



桜井 充 氏

Mitsuru Sakurai

民主党参議院議員・医師

1956年宮城県生まれ。1985年東京医科歯科大学医学部卒業。1993年東北大学大学院医学研究科博士課程修了。1993年東北大学医学部附属病院第一内科。1996年国立療養所岩手病院第二内科医長。1998年より民主党参議院議員。



熊谷 崇 氏

Takashi Kumagai

山形県酒田市開業・歯科医師

1942年東京都生まれ。1968年日本大学歯学部卒業。1980年山形県酒田市に移転開業。1999年スウェーデンマルメ大学歯学部名誉博士号。2006年日本大学客員教授。新潟大学歯学部、東北大学歯学部、九州歯科大学、九州大学歯学部、鶴見大学歯学部にて非常勤講師。



# 歯科医療行政の改革に、 今、何が必要か

歯科医療を考えるネットワークなどを組織し、歯科政策への活発な実績をもつ桜井充氏（民主党参議院議員・医師）と、かねてから国内の歯科医療制度改善への発言を重ねてきた熊谷崇氏に、日本の歯科医療制度のこれまでと、今後の課題についてお話いただいた。（編集部）

## 治療をしながら歯がなくなっていく

### 生涯、自分の歯で食べられる人を増やすには

**熊谷** 本日は、これからの日本の歯科医療のあるべき姿について、医療行政の改革に積極的に取り組んでいらっしゃる桜井先生とじっくりお話をさせていただくことを楽しみにして参りました。よろしく願いいたします。

**桜井** こちらこそよろしく願いいたします。

**熊谷** さて、私は常々、私たち歯科医療者の真の役割は、「齲蝕や歯周病を発症させないようにすること」とさまざまな場で申し上げてきました。昔は、子どもにむし歯はつきものなのか、歯槽膿漏は抜歯以外方法がないと言われた時代もありましたが、近年の歯科医学の進歩は目覚ましく、口腔の二大疾患で

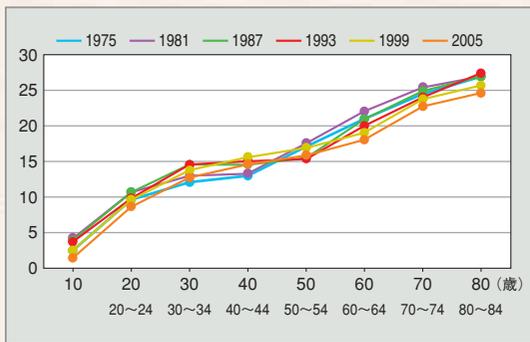


図1 年齢別DMFT指数の推移（1975～2005年歯科疾患実態調査）

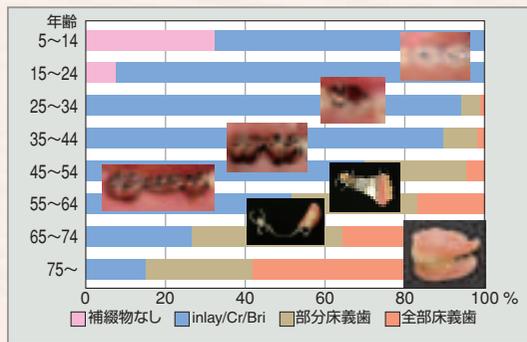


図2 年齢階層別補綴物の割合（1999年歯科疾患実態調査より）

ある齲蝕も歯周病も、発症のメカニズムが解明されたことで、対応が的確であれば予防できる疾患であることが理解できてきたからです。現在、日本の子どもたちのDMFTはだいぶ下がっていますが、まだ歯科先進国と肩を並べるまでには至っていません。

