

ヘルスケア*を目指す歯科医院の ための歯科医院リスク分析

千ヶ崎 乙文 Otofumi CHIGASAKI
歯科医師 Private practice

千ヶ崎歯科医院
茨城県行方郡北浦町小幡 612-1
Chigasaki Dental Clinic
612-1, Obata, Kitaura-machi,
Namegata-gun, Ibaraki, Japan

Dental clinic risk analyzing for such clinics that aim to achieve health care dentistry*

The numbers of dental clinics that can be nominated as “Healthcare type clinic” are still remaining at lower level at the moment even four years have passed since the Japan Health Care Dental Association has been established. One of such reasons is estimated that many dental clinics are not in a position to figure out how to apply the information to give solution to the current problems and how to transform themselves to health care type clinic, even though abundant volume of information is supplied. Our association invented the TMR (Total Management Risk) and the THR (Total Health Care Risk) that are extracted from the information obtained as a result of dental clinic basic questionnaires given at the management course (Held on the evening before the international symposium) in March 2002 and that are used as referencing index for the analyzing evaluation of clinics. Using this newly established referencing index, we have executed dental clinic risk analyzing over participants of management course, councilors and the Forum DEWA members. As a result of this analyze, it was figured out that the achievement level of health care dentistry of the members are varicolored and there exist great differences of their abilities among the members.

Among the participants of management course the average figure of TMR indicated 20.0 and the average TMR figure of such clinic where the director is answering “Having confident in treatment” was extremely low which proves the fact that the confident of clinic director is the “Keyword” of the successful management. Furthermore the TMR average figure of the councilors of the association marked 13.9 while the average THR indicated 43.8. Although the record of TMR of the councilors was shown “Lower risk” than that of the participants of management course, it was clarified that there are many problems remained even if they are councilors. On the other hand the analyzing result of Forum DEWA members who are actually the founders of the Japan Health Care Dental Association marked 12.9 on average TMR and the average THR indicated 40.8. As a whole it might be concluded that the achievement degrees of health care type clinic is rather high from the fact that there found many low risked clinics. However, it has to be recognized that the distribution of the data management was polarized. Moreover, it was found that the problems and defects of our own clinic were clearly figured out when this evaluation method is projected on to the historic changes of our Chigasaki Dental clinic.

Originally, this evaluation method was invented for the purpose to carry out personal analyzing, however, it was verified that further more effort might be necessary to achieve more effective risk analyzing that has more objective view, because this evaluation method is successfully carried out only when it is evaluated based on the certain successful patterns as health care type clinic. *J Health Care Dent 2002; 4: 4-17*

* 本稿で用いるヘルスケア、ヘルスケア型診療所とは、日本ヘルスケア歯科研究会の設立趣旨に即した診療所という意味で、同趣旨に唱われる「社会貢献」、「患者利益」を重視し、う蝕や歯周病の発症・増悪を未然に防ぐことのできることを広く知らしめ、その期待に応えるためにヘルスケア・プログラムを実践する診療所を指しています。

* The definition of “Health care” and “Health care type clinic” in this text has the meaning of the clinic in adherence with the foundation spirit of the Japan Health Care Dental Association, where the health care programs are actively implemented in order to execute dentistry activities setting the importance on “Social Contribution” and “Benefit of patients”, that are the keyword of the foundation spirit, as well as enlightening activities of preventive measures against occurrence and aggravation of Dental Caries, periodontal disease.

キーワード： TMR (Total Management Risk)
THR (Total Health Care Risk)
data management
dental clinics

はじめに

ヘルスケア歯科研究会の設立趣旨を改めて読んでみましょう。

「医療は、いつの時代にあっても、常に医療を受ける人々の利益となることを第一義とし、人々の健康で快適な生活に貢献するものでなければならぬ……ヘルスケア・プログラムを実践するための知識や技術は、う蝕や歯周病に関する限り、すでに共有しうる段階にある……こうした知識や技術を、臨床に携わる多くの歯科医療関係者が共有し、広く普及させるために、本会を設立する。」

ヘルスケア歯科研究会が目指す歯科医療は、患者利益を第一に、まず、我々医療従事者が、過去に対する謙虚な反省のもとに、う蝕や歯周病の学術的コンセンサスの理解とその実践を伴うことを目標としています。このことは、患者のニーズに単にすり寄ることを意味するのではなく、患者に正しい情報提示を行い、患者が気づき、自主的に自らの健康観を高めることを支援する医療体制の構築を意味すると思います。そのために、本会では、春秋の定期学術大会、基礎コース、実践コースの開催、ニュースレター、会誌の発行、ホームページの開設等、会員や一般に対する情報提供を積極的に行い、従来型の歯科医療体制から、予防型、患者利益型の歯科医療体制への転換を図る歯科医院を支援し、また、そのなかから、地域、日本をリードする核となる歯科診療所が多数生まれることを目標としてきました。

ヘルスケア歯科研究会が設立されて4年が経過したものの、現時点では、名実ともにヘルスケア型診療所*と言える歯科医院は少なく、日本の歯科医療の構造改革は未だに十分とは言えません。情報は十分にあっても、それを自院でどのように応用し、問題点を解決しながら、ヘルスケア型診療所への転換を図るか、道筋の見えない歯科医院も多いと思われます。また、一言で、ヘルスケア型*

と言っても、その到達段階は、地域性や規模により多様であり、同列に比較することは困難です。日本ヘルスケア歯科研究会会員の多くが、ヘルスケアの診療への転換を模索しつつも、現実に壁にぶつかっていたり、それ以前に、どうすればヘルスケア的な診療所になれるのか霧の中という会員もいるでしょう。変換を試みた医院が、3年後、5年後、10年後にどうあるべきか。その目標はどこにあるのか。以下の歯科医院アンケート調査の分析が、日本ヘルスケア歯科研究会としてこの問題に取り組む契機となることを願っています。

歯科医院リスク評価誕生

平成14年3月の国際シンポジウム前夜祭マネージメントコースにおいて、筆者は講師を引き受けました。その企画において受講者の医院における詳細な情報を得て、そのなかからニーズにマッチしたプログラムにしようと考え、マネージメントコースアンケートを実施しました。その後、一部の修正を加えて、現行の歯科医院アンケートをつくりました(資料1)。

熊谷崇本会科学顧問が、2000年7月のフォーラムDEWAスタッフミーティングで歯科医院リスクチャートとして、歯科医院の評価項目をレーダーチャート化して発表されました。そのなかで、日吉歯科が辿ってきた評価の変遷や、フォーラムDEWAメンバーの歯科医院間での相対的評価の試みが示されたのです。筆者は、アンケート結果から、これらの評価項目が算定できるように項目を設定しました。この部分は、その後、私がマネージメントリスクと名称を変え、そのリスク値の合計(最大32)をトータルマネージメントリスク(以下、TMR)として、コース参加医院のリスク評価に利用しました。この評価法は、医院のマネージメントにおける現状分析、時間的経過を加味した医院のマネージメント達成過程

