



THE REPORT OF THE MIE DENTAL ASSOCIATION

三重 歯 会 報



◆ 第1回地域包括ケア

歯科医療従事者養成講座

◆ 平成26年度第1回学術研修会

◆ 第63回三重県学校歯科衛生大会

◆ 平成26年度フッ化物応用研修会



公益社団法人
三重県歯科医師会
<http://www.dental-mie.or.jp/>

2014
1011
No. 670

第1回地域包括ケア歯科医療従事者養成講座	1
平成26年度第1回学術研修会	8
平成26年度フッ化物応用研修会	14
第63回三重県学校歯科衛生大会	18
平成26年度第5回理事会 (後期高齢者歯科健診登録医療機関を承認)	22
平成26年度第3回郡市会長会議 (がん患者医科歯科連携、地域での推進に期待)	24
平成26年度第6回理事会 (地域包括ケアシステムについて意見交わす)	28
医療管理 (固定資産税の対象となる償却資産について)	30
<hr/>	
8月・9月会務日誌	31
会員消息／新入会員プロフィール	32
告知板 (第42回三重歯科・口腔外科学会開催ならびに特別講演のお知らせ)	34
会員の広場 (第36回三重県歯科医師会ゴルフ大会開催される)	35
障害者歯科センター診療状況	36
互助会の現況	37
平成26年4月・5月診療分歯科診療報酬状況	37
三重県歯科医師国民健康保険組合	38
編集後記	39

第1回 地域包括ケア歯科医療従事者養成講座

平成26年8月24日（日）

三重県歯科医師会館

8月24日（日）、第1回地域包括ケア歯科医療従事者養成講座が開かれ、口腔リハビリテーションに特化した歯科クリニックとして注目を集める、日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック院長の菊谷 武氏と歯科衛生士の有友たかね氏が、高齢期における摂食嚥下障害に対する歯科の関わりについて様々な視点から講演した。関係者の関心も高く、歯科医師、歯科衛生士の他、看護師やケアマネジャー、介護福祉士、管理栄養士等、地域包括ケアに関わる様々な職種も含め、約270名が参集した。

前半は菊谷氏が多摩クリニックの役割や実際の臨床の様子を紹介しながら、高齢期における摂食嚥下障害は歯の欠損等の器質的障害を伴わない運動性咀嚼障害も対象になると解説。咬合回復や機能訓練に加え、機能回復が困難な場合の「食の調整」も含めて、栄養状態の維持・改善を実現することが目標になると述べるとともに、食事風景を観察して評価することや環境に合わせた支援の重要性について繰り返し強調した。後半は有友氏が要介護高齢者や摂食嚥下障害患者に対する口腔ケアの実際について、バイオフィルムの破壊とともにその回収が重要になること等を解説した他、多職種連携において歯科衛生士は単なる専門的口腔ケアの担い手ではなく、日常的なケアも含めた口腔ケア全体をマネジメントする役割を果たすべきであると訴えた。

（公衆衛生委員・伊藤寿志 記）

食べることに問題のある患者に歯科は何ができるか？

日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック
院長 菊谷 武

■ 口腔リハビリテーション多摩クリニックの現状



日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニックは東京都の多摩地区にあり、所在地である小金井市及び隣接8市の人口は150万人で、高齢

化率は21%に達し、東京23区を上回っている状況にある。近隣には40年以上前に開発された「多摩ニュータウン」があり、急速に宅地造成されたマンションにはエレベーターがないために外出が不可能になる「作られた寝たきり」という現象が指摘されている。独居高齢者も多く、孤独死も増加している。地方に比べれば高齢化率は低いかもかもしれないが母数が大きいため高齢者の実数も巨大になる。そういう意味では高齢化が進む日本及び世界にとってのモデルケースと位置付けることができるかもしれない。

多摩クリニックの受診患者は月平均約200名で、

外来と訪問がほぼ半々、訪問先は1割が在宅で9割が施設である。診療は摂食嚥下リハビリテーションを中心に、構音リハビリテーション、障害小児歯科治療等を実施している。特に小児のリハビリテーションは都内でも実施施設が少ないため、ダウン症の患者を中心に多くの小児患者が訪れている。

施設内には介護食ショップがあり、摂食嚥下障害の患者でも食べることでできる様々な食品を販売している。私は、今後は歯科医療関係者も介護食には無関心ではいられないと考えている。介護食には食形態に応じた8～9段階の分類（コード）がある。これからは口腔機能の低下した患者に対して、適切な介護食コードを提示することも私たち歯科医療専門職の仕事になる。咀嚼機能があるレベルより改善しないと判断された場合には、噛まなくても安全に（＝窒息・誤嚥を防止して）飲み込める食事を提案し、栄養状態を維持・改善しなくてはならないからだ。私たちは長い間、患者の咀嚼機能の低下を補綴治療等によって改善し、「何でも食べられるようにしてあげる」よう努めてきた。外来に歩いて来ることでできる患者はそれ（＝咬合の再構築）でもいいかもしれない。しかしもっと大きな障害を抱えた患者に対して、歯科はどうアプローチしていくべきなのかを考えなければならない。

もちろん、咀嚼機能を正しく評価することも重要である。食べる機能が維持されているにもかかわらず窒息事故の経験から流動食に依存してしまい、栄養低下を招いていた症例も経験した（流動食は水分量過多になるため相対的に栄養が低下する）。このケースでは段階的に食形態を常食に戻すことで体重減少を止めることができた。機能の評価と適切な食形態の提案により患者の栄養にア

クセスすることは、患者の生命予後にも関与することになる。

近年、その是非について議論が盛んになっていた胃ろうに対して、26年度診療報酬改定で大鉈が振るわれた。「術前に嚥下機能評価を行わない胃ろう造設術については診療報酬をほぼ半減する」とされたのだ。本来は、倫理観や医療提供体制を含めた広範な検討のうで判断されるべきものに極めて粗雑な政策的誘導が図られてしまった。そのため、現場で混乱が生じていることは否めない。

一方で私たちは、経口摂取の可能性のある人たちのための取組みも続けていかなければならない。多摩クリニックでは介護食教室を開催しているが、そこでの課題は参加者のほとんどが女性であるということだ。要介護状態になる男女はほぼ同じ数だが、女性が要介護状態になった場合、その夫に調理の経験や能力が乏しいか、ほとんどない場合が多い。こういうケースでは介護されている女性の栄養状態の改善は難しくなる。胃ろう患者を抱えた家庭では、家族が自身の食事でも患者の目に触れないよう気を遣うというような話も聞く。そのため「胃ろうレストラン」という企画も試している。患者にはミキサー後に再形成したメニューを用意し、家族とともに食事を楽しんでもらう。患者だけではなく家族も支援するための試みだ。

多摩クリニックはモデル事業として開設されたものであり、将来は各地域にも同様な施設ができるようになることを期待している。そのため、教育機関としての機能も果たしている。多摩クリニックで学ぶには、①大学院生命歯学研究科臨床口腔機能学教室 ②口腔リハビリテーション科レジデントコース（2年間 歯科医師向け） ③東京短期大学専攻科口腔リハビリテーション専攻（1年間 歯科衛生士向け）の3つのコースがある。

■ 食べることに問題のある患者に歯科は何ができるか

生きているうちは元気に暮らし、寿命の尽きた時に患うことなく死に至る、いわゆる「ピンピンコロリ」を願う人は多いが、実際にそのような最期を迎えるのは日本人の1割に過ぎず、2割が脳

血管障害等で寝たきり状態になって、70～80歳を迎える。残り7割は少しずつ何らかの病的イベントを繰り返しながら衰えていく。

ここで私たち歯科が果たすべき役割は何だろう。

歯科医療によって脳血管障害を減少させる可能性について様々な研究が示唆してはいるものの、現実的にはなかなか難しいだろう。むしろ7割の「だらだら衰えていく」人々への対応が、歯科医療として最も力を発揮できる場だと考える。四肢体幹機能は70歳以降になると衰えが顕著になるが、口腔機能は意外に衰えにくい。食事等を通じて、日々使わないことがない口腔機能は加齢による影響が表れにくい。歯科的な疾患に対して適切な歯科医療を受け、咬合機能を維持してきた人は日々の暮らしがそのまま口腔機能訓練になり、脳血管疾患等の決定的なダメージを除けば、口腔機能が顕著に劣化することを防ぐことができる。そういう意味で咬合機能を回復する歯科治療は明らかな効果を持つ。「歯科治療は裏切らない」のである。歯科治療により咬合（できれば天然歯による支持）の維持を図ることが、摂食嚥下を含む口腔機能の維持に最も重要なのである。

口腔機能の維持・改善を通して健康長寿に貢献することを目指す時、その中間のアウトカムになるのは栄養である。歯科医師ももっと栄養という指標に注意を払うべきである。

健康な高齢者について、先進国で行われた無歯顎者と有歯顎者の栄養摂取に関する調査では、カロリーやタンパク質については大きな差は見られない。これは食物の種類が豊富で食形態の工夫が可能だからだと思われる。逆に歯の喪失はむしろ過栄養のリスクになる。歯がない場合は主菜や副菜の摂取が減少し、炭水化物が中心になるため過栄養・肥満を引き起こすと考えられる。従って、「歯があることは健康な体重を維持するために重要である」と言うのがより適切な表現だろう。

では要介護高齢者ではどうか。私たちが行った在宅で療養中の要介護高齢者約700名（平均年齢83.2±8.6歳）を対象とした調査（23年）では、65%もの人が低栄養という結果だった。なんと「日本の在宅要介護高齢者は飢えている」のである。そして低栄養の関連因子を探っていくと咬合支持の有無が重要なリスク因子であることが分かった。要介護高齢者では歯があることが栄養状

態維持の大きな武器になると言える。

それにもかかわらず、定期的に歯科を受診しているのはわずか15%だった。一方で医科については99%が受診（訪問含む）している。この原因はどこにあると考えるべきだろうか。要介護度が2または3の場合は歯科受診率が低いのに、4または5になると逆に増加する。施設等に入居しており、訪問歯科診療を受けやすくなるからである。しかし、要支援の段階で一人での外来通院は困難になり、受診しづらくなるのが実情なのだ。

先に「歯科治療は裏切らない」と述べたが、「裏切らない歯科治療」を施せる時期というものがある。歯科治療がその効果をより発揮できるのは要介護度がまだ低い時期である。その段階、つまりまだ身体が動くうちに歯科治療にアクセスすることが重要なのだ。低栄養リスクの最初の一步は軽度要介護の時期の咀嚼障害であり、その後、重度要介護に至ってから嚥下障害等がより大きなリスクとして現れてくる。要介護度が高くなった時点で必要なのが口腔ケアと摂食嚥下リハビリテーション、ということになる。

先述の調査の1年後の追跡の結果では、調査対象の12%が亡くなり25%が在宅から入院へ移行していた。こうした予後不良群にあっては、咬合崩壊が大きな因子となっており、改めて咬合の維持の必要性を感じる結果となった。

歯が残っているかどうかは介護の現場で起きやすい事故の一つである窒息とも深く関わってくる。日本人の死因の第5位「不慮の事故」の中で一番多いのが窒息で、年間約1万人もの人が亡くなっている。窒息の原因は咀嚼機能の低下によるものが多い。機能が低下しているにもかかわらず、それを越えたものを食べるから窒息するのだ。窒息事故に関する調査では、窒息を起こした人は、認知機能の低下があり、臼歯部の咬合がないにもかかわらず自分で食事をしていることが多かった。認知機能の低下による危険な食べ方（一口量の調整の失敗等）が問題なのである。従ってここでは「食事の自立」の判断が重要になってくる。自立の評価には「どう食べたか」を観察しなければな

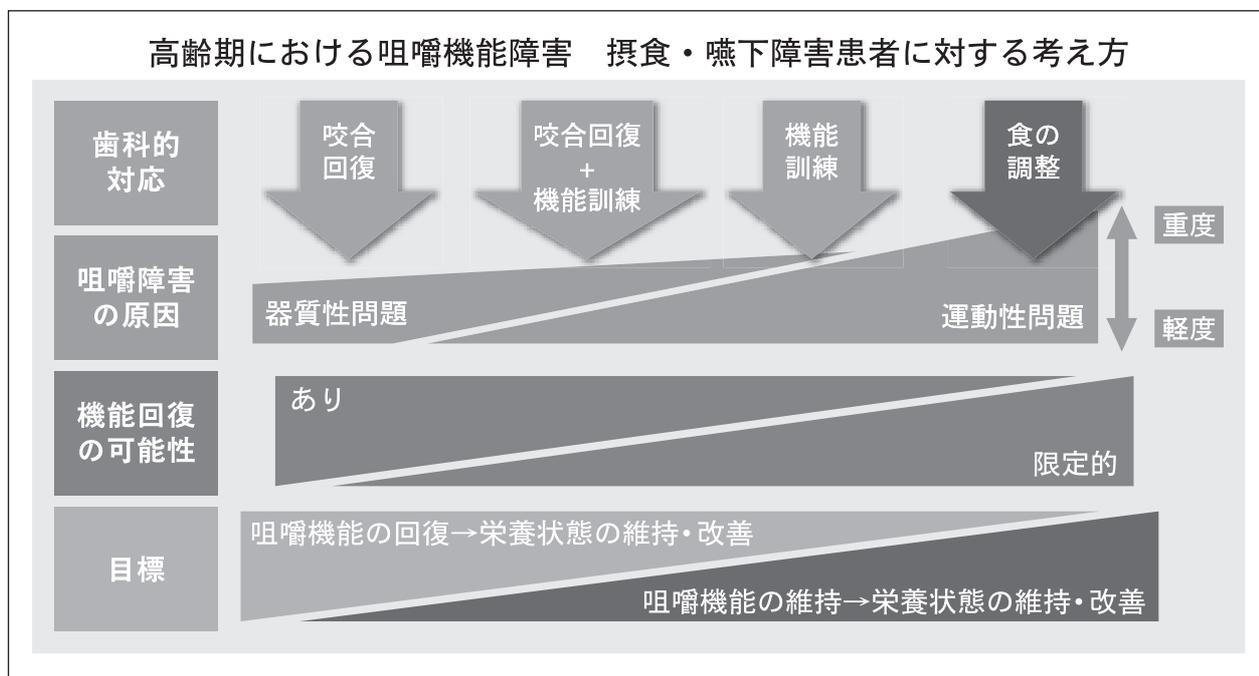
らない。むせても食べ続けているような場合には「介助が必要」と判断しなければならない。

8020の達成者数は増加傾向にあり、数年後には80歳以上の二人に一人が20本以上の歯を持っている「多歯時代」が訪れるだろう。これを幸せなことだと言い切れるだろうか。健康な高齢者であれば良いだろう。しかし要介護高齢者の口腔内の多数の残根と多量のプラークを診る時、そこにあるのは健康を守るための武器ではなく、健康を損なう危険因子としての歯であるという現実に直面する。8020運動を通じて歯を残すことを求めた私たちは、残した歯を最期までケアしていく責任があるのではないか。10年前に8020の表彰を受けた人々の口腔内は、今どのような状態だろうか。ぜひとも追跡調査をしていただきたい。

