

特集2 今日から使える 経営情報

- 小規模歯科医院でもできる医院経営のコツ:その1
- ギリギリ間に合う歯科医院の節税対策:その1

特集1 鼎談

一本の歯を 残すために必要なこと

— エンド治療のゴールドスタンダードとは? —

KEYWORD 新世代のMTA／CTの必要性／マイクロ時代到来／安全で効率的なOTR機能



医療法人 宝樹会 福西歯科クリニック 理事長
福西 一浩 先生

医療法人 月星歯科クリニック 理事長
月星 光博 先生

西本歯科医院
泉 英之 先生

日本の歯科医療を取り巻く環境は、近年ますます厳しさを増しています。その理由には様々な要因が考えられますが、ここで歯科医療が本来あるべき姿に立ち返るべく、「一本の歯を残すこと」にとことんこだわり、そのために必

要な考え方やテクニック、さらにそれらをフォローするツールの有用性について、月星光博先生、福西一浩先生、泉 英之先生に大いにディスカッションしていただきました。

若い時期に正しい知識や技術を身につけることが重要

福西：若い先生方を対象にしたCE(Continuing Education)セミナーを今、終えたところですが、今回の感想はいかがですか？

月星：年々若い先生が増えていきますね。今回の受講者は卒後3年未満の先生がほとんどでした。セミナーを受講し、疑似体験をすることで、私たちが過去にしてきた失敗を繰り返すことなく近道することができます。その意味では受講してくださった先生方にとっては意義のあるセミナーだったのではないかと考えています。

泉：卒後間もない時期の教育は、その後の長い歯科医師人生にとっても大きな影響を与えますし、正しい知識と技術を少しでも早く身につけることも大事ですから、こうしたセミナーを受講していただくことはとても良いことだと思います。

月星：泉先生は受講されてから10年がたちますが、そもそも何を学ぼうと思って受講されたのでしょうか？

泉：GPになって間もなくの頃に、情報を正しく取捨選択できず、何が正しいかわからなくなっていた時期がありました。実際、治療しても治らなかったり、間違った治療をしてしまったということもあって悩んでいた頃に、CEセミナーの存在を知り、受講したわけです。私にとって大きかったのは、様々な情報が氾濫する中で何が正しいかを知ることができたことでした。振り返ってみると若い時期に正しい知識や技術を得ることができたことで、その後大いに近道ができたと感じています。

歯を保存するために必要な直接覆髄処置

福西：CEセミナーの本質として、「生体の治癒とは何か?」、そしてそれに伴い「診断をいかに行うべきか?」という命題に対して、私たちも日々考えながら日常臨床を行っています。「治療」ということだけを捉えようとどうしてもハウツーに走ってしまいがちです。もちろん技術的な側面も大事ですが、その前に適切な診査と診断が本当になされているかを検証しなければなりません。歯科医師の真の使命は、「歯を保存すること」です。もちろん、患者さんも何とか残して欲しいという思いで来院されます。そういった患者さんの思いに対して私たちは持てるだけの知識と技術を総動員して、その歯を助けるべく最大限の努力をしなければなりません。しかし、現実を見ると、先生によっては安易に歯を抜いてしまうケースも多く見受けられるようです。

泉：“痛みがあったらすぐ抜髄”、もしくは“露髄したらすぐ抜髄”といったケースを耳にすることがよくありますが、それは正しい治療と言えるかどうかわかりません。確かに抜髄の方が処置としては簡単かもしれませんが、歯の寿命を考えると有髄歯の方が予後が良いということはすでに明らかになっています。それを実現する手段として、直接覆髄というテクニックは“一本の歯を残す”という観点から避けて通れない手段だと思います。正しい知識と技術があれば9割以上の成功率を示すとても予後の良い処置ですので、エンド治療の中ではまず最初に必要な処置ではないかと思っています。

福西：エンド治療に対する診査・診断について、月星先生のお考えは

いかがでしょう？

月星：エンド治療に関する本の冒頭には必ず書いてあることですが、治療して最初の数日で痛みが出れば診断が間違っている。何ヵ月、何年かして痛みが出るようなら、それは処置が間違っている、と考えるということですね。どこまでう蝕象牙質を取るのか、ステップワイズするのか、1ステップで終わるのか…。こういうことは経験が重要で本を読むだけでは決してわかりません。次に重要なことは、どんな材料を選択すればいいのか、そしてその材料を使ってどんな術式を取るのがベストなのか、ということだろうと思います。

生体適合性が高く歯を変色させないMTA製品の登場

福西：覆髄に使用する材料に関しては、1990年代半ば頃までは水酸化カルシウムがゴールドスタンダードでした。ところが90年代の後半頃から接着性レジンによる覆髄処置が応用されるようになり、さらに2000年代に入ってMTAが出てきました。

