腫をおこし、この状態で肺炎になると命にかかわります（最近では落語家の桂歌丸さんがそうでした）。

これらの事から4大死因（悪性新生物・心疾患・肺炎・脳血管障害）すべてを増やすといえるでしょう。

そして、タバコの煙は喫煙者本人だけでなくまわりの人（受動喫煙）にも害を及ぼします。タバコの煙を吐き出すと、顔の前ですぐに消えて見えなくなりますが、実験で特殊な波長の光を当ててみると、かなり広範囲に一瞬で煙が広がっていくのがわかります。近くにいる人は知らずに見えない煙を吸っており、受動喫煙はまさに喫煙そのものといえます。

最近、PM2.5（ $2.5\mu\text{m}$ 以下の微小粒子状物質）が問題となっていますが、タバコの煙にも大量に含まれていて、肺癌、アレルギー、喘息、心疾患等のリスクを高めます。日本の基準ではPM2.5が 1m^3 あたり $35\mu\text{g}$ あっていけないということになっていますが（WHO基準では $25\mu\text{g}/\text{m}^3$ ）、大気汚染が深刻な北京では $350\mu\text{g}/\text{m}^3$ もあるということです。北京に1日滞在すれば「タバコを21本吸ったのと同じ計算」になるそうです。タバコの吸えるお店（居酒屋やバー等）のPM2.5は北京の最高値の日と同等だそうです。

受動喫煙の害は広く知られることとなり、まわりの人に気を使って換気扇の下で吸ったり、外に出て吸ってくる方もいらっしゃると思いますが、タバコを吸ったあとの喫煙者の呼気を調べると、5分程は肉眼では見えない煙が出ており、ガス状成分は1時間程出つづけていることが明らかになっています。タバコを吸っている部屋の壁やカーテン、ソファー、カーペット等にはタバコ成分が染みつき、蓄積し濃縮されて有害性を増し、家族がそれらの成分を吸ってしまうという三次喫煙も受動喫煙のひとつです。体の小さな乳幼児などは体重あたり成人の何倍もの有害物質にさらされてしまうわけですから危険です（受動喫煙は乳幼児突然死症候群にも因果関係がある）。それが家族の乗る自動車だったらどうでしょう、海外では子供が同乗し

ている車でタバコを吸うと罰金が課せられる国がいくつもあります。イギリスではこの法案が出たとき議員の反対にあい、可決されるのに5年かかりましたが、タバコ会社が9名の議員に賄賂を渡していたことがわかり、これらの議員はクビになったということです。そのタバコ会社とはなんとJT（日本たばこ産業）だったというから驚きです。

加熱式タバコはどうかというと、結局タバコを加熱してニコチンを染み出させているので、燃焼時と同様の多くの有害成分が出ている（例えばホルムアルデヒドは7割、ニコチンは8割）ため、タバコそのものです。アイコスという加熱式たばこがありますが、調べによるとアイコスのニコチンの吸収率は普通のタバコの4倍で、むしろニコチン依存度は強まるのではないかとされています。ちなみに開発元のアメリカでは販売を許可しておらず、世界シェアの98%が日本ということです。

世界の186か国中、公衆の集まる場（8種類）すべてに屋内全面禁煙義務の法律があるのは55か国で、日本はその法律すらなく、受動喫煙対策は世界最低レベルとなっています（受動喫煙防止法がないのは戦争が起きているアフリカ諸国と北朝鮮と日本くらい）。いまや大気汚染の悪名高い北京でさえ居酒屋でも屋内全面禁煙となっており、上記した55か国の飲食店、バー等が禁煙で客が減り店が潰れているということはありません。

でも、やめられないのがタバコです。喫煙者の



中には「禁煙したい」と思っている人は多いはず
です。でも「吸い続けたい」。やめられない。ニコ
チンへの依存度が強い方には我慢する禁煙や本
数を減らす禁煙は無理です。我慢して体内のニコ
チンが枯渇した状態で吸うため「やっぱり美味し
い」と感じ心理的依存が強まります。

ここ数年、禁煙外来も増えてきているので、禁
煙補助薬を使う方法が一番です。ニコチンパッチ
は血中のニコチン濃度を禁断症状が出現しないレ
ベルに保ち、少しずつパッチを小さくしてゆく方
法で、飲み薬はニコチン様作用でニコチンへの渴
望感が減り、タバコが美味しくなくなるため心理
的な依存がとれてきます。飲み薬は最初はタバコ
を吸いながらでOKなので薬に始められます。

日々の診療で我々歯科医師は喫煙者に禁煙を勧
める立場にありますが、タバコの有害性の説明は
もちろん、「禁煙補助薬を上手に使える薬にやめ

られるし、タバコ代よりもよっぽど安いですよ」
と補助薬を使えば禁煙のハードルは低くなること
をアピールするのもひとつだと思います。

世界各国ですでに禁煙政策が進むなか、2020年
東京オリンピックを控え、禁煙と受動喫煙防止は
急務です。世界の人々が集うオリンピックで日本
はきれいな空気で「お・も・て・な・し」したい
ものです。





株式会社 岩瀬歯科商会

昭和の幕開けと共に栃木県で創業した弊社は、今年で 90 年目を迎えます。
皆様方への感謝を忘れず、未来を見据えた歯科ディーラー像を創造して参ります。



これまでも、これからは、いつも
Iwase Dental Supply (INC.)



イワセオリジナルユニット
**SIGNO
NEXT**

こだわりと好みをひとつずつ反映しながら、
ワンランク上のラグジュアリー空間と
心地よさを演出します。

製造販売・製造
株式会社 モリタ東京製作所

本社 埼玉県さいたま市中央区上落合 2-1-54 TEL:048-882-1315
伊原工場 埼玉県北足立郡伊原町小室 7129 TEL:046-723-2021

発売
株式会社 モリタ

大阪本社 大阪府吹田市豊水 3-33-18 TEL:06-6380-2525
東京本社 東京都台東区上野 2-11-15 TEL:03-3834-6161

■ 総社名称 株式会社岩瀬歯科商会
■ 販売先名 株式会社岩瀬歯科商会
■ 代表取締役 岩瀬 浩二 (代表取締役 岩瀬 浩二)
■ 代表取締役 岩瀬 浩二 (代表取締役 岩瀬 浩二)
■ 代表取締役 岩瀬 浩二 (代表取締役 岩瀬 浩二)

事業所案内

支店名	所在地	TEL
本社	台東区台東2-23-7	TEL:03-3832-8241
宇都宮支店	宇都宮市平出工業団地37-6	TEL:028-613-5858
水戸支店	水戸市白梅2-8-18	TEL:029-225-6543
松戸支店	松戸市幸谷観音下159-1	TEL:047-345-3131
千葉支店	千葉市中央区浜野町879-1	TEL:043-305-1182
上野支店	台東区台東2-23-7	TEL:03-3832-8241
古河支店	古河市下山町9-60	TEL:0280-30-1582
福島支店	福島市鎌田字卸町4-1	TEL:024-552-1161
世田谷支店	世田谷区玉川台2-11-17-101	TEL:03-5491-7595
練馬営業所	練馬区豊玉北4-14-11	TEL:03-5912-1180
横浜支店	横浜市栄区小菅ヶ谷1-28-9-101	TEL:045-895-3808
5月GW明け以降	横浜市磯子区中原2-1-19	TEL:045-770-4182
前橋支店	前橋市紅雲町1-22-2	TEL:027-243-8241
5月GW明け以降	高崎市京目町176-2	TEL:027-350-8241
厚木支店	厚木市酒井2087-14	TEL:046-228-5550
大宮支店	さいたま市見沼区東大宮7-41-1	TEL:048-688-1740
盛岡支店	盛岡市上堂1-6-5	TEL:019-648-2777
東大和支店	東大和市立野3-640-1	TEL:042-590-5770

「認知症患者に合わせた歯科医院作りの重要性」

つくば歯科医師会 訪問介護委員会委員長 大河原 純也

9月9日（日）つくば市役所内にて、東京都健康長寿医療センター歯科口腔外科部長の平野浩彦先生をお招きし「要介護高齢者の口を支える視点、認知症高齢者を中心に」というタイトルで茨城県歯科医師会介護保険委員会講習会が開催された。平野先生は日本老年歯科医学会の理事を務める以外にも、日本老年学会や日本フレイルサルコペニア学会等の医科学会の理事を務めるなど、幅広い分野で活躍されており、会場には歯科医師以外にも歯科衛生士やケアマネージャーなど様々な職種の参加者が集まり盛会となった。

はじめに、バイタルサインについて脈の触診、頸部聴診、鼻呼吸確認、動脈血酸素飽和濃度、血圧測定についての説明があった。次に誤嚥時の対応として、1) 指で掻き出す「指拭法」、2) 背部叩打法、3) ハイムリック法、4) 吸引法の順番で行うことが基本だが、この中でユニットの上に正座させて前かがみになってもらい背部を叩打する、いわゆる「背部叩打法」がハイムリック法よりも経験的に効果的であるとのことである。またバキューム等で吸引する際には、バキューム先端を入れてから吸引を開始しないと頬粘膜や舌が邪魔して、うまく吸引できないということであった。しかし、誤嚥が起こったらまずは周囲の人を呼ぶことが冷静な判断をする上で最も重要であるとのことである。

次のアルツハイマー型認知症についての講演内容に移った。その中で認知症の人数はその予備軍

を入れると糖尿病患者数とほぼ同じと推計されており、身近な病気になっていると感じた。特に90歳以上では4人中3人が認知症を発症しているとのことその割合の多さに改めて驚いた。そのような背景のなか、歯科医師が知るべき認知症の初期の特徴として記憶障害と見当識障害の話があった。認知症の記憶障害では、最近の新しい記憶から少しずつ喪失するとされる。なお、なぜか男性は40～50代、女性は10～20代の時の記憶だけが残るそうで興味深く聞かせていただいた。一方、見当識障害とは「今日は何月何日なのか?」「今自分がいる場所はどこなのか?」「誰と話しているのか?」など自分が置かれている状況を認識できなくなることを言い、これが理由で様々な問題行動や迷惑行動を起こすことがあるという。具体的な例として、治療中に自分がどこで何をしているのか分からなくなり、その不安感から急に治療を拒否したり「帰る」と言いだしたりすることもあるらしい。そのような場合、まずは前回の治療内容と今日の治療内容をはじめからもう一度分かり易く説明し、患者を安心させることが重要とのことである。また、治療中に「実況中継」することも効果的であるとのことであった。

最後には、ユマニチュード法という新しい認知症患者への対応法の紹介があった。まず患者の前から近づき、同じ目線で、体に触れながら、顔が触れるぐらい近い距離で目を見ながら、大げさに話をするというものである。認知症患者の治療を

行う際にとっても効果的であるということでしたので、私も是非日常臨床で試してみようと思う。なお、歯科治療において無理に治療をすすめようとしたり、また手を掴んだりすると認知症高齢者はかえって反発するので、そのような行為は絶対にやってはいけないということである。

