

「国際標準の歯科医療」とは何だろうか？

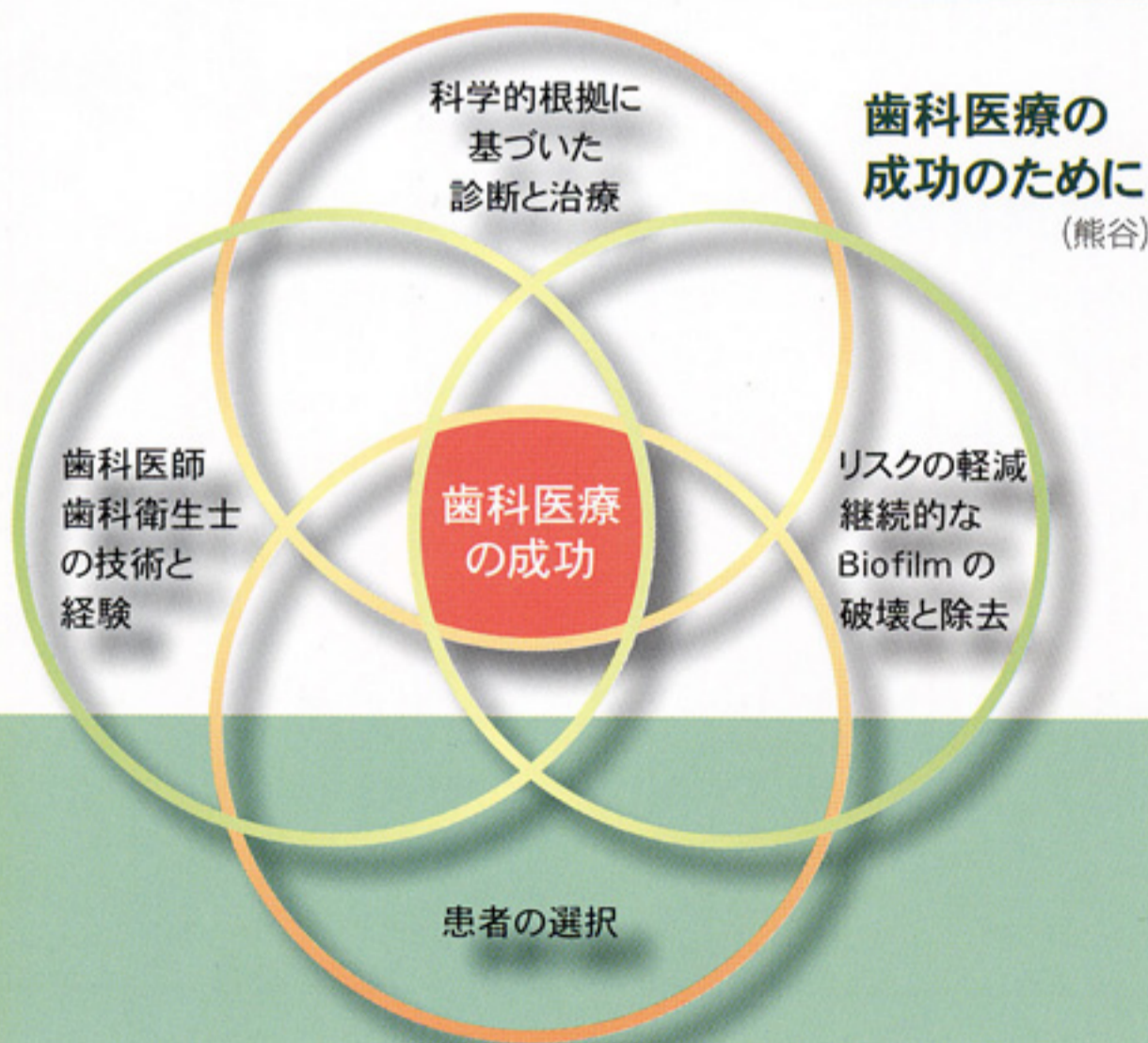
制度、診療現場、 教育を語る

これまで、日本の歯科医療従事者は「自分たちが国際的に妥当なレベルの歯科医療を提供しているか」という問いを自らに発してきませんでした。「これが当たり前だろう」「先輩がこうやっていた」など、十分な根拠のない、非常に限定された価値判断のもとに医療人としての行動を選択してきたのではないのでしょうか。その結果、日本の歯科医療は欧米先進諸国ばかりでなく、急成長を遂げる他のアジア各国から見ても、極めて特殊なあり方ものになってしまっています。今、「国際標準の歯科医療」に立ち戻ることが求められます。そのために、まず、日々の臨床現場のさまざまな問題に着目して、自分たちの足元をよく見てみようと思います。

