

歯科医療点描①

この三十余年を振り返りつつ

田辺 功

自主質管理運動のころ

今の保険医療に満足していないのか



たなべいさお / 1944年生まれ。68年東京大学工学部航空学科卒業。同年朝日新聞社入社。2008年、朝日新聞社を退社後、医療ジャーナリストとして活躍中。著書に「心のかしこい患者力ーよい病院と医者選びの周辺」(西村書店)、「医療の周辺そのうつ病・統合失調症・認知症が治る」(西村書店)、「続 お医者さん知らない治療法教えますーこんな病気も治る」(西村書店)ほか。

縁あって私は、この何年か東京歯科保険協会が隔月で開催しているメディア懇談会に参加させていただいている。フリーの記者として、時に気ままに発言をしているのだが、広報部長の坪田先生から「ぜひ、機関紙に書いてくださいませ」と頼まれた。もちろん喜んで受けた。

方々よりは古いだろうと思う。私は、一九六八年から二〇〇八年までの四十年間、「朝日新聞」記者、しかもほとんどの期間が医療専門だった。協会関係では八二年十一月、三三年近くも前に「きちんと安く歯を治します」「歯科医が自主質管理機構」(結成へ)という社会面三段見出し、約四十行の記事を書いている。

「自主質管理」という固い言葉を初めて耳にする先生方も少なくないはずだ。協会会員の有志約三十人が翌十二月から「良質で安い歯科医療」を実践する、との予告記事が入り、正式な出発は八十四年三月に延びた。私は六月に続報を書き、自

主質管理運動の代表でもある協会の大多和彦二会长を「ひと」欄でも紹介している。

自主質管理運動は、①一定水準の保険診療を原則とし、②材質の関係で自由診療になる場合も適正価格を目ざす、③会員は、患者の話をよく聞き、よく説明し、料金は事前相談し、④必ず領収書を発行、⑤壊れたものに責任を持つーの五項目を守る義務がある。要は、患者にも歯科医にも満足できる保険診療を実現しようとの運動だ。

私は日本の保険医療の最大の欠陥は、医療の質の無視だと考えている。厚生労働省は診療報酬ほど医療の中心に関心がなく、病院や医師に任せ

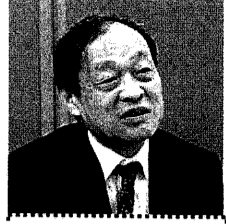
患者になった記者から

医師は患者のことを分かっていない

歯科医療点描②

記者にとつての患者体験は…

田辺 功



たなべいさお / 1944年生まれ。68年東京大学工学部航空学科卒業。同年朝日新聞社入社。2008年、朝日新聞社を退社後、医療ジャーナリストとして活躍中。著書に「心のかしこい患者力ーよい病院と医者選びの周辺」(西村書店)、「医療の周辺そのうつ病・統合失調症・認知症が治る」(西村書店)、「続 お医者さん知らない治療法教えますーこんな病気も治る」(西村書店)ほか。

私にとつて昨年は「晴天の霹靂」の年だった。春の健康診断の内視鏡検査で胃がんが見つかり、六月に全摘手術を受けたからだ。

近い身内にはがんはなく、和食党。喫煙歴も二十代の十年だけ。半数ががんになるという記事を書いた時も、自分は残りの半

告局からの頼まれ仕事で、十年以上もアメリカンファミリー社共催のがんセミナーの司会をしなが

「胃は食物を一時的にためる袋。なくてもなんとけた外科医を招いた。」「胃は食物を一時的にためる袋。なくてもなんとけた外科医を招いた。」

「胃は食物を一時的にためる袋。なくてもなんとけた外科医を招いた。」

もない、と患者に説明してきたが、いやあ、受けてみたら大違い」との言葉が覚えている。

その通り。医師は患者のことを分かっていない。私は手術後、食事が十分に食べられないことが最大の障害だが、医師からは具体的な指導はほとんど得られていない。

今でも空腹感が乏しく、あまり食欲を感じない。入院中は激しいシャックリが出て、摂食も咀嚼も嚥下も困難になり、食事を中断したことがある。

胃からの食欲増進物質が失われたから、のどのつかえで納豆などネバネバ食がおいしい。などは、いずれも患者会の本で初めて知った。

2015.10.1 (No.547)

