

日本歯科医療管理学会雑誌

Japanese Journal of Dental Practice Administration

2024 JUN. Vol. **59** No. **1**

第65回日本歯科医療管理学会総会・学術大会



一般社団法人日本歯科医療管理学会
Japanese Society of Dental Practice Administration

歯が溶ける
pH(臨界pH)は、5.3
とは限らない?!

歯磨き回数と
口漱ぎの方法による
う蝕予防効果の違いは?

なぜ初期う蝕は、
エナメル質の内部から
脱灰されるの?

pHが高いと、
なぜ歯石が
できやすいの?

歯周炎患者は
唾液の性状が
違うの?

お米はパンより
歯石が
できやすい?!

エナメル質と根面で、
脱灰のされ方は
どう違うの?

白斑であっても
脱灰しているとは
限らない?

う蝕・酸蝕・歯周疾患に関する
こうした疑問に、
自信をもって説明できますか??

わかりやすく
説明してくれるのは
この本!



ちょっと深掘り!

予防の科学

う蝕・酸蝕・歯石と歯周疾患

中嶋省志 著

🦷 A5判 / 240頁 / 2色刷り

🦷 定価 5,280円 (本体 4,800円 + 税10%)

🦷 ISBN978-4-263-44696-6

🦷 注文コード 446960

詳細は2次元コードの
リンク先から!



本書は・・・

- ✓ う蝕・酸蝕・歯周疾患について、その発症のメカニズムと、予防のためのエビデンスを解説した書籍。
- ✓ 92のトピックをとおして“予防のプロ”になるための知識とスキルを養います。口腔保健への興味と実践への原動力を引き出す患者説明・コミュニケーションのヒントやデータも満載。
- ✓ あなたが知らない“予防の科学”がここにあります。

“予防”を、あなたの強みに!

日本歯科医療管理学会雑誌
第59巻 第1号 (通巻第157号)
2024年6月

目次

巻頭言

日本の歯科医院経営の経済的実態について.....中村 勝文 1

第65回日本歯科医療管理学会総会・学術大会

大会長挨拶.....越智 守生 3
総会・学術大会開催記録.....4
2024年度認定医研修会のご案内.....6
お知らせとお願い.....7
プログラム.....13
講演抄録.....18

原 著

リン酸化オリゴ糖配合口腔保湿剤による根面初期う蝕の再石灰化促進効果に関する実験的研究
.....南 健太郎, 佐藤 俊郎
岸 光男, 瀬川 洋 39
新型コロナウイルス感染症の感染拡大前後における歯科診療所の年齢階級別の患者数の変化について
—社会医療診療行為別統計による分析—
.....小 椋 正之 45
医療のデジタルトランスフォーメーション政策に対応する歯科診療所の視点
—施設基準の届出状況を指標とした外部環境分析—
.....野村 眞弓, 尾崎 哲則 51

視 点

都道府県単位の歯科診療所数増減に関連する要因の検討 (2000年～2020年)
.....恒石 美登里 60

地域関連団体活動報告.....65
地域関連団体活動予定.....76
書 評.....77
名誉会員紹介.....78
認定医・指導医・認定士一覧.....79
定 款.....81
認定医制度規則・施行規則.....89
指導医制度規則・施行規則.....93
認定士制度規則・施行規則.....96
倫理審査委員会規程.....99
投稿規則.....101
編集後記.....103

表紙の由来：明るく、楽しい、幸福な歯科医療でありたい、という願いから、
Happy, Heart, Harmony, Humanity の「H」を基にデザインされています。



CONTENTS

Original Articles

- A Study on the Remineralization Effect of Root Surface Early Caries Lesions
by Phosphoryl-Oligosaccharides (POs) Oral Moisturizer
MINAMI Kentaro, SATO Toshiro, KISHI Mitsuo and SEGAWA Hiroshi 39
- Changes in the Number of Patients by Age Group at Dental Clinics Before
and After the Spread of the COVID-19 Pandemic : Based on Analysis of Statistics
of Medical Care Activities in Public Health Insurance
OGURA Masayuki 45
- Perspectives of Dental Clinics in Responding to the Policy for Digital Transformation
of Healthcare : Analysis of the External Environment Using the Notification Status
of Facility Standards as an Indicator
NOMURA Mayumi and OZAKI Tetsunori 51

Vision

- Factors Related to Increase/Decrease in Number of Dental Clinics
at the Prefectural Level (2000-2020)
TSUNEISHI Midori 60

||||||||||||||||||||
巻頭言
||||||||||||||||||||

日本の歯科医院経営の 経済的実態について

日本歯科医療管理学会副理事長
中村 勝文



歯科医療管理学は、医院経営に資するあらゆる問題を研究する学問と認識しています。厚生労働省の政策によってもたらされた歯科医院経営の実態は、厚労省が2年ごとに行っている医療経済実態調査結果から推し量ることができます。

医療経済実態調査とは、病院、一般診療所、歯科診療所および保険薬局における医業経営等の実態を明らかにし、社会保険診療報酬に関する基礎資料を整備することを目的とした調査とされており、かつては6月単月、非定点調査のみでしたが、調査施設数が少ないうえに、毎回回答施設が変わるため信頼性に問題があることや、歯科において6月は比較的收入が多く支出が少ないために年間を通しての経営実態を示していないとの指摘を踏まえ、2013年調査からは、前々年度と前年度の同じ施設における年間調査となっています。

2023年調査では、2021年と2022年の比較でコロナ禍における結果となっています。今回の診療報酬改定において、昨年の秋の建議で財政審が「2022年度の中小企業における平均経常利益率は全産業で3.4%、サービス産業で3.1%であり、診療所の平均的な経常利益率は8.8%に急増したので、他産業とも比較して過度な経常利益率にならないよう報酬単価を引き下げる必要がある」と述べたことについて医療界は反発しました。

個人立一般診療所(無床)は新型コロナウイルス感染症の影響によりコロナ前の2019年に比べ2020年の損益差額は大幅な減少となりましたが、それ以降はV字回復をしており2022年は以前の水準以上に回復をしています。一方、個人立歯科診療所では減少が続き2022年では損益差額において歯科は医科の39%にすぎず乖離の幅は過去最大となっています。財政審において高収入の医科と同様に論ぜられることは納得のいかないところです。

戦後、マッカーサーが医科と歯科は同等だと主張し医科歯科同等の大学教育が始まったといわれていますが、昭和30年頃、厚生省は歯科医師の収入は医科の7割として社会保険診療報酬を決めてきました。中道の研究資料によれば「診療報酬は、社会保障制度審議会(昭和25年)で、医師が自分の教育と経験が十分に考慮せられていると感じ、合理的な報酬を得ているという満足感をいだしめるものであると同時に医師の生活を安定せしめるものであることとされ、昭和32年の臨時医療保険審議会でも考慮すべき点として挙げられたのは、①一般国民の生活水準のバランス(国際比較、ほかの類似職業との比較)、②人命を扱う責任の重要性、③勤務時間の不規則性、④医師となるに必要な広義の教育費、⑤伝染病患者や劇物を扱う危険性、⑥勤務医師に対する開業医の企業危険補償、⑦医師の稼働可能寿命の短さ(特に歯科については、その主張がある)であり、それなりに評価がされるべきものであることはいうまでもない」とされ、歯科の収入が医科の7割はこれ以上譲れない水準であると述べています。ところが現在では4割を切っているのが現状です。

厚労省の歯科医療政策の瑕疵は別としても、ますます広がる医科歯科格差の解消を目指すことも歯科医療管理学の重要な使命ではないでしょうか。

大会長挨拶

第 65 回日本歯科医療管理学会総会・学術大会の開催を迎えて

第 65 回日本歯科医療管理学会総会・学術大会

大会長 越智守生

第 65 回日本歯科医療管理学会総会・学術大会の大会長を拝命しました，北海道医療大学の越智守生です。ちょうど 10 年前の第 55 回に続きまして 2 度目の大会長を務めさせていただくことになりました。どうぞよろしくお願い申し上げます。

第 65 回大会のメインテーマは「歯科医療管理学会を北海道で究める そして極める」といたしました。第 55 回のテーマであった「活力ある歯科医療管理～新しい成長モデルを求めて～」そして前回の第 64 回（山内六男大会長）のテーマであった「歯科医療管理学会はどこを目指すのか—教育，専門医の視点から—」という主題に帰着するべく，歯科医療管理学会の究極の功利とは何かを考えたいとの思いで，このテーマといたしました。

今回の特別講演とシンポジウムは，歯科医療の現状を踏まえ，その未来を歯科医療管理学会がどのようにしてコントロールしていくのかを考察したいとの思いでプログラムを組んでおります。特別講演 1 では，厚生労働省保険局保険課長の山下 護先生をお迎えして「オンライン資格確認等システムが実現する新しい医療」についてご講演いただきます。現役世代の社会保障費負担軽減など持続可能な制度を構築するためのお考えをわかりやすくお話しいただけるものと思います。また，特別講演 2 では元日本歯科医療管理学会会長，医療法人ファミリー会永山ファミリー歯科クリニック名誉院長/理事，日本歯科大学客員教授の永山正人先生をお迎えして「歯科医療管理学会に期待すること—過去，現在，未来の視点から—」について，特別講演 3 では北海道保健福祉部健康安全局地域保健課医療参事の本田和枝先生をお迎えして「地域課題への挑戦～北海道の歯科保健医療を支える連携づくり～」についてご講演いただきます。人口減少の日本において人材不足は深刻な問題であり，地方の医療現場においても医療従事者の確保は重点課題と思われます。そして特別講演 4 では，東京都健康長寿医療センター研究所自立促進と精神保健研究チーム認知症・精神保健研究室の歯科医師であり専門副部長の枝広あや子先生をお迎えして「認知症の人の歯科口腔管理の課題」についてご講演いただきます。日本は 2040 年には高齢者の約 15%（約 600 万人弱）が認知症になるとの予測のもと，新しい仕組みを考えることが必要になってくるでしょう。日本デジタル歯科学会との共催講演としての特別講演 5 は，東京大学大学院医学系研究科医療情報学分野講師の井田有亮先生をお迎えして「歯科医療管理を究めるための DX 戦略」についてご講演いただきます。シンポジウムは「口腔の健康とウェルビーイングを促進する教育と実践」をメインテーマとし，シンポジストの札幌市立大学看護学部看護学科老年看護領域准教授の村松真澄先生から「口腔の健康と主観的幸福感を向上させる教育と実践～市民と医療者をつなぐ Oral Assessment Guide～」，旭川医科大学歯科口腔外科学講座教授の竹川政範先生から「食べる幸せを支援する，急性期病院の試み」，札幌市立大学デザイン学部教授の三谷篤史先生から「口腔介護の基礎技術学習のためのシミュレータ開発とその展望」についてのご講演をいただき，議論を深めたいと思います。

このようにたいへん充実した内容になっていますので，本学術大会にはぜひともご参加いただき，オープンなご討議をお願いしたいと思います。多くの皆様のご参加をお待ちしております。

日本歯科医療管理学会総会・学術大会開催記録

	開催年月日	開催地	会場	大会長
第1回	昭和35年10月15日	熱海	小松旅館	
第2回	昭和36年6月18日	東京	東京歯科大学	
第3回	昭和37年5月19日	大阪	農林会館	
第4回	昭和38年5月25日	広島		
第5回	昭和39年6月13日	福岡		
第6回	昭和40年5月21日	東京	都道府県会館	
第7回	昭和41年5月21日	名古屋	愛知県産業貿易館	
第8回	昭和42年5月20日	大分	ニューグランドホテル	
第9回	昭和43年6月12日	東京	東京歯科大学	
第10回	昭和44年6月15日	大阪	歯科医師会館	
第11回	昭和45年4月12日	東京	歯科医師会館	
第12回	昭和46年5月16日	東京	歯科医師会館	
第13回	昭和47年5月28日	東京	東京医科歯科大学	
第14回	昭和48年5月26日	名古屋	愛知県歯科医師会館	
第15回	昭和49年10月5日	東京	東京歯科大学	関根 永滋
第16回	昭和50年6月21日	東京	日本大学歯学部	新国 俊彦
第17回	昭和51年6月26日	名古屋	愛知学院大学	岡本 清纓
第18回	昭和52年5月14日	大阪	大阪歯科大学	白数美輝雄
第19回	昭和53年6月24日	岐阜	岐阜歯科大学	梅本 芳夫
第20回	昭和54年6月10日	新潟	日本歯科大学新潟歯学部	中原 泉
第21回	昭和55年5月24日	神奈川	神奈川歯科大学	久保 太郎
第22回	昭和56年5月23日	福島	東北歯科大学	渡邊富士雄
第23回	昭和57年5月22日	千葉	日本大学松戸歯学部	尾崎 公
第24回	昭和58年6月11, 12日	福岡	福岡歯科大学	松本 洋一
第25回	昭和59年6月9, 10日	長野	松本歯科大学	加藤 倉三
第26回	昭和60年6月15, 16日	横浜	鶴見大学	石川 堯雄
第27回	昭和61年6月20, 21日	盛岡	岩手医科大学歯学部	石川富士郎
第28回	昭和62年6月20, 21日	名古屋	愛知学院大学	榊原悠紀田郎
第29回	昭和63年6月18, 19日	千葉	東京歯科大学	能美 光房
第30回	平成元年6月17, 18日	東京	日本大学会館	森本 基
第31回	平成2年6月2, 3日	千葉	明海大学	宮田 侑
第32回	平成3年6月22, 23日	東京	日本歯科大学	中原 爽
第33回	平成4年6月20, 21日	福岡	九州歯科大学	嶋村 昭辰
第34回	平成5年6月19, 20日	仙台	宮城県歯科医師会館	松尾 學
第35回	平成6年6月18, 19日	福島	奥羽大学	能美 光房
第36回	平成7年6月17, 18日	名古屋	愛知学院大学	長谷川二郎
第37回	平成8年6月22, 23日	神奈川	神奈川歯科大学	門脇 稔
第38回	平成9年6月28, 29日	横浜	鶴見大学	北村 中也
第39回	平成10年7月4, 5日	札幌	北海道歯科医師会館	松田 浩一
第40回	平成11年7月10, 11日	東京	主婦会館プラザエフ	江間誠一郎
第41回	平成12年7月14, 15日	盛岡	ホテルメトロポリタン盛岡	石橋 寛二
第42回	平成13年7月14, 15日	大阪	大阪歯科大学	神原 正樹
第43回	平成14年7月13, 14日	福岡	福岡県歯科医師会館	岩崎 庄市
第44回	平成15年6月21, 22日	名古屋	愛知学院大学	中垣 晴男
第45回	平成16年6月26, 27日	新潟	朱鷺メッセ	末高 武彦
第46回	平成17年6月25, 26日	東京	品川区立総合区民会館きゅりあん	尾崎 哲則
第47回	平成18年7月1, 2日	札幌	札幌プリンスホテル国際館パミール	川上 智史
第48回	平成19年7月14, 15日	長崎	長崎ブリックホール	道津 剛佑

第49回	平成20年7月12, 13日	大阪	シティプラザ大阪	末瀬 一彦
第50回	平成21年7月11, 12日	東京	歯科医師会館	尾崎 哲則
第51回	平成22年7月10, 11日	盛岡	いわて県民情報交流センター	米満 正美
第52回	平成23年7月9, 10日	横浜	神奈川県歯科医師会館	平田 幸夫
第53回	平成24年7月7, 8日	那覇	沖縄県男女共同参画センター	比嘉 良喬
第54回	平成25年6月29, 30日	岐阜	朝日大学	磯崎 篤則
第55回	平成26年7月19, 20日	札幌	ニューオータニイン札幌	越智 守生
第56回	平成27年5月30, 31日	岡山	岡山国際交流センター	酒井 昭則
第57回	平成28年7月16, 17日	東京	TKP ガーデンシティ御茶ノ水	俣木 志朗
第58回	平成29年7月15, 16日	福岡	北九州国際会議場	西原 達次
第59回	平成30年7月21, 22日	新潟	日本歯科大学新潟生命歯学部	藤井 一維
第60回	令和元年7月14, 15日	東京	日本大学歯学部	尾崎 哲則
第61回	令和2年6月12~14日	奈良	誌上開催	玉川 裕夫
第62回	令和3年7月16~30日	徳島	Web開催	河野 文昭
第63回	令和4年6月17~19日	盛岡	いわて県民情報交流センター	岸 光男
第64回	令和5年7月14~16日	岐阜	じゅうろくプラザ	山内 六男

2024年度認定医研修会のご案内

一般社団法人
日本歯科医療管理学会
認定医制度委員会

2024年度認定医研修会を以下の要領で開催します。

本研修会は、日本歯科医療管理学会認定医制度施行規則第5条2)、第11条2)および日本歯科医療管理学会認定士制度施行規則第5条(2)の本学会が主催する認定医研修会に該当いたします。また、日本歯科医療管理学会指導医制度施行規則第6条(2)の認定医研修会に該当し、指導医申請時および指導医更新時までに2回以上の参加が必要です。

記

日時：2024年7月14日(日) 14:10~15:10

会場：共済ホール 6階ホール

〒060-0004 札幌市中央区北4条西1丁目1 共済ビル6F

参加費：会員 3,000円

非会員 5,000円

参加人員：100名程度

講演テーマと講師：歯科診療報酬制度等の改革等に伴う歯科医療機関等のこれからの役割等を考える
東京歯科大学歯科社会保障学客員教授 上條英之

お申込み方法：

事前登録は締め切りました。当日、会場にて受け付けします。

参加費お支払い方法：

参加登録フォーム送信後、自動返信メールに従い参加費を銀行振込またはカード決済にてお支払いください。

※期日までにご入金のない場合は参加登録完了となりませんご注意ください。

※入金後のキャンセルがありましても、参加費の返金は受け付けておりませんのでご了承ください。

その他：

受講証は、認定医、指導医および認定士申請、更新時に必要ですので各自で保管ください。

お問い合わせ先：〒170-0003 東京都豊島区駒込1-43-9 駒込TSビル4階(一財)口腔保健協会内
一般社団法人日本歯科医療管理学会事務局

TEL：03-3947-8891, Mail：jimukyoku@jsdpa.gr.jp

以上

お知らせとお願い

1. 概要と日程

会 期：2024年7月12日（金）～14日（日）

会 場：共済ホール <https://kyosaihall.jp/>

〒060-0004 札幌市中央区北4条西1丁目 TEL：011-251-7333

大会テーマ：歯科医療管理学を北海道で究める そして極める

2. 参加者の方へ

当日参加登録受付

参加登録は、7月13日（土）、14日（日）の両日ともに9：30より行います。参加申込書に必要事項をご記入後、6階の当日登録受付で参加費をお支払いいただき、参加章、プログラム・抄録集をお受け取りください。

参加者区分	参加費	懇親会費
会員	12,000円	14,000円
非会員	14,000円	14,000円
コ・デンタル	5,000円	14,000円
研修医・大学院生	5,000円	14,000円

事前参加登録の方へ

会期1週間前までにご登録の住所に参加章を郵送いたします。当日は事前登録受付にてプログラム・抄録集をお受け取りください。

懇親会

当日参加希望の方は当日受付にてお申込みください。懇親会は参加定員が160名となっております。定員に達した場合、受付を締め切ることがございますので、あらかじめご了承ください。

認定医申請ならびに更新予定の方へ

学術大会参加章ならびに認定医研修会受講証は、認定医・指導医申請ならびに更新時に必要ですので、各自で保管してください。

企業展示

7月13日（土）10：00～17：30、7月14日（日）9：30～14：40に共済ホール6階企業展示会場（ホール前ロビー）にて企業展示を行っております。

クローク

6階ホール前ロビーにて7月13日（土）9：30～17：40、7月14日（日）9：30～15：30まで、お荷物をお預かりいたします。

宿泊

大会事務局からの宿泊施設の紹介等を行いません。参加者ご自身で手配いただくようお願いいたします。

3. 発表の方へ

口頭発表

- 1) 発表会場は、共済ホール 6F ホールです。
- 2) 発表時間は、発表 7 分、討論 3 分です。時間厳守でお願いいたします。
- 3) 発表者は、発表 10 分前までに会場前方の次演者席にお着きください。
- 4) プロジェクター 1 台、スクリーンは 1 面使用です。動画や音声出力、DVD は使用できません。
- 5) 発表はデータ持ち込みもしくはご自身の PC をお持ち込みください。PC 受付はホール内前方のオペレーター卓で行います。

[発表データ形式について]

- ①運営事務局で用意している PC は Windows10 (Power Point 2022, 365) です。
- ②フォントは標準装備されているものをお使いください (MS 明朝, MS ゴシック, MSP 明朝, MSP ゴシック, Times New Roman, Century 等)。特殊なフォントを使用されますと代替フォントが使用され、レイアウトが崩れることがあります。特殊なフォントをお使いになるときは画像化し、オブジェクトとして貼り付けてください。
ご発表スライドは 16:9 にて作成ください。会場スクリーンの画面比率は 16:9 となります。4:3 でも投影は可能ですが、16:9 を推奨いたします。
スムーズな進行を行うために、PowerPoint 付属機能の「発表者ツール」の使用はお控えください。

[データ持込の場合]

- ①発表の 30 分前までに、ホール内前方のオペレーター卓にて発表データを提出してください。
ファイル名には演題番号・筆頭演者名を入れてください。発表データにほかのデータをリンクされている場合には、必ずもとのデータを同じフォルダに保存してご持参ください。
- ②USB フラッシュメモリにてご持参ください。CD-R または MO などそのほかのメディアには対応しておりません。
- ③コピーした発表データにつきましては、発表終了後、事務局で責任をもって削除いたします。

[PC 持込の場合]

- ①発表の 30 分前までに、ホール内前方のオペレーター卓にて動作チェックをお済ませください。
- ②発表の 15 分前までに、ホール内前方のオペレーター卓にご持参の PC をお預けください。
- ③14 日 (日) 午前にご発表の方も、可能なかぎり前日に受付をお済ませください。
- ④PC 本体持込の場合には、HDMI 端子に接続いたします。外部出力用に特殊なコネクタが必要な場合は、そのコネクタを必ずご持参ください。
- ⑤PC のスリープ機能やスクリーンセーバーの設定は事前に解除してください。
- ⑥バッテリーでの発表はトラブルの原因となりますので、AC アダプターは必ずご持参ください。
- ⑦スライドの進行は演台設置の PC でご自身にて行ってください。
- ⑧PC トラブルに備え、USB フラッシュメモリに保存した発表データを別途持参ください。
- ⑨発表終了後、ホール内前方のオペレーター卓にて PC をご返却いたします。

ポスター発表

- 1) ポスター会場は、共済ホール 8 階ミーティングルーム B です。
- 2) ポスターは 7 月 13 日 (土)・14 日 (日) の 2 日間通して展示していただきます。
- 3) ポスターサイズは縦 210 cm×横 90 cm の範囲で、上部に演題名、氏名、所属 (縦 20 cm×横 70 cm)、下部に、発表内容 (縦 180 cm×横 90 cm) をご準備ください。
- 4) パネルには大会事務局であらかじめ演題番号 (縦 20 cm×横 20 cm) を掲示します。
- 5) 展示に必要なピンは大会事務局でご準備いたします。
- 6) 発表者用リボンがポスターボードにあらかじめ貼り付けてありますので、討論時間中は、発表者はリボンを着用してください。

7) ポスターの貼付, 発表, 撤収は下記の時間帯に行ってください。

①ポスター貼付

7月13日(土) 9:30~10:00 (所定の位置に貼付願います)
演題番号はこちらで用意したもの, またはご自分で用意されたものを貼り付けていただきます。

②ポスター討論

7月13日(土) 15:40~16:40

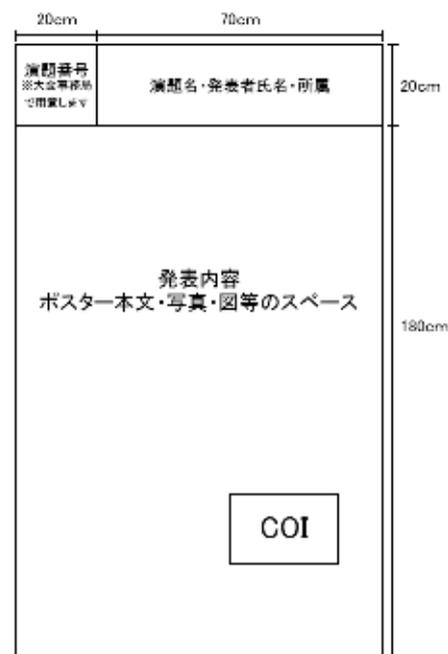
演者は上記の時間に発表者用リボンを着用し, ご自身のポスター前で待機してください。

ポスター発表者は以下のグループごとに, 発表および質疑応答を行います。担当の座長が発表ポスターを順番に回りますので, 座長の指示に従い発表を行ってください。

発表時間は, 発表5分, 討論2分です。発表終了後はフリーディスカッションといたしますので, ポスター前に引き続き待機し, 参加者と質疑応答を行ってください。

③ポスター撤収

7月14日(日) 14:40~15:10 (撤去されない場合は大会事務局で処分します)



利益相反 (COI) 開示について

口演発表では, タイトルスライドの後 (2枚目) に発表に関する利益相反 (COI) 状態を開示し, ポスター発表では, ポスターの最下部に COI 状態を開示してください。

<p>演題名: 利益相反なし</p> <p>所属: 講者:</p> <p>発表者のCOI開示</p> <p>発表演題に関連し、発表者らに開示すべきCOI関係にある企業などはありません。</p>	<p>演題名: 利益相反あり</p> <p>所属: 講者:</p> <p>発表者のCOI開示</p> <p>発表演題に関連し、発表者らに開示すべきCOI関係にある企業として、 講演料: 研究費: 寄付金:</p>
--	--

4. 座長の先生方へ

- 1) 座長の先生におかれましては, 時間厳守のうえ, 活発な討論となるようお願いいたします。
- 2) 口演発表座長の先生は, 担当時間の10分前までに次座長席へお越しください。発表時間は, 発表7分, 討論3分ですので時間内に終了するようお願いします。
- 3) ポスター発表座長の先生は, ポスター発表時間の10分前までにポスター会場にございますポスター受付にお越しください。発表時間は, 発表5分, 討論2分ですので時間内に終了するようお願いします。

5. 大会運営事務局および大会事務局

大会運営事務局：

一般財団法人口腔保健協会 コンベンション事業部内
〒170-0003 東京都豊島区駒込 1-43-9 駒込 TSビル 402
TEL：03-3947-8761 E-mail：jsdpa65@koukuhoken.jp

大会事務局：

北海道医療大学歯学部クラウンブリッジ・インプラント補綴学分野内 準備委員長 仲西康裕
〒061-0293 北海道石狩郡当別町金沢 1757
TEL：0133-23-1211, FAX：0133-23-1397

会場案内

会場アクセス

〒060-0004 札幌市中央区北4条西1丁目1
共済ビル6F

JR札幌駅南口より 徒歩約8分
地下鉄東豊線さっぽろ駅直結 21番出口

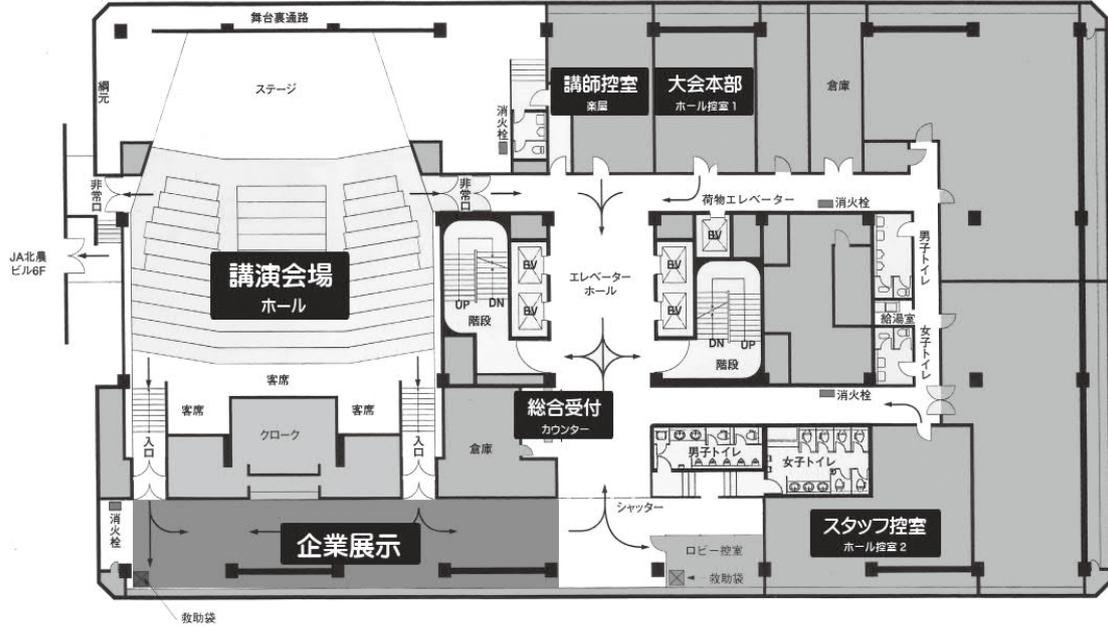
〔札幌駅へのアクセス〕

航空機ご利用の場合
・JR新千歳空港駅→札幌駅(快速エアポート 約40分)

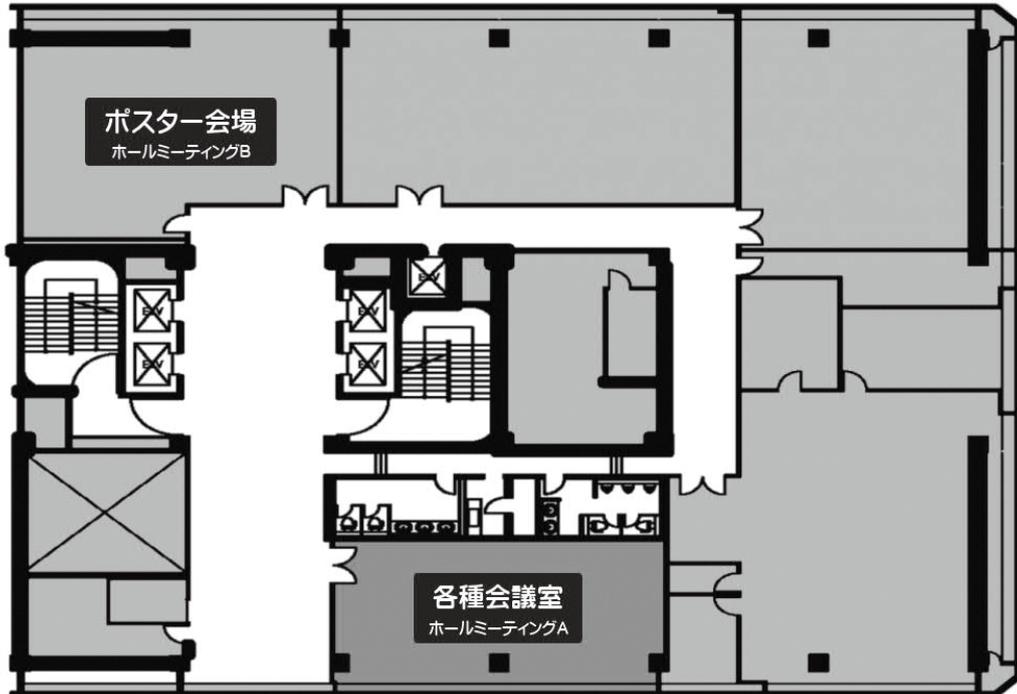


会場見取り図

6F



8F



第 65 回日本歯科医療管理学会総会・学術大会プログラム

<会場>共済ホール（6階）

総合受付：共済ホール6階エレベーターホールカウンター

ポスター会場：共済ホール8階ミーティングルームB

講演会場：共済ホール6階ホール

企業展示会場：共済ホール6階ロビー

クローク：共済ホール6階

認定医試験会場：共済ホール8階ミーティングルームA

指導医試験会場：共済ホール6階ホール控室1

7月13日（土）

9：30 受付開始（総合受付）

10：00～10：30 開会式・会務報告（講演会場）

10：00～17：30 企業展示（企業展示会場）

9：30～10：00 ポスター貼付（ポスター会場）

10：00～17：30 ポスター閲覧（ポスター会場）

15：40～16：40 ポスター討論（ポスター会場）

10：30～10：50 口頭発表①【座長：柴垣博一】（講演会場）

O-1.（10：30～10：40）令和4年中の歯科医師の自殺の状況について

○吉森和宏，田口千恵子¹⁾，鈴木 到¹⁾，鈴木陽香¹⁾，長島輝明¹⁾，有川量崇¹⁾，山田 孝¹⁾，中村茂人¹⁾
千葉県衛生研究所，¹⁾日本大学松戸歯学部衛生学講座

O-2.（10：40～10：50）歯科標榜のある病院における口腔に関するクリニカルパスの状況

○恒石美登里¹⁾，青木 仁²⁾，田口円裕^{2,3)}，末瀬一彦²⁾，高橋英登^{1,2)}

¹⁾日本歯科総合研究機構，²⁾日本歯科医師会，³⁾東京歯科大学歯科医療政策学

10：50～11：20 口頭発表②【座長：仲西康裕】（講演会場）

O-3.（10：50～11：00）愛知県における歯科医師会会員診療所と非会員診療所の施設基準届出状況の比較

○外山敦史，渡邊俊之，竹内克豊，中根敏盛，富田健嗣，成田俊英，池山正仁，内堀典保
愛知県歯科医師会

O-4.（11：00～11：10）日本と海外の歯科医療費の比較に関する調査

○末瀬一彦¹⁾，高橋英登^{1,2)}，恒石美登里²⁾

¹⁾日本歯科医師会，²⁾日本歯科総合研究機構

O-5.（11：10～11：20）愛知県における訪問歯科診療体制の医療圏間格差

○成田俊英，外山敦史¹⁾，富田健嗣²⁾，藤井肇基³⁾，外山康臣¹⁾

成田歯科（名古屋市），¹⁾外山歯科医院（愛知県豊明市），²⁾富田歯科（名古屋市），³⁾藤井歯科医院（名古屋市）

11：30～12：20 特別講演1【座長：藤井一維】（講演会場）

「オンライン資格確認等システムが実現する新しい医療」

山下 護先生（厚生労働省保険局保険課長）

13:20~14:10 特別講演2【座長：尾崎哲則】（講演会場）

「歯科医療管理学会に期待すること—過去、現在、未来の視点から—」

永山正人先生(医療法人ファミリー会永山ファミリー歯科クリニック名誉院長・理事/日本歯科大学客員教授)

14:20~15:30 シンポジウム【座長：越智守生/山口 撰崇】（講演会場）

口腔の健康とウェルビーイングを促進する教育と実践

「口腔の健康と主観的幸福感を向上させる教育と実践～市民と医療者をつなぐ Oral Assessment Guide～」

村松真澄先生(札幌市立大学看護学部看護学科老年看護領域准教授)

「食べる幸せを支援する、急性期病院の試み」

竹川政範先生(旭川医科大学歯科口腔外科学講座教授)

「口腔介護の基礎技術習得のためのシミュレータ開発とその展望」

三谷篤史先生(札幌市立大学デザイン学部教授)

15:40~16:40 ポスター討論 第1グループ【座長：挽地俊哉】

P-1. わが国の2年制歯科技工士養成機関に対する実態調査結果

○安井利一, 日高勝美, 大島克郎¹⁾, 藤井一維²⁾

歯科医療振興財団, ¹⁾日本歯科大学東京短期大学, ²⁾日本歯科大学

P-2. 歯科医療職をめざす学生の性格特性に関する研究—歯学科と口腔保健学科の比較—

○木下俊克^{1,2)}, 鬼塚千絵¹⁾, 永松 浩¹⁾, 木尾哲朗¹⁾

¹⁾九州歯科大学口腔機能学講座総合診療学分野, ²⁾きのした歯科クリニック(福岡県北九州市)

P-3. 口腔保健学学生の医療安全用語に関する認知度調査

○磯部彩香, 中村太志¹⁾, 福田 晃²⁾, 守下昌輝³⁾, 村岡宏祐³⁾, 栗野秀慈³⁾

九州歯科大学歯学部口腔保健学科, ¹⁾九州歯科大学歯学部口腔機能学講座歯周病学分野, ²⁾九州歯科大学学生体機能学講座顎顔面外科学分野, ³⁾九州歯科大学歯学部口腔機能学講座クリニカルクラークシップ開発学分野

P-4. 一般歯科診療所におけるヒヤリハット

○五十嵐博恵, 越智守生¹⁾

萌芽の森クリニック・歯科(仙台市), ¹⁾北海道医療大学歯学部クラウンブリッジ・インプラント補綴学分野

第2グループ【座長：佐藤尚武】

P-5. *Helicobacter pylori* と *Streptococcus mutans* の共培養に関する基礎的研究

○山下万美子, 田中とも子

日本歯科大学生命歯学部衛生学講座

P-6. アスコルビン酸誘導体を用いた新規歯磨剤薬用成分に関する基礎的検討

○鈴木 到, 田口千恵子, 鈴木陽香, 長島輝明¹⁾, 岡部眞利¹⁾, 丹谷聖一¹⁾, 西村航一¹⁾, 山田 孝, 中村茂人, 有川量崇

日本大学松戸歯学部衛生学講座, ¹⁾日本大学大学院松戸歯学研究科衛生学

P-7. 舌背部におけるスポンジブラシ清掃による細菌数変化の検討

○藤浦光汰, 山中大寛, 武田佳大, 松川優貴也, 村松真澄¹⁾, 仲西康裕, 廣瀬由紀人, 越智守生

北海道医療大学歯学部クラウンブリッジ・インプラント補綴学分野, ¹⁾札幌市立大学看護学部

P-8. 就業者の歯科医院転医経験者における転医理由とかかりつけ歯科医院との関連(第2報)

○小野瀬祐紀^{1,2)}, 高橋義一^{2,3)}, 高柳篤史²⁾, 上條英之⁴⁾, 杉原直樹²⁾

¹⁾秋庭歯科・矯正歯科クリニック(静岡県富士市), ²⁾東京歯科大学衛生学講座, ³⁾高橋歯科医院(東京都文京区), ⁴⁾東京歯科大学歯科社会保障学

第3グループ【座長：川野正嗣】

P-9. 経皮的モニターにおけるヘモグロビン値と実測値の比較

○佐藤 光, 若松慶一郎, 吉田健司, 川合宏仁, 山崎信也, 瀬川 洋
奥羽大学歯学部附属病院

P-10. 畳み込みニューラルネットワークによる円形の前歯部上下反転画像の分類に関する予備的研究

○森田一三, 高見精一郎, 佐久間重光¹⁾

日本赤十字豊田看護大学, ¹⁾愛知学院大学歯学部冠橋義歯・口腔インプラント学講座

P-11. 口腔腫瘍術後患者の過疎地域への退院支援経過における課題の一考察

○吉野夕香, 永易裕樹¹⁾, 尾立達治²⁾, 川上智史³⁾

北海道医療大学病院医療相談・地域連携室, ¹⁾北海道医療大学歯学部顎顔面口腔外科学, ²⁾北海道医療大学歯学部高度先進保存学, ³⁾北海道医療大学予防医療科学センター

P-12. テキストマイニングによる臨床シミュレーション実習実施後アンケート結果の考察

○山中大寛, 廣瀬由紀人, 武田佳大, 松川優貴也, 藤浦光汰, 仲西康裕, 越智守生

北海道医療大学歯学部口腔機能修復・再建学系クラウンブリッジ・インプラント補綴学分野

16:40~17:30 特別講演3【座長：岡村敏弘】(講演会場)

「地域課題への挑戦～北海道の歯科保健医療を支える連携づくり～」

本田和枝先生 (北海道保健福祉部健康安全局地域保健課医療参事)

18:00~20:00 懇親会 (ニューオータニイン札幌)

7月14日(日)

9:30 受付開始(総合受付)

9:30~14:40 企業展示(企業展示会場)

10:00~14:40 ポスター閲覧(ポスター会場)

12:10~13:10 認定医試験(認定医試験会場)

12:10~13:10 指導医試験(指導医試験会場)

14:20~15:20 認定研修会(講演会場)

15:20~15:30 閉会式(講演会場)

10:00~10:30 口頭発表③【座長:福泉隆喜】(講演会場)

O-6. (10:00~10:10) 現在歯数20歯未満の者における歯科健診への支払意思額と関連要因

○大島克郎, 荒木萌花¹⁾, 竹井利香, 雲野泰史, 小林隆太郎, 福田雅臣

日本歯科大学東京短期大学, ¹⁾日本歯科大学生命歯学部衛生学講座

O-7. (10:10~10:20) モビリティから考える人口減少下の今後の地域歯科医療サービス

○野村眞弓^{1,2)}, 尾崎哲則²⁾

¹⁾ヘルスケアリサーチ株式会社, ²⁾日本大学歯学部

O-8. (10:20~10:30) 労働安全衛生法に基づく歯科健康診査の実施割合に関する地域格差

○福田英輝, 上條英之¹⁾

国立保健医療科学院, ¹⁾東京歯科大学

10:30~11:00 口頭発表④【座長:草野 薫】(講演会場)

O-9. (10:30~10:40) 歯科医師の立場で家族の最期を看取る一食事を通じたコミュニケーションと生活リズム確立の重要性—

○杉田武士^{1,2)}, 久保田 守¹⁾

¹⁾久保田歯科医院(神奈川県平塚市), ²⁾神奈川歯科大学高度先進麻酔科学講座

O-10. (10:40~10:50) 歯科ユニット上での心肺停止および心肺蘇生経験

○若松慶一郎, 佐藤 光, 吉田健司, 川合宏仁, 山崎信也, 瀬川 洋

奥羽大学歯学部附属病院

O-11. (10:50~11:00) 唾液中の乳酸脱水素酵素活性と歯周炎症表面積との関連:横断研究

○山本龍生

神奈川歯科大学歯学部社会歯科学系社会歯科学講座口腔衛生学分野

11:10~12:00 特別講演4【座長:川上智史】(講演会場)

「認知症の人の歯科口腔管理の課題」

枝広あや子先生(東京都健康長寿医療センター研究所自立促進と精神保健研究チーム認知症・精神保健研究室 歯科医師/専門副部長)

13:20~14:10 特別講演5【座長:廣瀬由紀人】(講演会場)

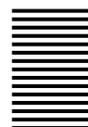
「歯科医療管理を究めるためのDX戦略」

井田有亮先生(東京大学大学院医学系研究科医療情報学分野講師)

14:20~15:20 認定医研修会【座長:川上智史】(講演会場)

15:20~15:30 閉会式(講演会場)

特別講演
シンポジウム
認定医研修会



講演抄録集

特別講演
シンポジウム
認定医研修会
口演発表
ポスター発表

口演発表
O-1~11



ポスター発表
P-1~12



特別講演 1

オンライン資格確認等システムが実現する新しい医療

山下 護

厚生労働省保険局保険課長

遠く離れた方に連絡をしたい場合、連絡したい方の番号を入力すれば、「つながる」ことができます。一人ひとりに与えられた固有の携帯電話番号があり、その番号と携帯電話が紐づいているからです。

これまで、さまざまな手続きを行う際、住民票の写しや本人を確認する書類（運転免許証など）を提示するよう求められていました。たとえば銀行口座の開設では、本人確認のため、別の公的機関で証明された書類（運転免許証や住民票の写しなど）の提出が求められます。ところが、この方法だと必ず窓口へ訪れる必要があります。

そこで、銀行口座を開設した際に銀行から口座名義の本人の住所に届けられるキャッシュカードの出番です。キャッシュカードには本人しか知らない4桁の暗証番号があります。これにより、銀行の窓口に行かなくとも、4桁の暗証番号を打ち込むことで口座を通じた取引が可能になります。キャッシュカードの保有と本人しか知らない4桁の暗証番号の合致によって、本人確認します。

これと同じ仕組みが「マイナンバーカード」です。市区町村役場で本人に直接交付されていること、本人しか知らない4桁の暗証番号の合致、そして本人の写真があることで、公的に本人確認ができます。

厚生労働省では、健康保険法等を改正し、約3,000以上あるすべての保険者が、加入者（被保険者および被扶養者）の資格情報とマイナンバーを紐づけ、審査支払機関で加入者情報を一元管理しています。これまで転職や引越して加入者が保険者を脱退した場合、新しくどこの保険者に加入したのかわかりませんでした。しかし、この一元管理の結果、医療機関の窓口にある顔認証付きカードリーダーにマイナンバーカードをかざすと本人の顔とマイナンバーカードにある写真で本人確認がなされ、審査支払機関に照会されます。これが「オンライン資格確認等システム」です。

国民皆保険の加入者（被保険者および被扶養者）の情報が審査支払機関で一元管理されているオンライン資格確認等システムは、言い換えれば、加入者一人ひとりの医療情報を格納していく私書箱が構築されたともいえます。医療機関で受診した治療内容（レセプト情報）や薬局で調剤された薬剤リストが時系列で格納されていきます。結果として、私書箱には患者の治療履歴・薬剤履歴が蓄積されていくことになります。今後、レセプト情報の内容を拡大すれば、患者の状態が時系列で患者の私書箱に蓄積され、これまでの治療経過を新しい医療機関に説明することも、この私書箱の情報を患者みずから共有することを通じて可能となるのです。そして、この私書箱を開くことができるのはマイナンバーカードを持った患者本人だけです。

マイナンバーカードによる本人確認と結びついたオンライン資格確認等システムは、私書箱に格納される情報によって、患者の状態を、患者本人と医療者が共有できる仕組みに進化していくものです。ぜひ今後、診察室で患者にマイナンバーカードで受診していただくようお伝えいただくと有難いです。

略歴

1997年3月	東京大学教育学部卒業	2011年8月	全国健康保険協会 企画グループ長
同年4月	厚生省入省	2012年8月	厚生労働省保険局総務課 政策調整委員
1999年7月	米国社会保障調査員（年金資金の運用・企業年金に関する調査）	2014年7月	厚生労働省社会保障担当参事官室 政策調整委員
2000年7月	厚生省大臣官房政策課	2015年10月	同室 政策企画官
2001年1月	厚生労働省社会保障担当参事官室	2016年7月	モンゴル社会保険庁政策顧問
2002年8月	厚生労働省職業安定局総務課	2018年7月	厚生労働省年金局企画官
2004年4月	厚生労働省医政局指導課 課長補佐	2019年7月	厚生労働省保険局医療介護連携政策課長
2006年7月	厚生労働省年金局国際年金課 課長補佐	2021年9月	内閣官房内閣参事官（内閣官房副長官補付）
2008年7月	外務省在タイ王国日本国大使館 一等書記官	2023年7月	厚生労働省保険局保険課長

特別講演 2

日本歯科医療管理学会に期待すること—過去、現在、未来の視点から—

永山 正人

(医) ファミリー会永山ファミリー歯科 名誉院長・理事
日本歯科大学客員教授

特別講演 2 では、大会のメインテーマである「歯科医療管理学を北海道で究める そして極める」に合わせた内容でお話をさせていただきたいと考えている。それは、約 40 年にわたり「歯科医療管理学」の研究に携わってきた視点から、歯科医療管理学として何を扱うべきかの持論を持っているからである。歯科医療管理学は「歯科医師が診療を通じて歯学を患者に応用する場合の応用上の諸問題を攻究する学問である」(総山孝雄先生)とする定義と「歯学を社会に適応させる(結びつける)諸々条件と方法を攻究する学問である」(増田勝美先生)とする 2 つの定義がよく知られている。ただ、総山先生の定義は、「歯科医療管理学」の狭義を示し、増田先生の定義は「歯科医療管理学」の広義を示していると考えている。この定義の精神は、良質の歯科医療を安全・安心に国民に提供するための「場」に関する学問であるが、中心は患者であることを示している。歯科医療管理学は、誰のためにあるのかを問うと、誰もがそれは患者のためであると答えるはずである。この歯科医療を提供する「場」の研究は、経営学的視点からは、「組織論」として捉えることができる。この組織は、環境への依存を存立の不可欠の条件とし、環境適合することが組織が存立するための必須の条件となる。環境とは、患者だけではなく組織の活動を支えたり、妨害したり、あるいは正当性を賦与するような一切の要因が環境となる。このような意味で、増田先生は「…社会に適応させる…」を入れたものと推測する。世界的に有名な経営学者 H. ミンツバーグの「The Essence of Organizational Structure」が示す組織論において歯科診療所を取り巻く内的、外的環境(影響力)はどのようなものか、また、それに適合するために何が必要か(歯科医療管理学の内容になる)を攻究する学問体系が歯科医療管理学と考えている。研究のメインは、医療の公共性に基づいた良質な医療の提供と経営効率とを両立させる課題の追及などである。2020 年に日本歯科医師会は、「2040 年を見据えた歯科ビジョン」を発表した。そのなかには、今後の歯科医療提供に対する種々の課題が提起されている。これらの課題を解決するためには、サステナビリティ時代の歯科医療提供にかかわる「環境変化に対応できるマネジメント論」の研究が必要と考えている。そこで日本歯科医療管理学会には、前述の内容を中心活動にさせていただきたいと願っている。国民に喜ばれる歯科医療提供の環境(場)づくりは結果的に歯科診療所の健全経営に繋がり、「やりがい」「安定した生活」などを享受でき、若い人たちの憧れの職業になると思われる。今一度、日本歯科医療管理学会の当初の目的はなんだったのか、その目的も長い間に変化させる必要があったのか、また、将来の歯科医療のあるべき姿から今後の学会のあるべき姿などについて、過去に検討された歯科医療管理学教育内容、アメリカの歯科医療管理学会の活動および「日本医療・病院管理学会」の活動などと比較しながら、大会のメインテーマに参考になる話をさせていただく予定である。

