

【松本満茂の編集コラム】

「IDI 歯科学会に全国から多数出席 関心の高さ示す」

ここ数年、認知症の予防や対策についての話題がマスコミなどを賑わせ、国民にとっての一大関心事となっています。

医療・介護の専門家による講演会やセミナーが大変多く開催されるようになっていますが、口の健康と認知症の関係など、歯科分野での研究や報告もされるようになってきています。

そのような背景も踏まえ、IDI 歯科学会では 2016 年 9 月 11 日（日）東京医科歯科大学において『歯科医療のちから』と題し、高齢者歯科医療をテーマとした学術大会を開催しました。

特別講演では、①「認知症 500 万人時代：自分事としての認知症」朝田 隆 先生（東京医科歯科大学特任教授）、②「お家に行こう～地域における食支援～」菊谷 武 先生（日本歯科大学教授）のご両名をお招きし、それぞれ最新の知見や展望についてお話しいただきました。

朝田教授は、最近の認知症を取り巻く社会状況や、予防の考え方などを説明しながら、「歯科の分野も関係しており、歯科医師にも、認知症の予防について助言や説明をできるように理解を深めてほしい」と訴えておられました。また、菊谷教授は「食」について、臨床研究のデータを示しつつ、「生活の中でいかに食事が重要か指摘され、それに伴い咀嚼機能の重要性が再確認されている。歯科はその専門家として食支援していくことが社会から求められている」と強調しました。

会場は、全国からの参加者で満席となり、熱心にメモをとるなど関心の高さがうかがえました。

さて、インプラント・セーフティマーク認定制度における「インプラント保証システム」についての説明会が 10 月 22 日に行われます。この制度の特徴は ISM 認定歯科医院とその患者様からの相談などにも対応するというもので、施術医院、患者様双方が、より安心してインプラント治療に臨めるようにしようとするものです。

最後に、今回の診療報酬改定で新設された「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」についてですが、政策的には「包括された高点数」という誘導が見えてきます。「外来環」と「歯援診」両方の施設基準を満たすなど、決して低いハードルではありませんが、「か強診」の施設基準を目指し、多くの歯科医院が努力しているようです。IDI では、当該施設基準取得のための研修会を多数回開催し、機会提供に努めております。IDI 会員の皆様におかれましても、「外来環」、「歯援診」に加え、「か強診」の取得もご検討されるようよろしくお願いいたします。



○ 介護保険部会：“ケアマネジメント”を議論 鷲見・日本介護専門員協会会長が見解

社会保障審議会介護保険部会が9月23日、厚労省で開催され、「保険者等による地域分析と対応」「介護保険総合データサービス」などをテーマに挙げ議論が展開されたが、前回の部会で指摘された、“ケアマネジメント”も議論の俎上に上った。保健・医療・福祉の専門家や診療機関が互いに協力し合い、総合的な福祉サービスを施すケアマネジメントが問われた。そのケアプランを作成するケアマネージャーは現在、約16万人いるが居宅介護支援事業所が最も多く9.5万人に及ぶ。

ここで介護保険制度の見直しの中で次のような意見が出された。「居宅におけるケアプランの作成等のケアマネジメントについては、現在はすべて介護保険給付で賄われており、利用者負担が求められていない。それは、要介護者等の相談に応じ、その心身の状態等に応じた適切なサービスを利用できるように支援する新しいサービスの導入にあたり、要介護者等が積極的に本サービスを利用できるように、精度創設時に特に10割給付のサービスと位置づけたものである」。一方で、「制度創設から10年経過し、ケアマネジメント制度が定着・普及していると考えられること。小規模多機能サービスや施設サービスなどのケアマネジメントが包含されているサービスには利用者が必要な負担をしていること等を考慮し、居宅介護支援サービス及び介護予防支援サービスに利用者負担を導入することを検討すべきではないか。これにより、利用者自身のケアプランの内容に対する関心を高め、自立支援型のケアマネジメントが推進されるのではないか」との意見。

以上のような両視点からの発言がさらに続いた。他のサービスは利用者の一部負担で制度として成り立っており、「そもそも論として制度の“中立・公平性”からすると是正すべき」ということと、「負担することで、サービス受け入れ抑制が働き、症状悪化を招く懸念が出てくる」とが対立している。前回の部会で一部指摘を受けていた鷲見よしみ・構成員（日本介護支援専門員協会会長・歯科医師）は、議論の前に資料として遠藤久夫・部会長に、「介護保険制度改正への意見書」を提出し協会の立場への理解を求めた。要旨は以下の通り。

「ケアマネジメントはアセスメントに基づくものであり、その評価は、思考過程利用、帳票が整えられていることやサービスの種類、数の結果のみで判断されるものでなく、一定の評価指標を設ける必要があると考えます。対人援助専門職である介護支援専門員としての専門性の評価のあり方について、職能自ら探求していくべきと認識しています。介護支援専門員は、現行制度になくてもはならない存在となっています。適切な支援を実現するために、校正・中立なケアマネジメントを行うことのえきる環境が整えられることを切に願っている」として、9つの観点から意見を示していた。

前回の部会では、「臨床現場からの報告を受けると、利用者側から支払っている保険料、受けるサービス、介護サービス費について理解がないまま進んでいるケースが目立つ。特に介護保険改定等などの変更があった時点の保険料・サービス内容が十分理解されていないようだ。一部ではあると思うが、利用者の不信・不安を招いていると思う。敢えて指摘すれば、利用負担の在り方を含めケアマネージャーの資質が問われる問題でもある」と厳しい指摘があった。

その時も鷲見構成員は「現在の利用負担（全額保険料）の問題は認識しており、それは今後の議論と理解している。また、利用者負担、サービス内容等の現場での困惑に関しては、経済的な視点を含めて、利用者の立場、サービス提供する側との連携・情報共有を含め、さらにケアマネージャーの資質向上に努めていきたい」と回答していた。

他の委員からも、「介護保険制度がここまで進んでくると、その利用負担、サービスとして医療との関係など複雑な内容を説明していくことを含め、改めて“ケアマネジメント”の重要性と責任が問われと見ている。中には、介護サービス当該者の成果は、“ケアマネージャー次第”との声もあるくらいで、本部会

ではないと思うが、本来なら、テーマに掲げ議論したいものだ」と追加発言もあった。

部会終了後でも、オクネットの基本姿勢の確認の質問にも、「利用者負担は反対です。今日は、ここで2回明確に見解を出ささせていただきました。違う意見もありましたが、精度の浸透・定着からして関係者にも理解していただいています。当然のことですが、ケアマネジャーとしてさらなる資質向上を求めていくこと大前提ですし、改めて理解を求めています」と述べていた。

【社会保障審議会介護保険部会構成員】部会長＝遠藤久夫・学習院大学経済学部教授、部会長代理＝岩村正彦・東京大学大学院法学政治学研究科教授、石本淳也・公益社団法人日本介護福祉士会会長、伊藤彰久・日本労働組合総連合会生活福祉局長、井上隆・日本経済団体連合会常務理事、井上由美子・高齢社会をよくする女性の会理事、大西秀人・全国市長会介護保険対策特別委員会委員長（高松市長）、岡良廣・日本商工会議所社会保障専門委員会委員、黒岩祐治・全国知事会社会保障常任委員会委員（神奈川県知事）、小林剛・全国健康保険協会理事長、齋藤訓子・日本看護協会常任理事、佐野雅宏・健康保険組合連合会副会長、鈴木邦彦・日本医師会常任理事、鈴木隆雄・桜美林大学老学研究科教授、鷲見よしみ・日本介護支援専門員協会会長、陶山浩三・U A ゼンセン日本介護クラフトユニオン会長、武久洋三・日本慢性期医療協会会長（歯科医師）、土居丈朗・慶大経済学部教授、栃本一三郎・上智大学総合人間科学部教授、馬袋秀男・民間介護事業推進委員会代表委員、花保ふみ代・公益社団法人認知症のひとと家族の会常任理事、東憲太郎・公益社団法人全国老人保健施設協会会長、藤原忠彦・全国町村会会長（長野県川上村長）、梶田和平、全国老人福祉施設協議会介護保険事業等経営委員会委員長。

○「がん検診のあり方に関する検討会」：歯科医師・椎名恵子氏が構成員に

「第19回がん検診のあり方に関する検討会」が9月23日、航空会館で開催し、「がん検診受診率等に関するワーキンググループ」「がん検診の費用対効果」「がん検診の過剰診断」などが議論された。今回の検討会から、ワーキンググループ（WG）の構成員を務めた椎名恵子・杉並保健所地域保健・医療連携担当課長（歯科医師）が新たに構成員になった。6月開催のWGでは、「がん検診の実務で大きな変化を導いたのは、台帳管理として、平成25年から導入した“がん検診管理システム”です。勧奨方法にも工夫をしました。国保加入者には、毎年、該当するすべてのがん検診受診等を特定健診受診票に同封して送付。それ以外は、はがき、電子申請等で申し込み。前回受診歴がある場合は、受診券を自動送付」と説明しており、高い評価を得ている杉並区のがん検診受診対策の中心的活動をしていた。

さて、前回の議論でも注目されたのが、受診率を算出するにあたり保険国民健康保険被者を対象することで結果として、「保険国民健康保険被者のうち、市町村事業におけるがん検診を受診した者の割合とするのが妥当である」とされた。市町村間で比較可能な点が重要視されたこともこの方法が選択されたとされる。

一方、職場でのがん検診についても、課題も指摘されながら今後への対応が検討とされた。職域でのがん検診は、がん対策としての位置づけになっておらず、受診機会の提供や早期発見を目的として行われ、がん死亡率減少のみを目標とするものではなかった。そこで「職域でのがん検診受診者は全体の4～7割を占め、保険者や事業主の提供するがん検診は本来、がん対策かの観点きあら翁役割を担っている。こうしたことから、職域でのがん検診の受診率を算定する仕組みが必要である。今後は、がん検診の対象者数・受診者数の含めたデータの把握可能な仕組みを作る必要がある」と方向性が示された。

現状では、がん検診受診率は、国民生活地調査、地域保健・健康増進事業報告、推計対象者を基にした受診率で報告されている。また参考として「がん検診の費用対効果」福田敬氏（国立保健医療科学院）、「がん検診の過剰」祖父江友孝氏（阪大大学院医学系環境医学）からそれぞれ報告された。福田氏は「ポ

イントとして、費用と効果の両方を評価、複数の方法を比較すること。さらに効果を考えるには、生存年数だけでなく、健康状態の評価も重要となる」とした。また、祖父江氏も「がん検診のもたらす利益と不利益がある。利益＝がん死亡の減少、がん患者のQOLの向上、医療費の削減、不利益＝偽陽性者への不必要な検査と不安、検診にともなう合併症、寿命に比べて臨床的に意味のないがんの診断治療（広義の過剰診断）」とした上で、「病理学的にがんでないものをがんと診断しあつという意味ではない。がんの成長速度と個人の余命の長さで決まる。個々のがんについて、過剰診断かどうか判断することは困難」とした。

最後に、「第3期がん対策推進基本計画策定に向けた論理の整理」が行われた。特にがん検診の今後の在り方として以下のようにした。「がんの早期発見・早期治療を更に進め、がんによる死亡率の低下を目指していく上で、がん検診の更なる充実が必要不可欠である」「がん検診は市町村事業として行われており、各市町村が健康長寿のまちづくりを競い合う中で、受診率の向上、精度管理を含めた質的な充実等を図っていく必要がある」「5年以内に、全ての市町村が、精度管理・事業計画を実施するとともに、科学的根拠に基づくがん検診を実施することを目標とする」「がん検診の項目や方法については、国内外の知見を収集して検討し、科学的根拠のがん検診を推進していく必要がある」「職域における検診の実態をより一層把握し、その質的な充実を図るとともに、市町村におけるがん検診と職域におけるがん検診の連携を強化し、より多くの人のがん検診を受診できるようにしていく必要がある」。