2015.9.1 (No.546)

歯科医療点描③

編集局長に抗議文が届き…

田辺 功

フッ素への心残り

昔の、そして今のフッ素観を聞いてみたい



たなべいさお / 1944年生まれ。68年東京大学工学部航空学科卒業。同年朝日新聞社入社。2008年、朝日新聞社を退社後、医療ジャーナリストとして活躍中。著書に「心のかしこい患者力ーよい病院と医者選びの周辺」(西村書店)、「医療の周辺そのうつ病・統合失調症・認知症が治る」(西村書店)、「続 お医者さん知らない治療法教えますーこんな病気も治る」(西村書店)ほか。

歯科報道で私の一番の心残りは「フッ素」問題だ。世界の多くの国々では、虫歯予防目的で水道水のフッ素化を実現している。飲料水に1ppm程度のフッ素が加わっただけで日本人の歯はずっと健康に保てたはず、との思いが消えない。一九七六年六月、私は全国版の家庭面の連載「虫歯をなくそう」でフッ素を取り上げた。水道水への添加は、国際

歯科連盟やWHO(世界保健機関)も認める最も有効・安全な予防法で、新潟大学予防歯科の境祐助教授らが次善策として「フッ素うがい」を県内の小学校で実施していることを紹介した。

これに食品添加物の有害性指摘で著名な高橋暁正・東大講師が異を唱えたが、実は科学的な理由からではなかった。新潟の消費者団体の集会で、東京医科歯科大学の柳沢文徳教授がよく知らずにフッ素を危険だと断定し、新潟大の歯科医師に嘲笑された。

柳沢さんが親友の高橋さんに泣きついたことがきっかけで、

高橋さんがフッ素論文から危険性を示唆するデータを集め、危険論を構築した。

人工の添加物は人間データがなく、動物に大量に食べさせて、しかも百倍もの安全率を掛けて推定する。ところが、天然水に含まれる高フッ素地域の住民は歯が着色・障害される斑状歯になる。WHOなどは、他の病気の発生率などのデータを総合的に検討して安全と判断した。

一方、動物実験で見られる限りは、フッ素は添加物と比較にならないほど危険性は高い。また、高橋さんは論文データを再計算したりして、米国で水道にフッ素を添加した都市とそうでない都市の一部年齢層では「フッ素の発がん性は否定できない」ことを見つけた。高橋さんは私に「これら

橋さんは私にはつきり「僕は科学弁護士だから」と話した。著名なスター評論家の高橋さんが雑誌や本でフッ素有害論をくり返した影響は大きく、消費者運動家や教師には未だにフッ素を危険視する人が少なくない。私も何度かフッ素を記事にしたが、編集局長にたくさんの抗議文が届き、ついには編集局長幹部から「フッ素について書くのはもうやめてくれ」と言われたことも思い出す。

現場の歯科医師もフッ素には冷淡だった印象がある。「虫歯が減ったら困るからね」との声がよく聞かれた。

いつか何らかの機会に、東京歯科保険協会の方の抗議文、昔のフッ素観を聞いてみたいとこだ。

2015.11.1 (No.547)

歯科医療点描⑦

予測はずれ?の「8020」

あと20年で8割の高齢者が「8020」に到達!



1944年東京生まれ。68年東大工学部航空学卒。同年朝日新聞社入社。2008年朝日新聞社を退社後、医療ジャーナリストとして活躍中。著書多数。

田代 功

今の新聞社では、なかなか考えられないことだが、私は好きなことを書いてしゃべって卒業できた。ほとんどは正しかったと確信しているが、まづかつたかも。と反省気味のことはいくつかある。その一つが歯科関係研究会全国大会での「8020」発言だ。

8004時代

手書きのスライドには雲がかかった高山の横に「8848」「8020」「8004」の数字がある。

8848は世界の最高峰エベレスト(チヨモランマ)の標高を指す。8004は、当時、八十歳の平均残存歯数の四本の意味だ。八〇二〇はそれを一挙に五倍にしようとの目標だった。