泉：成功率をみると水酸化カルシウムとMTAを直接比較したランダム化比較試験が今のところ2つあって、そのいずれも統計的な有意差がないという報告になっています。本質的なところを言えば、残る歯髄は残るし残らない歯髄は残らない…。あくまでも材料はそれを助けるためのものなので、材料による差はないということになるのかもしれませんが、興味深いことに2つの研究のうち1つ(Hilton et al. 2013)に、GPの先生が行った比較研究がありまして、結果はMTAの方が成功率が高い傾向にあり、成功率のばらつきも少なかったということで、水酸化カルシウムよりも扱いやすいという点でメリットがあるのではないかと感じています。

月星：私が先日お会いしたフィンランドの先生は、明らかにMTAの方が予後が良かったとおっしゃっておられましたね。

泉：マイクロリーケージを防ぐことをゴールと考えるとき、水酸化カルシウムだと途中で固まってしまってもく扱えないという話をよく耳にします。つまり、直接覆髄のゴールを達成できていないということです。実はこういうことは臨床現場ではたくさん起きていて、それが予後が悪いというイメージに繋がっているのではないかと私は考えているのですが…。

月星：どちらもpHが高いことが抗菌性に繋がっているわけですが、ではどちらの方がpHが長時間高い状態が続くかというMTAです。そう考えると、MTAの方が予後が良いという報告も納得できますね。

福西：ところで昨年の4月に発売された「BioMTAセメント(以下BioMTA)」(写真1)に関しての研究報告などはありますか？

泉：乳歯の直接覆髄で既存のMTA製品とBioMTAの予後に差がないという報告が最近発表されました。永久歯も同じ結果とは限りませんが、もし差がないとするならば、BioMTAには変色しないというメリットがありますから、前歯部や小臼歯部などの審美領域にも使いやすくなりますね。

福西：月星先生は実際にBioMTAを使われた印象はいかがでしょう？

月星：3、4年前、ICOIで韓国に行ったときに偶然BioMTAに出会って、それからずっと使っています。泉先生がおっしゃったように変色しないということがこの製品の最大のメリットです。臨床的な効果に差がな

いと感じられて色が変わらない、このことがこの製品と出会って以来使い続けている理由です。

福西：メーカーによると、変色しない要因は酸化ビスマスが入っていないからです。酸化ビスマスはX線不透過性にも寄与していますが、その代わりにBioMTAにはジルコニアが含まれていることが特徴的です。

泉：これまでの製品の場合、硬化に4時間かかるということで、そのことが硬化不良などといったテクニックセンシティブな要素を引き起こしているかもしれないと考えられていましたが、BioMTAに関しては4分で初期硬化するので扱いやすいと感じます。

月星：MTAの開発者トラビネジャッド先生は、実はpHが高い状態が長時間続くことが良い理由だとおっしゃっています。そういう点から見ると従来のMTA製品は硬化後にpHが高い状態が長く続いていたように思います。

福西：ただ、それ以前に出血による失敗があると何にもなりませんから、直接覆髓の絶対条件としては止血が確実に行えることが重要です。その点で硬化が早いということは大きなメリットだと感じています。

月星：デンティブリッジを作るのは材料ではなくて止血も含めた無菌的な状況と考えられていますから、その点から考えてもBioMTAは直接覆髓に適した材料と言えそうですね。BioMTAが日本でも発売されたことをきっかけに、いま私の臨床が大きく変わろうとしています。ご存知のように、国内の大白歯におけるエンドの成功率は決して高くありません。この12年間おびただしい数のエンド治療のやり替えをCBCTで確認しながらやってきましたが、複雑な形態の根管に長年感染が生じると、努力や技術だけではどうしようもないことを思い知らされます。また、無理に再エンド治療した歯が歯根破折になることを少なからず経験しています。おそらくこのような経験は私だけでなく、世界の一流エンドドントリストも同じかもしれません。そこで最近の世界の

傾向として、歯髄は可及的に残そうという努力が行われています。具体的には、抜髄をさせて断髄ですませるという方法です。歯髄炎に関する動物実験や人間の組織学的研究から、歯髄への細菌感染は限局的であり、初期の歯髄炎では大部分の歯髄組織が保存可能であることが示唆されています。したがって、高齢者で自覚症状が強い歯髄炎でも根管口での断髄が功を奏することが大半です(月星図参照)。これにより、治療時間は数分の一になり、不適切な抜髄による残髄炎、打診痛は皆無になりました。さらに、とくに複雑な根管形態を有する第二大臼歯を根管処置の失敗から救うことにもなりそうです。

CTの必要性と被曝量の問題

福西：診断の結果、抜髄になってしまうケースももちろんありますが、診断の精度を考えたとき、現在では歯科用CT(写真2)の活用が欠かせないと感じています。特にエンドの診断にはなおさらではないでしょうか?