【がん検診のあり方に関する検討会構成員】座長＝大内憲明・東北大学大学院腫瘍外科教授、井上真奈美・東大大学院特任教授、斉藤博・国立がんセンター社会と健康研究センター検診研究部長、椎名恵子・杉並区杉並保健所地域保健・医療連携担当課長、白川修二・健康保険組合連合会副会長（専務理事）、祖父江友孝・大阪大学大学院環境医学教授、福田敬・国立保健医療科学院医療・福祉サービス研究部長、松田一夫・福井県健康管理協会副理事長、道永真理・日本医師会常任理事。

○ 地域医療構想WG：都医「かかりつけ医・歯・薬の連携の重要性・啓発」を強調

第3回地域医療構想ワーキンググループが9月26日、三田共用会議所講堂で開催された。歯科が直接関与することはないが、どのような議論が展開されているのか。また議論内容から歯科への示唆もうかがえる場面もある。今回は具体的には「ワーキンググループにおける意見の整理」「基準病床数制度における既存病床数等」などが議論されたが、同時に日本医師会作成に「地域医療構の策定状況（2016年夏）」も資料として配布・報告された。そこには歯科に関係する文言もあったので抜擢し紹介する。なお、「地域医療構の策定状況」について、日本医師会は次のように趣旨説明している。

「域医療構想は、都道府県医療計画の一部として策定されます。次の都道府県計画は2018年度に始まるので、地域医療構想の策定期限は法律上では、2017年度末（2018年3月末）ですが、厚生労働省は2016年度半ばまでに策定することが望ましいとしています。2016年8月23日時点で、地域医療構想を策定済のところでは詳しい情報を公会しているが、スピードを評価するものではない」。

2016年8月23日時点では、地域構医療構想策定済19、案または素案策定済14、骨子案または途中経過公表中6で、残り8県は、2016年8月23日現在、HP上で情報が確認できていない。各都道府県で確認できた地域構医療構想では、「病床機能報告」「かかりつけ医」「在宅医療」に言及しているのも確認できている。そのうち、かかりつけ医について明記があったのは全体の6割であったが、その中で、明確に歯科が関係していく構想を策定したのは東京都であった。以下のその文言である。「プライマリ・ケアの考え方を基本として、日常的な診療、処方、服薬管理及び健康管理等を行い、必要な場合には専門的な医療につなぐ役割を担う、かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師を持つことの重

要性について都民への啓発活動を推進」。

こうした資料を参考にして、「ワーキンググループにおける意見の整理」「基準病床数制度における既存病床数等」が論議された。特に、「基準病床数制度における既存病床数等」における、既存病床数の補正の考え方の中で、「無菌病室、集中強化治療室（ICU）及び心疾患強化治療室（CCU）については、専ら当該病室に収容された患者が利用する他の病症が同一病院又は診療所内に別途確保されているものは、既存病床数として算定しない」文言・内容に中川俊男・構成員から異論・確認が出た。「これであれば、病院は一般病床を増やすことが可能。これでは、基準病床数制度における既存病床数等病床の議論ができないのではないか。また、この内容の法的根拠はどこにあるのか」と改めて厚労省事務局に問いかけた。事務局はその確認に困惑して回答に困窮した場面もあった。

「これは基本的ことで重要なこと。ここが確認できないと議論を進められない」と続けた。これを受けて、事務局の「この点を踏まえた形でまとめ親会に報告とも考えられる」とすると、「このWGでまとまらないもの親会でまとまるのですか。それでは、WGは必要ないではないか」と厳しい指摘を重ねた。事務局として急遽確認できたことを受けて、「法的ではないが、厚労省通知で示されています」と回答すると、「その文言が長くないのなら、ここで読んで下さい」とさらに求めた。文章を読み上げて「後日、提示していきたい」とし理解を求めた。これを受けて「納得してないが、他の議論もあるのでここで保留」として矛を収めた。

【域医療構想WG構成員】相澤孝夫・日本病院会副会長、伊藤伸一・日本医療法人協会会長代行、今村知明・奈良県立医科大学医学部教授、尾形裕也・東大政策ビジョン研究センター特任教授、織田正道・全日本病院協会副会長、中川俊男・日本医師会副会長、野原勝・岩手県保健福祉部副部長、邊見公雄・全国自治体病院協議会会長、本多伸行・健康保険組合連合会理事。

○ 保険者による健診・健保指導の等に関する検討会：高野構成員も歯科の視点発言

「保険者による健診・健保指導の等に関する検討会」が9月16日、厚労省で開催され、「特定保健指導の見直し」「特定健診等実施計画における保険者目標」「特定健診・保健指導等に関するワーキンググループでの検討項目」が議論された。

第二期から継続して議論されている課題として「特定健診受信日の特定保健指導」「特定保健指導の実施・委託の要件（ポイント制）」「情報通信技術を活用した初回面接（遠隔面接）」「看護師が特定保健指導を行える暫定期間」があり、厚労省事務局から説明された。まず、構成員からポイント制について、「まず180ポイントを維持し、保健指導の支援A（計画の進捗状況の確認）・支援B（励まし称賛）に分かれているプログラムになっているが、数値180ポイントと具体的になっているが、その効果との関係がどうなのか」と確認する意見が出されたが、事務局は「エビデンスというものではないが、臨床的には」評価されていると認識していると説明。また、現在、保健指導に関する専門的知識を有する資格者は、医師・保健師・管理栄養士である中で、「看護師が特定保健指導を行える暫定期間」が課題になって。この問題には、異論・反対はなく、今後の議論も含めているが、暫定期間を継続していくことで一応了解された。

この保健指導に関連して、高野直久構成員が「保健指導できる現在の資格者は規定されているが、歯科医師でも一定期間研修をすることで可能になるが意外にこの研修がハードルとして高くなっている。この点を今後、緩和を含めた内容にさせていただけるよう要望しておきたい」と医療関係者として可能な環境に整備してほしい趣旨の意見を述べていた。

次の「特定健診等実施計画における保険者目標」では、特定健診・保健指導の実施率に焦点が集まった。

事務局からは「平成 20 年から 8 経過していおり、着実に向上している。しかし、残念ながら目標としている特定健診 70%、保健指導 45%とは、まだ解離があるので、さらにアップになる取り組みが必要。なお、現在、特定健診＝受診者数 2616 万人（平成 26 年）、実施率 48.6%。特定保健＝78.3 万人、実施率 17.8%となっている」と報告。目標値への意見は集約されており、「現状からして、第二期の目標値である特定健診 70%、保健指導 45%を継続し第三期の目標値にして努力していくことが妥当ではないか」とする多田羅浩三座長の見解で了とされた。一方で、メタボリックシンドロームの該当者・予備軍については、第二期は平成 20 年度比で減少率 25%以上を目標設定しているが、全体で 3.2%という極めて低い数字になっている現実も明らかにされた。

この数字についても、「国保組合、協会けんぽ、健保組合、共済組合などにより目標率、達成率が違っている。個々の判断での数字であり厚労省として一律にはできないが、全体の目標値を掲げることは意識付けとして必要と理解している」とした。「特定健診・保健指導等に関するワーキンググループでの検討項目」では、検査項目ごとの基準判定地等について実務運用を検討するとともに、その結果からシステム改修に必要な等を決めていくとして、具体的には、心電図検査、眼底検査、血清クレアチニン検査が挙げられていた。

【保険者による健診・健保指導の等に関する検討会】座長＝多田羅浩三・日本公衆衛生協会会長、井伊久美子・日本看護協会専務理事、飯山幸雄・国民健康保険中央会常務理事、伊藤彰久・日本労働組合総連合会総合政策局生活福祉局長、伊奈川秀和・全国健康保険協会理事、今村聡・日本医師会副会長、岩崎明夫・産業医大作業関連疾患予防学研究室、岡崎誠也・全国市長会国民健康保険対策特別委員長、金子正・日本私立学校振興・共済事業団理事、河合雅司・産経新聞社論説員、北原省治・共済組合連盟常務理事、久野時男・全国町村会行政委員会委員長・愛知県飛島村長、佐藤文俊・全国国民健康保険組合協会常務理事、下浦佳之・日本栄養士会常務理事、白川修二・健康保険組合連合会副会長、鈴木茂明・地方公務員共済協議会事務局長、高野直久・日本歯科医師会常務理事、津下一代・あいち健康の森健康科学総合センターセンター長、細江茂光・全国後期高齢者医療広域連合協議会副会長、武藤繁貴・日本人間ドック学会理事、吉田勝美・日本総合健康医学会副理事長。

○ 医師需給分科会：「都道府県医療計画の実態」「地域枠の捉え方相違」などに議論

9 月 15 日、医師需給問題分科会が厚労省で開催された。「医師需給分科会の今後の進め方」「医師偏在対策の主な論点」を中心に忌憚のない意見が構成員から出された。時には厚労省に対して、厳しい意見・指摘もあるなど緊迫した中で行われた。

まず、厚労省から「医師需給分科会の今後の進め方」では、「都道府県における医師確保対策・医師養成過程に関連する事項を重点的に論議する」と基本的な進め方を提示して、「今後の 8～10 回では、必要に応じて有識者からヒアリングを行い、12 月上旬予定の 12 回分科会で医師偏在対策の取りまとめを行う」とした。一方、医師需給問題は偏在問題が解決・改善されることで、解決にリンクするとの意見もあるような重要なテーマである。これを扱う「医師偏在対策の主な論点」のテーマでは、対策として興味深い内容や基本的に違うとされる歯科医師需給問題への示唆が見え隠れするものがある。対策項目を以下に示す。

△医学部＝地域枠のこれまでの効果について地元出身者の定着率も含め検証を行い、卒業後の地域定着がより見込まれるような地域枠の在り方を検討、△臨床研修＝臨床研修の資質に配慮しつつ、臨床研修希望者に対する募集定員率のなお一層の縮小を検討、募集定員の配分等に対すると都道府県の権限を一層強化、△専門医＝国・都道府県における適切な権限行使や役割分担の枠組みとして、都道府県の調整

等に関する権限を明確化する等の対応を検討、△医療計画による医師確保対策の強化＝医療計画に、医師不足の診療科・地域枠について確保すべき医師数の目標を設定し、専門医等の定員の調整に利用、将来的に医師偏在等が続く場合に、十分ある診療科の診療所の開設について、保険医の配置・定数の設定や、自由開業・自由標榜の見直しを含めて検討、△医師・診療行為情報のデータベース化＝医籍登録番号、医師・歯科医師・薬剤師の三師調査等の既存の仕組みの活用も念頭に置きつつ、医師の勤務状況等を把握するためのデータベース化について検討、△地域医療支援センターの機能強化＝地域医療支援センターについて、所在地の医育機関と連携し、医学部入学から生涯にわたる医師キャリア形成・異動を把握し、キャリア形成支援、配置調整ができるよう、その機能強化、△＝都道府県が、国、関係機関等に必要な対策を求めることができる枠組みの検討、△管理者の要件＝特定地域・診療科で一定期間診療に従事することを、臨床研修病院、地域医療支援病院、診療所等の管理者の要件にすることを検討、△フリーランス医師への対応＝医師の資格や専門性が有する公益性を踏まえ、いわゆるフリーランス医師や多額の紹介料・給料を要する者への対応について検討、△医業事業の承継税制＝地域の医療機関の事業の承継に関し、中小企業と同様、事業に当たっての優遇税制について検討。

