

岩手医科大学歯学会 20 周年記念シンポジウム*

歯科医療における QOL (quality of life) を考える

モデレーター：石川 富士郎

シンポジスト：甘利 英一, 上野 和之, 田中 久敏

特別発言者：箱崎 守男, 佐藤 政直

(受付：1995年6月15日)

石川：これから本学会 20 周年記念事業の一つとして、記念のシンポジウムを開かせていただきます。お手元には各シンポジスト、特別発言者の方々の御発言の要旨並びに御略歴が掲載されていますので、それらを御覧になっていただきます。今回の記念シンポジウムは、「歯科医療における QOL (quality of life) を考える」という題です。ただいまは行天良雄先生の記念講演を拝聴して大変インパクトの強いお話で、その感銘が未だ消えやらない中でのシンポジウムをこれから始めさせていただくわけです。当然、先ほどの御示唆をいただきましたことなど各シンポジスト、特別発言者の方々も踏えておられるかと思えます。

では、これからシンポジウムをはじめます。各シンポジスト、特別発言者の方は御自分の持ち時間をできる限りお守りを下さい。残された約 1 時間をお集まりの会場の皆さん方の御発言をいただきます。学会員の皆様、一堂に会してこの 20 周年記念のシンポジウムを意義あるものにさせていただくように、よろしく御協力をお願い申し上げます。お話を伺う前に御発言を下される方々が、会場の最前列でお座りです。学会員の皆様は御存知の方々ですのでその都度、御紹介するのはどうかと思えますので、まずここで一人一人その席で立っていただ

き御紹介に代えさせていただきます。

最初の御発言をいただきます甘利英一教授。現在、本学小児歯科学教授をお務めです。(拍手)

次に、上野和之教授、同じように本学の第二保存学教授をお務めです。(拍手)

3 番手に御発言をいただく田中久敏教授です。本学第一補綴学教授をお務めです。(拍手) ありがとうございます。

三方からは、それぞれのテーマでお話を拝聴します。今回、特別発言をいただく方をお二人御指名をしています。

お一方は、箱崎守男本学会評議員、本学歯学部第 1 回卒業生です。(拍手) 現在、日本歯科医師会の理事、並びに岩手県歯科医師会の専務理事というお役を担われ、特にご開業のかたわら医政面で御活躍をいただいています。ありがとうございます。

もう一方、特別発言者としては佐藤政直会員をお迎えしています。(拍手) 本学の第 4 回の卒業生で、ご開業のかたわら主として盛岡市の歯



* 平成 6 年 11 月 19 日(土) 14 : 15 ~ 16 : 45 岩手医科大学歯学部講堂において開催された。

本シンポジウムのねらい

新しい世紀を間近に迎えて、若年層の減少、高齢者の増加で表現される、我が国の人口年齢構成の急激な変化、有病率の高かったう蝕症、歯周病の二大歯科疾患の構造変化、歯科疾病の治療から予防に、さらには口腔保健、健康増進への歯科医療体制の転換など、単に歯科医療を担う側のみならず、それを受ける国民サイドのニーズやその価値観は刻々と変化を来している。

学会は、新しい歯科界の立派な担い手の養成を目ざし日々教育、研究、診療の実践が行われている場の大学内にある。

節目の記念に当たり、主題のシンポジウムが企画された。この機に、医療人、受療者のみならず社会全般で、quality of lifeを重視した歯科医療のあるべき姿をどう考え、実行したらよいかを時間のゆるす限り討論してみたい。幸いに、大学に籍のある3名のシンポジストの方々からは、特に幼少期、壮年期、老年期のところに焦点を合わせて御高説を伺う、また日常医療の実践を、そして医政面にも造詣の深い2名の特別発言者の方からの御意見を伺った上で、参加下された多数の方々の発言を頂戴して有意義なシンポジウムの展開を望みたい。

科医師会を中心として御活躍をいただいています。いずれの方々も医療面、そして医政面での実践者ですので、主題に対して期待されるお話が伺えるのではないかと思います。

それでは、限られた時間です。今回のシンポジウムが持たれました意図については別掲のとおり私の「本シンポジウムのねらい」を記録させていただきました。それぞれの講師の方もそのようなことを含めて話題をお出しいただけるものと思います。まず本席の進め方は、最初に20分ずつシンポジストの方にお話をいただき、次に第2回目の補足のご発言を5分ほどいただきます。その後、お二方の特別発言を約7分ほど頂戴し、多少のまとめの後に会場の皆様方からの御発言をいただく予定です。そこでシンポジウムの後半をにぎわしていただきたいと思っています。

それでは、第一席として甘利教授に御発言をいただきます。甘利教授には、小児に対して日常御診療をされているわけで、「21世紀にむけての小児歯科の口腔保健と診療」—歯列育成のための齲蝕、歯周疾患の予防—ということでお話しをいただきます。どうぞお願いいたします。

甘利：21世紀を間近に迎え、高齢社会に対応した健康政策として、新しい医療の課題に生活環境基準の向上を掲げて、厚生省は8020運動を提唱しています。この運動は、子供を預る者としては、乳児期から生涯の口腔保健を目標に



取り組みこのことによって初めて意義があって、この運動の成否が定まってくると思います。

今回は、岩手を中心とした歯科疾患の現状から、小児の歯科の視点から虫歯と歯周疾患の予防など

について少々触れてみたいと思います。

小児の齲蝕について

齲蝕はつい最近、平成5年度の厚生省から出された歯科疾患の実態の速報で、有病者率は1歳で8.3%、それから3歳で59.7%と、乳歯咬合完成期までに半数以上が齲蝕に罹患しています。6歳までは何と88.4%、ほとんどの小児が虫歯に罹患しています。また、乳歯の未処置歯数の率は、3歳で大体54.6%、6歳では69.2%であります。全国的には乳歯齲蝕は昭和60年から減少傾向を見せています。少し停滞傾向であると思いますが、岩手ではいまだに放置されている状態です。永久歯齲蝕では、小学校時代に大体4.5本、中学校時代に3.3本、高校生時代に2.3本で、二十歳になりますと有病者率100%、未処置歯率が66.1%です。義務教育の期間に多くの虫歯が発生しています。

ところで、平成5年度の岩手県の報告では、

1歳6カ月の歯科健診において、齲蝕有病者率が9.6%で、1人平均齲蝕数0.3歯で、3歳児では、62.5%、1人当たり3.6歯と増加しています。しかも、この成績は全国的に見ますとはるかに高い状態にあります。

この状況を県内保健所別に見てみますと、岩泉、久慈、二戸の県北ほど齲蝕率、一人平均齲蝕数は高く、盛岡市や県南地区はさほどではありません。

このことは歯科医院数及び小児歯科標榜医一保健所に登録されている一県下における保健所別の分布からみても、大変、問題になる点ではないかと考えます。また、岩手県下の小児齲蝕の有病者と未処歯者の状況を年代的区分で見ただものでは、平成4年度の1年間で1歳6カ月から18歳ぐらいまでの有病者総数は、約26万2千人、しかも未処歯者数は約14万5千人です。

最近、小児歯科を訪れる患者には、虫歯がなく、予防処置を希望して来院される方もかなりありますが、岩手県での1歳6カ月児では、齲蝕罹患型のA型が9.9%、3歳ではA型が27.7%です。B型が30.4%、A型からB型へと悪質な齲蝕罹患型への推移が見られます。中には2歳7カ月で、齲蝕の罹患型、厚生省分類ではC型というランパントタイプのものがあり、両極端な状態にあるのが岩手県の子供たちです。

ところで、先程、岩手県下における患者の齲蝕データを示しましたが、県内の患者全員を1年間、県内の小児歯科認定医40名ほどが診療を担当するとするならば、1認定医が年間約3千500名ぐらい分担しなければなりません。また、保健所に登録されている小児歯科標榜医が71名おられますので、この方々は年間1,960名の患児を診ることになるかと思えます。県下の全歯科医数が現在約490名余で、1歯科医当たり約280名の小児歯科診療を担うこととなります。年間でこの数ですから2年、3年と重なればどのようなことになりましょうか。おわかりになるかと思えます。齲蝕処置よりもむしろ齲蝕予防について早い時期に対策を練る必要が

あると私は思っています。

小児の歯周疾患について

次は歯周疾患です。Listgartenらが歯肉炎は歯周炎に移行することはないと申しています。これは次のシンポジスト上野教授の方がよく御存じかと思えます。しかしながら、昭和63年(1988年)の日本歯科医学会委託研究では、歯肉炎の有病者率が1歳6カ月児で31.9%でした。3歳児では33.7%と、成人より高い値を示し、2歳児のうち3分の1に歯肉炎が見られました。9歳児で、64.9%と半数以上の子供たちが罹患していました。このような値は長野県南信地区における宮崎らの報告(1994年)でも、小学校高学年児が88.9%、中学生が85.5%で歯肉炎が年少時から発症しているという現状です。

この傾向は昭和63年(1988年)、岩手県下における1歳6カ月から12歳までの調査成績でも、1歳6カ月で85.6%、3歳児で98.9%、9歳児で99.1%、12歳児で98.6%と歯肉炎の有病者率が長野の南信地区よりも更に高い状態にありました。3歳6カ月児での上顎正中部の歯間乳頭部と上顎左右乳切歯の辺縁歯肉と、下顎左右乳切歯のそれが軽度に発赤している歯肉の状態、2歳3カ月児の上下顎左右側中切歯から歯間歯肉と辺縁歯肉が顕著に発赤腫脹しているものを示します。これらの歯肉炎をもつ患児は外来でもよく見られます。

6歳児での左側の側切歯から右側のそれまでの歯肉乳頭部の腫脹がみられます。また9歳児で上顎両側中切歯とその歯間乳頭および辺縁歯肉部の清掃が不十分で発赤腫脹が認められる症例を示しましたが、このような状態は、加齢とともにその症状が著しくなってきます。これら歯肉炎、歯周炎に対する基本的な予防対策は、御存じのように唯一ブラークコントロールです。ブラッシングをよく行うことが将来の歯周炎のリスクを低くすることから、まずは歯肉炎の予防対策が重要であると思っています。

