

日本学術会議歯学委員会・日本歯学系学会協議会

共催 Web 講演会

**「歯と口と健康のための体制作り：
歯学における学術活動および国民
への周知活動の方向性」**

日 時 令和2年 11 月 30 日（月）

開催形式 Web（Zoom）

日本学術会議歯学委員会・日本歯学系学会協議会

1) 開会挨拶

○羽村先生 それでは、日本学術会議歯学委員会と日本歯学系学会協議会共催の Web 講演会を始めたいと思います。タイトルは「歯と口と健康のための体制作り：歯学における学術活動および国民への周知活動の方向性」です。

今年度、どこの学会、学校でも、講演や授業等、人が集まるような催しは大変苦勞されていると思います。私ども日本歯学系学会協議会も、もしかすると秋になると何かできるのではないかとということで、しばらく講演会の開催を待っていました。第3波がまた押し寄せているような状況ですが、今日無事に Web での講演会を開かれたことは、本当にうれしく思います。

今日は丹沢先生に御挨拶を頂いた後、市川先生、西村先生、そしてまた丹沢先生に御登壇いただきまして、お話を聞きたいと思います。先生方、ぜひともよろしく願います。

では、丹沢先生、御挨拶をお願いいたします。

○丹沢先生 羽村先生、ありがとうございました。日本歯学系学会協議会の熱意がなくては、このシンポジウムは開催できませんでした。本当にありがとうございます。コロナ禍で工夫をして、今日参加してくださっている方達も大変苦勞されていると思います。心からお礼を申し上げます。

実は、私は9月末で学術会議を下がりまして、歯学系の分野別委員長は市川哲雄先生になられています。それなのに今日、私がこういう御挨拶を差上げるのは、実は提言を作成して、それを発出したためと思います。また、学術会議も大変なことになっていて、皆さんの御支援を頂きたいと思っています。

御挨拶になりませんが、本当に多くの方に御礼を申し上げて御挨拶とさせていただきます。よろしく願います。

2) シンポジウム

○羽村先生 丹沢先生、どうもありがとうございました。

今からシンポジウムを始めたいと思います。市川先生、西村先生、丹沢先生、よろしく願います。

では、浅海先生に座長を代わりたいと思いますので、よろしく願います。

浅海先生、お願いいたします。

○浅海座長 皆さん、こんにちは。今日は本シンポジウムにご参加くださりありがとうございます。

先ほど羽村理事長から御紹介ございましたように、今話題の日本学術会議24期の歯学系を代表する3人の先生方から今日お話をいただけることになっております。

早速でございますが、始めさせていただきます。質問は、3人のお話しが終わった後に

させていただきたいと思います。

まず最初に、「歯と口腔と健康のための新たな臨床指標の確立」に関して市川先生からお話していただきます。御略歴は2ページにございますので、そちらを確認いただいたらと思います。

早速でございますが、市川先生、よろしく申し上げます。

「歯と口腔と健康のための新たな臨床指標の確立」

市川 哲雄先生

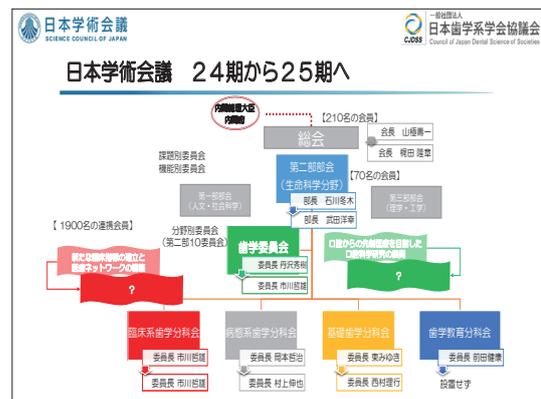
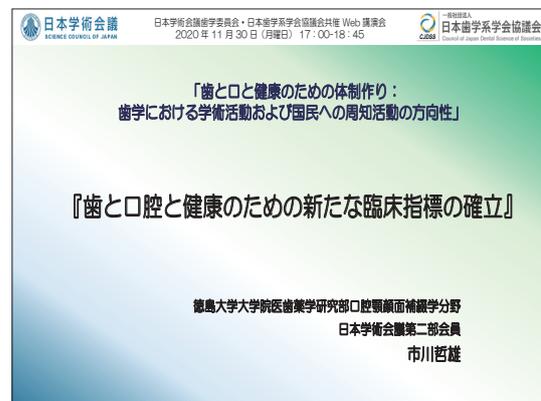
○市川先生 よろしくお願いいたします。徳島大学の市川です。

それでは、「歯と口腔と健康のための新たな臨床指標の確立」ということでお話しをさせていただきたいと思いますが、その前に、昨今、日本学術会議が非常に話題になっております。最初の10分は、日本学術会議がどういったものを少し説明させていただいた後に、タイトルにある日本歯学系学会連絡協議会の御協力のもとにアンケートを取りました結果について報告をさせていただきます。今回、このような講演会を開催していただきました羽村理事長、座長の浅海先生には厚くお礼を申し上げます。

日本学術会議は、10月1日から25期がスタートしております。前会長が前京大総長のゴリラの研究で有名な山極壽一先生であり、現会長はニュートリノに関する研究でノーベル賞を取られた梶田隆章先生がなられております。

第一部が人文・社会科学系、第二部が生命科学系、第三部が理学・工学系と、全ての学術領域をカバーしている国の組織です。この一部、

二部、三部の部会に、その下には歯学委員会が属しております分野別委員会と、横断的な課題別、機能別の委員会から成り立っております。歯学委員会は、第二部の生命科学系の部会に属する10の分野別委員会の一つで、24期の丹沢秀樹先生から今期は私が委員長を仰せつかっております。この歯学委員会には、25期は3つの分科会があります。臨床系歯学分科会は前期から引き継いで私が担当いたします。病態系歯学分科会は、広島大学の岡本哲治先生から大阪大学の村上伸也先生に、基礎系歯学分科会は東みゆき先生から西村理行先生になっております。前期にありました歯学教育分科会は当初設置せず、この3つの分科会が今からテーマを決めて活動を始める状態になっております。



25期の委員会、分科会については、ここに示すような委員構成になっております。3名の歯学系の会員と、今期第三部の生体材料系で会員になられた東京医科歯科大学の塙隆夫先生には、歯学での経歴も長いということでご協力をいただき、29人の連携会員を含めて34人で活動を始めることになっております。

会員、連携会員の選考については、コ・オペ

レーション制度といって、会員、連携会員の推薦、それから学協会から推薦された被推薦者から選考委員会で選考して、幹事会、それから総会で承認をするというプロセスになっております。選考に当たっては、ジェンダー、中央（東京）に集中しないように、それから若手というこの3つのことが配慮されるようです。

学術会議としては、提言・報告の作成というのが主な活動になります。24期は、これから丹沢先生が御説明になられる「地域包括ケアシステム構築のために求められる歯科保健医療体制」を提出いたしました。過去には、口腔外科の瀬戸暎一先生が精力的に取り組まれたタバコに関する提言、それから、古谷野潔歯学委員長のときに出されました広域災害時に求められる歯科医療体制だとか大学における分野別質保証に関するものがありますが、このように社会に対する提言を出すというのが一番の仕事になります。内閣府の所管ですので、ある意味、国が認めた提言ということになりますので、非常に重みがあると考えていただければと思います。

さらに、学術の大型研究計画、マスタープランというのも各期で出されます。これについては後で西村先生がお話になられます。

歯学のアカデミアの組織（科学者領域の構成）ということをお考えすると、この講演会を開いていただきました日本歯学系学会連絡協議会（歯学協）があります。我々日本学術会議会員の3名は特別会員であり、役員会に出席させていただいており、非常に密な協力関係にあると思っております。日本歯科医学会、それから日本歯科医学会連合についても、評議員会等で学術会議会員が説明をするという機会が与えられております。あと、歯科大学・歯学部長会議という大学関係の会議というものもあります。歯学というのは非常にマイナーな領域ですので、こういったアカデミアが連携して様々な意見を発出することが非常に重要ではないかと思っ

歯学委員会		基礎系歯学分科会		病態系歯学分科会		臨床系歯学分科会	
◎市川 哲雄 (会員)	◎西村 理行 (会員)	◎村上 伸也	◎市川 哲雄	◎市川 哲雄	◎市川 哲雄	◎市川 哲雄	◎市川 哲雄
◎西村 理行 (会員)	東 みゆき	石丸 直道	森山 啓司	森山 啓司	森山 啓司	森山 啓司	森山 啓司
△村上 伸也 (会員)	石丸 直道	小笠原 康悦	馬場 一美	馬場 一美	馬場 一美	馬場 一美	馬場 一美
若本 勉	宇尾 基弘	岡本 哲治	若本 勉	若本 勉	若本 勉	若本 勉	若本 勉
若田 隆紀	小笠原 康悦	柳田 忠昭	若田 隆紀	若田 隆紀	若田 隆紀	若田 隆紀	若田 隆紀
古谷野 潔	後藤 多津子	後藤 多津子	宮崎 隆	宮崎 隆	宮崎 隆	宮崎 隆	宮崎 隆
佐々木 啓一	瑞 陸夫	品田 佳世子	興地 隆史	興地 隆史	興地 隆史	興地 隆史	興地 隆史
山口 朋	橋田 孝子	中村 誠司	森木 拓男	森木 拓男	森木 拓男	森木 拓男	森木 拓男
山城 隆	前川 知樹	橋田 孝子	古谷野 潔	古谷野 潔	古谷野 潔	古谷野 潔	古谷野 潔
森山 啓司	前田 健康	山口 朋	後藤 多津子	後藤 多津子	後藤 多津子	後藤 多津子	後藤 多津子
石丸 直道	美島 健二	渡部 俊郎	佐々木 啓一	佐々木 啓一	佐々木 啓一	佐々木 啓一	佐々木 啓一
前田 健康	山口 朋	美島 健二	山下 喜久	山下 喜久	山下 喜久	山下 喜久	山下 喜久
中村 誠司	山下 喜久	前川 知樹	山城 隆	山城 隆	山城 隆	山城 隆	山城 隆
朝田 芳信	渡部 俊郎	窪木 拓男	松山 美和	松山 美和	松山 美和	松山 美和	松山 美和
東 みゆき		若田 隆紀	森山 啓司	森山 啓司	森山 啓司	森山 啓司	森山 啓司
馬場 一美		栗原 英見	前川 知樹	前川 知樹	前川 知樹	前川 知樹	前川 知樹
瑞 陸夫 (会員)			朝田 芳信	朝田 芳信	朝田 芳信	朝田 芳信	朝田 芳信
			品田 佳世子	品田 佳世子	品田 佳世子	品田 佳世子	品田 佳世子

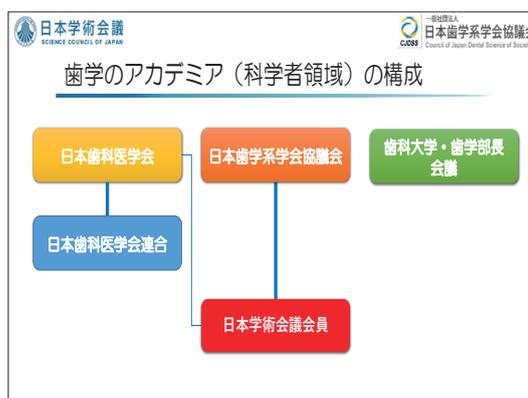
◎ 委員長、○ 副委員長、△ 幹事 (※ 欠)

過去の活動

- 提言・報告
 - ・ 地域包括ケアシステム構築のために求められる歯科保健医療体制 (2020)
 - ・ 「口腔疾患の予防・治療・保健教育の場を管理防止・救済支援に活用すべきである(2020)」【子ども・妊婦への受動喫煙対策をさらに充実させるべきである(2020)】『東京都受動喫煙防止条例の制定を求める緊急提言(2019)』(健康・生活科学委員会・歯学委員会合同院タバコ社会の実現分科会)
 - ・ 広域災害時に求められる歯科医療体制 (2017)
 - ・ 大学教育の分野別質保証のための教育課程編成上の参照基準 歯学分野 (2017)
 - ・ 我が国における歯科医学の現状と国際比較(2013)
 - ・ 歯学教育改善に向けて(2011)
 - ・ 歯学分野の展望-課題とアクションプラン(2011)
- マスタープラン(学術の大型研究計画)作成



日本学術会議
歯学委員会
病態系歯学分科会 基礎系歯学分科会



ております。そして、先人たちのお陰で、国の機関としての日本学術会議の中で分野別の委員会として認められておりますので、積極的に利用すべきというのか、そこに重要な意味を感じていただければと思います。

それでは本題に入ることになります。日本学術会議の24期の活動で、私が委員長をさせていただきました臨床系歯学分科会というのがあります。この分科会は、口腔領域の中で、特に歯列に関する疾病、障害の診断、治療、維持を通して、小児期から終末期に至る一生涯における歯列管理、口腔衛生管理、口腔機能管理、いわゆる口腔健康管理を確立するための学術分野で、歯科保存、補綴歯科、矯正歯科、小児歯科の領域の委員の先生方が多く、ある意味、歯学しかできない臨床領域になります。

24期は「新たな臨床指標の確立と医療ネットワークの構築」をテーマに掲げました。我々の分野は、国民や他の学術領域が認知している臨床指標が少ない、その学術的価値を発信する力が十分と言えないと考えられます。これを何とかしようという意味も込めて、このようなテーマ設定をさせていただきました。

一方、歯学委員会全体のテーマとしては、「口腔からの先制医療を目指した口腔科学研究の展開」ということでした。先制医療というのは、個別医療、精密医療の予防版ということでしょうか。病気が発症する前に、予測、診断をし、介入して、発症を防止したり、遅延したり、あるいは重症化予防をするためのもので、近年非常に注目されております。もともとはゲノム医療に基づくもので、なかなか歯科の中で本来の先制医療というのは難しいところもありますが、何らかの臨床指標を立てて、発症の前にいろいろな口腔の病気、障害を予測して、発症の防止・遅延あるいは重症化を予防するということは非常に重要であります。

また昨今、病気というのは一職種一専門領域だけで対応するのではなくて、連携ということが非常に大事になっております。医歯連携もそうですし、多職種連携もそうです。そういう中で、この臨床指標を周知させるということは非常に重要なことであろうと考え、先ほど出しましたようなテーマを掲げさせていただきました。

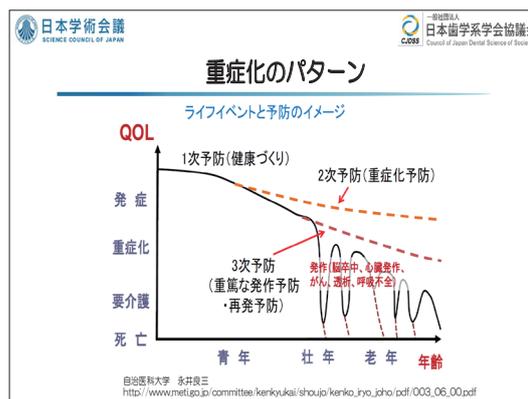
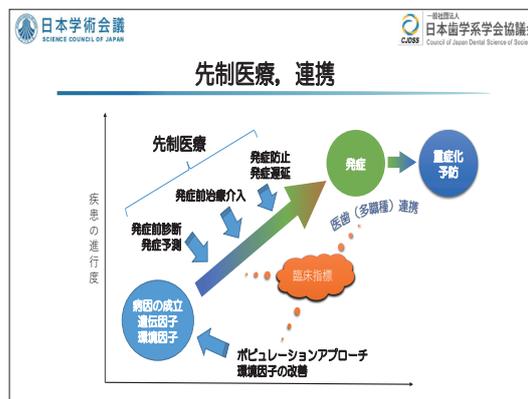
P 8) この先制医療には、発症予防、発症遅延と同時に、重症化の予防ということも含まれま

