

写真は「親子」の会話ではなく、GPと専門医の役割分担の場面。理事長は最近、後進への引き継ぎを目的に、患者数を半分に抑えて医院マネジメントに尽力している。GP（総合診療医）、歯科衛生士、専門医の役割分担をより明確にして、科学的ガイドラインにのっとった縦横無尽の連携が可能になった。

ヘルスプロモーション型
歯科医療に
「専門医」のナゼ？

院内医療連携の 実際

メディカルトリートメントモデル
(MTM)をベースにした医療連携



2F メインテナンス・総合医療フロア
1F 専門医フロア 手術室／CT



(医)つきやま歯科医院
理事長
総合診療医
築山雄次氏
Tsukiyama Yuji

勤務・米国歯周病学会ボード
認定 歯周専門医
築山鉄平氏
Tsukiyama Teppei

つきやま歯科医院は、長い間、福岡市内の住宅地でヘルスプロモーション型の歯科医療を実践してきました。その結果、長期間にわたってフォローしている患者さんの数も多く、地域住民の口腔の健康維持に一定の役割を果たしてきたと自負しています。しかし、ヘルスプロモーション型歯科医療には限界があります。そのため、すでに日吉歯科医院（山形県酒田市）において確立されたメディカル・トリートメント・モデル（MTM）を取り入れるとともに、歯周、エンド、補綴の専門医を配置することになりました。その理由と将来展望についてお伝えします。

1F 手術室／CT

手術室とCTは、1階部分と2階部分で共用できる。GPあるいは歯科衛生士の科学的な判断の下、症例の難易度により専門医治療が必要だと思われる患者さんは、1階に紹介され受診する。当院ではあらゆる症例で唾液検査を含むリスク検査がなされており、1階と2階の方向性に一貫性があるため、1階に紹介された時点で治療合意を得られていることが多い。



1F 専門医フロア

もともとガレージだった1階部分をインプラント・再生医療専門エリアとして改装。一見、「高付加価値サービス」のための独立したエリアのようだが、主軸は2階部分のメンテナンス・総合医療に置くことを原則にしている。



ヘルスプロモーションの利点と限界

主観に左右されやすい

これまで当院が実践してきたヘルスプロモーション型の歯科医療には、次のような利点があります。

- ・患者さんの生活の実情に合わせた細やかな改善提案ができる
- ・治療計画、ケアプランの策定、合意形成が患者さん主体で行える
- ・自分の現状と今後について、患者さん自身の責任で決定できる

そのため、診療の合間に行われる患者さんと担当医・担当歯科衛生士との雑談を記録した「患者ノート」などの主観的情報を重視してきました。これは、医院側だけでなく患者さん自身や家族にとっても貴重な情報源であり、生活記録であると評価されています。特に、患者さんの自己決定を重んじる診療体制であるため、スムーズな合意形成がしやすいのが、生活習慣への介入という側面が大きい歯科医療においては有効性が高いと考えられます。

しかし、これらの利点は別の側面から見ればデメリットにつながることもな

雑談＋ノート記録＝
貴重な知恵なのだが…

つきやま歯科医院のこれまでもを象徴する診療風景。診療の合間に、院長が患者さんと雑談。これを手空きの歯科衛生士が聞いてチェアサイドの「患者ノート」に細かく記録する。

ここから貴重な知恵が得られる場合が少なくないが、過去の実績を振り返ると、患者さんの主観に振り回されたり、積極的治療介入のタイミングを逸したりすることも多かったようだ。

ります。つまり、

- ・患者さんの主観的判断に、医療判断が引っぱられてしまいやすい

ということですが。ヘルスプロモーションは、個別具体的な行動変容を「仮の

ゴール」としますから、疫学的なデータによつて成果を評価しにくい面もあります。そのため、患者さんとのナラティブなコミュニケーションの中で「これでよいだろう」と判断していたものが、最終的なゴールである患者さんの長期的な口腔健康の維持・向上につながっていない場合も多いことに気付きました。ややもするとアンダートリートメントになりがちで、不可逆的な段階になってから「病

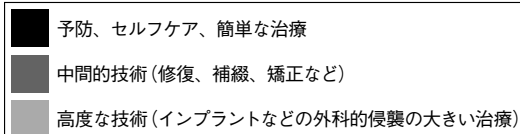
気」と判断して治療介入を余儀なくされるなどのケースもあり、歯科医療の本質的目的である発症予防・進行抑止との間に食い違いが生じているのではないかと疑問を感じたのです。

これに対して、MTMに代表されるリスク管理型の予防歯科医療は、長期間かつ多数の患者さんを対象とした地域的な疫学研究（スウェーデン・カールスタット、日本・酒田）によつて、