月星：私の場合、最も多い症例はエンドと外傷歯です。う蝕が減少した現在、CTを撮るケースとしては多分エンドが一番多くて、次に智歯の抜歯だと思います。他には原因不明の症例診断に使っていますね。私の使っているCTはφ60mm×H60mmとかφ40mm×H40mmを撮れますが、先生方はいかがですか?

福西・泉：φ40mm×H40mmとφ60mm×H60mmです。

月星：年間を通してみても撮っているのはほとんどφ40mm×H40mmです。先生方もそうでしょう?

福西・泉：確かに9割以上がφ40mm×H40mmですね。

月星：φ80mm×H80mmもあっていいと思いますが…。φ40mm×



図1 34歳、男性。左側下顎大白歯に疼痛を訴え来院。X線所見より6の分岐部あたりの穿孔が疑われた。また、近心、遠心根の根尖部に透過像が認められる。



図2 CBCT(φ40mm×H40mm)を撮影したところ、分岐部の近心側のやや頬側に穿孔部から根管充填材が溢出していることが認められた(←部分)。

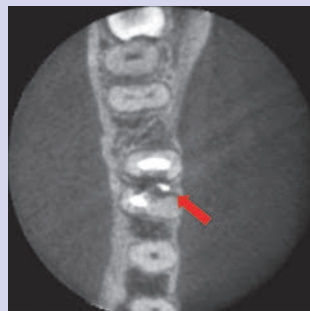


図3 マイクロスコープで穿孔部を確認することができる。

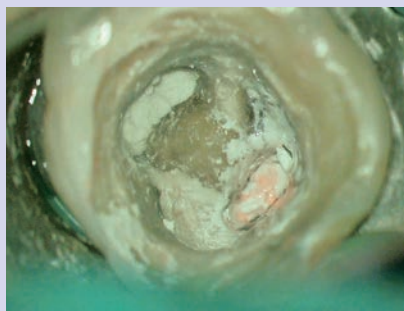


図4 穿孔部はBioMTAにより封鎖した。

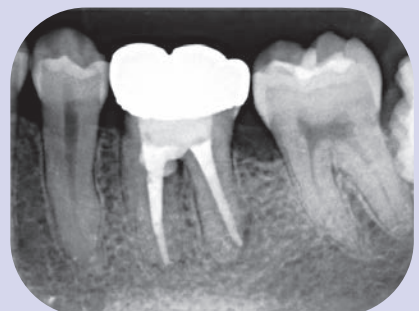


図5 術後2年。根尖病変も治癒し、穿孔部にも問題は生じていない。

症例提供：福西歯科クリニック 福西 一浩先生

H40mmの方が圧倒的に見やすいですね。

泉：私はφ80mm×H80mmでも撮りますが、対象となる歯は照射の中心になくて端にあるので、あとで切り取って再構成する際に、像が粗くなる場合がありますね。

福西：私たちは主に1本の歯とか比較的小さな部分の診断に使うことが圧倒的に多いですから、それを考えるとφ40mm×H40mmで十分かもしれませんね。

泉：φ40mm×H40mmの最大のメリットは被曝量だと思います。CTで一番考えなければいけないのは被曝量の問題ですから…。下顎の大白歯をφ40mm×H40mmのハーフスキャンで撮影した場合、D感度のフィルム2枚分相当の被曝量ですので、かなり低く抑えられています。だからといって何でも撮っていいことにはなりません、ハードルを少し下げることができるのではないのでしょうか。

月星：確かなことは言えませんが、φ60mm×H60mmを1枚撮りたいのであればφ40mm×H40mmを3枚撮れるはずですよ。それならφ60mm×H60mmで上下顎を1枚で撮ろうと思わないでφ40mm×H40mmで部分的に撮った方が鮮明だし被曝量が少ないわけです。私がCTを導入した頃は、CTを撮るという和被曝量の問題から、“お前はとても悪いことをしている”みたいな非難をされたことがありました。しかし、最近になって、CTによる診断は被曝のデメリットは確かにあるけれども、その何倍ものメリットがあるという流れになってきたので、逆に“お前はよくやっている”といった評価をいただくことも増えてきました。もちろん必要のないものを撮ってはいけません。興味本位で、1ヵ月おきとか3ヵ月おきに撮るなんていうのは論外です。医療には必ず副作用が存在します。ですから薬も飲まない方がいいし、注射だって本当は打たない方がいい、手術もしなくてよければいい方がいいに決まっています。でもそれ以上にメリットがあるから薬も飲むし、注射もする…。それはCTでも同じですよ。それ以上のメリットがあるから使うのです。

泉：月星先生は必ず講演の最初に被曝量のお話をされると聞いています。また、機種によって被曝量が20倍以上変わってくるというお話もされていますが、その選択もとても大事で、エンドの診断に毎回20倍以上も被曝量の違うCTで撮影していいのかという問題もありますね。

福西：何が目的で自分はCTを導入するのか、患者さんへの被曝という問題も含めて、十分に検討していただきたいですね。

月星：あとはメーカーのフォローアップですね。私の場合は導入して12年経ちますが、一度も故障したことはありません。ただ、故障して電話しても出なかったでは困りますからね。

