



## 超高齢社会における歯科疾患構造と求められる歯科医療

朝日医療専門学校岡山校

岡山大学名誉教授

日本学術会議連携会員

渡邊達夫

この機会を与えていただきました古谷野先生、渡邊先生にはこの席をおかりしまして御礼申し上げます。

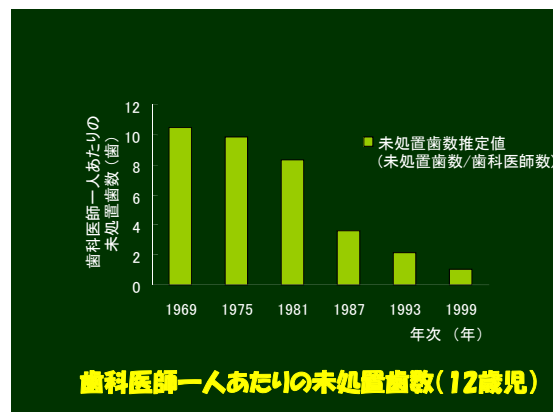
このタイトルの中で超高齢社会となっていますけれども、高齢化社会というのは全人口に占める65歳以上の人の比率が7%で、高齢社会というのは14%、超高齢社会というのは65歳以上の人全人口の21%を占めるときに言います。それで、この7%から14%にかかるのに何年かかったかというのが倍加年数で、これを使ってそれぞれの国の高齢化スピードを比較することができます。

例えば、フランスは115年かかって高齢社会になったんですけども、スウェーデンが85年、日本は24年、韓国は18年。こうなりますと、フランスは115年かかって高齢社会への準備を進めたらよかったわけですが、私どもの国は24年間でそれに対処しなければならなくなってしまった。それで、いろいろと政策を立てたりしてきたんですが、やはり急激過ぎである程度の破綻が起こっているのも事実です。韓国は18年でそうになってしまう、これからもっともっと心配なことが起こってくるんだろうと思っています。

歯科の分野におきましては、高齢者の残存歯数の増加ということが挙げられておりますが、これは我々歯科界の勝利だと私は思っています。歯科界がこれだけ活躍したから多くの方々が一生自分の歯で食べられる社会に一步近づいていると。これを我々は本来自慢すべき問題であろうかと思えます。そして、歯科医師としてこれをもっともっと推し進めていく必要があります。

さて、疾病構造の変化でございますけれども、少子化とう蝕の減少、歯科医師数の増加の三要因はもう30数年前にはにわかっていたことで、いま、歯科医師過剰問題が表面化してきました。次は歯周病の時代だ、次は矯正歯科の時代だと、こういうふうに思って、そっちの方へ歯科学生がグーッと動いていった現状がございます。

12歳児の未処置歯数の数を歯科疾患実態調査等を参考に調べてみますと、1975



歯科医師一人当たりの未処置歯数

年に歯科医師1人当たり大体9本から10本近くありました。12年後の1987年には3本近くになりました。そしてまた12年後、1本ぐらいになっています。1975年の歯科医は、1人の歯科医が12歳児のう蝕を12本治しておったことになりすけれども、1999年は1人が1本。2011年はもうすぐデータが出ると思うんですが、3人の歯科医が12歳児の1本のう蝕を治療すると推測されるわけです。歯科医師が多すぎる、と感じる所以がここにあります。

それで、これはちょっと古いデータになりますけれども、こういう状況の中で健康体力づくり事業団が、100歳以上の人が1,018人おるときに1,009人に面接しまして、今どうやって御飯を食べていますかと調査をしました。そうしましたら、歯茎で食べている人が44.3%、総入れ歯の人が47.8%でございました。