略 歴

(公社) 日本医業経営コンサルタント協会顧問(前会長)
(医) ファミリー会永山ファミリー歯科名誉院長・理事

1975 年 日本歯科大学歯学部(現生命歯学部, 東京校)卒業
1977 年 東京医科歯科大学歯学部専攻生修了
1979 年 東京都立豊島総合病院(歯・口外)を経て札幌で開業
1979 年 総合歯科クリニック永山ファミリー歯科開設 院長
(2012 年医療法人に組織変更・理事長, 2019 年理事長を退任し理事)

1985 年 産業能率短期大学(中小企業診断士課程)卒業
1988 年 日本歯科大学博士課程特別研究科修了, 歯学博士
1991~1999 年 北海道歯科医師会常務理事(社保/医療管理)
1997~2023 年 北海道医療大学非常勤講師を経て臨床教授, 客員教授

1999 年 小樽商科大学大学院(経営管理専攻)修了, 修士
2000~2006 年 日本歯科医師会代議員
2006~2012 年 日本歯科医療管理学会副会長
2012 年 小樽商科大学大学院(博士課程現代商学専攻)修了, 博士(商学), PhD
2012 年 日本歯科大学客員教授
2012~2014 年 日本歯科医療管理学会会長
2015~2016 年 東京医科歯科大学大学院歯学総合研究科特別講義講師
2018~2022 年 日本医業経営コンサルタント協会会長
2022 年 日本医業経営コンサルタント協会顧問・同政治連盟副会長

特別講演3

地域課題への挑戦 ～北海道の歯科保健医療を支える連携づくり～

本田 和枝

北海道保健福祉部健康安全局地域保健課医療参事

人生100年時代に向けて、健康寿命の延伸が重要な課題になっています。国の調査より、小児のう蝕は減少し、8020達成者の割合は増加している一方で、成人・高齢者の歯周病やう蝕は増加し、口腔機能の維持・回復の重要性が増していることがわかっています。また、歯と口腔の健康、そして全身の健康の関連性が注目されるようになっていなかで、いわゆる「骨太方針」では、2017年以来歯科に関する内容が盛り込まれ、2022年には「国民皆歯科健診へ向けての具体的な検討」、2023年には「リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進」などの記載が盛り込まれ、歯科の担うべき役割、期待も大きくなっております。

北海道では、生涯にわたって食べる楽しみを享受できる生活を目指して、平成21年に制定された「北海道歯・口腔の健康づくり8020推進条例」に基づき、「北海道歯科保健医療推進計画（8020はっぴいプラン）」の下、乳幼児から高齢期までの各ライフステージに合わせてさまざまな施策を展開してきました。令和5年度には、これまでの計画の評価を踏まえ新たな計画を策定し、今年度よりスタートいたします。

北海道の現状ですが、国と同様の傾向を示しているものの、達成状況などは全国値より低いものがほとんどであり、さらに取り組みを進める必要があります。また、在宅医療等の需要が増加するなか、各地域では、介護予防への取り組みや食支援の相談体制等多職種連携の強化を図ることなど、幅広い対応が求められているところで

す。しかしながら、北海道は地域分散型という地域特性をもっており、東北6県の合計面積を上回る広大な土地面積に179の市町村、6つの離島を有し、総人口約500万人の4割に当たる約200万人が札幌市に集中する一方で、7割弱の自治体では人口1万人を下回っています。また、わが国が未曾有の少子高齢化を迎えるなか、北海道では全国をさらに上回るスピードで少子高齢化が進んでおり、特に地方においてその傾向は著しく、医療・福祉においても、医師をはじめとする保健医療従事者の地域偏在により、地域間の格差が問題となっています。歯科も例外ではなく、地域偏在の課題は以前からあったものの、今後は歯科医師の高齢化、後継者不足等も見込まれ、歯科保健医療提供体制を根本的に考えていかななくてはならない状況です。国は、歯科保健医療を取り巻く変化に対応するため、歯科医療提供体制に関する検討会を立ち上げており、地域の状況に応じた歯科医療提供体制を都道府県で構築することが必要である、ということを示しております。

地域の実態把握・課題集約、地域関係者との課題の共有、そして問題解決のための協議・検討する場を設けることが行政の役割の一つです。このプロセスを通して、地域の合意形成を図りながら各施策を推進しておりますが、地域資源の活用の再確認や連携体制の強化、地域での顔の見える関係づくりに結びつけるためには、この基本的なことを丁寧に取り組む重要性を改めて感じております。

本講演では、行政の役割も踏まえて、新たな計画を通して北海道のこれからの取り組みをお話いたします。

略歴

2003年	北海道大学歯学部卒業 北海道大学病院臨床研修医	2015年	厚生労働省東北厚生局健康福祉部医事課長
2005年	北海道大学大学院歯学研究科冠橋義歯補綴学教室医員	2017年	厚生労働省医政局歯科保健課歯科口腔保健推進室歯科口腔保健専門官（健康局健康課課長補佐併任）
2013年	厚生労働省保険局医療課医療指導監査室医療指導監査官	2018年	北海道室蘭保健所医療参事
		2022年	北海道保健福祉部健康安全局地域保健課医療参事 現在にいたる

特別講演 4

認知症の人の歯科口腔管理の課題

枝広あや子

東京都健康長寿医療センター研究所自立促進と精神保健研究チーム認知症・精神保健研究室
歯科医師/専門副部長

かつて、認知症の本人の意思がどうかなど考えてももらえない、そんな時代があった。こういった認知症ケアのあり方に問題提起がなされ、2012年から大きく方向転換した認知症施策の流れは「本人と家族の視点を重視する」「共生と予防」など強いメッセージを発信していき、2023年6月には「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」（以下、認知症基本法）が成立した。初めて、認知症の人の尊厳を守るための諸条件が基本的人権の享有であることを明確に定めた法律である。認知症の人を含む国民一人ひとりを意思決定の主体として、これまでの認知症政策の社会モデルから一歩踏み込んで国民の責務として「共生社会実現への寄与」が盛り込まれた。個人のニーズの充足ではなく社会構造の変化を目指し、権利モデルの姿勢が明確化された点が特徴である。認知症基本法では、歯科医療機関を含む“保健医療サービスを提供する者”は、国および地方公共団体が実施する認知症施策に協力し良質かつ適切なサービスを提供する努力義務、そして社会基盤サービス事業所は合理的配慮の努力義務があることを示している。

認知症の人の歯科口腔管理の課題は、“個の医療管理”と“地域の医療管理”の課題がある。たとえば前者は、個別の認知症の人に対して歯科外来または自宅や施設で歯科診療をする際の医学管理上の課題、すなわち多疾患を合併している個別症例のリスクマネジメントである。一方後者は、地域の多職種による認知症の人の口腔の課題解決の仕組みの構築、すなわち歯科医療アクセシビリティに対するコーディネートである。前者に対しては全国で歯科医師の認知症対応力向上研修が実施され、日本老年歯科医学会から認知症の人への歯科治療ガイドラインが発出されている。では後者に対して、地域包括ケアシステムの構築、認知症フレンドリーコミュニティの創出を目指すなかで、行政歯科専門職と歯科職能集団はどのように振舞っているだろうか。在宅医療・介護連携推進事業がすべての市区町村で実施されているなか、認知症の人を含む要介護高齢者の歯科医療提供体制の構築等を行っているのはわずか14%である（令和5年度同事業報告書2024）。困難理由として、現状把握と課題抽出ができない、歯科専門職と連携をとれないことが挙げられている。歯科と医療介護保険福祉関連職種の連携のみならず歯科医療のなかでの病診連携であっても、課題が山積みであろう。

認知症ケアはもとより多職種協働で行われるが、残念ながら認知症の人の歯科口腔管理の課題は、さまざまな場面で忘れられがちである。認知症になったら口腔内の課題が忘れられてしまう社会で、安心して年を重ねられるだろうか。この課題を皆さんと一緒に考えたい。

略歴

東京都健康長寿医療センター研究所自立促進と精神保健研究チーム認知症と精神保健研究室 歯科医師/専門副部長

2003年 北海道大学歯学部卒業
東京都老人医療センター歯科・口腔外科 臨床研修医
2005年 東京歯科大学オーラルメディシン・口腔外科学講座 入局
2008年 東京都健康長寿医療センター研究所 協力研究員
2011年 学位取得、博士（歯学）東京歯科大学
2012年 東京都豊島区歯科医師会東京都豊島区口腔保健センター
あぜりあ歯科診療所勤務
東京都健康長寿医療センター研究所 非常勤研究員

東京歯科大学オーラルメディシン・口腔外科学講座 非常勤講師

2015年 東京都健康長寿医療センター研究所 研究員
2022年 北海道大学非常勤講師
2024年 東京都健康長寿医療センター研究所 専門副部長/日本大学松戸歯学部非常勤講師
現在にいたる

日本老年歯科医学会：理事，認定医，摂食機能療法専門歯科医師/日本老年医学会：TNT-Geri 修了，高齢者医療研修会修了，高齢者栄養療法認定医
日本静脈経腸栄養学会所属，TNT 研修修了
日本老年精神医学会，日本認知症学会，日本認知症ケア学会等

特別講演5 (日本デジタル歯科学会共催企画)

歯科医療管理を究めるためのDX戦略

井田 有亮

東京大学大学院医学系研究科医療情報学分野講師

有名な経営学者の警句に“You can't manage what you can't measure”というものがある。測定できないものは管理できないのである。管理は、測定に基づいた評価によりなされるものである。従来測定が難しかった医療をめぐる諸活動がデジタルテクノロジーにより可視化され、測定できるようになりつつある。これに基づいて、医療にイノベーションをもたらすことが、医療DXである。近年歯科においてもデジタル化が進んでいるが、改めて医療機関を管理するためのDXについて講演を通じて俯瞰したい。

政府が定める「骨太の方針2023」において、医療・介護分野におけるイノベーションを強力に進める方針が示された。同時に、歯科・口腔領域についての記述が充実した。なかでも、「全身の健康と口腔の健康に関する科学的根拠の集積と国民への適切な情報提供、生涯を通じた歯科健診（いわゆる国民皆歯科健診）の具体的な検討、オーラルフレイル対策・疾病の重症化予防に繋がる歯科専門職による口腔健康管理の充実、歯科医療職間・医科歯科連携を始めとする関係職種間・関係機関間の連携、歯科衛生士・歯科技工士の人材確保、歯科技工を含む歯科領域におけるICTの活用を推進し、歯科保健医療提供体制の構築と強化に取り組む（抜粋）」と踏み込んだ書きぶりであった。加えて新型コロナウイルス流行下において、医療の脆弱性が図らずも明らかになったこともあって、医療DXは強力に推進された。DXとはICTを利用して、業務プロセス、組織の文化、組織運営、顧客サービスの破壊的な変革を継続することである。本邦はすでに人口減少トレンドにあり、金属やエネルギー資源の供給は不安定、人口に占める高齢者人口は増加し続けている。さらに医療安全対策や働き方改革を求められるなどソフト面の要求も大きくなる一方である。つまり、「従来通りの歯科医療を、従来通りの診療報酬や人的資源で提供し続ける」ことは、すでにきわめて困難な局面となっている。これを打開することをイノベーションと称しており、ICTを利用したイノベーションをDXと称しているのである。

医療DXは、医療機関運営だけではなく、学術や政策にも影響を与えている。骨太の方針にある(1)科学的根拠の集積と国民への適切な情報提供と(2)歯科医療職間・医科歯科連携の実現には、臨床家だけではなく、医療におけるICTの専門家である医療情報学者の寄与が必要となる。歯科は小規模な診療所が多く、従来は診療情報に基づく研究を実施する体制を構築することが困難だったが、ナショナルデータベースの整備を始めとする情報基盤が整備されたことで、診療所の情報をも臨床研究に用いることが可能となっている。本邦発のエビデンスを蓄積するためには、歯科診療所におけるDXが肝要である。すでにインフラ基盤として、オンライン資格確認・レセプト電子請求ネットワークとNDBが存在している。技術も基盤も存在しているので、おのおの臨床家が自分自身の診療を通じて医療情報を適切に流通させる、その一步を踏み出すことで、歯科医療DXが果実をもたらすと確信している。

略歴

2009年 北海道医療大学歯学部卒業

2013年 北海道医療大学大学院歯学研究科修了、博士(歯学)

2014年 東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻修了、
公衆衛生学修士(専門職)

東京大学採用

2023年 助教、特任講師を経て、講師

東京大学医学部附属病院企画情報運営部副部長

シンポジウム

口腔の健康とウェルビーイングを促進する教育と実践

口腔の健康と主観的幸福感を向上させる教育と実践
～市民と医療者とをつなぐ Oral Assessment Guide～

村松 真澄

札幌市立大学看護学部看護学科老年看護領域准教授

8020 運動の成功により、高齢者が多くの歯を保持し、人生 100 年時代を迎えている。高齢者の口腔の健康と主観的幸福感が向上し、歯があることでコミュニケーションや食事を楽しむことができ、栄養が体と活力を支えることで寿命も延びた。しかし、晩年には、後期高齢者や認知症をもつ人々が、セルフケア能力の低下と、みずから歯科を受診することが困難になることで、う蝕や歯周病に悩まされている。高齢者施設では口腔アセスメントの実施率が低く、個々の状態に合わせた自立支援の口腔ケアが難しい現状であり、介護者による口腔アセスメントやケアの提供不足が課題である。その結果、入居者が唾を吐くことを問題行動といわれることがある。これは不良補綴装置や歯周病による骨吸収が原因で食事後の適切な口腔ケアが行われていないため、口内にとどまる食物残渣を吐き出しているのである。

他方、学生は高校まで歯科健診を通じて歯みがきの重要性を学び、また、予防歯科や矯正治療の経験で歯ブラシやフロス、歯間ブラシの使用方法を理解しており、口腔ケアを受ける者としての視点から口腔ケアを行うことができる。学生は摂食嚥下障害や口腔ケアの演習を通じて、祖父母の嚥下障害や家族のがん治療に伴う粘膜炎予防などを学び生活に役立てることができる。このような体験が家族の役に立ち、学生の主観的幸福感を高めることにつながっている。

学生による地域交流ボランティア同好会「act」の活動は、2020 年よりコロナ禍で対面が中断され、一部ではウェブで実施した。その後新型コロナウイルス感染症が 2 類から 5 類に変更になり対面での活動が再開されることになった。ここでは市民への口腔の健康の啓発活動を実施し、実習前に健康な高齢者との交流を通じて得た経験が、病人の口腔ケア支援に役立っている。

病院の看護師の負担を軽減するため、市民と医療者をつなぐ「Oral Assessment Guide (以下、OAG)」の研究活動を推進してきた。その一環として、市民が簡単に口腔アセスメントを実施できるように CNN モデルを活用した OAG アプリを開発した。このアプリを利用することで、日常的に自己の口腔の状態を把握し、モニタリングすることもできる。また、歯科受診のスクリーニングにも活用でき、歯科医師と相談することが可能である。さらに、薬局と連携することで、薬剤による口腔乾燥や口腔機能障害に関する情報提供が行われ、薬剤師が医師に薬剤に関する照会を行うことも可能である。特に、薬剤による口腔機能低下を早期に察知し、おいしく食べることができる口腔を維持することができる可能性がある。

令和 6 年 4 月 1 日から、「地方公共団体における歯科保健医療業務指針」の適用が始まった。この指針により、生涯にわたって隙間なく歯科保健医療が提供される体制が整う。これを実現するためには、保健師、看護師、助産師を含む医療・介護従事者への口腔に関する基礎教育がさらに充実する必要がある。

略 歴

1981 年 3 月	北海道大学医学部附属看護学校卒業	1997 年 4 月～2007 年 3 月	北海道大学歯学部附属病院看護部、地域支援医療部兼務、医学部附属病院・歯学部附属病院統合により北海道大学病院看護部
1999 年 3 月	北海学園大学法学部法律学科卒業学士（法学）	2007 年 4 月～2012 年 3 月	札幌市立大学看護学部、専任講師
2008 年 3 月	北海道大学大学院歯学研究科高齢者歯科学教室博士課程修了博士（歯学）	2012 年 4 月	同大学准教授
1981 年 4 月～1988 年 3 月	北海道大学医学部附属病院看護部		現在にいたる
1990 年 7 月～1997 年 3 月	医療法人愛全会愛全病院看護部		

シンポジウム

口腔の健康とウェルビーイングを促進する教育と実践

食べる幸せを支援する、急性期病院の試み

竹川 政範

旭川医科大学歯科口腔外科学講座教授

周術期口腔機能管理が2012年に保険収載されて以降、急性期病院の歯科および歯科口腔外科で周術期口腔ケア患者が急速に増加し、日常診療業務の多くを占めるようになりました。周術期口腔機能管理の目的は、がんの手術などを全身麻酔で行う場合、その周術期に歯科治療や口腔ケアを行うことで、手術に伴うさまざまな合併症を予防することです。さらに、口腔機能管理は、臓器移植手術や心臓血管手術、化学療法・放射線治療の治療前後において、歯科治療や口腔ケアを実施し、治療に伴う合併症を予防します。近年では、緩和ケアや脳卒中手術にも適応が拡大しています。

さらに、2024年の保険改正において、リハビリテーション、栄養管理および口腔管理の連携・推進を目的に、急性期病院でリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算が新設されました。これは、急性期の治療中にADLが低下しないようにする取り組みです。本加算は、土日を含む14日間のリハビリテーションを提供することおよび病棟専任の栄養管理士による早期評価と介入が栄養管理で求められています。口腔管理については、適切な口腔ケアを提供するとともに、口腔衛生状態の不良や咬合不良状態など、口腔状態にかかわる課題を認めた場合には、必要に応じて歯科医師と連携することが記載されています。口腔状態の評価については、日本歯科医学会が2024年3月に公表した「入院・入所中および在宅における療養中の患者に対する口腔の健康状態評価に関する基本的な考え方」を用いて評価することが提案されています。この評価方法は、患者状態の変化が少ない介護施設や回復期病床などを対象とした月1回程度の口腔内評価には適しています。

しかし、急性期病床では、前述の「口腔の健康状態の評価」は入院時の口腔状態の評価には適応できませんが、がん治療や周術期患者など、日々口腔状態が変化する患者に対しては対応できないと考えられます。それに対して、CTEAE、OAG、OHAT等の評価は、日々変化する口腔粘膜や口腔汚染状態などを評価するうえで優れています。今回の発表では、われわれの施設が利用しているOAGを用いた口腔評価と周術期口腔機能管理の結果を提示します。これにより、急性期病院における口腔機能管理が患者の口腔機能を維持すること、そしてがん治療中の「食べる幸せ」を支援することについて説明します。さらに、急性期病院が抱える口腔管理の問題点についてもお話しする予定です。

略歴

1978年3月 旭川東高等学校卒業
 1984年3月 日本大学松戸歯学部卒業
 1984年6月 歯科医籍登録(第92200号)
 1996年10月 (社)日本口腔外科学会専門医
 1999年12月 医学博士(旭川医科大学)の学位取得
 2012年3月 (社)日本有病者歯科医療学会 指導医

2001年1月～2002年9月 カナダブリティッシュコロンビア大学歯学部訪問研究員
 2003年1月～2012年6月 旭川医科大学病院講師(歯科口腔外科)
 2012年6月～2018年1月 旭川医科大学医学部准教授(歯科口腔外科学講座)
 2018年1月～ 旭川医科大学医学部教授(歯科口腔外科学講座)

1984年7月～1989年6月 旭川医科大学付属病院医員(歯科口腔外科)
 1989年7月～1990年6月 旭川医科大学付属病院助手(歯科口腔外科)
 1990年7月～1992年3月 旭川赤十字病院歯科口腔外科医師(歯科口腔外科)
 1992年4月～2002年12月 旭川医科大学付属病院助手(歯科口腔外科)

その他

臨床：口腔外科学全般、全身疾患を有する患者様の歯科診療
 研究：骨と歯の再生医学
 学会役員、評議員等：日本口腔外科学会、日本口腔科学会、日本有病者歯科医療学会、日本小児口腔外科学会、日本口腔ケア学会など

シンポジウム

口腔の健康とウェルビーイングを促進する教育と実践

口腔介護の基礎技術習得のためのシミュレータ開発とその展望

三谷 篤史

札幌市立大学デザイン学部教授

札幌市立大学は、デザイン学部と看護学部の2つの学部からなる大学であり、開学以来「デザイン (D) と看護 (N) の連携 (D×N)」という目標・理念を掲げている。2018年にAI (人工知能) 研究の大家である中島秀之氏を学長に迎え、以来D×NとAIとの連携を図る「DNA」を推進している。発表者は、デザイン学部の教員として、開学以来この「D×N」にかかわる教育および研究を推進してきた。特に2013年度からは、看護学部の村松真澄准教授と口腔介護に関するシミュレータの開発に従事しており、前年度は、北海道医療大学の越智守生先生およびそのメンバーを加えてシミュレータに関する「DNA」研究に着手し、現在も継続している。

近年、模型など患者や患部を模したシミュレータを活用する「シミュレーション教育」は、看護師や歯科医師など専門職の学習者に対する効果的な教育プロセスとして、その有効性が注目されている。特に、新型コロナウイルスが蔓延していた時期には、臨地実習に代わってシミュレーション教育が導入されるなど、今後もその重要性はさらに増していくと考える。

「人生100年時代」が提唱されるなかで、口腔の健康を維持するためのフレイル対策として、病気の抑制や、口腔機能の維持・回復に繋がる口腔介護の重要性は高まる一方でであり、口腔介護に対する専門職従事者の役割はさらに増えると想定される。その一方で、看護基礎教育における口腔ケア教育は不十分かつ短時間であり、専門的な実践力をもつ看護師の育成が十分になされていないという現状があり、口腔介護の教育環境を整備することは急務である。

発表者らは、こういった状況を受けて、情報技術 (IT) やメカトロニクスを活用して、口腔介護におけるシミュレーション教育のDX化を目指している。シミュレータの口腔内には、学習者の手技を捉えるための複数のセンサを備え、そのセンサシステムから出力される信号を取り込みデータ化する。取り込まれたデータは、各センサ出力時系列的なグラフや、または情報処理により口腔内の部位に対する手技を可視化した画像により、学習者の手技として可視化される。現在は、AIを活用して、学習者の手技の熟練度を自動的に評価するための仕組みを構築するための検討を行っている。

口腔介護は、生きているかぎりずっと必要であるとの考えからすると、さらに一般化されるべきものであり、その観点に立てば、口腔介護シミュレータを専門職従事者だけでなく一般市民にも利用可能なものにしなければならない。そのための第一歩がAIによる手技の自動評価や、子供や高齢者でも容易に操作しうるインターフェイスであると考え。こういった特性をもつ口腔介護シミュレータを市民センターなどの公共施設や薬局や病院の待合室等に設置することで、一般市民が口腔介護の手技を知る機会を増やせば、一般家庭において正しい口腔介護が実践され、その結果健康寿命の延伸や人生100年時代の実現に繋がるのではないかと考えている。

略歴

1998年 立命館大学大学院理工学研究科博士前期課程修了
 2001年 立命館大学大学院理工学研究科博士後期課程単位取得満期退学
 2003年 博士 (工学), 立命館大学取得
 同年 立命館大学理工学部助手
 2006年 札幌市立大学デザイン学部講師
 2016年 札幌市立大学デザイン学部准教授
 2020年 札幌市立大学デザイン学部教授, 現在にいたる

その他

日本機械学会, 日本ロボット学会, 計測自動制御学会, 日本デザイン学会, 日本感性工学会, 看護理工学会, 日本口腔ケア学会, IEEE/RASの各正会員

認定医研修会

歯科診療報酬制度等の改革等に伴う歯科医療機関等のこれからの役割等を考える

上條 英之

東京歯科大学歯科社会保障学客員教授

少子高齢化が進むわが国で、世界情勢等の変化に伴う物価高と医療 DX 推進等に伴う情報化が進むなか、2024年6月からの歯科診療報酬改定がスタートしました。今回の改定では、診療報酬の改定のみならず介護報酬と障害福祉サービス等の報酬改定も同時に行われ、関連する医療、保健等のサービスに伴う計画の策定が同時に実施されました。施策の重複調整等により資源の有効活用が図られているのが特徴の一つです。

今回の診療報酬改定から、医療 DX の円滑な推進を図るため、改定時期が4月1日から6月1日に変更となりました。最初の改定による医療機関の請求は7月上旬ですので、本講演が行われる7月中旬の段階でようやく各医療機関で請求手続きが終わりました。

そもそも歯科診療報酬改定は、歯科医療管理学会の定款第2条に示す、会の目的の一つとして位置づけられている診療環境における運営の安定化を考えるうえで重要な事項です。また、地域での歯科保健医療サービスを進めるうえでも、本質的な担い手は歯科医療従事者と歯科医療機関ですので、円滑な環境の整備は言うに及ばず必須事項です。

今回の診療報酬改定では、歯科医療管理学会の会員の先生方に関係する部分として、医療安全の評価体制が見直されたことによる院内感染防止への対応、IT 化の推進での電子処方箋や電子カルテの情報共有サービス等、か強診の施設基準廃止に伴う口腔管理強化体制への準備、物価高に伴うベースアップ評価料の新設等とともに医療機関間での連携等の進め方を含めた新たな診療評価等、さまざまな課題への対応が求められました。

今回の改定の重要なテーマの一つである医療連携について強調すべき点は、医科の糖尿病患者に対する生活習慣管理料の算定要件が変更され、医科の生活習慣病管理料の算定要件に、眼科のみならず歯科診療の受診を医師が促すことが算定要件に加わったことが挙げられます。

日本歯科医療管理学会の提案で、今回の改定で新設されたSPTに対する糖尿病患者のハイリスク加算80点は、医科からの情報提供により算定することになっており、結果的に医科の診療報酬改定が歯科の医療機関の運営に直接影響を与えることになる余地があり、本会が果たしている役割の一つとも位置付けられます。

このほか、医療連携は医科との連携以外に薬局や技工所、歯科医療機関との施設連携も含まれ、医療 DX の推進で保健医療に関する情報の共有が進むことで、ますます医療サービスの内容にも反映されて地域における歯科診療所の今後の役割が高まると考えられます。このため、歯科医療管理学の発展での医療保険の技術評価の推進ができる環境整備が望まれます。もちろん、推進にあたり健康寿命の延伸に歯科医療が貢献し、誰一人として取り残さないSDGsの考え方を踏まえたUHCの推進が基盤となりますが、これまでの背景を含め今後の展望に触れることとします。

略 歴

1983年	東京歯科大学卒業	2004年	厚生労働省保険局歯科医療管理官
1987年	東京歯科大学大学院修了（口腔衛生学専攻）	2010年	厚生労働省医政局歯科保健課長
1987年	厚生省入省	2014年	東京歯科大学教養課程歯科社会保障学教授、 （公財）8020 推進財団嘱託
1994年	埼玉県衛生部保健予防課副参事	2024年～	東京歯科大学歯科社会保障学客員教授
1998年	厚生省医政局歯科保健課課長補佐		
2004年	国立長寿医療センター運営部政策医療企画課長		

0-1

令和4年中の歯科医師の自殺の状況について

○吉森和宏, 田口千恵子¹⁾, 鈴木 到¹⁾, 鈴木陽香¹⁾, 長島輝明¹⁾, 有川量崇¹⁾, 山田 孝¹⁾, 中村茂人¹⁾
千葉県衛生研究所, ¹⁾ 日本大学松戸歯学部衛生学講座

索引用語: 歯科医師, 自殺, 原因・動機

目的: 国では, 令和4年1月に自殺統計原票の職業等を見直し, 「不詳」以外の選択肢が51種類から「歯科医師」を含む94種類となり, 歯科医師の自殺の状況が国による集計結果から把握できるようになった。そこで, この集計結果を分析し, 歯科医師の自殺予防対策に寄与することを目的とした。

対象と方法: 厚生労働省がホームページで公開している「令和4年中における自殺の状況」に記載されている, 歯科医師の性別, 年齢階級別, 原因・動機別自殺者数を分析対象として, 自殺者数(人口10万対), 歯科医師自殺者数(歯科医師10万対), カテゴリー別原因・動機別の割合を算出した。人口数は, 総務省の令和4年10月1日現在の人口推計・総人口, 歯科医師数は, 厚生労働省の令和4年12月31日現在の医師・歯科医師・薬剤師統計を用いた。
結果: 歯科医師自殺者数(歯科医師10万対)は総数が22.6, 男性23.8, 女性19.0だった。自殺者数(人口10万対)と比較すると女性の歯科医師自殺者数(歯科医師10万対)が多かった。年齢階級別にみた歯科医師自殺者数(歯科医

師10万対)が自殺者数(人口10万対)を上回ったのは, 男性女性ともに40~49歳, 60~69歳だった。

カテゴリー別の原因・動機別では, 男性は「勤務問題」が最も多く40.7%, 次いで「健康問題」25.9%, 「経済・生活問題」18.5%, 交際問題11.1%, 「家庭問題」3.7%だった。女性は「家庭問題」が最も多く66.7%, 次いで「健康問題」16.7%, 「勤務問題」が16.7%だった。また, 有職者全体と比較すると, 男性は「勤務問題」「健康問題」「交際問題」が, 女性は「家庭問題」「勤務問題」が有職者全体より多かった。

考察: 男性女性ともに40~49歳, 60~69歳が多く, カテゴリー別の原因・動機別では, 男性と女性では異なっていたことから, 年齢階級別, 性別による対策が示唆された。しかしながら, 令和4年の歯科医師の自殺者数が23名と分析をするうえでの数が少ないことから, 今後も毎年継続して把握していきたい。

0-2

歯科標榜のある病院における口腔に関するクリニカルパスの状況

○恒石美登里¹⁾, 青木 仁²⁾, 田口円裕^{2,3)}, 末瀬一彦²⁾, 高橋英登^{1,2)}

¹⁾ 日本歯科総合研究機構, ²⁾ 日本歯科医師会, ³⁾ 東京歯科大学歯科医療政策学

索引用語: 歯科標榜病院, クリニカルパス, 周術期等口腔機能管理

目的: 平成24年度の診療報酬改定において, 周術期口腔機能管理が新設されて以降, 病院における医科歯科連携が推進されている。日本歯科総合研究機構では, 全病院を対象に医科歯科連携の実態を把握し, 歯科保健施策の基礎資料を得ることを目的として, 調査を継続的に実施し, 令和5年時点での状況をとりまとめた。本研究では, 歯科標榜のある病院における口腔に関するクリニカルパスの有無に寄与する因子を検討することを目的とした。

対象と方法: 令和5年7月時点で厚生局に届け出ているすべての病院を対象とし, 調査票を郵送にて回収した。歯科標榜のある病院への調査では, 病院概要(許可病床数, DPC対象, 臨床研究施設, 職員数など)のほか, 歯科の診療内容や口腔の評価・管理が位置づけられているクリニカルパスの有無とともに, どのような手術に関して位置づけているか, 歯科診療による算定状況, チーム医療への歯科職種への参加状況, 将来的に拡充したい歯科の役割などを調査した。なお, 本研究の計画は, 日本歯科医学会研究倫理審査委員会の承認を受けた(JADS-RERB-2023-001)。

結果: 歯科標榜のある病院1,708施設に調査票を送付し, 780施設から回答を得た(有効回答率45.7%)。口腔に関連するクリニカルパスがあると回答したのは215施設(27.6%)であった。クリニカルパスの内容(重複回答)として最も多かったのは, 頭頸部領域・呼吸器領域・消化器領域等の悪性腫瘍で19.1%, 次いで人工股関節置換術(12.7%)であり, 脳卒中等は6.9%であった。クリニカルパスがあることは, 臨床研修施設であることと有意に関連が強く, 常勤歯科医師数とも有意な正の相関を認めた。

考察: 周術期等口腔機能管理の普及に伴い, 口腔に関連するクリニカルパスがあると回答した歯科標榜の病院は約3割で, 常勤歯科医師数や卒後研修実施と関連が強いことが明らかとなった。今後はクリニカルパスの内容や歯科医療提供の効率化など質の向上についても検討したい。
結論: 歯科標榜のある病院において, 口腔に関連するクリニカルパスは, 周術期等口腔機能管理の普及に伴い増加し, 卒後臨床研修の実施や常勤歯科医師数とも有意な関連があることが示された。

0-3

愛知県における歯科医師会会員診療所と非会員診療所の施設基準届出状況の比較

○外山敦史, 渡邊俊之, 竹内克豊, 中根敏盛, 富田健嗣, 成田俊英, 池山正仁, 内堀典保

愛知県歯科医師会

索引用語: 歯科医療機関, 歯科医師会, 施設基準

目的: 愛知県内における愛知県歯科医師会会員の歯科診療所と非会員の歯科診療所の厚生労働省が定める施設基準の届出状況を比較することで, 会員の状況を客観的に把握するとともに今後の課題を探ることを目的とした。

対象と方法: 東海北陸厚生局が公開している歯科医療機関指定状況と施設基準届出状況および愛知県歯科医師会会員の2023年10月1日時点の情報をもとに, 会員歯科診療所と非会員歯科診療所の施設基準の届出状況の比較を行った。愛知県内の全3,671歯科医療機関のうち, 個人と医療法人が開設者である3,658歯科診療所を調査対象とした。なお, 開設者もしくは管理者のいずれかが歯科医師会会員である歯科診療所を会員歯科診療所とした。

結果: 対象3,658歯科医療機関のうち, 3,237機関(88.5%)が会員診療所, 421機関(11.5%)が非会員診療所であった。歯科に関する施設基準の平均届出数は会員診療所が7.21, 非会員診療所が5.65であった。非会員診療所に比べ会員診療所の届出率が高かった施設基準は, 上位から, 訪問歯科診療に関わる「歯訪診」(23ポイント差), 次いで

でレーザー治療に関する「口腔粘膜」(16ポイント差), 同じくレーザー治療に関する「手光機」(15ポイント差)であった。さらに顎関節症等に対応する「歯リハ2」や診療環境に関わる「外来環1」, 全身管理に関する「医管」は10ポイント以上高く, 口腔機能に関する「咀嚼能力」, 地域連携に関する「歯地連」, かかりつけ医機能に関する「か強診」, 院内感染防止に関する「歯初診」は5ポイント以上高かった。一方で, 会員診療所のほうが明らかに届出率の低かった施設基準は, 多くの訪問歯科診療件数が条件となる「歯援診1」で, 5.9ポイント低かった。

考察: 会員のほうが非会員よりも施設基準を届け出ている傾向がみられ, 歯科医師会の事業の効果が示唆された。会員への施設基準取得情報の発信に加え, 届出に必要な研修会の実施が届出の推進につながっていると考えられる。一方, 「歯援診1」は会員の届出割合が低かった。近年の在宅医療の需要の増加も踏まえ, より一層の在宅医療の推進と, 在宅療養支援を行う歯科診療所へのサポート体制の強化が必要と考えられた。

0-4

日本と海外の歯科医療費の比較に関する調査

○末瀬一彦¹⁾, 高橋英登^{1,2)}, 恒石美登里²⁾

1) 日本歯科医師会, 2) 日本歯科総合研究機構

索引用語: 歯科医療費, 医療保険制度, 国際比較

目的: 日本の歯科医療費は, 海外に比較してきわめて安価であることがこれまでの報告からも指摘されてきたが, 一方では人件費の高騰や新素材の開発, 医療DXに伴うデジタル化を取り込んだ技術革新には目を見張るものがある。そこで本研究では, 2023年9月にシドニーで開催されたFDI世界歯科会議において最近の各国の歯科医療費の現状について調査し, 歯科医療費の国際比較を検討した。

対象と方法: 日本の歯科医療における主たる保険診療項目および自費診療項目について, 当該診療項目に関わる費用を記載する方法で事前にアンケート用紙を作成した。アンケートには歯科医師数, 歯科診療所数, 年間総歯科診療医療費および推計人口についても設問した。FDI開催直前にアメリカ, イギリス, フランス, ドイツ, 韓国, オーストラリア, 台湾, 香港, タイ, トルコにアンケート用紙を送付するとともに, FDIにおいても聞き取り調査を行った。

結果: 日本の公的保険による歯科医療費は, 先進諸国と比較して安価で, その差はきわめて大きいことが明らかとなった。各国の医療事情は異なるために一概に比較できない

が, 先進諸国の歯科治療と比較した場合, 全顎除石処置で3~20倍, 根管治療で2~14倍, CR充填で3~9倍, 総義歯では6~10倍の差がある。一方, ジルコニアクラウン, メタルボンドクラウン, ホワイトニング, インプラント治療に関しては, 日本も海外も自費診療扱いであり, 各国と比較しても保険診療ほど大きな差を認めなかった。

考察: 今回の調査は, 各国の歯科医師会役員の診療事情によるものが多く, また, 医療保険制度が異なることから安易な比較はできないが, 同じ処置内容で, 材料の品質や技術力に鑑みても, 日本の公的保険のもとで行われている歯科医療費は, 先進諸国と比較してきわめて安価である。また海外では, 乳幼児や高齢者の医療費の無償化や歯科医師の技術力や症例の難易度に応じた医療費を請求することもある。

結論: 歯科医療費について国際比較調査した結果, 日本の公的保険下で行われている歯科医療費はきわめて安価であることが判明した。今後, 診療報酬改定時には諸外国の実情も勘案し, 適正な改定を望む。

0-5

愛知県における訪問歯科診療体制の医療圏間格差

○成田俊英, 外山敦史¹⁾, 富田健嗣²⁾, 藤井肇基³⁾, 外山康臣¹⁾

成田歯科 (名古屋市), ¹⁾ 外山歯科医院 (愛知県豊明市), ²⁾ 富田歯科 (名古屋市), ³⁾ 藤井歯科医院 (名古屋市)

索引用語: 訪問歯科診療, 施設基準, NDB, 医療圏, 格差

目的: 愛知県における訪問歯科診療体制の医療圏ごとの実態を知ることが目的とした。

対象と方法: 2023年10月1日時点の東海北陸厚生局の医療機関届出情報と第6回~第8回のNDBオープンデータの情報および2024年1月1日時点の国土地理院の情報から, 愛知県内の医療圏ごとの訪問歯科診療に関わる情報を集計, 分析を行った。

結果: 医療圏ごとの人口は, 名古屋・尾張中部医療圏に集中していた。これに比例して歯科医療施設数にも差がみられた。歯援診1・2の割合は, 東三河北部医療圏が26.9%で最も高く, 西三河南部東医療圏が5.0%で最も低く, 大きな差がみられた。65歳以上人口1,000人あたり歯援診数は, 尾張東部医療圏が0.41で最も多く, 西三河南部東医療圏が0.09で最も低かった。NDBオープンデータの情報と東海北陸厚生局の医療機関届出情報から, 2021年の医療圏ごとの65歳以上人口1,000人あたりの

歯科訪問診療料の算定回数をみると, 最も多い名古屋・尾張中部医療圏では2021年で0.59回, 最も少ない海部医療圏では0.08回であった。1歯援診あたり歯科訪問診療料算定回数をみると, 最も多い名古屋・尾張中部医療圏で1,484回, 最も少ない海部医療圏で275回であった。国土地理院の情報から1km²あたり歯援診数をみると, 名古屋・尾張中部医療圏が0.68で最も多く, 東三河北部医療圏が0.01であった。それぞれの医療圏の1歯援診がカバーしなければならない面積には100倍以上の開きがあった。65歳以上人口1,000人あたりの訪問歯科診療料算定回数と1km²あたり歯援診数は比較的比例関係にあった。**考察:** 訪問診療の供給体制および供給実態には明らかな格差がみられた。格差に訪問診療範囲が関係することは, すなわち移動時間が訪問診療の抑制要因であると推測される。格差は正には移動時間も含めた診療報酬体系の見直しが必要と思われる。

0-6

現在歯数20歯未満の者における歯科健診への支払意思額と関連要因

○大島克郎, 荒木萌花¹⁾, 竹井利香, 雲野泰史, 小林隆太郎, 福田雅臣

日本歯科大学東京短期大学, ¹⁾ 日本歯科大学生命歯学部衛生学講座

索引用語: 歯科健診, 支払意思額, Willingness to pay, WTP, 社会経済的要因

目的: 歯科健診への支払意思額(そのサービスに対して支払ってもよいと考える最大額/Willingness to pay: WTP)を評価した先行研究^{1~3)}はあるが, 現在歯数が少ない者の集団のWTP値を評価した報告は見当たらない。本研究の目的は, 現在歯数20歯未満の者を対象に, 定期的な歯科健診の受診有無別で, ①歯科健診へのWTP値を評価し, ②WTP値の高低に関連する要因を明らかにすることである。

対象と方法: 研究参加者は, Web調査会社のパネルから割当法により抽出した50~74歳の者830名とした。被説明変数は歯科健診へのWTP値とし, 説明変数は性別・年代・世帯収入・居住地域・口腔状態等を設定した。分析は, 定期的な歯科健診の受診有無で層別し(有: RDC群, 無: 非RDC群), 各群のWTP値を評価・比較した。次に, WTP値と説明変数との関連を, 負の2項回帰モデルで分析した。

結果: 分析対象は, RDC群442名, 非RDC群378名であった。歯科健診へのWTP値は, RDC群は中央値(平均値)3,000円(3,559円), 非RDC群は2,000円(2,778円)であった。RDC群の歯科健診へのWTP値は, 都市部居住者等で高く, 義歯装着者で低かった。一方, 非RDC群のWTP値は, 世帯

収入が高い者・インプラント補綴装着者で高かった。

考察: 現在歯数が少なく, 定期的に歯科健診を受けていない者は, 歯科健診への金銭価値を低く捉えており, この要因として世帯収入との正の相関があることが示唆された。こうした者の歯科利用を促進するために, 自己負担を軽減した健診の制度化や勧奨等の対策の必要性が考えられた。

結論: ①現在歯数20歯未満の者のうち, 定期的に歯科健診を受診していない者は, 受診している者に比べて, 歯科健診へのWTP値が低値であった。②これらの者の特徴として, 世帯収入が低い者が多いことが明らかになった。

文献: 1) Tamaki, Y., et al.: Characteristics and willingness of patients to pay for regular dental check-ups in Japan, *J. Oral Sci.*, 46:127~133, 2004. 2) Oshima, K.: People's willingness to pay for dental checkups and the associated individual characteristics: A nationwide web-based survey among Japanese adults, *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 20:4145, 2023. 3) van der Pol, M., et al.: UK general population's willingness to pay for dental check-ups, *Community Dent. Oral Epidemiol.*, 52:181~186, 2024.

0-7

モビリティから考える人口減少下の今後の地域歯科医療サービス

○野村真弓^{1,2)}, 尾崎哲則²⁾¹⁾ヘルスケアリサーチ株式会社, ²⁾日本大学歯学部

索引用語: モビリティ, 地域歯科医療, 人口減少

目的:「日本の地域別将来推計人口(令和5(2023)年推計)」によると, 2040年以降はすべての都道府県で人口が減少する。今後は人口規模が縮小していく地域の歯科医療提供体制を再構築する必要がある。“本人の参加が必要不可欠なサービス消費”の一つである歯科医療を, サービス・デリバリーにおける提供側と受け手側のモビリティ(移動可能性)という視点から, 検討を試みた。

対象と方法:医療および歯科医療サービスに関する文献をもとに, 歯科医療サービスの機能と歯科設備の必要度, 歯科医療サービスの提供側と受け手のモビリティ・レベルを類型化した。さらに歯科医療サービスとモビリティ関連の財源を整理した。

結果:歯科医療サービスの機能は, 予防, 治療, リハビリテーションに類型化され, 歯科疾患の治療と歯科補綴は歯科医療設備の必要度が高い。歯科医師が常勤する常設の歯科診療施設は, 提供側のモビリティ・レベルは低い。一方, 訪問歯科診療では提供側のモビリティ・レベルは高く, 受け手側は低い。その中間として, 歯

科医師が常勤しない歯科医療施設, 歯科診療車等の移動サービスでは双方がある程度移動する。地域住民のモビリティ確保としては, 費用の一部が税や社会保険, 民間保険でカバーされる公共交通機関の利用補助や福祉・介護タクシー, 施設の送迎サービスなどがある。

考察:地域の人口規模が長期的に縮小する日本では, 医療サービスを受ける“場”への提供側と受け手のモビリティ確保が課題となる。設備機材とスタッフが揃っている歯科医療施設にサービスの受け手が移動するためには, 地域のモビリティ確保施策が関連する。一方で, 国は疾病構造の変化から, 歯の形態回復に加えて口腔機能の維持向上を重視する方向に歯科医療政策を変更している。設備機材の必要度に応じたサービス提供の“場”, 提供側と受け手側のモビリティ, その費用負担といった異なる要素を組み合わせた地域づくりを複合的に検討する視点が求められる。

結論:人口減少下での地域歯科医療の検討には, サービス提供の“場”, 提供側と受け手側のモビリティ, その費用負担といった地域づくりの複合的な視点が求められる。

0-8

労働安全衛生法に基づく歯科健康診査の実施割合に関する地域格差

○福田英輝, 上條英之¹⁾国立保健医療科学院,¹⁾東京歯科大学

索引用語: 労働安全衛生調査, 歯科健康診査, 地域格差

目的:労働安全衛生法に基づく歯科健康診査の実施割合は, 事業所規模別に差があることが知られているが, 地域格差については明確ではない。本研究の目的は, 労働安全衛生調査の調査票情報をもとに, 歯科健康診査の実施割合を全国ブロック別に比較することである。

対象と方法:令和3年労働安全衛生調査(実態調査)事業所調査の調査票情報の提供を受けて分析を実施した。分析にあたっては, 事業所規模ごとに算出された還元倍率を用いて集計した結果を用いた。全国を6つのブロックに区分し, ブロック別に, 労働安全衛生法に基づく歯科健診を実施しなければならない事業所における歯科健診の実施割合を比較した。

結果:常用労働者10名以上の民営事業所において, 労働安全衛生法に基づいた歯科健診の実施義務が「ある」とした事業所は, 1.5%であった。労働安全衛生法に基づいた歯科健診の実施義務が「ある」とした事業所における歯科健診の実施割合は, 全国では42.7%であった。ブロック別にみた労働安全衛生法による歯科健診の義務が「ある」とした事業所における歯科健診の実施割合は, 北海道・東北ブロック33.9%, 関東ブロック35.5%, 北陸・信越・中部ブロック38.3%, 近畿ブロック38.9%, 中国・四国ブロック74.5%, 九州・沖縄ブロック74.6%であった。

とした事業所における歯科健診の実施割合は, 北海道・東北ブロック33.9%, 関東ブロック35.5%, 北陸・信越・中部ブロック38.3%, 近畿ブロック38.9%, 中国・四国ブロック74.5%, 九州・沖縄ブロック74.6%であった。

考察:令和3年労働安全衛生調査(実態調査)の事業所調査票情報の分析の結果, 労働安全衛生法に基づく歯科健診の実施義務がある事業所における歯科健診の実施割合は, 全国ブロック別の格差が認められた。ブロック別の格差が生じた要因は明らかではないが, 事業所全体への歯科口腔保健の推進のための積極的な普及啓発を促すとともに, 要因分析を可能とするさらなる研究の必要性が考えられた。

本研究は, 厚生労働科学研究費補助金「労働安全衛生法に基づく歯科医師による健康診断のより適切な実施に資する研究」(22JA1004)の助成を受けて実施した。

0-9

歯科医師の立場で家族の最期を看取る

—食事を通じたコミュニケーションと生活リズム確立の重要性—

○杉田武士^{1,2)}, 久保田 守¹⁾¹⁾久保田歯科医院 (神奈川県平塚市), ²⁾神奈川歯科大学高度先進麻酔科学講座

索引用語: 食事, 介護, 高次脳機能, コミュニケーション

目的: 演者は, 家族の最期を看取ることとなり, 歯科医師の立場から口腔機能維持にとどまらず, 食事を通じたコミュニケーションと生活リズムの確立が重要であると感じた. 高齢者における食事は, 一日の行動のなかでも重要であり, 脳への刺激という面でも重要性が高い. 実際に家族の介護を経験した視点から, 食事を通じた口腔機能維持, 身体機能維持の重要性を考察した.

症例: 90 代の男性. 心筋梗塞によるバイパス手術, 以降の心不全の症状による身体機能の低下に伴い入退院を繰り返し, 介護が必要となった.

経過: 当初は, 義歯調整などの口腔機能維持に対するアプローチを行っていたが, 家族として食事の重要性について考えるようになった. そこで, 以下の点に意識を向けた.

①コミュニケーションの促進として, ベッドではなく食卓での食事をするので, 料理を行っているところ, 季節の素材を視覚的に捉え, 五感に訴えかけ, コミュニケーシ

ョンを図りやすい雰囲気づくりを心掛けた. ②生活リズムの確立として, 規則正しい時間に食事を提供することで, 体内時計を整え, 体調を整えることに努めた. 朝食をしっかりと食べ, 夕食は早めに済ませるなど, 生活習慣の改善も促した.