構成員から厚労省への次のような質問が続いた。「フリーランス医師の動向が看過できないが、この点のデータはあるのか。意外と雲隠れで不明な点があると思うがどうなのか」⇒「実態の把握が難しいのが事実です。情報として入手しているが、残念ながらデータはありません」と現状報告した。「地域医療支援センターの活用を指摘しているが、全国レベルでの実態はどうなのか⇒「医師偏在、地域医療等からも地域医療支援センターの役割・機能は重要ですが、都道府県の相違があるのは事実。地域事情を具体的に踏まえての対策を講じるようサポートしていきたい」。

「都道府県における医師確保対策」にテーマになると、医師法第1条、第1次医療法改正（昭和60年）、第3次医療法改正（平成9年）など法的担保を受けているとした上で、医療従事者の確保に関する事項については、各都道府県の策定内容が質・量がバラバラになっていることは事実」と厚労省は県名を伏せながら事例を紹介して報告・指摘した。同同時に、地域医療対策にも言及し、医療法第30条の23第1項から「救急医療等確保医事業に係る医療従事者の確保その他都道府県において必要とされる医療の確保に関する事項に関し必要な施策」と定義されていること紹介。さらに「都道府県によっては、十分に地域医療対策協議会を活用し、実効的な地域医療対策を策定できていないのではないか」と懸念を示していた。

これに対して、一戸和成・青森県健康福祉部長は、地方行政の立場から「今までの議論の中で、地方行政へ激励・叱責と理解できる意見もありましたが、行政として何もしていないわけではなく、すべきことは全力で行っています。どうも他と比較して劣る方は努力をしていないと理解される点があるので、それは違うので困る。まさに地域事情という医療計画でも大きな要素であるということです」と強調した上で、権限と予算との関係にも言及し、政府にはその点の配慮を要望する発言を続けた。また、山口育子構成員から「この地域議会医療対策協の機能とメンバーには疑問。地域医療には住民の意向を反映する意味でメンバーを検討すべきではないか」と指摘した。他の構成委からは「地域議会医療対策協は形式化しているではないか。議論内容を検討すべきではないか」と厳しい見解もあった。

医師養成過程でも注目されたのが「地域枠」。この地域枠の捉え方に様々な意見が出され、改めて問題が提示された。医学部入学定員の地域枠は、平成19年度183人（2.4%）⇒平成28年1644人（17.7%）と数・割合は増加している。こうした現状の中で、「地域枠の入学者よりも、地元出身の方が、臨床研修修了後、大学と都道府県に勤務する割合が高いが、大学が導入している地域枠のうち地元出身枠は約半数程度である」となっている。この問題についても、構成員から「地域枠でも、大学・都道府県では

なく、地域に就職・勤務するのが地域枠の意味ではないか。この点からしても地域枠の内容が様々あるように整理した方がいい」「設立趣旨が一般医学部・医大とは違うので簡単に論じられないが、ある意味合いヒントがあると思われ自治医大のシステムを参考にしてはどうか」との意見もあった。

【医師需給分科会構成員】座長＝片峰茂・長崎大学学長、新井一・全国医学部長病院長会議会長、一戸和成・青森県健康節部長、今村聡・日本医師会会長、小川彰・岩手医科大学理事長、神野正博・全日本病院協会副会長、北村聖・東大大学院医学系研究科附属医学教育国際研究センター教授、権丈善一・慶大商学部教授、羽賀裕・日本医師会常任理事、平川淳一・日本精神科病院協会常務理事、平川博之・全国老人保健施設協会副会長、福井次矢・聖路加国際大学学長、本田麻由美・読売新聞東京本社編集局社会保障部次長、松田晋也・産業医科大学医学部教授、森田朗・国立社会保障・人口問題研修所長、山口育子・認定NPO法人ささえあい医療法人権センターCOML理事長。

○ 自民党党内人事：島村参院議員が自民党内閣第二部会副部長に就任に注目

島村大・参院議員（神奈川県選挙区）が、自民党内閣第二部会副部長に就任したことがこのほど明らかになった。省庁横断的な政策テーマを扱う内閣部会を所管によって2つに分けられ、第二部会は特に科学技術・イノベーション政策、IT政策、TPP、マイナンバー、規制改革、特区、行政改革などに関わることを審議するとしている。どの項目も極めて重要なものであり、その部会における活動に政治家としての広い見識・知識を得ることを期待される。歯科業界からは、TPP、規制改革などで歯科に係る議題・論議の有無などの情報を収集したいところ。政策には喫緊、暫定、中期、長期の視点で捉えるべきものがあるが、政府の方針・方向性などが基本になるのは当然であり、そこからの具体的な政策・事業が問われ審議される。その意味でも、島村参院議員がどうように対応・報告していくのかも注目したい。なお、部会長は松本文明・衆院議員（東京ブロック・明大卒）。党部会として、他の歯系議員では、白須賀貴樹・衆院議員が厚労部会副部長、渡辺孝一・衆院議員が水産部会長代理、山田宏・参院議員は外交部会副部長に就いた（9月13日現在）。

また、科学技術・イノベーションに関連する部会に所属することで報告。日本を代表する日本学術会議（会員：210人、連携会員2000人）が、最近になりその立ち位置・評価に変化が見られているので関心を集めておきたい。その理由は、学術会議の任務「重要事項の審議・実現」及び役割の中で「政府に対する政策提言」についてとあるが、それが有名無実化し、総合科学技術・イノベーション会議に取って代わられているようだ。この総合科学技術・イノベーション会議は次のような位置づけになっている。内閣総理大臣を議長として、14人の議員をもって構成（閣僚6人・有識者7人・日本学術会議議長）することとしている。有識者議員の任期は3年としており、必要に応じて再任できることとなっている。また、3年ごとに全て改選するのではなく、ほぼ半数ごとに改選期が到来するよう任命時期を調整し、議論の継続性を担保しています。有識者議員については、国の科学技術政策をリードする役割の重要性にかんがみ、任命に当たって、事前に国会の同意を得ることが必要となっている。

9月15日、自民党本部で開催した中堅某衆院議員の勉強会で講師に招かれた茂木敏充・自民党政調会長は「経済成長へ全力に取り組むこと、これが第一である。そこには、あらゆる政策を講じていくが、将来を見据えれば科学技術・イノベーションは必須であり、まさに日本が有している技術は世界に冠たるものである。どのように政策的に挙げていくか問われてくる」を趣旨に、“科学技術・イノベーション”は大きな戦略の基礎として強調していた。歯科を超えた視点でもあるが注目しておく必要があるようだ。

○ 米国・健康に悪い職業を公表：トップは歯科医師・歯科衛生士 業界は困惑

このほど、アメリカの労働省職種情報ネットワークが 974 の職業を、6 つの健康リスク（汚染物質との接触、危険な条件にさらされる、病気や感染症との接触、放射線にさらされる、軽い火傷や切り傷、咬傷のリスク、座る時間）から分析し、スコアをつけ、スコアが高いほど、健康リスクが増すことを、その実感の有無はともかく、米国での分析結果としてその順位評価にも注目した。ベスト 20(12 位・19 位は 2 職業)までを紹介。意外にも“歯科医 & 歯科助手”がトップ。この結果について、「正直驚いている。何でも気を付けるように仕事していると思うが、健康に悪い職業とは思っていない」「医療関係職業は健康にリスクはあるかもしれないが、改めて悪い職業と評されると少々抵抗感があるのはおかしいですかね」「この記事が一人歩きすると、将来、“歯科医 & 歯科助手”になろうとする人が少なくなるかも。親御さんが指摘するかも。ちょっとガッカリ」と戸惑う意見が散見された。■1 位：歯科医 & 歯科助手（総合スコア 65.4）：1 位は意外にも、歯の異常の検査や診断、治療を行う歯医者でした。理由は、病気やケガをしている患者を診断、治療するときには汚染物質に触れるリスクがあるから。また長時間の座りながらの業務も、健康への影響につながります。■2 位：フライトアテンダント（総合スコア 62.3）：華やかに見えるフライトアテンダントが 2 位にランクイン。機内で多数の乗客と接する仕事のため、病気発症や感染のリスクが高くなります。■3 位：麻酔専門医（総合スコア 62.3）：麻酔の専門医は、手術の際に患者に麻酔をかけ、術中や術後に麻酔の管理を行います。汚染物質、病気や感染症に接触するリスクがあります。

■4 位：獣医（総合スコア 60.3）：病気や怪我をした動物の診断と治療、病の研究を行う仕事です。感染症や汚染物質への接触、また治療中に切り傷や咬傷を負う危険性があります。■5 位：足治療医（総合スコア 60.2）：足の变形や病気を診断し、治療する足の専門家。患者と接触する仕事のため、感染や発病の危険性、また放射線や汚染物質にさらされるリスクもあります。■6 位：入国審査官 & 税関検査官（総合スコア 59.3）：出国、入国する人や運送業者、荷物の検査を行う仕事です。人やものと直接接触するため汚染物質にさらされる危険性があり、病気や感染も考えられます。■7 位：組織学技師（総合スコア 59.0）：顕微鏡検査と診断を行う病理学者のために、病気の患者から採取した組織のプレパラートを準備する仕事です。病気や感染症の発生リスクがあります。■8 位：浄水 & 廃水処理場のオペレーター（総合スコア 58.2）：廃水処理のために、工程管理や、機械の操作を行います。工場などからの廃水に含まれる、汚染物質にさらされるリスクがあります。

■9 位：定置機関運転技師 & ボイラー取扱者（総合スコア 57.7）エンジンやボイラー、または他の機械設備の操作やメンテナンスを行う仕事です。汚染物質との接触の危険や、作業中に火傷や切り傷を負うことがあります。■10 位：外科助手 & 医療助手（総合スコア 57.3）

医師や看護師の指示のもと、外科手術を手伝います。病気の患者と接するため、病気やウイルス感染のリスクが高くなります。

10 位以下は次の通り。

■11 位：デリック運転手（総合スコア 56.0）荷物を吊り上げるときに使う、クレーンの一種であるデリックを操作する仕事です。作業現場では、汚染物質にさらされる恐れがあります。■12 位：医療機器の準備スタッフ（総合スコア 55.7）医療機器や実験装置の用意、殺菌、設置、洗浄を行う仕事です。洗浄剤や化学物質を使用するため、健康上のリスクがあります。航空機パイロット（総合スコア 55.7）：憧れの職業としてあげられる航空機パイロット。乗客の命や貨物の安全を担う仕事です。国際線のフライトなどで長時間座り続けることは、健康問題に影響します。■14 位：原子力装置運用技術者（総合スコア 55.2）

生産活動または、原子力の研究のため、原子力エネルギーの使用、コントロール、放出に用いられる装

置を操作します。放射線や、危険な仕事環境により健康を害するリスクが高まります。■15位：ごみ収集者（総合スコア 55.0）：リサイクル可能材料や廃棄物を集め、トラックに入れる仕事です。有害物質や廃棄物を取り扱うため、危険が伴います。また長時間の運転で座りっぱなしになることで、健康へのリスクを高めます。長時間座り続けることで、寿命が縮むという研究結果もあります。■16位：耐火物の修理工（総合スコア 54.8）：火炉や窯、溶銑炉、ボイラー、転炉、均熱炉などの設備を作り、修理作業を行います。汚染物質に接するリスクや、作業中に火傷や切り傷などの怪我を負うことがあります。■17位：救急救命士（総合スコア 54.0）：傷病者に救命処置を行い、医療施設に搬送する仕事です。病気や感染症にさらされるだけでなく、現場によっては汚染物質と接触する可能性があります。連続採鉱機作業員（総合スコア 54.0）：掘削機を操作し、鉱山から石炭や金属、石などを引きはがし、それをコンベヤーまたは運搬機に乗せる作業を行います。汚染物質にさらされるリスクが高く、危険を伴う作業も多い仕事です。■19位：石油・ガス・鉱山の作業ユニットオペレーター（総合スコア 53.7）：石油・ガス・鉱山の作業現場で、装置を操作する仕事です。作業場で汚染物質にさらされるリスクや、作業中に軽度の火傷や怪我をする危険性があります。化学プラントシステムオペレーター（総合スコア 53.7）：化学製品を生産する施設で、工程を管理し、機械システムを操作する仕事です。危険な物質を扱う環境であり、作業中に怪我を負うリスクもあります。

