

講演

超高齢社会における歯科医療のあり方 ～歯科医療を通して国民の健康をどう守るか～

大久保 満男

●抄 録●

わが国は世界最速で超高齢社会を迎えた。この現象の最大の課題は、高齢者が増えることではなく要介護者が増加することである。このたび厚労省は初めて正式に健康寿命を72歳と発表した。それは、わが国の平均寿命を約82歳とすれば、高齢者の多くが何らかの障害をもって最後の10年間で過ごさざるを得ないことを意味する。これこそが、前述したわが国の最大かつ喫緊の課題であることは言うまでもない。

このような事態の中で、われわれは歯科医師として、この難題の解決のために何が可能なかを問わねばならない、と考える。歯科保健・医療は、国民の平均寿命を延伸させるだけでなく、健康寿命をも延伸させ得るのか。そしてそれは、どのような考え方や技術によって可能なのか。さらに、それらに科学的な根拠を与え、また国民に広く浸透させるには、どのような方法があるのか。このような命題を抱えた日本歯科医師会は、理念を提出し、戦略的に思考することで、その難題に答えようと努力してきた。

本講演では、それらを報告することで、われわれの目的を共有したいと願っている。

キーワード：要介護者の増加、健康寿命、戦略的思考、目的の共有

先生方、こんにちは。本日はお招きをいただきまして、誠にありがとうございました。さらに、ICD日本部会冬期学会で講演という名誉ある機会をお与えいただきましたことを、心から御礼を申し上げます。今日私がお招きいただいた最大の理由は、超高齢社会を一体、歯科医療でどう乗り越えようと歯科医師会は考えているのか、その考えを示すことであろうと思います。

今からいろいろお話をしてみますが、歯科医師会は何をしているところなのかということ、実はほとんどの方は正確にはご存じない。何かしてるだろうと思ってらっしゃると思いますが、正確にはご存じな

いはずです。歯科医師会の役割は、例えば、世界最速で到達したこの超高齢社会を、どう乗り越えるか歯科医療からの政策提言をする場所だというふうに考えていただければいいと思います。

ただ、その政策提言をする相手が、立法府の政治であったり、行政府の厚労省であったり、時に激しく、つかみ合いとまではいきませんが、それ寸前の激しい議論を戦わせて、なおかつ、向こうも妥協するけどもこちらも妥協するという、いわば現実的な選択をしていかなければなりませんので、時に極めてなまぐさい状況になります。

しかし、私はそういう状況の中にあっても、私と一緒に仕事をしている副会長や常務に対して、決して自分たちがしたいと思っていることは単なるわがままではなくて、自分たちの中にはきちんと主張をするに足る根拠があるということを提言していると思っています。

これは国際歯科学士会という極めてアカデミックな



※冬期学会講師

(おおくぼ・みつお)
歯科医師
日本歯科医師会会長

撮影 田沼武能

場でありますけれども、どんなことを話すにしても、その根底にアカデミックな基礎をきちんと持つということは、医師会も歯科医師会も学術団体なので、単なる自分たちの欲望のためだけにお話しするという事は決してあってはならないと思います、その組織は社会から信頼を失います。私たちの組織はかつて事件を起こし、その信頼を大きく失いました。従って、そうであってはならないというのが今の私たちの主張であります。

今日は、最初3分の1ぐらい、やや政治的な経済に関わるお話をいたしますが、それも医療を政治学から見たらどうなるのか、医療を経済学から見たらどうなるのかという、アカデミックというか、学問としての視点を根底に置いてお話しして、次にわれわれの政策の根拠になる考え方を示し、最終的にそれをどうしていくのかという形で話を締められたらと思っております。

まず、今、選挙だとおっしゃってましたが、選挙の争点に社会保障がほとんどなくなってしまいました。極めて残念ですが、あれは3党合意で消費税を増税した場合、増税分をどう配分をするのかを3党合意でやっていくと。国民会議で決めるという議論が始まってしまったので、主に3党である自公民はこの問題はもう既に国民会議に任せたということから、実は社会保障の選挙の論争がここにありません。ご承知のように原発問題など、そういう社会問題また財源をどうするかという問題にかかわってきてしまっています。極めて残念でありますけれども、それは仕方がないと思えます。

問題は、わが国の医療を考えたときに、ちょうど昨年で国民皆保険から50年たちました。この50年の年月の間に、私たちも含め、私たちの先達も含めて、大変な苦勞をいたしました。低点数という状況の中、あるいはこの10数年、小泉政権下の医療費抑制政策の下で、歯科は完璧に歯科医療費を抑えられました。その中でも医療費は伸びています。確かにマイナス改定をすることで医療費の伸びは鈍化したかもしれませんが伸びている。しかし歯科医療費は全く伸びませんでした。

そういったことも含めて、実は国民皆保険における、あるいは社会保障制度における医療とは、一体どうい

うものなのかということを一度、総括をしてみたいと思います。

国家はなぜ医療の価格を一元的に決定できるのか。インプラントは自由診療ですから、これは術者が自分の技量とさまざまな条件から、1本いくら、全体でいくらということを決めることはできる。しかし、約90%ほど行われている日本の保険診療の価格は、政府が一元的に決定をします。1円たりとも私たちはその価格を上回った金額を患者に請求することはできません。

