

HEALTH CARE

The Newsletter of the Japan Health Care Dental Association

vol.9 no.5

(年間6回刊行・通巻052号)



日本ヘルスケア歯科研究会

事務局 東京都文京区関口 1-45-15-104

☎ 03-5227-3716

Fax. 03-3260-4906

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

E-mail : center@healthcare.gr.jp

編集代表 杉山精一

編集制作 有限会社 秋 編集事務所

CONTENTS

巻頭 Doプロジェクトから見えてくるもの.....	p.1
臨床成果の患者さんを介したフィードバック.....	p.3
海外文献から 歯周治療は経済的に見合うだろうか?.....	p.7
ヘルスケアフォーラム.....	p.12
お知らせ.....	p.15
ヘルスケアミーティング 2006.....	p.16

Do プロジェクトから見えてくるもの

杉山精一 (コアメンバー)

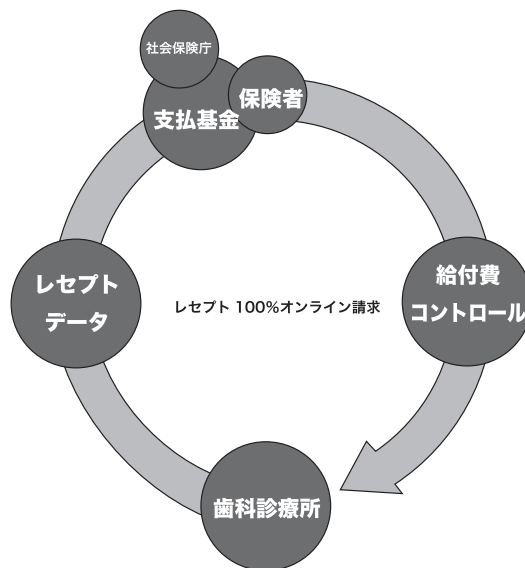
今回の一連の調査研究を Japan Health Care Dental Outcome Project と名付けます。通称 Do プロジェクト、「本気でヤル!」という意味を込めています。このプロジェクトは来年以降も継続させて発展させていきます。

レセプトサイクル

診療報酬の情報(請求)を出して、それを元に医療にかかる費用が算出され、給付を制御する情報が返ってくる

レセプトのオンライン化が進むとコストのコントロールは一段と厳しくなる

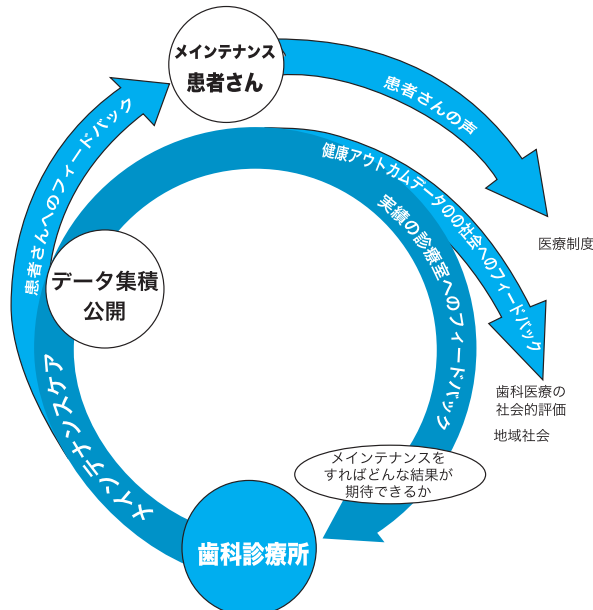
そこには医療給付によって得られるはずの健康の評価はない



ヘルスケアサイクル (仮称)

健康のアウトカム評価や QOL の評価などによって初めてメンテナンスケアの意義が社会的に理解されるだろう

メンテナンス患者さんと協調して初めて医療制度を動かすことができる



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

重要なお案内

●以下の同封物をご確認ください。

- ヘルスケアミーティング 2006 プログラム
- ヘルスケアミーティング申込書・郵便振替用紙
ヘルスケアミーティング参加申し込みおよび 2007 年度年会費のお振込みにご利用ください。

催しものご案内

- ヘルスケアミーティング 2006
日時：2006 年 11 月 18・19 日
会場：砂防会館別館
- 歯科衛生士教育プログラム 基礎コース
日時：2006 年 12 月 9・10 日
会場：埼玉県立大学短期大学部
- コアメンバー会議併催企画 ミニシンポジウム
 - 口腔内写真のカメラの選び方、使い方
 - 健康手帳活用術
日時：2006 年 12 月 10 日
会場：東京国際フォーラム G502

※第 5 回認証ミーティングは 2007 年 2 月 25 日(日)に延期になりました。詳細は追ってご案内いたします。

Do プロジェクトの情報フィードバック

<私たちの診療室にどのような患者さんが来て>

← 調査 1 ほぼ歯科疾患実態調査と同じ傾向を確認

<私たちの診療がどのような結果を出して>

← 調査 2 (若年者のう蝕) と調査 3 (成人の歯周病)

<患者さんの QOL の向上に結びついているか>

また他の保健医療との比較で、

<歯科のメンテナンスケアはどのくらい有益か>

← 調査 4 でこれから結果が明らかになる

今回の一連の調査 (Do プロジェクト) の情報フィードバックは、調査主体となった診療所レベル、広く会員診療所レベルさらに地域社会や国のレベルに及びます。

調査結果はまず、ヘルスケアシンポジウムで発表しますが、会誌やニュースレターに患者さん向けのページをつくって報告し、さらに患者さん向けのわかりやすい資料として、説明パネル、院内掲示用ポスター、対外説明用資料、デジタルデータファイルを作成する予定です。これはメンテナンスケアに「こんな効果がある」という事実を、多くの患者さんに正確に知っていただくためのツールであり、また患者さん以外の地域医療から国の医療政策に至る関係者に理解を深めてもらう資料として活用します。

そこにはアウトカムデータだけではなく、患者さんの声も盛り込みたいと思っています。今回の調査 4 (QOL 調査) を行って、面倒なアンケートに多くの患者さんがよるこんで協力していただけたことに驚きました。少なくとも、認証の条件として行っている患者アンケート結果を (個別診療所情報としてでなく) まとめて公開したいと思います。

私たちのメンテナンスケアをベースにした診療を多くの患者さんが高く評価してくれていることはとても重要な情報ですが、今まで十分な情報発信ができていません。また、私たちは患者さんに評価を受けるというプロセスを着実にこなって来ています。認証のための患者アンケート調査がその作業です。検査結果の説明ができていないかなど、具体的な事実はまだ踏み込んで評価を受けています。このことを当該医院へフィードバックするだけでなく、まとめて社会へも情報発信し、フィードバックします。

フィードバックの方法は、マスコミ向けの情報として歯科医療者から情報発信するだけでなく、患者さんの声を発信する工夫をします。私たちの診療室における成果と、それを支えてくれる患者さんの評価をまとめあげていくことが必要です。

「健康を守り育てる診療所認証制度」「歯科衛生士育成コース」や「検定」など、日本ヘルスケア歯科研究会の一連の事業を組み込むと 4 ページに示すようなサイクルになります。

認証診療所をめざすには基礎コース、あるいは地域の勉強会に医院のスタッフぐるみで参加して情報交換や発表を経験することが必要でしょう。

基礎コースは入会間もない会員、新人スタッフ教育、会員外の方に対しての気づきを得る場、研修の場として存在意義があると思います。

1 ページ目上段のレセプトサイクルはお金の流れです。今まで私たちにはこのサイクルしかありませんでした。レセプトのオンライン請求を待つまでもなく、日本の医療制度は基本的に「どのようにお金を使ったか」によって評価を受けるサイクルすなわち医療制度問題=保険制度問題 (つまり医療費問題) に終始してきました。道路行政を、道路の利用度ではなく道路建設事業費で評価してきたのと同じで、アウトカム評価がありません。

高齢化が急テンポで進んで、医療費抑制に躍起になっているいま、私たちは医療を受ける人たちの評価を重視する必要があります。多くの患者さんが求めている「健康を守り育てる」歯科医療を医療制度のなかにきちんと位置づけるには、まず健康アウトカムの評価が欠かせません。たとえ自費で行う場合でも、どのくらいの効果があるか、その実績を示さなければ、何を根拠に患者さんに勧めることができるでしょうか。

患者さんの横のネットワーク

認証診療所のメンテナンス患者さんの横のネットワークをつくることも将来の課題です。参加は任意ですが、治療終了時に申込を募り、年に 1~2 回位ヘルスケア研究会からニュースレターが届くような仕組みです。毎年更新する臨床データと正しい歯科情報を掲載します。これまでの経験から、患者さん同士の連携によって、メンテナンス継続への効果も生まれると考えられます。このネットワークで患者さんの声を募れば生の声が集まるかもしれません。家族や近所の方、友人にも読んでもらえるかもしれません。

メンテナンスケアという効果を肌身で直感しにくい診療行為、長い年月で個人差の出る診療行為では、患者さんに実績を正しく伝える必要があります。そしてこのサイクルに多くの診療所が参加して、このサイクルを拡大していくことが日本の歯科疾患の疾病構造を変える戦略となるでしょう。