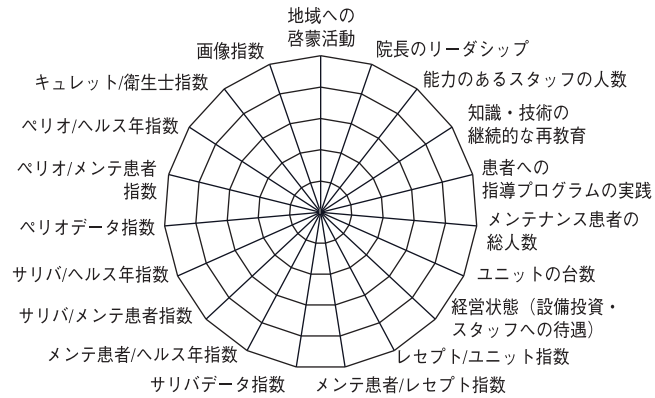


図1 リスクチャート

の分析に役立つことがわかりました。

TMRは、歯科医院の抱える問題点を客観的に評価することが可能な一つの切り口です。しかし、このTMRでは、とくに、ユニット数、衛生士数などの経営規模に比例した因子が多く、都市部の限られたスペースしか利用できない診療所には始めから不利な評価が多く含まれていました。たとえ規模が小さくても、ヘルスケア的診療を実践することは可能ではなく、そのような医院における評価を適正にするためには、何を補うべきか考える必要がありました。

歯科医院アンケートでは、唾液検査、歯周検査のデータ入力数から、レセプト数、キュレット数まで実に多くのデータを収集しています。お答えいただいた数字が真実であれば、これらのデータはその歯科医院の実態を表します。そこで、医院において、TMR以外に、カリオロジーやペリオドントロジーのコンセンサスにどれだけ忠実な臨床が行われ、その成果がでていないか評価できないかと考えました。多くのデータを歯科医院のユニット数や衛生士数、ヘルスケアへの転換を決意してからの移行年数等で除すことにより得られる、歯科医院の規模や、歯科医院のヘルスケア年齢に依存しない指標を用いることで、より客観的な評価が可能となるように考慮しました。TMRにこれらの評価を加えて、そしてトータル

ヘルスケアリスク(最大87)(以下、THR)を作成したのです。

リスクチャート(図1)の右半分はTMRを表し、左半分は、ヘルスケア歯科研究会が標榜する診療をどれだけ実行しているかを表します。全体でTHR分析としました。TMRでは、最低0から最大32のリスク値。THRになると、最低0から最大87のリスク値になります。

ヘルスケア転換年数*が長いのに、十分な成果がでていない場合、評価は厳しく、逆に年数が浅くても、その期間内で十分成果をあげていれば評価が高くなります。従来型の診療で成功していても、ヘルスケア歯科研究会の目指す診療が十分できていない場合、リスクチャートには極端に偏りが生じます。

さらに、カリオロジーの概念を認識して、実践を決意してからの経過年数をカリオロジー転換年数、初期、中等度の歯周病の管理の必要性を認識して、実践を決意してからの経過年数をペリオ転換年数として、Health指数を算出する際に、サリバデータとペリオデータで、その転換年数の違いを考慮して評価することも考えています。フォーラムDEWAの分析では、カリオロジーとペリオドントロジーを分けて評価しました。

そのときのメンテナンス患者に対するヘルス指数は、ペリオ転換年数を利用しました。

表1 トータルマネージメントリスク (TMR) の評価基準

① 地域への働きかけ	4 基礎コースは受講していないが、受付含めすべてのスタッフが研鑽している
5 学校歯科医であり、学校検診で様々なプログラムを行っている、もしくは、地域の中で積極的に啓蒙活動している	3 衛生士も研鑽しているが、受付は行っていない
4 学校歯科医で、十分対応していないが、地域の活動を積極的に行っている	2 ドクターのみが研鑽している
3 学校歯科医である程度対応をしているが、地域の活動はしていない、もしくは、学校歯科医ではないが地域の活動を積極的に行っている場合	1 無記入
2 学校歯科医であるというだけ、もしくは地域の活動を一応何か行っている程度	⑤ 患者に対するモチベーション 自己申告(5段階)
1 学校歯科医ではなく、地域の活動も行っていない	⑥ メンテナンス患者の総数
② 院長のリーダーシップ 自己申告 (5段階)	1 200人未満
③ 信頼できるスタッフ数	2 200人以上400人未満
5 9人以上	3 400人以上600人未満
4 7, 8人	4 600人以上800人未満
3 5, 6人	5 800人以上
2 3, 4人	⑦ ユニット数
1 いないか、もしくは2人以下	ユニット数/2を四捨五入、9台以上スコア5
④ 継続した再教育	⑧ 経営状態 自己評価
5 基礎コースを受講しており、受付含めすべてのスタッフが研鑽している	5 良好であり、かつ従業員の待遇等も十分である
	4 良好である
	3 平均的である
	2 あまり良くない
	1 かなり悪い

$$\text{TMR (トータルマネージメントリスク)} = 40 - (\text{①から⑧までの各評価の総和})$$

表2 トータルヘルスケアリスク (THR) の評価基準

THR 算出に必要な数値	ている) 以上のスコアは5、それ以下は比例計算。
・メンテナンス患者の総数 自己申告	⑫ S/Health 指数
・レセプト件数/ユニット数 1ユニット当たりのレセプト件数 (ユニットの集約的使用状況を把握する)。	サリバデータ数をヘルスケア転換年数で割った指標。
・サリバデータ件数 唾液検査を行って、しかもデータ入力されている件数 (カリオロジーの実践には不可欠)。	⑬ ペリオデータ指数
・ペリオデータ件数 歯周検査を行い、しかもデータ入力されている件数。	ペリオデータ件数の指数化。2500件以上を5とし、それ以下を比例計算。
・キュレット本数/DH数 歯科衛生士一人当たりのキュレットの本数。	⑭ P/M 指数
・Hearth ヘルスケア転換年数*。	メンテナンス患者数に対するペリオデータの蓄積を評価。 1 (即ちメンテナンス患者のペリオデータが全て蓄積されている) 以上のスコアは5、それ以下は比例計算。
⑨ R/U 指数	⑮ P/Hearth 指数
レセプト件数/ユニット数の評価。130の医院を5とし、比例計算で算出、130を越えるものは、差をマイナスした。つまり、1ユニットあたり過剰に患者を処理している医院では、サービスに限界があると判断した。	ペリオデータ件数をヘルスケア転換年数で割った指標。
⑩ サリバデータ指数	⑯ M/R 指数
Kの指数化。2000件以上を5とし、それ以下を比例計算。	レセプト件数に対するメンテナンス患者の比率。最大が5なので、そのまま計算通り。
⑪ S/M 指数	⑰ M/Health 指数
メンテナンス患者に対する唾液検査データの蓄積を評価。 1 (即ちメンテナンス患者のサリバデータが全て蓄積され	メンテナンス患者総数をヘルスケア転換年数で割った指標。予防プログラムの実効性を把握。
	⑱ K/DH 指数
	Sの指標化。30以上を5とし、それ以下は比例計算。
	⑲ 画像指数
	口腔写真を全患者に撮影していれば5。患者を選択していれば3。行っていないければ1。

$$\text{THR (トータルヘルスケアリスク)} = \text{TMR} + 55 - (\text{⑨から⑲の各評価の総和})$$

* ヘルスケア転換年数

ヘルスケアのコンセプトを理解し、その実践を決意してからの経過年数。予防は大切であることを知りつつも、様々な要因から具体的に実践に踏み切れない場合であっても、その経過年数には算入する。5年間で、200件のサリバテストを実施した医院と、1年間で200件の検査を行った医院の評価は異なるべきであるという考えに基づきます。

