



公益財団法人8020推進財団学術集会 第13回 フォーラム8020 報告書

健康寿命の延伸に寄与する歯科医療・口腔保健

～エビデンスとそれに基づく健康政策の推進～

日時： 平成27年11月14日（土）
13:00～16:45

会場： 歯科医師会館1階大会議室

主催： 公益財団法人8020推進財団

公益財団法人 8020推進財団

公益財団法人8020推進財団学術集会

第13回フォーラム

8020

1. 講 演

2. シンポジウム

**健康寿命の延伸に寄与する歯科医療・口腔保健
～エビデンスとそれに基づく健康政策の推進～**

日時：平成27年11月14日（土）13:00～16:45

会場：歯科医師会館1階大会議室

主催：公益財団法人8020推進財団

目 次

開催概要	4
当日プログラム	5
講演者プロフィール	6
開会のことば／挨拶	8
公益財団法人 8020 推進財団理事長 山科 透	

〈基調講演〉

「日本の口腔保健からグローバルオーラルヘルスへ WHO 口腔保健との協調」	10
WHO国際口腔保健部歯科医官 小川 祐司	

〈講演〉

「エビデンスに基づく健康教育・口腔保健情報」	24
福岡歯科大学 教授 内藤 徹	
「最近の歯科保健医療政策の現状とトピックス」	36
厚生労働省医政局歯科保健課 歯科口腔保健専門官 高田 淳子	
「歯科医療による健康増進効果に関する調査研究」	48
公益財団法人 8020 推進財団 専務理事 深井 穎博	

〈シンポジウム〉

健康寿命の延伸に寄与する歯科医療・口腔保健 ～エビデンスとそれに基づく健康政策の推進～	60
座長／公益財団法人 8020 推進財団 専務理事 深井 穎博	
WHO国際口腔保健部歯科医官 小川 祐司	
福岡歯科大学 教授 内藤 徹	
厚生労働省医政局歯科保健課 歯科口腔保健専門官 高田 淳子	
公益財団法人 8020 推進財団 理事長 山科 透	

閉会のことば	72
公益財団法人 8020 推進財団 専務理事 深井 穎博	

開催概要

テ　ー　マ

健康寿命の延伸に寄与する歯科医療・口腔保健～エビデンスとそれに基づく健康政策の推進～

趣　　旨

2015年3月に開催された『世界会議2015』において、健康寿命の延伸のための歯科医療・口腔保健に関する「東京宣言」が発せられた。

急速な人口の高齢化に伴い糖尿病や心疾患、がん等の非感染性疾患(NCDs:Non-Communicable Diseases)が増加する中で、平均寿命と健康寿命の差を短くすることの歯科医療・口腔保健の役割、世界規模で取り組むべき課題などが「東京宣言」で改めて認識された。

さらに世界的な研究成果を取りまとめたエビデンス集『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』が発行された。今後の歯科医療・口腔保健の健康長寿への寄与をより明確なものにするには研究の推進と、具体的に歯科保健医療施策に活用される必要がある。

このような背景から、今回のフォーラムは、高齢化がますます進む社会における健康寿命の延伸に寄与するための歯科医療や口腔保健のエビデンスの蓄積をいかに充実させ、医療・保健政策の推進へと発展させること及びその基盤となる歯科医療・口腔保健の国民への啓発をいかに進めていくのかを考える。

主　　催

公益財団法人 8020推進財団

後　　援

(公社)日本歯科医師会、(公社)日本歯科衛生士会、(公社)日本歯科技工士会、(一社)日本学校歯科医会、
(一社)日本歯科商工協会、(公社)母子保健推進会議、(一社)日本家族計画協会、(公社)日本栄養士会、
(公財)母子衛生研究会、(一財)日本食生活協会、(一財)日本公衆衛生協会　　[順不同]

開　催　日　時

平成27年11月14日(土)午後1時～同4時45分　(12時30分受付開始)

開　催　場　所

歯科医師会館　1階大会議室
〒102-0073東京都千代田区九段北4-1-20
電話03-3512-8020　FAX03-3511-7088

参　加　対　象　者

歯科医師、歯科保健関係者、行政関係者、教育関係者、医療関係者、一般参加者等

参　加　費

無　料

定　　員

250名

当日プログラム

総合司会：公益財団法人8020推進財団 8020地域保健活動推進委員会 委員長 岡田 寿朗

時 間	所要時間	内 容	演題・演者
12:30～		受付開始	
13:00～	15分	開会のことは 挨拶	●公益財団法人8020推進財団 理事長 山科 透
13:15～14:00	45分	基調講演	「日本の口腔保健からグローバルオーラルヘルスへ WHO口腔保健との協調」 ●WHO国際口腔保健部歯科医官 小川 祐司
14:00～14:20	20分	講 演①	「エビデンスに基づく健康教育・口腔保健情報」 ●福岡歯科大学 教授 内藤 徹
14:20～14:25	5分	休 憇	
14:25～14:45	20分	講 演②	「最近の歯科保健医療政策の現状とトピックス」 ●厚生労働省医政局歯科保健課 歯科口腔保健専門官 高田 淳子
14:45～15:25	40分	講 演③	「歯科医療による健康増進効果に関する調査研究」 ●公益財団法人8020推進財団 専務理事 深井 穎博
15:25～15:35	10分	休 憇	
<シンポジウム>			
健康寿命の延伸に寄与する歯科医療・口腔保健 ～エビデンスとそれに基づく健康新政策の推進～			
15:35～16:45	70分		座長／公益財団法人8020推進財団 専務理事 ●WHO国際口腔保健部歯科医官 ●福岡歯科大学 教授 ●厚生労働省医政局歯科保健課 歯科口腔保健専門官 ●公益財団法人8020推進財団 理事長 深井 穎博 小川 祐司 内藤 徹 高田 淳子 山科 透
16:45～		閉会のことは	●公益財団法人8020推進財団 専務理事 深井 穎博



小川 祐司 おがわ ひろし

WHO国際口腔保健部歯科医官、歯学博士



日本大学松戸歯学部歯学科卒業後、シドニー大学大学院修士課程（歯科公衆衛生学）、新潟大学大学院博士課程（予防歯科学）修了。

2011年より、新潟大学大学院医歯学総合研究科予防歯科学准教授。

また、2003年より、WHO国際口腔保健部 短期研究員、特別研究員、上級研究員、歯科医官代行等を歴任。2014年より、現職。

口腔と全身の健康が密接な関連をもつエビデンスのもと、非感染性疾患 (Non-communicable diseases: NCDs)として口腔疾患を位置付け、喫煙、飲酒、不健康な栄養などの共通リスクファクターをコントロールして口腔と全身の双方の健康を享受し、より良いQuality of Lifeをもたらす戦略をWHO口腔保健の基本施策として、世界に向けて発信している。

内藤 徹 ないとう とおる

福岡歯科大学 教授



九州歯科大学卒業後、臨床研修を経て、九州歯科大学大学院修了。

老年歯科医学会指導医、歯周病専門医、博士（歯学）。

米国・Temple大学医学部研究員、米国・Fox Chase Cancer Center研究員を経て、九州歯科大学助手、福岡歯科大学・総合歯科・講師、同准教授。

2013年より福岡歯科大学・高齢者歯科・教授に就任し、現在に至る。

2001年には米国・Washington大学歯学部公衆衛生学客員研究員として、臨床疫学研究に携わる。

The Journal of Evidence-Based Dental Practice (Elsevier Science)

およびEvidence-Based Dentistry (Nature Publishing) のeditorをつとめる。歯科領域の疫学研究、医療政策、地域医療と広い視点から歯科医療と現在の医療制度改革を観察している。

高田 淳子 たかた じゅんこ

厚生労働省医政局歯科保健課 歯科口腔保健専門官



- 2003年3月 東北大学歯学部 卒業
2003年4月 厚生労働省 医政局 歯科保健課
2006年4月 厚生労働省 関東信越厚生局 医事課
2008年4月 厚生労働省 医政局 医事課 試験免許室
2010年4月 山口県 健康増進課
2012年8月～現在 厚生労働省 医政局 歯科保健課

(2013年11月～2014年3月 大臣官房統計情報部人口動態・保健社会統計課併任)
(2011年8月～2015年3月 医政局 経済課併任)
(2015年4月～現在 健康局 健康課併任)

深井 積博 ふかい かくひろ

公益財団法人8020推進財団 専務理事



- 1983年3月 福岡県立九州歯科大学卒業
1985年12月 深井歯科医院 (埼玉県三郷市) 開業
1997年12月 博士(歯学) 学位受領 (東京歯科大学)
2001年12月 深井保健科学研究所所長
2001年12月 ヘルスサイエンス・ヘルスケア編集長
2006年4月 日本歯科医師会 地域保健委員会委員長
2006年4月 8020推進財団 地域保健活動推進委員会委員長
2010年4月 埼玉県歯科医師会理事 (地域保健部長) (2013年より常務理事)
2013年6月 公益社団法人日本歯科医師会 理事
2013年6月 公益財団法人8020推進財団 専務理事
2015年6月 公益社団法人日本歯科医師会 常務理事



公益財団法人 8020 推進財団理事長 山科 透



8020推進財団の理事長の山科でございます。どうぞよろしくお願い申し上げます。本日は第13回ということで、フォーラム8020を開催致しました。

今日基調講演をいただく小川祐司先生は、いまWHOで唯一の日本人歯科医官としてご活躍されている方です。いま世界の歯科口腔保健の普及が進んでいる中において日本はフロントランナー、まさに世界のトップランナーとして進んでいるわけでございます。

ただ、日本だけが先にいって、後ろはどうなってもいいという状況ではございませんし、やはり絶えず後ろを振り返りながら状況を確認していかなければならぬと思っております。

戦後すぐの1947年、私らが生まれたころに平均寿命がどのくらいだったかというと、女性は53歳で男が50.06歳でした。

それから平均寿命がぐんぐん伸びてまいりました。平均寿命に対して、歯の寿命はどうかというと、実は歯の方がすごく伸びているんですよね。下顎の前歯の口腔内に残存している年数、歯の生存率、生存の年数の増加率は平均

寿命よりも長い。要するに歯はどんどん残っていってる。まさに8020達成社会が生まれようとしています。

昔は50歳くらいになるともう歯がだいぶ無くなつて、80歳になるとまったく歯が無いという状況ですが、いまは歯がほとんど残っている。まさに40%にも達するという状況で、35年には50%という目標を立てています。

ただ歯が残っているから使っているという考え方のままで、50%に達成するまでには相当時間を要するのではないかと思います。逆に考えれば、いま世界ではどのような状況で歯が残っていきつつあるか、日本がこれだけ進んでいるということも絶えず後ろを振り返って考えていかなければならない。そこにグローバルヘルスの意義があるというふうに思っております。

いまはグローバルヘルスというのは、あまり我々には関係ないと思っている方が多いと思います。よく考えてみれば、SARSとかエボラ出血熱があつて初めて日本はグローバル化をして、新型インフルエンザ、鳥インフルエンザが中国であれば1週間後には確実に日本に入って来て、死亡率も増えるという。日本には薬があつて医療技術があるから安

心という状況ではない。周辺のアジアの状況だけではなく、世界各国のヘルスの状況をしっかりと見ていかないと、歯が残っているけれども一気に他の疾病感染にかかったりすることになります。後ほど小川先生からお話をございますが、WHOではこれまで感染性の疾患撲滅を中心として、ガイドラインを作っておりますけれども、いまは認知症、あるいはNCDに積極的に取り組んでいるという状況でございます。これからまさにその実績が問われる社会になってきています。

ここで考えていただきたいのは、NCDとオーラルヘルス、口の情報は本当に関係があるという。3月には歯科医師会と厚労省、8020推進財団、それからWHOの協力をいただいて「世界会議2015」を開催し、その中で健康増進のための歯科保健のあり方、歯科医療のあり方のEBM集を出版させていただきました。これは英文でも出版し、WEBの中でダウンロードしていつでもどこでも外国であっても読んでいただけるようなカタチを作りました。これは国内外のいろんな論文を整理したものです。

こうしたことは日本歯科医師会でもしたことがないし、学会と、いくつか専門の分科会ではありますが、全体のオーラルヘルスということに関してとりまとめたものはありませんでした。それがこうしたEBM集がまさに英文化して国際的に発信し、いろんな意味でのアクセスがあって、それに応えるべき動きが出てきつつあるということです。

実は今日、このフォーラムの前の午前中、小川先生と深井専務と3人で今後の口腔保健のあり方等について、歯科の国際的な状況も踏まえながら座談会的なものを開催し、それを収録し、これも英文で出して発信致します。外国から見てWHOと日本歯科医師会、あるいは8020推進財団がどのようにリンクをしながらやっていくかということ、これは大きな動きに変わってきます。

まさにもう4~5年くらいうると歯科の役割というのが世界的に評価される、日本の歯科医療、歯科保健の役割が大きく評価される時期にきます。今日こうしてここにおいでのみなさま方の、本当に普段から努力されている結果が表に現れてきますし、今日のこの会議も動画で配信もし、それから国際的にも英文とし、今までにない8020推進運動がより加速されてくると思っております。

8020運動がより活性化すると期待しております。今日は基調講演として小川先生にお話をいただき、その後内

藤先生から、いま健康情報というものをどういうふうに手に入れて、それを具体的に自分でどう活用したらいいかというような方法。それからもう一点は、厚生労働省の高田先生が現在行られている歯科医療の向上に関する現在進めている内容についてお示しをいただくということでございます。

8020推進財団では、約30,000人くらいの患者さんを対象に調査をしておりますが、最後に、深井専務から、現在挙っている12,000人を対象とした調査、口腔内健診をすることによって、口腔内の状況と全身の健康状態がどのような関係にあるかという、非常に興味深いデータのある程度整理した部分が出てきております。これを定点で同じ人が今後最低5年間くらいに渡って、歯を失って健康状態がどう変化したかということも、この5年の間、さらにもう5年間、10年をかけてこういう調査をやっていく。まず今年は2年目に入っています。

8020推進財団も、それから日本歯科医師会もやっていない非常に興味ある調査・研究データが出始めつつあります。できるだけそれをみなさま方にお示しをして、これから歯科保健、歯科医療の向上がより国民の身近なものとなるようにしていくつもりです。どうぞ最後までお聞きいただきて、シンポジウムではディスカッションの時間たくさん取っております。フロアーの方からも忌憚のないいろんな意見をどんどん出して、よりこの会議を活性化させ、インターナショナルに発信をしていくつもりでございます。期待しながら頑張ってご発言いただけたらというふうに思います。

どうぞよろしくお願い申し上げて、少し話しが長くなりましたけれども、ご挨拶とさせていただきます。



日本の口腔保健から グローバルオーラルヘルスへ WHO 口腔保健との協調

WHO国際口腔保健部歯科医官 小川 祐司

みなさんこんにちは。今日は土曜日の午後、こんなに天気の悪い中をみなさまとお会いできることを大変嬉しく思っております。また、このような機会を頂戴しまして、山科先生をはじめみなさまありがとうございます。

今日私に課せられておりますタイトルは、グローバルオーラルヘルスというものをどういうふうに進めていくか。

私はいま世界保健機関で歯科医官という立場で職務をさせていただいておりますが、今日のお話は主に大きく3つで構成していきたいと思っております。

つきがあつて、どういうふうにアクションとして起こしていくのかなればいけないのか。そして最後の3番目としては、実際に今後WHOの口腔保健として、このNCDを踏まえてどういうふうなカタチで物事を進めていかなければいけないか。それを進めていくにあたって、この日本がどういうふうなカタチで関わっていくか。それを将来に渡ってはどういうふうな見通しを持つべきであるか。というような内容でお話をまいりたいと思っております。

WHO(世界保健機関)とは

みなさん、WHOがどこにあるかご存知ですか？ 時々国連の本部がニューヨークにあるので、ニューヨークにWHOはあるのかと言われるのですけれど、WHOの組織、そのものの本部はスイスのジュネーブです。

WHOのミッションとしてはまず何をやっているのか？ 世界の人々の健康の保護、増進のために、健康というものをどういうふうなカタチで実践をしていくのか。それを多角的に計画をし、実施をし、調整をするというのがWHOの使命です。ですから私がWHOで仕事をしているというと「先生何をしているんですか？」研究か何かをしているんですか？」ということを聞かれますが、そいついたことはしておりません。WHOは大学とか研究機関ではない。もう少し言い方を変えれば、厚生労働省が日本にあれば、WHOは世界の厚生労働省、そのようにお考えいただければと思います。

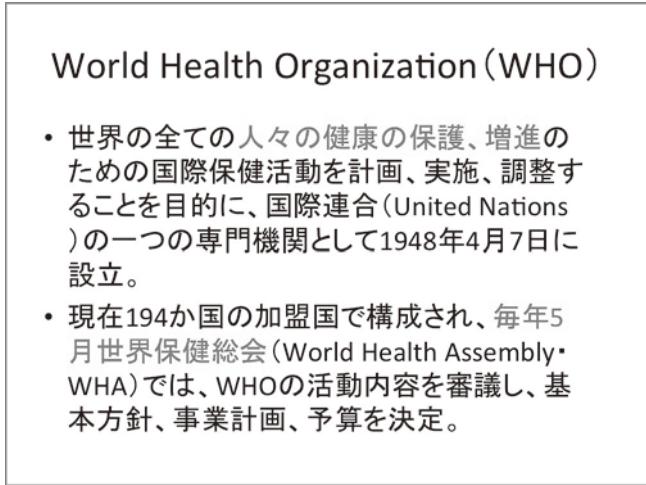
Contents

- WHO組織
- NCDと口腔保健
- WHO口腔保健の展開と日本の貢献

まず最初にWHOとはいつたいどういった組織であるのかといった概要についてお話ををして、その後、特にいまWHOが大きなテーマとしてやっております、NCDという概念、それからNCDが果たして口腔保健とどういう結び

1948年に創られましたので、もうおよそ60年近い歴史を持っています。WHOというのは世界の国々がお金を出して運営しています。194か国によって構成され、毎年5月に1回、WHOの総会World Health Assembly、通常私たちはWHAと言いますが、それが行なわれて、ここでいろいろとWHOがどういったカタチで活動していくべきか、基本方針、事業計画、予算を決定します。(図表1)

図表1



これがそのWHAの写真ですけれども、こちらの女性、みなさんが存知かと思いますけど、いまのWHOのトップにおります、マーガレット・チャン。香港人です。ここにたくさん的人が座っていますが、彼らはその国から来ている厚生労働省、保健省のお偉い方々です。(図表2)

図表2



これはいまのWHOの組織体制です。(図表3)

図表3



いまスイスのジュネーブには、およそ2,000~3,000人のスタッフが働いています。そのトップに立っているのが先ほどのマーガレット・チャン。その下に7人、この人たちは、Assistant of Director General、通称ADG。WHOはなんでも頭の3文字を取って作るのが好きなんですね。

とにかくそういった略称が飛び交ってますので、まずはその3つの文字が何を言っているのかを理解するのに、新米の人は2~3か月かかるんですね。逆にそれを習得してその言葉で言えるようになればやっと一人前のWHOスタッフになったと。

ここにADGがいるんですけど、これは日本の社長がいたら副社長ですね。副社長がいろんな分野の担当をしています。たとえば、HIVの担当だとか、母子保健の担当だとか。それで、私が所属しているのはここにありますけれども、非感染症と精神保健というクラスターに所属しています。みなさんいろんな国の人たちがいるわけですね。これは言い方をえますと、194か国の中からある程度政治的な配慮とかもあって選ばれてくるわけで、非常にこの人選というのは、もちろん専門的なことも必要なんですが、ポリティクスで決まります。

もうひとつ。ジュネーブに本部があるんですけども、世界194か国のそれぞれの地域を統括するのはなかなか難しいので、現実的には6つの地域事務局というのがあります。リージョナルオフィスと言います。アフリカ、アメリカ、東南アジア、ヨーロッパ、中東、西太平洋。日本はどの事務局に所属しているかというと、西太平洋事務局。マニラにオフィスがあります。この支店と本店で業務を分

かち合ってる、というのが一応の組織ですけれども、本店と仲良くない時もあります。

WHOの基本的な役割ですけれども、どういったことをやっているのか？（図表4）

保健政策の提言、それからガイドライン。なになにをやるんですよ、という時に、その方向性、方針というものを作るのがWHOの仕事です。ただし、2,000～3,000人いるスタッフすべてがテクニカルスタッフではなくて、いろんな人が交ざってやっています。研究機関ではありますので、政策の基になるもの、エビデンスをもらうには、WHO協力センター（WHO Collaborating Center・WHOCC）というのが世界中にたくさんございます。日本でも、たとえば癌のところだと築地にある国立がんセンターであるとか、長崎大学では被爆の、原爆のとかいろいろあるのですけれども、では口腔保健ではどこがあるのかというと、実は日本にひとつ口腔保健のWHO協力センターがございます。それが新潟大学の歯学部。私はそこの教員をしております。したがって、日本の口腔保健もそのWHO協力センターを通じて、世界に貢献をしているということです。

図表4

WHOの基本的な役割

- 国際的な視点での保健政策の提言やそのガイドラインを制定すること。
- 世界の研究機関や大学などがWHO協力センター（WHO Collaborating Center・WHOCC）として認可され、各専門分野について政策の基になる研究や政策構築へのエビデンス提供を行っている。

私のボスが宮崎というのですけれども、90年代からWHOと協力関係にあります。したがって、なんで私がWHOで仕事をしているのかというのも、実はこういった永い歴史があるわけです。私も2003年にまだペーペーだった頃、短期研修で2年間行ってまいりました。それ以来いろんなカタチで大学院生を送ったりして、2007年に新潟大学がWHOの協力センターとして認可されました。

それ以降、よりこのWHOとのアクティビティーが活発に行なわれるようになります。昨年からジュネーブの方で仕事をしております。（図表5）

図表5

WHO口腔保健への活動経緯

- 1990年～ 宮崎秀夫 研究員、コンサルタント
- 2003年 小川祐司 短期研究員にて2年研修
- 2005年～ 大学院生、若手研究者を延べ8名研修派遣
- 2007年 WHO口腔保健協力研究センターに認可
- 2014年 小川祐司 歯科医官にて派遣（WHOとの人事交流に関する国立大学コンソーシアム）WHO本部における歯科医官は1名のみ

WHOのオフィスから見えた夏のジュネーブです。このビルはWHOの本部の中にあるんですけども、HIVとかエイズを専門にするビルです。

通称我々はUNエイズという言葉で言うんですけども、この中にはその関係の人が入っています。この森の向こう側はフランスです。スイスのジュネーブというのは、地図でも本当に一番端のところ、レマンの湖があるんですけども、フランスの田舎町といったような雰囲気と言っても過言ではないかと思います。（図表6）

図表6



NCDと口腔保健

ではNCDと口腔保健ということに話を進めていきたいと思います。

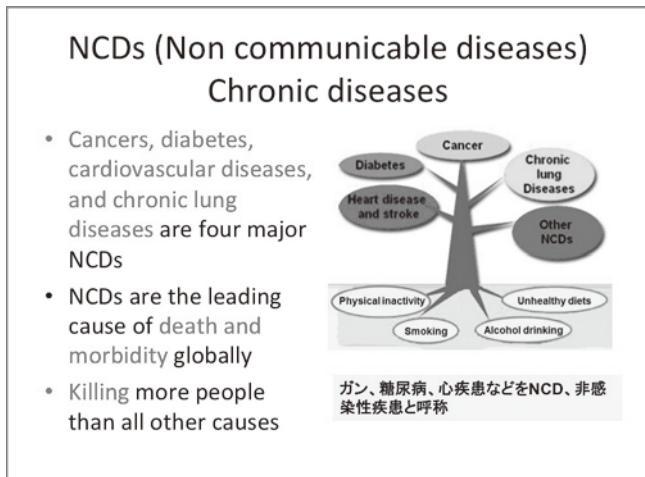
まずみなさん、NCDと聞いて「分かる」という方、手を挙げていただけます？ 「NCD」大体分かっているよ。じゃあ、「今日初めて聞いたかも」という方、手を挙げていただいてもいいですか？ はい、分かりました。

実はですね、このNCDという言葉は、ある意味新しい概念と言ってもいいかと思うんです。じゃあなんでいまNCDというのが大事なのかと言うと、実はたくさん的人がいまNCDで亡くなっているんだ、ということがデータとして出てきています。このマーガレート・チャンが言いました。世界的に見ると、前の世紀ではHIVで死んでいる人が多かった。しかし今は、途上国でもこのNCDで亡くなっている人が多くなってきている。したがって、死因の一番はこのNCD。これをどうにかして叩く必要あるんだと。近年はWHOはNCD対策というものに本腰を入れてきているということがあります。

NCDとは？

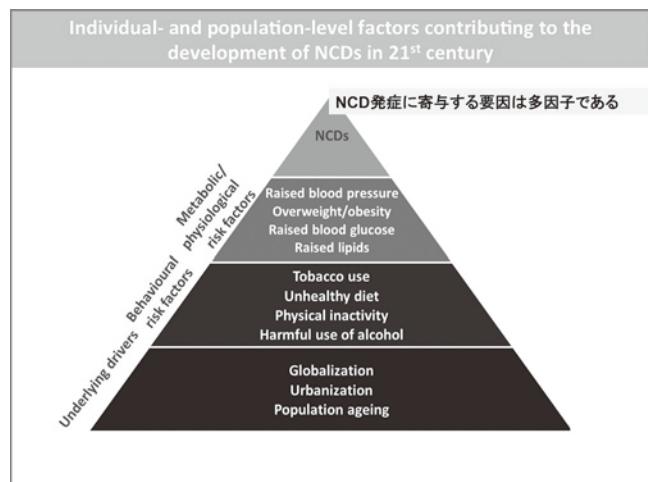
では具体的にどういった病気なのかと言うと、がんとか糖尿病、それから心疾患、こういったものがNCDです。日本語で言うと非感染性疾患という言葉で言われるんですけども、もうちょっとそれを普通に言うと、生活習慣病。ですから、生活習慣病の中のこういった病気というと、非常に理解がしやすいわけです。(図表7)

図表7



NCDを発症するにはいろいろなファクターが関わっています。多因子性だということが大きなポイントです。ではどういう影響があるのか？ たとえば社会的な影響。だんだんこの世の中が都市化してくる。それから、人口構成もみんなさんがより長生きをしていく。そうすると、長生きをしている人は長生きの過程の中でたくさんの病気を併発していく可能がある。そういう意味での社会的な環境要因。それから、個人の習癖ですね。タバコを吸う、お酒を飲み過ぎる、不栄養な食生活、それから身体を動かさない、こういったのもやっぱり生活習慣病の悪い影響。それと、血圧が高いとか、肥満とか、すべてこういうものがNCDの構成する因子で、トップのところにその疾患としてNCDが現れてきている。(図表8)

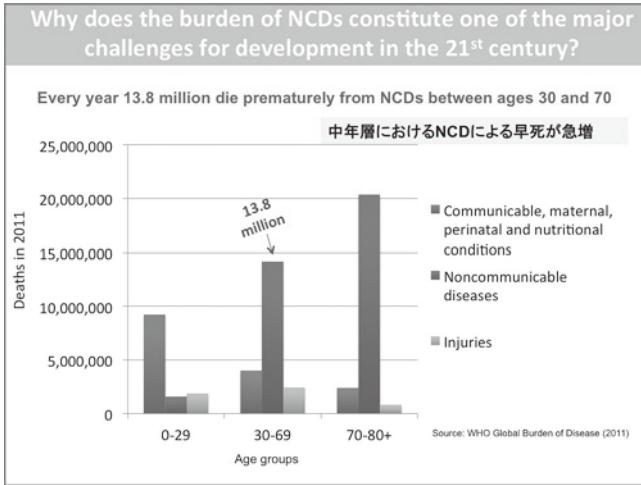
図表8



データは、およそ13.8millionの人たち、それも30歳～69歳、まだ70歳未満の人が実はこのNCDで、すでにもう亡くなっているという実態があります。(図表9)

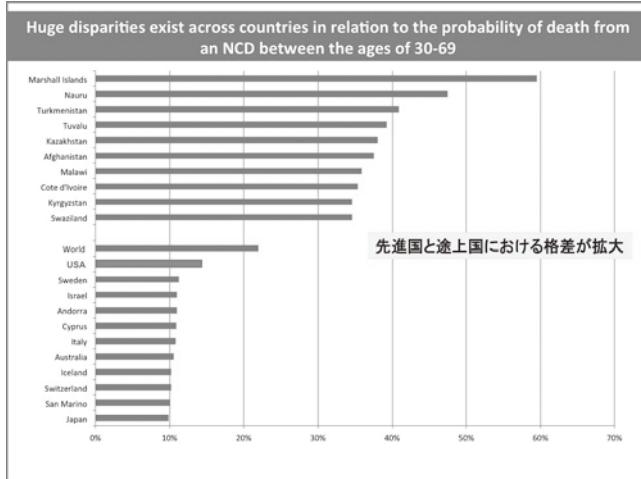
当然70歳以降になっても同じ話で、明らかにこの赤いバーが突出しているわけですね。したがって、中年層におけるこのNCD、特にこれが問題化している。ある程度ここまで(70歳以上) いって亡くなれば天寿を全うしましたね、ということになりますが、ここが実は非常に問題。70歳未満でNCDで亡くなっている人が非常に多いんだというところです。

図表9



さらにそれを上と下で見ますと、上の方がこれがいわゆる途上国。下は先進国です。そうすると、途上国でこのNCDで死んでいる人が非常に多いというのが歴然と分かるかと思います。(図表10)

図表10



昨年WHOでは、このNCDを世界的にどういうふうになっているのかというので、ステータスリポートを出しました。(図表11)

喫煙、アルコールの過剰な摂取、塩分過剰摂取、肥満などの不健康な生活スタイルが、全世界で死亡原因の上位を占める。そして、年間1,600万人が亡くなっているんだと。高齢者だけでなく30歳～40歳代の若い世代。実はもうすでに40代でも亡くなっている人がいるんだと。それが、途上国においてだと。ですから、まだ団塊の世代でもこういうカタチで死亡してしまっている人が多いというのが世界的に問題になっているわけです。

図表11



2011年に歴史的なイベントが起きたのですが、国連のハイレベル会議、ハイレベル会議というのは通常、いろんな外交だとか大きなテーマのことを話し合うんですけども、そこでこのNCDが議題になりました。(図表12)

図表12



どういったことが話されたのかというと、もっとNCD対策をしっかりとやらなければダメだというのが大きなこの会議でのコンセプトだったのですが、その中でNCDの中に口腔疾患を入れるべきだという意見が出ました。そしてこの宣言で、先ほどのがんや糖尿病以外に口腔疾患もNCDとしての位置づけにしていくというのが各国の合意のもとに認められました。

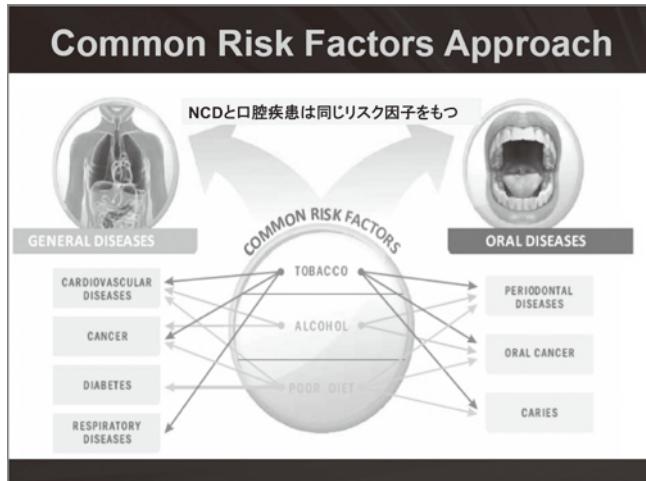
したがって2011年を機に正式にoral diseasesがNCDの位置づけになったということです。