このデータをもとにして、岡山大学の予防歯科では、「この事実をもとにして論理を組み立て結論に至れ」という試験問題を出します。そうしますと、最初にその試験を受けた学生はほとんど答えられません。そこで、試験の前に答えを言うておくんです。「因数分解してみましようや。歯茎で御飯食べる人、総入れ歯の人、両方とも歯が全くない、歯が全くない人が92%、100歳以上の人の92%の人が歯が全くない。この事実から推論すると、歯がなくても長生きできる」という答えを言うておくんです。言うておいても試験になると書けないんですよね。今の学生は教科書を暗記する能力はあるんですけれども、事実をもとにして論理を組み立て結論に至れという過程になると、答えを言うておいても書けなくなる。でも、次の学年からは満点を取る学生が出てくるんですよ。この問題が出るから解答はこうだということを知っているから満点。教師として、それはそれでいいなと思っっておったんです。

歯が無くて長生きできるんだったら歯医者はどうするんやというのが次のテーマになるわけですが、ところが、1人の学生が、「今の歯科医療を続けていくとみんな歯がなくなってしまう」と解答したのです。「ちょっと待ってくれ、そんな僕言うてないやろ、おまえ、講義に出ておったんか」、「いえ、知りません」、「講義に出ていなくてそんな勝手なこと書くな」とは言いたかったんですけれども、彼の解答を否定する根拠もない。ひょっとしたら今の歯科医療を続けていくとみんな歯がなくなっていくかもしれない。彼は、この否定できないテーマを私に与えてくれたわけです。

実は、歯医者というのは病気を治すことを主な仕事だと我々は教えて来ました。したがって、虫歯を見つける、虫歯を治す、これが大きなテーマだったんです。虫歯を見つけることを一生懸命やるために、隠れた虫歯も見つけ出そうという教育がなされます。虫歯を



100歳以上の人の歯の状況

治すのに、削る、詰める、神経を抜く、歯を抜く、インプラントを勧めると、こういうのも歯医者仕事の1つになってくるわけです。

それで、歯科医師の仕事の評価をしてみなければなりません。我々の入れ歯ってどのくらい噛めるのかというのを調べてみました。これはプレスケールというのを聞いたものです。健全歯列の人は大体28.9本歯がありまして、ブリッジの人が84人で27本、部分床義歯の方が16本、それから全部床義歯のグループ、それぞれについて調べてみますと、咬合力に関していいますと、ブリッジを入れている方の咬合力は393ニュートン、健全歯列の

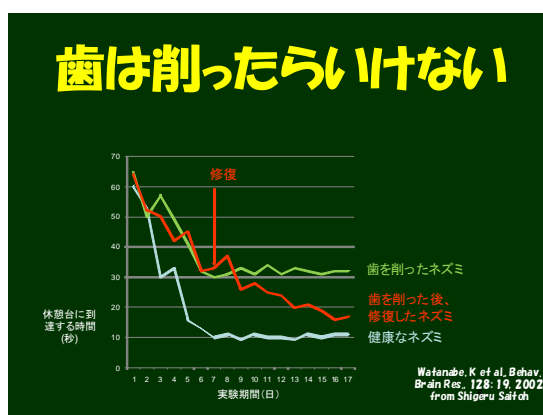


臼歯部補綴装置の相違による比較

人の8割ぐらいしか回復していません。部分床義歯の方は35%ぐらいで、全部床義歯の方は11%ぐらいしか回復されていないわけですね。

これは医科歯科大学の林 寿郎先生が生米で咀嚼効率を研究されたのと大体似たり寄ったりデータなんですけれども、こういうふうにしてみると、どうも入れ歯の機能回復力には限界があるんじゃないかということがわかります。なぜブリッジで噛めないのかと、その辺のところはまだちょっと分かりません。けれども、プレスケールという薄い紙で測定しますので、非常に細かいところの咬合接触面積が反映されているんじゃないかなと、そういうふうに思っております。