これがなぜ変なのか。それは、資本主義社会において価格は市場で自由な競争の下で決定される、この大原則がアダム・スミスの『国富論』という思想で、国内の経済をどう動かしていくのかということを考えてときに、市場という概念をつくり上げて、そこで需要と供給のバランスで自由に価格が決まるんだということを唱えたのです。これが資本主義社会の大原則です。

例えば1つの例を挙げますと、石油の価格を色々な石油会社が裏取引をして、価格を一定に決めたとします。これが公正取引委員会に摘発をされますと懲役10年以下、罰金1例について500万円以下の罰金になると思います。もっと多いケースもあるかもしれません。平成22年度の1年間、この価格を自由に決めなかったという、つまりいわば裏取引で価格を決めたということで摘発された課徴金は数百億であります。そのくらい資本主義社会においては、われわれが、われわれ医師の手で医療の価格を決め、例えば自由診療でインプラントの価格をこれだけにしようと思ったとたんに公正取引委員会がその事実を知ると摘発に入ります。

市場で決定されるという大原則があるにもかかわらず、国だけはなぜ医療の価格を一元的に決定できるのか。これは様々な理論がありますが、簡単に言うと、18世紀の終わりから19世紀にかけて、ヨーロッパに国民国家という国家が誕生しました。それまでの国家は、例えばルイ王朝というのは、領土も含めルイ王家の持ち物でした。だから戦争をするにも、ルイ王家の王様が自分のお金を使って兵隊を雇った傭兵なのです。それで戦いをする。負ければ自分の領土が縮小し、勝れば拡大すると。その拡大した領土内の別の国民は、突然フランスという国の中に納められ18世紀の終わりか

ら19世紀に、ドイツ語を話す民族はドイツという国家をつくりました。

こんな話をしていると長くなるのでやめますが、実はドイツという民族の国家がなぜできたかという、ルターの宗教改革です。今までのカトリックにおいては、聖書はラテン語で書かれていました。ラテン語を読める人も、それを話す人も、ほとんどが神父を中心とした特権階級の人々でした。従って、誰も読むことができないラテン語の聖書を普通の人たちに語ることができるので、神父はそれだけで権威を持っていました。しかし、ルターは、神の声はすべての人が平等に知ることができると考えて、ラテン語の聖書を全てドイツ語に訳して、それを大勢のドイツ国民、将来のドイツ国民、つまりドイツ語を話せる人たちに配りました。

国民国家が持っている権力の基盤は何かというと、2つあって、1つは徴兵です。それまでは王様が兵隊を雇っていたのに、普通の農民、領民が戦争になったら駆り出される。特に若い、体力のある者は兵士隊として徴兵されて戦場に送り込まれる。これは、ナポレオンが初めて実施しました。

もう1つ大きな国民国家の権力の基盤は徴税です。税金を取る、強制的に取る、払わなければ捕まえることもできる。そういう権限・権力を国家が持っている。ただ問題はこの徴税、つまり国民から強制的に集めた税金を、国家の懐を養う為に使うのではなくて、それをもう1度再分配をしようということが資本主義の中において出てまいりました。なぜならば、資本主義社会では必ず格差が生まれ、たくさん働いてお金を得るビル・ゲイツみたいな人と、そうじゃないサラリーマンの間には巨大な格差ができる。その格差を何とか埋めなければいけないということで、税金を再分配するというには実は国家の大きな権力の基盤が出てまいりました。

それを経済学的に言うとこれが市場です。経済学ですから家計と言い換えてお話ししますが、家族の中の誰かが会社に勤めると、その会社に貢献した度合いに応じて賃金、給料がもらえます。貢献原則といいます。これは、例えば月給50万円の人は、50万円という費用の中で物を買ったりして生活をします。しかし、これ

が何十億という収入を得た人は、何十億という収入の中でそれなりの生活をするということです。

このときに、1つの卑近な例を申し上げますと、例えばこの主人が月給40万円だとします。車が大好きで、フェラーリに乗りたい、ポルシェに乗りたい、そう思っています、しかし40万円で何千万円の車は買えない。そのときにこの人は新聞に「自分は40万円の給料でフェラーリに乗りたくて乗れない。こんな社会はおかしい」と投書をして、誰も相手にしてくれませんが、しかし、この人が頑張って会社を興して、そしてその市場を拡大して収入を増やしていけば、フェラーリに乗ることも可能なのが資本主義です。シュンペーターはこれを「イノベーションによる市場の拡大」と言いました。

ところが医療においては、この家族の人が病気になる。医科ではついに1枚のレセプトで1,000万点を超えました。1億です。1枚のレセプトです。そのくらいすさまじい医療費が今かかるようになっている。もちろんこれは、高額医療費の制度に入っていればそれなりに限度がありますが、でも3割払うということになると大変なお金です。自分の家族が大病を患う、しかし自分は月給が少ないために手術が受けられない、命を捨てることを覚悟をしなければならない、でもこれはおかしい社会じゃないかと言ったら、これはみんなが、そうだと思う。