それでは将来の歯科はどうなるかを考えてみ

ますと、我が国の現状の健康保険制度下では、早期発見、早期治療の第2次予防に主眼が置かれます。すなわち齲蝕治療が歯科臨床で、頻度の高い処置です。しかし過去の多くの報告からは、これが十分な予防効果かという点、その成績は上がっていません。他の先進国の齲蝕予防対策と比べて大変立ちおくれ、改善の徴候が見られていないのが現状ではないかと思えます。ところで、第2次予防による処置では、石村らの報告では修復物の寿命は平均6.1年、再修復または抜歯されてしまうもの。2次齲蝕での修復物の脱落、破折、あるいは歯髄炎、根尖性歯周炎など、その頻度が高いといっています。一般的に行われている修復処置は半永久的処置とはなっていません。定期的なリコールによるメンテナンスを実施している歯科医が少なくこの点を考えますと、多くの修復は再修復を繰り返して、最終的には抜歯されてしまうのではないかと推測されます。さらに、歯の喪失について鈴木らは、齲蝕に起因するものが62%、歯周疾患によるものが30%で、また木村らは歯の喪失が同じように齲蝕によるものが55.5%、歯周疾患によるものが38.4%と報告しています。したがって、歯の喪失の原因は齲蝕によるものが多いということから、いかに齲蝕の予防対策を優先することが大切ではないかと考えます。

以上まとめてみますと齲蝕の予防は乳歯列期の早い時期から対策を練って、いろいろと対応していくことが大切ではないかと思えます。さらに、歯周疾患の基本的予防に対しても、診療室での歯科医による定期的な口腔清掃とか歯石除去ということが効果的で必要であると思えます。

最後に、21世紀にむけての歯科医療は、診療のQOL向上のために、小児期、思春期の歯科保健を優先すること、齲蝕や歯周疾患の予防、広範囲なフッ素の応用、代替糖の活用、口腔清掃指導、医院でも定期的な診査ということ、「削らない」、「詰めない」歯科医療の実践にあることだと考えます。今後21世紀にむけての歯科医療は、口腔の健康と機能の保持とか増進を図

る第1次予防にあるのではないかと思います。

石川：ありがとうございました。QOLを考える中で、発育期における歯科疾患の現状から治療の限界、そしてどう対応していくかというお話をおまとめいただきました。

それでは、第2席の上野和之教授にお願いいたします。

上野：歯周病の立場からは「歯の寿命を決めるもの」という内容でお話をさせていただきます。本日のメインテーマは、「歯科医療におけるQOLを考える」ということですが、このQOLすなわち「quality of life」の意味するところは幅が広いようであります。



ある偉い英文学者が、日本語の「未練」と「生きがい」という言葉は訳しにくいと述べていたことを覚えています。ある新聞社の論説委員の方は「QOL」の訳を「生きがい」が適切ではないかと言っており、私もそのように受けとめています。御存じのように、我が国は世界一の長寿国となり、平均寿命が80歳になんなんとするところまで伸びております。それでは、それに応じて歯の寿命も伸びたかという点、その辺はどうも問題があるようです。歯科医療における「QOL」については、治療を施される側と、施す側がありますので、その両者の価値観が一致しませんが、これが「QOL」であると決めつけることはできないようです。日本歯科医師会雑誌に、昭和59年(1984年)からは「歯は、命、一生自分の歯で食べよう」という言葉が表紙を飾っておりましたが、この数年は「8020運動」に代わりました。人間の寿命にできるだけ歯の寿命を近づけようとするのが、「歯科医療におけるQOL」ではないかと思っています。

1. 人の寿命と歯の寿命

平成6年(1994年)9月の日歯広報に掲載された最近12年間の歯の寿命を見ますと、本学歯学部の第11期生が卒業した昭和56年(1981年)頃から、歯の寿命は延びる徴候を示し、昭和62年(1987年)までは緩やかに、その後本学の23期生が卒業した昨年の平成5年(1993年)までは急速な延びを示しています。全体的には切歯や犬歯は下顎の方が、また大臼歯は上顎の方が寿命は長い傾向にあります。12年間の統計を見ますと、特に下顎大臼歯部での延びが顕著で、6歳ほど歯の寿命が長くなっています。それでも、噛むために重要な大臼歯は犬歯や切歯に比べますと、5歳から18歳くらい短く、人間の寿命にはまだまだ30年程及ばないようです。歯の寿命を長くするために活躍しているのは、勿論歯科医師であることは言うまでもありません。しかし、おかしな話のように思われるでしょうが、歯の寿命は昭和56年(1981年)がどん底であり、それ以前はむしろ長かったという報告もあります。これは歯科医の増加が歯の寿命を縮めているのではなく、歯科医が足りなかったため、本来、抜かなければならぬような悪い歯を抜けないでいたという方が正しいのかも知れませんので、先ず歯科医師数の変化に目を向けてみたいと思います。

2. 歯科医と人口

人口10万人当たりの診療従事歯科医師数を昭和10年(1935年)から昨年まで調べたのを見ますと、実際の歯科医師免許取得者の数はこれよりも昭和45年(1970年)までは若干名、その後は1,2割多くなっています。昭和50年(1975年)までの40年間は10万人に対して30人から35人の間を行き来していました。しかし、昭和59年(1984年)、本学の14期生が卒業した年に、一応の適正数とされた10万人当たり50人を越えてからは、増加の一途を辿り、平成4年(1992年)に60人を突破して、現在では65人になっています。

同じように人口の推移については、昭和10年(1935年)の6,800万から現在では1億3,000

万を多少越えたところにあります。統計学的にみますと、平成22年(2010年)に最高値を示しますが、それでも1億4,000万人には達しないということであり、その後は減少傾向で、21世紀の終わり頃には8,800万人までに減ってしまうということです。これらの人口を3つの年代に分けてみますと、14歳以下の若年層は昭和10年(1935年)の4,500万人から8,500万人までに増加していますが、このグループの全人口に対する増加率は、この30年間では殆ど差はなく、67%から69%程度であるのに対して、65歳以上では5%から14%へと3倍に達する著しい増加を示し、その分14歳以下は36%から17%の半分以下に減少しています。何れこの両者間に逆転現象が起こることは必至なのです。また、昨年生まれた人口が120万人弱であり、55歳人口の160万人よりも少ないことや、先ほどの120万人弱という数は68歳の人口とほぼ一致しているということです。このことをみましても、高齢化社会を迎えたわが国で「歯は命、生涯自分の歯で食べよう」というキャンペーンに近づけることを「歯科医師と患者のQOL」としますならば、高齢化と共に歯周治療の需要が増してくるという甚だ手前味噌の現実が迫ってきています。しかしその一方で、一昨日のNHKレポートにもあったように、65歳以上の1,700万人のうち、7%に相当する120万人が老人性痴呆であり、その中の3割前後がアルツハイマー症であるという、今の若い方々には大変気の毒な社会に向かいつつあるということに掛け値なしでお伝えしなければなりません。

3. 寿命を左右する要因

「寿命を左右する要因」についてみますと、寿命の決定権は歯に限らず、生命体のほうであっても、先ず第1にもって生まれた体質、即ち「素因」、次いで健康に対する自己管理、即ち「養生」、最後に楽ではない状態、いわゆる英語でいうところのdisease、即ち病気に対応してくれる「医師の選択」の3者によって決定づけられるのではないかと思います。歯の寿命につ

いても全く同様であると思いますが、多少異なるところがあると思います、「医師の選択」については「歯の寿命」の方が選択の幅が広いということではないでしょうか。歯の場合は寿命が尽きたからと言って、抜歯してもその後には入れ歯によって機能回復ができますので、治療を受ける側と施す側の歯に対する人生観や価値観の違いによって、歯の寿命の取り扱いについてもいろいろな選択肢があります。生命体の寿命では燃え尽きますと人生一巻の終わりですので、選択肢はかぎられます。本日は、歯の寿命を伸ばすための3つの要因を主体に臨床例でお話をさせていただきます。

最初に「素因」が関与していると思われる症例ですが、初診時19歳の男子で、前歯の動揺を訴えて昭和46年9月に来院しております。歯肉の炎症はそれほど高度ではありませんが、既に切歯部や第1大臼歯部以外にも骨吸収が生じていた、古くは「歯周症」、現在では全顎型の若年性歯周炎の例です。ご両親も40歳代で可撤式義歯を装着していたそうですが、この方は13年経った昭和59年にご自身の資料を提供して下さいました。歯科医療に従事している方でもあり、ご本人は十分なプラークコントロールを実施してきたとのことですが、その努力にも拘わらず歯周病は進行しておりました。現在では、上顎の切歯2本と大臼歯3本を既に喪失しています。このように素因も加わり、病変の進展を防ぎにくい歯周病も実際には存在しています。

次に「養生」の点で問題のあった初診時31歳の男性の症例です。この方は昭和45年5月に、職場の口腔健診で歯科治療を勧められ、私どもの診療科を訪れています。本例は、当時としても珍しい方で、もの心ついてから1度も歯を磨いたことがないとのことでした。虫歯も動く歯もなく、レントゲン写真でも骨吸収は殆どありません。現在では用いられなくなった塩基性フクシンで前歯を主体にプラークを染めてみましたところ、唇で擦れあうところを除きますと、まんべんなくプラークが染め出されていま

た。当時、臨床実習中の第1期生にスクレーピングとブラッシング指導、今のプラークコントロール指導をお願いしました。次の来院時にも口の中は不潔で、一向に歯を磨く気配が見られませんでした。歯を磨くことの重要性を私からも再三お話をしましたが、患者は「今まで磨いたことはなかったのに、虫歯もないし、動く歯もない、歯は丈夫である」と主張して言うことを聞きませんでした。口腔内の不潔さを除けば特に治療するところもありませんでしたので「磨く気にならなければもう来なくてもいいですよ」と話したところ、来院しなくなりました。それから丁度15年経った昭和61年に、歯茎が痛んで近医を訪れ、いわゆる歯槽膿漏の急性発作であり、大学の治療を勧められ来院しました。既に、大臼歯は智歯を入れて8本も失っておりました。また、何本か齶蝕処置やクラウン補綴が施されていまして、この15年間に、恐らく歯の痛みが何回か生じて、歯科治療を受けていたことが分かりました。急性症状の処置後に、歯周治療の必要性を話したところ、本人は以前のことを承知しており、今度は治療すると言って帰りましたが、ブラッシングには納得が行かず、また来なくなりました。これは例外に近いと思われませんが、同じような症例から判断しますと、恐らく数年後には犬歯以外、数本だけとなって必ず来院すると思います。私は、学生に歯周病患者と犯人は必ず現場に戻ると教えていますが、実際にこの25年間このような症例が沢山あります。どんなに丈夫な体や歯を頂いても「養生」を忘れずと、寿命は短くなるという1例です。歯だから良かったものの、命であったらもうこの世にはいないのではないかと思います。

第三の症例は、本日のモデレーターをされている石川教授から、昭和45年5月に紹介された全顎に及ぶ、典型的な当時の歯槽膿漏、いまの辺縁性歯周炎例です。現在ではこの程度の症例は容易に歯を残すことができますが、当時の治療レベルでは、とくに前歯は保存か抜歯かの境界領域にありました。私どもの診療科は歯科