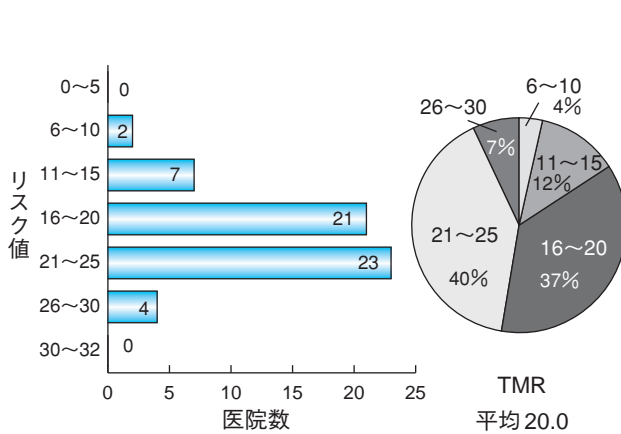


図2 マネージメントコース参加者 TMR 分布

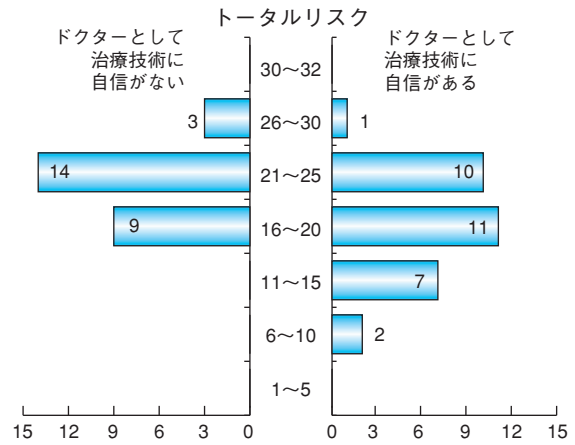


図3 ドクターとしての自信

マネージメントコース参加者の TMR 分析

マネージメントコース参加者には、いくつかのレベルがあります。

1. 基礎コースなどを受講後、医院の転換の必要性は十分認識しているものの、試行錯誤中である医院
2. 医院として従来の形では、マネージメントできているが、ヘルスケア歯科研究会が標榜するような定期管理・健康育成型の要素を導入しようとしている医院
3. 基礎コースなど未受講であり、マネージメントコースをきっかけに取り組みを開始したいと考えている医院
4. ヘルスケアへの転換はある程度できているが、より情報を得て、確実性を増したいと考える医院

おおよそ、このように分かれます。

参加者の TMR 分布 (図2) を見ると、TMR の平均は 20.0 であり、トータルリスクが 21 から 25 にピークがありました。リスク値が一桁の医院もあれば、26 以上のハイリスク医院も見受けられました。この結果から、ヘルスケアを目指している医院には様々なレベルの医院があり、基礎コースやその他のヘルスケア歯科研究会が行っているプログラムのターゲ

ットをいずれに置くべきか考えなければならぬと思います。

さらに、院長が従来の治療において、ドクターとして自信があるか否かで分けてみる (図3) と治療に自信のあるドクターの医院ほど、TMR がローリスクであることがわかります。マネージメントにおいては、コンセプトもさることながら、「ドクターの自信」がキーワードであると思います。

評議員を対象にした分析

運営委員、評議員 (34 医院) を対象とした分析を行いました。TMR の分析結果では、TMR の平均は 13.9 でした。マネージメントコース受講者に比較して、平均値はローリスク側に移動していますが、リスク値 5 未満が 2 医院あるのに対し、リスク値 26 以上も 4 医院存在するなど TMR の評価では、評議員といえども大きなばらつきがあることがわかります (図4)。

評議員の歯科医院は、理念は十分に理解できており、また、実践する決意も十分で、しかも、「私」を越えてヘルスケア歯科研究会の公的な目的のために努力している医院ではありますが、そのなかにあっても、必ずしもマネージメントが十分にできているとは言えない現状を見たり、改めて実践の難しさや、その