なぜならば、車と違って、健康と生命はその人にとって1つしかないものだからであります。つまり、こういう1つしかないものを選択の幅がないものを市場に任せると、すさまじく高価なものになります。先日タクシーに乗ったら、インプラントをしたという運転手が、「全部で800万円かかった」と言っていました。それが高いか安いかは分かりません。私はその評価はできません。

でもこれを、1500万円だと言って患者さんがOKすれば、それは成立する世界ですが、インプラントの値段が上がるということが、医療を国民の超高齢社会を支えるものとして考えるとすると、やはりこれは、全てを市場に任せてわれわれの論理だけで価格を決めていくということは、医療においては極めて大きな問題が生じる。それはアメリカが体現しています。アメリカ

カは今、富裕層でないとまともな医療を受けられないという状況なので、それは議論の余地があります。

そして、このようなことを防ぐために、取った税金を再分配する。あるいは共助として、保険者に払った保険料から病気になれば窓口で一部負担金を支払うということを通して、特に政府が国民から頂いた税金を社会保障に回すということを通すという事になります。市場が価格を決定する能力を変えたときを市場の失敗と言いますが、私は今、政治家にもよく言っていますが、国家が再分配を失敗したら国家の失敗です。だから今回は消費税を増税して社会保障だけに使うと。これは間違いなく使うだろうと思いますけれども、しかし、それをどう分配するかを間違えたら国家の失敗だと私は思っています。

もう1つちょっとなまぐさい話をします。先生方は、厚労省はけしからん、低点数で、という話に大概なります。私も実は日歯の会長になるときに半分そう思っていました。ところが日歯の会長になって、中医協というものの構図をよく眺めると、医療費を払う側がいて、これは保険者、労働組合、経団連が委員として7名出てます。診療を提供する側、言い換えれば、医療費をもらう側がいて、病院、医師会、歯科医師会、薬剤師会という7名の構成で、ここに学者を中心にした中立の公益委員がいます、ここで診療報酬の改定が例えば、大体2年ごとの3月の初めぐらいに結論が出ますが、その前の年の秋ぐらいから、この改定の交渉が始まります。

そのときに社会保障審議会というところで、今回の改定は、次の改定は、こういうことを中心に議論をしますという大枠を決めます。それが決まるとこの中医協がそれを受けて、さらに細かい、どういう医療のところはどういう点数を張り付けようかという議論をしていきます。

このときに中医協委員による日本歯科医師会に厚労省の歯科の役人がやってきて、そしてここで細かい議論をする。なぜならば、病院があり、医科があり、薬剤があり、歯科がある。病院の中にはさまざまな科があるというような、診療所もそうです。こういう全部の課題を中医協のテーブルに載せて議論をしたら、とてもじゃないけど1年かかっても結論は出ない。

従って、大枠が決まるとその大枠に沿って、ここからわれわれのところに来てきた議員が、例えば4時ぐらいから来て、長いときは11時ぐらいまで、食事もせず丁々発止の議論をするということ、3カ月ぐらい延々と続けて、そしてやっとここで細かい部分が決まっていきます。

われわれが要求して、厚労はそれを受けて、こちらに持ってきます。「歯科医師会、歯科はこういうことを要求してるけどどうですか」と言うと、こちらは「認めない、駄目だ」と言うと、それを持ってきて「駄目だと言ってます」と言う。われわれは「そんなことは、駄目だと言われたって、そんなもの言うことは聞けない。もう1回やってくれ」という議論を直接やりませぬ。中医協の場では直接やりませんが、細かい議論はこうやって決めていくので、延々と時間がかかる。

問題は、実はお金を払う側が極めて大きな権限を持っている。これはもう、国も財務省が権限を持つと同じで、お金を持つてる人が、あるいはお金を払うほうが権限があると考えて下さい。

さきほど、医療費が伸びないと申しましたが、医科はマイナス改定があっても医療費は伸びるんです。なぜ歯科は伸びないのか。まず改定があると、例えばマイナス改定ならともかくプラス改定の場合には、ある項目に2%の予算、2%というのは、前の日の歯科医療費の2%で点数を増やしていくという予算が付きます。大体2兆5000億の2%というと、500億ぐらいだと考えていただく。これをやりますと、改定があった年はこの2%の予算が付いた分、改定の伸びが出てきます。単純にこんなことにならないんですが、そんな複雑なことを考えると話がややこしくなるので、そうなります。そうすると、次の年は改定がありません。

そうすると、本来ならばこの年に全部改定の分は行ってしまっているわけですから、改定のない年は新しい項目が入らないので、同じ医療費のはずです。にもかかわらず医科は伸びる。伸びた分を自然増といいます。本来は伸びないはずなのに伸びる。

次は改定の年は、ここをベースに改定をしていきますから、例えば伸びを1%あるとすれば、ここにさらにまた自然増が増えて、ここでまた自然増が増えて、つまり右肩上がりに医療費が伸びていきます。

歯科医療費はなぜ伸びないか。それは、この自然増がないからです。私が平成18年に会長に就任したときに、医科は中医協に新しい技術、素材を480件申請して1割が通りました。保険収載になりました。歯科はどのくらいあったかと思って調べたら、なんとゼロでした。ゼロから何が生まれるか、何も生まれません。

