原 著

歯周基本治療における歯科医師と歯科衛生士の連携に関する実態調査 (第2報)—チーム医療に関わる要因—

西村実佐子^{*1}, 佐々木好幸^{*2}, 木下 淳 博^{*3}

^{*1}東北大学医学部保健学科看護学専攻

^{*2}東京医科歯科大学歯学部附属口腔保健教育研究センター

^{*3}東京医科歯科大学図書館情報メディア機構教育メディア開発部

(受付日: 2010 年 11 月 15 日 受理日: 2011 年 4 月 6 日)

Actual survey on the cooperation between dentists and dental hygienists in
initial periodontal therapy (second report)—factors related to a team approach—

Misako Nishimura^{*1}, Yoshiyuki Sasaki^{*2} and Atsuhiro Kinoshita^{*3}

^{*1}Department of Nursing, School of Health Sciences, Tohoku University.

^{*2}Center for Education and Research in Oral Health Care, Faculty of Dentistry,
Tokyo Medical and Dental University.

^{*3}Department of Educational Media Development, Institute for Library and Media Information Technology,
Tokyo Medical and Dental University.

(Received: November 15, 2010 Accepted: April 6, 2011)

Abstract : In a previous study, we reported the results of a survey on the cooperation between dentists and dental hygienists in initial periodontal therapy. This survey included 459 dental clinics in Japan, each with at least one dentist who was a board-certified periodontist by the Japanese Society of Periodontology (JSP). In the present study, we analyzed the data obtained from the survey using factor analysis. Methods: Factor analysis using the principal factor method and varimax rotation was performed to extract factors from the survey data, and factor scores were calculated using the regression method. The relationship between the three variables from the responses and the five-factor scores were analyzed. Results: The following five factors were extracted (listed in descending order of contribution): 1) implementation of professional skills by dental hygienists; 2) involvement in treatment planning; 3) mutual trust; 4) enhancement of resources; 5) dental unit occupancy rate. Clinics that

連絡先: 佐々木好幸

〒 113-8549 東京都文京区湯島 1-5-45

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科摂食機能保存学講座う蝕制御学分野

Yoshiyuki Sasaki

Faculty of Dentistry, Tokyo Medical and Dental University

Center for Education and Research in Oral Health Care

1-5-45 Yushima, Bunkyo-ku, Tokyo 113-8549, JAPAN

Email: sasaki.prev@tmd.ac.jp

had clinic directors with over 13 years of experience showed significantly higher scores for factors 1 and 2 as compared to clinics managed by directors had less experience. Clinics with more JSP-board-certified dental hygienists, including those preparing for board certification, showed significantly higher scores for factors 1, 2 and 4. Clinics with a higher chair-time ratio for dental hygienists showed significantly higher scores for factors 1, 3 and 4. Conclusion: A team approach with proper involvement of dental hygienists is feasible in clinics with highly experienced directors, several JSP-board-certified dental hygienists, and a high chair-time ratio for dental hygienists.

Nihon Shishubyo Gakkai Kaishi (J Jpn Soc Periodontol) 53(2) : 125-132, 2011.

Key words : dental hygienist, medical team approach, dental team approach, dental co-therapy, initial periodontal therapy.

要旨 : われわれは以前に日本歯周病学会専門医が勤務する歯科医院を対象に歯周基本治療における歯科医師と歯科衛生士の連携の実態を調査し報告した。本研究では同調査で得られた 202 件のデータについて因子分析を行い考察した。

主因子法・バリマックス回転による因子分析によって因子を抽出し、回帰法により因子得点を算出した。次に、院長経験年数、日本歯周病学会認定歯科衛生士(準備中含む)数、1 人の歯周基本治療患者に 1 来院あたり歯科衛生士が主として接する時間割合(歯科衛生士チェアタイム比率)の 3 項目について、回答によって対象者を複数の群に分け、因子得点の平均値を比較した。

因子分析により 5 因子が抽出された。寄与率の高い順に、専門的技術の発揮の程度、治療方針・計画への関与度、任されている程度、リソース充実度、ユニット稼働状況とした。院長経験年数が 13 年を超える群では、専門的技術の発揮の程度、治療方針・計画への関与度が高かった。日本歯周病学会認定歯科衛生士(準備中含む)数が多いほど、専門的技術の発揮の程度、治療方針・計画への関与度、リソース充実度が高かった。歯科衛生士チェアタイム比率が高いほど、専門的技術の発揮の程度、任されている程度、リソース充実度が高かった。

歯科衛生士にとってやりがいのあるチーム医療は、院長経験が長く、認定歯科衛生士が多く勤務し、歯科衛生士チェアタイム比率が長いことと関連が高いことが示唆された。

日本歯周病学会会誌(日歯周誌)53(2) : 125-132, 2011.