本講演会を通じて、認知症高齢者に対する歯科臨床の経験が多い平野先生ならではのより実践的な話を聞くことができた。その中でアルツハイ

マー型認知症は進行性の病気で治らないことを十分理解し、患者に合わせた周囲の環境作りが重要であることを学んだ。超高齢化社会を迎える日本において、我々歯科医師は認知症患者への対応を避けて通ることはできないだろう。今後スタッフ一同が認知症患者への理解を深めるとともに、認知症患者に合わせた歯科医院作りが急務であると考えさせられた。

第40回 茨城県歯科医師会親善地区対抗ゴルフ大会

厚生委員会 海老原 康晴

平成30年9月6日（木）、90名の先生の参加のもと、霞ヶ浦カントリー倶楽部にて茨城県歯科医師会親善地区対抗ゴルフ大会が開催されました。

今年は、前の週の天気予報では台風が直撃かも、との予報でしたが、台風はそれて天気は快晴でとても気持ちの良い日になりました。

霞ヶ浦カントリー倶楽部は距離は短めですが、トリッキーなホールもあり、決して簡単なコースではないと思いますが、今年は69を筆頭に70台の先生方が20名以上という好スコアの勝負となり、とても白熱した大会となりました。

表彰式もたくさんの先生方に参加していただき、賞品をもらった先生ももらっていない先生も大変盛り上がっていました。また森永会長より会長賞をいただき、第40回ということで40位の賞品にさせていただきました。

今年ご参加頂きました先生方、ありがとうございました。

来年もたくさんの先生方のご参加をお待ちしております。

団体戦結果

（各地区グロス上位5名の合計ストローク）

優勝	土浦石岡地区	374ストローク
茶園	基史 69	荒川 幸治 74
千葉	順一 76	海老原康晴 77
色川	敦士 78	



準優勝	鹿行地区	381ストローク
草野	廣幸 72	林 寿 76
高野	秀勝 77	沼田 裕之 78
大寄	哲也 78	



3 位 つくば地区 383ストローク

網代 浩幸	75	広瀬 洋二	75
吉田 勝幸	75	野堀 幸夫	79
伊澤 武志	79		



4 位	県南地区	403ストローク
5 位	県西地区	412ストローク
6 位	珂北地区	415ストローク
7 位	日立地区	422ストローク
8 位	水戸地区	423ストローク
9 位	東西茨城地区	432ストローク
10 位	西南地区	437ストローク

(敬称略)

個人戦結果

優勝	安喰 宣浩 (西 南)	NET 68.8
準優勝	佐川 武義 (珂 北)	NET 69.0
3 位	和田 勉 (日 立)	NET 69.2
4 位	茶園 基史 (土浦石岡)	NET 70.2
5 位	野堀 幸夫 (つくば)	NET 70.6

(敬称略)

ベストグロス

1 位	茶園 基史 (土浦石岡)	69
2 位	草野 廣幸 (鹿 行)	72
3 位	平尾 修 (県 南)	74

(敬称略)



医療+管理委員会 だより

平成30年度第1回スタッフセミナー報告

医療管理委員会 和田 勉

本年度1回目のスタッフセミナーが平成30年9月13日（木）、取手市の取手ウェルネスプラザにて開催されました。今回は32名の医院スタッフが受講し、院長先生も2名見学されました。

講師には前回から引き続き小原孝子先生をお招きし、他2名のアシスタントの先生にもお手伝いいただきました。

小原先生は、日本航空客室乗務員として約20年間勤務され、その後は客室乗務員訓練部教官、政府専用機初代担任教官などの管理職を歴任されました。

現在は日本マナーOJTインストラクター協会選定講師として多方面でご活躍され、自治体やホテル、銀行、その他様々な企業での講師経験がある方です。

今回のセミナーは10時から15時までで、次のような内容で行われました。

「PS（患者様満足）向上研修 より一層の患者様満足のために」



1. はじめに～医療従事者に必要な接客とは

- * 一般的なサービス業との接客の違い
患者様は負の感情を持って来院する
- * 能力および教育の必要性
最初からできる人はいない
- * 医院全員で働く気持ちの大切さ
- * マナーの考え方
思いやりの心が大切

2. マナーの五原則

- * 表情
挨拶、身だしなみ、話し方、仕草、態度
- * 笑顔の目的
相手に親近感を与えるため作り笑顔も必要
- * スマイルトレーニング（笑顔の作り方）

3. 美しい姿勢・お辞儀

- * 美しい姿勢の練習
- * お辞儀の持つ意味
心を開く、心に迫るという意味を忘れずに行うことが必要
- * スマートなお辞儀のポイント
- * お辞儀の種類（目礼、会釈、敬礼、最敬礼）

4. 第一印象の徹底

- * 身だしなみのチェック
清潔感、機能性、周囲との調和
自己満足でない第三者目線で見ると

5. 感じの良い話し方、電話対応

* 感じの良い話し方のコツ

敬語、クッション言葉、肯定的否定+代案指示、依頼文

* 基本の接客用語

* 電話対応6つのルール

- 1) 3コール以内に出る
- 2) 最初の名乗りをしっかりと
- 3) 相手を待たせない
- 4) いきなり本題に入らない
- 5) 連絡事項は正確に
- 6) 終わりの挨拶は丁寧に

* ロールプレイングタイム

受電、架電の練習

6. クレーム対応

* 発生源を理解する

期待値と結果のギャップ

* 対応手順

- 1) お詫びをする 不快な思いをさせたことに対して
- 2) 相手の話を聞く
- 3) 相手の気持ちを理解する
- 4) 事実確認

5) 解決案・代替案の揭示

6) お詫びと感謝

* 不満・不安・不審・不便・不経済の解消に努める

7. まとめ・ふりかえり

* 何を学べたか

* 今後はどう活かすか

はじめは、緊張のためか硬い表情だったり伏し目がちで、自信がなさそうだった受講生が、小原先生の巧みな話術と心のこもった指導の下で、次第に社会人としての接遇マナーを理解し、自信に満ちた態度と明るい笑顔へと変貌を遂げる様は、いつもながら感動させられました。

医療人としてだけでなく、人としての「思いやりの心」を学べる素晴らしいセミナーでした。

このセミナーは年2回開催されています。お近くで開催する際には、スタッフの参加を是非お勧めします。増患や増点の極意が潜んでいるかもしれません。



平成30年度学校歯科保健研修会報告

学校歯科委員会 椎名 和郎

平成30年8月2日（木）茨城県県民文化センター小ホールに於いて、前日本大学歯学部長（学校法人日本大学常任監事）前野正夫先生を講師にお招きして、上記研修会を開催したので報告します。



1. はじめに

- う蝕と歯周病の共通点はどちらも感染症である。
- う蝕の原因菌の感染時期は平均して生後26ヶ月頃。同時期に歯周病菌にも感染しているかもしれないが、歯周病は発症しない。
- う蝕を誘発する菌は通性嫌気性菌。歯周病菌は嫌気性菌なので、歯周病（歯肉炎）は永久歯が生え揃う思春期の頃から次第に増加する。

2. 細胞レベルでの歯周病

- 歯周病原菌の細胞壁には、リポ多糖（LPS）という成分が含まれている。また歯周病原菌

の中には繊毛を持つものもある。

- LPSや繊毛が歯肉上皮から侵入すると、歯肉に炎症が起こる。
- 細胞はサイトカインと呼ばれる成分を分泌して援軍を要請する。
- ある特定のサイトカインが過剰に分泌されると、組織代謝のバランスが崩れて分解が優位となり、自らの組織（歯肉や歯槽骨）を破壊する現象が起こる。
- 歯槽骨の吸収とは、大切な「骨」を異物（細菌）から遠ざけるための自己防衛手段であり、歯槽骨の吸収によって歯が抜けるという現象は、上皮の連続性を保ち、異物（細菌）の侵入を防ぐための自己防衛手段である。

3. 思春期の子ども達（中高生）の「歯・口の健康づくり」についての意識の現状

- 歯磨きの（最も大切な）理由である「プラークを取り除く」ことの意識がかなり低い。
- 彼らにとって、歯・口の健康づくりの第一は「う蝕予防」であって、多くの生徒が「歯肉炎予防」の大切さに気付いていない。
- 歯・口の健康づくりが「体全体の健康」に結びついていない。

4. 最近の児童・生徒の「歯肉の状態」

- 歯周病（歯肉炎、歯周炎）は、高等学校を卒業した後も、加齢とともに増加していく。一

方で歯周病の予防は、全身の健康に大いに関係しているという事実がある。

- 少なくとも、思春期の子ども達（中高生）の大部分はこれらの事実気付いていないのではないか？
- また、高等学校卒業後は歯周病予防の大切さを学ぶ機会が極めて少なくなる。

5. 歯周病と全身との関連性（1）

（糖尿病、脳血管疾患、心臓疾患、肺炎、妊娠トラブル）

- 重度の歯周病患者は、健常者に比べて血中の高感度CRP量やサイトカイン量が増加し、これらが血液を介して全身の組織や臓器に運ばれ悪影響を及ぼす。
- 歯周組織から歯周病原菌や内毒素（LPS）が血液を介して全身の組織や臓器に運ばれ、悪影響を及ぼす。

①歯周病と糖尿病：

糖尿病になると歯周病になりやすい。また、血糖コントロールが不良の糖尿病は歯周病を悪化させる。歯周病治療はHbA1cの改善に有効。

②歯周病と脳血管疾患：

炎症性マーカーであり、動脈硬化性疾患のリスクマーカーとしても知られている血清CRP濃度は、歯周病罹患により上昇する。また、積極的な歯周病治療により動脈硬化性疾患のリスクマーカーは改善する。

③歯周病と虚血性心疾患：

歯周病の罹患によって、虚血性心疾患の有病率およびそれに伴う死亡率が高くなる。しかし、その発症および進行との関連については十分なエビデンスが得られていない。

④歯周病と誤嚥性肺炎：

慢性肺疾患患者では、歯垢から検出される肺炎病原菌の陽性率が高いが、明確に結論づ

けるにはエビデンスが不足している。高齢者では誤嚥性肺炎の有無にかかわらず歯周病罹患度が高いため、歯周病が誤嚥性肺炎のリスク因子とは結論づけられない。口腔ケアは高齢者の誤嚥性肺炎を含めた呼吸器疾患の発症を抑制するが、高齢者の誤嚥性肺炎は歯周病菌に限定されない。

⑤歯周病と早産・低体重出産：

歯周病に罹患した妊婦では、早産、低体重出産のリスクは増加する。しかし、歯周病治療のみで早産および低体重出産を予防できるものではない。

6. 歯周病と全身との関連性（2）

（メタボリックシンドローム）

- 歯周病罹患者はメタボの発症リスクが高い。
- メタボは歯科保健の介入によって軽減する。
- 歯周病予防はメタボ予防に寄与し、生活習慣病の予防に繋がる可能性がある。
- メタボ予防のための歯科からのアプローチ（具体例）