私はすぐ日本歯科医学会会長と、歯科商工協会の会長を呼んで「こんなことをしてたら市場がまさにシュリンクするばかりだ。市場がシュリンクしてて産業界は資本が少なくなってるのはよく分かるが、それはまさに負の悪循環であって、そこから抜け出さない限り歯科医療費は伸びない」と言ってそれで新しい素材の開発をお願いしました、今1つ出てきている、これはまだお話できませんけれども、例えば製薬の場合には1つの薬をつくるだけで数百億円の投資をしなければいけないと言われていますが、歯科はとてそんな体力はありません。従って、やれる中でとにかく新しい素材をつくる、あるいは在宅における新しい器具をつくるということを今やってもらっています。

1つだけ、どんなに大変かというお話をしますと、今、初診料182で再検討40点、以前、22年度改定でこれを218まで伸ばしました。40点を42点にした。このときに、まず真っ先に、これ1点も上げるのはまかりならんと言ったのは保険者なんです。なぜならば、特に再診料、これ約7万件の歯科の診療所が日本にありますが、毎日来る患者さんに再診料を付けるわけですから、1点、わずか10円でもすさまじいお金になります。従って、保険者は「駄目だ」と。初診料も駄目だと言ったのは粘りに粘って、200点が限度だって言ったのを、もう粘りに粘って218点にやっとしたと。これも2点だけ上げました。

さて、これは2.09のうちの1.4%、つまり、22年度改定の改定率2.09のうちの約67%を、これを2つやるだけで7割使ってしまった。ですから、残り3割をほかに配分してもほかは伸びようがない。でも、長年の懸案であり、今まだ医科は270点ですから、これが70点ぐらいですから、まだまだ差がある。でもとにかく財源のあるときにやっ払いこうということで、本当に清水の舞台から飛び降りるつもりでこれを増やしたということです。

では、医科歯科で初診再診料を同じにする、270点と70点にするためには、何と改定率6.83%、こんな改定率は今の財源の厳しい中では、どんなに逆立ちしても出てこない。私が民主党と付き合うとって、いろいろ冷やかされましたが、民主党は何とか2.2%を超える、あれも次の26年改定では、おそらく1%の改定率を維持できるかどうか、非常に極めて厳しい状況です。こういう厳しい現状の中で私たちは戦い続けているということをご理解いただきたい。

そして、この改定率を決めるのは厚労大臣です。もちろん財務大臣と相談しなければできませんが、最終的にはこれを決めるのは厚労大臣です。どんなに中医協でこれもやりたい、あれもやりたいという議論をしてきても、改定率が、例えば0%といたら何もするなということですから。もし、どうしてもやりたければほかの点数下げて、そこで出てきたお金を新しいことをやるのに使おうというのが今のやり方です。従って、そういう状況の中で私たちはすさまじい戦いをしているということだけを、ご理解をいただければありがたい。

今回、1.7%、470億の予算でした。今日お話しする、これが今回は私どもにとっては周術期の口腔機能管理、特にがん患者を中心にした機能管理と在宅、これを進めるということが非常に大きなわれわれの課題でしたが、完全にずれて、何かで動いてしまって。15%、つまりこの470億の15%を使っただけで、残り85%は全部既存の技術に使いました。

従って、点数表ではこれだけの部分の点数が上がりました。といっても、上がってもせいぜい10点とか30点とかぐらいですから、30円とか200円とか、でも財源がこれしかないということです。よく皆さんからもっと医療費を上げて欲しいと言われますが、実は財源をどこから引っ張ってくるのか。つまり国が決める改定率、改定のための予算、これをどれだけ上げさせるかということは政治力であり、同時にわれわれの個別の問題を超えた、より大きな、つまり国民の健康を守れるという大きな主張の下で、ある種の思想を根底に持たないと到底戦えないという状況になっていることをご理解いただきたいと。

ここから本題に入ります。私は18年に会長に就任し

たときに、自分たちの仕事の意味を、あるいは意義を、日常やっている仕事は、それが本当に何もなくても、手は動くし、技術はきちんと身につける。そうすれば、ちゃんと患者さんに治療ができる。でも、本当にそれ何のためなのということ、言葉でもう1回確認しようと思いました。

そして、食と会話という人間の生活の根幹にかかわる、生きる力を支える生活の医療が、このわれわれの仕事の意味だということを行いました。これは今、各地域に行きますと会員の先生方が、自分たちの仕事の意味が分かってたような気がしてたけども、あらためて言葉にするとよく分かりますとおっしゃいました。人間って面白いものなんです。言葉にすることから、それが価値観を皆で共有する、詳細にお話ししたほうがいいんですが、われわれが、歯科医療というのがどうもどこか隅に置かれてる気がします。歯科にはそんな金が到底ない、あるいはそういうキャンペーン、旗を振っても、なかなか社会が納得しない。それはなぜかという、実は近代医療が命を守る医療、もっと言えば、さらに外科手術も含めて、救急救命の医療が医療の中心だとみんなが思っているからです。