**桜井** 10年ほど前の日本の子どもたちの齲蝕は、先進国としては随分多かったと記憶しています。オランダでは12歳時の齲蝕の数は1本ぐらいでしたよね。

**熊谷** 北欧諸国など、歯科先進国では12歳時のDMFTはほとんど1前後です。現在、日本は2を切ったとは思いますが（編集部註：1.7）、北欧レベルまではまだまだですね。そのうえ、10代後半から20代にかけて、急速に充填物が増える傾向が見られます（図1）。そこから以降は、詰める・被せるを繰り返し、そこに歯周病が加わることも多く、結果的に高齢になると歯のない状態を余儀なくされる人が多くなります。高齢になっても自分の歯で食事ができるということは、手足がちゃんと動くということと同じなのです。歯が失われたことによる機能の障害は、生きるうえでたいへん大きいのですが、そうした認識が低いことが問題点のひとつであるような気がしています。

日本の現状について、少しプレゼンテーションさせていただきます。

厚生労働省が6年ごとに実施している歯科疾患実態調査から、日本人の多くは、若い頃から治療を繰り返しながら次第に歯を失い、50歳代後半になると義歯を使用する人が増え始め、80歳代では約半数の人が総義歯を余儀なくされているという現状がうかがえます（図2）。数値だけですと80歳代で総義歯の使用は半分だけと感じられるかもしれませんが、高齢者の多くは、歯が残っていてもその歯の状況は問題だらけです。抜歯をしないことがよいか抜歯をしない歯医者の方が患者の味方だという誤解もあって、歯を残したことによってもっと難しい状況を抱える結果となったお年寄りも多く見られます。

老いとともに食べる楽しみが奪われただけでなく、食べることにつらさを

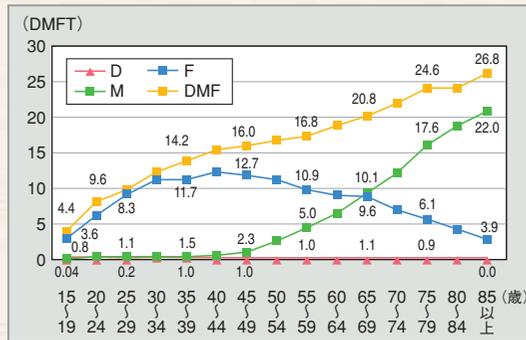


図3 年齢別DMFT指数 (2005年歯科疾患実態調査)

感じているお年寄りのいかに多いことか。これは、高齢者のさまざまなケアや介護の場でも大きな問題となっています。歯をなくしたお年寄りたちは、これまで歯科医療の及ばない環境で生活してきたわけではなく、日本の歯科医療と歯科医療者を信じて治療を受けてきたのです。にもかかわらず、結果的に歯を失い、つらい生活を強いられてしまう人が多い日本の歯科医療の現状を考えると、現在の歯科行政に大きな矛盾を感じるのには私だけではないと思います。

こうした歯科医療の現状を分析して、問題点を洗い出すことが必要ですが、そのための視点がいくつか考えられます。まず、「わが国の歯科医療政策によって、国民の口腔の健康は本当に守られているのか」、そして、「わが国の健康保険制度は真の患者利益を提供できているのか」、「国民への情報公開は正確にされているか」ここら辺りが要点だと思います。

そうした視点で考えると、真の患者利益が生涯自分の歯で不自由なく過ごせるということであれば、高齢者の多くは、医療における真の利益を受け取っているとは言にくい現状にあります。また、日本の健康保険制度は、いつでも誰でも安く治療を受けられるという建前にはなっていますが、その保険制度のなかで、ほとんど治療の質が問われていない現状をどのように考えてゆくのかわ。さらに、保険制度における治療のコストは国際的な水準よりはるかに低く、多くの患者に侵襲の高い治療を数多くしなければ診療所の経営が難しい現状も、見逃すわけにはいきません。

その弊害として、若い頃に多くの充填を施され、処置歯の治療を繰り返しながら50歳代後半からは抜歯を伴ってDMFTが増加し、結果的に歯を失ってゆくという構図がはっきり見えています(図3)。今の制度が続く限り、この数値が下がることは難しいでしょう。本来齲蝕は、加齢とともに増えるはずなのですが、歯がなくなるので増加しないという状態です。

