

〔特別講演要旨〕

第16回東日本歯学会学術大会講演から

「介護保険と歯科（医）の役割と今後の大学のあり方について」

北海道保健福祉部地域医療課
主任技師：和田 聖一

I 始めに

第5の保険と言われる介護保険の創設は、単に高齢社会に対応した行政施策の一環という意味に止まらない。それは、明らかに日本の社会保障体制が成熟期に入ったことを示している。平成7年度の社会保障給付費の概要をみると、総額65兆円のうち年金33兆（51%）、医療25兆（37%）、その他（福祉関係）7兆（11%）となっていた。前年からの伸びは4兆円以上であり、平成10年現在では間違いなく70兆円（ほぼ国家予算規模）を越えていることになる。このうち、高齢者関係給付費は40兆（62%）を占めており、今後、年金・医療・福祉を5：3：2にすることから、歯科においても何らかの高齢者および福祉対策が講じられなければ、社会保障体制から忘れられた存在になろう。

このような、社会状況の中で着々と介護保険制度の施行に向けて準備が進められているが、歯科は課題ばかりが目につく。9年度行われた介護モデル事業では、介護認定のアセスメントから「咀嚼」は、完全に抜け落ちていた。目、耳、発音、嚥下に関する障害はアセスされて、何故「咀嚼」が落ちてしまったのか。保健・医療・福祉関係者に「咀嚼」の重要性を示してこなかったツケが現実化したのではあるまいか。また、嚥下（障害）に関する領域は、最近注目され始めた境界領域疾病である。歯科の参画は不可欠としても、では、歯科医師は何をやるのか、歯科衛生士は何をやるのか、未だ役割分担は明らかにされていない。その他にも、誤嚥性肺炎と口腔内細菌との関連性を含め高い口腔ケアニーズがあり、介護体制を確立していく中でイニシアティブを取れる状況にあるが、歯科界の反応は頗る鈍いと思うのは私一人であろうか。

歯科を介護制度に位置付けるために残された時間は少ないが、これからの総合的な社会保障体制づくりに向けて歯科大学も含め、医療系の大学は生き残りをかけた戦略が必要な時代に突入する。人集めの短絡的な方策ではなく、中期長期的な視点からどう変わって行くべきかについて、行政からの要望も含め私見を述べてみたい。

II 進行中の社会保障体制改革の基本理念

現在、国が掲げる社会保障改革に向けての基本理念は、概ね次のようなものである。

- 医療と福祉のサービスを総合的・一体的に提供
- 利用者本位の選べる福祉サービスの提供
- 多様なサービスの提供

○無駄な医療費の解消

このようなアドバルーンを揚げることは、裏を返せばこれまでの社会保障の反省点が集約されているとも受け取れる。例えば、医療と福祉の一体的提供とは、医療が社会的入院という形態で福祉の受け皿を代替してきたことの反省であり、利用者本位の福祉サービスの提供とは、本人のプライバシー等が殆ど無視されてきた措置福祉の反省でもある。

しかし、このような理念の下に諸改革がなされて、何がどのように変わっていくのか。実は、その絵柄を描ける人は少ないのではなかろうか。何故なら、社会福祉の充実、総論賛成、各論絶対反対という構図が目に見えているからだ。従って最後は、日本お得意の政治決着、先送りの公算が大きい。つまり、これから創造される制度では、より関係の深い組織、団体がより多い利益の分配を受けようという動きがある一方で、今後縮小あるいは削減される組織、団体においては既得権を理由に頑強に抵抗するのは目にみえている。年金・医療・福祉の配分を5：4：1から5：3：2にしようというのであるから、その渦中にある医師会が反発するのは火を見るよりも明らかである。しかも、医師会の理屈は日本の社会保障体制の弱点を鋭くつくものであり、その落とし所は未だ見えない。これまで無策・場当たりの医療政策決定の過程が、今後どの程度正常軌道に乗せられるかを含め見守りたい。