福西：根管治療では、抜髄処置よりも圧倒的に再根管処置の方が多いのですが、根尖病変がデンタルで発見できる確率はどれくらいなのでしょう？

泉：感度0.55、特異度0.98という報告があります(Estrela et al. 2008)。病変の有無の的中率は有病率にかなり左右されますけれども、日本で既に根管治療してある歯の場合、デンタルで半分くらいの見逃しがあると考えられます。

福西：半分というのは恐るべき数字ですね。今まで報告されている成功率というのもデンタルで判断したものなら、実は成功率は低かったということになりますね。

泉：そうですね。今まで報告されている2、3割を引いて成功率を考えなければいけないという報告もあるくらいですから…。つまりデンタルとCTでは病変の発見率が違うということです。

エンド治療にマイクロスコープは不可欠な時代になった

福西：特に上顎の6番7番の歯根の重なった像の中では正確な診断がと



図1 術前のX線写真。70歳、男性。主訴：7の冷水痛とわずかな自発痛。診断：歯髄炎。



図2 術前の口腔内写真。インレーに周囲から2次う蝕が進行している。

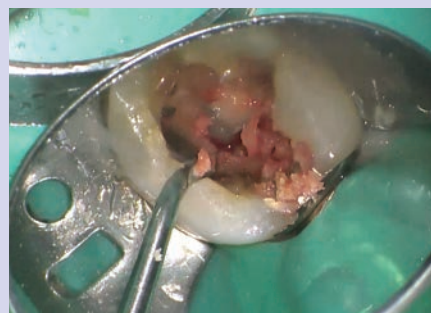


図3 インレー除去後にエクスキャベーターにてう蝕象牙質を除去したところ、簡単に露髄した。



図4 通常の方法に則り髄腔を拡大し、それぞれの根管口で断髄を行った。すべての根管の歯髄が生きていたこと、また断髄により止血が確認できたことにより、根部歯髄は保存可能と判断した。



図5 BioMTAで直接覆髄を行った。約4分間初期硬化を待ったのちに従来型のグラスイオノマーセメントで裏層並びに築造を行った。

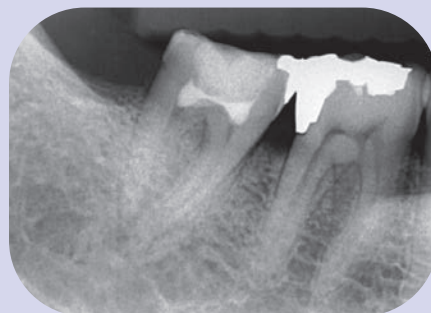


図6 治療直後のX線写真。その後不快症状はまったくみられず、経過は良好である。

症例提供：月星歯科クリニック 月星 光博先生

でも難しくなります。そういう意味でも月星先生がおっしゃるようにCTをエンドの診断に使用する頻度が高くなるというのは頷ける話です。では次に、CTを使って精度の高い診断を行って、実際の根管を見ていく際に、現在ではマイクロスコープ(写真3)が必須のツールになってきていますね。

泉：私の医院では小児のCRから歯根端切除まで、ほぼ100%の症例で使っています。マイクロスコープがないと治療できなくなってしまったというのが正直なところですが…。

福西：ルーペでも現在10倍くらいまでは対応していると思いますが、ルーペとマイクロスコープは使い分けしておられますか？

泉：おそらくCRや通常の修復処置はルーペでも十分だとは思いますが。ただ、一度マイクロスコープの拡大像を見てしまうと、それ以下では見られなくなってしまいました。

福西：主に何倍を使っておられますか？

泉：通常作業は10倍ちょっとくらいです。

福西：月星先生はいかがでしょう？

月星：私はやはり主にエンドですね。あとたまに形成やCRの時に使います。エンドにはほぼ100%マイクロスコープを使っています。

福西：ということは、お二人ともなくてはならないツールになっている訳ですね。ではエンドの場合、特にどういったケースにマイクロスコープが必要と感じますか？

泉：再治療と歯根端切除のような外科的歯内療法に関しては、おそらくマイクロスコープがなければ治せないケースがたくさんあるのではないのでしょうか？まず見逃した根管を見つけるところから、ガッタパーチャの除去、破折器具の除去など、全てになってしまいますが…。歯根端切除に関しては拡大鏡下かどうかで予後が違いうというエビデンスもありますし、特に再治療に関しては必要不可欠と感じますね。