①歯周病予防によるメタボ発症予防：

横断研究でもコホート研究でも、歯磨き回数とメタボ、中性脂肪は関連性が認められた。

②咀嚼による肥満抑制：

1日の食事中的咀嚼回数と、20才から10kg以上の体重増加の有無の調査によれば、咀嚼回数が多いと10kg以上体重の増加が抑制される。

7. まとめ

- 8020達成者が増えている。それは残存歯の多い高齢者が増えていることを意味するが、それに伴って65才以上で4mm以上の歯周ポケットを有する者の割合も増えている。歯周病を

予防することによりメタボリックシンドロームや、脳血管疾患、心臓疾患、糖尿病の予防をしていかないと、残存菌の増加が全身疾患の増加に繋がりがねない。

・高校卒業時まで理解して欲しいこと

- ①私達の口の中には多くの細菌が住んでおり、これらの細菌を完全に除去することは不可能
- ②生活習慣病と言われているう蝕と歯肉炎の原因は、いずれも細菌
- ③歯の表面にプラーク（歯垢）が付着すると、口の中の細菌数は一気に増加
- ④歯磨き等のプラークコントロールとは、口の中の細菌数を減らすこと（生涯に亘る全身の健康維持に貢献）
- ⑤65才以上の高齢者の死因の上位は誤嚥性肺炎であり、適切な口腔ケアによって、その発生率が大幅に減少する

・まとめ：

歯周病予防は（思春期の子どもたちが気にする）肥満やメタボ予防など、生涯にわたる全身の健康づくりにも貢献する。

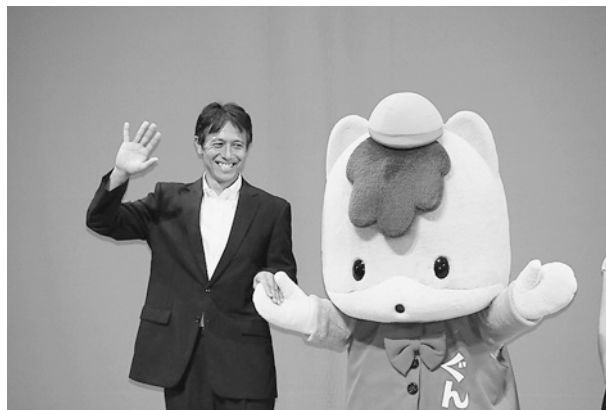
以上、歯周病と全身との関連について豊富なエビデンスに基づいてお話していただきました。



第69回関東甲信越静学校保健大会 報告

学校歯科委員会 青砥 聖二

平成30年8月23日、群馬県高崎市の群馬音楽センターにおいて、第69回関東甲信越静学校保健大会が開催されました。開会式に先立ち高崎高校和太鼓部による力強い演奏が行われ、バチ先から生まれるエネルギーは会場いっぱいに広がっていました。



特別講演

演題「スピードスケートが教えてくれたこと～自分を信じ、仲間を信じ～」

講師 黒岩 敏幸 氏

(アルペールビル冬季五輪スピードスケート
銀メダリスト)

92年アルペールビルオリンピック500mで銀メダル獲得。94年リレハンメルオリンピック、98年長野オリンピックに3大会連続で出場。引退後は後進の指導にあたる。

講演は当時の映像も交えて行われ、熱意ある監督に「お前は、オリンピックに出る気はあるのか!」と叱咤されたことがキッカケで、「自分もやればできるのではないか、オリンピックに出場できるのではないか」と自分自身を信じ、オリンピックに出場することを明確に意識し始めたことで、競技への取り組み方が変わっていき、アルペールビルオリンピックで銀メダルを取ることができました。リレハンメル・長野オリンピック両大会は怪我との戦いで、自分を信じられないこともありましたが、サポートする人の助けがあり、オリンピックに出場することができました。成績が上がらず、挫折しそうになった時ほど恩師や友の存在は大きく、スピードスケートを通じてたくさんの人と出会い、学び、人間として大きく成長できたことを話されていました。

班別研究協議会

各班別に提案者から発表があり、協議が行われました。

第2班 健康教育

課題：生きる力をはぐくむための健康教育

協議内容

1. 豊かな心をもち健康な生活を実践する児童生徒の育成を目指した健康教育の進め方
2. 生きる力をはぐくむ食に関する指導の在り方

提案者 神奈川県海老名市立東柏ヶ谷小学校
養護教諭 飯塚未来先生

「光・暗闇・外遊び」

ー自ら健康的な生活をおくることができる、東柏っ子の育成ー

提案者 茨城県結城市立結城南中学校
栄養教諭 吉田陽子先生

食に関する正しい知識を身に付け、自己管理能力を高めていく指導の在り方
ー食の指導や家庭・地域との連携を通してー

第4班 学校歯科保健

課題：生活習慣病の予防等を目指した歯・口の健康づくり

協議内容

1. 歯・口の健康づくりの日常化を目指す学校歯科保健活動の在り方
2. 家庭及び地域社会との連携による歯科保健活動の在り方

提案者 新潟県長岡市立旭岡中学校
養護教諭 浅井里恵子先生

歯・口の健康づくりの日常化を目指す学校歯科保健活動の在り方

ー自律的な健康づくりができる生徒を目指してー

提案者 静岡県富士宮市富士宮第二中学校
養護教諭 荘司奈緒先生

PDCAサイクルで進める つながる歯科保健活動

第69回関東甲信越静学校保健大会 歯科職域部会 報告

学校歯科委員会 青砥 聖二

平成30年8月23日、群馬県高崎市のホテルグランビュー高崎において、第69回関東甲信越静学校保健大会 歯科職域部会が開催されました。

1. 代表者協議

協議題1 歯科の就学時健康診断における「う蝕多発傾向者」の判定について

協議題2 各団体の会員入会率の向上について

上記の協議題に対して活発な議論が行われ、代表者協議における取りまとめを行いました。

代表者協議における取りまとめ（案）

協議題1について

日本学校歯科医会への要望

- ①「就学時の健康診断マニュアル 平成29年度改訂」版が平成30年3月30日に日本学校保健会より発刊された。その上で歯科検診「検診

の判定」の中に、新たに追加された「う蝕多発傾向者」という項目について、日本学校歯科医会会員に丁寧な説明を行っていただきたい。

- ②当該マニュアルの次回改訂にあたっては、総会を含め日本学校歯科医会の中に特別委員会等を設けて十分な議論を深めたうえで、日本学校保健会と協議を行っていただきたい。

協議題2について

日本学校歯科医会への報告

各団体別に、入会の現状と非会員に対する入会への試みを報告致しました。

2. 全体協議

代表者協議報告の後、協議題1・2に対して協議が行われました。



「『初・再診』『か強診』『外来環』『支援診』の 施設基準の届出に必要な研修会」を受講して

社会保険委員 小原 俊彦

平成30年8月26日、午後1時より、茨城県歯科医師会館において各施設基準に対応する講習会が開催されました。講師は小宮正道先生（日本大学松戸歯学部口腔外科学講座教授 歯学博士）で、当日は130名を超える先生方で大盛況のもと講演は行われました。

1、院内感染防止対策

(1) 感染対策のポイント

a) 標準予防策（スタンダードプリコーション） を確実に行うこと

スタンダードプリコーションとは、すべての患者を対象に実施される対策であり、その対策の中には、手指衛生、環境整備、個人防護具、寝具などリネンの取り扱い、安全な注射手技患者ケアに使用した器材、労働者の安全などが挙げられる。

b) 正しい手洗い

手指衛生に関しては、手洗いの種類と方法を理解し区別することが重要で、手洗いの種類には、日常的手洗い・衛生的手洗い・手術時手洗いがある。

c) 個人防護用具（PPE）は汚染状況に応じて使用する

PPEの使用に関して、手術・処置中はキャップを装着しているか、マスクの装着は正しく



行われているか（鼻出しや顎にマスクをしていないか）、感染防御に有効な指・甲・踵等に適切に防護しているシューズタイプを履いているかなどが重要。

d) 医療従事者も感染源となり得ることを認識する

(2) 使用済み器材の消毒・滅菌処理

クリティカル（滅菌が望ましいもの）；

タービンヘッド、コントラ、スケーラー、エクスカベーター、根管充填用インスツルメント、リーマー類、バー類、探針など。刃物についてはディスポーザブルが望ましい。

セミクリティカル（高水準消毒：フタラル等使用）；

歯科用ミラー、印象用トレー、矯正用ベンディングプレイヤー、レジン充填器、口角鉤、開口器、バキュームチップ、など。

ノンクリティカル（低水準消毒：消毒用アルコール、塩化ベンザルコニウム等使用）；

エックス線照射器、血圧計、フェースボー、ラバーダムパンチ、技工用バー、聴診器など。

(3) ウイルス性肝炎、AIDSに対する滅菌・消毒法
十分に水道水で洗浄した後、抗ウイルス性消毒剤に1時間浸漬し、消毒薬を水道水で洗い流した後、加熱滅菌またはガス滅菌を行う。滅菌が不可なものには、抗ウイルス性消毒薬を用いる。抗ウイルス性消毒薬には、次亜塩素酸ナトリウム、グルタルアルデヒドがある。

(4) 鋭利器材の取り扱い

針刺し事故防止対策に関しては、リキャップの禁止、鋭利なものは直接受け渡しをせず、トレーなどに一度置き、置いたものを取り出すこと。鋭利器材は使用者が責任をもって感染性廃棄物容器に廃棄すること。

2、偶発症に対する緊急時の対応

(1) 局所麻酔薬による局所的偶発症

感染、潰瘍・壊死、軟組織の咬傷、開口障害、内出血、後麻痺、遅延性知覚障害、Kuhnの貧血帯、注射針の破折、顔面神経麻痺など。

(2) 局所麻酔薬による全身的偶発症

a) 血管迷走神経反射（デンタルショック）

【症状】

自覚症状として悪心、冷汗、血圧低下、徐脈、意識レベルの低下、時に嘔吐、意識消失、痙攣。

【対応】

患者を水平位にして、酸素吸入、四肢挙上、保温、血圧低下が著明な時は昇圧剤（エフェドリン）の投与と輸液療法。徐脈にはアトロピンの投与。低血糖症状との判別も重要である。

b) 過換気症候群

【症状】

四肢の硬直性痙攣と指先や口唇のしびれ感が特徴。時には意識レベルの低下、狭心症様症状、腹痛、腹部膨満感。発生頻度は女性に多い。軽症では息ごらえ、紙袋やビニール袋を利用した呼気再呼吸法、重症では緩和剤の静注、酸素吸入は禁忌ではない。

c) 局所麻酔中毒

【症状】

初期症状として不安、多弁、血圧上昇、頻脈、興奮、頭痛等があり、末期には徐脈、血圧低下、呼吸停止、意識喪失、心停止となる。

【対応】

酸素吸入、全身の痙攣に対しては、セルシン、ミタゾラムの静注。

d) 局所麻酔薬アレルギー

【症状】

多くはⅣ型アレルギーで、頻度は少ないがⅠ型アレルギーではアナフィラキシーショックがみられる。

【対応】

Ⅳ型アレルギーでは経過観察や抗ヒスタミン薬の静注や塗布。

Ⅰ型アレルギーでは早急な対応が必要で輸液、

ステロイド、抗ヒスタミン薬の投与、重症例ではアドレナリンの静注、筋肉注射によるエピペンも有効である。

e) アナフィラキシー

【診断】

アレルゲンへの曝露後、急速な血圧低下を伴い、皮膚症状（全身の発疹、掻痒、紅潮）、粘膜症状（口唇・舌・口蓋垂の腫脹など）が存在し、数分～数時間以内に発現する症状で、かつ呼吸器症状・循環器症状の少なくとも1つを伴えばアナフィラキシーと診断。