ところで、このような変革の時期にあるにも拘わらず、歯科は、殆ど蚊帳の外である。残念ながら何処からも声が出ていないといってよいのではなかろうか。日本歯科医師会の対応は、常に医師会にリードされ、何事にもすべからず後手対応である。また、歯科大学も変革の時期にありながら、目の前の定員削減問題（歯科医師過剰）に汲々としている状況で、今後を見据えた歯科の展望は全く見えていない。このため、歯科大学に入学してくる学生の資質低下が嘆かれているが、至極当たり前の帰結といえよう。

ここで大切なことは、保健・医療・福祉の連携、あるいは総合的保障体制づくりに大きなパラダイム（座標軸）変換とそれに伴う構造変容が起きるという事である。つまり、従来、身分法の下に名称独占、業務独占を意のままにしてきた医師中心の延命・救急至上医療から関係者が地域に生活する人々の社会的自立を支援する自立支援医療（福祉）に変わって行くということである。勿論、前者の医療形態が全く無くなるということではない。延命・救急の医療をできるだけ短期間にして、その後のリハビリ、社会生活の自立支援を充実することがQOLの向上に繋がるということである。医療という領域の広がり、と重心の移動が起こるわけであり、このようなことから生じるパラダイム変化を読み取り、どう対応するかが問われるのである。

このことに関連して、福祉に全く無縁であった歯科関係者に記憶して欲しいこととして、歯科疾患が原因で寝たきりや療養生活を強いられることは殆どないにしても、歯科の問題を解決することで生活者のQOLは大いに向上するという事である。このような視点から、今後介護保険制度の構築に歯科が関わっていくのであって、介護保険に新たな報酬財源を求めて参加するのではない。

III 今後の歯科の戦略として

では、実際に新たな制度が創設されるに当たって、どのような戦略で望むべきであろうか。30年前のようにならぬ蝕症が国家的な健康問題であったときは、黙っていても歯科大学が造られ、「先生、先

生」として離された。しかし、現在では、たとえ第2、第3のう蝕症問題がでてきても、制度創設の過程はそう単純なものではなくなっている。その原因は、疾病構造の変化に伴い、疾病の病態、その解決法および予後が大きく変わっていること。保健・医療・福祉に関わる職種が、極めて多くなっていることであろう。う蝕症＝歯の病気＝歯科医による治療→回復という単純な構図で考えられる（ていた）時代には、解決法は比較的単純であった。しかし、成人病から生活習慣病という概念変化にみられるように発症までに長期間を要し、完全回復が見込めない疾病においては、治療も含め社会全体の体制変容がなければ対応できない（療養者が社会で生活できない）のである。残念ながら歯科界の関係者で、このことを理解しているのはごく少数である。特に、大学では未だに治療医学に重点をおいた30年前と殆ど変わらぬ歯科医師養成を続けているのが現状である。少なくとも、余病を併発している患者の歯科治療を行えるような歯科医師養成やシステムが構築されなくては、今後の高齢社会にも対応できない。それには、まず歯科大学が変わらねばならない。

さて、歯科が福祉に参画するにあたり、分かりやすい戦略を考えてみよう。

- 歯科医師等が福祉に積極的に参画する
- 関係者が歯科を（あるいは歯科に）紹介してくれるシステムをつくる
- 福祉分野に歯科関係者を配置する
- 独自に事業を展開する

等は、誰でも考えつくことである。ここで重要なことは、地域という単位で、福祉の領域あるいは関係者と連携・協力して歯科医療等を実践している歯科医師が存在するかどうかなのである。何も無いところからは、有は生じない。くどいようだが「これからやるから参加させてくれ」では、相手にされない。歴史的にみて、心身障害者の歯科治療は、歯科医師会レベルでも行われてきたが、高齢療養者への歯科治療（在宅歯科医療）は、つい最近まで一部の篤志家による、個と個の繋がりによって細々と続けられてきたのが実情であろう。そこに降って湧いたような介護制度の創設に併せて、歯科として打って出るものが、果たしてあるのか。譬えはよくないが、これから戦争が始まる時に、歯科は、鉄砲と弾とそして兵隊養成を同時にしなければならぬ状況である。普通の感覚なら、誰もが万歳なのだが……。

ところが、何を思ったか日本歯科医師会は、「口腔ケアはあります。やります。」と言ったわけですから、もうやるしかない状況に歯科は追い込まれているのです。

IV 必要な歯科の基盤整備

それでは、後ればせながら地域における総合的な社会保障体制づくりに向けて、歯科が取りくまなければならないことについて考えてみる。これは、今後の大学を考えるためにも必要なことである。

