

# 日本歯科医療管理学会雑誌

Japanese Journal of Dental Practice Administration

2025 FEB. Vol. **59** No. **4**



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



# 新色“ホワイト”登場

## SHOFU BLOCK PEEK

大白歯保険適用 CAD/CAM 冠用材料(V)



## 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 **29.7MPa**

(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 (I) ~ (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シランカッ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))

1箱5個入... ¥28,000 [サイズ] 1種: サイズ14 [色調] 2色: ホワイト・アイボリー

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

保険適用  
について  
説明動画▶



製品の詳細はこちらまで...

松風 [www.shofu.co.jp](http://www.shofu.co.jp)

価格は2025年1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](http://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

# 第66回 日本歯科医療管理学会総会・学術大会のご案内（第2報）

メインテーマ：2040年 未来に向けての羅針盤

大会長：比嘉良喬

（九州歯科医療管理学会会長，医療法人香優会理事長）

副大会長：渡慶次 彰

（九州歯科管理学会理事，沖縄県歯科医師会副会長，とけし歯科クリニック院長）

準備委員長：楠 一文

（九州歯科医療管理学会専務理事，くすき歯科クリニック院長）

実行委員長：木尾哲朗

（九州歯科管理学会理事，九州歯科大学副学長・教授）

## 1. 会期

7月18日（金） 理事会，社員総会，

7月19日（土） 一般口演，ポスター発表，基調講演，シンポジウム，認定医・指導医試験，  
企業展示，会員懇親会

7月20日（日） 一般口演，特別講演1，2，教育講演（認定医研修会指定講演），企業展示

## 2. 会場

中小企業振興会館 <http://nahacci.com>

〒900-0033 那覇市久米2-2-10

## 3. 内容（予定）

### 7月19日（土）

基調講演：「2040年の我が国の社会像と医療資源の需給状況」

座長：尾崎哲則先生（日本歯科医療管理学会理事長/日本大学歯学部）

講師調整中

シンポジウム：『2040年 未来に向けての交錯する3本の軸』

座長：牛島 隆先生（九州歯科医療管理学会理事/牛島歯科医院）

藤井一維先生（日本歯科大学）

#### ① 「地域の中での歯科の医療連携の形」

講師：岡本佳明先生（医療法人湧泉会ひまわり歯科）

#### ② 「ICT時代の歯科診療所」

講師：小野清一郎先生（医療法人社団ヴィクトリア会小野歯科医院）

#### ③ 「これからの歯科医師教育の問題提起と課題」

講師：藤井一維先生（日本歯科大学）

### 7月20日（日）

特別講演1：「これからを見据えた高齢者への歯科的対応」

座長：蓮井義則先生（四国歯科医療管理学会会長/蓮井歯科）

講師：藤井 航先生（九州歯科大学歯学部口腔保健学科多職種連携推進ユニット）

教育講演（認定医研修会）：「絶対的歯科医行為と相対的歯科医行為」

座長：守下昌輝先生（九州歯科大学口腔機能学講座クリニカルクラークシップ開発学分野）

淀川尚子先生（九州看護福祉大学看護福祉学部口腔保健学科）

講師：鶴田 潤先生（東京科学大学ヘルスケア教育機構臨床シミュレーション教育室）

特別講演2：「これからの“患者-医療者関係”を考える」

座長：山下大輔先生（九州歯科医療管理学会理事/やました歯科）

中村昌代先生（九州看護福祉大学看護福祉学部口腔保健学科）

講師：木尾哲朗先生（九州歯科大学副学長/口腔機能学講座総合診療学分野）

#### 4. 演題申し込み

- ・第66回日本歯科医療管理学会総会・学術大会ウェブサイトからお申し込みください。
- ・発表形式は口頭、ポスターの2形式で、口頭発表の発表時間は7分、質疑応答は3分です。ポスター討論は7月19日（土）13時50分から発表時間は5分、質疑応答は2分とします。
- ・演題申し込みの締切は2025年4月25日（金）17時です。演題申し込みと同時に抄録も提出していただきます。
- ・なお、発表者ならびに共同発表者は、全員本学会会員でなければなりません。お申し込み前にご確認いただきますようお願いいたします。

#### 5. 大会ウェブサイト <https://jsdpa66.okinawa/>

#### 6. 参加申し込み

演題同様に大会ウェブサイトからお申し込みいただきます。参加費・懇親会費は以下の予定です。事前登録の締め切りは続報でお知らせします。

参加者区分	参加費		懇親会費	
	事前登録	当日登録	事前登録	当日登録
会 員	10,000 円	12,000 円	10,000 円	12,000 円
非 会 員	12,000 円	14,000 円	10,000 円	12,000 円
コ・デンタル	4,000 円	5,000 円	10,000 円	12,000 円
研修医・大学院生	4,000 円	5,000 円	10,000 円	12,000 円

懇親会は、参加者数約120名を予定していますので、懇親会の参加はできるかぎり事前登録をお願いします。

懇親会についても大会ウェブサイトからお申し込みいただく予定です。

#### 7. 会員懇親会

会場：那覇セントラルホテル <https://nahacen.com/index.html>

那覇市牧志2-16-36

日時：2024年7月19日（土）18：30～20：30

#### 8. 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。



## 9. 会場アクセス

- ・那覇空港よりモノレールにて県庁前駅まで14分
- ・モノレール県庁前駅から徒歩約5分

### 大会事務局

医療法人香優会 比嘉歯科医院

〒900-0036 那覇市西1-15-16

FAX：098-868-4687

E-mail：jimukyoku@jsdpa66.okinawa



## 次期理事長候補者の選出について

一般社団法人  
日本歯科医療管理学会  
選挙管理委員会

一般社団法人日本歯科医療管理学会理事長候補者選出に関する規程に基づき、次期理事長（任期：2026年度社員総会から2028年度社員総会まで）の立候補を下記の通り受付いたします。

### 記

理事長候補者の資格：

一般社団法人日本歯科医療管理学会理事長候補者選出に関する規程

第2条 本会の理事長候補者は、次に掲げる条件を満たす正会員とする。

- (1) 人格高潔であり、本会の発展に貢献できる者
- (2) 一般社団法人日本歯科医療管理学会の役員を経験した者

届出方法：理事長候補者へ立候補する者は所定の様式を書留にて学会事務局までご郵送ください。各様式は本学会ウェブサイトよりダウンロードしてください。

- ・次期理事長立候補届出様式1（立候補届）
- ・次期理事長立候補届出様式2（所信）
- ・次期理事長立候補届出様式3（推薦書）
- \*次期理事長立候補には1候補者につき、会員5名の推薦者が必要です。

次期理事長立候補届出様式一式の届出期間：

2025年3月15日（土）～3月31日（月）必着

※送付の際には、封筒に「次期理事長立候補書類 在中」と朱書きしてください。

立候補者の告知：

選挙管理委員会にて、次期理事長立候補届出様式および立候補者の資格を確認後、学会ウェブサイトにて届出様式を公開いたします。

### 【届出先】

〒170-0003 東京都豊島区駒込 1-43-9 駒込 TS ビル 4F  
一般社団法人日本歯科医療管理学会事務局内 選挙管理委員会

以上

## 2025 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

2025 年度認定医研修会を以下の要領で開催します。希望者は事前にお申し込みください。

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：2025 年 7 月 20 日 (日) 11:10~12:00 (予定)

会 場：中小企業振興会館

〒900-0033 那覇市久米 2-2-10

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：未定 \*決まり次第、学会ウェブサイトに掲載します。

お申込み方法：

日本歯科医療管理学会ウェブサイト「お知らせ」に掲載の「2025 年度認定医研修会のご案内」よりお申込みください。

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していませんのでご了承ください。

申込および参加費振込の締切日：2025 年 6 月 30 日 (月) まで

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。

以上

一般社団法人日本歯科医療管理学会事務局

〒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

# 2025年度日本歯科医療管理学会認定医および指導医申請のお知らせ

一般社団法人  
日本歯科医療管理学会  
認定医制度委員会  
認定医資格認定審査会

2025年度認定医および指導医申請を下記の要領で受け付けます。詳細につきましては本学会ウェブサイトに掲載の制度規則、施行規則をご参照ください。

## I. 認定医申請資格の要件（認定医制度規則第6条、認定医制度施行規則第5条参照）

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. 本学会が指定する過去5年間の関連学会での実績を100単位以上取得していること
- \*認定医制度規則第6条の条件を満たしている場合には、認定医制度規則第8条に基づき筆記試験が行われます。

## II. 指導医申請資格の要件（指導医制度規則第6条、指導医制度施行規則第6条参照）

1. 日本国の歯科医師免許を有すること
  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こと
  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こと
  4. 指導医制度施行規則第6条(1)～(6)の合計単位数が認定医の研修単位基準で240単位以上を有すること
- \*指導医制度規則第6条の条件を満たしている場合には、指導医委員会による面接が行われます。

## III. 申請書類の入手方法

本学会ウェブサイト、会員専用ページ (<https://www.jsdpa.gr.jp/member/>) の「認定医制度」または「指導医制度」のページよりダウンロードしてください。

- \*ウェブサイトからのダウンロードは機種により正常に行えない場合がございます。その折はお手数ですが、返信用封筒（返信先の住所・氏名を明記、140円切手を貼付、A4判）を同封のうえ、本学会事務局へ文書にてお申し込みください。

## IV. 2025年度認定医・指導医申請受付期間：2025年3月1日～2025年4月30日（当日消印有効）

## V. 認定医試験・指導医面接：第66回総会・学術大会中に実施予定

## VI. 申請料（10,000円）の送金先

### 1. 郵便局からお振り込みの場合

口座番号：振替口座 00140-1-263588 加入者名：日本歯科医療管理学会

- \*払込用紙はゆうちょ銀行（郵便局）備え付けの用紙をご利用ください。

### 2. 郵便局以外の金融機関からお振り込みの場合

金融機関：ゆうちょ銀行 金融機関コード：9900 店番：019 預金種目：当座預金

店名：〇一九店（ゼロイチキュー店）口座番号：0263588 加入者名：日本歯科医療管理学会

- \*払込手数料はご申請者にてご負担願います。また、通信欄に「認定医申請料」または「指導医申請料」の別を明記してください。審査にかかわる申請料は10,000円です。

- \*一度納入された申請料は原則として返金をいたしません。

- \*必ず、払込金受領証のコピーを申請用紙に添付してください。



VII. 書類の提出先：〒170-0003 東京都豊島区駒込1-43-9 駒込TSビル（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認定医制度委員会

\*送付には、書留、レターパック、宅配便等の送達の確認ができる方法をお勧めいたします。

# 2025 年度日本歯科医療管理学会認定士申請のお知らせ

一般社団法人  
日本歯科医療管理学会  
認定士委員会  
認定医資格認定審査会

2025年度認定士申請を下記の要領で受け付けます。詳細につきましては本学会ウェブサイトに掲載の認定士制度規則、施行規則をご参照ください。

## I. 認定士申請資格の要件（認定士制度規則第7条、認定士制度施行規則第5条参照）

1. 歯科医療連携に関する国家資格免許を有すること
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. 認定士制度施行規則第5条に定める研修実績を45単位以上取得していること

### 認定士制度施行規則 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、教育期間、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、本学会誌への論文投稿の筆頭著者もしくは共同著者でも可とする。

## II. 申請書類の入手方法

本学会ウェブサイト、会員専用ページ (<https://www.jsdpa.gr.jp/member/>) の「認定士制度」のページよりダウンロードしてください。

\*ウェブサイトからのダウンロードは機種により正常に行えない場合がございます。その折はお手数ですが、返信用封筒（返信先の住所・氏名を明記、140円切手を貼付、A4判）を同封のうえ、本学会事務局へ文書にてお申し込みください。

## III. 2025年認定士申請受付期間：2025年3月1日～2025年4月30日（当日消印有効）

## IV. 認定士試験：第66回総会・学術大会中に実施予定

## V. 審査料（5,000円）の送金先

### 1. 郵便局からお振り込みの場合

口座番号：振替口座 00140-1-263588 加入者名：日本歯科医療管理学会

\*払込用紙はゆうちょ銀行（郵便局）備え付けの用紙をご利用ください。

### 2. 郵便局以外の金融機関からお振り込みの場合

金融機関：ゆうちょ銀行 金融機関コード：9900 店番：019 預金種目：当座預金

店名：〇一九店（ゼロイチキュー店）口座番号：0263588 加入者名：日本歯科医療管理学会

\*払込手数料はご申請者にてご負担願います。また、通信欄に「認定士申請料」の別を明記してください。審査料は5,000円です。

\*一度納入された申請料は原則として返金をいたしません。

\*必ず、払込金受領証のコピーを申請用紙に添付してください。

VI. 書類の提出先

〒170-0003 東京都豊島区駒込 1-43-9 駒込 TS ビル (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認定士委員会

\*送付には、書留、レターパック、宅配便等の送達の確認ができる方法をお勧めいたします。

# 2025 年度日本歯科医療管理学会認定医更新のお知らせ

一般社団法人  
日本歯科医療管理学会  
認定医制度委員会  
認定医資格認定審査会

2025年度認定医更新を下記の要領で受け付けます。詳細につきましては本学会ウェブサイトに掲載の認定医制度規則、認定医制度施行規則をご参照ください。

なお、本年度認定医更新は登録期限が **2025年1月1日～2025年12月31日** までの先生が対象となりますのでお手続きをお願いします。

## I. 認定医資格更新の要件（認定医制度施行規則第8条、第11条参照）

認定医登録された日から5年間に認定医制度施行規則別表1に定められた以下の単位を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・学術大会への参加
- 2) 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への参加
- 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、教育機関等での発表や本学会誌への論文投稿など
- 4) 歯科医療管理学及び関連学会関係の著作、臨床研修医指導・学生教育、研修機関での研修、学会運営

## II. 申請書類

1. 日本歯科医療管理学会認定医更新申請書（様式1-2）
2. 履歴書（様式2）
3. 認定証（写し）
4. 認定医取得から5年間の研修実績報告書（様式3）
5. 払込受領証（写し）

## III. 更新書類の入手方法

本学会会員ページ (<https://www.jsdpa.gr.jp/member/>) の「認定医制度」のページよりダウンロードしてください。

\*ウェブサイトからのダウンロードは機種により正常に行えない場合がございます。その折はお手数ですが、返信用封筒（返信先の住所・氏名を明記、140円切手を貼付、A4判）を同封のうえ、本学会事務局へ文書にてお申し込みください。

## IV. 2025年度認定医更新受付期間（当日消印有効）

2025年1月1日～6月30日までの期限：**2025年3月1日～5月31日**

2025年7月1日～12月31日までの期限：**2025年9月1日～11月30日**

## V. 更新料（10,000円）の送金先

### 1. 郵便局からお振り込みの場合

口座番号：振替口座 00140-1-263588 加入者名：日本歯科医療管理学会

\*払込用紙はゆうちょ銀行（郵便局）備え付けの用紙をご利用ください。

### 2. 郵便局以外の金融機関からお振り込みの場合

金融機関：ゆうちょ銀行 金融機関コード：9900 店番：019 預金種目：当座預金

店名：〇一九店（ゼロイチキュー店） 口座番号：0263588 加入者名：日本歯科医療管理学会

- \* 払込手数料はご申請者にてご負担願います。また、通信欄に「認定医更新料」と明記してください。更新にかかわる費用は10,000円です。
- \* 一度納入された更新料は原則として返金をいたしません。
- \* 必ず、払込金受領証のコピーを申請用紙に添付してください。

#### VI. 書類の提出先

〒170-0003 東京都豊島区駒込1-43-9 駒込TSビル（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認定医制度委員会

- \* 送付には、書留、レターパック、宅配便等の送達の確認ができる方法をお勧めいたします。



# 2025年度日本歯科医療管理学会指導医更新のお知らせ

一般社団法人  
日本歯科医療管理学会  
認定医制度委員会  
認定医資格認定審査会

2025年度指導医更新を下記の要領で受け付けます。詳細につきましては本学会ウェブサイトに掲載の指導医制度規則、指導医制度施行規則をご参照ください。

なお、本年度指導医更新は登録期限が **2025年1月1日～2025年12月31日**までの先生が対象となりますのでお手続きをお願いします。

## I. 指導医資格更新の要件（指導医制度規則第6, 12条, 指導医制度施行規則第6条参照）

以下の1, および2. は必須とし, 3.～6. の単位数と合わせて認定医の研修単位基準で240単位以上を有する者。

1. 本学会または地域関連団体が主催する総会・学術大会への参加を60単位以上。
2. 認定医研修会への参加を2回以上の40単位以上。
3. 本学会（地域関連団体総会・学術大会を含む）での発表。
4. 本学会雑誌への発表, あるいは歯科医療管理学関連で他雑誌や著書の執筆。
5. 本学会（地域関連団体総会・学術大会を含む）及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。

## II. 申請書類

1. 日本歯科医療管理学会指導医更新申請書（様式4-2）
2. 履歴書（様式5）
3. 日本歯科医療管理学会指導医資格証（写し）
4. 日本歯科医療管理学会指導医申請 単位数明細（様式6）  
※申請単位を証明する資料を添付してください。
5. 指導医認定更新料（20,000円）の郵便払込票兼受領票のコピー

## III. 更新書類の入手方法

本学会会員ページ (<https://www.jsdpa.gr.jp/member/>) の「指導医制度」のページよりダウンロードしてください。

\*ウェブサイトよりのダウンロードは機種により正常に行えない場合がございます。その折はお手数ですが、返信用封筒（返信先の住所・氏名を明記, 140円切手を貼付, A4判）を同封のうえ, 本学会事務局へ文書にてお申し込みください。

## IV. 2025年度指導医更新受付期間（当日消印有効）

2025年1月1日～6月30日までの期限：**2025年3月1日～5月31日**

2025年7月1日～12月31日までの期限：**2025年9月1日～11月30日**

## V. 更新料（20,000円）の送金先

1. 郵便局からお振り込みの場合

口座番号：振替口座 00140-1-263588 加入者名：日本歯科医療管理学会

\*払込用紙はゆうちょ銀行（郵便局）備え付けの用紙をご利用ください。

## 2. 郵便局以外の金融機関からお振り込みの場合

金融機関：ゆうちょ銀行 金融機関コード：9900 店番：019 預金種目：当座預金

店名：〇一九店（ゼロイチキョウ店） 口座番号：0263588 加入者名：日本歯科医療管理学会

\* 払込手数料はご申請者にてご負担願います。また、通信欄に「指導医更新料」と明記してください。更新にかかわる費用は20,000円です。

\* 一度納入された更新料は原則として返金をいたしません。

\* 必ず、払込金受領証のコピーを申請用紙に添付してください。

## VI. 書類の提出先

〒170-0003 東京都豊島区駒込1-43-9 駒込TSビル（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指導医委員会

\* 送付には、書留、レターパック、宅配便等の送達の確認ができる方法をお勧めいたします。

# 2025年度日本歯科医療管理学会認定士更新のお知らせ

一般社団法人  
日本歯科医療管理学会  
認定士委員会

2025年度認定士更新を下記の要領で受け付けます。詳細につきましては本学会ウェブサイトに掲載の認定士制度規則、認定士制度施行規則をご参照ください。

なお、本年度認定士更新は登録期限が **2025年1月1日～2025年12月31日** までの方が対象となりますのでお手続きをお願いします。

## I. 認定士資格更新の要件（認定士制度規則第7条、第10条、認定士制度施行規則第5条参照）

認定士登録された日から5年間に認定医制度施行規則別表1に定められた以下の単位を45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) 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。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・学術大会への参加
- 2) 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への参加
- 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、教育機関等での発表や本学会誌への論文投稿など

## II. 申請書類

1. 日本歯科医療管理学会認定士更新申請書（様式1-2）
2. 履歴書（様式2）
3. 認定証（写し）
4. 資格免許証（写し）
5. 認定医取得から5年間の研修実績報告書（様式3）
6. 払込受領証（写し）

## III. 更新書類の入手方法

本学会会員ページ (<https://www.jsdpa.gr.jp/member/>) の「認定士制度」のページよりダウンロードしてください。

\*ウェブサイトからのダウンロードは機種により正常に行えない場合がございます。その折はお手数ですが、返信用封筒（返信先の住所・氏名を明記、140円切手を貼付、A4判）を同封のうえ、本学会事務局へ文書にてお申し込みください。

## IV. 2025年度認定医更新受付期間（当日消印有効）

2025年1月1日～6月30日までの期限：**2025年3月1日～5月31日**

2025年7月1日～12月31日までの期限：**2025年9月1日～11月30日**

## V. 更新料（5,000円）の送金先

### 1. 郵便局からお振り込みの場合

口座番号：振替口座 00140-1-263588 加入者名：日本歯科医療管理学会

\*払込用紙はゆうちょ銀行（郵便局）備え付けの用紙をご利用ください。

### 2. 郵便局以外の金融機関からお振り込みの場合

金融機関：ゆうちょ銀行 金融機関コード：9900 店番：019 預金種目：当座預金

店名：〇一九店（ゼロイチキュー店） 口座番号：0263588 加入者名：日本歯科医療管理学会

- \* 払込手数料はご申請者にてご負担願います。また、通信欄に「認定士更新料」と明記してください。更新にかかわる費用は5,000円です。
- \* 一度納入された更新料は原則として返金をいたしません。
- \* 必ず、払込金受領証のコピーを申請用紙に添付してください。

#### VI. 書類の提出先

〒170-0003 東京都豊島区駒込1-43-9 駒込TSビル（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認定士制度委員会

- \* 送付には、書留、レターパック、宅配便等の送達の確認ができる方法をお勧めいたします。

日本歯科医療管理学会雑誌  
第 59 卷 第 4 号 (通巻第 160 号)  
2025 年 2 月

目 次

巻頭言

中国地域歯科医療管理学会について……………末 森 一 彦 175

原 著

臨床実習生における医療安全用語の認識度調査  
……………中 村 太 志, 磯 部 彩 香, 福 田 晃  
守 下 昌 輝, 村 岡 宏 祐, 栗 野 秀 慈 176

歯科経営指標が示すインプラント治療導入と利益および利益率の関係について  
……………森 基, 嶋 村 成 一 郎, 永 山 正 人 183

市区町村単位の歯科診療所数, 無歯科医地区・準無歯科医地区数と  
小児う蝕有病状況との関連: 2020 年時点の横断研究  
……………恒 石 美 登 里, 山 本 龍 生, 末 瀬 一 彦, 高 橋 英 登 194

わが国における歯科医事訴訟の年次的変遷に関する研究  
……………濱 寄 朋 子 201

視 点

日本と FDI 世界歯科連盟に所属する諸外国における歯科医療費の比較  
……………末 瀬 一 彦, 高 橋 英 登, 恒 石 美 登 里 210

書 評……………215

投稿規則……………216

編集後記……………218

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

- Survey on Recognition of Medical Safety Terms Among Clinical Training Students  
NAKAMURA Taiji, ISOBE Ayaka, FUKUDA Hikaru,  
MORISHITA Masaki, MURAOKA Kosuke and AWANO Shuji 176
- Dental Management Index Shows the Relationship Between the Introduction of Implant Therapy and  
Profits and Profit Ratio  
MORI Motoi, SHIMAMURA Seiichiro and NAGAYAMA Masato 183
- Association Between the Number of Dental Clinics, Area of Dentist-free Districts  
in Each Municipality and the Prevalence of Dental Caries in Children :  
A Cross-sectional Study in 2020  
TSUNEISHI Midori, YAMAMOTO Tatsuo, SUESE Kazuhiko and TAKAHASHI Hideto 194
- Dentists' Legal Liability and Temporal Changes in Dental Malpractice Litigation in Japan  
HAMASAKI Tomoko 201

Vision

- Comparison of Dental Care Costs in Japan and Other Countries Belonging  
to the FDI World Dental Federation  
SUESE Kazuhiko, TAKAHASHI Hideto and TSUNEISHI Midori 210

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

## 中国地域歯科医療管理学会について

日本歯科医療管理学会理事  
末森一彦



歯科医療管理学会という多岐にわたる内容を扱う学会において、各地域での関心事は一様なものではなくさまざまだと思います。また、地域が異なれば、関心事の差も明確にあるものだと思います。今回、こうした機会をいただきましたので、中国地域歯科医療管理学会について紹介させていただきたいと思います。

中国地域歯科医療管理学会は、中国地方5県の歯科医師会医療管理部のメンバーが中心となり活動しています。毎年順番に当番県を交代しながら、当番県が総会・学術大会の開催を中心に学会の運営をしています。学術大会では、毎年各県から合わせて10題ほどの口演発表があり、同日に行われる特別講演と合わせ、学会テーマを中心とした、その時々においてタイムリーな内容の発表と意見交換が行われています。

また、各県の歯科医師会医療管理部員の多い会員構成であることから、歯科医師会医療管理関係の協議会などにおいても顔を合わせる機会が多く、互いに顔の見える風通しのよい関係が築かれています。

こうした関係性のなかで、令和5年の中国地域歯科医療管理学会総会において「歯科医療提供体制維持に向けての中国5県調査—中国5県歯科医療機関分布に関する未来シミュレーション—」と題した調査を中国地域歯科医療管理学会として行うことが承認されました。この調査は、中国地方5県の各県歯科医師会の協力をいただきながら、中国5県全域を一体として調査を行い、各県における歯科医療提供体制の現状の把握と将来予測を行い、必要に応じ県境を跨いだ歯科医療提供体制にかかわる将来予測、そして今後の医療計画策定など、行政対応に対する資料となることを念頭に置いた調査となります。

この中国地方5県による共同調査を行うことになった背景として、本会の風通しのよさはもちろんですが、中国地方の地理的特徴を挙げることができます。中国地方はその中央を背骨のように横断する中国山地があり、中国5県がこの中国山地を取り囲むように位置しています。言い換えると中国山地という過疎化を伴った広大な中山間地域を、中国地方各県が等しく共有していることとなります。このことが各県共通の課題として認識され、共同調査実施の重要なポイントになったものと思っています。

今回の調査が、さまざまな場面で役立つものとなるよう進めてまいりたいと思います。

原 著

## 臨床実習生における医療安全用語の認識度調査

中村太志 磯部彩香<sup>1)</sup> 福田 晃<sup>2)</sup>  
守下昌輝<sup>3)</sup> 村岡宏祐<sup>3)</sup> 栗野秀慈<sup>3)</sup>

**概要：**2021年の歯科医師法改正により、診療参加型臨床実習が法的に位置づけられ、臨床実習生は共用試験合格後に歯科医師の指導下で歯科医業を行うことが可能となった。この改正により、臨床実習生には高度な医療安全および院内感染対策の知識と技能が求められるようになった。本研究では、臨床実習直前の臨床実習生を対象に、医療安全や院内感染に関する知識の現状を調査し、課題を明らかにすることを目的とした。対象は2021年から2023年までに九州歯科大学附属病院で臨床実習を控えた286名で、医療安全オリエンテーション終了後に医療安全用語の認識度を評価するアンケート調査を実施した。

回答率は83.5%で、認識度に基づくクラスター分析では「知っている」が多い群と「聞いたことがない」が多い群に分類された。「知っている」群では「標準予防策」「インシデント」「院内感染」など基本的な用語の理解度が高かったが、「聞いたことがない」群では医療事故分析や院内感染対策に関連する専門用語や略語への認識度が低かった。また、「KYT」や「AMR」といった略語や、複雑な概念についての理解が特に不十分であることが明らかになった。