キーワード : 歯科衛生士, チーム医療, 連携歯科診療, 歯科診療の補助, 歯周基本治療

緒 言

日本は世界でも有数の長寿国となり、2008 年には平均寿命が男性で 79 歳、女性で 86 歳を超えた¹⁾。今後さらに高齢化が進展するに伴い、歯周疾患を抱える患者の割合は、増加することが予想されている²⁾。歯周疾患の治療と予防は、歯の健康寿命の延伸につなげるべく、今日の歯科医療において力をいれている領域のひとつとなっている。歯周疾患は適切な保健指導と歯周基本治療によりその発症と進行を防ぐことができることから、歯科衛生士の活躍に期待されるところが大きい。歯科衛生士が歯周治療に介入する際には、歯科保健指導または歯科診療の補助³⁾というかたちで業務を実施することとなる。だが現状では、歯科衛生士が実施している歯科診療の補助の具体的内容は、十分に把握されていない。把握が困難な背景には、歯科衛生士が実施する歯科診療の補助は、診療科や勤務する施

設の種類などによって多様な形をとりうる^{4,5)}ことがあげられる。さらに、歯科衛生士が実施することのできる相対的歯科医行為について歯科界を含めた社会のコンセンサスが得られていないこともあげられる⁶⁾。

われわれは、歯周治療に高い専門性をもつ歯科医師との連携に際して歯科衛生士の技能が最も効果的に発揮されると考え、日本歯周病学会専門医が勤務する全国の歯科医院を対象とし、歯周基本治療における各処置内容に関して歯科医師および歯科衛生士の実施状況を調査し、前報において報告した⁷⁾。本研究では、同調査のデータを用いて因子分析を行い、得られた因子と歯科医師、歯科医院に関する質問項目との関連を明らかにすることにより、歯科医師と歯科衛生士によるチーム医療を発展させる要因についてさらに考察を加えた。

対象および方法

1. 対象

前報⁷⁾で得られた 202 件のデータを今回の分析対象とした。調査は、日本歯周病学会専門医が勤務する一般開業歯科診療所院長に対して行われたものであった。対象者の選出に当たっては、日本歯周病学会専門医が勤務する歯科医院を母集団の候補とし、同学会が公表している名簿をもとにした。そのうえで、各種病院歯科、大学・研究機関、企業内診療所等を除く、日本歯周病学会専門医が勤務している全国の一般開業歯科診療所の院長(459 名)に質問紙を平成 19 年 8 月 20 日～同年 9 月 30 日に郵送し、202 件の回答が得られた。対象を院長とした理由は、同一診療所に複数の日本歯周病学会専門医が勤務しているケースがいくつかあり、これらから重複した回答を得ることを避けるためであった。

2. 質問内容

前報⁷⁾では質問項目は、「歯周病の診断と治療の指針 2007(日本歯周病学会編)」⁸⁾を参考に作成した 34 項目であった。内容は①回答者情報、②ユニット使用状況、③勤務歯科衛生士、④患者、⑤歯周基本治療に関するものとした。①～④の質問に対しては、数値を記入し、⑤の質問に対しては、それぞれの行為について選択肢を用いて回答する形式とした。

回答に際しては、診療所名・個人名の記入は求めず、診療所が所在する都道府県および市区町村郡のみの記入を求めた。本研究は疫学研究に関する倫理指針に従っており、回答の任意性が保証されており、データは連結不可能匿名化されているため、倫理的な問題は生じないと考えられる。