残存歯が多数あったとしても、咀嚼は歯のみによりコントロールされているのではなく、正常な咀嚼運動があって初めて成立する。また、嚥下機

能が正常であっても、食行動に異常があれば嚥下に破綻が起きる。逆に嚥下機能が悪くても、しっかりした食行動ができていれば、誤嚥性肺炎になりにくい。食行動をコントロールする際に、その人に合った食形態を提供できる環境であれば、多少摂食嚥下機能が低下していても、口から食事をすることは可能である。私たちは、口腔機能を正しく評価し、適正な食形態を提案する能力を身に付けて、「歯科医師に嚥下を診てもらえばいいことがあるよ」と思ってもらえるようにならなければならない。もちろん原疾患を治療するのではないから嚥下障害をなくせるわけではない。しかし目の前の患者の残された機能を評価し、どのような工夫をすれば、もっとおいしく必要な栄養を摂取できるのか、リスクを減らせるのかを提案することはできる。たとえ誤嚥していても安全に食べられる方法を提案するのが私たちの仕事なのだ。

■ 地域における摂食支援



高齢期における咀嚼機能障害に対する考え方とその対応について解説する。咀嚼障害の原因には、まず歯の喪失や欠損補綴の不調等を原因とする器質性の問題がある。これに対しては補綴治療による咬合回復が図られる。一方、運動障害性の咀嚼

障害は、舌や頬や口唇が動かない、または高次脳障害によって起こる運動障害による咀嚼障害である。器質性の問題の軽重と運動性の問題の軽重は患者によって様々なグラデーションがあり、器質性の問題が主であれば歯科的対応は咬合回復のみ

である程度の機能回復が期待できる。逆に運動性の問題の占める割合が大きくなるほど、機能訓練の必要性が高まるとともに機能回復の可能性は限定的になる。器質的問題にとどまっている場合には、咀嚼機能の回復による栄養状態の維持・改善を目標とすることができるが、運動性の問題が大きい場合には、その目標は咀嚼機能の維持による栄養状態の維持・改善になり、歯科的対応として「食の調整（形態と内容）」が必要になってくる。咀嚼機能が回復できなくても、口腔機能が低下しても栄養状態を維持・改善するための手立てを提供する、これも歯科に求められる役割になっているのである。

食べる機能と、その患者が実際に日常生活において何をどのように食べているかは必ずしも一致しない。私たちは摂食嚥下の機能評価をする際には、必ず食べる場所を観察する。観察する時にはまず食べ方（食行動）を、次いで口の動き（咀嚼機能）を見る。脳の指示によって行われている食行動が食形態に合致しているか（食べ物に合った口の動きをしているかどうか）を評価する。のど（嚥下）の評価では頸部聴診や内視鏡検査を行う。さらにどんな場（環境）で食事をしているかも評価する。

窒息や肺炎を繰り返している患者がいたとする。まず嚥下機能の低下が疑われるだろうが、検査結果に異常がないとしよう。そこで食事の様子を観察してみたら、嚥下機能を越えた「食べ方」をしていることが明らかになることがある。また、

咀嚼機能が非常に良好であれば口腔内で「きざみ食」が作れるのだからのどに負担はかかりにくくなる。嚥下機能が多少低下していても、慎重に一口ずつ食べることができる人は肺炎を繰り返すことはない。口から食べられるかどうかは、複数のファクターのバランスで決まるのである。特に環境因子の影響が大きいことは強調しておきたい。

咀嚼機能が維持されているかどうかを判断するために、最も簡単な方法は患者に声をかけることである。話しかけても会話が成立しなければ、理解ができないか反応として表出できない、つまり脳機能の障害の可能性があることが分かる。返事は返って来ても正しく発音・発語ができていなければ口腔機能の運動障害が疑われる。患者の声を聞き、合理的な会話が可能かを探れば、口腔機能も脳機能もある程度判断ができるのである。

人間は1日に500～1,000回嚥下をするが、一度にかかる時間はわずか0.5秒であり、その間だけ気管を閉じ、食道が開いている。総じて嚥下をしている時間は24時間のうちわずか5分しかない。そのわずかな時間に必要な食物や水、唾液を飲み込んでいる。従って十分に咀嚼してから飲み込まなければ、のどに食べ物が残ってしまう。だからこそ私たちはしっかりと咀嚼しなければならないのだ。さらに捕食から嚥下に至る過程では、歯だけではなく、舌、下唇、頬の動き等様々な高次脳の働きが支えている。こうした動きの連動があってこそその咀嚼であり、摂食・嚥下であることを歯科医師も理解して欲しい。

要介護高齢者、摂食嚥下障害者に対する安全で有効な口腔ケア 多職種連携に基づく口腔管理

日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック
歯科衛生士 有友たかね

要介護高齢者、摂食嚥下障害者に対する安全で有効な口腔ケア

口腔ケアには口腔内のバイオフィルムを破壊回収し、う蝕や歯周病、呼吸器感染を予防する等の目的がある。近年の口腔ケアは実施者が多職種に

わたるようになっており、歯科衛生士は口腔ケアを実施する立場から、口腔衛生を管理する立場に移行し、毎日の口腔ケアの担い手といかに協働し



ていくかが今後の課題となっている。

口腔ケアは普及的口腔ケアと専門的口腔ケアに大別できる。普及的口腔ケア（デイリーケア）は、自分では口腔清掃が行えない要介護者に対して看護師・介護者・家族等が安全・効果的に行える口腔ケアであり、専門的口腔ケア（オーダーメイドケア）は口腔の形態や機能の知識を持つ専門家である歯科医師・歯科衛生士が口腔内を診査したうえで個人に適した治療計画を作成して行う口腔ケアである。歯科衛生士が直接専門的口腔ケアを行わなくても、しっかりとしたマネジメントによりデイリーケアとオーダーメイドケアを巧く組み合わせれば、高い肺炎予防効果を得ることができる。これからは、口腔衛生の管理者として口腔ケアマネジメントを担うことが歯科衛生士の役割になる。

日常生活の中で誤嚥していそうな人を見分ける観察ポイントとしては、▽会話をすると声がガラガラしている▽常に喉元からゴロゴロと音が聞こえる▽よくむせている▽よだれが出ている▽口の中に唾液をため込んでいる一等が挙げられる。これらの所見が見られる場合には、外部観察評価を行うべきである。

摂食嚥下障害が疑われる場合、ベッド上でもできるスクリーニングテストとして、▽RSST（反復唾液嚥下テスト）▽水飲みテスト▽舌運動▽発声テスト▽ブクブクうがい▽随意的咳の可否一等があるが、これらだけでは限界があるので、不顕性誤嚥や咽頭残留の有無を診断するには頸部聴診の組合せが有用である。頸部聴診では、▽吸気音と嚥下音の頸部での聴取▽輪状軟骨直下の気管外側での測定▽通常の状態の呼吸音と嚥下後の呼吸

音の比較一等を行う。

口腔ケアを行うに当たってはアセスメント（情報収集）が重要である。具体的には、▽家族や介護者からの聞き取り▽体位の決定（口腔ケア時のポジショニング）▽口腔のクリアランス（唾液の回収）の方法（吸引・清拭・うがい）▽粘膜ケアの状況▽義歯ケアの状況一等を確認する。また、口腔ケアの実施前後にバイタルチェック（体温、酸素飽和度、脈拍等）を行い、安静状態を把握しておくことにより急変時に適切な対応を取ることが可能になる。

口腔ケア時に正しいポジショニング（体位）を取ることは、身体各部位の筋、各器官を働きやすくし、誤嚥性肺炎を防止して安全・安楽にケアを実施するために重要だ。ベッド上の体位では座位が一番誤嚥しにくく、ファーラー位（上体を45度起こした体位）も比較的誤嚥しにくい。

側臥位の場合は健側を下側にする。ベッドでのポジショニングが決まったら頭部のポジショニングをチェックする。頭部を前屈することにより、咽頭と気管に角度が付いて誤嚥しにくくなる。敷布団で角度が付けにくい場合は、布団ごと持ち上げて中に座布団等を挿入すると角度を付けやすい。脳神経である舌咽神経と迷走神経に異常がある場合、健側に咽頭部が引っ張られてカーテンのように麻痺側が動くことがある。カーテン徴候と呼ばれる現象で、健側の方が動いていないように見えてしまうため、麻痺側を間違えやすいので注意が必要である。車椅子の場合には臀部と膝を直角にして、どのようなポジションでも足裏が浮かないように固定させ、床に密着させる（90度ルール）。ヘッドレストのない座位のポジショニングで患者の背後からブラッシングする場合には、椅子が転倒しないよう術者の膝で背後からしっかり固定する。患者の前方からアプローチする場合には頭部が後屈しやすいので手を下顎に添えるようにする。枕等を挟んで壁をヘッドレストの代わりにしてもよい。

咽頭に痰や唾液が貯溜している場合のリスク回避としては、声を出してもらうか、咳払いをして

もらうようにする。

口腔粘膜の衛生状態をできる限り正常に保つためのケアを粘膜ケアと呼ぶ。高齢者や有病者において、唾液分泌量の低下により自浄作用が低下している場合や、口腔機能の低下によりうがいや吐き出しが困難な場合に適応される。口腔清掃後に口腔内に飛散したバイオフィームや細菌を拭き取り（清拭）、口腔外へ排出し、口腔内を清潔に保つ（保清）作用がある。

口腔ケアでは使用する器具がハブラシでもスポ

ンジブラシでもまずバイオフィームを破壊する。その段階では口腔内に細菌が拡がってしまいうので、それを回収して口腔外に排出することが重要である。吸引により咽頭や口腔内の唾液を回収し、スポンジブラシやガーゼによる清拭を行うが、ブラシ類だけでは細菌回収は不十分なので、含嗽が困難な場合は拭き取りをメインにする。嚥下や唾液の吐き出しが難しい人の口腔ケアでは口腔清拭シートを活用し、ブラッシングしながら拭き取るという方法も有効だ。

■ 多職種連携に基づく口腔管理

多職種連携（チームアプローチ）とは、同じ目的を持って多職種（医師、歯科医師、言語聴覚士、看護師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、歯科衛生士、介護関連職等）がそれぞれの職能を生かし対応していくことである。口腔ケア一つをとっても、目的が共有されていなければ患者を苦しめる結果にもなる。

チームアプローチには、▽マルチディシプリナリー・チームモデル▽インターディシプリナリー・チームモデル▽トランスディシプリナリー・チームモデルがある。インターディシプリナリー・チームモデルは、各専門職が相互に連絡を取りながら、同じ目的を持って患者に接していくもので、日本では摂食嚥下リハビリテーションにおいてこの形式が採られており、歯科関係者がその中心的な役割を果たしていることも日本特有の傾向である。

チームアプローチの成功のために注意すべき事項としては、▽施設長や管理職の理解と協力を得る▽リーダーシップを取れる人（キーパーソン）を探す▽メンバーが対等な立場で意見交換できるようにする▽家族をメンバーの一員として参加させる▽施設内だけでなく外部のメンバーとの連携を図る一などが挙げられる。

多摩クリニックでの訪問診療のシステムを紹介する。まず、医師やケアマネジャー、患者家族等からの依頼を受けると、介護者から患者の様子や経過、医療介護サービスの状況を聞き取り、紹介

元の確認をする。次いで依頼状、安全確保のため診療情報提供書等、必要書類の説明を行う。ケアマネジャー以外からの依頼であった場合には必ずケアマネジャーとも連絡を取る。主治医から診療情報を受領後に日程を調整し訪問当日に至る。訪問時には嚥下機能評価と指導、口腔ケアアセスメントを行い、その後ケアやりハの実施、必要に応じて地域の歯科医師会へ依頼することもある。

口腔ケアの実際に当たっては「口腔ケア連携手帳」を作成している。患者に応じた目標や介入目的を共有するとともに、ケア方法を具体化し統一することでケアの質を安定させることを目的としたものである。手帳には口腔ケアの記録紙が入っており、家族や介護職がケアを行うごとに記入してもらい、歯科専門職が管理できない時間帯の状況を把握できるようにしている。

多職種連携に参画する歯科医師・歯科衛生士は、チームの一員として他の職種の業務内容をある程度理解するよう努め、多職種の中の立ち位置を知ることが重要である。また、これまでのように専門的口腔ケアの実施者としての役割より、口腔衛生管理者として、▽日常に実施される口腔ケアのマネジメント▽日常的な口腔ケアの担い手の育成・教育▽介護者や口腔ケア実施者が共通の目的意識を持ってケア介入するための指南書の作成（連携手帳）▽口腔ケアの質の安定を図る▽専門的口腔ケアの介入頻度の検討一等の役割を担っていくべきだろう。

平成26年度 第1回学術研修会

平成26年9月7日（日）
三重県歯科医師会館

9月7日(日)、平成26年度第1回学術研修会が開かれた。今回は、四日市羽津医療センター（旧四日市社会保険病院）の住田安弘院長と大阪大学大学院歯学研究科の北村正博准教授が、医師と歯科医師それぞれの立場から「糖尿病と歯周病」について講演。住田氏は日本における糖尿病患者数は予備軍を加えると2,000万人を超えており、50年以上前から続く生活習慣の欧米化が原因であると説明。糖尿病は自覚症状が少ない慢性疾患であり、早期発見と早期治療に加え、生活習慣の改善が必要であることを、疫学データ等を用いて説明した。また、北村氏はEBMに基づく「糖尿病患者に対する歯周治療ガイドライン」作成のワーキンググループのメンバーであり、今年度改訂予定の新たな診療ガイドラインの内容も含め、最新のエビデンスを交えて詳しく説明するとともに、糖尿病患者の医科歯科連携について紹介した。今回の学術研修会は、日本糖尿病協会の歯科医師登録医制度の指定を受けており、糖尿病患者に対する医科歯科連携強化に向け、会員に対して日本糖尿病協会への新規登録等の協力も求められた。

（学術委員・山田敏彦、藤川尚己 記）

糖尿病の見つけ方と治療

独立行政法人地域医療機能推進機構四日市羽津医療センター
住田安弘院長



糖尿病の概要

糖尿病は、血糖値（血中のブドウ糖濃度）が慢性的に上昇した状態（高血糖症）である。初期に自覚症状が出ることは少なく、放置または適切にコントロールされていない場合には、合併症とし

て神経障害、網膜症、腎症、大血管障害及び小血管障害等が発症し、自覚症状が出た時には、失明や人工透析に至ることもある大変恐ろしい病気である。平成24年の国民健康栄養調査（概要版）によると、日本の糖尿病患者の推計値は950万人、予備軍は1,100万人とされており（図1）、日本人の食生活が欧米化したことや、車社会化による運動不足が原因と考えられている。糖尿病は40歳以上に好発し、6人に1人が糖尿病を持っている。

日本では糖尿病対策が進んでいるにもかかわらず、毎年、失明や人工透析を余儀なくされる人が後を絶たない。糖尿病の合併症を予防するためには、早期発見のための健康診断を受けるしか方法はなく、自分が糖尿病になりやすいかどうかを知っておくことが重要である。