本研究は、学生が医療安全の基礎的な知識を有している一方で、問題解決能力や実践的技術の向上が必要であることを示した。

**索引用語：**医療安全、院内感染対策、医療安全教育

### 緒 言

2021年に成立した「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律（令和3年法律第49号）」において、歯科医師法（昭和23年法律第202号）の改正が行われた。これにより、臨床実習のあり方が大きく変化した。

この改正により、歯科医師法に診療参加型臨床実習（以下、臨床実習）が明記され、臨床実習生の教育内容や評価方法が厳格化されるとともに、実習を通じた教育の質の向上が求められるようになった。

従来の歯学教育モデル・コア・カリキュラム（以下、コアカリキュラム）では、診療参加型臨床実習の重要性

が示されていたが、本改正により、臨床実習生の歯科医業が法的に位置づけられた点が特徴的である。具体的には、臨床実習生は臨床実習を開始する前に、必要な知識および技能を修得しているかを評価するための共用試験（以下、共用試験）を受験し、合格することが義務づけられた。これにより、臨床実習生は歯科医師の指導監督の下で歯科医業を行うことが可能となった。

今回の法改正は、医療の質の向上と医療事故防止を目的としており、臨床実習においては単なる知識・技能・態度の修得にとどまらず、実際の患者を対象とした診療経験を通じて、医療現場で求められる診断や治療に関する思考方法、対応力、実践的な技能の向上が期待されている。また、臨床を通じた研究意欲の育成も重視されている<sup>1)</sup>。

臨床実習を遂行するにあたり、臨床実習生は患者に安全な歯科医療を提供するため、医療安全に関する知識を十分に習得していることが求められる。しかし、インシデント当事者には経験の浅い医療従事者が多いことが指摘されており<sup>2)</sup>、共用試験に合格したばかりの臨床実習生が、医療事故に巻き込まれるリスクが高い。特に、本学では臨床実習生による針刺し事故が頻発しており<sup>3)</sup>、

九州歯科大学歯学部口腔機能学講座歯周病学分野

<sup>1)</sup>九州歯科大学歯学部口腔保健学科

<sup>2)</sup>九州歯科大学歯学部生体機能学講座顎顔面外科学分野

<sup>3)</sup>九州歯科大学歯学部口腔機能学講座クリニカルクラックシップ開発学分野（指導：栗野秀慈）

受付：令和6年9月2日

受理：令和6年11月26日

表 1 今回の調査に使用した医療安全用語 (70 語)

1. 医療事故に関する用語	AIDS
アクシデント	B 型肝炎ウイルス
インシデントーヒヤリハット	Hbe 抗原
医療過誤	HBs 抗原
医療事故	C 型肝炎ウイルス
誤飲	麻疹
誤嚥	風疹
針刺し事故	ムンプス
インフォームド・コンセント	インフルエンザウイルス
ヒューマンエラー	高圧蒸気滅菌法ーオートクレーブ
ハインリッヒの法則	化学的インジケーター
スイスチーズモデル	ウォッシュャーディスインフェクター
根本原因分析	エチレンオキシドガス滅菌法ーEOG 滅菌法
4M-4E 分析	低温プラズマ滅菌法
M-SHEL 分析	スポルディングの分類
危険予知訓練ーKYT	エアロゾル
	ガウンテクニック
2. 院内感染に関する用語	滅菌バッグ
アウトブレイク	バイオハザードマーク
院内感染	グルタラル
医療廃棄物	グルコン酸クロルヘキシジン
感染性廃棄物	次亜塩素酸ナトリウム
空気感染	エタノール
飛沫感染	塩化ベンザルコニウム
接触感染	ポビドンヨード
滅菌	
消毒	3. その他医療安全に関する用語
標準予防策ースタンダードプリコーション	医療事故調査制度
手指衛生	コンプライアンス
薬剤耐性ーAMR	リスボン宣言
メチシリン耐性黄色ブドウ球菌ーMRSA	ヘルシンキ宣言
バンコマイシン耐性腸球菌ーVRE	歯科医療における感染管理のための CDC ガイド
ヒト免疫不全ウイルスーHIV	ラインー米国疾病予防管理センター

「一」にてつながった用語について認識度の差を検討した。

医療安全教育の重要性が改めて認識されている。

本研究の目的は、臨床実習直前の臨床実習生がどの程度医療安全や院内感染に関する知識を有しているかを、医療安全用語の認識度を通じて調査し、臨床実習における医療安全および院内感染対策に関する課題を明確にすることである。

## 材料と方法

本研究は、2021 年から 2023 年までに九州歯科大学附属病院にて臨床実習直前に医療安全に関するオリエンテーションを受講した臨床実習生 286 名を対象とした。対象者を年度ごとに分けると、2021 年度は 93 名、2022 年度は 93 名、2023 年度は 100 名であった。

医療安全に関するオリエンテーションは、臨床実習開

始前の臨床実習生を対象として実施され、基本的な医療安全の概念や院内感染対策についての講義および演習が行われた。

アンケート調査は、このオリエンテーション終了後に、医療安全用語の認識度を評価する目的で Google Forms を利用して Web 上で実施した (表 1)。アンケートへの参加は任意であり、回答前に研究への同意の項目を設定した。また、調査に際して氏名やメールアドレスなどの個人情報を入力させない設定とし、個人が特定されることのないよう十分に配慮した。

医療安全用語の認識度は、「知っている」「聞いたことはあるが説明はできない」「知らない」の三択形式で回答させた。この三択形式は、被験者の認識の程度を簡潔かつ客観的に評価できると考えた。

医療安全用語は、コアカリキュラムの「医療の質と安



全の確保」と照らし合わせ、歯科医療の現場で頻度高く遭遇する用語を中心に選定する必要があると考えた。そこで、医療安全や院内感染対策に関する教科書<sup>4,5)</sup>および日本歯科医学会が監修した院内感染対策マニュアル<sup>6)</sup>の索引から、医療安全、院内感染対策に関するものを70語抽出した。選定した用語には、「標準予防策」「院内感染」「インフォームド・コンセント」「インシデント」などが含まれる。

医療安全用語を正しく認識しているかを確認するために、「標準予防策」と「スタンダードプリコーション」といった同義語や、「ヒト免疫不全ウイルス」と「HIV」といった略語の組み合わせについて認識度の比較検討を行った。今回比較した用語の組み合わせについて、表1に示す。

アンケートの結果について、ワード法によるクラスター分析を行い、医療安全用語の認識度の高い群と低い群の特徴を比較した。また、同義語や関連用語間の認識度の違いについては、McNemar検定を用いて解析した。

統計解析には、EZR (version 1.61)<sup>7)</sup>を使用した。

本研究は、九州歯科大学倫理委員会の承認を得て実施された(承認番号:20-66)。

### 結果

本研究において、239名の学生から回答が得られた(回収率:83.5%)。回答者を年度ごとに分けると、2021年度は75名(回収率:80.6%)、2022年度は77名(回収率:82.7%)、2023年度は87名(回収率:87.0%)であった。

各医療安全用語の認識度および関連する用語間の認識度の違いについて図1に示す。

同義語および関連用語間における認識度の差について、「危険予知訓練」と「KYT」、「薬剤耐性」と「AMR」、「バンコマイシン耐性腸球菌」と「VRE」、「エチレンオキサイドガス滅菌法」と「EOG滅菌法」との間にMcNemar検定にて有意差を認めた(p<0.05)。

医療安全用語間のクラスター分析の結果を図2に示す。

「知っている」が多い群と「聞いたことがない」が多い群の2群に分かれた。「知っている」が多い群はさらに4群に、「聞いたことがない」が多い群はさらに2群に分かれた。「知っている」が最も多い用語群には「バイオハザードマーク」「スタンダードプリコーション」「医療過誤」「院内感染」「接触感染」「ハイリッヒの法則」「HIV」「インシデント」「エタノール」「空気感染」「標準予防策」「滅菌」「消毒」「アクシデント」「飛沫感染」「ヒヤリハット」「インフォームド・コンセント」「誤飲」「医療事故」「手指衛生」「針刺し事故」「インフルエンザウイルス」「誤

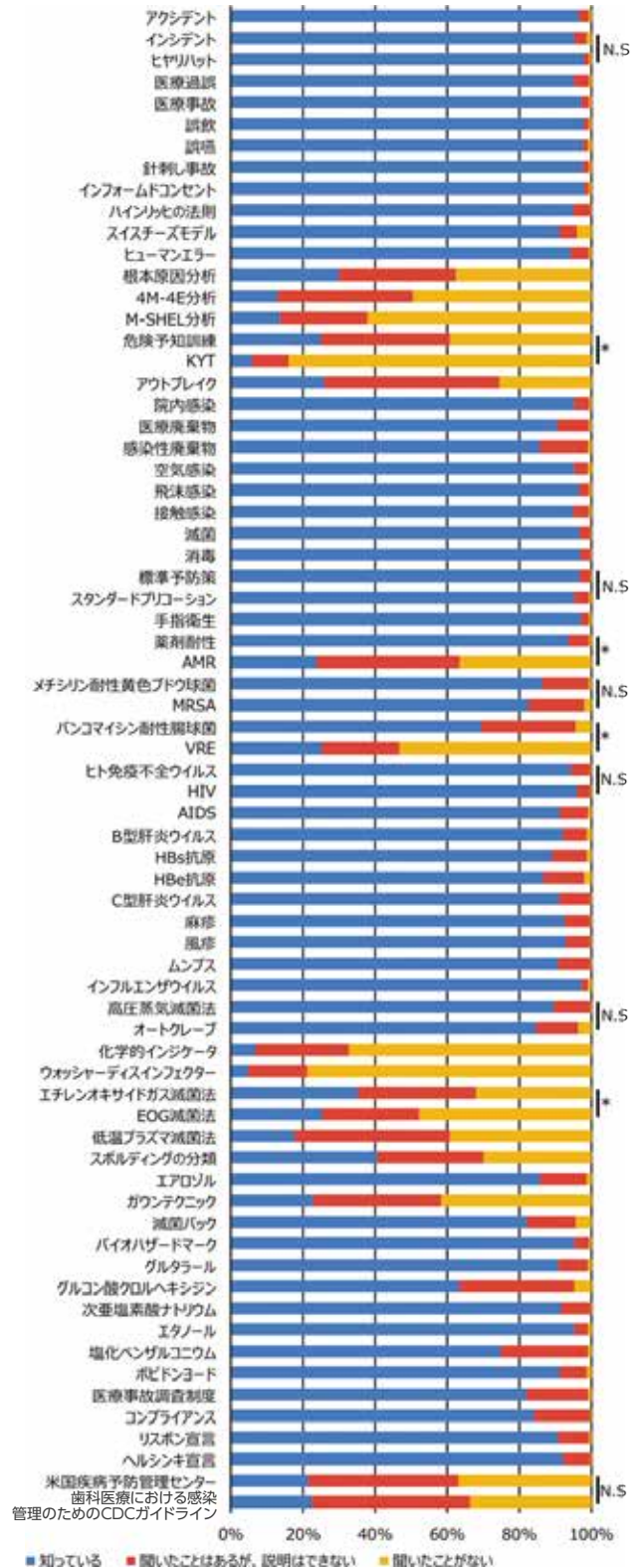


図1 医療安全用語の認識度  
同意語および関連用語間においてMcNemar検定を行った  
\*: p<0.05, N.S: No Significant.



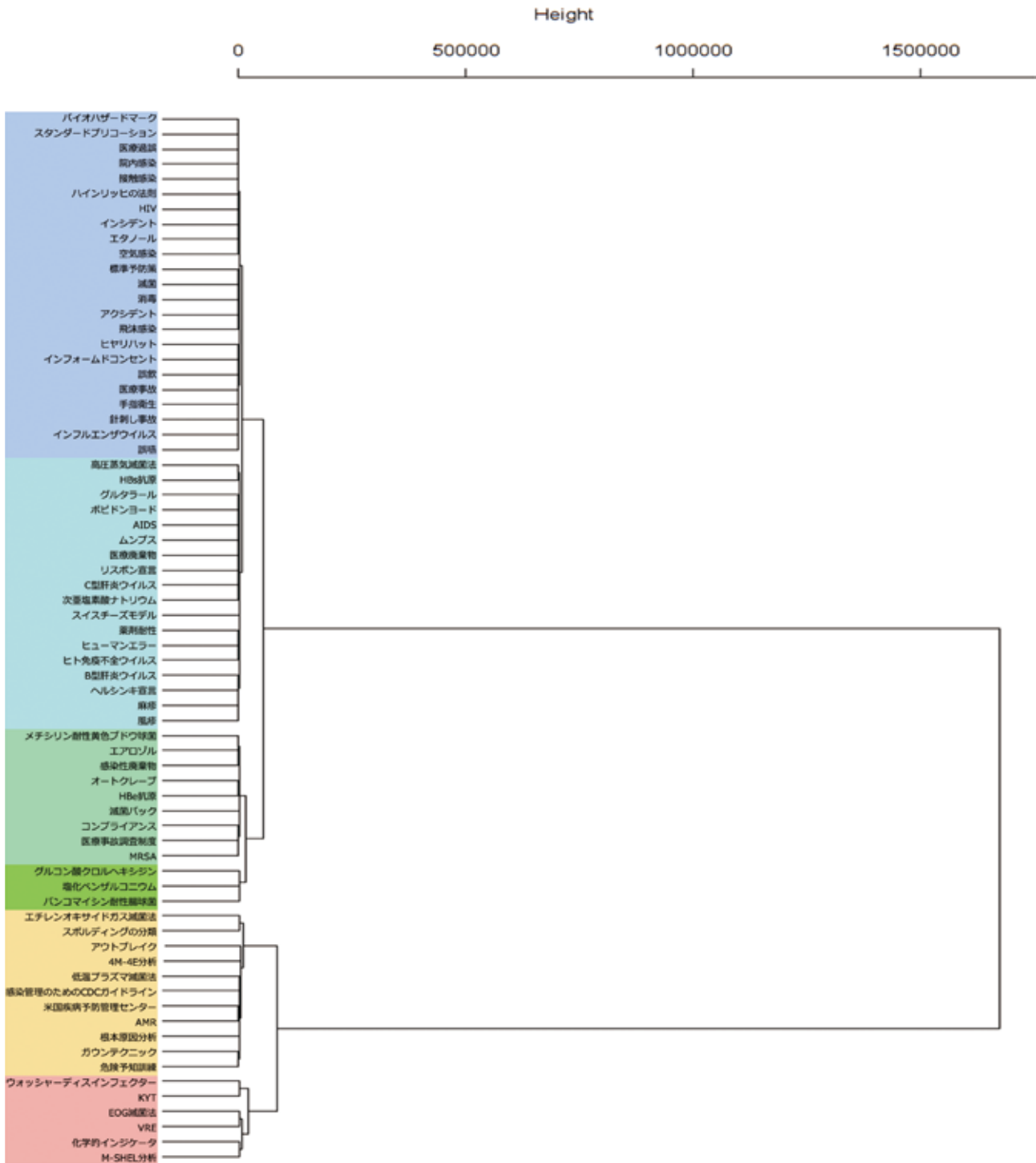


図 2 医療安全用語の認識度に関するクラスター分析

ワード法を用いて、医療安全用語の認識度に基づき、2つのクラスターに分類した。クラスターの数は、クラスター内のばらつきとクラスター間のばらつきのバランスを考慮して決定した。

嚙」が認められた。「聞いたことがない」が最も多い用語群には「ウォッシャーディスインフェクター」「KYT」「EOG 滅菌法」「VRE」「化学的インジケータ」「M-SHEL 分析」が認められた。

考 察

日本の歯科医学教育、特にプロフェッショナルリズム教

育において、医療安全は29大学中24大学にて医療安全教育がなされている<sup>8)</sup>。

鳥谷部ら<sup>9)</sup>は国立大学の医療系学生の2018年度の医療安全教育の実態を明らかにするために、全国の国立大学を対象にアンケート調査を行った。その結果、授業時間および授業内容は大学間で大きく異なっており、大学間で標準化が進んでいないこと、調査対象のうち医療安全管理に関する講座を設置している大学は全体の18.6%であったことを報告している。

本学のカリキュラムにおける医療安全教育は、主に微生物学において感染症の概論を、社会歯科学において医療安全の法的な背景を、医療安全管理学において院内での感染対策および安全対策について講義を行っている。また、すべての臨床系科目において、医療安全に関する項目が講義や実習として実施されている。具体的には、歯周病学において、歯周組織検査やスケーリング・ルートプレーニングの実習を通じて、器材の滅菌、個人防護具の着脱および廃棄方法が指導され、口腔外科学では衛生的手洗いや滅菌グローブの着脱方法が指導されている。さらに、保存修復学や補綴学においても、医療安全の観点から、器具の取り扱いや高速切削時の注意点、リスク管理が指導され、歯科麻酔学では局所麻酔の適切な使用法や麻酔後の患者管理、BLS（一次救命処置）の教育が行われている。

これらの取り組みを通じて、医療安全教育はすべての科目で行われているが、具体的な教育内容について現時点では十分に確認できていない部分がある。鳥谷部ら<sup>9)</sup>の報告と比較した場合、医療安全管理に関する内容は十分でないと判断され、今後、詳細な調査を行い、各科目間での知識や情報の統一を図り、医療安全教育の一貫性と充実度を高めることが必要である。

さらに、九州歯科大学附属病院では、医療安全委員会を中心とした包括的な医療安全体制が構築されている。医療安全委員会の下には、医療安全管理室とICT（感染対策チーム）があり、さらに医療事故予防対策部会、リスクマネジメント部会、院内感染対策部会が設置されている。これらの組織は、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師など多職種で構成され、医療事故や院内感染の防止対策の指導・監査、データの収集・分析、職員教育を行っている。これらの組織が連携し、医療安全対策の立案、実施、評価を行っている。本学では、臨床実習生による針刺し事故が頻発しており、器具の片付け時に事故の発生が多かったことから、臨床実習生の鋭利物の片付けを、歯科医師、歯科衛生士、看護師の監督のもとで行い、片付け時の針刺し事故の減少を図っている<sup>3)</sup>。このような組織の活動が、学生への教育の基盤となっている。

また、年2回、職員を対象とした医療安全講習会を開催している。この講習会では、医療安全に関連する最新の知見や院内で発生した事例の共有が行われており、すべての臨床実習生にも参加が義務づけられている。臨床実習生は医療安全講習会への参加を通じて、医療事故予防やリスクマネジメント、院内感染対策の基本的な知識を学ぶとともに、医療安全に関する実践的な知識を学び、臨床現場で求められる対応力を身につけることが期待されている。これらの教育活動は、学生が臨床実習期間中に求められる医療安全の資質・能力を身につけるための基盤となっている。

臨床実習のカリキュラムについて、医療安全教育は各診療科での臨床参加型実習を通じて問題点を指摘し、必要に応じてインシデント報告や針刺し事故報告を提出させる程度にとどまっており、医療安全に関する能力を総合的に評価できていないのが現状である。

教育分野におけるコンピテンシーとは、知識・技能を活用するための思考力・判断力・表現力や学びに向かう力・人間性などの資質・能力を指す<sup>10)</sup>。タキソノミーは、学習目標や能力を階層的に分類したものであり、教育の目的や評価基準を構築する際に、学生がどのレベルの理解や能力に達しているかを示すために使用される。歯学教育では、コンピテンシーで定義された患者の診断能力、手術技能、コミュニケーション能力といった項目を、タキソノミーにより具体的な学習目標や評価基準として細分化し、学生の達成度を測定する。

Bloomは、学習目標を「認知」「感情」「技能」の3つの領域に分け、各領域におけるレベルをさらに細かく分類することを提唱した<sup>11)</sup>。学習目標における認知領域の評価は、知識のレベルによって想起、解釈、問題解決に分けられる。今回の研究では、医療安全用語の認知度、つまり認知領域の想起レベルについて評価している。そして、医療安全用語は主に歯科医療管理学の教科書から抽出しているため、臨床実習生が知っておくべきものと考えられる。

各医療安全用語の認知度および関連する用語間の認知度の違いについて、「危険予知訓練」と「KYT」、「薬剤耐性」と「AMR」といった略語の認知度に差を認めた。これは臨床実習生が「KYT」や「AMR」といった略語に馴染みが薄い可能性を示唆している。臨床実習生に医療安全について説明する際に略語にて話すことがあるが、臨床実習生はその内容を正確に理解していない可能性がある。これは略語への理解不足からさらなる医療事故を引き起こすことにつながるため、説明時の言葉の選択には注意が必要である。

医療安全用語間のクラスター分析の結果より「知っている」が多い群は、「インシデント」や「医療過誤」「ヒュー

「マンエラー」といった基本的な医療安全用語に関する知識が高い傾向がみられた。一方、「聞いたことがない」が多い群では「4M-4E分析」「根本原因分析」「危険予知訓練」「M-SHEL分析」といった医療事故の分析方法や対策方法に関する用語が認められた。これは、臨床実習生が医療事故を抽象的な概念として捉え、具体的な対応策を結びつけることができず、医療事故発生時の問題解決能力が低いことを示唆している。

院内感染対策に関する用語では、「蒸気滅菌」「オートクレーブ」「滅菌バッグ」以外の滅菌方法に関する用語が「聞いたことがない」が多い群に入っていた。また、「スポルディングの分類」や「ウォッシャーディスプレイ」といった滅菌操作にいたるまでのプロセスに関する用語の認識度も低かった。これは、基礎実習にて器材の蒸気滅菌を行っているため、蒸気滅菌に関する用語は知識として定着しているが、蒸気滅菌にいたるまでの器材洗浄やほかの滅菌法は経験していないため理解に乏しかったと考えられる。

これらの結果は、医療安全用語の想起について評価しているものの、問題解決に必要な用語が想起できていないことから、医療安全用語をより深いレベルで認知できていないことを示唆している。つまり、現行の教育内容において特定の医療安全分野への知識および理解が不足している可能性を示しており、医療現場での問題解決能力向上に向けた包括的な教育の必要性を浮き彫りにした。そのためには、略語や専門用語を含む教育方法を見直し、臨床実習における医療安全を評価する方法を定め、医療安全教育のカリキュラム改善を図り、学生が安全で質の高い歯科医療を提供できるよう、教育の一貫性と充実度をさらに向上させる必要がある。

## 結 論

本研究を通じて、臨床実習生の医療安全および院内感染に関する知識の現状が明らかとなった。医療安全用語に対する認識度には大きなばらつきがあり、特に略語や具体的な医療事故分析手法に関する理解度が低いことが示唆された。また、院内感染対策用語においても、蒸気滅菌以外の方法や滅菌操作プロセスに関する認識度が低かった。これらの結果は、現行の教育内容において特定分野の知識が不足している可能性を示しており、医療現場での問題解決能力向上に向けた包括的な教育の必要性を浮き彫りとなった。

本論文に関して、開示すべき利益相反事項はない。

## 文 献

- 1) 文部科学省：歯学教育モデル・コア・カリキュラム 令和4年度改訂版, [https://www.mext.go.jp/content/20230428-mxt\\_igaku-000029086\\_1.pdf](https://www.mext.go.jp/content/20230428-mxt_igaku-000029086_1.pdf)(最終アクセス日: 2025年1月15日)
- 2) 三輪全三, 馬場一美, 稲田 稔, 宮本智行, 和達礼子, 新井直也, 鶴澤成一, 西村はるみ, 月野さなえ, 落海真喜枝, 海野雅浩: 東京医科歯科大学歯学部附属病院におけるインシデント報告(平成13-17年度)の集計と分析—歯科に特有な事例についての考察—, 医療の質・安全学会誌, 1: 253, 2006.
- 3) 中村太志, 守下昌輝, 吉賀大午, 中島啓介, 中島秀彰, 富永和宏: 歯科大学附属病院における針刺し事故の実態調査とその予防策, 九州歯会誌, 74: 41~47, 2020.
- 4) 日本歯科医療管理学会, 編集: 新版 歯科医療管理学, 医歯薬出版, 東京, 2018.
- 5) 全国歯科衛生士教育協議会, 監修, 合場千佳子, 高阪利美, 松井恭平, 編著: 最新歯科衛生士教本歯科診療補助論, 第2版, 医歯薬出版, 東京, 2017.
- 6) 日本歯科医学会, 監修: エビデンスに基づく一般歯科診療における院内感染対策実践マニュアル改訂版, 永末書店, 京都, 2015.
- 7) Kanda Y: Investigation of the freely available easy-to-use software 'EZR' for medical statistics, Bone Marrow Transplantation, 48: 452~458, 2013.
- 8) 木尾哲朗: 第4章 7. プロフェッショナルリズム教育(倫理・態度を含む), 日本歯科医学教育白書作成部会, 編: 日本歯科医学教育白書 2021年版, p.47~48, 日本歯科医学教育学会, 東京, 2022.
- 9) 鳥谷部真一, 戸田由美子, 田口由美子, 松村由美, 長島久, 小松康宏, 相馬孝博: 国立大学における卒前医療安全教育に関する2018年度アンケート調査: 2011年度調査との比較, 医療の質・安全学会誌, 16: 160~168, 2021.
- 10) 松下佳代: 教育におけるコンピテンシーとは何か—その本質的特徴と三重モデル—, 京都大学高等教育研究, 27: 84~108, 2021.
- 11) Bloom, B. S., Hasting, J. T. and Madaus, G. F.(梶田毅一, 渋谷憲一, 藤田恵璽, 訳): 教育評価法ハンドブック: 教科学習の形成的評価と総括的評価, 第一法規出版, 1973.

著者への連絡先: 中村太志 〒803-8580 福岡県北九州市小倉北区真鶴2-6-1 九州歯科大学歯学部口腔機能学講座歯周病学分野  
電話 093-582-1131  
E-mail: r09nakamura2@fa.kyu-dent.ac.jp

## Survey on Recognition of Medical Safety Terms Among Clinical Training Students

NAKAMURA Taiji, ISOBE Ayaka<sup>1)</sup>, FUKUDA Hikaru<sup>2)</sup>, MORISHITA Masaki<sup>3)</sup>,  
MURAOKA Kosuke<sup>3)</sup> and AWANO Shuji<sup>3)</sup>

Division of Periodontology, Department of Oral Function, Kyushu Dental University

<sup>1)</sup> School of Oral Health Sciences, Kyushu Dental University

<sup>2)</sup> Division of Oral and Maxillofacial Surgery, Department of Science of Physical Functions,  
Kyushu Dental University

<sup>3)</sup> Division of Clinical Education Development and Research, Department of Oral Function,  
Kyushu Dental University

**Abstract :** In 2021, the Dental Practitioners Act was amended to legally permit the participation of dental students in clinical training. This allows clinical trainees, after passing the Common Achievement Tests, to practice dentistry under the supervision of licensed dentists. This study aimed to assess the current state of knowledge regarding medical safety and nosocomial infections among students just before starting clinical training and to identify areas for improvement. A questionnaire survey was conducted with 286 students preparing for clinical training at the Kyushu Dental University Hospital between 2021 and 2023, following a medical safety orientation, to evaluate their recognition of specific terms.

With a response rate of 83.5%, cluster analysis based on recognition levels categorized students into two groups : one with a higher proportion of “familiar” responses and another with a predominance of “unfamiliar” responses. The “familiar” group demonstrated better knowledge of basic medical safety terms, while the “unfamiliar” group showed low recognition of terms related to medical incident analysis and countermeasures. Furthermore, a lack of understanding of abbreviations and technical terms was evident.