1) 行政、他団体との連携

これまで、何事につけて自分たちの領域だけで固まってきた歯科には、苦手なことであろう。しかし、診療所完結医療から医療圏完結医療に移行していくのであれば、どうしてもやらなければならないことである。そのためには歯科医師会においては、組織（特に事務局）の成熟が不可欠である。郡歯科医師会といっても事務員もいないような会では、組織・団体として相手にされないのでは

はないだろうか。ましてや、そのような会の運営状況で、行政に対して政策提言などできるのだろうか。

また、歯科医師会は学術団体であるが、その顔を地域住民にみせてこなかった。その結果は、行政に対して「これからやるから予算化せよ」という姿勢に如実に現れている。そうではなく、「今(会員が)やっている事を支援してくれ」という自ら汗している方法論が重要なのである。例えば、これからの時代であれば福祉施設の協力医等の提言は、実践している歯科医がいればかなりの説得力をもつのである。

2) 歯科医療の体系化・充実

歯科医療は、1次医療だけと言っても過言ではない。歯科の2次、3次医療機関は一部の病院歯科と大学病院のみである。構造的には、三角形ではなく画鋲型をしており、これでは効率的な医療は展開できないであろう。

では、何故これまで、1次医療依存型が続いたのか。その最大の原因は、実質的な歯科治療は抜歯で終わるということである。抜歯それ自体は、処置として当然認められるものであるが、少なくとも歯科医が処置を始めた歯を抜くことは歯科医の敗北であるという認識が薄いのではなからうか。保険診療的には、最大限の処置をおこないながら、駄目ならいとも簡単に抜歯して補綴することが、歯科医の腕の見せ所というような治療体系では、「一本の歯の重み」を教育する素地に欠けていると言わざるを得ない。このような治療の積み重ねは、住民の歯科医に対する期待感よりも歯科への絶望感、治療の諦めに繋がっていることを重く受けとめて頂きたい。

さて、一次医療機能(かかりつけ)を明確化し充実していくには、それを支援する2次、3次歯科医療機関がある程度必要である。前述したように、これからの高齢社会では少なくとも要介護者等を治療できる老人歯科等の診療科の必要性も含めて早急に対応しなければならない。その意味では、歯科口腔外科の標榜が認可されたので、今後の病院歯科の動向に期待したいが、現在北海道では、病院に歯科のあるのは87、そのうち28病院が歯科口腔外科を標榜しているに過ぎない。また、21医療圏中に歯科口腔外科があるのは10に満たない。

一方、かかりつけ歯科医機能の充実には、医療偏重から予防へのシフトは欠かすことができない。予測医学が主流となりつつあるが、多くの歯科医が行う歯科検診は、未だに自然光の下に探針とミラーを使用した早期発見型検診である。検診精度も大きな問題であるが、健康増進時代に対応した方法論を早く提示してほしいものである。

その他にも、医療従事者の質の確保も極めて重要である。診療所に、法の下で医療に携わることを保証された者が歯科医師だけしかいない時代は終わりにしたいものである。質のよい医療の提供、そして訴訟社会への対応からも、最低限の医療スタッフを雇うことは開業歯科医師の責務であると自覚して欲しい。現在、北海道において歯科衛生士が働いている歯科診療所は、約50%に過ぎないのである。

その他にも、医科との協働(チーム医療)や在宅医療への対応、そして歯科治療後の地域関係者を巻き込んだケア(フォロー)体制の確立等、課題は山積している。

3) 口腔ケア(歯科福祉)の明確化

現在、言葉が先行し具体的な内容がみえないが、できるだけ早く歯科のコンセンサスづくりと提示が必要である。ケアは、本来かなり上位の概念と捕らえるべきと思われるが、看護ケア、口腔ケ

