

歯科に生きる 医療管理読本

増患, 増点, 増収 をもたらす
患者納得診療

著 高橋英登



一般社団法人 北海道歯科医師会

平成25年7月

歯科に生きる 医療管理読本

増患, 増点, 増収 をもたらす
患者納得診療

著 高橋英登

一般社団法人 北海道歯科医師会

会員の皆様へ

近年、「こうすれば医院は繁栄する」とか、「私はこうして保険・自費収入を倍増させた」などのファックスが頻繁に届きます。そのような状況にある中で、平成22年8月号の『道歯会通信』に“会員からの電話”を紹介しました。

それは、「会長はいつも歯科界の底上げというが、本音はいま送ったファックスの内容と一緒に、-中略-会員には現場での努力の欠如があることをもっと認識させるべきです。……」で、ファックスの内容は歯科企業の代表者が記した「歯科界は治療に関する患者への説明能力が欠落しています。患者が治療を中断するのは、治療することで得られる合理的価値、感覚的価値を十分伝えていないからです。いま歯科界に必要なのは、患者さんへの価値伝達、治療の意味や意義などを明快に説明できる能力を上げるための医院改革なのです。……」を中心とした2,000文字強の文章でした。

この電話が私の心に火をつけ、思い立ったのが、高橋英登先生による歯科医療管理講習会の開催です。つまり、このような時代だからこそ、臨床と学問をより深く知り、開業医としての経営感覚にすぐれた人物の話を聞いてもらいたかったのです。聴講した会員にとっては大変有意義なものであったと思います。しかし、聴講できなかった会員も多くいました。それなら全会員に講習会での内容を知ってもらおうと考え、本書を出版することになりました。ぜひ、明日の医院経営・医療管理にお役立ていただきたいと思います。

『道歯会通信』でもふれたように、ダーウィンは『種の起源』で次のように書いています。「危機感こそが体質を変える。最も強い者が生き残るのではなく、最も賢い者が生き延びるのでもない。唯一生き延びるのは変化できる者である」と。

本書を読むのは正に“今”でしょ！

平成25年5月

一般社団法人北海道歯科医師会会長 富野 晃

まえがき

平成 24 年暮の政権交代を機に打ち出された“デフレ克服”のための 2 %インフレ誘導は、①大胆な金融緩和、②機動的な財政出動、③民間投資を喚起する成長戦略、の 3 つの経済政策で目標を達成させようとするところから“アベノミクス”と呼ばれ、円安・株高を呼び、国全体にかすかな希望の灯をともしたかのようにみえます。

しかし、早くも輸入関連商品の値上げが行われるなど、マイナス要因を抱えていることも確かです。また、増税も控えています。真のアベノミクスの恩恵が国民全体に行き届くのはいつになるのでしょうか。

一方、長いデフレ経済が続いた結果、歯科医師の年収は 7 年前と比べ何と 25 %も下落しています。そういう中で、北海道歯科医師会から依頼を受け、平成 23 年 8 月から平成 25 年 1 月にかけて歯科医療管理に関する 4 回の講演の機会を持たせていただきました。私は東京の杉並区で開業して 35 年になりますが、患者層も幅広く、日本の縮図と言ってもよいくらいの人たちが来院しており、ここで身につけたのが“患者納得診療”の重要性です。4 回の講演と言っても都合 10 時間余の駆け足講演であったため、お聴きくださっても心に留める余裕がなかったことと思いますが、北海道歯科医師会のご理解をいただき、講演内容を 1 冊にまとめることができました。

本書では、歯科が置かれている現状から始まり、患者を知る、保険で可能な“患者のための確実な歯科診療”、増患・増点・増収が可能な歯科医院づくり、自費診療にも強くなろうほかにより、私の開業経験に基づく確かな医院づくりと患者管理について述べました。

その基本は、チーム医療・スタッフの活用と十分な説明に基づく患者の理解、料金の透明性、院長自身の自己啓発、保険診療のルールをよく知るですが、これらにはややもすると現今の歯科医療界に欠落していた部分があるかもしれません。これは私の 35 年の診療人生で形成された“診療哲学”ですが、ご一読いただき、自院で活用できるものは即取り入れられ、患者さんにとって優良な歯科医療を実現できるよう、悔いのない歯科医院運営に努めていただければ幸いです。

目 次

会員の皆様へ	3
まえがき	5

I 章 歯科界が置かれている現状を知る

1. まさに“押さえ込まれている”歯科医療費	10
2. 現在、歯科界が抱えている問題点	14
1 政権交代に喜んでばかりいられない！／ 2 前期高齢者（70～74歳）の一部負担が2割になる？／ 3 医療費削減のみを目的とした、理にかなっていない指導・監査の横行／ 4 歯科医師がいなくなったらどうする！／ 5 「医師優遇税制」などという“まやかし”キャンペーンによる増税路線／ 6 得体の知れないポリプロピレン材料の保険導入／ 7 長時間のロスがある“紙出し”制度／ 8 20年以上、1点も上がっていない診療項目が50余！／ 9 国民皆保険制度に乗り切れていない「歯科」と、それを知らない患者とのはざまで苦勞している「心ある歯科医」／ 10 国策である「メタボ健診」から歯科は除外されている／ 11 レセプトオンライン化／ 12 歯科医師過剰／ 13 12%金銀パラジウム合金 30g 31,000円／ 14 歯科医師の9割以上が保険診療を中心として生計を営んでいる！／ 15 医療訴訟の頻発（インプラントがらみが多い）／ 16 混合診療解禁の流れ加速	
3. 疾病構造の変化	20
1 子どもの虫歯の激減／ 2 高齢者の残存歯と8020達成者の増加	
4. 患者のための優良な歯科医療を守るには“組織の力”が欠かせない	22

II 章 患者を知る

1. 最近の患者動向	24
2. 患者ニーズを察知する	26
3. 問診表の活用	28
4. 患者は「現症」と「治療法」を知りたいと思っている	34
5. 患者は「治療費」を知りたいと思っている	36
6. 患者は通院中にすべてを観察している	40

Ⅲ章 保険で可能な“患者のための確実な歯科診療”

1. コスト意識を持つ 42
2. 保険のルールを知らずして保険診療をするべからず 44
3. 保険でマイナスにならない3本柱 46
 - 1 CR（コンポジットレジン）修復／2床副子（スプリント）／3 T-Fix（動揺歯の暫間固定）
4. 保険で対応できる Tooth Wear の治療 50
5. 必要な治療をきちんとやって、きちんと請求するのが保険のルール 54
 - 1「明細書発行体制等加算の施設基準」の届出を忘れずに／2少数残存歯にもSPT（歯周病安定期治療）を／3もっと麻酔を、う蝕処置を、直覆を／4摂食機能療法などの活用を／5咬合調整は必須／6義歯管理料（義管）の困難患者加算の活用／7口腔内写真の真の活用／8歯周精密検査でしっかりした管理を／9混合歯列期歯周病検査（P 混検）の活用
6. 医科歯科連携が安全・安心医療の“要” 58
 - 1歯科治療総合医療管理料（月1回140点）／2歯周病安定期治療（SPT）（300点）／3歯科診療特別対応加算（175点）／4歯科特定疾患療養管理料（月に150点×2回）／5処方せん料（＋2点）／6お薬手帳記載加算（3点）

Ⅳ章 増患、増点、増収が可能な歯科医院づくり

1. 患者から評価される、すぐできる“歯科医院改革” 66
 - 1患者への診療情報の提供／2患者納得の診療環境づくり／3マスコミから流れる一般医療情報に遅れない／4チーム医療への対応／5治療から予防へ
2. 医院運営の効率化（健全経営がもたらす優良診療） 74
 - 1疾病構造の変化に対応できる体制づくり／2歯科医院のコンセプトをつくり、患者の賛同を得る／3一度来院した“良い患者”は手放さない／4院長のファン患者をつくる／5歯科衛生士の活用（増収に貢献できる歯科衛生士の育成）
3. 院長のたえざる“自己啓発”がすべての源 82

Ⅴ章 自費診療にも強くなろう

1. 自費料金は直接経費の5倍が損益分岐点 84
2. 自費料金の峠は3万円？ 86
3. すべて保険でやるのが患者のために良いことなのか？ 88
 - 1“患者にとって最良の医療”を提供できる姿勢を、強く打ち出す／2自費診療

の品揃え（引き出し）を拡充する／❸患者心理を読んだ上での対応が大切／❹デンタルIQの高い患者については継続的管理を自費で／❺自費料金についても透明性を上げる

4. オールセラミックスも多種多様	94
5. オールセラミックス修復のリペアーテクニック	98
6. 新時代の床用材料を活用しよう	102

Ⅵ章 超高齢社会への対応

1. 高齢社会から超高齢社会へ，老人多歯残存時代の到来	104
2. ライフステージに対応した修復・補綴材料の選択	108
❶第1ステージ（40～60歳）：咬合面がエナメル質の時期／❷第2ステージ（60～80歳）：咬耗が進み，咬合面にエナメル質と象牙質が混在する時期／❸第3ステージ（80歳以上）：加齢にともなう退行性変化が進む時期	
3. 他科疾患（歯科領域以外の疾患）に要注意	114
4. 高齢患者の“義歯のケア”の必要性	116
5. 患者が喜ぶ訪問歯科診療を行おう （高齢者が望む“胃ろう”にしない人生を）	118

付章 歯科医師会と行政の連携

1. 増患対策の1つ“歯科健診”事業	122
2. 北海道歯科医師会が道民のために行政と共に手がけている事業	126
❶特殊歯科保健医療推進事業／❷在宅歯科医療連携室整備事業／❸歯科医療安全管理体制推進特別事業	

診療に活かせる おすすめ雑誌・書籍リスト	128
あとがき	133

I 章 歯科界が置かれている現状を知る

1. まさに“押さえ込まれている” 歯科医療費

最初から硬い話で恐縮ですが、国民医療費の中の“歯科医療費”の現状についてふれておきます。われわれ歯科医師の生活基盤となるものですので、医科の医療費と比べて厳しく抑制されている歯科医療費の実態を十分認識してほしいと思います。

■国民医療費は年々1兆円強増加しているが……

国民医療費は、平成20年度34兆8,084億円、21年度36兆67億円、22年度37兆4,202億円と、毎年1兆円を超える大幅な増加となっています。そして、22年度の国民1人当たりの医療費は292,000円強と、同じく1人当たり国民所得の11%弱を占めるに至りました。これも、毎年10,000円の増加です（表I-1）。

■増えたのは医科と調剤の医療費

国民医療費が1兆円ずつ増えていると言っても、実際に増えたのは一般医科と薬局の調剤医療費で、医科の医療費は平成20年度25兆9,595億円、21年度26兆7,425億円（療養費等を含む。なお、12頁の「メモ2の①②」を参照）、22年度27兆7,733億円（同）、また調剤医療費は同じく5兆3,955億円、5兆8,228億円、6兆1,412億円となりました（表I-2）。

■歯科医療費は横這いのまま！

では、歯科医療費はどうでしょうか？ 平成20年度2兆5,777億円、21年度2兆5,587億円、22年度2兆6,020億円と減ったり戻ったり、まさに“押さえ込まれている”とさえ言える状態です（「メモ2の③」を参照）。手元にある資料では平成8年度が2兆5,430億円ですから（ちなみに、同年の国民医療費は28兆4,542億円、うち医科医療費22兆9,790億円—入院外一般診療所は6兆8,595億円—、調剤医療費1兆4,401億円）、何をか言わんや！

■国民医療費の増加は高齢化が原因

国民医療費の増加は、人口の高齢化が原因です。平成20年度から22年度までの3年間を例にとっても、65歳以上の総医療費は18兆9,999億円、19兆9,479億円、20兆7,176億円、その中の医科医療費については統計処理の変更があったため平成21・22年度の2年間しか示せませんが、それぞれ14兆9,689億円（65歳以上総医療費の

表 I-1 国民医療費および国民所得等の年次推移（厚労省資料を基に作表）

年 次	総人口 (千人)	国民 医療費 (億円)	対前年度 増減率 (%)	人口 1 人当 たり国民医 療費 (千円)	対前年度 増減率 (%)	国民所得 (億円)	対前年度 増減率 (%)	国民医療費の 国民所得に対 する比率 (%)
昭和 29 年度		2 152	...	2.4	...	...	...	...
30	90 077	2 388	11.0	2.7	12.5	69 733	...	3.42
40	99 209	11 224	19.5	11.4	17.5	268 270	11.5	4.18
50	111 940	64 779	20.4	57.9	19.1	1 239 907	10.2	5.22
60	121 049	160 159	6.1	132.3	5.4	2 605 599	7.2	6.15
61		170 690	6.6	140.3	6.0	2 679 415	2.8	6.37
62		180 759	5.9	147.8	5.3	2 810 998	4.9	6.43
63		187 554	3.8	152.8	3.4	3 027 101	7.7	6.20
平成元年度		197 290	5.2	160.1	4.8	3 208 020	6.0	6.15
2	123 611	206 074	4.5	166.7	4.1	3 468 929	8.1	5.94
3		218 260	5.9	176.0	5.6	3 689 316	6.4	5.92
4		234 784	7.6	188.7	7.2	3 660 072	△ 0.8	6.41
5		243 631	3.8	195.3	3.5	3 653 760	△ 0.2	6.67
6		257 908	5.9	206.3	5.6	3 700 109	1.3	6.97
7	125 570	269 577	4.5	214.7	4.1	3 689 367	△ 0.3	7.31
8		284 542	5.6	226.1	5.3	3 801 609	3.0	7.48
9		289 149	1.6	229.2	1.4	3 822 945	0.6	7.56
10		295 823	2.3	233.9	2.1	3 689 757	△ 3.5	8.02
11		307 019	3.8	242.3	3.6	3 643 409	△ 1.3	8.43
12	126 926	301 418	△ 1.8	237.5	△ 2.0	3 718 039	2.0	8.11
13	127 316	310 998	3.2	244.3	2.9	3 667 838	△ 1.4	8.48
14	127 486	309 507	△ 0.5	242.9	△ 0.6	3 638 901	△ 0.8	8.51
15	127 694	315 375	1.9	247.1	1.7	3 681 009	1.2	8.57
16	127 787	321 111	1.8	251.5	1.8	3 700 883	0.5	8.68
17	127 768	331 289	3.2	259.3	3.1	3 740 848	1.1	8.86
18	127 770	331 276	△ 0.0	259.3	△ 0.0	3 781 051	1.1	8.76
19	127 771	341 360	3.0	267.2	3.0	3 810 615	0.8	8.96
20	127 692	348 084	2.0	272.6	2.0	3 547 672	△ 6.9	9.81
21	127 510	360 067	3.4	282.4	3.6	3 425 189	△ 3.5	10.51
22	128 057	374 202	3.9	292.2	3.5	3 492 777	2.0	10.71

注：1）平成 12 年 4 月から介護保険制度が開始されたことに伴い、従来国民医療費の対象となっていた費用のうち介護保険の費用に移行したものがあがるが、これらは平成 12 年度以降、国民医療費に含まれていない。

2）国民所得は、内閣府「国民経済計算」による。

著者注：総人口は、平成 27 年には 125,430 千人、32 年には 122,735 千人と、以後減少が続く予測です。

メモ 1

- ① 昭和 36 年（1961 年）4 月から国民皆保険制度がスタートしました。
- ② 昭和 49 年（1974 年）が、「分業元年」と言われる実質的な医薬分業のスタート年です。
- ③ 平成 12 年（2000 年）4 月から介護保険制度がスタートしました。
- ④ 国民皆保険制度がスタートしたときは窓口負担は 100 円でした。
- ⑤ やがて、窓口負担は 1 割（昭和 59 年、1984 年）となり、2 割（平成 9 年、1997 年）となり、3 割（平成 15 年、2003 年）となりました。

表 I-2 診療種類別国民医療費（厚労省資料を基に作表）

診療種類	平成 20 年度		平成 21 年度		平成 22 年度	
	推計額（億円）	構成割合（％）	推計額（億円）	構成割合（％）	推計額（億円）	構成割合（％）
国民医療費	348 084	100.0	360 067	100.0	374 202	100.0
医科診療医療費	259 595	74.6	262 041	72.8	272 228	72.7
入院医療費	128 248	36.8	132 559	36.8	140 908	37.7
病院	123 822	35.6	128 266	35.6	136 416	36.5
一般診療所	4 426	1.3	4 293	1.2	4 492	1.2
入院外医療費	131 347	37.7	129 482	36.0	131 320	35.1
病院	50 979	14.6	50 582	14.0	51 860	13.9
一般診療所	80 368	23.1	78 900	21.9	79 460	21.2
歯科診療医療費	25 777	7.4	25 587	7.1	26 020	7.0
薬局調剤医療費	53 955	15.5	58 228	16.2	61 412	16.4
入院時食事・生活医療費	8 152	2.3	8 161	2.3	8 297	2.2
訪問看護医療費	605	0.2	665	0.2	740	0.2
療養費等			5 384	1.5	5 505	1.5

著者注：平成 20 年度の医科診療医療費については、一般診療医療費として療養費等も加算されていた。

メモ 2

- ① 表 2 の診療種類のうち「国民診療医療費」は、平成 20 年度では「一般診療医療費」とあり、「療養費等」の区分はありませんでした。
- ② 2 頁前の「増えたのは医科と調剤の医療費」に記した「……21 年度 26 兆 7,425 億円、22 年度 27 兆 7,733 億円……」は、同年度の医科診療医療費と療養費等を合算した数字です。
- ③ 国民医療費に占める「歯科診療医療費」の割合は平成 22 年度では 7 % ですが、平成元年（1990 年）頃まではほぼ 10%でした。なお、国民皆保険制度が導入された翌年の昭和 37 年（1962 年）には 12%を占めていました。

75%)と 15 兆 5,696 億円（同 75%）です（表 I-3）。また、調剤医療費は 20 年度 2 兆 9,483 億円から、3 兆 2,286 億円、3 兆 3,650 億円とかなりの増加を示していますが、歯科医療費は 8,447 億円、8,632 億円、8,964 億円といった、ゆるやかな増加傾向しか示していません。

特に後期高齢者である 75 歳以上に限ると、平成 22 年度においては 1 人当たり総医療費が 878,000 円強、うち医科医療費は 672,000 円、調剤医療費が 138,000 円強であるのに対し、歯科医療費は 28,000 円弱にすぎません。歯科医療は国民を薬漬けすることもないし、経管栄養で寝たきり対応をする医療でもありません。それどころか、安い医療費で“8020”者が確実に増加するなど、“生活を支える医療”に貢献していることがわかります。

■歯科医療は高齢者の健康を守っている

個々の診療所の収支を調査した「医療経済実態調査」についてはふれませんが、これが巷間さわがれている「増加し続ける国民医療費」の中の歯科医療費の実態です。

表 I-3 年齢階級別国民医療費（厚労省資料）

年齢階級	平成 21 年度			平成 22 年度		
	推計額 (億円)	構成割合 (%)	人口 1 人 当たり医療費 (千円)	推計額 (億円)	構成割合 (%)	人口 1 人 当たり医療費 (千円)
国 民 医 療 費						
総 数	360 067	100.0	282.4	374 202	100.0	292.2
65 歳未満	160 587	44.6	163.0	167 027	44.6	169.4
0～14 歳	22 595	6.3	132.8	24 176	6.5	143.6
15～44 歳	48 951	13.6	103.3	49 959	13.4	106.1
45～64 歳	89 042	24.7	261.0	92 891	24.8	268.2
65 歳以上	199 479	55.4	687.7	207 176	55.4	702.7
70 歳以上（再掲）	160 500	44.6	778.3	168 603	45.1	794.9
75 歳以上（再掲）	117 335	32.6	855.8	124 685	33.3	878.5
医 科 診 療 医 療 費 （ 再 掲 ）						
総 数	262 041	100.0	205.5	272 228	100.0	212.6
65 歳未満	112 352	42.9	114.1	116 532	42.8	118.2
0～14 歳	16 131	6.2	94.8	17 133	6.3	101.7
15～44 歳	32 837	12.5	69.3	33 291	12.2	70.7
45～64 歳	63 385	24.2	185.8	66 109	24.3	190.9
65 歳以上	149 689	57.1	516.1	155 696	57.2	528.1
70 歳以上（再掲）	121 130	46.2	587.4	127 539	46.9	601.3
75 歳以上（再掲）	89 501	34.2	652.8	95 377	35.0	672.0
歯 科 診 療 医 療 費 （ 再 掲 ）						
総 数	25 587	100.0	20.1	26 020	100.0	20.3
65 歳未満	16 956	66.3	17.2	17 057	65.6	17.3
0～14 歳	1 980	7.7	11.6	2 083	8.0	12.4
15～44 歳	6 925	27.1	14.6	6 880	26.4	14.6
45～64 歳	8 051	31.5	23.6	8 094	31.1	23.4
65 歳以上	8 632	33.7	29.8	8 964	34.4	30.4
70 歳以上（再掲）	6 049	23.6	29.3	6 430	24.7	30.3
75 歳以上（再掲）	3 694	14.4	26.9	3 945	15.2	27.8
薬 局 調 剤 医 療 費 （ 再 掲 ）						
総 数	58 228	100.0	45.7	61 412	100.0	48.0
65 歳未満	25 942	44.6	26.3	27 762	45.2	28.2
0～14 歳	4 014	6.9	23.6	4 347	7.1	25.8
15～44 歳	7 690	13.2	16.2	8 172	13.3	17.4
45～64 歳	14 238	24.5	41.7	15 243	24.8	44.0
65 歳以上	32 286	55.4	111.3	33 650	54.8	114.1
70 歳以上（再掲）	25 977	44.6	126.0	27 232	44.3	128.4
75 歳以上（再掲）	18 588	31.9	135.6	19 594	31.9	138.1

この事実を歯科界に身を置くすべての人々が肝に銘じ、これを解決すべく努力すると
ころから改善のための第一歩が始まる……，と言っても過言ではありません。

また、さまざまな研究から、歯が良い老人、自分の歯で食べられる老人は総じて元
気であり、要している医療費も少ないことがわかっています。無駄な医療費を使っ
ていないのです。ここでは、「われわれのために歯科医療費を上げてくれ」と言ってい
るではありません。国民のために必要な歯科医療を守り、そして保険でも質を維持
した歯科医療ができるようにするために、歯科医療費の適正化を求めているのです。
口腔内の状態がよくなり、自分の歯で食べられるようになることにより全身状態が良
好に保たれ、それが結果的に国民医療費の削減につながるのです。

I 章 歯科界が置かれている現状を知る

2. 現在、歯科界が抱えている問題点

現在、私が憂えている“歯科界が抱えている問題点”について16項目を挙げます(表I-4)。これは前項で述べた“押さえ込まれている歯科医療費”とも関わるもので、歯科医院の収入とは負の相関があります。

1 政権交代に喜んでばかりいられない！

平成24年(2012年)12月の衆院総選挙で理由はともあれ自民党が大勝し、公明党との連立政権が復活しました。強い日本を取り戻すということでさまざまな政策が打ち出されましたが、所得税や相続税などの平成27年(2015年)からの増税が決まりました。平成26年(2014年)からは消費増税が行われることも予定されていますが、消費税が5%になったときには社会保険医療における対応がうやむやにされましたので、平成26年の改定に向けて十分注意する必要があります。

また、経済財政諮問会議が再開されましたが、かつての医療費マイナス2,200億円の悪夢が再来しないよう、十分気をつけなければなりません。政権交代に喜んでばかりはいられないのです。

2 前期高齢者(70～74歳)の一部負担が2割になる？

70歳から74歳の前期高齢者の窓口一部負担が2割になる恐れがあります。これは小泉政権時代に法律改正により2割負担が決まっていたものを平成19年(2007年)に政治判断で凍結し1割負担を据え置いたもので、さらに平成26年(2014年)3月31日まで延長されましたが、平成25年(2013年)7月に予定されている参院選後はどうなるかわかりません。

そのためこれを選挙の争点とし、1割負担を堅持するよう政権党に“確約”させることが大事です。前期高齢者は歯科医療のボリュームゾーンですから、しっかり対応しなければなりません。

3 医療費削減のみを目的とした、理にかなっていない指導・監査の横行

個別指導や監査は地域によって対象が異なるようですが、平均点が高い医療機関から指導にあたるケースが多いようです。関東信越厚生局の個別指導の対象になっている人の約60%以上が高点個別から入っており、1年間監視して点数が下がらないと

表 I-4 現在、歯科界が抱えている 16 の問題点

- ①政権交代に喜んでばかりいられない！
- ②前期高齢者（70～74歳）の一部負担が2割になる？
- ③医療費削減のみを目的とした、理にかなっていない指導・監査の横行
- ④歯科医師がいなくなったらどうする！
- ⑤「医師優遇税制」などという“まやかし”キャンペーンによる増税路線
- ⑥得体の知れないポリプロピレン材料の保険導入
- ⑦長時間のロスがある“紙出し”制度
- ⑧20年以上、1点も上がっていない診療項目が50余！
- ⑨国民皆保険制度に乗りきれていない「歯科」と、それを知らない患者とのはざまで苦労している「心ある歯科医」
- ⑩国策である「メタボ健診」から歯科は除外されている
- ⑪レセプトオンライン化
- ⑫歯科医師過剰
- ⑬12%金銀パラジウム合金 30g 31,000円
- ⑭歯科医師の9割以上が保険診療を中心として生計を営んでいる！
- ⑮医療訴訟の頻発（インプラントがらみが多い）
- ⑯混合診療解禁の流れ加速

表 I-5 指導と監査による返還金（単位：万円）

年度	指導によるもの	監査によるもの	合計
平成 19 年	235 800	318 908	554 708
“ 20 “	252 258	113 854	366 112
“ 21 “	212 360	91 543	303 903
“ 22 “	273 106	161 291	434 397
“ 23 “	207 754	63 513	271 267

注：これは医科，歯科，薬局調剤分を合算したものです（厚生労働省資料より作表）。

個別指導に移行しているようですが，これは「レセプトの平均点数が高い＝悪い歯科医」と考えられているわけで，まったくおかしい解釈と言えます。

高点個別を対象とした個別指導や集団的個別指導と監査を行った結果，返還を命じた総額は，平成 19 年度から 23 年度までの 5 年間で 193 億円でした。しかも，これらの調査には数百億円の費用がかかるそうで（表 I-5），むなしい話です。

4 歯科医師がいなくなったらどうする！

マスコミで歯科医師に対するネガティブキャンペーンが行われています。「ワーキングプア・デンティスト」しかり「インプラント治療の問題点」しかり，世界に冠たる安い医療費で国民の口腔を守っているのに，インプラント治療で多くの患者が食べる喜びを実感しているのに……。自分たちが享受している恩恵を鑑みないキャンペーンは，自らの首を絞めることになるのがわからないようです。歯科医師がいなくなっ

たら、国民の口腔の健康は誰が守るのか？

5 「医師優遇税制」などという“まやかし”キャンペーンによる増税路線

税金は“対応の弱いところから徴収する”という政策が鮮明です。

租税特別措置法第26条を「医師優遇税制」として、これを廃止しようとする動きが機会あるごとに起きていますが、われわれが税制面で優遇されているとはとても思えません。これは昭和29年（1954年）に議員立法で創設されたもので、当時、社会保険診療報酬があまりにも低いため所得税の減免措置で調整を図ることにしたのです。ちなみに、平成23年時点で歯科医師会会員の38.9%が特措法を利用しています。この制度が廃止になったら、年間保険収入が2,800万円の医療機関で139万円の増税となります。また、事業税の非課税措置が廃止された場合は、37万円の税負担となります。

平成26年（2014年）4月からは消費税も増税される予定ですが、税制については保険医療機関へのマイナスを回避すべく、医療界挙げて対応しなければなりません。

6 得体のしれないポリプロピレン材料の保険導入

平成24年11月19日にTVで放映された「NHK ゆうどきネットワーク」では、

【目指せ！ 歯の健康長寿 虫歯＆歯周病リスクを減らす▽治療に新素材】

常識が変わる！？ 画期的な“歯”の新素材

というタイトルで、歯科材料としてポリプロピレンが紹介されました。それは“ポリプロピレンが主成分の義歯は軽くて、強いので、違和感なく装着できる。割れることがない、そして、吸水性がないので口の中で雑菌が繁殖しにくい。取り外しができるので歯と歯茎も清潔に保つことができ、弾力性があるため健康な歯を削ることなく、天然の歯にも負担をかけない”という内容でした。

これに対して、日本歯科医師会は12月20日の定例記者会見で内容に問題があると発表しました。保険適応の認められない脱着式の冠やブリッジ、有床義歯を紹介した点や、有床義歯以外の前歯であれば3,000円程度で保険適応されるとし、保険適応が認められないものに保険が利くという誤解を与える危険性が強い、と指摘しました。また、紹介した術式についても歯科医学的には適切な治療法とは認知されていないとし、12月18日付でNHKの担当デスクに対して意見書を提出しました。

この材料は同年12月18日の『朝日新聞』でも紹介されましたが、何でわれわれに情報が周知されないのか、疑問を持たれた先生方は多いと思います。

7 長時間のロスがある“紙出し”制度

平成12年（2000年）の診療報酬改定で“か初診”が保険導入されたときに、いわゆる“紙出し”が始まりました。それから各種の紙出しが行われるようになりましたが、患者はこれを評価しているわけではありません。患者は“口頭での納得のいく説明が

表 I-6 20 年以上、点数が 1 点も上がらない診療項目の一部例

平行測定（「1 支台歯とボンティックの数の合計が 5 歯以下の場合」50 点）／写真診断（「1 単純撮影」「イ 歯科エックス線撮影」「(2) 全顎撮影以外の場合」20 点）／撮影料（「歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織」「1 単純撮影」「イ 歯科エックス線撮影」「(2) 全顎撮影以外の場合」25 点）／知覚過敏処置（「1 3 歯まで」40 点、「2 4 歯以上」50 点）／乳幼児齲蝕薬物塗布処置（「1 3 歯まで」40 点、「2 4 歯以上」50 点）／歯髄切断（「1 生活歯髄切断」230 点、「2 失活歯髄切断」70 点）／外科後処置（「1 口腔内外科後処置」22 点、「2 口腔外外科後処置」22 点）／歯周疾患処置（10 点）／歯周治療用装置（「1 冠形態のもの」50 点、「2 床義歯形態のもの」750 点）／有床義歯床下粘膜調整処置（110 点）／抜歯窩再搔爬手術（130 点）／歯槽骨整形手術、骨瘤除去手術（110 点）／印象採得（「2 欠損補綴」「イ 単純印象」「(1) 簡単なもの」40 点、「(2) 困難なもの」70 点）／咬合採得（「2 欠損補綴」「イ ブリッジ」「(1) ワンピースキャストブリッジ」「(一) 支台歯とボンティックの数の合計が 5 歯以下の場合」70 点、「(2) その他のブリッジ」70 点）／ジャケット冠（390 点）／乳歯金属冠（200 点）／歯冠継続歯修理（70 点）／以下、「歯科矯正」は除く

必要だ”と思っています。1 日の紙出し総時間は相当なものになりますから、その分を治療に回せばもっと有効に活用でき、自然増が可能です。

内科医院で慢性疾患医学管理料を取られることがあります。紙（説明書）などは交付されていないはずで、“紙出し”は医科並みに廃止しなければなりません。

8 20 年以上、1 点も上がっていない診療項目が 50 余！

国民皆保険制度の名のもとに、先進国で最も低い歯科医療費に苦渋している歯科医師とそれを知らない国民、しかもそれを改めようとしない国家の現状に、嫌気がさします。例えば^⑧も 50 点が上がらないままでしたが、平成 24 年の改定でとうとう包括されてしまいました。マクドナルドでアルバイトをしたほうが時給が高い！ などと皮肉を言われる昨今、診療項目の抜本的な見直しが求められています。

20 年以上、点数が 1 点も上がらなかった診療項目が 50 余もありますが、こんな馬鹿な話があるのでしょうか……（表 I-6）。

9 国民皆保険制度に乗りきれていない「歯科」と、それを知らない患者との はざままで苦労している「心ある歯科医」

国民皆保険制により国民の健康が守られる建て前になっているものの、歯科医療に關しては制度にしっかり乗りきれているわけではありません。器材や治療技術は大幅に進歩しているにもかかわらず、われわれが行いたい医療、患者が望む治療、つまり最善の医療は、保険ではできない現状にあります。歯科で可能な保険医療の実態とそれを知らない患者とのはざままで苦労している「心ある歯科医」の実情を、もっと国民に知らしめる必要があります。

私自身は、歯科医療費にあと 4,500 億円回せれば、必要なレベルの歯科治療はすべて保険で行うことが可能だと考えていますし、理想を言えば、歯科は生活を支える医療ですから、高額療養費制度の歯科版を設けて高額治療の窓口負担の減免措置を講ずる必要があります。

10 国策である「メタボ健診」から歯科は除外されている

医療費抑制策の一環としてではありますが、厚生労働省では平成 20 年（2008 年）度より、1 兆 2,000 億円の費用をかけて「メタボ健診」（特定健康診査・特定保健指導制度）をスタートさせました。これは医療保険者に対して“40 歳から 74 歳までの被保険者と被扶養者を対象に、メタボリックシンドロームに着目した健康診査・保健指導を実施すること”を義務づけたものですが、歯科は入っていません。成人病健診なのにおかしいじゃないか……ということです。

政権与党（自民党）の公約の 145 番に

145 国民歯科医療費の充実・発展

国民の生涯を通じた切れ目のない歯科口腔保健や歯科医療を推進し、生活の基盤となる「食」を支えます。

特定健診（メタボリック・シンドローム対策）に歯科健診を導入し、8020 運動を促進します。労働者の一般健診に歯科健診を導入し、産業歯科医の役割を明確化することを目指します。また、要支援・要介護者を含めた高齢者に対する在宅医療を充実させます。

とありますので、参院選後は絶対に歯科の参加を実現させなければなりません。

11 レセプトオンライン化

レセプトの電子請求、オンライン化により何かいいことがありましたか……。

オンライン化により、病名ごとに日付を入れることになります。例えば、1 は○年×月□日にコンボジットレジンを詰めた、○年×月□日に再治療した、というように全部入力しますから、総覧点検、突合点検、再治療点検などが簡単にできます。こうした場合、処方病名とカルテ、いわゆる請求病名も一致させないと切られますから、すべて行政の思うつぼです。医療は患者個人によってまったく異なり、誰 1 人として同じ医療行為はありません。そこに医師としての裁量があるわけです。