The findings revealed that while students possessed basic knowledge of medical safety, they lacked practical skills and problem-solving abilities. The study highlights the need for standardized educational content and the enhancement of knowledge through clinical practice. This research elucidates the current status of medical safety education and provides a foundation for addressing its challenges.

**Key words :** Medical safety, Infection control, Medical safety education



原 著

## 歯科経営指標が示すインプラント治療導入と 利益および利益率の関係について

森 基<sup>1)</sup> 嶋村成一郎<sup>1)</sup> 永山正人<sup>1,2)</sup>

**概要：**目的：近年のインプラント治療を取り巻く環境を考えると、インプラント治療導入に関する社会歯科学的考察の必要性がある。特に財務の視点からインプラント治療導入が歯科診療所経営に貢献しているかを検討し、インプラント治療の健全な導入に必要な経営学的要素を明らかにすることを目的として本研究を行った。

対象および方法：日本医業経営コンサルタント協会が、協会会員のクライアントである歯科診療所を対象に、2020年392件、2018年266件を対象に調査し、「歯科経営指標」として発表している資料をもとにインプラント治療導入が歯科診療所経営にどのように関係しているかを検討した。そのために、インプラント使用0本診療所群と、インプラント1本以上使用診療所群に関する医業収益、収支差額、利益率に関して、t検定、相関分析により比較を行った。さらに、利益率に影響を与える経営要素を検討するために、相関分析、重回帰分析、共分散構造分析で検討した。

結果：2020年、2018年の全体（法人・個人）の結果として、インプラント0本使用診療所群と1本以上使用診療所群との比較では、医業収益はインプラント1本以上使用診療所群が $p < 0.01$ で多かったが、利益率はインプラント0本使用診療所群のほうが $p < 0.05$ で多くなっていた。また、インプラント使用本数に伴い医業収益も増加するが、利益率は減少傾向を示した。

考察および結論：インプラント治療導入は医業収益増加に貢献するが、利益率を減少させる傾向がある。この原因は、分析結果として、一般管理費の影響を受けていることが示された。したがって、健全経営を考えてインプラント治療を導入するのであれば、経営学的視点から一般管理費の適正管理の必要性が示唆された。

**索引用語：**インプラント治療導入、医業収益、利益率、一般管理費

### 緒 言

近年、社会におけるインプラント治療に対する関心が高まるなか、多くの歯科医師が欠損補綴の有力な治療法としてインプラント治療を日常臨床に取り入れるようになってきている<sup>1,2)</sup>。しかし一方で、インプラント治療を導入する歯科医師が増加するとともに、インプラント治療に関するトラブルも多くみられる<sup>3~6)</sup>。そのためマスメディアから「経済的問題解決」のために安易にインプラント治療を導入し、医療事故を起こしていると指摘もされている。その際のマスメディアの論旨は、歯科医師の「もうけ主義」が医療事故を起こす原因として報道されたこ

とは記憶に新しい<sup>7,8)</sup>。これらの報道を受け、インプラントに関する医療事故の原因は、知識・技術と倫理的認識の不足として捉えて対応がとられたが<sup>7)</sup>、マスメディアの論旨に関する考察はされていない。また、インプラント治療導入は、医業収益には貢献するがインプラント使用本数が増すに従って利益率は減少するとの報告がある<sup>9)</sup>。つまり、インプラント治療導入により利益が上がるといふ考えとそうではないとの両論がある。これらを明らかにするために、インプラント治療導入歯科診療所の経営実態から「インプラント治療導入と利益の関係」について、一般の歯科医療との比較検討が必要と考える。しかし、現在のところ、これらのことを検討する経営学的研究は見当たらない。そこで、「インプラント治療導入と利益の関係」を解明することを目的に、本研究を行った。

<sup>1)</sup> 医療法人ファミリー会 永山ファミリー歯科クリニック  
(日本歯科医療管理学会)

<sup>2)</sup> 公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会  
受付：令和6年10月29日  
受理：令和6年11月26日

## 対象および方法

### 1. 調査の対象

調査の対象は、公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会（東京）が全国の会員に調査依頼をし、趣旨に賛同した会員のクライアントである歯科診療所である。調査は、2018年、2020年の5月から10月の期間に行っている。調査方法は、協会が示す調査票（図1）に各協会会員が歯科診療所から提出されている税務申告書（決算書）の必要事項の転記と各会員が歯科診療所に対し診療内容、施設などの専門的なことをインタビューし、資料の使用についての十分な説明（途中での参加中止を含め）と同意を得て実施している。調査対象の歯科診療所には、協会が発行する「歯科経営指標」と協会の研修会および学会などに使用することの了承を得ている。

調査票は、協会会員が集めた段階で各歯科診療所を数値化（匿名化）し、電子媒体（セキュリティー付き）で協会に送られてくる。会員は会員番号のみで送るため、個別の診療所はわからないように処理され、契約した業者のコンピュータに入力するシステムを採用している。これらの作業は、協会のプライバシーポリシーに従って行っている。

### 2. 歯科経営指標の作成

「歯科経営指標」の作成は、協会の歯科経営専門分科会が担当し、単純集計された資料の点検（異常値の発見など）とコンサルタントに必要な最低限度の分析を行い、その結果をもって契約業者に製本の依頼をしている。配布先は、協力会員および希望会員ならびに協会と関係する諸機関などである。

### 3. 資料の入手

本研究の共同発表者は、協会の会員であり、論文への使用目的に関する申請を行い、歯科経営専門分科会ならびに理事会、現執行部の了承を得た。使用の申請により、歯科の学会に使用する旨の許可を当時の歯科経営専門分科会ならびに理事会および現執行部の了承を得ている。2018年、2020年の「歯科経営指標」はすでに入手している資料の使用に関する承認を得た。

### 4. 分析方法

本研究は、インプラント治療導入が財務の視点から歯科診療所経営にどのように関係しているかを検討する。そのために、第1にインプラント治療を導入していない歯科診療所群（以下、インプラント使用0本診療所群）とインプラント治療を導入している歯科診療所群（以下、

インプラント1本以上使用診療所群）との医業収益、収支差額、利益率に関する統計学的比較をする。この比較は、全体（法人・個人）と個人の違いについても検討する。全体の比較においては、法人群と個人群の集計した数値の合算した平均値を比較する両群に同じく使用している。第2に分析結果の傾向をみるために、2018年と2020年のインプラント使用0本診療所群とインプラント1本以上使用診療所群の医業収益、収支差額、利益率の比較をする。この比較はt検定や相関分析（Pearson）より検討する。t検定については、正規分布であるかをShapiro-Wilk検定で調べた。結果より、母集団の分布が正規分布に従っていないが、本研究のサンプルサイズは $n=200$ 以上あり十分大きく、「中心極限定理」<sup>10)</sup>により標本平均は正規分布に従い、検定統計量はt分布に従うと判断し使用した。第3に、インプラント1本以上使用診療所群における利益率を目的変数に、各経費を説明変数とする重回帰分析をする。説明変数が多いと多重共線性が出ることから、次にその結果から多重共線性のない変数選びをする。つまり、インプラント使用本数とプラスの関係があり、利益率とマイナスの関係にある変数を選定する。結果として、「一般管理費計」「一般管理費・家賃」「年間原価・医薬品材料仕入れ」「年間原価計」および「年間原価・技工委託料」（図1）が選定され、これらを説明変数として再度重回帰分析をする。最後に、インプラント本数と特定した経費および利益率に関する因果関係を明らかにするために、共分散構造分析を行い、インプラント治療導入に関する経営学的に考慮すべき経営要素を検討する。

これらの分析は、2018年の数値が全体（法人・個人）の分析であるため、比較の必要から2020年も全体と個人について行った。また、2018年の発表されている歯科経営指標は、平均値で記載されているためその数値を使用した。使用にあたっては、インプラント本数に階級値を設定した<sup>11)</sup>。つまり、0本を0、1~10本を5、11~50本を20、51本以上を70とした。以上の条件で、医業収益、収支差額、利益率についての分析を行った。インプラント本数の平均値は、階級値より加重平均を算出した。

### 5. 論文中の用語

論文表題に使用した「利益」は、医業収益から経費を差し引いた収支差額である。しかし、利益にはいくつかの種類があり、本論文では、慣例として使用されている経常利益を利益として使用している。利益率（医業収益高経常利益率）は、収支差額/医業収益（売上） $\times 100$ として計算しているが、経常利益=収支差額として扱っている<sup>12)</sup>。それは、歯科診療所の会計において、特別利益、特別損失がほとんどないためである（アンケートの回答

**【診療内容】** 数字をご記入ください

平均的なチャアタイム(保険)  分 平均的なチャアタイム(自費)  分

インプラント件数 年間  本 年間  人

備列矯正件数 年間  人 ※全ての矯正装置の種類を問わず。

訪問歯科 ①  実施している ②  実施していない あてはまるものに○をご記入ください

居宅訪問件数 年間  件 数字をご記入ください

施設訪問件数 年間  件 数字をご記入ください

定期予防管理 ①  実施している ②  実施していない あてはまるものに○をご記入ください

**【従業員】** 数字をご記入ください

歯科医師数 常勤  名 非常勤  名  
うち女性 常勤  名 非常勤  名  
うち専門医 常勤  名 非常勤  名

歯科衛生士 常勤  名 非常勤  名

**【レセプトデータ】** 令和2年10月の数字をご記入ください(自費患者数を含む)

レセプト枚数  枚 診療日数  日 ※平日は0.5日としてください

純初診人数  人 再初診人数  人 延べ患者数  人

**【損益情報】** 令和2年度の年間情報をご記入ください

(1) 法人形態 ①  個人 ②  医療法人 あてはまるものに○をご記入ください

(2) 年間売上 数字をご記入ください  
① 保険収入  円 ② 自費収入  円  
③ その他収入  円 介護保険・健診・物品販売・撤去収入等を含む

(3) 年間原価 ① 薬品材料仕入  円 ② 技工委託料  円 数字をご記入ください

(4) 年間人件費 数字をご記入ください

個人 ① 従業員給与  円 ② 専従者給与  円  
③ 法定福利費  円 ④ 福利厚生費  円  
⑤ その他人件費  円 退職金・確定拠出基金を含める

医療法人 ① 従業員給与  円 ② 理事報酬  円 ※理事長報酬含む  
③ 法定福利費  円 ④ 福利厚生費  円  
⑤ その他人件費  円 退職金・確定拠出基金を含める

(5) 一般管理費 数字をご記入ください  
① 家賃  円 ② 交際費  円 ③ 広告費  円  
④ 減価償却費  円 ⑤ リース料  円 ⑥ 教育研修・講習費  円

(6) 営業外費用 ① 支払利息  円 数字をご記入ください

(7) 年間利益 ① 個人の場合 青色申告控除前所得  円 ② 医療法人の場合 経常利益  円

図 1 歯科経営指標作成の際に使用した調査票

からも判断)。しかし、本文ではわかりやすくするため収支差額を使用する。利益率は、医業収益(売上)に対して何パーセントの利益を上げたかをみるもので、歯科診療所の規模に影響されない経営活動を判断する重要な指標となっている<sup>12)</sup>。

## 6. 分析ソフト

重回帰分析にはマルチ多変量 ver.2.4 および共分散構造分析には Excel 共分散構造分析 ver.2.0, その他の分析は Excel 統計解析 ver.8.9 を使用した。

## 7. 倫理的配慮

本研究に使用した資料は収集段階で匿名化されており、個人などに配慮が必要な資料はなく、すべて「歯科経営指標」に記載されている分析に必要な数値を使用した。その資料も数値のみのもので回答した個人は特定されない。

## 結 果

### 1. インプラント使用 0 本診療所群とインプラント 1 本以上使用診療所群との比較結果

1) 2020 年の全体(法人・個人)、個人および 2018 年(全体)の医業収益、収支差額、利益率に関する平均値の基本統計は表 1 に示す通りである。資料に示す金額は、1 万円以下四捨五入処理をしている。2020 年のインプラント本数が多いのは、法人歯科診療所が影響している。個人では 2018 年とほぼ同じである(なお分析における n 数は、当該アンケート項目の回答の有無により変化している)。

インプラント使用 0 本診療所群とインプラント 1 本以上使用診療所群の 2020 年全体と個人および 2018 年全体の医業収益、収支差額、利益率に関する平均値の基本統計は表 2 の通りである。2020 年全体と個人のインプラント本数分布は表 3 の通りである。

2) 2020 年のインプラント使用 0 本診療所群と 1 本以上使用診療所群との比較の結果は表 2 に示した。両群について対応のない t 検定により比較した結果、インプラント使用 1 本以上診療所群が  $p < 0.01$  より全体および個人とも有意に医業収益の多いことが示されている。個人では、 $p < 0.05$  より収支差額がインプラント 1 本以上使用診療所群で多いことが示されている。全体では、 $p < 0.05$  より利益率がインプラント 0 本使用診療所群で多いことが示されている。判定のない項目は、両群に差のないことを示している。全体の 2018 年と 2020 年との比較は表 2 に示している。

### 2. インプラント 1 本以上使用診療所群での医業収益、収支差額、利益率に関する相関分析結果

1) インプラント 1 本以上使用診療所群において、医業収益とインプラント使用本数との関係を相関分析(Pearson)で調べたところ、相関係数は 0.444,  $p < 0.01$  で有意な相関関係が示されている。つまり、インプラント使



表1 2020年(個人・全体)および2018年の医業収益、収支差額、利益率の平均値に関する基本統計

項目	2020年(全体)	2020年(個人)	2018年(全体)
n数	392	245	266
インプラント本数	16.7	8.3	9.6
医業収益(万円)	8,078	5,993	7,089
収支差額(万円)	1,189	1,413	990
利益率(%)	15.0	24.0	14.0

※金額は1万円以下四捨五入処理済み。

表2 インプラント使用0本群と1本以上使用群の医業収益、収支差額、利益率の2020年(全体・個人)および2018年(全体)の平均値に関する基本統計ならびに両群のそれぞれの項目に対するt検定による比較(p値)

	2020年(全体)		2020年(個人)		2018年(全体)	
	0本群	1本以上群	0本群	1本以上群	0本群	1本以上群
インプラント n数	135	131	100	65	147	119
医業収益(万円)	5,748	<u>11,441</u>	4,802	<u>8,537</u>	5,289	<u>9,312</u>
t検定(p値)	0.000**		0.004**		0.000**	
収支差額(万円)	1,014	1,290	1,219	<u>1,596</u>	899	1,103
t検定(p値)	0.081		0.029*		0.291	
利益率(%)	<u>18.0</u>	11.0	25.0	19.0	17.0	12.0
t検定(p値)	0.030*		0.195		0.307	

※0本群：インプラント治療を導入していない群，1本以上群：インプラント治療を導入している群

※t検定：対応のないt検定

※下線：有意に判定された数値

\*\*p<0.01, \*p<0.05

表3 2020年の個人と全体のインプラント本数分布比較

全体(n=392)		個人(n=245)	
インプラント本数分布		インプラント本数分布	
1~10本	21% n=56	1~10本	22% n=37
11~50本	19% n=53	11~50本	14% n=23
51本以上	10% n=28	51本以上	4% n=6

用本数の増加に伴い医業収益も増加する(表4)。

2) 収支差額とインプラント使用本数との関係を相関分析で調べたところ，相関係数は0.088， $p>0.05$ で無相関となっている。

3) 利益率とインプラント使用本数との関係を相関分析で調べたところ，相関係数は-0.182， $p<0.01$ で弱い相関関係が示されている。つまり，インプラント使用本数が多くなるに伴い利益率は減少する。以上の結果より，医業収益と利益率の関係は図2のようになる。つまり，医業収益の増加に伴い利益率は減少傾向を示している。グラフにおいてインプラント使用本数11~50本近くで医業収益と利益率はクロスしている(図3)。

表4 2020年と2018年のインプラント使用本数(年間)と，医業収益・収支差額・利益率の相関分析結果(p値)と相関係数

2020年(全体)	相関係数	p値(判定)
医業収益(n=266)	0.444	0.0000**
収支差額(n=267)	0.088	0.1526
利益率(%) (n=266)	-0.182	0.0029**
2018年(全体)		
医業収益(n=266)	0.967	0.000**
収支差額(n=266)	-0.536	0.000**
利益率(%) (n=266)	-0.977	0.000**

\*\*p<0.01, \*p<0.05

### 3. 2018年の分析結果

1) インプラント使用0本診療所群とインプラント1本以上使用診療所群との医業収益，収支差額，利益率に関し比較した結果，インプラント1本以上使用診療所群は，t検定の $p<0.01$ より有意に医業収益の多いことが示されている。収支差額，利益率においては，t検定，p値より有意な差は認められなかった(表2)。

2) インプラント1本以上使用診療所群における医業



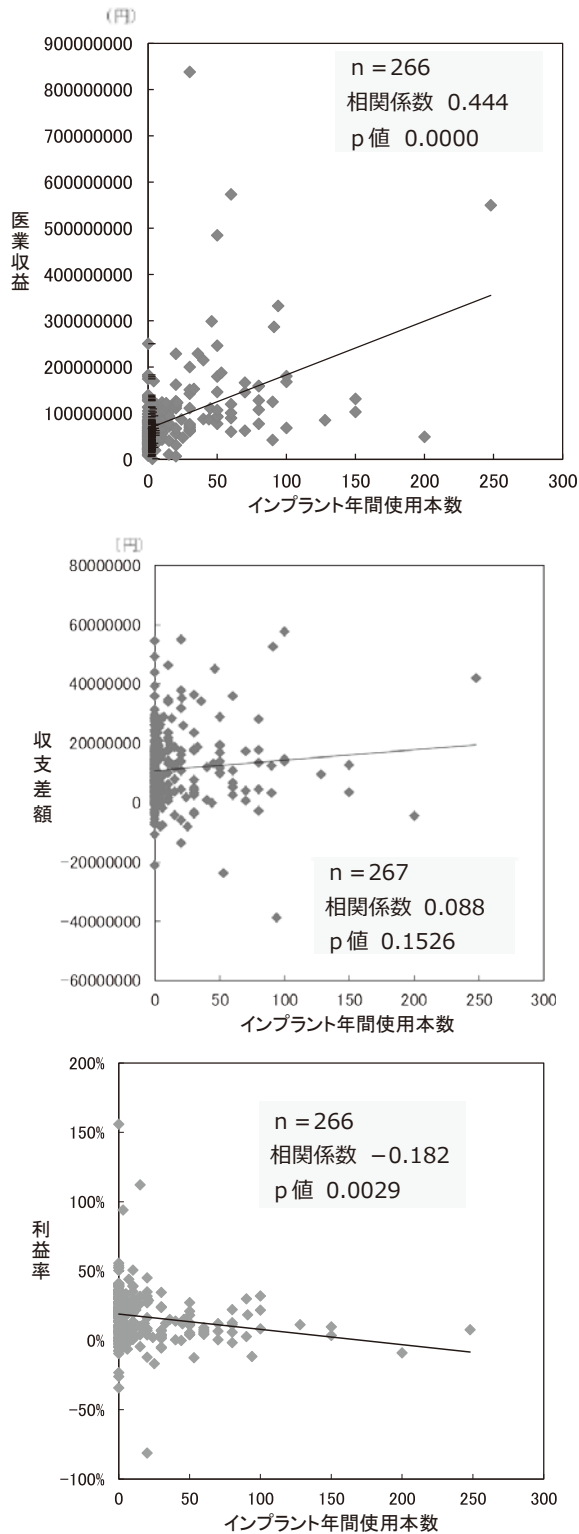


図2 2020年(全体)のインプラント年間使用本数と、医業収益・収支差額・利益率との相関図

収益とインプラント使用本数との関係を相関分析で調べたところ、相関係数は0.967、 $p < 0.01$ で有意な相関関係が示されている。つまり、インプラント使用本数の増

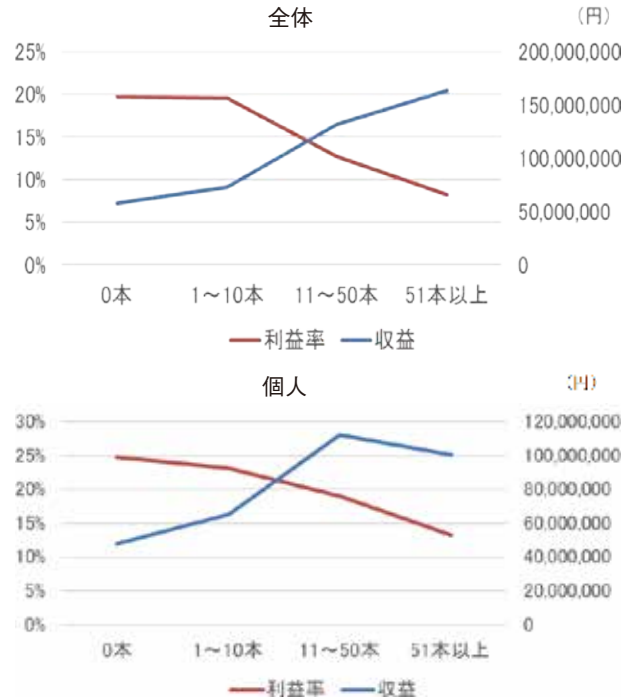


図3 2020年の個人と全体のインプラント年間使用本数と、医業収益・利益率の関係図

インプラント年間使用本数の増加に伴い医業収益も増加するが、利益率は減少することが示されている。本傾向は、全体、個人においても同じ傾向が示されている。

加に伴い医業収益も増加する。

3) 収支差額とインプラント使用本数との関係を相関分析で調べたところ、相関係数は $-0.536$ 、 $p < 0.01$ で有意な相関関係が示されている。つまり、インプラント使用本数の増加に伴い収支差額は減少する。

4) 利益率とインプラント使用本数との関係を相関分析で調べたところ、相関係数は $-0.977$ 、 $p < 0.01$ で有意な相関関係が示されている(表4, 図4)。つまり、インプラント使用本数が増加すると利益率は減少する。

以上の結果より、医業収益と利益率との関係は図5のようになる。この結果は、医業収益の増加に伴い利益率が減少傾向を示している。グラフにおいて11~50本近くで医業利益と利益率がクロスしている。

#### 4. 利益率と経費に関する分析結果

インプラント使用本数の増加に伴い利益率が減少する結果が示されているが、この結果は、インプラント使用本数の増加に伴い経費が増加するためである。そこで、どの経費が関係しているかを検討した。

重回帰分析の結果、利益率の関係する経費として「一般管理費計」「一般管理費・家賃」「年間原価・薬品材料仕入れ」「年間原価計」および「年間原価・技工委託料」が選定された(図1)。

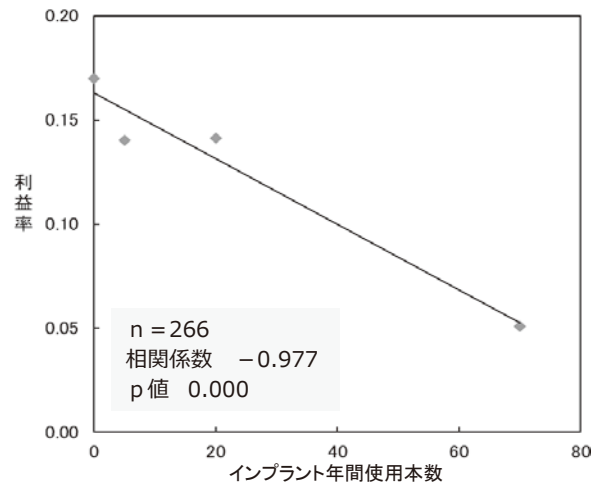
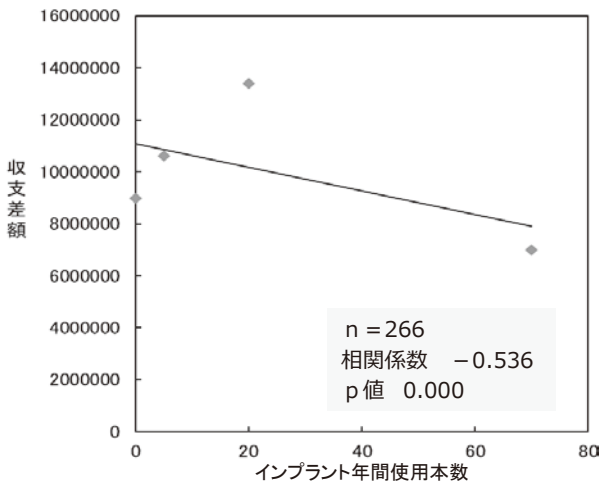
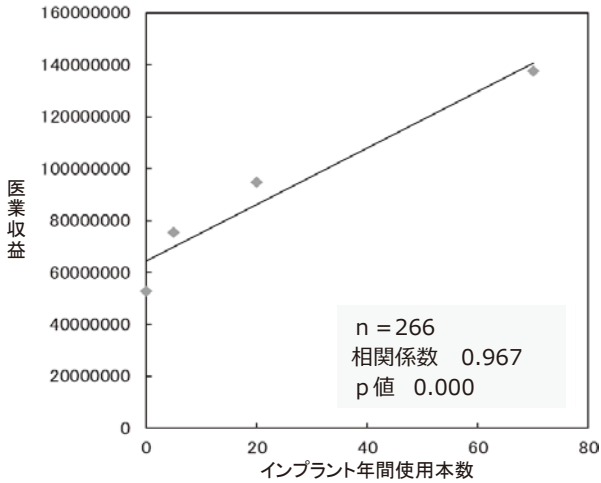


図4 2018年(全体)のインプラント年間使用件数と、医業収益・収支差額・利益率との相関図

これらを説明変数として再度重回帰分析を行った。自由度修正済み決定係数が0.143と低い数値であるが、「一般管理費」のみが $p < 0.01$ で相関係数が $-0.386$ となっている。つまり、一般管理費が増加すると利益率は減少することが示されている。寄与率をみると、一般管理費

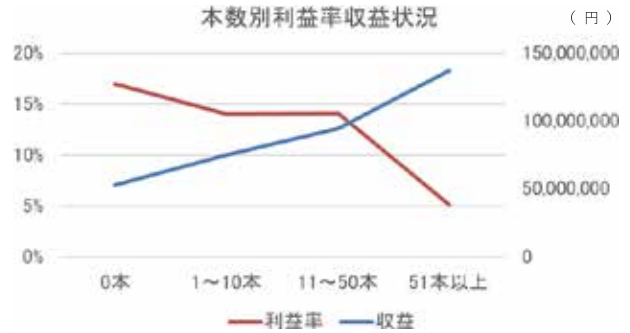


図5 2018年(全体)のインプラント年間使用本数と、医業収益・利益率との関係図

インプラント年間使用本数の増加に伴い医業収益も増加するが利益率は減少することが示されている。

が34.0%、 $p$ 値の判定はないが年間人件費は28.7%、年間原価計は22.0%となっている(表5)。また、「一般管理費計」に関し相関分析にみられるように、医業収益と利益率とのクロスする本数が中央値に近いことから、中央値より上下の2群に分けたところ、中央値より下の群が利益率21.2%、上の群は7.8%となっていた。母平均の差の検定をしたところ、 $p < 0.01$ より下の群が有意に利益率の高いことが示された。つまり、一般管理費計が少なければ利益率が多くなることが示されている。