【アナフィラキシーの認識】

- ①アナフィラキシーはあらゆる薬剤で発症の可能性がある、複数回安全に使用できた薬剤でも発症しうることを認識する。
- ②造影剤、抗菌剤、筋弛緩薬等のアナフィラキシー発症の危険性が高い薬剤を静脈注射で使用する際は、薬剤投与開始時より5分間は注意深く患者を観察する。
- ③薬剤投与後、皮膚症状に限らず患者の容態が変化した場合は、確定診断を待たずにアナフィラキシーを疑い、直ちに薬剤投与を中止し、アドレナリン0.3mg（成人）を準備する。
- ④アナフィラキシーを疑った場合は、ためらわずにアドレナリン標準量0.3mg（成人）を大腿前外側部に筋肉内注射する。
- ⑤アナフィラキシー発症の危険性が高い薬剤を使用する場所には、アドレナリンを配備し、速やかに筋肉内注射できるように指示・連絡体制を整備する。
- ⑥薬剤アレルギー情報を把握し、その情報を多職種間で共有できるようなシステムの構築・運用に努める。

【初期対応の手順】

- ①バイタルサインの確認
- ②助けを呼ぶ

③アドレナリンの筋肉注射

④患者を仰臥位にする

⑤酸素投与

⑥静脈ルートの確保

⑦心肺蘇生

⑧バイタル測定

f) 血管収縮薬による反応

アドレナリンの過量投与、感受性亢進（甲状腺機能亢進症など）、相互作用を有する薬物（抗うつ薬、MAO阻害剤など）の常用。

【症状】

不安・緊張、血圧上昇や頻脈、振戦、顔面蒼白。

【対応】

酸素吸入を行いながら経過観察。

g) 救急蘇生について（4つの要素）

- ①心停止の予防
- ②心停止の早期認識と通報
- ③一次救命処置（CRPとAED）
- ④二次救命処置と心拍再開後の集中治療

3、医療事故等の安全対策

医療事故調査制度は、医療法の「第3章 医療の安全の確保」に位置づけられた制度で、平成27年10月1日施行。医療機関が自主的に医療事故を調査し、再発防止に取り組むことを基本としており、責任追及を目的としたものではない。

4、高齢者の心身の特性（認知症に関する内容を含む）

(1) 老化

老化は加齢の全過程のうち生殖期（または成熟期）を過ぎてから起こり進行する。

老化はホメオスタシス（生命体の内部恒常性）維持能力、および傷害を乗り越える能力（復元力）を低下させる退行的変化である。

老化は時間の経過とともに死亡確率を増加させる。

(2) 高齢者の身体的特徴

a) 生理的老化の特徴

生理機能の低下（予備力、防衛反応、回復力、および適応力の低下）

b) 身体的変化

高齢者の外的変化として、

- ①身長低下、体重減少
- ②頭髮の脱落、白髪化
- ③歯牙の脱落
- ④皮膚の変化としての乾燥・弾力性低下・皮膚白斑など

身体の内部的変化として、

- ①身体各器官の細胞数の減少
- ②脳の神経細胞の減少
- ③体内の総水分量の加齢による減少

(3) 高齢者の精神的特徴

喪失体験などによる悲哀等

- a) 自己像の喪失
- b) 感覚器の喪失
- c) 社会的存在の喪失
- d) 家庭における喪失
- e) 人間関係の喪失
- f) 精神資産の喪失

(4) 高齢者の疾病

若年者の疾患と異なり、高齢者の場合は完全治癒が望めないケースが多く、それによりADL（日常生活動作）が低下する。

高齢者のかかりやすい疾患（2013年）は、

- a) 悪性新生物
- b) 心疾患
- c) 肺炎
- d) 脳血管疾患

(5) 高齢者の心身の機能特性

a) 身体特性：老化による疾患や障害の増加

- ①心、血管機能；高血圧や不整脈、心筋梗塞を起こしやすい
- ②腎臓、泌尿器；腎臓の排泄機能の低下
- ③呼吸困難；肺炎を起こしやすい
- ④消化機能；消化機能の低下による便秘傾向
- ⑤骨格系；骨量の減少による骨折の増大
- ⑥神経・筋機能の低下；瞬発力、敏捷性の低下
- ⑦視覚・聴覚機能の低下；白内障、難聴傾向

b) 心理的特性

- ①記憶力の低下；遠い過去より最近の記憶の方が衰える
- ②心理的变化；内面的で自己防衛的
- ③行動の変化；夜間行動、睡眠障害の増加

c) 加齢に伴う運動機能の障害

- ①筋力の低下
- ②関節の可動性の低下
- ③運動神経の鈍化によって起こる動作の低下など

(6) 認知症

かつては痴呆症といわれていました。いろいろな原因で脳の細胞が死んでしまったり、働きが悪くなったりしたためにさまざまな障害が起こり、生活するうえで支障が出ている状態のこと指します。認知症は病名でなく、まだ病名が決まっていない症候群です。つまり医学的には、まだ診断が決まらず、原因がはっきりしていない状態のことを表しています。

(7) オーラルフレイル

2015年から叫ばれはじめた『オーラルフレイル』という新しい概念です。

オーラル（oral）：口を使って行うこと。

フレイル (frail) : 高齢になることで筋力や精神面が衰える状態。

つまり「歯・口の機能の虚弱」ということです。栄養不足からの身体的低下、社会との関わりの低下が生じ、精神的にも問題となっていて、運動面だけでなく「食」が重要です。健康と機能障害との中間にあり、可逆的であることが大きな特徴の一つです。「社会性」「バランスの良い食事と歯・口の定期的な管理」「運動」この3つを守る事が健康長寿に一番の良い方法です。

5、口腔機能の管理

(1) 口腔ケアに関するリスク管理

口腔ケアの技術向上による侵襲の低減はもとより、在宅診療においては通院可能かどうかという全身の予備能力に関するスクリーニングが行われていないため、呼吸、循環、代謝などの全身状態に関する情報の収集とそれに対する準備が必須となる。

(2) 誤嚥や窒息、損傷などの偶発症を予防するための知識

a) 姿勢・体位への配慮

安静を保つための姿勢・体位とは次の5条件を満たす

- ①体圧（体重）がかかる支持基底面をできるだけ広くする。
- ②脊椎や四肢は無理のない、楽で自然な状態を保つ。
- ③身体とベッドないし椅子などとの空間をなくす。
- ④圧迫部の保護に努める。
- ⑤患者の好む体位にする。

b) 感染への配慮

血液を媒介として感染するB型・C型肝炎、AIDSなどは、針やメスなどの鋭利な器材やガ

ラス片による切創からの感染が多いとされている。口腔ケアにおいても、口腔ケア用具、歯の補綴装置の鋭縁により傷を負い、そこから感染する可能性もある。

c) 誤嚥への配慮

口腔ケアに限らず誤嚥の予防で最も重要なことは覚醒させることである。覚醒が十分でなければ嚥下反射は生じにくく、誤嚥が起こりやすい。

d) 損傷への配慮

歯や粘膜の損傷を防止するためには、事前に口腔内アセスメントを行い適正な用具とケア方法を選択することと、視野と採光を十分に確保することが肝要である

e) その他偶発症への配慮

不用意な体位の変換は関節を損傷したり、褥創を悪化させたり、時に骨折させたりすることもある。点滴や尿道カテーテルなどを引き抜いたりすることもある。

口腔ケア中に介護者が要介護者に咬まれたり、殴打されるなどの危害を加えられることも少なくない。

f) 偶発症への対応

偶発症が起こってしまった場合は、複数の人間で対応すること、事故を隠蔽しないこと、要介護者やその家族に誠意を持って対応すること、十分な説明を出来るだけ早期に行うこと、理解と協力を得ることである。

(3) 認知症の口腔ケア

口腔ケアを行ううえで理解しておくべきこと味覚などの感覚も異常なことがある。

今までできていたことができなくても無理やりさせない。

自尊心を傷つけないように配慮する。

病態を理解して個人で可能な口腔ケアプランを作り、あまり無理なプランを押し付けない。

口腔ケアを自分でやってできた方は必ず褒める。

(4) 口腔機能の管理

a) 口腔乾燥症

【症状】

唾液分泌量の減少によって口腔内が乾燥し、これに起因して口腔や咽頭にさまざまな症状を呈する状態。唾液量の減少・泡立ち・粘度の減少、口唇の乾燥・ひび割れ・裂溝、舌の灼熱感や疼痛、う蝕好発、義歯の不適合、唾液腺の腫脹や疼痛、頻繁な水分の摂取、乾燥食品を食べるのが困難、嚥下および発音困難、味覚異常が発生します。

さまざまな薬剤の副作用に起因することもある。

【対応】

人工唾液；エアゾール製剤、湿潤剤、洗口剤
内服薬；パロチン、L-システイン、小紫胡湯、麦門冬湯

星状神経節ブロック

マッサージ；唾液腺相当部、歯ブラシを使って粘膜のマッサージ

b) 口臭

【分類】

不快な臭いの原因は、揮発性硫化物である一般的には舌背後方に堆積した舌苔中で産生された硫化水素です。

真性口臭症；社会的容認度を超える明らかな口臭が認められるもの

仮性口臭症；患者は口臭を訴えるが、社会的容認度を超える口臭は認められない

検査結果などの説明で訴えの改善が期待できるもの

口臭恐怖症；真性口臭症、仮性口臭症に対する治療では訴えの改善が期待できないもの

【対処】

口腔由来の病的悪臭；口腔清掃に加えて、専

門的な口腔清掃（PMTC）、歯科治療などの原因に応じた対応が必要となる。

全身由来の病的口臭；原因と思われる疾患の専門治療を依頼する。この時も口臭予防の基本となる口腔清掃を実施することは忘れない。
仮性口臭；口腔清掃に加えて、カウンセリングを行う。