例えば、子どもが熱を出して、夜、救急車で病院たらい回し、亡くなる。新聞に大きく載りますよね。小児の救急医療を何とかしろとキャンペーンが始まる。でもそういうキャンペーンは、残念ながら歯科ではほとんど起きたことはありません。あるのは、インプラントはけしからんというキャンペーンです。

なぜか。それは、国民も含めて命を守る医療が大事だということをあまりにも偏りすぎて。私はこれを生命至上主義と言ってます。なぜならば、人間という生き物だけは言葉を持ち、意識を持っていますから、自分の命を守るということだけが人間の生き方じゃないんです。その典型的な例が3・11で、テレビに出ていたある50代ぐらいの男性でしょうか。家族を全員津波で流された。自分1人、たった1人が生き残った。なぜか自分は生かされている。だけど、本当は家族と一緒に津波で流されて死にたかったけども、なぜか自分だけは生かされた。私は残りの人生をどう生きるかをこれから考えて生きていく。というふうに言ってまし

た。

つまり人間という生き物だけが、日々生きる生き方を考える生き物です。だとすれば、その日々生きる生き方を支える生活の医療である歯科医療は、命を守る医療と全く同じ太さで存在しなければならないというのが私の主張です。なかなかうまく伝わりませんが、しかし、きちんと話をすると分かってくれる人が多くなってきました。人間だけが唯一、命を持ってるだけでは満足しない。その命を使って自分がどう生きるのかということなんだ。ここが大事なんだ。これがなければ、結局人間は生きられないということです。

ところがこの生活という言葉が、今、合併してなくなりましたが、「生活」という言葉を使った政党もできるくらい、あまりにもありふれてますが、最近出会ったというか、3年前に出会った方が、人間は心も体も食べ物に呼応していくもの、心の琴線に響く食事によって命に花を咲かせ、実を結ばせようとする日々の営み、それを生活というんだと。

つまり人間というのは、日々生きるということは、自分の命に花を咲かせたり、実を結ばせようとする、自分の人生をどう充実して生きるかということが人間の最も大事なもので、それを生活というんだと定義をしておられました。これは見事な定義だと思います。私たちの仕事はまさにここにあるということをしかりとわれわれ自身が確認をする。そして、それをもっと社会に訴えていくことだと思っています。

今、糖尿病が大変な大きな病気、糖尿病1つの病気だけで医療費がおそらく、歯科医療費よりは少ないのですが、2兆円くらいでしょう。これが重症化して、透析だとか失明だとかということだと、3兆を超えると言われてます。歯科医療費をはるかに超えます。1疾病だけで。これは今、私たちと極めて密接なかかわりがありますよね。なぜならば、う蝕と歯周病は感染症でありますけれども、生活習慣という引き金がなければ、多分この疾患は起きないということを考えれば、歯科医療というのはずっと生活習慣と闘ってきた。歯ブラシのブラッシングをどうするかということのも、まさにここにかかわってきた医療だったと思います。問題はこの病気をどう考えるかということなんです。

ちょっと話がとんでもないところに行くと思われる

かもしれません。大事なことなのですが、人とチンパンジー、今、現存している生き物で一番近い、DNAのゲノムは98%一緒だと言われてますから、すごいですね。わずか2%の相違だけでチンパンジーと人があれだけ違ってしまふ。遺伝子の総合したものの力のわずかに何パーセントがあれだけの違いを決める。

人とチンパンジーが最初に分かれた、最後に分かれたといってもいい、600万年前だとか、800万年という研究もつい最近出ましたが、おおよそ600万年前と仮定しましょう。チンパンジーは色々な、もちろん動物がこの間に出てきて、最終的に今のチンパンジーになる。人も、ここでいろんな、例えば北京原人だとか、ああいう人類が出てきて、そして、最終的に20万年前にわれわれの直接の祖先、ホモサピエンス、知を持つ人という学名ですが誕生しました。

ところが、われわれが学生のときには、ヒトは二足歩行をするというのがヒトの大きな身体的特徴ですが、それはサバンナに出てからだと言われてましたが、実は最近の研究では、600万年から300年以上、つまり今から250万年ぐらい前までは、われわれの祖先は森の中で二足歩行をして、ある物を食べていた。それが何か、戦いに敗れたか何か分かりませんが、森からサバンナに出てそこで何を食べたかという、こういうものです。

あまり栄養価が高くない、地面を掘って、やっと出てくる食べ物。それから動物の肉。1週間も大型の動物を追いかけて、やっと1頭仕留めるか仕留められないかという状況で、つまり食べ物を取るために長距離の移動をしないおかつ、栄養価が高くないものを、実にバランスよく食べる。時に食べ物がなくなると、人間の体の中で脂肪酸として蓄えて、飢餓のときにもう1回それを使うという、そういう生き方をずっと250万年以上してきました。これは人間の体の中にもそういう仕組みが今もお生き続いています。

ところが、1万年前に人間は農耕を始めました。ここでつくったものは米と炭水化物、米と小麦とかいう、極めてカロリーの高い炭水化物。これで人間は完全にカロリー過剰になる。さらにまた車や電車が發明されて、動かなくなる。つまり生活習慣病というのは、人間が本来持っている生き方、体が持っている生き方