3. 集計および分析

統計解析は、まず、主因子法・バリマックス回転による因子分析によって、因子を抽出し、回帰法により因子得点を算出した。因子分析に用いた変数は、①回答者情報から院長経験年数、②ユニット使用状況からユニット台数、③勤務歯科衛生士から常勤歯科衛生士数に対する日本歯周病学会認定歯科衛生士数と同認定取得準備中歯科衛生士数の合計(以下、日本歯周病学会認定(準備中を含む)歯科衛生士数とする)、ユニット 1 台当たり一日平均歯科衛生士勤務員数、④患者からユニット 1 台当たり一日平均歯周病名患者数、1 人の歯周基本治療患者に要する 1 来院当たりのユニット使用時間、⑤歯周基本治療に関する項目の 24 項目を投入した。欠損値は中央値をもって代用した。因子数は、カイザー基準およびスクリープロットにより決定

した。さらに、院長経験年数、日本歯周病学会認定(準備中を含む)歯科衛生士数、1 人の歯周基本治療患者に 1 来院あたり歯科衛生士が主として接する時間割合(以下、歯科衛生士チェアタイム比率とする)の 3 項目について、回答によって対象者を複数の群に分け、因子得点の平均値を比較した。因子得点の分布が正規分布に従っているかどうかを Shapiro-Wilk 検定により確認し、正規分布が棄却できない場合は、t-検定あるいは 1 元配置分散分析を行った。正規分布が棄却された場合には、Mann-Whitney 検定あるいは Kruskal Wallis 検定を行った。すべての検定における有意水準は $p=0.05$ とした。なお、統計解析には SPSS15.0 for Windows(SPSS Japan, 東京)を用いた。

結 果

1. 因子分析

主因子法・バリマックス法による直交回転による因子分析の結果、6 因子が抽出され、同時に回帰法により各因子の因子得点を算出した。しかし、第 6 因子は回転後の固有値が 1 より小さかったため、解釈からは除外した(表 1)。各因子と項目間の関連を表 2 に示す。

第 1 因子と関連の高かった項目は、ユニット台数、歯周ポケット検査の実施、プラーク付着検査の実施、口腔衛生指導における清掃方法・清掃用具の選択、歯肉縁上スケーリングの実施、歯肉縁下スケーリング・ルートプレーニング(以下、SRP とする)の実施、歯肉縁下 SRP に使用する器具の選択、ハンドスケーラーのシャープニングであった。

第 2 因子と関連の高かった項目は、歯周基本治療に関する処置部位の判断または提案、歯肉縁下 SRP 時の局所麻酔の提案・依頼、局所抗菌剤投与の提案、歯周ポケット搔爬・歯周外科手術・抜歯等適応の依頼・提案、歯周基本治療・メンテナンスに関する次の来院日・時期の決定、患者からの質問への対応であった。

第 3 因子と関連の高かった項目は、歯周治療の必要性を最初に発見する職種、歯周基本治療に関する検査内容の判断または提案、患者への歯周治療計画の説明であった。

第 4 因子と関連の高かった項目は、歯科衛生士が主として処置を行うユニット台数の割合(以下、歯科衛生士用ユニット割合とする)、常勤歯科衛生士数に対する日本歯周病学会認定(準備中を含む)歯科衛生士数、1 人の歯周基本治療患者に要する 1 来院当たりのユニット使用時間であった。

表1 因子分析によって抽出された因子の固有値と寄与率

因子抽出法：主因子法

回転：Kaiser の正規化を伴うバリマックス法

因子	初期の固有値			抽出後の負荷量平方和			回転後の負荷量平方和		
	合計	分散の%	累積%	合計	分散の%	累積%	合計	分散の%	累積%
1	7.10	29.60	29.60	6.64	27.68	27.68	3.77	15.69	15.69
2	2.06	8.59	38.18	1.62	6.77	34.44	2.98	12.43	28.12
3	1.52	6.33	44.51	1.08	4.48	38.92	1.64	6.83	34.94
4	1.42	5.92	50.43	0.82	3.40	42.32	1.25	5.19	40.13
5	1.16	4.85	55.28	0.65	2.69	45.00	1.03	4.30	44.43
6	1.15	4.77	60.05	0.52	2.16	47.16	0.66	2.73	47.16