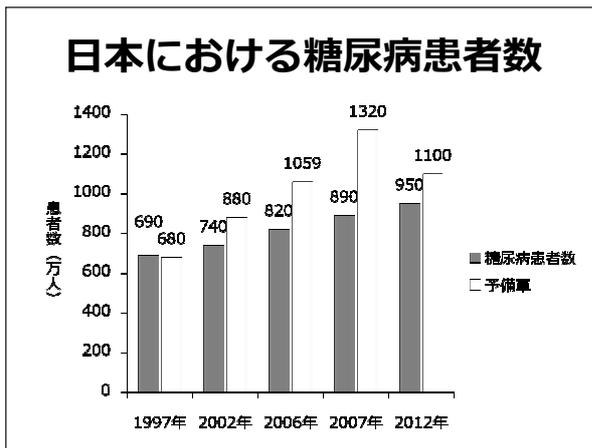


図1 日本における糖尿病患者数

糖尿病の見つけ方

糖尿病を早期に発見しようとしても、全ての患者を検査することはできない。そのため、糖尿病のハイリスク因子の有無をチェックし、疑わしければ健康診断で血糖値、尿糖、HbA1cの検査を行うことが必要となる(表1)。診断基準は、血糖値で、朝食前126mg/dl以上、随時200mg/dl以上、HbA1c (NGSP) では6.5%以上で糖尿病を疑う。一方、糖尿病患者の治療では、合併症の予防のため、HbA1c (NGSP) 7.0%未満を目標としている。

糖尿病のハイリスク者

- ・以前に境界領域といわれた
- ・肥満
- ・高脂血症 (低HDL血症、高中性脂肪症)
- ・高血圧
- ・運動不足
- ・ストレス
- ・過食 (高脂肪食)
- ・巨大児出産歴 (4,000g以上)
- ・妊娠時の尿糖や糖尿病の指摘
- ・家族歴
- ・加齢 (45歳以上) など

表1 糖尿病のハイリスク者

さらに空腹時血糖値と75g経口ブドウ糖負荷試験を行うことで、糖尿病の境界型と糖尿病型を正確に判定することが可能である(図2)。また、長期間放置し慢性化している人について合併症の有無を調べるには、眼底検査、尿蛋白検査・微量アルブミン尿検査、腱反射・知覚検査、心電図等の検査を、メタボリックシンドローム該当者には

動脈硬化についての検査を行う必要がある。

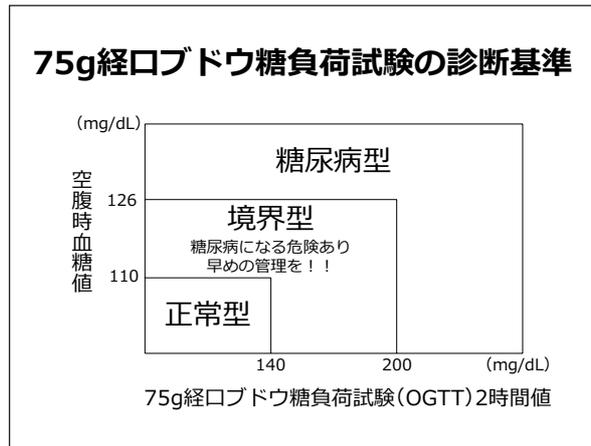


図2 75g経口ブドウ糖負荷試験の診断基準

糖尿病のタイプと病態

糖尿病はインスリンの作用不足が原因だが、そのタイプにより1型と2型に大別される(表2)。1型は、自己免疫により膵臓のβ細胞が破壊されることでインスリンが絶対的に不足するインスリン依存性であるのに対し、2型糖尿病はインスリンの量ではなく、インスリンに抵抗性を示すことによるインスリンの相対的な不足である。

1型と2型糖尿病の違い

1型	2型
自己免疫などによりβ細胞が破壊される ↓ インスリンの絶対的な不足 ↓ インスリン依存性が多い	インスリン抵抗性をβ細胞が代償できなくなる ↓ インスリンの相対的な不足 ↓ インスリン非依存性が多い

表2 1型と2型糖尿病の違い

日本では2型糖尿病が糖尿病全体の97%を占めており肥満との関連が否定できない。日本の糖尿病患者に肥満の関与する割合も64%と多いが、日本を含む東アジアでは非肥満タイプの2型糖尿病の割合が欧米に比べて高いようである。この非肥満タイプの2型糖尿病は、ブドウ糖濃度の上昇に対し膵臓のβ細胞の反応性が低下することに起因する。

2型糖尿病の予防

2型糖尿病の予防では、発症の超ハイリスクグループである境界型をいかに早期に見出すかが重要となる。境界型を発見するためには、HbA1cの値が5.5～6.4%の対象者に対し75g経口ブドウ糖負荷試験（OGTT）を行うことが望ましく（図3）、発見された境界型に対しての食事療法と運動習慣の改善は、一次予防として糖尿病発症を遅らせることができるだけでなく、メタボリックシンドロームと動脈硬化性疾患の予防効果も期待できる点で大変重要だ。

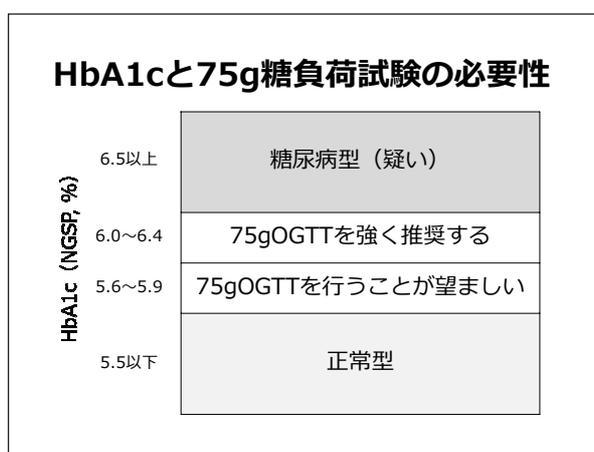


図3 HbA1cと75g糖負荷試験の必要性

糖尿病の治療

糖尿病治療の基本は、薬物療法と生活習慣の改善である。糖尿病薬には経口薬とインスリンがあり、経口薬では患者の病態に合わせ、それを改善させる薬剤から投与を始める（図4）。近年、新薬

の開発により糖尿病患者のHbA1cはかなり改善されている。食事療法では、1日量を1,600キロカロリーとし、栄養素をバランスよく摂取することが大切だ。また、運動療法では有酸素運動と無酸素運動を混ぜて行うことや、食後30分以降に最大酸素消費量の40～60%を目安として、10分以上の持続する運動を1日2回程度行うことが推奨されている。

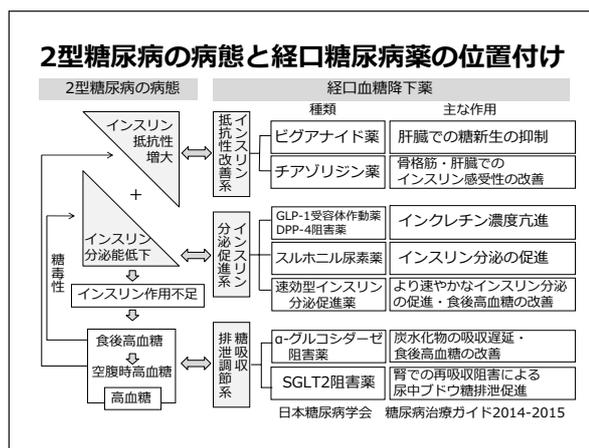


図4 2型糖尿病の病態と経口血糖降下薬の位置付け

まとめ

糖尿病患者は年々増加しており、重篤な合併症を予防するうえで、早期発見と適切な治療が重要である。日常の歯科診療においても糖尿病患者に遭遇する頻度や比重も大きくなっている。糖尿病患者やハイリスク者、あるいは自覚症状のない患者に対し、歯科医師が医科受診を勧めることは非常に有効である。



糖尿病の見つけ方と治療～歯科からのアプローチ～

大阪大学大学院歯学研究科口腔分子免疫制御学講座

歯周病分子病態学歯周病診断制御学 北村正博准教授



糖尿病と歯周病の関連

糖尿病は、インスリンの作用不足による慢性の高血糖を示す代謝性疾患であり、糖尿病患者では、好中球の機能低下による易感染性や結合組織コラーゲンの代謝異常による創傷治癒の遅延と細血管の障害等により、歯周病の発症や進行に影響を与えると考えられている。一方、歯周病は成人の約80%が罹患していると推定されており、歯科では歯周病の発症や進行に糖尿病が影響を及ぼすことが広く認識されている。また、近年では、歯周病菌から放出されるTNF- α がインスリン抵抗性を引き起こす等、歯周病が糖尿病の病態に影響を与えるというエビデンスも集積されるようになっており、罹患率の高い両者の病態形成が密接に関連していると考えられている。

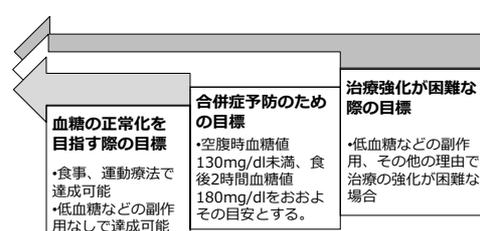
糖尿病の診断基準と歯科治療

血糖値とともに、糖尿病の診断に汎用されるHbA1cは、国際標準化に伴い約2年前からJDS値（日本の基準値）とNGSP値（国際標準値）の両方が併記されていたが、本年4月よりNGSP値のみの表記に統一された。その結果、糖尿病を疑うHbA1c値（NGSP）は6.5%以上に変更され、合併症予防のための目標値が7.0%未満へ、低血糖等の副作用や、その他の理由で治療の強化が困難

な場合は目標値が8.0%未満に変更された。

糖尿病患者に対し歯科治療を行う場合には、観血的処置はHbA1c値（NGSP）7.0%以下を目安とし、合併症として腎症を併発し透析を受けている患者に対しては、薬の服用にも注意する（図5）。

血糖コントロールの目標 HbA1c値（NGSP）



注：治療目標は年齢、罹患期間、臓器障害、低血糖の危険、サポート体制などを考慮して個別に設定する。

図5 血糖コントロールの目標HbA1c値

急性の低血糖と高血糖の症状

歯科治療で特に注意を要するのは低血糖である。低血糖の初期症状には、あくび・めまい・発汗・動悸・頻脈・振戦・倦怠感等があり、その後、痙攣発作・意識障害・意識消失・低血糖性昏睡が起る。

低血糖の初期症状が確認された場合には、速やかなブドウ糖（飴やスポーツドリンク）摂取が必

急性の低血糖と高血糖の症状

低血糖（50mg/dL以下）

- あくび、めまい、発汗、動悸、頻脈、振戦、倦怠感
- 痙攣発作、意識障害、意識消失
- 低血糖性昏睡（重度の低血糖）
- ⇒ ブドウ糖摂取により回復

高血糖

- 多尿、嘔吐、腹痛、意識混濁、高血糖性昏睡
- ベットボトル症候群（急性の糖尿病）
- ⇒ 救急処置後、病院へ緊急搬送

図6 急性の低血糖と高血糖の症状

要だ。急性低血糖の予防としては、昼食後1～2時間以内に歯科治療を行うことが望ましく、お昼前の治療を避ける等、予約時間を配慮する。一方、高血糖の場合は、多尿・嘔吐・腹痛・意識混濁・高血糖性昏睡等が認められるが、歯科治療時に遭遇することは多くない（図6）。

■ 診療ガイドラインについて

診療ガイドラインとは、特定の臨床状況の下で臨床医と患者が適切な医療について決断を行えるよう支援する目的で体系的に作成された文書である。以前は医師や歯科医師の経験によって作成されていたが、最近ではEBM（Evidence based Medicine：根拠に基づく医療）を用いた診療ガイドラインが各種作成されており、医療情報サービスMinds（<http://minds.jcqh.or.jp/n/>）では、医師や歯科医師向けだけでなく、一般患者向けの診療ガイドラインも多数掲載されている（図7）。

EBMを用いた診療ガイドラインでは、患者や臨床医が知りたい臨床上の疑問（CQ：Clinical Question）に対し、エビデンス（論文）がどのくらい存在するかを検索・評価したうえで、その疑問に対する治療の推奨度をグレードA～Dに分類している。



図7 医療情報サービス Minds

■ 糖尿病患者に対する歯周治療ガイドライン

20年に作成された「糖尿病患者に対する歯周治療ガイドライン」は、医療情報サービスMindsに加え、日本歯周病学会のウェブサイトでも公開

されており、現在26年度版として改訂作業が進められている。

この診療ガイドラインでは、糖尿病患者における歯周病の病態について、▽Q1：糖尿病になると歯周病になりやすいか▽Q2：歯周病の治療をすると糖尿病の状態は改善するか▽Q3：糖尿病に罹患している歯周病患者と罹患していない歯周病患者ではポケット内細菌叢は異なるのかの3つの設問が設定されている。

「Q1：糖尿病になると歯周病になりやすいか」についての文献検索では、糖尿病患者と非糖尿病患者の歯周組織の状態を比較したものが抽出されている。ピマインディアンは北アメリカの原住民で、約40%が2型糖尿病に罹患していると言われている。この研究では1,352名が対象となり、糖尿病患者のアタッチメントロスが大きいことが示されている。また、フィンランドでの疫学調査でも、コントロールされている糖尿病患者では、アタッチメントロスや歯槽骨の吸収量が小さいことが示されている。これらの論文以外にも同様の論文が多数存在することから、Q1に対する「糖尿病になると歯周病になりやすい」という回答にはレベル3という高い評価が与えられている。

歯周治療と糖尿病についての「CQ1：歯周病の治療をすると糖尿病の状態は改善するか」に対しても、85名のピマインディアンを対象とした調査が採用されている。この調査では5mm以上のアタッチメントロスのある歯周ポケットに対し、消毒薬（クロルヘキシジン、ポピドンヨード）による局所洗浄や抗菌薬（ドキシサイクリン）の内服（2週間）による治療を行い対照群と比較している。この結果、歯周病の治療を行うことで、糖尿病患者のHbA1c値の改善が認められた。ただし、20年当時は対象人数や文献の数が少なかったため、エビデンスレベルは2+にとどまっている。

この他、「CQ2：糖尿病患者では抗菌療法（局所及び全身投与）の併用は有効か」「CQ3：局所麻酔薬中のエピネフリンで血糖値は上昇するか」「CQ4：糖尿病患者に歯周基本治療を行うと歯血症を生じるか」「CQ5：糖尿病患者に対して歯周

基本治療を行った場合、非糖尿病患者に比較して治療効果に差があるか」「CQ6：糖尿病患者のSPTの間隔は短くすべきか」「CQ7：糖尿病患者だとHbA1c値がいくら以下だと良好にSPTが行えるか」「CQ8：糖尿病患者は歯周治療後、歯周病が再発しやすいか」「CQ9：糖尿病患者においてメンテナンス期における局所化学療法は有効か」等、全部で17のCQが検証されている（表3）。