12 歯科医師過剰

あまりにも低い保険点数であるため、数を診なければやっていけないのが、日本の歯科の現状です。一方、日本の人口対歯科医師数は先進国の中では中位に位置づけられます。日本以外の先進国の歯科治療は保険がそれほど認められていないところから自費診療が中心で 1 日に 10 人程度しか診ませんが、それで十分生活できるのです。日本の場合は歯科治療（歯科的健康）に関する国民の意識がまだ先進国のレベルには達していないようで、予防を目的とした来院も先進国の 2 割程度ではないでしょうか。

やはり、歯科医師数の減少を図るだけでなく、歯科的健康の必要性をさらに強く打ち出し、予防を含めて国民の意識を歯科に向けさせなければなりません。

13 12%金銀パラジウム合金 30g 31,000 円

金銀パラジウム合金は、わが国の低質な歯科保険制度を支えるための国策合金です。世界中をみても日本だけのものですが、理工学的には金が最低でも 25% 含まれてい

ないと歯科材料に適しません。しかも、これらの金属は値上がりを続けています。

肉厚のクラウンや質量のあるインレーなどにして、まともな技工料を支払ってペイできるでしょうか。苦勞して6番のパラのFMCを入れ、銀歯になってしまった患者から喜ばれることもなく、しかも赤字ではアホみたいなものです。8,240円(824点)－パラ代3,000円－技工代5,770円では、－530円、つまり530円の赤字です。

14 歯科医師の9割以上が保険診療を中心として生計を営んでいる！

日本の歯科医師の9割以上が保険を中心に診療しているのに、その保険は低評価なので生活は苦しく、患者にとっても最善の歯科医療が受けられないのですから、これが一番の問題です。昔は国民医療費の12%が歯科医療費だったし、平成元年(1990年)頃まではほぼ10%を占めていたのに、現在では7%・2兆6,000億円しかありません。

平成22年(2010年)の国民医療費37兆4,202億円の12%は4兆5,000億ですが、少なくともプラス1兆円が適正な歯科医療費と言えます。ちなみに、日本歯科医師連盟では“歯科医療費プラス1兆円”のプロジェクトをスタートさせました。

15 医療訴訟の頻発（インプラントがらみが多い）

患者の権利意識は強くなりました。また“インフォームドコンセントの確立”が叫ばれて久しくなります。そのため、主訴以外の治療を好意的な意味合いから行ったとしても、患者の同意を得ていなければ、訴えられることもあります。「何年もちます」と言った自費の補綴治療が、それ以前に駄目になった場合も同様です。特にインプラント治療などは、十分な診査・診断に基づき患者の確かな同意を得ないと、結果次第では問題になる恐れが多々あります。弁護士の業界も競争が激しくなりましたから、医療のトラブルに関与してくる事例が多くなりました。やはり、治療技術をしっかり磨き、治療前に十分な説明をして同意を得てから始めることが大事です。

16 混合診療解禁の流れ加速

歯科医療は診療報酬が抑えられたままですので、折にふれ混合診療の導入が話題となります。しかし、混合診療が導入されればその分、公的保険は削られるか、低点数のまま据え置かれます。もし、民間保険会社が歯科保険を積極的に広げた場合、「患者を紹介しますが、保険からの支払いは1点9円をお願いします……」となることも考えられます。混合診療導入の問題は、TPPの加入も含めて要注意です。

I 章 歯科界が置かれている現状を知る

3. 疾病構造の変化

歯科の疾病構造が大きく変化しています。この潮流は今後ますます加速するものと思われまますから、われわれもその変化に対応できる体制を整える必要があります。自院のイノベーションです。

わが国の人口構成は少子高齢化が顕著になり、国家政策もさまざまな部面でそれへの対応が喫緊の課題となりました。歯科では、①子どもの虫歯の激減と、②高齢者の残存歯と 8020 達成者の増加があります。

1 子どもの虫歯の激減

厚生労働省が6年ごとに実施している歯科疾患実態調査でも、子どもの虫歯の減少傾向は明らかです。5歳以上15歳未満の各年齢における乳歯+永久歯の現在歯（残存歯）に「う歯」を有する者と1人平均 DMF 歯数を表 I-7・8 と図 I-1・2 に示しましたが、減少の理由は、少子化により母親の子ども1人当たりに手をかける時間が増えたことや年々増加しているフッ化物塗布、またフッ素入り歯磨剤の利用などが大きいのかかもしれません。私の地元である東京・杉並区の小学校でも、生徒248名中、要治療永久歯は8歯という学校があります。

2 高齢者の残存歯と 8020 達成者の増加

これはⅥ章「超高齢社会への対応」で詳しくふれますが、平成23年（2011年）の歯科疾患実態調査をみても45歳以上で残存歯の増加とともに「う歯」が増加傾向にあります。しかし、8020 達成者も38.3%になりました。

＊

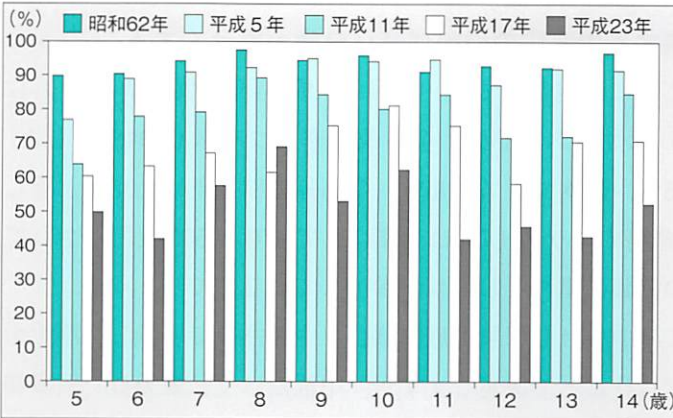
では、歯科医師が行うことはもうないのでしょか……。とんでもない！

子どもでは、歯列不正や若年性歯周炎、ブラキシズム、TMJ のトラブルなど、う蝕とは違った疾患が多くなっています。高齢者では、残存歯への対応が難しさを増しています。すなわち疾病構造が変化しつつあり、それへの対応を図らなければならなくなりました。これも、歯科界が置かれている現状の1つだと思います。

表Ⅰ-7 現在歯に対して「う歯」を持つ者の割合の年次推移,
5～15歳未満, 乳歯+永久歯 (%)

年齢(歳)	昭和62年	平成5年	平成11年	平成17年	平成23年
5	89.9	77.0	64.0	60.5	50.0
6	90.5	89.0	78.0	63.4	42.1
7	94.3	91.0	79.3	67.3	57.8
8	97.6	92.4	89.4	61.7	69.2
9	94.6	95.1	84.5	75.4	53.3
10	96.0	94.3	80.3	81.3	62.5
11	91.2	94.8	77.5	68.1	42.1
12	92.9	87.4	71.9	58.5	45.9
13	92.4	92.1	72.3	70.7	42.9
14	96.8	91.7	84.9	71.0	52.6

注) 平成5年以前, 平成11年以降では, それぞれ未処置歯の診断基準が異なる(図Ⅰ-1も同様)。

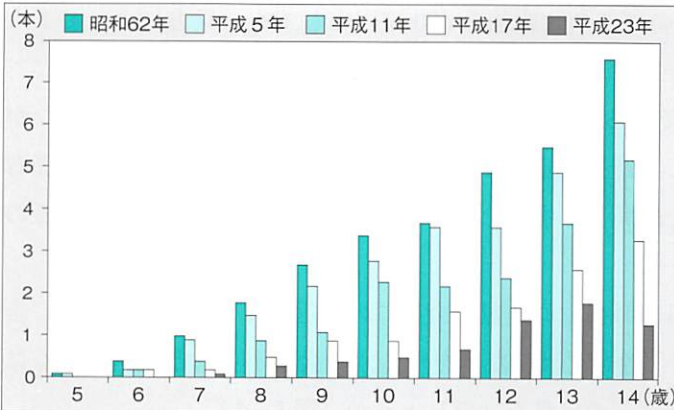


図Ⅰ-1 現在歯に対して「う歯」を持つ者の割合の年次推移, 5～15歳未満, 乳歯+永久歯。

表Ⅰ-8 1人平均 DMF 歯数 (DMFT 指数) の年次推移,
5～15歳未満, 永久歯 (本)

年齢(歳)	昭和62年	平成5年	平成11年	平成17年	平成23年
5	0.1	0.1	0.0	—	—
6	0.4	0.2	0.2	0.2	—
7	1.0	0.9	0.4	0.2	0.1
8	1.8	1.5	0.9	0.5	0.3
9	2.7	2.2	1.1	0.9	0.4
10	3.4	2.8	2.3	0.9	0.5
11	3.7	3.6	2.2	1.6	0.7
12	4.9	3.6	2.4	1.7	1.4
13	5.5	4.9	3.7	2.6	1.8
14	7.6	6.1	5.2	3.3	1.3

注) 平成5年以前, 平成11年以降では, それぞれ未処置歯の診断基準が異なる(図Ⅰ-2も同様)。



図Ⅰ-2 1人平均 DMF 歯数 (DMFT 指数) の年次推移, 5～15歳未満, 永久歯。

I 章 歯科界が置かれている現状を知る

4. 患者のための優良な歯科医療を守るには“組織の力”が欠かせない

■診療報酬を審議する中医協の歯科代表は日歯が推せんする

社会保険診療報酬は2年ごとに改定されます。今回は平成24年（2012年）4月に改定され、診療報酬（本体）はプラス1.38%、全体改定率はプラス0.004%でした。その内訳は、医科プラス1.55%、調剤プラス0.46%、薬価等の引き下げ1.38%、そして歯科はプラス1.7%です。歯科のプラス1.7%は金額にして470～500億円とされていますが、改定を行うための協議に歯科として誰が参加しているのでしょうか。

社会保険診療報酬については中央社会保険医療協議会（中医協）で審議し、厚生労働大臣の諮問に対して答申を行うことで決定しますが、中医協は支払側委員、医療側委員、公益委員で構成されています。医療側委員は医師と歯科医師、薬剤師からなり、歯科委員はおおむね日本歯科医師会の推せんにより同会の社会保険担当常務があたりますが、地位的には準国家公務員の資格が与えられます（このほかに専門委員として歯科から1名が参加しています）。

今回の改定は平成26年4月ですが、その前年（平成25年）の7月頃から審議が頻繁に行われるようになります。

■決まった改定内容は全歯科医師に影響する

歯科委員はさまざまな資料を基に発言し、また問題提起をしますが、大変な時間と労力を費やします。そして、中医協で決定をみた内容は全歯科医師、歯科界全体に影響を及ぼします。平成24年のプラス改定額を470億円としても、見方によって1人当たりの増収額には46万円～88万円の幅があります（図I-3）。

中医協委員の推せん母体である日本歯科医師会は日本歯科医学会とも連携しながら、さまざまな資料を準備し方針を決定しますし、日本歯科医師連盟は必要な関係者や関係団体へのロビー活動を展開します。それらが効果を発揮して、好結果を得るのです。

しかし、その好結果は歯科医師会や同連盟の会員にのみ返ってくるのではなく、全歯科医師に効力を与えます。「労せず果実だけを得る、非会員！」などと言いたくはありませんが、不公平さを感じるのは私だけでしょうか（図I-4）。

プラス改定の 470 億円を 3通りの数で割ってみました！

- ① 歯科医師総数 101,576 名（平成 22 年 12 月）で割ると、**1 人 46 万円の増収**
- ② 日本歯科医師会会員 64,855 名（平成 24 年 3 月）では、**// 72 万円の増収**
- ③ 日本歯科医師連盟会員 53,264 名（同様）では、**// 88 万円の増収**

図 I-3 3通りの数字をみて不公平さを感じる日歯会員、日歯連盟会員。



図 I-4 日歯会員、日歯連盟会員の団結と会費ですべて対応しているのに、不公平さを感じませんか……。

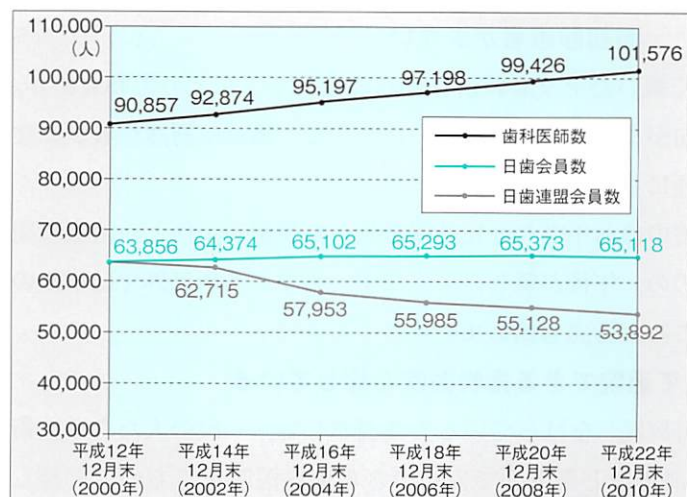


図 I-5 日歯会員と日歯連盟会員の数の推移。平成 13 年まで日歯会員は即日歯連盟会員であったが、同 14 年からは自由加盟となった。そして、日歯会員の組織率（全歯科医師数との比）は同 12 年度の 70.3% から同 22 年には 64% に低下し、日歯会員の連盟への加入率も、100% から 82.8% に低下した。

■やはり、“組織の力”が欠かせない！

愚痴を言っても始まりませんが、組織が大きければ大きいほど、つまり“数”が多ければ多いほど、対外的に大きな“力”となります。組織率が高いということは、意見や提案にしてもその業界全体の意思表示とみなされますし、会費が多く集まれば活動費用の捻出も楽になり、活動の幅が広がります。

日本歯科医師会の会員も日本歯科医師連盟の会員も一時期と比べて減少していますが、歯科界の現状を改善するためにも、多くの先生方に会員になっていただき、大きな力を形成してほしいものです（図 I-5）。

Ⅱ章 患者を知る

1. 最近の患者動向

■インプラントをめぐる報道が未だ尾を引いている

最近の患者は、歯科に対してどのようなイメージを抱いているのでしょうか。患者というよりも、一般国民は歯科医療をどうとらえているか、と言ったほうがよいかもしれません。結論から言うと、“歯科不信”が多いようです。特にインプラント治療に関するマイナス報道が、新聞、雑誌、TV という国民に影響力の大きいメディアにより続けられたことがこたえています。それらは経済雑誌などに一時取り上げられた“ワーキングプア・デンチスト”とからんで、歯科のイメージをさらに悪くしました。

■初診患者が少ない

そういう歯科不信と、長く続いたデフレ経済による賃金カットなどの影響もあり、痛くなるまで受療しない傾向がますます強まっていたようで、最近では初診患者が少ない状態にあることを、よく耳にします。

そのようなことから、午前中はお年寄りと乳幼児を抱えた主婦層で何とか治療時間を空けずにすませられるものの、午後が難しいようです。オフィス街以外では午後の時間を訪問診療にあてるところが目立ち始めました。

■安心して通院できる歯科医院を探している

従来から“かかりつけ歯科医院”を持っている人は別として、一般の人たちは技術が確かな歯科医院、滅菌や消毒など衛生面で安心できる歯科医院をくちづてで探しています。歯科診療は自分の体に不可逆的な侵襲が加えられることが多い行為です。診療台に仰むけになり、無防備で口を開けて治療を受ける歯科医療は、風邪や腹痛、ちょっとしたケガでかかる一般診療所の治療とは異なった感覚でとらえられているのかもしれません。

■歯周病と糖尿病との関係は知っている

そういう中で、歯周病と糖尿病との関係がPRされるようになりましたが、これについては興味を持ち、両者の関係を知っている患者は多いようです。医科の診療所でもポスターを貼ったり、糖尿病予備軍には「歯周病を治すように……」と指導してくれていますから、医科歯科連携の効果が上がっているのかもしれません（図Ⅱ-1）。

Ⅱ章 患者を知る

2. 患者ニーズを察知する

前項で最近の患者動向についてふれましたが、そういう中から“患者ニーズ”を察知するにはどうすればよいのでしょうか。歯科医院の競合が激しさを増す時代ですから、他院より一歩先んじるためにも早い段階の情報収集は大事な問題です。

一般の人たちが自分の身体や健康についてどう考えているかは、身近なものとして新聞や雑誌、TVの報道内容から知ることができます。

■新聞や雑誌からうかがえるニーズ

新聞の健康欄では歯科関係もずいぶん取り上げられますが、その記事を、読者の人たちは自分の身体と照らし合わせて読んでいます。新しい器材や新しい治療法についてもよく紹介されますので、皆さんの医院でも、「〇〇新聞にこう書いてありました……」といった質問を受けることがあろうかと思います。健康雑誌や週刊誌などの場合も同様で、紹介された内容が患者のニーズを探る大きな資料になります。

■TVの映像からうかがえるニーズ

TVの放送は映像（目）と音声（耳）でキャッチしますから強く印象に残り、歯並びや歯の白さはすぐに気づきます。歯並びがあまりよくなかったタレントの歯がいつの間にかきれいになっていたり、前歯をホワイトニングしたのか、とても白いのが目についたりします。

また、健康番組も数多く企画されていて、少し誇大表現ではないかと思われるものや妥当な内容か「？」が付くものがありますが、TVの影響は大です。その中には患者ニーズを喚起するものも、注意信号を送るものもありますが、患者ニーズを察知できることは確かです。

■これらの一般情報には理論武装する

マスコミから流れる一般情報を、患者が知っていて歯科医が知らない、というのはよくありません。例えば、抗真菌剤によるうがい、3DS、乳酸菌 LS271、C型肝炎、再生医療、メタルアレルギーなどについて質問された場合にすぐ答えられるよう、確かな知識を得ておくべきです。



『きょうの健康』（NHK 出版）にみる「油断大敵！
歯周病の徹底対策」（2007年3月号）



『日経ビジネス』（日経 BP 社）にみる「心と体 診療室
歯の治療後に続く痛み」（2008年11月3日号）



『東洋経済』にみる「空前の大ブームで見たインプラント治療の光と影」（2008年11月1日号）



『朝日新聞』にみる「歯ぎしり マウスピースで軽減」（2007年8月19日号）

Ⅱ章 患者を知る

3. 問診表の活用

患者のニーズを直接知ることができるのが問診表です。当院で活用している問診表について説明しましょう（図Ⅱ-3）。

■簡単に記入できるのがよい

詳しいことは必要に応じて患者さんから直接聞くこととし、問診表は記入しやすいものとし、しっかり考えて記入しなければならないタイプは面倒で嫌がられます。該当事項を○で囲むようなものが理想的です。

■問診項目はポイントを押さえる

来院事由から、歯科治療の経験、身体の現状、治療についての希望など、ポイントを押さえた項目で構成しましたので、どういう治療を望んでいるかまでがすぐに理解できます。患者さんにしても、言いにくい病気や治療費のことなども問診表を通して伝えられる利点があります。

各項目について簡単に説明しますが（2～4は省略）、大事なのは「治療への意欲と希望」「歯科以外の疾病や全身の情報」「治療費についての考え」を知ることです。

1. どうなさいましたか

これは来院事由ですから、尋ねなければなりません。

5. 薬やその他のアレルギーはありますか

金属はもとより、薬やロールワッテでアレルギーを起こす人がいますから、尋ねることは重要です。

6. 骨粗しょう症の薬をお飲みですか

骨粗しょう症の治療薬を服用している患者の抜歯で顎骨壊死を起こした事例があり、問題になっています。

7. 現在、他科の医院に通院していますか

患者の身体の現状把握に重要です。服用中の薬について話題を発展させることもできます。

8. 現在、体調はいかがですか

風邪は他の患者に感染しますし、歯科治療は緊張から血圧が上昇したりしますので、

平成 年 月 日

診療を受けられる方へ

Dr. 氏名 男・女

No. 生年月日：M. T. S. H. 年 月 日 (歳)

*なお、この問診票は、医学上の事柄ですので秘密厳守いたします。

1. どうなさいましたか

<歯>

- ・虫歯の治療をしたい
- ・詰めた物がとれた
- ・歯がしみる
- ・痛い (何もなくても痛い・噛むと痛い)

<歯茎>

- ・出血する
- ・腫れている
- ・痛い
- ・口臭が気になる

<顎>

- ・口が開かない
- ・音がする
- ・歯ぎしりをする
- ・痛い

<その他>

- ・定期検診
- ・クリーニング
- ・インプラント
- ・抜歯をしたい
- ・歯並びを治したい
- ・入れ歯が合わない

その他上記以外 ()

2. 最近、歯科治療を受けましたか (ない・ある → 年前 カ月前)

3. 歯科で麻酔をしたことはありますか (ない・ある)

4. 歯を抜いて異常はありませんでしたか (ない・ある)

5. 薬やその他のアレルギーはありますか (ない・ある →)

6. 骨粗しょう症の薬をお飲みですか (ない・ある →)

7. 現在、他科の医院に通院していますか (ない・ある →)

8. 現在、体調はいかがですか (よい・よくない →)

9. いままで次の病気にかかったことはありますか

- ・心臓疾患 ・肝臓疾患 ・腎臓疾患 ・胃腸疾患 ・血液疾患 ・高血圧 ・低血圧
- ・糖尿病 ・梅毒 ・てんかん症 ・リウマチ ・その他 ()

10. 現在、妊娠中もしくは可能性がありますか (ない・ある)

11. 治療についてのご希望は (悪いところを全部治したい ・ 一部だけでよい)

12. 当院での永続的な予防管理処置を希望しますか (する・しない・相談したい)

13. 治療が必要となった場合 ・最も良い材料と方法を希望 ・健康保険内の治療を希望
・相談して決めたい ・保険外治療費の見積希望

14. 当院にお見えになったのは

- ・初めて (タウンページ・看板・ホームページ) を見て ・以前来ていた
- ・紹介されてきた→ご紹介者 ()

図II-3 当院で用いている問診表「診療を受けられる方へ」

体調チェックは重要です。

9. いままで次の病気にかかったことはありますか

お年寄りには心疾患や高血圧、糖尿病などいろいろな病気を持っていますし、肝炎など感染の恐れのある疾患を持っている場合もありますので、チェックは重要です。

10. 現在、妊娠中もしくは可能性がありますか

「ある」場合、エックス線撮影は要注意です。

11. 治療についてのご希望は

どのような処置をするかのポイントとなります。医院の対応次第で「一部」が「全部」に変化することもあり、よくあります。

12. 当院での永続的な予防管理処置を希望しますか

“かかりつけ歯科医院”として、口腔の生涯にわたる健康管理をする患者づくりの決め手となります。

13. 治療が必要となった場合

「保険での治療」か「自費での治療」か、患者の考えがわかります（もちろん「相談して決めたい」「見積希望」もありますが）。11項と合わせて“治療方針”を立てることになりますが、最終決定は患者の同意を得て確定します。

14. 当院にお見えになったのは

幅広い新患づくりに、また自院の評判をチェックする意味でも必要です。

■得た情報を活用するには

ここで得た情報を活用しなければ、問診表を記入してもらった意味がありません。そのため当院では、重要な項目はカルテに転記することになっています（図Ⅱ-4）。カルテは治療にあたる人が確実に目を通しますので、トラブルを未然に防止することができます。もちろん、かかりつけ患者や定期健診での通院患者などは、これらの項目からピックアップしたものを患者に応じて用いればよいと思います。

■自費診療の可能性を知る

問診表によって、「治療への意欲と希望」「歯科以外の疾病や全身の情報」「治療費についての考え」を知ることが大事だとしましたが、前2者は理解できたとして「治療費」については、どうすればよいでしょうか。

医科の一般診療所では保険の治療、自費の治療という区別はほとんどないと思いますので、この問診表に患者はひょっとしたらとまどうかもしれませんが、現実問題として歯科の場合は、二重構造（保険診療と自費診療）が存在するのはやむを得ないことだと思います。

もっとも、歯科治療には“自費診療がある”ことも結構知られていますので、「自費で」に○印を付した患者には持てる力を最大限に発揮して対応すればよいわけです。

ある、親知らずを抜いてほしい、冠を入れたい、ブリッジを入れたい、義歯を入れたい、義歯が壊れた、義歯の調子が悪い、インプラントを入れたい、顎が痛い、顎が鳴る、歯ぎしり、噛み合わせがおかしい、歯並びを治したい、見た目を美しくしたい、歯を白くしたい、歯の清掃をしてほしい、検査をしてほしい、往診してほしい、その他（自由に記入）

●それはどこですか（部位を選択または記入）

●その症状はいつからですか

今日、○日前から、ずっと前から、時々、その他（自由に記入）

●昨夜はどうでしたか

痛くない、痛いが眠れた、眠れない、薬をのんだ（薬名を記入）、その他（自由に記入）

●今は痛みますか

痛くない、少し痛い、刺激すると痛い、とても痛い、その他（自由に記入）

●痛み方は

ズーっと痛い、ズキズキした痛み方、痛んだり止んだり、噛んだときに痛い、温度で痛い、その他（自由に記入）

●最近、歯科治療を受けましたか（○年前、○カ月前）

●歯科で麻酔注射をしたことがありますか

●いままでに歯を抜いたことがありますか（○年前、○カ月前）

●歯を抜いたときに何か異常はありませんでしたか

何ともなかった、気分が悪くなった、貧血になった、血が止まらなかった、何日も痛んだ、腫れた、熱が出た、その他

●のみ薬で副作用がありますか

ない、胃が痛くなる、発疹ができる、かゆくなる、その他（薬名を記入）

●今、薬をのんでいますか 常用している薬はありますか（薬名を記入）

●医師に止められている薬がありますか

麻酔薬、抗生物質、ピリン系薬剤、その他（薬名を記入）

●特異体質やアレルギーはありますか

ない、かぶれやすい（品名を記入）、ぜんそくがある、じんましんが出る（状況、原因食物名等を記入）、鼻がつまる、その他（自由に記入）

●現在、体調はよいですか

●現在、他科の医院に通院していますか

●内科的な病気はありませんか

なし、心臓疾患、肝臓疾患、腎臓疾患、胃潰瘍、呼吸器系疾患、消化器系疾患、内分泌系疾患、血液疾患、脳血管障害、動脈硬化、高血圧（数値）、低血圧（数値）、貧

血、糖尿病、骨粗しょう症、梅毒、HIV、てんかん、リウマチ、ぜんそく、精神不調和、その他（自由に記入）

●女性の方へ

妊娠中ですか（○カ月）、妊娠中の可能性がありますか、産後○カ月（授乳中ですか）

●治療についてのご希望は

悪いところをすべて治したい、一部だけでよい、痛むところだけ治したい、今日だけの応急処置、相談して決めたい

●治療内容に関する質問

最も良い材料と方法で治してほしい、なるべく保険で保険の利かない部分は自費で治したい、保険の範囲で治したい、相談して決めたい

●予算について

あらかじめ概算を聞いておきたい、その必要はない

●当院での永続的な予防管理処置を希望しますか

希望する、希望しない、相談して決めたい

●紹介者はいますか（紹介者氏名）

●通院に都合のよい曜日と時間帯（通院不能な曜日と時間帯）

●どのようにして当院を知りましたか

電話帳、看板、ホームページ、リーフレット、雑誌（本）、知人に紹介された（氏名）、家族が通院している（氏名）、たまたま通りかかった、家が近所、以前来ていた

●当院への希望があれば自由にお書きください

以下は、実在する問診表におけるやや個性的な質問や選択肢です。

1回の治療は長くても短期間で治したいですか（またはその逆）

本日はどのくらい時間がありますか

○月○日まで治療を終了してほしいという希望はありますか

多くの歯科医院の中から当院を選んだ理由は何ですか

治療に関して 痛みが 怖がり（麻酔注射、音、振動、その他） 吐き気がする

いままでに歯磨きについて指導を受けたことがありますか

動悸、息切れがありますか

頭痛、肩こり、腰痛がありますか

輸血の経験がありますか

とりあえず検査と説明のみ希望ですか

歯を抜くことに抵抗がありますか

担当医のご希望はありますか

Ⅱ章 患者を知る

4. 患者は「現症」と「治療法」を知りたいと思っている

患者は、自分の口腔内がどうなっているのか、それに対してどんな治療をするのか、つまり「現症」と「治療法」について知りたいと思っています。口の中に何らかの不安を抱えて来院したのですから、当然です。

■現症について

これは症状によっても異なりますが、エックス線写真や口腔内写真を撮る、あるいは歯周病検査を行い、これらの資料を基に現症がどういうものなのか、どうして生じたのか、説明する必要があります。原因に思い当たることがあれば患者はうなずくでしょうし、疑問に思えば当然質問してくるはずです。そして、現症に対してどんな治療法があるのか、説明することも必要です。もちろん、詳しい診査が別途必要になるかもしれませんが……。

■治療方法について

「詰め物がとれたのですね、これは詰めた物の周りが虫歯（二次う蝕）になって外れたのです。このまま付けることもできますが、またすぐに外れてしまうと思いますので、周りを少し削って、新しい詰め物を作ったほうがよいと思いますが……。出張を控えて時間的余裕がないのですね。それでは、外れた物を付けますが、時間がとれ次第、来院してください。このままにしておきますと、やがて大きく削らなければ処置できなくなりますが、放置しないで早く詰め替えれば、それだけご自分の歯が長もちすることになりますよ」

もちろん、適切な治療方法を示すには症状に応じて診査がさらに必要となるかもしれませんが、とりあえず考えられる方法を話して“治療する方向”を理解してもらうことが大事です。

■治療方針について

現症および治療法の選択肢について説明し、患者が納得された後に、治療費の問題になりますが、問診表で「健康保険の治療を希望」とされた患者には、健康保険のコンプライアンスを順守して治療することになります。

自費診療の場合には、さらに詳しい診査と診断が必要となるかもしれませんが、い



図Ⅱ-5 「現症」と「治療法」の説明は言葉のみでなく、視覚に訴えるようにすると、理解が早い。

ずれにしても自費診療にともなう治療方針を立てて、同意を得なければなりません。その場合、もしデメリットの生ずる恐れがあれば、それも示す必要があります。往々にして利点のみを示すケースがありますが、後々トラブルが生じた場合に大きなマイナスとなります。

なお、現症と治療法に関して、患者は他院でセカンドオピニオンを求めることがあります。そのため、診断と治療の提案に関してはきちんとしたものしておく必要があります。

Ⅱ章 患者を知る

5. 患者は「治療費」を知りたいと思っている

物を買うときに、値段を確認せずに買うことはないと思います。寿司屋は「時価」を示しているところもあれば、値段を何も示していないところもありますが、そういう店は一般的に“高い店”と判断され、普通の客は敬遠します。

今では窓口負担が3割にまでなり、患者は治療費にとっても敏感になっています。

■保険診療でも治療費の目安を示す

そのため、当院では初診の患者に「保険診療における治療費の目安」を必ず渡すことにしています（図Ⅱ-6）。

これはあくまで一般的な治療での医療費を示したものですが、治療が終わって“いざ会計”というときにとまどわずにすみます。もちろん、疾患の程度により治療内容は異なりますから、この料金で決定するわけではありませんが、受療前におおよその見当がつけば安心します。ただし誤解を受けないために、以下の文言も付しておきます。

*こちらに提示した金額は一般的な治療の場合の目安であり、症例によりわずかな増減が生じる場合があります。

*詰め物・かぶせ物には上記以外のさまざまな材料がありますので、ご相談ください。

*患者様の窓口負担額はこちらの金額の1割～3割の金額になります。当院では医療費の透明性を上げる努力をしております。ご不明な点は担当医までお申し出ください。

*

有床義歯やブリッジの装着で次回の支払いが多くなることがわかっているときには、おおよその金額を前もって伝えるようにしています。

もちろん、自費診療の場合は、別途、個別に治療方針、治療計画とともに見積もりを提示することになります。

【保険診療における治療費の目安】

(H24.4.1 現在)

診察の種類	診察内容	金額の目安
初診料	初回診療の際にかかる費用です	2180 円
再診料	診療ごとにかかる費用です	420 円 (再診 1 回につき)
レントゲン (低被ばく型デジタル)	お口全体を撮影する大型のもの、お口の一部分を撮影する小型のものがあります	大型 4020 円 小型 480 円～ 580 円
レジン治療	歯と同じ色をした詰め物をする治療です 詰める大きさによって費用が異なります	2390 円 (単純なもの) ～ 3060 円 (複雑なもの)
金属の詰め物	虫歯を削った後、型を取って作る詰め物 (銀色) の費用です	2760 円 (単純なもの) ～ 5180 円 (複雑なもの)
金属のかぶせ物	神経の治療を終えた歯に土台を立て、強度を高めるために、かぶせ物 (銀色) をします	7190 円 (小臼歯) ～ 8240 円 (大臼歯)
義歯 (総入れ歯)	歯を失った部分に入れる取り外し可能な歯です	23400 円 (上下片方)
神経を抜く治療	虫歯が進行すると、神経をとる治療が必要になります	2280 円～ 5880 円 (治療部位による)
抜歯	歯を抜く治療費ですが、抜く歯の場所や状態、方法によって費用が異なります	1500 円 (簡単な抜歯) ～ 11500 円 (難しい抜歯)
動揺歯の固定	揺れている歯を隣の歯と固定することで、揺れを抑える治療方法です	3000 円 (一般的な処置) 5000 円 (外科的な処置)
歯周病の検査料	歯周病治療の病状判定のためにかかる費用です	2000 円 (標準検査) 4000 円 (精密検査)
歯周病の管理料	歯周病治療のための、永続的なお口の管理をさせていただく費用です	1100 円 (月 1 回)
歯石除去	歯石除去の際には、事前に検査が必要になりますので、検査料も別途かかります	660 円 (お口全体の 1/6 部分につき)
歯科衛生士による指導処置料	歯科衛生士による歯磨き方法の指導、お口の中の管理指導などの費用です	800 円 (月 1 回)
歯周病の初期治療 (S・R・P)	歯周病の初期に、1 歯ずつ歯の根の部分にまで及ぶ歯周病治療を行う費用です	600 円～ 720 円 (1 歯につき)

* こちらの提示した金額は一般的な治療の場合の目安であり、症例によりわずかな増減が生じることがあります。

* 詰め物・かぶせ物には上記以外のさまざまな材料がありますので、ご相談ください。

* 患者様の窓口負担額はこちらの金額の 1 割～ 3 割の金額になります。当医院では医療費の透明性を上げる努力をしております。ご不明な点は担当医までお申し出ください。