福西：CTで精度の高い診断をしたうえで、マイクロスコープを見ながら精

密な治療を行うことが今後のエンド治療のゴールドスタンダードになるのではないかと…。

泉：はい、そう感じています。

福西：ただ、若い先生方にとっては費用の問題もあるでしょうし、使いこなすスキルも必要です。このギャップを埋めるために必要なことは何でしょうか？

泉：エンドの原因はすべて感染ですので、考え方としてはまず感染させないことです。

福西：ということは器械の導入云々の前に、まずラバーダムをしっかりと行うところから始まりますよね。そこから変えていかないと、おそらくエンドは変わらないですよ。

月星：セミナーでエンドのテーマになると、何割の人がラバーダムしているのか、毎回聞いています。例えば今日の参加者30名のうち7、8割の方がラバーダムはしていないと答えていました。2015年の時点で我が国の未来ある歯科医師の7割以上がラバーダムをしていないというこの現状…。ちょっとありえないですよ。

福西：そうですね。さらに残りの3割の方も稀にしかしていなくて、常に行っているわけではないんですね。

OTR機能でより安全性が高く 効率的なエンド治療が可能に

月星：さらに驚くのは、アメリカではもう十数年前からルーティーンで教えていて、それを教えなければ大学として認められないというニッケルチタン(NiTi)ファイルですが、今日の先生方で使っていられるのは何割くらいでしたか？

福西：1、2割くらいじゃなかったでしょうか？



図1 術前。治療を繰り返すたびに「冷たいもの」が冷たいものを感じたことを主訴に来院。

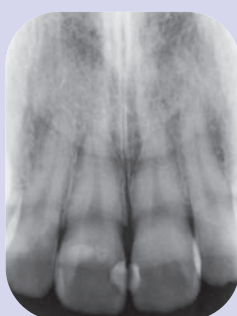


図2 術前のX線写真。根尖部に異常を認めない。

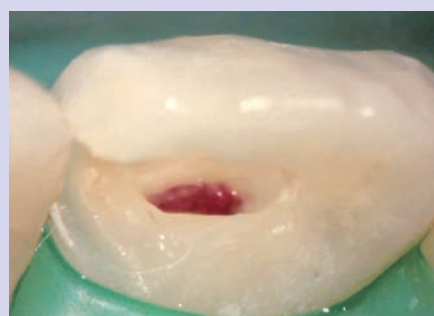


図3 コンポジットレジン除去すると、不顕性露髄が生じていたが、その下には血流があり、歯髄部断髄を行った。

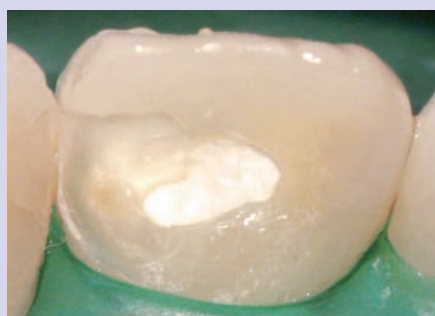


図4 止血したため、BioMTAにて覆髄。



図5 術後6カ月。不快症状や痛みは消失した。歯冠部の変色を認めない。



図6 同、X線写真。歯髄部で断髄されていることがわかる。根尖部に異常を認めない。

症例提供：西本歯科医院 泉 英之先生

月星：NiTiファイルを使わずにどうやって湾曲根管を開けるのでしょうか?「NiTiファイルは折れる」とよく聞きます。確かに使い方を誤ったら折れますよね。極端なことを言えば、ハンドモーターがなければ瞬時に折れます。また、セミナーも行かずにNiTiファイルを買って我流で回せば、それも瞬時に折れます。でもキチンと使ってやれば、ほとんど折れません。以前はたまに折れることがあったのですが、レシプロケーションモードを持ったハンドモーターの出現でほとんど折れないようになりました。感覚から言うとは何倍も安心です。先生方はレシプロケーションを使って折ったことがありますか?

泉：私はデンタポート(写真4)のOTR機能を持ったモーターを使うようになってからは、今のところ折れたことはありませんね。

月星：OTR機能のおかげで破折というストレスから解放されましたよね。現在、いろいろなメーカーが競って類似した機能で出していて、先生方もいくつか持っておられると思いますが、その中でOTRを選択する理由は何でしょうか?

泉：私は新しいNiTiファイルが出ると、必ずプラスチック根管で形成してそのファイルの特長とか使い勝手の良さを確かめるのですが、その中でスムーズに形成できる点において、OTRが適していると思います。

福西：OTRにはたくさんのファイルに対応できるというメリットがありますね。私の場合はいろいろな術式がある中でケースを選んで使っていますが、NiTiファイルの破折も防げるし、根尖の破壊も防ぐことができる。EMRをとりながら形成・拡大を進めることができるので、作業長を越えることなくより安全な状態で操作を行うことができます。これは初心者、ベテラン関係なく使うべきツールだと思います。今日のセミナーでも8割くらいの先生が、NiTiファイルを使ったことがありません。そういう若い先生たちに最初からOTRを使っていただくようにすればトラブルも少なくてすみます。最新の機能を使わずしてトラブルになったら「やっぱりNiTiファイルはダメだ」という烙印を押してしまいますが、私はNiTiファイルを使わずしてエンドはありえないと考えています。ダメという先入観はあくまで間違った知識や使い方から生まれることが多いですから、新しい機能を持ったツールを使うことによって安全性を高めたり、効率性もよくなるのであれば使わない手はないんじゃないかというのが私の結論です。