○ 産業医制度検討会：塚本・産業保健支援室長「残念だが産業歯科医はキャバが小さい」

第6回「産業医制度の在り方に関する検討会」が9月15日、厚労省で開催され、これまでの議論を踏まえ論点整理を中心に進められた。「求められる労働衛生管理」「産業医以外の産業保健スタッフに期待される役割」「小規模事業場における労働衛生管理の促進」「その他産業保健の機能向上等に関すること」などについて、構成員から意見が出された。新たな課題も浮上するなど活発な議論が展開された。ただし、こうした議論の中に、残念ながら、“産業歯科医”に関係する意見・議論は全く出ることはなかった。こうした事情について、塚本勝利・労働基準局産業保健支援室長は、「産業歯科医は体系に位置づけられているが、残念ながら、機能・活動としてキャバが少ないということで、報告が少ないことは事実。必要なケースでは重要な役割を担っている産業歯科医であるが、現状の姿といえる」と検討会を終えた後の個別質問に言葉を選びながら回答した。日本産業衛生学会には歯科産業部会があり、加藤元氏（東医歯大歯学部卒・IBM健康保険組合）が部長を務め幅広い活動をしているが、今回の検討会で報告・指摘などが言及されないことの意味は支援室長の指摘が大きな要因であることは否定できないようだ。

今回の検討会の議論は、産業医制度の中で今後の展望を含めて進められた。その前提として、次のことを理解しておく必要がある。昨今の社会情勢の反映の一つに“労働環境問題”がある。産業医の責務の関係する、労働衛生法に明記されている「事業者は、単にこの法律で定める労働災害の防止のための最低基準を守るだけでなく、快適な職場環境の実現と労働条件の改善を通じて職場の労働者の安全と健康を確保するようにしなければならない」（第3条第1項）と記されている。この法律を背景に、「法令による努力義務、通達に基づく対策などの関する自主的な労働衛生管理も重要」と指摘する文言が記されている。

さらに、産業医の職務は、「①健康診断の実施医予備その結果に基づく労働者の健康保持のための措置に関すること、②長時間労働者に対する面接指導及びその結果に基づく労働者の健康保持のための措置に関すること、③ストレスチェック、高ストレス者への面接指導及びその結果に基づく労働者の健康保持のための措置に関することなど」としている。

また、新たに注目されたのが“産業保健チーム”であった。チームの中では、専属産業医、嘱託産業医が産業保健の計画・実行・評価・改善というPDCAサイクルによって実施されるリーダーである。同時に、産業医以外の産業保健スタッフとして重要性が挙げられた。チームとしては、産業医、歯科医師、看護職、衛生管理者、衛生工業衛生管理者、労働衛生コンサルタントなどが挙げられた。ただ、一部の構成員から、「“スタッフ”と“チーム”という言葉・表現が出てくるがその違いは何か」との問いには、「“スタッフ”は内部、“チーム”はか外部関係者という意味合いの理解にしている」とした。

今回は、小規模事業所での労働衛生管理の現状・課題への意見が続いた。従来から指摘はされた「大規模事業場は、スタッフや環境に恵まれ、比較すれば産業保険医としても恵まれている。その一方で、産業医の不在のため、嘱託産業医などが担当しているが、その体制も必ずしも十分ではない」とされている。松本吉郎・日医常任理事は、「中小事業所の健診事業が低調なことに、地域産業保健センター（地産保）の活用の啓発活動、さらに活用しやすい環境整備が必要。地元医師会でも産業医が不在でも対応できるよう努力したい」とした。

【検討会参加者名簿】座長＝相澤好治・北里大学名誉教授、明石祐二・日本経済団体連合会労働法制本部統括主幹、天木聡・天木診療所院長、井伊久美子・日本看護協会専務理事、石田修・石田労働安全衛生コンサルタント事務所所長、圓藤吟史・日本産業衛生学会理事長、大神あゆみ・日本産業保健師会会長、川上憲人・東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野教授、甲田茂樹・労働安全衛生総合研究所研究企画調整部首席研究員、小林治彦・日本商工会議所産業政策第二部長、小松崎雄一・日本基幹産業労働組合連合会中央執行委員、清宮昭夫・日本労働安全衛生コンサルタント会会長、高松和夫・日本労働組合総連合会雇用対策局長、竹田透・労働衛生コンサルタント事務所オークス所長、土肥誠太郎・三井化学株式会社本社健康管理室長・統括産業医、中澤善美・全国中小企業団体中央会事務局次長・総務企画部長、浜田紀子・UA ゼンセン日本介護クラフトユニオン特任中央執行委員、増田将史・イオン株式会社グループ人事部イオングループ総括産業医、松本吉郎・日本医師会常任理事、三柴丈典・近畿大学法学部政策法学科教授、森晃爾・産業医科大学産業生態科学研究所産業保健経営学研究室教授。

○ 大学附属病院ガバナンス検討会：「理事・病院長の職務権限の明確化」など

2015年東京女子医大が社会に露呈した理事長・学長などの対立した内紛劇が、話題になり、結果として同大のガバナンスの欠如が批判され、改めて大学附属病院の組織の在り方が問われた。こうした事態に対応し厚労省が立ち上げた「大学附属病院等のガバナンスに関する検討会」が第5回の会議を9月14日、都内で開催し、まとめ案が概ね了承された。今後は、構成員からの指摘・表現修正要望を個々に対応し座長に一任の上、社会保障審議会医療部会へ報告する運びとなっている。

今回のまとめ案について、その理解を求めている対象病院に関して改めてオクネットとして検討会終了後、中村博治・医政局総務課長に確認すると、「医学部附属・歯学部付属ということだけでなく、あくまで“特定機能病院”として認定されている病院。基本的には医学部附属病院が多いが、機能病院に対してのガバナンス機能を確認とさらなる充実・向上を求めていくことになる」と強調した一方で、「安全管理の責任者になる病院長の職務権限が明確になっていない点をクリアにすること。この必要性は、検討会構成員が共有する認識・理解。機能病院でも、国公立、私立、財団などがあり設立主体が様々であるが、管理者（病院長）へ求める基本認識は当然のこと」と説明した。

事実、構成員の一人は「検討会議論は重要な指摘があるが、敢えて言えば社会からすれば、医療機関であれば当然のこと」と指摘する場面もあったが、言外には、他の病院でも、そのガバナンスは医療機関であるが故に、“医療安全管理“に関しては当然ながら最低限有しているはずというニュアンスはあった。

さて、議論された“まとめの案“の要旨概要は次の通り。○特定機能病院はより一層高度な医療安全管理体制の確保がされる必要がある、○機能病院の大半は大学附属病院で、他の医療機関と比較すると、組織と同時に、医学教育、医学研究、高度医療の提供の3つの使命を持ちその中で、国民の生命・健康を預かる医療提供施設として医療安全管理体制を何よりも優先されるべきこと、○管理者（病院長）は、医療安全の確保に関する法的責務を負っており、十分な知識を有して継続したリーダーシップを発揮できる者が選任される必要がある、○管理者（病院長）が医療法上、病院の管理運営に係る職能権限を有することを明確化する一方、開設者も管理者の適切な選任を含め、管理者が医療安全管理等を適切に行うことを担保するための体制確保に責任を負うものとする、○法改正事項以外は、省令等の特定機能病院の承認要件等に組み入れることで、大学・病院の内部規定等の改正を求めることになる。

これらを踏まえて、管理者（病院長）の職務権限の明確化、管理者の理事会等への参画、病院運営会議の設置、管理者をサポートする体制の充実も図られることになったことを再確認された。また、ポイントとなる管理者の資質や選任方法等は以下のようにまとめられた。①法令で求められる医療安全管理業務の経験があることに加え、組織マネジメントの資質・能力など、自院の管理者（病院長）に求められる資質・能力の基準を予め定めて公表する、②候補者がその基準に照らして適任かを、外部有識者も含めた選考会議といった合議体で審査する、③②を踏まえ、任命権者が自らの責任において選考を行い、その結果については、選考の過程、基準に照らした選考の理由とともに遅滞なく公表すべきである。

構成員からの意見には現場を反映したものがあり参考として紹介しておく。「開設者や理事側が強く、臨床現場を把握している管理者（病院長）の意見が反映しないケース。また、反対に強力な教授や診療科長の意見はすぐ通るなどもある」「表現であるが外部有識者と外部専門家があるがその違いは何か」「検討会の議論は、マネジメントになっているが、病院なのか大学として病院機能を含めてのことなのか少々不透明」「病院長ほか、医局員、他の専門家、事務職員との関係にも言及している文言があるが、互いをサポートするような環境作成なども評価すべき」「財務内容の公表は難しい面があるが、社会的・公的性格を有す医療機関であれば努力してほしい」。

マネジメントにおいて卑近な事例として慶大医学部附属病院のケースは業界マスコミで報道されている。既に大学病院関係者には周知の内容であるが、歯科関係者にも参考になる象徴的なケースであることから要約して紹介する。慶大病院が臨床研究中核病院に挙手したが、厚労省が「待った」をかけた。その理由に「ガバナンス（統治）・組織体制、利益相反マネジメントの見直しが必要」「被験者保護（患者目線）の視点で意識改革が必要」とした。大学病院では、人事や予算をはじめとする重要な運営の決定権は、大学本部理事会が持っていて、病院長には、ほとんど権限がなかったということであった。

病院長が問題点を把握しても、自ら前面に出て対処することができず、ガバナンス機能を発揮することが難しいという現状であった。そこで慶大病院は病院管理者（病院長）の権限・責任をより強くするために病院規定の見直しを行った。同大は、理事会で病院規定の見直しを諮り、その結果、新たに以下の内容を加えた。「第5条3項：病院長は病院管理者として、大学病院を代表し、病院業務全般を統括する」「第5条4項：病院長は、大学病院で行われている教育、研究について、その実施を許可し停止を決定する。また、実施状況について報告を求め、是正改善等を命ずることができる」「第15条5項：病院長は必要な場合はいつでも、診療科部長の権限を停止し、代行者を指名することができる」。

【大学附属病院ガバナンス検討会構成員】座長＝田中滋・慶大名誉教授、市川朝洋・日本医師会常任理事、梶川融・日本公認会計士協会公会計協議会会長、草刈隆郎・公益財団法人がん研究会理事長、田島優子・さわやか法律事務所弁護士、楠岡英雄・国立病院機構理事長、野村修也・中大法科大学院教授、松井秀征・立教大学法学部教授、矢野真・日本赤十字社事業局技監、山口育子・認定NPO法人ささえ