表2 バリマックス回転後の因子負荷行列

	因子				
	1	2	3	4	5
院長日本歯周病学会専門医資格取得後年数（年）	-0.030	-0.084	-0.131	0.001	0.093
院長経験年数（年）	0.062	0.076	0.008	0.076	-0.039
ユニット台数（台）	0.311	0.150	0.022	-0.208	-0.119
歯科衛生士用ユニット割合	0.159	0.077	0.139	0.587	0.211
常勤歯科衛生士数に対する日本歯周病学会認定（準備中含む）数の割合	0.140	0.285	-0.008	0.412	-0.036
ユニット当たり一日平均歯科衛生士数	0.213	-0.032	0.166	0.242	0.364
ユニット当たり一日平均歯周病名患者数	-0.006	0.055	-0.043	-0.088	0.843
1人の歯周基本治療患者に要する1来院当たりのユニット使用時間（分）	0.239	0.192	-0.041	0.509	-0.240
歯周治療の必要性を最初に発見する職種	0.240	0.090	0.604	0.013	0.092
歯周基本治療に関する検査内容の判断または提案	0.142	0.308	0.567	0.043	0.046
歯周ポケット検査の実施	0.505	0.116	0.474	0.089	0.052
ブラーク付着検査の実施	0.652	0.101	0.183	0.082	0.126
患者への歯周治療計画の説明	0.212	0.336	0.360	0.063	0.000
口腔衛生指導における清掃方法、清掃用具の選択	0.556	0.191	0.223	0.239	-0.051
歯肉縁上スケーリングの実施	0.630	-0.044	0.291	0.260	0.091
歯肉縁下 SRP の実施	0.814	0.220	0.173	0.204	0.045
歯周基本治療に関する処置部位の判断または提案	0.244	0.674	0.335	0.103	0.064
歯肉縁下 SRP に使用する器具の選択	0.750	0.310	0.069	0.208	-0.038
ハンドスケーラーのシャープニング	0.630	0.166	0.100	0.021	-0.002
歯肉縁下 SRP 時の局所麻酔の提案・依頼	0.419	0.464	0.132	0.121	-0.035
局所抗菌剤投与の提案	0.082	0.797	0.032	0.096	0.024
歯周ポケット搔爬、歯周外科手術、抜歯等適応の依頼・提案	0.108	0.677	0.159	0.071	-0.033
歯周基本治療、メンテナンスに関する次回の来院日・時期の決定	0.189	0.690	0.212	0.149	-0.031
患者からの質問への対応	0.309	0.361	0.341	0.253	-0.098

相関係数が 0.3 を越えている部分を網掛け太字にした

表3 各因子得点の分布の正規性の検定

	Shapiro-Wilk 検定		
	統計量	自由度	有意確率
第1因子の因子得点	0.955	192	0.000
第2因子の因子得点	0.836	192	0.000
第3因子の因子得点	0.947	192	0.000
第4因子の因子得点	0.984	192	0.028
第5因子の因子得点	0.960	192	0.000

第5因子と関連の高かった項目は、ユニット当たり
の一日平均歯科衛生士勤務員数およびユニット当たり
の一日平均歯周病名患者数であった。

2. 因子得点の平均の差の検定

回帰法により算出された因子得点は、Shapiro-Wilk 検
定により正規性を確認し、全て因子の因子得点が正規
分布に従わないことが明らかになった(表3)。

院長経験年数を中央値である13年を超えるか否か
で2群に分け、各因子の因子得点と Mann-Whitney
検定を行った結果、第1因子および第2因子で2群間

表4 院長経験年数 Mann-Whitney 検定

	院長経験年 数	N	平均ラン ク	漸近有意確率 (両側)
第1因子(歯周治療における歯科衛生士の専門的技術の発揮の程度)	13年未満	92	87.09	0.024
	13年以上	100	105.16	
第2因子(治療方針・計画への歯科衛生士の関与度)	13年未満	92	87.68	0.035
	13年以上	100	104.61	
第3因子(歯科衛生士の知識・技術を信頼して任せている程度)	13年未満	92	97.10	0.886
	13年以上	100	95.95	
第4因子(歯科衛生士との連携による歯周治療のためのリソース充実度)	13年未満	92	90.11	0.126
	13年以上	100	102.38	
第5因子(歯周治療のためのユニット稼働状況)	13年未満	92	97.42	0.825
	13年以上	100	95.65	