臨床系歯学分科会

臨床系歯学は、顎口腔領域とくに歯列に関する疾病、障害の診断、治療、維持を通して、小児期から終末期に至る一生涯にわたる歯列管理、口腔衛生管理、口腔機能管理からなる口腔健康管理を確立するための学術分野である。歯科保存、補綴歯科、矯正歯科、小児歯科など領域の委員が多い。

「新たな臨床指標の確立と医療ネットワークの構築」

我々の分野では国民および他の学術領域が認知している臨床指標が少なく、また我々の学術領域の価値や抱えている課題を発信する力や連携する力が十分とはいえない。



す。このスライドは自治医科大学の永井先生のものですが、従来の予防である1次予防（健康づくり）、そして重症化予防の2次予防、そして3次予防としての重篤な発作予防・再発予防というのが、疾病対策の中では重要な事項になっているのだろうと思います。

このような流れの中で、歯科においてもいくつかの試みが提案されていると考えます。歯周病関連では、歯周病重症化予防の診療報酬というのが新設されており、PISA という新しい概念が提案されています。日本老年歯科医学会からは、口腔機能低下症という病名とその下位症状として7つの項目というものが提案されています。口腔の様々な機能低下、疾病に対して、重症化予防の方策や臨床指標が提案されているのだろうと解釈されます。

このようなことを踏まえ、臨床系歯学分科会では歯学協所属の各学会に対して各領域で臨床指標というのはどういったものと考えられているのか、国民や歯科医学の学術領域に周知したい臨床指標は何か、それから同じようなことですが、一般の国民、他の学術領域に周知したい臨床事項は何かというアンケートを取らせていただきました。

併せて、昨今の Society5.0 などのいわゆるテクノロジーの進歩、デジタル技術を歯科の中にどういふふうに取り入れるべきかということもお聞きしましたし、歯科衛生士、歯科技工士の不足が懸念されておりますが、それについてもアンケートを取らせていただきました。その結果です。いただいた回答を私なりに整理したものを示します。

国民に発信したいこと、あるいは他の領域に分かりやすい臨床指標ですが、各学会はなかなか苦労されているようですが、日本歯周病学会の PISA、老年歯科医学会の口腔機能年齢、それから口腔衛生学会の生涯 28 などは非常に分かりやすいと思いました。やはり周知するためには国民に対してわかりやすく、すっと入りやすいことが肝要なのかなと思います。

学会名 (受領順)	国民に発信したい臨床指標	国民に周知したい事項・目標
日本歯科学会	特になし	接歯による歯の保存、歯を削らない治療 MIと審美の調和
日本歯周病学会	PISA	口腔感染コントロール（口腔バイオフィルム感染症）
日本歯科衛生学会	オーラルフレイルの評価指標 歯科保健指導の効果	青年後期の口腔健康管理
日本老年歯科医学会	口腔機能年齢	口腔機能年齢
日本歯科理工学会	特になし	特になし
歯科保存学会	特になし	健康寿命延伸のための口腔機能維持、歯の保存の重要性
日本スポーツ歯科学会	マウスガード着用で外傷リスク 1.6→1.9削減	スポーツ競技環境下の齧砕、酸蝕症、呼吸性歯肉炎など と歯科外傷リスク
日本口腔腫瘍学会	特になし	口腔癌検診
日本口腔衛生学会	歯肉の炎症指標 口腔の清潔指標 口臭の発生指標 8020=生涯28	生涯28とためのエビデンス収集

学会名 (愛称)	国民に発信・周知したい臨床指標	国民に周知したい事項・目標
日本顎関節学会	最大開口量40mm (お口指3本, 80over 40脱臼なし)	顎口腔系の健全育成と維持が成人期以後の咀嚼・嚥下を維持し、食を楽しむことができる顎関節に関する知識を一般に普及
ジャパンオーラルヘルス学会	特になし、若い人からの健康作りの指標 (歯の数以外の指標が求められる)	歯科連携
日本顎変形症学会	示したい有効な指標が定まっていない	小児期の顎関節障害や扁桃肥大によるAcneが下唇骨発育不全や顎変形につながるることなど、医科と連携した小児口腔管理の必要性
日本歯科審美学会	主観的な面が強く、指標設定が難しいスマイル100	矯正歯科と色調の改善から始めるオーラルケア
日本矯正歯科学会	歯並び、口腔機能の異常に対する臨床指標を示したいが、有効な指標が定まっていない	重症化予防、歯科治療難化回避のための矯正治療の意義
日本大学歯学会		歯周病や口腔がんの管理 口腔下機能の低下・予防の管理

学会名 (愛称)	国民に発信・周知したい臨床指標	国民に周知したい事項・目標
日本口腔インプラント学会	残存歯数、機能歯数、咬合力 インプラント周囲炎に対するPISA	先制医療としての慢性炎症のコントロール インプラント周囲炎および歯周病の治療と予防 インプラント、B、POの予後比較 訪問診療のインプラント管理の実践取組 咬合による脳血流
日本口腔口腔医学学会	特になし	口腔がんの病理診断の重要性
日本口腔外科学会	喉嚨、前庭、粘膜病変などいろいろあるが 簡単に示せるものはない	予防医学的アプローチの必要性 (定期健康診断、口腔疾患 診断の義務化など)
日本顎顔面矯正学会	歯科におけるAMP課題的性、口腔乾燥症	多剤処方と歯科の対応
日本補綴歯科学会	健康寿命、全身状態、生命予後に関連した 口腔機能を反映する指標	フレイル、認知機能低下、口腔機能低下の先制医療としての 補綴、長期口腔管理衛生管理を想定した補綴臨床診断 早期ライフステージにおける歯、歯周組織長失に対する再生 医療の活用とその維持管理 基礎研究不足、医療経済効果の評価、歯科医師の関心度の 低さ
日本顎顔面補綴歯科学会	摂食嚥下障害への歯科補綴装置の有効性	PAPの臨床適用に顎顔面補綴が関与したこと リハビSTとの連携の重要性

デジタル技術の利用に関しては、「装置製作、新規材料・機器開発」、「診断」、「データベース化」、「教育への活用」、「遠隔地診療」ということを視野に入れて活動をしていきたいということが書かれてありました。これについても、各学会の連携というのが非常に重要になるのかなと思っていますし、やはり日本発のデジタル技術、あるいはそのデジタル技術を利用したいろいろな臨床というものも求められるのではないかと思います。

歯科衛生士、歯科技工士の問題についてです。赤字が歯科衛生士の問題、青字が歯科技工士の問題について書いております。歯科衛生士の教育も12の大学で、4年生になっています。そういった意味でも、やはり業務拡大、価値向上というのが非常に重要になってくるのだらうと思いますし、そのための教育体制、認定制度も求められるのだらうと思います。

歯科技工士についても、いわゆる先ほどのデジタル化に関連しての業務拡大、価値向上、それから治療サイドに歯科技工士が出やすい環境が求められるのではないかとというのが各学会で提案されておりました。

その他の事項をいろいろ挙げております。今回も講演録が出るとしますので、もう一度確認をいただければと思います。

これがまとめです。我々は臨床指標の確立において、誰にすべきか、何をすべきかということですが、やはり国民、それから歯科医療従事者以外の行政、医療・介護、福祉関係者に分かりやすく我々の活動、価値を訴えていくことが大

学会名 (愛称)	装置製作、新規材料・機器開発	診断	データベース化	教育への活用	遠隔地	その他
日本歯科学会	○					
日本歯周病学会		○		○		分子疫学研究の推進
日本歯科矯正学会			○		○	
日本歯槽膿漏学会			○			
日本顎関節学会	○					
日本顎変形症学会	○					
日本顎顔面矯正学会		○				
日本顎顔面補綴学会		○				
日本矯正歯科学会		○			○	
日本大学歯学会			○			
日本口腔インプラント学会	○	○	○			
日本口腔口腔医学学会				○		
日本口腔外科学会		○				手術ナビゲーションシステム
日本顎顔面矯正学会		○	○			臨床予後でなくインプラントに
日本顎顔面補綴歯科学会	○					

学会名 (愛称)	業務拡大、価値向上	教育体制、認定制度	他
日本歯科学会			
日本歯周病学会	○		
日本矯正歯科学会	○ (歯科教育推進への5年なる期)	○	○
日本顎関節学会	○ (歯科教育推進への5年なる期)		
日本顎顔面矯正学会	○ (歯科教育推進への5年なる期)		
日本顎顔面補綴学会	○ (歯科教育推進への5年なる期)		
日本矯正歯科学会	○ (歯科教育推進への5年なる期)		
日本大学歯学会	○ (歯科教育推進への5年なる期)		
日本口腔インプラント学会	○ (歯科教育推進への5年なる期)		
日本口腔口腔医学学会	○ (歯科教育推進への5年なる期)		
日本口腔外科学会	○ (歯科教育推進への5年なる期)		
日本顎顔面矯正学会	○ (歯科教育推進への5年なる期)		
日本顎顔面補綴歯科学会	○ (歯科教育推進への5年なる期)		
日本補綴歯科学会		○ (デジタル化による業務の効率化と要求される知識の習得)	
日本顎顔面補綴歯科学会		○ (デジタルデンティストリーへの対応)	

学会名 (愛称)	その他の事項
日本歯科学会	
日本歯周病学会	歯科連携の二次予防、PISAを用いた臨床研究とビッグデータ、歯科連携のための新しい指標
日本矯正歯科学会	あふれるライフステージでの口腔健康管理
日本顎関節学会	口腔機能の発達支援、嚥下予防、回復支援、およびその間をつなぐ口腔機能の維持
日本顎顔面矯正学会	歯科衛生士、歯科技工士の業務拡大
日本顎顔面補綴学会	口腔癌の認知度の普及、禁煙、適正なアルコール摂取、口腔衛生の推進の強化
日本矯正歯科学会	NCDに取組める公的医療制度
日本顎顔面矯正学会	DC/TMDの普及、医科との連携
ジャパンオーラルヘルス学会	
日本顎顔面矯正学会	不正咬合、顎変形により咀嚼、呼吸機能などの育成が阻害、診療報酬への反映
日本補綴歯科学会	審美歯科はアクティビティなどモチベーションアップ
日本顎顔面矯正学会	医科との連携、医科系学会への参加促進、臨床系学会間の相互理解
日本大学歯学会	医科との連携
日本口腔インプラント学会	日本における審美の意義の普及、噛むことと健康との関連の周知化、歯科における予防部分の拡大、インプラント
日本口腔口腔医学学会	口腔がん検診の国民運動
日本口腔外科学会	医科との連携、審美歯科・歯科衛生士連携、国民への周知
日本顎顔面矯正学会	
日本補綴歯科学会	安眠薬や鎮痛剤の乱用、認知症の発症の抑制の両下機能にだけなく咀嚼機能を維持することの重要性、補綴の重要性 (形態と機能の重要性)、歯周病との連携
日本顎顔面補綴歯科学会	

事であると思います。

何をですが、やはり歯科における口腔環境、食環境・食習慣を整えることの意義を、子供だけではなく、全ての年代に対してシームレスに、それを適切に示す指標を持って、その意義を示していくことであると思います。

そして「どのように?」。これは当たり前のことでしょうけれども、具体的な臨床指標としてのエビデンスを、それも臨床研究だけではやはり不十分で、生命科学的な根拠や医療経済的な根拠をもって示していくことが大事ではないかと思えます。

この度は24期の臨床系歯学分科会の活動を御紹介させていただきました。もう一度、歯科医療の価値、口腔健康管理の重要性を認識していただき、各歯学系のアカデミアが連携協力して、しっかり訴えていくことが重要であると考えます。

最後に、日本学術会議の25期会員、連携会員を代表しまして、今後の活動へのご協力をお願いする次第です。どうもありがとうございました。

以上です。

○浅海座長 市川先生、どうもありがとうございました。

市川先生には、日本学術会議の構成、そして学会が向かう方向性に関するお話をしていただいたと思います。また後ほど御質問にお答えいただけたらと思います。

「マスタープランについて」

西村 理行先生

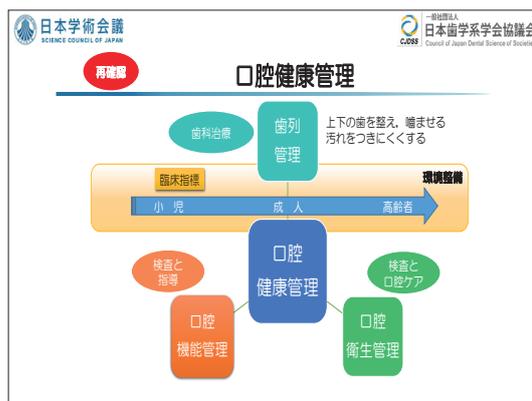
○浅海座長 続いて西村先生に「マスタープランについて」お話しいただきます。4ページに御略歴がございますので、そちらを御確認いただけたらと思います。

それでは、西村先生、よろしくお願ひします。

○西村先生 よろしくお願ひいたします。

このたびはお時間をいただきまして、羽村先生並びに座長の労をいただいた浅海先生にこのような機会をいただきましてありがとうございます。

マスタープランについて、先ほど市川先生からも、大まかにお話いただいたかと思ひます。今期25期では、私がまとめていくようにと、多くの先生方からお話いただいております。その点



を含めまして、今日のお話を聞いていただきまして、御意見等を賜ればと思っています。後ほど、もしお時間あるいは御意見等ありましたら、忌憚のない御意見をいただければと思います。

では、このマスタープランについて、私の知っている限りで御紹介させていただきたいと思えます。どうぞよろしくお願ひいたします。

マスタープランに関しては、このスライドに示させて頂いています。これは日本学術会議が掲げているホームページから挙げさせていただきました。ご存知の先生方も多いかと思えますけれども、ここに示されていますように、「学術の大型施設計画・大規模研究計画、以下「マスタープラン」は、科学者コミュニティを代表として、日本学術会議が学術的意義の高い計画研究を広く網羅し体系化することにより、我が国の大型研究計画のあり方について、一定の指針を与えることを目的として策定するものである」という意味で、非常にある意味大きなテーマを掲げております。これが一体どういう役割になっていくのかということで、私なりの感じていることを含めて引き続きお話ししたいと思います。

マスタープラン

学術の大型施設計画・大規模研究計画（以下、「学術大型研究計画」という。）に関するマスタープラン（以下、「マスタープラン」という。）は、科学者コミュニティの代表としての日本学術会議が、**学術的意義の高い大型研究計画を広く網羅し体系化することにより、我が国の大型研究計画のあり方について、一定の指針を与えることを目的として策定するものである。**

令和2年（2020年）1月30日
日本学術会議
科学者委員会
研究計画・研究資金検討分科会 資料より抜粋

まず、このマスタープランの目標ですけれども、昨今、先生方もご存知のように、日本学術会議のあり方そのものがいろいろと議論されているわけですが、まずは政府あるいは官僚等への提言として、科学政策を策定し、それを答申するというのが、まず大きな役割だと理解しております。

マスタープランの目標

1. 政府への提言として策定、答申
2. 大型研究としての予算獲得

例えば歯学でありましたら、学術的並びに臨臨床的、そして歯科界に対して、どういう提言をしていくかということを学術の観点から、あるいは臨床の観点から策定し、答申していくことであると理解しております。

もう一方、できればこれを大型研究として、大型の予算獲得をしていくというのが大きな目標になろうかというふうに言われているところであろうと思えます。

手短なところで先生方になじみがあるのは、先日御逝去された東大の小柴先生がノーベル賞を取られたカミオカンデ、その後、現在の第25期の日本学術会議の会長であられる梶田先生がノーベル賞を取られたスーパーカミオカンデの後継として、このハイパーカミオカンデ計画が、日本学術会議のマスタープランの2014年の重点大型計画研究に選ばれており、