桜井 今の保険点数上であれば、そうならざるをえないでしょうね。

## 詰めない収入にならない保険制度

**熊谷** たとえば、かつてスウェーデンでも、日本と同じように国民全体のDMFTが非常に高かった時代がありました。そのための医療費の増加が問題になったとき、スウェーデンでは単純に医療費の削減を考えるのではなく、当時急展開してきた齲蝕や歯周病の病因論からその治療方法や予防のための対策を見直しました。また、健康な子どもたちを数多く育成することにより、将来的に歯科医療費がかからない国民をつくるという長期ビジョンで、大幅な歯科医療対策の変換を図り、それが成功しつつあります。少なくとも、スウェーデンの子どもたちの齲蝕の数は激減しました。

日本では、いまだ再治療を繰り返すことで歯科医が収入を得ている現状があります。また、患者もきちんとした情報を与えられていないのでそれで満足しているのですが、この現実を国民が知ったらどう感じるでしょうか。齲蝕に罹患した歯は結局失われ、歯周病は放置されて最終的に抜歯の憂き目に遭う、この状況を保険制度がある意味では容認していると言うこともできます。

**桜井** 歯周病で歯をなくすのは、歯肉の影響だと考えていいのですか。それとも、歯周病で歯の本体がやられてしまうのですか。

**熊谷** 歯周病と齲蝕について簡単にご説明をいたします。歯科医学の進歩とともに、歯周病も齲蝕もバイオフィーム感染症と捉えられるようになりました。バイオフィームというのは、単なる細菌の集合体ではなく、細菌同士が相互に結びつき合っただけのコミュニティを形成しているフィルム状の細菌の集合体を指します。たとえば、古くなった排水管の内部にヌルヌルしたものがフィルム状に付着していることがあります。あれもバイオフィームの一種です。そのようなバイオフィームは、付着した歯面からはがれにくく、また薬品にも強い抵抗性を示すために、非常に強い毒性を持つと言われています。強い酸を産生する細菌が含まれているバイオフィームが歯の表面に付着したままになっていると、齲蝕が進行して歯に穴があくことになります。また、歯と歯ぐきの境目の溝に歯周病原菌の多いバイオフィームが付着したままになっていると、細菌の毒素によって歯を支えている組織が破壊され、歯を支えきれずに喪失することにつながります。

このバイオフィームは、うがいをしたり、ササッと磨くくらいでは除去できません。きちんと除去するためには、歯科医師や歯科衛生士による機械的な清掃が一番有効です。しかし、それを毎日受けることはできませんので、家庭でさまざまな清掃用具を使用しながらセルフケアを続け、リスクに応じた間隔でプロフェッショナルケアを受ける必要があります。

一度歯面のバイオフィームの破壊と除去を行っても、時間が経つとまたバイ

オフィームが形成されるため、定期的で専門的なバイオフィームの破壊と除去が生涯必要になります。特に、歯周病のリスクを抱えている人は、歯周ポケット内のバイオフィームのコントロールの良否が歯の寿命に大きくかわるので、専門的なコントロールが不可欠です。

齲蝕も歯周病も、病的な状態が進んでからでは問題が大きくなりがちです。ことを重大にしないためには、齲蝕であれば穴になる前の対応、歯周病であれば骨欠損が起こる前の段階でいかにうまく取り組むかが重要になります。そうした観点で考えると、これまで齲蝕治療について言われていた「早期発見・早期充填」は、本当の意味でむし歯をコントロールすることにつながっていなかったことがわかってきました。また、歯周病は放置されて問題が大きくなってしまふことが多いため、歯周病の「早期発見・早期管理」の考え方を広めなくてはなりません。

**桜井** むし歯の「早期発見・早期充填」というのは当たり前のような気がしていましたが。

**熊谷** 目に見えて穴になったものについては、もちろんある意味での早期治療は必要です。しかし、歯科医学の進歩によって、齲蝕のプロセスは穴があく前から始まっていることがわかり、齲窩イコール齲蝕とする考え方は否定されてきています。現在はそのプロセスの段階での診断と治療によって、齲窩にしないですませることが可能になっています。具体的には、食事のコントロール、フッ化物の使用、シーラント、定期的なメンテナンスの実施によるバイオフィームの破壊と除去、専門家による口腔衛生指導ということになるでしょうか。