医師は私1人でありましたので、先の症例と同様、当時の院内生と一緒に治療を行いました。今のような超音波スケーラーもなかったために、スケーリング時に歯が抜けてこないようにと、初診時に、まず線結紮固定を施した後、口腔単位の歯周治療に入りました。全顎の歯周外科終了後、昭和48年に上顎は当時開発されたばかりのメタルボンドポーセレンジャケットクラウンを、下顎前歯部は4分の3冠によって連結固定を行いました。固定後ほぼ8年で右中切歯の陶歯が破折し、やむを得ず、同部に当初はレンジ歯、その後はコンポジットレジン歯を張り付けております。最初の治療の際に下顎左側の側切歯部に根管穿孔を起こしましたが、同部を閉鎖後根管処置を施したところ25年後の現在までなら異常なく経過しております。この例は、初診後15年目以降ほぼ5年に涉ってリコールが中断されましたが、特に病変の進展はみられませんでした。初診から20年経過後から固定を試みなかった上顎右側臼歯部に病変の進展が生じたために、連結冠固定を行っております。コンポジットレジン歯はプラークコントロールによって数年で磨耗いたしますので、ときどき付け替えています。25年後の状態をみますと、3/4冠の固定では20金を用いても、20年以上経つと、切縁や辺縁部が減ってくるようであり、現在私共どもの診療科では殆ど用いなくなっています。また、歯周病の患者さんはお付き合いが長いこともあって治療には協力的な方が多く、この方も上下合わせて5ケースの金箔充填を行わせていただきました。卒業生の中にも、この方のお陰で卒業できた方がいる筈です。

歯周治療はその後どんどん進歩して、4半世紀前には、先の症例が罹患歯を残す境界領域にあったと思いますが、最近ではMGS, FGG, GTRなど車の名前のような治療法まで開発され、さらに高度な症例でも機能を回復させた状態で残すことが可能になっています。この症例や次のどうしても自分の歯で食べたいということで歯科医から紹介された、平成3年7月に来

院した例などは「歯科医師の選択」がよかった例と思います。肉眼的にもまたレントゲン写真的にも高度の例で、下顎前歯を除くと、骨吸収が高度であるばかりでなく、過蓋咬合や、上下顎の歯列弓の不調和などの問題がある42歳女性の症例をお示しします。院内生と一緒に治療を行い、既に歯内歯周病変で顎骨から遊離していた上顎右の第1大臼歯と下顎左の第1大臼歯を抜去した他は全て保存した上で、メンテナンスリコール中で初診後3年4カ月です。本例は、素因点では多少問題がありましたが、他の2要素が揃っていたために保存治療が可能になった例で、これまでの経験から2, 3カ月に1回程度のリコールで今後20年程度は現状のまま保存が可能であると推測しています。

最後の例は「素因」「養生」「歯科医師の選択」ともそれなりに揃っていましたが、長い年月の中で、それらを妨げる要素が結果的には「素因の形で介入した」、結果的には一部の歯の寿命を短くしてしまった例です。初診時17歳の女子高校生で、昭和46年6月に罹患歯の抜去を近医で指摘され来院した例です。現在の診断基準では難治性歯周炎に含まれる病変であると思われませんが、通常の若年性歯周炎とは異なり、局所刺激因子が多く、しかも齶蝕歯も多く存在していましたほか、上顎口蓋側と下顎舌側にエプリースができていました。患者や同伴の親御さんも何とか40歳まで残せないかということで、治療に入りました。東京の大学進学後は来院が多少不規則になり、プラークコントロールも十分とは言えませんでした。歯を残すための口腔単位の歯周治療を終えてから、その後は特別悪化もせずに経過しましたが、20年後の37歳の時にITP即ち特発性血小板減少性紫斑病に罹患し、入退院を繰り返しながらステロイド治療を現在まで継続する事態を迎えてから、歯周病変の悪化が生じました。初診時と現在のレントゲン写真をみますと、この23年間に一旦歯槽骨の再生が生じた時期もありましたが、その後、全身疾患の発症によって再度骨吸収傾向を示すようになっていきます。

4. 治癒を左右する要因

進行した歯周病の治癒を左右する要因は、養生と関連する「患者の協力」、素因と関連する「組織の抵抗力」、歯科医の選択と関連する「術者の能力」ですが、他に口腔単位の治療方針の設定と、流れに沿った治療の実態が不可欠です。したがって、高度の歯周病の場合は一般の先生方が手をつけない状態で来ていただいた方が、口腔単位としての治療計画を設定して治療する上で、やりやすいということになります。症例毎に工夫とアイデアを凝らした治療が必要ですので、1本、また1本というように櫛の歯が欠けるように歯を抜いた状態で来られると、実際は治療がやりにくいということになります。

現在、全国的な歯科医過剰の時代を迎え、20年前に比べると本県においても、歯科医療を施される側の「歯科医師の選択」の制約は大幅に緩和されています。その結果、患者さんにとっても歯科医を選択する幅が大変広がっています。昔のように朝早くから並んで、番号札をもらうとか、治療内容に拘束されると言うようなことはなくなりました。むしろ問題なのは、種々の理由から、施す側が要望に応じられるか否かのジレンマに陥っているようにも推測されます。このようなジレンマが患者と歯科医師の両者の人生観や歯に対する価値観によって生じるものであればやむを得ませんが、罹患歯を残すための技術の未熟さや、ノウハウに対する情報不足によるものであれば、生涯研修はまだまだ十分なものであるとはいえないのではないかと思います。

時間の都合で短絡的な症例の提示をいたしました。歯周病の中には、患者の歯の寿命に対する価値観の如何に拘わらず、罹患歯を抜去できない例や、抜去によって問題解決ができる例などもみられます。これらの点については、追加発言のさいにお見せできるかも知れません。いずれにしても、8020運動に対応できる「選択される歯科医師」の努力目標に近づくことが、

歯におけるQOLを現実のものにする最良の手段であることを最後に強調して、お話を閉じさせていただきます。

石川：どうもありがとうございました。時間内で大変貴重な症例を供覧されて、「歯の寿命を決めるもの」は素因、養生、そして医師の選択というキーを掲げられてのお話をいただきました。

それでは、第3席の田中久敏教授からは、「quality of life からみた歯科補綴」というテーマでお話を拝聴いたします。どうぞよろしくお願います。

田中：歯科補綴学の立場からQOLを考えると大変広い分野をすべて網羅するということになりますので、今日はその要点のみをお話させていただきます。

まず、歯科医療の未来像は、寝たきり老人、または高齢者の患者が増えるということです。統計によれば、65歳以上の高齢者は1,749万人（総人口の14%）に達するが、その健康度は様々で200万人が介護を含めた医療を必要とし、いわば「陽と陰」のグループに分かれると指摘されています。歯科医療が直面する高齢社会への不安は、主として“人間は加齢によって直線的に心身の能力を失う”という古い老化の概念に由来するものと、さらには病気や障害を持った高齢者が社会の中心をなしているという概念が不安を助長しているように感じます。

しかし、高齢者においては、体力も頭脳の力も減退することは否めませんが、その程度には個体差が大きく決して一律ではないと考えられます。ことに老人の全身と口腔との健康度には相関関係があると言われてはいますが、明確な解答はなされていないのが現状です。

そこで、加齢現象と疾病構造の変化に対応する歯科医療の将来を論ずるとすれば、身体ならびに口腔に現れる事象が、加齢という時間軸上にいかに発現し、その変化が加齢とともに変化する生態防御機構といかなる係わりをもつかを理解し、多角的配慮を有する高齢者に対して歯科治療をいかに取り組むべきかの解説が望ま

れます。

1. 歯の喪失と全身の健康とのかかわり

現在の統計からみれば80歳で歯を持っている人は平均3.4本です。すなわち、歯をまったく持っていない人がいかに多いかということの証明です。歯の喪失は、単に咀嚼機能が減退することだけでなく、全身的な健康に大いに影響があるということが考えられます。

Eichnerによる咬合歯列対合関係での分類を例にとると、歯が全部かみ合っている状態をA、それから支持域の中の1つが抜けた場合はB、その中で4つの咬合支持域の喪失の度合いで4分類されています。さらに、Cの分類は上下の咬合支持域が全部喪失した状態を示します。

ここでOsterbergの咬合支持(Eichner Index)からみた年齢別の生存率(1990)から歯の喪失度と健康との関係を見ると、増齢にともなう歯の喪失による咬合の支持域が減じたC分類で死亡率が高くなっています。すなわち、総義歯装着者またはそれに準じた多数歯欠損症例においては生存率が低いということがわかります。これから見て歯の喪失は全身的な健康度との係わりがあるということをもまず第1に理解しなければいけません。要するに、口腔機能の老化は歯の喪失によるところが最も大きく、これが全身的、精神的老化に大きく影響していると考えられます。

2. 歯の喪失の原因と加齢変化

ここでは加齢に伴う歯の喪失の原因について論じます。小児期から成人期および老年期にいたる病態像の変化をみるとひとつにLundqvistによる1967年のスウェーデンにおける統計、他にわが国における厚生白書(1990)示すことができます。両国間の比較をすることにより歯の喪失の原因を知ることができます。齲蝕の抑制は経年的に効果が表われ暫時減少の傾向を示し、日本においてもスウェーデンにおいても同様です。歯周疾患は加齢に伴って疾病の

発症率は増加し、それに伴って歯の喪失が増加しております。しかし、60歳以上になると歯周疾患で抜歯される率は減少することが明白です。それに反して加齢に伴って特徴的に歯の喪失の増加因子



として考えられるのは補綴処置をほどこした歯です。補綴処置をほどこした歯の寿命は高齢において短くなっていることです。すなわち、歯科治療には限界があり、人工的に修復された歯はその寿命も短くなるということを実感しなければなりません。これは欧州も日本も同じであるということですから記念講演のお話の中の、歯科医師が多分あふれるであろうという予想はあと10年先ということに同調できます。一方、医学においてもしかり、確かに先進国では医学の進歩によって寿命が飛躍的に延長し、いずれの国でも高齢社会を迎えています。

しかし、Ingelfinger(1977)は高齢者にとって、あらゆる疾病の中で、医療がきわめて有効なのは11%にすぎず、80%は医師がいてもいなくても予後に影響しないばかりでなく、9%は医療を受けることによってかえって予後が悪くなるといっています。医科におけると同様に歯科医師によるオーバートリートメントが、逆に口腔の崩壊をもたらし、加齢に伴う口腔の疾患構造の変化も加わって、顎口腔系の機能を難しいものにしていくという事実は、QOLに関連する事象として理解しておく必要があります。

前歯部が少数残った大臼歯の欠損の症例を挙げます。この症例は大変高価な歯科医療を施しているにもかかわらず、治療的かつ経年的に口腔内は変化し、残存歯そのものは余命いくばくもない症状を呈しています。歯科治療を受けた時点から、さらに病気が進行した理由を理解しなければなりません。それは歯科医療の技術的な問題に老化という概念と歯の症状の悪化との