レセプトサイクルの中では、医療費の増大も、健康も、患者さんの QOL も何も改善しないでしょう。大事なことはアウトカム評価と患者評価を取り入れたヘルスケアサイクルの拡大です。

臨床成果の患者さんを介したフィードバック

秋元秀俊（医療ジャーナリスト）

患者さん相互の連携をつくり、それを介してメンテナンスケアの意義を社会にフィードバックするという杉山さんのアイデアにいたく感心しましたので、その意味を少し解説します。

つくられたステレオタイプの対立図式

平成 18 年度の医療制度改革や診療報酬改定は、図式的に単純化するならば、官邸 = 経済財政諮問会議の財政最優先の提案に対して厚生労働省・医師会が反対するという構図のなかで進められました。官邸 = 経済財政諮問会議の医療制度改革の一貫したスローガンは「患者本位の医療サービスの実現」であり、診療側すなわち病院や医者・歯医者は規制に守られた既得権益グループというラベリングが国民の間に浸透しました。実際のところ、従来の医療政策は、専門家団体と厚生労働省官僚の間の密室の話し合いで進められてきましたし、日本歯科医師会の中医協贈賄、自民党橋本派不正献金事件の発覚は、この図式を改めて国民に印象づけました（偶然と見るには出来すぎているのですが）。

こうして官邸側が提案する病院経営の株式会社化や混合診療解禁など市場原理の導入が「患者本位の医療サービス」と意味付けられ、厚生労働省・医師会は翻弄され続け、さしたる反対もなく老人医療費の負担増となりました。歯科の場合には、都市部の多くの歯科医が、混合診療解禁を支持しているほどです。もちろん医療は水や空気と同じ社会的共通資本ですから、儲からないからと言って簡単に商売の論理で切り捨てるべきものではありません。

パターナリズム（父権主義的）の医療政策の終わり

当初財務省がマイナスシーリング 10% を出したとき、厚生労働省の試算は、抗がん剤すべて自費というようなすさまじい内容だったようですが、それは国民に知らされることなく、市場原理の導入を求める経済財政諮問会議とそれに対抗する厚生労働省・医師会の攻防のなかで、前年比 3.16% ダウンに決着しました。もし、そこまでの段階で情報がオープンにされていれば、多少負担増となっても効果のある給付を求める議論が優勢になったかもしれません。

歯科では、その段階（昨年 11 月末）で相当大きな報酬カットとなることは明らかでしたが、会長選挙中ということもあって、「身内」にさえ隠されていました。医師会や歯科医師会が、報酬大幅カットに対して声をあげ始めたのは、はるか後、改訂決着後のことです。

ここで国民に窮状を訴えよう、マスコミに厳しい実状を報道してもらおうというような声が聞こえて来ますが、もちろん無理な話です。報酬のカットが国民の健康にどうかかわるかという議論もありません*。医療政策の検討段階から一貫して抵抗勢力の役割を演じ続けた医療側の声を国民に届かせることは容易ではありません。

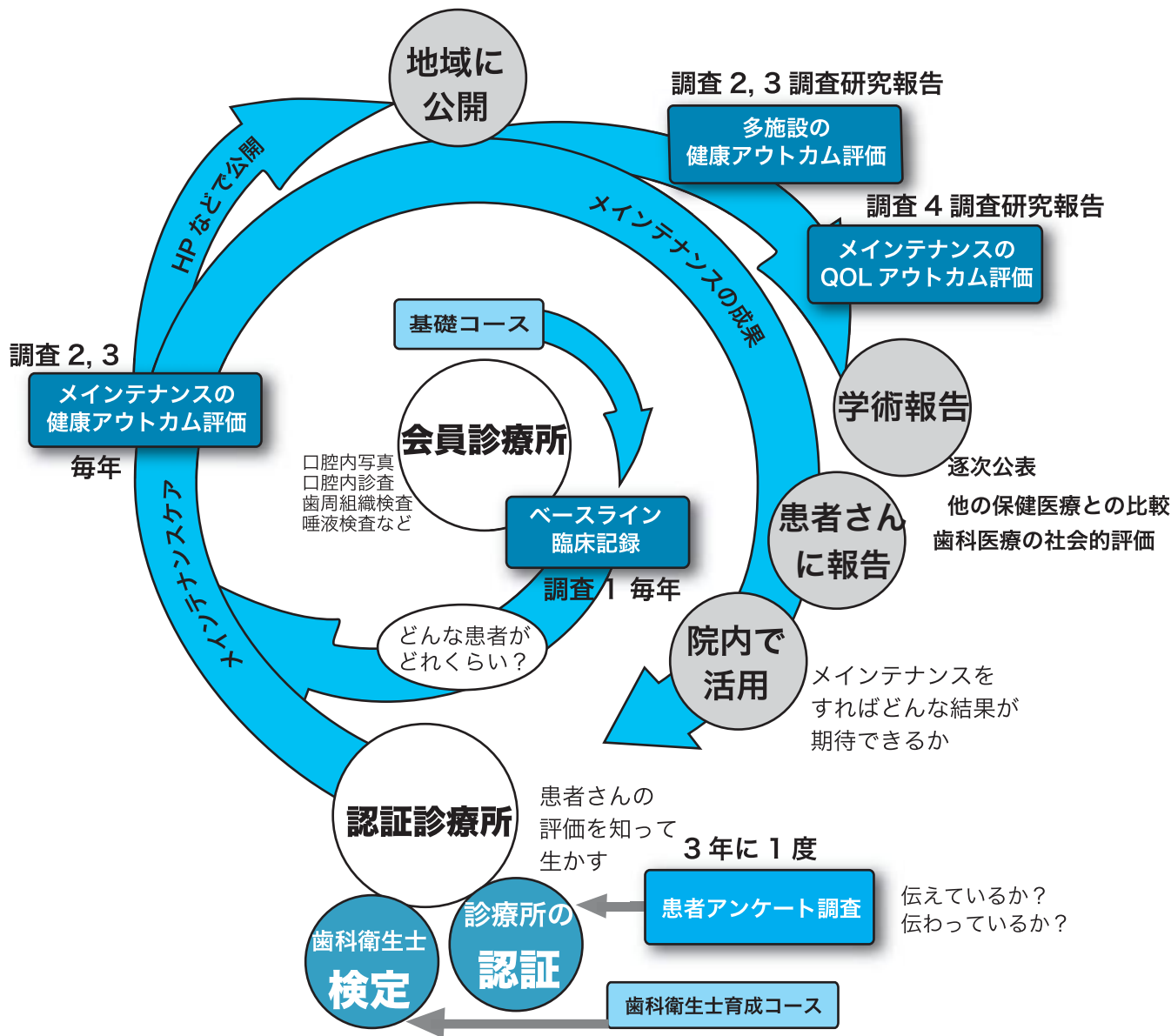
医療界は、患者に対して医療を恩恵的に施してきたように、専門性を理由に、医療政策決定プロセスも医療側で抱え込んできました。パターナリズム（父権主義的）の医療政策と言えるでしょう。

医療消費者と医療提供者の対立という紋切り型の図式から自由になるためには、何より患者の参加と医療的介入の評価が欠かせません。「患者主体の医療」という考え方は、主語を患者においたときに初めていままでにない意味をもちます。生活の医療を守るためには、患者の政策決定プロセスへの参加が必須になるのです。

* 規制改革会議の答申（第 3 次）には、「診療報酬体系の見直しについては、医療にかかるコストを適切に把握するための調査を検討する」とある。レセプトのオンライン審査が軌道に乗れば、数ヶ月ごとに初診を繰り返すようなメンテナンスは許されない。政府は、今年からオンライン請求を本格化し、7 年後には全レセプトのオンライン処理達成を目標にしている。ここではレセプト情報を基に点数がコントロールされるようになるが、そこには患者の健康というアウトカムの評価はない。

このコラムの内容は一部「コップの外の嵐 10」（<http://www.heraeus-kulzer.co.jp/customer/special.html>）へレウスクルツァーホームページ掲載）と重複しています。なお、この問題について秋元の属する医療政策研究グループでは政界、官界、患者団体向けに政策提言を行っています。ご関心のある方は秋元までご請求ください（edit-aki@kt.rim.or.jp）政策提言小冊子をお送りします。

Japan Health Care Dental Outcome Project (仮称) (通称 Do プロジェクト) の目的と役割



今回の一連の調査研究を Japan Health Care Dental Outcome Project と名付けます。通称 Do プロジェクト、「本気でヤル！」という意味を込めています。このプロジェクトは来年以降も継続させて発展させていきます。

調査 1～4 の目的、参加資格など詳しくはニュースレター vol.9, no.3 (4～5 ページ参照) に述べましたが、その意義とフィードバックの仕方は上のスキームのようになります。

調査 1 <初診患者実態調査> はアウトカム研究のベースライン調査、調査 2 は若年者のカリエスリスクコントロールの DMFT を健康アウトカム指標とする調査です。調査 3 は、成人の歯周病メンテナンス効果について喪失歯を健康アウトカム指標として調べるものです。調査 4 は、メンテナンスケア