これは、実は斉藤先生の本から引用させてもらったのです。年をとったネズミをプールに泳がせるんですね。プールに泳がせて、そのプールの上に発泡スチロールをいっぱい浮かべておくんです。そうしますと、ネズミは下が見えませんが、自由に逃げ回っているというか泳いでいるんですが、そのプールの真ん中に休憩台を置いておくんです。そしてその休憩台に到達する時間を計っています。それによりまして、年をとったネズミが休憩台に到達するのが1日目では60秒ぐらい、そしてずっとおりにきて、大体7日目ぐらいで10秒ぐらいに達して、進歩が一時的に止まり、横ばい状態のところになります。10秒ぐらい、これが1つ学習効果というふうな指標で見ているようです。



歯は削ったらいけない

今度は歯を削ります。歯を削られたネズミは30秒ぐらいまで学習するのですが、もうそ

れ以上学習能力が前にいかないんですね。今度は、歯を削ったネズミに修復処置をしてやります。そうしますと、このネズミの学習能力はずっと回復していきますけれども、最後の最後のところまで戻っていないみたいです。というのが、斉藤先生たちのグループが実験されたデータです。このことから、歯を削ったり何かするとひょっとしたら学習能力が落ちるんじゃないかなと、そんな推測ができると思います。

それからまた、朝日大学の船越先生たちのグループは、若いネズミの歯を抜いてどういふ変化が起こるかというのを調べたものがございます。まず、迷路の中にネズミを入れて、何秒でえさまでたどり着くかというのを実験しますと、歯を抜かれたネズミはえさに到達するのに時間がかかっているということがわかっています。そして、そのネズミの脳を調べてみますと、右の歯を抜かれたネズミは左の脳の成長がおくれて萎縮していると。それから、細胞密度も減っていると言っています。これは歯根膜にある機械的刺激受容器というものが歯を抜きますと歯槽骨の中に入ってしましまして、インパルスを送ることができないようなんですね。それで脳への刺激が少なくなっているんじゃないかと、そんなことが考察されています。

入れ歯の場合は0.1ミリ以下の物体は嚙んだと認識しないようですけども、歯根膜にあるメカノレセプターは0.06ミリの物体を識別できると、こんなことも言っておりますので、歯を抜くということはやっぱり全身の健康を考えたときにまずいんじゃないかなと。総入れ歯の人に認知症が多いというのも、何か結びつけられたらおもしろいかなと。知りません、これは、おもしろいかなと思っています。

歯を抜いたらいけないし、削ったらいけない、そういうふうな考え方を持つ必要があるかと思います。歯を抜かない、削らない歯科医療をしていく。これはミニマム・インターベンションという言葉で今はやってきていますけれども、ミニマム・インターベンションというのは1つの哲学であって、術式ではなくて、GCがやっていますよね、GCがやっているのは術式ではなくて哲学であると。歯科医としてミニマムインターベンションに基づき、削除量をなるべく小さくして、そして国民の健康な生活を確保しようということになっているんだろうと思います。

ここで、国民健康保険法というのをちょっと考えてみますと、大正11年に制定されました。これは医療保険制度でして、病人さんが困っているときに何とか助けてやろうというので生まれた保険制度でございます。それが昭和36年国民皆保険になりますと、歯科医師の生活を左右する法律になってしまいました。したがって、歯科医師はこの保険制度に縛られて生きていく、それに縛られて国民の健康な生活を考えるようになってきたわけです。

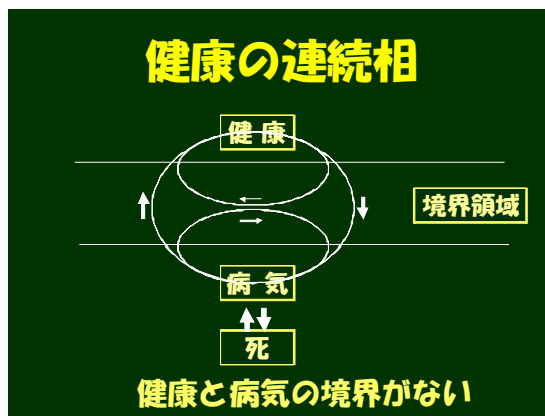
この保険制度のところでは一番のポイントは、病気を対象にしているのが健康保険です。したがって、病気でないものは対象にならない。確かに大正11年のころは、病気というものはそういうふうな考え方でよかったと思いますけれども、最近は健康の連続相という発想が生まれてきています。健康と病気、これは健康な人が病気にかかった、病気の人