ハイパーカミオカンデ計画

日本学術会議「マスタープラン2014・重点大型研究計画」

建設費800億円、運転費30億円/年（15年間）
2026年度の観測開始を目指す

文部科学省は2019年度予算に調査費数千万円を概算要求
2020年1月30日、ハイパーカミオカンデ計画の初年度予算35億円を含む2019年度補正予算が成立
ハイパーカミオカンデ計画が正式に開始

カミオカンデ：小柴先生
スーパーカミオカンデ：梶田先生

建設費800億円、運転費30億円／15年間と莫大な費用が政府から認められています。2026年からいわゆるニュートリノ等の観測開始を目指すということをご存知の先生方もいらっしゃるかと思います。マスタープランが採択され大型研究費の必要性が認められれば、こういう大型研究にもつながるといふ一つの査証かと考えております。

文科省は、2019年にこの予算に対して調査費数千万を概算要求して、2020年1月30日に、ハイパーカミオカンデ計画として35億円の補正予算が成立しているということになり、この計画が粛々と進んでいると聞いておるところであります。

全てのマスタープランで重点大型研究計画に選ばれたものがこのような大型研究費につながればいいのですが、昨今の日本の財政事情等々を踏まえて、なかなかここまでの大型予算を獲得することは難しいところもあるということと、日本の理工系、医歯薬系の中では、やはり物理系が大きな予算を獲得しやすいという背景も当時の頃はあったかと、個人的には考えているところでもあります。

実際、歯学からの状況はどうかということなのですけれども、2011年、21期には申請しなかったと私は理解しております。

22期は、14年、17年、23期は山口先生たちが中心になり、歯学としてマスタープランを策定されて、2014年は学術大型研究として採択されております。2017年は重点大型研究計画としても採択されております。

2020年度は、少し変則だったのですけれども、2017年の継続課題の中からさらに重点大型研究としての選考に、東京医科歯科大学の東みゆき先生が中心となられて取りまとめられ、重点大型研究計画として採択されております。

このように3期続けて歯学から出たマスタープランが大型研究として認められたということは、日本学術会議のみならず、本日の日本医歯薬系協議会の先生方並びに日本の29の歯学部、歯科大学並びに歯学系関連学会の絶大なる協力あるいは支援があったからこそだと理解いたしているところでもあります。

P6) 例えば2014年の採択課題を拝見いたしますと、タイトルとしましては「口腔疾患グローバル研究拠点の形成」ということで、概要としましては、歯学研究フロンランナーを集結して、口腔疾患グローバル研究を構築し、少子高齢社会が進行する中、研究並びに医療に役立てて口腔機能の健康維持を図ることを謳っています。学術的意義としては、超高齢社会における歯科医学・歯科医療の国際的リーダーシップの確立を目指すことを目指しておりました。そして重要な社会的意義ですけれども、本計画の推進により、我が国の歯科医学・歯

歯学の採択課題

2011年：歯学からは、なし（調査した限り）
 2014年：学術大型研究計画
 2017年：重点大型研究計画
 2020年：重点大型研究計画（継続）

日本学術会議
 日本歯学系学会協議会
 日本の29歯学部・歯科大学
 歯学系関連各学会 などの協力

2014年採択課題

口腔疾患グローバル研究拠点の形成：
 Establishment of global research center for oral diseases

概要：我が国の歯学研究フロンランナーを結集して学際的な口腔疾患グローバル研究拠点を構築し、世界に先駆けて少子高齢社会に資する先進的歯学研究・歯科医療を開発して、国民の口腔機能回復、健康維持向上を図る。

学術的意義：本計画の推進により、現在までにない我が国の歯科医学を飛躍的に発展させ、安全で質の高い先進的歯科医療を国民に提供し、超高齢社会における歯科医学・歯科医療の国際的リーダーシップの確立に貢献。

社会的意義：本計画の推進により、我が国の歯科医学・歯科医療レベルを向上させ、世界に誇れる歯科医療イノベーションを推進して、国民にこれまで以上に安心・安全で、かつ有効な歯科医療を提供することに貢献できる。

研究拠点

提言「第22期学術の大型研究計画に関するマスタープラン（マスタープラン2014）」より抜粋

楽しみといったQOLの向上、健康長寿社会を実現するというのが、この拠点形成で提案させていただいたところだと理解しております。

本論になるわけなのですが、では25期のマスタープランをどうしていくかということですが、先生方もご存知のように、昨今、文部科学省から大型研究費の獲得することは難しい状況です。財務省においても財政上、厳しいところで、最近では先生方もご存知のように、大型研究費ならびに学術全般の大きな方針や政策は、内閣府、特にCSTIでの決定が必要になっています。このような状況におきまして、歯学のマスタープランで大型研究費を獲得するという事は、十数年前に検討していた時以上に厳しくなっていると感じているところです。

では、マスタープランを出す意義は何なのかということなのですが、歯学界あるいは歯科医学、歯科医療のアイデンティティを、国民あるいは政府、官僚等に広く提示していくということは、歯学あるいは口腔科学の領域で必ず行っていくべきことです。歯学におけるマスタープランは、こういったことを目標にして進めていくべきだと個人的に思っております。

戦略としては、これはなかなか悩ましく思っているところなのですが、もちろんオールジャパンであり、またフロントランナーで走っておられる研究あるいは臨床、あるいは教育といったところの先生方をまとめ上げることが一つの形かなと思っておりますが、23期の山口先生などからお話を伺うと、ある一定の歯学のアイデンティティは示せたけれども、やはり総花的だという評価もされているところを非常に悩ましいところです。どこかに特化して歯学を推進するというのもなかなか難しいところがあるかと思っております。オールジャパンを進めるとすると、フロントランナーの先端的なところをどうコンビネーションしていくか、どうハイブリッドしていくかというところがすごく悩ましいと感じているところです。また現在、どのように進めていこうかと思案しているところです。山口先生たちがマスタープランを立ち上げる前に、日本の口腔科学の学術・臨床・社会の総括に関する立派な総括集を纏められ、それを基盤としてマスタープランを提案されたのが大きな成功要因だったと理解しています。こういった方策も戦略として必要かと考えているところであります。

実際にどう進めていくかということで、まず構想をもう少し詰めていかないといけないのですが、歯学研究の国際性・独自性・優位性を示す資料作成ということをや山口先生が23期にされたような準備も必要であると思っている反面、先生方に多大な御苦労とか御尽力をいただくこととなりますので、その辺のバランスを考えていきたいと思っております。

では、いつからどうするのかということですが、先生方もご存知のように、日本学術会議自身が、今後どのような状況になるのかが分からない不透明であります。政府等々では、どこかに移管する、あるいは廃止するという案も議論されていると聞いています。したがって、しばらくはこういったことの状態を見定めながら、どう準備を進めていくかと、準備を考えていく段階かと思っております。半年ぐらひは構想プランを立てつつ、もし可能でしたら先生方からいろいろな御意見を賜ればと思っております。

P10) 最後になりますが、本日は学術のあり方をお話しするようにご依頼されておりましたが、市川先生からしっかりとお話しただけだったので、割愛させていただきます。代わりに、先日、日本学術会議から出版された、「日本学術会議100年を構想する」という非常に読み応えのある本をご紹介します。



先生方には、これからまたマスタープランを作成していくということになれば、多大なる御尽力をいただくかと思っておりますけれども、何とぞ御支援並びに御指導のほどをよろしくお願いしたいと考えております。

拙いですが、御清聴どうもありがとうございます。

○浅海座長 西村先生、どうもありがとうございました。

西村先生には、大型研究を取得する難しさ、アイデンティティの提示が必要で、そのためには確固たる資料作成がもとなるだろうという趣旨のお話をいただいたと思います。

また御質問を後でお受けいただけたらと思います。よろしく申し上げます。

○西村先生 どうもありがとうございます。

「地域包括ケアシステム構築のために求められる歯科保健医療体制」

丹沢 秀樹先生

○浅海座長 それでは、3番目の丹沢先生に「地域包括ケアシステム構築のために求められる歯科保健医療体制」についてお話しいただきます。丹沢先生には抄録および御略歴を詳細に御記載していただいておりますので、そちらを御確認いただけたらと思います。

それでは、丹沢先生、早速ですが、よろしく申し上げます。

[スライド映写。以下、場面が変わるごとにP) と表示]

○丹沢先生 私の話は、毎度というか、決まっているわけですが、地域包括ケアシステム構築の中に歯科がどうやって入っていくか、というお話です。

はじめに

- 疾病構造は高齢化に伴い、急性期医療から回復期医療へと変化
- 従来の歯科医療や口腔保健活動に加えて、口腔機能管理、訪問歯科への広範な貢献が求められている。
- **医療から介護までの幅広い歯科医療需要に応えるために、他の医療関連職と連携して地域で一貫した包括ケアシステムとしての歯科保健医療体制を構築する必要がある。**

日本学術会議歯学委員会とその分科会はNPO法人日本口腔科学会の行った歯科保健医療の需要調査をもとに、国民から求められる歯科医療提供体制を構築するための提言を作成し、令

提言

地域包括ケアシステム構築のために
求められる歯科保健医療体制

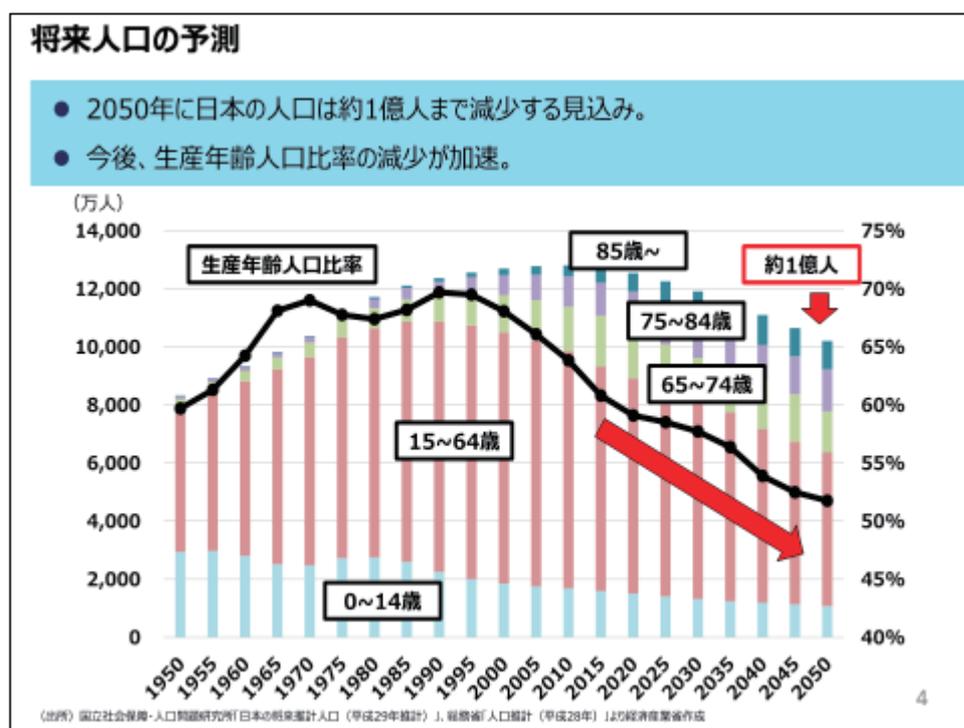
令和2年(2020年)9月11日
日本学術会議
歯学委員会
病態系歯学分科会 臨床系歯学分科会

2

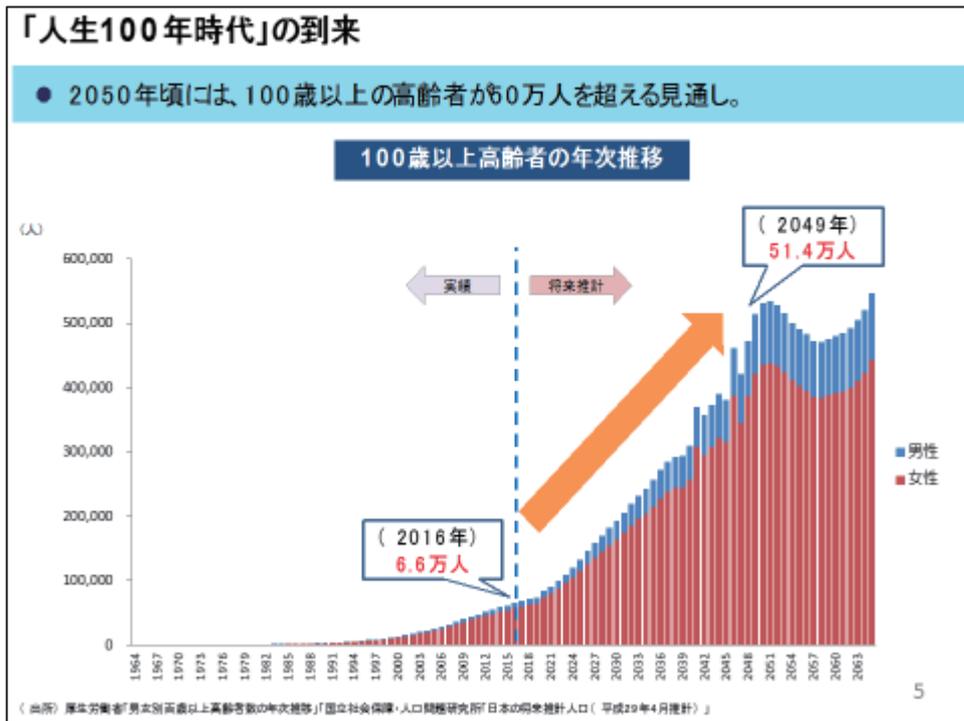
背景として、疾病構造が高齢化に伴い急性期医療から回復期医療へと変化しているということも1つありますし、従来の歯科医療や口腔保健活動に加えて、口腔機能管理や訪問歯科への広範な貢献が求められています。実はここに書いてある訪問歯科というのは、保険制度的にも大きな課題です。実は療養病床とか地域包括ケアは丸めの報酬になるのですが、歯科というのはその丸め報酬の外に今出ていますから、歯科医療を保険請求的には受けてもらいやすいのです。患者サイドの承諾さえ得られれば、あるいは医科のほうからの依頼してもらいやすいような保険制度上の状況にあるのです。その際に、医科からどうやって歯科が理解されて依頼されるかということを考えると、従来の歯科医療だけ、あるいは口腔保健活動だけではやはりだめなのです。

赤字で出ていますがけれども、「医療から介護までの幅広い歯科医療需要に応えるために、他の医療関連職と連携して地域で一貫した包括ケアシステムとしての歯科保健医療体制を構築する必要がある」ということを、実はこの図にあります提言として9月11日に歯学委員会と病態系歯学分科会、臨床系歯学分科会の共同で発出いたしました。