1

真のエンドポイント

現在の歯科医療に 「説得力」はあるか



山形県開業

熊谷 崇

Kumagai Takashi



神奈川県開業

福田真也

Fukuda Shinya



神奈川県開業

辻村 傑

Tsujimura Suguro



東京都開業

前田 亨

Maeda Toru

〔聞き手〕

オーラルケア
プロデューサー

大竹喜一

Otake Kiichi



検査、診断の問題

当たり前前のごとが
できていない

「日本の歯科医療は特殊である」「レベルが低い」という声があります。何の背景もなしにそのような言葉が語られるのであれば、それほど意味のあることではありませんが、診療の流れ、診療環境、そして歯科医療のゴールである残存歯数、う蝕経験歯数などにおいて、先進諸国の中で、日本とドイツが大きく立ち遅れていること

は、歯科医療に関係する多くの人々の共通認識になりつつあります。

恐らく、熊谷先生はじめ、ここに集まった歯科医師の先生方全員が現在の状況に「？」と感じているところは大きいと思われませんが、歯科医療というものは、制度、教育、社会的に普及している情報、社会的なコスト意識などが複雑に絡み合っており、ひとつの社会の中で成立しているものです。従って、どこにどのような問題があるのか、「観念論」ではなく、日常の診療、歯科医院経営の現場から、分析的に問題提起する

が必要だと思えます。

現在、熊谷先生は「オーラルフィジシャンコース」で、開業医にメディカルトリートメントモデルに基づく「適切な診療」の流れを指導されているわけですが、そこで、どのようなことを感じられますか。