あい医療人権センターCOML理事長。

○ 武蔵野赤十字病院等研究：脳卒中“周術期口腔管理”導入が経済観点からも有効

まず、その研究の背景と目的について、倉沢泰治・武蔵野赤十字病院（特殊歯科口腔外科）は、「周術期口腔機能管理は、誤嚥性肺炎の予防に効果がある。そのことの社会的な意義はなお、明らかにされていない。入院後の肺炎を発症した患者の特徴を把握し、投入された医療資源を調査することで、医科入院患者の肺炎発症予防に対する歯科の重要性を医科及び社会全体に広く周知すること」とした。また、本研究は今までの疫学臨床研究と違い、次のような斬新性があるとされている。①病院規模、設備といった医療費資源や患者数、治療対象となる疾患などが同一の地域中核病院のデータで、背景がほぼ統一されていること、②他に例をみない大規模なデータ（調査対象約43万）を収集していること、③調査目的が疾患構造や治療概要から収益、入院期間などの医療経済に関するところまで及ぶこと。医科と歯科の連携強化が指摘されて久しくなるが、その中で、具体的なポイントの一つが、“周術期口腔機能管理”とされている。2012年の診療報酬改定で「周術期口腔機能管理」が保険導入されたが、これは、がん患者等の手術前後に口腔管理を行うことで術後合併症などのリスクを減らすことを目的としたものである。武蔵野赤十字病院ほかの歯科大学・病院・医療機関が協力し、日歯学会主催の集いで、「総合病院の入院患者が入院中に発症する肺炎に関する多施設共同研究—医科入院患者約40万人の解析—」と興味深い研究結果を報告している。

本来は、入院中の肺炎の発症はゼロであるべきものである。しかし、現実には、総数433,450人の入院患者のデータ解析では、入院後肺炎発症者数は6,996人、入院後の発症率は1.6%（0.4%～2.1）%であった。疾病ごとの分析のうち、例えば、脳卒中の入院患者は、15,169人、入院後肺炎発症者数は781人で、入院後の発症率は5.16%であり、より高頻度に肺炎を発症することがわかった。また、入院後の肺炎発症の有無で在院日数を比較すると入院後肺炎を発症しなかった患者が約23日、入院後肺炎を発症した患者が約52日で、在院期間は大幅に延長することも明らかになった。脳卒中の周術期口腔管理が必要とされる疾患に含まれておらず、この研究の結果は、施策提言のための根拠にあると考えられる、今後の医科入院患者に対する支持療法として歯科の必要性和医療経済学的観点からの歯科の役割の見直しに有効と考えられる。なお、「周術期口腔機能管理」の対象者は、(1)全身麻酔下で頭頸部領域、呼吸器領域、消化器領域などの悪性腫瘍の手術を行う患者、(2)全身麻酔下で臓器移植手術、心臓血管外科手術などを行う患者、(3)放射線治療や化学療法を行う患者など。

こうした観点と同様に、今までに、丹沢秀治・千葉大学医学部教授（医師・歯科医師）が発表している臨床調査が大きな示唆を与えている。調査結果は、在院日数の削減だけでなく、口腔悪性腫瘍に対する抗菌投薬期間の事例を挙げて示した。投与期間も口腔ケアが介入すると期間が短縮することが明らかになったことを示し、次のように説明している。「CRP（炎症や組織細胞の破壊が起こると血清中に増加するたんぱく質）の数値が、口腔ケアを実施すると落ち着き、免疫作用を助けている」「千葉大の年間売り上げは約300億円だが、結果からして3億円程度の経済効果があるのではないかと、経営戦略室は弾いている」。

さらに国保旭中央病院の病院歯科からも、DPC算定で入ってくる診療報酬（平均額）と仮にそれを出来高で計算した場合の診療報酬（平均額）を口腔ケアの有無別に集計した事例を紹介。腹腔鏡下胃切除・全摘での口腔ケアの①あり、②なしでの比較を評価。結果として「口腔ケアありでは、DPCの医療費は減っていても、投薬、注射、処置、検査、画像にかかる費用を削減できる。つまり入院の回転率がよく、トータルの経済効果を生んでいる」と結論づけている。同病院の秋葉正一・歯科・口腔外科部長の

「病院歯科はもともと赤字構造であったが、“縁の下力持ち”だとして、意気を感じてやっている」と治療・臨床効果、及び医療経済の視点からも明確に有効であることを強調している。今回、特に“脳卒中患者の周術期口腔管理”有意義は、今後に大きな示唆を与えたといえる。

○ 世界歯科連盟が白書公表：口腔衛生専門家の一部「評価するが公的視点では不十分」

FDI世界歯科連盟は9月7日、コルゲートとの虫歯予防提携の下で「虫歯の予防と管理」白書を発表したと、共同通信が報じた。この白書は口腔衛生専門家、政策立案者、一般市民の共同行動を通じて虫歯を予防、管理するための戦略の概略を説明している。

FDI会長・パトリック・ヘスコット博士は「世界人口のほぼ半数（44%）が虫歯にかかっているが治療を受けていないのに、多くの国ではこの増大する疾病の負担に対処するために実施されている計画がまだない。FDIは効果的な予防戦略を通じて虫歯で起こる痛み、苦痛、さらには歯の喪失から住民を守ることにコミットしている」と述べている。

ポーランド・ポズナニでの年次世界歯科学会議（Annual World Dental Congress、9月7～10日）で打ち出された白書は、歯科医が虫歯の管理について回復を目指すアプローチから予防歯科医学の提供に集中したアプローチにどうすれば転換できるかの概略を説明している。また、これは分離して行うことができないことを強調して、全住民規模の予防戦略（例えばフッ化物の利用可能性、砂糖入りの食品・飲料に対する課税）を実施するよう政策立案者に、時代遅れの報酬モデルを変更させるよう第三者支払者に呼び掛けている。

白書の共同執筆者であるナイジェル・ピッツ教授は「口腔衛生は基本的な人権なのに、この負担を管理するのに必要なシステムが存在しないために世界で39億人が口腔疾患にかかっている。われわれはこの白書で虫歯に対する証拠ベースのソリューションの概略を説明した。これらは口腔衛生専門家が最高のケアを患者に提供できるようにするため、臨床、政策レベルで緊急に行動に移さなければならない」と語っている。

Colgateのマーシャ・バトラー副社長（グローバル口腔ケア）はさらに「虫歯予防提携のサポートは光栄であり、この提携は高品質の教育資料の提供に加えて2つのFDI Smile Awards（FDIスマイル賞）の授与を通じて国家レベルで虫歯の負担に対処するというFDIメンバー協会による革新的なプロジェクトをたたえている。今年の実賞者はパレスチナ、カンボジアの歯科協会会員であり、2017年にはプロジェクトをさらにサポートするつもりである」と述べている。

白書の結論は、口腔衛生共同体と政策立案者はともに以下のことに緊急にコミットしなければならないことを示唆している。*個人、住民の両レベルで虫歯予防努力をサポートすること、*虫歯管理方針の転換をはじめること、*虫歯学カリキュラムを促進すること、*保健政策全体のなかで口腔衛生のより強力な統合を目指す努力をすること、*虫歯の予防と管理に対する報酬の再考への参加、*データ主導、証拠ベースの虫歯の予防と管理。

共同執筆者のドメニック・ゼロ教授は「歯科医界の多くのグループ、組織はこれまで約20年にわたって、より効果的な虫歯予防と健康な歯の構造の保護に向けた動きを求めてきた。いまや話はやめて実行を開始すべき時だ。白書はこの努力で役に立つツールになるはずである」と強調している。

以上が白書の概要であるが、この内容について、一部、日本の口腔衛生の専門家からは、貴重な指摘のありその一部を紹介する。

この白書「むし歯の予防と管理」は立派である。問題なのは実効性があるかどうか。全体として言えることは、この白書は歯科診療所における個人的なむし歯の予防と管理であり、すべての地域住民の歯の

健康を守る“公衆衛生”の視点は薄いと思われる。FDI 発の当該白書をまとめたのは、たぶん主に英国の Dr ナイジェル・ピッツ氏だと思し、むし歯の診断と管理に多くの論文を出しており来日の経験も有る。また、米国インディアナ大学歯学部 Dr ドメニック・ゼロ氏は、フッ化物の局所応用の研究者のようで、米国の公衆衛生水道水フロリデーションへの関心は薄い人です。

FDI 国際歯科連盟はいろんな声明を世に出しています。次の声明もその一つです。公衆衛生上重要な声明と考えます。FDI（国際歯科連盟）政策声明 2014 年 9 月 総会にて採択「水道水フロリデーションによる口腔保健の推進」。世界人口約 70 億人中、その半数は水道水が利用できません。しかしながら、我が国をはじめ先進世界を除くと、世界の半数以上の人々は今回の FDI 白書は役に立たないといえる。おそらく、そんなこと言ったら議論にならない。さらに、FDI 白書とは言え、この白書はコルゲートの協賛なので、フッ化物配合歯磨剤 FIRST です。そういった面からは、FDI 発とは言え、残念ながら片手落ちの偏った「白書」と評価される（50 点）。FDI がむし歯予防と管理に関する専門家を結集して、バランスの取れた「むし歯の予防と管理」白書が発行されることを期待している。

昨年 3 月開催の世界大会シンポジウム「超高齢社会における歯科医療の課題」が、FDI 会長、日本、アメリカ、ドイツ、フランス、韓国からの代表者で行われたが、世界では一次予防フロリデーション実施の中で、“日本は例外”が図らずも浮彫りになり、司会者が戸惑う場面があったことを付記しておく。

○ 医療計画の見直し：歯科的視野は希薄“地域包括ケアの論点には連携指摘”

9 月 9 日、厚労省で「医療計画の見直し等に関する検討会」が行われた。第 2 回「医療期医療」「小児医療」などをテーマに活発な議論が交わされた。全体には、歯科領域からの意見・議論する場面が少なく、基本的には、専門領域の意見・課題を傾聴する時間が多かったことは事実。地域医療計画というより地域包括ケアシステムの枠での歯科医療提供計画の見直し等に関する検討会「救急医療」「災害時における医療」「へき地医療」「周産にならざる得ない状況は否定できな検討会内容であったが、将来を見据えての今回の議論のポイントを紹介する。

まず、前回の検討会での議論から 5 疾病 5 事業が焦点にあてられたが、「現在の 5 事業でよいのではないか。引き続き現行のものを充実していくことがよい」「災害医療について、第 6 次医療計画の時に中長期の視点を加えたが、今回の熊本地震都等で十分発揮されたのか」「救急医療だけでなく、周産期医療と小児医療は二次医療圏で完結するようにすべき。人口が減少が進む医療圏では、他の医療圏と統合する必要があるではないか」「患者や住民が安心して医療を受けられるための対策として、地域差が生じているので、地域の特性を強調する必要があるのではないか」などの意見が出された。

次に救急医療問題がテーマになり、厚労省から第 6 次医療計画における救急医療体制の説明がされた。「救急出動の件数及び搬送人員の推移は、いずれも 6 年連続増加して過去最高になった。高齢化の時代背景が反映している」「年齢区分別搬送は、ここも年々増加傾向が続き、平成 26 年には 5 割以上となっている。こうした中で、“救急医療体制等のあり方検討会（歯科関係者ゼロ）”で議論していただいている」とした。

こうした内容を受けて、構成員から次のような意見が続いた。「搬送人数が増えてきていることが確認できましたが、増えることの背景ももう少し検討すべきではないか。症状別として死亡・重症（初診時死亡確認）、重傷（3 週間の入院必要）、中傷（重症・軽傷以外）、軽傷（入院加療は不必要）に分けて数字を出しているが、どうなのか」「高齢者の軽傷例が増加していると厚労省は指摘しているが、救急搬送されたから軽傷で済んだケースもあると思う。それが軽傷扱いになると現場の実態とは違うのではないか」「搬送件数が多いことが悪いイメージはあるのは事実だが、修正した方がよい」「独居老人が増えている