の口腔 QOL との相関を調べる 5 年計画の前向き調査研究で、今年ベースラインの報告です。ベースラインとはいえ、なかなか興味深い事実が分かっています (1 例を 6 ページに示す)。

Do プロジェクトは調査 1 から 4 までを含みますので、来年以降調査 1 参加者が増えればプロジェクト参加者増加、ヘルスケアサイクル (この環を仮にこう呼ぶことにします) の拡大となります。

現在検討中の計画では、Do プロジェクトの結果は、パンフレット、PDF ファイルにして会員診療所に配布、待合室に置いたり、患者さんに説明時にお渡しして活用します。パンフレットにはプロジェクト参加医院名を記載します。

調査 1**初診患者実態調査**

毎日来院する患者さんの口腔内はいったいどんな状況でしょうか？ 歯科診療所に来院する患者さんの状況をしっかりと把握することは、歯科疾患に対する対策を考える原点です。皆さんの診療所ではデータ管理ソフトが使われていることと思います。今年の秋のヘルスケアミーティングでは、これらのデータを基にして歯科医院初診来院患者実態調査の結果を報告します。

調査は以下のような内容で実施しました。

2005年初診患者についての実態調査**【調査の目的】**

- 1) 日本ヘルスケア歯科研究会の会員診療所の協力により調査を行ない、日本における歯科疾患の状況を把握することを助ける資料とし、今後の歯科医療環境の改善に役立てる。
- 2) 歯科医院に来院する初診患者の状況を把握して、診療室における診療システムの改善に役立てる。

【調査参加診療所：30 医院 初診患者データ：11,676 人】

初診患者について以下の資料があることなど（詳細略）

小児 口腔内写真，DMFT(永久歯のみ)

成人 口腔内写真，DMFT，残存歯数，歯周病進行度（パノラマではなくてデンタルレントゲンによって判定），喫煙経験

【調査対象患者】

2005年1月1日から2005年12月31日に来院した初診患者（診療室に全くはじめて来院した患者）

調査 2**若年者のカリエスコントロールの成果についての研究**

診療室に来院している子供たちのメンテナンスの効果はどの程度でしょうか？ 20歳までのカリエスコントロールは生涯の口腔の健康を考えた場合もっとも重要なものと思われませんが、診療室での成果についての報告はほとんどありません。各診療所の若年者のメンテナンスの効果を調査しました。

【メンテナンスの定義】

検索条件にて規定（略）

【参加診療所：13 医院 1757 件(3つの年代に分けて解析のため実人数ではない)】

- 1) 日本ヘルスケア歯科研究会の会員診療所で今までに基礎コース，ヘルスケアシンポジウムなどに参加したことがある
- 2) ほぼ全員の患者さんに対して客観的な資料を整備して予防をベースにした診療の重要性を説明している（特定の患者さんだけに実施していないことが大事）
- 3) 歯科衛生士がほぼ担当制である
- 4) 診療データの蓄積を行っていてデジタルデータとして報告が可能である

調査 3

成人の歯周病メンテナンス効果についての研究

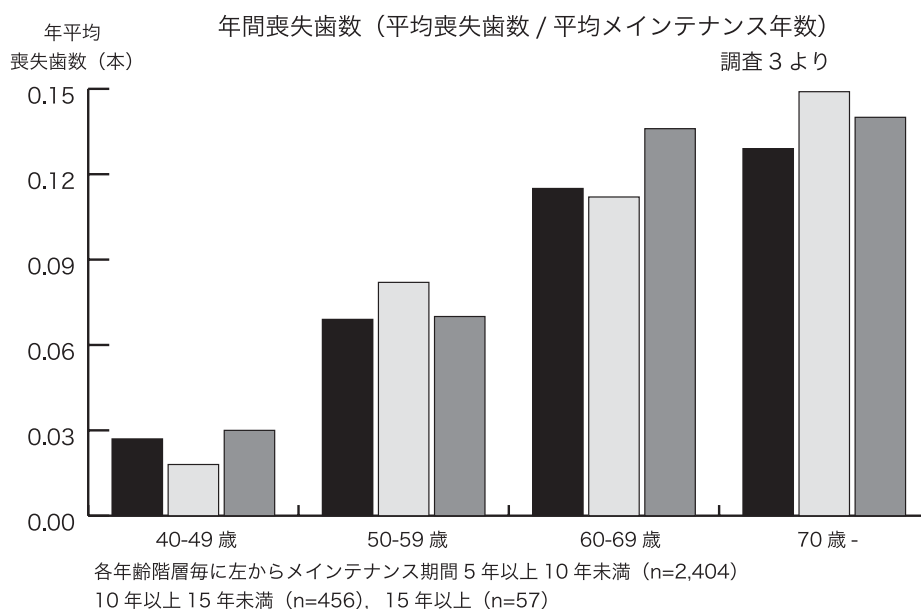
歯周病のメンテナンスの効果を喪失歯を評価尺度として調査しました。

【メンテナンスの定義】

検索条件にて規定（略）

【参加診療所：14 医院 患者データ：2,917 人】

- 1) 日本ヘルスケア歯科研究会の会員診療所で今までに基礎コース、ヘルスケアシンポジウムなどに参加したことがある
- 2) ほぼ全員の患者さんに対して客観的な資料を整備して予防をベースにした診療の重要性を説明している（特定の患者さんだけに実施していないことが大事）
- 3) 歯科衛生士がほぼ担当制である
- 4) 診療データの蓄積を行っていてデジタルデータとして報告が可能である



調査 4

定期的なメンテナンスと口腔関連 QOL の関係についての研究

従来、成人から高齢者のメンテナンスの評価尺度として残存歯数が使われてきましたが、今後は残存歯数の増加がどれだけ患者さんの生活の質の向上に寄与しているかまで調べていく必要があります。

今回、福岡歯科大学総合歯科の内藤 徹先生、名古屋大学予防医学の内藤真理子先生の全面的な協力を得てこの研究を進めています。ベースラインの調査として8月中旬から1ヵ月間に来院した40歳以上の患者さんを対象にして質問票での調査を行いました。

【参加診療所：26 医院 調査協力患者数：3,210 人】

- 1) 日本ヘルスケア歯科研究会の会員診療所で今までに基礎コース、ヘルスケアシンポジウムなどに参加したことがある
- 2) ほぼ全員の来院患者さんに対して客観的な資料を整備して予防をベースにした診療の重要性を説明している（特定の来院者だけに実施していないことが重要）
- 3) 歯科衛生士はほぼ担当制である
- 4) メンテナンスシステムを実施している
- 5) 診療データの蓄積を行っていてデジタルデータとして報告が可能である



海外文献から

歯周治療は経済的に見合うだろうか？

三辺正人（会員・文献レビュー部会）
内藤 徹（福岡歯科大総合歯科）

かつては、医療分野において経済性を語ることは倫理的でないと考える風潮があった。曰く、健康は金には代えがたい、人の命は地球よりも重い、という観念である。たしかに終末期において、どこまで高額な延命治療が許されるのかというようなことは議論があるし、医療を超えた倫理面からの考察が必要となる。医療政策としても、簡単には線引きのできないものである。

しかし、近年では医療費の高騰が社会問題化し、医療費適正化が重要な政策課題とされるようになってきた。歯科医療においても同様に、経済的にも効率の良い医療の実践が社会から要求され、医療提供者側としても医療資源の適正な使用について、社会に対する説明責任を負うようになってきている。歯科医療機関が実施している治療が、実際にどの程度、予後の改善に結びついているのか、あるいは複数の治療を比較した際に、どちらの治療の方が費用－効果に優れるのかといった点を明示する必要性が生じてきた。たとえば、限られた財源の中で、フィッシャー・シーラントなどの予防的な処置を集団的に実施するのと、シーラントを実施しないで増加したう蝕を治療するのと、どちらが経済性に優れるかといったことである。

予防は美しい医療かもしれない。比較的簡単な介入で、将来の疾患を減少させることができるのだから。しかし、予防医療の対象となる集団は対象者が多く、実際に自然に発症する疾患の数はさほど多くないものもあり、単価は低いものの対象者数が多いため、高コストになる構造を有している。先に述べたフィッシャー・シーラントの例も、12歳児 DMFT が 2.0 を切ろうとしている現在、広汎な集団に対して実施したと

ころで、新規に抑制できるう蝕発生はかなり限られるように予測される。ここで、医療財源が限られている場合、その財源をどの治療に振り分けるべきかという、経済的な議論が必要になる。実際に、予防医療の経済的な優位を示した証拠はさほど多くはない。医療技術の進歩によって、比較的普及してきた治療の実際の転帰はどうだろうか。歯周外科を実施できる技術を有した機関は増えてきているが、手術を施したその歯は、手術しなかった場合に比べてより長期にわたって患者さんの口腔内で機能しているであろうか？ すべての患者さんに、一律にメンテナンスを実施するのと、症状が発生してから治療を行うのと、どちらが経済的に優れるのか？

これまで深く議論される機会の少なかった歯科医療費の経済性であるが、すでに避けて通ることのできない状況になってきている。このような背景で、今回は、歯周治療の経済性について考察した Braegger U (2005) の論文を紹介したい。また、日本ヘルスケア歯科研究会の各氏のご協力の下で、「定期的なメンテナンスと口腔関連 QOL の関係」という研究を開始させていただいた。メンテナンスをはじめとした、歯周関連の治療が口腔関連 QOL をはじめとした QOL の改善や維持に役に立っているかどうかを検証するための研究である。歯科医療が QOL の維持・改善に役に立つかどうか、口腔関連 QOL という尺度を使うことで、歯周メンテナンス治療と歯科の他の治療との効用値（その治療で獲得できるポイントのようなもの）の比較が可能になる。全身 QOL の改善にも、もし役に立つのなら、それは素晴らしいことであるし、さらに他科の医療との比較－経済性をも含めた一を行い、歯科医療が全身の健康にも寄与できる可能性を示す機会となる。

文献

Cost-benefit, cost-effectiveness and cost-utility analyses of periodontitis prevention

Braegger U. J Clin Periodontol 2005; 32(Suppl.6): 301-313.