・「どのようなリスクを持っている群に対して」「どのタイミングで、どのような方策により」「何を目標・評価基準として介入し、経過観察すべきか」というガイドラインが明確になっていま

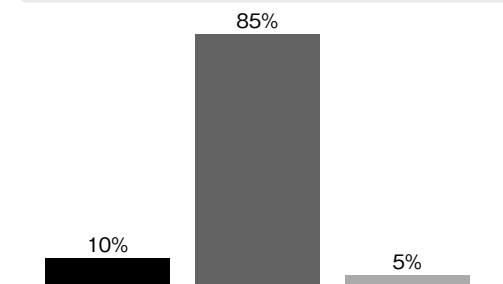
図1

受診者疾病構造の推移



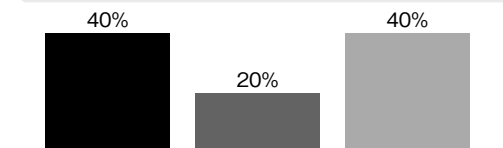
1989年：治療中心だったころの当院

➔ 「予防」という言葉がまだ市民権を得ておらず、う蝕の洪水の時代。中程度の治療ニーズが圧倒的だった



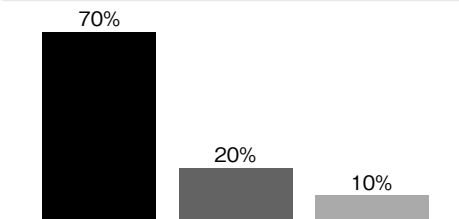
2001～2011年：予防歯科実践期の当院

➔ 予防と高度治療ニーズの割合が大きくなっており、過渡期的な様相になっている



2011年：MTMを実践している日吉歯科診療所

➔ WHOバームス報告が予見した最終的なモデルに近くなり、安定している



これまでと異なり、規格性の高いデータ収集・分析とリスク診断が必須となっているため、昼休みでもスタッフはトレーニング(口腔内写真撮影、資料整理など)に余念がない。

専門医による診療の意義

適応は非常に限られている
周知のように、日本の歯科医療において、そのための当院では、これまでの方針を大幅に変更し、ヘルスプロモーションの利点を残しながらも、MTMを主軸にした徹底したリスク管理を重視する予防診療へと舵を切りました。その切り札が、本格的な専門医制の導入です。

ては、国際的な基準に照らして信頼性のある専門医養成・評価システムは整備されていません。中には、一日でできるインプラントや骨造成コースなど、危険性を伴うミスリードではないかと感じさせる育成システムも存在しています。これらは、日本における「専門医」「認定医」の在り方が十分な公共性を持っていないために発生していると考えられます。

歯科における専門医システムが最も整備されているのはアメリカだとされています。これは、アメリカの専門医認定基準が厳格であるからにほかなりません。

米国歯科医師会（ADA）が認定教育に関する責任を負い、その下で認定委員会（CODA）が認定基準を公開・実施している透明性の高い制度が、長い時間をかけて整備されてきたのです。

現在の日本では、専門医システムが医療提供体制や診療報酬、診療連携体制などの社会資源とリンクしていないため、アメリカの大学などで正規の追加教育を受けて専門医となっても、帰国すれば他の歯科医師と同じくGP（総合診療医）として仕事をしている歯科医師が少なくありません。これは、歯科医療に関わる