表5 日本歯周病学会認定(準備中含む)歯科衛生士数 Kruskal Wallis 検定

	日本歯周病学会認定(準備中含む)歯科衛生士数	N	平均ラ ンク	漸近有意確 率(両側)
第1因子(歯周治療における歯科衛生士の専門的技術の発揮の程度)	0名	116	89.78	0.010
	1名	37	92.11	
	2名以上	39	120.67	
第2因子(治療方針・計画への歯科衛生士の関与度)	0名	116	86.59	0.000
	1名	37	95.11	
	2名以上	39	127.31	
第3因子(歯科衛生士の知識・技術を信頼して任せている程度)	0名	116	93.92	0.287
	1名	37	91.49	
	2名以上	39	108.92	
第4因子(歯科衛生士との連携による歯周治療のためのリソース充実度)	0名	116	73.05	0.000
	1名	37	121.78	
	2名以上	39	142.26	
第5因子(歯周治療のためのユニット稼働状況)	0名	116	95.27	0.930
	1名	37	98.32	
	2名以上	39	98.44	

表6 歯科衛生士チェアタイム比率 Kruskal Wallis 検定

	歯科衛生士チェアタイム比率	N	平均ラ ンク	漸近有意確率 (両側)
第1因子 (歯周治療にお ける歯科衛生士の専門的技術 の発揮の程度)	30分未満	96	75.72	0.000
	30分以上 60分未満	74	110.35	
	60分以上	13	107.77	
第2因子 (治療方針・計画 への歯科衛生士の関与度)	30分未満	96	84.50	0.001
	30分以上 60分未満	74	92.82	
	60分以上	13	142.69	
第3因子 (歯科衛生士の知 識・技術を信頼して任せて いる程度)	30分未満	96	89.44	0.609
	30分以上 60分未満	74	96.54	
	60分以上	13	85.08	
第4因子 (歯科衛生士との 連携による歯周治療のため のリソース充実度)	30分未満	96	64.94	0.000
	30分以上 60分未満	74	117.57	
	60分以上	13	146.31	
第5因子 (歯周治療のため のユニット稼働状況)	30分未満	96	102.53	0.018
	30分以上 60分未満	74	80.91	
	60分以上	13	77.38	

の因子得点の平均値に有意差が認められた(表4)。

日本歯周病学会認定(準備中含む)歯科衛生士数を、0名、1名、2名以上の3群に分け、各因子の因子得点と Kruskal Wallis 検定を行った結果、第1因子、第2因子および第4因子で3群間の因子得点の平均値に有意差が認められた(表5)。

歯科衛生士チェアタイム比率を30分未満、30分以上60分未満、60分以上の3群に分け Kruskal Wallis 検定を行った結果、第1因子、第2因子、第4因子および第5因子で3群間の因子得点の平均値に有意差が認められた(表6)。

考 察

因子負荷行列(表2)から各因子に該当する変数を検討し、次のとおり因子を命名した。

第1因子は、歯周ポケット検査やブラーク付着検査、歯肉縁上スケーリング、歯肉縁下SRPといった手技的な変数との関連が高かったことから、歯周治療における歯科衛生士の専門的技術の発揮の程度とした。

第2因子は、歯周基本治療に関する処置部位の判断・提案、歯肉縁下SRP時の局所麻酔の提案・依頼、歯周基本治療、メンテナンスに関する次の来院日・時期の決定、患者からの質問への対応などの変数

との関連が高かった。これらの変数は、歯周治療の方針や計画について判断を要する特徴があると考えられたことから、治療方針・計画への歯科衛生士の関与度とした。

第3因子は、歯周治療の必要性を最初に発見する職種、歯周基本治療に関する検査内容の判断または提案、患者への歯周治療計画の説明と関連が高かったことから、歯科衛生士の知識・技能を信頼して任せている程度とした。