熊谷 メディカルトリートメントモデルが、医療現場に要求していることは、

- ・処置介入の前に所要の診断があること
- ・検査を継続して行い、分析して変化を追うこと

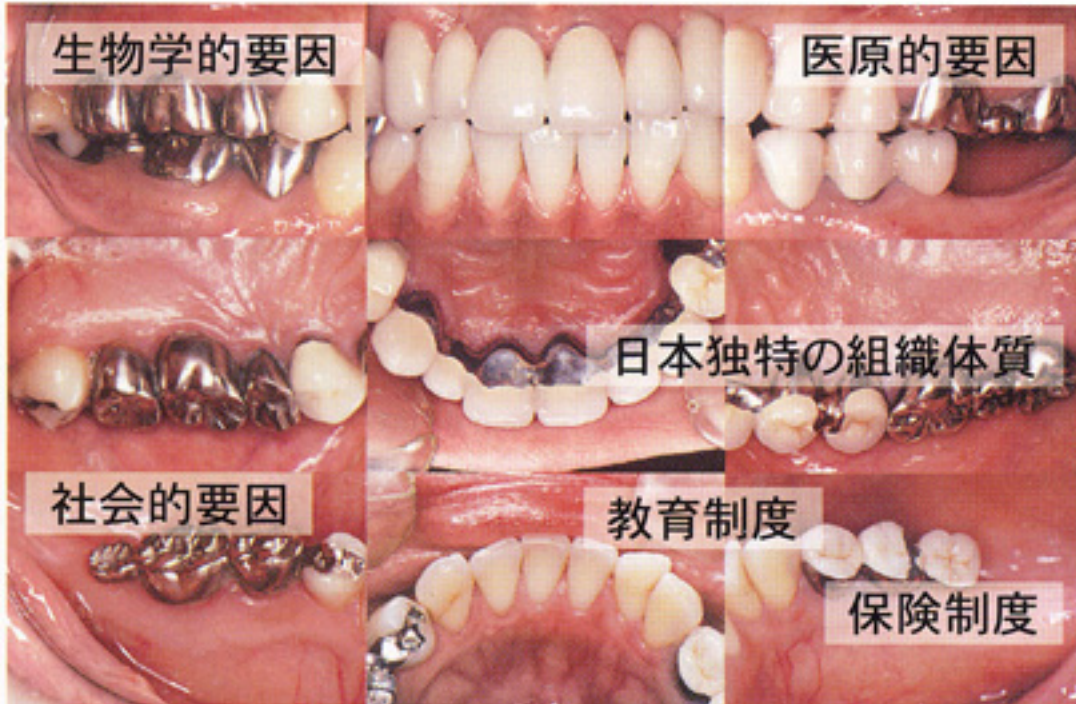
・最小限、可逆的な処置を第一選択とすること

であって、いわば、医療として当然のことです。

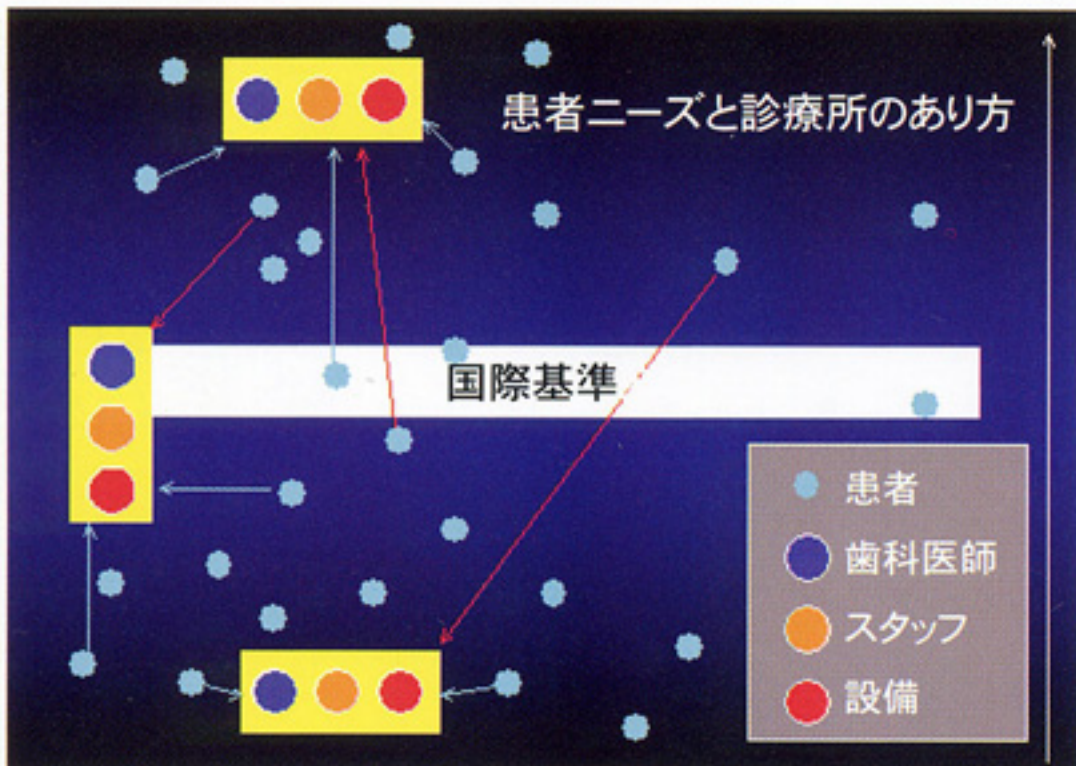
これを歯科に当てはめると、口腔内写真、X線写真、歯周検査、唾液検査の資料を、妥当な規格性のもとで、継続して採取、分析し、このデータに基づいて診断、治療計画、経過観察を行うということになります。この流れの中に何らの「新しい技術」を必要とするものではありません。

にもかかわらず、このような当たり前前のごとですら、日本の多くの歯科医師にとって大きなハードルになっていることがわかってきました。歯科医師としての資格を持つ人であれば、6年制の教育課程を終え、国家試験にパスしているわけですから、本来は、

現在わかってきた要因から
今、この患者に何をすべきか
これから、破壊を止めるには何をし続けるべきか
(30代症例)



(熊谷)



(熊谷)

制度、診療現場、 教育を語る

・ 歯科医師になった時点で「山の6合目」程度まで到達

している状態であるはずだと思われる。

しかし、一定の臨床経験を積み、開業医として第一線にある歯科医師の多くが、医療として当たり前のことを「ハードル」だと感じてしまう。歯科医師教育のシステムが抱える問題がそこにあると考える前に、必要な臨床データを採取、分析することなしに処置介入をするという、医療として非常に「変わったこと」をしているにもかかわらず、それを疑問と感ぜないで臨床の現場に立ち得ることの方が問題ではないかと思えます。

