

大会特別講演

歯科再生の道をさぐる

日本歯科医学会会長

江藤一洋

ただいまご紹介いただきました江藤でございます。座長の川添先生に大変ご丁寧なご紹介をいただき、誠に光栄でございます。

昨日、日本歯科医師会の久保会長のお話がありました。それから、先ほど、黒崎中
医協専門委員のお話がありました。久保会長と私の役割でございますが、この間も久
保会長とお話をしてお指摘を受けたのですが、私の話は現実的でございます。久
保会長のお話は大局的かつ政治的でございます。政治的というのは、都市部と地方との関
係についての配慮が必要であるということです。私のほうは学術的ということで、国民向
け、ないしは歯科全体をみながらということで、私の発言の内容が都市部にとって不都合
だとか、地方にとって不都合だとかいったことがあるかもしれませんが、それは日本全体
をみたときにどういった方向性で考えればいいのかといったことについての発言というよ
うにご理解をいただきたいと思っております。

それから、先ほどの黒崎先生のお話でございます。先生と私は同級生でございます。彼
とは、大学時代に彼が病院長で私が学部長、それから日本歯科医学会では、私が会長で彼
が副会長ということで、歯科医学への思いは同じなのでございますが、意見はかなり違う
のでございます。ただ、たとえば黒崎君が何かをやるというときには、私と考えが違いま
しても私は助ける。私が何かやるというときには、彼は私に異議があっても助けるという、そう
いう関係でございます。ただし自分の意見をお互いにはっきりいうという立場でございま
すから、彼の話と私の話には多少齟齬があっても、それはこういう関係というようにご理
解をいただきたいと思っております。

まずどうして「歯科再生の道をさぐる」というテーマにしたのかということでもあります。
先ほど川添先生からご案内がありましたように、歯科の現状はひどすぎるではないか、こ
れを再生させうるのか、について考え方を含めてお話を申し上げたいと思っております。

今朝の日経新聞の1面に、概算要求基準（シーリング）で2,200億円の社会保障費の削
減は堅持すると出ていました。2006年の骨太方針から、これで3度目になります。2006
年から2010年まで、毎年2,200億円、合計1兆1千億円減らしていくということでありま
す。

こういった状況のなかで、もちろん6,000億円の要望枠、これは社会保障だけではなく
て、いろいろな方面からの要望は採るといっていただけますけれども、歯科はとても無理だろう
といわれております。それでは、こういった手詰まりななかでどうすればいいかというこ
とです。

まず初めに日本歯科医学会の現況をお話し申し上げます。

日本歯科医師会は、国民に良質の歯科医療を提供するために、一般臨床医、開業医の先生方の生活を守っていく、もちろんこれはあくまで国民のためということでもあります。

日本歯科医学会の使命は学術的に歯科医学を振興して、国民のための歯科医療の向上に貢献していくことでもあります。これは、今期の執行部が発足して以来ずっと強調してきたところです。

歯科医学会の事業のなかで特に重要と思われるものを、5つの重点計画として掲げています。歯科医療への学術的根拠の提供体制の構築、歯科医療技術革新の推進、学会機構改革の推進、専門医制度の確立、国際交流の推進の5つであります。

まず歯科医療への学術的根拠の提供体制の構築ですが、この目的を達成するために、3つの組織があります。1つは歯科医療協議会、2つ目は歯科診療問題調査研究委員会、3つ目が未来構想プロジェクト会議、とそれぞれ短期即応、中期対応、長期展望となっております。

最初の歯科医療協議会は適切な歯科診療報酬の実現に資するためのものです。これはすでに黒崎先生からも紹介がありましたけれども、まず最初に実施したことは、歯科医療技術の見直しです。傘下の専門分科会にアンケートを出して、86項目挙がってまいりました。これらを整理して厚労省に提出して、6項目が今回の診療報酬改定では認められております。これは18年度改定のときにはなかったことです。