口臭恐怖症；精神科、心療内科などへの紹介が必要となる。

歯科的対応としては口腔清掃の実施や指導を行う。

c) 口腔機能低下症

う蝕や歯の喪失など従来の器質的な障害とは異なり、いくつかの口腔機能の低下による複合要因によって現れる病態である。

口腔機能は、咀嚼、嚥下、構音、唾液、感覚の5つに分類される。

5つの機能とそれぞれが衰えたときに影響する口腔機能の低下を口腔機能低下症という。

病態は、加齢だけでなく、疾患や障害など様々な要因によって、口腔の機能が複合的に低下している疾患。放置しておくとう蝕機能不全、摂食嚥下障害となって全身的な健康を損なう。高齢者においては、う蝕や歯周病、義歯不適合などの口腔の要因に加えて、加齢や全身疾患によっても口腔機能が低下しやすく、また低栄養や廃用、薬剤の副作用等によっても修飾されて複雑な病態を呈することが多い。そのため、個々の高齢者の生活環境や全身状態を見据えて口腔機能を適切に管理する必要がある。

【症状】

口腔内の微生物の増加、口腔乾燥、咬合力の低下、舌や口唇の運動機能の低下、舌の筋力低下、咀嚼や嚥下機能の低下、複数の口腔機能が低下している。

【診断基準】

口腔機能低下症の7つの症状のうち、3項目以上該当する場合に口腔機能低下症と診断される。

- ①口腔衛生状態不良
- ②口腔乾燥
- ③咬合力の低下
- ④舌口唇運動機能低下
- ⑤低舌圧
- ⑥咀嚼機能低下
- ⑦嚥下機能低下

【検査】

①口腔衛生状態

視診によりTongue Coating Index (TCI) を用いて、舌苔の付着程度を評価する。

②口腔乾燥の検査

口腔粘膜湿潤度または唾液量で評価する。

③咬合力低下

咬合圧検査または残存歯数により評価し、検査結果は咬合圧検査を優先する。

④舌口唇運動機能低下

オーラルディアドコキネシスにより評価する。
1秒当たりの/pa/、/ta/、/ka/それぞれの音節の発音回数を計測する。/pa/、/ta/、/ka/のいずれかの1秒当たりの回数が6回未満を舌口唇運動機能低下とする。

⑤低舌圧

舌圧測定器（JMS舌圧測定器）につなげた舌圧プローブを、舌と口蓋の間で随意的に最大の力で数秒間押し潰してもらい、最大舌圧を計測する。舌圧が300Pa未満を低舌圧とする。

⑥咀嚼機能低下

咀嚼能力検査（グルコース含有グミゼリー咀嚼時のグルコース溶出量を測定する）または咀嚼能率スコア法により評価する。

⑦嚥下機能低下

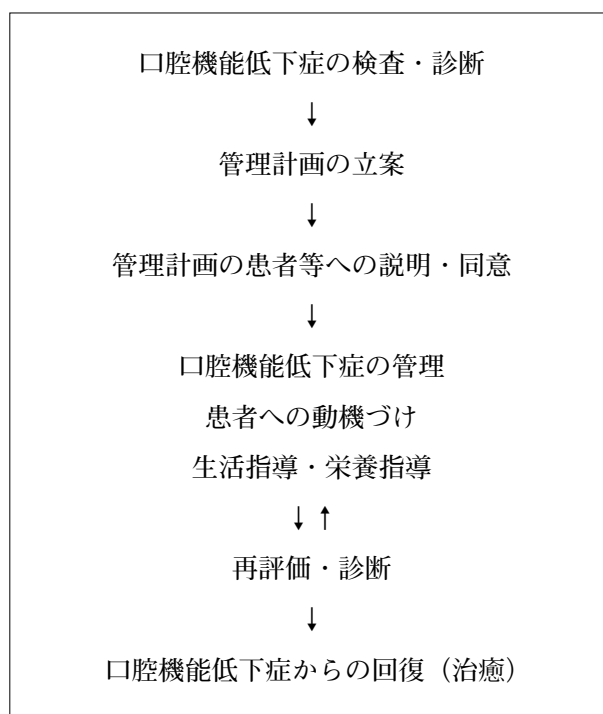
嚥下スクリーニング検査（EAT-10）または自己式質問票（聖隷式嚥下質問紙）のいずれか

の方法で評価する。

【管理】

管理は口腔機能のさらなる悪化を予防し、口腔機能を維持、回復することを目的とする。初回には管理計画書を作成し、患者等に説明する。

療養上必要な訓練指導や生活指導および栄養指導を実施し、管理指導記録簿に記録して保存する。再評価は、概ね6か月毎に口腔機能精密検査により行う。



口腔機能低下症の管理

①管理計画の立案

口腔機能精密検査に基づき、患者等の生活環境や生活習慣を踏まえて患者の環境に最も適した管理計画を作成し、管理計画書を患者に交付する。

②全身状態と口腔機能管理

全身状態は、主に基礎疾患、服用薬剤、意識レベル、認知機能、肺炎の既往などで評価する。口腔機能精密検査で低下が認められた項目に対する訓練を行うなどの機能訓練を中心

に管理を行う。口腔機能に適した食事の形態の選択や、食事摂取状況に応じた栄養の指導も必要である。

③口腔機能の低下とその管理

口腔機能精密検査により診断された口腔機能低下に対して、その症状や患者の特性に応じた口腔機能訓練の指導を患者等に行う。口腔機能低下症の管理のためには、う蝕や歯周病などの歯科疾患の診査や治療も必要である。

④患者等への説明と動機付け

患者の生活環境や生活習慣に応じた口腔機能低下症に関する正しい知識を患者等に提供し、管理目的と管理方法について患者および介護者に理解を得る。

⑤口腔の状態、栄養状態や食形態を含めた生活指導

全身状態や生活環境・生活習慣を踏まえた生活指導として、口腔機能精密検査により診断された口腔機能の低下に対して、患者等が日常生活の中で実施可能な簡単な口腔機能訓練を含めたセルフケアの指導と助言を行う。



以上の多岐にわたる内容を簡潔にわかりやすくご講演いただきました。

施設基準に必要な要件だけではなく、これからの歯科医療の進むべき道とも思われる内容で、とても興味深い3時間でした。小宮先生、並びに異常気象ともいえる酷暑のなかで運営に携わった社会保険委員の先生方、ありがとうございました。

平成30年度社会保険指導者研修会に参加して

社会保険委員 尾山 正洋

去る9月7日、千代田区の日本教育会館にて平成30年度社会保険指導者研修会が開催されました。

本県より国保審査員堀江博先生、社会保険診療報酬支払基金茨城支部医療顧問海老澤俊郎先生、

社会保険委員会より榊正幸部長、大野勝己委員長、酒井一範副委員長、新堀敏也先生、尾山の7名で参加いたしました。

度重なる大雨や地震災害にて関空や新千歳空港、

鉄道等が機能不全に陥るなか、それでも会場には多くの出席者とその熱気があふれ初参加の私は圧倒さればかりでした。

日歯の堀会長や厚生労働省保険局長の挨拶のあと最初の講演は、厚労省保険局・歯科医療管理官・小椋正之先生による「保険収載について」でした。

診療報酬改定の流れについての説明があり、まずは内閣で改定率や医療費総額が決定されます。それに基づき社会保障審議会や中央社会保険医療協議会にて基本方針や個別の項目に関する点数設定が議論される、とのこと。総額約40兆円の診療報酬のうち歯科の割合はわずか1割程度ですが、その改定率は薬価などを除いた歯科医療費の技術料に左右されるという説明があり、やはり我々が率先して点数をアップさせることが改定率のアップにもつながると認識させられました。

続いての講演は、日本歯科医師会常務理事・遠藤秀樹先生による「平成30年度診療報酬改定における口腔機能の評価について」です。午後の講演のイントロ的な説明と、改定に至った経緯の説明でした。金属による補綴は金パラの価格変動に影響を受けやすいので、その代替となる材料が求められること、旧来の欠損補綴ではなく口腔の健康管理が国民から求められていること、等の説明がありました。

昼食休憩をはさみ午後からは、新しく導入された技術や治療法の具体的な研修でした。まずは日本歯科大学教授・五味治徳先生による「平成30年度改定で保険収載された新規技術—高強度硬質レジンブリッジ・大臼歯CAD/CAM冠—」です。

ブリッジの連結部下部への力のかかり方や、それを補強するためにグラスファイバーを用いて製作される高強度硬質レジンブリッジについて、さらにその支台歯形成や接着処理についての説明がありました。成功させるポイントとしては、適応症の判断、支台歯形成、咬合調整、研磨、接着、

つまりは基本技術が集約されて初めて材料の特性が生かされるとのことです。

CAD/CAM冠においても同様で、支台歯形成や接着処理が大変重要です。

続いての研修は愛知学院大学教授・吉田憲司先生による「口腔軟組織疾患に対するレーザー照射治療」でした。再発性アフタ性口内炎の小アフタ型病変にレーザー照射を行った場合に口腔粘膜処置（30点）が算定できるようになったのはご存知の通りです。一定の要件を満たせばレーザー機器加算も算定できます。

研修のスライドでは、炭酸ガスレーザーによる小帯切除や半導体レーザーによる歯肉切除、YAGレーザーによる頬小帯形成術や舌腫瘍（血管腫）摘出などが例示され、出血量や術後疼痛の少なさは今後ますます重要視されていくものと思われます。

続いては、東京歯科大学教授・櫻井薫先生による「口腔機能低下症の基本的考え方とその臨床」です。

まず、今まで歯科には高齢者を対象とした病名がないとの見地から、2013年頃から有識者による検討が始まり議論を重ねた結果、口腔衛生状態不良、口腔乾燥、咬合力低下、舌・口唇運動機能低下、低舌圧、咀嚼機能低下、および嚥下機能低下の7項目を柱として口腔機能低下症が定義されました。では、口腔機能低下症とオーラルフレイルはどう違うのか・・・ですが、前者は加齢だけでなく、疾患や障害など様々な要因によって、口腔の機能が複合的に低下している疾患。放置しておくとう咀嚼機能不全、摂食嚥下障害となって全身的な健康を損なうのに対し、後者は、それを国民への啓発に用いる言葉だそうです。国民に浸透させるには3文字程度が理想的とのこと、例えるならばメタボリックシンドロームをメタボというように、です。オーラルフレイルではまだまだ長いので、櫻井教授は暫定的に口（くち）フレという表

現を用いていました。さて、浸透するでしょうか・・・。

我々歯科医師が口腔機能低下症を疑う状況としては、舌が汚れている、診療中にむせる、患者による筋圧形成ができない、口をゆすぐときに水をこぼす、咬合紙がつかない、の5点です。自己診断をするならば、① 硬いものが食べにくくなった②汁物を飲む時に時々むせるようになった③口の中が乾くようになった④薬を飲み込みにくくなった⑤滑舌が悪くなった⑥食事をするのに時間がかかるようになった⑦食べこぼしをするようになった⑧食後に口の中に食べ物が残るようになった、の8点のうち1つでも該当すれば要検査です。