考察: これらの取り組みを通して, 食事は単に栄養補給の場ではなく, コミュニケーションや生活リズム確立の場としても重要な役割を果たしていることを実感した. 食事は, 味覚, 嗅覚, 視覚, 触覚, 聴覚といった五感を刺激し, 咀嚼や嚥下といった運動機能も必要となる. これらの刺激は, 大脳感覚野や運動野を活性化させ, 認知機能や身体機能の維持に役立つと考えられる.

結論: 歯科医師は, 口腔機能維持だけでなく, 食事を通じたコミュニケーションや生活リズム確立の重要性も認識し, 患者や家族に寄り添うサポートを提供することが重要である.

0-10

歯科ユニット上での心肺停止および心肺蘇生経験

○若松慶一郎, 佐藤 光, 吉田健司, 川合宏仁, 山崎信也, 瀬川 洋

奥羽大学歯学部附属病院

索引用語: 心肺停止, 心肺蘇生, 歯科ユニット

目的: 歯科治療中に, 歯科ユニット上で患者が心肺停止となり, 救命処置を行う事態は想像しがたいが, 実際に起きていることである¹⁾. 今回, 抜歯術の最中に心肺停止にいたり, 歯科ユニット上で胸骨圧迫を含む心肺蘇生を余儀なくされた症例を経験したので報告する.

対象と方法: 患者は 47 歳の女性. 154cm, 43kg, BMI 18.1 で, てんかんと知的障害のため, 障害者支援施設に入所している. 右頬部の腫脹のため 2022 年 10 月に当院初診となり, 右上下智歯周囲の診断で消炎を行った. 治療に対し恐怖心が強いので, 日帰り全身麻酔を予定し, 2023 年 4 月に第 1 回目の日帰り全身麻酔下歯科治療を施行し, 口腔内清掃, う蝕治療を 3 本行った. 2023 年 5 月に第 2 回目の日帰り全身麻酔下に右側智歯抜歯術が予定された.

経過: 全身麻酔下に抜歯部位の骨削除を行っていた際に, 突然血圧測定不能となり, SpO₂ モニタ上のプレシスモグラフの波形も平坦となった. 頸動脈も触知せず, 心肺停止と判断し, ただちに歯科ユニット上で胸骨圧迫を開始したが, 胸骨圧迫に同調して歯科ユニットが動揺するため, 有効な

胸骨圧迫が得られなかった. そこで, 歯科ユニットの背にデンタルチェアを挟んだところ, 歯科ユニットの動揺が収まった. 同時に, 胸骨圧迫に同調してプレシスモグラフの波形が反応し, 有効な胸骨圧迫になったことが確認された. 約 5 分で心拍が再開し, 血圧測定可能となり, N 総合病院の ICU に搬送となった. 搬送後に, 心肺停止の原因は広範な皮下気腫および縦隔気腫によるものと判明した. 現在, 患者はなんら後遺症なく回復している.

考察および結論: 心肺停止時の胸骨圧迫は, 不安定な歯科ユニット上では効果が期待できない. そのような場合, 歯科ユニットの背もたれの下にデンタルチェアなどを挟むことで有効な胸骨圧迫となることが示唆された.

文献: 1) 伊藤 寛, 小川幸恵, 清野浩昭, 川合宏仁, 山崎信也, 奥秋 晟: 歯科治療に関連した重篤なショック, 心肺停止報告 200 例の検討, 蘇生, 24: 82~87, 2005.

0-11

唾液中の乳酸脱水素酵素活性と歯周炎症表面積との関連：横断研究

○山本龍生

神奈川歯科大学歯学部社会歯科学系社会歯科学講座口腔衛生学分野

索引用語：唾液，乳酸脱水素酵素，歯周炎症表面積

目的：乳酸脱水素酵素（LD）活性が組織破壊の程度を反映することから，唾液中のLD活性を測定する検査キットが歯周病のスクリーニングで活用されている．歯周炎症表面積（PISA）は，歯周組織の炎症を量的に表す指標であり，歯科臨床や医科歯科連携に用いられているが，1歯6点法の歯周ポケット深さとプロービング時出血から計算されるなど評価手順が煩雑なため，PISAを推計する簡便な手法が求められている．そこで本研究は，横断研究により，検査キットを用いた唾液中LD活性値によってPISAが推計できるか否かを検討することを目的とした．

対象と方法：神奈川歯科大学附属横浜クリニックを受診し，研究への同意の得られた患者110名（女性66.4%，年齢の中央値66.5歳，25-75パーセンタイル53.0-75.0歳）を対象とした．安静時唾液を採取し，1～10の整数スケールを備えたキットを用いてLD活性値をリアルタイムで評価した．歯周病パラメータを用いてPISAを算出し，LD活性値との順位相関関係を検討した．さらに，目的変数をPISA，説明変数を唾液中LD活性値，性別，年齢，喫煙歴，

服薬状況，現在歯数とした重回帰分析（ステップワイズ法）を行った．なお，本研究は神奈川歯科大学研究倫理審査委員会の承認を得た．

結果：唾液中LD活性値とPISAの中央値はそれぞれ4.0と46.9mm²であった．唾液中LD活性値はPISA（順位相関係数：0.560，p<0.001）と有意な正の相関がみられた．また，重回帰分析の結果，PISAは唾液中LD活性値，性別および年齢で推計することができた．

考察：LDは細胞が障害されたときに細胞外に出るとされているが，唾液中のLDの由来は歯周組織の炎症であることが推測され，活性の強さはプロービング時の出血がみられる上皮の面積であるPISAと相関関係がみられた．今後は，医科歯科連携のために，糖尿病患者に対して内科で唾液中LD活性を評価して，歯科への紹介を勧めるなど，さまざまな用途で本試験紙が活用されることが期待される．

結論：唾液中LD活性値は，歯周炎症面積と有意な正の相関関係にあり，本検査キットでPISAを推計できる可能性が明らかになった．

P-1

わが国の2年制歯科技工士養成機関に対する実態調査結果

○安井利一, 日高勝美, 大島克郎¹⁾, 藤井一維²⁾歯科医療振興財団,¹⁾ 日本歯科大学東京短期大学,²⁾ 日本歯科大学

索引用語: 歯科技工士, 養成機関, 実態調査

目的: わが国の歯科医療職種としての歯科技工士は, 歯科医療の健全な発展のために必要不可欠な人材であることはいままでもない。しかし近年, 志望者が減少し, 国家試験受験者数も減少傾向を示している。IT化の推進や歯科医療技術の変化に伴う環境変化も大きいなか, 厚生労働省は, 日本歯科技工士会と全国歯科技工士教育協議会の要望を受け, 歯科医療振興財団に対し, 今後国家試験の改善について検討するように指示を出した。そこで, 教育の基本的情報について実態調査を実施したため報告する。

対象と方法: 調査対象は全国47の歯科技工士養成機関のうち修業年限2年の養成機関34校とした。調査は, 質問票を令和5年9月7日に学校養成所長宛てに送付し, 回答はメールに添付する方法で同年10月2日までに返答してもらった。質問内容は, 昼間部学生数, 教室や実習室の状況および現在の国家試験に対する意見(自由記載を含む)等であった。

結果: 有効回答率は100%であった。歯科技工士の教育課程は2年以上とされている。入学定員については総計で

1,147名であり, 調査時の1学年の在籍数は469名で対入学定員割合は40.9%であった。また, 令和4年度の実験者総数は904名で対入学者定員割合は78.8%であった。一方, 教育内容に関しては, 歯科技工士学校養成所指定規則によって, 基礎分野5単位, 専門基礎分野17単位, 専門分野40単位の合計62単位と定められている。このうち, 専門分野についてみると, 有床義歯技工学ならびに歯冠修復技工学に関しては, すべての養成機関が自校の実習時間, 実習内容ともに「妥当」もしくは「おおむね妥当」と回答していた。一方, 小児歯科技工学, 矯正歯科技工学ならびに歯科技工実習におけるCAD/CAMに関する実習時間, 実習内容については「不足」や「不十分」と回答した養成機関があった。

考察: 修業年限2年の歯科技工士養成機関の令和5年における実態調査により, 学生数の問題が明らかとなった。

結論: 歯科技工士の歯科界における重要性に鑑み, 今後とも歯科界全体で養成機関に対する支援や学生確保に対する対応を考える必要がある。

P-2

歯科医療職をめざす学生の性格特性に関する研究—歯学科と口腔保健学科の比較—

○木下俊克^{1,2)}, 鬼塚千絵¹⁾, 永松 浩¹⁾, 木尾哲朗¹⁾¹⁾九州歯科大学口腔機能学講座総合診療学分野,²⁾きのした歯科クリニック(福岡県北九州市)

索引用語: 社会的スキル, YG性格検査, ACT, KiSS-18

目的: 社会的スキルとは, 人が社会のなかで他者と関係を築く, また他者と関わり合いながら日常生活を円滑に営むために必要な知識や技術のことである。歯科医療人は患者との良好な関係を構築するために, この能力が必要である。将来歯科医師もしくは歯科衛生士となるために歯学部歯学科あるいは口腔保健学科への進路を選択した学生の社会スキルと関連性のある性格特性を把握することは, 教育者や歯科医療関係者にとって重要である。

対象と方法: 本学3年次2学科共通科目である医療コミュニケーション1を受講した平成29年度から令和元年度の歯学科3年次生(以下:歯)と口腔保健学科3年次生(以下:口)の学生を調査対象とした。事前に本研究の主旨と個人情報保護に関する説明を行い, 同意を得たうえで3種類の自記式アンケート調査(ACT, KiSS-18, YG検査)を実施した。歯・男性, 歯・女性, 口の3グループに分類し, 分析を行った(倫理許可番号:16-109)。

結果: 歯・男性, 歯・女性, 口の順に結果を示す。口はすべて女性であった。アンケート回収数は, ACT:136, 138,

71, KiSS-18:139, 139, 73, YG検査:122, 125, 60であった。平均値は, ACT:55.3, 59.1, 56.4, KiSS-18:56.9, 58.3, 56.2であった。YG検査のタイプ別で最も多かったのは, A系, A系, B系とE系であった。ACTとKiSS-18の相関係数は0.634, 0.467, 0.484であった。高ACTかつ高KiSS-18得点者のうちYGタイプで最も多いのは, D系, D系, A系であった。低ACTかつ低KiSS-18得点者のうちYGタイプで最も多いのはE系, C系, E系であった。

考察: 歯学科男性に比較して, 歯学科女性はACTとKiSS-18の点数が高い傾向にあったことから, 歯学科女性は社会的スキルの自己評価が高いことが推測できる。しかし, 同一性である口腔保健学科女性が歯学科女性に比較して点数が低い傾向にあったことは, 進路選択の因子の一つ, もしくは臨床現場で他者と比較し自己省察しているためであると考えられる。

結論: 歯学科と口腔保健学科学生の性格特性に差異があることが推察された。ACTと社会的スキル尺度のKiSS-18は相関関係のあることが明らかとなった。



P-3

口腔保健学科学生の医療安全用語に関する認知度調査

○磯部彩香, 中村太志¹⁾, 福田 晃²⁾, 守下昌輝³⁾, 村岡宏祐³⁾, 栗野秀慈³⁾九州歯科大学歯学部口腔保健学科,¹⁾九州歯科大学歯学部口腔機能学講座歯周病学分野,²⁾九州歯科大学学生体機能学講座顎顔面外科学分野,³⁾九州歯科大学歯学部口腔機能学講座クリニカルクラークシップ開発学分野

索引用語: 院内感染, 医療事故, 医療安全

目的: 口腔保健学科に在籍する学生における医療安全用語の認知度を調査し, 医療安全に関する教育課題を抽出する。**対象と方法:** 2023年に九州歯科大学歯学部口腔保健学科に在籍する学生98名(1年生:24名, 2年生:25名, 3年生:23名, 4年生:26名)を対象に医療安全用語の認知度について先行研究をもとにアンケート調査を行い¹⁾, 1・2年生を「登院準備生」, 3・4年生を「登院生」として比較検討をした。比較検討を行った用語は, 院内感染に関する用語かつ学生が使用する教科書に記載のある44語とした。調査期間は2023年10月10~20日であり, 統計処理については, EZR version 1.62(自治医科大学付属さいたま医療センター血液科, 埼玉)を用いてFisherの正確検定を行った。なお, 本研究は九州歯科大学倫理委員会の承認を得て行われた(承認番号:20-66)。**結果:** 90名の学生から回答が得られた。Fisherの正確検定の結果, 登院生と登院準備生では「標準予防策」など

25の用語で有意な差がみられた。また, 登院生と登院準備生それぞれにおいて, 「メチシリン耐性黄色ブドウ球菌」と「MRSA」といった同義の用語の認知度を比較した結果, 両群において有意な差を認める用語があった。

考察: 学年が上がるにつれて用語の認知度は上がると考えられるが, それに加えて登院実習によって技術面だけでなく, 知識面においても用語に関する習熟度が上がったと考えられる。同義の用語に関して認知度の差があったが, 臨床実習でよく使用される用語で認知していると考えられ, 用語そのものの理解度は未熟であることが示唆された。**結論:** 臨床実習によって院内感染に関する用語の認知度は上がっているが, 同義の用語に関して認知度の差があるため, 用語そのものの習熟度の向上を図る必要がある。**文献:** 1) 中村太志, 磯部彩香, 守下昌輝, 村岡宏祐, 栗野秀慈: 臨床実習生における医療安全用語の認知度調査, 日歯医療管理誌, 58, 46, 2023。

P-4

一般歯科診療所におけるヒヤリハット

○五十嵐博恵, 越智守生¹⁾萌芽の森クリニック・歯科(仙台市),¹⁾北海道医療大学歯学部クラウンブリッジ・インプラント補綴学分野

索引用語: ヒヤリハット, ナレッジマネジメント, システム

目的: 一般歯科診療所である当院は, ヒヤリハット事例報告と分析からさまざまな取り組みを行い医療の安全を図ってきた。

医療安全の基本理念「人を責めずシステムで対応する」を達成するため取り組み続けて16年が経過した。その間500件を超えるヒヤリハット事例を経験したが, 今回はこれらを再調査し, 事例分析や安全の取り組みが適正なものであったのか, 得られた知識や情報に更新は必要か, これらを整理し職員がいつでも簡単にアクセスできるようにナレッジマネジメントを行えることを目的とした。

対象と方法:

- ①時期: 平成19年6月から令和5年12月。
- ②事例総数509件のヒヤリハット事例報告の調査と分析。
- ③当施設が行ってきた対応の検討。

結果: 施設の実態上, 単年集計は報告数が少なく事例は反省の材料になるのみだった。

「システムで対応する」という医療安全の基本を達成するため, 複数年集計に切り替え母集団を大きくしたところ,

類似例や重複例が明確に確認できるようになった。これらを時系列で調査し分析したもののなかに, システムで管理すべき例が出現してきた。

考察: 新規入職者が加わるとヒヤリハット事例報告は否応なく増加する。取り組みを継続していくと構成するメンバーの個性を取り込んだ新しい対応が生まれてくる。**結論:**

- ①事例分析から, 検討して対応やシステムを構築するがすべての課題が根絶することはない。
- ②治療や処置に関与しない「名もない作業」「名もない業務」が事例の端緒になることは少なくない。
- ③事象や場面に対する対策が基本となるため, 予期せず個人の職務適性が明確になる場合がある。

P-5

***Helicobacter pylori* と *Streptococcus mutans* の共培養に関する基礎的研究**

○山下万美子, 田中とも子

日本歯科大学生命歯学部衛生学講座

索引用語: *Helicobacter pylori*, *Streptococcus mutans*, 共培養

目的: *Helicobacter pylori* (*H. p*) の胃粘膜感染は, 胃がんなどの発症に関与する重要な因子である. 近年, 「う蝕病原菌である *Streptococcus mutans* (*S. m*) の存在が, 胃での *H. p* 定着を促進する」という報告がなされた¹⁾. そこで「*H. p* が *S. m* 産生口腔バイオフィーム環境下で生息することにより, 胃での定着に必要な表現型を発現・維持する」という仮説を立てた. 本研究では, まず *H. p* と *S. m* の共培養時の超微形態学的特徴を調べることを目的とした.

材料と方法: 使用菌株は, *H. p* ATCC43504, *S. m* UA159 (WT) の2種類とした. BHI 液体培地または1%スクロース添加 BHI 液体培地で, 2 菌種を単独培養あるいは共培養した. 培養期間は OD_{0.05} の細菌懸濁液を3日とし, *H. p* は 37°C, 微好気, 湿潤下で培養した. *S. m* は 37°C で培養した. 培養後, 通例の方法により前処理した試料を走査型電子顕微鏡 (SEM, JEOL JSM-IT200, 日本電子, 東京) で観察, 撮影を行った.

結果: 単独培養において BHI 液体培地では, *H. p* の形態は主に coccoid form といわれる不活性型の球状を呈し, *S. m*

は連鎖していた. 1%スクロース添加 BHI 液体培地では, *H. p* は主に不活性型の球状を呈し, *S. m* はグルカンとともに連鎖していた. 一方, 共培養において BHI 液体培地では, *H. p* と *S. m* が相互に作用し形態変化を起こしたと考えられる細菌が認められ, 1%スクロース添加 BHI 液体培地では *H. p* と *S. m* が相互に作用し形態変化を起こしたと考えられる細菌とその凝集塊が確認された.

考察: *H. p* は *S. m* の産生するグルカンとともに口腔内から胃へ移動する可能性が考えられた.

結論: *H. p* と *S. m* との共培養により, 相互に作用してともに形態が変化していた. *H. p* は不活性型の球状を呈した菌に類似した形態へと変化し, 口腔内で生存しやすい環境に適応している可能性が示唆された.

文献: 1) Nomura, R., Kadota, T., Ogaya, Y., Matayoshi, S., Iwashita, N., Okawa, R. and Nakano, K.: Contribution of *Streptococcus mutans* to *Helicobacter pylori* colonisation in oral cavity and gastric tissue, Sci. Rep. 10, 12540, 2020.

P-6

アスコルビン酸誘導体を用いた新規歯磨剤薬用成分に関する基礎的検討○鈴木 到, 田口千恵子, 鈴木陽香, 長島輝明¹⁾, 岡部眞利¹⁾, 丹谷聖一¹⁾, 西村航一¹⁾, 山田 孝, 中村茂人, 有川量崇日本大学松戸歯学部衛生学講座, ¹⁾日本大学大学院松戸歯学研究科衛生学

索引用語: アスコルビン酸誘導体, 口腔バイオフィーム, 歯磨剤

目的: アスコルビン酸は口腔バイオフィーム形成の阻害や歯周炎の軽減に効果があることが報告されている. しかし, 強い酸性で安定性に欠けるため歯磨剤に配合することが難しいとされている. そこで本研究では, 中性で安定性が高いアスコルビン酸誘導体を用いて, 歯磨剤の薬用成分としての有効性についての基礎的な検討を目的とした.

対象と方法: 本研究では, 初期付着菌の *Actinomyces oris*, *Streptococcus gordonii*, う蝕原性菌の *Streptococcus mutans* を用いた. アスコルビン酸誘導体は, アミノ型アスコルビルグルコシド (aminoASG), Na 型アスコルビルグルコシド (NaASG) を用いた. なお, 使用したサンプルはドクターズチョイス社 (東京) より提供していただいた. 本研究では, 通法に従い, 初期付着・凝集形成実験, バイオフィーム形成実験, バイオフィーム分散実験を実施した.

結果: 初期付着・凝集時において, 終濃度 100 mg/ml の NaASG は, リン酸緩衝生理食塩水 (PBS) と比較し, *A. oris*

の初期付着・凝集体の生菌数を統計学的有意に阻害した. また, 終濃度 30~100 mg/ml の aminoASG および NaASG は, PBS と比較し, *A. oris* の初期付着・凝集体の死菌数を増加させる傾向を示した. 口腔バイオフィーム形成実験において, aminoASG および NaASG とともにバイオフィーム形成に対して阻害効果は認めなかった. 口腔バイオフィームに対する分散効果について, *A. oris* のバイオフィーム量は, 1,000 mg/ml aminoASG, NaASG によって統計学的有意に減少した. *S. gordonii* のバイオフィーム量は, 300~1,000 mg/ml aminoASG によって統計学的有意に減少した.

考察: aminoASG および NaASG は, 特定の口腔細菌による初期付着・凝集阻害およびバイオフィーム分散に一定の効果が認められたため, 歯磨剤の新規薬用成分として有効である可能性が示唆された.

結論: アスコルビン酸誘導体は新規歯磨剤薬用成分に有用である可能性が示唆された.

P-7

舌背部におけるスポンジブラシ清掃による細菌数変化の検討

○藤浦光汰, 山中大寛, 武田佳大, 松川優貴也, 村松真澄¹⁾, 仲西康裕, 廣瀬由紀人, 越智守生
北海道医療大学歯学部クラウンブリッジ・インプラント補綴学分野,¹⁾札幌市立大学看護学部

索引用語: 口腔ケア, 舌清掃, スポンジブラシ, 細菌カウンタ

目的: 舌を含む軟組織の清掃については, スポンジブラシを使用することが多い. 本研究ではスポンジブラシ各種による細菌数の変化を通して清掃能力を検討するとともに, 清掃圧による影響を検討することを目的とした.

対象と方法: 北海道医療大学と大学院に在籍する学生およびその教職員を対象とした. 同意の得られた参加者を, スポンジブラシの種類 (①WiSM スポジカ EX (ギア型: 以下 W, 平和メディック, 岐阜), ②ハミングッド P (星型: 以下 H, モルテン, 広島), ③スポンジブラシクローバー (クローバー型: 以下 S, Ci メディカル, 石川), ④口腔ケアマウスピュア口腔ケア スポンジ (桜型: 以下 K, 川本産業, 大阪), ⑤FEED スポンジブラシ (花型: 以下 F, フィード, 神奈川)) による 5 群に無作為に割付した. 細菌数測定は舌の刷掃前後の 2 回細菌カウンタ (DU-AA01, Panasonic, 東京) を使用した. まず水で含嗽させ舌背部を綿棒にて擦過し, 細菌数を測定した. その後, 各群のスポンジブラシを 5mL の生理食塩水に浸し, 水気を切った後舌背部を後方から 3 回刷掃した. この際, 舌に加わる圧を 25 ± 10 g 程度

となるよう歯磨き力測定器 Brushing-Mate (三栄エムイー, 神奈川) にて測定した. また刷掃時の痛み刺激について, フェイススケールを用いて 6 段階にて対象者に評価させた. 本研究は, 北海道医療大学歯学倫理審査委員会の承認を受けて実施した (承認番号: 第 252 号).

結果: 対象者は 58 名 (男性 39 名, 女性 19 名) であった. 除外基準に該当した 3 名を除く 55 名は各群に 11 名ずつ割付られた. 5 群のうち 3 群 (S, K, F) は刷掃前に比べ刷掃後が細菌数の上昇を認めた. フェイススケールが 0 の被験者が 53 名, 1 の被験者が 2 名であった.

考察: 刷掃後の細菌数が上昇したことについて, 今回の清掃方法では刷掃した細菌が口腔内に残留し浮遊した可能性が考えられる. また, 今回の刷掃圧ではほとんど痛みを感じないため, 対象者に苦痛を与えず清掃することができたと考えられる. 今後はサンプル数を拡大し, 統計的解析を行う予定である.

結論: 研究上の限界は存在するが刷掃だけでは舌背部における清掃は不十分である可能性が示唆された.

P-8

就業者の歯科医院転医経験者における転医理由とかかりつけ歯科医院との関連 (第 2 報)

○小野瀬祐紀^{1,2)}, 高橋義一^{2,3)}, 高柳篤史²⁾, 上條英之⁴⁾, 杉原直樹²⁾

¹⁾ 秋庭歯科・矯正歯科クリニック (静岡県富士市), ²⁾ 東京歯科大学衛生学講座, ³⁾ 高橋歯科医院 (東京都文京区), ⁴⁾ 東京歯科大学歯科社会保障学

索引用語: かかりつけ歯科医, 転医, 保健行動

目的: われわれの過去の研究によって金融機関就業者におけるかかりつけ歯科医の有無と転医理由の関連が明らかになった. 本研究では対象者の産業分野を拡大し, より一般集団に近づけるべく追加調査を行った.

対象と方法: 2021 年 11 月に Web 調査会社の登録モニタの正規/非正規労働者のうち, 回答を得られた 1,840 名を対象に自記式の質問紙調査を実施し, 最終的に歯科医院転医経験があり質問項目に欠損がない 614 名 (33%) を解析した. 質問内容は「歯科医院を転医した理由 (16 項目)」および性別, 年齢, 雇用形態, 転医経験回数 (引越し以外), 歯科保健行動に関する質問を行った. 解析方法はかかりつけ歯科医の有無と 2 変要因間の関係を調べるために χ^2 検定, かかりつけ歯科医の有無と関連があると考えられた要因と歯科医院転医理由を含む 21 要因を投入した多重ロジスティックス解析 (ステップワイズ法) を行った.

結果: 対象者は男性 275 名, 女性 339 名. 平均年齢は男性

49.0 歳, 女性 48.2 歳であった. 現在かかりつけ歯科医がない者は, 男性 116 名 (42.2%), 女性 83 名 (24.5%) であった. 転医の理由は「歯科医師の治療技術 (内容) に満足できなかった」が 208 名 (33.9%) と最も多く, 「通院に不便な場所であった」181 名 (29.5%), 「歯科医師が信頼できなかった」122 名 (19.9%) と続いた. 目的変数をかかりつけ歯科医院の有無とし, 説明変数に調整因子および「歯科医院の転医理由」を投入した多重ロジスティックス解析 (ステップワイズ法) の結果, 「女性」(OR:0.40), 「年齢」(OR:0.65), 「診療時間が合わない」(OR:2.02), 「待ち時間が長い」(OR:2.01), 「新型コロナウイルス感染症の蔓延」(OR:16.54) にて有意差を認めた ($p < 0.05$).

考察: かかりつけ歯科医がない者は交絡因子を調整した上で転医理由に差異があることが認められた.

結論: かかりつけ歯科医の有無は性別, 年齢と関係し, 歯科医院の転医理由との関連も示唆された.

P-9

経皮的モニターにおけるヘモグロビン値と実測値の比較

○佐藤 光, 若松慶一郎, 吉田健司, 川合宏仁, 山崎信也, 瀬川 洋

奥羽大学歯学部附属病院

牽引用語: ヘモグロビン値, 経皮的モニター, SpO₂

目的: 出血を伴う手術において, 現在最も信頼性のあるヘモグロビン値の測定は採血によるものであるが, 現在経皮的モニターでヘモグロビン値を測定する機器が散見される¹⁾. そのなかで Rad-97[®] (マシンモジャパン, 東京) は, SpO₂ と同時にヘモグロビン値を経皮的かつ連続的に測定することが可能となった. そこで, 希釈式自己血の採血および希釈時に Rad-97[®] で経皮的にヘモグロビン値を測定し, 同時採血でのヘモグロビン値と比較した.

対象と方法: 本研究は奥羽大学倫理審査委員会の承認を得て行った (承認番号 414 号). 当院で上下顎移動術が予定され, なおかつ希釈式自己血輸血が予定された健康成人患者 4 名を対象とし, 年齢 31±10 歳, 身長 157±5.2 cm, 体重 48±9.1 kg であった. 血液希釈前および代用血漿剤ボルベン[®] で 200mL 希釈時, 400mL 希釈時, 600mL 希釈時において, 動脈血採血から EPOC[®] (メディセオ, 東京) によって測定したヘモグロビン値および Rad-97[®] で測定したヘモ

グロビン値を同時点で測定し, 比較した.

結果: Rad-97[®] のヘモグロビン値と採血の値は, 希釈前で 14 g/dL と 12.2 g/dL, 200mL 希釈時で 13.3 g/dL と 10.6 g/dL, 400mL 希釈時で 12.9 g/dL と 10.7 g/dL, 600mL 希釈時で 12.5 g/dL と 9.1 g/dL であった. 多少の開きはあ

るが, ほぼ同様の値を示した.
考察: Rad-97[®] より計測できたヘモグロビン値は, 採血から得られた値と同様のものだったことから, 急性の出血や輸液・輸血によるヘモグロビン値の増減を, 経皮的かつ連続的に捉えることが可能であると思われた.

結論: 経皮的モニターでヘモグロビン値を測定することで, 出血時などにおいて採血よりも迅速かつ無侵襲で現在のヘモグロビン値を推測することが可能になるとと思われる.

文献: 1) 佐藤祥一郎, 小鹿恭太郎, 川口 潤, 他: 長時間口腔外科手術における非観血的トータルヘモグロビンモニターの有用性, 日歯麻誌, 43: 199~202, 2015.

P-10

畳み込みニューラルネットワークによる円形の前歯部上下反転画像の分類に関する予備的研究

○森田一三, 高見精一郎, 佐久間重光¹⁾日本赤十字豊田看護大学, ¹⁾愛知学院大学歯学部冠橋義歯・口腔インプラント学講座

索引用語: 人工知能, AI, 画像認識, 回転画像

目的: 前歯部歯列の画像は, 多くの場合横長の長方形である. 画像認識人工知能の一種である畳み込みニューラルネットワーク (CNN) の学習や評価では, 一般的に正方形の画像を用いる. そのため, 前歯部画像を CNN で扱うために画像の周囲を空白で補い正方形に変換して用いる (長方形画像). さらに, 回転させた前歯部画像を CNN の学習や評価に用いる場合, 回転角により画像周囲の空白の大きさや位置が変化する. このような場合, CNN は本来学習すべきことが期待されている前歯部画像の傾きなどの違いではなく, 周囲の空白の形状の違いを学習し, 評価用画像を分類している可能性がある. そこで, 前歯部画像を円形にすることで画像を回転させても周囲の空白の形状が変わらない画像 (円形画像) を考案した. 今後, 円形画像を用いた CNN の分類性能の研究を進めるために, 円形画像の正転画像と上下反転画像を分類する CNN が作成可能であることを検証することを目的として本研究を行った.

対象と方法: Web から収集した 510 枚の前歯部画像を用いた. これらの画像を 64×64 ドットの正方形に内接する円

形に加工し, CNN の学習および正解率の評価を行った.

結果: 基本的な構造の CNN を設計し, その CNN により学習を行い, 評価用画像の正転画像と反転画像それぞれ 100 枚について分類を行った. その結果, 正転画像と反転画像ともに 96.0% を正しく分類し, 正解率 96.0% であった.

考察: 長方形画像の前歯部の上下反転画像の分類を行う試みでは, 97% 以上の正解率が得られる CNN の作成に成功している¹⁾. 本研究では長方形画像よりも表示される画像の範囲が狭くなることで情報量が減少する円形画像でも, 長方形画像の場合と同等の分類成績を示す CNN の作成が可能であることが確認できた. これにより, 画像の余白の形状の影響を受けることなく, 前歯部の画像の回転そのものに対する CNN の分類性能を評価することが可能となった.

結論: 円形の前歯部画像において正解率 96% の CNN を作成することが可能であった.

文献: 1) 森田一三, 佐久間重光, 高木信哉, 下村淳子: 人工知能による前歯部上下反転画像の識別に関する予備的研究, 日歯医療管理誌, 54: 253~260, 2020.



P-11

口腔腫瘍術後患者の過疎地域への退院支援経過における課題の一考察

○吉野夕香, 永易裕樹¹⁾, 尾立達治²⁾, 川上智史³⁾北海道医療大学病院医療相談・地域連携室,¹⁾ 北海道医療大学歯学部顎顔面口腔外科学,²⁾ 北海道医療大学歯学部高度先進保存学,³⁾ 北海道医療大学予防医療科学センター

索引用語: 退院支援, 医科歯科連携, 医療介護連携, 医療ソーシャルワーカー

目的: 口腔腫瘍で手術した当院の入院患者が, 過疎地域での在宅復帰を目指した. 医療ソーシャルワーカーが退院支援する際, 経験した課題を確認し, 報告する.**対象と方法:** 患者は70歳台の女性で, 独居, 甲状腺癌術後フォロー中(A病院), 認知症度自立, 寝たきり度J2. X年Y月口腔内の腫瘍主訴に当院初診, 検査を経て扁平上皮癌の診断を得た. X年(Y+1)月切除術施行, 術後リハビリを経て退院支援介入, 地域包括支援センター(地域C)と連携し要支援2の認定から介護保険サービスを整え, X年(Y+2)月退院した. X年(Y+3)月訪問看護との連携により当院受診し気管内に腫瘍性病変認め, B病院にて切除術施行, 永久気管孔造設となった. 口腔腫瘍の再発に対し, 同月当院に再入院, 治療を経てX年(Y+5)月退院した.
結果: 初回退院時, 患者は術後の外観変化や患部のケア, 定期通院等負担感を抱きながらも在宅復帰を望んだが, 独居や公的サービス環境が寡少な過疎地域での生活に家族

が強く不安を訴え膠着, 退院調整は難航した. リハビリ, 制度利用を模索し地域Cと訪問看護の準備を進め, 自宅退院した. 訪問看護指示書は当院内科医師が作成, 初回退院後の訪問看護報告から, 歯科医師が異変に気づき, 新たな疾患の気管閉塞を回避した.

考察: 家族は都市部に在住で, 迅速な対応は困難であった. 数十km離れた都市部からの訪問看護は, 曜日が限定され天候による訪問中止の可能性もあり, 地域でサポート体制を構築する必要性から, 地元の地域Cとの連携が奏功した. 患者は介護保険サービスを利用したが, 身体障害認定には該当しないことに失意がみられた.**結論:** 術後の退院支援では, 過疎地域での在宅生活の継続を困難にする場合がある. 課題解決のためには医科歯科や医療介護連携を十分考慮する必要性が示唆された.

P-12

テキストマイニングによる臨床シミュレーション実習実施後アンケート結果の考察

○山中大寛, 廣瀬由紀人, 武田佳大, 松川優貴也, 藤浦光汰, 仲西康裕, 越智守生

北海道医療大学歯学部口腔機能修復・再建学系クラウンブリッジ・インプラント補綴学分野

索引用語: テキストマイニング, 臨床実習, 歯学部生, 歯科技工士, CAD/CAM冠

目的: 北海道医療大学では, 2021年度より歯学部第5学年に対して, 歯科医療職間連携実習として歯科技工士と協働でのCAD/CAM冠の製作・装着のシミュレーション実習を行っている. この実習後に行ったアンケートの結果より, 興味ある知見が得られたので報告する.**対象と方法:** 2021年度および2022年度の北海道医療大学歯学部第5学年と北海道歯科技術専門学校歯科技工研究所研究科の歯科技工士が実習を行った. 実習内容は, 歯学部生が顎模型に対して支台歯形成および印象採得を行った後, 歯科技工士が作業用模型を製作し, 支台歯に対してCAD/CAM冠を製作した. 補綴装置の製作にあたっては, ランダムに抽出した学生がZOOMを介してPC画面上でCADソフトを歯科技工士と共有し, 歯冠補綴装置の形態について相互に最終補綴装置の設計を決定した. 実習後, Google formを用いて, 実習に関するアンケートを記名あり, 自由記載にて行った. 得られた記載内容をユーザーローカル大容量テキストマイニングツール(<https://wordcloud.userlocal.jp/>)を使用して解析した. なお, 本研究は北海

道医療大学歯学倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号: 第220号).

結果: 対象者数は2021年度の歯学部生が57名, 歯科技工士が8名, 2022年度は歯学部生が42名, 歯科技工士が13名であり, この全員からアンケートの提出があった. テキストマイニングツールで描出された画像より, 歯学部生における単語の出現頻度は「ネガティブ」に分類される単語が「中立」または「ポジティブ」よりも高かった. 歯科技工士のアンケートでは同じ語句が多く記載されたことにより, 6単語のみの画像が描出された. 歯学部生・歯科技工士間, また年度によって描出された画像には視覚的に隔たりを認めた.**考察:** 歯科技工士の参加人数が少ないという制限はあるが, 本分析から歯学部生と歯科技工士, また年度によっても実習に対する意識に大きな差があると考えられた.**結論:** テキストマイニングを用いて自由記載アンケートを視覚的に捉えることで, 対象者によって実習の受け止め方に差違があることが示唆された.

原 著

リン酸化オリゴ糖配合口腔保湿剤による根面初期う蝕の 再石灰化促進効果に関する実験的研究

南 健太郎 佐藤俊郎¹⁾ 岸 光男¹⁾ 瀬川 洋

概要：口腔保湿剤は、乾燥した口腔内の頬粘膜、歯肉、舌、歯に塗布することにより、湿潤や保湿の効果を高める。特に寝たきりの要介護者は、口腔内が非常に乾燥するため、口腔保湿剤を1日数回塗布することで、保湿や湿潤を保つのに効果的である。しかし、従来の口腔保湿剤は、保湿や湿潤を保つ作用しか有しておらず、う蝕の予防効果は有していない。そこでわれわれは、歯質の再石灰化の促進効果があるリン酸化オリゴ糖（以下、POs）を口腔保湿剤に配合することにより、露出した歯根象牙質の初期う蝕予防や再石灰化の促進が可能であると考えた。本研究では、口腔保湿剤にPOsを0.1%、0.25%、4%の3種類の濃度をそれぞれ配合し、人工的に脱灰した歯根象牙質への再石灰化の促進効果に最も適切な濃度を、ナノインデンテーション法により検討した。その結果、口腔保湿剤に0.1%のPOsを配合することが、最も再石灰化を促進する効果があると示唆された。

索引用語：リン酸化オリゴ糖、口腔保湿剤、再石灰化

緒 言

令和4年の歯科疾患実態調査において、8020達成者の割合が51.6%となり、過去最高となっている¹⁾。それに伴い、歯周疾患の進行により、歯根面が露出し、根面う蝕に罹患する高齢者の増加が認められる¹⁾。高齢者は、加齢、服薬による唾液分泌の減少により、歯に付着するカルシウムやリン酸が減少する。その結果、歯質の再石灰化促進効果が低下し、根面う蝕に罹患しやすい傾向がある。特に、寝たきりの要介護者は、自身で十分な口腔清掃ができないことから、歯根面の露出、残根状態の歯の残存、服薬による口腔乾燥の症状がある場合には、容易に根面う蝕が進行、重症化することが考えられる。近年では、口腔内の状態が、全身疾患にかなりの関連性があることが明らかにされており、根面う蝕の予防は高齢者や要介護者の口腔の健康の維持のために重要である。そこでわれわれは、病院や介護施設で口腔ケアに使用される口腔保湿剤に着目した。これらの口腔保湿剤は、主に乾燥した口腔内に塗布することにより、保湿や湿潤を与える効果があることが知られている^{2~4)}。この口腔保

湿剤に2 ppmFと低濃度のフッ化物を配合し、歯質再石灰化効果を促進させるフッ化物配合口腔保湿剤の再石灰化促進効果を検討した。その結果、2 ppmFの低濃度のフッ化物を配合した口腔保湿剤は、人工的に脱灰させたエナメル質や歯根象牙質の表層に対し、十分に再石灰化を促進することが示唆された^{5~7)}。しかし、配合しているフッ化物が低濃度とはいえ、要介護者の口腔内に塗布したフッ化物配合口腔保湿剤は全量を体内に摂取する可能性があることから、われわれは、より安全に口腔内にミネラルを供給することが可能なリン酸化オリゴ糖⁸⁾（以下、POs）を口腔保湿剤に配合することに着目した。

POsは馬鈴薯澱粉から抽出される成分で、高い水溶性をもちカルシウムを溶出することから、初期う蝕の再石灰化促進効果を有する機能性食品である。このことから、POsを配合した口腔保湿剤を全量体内に摂取してもフッ化物とは違い安全性に問題はないといえる。

そこで本研究は、0.1%、0.25%、4%の3種類の濃度のPOs配合口腔保湿剤（本研究用にゼトック社（東京）にて調整されたサンプル）を作製し（表1）、人工的に初期脱灰を形成したウシ歯根象牙質に1日1回塗布することにより、どの濃度が最も再石灰化促進効果を有するのか、ナノインデンテーション法⁹⁾により硬度と弾性率を求め、比較検討を行った。

奥羽大学歯学部口腔衛生学講座

¹⁾ 岩手医科大学歯学部口腔医学講座予防歯科学分野

受付：令和6年1月25日

受理：令和6年2月19日

表1 口腔保湿剤の配合成分

配合成分	
リン酸化オリゴ糖 (POs)	0.1, 0.25, 4%
グリセリン	18.0%
口腔保湿剤 増粘剤	1.6%
防腐剤	0.1%
蒸留水	残分

材料と方法

1. 材料

材料にはウシ切歯36本を用い、その歯根から小型万能切断機（マルトー、東京）により、約10 mm×10 mm×5 mmの四角柱の象牙質ブロックを切り出した。これらを1群6試料として常温重合レジン(Unifast-Trad, ジーシー、東京)に包埋し、モデリングトリマー(Y-230, ヨシダ、東京)にて、全体を縦50 mm, 横15 mm, 厚さ7 mmに調整した。そして、これらの象牙質表層を400番, 600番, 800番の耐水ペーパーで研磨し、平滑な新鮮象牙質を露出させて試料とした(図1)。

2. 試料の分類

試料は、A群：健全歯、B群：脱灰直後、C群：ミネラル溶液、D群：0.1%POs配合口腔保湿剤(以下、0.1%POs)、E群：0.25%POs配合口腔保湿剤(以下、0.25%POs)、F群：4%POs配合口腔保湿剤(以下、4%POs)の計6群に分けた。

3. 脱灰方法

A群：健全歯以外の群を、0.1 M 乳酸溶液 100 ml (pH4.5) に1%カルボキシメチルセルロースナトリウム¹⁰⁾を添加した脱灰溶液に37°Cで5日間浸漬し、人工的な初期脱灰を形成し脱灰処理とした。

4. 再石灰化方法

A群：健全歯、B群：脱灰直後以外の群を、ミネラル溶液^{11,12)}(1.5 mM CaCl₂, 0.9 mM KH₂PO₄, 20 mM HEPES, pH7.0) に37°Cで14日間浸漬した。その間、試料上にD群は0.1%POs, E群は0.25%POs, F群は4%POsを、それぞれスポンジブラシ(型番039-112061-00, 川本産業, 大阪)により1日1回塗布し、湿度100%, 37°Cの恒温槽で3時間静置し、再石灰化処理とした。

5. 評価方法

14日間の再石灰化処理終了後、A群からF群は、ナノインデンテーション法(TriboScope-1D ハイジトロン(現ブルカー), USA)により、0.1 mN, 1 mNの押し込

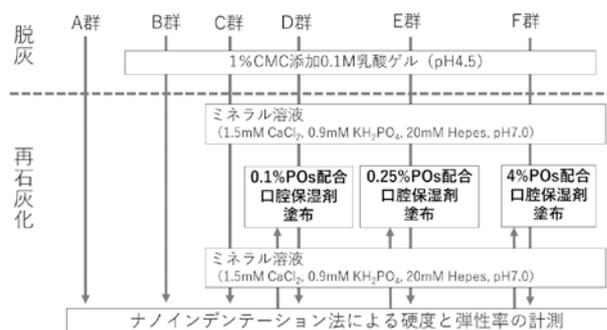


図1 脱灰, 再石灰化の手順

み荷重にて、試料表層の硬度と弾性率を計測した。統計解析は、Tukey-Kramer testで統計学的に解析し検討した。

6. 走査型電子顕微鏡による試料表層の観察

各群の試料表層の微細構造を、走査型電子顕微鏡(S-3700N, 日立製作所, 東京)(以下, SEM)により観察した。設定は、加速電圧15.0 kV, 倍率500倍, 真空圧30 Pa, ワークディスタンスは10 mmの低真空モードで実施した。

結果

1. ナノインデンテーション法による結果

1) 硬度の結果

(1) 0.1 mNの押し込み荷重(図2)

D群：0.1%POs (1,231±611.6 Mpa)は、C群：ミネラル溶液(363.2±218.9 Mpa)と比較して、有意に硬度が増加して再石灰化の促進が認められた。しかし、その他の群との有意差は認められなかった。

(2) 1 mNの押し込み荷重(図3)

A群：健全歯(580.3±179.0 Mpa)の硬度が最も高かった。B群：脱灰直後(91.9±55.3 Mpa), C群：ミネラル溶液(157.5±76.0 Mpa), D群：0.1%POs(133.1±72.7 Mpa), E群：0.25%POs(133.1±72.7 Mpa), F群：4%POs(144.6±109.1 Mpa)は、A群：健全歯と比較して硬度の増加に有意差は認められなかった。

2) 弾性率の結果

(1) 0.1 mNの押し込み荷重(図4)

D群：0.1%POs(16.9±7.36 Gpa)は、B群：脱灰直後(7.4±2.8 Gpa)およびC群：ミネラル溶液(6.5±3.2 Gpa)と比較して、有意に弾性率の増加が認められ再石灰化が促進していた。D群：0.1%POsは、A群：健全歯(19.3±7.6.9 Gpa)と比較して有意差がないことから、A群：健全歯と同等の弾性率まで増加し、再石灰化の促進が認められた。

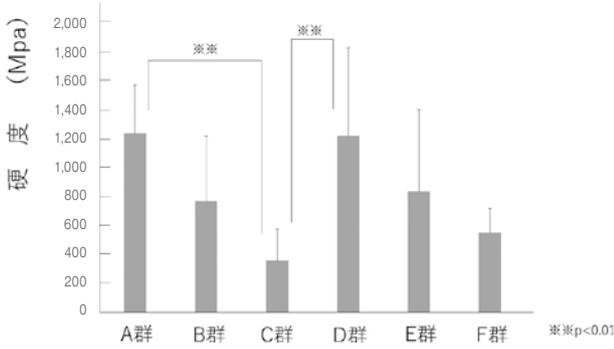


図 2 0.1 mN の押し込み荷重による硬度の測定

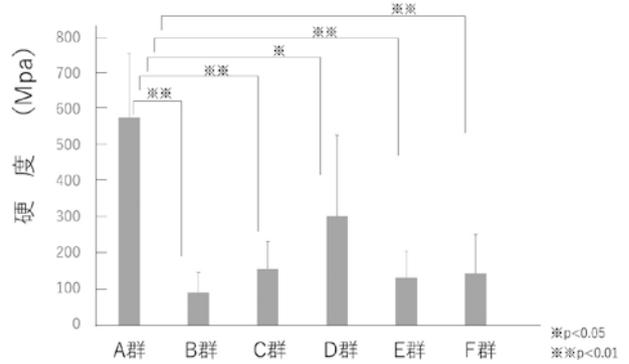


図 3 1 mN の押し込み荷重による硬度の測定

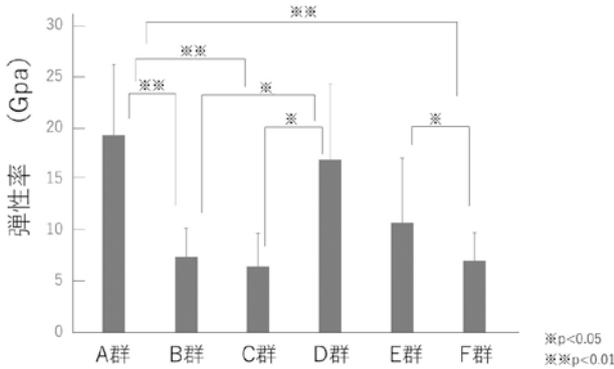


図 4 0.1 mN の押し込み荷重による弾性率の測定

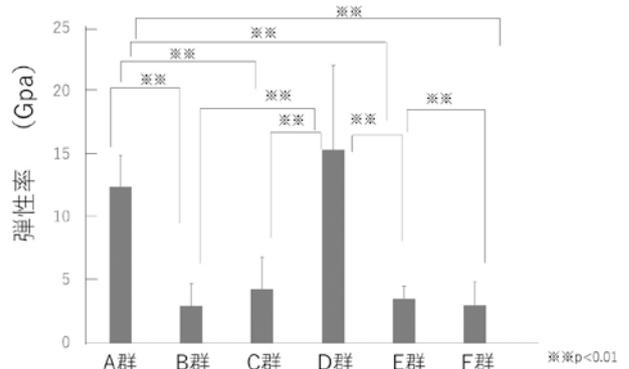


図 5 1 mN の押し込み荷重による弾性率の測定

(2) 1 mN の押し込み荷重 (図 5)

D 群：0.1%POs (15.4±6.7 Gpa) は、B 群：脱灰直後 (3.0±1.8 Gpa) および C 群：ミネラル溶液 (4.35±2.5 Gpa) と比較して、有意に弾性率の増加が認められ、再石灰化が促進していた。D 群：0.1%POs は、A 群：健全歯 (12.4±2.5 Gpa) と比較して、有意差が認められなかったことから、0.1 mN の押し込み荷重と同様に、A 群：健全歯と同等の弾性率に増加し、再石灰化の促進が認められた。

2. SEM による試料表層の観察

SEM 像からは、A 群：健全歯の SEM 像に近似していたのは、D 群：0.1%POs であり、試料は平滑な表面を呈していた(図6)。また、B 群：脱灰直後・E 群：0.25% POs の試料表層に、象牙細管と推察される小孔が多数確認できた。C 群：ミネラル溶液は、B 群：脱灰直後と比較して、象牙細管の直径がミネラルの沈着により、小さくなっていることが確認できた。F 群：4%POs の表層には、象牙細管を覆うほどの不溶化したと推察されるミネラルの沈殿物が認められた。