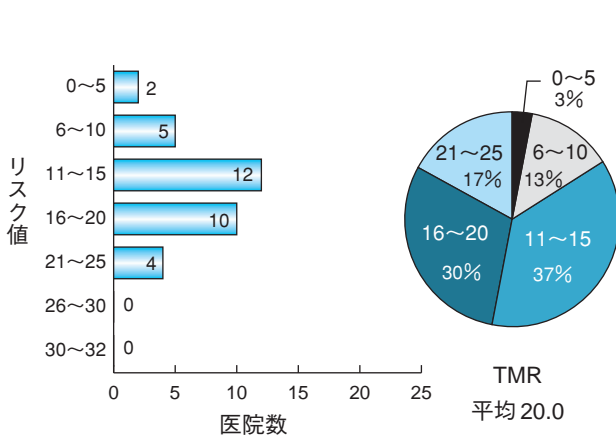


図4 評議員 TMR 分布

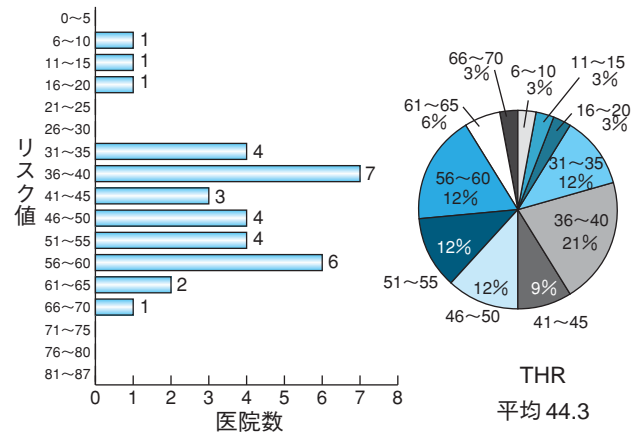


図5 評議員 THR 分布

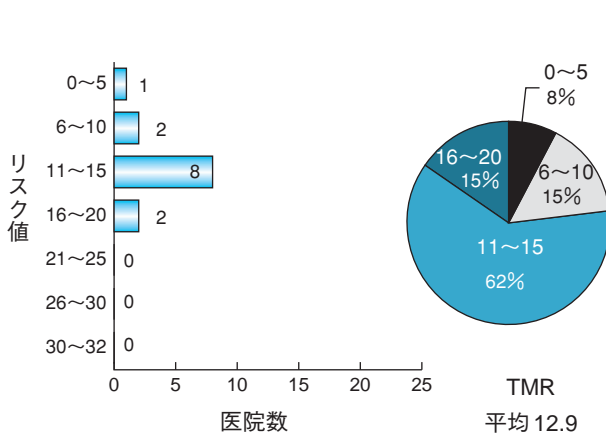


図6 フォーラム DEWA TMR 分布

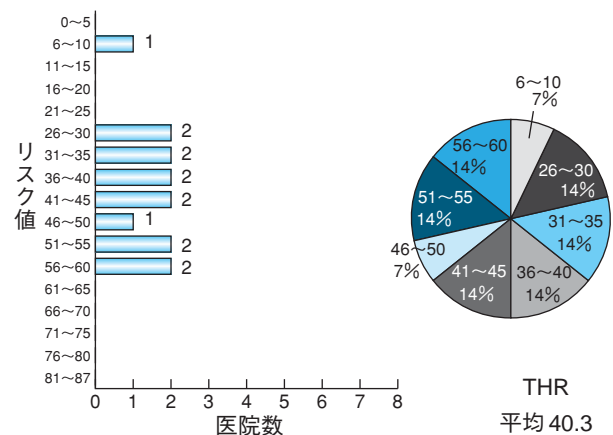


図7 フォーラム DEWA THR 分布

実践に際しての戦略的マネジメントの必要性を感じます。

さらに、評価項目を増やしたTHRの分析では、平均は43.8となり、評価がさらに大きく分かれました(図5)。科学的根拠に基づいたカリオロジーを実践しようとすれば、客観的評価の指標としても唾液検査の必要性は十分、理解されているはずですが、実際にウイステリア等にデータを蓄積して、その分析評価に耐える医院は限られていることがわかりました。また、歯周病のデータをきちんと蓄積して、メンテナンス患者を把握し評価できているかどうかについても、厳しい評価の医院が多かったと言えます。データ管理の必要性を説くために筆者がまとめたデータ管理ソフトの比較記事¹をご覧ください

ただと、改めて、その重要性を認識いただけると幸いですし、そのために医院全体で総合力を高め、目的をもって取り組んで行くことが大切であることを理解していただきたいと思っています。ここで、TMRでは評価が高かったものの、THRでは、評価が下がった医院もある一方で、TMRでの評価以上に、THRで評価された医院もあります。

フォーラムDEWAを対象にした分析

平成14年6月14、15日の両日、山形市において、第18回フォーラムDEWAスタッフミーティングが開催されました。今回、筆者は、フォーラムDEWAのメンバーに対して同様のアンケート調査を行い、分析を試

み、同ミーティングで報告しました。フォーラムDEWAは、いわば日本ヘルスケア歯科研究会の生みの親のグループであり、科学顧問の熊谷崇さんも参加されているスタディーグループです。五十嵐正大会長を経て、現在、結城和生会長のもと、16医院が集い、まさにヘルスケア歯科研究会が目標としている理想的医院を目指して努力されているわけです。そのグループの医院分析の結果は、やはり、日本全体の研究会会員の目標として、大変興味あるものです。

フォーラムDEWA 16医院のTMRの平均は12.9、THRの平均は40.3でした(図6、7)。評議員に比較して、若干ローリスクにシフトした結果となりました。しかしながら、そのリスク値の分布には幅があり、歴史を

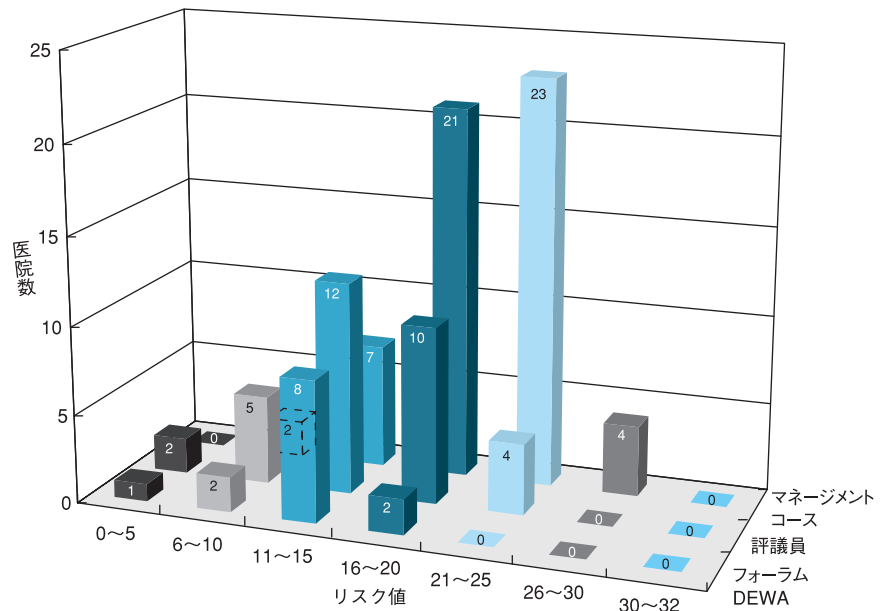


図8 TMR 分布比較

誇るフォーラム DEWA であっても構成医院のヘルスケア実践度には相当なばらつきが見られることがわかりました。とくに、サリバテストの実施や、歯周検査データの蓄積、それに伴うメンテナンス患者の蓄積等の評価項目において、できている医院とできていない医院とがはっきり明暗を分けるかたちとなりました。

自院における経年変化の評価

他との比較ではなく、自医院の THR 指標の経年的変化を見ることにより、今後の医院の方向性や、抱えている問題が明らかになります。THR のリスク診断は、本来、これを調べるために私的に考案したものです。千ヶ崎歯科医院の場合を例にとり、具体的に考察の方法を解説します。

1. TMR の経年推移

千ヶ崎歯科医院は、1999年12月に第7回酒田基礎コースを受講する前は、補綴治療主導の従来型歯科医院でした。その後、唾液検査の全面導入、口腔写真、歯周検査等の規格資料の収集とそのデータの蓄積、カリオロジーの原則を貫く診療体制、初