現状から、救急連絡する体制の構築も急務かもしれない」。

これらの意見を受け、「基本的には、救急救命士などの人的育成が必要だが、受け入れ体制の整備が必要」「救急問題の出口は、退院、在宅、後方病院との連携が問われている」と問題点を指摘した。歯科の介入は、地域包括ケアシステムにおける救急で指摘。「非緊急に場合は、日常のかかりつけ医・かかりつけ歯科医などの医療機関に送付するなどの任務はある」との説明の中で位置づけられ、医科での救急と歯科の場合は違うのは治療内容にあるかもしれない。厚労省としても、「地域包括ケアの構築に向け、より地域で連携した時の細かい取り組みが必要」を問題意識した見直しの方向性を示した。

そのほか「災害時における医療」「へき地医慮」「周産期の医療」「小児医療」などにも議論は行われた。「へき地医慮」は、医科での問題がクローズアップされているが、歯科でも地域によっては、課題として議論されている。基本的には、「へき地保健医療対策検討会」（歯科医師構成員一人）で議論されたが、「第11次へき地保健医療計画」を平成29年まで延長。第7次医療計画策定期間に合わせて検討を行う方針が出されていた。見直しの方向性としては、「へき地保健医療対策検討会を医療計画に一本化する」「見直しの要件を通じて、巡回診療等のへき地拠点病院の取組を進めると同時に、へき地医療提供体制をさらなる充実を図る」とした。

「小児医療」に関しても厚労省から報告されたが、「子どもの医療制度の在り方等に関する検討会」（平成28年3月終了）での議論紹介であった。この検討会には歯科医師が構成員になっていないこともあり、“歯科の文言がゼロ”という現実があり、小児歯科の位置づけに懸念を抱くものであった。なお、「周産期医療」意見を傾聴するのみであった

【構成員名簿】座長＝遠藤久夫。学習院大学教授、座長代理＝田中滋・慶大名誉教授、相澤孝夫・日本病院会副会長、安部好弘・日本薬剤師会常任理事、市川朝洋・日本医師会常任理事、伊奈川秀和・全国健康保険協会理事、今村知明・奈良県立医科大学教授、尾形裕也・東大政策ビジョン研究センター特任教授、加納繁照・日本医療法人協会会長、斉藤訓子・日本看護協会常任理事、櫻木章司・日本精神科病院協会理事、佐藤保・日本歯科医師会副会長、西澤寛俊・日本病院協会会長、野原勝・岩手県保健福祉部副部長、本多伸行・健康保険組合連合会理事、山口育子・ささえあい医療人権センターCOML。

○ 松本ヘルスバレー構想：平尾・健康産業部長「歯科への本格対応これから」意欲示す

日経新聞社主催「ヘルスケアビジネス創出シンポジウム“医出づる国”」（9月7日開催）で全国的に注目・関心の高い、大分県臼杵市“うすき石仏ねっ”と同様に、「松本ヘルスバレー構想」には、藤本康二・内閣官房健康・医療戦略室次長審議官も産学官連携に期待を寄せていた。構想のプラットフォームとなっている「松本地域健康産業推進協議会」を含めて発足の経緯と今後の展望を平尾勇・松本市健康産業部長（慶大卒・明大大学院修了）が報告した。まず最初に「菅谷（すげのや）・松本市長は、元信州大学医学部助教授の外科医（前長野県衛生部長）です。やはり市民の健康に関心があり、地方都市での高齢者への対応の必要性・重要性は誰もが認めていること。このよう時代背景を受けて、市長の姿勢が結果として、松本ヘルスバレー構想にあると思います」と話したが、行政のトップが医療人の松本市政に注目は自ずと集まる。

この構想の理念は、“健康寿命延伸都市・松本”を実現に抜けて、「市民一人ひとりが、健康に高い意識を持ち、健やかで安全・安心な暮らしを实践する」「市民が新たな健康・医療ニーズを掘り起こし、市民、民間事業者、学術機関、行政との共創による新たなヘルスケア周辺産業が創出される。さらなる雇用・投資・情報等が集積し、地域経済が好循環を実現すること、これが松本ヘルスバレー構想」と強調した。この構想実現には、①松本地域健康産業推進協議会、②松本版P H R 電子版健康手帳、③松本ヘルス・

ラボの創出、④健康経営の推進、⑤世界健康首都会議の開催の5本の柱があると指摘した。特に松本地域健康産業推進協議会は現在、231 団体・企業が参加している。企業・団体が多いが大学では、信州大学、松本大学、松本短期大学、松本歯科大学が会員になっている。

松本版 P H R 電子版健康手帳の構築の方向性は次のように明確に打ち出されている。「病病連携、病身連携といった医療情報連携のみを目的とするものではなく、個人の健康維持・増進にも寄与するシステムを目指す。患者のみならず全住民（松本市民 24 万人）を対象した P H R を前提にシステムの仕様を検討する」といしている。病病連携・病身連携において、急性期・回復期・慢性期のステージにおける対応・連携としているが、特に、慢性期のかかりつけ医・かかりつけ歯科医による往診¥・在宅・訪問診療の拠点の拡充を確立していくとしている。結果として、“健康づくり”“地域活動の勧奨”“所在確認”“災害時済安否確認”など個人・家族・地域をカバーしていくことになる。

民間企業との取組で興味深い例として、ローソン：コンビニ駐車場での受診勧奨、松本信金：金融商品を通じた、健診の認知・受診増加、メディア：糖尿病重症化予防のための自己管理プログラム、第一興商：仲間づくりと地域の担い手づくり。まさに地域連携を視野に事業展開している。

今後の進め方については、「松本地域健康産業推進協議会（会費等費用負担なし）への加入企業・団体の増加。共に新たなヘルスケアビジネスを松本地域から発信する」としている。ただし、この推進協議会に会員には、医科、歯科、介護関係などの診療機関が少ない点についてオクネットが確認すると、平尾部長は「医学部のある信州大学、松本歯科大学には会員になっていただいているが、今後は、医療関係団体や診療所・歯科診療所にも会員へと拡充していきたい。この点を踏まえて一歩ずつ進めていきたい。まずは、不十分ではあるがここまでできました。行政にはない民間企業の発想を取り入れて、さらに各専門領域の意見が反映できるよう充実を図っていきたい。それには、歯科関係者の参加・関与も想定し期待しています」と現状を踏まえて将来展望を述べていた。

○ ヘルスケアビジネス創出シンポ：白杵市“うすき石仏ねっと”歯科の参加・評価

9月7日、ヘルスケアビジネス創出シンポジウム“医出づる国”が日経新聞社カンファレンスルームで開催された。開催企画した主催者からは、次のような要旨説明があった。日本は、世界に先駆けて健康寿命の延伸を図り、国民がそのメリットを広く享受できるような社会を実現することが求められている。国をあげて、健康、ヘルスケア、医療を戦略産業として位置づけて、ビジネスの活発な展開を促すことが必要。日本経済再生の柱として、また「日本再興戦略」の重要な領域として国家レベルでも内閣官房、経済産業省、厚生労働省をはじめ様々な取り組みが進んでいる。この方向性は、国、地方、ビジネス分野、各レベルで、しかもそれらが受益者である住民と有機的につながってこそ、ビジネスチャンスは広がり、大きな産業創造のうねりとなると思われます。日本経済新聞社では、これまで日経紙面において「医出づる国」という特集をするなどこの分野の新しい動きに注目をしてきた。

一方で、新シニアライフデザイン研究会を開催しながら、これからの未踏の社会の課題を議論してきた。今回のシンポジウムはこうした流れを踏まえて、国から地方という行政のイニシアチブと企業や民間の組織・団体がどのように連携しながら、経済効果もきちんと見据えながら、これからの社会にイノベーションを起し、世界に先駆けた先進的な社会に向けたビジョンを構築するのか、その道筋を討議します。今回のシンポジウムの講演の中で、地域包括ケア時代を生き抜くためのネットワークとして、舩本洋一・白杵市医師会医療福祉センター長から報告された“うすき石仏ねっと”が注目された。「白杵市内の医療・介護機関を結ぶ情報ネットワークで、“石仏カード”を提示することで、様々な機関にあるデータを共有することができるものです。歯科医院、訪問看護ステーション、介護施設、居宅介護事業所、白杵市医

師会立コスモス病院の双方向性・同意者による閲覧許可とされているもので、メール交換ができ、連携の質の向上・顔の見える関係でもある」とその特徴を述べた。

具体的な事例として「歯科の協力で、災害対策としての情報として、薬、災害時用援護者、遺体検索などの各情報を確保。これは東日本大震災で使用した Dental Finder に対応したもの」と挙げたほか、白杵市糖尿病対策、要介護・要支援認定の推移など事実の中で、「後期高齢者一人あたり年間医療費が、6年目の平成 26 年には大分県では増加しているが白杵市としては初めて削減し、関係者は驚くと同時に喜んだ」と数字を示した。参加施設数の報告の時には、「歯科医院市内 17 軒が全員が参加。歯科医院の参加のネットワーク構成が難しいという話を聞きますが、白杵市では実現しています。また、そのことで、糖尿病と歯周病との関係があることは周知になっている昨今、歯科医院で疑われる患者の病院への紹介。こうした実績が出ているので、歯科の先生の方に感謝している」と歯科への謝辞をした。

最後には、「歯科医師やケアマネージャーを含めた多職種が参加する医療・介護 ICT ネットワークはできる。白杵市が示している。仕組み次第では、市民・患者の参加率は増加する、システムを継続するには行政との協力が不可欠であり、データ利活用により医療費削の可能性がること。多職種からの情報を救急医療や災害対策に活用可能であり、ローカルの事業もグローバルにもある」とまとめた。

歯科関連学会・研修会でない大きな会合でも、実践している事業報告・紹介の中で、歯科事業・歯科医師の強力・活躍、その有効性を指摘していることの意義が大きい。シンポジウムの休憩中に改めて、講演した舩友医療福祉センター長にその認識を確認したが、「事実ですから。歯科医師会・歯科医師の先生方も理解していただいている“うすき石仏ねっと”。市民の健康がまちの活気づくりに貢献できることは医療人として当然で嬉しいもの」と苦笑いをしながら淡々と答えていた。

7月17日に行われた日本歯科管理学会での講演でも、“うすき石仏ねっと”を紹介していたが、その真摯な取り組む姿勢がまた、理解・信頼を生みで参加者・協力者が増えている一因ともされ、今回、医療費削減の事実は、行政関係者は看過できないものとされる。シンポジウム後の座長から指名発言を求められた、藤本康二・内閣官房健康・医療戦略室次長審議官（元経産省ヘルスケア産業課長）は、「“うすき石仏ねっと”の事業は承知していますが、まとめて指摘していた“ローカルの事業もグローバルにもある”に期待したい。海外展開の際に、日本のある地域での事業は行政・医療関係者・市民などが連携して、それなりの結果を出している。あなたの国・地域ではどうですと PR できる。私の立場からはその点を強調したい（笑）」と評価したコメントを出していた。

○ 角・歯科口腔先進医療開発センター長「紫外線 LED 活用の治療機器」に期待」

9月3日、日本歯科医学会が主催する「歯科医学を中心とする総合的な研究を推進する集い」が日本歯科医師会館で開催された。全部で8演題の講演が行われ、今後に向けての新しい研究内容を報告した。当然ながら、研究途中、試行錯誤などの発表もあるのは承知のうえで、従来に拘らず、隣接学会、領域共有学会との共同研究要請も含めて熱心な発表が続いた。

まず注目したのが、角保徳・国立長寿医療研究センター歯科口腔先進医療開発センター長の「紫外線 LED を用いた歯科治療用機器開発」。研究開発にあたっては、経緯を次のように説明した。「発光 LED の新結晶素子開発は、我が国が優位な世界的最先端技術であり、名古屋大学の天野浩（青色 LED 開発で平成 26 年ノーベル賞受賞）らにより紫外線 LED が開発されたが、国立長寿医療研究センターは、産学共同開発により、平成 23 年に紫外線 LED 口腔治療装置試作 1 号機、平成 25 年に 2 号機（中心波長 254 nm）を導入し、基礎実験を施行した結果、臨床応用に十分な出力であることが判明した」とした。紫外線は通常の光ファイバーを通過できず、石英ファイバーのみを通過するので、ファイバーを使った