月星：考えてみれば12年前にCTを導入したときには、ここまでいろいろな目的でCTを使う時代が来るとは誰も予想していなかったと思います。それと同じように皆さんが頻繁に使うことによって、メリットだけでなく欠点があれば改善点を見つけてさらにバージョンアップしていく、このサイクルが大切だと感じます。

“歯科に活力と夢を”

福西：CTをはじめ高価な器材も多く、特に若い先生にはハードルが高いと思います。CEセミナーも若い先生の臨床を高めることを目的に行っていますが、大事なことは歯科医師という仕事に夢や憧れを持っていただくことで、それがなければ長く続けることが苦労の連続になってしまいます。現在はどちらかというと、ネガティブな話が多く聞かえてくるようにも感じますが、月星先生のお考えはいかがでしょうか?

月星：確かに現在の歯科界の状態はあまり良くないとは感じています。“負のスパイラル”という言葉をよく耳にしますが、原因には様々な要素がからんでいて端的に言い当てることは困難です。しかし、確実に一つ言えることは歯科に夢がなければ人材が集まらないということです。そういう意味からも、まず私たちのやっていることに夢と希望と自信を持てたらいいなと常々考えています。その流れから、歯科の将来を担う若い先生に何とか希望が持てるようなお話を伝えられないかと、卒後10年未満の勤務医の先生を主な対象に、「日本の歯科の力」という講演会を企画することになりました。ぜひ一度聴いてみて、自分の足元を見るとき将来を見つめ直す機会を持っていただきたいと願っています。

福西：“歯科に活力と夢を”ということですね。次世代を担う若い歯科医師・歯科学士と一緒にこれからの歯科の未来を考えるために本年5月14、15日に月星先生、赤川安正先生が大会会長のもと、「日本の歯科の力」と題した講演会が開催されます。あの時、あの場所に行って話を聞いて良かった、そういう“出会い”や“場所”になればいいですね。

月星：そうですね。どなたかの講師のお話が参加して下さった先生方の琴線に触れてくれればいいなと願っています。

福西：本日はありがとうございました。



販売名: BioMTAセメント 一般名称: 歯科用覆髄材料 医療機器認証番号: 226AKBZX00110000 医療機器の分類: 管理医療機器(クラスII) 製造: BioMTA 製造販売: (株)モリタ
販売名: ペラビュー エポックス 一般名称: アナログ式歯科用パノラマ・断層撮影X線診断装置 医療機器認証番号: 20900BZZ00259000 医療機器の分類: 管理医療機器(クラスII)/特定保守管理医療機器/設置管理医療機器
製造販売・製造: (株)モリタ製作所 発売: (株)モリタ
販売名: ライカM320 FULL HDカメラ内蔵 一般名称: 可搬型手術用顕微鏡 機器の分類: 一般医療機器(クラスI)/特定保守管理医療機器 医療機器届出番号: 13BX00324320FD1 製造販売: ライカマイクロスシステムズ株式会社 発売: (株)モリタ
販売名: デンタポート 一般名称: 歯科用多目的治療用モーター 医療機器認証番号: 21400BZZ00093000 医療機器の分類: 管理医療機器(クラスII)/特定保守管理医療機器 製造販売・製造: (株)モリタ製作所 販売: (株)モリタ
(株)モリタ 大阪本社: 大阪府吹田市垂水町3-33-18 〒564-8650 東京本社: 東京都台東区上野2-11-15 〒110-8513 (株)モリタ製作所: 京都府京都市伏見区東浜南町680 〒612-8533 ライカマイクロスシステムズ(株): 東京都新宿区高田馬場1-29-9 〒169-0075



小規模歯科医院でもできる医院経営のコツ:その1

株式会社デンタル・マーケティング 代表取締役 實谷 光教

<http://www.dental-m.co.jp>

問題が多い時は採用に要因がないか確認を

業績が低下したり、スタッフのスキルが求める水準に到達するのに時間がかかるなど、経営や人についての悩みを抱えるケースでは、原因の多くが採用にあることが多いものです。

日々の診療に忙しい院長は、採用の重要性について「頭ではわかっていても、時間がとれないよ」といったことが多いかと思います。小規模の組織ほど、スタッフの善し悪しが、サービス・治療の質に大きく影響しますから、今一度採用までのプロセスを見直すべきです。

院長が掲げる理想の歯科医院像に近づけるために、応募者を1人でも多く集める応募者数の確保、その中から厳選された素材を選ぶ面接の質の向上、定着させるための内部体制強化、これら3つのステップを検討することが採用力強化につながるのです。