以上の結果から、インプラント使用件数と一般管理費計、利益率の関係を明確にするために、重回帰分析、相関分析および単相関係数を参考に3つの変数の相関関係を片方向矢印によりパス図を作ることができた。その係数と相関関係が統計解析上正しいかを検討するために共分散構造分析で検討したところ、解析の精度をみるGFI (Goodness-of-fit index) は、0.995とSEM (Structural Equation Modeling) の精度のよいことが示された。インプラント使用本数と一般管理費計との関係は、標準化係数の0.330とプラスの関係であり、インプラント使用本数の増加に伴い一般管理費計は増加する。利益率との関係は $-0.080$ とマイナスの関係になっている。一般管理費計と利益率との関係は、 $-0.344$ とマイナスの関係になっており、一般管理費計の増加に伴い利益率が減少することが示されている(図6)。

## 考 察

### 1. 資料の概観と妥当性

歯科診療所の経営分析において、過去には「歯科医業経営」(日本歯科医師会)<sup>13)</sup>などが使用されていたが、近年、「医療経済実態調査」(厚生労働省, e-Stat)<sup>14)</sup>や「M-BAST」(TKC 医業経営指標)<sup>15)</sup>が用いられている。しかしこれらの資料では、インプラント治療導入(特に本数

表 5 経費のうち、選定した5つの変数を説明変数とし、利益率を目的変数とした重回帰分析

	標準回帰係数 ( $\beta$ )	寄与率 (%)	p 値 (判定)	相関係数
年間原価計	0.208	22.0	0.205	-2.204
年間人件費	-0.271	28.7	0.100	-0.280
一般管理費	-0.322	34.0	0.002**	-0.386
営業外費用計	-0.111	11.7	0.209	-0.140
年間医業収益	-0.035	3.7	0.765	-0.167

決定係数：0.179, 自由度修正済み決定係数 (R<sup>2</sup>): 0.143

\*\*p<0.01

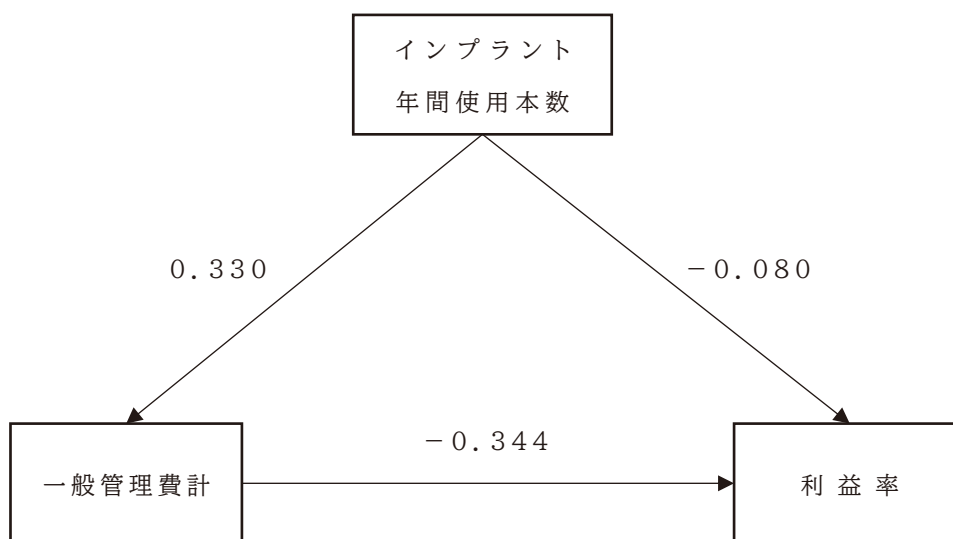


図 6 2020年(全体)のインプラント年間使用本数と、利益率・一般管理費との相関関係  
矢印は因果の関係を示し、数値は関係の強さを示している。矢印が反対の関係や双方向にすると GFI が低くなることから、図に示す片方向矢印の関係が分析結果として成り立っている。

※誤差変数は省略してあるがパス係数は Z 検定ですべて有意を示している

との関係)にかかわる経営要素との関係を検討することが困難である。そこで、(公社)日本医業経営コンサルタント協会が出版している「歯科経営指標」を使用した。本資料は、その特徴を理解したうえで利用する必要がある。はじめに、今回使用した2020年の歯科経営指標と同じ年の「医療経済実態調査」<sup>16)</sup>資料を比較し、本研究のテーマの分析にふさわしい資料かを検討した。その結果、表6のように医療経済実態調査よりも歯科経営指標のほうが、個人において医業収益、収支差額で若干多くなっている。これは、日本医業経営コンサルタント協会の会員の歯科診療所になんらかの関係で影響していることが歯科経営指標に表れたものと思われる。その他の数値は、法人以外ほぼ近似値を示している。したがって、歯科指標の数値は、コンサルタントの指導が影響した数値になっていると推測されるが、そのことを考慮に入れても、経営に関する多岐にわたる経営要素を検討するこ

表 6 2020年の医療経済実態調査と歯科経営指標との比較(単位:千円)

	医療経済実態調査		歯科経営指標	
	個人	法人	個人	法人
医業利益	45,748	104,330	59,930	117,903
収支差額	14,200	7,387	16,797	5,294
利益率 (%)	31	7	28	4
n 数	158	138	245	147

とができると考えた。次に、研究対象のインプラント導入歯科診療所の普及率は、2018年で45%、2020年で50%を示し、厚生労働省の2020年医療施設(静態・動態)調査(確定数)・病院報告の35.4%に比較すると若干多いように思える<sup>2)</sup>。これは、日本医業経営コンサルタント協会の会員が種々の経営努力している結果と考えられる。しかし実際には、厚生労働省の調査結果に加わらな

い医療機関もあり、「インプラント1本以上の経験」と条件をつけると、各インプラントメーカーの研修会参加者のうち、専門学会に入会せずインプラント治療を行っていることも考えられるため、歯科経営指標の数値に近いと推測される。今回の研究対象は、主に（公社）日本医業経営コンサルタント協会会員のクライアントである歯科診療所の資料ではあるが、インプラント治療導入歯科診療所群とインプラント治療を導入していない歯科診療所群との比較やインプラント治療導入歯科診療所群の医業収益、収支差額、利益率の実態から、経営要素を検討することを目的としているため、歯科経営指標は本研究に十分に役に立つ資料と判断した。また、2020年は新型コロナウイルス感染拡大の影響を受けた年で、患者数（レセプト枚数）は減少しているが、総点数では8月（100.8%）、9月（105.4%）、10月（110.4%）、12月（103.7%）と前年度（2019年）同月比より増加しており<sup>17)</sup>、年間の収入では、2019年より全体（法人・個人）で-0.1%の減収<sup>16)</sup>にしかかっていないことから、2年間の比較するための資料として問題ないと考えた。

## 2. インプラント治療導入は利益に貢献しているか

### 1) 医業収益

インプラント使用0本診療所群とインプラント1本以上使用診療所群との比較において、2020年、2018年も同様に有意に医業収益が多いことを認めた。特にインプラントの使用本数の増加に伴い、医業収益も増加することが本研究結果でも示されている。さらに、角田ら<sup>1)</sup>はインプラント使用本数が多い診療所においては、治療台（ユニット）当たりの医業収益および歯科医師当たりの医業収益も増加しているとの報告をしている。これらの点からインプラント治療導入は、医業収益に大きく貢献することが明白である。この現象をもって「経済的問題解決」のために安易にインプラント治療導入を考える者が現れることは否めない。しかし、伊藤ら<sup>18)</sup>、永山ら<sup>19)</sup>は、「医業収益が増加したとしても、可処分所得（当期純利益）が残らないと経営は安定しない」ことを示している。つまり、健全な経営は医業収益増加だけを考えても成立しないことは（医業）経営の常識であると考える。

### 2) 収支差額

インプラント1本以上使用診療所群とインプラント使用0本診療所群との収支差額の比較から収支差額は、全体で2020年、2018年両群に差がないことを認めた。しかし、2020年の個人では、インプラント1本以上使用診療所群の収支差額は多かった。収支差額は、医業収益から経費を引いたものである<sup>20)</sup>。したがって、経費が少なければ収支差額は多くなり、経費が多ければ収支差額は少なくなる。インプラント1本以上使用診療所群では、

表3に示すように全体よりも個人のほうがインプラント使用本数は少ない。つまり、インプラントにかかわる経費も少なくなる。さらに、インプラント1本以上使用診療所群の医業収益は、インプラント0本使用診療所群の約2倍になっている。これは、日本医業経営コンサルタント協会において、4つの経営改善手法が知られているが、そのうちの一つである、固定費、変動費をそのままにして医業収益を上げると収支差額は増加する方法（原理）に一致する<sup>19)</sup>。一方、全体の分析結果は、法人の経費が影響している。このことは、第23回医業経営実態調査結果<sup>16)</sup>から、個人の費用率は70.9%（うち、給与費29.2%）に対し、法人は93.7%（給与費51.6%）であることから推測される。したがって、法人が入る全体では、経費率が高くなり、収支差額が両群に差のない結果になったと推測する。インプラント1本以上使用診療所群における相関分析では、2020年両群に相関なし、2018年インプラント使用本数が増加すると収支差額は減少した。さらに、2020年の全体では、使用インプラント平均が16.7に対し、2018年は使用インプラント平均が9.6本である。このことは、インプラント1本以上使用診療所群の結果に経費が影響したものと推測する。2020年の歯科経営指標では、個人で1億円以上の医業収益を上げている場合の一般管理費は8.3%、7千万円以上は14.9%、5千万円以上は16.5%、3千万円以上は17%である<sup>21)</sup>。つまり、医業収益が多くなると一般管理費が低くなり、それに伴って収支差額は多くなる。以上から、2020年および2018年の相関分析より、収支差額はインプラント使用本数が増すごとに減少する傾向があると考えている。

### 3) 利益率

利益率は、一般企業でも経営者が一番関心をもっているもので、経営判断するとき使用される経営指標である<sup>12,22)</sup>。2020年の分析結果から、利益率は、インプラント使用0本診療所群のほうが多いことが示され、インプラント1本以上使用診療所群のほうが少ないことを認めた。しかし、2018年の分析では両群に差がないことが示されている。これは、2020年の分析は平均値に加工する前のデータを分析しているため、より精度のよい分析ができていた。したがって、2020年の分析結果は、利益率の経営学的評価としては妥当であると考えられる。これらの結果は、インプラント使用0本診療所群（全体）の利益率の平均値は18%、インプラント使用1本診療所群の利益率の平均値は11%で、インプラント1本以上使用診療所群のほうが7%少なくなっている。同様に、個人においても7%少なくなっている。2018年もインプラント1本以上使用診療所群のほうが5%少なくなっている（表2）。このことから2020年の結果は妥当と考える。



また、2020年（全体）の資料では、インプラント51本以上の診療所が多いことから経費の増加が推測され、利益率が低くなったと考える。さらに、2020年、2018年の相関分析から、インプラントを多く使用することにより医業収益は正の相関を示すことを認めた。ところが利益率をみると、インプラントを多く使用すると負の相関であることが認められた。つまり、インプラント治療導入には、設備費、インプラント治療用の器具・機材のほかインプラント使用本数が多くなるに従い、材料、技工料、人件費の増大もみられたことから、医業収益の増加に反して利益率が減少すると考える<sup>1)</sup>。

#### 4) 本研究結果とマスメディアの論旨

一般に医業収益（売上）のみに着目し、インプラント治療導入は高利益を得ると考えがちであるが、経営活動に必要な収支差額（利益）、利益率を考慮すると、インプラント1本以上使用診療所群とインプラント使用0本診療所群では差がないという結果が得られた。さらに、利益率は、インプラント1本以上使用診療所群のほうが低くなる傾向が認められた。したがってインプラント治療導入は、経営活動の重要な指標である収支差額（利益）や利益率から考えると一概に高利益を得る治療ではないと考えられる。つまり、マスメディアの論旨と異なる結果を認めた。

### 3. 健全なインプラント治療導入に関する経営学的要素の検討

インプラント1本以上使用診療所群は、インプラント使用0本診療所群より医業収益の増加することが示された。また相関分析では、インプラント本数を多く使用することによって医業収益も比例して増加することが示された。ところが、利益率をみると、2020年、2018年とも相関係数がマイナスになっており、インプラント使用本数が増すごとに利益率が減少することを認めた。利益率を減少させる理由は、経費が影響していることは明白である<sup>20)</sup>。そこで、各経費のうちいずれの経費が特に影響を与えているかを検討する必要から重回帰分析を行った結果、一般管理費計が有意に影響していることが示された。次に一般管理費計の中央値の上下群の比較の結果から一般管理費と利益率の関係が強いことが示された。その結果を踏まえ、インプラント使用本数と一般管理費計および利益率との関係を共分散構造分析で検討した。その結果、3つの変数の相関関係が明確になり、図6にみられるようにインプラント使用本数は直接的には利益率に影響を与えないが、インプラント使用本数が増加すると一般管理費計が増加し、一般管理費が増加すると利益率が減少することを認めた。このことは、インプラント使用本数が年間20本を超える歯科診療所では、5台以上

の治療台（ユニット）を有していることが多く、インプラント60本以上使用している歯科診療所では治療台が7台以上で広い床面積を有していることが知られており<sup>1)</sup>、重回帰分析結果が示す寄与率から、原価計、広告費、研修費、人件費、手術に関する整備などにかかる経費も多くなり、経費との関係が利益率を下げる要因になっていると考えられる。つまり、これらの研究結果から、インプラント治療は医業収益を増加させることには貢献するが、インプラント使用本数の増加に伴い利益率を減少させる傾向のある補綴歯科治療ということができると<sup>9)</sup>。このことが、インプラント治療導入は、経営学的に設備投資など経費を考慮すべき経営要素といえる。

現在インプラント治療は、種々の論文<sup>23~25)</sup>からも示されているように、患者にとって従来の補綴治療では得られなかった咀嚼能率、審美性などの観点から患者のQOL（Quality of life）の向上ならびに患者の健康寿命の延伸に役立っている。そこで、経費率を減少させないような健全経営<sup>26,27)</sup>のなかでインプラント治療を導入するためには、本研究結果が示すように、経費のうち特に一般管理費の適正管理の必要性が示唆された。

#### 4. 本研究の限界

インプラント治療導入が、マスメディアの論旨である「経済的問題解決」や「もうけ主義」に該当するかを本研究で明らかにしようとしたが、「経済的問題解決」に関しては財務の視点だけでなく多くの要素からの検討が必要と考える。したがって、本研究ではその一部を明らかにしたにすぎない。しかし、インプラントイコール「もうけ主義」というマスメディアの論旨は当てはまらないことが明らかになった。さらに、分析に使用した資料は、採取方法から資料に示す数値の正確性はあるが、サンプルは比較的経営努力をしている歯科診療所群であることが考えられる。歯科医師会などの大きな規模で調査を行えば異なる結果が出る可能性も考えられる。しかし、社会におけるインプラント治療導入に対する疑念を払拭するためにも、今後はケース研究を含め各地にあるインプラントの研究会（日本口腔インプラント学会認定施設）などに協力を依頼し、本研究に必要な、より多くの資料を入手し、分析を続ける必要があると考える。その結果、インプラント導入に関する経営学的一般化の可能性も示唆される。

### 結 論

「歯科経営指標（公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会：2018年、2020年）」を用いて、インプラント治療導入歯科診療所群と導入していない歯科診療所群に

ついて、医業収益、収支差額、利益率に関し統計学的手法によって比較検討した。

その結果、インプラント治療導入は医業収益に貢献するが、利益率を減少させる傾向が示された。利益率の減少傾向に対する経営改善には、経費のうち特に一般管理費の適正管理の必要性が示唆された。

本論文に関して、開示すべき利益相反状態はない。

## 文 献

- 1) 永山正人, 木村泰久, 清水正路, 角田祥子, 鈴木竹治, 杉本俊夫, 著, (公社)日本医業経営コンサルタント協会, 編著: 386 歯科医院の統計データから見える成功医院のセオリー, 第1版, 日本歯科新聞社, 東京, 2020.
- 2) 厚生労働省: 2020年医療施設(静態・動態)調査(確定数)・病院報告概況, 結果の概要—3診療等の状況, <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/20/dl/02sisetu02.pdf> (最終アクセス日: 2024年9月6日)
- 3) 宮崎 隆: 学会創立50周年を迎えて黎明期を検証する, 日口腔インプラント誌, 34: 3~9, 2021.
- 4) 木村 正: インプラント治療にかかわる医療事故や医療訴訟への対応, 日口腔インプラント誌, 35 (Special Issue): 76, 2022.
- 5) 木村 正, 飯田 格, 坂本 隆: インプラント治療にかかわる医療事故や医療訴訟への対応, 日口腔インプラント誌, 36: 101~107, 2023.
- 6) 塩田 真, 西村正宏, 懸田明弘, 加藤英治, 上林 毅, 岸本博人, 興 秀利, 津賀一弘, 西郷慶悦, 宮崎 隆: 口腔インプラント治療相談窓口に関する8年間の調査, 日口腔インプラント誌, 35: 231~236, 2022.
- 7) 矢島安朝: 日本口腔インプラント学会 これまでの50年 これからの50年 コロナ禍でみえてきた50年, 日口腔インプラント誌, 34: 105~114, 2021.
- 8) 週刊朝日: 告発スクープ第2弾インプラント使いまわし疑惑セレブ歯科医師自殺の真相, p.132~135, 2010年2月5日発行, 朝日新聞社, 2010.
- 9) 木村泰久: 歯科インプラントの医業収益と利益率に関する分析, 第24回日本医業経営コンサルタント学会記録集: 84~85, 2021.
- 10) 芝 祐順, 渡辺 洋, 石塚智一: 統計用語辞典, 第1版, p.172, 新曜社, 東京, 2002.
- 11) 菅 民郎: アンケートデータ分析, p.14~23, 現代数学社, 東京, 2006.
- 12) 森田松太郎: 新版経営分析入門, 第2版, 日本経済新聞社, 東京, 1995.
- 13) 専修大学歯科統計研究会: 歯科医業経営実態調査の集計と分析(個人・法人診療所), 第1版, 日本歯科医師会, 東京, 2005.
- 14) 厚生労働省: 医療経済実態調査(医療機関等調査) 歯科診療所(集計2), [https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/database/zenpan/jittaityous/dl/24\\_houkoku\\_iryokikan.pdf](https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/database/zenpan/jittaityous/dl/24_houkoku_iryokikan.pdf) (最終アクセス日: 2024年4月20日)
- 15) TKC全国会医業・会計システム研究会: TKC医業経営指標(M-BAST), <https://www.tkc.jp/igyoku/manage-support/m-bast/m-bast> (最終アクセス日: 2024年1月2日)
- 16) 厚生労働省: 第23回医療経済実態調査(医療機関等調査), [https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/database/zenpan/jittaityousa/dl/23\\_houkoku\\_iryokikan.pdf](https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/database/zenpan/jittaityousa/dl/23_houkoku_iryokikan.pdf) (最終アクセス日: 24年1月20日)
- 17) 厚生労働省: 令和2年度の動向—MEDIAS(令和2年度の動向)—概算医療費の年度集計結果, [https://www.mhlw.go.jp/topics/medias/year/20/dl/iryohi\\_data\\_sankou.pdf](https://www.mhlw.go.jp/topics/medias/year/20/dl/iryohi_data_sankou.pdf) (最終アクセス日: 2020年7月6日).
- 18) 伊藤哲雄, 森田仁計, 小野田明弘: 医業経営コンサルティングマニュアル1: 第1版, p.50~75, 中央経済社, 東京, 2019.
- 19) 日本歯科医療管理学会: 歯科医療管理—医療の質と安全確保のために, 第1版, 医歯薬出版, 東京, 2011.
- 20) 永山正人: 歯科診療所のマネジメント論—利益の概念を理解する—, 第1版, p.376~377, 一世出版, 東京, 2016.
- 21) 日本医業経営コンサルタント協会歯科経営専門分科会, 編: 2020年度歯科経営指標—収入別個人立の平均値, 日本医業経営コンサルタント協会, 東京, 2022.
- 22) 遠山峰輝, 堤 達朗, 田中伸明: 病院経営を科学する, 第1版, p.140~142, 日本医療企画, 東京, 2008.
- 23) 越智守生, 広瀬由紀人, 坂口邦彦, 松本弘幸, 加々見寛行, 八島明弘, 鴨野隆博, 國安安哉, 山崎慎一郎, 木村和代, 白井伸一, 富田達洋, 永山正人, 三嶋 颯: 北海道地区の口腔インプラント臨床の現状調査—北日本口腔インプラント研究会会員のアンケート調査より—, 日口腔インプラント誌, 12: 408~421, 1999.
- 24) 細川隆司: 固定性インプラント補綴による機能回復, 日歯医師会誌, 74: 353, 2021.
- 25) 安川安正, 松浦正朗, 矢谷博文, 渡邊文彦, 編: よくわかる口腔インプラント学, 第2版, p.7~13, 医歯薬出版, 東京, 2011.
- 26) 永山正人: 地域支援型多機能歯科診療所の必要性について, 日歯医師会誌, 76: 437, 2023.
- 27) 日本医業経営コンサルタント協会, 編: 歯科医院コンサルティングマニュアル中級編, 第1版, p.30~33, 一世出版, 2020.

著者への連絡先: 永山正人 〒007-0867 札幌市東区伏古7条4丁目1-6 医療法人ファミリー会 永山ファミリー歯科クリニック  
電話 011-783-5515  
E-mail: masato.nagayama@outlook.jp

## Dental Management Index Shows the Relationship Between the Introduction of Implant Therapy and Profits and Profit Ratio

MORI Motoi<sup>1)</sup>, SHIMAMURA Seiichiro<sup>1)</sup> and NAGAYAMA Masato<sup>1,2)</sup>

<sup>1)</sup> Nagayama Family Dental Clinic

<sup>2)</sup> Japan Association of Healthcare Management Consultants

**Abstract** : Purpose : Considering the environment surrounding implants in recent years, it seems necessary to consider social dentistry regarding the introduction of implant treatment options. The purpose of this study was to statistically verify how implant treatment is related to dental clinic management.

Subjects and methods : A statistical management analysis was conducted based on the Dental Management Index, which was created by the Japan Association of Healthcare Management, and a management survey of 392 dental clinics in 2020 and 266 in 2018 that are members of the Association. We used the t-test, correlation analysis, multiple regression analysis and structural analysis of covariance to examine how the introduction of implant treatment is related to dental clinic management.

Results : When comparing the group of dental clinics that did not install implants with the group of dental clinics that installed one or more implants, medical practice revenue was significantly higher in the dental clinics that installed one or more implants ( $p < 0.01$ ). However, the profit ratio was significantly higher in the dental clinic group that installed no implants ( $p < 0.05$ ). In addition, medical practice revenue increased in proportion to the number of installed implants, but the profit ratio tended to decrease.

Discussion and conclusion : Although the introduction of implant treatment options contributed to higher medical practice revenue, it tended to reduce the profit ratio. It is suggested that this was due to the influence of administrative expenses. The results suggest the need for appropriate management for general and administrative expenses among expenses from a managerial perspective with regard to implant treatment.

**Key words** : Installation of dental implant treatments, Medical practice revenue, Profit ratio, General administrative expenses

原 著

## 市区町村単位の歯科診療所数、無歯科医地区・準無歯科医地区数と 小児う蝕有病状況との関連：2020年時点の横断研究

恒石美登里<sup>1)</sup> 山本龍生<sup>2)</sup> 末瀬一彦<sup>3)</sup> 高橋英登<sup>1,3)</sup>

**概要：**日本の歯科診療所数は、2016年をピークに減少に転じ、また、近年は無歯科医地区・準無歯科医地区数も増加している。そこで本研究では、全国の市区町村単位における歯科診療所数と無歯科医地区・準無歯科医地区や乳幼児う蝕有病者状況との関連を明らかにすることを目的とした。既存の統計資料から、2020年における市区町村別の歯科診療所数、無歯科医地区・準無歯科医地区数、う蝕のない1歳6カ月児および3歳児の割合を入手した。人口10万対歯科診療所数の全国平均値は46.5、最小値は0、最大値は東京都区部の497.9であった。人口10万対歯科診療所数が0の市町村は66(3.5%)であった。無歯科医地区・準無歯科医地区の割合は、人口1万人未満の市区町村は人口1万人以上の市区町村よりも高かった。しかし、人口10万対歯科診療所数が多い地区においても無歯科医地区・準無歯科医地区が一定数存在した。人口1万人以上の市区町村では、3歳児う蝕において無歯科医地区のある市区町村のほうがう蝕有病者率が高い傾向にあった。

**索引用語：**歯科診療所数、市区町村、無歯科医地区

### 緒 言

厚生労働省第182回社会保障審議会医療保険部会において、医師偏在是正に向けた総合的な対策パッケージ<sup>1)</sup>が示された。医師の偏在対策では、いくつかの審議会が並行して進んでおり、急ピッチで対策がとられている。

一方で、歯科医師に関する歯科医療提供体制などに関する検討会は、令和6年5月27日に中間取りまとめがなされているが、地域偏在の実態把握やその改善に向けての具体策についてはほとんど触れられていない。

歯科医師の需給問題は、これまで国全体の人口10万対歯科医師数を議論の俎上に載せることが多く、主に歯科医師過剰に対する議論<sup>1)</sup>が中心であった。しかしながら、歯科医療提供体制などに関する検討会における中間とりまとめにおいて、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などに着目した議論がされてきたが、いまだ無歯科医地区や今後進む過疎化とともに

に歯科医療提供が困難になる地域についての議論はなされていない。

歯科診療所の偏在に関する先行研究<sup>2)</sup>では、2000年から2020年における都道府県単位の人口と歯科診療所数の増減が類型化された。それによると、両者とも増加、両者とも減少、そして人口が減少し歯科診療所数が増加した都道府県の3つに類型化され、各都道府県の歯科医療提供体制は多様であることが推測された。

また、2022年度の無歯科医地区調査結果<sup>3)</sup>では、2019年度と比較して無歯科医地区・準無歯科医地区数と対象人口数が増加に転じている。さらに、2022年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況<sup>4)</sup>では、統計開始以降、初めて歯科医師数は減少に転じた。

先行研究では歯科診療所の偏在は都道府県を単位としていたが<sup>2)</sup>、無歯科医地区の調査は市区町村単位で行われており、行政単位である市区町村での分析は有益であると考えられる。しかし、これまで市区町村を単位とした歯科診療所数の分析はほとんどなされていない。そこで本研究では、2020年度の全国市区町村単位における人口10万人対歯科診療所数、無歯科医地区・準無歯科医地区および乳幼児う蝕有病者状況との関連を明らかにすることにより、市区町村単位での歯科医療提供体制の現状を検討することを目的とした。