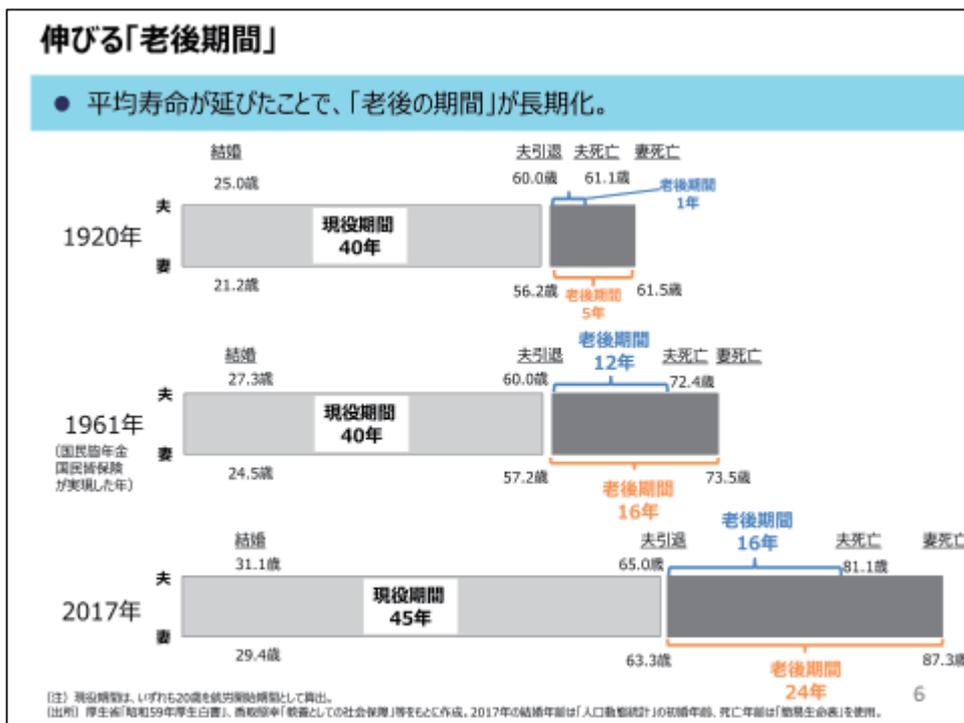
この中には、行政に対する要望、医科に対する要望、それから教育といった、様々なことに対する要望が書いてあるのですが、今日お話しするのは、我々歯科側のほうが、これに対してどういう準備をしなければいけないかという話をメインにいたします。



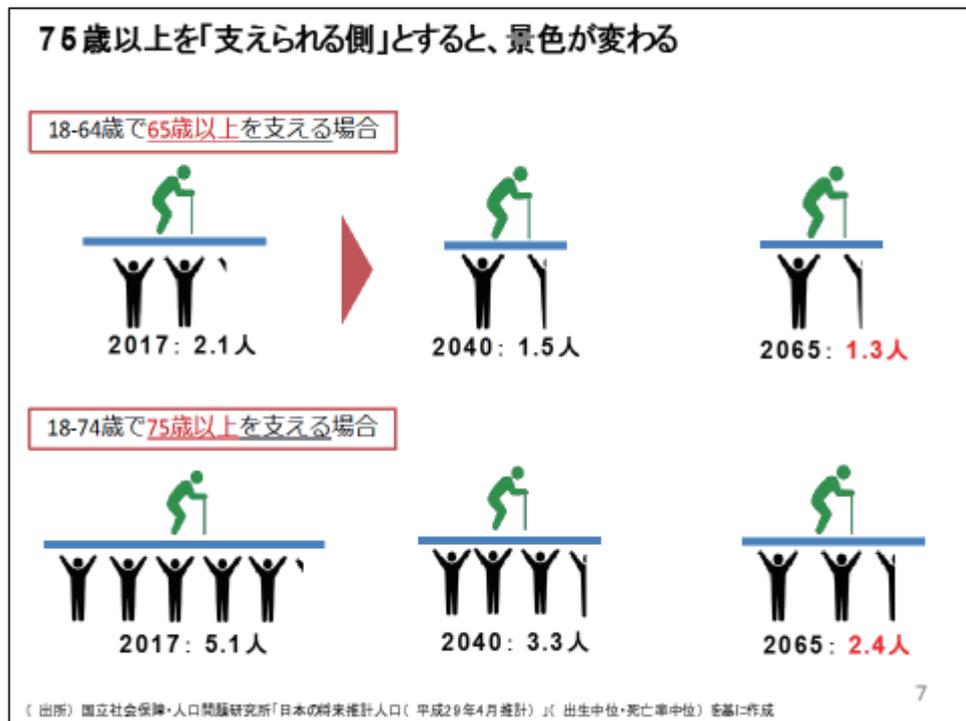
我が国の社会構造の変化と予測ということで、皆さん御存じのように、2050年には日本の人口は約1億人まで減少する見込みとなっていますけれども、実は8,000万人から1億人ぐらいになります。生産年齢人口比率の減少が加速していきますので、非常に経済的にも苦しくなります。



2050年頃には、100歳以上の高齢者が50万人を超える見通しです。



平均寿命が延びたので、老後の期間が長期化している。皆さんはこういうことを全て御存じなのですから、実感が乏しいのです。具体的にここで見て感じて下さい。1961年、真ん中の段階では、平均寿命は男：72.4歳、女：73.5歳です。この時点では現役期間40年に対して老後の期間は16年だったのですけれども、2017年には老後期間は24年になっています。実は私は昭和30年生まれ、1955年生まれですけれども、その当時の日本の平均寿命は60歳に達していないのです。



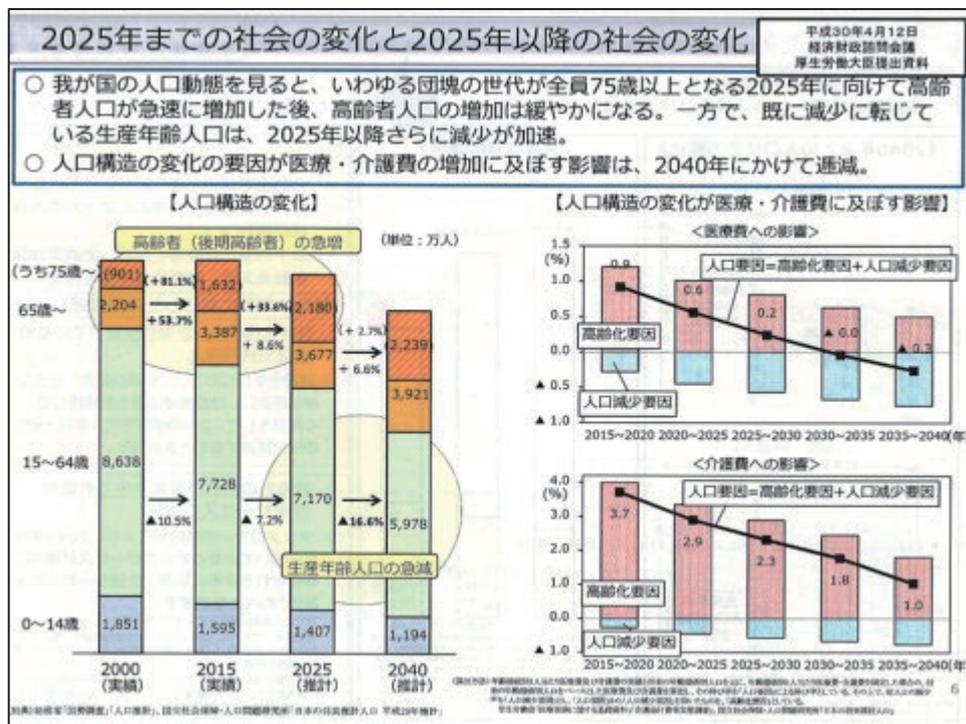
厚労省はこんなことを言い出しました。上の図が今の18歳から64歳の労働人口で65歳以上を支える場合には、2065年には1.3人で1人を支えなければいけません。子供とかの育成もありますし、自分も生活していかなければいけませんから、これは無理な話ですよ。それで75歳を定年にしたいと考えているわけです。ですから75歳まで働いてくださいと。それができれば、この破綻する時期が遅れていくわけです。いずれにしても、将来このままでは破綻するのですけれども、10年、20年と破綻する時期を遅らせるために、皆さんに長く健康で労働をしていただきたいと、そういうことを考えているわけです。

医療・歯科医療の現状と課題

社会構造
産業構造 から観て

8

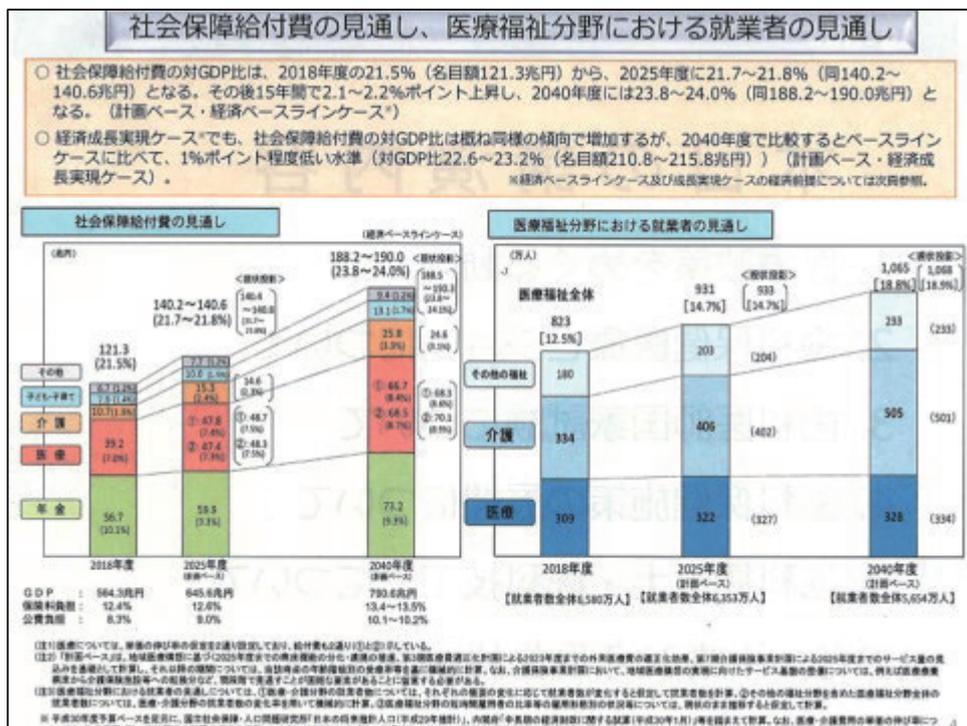
このような要請の中で行われる地域包括ケアあるいは医療にかかわる時に、医療や歯科医療の現状と課題がどのようなものであるのか、社会構造や産業構造から見てみましょう。



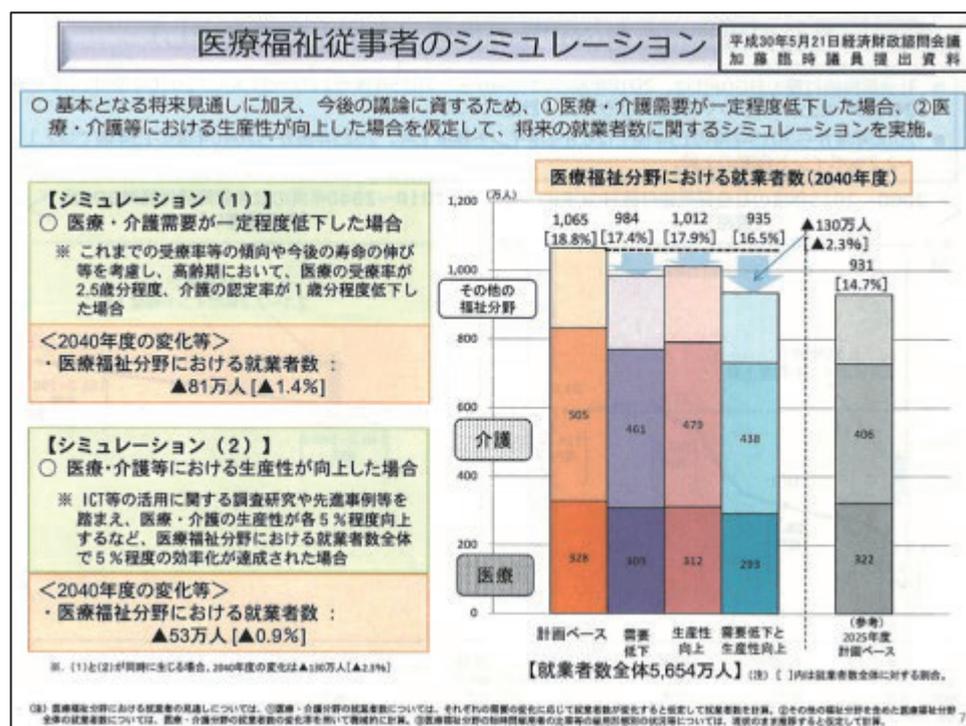
これは経済財政諮問会議の資料です。2000年あるいは2015年の頃に比べて、2025年、2040年となると、人口も減っていきますけれども、高齢者が増えていきます。2025年というのは団塊の世代が全員高齢者になる時であり、これが2025年問題と言われています。2040年ではないのですが、2043年頃に高齢者が最大数になり、これを2040年問題と言っているわけです。2050年というのは、その高齢者

たちもどんどん減って行って、先ほど言ったような経済的なバランスが崩れる年なのです。2050年問題は今まで政府が口にしないようにしてきたことです。厚労省に行っても、「そうなんだよ」というような内緒話で話がされていた感じですね。

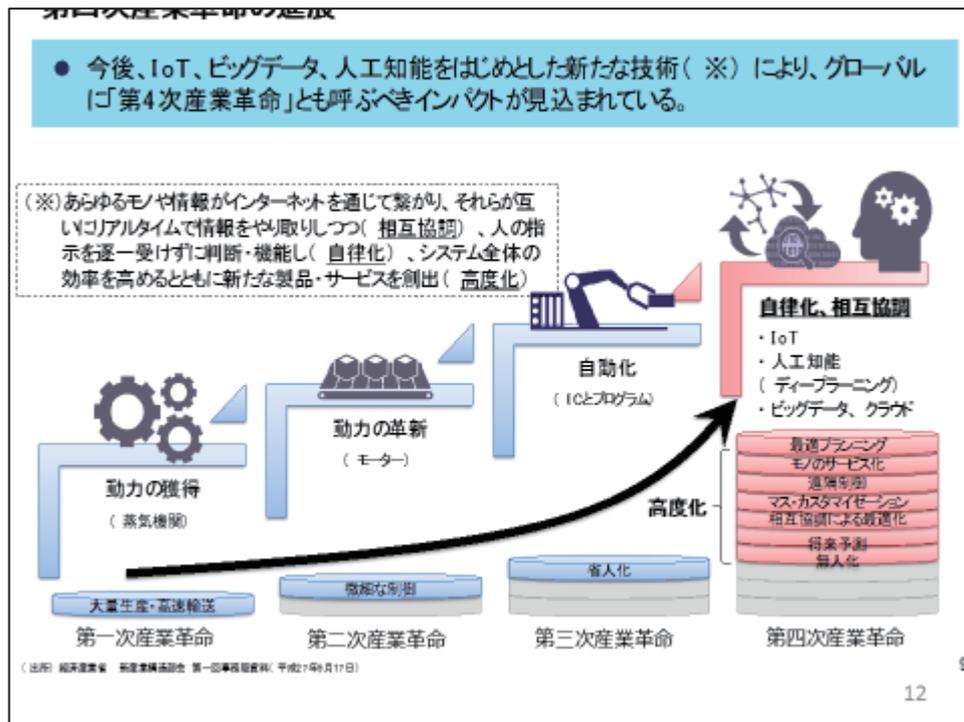
この中で特に問題なのは医療費への人口構造変化の影響なのです。右側の棒グラフで高齢化要因と人口減少要因を比べると、高齢者といえどもどんどん減っていく時代になりますから、実は人口減少要因のほうが大きいのです。それから介護費への影響を見ても、何と老人の介護費への影響は一定から次第に下がっていくのですけれども、少子化・人口減少要因、こちらのほうの影響割合が非常に上がってくるのです。これは単に高齢者の負担に対して人口減少で生産が減るというだけではなくて、実は、現在、若い人で介護が必要な人が増えてきているのです。高齢者出産とか、そういう影響もあるかもしれませんが、従来引き籠もりにならなくていいような子供さんが、周りにお友達がいないような環境で、両親が共働きで放っておかれて、結局本物の引き籠もりになってしまうというような社会現象もあるのです。非常にこのところを政府も憂慮しているわけです。