8020は実現しないだろう」と、私は確信していた。ところが、である。厚生労働省の歯科疾患実態調査によると、残存歯数がジワジワと増えてきている。二〇一三年は八十八歳で平均残存歯数一三・九本で、二十本超を達成した人は三八・三%と推定されている。二十年前とくらべると二・四倍だ。

2016.3.1 (No.552)

質を無視の制度に疑問

誰のため何のために医療は行われるのか

歯科医療点描⑧

田代 功

「日本の保険医療制度は世界一」と医療関係者の多くが信じている。本当だろうか。

私は以前、秋田市で開かれた日本臨床内科医学会で疑問を述べたことがある。同じくシンポジストだった日本医師会理事が「日本の平均寿命は世界一。これは国民皆保険制度の成果だ」と胸を張られた。

若気の至りで、冷やかに半分は気持ちもあって余計な発言をした。「国は病院や医師に丸投げして、医療レベルはバラバラ

医療で最も大事なことは何か。私は「医療の質」と確信している。病気を治す医療、症状や苦痛を和らげる医療でなければ、わざわざやる意味がない。ところが、ご存じのように、保険医療制度の親である厚生労働省は、医療の請求額ほどには、医療の効果や内容、質に關心を持っていない。病名に対応した検査や治療法は決めてあるが、手順使う器具や材料、具体的なやり方の多くは病院や医師任せになっている。これが実態だ。

成績の場合は、保険診療での支払いを認めない、といった対応も必要になるだろう。

2016.4.1 (No.553)

歯科医療点描⑨

「質管理官」か「質相談医」を作ったら

患者側からみれば歯科医師の腕=質が大事



1944年東京生まれ。68年東大工学部航空学卒。同年朝日新聞社入社。2008年朝日新聞社を退社後、医療ジャーナリストとして活躍中。著書多数。

田代 功

前回の本欄で、私は「医療の質」を強調した。これは医科に限ったことではなく、歯科も同様だ。これまでの歯科は予防や内科系よりも外科系、技術系の要素が強かった分、一層、重要だといっている。

ある程度評判が高い病院が地域にはある。医師の腕が一番よくわかるのは「医師」だが、病院には多くの医師がいる。特に、診療科が同じか近い医師の目ごまかせない。次いで看護師だろうか。評判のいい病院内で「うち〇〇科はダメね」などの噂が流れたりする。

病気の治療体験はつい最近までなかった私だが、歯磨きがいい加減だったせい、虫歯は何本も削って詰めてもらった。歯周病にもなり、結局、三本か四本は抜歯せざるをえなかった。勤務中に受けられる会社の診療所が多かった。当時は会社を信用し、気には留めてもいなかったが、先生方の技術力は果してどうだったのかはわからない。

難しい病気にかかると患者さんはどこかの病院へ行ったりいいか悩む。とはいえない病院は国立、県立、日赤など、

以前、合わない入れ歯の話がNHKテレビで報道された。お年寄りは「合わない入れ歯をいくつも持つているが、痛いの食事時は外している」という。8020運動のきっかけでもあるが、日本の高齢者の残存歯数は北欧などより少ない。医科以上の歯科の質のバラツキがこれらに関係しているのではないか。厚生労働省や歯科医師会、歯科関係学会がこの「質の問題」に關心を持たないのは、外側の人間には本当に不思議に思える。学会は専門技術ごとにできている。インプラント治療などの最新技術を習得する機会を提供することは重要だが、医療の目的からすれば、それが患者さんのプラスになることがもっと重要だ。技術の未熟な歯科医の治療が横行すれば、学会や歯科医全体の信用を落とす。講習料を払えば全員合格、といったシステムならば明らかに問題がある。保険医療は事実上、厚生労働省が運営しているようなものだ。ズサンな虫歯や歯周病治療に保険医療費を払うのはおかしい。

2016.4.1 (No.554)