ではどうしてNCDの中に oral diseasesも入ったのか？

これはみなさんお聞きになつたかと思いますけれど、共通するそのRisk Factors因子ですね。(図表13)

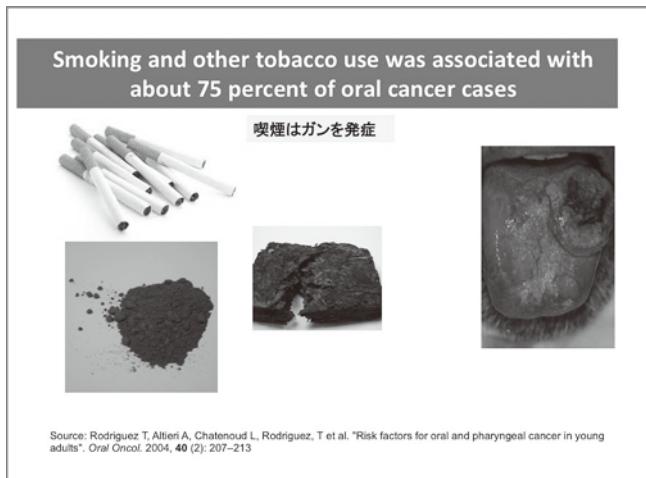
Common Riskとも言いますけども、ではどういうものがあるのか。タバコ、お酒、アンヘルシーなダイエット、こういったリスクのものというのは、糖尿病、がんとかの全身の健康を悪化させるのみならず、口の方の健康も悪化させているんだ、ということです。

図表 13



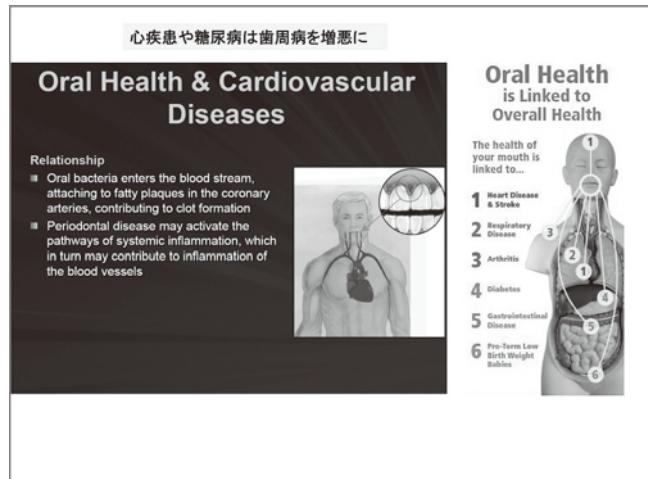
もう少し具体的に言うと、まずはタバコというのが非常に良くない。特に歯周病もそうですけども、この口腔がんの原因になるというのが多くの調査で分かっています。(図表14)

図表 14



それから、心疾患や糖尿病というものは歯周病と大きな関係があるんだと。どうしてかと言うと、すべて口の中の菌が血管を通じて身体全部に行く可能性があるということで、大きな全身の健康と口腔の健康が関係しているというところを示しています。(図表15)

図表 15



では、私たちがこのNCDとオーラルヘルスというものについて、どういったことを考えていかなければいけないのか。

共通しているリスク因子というものをしっかりとコントロールしていかなければいけない、というのが大きなポイントです。

したがって我々が言うのはこれですね。(図表16)
「common risk factor approach」という言葉がよく出てきます。

ではどうしてその共通リスクをコントロールすることが大事なのか？

今まで我々はどうしてもむし歯だ、歯周病だ、などとそれをなんとかして叩こうとターゲットにしてやっていたわけです。

ではどうするのですか？ 歯を磨きなさい。まずは基本は歯を磨くことでしょう。しかしそれだけではいまはナンセンスなのです。もっと生活習慣そのもののこういったリスクをしっかりと抑えてコントロールしていく。そうすることによって、口の中の改善のみならず、全身の健康へのポジティブな効果も期待できる。これらが非常に費用対効果がいいというふうに考えられています。

要は、同じお金をかけるのでも、1個の疾患が良くなるだけではなくて、4つも5つも疾患が良くなれば当然ベネフィットが大きいわけです。そういった概念がこの

「common risk factor approachが大事」だということです。

そして、こうしたrisk factorを下げるだけではなくて、その人が健康の増進にも寄与していくんだという、win win効果があるんだということで、common risk factor approachというのを非常に重要な方針として打ち出しています。

図表 16

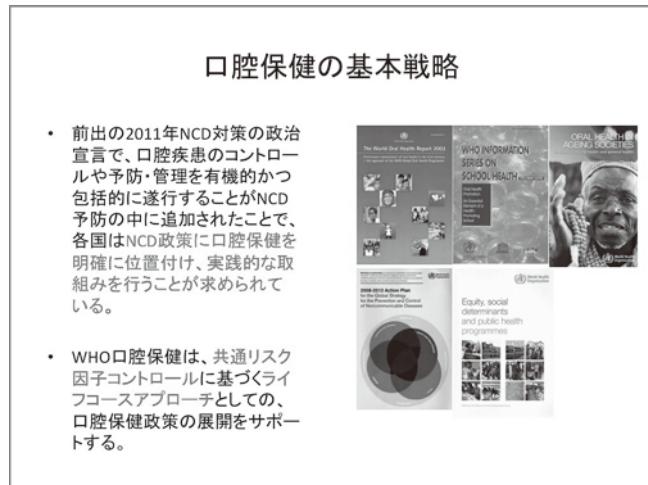


ではWHOはいまどういったカタチでそれを実践させていこうかとしているか。先ほどの2011年の宣言を踏まえて、いまいろいろとWHOではNCDとオーラルヘルスということで方針を出しています。(図表17)

口腔疾患の予防・管理をより包括的に、そして有機的に行なうことが必要である。そして各国は、NCD対策をやつしていく時にしっかりとその中に口腔疾患も対応する項目も入れてやっていくようにと、WHOとしては各国に促しているのですね。

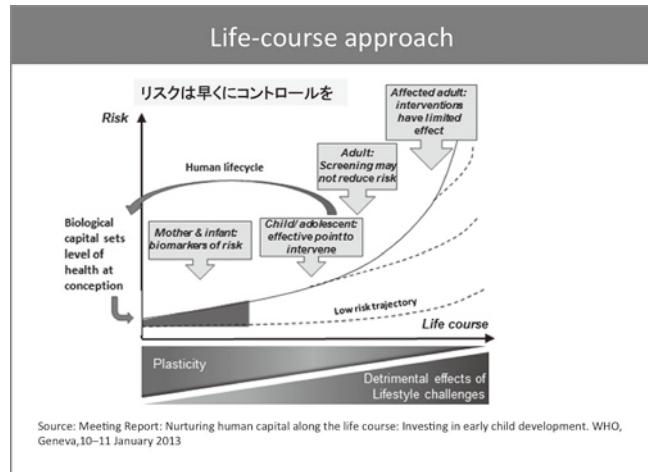
そのやり方とすると、common risk factor approachというのをしっかりとやりなさい。それでライフコースアプローチという言葉が出てきます。ライフコースアプローチとして口腔保健政策をしようと。

図表 17



これはライフコースアプローチの概念図です。(図表18) 先ほど出てきたrisk factor、タバコにしてもお酒にしても食生活にしても。年をとつていけばいくほど、そういうリスクをコントロールしようとするのはやっぱりとても大変なわけです。我々には既にある意味習慣というものができてしまっている。したがってできる限りこういったリスクというのは早い時点でコントロールしていく。そうすると、そういう悪いリスクの習慣づけを抑えることができるわけです。つまりは、子供の頃にいい生活習慣を構築できれば、その後の成人、あるいは高齢になってもよりいい生活習慣というものが続いているということが分かっている。したがって、早い時期への介入によって、最大限の効果が得られて、それがなおかげ長期的にも繋がっていくんだということです。

図表 18



我々は何をすべきか？

では何を我々歯科医、あるいは口腔保健の専門家がこのrisk factor approachを実践すればいいのか？

2014年、昨年のWHA年次総会でマーガレット・チャンはこんな発言をしました。実はいま肥満が非常に問題です。そしてもうひとつ。う蝕を誘発するのは特に砂糖が原因である。だからこの砂糖というものをどうにかしてもっと減らさなければいけない、ということをクリアーメッセージで出しました。(図表19)

肥満とう蝗を誘発する砂糖の消費を減らす必要がある。砂糖の過剰摂取というのはまさしくアンヘルシーダイエットに結びつく、ひとつのrisk factorなわけです。

図表 19

Sixty-seventh World Health Assembly (WHA) 2014



- WHO's use of its authority "to alert the world to the need to reduce daily sugar consumption, based on evidence of the association with dental caries and obesity."

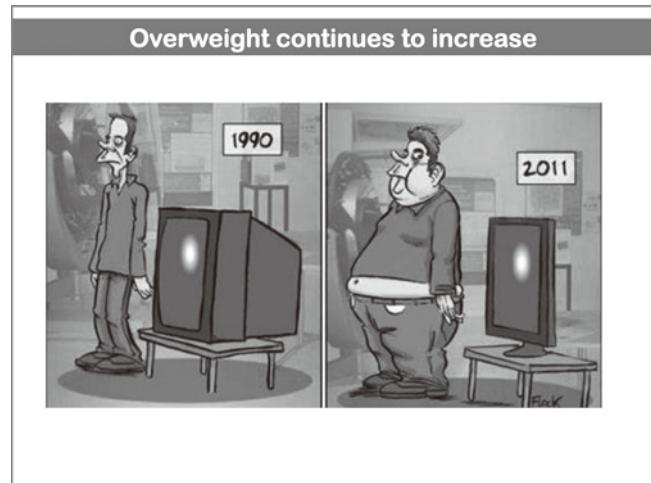
肥満とう蝗を誘発する砂糖の消費を減らす必要がある

ご覧になってください、みなさん。90年代、我々はまだスリムでした。

テレビはまだブラウン管で、こんな感じでしたよね。それがつい最近ですと、私たちの方がこんな感じです。テレビはこんなにスリムになって。(図表20)

ですから、この時代背景と共に我々が肥満傾向になっていくというのは、ものすごい社会問題なのです。

図表 20



実際的に砂糖の肥満への影響、それからう蝗への影響というのがどういったところで分かっているのか。

これは2007年にやられたシステムティックレビューです。(図表21) 1年間でひとりの方がおよそ10kgくらいの砂糖の摂取であれば、まあそんなにむし歯で悩むことはないでしょう。しかしながら、その摂取が15kg以上になつてしまふと非常にむし歯になりやすい、なる可能性が高いんだということが分かつてきました。ここでシステムティックレビューから、むし歯の増加と砂糖の摂取量というのはある程度比例関係にあるんだということが言われました。

図表 21

Table 10 Summary of the evidence for low levels of intake of free sugars			
Kg/person/yr	g/person/d	Author	Caries levels
-	0	Takahashi ¹⁹⁵	No caries. Annual caries increment was positively related to sugar intake. Sugar intakes ranged from 0.2–15 kg (r = +0.8)
0	0	Turku study ²⁶	50% of children had DMFT < 0.5 replaced sucrose
<3.6	<10	Ruxton et al. ⁵⁷	Change in DMFT <1, over 8 years
			Intervention study, Finland
			WHO database
At low levels of sugar intake (#10 kg/ person/yr (27.4 g/d)) dental caries is very low.			
Annual sugar consumption is above 15 kg/person/yr (40 g/d) dental caries increases.			
<10	<30	Knowles ¹⁹⁷	> 10 kg/yr had DMFT < 2.0 >50% of 3–7 year-olds were caries-free
<15	<40	Shelham ¹⁹⁸	Caries low if fluoride exposure high
<15	<40	Miyazaki and Morimoto ⁵²	DMFT < 3.0. Caries levels increased as sugars intake increased
			DMFT < 1.0 in 1973. Thereafter, sugar intake decreased and so did caries rate. Correlation between sugar intake and caries was significant and highly positive
>15	>40	Takeuchi ¹⁹⁶	Caries occurred in first post eruptive year and DMFT < 1.0
10.4	28.5	Schulerud ¹⁹⁹	Good dental health in 6–12-year-old children
<20	<55	Butner ²⁰⁰	Caries very low
<18.25	<50	Sreebny ²¹	DMFT < 3.0
<18.25	<50	Woodward and Walker ²⁶	DMFT < 3 in 23/26 countries
			Data from Japan 1941–1958
			War-time data, children in Jersey/England WHO database
			Data from Japan 1945–1987
			War-time data from Norway
			Data from 18 countries in 1959 WHO database WHO database
			(Moynihan et al., 2007)

今年2015年、WHOは砂糖摂取量ガイドラインというのを見直しました。そこには、1日の砂糖の摂取量がどのくらいがいいのかという新たな見直しが行なわれています。

いままではだいたい1日に摂取する全部のカロリーの内、その10%未満であればだいたいOKでしょう、だったんです。

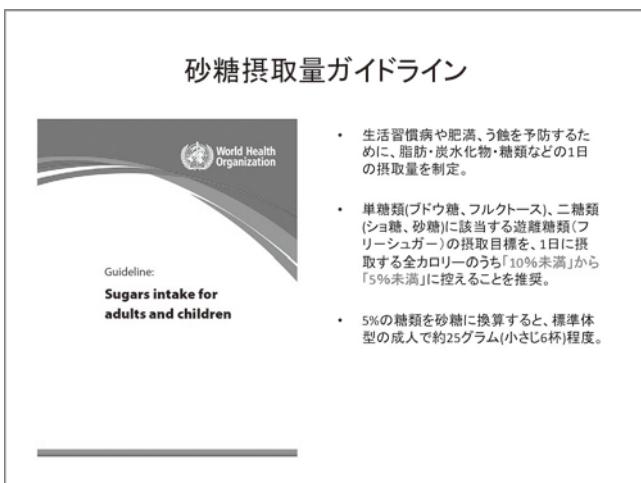
しかし今回の見直しでは、この10%未満を5%未満にす

るのがふさわしいというふうに、条件付きですけれども推奨され、できれば5%未満にしなさいよと。

ではこの5%未満の摂取とは、1日あたりのトータルカロリーはどのくらいなのか？ だいたい大人で、小さじのスプーンで5杯～6杯程度の砂糖の量、25gであればOKということです。

今日、ペットボトルのジュースを飲まれた方はもう、量オーバーしてます、という感じになってしまいですね。この5%というのは、非常に厳格な値になりました。フランクにお話しますと、この5%を守るとなると、「こんなのは無理だよ」と、このガイドラインを出すにあたって、特に甘いものを作っている会社からクレームが来ました。「こんなのが出したらウチの商品は売れないよ」と。某イタリアのチョコレート会社です。それでこのガイドラインが3か月出るのが遅くなつたというのもあります。このガイドラインが出ることによっていまも大きな波紋を呼んでいます。(図表22)

図表 22



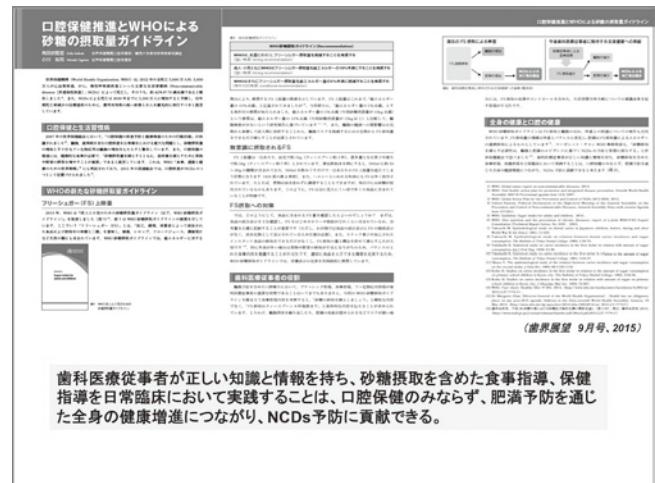
しかしながら、我々が直視しなければいけないのは、現実問題として肥満というのが非常に世界的に大きな問題となっている。特にそれが子供が多いわけですね。そうするとやはり、いくら子供にエクササイズしなさい、じゃなくて、まずは上流のところの砂糖の摂る量をもう少し考えなさいよ、という意味でこのメッセージが出されているというわけです。

もうちょっと言えば、砂糖と肥満の関係はある程度もう直接的なんですが、では本当に砂糖とむし歯の関係というはあるのか？ 正直ちょっと疑問に思う点もあります。

しかし、このガイドラインの目的はむし歯だけではなくて、肥満の対策、もう少し言えば糖尿病の対策も加味され

ていますから、そういう意味からやっぱり5%というのは必要な値になっていると言えます。(図表23)

図表 23



したがって、我々歯科医師ができるることはどういうことか。むし歯を予防するために甘いもの、砂糖を摂るのをやめましょう、とこれは我々からしてみれば言えることです。今までやってきたかもしれません。

しかし、今後我々がやっていかなければいけないのは、もっと正しい情報というものを患者さんにお話ししていくべき。つまりは、砂糖摂取を含めた食事指導、保健指導というものまで臨床において行なう。口腔保健だけではなくて、全身の健康、特に肥満や糖尿病対策というのも歯科医師がその臨床の現場、あるいは保健所の場とかで教えていく必要性があります。

つまり歯科医師は、NCD予防もちゃんとやらなければいけませんよ、ということです。我々がNCD予防に貢献できるひとつの切り口とすると、こういったところでのrisk factor controlの仕事が言えるのではないかと思います。

Risk factorのもうひとつは喫煙です。先生方で患者さんに保健指導する時に必ず禁煙、喫煙のことまでお話ししている方、手を挙げていただけますか？ …ごく少数ですよね。ということで、我々禁煙指導しなければいけないということは分かってはいるんですけども、それを実践しているというのはまだ例が少ない。いまWHOではどういうことをしているかというと、口腔保健専門家によって行なわれる禁煙指導をもっと体系化して国際的に標準化していくこうと、そのプログラム化をやろうとしています。

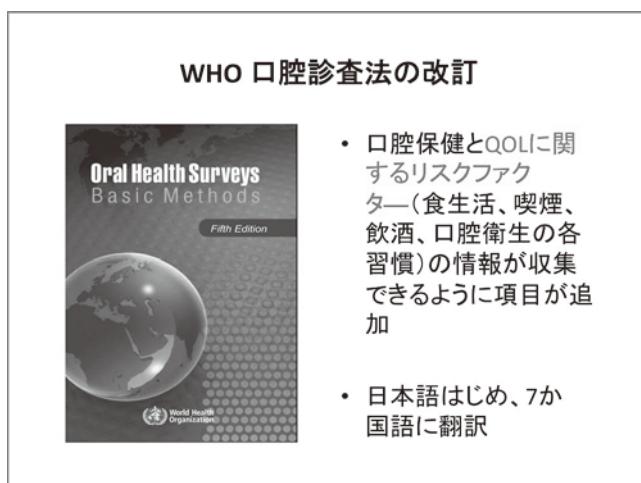
どういうことをするかというと、モデルを作るわけです。こういうのを標準でやりましょう。これを使ってやりましょう。その標準のモデルを作る工事現場、設計図を作るのが、実はいま日本で行なわれています。内藤先生がいらっしゃる福岡歯科大学が、その活動の大きな協力ポイントとしてやっていたりしている。ここも日本が世界の口腔保健を良くしていくひとつの大きな力になっています。

これはWHOが出している「Oral Health Surveys Basic Methods」。口腔内の疾患、口腔診査を行なうにあたって、標準的にこういったやり方でやりなさい、と推奨しているものが載っている本です。(図表24)

この中で口腔保健の情報を見る時に、このrisk factorの情報もちゃんと我々はしっかりと取らなければいけないということで、こういうrisk factorの情報を取る問診ですね。問診の重要性ということを敢えて言っています。

そして今回のこのBasic Methodsには、その情報が追加されました。オリジナルは英語で作っていますが、現在いろいろな国の言葉に翻訳する作業があって、日本語も入っています。おそらく来年には日本語版が出てくるかと思います。

図表 24



では、どういったrisk factorのインフォメーションを取っていくか。WHOではステップという方法を推奨しています。(図表25)

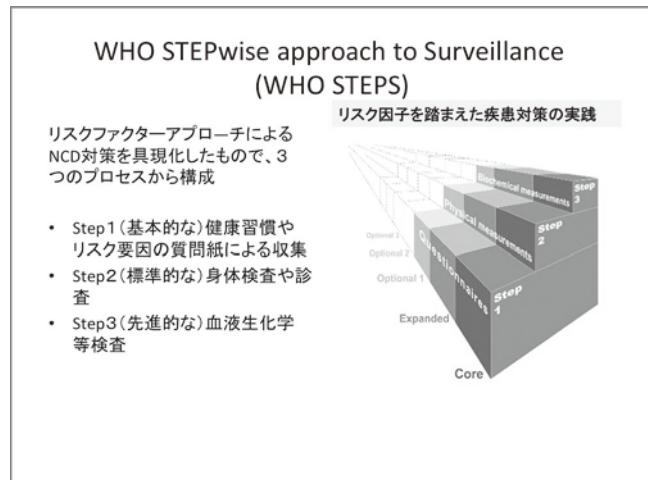
このstep 1のところがコアになっていて、risk factorとしてはまずは問診を取って、ちゃんとその情報を的確に把握をするんだと。

さらにstep 2としては、実際的に問診だけではなくて検

査もやりなさいと言って、フィジカルメジャーラメント、データを取りなさい、ということです。

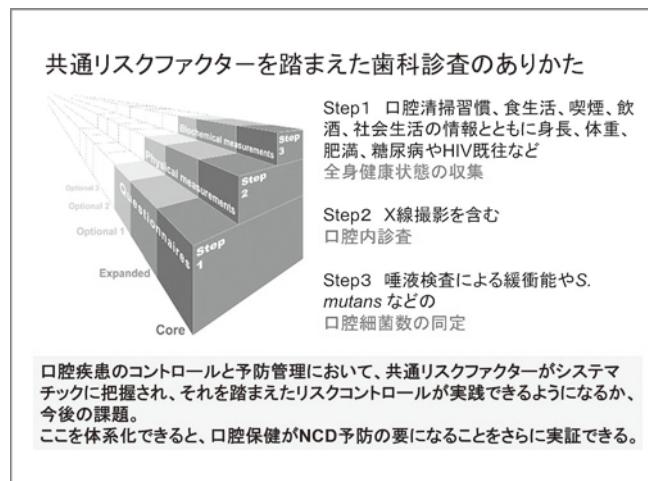
さらに、もっとできるのであれば、血液検査までしてみなさい。こういったカタチで1・2・3のステップサーベランスというものを推奨しています。

図表 25



ただし、step 3というのは、お金も手間もかかりますので、あくまでオプションです。step 1とstep 2というのは、基本的な問診、それから標準的な診査、これはやってください、というカタチで、この三段階での推奨をしています。(図表26)

図表 26



これらを歯科の、我々のクリニックでの診査のあり方として踏まえるとどういうことか。

まずは step 1 とすると、やはり同じですね。risk factor というのは共通しているものですから、まず risk factor をしっかりと取ろう。口腔清掃習慣、それから食べているもの、タバコ、お酒、社会生活の情報。

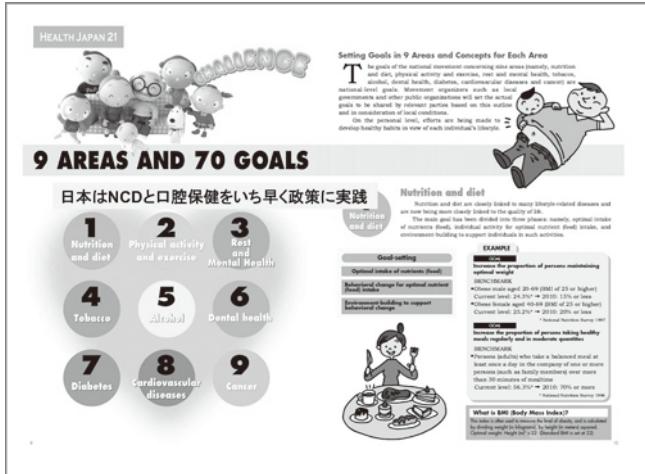
それと step 2 では、口腔内診査をしっかりとやってデータを取りなさい。できれば X 線も撮った方がいいですよ。

さらに step 3。口の中の検査。血液検査は全身ですけれど、口でしたら特に唾液検査をしなさい。ということで 1・2・3 で歯科診査としての内容というものを推奨しています。

口腔疾患のコントロールと予防管理において、これらの共通リスクファクターがシステムチックに把握されて、それを踏まえたリスクコントロールが実践できるようになる。もしこれが体系化されると、口腔保健というものが NCD 予防の要にもなるんだということですね。ですから、我々の通常の臨床においても、ちょっとしたその考え方、あるいはちょっとしたアクションを加味することによって、これだけ我々の幅が、テリトリーが拡がっていくんだ、と。それを WHO としては世界の口腔保健の専門家にもっと「NCD とオーラルヘルス」というその大きな考え方の下に、我々がやるべき役割というものを考え直さなければいけない、ということを提唱しています。

この NCD とオーラルヘルス、実は我が国日本ではどうかというと、すでにもういち早くこの概念は取り込まれています。(図表 27)

図表 27



みなさまもご承知だと思いますが、健康日本 21 が我が国にはあって、ここに 9 つの重点的にやらなければいけないエリアというものがあります。

その 6 番目のところに、ちゃんと口腔保健が入っているわけです。日本はもうこの NCD とオーラルヘルスというのを、いち早く国の政策としても取り入れています。

QOL を高めるための WHO の口腔保健への取り組み

では、今後どういったことが必要になってくるのかということで、さらなる展開です。(図表 28)

図表 28

WHOにおける口腔保健への取り組み

1. 健康的な食習慣と栄養摂取の確立により低栄養を改善
2. 若年者の禁煙を推進して口腔や全身の健康を増進
3. 安全な水の確保や衛生状態の改善により口腔衛生の推進
4. 適切なフッ化物の有効利用に関する政策の普及
5. 口腔癌予防のリスクコントロールや早期発見ができる保健従事者の養成
6. HIV/AIDSに関連する口腔疾患の早期発見や予防からHIV/AIDS罹患者の口腔健康の増進と QOL の確保
7. 予防から早期発見、治療、予後までの一貫した口腔保健体系の整備
8. 健康的な生活習慣確立のための学校歯科保健の推進
9. 高齢者のQOL向上に対する口腔保健の推進
10. エビデンスベースに基づいた口腔保健情報の再整備
11. 口腔保健に関する学術研究の推進

2007年 第60回世界保健総会

いま、NCD とオーラルヘルスということで WHO の話をメインにお話していますけれども、実は私がやらなければいけないのは、なにもそれだけではありません。

NCD とオーラルヘルスに関連したもの以外にもいろんなことを考えていく、やらなければいけない。特にその中でも重要なのが、高齢者ですね。日本はご存知のように超高齢者社会ですが、なにも高齢者社会の話というのは我が国だけではなくて世界中どこでも起こりうる話です。

今年の3月にそれを踏まえて、このWORLD CONGRESS世界会議というものを日本歯科医師会がメインとなって行ないました。

この会議の目的は何かというと、口腔保健推進をどういうふうにやつたらいいのか？ 高齢者がこれだけ増えていく。それを大きな議論にする。その時に、日本がこれまでやってきた経験というものをみなさんと共有して、それを国際的にもっと発信して、あわよくば国際的な標準にまでなるべきものであることを実証する。会議の最後に東京宣言というものが出来ました。（図表29）

図表 29



そこに書かれている宣言とはどういうことかというと、この会議を行なったことを踏まえて今後こうすることをしていくべきだと、6つのことです。やはり高齢者の口腔保健を推進していくためには、NCDの予防とコントロールが不可欠だ、ということです。

さらには、NCDと口腔保健、全身と口腔がどれだけ関係しているのかということで、このエビデンス集というものが出来ました。（図表30）

これは非常に大きな意義のあることで、世界中のエビデンスというものをしっかりとレビューして、大きな冊子でまとめました。これはこの会議に出た参加者から大きな評価がありましたし、実際WHOのオーラルヘルスでもこのエビデンス集をしっかりと情報発信するが如く、ホームページにもリンクを貼っています。

図表 30

The screenshot shows the first page of the document. It includes a header with the title 'Health and Longevity Society Contributes to Dentistry and Oral Health Care Evidence' and the subtitle 'Dental Health and Oral Health Care for Healthy Longevity in an Aging Society'. Below the title is a section with a table of contents or a list of chapters. The main body of the page contains several columns of text in Japanese, likely discussing the relationship between oral health and overall health in an aging population. At the bottom, there is a logo for the Japan Dental Association and a URL: 'http://www.jda.or.jp'.