2F メインテナンス・総合医療フロア



2012年7月

治療、予防が混在したオープンスペース



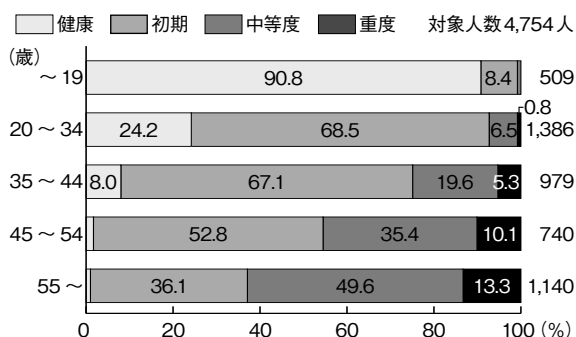
本来の衛生士の役割に完全特化した口腔衛生部と、ドクター中心の治療部の個室化



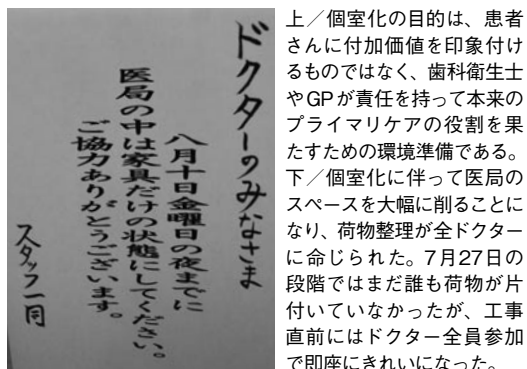
図2

初診時年齢別歯周病進行度*

重度の患者さんは全体のわずか6%！



*日吉歯科医院2008～2009年公開データ参照





アメリカの専門医コースの特徴

- 科によって2～5年と年限が異なる。口腔外科は、顎顔面外科医として医師の資格の取得を希望すれば、さらに2年でダブルライセンスが取得可能
- 科ごとに大学によって募集人員が異なる。補綴科は少なくなり、小児が増える傾向にある。これらは州の専門的な歯科医療事情を反映している
- 専門医養成過程の教育カリキュラムは、ADA内の組織であるCODA (Commission on Dental Accreditation) において決定され、7、8年に一回、各教育機関の質が確保されているか300以上の項目にわたって詳細な診査が行われる。このようなプロセスを経て、教育の質が維持される
- 過去に取捨選択された質の高い論文を500本以上抄読する。これらの論文は日常臨床教育に直結するため、実用性の高いエビデンスに基づく医療判断のトレーニングを自然と行うことになる

診診連携の紹介を受ける条件 リスク管理、診療、予防 におけるコンセプトの共有が必須

(例) 重症度の高い歯周疾患について骨造成、インプラント埋入などの治療を紹介依頼された場合

紹介元の歯科医院に、リスク管理に基づく治療やメインテナンスの体制が整っていないなどコンセプトのズレがあると、治療結果を継続して共有できない！

質の高い専門治療を紹介するのは、診療コンセプト、臨床評価基準を共有できる歯科医療機関でなければならない！

人的資源の大きな無駄につながります。専門医は専門医の、GPはGPの領域で社会的役割を十分に果たす道を見つければいいでしょうか。

アメリカでは、GPが8割、専門医が2割程度となっています。この割合をそのまま日本に当てはめることは可能でしょうか。日本においては認定医、専門

医の定義が明確になっていないため、単純に比較はできませんが、2割の専門医で所要の歯科医療ニーズに対応できるかといえは疑問が残ります。

例えば、歯周病専門医の場合、一般的に専門医による治療の適応と考えられる根分岐部病変の存在、垂直性骨吸収などの症例に対して、国際的な基準にのっとった高度医療が行える専門医は、十分な数と質が確保されているとは思えないのです。

そのため、それらの病態に陥る前に、重症度に移行しないようGP、歯科衛生士によって発症予防、進行抑止がなされなければなりません(図2)。GPが専門医に紹介せざるを得なくなるまで治療を抱え込むと、さらに病態が進行し、複雑化するリスクもあります。

予防を基礎として地域社会における歯科医療の長期的な役割を模索してきた当院で、専門医が必要不可欠な存在になった理由としては、

・ 予防を行うことで多くの歯が健全に保たれ、患者さんの口腔内への健康観が高まることにより、より高度な医療に対する需要が増えてきた

というものでなく、

・GP、歯科衛生士が担当するプライマリケアを高いクオリティで行うために、その範囲を越える医療を担当する専門医療が不可欠になったという側面があります。

日本では、同じ専門分野でも複数の学会が存在し、診療ガイドラインを歯科界全体で統一しにくい環境にあります。そもそも、その学会を包括的に統一する組織（米国ではADA）が存在せず、プライベートルな性質の強いスタンダードや、経験を偏重する臨床家のミスリードが、一般開業医の見解を混乱に陥れているのです。そういう中で診療連携は非常にバランスが悪く、お互いが共通言語を用いてコミュニケーションできないという危うい側面も含んでいます。

同じコンセプトを持っていない歯科医院との間には、診療連携は成り立ちにくい。ため、現在では院外のGPが当院の専門医を紹介し、治療終了後に元の医院に戻すという関係性は、よほどの相互理解がない限り現実的ではありません。従って現時点では、完全にコンセプトを共有している院内の診療スタッフ間で紹介基

準となる科学的ガイドラインの策定を行い、プライマリケア（予防、総合診療）から専門医へバトンタッチし、また共通の基準をクリアしたらメインテナンスに入るといった流れで連携する方が合理的なのです。