歯科医療点描 ⑬

田辺 功

だれのための専門医制度なのか

「医科を見習って」などという愚は避けて…



お医者さん対象の会で私
がいつも強調するのは「だ
れのために医療をするの
か」です。もちろん、患者
さんのためです。しかし、
現実にはそうなっていない
のではないかと感じること
が少なくありません。
たとえば、いま日本専門
医機構で議論中の新専門医
制度です。現在の専門医は
学会までレベルもまち
まち。機構が統一して認定
し、質を高める新制度は、
予定が一年延びて二〇一八
年四月からになりました。
日本医師会などの反対の声
に配慮したようです。
医学部を卒業し、国家試
験に合格した医師は二年間
の初期臨床研修が義務づけ
られています。機構の新制
度では、その後の後期研修
から専門医をめざします。

三年間で内科、外科、救
急科、総合診療科など十九
領域を包含する一つの基本
専門医に求めます。養成す
るのは大学病院と地域の協
力病院群です。「心臓血管
外科」など、より専門的な
領域の専門医にはさらなる
研修が必要です。
日本医師会ではこれでは研
修医が大学病院に集中し、
地方病院の医師不足が進む
と指摘しました。機構の学
会代表の大半は大学教授で、
医局制度復活の狙いを感じ
ます。

専門医とは何でしょうか。
機構は「十分な知識・経験
を持ち標準的な医療を提供
できる医師」としています。
外科であれば、内臓全般に
わたって標準的な手術がで
きる「総合外科医」です。し
たがって、現在の臓器別専
門医よりも広く学ぶ必要が
あり、多くの医師がいる大
学病院が中心になります。
一方、国民・患者が考え
る専門医とは何でしょうか。
私は、卓抜した技術を持つ
「神の手」だと思います。普
通の外科医では無理な難し
い手術をも成功させる医師
です。

機構の二段階目の専門医
は「がん」「消化器外科」な
ど二十九領域ですが、やは
り広すぎます。「膝臓がん」
「心臓バイパス手術」など病
「医科を見習って」などとい
う愚は避けてもらいたいも
のです。

2016.9.1 (No.558)

歯科医療点描 ⑭

田辺 功

かかりつけ医、かかりつけ歯科医、そして「か強診」のこと

アンケートでも「か強診」への根強い不信は明らか



「かかりつけ医をお持ちで
すか？」との赤い太字の見
出しが目につきました。九
月初めの日本医師会ニュー
ス添付「健康ぶらざ」です。
診療所の待合室に掲示する
ポスターのようなものです。
「かかりつけ医」とはど
んな医師でしょうか。それ
には「何でも相談でき、必
要な時には専門医や専門の
当に助かります。」

待合室ポスターが
物語ること
医療機関に紹介してくれる
身近で頼りになる医師と
ありました。
「かかりつけ医」とはど
んな医師でしょうか。それ
には「何でも相談でき、必
要な時には専門医や専門の
当に助かります。」

「か強診」をテーマにし
た七月号の本コラムでは触
れませんでした。か強診
は歯科医師、歯科衛生
士が各一名以上か、複数の

とはいえ、医療の範囲は
非常に広いので、頼りがい
のある医師になるのは大変
なことだと思います。このポ
スターでは、日本医師会がそ
ののための研修をしているこ
とを紹介しています。また、
こうした医師が一定の条件
を満たせば、国は診療報酬
で優遇しようとしています。
かかりつけ歯科医
そして「か強診」
その歯科版が、治療も予
防もできる「かかりつけ歯
科医」で、その拠点となる
診療所が「か強診」という
わけです。

先日、協会から九月八日
現在、約五千二百名の会員
のうち返信のあった四百七
十六名の会員アンケートの
内容をうかがいました。
それによると、「か強診」
には二百三名(四三%)
が「反対」で、「やむを得な
い」百九十二名(四〇%)、
「賛成」は四十五名(九%)で
した。

また、「届出しない」百七
名、「できない」百七十七名
(五九%)で、「届出した」
三十六名(八%)、「未定」
百五十六名(二二%)との
こと。
今後の対応については、
「施設基準の改善」二百三十
四名(四九%)、「廃止」百
四十五名(三〇%)に対し
「このままでよい」は五十一
名(一一%)にとどまりま
した。
一割にも満たない回答率
の段階で、会員の意向とま
でいっていいのかわどうか
は、議論の余地があります
が、「か強診」への根強い不
信は明らかです。