図は、社会保障給付費は急に増やすことはせずに一定しか増やしませんよということを示しているだけでなく、医療福祉分野における就業者の見通しが示されています。この図中で、2040年、2025年、2018年が示されています。2018年には、全労働者のうちの8人に1人ぐらい医療福祉関係の労働者です。それが2025年には、6.5人に1人ぐらい。2040年には5.6人に1人ぐらいになってしまうのです。さらに、2050年には、5人に1人は医療関係、介護関係に労働人口をとられてしまうのです。このため、生産してお金を稼いでくるといような分野、工業とか農業とか、そういう産業分野の人たちの労働力がそれだけ減っていくわけです。



政府はシミュレーションを行い、将来の労働人口配分を検討しました。シミュレーション（1）では、医療・介護需要が一定程度低下する、つまり高齢者が健康で働いてくれているとすれば、2040年に81万人の労働力を医療福祉分野から生産分野に移せます。シミュレーション（2）では、医療・介護等における生産性が向上した場合には、2040年に53万人の労働力を医療福祉分野から生産分野に移せます。合計130万人前後の労働力を医療福祉分野から引き上げて生産分野に持っていきたいと思っているわけです。



ところが、我々の分野というのは、産業革命という点から観ると、非常に遅れているのです。どうということかという、第一次産業革命では動力を獲得しました。蒸気機関ですね。第二次産業革命では、微細な制御ができるモーターやベルトコンベアが登場しました。それが発展して行き、第三次産業革命では自動化などができたわけです。人が余り要らなくなってきましたね。それから第四次産業革命は人工知能やあるいは管理的な部分などの改革で、産業そのものを人間が入らなくても自立化して適正な運用ができるような工場のようなものを意図しているわけです。我々歯科界は、実はこの第二次産業革命がやっと終わったぐらいのところにいるわけです。医療関係、特に歯科は非常にその点が遅れています。

第四次産業革命による就業構造の変化

- AIやロボット等の出現により、我が国の雇用のボリュームゾーンであった従来型のミドルスキルのホワイトカラーの仕事は、大きく減少していく可能性が高い。
- 一方、第4次産業革命によるビジネスプロセスの変化は新たな雇用ニーズを生み出す。
- こうした就業構造の転換に対応した人材育成や、成長分野への労働移動が必要。

第四次産業革命による「仕事の内容」の変化

	減少する仕事 (職業例)	増加する仕事 (職業例)
上流工程		経営戦略担当 データサイエンティスト 新たなビジネスモデルの支え手
中流工程 (製造・調達)	製造ラインの工具 企業の調達管理部門	
下流工程 (営業、サービス、 バックオフィス)	低額・定型の保険商品の営業 スーパーのレジ係 コールセンター 経理	カスタマイズされた高額な保険商品の営業 高級レストランの接客係 きめ細かな介護

出典：経済産業省「第四次産業革命による社会変化」(2016年4月27日) 2/62(2/6)

10

また、「仕事の内容」を今後減少する仕事と増加する仕事、あるいは上流工程、中流工程、下流工程という尺度で観てみると、我々歯科の仕事は、「削って入れる」ということでは、スーパーのレジ係などと同等の今後減少するであろう下流工程なのですね。言い換えると、増加する仕事のところは高額な保険商品の営業とか高級レストランの接客係とか、きめ細かな介護とかと書いてあるのですが、歯科あるいは医療は統制経済で行われているので、こちらの低額・定型の保険料品の営業と同じような形になってしまっているわけです。

これを何とか打破するためには、市川先生のお話にもあたりりましたが、歯科の新しい価値観、診断方法、さらに様々な技術といったものを開発しなければいけないのです。例えば、技工所などで一つ一つワックスアップしていたのを、コンピューターを使って、そして三次元計測によって複数の人のクラウンとかを同時に多数作る。CAD/CAMなども導入された際に、金属の代金が上がってくるからというだけではなくて、実は、厚労省では、産業構造的なことも考えなければいけないよねという話がされていたわけです。このような社会変化の中で、現在、歯科と医科に要求されている大きな課題が3つあります。課題の1番目は生育への貢献です。良好な生活習慣を形成させる、それからリスク症例の早期把握などです。それらを個別特性に合わせた適切な介入によって、せっかく生まれた大切な命を立派に育て上げるということが求められています。かかりつけ歯科医機能ということだけでなく、もう少し組織的な介入がないといけないと思いますね。課題の2番目は疾病の予防・重症化予防で、個別・最適化された検診・医療の開発、診断基準などを開発することであり、現在、盛んに行われつつあると思います。課題の3番目は介護・フレイル予防です。この部分が今の高齢化に関係がすごく強いわけですが、実は歯とその周囲の歯周あるいは顎骨歯肉といったところの管理をしていただいただけではだめです。ということだけで主張すると、無歯顎者は歯科から離れていってしまいます。無歯顎者であっ

ても、あるいは生まれたときに歯がない状態でも、口の専門家は歯科であって、口のことは歯科に任せてもらう。そういうためには、今までの「削って入れる」ような歯科は絶対にできなければいけないのですけれども、口腔機能を大事にして、接触・嚥下を大事にして、そして包括的地域医療ケアや老人のことを考えたときには、栄養摂取に入り込む、この部分がとても大切です。

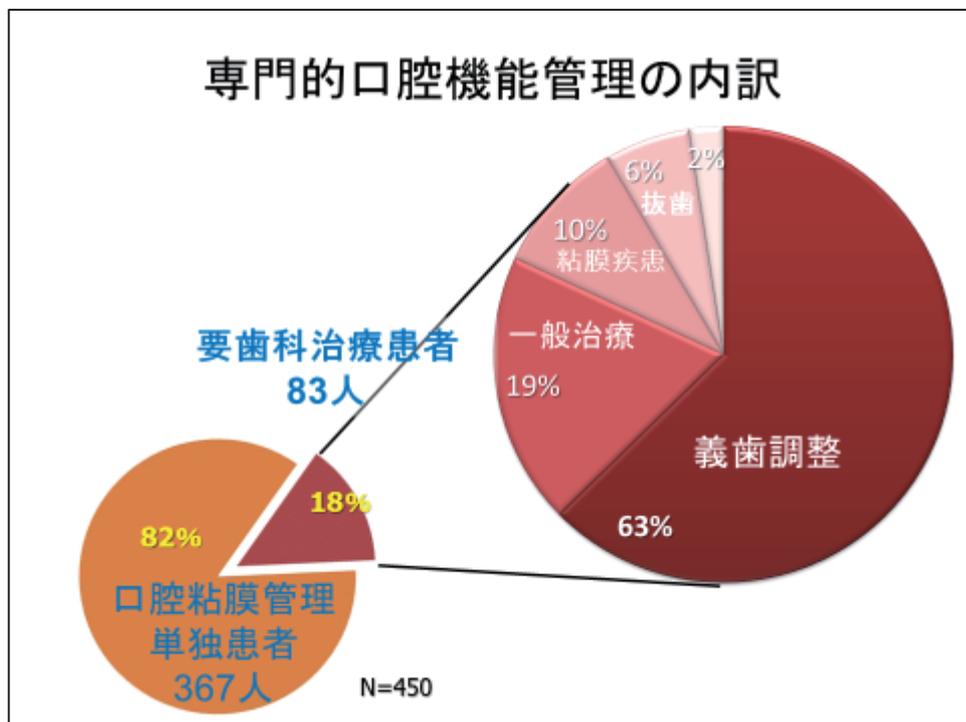
老人になると、核上性麻痺といって、嚥下をする筋肉を動かす脳の核は正常でも、それを連携させて動かす核上部というところ、高次機能がどんどん衰えていくのです。そうすると偽性球麻痺みたいに、喉はごくごく動くけれども、水は飲むと引っかかってしまうようになります。固形物よりも水のほうが嚥下できなくなるのです。もし球麻痺で直接的な嚥下の筋肉の核が麻痺した場合には、固形物が引っかかるのですけれども、多くの老人ではこの偽性球麻痺の状態が出てくるのです。その偽性球麻痺や球麻痺になってしまった人を診ることは歯科単独では危ないです。ですけれども、偽性球麻痺の人をつくらないように予防してあげる。あるいは、そういうふうになるのを遅らせる。このようなことに歯科は非常に貢献できるわけですね。この分野を担当しないと、医科と一緒になかなか包括的医療、地域ケアあるいは医療システムに入れないのです。

周術期等口腔機能管理

医療システムにもたらしたものの 口腔健康管理への道すじ

18

皆さんが御存じなことの復習ですけれども、こういうシステムに入るための重要な歯科医療のポイントを簡単に説明します。周術期等口腔機能管理が医療システムにもたらしたものは何だったのか。口腔健康管理という考え方にだんだん発展していますけれども、この道筋ということをやはり忘れないでいただきたいのです。



専門的口腔機能管理の内訳は、2割ぐらいが従来の歯科ですけれども、8割ぐらいが口腔粘膜単独の疾患ですね。

I-1 地域包括ケアシステム構築のための取組の強化

⑭ 周術期口腔機能管理の推進

第1 基本的な考え方

骨子< I - 1 (13)>

地域包括ケアシステムの構築に向けて医科歯科連携を推進する観点から、周術期口腔機能管理に係る一連の項目について、**対象患者の拡大**や明確化などの見直しを行う。

第2 具体的な内容

術前の管理計画策定が困難である**脳血管疾患等**の手術を実施した患者で、術後の誤嚥性肺炎のリスクが高い患者や**低栄養状態等の患者**について、**術後**、早期に口腔機能管理を開始した場合は周術期等口腔機能管理の対象となるなど、対象患者の拡大及び明確化を行う。また、周術期口腔機能管理を実施する患者の中には、**手術を実施しない患者も含まれる**ことから、名称の見直しを行う。

【追加対象】

臓器移植手術、脳血管外科手術、人工股関節置換術等人工関節置換術
口腔内に感染源となり得る病巣がある患者、口腔衛生状態が不良である患者、肺炎の既往がある患者又は低栄養の患者等、**術後合併症（術後肺炎等）**のリスクが高いと考えられる患者に対して実施される手術

造血幹細胞移植の手術

脳血管外科手術等において、**手術後1月以内**に口腔機能管理の依頼を受けた場合

20

周術期口腔機能管理の推進ということで、これは2回前の改定時の厚生労働省の内部資料ですけれども、非常に対象患者を拡大しました。非常に認められ、高い評価を受けたのです。

医学的・医療経済的効果

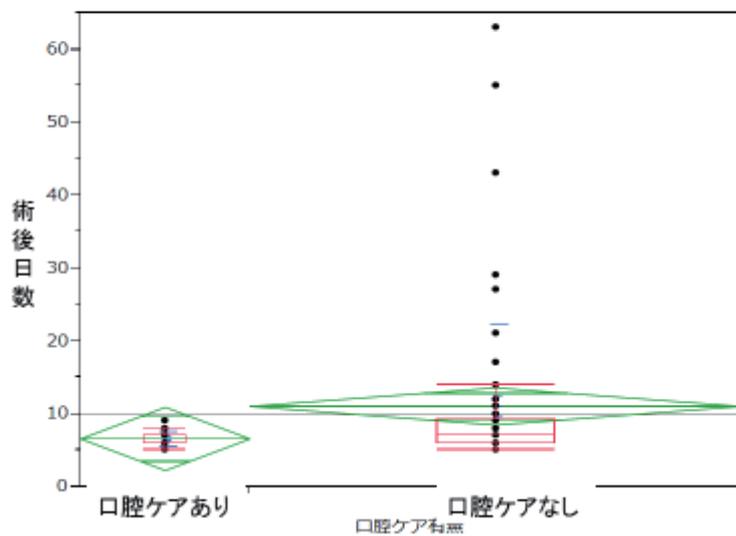
- ・ 在院日数、術後在院日数、術後絶食日数の短縮効果
- ・ 抗菌薬の投与回数、投与日数、投与量の削減効果
- ・ 術後合併症の抑制効果
- ・ 医療削減効果、
特に、投薬、注射、処置、検査、画像などの項目
の支払額の大幅減少

21

その結果として、医学的あるいは医療経済的効果を得られたわけですね。

周術期口腔ケア分析 腹腔鏡下 胃切除・全摘 口腔ケア有無 術後日数比較

【腹腔鏡下 胃切除・全摘 術後日数比較】

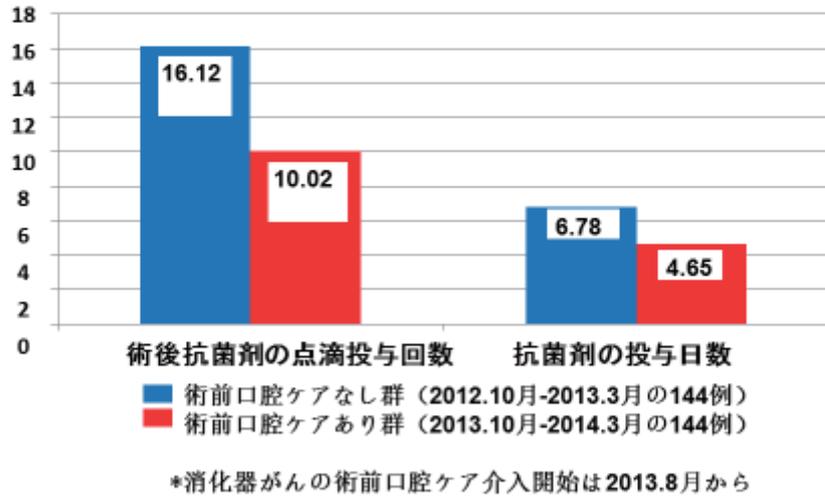


22

皆さん御存じのように入院とか在院期間が短くなって……

(信州大学報告書から)

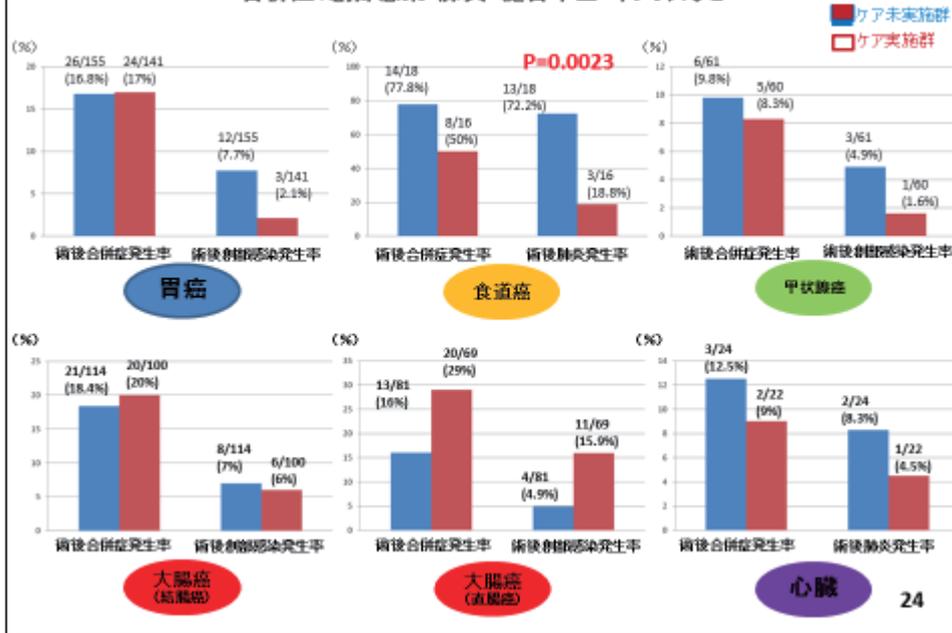
消化器がん



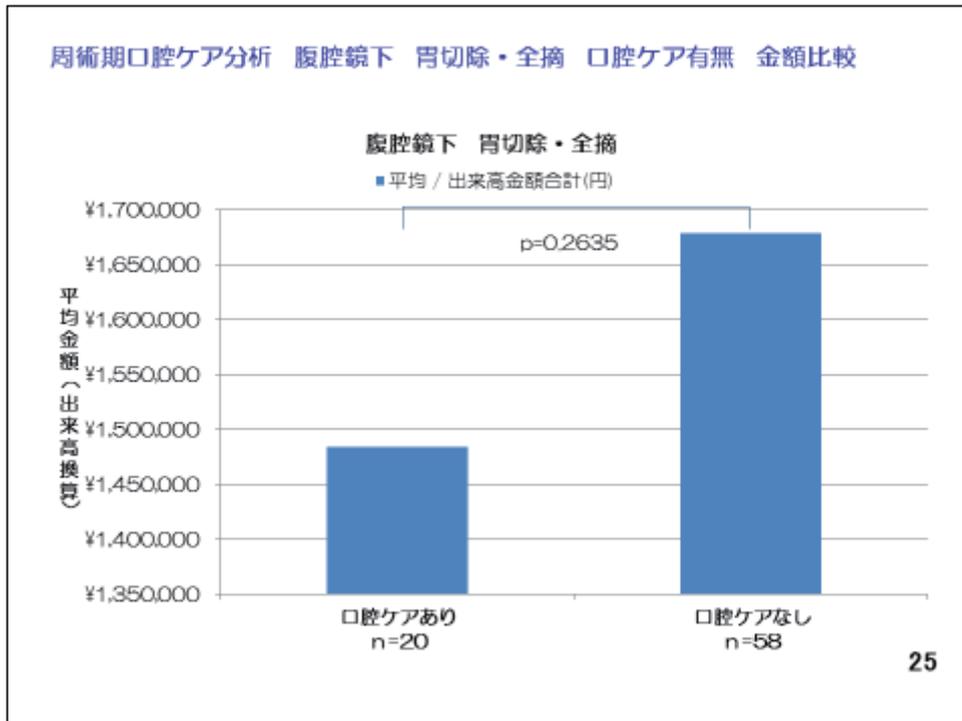
点滴の回数や抗菌剤の投与の日数なども減って……

合併症 (大阪警察病院)