第4因子は、歯科衛生士ユニット比率、常勤歯科衛生士数に対する日本歯周病学会認定(準備中含む)歯科衛生士数、および1人の歯周基本治療患者に要する1来院あたりのユニット使用時間(分)との関連が高かった。これらの項目は、歯科衛生士が歯周治療を実践するための物理的資源、人的資源、時間を表しているため、歯科衛生士との連携による歯周治療のためのリソース(資源)充実度とした。

第5因子は、ユニット当たりの一日常平均歯周病名患者数との関連が高かったため、歯周治療のためのユニット稼働状況とした。

院長経験年数が13年を超える群で第1因子(歯周治療における歯科衛生士の専門的技術を発揮する程度)および第2因子(治療方針・計画への歯科衛生士の関与度)が高くなったのは、院長として歯科衛生士の雇

用を長年に渡り経験していくなかで、歯科医師と歯科衛生士との間で効率的に業務を分担できるようになり、歯科衛生士が有する専門的技術とアセスメント能力を活用する体制をとっているためと考えられる。

歯科衛生士業務の内容は、診療体制やスタッフ数、地域性、患者特性など多くの要因により、多様なかたちをとっているといわれている。本研究により院長経験年数は、歯科衛生士が実施している業務の専門性に関連のある指標のひとつとなることが示唆された。本研究では対象となった診療所院長にその院長経験年数を質問しており、これは歯科衛生士の雇用者あるいは歯科診療所の経営者としての経験年数を表したものとなっている。診療所に勤務する歯科衛生士は雇用者である歯科医師の裁量に基づいて業務に従事する立場であるため、歯科医師がどのような価値観を持っているのかということを推察しながら歯科衛生士業務を捉えていくことが必要だと考えられる。

歯周病学会認定(準備中含む)歯科衛生士数が多くなるほど第1因子(歯周治療における歯科衛生士の専門的技術の発揮の程度)および第2因子(治療方針・計画への歯科衛生士の関与度)の平均値が高かったことは、回答した院長が日本歯周病学会認定歯科衛生士制度に賛同しているほど、SRPなどの医行為の実施、治療方針や計画への関与を求めていることの表れと思われる。日本歯周病学会認定歯科衛生士制度は歯科衛生士の専門的知識と技術を確保することを目的とし⁹⁾、認定に際しては、症例に関するケースプレゼンテーションを行いさらに口頭試問を受けなければならない¹⁰⁾。言い換えると、日本歯周病学会認定歯科衛生士は、専門的な知識と技術を兼ね備えていなければならない、かつ、その知識と技術を臨床レベルで活用できることを求められていると言えるだろう。同制度による認定歯科衛生士あるいは取得準備中歯科衛生士が多く勤務する診療所では、制度のこのような趣旨に院長ならびに歯科衛生士が賛同していると考えられる。そのため院長が歯科衛生士に専門性を発揮する機会を提供しており、歯科医師と歯科衛生士が連携して歯周治療に取り組んでいることが示唆された。

本研究により、認定歯科衛生士が多く勤務する歯科診療所では、歯科衛生士は、歯科衛生士としてのアセスメントを行いながら専門的技術を発揮していることがうかがえる。寺岡らの歯科診療所の患者を対象とした研究¹¹⁾によると、患者の予防を含めた定期的な継続管理(定期管理)に対する満足度を向上させる最大の項目は、歯科衛生士の技術であった。認定歯科衛生士について広く一般の患者に認知されるようになれば、その資格を持って患者に接することが、歯科衛生士の技

術に対する安心感につながることを期待できる。

歯科衛生士チェアタイム比率が高いほど、第1因子(歯周治療における歯科衛生士の専門的技術の発揮の程度)、第3因子(歯科衛生士の知識・技能を信頼して任せている程度)の因子得点が高い値を示したことから、歯科衛生士の専門的技術を発揮する処置を患者に対して実施する場合や、歯科衛生士の知識・技能を信頼して任せている場合には、ある程度のユニット占有時間が必要であることが示唆された。これらを実現するためには、歯科衛生士との連携による歯周治療のための資源の充実が必要であると考えられ、それが歯科衛生士チェアタイム比率と第4因子(歯科衛生士との連携による歯周治療のためのリソース充実度)との関連が高かったことによって裏付けられたといえる。