<sup>1)</sup> 日本歯科総合研究機構

<sup>2)</sup> 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

<sup>3)</sup> 日本歯科医師会

受付：令和6年10月29日

受理：令和6年11月26日



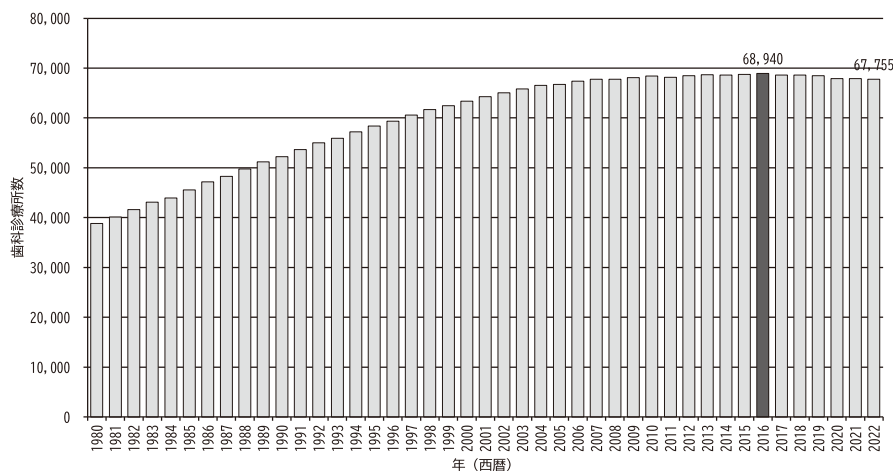


図1 歯科診療所数の経年推移 (医療施設調査)

## 対象および方法

### 1. データの入手

2020年における市区町村別歯科診療所数を、医療施設調査<sup>5)</sup>の二次医療圏・市区町村編 第2表から入手した。2020年における市区町村別人口を、統計でみる都道府県・市区町村のすがた (社会・人口統計体系)<sup>6)</sup>より入手した。無歯科医地区等調査結果は、歯科保健課より公表されている2022年度の調査の概況<sup>3)</sup>より入手した。無歯科医地区調査は2019年にも実施されているが、無歯科医地区が増加している2022年の調査を使用することで、より最近の地域の実情が把握できると考えられるため2022年のデータを使用した。無歯科医地区等調査のなかで、政令指定都市のうち岡山市の3カ所の特定ができなかったため、3カ所を欠損値として分析を行った。また、歯科保健課が実施している歯科保健医療に関するオープンデータ<sup>7)</sup>より、2020年の1歳6カ月児、3歳児健診受診者のうち蝕のない幼児の割合のデータを入手した。なお、東京都区部および政令指定都市については、区部および市別データが掲載されていないため、本研究では欠損値として分析を行った。

### 2. 統計分析

人口10万対歯科診療所数は、得られた2020年時点の市区町村別人口と市区町村別歯科診療所数をもとに算出した。2022年時点の無歯科医地区および準無歯科医地区数は両者を合計して使用した。人口10万対歯科診療所数、無歯科医地区および準無歯科医地区数と1歳6カ月児および3歳児のう蝕のない者の割合との相関をSpearmanの順位相関係数を用いて検討した。また、無歯科医地区および準無歯科医地区の有無によって市区町村を2

群に分け、1歳6カ月児および3歳児のう蝕のない者の割合および人口10万対歯科診療所数の比較を、Mann-WhitneyのU検定を用いて検討した。なお、人口1万人未満の市区町村の歯科診療所数や人口の値は、人口規模の大きな市区町村に比べて小さいために変動が大きくなることが報告<sup>8)</sup>されていることから、全市区町村での分析に加えて、人口1万人以上と1万人未満の市区町村に層別化して分析を行った。

データ処理にはMicrosoft Excel 2010 (Microsoft, US) を、統計分析にはSPSS 26.0 for Windows (IBM Japan, 東京) を使用し、 $p < 0.05$ 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)<sup>9)</sup>により公表されたデータを使用している。

## 結 果

1980年以降の歯科診療所数の経年推移を図1に示した。歯科診療所数は2016年をピークに減少に転じた。

図2には本研究で対象とした1,896市区町村の人口分布を示した。2020年時点で5千人未満の市区町村は全体の15.3%、10万人以上の市区町村は21.1%であった。

2020年時点における都道府県ごとの市区町村数と市区町村人口10万対歯科診療所数の基礎統計を表1に示した。人口10万対歯科診療所数の全国平均値は46.5、最小値は0、最大値は東京都区部の497.9であった。

1,896市区町村の人口10万対歯科診療所数の分布を図3に示した。人口10万対歯科診療所数が0の市区町村は3.5%で66地区あった。最も多いのは40~50施設未満であり、548地区 (28.9%)であった。

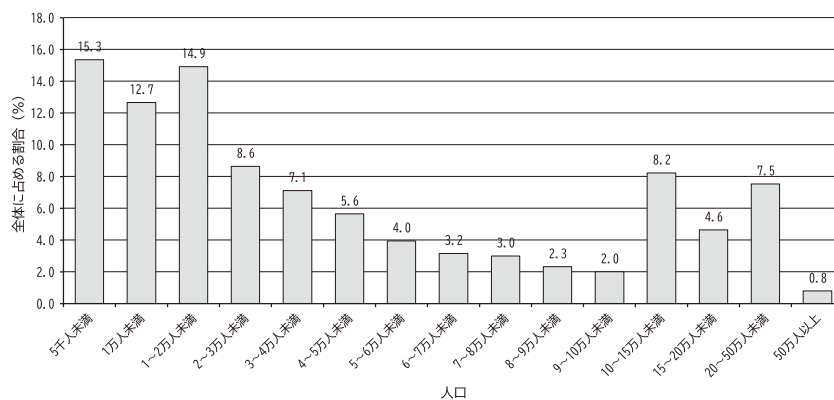


図2 1,896市区町村の人口分布 (2020年)

表1 各都道府県の市区町村における人口10万対歯科診療所数

市区町村数					市区町村数						
	平均値	中央値	最小値	最大値		平均値	中央値	最小値	最大値		
北海道	188	50.4	49.1	0.0	229.7	滋賀県	19	34.8	37.3	0.0	45.8
青森県	40	30.6	30.1	0.0	64.7	京都府	36	47.9	43.5	13.5	102.3
岩手県	33	40.1	39.4	18.6	67.7	大阪府	72	59.5	54.6	19.1	242.0
宮城県	39	35.4	37.5	0.0	74.8	兵庫県	49	50.4	48.3	30.3	118.6
秋田県	25	37.5	37.0	0.0	87.6	奈良県	39	50.3	49.0	0.0	160.5
山形県	35	35.0	39.4	0.0	60.8	和歌山県	30	47.5	49.9	0.0	99.4
福島県	59	37.2	37.4	0.0	238.1	鳥取県	19	35.9	32.5	0.0	69.8
茨城県	44	43.7	44.5	24.3	59.9	島根県	19	46.3	37.8	21.9	157.7
栃木県	25	44.4	44.4	29.2	59.4	岡山県	30	52.7	47.5	35.9	143.1
群馬県	35	42.8	40.3	14.4	88.7	広島県	30	55.1	52.8	23.8	113.5
埼玉県	72	46.0	46.2	0.0	83.7	山口県	19	47.7	46.1	32.7	85.4
千葉県	59	47.7	48.1	14.9	73.2	徳島県	24	51.4	51.6	0.0	83.8
東京都	62	71.2	56.8	0.0	497.9	香川県	17	42.8	40.9	30.9	59.1
神奈川県	58	51.7	50.1	27.6	114.3	愛媛県	20	47.9	49.5	30.7	61.6
新潟県	37	44.9	45.4	0.0	90.9	高知県	34	40.5	40.4	0.0	98.9
富山県	15	40.6	38.0	27.8	63.9	福岡県	72	54.2	52.3	13.8	110.0
石川県	19	40.4	38.7	22.7	73.5	佐賀県	20	46.7	46.9	35.7	63.6
福井県	17	32.4	32.7	19.4	52.6	長崎県	21	48.5	49.0	32.9	66.9
山梨県	27	50.6	47.7	0.0	188.7	熊本県	49	38.9	41.3	0.0	80.0
長野県	77	39.4	37.8	0.0	182.5	大分県	18	44.5	47.7	0.0	62.1
岐阜県	42	41.6	41.5	0.0	77.2	宮崎県	26	41.8	40.3	19.7	100.0
静岡県	43	47.7	43.5	25.4	75.7	鹿児島県	43	36.3	39.8	0.0	69.6
愛知県	69	50.4	43.8	24.7	165.4	沖縄県	41	51.8	37.0	0.0	289.0
三重県	29	43.7	42.8	12.8	62.7	全国	1,896	46.5	44.7	0.0	497.9

人口規模を1万人未満と1万人以上に層別化したうえで、人口10万対歯科診療所数と無歯科医地区・準無歯科医地区を有する市区町村の割合との関連を図4に示した。人口1万人未満の市区町村では、0施設と40~50施設未満の地区において無歯科医地区・準無歯科医地区の割合が多く、100施設以上の地区においても26.7%存在していた。一方で、人口1万人以上の市区町村では、全体として人口1万人未満の市区町村よりも割合が小さかった。さらに、20施設未満から50~60施設未満の地

区では割合がほぼ一定で、人口10万対歯科診療所数50以上では診療所数が多くなるほど無歯科医地区・準無歯科医地区を有する市区町村の割合が減少していた。人口10万対100施設以上の地区には無歯科医地区・準無歯科医地区は存在しなかった。

表2には、市区町村を単位とした人口10万対歯科診療所数と無歯科医地区・準無歯科医地区数および0歳未満の小児の割合との相関を全市区町村および人口規模別に検討した結果を示す。人口10万対歯科診療所数は、無歯

科医地区・準無歯科医地区数と相関係数からは，ほとんど関連がない数値ながら有意な負の相関関係（順位相関係数：-0.059， $p=0.010$ ），う蝕のない3歳児の割合と

は相関係数からは，ほとんど関連がない数値ながら有意な正の相関関係（順位相関係数：0.072， $p=0.003$ ）を示した．人口規模別にみた場合1万人以上の市区町村において，う蝕のない3歳児の割合に相関係数からは，ほとんど関連がない数値ながら有意な正の相関（順位相関係数：0.123， $p<0.001$ ）がみられた．

表3には，市区町村を無歯科医地区・準無歯科医地区の有無で2群に分け，う蝕のない小児の割合および人口10万対歯科診療所数について行った比較結果を示す．全市区町村では，う蝕のない幼児の割合は，1歳6カ月に於いて無歯科医地区・準無歯科医地区がある市町村はない市町村よりも有意に高かったが，3歳児では有意に低かった．また，人口10万対歯科診療所数は，準無歯科医地区がある市町村はない市町村よりも有意に少なかった．人口規模で層別化した場合，人口1万人以上の市区

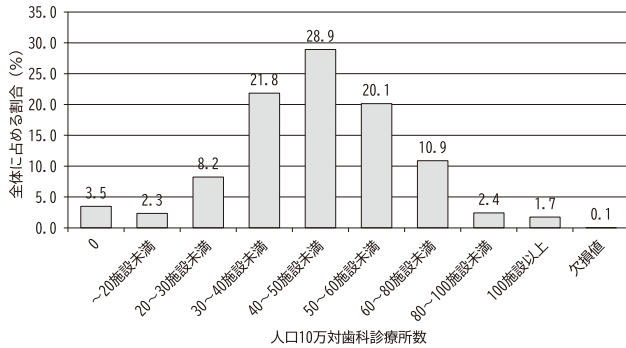


図3 人口10万対歯科診療所数の市区町村分布

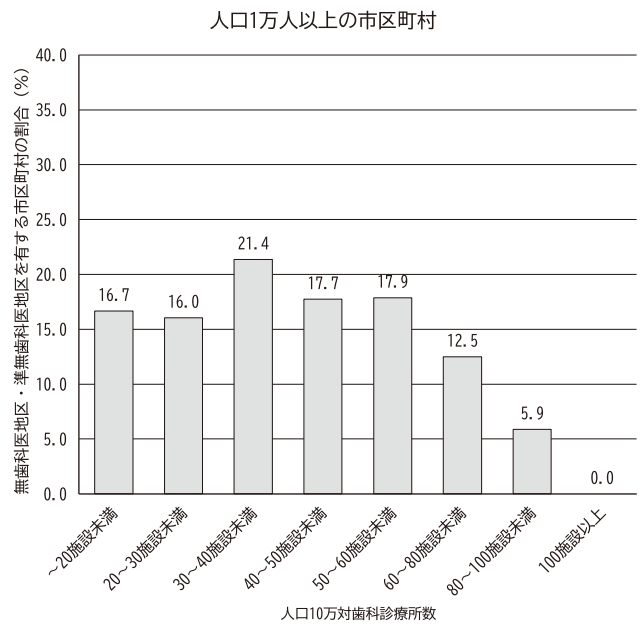
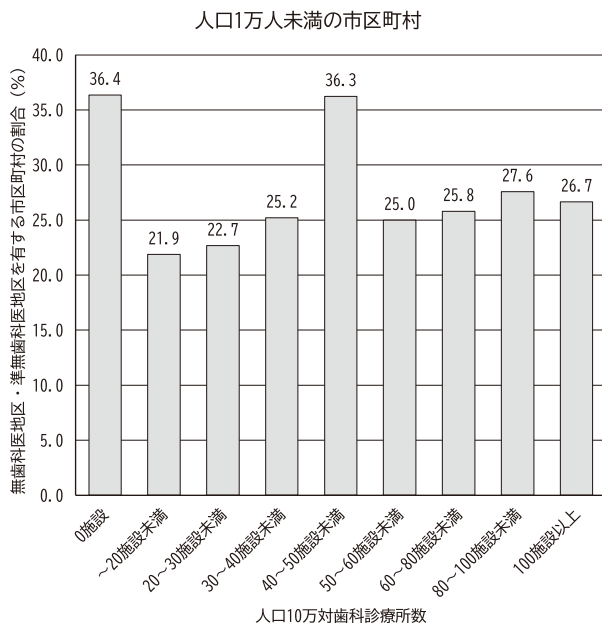


図4 人口規模別にみた人口10万対歯科診療所数と無歯科医地区・準無歯科医地区を有する市区町村の割合

表2 市区町村を単位とした人口10万対歯科診療所数と無歯科医地区・準無歯科医地区数および小児う蝕の状況との相関（Spearmanの順位相関係数）

	全市区町村			人口1万人未満の市区町村			人口1万人以上の市区町村			
	無歯科医地区・準無歯科医地区数	う蝕のない1歳6カ月児の割合	う蝕のない3歳児の割合	無歯科医地区・準無歯科医地区数	う蝕のない1歳6カ月児の割合	う蝕のない3歳児の割合	無歯科医地区・準無歯科医地区数	う蝕のない1歳6カ月児の割合	う蝕のない3歳児の割合	
人口10万対歯科診療所数	n	1,895	1,706	1,705	530	516	515	1,365	1,190	1,190
順位相関係数		-0.059	-0.033	0.072	-0.004	0.030	0.018	-0.056	0.003	0.123
p値		0.010	0.178	0.003	0.926	0.499	0.686	0.037	0.904	<0.001

**表 3** 無歯科医地区・準無歯科医地区を有さない市区町村と有する市区町村におけるう蝕のない幼児割合および人口10万対歯科診療所数の比較

	無歯科医地区・準無歯科医地区						p*
	なし			あり			
	中央値	25パーセン タイル値	75パーセン タイル値	中央値	25パーセン タイル値	75パーセン タイル値	
全市区町村	n=1,329			n=373			
う蝕のない1歳6カ月児の割合	99.2	98.4	100.0	99.4	98.4	100.0	0.037
う蝕のない3歳児の割合	87.5	83.0	91.6	86.0	81.2	90.6	0.004
人口10万対歯科診療所数	43.7	35.6	52.9	43.4	34.5	53.0	0.007
人口1万人未満の市区町村	n=373			n=139			
う蝕のない1歳6カ月児の割合	100.0	98.0	100.0	100.0	100.0	100.0	0.180
う蝕のない3歳児の割合	87.1	80.0	93.8	88.0	80.9	93.9	0.231
人口10万対歯科診療所数	36.9	24.7	54.3	40.0	27.2	54.1	0.768
人口1万人以上の市区町村	n=956			n=234			
う蝕のない1歳6カ月児の割合	99.0	98.4	99.5	99.1	98.4	99.6	0.952
う蝕のない3歳児の割合	87.6	83.5	91.1	85.0	81.2	89.0	<0.001
人口10万対歯科診療所数	45.3	38.2	52.9	44.8	38.4	52.7	0.035

\* Mann-Whitney の U 検定

町村において、う蝕のない3歳児の割合と人口10万対歯科診療所数は、無歯科医地区・準無歯科医地区のある市区町村のほうが、有さない市町村よりも有意に低かった。

## 考 察

世界でも類をみないほど少子高齢化が進行している日本では、今後も生産年齢人口の減少とともに高齢者の増加が進むと予想されており、これらの人口構造の変化は大きな課題となっている。歯科医師の需給の議論において、日本歯科医師会はこれまで人口10万対歯科医師数をもとに議論してきたが、総数での将来推計はほとんど意味をなさず、今後は歯科医療提供の内容や質の確保を重視したうえで、人口減少地域における歯科医療提供体制の継続性が重要<sup>10)</sup>となっている。そこで本研究では、市区町村単位の人口10万対歯科診療所数と無歯科医地区・準無歯科医地区数に着目した。その結果、すでに人口10万対歯科診療所数が0の市区町村が3.5%存在しており、無歯科医地区・準無歯科医地区の分布をみると、人口10万対歯科診療所数が100を超える市区町村であっても、その存在率が高いことも明らかとなった。さらに、3歳児のう蝕有病者率は相関係数からは、ほとんど関連がない数値ながら有意な正の相関関係を認め、人口10万対歯科診療所数が多いほど低い傾向を認めた。特に人口1万人以上の市区町村において、無歯科医地区・準無歯科医地区を有する市区町村は、有さない市区町村よりも

3歳児のう蝕有病者率がより高い傾向を示した。過去に都道府県単位の住民一人当たり歯科医療費と小児う蝕罹患状況が報告<sup>11)</sup>されているが、市区町村単位においても同様の結果となっていた。本研究は単年度の地域相関研究であるため因果関係を示すことはできないが、人口1万人以上で、無歯科医地区・準無歯科医地区を有する市区町村、あるいは人口10万対歯科診療所数の少ない市区町村では3歳児う蝕有病者率が高い傾向を示したことから、今後は歯科診療所の偏在によって住民の歯科口腔保健状態の格差が拡大する可能性が懸念され、継続的に注視する必要があると考えられる。

都道府県別の20年間の人口と歯科診療所数の変化における類型でも、人口が増加するのに対し、歯科診療所数が減少する都道府県はなく、両者が増加するまたは減少する都道府県と、人口が減少し歯科診療所数が増加する都道府県となっており、歯科医療提供の偏在が課題となっている<sup>2)</sup>。しかし、医師偏在の問題意識は強く、さまざまな施策が議論されているが、歯科医師の偏在についてはほとんど議論されていない状況である。2022年の医師・歯科医師・薬剤師統計<sup>4)</sup>では、統計を取り始めてから初めて歯科医師数のみ減少している。また、2022年の無歯科医地区・準無歯科医地区調査報告<sup>3)</sup>では、無医地区は一貫して減少傾向にあるのに対し、無歯科医地区は地区数と対象者数が2022年報告ではそれまでの減少から増加に転じた。無歯科医地区・準無歯科医地区調査では、無歯科医地区を「おおむね半径4kmの区域内に



50人以上が居住している地区であり、かつ容易に医療機関を利用できない地区」と定義している。2019年と比較して2022年にはこの定義に該当する地区が増加している結果となっており、歯科医療体制に変化が出てきている可能性も考えられる。また、2022年の医師・歯科医師・薬剤師統計<sup>4)</sup>によると、歯科診療所の従事者のうち開設者の平均年齢は58.3歳となっている。日本歯科医師会会員の平均年齢は2020年時点で61歳<sup>12)</sup>となっており、歯科診療所の管理者の年齢は高齢化していることがうかがえる。

特に、市区町村別にみた人口10万対歯科診療所数について分析を行ったが、すでに0となっている市区町村も3.5%存在しており、日本歯科医師会としても歯科医療提供体制が困難になっていないかなど、都道府県歯科医師会および郡市区歯科医師会単位の聞き取りなどを行うことにより、地域における実態を把握する必要があると考えられる。

無歯科医地区・準無歯科医地区調査と、人口10万対歯科診療所数はある程度相関がみられることも明らかとなったが、人口10万対歯科診療所数が100を超える市区町村であっても一定数の無歯科医地区や準無歯科医地区も存在することもわかった。無歯科医地区・準無歯科医地区調査では4キロメートル以内に50人の住民が居住していない地域はこの調査の結果からは除外されるという仕組みになっていることも考慮し、再度地域の歯科医療提供体制の確認が必要であると考えられた。また、市区町村の合併によって人口10万対歯科診療所数の多い市区町村において無歯科医地区・準無歯科医地区がみられるようになってきていることも推察される。

人口10万対歯科診療所数が少ない市区町村や、無歯科医地区・準無歯科医地区を有する市区町村のうち特に人口1万人以上の市区町村において、3歳児のう蝕有病率が高い傾向があることもわかったことより、歯科医療提供体制の安定的な提供が必要である。歯科において義務化されている歯科健診は、乳幼児健診と学校保健安全法による学校歯科健診のみである。それ以降は任意での実施であり、ライフコースを通じた歯や口腔の情報が個人の健康情報として蓄積されることは喫緊の課題である。3歳児のう蝕状況において健康格差が生じてくる可能性も踏まえて、市区町村単位の3歳児以降の歯科口腔のデータが継続的に観察できる仕組みの構築も喫緊の課題と考えられる。

なお、無歯科医地区・準無歯科医地区の有無によって全市区町村を2群比較した分析において、う蝕のない1歳6カ月児の割合が無歯科医地区・準無歯科医地区を有する市区町村において有意に高かった結果については、統計学的に有意であるものの中央値の差が0.2%である

こと、2群間人口規模別に層別化すると有意差が認められなくなったこと、3割以上の市区町村が100%であったことなどから、明らかな差とはいえないかもしれない。あるいは、1歳6カ月から3歳にかけて逆転現象が起こっているのかもしれない。これについては今後、さらなる検討が必要である。

本研究では、1,986市区町村を単位とした、人口10万対歯科診療所数についての分析を実施した。この結果、各都道府県内における提供状況の差も大きく、地域の実情と照らし合わせたうえで、課題の抽出を行っていくことも重要であると考えられた。今後は、各市区町村の状況も加味したうえで、歯科医療提供体制についての情報を収集することが重要である。

## 結 論

2020年時点の1,896市区町村ごとの人口10万対歯科診療所数は、都道府県ごとにみても大きな差がみられ、歯科診療所数が0の市区町村もすでに3.5% (66地区)存在した。人口10万対歯科診療所数と無歯科医地区・準無歯科医地区の分布と正の相関を確認し、人口10万対歯科診療所数が多い地区においても一定程度存在することも明らかとなった。また、人口1万人以上の市区町村において、無歯科医地区・準無歯科医地区を有するほど3歳児のう蝕有病率が高い可能性がうかがえた。

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182回社会保障審議会医療保険部会 資料1, <https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/001305567.pdf> (最終アクセス日：2024年10月24日)
- 2) 恒石美登里：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 (2000～2020年), 日歯医療管理誌, 59: 60～64, 2024.
- 3) 厚生労働省：令和4年度無医地区等及び無歯科医地区等調査, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/77-16b/dl/r05-01.pdf> (最終アクセス日：2024年10月24日)
- 4) 厚生労働省：医師・歯科医師・薬剤師統計 (旧：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10月24日)
- 5) 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10月24日)
- 6) 総務省統計局：統計でみる都道府県・市区町村のすがた, <https://www.stat.go.jp/data/ssds/index.html> (最終

アクセス日：2024年10月24日)

- 7) 厚生労働省：歯科保健医療に関するオープンデータ，[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000158505\\_00003.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000158505_00003.html) (最終アクセス日：2024年10月24日)
- 8) 兒玉慎平，森 隆子，稻留直子，米増直美：常勤・非常勤保健師のマンパワーと標準化死亡比の関連：全国の市町村を対象とした生態学的研究，日本公衛誌，66：690～701，2019.
- 9) e-Stat 政府統計の総合窓口：<https://www.e-stat.go.jp/> (最終アクセス日：2024年10月24日)
- 10) 厚生労働省：第8回歯科医療提供体制等に関する検討会，構成委員提出資料1，令和5年5月31日，<https://>

[www.mhlw.go.jp/content/10804000/001102342.pdf](http://www.mhlw.go.jp/content/10804000/001102342.pdf)(最終アクセス日：2024年12月1日)

- 11) 恒石美登里，山本龍生，平田創一郎，岡田真人，平田幸夫，石井拓男：都道府県を単位とした住民1人当たり外来歯科医療費の経年変化と小児う蝕有病状況との関連，日歯医療管理誌，45：148～153，2010.
- 12) 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10月24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 日本歯科総合研究機構  
電話 03-3262-9346

---

## Association Between the Number of Dental Clinics, Area of Dentist-free Districts in Each Municipality and the Prevalence of Dental Caries in Children : A Cross-sectional Study in 2020

TSUNEISHI Midori<sup>1)</sup>, YAMAMOTO Tatsuo<sup>2)</sup>, SUESE Kazuhiko<sup>3)</sup> and TAKAHASHI Hideto<sup>1,3)</sup>

<sup>1)</sup> Japan Dental Association Research Institute

<sup>2)</sup> Department of Preventive Dentistry and Dental Public Health, Kanagawa Dental University

<sup>3)</sup> Japan Dental Association

**Abstract :** This study aimed to clarify the association between the distribution of dental clinics across municipalities in Japan and the prevalence of areas lacking dentists, as well as the incidence of dental caries among children, using cross-sectional data from 2020. The national average of dental clinics per 100,000 inhabitants was 46.5, with values ranging from 0 to a maximum of 497.9. Notably, 66 municipalities (3.5%) reported having no dental clinics. The prevalence of areas lacking dentists was disproportionately higher in municipalities with populations under 10,000 compared to those with populations over 10,000. However, even regions with a high density of dental clinics contained certain areas underserved by dentists. A weak but statistically significant negative correlation was observed between the number of dental clinics per 100,000 population and the proportion of districts without dentists or with limited dental coverage. In municipalities with a population of 10,000 or more, the percentage of caries-free 3-year-olds tended to be higher in areas classified as no-dentist districts compared to those with dentists.