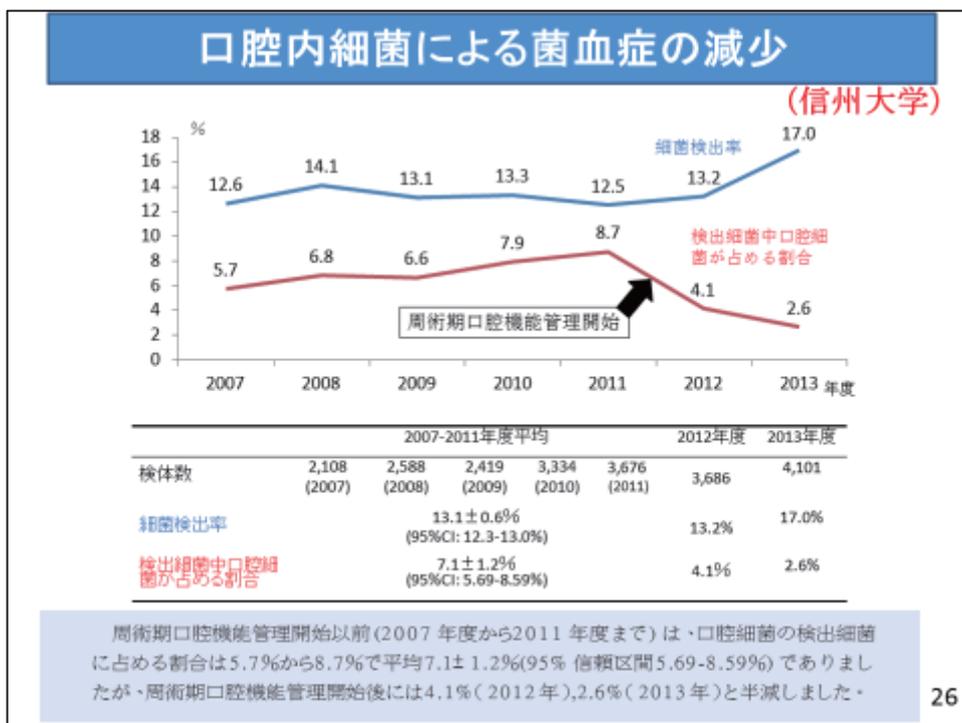
合併症: 創部感染・肺炎・縫合不全・イレウスなど



それから合併症も減りました。

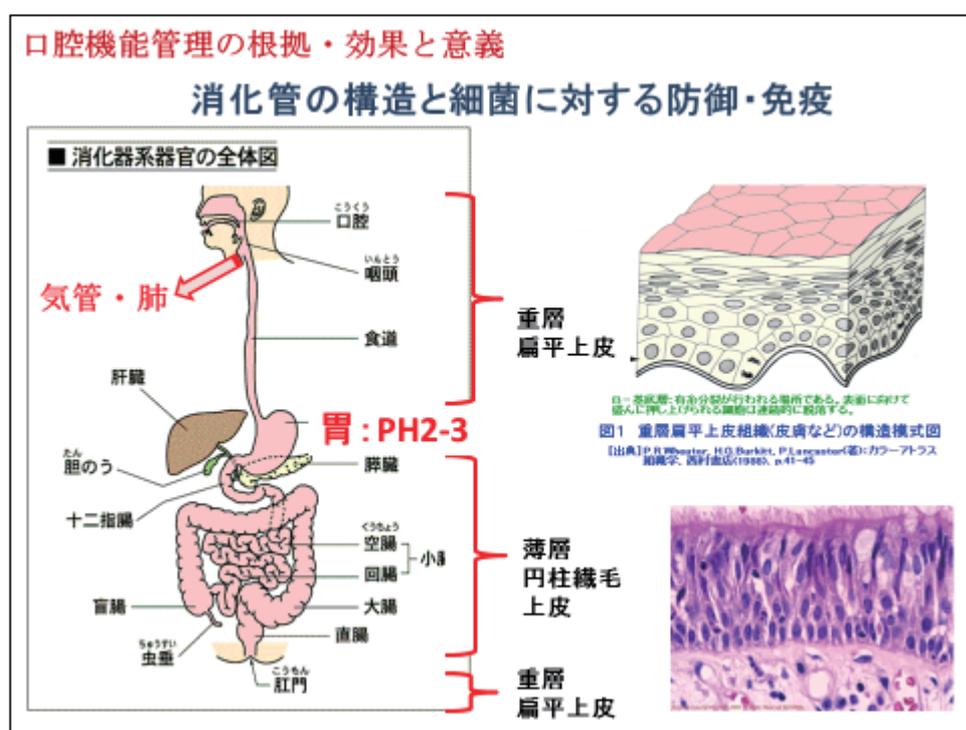


この図は腹腔鏡下の胃の切除・全摘ですけれども、医療経済的にも医療費が節約できました。このようなことが次々に発表されたわけです。



どうしてこういうことが起きるかという原理を考えるとということが大事だし、歯科医が理解するということが大事です。この図は口腔内細菌による全身的な菌血症の発症というもので、信州大学の報告書からとっています。横軸が2007年、2008年、2009年、2010年、2011年、2012年、2013年とありまして、縦軸は、病院に入院中に不明熱、全身的な発熱をした際に、動脈血採血をして血液培養をして細菌が同定さ

れたのが何%かということなのです。例えば2010年を見ると13.3%細菌が同定できたのです。その中で赤い線が何かというと、これは口腔の細菌です。口腔細菌がその中の何%を占めたかということ7.9%。実に全身的な菌血症・発熱の半分以上が口腔細菌が原因なのです。つまり免疫が落ちたり、侵襲がかかって負担がかかったときに、口の菌が全身に非常に大きな影響を与えていて、その比率が実は不明熱の中の6割ぐらいを占めていることを示しています。こんな大きな内容なのです。ですから歯科が口腔の専門家であって、口の中の菌を管理していく。そういうことが非常に全身的にも医学的にも大事なのだと、そういうことを主張する一番の良いデータですね。2011年に周術期口腔機能管理が開始されたら、口腔の細菌が発熱に占める割合が落ちたことも示しています。口を管理することが大事だということが如実に示された非常に優れたデータだと思います。

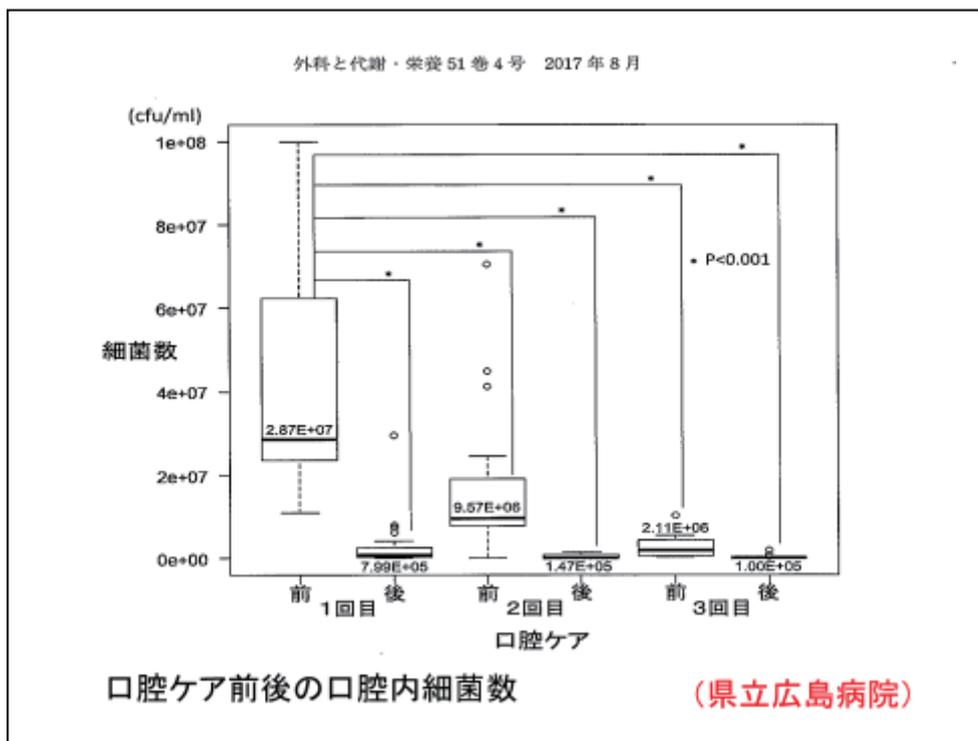


我々が理解をしっかりとっておかなければいけないのは、実は外来性の細菌は、胃の pH が低いものですから、ほとんどが胃で殺されてしまうのです。よれよれになって生き残った細菌だけが腸へ流れていくのです。ですから、胃よりも前の部分は、強い細菌や大量の細菌に耐えられるように、重層扁平上皮できていて物理的にも守られているわけです。胃の pH によって胃酸で守られた腸のほうは、薄い円柱絨毛上皮できています。口をきれいにする、あるいは咽頭をきれいにすることが、どれだけ大事かということがこれでわかりますね。残念なことに、気管とか肺は腸とは違って、この汚い、まだ胃で消毒されていない内容物がある口腔咽頭から直接に菌が入ってくる上に、上皮は円柱絨毛上皮なのです。ですから非常に弱い、防御力のない組織なのです。それで気管・肺に入ると、すぐに発熱をしたり、肺炎になったりと大きな問題が起きるわけです。

こういうことの解剖学的な理解も是非しておいていただいて、何で口をきれいにしたら全身的に良くなるのかということ、やはり医科に対してもきっちり説明ができるような

歯科の体制を整えなければいけません。

消化器・粘膜免疫から見た口腔の特殊性なのですけれども、炎症としてはそんなに重篤ではない場合が多いのですが、炎症が取り除けない、恒常的に継続することが最大の特徴なのです。同じぐらいの炎症が手とかにあった場合には、例えば爪側炎や瘰癧（ひょうそ）を考えて下さい。領域的には狭い小さな炎症ですが、すごく困ってすぐ治療するわけです。その治療が終わらないと日常行動にすごく問題が起きるのですけれども、口はこういうわけか慢性なのです。恒常的に炎症が持続する。ですから、持続しているものの影響は、実は非常に大きくなるということになります。



多職種連携の重要性も理解をしておかないと、包括的な口腔ケアや医療に入れません。これはすごくいいデータなのですが、県立広島病院からです。縦軸が細菌の数です。横軸は1回目の口腔機能管理の前と後、それから2回目の口腔機能管理を1週間後にやった前と後、3回目の口腔機能管理をやった前と後となっていて、本来、幾ら掃除しても、菌が残っていれば、40分ぐらい毎に倍々と増えていってしまいます。口腔機能管理の1回目をやると、菌が多かったのが非常に少なくなりました。1週間後に口腔機能管理をやる前を見ると一回目より低いのですね。増えてしまって元に戻っていてもおかしくないのですけれども、低い。それがまた3回目にもきれいになっている。どうしてなのかというと、専門的口腔機能管理細菌や炎症のフォーカスが少なくなったり、程度が小さくなるというだけではなくて、実は歯科医師が考えて立案した口腔機能管理あるいはケアの計画を看護師や介護に当たっている人に理解していただいて、それを歯科以外の職種により継続したことにより達成できているのです。ですから、これは単に歯科医や衛生士だけが理解すればいいことではなくて、その周りの介護や看護に当たっている方にも協力をいただくために理解を十分にいただかなければいけないのです。

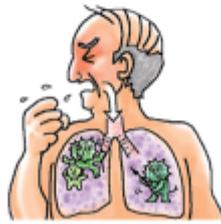
疾患概念の変化

従来の臓器を中心とした疾患概念と担当診療科



喉頭癌
↓
耳鼻咽喉科

求められている機能を中心とした疾患概念と多職種連携

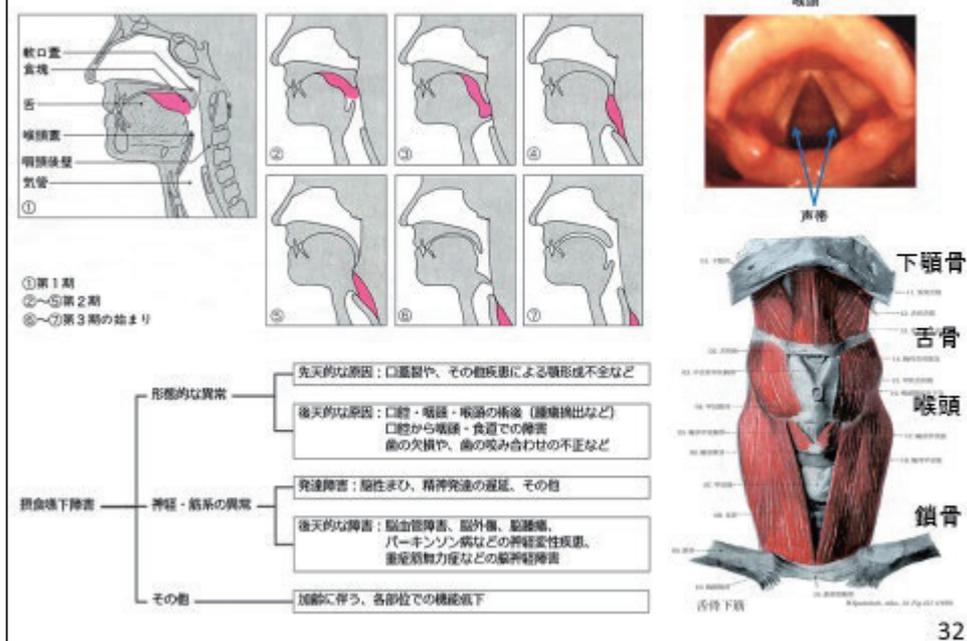


口腔機能低下
摂食嚥下障害
誤嚥性肺炎
↓
歯科
耳鼻咽喉科
神経内科等

31

もう一つ大事なのが、疾患概念が実は変化してきたことです。従来の疾患概念は、臓器を中心とした疾患概念でした。上の図は正常な喉頭があって、その隣に喉頭癌があるのですけれども、これは1つの臓器、1つの診療科ということで耳鼻咽喉科です。ですけれども、求められている機能を中心とした疾患概念をここで入れるとどうなるのでしょうか。歯科医師の先生方や、あるいはアカデミアの努力で、口腔機能の低下症ということが認められるようになりました。機能を中心として疾患を捉えると、複数の臓器が関わり、複数の機能が関わっているので、歯科や耳鼻咽喉科や神経内科など複数の診療科の協調がなければいけない、多職種連携がなければいけないということになったのです。