期・中等度歯周炎を管理できる診療体制の確立を目指して努力を積み重ねて今日に至ります。2年6ヵ月間での唾液検査実施は、約1,200件、歯周病のデータ蓄積は約1,000件に達しました。これらは、すべて日本ヘルスケア歯科研究会が会員向けに頒布しているデータ管理ソフト「ウイステリア」に入力されています。図9は千ヶ崎歯科医院の TMR の推移を示しています。1999年12月を契機に TMR がローリスクに転じていることがわかります。一時的には、経営状態がハイリスクになりましたが、システムの安定とともに回復する傾向が見られます。この傾向は、予防に転換した医院に典型的に見られるとの報告もあります²⁾。現時点では、スタッフの成長とそれに伴うメンテナンス患者の蓄積が課題です。

2. THR の経年推移

THR によって、さらにリスク値の変化を見ます(図10)。短期間でのヘルスケアシステムへの転換は成功していると言えますが、メンテナンス患者の蓄積が順調に得られていくか、これからの変化を見守る必要があります。唾液検査数の伸び率は、

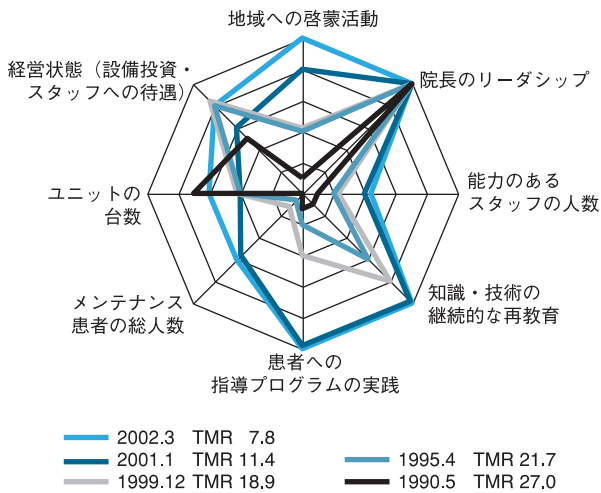


図9 千ヶ崎歯科医院 TMR 経年変化

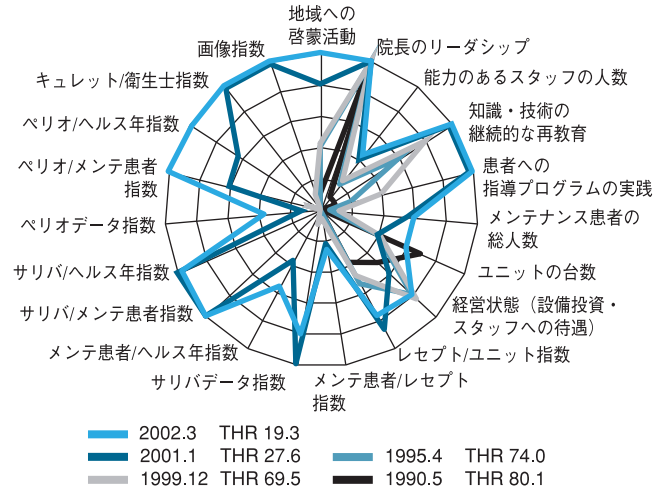


図10 千ヶ崎歯科医院 THR 経年変化

その実施率が100%に近いとすると新患、再来初診の数で予想することができますが、当医院での患者の来院データから見ると、最初の2年の伸び率をその後も維持することはできず、ヘルスケア型への転換後の年数の経過とともに、Health 指数の減少は必然であると言えます。そのため、新規流入患者に対する検査実施率等も考慮する必要性を感じています。

歯科医院リスク分析の意義

筆者は、今回の歯科医院リスク分析の意義を次のように考えています。

1. ヘルスケア型歯科医院を目指すにあたり、医院としてクリアすべき課題を評価し、医院の問題点の抽出を通じて、改善点等を明確にする。
2. 自院において開業以来の評価を行うことにより、リスク値の経年変化を把握し、時間経過とともに、改善されてきた項目、時間経過の割には、改善が認められない項目、逆に時間の経過とともに状況が悪化している項目等がわかる。
3. 他医院との比較により、自院のヘルスケア達成度を客観的に評

価認識できる。

4. より客観的な評価が可能になれば、会員に対して広くアンケート調査を実施することにより、会としての各医院の到達度を分類し、基礎コース等の啓蒙プログラムにおいて、ターゲットを絞った対応が可能になる。
5. 日本ヘルスケア歯科研究会会員の間で、患者を紹介する際の判断基準になる。
6. 患者が健康を守る歯科医療を希望する場合、その判断の基準を提供する。

このリスク分析は、真の客観性を有するとは言えません。現時点において、ヘルスケア型歯科医院と称するのは、唾液検査を実施し、歯周検査を含めてウィステリアにデータ入力できている、多数の能力の高い歯科衛生士を擁し、規模も大きい。累積した多数のメンテナンス患者に健康を守り育てる医療を提供し、具体的数字としてその成果を報告できる歯科医院です。TMRはまさにその規模に対するマネージメント能力の評価です。THRは、TMRの偏りを補正する評価項目を追加していますが、それでも、唾液検査や歯周病のデータ入力という部分で大きな前提条件

があり、上記の理想的ヘルスケア歯科医院として、一定の成功パターンを想定して評価していることが特徴です。

このTMR、THRのリスク評価に違和感を感じた読者は、おそらく、この点に納得の行かないところがあると思います。患者の利益になる医療を目指す歯科医院が患者利益を実現しているかどうかをどう客観的に評価したらよいのか。これからの議論が大切であると思っています。

確かに、患者利益を追求する歯科医療を実践していく上で、データ入力には必須ではありません。規模が大きいことや歯科衛生士の人数が多いことも必要条件ではありません。地域性や規模に応じた成功パターンがあつてよいはずですが。逆に、TMRやTHRがローリスクだからといって、本当に患者利益となる歯科医療が実践できているか十分条件ではありません。規模の大きい、経営状態も良い、唾液検査なども数は行っている。そういう歯科医院のリスクは低くなります。しかし、それだけで、ヘルスケア歯科研究会の目指している診療所と言えるかは別問題です。どういう基準で評価したら、より客観性が増すのか、各会員が設定可能な複数の成功パターンを示せるのか。さらに研究が必要だと思っています。

おわりに

恐らく、真に患者の利益になる医療を目指すという点では、予防を志して日々努力されている歯科医師の目標は同じはずですが。その医院で10年間定期管理を受けている患者の平均喪失歯数は何本か。12歳時で3年以上定期管理を受けている児童のDMFTはいくつか。カリエスフリー率は何%か。唾液検査をするか否か、ウィステリアにデータを入力するか否かが問題なのではなく、これらのデータを歯科医院として、きちんと把握できていて、自分たちが患者に行っている医療の成果を常に客観的に確認し、評価し、その結果を診療