ア等の表現を用いた場合には、それぞれの分野、領域における意味合いとなり、このあたりがケアに対するコンセンサスを得にくいものになっているのではなかろうか。

口腔ケアの内容を考える上で参考となるのは、観察・指導、予防（保清）処置、治療、リハビリ、介護の5～6の事項に対応した歯科サービスを見えるものにして行くことである。また、機能的には、咀嚼、嚥下、会話（発語）、表情、清潔に関わることは、口腔ケアの範疇としてみなしてよいのではなかろうか。これらを整理し実践することで、具体的ケアサービスの提供とシステムづくりが可能となる。

前述したが、介護のアセスメントから咀嚼がすっぽり抜け落ちている。また、現状では、咀嚼に問題があるとアセスメントしても、それに対応したサービスを提供できるのは、ほんの一部の関係者であろう。従って、大学が率先して、咀嚼、嚥下に関するケアサービスを開発、提供してほしいものである。

V 大学及び大学病院のあり方について

これまで述べてきたことを踏まえて、改めて歯科大学の今後について考えてみたい。これまで、歯科医師の養成は勿論、歯科医療の提供について、歯科大学の果たしてきた役割は極めて大きい。ただ、国民病である歯科疾患の減少は、歯科保健医療の充実＝大量の歯科医師養成とともに成し遂げられてきたことが、日本型歯科医療の特徴である。このことは、公衆衛生的な手法によりう蝕を減少せしめた一部先進諸国型のプライマリィ・ヘルスケアとは異なり、日本やアメリカでは、プライマリィ・メディカルケアと言われる所以である。また、今や先進諸国においては、オンデマンドでかつ良質な医療を受けることが国民の当たり前の権利として求められており、このような医療のニーズは一層多様化、高度化している。

さらに、最近の医療は、保健・福祉と連携した総合的な社会保障機能の一部として、それまでの延命・疾病治療至上主義の医療からQOL支援医療へとパラダイム変換を余儀なくされている。

このような社会的な大変革の時期にあるにも拘わらず、歯科医師を養成している大学の教育カリキュラムは、旧態依然としており時代要請と乖離している面が幾つもみられている。例えば、慢性疾患においては、言うまでもなく治療から予防へのシフトが宿命となっているが、大学に於ける予防医学の取り組みは、それまでの治療医学を前提にした早期発見、早期治療的予防に止まっており、発症予防を前提とした管理手法（治療）開発については、未だ殆ど手付かずの状態である。

さらに、もう一言付け加えれば、抜歯後の補綴治療は歯科医療の中核をなすものであるが、これは医療（2次予防）ではなく、リハビリテーションと考えるべきでなかろうか。ほぼ50年前、Leavell & Clarkが提唱した疾病自然史のモデルでは、機能阻止は早期治療とともに2次予防に位置付けられていた。その後、これを歯科に適応したDunningのモデルでもブリッジは2次予防に遇されている。これは明らかに先人の大きなミスであり、歯が残っていることを前提とした機能喪失の阻止までが2次予防であり、抜歯後のいかなる処置もリハビリと考えるのが妥当である。このボタンの掛け違いが、未だに補綴治療を歯科医療の中心におくとともに、住民に歯を残すことの重要性を説きつつ、一方で金儲けに汗する歯科医を作り出すことに対して、歯科界から何の疑問も抵抗もでない思想的支援をしてきた罪は大きい。このような歯科治療が長く行われた結果、住民の健康レベル（口

腔保健レベル)は、上がったと言えるであろうか。手当の施しようのないPerの歯を何本も抱えて治療にくる時代は、終わったのではなからうか。であれば、C→pul→per,そして抜歯に至る治療を行ったならば、それは歯科医療の敗北ではないのか。しかし、現行の出来高払制度は、この敗北の過程を奨励する作用をもっている。このような矛盾を抱えつつも、大学は一体何をしてきたか、今問われなければならない。

さらに、このことは、今後のかかりつけ歯科医のあり方にも影響する極めて重要な問題である。国民のニーズに答えられない歯科医師を幾ら養成しても、医療費の無駄であるばかりでなく、何よりも国民の健康度が向上しないことを大学関係者は真剣に考えるべきでなからうか。