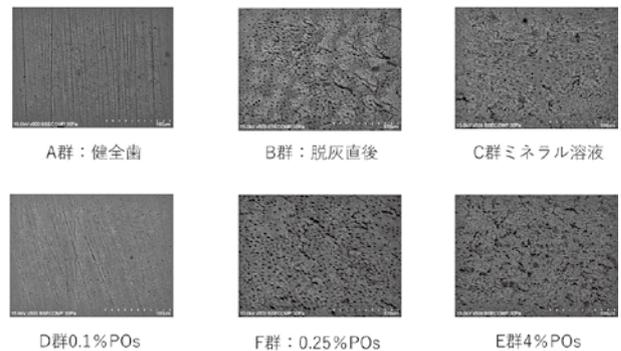


図 6 走査電子顕微鏡 (SEM) による各群の試料表層

考 察

初期う蝕の再石灰化には、口腔内にミネラルの過飽和、中性 pH の維持が必要で、特にフッ化物の存在は重要である。フッ化物には、歯質の耐酸性の向上、フルオロオパタイトの形成、歯質の再石灰化促進効果、細菌の静菌作用があることが知られている^{13,14}。わが国では、局所応用法であるフッ化物歯面塗布法、フッ化物洗口法、そしてフッ化物配合歯磨剤¹³が広く応用されてい

る。歯科材料においてもフッ化物は広く利用されており、われわれは過去に、フッ素徐放性歯科材料であるガラスアイオノマーセメントは、徐々にフッ素イオンを放出することにより辺縁歯質のう蝕の進行を抑制することを報告した^{15,16)}。また、フッ化物を配合した口腔保湿剤を製作し、このフッ化物配合口腔保湿剤は、人工的に初期う蝕を形成したエナメル質や象牙質の表層の再石灰化を促進させる効果があることを報告している^{5~7)}。その結果から、口腔乾燥を有している高齢者や、手足が不自由で自身で口腔内を清掃することが困難な要介護者に口腔保湿剤を使用することは、初期う蝕や根面う蝕の予防に有用であると示唆された。しかし、口腔内に塗布した口腔保湿剤はフッ化物を低濃度とはいえ全量摂取することとなる。そこで、フッ化物の代わりに、より安全に口腔保湿剤に配合可能なPOsに着目した。

POsは馬鈴薯澱粉から加水分解して調整したものであり、カルシウムと水溶性の複合体を形成し、カルシウム-リン酸の沈殿形成を阻害しない。また、ミュータンスレンサ球菌の栄養源にならないことや、プラーク内のpHの低下抑制作用、エナメル質や象牙質の再石灰化促進作用等の働き¹⁷⁾がある。著者らは過去に、このPOsを配合したチューインガムには、人工的に脱灰したエナメル質や象牙質の再石灰化を促進させる作用があることを報告した^{17~21)}。そこで本研究では、3種類の濃度のPOsを口腔保湿剤に配合し、歯質の再石灰化の促進に最適な濃度の検討を行った。

本研究の評価で用いたナノインデンテーション法は、硬さ試験の一種であり、荷重と押し込み深さから硬度と弾性率の機械的特性を評価する方法である。特徴としては、硬度と弾性率を測定するセンサーであるダイヤモンド圧子が、試料に接触し、圧痕が残るまで荷重をかけるのが硬度であり、圧痕が残らず元の状態に戻る荷重をかけるのが弾性率である。

本研究の結果から、0.1 mNの押し込み荷重では、硬度と弾性率において、また、弾性率における1 mNの押し込み荷重では、D群：0.1%POsが、最も有意に硬度が増加していた。再石灰化の現象は、リン酸カルシウムの沈着と成長といわれていることから^{22~24)}、POsが、脱灰した試料表層に効率よく水溶性のカルシウムイオンを供給したことにより、再石灰化が促進したと考える。SEM像の観察において、D群：0.1%POsがA群：健全歯に最も近似した表層となったことから同じことがいえる。さらに弾性率では、0.1 mN、1 mNのいずれの押し込み荷重においても、D群：0.1%POsは、A群：健全歯と比較して有意差はなかったことから、健全歯と同等の弾性率に増加し、再石灰化の促進が効率よく促進したと考える。著者らの過去の報告²⁰⁾では、ミネラル溶液

に0.07%から2%のPOsを添加すると、より有意にミネラル喪失量が減少し再石灰化が促進した。このことから口腔保湿剤に配合するPOsは0.1%という低濃度で十分に再石灰化を促進するといえる。

また、ミネラル溶液のカルシウムイオンとリン酸イオンも再石灰化の促進に貢献したと考えられる。ミネラル溶液のCa/P比は、再石灰化に最適な1.67に設定した。POsの0.1%という濃度は、ミネラル溶液のCa/P比を極端に変えることなく、効率よくミネラル溶液由来のカルシウムイオンやリン酸イオンが試料表層に沈着したと考える。C群：ミネラル溶液は、硬度と弾性率の増加には貢献しなかったが、SEM像からは、B群：脱灰直後と比較して明らかに象牙細管の大きさが縮小し、封鎖されている画像となったことや、再石灰化の初期には象牙細管の封鎖が始まるという報告²⁵⁾があることから、実際の試料表層には再石灰化の現象が発生していると考えられる。

さらに、硬度と弾性率の増加には、口腔保湿剤の存在も大きな要因の一つと考える。本研究で用いた口腔保湿剤は、保水能力が高いジェルタイプであり、リキッドタイプの口腔保湿剤と比較して水分保持に優れているといわれている²⁶⁾。このことから、試料に塗布した口腔保湿剤の内部に、POsとミネラル溶液由来のカルシウムイオンとリン酸イオンが保持され、持続的に試料表層にミネラルを供給することにより、歯質の再石灰化の促進に寄与したと考える。このことから、今回使用した口腔保湿剤の配合成分であるグリセリン、増粘剤、防腐剤は、POsやミネラル溶液のカルシウムイオンやリン酸イオンによる歯質の再石灰促進には影響がなく、さらに、口腔保湿剤のpHが6.0前後であれば再石灰化の促進には影響がないことが示唆された。

一方、E群：0.25%POsとF群：4%POsの濃度において、0.1 mNの押し込み荷重では、明らかな硬度の増加は認められなかった。これらの濃度だと、再石灰化に最適なミネラル溶液中のCa/P比を変えてしまったため、硬度の増加が認められなかったと推察される。SEM像においても、E群：0.25%POsの試料表面は、B群：脱灰直後と近似している。しかし、弾性率における0.1 mNの押し込み荷重では、F群：4%POsと比較して弾性率が増加していることから、口腔保湿剤の塗布時間、再石灰化の期間の条件によっては、0.1%POsの濃度と同様に歯質を再石灰化させる可能性があると考えられる。

硬度0.1 mNの押し込み荷重では、D群：0.1%POsはわずかではあるが硬度の増加が認められた。しかし、1 mNの押し込み荷重では、すべての群がA群：健全歯と比較して、硬度の増加は認められなかった。1 mNの押し込み荷重は、0.1 mNの押し込み荷重の10倍であることから、D群：0.1%POsが形成していた表層の脆弱な

再石灰化層を容易に突き抜け、試料のより深層の硬度を測定したと考える。そのため再石灰化は、試料表層の再石灰化表層から始まり、より深部へと向かうものと考えられる。再石灰化の進行速度は、脱灰部分に残存するミネラル結晶の密度と大きさに依存することから²⁷⁾、試料の深層においては、依然ミネラルの存在が微少であったと考える。

今後は、0.1%POs 配合口腔保湿剤の塗布時間や再石灰化試験期間の延長を検討し、さらに、0.1%POs 配合口腔保湿剤にカルシウムイオンやリン酸イオン等のミネラルを積極的に配合することで、エナメル質および象牙質の初期う蝕や根面う蝕に対して、有用であるかを検討していく予定である。

結 論

口腔保湿剤に0.1%のPOsを配合することにより、人工的に脱灰した歯根象牙質の表層の硬度と弾性率は増加した。以上の結果から、0.1%POs 配合口腔保湿剤は、口腔乾燥を有する高齢者や要介護者の口腔内の保湿や湿潤を与え、根面初期う蝕の歯質再石灰化を促す効果があると示唆された。

本研究に関して、開示すべき利益相反はない。

文 献

- 厚生労働省：令和4年歯科疾患実態調査結果の概要，<https://www.mhlw.go.jp/content/10804000/001112405.pdf>（最終アクセス日：2023年12月9日）
- 山本一彦，仲川卓範，露木基勝，堀田 聡，栗原 都，井上公秀，前田雅彦，山川延宏，桐田忠昭：口腔乾燥患者における保湿ジェルの効果，日口粘膜誌，11：1～7，2005。
- 伊藤加代子，浅妻真澄，渡部 守，竹石英之，五十嵐敦子，野村修一：口腔乾燥症感を有する患者に対する保湿剤（ウエットケア[®]）の効果，老年歯学，20：63～67，2005。
- 戸谷収二，二宮一智，田中 彰，山口 晃，又賀 泉：口腔保湿剤の効果を見る！—「ウエットキーピング」のドライマウス患者に対する臨床効果—，歯界展望，111：739～743，2008。
- 南 健太郎，大橋明石，佐藤俊郎，大石泰子，岸 光男，岡田英俊，瀬川 洋，廣瀬公治：フッ化物配合口腔保湿剤による根面齲蝕予防の基礎研究，奥羽大歯誌，47：1～6，2020。
- 南 健太郎，大橋明石，瀬川 洋，廣瀬公治：フッ化物配合口腔保湿剤による脱灰歯根象牙質表層の硬度と弾性率の回復に関する基礎的研究，みちのく歯会誌，51：74～76，2020。
- 南 健太郎，大橋明石，佐藤俊郎，大石泰子，岸 光男，柴田達也，廣瀬公治：エナメル質初期う蝕病変に対するフッ化物配合口腔保湿剤による再石灰化促進効果の検討，みちのく歯会誌，52：52～54，2021。
- 農畜産業復興機構：ばれいしょでん粉の糖化工程の副産物から開発された，独自素材「リン酸化オリゴ糖カルシウム」，https://www.alic.go.jp/joho-d/joho08_000538.html（最終アクセス日：2023年12月19日）
- 小椋 智：ナノインデンテーションによるナノ・マイクロスケール構造体の機械的特性評価，溶接学会誌，81：671～676，2012。
- Rugg-Gunn, A. : Preventing the preventable—the enigma of dental caries, *Br. Dent. J.*, 191 : 478～488, 2001.
- 染谷美子，稲葉大輔，米満正美：歯科材料の歯質保護性能試験法の開発，口腔衛生会誌，51：524～525，2001。
- 南 健太郎：エナメル質の脱灰・再石灰化に果たす人工ブラークの役割に関する *in vitro* 研究，口腔衛生会誌，52：48～58，2003。
- Ten Cate, JM, Chaussain-Miller, C. (飯島洋一，監訳)：齲蝕予防における再石灰化メカニズム，歯界展望，109：854～863，2007。
- 古賀 寛，眞木吉信，松久保 隆，高江洲義矩：市販フッ化物洗口剤作用後のエナメル質および歯根面へのFluoride Uptake の *in vitro* における検討，口腔衛生会誌，52：28～35，2002。
- Nagai, Y., Inaba, D., Minami, K. and Matsuda, K. : The effects of fluoride-releasing restorative materials on inhibition of secondary caries *in vitro*, *Cariology Today*, 1 : 16～19, 2000.
- 南 健太郎，永井康彦，稲葉大輔，染谷美子，松田浩一，米満正美：フッ素徐放性歯科材料による歯根象牙質の再石灰化，口腔衛生会誌，51：293～297，2001。
- 釜阪 寛，今井 奨，西村隆久，栗木 隆，西沢俊樹：馬鈴薯デンプン由来リン酸化オリゴ糖のミュータンスレンサ球菌への影響，口腔衛生会誌，52：66～71，2002。
- Kamasaka, H., Inaba, D., Minami, K., Kuriki, T., Imai, S. and Yonemitsu, M. : Remineralization of enamel by phosphoryl-oligosaccharides (POs) supplied by chewing gum ; part I.(salivary assessment *in vitro*), *J. Dent. Hlth.*, 52 : 105～111, 2002.
- Kamasaka, H., Inaba, D., Minami, K., Kuriki, T., Imai, S. and Yonemitsu, M. : Remineralization of enamel by phosphoryl-oligosaccharides (POs) supplied by chewing gum ; part II.(intraoral evaluation), *J. Dent. Hlth.*, 52 : 112～118, 2002.
- Inaba, D., Minami, K., Kamasaka, H. and Yonemitsu, M. : Effects of phosphoryl-oligosaccharide (POs) on remineralization of enamel lesions *in vitro*, *Dent. J. Iwate Med. Univ.*, 27 : 197～202, 2002.
- Inaba, D., Minami, K., Kamasaka, H. and Yonemitsu,

- M. : Intraoral effect of phosphoryl-oligosaccharide calcium on remineralization of enamel Lesions, J. Dent. Hlth., 53 : 8~12, 2003.
- 22) 柳澤考彰 : 齶蝕エナメル質結晶の超微構造 : 日歯医師会誌, 46 : 17~26, 1994.
- 23) Tohda, H., Takuma, S. and Tanaka, N. : Intracrystalline structure of enamel crystals affected by caries, J. Dent. Res., 66 : 1647~1653, 1987.
- 24) Toda, H., Yanagawa, T., Tanaka, N. and Takuma, S. : Growth and fusion of apatite crystals in the remineralized enamel, J. Electron Microsc., 39 : 238~244, 1990.
- 25) Iijima, M., Ishikawa, R., Kawaguchi, K., Ito, S., Saito, T. and Mizoguchi, I. : Effects of pastes containing ion-releasing particles on dentin remineralization, Dent. Mater. J., 38 : 271~277, 2019.
- 26) 黒木まどか, 堀部晴美, 塚本末廣, 日高三郎, 栢 豪洋 : 口腔保湿剤の水分保持能力—温風乾燥時の残存水分量率と残存重量率—, 老年歯学, 26 : 438~443, 2012.
- 27) 稲葉大輔, 高木興氏 : 根面再石灰化の初期過程におけるミネラル量の変化 : 口腔衛生会誌, 42 : 393~398, 1992.
- 著者への連絡先 :** 南 健太郎 〒963-8611 福島県郡山市富田町三角堂 31-1 奥羽大学歯学部口腔衛生学講座
電話 024-932-8983
E-mail : k-minami@den.ohu.ac.jp

A Study on the Remineralization Effect of Root Surface Early Caries Lesions by Phosphoryl-Oligosaccharides (POs) Oral Moisturizer

MINAMI Kentaro, SATO Toshiro¹⁾, KISHI Mitsuo¹⁾ and SEGAWA Hiroshi

Division of Preventive Dentistry, Department of Preventive Dentistry, Ohu University School of Dentistry

¹⁾ Division of Preventive Dentistry, Department of Oral Medicine,

Iwate Medical University, School of Dentistry

Abstract : The purpose of this study was to investigate the concentration that most advanced the remineralization of bovine root dentin that had been demineralized artificially by including three concentrations of phosphoryl-oligosaccharides (POs) in an oral moisturizer.

Bovine teeth root blocks were cut into 36 sections and embedded in a room-temperature-curing resin as one group of six samples. Then, the samples were separated into six groups, group A : Sound, B : Dem, C : Mineral, D : 0.1%POs, E : 0.25%POs, and F : 4%POs.

Groups B to F were immersed in 1% carboxymethylcellulose gel (pH5.0) at 37°C for 5 days to form artificially early caries lesions. Groups C to F were immersed in mineral solution (1.5 mM CaCl₂, 0.9 mM KH₂PO₄, 20 mM Hepes, pH7.0) and left in an incubator at 37°C for 14 days.

For groups D, E and F, after applying each oral moisturizer containing POs to the surface layer, the samples were left in an incubator at 37°C and 100% humidity for 3 hours/day for remineralization.

The results of nanoindentation testing showed that 0.1%POs makes the hardness and elastic modulus increase the most, and its concentration enables effective remineralization, compared to 0.25%POs and 4%POs.

Key words : Phosphoryl-oligosaccharides (POs), Oral moisturizer, Remineralization

原 著

新型コロナウイルス感染症の感染拡大前後における 歯科診療所の年齢階級別の患者数の変化について

—社会医療診療行為別統計による分析—

小 椋 正 之

概要：新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19とする）の感染拡大前後における歯科診療所の患者数の変化を比較するため、令和元年から令和4年の社会医療診療行為別統計より年齢階級別の診療報酬明細書の件数を抽出して比較した。

その結果、①患者数全体では、令和元年を100%とした場合、令和2年は77.2%と大きく減少していた、令和3年は98.6%と令和元年に近づき、令和4年は102.6%とCOVID-19感染拡大前である令和元年を上回った。②10～29歳では令和2年でも減少幅が少なく、令和3年から回復して、COVID-19感染拡大前よりも高い値を示し、令和4年も引き続き高い値を示した。③80歳以上の高齢者は令和3年では回復しなかったが、令和4年から回復してCOVID-19感染拡大前よりも高い値を示した。

また、人口調整を行った年齢階級別の受診率の増減では、①多くは年齢階級別の診療報酬明細書の件数の増減と同じ傾向を示した。②令和2年では、ほとんどの年齢階級で減少が認められたが、15～19歳のみ増加していた。③令和3年は、0～49歳では100%を上回り、50歳以上では100%を下回っていた。④70～79歳では令和4年になっても、COVID-19感染拡大前である令和元年まで回復しなかった。

今後さまざまなデータを用いてCOVID-19がわが国の歯科診療所に与えた影響を検証していくことが必要であると考えられた。

索引用語：新型コロナウイルス感染症、歯科診療所、患者数

緒 言

感染症の予防および感染症の患者に対する医療に関する法律（以下、感染症法とする）の規定に基づき、新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19とする）の位置づけは、これまで、「新型インフルエンザ等感染症（いわゆる2類相当）」としていたが、令和5年4月27日に開催された厚生科学審議会感染症部会において、令和5年5月7日をもってCOVID-19は「新型インフルエンザ等感染症」と認められなくなることを公表した。これに伴い、COVID-19は、令和5年5月8日から感染症法の「5類感染症」に位置づけが変更され、感染症法に基づく入院措置・勧告、外出自粛要請といった制限がなくなり、また、COVID-19の患者の発生動向の把握が全数把

握から定点観測へ移行する¹⁾など、COVID-19への対応は大きく変わることとなった。

日本国内で初めてのCOVID-19の患者が確認された令和2年1月から令和5年5月7日までの3年以上の間、COVID-19はわが国の歯科医療に影響を与えた。たとえば、COVID-19の患者が報道されてから1カ月ほどが経過すると、マスク、消毒用アルコール、個人防護具(PPE)等の物資が歯科診療所においても入手困難となった^{2,3)}。令和2年3月にニューヨークタイムズで歯科医療者がCOVID-19の感染リスクが最も高い職種として報道され、歯科受診のリスクが広く認知されることになった³⁾。その一方、日本歯科医師会は令和2年8月に「新たな感染症を踏まえた歯科診療の指針」をとりまとめ⁴⁾、令和3年11月に当該指針の見直しを行い⁵⁾、標準予防策の徹底や新しい生活様式への対応等を歯科医療関係者へ周知するなど、COVID-19がわが国の歯科医療に与えた影響は大きいと考えられる。

しかし、COVID-19が歯科医療に与えた影響を定量的に検証した報告において、特にわが国の歯科診療所の患

厚生労働省医政局

受付：令和6年1月26日

受理：令和6年3月26日

者数の動向を検証した報告は少ない^{3,6,7)}。

そこで本研究では、COVID-19がわが国の歯科診療所の患者数に与えた影響を検証するため、厚生労働省の社会医療診療行為別統計におけるCOVID-19感染拡大前である令和元年の集計結果とCOVID-19感染拡大後である令和2年、令和3年、令和4年の集計結果の比較を行うとともに、令和元年を100%とした場合の実数の増減の変化、人口調整を行った受診率の増減の変化について検討を行ったので報告する。

対象および方法

政府統計の総合窓口であるe-Stat⁸⁾において、社会医療診療行為別統計の集計結果が掲載されており、これらのうちからCOVID-19感染拡大前である令和元年とCOVID-19感染拡大後である令和2年、令和3年、令和4年の集計結果を使用した。

歯科診療所の患者数の変化を比較するため、令和元年社会医療診療行為別統計の「閲覧1 診療行為の状況」の「歯科診療」の「第4表 歯科診療(歯科診療所) 件数・診療実日数・実施件数・回数・点数、診療行為(細分類)、一般医療-後期医療・年齢階級別」から「歯科診療所の年齢階級別の診療報酬明細書の件数」を抽出し、令和2年、令和3年、令和4年社会医療診療行為別統計からも同様の項目を抽出して比較した(令和3年、令和4年は第7表)。

まず、令和元年、令和2年、令和3年、令和4年の5歳刻みの年齢階級別に、診療報酬明細書の件数、すなわち患者数を比較した。次にCOVID-19感染拡大前である令和元年とCOVID-19感染拡大後である令和2年、令和3年、令和4年の診療報酬明細書の件数の増減を調べるため、5歳刻みの年齢階級別に、COVID-19感染拡大前である令和元年の診療報酬明細書の件数を100%とした場合の令和2年、令和3年、令和4年の割合を算出した。

また、人口調整を行った増減の比較を行うため、総務省統計局⁹⁾が公表している「参考表1 年齢(5歳階級)別人口-総人口、日本人人口(各月1日現在)」から令和元年5月の5歳刻みの年齢階級別人口を抽出し、同様に令和2年、令和3年、令和4年についても各年5月の5歳刻みの年齢階級別人口を抽出した。令和元年、令和2年、令和3年、令和4年の5歳刻みの年齢階級別に診療報酬明細書の件数をそれぞれの年齢階級別人口で除して、年齢階級別の受診率を算出した。次にCOVID-19感染拡大前である令和元年とCOVID-19感染拡大後である令和2年、令和3年、令和4年の受診率の増減を調べるため、5歳刻みの年齢階級別に、COVID-19感染拡大前である令和元年の受診率を100%とした場合の令和2

年、令和3年、令和4年の割合を算出した。

なお、社会医療診療行為別統計の集計結果は、いずれの年も6月審査分であり、そのほとんどが5月診療分の診療報酬明細書となっている。

結 果

わが国の歯科診療所における診療報酬明細書の件数(年齢階級別)を図1に示す。令和元年～令和4年では、診療報酬明細書の件数は70～74歳で最も高く、45～79歳で高い傾向を、また、15～19歳あるいは90歳以上で最も低く、0～4歳、10～29歳、85歳以上で低い傾向を示した。この傾向は、値は異なるものの令和元年～令和4年まですべての年で同様であった。そして、すべての年齢階級において、診療報酬明細書の件数は令和2年が令和元年を下回り、令和3年と令和4年が令和2年を上回っていた。

わが国の歯科診療所の診療報酬明細書の件数の増減(年齢階級別、令和元年を100%とした割合)を図2に示す。診療報酬明細書の件数の総数では、令和元年を100%とした場合、令和2年は77.2%と20%以上減少していた。令和3年は98.6%と令和元年に近づき、令和4年は102.6%とCOVID-19感染拡大前である令和元年を上回る結果となった。

令和元年を100%とした場合、令和2年ではすべての年齢階級において、令和元年より低い割合を示した。そのなかでも65～69歳が68.3%と最も低く、15～19歳が最も高く99.0%となっており、年齢階級別で約30%の差が認められた。10～29歳は80%を上回りほかの年齢と比較すると減少幅は小さくなっており、特に15～19歳では99.0%とCOVID-19感染拡大前である令和元年とほとんど同じ水準であった。10～29歳以外の年齢階級では、いずれも80%を下回っていたが、特に0～4歳の乳幼児、60～84歳の高齢者で低い値を示していた。

令和元年を100%とした場合、令和3年ではいずれの年齢階級でも令和2年を上回っていたが、65～69歳が82.5%と最も低く、10～14歳が115.1%と最も高くなっていった。10～29歳ではいずれも110%を上回って大きく増加しており、65～69歳、75～79歳で低くなっていた。

令和元年を100%とした場合、令和4年ではいずれの年齢階級でも令和2年を上回っていたが、65～69歳が85.9%と最も低く、90歳以上が125.5%と最も高くなっていった。10～14歳、25～29歳、50～54歳、80歳以上で110%を超えて上回っていた。その一方で、0～9歳、40～44歳、60～69歳、75～79歳では令和4年になっても、COVID-19感染拡大前である令和元年まで回復していなかった。

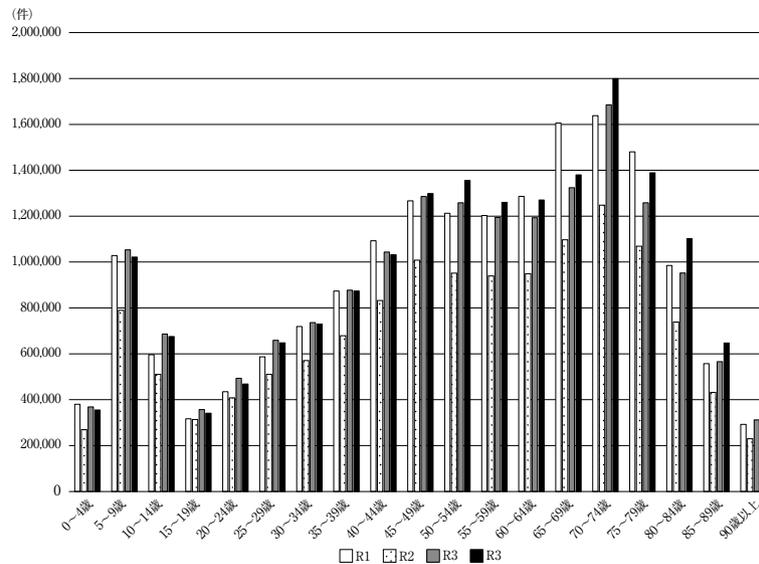


図1 わが国の歯科診療所における診療報酬明細書の件数(年齢階級別)

上記の年齢階級別の診療報酬明細書の件数の増減を簡単にまとめると、①患者数の総数では、令和元年を100%とした場合、令和2年は77.2%と大きく減少していた。令和3年は98.6%と令和元年に近づき、令和4年は102.6%とCOVID-19感染拡大前である令和元年を上回った。②10~29歳では令和2年でも減少幅が少なく、令和3年から回復して、COVID-19感染拡大前よりも高い値を示し、令和4年も引き続き高い値を示した。③80歳以上の高齢者では、令和4年から大きく回復して、COVID-19感染拡大前よりも高い値を示した。

わが国の歯科診療所の受診率の増減(年齢階級別、令和元年を100%とした割合)を図3に示す。人口調整を行った受診率の総数では、令和元年を100%とした場合、令和2年が77.3%、令和3年が98.9%、令和4年が103.5%と図2と図3で、ほぼ同様の変化を示した。

5歳刻みの年齢階級別で比較した場合、図2と図3で多くは同じ傾向を示したが、年齢階級によっては100%を境に増加と減少が逆転しているものも認められた。たとえば、令和3年と令和4年ともに図2の0~4歳、40~44歳では100%に達していないが、図3では100%を超える結果となった。また、令和3年と令和4年ともに図2の70~74歳では100%を超えているが、図3では100%に達していなかった。

令和元年を100%とした場合、令和2年では、15~19歳のみ101.1%と令和元年よりも増加しており、それ以外の年齢階級では減少していた。そのなかでも0~4歳が72.2%、65~69歳が72.9%、70~74歳が71.5%、75~79歳が72.1%と低くなっていた。10~34歳は80%を上回りほかの年齢と比較すると減少幅は小さくなっていた。

令和元年を100%とした場合、令和3年ではすべての年齢階級で令和2年を上回っていたが、70~74歳は90.5%、75~79歳は90.0%と特に低い値を示した。また、0~49歳では100%を上回り、50歳以上では100%を下回っていた。

令和元年を100%とした場合、令和4年ではいずれの年齢階級でも令和2年を上回っていた。70~79歳では令和4年になっても、COVID-19感染拡大前である令和元年まで回復していなかった。

人口調整を行った年齢階級別の受診率の増減を簡単にまとめると、①多くは年齢階級別の診療報酬明細書の件数の増減と同じ傾向を示した。②令和2年では、ほとんどの年齢階級で減少が認められたが、15~19歳のみ増加していた。③令和3年は、0~49歳では100%を上回り、50歳以上では100%を下回っていた。④70~79歳では令和4年になっても、COVID-19感染拡大前である令和元年まで回復しなかった。

考 察

本研究では5歳刻みの年齢階級を用いて、COVID-19感染拡大前後の診療報酬明細書の件数、すなわち患者数を比較した。COVID-19感染拡大前の令和元年とCOVID-19感染拡大後の令和2年、3年、4年を比較したところ、診療報酬明細書の件数は70~74歳で最も高く、45~79歳で高い傾向を、また、15~19歳あるいは90歳以上で最も低く、0~4歳、10~29歳、85歳以上で低い傾向を示した。これはCOVID-19感染拡大前後で数値は異なるものの、傾向は同じであった。

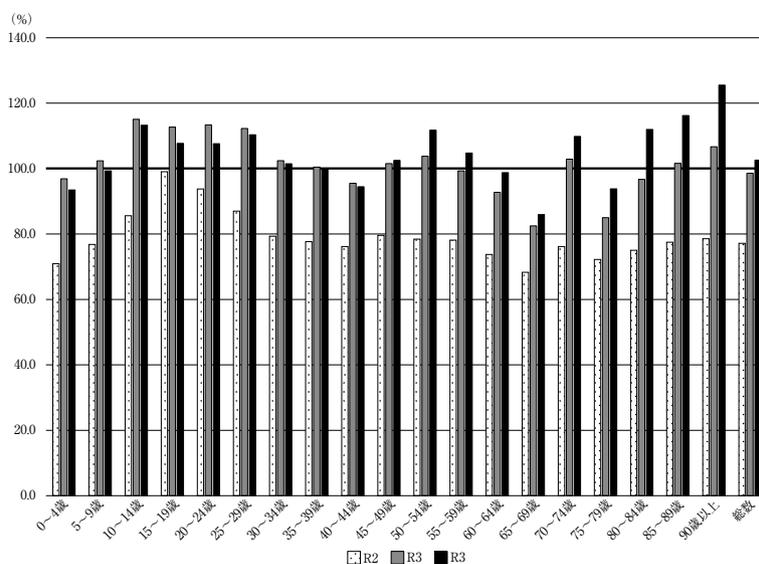


図2 わが国の歯科診療所における診療報酬明細書の件数の増減 (年齢階級別, 令和元年を100%とした割合)

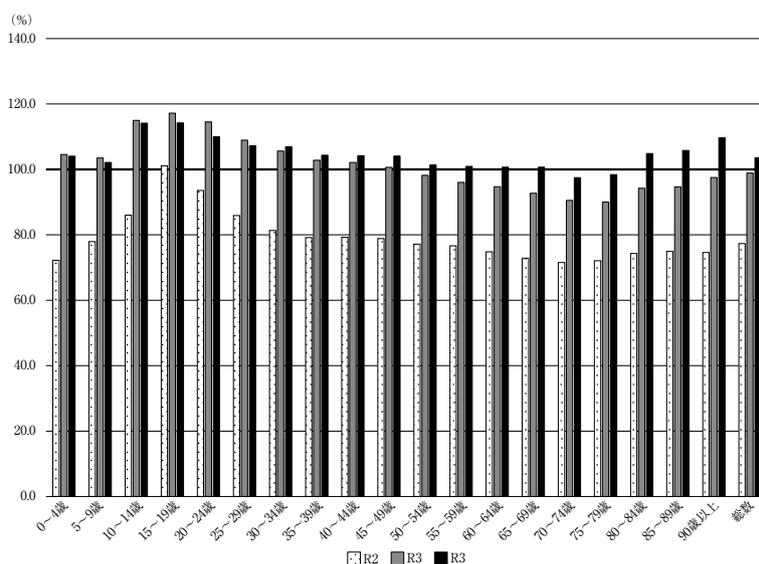


図3 わが国の歯科診療所における受診率の増減 (年齢階級別, 令和元年を100%とした割合)

COVID-19感染拡大前の令和元年の年齢階級別の診療報酬明細書, すなわち患者数を100%として, 令和2年, 3年, 4年の増減を比較した結果, ①患者数の総数では, 令和元年を100%とした場合, 令和2年は77.2%と大きく減少していた. 令和3年は98.6%と令和元年に近づき, 令和4年は102.6%とCOVID-19感染拡大前である令和元年を上回った. ②10~29歳では令和2年でも減少幅が少なく, 令和3年から回復して, COVID-19感染拡大前よりも高い値を示し, 令和4年も引き続き高い値を示した. ③80歳以上の高齢者では, 令和4年から大きく

回復して, COVID-19感染拡大前よりも高い値を示した.

また, 人口調整を行った年齢階級別の受診率の増減では, ①多くは年齢階級別の診療報酬明細書の件数の増減と同じ傾向を示した. ②令和2年では, ほとんどの年齢階級で減少が認められたが, 15~19歳のみ増加していた. ③令和3年は, 0~49歳では100%を上回り, 50歳以上では100%を下回っていた. ④70~79歳では令和4年になっても, COVID-19感染拡大前である令和元年まで回復しなかった.

年齢階級別の診療報酬明細書の件数, すなわち患者数

の増減はCOVID-19感染拡大の影響だけでなく、年齢階級別の人口の増減の影響も受けるため、調整する必要がある。そこで、診療報酬明細書の件数の実数だけを令和元年と比較した図2だけでなく、人口で調整した受診率を令和元年と比較した図3を作成した。図2は人口の増減の影響を含んだものであり、人口の増減の影響を排除した図3のほうがCOVID-19感染拡大の影響を純粹に表現していると考えられる。人口の増減の影響を含んだ図2と人口の増減の影響を排除した図3は使い分ける必要があり、COVID-19感染拡大の影響を純粹に知るためには図3が望ましいが、たとえば、国の実勢の動向を把握したい場合や個人開業医が自分の歯科診療所の患者の動向と比較する場合などは図2のほうが望ましいと考えられる。

小山ら⁶⁾は、2020年(令和2年)5月に行った調査において、20歳台以下、30歳台、40歳台、50歳台、60歳台以上の年齢階級を用い、20歳台以下と比較して50歳台では歯科受診に対して強い不安を抱く割合が有意に低くなっていることを報告している。また、竹田ら⁷⁾は、2020年(令和2年)9月に行った調査において、65歳未満、65歳以上の年齢階級を用い、65歳未満の者では、65歳以上の者と比較して受診を控えた者の割合が大きくなっていることを報告しており、これらは本研究の結果と異なっていた。これらの研究では年齢を大まかに区分しており、5歳刻みで比較している本研究とは比較方法が異なっている。たとえば、本研究において令和2年における増減については、0~4歳では大きく減少しているが、15~19歳ではほとんど減少していなかったことから、大きく20歳台以下として比較することは困難であると考えられる。COVID-19感染拡大前よりもCOVID-19感染拡大後に患者数が減少することに関しては一致していたが、年齢階級の切り口が同じでないことだけでなく、調査方法、調査対象者が異なることなどから一概に比較することは困難であると考えられた。

本研究において、令和2年でも10~29歳、10~34歳の減少幅が少ないことが認められた。その一方で、令和2年の0~4歳、65~69歳、70~79歳では約30%と最も減少していた。これらの原因は不明であるが、COVID-19についてマスコミなどを通じ、高齢者と基礎疾患のある者は注意することや、若者は無症状や軽症者が多いことが多く報道されていたことも関係した可能性がある。高齢者と呼ばれる65歳以上で受診を控え、また、小山ら¹⁰⁾は、受診控えの割合の高かった診療科は2020年調査で小児科48.2%であることを報告しており、0~4歳の乳幼児は受診を控えた可能性がある。

また、社会医療診療行為別統計の集計結果は、いずれの年も6月審査分、すなわち5月診療分の診療報酬明細

書となっており、本研究の分析には限界があると考えられる。さらに、令和2年4月7日、政府は7都府県を対象に緊急事態宣言を発出し、4月16日には、その対象を47都道府県に拡大した。5月4日、緊急事態宣言を5月31日まで延長することを決定した。その後、感染者数は減少し、入院病床、宿泊療養施設等にも余裕が出てきたため、5月14日に39県での非常事態宣言の解除、5月25日に全面的解除が行われた¹¹⁾。令和2年6月審査分(令和2年5月診療分)の診療報酬明細書のほとんどは、このような特殊な環境下において診療されたものであることを考慮する必要がある。

小山ら¹⁰⁾は、受診控えの割合の高かった診療科は2020年調査で歯科61.5%、内科59.2%、小児科48.2%、2021年調査で内科29.9%、歯科27.5%、耳鼻咽喉科17.4%としており、いずれの調査でも歯科の受診控えの割合が高いことを報告している。これは他診療科に比較して、歯科への影響が大きいことを示しており、今後もNDBオープンデータ等のさまざまなデータを用いてCOVID-19がわが国の歯科診療所に与えた影響を検証していくことが必要であると考えられた。

結 論

COVID-19感染拡大前の令和元年の年齢階級別の診療報酬明細書を100%として、令和2年、令和3年、令和4年の患者数の増減を比較した結果、①患者数の総数では、令和元年を100%とした場合、令和2年は77.2%と大きく減少していた。令和3年は98.6%と令和元年に近づき、令和4年は102.6%とCOVID-19感染拡大前である令和元年を上回った。②10~29歳では令和2年でも減少幅が少なく、令和3年から回復して、COVID-19感染拡大前よりも高い値を示し、令和4年も引き続き高い値を示した。③80歳以上の高齢者では、令和4年から大きく回復して、COVID-19感染拡大前よりも高い値を示した。

また、人口調整を行った年齢階級別の受診率の増減では、①多くは年齢階級別の診療報酬明細書の件数の増減と同じ傾向を示した。②令和2年では、ほとんどの年齢階級で減少が認められたが、15~19歳のみ増加していた。③令和3年は、0~49歳では100%を上回り、50歳以上では100%を下回っていた。④70~79歳では令和4年になっても、COVID-19感染拡大前である令和元年まで回復しなかった。

本論文に関し開示すべき利益相反はありません。

文 献

- 1) 厚生労働省：新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に係る新型インフルエンザ等感染症から5類感染症への移行について，<https://www.mhlw.go.jp/content/001091810.pdf>（最終アクセス日：令和5年12月30日）
- 2) 島村 大：国政の立場から今後の歯科医療の展望，医科歯科格差の是正，国際歯学士日本部会誌，52：8～15，2021.
- 3) 深井穂博：COVID-19が日本の口腔保健・歯科医療に与えたインパクト，日健教誌，30：181～189，2022.
- 4) 日本歯科医師会：「新たな感染症を踏まえた歯科診療の指針」，https://www.jda.or.jp/dentist/coronavirus/upd/file/20200811_coronavirus_shikashinryoushishin.pdf（最終アクセス日：令和5年12月30日）
- 5) 日本歯科医師会：「新たな感染症を踏まえた歯科診療の指針」第2版，https://www.jda.or.jp/dentist/coronavirus/upd/file/20211115_coronavirus_shikashinryoushishin2.pdf（最終アクセス日：令和5年12月30日）
- 6) 小山史穂子，竹内研時：COVID-19感染拡大下における歯科受診行動—どんな人が歯科受診に不安を抱いているのか—，口腔衛生会誌，70：168～174，2020.
- 7) 竹田飛鳥，福田英輝，北原俊彦，横山徹爾：新型コロナウイルス感染症緊急事態宣言時における歯科受診行動とその関連要因，日本公衛誌，69：183～190，2022.
- 8) 統計センター（e-Stat）：社会医療診療行為別統計，<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450048&tstat=000001029602>（最終アクセス日：令和5年12月30日）
- 9) 総務省統計局：人口推計（2019年（令和元年）10月1日現在）—全国：年齢（各歳），男女別人口・都道府県：年齢（5歳階級），男女別人口—，<https://www.stat.go.jp/data/jinsui/2019np/index.html>（最終アクセス日：令和6年3月10日）
- 10) 小山史穂子，勝見友一，尾谷仁美，宮代 勲：地域住民における緊急事態宣言期間の診療科別医療機関受診控えと受診困難状況，日本公衛誌，69：957～963，2022.
- 11) 岡部信彦：これまでの出来事の総括（chronology），日内会誌，109：2264～2269，2020.

著者への連絡先：小椋正之 〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2 厚生労働省医政局
 電話 03-5253-1111, FAX 03-3595-8687
 E-mail：ogura-masayuki@mhlw.go.jp

Changes in the Number of Patients by Age Group at Dental Clinics Before and After the Spread of the COVID-19 Pandemic : Based on Analysis of Statistics of Medical Care Activities in Public Health Insurance

OGURA Masayuki

Health Policy Bureau, Ministry of Health, Labour and Welfare

Abstract : In order to compare changes in the number of patients at dental clinics before and after the COVID-19 pandemic, we used “Statistics of Medical Care Activities in Public Health Insurance” from 2019 to 2022.

As a result, (1) 2020 showed the lowest number in all age groups ; (2) for those aged 10-29, the number recovered from 2021 and exceeded the value before the pandemic, and continued to show a high value in 2022 ; and (3) although the number of elderly aged 80 and over did not recover in 2021, it recovered from 2022 and exceeded the value before the pandemic. Next, when we look at the population-adjusted rates of visits to dental clinics by age group, (1) most of them showed the same trend as the increase/decrease in the number of patients by age group ; (2) in 2020, a decrease was observed in most age groups, but an increase was observed among those aged 15 to 19 ; (3) in 2021, it was above 100% for those aged 0-49 and below 100% for those aged 50 and over ; and (4) for those aged 70-79, it did not recover until 2019, before the pandemic, even in 2022.

It is considered necessary to continue to examine the impact of the COVID-19 pandemic on dental clinics in Japan using a variety of data.

Key words : COVID-19, Dental clinic, Number of patients

|||||
原 著
|||||

医療のデジタルトランスフォーメーション政策に対応する 歯科診療所の視点

—施設基準の届出状況を指標とした外部環境分析—

野村 眞弓^{1,2)} 尾崎 哲則²⁾

概要：本研究は、国が推進する医療のデジタルトランスフォーメーション（DX）政策を歯科医療における経営環境の変化として捉えて、経営戦略のマクロ環境分析の PEST（Political, Economic, Social, Technological Environment）分析の枠組みを用いて、診療報酬の施設基準の届け出率を政策の指標として分析し、医療 DX 政策への歯科診療所の今後の対応方策への視点を得ることを試みた。施設基準は、医療 DX 推進政策で実現を目指すとしてされる下記①～③を用いた：①国民のさらなる健康増進には、かかりつけ歯科医機能の強化に関する施設基準「か強診」、②切れ目なくより質の高い医療等の効率的な提供には、在宅療養の支援に関する「歯援診 1・2」、③医療機関等の業務効率化には、CAD/CAM に関する「歯 CAD」。PEST 分析の P は、医療提供体制の課題とされているかかりつけ歯科医と体制整備が図られている在宅歯科医療に関する施設基準、E は歯科医療費を負担する地域住民の所得、S は地域の人口と歯科医療提供体制、T は歯科医療のデジタル技術応用の代表ともいえる CAD/CAM に関する施設基準を当てはめた。はじめに 2023 年 2 月 1 日（一部は 1 月 1 日）現在の各地方厚生局の指定保険歯科医療施設数に対する各項目と「3 種届出」の届出率を算出した。次に都道府県ごとの届出率と、都道府県ごとの直近と 10 年前の人口の高齢化率、一人当たり県民所得、人口 10 万対歯科診療所数との相関関係を分析した。その結果、全国集計では 8 割以上の施設が「歯 CAD」を届け出ており、その普及が進んでいることがうかがえたが、「か強診」と「歯援診 1・2」は 2 割に達していなかった。また、それらをすべて届け出ている施設「3 種届出」は 1 割未満と低かった。歯科医療経営のマクロ環境の PEST 分析から、医療 DX 推進政策が目指す 3 つの目標について、関連する施設基準の届出状況が地域の歯科診療所内での対応を分析する手がかりとなる可能性が示された。また、3 つの目標の実現に関連する「かかりつけ歯科医の機能強化」や「在宅歯科医療の推進」のための施設基準の届出率は、10 年前の地域の人口の高齢化率と弱い関係性を示していたことから、地域の高齢化率の予測がその地域の歯科診療所の経営戦略に影響する可能性が示唆された。

索引用語：医療デジタルトランスフォーメーション政策、診療報酬の施設基準、かかりつけ歯科医、在宅歯科医療、人口の高齢化

緒 言

「経済財政運営と改革の基本方針 2022」¹⁾に基づいて、国民の健康記録や医療情報の共有による切れ目なく質の高い医療の受療の実現を目指す「医療のデジタルトランスフォーメーション（DX）政策」が推進されている。内閣府に設置された医療 DX 推進本部は、2026（令和 8）年度までの「医療 DX の推進に関する工程表」²⁾を 2023 年

6 月 2 日に決定している。この工程表では、DX について“Digital Transformation（デジタルトランスフォーメーション）の略称で、デジタル技術によって、ビジネスや社会、生活の形・スタイルを変える（Transform する）こととされている”としたうえで、“医療 DX とは、保健・医療・介護の各段階（疾病の発症予防、受診、診察・治療・薬剤処方、診断書等の作成、申請手続き、診療報酬の請求、医療介護の連携によるケア、地域医療連携、研究開発など）において発生する情報に関し、その全体が最適化された基盤を構築し、活用することを通じて、保健・医療・介護の関係者の業務やシステム、データ保存の外部化・共通化・標準化を図り、国民自身の予防を促進し、より良質な医療やケアを受けられるように、社

¹⁾ ヘルスケアリサーチ株式会社

²⁾ 日本大学歯学部

受付：令和 6 年 1 月 31 日

受理：令和 6 年 2 月 19 日

医療DXの推進に関する工程表〔全体像〕

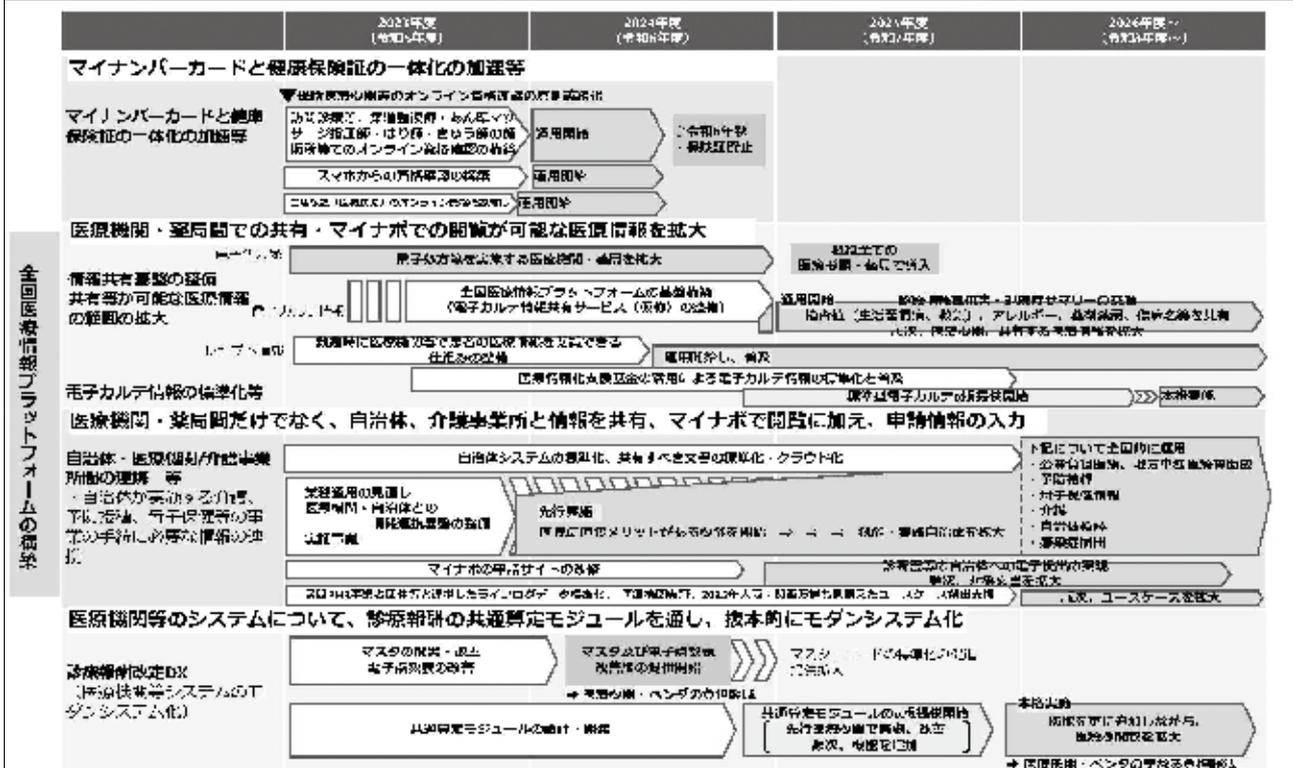


図1 医療DXの推進に関する工程表〔全体像〕(文献³⁾より引用)