が回復していく、健康な人が途中からまた戻っていく、病気の人が途中からまた病気になってしまう、そしてそれから死ぬ。死にかかって戻っていく人もおるかもしれませんが。こういうふうにして見てみますと、健康と病気との間に境界領域があることに気がつきます。健康保険のいう病気でなかったら保険でカバーできないということになると、病気と規定する境界を設定しなければならぬ。これは多分歯科医師の診断で決まるだろうと思いますけれども、本当は。特に精神疾患の場合なんかも精神保健専門医の判断で全部決まりますから。

このあたりのところ、実際は境界領域というグレーゾーンがあります。この境界領域をもってこれから我々は健康というものを考えていく必要があるだろうと。そうしますと、健康と病気のはっきりした境界がないという結論になるだろうと思います。今までは、削って幾ら、抜いて幾ら、入れ歯を入れて幾ら、削れば削るほど利益が上がる、抜けば抜くほど利益が上がるのが歯科医療。今の歯科医療をこのまま続けていけば国民の健康は損なわれていくということも否定できないような気がします。

歯科医師って何する人、口の中の病気を治す人、口の中の病気を予防する人。実は「歯科医師は歯科医療及び保健指導をつかさどることによって公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保するものとする」とこう書かれているわけですが、ところが国は歯科医療にお金を提供して、健康保険法の規制により歯科医師の仕事を事実上病人だけに制限してしまっている。それで、「国民の健康な生活を確保するものとする」という大義名分、大前提が健康保険法によって縛られてしまう。歯科医師は歯科医療及び保健指導をして国民の健康な生活を確保しなければならないのに、歯科医療のみにお金を出し、それ以外の業務は勝手に収入を得なさいという状況になってしまった。それに加えて歯医者が多い、虫歯が減ったというような事態が起こった。歯科医師の将来はどうなるのだろうか、歯科医療はこれでいいのだろうかという議論が起って来たわけです。

なぜ、そんな議論が起ったのかというと、今まで病気を発想の原点にしているからなのです。病人だけを対象にしているから。病人以外は保険でカバーしませんでした。第1次予防、第2次予防、第3次予防という考え方があります。第3次予防というのはもちろん本人が自覚していますから、これはもうすぐできます。ところが、それでは遅いから、病気であっても自覚していない人を早く見つけて早く治そうやという第2次予防、さらには疾病予防、健康増進、こういうふうな考え方でやってきたわけです。発想の出発点は病人、病気なのです。これをディジーズ・オリエンテッド・コンセプトと



健康の連続相

言っています。そうでなくて違った考え方があっていいんじゃないかと。

例えば健康を発想の原点にする考え方、ヘルス・オリエンテッド・コンセプト、健康を保持増進するために医師として何ができるか、歯科医師として何ができるか、保健師として何ができるかと考える。これをヘルス・オリエンテッド・コンセプトと言っています。健康の保持増進を考えると患者って一体何なんだろうかと。患者は、まず病識があって、そしてその解決を医療機関に求めて、医療機関に行く時間的、経済的余裕のある人、この人が患者なんです。健康保険はこの患者だけを対象にしているんです。それ以外の人を健康者集団と言います。健康者集団は、病人であっても病識のない人、病識があってもその解決を宗教や売薬に求める人、社会、経済的に余裕がない人などが含まれています。患者統計から見ますと1日当たり0.1%の国民が歯科医に訪れています。この患者を対象にするのもいいけれども、99.9%の健康者集団を対象にした歯科医師の仕事ってあるんじゃないかと考えます。