2つ目は、これまで歯周病と補綴関連のガイドラインがありました。これが必ずしも現状と合わなくなってまいりましたので、これを改定いたしました。それから歯科疾患の総合的管理、これは歯周疾患のメンテナンスが18年のときに大きく変わりましたので、これをもう一度適切に評価する意味もありました。それから、高齢者の口腔機能評価。これは、後期高齢者をにらんでのことです。以上の事項は黒崎副会長が中心になって全部緑色の表紙の冊子にまとめました。これらは今月出ました「歯科点数表の解釈」いわゆる青本のなかに全部掲載されております。これは臨床の先生方が診療報酬を請求するときのための手引書です。すなわち日本歯科医学会は国民のための歯科医療の質の向上を目指して、適切な歯科診療報酬のための学術的根拠を提供したことになります。

今回、平成20年度の診療報酬の上げ幅は0.42%でした。これは、大久保先生のお話にありましたけれども、2007年の11月末頃に日歯は厚労省に5.9%の診療報酬の値上げを要請しました。一方、日医は5.7%でした。諸々の政治的な折衝を経て一折衝を経てというのは、経済財政諮問会議および財務省対厚労省、自民党の構図のなかで、日歯および政治連盟の粘り強い交渉の結果、プラス0.42%に決着し、その後、この財源のなかで精力的な診療点数の配分作業が行われたものと推察しております。

日本歯科医学会のスタンスとしては、歯科医療技術を適切に評価するための学術的根拠を提供するとともに、戦略的かつ学術的な根拠を提供することも大きな役割と考えております。

それと同時に、保険診療や医療政策に通暁していて、なおかつ歯科医療の特殊性をよく理解している、そういった人材の育成も必要かと思います。

それから、学術的根拠の提供体制の 2 つ目の組織が歯科診療問題調査研究委員会です。これは平成 19 年 12 月設置となっています。平成 18 年末に厚労省に出向いて、医科のほうには 43 の診療ガイドラインがあるが、歯科は 1 つしかないので、早く歯科の診療ガイドラインをつくる方向を考えてほしい、そのための方針の検討部会を開いてくれるようお願いしました。問題は診療ガイドライン作成の予算（厚労科研）が十分に取れないのではないかということでした。しかしながらそうはいつても診療ガイドラインが医科は 43 で歯科は 1 では、あまりにも国民に対する信頼度が違うではないかということで、やっと平成 19 年の 12 月に立ち上がり、先月、6 月 2 日に検討部会において方針が出されました。この方針、すなわち患者の視点に立って安全・安心で質の高い歯科医療が受けられる体制を構築する一環として、科学的根拠に基づく歯科疾患の予防および治療の適切な選択に資するためにガイドラインがつくられることが必要ではないでしょうか。

この診療ガイドラインは決して歯科医師の裁量権を侵すものではありません。またわれわれも歯科診療の包括化には反対でありますから、そういったことを十分考慮に入れて、このガイドラインをつくられるものと考えております。

なおガイドラインには 2 種類あります。1 つは一般臨床家向け、もう 1 つは、専門家向けのガイドラインです。これは、日本歯科医学会が音頭を取りまして、各専門分科会とともに診療現場を代表する日歯の先生方の声も踏まえて作成をしていくことになるかと思いません。

重点計画の 2 つ目は、歯科医療技術革新の推進です。歯科医療機器産業ビジョンを平成 19 年に作成しました。作成の目的の 1 つは平成 20 年改訂の新医療機器・医療技術産業ビジョンへの歯科の書きこみを促すためです。平成 15 年に作成された医療機器産業ビジョンには歯科が全く入れられていなかったからです。歯科は、いわば医療産業の振興、医療産業に対する国の支援から置いてきぼりにされてきたわけです。そこで、歯科医療機器産業ビジョンをつくったうえで、平成 20 年改訂の新医療機器・医療技術産業ビジョンにぜひ歯科を入れてもらおうというわけです。ただ、歯科医療機器産業ビジョンをつくって厚労省に渡しただけでは、受け取る経済課の担当者は医師ですので、歯科のことはあまりご存知ないわけです。歯科医療機器産業ビジョンの内容を説明したうえで、具体的な要望を出しました。その結果、1 点目がオーダーメイド歯科医療です。ヒトゲノム解析遺伝情報によるオーダーメイド医療に対応して、唾液を分析して、各個人の歯周病または【蝕】罹患性診断のシステム化です。