採用力強化は応募者の集め方から

「この応募者のこの部分がマイナスに感じるんだけど、入职したら改善するかな??」というように、採用後の変化に期待しても、良い方向に変わる人はまずいと思ったほうが良いです。選べるだけの応募者を集め、良い人材にめぐり合う可能性を高めることです。

現状の歯科界の採用は、歯科医師・歯科衛生士ともに完全な売り手市場。応募者側が歯科医院を選ぶ状況です。そうした中でも、適

切な人材を確実に採用している歯科医院もありますから、採用について取り組むべきことを徹底すれば、結果はついてきます。

よく応募者側から「募集要項には魅力的なことが書かれていたのですが、入职すると条件が異なっていました」という声を耳にします。募集要項が、口約束程度としか思っていない歯科医院に、求職側も気づきはじめているのです。採用力強化のスタートは、求職側にとって魅力ある歯科医院になること。健康保険・厚生年金保険・労災保険・雇用保険などの法定福利はもちろん、就業規則・賃金規定・退職金規定・評価制度・年間休日などが、応募者側のニーズとマッチしているのかを確認しましょう。

採用力強化は応募者の選び方で決まる

応募者を選ぶ際に重要なのは、内定までのスピードと選考プロセスの質にこだわること。

①**応募から面接、内定までのスピードアップが重要**——何度も電話をしなければ、面接日時が確定しない歯科医院があります。このような歯科医院では、面接までに多数の応募者がドロップアウトしている可能性が高いもの。

応募受付が完了した後もスピード優先で対応します。売り手市場の現状では、じっくり選んでいると、他の歯科医院に先を越されてしまいます。歯科医師・歯科衛生士であれば

1次面接で内定かどうかを、翌日までに連絡するくらいのスピード感が必要です。

②**選考の質**——面接では“医院が応募者を選ぶ”以上に“応募者に選ばれる”という意識で対応することが欠かせません。また、面接では、応募者の生活背景や今後の目標について確実に聞き出す努力をしましょう。

今まで苦労した体験や、それを乗り越えた経験を、ヒーローインタビューのように気持ちよく話をしてもらい、応募者の内面を引き出すのです。面接で応募動機・転職理由などを聞いても、準備していた回答を話すだけです。

マンションの杭打ち偽装が話題になっていますが、基礎工事を疎かにすると建物はすぐに歪みます。組織も同じ、HPでどんなにアピールしても、SEO対策に大金を投じて増患や自費率アップに成功しても、効果は持続しません。人が大切だいいながら、採用に時間をかけるのは、面接と数時間程度の募集要項づくり、採用手続だけということになっていませんか。

人は人によって変えることができませんから、良い資質を持っている人材にめぐり合う可能性を高める努力が、良い経営への近道です。良い人を集め、見極め、入职した後に定着する体制を整えることに注力していきましょう。



ギリギリ間に合う歯科医院の節税対策:その1

税理士法人キャスダック 代表税理士 山下 剛史

<http://www.dentax.jp>

貸倒引当金の活用——キャッシュを使わない最高の節税!

貸倒引当金とは、期末に未収となっている売上などについて、「もしかすると回収できないかもしれない」という理由から、その未収の金額に一定の割合を乗じた金額を経費にできるという税法上の制度です。

たとえば、歯科医院の場合、平成27年11月の社保・国保は平成28年1月に、12月の社保・国保は平成28年2月に入金になりますが、会計上は「権利確定主義」といって、「もらえることが確定しているものは売上とする」という規定があります。

そのため、この平成27年11月、12月分の社保・国保は、期末に入金はされていませんが、平成27年の収入にしなければならぬのです。

税法では「もしかしたら入金されないかもしれない」という理由から、この金額に対して一定額を経費に計上できます(実際には、社保・国保は間違いなく2ヵ月後に入金されるのです)。

同じ理屈で、自由診療収入でカード払いのものについても、期末で未入金分があれば貸倒引当金を設定することができます(「青色申告」をしている場合に限ります)。

個人の歯科医院の貸倒引当金は、期末の未収金額の「5.5%」と決まっていますので、期末で未収になっている未収入金に、5.5%をかけた金額を経費とすることができます。

具体的には、平成27年11月の保険の請求分が300万円、12月の保険の請求分が400万円あったとすれば、

$(300万円 + 400万円) \times 5.5\% = 385,000円$ で、この385,000円を今期の経費とすることができます。

貸倒引当金は設定した1年目は大きく節税になる

貸倒引当金は、設定した年の翌年以降については、あまり節税効果が見込められません。なぜかという、設定した貸倒引当金は「貸倒引当金戻入」として、翌年には収益にしなければならぬからです。

平成27年の貸倒引当金が385,000円でした。そして、平成28年末の11月の保険の請求分が400万円、12月の保険の請求分が350万円だったとしましょう。

この場合、平成28年分の経費にできる金額は、次のとおりです。

$(400万円 + 350万円) \times 5.5\% = 412,500円$
ただし、前期の貸倒引当金385,000円は、

「貸倒引当金戻入」として収入に計上しなければなりませんから、385,000円が収益として計上され、412,500円が経費として計上されますので、その差額の27,500円に対する税金だけが節税となります。