図 II-6 当院で用いている「保険診療における治療費の目安」

お知らせ

4月1日より保険改定に伴い
治療に伴う窓口負担金の増減が
ございます。

治療費についてご不明な点は
遠慮なく担当医までお申し出く
ださい。

ご理解いただけるよう説明さ
せていただきます。

よろしくお願い申し上げます。

□□歯科医院 院長

図Ⅱ-7 窓口負担金が変わった場合の「お知らせ」

■窓口負担金が変わった場合の「お知らせ」の義務

診療報酬改定により窓口負担金が変わったようなときにも、「お知らせ」でそのことを周知させるとよいと思いますが（図Ⅱ-7）、これは義務でもあると思われます。

■保険給付が限定されていることのお知らせ

患者の希望は、「良い治療」を「安く」しかも「早く」してほしいことです。しかし、歯科の保険医療には数多くの制限がありますので、患者にそのことを知ってもらうことも必要です。前々項で、「歯科治療には“自費診療がある”ことも結構知られている」としましたが、うすうす感じていることと、歯科医院ではっきり示すことは違います。

当院では「保険給付が限定されている歯科医療の現状について」とした案内を、やはり初診時に渡しています（図Ⅱ-8）。治療費については透明にしておくことを、くれぐれも忘れないようにしてください。これは患者の信頼を得る“大きな要素”です。

保険給付が限定されている歯科医療の現状について

当医院は保険医療機関ですので、健康保険を主体として、診療を行っています。しかし、歯科医療ではすべての治療が保険で認められているわけではなく、患者様にとって有効な治療法があるのに、保険診療の足かせで十分な診療が行えない場合があります。歯科医師サイドから保険外診療に関する費用の話をするのは嫌なので、もっといい治療法があるのを承知の上で、保険のみで診療を行ってしまう事例もあります。

ご自分の受診されている治療に関して、不明、不安、不満のある場合は、患者様のほうからどんどんお申し出ください。

ご納得いくまでご説明いたします。

図 II-8 当院で用いている「保険給付が限定されている歯科医療の現状について」

Ⅱ章 患者を知る

6. 患者は通院中にすべてを 観察している

歯科医業はサービス業である、と厚生労働省では位置づけています。医療行為の提供なのになぜだ！ と感ずるかもしれませんが、以前のようにパターンリズムで“治してやるんだ”式の対応は通用しない時代です。再度述べますが、治療にしても、病状や治療法を説明し、その説明を十分理解して同意を得た上で治療に着手するのが原則です。

近年、業績を伸ばしている企業は、必ずと言っていいほど「CS活動（Customers Satisfaction）」、すなわち顧客満足度調査を行っています。歯科医院で“よかれ”と思ってやったことが患者からは評価されない場合もありますから、患者の目線で対応することが大事です。

■患者は黙って転院する

例えば、「受付の対応が悪い」「トイレが汚れている」「歯科衛生士の処置が雑だ」、また「治療椅子に座っても、何となく清潔感がない」といったような場合に、それを指摘する患者はまれで、普通は黙って転院してしまいます。

■「声をお聞かせください」のアンケート

そこで当院では、治療終了時に「患者様の声をお聞かせください」というアンケートを行っています（図Ⅱ-9）。「受付の対応」から「立地条件」まで17項目のチェックですが、これは歯科医院のロケーションや医院規模、また診療方針などにより、自院独自の項目を設定すればよいと思います。

■患者はすべてを観察している

患者は来院した瞬間から、すべての状況を自分の感覚で察しています。スリッパの並び具合（スリッパに履き替えない医院では、土や汚れが落ちていないか）、受付の対応（笑顔で迎えられ、嫌な歯科治療を受けるにもかかわらずホッとした）、待合室の雰囲気（落ち着いた気分で待てそうか）、トイレや洗面台（前の利用者の汚れは残っていないか）、診察室の感じ（治療椅子に座ったら周りの汚れが目立った、ワックスのくずが落ちていた、レントゲン室で顎をのせるところに前の患者の痕跡が残っていた、ドクターやスタッフの言葉かけ、などなど）のほか、通院中にすべてを観察して

患者様の声をお聞かせください

よりよい医院作りに向け、アンケートにご協力をお願い申し上げます。

患者様の声を大切に日常のサービス向上に向け、院長・スタッフ一同、
努力して参りたいと存じます。

1 性別	☐ 女性	☐ 男性
2 年齢	☐ 80歳以上 ☐ 70歳代 ☐ 60歳代 ☐ 50歳代 ☐ 40歳代 ☐ 30歳代 ☐ 20歳代 ☐ 10歳代	
	よい	ふつう
3 受付の対応	☐	☐
4 電話の対応	☐	☐
5 担当医の対応	☐	☐
6 歯科衛生士の対応	☐	☐
7 診療・治療の技術	☐	☐
8 診療・治療の説明	☐	☐
9 医療設備・機器	☐	☐
10 診療室の環境	☐	☐
11 待合室の環境	☐	☐
12 清潔感（感染予防を含む）	☐	☐
13 診療時間・曜日	☐	☐
14 予約診療	☐	☐
15 プライバシーの保護	☐	☐
16 院内の表示	☐	☐
17 ホームページ	☐	☐
18 医療費	☐	☐
19 立地条件（駐車場を含む）	☐	☐

★ その他、ご自由に患者様の声をお書きください。

ご協力ありがとうございました。

図Ⅱ-9 当院で用いている患者満足度調査表「患者様の声をお聞かせください」

います。

■指摘されたところは、すぐに改善を！

せっかく求めたアンケートですので、「わるい」と指摘された項目はすぐに改善しています。

Ⅲ章 保険で可能な“患者のための確実な歯科診療”

1. コスト意識を持つ

コストをしっかりと把握することが収益を上げる前提となりますが、保険医療の場合は公定価格と言える診療報酬が決まっているので、コスト意識に欠けることがあります。

ご承知のように租税特別措置法第26条は、社会保険診療に係る収入が5,000万円未満の場合には収入に応じて4区分の経費率を認めていますので、コスト（経費）のことをあまり意識しなくともすむように思ってしまうのかもしれませんが、しかし、特措法の範囲で決算処理するとしても、コスト意識を持って少しでも出費を抑えることができれば、その分さらに収益は向上します。

もちろん、歯科医院の組織が個人か、法人か、ビル開業（テナント）か自家用かによって根本的な違いはありますが、原価をしっかりと把握して、コスト管理に努める必要があります。機械設備、材料、人件費に関するコストチェックのポイントを簡単に示すと、以下のとおりです。

- ①**機械設備**：費用対効果が第一になりますが、汚い診療室に患者は来ません。また、その機械での治療が保険点数につながるのか、施設基準に該当したものか、などを考える必要があります。もちろん、患者満足度に関わる先行投資も大事ですが……。
- ②**材料**：図に示したとおり無駄の排除が一番ですが、最初に使ったメーカーの製品を継続して利用することが多いのも考えものです。3～4年経つと他社から品質は同様に使い勝手のよい製品も上市されますから、他社製品にも気を配る必要があります。操作時間の短縮も大きなコスト削減の要因です。
- ③**人件費**：レセプトの打ち出しなどは歯科助手に任せてもよいですし、歯科衛生士も給料に合った働き方をしているか考える必要があります。これは固定費ですから、適材適所の扱いが大事です。

＊

以上、コスト意識を持つ観点から考えてみましたが、コストを削減することだけに目を向けると、マイナス志向が強くなる恐れがあります。患者さんは明るく、清潔な



図Ⅲ-1 材料関係のコストチェックのポイント

歯科医院を求めていますし、安心した治療を受けられる確かな技術を持った歯科医院を探していますので、それなりの投資は、設備や材料、人材、研修面において必要になるのではないかと思います。結局、つまらない無駄をなくし、効果的な費用のかけ方をどうするかの問題になるのです。

Ⅲ章 保険で可能な“患者のための確実な歯科診療”

2. 保険のルールを知らずして 保険診療をするべからず

保険診療の場合は「健康保険法」と「保険医療機関及び保険医療養担当規則」（略称：療担規則）に基づき厚生労働省保険局発の「通知」に則って行う必要があります。特に診療報酬が改定されたときは“診療報酬算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項”が通知されますので、これを順守しなければなりません。

しかし、実際に診療を進めていく過程で「この対応はどうすべきか」という細かな疑問が生じますので、その疑問に答える形の「疑義解釈」が同じく保険局から発せられます。日常臨床はこれらを十分に理解した上で行うことになるわけです。

■レセプト（診療報酬明細書）は必要項目を漏れなく記入する

なぜレセプトの返戻が生じるのでしょうか。第1は、必要項目の記入漏れや誤記入（生年月日や保険証番号、傷病名や部位の違いなど）、第2は健康保険証の未確認によるもの、第3は治療行為の不整合です。したがって、この点は十分チェックした上でレセプトを提出する必要があります。

■「健保の逆襲」にみる返戻ほか

ところが、高齢者医療制度への拠出金等で運営が厳しくなった健保組合では、必要以上にレセプト審査を厳格にするなどし、医療費の抑制姿勢を強く打ち出すようになりました。少し前になりますが、経済雑誌には「歯科分野はほかの診療科目に比べ医師による処置方法が限られている点に目をつけ、20社の健保は歯科のレセプトを1年分集め（東京だけで37万枚）、再審査を求めても認められなかったケース（同9,102枚）の情報を共有した」との記事がありました（図Ⅲ-2）。

またインターネットで調べることができますが、“保険者機能を推進する会”では、紙出しをチェックする分科会やカルテ開示を促す分科会などを設けて対応した結果、（歯科以外ではありますが）本来なら請求すべきでない病名で保険外診療分を請求していることが判明した、旨を紹介しています。

■解釈の差による返戻

一方、都道府県および社保、国保によっても解釈の差があります。本来、全国共通の見解をもって対応する必要があるにもかかわらず違いがあることは、以前、一部の



コマツ、オリンパス、富士フィルム、リクルート…。各業界を代表する20社の健保が集まり、この7月から支払基金の審査の妥当性を徹底的に追及する共闘行動を開始する。

第1弾は歯科分野だ。ほかの診療科目に比べて医師による処置方法が限られる点に目をつけた。20社の健保は歯科のレセプトを1年分集め（東京だけで約37万枚）、再審査を求めても認められなかったケース（同9102枚）の情報を共有した。

そのうえで、「療養担当規則」や「歯科診療報酬点数表の解釈」といった審査基準と照合しながら、再審査却下の判断が本当に正しいのかを検証した。すると、少なくとも15の請求パターンについて、支払基金の判断が基準に合わないことが分かった。

例えば、「歯周疾患指導管理料」を請求するためには、初診月の「歯周組織検査」が絶対要件とガイドラインに明示されている。……

「健保の逆襲」（『日経ビジネス』（日経BP社）2007年7月23日号）

原審査による主な返戻事例

- ・ 疑い病名のみで歯管や投葉
 - ・ C4 Perico 等 抜歯のみで終了するケースでの歯管
 - ・ 同一薬剤、同一処方に対して、複数回の薬剤情報提供料の算定
 - ・ P 病名歯数に一致しない歯周組織検査料の算定
 - ・ ブロック数を超えるスケーリングの算定
 - ・ 1 歯に対する除去料の重複算定
 - ・ 「摘要」欄記載のない、パノラマ撮影と歯科標準撮影の同時算定
 - ・ 術後エックス線撮影のない、加圧根充加算の算定
 - ・ 歯軋り装置に咬合挙上副子調整料の算定
 - ・ 歯の移植手術の際、保存不適歯の抜歯料の算定
- （以下省略）

査定の場合も多くみられます。

図Ⅲ-2 保険者はレセプトの診査を厳しくしている

週刊誌などにも取り上げられていましたが、長い目でみると是正されなければならない問題点だと思います。

■保険のルールを知ること、治療にも漏れがなくなる

保険のルールを知り、それに則って診療することは、“必要な治療を漏れなく行う”ことにも通じます。後になって、あれもできた、これもできた、では間に合いません。言葉を換えれば、ルールを理解することにより治療の幅が広がることになります。

*

結論から言うと、「保険のルールを知らずして保険診療をするべからず」でしょうか。

Ⅲ章 保険で可能な“患者のための確実な歯科診療”

3. 保険でマイナスにならない3本柱

歯科の保険診療はおしなべて診療報酬が低いですから、治療しても赤字になりかねないのが特徴です。その中でCR（コンポジットレジン）修復と床副子（スプリント）、T-Fix（動揺歯の暫間固定）は保険診療でも採算が取れるもので、“保険でマイナスにならない3本柱”と言えます。言い換えれば、われわれに対する技術料の評価が“どうにかまともな項目”と言えるのかもしれません。少し具体的に説明しましょう。

表Ⅲ-1 保険でマイナスにならない3本柱

-
- ① CR（コンポジットレジン）修復
 - ② 床副子（スプリント）
 - ③ T-Fix（動揺歯の暫間固定）
-

1 CR（コンポジットレジン）修復

CR 修復窩洞はアンダーカットがあっても許されるため、歯質削除は最低限です。充填は即日で終了するためインレーのように技工期間は必要ありませんし、審美的です。これらはいずれも患者から喜ばれる要因です。術者側からみても、技工料がかからず、多くの症例は短時間で終了する割には比較的技術料としての評価が高い、という利点があります。このように、患者に喜ばれ、しかも術者にとってもコストパフォーマンスが高い、つまり双方にメリットがある術式は積極的に活用すべきです。今のCRは術式が容易で、さらにCRでほぼ歯冠形態を作っても問題ないほど進化しています。すでにメタルインレーをほとんど装着しない歯科医院も多いのではないのでしょうか。

ここでは切端部の咬耗症（Att）の症例をご紹介します。咬耗は下顎前歯全体に起こるのが一般的なので、1枚のレセプトに多数歯のCR請求があっても合理性があり、クレームはつきにくいのではないのでしょうか。



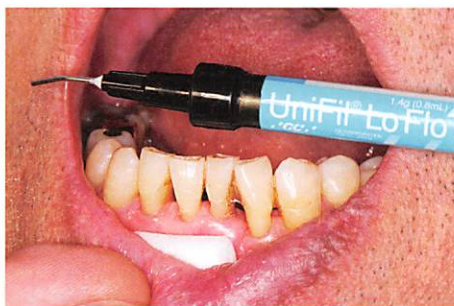
1 咬耗症は多数歯に出現することが多い（本症例は70歳女性の3+3部に出現した咬耗症）。



2 露出した象牙質の変色層を除去し、被着面処理を行う。無麻酔で施術可能な症例が多い。



3 光照射によりボンディング材成分を硬化させる。



4 充填材料には、今後の咬耗に追従しやすいようフロアブルレジンを用いる。



5 フロアブルレジンの色調は充填部の変色の度合いによって選択する。



6 露出象牙質の変色が強いケースでは、A20やOA2のようなオパークスデンティンシェードを用いる。



7 充填後、必要に応じて咬合調整、形態修正と研磨を行う。



8 修復が完了した状態。患者の満足度が高く、しかも診療のコストパフォーマンスも高い。

図Ⅲ-3 切端部の咬耗症（Att）に対応したCR充填

2 床副子（スプリント）

床副子（スプリント）は顎関節症患者の治療に用います。顎関節症とは、口がうまく開かない、食べ物をうまく噛めない、食べるときに顎関節部に痛みが生じる、口を開けるときの顎関節音がする、などの症状を言いますが、これが原因で片頭痛が生じたり、耳鳴りや肩こりが激しくなったりもします。

床副子を装着する目的は、顎関節や咀嚼筋にかかるメカニカルストレスを減らしたり、下顎運動機能の異常性を改善したりすることにあります。

症例をご紹介します。この患者さんは19歳の医学部学生ですが、学校を休学しなければならないほどの激しい片頭痛があり、また耳鳴り、肩こりなど、いわゆる顎関節症症状も呈して大変でした。開口障害も起きていて犬歯のガイドがない。犬歯にガイドをつけてやればある程度回復する予測はできて、その治療はうまくいかないケースや逆行するケースもあるところから、まずは床副子を用いることにしました。

両顎の印象を採って診断模型を作り、エルコプレスでスプリントを作ってガイドを付与しました。この診療報酬算定は、印象採得40点、床副子1,530点、装着日以降からレジン添加による調整（220点）も算定できます。この場合、レセプトは「床副子レジン添加調整」として請求するわけですが、カルテにも同様に「床副子レジン添加調整」と記録しておく必要があります。

なお、床副子には（1装置につき）簡単なもの680点、困難なもの1,530点、著しく困難なもの2,030点（いずれも装着料を含めた点数）などがあります。



咀嚼関連筋群の異常緊張によるブラキシズムやクレンチングは、想像を絶するような力を発生させる。図は装着後1週間で穴の開いたスプリント。



床副子を装着することで、さまざまな顎関節症症状の解消が可能となる。



床副子にレジンを添加することで、犬歯誘導を回復させたケース。



床副子にレジンを添加した場合のみ、調整料（220点）の算定が可能となる。

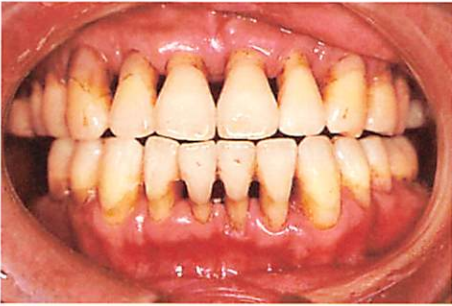
図Ⅲ-4 床副子の応用

3 T-Fix（動揺歯の暫間固定）

最近の高齢患者には歯の残っている人が数多くみられますが、顎骨が吸収して歯が動揺しているケースもよくみられます。それを固定すると、「先生すごい、魔法使いたい」と言って、大変喜ばれます。

私は固定にはスーパーボンドを用いていますが、フィックスフォース（トクヤマ）やG-フィックス（ジーシー）という専用材料で行うことも可能です。これらは硬化体の靱性値が高い、粘り強い材料ですが、普通の硬い材料（コンポジットレジンなど）ではバキッと折れてしまいます。つまり、ニカワのような粘り強い性能の材料で固定するのがよいのです。P病名で、上顎300点、下顎300点（エナメルボンドシステムの場合の点数）が算定できます。もちろん、歯周病がひどく歯周外科手術をともなう場合は、上下顎1回ずつ500点（同）が算定できます。

また、外傷性亜脱臼もよくあります。高齢者が硬い物を噛んで歯が抜けかかった、あるいは子どもがブランコから落ちて前歯がグラグラしてきた、というような場合です。亜脱臼とは脱臼しかかった状態を言いますが、「外傷性亜脱臼」の病名で、暫間固定500点が算定できます。この分、窓口負担は増えますが、母親は子どもの歯が固定できたことを大変喜んでくれます。



高齢者の残存歯が多くなればなるほど、支持骨の過吸収にともなう動揺歯の固定を行う症例が多くなる。



T-Fix に有効な固定用材料（G-FIX, Fix フォース, スーパーボンド）

図Ⅲ-5 T-Fix への対応

Ⅲ章 保険で可能な“患者のための確実な歯科診療”

4. 保険で対応できる Tooth Wear の治療

「Tooth Wear」という言葉は時として耳にする程度で、一般的に広く理解されている用語ではありません。しかし、これは罹患率の高い隠れた国民病とも言える疾患ですので、保険でできる治療対応についてふれたいと思います。

■ Tooth Wear とは

Tooth Wear は日本語訳もないし、医療保険制度にも入っていない言葉ですが、疾患の実態は「咬耗（Attrition）」「磨耗（Abrasion）」「侵蝕（Erosion）」で、高齢者の80%に生ずる Silent Disease であるところから、隠れた国民病と言われるのです。

人間の歯牙のエナメル質は、平均的に30年で約1mm減るとされています。動揺があつて噛めない場合を除いて、正常な歯周組織を持った人はそのような減り方です。歯牙の切端はエナメル質の厚さが1.8～1.9mmですから、60～65歳くらいになると切端部の象牙質が露出します。歯周病がひどく歯牙が動揺している人以外は、高齢者で切端が咬耗していない人はほとんどいません。

■ Tooth Wear に関係する保険用語・略称

Tooth Wear にかからむ保険用語・略称として、以下があります（表Ⅲ-2）。

Tooth Wear についての保険診療上の対応ですが、これは切端の磨耗症ですから「C」ではなく、表の中の保険用語で対応しなければなりません。ただし、凹面に食渣が停滞して二次的にカリエスになった場合は実態どおりに「C」で構いません。

よく経験することだと思いますが、咬耗、磨耗の激しいお婆ちゃんが「私、前歯が汚くて嫌なんです」と言って来院しませんか。実際にそういう人はたくさんいますが、そんなときにはラウンドバーで象牙質を少し削って（すでに象牙細管が閉鎖していますから、痛みません）、フロアブルレジンを詰めます。シェードのA2Oとか、OA2といった、少しオペーク性のあるA2の色を詰めます。普通のA2では透明感が強い

表Ⅲ-2 Tooth Wear に関係する保険用語・略称

咬耗・Att	磨耗症・Abr	侵蝕・Ero	楔状欠損・WSD	象牙質知覚過敏症・Hys
歯軋り・Bra	骨瘤・Tor	歯牙破折・Frt	咬合異常・Mal	食片圧入・Food I



症例 1-1 67 咬合面のエナメル質が消失し、象牙質の咬耗が進んでいる。



症例 1-2 一液性のボンディング材ボンドフォース（トクヤマ）を用いてCR充填を行った。



症例 1-3 CR 充填により咬耗進行の防止、咬合の回復、審美性の回復を図ることができる。



症例 1-4 光照射によりコンポジットレジン硬化させた。



症例 1-5 生体である象牙質を樹脂含浸層とCRにより被覆し、人工の上皮を形成することは医学的にも価値が高い。

図Ⅲ-6 Tooth Wear への対応症例

ため削った所の中の色が透けてしまい、審美修復にならなくなってしまいます。これで、1 歯につき充形に 126 点、充填 102 点、材料料 11 点が算定できますし、患者さんに大変喜ばれますので対応してほしいと思います。

骨瘤ですが、これは歯牙に側方力がかかったときは顎骨が肥大し骨瘤をつくって歯牙の動揺を止めるような状態を示す退行性変化の 1 つで、歯の動揺を防ぐための生体の防御反応です。Tooth Wear への対応について、少し症例を示します。



症例 2-**1** 3~4 に生じた咬耗と象牙質の変色(鏡像)。



症例 2-**2** 着色部を一層削除したが、象牙細管が封鎖しているためか疼痛はない。



症例 2-**3** クリアフィル トライエスボンド(クラレノリタケデンタル)を塗布した。



症例 2-**4** 充填にはフロアブルレジンを用了。



症例 2-**5** 充填により、象牙細管への色素侵入にともなう、さらなる変色も防止できる。



症例 2-**6** 十分に光照射し、フロアブルレジンを硬化させる。



症例 2-**7** 最終研磨にはダイヤモンド粒子含有シリコンポイント(コンボマスター:松風)を用了。



症例 2-**8** 1枚のレセプトに多数のCR充填があっても、Att ならばあり得るのでクレームはつきにくいだろう。



症例3-1 長年の犬歯誘導による咬耗で、エナメル質の破折や45（陶材）対合歯の咬耗が心配される（鏡像）。



症例3-2 トライエスボンドにて歯面処理を行った。



症例3-3 光照射によりボンディング材成分を硬化させた。



症例3-4 充填にはフロアブルレジンを用いた。



症例3-5 充填したフロアブルレジンを硬化させた。



症例3-6 犬歯誘導とするか、グループファンクションとするかは症例により異なる。



症例3-7 ダイヤモンド粒子含有シリコンポイントにて研磨した。



症例3-8 フロアブルレジンはやや多く咬耗してくれるため対合歯にはやさしいが、45（陶材）の対合歯には注意。

Ⅲ章 保険で可能な“患者のための確実な歯科診療”

5. 必要な治療をきちんとやって、 きちんと請求するのが保険のルール

医療は本来、患者さんの疾患に対して可能な限り最善に近い治療法をもって対処すべきものだと思います。とはいえ、保険医療の場合はルールが決まっていますからそれに則って治療することになりますが、保険医療の範囲と対処法を定めたルールは、それを“十分に活用して患者の健康を最大限に回復させる”ことを目指したものであることも確かです。

したがって医療者は、最大限保険のルールを活用し、つまり漏れなく用いて、患者の好ましい回復を図る義務を負っている、とも言えるのではないのでしょうか。少なくとも私はそう考えます。言葉を換えると、「必要な治療をきちんとやって、きちんと請求するのが保険のルール」です（表Ⅲ-3）。

1 「明細書発行体制等加算の施設基準」の届出を忘れずに

平成 23 年 5 月 1 日より、電子媒体やオンラインにてレセプト請求している診療所は、明細書の発行が義務化されました。

しかし電子請求医療機関でも届出をされていない医療機関が多く、電子請求医療機関の半数程度しか明細書発行体制等加算を算定していないのが現状です。電子請求医療機関は、通常この施設基準を満たしているはずですので、届出を地方厚生局長等に行えば再診料に 1 点の加算ができる明細書発行体制等加算を算定できるはず、と思われます。

電子請求医療機関で届出がすんでいない医療機関は、ぜひ届出を行い明細書発行体制等加算の算定をされることをお勧めいたします。

2 少数残存歯にも SPT（歯周病安定期治療）を

少数残存歯の患者さんには「残っている歯は少ないので、大事にしましょう」と言って、歯周病の予後管理をしっかり行う必要があります。残存歯の少ない高齢者で SPT（Supportive Periodontal Therapy）の算定要件を満たしていないような人（歯周ポケットが 4 mm 以下の人）はほとんどいないでしょうから、積極的に対応すればいいと思います。毎月 SPT を算定するには 4 つの条件があります。例えば、歯周外科手術実施の場合、ソウハ術であっても SPT に移行して毎月 300 点の算定ができます。

表Ⅲ-3 きちんと治療して、きちんと請求したい項目

-
- ①「明細書発行体制加算の施設基準」の届出を忘れずに
 - ②少数残存歯にも SPT（歯周病安定期治療）を
 - ③もっと麻酔を、普処を、直覆を
 - ④摂食機能療法などの活用を
 - ⑤咬合調整は必須
 - ⑥義歯管理料（義管）の困難患者加算の活用
 - ⑦口腔内写真の真の活用
 - ⑧歯周精密検査でしっかりした管理を
 - ⑨混合歯列期歯周病検査（P 混検）の活用
-

これは必要があって行うわけで、もし歯周外科を行わなければ3カ月に1回の算定となります。ですから、「SPTなんて、わからない」などと言わずに、患者さんの口腔の健康のために、保険の要件にしっかり則って対応してください。

3 もっと麻酔を、う蝕処置を、直覆を

CR 充填するときに、深い窩洞で歯髄が危ないと思うような重症なら、歯髄の保護処置（間接覆罩）を1回します。そして、除去、麻酔をして、う蝕処置ですが、覆罩して様子を見て、必要ならそれを何度か繰り返して、その後に窩洞形成してCR 充填するのです。患者さんも、そのほうが歯髄を殺さずにすみますし、痛い思いもしなくてすみます。最初から抜髄即充をして、後から「痛い」と言われるよりもいいですね。麻酔して除去、う蝕処置、覆罩して、もう1回麻酔をしてう蝕処置、覆罩、そして形成してCR 充填をすることが患者さんにとって有利であると判断したなら、それで対応したらいいのではないのでしょうか。

4 摂食機能療法などの活用を

歯科医療で一番劣っているのは、歯科医師が何から何まで自らやらなければならない点です。内科ではどうでしょうか。内科医は聴診器を当てて、それほど患者さんと話をするわけでもなく、パソコンを叩いて看護師に処置を指示して、カルテを書いて終わりです。その結果、歯科医師の労働生産性は内科医師の1/2.7とされています。

そこで、歯科衛生士をもっと活用する必要があります。もちろん、歯科衛生士の技術を上げることが前提となりますが、例えば、摂食機能訓練が必要な患者さんにはバタカラを用いて訓練を行うことが可能です。同訓練は1回（1日につき、30分以上行った場合に限り）185点で月4回算定できます。このほかにも歯科医師が指示をして歯科衛生士に行わせれば算定できる項目がありますので、歯科衛生士の技術を向上させて積極的に活用するのがよいと思います。

5 咬合調整は必須

私は母校である日本歯科大学の第2補綴学教室（当時）に残っていたこともあって、

咬合は人間の体にとって非常に大事なものだと思っています。そのため、咬合調整を行わずして補綴に移行すべきではないと考えていて、当院でも、初診時には咬合紙を噛ませて咬合関係がちゃんとしているかどうかを確認するように、厳しく言っています。例えば、上顎の8番が下がって咬頭干渉を起こしているようなケースはたくさんありますが、咬合関係が悪い状態で、それに合わせて補綴をすべきでない、必ず咬合調整をする。これは、良い治療をするためには必須です。

ただし、咬合調整をするにあたって気をつけなければいけないのは、患者さんとのコミュニケーションが図れず、信頼関係が確立していないうちに歯を削ってはならないことです。天然歯を削ると、「あの歯科医院で削られた」とすぐに言われます。信頼関係が確立する前は、充填物のみの調整をするように心がけたほうがよく、どうしても歯牙を削って調整する必要がある場合はエナメル質の範囲内で行いますが、そのときも咬合状態を患者さんにみせて了解を得た上で調整します。

咬合調整に関する患者さんとのトラブルは大変多いですから、天然歯を最初からむやみに削らないように十分気をつけてください。

6 義歯管理料（義管）の困難患者加算の活用

義管の困難患者加算は、「総義歯を新たに装着した患者又は総義歯を装着している患者、9歯以上の局部床義歯を装着し、かつ、当該局部床義歯以外には対合歯間の接触関係を有しない患者」に算定ができます。総義歯を装着している患者さんは、義管を算定すれば必ず加算するようにしてください。9歯以上の義歯を装着していて、口腔内の義歯以外には咬合の接触を有しない場合、例えば、「すれ違い咬合」の場合においても加算可能です。また、例えば上下顎の犬歯が存在する場合であっても、何らかの理由により義歯の咬合時に接触を有しない場合であれば算定は可能です。

装着義歯が少数歯欠損であっても、上記2つのいずれかの要件を満たせば算定可能です。上顎の1本義歯を装着する場合であっても、下顎が総義歯である場合などでも加算の算定は可能ですので、忘れないようにしてください。

7 口腔内写真の真の活用

患者さんにご自身の口腔内を知ってもらうためにも、口腔内写真検査を活用する必要があります。Ⅱ章でふれたように、患者さんは「現症」と「治療法」を知りたいと思っていますから、患者さんに口腔内の確認を得る資料ともなりますので、検査のために撮った写真をその場で確認していただき、後はデジタルデータで保存しておけばいいのです。

やはり、口腔内写真検査（1枚につき10点、1回につき5枚まで）をもっと活用すべきではないでしょうか。なお、口腔内写真検査は、歯周組織検査を行った場合にプラークコントロールの動機づけを目的として算定できます。

8 歯周精密検査でしっかりした管理を

高齢社会において歯周病は国民病化しており、糖尿病との関係も大きな問題となった現在、中等度以上の歯周病患者には歯周精密検査を行って対応する必要性が増してきました。1～9歯、10～19歯、20歯以上に分かれて点数化されていますが、国民病を撲滅する意味においても、面倒くさがらずに算定要件を満たした測定を行い、そのチャートを患者さんにみせるのです。そして、「当院はこのような精密な検査を基に、あなたの歯周を管理しています」と言えば、健康志向の強い患者さんは精密検査の窓口負担にも気持ちよく応じてくれます。

9 混合歯列期歯周病検査（P混検）の活用

混合歯列期は、歯並びや萌出途中のため歯肉炎に罹患している学童期の子どもさんも多くみられます。このような場合にはP混検を実施してスケーリングで対応しましょう。この場合、従来の歯周病検査の算定には注意が必要です。混合歯列期に歯周病基本検査を行う場合には“その必要性”が問われますので、十分注意して算定してください。

もちろん乳歯列期においても、必要があればP混検を行っても構いません。

Ⅲ章 保険で可能な“患者のための確実な歯科診療”

6. 医科歯科連携が安全・安心医療の“要”

日々の臨床の中では、治療行為に目を奪われ、患者の総合管理に必要な「医学管理」などの対応が忘れられがちですが、医科歯科連携が安全・安心医療の“要”です（表Ⅲ-4）。

表Ⅲ-4 対応を見直してみよう“この項目”

①歯科治療総合医療管理料
②歯周病安定期治療（SPT）
③歯科診療特別対応加算
④歯科特定疾患療養管理料
⑤処方せん料
⑥お薬手帳記載加算

1 歯科治療総合医療管理料（月1回140点）

これは、厚生労働大臣が定めた15疾患を抱えている患者さんに対しては、歯科治療の安全を期して“かかりつけ”の医師から、現在服用している薬や体の状態について情報を得て対応する、というものです。

厚生労働大臣が定める疾患

ビスフォスフォネート系薬剤服用の骨粗しょう症、透析治療を受ける慢性腎臓病、高血圧疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、甲状腺機能障害、副腎皮質機能不全、喘息、慢性気管支炎、糖尿病、自律神経失調症、甲状腺機能亢進症、脳血管障害、てんかん

もちろん、医師の情報を得るには患者さんの同意を得て行う必要があります。その分、窓口負担が増えることになってしまいますが、問診表で現在通院中であることが判明した高齢患者や高齢でなくとも歯科治療に慎重に対応しなければならない疾患を抱えている患者には、治療の安全を図らなければなりませんので、協力をあおぐ必要があります。治療のための情報を提供してくださった“かかりつけ医師”は「情報提供料」として250点の算定が可能ですが、こういうことが積み重なって医科歯科連携は充実していくのではないのでしょうか。

かかりつけのお医者様にお願いしてください

骨粗しょう症、慢性腎臓病、高血圧疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、甲状腺機能障害、副腎皮質機能不全、喘息、慢性気管支炎、糖尿病、自律神経失調症、甲状腺機能亢進症、脳血管障害、てんかんで現在飲んでいらっしゃるお薬、お体の状態について、かかりつけのお医者様からの情報が安全性の高い歯科診療にとって、とても大切です。