会や生活の形を変えていくこと”と定義している。そのうえで、2030年を目標に、①国民のさらなる健康増進、②切れ目なくより質の高い医療等の効率的な提供、③医療機関等の業務効率化、④システム人材等の有効活用、⑤医療情報の二次利用の環境整備の5点の実現を目指して関連する仕組みを整備するとしている。具体的には、「マイナンバーカードと健康保険証の一体化」「全国医療情報プラットフォーム」「電子カルテ情報の標準化、標準型電子カルテの検討」「診療報酬改定DX」が同時に進行していくことが工程表の全体像に示されている(図1)³⁾。

このようなデジタル技術あるいは情報通信技術 (ICT) を利活用した保健・医療・介護の将来像に向けた政策は、2001 (平成13) 年の「医療制度改革大綱」⁴⁾における“電子カルテ・レセプト電算化などの医療のIT化の推進”以降、2012 (平成24) 年の「社会保障と税の一体改革」⁵⁾、その後の「全世代型社会保障の構築」⁶⁾にいたる医療・介護制度改革のなかに組み込まれてきた。医療や介護の提供体制面では、いわゆる団塊の世代が後期高齢者になる時期を見据えた在宅 (歯科) 医療、地域医療構想、かかりつけ (歯科) 医、地域包括ケアシステム等の整備が図られている。しかし、個々の医療施設が期待される

ように政策に対応するかは、それぞれの経営判断による。すでに著者らは先に発表した論文において、現在のデジタル歯科医療 (Digital Dentistry) は院内の治療や管理運営面といった院内完結型のDXと捉えることができ、院外とのデジタルベースでのつながりを国の医療DX政策に沿うように強化・促進することが急がれると指摘した⁷⁾。

そこで本研究は、医療DX政策を歯科医療における経営環境の変化として捉え、診療報酬の施設基準が政策誘導に果たす役割に着目した。都道府県別の施設基準の届出状況を地域の歯科診療所の経営判断の集合的な指標とみなし、経営戦略のマクロ環境分析のPEST (Political, Economic, Social, Technological Environment) 分析の枠組み⁸⁾を用いて分析し、国の医療DX政策への今後の対応方策の視点を得ることを試みた。

資料および方法

1. 施設基準届出状況の集計

はじめに「医療DXの推進に関する工程表」の実現目標のうち歯科診療所の実務に関連する3つの目標に関連

する診療報酬の施設基準の都道府県届出状況を集計した。

集計対象とした施設基準項目は、①国民のさらなる健康増進に関しては「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所（受理記号：か強診）」、②切れ目なくより質の高い医療等の効率的な提供に関しては「在宅療養支援歯科診療所1・2（受理記号：歯援診1・2）」、③医療機関等の業務効率化に関しては「CAD/CAM冠およびCAD/CAM（受理記号：歯CAD）」の3種である。

集計方法は、2023年3月2日にアクセスした時点で公開されていた2月1日現在（一部の県は1月1日現在）の都道府県ごとの歯科の保険医療機関として指定されている歯科診療所数（以下、保険歯科診療所数）と、受理記号「か強診」「歯援診1・2」「歯CAD」およびその3種を同時に届けている歯科診療所を「3種届出」として届出数を集計し、保険歯科診療所数に対する届出率を算出した。その際に、都道府県によっては歯科を有する病院が歯科診療所の届出施設に含まれていたが、いずれも1〜3施設であるため、歯科の保険医療機関は歯科診療所とした。

2. PEST分析の枠組み設定

次にPEST分析の枠組みに、P（Political）は「全世代型社会保障の構築」の医療提供体制で取り組む課題とされているかかりつけ歯科医と、それ以前から体制整備が図られている在宅歯科医療に関する施設基準、E（Economic）は歯科医療費を負担する地域住民の所得、S（Social）は地域の人口と歯科医療提供体制、T（Technological Environment）は歯科医療のデジタル技術応用の代表ともいえるCAD/CAMに関する施設基準を当てはめた。

3. 政策と人口、経済、歯科医療提供体制との関係の分析

設定した枠組みを用いて、現行の「全世代型社会保障の構築」の前提となった「社会保障と税の一体改革」が開始された2012年と直近の統計から、都道府県別の歯科医療施設の施設基準の届け出状況の関係性について分析を試みた。この時間軸は、「社会保障と税の一体改革」に関連する政策的な誘導が行われた時期をカバーするものである。都道府県を単位としたのは、都道府県が医療計画の作成主体であることと、施設基準の届け出状況は地方厚生局が都道府県単位で公表していること、各種の統計資料も都道府県単位で集計されていたことから、同レベルで指標を扱えるためである。

Pは「か強診」と「歯援診1・2」の届出率、Eは内閣府経済社会総合研究所の県民経済計算から2011年と2020年の一人当たり県民所得、Sの地域の人口は総務省統計局の人口推計から都道府県ごとの2010年と2022年

の65歳以上の人口比率（以下、高齢化率）、Sの歯科医療提供体制は厚生労働省保険統計局の医療施設調査から2010年と2022年の人口10万対歯科診療所数を集計した。前項で算出した都道府県ごとの「か強診」「歯援診1・2」「歯CAD」および「3種届出」の届出率と、これらの人口、経済、医療提供体制に関する指標との相関関係を、Microsoft Excel for Microsoft 365 MSO ver. 2312（Microsoft, US）のCORREL関数を用いてピアソンの積率相関係数で分析した。相関関係は、係数(r)が0.0〜±0.2はほとんど相関がない、±0.2〜±0.4は正または負の弱い相関、±0.4〜±0.7は正または負の相関がみられると区分した。

結 果

1. 施設基準「か強診」「歯援診1・2」「歯CAD」の届出率

2023年2月1日現在（一部は1月1日現在）の都道府県別と全国で集計した歯科診療所数、施設基準「か強診」「歯援診1・2」「歯CAD」と「3種届出」の届出数、歯科保険医療施設数に対する届出率を表1に示した。

歯科保険医療施設は全国で67,592施設あり、施設基準の届出では「歯CAD」が56,574施設（83.7%）と、取り上げた3種の施設基準のなかでは最も多かった。「か強診」は12,216施設（18.1%）、「歯援診1」または「歯援診2」を届け出ている施設は8,716施設（12.9%）と「か強診」の届出の1/5〜1/6にとどまっていた。そのため、「3種届出」も5,906施設（8.7%）と少なかった。

都道府県によって各項目の届出率には違いがあり、全国で83.7%の届出があった「歯CAD」は、最も高かった徳島県が95.5%で最も低かった東京都でも76.7%と、その差は20%程度であった。

一方、「か強診」は最多の長崎県32.2%と最少の沖縄県7.8%では4.1倍、「歯援診1・2」は最多の島根県32.4%と最少の沖縄県5.9%では5.5倍と、届出率に差があった。「3種届出」も「か強診」「歯援診1・2」の届出率と同様な差を示していた。

表2は、「3種届出」の届出率が高い10県と低い10都県の「か強診」「歯援診1・2」「歯CAD」の届出率をまとめたものである。各項目の全国集計よりも高い届出率を太字で示したところ、「3種届出」の届出率が高い10県は、「3種届出」「か強診」「歯援診1・2」の3項目すべてが全国集計より高く、「歯CAD」では2県が全国集計より低かった。一方、「3種届出」の届出率が低い10都県では、「歯CAD」で5県が、「か強診」で1県が全国集計より高かったものの、「歯援診1・2」では10都県とも全国集計より低かった。

表1 都道府県別保険歯科診療所数と施設基準「か強診」「歯援診1・2」「歯CAD」の届出数および届出率（2023年1月1日/2月1日現在）

都道府県	保険歯科診療所数	か強診		歯援診1・2		歯CAD		3種届出	
		届出数	届出率(%)	届出数	届出率(%)	届出数	届出率(%)	届出数	届出率(%)
北海道	2,785	441	15.8	331	11.9	2,422	87.0	229	8.2
青森県	494	81	16.4	74	15.0	397	80.4	49	9.9
岩手県	545	109	20.0	111	20.4	450	82.6	61	11.2
宮城県	1,041	152	14.6	97	9.3	890	85.5	62	6.0
秋田県	416	67	16.1	70	16.8	343	82.5	42	10.1
山形県	462	130	28.1	97	21.0	404	87.4	69	14.9
福島県	829	95	11.5	53	6.4	708	85.4	30	3.6
茨城県	1,379	214	15.5	123	8.9	1,155	83.8	79	5.7
栃木県	971	118	12.2	69	7.1	784	80.7	55	5.7
群馬県	960	111	11.6	79	8.2	815	84.9	42	4.4
埼玉県	3,560	478	13.4	346	9.7	2,943	82.7	204	5.7
千葉県	3,259	398	12.2	310	9.5	2,698	82.8	196	6.0
東京都	10,517	1,181	11.2	669	6.4	8,065	76.7	429	4.1
神奈川県	4,928	1,011	20.5	664	13.5	4,055	82.3	496	10.1
新潟県	1,177	157	13.3	130	11.0	1,023	86.9	68	5.8
富山県	431	97	22.5	55	12.8	360	83.5	45	10.4
石川県	476	88	18.5	40	8.4	396	83.2	25	5.3
福井県	312	57	18.3	34	10.9	269	86.2	20	6.4
山梨県	451	114	25.3	46	10.2	359	79.6	38	8.4
長野県	981	287	29.3	199	20.3	847	86.3	145	14.8
岐阜県	992	255	25.7	222	22.4	823	83.0	152	15.3
静岡県	1,725	282	16.3	198	11.5	1,427	82.7	137	7.9
愛知県	3,679	930	25.3	628	17.1	3,158	85.8	490	13.3
三重県	837	175	20.9	126	15.1	663	79.2	89	10.6
滋賀県	562	66	11.7	52	9.3	461	82.0	23	4.1
京都府	1,263	212	16.8	176	13.9	1,044	82.7	114	9.0
大阪府	5,440	1,138	20.9	882	16.2	4,700	86.4	593	10.9
兵庫県	2,922	754	25.8	472	16.2	2,529	86.6	334	11.4
奈良県	676	97	14.3	73	10.8	546	80.8	53	7.8
和歌山県	527	52	9.9	53	10.1	414	78.6	31	5.9
鳥取県	258	47	182.0	45	17.4	211	81.8	29	11.2
島根県	253	65	25.7	82	32.4	210	83.0	47	18.6
岡山県	996	245	24.6	144	14.5	849	85.2	98	9.8
広島県	1,496	329	22.0	240	16.0	1,309	87.5	156	10.4
山口県	641	136	21.2	115	17.9	562	87.7	76	11.9
徳島県	425	100	23.5	120	28.2	406	95.5	68	16.0
香川県	473	135	28.5	89	18.8	431	91.1	67	14.2
愛媛県	649	175	27.0	132	20.3	589	90.8	95	14.6
高知県	347	48	13.8	36	10.4	306	88.2	22	6.3
福岡県	3,057	606	19.8	436	14.3	2,680	87.7	290	9.5
佐賀県	401	128	31.9	112	27.9	356	88.8	86	21.4
長崎県	702	226	32.0	179	25.5	605	86.2	141	20.1
熊本県	875	270	30.9	206	23.5	763	87.2	148	16.9
大分県	511	97	19.0	67	13.1	459	89.8	40	7.8
宮崎県	499	98	19.6	75	15.0	436	87.4	50	10.0
鹿児島県	799	116	14.5	123	15.4	721	90.2	68	8.5
沖縄県	613	48	7.8	36	5.9	533	86.9	25	4.1
全国	67,592	12,216	18.1	8,716	12.9	56,574	83.7	5,906	8.7

資料：各地方厚生局のホームページ（最終アクセス日：2023年3月2日）

表 2 施設基準「3種届出」届出率が高い県と低い県の「か強診」「歯援診1・2」「歯CAD」の届出率

都道府県	3種届出 (%)	か強診 (%)	歯援診1・2 (%)	歯CAD (%)	都道府県	3種届出 (%)	か強診 (%)	歯援診1・2 (%)	歯CAD (%)		
3種届出率が高い	佐賀県	21.4	31.9	27.9	88.8	3種届出率が低い	福島県	3.6	11.5	6.4	85.4
	長崎県	20.1	32.2	25.5	86.2		沖縄県	4.1	7.8	5.9	86.9
	島根県	18.6	25.7	32.4	83.0		東京都	4.1	11.2	6.4	76.7
	熊本県	16.9	30.9	23.5	87.2		滋賀県	4.1	11.7	9.3	82.0
	徳島県	16.0	23.5	28.2	95.5		群馬県	4.4	11.6	8.2	84.9
	岐阜県	15.3	25.7	22.4	83.0		石川県	5.3	18.5	8.4	83.2
	山形県	14.9	28.1	21.0	87.4		栃木県	5.7	12.2	7.1	80.7
	長野県	14.8	29.3	20.3	86.3		茨城県	5.7	15.5	8.9	83.8
	愛媛県	14.6	27.0	20.3	90.8		埼玉県	5.7	13.4	9.7	82.7
	香川県	14.2	28.5	18.8	91.1		新潟県	5.8	13.3	11.0	86.9

太字：全国集計の届出率より高い

表 3 3種の施設基準届出率と人口、経済、歯科医療体制との相関分析 (相関係数)

		3種届出	P：か強診	P：歯援診1・2	T：歯CAD
S：人口	高齢化率-2010年	0.41	0.34	0.51	0.26
	高齢化率-2022年	0.36	0.25	0.44	0.28
S：歯科医療提供体制	人口10万対歯科診療所数-2010年	-0.07	-0.08	-0.11	-0.09
	人口10万対歯科診療所数-2022年	-0.02	-0.01	-0.06	0.00
E：経済	一人当たり県民所得-2011年	-0.23	-0.16	-0.26	-0.37
	一人当たり県民所得-2020年	-0.24	-0.16	-0.26	-0.39
	一人当たり県民所得（除く東京都）-2011年	-0.13	0.00	-0.17	-0.18
	一人当たり県民所得（除く東京都）-2020年	-0.15	0.00	-0.16	-0.20

相関係数：ピアソンの積率相関係数

領域の略称：P (Political), E (Economic), S (Social), T (Technological Environment)

※ $r=0.0\sim\pm 0.2$ ：ほとんど相関がない, $\pm 0.2\sim\pm 0.4$ ：正または負の弱い相関がある, $\pm 0.4\sim\pm 0.7$ ：正または負の相関がある, $\pm 0.7\sim\pm 1.0$ ：正または負の強い相関がある

2. 3種の施設基準届出率と人口、経済、歯科医療体制との関係

各都道府県の3種の施設基準届出率と、2010年と2020年の高齢化率、2011年と2020年の一人当たり県民所得、2010年と2022年の人口10万対歯科診療所数との相関係数を表3に示した。

「歯援診1・2」は2010年の高齢化率に対し0.51、2022年の高齢化率とは0.44とやや相関がみられた。「か強診」も2010年の高齢化率とは0.34、「3種届出」も2010年の高齢化率とは0.41、2022年の高齢化率とは0.36と、人口の高齢化率指標、特に10年前の人口の高齢化率指標と相関する傾向がみられた。

一方で、「歯CAD」は2011年の一人当たり県民所得に対し-0.37、2020年の一人当たり県民所得とは-0.39と、経済に関する指標に対して弱い逆相関がみられた。しかし、図2の「歯CAD」と一人当たり県民所得2011

1人当たり県民所得（千円）

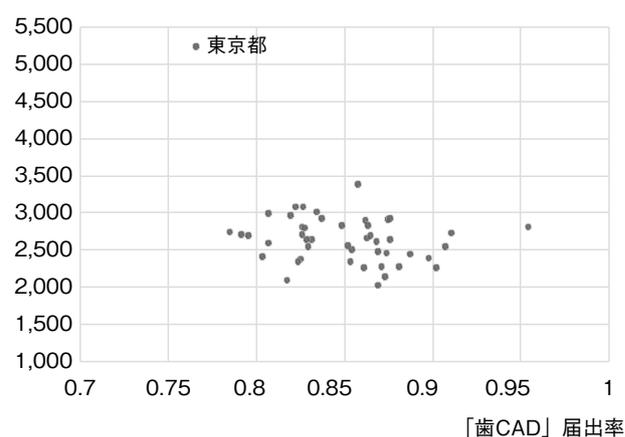


図 2 「歯CAD」届出率と1人当たり県民所得2011年の散布図

年の散布図では、県民所得が5,000,000円を超える東京都が外れ値となっている。そこで、東京都を除く道府県の一人当たり県民所得との相関係数を再計算すると、相関はみられなくなった(表3)。

考 察

国が推進している医療のデジタルトランスフォーメーション(DX)政策は、2023年6月にDX推進本部が決定した「医療DXの推進に関する工程表」²⁾でその具体的な施策が明らかになった。「マイナンバーカードと健康保険証の一体化」「全国医療情報プラットフォーム」「電子カルテ情報の標準化、標準型電子カルテの検討」「診療報酬改定DX」という具体的な施策は、2030年を目途に医療機関、薬局、介護事業所、行政等の保健・医療・介護に係る事業主体と国民が“デジタル化された情報”でつながる環境の構築を目指している。その基本的な考え方には、“国民のさらなる健康増進”“切れ目なくより質の高い医療等の効率的な提供”“医療機関等の業務効率化”“医療情報の二次利用の環境整備”といったこれまでの医療制度改革や社会保障改革のなかで進められてきた政策が反映されている。これらの社会保障改革の実現手段としての診療報酬改定については、診療報酬改定のプロセスを解説した遠藤⁹⁾が、2013年8月の社会保障制度改革国民会議(国民会議)の報告書¹⁰⁾を契機に診療報酬の改定が行われていること、診療報酬は看護配置や施設基準のように医療の構造(Structure)を評価する視点が圧倒的に多いと述べている。また、医療経営学について経済学と経営学のさまざまなアプローチから論じた真野¹¹⁾は、サービスや価格が公的に統制されている医療や介護分野の経営は政策変更の影響を受けやすいことを指摘している。

地域の歯科医療を担う歯科診療所にとって、「医療DXの推進に関する工程表」に示されたような時間軸で医療DX政策に対応していくかは、経営戦略上の課題であろう。先に著者らが行った医療DX政策における日本のデジタル歯科医療の現状分析⁷⁾では、CAD/CAMに代表される歯科医療技術や、歯科医療機関の運営管理面での院内完結型の歯科医療DXが先行しており、“医療介護の連携によるケア”“地域医療連携”“全体最適された基盤”という面では、国の医療DX施策に沿うように院外とのデジタルな連携を強化・促進する多面的な施策の導入が急がれることを指摘した。

2000年代以降、予測される超高齢化と人口減少に対して社会保障制度改革は続けられており、医療DX政策はそのデジタル連携の環境構築を目指している。このような歯科医療経営の外部環境の変化に対して、施設基準の

表4 施設基準「3種届出」届出率が高い県と低い県の高齢化率の推移

	都道府県	高齢化率(%)			都道府県	高齢化率(%)	
		2010年	2022年			2010年	2022年
3種届出率が高い	佐賀県	24.6	37.4	3種届出率が低い	福島県	25.0	38.9
	長崎県	26.1	40.1		沖縄県	17.4	28.8
	島根県	29.0	40.8		東京都	20.4	27.8
	熊本県	25.6	38.1		滋賀県	20.6	32.0
	徳島県	27.0	41.0		群馬県	23.6	36.3
	岐阜県	24.1	36.5		石川県	23.8	35.6
	山形県	27.6	40.9		栃木県	22.1	35.6
	長野県	26.5	38.1		茨城県	22.5	36.0
	愛媛県	26.7	39.9		埼玉県	20.4	32.5
	香川県	25.9	38.0		新潟県	26.3	39.4

資料：総務省統計局「人口推計」2010年、2022年

届け出率を地域の歯科診療所の経営判断の集合的な指標とみなし、PEST分析の枠組みを用いて歯科診療所の政策への対応と関連する主なマクロ環境要因の絞り込みを試みた。

「か強診」は2016(平成28)年改定、「歯援診1・2」は2010(平成22)年改定、「歯CAD」は2014(平成26)年改定で設けられた施設基準であり、その3種を同時に届けている「3種届出」は2016年以降と、各項目の届け出開始時期には時間差がある。2014年改定で設けられた「歯CAD」は2023年始めには全国集計では8割以上の施設が届け出ており、その普及が進んでいることがうかがえた。一方、施設基準が設けられてから10年以上が経過している「歯援診1・2」、施設基準の新設後の2017年に日本歯科医師会がかかりつけ歯科医について考え方¹²⁾を示している「か強診」の届出率は2割に達しておらず、医療DX推進の政策目標の実現に最も近いと目される「3種届出」は1割未満と低く、その「3種届出」の上位10県と下位10県では「か強診」「歯援診1・2」の届出率の違いが大きかった。このことは、2つの施設基準が誘導する政策目標への取り組み方には地域差が大きいことを示している。

政策関連の指標「か強診」「歯援診1・2」「3種届出」は10年前の地域の高齢化率と相関する傾向がみられた。このことを「3種届出」の届出率の上位10県と下位10県の2010年と2022年の高齢化率でみると、上位10県は2010年の時点で9県が高齢化率25%を超えており、2022年は40%前後に上昇していた(表4)。一方の下位10県は2010年の時点では10県ともに25%未満であったが、2022年には沖縄県と東京都を除く8県が30%を超えていた。福島県は東日本大震災の影響で人口の変化が大きかったことは留意すべきであるものの、人口の高齢化が進んでいた県は医療制度改革で推進されてきた“国民のさらなる健康増進”に関する「かかりつけ歯科医の機能

強化」“切れ目なくより質の高い医療等の効率的な提供”に関する「在宅歯科医療の推進」への取り組みが早かったことがうかがえる。今後は「3種届出」が下位の10県も「かかりつけ歯科医の機能強化」や「在宅歯科医療の推進」にこれまで以上に取り組むことになるであろうと推察される。

また、「か強診」や「歯援診1・2」は長寿化に伴う高齢期への歯科医療提供や地域での医療機関や介護施設との連携に関する要件が含まれている施設基準である。真野¹¹⁾は、保健・医療や福祉の分野では各組織の提供するサービスそれ自体が相互依存的であり、セクターをまたがった諸組織間の協力関係が形成されていると指摘しているが、連携の構築にはある程度の時間がかかる。地域における医科歯科連携の現状と課題を解説した角町¹³⁾は、1991年に始まった長崎の先駆的な事例を紹介し、医科歯科連携を中核とした地域での多職種連携体制の確立が地域在住高齢者の食支援の推進に不可欠な要素であると述べている。また、医療のネットワーク化と情報について組織間連携と取引コストアプローチを論じた遠藤¹⁴⁾は、“さまざまな行動原理をもったネットワークの構成員を患者の利益を目的に連携させるためには強力な情報の共有と共約性の確立が必要なのである”と論じている。このような強力な情報の共有と共約性を担保するデジタルな環境構築が、医療DX政策が目指す「全国医療情報プラットフォーム」や「電子カルテ情報の標準化、標準型電子カルテの検討」であり、取引コストの軽減には「マイナンバーカードと健康保険証の一体化」「診療報酬改定DX」が相当するであろう。

以上のように、歯科医療経営のマクロ環境のPEST分析から、医療DX推進政策が目指す、①国民のさらなる健康増進、②切れ目なくより質の高い医療等の効率的な提供、③医療機関等の業務効率化という3つの目標について、関連する施設基準の届出状況が地域の歯科診療所内での対応を分析する手がかりとなる可能性が示された。また、3つの目標の実現に関連する「かかりつけ歯科医の機能強化」や「在宅歯科医療の推進」のための施設基準の届出率は、10年前の地域の人口の高齢化率と弱い関係性を示していたことから、地域の高齢化率の予測がその地域の歯科診療所の経営戦略に影響する可能性が示唆された。

しかしながら、この研究では3つの施設基準とその組み合わせを分析の対象としたが、それぞれの施設基準が設けられた時期は異なり、また診療報酬の改定ごとに要件も見直されている。その時々々の経営判断に影響した可能性があるが、今回の分析では届出の時期は考慮しておらず、複数回にわたる診療報酬改定の影響は分析できていない。また、都道府県によって対象とした10年間の状

況の変化は異なっており、市町村レベルではさらに多様であることは、都道府県単位の集合指標化では分析できない。さらに、地域医療連携で重要な役割が期待されている歯科を有する病院（病院歯科）は、医療DX政策では病院の区分であるため基盤整備が進んでいる。歯科医療の将来像に向けては、歯科診療所だけでなく、病院歯科も含めて多面的に分析する必要がある。これらの点は今後の研究課題である。

2023年12月には全世代型社会保障構築会議が「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋(改革工程)」¹⁵⁾を、国立社会保障・人口問題研究所が「日本の将来推計人口(令和5(2023)年)」¹⁶⁾を公表している。「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋(改革工程)」では、2026年度以降の地域医療構想の取り組みについて、“今後、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大や現役世代の減少に伴う医療需要の変化に対応できるよう、2040年頃を視野に入れつつ、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、中長期的課題を整理して検討を行う”としている。2030年を目途としている医療DX政策は、この全世代型社会保障構築が目指す改革のデジタルな環境整備と位置付けられるだろう。

新しい人口推計で地域はどのように変わるのか。医療DXで目指す先にある全世代型社会保障の構築に沿う歯科医療を模索していくためには、地域の高齢化に伴う歯科医療の需要の変化を予測しつつ、“かかりつけ歯科医”や“在宅歯科医療”の機能を強化した歯科診療所が地域でほかの関連する事業体とデジタルにつながるような、院内完結型に加えて院外連携型の歯科医療DXを目指していくことになるのではないかと推察する。

結 論

歯科医療経営のマクロ環境のPEST分析から、医療DX推進政策が目指す、①国民のさらなる健康増進、②切れ目なくより質の高い医療等の効率的な提供、③医療機関等の業務効率化という3つの目標について、関連する施設基準の届出状況が地域の歯科診療所内での対応を分析する手がかりとなる可能性が示された。また、3つの目標の実現に関連する「かかりつけ歯科医の機能強化」や「在宅歯科医療の推進」のための施設基準の届出率は、10年前の地域の人口の高齢化率と弱い関係性を示していたことから、地域の高齢化率の予測がその地域の歯科診療所の経営戦略に影響する可能性が示唆された。

謝 辞

本研究の一部は、「歯科診療所の施設基準届出状況と医療のデジタルトランスフォーメーション政策への対応」として第64回日本歯科医療管理学会・学術大会(2023年7月16日, 岐阜市)で報告した。

文 献

- 1) 内閣府：経済財政運営と改革の基本方針 2022 新しい資本主義へ～課題解決を成長のエンジンに変え、持続可能な経済を実現～(令和4年6月7日閣議決定), https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/honebuto/2022/2022_basicpolicies_ja.pdf (最終アクセス日: 2024年1月26日)
- 2) 医療DX推進本部：医療DXの推進に関する工程表(令和5年6月2日医療DX推進本部決定), https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/iryuu_dx_suishin/pdf/suisin_kouteihyou.pdf (最終アクセス日: 2024年1月25日)
- 3) 医療DX推進本部：医療DXの推進に関する工程表(全体像) https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/iryuu_dx_suishin/pdf/suisin_zentaizo.pdf (最終アクセス日: 2024年4月9日)
- 4) 政府・与党社会保障改革協議会：医療制度改革大綱(平成13年11月29日), 第4回社会保障審議会資料2, <https://www.mhlw.go.jp/shingi/0112/s1213-2c.html> (最終アクセス日: 2024年3月2日)
- 5) 社会保障・税一体改革大綱(平成24年2月17日閣議決定), <https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosyou/kakugikettei/240217kettei.pdf> (最終アクセス日: 2024年2月25日)
- 6) 全世代型社会保障構築会議：全世代型社会保障構築会議報告書～全世代で支え合い, 人口減少・超高齢社会の課題を克服する～(令和4年12月16日), https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/zensedai_shakaihosho_kochiku/pdf/20221216torikumi.pdf (最終アクセス日: 2024年2月28日)
- 7) 野村真弓, 尾崎哲則：医療のデジタルトランスフォーメーション政策における日本のデジタル歯科医療の現状分析, 日歯医療管理誌, 57:175~182, 2023.
- 8) Kotler, P.(木村達也, 訳): コトラーの戦略的マーケティング, p.118~130, ダイヤモンド社, 東京, 2000.
- 9) 遠藤久夫: 診療報酬の決定プロセス, 日内科学会誌, 103:2892~2898, 2014.
- 10) 社会保障制度改革国民会議: 社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝える道筋～(平成25年8月6日), https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000052615_1.pdf (最終アクセス日: 2024年2月28日)
- 11) 真野俊樹: 医療経営学とは何か: 経済学, 経営学のディシプリンからみた位置づけ, 多摩大学研究紀要, 9:1~13, 2005.
- 12) 日本歯科医師会: かかりつけ歯科医について 日本歯科医師会の考え方, (第7回歯科医師の資質向上等に関する検討会 平成29年10月13日), <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000180629.pdf> (最終アクセス日: 2024年3月9日)
- 13) 角町正勝: 地域における医科歯科連携の現状と課題, 保健医療科学, 65:408~414, 2016.
- 14) 遠藤久夫: 医療のネットワーク化と情報一組織関連連携と取引コストアプローチ, 医療経済研究, 1:83~92, 1994.
- 15) 全世代型社会保障構築会議: 全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋(改革工程)(令和5年12月22日全世代型社会保障構築本部決定), https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/zensedai_shakaihosho_kochiku/dai10/kaikaku_koutei.pdf (最終アクセス日: 2024年2月28日)
- 16) 国立社会保障・人口問題研究所: 日本の将来推計人口(令和5年推計)結果の概要, https://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2023/pp2023_gaiyou.pdf (最終アクセス日: 2024年1月26日)

著者への連絡先: 野村真弓 〒103-0004 東京都中央区東日本橋2-28-4 日本橋CETビル2階
電話 03-6665-0578
E-mail: nomura_mayumi@healthcare-research.jp

Perspectives of Dental Clinics in Responding to the Policy for Digital Transformation of Healthcare : Analysis of the External Environment Using the Notification Status of Facility Standards as an Indicator

NOMURA Mayumi^{1,2)} and OZAKI Tetsunori²⁾

¹⁾ Healthcare Research Inc.

²⁾ Nihon University School of Dentistry

Abstract : This study considers the government's policy for the digital transformation (DX) of healthcare as a change in the management environment in dentistry, and analyzes the notification rate of the facility standard of medical fees as a policy indicator using the framework of PEST (Political, Economic, Social, and Technological) analysis of the macro environment of management strategy, and attempts to clarify the future response measures of dental clinics to the healthcare DX policy. The facility standards are : (1) "Strengthening family dental care" facility standards for strengthening the functions of family dentists for promoting public health, (2) "Dental home care support 1 and 2" standards for supporting home care for the efficient provision of seamless and higher quality medical care, etc., and (3) "Dental CAD" standards for CAD/CAM for improving the operational efficiency of medical institutions. In the PEST analysis, P refers to family dentists, which are one factor in the healthcare provision system, and to facility standards for home dental care, for which systems are being developed ; E refers to the income of local residents who bear dental care costs ; S refers to the local population and the dental care provision system ; and T refers to the application of digital technology in dental care. The facility standards related to CAD/CAM, which are representative of the first, the notification rates for each item and for the "three types of notification" were calculated for the number of designated insured dental care facilities at each regional health and welfare bureau as of 1 February 2023 (or 1 January in some cases). We then analyzed the correlation between the notification rates for each prefecture and the ageing rate of the population, per capita prefectural income and the number of dental clinics per 100,000 population in the most recent 10 years for each prefecture. The results showed that more than 80% of the facilities in the national total notified "Dental CAD," indicating that the use of this system is spreading, but the numbers of "Strengthening family dental care" and "Dental home care support 1 and 2" did not reach 20%. In addition, the number of facilities notifying all of these "three types of notification" was low, at less than 10%. The PEST analysis of the macro environment of dental care management indicated that the status of notification of relevant facility standards for the three goals of the policy to promote medical DX may provide clues for analyzing the response within local dental practices. In addition, the notification rate of facility standards for "strengthening the functions of family dentists" and "promoting home dental care," which are related to achieving the three goals, showed a weak relationship with the ageing rate of the local population 10 years ago, suggesting that the forecast of the ageing rate of the local population may influence the management strategy of dental clinics in that area.

Key words : Healthcare digital transformation policy, Facility standards in medical fees, Family dentists, home dental care, Ageing population

|||||
視 点
|||||

都道府県単位の歯科診療所数増減に関連する要因の検討 (2000年～2020年)

恒石美登里

概要：日本の総人口は2008年をピークに減少しており、歯科診療所数は2016年をピークに減少に転じている。これらの期間を含む2000（平成12）年～2020（令和2）年の20年間に着目し、都道府県単位でみた歯科診療所数の増減に関連する要因について検討することを目的とした。

20年間の歯科診療所および人口の増減を散布図に示すと、人口が増加して歯科診療所数が減少する都道府県はなく、「両者とも増加する都道府県」「両者とも減少する都道府県」「人口が減少し、歯科診療所数は増加する都道府県」の3つに分類された。また、歯科診療所の増加割合との相関係数をみると、最も強い正の相関を認めたのは人口変化であり、次いで2020年時点の1歯科診療所当たり50歳未満の勤務者比率であった。

人口増減率および歯科診療所数増減率が両方減少している都道府県で、「50歳未満の勤務者比率が平均を超える都道府県」はなかった。人口は減少し、歯科診療所が増加する分画では、「50歳未満の勤務者割合が平均を超える都道府県」は6件であった。人口・歯科診療所とも増加する分画では、「50歳未満勤務者比率が高い都道府県」が大部分であった。

2000～2020年の20年間では、都道府県単位でみた「人口および歯科診療所数とも増加する都道府県」「人口および歯科診療所数とも減少する都道府県」「人口は減少し、歯科診療所数は増加している都道府県」の3つに分類できた。また、歯科診療所数増減に影響する因子としては、人口増減とともに2020年時点の1歯科診療所当たり50歳未満勤務者比率との関連が強かった。

索引用語：医師・歯科医師・薬剤師調査、歯科診療所数、人口推計

緒 言

歯科医師の需給問題については、これまで日本全体の人口10万対の歯科医師数が議論の俎上にのぼることが多く、主に歯科医師過剰に対する議論¹⁾が中心であった。しかしながら、今後も進んでいく少子高齢化への対応として、日本歯科医師会は2040年を見据えた歯科ビジョン²⁾において、地域の実情に応じた地域包括ケアシステムを推進していくことを前提として、歯科医師会会員の高齢化と歯科診療所の事業承継も喫緊の課題と捉えている。また、厚生労働省医政局歯科保健課で検討されている歯科医療提供体制等に関する検討会³⁾において、日本歯科医師会構成員である柳川忠廣副会長提出資料として、都道府県人口増減と歯科診療所数増減の類型化の概

要が示された。また、この歯科医療提供体制等に関する検討会における中間とりまとめ(案)⁴⁾においても、単に歯科医師数の総量の議論というよりは、地域で求められる機能等に着目した議論がなされている。

令和2年版厚生労働白書⁵⁾によると、日本の総人口は2008（平成20）年をピークに減少に転じていると記載されている。その背景として、高齢者数の増加は鈍化するとともに、64歳までの人口減少の加速が指摘されている。歯科医師における高齢化も進んでおり、歯科診療所数に目を向けても、2016（平成28）年の68,940施設をピークに減少に転じている。

すなわち、これまで歯科医師過剰に対する議論が多くを占めていたが、厚生労働省の歯科医療提供体制の議論⁴⁾においても、全国をひとまとめにした人口10万対歯科医師数の議論はなくなり、少子高齢化が進むなかで必要とされる歯科医療提供の内容や質の確保を重視した議論へと変化していることがうかがえる。

このような状況を踏まえて、本研究では、総人口と歯科診療所数ともに減少に転じた期間を含む2000（平成

日本歯科総合研究機構
受付：令和6年1月31日
受理：令和6年2月19日

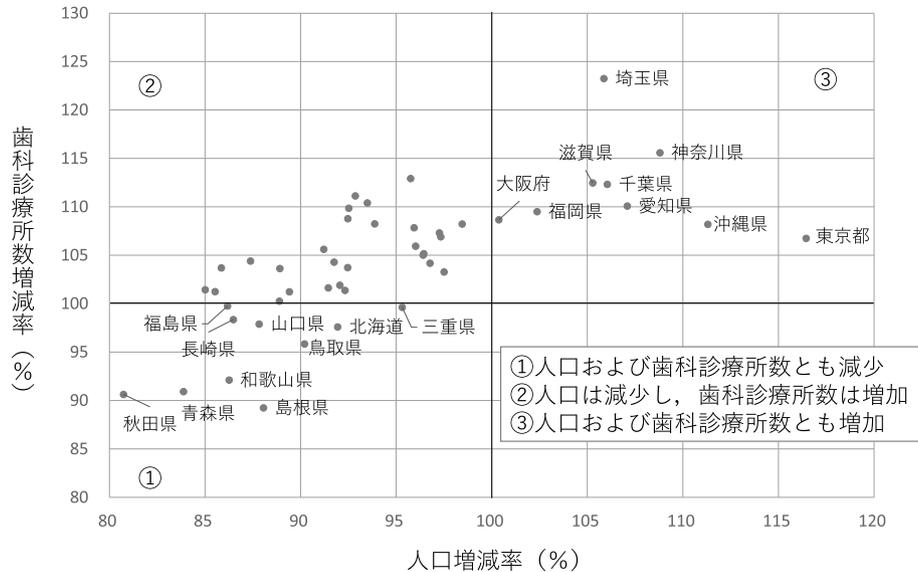


図 1 都道府県単位の歯科診療所数増減率と人口増減率の関係（2000年を100とした場合の2020年の割合）

12)年～2020(令和2)年の20年間に着目し、すでに公表している類型化³⁾に加えて、都道府県単位でみた歯科診療所数の増減の現状と関連する要因について検討することを目的とした。

対象および方法

1. データの入手

2000年と2020年における歯科診療所数を医療施設調査⁶⁾の都道府県別歯科診療所数から入手した。2000年と2020年における各都道府県の人口を、総務省統計局の人口推計⁷⁾から入手した。2000年と2020年における歯科診療所の年齢階級別の管理者数と勤務者数を、医師・歯科医師・薬剤師調査⁸⁾より入手した。

2. 統計分析

人口増減以外に、雇用形態から歯科診療所の規模の大小を把握する指標として、2000年と2020年における各都道府県の歯科診療所の管理者数と勤務者数の合計(以下、従事者数)に占める勤務者数の比率と、50歳未満の勤務者数を歯科診療所数で除した比率(以下、1歯科診療所あたり50歳未満勤務者比率)を計算した。

各都道府県の2000年と2020年の人口(千人対)と歯科診療所数を用いて、2000年を100とした場合の増減率を算出した。人口の増減率を横軸、歯科診療所数の増減率を縦軸とした散布図を作成し、都道府県の類型化を行った。

歯科診療所数の増減率を目的変数とし、人口増減率、2000年と2020年における歯科診療所従事者に占める勤

務者の比率およびその比率の2000年から2020年における増減率、2000年と2020年における1歯科診療所当たり50歳未満勤務者比率およびその比率の2000年から2020年における増減率の相関を、Spearmanの順位相関係数を用いて検討した。

人口と歯科診療所数の増減率の散布図で分類した都道府県における2020年時点の1歯科診療所数当たり50歳未満勤務者比率を数値の高い順に列挙した。

データ処理にはMicrosoft Excel 2010(Microsoft, USA)を、統計分析にはSPSS 26.0 for Windows(IBM Japan, 東京)を使用し、 $p < 0.01$ を有意差ありとした。

3. 倫理的配慮

本研究では、個人等に配慮が必要なデータはなく、すべてe-Stat(政府統計の総合窓口)⁹⁾による公表されたデータを使用している。

結 果

都道府県ごとの人口と歯科診療所数の増減率の散布図を図1に示した。それぞれ100%で区切っているため、左下の分画にはこの20年間で歯科診療所数および人口ともに割合が減少した都道府県が含まれる(図1、範囲①)。また、左上の分画には、人口は減少し、歯科診療所数は増加する都道府県が含まれる(図1、範囲②)。右上の分画には、歯科診療所数および人口がともに増加する都道府県が含まれる(図1、範囲③)。右下の、人口が増え、歯科診療所数も増える都道府県は存在しなかった。

47都道府県の歯科診療所数、人口(千人対)、歯科診

表1 使用した47都道府県データの基本統計量

	2000年				2020年				2000年を100とした 2020年の増減率(%)			
	平均値	中央値	25	75	平均値	中央値	25	75	平均値	中央値	25	75
			パーセン タイル値	パーセン タイル値			パーセン タイル値	パーセン タイル値			パーセン タイル値	パーセン タイル値
歯科診療所数 (施設数)	1,348	759	470	1,298	1,444	797	481	1,375	104	104	101	109
人口(千人対)	2,701	1,786	1,181	2,879	2,684	1,588	1,068	2,800	94	93	89	97
歯科診療所の従 事者に占める勤 務者比率(%)	24.2	24.2	22.8	25.9	32.6	31.1	29.8	35.7	136.0	134.7	124.7	145.4
1歯科診療所当 たり50歳未満 勤務者比率(%)	23.5	23.7	20.6	25.8	27.4	25.3	22.1	32.4	118.0	114.5	99.3	135.0

表2 2000~2020年の都道府県歯科診療所数の増減率に対する順位相関(Spearman)

	相関係数	有意確率(両側)
人口増減率	0.758	<0.001
2000年の歯科診療所従事者数に占める勤務者比率	0.329	0.024
2020年の歯科診療所従事者数に占める勤務者比率	0.688	<0.001
歯科診療所従事者数に占める勤務者数の増減率	0.315	0.031
2000年の1歯科診療所当たり50歳未満歯科診療所勤務者比率	0.388	0.007
2020年の1歯科診療所当たり50歳未満歯科診療所勤務者比率	0.715	<0.001
1歯科診療所当たり50歳未満歯科診療所勤務者比率の増減率	0.394	0.006

療所の従事者に占める勤務者比率、1歯科診療所数当たり50歳未満勤務者比率について、2000年、2020年、2000年を100とした2020年の増減率の平均値、中央値、25パーセンタイル値、75パーセンタイル値を表1に示した。

歯科診療所数の増減率と人口増減率、2000年と2020年の歯科診療所従事者のうち勤務者比率およびその増減率、2000年と2020年の1歯科診療所当たり50歳未満勤務者比率およびその増減率との順位相関を表2に示した。最も相関係数が高かったのは人口増減率であり、次いで2020年時点の1歯科診療所当たり50歳未満歯科診療所勤務者比率であった。

表3には都道府県を人口と歯科診療所数の増減率で3つに分類し、2020年の1歯科診療所当たり50歳未満勤務者比率を高い順に示した。左列に示す、人口および歯科診療所がいずれも減少しているのは、10道県(表3①)であり、2020年における1歯科診療所当たり50歳未満勤務者比率が平均を超える都道府県が1県(10.0%)あった。また、中央列には、人口が減少し、歯科診療所割合は増加する28府県(表3②)が示され、2020年における1歯科診療所当たり50歳未満勤務者比率が平均を超えた

のは11県(39.3%)であった。右列には人口および歯科診療所ともに増加した9都府県(表3③)が示され、2020年における1歯科診療所当たり50歳未満勤務者比率が平均を上回るのは7都府県(77.8%)であった。

考 察

総人口は2008年、歯科診療所は2016年をピークにその後減少に転じており、これらの期間を含む2000年~2020年の20年間に着目し、都道府県単位でみた人口と歯科診療所数の増減について検討した結果、増減によって3つに分類できた。すなわち、「人口および歯科診療所数ともに減少した都道府県」(図1①・表3①)、「人口は減少し、歯科診療所数は増加した都道府県」(図1②・表3②)、「人口および歯科診療所数ともに増加した都道府県」(図1③・表3③)の3つである。特に、歯科診療所の増減には人口の増減が強く相関していることが明らかとなった。つまり、都道府県単位でみると、すでに人口減少が進んでいる都道府県と人口が増加している都道府県が存在し、歯科診療所の増減のスピードは一樣でな

表3 各都道府県の2000年に対する歯科診療所数・人口の増減率および2020年時点1歯科診療所当たり50歳未満勤務者比率

①	歯科診療所増減	人口増減	2020年1歯科診療所当たり50歳未満勤務者比率	②	歯科診療所増減	人口増減	2020年1歯科診療所当たり50歳未満勤務者比率	③	歯科診療所増減	人口増減	2020年1歯科診療所当たり50歳未満勤務者比率
山口県	97.9	87.8	30.7	広島県	107.3	97.3	37.3	千葉県	112.3	106.0	41.1
島根県	89.2	88.1	25.3	茨城県	105.9	96.0	37.1	福岡県	109.5	102.4	39.7
北海道	97.6	91.9	25.2	宮城県	106.9	97.3	35.0	埼玉県	123.2	105.9	39.6
福島県	99.8	86.2	23.0	佐賀県	108.8	92.5	34.7	神奈川県	115.6	108.8	37.9
鳥取県	95.8	90.2	22.1	新潟県	100.3	88.9	32.8	愛知県	110.1	107.1	37.5
秋田県	90.6	80.7	22.1	石川県	107.8	95.9	32.4	東京都	106.8	116.4	36.1
三重県	99.6	95.3	21.8	栃木県	105.0	96.4	31.6	大阪府	108.7	100.4	31.9
長崎県	98.4	86.5	21.5	福井県	109.9	92.5	31.1	滋賀県	112.5	105.3	26.5
和歌山県	92.1	86.3	16.5	奈良県	104.3	91.8	31.1	沖縄県	108.2	111.3	25.2
青森県	90.9	83.9	15.9	山形県	103.7	85.9	29.2				
				静岡県	105.2	96.4	28.2				
				宮崎県	101.6	91.5	26.4				
				鹿児島県	103.6	88.9	26.2				
				山梨県	105.6	91.2	26.1				
				群馬県	112.9	95.8	24.7				
				高知県	101.4	85.0	24.6				
				富山県	101.4	92.3	24.6				
				京都府	103.3	97.5	23.8				
				徳島県	104.4	87.4	23.4				
				香川県	111.1	92.9	22.4				
				熊本県	110.4	93.5	22.2				
				岡山県	104.2	96.8	22.2				
				愛媛県	101.2	89.4	22.1				
				岩手県	101.3	85.5	21.2				
				大分県	101.9	92.1	20.8				
				長野県	103.7	92.5	18.8				
				兵庫県	108.2	98.5	18.6				
				岐阜県	108.2	93.9	18.1				

①人口および歯科診療所数ともに減少
 ②人口は減少し、歯科診療所数は増加
 ③人口および歯科診療所数ともに増加

く、歯科医療提供体制を考える際に、国としての一律の対応や対策だけではなく、都道府県ごと、さらには二次医療圏等の地域の実情に応じた対応や対策が必須と考えられる。

都道府県別歯科診療所数の増減は、都道府県人口増減のほかに、2020年時点の1歯科診療所当たり50歳未満勤務者比率と関連が強いことも明らかとなった。医師・歯科医師・薬剤師調査⁷⁾における歯科医師の主たる業務の割合では、歯科診療所の開設者の割合が徐々に減少し、歯科診療所の勤務者比率が増加している。今回の報告からも1歯科診療所当たり50歳未満勤務者比率の高い都道府県において歯科診療所数が増加する傾向となった。2040年を見据えた2020年からの20年を考えた場合、50歳未満の歯科医師は地域歯科医療を支える重要な存在であり、人口の増減とともに、50歳未満の勤務者を含む歯科医師の働き方やその役割等も踏まえた検討も必要であると考えられる。

また、2020年以降は新型コロナウイルス感染症が医療提供には大きく影響をしたことは明らかであり、2024年初頭には能登半島地震が発災している。災害や感染症も見据えた地域における持続可能な歯科医療を含む地域包括ケアシステムを再考する必要がある。

結 論

2000年から2020年の20年間では、都道府県単位でみた場合、「人口および歯科診療所数ともに減少する都道府県」「人口は減少し、歯科診療所数は増加する都道府県」「人口および歯科診療所数ともに増加する都道府県」の3つに分類された。また、歯科診療所数の増減に関連する因子としては、人口増減とともに、2020年時点の1歯科診療所当たり50歳未満の勤務者比率が強い因子であることが明らかとなった。

本報告の要旨は関東甲信越歯科医療管理学会第29回学術大会(2023年11月,横浜市)において報告した。

本論文に関し開示すべきCOI関係にある企業などはない。

文 献

- 1) 厚生労働省：第1回歯科医師の資質向上等に関する検討会，参考資料5「歯科医師需給の経緯と今後への見解」<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000071236.pdf> (最終アクセス日：2024年1月28日)
- 2) 日本歯科医師会：2040年を見据えた歯科ビジョン—令和における歯科医療の姿—，<https://www.jda.or.jp/dentist/vision/> (最終アクセス日：2024年1月18日)
- 3) 厚生労働省：第8回 歯科医療提供体制等に関する検討会，柳川構成員提出資料，<https://www.mhlw.go.jp/content/10804000/001102342.pdf> (最終アクセス日：2024年2月21日)
- 4) 厚生労働省：歯科医療提供体制等に関する検討会，歯科医療提供体制等に関する検討会 中間とりまとめ(案)，<https://www.mhlw.go.jp/content/10804000/001153583.pdf> (最終アクセス日：2024年1月18日)
- 5) 厚生労働省：令和2年度厚生労働白書—令和時代の社会保障と働き方を考える—，<https://www.mhlw.go.jp/stf/wp/hakusyo/kousei/19/index.html> (最終アクセス日：2024年1月18日)
- 6) 厚生労働省：医療施設調査，<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/79-1a.html> (最終アクセス日：2024年1月18日)
- 7) 総務省統計局：人口推計，<https://www.stat.go.jp/data/jinsui/index.html> (最終アクセス日：2024年1月18日)
- 8) 厚生労働省：医師・歯科医師・薬剤師調査，<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/33-20c.html> (最終アクセス日：2024年1月18日)
- 9) 政府統計の総合窓口：e-Stat，<https://www.e-stat.go.jp/> (最終アクセス日：2024年1月18日)

著者への連絡先：恒石美登里 〒102-0073 東京都千代田区九段北4-1-20 日本歯科医師会内日本歯科総合研究機構
電話 03-3262-9346
E-mail：tsuneishi_mi@jda.or.jp

Factors Related to Increase/Decrease in Number of Dental Clinics at the Prefectural Level (2000-2020)

TSUNEISHI Midori

Japan Dental Association Research Institute

Abstract : The purpose of this study was to examine the increase or decrease in the number of dental clinics by prefecture from 2000 to 2020 inclusive, and the factors associated with the increase or decrease.