「糖尿病患者に対する歯周治療ガイドライン」の要点

比較的高いレベルのエビデンスが存在し「糖尿病患者に対する歯周治療ガイドライン」で明確になった事項

1. 糖尿病患者では歯周病の発症や進行のリスクが高く、再発しやすいことから、サブタイプペリオドンタルセラピー（SPT）の間隔は短くすべきである。
2. 糖尿病患者の歯周治療において、局所抗菌療法が有効である。
3. 糖尿病患者と健常者の歯周基本治療の効果や拔牙の術後経過に差はない。
4. 糖尿病患者に歯周治療を実施する場合には、HbA1c値を7.0%以下に維持することが望ましい。
5. 歯周病の治療を行うと、糖尿病の病態が改善する可能性がある。

表3 「糖尿病患者に対する歯周治療ガイドライン」の要点

特にCQ1については20年以降に多くの論文が追加されている。例えば2型糖尿病患者を対象に行ったメタ解析やイギリスのコクラン共同計画のシステマティックレビューでは、歯周治療を受けることにより糖尿病患者のHbA1cが平均で0.36～0.4%程度減少することが認められており、診療ガイドラインの推奨度を「B」判定に上げてもよいのではと考えられている。

歯周病が糖尿病に影響を与えるメカニズム

歯周病患者では歯周病菌由来の炎症性サイトカインや抗原提示により、また糖尿病患者では肥満等が原因で脂肪細胞でのTNF- α 産生が増加することにより、ともに血中のTNF- α 濃度が上昇することが知られている。一方、膵臓からインスリンが分泌された場合や運動を行った場合には、骨格筋細胞等においてブドウ糖の取込みが上昇することで血糖値が低下することが知られているが、TNF- α はインスリンと同様に骨格筋細胞等に働き、ブドウ糖の取込みに重要な働きを持つGLUT4（グルコース輸送体）の合成と働きを抑

制することで、血糖値の低下を抑制されている。

糖尿病患者に対する歯周治療の留意点

糖尿病患者に対する歯科治療では、医科との連携が必須となる。血糖がコントロールされているか否かを確認することはもちろんのこと、糖尿病のコントロールが困難なケースも多いためだ。糖尿病の合併症である脳血管障害、虚血性心疾患等にも注意が必要になる（図8）。

糖尿病患者では易感染性や創傷治癒の遅延により歯周病のコントロールが難しくなるが、歯周基本治療や局所抗菌療法等の非観血的処置を徹底的に行うことが良好な結果に繋がる。

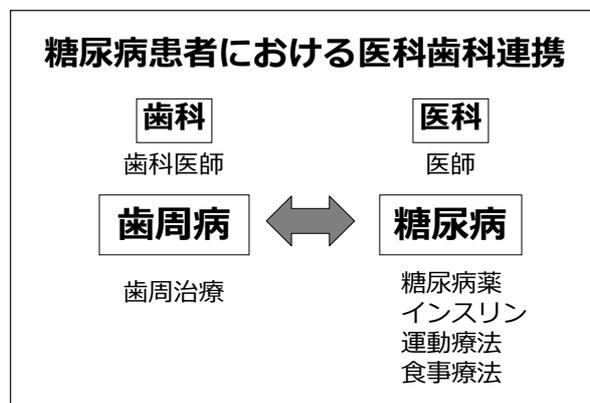


図8 糖尿病患者における医科歯科連携

まとめ

我が国における糖尿病と歯周病の罹患率を考えると、歯科医師が日常臨床で糖尿病患者に対して歯周治療を行う頻度はかなり高いものと考えられる。歯科医師が歯周病の発症予防や治療を行うことにより、糖尿病の改善を通じて全身の健康維持に寄与できる可能性があるという認識を持つことが大切だ。また、今後の糖尿病患者の増加に対応するためには、医科との連携をさらに強化していく必要がある。日本糖尿病協会では歯科医師登録医制度を設けているのでぜひ参加して欲しい。

※ 日本糖尿病協会 歯科医師登録医制度
<http://www.nittokyo.or.jp/doctor/registrant/dentist/index.html>

平成26年度 フッ化物応用研修会

平成26年 9月11日（木）
三重県歯科医師会館



9月11日(木)、平成26年度フッ化物応用研修会が開かれた。講師は朝日大学歯学部長で口腔感染医療学講座社会口腔保健学分野の磯崎篤則教授。磯崎教授の三重県歯での講演はこれが10年目になるが、毎年新しい知見が披露されてきた。今回も「変化するフッ化物への考え方」と題して、地域や都道府県ごとに異なるフッ化物洗口の推進状況と、そこから分かるフッ化物への考え方の変化、さらに三重県の現状と今後進むべき方向性までが示された。会場には教育関係者28名、行政関係者9名を含め約100名が参集し、研修会後にはフッ化物洗口推進事業の説明会も実施された。

(公衆衛生委員・中藤 健 記)

変化するフッ化物への考え方

朝日大学歯学部長・口腔感染医療学講座 社会口腔保健学分野
磯崎篤則教授

■ 地域格差について

平成12年度から始まった「健康日本21」は、25年から第2次の取組みがスタートし、歯と口腔の

健康に関する目標として、新たに▽40歳で喪失歯のない者の割合の増加▽20歳代で歯肉炎を有する者の減少▽歯科検診受診者の増加一等が盛り込まれ、成人における目標も第1次より早い時期での

対応を目指す内容となっている。

それに対して乳幼児・学童期の目標は、▽12歳児におけるう蝕歯数1.0歯以下▽3歳児における乳歯う蝕なし—のままであり、基本的には変わっていない。その理由は、これらの目標が充分達成された地域がある一方で、まだまだ達成されていない地域があるためである。例えば新潟県の子どもに対し沖縄県の子どもは3倍う蝕が多い。極端に言えば、生まれた都道府県によってう蝕の数が決まってしまうことになる。国は、乳幼児・学童期におけるこのような地域格差を減少することを目標としている。

「健康日本21」において歯・口の健康に関する目標は別表第5の(6)に示されているが、「④乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加」として、(ア) 3歳児でう蝕がない者の割合が80%以上である都道府県の増加(21年現在では6都道府県であるものを34年には23都道府県まで増やす)(イ) 12歳児の一人平均う蝕歯数が1.0歯未満である都道府県の増加(23年現在で7都道府県であるものを34年には8都道府県まで増やす)—の2項目が掲げられている。

さらに23年8月に施行された「歯科口腔保健の推進に関する法律」に基づき24年7月に定められた「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項に関する目標について」では、具体的指標①として、「12歳児でう蝕のない者の増加」について、23年現在で54.6%であるものを34年には65%まで引き上げるとしている。この目標設定の背景には、すでにフッ化物配合歯磨剤の使用割合が9割に達すること等から、う蝕のない者の割合の上昇傾向は抑制がかけるとの認識があり、それを踏まえて、実現可能な範囲の目標として65%という数値が設定されている。

■ 各都道府県での口腔保健条例

近年、国や都道府県、市町で進んでいる歯科口腔保健法及び条例の制定は、これまで歯科単独の法律がなかったという事実を踏まえれば非常に大きな意味を持っている。国が「歯科口腔保健の推



進に関する法律」を制定したのは23年8月であるが、それ以前に条例を制定した都道府県としては、新潟・北海道・静岡・長崎・島根・千葉・岐阜・愛媛・佐賀が挙げられる。このうち北海道・長崎・愛媛・佐賀は「フッ化物洗口」が条文に含まれ、新潟・千葉・岐阜では「フッ化物応用」との文言が記載されている。早い時期に条例を制定しフッ化物応用を開始した道府県では12歳児のう蝕歯数は減少傾向にあり、フッ化物応用の成果が見られるのは確かな事実である。

ここ2年間で、30道府県で条例が制定され、現在制定済は39道府県、検討中が5道府県(青森、滋賀、大阪、鹿児島、沖縄)となっている。39道府県のうち条文に「フッ化物」と記載されているのは17県、「フッ化物洗口」と記載されているのは1道1府10県である。多くの道府県の条文に「フッ化物」または「フッ化物洗口」が記載されている背景としては、未だDMFT指数が高い地域で条例化によりフッ化物洗口を普及させたいという意図があると思われる。逆に、すでにDMFT指数が低くなってきている地域では、より安定して実施したいという意図があると思われる。実際に全国平均よりもかなりDMFT指数が低い岐阜県においても、市町村別に見ると0.1から1.8までばらつきがあり、県内で大きな格差があるのが現状である。

■ 地域格差の原因は何か

う蝕の減少に関わる要因としては、①食生活の改善 ②ブラッシングの徹底 ③補助清掃用具の使用 ④甘味食品のコントロール ⑤歯科健康診断後の指導 ⑥フッ化物応用導入—等が挙げられるが、

①～⑤に関しては地域による大きな違いは生じにくいのではないだろうか。①④の食生活等は全国に同じようなコンビニエンスストアが存在するような現代では大きな違いは生じない。②③⑤のような指導等は、どこの地域でもそれなりにやっているはずである。だとすれば地域格差が生じる原因は、⑥として挙げたフッ化物応用導入の違いである可能性が高い。

我が国で実施されているフッ化物応用法としては、①フッ化物歯面塗布法（9,000ppmF）②フッ化物配合歯磨剤の応用（1,000ppmF以下）③フッ化物洗口（週1回900ppm、450ppm、週5回250ppm）であるが、①はどちらかと言えば乳歯に効果が高い方法であり、永久歯のう蝕予防に効果が高いのは②と③の併用である。②のフッ化物配合歯磨剤についてはすでに国民の9割が使用しており、格差の原因はやはりフッ化物洗口の実施状況の違いであろうと推測される。

九州地方の状況

九州地域8県（24年）

	フッ化物洗口 実施率	フッ化物洗口 人数	12歳児 DMFT
福岡県	1.7	3,405	1.1
佐賀県	77.4	63,152	0.8
長崎県	15.5	9,402	1.2
熊本県	27.4	13,319	1.7
大分県	6.8	2,356	2.1
宮崎県	31.5	22,843	1.3
鹿児島県	12.7	7,125	2.0
沖縄県	18.0	7,564	2.5

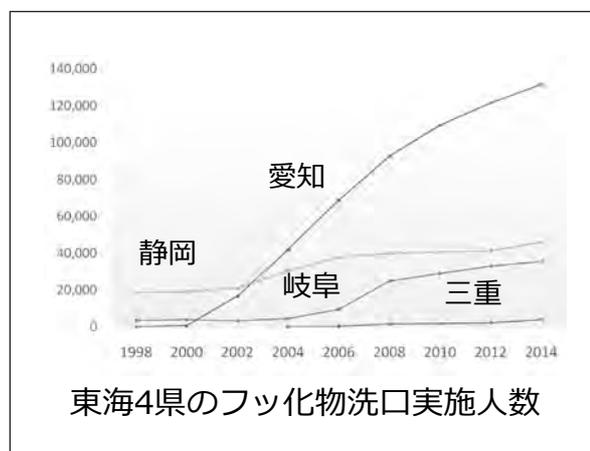
佐賀県では、以前は3歳児・12歳児のう蝕が日本で一番多かったこともあるが、14年から県が小学校でのフッ化物洗口を推進し始めた。当初27校から始まったものが10年間で166校に拡大し、24年度初めには実施率が98.8%に達した（未実施の地域も24年中に開始して100%となる予定）。その結果、12歳児DMFT指数を24年で0.8にまで大幅に下げることが成功している。

佐賀県の成功事例を目の当たりにした宮崎県では、県歯科医師会が全面的にバックアップしてフッ

化物洗口を進めることとして県に予算請求をした結果、フッ化物洗口の予算がついた。条文に記載されただけでなく、予算が下りたことが成功した要因である。大分県では先行してフッ化物洗口を取り入れた姫島村で効果が表れたことから、県教委が全县へ拡大を呼びかけている。熊本県は、人気のキャラクターくまモンが登場する動画等を利用して県民の理解を得ながら、平成26年度中に小学校203校（74.1%）、中学校82校（65.1%）での実施を見込んでいる（政令指定都市である熊本市を除く）。長崎県は26年秋に国体を開催する影響等もあり、現在は進展がやや滞っているものの、29年度までにフッ化物洗口実施100%を目指している。

以上のように九州では、佐賀県の成功例がフッ化物洗口推進のきっかけとなり、沖縄を含めた九州全体にこれが拡がろうとしている。

東海4県の状況



東海4県のフッ化物洗口実施人数はどうか。静岡県は10年時点ですでに18,772人が実施し先頭を走っていた。その後、毎年増加し続けてはいるものの、急激な増加はなく26年でも45,898人である。実施人数は多いものの、保育園・幼稚園の実施率の方が高く、小学校・中学校での実施率は比較的低いという特徴がある。愛知県は10年には97人に過ぎなかったが、26年には131,534人と急激な増加を示している。12年に「健康日本21」がスタートした頃に、厚生省から各知事へフッ化物洗口の効果について説明があったが、その時期から愛知

県は急速に実施人数を増やしており、「健康日本21」がターニングポイントになったと考えられる。また、愛知県は行政の中の歯科医師が日本で最も多いことや企業（トヨタ）がフッ化物洗口に参加したことも爆発的な増加に寄与したと思われる。岐阜県は昭和50年からフッ化物洗口をスタートしていたが、14年までは3,000人前後であった。その後、急激に増加して26年には35,441人に達し静岡県の実施人数に迫ろうとしている。25年度の12歳児一人平均う蝕歯数でも全国で2番目に低く、大きな成果を上げている。三重県での取組みは最も遅れたスタートであり、16年の135人から始まり、26年で3,888人まで積み上げてきたところである。

東海4県（22年）

フッ化物洗口施設別実施率

	保育園	幼稚園	小学校	中学校
三重県	12.8	5.4	---	---
静岡県	68.2	35.1	10.1	2.4
愛知県	35.2	15.5	29.4	2.3
岐阜県	13.8	10.1	16.9	12.6

フッ化物洗口施設別実施人数

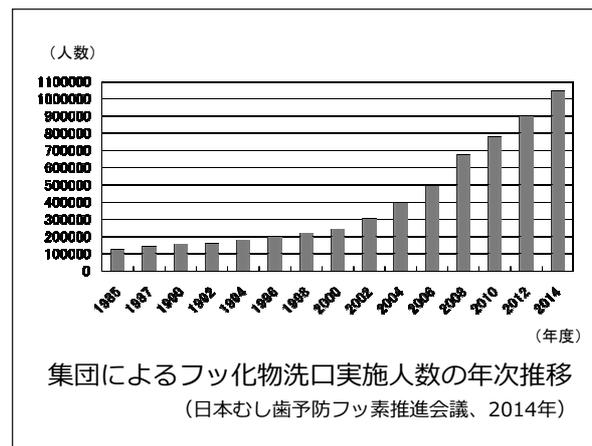
	保育園	幼稚園	小学校	中学校
三重県	1,464	796	---	---
静岡県	13,004	11,395	13,914	2,782
愛知県	12,594	5,682	98,929	4,424
岐阜県	1,585	728	24,738	5,964