その一方で、高度先進医療を担う機関として大学は期待されているが、その役割も十分に果たしているとは言えない。現在、歯科における高度先進医療は、インプラント以外には殆ど見当たらない。このことは、基礎歯科医学の停滞を窺わせるとともに、基礎と臨床が連携した医療手法の開発等に関する大学内部の取り組みがなされていないことを示しているのではあるまいか。現在、臨床で使用されている歯科材料は、歯科界で開発されたものが少ないことを重く受け止めて欲しいものである。

さて、大学及び病院に於ける現在の方向性は、専門医養成、高度医療機関を指向していると見受けられる。しかし、たとえ国立大学であろうと、現在の医療圏を設定した地域完結型の医療提供の時代においては、地域医療支援を抜きにはありえない。在宅医療、有病高齢者医療が当たり前になっている現状で、その後方支援機関として大学(病院)が十分機能していないのは極めて重大な問題である。このことは、単に地域の支援機能を果たしていないというばかりではなく、現在養成されている歯科医師に在宅、有病高齢者医療を実践できる人材が育っていないことをも意味する。在宅医療などは大学病院の範疇ではないという声も大学関係者から聞かれるが、地域医療という認識の無いことこそ問題であり、大学が孤立化していく所以であろう。

また今後、専門医制度が定着して行くのであれば、専門医と一般医をどの程度の割合で、どのように育てて行くのかも大きな課題である。今の大学には、講座制の弊害で既に一般歯科医を育てる技量が無くなっているのかもしれない。その意味では、歯科医師会との連携や卒業後の研修医制度等をうまく利用する等、歯科界が連携して、これからの歯科医師を養成して行かなければならない。これらの窓口は大学病院が果たすべきであり、従来のような歯科医師養成のための教育病院、研究者のための症例病院として存在するという主張は、質のよい医療提供が必須となっている現在、既に説得力を失っている。

次に、延命至上主義医療からQOL支援医療へのパラダイム変換という視点に立てば、他職種とどのような保健・医療・福祉のシステムが作れるかということが重要となるが、これは講座制を取り、パターンリズムが幅をきかせていた大学(病院)の最も苦手とするところである。保健・福祉の関係者とどのように連携をするかということは、行政も含めて模索してきたが、その進行は遅々としていた。しかし、介護保険の創設に向けて本気で取り組まざるを得ない状況になってきた。大学においては、さらに多種の教育関係者とどのように連携するかも、昨今の全人格的な歯科医師養成の立場から重要になっているのではあるまいか。

次に保健、医療関係情報についての大学の役割についてであるが、情報の開示は今後の大きな関心事である。しかし、保健、医療を含め歯科に関する情報は、カルテや健診記録票に眠ったままで

今日まで来ている。そのよい例を上げれば、学校歯科健康診断における3号様式の情報は何れだけ社会及び個人に還元されているのであろうか。学校保健統計調査報告によれば、う歯率と治療率が分かるだけである。歯科医が時間をかけて歯を1本ごとに診た健康診断の情報は、治療勧告とともに前記の情報としてのみ利用されているに過ぎない。歯科健康診断などについて云々するのは、大学教育の本筋から外れることであらうか。はっきり言えることは、健康診断について教育するのは、開業してからでは遅すぎるのである。本来、予防歯科関係講座がリードしなければならないのであるが、十分な講義時間を持っていないのが現状である。

さらに、保健に限らず臨床のデータを疫学に適用して治療の有効性を評価するなどの試みは殆どなされておらず、研究者も殆どいない状況である。インレー、クラウンの臨床寿命はどの程度なのか、材料によってどの程度の差があるのか、Pul, Perの予後はどの程度の差があるのか、歯科由来の金属アレルギーはどの程度の頻度でみられるのか、どの程度の間隔で定期的に管理すると歯の喪失を免れるのか等など、一般の人が知りたいこれらの素朴な疑問に対して答えられるものがいくつあるだろうか。これらに関しても大学関係者の奮起を期待したい。