歯科に受診されていることをかかりつけのお医者様にお知らせいただき、医科の治療に関する情報をいただくようお願い申し上げます。

何卒ご協力お願い致します。

○○歯科医院

図Ⅲ-7 自院に通院されている患者さんに説明するための文書（A5 サイズ）。

かかりつけのお医者様にお願いしてください

骨粗しょう症、慢性腎臓病、高血圧疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管障害、てんかん、副腎皮質機能不全、喘息、慢性気管支炎、自律神経失調症、甲状腺機能亢進症、糖尿病、甲状腺機能障害で現在飲んでいらっしゃるお薬、お体の状態について、かかりつけのお医者様からの情報が安全性の高い歯科診療にとって、とても大切です。

歯科に受診されていることをかかりつけのお医者様にお知らせいただき、医科の治療に関する情報をいただくようお願い申し上げます。

何卒ご協力お願い致します。

平成 年 月 日

○ ○ 歯 科 医 院
 担当医師：

医療機関の名称：
 所在地 ：
 電話番号 ：
 F A X ：
 診療科名 ：
 医師氏名 ：

印

フリガナ	男	明・大・昭・平	年	月	日（ ）
患者氏名	女	職業			
住所	電話番号				
傷病名					
既往歴及び家族歴					
内科的症状経過及び検査結果					
現在の処方	出血凝固能に影響する薬剤 有 ・ 無				
備考					

図Ⅲ-8 患者さんを通して“かかりつけ医”に主病に関する情報提供をお願いするための文書（A4 サイズ）。

これを算定するには、一定の施設基準を満たすことと、地方厚生局長への届出が必要になりますが、以下に、施設基準や患者への対応、カルテ・レセプトへの記載事項を記します。

1. **施設基準**は次のとおりです。

- ①十分な経験を有する常勤の歯科医師、歯科衛生士などにより、治療前、治療中、及び治療後の患者の全身状態を管理できる体制が整備されており、次のいずれかに該当すること
 - ・常勤の歯科医師が2名以上配置されていること。
 - ・常勤の歯科医師および常勤の歯科衛生士または看護師が1人以上配置されていること。
- ②全身状態を管理するため以下の十分な装置・器具などを有していること
 - ・経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）
 - ・酸素（人工呼吸・酸素吸入用のもの）
 - ・救急蘇生セット（薬剤を含む）
- ③緊急時に円滑な対応が出来るよう病院である別の保険医療機関との連携体制が整備されていること

2. **内容**は次のとおりです。

- ①治療内容の説明と同意
- ②治療前、治療中の全身状態の管理（呼吸心拍監視、鎮静等）
- ③治療後の体調変化を把握（経過観察）
- ④患者・家族への説明（注意事項）

3. **カルテ**には、管理内容および患者の全身状態の要点を記載します。

4. **レセプト**には、主病紹介元保険医療機関名を記載します。

5. 管理料算定のための**説明文書**

自院に通院される患者さんに対して“医師の情報提供を必要とする”旨を説明するための文書（図Ⅲ-7）と、医科の先生に情報提供（主病に関する情報を記入していただくこと）をお願いするための文書（図Ⅲ-8）を参考のため示しました。

2 歯周病安定期治療（SPT）（300点）

これについては前項でも「少数残存歯にも SPT を」として少しふれましたが、本来、残存する歯が少なければ少ないほど残った歯を大事にしなければなりません。残存歯数が1本でも SPT は対応できます。

その算定要件や SPT に含まれ別算定できないもの、別に算定できるもの、SPT 期間中の歯周外科手術ほかについて、次頁に記します。

SPT 算定要件

1. 歯科疾患管理料（歯管）・歯科疾患在宅療養管理料（歯在管）の算定患者
2. 中等度以上の歯周病罹患患者
3. 一時的な安定患者（歯周組織検査による確認が必要）
4. SPT開始時には文書提供、摘要欄記載が必要
5. 以下の4つの状態においてはSPTの間隔短縮可能
3ヶ月以内の間隔でも月1回に限り算定可
- ① 歯周外科手術を実施した場合

② 全身疾患の状態により歯周外科手術が実施できない

③ 全身疾患の状態により歯周病の症状に大きく影響を与える

④ 侵襲性歯周炎（若年性歯周炎、急速進行性歯周炎または特殊性歯周炎）

※5の①～④は「摘要」欄記載（実施する理由、全身状態）、②③は主治医からの文書をカルテに添付する

SPTに含まれ算定できないもの

- ・歯周基本治療
- ・機械的歯面清掃処置
(SPTと同日でなければ算定可能)
- ・歯周病部分的再評価
- ・P基処
- ・P処
- ・咬合調整

SPTとは別に算定できるもの

- ・歯周組織検査
- ・X線検査
- ・急性症状時の特定薬剤料（P処10点算定不可）
- ・暫間固定
- ・その他 左記「算定できないもの」以外の診療料

SPT 期間中の歯周外科手術

- ・所定点数の30/100で算定
- ・歯周精密検査で安定状態を再確認するまではSPTの算定不可

SPT 期間中の歯管文書の提供時期

来院日	4/5	5/5	6/5	7/4	8/4	9/5	10/5	11/4				1/5
SPT	○	○	○	○	○	○	○	○				
歯管	○	○	○	○	○	○	○	○				
文書提供	○				○	—	—	—				

SPT 期間中4ヶ月を超えて来院する場合

SPT	○	4ヶ月を超えて来院	○	4ヶ月を超えて来院	○
歯管	○	→	○	→	○
文書提供	○	SPT 算定時文書提供が必要	○	SPT 算定時文書提供が必要 4ヶ月を超える場合はSPT 算定時に文書提供すればよい。	○

歯科疾患管理

歯と口の治療管理

様

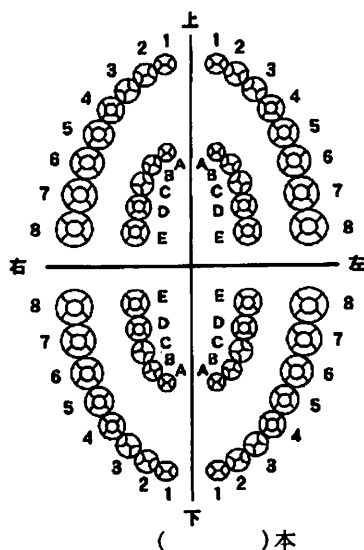
平成 年 月 日

○歯・歯肉の状態・検査結果

(改善傾向)

- ・プラークや歯石の付着(///部分)
- ・歯肉の炎症(発赤・出血・腫れ)
- ・歯の動揺
- ・歯周ポケット(4mm以上)

- | | | | | |
|-----------------------------|--|-------|--|--|
| ☐ なし | ☒ あり | | ☒ なし | ☐ あり |
| ☐ なし | ☒ あり | | ☒ なし | ☐ あり |
| ☐ なし | ☒ あり | | ☐ なし | ☒ あり |
| ☐ なし | ☒ あり | | ☐ なし | ☒ あり |



○冠、ブリッジ、義歯の状態

☐ 問題ありません☐ 要改善

○治療予定

☐ むし歯(つめる・冠・根の治療)☒ 歯肉炎・歯周病の治療☐ 義歯・ブリッジ☐ その他 ()

○生活習慣の改善に合わせて、次のことに気をつけてください

☐ 喫煙☐ 食生活習慣☒ 歯磨き.....☐ 回数 ☐ 時間 ☐ 用具**歯ブラシ・フロス・歯間ブラシ**

その他

全顎の検査と歯面清掃、又歯周病再発の高い部位については特に詳しい検査とポケットの清掃を行う。

ご質問がありましたら、いつでも申し出ください

図Ⅲ-9 SPT 算定時に患者に渡す「提供文書」(A5 サイズ)。

SPT 算定時に患者に渡す「提供文書」(図Ⅲ-9)については、歯科疾患管理においての SPT への流れであるため、文書提供は SPT に移行した段階で再診時に渡す「歯管」の文書が SPT 算定時に渡す文書となります(注意: SPT を実施する間隔が4ヶ月を超える場合でも、SPT 算定時に文書を患者さんに渡せばよい)。

3 歯科診療特別対応加算（175 点）

これは著しく治療が困難な患者さんを診療するときの加算です。加算が可能な状態とは何かを以下に示しますが、重度の認知症の患者もこれで対応できることになります。

歯科診療特別対応加算が可能な場合

- ・ 脳性麻痺などで身体の不随運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態
- ・ 知的発達障害により開口保持が出来ない状態
- ・ 治療の目的が理解できず、治療に協力が得られない状態
- ・ 重度の喘息患者で頻繁に治療の中断が必要な状態
- ・ 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ歯科診療に際して家族等の援助を必要とする状態
- ・ 上記に準じる状態にある著しく歯科診療が困難な場合
- ・ 患者または看護者から電話で治療上の意見を求められて指示した場合（再診料＋歯科診療特別対応加算）

※ 歯科診療特別対応加算を算定した日は患者の状態をカルテに記載する

「算定した日は」とあるが、その都度、患者の状態によって、算定有り、無しとなる

Dr. 判断となる

著しく歯科診療が困難な者の診療に際し、治療する歯科医師に加えて保持のため、他の歯科医師や衛生士が一緒になって行った処置・手術・麻酔・歯冠修復・欠損補綴（一部を除く）は所定点数に 50/100 加算する

※ 50/100 できない加算とは

基本診療料・医学管理料・検査・画像診断・投薬・注射・リハビリテーション・インレー・前装 MC・JC・HJC・ポンティック・有床義歯・鉤・フック、スパー・バー臼歯金属歯・口蓋補綴・顎補綴・補強線など

4 歯科特定疾患療養管理料（月に 150 点×2 回）

この特疾患の算定要件は、「厚生労働大臣が定める疾患を主病とする外来患者に対して、治療計画に基づき主病を中心とした療養に必要な指導または主病に対する治療を行った時」で、厚生労働大臣が定める疾患とは以下のとおりです。

厚生労働大臣が定める疾患

- ① 口腔領域の悪性新生物
- ② 顎・口腔の先天異常（先天性無菌症、唇顎口蓋裂）
- ③ 舌痛症（ハンター舌炎、メラロー舌炎、プランマー、ヴィンソン症候群、ペラグラであって舌の疼痛を伴うもの及び心因性によるもの）
- ④ 口腔軟組織の疾患（難治性のもの）
口腔の帯状疱疹、再生不良性貧血又は原発性血小板減少性紫斑病又は血友病による歯肉出血、ダリエー病、ベーチェット病、結核、扁平苔癬、白板症
- ⑤ 口腔領域のシェーグレン症候群
- ⑥ 口腔乾燥症（放射線治療が原因）
- ⑦ 尋常性天疱瘡 または類天疱瘡
- ⑧ 睡眠時無呼吸症候群（口腔内治療装置を要するもの）
医科保険医療機関の診療情報提供が必要

ご覧いただいたように、1「歯科治療総合医療管理料」の算定に該当しないものがほとんどかもしれませんが、③の舌痛症は“心因性によるもの”として、1の中の“自律神経失調症”によるところが多いかもしれません。その場合は“かかりつけ医師”に情報提供を求める必要があります。

5 処方せん料（+2 点）

処方せん料は、6 種類以下の薬を処方した場合は 68 点算定しますが、その中に“一般名称薬”を 1 種類でも入れれば 2 点加算することができます。例えば、鎮痛薬である「ロキソニン」の代わりに「ロキソプロフェンナトリウム水和物錠」を、抗生剤である「フロモックス」の代わりに「セフカペンピボキシル塩酸塩水和物錠」を用いるのです。これは医療費削減のために薬価の安いジェネリック医薬品の使用を広げるための措置と言えます。

6 お薬手帳記載加算（3 点）

これは、院内投薬において患者さんの求めに応じて投薬内容を記載することにより加算できるのです。当院では、よく出す薬のリストシールを作り、当日処方した薬にチェックを入れて患者さんのお薬手帳に貼るようにしています（図Ⅲ-10）。これも

東京都杉並区上井草1-31-3			井荻歯科医院 Tel. 03-3397-3344	
☐		フロモックス錠 100mg	1日3錠	日分
☐		ロキソニン錠 60mg	1日3錠	日分
☐		セルベックスカプセル 50mg	1日3カプセル	日分
☐		ネオステリングリーン 56ml		
☐		デルゾン 5g		
☐				

図Ⅲ-10 薬のリストシール

他科にかかる患者さんに必要な情報ですから、歯科医院の収入増加を云々するよりも、患者さんにとってプラスになるものと言えます。

当院で使用しているタックシールは、

メーカー：A-one（エーワン株式会社）

面付：12面／A4判

品番：28362（レーザープリンター用）

1面の大きさ：縦42.3mm×横86.4mm

印刷フォーマット番号：F12A4-1

品番：28187（インクジェットプリンター、レーザープリンター等）

1面の大きさ：縦42.0mm×横84.0mm

印刷フォーマット番号：F12A4-9

ですが、A-oneのホームページにてラベル・カード印刷ソフト「ラベル屋さん」のフォーマットを使用（無料）して、作成してください。

＊

われわれは患者さんにとって安全な状態で歯科医療を行い、患者さんの健康の増進を図る“公益性の高い職業”に就いているわけですから、すべての患者さんに細かいところまで気配りをして対処する必要があるのではないのでしょうか。

Ⅳ章 増患、増点、増収が可能な歯科医院づくり

1. 患者から評価される、すぐできる “歯科医院改革”

ここまで、「患者納得診療で増患、増点、増収を図る」ための基本的な事柄につき述べてきました。特にⅡ章では「患者を知る」として、患者は自分の「現症」や「治療法」を知りたいと思っている、「治療費」を知りたいと思っている、また、通院中に院内のすべてを観察し、自分の通っている歯科医院を評価している、ことなどに付きふれました。

したがって、“かかりつけ歯科医院”として評価されるためには“患者が望むそれらの事柄を即実行することに尽きる”と言えますが、本章では、その現実をふまえた上で表Ⅳ-1に挙げた5項目で改革の手立てを考えることとします。すでに述べたことと若干重複する部分はあるものの、改革のための基本として“新たな歯科医院”の構築に結び付けてほしいと思います。

表Ⅳ-1 すぐできる“歯科医院改革”の5項目

-
- ①患者への診療情報の提供
 - ②患者納得の診療環境づくり
 - ③マスコミから流れる一般医療情報に遅れない
 - ④チーム医療への対応
 - ⑤治療から予防へ
-

1 患者への診療情報の提供

これは“患者納得診療→トラブル防止”ということですが、Ⅱ章で述べたように、患者は「現症」と「治療法」を知りたいと思っているし、また「治療費」を知りたいと思っていますので、しっかりと対応してください。

●現症と治療法を知らせる

繰り返しになりますので細かいことにはふれませんが、患者の主訴に対する診査・診断ですから、ていねいに知らせる必要があります。

患者にとって自らの口腔内はよくわかりませんので、ごく小さな症状であっても、原因を含めて説明を受けると安心できます。その場合、口腔内写真やエックス線写真

を撮っていたら、それをみせながら説明すると理解度は高まります。そして治療法については、簡単に処置できるものは「○○○○○ですみますよ」（例えば、「う蝕になっている部分を少し削ってレジンをはめるだけですから、麻酔の必要もありません」というように、また少し手のかかるものについては、何種類かの治療法と使用する材料、その生体安全性や為害性、耐久性、EBMの裏付けなどを加えると、安心の度合いは広がります。

●説明用ツールの活用も一法

少し複雑な説明を要する場合は、石膏模型や顎模型を用いたり、セラミックス修復の写真や映像をみせたり、レジン床と金属床の違いを実物でみせたり、さらには説明用のDVDなどを用いるのも一法だと思います。

●治療費を知らせる

私の歯科医院ではすべての患者に治療費の目安を事前に知らせていますが、何種類かの治療法を説明する際には、費用について実際に近い数字を示すのがよいと思います。保険診療の場合は大体の見当を示せばよいでしょうが、自費診療の場合には細かく説明していくことが必要です。

また自費診療費の支払いは、一括払いか、分割払いは可能なのか、前もって知らせておくとういでしょう。金属を使用する場合は、金属の市場価格に変動があるため、あらかじめ料金に含みをもたせておいてください。

●治療回数と治療時間も目安を示せるとよい

おおよその治療回数と1回の治療時間(目安)を前もって知っていると、患者にとって便利です。

2 患者納得の診療環境づくり

II章の「6. 患者は通院中にすべてを観察している」では、当院において「患者様の声をお聞かせください」というアンケート用紙(図II-9)により満足度(よい、ふつう、わるい)を記入してもらっていることを紹介しました。

ここで言う“診療環境”とは造作や設備のみでなく、スタッフの対応も含めた広い意味での環境で、患者が安心して通院できる雰囲気をかもし出すことで“行きやすい歯科医院”とすることを目的としています。その中の「受付の対応」から「院内の表示」までの14項目につき、井萩歯科医院に関する満足度ではなく、“歯科医院に対して患者はどうみているのか”を、患者の立場で述べてもらうことといたします。

●患者の立場でとらえた14項目への回答

最初にお断りしておきますが、患者はある面で勝手なもので、“私だけの先生でいてほしい、私だけの歯科医院であってほしい”と思っています。以下の記述は患者の

私が語っているのですから、少し割り引いて聞いていただく必要があると思います。

受付の対応：明るい笑顔とやわらかい口調で「おはようございます」（こんにちは）と迎え、「どうなさいましたか」と気遣う言葉が述べられると、患者である私はホッとします。再診（2回目以降）の場合は、「今日は暖かですね」とか「お待ちしておりました」「今日まで問題はありませんでしたか」などの一言もほしいです。

電話の対応：“声美人”という言葉があるように、私の気持ちをなごませる声としやべり方で対応してください。電話は顔がみえませんが、イントネーションは大事ですが、はっきりした口調で受け答えして下さるとありがたいです。

担当医の対応：患者が思っている“私だけの先生”に応じられるかどうか……です。やはり安心感を与えて下さる対応を望みます。

歯科衛生士の対応：これも“私だけの衛生士さん”であってほしいし、器具の扱いも慎重で、ていねいにしてほしいです。説明もバカていねいにならず、かと言って簡単すぎず、私の知識度や理解度をわかって対応してくれることを望みます。

診療・治療の説明：（これは「**現症と治療法を知らせる**」のところで著者がふれていましたが、それと同様です）また、治療のステップが変わるときには、「次は〇〇〇〇をしますよ」と一言教えてくださいと、私は安心します。

医療設備・機器：詳しくはわかりませんが、たえず手入れをしている感じがすると安心感が高まります。古い機器でも手入れをしているかどうかはわかるものです。

診療室の環境：これは設備と同様にわかりにくいところがありますが、雑然とした雰囲気ではなく、整然としている、あるいは床に小物や粉のようなもの、水滴などが落ちていないことが清潔感をただよわせると思います。治療椅子に座った際に、横の小さなテーブル上の器具がきれいに並んでいると気持ちがいいですね。

また、個室とは申しませんが、自分の治療内容を他人に聞かれたくありませんので、パーティションで仕切れることはもとより、料金などの話は他の患者さんのいないところでしてほしいですね。

待合室の環境：椅子や新聞掛け、本のラックなどはきちんと整えられていると、気持ちが落ち着きます。また、雑誌は健康全体に関するものが置かれていると参考になります。もちろん、綿ぼこりなどが落ちていないことは当然です。

さらに、壁や案内板に貼ってある「お知らせ」も、まっすぐに貼付すると同時に、古いヨレヨレのものは外してください。マイナスの印象を与えます。

清潔感（感染予防を含む）：「**診療室の環境**」でも述べましたが、それに加えて、白衣や髪型、履いているシューズ、手の指や爪にはどうしても目がいきます。全体の照明もそうですが、明るすぎず、壁の色とマッチした品のよい雰囲気をかもし出せるものを好みます。しかし、各人各様の好みがありますから、ある面で難しいですね。

診療時間・曜日：私は昼間は仕事を持っていますので、夜8時頃までに入って診ていただけると助かりますし、土曜・日曜に診ていただけると、ありがたいです。しかし、これは私本位にはいきませんので、これも難しいところです。

予約診療：患者にとっては便利です。しかし、約束した時間に行っても待たされることがよくありますので、医院側の見当で予約時間を埋めていくのではなく、せいぜい10分遅れ程度で診療していただけるような体制を準備してほしいですね。また、黙って待たすのではなく、受付の方の「前の患者さんの治療が少し長引いていますので、恐縮ですが10分ほど遅れます。どうかご了承ください」の一言が大事です。

プライバシーの保護：医療関係者は“職業上知り得たことは他言しない”という守秘義務がありますから、スタッフにはこれを順守させてください。

院内の表示：保険の点数が改定されたり新しい技術が保険に入ったときなどに、わかりやすく書いたものを表示してくださると助かります。しかも、そのことを受付の方が折にふれ知らせてくださると、ありがたいです。

●入口やトイレ、洗面所について

アンケートの項目にはありませんでしたが、**入口付近**は汚れがないようにたえず注意を払ってくださっていると、気持ちよく受付まで歩めます。スリッパの揃え方とかドア付近のちょっとした汚れは目につくものです。スリッパに履き替えない診療室では、履き物についている土や汚れを落とすマットがしっかりしたものだとう助かります。患者の私としては、診療室に土や汚れを運び入れないか心配です。

また、**トイレ**も便器が汚れていたり、トイレットペーパーのちぎれたものが落ちているのは嫌なものです。**洗面所や洗口コーナー**も、床がぬれていたり、シンクに汚れが付着していたり、髪の毛が落ちたりしていると、気持ちが悪いですね。コップも紙コップ、手拭きも使い捨てのペーパータオルだと、ホッとします。

そんなことを気にする私って、異常なんではしょうか……。でも、歯科の治療って、治療椅子に座って仰むけになり、口を開いて器具で治療される“ちょっと特殊な診療科”ですので、それも当然だと思いますが、先生方はどうお考えですか？

患者さんの立場から率直に述べていただきましたが、厳しい意見ではあるものの一理あるように思います。広い意味での診療環境について、われわれは“患者目線”で配慮する必要があると思います。これが、患者納得の診療環境づくりです。

3 マスコミから流れる一般医療情報に遅れない

保険診療も一般的に3割負担にまでなった現在、健康や病気、予防法や治療法に関する情報があふれています。主なものは新聞や雑誌など出版物ですが、TVでもよく報道されるようになりました。新聞や雑誌、TVといったマスコミの伝達力は大きく、

一般の人たちに与える影響は大変なものがあります。そういう中で、われわれはどう在るべきなのでしょう。それには、以下のような対応で臨みたいものです。

●患者の質問にも、すぐ答えられるようにする

口腔の健康を守ることを目的としているわれわれ歯科保健医療関係者は、世間にあふれる医療情報に遅れることのない対応を図る必要があります。患者は“歯科医師であれば医学・医療のことは何でも知っているはずだ”という感覚で質問してくることもありますので、専門的な答えはできなくとも、それが何であるか概要だけでもすぐ答えられるようにしておくことが大事です。質問に「……？」ととまどうことで、“歯のことしか知らないんだ”とみられてしまう恐れがあります。

歯科的健康は全身の健康に影響することがだんだんわかってきましたが、元気に通院している患者さんがいつかは発症する恐れのある病気や症状、治療法について知識を得ておくことで、患者とも逃げ腰にならずに対応できます。Ⅵ章「超高齢社会への対応」の「3. 他疾患に要注意」でふれますが、例えば高血圧症や脳血管障害、糖尿病、癌、うつ病、パーキンソン病、アルツハイマー病、慢性心不全、リウマチ、骨粗しょう症にはじまり、肩こりや腰痛、更年期障害といった本当に身近な疾患に至るまで基本的知識があると、患者に接することも楽になります。

一時はHIVで歯科界も大騒動したことがありますが、B型・C型肝炎などの感染症については少なからぬ知識が必要です。

●新聞の健康欄に目を通し、定期的に書店をのぞく

毎日の新聞、特に“健康欄”には目を通すようにしたいものです。歯科に関するものもよく載っていますので、世の中の傾向がつかめます。

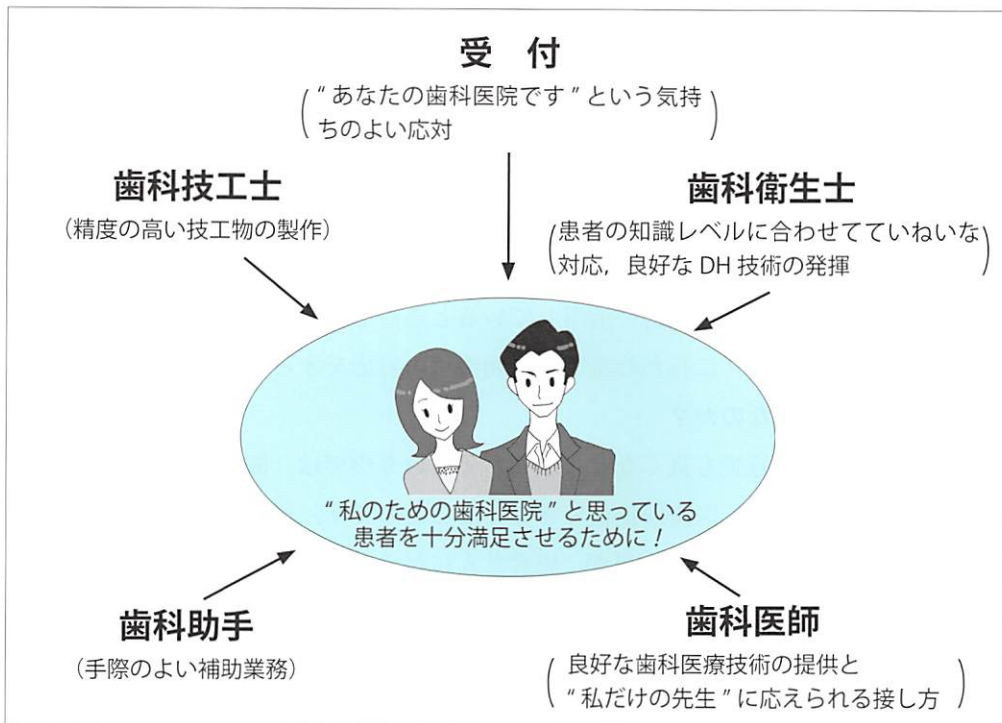
また、定期的に書店をのぞくことも大事です。健康雑誌はもとより、一般雑誌でも健康に関する事項はずいぶん紹介されていますし、書物も同様です。内容は似ているかもしれませんが、一般の人たちがどんな疾患に関心を持っているかが理解できますし、新しい情報も手に入ります。

●TVの健康番組は録画しておく

TVの健康番組をことごとくみる、ということは不可能でしょうから、主だったものを録画しておき、昼の休憩時間や手の空いた折に再生してみるのもよいのではないのでしょうか。スタッフとともにみることで、患者への対応について共感が高まることも考えられます。特に歯科に関する報道については漏れなく目を通したいものです。これは、放送内容の良し悪しには関係なく日々の診療に即影響を受けますので、患者の動向を早めにキャッチするためにも、これらの情報収集はおこたれません。

4 チーム医療への対応

以前は、歯科医師が治療し、歯科衛生士はおおむね診療補助業務をこなし、歯科技



図IV-1 チーム医療の重要性

工士は歯科医師に命じられるまま技工物を製作していればすんでいました。しかし、歯科医学が発展し歯科医療が多様化した現在は、それだけでは十分な歯科医療を提供することができなくなりました。治療用の機器や材料はどんどん進歩しています。材料はハイブリッドセラミックス、オールセラミックスが重用されるようになりましたし、技工物も CAD/CAM ベースが増えてきました。しかも、時代は侵襲を少なくし、極力歯を残す方向へと進んできました。今こそ共通の認識を持ったチームとしての医療が重要です。それぞれの力を信じ、しっかり結束して活用してください。

● 歯科衛生士業務が広がった

その中でも歯周病への対応が大きく進み、歯科衛生士業務はずいぶん広がってきました。“歯科衛生士がいなければ、歯科医療が成り立たない”とされるくらい、歯科衛生士は歯科医院にとって必要な存在となりました。現在では、予防指導はもとよりスケーリングやルートプレーニングに腕をふるっていますし、メンテナンスの対応においても歯科衛生士が欠かせません。

また、近年は訪問歯科診療の機会が増えましたが、歯科衛生士のアシストがないと訪問先での治療もスムーズにいかない状況です。

● 適合性のよい技工物が求められる

歯科技工士も同様です。適合性のよい技工物の製作は、歯科医師と歯科技工士が互

いに協力し合わなければ実現しません。特に若い歯科医師にとっては、歯科技工士の確かな協力がなければ補綴治療ができないくらいの影響力を持っている、と言っても過言ではありません。歯科技工士が患者の口腔内を実際にみて技工の参考にすることも、望ましい補綴物を製作するためには必要なことと思われます。

●その他のスタッフも医院の潤滑油に

歯科衛生士や歯科技工士のほか、歯科助手を活用している歯科医院は多数ありますし、受付専任者を置いて効果的に活用しているところも多くみられますが、それぞれの立場で診療がスムーズに行われるように潤滑油の対応をする必要があります。

●なぜチーム医療なのか？

一方、患者の権利意識も高くなりました。そういう中では、医院を挙げて対応しなければ患者に納得のいく医療が提供できなくなったのです。歯科医師1人がしゃかりきになるのではなく、医院の全員が“患者さんに尽くす”ことが求められる時代となったのです。歯科医療における、チーム医療の必要性の根拠がここにあります。

5 治療から予防へ

“Cure から Care へ”という言葉を目にして久しくなりました。それ以前は“早期発見・早期治療”でしたが、治療はどんなにいいに行っても、やがて二次う蝕が発生し、再治療することにならざるを得ない状態を招くところから、“治療から予防へ”の概念が打ち出されたのです。予防への対応に力を入れたいものです。

MI (Minimal Intervention) もそうです。1990年にシンガポールで開かれたFDI年次大会でG.V. ブラックの窩洞が見直されて以来、予防拡大的切削は影をひそめ、必要最小限の形成で充填する対応が求められるようになりました。こうして歯を極力保存する方向で今日を迎え、現在では、「MI」は歯科治療の常識となりました。

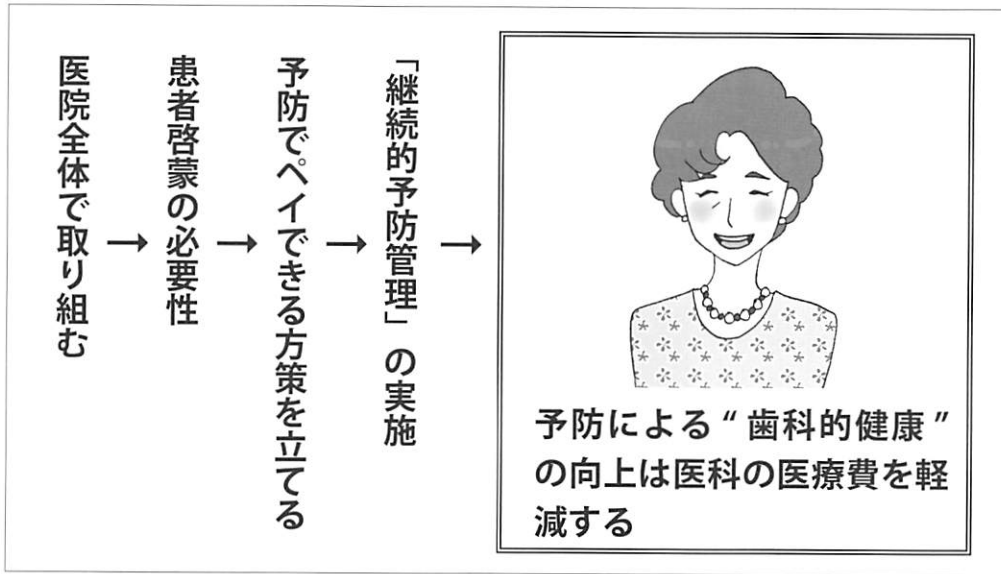
●医院全体で取り組む

これは、医院全体のコンセプトとして確立し、全スタッフで対応する必要があります。特に歯科衛生士の協力と技術力の発揮が欠かせません。歯科医院として“予防管理体制”を確立させ、ブレのない対応を図らなければならないからです。

V章「自費診療にも強くなろう」の「3. すべて保険でやることが患者のために良いことなのか？」で、“デンタルIQの高い患者については継続的管理を自費で”として当院における継続的管理について紹介しますが、これは、関係スタッフ全員がそれぞれ必要な技術を身につけ、落ち度のない口腔管理を続けなければ不可能ですし、効果も上がりません。

●患者教育の必要性

また、一般の人たちはもとより、通院している患者も“予防”の必要性を頭の中ではわかっていても、いざ実行しようとする、腰を上げにくくなるものです。周りの



図Ⅵ-2 治療から予防へ

人たちを見渡してみても、予防への対応をしっかりと実行している人は案外少ないのではないのでしょうか。朝の30分程度の速歩散歩や15分程度のストレッチ、食事でも最初に野菜を多めに食するなど、“体によい”ことはわかっているにもかかわらず長続きしないケースが多くみられます。

歯科の予防は、う蝕にしても歯周病にしても、セルフケアが最も大切なものですから、それをしっかりと実行してもらうことと年に何回かは咬合と修復物等のチェックと調整のために来院してもらうことが、効果的な予防や再発を防ぐための絶対条件として求められます。この両輪が十分に機能してこそ“予防”の効果は上がりますので、予防を取り入れ実践するための教育、“教育”という言葉は強すぎるかもしれませんが、“患者啓蒙”をたえず行い、予防志向の人を増やさなければなりません。

もちろん、歯科医院の置かれているロケーションによって予防のプログラムはさまざまですが、自院の患者層や地域層に合わせたものをつくるのが大事です。

●予防でペイできる方策を立てる

周りの同業者から「予防はペイしないぞ」との言葉が聞かれることと思います。しかし、原価は対応するスタッフの人件費が主なものですから、在籍するスタッフを活用することで定期的なメンテナンスが軌道に乗れば、治療のほかにもう1本の大きな柱ができることになります。

そのため、V章の「3. すべて保険でやるのが患者のために良いことなのか？」で示す“継続的予防管理の骨子”（図Ⅴ-3）を参考に、自院の患者層に合う“予防プログラム”を構築してみてください。世の中が“健康志向”“予防志向”にある現在、少し時間はかかるでしょうが近隣の人々にきっと受け入れられるものと思います。