現状は、口腔の状況と全身の状況というのがいろんなカタチで関係しているというのが分かってきています。さらにワンステップ先のことが今後必要となってきます。特にそれは日本においての経験なんですけれども、口腔と全身の健康の関係性から、ただ関係性だけではなくて、いかにその状況、内容がいいものになるか。QOLを高めるという意味で、口腔保健にどういった役割があるか。

（図表31）

図表 31

The screenshot shows the title 'QOLを高める口腔保健' and a subtitle '日本の経験を世界標準へ' (From Japanese experience to world standard). Below the title is a bulleted list of six items, each with a small icon to its left:

- 介護予防、認知予防における口腔保健有用性の実証とそのモデル(指針)の作成
- 摂食・嚥下リハのモデル構築と、有用性エビデンス
- ガン患者などへの口腔ケアモデルの体系化
- 「地域包括ケアシステム」モデル概念
- 多職種連携のさらなる推進

具体的に言いますと、たとえば高齢者が増えていく。全部の高齢者が健康で生きていくのがいいのですが、そういうわけではありません。そうしますとやはり介護予防、それから認知症予防という問題が出てきます。

実際WHOでも、認知症というのは非常に重要な問題として位置づけられていて、いま認知症対策というのをやっています。できれば口腔保健をそこに入れて、これだけ口の状況をよくしていくと、認知症予防にこんないい

結果が出る、という刷り込みをやりたいと思っています。

そういう情報を持っているというのは、まだ世界中でも限られた国しかありません。日本は経験と知識があるわけで、そういったものになるべく早い段階で世界中に発信していきたい。モデルを作っていくみたい。

それと2つ目。これも大事ですね。摂食嚥下とりハビリテーション。いままでは、病気を抑えましょう、病気をとにかく少なくしましょう、しかしいま病気がある程度コントロールされてくると、今度は状態をよく機能させましょう。そういった意味でのリハビリテーション的な部分も、今後の我々のオーラルヘルスという概念を考えていく時に重要なファクターです。

あとは、特に口腔ケア。いままではキュアですね。治療はどうしたいか。しかし同じですけれど、やはり疾病が少なくなってくると、今度はキュアからケアなんです。特にこのケアというのも、健康な人がケアして超健康になっていくのも大事ですけれども、ネグレクトされているリスクの高い人。それからこういうがん患者さんとか、ハンデがあってなかなか自分でできない人たちへのケアというのがどれだけ重要で、それをやることによってどういった効果があるのかというのを体系化していくことも大事だと思います。

こういったのをやっていく時には、歯科医師だけではなく、いろんな職種の人たちと一緒に仕事をしていく必要がある、という意味で、多職種連携。それを実践していくのは、地域コミュニティということです。

まさにこれは日本の口腔保健の真骨頂であって、これらの経験というものをダイレクトに世界に向けて発信をしていく。その旗振り役に歯科医師会、8020 推進財団、WHO も一緒になって「日本の口腔保健をグローバルに」というのを進めていく中で、ここら辺のエリアというのは今後 5 年～10 年の間にどれだけ日本のこの情報を持っていけるのかというのが大きな課題、あるいはやりがいのある仕事かと思います。

WHO は年に 1 回、10 月に WHO レポートというのを作ります。今年の WHO レポートは、「エイジングとヘルス」高齢化と健康というタイトルでした。その大きな要約はこういうことです。

単に「病気ではない状態」、これが健康というのではないのだと。本当の意味での高齢者の健康というのは、住み慣れた環境での機能性が求められているんだと思います。地域包括ケアです。(図表 32)

図表 32



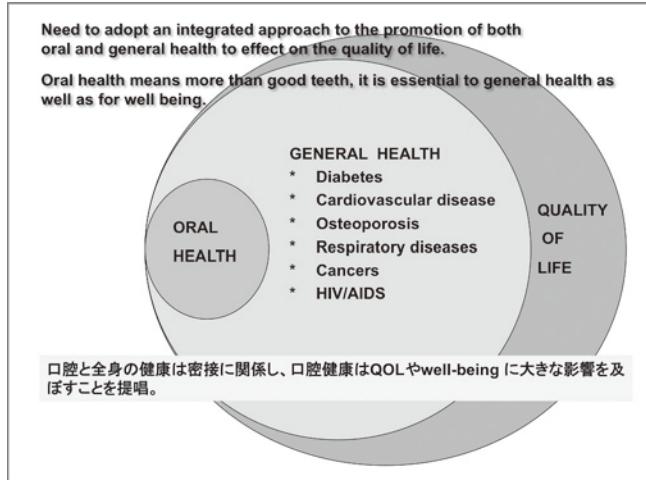
ですから、この状況を作り上げていくにはやはり多職種の人たちとみんなで、まず住むその土壤となるところを良くしていかなければいけません。その上で、病気をコントロールするという話になります。このレポートの中に、口腔保健、高齢者の健康を考えていくという中において、オーラルヘルスも大事なんだというメッセージを出すことができました。

これは我々の仕事がどういった目的、あるいはどういった役割を担うのか? オーラルヘルスというのは、身体の全体の健康を司る、その構成をしているものなのです。

それは大きくクオリティ・オブ・ライフに左右していくものだということです。ですから口腔と健康は密接に関係する。そして QOL や well-being にも影響を及ぼす。

(図表 33)

図表 33



ただいまでは、これはオーラルヘルスからジェネラルヘルスがあつてクオリティ・オブ・ライフというふうに、ワンウェイなんですね。たとえば歯周病と糖尿病も、歯周病を良くしたから糖尿病も良くなつたよ。歯医者はみんなそう言いたくなるわけです。しかし内科の先生は、「本当?」と。では糖尿病が良くなつたら歯周病は良くなるのかと。というふうに言いたくなるわけです。したがつて今後我々がやっていかなければいけないのは、この全身と口腔の健康の話をする時に、常にオーラル発のこちらではなく、メディカル発のオーラル行きをどれだけ作れるか。それをやっていくには、繰り返しになりますが、多職種連携なのです。ですから、我々だけでオーラルヘルスの話をしているというのは、もう本当にナンセンス。こういった議論の場に多職種のいろいろな人が入ってきて、いろいろな共有をしながらオーラルの話をしていくかなないと、本当の意味での口腔保健というのが、長期的な視点では進んでいかないのかなと思います。言い方を変えますと、このへんの旗振り役をぜひ日本の歯科界がもっともっと大きなポテンシャルを發揮していただければと、常に思っています。

最後になりますが、今日お話ししたのは非常に WHO マターですけれども、でもまず大事なのは、みなさん考え方と大きく持つのは大事ですが、実際のアクションは目の前のこと。ですので、「Think globally, Act locally」という言葉、やはり最後に帰着しますが、これが大きく、どれだけ地域において、あるいは国の中においてのその経験というのが、世界への道に繋がっていくということになるかと思います。

時間になりましたので終わりたいと思います。ありがとうございました。



エビデンスに基づく 健康教育・口腔保健情報

福岡歯科大学 教授 内藤 徹

こんにちは、福岡歯科大学高齢者歯科の内藤でございます。本日はこのような機会をいただきまして、山科理事長、そしてシンポジウムをコーディネートしていただきました深井先生には、深く御礼申し上げます。

今日は「エビデンスに基づく健康教育・口腔保健情報」ということですけれども、みなさん、健康に興味ありますよね？ ご自身の健康にも興味がありますでしょうし、医療提供者としてエビデンスということを考えないということはないと思います。今日は健康情報のエビデンスについて、あまり肩のこらない話をさせていただこうと思います。

エビデンスを分解して考察する

まず、エビデンスというものを分解するとどんなものになるか、これをちょっと考えていただきたいなと思っております。

「発掘！ あるある大辞典」という番組がありましたね。実際に家の近所のスーパーでも1か月ぐらい納豆が無くなったりがありました。こんなようなテレビ番組、もう8年前に無くなっちゃいましたけどね。

これに倣って、納豆で歯がきれいになるという番組を作ることも簡単です。

歯周病の原因菌を炭酸ガスの存在下で48時間ぐらい培養するとコロニーができます。

これに納豆菌の抽出液をちょこつとかけます。そうすると歯周病原菌が生えないんですよ。

納豆がすごいというわけではなくて、これは実は、家の娘が小学校の夏休みの研究課題で、納豆のタレをかけてみたら、実際に生えなかつたのです。

こんなのもありますね。ネズミに納豆を食べさせます。夜中に元気にいつまでも走り回っております。(図表1)

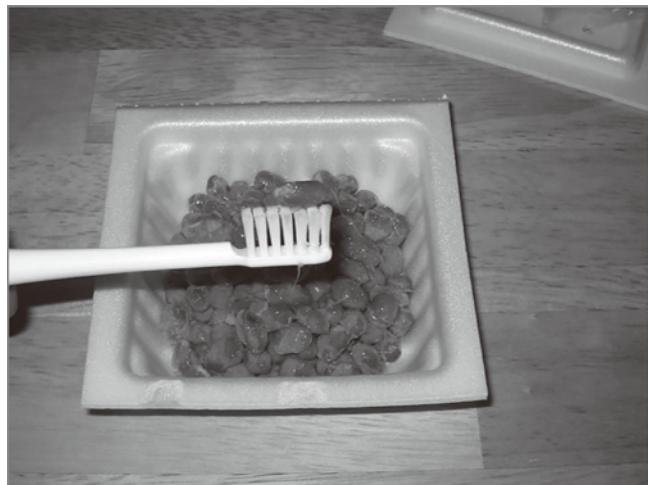
図表 1



そして、こんな場面も出てきますか。

これ家の娘でございます。納豆で歯磨きをするところです。(図表2、3)

図表2



図表3



こんなふうな健康情報ってとても簡単に作れます。これに上手なナレーションを入れればできますし、まったく嘘のわけでもないですね。

こういった健康関連情報というのは、いま世の中にいっぱいあります。

このような番組を見ても、誰もおそらく納豆歯磨きはないでしょう。けれども、これがダイエットだったら。8年前に実際に1か月間本当にスーパーから納豆が消えてしまったのです。これくらい医療消費者を惑わせるのは実は簡単なことです。

では惑わされないためにはどんなところに気をつければいいか。もう1つ例を挙げて説明してみましょう。202×年。私はもともと歯周病の研究者でしたので、ジクロムヘキサペンタゾネインを含有した歯周病治療薬「Naitol」というものを作りました。

これは効きますよ。わずか1日1回のうがいだけで脅威のパワー。こんな広告をよく見ますよね。内藤薬品株式会社ですけれど。(図表4)

図表4

「Naitol」 これは効きますよ！

わずか1日1回のうがいだけで
脅威のパワー

抗炎症剤
ジクロムヘキサペン
タゾネイン含有

内藤薬品株式会社²⁵

それからこんなふうな怪しげな雑誌の裏表紙みたいなのがありますね。各地から続々と、というやつですね。(図表5)

図表5

「Naitol」 これは効きますよ！

わずか1日1回のうがいだけで脅威のパワー!!
各地からつぎつぎ寄せられる喜びの声!!!

ほんとうに1日1回のうがいだけで、はぐきがこんなにピカピカ
(福岡22歳家事手伝い)

Naitolのおかげで口臭もなくなり、彼女ができました
(佐賀23歳フリーター)

今まで悩んでいたのが嘘のよう。もうこれなしでは生きていけない
(熊本22歳自営)

人前でしゃべるときも口臭が気にならなくなりました
(鹿児島30歳塾講師)²⁶

内藤薬品株式会社

それからよくあるのが有名人が出てくる権威ある某先生がというやつもありますね。芸能人が出てくるケースもあります。これはよくあるパターンです。(図表6)

図表6



さあ、もしみなさん自身の歯ぐきがこんなふうに腫れている、歯磨きの度に歯ぐきから出血するとします。

先ほどの広告は嘘はありません。これ1本、3,000円です。ちょっと高めですけれど、ほんの2%ぐらい買っていただければいいんですよ。原価は30円ぐらいですから。

ではこの情報を分解してみます。

「Naitol」これは効きますよ。これを要約しますと、「Naitol」である人がうがいをしたら、歯ぐきの腫れがすっかり治りました、と。表を書いてみます。(図表7)

「Naitol」を使って治った人が1名います。治らなかつた人が何名いたかという情報はないわけですね。何名に処方されたことがあるかという履歴も分かりません。

図表7

	変化なし	治癒	合計
Naitol	?	1	?
合計	?	1	?

29

こういう各地から次々寄せられる。これを要約しますと、「Naitol」の投与によって歯ぐきの腫れが治った人が4人集まりました。

表にしますと、治った人は確かに「Naitol」4名。治らなかつた人が何名かは分かりませんね。こういう情報です。(図表8)

図表8

	変化なし	治癒	合計
Naitol	?	4	?
合計	?	4	?

(院) 塾講師 30

それからよくあるパターンのこの権威ある某先生ですね。歯ぐきの腫れに効くそうです、という。(図表9)

これ以外とみなさん自分の臨床にテクニックを導入する時、こういった情報を使いますよね? さあこれを表にしますと、本当に治ったのか? 何名治ったのか? 何人位使ったことがあるのか? これ、実は表を埋める数字になるような情報が含まれてないのです。

図表9

	変化なし	治癒	合計
Naitol	?	?	?
合計	?	?	?

xx大学△△先生ご推薦 31

では、「Naitol」の効果を正確に知るためには、どんな実験を考えますか?

たとえば、100人の歯ぐきの腫れた人に「Naitol」でうがいをしてもらって、1週間後に検査します。こういった研究を考えますよね。100名のボランティアを集めまして、その結果100名のうち、60人の歯ぐきの腫れが改善しました。充分効きますよね。

100名に「Naitol」を出しました。治った人が60名。治らなかつた人が40名です。(図表10)

図表10

100人の歯ぐきの腫れた人に「Naitol」でうがいをしてもらい、1週間後に検査をしました。

その結果、100人のうち60人の歯ぐきの腫れが改善していました。

	変化なし	治癒	合計
Naitol	40	60	100
合計	40	60	100

でも何か足りないものがありますね。みなさんはもうお気づきでしょう。

「Naitol」を100名に出します、他の100人には「ただの水」でうがいをしてもらいます。

そうしますとその結果が「Naitol」では100人のうち60人が治った。ただの水では65人の歯ぐきの腫れが改善しました。これを表にしますと100名「Naitol」を出したうちの60人が治り、ただの水でうがいをしてもらった65人が治りました。(図表11)

図表11

100人に「Naitol」でうがいをしてもらい、他の100人には「ただの水」でうがいをしてもらい、1週間後に検査をしました。

「Naitol」では100人のうち60人が、「ただの水」では65人の歯ぐきの腫れが改善していました。

	変化なし	治癒	合計
Naitol	40	60	100
ただの水	35	65	100
合計	75	125	200

さあ、表ができました。

「Naitol」とプラセボですね。これを比較した表ができます。そうしますとはじめて「Naitol」で歯周病が治った割合が60%。効くように見えましたが、ただの水は65%。ということはその比をとりますと、「Naitol」は水の92%の効果しかなかった、ということが分かります。「Naitol」は効かないわけですね。実はこの情報が我々、医療情報として一番ほしいものなのです。(図表12)

図表12

Naitolは効きましたか？

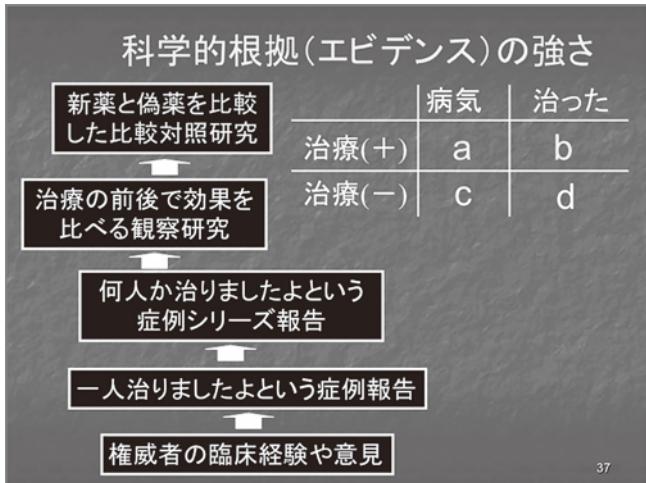
	変化なし	治癒	合計
Naitol	40	60	100
偽薬(プラセボ)	35	65	100
合計	75	125	200

Naitolで歯周病が治った割合 = 60/100
 ただの水で歯周病が治った割合 = 65/100
 Naitolと水の治った割合の比 = 60/100 / 65/100 = 0.92
 Naitolは水の92%の効果? → Naitolは効かない!

このように、エビデンスと言いますが、まず研究デザインから見たエビデンスというのはこういうふうな序列があります。

権威者の臨床経験や意見というのは、実はこの表を埋める数字はありません。1人治りましたよという症例報告、これは治療によって治った人はここに出てきます。でも何人か治りましたよ、となってくると、表がこのように豊富になってくるわけですね。治療をやった前と後で、これもよくありますけれど、これ実はこの表の上の段しか埋めていないのです。(図表13)

図表 13

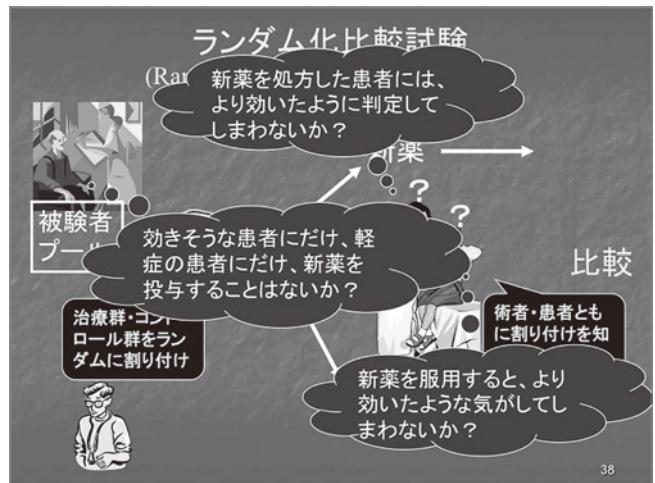


本当は、新薬と偽薬を比較した比較対照試験、これが必要です。これをやってはじめてこの四分表が埋まって、効果が分かるわけです。

でも実際には、効きそうな患者にだけ、軽症の患者にだけに新薬を投与するということも、ないことはないです。

ですから、もともと患者さんを集めておいて、治療群とコントロール群をランダムに割り付けておいて、新薬とプラセボ、さらにこの段階でも新薬を服用すると、患者さんも「よし、これなら効きそうだ。治りそうだ」というプラセボ効果が働きます。これを排除するために、そして医師の方もそうですが、新薬を処方した患者には、より効いたように判定しがちです。これを知らせないでおいて比較をします。こうしたランダム化比較試験、これがエビデンスの構造としては一番確実だということがお分かりになるかと思います。これがまずエビデンスとして重要なもののひとつです。(図表14)

図表 14



この医療情報の落とし穴 その壱としては、対照のない話は根拠が低いということです。

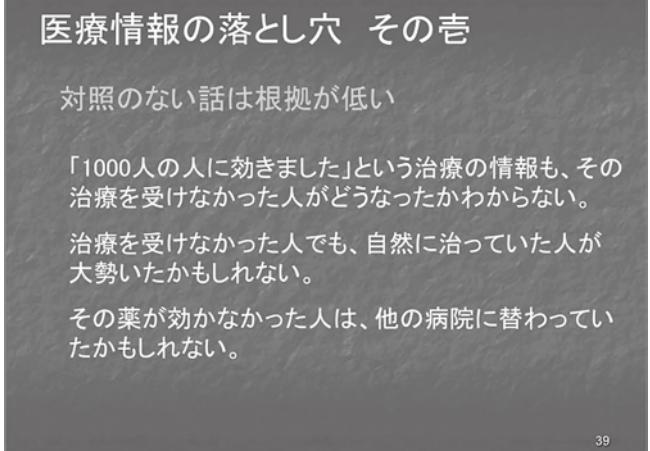
「1,000人に効きました」という治療の情報も、その治療を受けなかつた人がどうなつたかということは、実はここに情報はありません。

治療を受けなかつた人でも、自然に治っていた人が大勢いたかもしれないですね。

それから、その薬が効かなかつた人は、他の病院に替わっていたかもしれないですね。

これらの情報が実はないのです。(図表15)

図表 15



むし歯治療薬Chlorzoinの評価

さあ、次のテーマに移ります。これは本当の話です。「Naitol」とは違います。Chlorzoinという本当にあった薬です。

カナダのトロント大学のSandhanという微生物学の教授がJDRという歯科では一番インパクトファクターの高い雑誌に載って、そしてカナダの厚生省の認可を受けて実際に売られていた薬です。これが薬の実物。A液とB液を混ぜて、そして歯に塗るとむし歯が無くなるという薬です。JDRは91年に出まして、実際にカナダの厚生省に認可されて販売されたのは93年からです。96年には、有力な業界誌に、Chlorzoin はむし歯を無くして、世界中の歯科医療を永遠に変えるだろうとまで喧伝されていました。

その後、論文が出ました。Caries Researchという雑誌に載ったもので、2000年にChlorzoinの評価をしたもののです。

実際にこのChlorzoinを1,200人の子供たちに出して、プラセボとChlorzoinを比較したのです。それがどうだったかというと、結論だけ言いますと、Chlorzoinは唾液の*S.mutans*を減少するのに効果があるかもしれないが、う蝕予防剤としては効果が無かったというのが、この2000年のCaries Researchの結果でした。これは本当に売られていた薬です。カナダとブラジルの2ヶ国で売っていました。

Chlorzoinは短期的には*S.mutans*を劇的に減らしました。ところが実際にハイリスクの子供たちに使ったら、う蝕予防にはまったく効果が無かったのです。これはForgieという方がスコットランドで本当に子供を1,200人集めて実施した研究です。

ここにあった誤りというのは、*S.mutans*はう蝕の発生に関係します。これは本当ですね。Chlorzoinは唾液中の*S.mutans*を減少させるというのは真でした。ところが、Chlorzoinはう蝕の発生を減少させるというのは、偽だったのです。

これはよくある、AならばB。BならばC。であれば、AならばCという演繹法に基づく類推の誤りです。よくあることです。こんなふうな演繹法は、必ずしも人の身体には当てはまらないことがあります。

AならばB、BならばC、これがよく医療のストラテジーとしても考えられる。よく使われることです。それから、動物実験、細胞実験の結果は、必ずしも人の身体で成り立つとは限らないのですね。(図表16)

図表 16

医療情報の落とし穴 その式

演繹法は必ずしも人の身体には当てはまらない

AならばB、BならばC、よってAならばCという論法(演繹法)は、人の身体ではかならずしも成り立たない。

動物実験、細胞実験の結果は、人の身体で成り立つとは限らない。

大切なことは、その薬・治療で、本当に求めている結果(アウトカム)が得られているか。

意外と多くの薬は、代理のアウトカムを評価に使って

いる。

本当にその薬で、本当に求めている結果が得られているか、ということが大切なのです。

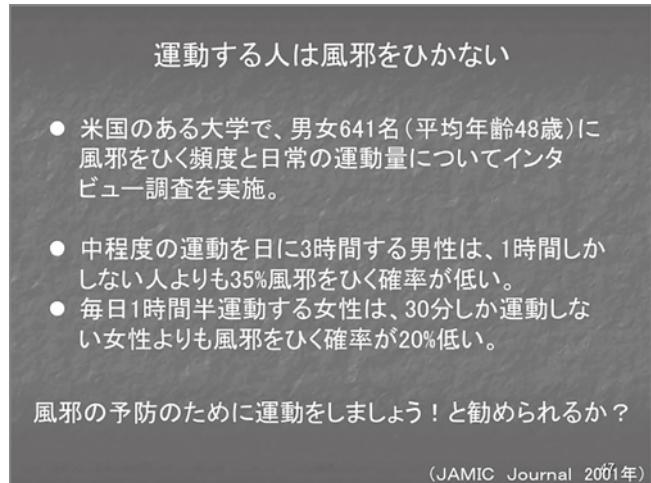
血圧の薬は、血圧を下げるのが本当の目的ではないですね。脳卒中や心臓病や、あるいは糖尿病を持たれている方もいるでしょうし、腎臓の悪い方、これは血圧を下げることによって、こういった本当に避けたい、脳卒中であるとか、より重要なものを避けたい。これが重要なアウトカムなのですが、実は意外と多くの薬は代理のアウトカムを用いています。

運動する人は風邪をひかない？

次の話題です。運動する人は風邪をひかないとよく言いますね。実際にですね、あまりこういったことを調べた研究というのは多くはないのです。探してみたら、JAMIC Journalというちょっと怪しげな雑誌に2001年にありました。これはちゃんとしたインパクトのある雑誌です。

(図表17)

図表 17



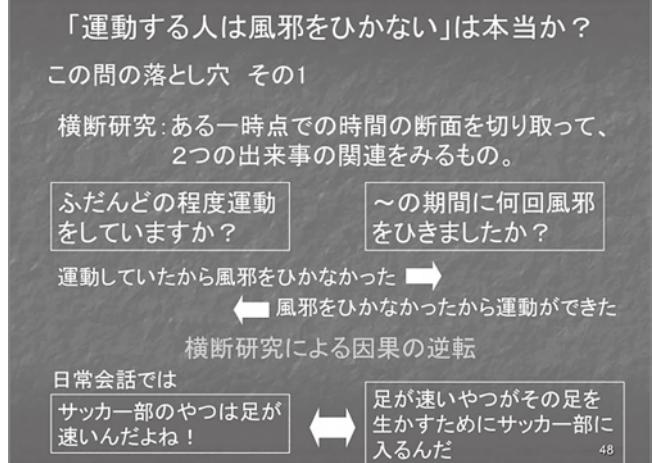
アメリカの大学の学生を集めてみて、運動をする人が確かに風邪をひく確率が低い、というのが出ていました。これが横断研究です。ある一時点での運動をしている。そのシーズンの風邪はどうだったか、というのを聞き取りをしたタイプの研究だったのです。ふだんどの程度運動をしていますか？ という聞き取りをして、その期間に何回風邪をひきましたか、ということを同時に尋ねた研究です。これは運動していたから風邪をひかなかったのかもしれませんし、あるいは、風邪をひかなかったから運動ができただけかもしれないですね。

ところが、プレゼンテーションの仕方では、運動をしていた人の方が風邪をひかない、というふうに感じさせることもできます。消費者を騙すのは比較的容易です。

こういうことは、横断研究の因果の逆転というふうに言います。サッカー部のやつは足が速いよね！ と言いますけれども、そうではないですよね。足が速いからサッカー部に入るのですよね。そういう側面もありますね。

(図表 18)

図表 18

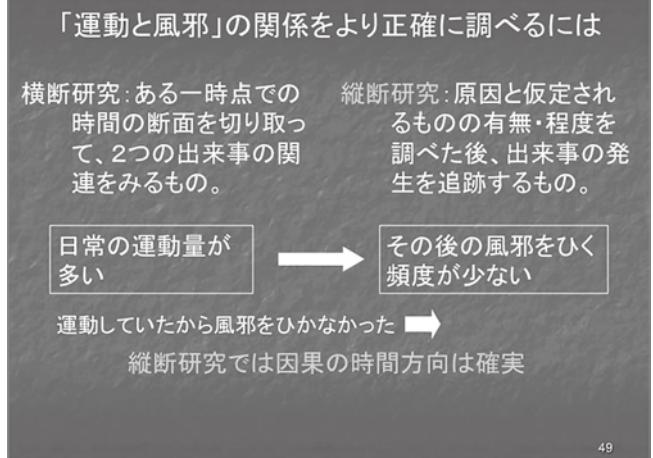


もともと持っている因子を調べておいて、その後でどうなったか。タバコを吸っている人、その後でどのくらい肺がんになったかというのを見るのが縦断研究です。

日常の運動量が多い。では次のシーズンに風邪をひく頻度が少ないかどうかを調べるのが、これが縦断研究になります。これは、運動していたから風邪をひかなかった、かもしれないという因果の時間方向というのは確実になります。

(図表19)

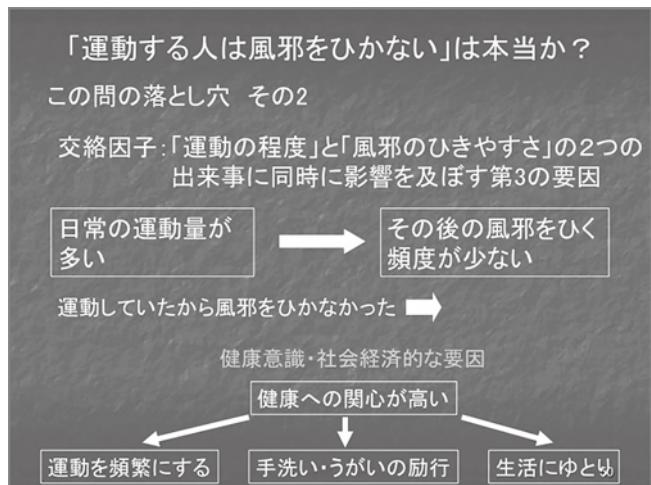
図表 19



ところが、これもよく考えてみてください。運動をしていたから風邪をひかなかったように見えますが、実は運動をしている人というのは、もともと健康への関心が高いですね。手洗い・うがいをよくしますし、一般的には生活にゆとりがある、健康に留意している方です。運動をしている人の方がもともと風邪をひかないような要因をたくさん持っています。(図表20)

こんなふうにですね、健康への関心が高い、こういったものを交絡因子といいまして、「運動の程度」と「風邪のひきやすさ」の2つの出来事に同時に影響を及ぼすような要因がある場合、なかなか要因を明らかにするのは難しいわけですね。

図表 20



物事の因果を示すのは容易ではありません。ある時点で、2つのことが同時に起こることはよくあることです。

そして、ある時点での断面の調査のみでは、物事の関連を証明できません。

2つの事柄を経時的に観察できれば、関連を示すことができる可能性があります。

それでもなお、世の中の多くの事柄は、実際には独立して起こすことの方が少なく、複雑に絡み合って起こることが多いのです。(図表 21)

図表 21

医療情報の落とし穴 その参

物事の因果を示すのは容易ではない

ある時点で、2つのことが同時に起こることはよくあること。

ある時点での断面(横断)調査のみでは、物事の関連を証明できない。

2つの事柄を経時的に観察できれば、関連を示すことができる可能性がある。

世の中の多くの事柄は、実際には独立して起こすことの方が少なく、複雑に絡み合って起きている。

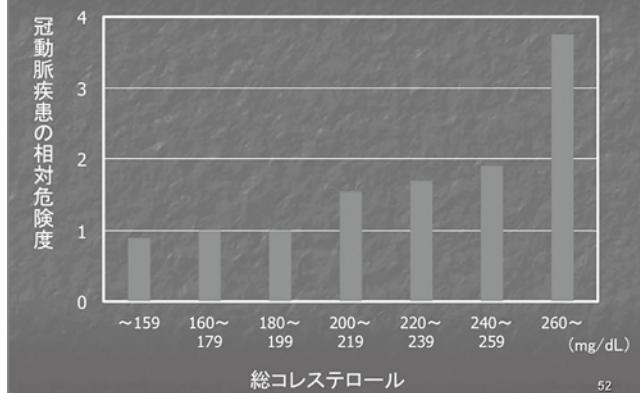
51

スタチン服用で心臓病の30%が予防できる？

コレステロールが高いと心臓病になりやすいと、これもよく言われますね。これは九州大学で行っている久山町スタディという日本のデータです。コレステロールが上がれば上がるほど、心臓病が、冠動脈疾患が増えますよ、という劇的なデータです。(図表 22)

図表 22

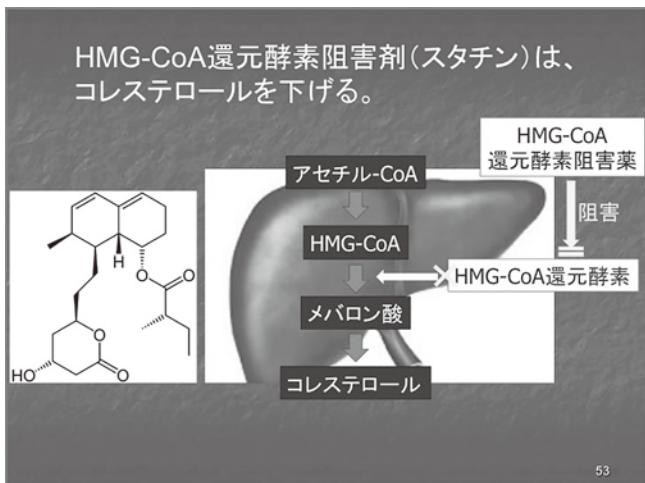
血中のコレステロールが高いと心臓病になりやすい



日本の誇る遠藤章先生が作られました、HMG-CoA還元酵素阻害剤、スタチンです。(図表23)

これは肝臓の中のアセチル-CoAから作られるHMG-CoAに作用する還元酵素を阻害し、コレステロールを下してくれます。スタチンはよく使われるようになっています。

図表 23



これを日本人を対象に心臓病の予防に役立つか調べた研究がMEGA Studyといい、Lancetという雑誌に載りました。とても話題になりました。2006年ですね。

これをざっと見ると、スタチンを服用することにより、日本人でも心臓病は30%ぐらい予防できますよ、というふうなデータです。

生データを見てみます。このようになっていました。

(図表 24)

MEGA Study、MEGA というのは大きなという意味ですね。歯科では何千人も何万人も参加する研究というのは少ない。これは本当に MEGA な研究です。実際に心臓病が起こるまで、5 年間スタチンを飲ませ続けた研究ですから、何十億円もかかった研究だと思います。

スタチンを服用した人、3,800 人。心臓病を起こした人が 66 人です。食事療法だけだったのが 3,966 人で、心臓病が 101 人起きています。

スタチンを飲んでいても残念ながら 1.7%には心臓病が起こりました。食事療法のみだと 2.5 % です。ということは 0.8% 減ったわけですね。でもこれ、比をとってみると 32% 減っていたことになりますね。2.5% が 1.7% ですから。32% も心臓病が減っていたのです。