**Key words :** Number of dental clinics, Municipalities, No-dentist district

|||||  
原 著  
|||||

## わが国における歯科医事訴訟の年次的変遷に関する研究

濱 嵩 朋 子

**概要：**わが国における医事訴訟数は、1999 年から 2006 年までは増加傾向にあったが、その後減少している。一方、歯科医事訴訟は医事訴訟とは異なり、一定数の訴訟が発生している。われわれは以前、2010 年までの歯科医事訴訟判例について分析を行い、歯科医師の法的責任と関連していた因子について分析を行った。本研究では、前回の研究に近年の歯科医事訴訟判例を追加して分析を行い、わが国における歯科医事訴訟の年次的変遷を明らかにすることを目的とした。

事件の発生年が 1972 年から 2020 年までの間の歯科分野における医事訴訟判決 (203 件) を分析した。解析は、患者に関する因子、歯科医師に関する因子および裁判に関する因子に着目して行った。年次的変遷を明らかにするため、2006 年までと 2007 年以降で分類し各因子の比較を行った。

その結果、近年では、一時的な障害で訴訟にいたったケース、診療費が自費のみであるケースが有意に増加し、歯科医師の手技的な過失を含むケースは有意に減少していた。また、診療内容がインプラントであるケースが有意に増加していた。さらに、近年の歯科医師の法的責任が認定されている判決では、原告が女性、歯科医師の謝罪が有りのケースが有意に多かった。

近年の医事訴訟は、以前の訴訟と比較して歯科医師の法的責任に関連する因子に違いが認められた。このような変遷を歯科医師が認識することは、医事訴訟の防止や患者満足度向上のために有益であると考えられる。

**索引用語：** 歯科医事訴訟、歯科医師の法的責任、歯科医師

### 緒 言

わが国では、1999 年以降に医療事故が頻発し、その多くが訴訟に発展し社会問題となった。そのため厚生労働省は、医療安全対策に取り組み、教育研修、環境整備、医療法の改正などが行われた<sup>1)</sup>。医事訴訟数は 1999 年から 2006 年までは増加傾向にあったが、その後減少傾向を示している<sup>2)</sup>。また、患者からの相談を受け付けている NPO 法人ささえあい医療人権センターによると、2007 年以降、医療訴訟に関する相談が激減したが、これはマスメディアの“医療崩壊”に関する報道の影響ではないかと論じている<sup>3)</sup>。さらに、2006 年の「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律」の公布によって、2007 年 4 月以降、すべての医療機関に各種の医療安全管理対策が義務化された影響も大きいと考えられる<sup>4)</sup>。

一方、歯科分野については、報道機関誌で取り上げられた歯科医療事故を 34 年間集計した調査で、2000 年から急増したが、2006 年以降は減少していることが報告されている<sup>5)</sup>。歯科医事訴訟数については増減を繰り返しながら、医事訴訟全体に占める割合は 12% 前後で推移している<sup>6,7)</sup>。

われわれは以前、2010 年までの歯科医事訴訟判決 88 例について分析を行い、歯科医師の法的責任と関連していた因子について分析を行った。その結果、近年では説明義務違反を認定理由とする判決が有意に多かったことを明らかにした<sup>8)</sup>。

医事紛争に関する要因について歯科医師が認識することは、医師訴訟防止や患者満足度向上のために有益である。そのため、前回は行った研究に、さらに近年の歯科医事訴訟判決を追加して分析を行い、わが国における歯科医事訴訟の年次的変遷を明らかにすることを、本研究の目的とした。

九州女子大学家政学部栄養学科  
受付：令和 6 年 10 月 30 日  
受理：令和 6 年 11 月 26 日

## 材料および方法

### 1. 対象判決

本研究は、事件発生年が1972年から2020年までの間の歯科分野における医事訴訟判決(203件)を分析した。具体的には、「判例時報」「判例タイムズ」「TKC ローライブラリー」および「ウエストロージャパン」に掲載された医事訴訟判決のうち、歯科分野における医事訴訟判決を収集した。

### 2. 判決コード化

最初に、民事訴訟判決の様式(構造)、着目すべき項目などに関し打ち合わせを行い、指導者のもとで、1名の歯科大学4年生および1名の歯学部卒業生(勤務医)が判決を注意深く読んだ。他方、指導者は1名で全判決を読んだ。読み終えた判決は、本研究で取り上げた項目を変数として設定し(表1)、判決内容を要約した。この要領で、各判決のコード化を行い、全判決(n=203)からなるデータベースを構築した。

### 3. 判決コーディングの妥当性

評定者のコーディングの妥当性を検証するため、患者、歯科医師および裁判に関する変数(6項目)についての一貫度(kappa値)を計算した。1名の指導者とほかの2名の間のkappa値を求めた。kappa値は0.79から0.97の値をとり、おおむね良好な一貫度を示した。

### 4. 患者、歯科医師および裁判に関する変数

判決に影響すると考えられる患者、歯科医師および裁判に関連する因子を変数として設定し、各変数をカテゴリーに分類した。

患者に関する変数のうち「疾病の種類」について、美容・整形分野では、ほかの医療行為とは説明義務の内容および説明程度の点で異なると考えられ、判決に対する影響を明らかにするため「不要・不急の処置」と「それ以外」に分けた。「障害の程度」は、障害の大きさや判決の関連をみるため「永久的な障害」と「一時的な障害」の2つのカテゴリーに分類した。「死亡」は「永久的な障害」に含めた。また、当該の歯科医院を何軒目に訪れたのかについて、「1軒目」と「2軒目以降」に分類した。

歯科医師に関する変数のうち、「勤務形態」については、「当該医療機関の管理者」と「勤務歯科医師」に分類した。近年、勤務歯科医師が増加しており<sup>9)</sup>、その影響をみるため、今回変数として新たに設定した。「診療費の種類」については、「公的保険のみ/公的保険および自費」と「自費のみ」に分類した。「歯科医師の謝罪」は、歯科

医療における「歯科医師の謝罪」の判決への影響について検討するため変数を設定した。また、「不誠実な態度」については判決中の表記に基づき、「有」「無」に分類した。歯科医師過失については、歯科医師による手技的な過失や判断ミスのいずれか、もしくは双方があったと判断された場合に「有」と分類した。「診療内容」は「補綴」「保存」「歯周病」「口腔外科」「矯正」および「インプラント」に分類した。

次に、裁判に関する変数のうち、判決は地方裁判所および高等裁判所における認容および最高裁判所における差し戻しを「認容」に、それ以外を「棄却」に分類した。裁判の争点については、「説明義務違反含む」「判断ミスもしくは手技的ミスのみ」に分類した。次に、鑑定人に関しては「有」「無」に分類した。

### 5. 分析

対象判決について年次的変遷をみるために、発生年を2006年までと2007年以降に分類し、変数の平均値あるいは割合について、それぞれMann-WhitneyのU検定、 $\chi^2$ 検定もしくはFisherの正確確率検定により比較検定を行った。この年代区分は、医事訴訟数の年次推移<sup>2)</sup>や、患者からの相談を受け付けているNPO法人ささえあい医療人権センターによる、2007年以降は医療訴訟に関する相談が激減したという報告<sup>3)</sup>に基づいたものである。

次に、年次的変遷と患者、歯科医師および裁判に関する変数と歯科医師の法的責任の関係を検討するため、歯科医師の法的責任の有無別の各変数の平均値あるいは割合について、それぞれMann-WhitneyのU検定、 $\chi^2$ 検定もしくはFisherの正確確率検定により比較検定を行った。歯科医師の法的責任とは、判決において患者認容の場合法的責任あり、患者敗訴の場合を法的責任なしとした。

統計学的有意水準は5%未満とし、統計ソフトは統計解析にはSPSS Ver. 29.0 for Macを用いた。

## 結 果

表1に患者、歯科医師および裁判に関する変数について、総数と年代別の平均値あるいは割合を示した。年代別では、発生年が2006年までと2007年以降で分類し、平均値あるいは割合について比較した。患者総数では、女性が52.2%を占め、2007年以降では、女性が56.3%とやや増加していた。疾病の種類では、不要・不急の処置が17.2%で、それ以外は82.8%であった。障害の程度では、一時的な障害が2006年までと比較して2007年以降では有意に増加していた(p=0.016)。来院歯科医院数は、2軒目であるものが2006年までは21.2%を占めて



表 1 患者および歯科医師に関する変数 (n=203)

変数			総数	1972~2006	2007~2020年	p-value <sup>a</sup>	
			ケース数 (%) / 平均±SD				
患者	患者性別	男	69 (34.0)	45 (36.6)	24 (30.0)	0.293	
		女	106 (52.2)	61 (49.6)	45 (56.3)		
	疾病の種類	不要・不急の処置	35 (17.2)	23 (18.7)	12 (15.0)	0.495	
		それ以外	168 (82.8)	100 (81.3)	68 (85.0)		
	障害の程度	一時的な障害	136 (67.3)	75 (61.0)	61 (77.2)	0.016*	
		永久に残る障害, 死亡	66 (32.7)	48 (39.0)	18 (22.8)		
	来院歯科医院数	1軒目	130 (83.3)	67 (78.8)	63 (88.7)	0.098	
		2軒目以降	26 (16.7)	18 (21.2)	8 (11.3)		
	原告	本人のみ	185 (91.1)	110 (89.4)	75 (93.8)	0.212	
家族含む		18 (8.9)	13 (10.6)	5 (6.3)			
歯科医師	担当歯科医師数	単数	134 (66.0)	82 (66.7)	52 (65.0)	0.806	
		複数, 両方	69 (34.0)	41 (33.3)	28 (35.0)		
	専門	専門のみ	46 (22.7)	32 (26.0)	14 (17.5)	0.157	
		専門でない, 両方	157 (77.3)	91 (74.0)	66 (82.5)		
	機関規模	診療所	174 (85.7)	102 (82.9)	72 (90.0)	0.159	
		病院含む	29 (14.3)	21 (17.1)	8 (10.0)		
	勤務形態	当該医療機関の管理者	123 (66.8)	81 (73.0)	42 (57.5)	0.030*	
		勤務歯科医師	61 (33.2)	30 (27.0)	31 (42.5)		
	歯科医師性別	男性	69 (34.3)	45 (37.2)	24 (30.0)	0.293	
		女性	132 (65.7)	76 (62.8)	56 (70.0)		
	診療費	公的保険のみ, 公的保険および自費	130 (65.0)	88 (71.5)	42 (54.5)	0.014*	
		自費のみ	70 (35.0)	35 (28.5)	35 (45.5)		
	歯科医師過失	有	42 (20.8)	35 (28.7)	7 (8.8)	<0.001*	
		無	160 (79.2)	87 (71.3)	73 (91.3)		
	謝罪	有	34 (17.0)	16 (13.2)	18 (22.8)	0.078	
		無	166 (83.0)	105 (86.8)	61 (77.2)		
	不誠実な態度	有	9 (4.5)	6 (5.5)	3 (3.3)	0.481	
		無	191 (95.5)	114 (94.5)	77 (96.7)		
	裁判	判決	認容	75 (36.9)	52 (42.3)	23 (28.7)	0.051
			棄却	128 (63.1)	71 (57.7)	57 (71.3)	
		請求の法的構成	不法行為のみ	41 (20.2)	26 (21.1)	15 (18.8)	0.679
債務不履行・両方			162 (79.8)	97 (78.9)	65 (81.3)		
裁判の争点		説明義務違反含む	126 (62.1)	78 (63.4)	48 (60.0)	0.624	
		判断ミスもしくは手技ミスのみ	77 (37.9)	45 (36.6)	32 (40.0)		
鑑定人の有無		有	17 (8.4)	14 (11.4)	3 (3.8)	0.044*	
		無	186 (91.6)	109 (88.6)	77 (96.3)		
裁判期間 (年)			5.7±3.8	6.6±4.3	4.3±2.2	<0.001 <sup>b,*</sup>	

a :  $\chi^2$ 検定または Fisher の正確確率検定, b : Mann-Whitney U 検定

\* :  $p < 0.05$

いたが, 2007年以降では11.3%と減少していた。原告が本人のみであるケースは, 総数で91.1%であった。

担当歯科医師数が複数であったケースは, 総数で34.0%であり, 年代別での有意な違いはみられなかった。医療機関の規模が診療所であるケースは, 2006年までは82.9%であったが, 2007年以降では90.0%と増加していた。勤務歯科医師であるケースは, 2006年までは27.0%であったが, 2007年以降では42.5%と増加してい

た。診療費では, 公的保険を含むものが, 総数では65.0%, 2006年までは71.5%であったが, 2007年以降では54.5%と有意に減少していた。また, 歯科医師の手技的な過失などがあったケースは, 2006年までは28.7%であったが, 2007年以降では8.8%と有意に減少していた ( $p < 0.001$ )。歯科医師の謝罪があったケースは, 2006年までは13.2%であったが, 2007年以降では22.8%と増加していた。歯科医師の不誠実な態度が認められたもの

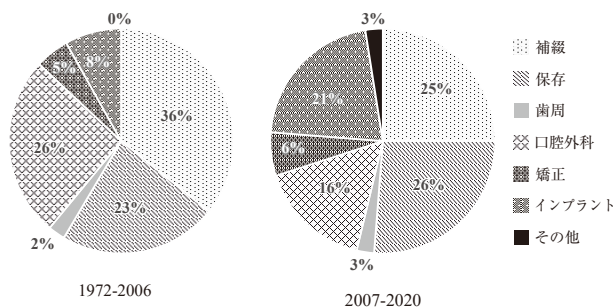


図1 年代別の診療内容割合

は、総数で4.5%であった。

裁判に関する変数のうち、患者認容は75件、棄却は128件で、患者認容率は36.9%であった。この患者認容率は、2006年までは42.3%であったが、2007年以降は28.7%と減少していた。請求の法的構成が不法行為と債務不履行の併用は、総数で79.8%、不法行為単独のものは20.2%であった。判決のうち、歯科医師の説明義務違反が争点として含まれる判決の割合は、総数で62.1%、年代別でも同程度の割合であり、有意差は認められなかった。

次に、診療内容の年代別割合について図1に示す。2006年までは、補綴が36%、保存が23%、歯周病が2%、口腔外科が26%、矯正が5%、インプラントが8%であった。2007年以降では、補綴が25%、保存が26%、歯周病が3%、口腔外科が16%、矯正が6%、インプラントが21%であり、インプラントの占める割合が著しく増加していた。

表2に年代および歯科医師の法的責任の有無別の患者、歯科医師および裁判に関する変数の平均値あるいは割合を比較した。その結果、2006年までは、患者認容群では、棄却群に比べ障害の程度が永久的である割合が有意に高く ( $p < 0.001$ )、来院歯科医院数は1軒目である割合が有意に高かった ( $p = 0.009$ )。また、患者認容群では、棄却群に比べ医療機関の規模が診療所である割合が有意に高く ( $p = 0.048$ )、担当歯科医師が単数である割合が有意に高かった ( $p = 0.039$ )。さらに、患者認容群では、診療費が自費のみである割合が有意に高く ( $p = 0.035$ )、歯科医師の手技的な過失があり ( $p = 0.014$ )、歯科医師の不誠実な態度が認定された割合が有意に高かった ( $p = 0.004$ )。

2007年以降においては、患者認容群では、棄却群と比較し患者が女性である割合が高く ( $p = 0.030$ )、診療費が自費のみである割合が有意に高く ( $p = 0.023$ )、歯科医師の手技的な過失があり ( $p < 0.001$ )、歯科医師の謝罪があり ( $p = 0.026$ )、歯科医師の不誠実な態度が認定された割合が有意に高かった ( $p = 0.022$ )。

次に、診療科別の年代による歯科医師の法的責任の有無の割合について図2に示す。2006年までと比較すると、2007年以降では、保存治療で患者認容の割合が有意に低くなっていた ( $p = 0.036$ )。また、インプラントでは、2007年以降で患者認容の割合が多い傾向がみられた。

## 考 察

われわれは以前、わが国の歯科分野における医事訴訟をもとに、患者、歯科医師および裁判に関する変数を広範かつ包括的に設定し、歯科医師の法的責任に影響を与えた因子について報告した。本研究では、前回の対象判決に近年の歯科医事訴訟判決を追加して分析を行い、わが国における歯科医事訴訟の年次的変遷を明らかにすることを目的として分析を行った。

### 1. 近年の歯科医事訴訟の特徴

近年では、一時的な障害で訴訟にいたったケースの割合が有意に多く、歯科医師の手技的な過失を含むケースは有意に減少していた(表1)。これは、歯科医事訴訟にいたる理由として、治療結果ではなく、その過程に原因があり、不適切なコミュニケーションが問題となっている結果であると考えられる。本研究の対象判決では、年代を通して約6割に説明義務違反が争点として含まれていた。これは、前回の報告と同様の傾向であり<sup>7)</sup>、説明義務の遵守に注意する必要があると考える。医療に関する電話相談に関する報告では、患者・家族が医師に不満を抱く主な原因として「不十分な説明」が挙げられ、「いい加減な対応」「話や想いを聴いてくれない」などが複数重なる不信感へと発展するとしている<sup>3)</sup>。今回、歯科医事訴訟についても同様の結果がみられたことから、訴訟にいたらないためには、情報の共有や日常のコミュニケーションが重要であると考えられる。現代は医療に関する情報が溢れており、そのことが患者を混乱させ、基本的な相談が増えていると報告されている<sup>3)</sup>。これらの現状を、医療者は認識、理解し、患者への丁寧な説明や理解度の確認などを心がけるべきである。

近年、診療費が自費のみであるケースおよび診療内容がインプラントであるケースが有意に増加していた。歯科インプラントに関しては、国民生活センターが「あなたの歯科インプラントは大丈夫ですか」という消費者や関係機関に向けての情報提供を行っている<sup>10)</sup>。日本口腔インプラント学会も、インプラントに関するトラブルの増大を背景として、治療相談窓口を開設し対応を行っている<sup>11)</sup>。しかしながら、依然として、医療事故や医事訴訟の報告は後を絶っていない現状が報告されている<sup>12)</sup>。医事訴訟にいたったケースは有意に増加しているが、そ

表 2 歯科医師の法的責任有無別による変数の比較

		1972～2006年			2007～2020年		
		ケース数 (%) / 平均±SD					
		認容	棄却	p-value <sup>a</sup>	認容	棄却	p-value <sup>a</sup>
患者							
性別	男性	18 (34.6)	27 (39.1)	0.611	3 (13.0)	21 (36.8)	0.030*
	女性	34 (65.4)	42 (60.9)		20 (87.0)	36 (63.2)	
疾病の種類	不要不急の処置	12 (23.1)	11 (15.5)	0.287	5 (21.7)	7 (12.3)	0.229
	それ以外	40 (76.9)	60 (84.5)		18 (78.3)	50 (87.7)	
障害の程度	永久に残る障害, 死亡	33 (63.5)	15 (21.1)	<0.001	8 (36.4)	10 (17.5)	0.074
	一時的な障害	19 (36.5)	56 (78.9)		14 (63.6)	47 (82.5)	
来院歯科医院数	1軒目	38 (90.5)	29 (67.4)	0.009	21 (95.5)	42 (85.7)	0.220
	2軒目以降	4 (9.5)	14 (32.6)		1 (4.5)	7 (14.3)	
歯科医師							
医療機関規模	診療所のみ	47 (90.4)	55 (77.5)	0.048	21 (91.3)	51 (89.5)	0.583
	病院含む	5 (9.6)	16 (22.5)		2 (8.7)	6 (10.5)	
勤務形態	当該医療機関の管理者	40 (81.6)	41 (66.1)	0.068	14 (73.7)	28 (51.9)	0.081
	勤務歯科医師	9 (18.4)	21 (33.9)		5 (26.3)	26 (48.1)	
担当歯科医師数:	単数	40 (76.9)	42 (59.2)	0.039	16 (69.6)	36 (63.2)	0.587
	複数	12 (23.1)	29 (40.8)		7 (30.4)	21 (36.8)	
専門性	専門	13 (25.0)	19 (26.8)	0.826	5 (21.7)	9 (15.8)	0.369
	専門でない, 両方	39 (75.0)	52 (73.2)		18 (78.3)	48 (84.2)	
診療費	公的保険, 公的保険および 自費	32 (61.5)	56 (78.9)	0.035	8 (34.8)	34 (63.0)	0.023*
	自費のみ	20 (38.5)	15 (21.1)		15 (65.2)	20 (37.0)	
医師の手技的な過失	有	21 (40.4)	14 (20.0)	0.014	7 (30.4)	0 (0)	<0.001*
	無	31 (59.6)	56 (80.0)		16 (69.6)	57 (100)	
謝罪	有	9 (17.6)	7 (10.0)	0.220	9 (39.1)	9 (16.1)	0.026*
	無	42 (82.4)	63 (90.0)		14 (60.9)	47 (83.9)	
不誠実な態度	有	6 (12.0)	0 (0)	0.004	3 (13.0)	0 (0)	0.022*
	無	44 (88.0)	70 (100)		20 (87.0)	57 (100)	
裁判							
請求の法的構成:	不法行為のみ	13 (25.0)	13 (18.3)	0.369	2 (8.7)	13 (22.8)	0.123
	債務不履行のみ・両方	39 (75.0)	58 (81.7)		21 (91.3)	44 (77.2)	
鑑定人の有無	有	8 (15.4)	6 (8.5)	0.232	1 (4.3)	2 (3.5)	0.644
	無	44 (84.6)	65 (91.5)		22 (95.7)	55 (96.5)	
裁判の争点	説明義務違反含む	28 (53.8)	50 (70.4)	0.059	17 (73.9)	31 (54.4)	0.107
	それ以外	24 (46.2)	21 (29.6)		6 (26.1)	26 (45.6)	
原告	本人のみ	47 (90.4)	63 (88.7)	0.506	21 (91.3)	54 (94.7)	0.448
	家族含む	5 (9.6)	8 (11.3)		2 (8.7)	3 (5.3)	
	裁判期間 (年)	6.3±2.8	6.8±5.0	0.616*	4.8±1.4	4.0±2.5	0.032 <sup>b,*</sup>

a :  $\chi^2$ 検定または Fisher の正確確率検定, b : Mann-Whitney U 検定

\* :  $p < 0.05$

の何倍ものトラブルが存在することが予想される。このような状況について、歯科医療従事者は十分認識する必要がある。インプラント医事訴訟の特徴として、治療後のメンテナンス期において訴訟に発展することが起こることが報告されている<sup>12)</sup>。さらに、インプラント治療は長期にわたるため、ステップごとのインフォームド・コンセントを得るよう努めるべきであるとの提言が

行われている<sup>12)</sup>。本研究の結果から、近年の歯科医事訴訟では、インプラント治療が約 2 割を占めていることが明らかとなり、歯科医療従事者はこのような現状を認識するべきであると考えられる。

また、近年の判決における認容率は、2006 年までは 42.3%であったが、2007 年以降は 28.7%と、有意ではないが減少傾向がみられた。医事関係訴訟事件の認容率は

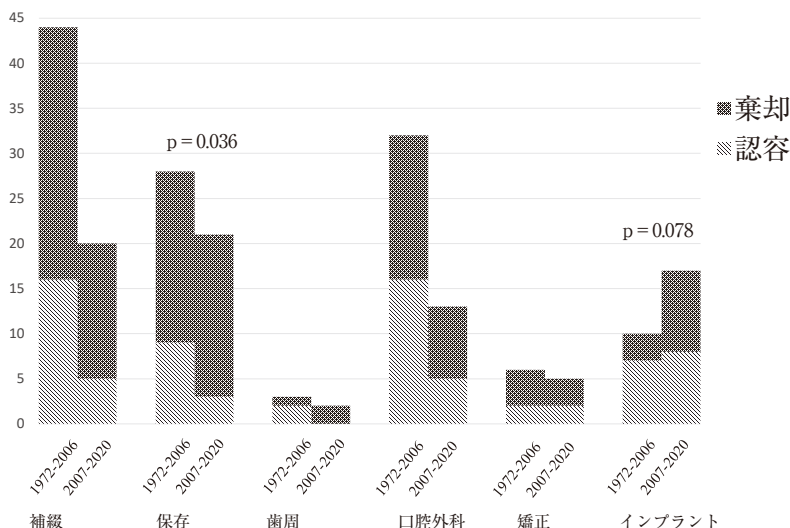


図2 診療科別の年代による判決割合の比較

通常訴訟と比較して低く、近年さらに減少しており<sup>13)</sup>、歯科医事訴訟も同様の傾向を示していた。医事関係訴訟では、和解率が高く、近年では50%以上で推移している<sup>14)</sup>。判決にいたるものが減少していることが医事訴訟における認容率低下の理由の一つとして考えられる。

## 2. 歯科医師の法的責任と関連要因

すべての年代を含めた歯科医事訴訟判決の分析結果から、歯科医師の法的責任と関連がみられた因子は、第1に治療費が自費のみの場合であった。特に近年では、自費のみの割合が65.2%と半数以上を占めていた。わが国では、医療費の多くの範囲が公的な保険医療でカバーされていることに鑑みると、これは高い割合である。この結果は、診療内容においてインプラントが著しく増加していることの影響であると考えられる。近年、わが国では、主に自費診療である歯科インプラント装着者や<sup>15)</sup>、矯正歯科治療患者が増加しており<sup>16)</sup>、今後、より慎重な対応が求められている。国民生活センターの相談事例においても、自費医療である歯科インプラントや歯科矯正に関するものが多い<sup>3)</sup>。該当学会は対応などをとっているが、患者とトラブルが増加しているこれらの分野については、慎重な対応が必要であろう。

第2に、歯科医師の手技的な過失と歯科医師の法的責任には有意な関連がみられた。前述したように、近年の医事訴訟判決では、歯科医師の手技的な過失を争点に含む判決は減少している。しかしながら歯科治療は、その治療内容に外科的なものが含まれることが多く、そうした特性から、治療結果にも十分注意すべきであろう。特に、近年のケースにおいて、歯科医師の手技的な過失が認められたケースはすべて患者認容となっている。外科

では、内科に比べて患者がコミュニケーションよりも手技を重要視していることが報告されている<sup>17)</sup>。外科的処置を伴うことが多い歯科分野では、外科分野と似た特徴をもつと考えられる。

第3に、歯科医師の不誠実な態度があったケースでは、年代を問わず、すべて歯科医師の法的責任が認められていた。これは前回の報告と同様の結果であり、コミュニケーションに直接関連する歯科医師の患者に対する態度が、判決に影響する因子となっていた。今回、不誠実な態度として認定された判決の内容としては、女性患者に対する不適切な発言が不法行為として認められたものや<sup>18)</sup>、インプラントの契約で、法律上の裏づけがないことを知っていたにもかかわらず、患者に伝えなかったことに悪意があると認定された判決などが挙げられる<sup>19)</sup>。また、医療における電話相談を分析した報告でも、「不十分な説明」とともに「不誠実な態度」が患者・家族が医師に不満を抱く原因の一つとして挙げられていた<sup>3)</sup>。このようなことがないよう、歯科医師は誠意をもって患者に向き合う必要があると考える。

## 3. 歯科医師の法的責任と時代的変遷

### 1) 近年のみ歯科医師の法的責任と関連がみられた要因

近年のみ歯科医師の法的責任と関連がみられた因子としては、患者が女性である、謝罪があったケースの割合が有意に高くなっていた。近年、患者や医師の性別と、治療予後などについての研究が散見される。米国の研究では、医師の性別と患者の性別による治療予後などについて検討し、女性医師と女性患者の組み合わせが最も予後が良好で、この背景としてコミュニケーションのとり



やすさがあるのではないかと推測している<sup>20)</sup>。本研究の結果では、患者認容群において原告女性の割合が多く、性別が医療トラブルに影響する可能性が示唆された。

次に、歯科医師の謝罪について考察する。米国においては、謝罪推進法の医療訴訟に対する抑止効果について実証が行われ、必ずしも訴訟抑止力があるわけではなかったことが報告されている<sup>21)</sup>。裁判制度や謝罪の文化が異なるため、日本との比較は難しいと考える。一方山崎は、わが国における謝罪と医療訴訟について分析している<sup>22)</sup>。その結果、謝罪をすることは訴訟上不利になるわけではないと結論づけ、分析した訴訟には、謝罪を過失証明する証拠とする訴訟もあれば、謝罪を理由に慰謝料が減額された訴訟もあったとしている。近年において歯科医師の法的責任が認められたケースで、有意に謝罪があったケースが多かったが、これは謝罪するケースが増加していることと関連していると推測される。ただし、判決数が少ないため、他分野の医療訴訟も含め、今後の推移について検討する必要がある。