その検査の方法ですが、口腔衛生状態不良に関しては、舌表面を9分割してそれぞれの舌苔の付着度をスコア化する方法、口腔乾燥に関しては口腔水分計（ムーカス）を用いるか、2分間咬んだガーゼに含まれる唾液量を測定するサクソテスト、咬合力低下に関しては歯科用咬合力計を用いる方法、舌・口唇運動機能低下や低舌圧に関しても専用の機器、測定器を用いる方法が紹介されました。咀嚼能力に関しても、グミゼリーを用いてグルコース濃度を測定したり視覚にて粉碎度を判定する方法があります。嚥下に関しては、ネスレが提供している嚥下スクリーニングツールが紹介されました。当初申し上げた7項目のうち3項目に該当すれば口腔機能低下症と診断されますが、3項目当たったのでそれで終わり、ではなく7項目全ての検査を行ってほしい、とのことでした。口腔機能低下症の管理とは、7つの項目に対応するという考えではなく複合的な視点からその機能

の維持向上、低下の予防を行うことだからです。具体策として義歯などの形態回復、筋力の向上、巧緻性（動き）の向上、全身状態・味覚・栄養状態の把握、生活習慣の改善・動機づけ、などが挙げられます。全ての検査をしても、慣れれば10～15分程度だそうですが、そこは、かなりの慣れが必要ではないかと思われます。

最後は、神奈川歯科大学教授の木本茂成先生による「口腔機能発達不全症の基本的考え方と対応について」でした。これは前述の高齢者のための口腔機能低下症とは反対で幼児、児童が対象です。昨今摂食機能障害をもつ子供だけでなく、健常児においても食の問題が顕在化しています。しかしながらその実態を示す明確なデータは乏しく、そこで口腔機能発達不全症の診断基準12項目が設けられました。既にご存知の先生方も多いと思いますが、これに該当する項目数により口腔機能発達不全症の診断名や、口腔機能管理加算の算定が決まります。

我々歯科医師がこの疾病の病態を理解し、国民への啓発が進んだ段階で、一般の歯科医療機関において子供たちへの口腔機能の管理が可能な状態になっている必要があることを実感しました。

以上をもちまして午前・午後にわたり開催された研修会も無事に終了し、我々出席者は東京の玄関口である上野駅に移動。ささやかな慰労会の後、常磐線やTXにてそれぞれの帰路に着きました。

簡単ではありますが、研修会の報告とさせていただきます。



【戴帽式】

平成30年9月6日 茨城県歯科医師会講堂に於いて歯科衛生士科49期生39名の戴帽式が挙行されました。

多くの来賓、父兄の方がご列席して下さり、厳粛な雰囲気の中、征矢校長先生よりナースキャップを戴き、親火より自分のろうそくの灯をつけ、誓いの詞を唱和しました。それぞれがこれまで苦難に直面したことと思いますが、努力をしたこと

でこの日を迎えることができました。

森永会長先生より「ナースキャップの着用のこの瞬間は進むべき道が決まったことでもある」というお言葉にこれから大変なこともあると思いますが、新たな気持ちで前に進んでほしいと思いました。これより臨床実習が始まりますが、専門職として知識、技術だけではなく患者さんやスタッフの方々など周りに気遣いができるような人間に成長してほしいと思います。

(文責 庄司)





平成30年度水戸市歯科医師会イブニングセミナー 報告

統一テーマ：スタッフとともに学ぶ

演題：「行動科学に基づいた ブラッシング用具の選択と使い方」

講師：高柳篤史 先生 高柳歯科医院（埼玉県幸手市）、東京歯科大学客員准教授

(社)水戸市歯科医師会 学術委員 大津 亮

平成30年6月19日（火）、茨城県歯科医師会館にて水戸市歯科医師会主催のイブニングセミナーが開催されました。

今回は、高柳篤史先生をお迎えして、患者さん個々に合わせた歯ブラシ選択の基準とフッ素配合歯磨剤の効果と使用方法についてご講演いただきました。

以下に概要を報告させていただきます。

◇保健指導を成功させるためには、患者の口腔内状態やブラッシング指導の受容状況を把握するとともに、歯ブラシの物理的特性を十分に理解して、それぞれの患者と歯ブラシのマッチングを図ることが求められる。

実際の教育現場、例えば歯科衛生士教本による「使用しやすい歯ブラシの特徴」には以下のような記載がある。

- ・毛束の間隔が十分空いている
- ・2－3列
- ・毛束の刈り込みは平切り型
- ・ブラシ形態は平線型（直線型）
- ・毛先の形態はラウンドカット
- ・把持部の形態はストレートハンドルでネックが細く最後臼歯まで到達しやすいもの
- ・頭部の大きさは年齢に応じた小型のもの



- ・ブラシの硬さはふつう
- ・ブラシの種類はナイロン製で適度な弾力のあるもの

教科書で勧めている歯ブラシはかなり限定的であり、歯ブラシに適応したブラッシング時間、方法を患者に実践してもらう（ブラッシング方法を歯ブラシに合わせる）必要がある。指導内容を受

容できず口腔内の環境が改善しないこともしばしば経験する。

◇個人に合った歯ブラシを選ぶ、個人に合わせたブラッシング指導を行う（歯ブラシの選択の際に注意すること）

- ・指導者自身の磨きやすい歯ブラシを選んでいませんか？
- ・指導しやすい歯ブラシを選んでいませんか？
- ・患者さんに共感してますか？
患者さんの話をよく聴き、患者さんの感じている（通院の動機、ブラッシング指導に同意の理由など…）ことを想像し理解に努める。
- ・予防と治療のブラッシングの違いを考慮していますか？

日常生活での予防と、歯肉が炎症を起こしており血管が破綻しているときなど急性期の治療でのブラッシングレベルは異なり、指導内容も異なるべきである。急性期にはしっかりとプラークコントロールレベルを上げておかなければならないが、歯肉炎の消退後は厳密なプラークコントロールは必須ではなくなる。

- ・指導者として歯ブラシと歯磨剤のエビデンスを理解していますか？

※磨きやすくブラッシング効果の期待できる歯ブラシは、患者さん個々によって異なるはずであるが、これまでは単に指導しやすい歯ブラシを術者が選んでいただけなのではないだろうか？

◇ブラッシング指導を繰り返しても良くならない患者

- ・知識が足りないのだろうか？
- ・努力が足りないのだろうか？
- ・保健指導をしても聞き入れない性格？

Victim blaming（犠牲者非難：本人に問題）とし

て処理していないか？ 改善しないのは患者の問題なのだろうか？

◇日常生活の行動の分類と歯磨きの位置付け

行動の分類：人それぞれで異なる・個人でも変動する

1. 健康に悪いとわかっていてもやめられない行動
2. 健康に悪いとわかればすぐにやめられることができる行動
3. 習慣でなんとなく、続けている行動
4. 健康に良く啓発によりすぐに日常生活に取り入れることができる行動
5. 健康に良いと思っても継続することが難しい行動

※年間約1000回行うブラッシングの日常行動としての位置づけは？ 常にう蝕、歯周病のことを考えながらブラッシングを行っているわけではない。上記の3または4の感覚で、無理なく、少ない負担で継続していただくことが理想的である。指導は患者の負担の程度を考慮しながら行うことが重要である。

◇歯磨きの状況の実態調査

一般の方（n=150人・歯科医院通院者ではない）を対象に以下の調査（口腔衛生学会誌2004）

- ・どんな磨き方をしているか
- ・ブラッシング指導との関連は
- ・磨き方と口腔内状況との関連は
- ・ブラッシング時間の平均：1分36秒
- ・歯ブラシの持ち方：ペングリップ15%・パームグリップ85%（指導は受けても日常的にペングリップでの継続者は非常に少ない）
- ・ブラッシング法（実際に磨いていただいてどの方法に近似しているか）：スクラブ11%・フォーンス42%・ローリング3%・横磨き22%・縦磨き22%（バス法の実践者は極めて少ない）

- ・ブラッシング力の分布
- ・ブラッシング指導 経験あり64%（常に実施20%・時々実施30%・元に戻った14%）・経験なし36%

※刷掃時間・振幅・刷掃力・使用歯磨材料・残存歯垢量について、ブラッシング指導を受けたことのあるものと経験のないものではほとんど差が見られなかった。ただし、指導経験者のうちごく一部に完璧に実践する人が存在する。

◇国民レベルでみると、ブラッシング指導により長期的なブラッシング状況の改善はみられない。

行動変容に至るきっかけ（長期的な継続はごく一部のみであることが多い…）

- ・効果の実感：主訴の改善・急性症状の消退など
- ・困ったことの経験
- ・社会環境の変化：中学生になると学校での歯磨き習慣がなくなる…など
- ・fear arousing（恐怖訴求）：恐ろしさをかきたてることにより緊急の行動変容を期待する。しかし長期的にその習慣が定着することはない。定着しても継続したストレスを伴う。

◇歯ブラシ：2分弱（平均的なブラッシング時間）で最も効果の上がる歯ブラシとは

1. 歯科医院専売歯ブラシ

設計：指導しやすく、テクニックを必要とする設計

使用方法：スクラッピング法、バス法など

2. 一般市販歯ブラシ

設計：指導を前提としない、テクニックを必要としない

使用方法：横磨き、フォーンズ法など

一般の国民の平均値の磨き方で最大効果の得られる歯ブラシの大きさ、柄の太さ、毛の形態 etc.

はどのようなものか？

※すべての方が100%磨けるようになることは不可能。患者さん個々の現実的な目標設定が必要。

◇日常と非日常を知る

- ・病気である非日常と健康である日常での対応は同じではない。
- ・歯科医療担当者と患者の意識の違いを考える。
- ・急性期の治療、指導が落ち着いたら無理のない定期管理の方法を検討すべきである。
- ・病気のときの指導を健康である日常にも継続することは困難である。
- ・歯肉が腫れたなどの急性症状で受診した患者が治癒後も継続して厳しい指導に耐えられるのだろうか。また患者さんは幸せなのだろうか？ドロップアウトしてもやむをえないのでは。

◇定期検診の意義

- ・定期検診を受けている患者が良好な口腔内状態を維持できることはあきらかである。
- ・定期検診時の処置内容による予後に差はどうか？
- ・定期検診では、100%のセルフケアを目指した指導や完璧なプロケアを目指すのではなく、良好な関係を築いて次回の定期検診へのモチベーションを高めることが最も重要である。
- ・定期検診で重要なのはメンテナンスの内容でなく口を開けて専門家に口腔内を見せることである。