Ⅳ章 増患、増点、増収が可能な歯科医院づくり

2. 医院運営の効率化（健全経営がもたらす優良診療）

患者から評価されるであろう“歯科医院改革”を行ったとはいえ、医院を運営するに際しては“効率”を考えなければ、せっかくの改革も生きてきません。では、どうすれば効率化が図れるのでしょうか。以下の5項目で考えてみました。

表Ⅳ-2 医院運営の効率化を図る5項目

- ①疾病構造の変化に対応できる体制づくり。
- ②歯科医院のコンセプトをつくり、患者の賛同を得る。
- ③一度来院した“良い患者”は手放さない。
- ④院長のファン患者をつくる。
- ⑤歯科衛生士の活用（増収に貢献できる歯科衛生士の育成）。

1 疾病構造の変化に対応できる体制づくり

前項の歯科医院改革の5番目に“治療から予防へ”を挙げましたが、まさに疾病構造は変化しています。そのため、これに対応できる体制づくりが大切です。

●歯科疾病実態調査にみる変化

平成23年に行った歯科疾患実態調査においても、う蝕は減少・軽症化がみられますし、4mm以上の歯周ポケットを有する者については、ここ10年の間に64歳以下の者ではほぼ減少しています。反面、65歳以上の高齢者では増加していますが、これは高齢になっても昔と比べて歯が残っていることにより生じた結果であると思われます。また、20本以上の歯を有する者の割合は年々向上し、8020達成者は38.3%になりましたが、叢生のある者は12～20歳で45%に達しています。そして大きいのが、Ⅵ章「超高齢社会への対応」でふれる高齢者の“多歯残存”です。

口腔状態のよくなった理由としては、フッ化物塗布の経験者が15歳未満で調査のたびに上昇し、23年調査では63.5%（平成5年調査では38.2%、11年では42.1%、17年では59.2%）であることや、毎日の歯磨き状況も調査ごとに向上し、磨かない者は調査人数の1.2%（不明が1.6%）、2回以上磨く者も毎調査において増加し73.5%（1回磨く者21.9%）に達していることが考えられます。

バームス先生が日本歯科医師会における講演で語ったこと

(途中省略) 特に、2025年には次のことがなくなっているとして、

1. 充填のためのエンジンやタービンなどの回転切削器具はなくなっている。
 2. スケーラーはなくなっている。歯石形成は、薬物によって抑制されるようになっている。
 3. 歯学部は必要なくなっている。現在のような歯学部は、まず広範な基礎教育を受けたあと、その専門にかかわる幅広い医学教育を受ける場所に変わる。
 4. 今日考えているような歯科医師もなくなる。広い意味での健康専門家になり、「オーラル・フィジシャン」などと呼ばれるようになっている。
 5. 歯科医 1 人、受付 1 人といった形態の開業医はなくなり、口腔保健パースネルなどとのチーム医療を行っている。
 6. 学校歯科サービスは、独立しては存在せず、学校保健や青少年保健サービスなどの中に組み入れられている。
- などを挙げたことが、その原因（センセーションを巻き起こした）である。

参考資料 1 D.E. バームスが予測した 2025 年の歯科医療。月刊『日本歯科評論』平成 4 年 (1992 年) 1 月号 (No.591) 掲載の「この 2 年間に、バームス先生がわが国の歯科界に投げかけたもの」那須郁夫／日本大学松戸歯学部衛生学教室（現在、地域保健学教室教授）より引用。

● 歯科的ニーズも変化している

疾病構造が変化する中で、一般の人たちの歯科的ニーズも変化してきました。歯を白くみせるホワイトニングや金属修復物のみえないレジン充填やセラミックス修復、またインプラントのような固定性の補綴物を好む、などです。もちろん、MI 対応や抜髄しない対応も好みますし、究極の対応は“抜歯せず”です。

● これらの変化に即対応できる体制を整える

疾病構造の変化に対応できる体制とは、これらの変化に即対応できる体制（態勢）を整えることにほかなりません。もちろん、その中には“訪問歯科診療”も入りますので、このことも理解しておく必要があります（Ⅵ章の「5. 患者が喜ぶ訪問歯科診療を行おう」を参照）。

● D.E. バームスが予測した“2025 年の歯科医療”

蛇足ながら付け加えます。WHO の歯科保健部長であった D.E. バームスが平成 2 年 (1990 年) 3 月に日本歯科医師会で「歯科医療の将来を語る」と題する講演をし、“35 年後の 2025 年に歯科医療はこうなる”とした予測は、センセーションを巻き起こしました。この内容は『日歯広報』（平成 2 年 4 月 25 日号）に掲載されましたし、月刊『日本歯科評論』では平成 4 年 (1992 年) 1 月号 (No.591) と 4 月号 (No.594) で「バームス先生 (WHO) の予測をどう受けとめるか」と題する特集を組みました。予測のポイントを参考資料 1 としましたので、参照してください。

2 歯科医院のコンセプトをつくり、患者の賛同を得る

歯科医業は歯科的健康を司る職業ですから、それにふさわしい医院の“在り方”をつくり、それを掲げることで近隣の人たちの理解と信用を得ることが大切です。それはコンセプトと称するのか、フィロソフィーと称するのか難しいところですが、自院の“在るべき方向”が周辺の住民から理解されれば、それは近隣の人たちの“かかりつけ歯科医院”として信任されることに通じます。

●開業地に合致した方向性を打ち出す

開業地は市街地なのか住宅地なのか、市街地でもオフィス街なのか商業地なのか、住宅地でも、それは戸建て住宅地か団地（ベッドタウン）か、などにより方針は異なることと思いますが、自らの“力量”とロケーションの“住民感覚”が合致した方向性を打ち出す必要があります。

当然のことながら、疾病構造の変化や患者ニーズの変化にも対応したコンセプトになるでしょうし、少子化で子育てをしっかりと行っている母親や健康志向の家族を配慮した表現を用いることにもなると思います。

●「歯の衛生週間」の標語にみる“歯科的健康フレーズ”

予防志向、健康志向を追求するフレーズとして、過去に行った歯の衛生週間標語に“なるほど”と思わず手を打つようなものがありました。

かみしめる 生きる喜び 歯とともに（平成 21 年度／2009 年度）
 じょうぶな歯 健康づくりの 第一歩（平成 14 年度／2002 年度）
 歯がつくる こころの元気 からだの元気（平成 13 年度／2001 年度）
 80 年 心も元気 歯も元気（平成 4～6 年度／1992～94 年度）
 歯は健康のみえる窓（昭和 29 年度／1954 年度）

以上は私がピックアップしたもので、それぞれに好みがありますから、日本歯科医師会のホームページを検索すると参考になると思います。なお、「歯の衛生週間」は本年（2013 年）から「歯と口の健康週間」と改称されました。

このような標語をみていると、WHO の D.E. バームスが予測した 2025 年における歯科医師として、また歯科医院として“どのように在るべきか”、歯科開業を“どのようなコンセプトで行うか”の答えが出てくるように感じられます。

3 一度来院した“良い患者”は手放さない

医院運営の効率化を図る上で欠かせない対策です。せっかく育てた“良い患者”が簡単に他院に転院してしまうのは、やはり何か原因があるためだと思います。安心してしまい、押さえるべき対応のポイントを落としてしまった、また、アポイントの記入漏れがあった、などは考えられるところです。

すでにふれたように、患者は“自分だけの先生であり、自分だけの歯科医院”“他

人はどうあれ、自分だけは……” と思っているのです。こういう思いが疎外されると感情が一気に爆発します。治療費についても“Aさんと同様の処置なのに違っていた”などと勘違いされることも、時としてあります。

この場合、“良い患者”とはどんな患者を指すのか微妙な問題ではありますが、そこは自院でじっくり考えてほしいと思います。たしかに「私は一生涯、あなたの歯の健康を守ります」と言うのが理想かもしれませんが、言葉として出しにくい場合は、医院のコンセプトをプリントしてすべての患者に渡せばいいのです。そして「これが当院のモットーですから、どんなに小さなことでも早めにご相談ください」と付しておくのです。

ほんのちょっとしたことで、「私たちはあなたの“かかりつけ歯科医院”です」ということを表現するチャンスはあります。自院で治療した“これは……”と思う患者を1人も手放さないように、頑張ろうではありませんか。

4 院長のファン患者をつくる

一生懸命に治療をしていると、自費診療の必要性を理解してくれると同時に、予防やメンテナンスの重要性も理解し積極的に応じてくれる方々は必ず現れてきます。私はそれを“良い患者”としていますが、その人たちは私のファンにもなってくれるのです。そして、ファンはくちづてで「井荻歯科医院」のよさを広めてくれますので、“院長のファン”をつくるのが医院繁栄の道につながっています。

歯科医業はサービス業の範疇に入りますが、“媚へつらえ”と言うものではありません。ここまで述べてきた多くの事柄を“そつなく”実践することで、誠実な先生、誠実な歯科医院という印象を与えることができます。しかし、院長のキャラクターにもよりますので、本当に真面目な歯科医師でも相手にとって柔軟性のない“とっつきにくい”先生と映るかもしれませんし、しゃべり言葉にしても、どんな場合も堅い感じがするようでは、懷に飛び込む“親しみ”は持ってもらえないかもしれません。それこそ、これも TPO で使い分ける必要があります。

そこに難しさがありますが、結論から言うと、医療は人的資質に左右されるところが多い職業ですから、そのことを再認識し、技術に裏打ちされた確かな人間性を養うことが大事になるのだと思います。そこにファンが集まります。そのファンは大事にしましょう。これがまさに“院長のファン患者をつくる”です。

5 歯科衛生士の活用（増収に貢献できる歯科衛生士の育成）

歯科医院において歯科衛生士が切っても切れない重要なパートナーであることにについては、すでにふれました。しかし、歯科衛生士の資格を得ながら、歯科の世界から身を引いてしまう人たちも多いことを耳にします。それは「なぜ」でしょうか。待遇面で資格を活かすような方策が取られていないのかもしれませんが、実に“もったい

平成に入って広がった概念と用語で、医事法学、医事紛争関係の成書に記載されるようになった（鹿内清三：訴訟事例に学ぶ医療事故と責任，第一法規出版，1990．石井トク：医療事故—看護の法と倫理の視点から，医学書院，1992．高田利廣：看護業務における責任論 看護の主体的確立を目指して，医学通信社，1994．）。

絶対的歯科医行為とは歯科医師でなければ行ってはならない行為であり，診療の補助を法的に認められた職種（看護師，歯科衛生士，臨床検査技師，言語聴覚士，診療放射線技師）の歯科医学的知識と技能を超え，絶対に歯科医師が行わなければ衛生上の危害を生ずる恐れのある行為のことである。

相対的歯科医行為とは歯科医師の指示により診療の補助として看護師，歯科衛生士，臨床検査技師，言語聴覚士，診療放射線技師が行う行為のことで，歯科医行為から絶対的歯科医行為を除いた行為で，抽象的な概念である。結局，診療補助の範囲はその歯科医行為の危険度と歯科衛生士等の知識・技能の限界から相対的に捉えられるものである。

参考資料 2 絶対的歯科医行為と相対的歯科医行為，月刊『日本歯科評論』平成 22 年（2010 年）6 月号（No.812）掲載「歯科衛生士の力は医院の力—歯科衛生士のいる医院，いない医院でここがちがう」石井拓男／東京歯科大学社会歯科学研究室，より引用。

ない”話です。歯科医療が予防志向になればなるほど，歯科衛生士の存在は価値が増します。

そのため，予防やメンテナンスを任せられる歯科衛生士に育てるのです。研修会費用は医院負担でいいではないですか！ 自費のメンテナンスができるまでに成長すれば，それに対しては，歩合給的な対応でもいいではないですか！ 院内に歯科衛生士活用のためのシステムを確立し，歯科衛生士にも前向きに努力するような刺激を与えたいものです。もちろん，器材管理も任せられますし，機器の保守業務も研修させて任せればよいのです。

＊

ただし，絶対的な歯科医行為はさせられませんので，その点は十分に注意する必要があります。参考資料 2 や表Ⅳ-3，また表Ⅳ-4 を参考に，自院の歯科衛生士の活用について，もう一度考えてみてください。考えるだけでなく，積極的に活用してみてください。プラスは大きいものがあります

表Ⅳ-3 各学会において絶対的歯科医行為とされたもの

学会名	診療行為
日本口腔インプラント学会	X線写真の説明
日本口腔インプラント学会	X線撮影
日本口腔インプラント学会	インフォームドコンセント
日本補綴歯科学会	インフォームドコンセント
日本歯科麻酔学会	全身麻酔の手技（気管挿管，抜管等）
日本歯科麻酔学会	ペインクリニックの手技
日本口腔インプラント学会	インプラント体の除去
日本口腔インプラント学会	インプラント埋入
日本口腔インプラント学会	インプラント埋入部位の切開・剝離
日本歯科保存学会	齲窩の開拡
日本歯科保存学会	エンジンによる軟化象牙質除去
日本歯科保存学会	窩洞形成
日本補綴歯科学会	義歯の装着
日本歯周病学会	急性発作時の貼薬
日本歯科麻酔学会	吸入鎮静法の実施
日本補綴歯科学会	クラウンの支台歯形成
日本歯科保存学会	根管拡大
日本歯科保存学会	根管充填
日本歯科麻酔学会	静脈内鎮静法の実施
日本歯周病学会	暫間固定（歯質の削除）
日本歯科保存学会	髓室開拡
日本口腔外科学会	切開
日本歯科保存学会	断髄剤貼付
日本補綴歯科学会	直接ライニング
日本歯科保存学会	覆髄剤貼付
日本補綴歯科学会	ブリッジの支台歯形成
日本顎関節学会	補綴物（Cr・Br）の除去
日本顎関節学会	マニピュレーション
日本矯正歯科学会	ワイヤーベンディング
日本口腔インプラント学会	骨採取
日本口腔インプラント学会	粘膜開窓
日本口腔インプラント学会	抜歯
日本口腔インプラント学会	縫合
日本障害者歯科学会	薬理学的行動調整（静脈内鎮静法）
日本歯科保存学会	抜髄
日本歯科保存学会	X線撮影
日本顎関節学会	顎関節腔洗浄療法

日本歯科医学会の各専門学会の意見であり，法的な解釈を示したものではない
 本表・次表も，参考資料2に示した論文より引用

表Ⅳ-4 各学会において相対的歯科医行為であり要研修とされたもの

	学会名	診療行為（要研修）
仮着	日本補綴歯科学会	クラウンの術後観察
	日本補綴歯科学会	テンポラリークラウンの仮着
	日本補綴歯科学会	クラウンの仮着
	日本補綴歯科学会	ブリッジの仮着
合着	日本口腔インプラント学会	インプラント体とアバットメントの固定
	日本口腔インプラント学会	アバットメント同士の固定
研磨	日本補綴歯科学会	義歯床の研磨
スケーリング	日本口腔インプラント学会	インプラント体周囲のスケーリング
検査・モニタリング	日本小児歯科学会	モニターの装着
	日本口腔インプラント学会	心電計及びモニターの装着
	日本障害者歯科学会	一般歯科治療時のモニタリング機器装着・モニタリング・記録
	日本口腔インプラント学会	血圧測定
	日本口腔インプラント学会	チェックバイト
	日本補綴歯科学会	唾液検査
	日本口腔インプラント学会	咀嚼能率検査
	日本補綴歯科学会	咀嚼能力〔能率〕検査
	日本障害者歯科学会	笑気鎮静法時のモニタリング
	日本障害者歯科学会	静脈内鎮静法時のモニタリング
	日本補綴歯科学会	咬合検査（咬合紙などによる）
	日本口腔インプラント学会	インプラント周囲のプロービング
	日本口腔インプラント学会	インプラント体の動揺度検査
	日本補綴歯科学会	嚥下機能検査
	日本補綴歯科学会	ゴシックアーチ描記
	日本補綴歯科学会	適合検査
	日本補綴歯科学会	筋機能検査
	日本補綴歯科学会	構音機能検査
	日本補綴歯科学会	歯髄検査
	日本補綴歯科学会	歯列の検査
	日本補綴歯科学会	咀嚼機能検査
	日本補綴歯科学会	咬合接触検査
	日本小児歯科学会	カリエスマーター
	日本小児歯科学会	歯髄電気診断
	日本小児歯科学会	電氣的根管長測定
	日本口腔インプラント学会	咬合接触検査
除去撤去	日本口腔インプラント学会	仮着用セメントの除去
	日本障害者歯科学会	障害者のラバーダム防湿
	日本小児歯科学会	歯髄処置時の仮封又は仮封材の撤去
	日本小児歯科学会	バンドループ・リングアーチ・ホールディングアーチの撤去
	日本小児歯科学会	外傷暫間固定装置の除去
表面麻酔	日本歯科麻酔学会	局所麻酔（表面麻酔）

両頁の表は日本歯科医学会の各専門学会の意見であり、法的な解釈を示したものではない

	学会名	診療行為（要研修）
静脈路	日本歯科麻酔学会	輸液剤の交換・輸液速度の調節
	日本歯科麻酔学会	採血
	日本歯科麻酔学会	静脈確保
	日本口腔インプラント学会	採血
	日本口腔インプラント学会	点滴
	日本障害者歯科学会	全身麻酔時の採血
聞き取り 医療面接	日本歯科医療管理学会	口腔内の概診
	日本補綴歯科学会	口腔外の診察
	日本口腔インプラント学会	手術前の注意事項の説明
洗浄・貼薬	日本小児歯科学会	交換期乳歯抜去後の創面の洗浄
	日本小児歯科学会	根管治療時の根管洗浄
	日本小児歯科学会	脱臼歯の固定後の洗浄（歯面清掃を含む）
	日本小児歯科学会	埋伏歯抜去等大きな外科処置後の洗浄
リハビリ・在宅	日本障害者歯科学会	摂食機能療法・間接訓練
	日本補綴歯科学会	摂食・嚥下機能障害の歯科的介入
	日本障害者歯科学会	摂食機能療法・直接訓練
	日本補綴歯科学会	摂食・嚥下機能障害の間接訓練
	日本補綴歯科学会	摂食・嚥下機能障害の直接訓練
	日本障害者歯科学会	筋機能療法（MFT）
	日本障害者歯科学会	言語治療の訓練
	日本小児歯科学会	床型咬合誘導装置の装着指導
	日本顎関節学会	自宅療法の確認・再指導
	日本障害者歯科学会	摂食訓練時の気切部気管吸引
	日本顎関節学会	生活指導
医薬品の授与指示	日本歯科医療管理学会	服薬指導
その他の診療補助	日本矯正歯科学会	セファロトレース／分析
	日本障害者歯科学会	物理的／神経生理学的行動調整
	日本口腔インプラント学会	フェースボウトランスファー
	日本歯科麻酔学会	尿道カテーテル留置
	日本補綴歯科学会	粘膜調整材の貼付
	日本障害者歯科学会	咽頭部の吸痰
	日本歯科麻酔学会	薬剤の投与（静注，挿肛等一吸入鎮静法時の亜酸化窒素濃度の調整および静脈内鎮静法時の薬物の追加投与等を含む）
	日本障害者歯科学会	心理学的行動調整・TEACCH
	日本障害者歯科学会	栄養チューブの挿入
	日本矯正歯科学会	バンディング
	日本矯正歯科学会	ブラケットのボンディング
	日本小児歯科学会	マルチブラケット装置のブラケットボンディング
	日本小児歯科学会	マルチブラケット装置の主線交換
	日本小児歯科学会	予防的レジン修復
	日本補綴歯科学会	全身的診察
	日本補綴歯科学会	誘導様式の検査

IV章 増患、増点、増収が可能な歯科医院づくり

3. 院長のたえざる“自己啓発”がすべての源

さまざまな工夫や対応により、自院を改革し、しかも効率的に運営する対策が取れました。では、これをいかに維持するか……です。改革を成し遂げると、瞬間、ホッとし虚脱状態に陥るものです。それでは改革も一次的なものに終わってしまいます。

歯科医院の屋台骨となるのは院長である“あなた”です。中心的存在である“院長”がたえず自分の尻を叩き、改革状態を維持し続けられるかが、“増患、増点、増収”が可能な歯科医院づくりのポイントになります。なぜなら、せっかく改革しても、3年たち、4年たちするうちに、それは古いものとなる恐れがあるからです。

医療は“人的資質に左右される”としましたが、口腔内の細かい治療をする歯科の仕事は“好き”でなければ務まらない仕事であるように思います。“好きこそものの上手なれ”と言いますが、歯科の仕事が好き、臨床が好き、人間が好きな性格の人はたえず前向きに歯科治療をとらえられる人で、臨床歯科医に向いていると思います。

■何をもって“自己啓発”とするか

では「自己啓発」と簡単に言うものの、具体的にどうすればよいのでしょうか。やはり“収入の多い歯科医院をつくる”ことが目標ですから、その目標に向かってインセンティブを働かせることになります。“衣食足って礼節を知る”という言葉があるくらいですから、生活基盤がしっかりし、収入も安定した状態であって初めて、周辺さまざまな事柄にも気が配れるようになります。

たしかに、医療職にあると「〇〇〇をすべきだ」「損得勘定なく〇〇〇しなければ」などと道徳的な言葉が発せられることが多いと思いますが、それに対応しながらも、基本的軸足は歯科医院の安定に置くべきです。自らをふるい立たせて多くのものを吸収し、それを歯科医院運営の中で折にふれ示すことで、院内に刺激を与えチーム医療もスムーズに回転するようになります。

■自費診療を増やすのは、国家政策に対する背徳ではない！

統制経済ともいえる国民皆保険制の診療報酬は、特に歯科の報酬は歯科医師の犠牲の上に成り立っている、と言っても過言ではありません。もちろん、症例にもよりますが、患者の望む治療が保険ではどうしてもできないケースは多々あります。そうい



図IV-3 院長のたえざる“自己啓発”が「増患、増点、増収が可能な歯科医院づくり」や「自費診療の柱づくり」の源となる。

う状況にある中で、自費診療を増やすことは国家政策に対する背徳でも何でもありません。安定した開業基盤をつくるためには、自費診療も医院運営の1つの柱として育てる必要が生じています。これは恥ずべき対応ではありません。

■院長のたえざる“自己啓発”がすべての源

本項は院長の皆さんへの“教訓”の意味で示しましたが、増患、増点、増収が可能な歯科医院づくりも、また自費診療の柱づくりも、「院長のたえざる“自己啓発”がすべての源である」と言えます。

V章 自費診療にも強くなるう

1. 自費料金は直接経費の5倍が損益分岐点

日本は長い間デフレ経済を引きずり、何でも“安ければよい”“安くなければいけない”時代が続きました。平成25年(2013年)に入り、為替は円安となり株価も上昇しましたが、新聞の折り込み広告には安売り商品の案内がずいぶん入っていますし、TVの通販コマーシャルでも時間限定、期間限定で、安い商品の宣伝がずいぶん放映されています。

外食企業でも「牛丼」の安値合戦が評判となりましたが、結局は利益の減少を招きましたし、食べ物のみならず、衣類や家電製品を含めてすべてが“安く”の方向にありました。これは商品自体が国内外を問わず自社関連工場で大量生産しているためコストが下げられますし、家電製品などの量販店は現金大量仕入れにより購入価格を大幅に下げるなど、さまざまな工夫が施された結果できたことです。

■患者個々の状態は万人一律ではない

しかし、医療は本来、大量生産的対応が利きません(眼科の検眼で一時、問題がありました)。保険診療といえども、また処置法が決まっている疾患といえども、患者個々の状態(疾患の度合い、体質、体調、希望)により微妙な対応調整が求められるはずです。つまり、“患者個々の状態は万人一律ではない”はずです。

■5～6万円で作った金属床義歯は5倍の25～30万円

医科、特に薬剤で対応する治療の場合には、疾病と薬剤の知識を持っていれば、投薬で治療する仕事は十分こなせます。

しかし、歯科医師がすべてを診療しなければならない歯科治療では、公定価格である社会保険診療報酬で患者の希望をすべて受け入れるには経済性から無理があり、自費診療を導入しなければならない苦しさがあります。

では、歯科の自費料金はどの程度に設定すればよいのでしょうか。以前から標準的とされている目安は“直接経費の5倍”というところです。歯科医院の経営は、金額の大きい人件費をはじめ間接経費がずいぶんかかりますし、自費診療分に対しては消費税や事業税もかかりますし、再製作のリスクも考えなければなりません。ここを損益分岐点と考えるとよいでしょう。



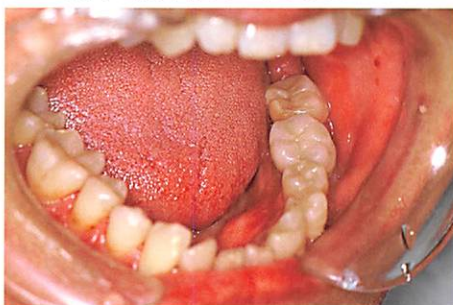
平成 25 年 5 月現在, 12%金銀パラジウム合金の大白歯 MO インレーは 518 点である。



ハイブリッドセラミックスの技工料を考えると, 3~5 万円の自費料金でペイできる。



基本的には保険診療でう蝕処置が可能だが, この銀歯で患者が喜んでいるとは思えない。



審美修復により患者の満足度も高い。

図V-1 直接経費と自費料金の具体例 (一部)

総義歯 (片顎) を例として挙げてみますが, 保険診療は単純に考えて, 印象採得料 228 点 (連合印象), 咬合採得料 280 点, 仮床試適料 190 点, 総義歯 2,340 点 (レジン床), 人工歯料 136 点 (硬質レジン歯) の合計 3,174 点ですが, 金属床にして自費診療した場合を想定してみましょう。印象採得は精密に採るためにシリコーン印象材を用いるでしょうし, 難しい咬合採得にしても十分に時間をかけて患者の最も安定して噛める高さを決定しなければなりません。これは本来, 相当な技術料が認められてしかるべきものと考えます。そして, 床は金属 (コバルトクローム, 白金加金, チタンなど) を用いることで, 自然の熱伝導があり, 違和感なく食事ができるようになります。したがって, 金属床義歯が材料費と技工代で 5~6 万円で作れた場合は, その 5 倍の 25~30 万円が損益分岐点と言えます。

■時に応じて“含み”を持たせる

この 5 倍という目安も, 金属ほか材料が値上がり含みのときには, 値動きを十分勘案して対応しないと“5 倍”にした意味がなくなりますから, 特に金属を多く用いる治療には十分気をつけてください。すでに述べたように, 患者には, 「金属の値上がりが激しい時代ですから, ひょっとしたら若干調整させていただくかもしれません」というくらいの含みを持たせるのがよいと思います。

V章 自費診療にも強くなろう

2. 自費料金の峠は3万円？

自費料金の目安は直接経費の5倍とし、総義歯やハイブリッドセラミックス修復を例に金額を示しましたが、実際の臨床では総義歯に限らず25～30万円の自費料金を受け入れてくれる患者は、そんなに数多くいるわけではありません。

疾患の状況やしっかりした治療を受ける必要性の有無にもよりますが、一般的に女性患者の場合は3万円を峠として自費の利用者が減る、と言われています。

■3万円のできる自費治療

デフレ経済が長く続いた結果、資産価値も下がり、収入も減少していましたから、医療費の出費を抑える傾向もずっと続きました。特に女性は家計のやりくりをしていて金銭動向には敏感ですから、生命の危機に直結するような疾病は別として、緊急性がない治療は後回しにしがちです。歯科は“生活を支える医療”をPRし、糖尿病との関わりが大きいことなども少しずつ理解され始めていますが、それでも自費診療となると限界があるようです。

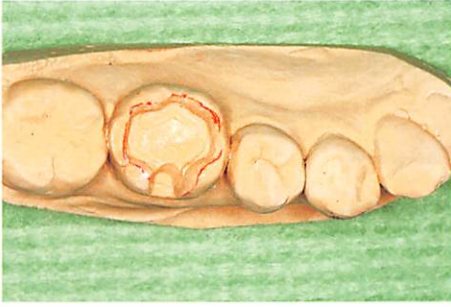
では、3万円のできる自費診療にはどんなものがあるのでしょうか。まず、象牙質に一番近い硬度で審美性にもすぐれたものとして、ハイブリッドセラミックスによる修復が挙げられます。

ハイブリッドセラミックスのクラウンでは5万円程度の診療費は頂きたいところですが、2級インレーなら3万円でも可能ではないでしょうか。開口すれば下顎臼歯の咬合面はすべてみえてしまいますし、上顎小白歯の近心の金属も目立ちます。1級窩洞ならコンポジットレジン充填で十分でしょうが、隣接面を含む場合には間接修復のほうが理想的な形態を回復しやすい症例は、コンポジットレジン充填全盛の今でもたくさんあります。

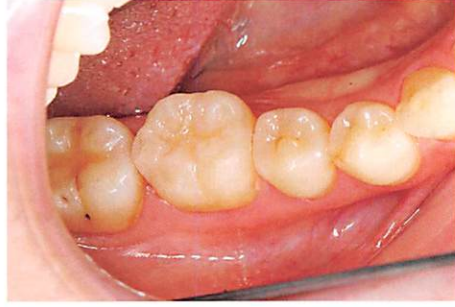
女性は自分の顔とともに、口の中を鏡でみています。他人からみればあまり気にならない金属色も、本人にとってはコンプレックスになっていることが多いのです。ですから予想外に安い3万円の提示は案外簡単に受け入れてくれます。

■峠の“3万円”を心に入れて、個別対応する

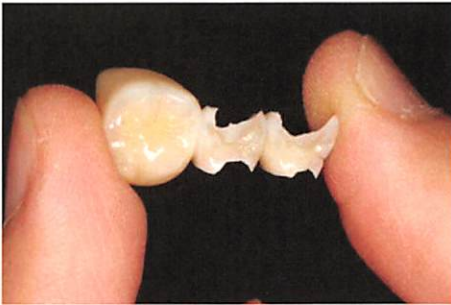
しかし、3万円の範囲のできるものでは治療内容が限られてしまい、実際に対応す



ハイブリッドセラミックスの窩洞形成。これだとやや線角が明瞭すぎる。



ハイブリッドセラミックスのインレー（6鏡像）なら3万円でもどうにかマイナスにはならない。



動揺歯の固定も兼ねた654連結冠をファイバーで補強したハイブリッドセラミックスにて製作した。



左図の連結冠を接着性レジンセメントを用いて強固に接着した。

図V-2 3～5万円の自費料金なら、ここまでできるハイブリッドセラミックス修復

るとなるとかなり難しさがあります。3万円に少しプラスした4万円に、あるいは5万円になると、患者が心から望む治療ができることは多いのですが……。

この3万円という峠はあくまでも一般的傾向をとらえた話でしょうし、地域差もありますから、その点を心に入れながら個々の患者に必要な対応をするのがよいと思います。

V章 自費診療にも強くなる

3. すべて保険でやるのが患者のために良いことなのか？

最初に診療契約について少しふれておきます。サービス業として位置づけられている医療も、厳格に言えば、治療を行うに際して“契約”が必要となります。医療側には“応召の義務”がありますから、いつが契約の時点なのかが問題となりますが、受付で診療を申し出たときとか、健康保険証を提示したとき、あるいは問診を開始したときとか種々の説があるものの、正式に契約書を取り交わしていなくとも、その時点で治療は“準委任契約”として成立し、治療が始まるとされます。

そして保険診療の場合は、治療に際し民法第644条に示す“善管注意義務”を順守することが適用されます。これは、治療にあたっては善良なる管理者としての注意義務である“治療が安全に、目的どおり完了するように、十分な配慮をする責務を負っている”ということです。

では自費診療の場合はどうでしょうか。“善管注意義務”は当然のこととして、場合によっては“請負契約”としてとらえられることになります。特に補綴やインプラント、義歯に関わる治療はそうです。請負契約の場合はトラブルが生じた際に“善管注意義務”を守っていたからといってすまされることはなく、再治療はもとより損害賠償責任が生じることもあります。そのため自費診療については、特に金額の大きい自費診療については「診療契約書」を取り交わすことがほとんどである、と言ってよいと思います。

自費診療についてはそれを確実にできる知識と技術を身につけることが前提となりますが、すべて保険でやるのが患者のために良いことなのでしょうか。そうは思いません。やはり患者納得の自費診療を積極的に展開する必要があります（表V-1）。

表V-1 患者納得の自費診療拡大作戦

-
- ① “患者にとって最良の医療”を提供できる姿勢を、強く打ち出す
 - ② 自費診療の品揃え（引き出し）を拡充する
 - ③ 患者心理を読んだ上での対応が大切
 - ④ デンタルIQの高い患者については継続的管理を自費で
 - ⑤ 自費料金についても透明性を上げる
-

1 “患者にとって最良の医療”を提供できる姿勢を、強く打ち出す

人間は誰でも、“最小の費用で最大の効果”を期待します。こういう心理が常に働きますから、医療においても、自分にとって最高・最良の治療を、できれば“ほどの費用”で受けられれば……、と思うのはやむを得ないことだと思います。しかし、医療側としては“直接経費の5倍”の自費治療費は維持したいところですから、対応には十分気をつけなければなりません。

当然のことながら、現症を説明し、治療法についても理想的な何種類かを提示するわけですが、“あなたにとって、〇〇〇が最も適した治療法です”ということ、すなわち“これがあなたにとって最良の治療法です”ということ自信を持って強く打ち出すことが肝要です。最良の治療を行うのが医療の本質ですし、それは、自分が患者になった場合に受たい治療でもあるからです。特に注意したいのは“私はあなたのお口の健康管理をしている歯科医師です”という姿勢を示すことですが、押し付けがましくなく、心にひびく調子（具体的には熱意と誠実さ）で話すことが大事です。

2 自費診療の品揃え（引き出し）を拡充する

自費診療を拡大させるためには、当然のことながら治療技術を数多く持たなければなりません。一時、“医師の裁量”という言葉が広く用いられました。ここで言う裁量とは、“この疾患にはこの治療が適しているから、その治療法を用いる”とする医療担当者としての判断を指しますが、自分ができる対処法が1つしかないのに“これがよい”と言えるでしょうか。

すなわち、ある疾患に対していくつかの治療法を修得して“この症状にはこの治療が最良であろう”とするのが裁量ですし、そのためには対処法の幅が広くなければならない、品揃え（引き出し）が拡充されている必要がある、ということです。

それには、新しい器材や治療技術に関する情報収集をおこたらず、技術修得に励まなければ、治療の選択肢を広げられません。そのための費用も少なくないと思いますが、種まきをしなければ実りは得られません。自院の発展のために努力してほしいと思います。