#### 2) 近年において歯科医師の法的責任と関連のみられなかった因子

2006年以前では、患者の受けた障害が重度、来院歯科医院が1軒目、医療機関が病院ではなく診療所、担当歯科医師数が単数であった場合に、有意に歯科医師の法的責任と関連が認められ、それらについてわれわれは以前の報告において提言を行った。患者の受けた障害については、前述したように、近年では一時的な障害でも訴訟にいたっている影響があると考えられる。しかしながら近年でも、患者認容の判決で、永久に残る障害や死亡の割合は多い傾向がみられることから、歯科医師は治療結果にも十分注意するべきであろう。近年では、歯科医師が単数であるケース数は変化していないにもかかわらず、法的責任が問われるケースの割合は減少しており、歯科医師が単数である場合の患者対応が改善していると推測される。このような改善は、2006年の医療法等の改正によって、2007年4月以降、病院に加えて診療所にも各種の医療安全管理対策が義務化された影響があると考えられる<sup>4)</sup>。以前は医療機関が病院ではなく診療所であった場合に歯科医師の法的責任が問われるケースが多かったが、近年、病院における歯科訴訟ケースは減少し、歯科分野における多くの訴訟は、診療所で起こっている。一般歯科診療所におけるインシデントに関する調査では、多くは診療補助、エックス線検査、技工関連で発生しており、患者対応と説明など、患者コミュニケーションに問題があった事例も多かったことが報告されている<sup>23)</sup>。これらインシデントが訴訟へと発展する可能性は高く、患者安全のためにも、歯科医師はこれらの事実に着意する必要がある。

#### 4. 国外の歯科医事訴訟との関連

近年、国外における歯科医事訴訟に関する報告が増加している。2001年から2015年にかけてのイタリアのローマにおける民事裁判に関する研究では、予想に反して、近年歯科医療過誤訴訟が減少していることが報告されている<sup>24)</sup>。また、インドにおいては、初めて歯科医事訴訟分析が行われ、歯科医師の訴訟敗訴率は約40%であったとしている<sup>25)</sup>。台湾における医事訴訟を分析した研究では、医療過誤訴訟425件のうち歯科は28件を占めており、訴訟敗訴率は約40%であったが、特に歯科診療所における敗訴率が高かったこと、インプラントに関する訴訟が最も多かったことを報告している<sup>26)</sup>。このように、歯科医事訴訟の減少、歯科医師敗訴率などはわが国と同様の傾向を示していた。今後、国外における研究について、国内の動向と併せて注視する必要がある。

#### 5. 本研究の課題と限界

最後に、本研究の限界や課題について触れる。本研究の問題点としては、まず、この時期のわが国のすべての歯科分野における判決を対象としていないという点である。これは、話題性や新しい法解釈に関する判決というような観点から選択されて雑誌に掲載されている可能性があり、一定の選択バイアスがかかっている可能性がある。結果を解釈する際には、サンプルの代表性に注意を払う必要がある。2点目は、分析したケースが少ないことである。歯科医師の法的責任に影響する因子をさらに、詳細に明らかにするには、さらなる数のケースを分析する必要がある。

以上の問題点はあるものの、歯科分野における医事紛争の要因を検討するうえで、医事訴訟判決を用いた今回の検討は一定の意義があると考えられる。わが国においては歯科医療裁判についてこのように定量的に分析を行った報告は少なく、また、歯科分野における医事訴訟に限った点で重要な資料となり、今後も増加していくことが予想される医事訴訟の防止に寄与すると考える。

#### 結 論

本研究の結果より以下のことが明らかとなった。

1. 近年では、一時的な障害で訴訟にいたったケース、診療費が自費のみであるケースが有意に多く、歯科医師の手技的な過失を含むケースは有意に減少していた。
2. 近年、診療内容がインプラントであるケースが有意に増加していた。
3. すべての年代を通して、診療費の種類の違い、歯科医師の不誠実な態度および歯科医師の手技的な過失は、歯科医師の法的責任と関連がみられた。

4. 近年の歯科医師の法的責任が認定されている判決では、原告が女性、歯科医師の謝罪があるケースの割合が有意に多かった。

5. 歯科医師の法的責任と、以前は関連のみられた患者の障害の程度、来院歯科医院軒数、医療機関規模、担当歯科医師数は、近年では関連がみられなかった。

以上、近年の医事訴訟は以前の訴訟と比較して、歯科医師の法的責任に関連する因子に違いが認められた。このような変遷を歯科医師が認識することは、医事訴訟の防止や患者満足度向上のために非常に有益であると考えられる。

本論文に関して、開示すべき利益相反はない。

## 文 献

- 1) 厚生労働省：医療安全対策のための医療法施行規則一部改正について、<https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/2/kaisei/index.html> (最終アクセス日：2024年10月15日)
- 2) 裁判所：医事関係訴訟事件統計，医事関係訴訟事件の処理状況及び平均審理期間，<https://www.courts.go.jp/saikosai/vc-files/saikosai/2024/240610-iji-iinkai/240610-iji-toukei1-heikinshinrikikan.pdf> (最終アクセス日：2024年10月15日)
- 3) 山口育子：患者と医療者のより良いコミュニケーションを目指して，国民生活研究，59：81～99，2019。
- 4) 厚生労働省：良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行について，[https://www.mhlw.go.jp/web/t\\_doc?dataId=00tb3561&dataType=1&page](https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tb3561&dataType=1&page) (最終アクセス日：2024年10月15日)
- 5) 加來洋子，山口秀紀，石橋 肇，卯田昭夫，下坂典立，鈴木正敏，田中晃伸，渋谷 鑛：報道機関紙（誌）が取り上げた歯科医療事故について一過去34年間（1980～2013）の集計から一，歯医史，30：406～419，2014。
- 6) 裁判所：医事関係訴訟事件（地裁）の診療科目別既済件数，<https://www.courts.go.jp/saikosai/vc-files/saikosai/2024/240610-iji-iinkai/240610-iji-toukei4-shinryoukamokubetsukisai.pdf> (最終アクセス日：2024年10月15日)
- 7) 濱崎朋子，佐藤公彦，萩原明人：歯科医事訴訟における歯科医師の法的責任と年次的変遷に関する研究，日歯医療管理誌，48：64～71，2013。
- 8) 長野佑紀：歯科医療裁判の現状と医療紛争の事前防止対策の検討，口腔腫瘍，31：11～16，2019。
- 9) 厚生労働省：医師・歯科医師・薬剤師統計の概況，[https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/22/dl/R04\\_1gaikyoo.pdf](https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/22/dl/R04_1gaikyoo.pdf) (最終アクセス日：2024年10月16日)
- 10) 国民生活センター：あなたの歯科インプラントは大丈夫ですかーなくならない歯科インプラントにかかわる相談一，[https://www.kokusen.go.jp/pdf/n-20190314\\_1.pdf](https://www.kokusen.go.jp/pdf/n-20190314_1.pdf) (最終アクセス日：2024年10月16日)
- 11) 日本口腔インプラント学会：口腔インプラント治療相談窓口，[https://www.shika-implant.org/min-implant/common/pdf/202309\\_consultation.pdf](https://www.shika-implant.org/min-implant/common/pdf/202309_consultation.pdf) (最終アクセス日：2024年10月16日)
- 12) 木村 正，飯田 格，阪本貴司：インプラント治療にかかわる医療事故や医療訴訟への対応，日口腔インプラント誌，36：101～107，2023。
- 13) 裁判所：地裁民事第一審通常訴訟事件・医事関係訴訟事件の認容率，<https://www.courts.go.jp/saikosai/vc-files/saikosai/2024/240610-iji-iinkai/240610-iji-toukei3-ninyouritsu.pdf> (最終アクセス日：2024年12月11日)
- 14) 裁判所：医事関係訴訟事件の終局区分別既済件数及びその割合，<https://www.courts.go.jp/saikosai/vc-files/saikosai/2024/240610-iji-iinkai/240610-iji-toukei2-syukyokukubunbetsukisai.pdf> (最終アクセス日：2024年12月11日)
- 15) 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：2024年10月16日)
- 16) 厚生労働省：令和2年患者調査，歯科診療所の推計患者数，<https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0004002474> (最終アクセス日：2024年10月18日)
- 17) Levinson, W., Roter, D.L., Mullooly, J.P., Dull, V.T. and Frankel, R.M.: Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons, *JAMA*, 277: 553～559, 1997.
- 18) 長野地方裁判所上田支部：平20（ワ）第262，損害賠償請求事件，平成23年3月4日。
- 19) 津地方裁判所四日市支部：令元（ワ）第283，不当利得返還請求事件，令和2年8月31日。
- 20) Miyawaki, A., Jena, A.B., Rotenstein, L.S. and Tsugawa, Y.: Comparison of hospital mortality and readmission rates by physician and patient sex, *Ann. Intern. Med.*, 177: 598～608, 2024.
- 21) McMichael, B.J., Van Horn, R.L. and Viscusi, W.K.: "Sorry" is nener enough: How state apology laws fail to reduce medical malpractice liability risk, *Stanford Law Rev.*, 71: 341～409, 2019.
- 22) 山崎祥光：謝罪が訴訟に及ぼす影響，医療安全，13：102～107，2007。
- 23) 本橋征之，田中四郎，住友伸一郎，松本 敏，村松泰徳，式守道夫，滝川俊也，倉知正和：一般診療所におけるインシデントに関するアンケート調査，岐歯学誌，39：53～60，2012。
- 24) Manca, R., Bruti, V., Napoletano, S. and Marienelli, E.: A 15 years survey for dental malpractice claims in Rome, Italy, *J. Forensic Leg. Med.*, 58: 74～77, 2018.

- 25) Thavarajah, R., Saranya, V. and Priya, B. : The Indian dental litigation landscape : An analysis of judgements on dental negligence claims in Indian consumer redressal forums, *J. Forensic Leg. Med.*, 68 : 101863, 2019.
- 26) Wu, K.J., Chen, Y.W., Chou, C.C., Tseng, C.F., Su, F.Y. and Kuo, M.Y.P. : Court decisions in criminal proceedings for dental malpractice in Taiwan, *J. Formos. Med. Assoc.*, 121 : 903~911, 2022.

**著者への連絡先**：濱崎朋子 〒807-8586 福岡県北九州市八幡西区自由ヶ丘1-1 九州女子大学家政学部栄養学科  
電話, FAX 093-693-3130  
E-mail : tomotalking43@gmail.com

---

## Dentists' Legal Liability and Temporal Changes in Dental Malpractice Litigation in Japan

HAMASAKI Tomoko

Department of Nutrition Faculty of Home Economics, Kyushu Women's University

**Abstract** : This study aimed to further substantiate a previous study that analyzed dental malpractice decisions until 2010 and evaluated the factors associated with dentists' legal liability. Moreover, the temporal changes in dental malpractice litigation in Japan were investigated.

Medical litigation decisions (203 cases) in the field of dentistry between 1972 and 2020 were analyzed based on the year the precedents occurred, and on factors related to patient characteristics, dentist characteristics, and dentists' legal liability. To identify temporal changes, each factor was compared between the periods up to 2006 and after 2007.

The results showed that in recent years, the number of cases resulting in lawsuits due to temporary disability and cases involving only out-of-pocket expenses increased significantly, while the number of cases involving procedural negligence by dentists decreased significantly. There was also a significant increase in the number of cases involving dental implants. Furthermore, in recent litigation where the dentist was found legally liable, there was a significant increase in cases where the plaintiff was a woman and the dentist had apologized.

Compared to earlier lawsuits, recent medical lawsuits showed differences in the factors related to dentists' legal responsibility. Dentists should be aware of these trends to prevent medical lawsuits and improve patient satisfaction.

**Key words** : Dental malpractice litigation, Dentists' legal liability, Dentist



|||||  
視 点  
|||||

## 日本と FDI 世界歯科連盟に所属する諸外国における歯科医療費の比較

末瀬一彦<sup>1)</sup> 高橋英登<sup>1,2)</sup> 恒石美登里<sup>2)</sup>

**概要：**日本では、国民皆保険制度により、歯科診療も広範囲に低価格でカバーされている。しかし近年、人件費の上昇、新材料の開発、デジタル化の進展など、歯科医療を取り巻く状況が大きく変化している。そこで、日本の歯科医療費の位置づけを評価することを目的として、諸外国の歯科医療における費用に関する情報を収集し、歯科医療費の国際比較を行った。FDI 世界歯科大会に参加した 11 カ国に対して、エックス線撮影、歯石除去、コンポジットレジン充填、根管治療、抜歯、全部金属冠および総義歯の歯科医療費、歯科医師数、歯科診療所数、年間の歯科診療医療費および国民一人当たり歯科診療医療費の情報を収集し、日本との比較を行った。その結果、諸外国の中央値の歯科医療費は日本と比較してきわめて高く、日本の 1.9~5.3 倍であった。しかし、日本は歯科医師や歯科診療所の数、歯科診療医療費において諸外国のなかで上位に位置し、日本の歯科診療単価が低価格であるものの皆保険により多くの患者を診察している状況が推察された。口腔と全身との関連やエビデンスが多く報告されるなか、日本では国民皆保険制度のもとにすべての国民に対し公平に、高度な歯科医療が行われており、医療内容に鑑みた適切な医療費配分が行われるべきである。

**索引用語：**国際比較、歯科医療費、FDI 世界歯科連盟

### 緒 言

日本は超高齢社会を迎え、健康長寿の延伸とそれに伴う生活の質 (QOL) の向上が喫緊の課題となっている。これまで歯科医療は、生命維持に直接関与する分野としてはあまり重視されてこなかったが、近年の研究などにおいて、口腔健康管理の重要性が再認識されている。特に、咀嚼機能の改善や口腔衛生管理が、誤嚥性肺炎の予防や日常生活動作 (ADL) の改善、さらには認知症を含めた全身疾患の予防や進行防止ひいては健康寿命の延伸につながることを報告されている<sup>1~5)</sup>。

日本国憲法第 25 条には、「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」とし、「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」と規定されている。これにより、すべての国民が健康で生存する権利を平等に有することが保障され、国には社会保障の提供義務が課されている。1961 年には国民皆保険制度が施行され、以降、国民皆保険は日本の社会保障制度の

中核として機能し、発展を遂げてきた<sup>6)</sup>。

日本の歯科医療制度、とりわけ歯科医療項目は、すべての年齢層を対象にほぼすべてをカバーしており<sup>7)</sup>、これは国際的にも非常に珍しく、国民皆保険によりすべての国民をカバーできていることによる。この公的医療保険制度により、すべての国民が平等に医療を受ける権利を享受できる点は、日本が世界に誇るべき特徴であり、諸外国からも注目されている。

日本の歯科医療の水準は、現在では先進諸国と同等かそれ以上の高いレベルに達していると思われる。特に、乳幼児期のう蝕の大幅な減少や、高齢者の現在歯数の増加は、地域歯科保健活動やヘルスプロモーションの成果<sup>8)</sup>として顕著であり、この進展は、臨床現場において献身的に尽力してきた歯科医療従事者の努力によるものである。

歯科診療医療費は、専門技術に対する報酬、人件費、材料費、医薬品費、光熱費などの必要経費の合計に基づいて算出される。特に診療行為における技術料は、所要時間および単位時間あたりの歯科医師の平均技術報酬が重要な要素となる。この技術料の基礎データは、日本歯科医学会が実施したタイムスタディー調査<sup>9)</sup>に基づいている。2024 年度の社会保障関係費は、経済および物価の動向を考慮しつつ、高齢化に伴う増加分を抑える方針がとられた。しかし、診療報酬および薬価改定では、全体

<sup>1)</sup> 日本歯科医師会

<sup>2)</sup> 日本歯科総合研究機構

受付：令和 6 年 10 月 29 日

受理：令和 6 年 11 月 26 日

で+0.88%、そのうち歯科分野では+0.57%の改定が行われた。特に、歯科診療医療費は3兆150億円で、これは総医療費の約7%であった。

日本の歯科医療費は、諸外国と比較してきわめて低価格であることが先行研究<sup>10,11)</sup>で指摘されている。しかし近年では、人件費の上昇、新素材の開発、デジタル化を取り入れた技術革新が急速に進展しており、これらの変化を加味した十分な検討が必要とされている。そこで、2023年9月にシドニーで開催されたFédération Dentaire Internationale (以下、FDI) 世界歯科大会において、諸外国の歯科医療費の情報を収集し、日本の歯科医療費の位置づけを評価することを目的に調査を行った。

## 対象および方法

### 1. 調査方法

FDI 世界歯科大会に参加する11カ国(アメリカ合衆国、フランス、ドイツ、イギリス、オーストラリア、ニュージーランド、大韓民国、台湾、香港、タイ王国、トルコ共和国)の事務担当者を対象に、事前に電子メールでアンケート調査票を送付し、電子メールで回答を得るとともに、会議期間中には聞き取り調査も併せて実施した。アンケート調査では、後述する日本の保険診療における主要な診療項目に関する歯科医療費、歯科医師数、歯科診療所数、年間の概算歯科診療医療費および国民一人当たり歯科診療医療費の回答を求めた。なお、歯科医療費などは2023年11月17日時点の為替レートに基づき日本円に換算した。

日本における代表的な保険診療項目として、以下の項目を選定した。すなわち、エックス線撮影(デンタルエックス線写真1枚)、全顎の歯石除去、コンポジットレジン(CR)充填(形成から充填まで)、根管治療(白歯)、抜歯(白歯)、全部金属冠(形成、印象、咬合採得、装着、金属材料料含む)および総義歯(印象、咬合採得、装着、人工歯等材料含む)とした。日本における歯科医療費の項目については、各検査・治療において基本的に保険診療で行われるすべての算定項目を合計した。また、諸外国の歯科医療費は、各国の公式な料金表などに基づくのではなく、歯科医師会役員からの回答の結果をもとにした。

### 2. 倫理的配慮

本研究では、個人情報やその他配慮を要するデータは含まれていない。

## 結 果

表1には、各国のエックス線写真撮影、歯石除去、CR充填、根管治療、抜歯、全部金属冠、総義歯の歯科医療費を示した。日本は歯石除去、CR充填、全部金属冠および総義歯の各項目において、最も低い価格を示した。11カ国の中央値は日本の1.9~5.3倍であった。特にアメリカ合衆国では、歯石除去は日本の11.9倍、エックス線撮影は19.3倍、根管治療は16.5倍、白歯抜歯は18.0倍、CR充填は9.0倍、総義歯は8.0倍であった。

表2には、2023年時点における歯科医師数、歯科診療所数、年間歯科診療医療費および国民一人当たり歯科診療医療費の回答の結果を示した。日本の歯科医師数と歯科診療所数は、アメリカ合衆国に次いで2番目に多く、年間の歯科診療医療費はアメリカ合衆国、ドイツに次いで3番目に多かった。国民一人当たりの歯科診療医療費は、アメリカ合衆国、ドイツ、オーストラリア、フランスに次いで5番目に多かった。

## 考 察

本調査では、FDI 世界歯科大会に参加した11カ国の主要な歯科医療費や歯科医師数などについて調査を行い、日本との比較を行った。その結果、歯科医療費に最大で19倍という大きな差がみられることが明らかとなった。また、各国の経済事情が異なるため歯科医療費を単純に評価することはできないが、公的医療保険による日本の歯科医療費は、特に先進国と比較して多くの項目できわめて低いことが判明した。これは約20年前に指摘された状況が継続していることを示している<sup>11)</sup>。

年間の歯科診療医療費は、アメリカ合衆国、ドイツに次いで3番目に多く、歯科医師数や歯科診療所数はアメリカ合衆国に次いで2番目に多かった。その一方で、国民一人当たりの歯科診療医療費は、アメリカ合衆国、ドイツ、オーストラリア、フランスに次いで5番目と低くなっていた。これらの結果からは、日本における歯科診療の実態として、先進諸国よりも公的な医療保険による診療単価が低価格でありながら、制度としての皆保険により、多くの患者を診察していることが推測された。厚生労働省資料<sup>12)</sup>において主に医科医療における国際比較が示されたが、国民一人当たりの年間外来受診回数は2番目に高い数字であった。このデータには歯科は含まれていないが、歯科においても国際的に受診延べ日数は高いことが予想される。

日本における公的医療保険による歯科医療が国際的にも広くカバーされているという事実は、経済協力開発機

表1 各歯科治療項目に対する歯科医療費（外国11カ国はCR充填の値でソート）（単位：円）

	エックス線撮影 (デンタル1枚)	歯石除去 (全顎)	CR 充填	根管治療 (白歯)	抜歯 (白歯)	全部金属冠	総義歯
日本	580	<u>2,620</u>	<u>3,150</u>	11,100	2,700	<u>21,790</u>	<u>35,780</u>
台湾	<u>373</u>	2,837	3,733	31,509	<u>2,389</u>	140,370	374,221
タイ王国	627	3,345	4,181	41,812	2,509	79,444	45,994
トルコ共和国	1,169	5,866	8,800	<u>7,808</u>	4,382	N/A	47,665
大韓民国	1,120	4,480	11,200	11,200	2,987	79,145	223,995
フランス	3,410	4,709	11,366	19,484	6,495	89,304	357,214
イギリス	4,819	4,819	13,206	13,206	13,206	57,307	57,307
香港	N/A	15,381	15,381	153,213	15,381	N/A	<b>382,882</b>
ドイツ	5,973	19,412	15,829	10,453	2,987	25,386	189,649
オーストラリア	4,301	11,755	15,960	21,312	19,592	156,928	145,459
ニュージーランド	896	7,467	22,847	88,105	21,802	134,845	118,419
アメリカ合衆国	<b>11,225</b>	<b>31,207</b>	<b>28,550</b>	<b>182,636</b>	<b>48,589</b>	<b>206,707</b>	286,618
外国11カ国の中央値 (日本を1とした場合の比率)	2,290 3.9	5,866 2.2	13,206 4.2	21,312 1.9	6,495 2.4	89,304 4.1	189,649 5.3
外国11カ国の最大値 (日本を1とした場合の比率)	11,225 19.4	31,207 11.9	28,550 9.1	182,636 16.5	48,589 18.0	206,707 9.5	382,882 10.7
外国11カ国の最小値 (日本を1とした場合の比率)	373 0.6	2,837 1.1	3,733 1.2	7,808 0.7	2,389 0.9	25,386 1.2	45,994 1.3

CR：コンポジットレジン，N/A：未回答

太字：日本を含めた12カ国で最も価格が高い

下線：日本を含めた12カ国で最も価格が低い

2023年11月17日の為替レートにより日本円に換算：1AUS\$：97.18円，1US\$：149.33円，1EURO：162.37円，1£：186.79円

表2 歯科医師数，歯科診療所数および歯科診療医療費（年間）と国民1人当たり歯科診療医療費（単位：円）

	歯科医師数	歯科診療所数	歯科診療医療費 (年間)	国民一人当たりの 歯科診療医療費
日本	105,000	68,000	3兆1,500億円	25,211円
アメリカ合衆国	202,536	135,333	24兆1,915億円	71,892円
ドイツ	73,000	40,000	4兆8,278億円	57,894円
イギリス	44,000	N/A	N/A	N/A
オーストラリア	18,383	7,388	1兆787億円	41,817円
フランス	42,000	1,000	2兆1,108億円	32,725円
大韓民国	27,000	18,000	N/A	N/A
トルコ共和国	48,700	29,737	1,239億円	1,467円
ニュージーランド	2,450	N/A	8億5,118万円	167円
タイ王国	20,961	7,700	703億円	982円
台湾	15,429	7,000	384億円	1,611円
香港	2,495	1,500	1738億円	23,173円

N/A：未回答

2023年11月17日の為替レートにより日本円に換算：1AUS\$：97.18円，1US\$：149.33円，1EURO：162.37円，1£：186.79円



構 (OECD) 加盟諸国における医療保障の対象範囲における歯科医療費の公的保障に示されている<sup>13)</sup>。この歯科医療費に占める公的保障の割合をみると、加盟国の平均 (32 カ国) が 32% であるのに対して、日本は 80% と突出して高く、日本に次いで高いのはフランス (69%) とドイツ (67%) であり、ほとんどの国は 3 割程度となっている。このように、歯科医療費については公的医療保険制度においてカバーされている国は少なく、その範囲も狭いことが確認できる。

また、中央社会保険医療協議会の実施する第 24 回医療経済実態調査<sup>14)</sup>において、個人立歯科診療所のその他の診療収益 (自費診療) の占める医業・介護収入割合は 14.6% であり、保険診療収入が収入のほとんどを占めていることから、日本における公的医療保険によるカバー率が高いことは確認できる。

なお、各治療項目について、諸外国と比較が難しい内容としては、エックス線撮影には、画像読影などの費用が入っている国と入っていない国があるかもしれない。全部金属冠では、保険診療において 12% 金銀パラジウム合金が標準規格とされている国は日本のみであり、金属材料の比較は難しいが、他諸国の回答はほとんど金合金と考えられ、大きな差がみられたと考えられる。また、総義歯についても、日本では保険診療の治療費を提示しているが、他国では金属床義歯も含めた治療費が記載されている可能性もある。

歯科医療費の国際比較は、過去の報告が少ないため一概に比較が難しいが、日本の診療報酬体系も変化するなかで、諸外国の歯科医療に対する制度も変化していることが予測できる。当然、GDP (国内総生産) といった経済指標を加味するべきではあるが、本報告では、各国歯科医師会役員への聞き取りによる調査結果を報告することを目的としており、今後の国際学会などを通じて、歯科保健制度や歯科医療職種の業務範囲や働き方など踏まえて、調査を行う予定としている。

最後に、口腔の健康は全身の健康に深く関連していることがさまざま報告<sup>4)</sup>されており、歯科医療や口腔健康管理の重要性は多くの場面で重要視されてきている。特に今後増加していくと予想される認知症についても、歯数との関連や歯周病との関連も報告されており、歯数や咬合を維持することが認知症の重症化防止に貢献する可能性も考えられる。歯科医療の充実により健康寿命の延伸に寄与することが、医療費全体にもたらされる寄与度などについても今後検討していく必要がある。また近年では、人件費の上昇、新素材の材料開発、デジタル化を取り入れた技術革新が急速に進展しており、歯科医療費においては国民および歯科医療者に対して、医療内容に鑑みた適切な医療費配分が行われるべきである。

## 結 論

FDI 世界歯科大会に参加する 11 カ国の主要な歯科医療費、歯科医師数、歯科診療所数および国民一人当たり歯科診療医療費について調査を行い、日本と比較した。その結果、日本の歯科医療費は先進的な海外諸国に比較してきわめて低い一方で、国民一人当たり歯科診療医療費は比較的高いことが判明した。すなわち、日本では歯科における診療単価は低く、皆保険による仕組みにより、より多くの患者に対して歯科医療が提供されていることが推測された。近年では、人件費の上昇、新素材の材料開発、デジタル化を取り入れた技術革新が急速に進展しており、歯科医療費においては国民および歯科医療者に対して、医療内容に鑑みた適切な医療費配分が行われるべきである。

本報告の要旨は、日本歯科医療管理学会第 65 回学術大会 (2024 年 5 月、札幌市) 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) 米山武義, 鴨田博司: 口腔ケアと誤嚥性肺炎予防, 老年歯学, 16: 3~13, 2001.
- 2) 藤本篤士, 武井典子, 片倉 朗, 大野友久, 糸田昌隆, 杉山 勝, 吉江弘正, 小林芳友, 編著: 5 疾病の口腔ケア チーム医療による全身疾患対応口腔ケアのすすめ, 医歯薬出版, 東京, 2013.
- 3) 北村正博, 村上伸也: 総論 歯周病と全身疾患, 医学のあゆみ, 232: 161~166, 2010.
- 4) 日本歯科医師会: 健康長寿社会に寄与する歯科医療・口腔保健のエビデンス, 2015 <https://www.jda.or.jp/pdf/ebm2015Ja.pdf> (最終アクセス日: 2025 年 1 月 15 日)
- 5) 今井健一: 口腔と呼吸器疾患との関連—口腔細菌による下気道炎症進展の可能性—, 医学のあゆみ, 277: 1023~1030, 2021.
- 6) 土田武史: 国民皆保険 50 年の軌跡, 季刊社会保障研究, 47: 244~255. 2011.
- 7) 川口陽子, 監修・著: 世界の子供の歯科事情, 東京臨床出版, 東京, 2018.
- 8) 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—, 2020. <https://www.jda.or.jp/dentist/vision/pdf/vision-all.pdf> (最終アクセス日: 2024 年 10 月 15 日)
- 9) 日本歯科医学会: 歯科診療行為のタイムスタディー調査, [https://www.jads.jp/time\\_study/](https://www.jads.jp/time_study/) (最終アクセス日: 2024 年 10 月 15 日)

- 10) 熊谷 崇：歯科構造改革論—成功する歯科医院の条件とは—, 歯界展望, 105: 41~64, 2005.
- 11) 川淵孝一：歯科医療再生のストラテジー 医療経済学からの提言, 医学情報社, 東京, 2004.
- 12) 厚生労働省：第3回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ (参考資料3), <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000905110.pdf> (最終アクセス日: 2024年12月16日)
- 13) 経済協力開発機構 (OECD), 編著: 図表でみる世界の保健医療 OECD インディケータ (2023年版), 明石書店, 東京, 2024.
- 14) 厚生労働省：第24回医療経済実態調査報告書—令和5年実施—, [https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/database/zenpan/jittaityousa/dl/24\\_houkoku\\_iryoukikan.pdf](https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/database/zenpan/jittaityousa/dl/24_houkoku_iryoukikan.pdf) (最終アクセス日: 2024年12月16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 日本歯科総合研究機構  
電話 03-3262-9346

---

## Comparison of Dental Care Costs in Japan and Other Countries Belonging to the FDI World Dental Federation

SUESE Kazuhiko<sup>1)</sup>, TAKAHASHI Hideto<sup>1,2)</sup> and TSUNEISHI Midori<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> Japan Dental Association

<sup>2)</sup> Japan Dental Association Research Institute

**Abstract** : To evaluate the relative position of dental care costs in Japan, we gathered data on dental care costs in other nations and conducted an international comparison. Eleven member countries of the Fédération Dentaire Internationale (FDI) World Dental Congress were asked to provide information on treatment costs, number of dentists, dental clinics, annual dental care expenditures, and per capita dental care costs, which were then compared with those in Japan. The findings revealed that the median dental care costs in other countries were significantly higher than those in Japan, ranging from 1.9 to 5.3 times greater. Japan ranks high internationally in the number of dentists and dental clinics as well as in overall dental care expenditures. Although the unit cost of dental care in Japan is relatively low, the country's universal health insurance system is believed to contribute to a high number of patients seeking care. While numerous studies have documented the connection between oral health and systemic health, Japan offers advanced dental care to all citizens equitably through its universal health insurance system. Therefore, appropriate allocation of medical expenses should be considered in light of the quality of care provided.