物を購入する節税よりもずっとメリットがある

ただ大事なことは、この貸倒引当金は、キャッシュが出ていかない節税ですので、何か物を購入して節税をするというのではワケが違います。

たとえば、利益が出そうだからといって、歯科医院の車を買ったとしても、全額がそっくり経費になるわけではありません。減価償却費として、数年にわたって経費として処理しなければならぬのですから、医院の車を買ったために、医院のキャッシュフローが悪くなるだけです。

貸倒引当金をまだ設定していない歯科医院でしたら、ぜひキャッシュアウトのない、この「貸倒引当金」の節税を実行してみてください。

貸倒引当金が経費計上されているかどうかは、確定申告書に添付されている「青色申告決算書」の右上④番に数字が入っているかどうかでご確認ください。

絶賛発売中 歯科医院経営選書シリーズ

歯科医院経営選書の特徴

独創的な考え方と実体験をベースに、増患・自費率アップ・人材育成・節税対策などを追求してきたコンサルタント・税理士・開業医が、医院経営の究極のノウハウを公開する！



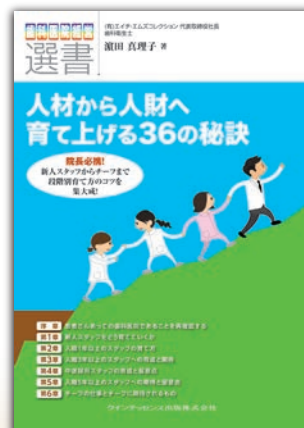
著：安藤正遵
A5判 200 ページ
定価 本体 2,000 円 (税別)
モリタコード：208050285



著：山下剛史
A5判 192 ページ
定価 本体 2,000 円 (税別)
モリタコード：208050564



監：廣田祥司／著：田中道昭
A5判 192 ページ
定価 本体 2,000 円 (税別)
モリタコード：208050633



著：濱田真理子
A5判 168 ページ
定価 本体 2,000 円 (税別)
モリタコード：208050689

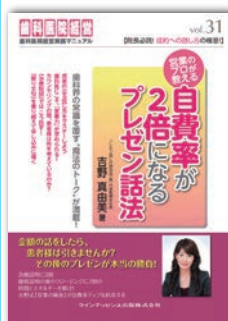
歯科医院経営実践マニュアルシリーズ 好評発売中！

歯科医院経営実践マニュアルの特長

- ★「1つの仕事に1冊の本」——この本1冊で「歯科医院の個々の仕事」が完璧にマスターできる。
- ★実践的な内容を中心に「理論より実践」を心がけた内容になっている。
- ★読みやすく、わかりやすいように、1項目2～6ページで完結する。
- ★豊富な図表・シート・イラストで、使いやすくしている。
- ★執筆陣は歯科医院経営に特化したコンサルタントや歯科医師・公認会計士・税理士などで構成する。

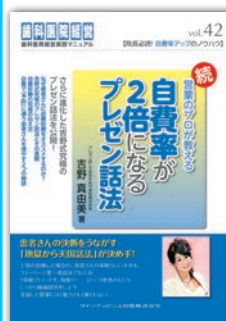
歯科医院経営実践マニュアル人気TOP5

自費率UP



著：吉野真由美
A5判 160 ページ
定価 本体 2,000 円 (税別)
モリタコード：208050402

自費率UP



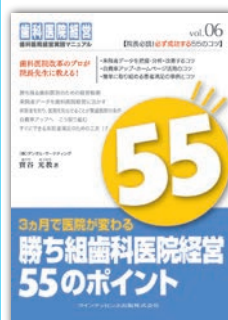
著：吉野真由美
A5判 184 ページ
定価 本体 2,000 円 (税別)
モリタコード：208050681

スタッフ教育



著：山岸弘子
A5判 184 ページ
定価 本体 2,000 円 (税別)
モリタコード：208050187

医院の数字



著：喜谷光教
A5判 184 ページ
定価 本体 2,000 円 (税別)
モリタコード：208050210

スタッフ教育



著：田上めぐみ
A5判 192 ページ
定価 本体 2,000 円 (税別)
モリタコード：208050267

上記書籍のご購入は、お出入りの歯科商店までお問い合わせください。

【編集協力】
クインテッセンス出版株式会社
歯科医院経営編集部

歯科学術情報紙 DMR No.226 2016年4月1日発行

編集・発行 株式会社モリタ DMR編集部

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

カタログ請求・商品のお問い合わせは、お客様相談センターへ T 0800. 222 8020 (フリーコール)

www.dental-plaza.com

© MORITA CORPORATION

PUB No. M206.2344-1-226.1603.71,200-K-SU