にフィードバックしていく、そのような姿勢をもつ医院が日本ヘルスケア歯科研究会という枠を越えたヘルスケア型歯科医院と言えるのではないかと思います。

しかし、はじめから、そのような患者データを出せる医院は少ないはずですが。これからヘルスケア型歯科医院を目指そうとする若い歯科医院においては、いきなり遠い目標を突きつけられても、呆然と立ちつくすだけです。しかし、だからといって私は、唾液検査はどうでもいいのか、データ管理はどうでもいいのかは考えていません。むしろ、そのような一定の型から入って、予防のシステムを一つ一つ取り入れていく方が分かりやすいと考えています。その観点から現段階のリスク評価基準は、ある意味偏りがあります。日本ヘルスケア歯科研究会の中にとどまらず、それ以外のコンセプトで予防に取り組んでいる歯科医院も公平な成功パターンとして評価できることが理想です。この点については、是非多くの識者のご意見を頂戴したいところです。

現在考えているアイデアの一つは、患者利益となる歯科医療を実践できていると総合的に評価できる歯科医院をピックアップし、そのTHRを分析し、その結果から、地域性や規模に応じた到達目標を示すというものです。都会で限られた規模ではあっても、十分に地域のなかで患者の利益を追求した医療を実践している医院もあれば、郊外で十分な規模のもと、多くの地域住民に利益を還元した医療を実践している医院もありますし、それらは、同じ目標に向かって努力している点で、同列に評価されるべきです。実績のあるいくつかの医院を対象にさらに綿密な分析を行い、そのような複数のゴールを示すことができると考えています。これは、今後の課題です。

さらに全ての会員に対して、広くこの歯科医院基本アンケートを行い、各医院のヘルスケア到達度を分析す

る試みも課題の一つと考えています。手始めに関東地域の会員に対して協力をお願いする予定です。

このリスク評価の試みが、たんにヘルスケア型の画一的な成功パターンの押しつけではなく、自分の医院

の目指す方向を、様々なステージにある医院の評価と比較することにより、与えられた環境下で可能な限り理想的な状態に修正する有力な分析法になることを願っています。

参考文献

- 1) 千ヶ崎乙文：データ管理ソフトを斬る！．日本ヘルスケア歯科研究会ニュースレター，5 (2)：8～9，2002.
- 2) 太田貴志，秋元秀俊：予防にシフトした歯科診療所経営の現状，ヘルスケア歯科誌，1 (1)：49～56，1999.

□資料1：歯科医院アンケート

回答歯科医師名：

歯科医院名：

- 問1. 日本ヘルスケア歯科研究会の設立趣旨は十分理解し、納得できていますか。 ① はい ② いいえ
- 問2. 自らの診療室を予防中心の診療室に変える決意は明確ですか。 ① はい ② いいえ
- 問3. 予防をベースに置いた診療形態に移行しようとする理由は何ですか。(該当するものに○印、複数可)
- ① 今のままでは、経営が成り立たないから
 - ② 予防をやると熊谷先生のように成功できると思うから
 - ③ 患者数、売り上げの減少があり、将来の経営に不安があるから
 - ④ 今のままでも経営的には問題ないが、将来の保険としてシステムを導入したいから
 - ⑤ 他院との差別化の手段として予防を位置づけているから
 - ⑥ 基礎コースの受講や、熊谷先生の講演を聴講して、これしかないと思ったから
 - ⑦ 予防型診療は患者に利益になるから
 - ⑧ 周囲にはまだ予防システムの競合医院がないから差別化のため
 - ⑨ 周囲に予防システムの競合歯科医院があり、差別化されないようにしたいから
 - ⑩ その他 ()
- 問4. 受講ドクターについて
- 1) 基礎コースに受講について、受講回数 () 回
最初の受講年月と受講地 年 月 場所： 大阪 酒田 東京
 - 2) あなたはドクターとして治療技術に自信がありますか ① はい ② いいえ
 - 3) 健康を守り育てる歯科医療の知識や実践方法はわかっていますか ① はい ② いいえ
- 問5. このコースでどんなことを期待していますか(期待・要望・悩み)?
- 問6. 経営について
- 1) 歯科医院の経営状態について、自分で把握している； ① はい ② どちらともいえない ③ いいえ
 - 2) 経営データを取っている(月次売り上げ、平均来院患者数、キャンセル率、リコール率) ① はい ② よくわからない ③ いいえ
 - 3) 現在の経営状態をどう評価しているか； ① 良好である ② 平均的である ③ あまり良くない ④ かなり悪い
 - 4) スタッフの待遇は十分だと言えるか； ① 十分である ② 平均的だと思う ③ 十分とは言えない
 - 5) 設備投資の余力はあるか； ① ある ② ない
 - 6) 各スタッフの時給単価を把握しているか； ① はい ② いいえ
 - 7) スタッフの福利厚生等に関して(該当するものすべてに○印を付けて下さい)
 - A 採用している制度；
 - ① 政府管掌健保 ② 歯科医師国保 ③ 一般国保 ④ 雇用保険 ⑤ 厚生年金 ⑥ 有給休暇制度
 - ⑦ 週休2日制度 ⑧ 就業規則 ⑨ 給与規定 ⑩ 退職金規定
 - B スタッフの研修について；
 - ① 研修費用補助 ② 出席日の勤務日扱い ③ 交通、宿泊費等の医院負担 ④ その他
 - 8) スタッフに対して医院の経営状態を公開、もしくは議論しているか？
 - A 経営状態を； ① 公開している ② 一部している ③ 一切しない
 - B 経営に関して議論することが； ① ある ② ない
- 問7. 設備について(数字に○または数字などを記入してください)
- 1) ユニット数は； 1 2 3 4 5 6 6台以上 () 台
 - 2) 月平均レセプト件数は； 平均 () 件
 - 3) カルテは； ① 手書き ② レセコン(入力を受付) ③ レセコン(入力は診療室)
 - 4) レセプトは； ① 業者委託 ② レセコン(受付が行う) ③ レセコン(自分で)
 - 5) 院内のパソコン Mac () 台 Win () 台
 - 6) LANの有無 ① あり ② なし ③ パソコンなし
 - 7) レントゲン ① アナログ ② デジタル(機種名；)
 - 8) 口腔内撮影用カメラ ① あり アナログ(機種名) デジタル機種名() ② なし
 - 9) 位相差顕微鏡 ① あり ② なし
 - 10) スライド拡大モニター ① あり ② なし
 - 11) サリバテスト用器材 ① あり ② なし
 - 12) 超音波スケーラー(機種名 台数)
 - 13) エアースケーラー(機種名 台数)
 - 14) キュレットについて
 - A 何セット(あるいは何本くらい)ありますか？ () セット・本(どちらかに○)
 - B 各衛生士で自分用を管理していますか？ ① はい ② いいえ

C 適切で効率的なシャープニングのシステムを何か工夫されていますか？

- ① はい (どのような工夫) ② いいえ
 15) PMTC用の専用器材 ① あり ② なし
 16) ダイアグノデント ① あり ② なし

問 8. スタッフについて

- 1) 現在のスタッフは何人ですか
 歯科医師 (本人含む) () 人 歯科衛生士 () 人 歯科助手 () 人
 歯科技工士 () 人 受付・その他 () 人
 2) DHは患者担当制ですか ① はい ② どちらとも言えない ③ いいえ
 3) DHに専用ユニットを与えているか ① はい ② どちらとも言えない ③ いいえ
 4) 十分能力がある信頼できる歯科衛生士は何人か () 人