相関を考える必要があります。すなわち、20歳代の口腔を対応にした歯科治療法が高齢者にとっても最善であるかという疑問が提出されま

3. 8020 運動と歯科補綴からみた QOL

8020 運動とは！ということ、いまここに80歳の患者さんで確かに20本の歯を持っている症例を挙げます。この方の場合、歯医者さんに行った回数も少ないようです。ただども顔を見ても健康、口腔状況も大変健康です。口腔の健康と全身の健康はこの患者さんを診る限りでは相関があると思われま

8020 運動に対する提言（デンタルダイヤモンド、第18巻、1993）で25人の歯科医師がいろいろな角度から8020運動について記しています。ただ、私はその中で日本歯科医師会の中原 爽会長の文章が一番『的』を得ていると思います。それは、8020運動というのは、運動の方向を誤ると歯を磨きましようの標語を単に数字に置きかえただけの危険性をはらんでいるということを書いておられます。すなわち、8020運動は歯数の上では、平均80歳の口腔を50歳の口腔に若返らす趣旨にあるが、口腔諸器官（歯の摩耗、歯の喪失、顎関節、咀嚼筋）などの加齢変化との対応、また8020運動の趣旨からすれば8本の歯が喪失していることから、+α8の欠損補綴と加齢現象との対応、さらには加齢変化と顎骨の瘦弱化への対応などを提言しております。加齢、または老化現象を抜きにして歯科医療というものを考えると大変ですよということを書いておられます。

そこで、本質的に8020運動とは80歳で20本の歯を残すことの意義よりも、むしろ80歳で20本の天然歯で機能すると同様な口腔機能を老化、加齢現象を考慮した歯科治療でおぎない、歯科医療の向上を計ることが8020運動の目的であり、高齢者のQOLに対する補綴治療の使命でもあります。

4. 大臼歯欠損（SDA）と顎口腔系の変化

歯の喪失と加齢現象の係わりについて検索するために当講座では、300人の大臼歯欠損症例を診察しました。その中で義歯を装着しているのは151名で、残りの119名は大臼歯が欠損しているにもかかわらず義歯を装着していない人でした。ここでは大臼歯が欠損しているということに不自由を感じないという人が以外と多いということと、歯科医療を受けても「入れ歯」は邪魔くさいからはめないという患者さんが多くみうけられました。それらの患者を更に詳細に診査すると11%が顎関節症を併発しておりました。これは単に歯が抜けたという疾患ではなく、歯の欠損に伴って咬合の崩壊が顎関節にもおよんで、さらには加齢的悪条件が付加されることにより臨床的問題を惹起し難症例になることが予想されます。さらに、顎関節症を併発している人では、女性のほうがはるかにその症状の悪化程度が大きく、そして上顎よりもむしろ下顎の大臼歯欠損で義歯を入れていない人に重篤な症状を認めました。その症状は、顎関節にとどまらず、むしろ顎、顔面、頭蓋、神経筋機構を含めた顎口腔系の形態的・機能的な変化が著名に現れ、口腔機能の回復または口腔機能の維持の困難性を伴う高齢者を多くみかけました。

さらには、大臼歯欠損患者における前歯スプリントブリッジ装着者と顎関節症との関連をみると前歯にブリッジを装着している患者で両側大臼歯欠損ならびに片側大臼歯欠損症例で多くの顎関節症を併発している症例を認めました。これか考えていくと歯科治療の中でスプリントをして歯を結合させることが高齢者のQOLにつながる歯科補綴になるかということ、必ずしもそうではないという結果を示します。また、歯の欠損は筋力（咬合力）に大きな障害を伴い、同年代層の有歯顎者の最大咬みしめ時の筋活動量の35%にも満たないことがわかりました。こういこと、やはり歯がないということは一つの疾患であり、全身的な老化に影響しているということが理解されます。そこで、大臼歯欠損症例においては残存歯の健康保持のみなら

ず顎位の保持が第一義で、長期的に歯列が保護(接触点の生理的意義)され、対合歯とも接触関係や顎位の関係と咀嚼筋群との調和から計られる補綴法の選択が必須であると思われます。

5. 全部的歯の喪失(無歯顎)と顎口腔系の変化

歯が全部喪失すれば全身的・局所的にどのような影響を及ぼすのであろうかという問には、一般的に理解されるところの歯槽または顎骨の吸収が起こるとい言葉が返ってきます。

そこで、無歯顎高齢者の顎口腔系に現れるであろう老化現象(歯の喪失、歯槽堤の吸収、顎関節の老化、味覚の老化など)が人為的関与に起因するものであるのか、または加齢的变化のプロセスが増悪因子になりうるのかを検討し、高齢に備えての補綴治療が全身機能の維持にどのような影響を及ぼすかを知る必要があります。

総義歯になるということは、単に上顎と下顎の歯がなくなったというふうには考えていません。それは、加齢的变化のプロセスに起こるagingとdisease「人為的関与」に起因する形態的、機能的变化が全身機能に大きく影響を及ぼし、高齢者にとっての健康の増悪因子のひとつになるものと考えられます。

歯の喪失と加齢变化は歯槽骨吸収にとどまらず、頭蓋や顎顔面形態を変化させます。とくに総義歯患者の場合、不適合義歯を長期に使用することによって、その変化は大きく影響し、咬合の再構成に問題を生じさせます。

また、咬合高径を誤れば下顎位、咬合平面、顎関節にまで影響し、機能的变化が生じることになります。したがって、無歯顎者の取扱いは加齢的变化の対応にとどまらず、人為的関与ならびに義歯のqualityが老化の現象の増悪因子になりうるため、補綴学的配慮が必要となります。

そこで、義歯のqualityが悪かった結果、頭蓋や顎顔面形態にどのような変化が起きるかを検討してみました。

機能的問題のある旧義歯においては、facial

angle, ramus inclinationの有意な増加と、Y-axis, 下顎面比, FMA (Frankfurt to mandibular plane angle)の有意な減少を認め、下顎が前方偏位していることが認められます。また機能的に改善をはかった新義歯と同年代の有歯顎者との比較においても、歯の喪失の影響が現れていることが理解されます。これら顎、顔面頭蓋の変化は咀嚼器官としての機能の崩壊につながり、顎運動の中枢制御機構に影響を及ぼすものと考えられます。

6. 無歯顎者と顎関節機能障害

高齢者の咬合関係の変化が顎関節にどのような影響を及ぼしているかについて検討しました。70名の総義歯患者(大多数は義歯の不適合を訴えた患者)を無作為に抽出し、MRIによる顎関節内障の症状との関連について調査しました。

MRIの準動態画像より顎関節内障と診断されたものは70名の中の約68.6%存在し、円板正常群は31.4%でありました。開口した位置で関節円板が転位し、復位を認めた症状を呈するものは45.7%で、全く復位を認めない人が22.9%を占めておりました。一方、一般的臨床症状は特徴的に開閉口時に自覚症状、開口障害、筋の自発痛・圧痛および隣接疾患も認めなかったことから、無歯顎患者の顎関節機能障害は有歯顎者とは異なり特異性が存在することがわかっております。無歯顎者における顎関節内障の頻度が有歯顎者と比べて高いか否かに関してはいまだ定説はないが、無症状顎関節内障症例の存在は今後の高齢者の補綴的対応に注意が必要となります。ことに総義歯患者においては正常に下顎位を確保できる人は全体の25%で、逆に75%の人は何らかのトラブルを持っていると考えれば、難症例の増加はまぬがれないこととなります。

おわりに

今後の高齢者のQOLに対応する歯科補綴で本質的に考えなければならないことは、加齢变化に伴う顎、顔面頭蓋、顎関節の器質的变化と

いうものをいかに遅延させて全身の老化と口腔の老化を調和させるかということでもあります。そのために、Dolder は絶対に無歯顎にはしないこと、最低でも2本の歯を残し12時5分前の歯科診療を心掛けることが大切であると提唱しております。それは歯を残すことが単に義歯にとって好都合であるということではなく、顎口腔系の生理的な機序を崩壊することなく、咀嚼による歯根膜からの情報伝達が脳神経を賦活し、全身的な健康を維持することができるというしております。

将来の咀嚼システムの回復は、これまでの歯学が研究の主目的としていた歯の欠損に伴う人工補綴物を問題にするだけでなく、これから器官を働かす中枢神経や、末梢の諸感覚受容器が発する感覚入力系の制御・調節によって咀嚼という統合的機能が遂行され、顎口腔系の諸器官の健康の維持が、ひいては全身の健康の維持に関連することを理解しなければなりません。そこにQOLに対応する歯科補綴学の真髄が存在するものと考えます。

石川：ありがとうございます。ちょうど時間でまとめていただきました。今、3人のシンポジストの方々は、それぞれ日常の御専門の立場から御発言がございました。あらかじめお断りを申し上げておりました通り、5分ぐらい補足等のお時間を用意してございます。第2回目の御発言願います。

では第2回目を甘利教授どうぞ。

甘利：先ほどは齶蝕と歯周疾患についてのお話をしました。追加発言では小児の永久歯列の育成について述べます。実は小児歯科医療の基本というのは、先ほど田中教授が高齢者に対してどうあるべきかということに触れられましたが、実はその永久歯列のきれいな咬み合わせを育成するということが小児歯科の目標です。この実践する臨床体系を小児歯科では咬合誘導と言っています。ところで、乳歯列を健全に維持した後、永久歯へ移っていくというときにどうなるだろうか。歯の交換が円滑に進行させることは大切なことですが、乳歯列の維持が正常な

永久歯列にうまく移行する必要条件かどうかと言いますと、それは必要条件になっていないと思います。

これは1つの推測ですが、乳歯列から永久歯列になるときに、乳歯の大きさと見合った後継の永久歯が萌出してくれることが望ましいのですが、現状は乳歯と永久歯の相関から調和のとれた関係にある個体は算術的計算では3分の1しかありません。あと残りのものは不調和な関係、逆に乳歯から永久歯が変わるときに大き過ぎるとか、逆に小さ過ぎるという形です。大き過ぎる場合は歯列の叢生が生じます。ディスクレパンシーという形をとります。その逆の場合では、スペースドアーチ、歯列にすき間のある歯列ができることとなります。このことから私たちの教室員は、永久歯列時の不正咬合が乳歯列の時代はどうであったかという調査をいたしております。