A scatter plot of the association between population and the number of dental clinics over the 20-year period by prefecture showed that there were no prefectures where the population increased and the number of dental clinics decreased, and that there were three types of prefectures : those where both increased or decreased, and those where the population decreased and the number of dental clinics increased. The strongest positive correlation with the percentage increase in the number of clinics was found for population change, followed by the ratio of doctors under 50 years old per dental clinic in 2020.

Prefectures with an above-average ratio of working physicians under 50 per dental clinic were not those with declining populations and dental clinics, but rather six prefectures with declining populations and increasing numbers of dental clinics, and the majority of prefectures with increasing populations and dental clinics.

Key words : Statistics of physicians, Dentists and pharmacists, Number of dental clinics, Population estimation

地域関連団体活動報告

令和5年度北海道歯科医療管理学会活動報告

会 長
越 智 守 生

地方会の開催について、引き続きCOVID-19感染症の状況を注視しつつ、他学会の開催方式ならびに世論の状況を踏まえて現地開催の可否および開催方法を慎重に検討して参りました。

本年度はCOVID-19やインフルエンザの感染状況に一定の収束がみられること、他学会も徐々に対面開催が行われていることに鑑み、4年ぶりの対面開催とさせていただきます。学会本部より尾崎哲則理事長の参加もいただき、たいへん有意義な学術大会となりました。また、本学会終了後、懇親会も開催し、各所で歯科医療管理に関しての白熱した意見交換が行われておりました。

本年度は一般演題が1演題、教育講演・認定医講習会や特別講演も充実した内容で、それぞれの先生の専門的な視点から示唆に富んだ講演で活発な討議がなされました。

総会において、活動報告、会計決算報告、監査報告を行い、適正な学会運営であったことをお認めいただくとともに本年度および来年度の事業計画案、収支予算案についても原案の通り参加者の過半数以上の賛成をもって承認されました。

さらに大会長より第65回日本歯科医療管理学会総会・学術大会(大会長：越智守生)を令和6年(2024年)7月12日(金)～14日(日)に共済ホールにて開催予定であることが報告され、会員に対して運営の協力を要請されました。

第31回北海道歯科医療管理学会総会・学術大会

日時：令和5年(2023年)11月23日(木・祝)

13：30～18：00

(支部総会 13：30～14：00、学術大会 14：00～18：00)

会場：北海道歯科医師会館 視聴覚室

開催形式：対面形式

メインテーマ：「歯科医療のこれから」

大会長：越智守生

<特別講演①>

「教育環境のDX化をもたらす口腔介護シミュレータは学習者・新人の能力底上げに寄与するか？」

札幌市立大学デザイン学部教授

三谷篤史 先生

歯学教育以外に携わる先生より、近年のCOVID-19流行下でも注目されたシミュレーション教育のあり方について解説をいただきました。シミュレーション教育とは、現代の教育手法の一つであり、各種シミュレータを使用するところに特徴があります。本教育において最も重要なこととしては、実際の現場と同一環境、機材、道具を用いることであり、そのような環境下にてシナリオに即して教育が展開されるものであると解説をいただきました。また、シミュレーション教育の先端であります、米国での視察内容も含めてお話しいたいただき、われわれの知りえない世界を教示いただきました。また、先生のご専門であります口腔ケアシミュレータの現況について解説をいただき、これらの開発とともに手技データの数値化から、AIによる学習の自動評価についての知見のご説明をいただきました。これらのことは本学術大会の参加者では教育に携わる大学所属者が多かったこともあり、非常に興味ある知見でありました。

<特別講演②>

「国民皆歯科検診の現在地と今後、目指すべき方向性」

札幌市保健福祉局保健所成人保健・歯科保健担当部長

秋野憲一 先生

昨年、政府発表により国民皆歯科検診の方針が示されました。単純に歯科医院経営の観点からみれば収益増につながり歓迎されるものではありませんが、多くの問題を抱えていることが先生から示されました。歯科医業を行う立場からはあまり考えたことのない、行動経済学理論から、歯科検診の問題点についての説明がなされました。たとえば、歯科検診で指摘されやすい歯周病の罹患率は、非常に高いもののがんなどの全身疾病に比べ、疾病の発見という観点からの意義が相対的に小さく、患者への訴求力の低さ、目に見える効果が期待できない、医療費の削減につながる等生産性の向上の証明がされてい

ない、など多角的な視点からの指摘がなされ、非常に興味深い講演でありました。また、今後の展望として、行政からも AI を活用したサービスの提供、医療介護連結データ（ビッグデータ）を用いた口腔ケアの重要性の説明など学会ならではの知見を得ることができました。

＜教育講演・認定医研修会＞

「多様化する歯科患者のニーズと多職種連携」

北海道医療大学予防医療科学センター教授

川上智史 先生

多様化する歯科患者に対応するべく、歯科以外の医療機関同士の連携の重要性についての講演をいただきました。特に近年では在宅診療の割合が増え、これらに包括的に対応するために今こそ地域包括ケアシステムの深化、推進が重要であるとされ、これらにおいてはソーシャルワーカーの重要性について認識する機会となりました。

本講演では実例を踏まえた講演がなされ、①多職種介入の実際、②医療体制の乏しい患者に対しての受診援助、入退院支援、③医療介入拒否の実例についてお話しいただきました。医療はもはや診療所での外来患者のみならず、積極的に通院が不可な患者に対して目を向けることの重要性を痛感いたしました。介護保険サービスの利用で医学的に広がる世界がある一方で、これらは患者自身の受診の意欲がなければ叶わないことであり、医療人として、その責務を再認識する機会となりました。

＜一般講演＞

「臨床実習における歯科技工士との歯科医療職間連携実習の導入」

北海道医療大学歯学部口腔機能修復・再建学系クラウドブリッジ・インプラント補綴学分野

山中大寛，廣瀬由紀人，武田佳大，藤浦光汰，仲西康裕，越智守生

令和5年度みちのく歯科医療管理学会活動報告

会 長
山崎 信也

令和5年(2023年)10月22日(日)に、宮城県歯科医師会館5階講堂で、小関健由大会長(東北大学大学院歯学研究科予防歯科学分野教授)および細谷仁憲名誉大会長(一般社団法人宮城県歯科医師会会長)のもと、「次世代歯科医療保健の地域における新たな展開」をテーマに、第5回みちのく歯科医療管理学会が対面で開催された。準備委員長は、瀬名浩太郎先生(東北大学大学院歯学研究科予防歯科学分野)であり、宮城県歯科医師会から実行委員長として篠原 誠先生(宮城県歯科医師会常務理事)、副実行委員長として今野賢克先生にご協力をいただき、対面で開催することができた。

開催当日の10:20~11:20までは、山崎信也(みちのく歯科医療管理学会会長、奥羽大学歯学部歯科麻酔学分野教授)が司会を務め、一般社団法人日本歯科医療管理学会理事長である尾崎哲則先生より、「歯科医療管理を医療倫理からみってみると」と題した認定医研修会が行われた。続いて、11:30~12:20まで4階会議室で役員会が行われた。役員会出席者は14名に加え、尾崎理事長にも役員会にご臨席いただいた。12:30~13:00まで、5階講堂で総会が行われた。13:10~14:30まで、5階講堂で、東北大学大学院歯学研究科長である小坂 健先生より「パンデミック後の口腔からのウェルビーイングを考える」と題して、特別講演が行われた。続いて、14:40~16:00まで、一般演題7演題の発表となった。一般演題は、後記の通りである。

参加者は31名であり、いずれの講演、発表も活発な質疑応答があった。尾崎理事長も、ご多忙のなか、開会から閉会までご臨席を賜り、熱心に、総会での意見交換や、講演や演題の質疑応答などに耳を傾けられていた。みちのく歯科医療管理学会単独として対面で開催されたのは、令和元年(2019年)以来の4年ぶりの開催であり、盛会として終了となった。

1. 当院における12歳以下の全身麻酔症例について

○岩淵 皐¹⁾、工藤美乃¹⁾、倍賞悠生¹⁾、豊口珠緒¹⁾、宮川鮎美¹⁾、杉江 碧¹⁾、岩淵皓資²⁾

¹⁾オーラルクリニックかづの

²⁾奥羽大学歯学部4年

当院では通常の歯科治療が困難な障害児・者、認知症および侵襲性の高い外来手術などに対し、開業当時より静脈麻酔・鎮静および全身麻酔にて対応している(11年

で延べ1,942例)。今回はこのなかから治療協力困難な12歳以下の患者に対して行った全身麻酔症例44症例について検討したので報告する。対象は発達障害等のない健康男児18名(2~10歳、平均4歳)および女児19名(2~9歳:平均4歳)とした。麻酔管理は全例GOSで行った。治療はレジン充填処置が最も多く282歯、以下根管治療81歯、抜歯35歯、予防充填6歯であった。手術例として、Ranula摘出、舌小体伸展術各1例であった。治療回数はほとんどが1回で終了しているが、2回施行4児、3回施行1児があった。麻酔時間および処置時間は男児114分・69分、女児75分・65分であった。覚醒後の経過で、嘔吐2例、発熱2例を認めた。

2. 災害時被災同窓会会員の支援に対するアンケート

○釜田 朗^{1,2)}、川合宏仁^{1,3)}、山崎信也³⁾、瀬川 洋³⁾

¹⁾奥羽大学歯学部同窓会共済厚生部

²⁾釜田歯科医院

³⁾奥羽大学歯学部附属病院

近年の自然災害の増加に伴い、同窓会会員の開設、管理する診療所が被災する事態も増えている。そこで、可能な救済支援や救済方法を模索する際に、会員のニーズを明らかにすることが必要と考え、今回、各都道府県同窓会支部長にアンケート調査を実施した。その結果、金銭的サポートでは、お見舞金の希望、年会費の減免・免除、卒後研修会費の免除などの要望があった。物的サポートでは、訪問歯科機材の貸し出し、発電機・バッテリーの提供希望などがあった。人的サポートでは、代診医の手配、他大学同窓会との協力体制が必要などの意見がみられた。自由記載では、被災状況を迅速に把握できるシステム、あるいは連絡網の構築が不可欠、同窓会の今後(財源を含め)を考えると縮小の方向がよいなどの意見があった。今回のアンケート調査から、被災会員の支援について解決しなければならない課題が多く存在することが明らかとなった。

3. 保育園・こども園と幼稚園間のう蝕経験に関わるリスク要因の差異について

○加藤 翼¹⁾、瀬名浩太郎²⁾、百々美奈¹⁾、石河理紗¹⁾、丹田奈緒子²⁾、小関健由²⁾

¹⁾東北大学病院口腔支持療法科

²⁾東北大学大学院歯学研究科予防歯科学分野

仙台市内・近郊の5保育園・こども園と5幼稚園に通園する5歳児373名を対象に、口腔保健行動・意識とう蝕経験の関連について、施設の種類における差異について検証した。う蝕経験については施設の種類間で有意差はみられなかった。施設の種類ごととう蝕経験と口腔保健行動・意識の関連を検証したところ、保育園・こども園では口腔清掃の開始時期や、飲料としてヨーグルト・乳酸飲料の選択に有意な関連がみられた。一方幼稚園においては、歯みがきの実施状況、間食の時間を決めているか、甘みのある飲み物の時間と量を決めているか、う蝕の危険度の高い飲料の選択数など、多くの項目においてう蝕経験との有意な関連がみられた。今回の調査により、保育園・こども園と幼稚園とではう蝕経験に関わるリスク要因に差異が生じていることが示唆された。これにより、保育園・こども園と幼稚園とでは、う蝕予防対策への支援のアプローチを変える必要性が示唆された。

4. 密な医療連携が重要であった心奇形患者の1例

○鈴木香名美, 高橋晃司, 森山 光, 鈴木琢矢,
佐藤 光, 木村 栄, 安部将太, 吉田健司,
川合宏仁, 山崎信也
奥羽大学歯学部歯科麻酔学分野

先天性心奇形のため、幼少期から何度も全身麻酔下に心臓の手術を行ってきた患者の全身麻酔下歯科治療を経験した。全身管理を行ううえで、患者の現在の状態を熟知することは重要であり、そのためには、過去に行われた手術の詳細を理解する必要がある。本症例では、何度か医科との情報交換や医療連携を行うなかで、患者の循環状態を理解することの重要性を再認識した。また、医療を施す歯科医師において、医科との情報交換には最低限の医学知識が必須であると思われた。

5. 化学療法中の抜歯に関して円滑な病診連携、医科歯科連携が実施された症例

○石河理紗¹⁾, 瀬名浩太郎^{1,2)}, 百々美奈¹⁾, 加藤 翼¹⁾,
丹田奈緒子^{1,2)}, 小関健由²⁾
¹⁾東北大学病院口腔支持療法科
²⁾東北大学大学院歯学研究科予防歯科学分野

東北大学病院呼吸器内科にてがんに対する化学療法中の男性が、慢性歯周炎の進行により抜歯が必要な状態となった。かかりつけ歯科医は化学療法中であることから、医科主治医へ抜歯の可否について問い合わせを行ったが、医科主治医では歯科専門的な知識の不足から判断が困難であった。そのため、医科主治医から院内歯科へ、抜歯の必要性や侵襲度、抜歯を行わなかった場合のリス

クについての問い合わせが行われた。同時に、かかりつけ歯科医から院内歯科へ、抜歯の依頼が行われた。院内歯科では、かかりつけ歯科医、医科主治医、双方からの要望に応じ、医科治療を妨げることのない適切なタイミングを測って抜歯を施行することができた。本症例において「病診連携」「医科歯科連携」が円滑に進んだ要因について考察する。

6. 口腔外科手術後の肺合併症の経験

○若松慶一郎, 中瀬由希, 森山 光, 鈴木琢矢,
佐藤 光, 木村 栄, 安部将太, 吉田健司,
川合宏仁, 山崎信也
奥羽大学歯学部歯科麻酔学分野

口腔外科の顎矯正手術は、術後の浮腫、気道閉塞、出血などのリスクがあるため、気管挿管下に術後管理を行う症例も多々存在する。今回、口腔外科の顎矯正手術の術後の気管挿管下の管理中に、胸部エックス線やCT撮影により、出血が原因と思われる無気肺が判明し、転院を余儀なくされた症例を経験した。口腔外科の顎矯正手術後に、気管挿管下に管理を行う場合に、気管チューブのカフ圧の設定やモニタリングは非常に重要であることを痛感した。

7. 岩手医科大学附属内丸メディカルセンター歯科医療センターにおける針刺し事故の実態

○岸 光男^{1,2)}, 栗山聡美²⁾

¹⁾岩手医科大学歯学部予防歯科学分野

²⁾岩手医科大学附属内丸メディカルセンター感染制御部

目的：岩手医科大学附属歯科医療センターにおける針刺し事故の実態把握を目的とした。

方法：2020年3月～2023年8月までに岩手医科大学内丸メディカルセンター感染制御部に届けられた事例を分析した。

結果：調査期間中の針刺し事故は15件であり、2020年6件、2021年5件、2022年3件と年次減少していた。職種で最も多かったのは歯科医師の6件で、経験年数が3年未満の者が4名であった。受傷原因となった器材で最も多かったのはバー、スケーラーチップのそれぞれ3件であり、ハンドピースに装着された状態が3件、取り外す際が2件、受け渡しの際が1件であった。

結論：原因器材で多かったスケーラーチップ、バー類は注射針やメスのような鋭利さはなく、受傷者の動作によって出会い頭に切創が生じた例がほとんどである。以上から、経験年数が少ない者を中心に、歯科診療における切創発生リスクの教育を行っていく必要性が示された。

令和5年度関東甲信越歯科医療管理学会活動報告

会 長
大金 誠

＜特別講演＞咀嚼機能の向上と健康寿命の延伸と生活の質の向上を考える

基調講演

「平均寿命・健康寿命・そしてイキイキ寿命～医療の関わり合い～」

東京・駒沢・アート・ホームクリニック院長/医学博士
弘田明成 先生

大会長講演

「高齢化社会でのインプラント治療の展望」

第29回学術大会大会長/神奈川歯科大学短期大学部特任教授
林 昌二 先生

＜教育講演＞

「これから求められる歯科衛生士とその教育～卒後研修、リカレント教育の必要性～」

千葉県立保健医療大学健康科学部歯科衛生学科教授
石川裕子 先生

＜シンポジウム＞

「高齢者治療の残存歯とインプラント治療の共存を考える」

- 1) 「超高齢社会におけるインプラント治療：高齢者へのインプラント治療をどう考えるか？」

昭和大学歯科病院インプラントセンター副センター長
昭和大学歯学部インプラント歯科学講座講師
佐藤大輔 先生

- 2) 「天然歯とインプラントの共存を求めて～インプラント臨床25年から導かれるインプラントとは～」

日本歯科医療管理学会専務理事・認定医
日本口腔インプラント学会専門医・指導医
医療法人賢信会柴垣歯科医院理事長
柴垣博一 先生

- 3) 「高齢者におけるインプラントのメンテナンス～歯科衛生士の立場から～」

日本歯科衛生士会副会長・講道館ビル歯科、口腔外科
河野章江 先生

- 4) 「訪問歯科治療から見てきた天然歯とインプラントのケアについて」

医療法人社団藤川歯科医院理事長/新札幌・ひまわり歯

科院長

日本障害者歯科学会指導医
藤川隆義 先生

＜一般口演10題＞(口頭発表6題, ポスター発表4題)

参加人数：104名

関東甲信越歯科医療管理学会2023年度総会・第29回学術大会の実開催が、秋の深まりを感じるなか、2023年11月12日(日)に予定通りJR横浜駅近くの神奈川歯科大学・横浜クリニック7階会議室で開催され、11月17日～12月22日までの36日間はオンデマンド配信を実施いたしました。約100名の参加登録をいただき盛会裏に終了できました。昨年の第28回大会(山梨大会)は文教地域での開催でしたが、今回は駅前ビルの7階が会場となり利便性が最高でした。

- ①プログラムトップバッターの一般口演(×6題)会場は早朝にもかかわらず、座席は多く埋まり活発な質疑が行われました(場内は熱気ムンムンの状況に到達)。
- ②特別講演(基調講演・大会長講演)・教育講演等の三大講演も明日の臨床・研究・教育にすぐ活用できる内容でした。昼食時間後半を活用したポスター発表の会場設営も独創性のあるものでした。
- ③昼食(横浜名物・崎陽軒の弁当)を挟んでの「ポスター発表×4題」は昨年同様大会場内で行われました。
- ④午後は教育講演・シンポジウムが開催され、定刻に閉会しました。
- ⑤本大会のメインであった高齢者のインプラント治療の予後ケアについても担当者だけの頑張りだけでなく社会全体で協力した対応が望まれると感じました(咬合の再建基準の明確さも必要と感じました)。たくさん、明日からの臨床へのお土産事項がありました。
- ⑥2024年度の学術大会は30回目の記念大会となります。皆様のご支援、ご協力を切に望んでいます。
- ⑦12月22日までオンデマンド配信しました。

マンスリーレター Vol.92 に写真も掲載しておりますので、ぜひご一読ください。

令和5年度東海歯科医療管理学会活動報告

会 長

山内六男

第27回東海歯科医療管理学会は、第64回日本歯科医療管理学会総会・学術大会との併催で、メインテーマを「歯科医療管理学会はどこを目指すのか—教育，専門医の視点から—」として、令和5年7月14日（金）～16日（日）にじゅうろくプラザで開催され、全国各地から200名を超える先生方が参加した。

学術大会初日には一般社団法人日本デジタル歯科学会との共催講演「医療の電子化・標準化で見える新しい景色—オンライン資格確認，電子処方箋，その次—」を玉川裕夫先生（大阪大学大学院歯学研究科）が行われ、午後からはメインテーマ決定にいたった経緯を大会長講演として山内大会長が話した。その後特別講演1として、京都大学教授の今中雄一先生に「医療管理学の人材育成とビッグデータ：歯科医療管理学のポテンシャル」について講演された。シンポジウム1では、「歯学部における歯科医療管理学教育の現状と課題」について、福泉隆喜先生（九州歯科大学），山本龍生先生（神奈川歯科大学），平田創一郎先生（東京歯科大学），藤井一維先生（日本歯科大学）によって討議が行われた。初日最後は女子プロ

ゴルファーで朝日大学体育会ゴルフ部スーパーバイザーの森口祐子様をお招きして「ゴルフから学んだこと」と題して、プロゴルファーを目指した経緯やその後のゴルフ人生についてお話しいただいた。

2日目の特別講演2では、一般社団法人日本歯科専門医機構理事長の今井 裕先生に「日本歯科専門医機構の挑戦—新たなる歯科専門医の制度設計に挑む—」と題して機構の成り立ち，歯科専門医に関する最新の情報をお話しいただいた。シンポジウム2では、「基本領域以外の歯科専門医の未来」について、一般社団法人日本スポーツ歯科医学会の立場から安井利一理事長が，一般社団法人日本口腔リハビリテーション学会の立場から覚道健治前理事長が，一般社団法人日本歯科医療管理学会の立場から尾崎哲則理事長がそれぞれの学会が志向する専門医について講演された。

学術大会の最後は，認定医研修会「地域包括ケアシステムとかかりつけ歯科医機能」が平田創一郎先生（東京歯科大学）により行われた。

令和5年度近畿北陸歯科医療管理学会活動報告

会 長
末瀬 一彦

近年の歯科医療はデジタル化によって大きな変革期を迎えています。歯科医療のデジタル化には「歯科医療情報のIT化」と「歯科医療器材のデジタル化」があります。前者には、オンライン資格認証、電子カルテ、各種書類の情報伝達・保存、インボイス制度などが挙げられ、後者には画像診断やCAD/CAMテクノロジーが挙げられ、これまでのアナログ的な作業が一変して、歯科医院や歯科技工所ではPCの存在価値が高まっています。社会のDX化が進むなかで、歯科医療におけるデジタル化も急速に進化、発展し、DXの波に乗り遅れないようにしなければ歯科治療も行えなくなってくる状況です。それらを踏まえ、第26回の学術大会のテーマは、今後の歯科医療の新しい方向性や広がりを探求する意味で、「歯科医療の時流をとらえる」といたしました。

基調講演（学会認定医講習会併催）では本学会の副会長である内野泰樹先生に歯科医院におけるDX導入の意義や活用方法について、開業歯科医師の観点から「歯科医療DXやっていますか？」という演題でご講演いただきました。教育講演1では古本敦士先生から新たな税法の改正であるインボイス制度について、会計士の観点から「歯科医業におけるインボイス制度の不安をなくしま

す！」という演題でご講演をいただきました。教育講演2では梁本昌功先生からは歯科医療における安全性確保のため技工士の観点から「歯科医療におけるトレーサビリティが拓く未来」という演題でご講演をいただきました。

特別講演では人材不足や機械化が進む一方で人の存在価値を高めるべく、和歌山県において飲食業のチェーンを展開されている株式会社信濃路会長の西平都紀子様にご講演をいただきました。その他、会員を中心に4題の一般口演（口腔外科・歯科技工のリモートワーク・スマートフォンを用いた歯科衛生士教育・歯科技工におけるデジタル化プロセス）が発表され、日ごろの歯科医療において取り組まなければならない課題について、多方面から探求を行いました。

最終的には参加者は約80名、協賛企業は14社に上り、盛況に大会を終了することができました。

今後も、歯科医療管理学会の実践を通じ、本学会の存在価値を高め、会員にとって有益な情報を発信していきたいと考えております。

令和5年度中国地域歯科医療管理学会活動報告

会 長

池田実央

令和5年度中国地域歯科医療管理学会総会・学術大会が10月29日(日)にサン・ピーチ OKAYAMAにて開催されました。前日の役員会・懇親会からの全日程を現地開催とするのは4年振りであり、学術大会には63名の先生方にご参加をいただきました。

学術大会前日に開催されました第2回役員会において島根県歯科医師会所属、当学会副会長の末森一彦先生より「歯科医療提供体制維持に向けての中国5県調査」の協議題を提出いただき、中国地域の5県が共同で事業を進めていくために本学会が主導し、県の垣根を越えてプロジェクトチームを立ち上げることが協議されました。そして総会場で本事業を進めていくことが承認され、5県共同での事業構築・事業実施に向けて中国地域歯科医療管理学会の新たな時代がスタートしました。今後、解決していかなければならない課題はたくさんあるかと思われませんが、尾崎理事長を始めとされます学会本部や多くの先生方にご指導いただきながら、着実に歩を進めて参りたいと思います。

また、役員会後に開催されました懇親会では、(一社)日本歯科医療管理学会顧問の高津茂樹先生に乾杯のご発声をいただき、久しぶりの対面ということもあり大いに盛り上がりましたが、各県の先生方と多くの情報交換をさせていただく機会となり、改めて膝を突き合わせてお話しすることの大切さを感じることができました。各県で力を入れて取り組んでいる事業の情報や、共通の課題・問題について現場の生の声を聞けることは互いに大きなメリットであり、新たな解決策を導き出してくれ

る、たいへん貴重な時間となりました。

総会の後は、一般口演に先立ち特別講演(学会認定講習会)として(一社)日本歯科医療管理学会尾崎哲則理事長に「医療安全からみてる 信頼のおける歯科医療提供をめざし」と題して講演いただきました。ご講演のなかでインフォームドコンセントに関し、過去の「説明同意型」から現在の「情報提供合意型」へと変化してきた変遷と、信頼のおける歯科医療を提供するために重要な役割を果たすことをわかりやすくご講演いただきました。

午後からの一般口演では各県より10題の発表があり、質疑時間を超えて議論されるなどたいへん活気のある時間となりました。歯科衛生士人材確保における取り組みや、歯科技工士の状況、訪問診療や災害対策への取り組みなど多岐にわたる内容の発表があり、信頼された歯科医療提供の骨組みとなる医療安全・医療管理、そして歯科医院の組織力の向上や地域への密着などたいへん重要な学びを得る機会となりました。

学会前日の懇親会の間でもたびたびお話に上がっていましたが、もともとつながりの深かった中国地域歯科医療管理学会が、コロナ禍でのWeb開催を経てさらに強い絆で結ばれ、共同事業の立案も含め非常に有意義な学会へと発展してきていることを実感できた2日間となりました。今後はプロジェクトチームが中心となり継続的な事業運営が成されることで、本学会がますます発展していくものと考えております。

令和5年度四国歯科医療管理学会活動報告

会 長
蓮井義則

令和5年度大会は新型コロナウイルス感染症が5類に引き下げられて初の大会となり、「歯科医療における安心と安全を再考する」をテーマとして開催した。

1日目は17:30~18:00に役員会, 19:00~21:00に懇親会を行い, 2日目の総会の打合せ・会場確認および学術大会の演者や来賓との懇親を図った。

2日目は, 9:00~9:15に総会, 9:15~9:30に開会式, 9:30~10:30に講演1, 10:40~12:10に講演2が, 13:00~14:00に会員発表4題(各県1題)が, 14:00~14:15に閉会式が行われた。

講演1「医療管理講習会」では日本歯科医療管理学会理事長の尾崎哲則先生が、「医療倫理を医院の運営管理に活かしてみよう」と題して講演を行った。医療安全に対する一番重要な「ソフト」は医療倫理であるとの考えから「医療倫理」は今後どのようなべきかを3つの課題を手掛かりとして非常にわかりやすく解説していただいた。この講演は日本歯科医療管理学会認定医研修会を兼ねるもので、学会終了後に研修受講者に対し、学会本部から受講修了証が郵送された。

講演2「医療安全講習会」では九州歯科大学学生体機能

学講座顎顔面外科学分野講師の土生 学先生が、「歯科チェアサイドで起こりうる偶発症の対応と救急蘇生法—その基礎的理論と使用可能な薬剤—」と題して、偶発症の対応と最新のAHA-BLSにおける基礎的な考え方および手技について説明の後、AEDを用いた見学実習を行った。

午後の会員発表では高知、愛媛、徳島、香川の各県から1題の発表があった。徳島県からは齋賀明彦先生により「多職種による災害時遺体対応訓練と応急救護所開設訓練について」が、香川県からは久保大樹先生により「香川県歯科医師会プロジェクト室の取り組みについて」が、愛媛県からは寺川暢博先生により「閉院時に出る歯科医療機器のリユース(SDGS)について考察する」が、高知県からは沼田和治先生により「安心・安全な歯科医療・経営を目指す開院14年目の夏」が演題で発表され、会場からは活発な質疑応答が行われた。

前回は、午前が愛媛県歯科医師会主催の講習会、午後が学会主催の研究発表となったが、今回は、全体を通して高知県歯科医師会の共催のもとでの開催となった。

令和5年度九州歯科医療管理学会活動報告

会 長
比嘉良喬

諏訪神社の大祭「長崎くんち」も終わり、昨年の西九州新幹線開業から、来年は長崎スタジアムシティ開業と100年に一度の変革期といわれる長崎市で今年度の九州歯科医療管理学会は開催された。「安全・安心・信頼の歯科医療を提供するために」という学会主題から、～新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の総括～を大会のメインテーマに基調講演・特別講演を企画した。

第24回九州歯科医療管理学会は、九州歯科医療管理学会比嘉良喬会長による開会の後、長崎県歯科医師会渋谷昌史会長による大会長挨拶、基調講演、特別講演、ポスター発表5題、総会と続き13:00過ぎに終了した。

参加者は43名、企業展示3社、コロナ関連ということからエアードッグ、安全安心の観点から西九州スバル等に参加していただいた。以下に講演内容を列記する。

基調講演

「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）が歯科臨床に与えた影響」

基調講演として、尾崎哲則先生（日本歯科医療管理学会理事長、日本大学客員教授）に認定医研修を兼ねて講演していただいた。講演の概要として、昨年度佐賀県での講演に引き続き、新型コロナウイルス感染症の流行により、歯科医療が受けた影響をこの3年間の歯科医療に関わる公的なデータを中心に歯科医療のもつ特性を中心に解説していただいた。

特別講演

「新型コロナウイルスから考える歯科医療における感染制御」

有吉 渉先生（九州歯科大学歯学部健康増進学講座感染分子生物学分野教授）による特別講演は、歯科診療時の新型コロナウイルス感染症への対策に関して、九歯大でも臨床や教育、研究活動を展開するうえで、さまざまな対策を遂行してきた。今回、これらを総括し、見えた課題を整理したうえで、将来遭遇するかもしれない新興感染症への備えにつながるヒントについて解説した。また、近年の口腔領域の微生物学研究は、う蝕や歯周病などの病原菌を対象としたものだけでなく、健康増進という観点から、口腔内細菌に起因する全身疾患の発症メカニズムの解析が進められている。超高齢社会を迎えたわが国では、要介護高齢者の口腔管理により誤嚥性肺炎の

発症が抑えられるという調査研究報告が発表され、口腔細菌と全身疾患に関する研究が注目されるようになった。また、新型コロナウイルス感染症に対しても重症化の予防や重症化の基盤となる慢性閉塞性肺疾患や糖尿病などを防ぐという観点から、口腔健康管理を重要視すべきという意見もある。そこで、全身疾患への口腔内微生物の関与という視点に立った最新の研究成果を紹介し、それを踏まえて口腔内の微生物が全身疾患を引き起こすメカニズムについて概説した。さらに、高まっている歯周病の病態解明、新たな検査法、予防法や治療法に関する研究のニーズに対して、当分野が取り組んでいる歯工学連携を基盤としたプロジェクトの一部の紹介があった。

ポスター発表

今回久しぶりのポスター発表となり、九州看護福祉大学淀川尚子教授には取りまとめから発表までたいへんお世話になった。また、牟田悟朗座長のスムーズな司会進行により非常に好評であった。以下項目のみ記載。

- P-1 歯科衛生士のジェンダー意識と仕事価値観および支配管轄意識の関係
○中村昌代，淀川尚子
九州看護福祉大学口腔保健学科
- P-2 口腔疾患予防学実習における歯周アセスメント技術向上に向けた取り組み
○浪花真子，中村昌代，淀川尚子
九州看護福祉大学口腔保健学科
- P-3 歯周アセスメント器具による歯石探知能力の比較—予備的調査—
○淀川尚子，浪花真子，中村昌代
九州看護福祉大学口腔保健学科
- P-4 地域高齢者のフレイル関連因子実態調査
○廣岡奈菜^{1,2)}，淀川尚子³⁾
¹⁾長洲町役場福祉保健介護課
²⁾九州看護福祉大学大学院健康支援科学専攻
³⁾九州看護福祉大学口腔保健学科
- P-5 歯科のおかれた経営上の問題点を税制の観点から考察する
○木村哲也，飯田哲也，和田孝介
大分県歯科医師会

九州歯科医療管理学会総会

今回、総会の順番を最後にもってきたので、学会の進行は非常にスムーズであった。総会では、報告事項として、まず会員現況の説明があり、その後例年同様、活動報告、事業計画、会計報告、令和4年度決算・令和5年度予算案、監査報告の後 議事へと進み以下が可決された。

まず、令和4年度会計収支決算、令和5年度事業計画および予算、また、次期会長および次期監事について、比嘉良喬会長と村橋 護監事の続投が承認された。

コロナウイルス感染症が下火となり対面開催に関して問題はなかったが、インフルエンザ注意報発令中ということもあり、3人掛けの机に1人、エアードッグフル稼

働という環境での開催となった。また、今回の特別講演はその内容から、歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準の届出に必要な、「歯科外来診療の院内感染防止対策に係る標準予防対策及び新興感染症に対する対策の研修」の要件を満たしており、受講修了証を発行した。

九州歯科医療管理学会は各県持ち回りで開催されるが、長崎県での開催となると地理的にどうしても開催時間（終了時間）に制約があるので、プログラムをコンパクトにまとめる必要があった。令和6年度開催は熊本県、令和7年度は沖縄県で全国大会開催の予定である。

マンスリーレター Vol.93 に写真も掲載しておりますので、ぜひご一読ください。

地域関連団体活動予定

●令和6年度地域関連団体総会・学術大会開催予定

<北海道歯科医療管理学会> ※第65回全国大会と併催

日時：2024年7月12日（金）～14日（日）

会場：共催ホール

<みちのく歯科医療管理学会>

日時：2024年11月17日（日）

会場：ふくしま医療機器開発支援センター

<関東甲信越歯科医療管理学会>

日時：2024年11月17日（日）

会場：茨城県歯科医師会会議室

<東海歯科医療管理学会> ※第64回全国大会と併催

日時：2024年8月25日（日）

会場：愛知県歯科医師会館

<近畿北陸歯科医療管理学会>

日時：2024年9月29日（日）

会場：奈良県歯科医師会館

<中国地域歯科医療管理学会>

日時：2024年10月27日（日）

会場：鳥根県歯科医師会館

<四国歯科医療管理学会>

日時：2024年8月18日（日）

会場：香川県歯科医療専門学校7階8020ホール

<九州歯科医療管理学会>

日時：2024年11月10日（日）

会場：熊本県歯科医師会館

書評

悩んでも迷っても道はひとつ
—マリ共和国の女性たちと共に生きた自立活動
三〇年の軌跡—

村上一枝 著
小学館 発行

四六判 180頁 定価1,650円

著者は、42歳で歯科医院を開業したが、1986年に西アフリカの途上国マリ共和国を旅行中、貧しい農村の実態を目の当たりにし、やむにやまれぬ気持ちに駆られ、帰国後、盛業だった歯科医院を閉じ、1989年10月、48歳のときに単身で同国に渡り、1990年より現地において、農民の暮らしに密着した支援活動を開始した。

著者を、アフガニスタンで井戸の掘削・用水路の建設等、医師という立場を超えたボランティア活動を行った中村哲先生の女性版という人もいる。しかし、中村哲先生が医療支援や建築等々の労働的支援をしたのに対し、著者が行ったことは、単なる恵みや施しではなく、生活の自立を促すことで現地の人達が健康で明るく自立した生活を目指すことを目的としたボランティア活動であり、中村先生とは似て非なるものである。

「自立を促す」という形が普通のボランティア活動と異なるため関係機関や周囲に理解してもらえなかったが、全額自費であるがゆえに帰されることはなかった。渡航3年後に「マリ共和国保健医療自立を支援する会」を設立し、看護師と助産師を養成、診療所を建設、女性の自活のための初の女性センターも建設した。その後、57村への支援を本格化した。字を書くことや読むことのできなかった村の女性たちが、自分たちで収入を得るように



なり、そして女性たちの作った資金で始まった貸付事業も、2000年から現在まで続いている。さらには近年、就学率も女子が上回ってきたという。

現在、著者は83歳を迎えた。マリでは、イスラム過激派組織によるテロや襲撃が多発し、2022年以降、首都以外の全土を日本外務省は危険レベル4（退避勧告）としているが、レベルが下がれば、再度渡航したいという。

本書は「ノーベル平和賞候補者が綴る初の活動軌跡」と宣伝されている。「？」と思われるだろうが、平和賞は候補者が登録制になっており、一度登録されると候補者ということになる。なお、候補リストや選考過程は受賞の50年後に公表されるとされている。（藤井一維 記）

口唇口蓋裂 Update

—患者・保護者と、寄り添う医療職のためのQ&A—

夏目長門 編著
夏目長奈 編著・イラスト
医歯薬出版 発行

A4変型判 176頁 定価5,280円

私の恩師高橋庄二郎先生はその生涯を唇顎口蓋裂の治療と研究に捧げた方でした。私の与えられた研究テーマはこれとは違うものでしたが、多くの患者さんが訪れていたこともあり、患者さんとはかなり近くで寄り添うことができました。どんな病気でも同じなのでしょうが、唇顎口蓋裂のような先天奇形をもって生まれた方や家族の方々は不憫であると感じておりました。どんなに明るく振る舞われている方でも皆それぞれに、何かしらの哀しさをおもちだったと思います。ただ患者さん達に共通だなと感じたことは、私達医療職には、常に真に正確な回答をお求めになっていたことだと思います。恩師は何を尋ねられても決してその場しのぎの回答はせず、これはここまでわかっている、これはこの方法でここまで回復させることができると、常に学者としての態度を崩し



ませんでした。時代は変わったかもしれませんが、著編者の夏目長門先生は恩師の後の世代で長年ご活躍された方です。本書は患者さんと寄り添うための貴重な一冊です。（堀川晴久 記）

名誉会員紹介

日本歯科医療管理学会の発展に多大な貢献をされた下記の先生が、2024年5月1日より、名誉会員として推戴されました。

(①出身校・卒業年 ②日本歯科医療管理学会への入会年 ③日本歯科医療管理学会での役職歴)



高橋 義一 先生

高橋歯科医院院長

①東京歯科大学・昭和48年

②平成6年

③常任理事 平成20年度～30年度

理事 平成30年度～令和6年度

一般社団法人日本歯科医療管理学会認定医一覧

(令和6年5月1日現在)

認定医 No.	会員名 (地方会)						
1	瀬川 洋 (みちのく)	50	五十嵐博恵 (みちのく)	95	飯高 道 (関東甲信越)	138	佐々木正和 (四国)
6	笠井 史朗 (九州)	52	挽地 俊哉 (北海道)	96	板谷 和徳 (中国)	139	越智 守生 (北海道)
7	釜田 朗 (みちのく)	54	山内 六男 (東海)	97	石通 宏行 (中国)	140	七沢 久子 (関東甲信越)
8	弥郡 彰彦 (関東甲信越)	55	蓮井 義則 (四国)	101	芦浦 文佳 (中国)	141	佐藤 裕二 (中国)
10	藤巻 恵美 (みちのく)	56	伊東 隆利 (九州)	102	高津 茂樹 (関東甲信越)	142	小西 秀和 (中国)
11	菊池佳奈美 (みちのく)	57	尾立 達治 (北海道)	105	三澤麻衣子 (関東甲信越)	143	翁長武一郎 (九州)
13	尾崎 哲則 (関東甲信越)	58	福澤 洋一 (関東甲信越)	107	都倉 達生 (四国)	144	小西 康三 (近畿北陸)
14	山崎 信也 (みちのく)	59	佐々木重夫 (みちのく)	109	鬼塚 千絵 (九州)	145	三澤健一郎 (関東甲信越)
16	西郷 慶悦 (みちのく)	60	玉川 裕夫 (近畿北陸)	110	上田由利子 (関東甲信越)	146	小関 健由 (みちのく)
19	川合 宏仁 (みちのく)	61	馬場 雅人 (北海道)	111	梅川 義忠 (関東甲信越)	147	鶴田 潤 (関東甲信越)
20	島村 和宏 (みちのく)	62	東松 信平 (東海)	116	比嘉 良喬 (九州)	148	則武加奈子 (関東甲信越)
21	木尾 哲朗 (九州)	63	野田 邦治 (九州)	117	村橋 護 (九州)	149	上條 英之 (関東甲信越)
22	橋場 友幹 (みちのく)	64	石田 栄作 (中国)	118	廣瀬 知二 (九州)	150	岡 重徳 (四国)
24	岩淵 皐 (みちのく)	67	柴垣 博一 (関東甲信越)	119	森本 徳明 (中国)	151	新美 奏恵 (関東甲信越)
26	片山 繁樹 (関東甲信越)	69	小向井英記 (近畿北陸)	120	林田 俊彦 (九州)	152	西田 耕也 (九州)
29	山田 岳 (東海)	70	岸 光男 (みちのく)	121	鳥越 有貴 (関東甲信越)	153	堀川 晴久 (関東甲信越)
30	佐藤 勤一 (みちのく)	71	瀧田 正亮 (近畿北陸)	122	間宮 京子 (関東甲信越)	154	澄川 裕之 (中国)
32	鹿郷 満保 (関東甲信越)	72	内野 泰樹 (近畿北陸)	123	福泉 隆喜 (九州)	155	南 健太郎 (みちのく)
34	上原 任 (関東甲信越)	73	橋本 直樹 (みちのく)	124	二家本 晃 (関東甲信越)	156	村上慎一郎 (九州)
35	小松崎 明 (関東甲信越)	77	天間 裕文 (中国)	125	三浦 啓伸 (みちのく)	157	溝渕 健一 (近畿北陸)
36	小野 幸絵 (関東甲信越)	78	河野 淳 (中国)	126	小田 浩一 (中国)	158	船山 高明 (近畿北陸)
38	藤井 一維 (関東甲信越)	80	橋本 和人 (中国)	127	牟田 悟朗 (九州)	159	中村 太志 (九州)
39	佐藤 尚武 (北海道)	81	伊東 昌俊 (関東甲信越)	128	曾我部浩一 (北海道)	160	守下 昌輝 (九州)
41	外山 敦史 (東海)	83	山我 貴之 (中国)	129	日高 勝美 (関東甲信越)	161	大戸 敬之 (九州)
42	外山 康臣 (東海)	85	高橋 義一 (関東甲信越)	130	楠 一文 (九州)	162	本橋 佳子 (関東甲信越)
43	小島 弘充 (東海)	86	大附 敏彦 (中国)	131	黒岩 昭弘 (関東甲信越)	163	漆川 卓 (四国)
44	佐藤 吉則 (関東甲信越)	89	野畑 貴夫 (北海道)	133	遠藤 則子 (関東甲信越)	164	篠丸 哲也 (四国)
45	川上 智史 (北海道)	90	佐藤 正俊 (関東甲信越)	134	長谷川篤司 (関東甲信越)	165	神前 亘 (四国)
46	窪田 明久 (東海)	92	福本 和夫 (近畿北陸)	135	勝部 直人 (関東甲信越)	166	高田 正典 (関東甲信越)
47	石井 瑞樹 (関東甲信越)	93	木村 哲也 (九州)	136	草野 薫 (近畿北陸)	167	乾 明成 (みちのく)
48	末瀬 一彦 (近畿北陸)	94	北村 信隆 (関東甲信越)	137	丸尾 修之 (四国)		

一般社団法人日本歯科医療管理学会指導医一覧

(令和6年5月1日現在)

指導医 No.	会員名 (地方会)						
1	瀬川 洋 (みちのく)	14	笠井 史朗 (九州)	22	森本 徳明 (中国)	29	外山 敦史 (東海)
4	山内 六男 (東海)	15	高津 茂樹 (関東甲信越)	23	蓮井 義則 (四国)	30	山崎 信也 (みちのく)
7	玉川 裕夫 (近畿北陸)	16	尾崎 哲則 (関東甲信越)	24	上原 任 (関東甲信越)	31	窪田 明久 (東海)
8	川上 智史 (北海道)	17	高橋 義一 (関東甲信越)	25	釜田 朗 (みちのく)	32	尾立 達治 (北海道)
9	外山 康臣 (東海)	18	五十嵐博恵 (みちのく)	26	岸 光男 (みちのく)	33	佐藤 裕二 (中国)
10	木村 哲也 (九州)	19	伊東 隆利 (九州)	27	福澤 洋一 (関東甲信越)	34	長谷川篤司 (関東甲信越)
12	片山 繁樹 (関東甲信越)	20	藤井 一維 (関東甲信越)	28	三澤麻衣子 (関東甲信越)		

一般社団法人日本歯科医療管理学会認定士一覧

認定士 No.	会員名 (地方会)
1	濱元 一美 (近畿北陸)
2	小西 富代 (関東甲信越)
3	小田 紫 (中国)
4	桑田 有花 (関東甲信越)
5	戸田花奈子 (関東甲信越)

一般社団法人日本歯科医療管理学会定款

第1章 総 則

(名称)

第1条 本会は、一般社団法人日本歯科医療管理学会(英文名: Japanese Society of Dental Practice Administration)と称する。

(目的及び事業)

第2条 本会は、歯科医療管理に関連した近代的諸科学を広く導入・普及することにより歯科医療の内容の向上、診療環境の整備及び運営の安定化を図り、もって国民の健康に寄与することを目的として、次の事業を行う。

- (1) 学術大会の開催
- (2) 研究会、講演会及び講習会等の開催
- (3) 機関誌及びその他の出版物の刊行
- (4) 認定医等の資格の認定
- (5) 研究の奨励及び研究業績等の表彰
- (6) 国内外の歯科医療管理学に関する文献及び資料の収集並びに情報提供
- (7) 国内外における歯科医療管理学関連団体との交流及び情報交換
- (8) その他本会の目的を達成するために必要な事業

(主たる事務所の所在地)

第3条 本会は、主たる事務所を東京都豊島区に置く。
(公告方法)

第4条 本会の公告は、主たる事務所の公衆の見やすい場所に掲示する方法により行う。

(機関)

第5条 本会は、本会の機関として社員総会及び理事以外に理事会及び監事を置く。

第2章 会員及び社員

(法人の構成員)

第6条 本会に、次の種類の会員を置く。

- | | |
|-------|---|
| 正 会 員 | 歯科医療管理学に関心があり、本会の目的及び事業に賛同する個人 |
| 団体会員 | 歯科医療管理学に関心があり、本会の目的及び事業に賛同する団体 |
| 維持会員 | 本会の目的達成のための事業に対し、維持会費を納入することにより支援する個人又は団体 |
| 賛助会員 | 本会の目的達成のための事業に対し、賛助会費を納入することにより支援する個人又は団体 |

名誉会員 本会の目的達成、運営及び発展に著しい功績のあった正会員で、別途定める規定の基準を満たし、理事会の推薦を経て総会の承認を得た個人

- 2 本会は、別に定める規則によって正会員の中から選出された100名以上200名以内の代議員をもって社員(一般社団法人及び一般財団法人に関する法律(以下、法人法という。)に規定する社員をいう。以下同じ。)とする。
- 3 代議員を選出するため、正会員による代議員選挙を行う。代議員選挙を行うために必要な規則は理事会において定める。
- 4 代議員は、正会員の中から選ばれることを要する。正会員は、前項の代議員選挙に立候補することができる。
- 5 第3項の代議員選挙において、正会員は他の正会員と等しく代議員を選挙する権利を有する。理事又は理事会は、代議員を選出することはできない。
- 6 代議員の任期は、選任後2年以内に終了する事業年度のうち最終のものに関する定時社員総会の終結の時までとする。ただし、代議員が総会決議取消しの訴え、解散の訴え、責任追及の訴え及び役員解任の訴え(法人法第266条第1項、第268条、第278条、第284条)を提起している場合(法人法第278条第1項に規定する訴えの提起の請求をしている場合を含む。)には、当該訴訟が終結するまでの間、当該代議員は社員たる地位を失わない(当該代議員は、役員を選任及び解任(法人法第63条及び第70条)並びに定款変更(法人法第146条)についての議決権を有しないこととする)。
- 7 代議員が欠けた場合又は代議員の員数を欠くこととなるときに備えて補欠の代議員を選挙することができる。補欠の代議員の任期は、任期の満了前に退任した代議員の任期の満了する時までとする。
- 8 補欠の代議員を選挙する場合には、次に掲げる事項も併せて決定しなければならない。
 - (1) 当該候補者が補欠の代議員である旨
 - (2) 当該候補者を1人又は2人以上の特定の代議員の補欠の代議員として選任するときは、その旨及び当該特定の代議員の氏名
 - (3) 同一の代議員(2人以上の代議員の補欠として選任した場合にあっては、当該2人以上の代議員)につき2人以上の補欠の代議員を選任するときは、当該補欠の代議員相互間の優先順位
- 9 第7項及び前項の補欠の代議員の選任に係る選挙及