東海4県の状況は各県でそれぞれ異なる事情があるが、三重県での大きな問題点として、フッ化物洗口の実施が保育園・幼稚園のみで、小学校・中学校では実施されていないことが挙げられる。これは保育園・幼稚園の実施率の方が高い静岡県と似た状況である。一方で愛知県、岐阜県は小学校・中学校を主なターゲットとして実施しており、12歳児DMFT指数の改善につながっている。今後、三重県が静岡県のようになるのか、愛知県のようになるのかが注目される場所である。

日本全体での傾向

今年、日本全体でフッ化物洗口実施人数は104万5,000人となった。12年をターニングポイントとしてフッ化物洗口を実施する県が増えてきたが、佐賀県のように早期にスタートした自治体の成果

が出てくることで20年頃からはさらに増加傾向が強くなってきている。この結果から教育に携わる人々のフッ化物洗口に対する考え方が変化してきたと感じる。県レベルでの条例を制定した都道府県の中には市町村レベルでの条例を制定する動きも始めている。市町村レベルの条例ができることで、より緊密な連携の下で事業を進めることができるようになると期待される。



最後に

子どもの教育に携わる人々のフッ化物応用についての考え方は大きく変わってきている。多くの成功事例が報告されたことはフッ化物洗口普及の原動力となり、今後も急速に進展していくと思われる。フッ化物洗口の普及が滞る原因の一つとしては一部の人々がもたらす間違った情報がある。その特徴は▽「絶対」の安全性の証明を要求する▽未だに賛否両論が存在するかのように見せかける▽量の問題を抜きにして毒性を主張する▽論文の一部分を引用して都合のよい論理を展開する▽がんなどの重大な障害や毒物・汚染物質といった言葉を頻繁に使う（恐怖心をあおる）▽「自称」専門家の引用一などが挙げられる。23年1月に提出された日弁連の意見書「集団フッ素洗口・塗布の中止を求める意見書」においても多くの誤りがあることが学会や専門団体から指摘されている。このような間違った情報に惑わされてフッ化物応用をためらう人々が出ないように科学的に根拠のある正しい知識を普及させていくことが重要である。

第63回三重県学校歯科衛生大会

平成26年8月28日（木）

三重県歯科医師会館



8月28日（木）、第63回三重県学校歯科衛生大会が開かれ、教育関係者37名、行政関係者14名、歯科医師24名、歯科衛生士9名、計84名が参集した。本事業は三重県教育委員会からの委託で三重県歯が養護教諭や学校歯科医等を対象に、学校歯科保健についての研鑽を目的に実施しているもの。今回は日本で初めて禁煙外来を開設した奈良女子大学保健管理センター・高橋裕子教授が「子どもを喫煙者にならないために、私たちにできること」と題して講演。

喫煙の影響、成人も含めた現在の禁煙治療、子どもへの喫煙予防教育等が紹介された。

子どもを喫煙者にならないために、私たちにできること

奈良女子大学保健管理センター・高橋裕子教授

● 子どもを喫煙者にならないために必要なこと

近年、学校現場においては喫煙防止の教育が非常に熱心に行われているが、家庭の喫煙者はせっかくの教育を台無しにしてしまう。子どもを喫煙者にならないためには、まず大人世代の喫煙を減少させることが重要である。実際に喫煙している子どもの禁煙治療は非常に効果があり、通院が継続されれば100%禁煙は可能である。しかし、禁煙するステージと禁煙を続けるステージは異なり、1年後を見ると約半分の子どもが再喫煙している。再喫煙には友だちと家庭の影響が非常に大きく、大人の禁煙から目を背けていれば、子どもの禁煙を達成することも不可能になってしまう。

● 我が国の喫煙の歴史

タバコが日本に入ってきたのは黒田官兵衛の時代で、当初は大名や大商人限定の薬として扱われていた。江戸時代中期には生産量が増え、庶民に

も行き渡るようになった。日本で初めて喫煙の有害性を指摘したのは貝原益軒（1630～1714）で、『養生訓』の中で以下のように説いている。

『口語 養生訓』（訳註：松宮光伸）

タバコには毒性があり、煙を吸うと、めまいがして倒れることがある。習慣になれば、ひどい害はなくなって、少しは役に立つこともあるとはいえ、損失のほうが多い。病気を引き起こすことがある。また、火災の心配がある。習慣になると癖になって、意地きたなく欲しがり、やめるのが困難になる。タバコを吸うと、やるが多くなって仕事が面倒になり、下男を煩わすことになる。貧しい者にとっては、出費もばかにならない。タバコは、はじめから吸わないにこしたことはないのである。

● 喫煙率の推移

1964年に東京オリンピックが行われた頃は、成人男性の喫煙率は80%を超えていた。1980年頃からは男性の喫煙率のさらなる上昇が見込めなくなったため、女性をターゲットとした宣伝が頻出するようにもなった。男女とも全年齢で見たときの喫煙率は1966年（男性：83.7%、女性：18.0%）がほぼピークであり、その後は漸減傾向を示し、2013年にはほぼ2割（男性：30.3%、女性：9.8%）となっている。

喫煙率の減少に大きな役割を果たしてきたのは、「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約（FCTC：Framework Convention on Tobacco Control、2005年2月27日）」や健康増進法、未成年喫煙禁止法である。受動喫煙防止条例を定めている県もあり、三重県でも2004年度から教育委員会が県立の高校と特別支援学校の計78校全てで敷地内を全面禁煙としている。

健康増進法（2003年5月1日施行）

第五章第二節 受動喫煙の防止

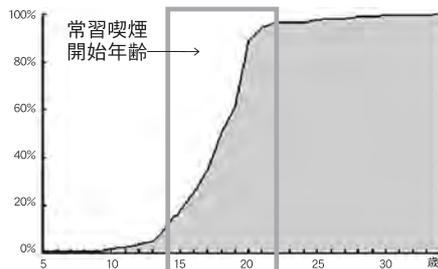
第二十五条 学校、体育館、病院、劇場、観覧場、集会場、展示場、百貨店、事務所、官公庁施設、飲食店その他の多数の者が利用する施設を管理する者は、これらを利用する者について、受動喫煙（室内又はこれに準ずる環境において、他人のたばこの煙を吸わされることをいう）を防止するために必要な措置を講ずるように努めなければならない。

● 未成年者の喫煙習慣の確立

未成年者の喫煙は将来の疾患増加につながるだけでなく、子どもの学校生活に様々な悪影響を及ぼす。しかも、未成年者では成人よりも早期にニコチン依存が確立し、一旦喫煙を始めた児童生徒の禁煙は容易なことではない。「喫煙という疾患」は15歳から22歳で最も罹患しやすく、22歳を過ぎてから喫煙者になる人は非常に少ない。

35歳の喫煙者の常習喫煙開始時期

喫煙は15～22歳に罹患しやすい疾患である
22歳まで非喫煙だと喫煙者にならずにすむ



(日本赤十字社和歌山医療センター, 2001)

さらに思春期喫煙の有害性として、▽将来の疾病増加▽現在の生活の変化▽ニコチン依存罹患の速さ—も挙げられる。

● 能動喫煙の影響

2001年に国立衛生研究所から「喫煙者は非喫煙者より12年寿命が短く、病悩期間が5年長い」との報告があった。喫煙は日本人の死亡に最も影響を与える要因である。タバコの煙の中に含まれる一酸化炭素は動脈硬化の原因になり、血液中のヘモグロビンと強く結合し、身体の中を酸欠状態にする。ニコチンは急速に血液中に吸収され、急激な血中濃度差が依存症を作り出す原因となる。タバコを吸うことにより脳血流は減少し、頭の働きも悪くなる（喫煙開始後3～7秒でニコチンは脳へ到達する）。また、ニコチン量の少ないタバコもニコチンの吸収量は変わらず、吸い方、添加物によって逆に有害物質が増加し、健康被害は大きくなり、肺がん・心疾患も増加する。電子タバコもWHOが警告しているように有害である。

● 受動喫煙の影響

2004年、わずかな受動喫煙でも心臓発作が急激に増加することが報告された（Terry F Pechacek）ことにより受動喫煙の概念は大きく変わった。タバコの煙はPM2.5であり、肺の奥まで入り込んで喘息や慢性閉塞性肺疾患（COPD：Chronic Obstructive Pulmonary Disease）の悪化に影響する。17m先の喫煙でも、その直後から受動喫煙が起こるとの報告がある。受動喫煙による訴訟でも、近年は厳しい判決が目立つようになっている。

受動喫煙で増加することが特に強く確認されているもの

- 子どもの肺炎
- 子どもの夜間の救急受診
- 子どもの滲出性中耳炎
- 喘息の発作
- 肺がん
- すべての循環器疾患
- 糖尿病
- 胎児死亡や出生後の乳児突然死

● 禁煙治療

禁煙を試みてもなかなか成功しない原因には、ニコチン依存と心理的依存の二つがある。ニコチンは脳のドーパミン系の報酬回路を刺激して快感を起し、繰り返すうちにニコチン受容体ができる。ニコチン切れとはニコチンが到来しないことにより、ドーパミンやその他の脳内神経伝達物質が不足状況になることである。

禁煙補助薬には医師の処方をするニコチンパッチ（貼り薬）やバレニクリン（飲み薬）と、薬局で販売されているニコチンガムやニコレットパッチ（貼り薬）があり、ガムと貼り薬はニコチンを含むが、飲み薬には含まれていない。現在は2008年から承認された飲み薬が治療の主流で、7割が3か月後の禁煙に成功している。飲み薬のメリットとして▽作業能率が落ちない▽太りにくい▽禁煙鬱の予防—が挙げられる。貼り薬でも使い方により同等の成果が上がっている。ただし飲み薬の場合、1週間ほどで自然に禁煙が始まるが、3か月は継続して服用する必要がある。副作用として吐き気・頭痛・不眠が7割にみられ、日本では車の運転が禁止されている。子どもの場合は貼り薬の方が使いやすく、量のコントロールと適切な使い方を指導することが大切である。

禁煙による眠気や体重増加は、口寂しさや嗅覚の回復による味覚の変化及びニコチン切れ症状そのものが関与していると考えられる。現在の禁煙外来では、禁煙補助薬を使用した場合の体重増加は2kg以内に抑えられている。

禁煙治療を受けるとおよそ3か月後には8割近くの人が禁煙状態に入るが、メンタル疾患・女性・子どもの場合は成功率がやや低い。特に、未成年ではニコチン依存の形成が早く、事例によっては数日で常習化することが確認されている。加えて自己が確立されていない年代では、「禁煙すると仲間外れになる」等の社会的要因も、タバコを止めにくくしていると考えられる。また、子どもの禁煙治療には、①医療保険が効かない（受診費用や薬剤費が高い）②そもそも受診しない③受診しても続かない—という成人に対する治療とは異なる困難さもある。子どものニコチン依存には処罰ではなく治療が必要であり、禁煙薬物療法と心理的依存に対する周囲のサポートにより、成人に比べ治療は短期間で終了する。

● 奈良県の取組み

奈良県では2002年より「子どもタバコゼロプロジェクト」として子どもたちが禁煙治療を受けやすい社会を目指し、保健所・学校・医療の連携による子どもの禁煙支援システムを構築した。対象は小学生から高校生で、治療は保健所を通して事業に登録する同センターなど医療機関で行う。初回の相談料は県が負担し、その後も受診料や薬代の費用補助を行うものである。

● まとめ

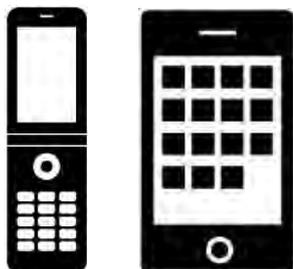
禁煙治療は一定の成果は挙げるが治療には必ず限界がある。周囲の成人の禁煙治療（環境）と予防（教育）の重要性を強調したい。

（公衆衛生委員・久保田幸伸 記）



◎三重県歯科医師会会員の皆様へ

いざという時、スマホや携帯で安否情報を伝える！



三重県歯科医師会では大規模災害発生に備えた安否確認システムを導入しています。登録のご協力をお願いします。

三重県歯科医師会では、大規模災害発生時に会員と本会及び各郡市歯科医師会との連絡手段の一つとして、(株)セコムトラストシステムズが提供する「安否確認サービス (e革新きずな)」を導入しています。このシステムは、メールやWeb、音声電話を利用する双方向の情報伝達・集計システムで、自然災害や新型インフルエンザによるパンデミック等の緊急事態が発生した場合に、「会員・家族の安否確認」や「対策要員の緊急招集」「安否確認後の行動指示」等、初動対応の迅速・効率化に活用されるものです。システムの運用に当たっては、会員の皆様にメールアドレスをご自身で登録していただくことが必要になりますので、ご協力をよろしくお願いします。

登録方法等は三重県歯公式ウェブサイト会員用ページに掲載されていますが、ご不明な点等ございましたら三重県歯科医師会事務局 (TEL : 059-227-6488) までお問い合わせ下さい。

三重県歯科医師会メールマガジンをご登録下さい



三重県歯科医師会では、会員配布物の「E-MAIL配信登録」を行っています。このシステムは登録者ごとに専用のメールアドレスを割り当て、冊子やポスターを除くほとんどの文書をデータ配信するものです。E-MAIL配信登録者には、併せてメールマガジン (メルマガ) も配信されています。メルマガは毎週水曜日に配信され、三重県歯科医師会事業の最新情報や月間スケジュール、ウェブサイトの更新情報、学術関連情報、さらに毎月の歯科関連ニュースをまとめた「News Clip」等をお届けしています。

E-MAIL配信の登録方法は三重県歯公式ウェブサイト会員用ページをご参照いただくか、三重県歯科医師会事務局 (TEL : 059-227-6488) までお問い合わせ下さい。また、一度登録してもパソコンの買替時等にメールソフトでのアカウントの移行が行われていないとメルマガが配信されなくなる場合があります。もし、メルマガが届かなくなっている場合には、ご使用のパソコンの設定をご確認下さい。

平成26年度

August

第5回理事会

平成26年8月7日(木)

三重県歯科医師会館

後期高齢者歯科健診登録医療機関を承認



8月7日(木)に第5回理事会が開かれ、10月から実施される後期高齢者歯科健診について、健診実施医療機関として約600件の登録が承認された。理事会ではこうした健診を機に、健康寿命延伸の

ために歯科医療が貢献するための環境整備や、地域包括ケアシステムへの積極的な関与のためのさらなる研修の必要性等について、活発な意見が交わされた。大杉常務理事は、日歯・社保委員として出席した日本歯科医学会のワークショップ(7月31日開催)について報告。中医協に提出される医療技術評価提案書を巡る議論の様子を詳細に伝えた。こうしたワークショップを通じて学会と日歯が緊密に連携を取ることで、新規技術の保険収載や保険外併用療養の活用に、臨床現場の声がより一層反映されることが期待される。

この他、第19回三重県歯科保健大会のポスター案等が了承された。

委員会事業等報告

●社会保障委員会

【事業活動】第3回社保委員会(7/24)、個別指導・自主懇談【報告事項】歯科用貴金属の随時改定、MDAセミナー社保質問、難病に関する新たな医療費助成制度

●医療管理委員会

【出席会議】第55回日本歯科医療管理学会総会・学術大会(7/19、20)、名古屋国税局管内税務指導者協議会事前打合せ(8/7)、医工連携事業化推進事業意見聴取会(8/24)【報告事項】インターンシップ・ジョブシャドウイング事業、歯科衛生士新卒求人申込み状況、歯科衛生士追跡調査、歯科インプラント治療指針、歯科インプラント治療のためのQ&A、インターネット上の情報発信について、平成26年度医療施設静態調査、患者調査及び受療行動調査の協力依頼、