要旨

目的：

この報告の目的は、歯周病の予防が医療経済学的に正当化されることを示すエビデンスがあるかどうかを決めることである。

材料と方法：

費用－便益分析 (Cost-benefit)、費用－効果分析 (Cost-effectiveness)、そして費用－効用分析 (Cost-utility) のような経済学的評価を実施している論文を、医療経済領域の論文から抽出した。文献検索は、PubMed を使って 2004 年 12 月までのものとした。論文の採択基準としては、経済分析が仮説検

証の方法をとり、有効な対照群を有し、また費用－便益、費用－効果、費用－効用のような科学的な原則に則ったものであることとした。

結果：

広い意味で経済学的なパラメーターを含んだ論文は14報のみであった。これらの論文のうち、3報はシステムアタックレビューで、3報はランダム化比較試験、4報は対照試験、1報が縦断的コホート研究、3報が統計モデルによる分析研究であった。実際に歯周治療と歯科治療の費用について報告している論文は1つのみであった。一般集団における歯周病予防を目的とした大規模研究では、経済的有益性は示されなかった。付加的な、遺伝子診断、細菌検査についても同様に経済的有益性は示されなかった。論文の中では、経済的な評価や実際の費用そのものは、一般的には得ることができなかった。統計モデル分析においては、非外科的治療は、外科的介入と比較してより経済的であることが示唆された。SRPへの局所的薬剤配送療法(LDS)の併用の経済的利点は示されなかった。

結論：

臨床研究においては、臨床有用性評価(患者中心の立場からの評価)と同様に、経済的パラメーターも含めるべきであることが示唆された。これらのデータは、患者個人あるいは、公衆に対する予防に費やされる財源の適切な配分を行うために必須である。

緒言

疾病の治療や予防にあてられる社会的な資源(財源)には限りがある。しかしながら、健康を願うことは人間の基本的

な権利であり、治療や予防に対する限りのない要求となるため、それらは決して完全に満たされることはない。このため、最大の結果が得られるように資源を配分するための方策決定法が必要となってくる。(1)

材料と方法：

2004年12月までの論文について、"cost-benefit"および"dental"を含む論文のPubMed検索を行って654論文を抽出し、"cost-effectiveness"および"dental"を含む694論文を抽出した。それに加えて、"economics"および"periodontal disease"を含む414論文を抽出した。これらの論文の多くは、経済的な側面について記述をしていたが、このうち実際に経済学的なパラメーターを扱っていたものは14論文のみであった。

結果：

○費用－便益分析研究

費用－便益分析の適切な例と考えられたのは、閉経後の女性の歯科的結果に関するホルモン置換療法(HRT)の効果についてのシステムアタックレビュー(Allen 2000)のみであった。20の報告をまとめたものであるが、閉経後の女性でHRTを行っていないものは41%多く(95%信頼区間14-68%)総義歯あるいは部分床義歯を有していた。また、HRTを実施していた女性は、実施していない女性に比べて平均5歯(95%信頼区間0-12歯)多く歯を有していた。1000人の対象患者の5年間の抜歯や補綴に必要な付加的費用の見積もりは、1本の歯の抜歯に60～200ドル、補綴に500～2,200ドルとした場合、HRTを受けていない患者群での毎年の余分な費用は、1000人の女性あたり14,000～300,000ドル(平均100,000ドル)であった。

【言葉の定義、解釈】

予防に関する直接費用(Direct cost)：一般歯科医、歯周病医、歯科衛生士によるすべての歯周治療に関する費用(薬剤、洗口剤、清掃用具、診断診査費用等)

間接費用(Indirect cost)：歯肉退縮や歯ブラシによる磨耗等の予防処置に関連して生じる副作用の治療に関する費用。また治療のために生じる生産性の減少(仕事を休んだりすること)はhuman capital method(人的資本法)で計算される。

無形の費用(Intangible cost)：金銭での評価が困難である不安、疼痛、ストレス、不快感、審美障害、社会的ハンデキャップ等

費用－便益分析(Cost-benefit analysis)：介入の結果と費用のバランスをすべて金銭に換算して評価する方法。臨床的な結果を経済的な価値に換算する妥当性、たとえば歯の生存や咀嚼の回復を金銭に換算したりすることの妥当性の点で、不利な点がある。

費用－効果分析(Cost-effectiveness analysis)：介入の結果を非金銭的基準、たとえば臨床パラメーター、歯牙喪失、外科的介入の回避などで評価する方法。この分析法の欠点としては、同一の臨床的エンドポイントに有する介入のみが比較される点である。実際には、用いられている臨床評価法はかなりバラツキがある。

費用－効用分析(Cost-utility analysis)：QUATY(quality-adjusted tooth years. 歯の残存年数を質的に評価する単位。もともとは、質で調整した生存年数である quality-adjusted life years, QALY からと

ったもの)のような効用単位を用いて行う分析法。QUATYは、よく噛める、痛みがないといった質で調整した残存年数をという単位で、0(歯の喪失)から1(まったくの健康な歯)までの範囲の数(効用値)で表現する。この方法の欠点は、すべての臨床的エンドポイントに対して効用値が存在するわけではないこと。ある歯周組織の状態を快適とするような、QOLを主なアウトカムとして評価する場合や、介入が死亡率と同様に健康の状態に影響を及ぼす場合は、この分析法が推奨される。また、新しいデータと古い研究の比較も可能である。(図1)

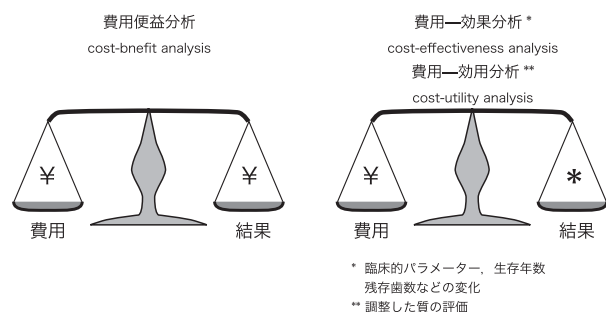


図1 入力と出力を伴う経済分析

○費用—効果分析研究

局所薬物配送の効果に関する評価

外科的介入を回避して、メンテナンス治療によって歯周組織をコントロール可能な状態にまで維持することは、経済的に有用だけでなく、患者中心の医療と考えられる。クロルヘキシジンを含むポケット内への挿入チップ (Perio Chip) には、経済的な面まで含めて、肯定的および否定的な研究が見られる (表 1, 2)。また、Niederma ら (2002) によるシステムテックレビューでは、2mm 以上のポケットの減少歯数の増加を指標としたとき、1 歯当りの費用では、テトラサイクリン含有ファイバーは、ミノサイクリン含有ゲルに比較して約 4 倍対費用効果に優れる一方、4 分の 1 顎単位の広汎な治療ではその差は少なくなるとしている (表 3)。

付加的診断テストの評価

歯周病の予防のための財源の配分は、もし診断情報が感受性患者を見出すのに有用であるとしたら効果的に活用できる。Higashi ら (2002) は、疾患のシミュレーションモデルを使った決断分析を用いて、IL-1 遺伝子検査の費用-効果分析を行っている。(6)

遺伝子情報は、メンテナンス方法や治療手段の決定に影響を及ぼす。IL-1 テストによって、テスト陽性患者とテストを受けていない患者間でのメンテナンスにおけるコンプライアンス率の相違、非外科治療の効果、テスト陽性患者の病変の相対的進行リスクなどを考慮して評価した場合、ハイリスク患者に対してよりコンプライアンスを向上させる為のモチベーションツールとしての感受性診断テストの使用は、重症化を予防する点から費用の削減効果が期待できるが、合計 1000 人の患者に対する検査費用を考慮すると、対費用効果の

肯定的研究 (DeLissoroy 1999)

	メンテナンス回数の減少率	外科的介入率
PerioChip+SRP	54.4%	29.2%
SRP 単独	46.4%	35.5%

PerioChip + SRP と SRP 単独で治療後のメンテナンス回数や外科的介入の減少効果の評価 (9 ヶ月)。両群は同程度の費用 (約 730 ドル) で、併用療法では外科介入の減少が得られた。