び決定が効力を有する期間は、第6項の代議員の任期と同様とする。

10 代議員の報酬は、無償とする。

11 正会員は、法人法に規定された次に掲げる社員の権利を、社員と同様に本会に対して行使することができる。

- (1) 法人法第14条第2項の権利（定款の閲覧等）
- (2) 法人法第32条第2項の権利（社員名簿の閲覧等）
- (3) 法人法第57条第4項の権利（総会の議事録の閲覧等）
- (4) 法人法第50条第6項の権利（社員の代理権証明書等の閲覧等）
- (5) 法人法第51条第4項及び第52条第5項の権利（議決権行使書面の閲覧等）
- (6) 法人法第129条第3項の権利（計算書類等の閲覧等）
- (7) 法人法第229条第2項の権利（清算法人の貸借対照表等の閲覧等）
- (8) 法人法第246条第3項、第250条第3項及び第256条第3項の権利（合併契約等の閲覧等）

12 理事、監事は、その任務を怠ったときは、本会に対し、これによって生じた損害を賠償する責任を負い、法人法第112条の規定にかかわらず、この責任は、すべての正会員の同意がなければ、免除することができない。

(入会)

第7条 本会の会員となるためには、本会所定の入会申込書に入会金及びその年度の会費を添えて入会の申込をし、理事会の承認を得なければならない。

(入会金及び年会費)

第8条 会員は、本会の事業活動に経常的に生じる費用に充てるため、入会時及び毎年、総会の決議を経て別に定める規則に基づく入会金及び年会費を支払う義務を負う。また、本会は、必要がある場合には総会の決議を経て会員から臨時会費を徴取することができる。

2 名誉会員は年会費を納めることを要しない。

3 既納の入会金、年会費及びその他の抛出品は、いかなる事由があっても返還しない。

(退会)

第9条 会員は、本会所定の退会届を提出することにより、任意にいつでも退会することができる。

(除名)

第10条 会員が次の各号のいずれかに該当するときは、総会の決議によって当該会員を除名することができる。

- (1) 本会の定款、規則等又は総会の議決に違反したとき

(2) 本会の名誉を傷つけ、又は本会の目的に反する行為をしたとき

(3) その他正当な事由があるとき

2 前項の規定により会員を除名するときは、当該会員にあらかじめ通知するとともに、議決の前に弁明の機会を与えなければならない。

(会員の資格の喪失)

第11条 前2条の場合のほか、会員は、次のいずれかに該当する場合は、その資格を喪失する。

(1) 第8条の支払義務を継続して2年間履行しなかったとき

(2) 総代議員が同意したとき

(3) 当該会員が死亡、解散したとき

(会員資格喪失に伴う権利及び義務)

第12条 会員が、前3条の規定によりその資格を喪失したときは、本会に対する権利を失い、義務を免れる。ただし、未履行の義務は、これを免れることができない。

2 本会は、会員がその資格を喪失しても、既に納入した入会金、年会費その他の抛出品を返還しない。

3 正会員である代議員が、会員資格を喪失したときは、代議員資格も喪失したものとする。

第3章 社員総会

(総会の構成等)

第13条 本会の総会は、代議員をもって構成し、代議員は総会において各1個の議決権を有する。

2 前項の総会をもって法人法上の社員総会とする。

3 総会は、定時総会及び臨時総会の2種とする。

(総会の権能)

第14条 総会は、法人法に規定する事項及びこの定款に定める事項に限り議決することができる。

2 前項の規定にかかわらず、総会は、あらかじめ通知した目的である事項以外は、議決することができない。

(総会の開催)

第15条 定時総会は、毎事業年度終了後3カ月以内に1回開催する。

2 臨時総会は、次に掲げるときに開催する。

(1) 理事会が必要と認めたとき

(2) 総代議員の議決権の5分の1以上を有する代議員から、会議の目的である事項及び招集の理由を示して請求があったとき

(3) 前号の規定により請求をした代議員が、裁判所の許可を得て、総会を招集するとき

(総会の招集)

第16条 総会は、前条第2項第3号の規定により代議員が招集する場合を除き、理事会の決議に基づき、理

事長が招集する。

- 2 代議員が招集する場合を除き、理事長が総会を招集するには、代議員に対し、会議の目的たる事項及びその内容並びに日時及び場所を示して、総会の日の1週間前までに、書面をもって通知しなければならない。

(総会の議長)

第17条 総会の議長は、その総会において、出席代議員の中から選出する。

(決議の方法)

第18条 総会の決議は、法令又はこの定款に別段の定めがある場合を除き、総代議員の議決権の過半数を有する代議員が出席し、出席した当該代議員の議決権の過半数をもって行う。

- 2 総会に出席することができない代議員は、あらかじめ通知された事項について書面または電磁的方法をもって決議し、または他の代議員を代理人として決議を委任することができる。

(総会の議事録)

第19条 総会の議事については、法令で定めるところにより、議事録を作成する。

- 2 議事録には、議長のほか、出席した代議員のうちからその総会において選任された議事録署名人2人以上が署名若しくは記名押印をしなければならない。

第4章 理事、監事及び代表理事

(役員の設定)

第20条 本会に、次の役員を置く。

- (1) 理事 10名以上40名以内
 - (2) 監事 2名以内
- 2 理事のうち1名を理事長とし、2名の副理事長、1名の専務理事、5名以内の常務理事を置く。
- 3 前項の理事長をもって法人法上の代表理事とし、専務理事、常務理事を法人法第91条第1項第2号の業務執行理事とする。また、それ以外の理事の一部を法人法第91条第1項第2号の業務執行理事とすることができる。

(役員を選任)

第21条 理事及び監事は、別途定める選出方法により選出された者の中から、総会の決議によって選任する。

- 2 理事会は理事長を選定する。この場合において、理事会は総会の決議により理事長候補者を選出し、理事会において当該候補者を選定する方法によることができる。
- 3 副理事長、専務理事、常務理事及び前条第3項後段の業務執行理事は、理事会の決議によって理事の中から選定する。
- 4 理事のうち、理事のいずれか1名とその配偶者又は

三親等内の親族（その他当該理事と政令で定める特別の関係がある者を含む。）である理事の合計数が理事総数の3分の1を超えてはならない。また、他の同一団体の理事又は使用人である者その他これに準ずる相互に密接な関係にあるものとして法令で定めるものである理事の合計数が理事総数の3分の1を超えてはならない。

- 5 監事は、本会の理事又は使用人を兼ねることができない。

(理事の職務及び権限)

第22条 理事は、理事会を構成し、法令及びこの定款で定めるところにより、職務を執行する。

- 2 理事長は、法令及びこの定款で定めるところにより、本会を代表し、会務を統括する。
- 3 副理事長は、理事長を補佐し、理事長に事故あるときは、予め理事長が指名した順序により、その職務を代行する。
- 4 専務理事は、理事長を補佐し、常務理事会及び理事会を取りまとめる。
- 5 常務理事は、本会の会務を分担執行する。
- 6 業務執行理事は、理事会において別に定めるところにより、本会の会務を分担執行する。
- 7 理事長及び業務執行理事（専務理事及び常務理事を含む）は、毎事業年度に4カ月を超える間隔で2回以上、自己の職務の執行の状況を理事会に報告しなければならない。

(監事の職務及び権限)

第23条 監事は、理事の職務の執行を監査し、法令で定めるところにより、監査報告を作成する。

- 2 監事は、いつでも、理事及び使用人に対して事業の報告を求め、本会の業務及び財産の状況の調査をすることができる。
- 3 その他、法令に定められた業務を行う。

(役員任期)

第24条 理事の任期は、選任後2年以内に終了する事業年度のうち最終のものに関する定時総会の終結の時までとする。

- 2 監事の任期は、選任後2年以内に終了する事業年度のうち最終のものに関する定時総会の終結の時までとする。
- 3 補欠として選任された理事又は監事の任期は、前任者の任期の満了する時までとする。
- 4 増員として選任された理事の任期は、現任者の任期の満了する時までとする。
- 5 理事又は監事は、第20条に定める定数に足りなくなるときは、任期の満了又は辞任により退任した後も、新たに選任された者が就任するまで、なお理事又は監

事としての権利義務を有する。

(役員解任)

第25条 役員は、次の各号のいずれかに該当するときは、総会の決議により、これを解任することができる。ただし、監事の解任については、総代議員の半数以上であって、総代議員の議決権の3分の2以上の議決権を有する者の賛成による総会の決議によることを要する。

- (1) 心身の故障のため職務の執行に耐えないと認められるとき
- (2) 職務上の義務違反その他役員としてふさわしくない行為があると認められるとき
- (3) その他正当な事由があるとき

(役員報酬等)

第26条 役員報酬は、無償とする。

2 ただし、役員にはその職務を執行するための費用を弁償することができる。この場合の費用弁償の規則は総会の決議を経て別途定める。

第5章 理事会

(理事会の構成)

第27条 本会に理事会を置く。

2 理事会は、すべての理事をもって構成する。

(権限)

第28条 理事会は、次の職務を行う。

- (1) 本会の業務執行の決定
- (2) 理事の職務の執行の監督
- (3) 理事長、副理事長、専務理事、常務理事及び業務執行理事の選定及び解職

(招集)

第29条 理事会は、理事長がこれを招集し、会日の1週間前までに各理事及び各監事に対して招集の通知を発するものとする。ただし、緊急の場合にはこれを短縮することができる。

2 理事長に事故若しくは支障があるときは、理事長があらかじめ理事会で定めた順位に従い他の理事がこれを招集する。

(議長)

第30条 理事会の議長は、理事長がこれに当たる。ただし、理事長に事故若しくは支障があるときは、理事長があらかじめ理事会で定めた順位に従い他の理事がこれに代わるものとする。

(決議)

第31条 理事会の決議は、決議について特別の利害関係を有する理事を除く理事の過半数が出席し、その過半数をもって行う。

2 前項の規定にかかわらず、法人法第96条の要件を

満たしたときは、理事会の決議があったものとみなす。(議事録)

第32条 理事会の議事については、法令で定めるところにより、議事録を作成する。

2 理事会に出席した理事長(理事長に事故若しくは支障があるときは出席理事)及び監事は、前項の議事録に署名若しくは記名押印をしなければならない。

(常務理事会)

第33条 常務理事会は、理事長、副理事長、専務理事、常務理事及び業務執行理事をもって構成する。

2 常務理事会は、理事長が随時必要なときに招集し、理事長はその議長となり、次の事項を処理する。

- (1) 理事会から委任を受けた日常の事務処理に関すること(ただし、法人法並びにこの定款の規定により理事会の議決を要するものを除く。)
- (2) 緊急を要する会務の処理に関すること(ただし、法人法並びにこの定款の規定により理事会の議決を要するものを除く。)
- (3) その他理事会の付託会務に関すること

3 常務理事会で処理した事項は、理事会に報告し、承認を受けなければならない。

4 理事長が本会の運営に必要と認めた者を常務理事会にその都度出席させることができる。

第6章 資産及び計算

(資産の構成)

第34条 本会の資産は、次に掲げるものをもって構成する。

1. 財産目録に記録された財産
2. 事業年度内における次に掲げる収入
 - (1) 年会費、入会金及び各種負担金
 - (2) 寄附金品
 - (3) 資産から生じる収入
 - (4) 事業に伴う収入
 - (5) その他の収入

(事業年度)

第35条 本会の事業年度は、毎年5月1日に始まり翌年4月30日に終わる。

(事業計画及び収支予算)

第36条 本会の事業計画書、収支予算書、資金調達及び設備投資の見込みを記載した書類については、毎事業年度の開始の日の前日までに、理事長が作成し、理事会の承認を受けなければならない。これを変更する場合も、同様とする。

(事業報告及び決算)

第37条 本会の事業報告及び決算については、毎事業年度終了後、理事長が次の書類を作成し、監事の監査

を受けた上で、理事会の承認を経て、総会に提出し、1及び2の書類についてはその内容を報告し、3から5までの書類については承認を受けなければならない。

- (1) 事業報告
- (2) 事業報告の附属明細書
- (3) 貸借対照表
- (4) 損益計算書（正味財産増減計算書）
- (5) 貸借対照表及び損益計算書（正味財産増減計算書）の附属明細書

（計算書類等の備置き）

第38条 本会は、各事業年度にかかる貸借対照表、損益計算書（正味財産増減計算書）及び事業報告書並びにこれらの附属明細書（監事の監査報告書を含む。）を、定時総会の日の2週間前の日から5年間、主たる事務所に備え置くものとする。

（剰余金の不配当）

第39条 本会は、剰余金の配当はしないものとする。

第7章 定款の変更及び解散

（定款の変更）

第40条 この定款は、総代議員の半数以上であって、総代議員の議決権の3分の2以上の議決権を有する者の賛成による総会の決議によって変更することができる。

（解散）

第41条 本会は、総会の決議その他法令で定められた事由により解散する。

（残余財産の帰属）

第42条 本会が清算をする場合において有する残余財産は、総会の決議を経て、公益社団法人及び公益財団法人の認定等に関する法律第5条第17号に掲げる法人又は国若しくは地方公共団体に贈与するものとする。

第8章 委員会及び顧問

（委員会）

第43条 本会は、事業の円滑な遂行を図るため、理事会の議決により、委員会を設けることができる。

2 委員会の構成、任務及びその他委員会運営に必要な事項は、その都度、理事会の議決により、別に定める。

（顧問）

第44条 理事長は、会務の執行について必要な助言を得るため、理事会の同意を得て、顧問を委嘱することができる。

2 顧問の任期は、委嘱した理事長の任期の満了する時までとする。

第9章 附 則

（諸規程等）

第45条 この定款の施行についての諸規程は、理事会の議決を経て、別に定める。

（設立時社員の氏名及び住所）

第46条 本会の設立時の社員は、第6条の規定にかかわらず、次の者とする。

大分県白杵市大字白杵 109 番地の 3	白土清司
東京都大田区大森本町一丁目 8 番 10-2211 号	尾崎哲則
神奈川県横浜市都筑区大丸 5 番 22 号	片山繁樹

（設立時の役員）

第47条 本会の設立時理事及び設立時監事は、第21条の規定にかかわらず、次のとおりとする。

設立時理事

白土清司	尾崎哲則	片山繁樹	柴垣博一
勝部直人	伊東昌俊	玉川裕夫	日高勝美
福澤洋一	佐藤 勉	瀬川 洋	藤井一維
鶴田 潤	高橋義一	笠井史朗	川上智史
小塩 裕	中村勝文	高田晴彦	未瀬一彦
宮内啓友	梁本昌功	平田創一郎	越智守生
岸 光男	大金 誠	山内六男	南 哲之介
蓮井義則	木村哲也		

設立時監事 外山康臣 福西啓八

（設立時の代表理事）

第48条 本会の設立時理事長（代表理事）は、次のとおりとする。

大分県白杵市大字白杵 109 番地の 3

設立時理事長（代表理事）白土清司

（設立時の会員）

第49条 従来日本歯科医療管理学会の正会員、団体会員、維持会員、賛助会員及び名誉会員であって、第6条に規定する正会員、団体会員、維持会員、賛助会員及び名誉会員の資格を有する者は、第7条の規定にかかわらず、設立の日からそれぞれ当該会員とする。

（最初の事業年度）

第50条 本会の最初の事業年度は、法人成立の日から平成31年4月30日までとする。

（設立時の財産及び権利義務）

第51条 本会の設立により、従来日本歯科医療管理学会に属した一切の財産及び権利義務は、本会が継承する。

（定款に定めのない事項）

第52条 この定款に定めのない事項については、すべて法人法その他の法令の定めるところによる。

（附則）

1 この定款は平成30年5月1日から施行する。

一般社団法人日本歯科医療管理学会定款施行規則

第1章 総 則

(目的)

第1条 本規則は一般社団法人日本歯科医療管理学会(以下「本会」という。)定款第2条の目的を達成するため、定款を運用するために必要な事項を規定し、円滑な学会運営を推進することを目的とする。

第2章 正 会 員

(入会手続)

第2条 定款第7条に基づき、本会に入会するものは、入会申込書に必要な事項を記入の上、入会金及び当年度の年会費を添えて本会事務局に申し込まなければならない。

(入会日)

第3条 入会日は入会申込書と入会金及び当年度の年会費の納入が完了した日とする。入会手続完了後本人に通知し、理事会の承認を得なければならない。

(正会員の権利)

第4条 正会員には次の権利がある。

- (1) 本会の学術大会において研究成果を発表し、報告を行うこと。
- (2) 本会の発行する学会機関誌 日本歯科医療管理学会雑誌に投稿すること。
- (3) 本会の定時総会議事及び議決した事項について、会告等にて通知を受けること。
- (4) 本会の発行する学会機関誌 日本歯科医療管理学会雑誌の配布を受けること。
- (5) 本学会ウェブサイトの会員サイトを閲覧すること。

(学会誌等の配布)

第5条 当該年度の会費を納めた正会員は、その年度の5月から翌年4月に至るまでの本会機関誌の配布を受ける。

2 新たに正会員となったものには、入会手続完了後から機関誌等を配布する。

3 次条に定める納入期限までに会費の納入がないときは、学会機関誌等の配布は停止される。

(会費納入期限)

第6条 会費は、当該年度の4月30日までに納めなければならない。

(滞納会費の受け入れ)

第7条 滞納会費の納入があったときは、滞納の発生順

に充当するものとする。ただし、正会員資格喪失後、年会費の納入があった場合は再入会とし、当該年度の会費として受け入れる。

2 滞納により停止された期間の機関誌等の配布は受けられない。

第3章 団 体 会 員

(団体会員)

第8条 団体会員は歯科医師会医療管理関連部門や地域連携に必要な医療関連組織等の団体での入会希望者とし、各団体から3名まで登録できる。団体会員として登録した者は、第4条各号に定める正会員の権利と同等の権利を有する。

2 前項の団体会員の登録者の中から各団体は代表者1名を選任する。なお、団体会員としての登録者は当該団体の変更届により適時変更できる。

(規則の準用)

第9条 第2条(入会手続)、第3条(入会日)、第6条(会費納入期限)、第7条(滞納会費の受け入れ)については団体会員に準用する。

(団体会員の権利)

第10条 団体会員には次の権利がある。

- (1) 団体会員登録者が本会の学術大会において研究成果を発表し、報告を行うこと。発表者が3名を超える場合には、4名からは学術大会の当日会費のみを納入する。
- (2) 団体会員登録者が本会の発行する学会機関誌 日本歯科医療管理学会雑誌に投稿すること。著者が3名を超える場合には、4名からは本会雑誌投稿規定に従う。
- (3) 団体会員登録者が本会の定時総会議事及び議決した事項について、会告等にて通知を受けること。
- (4) 団体会員登録者のうち代表者が本会の発行する学会機関誌 日本歯科医療管理学会雑誌の配布を受けること。
- (5) 団体会員登録者が本会ウェブサイトの会員サイトを閲覧すること。

(学会誌等の配布)

第11条 当該年度の会費を納めた団体会員の代表者は、その年度の5月から翌年4月に至るまでの本会機関誌の配布を受ける。

2 新たに団体会員となったものには、入会手続完了後から学会機関誌等を配布する。

3 会費納入期限までに会費の納入がないときは、学会機関誌等の配布は停止される。

第4章 維持会員・賛助会員

(規則の準用)

第12条 第2条(入会手続)、第3条(入会日)、第5条(学会誌等の配布)、第6条(会費納入期限)及び第7条(滞納会費の受け入れ)については維持会員・賛助会員に準用する。

(維持会員・賛助会員の権利)

第13条 維持会員・賛助会員には次の権利がある。

- (1) 本会の発行する学会機関誌 日本歯科医療管理学会雑誌の配布を受けること。
- (2) 本会の定時総会議事及び議決した事項について、会告等にて通知を受けること。
- (3) 本学会ウェブサイトの会員サイトを閲覧すること。

第5章 名誉会員

(名誉会員)

第14条 名誉会員は、前年度末(4月30日)の時点で、会員歴が継続20年以上(法人化前の日本歯科医療管理学会の期間を含む)であり、かつ満75歳以上である正会員の中から理事会が推薦し、総会の承認を得て決定する。

2 前項に規定する推薦の対象者は、次のいずれかに該当する者とする。

- (1) 本会の役員及び代議員の経験を有する者または法人化前の本会の役員歴などこれに準じる経験を有する者
- (2) 通算5期以上の地域関連団体役員を経験を有する者で地域関連団体の長から推薦された者または法人化前の支部役員歴などこれに準じる経験を有する者で地域関連団体の長から推薦された者
- (3) その他、本会の目的達成に著しい貢献があった者

3 前2項の規定に基づき名誉会員に決定した者は、次年度以降の会費納入を免除する。

第6章 会 費

(入会金)

第15条 本会の入会金は、次のとおりとする。

- (1) 正会員 3,000円
- (2) 団体会員 6,000円
- (3) 維持会員 3,000円
- (4) 賛助会員 3,000円

(年会費)

第16条 本会の年会費は、次のとおりとする。

- (1) 正会員 12,000円(歯科医師以外の正会員は10,000円とする。)
- (2) 団体会員 24,000円
- (3) 維持会員 一口 50,000円
- (4) 賛助会員 一口 30,000円

第7章 役員及び代議員

(理事の選出)

第17条 理事の選出方法は、別に定める理事選出に関する規程に従うものとする。

(理事長候補者の選出)

第18条 理事長候補者の選出は、別に定める理事長候補者選出規則に従うものとする。

(監事の選出)

第19条 監事の選出は別に定める監事選出規則に従うものとする。

(代議員の選出)

第20条 代議員の選出方法は別に定める代議員選出規則に従うものとする。

(役員及び代議員の定年)

第21条 役員及び代議員が満75歳に達した場合は、任期終了後、その資格を失う。

第8章 委 員 会

(委員会の設置)

第22条 本会は、会務処理を円滑に行うために各種委員会を設置し、理事長から指名された理事が担当する。

- (1) 編集委員会
- (2) 学術・教育委員会
- (3) 認定医制度委員会
- (4) 認定医資格認定審査会
- (5) 医療情報委員会
- (6) 医療保険・地域医療検討委員会
- (7) 諸規則等運用委員会
- (8) 広報委員会
- (9) 倫理審査委員会
- (10) 利益相反委員会

(委員会の構成)

第23条 第22条に定める委員会は、委員長1名および委員若干名で組織する。各委員会規則がある場合にはこの限りではない。

2 委員長は理事長が理事の中から指名し、理事会の決議を経て選任する。

3 必要に応じて委員の中から副委員長を置くことができる。

4 副委員長、委員は委員長が指名し、理事会の決議を経て理事長が委嘱する。

5 幹事は必要に応じて1名以上を置くことができる。

第9章 学術大会

(学術大会)

第24条 学術大会は原則として毎年1回、6月～7月に開催する。開催地及び開催時期は理事会において承認を得る。

第10章 地域関連団体（協力学会）

(地域関連団体)

第25条 定款第2条第7号に規定する関連団体は次の協力学会とする

2 協力学会は北海道歯科医療管理学会、みちのく歯科医療管理学会、関東甲信越歯科医療管理学会、東海歯科医療管理学会、近畿北陸歯科医療管理学会、中国地域歯科医療管理学会、四国歯科医療管理学会、九州歯科医療管理学会の地域関連団体とする。

3 一般社団法人日本歯科医療管理学会へ入会した者は、登録の住所によって、別表に則り地域関連団体に所属する。

(地域関連団体助成金)

第26条 地域関連団体運営費を助成することができる。

2 会議のための会場費、連絡費等の運営費の助成は、15万円+前年度末会員数×300円で算出される額を上限とし、領収書を添えて本会に申請をする。

第11章 補 則

第27条 本規則に定めるもののほかこの法人の運営に必要な事項は、理事会の決議を経て、理事長が別に定める。

第12章 定款施行規則の改廃

第28条 本規則は、理事会および総会の決議を経なければ改正または廃止することができない。

別表

地域関連団体名	都道府県名
北海道歯科医療管理学会	北海道
みちのく歯科医療管理学会	青森県 秋田県 岩手県 山形県 宮城県 福島県
関東甲信越歯科医療管理学会	茨城県 栃木県 群馬県 千葉県 埼玉県 東京都 神奈川県 山梨県 新潟県 長野県
東海歯科医療管理学会	静岡県 愛知県 三重県 岐阜県
近畿北陸歯科医療管理学会	石川県 富山県 福井県 滋賀県 京都府 大阪府 兵庫県 奈良県 和歌山県
中国地域歯科医療管理学会	岡山県 鳥取県 広島県 島根県 山口県
四国歯科医療管理学会	徳島県 香川県 愛媛県 高知県
九州歯科医療管理学会	福岡県 佐賀県 長崎県 大分県 熊本県 宮崎県 鹿児島県 沖縄県

(附則)

- 1 本規則は、平成30年7月20日に制定し、平成30年5月1日に遡って施行する。
- 2 附則1にかかわらず、第16条第(1)号に示す正会員の年会費の額は、平成31年5月1日から適用する。
- 3 本規則は、令和3年7月16日一部改正する。

一般社団法人日本歯科医療管理学会認定医制度規則

第1章 総 則

(目的)

第1条 一般社団法人日本歯科医療管理学会（以下「本学会」という）では、「歯科保健医療福祉・介護の質を確保して安全・安心・信頼の歯科医療を提供できる歯科医療機関のあるべき姿を探求し、それを推進できる歯科医師を育成し、国民に適切な歯科医療を提供すること」を目的として認定医制度を設ける。

(名称)

第2条 認定医の名称を一般社団法人日本歯科医療管理学会認定医（英文名：Board Certified Dentist of Japanese Society of Dental Practice Administration）とする。

第2章 認定医制度委員会

(委員会の設置)

第3条 本学会は、前条の目的を達成するために認定医制度委員会をおく。

2 委員長・副委員長及び委員は、本学会理事長が指名する。

(業務)

第4条 認定医制度委員会は、この規則によって以下の業務を行う。

- 1) 認定医制度に関する諸問題を検討する。
- 2) 日本歯科医療管理学会認定医（以下「認定医」という）の認定資格、更新、資格喪失等に関する事項を検討する。
- 3) 関連学会との連絡を行う。

第3章 認定医資格認定審査会

(業務)

第5条 認定医資格認定審査会（以下「認定審査会」という）は、認定医の資格認定を行う。

2 認定審査会は、認定医の審査に関して以下の業務を行う。

- 1) 申請資格の審査
- 2) 認定医試験の実施
- 3) 認定審査
- 4) 申請資格審査及び認定審査に必要な調査
- 5) その他、認定医等の認定業務に必要な事項

第4章 認定医の申請資格

(申請資格)

第6条 認定医の認定を申請する者は、次の各号に定め

る資格を要する。

- 1) 日本国の歯科医師免許を有すること
 - 2) 歯科医師免許登録後、5年以上継続して本学会会員であること
 - 3) 別に定める研修実績を有すること
- 2 前項の規定にかかわらず、認定医制度委員会が認める者は、認定医の認定を申請することができる。

第5章 認定医の認定

(申請方法)

第7条 認定医申請者は、次の各号に定める申請書類に認定審査料を添えて、認定審査会に提出しなければならない。

- 1) 認定医申請書
- 2) 履歴書
- 3) 歯科医師免許の写し
- 4) 研修実績報告書

2 認定審査会は、必要に応じてその他の資料等の提出を求めることができる。

(審査ならびに認定)

第8条 認定医の審査は、試験及び申請書類によって行う。

- 2 認定医申請者については、認定審査会が認定医としての適否を判定し、その結果に基づき、理事会に答申して承認を得たのち、理事会、社員総会に報告する。
- 3 認定医の審査は原則として1年に1回とし、認定医制度委員会が必要と認めた場合には、複数回行うことができる。

(認定書の交付)

第9条 本学会は、所定の登録手続を完了した歯科医師を日本歯科医療管理学会認定医として登録し、認定書を交付する。

2 認定書の有効期間は、5年とする。

第6章 資格の更新

(更新義務)

第10条 認定医は、5年毎にその資格を更新しなければならない。

第7章 資格の喪失ならびに認定の取消

(事由)

第11条 認定医が次の事項に該当するとき、理事会の議を経て、認定を取消す。

- 1) 正当な理由を付して認定医の資格を辞退したとき
- 2) 資格の更新を行わなかったとき

- 3) 歯科医師の免許が取消されたとき
 - 4) 本学会の資格を喪失したとき
 - 5) 認定医としてふさわしくない行為があったとき
 - 6) 申請書類に重大な誤りがあったとき
- 2 認定医制度委員会は、会員が前項第5号及び第6号に該当するとき、資格喪失の認定前に該当会員に対して弁明の機会を与えるものとする。
- 3 1項第1号、第2号、第5号及び第6号に該当する資格の喪失の適否については、認定医制度委員会の議を経なければならない。

第8章 認定医制度施行規則等への委任

第12条 この規則に規定するもののほか、認定の条件等審査の方法等については認定医制度施行規則で、認定医制度委員会、認定審査会等の構成と運営については認定医制度委員会規則、認定審査会規則で定める。

第9章 附 則

- 第13条 本規則は、平成24年4月1日から施行する。
- 第14条 本規則は、理事会および総会の決議を経なければ改正または廃止することはできない。
- 第15条 認定医の審査は、理事会で定める一定期間は、申請書類の審査によって行うものとする。
- 第16条 本規則は平成30年5月1日一般社団法人日本歯科医療管理学会設立に伴い、「日本歯科医療管理学会」を「一般社団法人日本歯科医療管理学会」と読み替えるものとする。

平成24年7月7日一部改正
平成28年7月16日一部改正
平成30年7月20日一部改正
令和3年7月16日一部改正

一般社団法人日本歯科医療管理学会認定医制度施行規則

第1章 総 則

第1条 一般社団法人日本歯科医療管理学会認定医制度の施行にあたって、認定医制度規則（以下「規則」という）に定めるもののほか、施行に必要な事項については、この認定医制度施行規則によるものとする。

第2章 認定審査会

第2条 認定審査会は、規則第5条に示す業務を行い認定医としての可否を判定する。

- 1) 申請資格の審査
 - 2) 認定審査
 - 3) 申請資格審査及び認定審査に必要な調査
 - 4) その他、認定医等の認定業務に必要な事項
- 2 次年度の認定医の認定業務に関する事項を作成する。
- 3 認定医の認定に必要な資格について申請書類を審査し、適否を判定する。
- 第3条 認定審査会は、申請書類を受理した日から5年間、本学会事務局に保管する。

第3章 認定医の認定

第4条 認定医の認定を申請する者（以下「認定医申請者」という）の資格については規則第6条に定めるもののほか、次の各条について審査する。

第5条 認定医申請者は、次の各号に定める項目について所定の研修を修めなければならない。また、審査は、本学会が指定する過去5年間の関連学会での実績を取得単位制にする。取得単位（別表1）は100単位以上取得しなければならない。

- 1) 学会参加：本学会または地域関連団体が主催する総会・学術大会に参加しなければならない。
- 2) 認定医研修会参加：本学会が主催する認定医研修会に参加しなければならない。
- 3) 学会発表：本学会または地域関連団体が主催する学会、関連学会（別表2）、教育機関、歯科医師会、同窓会等のいずれかで歯科医療管理学分野の筆頭者もしくは共同発表者として発表、あるいは講師、座長、シンポジスト等のいずれかをしなければならない。

また、本学会誌ならびに関連学会誌への投稿論文の筆頭著者もしくは共同著者でも可とする。

- 4) 歯科医療管理学および別表2に記載の関連学会関係の著作、臨床研修医指導・学生教育、研修期間での研修、学会運営。

- 5) 取得単位：1) は必須とし、2) 3) 4) の単位を合わせて所定の単位を取得しなければならない。

（認定医の認定方法）

第6条 認定医としての適否の評価は認定審査会が行う。適否の評価は出席委員の3分の2以上の賛成によるものとし、その結果を理事会および社員総会に報告しなければならない。

第7条 規則第8条に示す試験は筆記によって行う、その具体的方法等については実施年度当初4月に本学会ホームページで公告する。

第4章 資格の更新

（資格更新の申請方法）

第8条 認定医の資格更新を申請する者は、次の号に定める申請書類に、資格更新審査料を添えて認定医制度委員会に提出しなければならない。

- 1) 資格更新申請書
- 2) 履歴書
- 3) 最近5年間の研修実績報告書

（資格更新の審査ならびに認定方法）

第9条 資格更新の審査は、認定審査会が申請書類により行う。適否の判定は、出席委員の3分の2以上の賛成によるものとし、理事会および社員総会に答申して承認を得るものとする。

第10条 本学会は、所定の更新手続を完了した者を、一般社団法人日本歯科医療管理学会認定医として引き続き登録し、認定書を交付する。

（資格更新の要件）

第11条 認定医の資格更新要件は、認定医登録された日から5年間に認定制度施行規則別表1に定める以下の単位を100単位以上取得しなければならない。また、1) は必須とし、2) 3) 4) の単位を合わせて所定の単位を取得しなければならない。

- 1) 学会参加：本学会または地域関連団体が主催する総会・学術大会に参加しなければならない。
- 2) 認定医研修会参加：本学会が主催する認定医研修会に参加しなければならない。
- 3) 学会発表：本学会または地域関連団体が主催する学会、関連学会（別表2）、教育機関、歯科医師会、同窓会等のいずれかで歯科医療管理学分野の筆頭者もしくは共同発表者として発表、あるいは講師、座長、シンポジスト等をしなければならない。

また、本学会誌ならびに関連学会誌への投稿論文の筆頭著者もしくは共同著者でも可とする。

- 4) 歯科医療管理学及び別表2に記載の関連学会関係

の著作、臨床研修医指導・学生教育、研修期間での研修、学会運営、

第5章 附 則

第12条 この細則は、平成24年4月1日から施行する。

第13条 審査料、登録料、更新審査料等の金額は、各1万円とする。

第14条 本規則は、理事会の決議を経なければ改正または廃止することはできない。

第15条 認定医の認定に関して、理事会が定める一定期間は、10年間の実績を単位制とし審査を行う。

第16条 認定医の要件のうち、現在開催していない認定医研修会は、本会及び地域関連団体学術大会の折に行っている教育講演・特別講演をもって認定医研修会と認めることとする。

平成24年度より新たに認定医制度研修会を開催するので、これが要件2に該当する研修会となる。また、認定医の必須要件として、平成23年11月5日に出版された「歯科医療管理」の内容を認定委員会で認めた（当座は執筆者予定）講師が必修教育講演として講演し、受講した会員には、受講票を発行し、それを申請書に添付するようにする。

(別表1) 申請のための研修単位基準

- | | |
|---------------------------|------|
| (1) 学会出席等（最低50単位以上80単位まで） | |
| 1) 本学会総会・学術大会 | 20単位 |
| 2) 地域関連団体総会・学術大会 | 10単位 |
| 3) 関連学会総会・学術大会 | 5単位 |
| 4) 日本歯科医学会総会あるいは日本医学会総会 | 20単位 |
| 5) 各大学主催の学術大会 | 5単位 |
| (2) 本学会認定医研修会・セミナー | 20単位 |
| (3) 学会発表等 | |
| 1) 筆頭発表者 | 10単位 |
| 2) 共同発表者 | 5単位 |
| (4) 学会講師等 | |
| 1) 講演講師 | 10単位 |

- | | |
|------------------------------------|-----------------|
| 2) シンポジスト | 10単位 |
| 3) コーディネータ | 10単位 |
| 4) セミナー講師 | 10単位 |
| 5) 座長（口演・ポスター） | 5単位 |
| (5) 論文発表等（歯科医療管理学関連） | |
| 1) 本学会誌（筆頭著者） | 20単位 |
| 2) 本学会誌（共同著者） | 10単位 |
| 3) その他の雑誌（筆頭著者） | 10単位 |
| 4) その他の雑誌（共同著者） | 5単位 |
| (6) 著書等（歯科医療管理学関連） | |
| 1) 執筆者 | 20単位 |
| (7) 研修医指導・教育等 | |
| 1) 学生教育（歯科医療管理学関連） | 1年間通して
20単位 |
| 2) 臨床研修医指導 | 1年間を通して
20単位 |
| (8) 研修機関での研修 | |
| 1) 指導医がいる大学講座での研修 | 1年間を通して
10単位 |
| 2) 指導医がいる臨床研修施設での研修 | 1年間を通して
10単位 |
| (9) 学会運営 | |
| 1) 本学会の運営に携わった者（実行委員長・準備委員長等） | 10単位 |
| 2) 地域関連団体学会の運営に携わった者（実行委員長・準備委員長等） | 5単位 |

(別表2) 指定する関連学会

- | | |
|---|--|
| (1) 日本歯科医学会専門分科会及び認定分科会 | |
| (2) 各大学主催の学会及び歯科医師会主催の学術大会（都道府県レベルのもの） | |
| (3) その他、日本医療・病院管理学会、日本医療経営学会、その他申請に基づき認めた学会 | |

平成28年7月16日一部改正

平成30年7月20日一部改正

令和3年7月16日一部改正

一般社団法人日本歯科医療管理学会指導医制度規則

(総則)

第1条 本制度は、一般社団法人日本歯科医療管理学会指導医（以下「指導医」という）が、一般社団法人日本歯科医療管理学会（以下「本学会」という）の活動のもとに、本学会認定医・認定士（以下「認定医・認定士」という）並びに認定医・認定士志望者の指導・育成等を行うことにより、認定医・認定士の資質の向上を図るとともに、自らも指導者的役割を果たすことにより、学会理念の普及と国民に良質な歯科医療の提供および歯科口腔保健の増進に寄与することを目的とする。

第2条 前条の目的を達成するため学会は、指導医（英文名：Board Certified instructor of Japanese Society of Dental Practice Administration）を認定するとともに、本制度の実施に必要な事業を行う。

(指導医委員会)

第3条 学会は、本制度を運営するために指導医委員会（以下「委員会」という）を設置する。

2. 指導医委員会は認定医制度委員会と認定医資格認定審査会の中に委任設置し、指導医制度に関することは認定医制度委員会に、指導医資格認定については認定医資格認定審査会が審議する。委員は指導医資格を持つ若干名により組織する。

3. 指導医および資格認定に関することは、本規則以外のことは指導医制度施行規則により定める。

第4条 委員会は、指導医制度を運営するために次の事務を行う。

- (1) 第6条に定める指導医の資格条件等を定める。
- (2) 指導医申請者（更新の申請も含む）に対して第6条及び第13条に定める審査認定を行う。
- (3) 第10条に定める指導医の登録及び認定証の交付を行う。
- (4) 第15条に定める指導医の資格喪失に対する審査と関連する事項について行う。
- (5) その他、指導医制度の運営に必要な事項について行う。

(指導医の資格及び審査)

第5条 指導医は、第6条に定める条件を満たし、学会が定める書類で申請し、委員会が行う審査を受ける。

2. 審査の結果、合格した者を指導医と認定し、登録のうえ指導医認定証を交付する。

3. 指導医の認定期間中にある者は同時に認定医とみなし、認定医認定証を交付する。

第6条 以下の各号をすべて満たす者で、かつ、(4) (5) (6) の合計単位数が認定医の研修単位基準で240単位

以上を有する者は、指導医を申請できる。

- (1) 日本国歯科医師の免許を有する者。
- (2) 指導医の申請時において、学会会員であり、かつ、通算して10年以上の会員歴を有する者。
- (3) 指導医の申請時において、学会認定医であり、かつ、通算して5年以上の認定医歴を有する者。
- (4) 本学会または地域関連団体が主催する総会・学術大会、認定医研修会への参加。
- (5) 本学会（地域関連団体総会・学術大会を含む）での発表、本学会誌への論文掲載、他雑誌あるいは著書の執筆者等。
- (6) 本学会での講師等、教育・研修医指導等。

第7条 指導医の資格を得ようとする者は、本施行規則第11条に定める認定審査料を添え、次の各号に定める申請書類を学会に提出しなければならない。

- (1) 指導医申請書
- (2) 履歴書
- (3) 歯科医師免許証の写し
- (4) 認定医資格証の写し
- (5) 第6条(4)(5)(6)に関する経験を証明する書類
- (6) 2名以上の指導医による推薦書
- (7) 払込受領証の写し

第8条 指導医の資格審査は、第6条の条件を満たしているか否かについて書類審査を行う。

2. 第6条の条件を満たしている者には、指導医委員会による面接を行う。

3. 審査は、委員会委員の過半数が認めた場合に合格とする。賛否同数の場合は委員長が決する。

第9条 指導医として適格であると認められた者は、本施行規則第11条に定める認定登録料を添え、学会に登録及び認定証の交付の申請を行わなければならない。

(指導医の登録、期間、更新)

第10条 指導医認定証の交付申請者には、指導医として学会に登録のうえ指導医認定証を交付し学会雑誌に公告する。

第11条 指導医の登録期間は、認定した期日から5年間経過後まで（認定期限）とする。

第12条 登録期間終了後も引き続き指導医を希望する者は、認定期限までの更新申請期間に本施行規則第11条に定める認定更新料を添えて更新の申請を行い、審査を受ける。

2. 更新の条件は、第6条の申請の条件と同じとする。
3. 更新時には原則面接は行わない。
4. 指導医の更新が承認された場合、認定医制度規則

第6章および認定医制度施行規則第4章に定められた認定医の更新も承認されたものとみなす。

第13条 審査のうち、第6条の条件を満たしている者には更新を認め、第10条と第11条と同様に扱う。
(指導医の責務)

第14条 指導医は、日本歯科医療管理学会に関連する学会や研究会等に積極的に参加し、日本歯科医療管理学会の理念に沿って歯科医療についての成果を公表するよう努めなければならない。

(指導医の資格喪失)

第15条 指導医は、次の各号のいずれかに該当するときは、委員会、常任理事会の議を経てその資格を失う。

- (1) 本人が資格の辞退を申し出たとき。
- (2) 日本国歯科医師免許を喪失したとき。
- (3) 学会会員の資格を喪失したとき。
- (4) 指導医の認定期限が終了したとき。
- (5) 学会の理念に反して、指導医として不適当と認められたとき。

第16条 指導医の資格を喪失した者であっても、喪失の事由が消滅したときは再び指導医の資格を申請することができる。

(補則)

第17条 指導医申請会員は、委員会の決定に関する異議を理事長に申し立てることができる。

2. 理事長は、申し立て内容について理事会で検討のうち、当事者に回答を行う。

第18条 本規則は、理事会および総会の決議を経なければ改正または廃止することはできない。

第19条 本規則の施行について必要な施行規則は別に

定める。

附則

- 1 本規則は、平成25年8月1日から施行する。
- 2 本規則の施行にあたり、暫定措置期間及び暫定措置を次のように定める。
 - (1) 平成28年3月31日までの期間を暫定措置期間とする。
 - (2) 暫定措置期間においては、第6条の(3)に定める認定医歴が5年以上なくても、そのほかの資格条件を充足している者は指導医の申請ができ、委員会で審査するものとする。
 - (3) 暫定措置期間の申請については、第7条の(5)及び第8条の2を免除する。
 - (4) 暫定措置期間に指導医となった場合の指導医認定期間は、認定医認定期間とする。
- 3 暫定措置期間中であって本学会に指導医が存在しない場合は、理事長の委任によって指導医制度は認定医制度委員会に、指導医の認定業務は認定医資格認定審査会で行うことができる。
- 4 本規則は平成30年5月1日一般社団法人日本歯科医療管理学会設立に伴い、「日本歯科医療管理学会」を「一般社団法人日本歯科医療管理学会」と読み替えるものとする。

平成28年7月16日一部改正
平成30年7月20日一部改正
令和元年7月13日一部改正
令和3年7月16日一部改正

一般社団法人日本歯科医療管理学会指導医制度施行規則

(制定の主旨)

第1条 一般社団法人日本歯科医療管理学会指導医制度規則(以下「規則」という)の施行にあたって、規則に定めた事項のほかは一般社団法人日本歯科医療管理学会指導医制度施行規則にしたがって運営する。

(指導医委員会)

第2条 指導医委員会(以下「委員会」という)の委員は指導医であり、理事長は認定医制度委員会と認定医資格認定審査会の若干名に委任する。委員長は委員会の互選とする。

2. 指導医制度に関することは委任された認定医制度委員会が、指導医資格認定については委任された認定医資格認定審査会が審議する。

3. 委員の任期は認定医制度委員会と認定医資格認定審査会と同じとする。

第3条 委員会は、半数以上の委員の出席で会議を開催する。

2. 委員会の議事は、規則で定めるほかは委員長を除く出席委員の過半数で決する。可否同数のときは、委員長の決するところによる。

(指導医認定単位の算定)

第4条 規則第6条(2)に定める会員の有無及び会員歴は、会費の納入年度をもって把握する。

第5条 規則第6条(3)に定める認定医の有無及び認定医歴は、委員会に登録された認定医名簿をもって把握する。

第6条 規則第6条(4)から(6)に定める240単位以上の算定は、申請時より起算して過去5年間のものとし、指導医取得単位としては以下のとおりとする。また、取得単位は(1)(2)は必須とし、(3)(4)(5)(6)の単位を合わせて所定の単位を取得しなければならない。

(1) 本学会または地域関連団体が主催する総会・学術大会に参加し60単位以上取得しなければならない。

(2) 認定医研修会への参加を2回以上の40単位以上取得しなければならない。

(3) 日本歯科医療管理学会(地域関連団体総会・学術大会を含む)での発表。

(4) 日本歯科医療管理学会雑誌への発表、あるいは歯科医療管理学関連での他雑誌や著書の執筆者。

(5) 日本歯科医療管理学会(地域関連団体総会・学術大会を含む)および指定する関連学会での学会講師等。

(6) 歯科医療管理学に関連して、学生教育および臨床研修医指導。

2. 単位基準については、本学会認定医制度施行規則

別表に定めるとおりとする。

(申請書類)

第7条 認定申請書類のうち様式を定めるものは、それぞれの様式に従う。

2. 規則第6条(5)に該当する論文等は、別刷あるいは写しを1部添付する。

(指導医認定審査等)

第8条 規則第8条に定める審査は、少なくとも年1回行う。審査の期日・場所等は開催日より30日以上前に本人に宛てて文書で通知する。

2. 規則第8条の2に定める面接審査は、委員会の複数の委員によって行う。

第9条 審査の結果は、理事会に報告し承諾を得、結果決定後30日以内に本人に宛てて文書で通知する。

第10条 審査の結果指導医と認められた者は、規則第9条に定める手続きを結果決定後3カ月以内に行う。正当な理由がなく3カ月以内に行われない場合は、認定を取り消す。

(指導医認定にかかる費用)

第11条 規則第7条、第9条、第12条に定める費用は、以下のとおりとする。

(1) 認定審査料1回10,000円

(2) 認定登録料(認定証発行を含む)20,000円

(3) 認定更新料(認定証発行を含む)1回20,000円

(指導医研修会)

第12条 指導医の研鑽のため、指導医研修会を設ける。

2. 指導医は認定期間内において、指導医研修会に1回以上参加しなければならない。

(その他)

第13条 本規則は、理事会の決議を経なければ改正または廃止することはできない。

附則

1 本施行規則は、平成25年8月1日から施行する。

2 規則の施行にあたり、規則附則第2条に定める暫定措置は、本施行規則にも適用する。

3 暫定期間においては指導医制度および認定医制度の速やかな運用を行うために、本学会の研修テキストとして刊行された「歯科医療管理」執筆者は、第6条1項の指導医必須単位を修得している者とみなす。

平成28年7月16日一部改正

平成30年7月20日一部改正

令和元年7月13日一部改正

令和3年7月16日一部改正

一般社団法人日本歯科医療管理学会認定士制度規則

(総則)

第1条 本制度は、歯科医療に連携する者が、一般社団法人日本歯科医療管理学会（以下「本学会」という）の活動のもとに、学会認定士（以下「認定士」という）として医の資質の向上を図るとともに、社会構造や疾病構造の変化の中で自らも医療連携者としての役割を果たすことによって、学会理念の普及と国民に良質な歯科医療の提供および歯科口腔保健の増進に寄与することを目的とする。

第2条 前条の目的を達成するため本学会は、認定士を認定するとともに、本制度の実施に必要な事業を行う。
(認定士の呼称)

第3条 歯科衛生士および歯科技工士に関しては、専門教育を受け国家資格を取得していることを鑑み、特に認定歯科衛生士、認定歯科技工士と呼称する。

(認定士委員会)