歯科相談(5件)【協議事項】平成26年度厚生労働科学研究事業「歯科診療所における恒常的な医療安全管理の基礎構築に関する研究」(日歯)

●学術委員会

【事業活動】第1回学術委員会【報告事項】平成26年度東海信越地区学術振興助成金の送付、平成26年度各地区学術研修会助成事業申請(松阪)【協議事項】日歯生涯研修セミナー(DVD講習)開催、平成26年度マウスガード講習会(10/26)

●公衆衛生委員会

【事業活動】児童相談所における歯科健診・歯科保健指導(7/17)、平成26年度三重県後期高齢者医療広域連合歯科健康診査第2回講習会(7/31)【出席会議】歯・口の健康に関する図画・ポスターコンクール県審査(7/3)、県在宅

医療推進フォーラム(7/6)、第4回フッ化物応用マニュアル検討会(7/10)、第7回みえ歯ートネット運営協議会(7/17)、第19回三重県歯科保健大会第2回実行委員会(7/17)、学校歯科医生涯研修制度基礎研修(7/19)、みえ摂食・嚥下リハビリテーション研究会世話人会・学術集会(7/26)、第42回産業歯科医研修会(8/2、3)、東海口腔衛生学会幹事会及び第57回東海口腔衛生学会総会(8/3)【報告事項】『ママごはん』秋号の原稿案、平成26年度フッ化物応用研修会(9/11)、フッ化物応用マニュアル、平成26年度労働衛生コンサルタント試験受験講習会の開催、平成26年度8020運動推進特別事業(フッ化物洗口、学校歯科保健指導)実施施設一覧、平成26年度みえ歯ートネットにおける歯科保健指導事業実施施設一覧、平成26年度口腔ケア推進支援事業実施施設一覧、MIES+分析結果、平成26年度歯の健康力推進歯科医師等養成講習会開催案内(愛知)、第37回むし歯予防全国大会(岐阜、10/4)、8020推進財団歯科保健活動事業助成交付【協議事項】みえ歯ートネット歯科健診事業の体制整備、後期高齢者健診後の事後措置マニュアル、後期高齢者歯科健

診事業Q&A

●広報情報委員会

【事業活動】第1回広報情報委員会(7/17)、三重テレビ・高校野球中継インフォーマーショナル放送、FM三重『はぴはぴ子育て』【出席会議】三重テレビ『歯チカラ』打合せ(7/10)【報告事項】ウェブサイト平成26年7月分アクセス集計

●災害時の対応・体制に関する委員会

【報告事項】SECOM登録状況(8/1現在)、安否確認訓練の実施結果(8/1)、平成26年度三重県・志摩市総合防災訓練第2回全体会議(8/8)、歯科診療情報の標準化に関する講習会(11/6)

●日歯委員会報告

【地域保健委員会】第5回地域保健委員会企画調整部門打合せ(7/2)、第2回がん診療医科歯科連携推進協議会幹事会(7/3)、生活歯援プログラム改訂版打合せ(7/23)【医療管理委員会】平成26年度厚生労働科学研究事業「歯科診療所における恒常的な医療安全管理の基礎構築に関する研究」説明会(7/31)、第3回医療管理委員会(8/5)【社会保険委員会】平成26年度日本歯科医学会第1回ワークショップ(7/31)

その他の報告

1. 障害者歯科センター報告
2. 介護保険給付審査会報告
3. 東海信越地区歯科医師会専務理事連絡協議会(7/26)

協議事項

1. 平成26年度東海信越地区歯科医師会役員連絡協議会について
2. 第19回三重県歯科保健大会について
3. 第20回三重県歯科保健大会について
4. 歯牙鑑定謝金の支給案について(三重県警)
5. 会館の大規模修繕について

議題

- 第1号：郡市会長会議招集並びに附議事項に関する件
- 第2号：後期高齢者歯科健診事業登録歯科医院の承認について
- 第3号：平成26年度第2回学術研修会の開催及び講師の選定について
- 第4号：三重県腎臓病薬物療法連携推進協議会委員の推薦について
- 第5号：入会申請について／松本卓也(伊賀)
- 第6号：互助会入会申請について
- 第7号：互助会給付について(7月3日～8月6日申請分)

平成26年度

August

第3回郡市会長会議

平成26年8月28日(木)

三重県歯科医師会館

がん患者医科歯科連携、地域での推進に期待

8月28日(木)、平成26年度第3回郡市会長会議が開かれた。田所会長は県行政等に対して今年度の要望事項として、①障害者歯科センター機能向上のための設備拡充 ②生涯にわたって歯科検診等を受けられる環境の整備 ③県内行政機関への歯科衛生士の配備—の3点を求めたこと等を報告した。一般会務報告の中で芝田専務理事は台風11号について触れ、9日(土)には県下全域に特別警報が出される等、河川の氾濫等が懸念される状態になったものの、会員診療所への大きな被害はなかったことを報告した。大杉常務理事からは歯科用貴金属の随時改定で、10月から歯科鑄造用金銀パラジウム合金等の告示価格が引き上げられること等が報告された。協議では、がん患者医科歯科連携事業に関して各郡市会での取組み状況について報告があり、田所会長と芝田専務理事は、多くの会員が研修会を受講し連携名簿に登録したことに謝意を示すとともに、今後、各地域でのがん診療連携拠点病院等との連携推進に期待を寄せ、県歯としてもこれを強く支援していきたいとの意向を示した。

会長報告



関係団体の役員改選について

三重県医師会、同薬剤師会の役員が改選された。医師会は青木重孝会長が再選されるとともに、松本純一副会長が日本医師会の常任理事に就任した。医療保険の主担当かつ介護保険・福祉の副担当であり、8月27日(水)からは中医協にも委員として出席している。薬剤師会は西井政彦新会長の新執行部が発足し、渡邊和久副会長が日本薬剤師会の理事に就任している。

医療・介護総合推進法及び医療・介護サービスの

提供体制改革のための新たな財政支援制度について

医療・介護総合推進法（地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律）が6月18日(水)に国会で成立し、25日(水)に公布された。26年度当初から注目してきた「医療・介護サービスの提供体制改革のための新たな財政支援制度」は、同法第6条を根拠としたものである。同制度に基づく都道府県計画に盛り込む事業案についてはすでに具体的な検討が進められており、三重県健康福祉部医療対策局が7月にまとめた「新たな財政支援制度による取組みに係る基本的な考え方について」の中に、「在宅医療・介護サービスの充実のために必要な事業」の整備に当たり、口腔ケアの観点も考慮する旨が明記された。

歯科医療に関する一般生活者意識調査について

日歯が平成17年から隔年で実施している調査の最新版の結果（26年3月実施）が公表された。

全国の20歳～70歳代男女10,000名を対象にしたインターネット調査に基づくもの。この中で「1年以内に企業や行政等の歯科検診・健診」「歯科診療所でのチェック」を受けた人の割合が示されている（全体の52.1%で増加傾向が認められる）。三重県内でもこうした検診・健診等の受診者増加に向けた取組みを引き続き強化していきたい。

後期高齢者歯科健診事業について

10月から三重県後期高齢者医療広域連合の歯科健診が実施される。本事業では診査方法の確認と診査基準の統一を図るため、所定の研修会を受講した三重県歯会員の歯科医師が開設管理する歯科診療所を健診実施医療機関として登録することとしている。7月24日(木)のMDAセミナー内及び31日(木)に研修を実施し、県内で約600件の診療所が登録した。

一般会務報告

会員数

26年4月1日～8月28日の期間で入会11名、退会4名。現会員数878名。

台風11号による被害の状況について

8月9日(土)、台風11号の接近に伴う大雨に対して気象庁が三重県下一斉に大雨特別警報を発表、四日市・鈴鹿の両市では市内全域に避難指示が出される等したが、会員からは被害の報

平成27年度要望事項について

三重県歯は三重県歯連盟とともに、県行政等に対する要望を行った。今年度は、①障害者歯科センター機能向上のための設備拡充 ②生涯にわたって歯科検診等を受けられる環境の整備 ③県内行政機関への歯科衛生士の配備—の3点を求めた。

平成27年度税制改正要望について（日歯）

8月に日歯が平成27年度税制改正要望を取りまとめた。要望では、27年10月に予定されている消費税の10%への引上げ時における控除対象外消費税の解消を求め、非課税・申告還付制度が望ましいとしている。

また、従来通り「社会保険診療報酬に対する事業税非課税の特例措置」「社会保険診療報酬の所得計算の特例措置」についても強く存続を求めている。

告はなかった。

次期日歯会長選挙について

6月の第6回定時代議員会で次期日歯会長予備選挙の選挙人を選出したところであるが、12月に公示、1月に立候補の受付が行われる予定である。なお、現職の大久保会長は8月27日(水)に今限りで会長職を辞する意向を表明している。

委員会事業報告

【学術】（蛭川理事）

日歯生涯研修セミナー（DVD研修）について

日歯生涯研修セミナーは、全国各地区において講演形式で開催されているが、DVD方式での開催も可能である。郡市会でDVD研修を実施する場合でも、県歯からの学術研修助成金の対象となるので活用して欲しい。

【公衆衛生】（羽根常務理事）

口腔ケア推進支援事業について

8月24日(日)に説明会を実施した。前年度より1施設増加の7施設で実施され、歯科技工士

も本事業に参加する。歯科医師の見学も受け入れている。

8020運動推進特別事業について

フッ化物洗口推進事業は県下8施設で、学校歯科保健指導は県下17小学校で実施予定。

みえ歯ートネット事業における歯科保健指導について

県下10施設で実施予定。

【社会保障】（大杉常務理事）

診療報酬改定結果検証調査の実施について

診療報酬改定後に中医協が行う恒例の調査。

26年度は「歯科訪問診療の実態調査」が実施される。次期診療報酬改定に向けての議論の基礎となる調査であり、対象となった医療機関は協力していただきたい。在宅歯科医療に関しては今後も複数の調査が計画されており、特に在宅療養支援歯科診療所には調査依頼が重複する可能性もあるが、ご理解をお願いする。

歯科用貴金属の随時改定について

26年10月に歯科用貴金属価格の随時改定が行われる。歯科鑄造用金銀パラジウム合金等4品目が引上げ、銀合金など2品目が引下げ。

新たな難病医療費助成制度について

今年5月の「難病の患者に対する医療等に関する法律」の成立を受け、27年1月1日(木)から新たな難病医療費助成制度が実施される。新しい助成制度では認定患者の治療は「指定医療機関」が行うものと規定されており、指定を受けていない医療機関での医療費等については助成対象外となる。

【医療管理】(桑名理事)

平成26年度医療施設関係統計調査の協力依頼について

10月に厚労省による2件の統計調査が実施される。10月1日(水)に行われるのは3年ごとに実施されている「医療施設静態調査」で全医療機関が対象。もう一つの「患者調査」も3年ごとの実施であるが、対象は都道府県別に無作為抽出された医療機関で、歯科診療所は全国で約1,300件。

歯科衛生士求人申込み件数について

現時点で県歯に寄せられた新卒歯科衛生士に

対する求人申込みと県下歯科衛生士養成学校卒業予定者の出身地域を比較したところ、松阪及び伊勢で卒業予定者数が上回っている。

「歯科インプラント治療のためのQ&A」について

26年3月に、厚労省から日本歯科医学会へ委託された歯科保健医療情報収集等事業として「歯科インプラント治療のためのQ&A」が取りまとめられた。7月に厚労省のウェブサイトに掲載されたものを県歯会員向けサイトの「医療管理関連情報」等のページに掲載しているので参照されたい。

インターンシップ・ジョブシャドウイング事業について

毎年実施している高校生を対象とした職業体験事業であるが、今年度はインターンシップに35名、ジョブシャドウイングに8名が参加した。今後も歯科医療機関での受入れ協力をお願いしたい。

歯科衛生士復職支援事業の追跡調査について

22・23年度に実施した緊急雇用創出事業では59名の歯科衛生士が復職を果たした。また、22年度からは離職歯科衛生士を対象とした復職支援講習会も毎年実施しており、4年間で49名が受講している。現在、これらの復職支援事業が継続した就業につながっているかを検証するための調査を実施している。

【広報情報】(太田常務理事)

対外広報について

10月2日(木)、三重テレビ『とってもワクドキ!』に芝田専務理事が出演し、後期高齢者歯科健診について県民向けの周知を図る予定。

その他の報告

災害時の対応・体制について(桑名理事)

8月1日(金)にSECOM安否確認システムの訓練(事前通知なし)を行った。同日現在で会員873名中登録者692名(登録率は約80%)のところ、513名から安否報告を受けた(報告率は約74%)。逆に言えば同システムでは360名の会員の安否について確認できない現状である。

今、大きな災害が起きた場合にはこの360名の安否確認について郡市会の力に頼らざるを得ないことをご理解いただきたい。

また、三重県歯科医師協同組合では、家族・従業員の安否確認を目的としたSECOMのオプションサービス「あんぴくん」も提供しているので活用されたい。

協議事項

がん患者医科歯科連携事業の今後について

まず芝田専務理事が、がん患者医科歯科連携事業のこれまでの展開について振り返った。

22年に日歯と国がんとの合意からスタートした同事業について、三重県では25年度から本格的に始動した。日歯・国がんによる「がん患者歯科医療連携講習」として、5月に「講習Ⅰ（手術前患者を対象とした口腔ケア）」を、6月に「同Ⅱ（がん化学療法、頭頸部放射線治療における歯科治療と口腔ケア）」を、9月に「同Ⅲ（がん緩和医療における口腔ケア）」を実施。同年末から厚労省の委託事業となったナショナルテキストを用いた「全国共通がん医科歯科連携講習」についても、引き続き26年2月及び4月に実施した。多くの会員の理解と協力もあり、8月7日(木)現在で、がん患者歯科医療連携名簿には、連携Ⅰについて249名、連携Ⅱについて227名、連携Ⅲについて130名が登録しており、当初日歯が示した目標値をクリアするところまでは到達した。

一方、県内のがん診療拠点病院や連携推進病院との連携については、25年6月に県行政も交えて「がん患者医科歯科連携協定」を締結した。三重大学医学部附属病院をはじめとした国が指定するがん診療連携拠点病院は県内に6病院、県が指定するがん診療連携推進病院は、26年4

月に新たに加わった4病院も含め10病院あり、これら16病院が三重県がん診療連携協議会として協定に名を連ねている。芝田専務理事は、「県行政や協議会の理解を得て、早期にこうした協定を結ぶことはできたが、実質的な臨床現場での連携構築については今後の課題」と述べ、郡市会長に各地域での現状報告を求めた。