それから、体内埋めこみ型機器としての人工歯根（インプラント）、再生医療として歯根膜シート。在宅歯科医療としてポータブル歯科用機器の開発です。予防は 8020 運動のさらなる促進、以上の 5 項目が今回は書きこみされております。これによって、やっと歯科医療機器が、医療機器と同じ並びで行政によって取り扱われることになりました。

歯科医療機器産業ビジョンは、日本歯科医師会、日本歯科医学会、歯科商工会の3団体の連携協力により作成されました。次に歯科医療機器産業ビジョンの内容を実際に進展させるために、歯科医学会のなかに歯科医療技術革新推進協議会を設置しました。

本協議会はまず昨年、日本歯科理工学会に、開発ないしは承認・認証においてどういった問題があるのかといったことについて諮問を出ささせていただきましたが、答申がすでに出されています。これをいま、関連する専門・認定分科会にお配りして、ご意見を聞いております。ご意見が挙がってきた段階で、本協議会においてアクションプランを検討し、優先順位を付けて、これを実現していきたいと考えております。

次に3つ目の重点計画であります。日本歯科医学会に参加している学会の数が増えました。これは、行政・国民からいろいろな種類の調査・研究依頼がくる際に、これに十分対応するためには学会がたくさんあったほうがいいわけです。一方、いろいろな学会から、これを行政にもって行って欲しいと、そういった要望が日本歯科医学会にまいります。そういったこともあって、できるだけ多くの学会にお入りいただいて、それで行政から日本歯科医学会を通しておのこの分科会へ、おのこの分科会から日本歯科医学会を経て行政・国民へのアピールと、そういったことを歯科医学会はさらに強化しようということですので。今年から日本臨床口腔病理学会、日本接着歯学会が専門分科会に入会されました。また認定分科会を新たに作りました。これにはレーザー、有病者、臨床歯周病、歯内療法、顎口腔機能、口腔感染症、歯科心身医学、歯科東洋医学、歯科審美の各学会にお入りいただいております。分科会の数は、今期の執行部がスタートしたときには19であったものが、現在は30です。

それから、学会機構改革の1つとしまして、プロジェクト研究を新たに設けました。研究課題を募集したうえで歯科界全体において緊急度の高いものをテーマにして、それに集中的に資源を投入していこうということです。

また日本歯科医学会といたしましても、ともすると各専門分科会・認定分科会別の縦割りになりがちですので、分科会間の横の連携を取るべく学際領域問題検討委員会を設けました。まず、日本口腔インプラント学会ですが、現在専門医制度を申請中です。これと併せて学部教育のカリキュラムをつくったらいかがでしょうかということで、早速、素案をお作りいただき、これを叩き台にして日本歯科医学会で日本口腔インプラント学会以外の先生方にも入っていただき、カリキュラムの原案を作成し、関係分科会にこれをお配りして、意見をお聞きしたうえで、仕上げて、現在印刷中です。早晩、これはお配りできると思っております。

次に昨年、日本糖尿病協会認定歯科医師制度ができましたので、日本歯周病学会に糖尿病患者の歯周病診療ガイドラインをお願いしてあります。いわば内科医ときちんと話のできる歯科医をつくっていきたいと考えております。これは、ガイドラインだけでできるものではありませんので、次は、研修コースの設定であろうと思っています。

それから、歯科医科連携診療の学術的基盤の構築であります。大きな問題としては、病院歯科の問題があります。病院歯科の数がかなり減ってきております。医科の場合には、クリニック、それからいわゆる一般病院、特定機能病院といった一次医療、二次医療、三次医療の階層分けができておりますが、歯科はそれが非常に弱いといった点があります。この問題を含めて、歯科医科連携の問題に対して今後早急に対応したいと考えております。