信頼されない理由

「自費の補綴は一生モノ」と言う歯科医師が……

福田 現在、中医協を巡る一連の事件によって、歯科界全体が大きく信頼を損なつたとされています。これは事実だと思えますし、私も含め、「これを機会に襟を正そう」と考えている多くの歯科医師がいることも知っています。しかし、そもそも、「なぜ、あのような事件を引き起こさなければならなかったのか」という根本的な問いがあまり見られないことも、同時に疑問です。医療として必要なことを十分に行っていない

て、それをもとにはじき出されたデータがあり、それが何らかの社会への要求の背景にあるのであれば、

・ 贈賄という手段に訴える必要もなかったのではないかと思います。

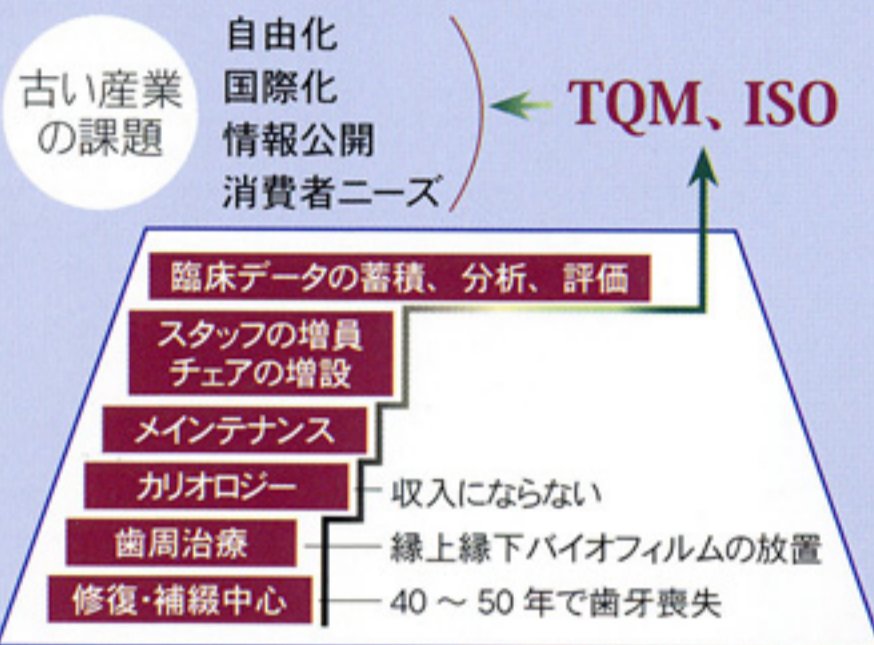
明確なミッションを持ち、それに向かつて努力する「悪戦苦闘している歯医者さん」という姿を、人々に見せることがなかった。これでは、社会に対する「説得力」に欠けます。「今の保険点数では安すぎる」と言う前に、妥当な歯科医療像を示し、その費用対効果についてデータをもとに示すだけの「説得力」がなければならなかったのではないかと反省があります。

——では、そのような「説得力」は、どのようにすれば身に付くのでしょうか。

熊谷 「自費の修復・補綴をすると一生モノ」などと根拠もなしに言い続け、他方、う蝕、歯周病といった主要歯科疾患の減少を目指すための具体的な方策を何ら講じてこなかったのであれば、今さら「人々の歯と口の健康を守ります」と言ったところで、誰からも信用されないでしょう。少なくとも、これまでの歯科医師人生の中で、根拠のないことを患者さんに伝えていないか