でも実際は 2.5% が 1.7% ですから、全集団でみると 0.8% です。0.8% というのは、125 人に 1 のことです。

スタチンを 5 年間 125 人に飲ませて、やっと 1 人の心臓病が回避できたということになるわけです。

図表 24

スタチン服用と心疾患予防			
	心疾患発症	なし	
+スタチン服用	66	3800	3866
食事療法のみ	101	3865	3966
	167	7665	7832

スタチン服用の心疾患リスク EER=66/3866=1.7 %
食事療法のみの心疾患リスク CER=101/3966=2.5 %
スタチン服用とプラセボのリスクの減少比
RRR=(CER-EER)/CER=0.8/2.5=32.0%
絶対的なリスク減少率 ARR=2.5-1.7=0.8 %
治療必要数 一人のイベント回避に必要な患者数
NNT=1/ARR=1/0.008=125 人

55

そこでもうひとつ考えてみます。

スタチン、これは少し古い薬ですけれども、メバロチンというものが最初に作られた標準的なスタチンです。もともと 500 円くらいしたのですが、ずいぶんジェネリックができて安くなりました。いまだいたい 100 円です。日本人の 1 日の標準処方量は 20mg です。1 日 200 円です。ということは、1 人当たりスタチンは 1 年間 74,000 円。125 名に 5 年間スタチンを投与して、1 つの心臓病が回避できるのにかかるお金というのは約 4,640 万円なのです。(図表 25)

内服薬で心臓病を予防できることは、予防的で、保存的に思えるかもしれません、4,600 万円ってちょっと高いですね? これはしかも比較的リスクの高い 50 代の方たちです。

図表 25

スタチン服用と心疾患予防			
	心疾患発症	なし	
+スタチン服用	66	3800	3866
食事療法のみ	101	3865	3966
	167	7665	7832

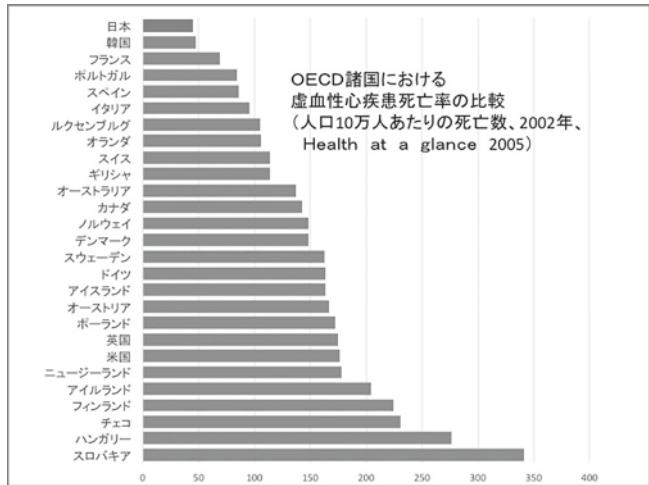
スタチン服用とプラセボのリスクの減少比 RRR=32.0 %
絶対的なリスク減少率 ARR=0.8 %
治療必要数 NNT=125 人/5年間のスタチン服用
スタチンの薬価 メバロチン® 10mg (2013年) 101.7円
スタチン服用の1名あたりの年間コスト(20mg/日) 7.4万円
125名に5年間スタチンを投与=1心疾患回避 4640万円

56

おまけにもうひとつ言ってしまうと、日本人には心臓病は非常に少ないのです。(図表 26)

もともとこういった研究は、アメリカやイギリスでされていた研究で、これに比べるとこんなに少ないので、MEGA 研究が Lancet という雑誌に載った後、次号の Lancet に、日本人にスタチンを使うことに疑問を投げかけるコメントが出ていました。

図表 26



スタチン内服による日本人の心疾患の予防コストというのは、ざつと数千万円から。閉経後の女性はコレステロールが上がりますから、すぐスタチンが処方されます。しかし女性の心臓病って、非常に少ないと 1 例の回避には数億円かかります。

私がその立場ならば、血圧を下げるかタバコをやめるか、腹八分にするか、ジョギングでもしますね。

それと日本は保険制度が優れていますので、心疾患発作を起こしても、PTCA（カテーテル治療）を受けても 140 万円ぐらいしかかかりません。バイパス手術を受けても 400 万円ぐらいしかかかりません。その上、高額療養費制度により、自己負担限度額を超えた分は払い戻されます。

このように、治療の見方は立場で変わります。1 年間に 1,000 人に 3 人起る病気が、1,000 人に 2 人に減れば、病気の 33% に減りますね。でも 1,000 人に 3 人起るとたったの 0.3% なんですよ。これが 0.2% に減ったということは、0.1% にだけ効き目があったと。1,000 人にひとりだけ効き目があったという考え方があります。

でも製薬会社は間違いなく「33% の予防効果!」という宣伝の仕方をすると思います。(図表 27)

図表 27

健康新情報の落とし穴 その四

治療の効果は見方(立場)で変わる

1年間に1000人に3人起る病気が、1000人に2人に減れば、病気の33%が予防できることになる。

1年間に1000人に3人起る確率(0.3%)が、1000人に2人(0.2%)に減ったということは、治療を受けた人の0.1%(1000人に一人)にだけ効き目があったと考えることもできる。

製薬会社は間違いなく「33%の予防効果！」の数字を使うでしょう。

乳がんの集団検診で陽性判定された！

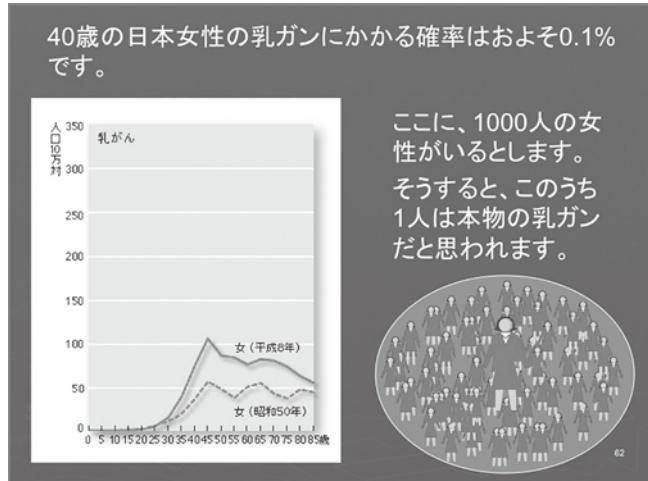
最後の話題です。これはちょっと古いのですが、40代の女性ですね。乳がんの集団検診があつたので、たまたま商店街のアーケードで、本日無料ですからマンモグラフィーを受けてみませんか？ と。

たまたま40代の人だけ受けられるといったような状況だったとします。なにも症状はありません。その結果、たまたま、なんとビックリ陽性でした、という場合に、あなた自身だったら何%の確率で乳がんにかかったと思いますか？

確かにいま乳がんというのは日本人の女性にとってシリアルな問題です。20年前に比べると倍に増えています。臓器別では女性のがん罹患の1位です。

ここに40歳の女性が1,000人いるとしますと、残念ながら1人は乳がんなのです。（図表28）

図表 28

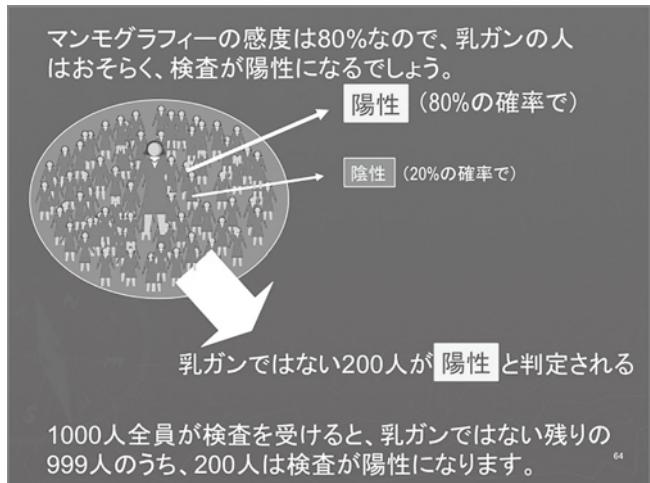


乳がんは確かに早期に見つかると、予後が良好です。ですからいまマンモグラフィーが盛んに言われています。

これは10年前のデータです。いまはおそらく3Dマンモグラフィーというのも出て、精度は上がっているのでしょうかけれども、当時のマンモグラフィーの精度というのは、実は感度が80%、特異度が80%の判定医が判定していました。

さあ、そうしますと、マンモグラフィーの感度が80%ですから、乳がんのこの人は、おそらく、これは80%の確率なのですが、がんという判断をされます。でも20%は見落とされます。（図表29）

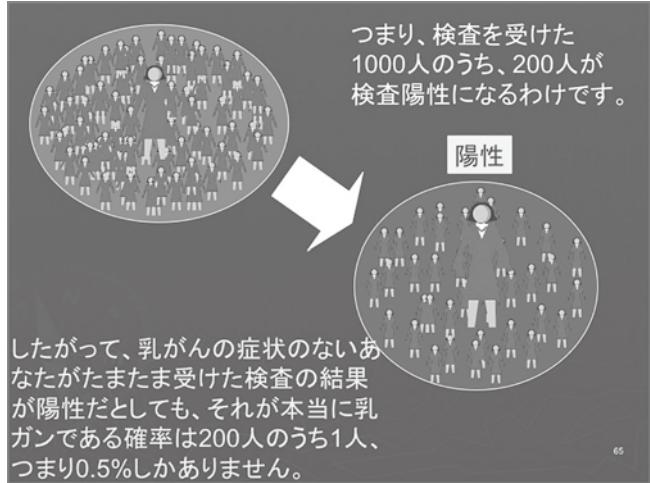
図表 29



問題はこちらなのです。乳がんではない200人ががんと判定されます。ということは1,000人全員が無症状ですよ。たまたま通りすがりに商店街でマンモグラフィーを受けたとすると、10年前の話ですが、この基準ですと200人は検査が陽性になります。ということは1,000人のうち200人が検査陽性ですから、200人のうちの1人だけが本当のがんです。

したがって、乳がんの症状の無いあなたがたまたま通りすがりに今日は無料ですよ、という言葉に誘われて受けてしまった場合、乳がんであるという確率というのは、たったの0.5%です。（図表30）

図表 30



というように、検査に関しましても、「検査陽性」＝「病気」ではありません。検査には必ず、偽陽性・偽陰性が起こります。

同じ検査でも、もともとの集団の有病率が異なると、陽性適中率・陰性適中率は変わってきます。この原則というの、意外とみなさん見落としがちなのです。

しかも、乳がんはまた別です。早期発見はいいのですが、残念ながら病気であることが判明しても早期治療が必ずしも有効ではない。治療法がないという病気もあります。これ、診断されるだけ不幸ですね。(図表 31)

図表 31

医療情報の落とし穴 その伍

「検査陽性」＝「病気」ではない

検査には必ず、偽陽性(過剰診断)・偽陰性(見落とし)があり、陽性＝病気、陰性＝正常と安易に判断できるわけではない。

同じ検査(同じ感度・特異度)でも、期待される有病率の違う集団に行なうと、陽性適中率・陰性適中率は異なる。

検査の結果、病気であることが判明しても、早期治療が必ずしも有効ではないことにも注意。

66

図表 32

医療情報の落とし穴

- 対照のない話は根拠が低い。
- 演繹法や動物実験のデータはそのまま当てはまるとは限らない。
- その治療(薬)の本当の効果は何かに注意する。
- 物事の因果の証明はたやすいことではない。
- 横断調査の結果の一方的な判断には要注意。
- 治療の効果は見方(立場)で変わる。
- 検査陽性＝病気、検査陰性＝健康、ではない。

67

今日の医療情報の落とし穴を振り返ってみます。

(図表 32)

まず、対照のない話は根拠が低いです。

次に、演繹法や動物実験のデータはそのまま当てはまるとは限りません。

それから、その治療の薬の本当の効果は何かに注意する必要があります。

それから、物事の因果の証明はたやすいことではありません。

横断調査の結果の一方的な判断には要注意です。

それから、治療の効果は見方(立場)で変わります。

検査陽性＝病気というわけではない、ということです。こういったことが、医療情報、医療を提供する側、そして医療を受ける側としても気をつけるべきことであると思います。



最近の歯科保健医療政策の現状とトピックス

厚生労働省医政局歯科保健課 歯科口腔保健専門官

高田 淳子

日本の歯科保健の今

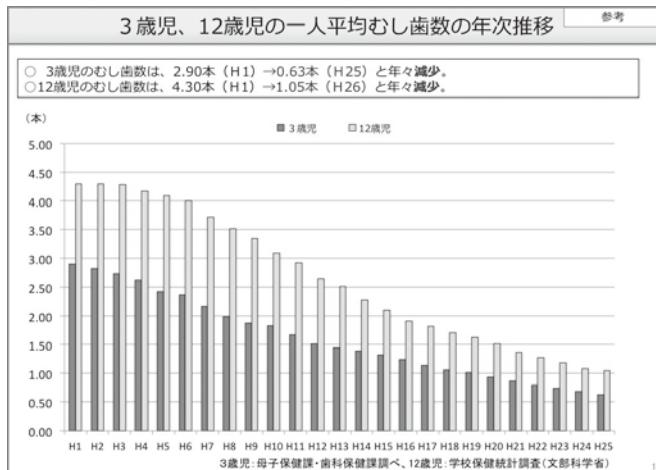
まずははじめに、このような場を与えてくださった8020推進財団の先生方に感謝申し上げます。

さて、私からお話をさせていただくのは「最近の歯科保健医療政策の動き」ということです。

医政局歯科保健課というところでは、歯科保健、例えば予防や健診にも取り組んでいるのですが、一方で医療安全、歯科医師の質の向上、歯科医師の養成というようなことも行なっておりまして、その両面からお話をできたらと思っております。

皆様には、いまさらという話かもしれませんが、例えば3歳児、12歳児のう蝕、これは右肩上がりに下がってきているものです。(図表1)

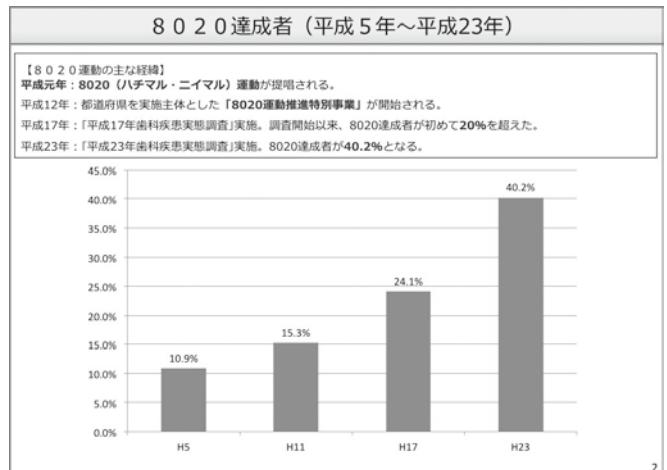
図表1



これは、例えば母子保健、1歳6ヶ月、3歳とかの健診で早期発見、早期治療、またはフッ化物の塗布をしていただいたり、または学校保健で毎年健診をして早期受診を促したり、カリエスを経過観察したり、先生方の活躍というのもかなり大きなウエイトを占めるわけですが、一方でフッ化物配合歯磨剤、これがいま9割ぐらいのシェアを占めていて、薬局で買えば、だいたい配合歯磨剤になっているというようなことも、う蝕の予防にかなり貢献していると言えると思います。

また、8020達成者も右肩上がりに増えておりまして、現在歯数を持っている方というのはかなり増えています。(図表2)

図表2



平成元年から日本歯科医師会とともに8020運動というのを盛り上げてきて、その成果のスライドとして使っておりますが、一方で、別の見方もできるわけです。

2011年平成23年の調査で、80歳の人は昭和6年生まれの方です。こちら歯科疾患実態調査は6年に1回行なっている調査ですので、平成5年からの4回分しか取っておりませんが、平成5年時点で80歳を迎えていた方というのは、1913年生まれ、大正2年に生まれた方です。もちろん、近年の活動の影響も大きいですが、昭和36年1961年に導入された皆保険の影響、皆様が地域で身近に歯科医療を受けられるようになったということの、大きな成果であるという見方もできるのではないかと思います。

小川先生から国際保健の話がございましたが、実はこの8020のデータを諸外国の方にお示したところ、まず「80歳まで生きているなんてすごいじゃないか」と言われます。また一方で「80歳のデータとか取るんだね」と。だいたい途上国の方々であれば「65歳から上」というようなことで、あとはもうデータとして取ってはいないというのがありますけれども、この「歯科疾患実態調査」で言えば、一番上の枠は85歳以上という年齢構成で取っています。日本ならではのデータであると言えます。

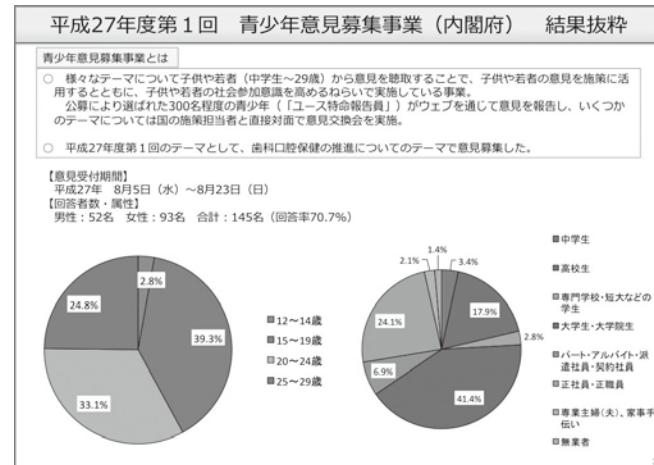
青少年の歯科医療に関するアンケート結果を見て

続きまして、今回どのように歯科保健政策、エビデンスを出していただいているものを政策に落としていくかということがテーマの一つであると伺っておりますので、最新のもので、世代はちょっと偏ってはおりますが、データをご紹介いたします。

平成27年度、今年度内閣府の調査で行なっていただいたものです。対象者は中学生から29歳ということで、思春期から自分で口腔保健を身につけていかなければならない世代がターゲットです。

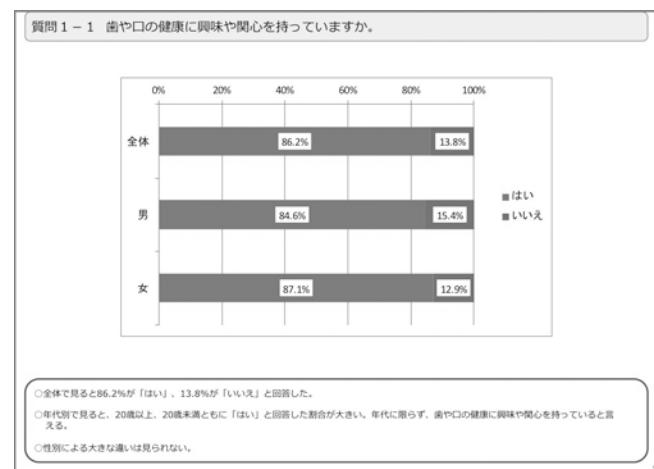
よく言われている学校歯科保健の対象というのが中学・高校でだいたい終わってしまって、大学以降の健診というのがなかなか行なわれず、そこで歯周病が増えるんじゃないかなという意見もいただきます。今回の対象者というのは大学生が最も多い41%です。このアンケートに協力していただける方ということなので、モニターになりたいと思うような方ということで、基本的には「意識の高い方々」なのかもしれません。(図表3)

図表3



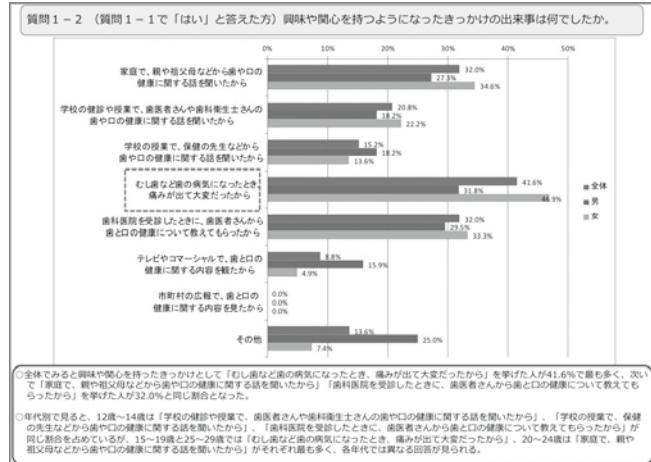
このデータを見たとき、嬉しかったんですね。みんな興味を持ってくれている(図表4)

図表4



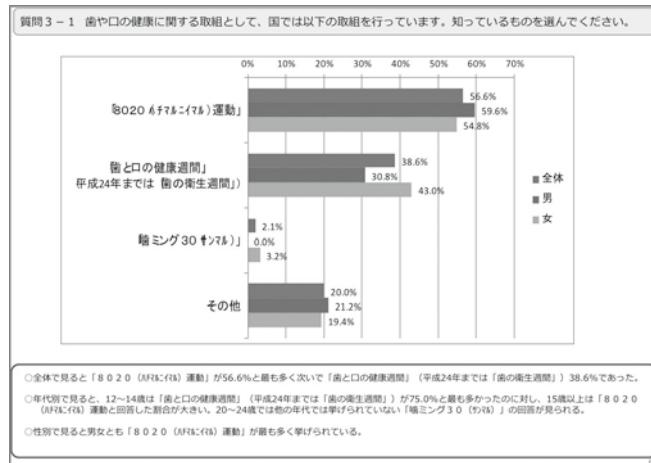
続いて「興味を持った理由は何ですか」と聞いたところ、実は「歯が大切だということを歯科保健指導などで聞いた」という方は2割だけ。多くの方は「むし歯など歯で辛い思いをしたから、それ以降大事だなと思うようになった」ということで、大変だった経験からその後、歯科保健を省みるようになったということです。(図表5)

図表5



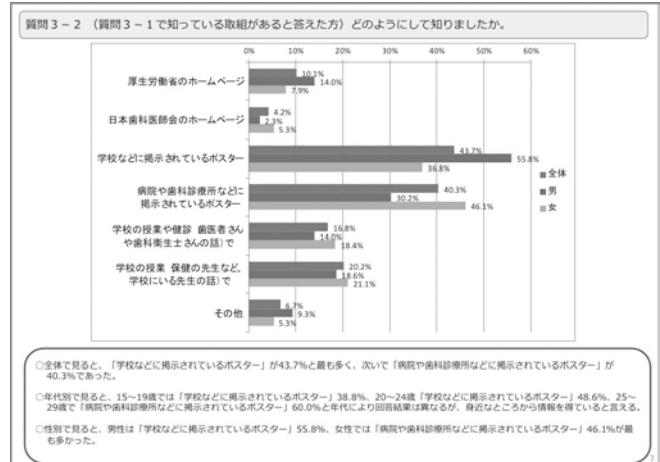
国では「8020運動」、「歯と口の健康週間」、これは昔むし歯予防デー、6月4日から1週間やっていたものですが、いま名称を改めまして「歯と口の健康週間」として6月4日から1週間やっています。近年始まっている食育とタイアップした「噛みング30」、ひと口の食事を30回くらい噛んでゆっくり食べて、噛むこと、食べることからメタボ予防とか生活習慣病予防にも繋げていきましょうという運動です。「噛みング30」の認知度は非常に低くて、全体で2%程度ということです。(図表6)

図表6



続いて、こういう取組み、8020運動などがあるってどこで知りましたか、と聞いたところ、残念なことに役所や日本歯科医師会のホームページなどから得るという方は非常に少なくて、例えば学校に掲示されているポスター、病院・診療所に掲示されているポスターなどから情報を得ているということでした。(図表7)

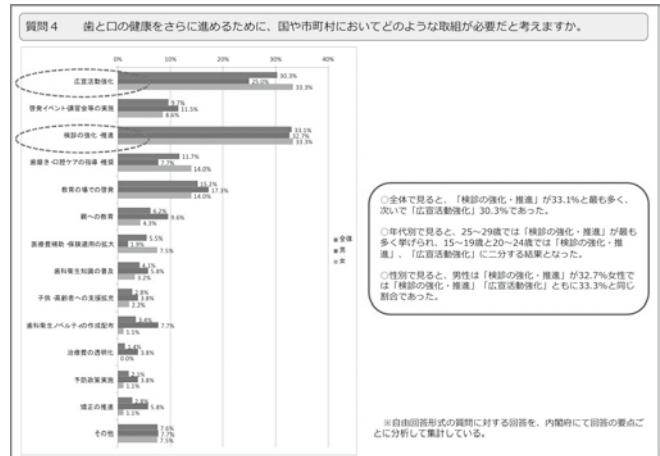
図表7



「歯と口の健康をさらに進めるために、私たち行政職は何ができるですか」というアンケートを取ったところ、「広報活動・宣伝活動をもっと頑張りなさい」という意見がある一方で、「検診などを強化してもっと身近に検診を受けられるようにしてはどうか」というような意見が、最も多い33%を占めました。

もともと歯医者さんに定期的に行かれているような方は意識の高い方としてつかまえることができるわけですが、同じように努力義務として検診を行った場合も「できる自治体がやる」「行きたい人が行く」というようなカタチになります。(図表8)

図表8



一方で、「検診の強化」といった時に、それはいま私が申し上げたように努力義務である検診を義務にするのがいいのか。対象を拡大ということですね。例えば歯周病検診でいうと、節目検診になっているものを節目ではなくすればいいのか、あるいは、せっかく検診に来てくれた人に対して、もっときちんと保健指導や受診勧奨とか、そういうことに力を入れたらいいのか。もしくは、検診をしたとしてもなかなか受診に来てくれないのであれば、もっと検診をしているということをアピールするべきなのか、など、強化といっていろいろな方策があるわけです。

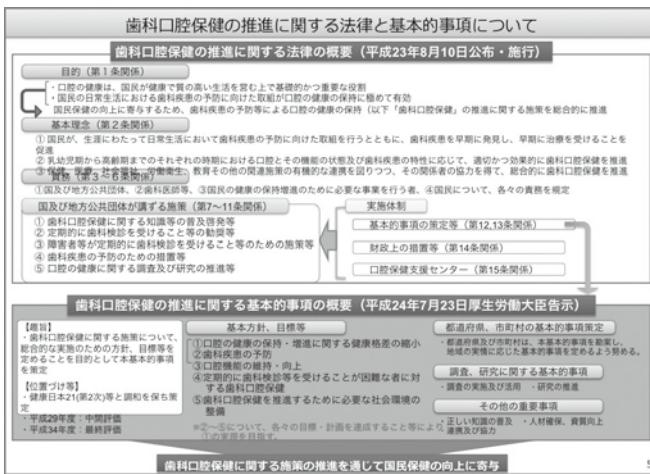
歯科口腔保健に関する 厚生労働省の取り組み

続いて「歯科保健に関する取り組み」、またいま現在、厚労省ではどんなことをしているのかということをご紹介いたします。

平成23年歯科口腔保健の推進に関する法律というものが公布・施行されております。

この法律というは何をするために作られたかということを簡単に申し上げますと、日本は法治国家ですから行政の取り組みというのは法律に基づいて取り組まれていくものです。(図表9)

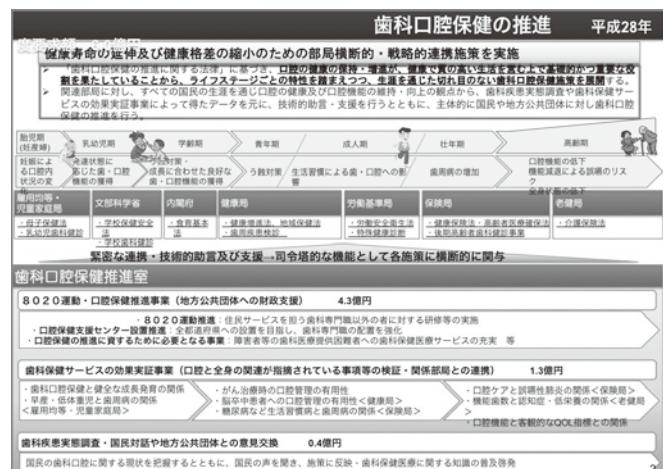
図表 9



例えば子供の健康、お母さんの健康であれば母子保健法、学校に通っている子供達の健診というと学校保健安全法とか、成人期であれば健康増進法とか、それぞれの法律に歯科のことが少しずつ書いてあるということです。それを歯科口腔保健法では横串にして「少しずつ」を全部繋げようというような取り組みです。(図表10)

例えば、老健局で介護保険という取り組みが行なわれています。先ほどから認知症の話が出ておりまして「新オレンジプラン」というものも策定されておりますが、そこで、例えば認知症対策室には歯科のスタッフがおらずなかなか取り組みが進んでいない、それを横串で雇用均等・児童家庭局の人も老健局の人も我々歯科保健課の人間も、一緒に歯科をどうすれば良くなるかということをディスカッションして、一緒になって事業をさせていただくという取り組みを昨年度から始めています。

图表 10



皆さんご承知の「8020推進運動」。これに伴って厚生労働省から各都道府県に10分の10の補助金として公布させていただいている「8020運動推進特別事業」というものがあります。

例えば小児であればフッ化物洗口であったり、成人であれば成人の検診であったり、いまは生活歯援プログラムに取り組んでいる成人の分野というのがかなり多いような気がします。また、食育であれば、地域において食育を推進する活動などに取り組んでいただいている。

取り組み状況は、本数としてここに示すような数としてカウントしていますが、最近増えてきている新しい取り組みとして「その他」として書かせていただいている。

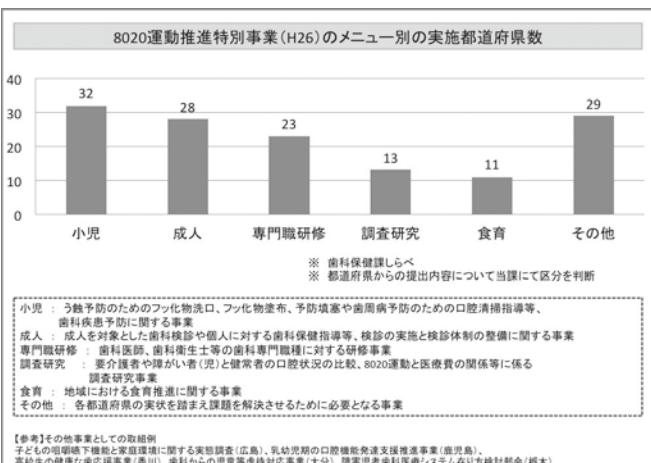
こちら「成人」「小児」などと分けられているものは、歯科単独で行なっているものが多くなっています。この調査研究などは医科歯科連携などを調査するものもありますが、基本的には歯科の人間による歯科業界のためのといいますか、歯科の取り組みを国民、県民、市民の皆さんに伝えるための事業がほとんどです。タイアップ事業はほとんどありません。

下に示している「他の事業取り組み事例」として、子供の摂食嚥下、いままでは高齢者の摂食嚥下に関してはかなり取り組みがなされてきていましたが、子供の咀嚼機能の獲得に関する事業がありました。

また、下の段に書かれておりますが、児童虐待ということで、障害、虐待の方の部局とタイアップするような事業であったり、障害者さんの歯科診療のシステムということで多職種との連携ということが進んできています。