**桜井** 齲窩にならないようにするのは、治療とは別のような気がしています。今のお話ですと、予防医学のような印象を受けますが……。

**熊谷** その辺りの認識が、齲蝕治療の考え方で変わってきたことの一つです。齲窩は、齲蝕が進行した結果としてできたものと考えようになってきましたから、齲窩になる前の初期段階で診断し、コントロールすることも齲蝕治療と位置付けられてきているのです。

齲蝕や歯周病は、バイオフィーム感染症である一方で、高血圧や糖尿病のような多因子性の慢性疾患でもあるという側面があります。ある意味では生活習慣病と呼べるのかもしれませんが、生活習慣病をコントロールするためには、食餌療法や継続的な薬剤の服用、定期的な検診などが必要であるのと同様に、齲蝕や歯周病も、食事指導や口腔内の清掃指導、プロフェッショナルケアとしてのバイオフィーム除去などが必要です。

齲窩になる前の診断は、かなり専門的な知識や技術がなければ困難です。でも、その時期に適切な介入ができれば、歯質の再石灰化を図り、歯の損傷を未

然に防ぐことができるようになったのです。それらを予防であるとひとくくりにする時代は、過去のものと考えていいように思います。

また、齲窩になった後の処置についても考え方が変わってきました。硬組織の感染症にはまた特別の配慮が必要です。なぜならば、硬組織にいったん穴があくような侵襲が及んだ場合、自然に治癒することはありません。ですからワールドスタンダードでは、齲蝕の処置をする場合は、健全歯質をできるだけ守るために、感染象牙質のみの確に除去して接着を利用した充填をすることが一般的です。

しかし日本では、まだ予防拡大という考え方のもとに、健全な歯質を削ることを教育されているようですし、臨床現場でも多くの歯科医師がそうした処置を行っています。

**桜井** 削らなくていいところまで削っているんですね。

**熊谷** そうです。そのことが長期的な経過で考えたとき、歯を失うサイクルを早めていると言うことができます。実際の臨床現場では、削るか削らないかの判断は難しいのですが、現在の歯科医学においては、少なくとも予防拡大や過剰な便宜形態に頼らず、健全歯質を最大限に残す充填方法があるのです。

**桜井** 私が思うに、国民のほとんどは、歯の大切さについてまだ認識が高くありませんから、予防的にああしろこうしろと言っても難しいですね。また、それを具体的にどうするのかというのは、歯科診療なのか家庭教育なのか難しいところですよ。

**熊谷** 口腔疾患をきちんとコントロールするためには、両方必要なのです。患者を含めた一般の人に、高齢になっても総入れ歯にならないための考え方を話すと、実に多くの方が、歯科診療所の利用方法やケアの仕方などを理解してくれます。誰しも生涯自分の歯で食べたいと願っているわけですから、これは自然な姿勢ではないかと思います。

### 外国との治療費格差・日本の治療は格安で質も良い？

**熊谷** 平成9年からの日本の歯科医療費は、毎年2兆5千億円前後で推移していて、ほとんど増加していませんね。本来高齢者が増えれば、医療費は増加してもいいはずですが、高齢者の多くに歯がないので、歯科の医療費は横ばいです。

歯科の治療費について、先生が国会で質問されているのを拝見したのですが、海外諸国と日本では大きな差がありましたね。それを確かめようと思い、一つの症例を提示して、アメリカ、スウェーデン、アイルランド、オーストラリアで、同じ治療した場合の費用を調査してみたのですが、日本の治療費はアメリカの約1/10、スウェーデンの約1/6ぐらいだということがわかりました（表1）。