◇個々の患者さんに適した歯ブラシを選ぶ

- ・押し付けない
- ・歯ブラシの特徴と、選択の基準、理由について説明

◇ブラッシング力とブラッシング圧

- ・同じブラッシング力（一般的には200gが理想）でも、ヘッドの大きさ、歯面への接触部分の面

積（全体／つま先／かかと／側縁）により歯面、歯肉にかかる圧力が全く異なる。

- ・強すぎる圧は、歯肉の退縮、歯面の磨耗などを引き起こす。

◇これからの保健指導：1 → 2 → 3 へ

1. 術者中心の保健指導（術者目線）
2. 患者中心の保健指導（患者目線）→治療
3. 生活者中心の保健指導（生活者目線）→予防

※術者と生活者の目線を合わせるコミュニケーションが今後重要となってくる。

◇ヘッドの幅の選択

ストロークの安定の程度により選択

- ・歯頸部をねらった歯ブラシができる場合は幅が狭い方が良い（歯頸部を狙いやすい）
- ・側縁を使ったブラッシングができれば、歯頸部到達性に差がないが、幅が狭い方が歯間部への到達性が高い。
- ・叢生部の縦磨きには幅が狭いものを用いた方が良い。
- ・歯ブラシのストロークがぶれやすい場合は幅が広い方が良い。
- ・歯頸部をねらったブラッシングができない場合には幅が広い方が歯頸部にあたりやすい。
- ・幅が広い方が単位面積当たりの圧が低くなる。

※歯ブラシを変更したら使用実感を確認する。磨き心地は歯ブラシ選択の大切な要素である。

※刷掃効率と細部到達性は相反する場合が多い

◇毛の太さや形状に歯間部等の細部到達性を高めるための構造が付与されているもの

- ・極細毛：通常毛の比べて約4倍のストロークが必要 時間がかかる
- ・極細と通常毛の組み合わせ：細い毛は効率よく

歯磨剤を細部に届ける効果がある。

- ・山切りカット：毛先が効果的に当たる範囲が広く、適応範囲が非常に広い

◇abfraction と abrasion（磨耗）

- ・abfraction：咬合が原因、辺縁歯肉は正常、鋭縁、鋭い切れ込み
- ・abrasion：歯ブラシなどの磨耗による欠損、皿状、辺縁歯肉に過剰なブラッシングによる反応性の炎症（クレフト、フェストゥーンなど）の変化あり

◇歯質へのダメージへの寄与順位

- 1 過大なブラッシング圧 > 2 硬い歯ブラシ > 3 高研磨性歯磨剤

※最も影響が大きいと思われるのはブラッシング圧で、歯磨剤の影響は以前に考えられていたほど大きくはない。

※歯磨剤の使用により、フッ素の供給のほか、ブラッシング時に歯質、歯肉を保護する効果も期待できるため積極的な使用が勧められる。

◇年齢別DMFT Indexの傾向

- ・12歳のDMFT Index は年々減少傾向にあるが、その後の加齢による増加傾向は以前とあまり変わらない。加齢により確実にDMFT数は増加する。12歳で減少した分の減少数でしかない。
- ・12歳から19歳でのう蝕増加数がヨーロッパ（スウェーデン）に比較して日本は多い。
日本 12歳1999年 2.3本 → 19歳2005年 6本
スウェーデン 12歳 1本 → 19歳2005年 3本

※小学生から中学生になると、保健指導困難になってくる、清掃状態悪くなる、学校での歯磨き習慣がなくなる、などう蝕リスクが高まる。12歳以降の長期にわたるう蝕予防の効果を検討する必要

がある。

◇ヨーロッパにおけるう蝕減少の要因見解 (Bratthal.et.al)

「非常に重要もしくは重要」の割合

- ・ショ糖摂取量の減少 2%
- ・ショ糖摂取頻度の減少 13%
- ・フッ化物配合歯磨剤 95%
- ・学校のフッ素プログラム 25%
- ・プラークコントロール 39%
- ・予防填塞 8%

※ショ糖コントロール、ブラッシングでの予防実感の割合は驚くほど少ない。

※プラークコントロールでのう蝕予防の限界、フッ素配合歯磨剤の普及の重要性。

※予防処置を実践（選択）する行う上ではエビデンスが非常に重要である

◇歯磨きに関するガイドライン

評価基準

A：推奨を支持するのに確かな根拠がある

C：推奨する根拠が乏しい

1. スコットランド大学間ネットワーク

A：う蝕予防のために子供は1000ppm以上のフッ化物含有歯磨剤を1日2回使用し、その後洗口はしない。

2. 米国・予防医療研究班

C：う蝕予防のための個人的口腔衛生（フッ素を含まない歯磨剤、フロス）

A：歯周疾患予防のための個人的口腔衛生

3. カナダ・予防医療研究班

A：う蝕予防のためのフッ化物含有歯磨剤の使用

C：う蝕予防のための歯ブラシとフロスによる毎日の歯垢除去

※う蝕予防のためには、フッ素入り歯磨剤を確実に

に予防したい部位に届けること、歯周病予防のためには歯間、歯頸部のプラークをしっかりと除去することが、昨今の世界的なコンセンサスである。

◇フッ化物配合歯磨剤の推奨使用法

FDI.IADR.WHO アジアへの提言より（2012）

1. フッ化物濃度

- ・1000～1500ppm（有効フッ素800ppm以上）
- ・500ppm以下は有効であるエビデンスなし
- ・高齢者では1500ppmを超えるもの（根面う蝕への対応としては3000ppm以上が必要：日本では認可されていない）

2. 回数

- ・1日2回以上（1回と2回では効果に大きな差が有る。2回以上はおおきな差はない）

3. 使用法

- ・6ヶ月～2歳（ブクブクペができる前まで）極少量、エンドウ豆の半分（0.05～0.1g）
- ・2～6歳 エンドウ豆大、歯ブラシの横幅（0.25g）
- ・6歳以上 歯ブラシの長さ（1～1.5g）

4. 歯磨き時間

- ・吐き出さずに2分間以上

5. 歯磨き後の洗口

- ・最小限にとどめる

◇歯磨剤の使い方の一例

- ・フッ素入り歯磨きを、1g（ヘッド長さの約3分の2程度）使い2分間磨きましょう。
- ・まず奥歯や隙間から磨きましょう。う蝕になりやすいところから高い濃度のフッ素を供給。
- ・2度付けが有効。有効濃度を保ち、左右で同じ効果。
- ・長時間磨く方は最後に歯磨剤をつけて仕上げ磨き。
- ・う蝕予防と歯周病予防：歯質保護の目的で歯磨剤を少量つけてじっくり磨いた（歯周病予防）後に、最後の2分間に歯磨剤を追加して仕上げ

磨き（う蝕予防）。

- ・漱ぎすぎによるフッ素の流失に注意（イエテボリ法：歯ブラシに1.5g、2分間歯磨きの後10mlの水を含んで30秒ぶくぶくうがいをして吐き出す。2時間飲食を控える）。
- ・歯ブラシで歯磨剤をう蝕好発部位に届ける。隙間に届きやすい歯ブラシを選んで効果アップ（2重植毛の極細毛は効果的）。

◇小・中学生の平均年間う蝕増加数（埼玉県東部地区H13→H14）

小1～小2	0.26
小2～小3	0.25
小3～小4	0.24
小4～小5	0.12
小5～小6	0.26
小6～中1	0.45
中1～中2	0.49
中2～中3	0.48

- ・12歳以降で激増、増齢によりさらに増加
- ・中学生の昼の歯磨きキャンペーンなどの工夫が必要
- ・フッ素洗口できなくても歯磨剤を効果的に使用することによりう蝕の抑制効果が期待できる。

◇昼の歯磨きキャンペーンの実施

1. 平成17年 学校歯科検診
 2. 歯ブラシ、歯磨剤の配布（キャンペーン）
 3. 平成18年 学校歯科検診
- 対象校 埼玉県内の中学（2年109名、1年88名）
 歯科衛生学会誌 Vol.2, No.1 214-215 2007

- ※歯磨剤をしっかりと使用することにより一年間でのう蝕抑制率 約50%
 →う蝕の増加数を約半分に減らすことができた。
- ※小学校でも、歯磨剤の使用法の指導によりう蝕抑制率 50%程度を達成できた。

※フッ素洗口はできなくても歯磨剤の使用法を工夫することでう蝕を抑制できると考える。

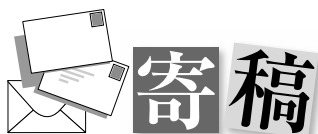
◇歯ブラシ選択の目安

極めて大雑把ではあるが歯ブラシ選択のとりあえずの基準

1. 歯磨時間短い（3分未満）・う蝕傾向→2段階複合植毛
 とにかく歯面の隅々にフッ素を届けることを最優先する
2. 歯磨時間短い（3分未満）・歯周病傾向→極太毛束
 大型、できればストロークも大きくなるので毛先の揃っていないものが望ましい 横幅も大きめ とにかく効率重視で磨き心地の良いもの
3. 歯磨に十分時間をとれる・歯周疾患なし・軽度歯肉炎・歯面ごとに歯ブラシの角度付けができる→コンパクトタイプ、基本的に歯ブラシの種類は問わない
4. 歯磨に十分時間をとれる・中等度以上の歯周疾患・電動歯ブラシの使用者・歯面に合わせて歯ブラシの角度づけが困難→極細毛

※他に磨き心地、ブラッシング力などを考慮して選択する。

以上、高柳先生の講演概要を報告させていただきました。歯ブラシの選択において、これまでの固定観念にとらわれず、現実的に患者さんに最適な歯ブラシを選択する必要性を感じました。また、カリエス予防の上でフッ素の使用が非常に重要であることを改めて感じました。なお、歯ブラシの選択に関しては 日本歯科医師会雑誌 Vol.170 No.6 2017-9 「歯ブラシを科学する～歯ブラシの形態と物理的特性～」をご参照いただけるとより理解が深まることと思われます。



睡眠時無呼吸症に対する 茨城県内各地区歯科医師会ネットワーク協議会報告

(社)日立歯科医師会 関 隆

はじめに

8月9日(木)、茨城県歯科医師会館にて標記協議会が開催されました。各地区歯科医師会長よりご推薦をいただきました各地区連絡役が一堂に会し活発に意見交換が行われました。地区連絡役として出席致しましたので当日の会議の概要を報告いたします。今湊良証県歯学術担当理事が司会進行を務められました。

はじめに、森永和男県歯会長は「生活習慣病の中での睡眠時無呼吸症(以下SAS)は大きな課題である。医科歯科連携が重要となる。茨城県歯科医師会が責任をもって依頼された医科医療機関に紹介できるようなシステム構造を作してほしい。この先生に頼めば確実に口腔内装置(以下OA)ができる、ネットワークを通じて医科歯科連携がスムーズに進むのが今回の発足に対する私の願いである。」と述べられました。

続いて、本ネットワークの推進者である、東京医大茨城医療センター、松尾朗先生は「日本睡眠歯科学会が、11月23日、24日、つくば国際会議場で開催される。茨城の睡眠医療に対するボトムアップと全国に対する茨城のアピールと二つを兼ね備えている。SASはあくまでも医科疾患である。医科の診断がなければOA製作ができない。SASへ



のOAによるアプローチは歯科の地位向上になる。登録歯科医の条件は基本として保険診療で行うことで、経験は問わない。」と述べられました。

睡眠ネットワークの事業目的と構成

その後、今湊理事より本事業の目的、委員会構成、茨城県域PSG実施施設等について資料をもとに説明がありました。

事業目的

- 1) SASに対して、医科医療機関からのOA製作依頼等に応じられ、適切な対処ができる登録歯科医のネットワークを築く
- 2) 各地区歯科医師会に連絡役、また県歯に相談役、顧問を配置し医科医療機関との連携を進