(図表11)

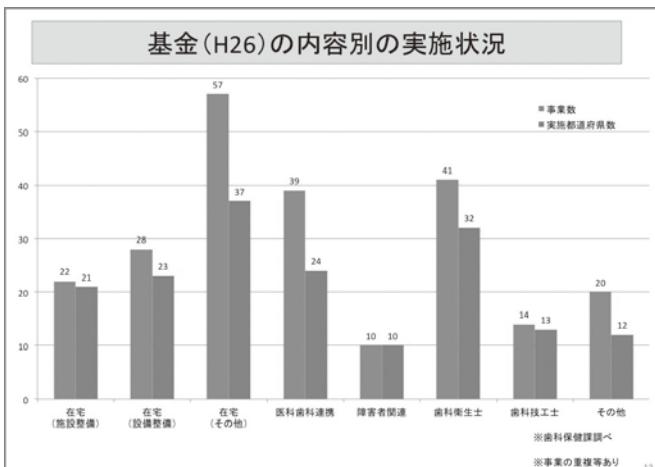
図表 11



続きまして、歯科保健、地域保健の担当の先生方であれば、かなり意識高く見ていただいているものかもしれません、地域医療の基金の方ですね、新たにできたものです。こちら平成26年の取り組み状況です。

青色(左の棒グラフ)が事業の本数、赤色(右の棒グラフ)が取り組んでいる自治体の活動です。在宅がかなり多いですが、在宅医療機器を購入したり、在宅の相談窓口を設置したり、在宅を相談する人などを計上する事業が最も多くなっておりまして、続いて衛生士さんの復職支援にあたるような事業が次いでいます。(図表12)

図表 12



ちなみに、こちらの在宅の設備整備というのは、皆さん医療保険を毎日算定されていますので大丈夫だと思いますが、訪問診療料の2とか3とかを多く取る方ではなくて、基本的にはこういう事業に乗つかつて協力いただいている方っていうのは訪問診療料の1で、今まで通ってきてくださった方が「どうしても先生に診て欲しいからちょっと来てくれ」と言われて、いつもいつも訪問するわけではないからそのためだけに機器を購入するのはなかなか大変だけれども、みんなでシェアをして今までかかりつけだった患者さんを最後まで診ていこうじゃないかという人のための事業です。だいたい訪問診療料3を算定されている方は自分で機器をお持ちですから、こういう事業はあまり関係ないかもしれません。

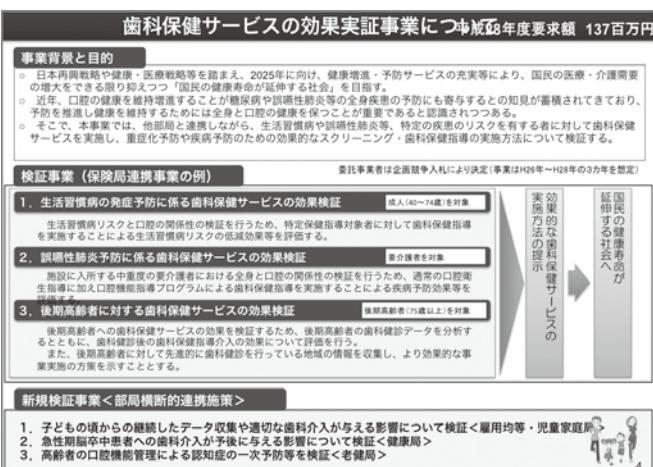
続きまして、歯科保健サービス効果実証事業というものです。

歯を残すことは大切だと、口腔と全身基礎疾患にも影響があるんだということが次々と言われていますが、それほどのように事業化していくかということで、この取り組みがなされているところです。実際には、歯と口腔の健康が大事ということは皆さんご承知です。行政の人間も、歯科ではない人たちも皆さんそれはご承知いただいている。事業化するときに何を求められるかというと、「どれくらい良くなるの?」「コストパフォーマンスはどれくらいか?」というようなことを聞かれます。または、パフォーマンスはどのような形で、どのくらいの大きさなのかと。

まずその足がかりとして生活習慣病、誤嚥性肺炎、後期高齢者の歯科健診、これらを通じて歯科が介入することでどのような効果を生むのかということをいま研究させていただいているところです。

28年度予算を要求しているものとして、高齢者の口腔機能管理による認知症の一次予防等を検証ということで、認知症になる前の人をつかまえて、その人たちに歯科保健の介入をしてどれくらい減るかという研究をしたらいいという意見がある一方、それは研究が大変すぎるので、認知症の超初期の方に対して介入することで、進行をどれくらい防げるかということに取り組んでみてはどうかという意見もあります。これは先ほど申し上げました、口腔保健法に基づいてできた口腔保健推進室の中で認知症対策室と一緒にタイアップして取り組みたいと思っている新規事業です。まだ予算が成立しておりませんで、12月末ごろに成立しましたら、新たな取り組みとしてこういうものもできるのではないかと考えているところです。(図表13)

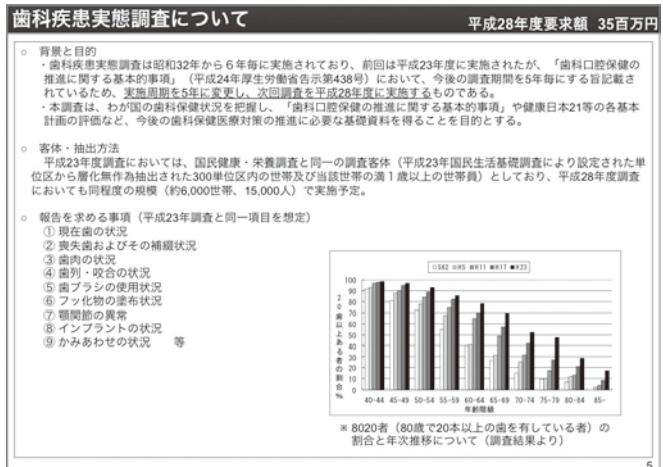
図表 13



続きまして、歯科疾患実態調査です。

最初の方のスライドで出した、日本でほぼ唯一でしょうか、口腔の状況を全国的なデータとして知るための大規模調査となっています。(図表14)

図表 14



ちなみにこちらはこれまで6年に1回のスパンで実施してきたわけですが、「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項」、これは歯科口腔保健法に基づいて作られた目標値なのですが、それに合わせて評価することになると、29年の調査実施ではなく28年に実施することによって、そのいまの歯科口腔保健の取り組みを評価するということに、この「歯科疾患実態調査」の結果を使っていきたいと考えております。よろしくお願ひいたします。

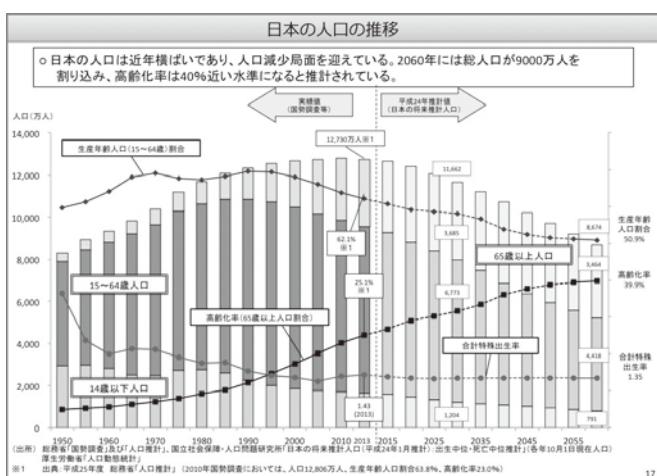
また、先ほどの健診の宣伝をどのようにするのか、健診はどうあるべきなのかということにも少し繋がりますが、いかにしてこの実態調査の受診率を上げるのか、国民健康栄養調査と同時実施をさせていただいているが、どうすれば栄養調査の身体の調査に来てくださった方が、そのまま歯科のチェックアップもしてもらえるのかということをご示唆いただければ幸いです。

歯科医師のキャリアパスと専門性を生かした将来展望

近年の歯科医療の話を簡単にご説明いたします。ここにお集りの先生方も、ふだんは基本、歯科医療従事者として働いていらっしゃる方が多いと思いますので、そういう視点で見ていただければと思います。

日本的人口というのは、今後2013年、2015年を契機に右肩下がりに減っていくということです。まさにその人口減が進むと同時に働き盛り人口が減って、65歳以上の人口が増えしていくということで、これから労働力がかなり少なくなつて、限られた社会資源をどう活用して高齢者をみんなで支えていくかということが大きな課題となっています。(図表15)

図表 15



そのような中、いまの歯科医師の養成、いまの歯科医師の専門性、いまの歯科医師の提供体制というものを一度考えてみたいと思います。

歯科医師のキャリアパスとして、この辺は皆さんよくご存知の話だと思います。6年生を卒業したら国家試験を受けて、免許を取つて働き出すというものです。実は今の学生たちは共用試験CBT、OSCEといわれるものを受けた後に受けた人だけが臨床実習に進めるというスタイルになっておりまして、だいたい3年生から4年生にかけてこの試験は行われます。全国の歯学部において行われております。

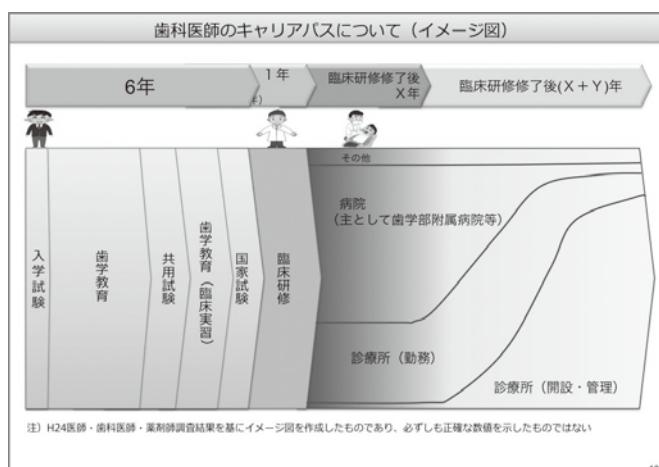
しかしながら、共通のハードルが設けられているわけではなくて、各大学で何点以上だったら合格というのを決めていいという、合格基準は統一されていないけれども、同様の試験を実施しています。

国家試験を合格された後は、1年以上の臨床研修、これが平成18年以降必須になっています。診療に従事しようとする歯科医師は臨床研修を受けるということになっていますので、自分は診療しないという人はもちろん受けなくてもいい制度です。

臨床研修修了後、いまから30~40年前であれば5年以内くらいに開業する方も多いかもしれません、いまはなかなか若い人たちはそういうことが難しい状況です。多くは歯学部附属病院で引き続き研修を行い、どちらかというとこれは給与をもらってというよりは、大学院生だとか専攻生ということで、お金を支払って大学に残って勉強を続けるというものです。

並行して診療所に勤務され、だいたい35歳から40歳くらいをピークに皆さん開業をされていきます。最終的に病院で働く方というのは1割程度、残り9割が診療所で働く方というカタチです。(図表16)

図表 16



歯科医師の数、これはもう歯科医師会の先生方であればよくご存知の話だと思いますが、右肩上がりに増えているということです。(図表17)

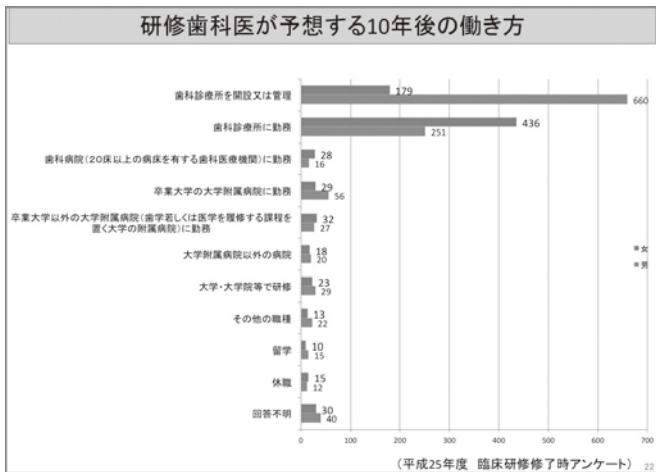
図表 17



続いて、供給側として、若い歯科医師さんに「あなたは将来どんな歯医者になりたいですか?」「どんな仕事をしていきたいですか?」というアンケートを昨年取ったものです。

男の人はそのほとんどが「私は診療所を開設するんだ」とおっしゃっていまして、女の人は「私は診療所で雇われたいんだ」とおっしゃっています。(図表20)

図表20



それがどれくらい可能なのかというのを見ていきたいと思いますが、その前に専門性の話をさせていただきます。

いま厚労省の方で検討会をやっているもののひとつに、歯科医師の専門性というものが挙げられています。保存修復、補綴、矯正、麻酔、外科、というのを歯科医師であれば簡単にわかりますが、たぶん一般の方に「歯内療法」と言っても分からぬわけです。実はこれ日本歯科医学会の分科会だけを集めてここに羅列しておりますが、それだけでいま現在43あります。(図表21)

図表21



学ぶ場所がたくさんあるというのは良いことなのですが、臨床系の学会のほとんどが専門医制度なり、認定医制度を持ってています。そしてもっと言えば、ここに参画していないかなりたくさんのが、星の数ほどの研究会、スタディーグループなどが日本には各地にあります。そこでもまた認定制度などが設定されています。

しかしながら、実は医療法で「広告しても構わないのでよ」と言われている専門医はこちらの5つだけです。口腔外科、歯周病、麻酔、小児、放射線、ということで、よく雑誌などを見ていると出てくるインプラントとか矯正というの、一切広告をしてはならない専門性であるということです。(図表22)

図表22

広告が可能な医師等の専門性に関する資格名等について（歯科）		
【歯科医師の専門性資格】		
团体名	資格名	届出受理年月日
日本口腔外科学会	口腔外科専門医	平成15年11月19日
日本歯周病学会	歯周病専門医	平成16年10月5日
日本歯科麻酔学会	歯科麻酔専門医	平成18年3月24日
日本小児歯科学会	小児歯科専門医	平成18年3月24日
日本歯科放射線学会	歯科放射線専門医	平成22年3月17日

さて、いまその広告できる専門医、または医療広告で問題になっているのが、昔であればインターネットという手法がありませんでしたし、患者さんが自分で情報を求めるということもなかなかなかったので、診療所はその診療科のみ、いわゆる標榜科を提示するのみで「私はこれが得意です」などということを患者さんにお示しする機会というのはあまりなかったと思います。また、患者さんもそれを求めて来なかつたというところもあるのかもしれません。実際には、この専門性を広告できるという他に、例えば臨床研修施設として登録をしていただいたらそれが広告できますし、あとは外来患とか在歯診とか、そういう保険医療機関としての届け出をしていることも広告できる事項になっています。

今後厚労省としてやっていかなければならないのは、広告できる事項というのとできない事項というのを、もう少しハッキリさせて、何を国民に与えればそれが国民の本當

に有益な受診行動に繋がるかということを考えていかなければならぬということで検討会を進めているところです。

続きまして、先ほど「男の人は自分は開業したい、女のは雇われたいと言っている」と申し上げましたが、平成24年のデータですが、全年齢で占める女性の歯科医師は2割です。(図表23)

図表 23



ちなみに今年卒業される、または今年入学する世代、学生さんの世代というのは4割を超えて女性ということになっています。

これは医師と歯科医師を比較したのですが、お医者さんはだいたい7割程度が病院で働いていらっしゃって、残り3割ぐらいが診療所で働いていらっしゃいます。これに対して、歯科医師は病院で働く方は1割程度で、残りは診療所で働く方々です。(図表24)

図表 24



これを見た時に、大きな組織である病院であれば研修システムなども院内でできますし、例えば産休、育休などというシステム、または代診を立てるなどというシステムも多く組めるわけですが、なかなか小規模のものであると、やりたくてもなかなかできないというのが実情ではないでしょうか。

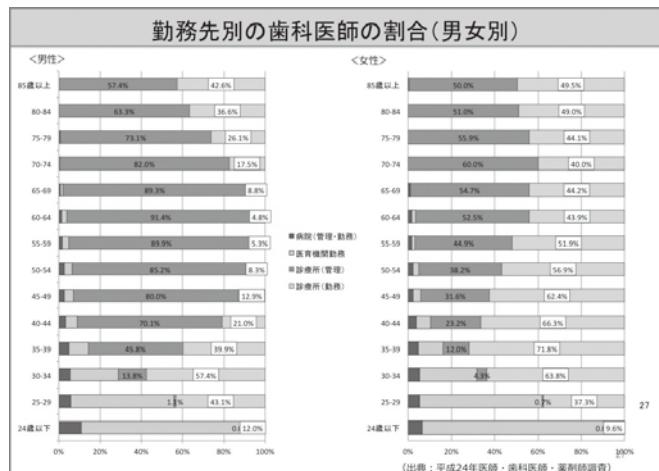
これで「病院っていいですね」という話を一度お医者さんにしたところ、「いやいや高田先生、違うんです。そういう見方もありますが、私たちはどんなに元気でも65歳で1回就職先を探すという行動をしなければならなかつたりするんですよ」ということも言われていました。歯医者さんであれば自分が診療所を開設していれば何歳まででも元気な限り医療を提供することができるということで、お医者さんとはまた違う、医師には医師の別の課題がいるあるということだそうです。

これは勤務先別の歯科医師数の割合を示しています。

年齢階層別に示していますが、先ほどのものを年齢で割ったものです。そうするとだいたい35歳で男の人は開業していくって、ご子息またはどなたかに継承をされていくことで、「自分が管理・開設である」という人が一度増えてまた減っていくという流れになっています。

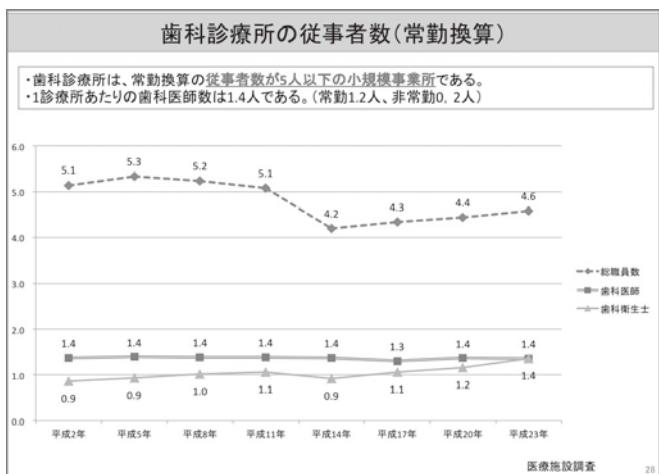
それに比して女性の方を見ていたら、「自分で開設をする」という人はおよそ全年代を通じて半分程度で、残りの半分は「常に雇われている人」ということになります。(図表 25)

図表 25



さて、これは医療施設調査のデータですが、歯科の医療機関に従事する人というのは、全スタッフの総数が日本の医療機関は5人以下の診療所です。(図表 26)

図表 26



そうすると、先ほどいまから生まれてくる歯科医師たちのうちの4割が女性で、なおかつ彼らは雇われていきたいと願っていますが、実際この診療所という場所でそれだけの雇用が生み出せるのか、ということが問題になるのではないかでしょうか。

また、先ほどたくさんの専門性があって、これからは高齢者さんも増えていきますから、皆さん専門性を磨き続ける機会が必要だという意見もあります。

また、院内で医療安全管理体制の研修を院内のスタッフだけのためにするのかとか、そういうこともかなり問題になってくるのではないかでしょうか。今後歯科の一つの診療所内で全てを完結させるという診療行為またはその連携体制ではなくて、いくつかの診療所がチームを組んで、または一歯科医師会単位、都市区歯科医師会単位などで何らかの研究会なり研修会なり、または機器のシェアなどを含めて新しく考えていく必要があると言われているところです。

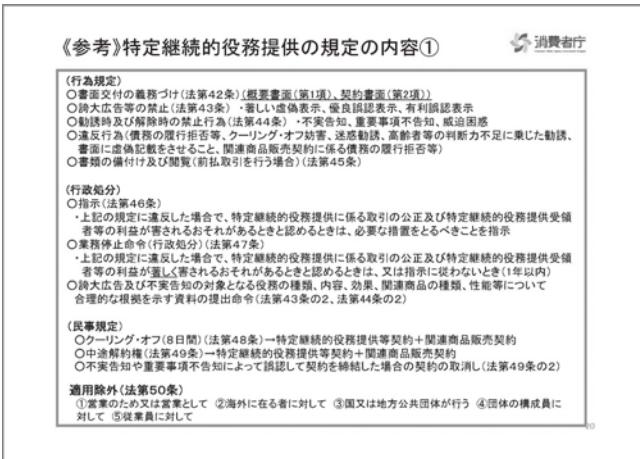
私からは歯科医療については以上です。

参考といたしまして、いま消費者庁さんの取組みの中で行なわれているものですが、特定継続的役務というものの見直しが行なわれています。(図表 27)

最近の新聞報道などでご覧になった方もいるかもしれません。美容医療がクーリングオフの対象になるというようなことが書かれているものです。特定継続的役務というのは、店頭で「これをください」と言って100円を払ってその場で交換しますとか、保険医療であれば今日は何点分の診療をしたので今日はいくら払いますと言って窓口で支払いをするとか、そういうものではなくて、例えば矯正だったら「これから1年くらいの契約で200万ね」とか、先の契約までしてしまって、それをキャンセルする時にどうすればいいのか、またはインターネットで購入した時にそれをキャンセルする時にどうすればいいのかというように、昔ではあまり考えられなかつた契約関係に基づくものを定義づけているもので、契約締結から1週間以内はそれをキャンセルできますよというふうに消費者さんにお伝えしているものです。その中で今、美容医療関係に類似するものとして、脱毛とか、シミとりシワとりなどのエステが入っています。痩身もです。痩せるというマッサージとかですが、そこに例えば歯科であれば長期契約に及ぶホワイトニングとか、矯正治療、インプラントとか、そういう苦情がかなりこちらに寄せられているのでどうにかならないかと消費者庁さんから言われているものです。

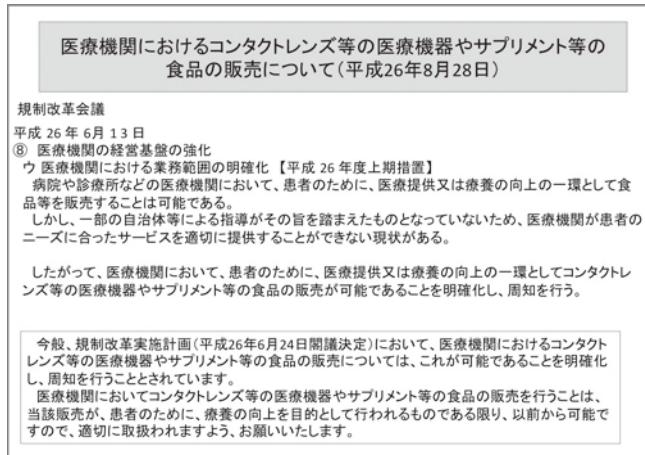
一方で我々の意見としましては、仮に歯科医師は、患者からのクーリングオフによって、装置作成や画像分析などが無駄になるのを避けるために、もしも1週間歯科の介入を遅らせることができて患者さんにとって大きく不利益になると思われるような分野はやはり入れるべきではないだろう、だけれども1週間待ってもあんまり影響のないようなもの、そして実際美容の目的で行われることが多いと思われるものについては、こういうものに入れていくのがいいんだろうと考えておりますし、現時点ではホワイトニングがその対象になるのではないかと言われています。

図表 27



最後に、これは新しい情報ではございませんが、医療法の関係で通知が出されているものです。(図表 28)

図表 28



よく厚労省にある問合せで「診療所で歯ブラシ売つてもいいですか」とか「電動歯ブラシ売つてもいいですか」というようなものが来ています。実際には販売が可能であることを明確化し周知を行うというふうに厚労省の方で通知をしておりまして、例えば歯ブラシ100円で仕入れたものを100万円で売るとかいうのは不適切に当たると思いますが、100円で仕入れたものを皆さん歯科保健指導に使う目的で診療所の受付で110円で売りますよとか、その手間賃だけちょっと上乗せして、社会通念上常識の範囲内の値段で売るものであれば構わないという通知がされていますので、あわせて紹介させていただきます。

私からは以上です。ありがとうございました。



歯科医療による健康増進効果に関する 調査研究

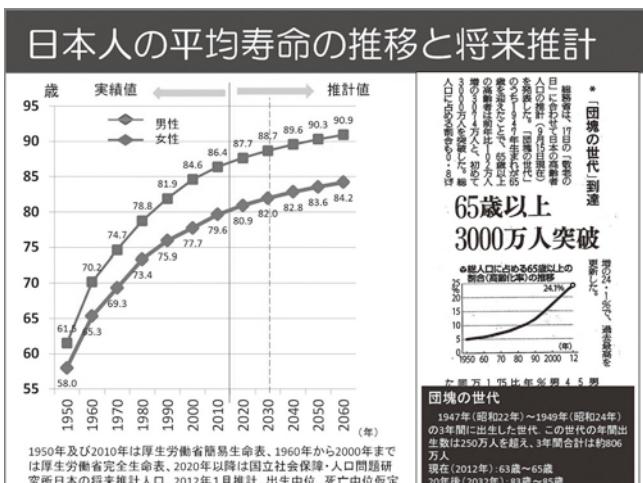
公益財団法人 8020 推進財団 専務理事 深井 穎博

高齢化社会における 歯科医療の貢献

昨年から8020推進財団では、全国の都道府県の歯科医師会の先生方や患者さんに協力ををしていただいて、歯科医療が全身の健康の増進にどれくらいの効果があるかということを検証する長期間の追跡調査を始めました。今年、そのデータを取りまとめて、今後の追跡調査のベースラインデータとして報告書を公表したところです。今日はその内容を少しお話をしてシンポジウムに繋げたいと思います。

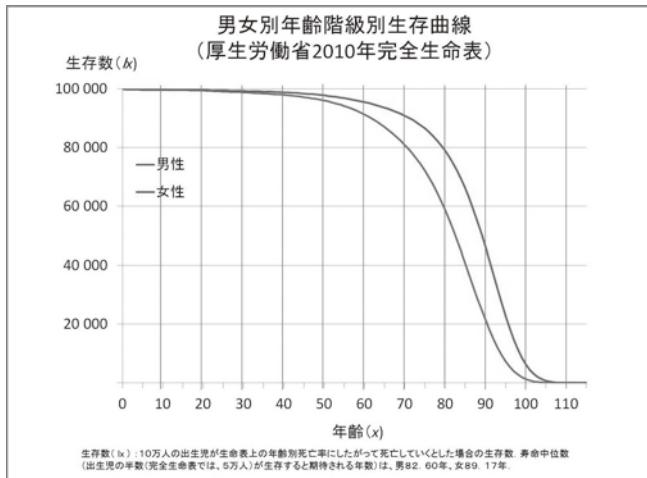
日本人の寿命は現在男女で83歳ですが、さらに伸びていくと予測されています。どれくらいまで伸びるかというと、人間の寿命の限界は120歳と言われていますので、100歳に近づいていくだろうと考えられます。(図表1)

図表 1



平均寿命83歳といつても、生存曲線を見て分かるように83歳の平均寿命を迎えてなおかつ男性であれば4割、女性であれば6割はまだ生存しています。(図表2)

図表 2



「人生90年」と、すでに現在でも考えた方が良くて、そうしますと先ほど冒頭で山科理事長の話でもありましたが、いま私たちは、「目の前にいる国民や歯科患者さんを治療しながら、その人が90歳まで生きるとしたらどういうサービスを提供しなければいけないか」と考えなければいけない時代になっています。

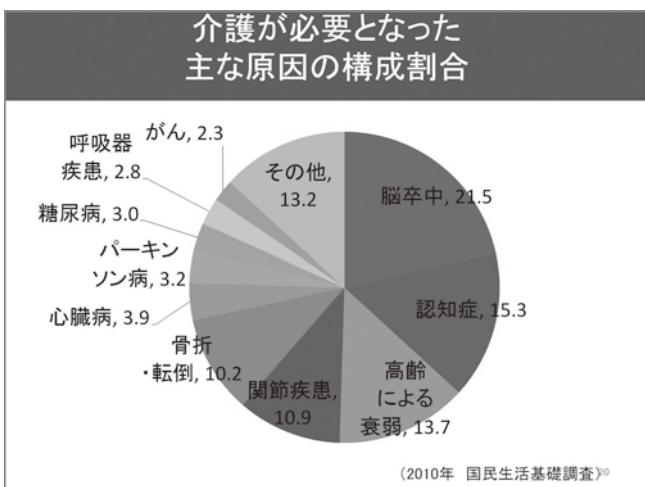
その一方、どうやって人は亡くなっていくかということを考えることが重要です。疾病構造の転換の中で、現在ではがんと心疾患、肺炎、脳卒中。この4つの疾患が主な死因となっています。これらの疾患をどうやって制御していくか、重症化を予防したり、発症を予防するかということが健康寿命延伸のためのひとつの鍵となります。(図表3)

図表3



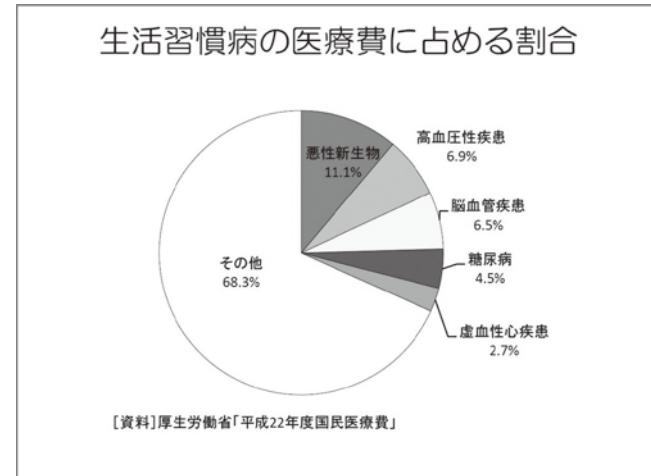
健康寿命に対する定義はWHOと日本で若干異なりますが、日本であれば日常生活が不自由になる原因疾患をどう予防するかということになります。そうなると脳卒中、認知症および転倒や骨折、関節疾患のような運動系の疾患をどう予防するかが、大事になってきます。(図表4)

図表4



もう一方で、日本は国民皆保険制度の中で医療費は毎年1兆円ずつ増えています。いまの歯科の医療費の割合は全医療費の7%弱と言われていますけれども、高齢になればなるほど病気にかかりやすくなりますし、要介護状態になる確率は高まりますので、基本的に医療費は増えて当然というふうに考えられます。(図表5)

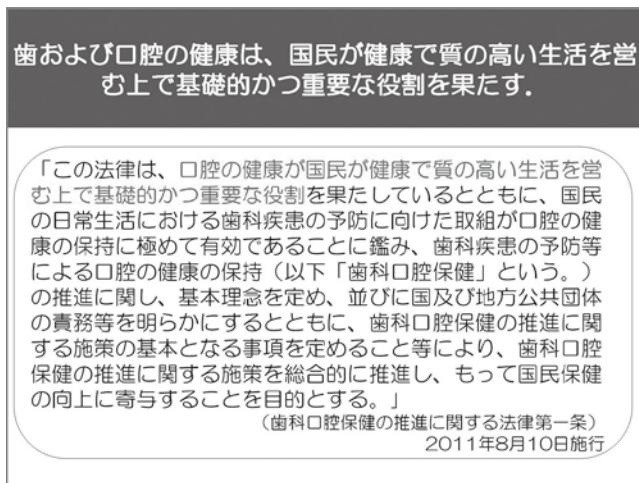
図表5



ただその医療費の増え方は、予防できるものをどう予防するか、同じサービスや同じ人材でどう効率的で効果的な医療提供をしていくかというのが、いま課題になっていて、そうなると予防できる疾患をどう予防するか。これが小川先生のお話にあったNCDと言われているもの、生活習慣病といつてもいいと思いますが、医療費に占める割合がいま3割です。この疾患を予防することに歯科医療あるいは口腔保健というのがどう貢献できるかというのが、安定的な社会保障のために私たちが貢献できる点なのだと思います。