表 1 PerioChip (CHX 含有ストリップス) の評価

否定的研究 (Henke 2001)

	外科への移行率	
	SRP	PerioChip+SRP
最初の 1 年間	15.5%	9.2%
1 年以降	5 5.9%	62.9%

52 施設、484 人における PerioChip+SRP と SRP 単独の比較研究。併用群では、1 年で 175 ドル費用が多くなる。最初の数ヶ月で外科を行う可能性は 50% 減少し、患者単位では、1 年間で併用群では外科に費やした費用は 17 ± 8 ドル、SRP 群では、46 ± 8 ドルで、治療に費やしたトータルの費用は、併用群で 2119 ドル、SRP 群で 2097 ドル。結果として併用療法は、経済性や患者の QOL を改善しなかった。

表 2 PerioChip (CHX 含有ストリップス) の評価

面からは、検査の実施を正当化できない。軽度の歯周病患者に対しては、遺伝子検査の実施により病的状態は軽減し、一方、ヘルスケアの費用は増加する。もし、治療効果が、IL-1 遺伝子型と無関係 (独立した) であれば、対費用効果の面から有用であるかもしれない。

ハイリスクとローリスク患者で予防と治療における区分した戦略がなく、同じプロトコールが実施されている限りにおいては、感受性診断における明らかな対費用効果の有益性は期待できない。遺伝的にハイリスクであるという患者の認識は、治療に対するコンプライアンスや禁煙に効果的である以外には結果に影響しない。

細菌検査についての評価

標準的治療に反応しない選択された患者、あるいは、あるタイプの歯周炎患者においてのマネージメントにおいてのみ有用と考えられる (Listgarten&Loomer 2003)。細菌検査や抗菌剤の感受性テストの評価に検査会社のラボ間でバラツキがみられる。培養検査の場合は、サンプリング時のテクニカルエラーをも考慮すると対費用効果の面からその利用は疑問視される。(Mellado 2001) (7)

その他

中度から重度歯周炎患者の歯周治療後 3 年における治療成功率の評価 (4) や現在、話題になっているフルマウスデスインプレクションに関係した単純化デブライドメントの評価研究 (5, 7) に関する説明が本文献中に紹介されている。

○費用—効用分析研究

歯周病学に経済的概念を導入したパイオニアである Antczak-Bouckoms&Weistein (1987) は、歯周病のコントロール法の相違による経済学的効果を検討している。中度～重度歯周炎、45 歳、全身疾患 (-)、25 歯平均残存、ポケット 3 ~ 10 ミリ、アタッチメントロス 0 ~ 12 ミリという、仮想上の患者に以下の処置を適応した。① 非特異的口腔清掃 (縁上処置のみ)、② 口腔全体の SRP、③ 外科処置 (骨切除を伴わないウイドマン改良法フラップ手術あるいはポケット切除処置)、④ 骨切除を伴う処置、⑤ 抗菌療法 + SRP。最終的なアウトカムは歯の喪失とし、便益評価には、QUATY (Quality-Adjusted life

投与薬剤	1 歯あたりの費用(\$)	NNT	2mmのPD 減少の費用(\$)
1 歯の治療			
TC ファイバー	99	5	495
MC ゲル	126	16	2016
1/4 顎単位治療			
TC ファイバー	39	5	195
MC ゲル	20	16	320

TC : テトラサイクリン, MC : ミノサイクリン
NNT : number of teeth needed to treat. 今回の例では、標準治療に比べて 2mm 以上の PD の減少が新たに生じるために必要な治療歯数。

表 3 局所薬物配送の費用—効果 (Cost-effectiveness)

years ; 質を考慮した生存年数)を用いた。歯の生存年数は、治療による副作用の結果としての質の低下に関連している。彼らは患者への質問票を用いて有用性を評価した。歯の生涯年数に換算した存在価値は、副作用によって減少する。例えば、知覚過敏が生じた場合は、健全な状態と比較して前歯では60%、臼歯では50%の価値となる。また、審美障害は、前歯では70%の減少、臼歯では減少はないと評価される。30年の生涯予測に基づいた生涯の治療費用の推測をある治療が、未治療と比較して、あるいは、その治療より簡単なカテゴリーの治療と比較して(例;非外科 VS 外科, 縁上処置 VS 縁下処置, 外科(骨切除(+)) VS (-), 非外科+抗菌 VS 非外科)実施した。すなわち、対費用効果率をある治療法が未治療やその治療よりも簡単なカテゴリーの治療に比較してQUATYが期待できる場合に算出された。浅いポケットを有する歯を除いた状況下で算出された非外科治療では、一般歯科医師の場合、PD4~6ミリの歯に対しては12.3ドル/QUATYで、PD3ミリ以下の歯では、400ドル/QUATYであった。歯周病医の場合は、各々、19.6ドルと636ドル/QUATYであった。

予防プログラム研究の評価

異なった間隔の定期検診が、子供におけるQOLの改善や、う蝕や歯周病による病的状態を改善するのに有効か、また、大人の場合は口腔ガンによる死亡率の減少に貢献しているかについても対費用効果の面から明らかにするためのシステムティックレビューがある(Davenport 2003)。結果は、子供、成人における6ヵ月間隔の検診の実施を支持する根拠は認められなかった。6ヵ月ごとの健診を12ヵ月ごとにする、う蝕は増加するものの、コスト効果には優れていた。歯周病に関しては、疫学データの欠如からリコール間隔が、歯周病の状態に及ぼす関連性をモデル化することが不可能であった。

Hugosonら(2003)は、400人の20~27歳のスウェーデン人を対象に、種々の口腔清掃プログラムのメンテナンス効果について検討した。プログラムは、グループ1:う蝕や歯周病に対する系統立てた清掃法がない慣習的ケア(対照群)、グループ2:1年6回の定期的口腔清掃を実施するカールスタットモデル(Axelsson & Lindhe 1978)、グループ3:個人に対する基本的プログラムの実施(Nyman 1984)、グループ4:集団に対する基本的プログラムの実施、の4つであった。結果は、予防法、特に歯間部清掃法についての知識や行動の改善効果は、コントロールと比較して2~4のグループで改善した。しかし、グループ間での差異は認められなかった。費用については、対費用効果は、グループ2に比較して3,4で改善し、治療費用等の直接的費用はグループ4で最小、患者の費やす時間等の間接的費用は、グループ3で最小であった。(8)

禁煙についての費用-効果分析

歯周病の程度と治療に必要な費用について、30歳以上の8,000人のフィンランド人を対象に治療の費用に影響すると考えられる8つの内因性変数(歯数、

PD, う蝕, 来院回数, ブラッシング, フロッシング, 歯間ブラシ, 喫煙)と3つの外因性変数(教育, 収入, 年齢)を考慮した治療モデルによって評価した(Sintonen & Tuominen 1985)。歯肉炎では、口腔清掃教育, モチベーションに10分, 4分の1顎のスケーリングに45分, 口腔清掃指導に50分を要した。浅いポケットを有する患者では、同単位のスケーリングに45分, 口腔清掃指導に50分, 深いポケットを有する場合には、同単位のディープスケーリングに45分, 同単位の外科に60分, 術後のケアに30分, 口腔清掃指導に50分を要した。治療に要する費用の40~50%は、内因あるいは外因性変数によって説明が可能であった。中でも、1日当たりの喫煙本数の10%の増加によって、男性で0.7%, 女性で0.4%の歯周治療の費用が増加した。すなわち、歯周病予防に禁煙を加えることで費用の削減が達成される。

討論

臨床研究と医療経済学的研究の特徴の比較を表4に示した。(Szucs 1997) RCT研究は、効果, 効能(Efficacy ; ある理想的状況下での患者に対するサービスの有効性を表す言葉)の比較なのに対して、経済研究では、新しい薬剤, 介入法, 技術が真に社会の為に有益であるかを結論づける有益性を評価(Effectiveness ; 通常の状況下において非特異的な集団に対して提供されるケアの場合に用いられる言葉)することを目的にしている。経済研究においても明確な結論を引き出すには、厳密な基準が必要である。偽陽性や偽陰性の結果が社会に及ぼす影響は、RCT研究におけるそれらの結果よりも影響が大きい。(付加的診断検査, 特に、遺伝子検査の対費用効果に関する考察は割愛した。)

非外科治療を外科治療と比較した場合の対費用効果の優位性が示されているが(Antczak-Bouckoms & Weinstein 1987)その根拠は、限られた数のRCT研究や有識者の見解に基づいている。また、最近のエビデンスに基づいてSRPと経口抗菌療法の対費用効果は、完全に修正(見直)される必要がある。

財源の配分は、口腔清掃状態が悪い、あるいは、ホームケアが不良な集団に対して対費用効果, 対費用便益性がある。より清掃状態が良好でライフスタイルが健康であれば、公衆衛生の観点からは、付加的予防法の経済効果は小さくなる。図2は、費用と有用性の限度のバランスを示した(Oberender 1990)。