多職種連携の重要性: 誤嚥を考える



疾患概念自体が変わってきているので、従来の考え方を皆さんに改めていただく必要があります。誤嚥を考えたときに、確かに口の中は歯科でしょうけれども、喉頭のところになると耳鼻科とか内科になってきます。この右下の図のように、口頭をつり上げている筋は全て下顎骨に付着しています。実は喉頭が良い位置で嚥下をするためには、下顎骨が良い位置になればいけません。単に咬合咀嚼だけの機能が下顎骨にあるわけではなくて、実は喉頭を正しい位置、良位置に保って、そして嚥下させるという機能もあるのだということを主張して欲しいのです。例えばこれが分からない方には、「下顎を前に押し出したまま水を飲んでごらんなさい」、「唾を飲んでごらんなさい」、あるいは「口を開けたまま水を飲んでごらんなさい」、「唾を飲んでごらんなさい」と言えば、むせてしまいますので、よく理解してもらえます。この辺のところの周りの人の考え方を変えていくだけの発信力が歯科にないといけません。

最大限の医学的・経済的効果を得るために
誤嚥予防のための医科歯科連携

多職種連携が必要

不随意運動: 神経内科

咀嚼: 歯科

嚥下: 喉頭機能の評価、総括的評価等は耳鼻咽喉科
喉頭の良位を保つための補助は歯科

検査で表現できない患者の訴え: 看護師

機能訓練: 理学療法士

食携形態や味: 栄養士、調理師

個々の診療科の単位では不十分！

患者さんを第一に考えて、患者さんのために皆が協力する！

例えば、誤嚥予防をするためにフィールドワークなんかすると、不随意運動が邪魔で食べさせられないということがあって、どうしても神経内科とか神経系のことを扱ってくださる方が必要になります。咀嚼は歯科でしょうけれども、嚥下に関しては、先ほど申し上げたように担当は耳鼻咽喉科であっても、喉頭の良位を保つための補助は歯科がやらなければいけないのです。検査で表現できないような患者さんの訴えとかは看護師さん、機能訓練は理学療法士、食携形態や味などは栄養士や調理師さんというふうに、個々の診療科の単位では不十分で、患者さんを第一に考えれば、患者さんのために皆が協力するというのは当たり前のことなのです。ですけれども、いつもそうですけれども、この提言にも書いてありますが、全ては医師が発信して協力を求めてくれないと歯科が動けないのです。ここに今のシステムの問題点があります。

I-1 地域包括ケアシステム構築のための取組の強化

③ 歯科医療機関連携加算の対象拡大

第1 基本的な考え方

骨子< I - 1 (3) >

在宅医療における医科と歯科の連携を推進する観点から、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院に属する医師が、歯科訪問診療の必要性を認め、在宅療養支援歯科診療所に対して情報提供を行った場合を評価している診療情報提供料 (I) の歯科医療機関連携加算の在宅医療に関する部分について、見直しを行う。

第2 具体的な内容

歯科訪問診療に関する情報提供を行う場合の情報提供先及び対象患者を拡大する。

(医科点数表)

現行	改定案
<p>【歯科医療機関連携加算】</p> <p>[算定要件]</p> <p>イ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に属する医師が、訪問診療を行った栄養障害を有する患者について、歯科訪問診療の必要性を認め、在宅療養支援歯科診療所に対して情報提供を行った場合</p>	<p>【歯科医療機関連携加算】</p> <p>[算定要件]</p> <p>イ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に属する医師が、訪問診療を行った栄養障害を有する患者又は摂食機能障害を有する患者（疑われる患者を含む）について、歯科訪問診療の必要性を認め、在宅歯科医療を行う歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合</p>

次に、栄養管理ですけれども、実はこれは私が中医協を辞めたときに入れてもらったのですけれども、医科点数表です。在宅で訪問医療を行った時に、以前は栄養障害を有する患者について訪問診療の必要を認め、情報提供を行ったら点数が加点されたのです。歯科が関係しているということを診断するのが医師だったのですね。歯科を知らない医師が、歯科が必要かどうかを判断できるのかということが私の目から見たので、ここに「摂食機能障害を有する患者（疑われる患者を含む）」というのを入れてもらいました。これは、診断は歯科にやらせなさい、あるいは医科と歯科の共同で診断しなさい、そういう意味が含まれているわけです。そうすると加点がありますよというように政策誘導しているわけですね。

医科総合病院における 入院患者の現状

回答人数	2280	
症状あり	1647	72.2%
歯科受診	415	18.2%

	人数	割合
口が乾く	370	16.2%
歯ぐきが痛い・血が出る・はれた	246	10.8%
入れ歯が合わない	169	7.4%
口内炎	128	6.5%
かみ合わせがおかしい	144	6.3%
歯が痛い	134	5.9%
歯がグラグラする	162	5.6%

	人数	割合
飲み込みづらい	125	5.5%
味がわかりにくい	121	5.3%
顎が痛い・音がする	77	3.4%
口が開きづらい	62	2.7%
くちびる、ほほの粘膜が痛い	37	1.6%

日本口腔科学会
多施設共同研究

37

医療における「口腔」と「歯科」の現状ということで、口腔科学会で口腔内の満足度調査の結果を今回の提言の中に取り入れています。医科総合病院における入院患者の現状というのは、実は口腔内に症状がある人が72.2%もいるのに、歯科を受診している人がそのうちの18.2%しかいないのですね。病院の中であって歯科もあるのに受診してくれないという話です。ここに書いてある、口が渇くとか、実は歯が痛いとか、歯がぐらぐらするとかというのがありますけれども、ほかは全て口腔の機能ですね。単に歯の機能ではないのです。ですから、ここの部分を押さえないと歯科が医科の中に入っていけない。栄養のことと口のこと、ここのところをしっかりと押さえないとダメです。

口腔と食形態との関係・要望

入院患者の食事形態			質問「口腔の状態が改善すれば希望の食事形態が達成されるか」への回答		
食事形態	人数 (人)	割合	アンケート回答	人数 (人)	割合
普通食	2,022	88.7%	そう思う	1,539	67.5%
軟菜食・きざみ食	229	10.0%	少しそう思う	317	13.9%
ペースト食・流動食	16	0.7%	余りそう思わない	203	8.9%
経口摂取不可	13	0.6%	全くそう思わない	101	4.4%
合計	2,280	100%	その他	120	5.3%
日本口腔科学会 多施設共同研究			合計	2,280	100%

それから食形態その関係を見てみましょう。いろいろなものを食べている人がいるのですけれども、患者さんの食事というのもいろいろ問題があって、味つけだとか食物の形態を病院は工夫しています。与えるものに関してはかなり工夫しているのですけれども、実は口の状態が悪いという、食物を受ける側のことをあまり理解しないでやっている場合が多いのです。そのために「口腔の状態が改善すれば希望の食事形態が達成される」と思っている人が患者さんの67.5%、つまり約7割の人が不満なのです。口の状態さえよくなればなんとかなるのではないかと考えているのです。それなのに歯科に紹介されないのですね。ここに問題があって、やはり医科側のこの辺に対する理解が欲しいということで提言にしました。

なぜそんなことになるかという、医科側の食事に対する考え方は、摂食量でとっているのです。全量摂取したか、半量摂取したかとか、そういう記録が温度盤に記載されます。口腔の専門家による口腔の審査を考慮した多職種による管理・治療計画を立案しなさいということで、NSTチームに歯科医師を加えたら点数が入るようになりました。普通の病院の中に歯科があると50点ですけれども、訪問歯科を受けた場合には80点に増点したわけですね。これも非常に大事です。

医科歯科連携・病診連携の現状

入院患者のかかりつけ歯科に関する実態		
かかりつけ歯科の受診	人数(人)	割合
定期的に受診している	1,052	46.1%
症状出現時にのみ受診	784	34.4%
かかりつけ歯科医院はない	444	19.5%
入院患者の最終歯科受診からの間隔		
最終歯科受診からの間隔	人数(人)	割合
1週間以内	16	11.7%
1週間～1か月	25	18.2%
1か月～3か月	32	23.4%
3か月～6か月	23	16.8%
6か月～1年	20	14.6%
1年～3年	9	6.6%
3年以上	12	8.7%
合計	137	100%

日本口腔科学会
多施設共同研究

地域包括的ケアシステムの構築のために、まず歯科と歯科、あるいは病院と歯科、病診連携、これがまずなっていないのです。この表は入院患者のかかりつけ歯科に関する実態調査なのですが、かかりつけ歯科に定期的に通診している人というのは約46%、症状出現時のみ通診している人が35%ぐらい、3分の1でした。かかりつけ歯科医なんかありませんよという人もここにいるわけです。入院患者の最終歯科受診からの間隔が大事で、最終歯科受診から3か月以内、この人たちが約50%です。3か月以上、何年もたっている人たちが50%もいるわけです。ですから、入院するときに歯科に全然縁がない人たちが50%もいて、しかも病院の中で歯科へ回してもらえる人がほとんどいないのです。さらに、退院してからも歯科が必要なのに歯科に行かない患者さんが多くいるのです。この辺のことを啓蒙・アピールしていかないといけないですね。患者様にもアピールするし、医科のほうにも、入院する時には歯科をちゃんと考えた入院のさせ方、退院する時にも歯科を考慮した退院のさせ方をしてもらいたいのです。



退院時には共同指導というのがあります。この図では、拠点病院が「入院」と書いてある方です。拠点病院から地域の病院とか地域医療に戻すときに、医科と医科でやり合っている場合には600点とか400点という点数が加算されるのですが、歯科とか薬剤師とか看護ステーション、こういうところに関わってきて3者以上がそろって、こちらの病院に1人当たり2,000点加算がありますということを表しています。黒字の点数が保険度丹生された時の点数で、朱色の点数が診療報酬改定で増点された点数です。では、何をやるのか。これは退院するときまでに、退院した後の地域での歯科医療や医療を退院前に整備しておく制度で、退院後に日常管理をしてもらう診療所等を決めておく、薬をもらいに行く薬局を決めておく、歯のことや口のことを診てもらう歯科を決めておく、介護に関してもケアマネジャーとかのお知恵をかりてやっていく、といったように、退院後の医療や介護の体制を退院前に決めておくのです。患者さんがスムーズに地域療養に入れるような体制を入院している間、退院する前に皆で共同してやってくださいね、作ってくださいねということなのです。厚労省はこれを一生懸命普及させようとしているのですが、ほとんど点数は取られていないのです。なかなかこの連携がとれない。この制度を使って歯科が地域包括ケア・診療に根付いて欲しいですね。

口の専門科としての歯科 医学・医療における貢献

医科にはない学問・技術、発想を自覚する
従来の「削って入れるだけの歯科」から
口の専門科としての「口腔科」への脱皮



医学・医療における貢献

43

これが私の最後のスライドになります。やはり口の専門家としての歯科、ただ単に歯とその周りの組織だけでも、顎骨だけでもない口の専門家としての地位を確立して欲しいのです。医学・医療における貢献をするためには、医科にはない学問・技術、発想を自覚して、従来の「削って入れるだけの歯科」から口の専門家としての「口腔科」への脱皮をしていただかないと、医学医療における貢献はなかなか難しいと思います。

提言というのは、実はたくさん出ていまして、歯科だけではなくて、我々の分野だけでも幾つも出していますけれども、学術会議のホームページを見ると提言の宝庫です。そこを引いてもらえばいいのですね。先ほどの学術会議のあり方がどうのこうのと、今言われている提言なんか出していないじゃないかなんて言った議員までいるのですけれども、はっきり言って勉強不足で、たくさんの提言が出ていて、そこにはそれぞれの分野の専門家の知恵が詰まっているのに、政治家が勉強していないのです。官僚が勉強していないのですね。非常に残念です。

以上でございます。

○浅海座長 丹沢先生、ありがとうございました。

質疑応答

○浅海座長 以上で3人の方に講演していただきました。終了までは25分ぐらいでございます。研究費とか、保険点数に反映するようなお話でございます。せっかくの機会でございますので、どなたか御質問等ございましたら積極的にお願ひしたいと思います。いかがでしょうか。

今55人参加されていますけれども、私は全部見ることはできませんので、発言のある方はお声がけいただいたらと思います。いかがでしょうか。

それでは、私のほうからまず市川先生にお伺いしたいと思います。市川先生には4点、国民の知りたいことや発信したいことを調査していただき、学会のほうからは明確に示しにくいというお話でした。逆に国民の方がどう考えられているのかを調査してフィードバックするようなことはお考えでしょうか。

○市川先生 ちょっと聞き取れなかったので、国民の……。すみません。

○浅海座長 調査していただいた結果、いろいろ提言、知りたいこと、周知したいことを出されているのですけれども、なかなか明確に出しにくいというところもございました。逆に国民が知りたいところがあると思います。そういった方面に向けて今後御調査いただいたらと思うのですけれども、いかがでしょうかということです。

○市川先生 確かにそうだと思いますが、マスコミ報道で日本学術会議というのは10億を使っていると言われておりますが、調査費はないですので、今回でも歯学協にいろいろな御支援をいただいたわけですから。各学会、歯学協、日本歯科学会連合というところで大規模な調査を行い、学術会議と連携して提言に反映することも重要であると思っております。丹沢先生も今回講演の中でデータを出されているものも口腔科学会で調査をされておりますので、学会内での連携、学会との連携が大切かなと考えております。

○浅海座長 そうですね。連携会議の先生方は多数おられ、その方々の中には学会からという方もいらっしゃいますので、ぜひ学会のほうにお持ち帰りいただいて進めていただければと思います。

市川先生にどなたか他に御質問はございますでしょうか。

それでは西村先生のほうに、なかなか大型研究の採択は難しいところで、歯科から3期連続で1つずつ採択されているということですが、獲得の研究費というのはどのぐらいなのでしょう。

○西村先生 これは日本学術会議がマスタープランとして政府に提言しているもので、どこかで予算化されない限りはゼロです。

○浅海座長 採択されたからといって仕組み的に出るのではなくて、それをもとに各学会とか大学、いろいろなところからそういう案を出して予算を取らないといけないということでしょうか。

○西村先生 はい。例に出させていただいたハイパーカミオカンデなんかは、ニュートリノのさらに新しいということで大型予算が文科省で認められたわけですがけれども、あのようなインパクトを与えられるぐらいの規模感のものが歯学から出るかということ、なかなか難しいところと思っています。医学からでもなかなか難しいところであろうかと思っています。

○浅海座長 ありがとうございます。しかしながら、医科や物理系からすると少ない額でも歯科にとっては非常に大きな額です。私もその仕組みがよくわかりませんでしたので、その辺をよく周知していただいて、皆様に獲得を進めていただくようなことをしていただけると助かります。

○西村先生 はい。

○浅海座長 今回は本当にそういう意味ではいい機会だったと思います。

○西村先生 どうもありがとうございます。

○浅海座長 ほかに、このマスタープランに関していかがでしょうか。

今日は3人の方に学術会議のお話をさせていただいて、大筋が大体分かってきたということで、細かいところまでなかなか難しく、質問も非常に難しいところがあるのではないかと思います。