国民の健康な生活を確保するために、今歯科医では行き詰まってしまっている。少子化、そうしたら今度は高齢者の医療へ行こう。う蝕の減少、じゃ歯周病へ行こうやと。歯科医療保険のあり方を考える、その考え方もそろそろ手詰まりになってきています。それよりも前に一生自分の歯で食べられる社会を考えよう、それに向かって歯科保健の制度を考えようやと。ディジーズ・オリエンテッド・コンセプトでなくてやはりヘルス・オリエンテッド・コンセプト、健康を保持増進するために私はきょう何をしたらいいのかという発想。

それで、ヘルス・オリエンテッド・コンセプト・イン・デンティストリー、国民の健康な生活を確保するために歯科医師として何ができるかを考える。それは、抜くな、削るな、切るなということだろうと思います。一生自分の歯で食べられる社会をつくるということ、すこやかに美しく老いてもらうということが、これが健康な生活を確保するものだろうと思うんですけども、これに対して歯科医師はどういうふうな働きかけをしたらいいのか。そのために歯科医師の習得した知識と技術を生かしていきたい。

例えば、歯周病についてちょっと考えてみますと、そうしますと、宿主の抵抗性を高める。今まで歯周病では歯石をとったり歯垢がつかないようにしたりします。これはホストとパラサイトを考えたときに、パラサイトを対象にして一生懸命やっている。ホスト側のことは忘れてしまっている。例えばここでポンと打ちます、内出血します。内出血するということは、血液が血管の外に出るんですが、皮膚がしっかりしているから内出血と。歯磨きして血が出るのは外出血、歯茎が破れているんですよ、潰瘍またはびらんを起こしている。そのときに歯石や歯垢をとって、あとは潰瘍が自然に治るのを待っている。でも治らない場合もある。

それで、じゃどうする。潰瘍ができてから上皮の増殖を促す必要がある。どうやったら上皮の増殖は促されるのか。例えばポンポンと歯肉を刺激しますと、歯肉の細胞は2倍ぐらいのスピードで増殖することがわかっています。だとしたら、ポンポンについて、そして宿主の増殖を促して歯肉細胞を増殖し、歯肉出血を抑えたらよろしい。歯肉出血を

抑えることができたなら、歯周病原菌ってあれは血液成分が必要ですから、えさがなくなるんですよ。そうしたら歯周病原菌がどんどん減っていく。そういうふうな発想もあっていい。

それで、歯周病原菌は増殖するのに血液成分を必要とする、歯肉細胞の増殖は機械的刺激が当たっているところに限られているということから、術者磨きというのが非常に効果的であるというふうに考えます。そして、その術者磨きをすることによって多くの方々に快適さ、美しさ、安心を味わってもらえれば、そうしたら病気が、急性炎症がなくなった方でもずっと術者磨きを求めて来てもらえるというのが、可能性があると思っております。

それで、その術者磨きというのが歯周病の予防治療に極めて有効ですけれども、韓国の高齢者長期療養給付に今年から採用されました、術者磨きというものは。だから我々も、先ほどからありましたよね、施設に衛生士さんが指導に行かれたり何かされているというのなんかも、本当は患者さんにブラッシングをさせるんでなくて、衛生士というプロがちゃんと管理して磨いてあげる、それに点数がついたら、そうしたら韓国の高齢者長期療養給付に相当するようになるだろうと思っております。そんなことを考えております。

こういうふうにしてヘルス・オリエンテッド・コンセプト・イン・デンティストリーという考えを進め、健康を保持増進するために歯科医師として何ができるかというのを大前提にして、我々の知識と技術を生かして、国民の健康な生活を確保するというところが大事だろうと思っております。そのときの第一段階として、私は術者磨きというものを考えておりますけれども、実はそのためにNPOを立ち上げてまして、一生自分の歯で食べられる社会を目指してやっついこうと、こんなことをしているわけでございます。それで、啓発活動、セミナーとかいろいろやっております。そのためにこんなものを書いてきました。

どうもご清聴ありがとうございました。