もちろん、自らがすべての治療を行うということはしなくとも、周りには歯内療法専門医や矯正歯科専門医、あるいは歯科口腔外科専門医などがいますので、必要に応じて専門的な処置を依頼することもよいのではないのでしょうか。いずれにしても、治療技術の幅を広げておくことが肝要です。

3 患者心理を読んだ上での対応が大切

このような対応が大切となると、何か人様の心の中を見透かしているようなとらえ方をされますが、保険診療と違って自費診療の場合は、患者も“自腹を切って応じてくれている”わけですから、医院としても当然、それなりの対応が必要となります。

患者の心の中は、経済的な迷いもあるでしょうし、本当に安全な治療なのか、長くもつのかなど、さまざまな思いが交錯しています。

例えば問診表の「健康保険内の治療を希望」の項目がチェックされていたとしても、本心はわかりません。むしろ初めての歯科医院で、受付スタッフとしか話していないのに「自費診療」にチェックするほうが無防備な感じがします。とりあえず「保険」をチェックし、信頼できる担当医なら、また、たとえ自費でもその診療法が好ましいと自分が判断したらランクを上げよう、と考えている患者が多いと思います。

そのため、まず診療の選択肢を開示し、“もし自分や自分の家族に施すならこの治療法を選択します”という基準を提示するのも一法です。しかし、300万円の自動車を平気で購入する患者も、10万円の自費料金で悩みますから、「自動車は数年で査定額が大幅にダウンすることを考えると、将来のために自分の体にお金をかける価値は高いですよ」と説明してもよいでしょう。

4 デンタルIQの高い患者については継続的管理を自費で

初診時の問診表はもとより、治療途中においても“歯科的健康に関し十分理解し、積極的に予防を考える”患者は察知できます。歯科医師の仕事は、現時点においては疾患を治療するのが主なものと考えられていますが、すでに述べたように、やがては予防をはじめ正常な咬合を維持するための“口腔管理”が主流となってくるのではないのでしょうか。一通り保険診療が終了したら、その後は“継続的口腔管理”を自費で行うのです。

歯科的健康は全身の健康を維持する源であるとして、歯科疾患を減らすことにより“一般医療費”の低減が図られた地域が現にあります。したがって、“かかりつけ歯科医として、患者さんの生涯を通して歯科的健康を守ります”というコンセプトを表面に出して、“健康を守る伴侶である”という姿勢で患者に対応するのが理想です。

継続的管理は、歯周病についてのみ行うわけではありません。自院で行った自費診療全体が対象となります。治療終了時点が最も安定した、最良の口腔状態と言えますが、物を食べ始めることにより、口腔内環境は大きく変化します。そのため確かなセルフケアが必須となるわけですが、それだけではなく、定期的に専門的チェックをして“好ましい口腔状態”をいかに維持させるかが最も大事な対応になります。

当院では「継続的予防管理」と位置づけてメインテナンスを行います。内容を4つのコースで組み立て(図V-3)、時期については治療内容と治療終了後の期間によって理想的な間隔を設定しています。

また、自費診療に対しては保証期間を設定していますが、これは定期的なメインテナンスに来院可能な人を対象とします。継続的なメインテナンスなくして安定した状態を維持することは不可能だからです。最近、当院のそういった姿勢を理解してメ

井荻歯科医院 継続的予防管理

コース1 約 10～15 分 3,000 円

【内容】 問診 検査 (PPD、BoP、AL、PLI) モチベーション 口腔衛生指導
歯肉縁下デブリッドメント (BoP (+) 部) PTC (PMTC)

以上の内容から、患者さんにとって適切と思われる項目を選択し、組み合わせて行う。
多くは、限定部位のみの改善を目的とする。

●患者さん用メニュー

- ①お口の中の状態チェック ②ご自身による歯の清掃の確認 ③お口のクリーニング

コース2 約 25 分 5,000 円

【内容】 問診 検査 (PPD、BoP、AL、PLI) カリエスチェック モチベーション 口腔衛生指導
歯肉縁下デブリッドメント (BoP (+) 部) PTC (PMTC)

以上の内容から、患者さんにとって適切と思われる項目を選択し、組み合わせて行う。
少なくとも 3 回に 1 回、施術を行う部位に関して PPD・BoP を記録し、患者さんに変化を説明する。

●患者さん用メニュー

- ①お口の中の状態チェック ②ご自身による歯の清掃の確認 ③歯肉の下 (歯肉に隠れた部分) の清掃 ④歯の清掃 (歯肉の上の部分) ⑤虫歯の予防

コース3 約 50 分 8,000 円

【内容】 問診 検査 (PPD、BoP、AL、PLI) カリエスチェック モチベーション 口腔衛生指導
歯肉縁下デブリッドメント (BoP (+) 部) PTC (PMTC) フッ素塗布

出来る限り以上の内容全般を行うが、特に患者さんの必要度の高い項目に重点を置き行う。

●患者さん用メニュー

- ①お口の中の状態チェック ②ご自身による歯の清掃の確認 ③歯肉の下 (歯肉に隠れた部分) の清掃 ④歯の清掃 (歯肉の上の部分) ⑤虫歯の予防

コース4 約 75～90 分 10,000 円

【内容】 問診 検査 (PPD、BoP、AL、PLI) カリエスチェック モチベーション 口腔衛生指導
歯肉縁下デブリッドメント (BoP (+) 部) PTC (PMTC) (仕上げ磨き) フッ素塗布

出来る限り以上の内容全般を行うが、特に患者さんの必要度の高い項目に重点を置き行う。
リスク部位が多い場合など、コース 3 では十分でない場合にコース 4 を選択する。

●患者さん用メニュー

- ①お口の中の状態チェック ②ご自身による歯の清掃の確認 ③歯肉の下 (歯肉に隠れた部分) の清掃 ④歯の清掃 (歯肉の上の部分) ⑤歯の研磨 (必要に応じて) ⑥虫歯の予防

必要に応じて付加すること

- ・ X線撮影 10 枚法 ・ Bite Wing 2 枚 ・ 唾液検査 ・ 光学式齲蝕検出診査 (ダイアグノデント
ペン診査) ・ 口腔内カメラ
- (患者さんの要望により)
- ・ スタイン除去 ・ ホワイトニング

図 V-3 当院における継続的予防管理の骨子

メンテナンスに応じてくださる患者さんが増えてきました。

5 自費料金についても透明性を上げる

Ⅱ章「患者を知る」の「5. 患者は「治療費」を知りたいと思っている」でふれましたが、患者は当然のことながら、自費料金については保険診療費以上に知りたいと思っています。そこでは寿司屋を例にしましたが、料金の透明性とはオーダーメイド品すべてに言えることではないでしょうか。

繰り返しますが、患者は“最良の治療でも、ほどほどの料金で施術してほしい”と願っています。さすがに“最安の料金で……”とは言わないでしょうが、これが偽りのない患者心理だと思います。

また、同じくⅡ章の「4. 患者は「現症」と「治療法」について知りたいと思っている」でふれたように、患者は治療内容を知りたいと思っています。つまり、費用を含めて治療に関するさまざまな事柄を知り、納得の上で受療したいわけです。これが欠けると後々トラブルが発生する元になることはすでにご承知のとおりですが、自費料金も最初に“ある程度の透明性”が確保されていると、患者の安心感はぐっと高まります。

当院では各種の自費料金目安を用意していますが、ここでは「菌冠色クラウン」の保険・保険外費用の目安を参考のために示します（図V-4）。

歯冠色クラウン＝白い歯（かぶせるタイプ）				
保険外		保険		
オールセラミックス ジルコニアオール ガラスセラミックス		メタルセラミックス メタルポークレン	ハイブリッドセラミックス Gold+ハイブリッドセラミックス	オールセラミックス ハイブリッドセラミックスJC
●金銀を一切使用しないオールセラミックスクラウンです。 金属を型とする樹脂の裏面に金銀を貼ることで、自然な歯の色と質感を再現します。生体親和性が高く、審美的に優れた材料です。最も高い強度と耐久性を兼ね備えています。 ●金銀を一切使用しないオールセラミックスクラウンです。 ジルコニアを主成分としたセラミックスクラウンです。 非常に丈夫で、透明感もあり、変色しませんが、非常に美しいクラウンです。1本クラウンに最適です。	●最も硬いセラミックスの一種で、金銀を一切使用しないオールセラミックスクラウンです。 メタルポークレンは、金銀を一切使用しないオールセラミックスクラウンです。 非常に丈夫で、透明感もあり、変色しませんが、非常に美しいクラウンです。1本クラウンに最適です。	●金銀を一切使用しないオールセラミックスクラウンです。 メタルポークレンは、金銀を一切使用しないオールセラミックスクラウンです。 非常に丈夫で、透明感もあり、変色しませんが、非常に美しいクラウンです。1本クラウンに最適です。	●Goldのメタルフレームの上にセラミックスと高分子材料を貼るハイブリッドセラミックスクラウンです。 非常に丈夫で、透明感もあり、変色しませんが、非常に美しいクラウンです。1本クラウンに最適です。	●セラミックス（92.3%）と高分子材料（7.7%）の複合材料です。 非常に丈夫で、透明感もあり、変色しませんが、非常に美しいクラウンです。1本クラウンに最適です。
¥120,000（税込）	¥100,000（税込）	¥80,000（税込）	¥40,000（税込）	¥20,000（税込）
Goldクラウン 高カラスト合金	Silverクラウン 金銀脚パラジウム合金	Goldインレー 高カラスト合金	Silverインレー 金銀脚パラジウム合金	インプラント チタニウム
●Goldで製作します。 フィット（適合）にすぐで、天然歯と近い感覚で、咬合（噛み合わせ）を再現します。 非常に丈夫で、透明感もあり、変色しませんが、非常に美しいクラウンです。1本クラウンに最適です。	●Goldで製作します。 フィット（適合）にすぐで、天然歯と近い感覚で、咬合（噛み合わせ）を再現します。 非常に丈夫で、透明感もあり、変色しませんが、非常に美しいクラウンです。1本クラウンに最適です。	●Goldで製作します。 フィット（適合）にすぐで、天然歯と近い感覚で、咬合（噛み合わせ）を再現します。 非常に丈夫で、透明感もあり、変色しませんが、非常に美しいクラウンです。1本クラウンに最適です。	●Goldで製作します。 フィット（適合）にすぐで、天然歯と近い感覚で、咬合（噛み合わせ）を再現します。 非常に丈夫で、透明感もあり、変色しませんが、非常に美しいクラウンです。1本クラウンに最適です。	●Goldで製作したコアです。 保険のメタルコアに主に使用され、咬合（噛み合わせ）と、アレルギーなどの面で材料的な利点があります。変色しませんが、歯が割れる可能性は低いです。
¥60,000（税込） ¥70,000（税込）	¥35,000（税込） ¥55,000（税込）	¥20,000（税込） ¥35,000（税込）	¥35,000（税込） ¥60,000（税込）	¥25,000（税込）

図V-4 「歯冠色クラウン＝白い歯（かぶせるタイプ）」の自費料金目安

V章 自費診療にも強くなるう

4. オールセラミックスも多種多様

前項の図V-4で、当院におけるオールセラミックス修復による保険外治療費の例を示しましたが、オールセラミックス修復は自費診療における多様な対応ができる治療法だと思います。

一般的に言うセラミックスは、陶器や磁器、焼き物の総称で、陶土や良質の粘土を主原料とし、これに長石や石英を混ぜて焼いたものです。歯科用セラミックスはアルミナやマグネシア、シリカなどを主成分として配合した材料で、近年、ジルコニアが成分として用いられたことにより強度が一層増しました。セラミックスの長所はいくつかありますが、中でも“審美性のよさ”は抜群で、しかも金属を使用しないオールセラミックスクラウンは金属を原因とする歯肉の変色も発生せず、金属アレルギーなどの生体為害性もない、現時点における最高のメタルフリー修復法と言えます。

■オールセラミックスクラウンにはファイバーコアを

オールセラミックスクラウンで対応するにはコアもメタルではなく、ファイバーコアとしますが、ファイバーポストレジンコア材を用いるときに注意しなければならないのは“下顎前歯部”への対応です。ご承知のように、前歯は根管が細いですから、広めに削ることができず“真円状”に形成するようになるとは思いますが、そうすると、セットしたクラウンで咀嚼しているうちに回転力が生じ、レジンコアが抜けてくる恐れがあります。そのため、細いポストを2本入れたり、回転力を制御するような形成をするなどの工夫が必要となります。

■接着性レジンセメントを用いる

そして、オールセラミックスのセットには接着性レジンセメントを用いなければなりません。歯科用セラミックスは金属酸化物系セラミックスですから、金属接着性機能性モノマーを含んだ材料でなければ接着しません。これも大事なポイントです。

■レジン強化型ガラスアイオノマーセメントは不可

そのため、レジン強化型ガラスアイオノマーセメントを用いても接着しません。これには金属酸化物系セラミックスに接着する機能性モノマーは含まれていないので、オールセラミックス修復に用いることは不可です。このことも、十分に心してく



症例1-① テトラサイクリンによる変色歯をポーセレンラミネートベニアを用いて修復する。



症例1-② 形成はほぼエナメル質内であるため、生体への侵襲は少ない。



症例1-③ 上顎前歯舌側のアンテリアガイドスも保存可能なすぐれた治療方法であり、修復後の事故も少ない。

図V-5 オールセラミックス修復の臨床例4例

ださい。

■表面処理に用いるプライマーにも要注意

また、セラミックス系補綴物の表面処理に用いるプライマーも、①ポーセレン、②ハイブリッドセラミックス、③金属酸化物系セラミックス（ジルコニア、アルミナ）の3種に利くもの、また①と②に利くもの、③のみに利くものなど、さまざまです。3種に利くものはシランカップリング材と金属酸化物接着性機能性モノマーが入っています。ジルコニアとアルミナ系のセラミックスには使用できてもシリカ系には使用できないもの、またその逆のものが有りますから、使用にあたっては注意が必要です。

■CAD/CAM 対応となる

オールセラミックスクラウンは多くがCAD/CAM対応となりますので、ラボや歯科技工士との連携を密にすると同時に、支台歯形成もしっかり仕上げなければ適合性のよいクラウンは削り出されません。その点も十分心得ておく必要があります。

＊

以上、オールセラミックス修復の利点と注意点にふれましたが、参考症例をご紹介します（図V-5）。なお、詳しくは成書をご参照ください。



症例2-**1** ⑤⑥⑦にエステニア（ハイブリッドセラミックス）ブリッジのための支台歯形成を施した。



症例2-**2** ファイバー補強構造を内在させ、金属を用いないブリッジが完成した。



症例2-**3** 支台歯に茶変部があるためオペークを使用した。支台歯の色調が良好であればオペークは不要である。



症例2-**4** 咬合感、審美性ともに良好で患者の満足度も高い。



症例3-**1** ①にファイバーコアを装着し、形成を行った。



症例3-**2** ポーセレン前装タイプのジルコニアクラウンを製作した。



症例3-**3** ジルコニアクラウンを接着性レジンセメントを用いて装着した。



症例3-**4** 同舌側面観。定期的なリコールにより、対合歯の咬耗もチェックする。



症例4-1 患者は3～3の審美不良を主訴に来院した。



症例4-2 32|23には硬質レジン前装冠が装着されている。



症例4-3 ポーセリン前装タイプのジルコニアクラウンを製作した。



症例4-4 金属に対する抵抗感を有する患者もこれを見ると安心する。



症例4-5 接着性レジンセメントを用いて装着した。



症例4-6 ミラーを用いて装着後の舌側面観も患者にみせるとよい。



症例4-7 オールセラミックス修復では歯肉の状態も良好となることが多い。



症例4-8 審美性が改善され、歯をみせて自然に笑えるようになった。

V章 自費診療にも強くなるう

5. オールセラミックス修復のリペアーテクニック

ジルコニアなどの金属酸化物系セラミックスそのものは、割れることはありません。しかし、一般的に歯科で用いられているセラミックスは硬いけれど脆いという性質を有する、いわゆる脆性材料です。ポーセレンやハイブリッドセラミックスで製作したジャケットクラウンやインレーは、強固に接着することにより補強されますが割れることはあります。またメタルボンドのポーセレン部分や、ジルコニアなどに築盛したポーセレンも割れる可能性があります。

自費診療により治療した修復物が破損するのは大きな問題です。それが自院で治療したものであれば信用問題にもなります。実際の状況は症例により異なります。装着1カ月後に破損したなら、原因究明後に再製作でしょう。しかし、装着してから10年以上経過していれば歯科医院が責任を問われることはまれでしょうし、破損の原因が患者の不注意（例：フォークを噛んだ）である場合も同様でしょう。もちろん、その修復物に関して歯科医院側がどのような説明をしてあったかにもよります。

歯冠修復物が破損した場合の一般的な治療方法は除去、再製作です。しかし、例えば破損したのが大きなブリッジの一部であった場合、除去と再製作は“患者、歯科医院”双方の大きな負担になります。また支台歯が生活歯であれば、除去は生体への侵襲に直結します。

■リペアーテクニックの習得は必須

そこで便利なのがリペアーという手法です。例えば中切歯が破損し、審美不良、不安、不満とともに来院した患者に対し、即日リペアーすることによって信頼を回復できます。リペアーは、暫間的にも、半永久的にも使用できます。自費診療でオールセラミック修復やメタルボンドを行うなら、リペアーテクニックの習得は保険に入るようなものであり、必須でしょう。

破損した修復物の破折面はポーセレン、硬質レジン（ハイブリッドセラミックスを含む）、金属酸化物系セラミックス（ジルコニア、e-max など）、金属のいずれかのはずです。現在ではそれらに接着するプライマーがありますから、リペアーは決して難しくありません。



1 患者は72歳女性。1に施したポーセレンラミネートの切端部の破折、2の歯頸部の根面露出による審美不良を主訴として来院。



2 破折した1の術前の唇舌側面観。



3 本症例のリペアに使用したリペアキット(ジーシー)。



4 1の切端部と2歯頸部の修復部位に対し、ベベルの付与を目的としてキットに付属している専用ダイヤモンドポイントにより、ベベルを付与する。



5 キットに付属しているリン酸処理材にて、被着面を洗浄する。

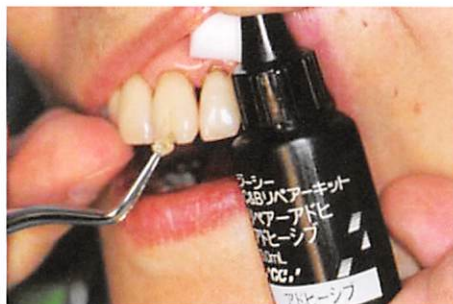


6 処理後に水洗する。

図V-6 オールセラミックス修復のリペアテクニック



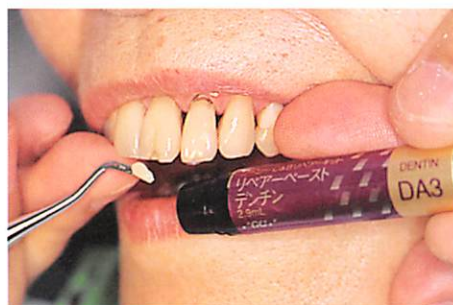
7 乾燥後、シランカップリング剤含有のセラムックプライマーにて、被着面のシラン処理を行う。



8 リペアーキット アドヒ アドヒープにてボンディング処理を行い、光照射する。



9 本症例に用いたリペアーペースト。



10 被着面処理の完了した1 破折部に、硬質レジンのリペアーペーストを築盛する。



11 4で付与したベベルを利用して、残存部とペーストを移行的に仕上げる。



12 CR 充填に順じた被着面処理の完了した、2 歯頸部に露出した根面の変色部を遮蔽するため、付属するペーストの中からオパークペーストを選択し、変色面に塗布した。



13 光を通しにくいオパークを完全に硬化させるために、光照射を長めに行う。



14 デンティンシェードのリペアーペーストを用い、築盛付形を行う。リペアーペーストはやや透明感を抑えてあるので、下地の色が透けにくい。



15 光照射によりペーストを硬化させた後、形態修正と研磨を行う。



16 リペア修復の完了した①切端部と②歯頸部の状態。リペアは即日終了するため、今後の不安を抱いて来院した患者からは高評価が得られる。オールセラミックス修復を臨床に取り入れるなら、破折したときの「保険」としても手技をマスターしておきたい。

6. 新時代の床用材料を活用しよう

部分床義歯については、従来のクラスプデンチャーは金属クラスプが他人の目にふれ、義歯を装着していることが歴然とするので嫌だ、と言って忌避されることが多くなりました。

そこに登場したのが新時代の床用材料、いわゆるニューマテリアルデンチャーです。これは“ノンクラスプデンチャー”とも称されますが、金属クラスプがないため審美性にすぐれ、費用的にも受け入れられやすいものです。素材は、ポリエステル系樹脂、ポリアミド系樹脂、ポリカーボネート系樹脂など、熱可塑性のもので破断しにくい性質を持っています。そして、ポリカーボネート系とポリエステル系のものの中にはチェアサイドで修理や裏装が可能なものもあります。コバルトやクロームに対し金属アレルギーを有する患者さんにも、ニューマテリアルは有効です。

しかし、設計の自由度の高さや装着感のよさなど、金属床の利点も多く、特に近年では技工技術の向上により、チタンを用いた金属床の評価も高まってきています。基礎疾病があるためインプラントが禁忌の高齢患者はたくさんいます。PMMA 一辺倒であった床用材料にもさまざまな選択肢があり、臨床の幅が広がりつつあることは朗報です。

■ 適応症と禁忌症について

金属製のクラスプの露出にともなう審美不良を嫌う人や、鉤歯にクラスプによる負荷をかけたくないケース、そして金属アレルギーを有する患者さんにも適応可能です。また症例によっては、片側処理で可能な場合も多く、従前の部分床義歯の概念を変える床用材料といえます。

鉤歯にアンダーカットが少ない場合は維持力が得られにくくなります。前歯を鉤歯とした片側処理も難しいでしょう（鉤歯には少なくとも小臼歯がほしい）。大きな義歯では、残存歯は最低でも3～4本はほしいところです。ただし、過大な咬合力が負荷されるケースには、適用すべきではありません。

＊

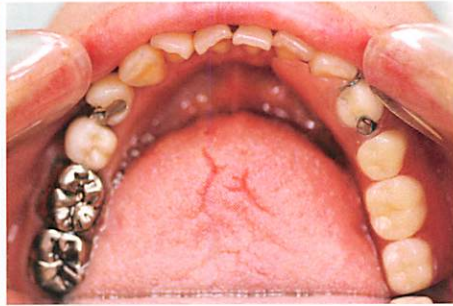
症例を示します（図Ⅳ-7）が、詳しくは成書を参照してください。



症例 1-**1** 567 遊離端のノンクラスプデンチャーで、片側処理が可能である。



症例 1-**2** 5 のレストは金属で製作した。床に弾性があるため、完成義歯を模型に戻すことができる。



症例 1-**3** 実際には 34 部床縁は下口唇にかくれて外観には触れない。



症例 2-**1** 7653+37 のノンクラスプデンチャーを製作した。



症例 2-**2** 穴が開いた総義歯のような外観だが、維持力は十分である。



症例 3-**1** 新時代の PMMA 系素材とも言えるプロインパクト（ジーシー）を応用した総義歯。



症例 3-**2** 製作に射出成型機等の特殊な設備も不要であり、薄くても破折しにくい高強度、高靱性素材である。

Ⅵ章 超高齢社会への対応

1. 高齢社会から超高齢社会へ、 老人多歯残存時代の到来

改めてふれるまでもなく、わが国は昭和45年（1970年）に65歳以上の高齢者人口が7%を超え、いわゆる“高齢化社会”に入りました（総人口1億372万人、65歳以上の高齢者733万人）。それが平成6年（1994年）には14%を超え“高齢社会”となり、平成22年（2010年）には23%に達するに至りました（同1億2,806万人、同2,925万人）。さらにまた同年には、高齢者の48%は75歳以上の後期高齢者で、これが総人口の11%を占めるなど、まさに“超高齢社会”の到来です。

超高齢社会に至った理由として、国民の長寿化と合計特殊出生率の低下があります。長寿化については食生活の向上や国民皆保険制による疾病に対する素早い対応や医学・医療技術の進歩が、また合計特殊出生率の低下については、核家族化や保育施設の不備など子を持つ女性の社会進出の狭溢さが壁となっています。ちなみに、合計特殊出生率は2.1以上であれば人口増加傾向となり、それ以下であれば減少する、と言われています。

この合計特殊出生率とは、女性が妊娠可能年齢とされる15歳から49歳までの間に1人の女性が一生の間に生む子どもの数を言います。わが国では昭和49年（1974年）に2.05となっていて以来ずっと2.1を下回り、平成17年（2005年）に1.26となったのを底に徐々に回復してきましたが、それでも平成23年（2011年）においても1.39と低い水準にあります。

かつての言葉「人生50年」が「人生80年」と言われて久しくなりますが、このように長寿社会となり元気な高齢者が増加するに従って、口腔への対応も大きく変えていく必要性に迫られてきました。

■ 8020 達成者の増加（推定 38.3%）

その典型的な例として、8020 者の増加があります。すでに述べたように、歯科疾患実態調査の平成23年調査では、8020 達成者は推定値で38.3%とされました。厚生労働省が示した、調査「結果の概要」には以下のようにあります。

「20本以上の歯を有する者の割合は増加傾向にある（表16、図16）。なお、75歳以上80歳未満、80歳以上85歳未満の年齢階級の数値を単純平均することで80歳での数値を推定す

表Ⅵ-1 年齢（3区分）別人口

年 次	人 口 (1,000 人)			
	総 数	0～14 歳	15～64 歳	65 歳以上
1884 ¹⁾	37,452	11,843	23,458	2,142
1888 ²⁾	39,607	13,360	24,069	2,175
1898 ²⁾	43,764	14,367	26,989	2,405
1908 ²⁾	49,589	16,969	30,014	2,604
1920	55,963	20,416	32,605	2,941
1930	64,450	23,579	37,807	3,064
1940 ³⁾	71,933	26,383	42,096	3,454
1947 ³⁾	78,101	27,573	46,783	3,745
1950	83,200	29,428	49,658	4,109
1955	89,276	29,798	54,729	4,747
1960	93,419	28,067	60,002	5,350
1965	98,275	25,166	66,928	6,181
1970	103,720	24,823	71,566	7,331
1975	111,940	27,221	75,807	8,865
1980	117,060	57,507	78,835	10,647
1985	121,049	26,033	82,506	12,468
1990	123,611	22,486	85,904	14,895
1995	125,570	20,014	87,165	18,261
2000	126,926	18,472	86,220	22,005
2005	127,768	17,521	84,092	25,672
2010	128,057	16,803	81,032	29,246

人口問題研究所資料より
 総務省統計局『国勢調査報告』、『日本
 長期統計総覧』による。各年 10 月 1 日
 現在。総数は年齢不詳を含む。

表Ⅵ-2 合計特殊出生率の変化

年 次		実 数			年齢構成 の違い ③
		出 生 数 ①×②×③ 35	女性人口 (15～49 歳) (千人) ①	合計特殊 出生率 ②	
1970	昭和 45 年	1 934 239	29 400	2.13	1.079
71	46	2 000 973	29 589	2.16	1.097
72	47	2 038 682	29 700	2.14	1.122
73	48	2 091 983	30 035	2.14	1.139
74	49	2 029 989	30 128	2.05	1.151
75	50	1 901 440	30 251	1.91	1.152
76	51	1 832 617	30 271	1.85	1.144
77	52	1 755 100	30 289	1.80	1.126
78	53	1 708 643	30 319	1.79	1.101
79	54	1 642 580	30 351	1.77	1.071
89	平成元年	1 246 802	31 177	1.57	0.890
1990	2	1 221 585	31 154	1.54	0.890
91	3	1 223 245	31 094	1.53	0.897
92	4	1 208 989	30 974	1.50	0.910
93	5	1 188 282	30 865	1.46	0.924
94	6	1 238 328	30 681	1.50	0.942
95	7	1 187 064	30 614	1.42	0.954
96	8	1 206 555	30 651	1.43	0.967
97	9	1 191 665	30 249	1.39	0.993
98	10	1 203 147	29 809	1.38	1.021
99	11	1 177 669	29 330	1.34	1.047
2000	12	1 190 547	28 821	1.36	1.064
01	13	1 170 662	28 513	1.33	1.077
02	14	1 153 855	28 240	1.32	1.085
03	15	1 123 610	27 998	1.29	1.088
04	16	1 110 721	27 773	1.29	1.086
05	17	1 062 530	27 385	1.26	1.078
06	18	1 092 674	27 165	1.32	1.069
07	19	1 089 818	26 982	1.34	1.057
08	20	1 091 156	26 757	1.37	1.044
09	21	1 070 035	26 531	1.37	1.032
10	22	1 071 304	26 535	1.39	1.019
11	23	1 050 806	26 337	1.39	1.002

厚労省「平成 23 年人口動態統計」より
 注：1)「合計特殊出生率」の転換年は
 昭和 49 年
 2)「年齢構成の違い」の転換年は
 昭和 51 年，平成 3 年，16 年
 3)「15～49 歳女性人口」の転換
 年は平成 9 年

ると、1人平均現在歯数では13.9、20本以上の現在歯を持つ者の割合での推定値は38.3%となる」

なお、表16と図16は表Ⅵ-3、図Ⅵ-1として示しました。

歯科界は平成元年（1989年）より“8020運動”に取り組んできました。厚生労働省から都道府県歯科医師会に対し「8020推進のメニュー化」にともなう予算が補助金として相当額手当てされた時期があったものの、われわれ歯科医師、それも歯科医師会を中心とした多くの関係者の熱意と努力で毎年実績を上げ、この数値に至ったわけで、私はこの成果を大変誇りに思っています。

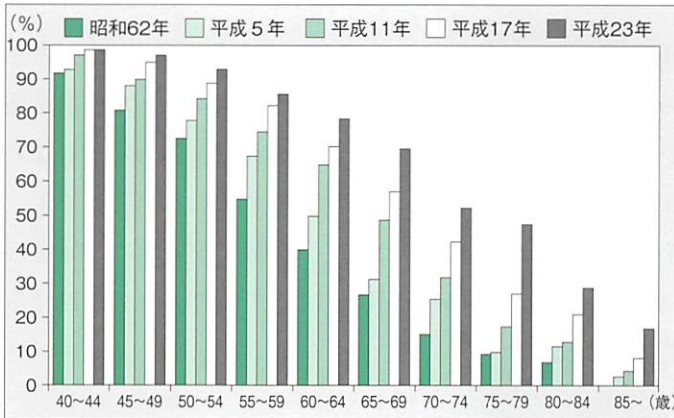
■老人多歯残存時代の到来

自分の歯を20本以上有する者の割合が増加するにともない、高齢者の中に「う歯」を持つ者の数が増加しています（表Ⅵ-4・図Ⅵ-2）。これは平成23年歯科疾患実態調査によるものですが、社会環境や母親の子育てに関する対応の変化により、年少者ほど「う歯」を持つ者の割合が減る一方で、高齢者の「う歯」は増えています。この現象は言葉を換えると「老人多歯残存時代」の到来、そして「高齢者への歯科的対応を根本的に変える時代」の到来と言えるのではないのでしょうか。

表Ⅵ-3 20本以上の歯を有する者の割合の年次推移 (%)

年齢(歳)	昭和62年	平成5年	平成11年	平成17年	平成23年
40～44	91.8	92.9	97.1	98.0	98.7
45～49	80.9	88.1	90.0	95.0	97.1
50～54	72.6	77.9	84.3	88.9	93.0
55～59	54.9	67.5	74.6	82.3	85.7
60～64	40.1	49.9	64.9	70.3	78.4
65～69	26.8	31.4	48.8	57.1	69.6
70～74	15.2	25.5	31.9	42.4	52.3
75～79	9.4	10.0	17.5	27.1	47.6
80～84		11.7	13.0	21.1	28.9
85～	7.0	2.8	4.5	8.3	17.0

注) 昭和62年は、80歳以上で1の年齢階級としている(図Ⅴ-1も同様)。

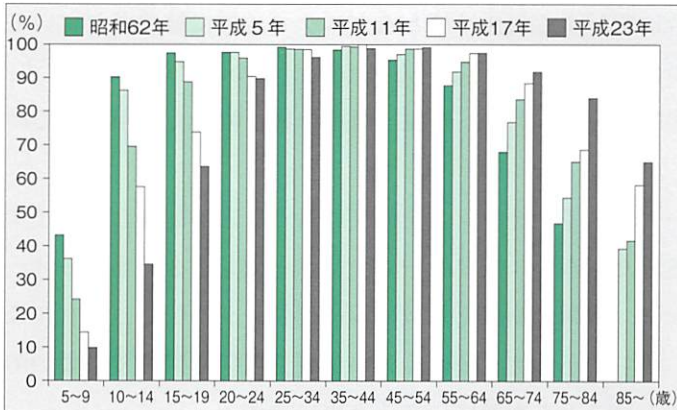


図Ⅵ-1 20本以上の歯を有する者の割合の年次推移。

表Ⅵ-4 現在歯に対して「う歯」を持つ者の割合の年次推移 (5歳以上、永久歯) (%)

年齢(歳)	昭和62年	平成5年	平成11年	平成17年	平成23年
5～9	43.3	36.3	24.3	14.6	10.0
10～14	90.4	86.4	69.7	57.7	34.7
15～19	97.5	94.9	88.9	73.9	63.7
20～24	97.7	97.7	96.0	90.5	89.9
25～34	99.2	98.7	98.6	98.5	96.2
35～44	98.4	99.5	99.3	100.0	98.8
45～54	95.4	97.1	98.7	98.7	99.1
55～64	87.8	91.9	94.8	97.4	97.5
65～74	68.1	76.9	83.7	88.5	91.9
75～84		54.5	65.2	68.7	84.1
85～	46.9	39.4	41.8	58.3	65.1

注) 平成5年以前、平成11年以降では、それぞれ未処置歯の診断基準が異なる(図Ⅴ-2も同様)。



図Ⅵ-2 現在歯に対して「う歯」を持つ者の割合の年次推移(同様)。

Ⅵ章 超高齢社会への対応

2. ライフステージに対応した 修復・補綴材料の選択

歯科界が取り組んだ“8020 運動”が功を奏して、80 歳で自分の歯を 20 本持つ人々は 38%に達しましたが、この“老人多歯残存時代”には患者の年代に合った治療を施しませんと、多歯残存を続けることができなくなります。すなわち、加齢にともない歯牙は変化しますので、その変化に見合った（沿った）治療をすることが肝要です。