問 9. 継続した知識・技術の再教育

- ① ドクターは行っている ② DHも行っている ③ DA, 受付を含めて行っている

問 10. 患者へのモチベーション (該当するレベルに○印. 1 = 全く行っていない, 5 = 十分時間を割いて工夫を重ねている) 5段階自己評価; 1 2 3 4 5

問 11. リコール患者は現在何人くらいか 約 () 人

問 12. サリバテストなどの唾液を利用したカリエスリスク検査

- ① ほぼ全員に実施している ② 全員に実施するようにしているが十分できていない
 ③ 実施患者をこちらで選択している ④ ほとんど実施していない
 ⑤ サリバテスト以外のリスク検査をしている

問 13. 口腔内写真撮影

- ① 全員に実施している ② 全員に実施するようにしているが十分できていない
 ② 実施患者をこちらで選択している ④ ほとんど実施していない

問 14. 全顎デンタルX線撮影

- ① 全員に実施している ② 全員に実施するようにしているが十分できていない
 ② 実施患者をこちらで選択している ④ ほとんど実施していない

問 15. 歯周検査

- ① 全員に実施している ② 全員に実施するようにしているが十分できていない
 ② 実施患者をこちらで選択している ④ ほとんど実施していない

問 16. 臨床検査データを蓄積しているか

- ① はい; サリバテスト初診件数 () 件 ペリオ入力件数 () 件
 ② いいえ

問 17. 歯周病原性細菌検査はどのように?

- ① ペリオチェック ② PCR法 ③ その他の方法でしている ④ していない

問 18. 医院における自らのリーダーシップ

- (1から5までの5段階自己評価); 1 2 3 4 5

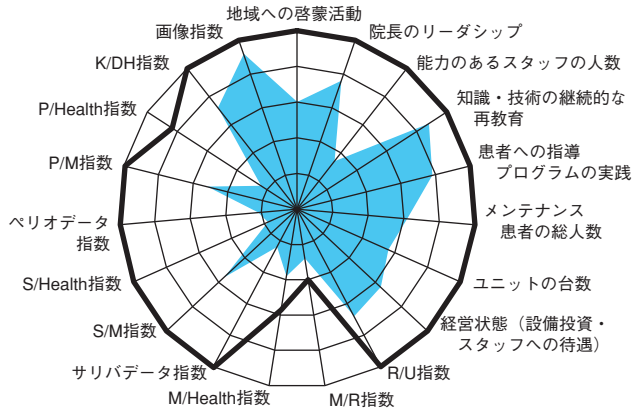
問 19. 地域での活動

- 1) 現在学校歯科医か; ① はい ② いいえ
 2) はい (①) と答えた人 健診時に行っていること; ① 口腔写真撮影 ② ブラッシング指導
 学校の協力は得られているか; ① はい ② いいえ
 予防の講演, 啓蒙を行っているか; ① はい ② いいえ
 健康ノートを制作しているか; ① はい ② いいえ
 3) 地域での働きかけを行っているか; ① はい (どんな) ② いいえ

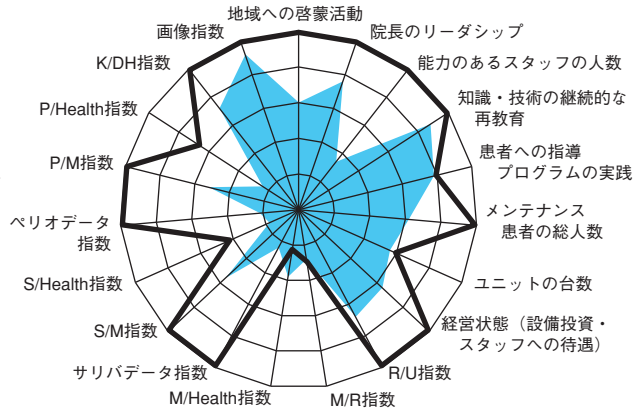
問 20. 本研究会が提唱する診療スタイルに移行するに際し, 困難と思われる障碍, 実行できない理由は?

- ① ヘルスケアの方向性に疑問があるから ② 予防に切り換えて経営が成り立つか不安だから
 ③ スタッフをモチベーションできない ④ スタッフが短期間で替わる
 ⑤ 核となるスタッフがいない ⑥ 経営的にスタッフ補充, 設備投資ができないから
 ⑦ 予防における保険と自費の兼ね合いがわからないから ⑧ リーダーシップに不安があるから
 ⑨ 患者が理解してくれないから ⑩モチベーションに時間が経営的に割けないから
 ⑪ 人手不足, 能力不足でデータ入力する暇がないから ⑫ パソコンが苦手だから
 ⑬モチベーションの技術に不安があるから ⑭ 何が原因か自分ではわからない
 ⑮ その他 ()

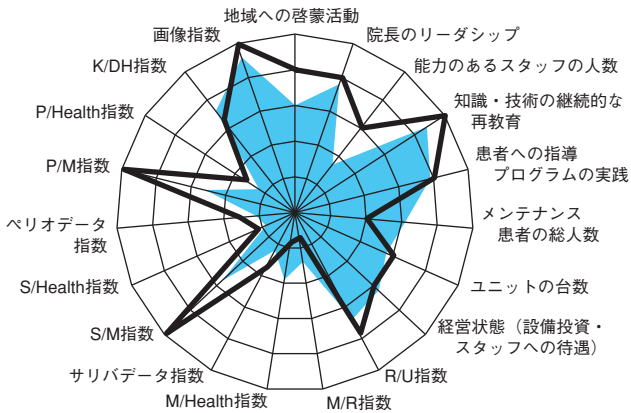
□資料2：歯科医院リスクチャート比較



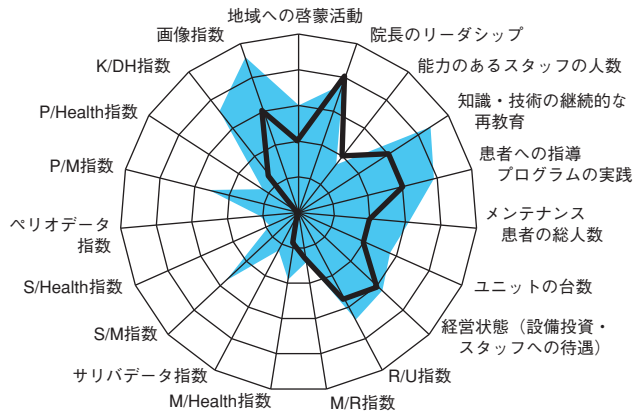
A 現在のところ目標とすべきもっとも理想的な私たち。



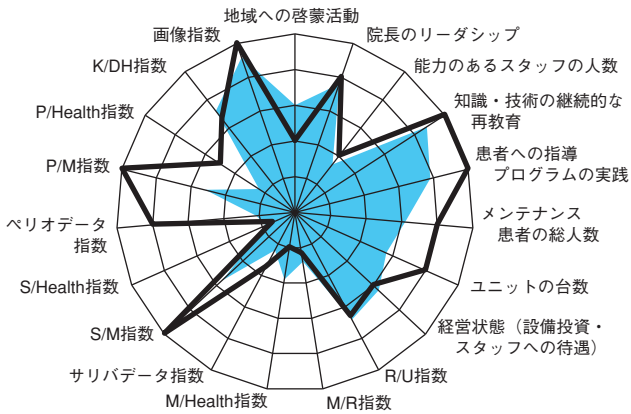
B 大都市近郊でもA診療所と同等レベルの診療所づくりが可能であることを示している。