表 1 海外諸国との治療費の比較

	Japan (10割負担)	USA	Sweden	Ireland	Australia
歯周病治療	27,540円	161,400円	59,500～ 76,500円	62,800円	
Endo 前歯	4,680円	100,000円	30,600～ 34,000円	補綴処置参照	68,600円
白歯	8,700円	150,000～ 200,000円	51,000～ 59,500円	補綴処置参照	147,000円
In 白歯	6,470円	50,000～ 100,000円	71,400～ 85,000円	172,700円	98,000円
前装冠 前歯	25,000円	150,000～ 200,000円	95,200～ 122,400円	282,600円 (歯髄処置込み)	131,600円 (ポスト込み)
FCK 白歯	12,890円 (生活歯)	150,000～ 200,000円	73,100～ 85,000円	172,700円	112,800円
白歯	12,450円 (失活歯)	150,000～ 200,000円	110,500～ 127,500円	282,600円 (歯髄処置込み)	131,600円 (ポスト込み)
欠損補綴 ※ブリッジ メインテナンス	37,690円 5,050円	450,000～ 600,000円 12,000～ 33,000円	178,500～ 197,200円 10,000～ 56,100円	471,000円 31,400円(2回)	205,800円
合計	140,470円	1,373,400～ 1,779,400円	679,800円～ 843,200円	1,475,800円	895,400円

日本の保険診療のコスト設定は、本当に低すぎます。

歯科は自費診療もあるからという意見もありますが、実際患者の大半は保険診療を選択しているのが実情です。診療行為に対してのコストが低すぎるので、ある程度の収益を得ようとする、数をこなさなくてはなりません。

**桜井** ただ、国民にとっては、コストは安いほうがいいですよ。

**熊谷** ですが、医療は日用品とは違います。安いコストのつけが、結果的に自分の歯がなくなることと関連しているとわかったら、国民はどう思うでしょうか。きちんとした情報が提供されていないので、日本の保険診療では「いつでも最高の治療を安く受けることができる」と多くの人は思い込んでいます。また、保険診療では、医療者の知識や技術、そして経験はまったく無視されています。

安心して歯科診療を受けるためのコストを、再考する議論がなされてもよいのではないかと思います。現在の日本の治療費では、真に患者のためになる治療はできていないと思うのです。

**桜井** 医療費自体はどんどん下げられています。そして歯科医師の数が増えているにもかかわらず、その収入はほとんど変わっていません。そうすると、実際には必要のないことがやられているような気もするのです。だから厚生労働省にも、むしろ保険点数の単価を高くし、その後のチェックを厳しくして、余計なことはしないようにという制度にしてしまったほうがいいのではないかと意見しています。

### 歯科技工士と技工物のゆくえ

**桜井** 私の危機感は10年後の歯科医療の状況です。大きな問題は、歯科技工士の数だと思うのです。現在、歯科技工士の平均年齢は50歳を超えています。

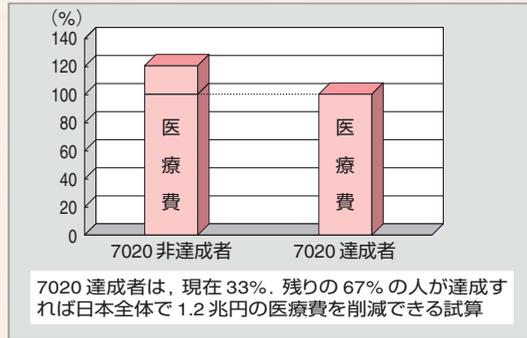


図4 7020 達成者と非達成者の医療費の比較 (2001年兵庫県歯科医師会調査)。7020 達成者を 100% とする

そうした熟練工がやめた後、技工物の品質は落ちるでしょう。歯科の医療費が少なすぎて、下請けになっている人たちに負担がかかり、後継者もいません。

**熊谷** 歯科技工士法があるにもかかわらず、厚生労働省が海外の技工物を許可しましたね。

**桜井** 海外の技工物が、患者の満足するものなのか、そして、それらが日本の薬事法に合致した素材でつくられているのかどうかという問題があります。たとえば今、化学物質過敏症を発症する人が増えています。150人ぐらい検査をしたところ、そのうちの1人は歯の詰め物が原因となっていました。ですから技工物がいかに大事なのか認識したとき、それを簡単に輸入することは問題だと思うのです。

それから、8020を達成した人たちのほうが、医療費が20%安い(図4)。正確には7020でしたが、仮に、達成していない3分の1の人が達成したら、約4千億円医療費が浮くのです。それを予防にまわしてもいいのではないかなとは思っていますが。