最後に、歯科医師会や行政との連携の必要性を述べておきたい。最近とみに感じるのは、一次医療中心の歯科では、大学病院は患者にとって最後の救済機関でもあるということである。どういうことかと言えば、行政にいる歯科専門家として、患者からの医療に関する苦情処理は慎重にならざるをえない。年間にすれば10数件程度であるが、私のいる部署の関係もあり、ここまでの相談は全道に跨がり、それも拗れに拗れている事が多い。その傾向をあげれば、歯科医への不信、信頼関係がなくなったものが最も多く、続いて治療行為のミス、従業員の医療行為に関するもの等である。開業医でお手上げのケースは、大学での治療を勧めるしかないのが現状である。歯科医師会内部にも、医療苦情に対応する組織だてはあるものの、患者からすれば仲間である歯科医師が患者の立場になって対応してくれるとは受け取られていない。このような事が続けば、大学の患者はある意味で難易度の高い患者ばかりが集まることになるまいか。

勿論、その逆のケースも無きにしもあらずであるが。大学で一番苦情の多いケースは、担当医が変わった際のトラブルである。先生方には、患者の引き継ぎにはくれぐれもご注意ありたい。

いずれにしても、これからの訴訟社会への対応として、行政も関係した大学、歯科医師会間のネットワーク・処理組織を作ることをご提案したい。医療を100人受けて一人が、不満をもったとしても年間にすれば、途方もない数になる。この対応に時間を使うことは、医療人の本来ある姿ではないはずである。私は、これを関係者に訴え続けているが、今のところ「そこまでやるのは気が引ける」という反応である。しかし、これは一種の保険機構であり、問題が顕在化してからでは遅すぎるのではあるが。また、不名誉なことではあるが、行政にいる歯科関係者ができる最も分かりやすく、感謝されるサービスでもある。また、苦情の多くは1時間程聞いてあげれば、それなりに解決をみることが多い。

以上のような重要な課題を指摘するのは、それだけ歯科大学、大学病院に期待するからである。今後の医療の動向を見据えると前述の現実を踏まえて《参考》にあるような観点から、大学教育カリキュラムの見直しおよび大学病院の位置付けについて検討が必要ではなからうか。

《参 考》

1 予測医学 (Prospective Medicine) の見地から (歯科健診の方向性と重要性)

健康診断を予測医学と位置付け、疾病発見のチャンスというだけでなく、生活習慣改善のきっかけ、生活習慣病に対するリスクアセスメントを行って、適切な保健ニーズを提供できないか。

- 診察や検査は、健康の度合いを改善するのに貢献度が少ない
 - ライフスタイルの改善にウェイトを置くべき
 - 健康教育を如何にできるか
 - ライフスタイルの変容を病院、診療所で如何にするとできるか
- 必要な情報はカルテに埋もれたまま (健診、治療に限らず)
 - 情報の蓄積がなされていなかった
 - 分析するセンスをもった人がいなかった
 - データを予防 (疫学) に利用する人がいない
- 生活習慣に介入するには方法論の確立が必要
 - リスク評価をどうやってするのか
 - どうやって介入するか (患者へどうアプローチするか)
 - 結果をどう評価するか

(DALY, QALY; 健康状態を評価するのに命の量と質の二つの側面がある)

○う蝕症にみる予測医学の課題 (12歳児童の行動変容を促す際に考慮すべき事項)

場面	12歳児童 (学校健康診断)					
	う蝕無し			う蝕有り		
診断①						
〃 ②	問題なし	要指導	要注意	進行停止	徐々に進行	急速な進行中
〃 ③				治療済み	治療途中	未治療
対象者の仮想分布	10%	10%	10%	30%	20%	20%
指導・教育に考慮すべき項目	<ul style="list-style-type: none"> ・う蝕を意識しているか ・必要な知識をもっているか ・保護者の意識と知識はあるか ・予防ができる環境にあるか ・状態に応じた行動を理解しているか ・予防行動を実践しているか ・習慣化しているか ・優先度はどの程度か ・好ましい食生活か ・社会的な状況はどうか ・指導を受けた ・かかりつけ有 ・歯科のイメージ ・Fを利用 					

※実際の指導は、診断区分と項目の結果に基づいて行う。

※従来は、診断までで治療勧奨をすることが目的、これからは質問票をも参考にして如何に行動変容に結び付けられるかが主目的となる。

○健診に開業医が参加する妥当性はあるか

- 従来の公衆衛生学的手法では、集団教育・指導を主体としてきたので、前記のような多様な集団には対応できなくなってきた
- 個人教育、指導が重要となるが、これは従来よりかかりつけ歯科医は実践している
- このための時間を取れるか。指導方法論の習熟に時間をさけるか。
- 健診の場の改善ができるか。(プライバシーの確保)
- 大学は何をしなければならないか、何ができるか。