とは全く違う生き方。エネルギーを過剰に取り、消費は少ないという。そして、それによって体内に蓄えられたものがどんどん増えていくということです。ですから足りないものを補うのはお金を使えばできる。しかし、足りすぎているものを抑えるのは別な言い方をすると、欲望を抑えるのは人間にとって極めて苦手なことです。

この問題が、今お話ししている生活習慣病の基本的な考え方。つまり欲望を充足ではなくて欲望を抑えるということの困難さ、それが生活習慣病という病気の根底にあるということです。

糖尿病の有病率と車の保有台数は明らかに比例関係にあります。実は、今、糖尿病の多いのは大都会よりも、徳島とか地方のところが多い。そこは、隣の家に行くにも車を使う。なぜなら、公共交通機関がないからです。もちろん糖質摂取量とかいろいろありますけれども、つまり文明もわれわれの病気にかかわっているということが、この病気の非常に大きな問題です。そしてこれをどうしていくのか。

特にこの中で1つ、これは申し上げるまでもないと思いますけれども、メタボリックシンドローム対策として私たちが極めて注目しているのは、かつてわれわれはこの疾患は治りにくいと思っていました。体内に常在している炎症があることによって糖尿病の血糖値がコントロールできなくなる、これはもう先生方皆さんご承知だと思います。実は糖尿病の患者さん、あるいは糖尿病の専門医が歯周病の存在に注目し始めました。今、患者さんが、われわれのほうに送られてくる。ではどうなるか。

これは、東京医科歯科大学の和泉雄一教授も鹿児島で研究をしていますが、最近では広島県の歯科医師会が広島の歯学部と一緒に「歯周病を治療すると糖尿病は本当によくなるのか」という研究を行っていて、今回の調査でヘモグロビンA1cは明らかに歯周病を治療することによって最大1.2ポイント、平均0.4ポイント減少するということが分かりました。逆に、もちろん糖尿病の治療をすると歯周病の治療のコントロールもしやすくなる。つまり明らかにここで、私たちの専門内である歯周病と糖尿病が極めてリンクをしている。両方でコントロールをしていくという医療連携の典型的

な基本が今できつつある。これは大変大きなことだし、私たちはここをしっかりとらえていかなければいけない。つまり政策決定において、これを非常にしっかりとらえていかなければいけないと思います。次にご承知と思いますが、前の国立がん研究センターの理事長だった嘉山理事長と私との間で、がんの治療前に関東地区、特に国立がん研究センターに通ってる患者さんは関東が多いので、関東地区の歯科医師会の中で、日歯と口腔がんの連携をしていこうということで、合意文書を取り交わしました。

このもともとのエビデンスは、私の地元の静岡県の歯科医師会が県立がんセンターというのを15年ぐらい前に設立しました。そのときに予算の関係で歯科医は入れないということになりそうだったので、慌ててアポを取って知事のところに飛んで行って、直談判をして、「知事、絶対恥をかかせないから、とにかく歯科医を入れてくれ」と言って強引に入れてもらって、がんセンターから歯科医師を1人抜擢しました。

簡単に申し上げると、この県立がんセンターで、口腔ケアありのがんセンター、口腔ケアなしのA病院、実はA病院というところに勤務していたドクターを、県立がんセンターを新しく設立するに当たって、このドクターを抜擢して、こちらで口腔ケアを行ない手術をしました。ドクターが違くと技術に差があるのではという話になり、同じドクターが手術をしています。ただ違いはこれだけです。また、県立がんセンターの平均の入院日数、在院日数の21日、こちら36日となっております。

つまり、今、静岡県立がんセンターは、すべてのがんの患者さんのオペをする前に制がん剤、放射線治療をする前に、全ての方の口腔ケアをする。歯周病があれば、近隣の研修を受けた歯科医師のところに回して、全部治療をしないとがんのオペをしないということを徹底的にやっていて、かなりこの数値がほかの病院に比べていいということが分かって、厚労が今回、実は診療報酬の中に周術期、特にがん患者さんの周術期の点数を入れたと。

これは全く先行投資です。まだこれをやっている人は本当に少ない。しかし今やっておかないと、これが非常に広がって、やりたいという人が増えたときに、

きちんと準備をしておきそれに応えられないと、何だ歯科は、何もできないじゃないかという話になるのが一番怖い。そのために先行投資として今始めていると書いていただきます。

最後です。これです。これが本来の今日のテーマになります。高齢化の速度、さきほど世界最速で超高齢社会と言いましたが、全人口の中で65歳以上の人口が7%から14%になる。この年月を高齢化のスピードといます。フランスは何と19世紀の終わりで1979年に14%になって、115年かかってゆっくりと成熟した高齢社会を迎えた。また日本は1970年で、94年、24年しかかかってない。つまりこのスピード、これが追いつかないのです。

もう1つあります。もう1つこの問題は、つまり、超高齢社会の最大の課題は何かと。健康なお年寄りがたくさんいらっしゃるのだったら、これは長寿社会、文字どおりおめでたい、寿べき社会だと思います。