**熊谷** 修復補綴の、保険診療のコスト設定は本当に低いと思います。補綴物は身体の一部として機能するものなのに、あんなコストでは歯科医師も歯科技工士もやっていけません。保険で義歯を作ると、完全に医療機関は赤字です。私の診療所では歯科技工士に規定通りの技工料を支払っていますが、それでも技工所の経営は大変です。そのような状態で将来に希望をもって仕事ができるわけはありませんから、歯科技工士のなり手は少なくなり、先生のおっしゃるように歯科医療に大変な問題がもたらされるように思います。

日本の歯科技工士の技術水準はかなり高いので、アメリカで活躍している人も少なくありません。技術とやる気のある人が海外流出せず、日本の歯科医療の質向上のために貢献してもらえるような体制づくりが急がれます。そしてこれは、国民の口腔の健康を維持するためにも大切だと思います。

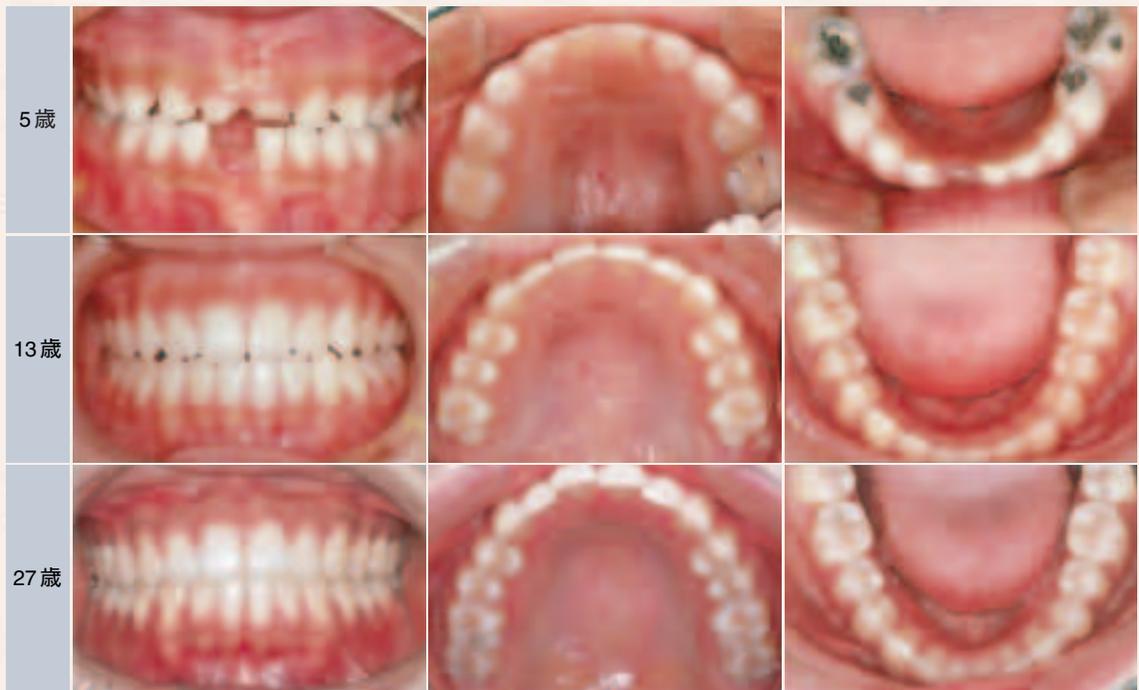


図5 5, 13, 27歳の口腔内写真

## 現在の取り組みと、その可能性

### 再治療を繰り返さないために

**熊谷** ここで、ある症例をご覧いただきたいと思います。初診時5歳で来院した患者で、その後約20年、経過を追っていきました。初診時にはすでに多くのカリエス処置を経験し、上顎前歯にもカリエスの進行が見られる、ごく一般的とも言える症例です(図5)。