病院歯科につきましては、すでに病院歯科協議会がアンケートにより実態を調査中です。その調査結果も考慮に入れて、連携診療の方向性を考えていくつもりです。

一方、摂食・嚥下につきましては、先ほど黒崎先生のお話のなかに、訪問診療といっても掛け声だけで、実際に歯科医ができることが実績として挙がってきていないし、何より実績の前に具体的な項目が揃っていないと指摘されました。これに対する対応としまして、まず摂食・嚥下の診療ガイドラインの作成を日本老年歯科医学会に諮問させていただきました。これは実際に訪問診療で何ができるかといったことを含めてのことです。

次は重点計画の4つ目の専門医制度の確立です。日本歯科医学会のなかにある専門医制協議会がこれを審査する機関です。すでに口腔外科、小児歯科、歯科麻酔、それから歯周病が専門医の認定を受けております。問題は、保存と補綴です。

臨床家の先生方のご理解を得るには時間がかかりそうですが、一方では、国民がどう考えるかであります。各専門分科会の都合ではなく、患者・国民の立場に立って考えるべきであり、専門医制度については医科のほうも混乱があるようですので、十分に検討していく必要があると思います。アメリカのように専門医は一般医の倍の収入があるというシステムではありませんし、国民皆保険制度の下での専門医制は多くの問題があることも理解できます。しかし若い人たちが専門医を目指して勉強することにより次の世代の歯科医師の質の向上を目指すことの必要性和、医科と同じ並びに専門医制を整備する必要性は認めざるをえないと思われまます。専門医制には多くの問題がありますので、これを全体的に審議するのが、専門医制審議会です。専門医制のあり方と併せて専門医の研修コースの第三者評価などが、専門医制審議会の審議事項になります。

重点計画の5つ目は国際交流の推進であります。アジアにおける日本の存在感が少し弱くなっているようにみえます。アジアを基盤にして日本の歯科医学・医療を発展させて、欧米と競争する、そういった方向にもっていきたいと考えております。そのためには、日本に留学した留学生が帰国して大学の先生や病院勤務の先生になっています。そういった先生方とさらに一層連携できるようなネットワークをつくっていきたいと考えております。実際、これは北京、上海、バンコクなどでは、元日本留学の同窓会が組織されつつあります。

歯科医師会寄りの仕事ばかりやるなという声は、分科会である学会のほうからくることもあります。そればかりではない、日本歯科医学会は歯科医学のことも十分考えている、22世紀に向けて、20~30年先まできちんと見通しを付けようではないかということで、今回の歯科医学会総会のなかにそういった可能性を探すため、いわば歯科医療の未来をつく

るための探索作業を試みようということで歯科医学会の学術研究委員会の先生方をお願いして実施する予定になっております。

以上が日本歯科医学会の紹介であります。

次のテーマは、日本の歯科医療の再生の方向性についてであります。なぜ歯科界は現在のような状況になったのか歴史的な経緯をみますと、1976年、差額徴収問題における敗北、それから1981年の薬価差益問題における失敗が大きく影響していると思われます。これをもう少し詳しくみますと、1955年に厚生省から差額徴収容認通知が出されております。次に1967年には、材料についての差額徴収の緩和が出されております。この時代はどんな状況であったかを振り返ってみますと、朝早くから何十人もの患者さんが並ぶ時代でした。そのときに脱保険、計画時間診療を掲げたのであります。

患者さんが朝から並んで来院する時代に、計画時間診療というのは、もちろんいい治療をしたいという歯科医師側の思いはあったにしても、患者さんからみると、なぜ患者側のことを考えないようなことをやるのだということだろうと思います。それから、脱保険であります。いまではちょっと考えられないことでもあります。

1973年には日本歯科医師会は自由診療の実施と、患者さんの了解の下での差額徴収の通達を出しております。この頃から新聞などでは、かなり歯科に対する非難が出てきております。それで、これをじっとみておりましたのが武見太郎医師会長です。世論が歯科側に不利に動くのをみていたのでしょうか、1976年、慣行料金と保険診療の両方を徴収することの違法性を突いて、日本歯科医師会を徹底的にたたいたわけであります。