	臨床研究 (Efficacy)	経済学的研究 (Effectiveness)
目的	製剤の許可 (FDA)	臨床ガイドライン, 標準化
比較	プラセボ vs 活性化物質	従来の方法 vs 新しい方法
結果	限定的	広義
アウトカム	狭い, 代替エンドポイント	最終的, 明確なアウトカム
研究のコンセプトデザイン	最大限の内的有効性	最大限の外的有効性
サンプル数	少ない	多い
観察期間	比較的短期	長期
展望	狭い	広い
対象基準	厳密, 限局的	実際の

表4 臨床研究と経済学的研究の特徴 (Szucs 1997)

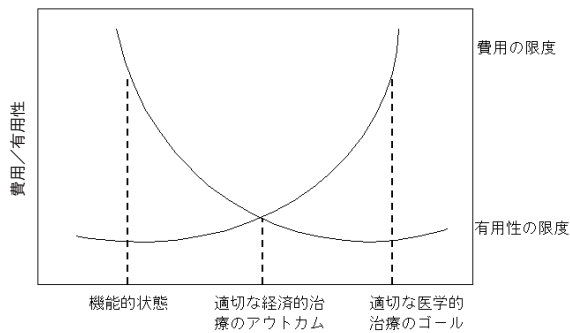


図2 費用の限度と有用性の限度のバランス

介入の度合いが増せば、相対的に患者、歯列、歯の機能は有意に改善される。予防と有用性の適切なバランスは、費用と有用性の交差する点である。しかしながら、究極の医療のゴールが、最も効果的な介入によって達成される場合には、歯に対する有用性は、その限界近くにおいてのみ改善され得る。(Tonetti 2004 ; 骨縁下欠損に対する再生療法の有用性評価。術後早期の疼痛、不快症状、治癒不全、知覚過敏などの副作用と術後1年の患者の満足度をアンケートで評価した。治癒としては、再生療法がコントロールよりも優れていたが、患者中心のアウトカムでは、両群で差異は認められなかった。すなわち、アンケートでの満足な点は、歯、歯列の保存、咀嚼力の維持、向上、審美性、歯肉の健康の回復、発音、口腔清掃の容易さ、治療全体に対する満足であり、不満な点は、費用、頻繁なフォローアップ、疼痛、全体の結果に対する不満などであった。)(9)

一般集団における口腔疾患の予防戦略は有益である。フッ素入り歯磨剤を用いたり、栄養、食事への配慮などによって口腔の健康を自己管理によって維持させ、社会的知的水準を向上させる試みは、特に発展途上国における財源の配分に対する費用効果が期待できる。一方、ハイリスク戦略は、より病変を有する集団の長期的モニタリングに対して、より集中して投入すべきであり、それらの集団は、理想的な一つかあるいはいくつかを組み合わせた検査によって識別される。検査結

果に予知性があったとしても、ハイリスク集団に対してコンプライアンスが維持できるようにモチベーションすることが重要である。歯周病の予防は、歯の高額な再建やインプラントに投資している患者においてより重要である。Karlsson (1995) は、進行性歯周炎で部分補綴患者45人の治療の追加費用について7~10年間にわたって調べた。トータルな費用に対して占める割合は、非外科処置は、わずか4~6%、外科処置でも8~10%であった。倫理上の理由から、高額な再建を行った患者の3次予防なしの長期的結果と経済性を評価する研究はなされていない。(最近、インプラント治療における治療選択の指標として、対費用効果の分析研究(10)が報告された。また、今年、6月に開催されたEUROPERIO 5においても歯周治療の選択に関して、効用度(Utility)評価を指標とした講演が行われた。(11))

要約

1. 一般集団に対する歯周病予防の集中的なプログラムの経済的有用性は認められていない。
2. 遺伝子検査、細菌検査の歯周治療における付加的使用の経済的利点は示されていない。
3. 統計モデルにおいては、歯周病をコントロールするために、外科的介入に比較して非外科的手段が、より経済的であることが示唆されている。
4. SRPに付加的にLDDSを用いる経済的有益性は示されていない。
5. 経済的評価と患者に対して実際に請求された費用は、文献からは、通常は入手できない。

結論

RCT研究においても患者中心の結果とともに、経済的パラメーターが含まれるべきである。これらのデータは、各々の患者、診療所、そして集団をベースとした予防法に対する財源の配分を実施する上で有用となる。

文献

- 1) Renvert S *et al.* ; Analysis of periodontal risk profiles in adults with or without a history of myocardial infarctions. *J Clin Periodontol* 2004; 31; 19-24.
- 2) Allen E *et al.* ; Effect of postmenopausal hormone replacement therapy on dental outcome. Systematic review of the literature and Pharmacoeconomic analysis. *Managed Care Interface* 2000; 13; 93-99.
- 3) Niederman R. *et al.* ; Periodontal therapy using local delivery of anti-microbial agents. *The Dental Clinics of North America* 2002; 46; 665-677.
- 4) Lundgren D. *et al.* ; Success rates in periodontal treatment as related to choice of evaluation criteria. Presentation of an evaluation criteria staircase for cost-benefit use. *J Clin Periodontol* 2001; 28; 23-30.
- 5) Wennstrom J. *et al.* ; Utilization of locally delivered doxycycline in non-Surgical treatment of chronic periodontitis. A comparative multi-center trial of 2 treatment approaches. *J Clin Periodontol* 2001; 28; 753-761.
- 6) Higashi M *et al.* ; The cost-effectiveness of interleukin-1 genetic testing for periodontal disease. *J Periodontol* 2002; 73; 14745-1484.
- 7) 細菌検査を用いた歯周治療のコンセプト. 医学情報社. 2005. 32-37, 94-119. 関連 表13, 図10.
- 8) Hugoson A. *et al.* ; The effect of different dental health programmes on Young adult individuals. A longitudinal evaluation of knowledge and Behavior including cost aspects. *Swedish Dental J* 2003; 27; 115-130.
- 9) Tonetti MS. Healing, post-operative morbidity and patient perception of outcomes following regenerative therapy of deep intrabony defects. *J Clin Periodontol* 2004; 31; 1092-1098.
- 10) Zitzmann NU *et al.* ; A cost-effectiveness analysis of implant overdentures. *J Dent Res* 2006; 85; 717-721.
- 11) 鶴屋誠人 Europerio 5 報告. ザ・クインテッセンス. 2006年9月号, 154.

ヘルスケア フォーラム

第1回 中国四国スタッフミーティング開催

2006年9月17日(日) 岡山口イダルホテル



会場の様子

開催報告

足本 敦 (米子市)

現在、全国のさまざまな地域で日本ヘルスケア歯科研究会の活動は行われていますが、中国四国地方でも地域交流を図るため、第1回中国四国ヘルスケアスタッフミーティングを2006年9月17日(日)に岡山口イダルホテル(岡山市)において開催しました。

当日はおりしも台風13号が九州を北上中で、JR線のダイヤなどに影響が出ていたにもかかわらず、欠席者はわずかで、31診療室から総勢122名(歯科医師35名、スタッフ87名)が集まりました。

午前は、藤木省三さん(兵庫県神戸市灘区開業)に「勤めてよかったと思える歯科医院」というタイトルで、本会の会員診療室の目標、さらには会が目指す社会における大きな意義に至るまで、歯科医師、歯科衛生士を含め診療室すべてのスタッフに分かりやすく、お話をいただきました。

午後は、地域6診療室からスタッフと歯科医師によるさまざまなテーマでのプレゼンテーションがありました。取り組

①「太田歯科医院の過去・現在・未来」

太田歯科医院(岡山県倉敷市) 発表者:石村知子(DH), 松澤友恵(DH), 太田隆温(DR)

②「YOBOU」～KOJI D.C. OF KAMEDACHO～

こうじ歯科クリニック(香川県高松市) 発表者:鈴木由加里(DH), 織田朝子(DH), 木村幸司(DR)

③「認定歯科衛生士をめざして」

ワイエidentalクリニック(鳥取県米子市) 発表者:村田あゆみ(DH), 足本敦(DR)

④「長期間 SM 菌コントロールは可能か」

中尾歯科医院(広島県尾道市) 発表者:小川元子(DH), 郷原博恵(DH), 中尾勝彦(DR)

⑤「竹下歯科医院の診療システム」

竹下歯科医院(広島県広島市) 発表者:木村由加(DH), 四郎田晃江(DH), 竹下哲(DR)

⑥「地域密着型歯科医院としての活動」

浪越歯科医院(香川県西部三豊市) 発表者:大西祥子(DH), 奈尾美幸(DH), 浪越建男(DR)

みの長い診療室からの発表、ミュータンス菌のレベルを長期にわたってチェックすることで、除菌の難しさを示した発表、地域に密着した予防への取り組みによる素晴らしい成果、関ヘル(関西ヘルスケア談話会)で鍛え抜かれたダイナミックなプレゼンテーションなどなど、同じ地域における診療室の活動のようすを参加者の方は感じる事ができたと思います。