それらから、将来の永久歯列の健全な育成のためには、乳歯列時の歯間空隙、歯列弓の大きさ、歯間幅径から考えていかなければいけないということです。

以上であります。

石川：ありがとうございます。乳歯の時代から永久歯の大きさが予知できるという面があるということではありますが、なかなか難しいようです。

それでは上野教授、5分ほど持ち時間があります。ひとつ第2回目の御発言をお願いします。

上野：私、この大学で25年、全く同じようなことを主張してきました。それは歯周治療とは、いわゆる炎症性病変の改善と咬合機能の回復である。したがって、治療をするときに最終的に病院を離れるときにどういう咬合回復をしていくかということのを頭に入れて治療しなければいけない。そういうことを口で言うのはたやすいですが、実際には非常に難しい例があります。そういう例は特に一般の先生方から依頼されるわけです。

花巻の先生からの紹介例で、確かに非常に進

んだ歯周疾患でした。ただ、ここで気をつけることは、前歯部が完全な反対咬合で、だめだからといって抜けばどうなるかと言いますと、この上顎部前歯部は根尖まで骨がありません。したがって、これを抜くと、いわゆる土手というか、歯槽堤がなくなり、質のいい入れ歯が作りやすく、何とかならないかといって来られました。この例、どうしてもだめなら抜いて下顎の骨体の切除をしてある程度上下関係を治さなければならない。この方はいわゆる三日月の側貌の方で、その前に実験的な治療ということで、何とか保存が可能な犬歯と中切歯、他の犬歯を支台歯とした橋義歯としました。骨を中間部に入れて歯槽堤の再生ができないかということで、歯槽堤を再生した例です。

歯槽堤を再生し、これで8年間ももっています。若しこれでだめなら、いわゆる顎切除後に総義歯にお願いしなければならないかと思いましたが、このような処置も場合にはやらなければなりません。

同じような例を掲げます。これも石鳥谷の先生から紹介されたわけですが、私は、治療がこの大学で教育を受けたかすぐわかります。このやり方は某大学で治療を受けたとのことです。だめな歯を抜かないでそして来てくれた。一応クラスプ線とレジンで固定をしてくれました。したがって、こういう場合は、全然だめな歯も何本かありましたが、一応現在の歯で咬合回復ができます。その際、場合によると全然だめな歯を抜いて、埋伏している歯も引っ張り出して使わなければいけないこともあります。実験的な治療ですが、やってみると大体みんなうまくいくので、努力はする必要があるのではないかと思います。

初め歯の移植をと思いましたが、第三大臼歯がちょうどぐらぐらしている第二大臼歯の下にあり、第二大臼歯を抜きましたら歯冠がみえました。第三大臼歯の出てくる環境を与えてやることで歯も助かります。この例は、だんだん萌出しまして、最終的にはクラウンの支台歯として使いました。あとの第三大臼歯が使って役に

立つような症例もあるので、いろんなことを考えなければいけないと思った次第です。

石川：ありがとうございます。1本の歯でも助ける役割をといて、御苦労の症例を見せていただきました。

それでは、田中教授、第2回目の御発言ございましたらお願いいたします。

田中：特別に追加することはございません。上野教授が、1本でも歯を残す。大変結構なことです。けれども残すだけの問題よりも、むしろ私たちが考えなければいけないのは、どこまで残せるか。70歳まで残せてもあと歯を抜かれると大変患者さんは困るのです。なぜ困るかということ、1993年の東京医科歯科大学歯学部口腔生理学講座で報告されている研究成績です。歯の喪失による三叉神経中脳路核細胞の変化という研究です。この論文はモルモットを用いて右側の上下の歯、これは抜歯されています。左側の歯は上下ありますが、右の方の歯は上下ないということです。歯がないことで、中脳路核の細胞がどう変化したかということ、鼻側と吻側なんですけど、とくに吻側の中核の中の核の細胞が消失したことです。ということは、歯の喪失が、ただ単に歯がないという現象よりも、むしろ中核の中で変化が起きていること。私たちがすごく興味を持つことは、歯がなくなったから補綴学的に歯を代用する、歯を入れたことでこの減少した細胞核をもとに戻すことができるかということ。もし、もとに戻すことの証明ができればいいんですが、歯を抜いてしまってその後に戻らないということは、北海道大学医学部公衆衛生学講座の近藤先生の言う歯牙の喪失は痴呆症の原因の危険因子に十分考えられるという、その立証にもなってくると思います。別の研究で、筋肉の中にはタイプ1とタイプ2の2つの筋肉がある。どちらかということ、タイプ1は瞬発力を発現させるとな筋繊維、タイプ2は持続性を継続させるという筋。普通健康な人、または歯がある人ではタイプ1が少なくタイプ2が多い。歯がなくなるとタイプ1が大きくなってタイプ2が減るということ。そのような

ことは、咀嚼筋そのものの老化は咀嚼運動に大きく影響してくると思っています。ですから、QOL, QOLと、いかに自分が行った治療が成功するか、ある時点においてはそうなのです。ただども、その70歳まではよかったが今日の寿命は80歳以上になってきています。そういう人たちの口腔領域からの健康というものを考える場合には、70歳まで歯を残すことでいいはいけない。70歳から先の口腔の健康をもっと考えてほしいと言うことです。

石川：ありがとうございます。後ほどのディスカッションのところで、いろいろと論点が出るところと思います。課題をまいていただきました。

ここで、3シンポジストの方々のお話を一応終わりました。先ほど御案内してありますとおり、地元の、そして本学卒業生のお二人からそれぞれの立場で御発言をいただきます。

まず最初に、箱崎守男会員、お願いいたします。



箱崎：ただいま御紹介いただきました箱崎です。モデレーターからのたつての御指名ですので、私なりにお話をさせていただきます。

一応、私自身ここ数年、表現はともかくとしてどっぷり歯

科医師会の中につかっている立場から言いますと、このQOLということで歯科医師会は何を求められているか、なかなか考えにくいというのが本当の話です。そういう中で事前抄録にも書いておきましたのでそれに沿ったお話をさせていただきます。

歯科医師会での立場で、いわゆる歯科のQOL, こういうことを高めるといことはどうということかということ、私なりに考えてまいりました。これはやはり多くの地域で、そしてより多くの人々に対して歯科保健あるいは医

療、福祉、こういう事業の啓発あるいは普及に努めることであろうと思います。しかし、これらの事業をすすめるには、どうしても直面する事業の制度とか政策の問題、それに付随する財源の問題、これらがどうしても議論的になってきます。国民の生活レベルの向上というものは、御承知のように所得水準の向上、知的水準の向上という時代背景のもとで、患者さんのニーズが非常に多様化しています。また、先ほどの記念講演の中にもありましたように、現状でのますますの子供の数の減少、高齢化という社会構造の変化、これも将来ではなくもう身近に迫っています。このような状況下で厚生省と日本歯科医師会は、8020運動を進めています。本県では特にイー歯トープ8020、宮沢賢治のイーハトープをもじり、イー歯トープ8020の歯科保健活動を数多く展開しております。

簡単に御紹介しますと、平成3年に岩手県歯科保健対策指針を作成しました。その翌年には岩手県8020運動推進対策委員会と実行委員会を設置し、岩手県庁内に行政の機関を置くことで正式な認知を得ました。歯科医師会だけではなく行政を含めた中で歯科保健対策を認識いただいたわけですから、そこ、それらに伴う関係団体や関係機関との連携のもとで、多くの歯科保健事業が展開されるに至ったのです。具体的には、乳幼児期を対象としての法定外の健診、この法定外のものとは、通常の1歳半児や3歳児健診というのは法律で定められた法定のものですが、1歳児、2歳児さらには4歳児における健診のことです。盛岡市では今年から1歳児健診も始まりました。岩手郡の歯科医師会にお願いしています例のような、母子歯科保健巡回指導もその一つです。3歳児健診以降の就学する前までの幼児における母子歯科保健活動で、幼稚園や保育園を巡回指導しています。また、成人に対しても、成人歯科保健事業の推進として、一般の成人歯科健診や事業所単位における事業所健診、或いは、老人を対象としたところの県と共同事業である「おじいちゃん、おばあちゃんコンクール」という表彰がございます。

その他は、8020 達成者に対する表彰事業から在宅者に対する寝たきり訪問歯科診療活動等、多岐にわたる事業が行われています。いろんな歯科保健におけるポスターやパンフレットなどの啓蒙的な印刷物を作成して県内の各種機関、関係団体に配布して歯科保健活動を随時行っているのが本県のイーハトーブ 8020 の活動です。この岩手においての歯科保健活動は全国的に見ても、ユニークで非常に高い評価を得ています。特に日本歯科医師会はもとより、厚生省からも非常に期待されている事業です。

現状を今、簡単に述べましたが、しかし問題点がないわけではありません。例えば、保健、医療、福祉のこういう分野にまたがるいろんな事業を進めるので、どうしても引っかかってくるのが法律上の問題です。法律と言いましてもその取締りではなくて、いろんな事業施策の中で歯科という文言が非常に少ないということです。医師、保健婦という言葉はよく出ていますが、歯科医師、歯科衛生士という表現がなかなか出ていないということが問題です。そういう表現がなければ当然政策のうえでの財源の裏づけが出てこないわけです。そういう現状で我々がどう攻めていくかということが、やはりこれからの大きな課題であると思っています。いずれ社会的評価を得られるべくして、岩手県はもとより日本全国各地で事業が展開されています。こういうことがいずれは社会的な評価を得るだろうという自信を持ちながら今後進めていかなければならないと思っています。

また、将来に目を向けますと、先ほどの記念講演の行天先生のお話にありました、いわゆる「21 世紀における福祉ビジョン」という報告書が出ました。これは厚生大臣の諮問機関からのものですが、これが現状での年金、医療、福祉の割合 5 対 4 対 1 が、2020 年においては 5 対 3 対 2 にしよう、別の言い方しますと、医療を下げた福祉の割合を上げることです。総体の枠が膨らんでいく中で、医療の割合は下げていき、福祉を増していくこと、当然その裏にあるのは医療費の抑制の問題が絡んでいるのです。現実

的にも、一般の医療保険審議会中間答申の中で、毎年医療費 5% の削減という具体的な数字がもう出てきていました。

一般の新聞で御存じかと思いますが、平成 9 年、もしくは平成 10 年をめどに創設されるいわゆる公的介護保険、この中にどう歯科が入り込めるかということがこれからの問題だと思います。先程記念講演のお話の中で、質の問題が出てまいりました。この質と共にいわゆる量の問題がございまして。介護においては色々の項目があります。例えば、ラジオやテレビのスイッチを入れる、入浴あるいは食事、排便とか、いろんな介護の問題があります。その中で実は歯科の介護は何があるか、そしてその介護がどういうふうな割合になっているのか、詳しいことはお話しませんが、足を洗うという公的介護の点数評価と比べ、口腔清掃の評価点数が非常に低い位置にランクされて残念に思います。それが現実の歯科の福祉に関する社会的評価ではないかと、その辺をこれから変えていくのがやはり我々の仕事でもあろうと考えております。いずれ公的介護保険の財源論とか、国民負担率がどうあるべきかとか、今後の議論の中で歯科の福祉、或いは介護がどう位置づけられるか明らかになって参ります。以上です。(拍手)