どれだけこの問題が深刻なのか。高齢になる前の死亡者が約7割を占めていて、75歳以上の死亡者は少ない。

ところがどんどん高齢者が増えてくると、75歳以上の死亡者が増える。推測では2040年に166～170万人という。今はまだ100万人を超えたか超えないかのレベルです。こういうことになったときに、この方々がどういう状態で亡くなるかというのが最大の問題なのです。

私たち日本歯科医師会は、健康寿命を延ばすということをまず提案しました。政府に対してです。もし、健康寿命をもっと長くすると、家族の負担も、本人の負担も、社会の負担もはるかに減るはずだと。あるいは同じお金を使うなら、もっと手厚い保護が要介護の人にできるはずだと。ここが今、極めて大事なことです。

このエビデンスで1つ面白い調査があります、私もよく存じ上げてる東京大学の秋山先生が6000人、20年、日本で調査をした結果が大変面白いんです。男性と女性で加齢に伴う自立度の変化が違います。

まず男性は、63～65のときに、どんと大きな病、これは脳血管障害だとか、いわゆる生活習慣病の重篤なものを患って、どんと体力が落ちて、ほぼ寝たきり

で最後に亡くなるという方が約2割。75ぐらいで徐々に体力を失って、最後に亡くなる方が7割。そして1割は、ピンピンコロリが男性にはいる。ところが女性は、このどんというのが男性の約半分しかありません。なおかつ女性の場合には、徐々に体力をなくしていく年齢が男性よりも早いんです。70前後で体力をなくしてこういう状況になる。

もう1つは、歯と寿命という、これはわれわれの仲間が、宮古島6000名、15年間、これ世界的な研究ですが、宮古島っていうところはああいふ離島ですから、住民が出入りが少ない。同じ人をずっと15年間調べた結果、細かく割きますが、80過ぎると明らかに、歯の機能歯数10本以上とそうじゃない間に、平均寿命に差が出ます。

この研究結果は日本の研究として極めて画期的なもので、認知症の歯のない人、義歯のない人は認知症の危険度が高いと。これ8020達成者はそうではないという。ここはもうちょっとたくさん研究が増えるべきだというふうに思っています。

これも新潟スタディで、10年の間に高齢者の健康が悪化した最大の理由は、歯が1本もなくて、義歯が不良もしくは義歯がない人が、圧倒的に健康度の悪化がひどかった。つまり、義歯を入れるということによってかなり改善されるのではないか。それがインプラントだったらもっといいのかもしれませんが、そういうことをしっかりこれから訴えていくということです。入れ歯って、入れてさえいけばかめなくてもいいんだという状況は、何とか打破しないとイケないということだと思います。

これはもっと面白い研究で、兵庫県のある小さな村で、「携帯電話を持っていますか」という質問をしたら、8020達成者は圧倒的に携帯電話を持ってる。これは外に出るからです。

これは私が静岡でやった調査で、やっぱり8020達成者とそうじゃない人に、何が楽しいかと伺ったら、趣味、旅行、スポーツ、散歩、仕事、友人との話、つまり積極的に外に出ますというのが、生活を楽しんでるというのが8020達成者で、歯がない人はどちらかというと、孫の相手とか、テレビとかっていうところで、家の中にこもってる。

つまり、こういう高齢者が、これ私は麻生さんに、総理の最後のころにお話ししたんですけども、これが日本の高齢者の普通の状態になったら、外に出て物を買うんですね。まあ80歳の方がルイ・ヴィトンのバッグを買うかどうかは知りませんが。少なくとも、毎日外で健全な消費者として市場に参加するという社会と、家で寝たきりになってるという社会のどっちが経済にプラスなのかと。そしたら、麻生先生は、「そうですね」とおっしゃってました。その直後に選挙で負けてしまったので、これをどうするかはこれからの課題です。

私はターミナル・デンティストリーという言葉はかなり強引につくりました。つまり、最後までわれわれはその人の食べられる人生をまっとうできるように支えますというのが、私は歯科医師の最後の仕事だと思っています。つまりこの話をドクターにしたら、いや、われわれの仕事がターミナルなんだと言ったんですが、私は違うと。最後の脈を取ることをターミナルと僕は思わない。その脈を取る1点、ご臨終ですと言うところの1週間、2週間前、その人がどんな生活をして生きてきたかが実は大事なんだと思います。いかに死ぬかはいかに生きるかと同じだということがありますけれども、それを私たちは最後まで見る。

もう1つは、これですね。これはもう菊谷先生の話と重なります。ここに出ました。今度『プレジデント』で高齢者の調査をしたら、「健康に関する後悔してることは何ですか」と言ったら、男性は、「歯の定期健診を受ければよかった」というのがトップだった。頭髪の手入れというのがありますけれども、いかにも男性らしい。女性は、「日ごろからよく歩けばよかった」。運動ですよ。ところが男性も2番目が、2、3が運動なんです。女性は、4番目に歯の定期健診が出てきた。つまり、歯をきちんと守って、あるいは歯がなくなっても、義歯なりインプラントなりでちゃんとかめる状況を維持することと、体を動かすことをきちんとやったら、私は健康寿命は伸びるというふうに思っています。