当日のアンケートによる感想からいくつか紹介すると、

- ・藤木先生のご講演は、助手や受付にも分かりやすく、スタッフ全員が共通の理念をもつのにとても良かった
- ・いろいろなスタイルの医院の取り組みを紹介してもらって参考になった。
- ・身近なところでの話だけに、励まされた。
- ・田舎なので予防中心でいくのは無理では…と思っていたが、信念をもってすれば、町外、市外からもそれを求める人が来るのだと思いました。
- ・情報交換の場として、とても参考になりました。



懇親会挨拶(山中 渉さん)



藤木省三さんの講演



地域診療室からのプレゼンテーション

など、やはり同じ地域で理念を共有している診療室が集まることの意義を確認できました。

また、懇親会も台風の影響で、当初の予定よりは参加者数が少なくなりましたが、大いに盛り上がったこともお伝えしておきます。

最後に急なお願いにもかかわらず司会

進行を務めてくれた原 博章さん、慣れない役目で大変だったと思いますが、今回はプレゼンテーションもよろしく願いますね。

今後、毎年秋にスタッフミーティングを開催し、中国四国地方における本会会員診療室の交流の場として、参加者みなで盛り上がるようさまざま

まな企画を考えておりますので、当地域のみならず全国からみなさんのご参加をお待ちしています。

中国四国 HC スタッフミーティング世話人
太田隆温, 木村秀仁, 浪越建男, 足本敦



歯科衛生士育成プログラム

基礎コース

2006年9月23・24日 埼玉県立大学短期大学部

育成基礎コース（3日目）を受講して

清藤紗世（あさぎ歯科医院）

私が歯科衛生士として働いている「あさぎ歯科医院」は、予防歯科の考え方を取り入れ実践している高知県でも数少ない歯科医院です。この医院のスタッフとしては、本当に未熟な私に今回の研修を受講させてくれた院長先生の心遣いに感謝しつつ、日々の業務の中で先輩の仕事のやり方を学んだり、休日出勤をして口腔内写真撮影の練習をしたり、本を読んだりしながらレポートを書いたり充実した日々を過ごさせていただいています。

そして、今回の3・4回目となる研修を受講するにあたり、口腔内写真撮影の練習の成果を出せるだろうかという不安と、予防歯科について今回はどんなお話を聞けるだろうかという期待を胸に研修に望みました。

3日目の研修では、まず足本先生のカリエス総論とペリオ総論を学びました。その中で私が印象に残ったのは、咬合力が低下した場合は3年間でADL（日常生活動作能力）が低下してしまうという恐ろしい話でした。今さらながらに予防歯科の考え方が大切であると思いました。そのお話の中で、足本先生が紹介してくれた学校給食の食べ方を調べている学校食事研究会が作った標語「卑弥呼の歯が

い〜ぜ」はおもしろいと思いました。よく噛むと元気になる！そして、減量できる！というキャッチコピーはみんなの興味を惹きつけ、予防歯科に関心を持ってもらうにはとてもよいと思いました。私の患者様にも「卑弥呼の歯がい〜ぜ」の言葉のひとつひとつの意味を教えてあげ、食事をするときは一口最低50回ぐらいは噛むことで、歯だけではなく全身の健康につながることを教えてあげようと思いました。

次に、長岐さんにコミュニケーションスキルについて学びました。コミュニケーションスキルを身につける目的は、患者様とよい信頼関係を築き、よりよい医療を提供するために必要な手段で、最も基礎的なスキルであることがわかりました。特にメラビアンの法則「最初の6秒がカギ」との話には、日頃の自分を振り返って少しドキッとしました。コミュニケーションの基本姿勢のお話や「心をつかむ7つのチャンス」また、「閉じた質問をするのではなく開いた質問をする」等これから患者様に接していくうえで、歯科衛生士としての医療技術を身につける以前に大切なことを学ばせていただきました。そして、実際に自分たちの患者様に対する接し方をビデオに撮っていただき、グループでディスカッションする中で、自分ではよいつもりでも本当の意



味でのコミュニケーションにはなっていないことがわかりました。言葉だけでは患者様の心をつかむことはむずかしく、ボディランゲージが重要であることが身をもってわかったような気がしました。

今回の研修で学んだことを明日からの診療に少しでも取り入れていきたいと思っています。



育成基礎コース（4日目）を受講して

金子寛美（小林歯科クリニック）

歯科衛生士育成基礎コースの4日目は、『患者説明の内容と要領』について、午前中は講義、午後からは口腔内写真撮影と歯周組織検査の検定が行われました。

まず、河野歯科医院の田村 恵さんより『検査結果説明について。治療内容説明について。病因論と予防法とメンテナンスの必要性について』の講義を頂きました。

私たちのクリニックでは、検査結果の説明は院長が行います。どなたにでも理解していただけるよう、丁寧にお話し

し、患者さまから質問があれば、詳しくお答えできるように、少なくとも2時間以上説明のための時間を頂いています。

指導は院長に相談したうえで、担当の歯科衛生士が行います。その患者さま一人一人に必要なと思われる内容を、印象深く心に残るようにお伝えすることを心掛けています。一方的な伝え方にならないよう、気をつけていますが、河野歯科医院の「患者がどうしていききたいか？ どう改善したらいいのか？ どうしたら実行、継続できるか？」を患者さま自身に答えてもらうことでモチベーションに繋げていくという方法を知り、今後、ぜひ取り入れていきたいと思いました。

その後、ワイエidentalクリニックの足本 敦さんより『カリエスリスクテストの実践とその評価法』について講義がありました。講義は、課題レポート用の文献を踏まえたうえでの応用としてのお話でした。また、ワイエidentalクリニックでのカリエスリスクテストの様

子をビデオで見せていただきました。さらに、症例を見ながら、口腔内写真や食生活の間診でリスクを予想した後、実際のリスクをみて、そのギャップに驚き、その患者さまに必要な指導を考察する、という内容を受講者参加型で行われました。スポーツドリンクや食品添加物の害のお話等も興味深いものでした。

午後の検定ですが、前回の口腔内写真撮影の実習後にカメラを購入して、それから猛練習したという受講者がたくさんいました。私たちの医院でも、新しくカメラやミラーを購入し直し、設定などを試行錯誤しながら練習しました。医院によって、撮影方法や器具は様々でしたが、患者さまに負担の少ないよう、短時間で規格性のある写真を撮ろうという気持ちは、全員同じだったと思います。

歯周組織検査は、同じ基準で測定できるように医院の中で統一することが大切です。たとえ担当制であっても、状況によっては別の歯科衛生士が測定すること



も考えられます。口腔内の状態によって、時間がかかってしまう患者さまもありますが、それでも短時間で測定できるようになりたいと思います。今回の検定だけでなく、今後の診療に生かすためにも、正しい姿勢で、患者さまだけでなく自分自身の負担も減らすように、相互実習等でさらに練習したいと思います。

この機会に、自分の欠点を見つめ直し、患者さまの健康のみならず、医院を通して社会に貢献できる歯科衛生士になれるように努力したいと思います。



ヘルスプロモーション コーチング研修会

2006年10月1日(日) タカラベルモント

コーチングセミナーに参加して

宇藤博文(町田市)

去る、10月1日大分県しんろう歯科医院の阿部 恵さんを講師に迎え『ヘルスプロモーション コーチング研修会3回コース』の第1回目のコースに参加しました。

昨今コーチングという言葉をよく耳にしますが、私自身、実際にどういうものかわからない状態で参加しました。

今回は『夢の実現 メカニズム』を体感する、というテーマで行われました。

詳細は以下のようなものです。

①「コミュニケーションをスムーズに進めよう」の巻。(2人一組になり

お互いの共通点を3つ捜す)

→相手を知り共通点を見つけることがコミュニケーションの始まりであることを理解しました。

②「自分自身を探索しましょう」の巻。(満足度のレーダーチャートを描きそれを基に自分の問題点を解決するためお互いにコーチングをする)

→実際にやってみるとただ聴いてもらえるだけでも問題がかなり解決されることを実感しました。

③「行動が変わる瞬間を体感しましょう」の巻。「ダイエット」をしたいがなかなか出来ない渡辺さんとホームページを作ろうと思いながらまだ作っていない田中さんにやる気を起こさせる



効果的な質問をする)

→かなり難しかったのですが、質問の仕方によって相手の反応が大きく変わることを実感しました。野村さんの質問が冴えわたっていました。

④「夢を結晶化しましょう」の巻。(3人1組になりコーチ、クライアント、アドバイザーをそれぞれが行いながらコーチングを考える)

→私をコーチした渡辺さんは見事に私に答えを見つけさせてくれましたが、私の場合はクライアントの話の聴きすぎて

なかなか解決の糸口を捜すことが出来ませんでした。やはり難しい。

以上のような内容を体感しながら行いました。

講師の阿部さんは笑顔が素敵などとても明るくエネルギッシュな方で、セミナーも講義形式ではなく体験型であったので

時間の経つのを忘れるほどでした。阿部さんが実際にコーチングをされた最後に「それではそのことをいつまで教えていただけますか?」という言葉が強く印象に残っています。コーチングとは自ら答えを見つけ行動を起こすためのサポーターであることを理解しました。その後私と一緒に参加した野田さんとの間でこの