石川：どうも有難うございました。第一線の医療界で御活躍の箱崎守男会員からテーマをいただきました。後ほど討論の機会を持ちたいと思います。

特別発言のお二人目は、佐藤政直会員にお願いをしたいと思います。

佐藤：御紹介いただきました佐藤です。今、箱崎会員から歯科医師会の立場としてのお話がありました。皆様のお手元にあります抄録集の私の記した部分の前半は歯科医師会での活動で、前演者と



重複しますので割愛をさせていただきます。私は卒業して20年、開業して16年、ごく一般の開業医です。私が何を考え、どういう形で将来を模索しているかについて少しお話をさせていただきます。

我々一般の開業医の日々の診療、すなわち患者のもつ痛みを和らげ、咀嚼機能を回復し、審美性を回復する、これ自体が、私はQOLではないかと思っています。しかし、その改善された健康をどのように維持できるか、あるいは今は健康と思われる方々に対して何をしてあげられるか、果たしてこれらに関して開業医が何をしてきたのかを考えると、非常に辛い思いをもつことがあります。また、今、直面していますのは老化の問題です。今まで私どもが診療室で行ってきたものは、保険制度がそうであるように疾病に対するの取り組みです。老化が疾病なのか、果たしてそうなのか。我々が教育を受けたときに、果たして健康についての教育あるいは老化についての教育を十分に受けたか、その後、我々がこれらについて十分に勉強してきたかということ、必ずしもそうではなかったと思います。ただ、先ほどからのお話を聞きまして、老化の問題、健康の問題について、我々が勉強したときとは大へんに違ってきているなと感じてました。WHOのBarnes口腔保健部長の「2025年の歯科医療改革の予測」というものが、4、5年前に話題になりました。御存じだと思いますが、これは今からおよそ30年後の歯科医療についての予測です。1つ2つ紹介させていただきます「1つ目は充填のためのエンジンやタービンの回転切削具はなくなっている。2つ目、スケーラーはなくなり、歯石形成は薬物によって抑制されているようになる。3つ目は、歯学部は必要なくなり、現在のような歯学部はまず広範囲な基礎教育を受けた後、その専門にかかわる幅広い歯学教育を受ける場になる。」と云っています。要するに、我々が受けた教育とはまた別な教育が今後必要になってくると述べています。2025年、今から30年後です。はるかかなたのような感じがします

が、前の特別発言者である箱崎会員が歯学部に入學されてからちょうど30年がたっております。私自身もそれに近いですが、そんなに年をとったつもりもないし、過去の人になったつもりもありません。今年大学に入ってきた人が30年後例えばこの場所で50周年の記念事業が行われる時には、既にこういう形でなっているかもしれない、ということをも十分考えなければならぬと思います。また、先般7月に東京で開催された世界口腔保健学術大会において、中島宏 WHOの事務総長は、「世界共通の基本戦略とはすべての状況において予防を最優先させることにある。」と述べています。このことは我々歯科医師会は勿論のこと行政、それに教育に携わる者がこれから、2025年の予測や基本戦略に対して本当に真剣になって考え、見えるところで議論をしていただき、それに対する目標とプロセスが早急に示されないと非常に大変なことになると思います。「21世紀の歯科医療を考える」というような、たしか厚生省で委員会を持っているようですが、残念ながら我々一般の開業医のところまで、何がどのような形で変わるのか、あるいは何をどういうふうにしていくのか、教育はどうあるのかということがなかなか見えてきません。そういうことが非常に残念に思います。我々が一生懸命に議論し、そして日々の診療の中で健康とか老化とか、我々が経験しなかったことを、一生懸命取り組んでこそ医療に携わる者としての、「我々自身のQOLの向上」があり得るのではないかなと思います。社会の要求もまたそこにあり、保健、医療、福祉の制度は確実にその方向に変化してきていると思います。具体的なことをこれから考える機会がこの機会だというふうに思います。しかし、我々が診療室で現在行っています個々の医療の技術を大切に、患者さんの信頼を得ることが基本であることは言うまでもありません。

最後に、この抄録を出しました後に非常に心を打たれた文章がありましたので御紹介させていただきます。それは、ことし8月の日本歯科医師会雑誌の中で高

齢化社会に関して「お年寄りの歯は真の豊さの物差し」という題で朝日新聞論説委員大熊由紀子さんのお話が載っていました。この方が9年前に北欧を旅行され、ある老人施設を訪問されたときのお話が載っていました。その中で、日本の老人施設あるいは痴呆症の施設では、入れ歯を飲み込んだら困る、あるいは口の中や入れ歯のケアということで入れ歯を外させていることが多いというようなお話をしたそうです。そうしたならば、その北欧の老人施設の方が驚かれています。次のようなことをおっしゃったのです。「痴呆のお年寄りにとっては入れ歯は非常に大切です。第1に、本人が自尊心を持つため、第2に、職員が敬意の気持ちを保つため、第3は、食事を楽しみ便秘をなくすため、便秘は痴呆症を増悪するからです。」というようなことです。私は、これが quality of life の根源ではないかと思いました。きょうはこのような機会をいただき quality of life について、私なりの考えを述べさせていただきました。本当にありがとうございます。(拍手)

石川：ありがとうございます。また後でディスカッションに参加していただきます。佐藤会員には、日常のご診療を通して、今、特に、この学会が置かれている大学の歯学会として、今後の教育問題についても御示唆をいただきました。

それでは、お話をいただきました5名の方々には、準備が終わり次第壇上の席についていただきます。その間に座長としてひと言申し上げます。

今回、20周年の実行委員の各位からこのようなシンポジウムの企画が示されました。モデレーター役をいただき、私なりにシンポジストの方々、特別発言者の方々を指名させていただきました。この2時間余の時間を利して意義あるシンポジウムを考えてよろしいということでした。幸いに、よき学内3教授の方から、お力をくださいましたし、本学卒業生のお2人の会員からもお助けをいただいたわけです。私自身もいろいろとこの QOL を考えるという問題で

は、お配りをしている抄録に掲げてありますとおり、ひとつの明確な考え方はもっておりません。あくまでも、この席での御発言は歯科医療を担っている立場、或いは教育の場にある者にとってのものであると存じます。しかしながら、歯科医療における QOL を考えるという問題になりますと、私ども医療人だけのサイドではなく、これを受ける受益者あるいは一般国民の方々における QOL とはを考えなければなりません。しかしながら学会でのシンポジウムの性格上、これらサイドの御発言はいただいておりますが、そういうこともおもんばかり、かつ場合によっては医療人であっても患者という立場にもなるわけですし、その家族という立場のこともあるわけでございますから、多分いかにしてこの quality of life を考えていくかということの中には壇上にお着の方々によってもなし遂げられるのではないかというふうに思います。

ちょうど先程の記念講演は本シンポジウムにおける基調的なお話でありました。そしてただいまの5名の方々の御発言もいただきました。歯科医療に焦点を絞ってみましても歯科疾患の急激な変化、あるいはその疾患の構造の変化と、あわせてそのベースになります人口の年齢構成、もう既に高齢化というよりも、高齢社会ということを迎えておりますし、それから現実の問題としましても、歯科疾患の治療、予防ということから、口腔の保健あるいは健康の増進ということに一般的にはそのニーズが拡大されています。その中で今日、わが国は日本としての独自の医療体制があり、またその転換も叫ばれています。QOL をあえて先ほど申し上げたとおり定義もいたしませんでした。また、昨今の医療の中では、バイオエシックスあるいはターミナルケア、ホスピスさらにはインフォームド・コンセントというような言葉がでてきます。その意味するところ、それぞれ解釈があるかと思えます。

それでは、準備ができたようです。

着席は御発言順、モデレーター近くからお並



びをいただきました。それでは、主題であります「歯科医療におけるQOLを考える」というテーマについて会場の皆様方から御発言を頂戴いたします。

それでは、どなたでも結構でございます。まず最初はいかがですか、それぞれの講師の方々に対して深く突っ込みがあれば、御発言をいただきますでしょうか。本席には学外で御活躍の会員もおられるようですので、いかがでしょうか、時間は十分でございます。

城 (歯科麻酔学)：すべての講師の方々にお聞きしたいと思います。その前に私見をちょっと述べさせていただきます。確かに今、私も医療を施す側ということでQOLを考えがちなんですけれども、施す者もあと何年後には施される側に立つということにもなります。従ってとにかく今、何かをしないとこれは非常に大きな問題になる可能性があると考えます。各お立場でそれぞれ発表いただきました。現在、大学を中心に非常に細分化され、なかなか一つにまとまるということがないので、そういう意味でもぜひお考えをいただきたいと思います。

それでは、小児歯科あるいは青年歯科、それと老年歯科ということで全体的に考えますが、むしろ施す側としては、逆に老年歯科から成人歯科に何を望むか、あるいは成人歯科が小児歯科に何を望むかという点御発表いただければと思います。

石川：城 教授の御発言の御主旨に従って、まず、田中教授からお願いいたします。

田中：お答えいたしますが何を御答えしたらいいか私にはちょっとつかめないとところがあり

ます。教育を考えなきゃいけないのか、歯科医療を考えなきゃいけないのか、もっと大きな次元で物事を考えなきゃいけないのか。私の答えられることは1つだけです。現在の歯科医学教育の体系を早く見直さなければいけないと考えますね。医学の方では高齢社会に突入するという問題として、教育がすごく変遷をきてきています。しかしながら歯科医学における体系化がほとんどなされないままで、大変おくれを感じます。21世紀に向けた歯科医療のあり方というものに大学側として出せなかったということは、今から大きな問題になってくると考えます。そういう意味で私は一番大切なことは、今、何をするかということよりも、将来どういう問題が起こってくるか、それを起こさないためには何をしなきゃいけないかというふうにか考えた方がいいと思います。

石川：ありがとうございました。

では、上野教授お願いします。

上野：まず最初に、施す側からのという言葉がありました。私は常日ごろ学生に言っていますが、医療は施される側が主体でなければいけません。そうでないと、今後の医療は長続きしないだろうと思います。また、歯科は医科と比べて何かちょっと見劣りがするというような感覚がありがちです。そういうことをなくすためにも、歯科医師が、いわゆる一般教養から学び、全身的な知識を得た上で治療に当たれるような教育を与えることもいいのではないかと、いうことです。常に最低限必要な、例えば内科診断学、外科総論、病理組織検査、この辺の知識を歯科でもしっかり知っていなければ、これからは生き残れない。そういう意味での歯科医学教育に変えていかなければならないと思います。