政策的には、2011年の歯科口腔保健法の第1条で、歯や口腔の健康というのが全身の健康を維持するために、基礎的かつ重要と位置付けられています。(図表6)

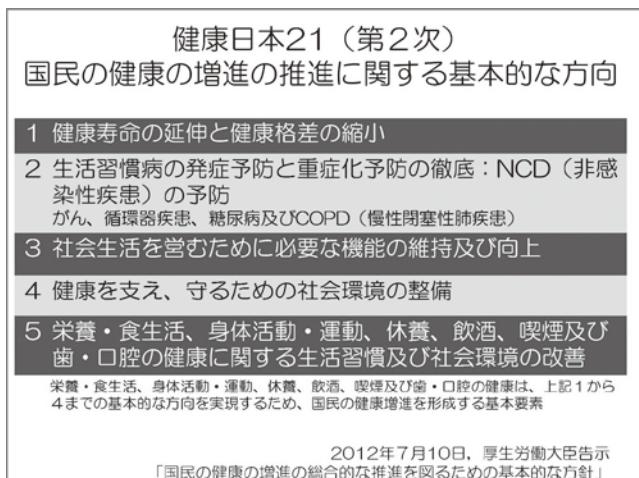
図表 6



小川先生のお話にもあったように、健康日本21の第2次ではかなり明確な位置付けになっています。(図表7)

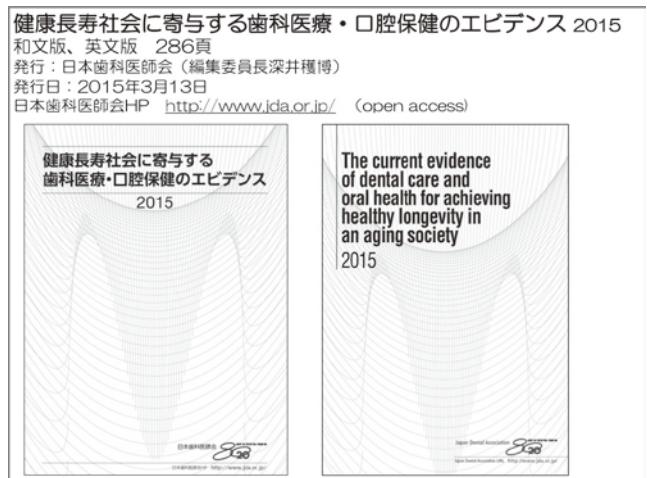
健康日本21の第2次は「健康寿命の延伸と健康格差の縮小」ということがゴールですし、そのための具体的な方策としてはNCDの発症予防と重症化防止、そのための具体的な対策として挙げられているのが項目の5です。運動、栄養、休養、極端な飲酒、食生活、喫煙、そしてもう一つが歯や口腔の健康ということですので、実際には歯や口腔の健康を維持することがNCDの予防、さらに健康寿命の延伸に繋がって、健康格差を是正するという考え方となっています。

図表 7



これをどう政策に位置付けるかということですが、今日世界会議の話がありました。いま途上国も含め地球レベルの高齢化というのが進んでいます。必ずしも財源や医療設備あるいは医療制度等が十分な国ばかりではありませんので、地球上に起こっているこの高齢化にどう対処したらいいのか。その時に歯科医療が果たす役割があるのかということを、世界中の関係者が集って知恵を出し合おう、現状を把握し合おう、何をしたらよいか考えよう、これが世界会議2015だったわけです。(図表8)

図表 8

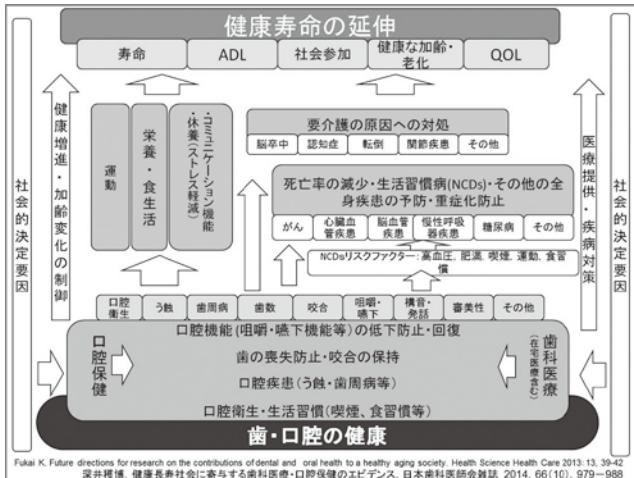


その最終日に東京宣言というものが出て、小川先生が紹介してくださいましたが、それを受けてその後半年以上経ちましたので、いま何が動き出したのか、ということがこの後行なわれるシンポジウムのメインのトピックスです。

この図は歯や口腔の健康と健康寿命の延伸を結ぶパスを概念的に示したものです。(図表9)

世界会議の際に、この概念を、あるいは一つずつの項目がどの程度の効果があるかというのを文献レベルでレビューした出版物が『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』です。この冊子は、英文でも同時に出版され、全文公開され、世界中の人に利用されています。これを見ると、左側の運動、栄養、休養、食生活等は「体を強くして病気にならないようにしよう」という健康増進の意味ですし、右側の死亡率の減少、NCDの予防と書いてあるところは、病気あるいは死のものに直結する病気や要介護状態の原因になる疾患と口腔保健がどう関連するか、ということを一つずつ確認をしたということです。

図表9



私たちの現在の歯科医療がスタートしたのは、歯科医師法が日本でできたのが明治39年ですので、まだ110年くらいの歴史です。そして戦後の歯科医師法ができたのが1948年ですのでまだ70年くらいの歴史です。こうなってくると、先ほどの高田先生のスライドにもあったように、歯の修復や歯の充填とか、そういう口の中に限定した医療だけには止まらない、むしろ口腔の機能ということに着目したり、回復をするような歯科医療に変わっていかなければいけない。

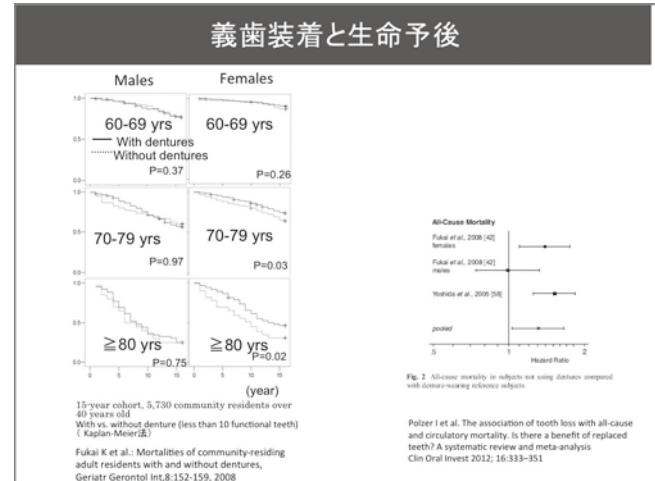
ところがいま求められているのは、先ほどの高田先生のお話にもありましたが、他の領域と連携した歯科医療・口腔保健が求められています。そうなってくると行政の部局は「どういう費用対効果があるんですか?」「どれくらいお金をかけたらどれくらいのアウトカムが出ますか?」ということを求めてくるし、それがエビデンスとしては少しづつ埋まってきているわけです。この図が示している下の枠の歯科医療・口腔保健の世界だけであれば、これは「閉じた社会」です。歯科医療関係者だけで行なえばいいのですが、それを社会の中の歯科医療・口腔保健というふうに考えると、「開かれた社会」の中で私たちはやっていかなければなりません。そのためにはいろいろな関係者にどう情報を提供して、どう啓発をして、どう財源を確保して、何よりも私たち歯科医療従事者がどう変わっていかなければいけないのか、となってきます。

歯科医療と健康長寿に関するエビデンスの実際

実際に歯科医療の効果について考えると、いくつかすでにエビデンスが報告されています。

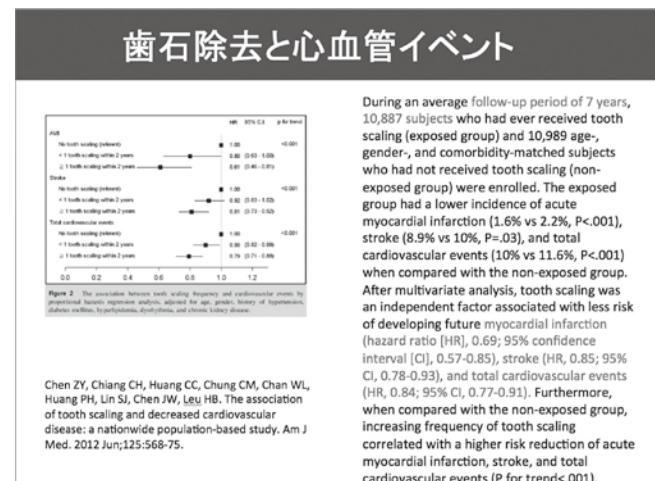
歯の数が多い人が長生きをする、そして、歯数が少なくとも義歯が入っているかいないかで、どの程度寿命が延長しているかというデータが、これは日本の宮古島のデータですけれど、出ています。(図表10)

図表 10



あるいは、台湾のデータですけれど、台湾で7年間約1万人をフォローアップしました。そうすると定期的に歯石除去を受けている人は心血管イベントが3割減になったという論文です。(図表11)

図表 11



このように歯科医療自体を提供することで、全身の健康状態や寿命をアウトカムした時にどの程度の効果があるかというのが少しづつ出てきているわけです。

これはランセットの2015、今年の夏に出たものです。

(図表12)

疾患をどう制圧するかと考えた時に、どういう疾患を対象にするか。今日私が最初にお話をしたのは、死亡の原因になったり、要介護状態を予防するために、その原因となる疾患をどう叩くかという話をしましたけれど、もう少し別の観点から見ると世界全体から見て疾病負荷が極めて高い病気は何かということを、Global Burden of Disease Study 2013の結果を分析した一部がこの論文です。

この論文のアブストラクトの最初のところにこう書いてあります。「改めて私たちが認識しなければならないのは、歯の痛みに苦しんでいる人たちが2億人いる、このことを忘れてはいけない」と、こう書いてあります。この論文の内容自体は、ほとんどはNCDをはじめとする疾患はどれほどの社会的疾病負荷にかかっているかという論文の紹介なんですから、その中でいままであまり振り向かれなかつた歯科疾患とか歯の痛みにも、もう一度着目しなければいけないという内容です。

図表 12



改めてこの「日本の歯科医療提供の特徴」というのを考えてみたいと思います。(図表13)

私たち歯科医療関係者は国民レベルから見ても最も身近な歯科医療機関のひとつです。実際に国民皆保険制度ですので、歯科医療は誰でもどこでも極めて安く受けられ、しかもその数ですが、日本人はいま1億2千万人としてその人たちの約半数は、過去1年間に1度は歯科医療を受けていますと言われています。1ヶ月間で1千万人の国民が歯科医療機関を受診しているということです。

図表 13

日本の歯科医療提供の特徴

1. 国民皆保険制度における歯科医療提供
2. 国民の50%は過去1年間に歯科医院を受診
3. 全国の1日の受診歯科患者数は約130万人、1ヶ月間で約1,000万人
4. 歯科医院で行う保健指導のターゲットとなるリスクファクターは、生活習慣病(NCDs)のリスクファクターと共通
(コモンリスクファクターアプローチ)

その1千万人の方はもちろん口腔内にニーズがあつて歯科医療機関を受診しているわけですが、その人たちに対して私たちが行なっている歯科医療提供というのを先ほどの歯と口腔の健康と健康寿命の概念マップから見ると、その今まで1千万人に提供している歯科保健サービス、歯科医療がどの程度の効果があるのかと、あるいはそこで行なわれている指導や治療は全身の疾患にどの程度効果があるのかと、こういうことを把握しないと、なかなか先ほどの他の部局とか他の分野の人たちと連携をする時に説得力がないということになります。

そのような背景から昨年8020推進財団で調査を始めました。病院調査とか歯科医療機関の調査とか歯科患者の調査というのはかなりバイアスがかかります。しかし、日本のような歯科医療の制度からいうと、日本の皆保険制度の中の歯科患者さんの継続的な追跡調査ということを前提にしてこのデータを見ていけば、その結果は意味のあるものとなります。(図表14)

図表 14

<p>平成 26 年度調査研究事業 「歯科医による健康増進効果に関する調査研究」 報告書</p> <p>2015 年 6 月 公益財団法人 8020 推進財団</p>	<p>調査の目的</p> <ul style="list-style-type: none"> ・歯科医院の予防処置および定期健診実施状況の把握 ・歯科受診患者の口腔および全身の健康状態の把握 ・歯科受診状況と口腔と全身の健康の関係の検討 ・歯科受診患者の受診状況の把握とそれに影響する要因の把握
---	---

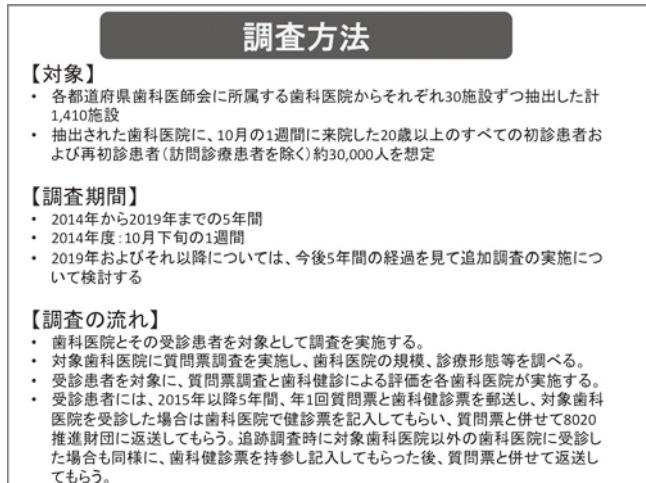
研究チームは前理事長の大久保理事長が研究代表者、私が研究責任者で行なって、大学の研究者はここに書いてある先生たちが研究のデザインだとか評価の方法等を検討しながらスタートしました。(図表15)

図表 15

<p>研究報告書作成委員</p> <p>役員 大久保満男 8020推進財団 理事長 (研究代表者) 山科 透 8020推進財団 副理事長 深井穂博 8020推進財団 専務理事 (研究責任者) 佐藤 徹 8020推進財団 常務理事</p> <p>調査研究事業検討会 委員 神原 正樹 大阪歯科大学名誉教授 宮崎 秀夫 新潟大学大学院医歯学総合研究科口腔生命科学専攻 口腔健康科学講座教授 安藤 雄一 国立保健医療科学院生涯健康研究部上席主任研究官 嶋崎 義浩 愛知学院大学歯学部口腔衛生学講座教授 相田 潤 東北大学大学院歯学研究科国際歯科保健学分野准教授 古田美智子 九州大学大学院歯学研究院口腔予防医学分野助教 住友 雅人 日本歯科医学会会長</p>

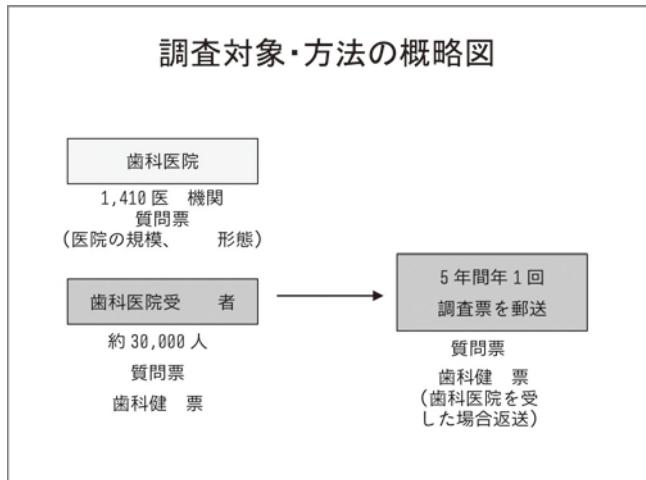
調査期間と対象ですが、昨年の10月末の1週間にその歯科医院に来院した初診患者さんです。全くの初診と再初診の患者さんを含めて、その方々の中でこの調査に協力してくれる歯科患者さんを対象にアンケート調査と歯科検診を行なうというものでした。(図表16)

図表 16



実際に1,410の歯科医療機関を対象に、約3万人くらいの初診患者だろうと想定してスタートし、この方々に今年から毎年郵送で同じ質問調査をしていきます。そして身体状態の変化だとか、病気の状態とかを聞き取っていくということです。(図表17)

図表 17



協力をしていただいた医療機関は総数で1,215、ほとんどの医療機関は各都道府県にお願いをして無作為に30医療機関ずつ選んでいただきました。そこへ1週間に来た初診・再初診の患者さんを調査をするということで、結果として1万2,399名の歯科患者さんのデータからスタートしました。(図表18)

ですからこの研究自体は、日本の歯科医療の効果を全身の健康という観点から判定をするために1,200名の歯科医師と1万2,300名の歯科患者さんが参加型でスタートをしたというデータです。

図表 18

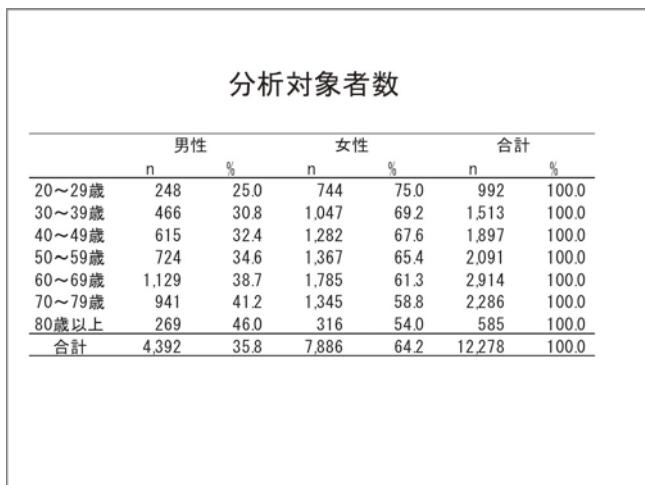
対象歯科医療機関および歯科患者数							
都道府県	協力歯科 医険数	調査協力患者数					
		患者総 数	1歯科医院あたり平 均患者数 (SD)	調査協力患者数			
1 北海道	26	337	13.0 (6.8)	25 道賀県	30	268	8.9 (6.8)
2 青森県	30	344	11.5 (6.7)	26 京都府	28	251	9.0 (6.0)
3 岩手県	18	243	13.5 (6.4)	27 大阪府	23	300	13.0 (5.8)
4 宮城県	30	266	8.9 (6.4)	28 兵庫県	22	194	8.8 (7.2)
5 秋田県	30	291	9.7 (6.9)	29 奈良県	30	375	12.5 (7.2)
6 山形県	30	321	10.7 (6.9)	30 和歌山県	30	184	6.1 (4.2)
7 福島県	28	170	6.1 (4.6)	31 鳥取県	30	311	10.4 (7.7)
8 茨城県	20	146	7.3 (6.8)	32 烏根県	25	204	8.2 (5.8)
9 横木県	30	281	9.4 (6.0)	33 岡山県	0	-	-
10 群馬県	25	246	9.8 (6.4)	34 広島県	29	366	12.6 (5.3)
11 埼玉県	29	383	13.2 (8.2)	35 山口県	30	273	9.1 (6.0)
12 千葉県	30	222	7.4 (6.6)	36 德島県	30	361	12.0 (6.1)
13 東京都	17	176	10.4 (6.8)	37 香川県	25	160	6.4 (5.9)
14 神奈川県	30	347	11.6 (6.6)	38 愛媛県	24	290	12.1 (6.8)
15 新潟県	30	413	13.8 (6.4)	39 高知県	29	186	6.4 (6.2)
16 富山県	30	390	13.0 (6.0)	40 福岡県	28	240	8.6 (5.5)
17 石川県	27	322	11.9 (4.8)	41 佐賀県	28	307	11.0 (7.1)
18 福井県	10	60	6.0 (2.9)	42 長崎県	19	159	8.4 (5.9)
19 山梨県	27	369	13.7 (7.4)	43 熊本県	18	188	10.4 (5.8)
20 大野県	30	287	9.6 (5.6)	44 大分県	30	306	10.2 (6.6)
21 岐阜県	29	355	12.2 (6.3)	45 宮崎県	24	305	12.7 (7.5)
22 静岡県	26	293	11.3 (6.5)	46 鹿児島県	28	209	7.5 (5.5)
23 愛知県	26	253	9.7 (6.4)	47 沖縄県	20	167	8.4 (6.7)
24 三重県	27	280	10.4 (6.6)	合計	1,215	12,399	10.2 (6.6)

岡山県は2016年から実施

対象者の年齢は、20歳から80歳以上までいます。

図表19)

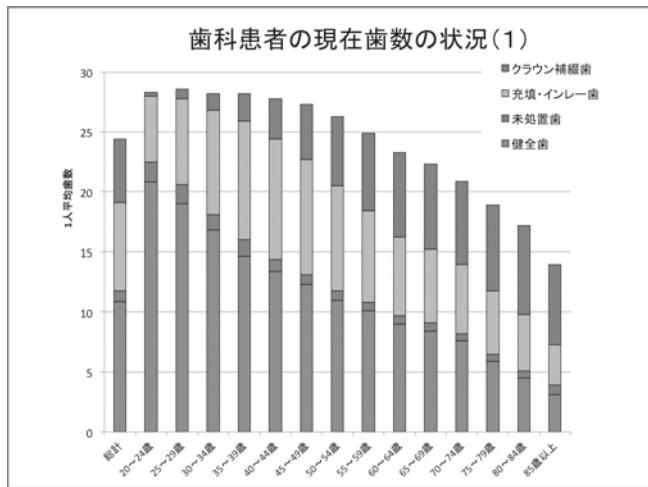
図表 19



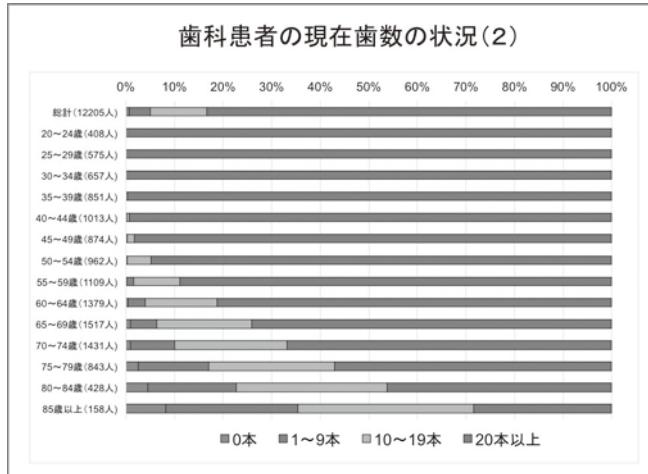
歯科患者の口腔内状況

この歯科患者さんたちの口腔内状態は結局どうだったかということですが、歯科患者といつても、治療のために来る歯科患者さんと定期的な健診を兼ねて来る歯科患者さんがいて、それを一緒にして集計をしていますので、結果として口腔内の状態というのは、例えば歯科疾患実態調査の結果等とそれほど変わっていません。(図表20、21)

図表 20



図表 21

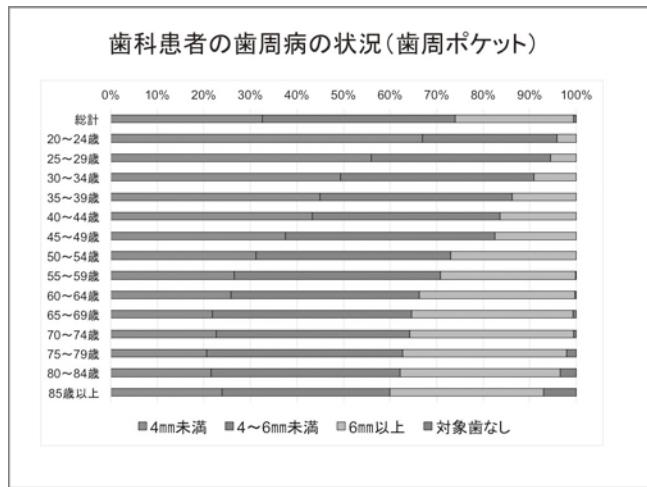


歯の数も国民を対象とした国調査結果とそれほど変わっていない、ただし、この結果は歯科患者というバイアスがかかりますので、全国の市町村で住民基本台帳から無作為のサンプリングをして5,000名規模の調査を同時に今年行なっています。その結果と比較することで日本の歯科患者さんが一般住民と乖離をしているか、あるいは乖離をしていないかということは、来年以降検証していくたいと思っています。

歯周病の状況については、このデータが示す通りです。

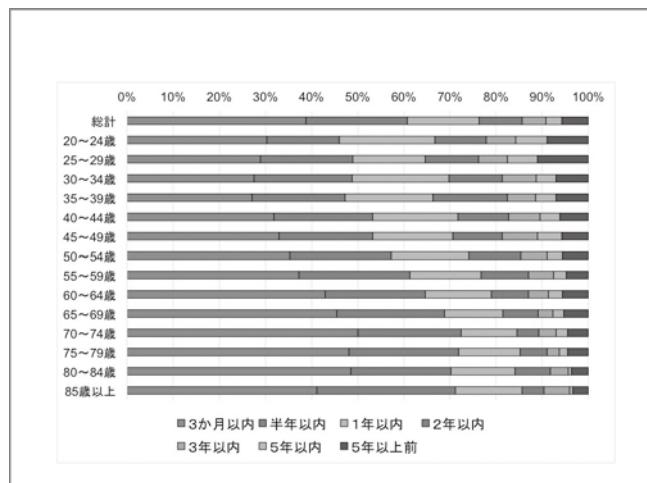
(図表22)

図表 22



日本は国民皆保険制度とはいってもいくつかの研究データでは社会的決定要因や社会経済要因、例えば年収であるとか、教育歴であるとかいうことが歯科受診自体に影響するという報告も出ています。日本で歯科医療機関に来ている歯科患者さんが1年間に50%と言いましたけれど、口腔内に問題があつても、歯科受診できない国民がどのくらいいるのか、ということを明らかにすることも重要です。今回の調査結果から見ると、今年市町村で行なっている調査を見てみると分かりませんけれど、やはり5年以上来ていない住民というのはかなり少ないのでないかという印象です。(図表23)

図表 23



歯科患者の全身の健康状態

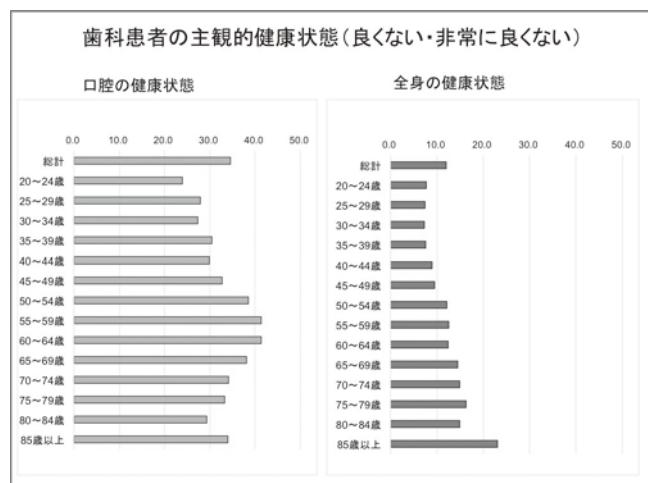
いま分析に入っている途中ですけれど、いくつかクロス集計をしたものがありますので、それをいまから紹介致します。

今日小川先生の話、高田先生の話にもあったように「閉じた世界」の中の歯科医療とか口腔保健と考えずに、もう少し全身の健康とか寿命の延伸というふうに考えた時に、例えば1万2000名の歯科患者さんの中にどれほどの全身の疾患のニーズがあるのか、どれほど病気を抱えていたり、いまから病気になりそうな人たちはどれぐらいいるのかという観点から見ていただきたいと思います。

このスライドは、左側が「主観的に見て歯や口の健康状態が悪いですか?」と聞いたものです。右側が「全身の健康状態が良くない・非常に良くない」と思っている人たちの割合を示しています。(図表24)

確かに歯科患者さんですので、口の中全体の状態が、自分は非常に悪いと思っている人が大体40%弱。それに対して全身の健康状態が非常に悪いと思っている人が全体の10%ぐらい。これをまず前提にしていただきます。

図表 24

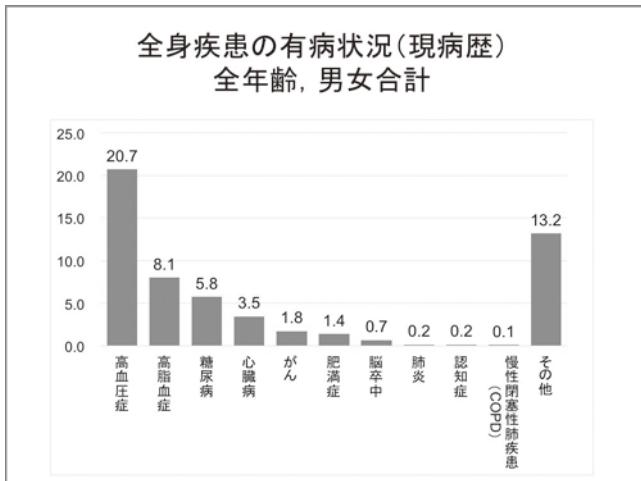


では、どの程度のNCD、生活習慣病を歯科患者さんが抱えて来院しているかということです。(図表25)

これは20歳から80歳以上まで全年齢を対象にして、しかも男女合計して、歯科患者さん、初診の患者さんの中にはどの程度NCD患者さんがいるかという目で見ていただきたいと思います。

これを見ると1万2,000名中の20%が高血圧の治療をいま現実に受けている。それから高脂血症の治療を8%、糖尿病の治療を5.8%、心疾患が3.5%、肥満症の治療が1.4%と、このぐらいの数字になります。これは多いか少ないかというよりも、これだけの人たちを対象に私たちが歯科医療をしていると考えた方がいいと思います。これは現病歴ですので、このうちの高血圧を見れば当然年齢特性がありますので、その年齢構成によって割合は異なります。