言葉は口癖になっています。

明日からのコミュニケーションにどう活かそうか考えさせられると共に、今後続く2回、3回目のセミナーに期待が膨らむものでした。阿部先生ありがとうございました。



より理解を深めるために

ヘルスケアミーティング 2006 1 日目プログラム「できる人材が集まる予防中心の歯科医院の創り方」の講演内容を十分に理解してもらうために、下記の書籍に目を通していただくことをおすすめします。

『リーダーのためのとっておきのスキル』

石田 淳=著 (フォレスト出版刊 1,365 円 税込)

「健康を守り育てる診療所」認証ミーティング

第5回認証ミーティングを12月10日に予定していましたが、準備の都合から2007年2月25日(日)に延期いたします。詳細は追ってご案内します。ご了承ください。

会員用ホームページ〈ウイステリア Q&A〉に下記の情報を追加しました。ご確認ください。

バグ：〈ウイステリア Pro3.1.1〉画像9枚表示の画像下 [拡大] ボタンから拡大した画面で「今日の日付」と「撮影日」の表示に年月日が表示されない。
→修正方法を〈ウイステリア Q&A〉に追加しました。ご確認ください。



12月10日コアメンバー会議併催企画

ミニシンポジウム ①：口腔内写真のカメラの選び方、使い方
ミニシンポジウム ②：健康手帳活用術
日 時：2006年12月10日(日) 2時～4時30分
会 場：東京国際フォーラム G502
参加無料



コアメンバーのほか、口腔内写真のカメラに造詣の深いメンバーでカメラ選びの条件、使用経験のある器材の長所短所など実際に器材を持ち寄ってフランクに議論をします。口腔内写真は、患者さんにわかりやすく現症を伝え、予防や治療のしっかりしたイメージをもってもらうために必須ですが、意外なことに口腔内写真撮影専用のカメラ・レンズ・ストロボを備えていない診療所が少なくないことに気づきました。専用のレンズ・ストロボがないと規格口腔内写真の撮影は非常に困難です。固定焦点のカメラがなければ規格の視野になりません。そのようなアドバイスをニュースレターで具体的に展開するためにコアメンバー会議併催の座談会を開催します。午前中からのコアメンバー会議も傍聴できます。お気軽にご参加ください。

10月のコアメンバー会議報告

10月14日(土)国際歯科大大会開催中のパシフィコ横浜にて、2日目プログラムの終了後、514会議室にてコアメンバー会議を開催予定でしたが、当日講師になっていたメンバーが聴衆からなかなか解放してもらえず、コアメンバー会議の開催が大幅に遅れました。このためコアメンバー会議とせず、秋のシンポジウムの打合せとしました。コアメンバーの外、渡辺勝さん、田中正大さんが参加されました。

●会員登録内容の変更について

住所、電話番号、ファックス番号、e-mail アドレス、準会員等の追加・変更がありましたら、事務局までファックスもしくは e-mail でお知らせください。

Fax: 03-3260-4906

e-mail: center@healthcare.gr.jp

事務局は月曜日から金曜日までの午前9時30分から午後5時30分までスタッフが常駐しています。お電話は時間内をお願いします。

現在の会員の構成(10月30日現在) 会員合計 5,166名

正会員		準会員	
歯科医師	1,604名	歯科衛生士	2,939名
歯科衛生士	148名	歯科技工士	86名
歯科技工士	1名	その他	342名
その他	10名	準会員計	3,367名
学 生	0名		
法人会員	36社		
正会員計	1,799名		

私たちは日本の歯科疾患の疾病構造を 変えることができるか？ その戦略を考える

2006年 11月 18日(土) 19日(日)

砂防会館別館 (東京・平河町)

東京都千代田区平河町 2-7-5 (地下鉄 永田町駅 (有楽町線・半蔵門線・南北線) 4番出口徒歩 1分)

テレビコマーシャルで「カリオロジー」という言葉を耳にするまでになりました。しかし、その一方でこの春の診療報酬改定が象徴するように、学会も、歯科医師団体も、医療保険の支払い側も厚生労働省も、初期カリエスのコントロールはもちろん、定期メンテナンス型の診療そのものを認めようとはしていません。果たして……

1日目タイムテーブル 11月18日(土)

IA (会場 A)	IB (会場 B)	IC (会場 C)
<p>9:30 a.m.~ 来院者と協働作業で健康を守り育てるために大切なコミュニケーショントレーニング 【企画担当者】 会員支援部会 阿部恵</p> <p>協力者：河野歯科医院 川嶋紀子、山田美穂 ふじもと歯科医院 岸田久美子</p> <p>※デンタルスタッフ限定 定員 80名</p> <p>事前予約要</p> <p style="text-align: center; font-size: 2em;">1A-am</p>	<p>10:00 a.m.~ ハンズオンセミナー 【企画担当者】 会員支援部会 森谷良行</p> <p>協力者： ヘルスケア型診療室づくりの心構え (鈴木歯科医院) 小児歯科・噛むかむミニフォーラム (金尾好章、近藤明徳、丸山和久、関西ヘルスケア談話会) 写真から得られるもの (笠島歯科室) ウイステリア何でも相談 (大西歯科医院 II 部会) 術者磨きをしていますか？ (丸山歯科医院)</p> <p style="text-align: center; font-size: 2em;">1B-am</p>	<p>9:30 a.m.~ できる人材が集まる予防中心の歯科医院の創り方 【企画担当者】 会員支援部会 成田信一 数下雅樹</p> <p>座長 数下雅樹 講師： 自由が丘矯正歯科クリニック院長 成田信一 ウィル PM (パフォーマンスマネジメント) 代表取締役 石田 淳 ヨリタ歯科クリニック院長 寄田幸司</p> <p style="text-align: center; font-size: 2em;">1C-am</p>
昼 食		
<p>1:30 p.m.~ メンテナンスのかんどころ 【企画担当者】 会員支援部会 山口将日</p> <p>講師：景山歯科医院院長 景山正登</p> <p style="text-align: center; font-size: 2em;">1A-pm ①</p>	<p>1:30 p.m.~ 医院作り 難問解決へのヒント 【企画担当者】 会員支援部会 田中正大</p> <p>協力者： 小規模医院でのヘルスケアあれこれ (米谷歯科医院) チームワークって何だろう？ 歯科医院におけるマネージメントを考える (菊地歯科) スタートは院長のリーダーシップその後はスタッフのパワー (白河みなみ歯科クリニック) 地域住民の方々の健康を守る歯科医院を目指して一医院の構築から継承へ (太田歯科医院) 歯科医院におけるバカの壁！ (フルセン歯科) スタッフ主導型の医院作り (ひょうき歯科クリニック)</p> <p style="text-align: center; font-size: 2em;">1B-pm</p>	<p>2:30 p.m.~ 【禁煙支援のすすめ】 タバコ・フリーをめざして 【企画担当者】 会員支援部会 高木景子 奥島恵美子</p> <p>講師：禁煙マラソン事務局 三浦秀史 協力者：杉山歯科医院、大西歯科、鈴木歯科医院、わたなべ歯科</p> <p style="text-align: center; font-size: 2em;">1C-pm</p>
<p>6:30 p.m.~ 懇親会 地元の仲間作り 交流を深めよう！ 【企画担当者】 会員支援部会 鈴木正臣</p> <p style="text-align: center; font-size: 2em;">1A-pm ②</p>		

2日目タイムテーブル 11月19日(日)

2A (会場 A・B)	2B (会場 C)
<p>9:15 a.m. 総会</p> <p>9:30 a.m. シンポジウム 私たちは日本の歯科疾患の疾病構造を変えることができるのか？ その戦略を考える</p> <p>9:30 オープニング 企画趣旨 杉山精一 9:40 基調講演 歯科における予防の考え方、進め方 国立保健医療科学院口腔保健部部長 花田信弘</p> <p>10:40 ヘルスケア歯科診療所での 1) 初診患者歯科疾患実態調査報告 杉山精一 2) メンテナンス成果について 若年者のメンテナンス 成人のメンテナンス</p> <p>11:50 日本の歯科疾患の実態 歯科疾患実態調査 8020 財団の抜歯調査などから 国立保健医療科学院口腔保健部 安藤雄一</p> <p style="text-align: center;">昼 食</p> <p>1:30 口腔関連 QOL 評価について 意義と調査報告 福岡医科大学総合歯科 内藤 徹 2:15 保険制度と定期的メンテナンス (付) 先進医療の申請結果報告 医療ジャーナリスト 秋元秀俊</p> <p>3:00 ~ 4:15 ディスカッション 司会進行：藤木省三 伊藤 中 パネリスト：花田信弘 安藤雄一 内藤 徹 杉山精一 秋元秀俊</p>	<p>もうひとつの進歩ジウム 脳力 & 能力トレーニング・進歩大会！ (ヘルスケア歯科衛生士会準備会主催)</p> <p>予選</p> <p>決勝戦</p>
昼 食	

□ お申し込み・お問い合わせ

同封の別紙申込書および郵便振込用紙をご利用ください。

〒112-0014 東京都文京区関口 1-45-15-104 日本ヘルスケア歯科研究会事務局

FAX : 03-3260-4906 TEL : 03-5227-3716