まとめに入ります。先ほど私は、盛んに食べるということの意味を言っていますが、食べることには2つ意味がある。1つはよく分かっている。自動車にガソリン

入れるみたいなものです。ガソリン入れて内燃機関を、ガソリン燃やして、前へ動く、つまり動くエネルギーにする。われわれ人間もカロリー価の高いものを食べて、それを燃やして運動する。これがほとんどなんです。実は1941年にルドルフ・シェーンハイマーがアメリカである実験をしました。簡単に言うと、ネズミに重窒素という自然界にめったにないものを含んだタンパク質、アミノ酸ですね、これを食べさせて、ある一定の期間たってから解剖すると、何と、ネズミの体はこの重窒素を含んだタンパク質からできていた。つまりこれは、このとき食べた食べ物で体が構成されちゃったということです。これを普通のタンパク質に戻してしばらくして解剖すると、もう重窒素を含んだタンパク質、つまり細胞は、ネズミの体から完全に消えていたと。

私たちが食べることを、シェーンハイマーは、命の流れを断たないためだと言ってます。これが実は食べるということの最大の意味だと思います。このところがわれわれがやっている、つまり命を救う医療ではないが、その人が日々生きていくことを支え続ける、その根底にある根拠は、私はこれだと思っています。

実は口というのは、すごく特別な意味があるなと思います。私の友人のフレンチのシェフがフランスで長い間修業したときに、フランスのおばあさんから教わった言葉として、「自分の墓石を自分の歯で彫る」というフランス語の諺があるんだそうです。すごい言葉ですね。自分の墓石を自分の歯で彫る。

つまり、そのくらい歯というのは、あるいは口というのは、どうも特別な器官なんだろうなと思っていたところ、白川さんという、今年生誕100年、文化勲章をもらったすごい方によると口は、神に対して感謝の念を捧げるときのお供えの器だっていうんです。

非常によく分かる絵、衣に口を付けると、哀しみという字になる。哀悼の哀。つまりこれを白川先生は、死者の衣の胸元にこの感謝の器を捧げること。漢字はご承知のように象徴的な意味を持っていますから、われ

われが扱っている口はある種神聖な分野だと、ずっと考えられてきたと思います。

こういう言葉があるのはご承知と思いますが、玄冬、黒いって、方角も表してますけれども、私は高齢者のイメージは、真っ白な雪原に立つ1匹の巨大なゾウ、これが私は高齢者の特に東洋の高齢者のイメージだと思います。つまり、経験と知恵を体の中に秘めた巨大なゾウです。こういう観念を今私たちはいつの間にか失ってしまいました。超高齢社会で年寄りが増えるのは困ったものだというだけでは全くない。元気で、そしてきちんとこういう体験を持ったお年寄りが増えるということは、社会にとって極めていいことだと思います。

私は、日歯の会長になったときに、日本歯科医師会、あるいは歯科医師会というのは会員が生涯を通して共に学び合う場だというふうに言いました。これは皆さま方の学会もそうだと思う。1人で学ぶことはできません。でも、友と一緒に切磋琢磨して学ぶことのほうが人間にとっては楽しいんです。それを、さすがだなと思ったのは、孔子の弟子が師匠に対して、何で私たちは先生の下と一緒に学ぶのかと聞いたら、友と一緒に学ぶことはできても、徳の道に行くことは難しい。徳の道に行くことはできても、そこに立脚することは難しい。なおかつ、そこに立脚することができても、一番難しいのは、これはある人は、「図る」というのは現実的な選択をすることだと訳して、全くそうだなと思いました。

私たちが歯科医学を学ぶのは、日々やってくる患者さんの状況を日々選択をし、そして現実的に治療の手段を選ぶことです。そのために私たちは学んでいる。そして、その学ぶ場が歯科医師会であり、皆さま方がお集まりのこういう学会であるということを最後に申し上げ、歯科医師会としてそういう考え方の下でしっかりとした歯科医療政策を出していくことをお誓い申し上げます。大変雑駁な話でありますけれども、私の話とさせていただきます。

(文責：広報・編集委員会)

Dentistry in Extreme Aging Society —How to Secure National Health through Dentistry—

President of Japan Dental Association

Mitsuo OKUBO

Japan has reached an extreme aging society at the fastest speed in the world. The biggest problem of this phenomenon is, in reality, is the increase of those dependent on care, not the increase of aged persons. The Ministry of Health, Labour and Welfare has formally announced, for the first time, that the healthy life expectancy of Japanese is 72 years. This means that many of the aged persons would be living with some disorders their last ten years, based on the condition that the average life span of Japanese people is about 82 years. It is needless to say that this is our maximal and urgent issue as mentioned earlier.

Under these circumstances, we dentists are required to ask ourselves what should be done to solve this difficult problem. Could oral health and dentistry not only extend the national average life span but also prolong the healthy life expectancy? And how is it possible with what kind of thought and technology? Moreover, what sort of method must we adopt to authorize scientifically such a notion of expanding both average life span and healthy life expectancy simultaneously and infiltrate it widely into the society? Japan Dental Association has, facing these propositions, been trying to tackle the difficult issue by proposing our own principles and thinking strategically.

In this lecture I hope we could share our purpose through reporting the actual efforts.

Key words : Increase of those dependent on care, Healthy life expectancy, Strategic thinking,
Sharing of purpose