ここでは、いきなり高齢者への対応にふれるのではなく、高齢者が多数の歯牙を残すためのポイントとして 40 歳以降を 3つのステージに分けて、各ステージにおける具体的対応について述べます（表Ⅵ-5）。

表Ⅵ-5 ライフステージに対応した修復・補綴材料の選択肢

-
- | |
|---|
| ①第1ステージ（40～60歳）：咬合面がエナメル質の時期 |
| オールセラミックス、メタルボンド、陶歯・硬質レジン歯（義歯人工歯として）Type IV 金合金が適応、インプラントも可 |
| ②第2ステージ（60～80歳）：咬耗が進み、咬合面にエナメル質と象牙質が混在する時期 |
| 咬耗に追従できるハイブリッドセラミックス系の材料、硬質レジン歯（義歯人工歯として）が適応 |
| ③第3ステージ（80歳以上）：加齢に伴う退行性変化が進む時期 |
| 金、硬質レジン、アクリリックレジン（義歯人工歯として）が適応 |
-

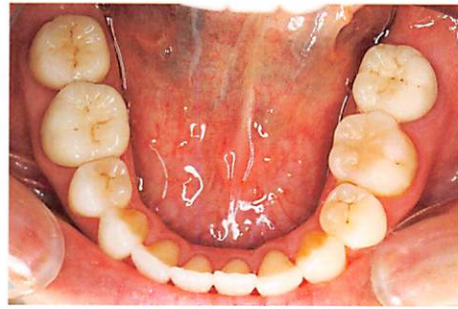
1 第1ステージ（40～60歳）：咬合面がエナメル質の時期

この第1ステージは、咬合に関与する歯牙はほとんどエナメル質に被覆されていて咬耗の進行もそれほど顕著ではなく、ある程度安定した咬合が保たれている時期です。これは“エナメル質咬合時代”と言ってよく、修復・補綴材料も幅広く応用できる時期でもあります。

もちろん、定期的なリコールやメンテナンスを確実に行うことが前提となりますが、CAD/CAMにより製作されたジルコニアフレーム上にポーセレンを築盛するオールセラミックスやメタルボンド、有床義歯であれば陶歯や硬質レジン歯を、メタルなら Type IV 金合金といった、どちらかと言えば硬く強い材料を用いる臨床でもよいのではないかと思いますし、インプラントも適応になると思います。



症例 1-① 767 審美不良にオールセラミックスクラウンで対応する。



症例 1-② 患者は比較的若年で、エナメル質が十分残存しているため、ジルコニアを選択した。



症例 1-③ 高強度素材であるがゆえ、咬耗には追従不可能である。対合歯の安全を確保するためにも定期的なリコールとメンテナンスは忘れないようにしたい。

図 VI-3 第 1 ステージにおける修復のポイント

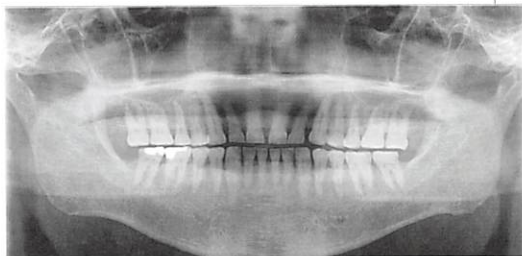
2 第2ステージ (60～80歳)：咬耗が進み、咬合面にエナメル質と象牙質が混在する時期

第2ステージは、咬合面に象牙質とエナメル質が混在する部位が増大する時期にあたります。すでに述べましたが、ヒトのエナメル質は30年で約1mm咬耗と言われていますから、平均的な厚みが1.8～2.0mm程度であるエナメル質層は約60年ほどで咬耗により消失し、象牙質が咬合面部に露出することになります。しかも、露出した象牙質はエナメル質と比べものにならないほどの速さで咬耗が進むことから、それに追従できる材料の選択が重要となります。

また、この年齢層では大規模な補綴処置を必要とするケースが増加すると同時に、加齢にともなう顎骨や歯周組織の変化も顕著になる時期でもあります。そのため、補綴処置に際しては、ある程度咬耗に追従可能なハイブリッドセラミックス系の材料が第一選択になるのではないかと思います。特に、歯根膜による緩衝能を有さないインプラントについては上部構造体に用いる材料によってはトラブルの発生が懸念されますが、ポーセレンほど硬くなく、硬質レジンほど軟らかくなく、しかも靱性があり、



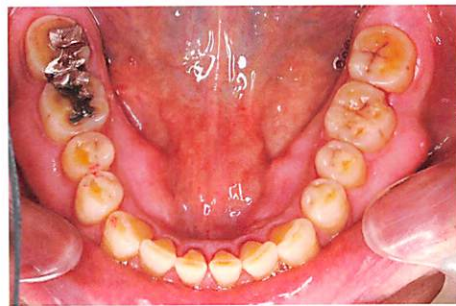
症例1-1 切歯を含めた咬耗が進行し、フルバランソククルージョンになっている。



症例1-2 歯槽骨の吸収はみられない。



症例1-3 もし修復を行う必要が生じ、咬耗に追従できない材料を使用したらトラブルになるだろう。



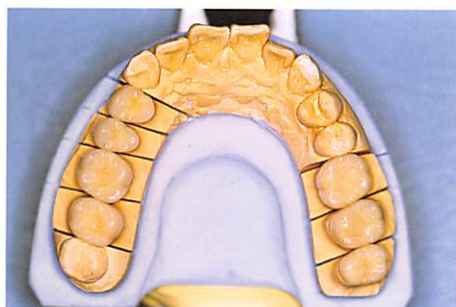
症例1-4 骨隆起からも歯にかかる力の大きさが想像できる。

図VI-4 第2ステージにおける修復のポイント

適度の磨耗性を有するハイブリッドセラミックスは、インプラントの上部構造体には最適と思われます。また、床用人工歯として硬質レジン歯が最適であることは、言うまでもありません。



症例2-① 第2ステージに相当する患者の大規模な補綴を行うことになった。長期間に少しずつ行われた多数歯の金属修復により変化した顎位を適正な位置に戻す目的もある。



症例2-② 補綴にはポーセレンの使用は避け、変化に追従可能なハイブリッドセラミックスを用いた。



症例2-③ 3|3の咬耗がこれ以上進みにくいように543|345のグループファンクションとし、定期的なリコールにより変化を観察する。

3 第3ステージ（80歳以上）：加齢にともなう退行性変化が進む時期

最近のわが国の平均寿命は進展がめざましく、100歳以上の高齢者人口は平成24年（2012年）には51,376人と初めて5万人を超え、有歯顎の超高齢者も急増しています。そのため、従来のように「超高齢者＝総義歯」といった単純な発想は改めなければならない時代となった、と言えます。

この80歳以上の高齢者に対する補綴は、加齢にともなう退行性変化にいかに対応させるかが勝負となりますので、高カラットの金や硬質レジンが多用されるべきです。臨床経験の長い先生方にはおわかりいただけることと思いますが、40～50年前に治療した金のインレーが現在でも口の中で光輝いている状況に接すると、ホッとすると同時に歯科材料としての「金」の物性の素晴らしさに驚愕するのではないのでしょうか。

この第3ステージに該当する人たちは、前歯部を除き、審美性にそれほど重きをおく必要のない年齢層でもありますから、生体にやさしい軟らかい材料が第一選択になると思います。有床義歯においては、第3ステージの中でも後半に位置する“咬合力が衰えつつある超高齢者”にはアクリリックレジン歯の活用もよいのではないのでしょうか。



症例1-1 患者は80歳以上であるが、補綴を施した多くの歯が残存している。



症例1-2 高齢者の歯の咬合面は45のようなフルベイクの陶材ではなく、654|6のような高カラット金合金が望ましい。



症例1-3 高カラット金合金である6の対合歯の6は、セパレーション歯だが良好に保たれている。

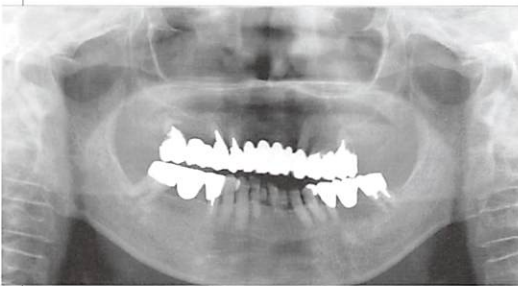
図VI-5 第3ステージの修復のポイント



症例2-1 高齢の患者にフルブリッジが装着されているが、6のみで支えられており、大きく動揺する。



症例2-2 動揺がほとんどない下顎歯により、上顎の破壊が進行したことが想像される。



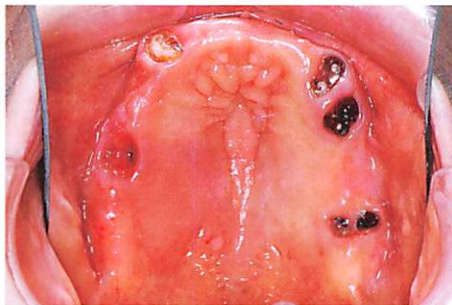
症例2-3 下顎の歯槽骨は比較的残存しているため、下顎歯は一生このまま使いたい。



症例2-4 6の抜去により、ブリッジ全体が撤去された。



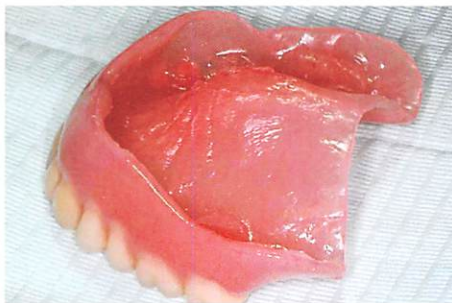
症例2-5 撤去されたブリッジの咬合面観。



症例2-6 残根は使用できない状態だった。



症例2-7 上顎は総義歯で補綴した。



症例2-8 下顎歯を守るために、人工歯にはアクリックレジンを用いた。

Ⅵ章 超高齢社会への対応

3. 他科疾患（歯科領域以外の疾患）に 要注意

高齢者で注意したいのは、歯科領域以外の疾患の有無とその対応です。高齢者の域に至らなくとも 50 歳を過ぎれば、何らかの疾患を抱えているケースがよくみられます。いわゆる有病者で生活習慣病（メタボリックシンドローム）が主なものと言えますが、すでに服用している薬と歯科で処方する薬の相互作用の有無や、歯科治療は脳に近い部位で行う小外科的な処置であり、また、音や刺激は小さくなったとはいえ切削器具を使うなど、ストレスの発生しやすい治療として、さまざまな点で配慮しなければならない問題があります。

■特定健診・特定保健指導にみるメタボリックシンドロームの傾向

I 章でふれたように、厚生労働省では医療費抑制策の一環として平成 20 年(2008 年)度より特定健康診査・特定保健指導制度を開始し、メタボリックシンドロームの予防に努めることになりました。

特定健診の実施率は、初年度の平成 20 年度が 38.9%，21 年度が 41.3%，22 年度が 43.2%，23 年度は 45.0%（対象者 5,253 万人，受診者 2,326 万人），そして、メタボリックシンドローム該当者および予備群は各年度ともに受診者の 26% 台、つまり 4 人に 1 人という状況でした。また、実際に薬剤を服用している者は平成 23 年度の受診者でみて（重複服用を含む）、高血圧症の治療に係る薬剤の服用者 19.6%（471 万人）、脂質異常症 11.9%（282 万人）、糖尿病 4.5%（106 万人）でした。もちろん、特定保健指導を実施する対象は、年齢が高くなるほど増加しています。

■注意を要する“他科疾患”

高齢者の患者で注意を要する“他科疾患”については、Ⅲ章「保険で可能な“患者のための確実な歯科診療”」の「6. 医科歯科連携が安全・安心医療の“要”」で、医学管理の必要性にからめてふれていますので参照していただきたいと思います。

この中には従来なら通院しなかったような高齢者もいると思いますが、これらについては専門的な成書にたえず目を通し、対応に万全を期す必要があります。

■内科医院や二次・高次医療機関との連携を

歯科領域以外の疾患を持っている患者には十分な注意が求められますが、トラブル



緊急事態は“今日”発生するかもしれない。後で問題視されただけの器具と知識を用意しておきたい。



スプレー缶タイプの酸素発生器もあるが、ボンベの場合は全スタッフが使用法を熟知している必要がある。



佐藤 田鶴子 編著『日本歯科評論／増刊 2011 疾患を有する高齢者が来院したら？—歯科医師・スタッフが知っておきたいポイント—』（ヒョーロン刊）



受付も含めた全スタッフが AED を使えるようにしておく。

図VI-6 “いざ”というときに備えておきたい器具。

発生時のためにパルスオキシメーターや AED の設置はもとより、近隣の内科医院や二次医療機関、高次医療機関との連携を常態化しておくことも必要な時代です。

*

ここで気をつけなければならないのは、メタボリックシンドロームに続いて“ロコモティブシンドローム”に対する問題が出てきたことです。ロコモティブシンドロームとは“運動器症候群”のことで、高齢者になると筋肉や関節が衰えて足腰が思うように動かなくなることを指します。広い意味では口腔も顎関節という運動器で制御されていますが、歯科に出番がくることはないのでしょうか。

Ⅵ章 超高齢社会への対応

4. 高齢患者の“義歯のケア”の必要性

歯科の治療動向として、義歯に代わってインプラントを好む傾向が続いていましたが、一般的には、義歯で咀嚼機能を回復させる医療がまだまだ大きなウエイトを占めているのも事実です。平成23年社会保険医療診療行為別調査によると、1日当たりの点数構成において有床義歯の治療が9.2%を占めていました。

そういう中で、義歯を長くもたせる、あるいは十分機能させるためには、たえず“義歯をケアする”必要があります。

■義歯はバイオフィルムの温床

義歯でまず考えられるのが、食物残渣が付きっぱなしの義歯はバイオフィルムの温床になることです。36～37℃もある口腔内で義歯に食物残渣が付着すれば、それが腐敗して悪臭を発すると同時にバイオフィルムとなります。そのバイオフィルムを誤嚥することにより肺炎を発症する恐れがあることは、すでにご承知のとおりです。そのため、総義歯、部分床義歯の区別なく、義歯の患者には“義歯の取り扱い”について十分啓蒙を行う必要があります。

■“義歯のケア”についての具体策

私の歯科医院では、8項目の取り扱い注意をA4の紙にプリントして、義歯患者に渡しています（図V-7）。

それは、①入れ歯安定材に頼りすぎないようにしましょう、②熱湯消毒はいけません、③義歯洗浄剤を使用しましょう、④歯磨き粉は使用しないでください、⑤入れ歯は割れ物です！ 気をつけて扱きましょう！ ⑥義歯ケースを使用しましょう、⑦寝るときは外すの？ 外さないの？ 必ず担当医に確認しましょう！ ⑧入れ歯に慣れること！ そして歯科医による調整が大切です！ の8項目です。

■唾液腺マッサージの効用

また、義歯で大事なのは唾液の分泌が十分であることです。義歯性口内炎が多発して痛くて困るという患者がいますが、それは服用している薬の影響もありますので、そのようなときに唾液腺マッサージを行うと唾液の分泌を促し、効果的です。具体的には、耳下腺の辺りの両頬をグリグリと10回ほどマッサージする、舌下腺の辺り（舌

☆義歯の取り扱い☆注意しましょう！



入れ歯安定材に
頼りすぎない
ようにしましょう
入れ歯が合わないからと
いって、安定材を多用する
のはあまりよくありません。
安定材を使用する前に、
歯科医にしっかりと調整
してもらいましょう。

熱湯消毒はいけ
ません
消毒しようとして、熱
湯をかけてしまうと、
変形してしまいます。
義歯洗浄剤や義歯洗浄
液を使用しましょう。

義歯洗浄剤を
使用しましょう
ブラシで磨いただけで
は、細菌は落としきれま
せん。洗浄剤を毎日使用
し、細菌を溜めないよう
にしましょう。



義歯ケースを使
用しましょう
ティッシュなどに包ん
でおくと、捨てしまっ
たり、壊してしまっ
たりする原因になりま
す。



歯磨き粉は使用し
ないでください
入れ歯が傷つき、細菌
が溜まりやすくなり
ます。カビが発生する
原因にもなります。



入れ歯は割れ物で
す！気をつけて扱い
ましょう
入れ歯は割れやすいもの
です。落としたり、強い衝撃を
与えたりしないよう、注意し
て取り扱いましょう。割れて
しまったら、ご自身で接着せ
ず、そのまま歯科医にみて
もらいましょう。

入れ歯は慣れること！
そして歯科医による調整
が大切です
入れ歯と上手にお付き合いするた
めには、慣れることがとても大切
です。あきらめずに、使用しまし
ょう。また、お口に合う入れ歯に
するには、調整が欠かせません。
不都合を感じるところを歯科医に
調整してもらいましょう。
痛みがあるからといって、ご自身
で削ったりするのはやめましょう。

寝るときは外すの？
外さないの？
必ず担当医に確認
しましょう！
歯肉を休めるため、寝るとき
は義歯を外すのが基本です。
けれど、個人差がありますの
で、必ず担当医に確認するよ
うにしましょう。



図VI-7 当院における“義歯の取り扱い注意”

の付け根の辺り)を下顎の外側から両手の親指で5回ほど、舌を突き上げるように押す、顎下腺の辺り(下顎の左右の骨の出っばりから3mm内側辺り)を両手の親指で5回ほど押す、というものです。

VI章 超高齢社会への対応

5. 患者が喜ぶ訪問歯科診療を行おう (高齢者が望む“胃ろう”にしない人生を)

超高齢社会の到来で避けて通れないのが“訪問診療”です。医科の場合は、一般診療所でも内科医院などは昔から往診をしていましたが、歯科の場合は診療所完結型の医療が長く続き、往診のような形ができたのは介護保険制度が導入されてからのことです。私の開業場所である東京・杉並区はそれ以前から区の補助金により訪問歯科診療を行っていましたが、それは全国的にみても先駆けだったと思います。

そういう地域で開業している私を感じ、実践している訪問歯科診療のポイントについて述べます。

■訪問歯科診療は“かかりつけ歯科医”としての責務

私はすべての患者さんに対して、「私はあなたの歯科的健康につき一生涯、面倒をみる」と言っています。これは“かかりつけ歯科医”としての証を意味する言葉ですが、患者の安心感を誘うと同時に私自身も責任を感じることになります。

私は27歳で開業して35年を迎えましたので、当初若かった患者さんも高齢に達するようになりました。必然的に往診の機会が少なからず出てきます。かかりつけ歯科医院から訪問診療に赴けば、医院でも患者の口腔についてはよくわかっていますので、患者はもとより家族の方々も安心できます。この安心感が“かかりつけ”として赴く第一の効果です。さらに言うなら、長年診ていた患者さんの、人生をまっとうする直前の診療を行ってこそ“かかりつけ歯科医”としての存在意義があります。

■同一担当で訪問診療を完結させたい

訪問歯科診療は義歯の修理や調整、新調が最も多い要望ですが、1回ではさすがに複数回訪問しなければならないことも生じます。その場合、同一人が赴くなら患家の方々も家庭内の事情を話すのは初めの1回ですみませんが、訪問のたびに異なる人が赴くとなると、患者や家族は同じ説明を何回もしなければならず、気が安まりません。そういうことを考えると、やはり同一の担当で治療を完了するのが理想です。

■訪問診療に関する最低限の知識を身につける

訪問先での治療となると、自院で治療するのとは異なり、さまざまな点で難しさがあるともないます。治療場所が狭い、治療器具の制限がある、電源の確保、汚れの処理、

おうちに歯医者さんをお呼びませんか？

～訪問診療のお知らせ～



当医院は、当医院に通院していただいている患者さんが通院不可能になった場合でも終生ご自分のお口でおいしく食べられるよう在宅診療部門の拡充を図り、皆様に安心していただける努力をしています。

<訪問診療の対象になる方>

- ◆通院による歯科治療が困難な方
- ◆寝たきりの状態の方
- ◆杉並区及び近隣の市区町村にお住まいの方

上記の条件に当てはまる方が対象となります。

<訪問診療には>

- ◆お伺いできる地域
- ◆行える治療の範囲(検査・処置)
- ◆治療時間

などに多少の制限がございます。

<訪問可能な地域>

杉並区及び、近隣の着色されている市区町村にお住まいの方々。
ただし、オレンジ色の市区町村の方はご相談ください。表記の地域外にお住まいの方もご相談ください。



当医院は安心して訪問診療を任せられるという厚生労働省が定めた「在宅療養支援歯科診療所」の認定を受けています。

所定の研修を終了し、訪問経験を積んだ歯科医師や衛生士がお伺いさせていただきます。



所定の研修とは

1. 高齢者の心身の特徴
2. 口腔機能の管理
3. 緊急時の対応

などの研修の事です

詳しいご説明・ご相談・ご予約は
井荻歯科医院
〒167-0023
東京都杉並区上井草1-31-3
TEL.03-3397-3344

図VI-8 当院で行っている「訪問診療のお知らせ」

アシスタントとの連携はもとより、患者の身体状況の把握とどこまで治療が可能かなど、多くの問題があります。そのため、安心して患家に赴くためにも訪問歯科診療に関する基本的な事柄について、一通り知っておくことが大事だと思います。

もちろん、「習うより慣れろで、訪問診療はまず出かけることが一番だ」と言う人もいますが、無手勝流ですべてが順調にいくとは限りません。やはり、先輩から教えを受ける、参考図書をしっかり読む、講習会に参加して学ぶなどの、最低限の知識習得が必要ではないかと思います。

■他職種（特に内科医、ケアマネジャー）との連携を密にする

訪問歯科診療を希望する人のほとんどは介護保険のサービスを受けていますから、他職種との連携、特に内科医やケアマネジャーとの連携を密にすることが、歯科の対応を増やす道につながります。つまり、家族が対応できない要介護者の身の周りのことを介護保険で実施するわけですから、患者自身にとって必要な歯科対応は、それを理解する人が周りにいないと実施されないことになります。そのため、内科医はもとよりケアプランを立てるケアマネジャーとは特に連携を密にして、ケアプランの中に歯科対応が入れられるようにするくらいの努力をしてほしいと思います。

歯科は人生の終末期にとって欠かせない食や容貌を後退させないための大事な医療でもありますから、自信を持って他職種の人たちと接するべきではないでしょうか。もちろん、保健師や言語聴覚士などとの連携も必要となりますが、患者や家族の方々の要望は“自分の口で食べ、自分の口から栄養を摂りたい”が非常に大きいのです。つまり、“経管で栄養を摂ったり、胃ろうには絶対したくない”ということです。

＊

患者が喜ぶ訪問歯科診療のポイントをいくつか述べましたが、現在の医療保険制度では、訪問診療時の時間的効率や治療の難しさに対する報酬はあまり望めません。多くが歯科医師や歯科関係者の犠牲の上に成り立っている診療ですが、だからと言って忌避することはできません。そこに大きな矛盾がありますが、結果が後からついてくるような奉仕の精神であたり、その価値を社会が認めて、しっかり点数化されるように働きかけるのが、歯科が置かれている現状ではないかと思います。



印象採得用具。右は溶かした寒天を持参するための魔法ビン。



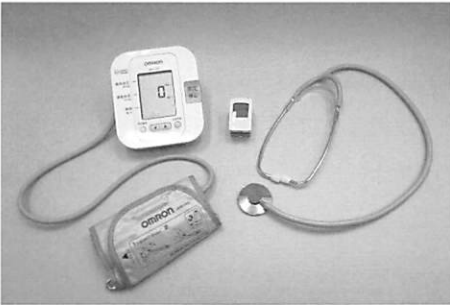
口腔ケア用具。口腔内を拭けるウェットティッシュは便利だ。



義歯調整、修理用具。即時重合レジンも必要である。



携帯用エンジンは便利だが、最初は技用でもよい。



血圧計やパルスオキシメーターは用意したほうがよいだろう。



ディスポーザブルの紙トレーや紙コップが便利。左上はうがい水を受けるガーグルベースン。



セメント等は自分の好みで用意する。



訪問が軌道に乗ったら、ポータブルエックス線装置を用意してもよい。

図VI-9 訪問歯科診療に適した器械・器具。とりあえず必要最低限の品揃えで準備する。

1. 増患対策の1つ“歯科健診”事業

歯科医師会が行政と協力して行う地域歯科保健医療の充実を目指す活動は、地域住民に歯科的健康の必要性について気づきを与え、歯科の潜在患者を顕在化させる動機となります。特に“健診”や“歯科相談”は効果が高いものがありますが、行政との対応はどうしたらよいのでしょうか。私の地元である東京・杉並区の成人歯科健診で考えてみます。

■行政の理解を得るためには

行政との連携事業では公費を使うことになりますから、公的予算を支出するためのエビデンスが求められます。すなわち、口腔内環境の改善は全身の疾患を減らし社会保険医療費の減少につながることを、データをもって説明する必要があります。これには、山梨県や北海道、香川県の資料が大変役立ちました。

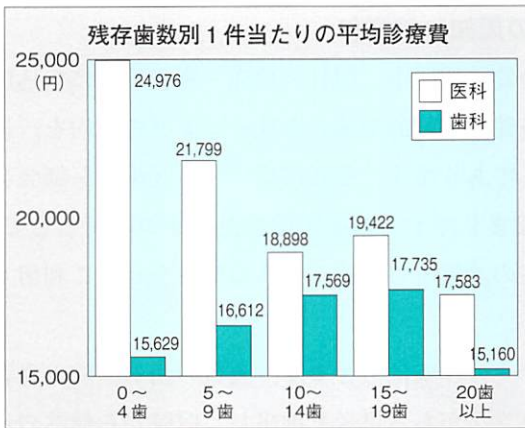
また注意したいのは、事業化された場合は全歯科医が執行可能になることです。税金を使って行う事業なのに、なぜ歯科医師会の会員しかできないのか……という批判が必ず出ます。そのため、会員の研修を徹底しクオリティーを高めるなど、非会員と差別化できる対策を考えることが必要です。

そして、実施した事業に対して住民から高い評価を得ることが大事です。お陰様で杉並区の成人歯科健診は、対象者の15%が受診するという成功を収めています。

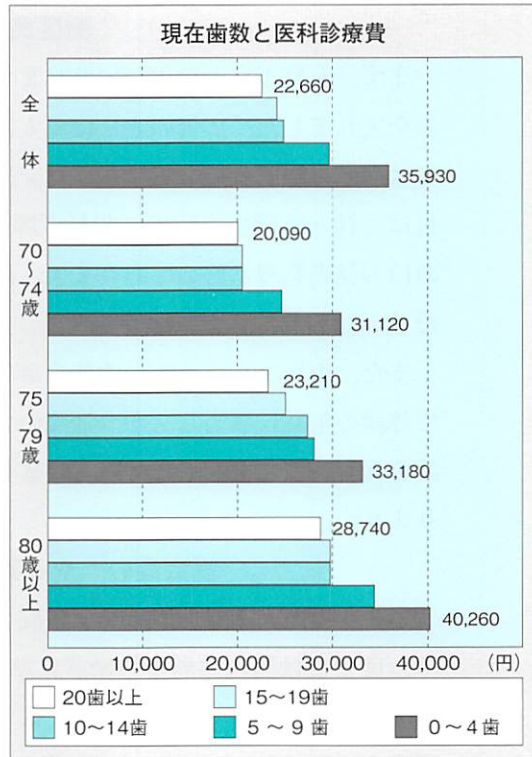
■希望者に“歯のクリーニング”を上乗せした成人歯科健診

対象を30、35、40、45、50歳の若い世代と60、70歳の世代に分け、すでに“かかりつけ歯科医”のいる割合の高い60、70歳は国の歯周疾患検診と同様の問診、CPIを含む口腔内診査、歯科保健指導1回の内容です。それ以前の世代については、歯周疾患検査に加え“歯のクリーニング”を希望者に実施しています。これは個人負担が300円かかりますが、近年の清潔志向と白い歯への願望が合致したためか好評です。

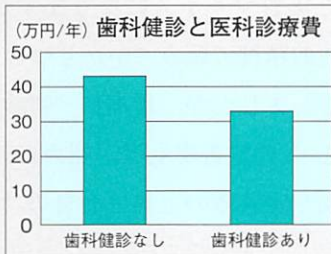
歯のクリーニングを入れるにあたっては、どこの歯科医院で受診してもほぼ同内容のクリーニングを受けられるようにすること、また治療行為の前段階として受診者に口腔内の清涼感を味わってもらい、今後の治療、予防行動に円滑につなげることを目的としている点を、会員に十分理解してもらうべく3回ほどの講習会、説明会を行い



山梨県歯科医師会ほか「高齢者における歯の健康と医療費に関する実態報告書」(平成 19 年度)より。



北海道国民健康保険団体連合会「8020 運動に基づく歯と全身の健康に関する実態調査」(平成 19 年度)より。



歯科健診を受けている人は、受けていない人と比べて、全身にかかる医科の医療費が 1 年間に約 10 万円少なくなっています。



歯が 20 本以上ある人は、4 本以下の人と比べて、全身にかかる医科の医療費が、1 年間に約 25 万円少なくなっています。



歯周病がない人は、歯周病が重度な人と比べて、全身にかかる医科の医療費が、1 年間に約 3 万円少なくなっています。

平成 21 年度 香川県「歯の健康と医療費に関する実態調査」より

図 口腔の健康が医療費を減少させた事例

ました。この成人歯科健診に対する区からの委託費は受診者 1 人当たり 7,880 円です。

対象者には、杉並区成人歯科健康診査の「チェックアップ&クリーン」受診券が送られますが、その裏面に歯のクリーニングについて「歯科医師または歯科衛生士が歯科用エンジン等と専用のペーストを用いて歯の清掃をするものです。お口のなかの清潔感や爽快感を味わっていただくことで、お口の健康に関心を持っていただくことを

目的としています」と印刷してあります。

■区民への周知は綿密に

まず、6月1日から12月28日までの健診期間中、朝日・読売・毎日新聞に折込広告を入れました。広告の表には成人歯科健診の目的や歯のクリーニングの案内を、裏には会員歯科医院の一覧表がプリントしてあります。そこには「杉並区歯科医師会会員は、様々な研修を積んだ歯科医師の集まりです。杉並区民のかかりつけ医として、お口の健康管理に努めております。最寄の診療所で、それぞれの健診をぜひご利用ください」とも付しました。

また、市民フォーラムの開催やポスターの作成はもとより、会員の歯科医院の患者で健診の年齢に該当し、かつ通院のブランクがある患者を抽出し、医院から健診の受診を促すハガキを発送してもらいました。これらは会の費用で行い、行政の補助はありません。

■会員の“やる気”を出させるためには……

杉並区の成人歯科健診事業は平成13年（2001年）度から始まり、平成19年（2007年）度までは国の歯周疾患検診に準じて行ってきましたが、40歳の重度歯周疾患有病率が高率のままであったため、より若い時期からの歯周疾患予防を強化するために平成20年（2008年）度より30歳まで広げたのです。

1人当たり7,880円の委託費では検査時間を考えると実質マイナスになりますが、歯科医師としての公益性を重視して、区民のために犠牲的精神で臨み“かかりつけ患者”の定着率を向上させられれば……との気持ちで対応しましたが、現実には“初診患者”の増加、かかりつけ患者として“かかりつけ歯科医院”への定着率上昇が認められ、増患対策の1つとして定着しています。初診患者の増加や定着率の上昇は会員の“やる気”を高めます。

■この成人歯科健診をどう発展させるか

杉並区単独のものではなく、練馬区や中野区など近隣地区との相乗りを行っていますが、その拡充を図ります。また、再評価調査により健診事業の有効性を評価しなければなりません。さらに、対象年齢の拡大を図るとともに、受診率のさらなる向上、そして国が行っている“メタボ健診”への歯科の参加を実現させなければなりません。

なお、健診時にPMDC（Professional Mechanical Denture Cleaning）を行い、義歯の手入れをしっかりと行うことのPRも実施することにしました。PMTTCならぬ「PMDC」です。これは行政の補助金はなく、当面歯科医師会独自に行います。

＊

以上、歯科医師会が行政と手を組んで行う健診事業が増患対策として成功した事例をご紹介します。

杉並区
歯科医師会
より
区民の皆様へ



生涯食べられる幸せ

歯科健診を 受けましょう！

成人歯科健康診査

20,25,30,35,40,45,50,60,70歳（平成25年3月31日現在）の杉並区民対象

プロフェッショナル 歯のクリーニング

20,25,30,35,40,45,50歳（平成25年3月31日現在）の希望者

平成24年度 杉並区

成人歯科健診



歯肉炎の早期発見・予防のために健診を受けましょう。
お口の健康維持や生活習慣を改善するきっかけにお役立てください。

実施期間：平成24年6月1日～12月28日
実施場所：成人歯科健診実施医療機関
対象年齢：20・25・30・35・40・45・50・60・70歳
杉並保健所健康推進課 TEL:03-3391-1015

12月28日まで

該当する方には、杉並区から5月末に受診券が届いております。
〔受診券を紛失した方は、杉並保健所2F「健康推進課」にて、
受診者を証明するものをお持ちいただければ再発行が可能です。〕

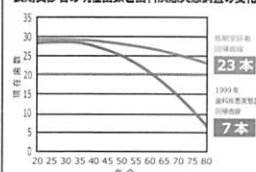
健診を受けて、かかりつけ歯科医をもちましょう！

定期的な健診を受けている方は、そうでない方に比べると、高齢になった時の歯の本数に大きな差があらわれます。全国の80歳の残存歯数の平均が7本に対して、長期に健診を受けていた方は、23本でした。（右図）

また厚生省研究班が愛知県の健康な高齢者4425名を調査したところ、歯がほとんど無く義歯を使用していない人は、20本以上歯が残っている人と比べ、最大1.9倍認知症発症のリスクが高いと発表しました。（2011.01.05 プレスリリース）