めるとともに、登録歯科医の相談に応じて、サポートできるシステムを作る（右図）

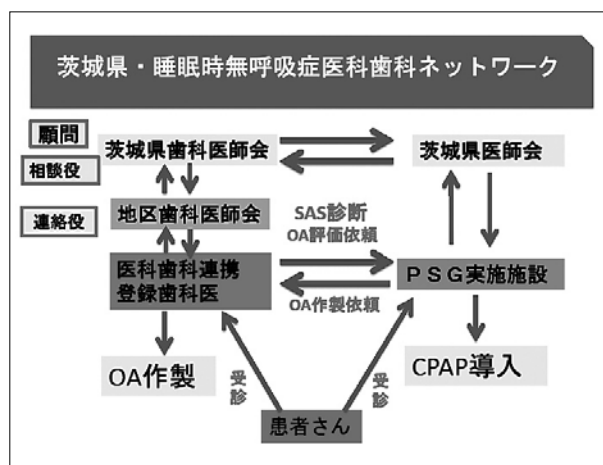
- 3) 茨城県医師会及びP S G実施施設など医科医療機関と情報を共有し県民の睡眠医療の充実に努める
- 4) 県内における睡眠医療の充実や均てん化を図るために、県歯や各地区歯科医師会において研修会を企画、開催する

続いて黒澤俊夫県歯副会長より、茨城県睡眠時無呼吸症連携登録医は現在およそ190名であること、先に実施したSASにかかわるアンケートの中間報告、日鉦記念病院と日立歯科医師会のSAS連携の具体的事例等について説明がありました。

各地区委員（連絡役）のご意見

その後、各地区委員より、SASにどう対応しているのか、現状と展望について貴重な意見が交わされましたので、その概略を列記いたします。

- ・連携登録医でも技術的な差があると思う。経験が多く技術的に優れている先生に重症の症例を紹介するというような各地区でのネットワーク作りが必要。
- ・呼吸器内科からの紹介で任せっきりの多い。OAで一番問題なのは技術的な差である。
講習会に出ていても、出来る先生と出来ない先生がいる。ある程度ラインが決まっていれば送りやすい。ワンランク上で、ここから上はここに送りたい。更に上ならば、地区を越えて東京医大に送る。
- ・医科では登録医であれば同じ物が作れると思っているので、基本にかえて実習が必要。最低限のOAができなければ医科からの信頼は得られない。
- ・なるべく多くの会員の方に登録医になっていただいてかかりつけ医のほとんどが患者さんを受け入れる登録医を目指していくよう更にレベル



アップしていく。各自の能力もありますが歯科医師会として講習会をやっていただいてレベルアップできるようにシステム作りをしていただけたらと考えている。

- ・鹿行地区歯では登録医は数名おられるので、千葉県側との連携を考えていただきたい。
- ・患者さんは病院歯科に行っている感じがする。医師の診断がなければOA製作ができない。病院の口腔外科に送る確率が高いと思う。
- ・登録されている先生方に技術的な差を感じる。相当勉強しないと、医科の先生にとっては逆効果になる。かなり底上げしないと、第二の顎関節の治療になってしまう。
- ・連絡役としてどこに紹介するか迷う。経験のある先生を地区に置いてもらえればと思う。
- ・栃木県の先生や自治医科大学の口腔外科と連携している。PSG実施施設、登録医の数が少ない。病院歯科に送ってやってもらえたらと思う。地域の先生の温度差を感じる。

各相談役等のご意見

次に相談役の先生から以下のようなご意見がありました。

- ・日本睡眠歯科学会に入会している。つくばでの日本睡眠歯科学会総会・学術集会には、初日の基礎講座から受講されるとすんなりと入りやす

い。2日目の学術集会からだとは難しく感じられるかもしれない。

- ・講習会では、ベーシックな所は押さえたい。検査データも読めるようにしておきたい。咬合は変わるので、作りっ放しではいけない。
- ・やれる人が集約化してやった方が社会のためになる。医師でも温度差がある。医師は、CPAPという武器で全部自分でやってしまう。連携ではなく、共同、同じような知識、レベルでやっていかないといけない。将来的には、歯科医師会で責任をもってやれる先生を推薦するという様に集約化したほうが良い。

黒澤副会長より、「SASは医科からの依頼があって初めて成り立つ。SASでは医科より確実な評価を受け、結果を求められる。それに答えられるだけの力量のレベルアップをしなければならない。SASは生活習慣病の一つであり全身疾患の中で捉える。結果が求められるので、歯科医師会としても注意をしながら連携していかなければならない。当然温度差があるが、レクチャー、技術を習得し、茨城県歯科医師会全体として良い方向にもって行きたい。」と述べられました。

松尾 朗先生より、「歯科医師会としては、全員のレベルを上げたいと共に、振り分ける事が重要である。地域の中で、医科の紹介で患者さんが来院した時にここに送れば大丈夫と分かるようなシステムを作ること、地域で連絡役の先生方が、ネットワークのボトムで引き受ける事が重要である。

また病院歯科は、どの治療ができるという事よりも適正な所に振り分けられるのも大切な役割である。茨城県歯科医師会も適正な所に送れる、私が出来ればやるし、出来なければもっと高次元の所に送るという事がスムーズにできるようなシステムを作ることが大切である。OAの製作だけが睡眠の歯科治療ではない。治療だけでなく、診断でも睡眠に貢献できる。」と述べられました。

まとめ

個人的な実感として、やはり症例により振り分けることが必要であると感じました。難症例を技術的に優れた経験のある先生方にお任せすることにより、難易度の低い易しい症例を、むしろまだ経験が少ない先生方に幅広く振り分けることができ、裾野が広がれば広いほど、より高さを極められるようになり、茨城県からの発信と茨城県歯科医師会全体のボトムアップの両方に合致すると思いました。そのためにも、OAの製作をこれから始めようとする先生方に11月23、24日両日に、つくばで開催される日本睡眠歯科学会の基礎講座から受講することをお勧めいたします。

初めてのSASに対する各地区ネットワーク協議会に出席させていただきましたが、今後、協議を重ねることによって医科歯科間のスムーズな医療連携の輪が広がり、県民に向けて、睡眠呼吸障害への歯科的アプローチの充実が図れることを期待しております。



〒310-0911 茨城県水戸市見和2-292
公益社団法人
茨城県歯科衛生士会
TEL・FAX 029-253-5807
http://www.ibaraki-dh.net/
E-mail jimu@ibaraki-dh.net

(公社)茨城県歯科衛生士会 県南支部 横須賀 有花

私は、小学生と幼稚園児の子育てをしています。

現在は、行政の母子保健や訪問での口腔ケアに携わっています。また月に数回ではありますが臨床、歯科衛生士会のお仕事など色々な年代の患者さんと接する機会をいただいています。

そんな折、お子さんの一歳半健診に来ていた中学時代の同級生と再会する機会がありました。その後、連絡を取り合い、近況報告や懐かしい思い出話に花が咲きました。その友人は、現在中学校の養護教諭として勤務し、子育てしながら仕事にも情熱を注ぎ、忙しく充実した様子でした。嬉しいことに、以前妊婦教室での歯の講話を聞いて「一緒にやりたいと思っていた。歯磨き指導をしてくれない？」と声をかけてもらいました。

そして先日、中学校1年生の歯磨き教室を実施

してまいりました。普段、指導している小さなお子さん達の反応と違い、恥ずかしがってお友達の様子をみている姿は微笑ましく、堂々と発表や質問をし、真剣に話を聞いてくれる姿はさすがだと感動いたしました。活動を通して、少しでも自分のお口の健康に関心を持ってもらえれば幸いです。

今回のような形で、一緒にお仕事をするようになるなんて、中学時代には想像もできなかったことです。どのお仕事でもそうですが、ご縁を感じました。

私自身も二児の母となり、働き方も以前とは全く変わりました。変わらないことは、多くの患者さんに関わる歯科衛生士の仕事が好きということです。



幼稚園・親子歯磨き指導

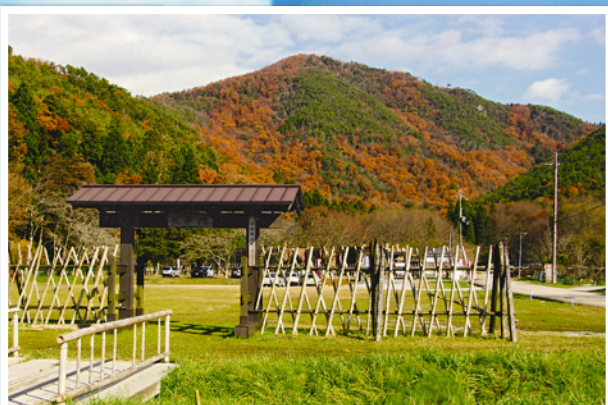


中学校・1年歯磨き指導



みんなの写真館

Photo
Gallery



小谷城跡

浅井長政とお市の三人娘たちの生まれた城、五大山城の一つ、この山の稜線に多くの廓が築てられた。戦国の世に翻弄されながらも三姉妹は強く生きぬいた。



長浜城

羽柴秀吉が最初に築いた居城。近くの浜辺から、神のいつく島と言われる竹生島が望める。



信長の館

大阪万博の折に安土城（7層の内、天守階）を復元し、その後安土に移し再度構築されたもの。金色の天井、壁など目を見張るばかりの鮮やかさ。

彦根城

戦略上も、地理的状況も家康にとって、極めて重要な城であった。それに相応しい外観と構築状況である。彦根城博物館では歴代伊井家の貴重品をみられる。



会 員 数

平成30年8月31日現在

支 部	会員数(前月比)
日 立	117
珂 北	144
水 戸	155 ±0
東西茨城	71
鹿 行	104
土浦石岡	175
つくば	126 +1
県 南	180 +1
県 西	154 -1
西 南	104
準 会 員	5
計	1,335 +1

(社)茨城県南歯科医師会 飯田 昭

みんなの写真館写真募集！

このページには皆さんからの写真を掲載できます。表紙写真に関連した写真、ご自宅の古いアルバムに埋もれた写真などをお送り下さい。

1種会員 1,152名
2種会員 55名
終身会員 123名
準 会 員 5名
合 計 1,335名



Ibaraki Dental Association

公益社団法人 茨城県歯科医師会

茨 歯 会 報

発行日 平成 30 年 10 月

発 行 茨城県歯科医師会 水戸市見和 2 丁目 292 番地

電 話 029(252)2561~2 FAX 029(253)1075

ホームページ <http://www.ibasikai.or.jp/>

E-mailアドレス id-05-koho@ibasikai.or.jp

発行人 渡辺 進

編集人 柴岡 永子



この会報には、環境に配慮して植物油インキを使用しております。