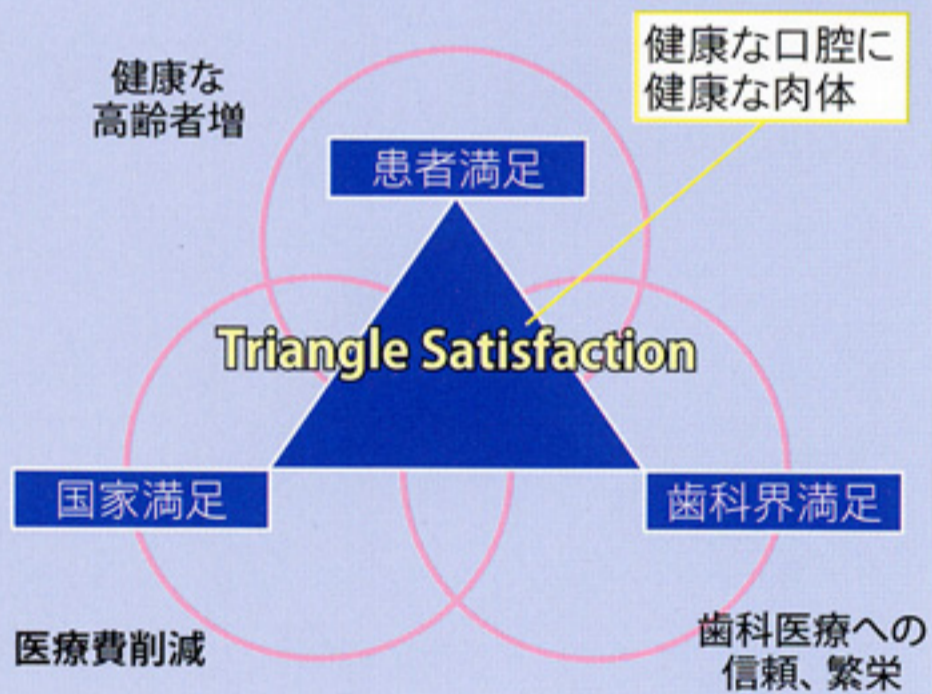
自分の「仕事」のゴールを常に認識していたか
を問い直す必要があるでしょう。

患者のための歯科医療が成り立つには



(熊谷)

予防中心のモデル



(熊谷)

歯科医療の真の目的

Surrogate Endpoint 代用エンドポイント

目的ではない。
真のエンドポイントが測定しにくい場合に代用する通過点。
これを盲目的に追究すると真のエンドポイントから外れる場合がある。

カリエス・リスクは軽減されたか？
ポケットの深い部位、出血部位は少なくなったか？
歯列不正は改善されたか？

↓
不整脈はなくなったか？

True Endpoint 真のエンドポイント

最終目的。
これに向かって医療は進歩すべきである。

生涯に渡る健康な口腔機能を営めたか？
(う蝕・歯周病・不正咬合がなく、健全な歯列が揃い、咀嚼・発音・審美に問題がない)

↓
健康で長生きできたか？

真のエンドポイントを達成するために

- 現状把握**
初診患者の年代別、性別で口腔内の実態を調べる。
- 問題認識**
初診患者の患っている主要点は何か？
- 達成目標の設定**
自院の初診患者の問題点を踏まえて、最終目標(真のエンドポイント)に至るまでの短期・中期・長期目標を設定する。
- 改善**
中長期目標を念頭に置きながら、短期目標に向かって行動を起こす。
- 結果モニタリング**
正確なデータを収集して目標達成状態を調べて、問題点を抽出し直す。

(熊谷)

歯科医療の目標とは何か。私は、「生涯に渡る健康な口腔機能を営めたか？」(真のエンドポイント)によって評価されるものと考えます。そして、それを達成するためには、「カリエス・リスクは軽減されたか？」「ポケットの深い部位、出血部位は少なくなったか？」「歯列不正は改善されたか？」(代用エンドポイント)に着目しなければなりません。

ややもすると、代用エンドポイントのみに目が集中してしまうものですが、これでは歯科医療の目的を見失ってしまいますし、逆に、真のエンドポイントのみを語っているだけでは目標に具体性がないままになってしまいます。

妥当なゴールを設定し、それを達成するための具体的な方略を探り、実施し、再評価することが大切です。その上で、「明確な根拠に基づいて、誠実に患者さんに情報提供してきた」「歯科医療のゴールを忘れず目標に向かって悪戦苦闘してきた」と自信を持って言える歯科医師は、ほんの一部かもしれません。

けれども、最初は、限られた数の歯科医師であっても、歯科医療に対するスタンスと目標とを共有し、統一性のある規格に基づいてデータを活用していけば、社会に対する「説得力」が生まれてくるものです。そして、社会がそれを受け入れたら、歯科界は変わっていくでしょう。

唾液検査の可能性 臨床診断のフェイズ が変わる

—日本の歯科医療機関の中で、唾液検査を最初に本格的に導入したのは日吉歯科診療所でした。その後、唾液検査を診療の重要な項目として位置付け、日常的に活用している歯科医院が着実に生まれてきています。今後の新しい「歯科医療像」において、唾液検査に期待されるのはどのようなものでしょうか。

辻村 唾液検査のパイオニア的存在であるスウェーデン・マルメ大学のダグラス・ブラッター教授は、歯科医療における診断

制度、診療現場、 教育を語る

方法の変遷について、次のように整理して
います。

1) 「ここが痛い」に対応する

|| 問診のみによる診断

2) 口腔内視診、X線で診査する

|| 視診を加えた診断

3) 唾液検査を活用して臨床判断する

|| 見えないところを見る診断

という流れです。つまり、唾液検査を日
常的に活用できているかどうかということ
は、その歯科医院の臨床判断のフェイズが
時代の変化に見合ったものになっているか
を測るものだと言えます。