胃カメラ、大腸カメラなどの医療機器に紫外線を用いることはできなかった。その解決策として、「治療機器の先端に紫外線LEDを直接装備し、口腔内に直接紫外線を照射できる装置を開発した。本開発で将来的に胃カメラ、大腸ファイバーなどの医療機器に用いることが可能になった。そこで、本研究では、日本発、世界初の紫外線LED口腔治療装置の開発を目指した」と説明した。

歯科口腔先端診療開発部では、いち早く紫外線LEDの医療応用への可能性に着目し、平成22年5月より天野グループの企業にコンタクトを続けてきた。歯科口腔先端診療開発部が導入した紫外線LEDは、企業が初めて外部に提供したものであり、既に紫外線LED口腔治療装置の試作機が完成し、他の追随を許さないほど進んでいた。

「従来の方法に比較し、紫外線の強力なスポット照射が可能となり、紫外線LEDを用いた歯科治療用機器が開発されれば極めて有効な口腔内治療機器となることが期待されるものであるが、紫外線LEDは、口腔にならず医療全般にも可能でその応用範囲が広い世界最先端技術であり、まずは、口腔分野で機器開発を進め、将来的には医療全般に広げる予定である」と将来を見据えていることも明らかにした。紫外線LED口腔治療装置は、具体的に、歯周病（歯周ポケット内を殺菌）、歯内療法（根管充填前に根管内を殺菌）など口腔各分野に応用が可能であると同時に、さらに、口腔のみならず医療全般へと応用範囲が広い世界最先端技術であり、関連領域とのグループ形成は極めて有効である。角・歯科口腔先進医療開発センター長は、講演で改めて「紫外線LEDは、高出力、長寿命、低コスト、小型を特徴にして、医療、環境、工業分野での応用が期待されている」とした。「紫外線LEDの波長の選択による治療。これは容易なことでないが、十分可能だとみている。ぞの実現に向け研究をしていきたい。是非、この領域に関係・関心を有する研究者を求めている。歯科の新しい治療方法を提供できるようにしたい」と課題・留意点を示しながら意欲を見せていた。

角・センター長の開発拠点である「歯科口腔先端診療開発部」へ評価は高く、本研究以外に、今までにも、“歯科用光干渉画像診断機器（OCT）”“専門的口腔ケア用ジェル”などを開発して、広く歯科臨床に貢献している。

なお、紫外線LED活用には既に日機装（株）が医療用として活用。医療分野で、器具の殺菌に加えて幅広い利用が想定し、例えば波長を選択しながら照射することで皮膚疾患の光線治療に応用できるとしている。受光素子と組み合わせれば、たんぱく質やDNA（核酸）などの純度・濃度測定も可能だ。既に同社が製造する透析装置には深紫外線LEDが搭載されており、老廃物の除去状態の確認に役立てられている。

【角保徳・歯科口腔先進医療開発センター】1981年：東医歯大歯学部卒、1985年：名古屋大学大学院医学研究科修了、1990年：名古屋大学医学部助手、2004年：国立長寿医療センター先端医療部口腔機能再建科医長、現在：国立長寿医療センター歯科口腔先進医療開発センター長。

○ 在宅医療及び医療介護連携WG：最近の潮流反映“歯科的介入への期待”意見続く

第2回在宅医療及び医療・介護連携ワーキンググループが9月2日、厚労省で開催され、「在宅医療に関する見直しの方向性」「高齢化に伴い増加する疾患への対応」が議論された。最初の議題「在宅医療に関する見直しの方向性」では、①目標設定、②指標、③施策に分けて論議は進められた。

まず“目標設定”では、厚労省事務局から「増大する慢性期の医療・介護ニーズに確実に対応していくために、地域医療構想による慢性期・在宅医療等の需要推計を踏まえ、地域の医療機関で対応すべき在宅医療ニーズや目標とする提供体制（必要な医療機関数やマンパワーなど）についても、考え方の記載を求める必要がある」と明示された。

“指標”については、「在宅医療に必要な医療機能を確実に確保していくため、各医療機能との関係が不明瞭なストラクチャー指標を見直しした上で、医療サービスの実績に着目した指標を充実する必要がある」「医療・介護の連携体制について把握するための指標や、高齢者以外の小児や成人に係る在宅医療の体制について把握するための指標を充実する必要がある」とすることが事務局から報告された。鈴木邦彦構成員（公益社団法人日本医師会常任理事）から、「医療機関というと医療しか提供していないというイメージを持たれているが、介護的サービスも提供する診療所もあるので、医療・介護連携における医師の役割・評価の議論も要望しておきます」と医師の立場から指摘した。

新たな指標の例として、「在宅患者訪問診療料、往診料を算定している診療所・病院数」「24時間体制を取る訪問看護ステーションの数」「歯科訪問診療料を算定している診療所・病院数」などが紹介されたが、角野文彦構成員（滋賀県健康医療福祉部次長・医師）からは、「在宅医療には、歯科の介入が有効であることは臨床的に出ている。介護対応でも歯科保健が患者への意識付けが生まれてくる。この点を踏まえた検討を行政として要望しておきたい」とする場面もあった。“施策”に移ると、「医療と介護の連携を推進する観点からは、地域支援事業の在宅医療・介護連携推進事業を担う市区町村との連携が重要である。連携にあたっては、地域の医療に精通した医師会等との連携や保健所の活用により、介護や福祉を担う市区町村への支援を行っていく視点が必要である」と事務局から提示された。

続いて、「高齢化に伴い増加する疾患への対応」のテーマに移ると、まず、医療計画に記載する疾病・提供する事業への考え方が注目された。基本の5疾病5事業への考え方に対して、事務局から「①患者動向、医療の現状把握、②必要となる医療機能、③数値目標の設定、必要な施策、④各医療機能を担う医療機関等の名称等を記載することになっている。まずこれを理解しておく必要がある」と報告されたが、佐藤保構成員は「歯科が5疾病5事業とは別扱いになっていますが、今までの経緯からして仕方ないこととしているが、構成委員の意見を聞いていると、歯科への理解・必要性が認知されて来ていると理解しており、その責任を感じています。その意味において、関連する専門員・組織との協議・議論が重要になってきますので、そうした会合・機会が必要とすることを要望しておきます」と強調した。この視点に関連して構成員の一人が、「医療・介護の連携が指摘されてきている現在、ケアマネージャーの責務が重大になってきているのは事実。敢えて指摘しておきたい」との意見への回答を含めて、中林弘明構成員（一般社団法人日本介護支援専門員協会副会長）から、「5疾病5事業への理解も必要と再認識したところで、その理解にさらに努めて行くので、関係専門員・団体からの協力を得たいと思っています」と改めて要望された。

ここでも、前述した角野構成員が「健康な高齢者を増やしたいという意味で、実施している地域での歯科保健活動の評価が出てきており、その啓発活動・相談等に取り組んでいくことも重要であると報告しておきます」と歯科への理解・期待する発言があった。また、医療計画作成にあたり調和を図るために、必要とされる法律も再確認され、①健康増進法、②高齢者の医療の確保に関する法律、③がん対策基本法、④歯科口腔保健の推進に関する法律、⑤介護保険法、⑥障害者の日常生活及び社会生活総合的に支援するための法律が列記されたが、「歯科口腔保健の推進に関する法律」が明確に記されており、歯科の必要性の法的担保になっていた。

“高齢化に伴い増加する疾患”に関連して、具体的に「ロコモティブシンドローム」岩本幸英・日本整形外科学会前理事長（九大名誉教授）、「フレイル」飯島勝矢・東大高齢社会総合研究機構教授が、それぞれその概要・ポイントを説明した。特に、飯島東大教授は、日本老年医学会が「予防意識を高めるため、高齢で筋力・活力の衰えを“フレイル”と命名した」として解説を始め、大きなポイントは“身体”“精神心理”“社会性”の虚弱になっていくこと、これがヒトが剛健⇒プレ・フレイル（前虚弱）⇒フレイル（虚弱）

⇒要介護（身体機能障害）という一連のアプローチがあること。同時にここで、サルコペニア（筋肉減少症）との相違・捉え方にも言及し、「高齢者の健康維持に必要な食力（しょくりょく）が問われてくるが、栄養低下、口腔・嚥下機能低下、多病、社会性心理・認知・貧困が大きな要因になってくる。こうした臨床研究の結果、健康長寿の3つの柱として、栄養（食・口腔機能）、身体活動（運動、社会活動）、社会参加（就労、余暇活動、ボランティア）があること。このフレイル予防は、“総合知による、まちづくり”である」と強調した。

8月に開催された全国在宅療養支援歯科診療所連絡会での講演でも、同教授は、「フレイルの早期の所見として、口腔の虚弱（オーラルフレイル）ともいべき歯科口腔機能の軽微な機能低下や食の偏りに対して認められ、高齢者の食力を維持・向上させるために、今まで以上に、医科と歯科の連携と医科側に対しての歯科口腔管理の重要性を認識・理解等を強く求められる」と強調しており、歯科保健・介入が有効だと紹介していることに歯科関係者は大切にしていこうと再認識すると同時に、さらなる歯科専門研究が問われてくるのは間違いないようだ。以上のように歯科に関連する議論内容があったWGでもあった。

【在宅医療及び医療・介護連携ワーキンググループ構成員】座長＝田中滋・慶大名誉教授、有澤賢二・公益社団法人日本薬剤師会常任理事、池端幸彦・一般社団法人日本慢性期医療協会副会長、猪口雄二・公益社団法人全日本病院協会副会長、角野文彦・滋賀県健康医療福祉部次長、稼農和久・全国健康保健協会本部企画部長、越田理恵・金沢市保健局長、斉藤訓子・公益社団法人日本看護協会常任理事、佐藤保・公益社団法人日本歯科医師会副会長、鈴木邦彦・公益社団法人日本医師会常任理事、玉城嘉和・全国有床診療所連絡協議会専務理事、中林弘明・一般社団法人日本介護支援専門員協会副会長、新田國夫・全国在宅療養支援診療所連絡会会長。

○ 喫煙と健康の報告書：「う蝕・インプラント失敗・歯喪失は科学的証拠十分でない」

厚生労働省は9月2日、『喫煙と健康 喫煙の健康影響に関する検討会報告書』を公表し、興味深い内容であった。今回は、特にその中から歯科に関係する項目をピックアップして紹介する。「喫煙者本人への影響」として、主な疾患を挙げ科学的証拠として因果関係レベルを示している。その他扱いで次のように記している。

△「その他：たばこの喫煙者本人への影響（能動喫煙による健康影響）」＝その他の疾患（歯科疾患、骨密度と骨折、関節リウマチ、認知症、および日常生活動作）との因果関係の評価を行った。その結果、喫煙と歯周病との関連について、「科学的証拠は、因果関係を推定するのに十分である（レベル1）」と判定された。喫煙とその他の歯科疾患との関連では、う蝕、インプラント失敗および歯の喪失について、「科学的証拠は、因果関係を示唆しているが十分ではない（レベル2）」と判定された。喫煙と閉経後女性の骨密度低下、喫煙と大腿骨近位部骨折および関節リウマチとの関連については、「科学的証拠は、因果関係を示唆しているが十分ではない（レベル2）」と判定された。喫煙と認知症および日常生活動作との関連については、「科学的証拠は、因果関係を示唆しているが十分ではない（レベル2）」と判定された。