この1976年を境に、保険医療のなかに歯科は閉じこもってしまったと考えられます。このときのトラウマが非常に大きくて、混合診療や保険外併用療養への理解が深まらないのかもしれない。脱保険、いわば自費でやろう、補綴も外してしまえと、そんな勢いであったということは、いまから考えますとまさに今昔の感があります。

1981年の薬価差益の切り下げは、元々薬は医科のほうがずっと使いますから、これは医科側に分けてもいいですねと。本来は国庫に入れて、医療費全体にきちんと配分すべきものを、この間いかけに対して歯科側の委員が同意してしまったことにより、多大な損失をこうむることになったわけであります。当時は、1カ月の歯科医院の収入と医科のクリニックの収入というのはたいして変わらなかったのであります。しかしいまは先ほどの黒崎先生のお話では、医科は223万円で、歯科は134万円と収支差額において大変な開きが生じております。

1976年以降、保険診療の枠のなかだけで、すなわち点数で保険医療制度を動かしていく短期的な視点のみではなかったのか、そのためEBMに基づいた新規の技術、器械、装置、材料、特に検査項目などの保険導入が、医科に比べて大きく遅れたのではないのか、中長期的な視点が欠如していたといわれてもしようがない点があったのではないかと思います。

わが国の保険料金というのは先進7カ国中、最低です。たとえば根管治療、これはイギ

リスの場合には 9 万 2,220 円で、日本の場合は 5,800 円。国際的に比較して、どの項目をみても低料金であります。そのうえ、昨日福西先生にお伺いしましたが、この 20 年間据え置かれている診療点数は 100 項目になるとのことです。

個人立の診療所における過去 20 年間の医業収入、1 カ月当たりですが、歯科は 1981 年と 2001 年を比べますと、マイナス 12.0%、医科は 15.0%の増であります。いままでの歴史的な経緯によりこれだけの格差が生じたことになります。もちろん新規の技術が導入できなかったという点もありますが、政策上誤りがあったということも否定できないところでありましょう。

それでは現状についての歯科界の一般的な認識はどうでしょうか。歯科医師が多すぎるという声を聞きます。それに加えて医療費の削減です。この 2 つの要因のために歯科医業経営が圧迫されて、良質の歯科医療提供はできないと、歯科側はいつているようにみえます。

一方、国民のほうは、昔に比べればずっといいですよ、いい歯医者さんさえ紹介してくれば、歯医者さんは多いほうがいいですよといいます。歯科医師の過剰については、昭和 40 年代に歯科大学・歯学部をつくれといったのは歯科の先生たちでしたと行政側はいいます。歯科の先生方が政治家を動かし、それに従って行政は、歯科大学を増設しました。そして、今頃になって作りすぎたから減らせというのは勝手ではないですかと思っています。

都合のいいときはどんどんつくれといい、都合が悪くなったらこれは作りすぎだ、行政の責任だというのは、それではあんまりではないですかというのが本音かもしれません。行政には、大学の数を減らすといった強制権限はありませんが、学生定員を 10%減らしましょうというような調整権限はあります。学生の入学定員をこれ以上減らすことは、大学経営からみて困難で手詰まりな状態にあります。需給問題に関する会議を何度やっても同じではないかということ、先ほど黒崎先生もいっておりましたが、多分これまで何十回も行われているはずで。

アメリカの例が必ずしもいいとは限りませんが、アメリカでも歯科界は連邦政府の介入を嫌います。そのため ADA (American Dental Association) は、独自に歯科大学の評価を行う組織をもっており、それによって、ある歯科大学の場合には入学定員減、ないしは募集停止、あるいは閉鎖、といった勧告を出すと聞いております。勧告には法的な権限はないそうです。しかし、それに従わなければ社会的な制裁を受けることになるので、それに従わざるをえないようです。いま、日本の歯科界が求められている一番大事なことは、都合のいいときは政治家を動かし、都合が悪くなると行政のせいにするという、そういった依存症から脱却することであろうと思われま。す。いわば歯科界という組織が自己管理をどれぐらいできるか、を問われているのではないのでしょうか。

もし歯科大学・歯学部の評価を行う組織をつくるのであれば、日本歯科医師会、日本歯科医学会、大学関係者、有識者、メディア、国民代表も入れた組織によって評価をするべきではないかと思ひます。