健診を続けるとう歯の寿命は伸びる！？

長期受診者の現在歯数と歯科疾患実態調査の変化



〔数〕ライオン歯科調査研究班の研究
〔出典〕長期受診者の健診による歯の寿命について、より活用

妊婦歯科健康診査

「母と子の保健バッグ」に受診券が同封されています。

プロフェッショナル 歯のクリーニング

1999年度（希望者）

杉並区 妊婦歯科 健康診査

妊娠中から歯と歯ぐきの健康を守りましょう！

杉並区では妊婦歯科健康診査を指定の歯科医院で受けられます。
対象者：杉並区在住の妊婦
実施期間：妊娠期間中1回
希望される方は、「歯のクリーニング」（自己負担金300円）を受けることができます。
※本区保健所2Fで健康診査・健康相談・健康指導を受けることができます。（要予約）

妊婦歯科健康診査受診券・医療機関名簿は「母と子の保健バッグ」に同封されています。
◎杉並区子育て支援課 TEL:03-3312-2111（代）

最寄の診療所で受診できるようになりました。

（実施診療所の詳細は裏面をご参照下さい。）

健診を受けて、キレイなお口で新しい家族を迎えましょう！

妊娠すると、女性ホルモンが増大するため、口内の環境は変化します。食後、酸性に傾いた口内を中性に戻す唾液の能力は低下して、虫歯になりやすくなるばかりが、免疫力が低下するため、歯周病菌が繁殖しやすい環境になります。歯周病になると早産や低体重児出産の可能性が高くなることが報告されています。

また、赤ちゃんの口のなかには、虫歯菌はいません。口移しなどで、虫歯菌が、感染すると言われています。生まれてくる赤ちゃんのためにも、お口のメンテナンスをしておきましょう。

妊娠したら、お口のメンテナンス



図 新聞の折込広告の一部、裏面には杉並区歯科医師会の会員歯科医院の一覧表がある。

付章 歯科医師会と行政の連携

2. 北海道歯科医師会が道民のために 行政と共に手がけている事業

本書は北海道歯科医師会が行った歯科医療管理講習会の4回にわたる講演内容を中心にまとめたものです。

私は北海道が好きで年に何回か訪れていますが、そこで知り得た道歯会が行政とともに手がけている事業（施策）で、北海道民の歯科保健医療の充実に資する3つの事業についてご紹介します。他県でも行っている事業であろうかと思いますが、公益性が強く会員の協力のもとに行い道民の理解を得ているものですので、ご参照いただきたく思います。

1 特殊歯科保健医療推進事業

これは特殊歯科医療対応歯科医師養成研修で、難病患者等の有病者、障がい者が地域の市町村で歯科医療を受けられるように、地域の歯科医師を対象に研修を実施し、特殊な歯科医療を必要とする患者であっても医療を受けることのできる体制整備を図ることを目的としたものです。

平成17年（2005年）に道と道歯会が「北海道障がい者歯科医療協力医制度」を創設して始められたもので、平成25年4月現在、288名の道歯会員が本制度の協力医の指定を受け、地域の障がい者等の歯科医療に努めています。

北海道は他の都府県とは異なり大変広域ですから、都市部では対応できる特殊な歯科医療も、郡部のほうでは大学病院や二次医療圏に病院歯科すらない地域もあって、対応できない場合があります。障がいをお持ちの患者や患家が治療のために通院をすることはとても困難であると思いますので、このような制度が充実されることにより、通院に2時間以上かかっていた患者や患家が“生活をしているその地域”で歯科治療を受診できることは、まさに理想的だと思います。

2 在宅歯科医療連携室整備事業

これは、在宅歯科医療を推進するために医科や介護等、他分野との連携を図るための窓口を設置し、質の高い在宅医療の推進を図ることを目的としたものです。厚生労働省が進めている歯科保健医療対策の中の「在宅歯科医療の推進」に位置づけられており、平成24年度より道の委託事業となり、道歯会が本部、十勝歯科医師会が支部

として事業を開始しています。

訪問歯科診療はきめ細かい対応をしないと患者や患家の満足が得られませんが、他職種との密度の濃い連携が成否を決定づけますので、往診を確かなものにするための“窓口”ができることは理想的だと思います。

東京・杉並区でも平成 23 年（2011 年）に歯科医師会立の口腔保健支援センターを立ち上げ、訪問診療事業を積極的に開始しました。訪問歯科診療に対する区民のニーズは高かったものの、個人歯科医院での対応が難しく希望に応じきれなかったわけですが、センターが介在することで会員の歯科医院が訪問歯科診療に取り組みやすくなるようにしたいと考えています。

3 歯科医療安全管理体制推進特別事業

これは、歯科医療機関における歯科医療機器の感染防止対策について確実な実施を図るための研修会の開催です。

この事業も厚生労働省歯科保健医療対策における「医療提供体制推進事業」に位置づけられており、平成 21 年（2009 年）度より実施しているものです。研修カリキュラムは道歯会と北海道保健福祉部とのオリジナルメニューを作成して、“歯科診療所における院内感染セミナー”を 2 日間コースで開催しています。

スタンダード・プレコーションという言葉が浸透して久しいですが、私たちの行う歯科診療は、口腔という感染リスクの高い特殊な環境のもとで器具や機器を扱っています。このようなセミナーは、院長自身はもちろん、コデンタルスタッフと一緒に受講することで、“感染しない”“感染させない”“感染を拡大させない”という感染防止対策について医院全体の意識を高め、どの患者も平等に安全で安心して歯科治療が受診できる環境をつくることに通じると思います。

＊

この 3 事業は増患対策に直接結び付くものではないかもしれませんが、しかし、住民の歯科保健医療の充実向上に資する小さな積み重ねは、やがて大きな果実を生むであろうことを信じて努力したいものです。

また、在宅医療も医療関係職の横の連携を重視する気運が芽ばえてきました（中医協）。やがては“国民の生活を支える歯科医療”が大きく見直される時期がくるものと信じています。そのためにも、行政とのどんなに小さな連携（施政）も大事に対応しようではありませんか。

これこそ、4 回目の講演（最終講演）で述べた「“歯科医師は立派に社会貢献できる素晴らしい職業である”ことを忘れずに臨床にあたる」「“社会に貢献している職業は絶対につぶれない”ことを信じて進む」です。

診療に活かせる おすすめ雑誌・書籍リスト

今日の健康（雑誌） NHK 出版・定価 530 円

さまざまな病気について専門医が最新の医療・健康情報をわかりやすく解説。

歯周病でからだがかさびつく！ 老けない人は歯がちがう 宮田 隆 著・草思社・定価 1,365 円

問題は虫歯よりも「歯周病」。これが老化を加速させ、いろんな病気を呼び寄せていた。歯科専門医が最新の知見をもとに歯を守り、全身の健康を守る方法を丁寧に解説。

患者学——誰でもいつかは患者になる 神前 格 著・マガジンハウス・定価 1,470 円

医者とうまくコミュニケーションすれば、安心できる「よい」治療を受けられるのか……それがすなわち「患者学」。医者に医学が必要のように、患者には患者学が必要な時代。患者の側に立った待望の本が登場。

日本の医療を問いなおす——医師からの提言 鈴木 厚 著・筑摩書房・定価 714 円

日本の医療は、厚生官僚がつくった政策によって支配され、大多数の病院は人手不足と赤字経営に悩まされている。「3時間待ちの3分医療」を余儀なくされる医師は、患者との信頼関係をなかなか確立することができない。日本の医療制度は、医療ビッグバンを目前にひかえ、大きな変革の渦中にある。だが、改革は本当に国民と医師とが望む方向に進んでいるのだろうか。公立病院に勤務する医師が、誤解されている日本の医療事情を鋭くとらえ、正しい理解を促すとともに、ゆがんだ医療行政を徹底批判する。

歯医者さんにかかると寿命が延びる 茂木伸夫 著・愛育社・定価 1,365 円

健康を保つためには歯が大切。口は消化器の最先端。歯医者さんが大嫌いな方に、ぜひ読んでいただきたいこの一冊。

噛めば体が強くなる 西岡 一 著・草思社・定価 1,470 円

がんや生活習慣病の原因となる活性酸素を消す唾液。唾液を出すには、よく噛むことだ。軟らかい食べ物好まれる時代、ダイエットに、ボケ防止に、美容に、「噛む効用」を科学的に説く。

誰が日本の医療を殺すのか「医療崩壊」の知られざる真実 本田 宏 著・洋泉社・定価 819 円

病院から医師が消える日もそう遠くはない！ 小児科医、産科医だけでなく、外科医や内科医も勤務に疲れ果て、続々と地域の病棟から逃げ出している。「10年後には医師になれたがる人はいなくなるのではないか」そんな現場の声をよそに、国はさらなる医療費の削減を推し進め、医師の絶対数不足には目もくれようとしない。なぜ、日本の医療はここまで追い込まれてしまったのか。そこには、「医療費は高い」という決めつけのもと、財政を締め付けられ続けた病院の悲惨な状況が存在した。「医療崩壊」の最前線から日本の医療の未来を問う。

医療崩壊はこうすれば防げる！ 本田 宏 編集・洋泉社・定価 798 円

救急医療の「たらい回し」、出産難民の急増、小児科の激減、地方病院の倒産……。そればかりか、ベッド数削減、医療安全調査委員会の設立など、さまざまな「愚策」が崩壊に追い打ちをかけている。医師ができることは、病院からの「逃亡」だけなのか？ 医療崩壊の病巣である厚労省の医療政策を徹底的に検証し、医療再生の道を探る。医療崩壊の真実を知る医師たちの提言を開け。

貧乏人は医者にかかるな！——医師不足が招く医療崩壊 永田 宏 著・集英社・定価 693 円

医師不足は単に産科や小児科、または地方の問題ではない！ これからは外科をはじめあらゆる科で医師の数は足りなくなる。厚労省が公開しているデータから医師不足の現状と原因を分析、団塊の世代が後期高齢期に向かう今後の日本の医療の進む方向を探る。アメリカ流金持ち優先型か、イギリス流シニア待機型か、あるいは日本独自の道があるのか。国民が医療難民にならないための自衛策と国を挙げての解決策を提言する。

医療格差の時代 米山公啓 著・ちくま新書・定価 714 円

医療行政の迷走により、日本の医療が歪みはじめていく。診察費が支払えない弱者、介護施設から追い出される高

齢者、過剰労働でダウン寸前の勤務医たち。もはや現今の日本では平等医療が崩壊した。悲鳴をあげる現場の実態をレポートし、医者側と患者側の双方に生じている課題を克明に語る。

患者漂流——もうあなたは病気になるれない 中野次郎 著・祥伝社・定価 788 円

診療報酬の改定により、医療費の患者負担が格段に重くなった。貧しい人はうかうか病院に行けなくなったのだ。長期入院患者の多くは、不安を抱えながらもベッドから追い出されてしまう。加えて、小児科・産婦人科の極端な医師不足、病院の統廃合の進展、そのうえ技量不足の医師たちによる相変わらずの医療過誤。まさに「患者漂流」への道を突き進む日本の医療制度の行き着く先はどこののか。本書では、元オクラホマ大学医学部教授がわが国の医療崩壊のシナリオを読み込み、患者が自分自身を守るための「名医発見」の方法を提案する。

「病気の値段」の怖い話 有村英明 著・講談社・定価 880 円

日本は病院倒産時代に突入している。国民医療費が33兆円を超え、高齢化が進んだ今、厚労省も医療費を削減するためにいろいろな努力をしている。そこに医師不足が加わって、病院経営が難しい時代になっている。さまざまな工夫をこらし、患者に信頼される医療を提供している病院がある一方で、病院を維持することだけを考えて、不必要な検査や手術をして医療費を稼ぐ病院も残念ながら存在している。日本は現在、良い病院・良い医師とダメ病院・ダメ医師の「二極化」が進んでいる。

歯磨き健康法——お口の掃除で健康・長寿 島谷浩幸 著・アスキーメディアワークス・定価 780 円

虫歯・歯周病は、口腔内細菌の炎症が原因。その口腔内細菌を放っておくと、細菌が血管に入り込み、動脈硬化、糖尿病、肥満等の原因のひとつに！ 口腔内細菌を排除する最も効果的な方法が、歯ブラシによる「歯磨き」。本書では、「歯磨き」がもたらす健康や長寿の秘訣をまとめました。

医療の裏側でいま何がおきているのか

大阪大学医学部医療経済経営研究チーム 編・ヴィレッジブックス・定価 777 円

医療の歪みが顕在化している。膨らみ続ける医療費の対応に迫られる政府、過重労働で寝る時間がほとんどない勤務医、必要な治療が受けられず漂流する患者……。問題解決のための出口は見えてこない。日本を医療崩壊から救う術はあるのだろうか。複雑な問題を経済学の観点からわかりやすく解説、日本医療の未来を考える。

偽善の医療 里見清一 著・新潮社・定価 735 円

「患者さま」という偽善に満ちた呼称を役人が押し付けたことで、医者は患者に「買われる」サービス業にされた……。医療にまつわるさまざまな偽善を現役医師が一喝する。「セカンドオピニオンのせいで患者と医師が疲弊する」「インフォームドコンセントは本当に良いことか」「有名な癌闘病記は間違いだらけ」「病院ランキングは有害である」「安楽死を殺人扱いするな」―― 毒と怒りと医者の矜持が詰まった問題提起の書。

公平・無料・国営を貫く英国の医療改革 武内和久・竹之下泰志 著・集英社・定価 714 円

無料で公平な医療を全国民に——この理想を掲げて1948年、英国の医療システム（NHS）は誕生した。以来、英国国民はこの制度を誇りにしてきたが、90年代には患者の手術待ちが数カ月にも及ぶなど、種々の問題が表面化して崩壊の危機に陥った。この事態に果敢に立ち向かい、2001年から10年計画で劇的な改革へと導いたのが、ブレア以降の労働党政権である。効率化と患者中心の医療の実現など、英国の医療改革の全貌を紹介するとともに、やはり医療の崩壊が叫ばれて久しい日本の制度改革へ向けた具体策を提言する。

モンスターベシエント——崩壊する医療現場 南 俊秀 著・角川SSコミュニケーションズ・定価 819 円

日本の医療の現場は、いま危機的な状況にある。医師不足により過酷な勤務が常態化するいっぽうで、モンスターと呼ばれるクレマー型患者が増加。医療訴訟は増え続け、医師は戦々恐々としている。崩壊寸前の医療現場の実態を、現場の医師が実体験を交えてリアリティに溢れた筆致で綴る。なぜこうなってしまったのか？ 小泉内閣の下に断行された改革という名の医療費削減が始まりだったと著者は指摘する。窮地にある日本医療を再生させる方策はあるのか。

食べ物を食べれば脳が変わる 生田 哲 著・PHP研究所・定価 756 円

脳と心を最適な状態にするために、今すぐ始められる食習慣とは何か。例えば青魚を食べること、コーヒーや白砂糖を控え目にすることだ。サンマ、サバなどからDHAを摂取すれば、頭の回転が速くなり、さらにうつへの改善やアルツハイマー病の予防にも有効。妊娠期、授乳期の女性には特に重要である。一方、コーヒー依存になると、脳や副腎が疲弊してしまう。白砂糖をとりすぎると血糖値を乱して精神を不安定にする。本書は脳と心について、悪い食事について、治験による裏付けを明記しつつ平易に解説する。

安全保障としての医療と介護——明日はわが身の医療と介護 鈴木 厚 著・朝日新聞出版・定価 1,785 円

医療と介護、明日はわが身だ。本格的な超高齢化社会を目前にひかえ、従来の「社会保障」という生ぬるい言葉ではなく、国民の命を守る安全保障としての医療・介護システムを考えねばならない。間違いだらけの医療政策、心ない介護政策、弱いものいじめの社会構造——これらの誤った人災政策から、老後を安心できる将来保障への転換

とは？ 現場医師が医療と介護をわかりやすく説明し、具体的な方策を提言する。

医療崩壊のウソとホント——国民が知らされていない現場の真実 本田 宏 著・PHP 研究所・定価 1,260 円

救急患者の受け入れ拒否、長い診療待ち時間、お産難民の発生。日本全国から「医療崩壊」の報告が後を絶ちません。日本の医療は一体どうなってしまったのでしょうか。「診療所と病院の違いってなに？」「ふつうはお客さんが多ければ多いほどお店は儲かるのに、待合室に患者さんが溢れている病院がなぜ潰れるの？」これらの疑問にあなたは正しく答えることが出来ますか？誰にとっても身近な問題でありながら、意外と知られていない医療現場の真実を、現役医師がやさしく説明します。

医療の政治力学 野村 拓 編・桐書房・定価 2,100 円

第1章 なにが医療を動かしているか、第2章 世界の中の日本医療、第3章 診療報酬の政治力学、第4章 医師の政治意識改革、第5章 政権交代と医療、第6章 日・米の医療政策とグローバル化、第7章 地域医療にみる協働・連帯の過程—アクション・リサーチの取り組みから、第8章 求められる主権者のかしこさ

TPP が日本を壊す 廣宮孝信 著／青木文隆 監修・扶桑社・定価 777 円

あなたの「食」と「職」が危ない！「平成の開国」で農業、雇用、地域経済は崩壊する。TPP はアメリカのための完国ではないのか？サラリーマンの雇用や社会保障、地域経済にも甚大な影響を及ぼします。しかし現政権は「経済成長」を旗印に掲げることで国民にとって不利益な真実を隠しています。本書では新聞報道ではわからない「TPP の正体」を白日のもとにさらし、議論なきままにことが進んでいる現状に一石を投じます。

病気になりやすい「性格」——5万人調査からの報告 辻 一郎 著・朝日新書・定価 777 円

東北大学が世界であり例のない5万人規模の性格と病気に関する調査をした。それによると、肥満、心筋梗塞、認知症などになりやすい性格があり、性格が健康と寿命に影響している様子がわかる。また、それを超えろアドバイスも。著者は東北大学教授。

中国古典に学ぶ 人を惹きつけるリーダーの条件 守屋 洋 著・日経ビジネス人文庫・定価 750 円

リーダーともなれば、仕事ができるのは最低の条件であって、できればその上に人を惹きつける魅力をそなえることが望まれる。「孫子」「韓非子」「孟子」「老子」「史記」「十八史略」「三国志」——代表的な中国古典から、組織のリーダーや管理職に必要な人間の魅力を読み解く。各古典のエピソードを引きながら、あらゆる角度からリーダーの条件に迫る。

インフルエンザ危機 河岡義裕 著・集英社新書・定価 714 円

21世紀に入っても続くインフルエンザウイルスと人類との戦い。世界的大流行を何度も行き起こし、何千万もの人命を奪ってきたこのウイルスをなぜ撲滅することができないのか……。しかも、鳥インフルエンザに代表される新型ウイルスが人間に感染・流行する危機さえ叫ばれている。世界で初めてインフルエンザウイルスの人工合成に成功した著者が、ウイルスとは何かを詳細に解説するとともに、人類を脅かす新型ウイルスと研究者たちとの熱い戦いを語る。予防・対処法まで含めて、インフルエンザウイルス研究の最前線が今、ここに明かされる。

松下幸之助 運をひらく言葉——マイナスをプラスに変える 谷口全平 著・PHP 新書・定価 476 円

松下幸之助はお金も学問も身寄りもなく、しかも体が弱かったので、見方を変え、考え方を変え、一見マイナスに考えられたことをプラスに変えていった。松下の体験の中から生まれた「マイナスをプラスに変える言葉」を集めた言葉集。

日本の「医療」を治療する！ 武井義雄 著・日経プレミアムシリーズ・定価 850 円

医者を尊敬しない患者、タクシー代わりに使われる救急車、内科が外科かわからない看板を掲げる開業医、間違った情報で「崩壊の危機」を煽るマスコミ、現場無視の安直な行政の対応——医療の不具合の原因は、関係者すべてのモラルにある。病巣に鋭くメスを入れ、医療再生への処方箋を示す。

稲盛和夫の実学——経営と会計 稲盛和夫 著・日経ビジネス人文庫・定価 550 円

バブル経済に陥らされ、不良資産の山を築いた経営者は何をしていたのか、儲けとは、値決めとは、お金とは、実は何なのか。身近な例え話からキャッシュベース、採算向上、透明な経営など七つの原則を説き明かす。ゼロから経営の原理と会計を学んだ著者の会心作。

肺が危ない！ 生島壮一郎 著・集英社新書・定価 700 円

喫煙が主な原因である「COPD（慢性閉塞性肺疾患）」の患者は、最初は密かに進行する病魔に気づかず、肺がんなどの合併症によって初めて気がついたときにはすでに手遅れとなっていることも多い。呼吸困難に苦しみ、喫煙を後悔しても、その後悔の思いを言葉で伝える機会もないまま最期を迎える。本書は、知られざる「喫煙がもたらす本当の怖さ」に改めて警鐘を鳴らすとともに、生きる上で必要不可欠でありながら、意外に知られていない「呼吸」の仕組みや「肺」の働きについて、これからの日常生活にも活かせる話を紹介する。

医療崩壊の真実 勝又健一 著・アスキー新書・定価 743 円

医療崩壊の根底にある医師不足問題に、解決策はあるのか？「医者が逃げ出す本当の理由」を採用コンサルタントの立場から徹底追及、医者・病院の知られざる本音と問題とは？ 疲弊する現場を支える、今できる方策とは何か？ 関係者と患者の意識を変える、医療問題をめぐる新提案の書。

名医が答える「55 歳からの健康力」 東嶋和子 著・文春新書・定価 800 円

健康自慢でも過信は禁物。病魔の兆しはすぐ近くに忍び寄ってきます。そんなあなたの不安に対して、各分野の名医が、病気の気づき方から予防法、最新治療までわかりやすく説明します。各章末に「5つのヒント」付き。一家に一冊、「読む常備薬」。

短命の食事 長命の食事 丸元淑生 著・ワニブックス・定価 720 円

近年の研究で注目を集めている老化を防いでがんから体を守る物質「ファイトケミカル」をはじめ、日々の食事に取り入れたいさまざまな栄養に関する知識を解説。栄養学的視点から日々の食生活を見直し、健康寿命を延ばすための食事を提唱し続けた料理研究家・丸元淑生の、元気で長生きするためのヒントを満載した長命食事学の決定版！丸元式の手軽でおいしい健康長寿のメニューのレシピも掲載。

老いない食事力 林 泰史 著・ベスト新書・定価 743 円

高齢でも若々しく元気な人と、同年代より老けて見られる人。その違いは食習慣にあった。身体機能の衰えを防ぎ、精神的にもいきいきと過ごすには、生活習慣病の予防と対策が不可欠。本書では、食生活を見直して改善するためのポイントを紹介する。老いを防ぐ「食事力」を高める知恵が満載。

国民皆保険はまだ救える——崩れ去る「公助」「共助」から「自衛」の時代へ

川添孝一 著・自由工房・定価 1,800 円

「国に期待せず、民の知恵と努力で自衛する」。もはやこれしかない。第1章では日本の医療の将来像と現実のギャップを俯瞰し、第2章では、旧自公政権時代の官主導の医療改革が、しがらみに縛られ肝心要の「患者の視点」がいかに欠如していたかを明らかにする。第3章では政権交代に期待した「政治主導」の新成長戦略もいかに危ういものだったかを看破し、第4章では「国民皆保険はまだ守れる！」との希望を込め、東日本大震災の復興計画を織り込んだ医療・介護の将来像を描いた。

臓器の急所——生活習慣と戦う 60 の健康法則 吉田たかよし 著・角川 SSC 新書・定価 760 円

例えば「お酒の飲み過ぎは体に悪い」。この「体に悪い」の「体」は、具体的にどこなのだろうか？「早食いは体に悪い」「寝不足は体に悪い」なども同じ。それぞれ特定の「臓器」をイメージできると、健康に対する理解もより具体的になる。お酒の飲み過ぎに関しては、これを担当しているのは「肝臓」。アルコールが体内に入ると、肝臓は他の仕事そっちのけでアルコールの分解に着手する。では、そっちのけにされた「他の仕事」とは……。本書では臓器のメカニズムに着目しながら、10臓器別に60の健康に関する法則を紹介していく。

糖尿病に克つ新薬最前線 鈴木吉彦 著・朝日新書・定価 740 円

成人病の横網格の糖尿病。血糖値のコントロールに苦勞する多くの患者さんに向け、画期的新薬がつぎつぎ登場している。血糖値を下げるだけでなく低血糖症になりにくく、肥満を防止し、根本原因のすい臓細胞の増殖すら期待できるという。著者は専門医として糖尿病特別ドックを開設、新薬開発に臨床で関わった。がらりと変わる糖尿病治療を日本で一番熟知した医師が一般にもわかりやすく解説する決定版。

アルツハイマー病に克つ 田平 武 著・朝日新書・定価 780 円

アルツハイマー治療のための飲むワクチン開発に取り組む、順天堂大学教授で元国立長寿医療センター研究所長の著者が、病気のメカニズム、治療の展望、予防のための生活習慣をやさしく解説する。治せる日も近い。もの忘れが気になる人は必読！

血液型の科学——かかる病気、かからない病気 藤田紘一郎 著・祥伝社新書・定価 760 円

「血液型」が生まれた歴史から、血液型別の病気対策まで。よく言われるような「A型は几帳面、B型は奔放でオタク気味」などといった性格づけには、実は医学的な理由付けが可能なのである。また、A型はがんにかかりやすい、B型は肺炎にかかりやすい一方で、O型は病気に強いなど、血液型別にかかりやすい病気とその対処法を指南する。安易な血液型性格論の立場でも、「エセ科学」と切り捨てた立場でもない、これまでにない「科学的」な血液型の世界。

これだけで病気にならない——「顔と口の医学」 西原克成 著・祥伝社新書・定価 740 円

病原菌は口から入り、細胞に感染する。免疫力とは新陳代謝、つまり細胞を作り替える能力のこと。これをコントロールしているのが、ミトコンドリアである。そして、本来は無害のはずの口腔内常在菌や腸内常在菌が、口呼吸など口周辺の習癖によって白血球に運ばれて細胞に感染すると、ミトコンドリアの活動が阻害されて病気になる。これが免疫病である。「顔と口の医学」に裏づけられた五つの生活習慣を身につけるだけで、ミトコンドリアを活性化

させることができる。病気を寄せつけず、治りにくいとされている免疫病も治せるのである。

糖尿病はご飯よりステーキを食べなさい 牧田善二 著・講談社α新書・定価 838 円

血糖値が気になる人の9割が糖尿病になる！ 真実が知られていない病。激増し続けても自覚症状はないので危機感がまるでない。和食が危険！ お酒は飲んでもだいじょうぶ。合併症も怖い。ガンまで引き起こす。あきらめるな！ 「炭水化物制限」と「食後20分からの運動」で境界型はまだ引き戻せる。

ガンは「生活習慣」が「遺伝」の10倍 飯塚啓介 著・講談社α新書・定価 800 円

「がんは遺伝」とあきらめてはいけない！ がんも「未病」、まだ病気になる前の段階で分かる時代となった。その段階で対処すれば、がんにならずにすむ。手術、抗がん剤治療がイヤなら、すぐに手を打とう！ 「遺伝子診断」で見つける「超早期がん」。恐れるな！ 発がんまでは5～10年かかる。「腫瘍マーカー」「PET」でも見つからない「がんになるリスク」をいち早くキャッチ。

成年後見制度が支える老後の安心——超高齢社会のセーフティーネット

宮内康二 著・小学館 101 新書・定価 720 円

もしも認知症になったら……老いの準備と支え。4人に1人が65歳以上の日本。65歳以上の13人に1人、85歳以上の4人に1人が認知症である。認知症にならずとも、悪徳商法に引っかかる人は多い。年をとると銀行や病院の手続きも面倒である。成年後見制度を早めに活用し、自分の老後は自分で守ろう。その準備ができずに今困っている人を後見人として支えよう。認知症高齢者を取りまく家族や地域のかかわり方を紹介しつつ、成年後見が支える高齢社会のあり方を考える。

病気の相場——風邪、インフルエンザから生活習慣病、歯科治療まで

富家 孝、伊藤日出男 著・青春出版社・定価 760 円

ただの風邪から生活習慣病、がん、歯科治療まで、医者側としては秘密にしておきたい、賢い患者としては知っておきたい、それぞれの病気の本当の相場を、現役医師＆歯科コンサルタントがこっそり教える一冊！ 同じ病気なのに、お金、時間、治療法……がこんなに違ってくるなんて！ 賢い患者になるための最新常識。

老化は腸で止められた——腸内細菌学の重大発見 光岡知足 著・青春出版社・定価 740 円

日本で最近急増している大腸がん。腸の老化をくい止め、健康を保つためには、腸内の細菌類、腸内菌叢を活性化させてやらなければならない。腸内細菌の世界的権威である著者が、3日で体を若返らせる食べ方、通し方を解説。

噛めば脳が若返る 小野塚賢 著・PHPサイエンス・ワールド新書・定価 800 円

噛むことが脳のたろきに直結することが初めて科学的に明らかとなった。噛めば最も高次な中枢である前頭野や海馬が活性化し、記憶力も増す。とりわけ高齢者では、その脳の変化は顕著で、認知症の予防に有効と期待を集めている。さらに、噛むことが脳の満腹中枢や摂食中枢に作用することで肥満を改善すること、ストレスを抑えることも著者たちは明らかにした。脳が元気になる噛み方ポイント10箇条付き。

ぼけとアルツハイマー——生活習慣病だから予防できる 大友英一 著・平凡社新書・定価 720 円

かつて多かった「脳血管性痴呆」に代わり、いま日本ではアルツハイマー病が増加している。なぜアルツハイマー病は増えているのか？ アルツハイマー病以外の痴呆症には何がある？ ぼけるのは老化で仕方がないことなのか、それとも予防は可能なのか？ 「ぼけ」を生活習慣病としてとらえなおし、日常生活からの予防のポイントを解説する。

国民皆保険が危ない 山岡淳一郎 著・平凡社新書・定価 720 円

医療の国際化や無保険者の急増など、健康保険制度はその土台から崩れようとしている。だが一方で、日本の皆保険制度は「世界一」の折り紙がつけられるほど評価が高い。国民皆保険の達成から半世紀たった今、「メイド・イン・ジャパンの逸品」を改めて検証する。

「人体の謎」未解決ファイル 日本博学倶楽部 著・PHP文庫・定価 552 円

人間の体は、じつに複雑。心臓ひとつとっても、その強靱なメカニズムはいまだに解明されていない。心と体がどう影響しあっているのかという疑問にすら、答えは出ていないのだ。本書では、「陰毛はなぜちれていくのか」「はげや白髪の原因は何か」などの素朴な疑問・俗説の検証から、医療の発展に繋がる最新の研究・発見までを一挙に紹介。いざ、不思議な人体の世界へ！

不安解消！30分でわかる糖尿病の本——気になったら、すぐ読んでください

江部康二 監修／加納則章 著・プレミア健康選書・定価 800 円

フツウの人の気持ちになって、医学用語などにはなるべく使わず、できるだけカンタンに、やさしく説明。糖尿病・メタボが気になりだした方、健康診断にひっかかった方、病院に行くのがこわい方、かかりつけのお医者さんの説明がよくわからない方…にもおすすめ。目からウロコの入門書。

あとがき

われわれが従事している歯科医療は“国民の命と健康を守る”非常に大切な、必要欠くべからざる仕事です。しかし、世界に冠たる“国民皆保険”の名のもとに行われる現行の歯科医療は、世界に冠たる“低歯科医療費”で対応しなければならず、「歯科医師の犠牲的精神に支えられている歯科医療制度」と言っても、過言ではありません。

わが国には現在、約 28 万人の医師と約 10 万人の歯科医師がいますが、平成 22 年度の国民医療費 37 兆 4,204 億円のうち歯科医療費は 2 兆 6,020 億円（国民医療費の 7%）という事実が、歯科の厳しさを物語っています。

私は開業して 35 年になり歯科界の良き時代もわずかながら経験しましたが、今日に至るまでに得たのは“時代の変化に対応する”ことの必要性です。そのため医院の運営や診療体制も時代に合わせてずいぶん変えてきました。特に大きいのが、経営理念である「患者納得診療」の確立で、これが私の「診療哲学」であることは“まえがき”に記したとおりです。

もちろん、開業医ができることには限りがありますから、同業者の組織団体である歯科医師会の力などを借りながら対応しなければならないことも多々ありますが、まず個人が“国民が望んでいる歯科医療の在り方”を自覚して、“患者に理解される”医院運営にあたることが大事になります。そんなさまざまな事柄を念頭に、本書をまとめたつもりです。

健康長寿の根源である歯科医療の大切さが国民に“より一層”理解され、歯科医療に関わるすべての人々が自信を持って仕事に従事することができれば、歯科界は必ずや再興できます。私自身も“常に前向きに対応していけば歯科界の未来は明るい”と考えながら医院運営にあたっていますが、巻頭に富野 晃先生（北海道歯科医師会会長／日本歯科医師会副会長）が記された『種の起源』に示されている言葉を肝に銘じて対応されることを期待して、筆を擱^おきます。

高橋英登

高橋 英登 (たかはし ひでと)

略 歴

1977年 日本歯科大学歯学部 卒業
同大歯科補綴学教室第Ⅱ講座 入局
1979年 東京都杉並区に井荻歯科医院 開設
1985年 金属と陶材の溶着に関する研究で歯学博士
1987年 日本歯科大学歯学部 講師
1988年 東京都国民健康保険診療報酬審査委員
1993年 日本補綴歯科学会 指導医認定
2000年 日本歯科大学 退職
2001年 日本接着歯学会 理事
2003年 東京都杉並区歯科医師会 理事
東京都歯科医師会 保険指導員
2006年 日本歯科医師会 社会保険委員会委員
2007年 東京都杉並区歯科医師会 会長
2010年 日本接着歯学会 副会長
2011年 日本歯科医師連盟 常任理事
2013年 東京都歯科医師連盟 会長

所属学会

日本補綴歯科学会／日本接着歯学会

診療所

〒167-0023 東京都杉並区上井草 1-31-3
井荻歯科医院

歯科に生きる 医療管理読本 増患、増点、増収をもたらす 患者納得診療

2013 年 7 月 1 日刊

著 者 高 橋 英 登
発 行 一般社団法人北海道歯科医師会
制 作 株式会社 **ヒョーロン** パブリッシング
〒101-0048
東京都千代田区神田司町 2-8-3
第 25 中央ビル
TEL 03-3252-9261 ~ 4 FAX 03-3254-3876
URL : <http://www.hyoron.co.jp>
E-mail : edit@hyoron.co.jp

印刷・製本：教文堂