それから、もう一つの御発言で、成人歯科から小児歯科に望むものということでは、歯周疾患の中で、歯周症の原因には、オクルージョンの要因が含まれているのが相当あります。歯周組織は初めないとところから、歯の萌出とともに徐々にできます。疾患の後にできたものが壊れたのか、初めからできなかったのかということ

の疑問は、観察時点ではわかりません。しかし、経過を追ってずっと見ますと、オクルージョンに関係した疾患の進行というのはかなりあります。それをきちんとしてくれるのが私は乳歯列の状態だと思います。その辺は小児歯科に期待したいと思います。

石川：期待された甘利教授、どうぞ。

甘利：城 教授のご発言を最初に聞いたとき、図らずも古い話をちょっと思い出しました。それは、小児歯科は齢を考えると耳の奥にいまだに強く残っています。テクニカルなことよりも、もっと年齢を通して包括的に歯科を考慮ということを痛切に言われました。今、咬合の問題が、歯周の方から言われました。確かに咬合との係わりはあると強く感じます。現実に明らかにそういう所見を私ども持ち合わせています。要するに、きれいな乳歯列で上手により永久歯列に移行できるのは、推計的には3分の1しかあり得ない。すき間があってもいけないし、逆に叢生があってもだめ、本当にいい歯列が獲得されるのはどうなのかを明らかにしてゆかねばなりません。

それから、軟組織については、子供のうちは歯槽突起部にある大きなダメージがあっても、再生してくれるのが子供の特徴です。そこが成人や老人の方と非常に違うと私は肌で感じています。現実には外科的な処置ほど、子供たちの場合と成人での場合の差を強く経験します。常に小児の臨床では、高齢者になったときにはどうなるかを考えながら行っています。

石川：ありがとうございました。

今、3人のシンポジストの先生方がそれぞれの立場でお答えを願いました。確かに歯科医学、特に歯科医療は、歴史的には治療の方法論から分化し、それがあたかも専門となっています。今後の問題として歯科医療を考える場合、咬合医療、咬合を主と考え、その咬合をよく育てたり、咬合を再構築させたりというような医療に大きく分けて見るとの考えに立ちますと、これからの21世紀に活躍する若き歯科医師養成には、このことを教育機関は先取りを考えて

いかなければ世の中に問えなくなってくると思います。如何でしょうか。特別発言者の方からは、何か御発言いただけませんか。多分一人の患者さんをあらゆる歯科領域から診療に従事されているかと思います。トータルなケア、ケアというような立場で、どうですか。どうぞ。

佐藤：私は先ほども申し上げましたように、ここを卒業したごく一般の開業医として話を少しさせていただきました。私たちが日々接している患者さんに対しては1対1なんです。患者さんはたくさんおられますけれども、接したときは1対1、それは非常に私たちにとってはいいオーラルケアとか健康教育とかの機会なのです。それを含めた医療をしたいのですが、それを達成するためには、何を患者さんが求めているかということ、歯磨きなどではなくて、きちんとした歯科医療をしてほしい、それをはじめに行ってそれこそ信頼をしてくれるような気がします。だから、患者さんが求めているのは、しっかりした医療のプロを求めておられる。最終的に、オーラルフィジシャンという言葉どおりに、そのオーラルケアを担っていく形だと思います。そのために我々はその信頼をなくさないように、私たちの言ったことが本当だなというふうに患者さんが思ってくださいるよう、また健康な人、高齢の人でも思ってくださいるような信頼を開業医として一生懸命になって日々診療に励んでいこうと思っています。

石川：どうもありがとうございました。箱崎会員、よろしゅうございますか、何か、どうぞ。

箱崎：只今の話題とはすこしはずれるかもしれませんが、私この場でもう一つお話したかったのは、現在、歯科界が流れている中で、2つ大きな流れの中に立っていること、その中でいろんな問題がでてきていることです。その一つが、従来、歯科界でずっと国に対してお願いしていた老健法の法律の中での歯周疾患の健診、この健診の導入です。ここ数年歯科医師会は強くお願いしていました。幸いに今年度の厚生省概算要求の中で、一応認められました。只今は、大蔵省との折衝の最中のような感じです。

もう一点は、御承知と思いますが、医師は卒業後2年の臨床研修の義務づけがあります。この医師の卒業後の2年の研修に比べ、現在歯科医師の場合は、卒業後の臨床研修1年の努力義務の形となっており、法制化もありません。今後、歯科医師の卒業後臨床研修をどうあるべきかということが課題です。多分、来年の医療法の改正の中には、この辺がどの程度盛り込まれるかどうか、実際問題としては臨床研修医の受け入れやら、それに伴う財源の問題などがあるでしょう。歯科医師の位置付けが、いわゆる卒業後の2年を加えた8年制の形で医師と同じような課程となるのか、いや、現在6年制となっている獣医師や薬剤師と同レベルの方向でいくのか、1つ大きな分岐点に歯科界は差しかかっていると思います。

そういう流れに乗り、その流れにうまく入らないと歯科界が置いてきぼりを受ける。前にも申しましたように、福祉の分野においても、その中に歯科が今後どう入っていくかというのを現時点でしっかりと模索し提言していかないといけません。これができ上がった段階で後で入ろうといってもなかなか入れない。福祉については現在大きな問題であろうと思います。

石川：ありがとうございます。城 教授の御発言から、すべての壇上の方からのお話を伺うことができました。大分、学内会員の方が多いと思いますが、歯科医師の養成が6年から8年という話題が出ています。また、その教育の内容についても大学設置基準の大綱化などを含めて、教育改革がなされています。幸いにして私たち歯学部に関しては関係者のご協力によって、すでに他学に負けない、いい教育改善を実施中ですが、まだまだ、それは第一歩のところでは。さらに、将来を見込んだ教育改革を実施していく宿題があります。では次に。

野坂（口腔解剖学）：どなたというわけではありません。先ほどの御発言と似ているかもしれませんが、医科の方は医術と医学というのは最初に感染症についてが第1番目に必要です。しかし、最近では慢性の病気です。歯科の方では

全部が慢性の病気が対象です。慢性の病気は、施術者が幾らしゃちほこばってもだめで、常に患者との間にどういう関係をつくるかが大切です。唯今のお話から歯科医療におけるQOLという部分で、施す側のQOLについては何か見えてきたような気もいたしますが、施される側が歯科医療というものに対して、その人たちが歯科医療というものを自分の生活の中でどういうふう位置づけているかを、少しお話くだされると有難いです。先ほど教育問題が出ましたが、私たち歯科教育の中で栄養というものが欠落をしているように思います。これを除いた教育は患者との間に何か溝があると常に感じてましたので、質問させていただきます。

石川：今、QOLを考えるのに、患者さんサイドのことを考える。患者さんサイドにおいていかなるQOLをとということです。いかがでしょうか。特に、歯科疾患は慢性疾患である。確かに歯科医療に従事されている方々すべては、患者さんの医療に対する協力、むしろ患者さんがみずから医療に参加することであってほしいわけです。そういう意味でQOLを考えては如何でしょうか、上野教授どうぞ。

上野：当然のこと医療は患者のもので。患者さんは治療台に座った鯉ではありません、治療させていただく教科書です。特に慢性疾患、歯周病の患者さんとは、つき合いが古く、長いし、臨床教育のためにも実際に一肌も二肌も脱いで下さいます。慢性疾患という点では、歯周病は代表的なものです。私自身QOLをドクターサイド主体に考えたことはありませんし、施される者が主体であろうと思っています。

それから、栄養の問題、先ほどの記念講演の中でお話がでていたように、うまいものを食べていると病気になりにくいようです。もう一つ取り上げなければいけないのは、さき程の感染の問題です。特にアメリカあたりでは、最近の歯周病の分類にエイズを入れております。栄養、感染、それに加えて障害者に対する一番施される者のQOLを考えなければいけないと思います。私は今までの教育は、前の佐藤会員の特別

発言がありましたように西暦2020年ぐらいには大きく変わるのではないかと考えております。

石川：甘利教授、お願いします。

甘利：では、日常の感じていることを申し上げます。

患者さんが私たちの所に来てではなくて、私たちの方から逆に出向いてという形が将来できてしかるべきではないかと思えます。本当は私たちがもう少し住民サイドの方へ寄っていかなくてはいけないと感じています。健診などもその一つで、積極的に健診の機会を作ることで、疾患を見つけて適切なアドバイスを与えるということが大切です。それが疾患をひどい状態にしないで早いうちに手が打てる、それは予防についても言えることになります。

それから、栄養の問題が出ました、実は子供のときの栄養を考えたときに、大事なことは間食です。間食というと一般の人は甘いお菓子というイメージが強いんです。間食はそうではなく、栄養素の中で足りないものを運動量に応じて補充するものです。それを歯科医師サイドで強調してほしいと私は思っています。

石川：それではQOLを考えるということに焦点を絞っていただき、田中教授お願いします。

田中：医療の質ということをも100%よろしい、どなたが行っても完全に行われているということをも前提条件とするならばお答えできると思えます。今の医療の状態を質の面からいけば病院の臨床でよくおわかりのように、疾病構造の変化とそれから難しい症例が多くなっています。それに比べて質は下がっています。もし医療の質が100%満足されているという枠の中で考えますと、歯科医療には齶蝕と歯周病の2つしかないといった、医療の面においていろんなことが取りざたされるのです。だって厚生省のお役人は、歯がなくなったということをも病気として考えていない。だから行天さんは余り詳しいことは言われなかったが、歯の欠損というものは病気でないから医療保険から外して介護に

回しましょうという、医師と歯科医師との比較をまず考えてほしいと思う。医師というのは治療を開始するまでに少なくとも患者さんを前にして、十分なる症状の把握ということで問診をします。歯科医師、1日に1人80人の患者さんを診るとしたら、患者さんとお話する時間、何分あるのでしょうか。疾病構造の中の病名というものがほとんどないです。私は箱崎会員にお伺いしたい。歯科の社会保険の枠の中で先生たちが請求を行う。幾つ診断名があるのか。驚くべきことは不良補綴物という診断名が残っているのです。100%の質的医療が行われていると仮定したならば、不良補綴物などというのは本質的に病名じゃないと思えます。そこで考えなければいけないのは、咀嚼のことばかり考えてはいけないのです。口腔は、発音器官でもあるんです。脳梗塞になって一番大きな影響を受けるのは発音障害です。だけど脳梗塞が起こって発音障害が起きて、患者さんが行くところは、大抵医学部なんです。けども発音障害は口腔の疾患の中では最も重篤で難しい、そしてやりがいのある仕事です。だけど歯科医師はだれ一人として診断しないです。嚥下障害、中枢疾患が起これば必ず嚥下障害が起きます。これも歯科医療の中においては、嚥下障害というのは絶対に治療しなければいけない。だけど患者さんは全部医学部の方に行く。感覚障害、食事をしているときに味覚がおかしくなった、味がおかしくなった、唾液が減少した。みんな患者さんは耳鼻咽喉科に行く。私たち歯科医師が考えていることそのものは、疾病に対する疾患名が、ただ咀嚼障害にまつわる大変小さなところでの話で、もっと全身的な状態からもっとやらなければいけない仕事はたくさんあると思えます。そういうところの病気の診断学と、それに続く治療というものと、整合性をみんな無視しているところに問題があるのではないかと考えます。