歯科界の総意でもって自己改革を行わないかぎり、国民は助けてくれないのではなからうかと思われまふ。それでなくても 770 兆円もの国の借金があるのだから、多少のことは我慢してくれ、お互い様ではないかという理屈を政府側もいうのではないのでしょうか。

こういった歯科界の低迷のために、先端歯科医療技術の停滞、機器・材料の開発力の低下、それから歯科大学・歯学部への入学者の偏差値の低下が生じております。

では、このような状況を打破するために、いかなる戦略目標を立てればいいのかということでもあります。その 1 つとして歯科医療費の総枠を拡大することが考えられます。2 兆 5,000 億円が保険診療で、自費診療は 5,000 億円といわれておりますから合計 3 兆円、仮に 5,000 億円を増やして 3 兆 5,000 億円にするにはどうすればいいのか。保険の財源というのは、これ以上増やすというのは至難のわざかもしれません。しかし、これを増やす努力は絶対にしなければなりません。

それでは平成 16 年 12 月に厚労大臣と規制改革大臣との間で合意が成立しました保険外併用療養制度に、歯科は活路を見いだせるのでしょうか。

ご存知のように、保険外併用療養とは保険診療の部分と、これと併用できる評価療養（保険診療に導入する準備段階の項目）ならびに選定療養（保険導入はしないが、保険診療と併用できる自費診療の項目）から成り立っております。ここでは保険診療と保険外併用療養の枠外にある自費診療との組み合わせを混合診療と呼ぶことにします。歯科では金属床の全部床義歯が選定療養になっております。またメタルボンドは昭和 51 年の管理官通知によって混合診療として認められています。海外に目を向けてみますと、歯科が好調な韓国では国民から補綴を保険診療に入れよという強い声はあるにせよ、現在は保険適用外となっております。ドイツでは支払い側からの圧力もあったと聞いていますが、長い間論議した結果、補綴は治療ではなくてリハビリであると定義し、最近保険適用外になりました。世界で補綴のほとんどが保険適用であるのは日本だけであることも事実です。またわが国においても、患者さんにとって具合の良し悪し、すなわち技術評価のしやすい補綴を保険適用外にせよという声は昔からあるとも聞いております。しかし一方では、補綴すなわち咬合の回復処置なしに歯科診療はありえない、これを保険診療から外せば患者さんの信頼を失う、という意見も強くあります。また先ほどの黒崎先生のお話のなかにもありましたように、医療保険のなかで有床義歯の請求額は一般医療保険で 7.8%、老人医療保険で 30%となっている現実をみますと、この老人医療保険の有床義歯請求の分をほかの社会保障の財源で補うなどの措置をしないかぎり、補綴を外すといったことは不可能でありまふ。

しかしながら、保険診療における補綴を云々する前にもっと大事なことは、歯科における保険診療のあり方を歯科独自の視点から考え直すことであろうと思われまふ。医科は生命の医療、歯科は生活の医療であり、生活の医療であるがゆえに不景気になると患者さんの歯科への支払いは少なくなる、といわれてきました。生命の医療に比して、生活の医療を強調すると、保険医療でカバーする必然性が弱い、とみられる懸念が生じます。大久保会長は常日頃「看取りまで噛んで食べられるようにするのが歯科の使命」とおっしゃっています。この意味では歯科は生活の医療でかつ生命の医療であるということだと思ひます。

歯科は生活・生命すなわち人間が人間として生きるための医療というべきではないでしょうか。このことを前提として歯科診療を考えるなら、まず一次予防（発症防止）をどう扱うかです。一次予防が口腔の健康上も経済効果からみても国民にとって得策であることを学習してもらうには、保険外併用療養の選定療養に入れて代価を払ってもらったほうがいい、という考え方と、一次予防は保険給付はできないことになっているが、予防の概念を疾患管理のなかに浸透させていく方法、これは歯周疾患のメンテナンスのなかにこの考え方は活用されていたと思います。このメンテナンスの導入により、歯科医によっては診療システムをこれに合わせるよう変えて、患者さんに時間をかけて教育してきたと聞いております。歯科医師と患者さんがともに学習してきたわけです。一次予防を選定療養に入れて代価を患者さんに払ってもらって一次予防の価値を知ってもらうのがいいか、保険診療に導入して歯科医師と患者さんともに一次予防を学習していくのがいいのかということでもあります。