なお、主な疾患との関係が以下の通り。「喫煙者本人への影響」⇒△「がん：たばこの喫煙者本人への影響（能動喫煙による健康影響）」＝がんとの因果関係について14のがん種ごとに評価を行った。その結果、喫煙と肺、口腔・咽頭、喉頭、鼻腔・副鼻腔、食道、胃、肝、膵臓、膀胱、および子宮頸部のがんとの関連について、「科学的証拠は、因果関係を推定するのに十分である（レベル1）」と判定された。喫煙と大腸がん、乳がん、腎盂尿管・腎細胞がん、前立腺がん死亡、および急性骨髄性白血病との関連については、「科学的証拠は因果関係を示唆しているが十分ではない（レベル2）」と判定された。喫煙

と子宮体がんのリスク減少との関連については、「科学的証拠は、因果関係を示唆しているが十分ではない（レベル 2）」と判定された。喫煙と卵巣がんおよび前立腺がん罹患との関連については、「科学的証拠は、因果関係の有無を推定するのに不十分である（レベル 3）」と判定された。

がん患者の生命予後、二次がんなどについても、喫煙との因果関係の評価を行い、喫煙と肺がん患者の生命予後悪化について、「科学的証拠は、因果関係を推定するのに十分である（レベル 1）」、喫煙とがん患者全体の生命予後の悪化については、「科学的証拠は、因果関係を示唆しているが十分ではない（レベル 2）」と判定された。がん患者の喫煙と二次がん罹患との関連については、「科学的証拠は、因果関係を推定するのに十分である（レベル 1）」、喫煙と再発リスク増加、治療効果低下および治療関連毒性との関連については、「科学的証拠は、因果関係を示唆しているが十分ではない（レベル 2）」と判定された。

△「循環器疾患：たばこの喫煙者本人への影響（能動喫煙による健康影響）」＝循環器疾患との因果関係について、3つの疾患（虚血性心疾患、脳卒中、アテローム性動脈硬化関連疾患）ごとに評価を行った。その結果、喫煙と虚血性心疾患、脳卒中、腹部大動脈瘤、および末梢性の動脈硬化症との関連について、「科学的証拠は、因果関係を推定するのに十分である（レベル 1）」と判定された。喫煙と胸部大動脈瘤との関連については「科学的証拠は、因果関係を示唆しているが十分ではない（レベル 2）」と判定された。

△「呼吸器疾患：たばこの喫煙者本人への影響（能動喫煙による健康影響）」＝呼吸器疾患との因果関係について4つの疾患（慢性閉塞性肺疾患（COPD）、気管支喘息、結核、および特発性肺線維症）ごとに評価を行った。その結果、喫煙と COPD、呼吸機能低下および結核死亡との関連について、「科学的証拠は、因果関係を推定するのに十分である（レベル 1）」と判定された。喫煙と気管支喘息の発症および増悪、結核発症、結核再発、および特発性肺線維症との関連については、「科学的証拠は、因果関係を示唆しているが十分ではない（レベル 2）」と判定された。喫煙と結核感染との関連については、「科学的証拠は、因果関係の有無を推定するのに不十分である（レベル 3）」と判定された。

△「糖尿病：たばこの喫煙者本人への影響（能動喫煙による健康影響）」＝2型糖尿病との因果関係について評価を行った。その結果、喫煙と2型糖尿病の発症との関連について、「科学的証拠は、因果関係を推定するのに十分である（レベル 1）」と判定された。禁煙によるリスクの減少については、国内の疫学研究が蓄積されていないが、長期間経過後にリスクが減少するという報告もある。禁煙後の耐糖能変化など、糖尿病リスクの減少機序を明らかにする国内研究が今後必要である。

そのほかに注目されるものとして、「禁煙支援と禁煙治療」があり、保険診療での歯科での拡大、禁煙治療の経済性に言及し、関係者の意識向上に有益と思われる指摘であった。その概要は以下の通り。

「禁煙支援と禁煙治療」⇒わが国の禁煙支援・禁煙治療の主要な3つの柱は、地域・職域での禁煙支援、一般用医薬品（OTC）の禁煙補助薬を用いた薬局での禁煙支援、そして保険を使った禁煙治療と考えられる。禁煙補助薬を用いた治療の有効性はすでに確認されており、自力での禁煙に比べても禁煙率が3～4倍高まることも示されている。WHO Reports on the Global Tobacco Epidemic 2015 では、日本の禁煙支援・治療に対する評価が4点満点中の3点と、他の項目の評価と比べて高い。しかし、制度としての改善の余地もあり、①保険を使った禁煙治療を入院中の喫煙者にも適応する条件の緩和、②同治療の歯科診療の場での適応拡大、③日本版クイット ラインの早期開設、④OTC 禁煙補助薬を用いた薬局での禁煙支援体制の強化、⑤医師、看護、薬剤師・保健師の卒前教育の中での禁煙支援スキル向上を目的とした教育の充実が必要である。

さらに、禁煙治療の経済性にも次のように指摘している。医療技術の経済性・費用対効果を評価する際

には、介入による費用の変動と健康アウトカムの変動の双方を評価することが大原則である。禁煙指導・禁煙補助薬・禁煙治療薬は喫煙 関連の医療費を削減できるのみならず、健康アウトカムを改善できる dominant (優位)な介入であり、予防介入の中でも非常に費用対効果に優れた介入であることが示されている。諸外国でも、費用対効果のデータに基づいて禁煙治療の公的医療制度での給付が認められている。地域や職域での禁煙支援の費用対効果を評価したレビュー研究でも、おおむね良好との結果が報告されている。費用対効果の観点から、①保険を使った禁煙治療の適応拡大、② 日本版クイットラインの早期開設、③医療機関や薬局での禁煙支援体制の強化、など禁煙支援・治療についての充実が必要である。

○ がん検診受診率等問題：がん検診対象者選定への課題を含め方向性示す

がん検診受診率等に関するワーキンググループが8月29日、都内で開催され、親会議にまとめた。受診率算定等の現状と課題医予備今後の方向性について活発な議論が進められ、「がん検診のあり方に関する検討会」への報告書案が議論され、構成員の了解を得ていたが、改めて問われたのが「がん検診対象者は誰なのか」。市区町村事業におけるがん検診は健康増進法に基づいた健康増進事業で、住民全体が対象になっている。一方、職域でがん検診を受けた場合は、市区町村におけるがん検診を受診する必要がないとされている。厚労省は「配布資料で計算式を示したが、実は、市区町村住民のうち、職域でがん検診を受けた数は把握できないため、提示され公式で算出困難と指摘」した。

また、現在、市区町村事業におけるがん検診の受診率には「国民生活起訴調査」「地域保健・健康増進事業報告」「推計対象者を基にした受診率」があり、それぞれ算定方法が異なるもので、構成員からも問題指摘される場面もあり厳しい議論になった。がん検診の目的「国民生活起訴調査」⇒がん対策推進基本計画の評価指標、「地域保健・健康増進事業報告」⇒実数による受診率把握、「推計対象者を基にした受診率」⇒市区町村間での受診室比較評価、公表間隔：「国民生活起訴調査」⇒3年に1度（3年周期で調査実施）、「地域保健・健康増進事業報告」⇒毎年度、「推計対象者を基にした受診率」⇒毎年度（対象者数の算出は5年に1度）と相違が出され再認識された。

以上のような論議を踏まえて、今後の方法性としては以下のようにまとめた。「現時点は、市区町村間で比較可能ながん検診受診率算定法としては、国民健康保険被保険者のうち市区町村事業におけるがん検診を受診した者の割合が適切である」とした。

この議論でも、「市区町村が実施するがん検診は、健康増進法に基づく一方で、職域におけるがん検診は、これまでのがん対策における位置づけは不明確であり、保険者等が自主的に提供してきた。職域における」がん検診受診者は、がん検診受診者全体の4～7割を占め、がん対策の観点から大きな役割を担っている」と厚労省が説明に対して、小松原祐介・健保連保健部長は「職員への健康管理・増進の中で推進している事業。現在議論している受診率云々の趣旨でないこと。健保連としての事業を独自性を有している」と強調した。

市区町村がん検診事業の意義は評価されつつ、その対応には地域差が厳然として存在しているもの事実。その中で、杉並区の事業として椎名恵子・、杉並保健所地域保健医療連携担当課長（歯科医師）から報告を得たが、座長の齊藤博・国立がんセンター社会・健康研究センター検診研究部長からも指摘され改めて評価された。

概要は「がん検診の実務で大きな変化を導いたのは、台帳管理として、平成25年から導入した“がん検診管理システム”です。勧奨方法にも工夫をしました。国保加入者には、毎年、該当するすべてのがん検診受診等を特定健診受診票に同封して送付。それ以外は、はがき、電子申請等で申し込み。前回受診歴

がある場合は、受診券を自動送付」とするものであった。なお、今回は椎名恵子・構成員は欠席した。

【がん検診受診率等に関するワーキンググループ構成員】座長＝斉藤博・国立がんセンター社会と健康研究センター検診研究部長、小松原祐介・健康保健組合連合会保健部長、中山富雄・大阪府立成人病センターがん予防情報センター疫学予防課長、松田一夫・公益財団法人福井県健康管理協会副理事長、三浦淳一郎・全国健康保険協会本部保健第一グループ長、椎名恵子・杉並保健所地域保健医療連携担当課長

○ 東京歯科保険医協会政策委員長：「疾病構造に対応した適切な診療報酬を求めたい」

2016年の診療報酬において、「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」が新設されたが、関係者は予想以上に関心を寄せている。包括化の形式を呈している点があるが、高点数にしており、まさに点数誘導の感があるとの評価はあった。こうした状況が推移している中で様々な点が見えてきたという。東京歯科保険医協会は、8月22日に改めて、政策委員長のコメントを発表した。以下がその内容である。

6月15日にレセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）を活用した2015年における「社会医療診療行為別統計」が公表された。昨年までの社会医療診療行為別調査と比べ歯科の件数が約23倍と大幅に増えたため、より実態に近い数字になったと言える。統計の結果は、近年の傾向ではあるが、前年に比べ1日当たりの点数は増えたが実日数は減ったため、1件当たりの点数は前年比25.2点減少し1,228点となった。1件当たりの点数の内訳をみると、例年と同様に補綴の点数の減少が続いている。昨年の中医協で報告された若年者のう蝕の減少や高齢者の残存歯数の増加（欠損の減少）から、補綴が必要な患者数が減った「疾病構造の変化」が大きいのだろう。

東京都福祉保健局の「東京都の歯科保険(平成27年11月)」でも、12歳児の1人平均のう蝕の数を示すDMF歯数は平成6年度で3.64本であったが平成26年度は0.88本に激減している。患者の治療時でも、疾病を治療することよりも重症化予防に努めるケースを多く経験するようになった。2016年度改定では、重症化予防に対する評価として、エナメル質初期う蝕に対するフッ化物歯面塗布処置、摂食機能障害を有する患者への訪問口腔リハの新設やSPTの要件緩和が行われた。疾病構造の変化への対応であり評価したい。しかし、評価の在り方として、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所を届出しているか否かで点数が変わることなど多くの点で疑問が多い。

疾病構造に対応した適切な保険医療を提供するためにも、希望した患者に本当の意味での「かかりつけ」として継続管理が行えるように、適切な評価を求めていきたい。

東京歯科保険医協会政策委員長 坪田有史

発行： NPO法人歯科医療情報推進機構
〒113-0033 東京都文京区本郷3-26-6NREG 本郷三丁目ビル6階
TEL：03-5842-5540 FAX：03-5842-5541
発行人： 松本満茂 奥村 勝