**Key words** : International comparison, Dental expenditures, FDI World Dental Federation



書 評

昭和の青春  
日本を動かした世代の原動力

池上 彰 著

講談社 発行

新書判 256頁 定価1,100円

2025年は昭和100年です。“団塊の世代”がターゲットでしょうか。マスメディアでは戦後昭和時代での生活様式などの大変化を紹介する“昭和”企画が多くなっています。2025年にはこの世代が全員75歳以上となり、雇用・医療・福祉などに影響を及ぼす“2025年問題”も存在し、今でも人口ボリュームが社会に影響を及ぼす状況があります。この本は、昭和の数十年で社会が大きく変化してきたことを、昭和後半・平成世代には驚きをもって、昭和前半世代には懐かしさをもってお読みいただけるものです。今回、本書をご紹介した理由は、昭和を振り返る著者の視点を参考に、戦後から現在までの歯科医療界の変遷を皆さんご自身に振り返っていただきたいと思ったからです。1961年導入の国民皆保険制度など、歯科医療提供体制や歯科医院経営に関わる制度も変化してきました。成書で書かれていることや懐古主義的



観点ではなく、歯科医療の状況を当時の社会背景をもってご自身で解釈し、その延長にあるこれからあるべき歯科医療の姿を想像していただきたいと思います。

(鶴田 潤 記)

フツアの歯科医院でもムリなくできる  
スタートアップ! 口腔機能低下症 第2版

松島良次・塚本佳子 著

医歯薬出版 発行

B5判 152頁 定価6,380円

口腔機能低下症は2018年4月に保険収載されました。オーラルフレイルの概念が定着するとともにその対応の重要性が認識されてきました。本疾患はう蝕や歯の喪失などの器質的な障害とは異なり、種々の口腔機能の低下による起こる複合的な疾患で、噛みにくい、飲み込みにくい、喋りにくいような曖昧な症状や、不潔な口腔内、加齢、基礎疾患、低栄養などの状況に修飾されているため、口腔機能低下に患者さんが気づいていないことも多くあります。このように病因が複合的であるので取り組みにくい所を「フツアの歯科医院でもムリなくできる」と表題でいうように、事例に合わせて解説されています。口腔機能低下症の7つの症状のそれぞれに患者さんへの検査を進めやすい説明・所見を紹介し、患者さん自



身が検査を受ける気になるような、また同様に対応した訓練についても患者さんが実行する気になる多くの「Tips」が示された実用書です。

(藤原 周 記)

## 一般社団法人日本歯科医療管理学会雑誌投稿規則

1. 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。
  - 1) 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。
  - 2) 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。
  - 3) 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。
  - 4) 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。
  - 5) 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。
  - 6) 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。
2. 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）。
3. 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。
4. 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。
5. 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。
6. 投稿原稿には必ず最新の論文投稿票・承諾書を添付する。
7. 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。
8. 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。
9. 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。
10. 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。
11. 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。
12. 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。
13. 文献は引用順に本文中に番号をつけ（例えば村瀬<sup>30</sup>のように）、次の順に記載する。

## (例) &lt;雑誌の場合&gt;

- 1) 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.
- 2) Garner, L. D. : Tongue posture in normal occlusions, J. Dent. Res., 41 : 771~778, 1962.

## &lt;単行本の場合&gt;

- 3) 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.
- 4) Thoma, K. H. : Oral Pathology, 3rd ed., p.123~140, Mosby, St. Louis, 1950.

## &lt;分担執筆による単行本の場合&gt;

- 5) 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.
- 6) 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,  $\mu\text{m}$ ,  $\text{cm}^3$ , 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
---	---	---	---

▶令和7年を迎えました。本年は巳年にあたり、巳年には復活と再生、新しいことが始まる年、実を結ぶ年、知恵の象徴、成長や変革の年という意味があるそうです。また昭和100年にもあたり、何か大きな変化を感じさせ、ワクワクした気持ちになってきます。昨年のお話で申し訳ないのですが、流行語として「ふてほど」（不適切にもほどがある）が選ばれました。私は同タイトルのドラマを見ていませんでしたので詳細はわかりませんが、昭和と令和ではコンプライアンスといわれるものが非常に変わってきたという内容ではないかと理解しています。発言や行動に繊細な注意が必要とされ、人と人とのコミュニケーションが取りにくくなった世の中ではありますが、若者たちはすでになりに適応しているようです。こんなところも変革の対象になったということなのでしょう。

▶さて、本年は診療報酬改定における期中の年にあたりますので、学会としてはこれから技術評価提案書の作成に追われることとなります。本学会の特徴でもあります

が、どうしても医療管理料に関する提案が主となってきます。この項目は手術や処置とは異なるためなかなか評価されにくく、またエビデンスを得るのも難しくなります。人を対象とした疫学研究が最もエビデンスとして認められやすいのですが、多くの場合、まずは倫理委員会の承認が必要となります。研究機関に属していない先生方は、まずアイデアの段階で構いませんので、本学会の倫理委員会への申請をお願い申し上げます。

グローバルな影響力が大きいアメリカでは、トランプ大統領がいよいよ新政権を発足させました。まだ始まって間もないうちからさまざまな発言が飛び出し、何が起きかわからない様相を呈しています。わが国でも夏には参議院選挙が予定され、衆議院との同時選挙も噂されています。巳年の本年、何やら変革が起きそうですが、知恵を働かせ、後の世代によりよい世界を渡せるよう願ってやみません。

(堀川晴久 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4号

(通巻第160号)

令和7年2月10日 印刷

令和7年2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 第59巻 総目次

## 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
承継の難しさと未来への展望	蓮井 義則	105
歯科訪問診療のセカンドステージ	藤原 周	141
中国地域歯科医療管理学会について	末森 一彦	175

## 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
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診療行為別の患者数の変化について —第2報 社会医療診療行為別統計による分析—	小 椋 正 之	106
畳み込みニューラルネットワークにおける前歯部画像の回転不変性に関する予備的研究	高 見 精 一 郎, 佐 久 間 重 光, 森 田 一 三	115
口腔カンジダ量と1年後のカンジダ検出結果の関連 —過性のカンジダ検出の識別—	佐 藤 俊 郎, 大 石 泰 子, 佐 藤 華 子 杉 山 由 紀 子, 下 田 陽 樹, 岸 光 男	142
小学校における歯髄への影響がある歯牙破折発生の危険要因	澤 田 有 香, 下 村 淳 子, 森 田 一 三 渡 邊 智 之, 前 田 美 穂, 大 澤 功	148
臨床実習生における医療安全用語の認識度調査	中 村 太 志, 磯 部 彩 香, 福 田 晃 守 下 昌 輝, 村 岡 宏 祐, 栗 野 秀 慈	176
歯科経営指標が示すインプラント治療導入と利益および利益率の関係について	森 基, 嶋 村 成 一 郎, 永 山 正 人	183
市区町村単位の歯科診療所数, 無歯科医地区・準無歯科医地区数と 小児う蝕有病状況との関連: 2020年時点の横断研究	恒 石 美 登 里, 山 本 龍 生, 末 瀬 一 彦, 高 橋 英 登	194
わが国における歯科医事訴訟の年次的変遷に関する研究	濱 寄 朋 子	201

## 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
歯科医師数の推移予測と望まれる政策推進について —令和4年の医師・歯科医師・薬剤師統計で、歯科医師数が減少に転じたことを踏まえ— .....	上條英之, 小野瀬祐紀, 高橋義一	123
2022年歯科疾患実態調査結果に対する年齢構成調整の試み.....	佐藤裕二	156
日本とFDI世界歯科連盟に所属する諸外国における歯科医療費の比較 .....	末瀬一彦, 高橋英登, 恒石美登里	000
<b>第65回日本歯科医療管理学会大会報告</b> .....	越智守生	161
<b>地域関連団体活動報告</b>		
令和5年度北海道歯科医療管理学会活動報告.....	越智守生	65
令和5年度みちのく歯科医療管理学会活動報告.....	山崎信也	67
令和5年度関東甲信越歯科医療管理学会活動報告.....	大金誠	69
令和5年度東海歯科医療管理学会活動報告.....	山内六男	70
令和5年度近畿北陸歯科医療管理学会活動報告.....	末瀬一彦	71
令和5年度中国地域歯科医療管理学会活動報告.....	池田実央	72
令和5年度四国歯科医療管理学会活動報告.....	蓮井義則	73
令和5年度九州歯科医療管理学会活動報告.....	比嘉良喬	74
<b>地域関連団体活動予定</b> .....		76
<b>会務だより</b> .....		129, 163
<b>書 評</b>		
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—.....	藤井一維	77
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—.....	堀川晴久	77
医科歯科連携・多職種連携.....	恒石美登里	133
貴族とは何か—ノブレス・オブリージュの光と影—.....	森田一三	133
エビデンスを嫌う人たち—科学否定論者は何を考え、どう説得できるのか?—.....	福澤洋一	170
新口腔内スキャナー入門—デジタル印象採得の基礎と臨床—.....	福泉隆喜	170
昭和の青春 日本を動かした世代の原動力.....	鶴田潤	215
フッターの歯科医院でもムリなくできる スタートアップ! 口腔機能低下症 第2版.....	藤原周	215
<b>名誉会員紹介</b> .....		78
<b>認定医・指導医・認定士一覧</b> .....		79
<b>定 款</b> .....		81
<b>認定医制度規則・施行規則</b> .....		89
<b>指導医制度規則・施行規則</b> .....		93
<b>認定士制度規則・施行規則</b> .....		96
<b>倫理審査委員会規程</b> .....		99
<b>日本歯科医療管理学会賞を受賞して</b> .....		162
<b>投稿規則</b> .....		101, 137, 171, 216
<b>編集後記</b> .....		103, 139, 173, 218

# 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
- Changes in the Number of Patients for Each Specific Medical Practice  
at Dental Clinics Before and After the Spread of the COVID-19 Pandemic, Second Report :  
Based on an Analysis of Statistics of Medical Care Activities in Public Health Insurance  
OGURA Masayuki 106
- A Preliminary Pilot Study on Rotational Invariance of Anterior Tooth Images  
in Convolutional Neural Networks  
TAKAMI Seiichiro, SAKUMA Shigemitsu and MORITA Ichizo 115
- Relationship between Amounts of oral Candida and Detection Results of a One-year  
Post-survey : Discrimination of Transient Candida from Residential Colonization  
SATO Toshiro, OISHI Taiko, SATO Hanako,  
SUGIYAMA Yukiko, SHIMODA Haruki and KISHI Mitsuo 142
- Risk Factors for Tooth Fractures that Affect Dental Pulp among Elementary Schoolchildren  
SAWADA Yuka, SHIMOMURA Junko, MORITA Ichizo,  
WATANABE Tomoyuki, MAEDA Miho and OHSAWA Isao 148
- Survey on Recognition of Medical Safety Terms Among Clinical Training Students  
NAKAMURA Taiji, ISOBE Ayaka, FUKUDA Hikaru,  
MORISHITA Masaki, MURAOKA Kosuke and AWANO Shuji 176
- Dental Management Index Shows the Relationship Between the Introduction  
of Implant Therapy and Profits and Profit Ratio  
MORI Motoi, SHIMAMURA Seiichiro and NAGAYAMA Masato 183
- Association Between the Number of Dental Clinics, Area of Dentist-free Districts  
in Each Municipality and the Prevalence of Dental Caries in Children :  
A Cross-sectional Study in 2020  
TSUNEISHI Midori, YAMAMOTO Tatsuo, SUESE Kazuhiko and TAKAHASHI Hideto 194
- Dentists' Legal Liability and Temporal Changes in Dental Malpractice Litigation in Japan  
HAMASAKI Tomoko 201

## Vision

Factors Related to Increase/Decrease in Number of Dental Clinics at the Prefectural Level (2000-2020)	TSUNEISHI Midori	60
Prediction of the Number of Dentists in the Promotion of Desired Policies to be Taken : in Light of the Fact that the Number of Dentists Began to Decline in 2022 According to the Statistics on Physicians, Dentists, and Pharmacists	KAMIJO Hideyuki, ONOSE Yuki and TAKAHASHI Yoshikazu	123
Attempt to Adjust the Age Composition of the Results of Dental Disease Survey 2022	SATO Yuji	156
Comparison of Dental Care Costs in Japan and Other Countries Belonging to the FDI World Dental Federation	SUESE Kazuhiko, TAKAHASHI Hideto and TSUNEISHI Midori	210



# Smiles



# for the



# world.

「現場で困っている患者さまやお客様はいないか。」

「何に不安を感じているのか。」

「OSADAでできることはないか。」

わたしたちOSADAは、  
日々の診療を止めないために、  
そして誰もが安心して診療を受けられる社会のために、  
未来を見据えて一歩先を提案できる存在であろうと  
考え続けてきました。

抱えている不安は一人ひとり違うからこそ、  
その不安に真摯に向き合い、  
自社一貫体制でものづくりをしています。  
OSADAは、これから先も、  
このおもいを大切に唯一無二の価値を提供します。

歯科の治療に  
困っている人を救い、  
笑顔あふれる世界へ。



**OSADA**

磨いていこう、この先も。

**90<sup>th</sup>**  
Anniversary

OSADAは  
おかげさまで90周年

オサダwebサイトはこちら



90周年記念サイトはこちら



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/](http://www.osada-electric.co.jp/dental/)



学校では教えてくれない“歯科医院を守るためのトラブル対応策”!

# 治療トラブルと経営リスクから 歯科医院を守る 法律相談

最新刊

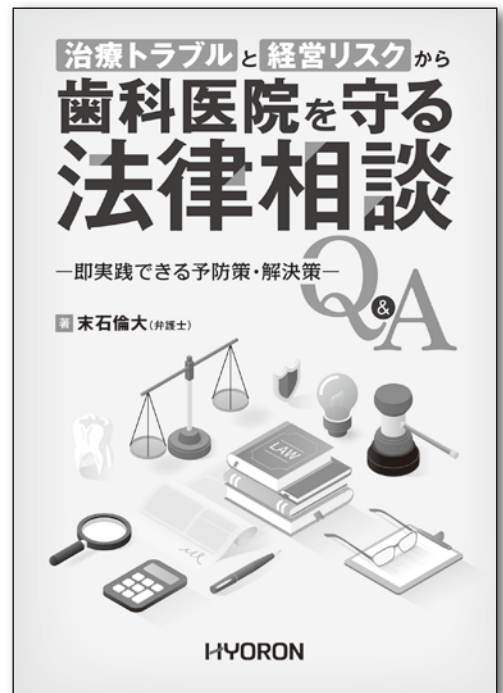
—即実践できる予防策・解決策 Q&A—

著 末石倫大 (弁護士/東京都千代田区末石・古久保法律事務所)

- 月刊『日本歯科評論』の好評連載「新・こちらジュリスト」, その10年に及ぶ連載の中から“治療をめぐるトラブル”と“歯科医院経営・運営のリスク”に関するQ&Aをピックアップし, まとめました。
- 「応招義務」「裁量」などの基本的な法規定から, インプラント治療などのトラブル, 医院承継や相続問題まで, 歯科医院に降りかかるトラブル, リスクへの対応をQ&A形式でわかりやすく解説!



A5判・264頁・2色刷・定価5,940円(税込)



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”最新の1冊!



## 歯科六法コンメンタール (第3版)

2刷

歯科関連法律の逐条解説

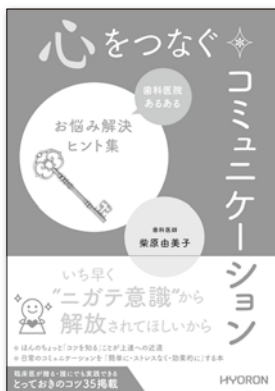
編著 社会歯科学会

- 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!



B5判・472頁・パート2色・定価6,380円(税込)

コミュニケーション上達のヒント35を紹介!



## 心をつなぐコミュニケーション

歯科医院あるあるお悩み解決ヒント集

編著 柴原由美子

- 「どうして患者さんに言いたいことが伝わらないのか?」「世代の違うスタッフへの指導がうまくいかない……」など, 著者自身が悩んだ経験から学んだコミュニケーションのコツを伝えるヒント集です。ぜひ, ご活用ください。



B5判・96頁・2色刷・定価3,080円(税込)

内容の一部を動画で紹介しています。



YouTube

# 歯科から始める 医科歯科連携



歯科パノラマX線 画像解析 AI

## PanoSCOPE

パノスコープ

医療機器製造販売承認番号 30600BZX00098000

## ！簡単な操作で歯科パノラマX線画像を自動解析



▲自動解析に必要な操作は、たったこれだけ！

## ！AI(人工知能)解析により 顎骨脆弱度評価を支援

スクリーニング画面

解析結果を正常・軽度異常・重度異常の3段階で表示

下顎皮質骨の厚み

下顎皮質骨の厚さ

下顎皮質骨の形態指標

下顎皮質骨形態指数を表示

下顎皮質骨の厚さ

下顎皮質骨の形態指標

下顎皮質骨の形態指標

▲スクリーニング画面

## ！紹介状作成も簡単に

紹介状・診療情報提供書 2024年12月18日

患者氏名: メディア 太郎 実生 様

性別: 男

年齢: 75歳

住所: 〒100-0001 東京都千代田区千代田 1-1-1

電話番号: 03-XXXX-XXXX

担当医師: 歯科医師 山田 太郎

紹介状作成日時: 2024年12月18日

紹介目的: 歯科診療のため

紹介内容: 歯科診療のため

紹介先: 歯科医師 山田 太郎

紹介元: 歯科医師 山田 太郎

紹介先: 歯科医師 山田 太郎

紹介元: 歯科医師 山田 太郎

▲紹介状

・本広告に掲載している画像は、イメージです。

・PanoSCOPEは、歯科医師による顎骨脆弱度の評価を行うための参考情報を提示することを目的としており、本プログラムによる検出結果のみで確定診断を行うことを目的としておりません。

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](http://www.dental-plaza.com)

# 補綴物と インプラントの メンテナンスは スターチップ ITMシステム



## // スターチップ ITMシステムの 特徴

- スケーラーチップの材質は3種類
  - 純チタン、チタン合金 (ラフサーフェス部用)
    - ⇒ 異種金属の残留によるインプラント体の腐食や物性の低下の心配がない
  - PEEK
    - ⇒ 補綴物やインプラント鏡面研磨部分、アバットメント等を傷付けずにスケーリングできる
- スケーラーチップの形状は3種類 (右曲、左曲、鎌型)
- インプラント体スレッド内に到達可能な形状
- フラップレスでも使用できる
- 超音波スケーラーで使用でき効率よく除染できる
- 不良肉芽が簡単に除去できる (NIKUGEトレール)



★ PEEKチップ  
補綴物ならびにインプラント  
鏡面研磨部を傷付けずに  
クリーニングできます。

★ スケーラーチップ  
左曲Lタイプ / 右曲Rタイプ  
先端が曲がっているため、フラップレスでも  
上からスレッドの溝にアプローチできます。



★ NIKUGEトレール  
骨欠損の最深部まで挿入し、  
インプラント周囲の不良肉芽  
を除去します。

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



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



# 一般社団法人日本歯科医療管理学会入会申込書

コンピューター入力のための原票となります。  
ご記入の際は、下記のご案内をお読みのうえ、太枠の中だけお願いします。

会員 コード							
-----------	--	--	--	--	--	--	--

フリガナ											性別	1	男	2	女	生年月日	西暦															
氏名	姓		名																		年	月	日									
最終学歴	(学校名)										紹介者	1	あり氏名( )										2	なし								
卒業年	西暦 年 卒・見込																															
職種区分	0	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	-		TEL										FAX																		
				Eメール																												
	住所																															
勤務先名称																																
現住所	郵便番号	-		TEL										FAX																		
				Eメール																												
	住所																															
ビル名 気付等																																
送付先区分	0	勤務先		1	自宅								メール送付先区分	0	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							

●下記の学会は、口腔保健協会に事務局があります。会員データの一元管理に利用しますので、すでに加入している学会に○印をつけてください。

歯科基礎医学会	日本歯科麻酔学会	日本歯科技工学会	ジャパンオーラルヘルス学会
日本歯科保存学会	日本小児歯科学会	日本接着歯学会	日本顎関節学会
日本矯正歯科学会	近畿東海矯正歯科学会	日本歯科東洋医学会	日本咀嚼学会
日本口腔衛生学会	日本歯科医学教育学会	東京矯正歯科学会	Osseointegration Study Club of Japan(OJ)
日本歯科理工学会	日本歯内療法学会	日本歯科審美学会	
日本歯周病学会	日本障害者歯科学会	口腔病学会	日本スポーツ歯科医学会
日本老年歯科医学会	ICJD日本事務局	日本全身咬合学会	日本臨床歯周病学会
日本レーザー歯学会	九州矯正歯科学会	日本口腔リハビリテーション学会	UCLAインプラントアソシエーション/ジャパン

## 入会手続きのご案内

1. 記入上の注意事項を必ずお読みください。
2. 上記入会申込書に必要事項を楷書でご記入の上、入会金・年会費と共に現金書留にて事務所までご送金ください。
  - a. 歯科医師:入会金 3,000円、年会費 12,000円、合計15,000円
  - b. 歯科医師以外:入会金 3,000円、年会費 10,000円、合計13,000円
3. 会誌は原則として入金後の号からお送りいたします。
4. 住所変更の際は、新・旧住所を事務局あて書面にてご連絡ください。
5. 入会申込先: 〒170-0003 豊島区駒込1-43-9 (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  
TEL:03-3947-8891(代) FAX:03-3947-8341
6. なお、本申込書にご記入いただいた事項は、目的外の使用および第三者への情報提供などはいたしません。
7. 本学会では預金口座からの年度会費自動引落制度を推奨しております。  
ご希望の場合には預金口座振替依頼書をお送りしますので、事務局までご連絡ください。

## 記入例

フリガナ	ヤマダ		タロウ		性別	<input checked="" type="radio"/> 男	<input type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> あり	氏名( 管理花子 )		<input type="radio"/> なし		
卒業年	西暦	1994年		<input checked="" type="radio"/> 卒見込							
職種区分	<input checked="" type="radio"/> 0 歯科医師	<input type="radio"/> 2 歯科技工士	勤務先区分		<input type="radio"/> 0 大学	<input checked="" type="radio"/> 2 開業					
	<input type="radio"/> 1 歯科衛生士	<input type="radio"/> 3 その他			<input type="radio"/> 1 病院	<input type="radio"/> 3 その他					
勤務先	郵便番号	170-0003	TEL	03-3947-8891		FAX	03-3947-8341				
			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	170-0003	TEL	03-3947-8894		FAX	03-3947-8073				
			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	<input checked="" type="radio"/> 勤務先	<input type="radio"/> 1 自宅	メール送付先区分	<input checked="" type="radio"/> 勤務先	<input type="radio"/> 1 自宅	日本歯科医師会 会員区分	<input type="radio"/> 0 会員でない				
						<input checked="" type="radio"/> 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。

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?

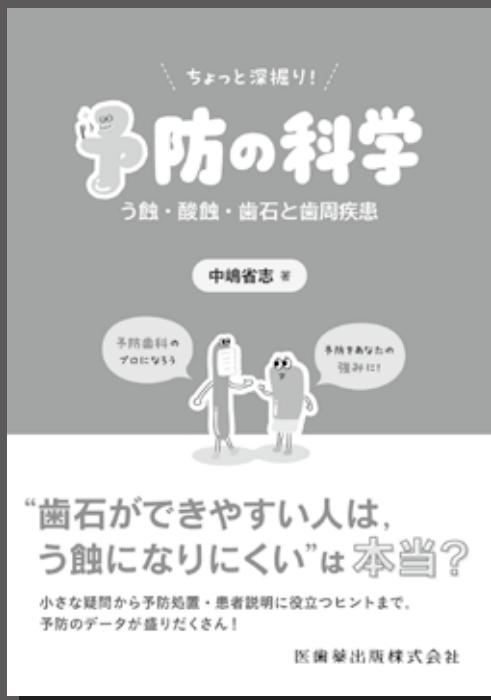
お米はパンより  
歯石が  
できやすい?!

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!