—— 言い方を変えれば「歯科医院IQ」
を測る指標のようなものでしょうか。しか
し、現在のところ、「予防型歯科医院」「健

康創造型歯科医院」と呼ばれるところでも、
なかなか唾液検査を日常診療で「当たり前」
に行う体制になっているところは限定され
ていますが。

辻村 私の歯科医院は交通不便な郊外にあ
り、立地条件からして、

・ 誰もが気軽に来られる歯科医院になっ
ていない

という特徴があります。これは、一見する
とデメリットのように思われますが、この
ような不便を乗り越えてでも来院してくれ
る患者さんは、初診来院の時点から医院の
システムを受け入れる「心の準備」が出来
上がっています。このため、予防の価値、
唾液検査の価値を理解してもらおう上では、
交通不便な立地は必ずしもデメリットには

なっておらず、むしろ、メリットなのでは
ないかと感じます。

前田 私も、東京都23区内で開業していま
すが、立地の利便性という観点からすれば
必ずしも良いとは言えません。しかし、一
定の知識と目的意識とを持って来院する患
者さんの割合が多くなる傾向が顕著になり
ますから、

・ 立地条件は歯科医院経営の決定因子とは
限らない

と思います。むしろ立地条件で恵まれない
歯科医院にとっては、コミュニケーション
能力を高めることで妥当な情報を提供し、
受け入れられる「説得力」を持てば、多少
の立地の悪さを乗り越えて来る層を味方に
つけることができます。そうすれば、新し

日吉歯科診療所



医院の「説得力」は、これまで、受け入れられる歯
科医療を提供してきたかによって決まる。



日吉歯科診療所の「命」とも言うべきカルテルーム。
自前のデータをどれだけ持っているかが「説得力」
を支える背景となる。開業以来、二十数年分のカル
テが規格性を持った形で作製され、保管され、活
用されている。

■ つじむら歯科医院 (改装前)



つじむら歯科医院は、郊外の私鉄駅からさらにバスで何十分も揺られて行かなければならない立地。にもかかわらず、明確なミッションを持ち、それを的確に伝え、受け入れられた結果、「病気でないのに来院する層」を確実に増やしてきた。

い可能性に挑戦しやすくなると思います。

熊谷 このような歯科医院が、現時点ですべての地域に設置され、機能していないとしても、悪戦苦闘しながら自分のデータを蓄積し、それによって「説得力」を増していき、他の歯科医院に影響を与え続けること。これによって、最終的には、少なくとも各医療圏に複数の、

・人々の歯と口の健康を守り育てる医院が機能していけば、地域の要請に応えることができるでしょう。

福田 私は、2000年まで、唾液検査も、それを実践している日吉歯科診療所のことでも知りませんでした。予防と言えば、フッ素塗布、そしてブラッシング指導とシーラントのことだと考えていたのです。もちろん

ん、医院も、「予防型」として新たに設置

したものではありません。スタッフ、患者さん、そして院長自身がゆっくりと、しかし、確実に変わっていった結果、現在では、当たり前前に唾液検査を行い、診断して、
・その人に見合った予防を提供するという体制

が整っています。

——「唾液検査」を例にとってみれば、北欧諸国や日吉歯科医院のようにすでに成功事例があるわけですが、これを全国の共有財産とするためには、日常的に検査システムを稼働させている歯科医院が普及していくことが欠かせません。「唾液検査が患者さんに受け入れられにくい」と考える、あるいは「カールスタット、酒田は特殊事

例」と思われてしまいがちですが、それには何か根拠はあるのでしょうか。

熊谷 患者さんに対して説得力がない医療を提供してきたのであれば、新たに何か新しいシステムを提供しようと思っても受け入れられるのは困難でしょう。もし「唾液検査が受け入れられない」と感じたとしたら、これまでの診療が受け入れられているかを改めて考え直した方が良くもありません。また、「スウェーデン、日吉歯科が特殊事例」と考えるのは、それらの実践例において、何ら特殊な臨床技法、テクニカルセンシティブティの高い手法を用いたわけではない点からして根拠がありません。

——問われているのは、「その医院自身なのだ」と言えるかもしれませんね。