通常であれば、その延長線上で永久歯もカリエス……、という流れになってもおかしくないような状況ですが、必要な再治療後に3カ月ごとのメンテナンスを続けた結果、混合歯列期も無事乗り越えて、カリエスフリーの永久歯列が、13歳でほぼ完成しました。思春期も問題なく経過し、27歳でこのような良好な状態を維持しています。18歳以降は、年に1回のメンテナンスでこの状況を維持しています。

メンテナンスをきちんと受けて、プロフェッショナルの管理下にあると、ほぼ90%以上の方がこういう状況になります。齲蝕がない状況が続く限り、再治療を繰り返す負のスパイラルに陥ることはありません。何より患者の健康が守られ、歯科医療費も抑制されるはずですが、しかし、このようなメンテナンスを含めた歯科医療を日本で展開しようとする、現状の保険制度下ではたい

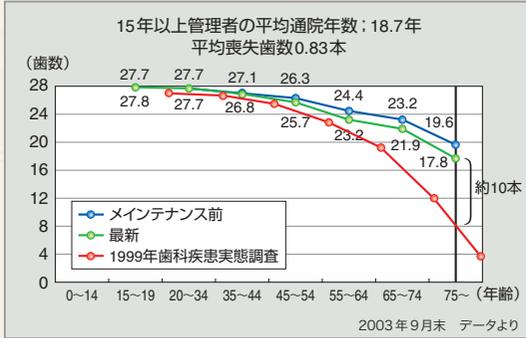


図6 日吉歯科における15年以上管理患者の残存歯数の変化

へん難しいと言わざるをえません。

これは私の診療所で治療した後に15年以上メンテナンスを続けた患者のデータですが、厚生労働省の歯科疾患実態調査の結果と比較すると、同年代での残存歯数は比較にならないほど多いことがわかります(図6)。このように、メンテナンスを続けることは患者の確実な利益につながっているのですから、私としては、こうした医療行為を予防とひとくりにしていただきたいくはないのです。

**桜井** 予防でも治療でも言葉にはこだわりません

が、つまり医療機関での処置ですよ。

**熊谷** バイオフィーム感染症はブラッシングだけでは治せないのです、歯科医師の診断のもとに歯科衛生士がコントロールして、齲蝕や歯周病の発症や再発を止めているのです。国民所得も教育水準も高い日本は、本来なら欧米以上にきちんとできる可能性のある国だと思うのですが、たいへん残念でなりません。口腔の健康維持と、医療費の削減、その両方の効果が期待できるのです。

### 検診制度の可能性とメンテナンス

**桜井** 実は今、歯科保健法という法律をつくろうとしています。一生でどんな検診を受け、齲蝕の数の目標を設定し、最終的には8020を目指しましょうという法律です。そのきっかけとなったのは、児童虐待です。ネグレクトを受けている子どもは、齲蝕の数や未処置の数が多いため、歯科検診によって虐待を見つけやすいのです。

また、先生のお話をお聞きしていて、医科の予防医学と歯科が若干違うかもしれないと感じました。医科の場合は、病気にならないために毎日努力しなければいけません、歯科は、患者自身が日々そんなに特別な努力をしなくても、きちんと歯磨きをしてメンテナンスを受ければ、健康な歯を維持できるのかもしれないという気がしました。

**熊谷** 欧米でメンテナンスが広く受け入れられている理由は、メンテナンスを受けるほうが歯科治療を受けるよりコストが安いからと言われています。悪くなってからでは莫大な費用がかかるので、そうならないためにもメンテナンスを受けることが、いろいろな意味で得であることを理解しているからです。そうした患者動向も、適切な情報公開のたまものではないかと思えます。

理想的には3カ月ごと、低リスクの場合は1年に1回のメンテナンスでも十分なのですが。

**桜井** 節目検診の受診率が約5%という現状は、どうしたら改善するでしょうか。

**熊谷** 国民に、口腔の健康の大切さを効果的に知らせることが必要だと思います。自分の口腔の現状を把握してもらい、放置したときのデメリットを説明すれば、どうすべきかわかってもらえると思います。ですが、若い頃からメンテナンスを続けていれば、少なくとも歯科の節目検診は必要なくなりますね。