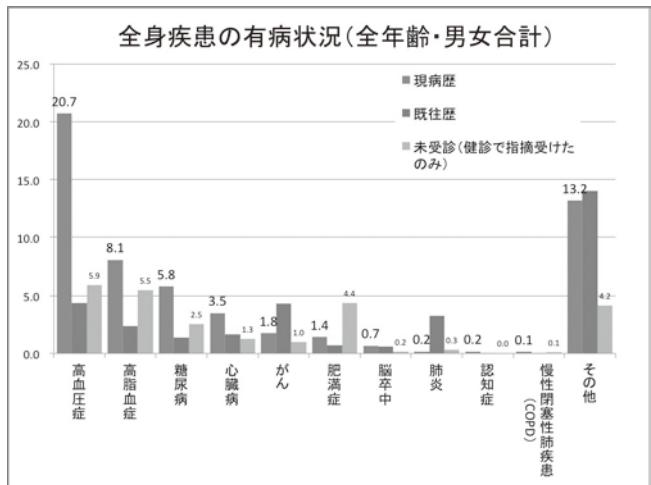
図表 25



もうひとつ、アンケートの中で、いまの全身の健康状態で現病歴、それから過去にその治療を受けていたけれどいまは治っている、それからもうひとつは今まで健診等でその病気を指摘されたけれど病気を受けていない、という3つの聞き方をしています。

ブルー(左側の棒グラフ)で示したのは現病歴でしたが、この中でグリーン(右側の棒グラフ)で示した未受診の患者さんが歯科患者として来院しているということが分かります。特に高血圧にしても高脂血症にしても、糖尿病にしても、それから肥満症にしても、健診等で指摘をされても医療機関に行ってない人たちです。この人たちが医療機関には行ってないけれど歯科医療機関には来ている、ということです。(図表26)

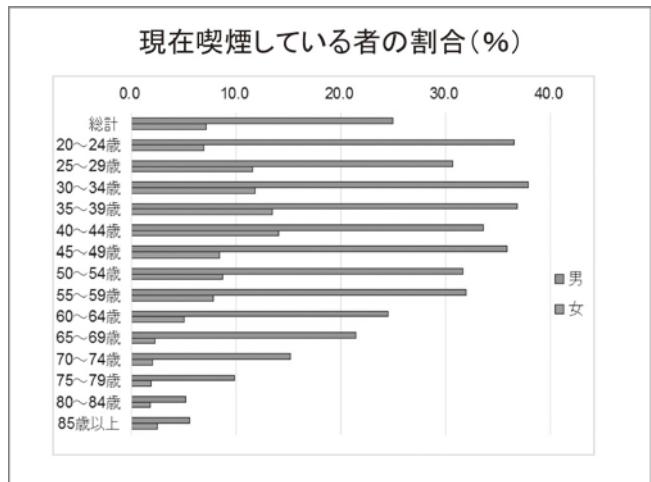
図表 26



喫煙の問題データを示しておきます。いまの歯科患者、初診患者の中で喫煙をしている人がどれくらいいるかというのを示したものです。だいたい働く成人では30%ぐらいと見た方がいいと思います。(図表27)

この人たちに私たちが禁煙指導を行なった場合にどの程度のポピュレーションの効果が出てくるかという検討が必要かと思います。

図表 27



口腔内状況と全身の健康状態との関連

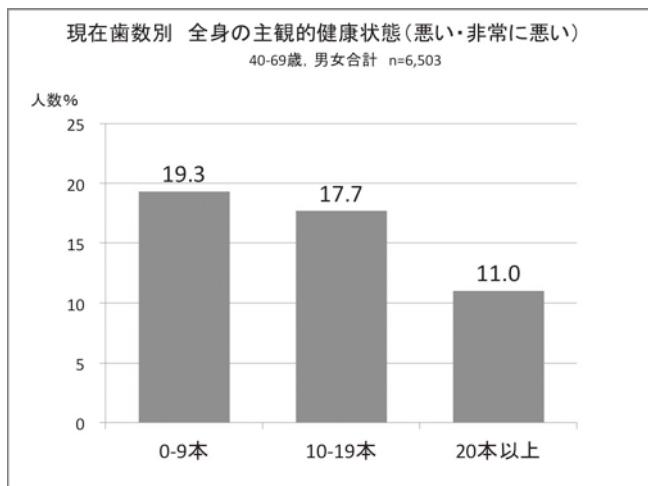
いまからこの調査は、1年ごと毎年追跡していくわけですので、そのコホートの結果を検証していくというものです。歯科治療を途中で中断してしまったり、あるいは他の病院に転院をしたり、あるいは定期的にそのまま通っていたり、あるいはしばらく定期的に行かないで治療だけに来たり、いろんな患者さんのパターンがあります。それを歯科医院に受診をする時ではなくて、住民に直接郵送法で調査をしていきますので、回収をどの程度維持できるかがポイントなわけです。それがうまくクリアできると、歯科治療を継続的に受けたりあるいは定期的に管理を受けたり、あるいは中断をした人たちが、何か全身の病気のイベントがどの程度起るかということがこの集団の中から見えてきます。

いまお示しをするのはベースラインのデータだけです。例えば歯の数というのは口の中の状態を示す強固なインジケーターです。それは過去からの病気の蓄積、過去からのリスクの蓄積が現在の口腔内の状態に反映していますので、過去からの蓄積の結果、いま病気になっているかどうかと、そういうふうに見た方がいいと思います。

まずこれを見ると、40～69歳のデータだけを示します。20歳から30歳代はまだ生活習慣病の罹患率自体がそれほど高くありませんので、40～69歳だけを合算したもので示します。(図表28)

歯の本数が0～9本、10～19本、20本以上と比べてみると、歯の数が多い人ほど、主観的な状態ですけれども全身の健康状態を悪いと感じている人は有意に少ないと、これははつきりしています。

図表 28



もうひとつ、見ていただきたいのは現在歯数別の全身疾患の有病状況、これも現病歴のところです。(図表29)

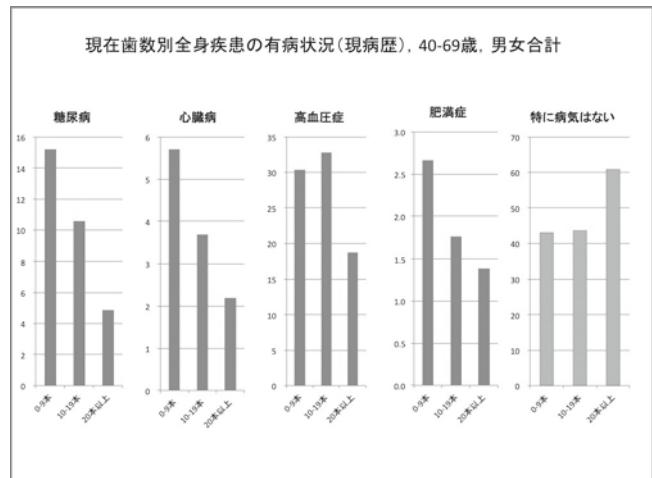
図表 29

既往歴疾患	現在歯数						コクラン・アーミテージ χ^2 検定 検定			
	0-9本		10-19本		20本以上					
	n	%	n	%	n	%				
糖尿病	5	2.3	18	3.4	39	0.8	62	1.0	0.0000	0.000
脳卒中	4	1.8	10	1.9	19	0.4	33	0.6	0.0000	0.163
心臓病	5	2.3	11	2.1	66	1.3	82	1.4	0.0285	0.020
がん	6	2.7	36	6.8	232	4.5	274	4.6	0.1086	0.001
肺炎	16	7.3	26	4.9	165	3.2	207	3.5	0.0003	0.000
高血圧症	15	6.8	44	8.3	175	3.4	234	3.9	0.0000	0.094
高脂血症	10	4.5	21	4.0	142	2.7	173	2.9	0.0156	0.033
肥満症	5	2.3	3	0.6	38	0.7	46	0.8	0.1300	-
認知症	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	-	0.635
慢性閉塞性肺疾患 (COPD)	0	0.0	1	0.2	4	0.1	5	0.1	0.3275	0.001
その他	41	18.6	121	22.9	861	16.6	1023	17.3	0.0005	0.000
特に病気はない	134	60.9	289	54.7	3625	70.0	4048	68.3	0.0000	-
無回答	60	27.3	140	26.5	775	15.0	975	16.4		
回答数	220	100.0	528	100.0	5182	100.0	5930	100.0		

これで40～69歳の男女合計で見ると、糖尿病の治療をいま受けている人は0～9本では15%に対して、20本以上では4.9%です。トレンド検定としてコクラン・アーミテージ検定でも有意ということですから、群間の差が有意というだけではなくて比例関係にあるということです。

これは実は集計をしてみて「やっぱりそうか」と思ったんですけど、たとえば肥満症にしても歯の数が少ない人と多い人を比べたら、比例的に歯の数の多い人が肥満症が少ない。その関係は他の疾患でも同じような傾向、どこを見ても同じような結果になります。その図を示したのがこれです。(図表30)

図表 30



それぞれの40歳から69歳の患者さん6,500名くらいの中のNCDの罹患率は、高血圧であっても20%が一番トップでしたので個々の数は少ないですが、それで見ても糖尿病、心疾患、高血圧、肥満症、また、特に病気はないという逆のものを見ても歯の数が多い人の方が全身のNCDは少ないというのが、きれいな比例関係で出てくることが分かりました。

それは既往歴では現病歴ほどははつきりしないんですけど、未受診の方の状態を見ても同じような傾向か関係が見られます。(図表31、32)

図表 31

既往歴疾患	現在歯数						コクラン・アーミテージ χ^2 検定			
	0-9本		10-19本		20本以上					
	n	%	n	%	n	%				
糖尿病	5	2.3	18	3.4	39	0.8	62	1.0	0.0000	0.000
脳卒中	4	1.8	10	1.9	19	0.4	33	0.6	0.0000	0.163
心臓病	5	2.3	11	2.1	66	1.3	82	1.4	0.0285	0.020
がん	6	2.7	36	6.8	232	4.5	274	4.6	0.1086	0.001
肺炎	16	7.3	26	4.9	165	3.2	207	3.5	0.0003	0.000
高血圧症	15	6.8	44	8.3	175	3.4	234	3.9	0.0000	0.094
高脂血症	10	4.5	21	4.0	142	2.7	173	2.9	0.0156	0.033
肥満症	5	2.3	3	0.6	38	0.7	46	0.8	0.1300	-
認知症	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	-	0.635
慢性閉塞性肺疾患 (COPD)	0	0.0	1	0.2	4	0.1	5	0.1	0.3275	0.001
その他	41	18.6	121	22.9	861	16.6	1023	17.3	0.0005	0.000
特に病気はない	134	60.9	289	54.7	3625	70.0	4048	68.3	0.0000	-
無回答	60	27.3	140	26.5	775	15.0	975	16.4		
回答数	220	100.0	528	100.0	5182	100.0	5930	100.0		

図表 32

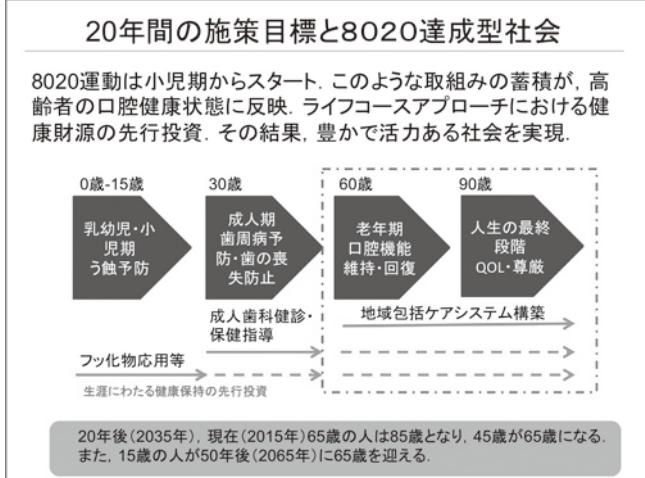
未受診 健診で指摘を受けたのみ	現在歯数						コクラン・アーミテージ χ^2 検定			
	0-9本		10-19本		20本以上					
	n	%	n	%	n	%				
糖尿病	11	4.9	25	4.7	114	2.2	150	2.5	0.0000	0.000
脳卒中	1	0.4	0	0.0	3	0.1	4	0.1	0.1883	0.071
心臓病	4	1.8	9	1.7	64	1.2	77	1.3	0.1227	0.509
がん	5	2.2	7	1.3	42	0.8	54	0.9	0.0130	0.047
肺炎	3	1.3	4	0.8	11	0.2	18	0.3	0.0003	0.001
高血圧症	17	7.6	40	7.6	322	6.2	379	6.3	0.0649	0.316
高脂血症	13	5.8	46	8.7	406	7.8	465	7.8	0.4936	0.397
肥満症	14	6.3	34	6.5	307	5.9	355	5.9	0.2851	0.844
認知症	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	-	-
慢性閉塞性肺疾患 (COPD)	0	0.0	0	0.0	5	0.1	5	0.1	0.1989	0.699
その他	14	6.3	34	6.5	276	5.3	324	5.4	0.1035	0.444
特に病気はない	143	64.1	312	59.2	3544	67.8	3999	66.9	0.0001	0.000
健診を受けていないのでわから	14	6.3	49	9.3	386	7.4	449	7.5	0.1837	0.219
無回答	57	25.6	141	26.8	727	13.9	925	15.5		
回答数	223	100.0	527	100.0	5230	100.0	5980	100.0		

「開かれた社会」の中で 歯科医療が今後果たすべき役割

このような結果を受けて、私たちがいまから歯科医療提供をする場合に、高田先生は厚生労働省ですのでかなり慎重に現状のことを考えてお話をしましたし、小川先生はWHOとしてもう少し別の観点でグローバルヘルスとか世界の観点から見るとオーラルヘルスを全身の健康状態、特にNCDの予防の方にも広げていかない限りはなかなか貢献できないと述べられています。その理由の一つは、なかなか財源も少ない国では歯科医療だけでは提供できない時に、ヘルスの分野で、あるいは健康教育の分野でどのように貢献をしていくかと考えなければならないし、高田先生の方は半分まだ「閉じた世界」の中で、歯科医療という枠の中でどうやって現状を改善していくかという作戦を話してくださいました。私の方はもっと楽観的に、広げた範囲でお話をします。

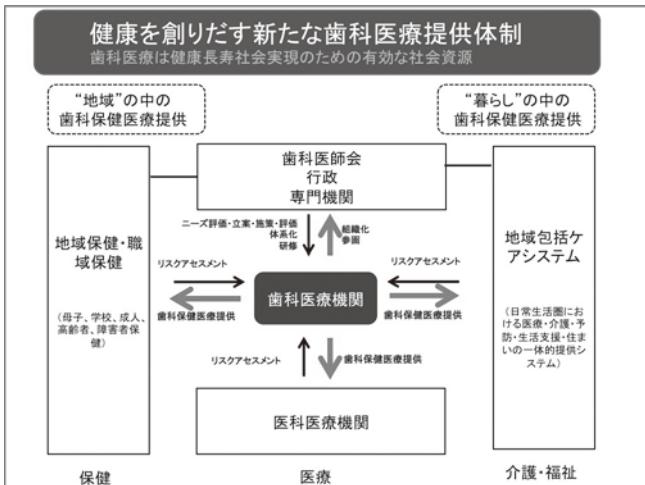
小川先生の話と似てると思いますけど、実は8020達成者の割合は現在、2011年の調査で約40%となっています。歯数の増加は、世代別の効果という点を考慮する必要があります。また、国民皆保険制度の影響ということもちろんあるんですけど、そうは言ってもこの30年間の日本人の口腔内の改善というのは小児のう蝕予防の成功とか、あるいは歯周病も重度の歯周病が減っています。歯科疾患実態調査を見ると、30代40代50代、明らかに減っていますので、その結果歯の喪失が抑えられているとも考えられます。8020運動というのは、実は当初ポピュレーションアプローチでスタートをして、国民に啓発をして意識を高めていくという運動だったわけです。それが医療と一部合体をすることで、より歯が残るようになってきました。そのことは、実は小児期のフッ化物洗口のようなう蝕予防対策ということと8020運動は、当初繋がりにくかったわけですが、それが生涯にわたって歯を残すための先行投資だと、しかもその先行投資は歯や口の健康に止まらずに全身の健康にも波及するというプラスアルファ効果が高いということが、いま示されつつあるのだと思います。(図表33)

図表 33



それからもうひとつ、この歯科医療というのを「閉じた世界」ではなくて広げた世界の中で考えると、ここで示した図となります。(図表 34)

図表 34



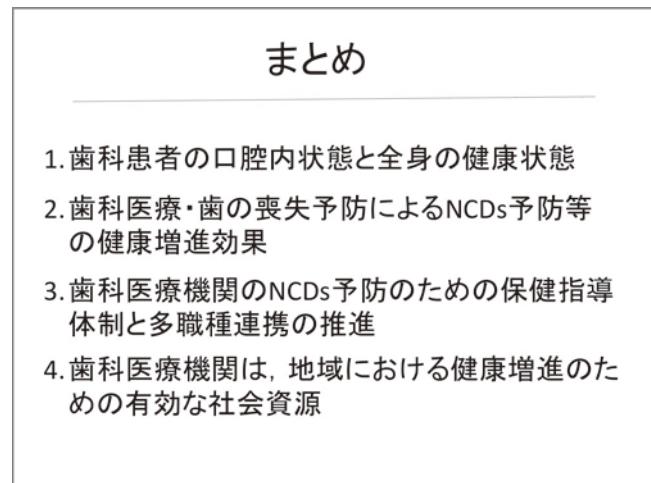
基本的には国民が真ん中にいて医療関係者は周りにいた方がいいわけですけれど、許していただいて歯科医療機関を真ん中に置いたとします。

そうすると地域の中で、いままでは歯科医療というのは孤立した形で、診療所の中だけでいわば密室のようなところで行なわれていましたけど、その持てるパワーを地域の中でどう活かすか。これは、いわゆる地域保健とか職域保健と言われるように、学校保健、成人保健、それから高齢者保健も含めて、そういう地域の健診や保健指導のヘルスサービスと歯科医療機関がどう繋がるか。それをどうやって歯科保健医療を拡大をしていくかという話ですし、もうひとつ、地域包括ケアシステムのところは介護とか、医療とか、暮らしとか予防をどう一体的に提供するかですから、ここもやっぱり歯科医療機関の役割が外に拡大をしていくということです。

もうひとつ問題になるのは、医科の医療機関です。こことの連携がなかなか進んでいませんでしたけれど、今までにがん医療の医科歯科連携事業で受け皿になっている歯科医療機関、1万4,000名まで来ています。全体の歯科医療機関の25%ですので、そういうことが広がってきたたり、あるいは病院の中で入院期間を短縮するために歯科医療従事者が外出して行ってサービスを提供した場合にどういう効果があるかというようなことも出てきていますので、医科医療機関にどう拡大していくかという話になっています。

まとめとしては、今日私がお話をしたのは小川先生とリンクするようなカタチでお話をしたつもりです。(図表 35)

図表 35



まず1点目は、歯科患者さんの口腔内の状態と全身の健康状態、それを歯科医療を受けている患者さんという観点から見るとどう見えるかと。2点目は、歯科医療・歯の喪失予防によるNCDs予防等の健康増進効果をこれからどうやって測っていくかというのが課題ですし、3点目は、歯科医療機関が今まで歯科だけのために行なっていた保健指導や治療をもっと他のところにメリットを出させるためには、私たちがどのように変わらなければならないかということです。そして、何より私たち歯科医療従事者の意識を閉じた空間の中で行なっていた歯科医療を社会のための資源の一つと捉えていくとしたら、どう私たちが変わっていったり技術を進化させなければいけないのか、ということを改めて強調して講演を閉じたいと思います。この後の議論は、ディスカッションのところで詰めたいと思います。

ご清聴ありがとうございました。



健康寿命の延伸に寄与する歯科医療・口腔保健 ～エビデンスとそれに基づく健康政策の推進～



座長／公益財団法人8020推進財団 専務理事 深井 積博

WHO国際口腔保健部歯科医官

小川 祐司

福岡歯科大学 教授

内藤 徹

厚生労働省医政局歯科保健課 歯科口腔保健専門官 高田 淳子

公益財団法人8020推進財団 理事長

山科 透

■深井 本日のシンポジウムは、私の講演の中でもお話をしたように、背景としては今年3月に「世界会議2015」が開催されて、その中で東京宣言というものが提出されています。この東京宣言は、日本はもとより、世界中の口腔保健の施策を立てる上で、スタートラインになるという位置づけになっています。

実は東京宣言が発出されてから半年以上経過をしていますので、いま何が起ころうとしていて、それから何が課題になっているか。それを解決するにはどうしたらいいか、ということをフロアの先生方と一緒に考えたいと思います。

小川先生は、WHOの口腔保健の国際口腔保健の担当として、歯科の専門職はWHOの中でひとりしかいません。ということは、グローバルヘルスにおけるオーロラヘルスを背負っているのは、小川先生ひとりということです。世界中を駆け回っている先生なのですが、実は今日のため

だけに安い旅費でお呼びをして、来ていただいていますので、まず冒頭、小川先生も含めて、講演を聞かれて確認をしたいこととか、質問したいことをまず何名かの先生からお尋ねをしてから進めたいと思いますので、何か質問やご意見、それぞれの演者に対する質問で結構ですので、ありますでしょうか？

■鈴木 民間企業に勤めております鈴木と申します。演者のみなさま、どうもありがとうございました。

素朴なことなのですが、1点、まず確認させていただきたいと思います。それは、NCDとして非感染性疾患であるということをおっしゃいましたが、その検査紙の中にミュータンスを測ろうということが出ていました。それから、内藤先生からはミュータンスが無くなつてもう歯予防効果がない、とお話しされました。

実際考えてみると、一番最初どこで感染が起きるのかというと、私が習った範囲では母子の垂直感染であるということ。それから、社会ではかなりう蝕は感染性疾患であると言われてきました。それが古い考え方かどうかは分かりませんけれども、いまここでNCDとして取り上げるとき、私は一切反対するわけではありません。むしろそれを上手に使って、横の広がりに対応していくということはとても素晴らしいことだと思っています。

ただ、感染ということになると、これをきちっとまとめておきませんと、あるときは感染である、あるときは非感染であるということになりますと、現場は混乱するのではないかと思います。私の不勉強を踏まえて、こうなっていることについてご説明いただければと思います。よろしくお願ひします。

■深井 ありがとうございます。

では小川先生と内藤先生の方から、歯科疾患をNCDと捉えるのか、感染症と捉えるのかということだけ、簡単にご説明していただけますでしょうか。

■小川 深井先生、ありがとうございます。安い旅費ではなく高い旅費で来ましたので、たくさん働かなければいけないのですけれども。最初から手厳しいご質問をいただきありがとうございます。

感染性か非感染性かというご質問ですけど、正直言いまして、私も歯科界においては相当議論があるのは知っています。したがって、どちらだというふうにお答えをするのには躊躇がございます。

しかし、今回なぜ私がWHOの立場でこの非感染性というカタチで申しているかと言いますと、昔は歯科はdiseases orientedで、いかにして病気を少なくするかというところをフォーカスしていたわけです。その原因は先生がおっしゃるように、母子感染というところのミュータンス菌という話は定説なわけですけれども、ある程度diseasesがコントロールされてきて、今度はhealth orientedのカタチで我々がどういった対応をしていくか。その考え方の中においては、非感染性疾患という生活習慣病というファクターの方がむしろこのdiseasesコントロールには不可欠だと。そういう意味からして、いまWHOの私の立場では非感染性疾患というoral diseases

を打ち出しています。

したがって、病因論の話をいいければ確かにこの辺の議論はまだたくさんあるのは分かつてはおりますが、基本的な考え方として、health orientedとしてのオーラルヘルスプロモーションをより充実させていくためには、いまのようなアプローチの解釈というふうにお考えいただければと思います。

■深井 内藤先生は歯周病の専門家でもありますので、内藤先生の方からいかがですか。

■内藤 では、「Naitol」の話は忘れていただきまして。歯周病について、お話しします。

う蝕とは若干違うところがあるのですが、歯周病はマルコフモデルという不可逆的な進行する病気のモデルとして考えると分かりやすいと思います。

たとえば、100%の人が健康であるのが、1年後には3%の人がひとつ段階が進む。2年後には残りの97%の内の3%がまた次の1段階に進む。1段階に進んだ3%の内に3%だけが次の段階に進む。2段階、3段階と期間をおくごとに不可逆的なステップを積んでいくて、たとえば、5段階まで進むと歯肉炎として認知される状態になります。そしてさらにそのまた3%、3%と期間を経ることに不可逆的な変化が起こっていって、歯周病として発症すると。従来生活習慣病と考えられていた病気は、マルコフモデルで考えますと、ある閾値を超えて、ある年限だけ超えて、ある特定の人間だけポピュレーションの中で発症すると考えるとよろしいのではないかと、考えられると思います。

■鈴木 小川先生、WHOでいまおっしゃったような考えが支持されていると考えてよろしいございますね？ このNCDのグループの中で、それはみなさんご存知だと思いますが、それを踏まえていま先生がご説明いただいたような内容でこれから対応していくと。それは私もその通りだと思っておりますが、ただ、基本的なことだけは確認しておきたかったということです。ありがとうございました。

■深井 ありがとうございます。

他にフロアから質問や聞き漏らしたこと等がございます

でしょうか？

なければ、今日はこのシンポジウムで事前に用意したのは、この3つの視点だったのです。

1. 歯科医療・口腔保健のエビデンスを伝えるアドボカシー（政策提言）と国民への啓発

2. エビデンスに基づく健康政策のための人材育成と保健医療技術の進歩、口腔疾患と生活習慣病（NCDs）における共通リスク因子への対応促進

3. 社会が求める歯科医療・口腔保健提供システムと関係機関の役割

ひとつは、エビデンスを構築することはもちろん大事ですけれど、エビデンスだけでは人々のためになりませんので、むしろそれを政策とか実践とかに繋げていったときにはじめて人の健康に寄与できる、ということになりますので、エビデンスを政策に繋げるときに、どういうエビデンスがいまから求められるのか。あるいはそれを実際に恩恵を受けるのは国民であり、世界中の人々ですので、それをどう一般の人たちに分かっていただくのか、という議論を最初にしようかなと思っていました。

2つ目は、そのためにはどういう人材がいま必要とされ、どういう教育をしなければならないのか、というのが2点目のディスカッションです。

3点目は、社会や地球レベルでもいいのですが、いま歯科医療関係者に求めている役割というのは何で、その期待に応えるにはそれぞれのお立場でどうすることをしていかなければいけないのか、ということです。

まず最初に、歯科医療・口腔保健のエビデンス、何のエビデンスかというのは、全身の健康に寄与するエビデンスというふうに捉えていただいて結構なんですが、政策提言に繋げるために、高田さんの方からは、歯科医療関係者だけでは厚生労働省の中のマンパワー、それから財源の問題もあって、労健局とか保健局とかほかのところにフォーカスが当たっている人たちにやっていただくと。その財源も使って、それに歯科保健を入れてもらうというときに、費用対効果等が必要だということだったのですが、高田さんの立場からすると、政策に繋げるためにいまのエビデンスで充分な点と不充分な点についてコメントを

いただけますでしょうか。

■高田 ありがとうございます。いま深井先生がおっしゃった通りです。日本だけではなく全世界的に歯科単独で歯科保健、歯科医療の予算を獲得していくというのは難しいということです。その先駆けにもなる取り組みにはなろうかと思いますが、実際いま日本の中で新規事業を立ち上げられる部局というと、まさに老健局認知症とか、保険局高齢者医療とか、いま日本に近々の課題となっているところの予算は比較的理解が得られやすく、昭和30年、40年くらいからずっと取り組んでいる既存のものというのは、すごい勢いで削られていくというような傾向にあります。

そうなったときに、まずはエビデンスとして何が充分かというと、たとえば内藤先生の発表にあった、AはB、BはCというはある程度出てきているとは思うのです。それを現場でやったときに、AがCになるかというエビデンスが不足しているところがあると思います。その場合には、実際フィールドに介入するような取り組みが必要となりまして、いまの8020推進財団の取り組みであるとか、または我々歯科保健課は残念ながらなかなかそうした大きなフィールドを持って予算を獲得するのが難しいので、老健局さんにすでにあるフィールドに上乗せで歯科を追加して項目で調べてほしいとか。保険局さんがいま持っているフィールドを活用して歯科についても調べてほしいというようなカタチで、実際に介入をさせていただいて、それがアウトカムとしてどれくらい効果があるかということを実際の実社会の中で介入をして調べているというところでございます。

その論文としてどこの分野が全然足りないという感じではなくて、介入をした結果というのがまだまだ薄いかなという印象があります。

■深井 ありがとうございます。小川先生いかがでしょうか？

■小川 高田先生のいまのお話というのは、WHOの組織にもまったく同じことです。いま冒頭で深井先生からWHOでひとりでやってるんだとご紹介いただきましたけれど、それは実際問題そういうことでございます。言い方

を変えますと、やはりひとりでできることというのは、マンパワー的にもかなり制約がございまして、どうしてもWHOではある意味ポリティックスに働いて物事を動かしていくかなければいけないという側面もある中で、ではどうやってオーラルヘルスの位置づけをしっかりと外に見出していくか。やはりそこはインテグレーションなんですね。いまフィールドのスタディをしてアウトカムを出す。たとえばいい例としますと、どこの国に行ってもナショナルオーラルヘルスサーベイが必要だ、必要だ。ただ、現況でナショナルオーラルヘルスサーベイだけを単独でやってもほとんどそれは無意味なんですね。やはり同じサンプルから口の中の情報プラス身体の情報、それから生活習慣の情報。いろんな情報をすべてとってきたことによって、その結果をどういうふうに次の政策に結びつけていくかというときに、先ほどから出ていますが、全身の中における口腔という概念のところで、ではこういうふうなカタチで口腔の情報を活かしていくことができる。したがって、厚生労働省が他の部局のお金を使っていろいろと共同事業をしていくというのは、私はもうむしろそういう方向でやるべきだと思っていますし、そこで出てくるアウトカムこそ共有をして政策に繋げていく。ですから私も厚生労働省のやり方を、ある意味WHOで実践しているということです。

■深井 山科先生は8020推進財団の理事長であると共に、日本歯科医師会の会長でもありますので、この何年か日本歯科医師会では健康長寿に寄与する歯科医療、口腔と全身との関係を踏まえてということをいろんな分野で発信をされ、提言をされていると思います。そもそも歯科医師自身にそのことをどう認識をしていくかということも大事な視点だと思いますので、この歯科医療・口腔保健のエビデンスをどう政策提言に繋げたり、私たち本体の歯科医療関係者にどう伝えるかという観点からコメントをいただけますでしょうか。

■山科 非常に難しいテーマなのですが、要は基本的には我々歯科医療関係者は患者さんから上がってきたデータをどう理解して、それを治療および知識としてどう患者さんに直接お返しをするかということの繰り返しをやってきたのですが、今度歯科医師会というところは、そういう個人的なデータを集めて個人的にお返しをするということ

ではなく、全体的には治療効果がどういうふうなカタチで国民、患者さん全体に貢献できたか。

それから、患者さんの疾病の回復度がどこまで戻ったか。あるいは患者さんの満足度がどういうふうに戻ったかということを中心に考えて、これを捉えながら、それをいくつか、EBMのようなカタチでお示しをして政策提言をしていかなければならないと認識しています。

今回、内藤先生がお話になられた非常にいい部分というのは、AからB、BからC、だから、AからCはということで、なかなか行きにくいという。これはいま現実に言われているように、プロセスの流れの中では理解と評価はできるけれども、歯を治療してたとえば歯が抜けたところに物が入って噛めるようになったけれども、それでその人はどう変わったのですか?と。あるいはその人の幸福度はどう変わったのですか? 人生はどう変わったのですか?と問われたときに、最終的なアウトカムがしっかりと見えないと、目の前にあるものを右から左へやったというプロセスだけがクローズアップされるだけ。基本的にはいろんなグローバルヘルスも全部そうなのですが、4つくらいの視点があるのではないかと、私も考えているのです。基本的にはグローバル化をして、全体的に生活そのものがどう変わったのか、という変化を評価する、あるいは捉えていく。