次に糖尿病患者の歯周病治療のような歯科医科連携診療の問題があります。内科医と連携診療をしている歯科医の話をお伺いしました。連携診療の約束をしたら、内科のカルテと処方箋の詳しい写しが送られてくるようになり、わからないことが多くていま一生懸命勉強しています。歯科医師会と歯科医学会によるできれば実習付きの研修事業があるといいですね、とのことでした。内科医と連携診療のできる歯科医が増えて実績を挙げれば、診療報酬における歯科医科の格差是正について、医科側の理解が得やすくなるのではないとも思います。

3番目は口腔内科学が歯科の学科学のなかにきちんと位置づけられてこなかった、という経緯はありますが、歯科診療の弱点として常に指摘されてきたものとして、検査、診断の問題があります。医科は検査、診断項目の充実を常に怠らなかつたために、保険医療を適切に運営できてきたのだという意見もあります。2007年に設立されました日本口腔検査学会と日本臨床口腔病理学会の今後の活動が大いに期待されるようです。

4番目の問題は、訪問歯科診療の問題です。平成20年度の診療報酬改定において、訪問歯科診療がかなり手厚く評価されました。すでに黒崎先生が指摘されましたが、制度が先行して実際に訪問歯科診療を行う歯科医師が少ないと、次回改定では削減される恐れがある、とのことでした。これも臨床現場における研修事業の実施を早急に行う必要があると思います。

以上は保険診療のあり方を考える際に検討すべきであろうと思われる事例です。要はまず保険診療の新しい方向性を定め、研修事業によって臨床現場の変革を行っていくことであり、臨床現場の力によって中長期的には大学の教育を変えていくことが重要と思われます。

臨床の現場をみると現実はずっと早く動いているようでもあります。日本口腔インプラント学会の会員数は2000年約4,200名、2008年4月約8,300名、2008年9月約9,500名と、急増しております。この急増はどういったことなのか。インプラントが最新の歯科医療技術として定着しつつあることは確かですが、医療費の抑制を取り払って、保険医療の財源

を拡大するという、いわば正攻法がなかなかうまくいかないのに、すでに個々の患者さんに負担を求める方向へ現実には動いていると解釈してもいいかもしれません。

65 歳以上の無歯顎者率をみますと、イギリスは 46%、フィンランドが 36%、オーストラリアが 33%、それからドイツとアメリカが 25%で、日本は 21%です。無歯顎者率で日本は世界一小さいということは、日本の歯科医療の平均的レベルは世界一であるといっただいでしょう。

先ほど紹介しましたように、根管治療の費用があれだけ安くて、なおかつこれだけのことをやり遂げている。これは 8020 運動の成果であるとともに、いかに日本の歯科医の先生方がまじめであるかということ、それから歯は残すべしという、コンセプトに基づいて治療しているかがよく理解できます。

われわれはこのすばらしい実績を踏まえて、胸を張って国民に歯科の実情を話したうえで理解を得ながら、歯科の医療制度を改革していくことが必要であると思っております。

終わりに、一朝一夕には現在の閉塞状況は打開することはできませんけれども、われわれはこういった実績をもっております。日本の歯科臨床技術と技術開発というのは、世界一流です。これを十分に活用して、歯科の再生に日本歯科医学会といたしましても全力を尽くして働きたいと思っております。

かなり急ぎ足でしたが、私の話はこれでおしまいです。ご清聴ありがとうございました。

最後に本稿は第 49 回日本歯科医療管理学会の特別講演の内容について、十分に意を尽くすために加筆したものであり、個人的な見解も含まれております。また本稿については、宮武光吉先生、黒崎紀正先生よりご示唆をいただきましたので、ここに深謝申し上げます。

<日本歯科医療管理学会雑誌 第 43 巻第 4 号より転載>