2 科学的根拠に基づく医療と保健 (Evidence Based Medicine)

科学的な根拠に基づく医療と保健が必要であり、この基礎づくりはTechnology Accessmentで行われるものである。

○ガン検診で有効なのは3つ程度，循環器疾患では血圧，コレステロール。予防では禁煙とアルコール，脂肪の摂取である（う蝕，歯周病はない）。

→退行性疾患の有効な治療法はない

→生活習慣病の有効な治療法はない

→（アメリカの70年～90年）循環器疾患の死亡率30%減少，主因の84%は個人のライフスタイルの変化による改善，アドバンステクノロジーの寄与は10%

○病気は治せないが生活の質，快適さを高めて幸せな人生をおくることが重要

→科学的根拠のある予防は2割以下

→医療は地域によって中身が違えば結果も違う（質が保証されていない）

→保健も医療も必要な費用に見返る利益が考慮されていない

○歯科医療にはこれらに関するデータは全くないという状況

→医療でも保健でもない，単なる技術提供になる可能性がある

→データを開示して困る治療（理由）があるか

3 予防医学がメインにならない理由

○医学教育の95%はバイオロジー関係に費やされている

→欧米では行動科学的なテーマが50%

・患者の行動について ・医療に関する心理社会的な問題

・アウトカムに基づいた予防医学の有効性評価など

○一般臨床医はどういう動機づけで治療をしているか

→出来高払では高度医療，専門医療（の処置）に目がいく

→大学関係者だけの大学改革では益々ズレていく

（北大の大学院大学構想は，高度医療，専門医療教育指向の延長線である）

4 大学の果たすべき医療機能とはどのようなものか

医療機能の分化と機能評価は表裏一体

○機能分化とは

→全体を構成する各部の働き（機能）を明確にし，それに応じた医療提供をすること

・機能を明確にすることは医療を制限することではない

○機能評価

→地域における医療提供主体の一部である各医療機関がどのような役割を担っているかを明確にして，さらにどの程度全うしているか（質）も含まれる

・役割を明確にすることと質が高いことは別次元

・同じような機関でも質の違いはありうる

→大学病院は，高度医療病院か，専門医養成病院か，教育病院（歯科医師養成病院）か医療の提供状態を何らかの形で補足しようとする際の留意点

・医療サービスの生産過程に患者が参加するため，結果と過程の状況を把握する必要あり

- ・個別性が強いこと
- ・専門的な判断と患者の主観的な判断が存在する

5 歯科医療の質をどう捕えるか

○技術的要素と人間关系的要素がある（1980年：Donabedian）

いろいろな段階があり，それぞれ評価すべき要素，評価において重視されるべき要素が異なる

- 構造的側面；投入される医療資源，人材
- 提供過程；提供されているケア，説明と同意に基づく医療提供
- 結果的側面；医療提供後の患者の状態（予後，満足度等）
- これらに合格点が与えられる歯科医が養成されているか

6 医療から福祉へのパラダイムシフトについて

○保健・医療・福祉が連携し，総合的な社会保障施策としてそれぞれの機能を考えるとき，大きなパラダイムシフトが起こる。

- 大学，医療関係者の意識変換ができるか
- システムが作れるか

参考：「医療モデル」と「生活（QOL）モデル」の対比

（長谷川敏彦「日本の健康転換のこれからの展望」を一部改変）

	医療モデル	生活（QOL）モデル
目的	疾病の治療，救命	生活の質（QOL）の向上
目標	健康，健康回復	自立
主たる対象	疾患・疾病 （生理的正常状態の維持）	障害・機能低下（退行性変化） （日常生活動作能力「ADL」の維持）
主たる場所	病院，診療所	社会（家庭・地域・施設）
関係者と 指揮系統	医師・医療従事者 （命令・指示）	異職種（保健，医療，福祉） （連携・協力）
対象の捕ら え方 （WHO等）	医学モデル （病因—病理—発現）	障害モデル （機能障害—能力低下—ハンディキャップ）