科学的なガイドラインというのはあくまで目安にすぎませんが、スタッフ全員が同じ視野で患者さんをスクリーニングすることには大きな意義があります。図2で示した通り、歯周病の重症度は加齢とともに悪化する傾向がありますが、本来に重度の歯周炎というのは全体の1割未満にすぎず、初期、中等度の早い段階での対応がいかに重要であるかが示唆されます。歯肉炎、初期歯周炎はGP、歯科衛生士が十分に対応可能ですが、中等度歯周炎は非常に多岐にわたるため、GPと専門医との意思疎通が肝要になります。そのためにも、ガイドラインを基にどこまでがプライマリケアの守備範囲なのか、どこからが専門医に紹介すべきかを明確にする必要があります。

専門医部門を設置するには、もちろん全体として一定の規模が必要ですが、当院を含め、質の高い予防に軸足を置いた

GPに求められる能力と関心 「MTM」「長期」「見極め」

- MTMベースで、口腔の健康増進のための役割を果たす
- 長期的かつ継続的に患者さんに関わることによって、発症と重症化を防止する
- 処置介入、専門医への紹介などのタイミングを見極め、「手遅れ」を防止する

歯科医院の多くは、90年代を境に口腔内の健康観が高い患者さんが増えていきます。つまり、ますます専門医の存在意義が高まっているのです。

総合医、歯科衛生士の役割

総合診療の質を高めるのは「プライマリケア」

当院がMTMを導入することに決定してから、理事長以下、オールフィジシャンの所定のコースを受講し、GPとしての知識、技量、それに基づく診断力を高めることに専念しました。専門医を法人

図3

日吉歯科診療所のメインテナンスの成果 アメリカ、スイスより高い補綴物の生存率！

著者	雑誌、年度	生存率	国
Pietursson BE et al.	Clin Oral Impl Res 18 (sup.3), 2007;97-113	5年生存率(固定式ブリッジ): 93.8% 10年生存率(固定式ブリッジ): 89.2%	スイス
Scurria MS et al.	J Prosthet Dent 1998;79:459-64.	10年間生存率: 85% 15年間生存率: 66%	アメリカ
Miyamoto T et al.	J Prosthet Dent 2007;97:150-6.	15年間生存率: 96%	日本
青山貴則ら	口腔衛生会誌 J Dent Hlth 58:16-24, 2008	7年間生存率: 31.9%	日本

に受け入れるためには、十分な総合力を持つGPがどうしても必要だからです。ほぼ全ての歯科医療従事者にとって、「補綴物の持ち」は質評価の重要な要素として関心が高いでしょう。しかし、持ちが良い補綴物というものに臨床的意義はあるのでしょうか。仮にどれほど精密な技術が適用されようと、プライマリケアの土台がない環境では、補綴物は長持

ちしないことが疫学的に明らかになっています。特に、日本の研究者が示す平均値(メタルブリッジで7年程度など)が、欧米から見て著しく短いのが気になります(図3)。

しかし、日吉歯科診療所のコホート研究は、日本の平均値とはかけ離れ、アメリカはもとよりスイスのレベルよりも高い長期生存率を示しています。つまり、十分な総合力を持つGPが治療の適応を的確に見極め、所要の質とリスクに応じて予防的介入が適宜行われる環境では、長期的な臨床成績を国際レベルまで持つていくことが可能だといえるのです。

では、質の高い総合診療、プライマリケアとはどのようなものか……。幅広い範囲で一通りの診断と治療の技術があり、「これは専門医に紹介すべきだ」という見極めが的確にできるレベルの判断力を有する歯科医師が、「良い歯科医師」であると規定しているのです。

しかし、医育機関の組織をいったん離れると、なぜか多くの歯科医師が過剰な数の患者数、水準を超えた難症例を抱え込む傾向にあります。これは無駄である

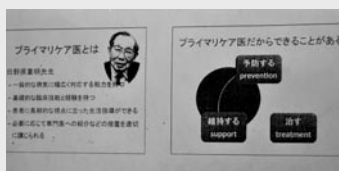
ばかりでなく危険です。「見極め」の技量をどこまで磨くかは、治療技術と同等の重要性を持つものでしょう。特に当院では、歯科医療をプライマリケアに位置付ける上で、図4のような定義をしています。

図4

歯科におけるプライマリケアとは 専門分野を超える判断能力

個人および家族の口腔健康管理や予防に目を向けた地域医療サービスであり、これを志す歯科医師には、家族の治療や予防だけでなく、長期的な視点に立った生活上の指導や援助など、専門分野を超えた幅広い能力が必要。

※日野原重明氏の考え方を歯科口腔領域に敷衍したもの



医局入り口扉に貼ってあるプライマリケアの定義。ここを通る全てのスタッフの目に必ず留まる。もともと、ヘルスプロモーションに取り組んできたため、それほど大きな方針転換なしに受け入れられるコンセプトだったといえる。