石川：ありがとうございました。ちょうど今お話の中で箱崎会員のお名前が出ました。何か一言あれば、どうぞ。

箱崎：今、いみじくも田中教授から、医療保険から介護保険への移行の中で歯科の問題というのが非常に大きなウェイトだと、大学教授から話が出て私自身としては非常に心強く思っています。

もう一つ、今、医療保険の中で、先ほど野坂教授から話された感染症からいわゆる歯科の慢性疾患という形に移行している中で、歯科医師会などの立場にいますと、いわゆる医療制度の中では従来の医療保険が疾病保険であったわけです。それがいわゆる管理の方向に社会保険の姿勢がうかがわれます。この辺はひとつ大学の方々も御理解いただきたいと思います。具体的に点数の中には管理という項目が出て、小児の齲蝕管理、歯周疾患の管理に加えて、今度は義歯の管理も入ってきました。これらの点数の高い低いとの議論はありますが、管理ということは、長期に患者さんを管理していくということです。今までよく昔行われていたリコールという形をとっていたものに準じます。このリコールというのはいわゆる社会保険からは違反であったわけですが、最近、社会保険の中で管理という考え方が入りました。今後は、そういう枠組みの中でQOLの中の1つにとらえられるのではないかと考えます。

石川：ありがとうございます。先ほど佐藤会員はWHOのBarmesさんのお話しを出されました。私も拝聴していますが、何かその中からでもコメントがありますか。

佐藤：野坂教授のご質問は、要するに患者さんサイドから見たQOLということだったと思います。私は患者さんがもうちょっと口を大きく開いていろんなことを言えばいいのではないかと。要求をすればこっちで答えられるテクニックもいっぱいあるのに、言っていない場合がある。逆に歯科の診察室がそういう雰囲気なのかということもあります。医療保険でなぜ、上顎の小臼歯部に金冠しか入らなくて前装冠が入らないか、あんなみっともないものを何で保険で認めるのかというようなことを、私たちサイドでなくて医療費を払う患者さんの方々からどん

どんおっしゃっていただければ、QOL、中でも審美性が回復されるだろうし機能ももっと回復する。患者さんがもっともっと言ってくださる環境を私たちがどうしてつくるかということが、患者さんサイドから見たQOLではないかと私自身は感じています。

石川：どうもありがとうございました。今、歯科疾患は慢性疾患。齲蝕、歯周疾患の二大疾患のことが出ました。WHOの予想ではこれらの疾患が、近い将来は低率になってくる。そこで、これからは、顎関節症あるいは顎関節不全症、さらに歯列不正、咬合異常、こういうことを含めた、歯科4大疾患の歯科医療の中では、歯が失われた後の、機能改善というか、慢性疾患の後の後遺症での機能回復というか、あるいは咀嚼、構音などの障害についての対応が大きな意義をもつこととなります。従って、歯科医療はむしろ医療面よりも障害の対処のウェイトが大きかったのではないかと受けとめられます。事実、医療経済学者からは、歯を失った後の咀嚼、構音の対処は、今日の医療保険は本来の姿ではないのではないかとという言葉がながされています。

もう一つ私たちが心得ておくことは、歯科医療では咀嚼という課題が第一義的に出てきますが、障害度のレベルからは言語障害の方が苦痛が大きいことに位置づけられています。言語障害は社会生活の上ではコミュニケーション、その次が個人の問題という形での咀嚼障害となっています。私たちが患者さんサイドのQOLを高める中で失われたファンクションは、どちらに重点を置いて考えるべきかと課題になるのではなかと 생각합니다。

虫本（歯科補綴学I）：QOLが話題になって、何度となくいろいろの学会で、とりあげられています。実際の臨床をしている者にとってピンとこない、各科でのずれの違いが多いように感じます。QOLを達成するには、なるべく歯を残しましょうということでは一致していますが、人間の寿命が80歳まで延びたのに、依然として50歳代、60歳代で既に無歯顎に近くなっ

ている、この30年のギャップに関して、なぜ歯科医学が歯の抜けることが老化なのか、あるいはその原因はほかにあるのか。そのような検討がいろんな科がそろって、相互に知識を交流し研究をしていくことが少ないように思っています。8020と言いますが、この8020の経緯を考えると、厚生省の、20本の歯があれば何とかなるだろうというような流れから、一挙に歯科医師会が8020に乗ったように思います。本当に20本の評価が正しいのか。しかも、それが予防の部分が大変多いとすれば、厚生省主導でもう少し予防面に実質給付があってもいいのではないかと思います。全くその点はなく、歯科医師に全部おっかぶせているような感じを受けます。そういう意味で、このQOLの実際の患者にどの程度の啓蒙を受けているのかを伺いたい。この点、上野教授如何でしょうか。

石川：御指名があります。簡略に御趣旨の問題をどうぞ。

上野：どのくらいどこがそれによって影響を受けるかということまでは本当の話、まだ調べられてはいないようです。

治療についてはいろいろと言われていますが、本来の予防が主体に行われれば、医療費の抑制にはもっと有効だと思います。そのときに今の歯科医師はどうするのかとなると、1つ問題がでできます。ある国のように地域の健康管理によってある程度の保障ができる医療制度で、そこに加わった治療に関しての収入がプラスアルファされる対策ができればよろしいが、我が国の現状では、予防で医療費の削減ができるから、その方向に進むのは困難な気がします。

石川：何かほかに主題でありますQOLを考えるとということで、どなたか御発言ございますか。

會田（県保険課）：先ほど田中教授から請求ゲームというお話が出ました。確かに現在まで歯科医師会と厚生省の締めつけとの攻めぎ合いによって、現在、非常に複雑な保険点数制度というものになっています。今後の方針としては予防と管理の方向に関する点数づけをとという動

きは確かにあります。ただ、残念なことは、管理、管理といっても、例えば今回から義歯の新しい制度が入りましたが、その半年後に300点、1年後にまた500点という導入では非常に面倒である。患者は入れ歯を入れたら来なくなってしまうなど開業医の方からの批判もかなりあります。ですから、管理という方向づけがなされていますが、なるべく長期に亘って患者を見ていただきたい。残念ながらその点数制度そのものは十分ではないと思いますが、今後、厚生省の方もそういった方向に移り変わりつつあるというのは事実だと思います。また、実際に管理は非常に難しいです。私自身、その患者を前にして、果たしてどうして管理をしていいかというのがわからないのが正直なところで。大学にお願いしたいのは、地域の開業医の方をリードする意味で、理想的な管理の方法をアピールして下さい。

石川：ありがとうございます。医療の質、患者さんが歯科医療を受ける質の問題には、患者さんのサイドと医師のサイドで経済の問題は、切って切り離すことできません。ましてや日本の医療の多くが保険医療下ですから、いろいろお話があったことを当然考えていかなければなりません。実際の歯科医療が予防へ、そして管理、健康の増進との方向に行けば、必然的に制度は変わるべきものと思います。

田中：私は、経済性については大切であるとは理解しますが、これに対応できるような歯科医学の進歩がQOLに向かって進行しているかどうかということにははすごく危惧しています。

それからもう一つは、先ほどの栄養という問題。私は咀嚼と栄養ということに大変興味を持ち、いろいろ医学面で調べ、消化に関しての理解、また栄養の問題、単に総トータルした幾らの栄養素の量の問題だけであって、噛まれたものがどれだけ吸収されるか、そのときの全身的、口腔的な疾患とのかかわりがどうかなどについては医学、歯科医学とも、全くなされていないことを痛感しました。

石川：どなたか、別の課題でも。

甘利：定期的な健診について、小児の歯科では、それを行わないのは小児歯科医でないとと言われる。ですから、小さいときから健診を行う習慣が大切です。大人になっていく間に、長期でのいろいろな変化が観察できる。それによって初めて多くの症例を見て体系化されると思います。ぜひ御自分の診ておられる患者さんの状態をフォローすることが大切ではないかと私は強調します。それは患者さんから教えられることがたくさんできます。

それから、栄養の問題がでていますが、子供の咀嚼と食品のかたさの中で、これは決して栄養のことでなく、あくまでも食品の硬さのことです。小児歯科学会では、家政学部栄養学科との共同研究で少しずつデータが出始めました。ただ単にカロリーだけでなく調理法のことなども含めて、咀嚼との関連づけを考えてゆくことが大切だと思います。よくかめない子はお話がうまくない、舌を突き出したような発音をする。また、食べ物をうまく飲み込まないなど、臨床で感じています。

石川：今回のテーマが「歯科医療におけるQOLを考える」ということで、このような学会の席上ですから、どうしても医療人の立場からを主体としたお話になっています。地域に活躍する良医を育てるという本学の建学の精神の中で、歯学部もよりよい歯科医師の養成を行う教育機関です。その学会です。そんな意味で歯科医療におけるQOLを考えるシンポジウムの課題が出ました。当然のことテーマは多いので

す。結論的なものを出すことは所せんむずかしいです。患者さんとよりよきチームを組むためには、インフォームド・コンセントが大切であります。歯科医療を一生懸命におやりになる方は、患者さんの口をよく診、多くの情報を得ようとすればするほど口の中をよく診るがために、患者さんは口を塞がれて、コミュニケーションができない。先生に訴えることができない。先生からの問に対しては、単に、「あ」とか、「うん」とかになってしまふ。それが歯科医師と患者さんの間がうまく協調できない、患者さんが自己決定することができない、先生の言いなりになってしまうというようなこととなります。また、いろいろ医療を充実させ、質を向上させていく役割というのは私たちがしっかり考えなくてははいけません。課題は多々あります。

時間の関係上、この辺で第二部の討論を閉じさせていただきます。私たちのこの歯学会は二十歳、成人となりました。節目を一つの出発点として日常の教育、臨床あるいは研究に、さらには行政の面に会員の皆様が御活躍いただくことを祈念しまして、与えられましたシンポジウムの座長の責任をとらさせていただきます。

5人の講師の方、お忙しいところを本当にありがとうございました。また、長時間会場でご参加し討論に加わっていただきました方々に対し厚く御礼を申し上げます。ありがとうございました。これで記念シンポジウムを閉じさせていただきます。(拍手)