## いま、何をすべきか

### 総合的な実態調査の必要性

**桜井** 第一歩として、どこから手を付けたらいいでしょうか。

**熊谷** まず、国民の口腔の状況について、実態調査をする必要があると思います。詰め物はいつどのような状況で詰めることになったのか、その経年変化の状況はどうか、神経の治療後の経過はどうなっているのか、修復物の適合性はどの程度で、歯周病はどのように経過していったのか、メンテナンスを定期的に受けているのかいないのかなど、歯科医療の実態に即した総合的な調査です。

そして、それらのデータを分析したうえで、国民の口腔の健康を守る歯科医療のあり方をきちんと議論して、改善に向けた対策を打ち出してほしいと願っています。齲蝕や歯周病は、適切な方法を施せば、発症をコントロールできる疾患です。問題が複雑になり、それを解決するために高い医療費を費やすより、発症させないための取り組みを国として推進したほうが、ずっと効果的だと思います。国はそのための長期ビジョンを打ち出して、国民に示すべきなのではないでしょうか。

**桜井** これは乗り越えなければならない壁ですね。

**熊谷** 桜井先生は歯科のことをよく理解して下さっているので、それを政治の場で推進していただけるようお願いしたいのです。今日私がお話ししたような歯科医療が日本のスタンダードになるために、歯科医療のあり方を抜本的に変える必要がありますし、そのためには行政の考え方を変える必要があるからです。

### 効果的な歯科治療法（ガイドライン）の確立を

**桜井** 日本歯科総合研究機構（日歯総研）ができましたね。そこで5年あるいは10年計画を立てて、基礎研究や臨床研究をしていくべきではないでしょうか。たとえば歯の有無によって、動物モデルでどう違ってくるのか、また、8020

や7020を達成している人とそうでない人との違いをデータとしてとるとか、それらの結果を歯科の重要性とともに、日歯総研などが国民に知らせるべきだと思うのです。患者教育としての正しい情報伝達は、それはそれで実施していくと。

そして、歯科医師のみなさんには、効果的な歯科治療法、つまりガイドラインを確立していただきたいのです。保険点数の見直しを厚生労働省に納得させるためにも、意見が多数を占めなければなりませんし、その方法がガイドラインの作成なのではないかと感じるのです。それによって、統一した歯科教育もできますよね。

**熊谷** 各学会では、治療のガイドラインを見直しているようですが、それが臨床現場で使いにくいものでは効果がありません。そして、ガイドライン作成にあたっては、日本の歯科医療が目指している「国民の健康の向上」という、はっきりとしたビジョンを実現できるものでなくてはなりません。

**桜井** 歯科ではありませんが、平成18年から介護保険法が少し変わりました。その目玉がパワーリハビリテーションというトレーニングなのです。パワーリハビリテーションを実施したところ、3人に1人が介護保険から外れ、1人につき100万円の介護費用が削減できたのです。ですから歯科でも、こういう方法だとこれほど違うのだというデータが出れば、間違いなく変化が起こると思います。

**熊谷** 効果的なメンテナンスなどのデータをもとに、口腔を健康に保てる状況が常識的になってくれば、国民の口腔状態は改善されて、医療費抑制にもつながると思います。

**桜井** 医療費削減は、厚生労働省にとって最重要課題です。データを蓄積したうえで、厚生労働省と話をするのがよいのではないのでしょうか。

**熊谷** 大学の講座制の弊害によって、補綴は補綴だけ、歯周病は歯周病だけとバラバラになりがちですが、歯科教育の現場でも、学生には、口腔内全体として患者の状況をどのように診断し、どのような治療計画で治療をし、どのようにメンテナンスするのかをしっかりと教える必要があると思います。

私はいくつかの歯科大学で授業を受け持っているのですが、歯科医療を取り巻くさまざまな問題を学生も敏感に感じていて、自分たちの歯科医師としての

未来に希望を見出せないでいる学生が非常に多いです。次世代を担う若い人たちが、夢や希望をもてるような歯科医療のあり方を見据えた歯科医療改革を心から願っています。

本日はお忙しいところ、本当にありがとうございました。