○丹沢先生 すみません。ちょっといいですか。

○浅海座長 丹沢先生、どうぞ。

○丹沢先生 この大型の研究費の審査員を私はやって、いろいろな分野の計画を見て思うのは、歯科にとって多分ヒントになるのは、例えばプラズマ研究なら、九州大学を中心と核融合系の大出力プラズマ研究と、大阪大学や名古屋大学を中心とした低出力プラズマを用いた応用医学だとか、そういう応用研究とか、そういうふうにグループ化されているのですね。これは大型研究なので私も関わってきて思ったのは、歯科だけではなくて、やはりそういうようなグループと組んだ研究テーマも1つ作って良いのではないかということです。歯科だけでやると、どうしても医学系もそうなのですけども、数十億円とか、そういう経費しかなくて、これは本来何百億円以上みたいな大型の研究費なのでミスマッチしてしまうのです。その候補をつくりなさい、あるいは選出しなさいというオファーなのです。何かその辺でうまく組めるところがあるといいなと思うのですけれども、どうしても歯科だけでやると、総花的だとかいろいろ言われてしまうのです。そういうふうに感じました。私の感想です。

○浅海座長 ありがとうございます。私は画像系なのですが、特に歯科とか医科の知識だけではどうにもならず、やはり工学、物理、化学系のところが非常に大きく、そういう大型の特に機器開発には、歯科や医科だけではできないと思います。やはりいろいろなところと連携することが重要です。歯科も特に基礎と臨床の連携ということで、先日もシンポジウムを行いました。連携が進んでいないということもございます。その歯科の中でさえもなかなか進んでいないという連携というところで、先生は多職種連携の話もされましたけれども、その辺が私も非常に課題だなというふうに思いました。

羽村先生、何かございますか。

○羽村先生 丹沢先生に少し質問させていただければと思います。私は日本老年歯科医学会と日本総合歯科学会の代表として、この歯学協に出ているのですけれども、日本老年歯科学会は日本老年学会の一分科会でもあるのですね。私は日本老年学会の理事もしています。日本老年学会は5年前に「65歳以上を一律に高齢者と呼ぶのはよそう」という提言をしているのですね。ここ数十年、65歳から75歳までの間の方々というのは非常に若返っているというデータも出てきていますので、できれば75歳以上を「高齢者」と呼んだらいいのではないかと提案しています。ぜひとも先生の研究も75歳以上にフォーカスを当てて頂ければ助かります。そして、65歳以上から75歳までの間の方々の研究も後

押ししていただければというのがあるのですけれども、丹沢先生、いかがでしょうか。

○丹沢先生 おっしゃるとおりだと思いますのですけれども、ただ、やはり60歳を超えると個人差がとても大きくなるのですよね。だから、その辺のことをうまく表現して、それである程度グループ分けをして、それぞれに対して当てはめていくような形になるでしょうから、「高齢者」という言葉自体、私も早期高齢者になったときにすごく抵抗があったのですけれども、やはりちょっと考えるべきことだなと思います。先生のおっしゃっていることはよくよく分かるのですけれども、言葉が難しいですね。

以上です。すみません。

○羽村先生 先生、私も今年、前期高齢者になりまして、本当にそういう点では、私も年金の話とか出てくると、ああ、もうそういう年になったのだなというので、いろいろ感じるところがあります。リスク分けというのは変ですけれども、グループ分けというのはすごくいい考えだと思います。その中でどうやったら分けられるかというのも非常に興味のあるところなので、先生方、ぜひともよろしくお願ひしたいなと思います。ありがとうございます。

○浅海座長 ほかにいかがでしょうか。

○大川先生 丹沢先生にちょっと質問させていただきたいのですが、今、私は補綴歯科学会の理事長を拝命いたしまして1年半過ぎましたけれども、「食力向上による健康寿命の延伸」というテーマでやらせていただいています。この食力の数値化をもって、何とか先ほどの多職種連携の共通言語にならないかということでもいろいろやっているのですが、歯科の中だけでも、簡単なグミゼリーによる咀嚼機能検査でさえも、まだ1%前後というような状況で、なかなか医科の人を見ていると、患者さんが食べられないというと、じゃあ食事形態を変えましょうということで、一切そこに歯科が出てこないという状況。これを打破するためには、どういうことを我々はしたらいいのか、垣根があまりにも高く、なかなか前に進めないなという感じがするのですが、何かいいアドバイスをいただけるとありがたいなと思います。

○丹沢先生 おっしゃるとおりで、医科の理解が少ないという指摘をしているのですけれども、全てのものが実は医科から発信されないと動かないのです。今の保険制度だと。

先ほどちょっと保険制度のことをお話ししたのですけれども、例えば療養病床などは丸め医療なのです。実は栄養方法によって、CVで中心静脈栄養なんかを入れると、実は月々の管理料が上がるのです。食べさせるよりも。そのため、でお金を取ったほうが良いというような医者もいるのですよ。実際に。

ところが、ここで注目したいのは、訪問歯科は丸めの外なので、歯科医が入って治療をしても、医科のほうがそれで損することはないのです。経費が膨らむことがないので、やはりそういうようなことで、経済のほうも含めて、発熱しなければ抗生剤の使用料なんかも減るのですよね、療養患者なんか。そうすると医科のほうの経費も下げることができるのですよね。

そういうことをよく理解してもらおうようなことをしなければいけなくて、周術期口腔機

能管理だけでも、私、千葉県の歯科医師会の会長の砂川先生と2人で10か所ぐらい大きな病院へ、こつこつと回ったのですよね。1時間ぐらいずつ講演してお願いして、結局うまくいったのは2か所ぐらい、反応してくれたのは。そのぐらいの成功率なのですけれどもね。それでも動き始めてくれた病院があるのですよね。だから何とかしてアピールしていく。そのときにやはり点数のこととか、経済的なことも忘れてはいけないのですけれども、なかなか難しいです。それはお答えにならないくらい難しいと思って、すみません、実感しています。

○大川先生 もう一つ、全然別な話になるかもしれないのですが、病院歯科ですね。病院で歯科医師を雇うようにというような政策が動いているとか動いていないとか、ちらっと小耳に挟んだ話なのですが、そこら辺は恐らく病院の経営から考えると、なかなか現実的ではないと思うのですが。

○丹沢先生 実は病院歯科って、1日1人の医師が25人以上診てはいけないとか、抜歯なんかして翌日に経過を診て、ただ単にSPするだけの人も1人にカウントされてしまうので、非常に制限を受けているのです。歯科医師会には申し訳ないけれども、これは昔、歯科医師会が病院歯科に患者をとられないために考えたことなのだと私は思っています。怒られてしまいますけれども、歯科医師会に(笑い)。やはりその辺をバランスよく戻さなければいけないのですが、これ法律に書かれてしまっているので、法改正が必要だと言われたことがあって、まず自分たち歯科医の足元から少し考えていただかないといけないことかなと思います。

病院経営については、それぞれの病院の事情でどうしようもなく、しかもこのコロナ禍で病院は潰れそうなところが多数あるので、本当に厳しくなってしまったと思うのです。せっかく初・再診料が増えたのに、本当に残念なのです。

だから、その辺はまず自分たち身内の中の足元固めからが大事なのではないのでしょうか。そういうことを考えてくださいということで歯科医師会の御理解をいただいて、それで持っていくしかないのかなと思います。

○浅海座長 先ほどの丹沢先生のお話にもございますように、歯科衛生士とか歯科技工士に関しても業務制限があります。例えば歯科衛生士の業務拡大に関しても、法的問題もあり認めていないところがあります。歯科放射線で言えば、放射線の照射のボタンは歯科医師しか押せない。こういうところは非常にハードルが高いというか、我々自身がそういう障害になっているところって非常に大きいというふうには私も認識しております。

ほかにいかがでしょうか。

丹沢先生に、多職種で共有するデータベースの作成とか統括する機構の設置、こんなことを書かれているのを見たのですけれども、これってどこが主導してやっていくべきことなのでしょう。

○丹沢先生 結局、歯科医師が主導しなければ動かないと思うのです。しかし、そういうシステムは病院歯科の場合には、病院として作ってもらわないと動けないのです。だから非常に苦しいのです。それで提言に書いてあるわけです。

産業革命のお話をしたのはそういうところで、一次、二次、三次と言ったときに、どうしても我々が抜けなければならない道があるわけです。そのときにデータベースとか、これは診断方法だとか、そういうものの得たデータなんかもみんなそうなのですけれども、そういうものが非常に大事になると思うのです。

ですから補綴学会でも歯周病学会でも、いろいろな学会がこういう基礎的なものを、個々の患者さんや個々の病院のデータと、それからスタンダードなデータとの突き合わせて出てくるものがとても大事だと思うので、ぜひお願いしたいと思うのです。

退職した人間が軽口たたいていて申し訳ないのですけれども、すごく大変だと思います。○浅海座長 保険収載は、ここ2年ぐらゐすごく歯科からも増えていてありがたいことなのですが、かなりな多くの資料収集をして明確なエビデンスを示さないと、認めてもらえない。しかしながら、それをしないと我々の今日のお話のようなことも進みにくいということもあると思います。ですから、今日御参加の先生方の学会においても、ぜひそういったエビデンスを集めて、積極的に保険収載に向けて御努力いただきたいと私も思っています。私も社保の審査員を実は15年ぐらゐやっています、医科との点数の差も非常に感じていますので、進めていただきたらと思います。

ホームページの話も出て、歯科放射線学会に関してもそうですが、いろいろなことを掲載しています。ただ掲載している内容が、長くて、読みにくいことがあります。一般の方は恐らく1ページか2ページぐらゐに収まらないと読まない。詳細なホームページの資料というのは必要なのですけれども、ぜひ各学会にお願いしたいのは、その簡易版というか、1枚で見られるようなものを出していただければ、もう少し知識も知名度も、一般の患者さんにも広がるのではないかというふうには思いました。

ほかにいかがでしょうか。

○尾松先生 よろしいでしょうか。

○浅海座長 どうぞ。

○尾松先生 日本歯科医師会の尾松です。

○浅海座長 お世話になります。

○尾松先生 よろしくお願ひします。丹沢先生にちょっと御助言をお願いしたいと思ひます。大変貴重な御講演ありがとうございました。日本歯科医師会もこの地域包括ケアシステムの構築に大分頑張っています。そこで、丹沢先生が今まで御経験された中で、日本歯科医師会としてはこういうところをもう少し力を入れるというか、気をつけて行うというような御助言をいただけたら、これは地域保健課が担当していますが、本会のほうに持ち帰って伝えたいと思ひますので、是非よろしくお願ひします。

○丹沢先生 先ほどの病院歯科の位置づけですね。これが1つ、大事だと思います。

それから、病院歯科がない病院をどういふふうにかバーしていくかという体制づくりですね。1つの歯科医院が1つの病院を受け持つというのは多分なかなか難しいのです。それでグループで受け持てるような、在宅なんかの患者さんでも、1対1でかかりつけ関係で24時間365日縛られるわけにはいかないので、だからグループで診ていても、

かかりつけや主治医としての加点がもらえるような制度改革が大事だと思うのです。

本当に歯科医師会が実はすごく頑張ってくれたのです。私は6年間中医協委員をやらせていただいてとても感じて、厚労省もそれに応えてくれていたと思います。ただ、やはり医科の方がなかなかやっていただけない。やはり話し合いが大切です。田舎の方だと良いのですよ。顔が見える関係で、人間関係がうまくとれるのですけれども、都会に開いていれば開いているほど難しい。どうやって医科の理解を得るかというところに尽きると思うのです。制度がいろいろ良いことが随分入ったのです。ですが、医科が声をかけてくれないと一切動かないのです。そこのところが本当に私が一番気になっているところです。

すみません。答えにもならないのですけれども、そういうふうに思いますね。

○尾松先生 どうもありがとうございました。やはり地域差はあります。地域の歯科医師会での医科と歯科の連携に格差がありますので、その辺のところはもっとしっかりとやるようにと、本会からも発信していきたいと思います。貴重な御意見どうもありがとうございました。

○浅海座長 ほかにいかがでしょうか。

○市川先生 日本学術会議としては、やはり提言を発出するのが一番の仕事ですので、他領域の委員会、分科会の中に歯科がきちんと入って、あるいは歯科の中に他領域の方に入っただき、歯学の意見を提言の中に入れるということも大事だと思います。

例えば、タバコについては瀬戸暁一先生が健康・生活科学委員会と合同にやってこれていましたし、先ほどの地域包括ケアに関連して、看護はうまく地域看護学という学術領域を設置するという提言を出しております。そういった意味では、例えば食力なんかは臨床医委員会に老化分科会というのがあり、今回委員に私を入れていただいたのですが、その中で歯科の重要性を書き込めたら、少しでもお役に立てるかなと思っておりますので、引き続き御支援をいただければと思います。

○浅海座長 市川先生、どうもありがとうございました。最後におまとめいただいたような感じになりました。感謝申し上げます。

この後、特に御質問がございましたら事務局のほうにお知らせいただければ、また先生方にお答えいただきたいと思いますので、よろしく申し上げます。

時間となりましたので、最後の閉会の挨拶を西村先生にお願いしたいと思います。

3) 閉会挨拶

○西村先生 西村でございます。本日は会員の村上伸也先生が閉会のご挨拶を述べられるところでしたが、急な所用のために、私が閉会の御挨拶を差し上げることになりました。

まずは、このようなコロナ禍の大変な状況の中で日本歯学系協議会の先生方、特に羽村先生並びに座長の労をいただきました浅海先生には深く御礼申し上げます。

市川先生には、学術会議の全貌並びに歯学系のメンバーがどういうことをしているかということの詳細にお話いただきました。

丹沢先生には、奥深い話を分かりやすくお聞かせいただき、本当に私自身も勉強になったということで、これからの歯学がどうあるべきか、あるいは口腔というものが全身でどうあるべきかということ、私は基礎に戻ってしまいましたけれども、深く考えさせられる本当に素晴らしい内容のお話でした。

また、日本学術会議というのは、先生方も報道でいろいろなことをお聞きになっておられると思うのですが、確かに日本学術会議としては、多くの課題を抱えているところは、私たちも感じているところです。一方で、現在、問題とされているになっている部分は、全く表面的であり、あるいは大きな誤解であることが殆どであり、政治家とメディアの勘違いに起因しているであるというのが私の実感です。恐らく丹沢先生も同じような実感をお持ちではないかと感じております。

実際に御質疑をお聞きさせていただいたときに、歯学は頑張っておる部分は少なからずはあるのですが、他の領域、例えば看護だとか保健という分野の方も医学のところへどんどんと進出している状況がありますので、歯学が日本学術会議、あるいは歯学界、医療界にさらに進出していく時期であると痛感致しました。

そういう意味では、日本学術会議の歯学の会員はたった3名でありますし、連携会員を含めても二十数名ですので、マスタープランにしましても、先生方の御指導、御鞭撻をいただくことが多々あるかと思えます。これから温かく日本学術会議を観ていただいて、丹沢先生がおっしゃったように、ホームページで提言や様々な情報がたくさん出ております。ぜひ歯学だけではなく、ほかの領域も含めましてご覧いただいて、日本学術会議はこういう部分もあるのだということ、先生方から、広く歯学界や国民の方を含めてお伝えいただければありがたいと思っております。

本日は、このような貴重な機会を設けていただき、改めて御礼申し上げます。どうもありがとうございました。

これで閉会の辞とさせていただきたいと思っております。どうもありがとうございます。

日本学術会議歯学委員会・日本歯学系学会協議会

共催 Web 講演会

「**歯と口と健康のための体制作り：**
歯学における学術活動および国民への周知活動の方向性」

2021 年 3 月 24 日

編集・発行 一般社団法人 日本歯学系学会協議会
(理事長：羽村 章)

事務局 〒170-0003 東京都豊島区駒込1-43-9
駒込T Sビル (一財)口腔保健協会 内
TEL:(03)3947-8891 FAX:(03)3947-8341

印刷・製本 株式会社トライ・エックス