松阪の長井会長は、地域の3つの拠点病院・推進病院と話し合いの場を設けていることを報告。院内の歯科の有無等の条件の違いを含め、協調しながらシステムづくりに臨む姿勢を示した。鈴鹿の北川会長は今秋から鈴鹿中央総合病院との勉強会を準備しているとし、これをきっかけに連携を進めたいと述べた。四日市の永田会長は、すでに病院内の地域連携・医療相談センター「サルビア」を通じて連携している市立四日市病院に加え、県立総合医療センターとも話し合いを始めていると報告した。伊勢の福田会長は伊勢赤十字病院から、がん連携に関する講習会等の実施を打診されていることを明らかにした。

郡市会長からの報告を受けた芝田専務理事は、今後も会員のがん治療についての理解を深めつつ、郡市会での連携推進を支援する意向を示した。

(広報情報委員・廣田好昭 記)



平成26年度

September

第6回理事会

平成26年9月4日(木)

三重県歯科医師会館

地域包括ケアシステムについて意見交わす

9月4日(木)、第6回理事会が開かれ、田所会長からは厚労省の平成27年度歯科保健関係概算要求について、芝田専務理事からは9月3日(水)の都道府県専務理事連絡協議会についての詳細な報告があった。協議では、地域包括ケアシステムへの取組みについて議論。300名近くの受講者を集

めた第1回地域包括ケア歯科医療従事者養成講座(8/24)に続き、再び菊谷 武氏を招いての第2回講座を開催することを決定。並行して、地域包括ケアシステムの考え方や県内の状況を把握するため、県行政と郡市長や担当者らと情報共有する機会を設ける方針も合意された。

委員会事業等報告

●社会保障委員会



【事業活動】個別指導・自主懇談

●医療管理委員会

【事業活動】津保健所・渡辺主幹と面会(8/7)
【出席会議】広域災害救急医療情報システム(EMIS)機能改定に関する説明会(8/12)
【報告事項】平成26年度第1回医療管理講習会(12/14)、名古屋国税局管内税務指導者協議会提出議題(10/23)、エボラ出血熱に関する対応(情報提供)、歯科相談(4件)
【協議事項】永年勤続表彰

●学術委員会

【出席会議】医工連携事業化推進事業意見聴取会(在宅歯科医療講演会)(8/24)
【報告事項】

平成26年度各地区学術研修会助成事業申請(伊賀)、平成26・27年度日歯生涯研修事業認定研修会の追加

●公衆衛生委員会



【事業活動】伊勢市学校保健会における歯科保健研修会、病院歯科における実践研修事前講習(8/7)、児童相談所における歯科健診・歯科保健指導(8/21)、第1回地域包括ケア歯科医療従事者養成講座、口腔ケア推進支援事業説明会(8/24)、鳥羽市学校保健会における歯科保健研修会、第63回三重県学校歯科衛生大会(8/28)
【出席会議】平成26年度第1回三重県医療審議会健やか親子推進部会(8/7)、平成26年度第1回三重県公衆衛生審議会歯科保健推進部会

(9/4)【報告事項】平成26年度生活歯援プログラム健診事業、平成26年度地域8020運動推進協議会の日程、日本大学松戸歯学部訪問、国立がん研究センター中央病院訪問(8/21)【協議事項】第6回みえ歯ートネット研修会の講師、オレンジリボンキャンペーン・オレンジまつりへの参加、住友電装健康まつりへの参加、8020推進財団平成26年度調査研究事業「歯科医療による健康増進効果に関する調査研究」

●広報情報委員会



【事業活動】FM三重『はぴはぴ子育て』【出席会議】三重テレビ『歯チカラ』打合せ(8/28)
【報告事項】ウェブサイト平成26年8月分アク

その他の報告

1. 障害者歯科センター報告
2. 平成26年度東海信越地区歯科医師会役員連絡協議会分科会の協議題について
3. 平成26年度都道府県専務理事連絡協議会(9/3)

議題

- 第1号：平成26年度三重県歯科医師会睦寿会親睦会の開催について
- 第2号：第2回地域包括ケア歯科医療従事者養成講座の開催について
- 第3号：平成26年度三重県後期高齢者医療広域連合歯科健康診査事業委託契約の締結について
- 第4号：平成26年度麻薬・覚醒剤乱用防止運動三重大会に対する後援名義使用の承認について
- 第5号：平成26年度日本産業衛生学会東海地方会学会への共催について
- 第6号：第10回三重県小児在宅研究会への共催及び会員への周知について
- 第7号：定款第12条に該当する退会通知の送付について
- 第8号：互助会給付について(8月7日～9月4日申請分)

セス集計、三重テレビ特別番組へのCM提供
【協議事項】「いい歯の日」企画全国地方紙広告掲載

●災害時の対応・体制に関する委員会

【報告事項】SECOM登録状況(9/1現在)
【出席会議】平成26年度三重県・志摩市総合防災訓練第2回全体会議(8/8)【協議事項】災害時の対応・体制に関する委員会都市会担当者会議(11/6)、歯科診療情報の標準化に関する講習会(11/6)

●がん患者医科歯科連携事業に関するPT

【協議事項】日歯ホームページへの掲載、全国共通がん医科歯科連携講習会Q & A、今後の全国共通がん医科歯科連携講習会

●日歯委員会報告

【地域保健委員会】8020推進財団第1回会誌編集委員会(8/5)、第4回地域保健委員会高齢者歯科保健・介護保険部門打合せ(8/6)、第6回地域保健委員会企画調整部門打合せ(8/6)、平成26年度親と子のよい歯のコンクール中央審査会(9/2)

協議事項

1. がん患者医科歯科連携事業の今後の運営について
2. 地域包括ケア事業に関する今後の展開について
3. 三師会幹事会(9/25)について

固定資産税の対象となる償却資産について

Q：少額の減価償却資産は償却資産に係る固定資産税の対象となるのでしょうか。

A：固定資産税は、土地、家屋及び償却資産という3種類の固定資産を課税対象とし、その所有者を納税義務者として、その固定資産の所在する市町村が、その固定資産の価値に応じて毎年経常に課税する財産税です。

1 固定資産税の対象となる償却資産とは、事業の用に供することができる資産で、その減価償却費が所得金額の計算上必要経費に算入される資産です。

なお、次に掲げるものも、固定資産税の対象となる償却資産になります。

- ① 取得価額が10万円以上20万円未満の減価償却資産で通常の償却方法（定額法又は定率法）で償却しているもの
- ② 租税特別措置法の規定を適用して即時償却等をしているもの
（例）中小企業者等の少額資産（10万円以上30万円未満）の損金算入の特例
- ③ 遊休又は未稼働の償却資産であっても、賦課期日（1月1日）現在において事業の用に供することができる状態にあるもの
- ④ 改良費（資本的支出）
新たな資産の取得とみなして、本体とは区分して償却資産とされます。
- ⑤ 事業用資産で福利厚生のに供するもの
- ⑥ 償却資産に係る売買があった場合において、売主が償却資産について所有権を留保しているときは、売主及び買主の共有物とみなし償却資産とされます。

ただし、土地・建物、自動車、軽自動車、繰延資産、無形減価償却資産及び一定の少額資産並びに所有権移転外リース取引によるリース資産は償却資産から除かれます。

一定の少額資産とは、①所得税の所得金額の計算上消耗品費として必要経費に算入する耐用年数が1年未満又は取得価額が10万円未満の減価償却資産や、②取得価額が10万円以上20万円未満の減価償却資産で一括償却（3年均等償却）しているものです。

2 償却資産の所有者は、毎年賦課期日（1月1日）現在における償却資産について、所得税・法人税の「減価償却費の計算明細書等」から記載した「償却資産の申告書」を1月31日までに償却資産の所在地を管轄する市町村へ申告しなければなりません。

償却資産に対する固定資産税は、納税義務者が市町村内において所有するすべての償却資産の評価額の合計額が150万円未満の場合は課税されません。

償却資産の評価額は、償却資産の取得年月、取得価額及び耐用年数（固定資産評価基準別表15耐用年数に応ずる減価率表）に基づく残価率・減価率（旧定率法と同じ率）により、1資産ごとに賦課期日（1月1日）現在の評価額を計算します。

年の中途中で取得している償却資産の評価額は、所得税の償却費の月割計算と異なり、1/2減価率となります。

耐用年数の経過により1資産の評価額が取得価額の5%未満となっても、取得価額の5%が評価額となります。

固定資産税の節税のために、事業の用に供しない不要な償却資産は、廃棄、除却処分をしましょう。



8月・9月会務日誌

Association Diary

8月

- | | |
|--|---|
| <p>2・3日 第42回産業歯科医研修会が東京都で開催され伊東理事出席</p> <p>3日 東海口腔衛生学会幹事会が愛知県で開催され中井副会長出席</p> <p>4日 名古屋国税局管内税務顧問会議が愛知県で開催され植村顧問税理士出席</p> <p>5日 常務理事会開催
日本歯科医師会第3回医療管理委員会に桑名理事出席</p> <p>7日 名古屋国税局管内税務指導者協議会事前打合せ、第5回理事会、第11回がん患者医科歯科連携事業に関するプロジェクトチーム打合せ、病院歯科における実践研修事前講習開催
伊勢市学校保健会における歯科保健研修会に福森理事出席
平成26年度第1回三重県医療審議会健やか親子推進部会に羽根常務理事出席</p> <p>8日 平成26年度三重県・志摩市総合防災訓練第2回全体会議に熊谷理事出席</p> <p>12日 広域災害救急医療情報システム（EMIS）機能改定に関する説明会に桑名理事出席
平成26年度第2回三重県准看護師試験委員会に太田常務理事出席</p> | <p>18日 第5回三重県経済懇談会に田所会長出席</p> <p>21日 国立がん研究センター中央病院へ中井副会長、芝田専務理事訪問</p> <p>23日 第13回警察歯科医会全国大会が徳島県で開催され芝田専務理事、熊谷理事、陣田会員出席
子ども子育てシンポジウムに田所会長出席</p> <p>24日 第1回地域包括ケア歯科医療従事者養成講座、口腔ケア推進支援事業説明会開催
医工連携事業化推進事業意見聴取会（在宅歯科医療講演会）東海信越地区ブロックが静岡県で開催され蛭川理事、伊藤理事出席</p> <p>28日 第3回郡市会長会議、第63回三重県学校歯科衛生大会開催
鳥羽市学校保健会における歯科保健研修会に羽根常務理事出席
亀山歯科医師会社保講習会に大杉常務理事、稲本理事出席
松阪中央総合病院学術講演会に芝田専務理事、蛭川理事出席</p> <p>30日 日本歯科医学会・歯科医学を中心とした総合的な研究を推進する集いが東京都で開催され芝田専務理事、稲本理事出席</p> |
|--|---|

9月

- | | |
|--|---|
| <p>2日 常務理事会開催</p> <p>3日 都道府県専務理事連絡協議会に芝田専務理事出席</p> | <p>4日 第6回理事会開催
平成26年度第1回三重県公衆衛生審議会歯科保健推進部会に中井副会長、羽根常務理事出席</p> |
|--|---|



- 事出席
がん対策推進協議会に田所会長出席
- 7日 第1回三重県歯科医師会学術研修会開催
第67回三重県小児保健学会に中井副会長出席
- 11日 平成26年度フッ化物応用研修会、第1回福祉厚生委員会開催
桑員歯科医師会大規模災害における身元確認のための研修会に辻副会長、陣田会員出席
- 12日 三重県社会福祉審議会高齢者福祉専門分科会に羽根常務理事出席
- 16日 平成26年度社会保険情報ネットワーク連絡協議会に大杉常務理事、笠井理事、稲本理事、前田理事、井上理事出席
- 17日 平成26年度社会保険指導者研修会に大杉常務理事、笠井理事、稲本理事、前田理事、井上理事出席
- 18日 いい歯の8020表彰審査委員会、第6回かむかむクッキングコンクール1次審査、第2回医療管理委員会、平成26年度県歯医療管理委員及び郡市会医療管理担当者合同協議会開催
三重県保育士協会ブロック研修会における講演に福森理事出席
平成26年度第2回三重県医療審議会健やか親子推進部会に羽根常務理事出席
- 20日 岐阜県歯科医師会シンポジウムに大杉常務理事、桑名理事出席
- 21日 BLS講習会開催
- 22日 新たな財政支援制度懇話会に田所会長出席
- 25日 平成26年度災害対応における高齢者への食支援及び口腔ケア研修会、三師会開催
- 28日 平成26年度歯科衛生士復職支援講習会開催
- 30日 常務理事会開催

会員消息

Member's News

本会会員数 (10月1日現在)

正会員第1種 (一般)	708名
正会員第2種 (勤務)	28名
正会員終身	130名
準会員第3種 (法人)	8名
準会員第4種 (直属)	2名
長期の疾病等の会員	1名
計	877名

日歯会員数 65,171名 (8月31日現在)

新入会員



みやざきたかひろ

宮崎隆浩先生 (10. 1付)

診津市広明町341

宮崎デンタルオフィス

電話 059-228-4974

FAX 059-225-0092

(津)

診療所住所変更

中嶋昭雄先生、中嶋正明先生 (津)

津市一身田上津部田1337-12



FAX番号変更

亀井正明先生（伊賀）
（診）FAX 0595-41-0080

謹んでおくやみ申し上げます

平本憲一先生（伊勢）
去る9月4日、お亡くなりになりました。
享年38歳

診療所名変更

宮崎正憲先生（津）
宮崎デンタルオフィス

新入会員プロフィール

Rookie's Profile

みやざきたかひろ
宮崎隆浩先生（津）

1. 学歴

高校 私立鈴鹿高等学校
大学 東京歯科大学（平成17年度卒業）

2. 卒業後の研修先・勤務先

平成18年4月 宮崎歯科診療所

3. 開業年月日

平成26年9月1日

4. メッセージ

両親が歯科医師という環境の中で、小学校5年生の頃には将来歯科医師になろうと何の迷いもなく決めていました。そのため、大学での学生生活は大きな苦労もなく楽しく過ごしてきました。

しかし、卒業後の臨床の現場では知識と技術力の無さを痛感させられ、苦悩の日々の連続でした。良質の歯科治療を提供したいと思う気持ちと現実の格差を思い知らされています。

今後も、知識と技術力の向上を目指し、少しでも地域の歯科治療のお役に立てるような医院を運営していきたいと願っています。





告知板

Information

第42回三重歯科・口腔外科学会開催 ならびに特別講演のお知らせ

恒例の三重歯科・口腔外科学会を下記のごとく開催致します。特別講演後には懇親会も行いますので、是非とも多数のご参加をお願い申し上げます。

記

開催日：平成26年12月13日（土）

学会：三重県口腔保健センター（☎059-227-6488）

午前10時（予定）

特別講演：ホテルグリーンパーク津（☎059-213-2111）

午後6時（予定）

演者：未定（決定次第ホームページ等でお知らせします）

参加費：無料

尚、特別講演終了後、懇親会を行いますので奮ってご参加下さい。

懇親会場：ホテルグリーンパーク津 午後7時（予定）

会費：歯科医師 10,000円

<問い合わせ先> 〒514-8507 三重県津市江戸橋2-174番地
三重大学医学部口腔外科学室
三睦会会長 新井直也
TEL 059-232-1111 内線5635
FAX 059-231-5207