第4因子(歯科衛生士との連携による歯周治療のためのリソース充実度)は、歯科衛生士との連携による歯周治療のためのリソース充実度を表す因子であるが、リソースを充実させるためには経費がかかることが推察される。しかし、定期歯科健診を行うための歯科衛生士とユニットを確保できるならば、歯科衛生士を主体とした定期歯科健診が歯科診療所の収支差額の向上につながる可能性があることが示唆されている¹²⁾。また、魅力を向上させる工夫をしている歯科診療所の方が医業収入が伸びていることが示されている³⁾。したがって、歯科衛生士との連携による歯周治療のためのリソースが充実することは、勤務する歯科衛生士にとってのメリットのみならず、歯科医療機関のメリットにもなると思われる。

歯周治療において歯科衛生士の専門的技術が発揮でき、治療方針・計画にも歯科衛生士が関与し、歯科衛生士の知識・技能が信頼されて任せられ、歯科衛生士との連携による歯周治療のためのリソースが充実することは、歯科衛生士にとってやりがいのあるチーム医療と考えられる。それは、院長経験が長く、認定歯科衛生士が多く勤務し、歯周治療における歯科衛生士チェアタイム比率が長いことと関連が高いことが示唆された。

本研究の対象者は、日本歯周病学会専門医が勤務する歯科医院の院長であるため、歯周治療における歯科医師と歯科衛生士の連携について調査を行った。したがって、日本歯周病学会専門医が勤務しない診療所では、本研究と異なる結果になる可能性がある。また、歯科衛生士が業務に従事する歯科診療所は、歯周病分野に限らずあらゆる歯科医療における業務に関わるため、今後は歯科全般に関する歯科医師と歯科衛生士の連携に関する調査が必要であろう。さらに、院長以外の勤務歯科医師や歯科助手、事務職員などの診療所内

で働く他のスタッフの存在も歯科衛生士の業務内容に影響を及ぼす要素となる。このような歯科衛生士を取り巻く多様な状況を考慮した研究を行うことが今後の課題のひとつになると考えられる。

謝 辞

本研究のアンケートにご協力頂きました日本歯周病学会専門医ならびに関係各位に深く謝意を表します。

文 献

- 1) 財団法人厚生統計協会：国民衛生の動向・厚生指標 増刊・第56巻第9号 通巻第880号，財団法人厚生統計協会，東京，2009，71，86-87.
- 2) 社団法人日本歯科医師会 日本歯科総合研究機構：歯科医療白書 2008年度版，財団法人社会保険協会，東京，2009，22，150-152.
- 3) 歯科衛生士法第13条第2項，昭和23年7月30日法律第204号，最終改正平成21年4月22日法律第20号.
- 4) 石井拓男：歯科医師にとって歯科衛生士の行う業務「歯科診療の補助」とは，歯界展望，102(2)：339-345，2003.
- 5) 石井拓男：【歯科衛生士の業務を考える】「歯科診療補助」を正しく理解していますか？，デンタルハイジーン，23(8)：725-730，2003.
- 6) 石井拓男，金沢紀子，児玉安司，三上直一郎，高木幹正，烏山佳則：歯科衛生士の業務について，日歯医師会誌，62(4)：433-452，2009.
- 7) 西村実佐子，佐々木好幸，木下淳博：歯周基本治療における歯科医師と歯科衛生士の連携に関する実態調査，日歯周誌，51(3)：238-251，2009.
- 8) 日本歯周病学会 編：歯周病の診断と治療の指針 2007，日本歯周病学会，東京，2008.
- 9) 日本歯周病学会認定歯科衛生士制度規則，平成22年5月13日一部改正・施行.
- 10) 日本歯周病学会認定歯科衛生士試験施行細則，平成22年5月13日一部改正・施行.
- 11) 寺岡加代，野村義明，山田里奈，五十嵐 公，川渕孝一：歯科診療所における定期管理に関する患者の意識調査，口病誌，70(3)：169-174，2003.
- 12) 角館直樹，須貝 誠，藤澤雅子，森田 学：歯科医院における歯冠修復処置と定期歯科健診の歯科医業収支の比較，口腔衛生会誌，57(5)：640-649，2007.