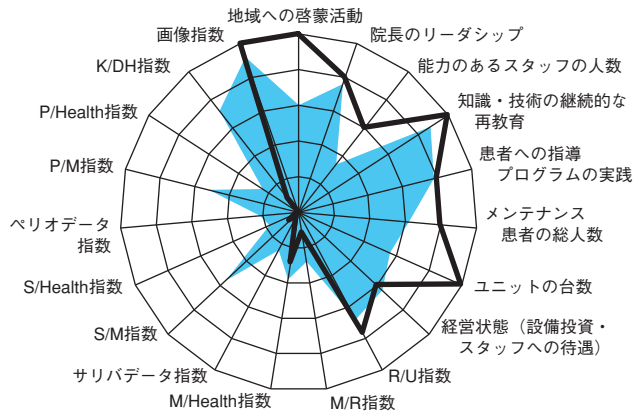
C 規模は小さいが健康を守り育てる実績をあげている。



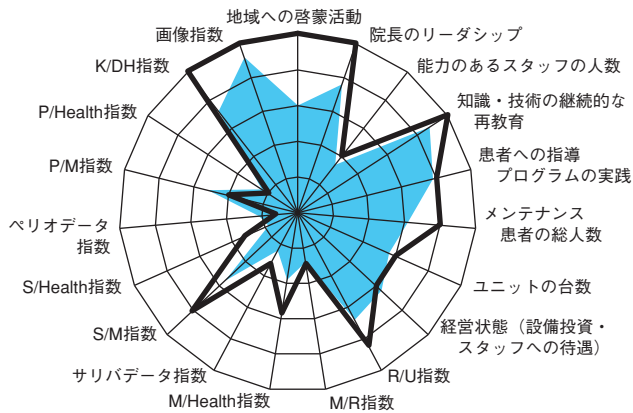
D すべてこれからという状態。



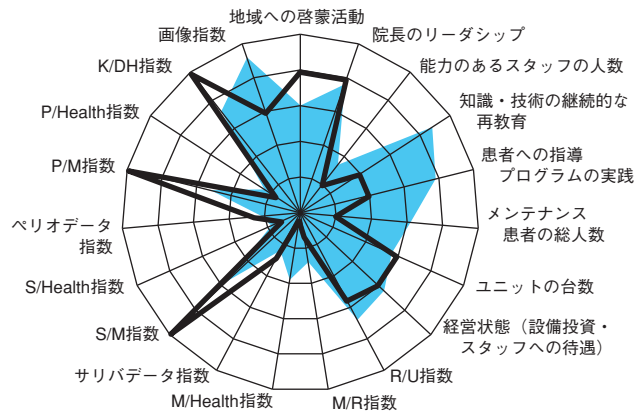
E 自己評価は辛いが高リスクコントロールを主体にした診療が定着している。



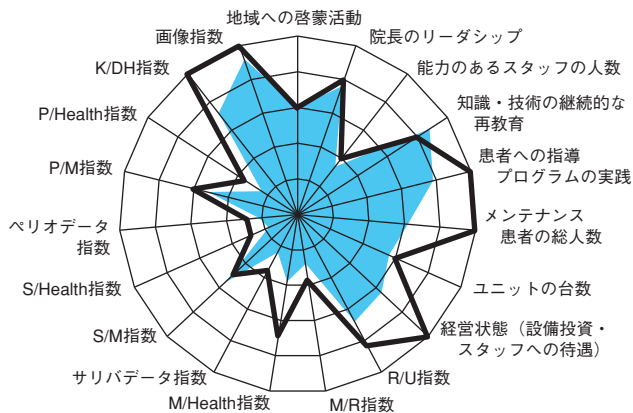
F 比較的マネジメントがうまくできていた大規模診療所であるが、いまだ健康を守り育てるかたちへの転換前。



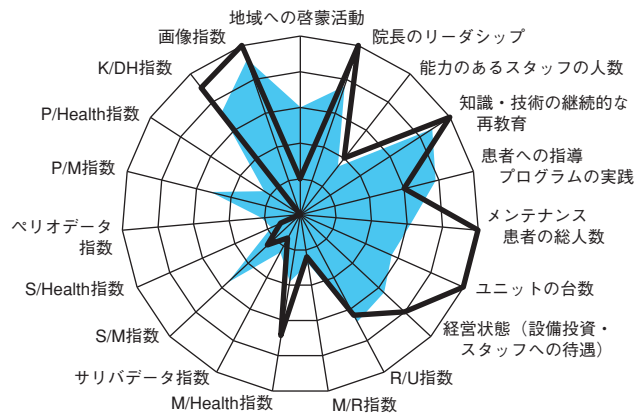
G 弱点(ペリオ)はあるが、ある程度健康を守り育てるかたちになっている。



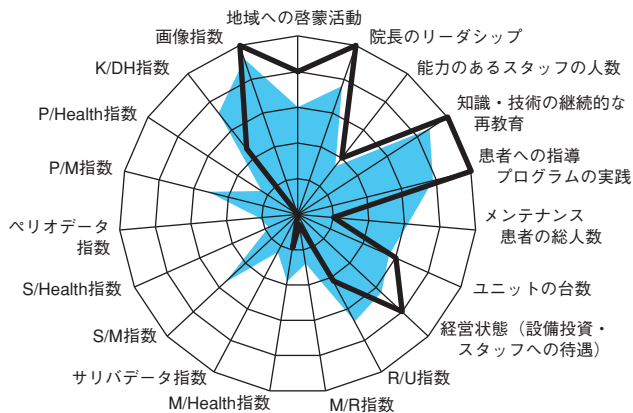
H 規模は小さい(TMRでは評価されない)が、THRで見るとまずまず健康を守り育てるマネジメントができています。



I すぐれた実績を挙げているが、一部に問題(データの蓄積)がある。



J 郊外型の非常に成功している大規模診療所だが、健康を守り育てるかたちへの転換途上。



K 従来型の成功していた診療所(THRの右側が張りだし)であるが、ヘルスケアに転換したばかりで、偏りが大きい(左がゼロ)。