第4条 本学会は、本制度を運営するために認定士委員会（以下「委員会」という）を設置する。

2. 認定士委員会は認定医制度委員会と認定医資格認定審査会の中に委任設置し、認定士制度に関することは認定医制度委員会に、認定士資格認定については認定医資格認定審査会が審議する。

3. 認定士に関する資格認定に関することは、本規則以外のことは認定士制度施行規則により定める。

第5条 委員会は、認定士制度を運営するために次の事務を行う。

- (1) 第7条に定める認定士の資格条件等を定める
- (2) 認定士申請者（更新の申請も含む）に対して第7条及び第14条に定める審査認定を行う
- (3) 第11条に定める認定士の登録及び認定証の交付を行う
- (4) 第16条に定める認定士の資格喪失に対する審査と関連する事項について行う
- (5) その他、認定士制度の運営に必要な事項について行う

(認定士の資格及び審査)

第6条 認定士の審査は、試験および申請書類によって行う。

2. 審査の結果、合格した者を認定士と認定し、登録のうえ認定士認定証を交付する。

第7条 以下の各号をすべて満たす者は、認定士を申請できる。

- (1) 歯科医療連携に関する国家資格免許を有する者
- (2) 認定士の申請時において、3年以上継続して本学会会員であること

(3) 別に定める研修実績を有する者

第8条 認定士の資格を得ようとする者は、本施行規則第10条に定める認定審査料を添え、次の各号に定める申請書類を本学会に提出しなければならない。

- (1) 認定士申請書
- (2) 履歴書
- (3) 資格免許証の写し
- (4) 第7条(3)に関する経験を証明する書類

第9条 認定士の資格申請審査は、第7条の条件を満たしているか否かについて書類審査を行う。

2. 審査は、委員会委員の過半数が認めた場合に合格とする。賛否同数の場合は委員長が決する。

第10条 認定士として適格であると認められた者は、本施行規則第10条に定める認定登録料を添え、学会に登録及び認定証の交付の申請を行わなければならない。

(認定士の登録、期間、更新)

第11条 認定士認定証の交付申請者には、認定士として学会に登録のうえ認定士認定証を交付し本学会雑誌に公告する。

第12条 認定士の登録期間は、認定した期日から5年間とする。

第13条 登録期間終了後も引き続き認定士を希望する者は、認定期限までの更新申請期間に本施行規則第10条に定める認定更新料を添えて更新の申請を行い、書類審査を受ける。

2. 更新の条件は、第7条の申請の条件と同じとする。

第14条 書類審査のうえ、第7条の条件を満たしている者には更新を認め、第11条と第12条と同様に扱う。

(認定士の責務)

第15条 認定士は、本学会に関連する学会や研究会等に積極的に参加し、本学会の理念に沿って歯科医療についての成果を公表するよう努めなければならない。

(認定士の資格喪失)

第16条 認定士は、次の各号のいずれかに該当するときは、社員総会の議を経てその資格を失う。

- (1) 本人が資格の辞退を申し出たとき
- (2) 国家資格免許を喪失したとき
- (3) 学会会員の資格を喪失したとき
- (4) 認定士の認定期限が終了したとき
- (5) 学会の理念に反して、認定士として不適当と認められたとき

第17条 認定士の資格を喪失した者であっても、喪失の事由が消滅したときは再び認定士の資格を申請することができる。

第18条 認定士申請会員は、委員会の決定に関する異議を理事長に申し立てることができる。

2. 理事長は、申し立て内容について理事会で検討のうえ、当事者に回答を行う。

(補則)

第19条 本規則は、理事会および総会の決議を経なければ改正または廃止することはできない。

第20条 本規則の施行について必要な施行規則は別に定める。

附則

1 本規則は、平成30年5月1日から施行する。

2 本規則の施行にあたり、暫定措置期間及び暫定措置を次のように定める。

(1) 平成33年4月30日までの期間を暫定措置期間と

する。

(2) 暫定措置期間においては、第7条の(2)に定める学会員歴が3年以上なくても、そのほかの資格条件を充足している者は認定士の申請ができ、委員会で審査するものとする。

(3) 暫定措置期間においては、認定士認定は試験審査を免除し申請書類審査により行うものとする。

3 本規則は平成30年5月1日一般社団法人日本歯科医療管理学会設立に伴い、「日本歯科医療管理学会」を「一般社団法人日本歯科医療管理学会」と読み替えるものとする。

令和元年7月13日一部改正

令和3年7月16日一部改正

一般社団法人日本歯科医療管理学会認定士制度施行規則

(主旨)

第1条 一般社団法人日本歯科医療管理学会認定士制度規則(以下「規則」という)の施行にあたって、規則に定めた事項のほかは一般社団法人日本歯科医療管理学会認定士制度施行規則にしたがって運営する。

(認定士委員会)

第2条 認定士委員会(以下「委員会」という)は、認定医制度委員会と認定医資格認定審査会に委任設置する。

2. 認定士制度に関することは委任された認定医制度委員会が、認定士資格認定については委任された認定医資格認定審査会が審議する。
3. 委員の任期は認定医制度委員会と認定医資格認定審査会と同じとする。

第3条 委員会は、半数以上の委員の出席で会議を開催する。

2. 委員会の議事は、規則で定めるほかは委員長を除く出席委員の過半数で決する。可否同数のときは、委員長の決するところによる。

(認定士認定単位の算定)

第4条 規則第7条(2)に定める会員の有無及び会員歴は、会費の納入年度をもって把握する。

第5条 認定士申請者は、次の各号に定める項目について所定の研修を修めなければならない。単位の算定は申請時より起算して過去3年間のものとする。取得単位は45単位以上取得しなければならない。また、取得単位(1)は必須とし、(2)(3)の単位を併せて所定の単位を取得しなければならない。ただし、歯科衛生士および歯科技工士に関しては取得単位を40単位以上とする。

- (1) 学会参加：本学会または地域関連団体が主催する総会・学術大会に参加しなければならない
- (2) 認定医研修会参加：本学会または地域関連団体が主催する認定医研修会に参加しなければならない
- (3) 学会発表：本学会または地域関連団体が主催する学会、関連学会、教育機関、歯科医師会、同窓会等のいずれかで筆頭者もしくは共同発表者として

発表、あるいは講師、座長、シンポジスト等のいずれかをしなければならない。また、本学会誌への投稿論文の筆頭著者もしくは共同著者でも可とする

2. 単位基準については、本学会認定医制度施行規則別表1に定めるとおりとする。

(申請書類)

第6条 認定申請書類のうち様式を定めるものは、それぞれの様式に従う。

(認定士認定審査等)

第7条 規則第6条に定める審査は、少なくとも年1回行う。

第8条 審査の結果は、理事会に報告し承諾を得、結果決定後30日以内に本人に宛てて文書で通知する。

第9条 審査の結果、認定士と認められた者は、規則第10条に定める手続きを結果決定後3か月以内に行う。正当な理由がなく3か月以内に行われない場合は、認定を取り消す。

(認定士認定にかかる費用)

第10条 規則第7条、第9条、第12条に定める費用は、以下のとおりとする。

- (1) 認定審査料 1回 5,000円
- (2) 認定登録料(認定証発行を含む) 5,000円
- (3) 認定更新料(認定証発行を含む) 1回 5,000円

(その他)

第11条 本規則は、理事会の決議を経なければ改正または廃止することはできない。

附則

- 1 本施行規則は、平成30年5月1日から施行する。
- 2 規則の施行にあたり、規則附則第2条に定める暫定措置は、本施行規則にも適用する。

平成30年7月20日一部改正
令和元年7月13日一部改正
令和3年7月16日一部改正

一般社団法人日本歯科医療管理学会倫理審査委員会規則

(目的)

第1条 本規則は、一般社団法人日本歯科医療管理学会（以下、本学会）の会員が行う、人を対象とした医学系研究において、ヘルシンキ宣言及び国の定める倫理指針の趣旨に沿った倫理的配慮を図ることを目的とする。

(設置)

第2条 前条の目的を達成するため、本学会に倫理審査委員会（以下、委員会）を置く。

(組織)

第3条 委員会の組織について、委員は以下のように定める。

- (1) 委員長 1名
- (2) 副委員長 1名
- (3) 本学会会員である開業歯科医 最低1名
- (4) 本学会会員である歯科衛生士 最低1名
- (5) 倫理学・法律学の有識者 1名
- (6) 一般の立場の者 1名

2 委員会の委員数は、10名以下とし、男女両性により構成する。

なお、委員長、副委員長については、大学等で医学系研究倫理の研修を定期的に終了している者とする。

3 委員は、理事長が委嘱する。

4 委員の任期は2年間とする。

ただし再任は妨げない。委員に欠員が生じた場合は、これを補充するものとし、その任期は、前任者の残任期間とする。

5 委員長に事故のあるときは、副委員長がその職務を代行する。

(運営)

第4条 委員会の運営にあたっては、以下のように定める。

- (1) 委員長は委員会を招集し、その議長となる。
- (2) 委員会は委員の3分の2以上が出席し、かつ有識者あるいは一般の立場の者の委員が少なくとも1名が出席しなければ開催できないものとする。
- (3) 審議の結論は、やむを得ない場合を除き、出席委員の全会一致をもって決定する。
- (4) 審査を行った研究に関する審査資料は、当該研究の終了について報告される日までの期間(侵襲(軽微な侵襲を除く.)を伴う研究であって介入を伴うものに関する審査資料にあつては、当該研究の終了について報告された日から5年間を経過した日までの期間)、適切に保管しなければならない。

(審査)

第5条 本学会会員が医学研究倫理上の判断を必要とする

る研究を行おうとするときは、理事長に研究計画の審査を申請するものとする。

理事長は、申請を受理したときは、速やかに委員会に審査を付託するものとする。

2 次に掲げるいずれかに該当する審査については、委員会が指名する委員によって迅速審査を行い、審査の結果は全委員に報告するものとする。

(1) 他の研究機関と共同して実施される研究であつて、すでに共同機関において審査を受けている研究

(2) 研究計画の軽微な変更

(3) 侵襲および介入を伴わない研究

(4) 軽微な侵襲を伴う研究であつて介入を伴わない研究

3 小児、障害者等の研究対象とする研究計画の審査を行い、意見を述べる際は、これらの者について見識を有する者に意見を求めなければならない。

4 その他、必要に応じて研究の関係者に対して審査の対象、内容等について、研究の説明及び同席を認めることができ、有識者に対しては意見を求めることができる。

(審査内容)

第6条 委員会は前条の付託があつたときは、速やかに審査を開始するものとし、特に次の各号に掲げる観点に留意して、審査を行うものとする。

- (1) 研究の対象となる個人(以下「個人」という.)の人権及び情報の擁護
- (2) 個人に理解を求め同意を得る方法
- (3) 研究によって生ずる個人への不利益ならびに危険性に対する予測

(判定)

第7条 審査の判定は、次の各号に掲げるものとする。

- (1) 非該当
- (2) 承認
- (3) 条件付き承認
- (4) 変更の勧告
- (5) 不承認

(再審査の請求)

第8条 申請者は、審査の結果に異議があるときは、理事長に対して再審査を求めることができる。

(情報公開)

第9条 委員会における情報の公開等について、以下のように定める。

- (1) 委員会の審査結果および決定の公開を原則とする。

- (2) 個人のプライバシーや研究の独自性、知的財産権等を保持するため、過半数の委員が必要と認めたときは、これを非公開とすることができる。

(守秘義務)

第10条 委員及び委員であった者は、正当な理由がある場合でなければ、その知り得た秘密を、他に漏らしてはならない。

(申請手続き)

第11条 倫理審査の申請手続きに関し、以下のよう
に定める。

- (1) 委員会での審議を希望する者は、所定の倫理審査申請書に必要事項を記載し、理事長に提出しなければならない。
- (2) 理事長は申請事項を委員会に諮問し、委員会は審議を行う。
- (3) 委員長は、審議の結果を理事長に答申する。
- (4) 理事長は、所定の審査結果通知書により、申請者に通知する。
- (5) 前項の通知をするにあたって、条件付き承認、変

更の勧告あるいは不承認のいずれかである場合には、その条件または変更内容、不承認の理由等を記載しなければならない。

(補則)

第12条 申請者は委員会に出席し、申請内容を説明するとともに、意見を述べることができる。

第13条 本規程に定めるもののほか、この規程の実施に当たって必要な事項は、委員会が別に定める。

(本規則の改廃)

第14条 本規則は、理事会の決議を経なければ改正または廃止することはできない。

附則

1. 本規則は、平成28年7月16日から施行する。
2. 本規則は平成30年5月1日一般社団法人日本歯科医療管理学会設立に伴い、「日本歯科医療管理学会」を「一般社団法人日本歯科医療管理学会」と読み替えるものとする。
3. 本規則は令和3年7月16日一部改正する。

一般社団法人日本歯科医療管理学会雑誌投稿規則

- 一般社団法人日本歯科医療管理学会雑誌に掲載する総説、論壇、原著、短報、視点、臨床の投稿については、下記のように規定する。
 - 総説
歯科医療管理に関する研究や調査についての総括および解説を内容とする。
 - 論壇
意見を述べ、論議を戦わせるための一石を投じるような内容とする。
 - 原著
歯科医療管理に関する独創的な研究および科学的で客観的に結論が得られ、歯科保健医療に寄与するもの。
 - 短報
独創的な研究および科学的な観察を簡潔にまとめたもの。
 - 視点
事例、臨床手法の改良・提言、実践的な活動、調査報告および新しい動向などを整理した内容のもの。
ただし、原則として総説の投稿は編集委員会から依頼することとする。希望する論文の分類を記入すること。
 - 臨床
歯科医療管理学的な観点による、症例報告、臨床統計、臨床技術の創意工夫、調査研究などの投稿を「臨床」論文とする。必要な病態写真を添え、症例報告に限っては結語を省略することを可とする。
- 投稿は、本会の会員で会費納入者に限るものであって、共著者が本会会員でない場合は、その氏名は本会雑誌には発表できない。また論文は、本誌の目的に適し、他に未発表のものに限る（二重投稿の厳禁）。
- 投稿原稿については複数の査読者の意見をもとに編集委員会で検討し、その採否を決定する。また、体裁の統一は編集委員会に一任される。
- 原著の同一著者による投稿は1号に1編とする。原著と依頼稿など種別の違う場合は、この限りでない。
- 論文の掲載頁（1頁は800字詰の原稿で約3枚に相当する）、掲載料は下記のとおりとする。
- 投稿原稿には必ず最新の論文投稿票・承諾書を添付する。
- 別刷の実費は著者負担。費用は表紙5,000円、一部100円で50部以上とする。希望部数を投稿票に記入すること。
- 著者校正は原則として、初校にて1回とする。その際組版面積に影響するような、加筆、変更、追加、削除は固くお断りする。校正の送付先を投稿票に明記し、期日厳守のこと。
- 投稿原稿にはコピーを2部添付し、本会に3部提出する。なお掲載された原稿は返却しない。
- 原著論文は、緒言、材料および方法、結果、考察、結論、文献、和文概要、英文抄録（Abstract 200語以内、英文抄録の日本語対訳を付けること）、および著者への連絡先を書く。なお、題名、著者名、共著者名、所属機関名、指導者または主任の氏名と職名、3～5語程度のキー・ワードを和文と英文で入れる。
- 総説、論壇、短報および視点には題名、著者名、共著者名、所属機関名、指導者または主任の氏名と職名を和文と英文で入れる。和文概要と英文抄録は不要。キー・ワードは和文のみ入れる。
- 原稿は、口語体、新かなづかい、横書きとし、A4判用紙でワープロソフトを使用のこと。その際、25字×32行（10.5ポイント）を1枚とする。また、ページごとに行番号を記載する。外国語は原綴りとし、ダブルスペースで活字体、タイプライター、ワープロソフトを使用のこと。
- 文献は引用順に本文中に番号をつけ（例えば村瀬³⁰のように）、次の順に記載する。

(例) <雑誌の場合>

- 大塚博壽，増田勝美，大西陽一郎：歯科医療管理学の範疇を求めて一特に過去10年間・1,569編の文献の示す意義について一，日歯医療管理誌，24：79～83，1990。
- Garner, L. D. : Tongue posture in normal occlusions, J. Dent. Res., 41 : 771～778, 1962.

<単行本の場合>

- 総山孝雄：歯科医療管理学入門，第1版，p.95～120，医歯薬出版，東京，1993。
- Thoma, K. H. : Oral Pathology, 3rd ed., p.123～140, Mosby, St. Louis, 1950.

<分担執筆による単行本の場合>

- 川口陽子：集団への口腔ヘルスケアとコミュニケーション，石川達也，高江洲義矩，中村譲治，深井稜博，編：かかりつけ歯科医のための新しいコミュニケーション技法，第1版，p.224～240，医歯薬出版，東京，2000。
- Torneck, C. D. : Dentin-pulp complex, Ten Cate, A. R., ed. : Oral histology, 5th ed., p.150～196, Mosby, St. Louis, 1998.

	掲載頁，掲載料*
総説	8頁以内（図，表6個以内） *学会負担（別刷30部贈呈）
論壇	8頁以内 *2頁まで学会負担
原著	16頁以内 *2頁まで学会負担
短報	3頁以内 *2頁まで学会負担
視点	8頁以内 *2頁まで学会負担

超過頁分については著者負担（頁数×9,200円）とする。総説以外の図・写真の図版製作費（本雑誌に適した図のトレース代を含む）、カラー印刷費、および英文添削代は全頁を通じて著者負担とする。

<翻訳書の場合>

- 7) Martin, D. W., Mayers, P. A. and Rodwell, V. W. (上代淑人, 監訳): ハーパー・生化学, 第24版, p. 402~405, 丸善, 東京, 1997.

<オンラインジャーナルの場合>

号や頁が与えられていないものは, DOI (Digital Object Identifier) が付与されている場合は明記すること.

- 8) O'Mahony, S., Rose, S. L., Chilvers, A. J., Ballinger, J. R., Solanki, C. K., Barber, R. W., Mortimer, P. S., Purushotham, A. D., Peters, A. M.: Finding an optimal method for imaging lymphatic vessels of the upper limb, Eur. J. Nucl. Med. Mol. Imaging, 2004. doi: 10.1007/s00259-003-1399-3
14. 数字はアラビア数字で, 単位記号は国際単位系 (SI) を用いる. (例) m, cm, mm, μm , cm^3 , l, mL, kg, g, mg, $^{\circ}\text{C}$ など.
15. 図, 表, および説明は日本語を使用する. 挿入箇所を本文右側欄外に朱書する. トレース希望の場合は鉛筆書きでよい(ただし明瞭に). 不鮮明な図は編集委員会でトレースにまわす(有料).
16. 投稿原稿に加え, これと同一内容を記録した電子記録媒体を添付すること. この場合は, 印字された原稿をオリジナル原稿として取り扱い, 電子記録媒体は印刷所における組版の補助として使用する.
17. 投稿規則に合致しない原稿は, 返却のうえご訂正願うことがある. 編集委員会からの依頼原稿は別規定による.

18. 本規則以外の事項と規定の変更は編集委員会で決定する.
19. 本誌掲載の著作物の著作権は本学会に帰属するものとする.
20. 疫学研究, 臨床研究および動物実験に関しては, 倫理審査委員会等による審査を受け, 投稿原稿の「材料と方法」の項にその旨を記載する. 承認した倫理審査委員会の名称および承認番号を記載する.
21. 利益相反に関する言及が必要な場合は, 謝辞に記載する.
22. 原稿の送付先は下記のとおりとする. 投稿論文在中と朱書すること.
〒170-0003 東京都豊島区駒込1-43-9
一般財団法人口腔保健協会内
一般社団法人日本歯科医療管理学会編集委員会
Tel: 03-3947-8894 Fax: 03-3947-8073

附則

1. 本規則は理事会の決議を経なければ改正または廃止することはできない.
2. 本規則は第45巻第1号から適用する.
3. 本規則は平成30年5月1日一般社団法人日本歯科医療管理学会設立に伴い, 「日本歯科医療管理学会」を「一般社団法人日本歯科医療管理学会」と読み替えるものとする.
4. 本規則は, 令和元年5月27日一部改正する.
5. 本規則は, 令和2年6月11日一部改正する.
6. 本規則は, 令和3年7月16日一部改正する.

電子記録媒体 (CD-R, USB メモリ等) の添付について

1. テキストファイルへの変換について

原稿は, マッキントッシュあるいは Windows の Word ファイルで保存して下さい.

2. 入力の際のお願い

原稿は表紙, 和文概要, 索引用語, 本文, 文献, 著者への連絡先, 英文抄録, Key words, 日本語対訳, 付図説明の順に保存して下さい. なお, 入力にあたり数字, 欧文はすべて半角で入力して下さい. また, 欧文における単語間は半角にし

て下さい. 改行マークは段落の最後にのみ入力して下さい.

3. ラベルの貼付

投稿者の氏名, 所属, 論文タイトルを明記したラベルを貼付願います.

4. バックアップ

郵送時の不測の事故で, 内容を消失する事態がないとはいきりませんので, 投稿前に必ずバックアップをお願い申し上げます.

複写をご希望の方へ

一般社団法人日本歯科医療管理学会では, 複写複製に係る著作権を学術著作権協会に委託しています. 当該利用をご希望の方は, 学術著作権協会 (<https://www.jaac.org/>) が提供している複製利用許諾システムを通じて申請ください.

Japanese Society of Dental Practice Administration authorized Japan Academic Association For Copyright Clearance (JAC) to license our reproduction rights of copyrighted works. If you wish to obtain permissions of these rights in the countries or regions outside Japan, please refer to the homepage of JAC (<http://www.jaac.org/en/>) and confirm appropriate organizations to request permission.

編	集	後	記
---	---	---	---

▶学生の講義で診療報酬制度を説明する際に、3つの特徴を挙げています。第1は、保険診療の範囲・内容を決める品目表としての性格と、個々の診療行為の価格を定める価格表としての性格を合わせもつことです。第2は、医療機関の経営、医療機関間の医療費の配分、医療提供体制のあり方に影響をすることです。第3は、医療機関の収入であって医療従事者の賃金とは直結しないことと、診療報酬の引き上げは患者負担や保険料の引き上げにもつながるという診療報酬の限界があるということです。

▶今回の令和6年度歯科診療報酬改定では、このうち第3の特徴の診療報酬の限界の部分に大きな変更がありました。「歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)、(Ⅱ)」、「入院ベースアップ評価料」が新規導入され、医療従事者の賃上げを評価する歯科では初めての算定項目です。実際に医療従事者の給与が賃上げされたことを担保するために、地方厚生局に計画書と報告書の提出も求められます。これまで介護報酬に「介護職員処遇改善加算」とい

う同様の取り組みがありました。診療報酬では初めての試みです。このベースアップ評価料が将来どのように運用されていくか興味深いところです。

▶本号は第65回歯科医療管理学会総会・学術大会の抄録集として、特別講演5題、シンポジウム1題、一般演題23題(口演11題、ポスター12題)を掲載しております。また、併せて原著3編、視点1編も掲載しております。原著では、新規の口腔保湿剤による根面初期う蝕の再石灰化促進効果、コロナ禍前後での歯科診療所の患者数の変化、DXに対応する歯科診療所の施設基準届出状況に関する報告と、多岐にわたる内容となっております。視点では、歯科診療所数増減に関連する要因の検討に関する報告として、たいへん興味ある知見が示されております。ぜひご一読のうえ、引き続き本学会誌への原著論文の投稿を賜りますようお願い申し上げます。

(福泉隆喜 記)

日本歯科医療管理学会雑誌発行日程表

ただし1号は講演抄録も掲載します。

巻号	原稿締切日	編集委員会	発行予定日
1号	1月末日	2月中旬	5月25日
2号	4月末日	5月中旬	8月25日
3号	7月末日	8月中旬	11月25日
4号	10月末日	11月中旬	2月25日

(必着)

日本歯科医療管理学会維持会員

1. 医歯薬出版株式会社
2. 長田電機工業株式会社
3. 株式会社松風
4. 株式会社モリタ
5. 株式会社ヨシダ

日本歯科医療管理学会賛助会員

1. 相田化学工業株式会社
2. OEC 株式会社
3. 株式会社ジーシー
4. 株式会社ヒョーロン・パブリッシャーズ
5. メディア株式会社
6. 株式会社茂久田商会
7. 株式会社 UK デンタル
8. 和田精密歯研株式会社

編 集 委 員

(委員長)

岸 光 男

藤 井 一 維

(副委員長)

福 澤 洋 一

藤 原 周

恒 石 美 登 里

堀 川 晴 久

鶴 田 潤

森 田 一 三

福 泉 隆 喜

日本歯科医療管理学会雑誌 第59巻第1号

(通巻第157号)

令和6年6月10日 印刷

令和6年6月25日 発行

発行者

尾 崎 哲 則

発行所 一般社団法人日本歯科医療管理学会

〒170-0003 東京都豊島区駒込1-43-9

(一財) 口腔保健協会内

Tel. 03(3947)8891(代)

Fax. 03(3947)8341

日本歯科医療管理学会雑誌 論文投稿票

1. 論文の分類 (マークして下さい)

総説 論壇 原著 短報 視点 臨床

2. 論文タイトル

3. 著者名 (会員番号), 共著者名 (会員番号)

4. 所属機関, 指導者または主任の氏名と職名

5. 原稿の構成

・本文 (表紙, 英文抄録, 本文, 文献を含む) _____ 枚
・付図 _____ 枚 付表 _____ 枚 付図説明 _____ 枚 CD等 有・無

6. 別刷希望部数 _____ 部 (50部以上)

7. 連絡先 (投稿・校正責任者)

(氏名)

(住所) 〒

電話

Fax

E-mail

8. 備考, 連絡事項

(裏面にチェックリストがあります)

承 諾 書

日本歯科医療管理学会 殿

_____年 月 日

下記に署名・捺印した著者は下記の表題の投稿原稿が「日本歯科医療管理学会雑誌」に掲載された際には、同誌の投稿規程により、著作権を貴学会に帰属することを承諾致します。

・論文タイトル _____

・著者 (全員) _____ 印 _____ 印

_____ 印 _____ 印

_____ 印 _____ 印

_____ 印 _____ 印

キ
リ
ト
リ
線

貴稿が日本歯科医療管理学会雑誌の投稿規則に沿ったものであるかを必ず確認し、下記事項について、著者がチェック欄にチェック（✓印）してください。

著者
チェック

編集委員会
チェック

- | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 本誌最新号に綴じ込みの投稿票・承諾書をお使いですか | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 著者はすべて本学会会員ですか | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 承諾書には著者全員が署名、捺印してありますか | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 原稿は A4 判 800 字 (25 字×32 行) 詰, 10.5 ポイントで, 口語体, 新かなづかい, 横書きですか. またページごとに行番号を記載してありますか | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 原著論文は, 緒言, 材料および方法, 結果, 考察, 結論, 文献, 和文概要, 英文抄録 (Abstract 200 語以内, 英文抄録の日本語対訳付), および著者への連絡先の順に記載されていますか | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 原著論文は題名, 著者名, 共著者名, 所属機関名, 指導者または主任の氏名と職名, 3~5 語程度のキー・ワードを和文と英文で記入してありますか | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 総説, 論壇, 短報, 視点および臨床には題名, 著者名, 共著者名, 所属機関名, 指導者または主任の氏名と職名を和文と英文で入れてありますか. また和文のキー・ワードを入れてありますか | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 文献は所定の書き方で, 引用順となっていますか | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 図, 表は本文末にまとめ, 挿入箇所を本文右側欄外に朱書してありますか | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | カラー写真にはカラー, モノクロ印刷の指定がされていますか | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 原稿には通しページ番号が記載されていますか | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 原稿はオリジナル 1 部, コピー 2 部の計 3 部が用意してありますか | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 個人を特定できないような配慮をしましたか | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 投稿に際しての研究倫理に関する事項を確認しましたか | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 利益相反に関する言及が必要な場合は謝辞に記載しましたか | <input type="checkbox"/> |

利益相反自己申告書

一般社団法人

日本歯科医療管理学会理事長 殿

1 発表者名等

氏名		所属機関	
演題名			

2 発表者の申告事項

- ・筆頭発表者が発表者全員の申告を行うこと
- ・発表に関係するものについてもれなく記載すること
- ・抄録提出日から過去1年間において、該当する事項があるとき、当該発表者名及びその期間を含めて記載する。

	申告事項	
(1) 役員・顧問等 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	発表者名/団体名/期間	報酬額 (万円)
(2) 株の保有 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	発表者名/株式名/期間	株式数, 株価及び利益 (万円)
(3) 特許権使用料等 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	発表者名/団体名/期間	金額 (万円)
(4) 講演料等 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	発表者名/団体名/期間	金額 (万円)
(5) 原稿料等 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	発表者名/団体名/期間	金額 (万円)
	発表者名/団体名/期間	金額 (万円)

(6) 研究費等 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		
(7) 奨学寄付金等 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	発表者名／団体名／期間	金額 (万円)
(8) その他の報酬 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	発表者名／団体名／期間	金額 (万円)

申告すべき事項と金額等

- (1) 1つの企業、法人や営利を目的とした組織（以下、団体という）から、年間100万円以上の報酬を受け取っている場合
- (2) 1つの企業の株式から、年間100万円以上の利益を取得した場合及び当該発行済株式数の5%以上保有している場合
- (3) 企業、法人や団体から、特許権使用料として支払われた金額のうち、1つの特許権使用料として年間100万円以上の場合
- (4) 企業、法人や団体から、日当・出席料・講演料等として支払われた金額のうち、1つの団体から年間50万円以上の場合
- (5) 企業、法人や団体から、原稿料（執筆料）として支払われた金額のうち、1つの団体から年間50万円以上の場合
- (6) 企業、法人や団体から、研究費として支払われた金額のうち、1つの団体からの総額が年間200万円以上の場合
- (7) 企業、法人や団体から、奨学寄付金（奨励寄付金）として支払われた金額のうち、1つの団体から申告者の所属機関に対する総額が年間200万円以上の場合
- (8) 1つの企業、法人や団体から受けたその他の報酬（旅行、贈答品等）が、年間10万円以上の場合

誓約：全ての発表者の利益相反に関する状況は上記の通りであることに相違ありません。

申告日（西暦） _____ 年 _____ 月 _____ 日

申告者署名・捺印 _____ 印

注) この利益相反自己申告書は発表後2年間保管されます。

※使用欄（記載不要）
受付日付
年 月 日

古代の人々は、夜空に輝く星々をつなげ、物語を紡いできました。

そして、そこに想いや夢、希望を重ねてきました。

わたしたちオサダは、お客様の声に耳を澄ませ、

その先の患者様の健康に想いを馳せ、

お客様の想い、オサダのモノづくりへのこだわりを掛け合わせ、

歯科業界で常に新しい価値を生み出し続けています。

繋がる想いが、明日へ繋がる。

新たな価値を、あなたのもとへ。

あなたと、つながる。
あしたへ、つながる。



OSADA

磨いていこう、この先も。

長田電機工業株式会社

〒141-8517 東京都品川区西五反田 5-17-5
www.osada-electric.co.jp/dental/

オサダ web サイトはこちら



お問い合わせはこちら



ヒョーロンのオススメ図書 好評発売中!

すべての歯科医療従事者・関係者にとって“なくてはならない”1冊!

歯科六法 コンメンタール〔第3版〕 歯科関連法律の逐条解説

編著 社会歯科学会

- 歯科三法といわれる「歯科医師法」「歯科衛生士法」「歯科技工士法」、歯科保健固有の法律である「歯科口腔保健の推進に関する法律」、医療提供体制を定めた「医療法」、そして社会保険診療の根幹をなす「健康保険法」の6つの法律について、最新の法改正に対応し、一条ごとに解説!
- 歯科医師免許の取消事由、歯科衛生士の業務範囲、歯科診療所の広告制限など、歯科医療においてコンプライアンス(法令順守)が求められる今、歯科医院に常備すべき強い味方!
- 各法律の制定の経緯(第1章)、歯科医療にかかわる関連法規(第3章)も掲載し、幅広い利用がこの1冊で可能!

B5判・472頁・パート2色・定価 6,380円(税込)



小児歯科の視点から第一大臼歯を包括的にとらえ直す!

日本歯科評論 別冊2024

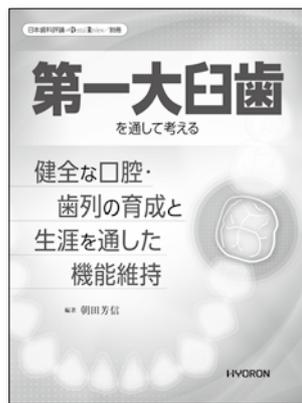
第一大臼歯 を通して考える 健全な口腔・歯列の育成と 生涯を通じた機能維持



編著 朝田芳信

(鶴見大学歯学部
小児歯科学講座 教授)

- 治療から重症化予防と口腔機能育成にパラダイムシフトが進むなか、正常な咬合関係をつくりあげ、生涯にわたる口腔機能の維持を図るためになすべきことを、咬合の要となる第一大臼歯を通して、小児歯科の視点からとらえ直し対応を示します。



A4変判・124頁・カラー・定価 6,600円(税込)

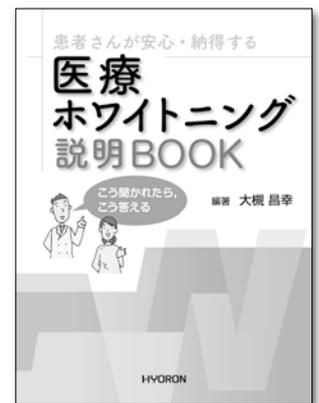
満足度の高い“医療ホワイトニング”を実践するために!

患者さんが安心・納得する 医療ホワイトニング 説明BOOK —こう聞かれたら、こう答える—

編著 大槻昌幸

(東京医科歯科大学大学院
う蝕制御学分野 非常勤講師/
松本歯科大学歯科保存学講座
(修復) 客員教授)

- 医院におけるホワイトニングの「治療前」「治療中」「治療後」によく尋ねられる質問・疑問に対する回答とそのエビデンス、臨床ポイントなどを、エキスパートが丁寧に解説します。



A4変判・108頁・カラー・定価 7,700円(税込)

Thinking ahead. Focused on life.



Spaceline EX

スペースライン EXが iFデザイン賞の金賞を受賞

ドイツのiFデザイン賞は、50年以上の歴史を有し、各国から選ばれた審査員によって厳正に選考される世界的に権威のあるデザイン賞です。世界中から6,400以上のエントリーがあった中、最優秀デザインとして75件に授与される金賞（iF GOLD AWARD）をスペースライン EXが受賞しました。人間工学に基づき緻密に計算されたデザインは、患者さんだけでなく術者にも理想的で洗練されたデザインであると評価されました。



発売

株式会社 **モリタ**

大阪本社 大阪府吹田市垂水町3-33-18
〒564-8650 T 06. 6380 2525

東京本社 東京都台東区上野2-11-15
〒110-8513 T 03. 3834 6161

お問合せ お客様相談センター 歯科医療従事者様専用
T 0800. 222 8020 (フリーコール)

製造販売・製造

株式会社 **モリタ製作所**

本社工場 京都府京都市伏見区東浜南町680
〒612-8533 TEL 075-611-2141

久御山工場 京都府久世郡久御山町市田新珠城190
〒613-0022 TEL 0774-43-7594

販売名: スペースライン

一般的名称: 歯科用ユニット

機器の分類: 管理医療機器(クラスII)

特定保守管理医療機器

医療機器認証番号: 228ACBZX00018000

www.dental-plaza.com

インプラント体を低侵襲で除去するためのキット

トレフィンバーを用いた除去方法とは異なり、インプラント体のスレッドを利用し、逆回転にトルクを与えるというシンプルな操作で摘出できます。オッセオインテグレーションを破壊することで、インプラント体周囲の健康な骨を保存することが可能です。



Fixture Remover Kit

AnyCheck

感覚を見える化する、インプラント安定性測定器

埋入時や二次手術時などに測定することによって、インプラントの初期固定、オッセオインテグレーションの度合、インプラントの予後の評価を数値で知ることができます。ヒーリングアバットメントや補綴物などを外すことなくすぐに測定できます。



販売名:Neo CMI インプラントシステム用手術器具 / 一般的名称:歯科用インプラント手術器具 / 一般医療機器 / 医療機器製造販売届出番号: 27B1X00122000021 | 販売名:Neo CMI インプラント手術用ドリルビット / 一般的名称:手術用ドリルビット / 一般医療機器 / 医療機器製造販売届出番号: 27B1X00122000027 | 販売名:AnyCheck-エニーチェック / 一般的名称:歯牙動揺測定器 / 特定保守管理医療機器 / 医療機器認証番号:231AFBZ100007000



日本歯科医学会専門分科会

一般社団法人日本歯科医療管理学会入会のご案内

学際的分野での活動に参加しませんか

●一般社団法人日本歯科医療管理学会とは …

近年の歯科医療を取り巻く環境は、より高度な専門性が求められると同時に社会の動向に合わせた国民目線が求められる時代になってまいりました。歯科医療管理学は実際に診療を行うにあたって、いかにして学問を臨床に応用するかを考究することを目的とし、時代の要求から、従来の診療室のみにとどまらず社会のなかでの歯科のあり方を考察する社会歯科学の一翼を担う学問といえます。

日本歯科医療管理学会は、日本歯科医学会 23 専門分科会のなかで、歯科医療管理学としての学問を具現化し、国民が求めている安全・安心・信頼の歯科医療を研究・研修する学会です。近年の我が国は、超高齢社会の進行、う蝕減少等による疾病構造の変化、ICT の利活用による医療・保健・福祉分野の情報促進、国民の医療への意識の変化等、歯科界を取り巻く環境は大きく変化してまいりました。

超高齢社会が進行する今日、国民のニーズに応えるためには、地域住民を主体とした各関係機関との連携強化、医科医療機関、行政各関連機関及び地域包括支援センター等との連携を含めた地域包括ケアシステム（地域完結型医療）の構築等、新たな歯科医療の提供体制が必要となってきています。このような社会情勢のなか、日本歯科医療管理学会は「医療安全」と「地域連携」を活動方針の二本柱として学会運営を行っています。

「地域包括ケアシステム」を推進するにあたり、「新しいかかりつけ歯科医のあり方」という視点で、妊婦から乳幼児、小児、成人、高齢者、障害者、在宅から終末期まで、医科の基礎疾患をお持ちの方や診療所に来院できない人も含めた地域住民のライフステージのなかで、地域住民が健康に過ごすために、いかにしてかかりつけ歯科医として地域の人々と向き合っていけるか、日本歯科医療管理学会は、かかりつけ歯科医がどのように地域包括ケアシステムと親密に関わりを持つかを探究する学会でもあります。

日本歯科医療管理学会は、「医療安全」と「地域連携」を柱に「かかりつけ歯科医機能」を充実させるための研修会を行い、地域包括ケアシステムを推進してまいります。

●設立は …

1958（昭和 33）年に学会設立に向けての世話人会が発足し、1960（昭和 35）年に設立総会が開催され、1974（昭和 49）年から日本歯科医学会専門分科会の 1 分科会として活動しています。なお 2018（平成 30）年 5 月 1 日より法人格を有する一般社団法人日本歯科医療管理学会に移行しました。

●地域関連団体は …

北海道、東北、関東甲信越、東海、近畿北陸、中国、四国、九州の 8 団体で活動しています。令和元年 5 月 1 日現在、合計で約 1,200 名の会員が各地域関連団体に所属しています。このうち、開業歯科医がほぼ 7 割をしめることから、8 団体での都道府県歯科医師会の医療管理関連部門と連携を図り、歯科医療の質向上を目指しています。

●本学会の活動は …

① 総会・学術大会

毎年、原則として 6 月末～7 月初旬の土日に、2 日間にわたり開催しています（令和 7 年度は沖縄の予定）。歯科医師に加えて歯科衛生士、歯科技工士等のコ・デンタルスタッフを対象に、特別講演、シンポジウム、生涯研修セミナーなどで時代の情勢を学び、さらに一般口演、ポスター発表などで、会員の日常の臨床や研究成果を発表する機会を提供しています。また、歯科医師会団体会員の発表の場にもなっています。

② 地域関連団体総会・学術大会

都道府県歯科医師会と連携をとりながら、各地方会で特別講演、シンポジウムをはじめ、会員の一般口演等を実施しています。

③ 日本歯科医療管理学会雑誌（年 4 回発行）

総説、原著論文、学術大会の抄録、地域関連団体学術大会の報告のほか、日常臨床のヒントを紹介する視点などの情報を提供しています。

④ 共催フォーラム

他学会や団体と共催で、フォーラムを開催します。平成24年度は日本医用歯科機器学会と共催で平成25年3月9日（土）に、東京医科歯科大学において「安全・安心な歯科医療提供を考えた医療機器の取り扱いとメンテナンス」をテーマとしたフォーラムを開催しました。平成25年度は、平成26年3月15日（土）に日本歯科医学教育学会とのシンポジウム「歯科医療における専門医制度を考える」を開催しました。

⑤ 学会ホームページからの情報発信

本学会ではホームページで、総会・学術大会、地域関連団体総会・学術大会の開催スケジュールをはじめ、広く歯科保健医療の質向上にかかわる情報を提供しています。

●日本歯科医療管理学会認定医制度 …

認定医制度が平成24年4月から発足しました。認定医を申請するためには、次の資格要件が必要です。

- ・日本国の歯科医師免許を有すること
- ・歯科医師免許登録後、5年以上継続して本学会会員であること
- ・別に定める研修実績を有すること

(認定医取得のメリット)

- ① 歯科医療管理学をある程度修得した証になります。
- ② 現在国民が求めている安全・安心・信頼の歯科医療を提供している歯科医師であるということを本学会が認定する認定医制度なので、患者に対していわゆる患者のニーズに対応した歯科医師がいる医療機関であることをアピールできます。
- ③ 学会活動（発表等）に参加する目標や励みになります（認定医取得の単位が認定されます）。関連事項として、「学会賞」が創設され、学会誌に掲載された論文を審査し、優秀者を表彰します。
- ④ 認定医は、本学会のHPに掲載します。また、「全国名医」等の各雑誌社からの問い合わせに本学会の認定医を紹介します（ただし、個人情報になるので登録するときにオープンに対する賛否を聞いて対応します）。

●日本歯科医療管理学会認定士制度 …

認定士制度は平成30年5月より発足しました。認定士を申請するためには、次の資格要件が必要です。

- ・歯科医療連携に関する国家資格免許を有する者
- ・認定士の申請時において、3年以上継続して本学会会員であること（令和3年までは暫定期間を設定してありますので学会歴が3年以上なくても申請できます）
- ・別に定める研修実績を有すること

(認定士取得のメリット)

- ① 国民から望まれている歯科医療に必要な医療安全や多職種間における医療連携などの歯科医療管理の基本的な知識を習得したことの証となります。
- ② 本学会が認定することにより安全・安心・信頼の歯科医療を提供している認定士がいる医療機関であることをアピールできます。
- ③ 学会活動（発表等）に参加する目標や励みになります（認定士取得の単位が認定されます）。また、本学会認定医と共同の学会活動がスムーズになります。

●入会のお申込みは …

- ① 会員の種別には、
個人会員（入会金 3,000 円、年会費（歯科医師）12,000 円／年会費（歯科医師以外）10,000 円）と
団体会員（入会金 6,000 円、年会費 24,000 円：3名分までを登録でき、そのうち1名を代表者とし、当該団体の変更届により適時変更できます）があります。
- ② 入会申込書、年会費自動引落の依頼文書は、以下の学会事務局へご請求ください。

一般社団法人 日本歯科医療管理学会

〒170-0003 東京都豊島区駒込1-43-9 一般財団法人 口腔保健協会内

TEL(03)3947-8891(代) FAX(03)3947-8341

記入例

フリガナ	ヤマダ ¹		タロウ		性別	① 男	2 女	生年月日	西暦		
氏名	姓	山田	名	太郎				1970年 5月 1日			
最終学歴	(学校名) 東京医科歯科大学				紹介者	① あり	氏名(管理 花子)		2	なし	
卒業年	西暦	1994 年		卒見込							
職種区分	① 歯科医師	2 歯科技工士	勤務先区分			0 大学	② 開業				
	1 歯科衛生士	3 その他				1 病院	3 その他				
勤務先	郵便番号	1 7 0 -	TEL	03 - 3947 - 8891		FAX	03 - 3947 - 8341				
		0 0 0 3	Eメール	jimukyoku@jsdpa.gr.jp							
	住所	東京都豊島区駒込 1 - 43 - 9									
勤務先名称	山田歯科クリニック										
現住所	郵便番号	1 7 0 -	TEL	03 - 3947 - 8894		FAX	03 - 3947 - 8073				
		0 0 0 3	Eメール	jimukyoku@kanri.gr.jp							
	住所	東京都豊島区駒込 1 - 43 - 10									
	ビル名 気付等	駒込TSビル 401									
送付先区分	① 勤務先	1	自宅	メール送付先区分	① 勤務先	1	自宅	日本歯科医師会 会員区分	0	会員でない	
								①	会員である		

【一般的な注意事項】

- ・太枠の中のみご記入ください。
- ・すでに他の学会に入会されている場合にも必ずお書きください。

【各事項の注意事項】

1. 氏名は、姓と名に分けてご記入ください。誤りやすい文字は特にご注意ください。
例: 斉 齋 土 土 末 末 など
2. 性別欄は「1男 2女」のいずれかの番号に○を付けてください。生年月日は必ず西暦でお書きください。
3. 最終学歴の卒業年欄は卒業年(西暦)をご記入いただき、卒業または卒業見込のいずれかに○を付けてください。
4. 職業区分は、「0歯科医師 1歯科衛生士 2歯科技工士 3その他」のいずれかの番号に○を付けてください。
「3その他」に○を付けた方は()内に具体的にお書きください。
5. 勤務先区分は、「0大学 1病院 2開業 3その他」のいずれかの番号に○を付けてください。
6. 郵便番号は必ずご記入ください。
勤務先住所欄は必ず都道府県名から記入し、正式名称をご記入ください。また×丁目×番地×号については、下記のようにご記入ください。
例: 3丁目18番123号 → 3-18-123
また、電話番号は下記のように、必ず市外局番からご記入ください。
例: 03-3947-8891
7. 現住所欄も6. にならってご記入ください。また、団地、社宅、マンション、寮、アパート、など気付のある方は、その名称と棟番号および部屋番号をご記入ください。下宿の方は××様方とご記入ください。
8. Eメールアドレスは、楷書で、大文字・小文字、ハイフン(-)・アンダーバー(_)などを正確にご記入ください。
9. 雑誌送付先区分は「0勤務先 1自宅」のいずれかの番号に○を付けてください。
(入力原票の太枠下のいずれかの学会にすでに入会されている場合には、その雑誌の送付先と同じ所になります。)
10. メール送付先区分は「0勤務先 1自宅」のいずれかの番号に○を付けてください。
11. 日本歯科医師会会員区分は「0会員でない 1会員である」のいずれかの番号に○を付けてください。
12. 入会申込書の太枠下の学会の中で、現在加入している学会の番号に○を付けてください。



SHOFU BLOCK PEEK

強く、
しなやかに



新しいCAD/CAM冠

PEEK冠接着システム

PEEK冠の接着には、サンドブラスト処理と前処理材の塗布を行い、接着性レジンセメントで接着する必要があります。

内面
処理

CAD/CAMレジン用 アドヒーシブ (内面処理加算45点)

管理医療機器 認証番号 304AKBZX00039000

※保険適用必須要件

■PEEKに対するせん断接着強さ

初期 **29.7**MPa

(サーマルサイクル5000回後:29.6MPa)

※使用レジンセメント:ビューティリンクSA
※自社試験結果



CAD/CAM冠用材料(1)~(IV)同様、松風ブロックPEEKにも無機フィラーが含有されていますが、素材が異なるため通常のランカプリング剤では十分な接着強さが得られません。松風ブロックPEEKを構成する樹脂成分に対し、すぐれた濡れ性を有し高い接着強さを発現する前処理材として、「CAD/CAMレジン用アドヒーシブ」をご使用ください。

必ずサンドブラスト処理してください。

CAD/CAM冠用材料(V)の保険適用必須要件です。

セメント 塗布 ビューティリンク SA

管理医療機器 認証番号 304AKBZX00032000

推奨レジンセメント

※接着性レジンセメント使用が保険適用必須要件



支台歯 処理 ビューティボンド Xtreme

管理医療機器 認証番号 302AKBZX00026000

1液型のボンディング材

※より高い接着性能を発揮させるためご使用ください。



松風ブロック PEEK (CAD/CAM冠用材料(V))

[サイズ]1種:サイズ14 [色調]1色:アイボリー 5個入...¥28,000

販売名	一般的名称	承認・認証・届出番号
松風ブロック PEEK	歯科切削加工用レジン材料	管理医療機器 医療機器認証番号 303AGBZX00083A01

製品の詳細はこちらまで...

松風 www.shofu.co.jp

価格は2024年4月現在の標準医院価格(消費税抜き)です。



世界の歯科医療に貢献する

株式会社 松風

●本社:〒605-0983京都市東山区福福上高松町11 お客様サポート窓口(075)778-5482 受付時間8:30~12:00 12:45~17:00(土日祝除く) www.shofu.co.jp
●支社:東京(03)3832-4366 ●営業所:札幌(011)232-1114/仙台(022)713-9301/名古屋(052)709-7688/京都(075)757-6968/大阪(06)6330-4182/福岡(092)472-7595