それからもう1点は、ご存知のように日本は医療提供体制と、社会保険の部分で診療報酬というカタチの中で社会保障をやってきて、特にインシュランスの部分については市場性の非常に高い部分であると。そしてヘルスの部分については、公共性の高い中でやってるわけですね。それを市場性の高いものと公共性の高いものをうまく今後マッチングさせていかなければいけません。極端に言つたらいまの歯科保健も健康状態のヘルスの部分は、アメリカでは具体的に行なっていないのですね。民間の自由経済の中で市場主義で、医療がどんどん医療技術とか、あるいは社会保険などが市場の原理で働いていつている。日本の厚労省がやっているようなヘルスの部分を国がしっかりとやっているかと言うとそうではないと。日本は独自の両方並立しているのですが、もともとはこの市場原理的な部分が非常に強くいって、いま最近はもういろいろな医療提供体制がクローズアップされて評価されてくる。この両方の部分をうまく整合性をとつていかな

ればならない。

それからまさに医療技術は専門分野で行なうというふうに従来考えて、高度の医療技術をするためにEBMを積み重ねていって、たとえばこういった疾病に対してこういう薬は効きますよ、ということで、市場原理主義的な考え方でやったものが社会問題として叩かれるという状況があります。基本的には医療技術も民意というのですかね、公共性の考え方の上に立って、みんながやっぱり幸せになれるような医療技術が使われ、医療政策を行なわなければならぬ。



それから最後に、冒頭にも言いましたが、やはりアウトカムをしっかりと作っておかないとプロセスだけがクローズアップされる。歯科医療そのものはプロセスだけのカタチでいま來ていたけれども、最終的なアウトカム、国民が健康で有意義な生活を行なうためには、こういうカタチがいいですよ、NCDのことも考えいかなければなりませんよ、と。そういうAからB、BからCへ行くまではある程度あるのですが、最終的にAからCに結びつけていくこのプロセス以上に最終的なアウトカムをしっかりと視点を置いていかなければならない。その展望がいまここ5～6年くらいで見えてきたということだろうと私は思うんですね。だからそれをいつまでも忘れずに、最終的な目標をそこに歯科医療関係者、あるいはいろいろな関係の団体が医療連携とかいろいろな業界の人たちだけではなく、国民を揚げてそういった目的が作れない限りいつまでたっても歯科医療はこの辺に置いておかかるというような状況にあると。

以上の4つの部分をある程度整理しておく必要があるかなというふうに思っております。

■深井 ありがとうございます。

ちょうど山科先生から4つの視点をお話をしてもらったことで、エビデンスを政策に繋げたとしても、それを享受するのは国民ですので、国民や人々が理解していないければその恩恵はやはり届かないということになります。内藤先生のお話はみなさん極めて印象的で、国民性ということもあるかと思うのですが、エビデンスを国民が理解をしたり、政策に国民が参加するためにどのような情報を提供していったらいいか、というのが大事な視点だと思います。今日内藤先生がお話をされたような内容をまず 국민に啓発をして、健康情報の質の見分け方を理解することがまず第一なんでしょうか？ それとも専門家たちがエビデンスに基づく情報をきちっと第三者のようなところが評価をしながら責任のある機関が提供していくことが第一なんでしょうか？ そこはどのように考えたらいいのでしょうか？

■内藤 医療情報に関しましては、提供者として吟味できる能力が必要ですし、同時に我々医療提供者としても正しい医療に誘導するために、国民にそれぞれメディア・リテラシーということを知る必要があります。

ただ、我々としてはいまこのリテラシーだけではなくて、情報として足りないこととしましては、重要なものはコスト効果のエビデンスというのは歯科がどうも提供できていない、非常に弱いところではないかなと思っております。

実は先週イタリアのミラノで国際医療経済学会がありましてそこに参加してきました。そこでNHS、イギリスの厚労省でここは薬の採否を決めているのですが、もうすばり、QALY、クォリーと言いますが、質調整生存年の1年延長に20,000ポンドを下回らないと新薬を償還リストに加えないと、こういうふうに決めているのです。それより高いものはアウトオブポケット、払い戻しを50%しないとかですね、払い戻しを30%しないとか、そうやって段階を決めています。

その代わりに、新薬を採用されるためには、質調整生存年を延長するのにこれは15,000ポンドしかかからないから採用してくれ。政府とネゴシエーションして薬価を決めると、こんなようなプロセスを見まして非常に刺激的でした。

我々歯科の方もこれを提唱すべきなのです。そんなに弱気になる必要はないのです。たとえばいま誤嚥性肺炎、

これは非常に話題ですね。死因の第3位です。西田敏行さんがいまテレビに出て宣伝をしていますね。MSDという会社です。23価の肺炎球菌ワクチンなのですが、ワンショットだいたい9,000円するのです。それでどのくらい効くか。23価。肺炎球菌というのは50種類以上ありますから、23価を注射してもそれでも肺炎球菌による肺炎になる方がいらっしゃるのです。実は誤嚥性肺炎のほとんどは口腔内常在菌由来ですから、必ずしも肺炎球菌でなるわけではないのです。意外と老健施設でワクチンというのは効かないのです。

ネガティブな研究もあります。効くという研究でも8%しか効いていません。ですから、ワンショット9,000円のものを8%ですから、13人打たないと効かないのです。

口腔ケア、これはだいたい2年間で25%の肺炎発症を8%くらい、まさに肺炎球菌ワクチンと同じくらい減らせるのです。13人に口腔ケアをすれば、肺炎を半分に減らせる。ただし、口腔ケアというのはワンショット9,000円よりももっとかかります。人手がかかりますから。そのかわり、QOLの点ではもっと改善しています。とともにとの意義というのは、肺炎予防だけではなくて、高齢者の、自分でセルフケアのできない方の口の中を健康にしてあげているわけですから、それをさらに上積みするようなもの。これは深井先生から提案されていましたけれども、上積みできる付加的な要素というのを我々が提案して、コスト効果に優れているというアピールをやっていったらいいかなと思っております。

■深井 ありがとうございます。

先ほどご紹介したGlobal Burden of Disease StudyでもDisability Adjusted Life yearsを何年延ばすかと。そのために各リスクファクターはどの程度寄与しているかというのが議論ですので、それは非常に重要な視点です。いまから歯科界がもっと発信をしたりデータを蓄積しなければいけないということだと思います。

高田先生の方から、先ほど内閣府にお願いをした調査で、青少年ではあってもどの情報を見ているか、あるいは何を期待しているかということがありましたので、いま議論されていることを国民に啓発をすると。歯科・口腔保健の中でも国民への啓発は重要な柱となっていますので、いまの内藤先生のお話も踏まえて何かコメントはあります

でしょうか?

■高田 まずは国民に正しい知識を正確に、適切に提供していくというのが、国の大事な役割と考えたときには、実際インターネットなどで検索すると、ものすごく多くの歯科情報が検索できるわけですけれども、情報を得る方の人はなにが本当に正しいのかが分からなくなってしまうと。そうなったときに、どこの情報を見れば本当に正しいことが分かるよ、もしくは各クリニックにおいても、頼めばいつでもそういうことが提供してもらえるよ、というような身近な正しい情報にアクセスできるということも大事なのではないかと思っています。

実際には、私たちの反省をするところでもありますが、まず歯科にすごく興味ある人に対する施策というのはこれまでかなりできていると思います。というのは、健診に来てくれる人。実態調査をしてそれに参加してくれる人は、もともと意識の高い方で、協力的な方。なおかつ、年に1回以上健診に行きますという人も、もともと社会的な要素としても、経済的な要素も健康意識も非常に高い方で、そういう方に対するアプローチがかなり多かったのではないかというところです。

そう考えたときに、むしろなかなか歯科健診に来られない人に対して、国が何をするべきなのか。

たとえば健診であれば、対象者をもう少しプラスαこういう条件の人というふうに絞るとか、社会的弱者の方に、または歯科にアクセスしない方、できない方にもっとフォーカスが当たるような施策というのが重要なのかもしれない、というように思います。

それから、広報の場所の話ですが、歯と口の健康習慣をどのように広報していくかというときにも、同じような議



論がありました。内閣府の調査の中で、「私は歯科診療所でこういう情報を得ました」とおっしゃる方は少なくとも歯科診療所へ行っている方でございます。

病気を持ってかかっている人と違って、普通の人はあまり歯科診療所が身近なわけではないわけですね。むしろ毎日国民が行く場所はどこだろうというふうに考えれば、たとえばスーパーとか、たとえば銀行のATMとか、まずは毎日行く場所に協力をしてもらい、街全体でたとえば広報ができるようにするとか。自分たちの協力者として歯科医師、歯科診療所というところで広報をするのは、確かに確実であって手軽で容易なことかもしれないのですが、国民の人たちから見るともと身近なところを開拓する必要もあるかなという気がしました。

■深井 ありがとうございます。

小川先生のお話の中ではWHOの役割としては政策提言と、あるいはそのガイドラインの作成というようなことがあっても、WHOのホームページを見ると、たとえばファクトシートだとか、あるいは健康情報ということも掲載をされていますけれど、あれはやはり政策立案者向けの情報、あるいは一般の方向けの情報も含めているのか、どのように考えればよろしいでしょうか？

■小川 端的に申し上げれば、WHOのホームページは見てもつまらないですね。つまらないとはどういうことかと言うと、ものすごく制約があるのですね。プレーンな情報でも、ちゃんとしたエビデンスの情報しか出せない。言い方を替えますと、主觀が入ったものは出せませんので。ですからそういう意味では、国民がWHOのホームページを見て情報を得ようとしても、なかなか的確なニーズに合うものは難しい。どちらかというと、政策的なところへのフォーカスだと思います。

メッセージを伝えるというのは大変重要なことで、我々もWHOの仕事は大枠は作ります、だけど大枠を作つて、それを実際に活用するのはそれぞれの国なわけです。その国において、それをどういうふうなメッセージを国民に伝えていくか、というところまでは、正直言つてWHOも194カ国ありますので全部は対応できません。日本のような先進の成熟国家は、ある意味、そういったメッセージの伝え方まで模範を示していただきたい、というのが、私の

WHOの立場からの期待です。

それはどういうことかと言いますと、途上国ではそういう情報というものがまず届かない、というバリアがあるのですね。もちろんハイテクノロジーを使っていろいろと情報を出すということも大事なのですが、たとえば、同じ情報でも歯科医師ではなくて、他の人も情報を持つていただけるようなこともできるのではないかなど。そのような点からすると、やはり多職種連携という大きなくくりの中で考えていく必要がある。

それと、どんなに田舎に行ってもメディアはあるんですね。今日もたぶんメディアとか企業の方もいらっしゃると思いますが、そういった方々がこの分野で新しい情報というものを国民に伝えていただくところで果たしていただける役割というのは、たくさんあるかと思っています。

■深井 ありがとうございます。

フロアからもお聞きしたいと思います。このフォーラム、例年、地区の歯科医師会で活躍されている先生とか、それから企業の方がいますので、まず地区の歯科医師会で活躍されている先生お願いします。

■侯野 長崎県歯科医師会で地域保健を担当しております侯野と申します。どうぞよろしくお願ひ致します。

先ほど高田先生が言われたように、いい人はどんどん良くなる、悪い人は残っていくというのがいまの現状で、健康格差を是正しなければいけない、というのが私たちの一番の悩みであります。そういう意味で、今回の深井先生がされている研究には非常に興味を持っていますし、私たち歯科医師会自身も参加して調査、研究をしていますが、健診するときに思うのはやはり先ほど言わされた、歯医者さんに来ること自体がある程度健康なんだ、ということ。そこに来られない方々をどうやって調査をするかというのが、ひとつの大きな課題だと思っています。

長崎県もこの8020推進財団のお金も使わせていただいて、デイサービスの調査、研究をしたりとか、厚老研では回復病棟へ行って調査をしましたが、すごく重症者が少ないという結果だったのです。在宅に行くと、もっとひどい人もたくさんいるのだと思うのですね。ですからそういうところに関する調査データなどをどんどんと出して、その方々のその前の時代、そういう病変が拡がる前の

状態をこういう人たちが、生活習慣病でひどいからこうなってそこにいるのだと、いうことが分かってくると医科の先生たちも、本当に協力をしていただけるのではないかなあと思っていますので、ぜひそういうことでは道筋をお示しいただきたいと思います。また端的に言えばそういういたところのアンケートはこういうのをとった方がいいよ、という事例をお示しいただければ非常に助かるな、というふうに思います。

■深井 ありがとうございます。ごもっとものご意見で、今日シンポジストの方々からも、健康状態の良い人ほど保健サービスを受けやすいということがありますので、問題は、無関心な人、そのニーズを感じていない人たちにどう分かつてもらって届けるか。無関心ではないのでしょうかけれど、あまりよく考えることはない、暇がないような人たちというのは、国民もそうですし、実は地方の行政の政策立案者にもそういうことで苦労されていることもあると思います。もう一方くらい、地域で活躍されている歯科医師会の先生で、行政担当者や県民、都民たちに、どうモチベーションを図るかという観点からご発言はいかがでしょうか？



■小林 東京の板橋区の歯科医師会で医療連携担当の副会長をやっております小林と申します。

だいぶ前に、在宅医療の方にシフトするという政府の方針が出たときに、私ども歯科医師会では、在宅の人たちの口腔内の状態はどうなのかというデータがないので、なんとか健診はできないかと。行政で成人歯科健診というのをやってますよね。あれは70歳までなんですよね。それを引き上げてくれないかと言うと、予算がないからダメだと。

では在宅の人たち、たとえば70歳で在宅でいて寝たき

りで通院ができない人のところには、訪問をして健診はしていいかと。不公平になるからダメだと、いうわけですね。

仕方がないので私ども歯科医師会で無料の歯科健診というシステムを作つて、1年くらい通院をしていない方に無料で歯科健診をしますよ、というアナウンスをしました。医師会を通じたり、あらゆる手段、できる限りのことをやつたのですが、最初の1年で3人だけでした。もう3年経ちましたけれど、まだ2桁乗るか乗らないかくらいのところです。

デイケアの施設にも配つてきました。デイケア、小規模多機能の中で通所している方、日中時間がないからデイケアに預けているのだと。引き取った後で歯医者へ連れて行く時間なんかない、というのが家族の方のご意見だそうです。だからそこでもう一歩、夜でも1週間に1回、ご自宅に行くこともできるので、でもそこへ情報を出すことができないんですね。家族の方に直接、治療勧告書を出しますが、まったく反応がありません。ある施設では今年3回目の健診をやりました。この1年で認知症の度合いがものすごく進んで、今年はもう治療勧告書も出せなくなりました。上下の噛み合っているところが3カ所しかない方がいて、その方は常食なんだそうです。これは軟食に切り替えなきやダメだよ、というそういう情報すらなかなか出でていかないことがあります。

一方で、個人的に往診に行って、衛生士が口腔ケアで訪問して、もう何人もお亡くなりになっていますが、痛みを与えずにずっと関わって方がみなさんお亡くなりになつてと、ご家族から感謝をされます。そこに何かが足りない。私も歯科医師会でやっていますが、いまそこで大きな壁に当たっているというか、壁なんだか、溝なんだか分かりませんが、入つて行けないギリギリのところでいま立ちすくんでいるのが現状です。

もうひとつのポイントが認知症です。いま申し上げましたが、認知症が進んでからの治療はもうほぼできないですね。拔歯もできない、義歯も作れないですね。だから認知症になる前に、もっと前の段階で拝見して、ある段階で口の中を整備してそれを守りぬいていくと。実際に私のところでそうすると、かなりいい状態で常食で普通の生活を送れるのですが、ではどの段階で来てもらつたらいいだろうか？

東京都は医師会と協力して、糖尿病に関する医療連携の検討会という事業をやっています。糖尿病で医者に来

た患者をお医者さんから歯科へ回してもらい、そこでこちらで管理ができないか、という、そういう連携のあり方を模索しているところですが、お医者さんはオーラル・フレイルという言葉も知りませんでした。医療連携、医療連携と言いますが、医療連携自体が結局僕らは後方に置かれているという。とりとめのない話で恐縮ですが、とにかくそういう壁にいくつかぶつかっているということだけをご報告させていただきます。

■深井 ありがとうございます。

企業の方もいますので企業の広報戦略という観点から、どなたかコメントをいただけませんか？

■松尾 サンスター株式会社の松尾と申します。今日は大変貴重なお話をありがとうございました。

先生方からのご質問からもそうなのですが、やはりナレッジ・デバイドと言いますか、知っている方と知らない方の受けるベネフィットの差というのがおそらく大きいのだろうなと、我々企業としても痛感しています。医科と歯科の医療領域の中のデバイドというのも、まだ大きな壁がおそらくあるのだろうと思っております。

口腔管理云々、保険についてもそれが患者様もそうですし、医療機関も知っている方と知らない方の差が依然として多い。今日のお話の中でのライフコースアプローチなり、そのような地道なエビデンスを積み上げていって、それぞれの世代に医療全体の重要性、そこにおける歯科医療の重要性。いろいろなカタチでそこに歯科医療が身近にあるということが、おそらく一般の多くの方々に、今日のテーマの内容が伝わっていくのではないかと思っています。

そのような意味で、我々企業としてもこれからも広報活動を重視していく必要があるということを今日は認識致しました。

それからもうひとつは、納豆で歯を磨くというお話のたとえがありますように、我が社でも課題にしておりますのは、本当に正しい情報というものが何なのか。非常にセンセーショナルな情報が伝わるわけですが、消費者の方は情報氾濫する中で自分たちで判断をせざるを得ないということになっているかと思います。そういうことも含めて、8020推進財団の情報のアウトカムの仕方も含めて、我々企業としてもぜひ積極的に参画をさせていただきたい

と思っています。今日はありがとうございました。

■深井 ありがとうございます。

先ほどの論点の2と3については、まだまだエビデンスがあつてもそれを伝えるために壁がいくつある。壁をぶち破るにはどうしたらいいかというのを結論にしたいと思います。

いま社会が求められていることに対して、私たちがどうアプローチをして、どう私たちが変わっていかなければいけないのか。それは、たとえばNCDの予防をこのリスクファクターで歯科医療機関が一端を担うとしてもですね、こうした認識とスキルが歯科医療関係者になければそれは貢献できません。そういうことも踏まえて、私たちがどう変わって壁を破るかということをひと言ずつお話を聞いていただきまとめにしたいと思いますので、少々お考えください。

その間に、国の実証事業に直接関わっていたり、国の研究機関として「歯とサイト」といわれるホームページ上の歯科保健情報を提供している安藤先生が来られていますので、何かコメントをいただけますでしょうか？

■安藤 国立保健医療科学院の安藤でございます。では、場つなぎとしてひと言。今日は私自身も考えさせられる内容のシンポジウムで、大変刺激を受けました。ありがとうございます。

情報の伝え方という点で、自分自身の経験を踏まえたお話を致します。いま「歯とサイト」という名前が出ました。これは行政の歯科医師の集まりがありましてその方々と作ったのですが、それと並んで厚労省の事業として「eヘルスネット」というのを作っております。10年近く前からやっております。この内容をお話したいと思います。

当初作ろうというときに、いろいろなホームページを見たのですが、どれも紙のパンフレットをそのままウェブにしたという内容で、なんでこんなに分かりにくいのかを考えると、ウェブの情報というのは、いきなり結論から入らなければいけないですね。そこが紙の場合は全然違っているということなどをいろいろと考え、ウェブの作文というのを結構学びました。それでタバコやメタボとかいろいろな方々の情報発信を行なったのですが、いまだにちゃんと続けてます。非常に盛り上がりかけておりまし

て、これをいろいろな情報サイトの最終ポータルみたいなカタチで作っていったら、これはいい情報発信ができるのではないか、というところまで来ています。その中心には京都大学の中山先生がいらっしゃるのですが、一番気がついていないのが厚労省でして、いつも厚労省の人が担当者がない。別に批判をしているわけではありませんが、今日も残念ながら高田先生のお話からはマスコミ云々の話は出たけど「e-ヘルスネット」の話は出て来なかつたということがちょっと残念でした。

その中でひとつ重要な発見をしました。これは最初一般国民向け提供サイトということでやっていましたが、どうも違うのではないか。保健師さんからいろいろ問い合わせが来るということです。この情報を使って情報を伝える人がさらに伝えているんだ。つまり、おそらく最終的に伝わる情報というのは、専門家であれ一般市民であれ、みんな同じです。ですので、そういうプロセスをもう少し考えて、いろいろな人が伝えやすいような情報をしっかりとしたものを作つて、そこでみんなで共通なものを情報発信していくということになれば、自ずと情報もいい加減なものも減りますし、国民にとって重要なものに絞られていくのではないかと思います。「e-ヘルスネット」はひとつの例ですが、それをひとつの核に進めるというやり方かいま育ちつつありますので、そういったこともひとつのヒントとして、情報発信としてお考えいただければ思います。

■深井 ありがとうございます。

それではお待たせ致しました。今日のシンポジウムを閉じるにあたつて、課題となっている世界会議が終わつてその後半年経ちまして、いろいろな課題や壁がありますが、いま社会から求められていることに対して、私たちがどう変わっていくつて、何を提供していったらいいかということを、それぞれのお立場でひと言ずつお話ををしていただいて閉じたいと思います。まず小川先生からお願ひ致します。

■小川 今日会場にお越しのみなさま、行政の方、企業の方、いろいろといらっしゃると思います。あえてひとと言つてことであれば、やはりまずは、この概念はある程度分かつたと。ではこの概念が本当に有効なものなのかというところが一番必要です。



ですから、たとえば口の健康が身体の健康と関係がある、だけではなくて、口の健康を介入して身体の健康が良くなつた。そして、さらに副産物として、経済の方にどれだけの影響が出るのか。そうすると、この情報というのはまず行政を動かすわけです。行政が動くと今度は政策として反映してくる。政策が出てくると、今度はそれをもとにオペレーターである歯科医師会であるとかが、そこに実際のサービスを提供していくようになる。そのストーリーを開拓していくと、やはりまずは効果がどれだけあるかというところを、もっともっと我々は突き詰めていかなければいけない。

もうひとつ言わせていただければ、教育です。とにかく医科と歯科が別々ですべてやっているというのが弊害です。これは日本だけの話ではありません。ですから、口と健康は一緒だという話をしていくのであれば、教育のところにメスを入れなければいけない。

まず歯科の方の教育で我々 Traditional dentist、詰めてなんぼの話ではなくて、やっぱりオーラルヘルスとしての歯科教育というところにも、もう少し私たちは働くかなければいけないと思います。

■深井 ありがとうございます。

内藤先生いかがでしょうか？

■内藤 小林先生から非常にいいサジェストをいただきました。本当に訪問歯科、在宅とかを扱われますと、もうお分かりかとは思いますが、本当の病人は外来には歩いて来ません。医科の先生方は知っています。ところが、今まで外来での診療しか教わつていなかつた我々は、本当の病人というのを見ていなかつたです。

ところが私は4年前から高齢者歯科に移りましたが、その前は歯周病の研究者でした。急性期病院や、回復期のリハ病院に行くようになって、ここに我々の病人がいることに初めて気がつきました。それでいま、老健施設やデイサービスで診療をしています。

やはり外来に来る高齢者よりも、在宅とか施設の入居の方が口腔の状況もかなり悪そうです。

ただ、我々の医療資源というのは、2兆7,000億円に限られて、増えません。



ひとつ言いたいのは、ではどこにその資源を振り向けるべきか。コスト効果におそらく優れているのは、やはり高齢者の部門だと思います。ただしハイリスクです。ここにいらっしゃる先生方の平均年齢が40歳だとすると、来週1週間に亡くなる確率はどのくらいだと思いますか？

生命表で見るとだいたい1/50,000くらいの確率なのです。ところが100歳の人では、来週1週間に亡くなる確率は1/500くらいです。100倍以上リスクの高い人たちを在宅で診療することは、本当にハイリスクの人を診なければいけないのです。

かつ、要介護度2以上の人というのは日本中に300万人近くいます。この人たちは自力で外来に来られないのです。ですからかなり覚悟を決めてやる必要があります。

もうひとつそういった高齢者の診療。コスト効果に優れますけれど、すぐに気がつくと思います。疾患と貧困というのが密接にリンクしています。こういった現場にもみなさん、遭遇することになるかと思います。

■深井 高田先生のお立場からいかがでしょうか？

■高田 私からは3点お話をさせていただきます。

いまの内藤先生の話を受けて、なかなかメスが入っていないというか、手当が行き届いていないもののひとつとして、急性期病院に入院されている患者さんの口腔内というのも挙げられると思います。

来年度の厚生労働科学研究の研究をさせていただく者として、脳卒中や心筋梗塞など計画を立てて入院をされた方ではなくて、急に入院をされた方に対して、歯科の介入というのがほぼほぼ行なわれることがなく、慢性期病棟またはリハ病床などに行って、はじめて歯科の方が呼ばれることが多いと聞いております。ですので、たとえばがん連携であればオペが計画を立ててできるので開業医さんと連携というのがうまく図られておりますが、急性期病院の急遽呼ばれる場合に、これからどうやって歯科の介入をしていくかというところの研究を来年度したいと考えておりますので、またお知恵をいただきつつ進めてまいりたいと思います。

2つ目と致しまして、診療所に来ている人はいいんだ、というような話に関連しますが、こういうことを言うのはよくないかもしれません、たとえばこういう研修会によくいらっしゃる方と全然興味のない方というものが歯科の中にもいらっしゃると思います。業界として歯科以外の方に協力を求めていくという姿勢を、今日お集まりではない方々にもどうやってシェアしていく歯科全体で進めるかということ也非常に重要ではないかと思っています。

内藤先生の広告で騙されるというようなお話がありましたら、歯科の雑誌を見ていると、症例報告みたいなものが非常に多くて、失敗例みたいなものがどのくらいあるかということはほとんど紹介されることはありません。それが歯科の当たり前になっていると思いますので、そういう風潮というのももしも変わっていけば、歯科界全体が変わるのがかなという気がしました。

3つ目に、今までの健診のあり方、または診療のあり方というものを、少し怖いかもしれないけれどもパラダイムシフトを図る必要がそろそろあるのではないかという点です。

目前のものではなくて、ひいては歯科のためになるというものにもっと取り組んでいきたいと思います。たとえば、生活歯援のプログラムのように、歯科医師による検査を伴わない方法もそうですし、他の特定健診などと連携をとることを目的として、個別の診療所で行なっていて、

連携が図れている場合、どういうシフトが必要なのかという考え方も必要です。私たちの広報の仕方や施策の立て方も悪いところもあるかと思いますが、歯科医の方に受け入れていただけるような、喜んでいただけるような広報の打ち方、施策の打ち立て方というのも多いので、実際にはうちの業界のためにやっているんだと、いうような誤解を与えないように、実際は国民のみなさまのためにやるんですけど、ということをもっと打ち立てていくのがいいかなという気がしました。

ありがとうございました。

■深井 最後に山科先生からお願ひ致します。

■山科 8020推進財団としての今までやってきたことを少し話させていただくことを、お許しいただきたいと思います。

と言いますのは、8020推進財団というのは企業とか、あるいは歯科の関係者、行政職、大学等の研究者、それから一般の国民の人、これが今日のお集りのようなカタチで進めております。

いま企業と一緒にになって財団で行なっている8020啓発活動が、毎週火曜日の8時55分からたったの5分ですが、スーパー 8020を紹介する番組をBSテレビでやっております。私も知らなかつたのですが、企業がコマーシャルを載せるとあまり良くないということで、インフォマーシャルという新しい用語を用いて、元気なお年寄りは日常生活も食生活も非常に元気ですよということを、約1年間くらい放映します。これは財団がいろいろな意味で情報提供をします、人的な協力もしますよ、ということで、10月は私が毎週、11月は専務の深井先生が出ています。スーパーじいちゃんというのですが、80歳でも元気でトライアスロンもするという、毎日5,000mくらい水泳をするとかですね。今後も具体的に日常生活でコミュニケーションをとったり、美味しく食事をしたり、会話をしたり、楽しんでる具体例を1年間かけて出していくということです。

これも財団の大きな情報発信というふうに思っております。歯が抜けたらものが食べられなくなつて、生活活性が落ちて病気になりますよ、というネガティブなことではなく、日常元気な人はたくさんいるというところを少し見習って元気に過ごそうですか、と。膝が痛くて腰が痛く

ても、毎日家族に囲まれて食事ができればいい、ということを中心にアピールすることも財団の大きな仕事かなというふうに思っています。

そういうことから考えていくと、国民の意識と、それから我々の専門的な知識をもう少し広く拡げて、この活動を展開していかなければならないと。いま板橋の先生がおっしゃられたように、確かに現実は健康格差があつて、この健康格差をできるだけ無くそうというのもととなって個々の法律も上がっております。この健康格差が受診格差になつたり、いろいろなアクセスを障害しているような要件、こういうことも少しでもインフォマーシャル的に業界、あるいは関係の企業の団体の人と協力をしながら、高齢者だけではなく、歯科あるいは医療全般、生活の変革ができればというのがこの8020推進財団の大きな使命だと思っております。

参考になるかわかりませんが、やはり医療が普遍化てきて、生活に根付いていくというのはそこにあるのかなと思っています。

それからある程度の目標値としては、地域包括ケアというのは、生活の場において意欲を持ってこそはじめて取り組んでいけるものだと思います。我々の財団としてやっている方向は、そういうところだろうと思います。

■深井 ありがとうございました。

フロアの方々も参加していただいて、ちょっと時間を延長してしまいましたがお許しいただいて、今年のフォーラム8020、第13回ですが、これで終了にしたいと思います。

ご協力ありがとうございました。



公益財団法人 8020 推進財団 専務理事 深井 穎博



本日は土曜日の午後ということでしたけれど、ご参加いただきましてありがとうございました。今日のディスカッションの中では、8020推進財団への情報提供、健康情報の提供の仕方とか、あるいは光が当たらない調査・研究の方向性とかいろいろと示していただきましたので感謝しております。

何よりこの健康長寿の延伸に歯科医療とか口腔保健がどう貢献をしていくかということに対しては、まだまだ超えなければいけない課題はたくさんあるのだと思います。「取っ手のないドア」という話がございます。このドアには鍵がかかっているわけではない。ただ、少し押したくらい

では簡単に開かなくて、ガツンガツンとぶつからないとなかなか開かないドアですので、ぜひ今日お集まりの関係者のみなさま、WHOも含めて、強い連携をしながら、お互に支え合いながら壁を破っていきたいと思います。

そういう意味では、むしろ世界会議が終わっていまからは、エビデンスから行動へ、そして行動を蓄積してその評価を日本はもとより世界中で共有していく時期に入っているのだと思います。これを機会にまた一層みなさまと連携をしていきたいと思います。お願ひと共に御礼を申し上げて閉会の挨拶と致します。

今日はどうもありがとうございました。

**公益財団法人8020推進財団学術集会
第13回フォーラム8020**

**健康寿命の延伸に寄与する歯科医療・口腔保健
～エビデンスとそれに基づく健康政策の推進～**

**平成27年11月14日（土）13:00～16:45
歯科医師会館1階大会議室**

〈発行〉 公益財団法人8020推進財団
東京都千代田区九段北 4-1-20 歯科医師会館内
TEL.03-3512-8020 FAX.03-3511-7088
平成 28 年 2 月

無断転載複製を禁じます。