2016.10.1 (No.559)

歯科医療点描 ⑮

田辺 功

歯磨きは歯科の二大疾患を左右

どんな歯ブラシがいいのを知りたい…



「電動歯ブラシ売れ筋ラン
キング」といったサイトが
あり、一位から八十位まで
紹介されていたことです。
値段も大きな違いです。
電動も手磨きも効果に大

必ずつま楊枝を…
この歳になって、実は歯
磨きに苦労しています。十
年くらい前から毎日、朝食
と夕食後に電動歯ブラシで
磨いています。胃の全摘手
術を受けた後ですが、いつ
からか、歯磨きの後、必ず
つま楊枝を使うようになり
ました。
というのは、歯を磨いて
も隙間に入った食べ物のカ
スが取れないからです。
家内が「デンタルフロスを
使ったらいい」というので、
付き合いつつ、時々使おう
のですが、若い頃あまり
使ったことのない道具はな
かなか親しめない感じがす
爪楊枝では結構、大きなカ
スが取れます。

「電動歯ブラシ売れ筋ラン
キング」といったサイトが
あり、一位から八十位まで
紹介されていたことです。
値段も大きな違いです。
電動も手磨きも効果に大

電動歯ブラシに限っても、
たくさんメーカーからい
ろんな製品が出ているよう
です。歯ブラシの形が長方
形、四角、丸い、あるいは
特殊な形のもの、往復運動
のほか、回転しながら磨く
ものもあります。
電動歯ブラシの
ランキングまで
私が使っているのは普通の
電動歯ブラシですが、高
速の水流でプラークを除去
し、細菌を壊す音波歯ブラ
シ、もっと細菌の破壊力が
強いという超音波歯ブラシ
などの高級品も登場してい
るそうです。
さらにびっくりしたのは、
「電動歯ブラシ売れ筋ラン
キング」といったサイトが
あり、一位から八十位まで
紹介されていたことです。
値段も大きな違いです。
電動も手磨きも効果に大

2016.11.1 (No.560)

どう考えても非合理ふしぎな消費税

医療費が非課税となった背景



田辺 功
1944年生まれ。88年東京大学工学部航空学系卒業。同年航空会社に入社。2008年退社後、医療ジャーナリストとして活動中。著書「心臓病の心臓病」など。現在、フリーランスの医療ジャーナリストとして活動中。

田辺 功

外から見ると、医療界には理屈に合わない非合理的なことがまかり通っている。米国内科の沖縄県立中部病院で腹部手術のガーゼ交換の話を聞きました。患者の回復を遅らせるとわかり、すでに米国内科は三十年も前にやめたのに、日本の病院ではまだやっていると。似たような話を集めて一九九九年秋、連載「ふしぎの国の医療」を始めたところ、十数回の

非合理代表格の「消費税」

非合理の代表「消費税」もこの連載で取り上げました。八九年の三%から始まり、九七年の五%、二〇一四年の八%と上昇中です。

消費税は一定のルールで、買う人が払う税金です。医療を買うのは患者ですが、国は患者の支払いを増やさないためとの名目で、医療費を非課税にしました。今でもそうですが、なぜか医療費を決める時の窓口は日本医師会なのです。実は、当時の医師会の担当理事は消費税の仕組みを全く知らずにこれを了承。その結果、医療機関が薬や器具、材料などを買う時に上乗せされる消費税は病院や診療所が負担することになり、診療所では年百万円単位、病院では一千万円から数億円の減収になり、増税のたびに増えます。財務当局は常に医療費の切り下げを要求しますが、医師会には応じず、いつも最後は政治決断でした。その

驚いた医療界の妥協

さて、その後の対応です。厚生労働省は診療報酬の改定のために、一部の報酬に色を付けて消費税分を補填したと称する政策をとってきました。私はそれで医療

消費税は一定のルールで、買う人が払う税金です。医療を買うのは患者ですが、国は患者の支払いを増やさないためとの名目で、医療費を非課税にしました。今でもそうですが、なぜか医療費を決める時の窓口は日本医師会なのです。実は、当時の医師会の担当理事は消費税の仕組みを全く知らずにこれを了承。その結果、医療機関が薬や器具、材料などを買う時に上乗せされる消費税は病院や診療所が負担することになり、診療所では年百万円単位、病院では一千万円から数億円の減収になり、増税のたびに増えます。財務当局は常に医療費の切り下げを要求しますが、医師会には応じず、いつも最後は政治決断でした。その