会員の広場 Member's Plaza

第36回三重県歯科医師会ゴルフ大会開催される

去る9月25日(木)、四日市カンツリー倶楽部にて標記大会が開催されました。台風の影響で大会の開催も危ぶまれる天気予報でしたが、当日は台風一過の晴天でした。天気の状況から賞品なしという形で開催することになり、毎年参加賞の松茸を楽しみにしておられた皆様をがっかりさせてしまったことは残念でしたが、47名の先生方にご参加いただきました。ありがとうございました。

また、今回は四日市カンツリー倶楽部メンバーの先生方に大変お世話になりました。この場を借りて御礼申し上げます。

上位の成績	グロス	ハンディー	ネット
優勝 西本 康助(津)	92	20.4	71.6
2位 森本 浩生(津)	91	19.2	71.8
3位 鈴木 晶博(津)	96	24.0	72.0
4位 榮 直人(鈴鹿)	82	9.6	72.4
5位 高山 雅也(津)	100	27.6	72.4
ベストグロス 中西 以穂(伊勢)	78		

(敬称略、競技はダブルペリア方式、カット、上限なし。同ネットは年長者上位)

来年は霞ゴルフクラブでの開催を予定しております。詳細が決定次第ご連絡いたしますので多数のご参加お待ちしております。

また来年5月に東海4県歯科医師親善ゴルフ大会が三重県、涼仙ゴルフ倶楽部で開催されます。そちらの方も多数のご参加お待ちしております。

(津・西本康助 記)





障害者歯科センター診療状況

8月

診療日	7日
診療担当者	常勤1名、非常勤6名 内訳・会員2名、大学4名
延患者数	139名

9月

診療日	8日
診療担当者	常勤1名、非常勤5名 内訳・会員2名、大学3名
延患者数	158名



～11月は「労働保険適用促進強化期間」です～

労働保険（「労災保険」と「雇用保険」）は、政府が管理・運営している強制的な保険であり、農林水産業の一部を除き、労働者を一人でも雇用している場合は、事業主又は労働者の意思の有無にかかわらず必ず加入することが法律で定められています。

労働保険	
労災保険	雇用保険
業務上の事由又は通勤による労働者の負傷、疾病、障害又は死亡等に対して、迅速かつ公正な保護をするため、必要な給付を行うこと等を目的とした制度	労働者の生活及び雇用の安定を図ると共に、失業した際、再就職を促進するための能力の開発・向上等の各種の援助を行うこと等を目的とした制度

三重労働局では、11月を「労働保険適用促進強化期間」と定め、“労働保険の未手続事業場の一掃”を重点項目に掲げ、三重県労働保険事務組合連合会と連携して、未手続事業場を戸別訪問する等により、加入促進を図っています。

◎ 費用徴収制度

事業主が「故意」又は「重大な過失」により労災保険の成立手続を行わない期間に事故が発生した場合、遡って保険料を徴収する他に、労災保険給付額の40%又は100%が事業主から徴収されることとなります。

◎ お問い合わせ先

三重労働局総務部労働保険徴収室 ☎：059-226-2100

又は、最寄りの労働基準監督署・公共職業安定所へお問い合わせ下さい。



互助会の現況

Mutual Aid Association

(26年 8月 1日～31日)

(26年 9月 1日～30日)

第1部 (疾病共済)

入会 1名	退会 2名	累計 744名
収入累計 193,616,089円	繰越 193,614,825円 入金 1,264円	
支出 600,000円		
残高 193,016,089円	定期 118,000,000円 普通 55,016,089円 国債 20,000,000円	

療養給付：2名

死亡給付：0名

第1部 (疾病共済)

入会 1名	退会 1名	累計 744名
収入累計 193,016,089円	繰越 193,016,089円 入金 0円	
支出 2,100,000円		
残高 190,916,089円	定期 118,000,000円 普通 52,916,089円 国債 20,000,000円	

療養給付：2名

死亡給付：1名

第2部 (火災・災害共済)

入会 1名	退会 2名	累計 752名
収入累計 159,645,983円	繰越 159,637,056円 入金 8,927円	
支出 0円		
残高 159,645,983円	定期 110,690,000円 普通 48,955,983円	

第2部 (火災・災害共済)

入会 1名	退会 1名	累計 752名
収入累計 159,648,383円	繰越 159,645,983円 入金 2,400円	
支出 900,000円		
残高 158,748,383円	定期 110,690,000円 普通 48,058,383円	

平成26年 4月診療分歯科診療報酬状況 (三重県)

		社会保険			国民保険		
		1件当 日数	1日当 点数	1件当 点数	1件当 日数	1日当 点数	1件当 点数
一般	本人	1.8	634.1	1,143.2	1.9	644.2	1,225.8
	家族	1.6	588.9	951.4			
後期高齢者医療		—	—	—	2.0	682.8	1,376.9

平成26年 5月診療分歯科診療報酬状況 (三重県)

		社会保険			国民保険		
		1件当 日数	1日当 点数	1件当 点数	1件当 日数	1日当 点数	1件当 点数
一般	本人	1.8	637.1	1,115.5	1.8	636.6	1,165.2
	家族	1.6	588.4	914.6			
後期高齢者医療		—	—	—	1.9	683.0	1,324.8

三重県歯科医師 国民健康保険組合

MIE DENTIST NATIONAL HEALTH INSURANCE UNION

平成26年6月／7月

現況

保険給付状況

26年6月

		件数	費用額	保険者負担額
療養給付費	当月分	3,463	40,390,106	28,682,251
	累計	10,952	143,797,756	102,132,487
療養費	当月分	90		316,131
	累計	289		1,002,686
高額療養費	当月分	28		1,736,311
	累計	90		5,685,163
移送費	当月分	—		—
	累計	—		—
出産育児一時金	当月分	4		1,680,000
	累計	8		3,360,000
葬祭費	当月分	1		150,000
	累計	1		150,000
傷病手当金	当月分	14		477,000
	累計	47		1,410,000

26年7月

		件数	費用額	保険者負担額
療養給付費	当月分	3,775	45,205,934	32,070,581
	累計	14,727	189,003,690	134,203,068
療養費	当月分	100		351,791
	累計	389		1,354,477
高額療養費	当月分	27		3,649,172
	累計	117		9,334,335
移送費	当月分	—		—
	累計	—		—
出産育児一時金	当月分	5		2,100,000
	累計	13		5,460,000
葬祭費	当月分	—		—
	累計	1		150,000
傷病手当金	当月分	7		247,000
	累計	54		1,657,000

収支状況

26年度26年7月累計

区分	金額
歳入合計	515,963,139
歳出合計	273,008,708
収支差引残高	242,954,431

26年度26年8月累計

区分	金額
歳入合計	600,909,368
歳出合計	366,749,622
収支差引残高	234,159,746

被保険者異動状況

26年8月31日現在

区分	被保険者数	前月との比較
組合員	2,763	△ 10
家族	1,681	△ 6
計	4,444	△ 16

26年9月30日現在

区分	被保険者数	前月との比較
組合員	2,748	△ 15
家族	1,674	△ 7
計	4,422	△ 22

MIE DENTIST NATIONAL HEALTH INSURANCE UNION

編集後記

Editor's Note

今回は8月に開かれた第3回郡市長会議の取材をしました。委員になって二度目です。会議では後期高齢者歯科健診やがん患者医科歯科連携等について報告や協議が行われました。こうした事業が実現するまでの経緯については、『三歯会報』やウェブサイトのMDA Newsである程度はトレースできますし、7月のMDAセミナー等の講習でも周知が図られているので、自分も理解はしているつもりでしたが、実際にこうした会議での報告

や議論を目の当たりにすると、県歯がどのような考えの下で種々の事業に取り組んでいるかが、改めて深く理解できるような気がします。

現在、代議員会や郡市長会議については、私たち広報情報委員が取材をして会員にその内容を伝える役割を担っています。今後もこうした場での議論の様子をより臨場感をもって伝えられるよう、工夫を重ねていきたいと思います。

(広報情報委員・廣田好昭 記)

三重県歯科医師会無料職業紹介所について

三重県歯科医師会では厚生労働大臣の許可を受けて、歯科医療技術者（歯科医師・歯科技工士・歯科衛生士・歯科助手）を対象とした無料職業紹介事業を行っています。職業紹介を希望される場合、求職は働く意欲がある方なら常勤、パートを問いません。申し込みにより希望と能力に応ずる職業に速やかに就くことができるよう極力お世話をいたします。

●求職者の場合

- ・ 所定の求職票に必要事項を記入し、下記の無料職業紹介所に提出する。
- ・ 来館または電話にて、求人者の閲覧をする。
- ・ 条件が合えば面接を行う。

●求人者の場合

- ・ 所定の求人申込書に必要事項を記入し、下記の無料職業紹介所に提出する。
- ・ 来館または電話にて、条件の合った求職者を探す。
- ・ 合否結果については、当紹介所に結果報告する。



※ 下記へ連絡いただければ関係書類を送付します。

公益社団法人 三重県歯科医師会
 歯科医療技術者等無料職業紹介所
 〒514-0003 津市桜橋2丁目120-2
 TEL 059-227-6480

詳しくはWEBで！

[検索](#) [三重県歯科医師会無料職業紹介所](#)

こども110番の歯科医院



三重県歯科医師会では、「社会貢献活動の一環」として、三重県警、三重県、三重県教育委員会の協力のもと、日本の将来を担う宝である子どもたちを守るために、平成18年6月より「こども110番の歯科医院」制度を導入しました。これは、不審人物につきまといわれたり、声をかけられたりした子どもたちが歯科医院に駆け込んできた場合、子どもを保護し、警察への通報等の対応を行うものです。

私たちは、子どもたちの笑顔を守り、明るい地域社会づくりに少しでも協力していきたいと考えています。

●「こども110番の歯科医院」の皆様へ

三重県歯科医師会では「こども110番の歯科医院 対応マニュアル ― 子供たちを犯罪被害から守るために ―」を作成しています。ご活用下さい。



三重県歯科医師会会員の皆様へ

わが国では少子高齢化が進む一方で、乳幼児期、学童期の子どもたちへの虐待が年々増加しています。三重県歯科医師会が平成17年度に三重県健康福祉部の協力を得て実施した要保護児童歯科調査結果では、

虐待が疑われる要保護児童においては、う蝕経験者率が有意に高く、う蝕になった歯が処置されている率が有意に低いという結果が出ています。

歯科医療従事者は、乳幼児集団歯科健診や歯科相談、学校歯科健診、歯科診療所等において、日常的に子どもや養育者に接する機会が多く、専門家の立場から虐待の早期発見に関わるべきことが提唱されています。

本会と三重県では8020運動推進特別事業の一環として、子育て支援の観点から「歯科医の立場からの児童虐待防止と子育て支援（児童虐待防止マニュアル）」を作成しています。児童虐待の早期発見・予防の一助となるよう取り組んでいくために、ぜひご活用下さい。



2014年9月、 「損保ジャパン日本興亜」誕生!



損保ジャパン日本興亜

「株式会社損害保険ジャパン」と「日本興亜損害保険株式会社」は合併し、
「損害保険ジャパン日本興亜株式会社(略称:損保ジャパン日本興亜)」として、
2014年9月1日から新たなスタートをきりました。
私たちのこれからの取り組みに、どうぞご期待ください。

損害保険ジャパン日本興亜株式会社

三重支店 津支社
〒514-0004 三重県津市栄町 3-115
Tel.059(226)3011 <http://www.sjnk.co.jp>

会員好評受付中!

mint

三重インターネットサービス

ブロードバンドが未来をひろく!

mintはインターネットをトータルにサポートします。

<http://www.mint.or.jp/>

お問い合わせは

MDT 三重データ通信株式会社

TEL : 059-223-1818

E-Mail : info@mint.or.jp

Thinking ahead. Focused on life.



ダイアガン / ダイアペン

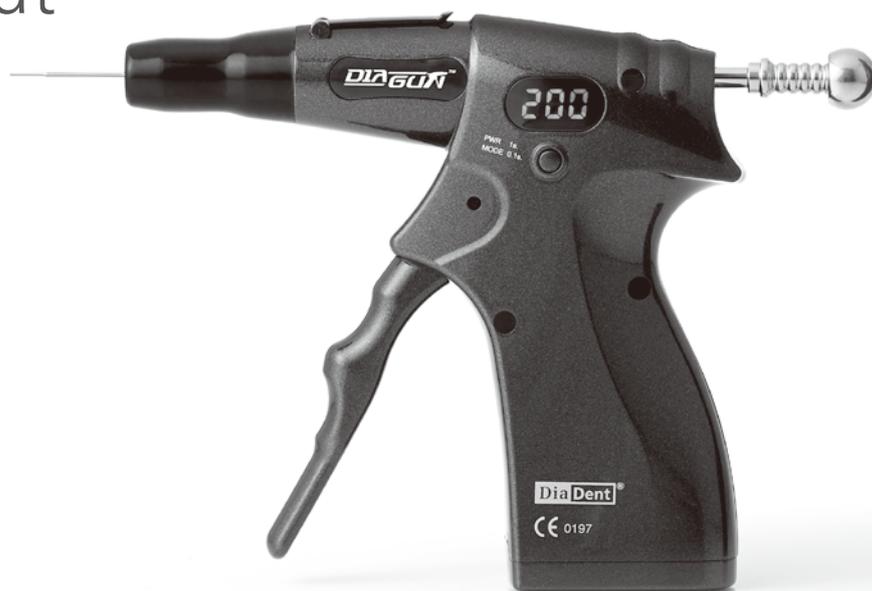
歯科根管充填材料電気加熱注入器

ガッタパーチャを加熱軟化し、流動性を持たせることにより、緊密な充填をスピーディーに行えます。

電熱式根管プラグー

ガッタパーチャを即座に加熱溶融し、根尖部までしっかり封鎖することが可能です。

Debut



コードレス&軽量コンパクトデザイン

充電式バッテリーの搭載でコードレス化を実現。しかもコンパクトなデザインで操作性に優れています。



充填がしやすいコードレスタイプ



フローの異なる3種類の専用ガッタパーチャを準備

製造販売: 株式会社 **モリタ** 大阪本社: 大阪府吹田市垂水町3-33-18 〒564-8650 T 06-6380-2525 東京本社: 東京都台東区上野2-11-15 〒110-8513 T 03-3834-6161 製造: ダイアデント 販売名: ダイアガン 標準価格: 138,000円 (消費税別途) 一般的名称: 歯科根管材料電気加熱注入器 医療機器の分類: 管理医療機器 (クラスII) 医療機器認証番号: 225AKBZX00070000 販売名: ガッタパーチャオブチュレーター 一般的名称: 歯科用根管充填固状材料 医療機器の分類: 管理医療機器 (クラスII) 医療機器認証番号: 224AKBZX00094000 販売名: ダイアペン 標準価格: 138,000円 (消費税別途) 一般的名称: 電熱式根管プラグー 医療機器の分類: 管理医療機器 (クラスII) 特定保守管理医療機器 医療機器認証番号: 225AKBZX00070000 2013年9月24日現在

www.dental-plaza.com