いろいろ感じました 医科歯科連携研究会

歯科医師は医師の依頼で初めて…



田辺 功
1944年生まれ。88年東京大学工学部航空学系卒業。同年航空会社に入社。2008年退社後、医療ジャーナリストとして活動中。著書「心臓病の心臓病」など。現在、フリーランスの医療ジャーナリストとして活動中。

田辺 功

先月初め、四ツ谷駅前の会場で開かれた「医科歯科連携研究会2016」に参加、というか見学させてもらいました。十一月のメデア懇談会で副会長の山本雄雄先生から案内があり、テーマの「睡眠時無呼吸症候群（無呼吸症）」には関心があったからです。かなり昔、新聞記事としてCPAP（シーパップ）持続陽圧呼吸療法を紹介したことがあります。ところが今は、歯科医が製作する

の立場から、無呼吸症の原因や症状、連携の具体的な方法、問題点などの詳しい解説がありました。へえーと思つたのは、欧米人の無呼吸症は肥満が多いのが、アジア人、日本人は骨格からなりやすく、面長で平ら顔、小さなあごの人が要注意との人種差でした。身近かで無呼吸症の何人かを思い浮かべて、なるほどと納得しました。

OAの有効率は80%
成井先生、古畑先生ともOAの効果はCPAPと大きく変わらないとのデータを出されたのにもびっくり。虎の門病院のOAの有効率は80%で、もっと驚いたのは、OAには把握できないほど多くの種類があること。素人ですら写真だけでは違いがよくわかりませんでした。効果の違いはあるのでしょうか。

一番驚いたのは…
そして一番驚いたのは、医師と歯科医師の差でした。患者の様子、いびきが大きい、といった話から意外と簡単に無呼吸症が疑えるのですが、歯科医師は診断や治療ができない。

病気の診断はあくまで医師の仕事で、歯科医師は医師の依頼で初めてOAを作ることができるの決まりです。歯科医師は作ったOAがうまく機能するかどうか医師に依頼して検査してもらおう。自分で簡易検査をしても保険で請求できない、ということでした。

OA製作後の検査は歯科医師がするほうが患者は助かります。問題があればすぐ直せませすし、わざわざ医師を受診するの面倒です。医師主導だと、OAをよく知らない医師、知っている自分でもやれるCPAPしか患者に説明しない医師もいます。待たされ一方の歯科医師に同情します。

ところで、インターネットで無呼吸症を調べると、睡眠中に挿入する鼻チューブの情報がでてきました。おそらくは有効性のデータがまだなく、治療法の選択肢には入っていないのですね。しかし、素人にはOAよりさらに簡便で、魅力的に見えます。

どんどん進歩する技術を習得したり、理解するのも本当に大変と実感しました。

1人の歯科医師では限界の時代

グループ開業制の可能性について

田辺 功



田辺 功
1944年生まれ。88年東京大学工学部航空学系卒業。同年航空会社に入社。2008年退社後、医療ジャーナリストとして活動中。著書「心臓病の心臓病」など。現在、フリーランスの医療ジャーナリストとして活動中。

毎月このシリーズも今回が最後になりました。最終回らしく、私が常に考えていることで、先生方にとっては抵抗感がありそうな話題に触れたいと思います。それは個人開業制、自由開業制についてです。日本では医師や歯科医師は誰でも自由に診療所を開設できます。先生方にとってはそれが日本の長所でしょうが、患者側からいえば問題があります。それは、二人の医師、歯科医師の診療には限界があるという事です。私が医療記事を書き始めたのは一九六八年ですが、この間の医療技術の発展、進歩は想像以上です。自分の専門とする病気の新しい治療法を会得し、実践するのは何とかできそうです。しかし、立がん研究センター中央病院でさえ、他の病気の専門家が少なく、重度の重複患者を受け入れられない者が増えてきました。そう考えると、医療は病院が原則です。