

ヘルスケアの DNA——四半世紀を経て

秋元秀俊（日本ヘルスケア歯科学会事務局長）

環境変化と DNA の変異

ヘルスケアミーティング 2023 の 2 日目のメインテーマが「ヘルスケアの DNA を引き継ぐために」に決まった。「ヘルスケアの DNA とは？」と問われて、私たちは、病因論に基づく患者本位の診療を追究し、定期的健康管理を行い、その診療記録を蓄積して自分たちの診療を不断に振り返る営みだと答える。その意味を改めて考えてみる。

設立から四半世紀、わが国のう蝕と歯周病の有病率・重症率は、大きく変わった。定期管理で歯医者に行くというフレーズも、洋画の中の何気ない台詞だったものが、すっかりこの国の日常に定着した。

歯科保険診療の基軸は、治療中心型から健康管理型へとシフトし、医院経営指南を商売にするセミナーでは、予防歯科こそが基本だと教えられている。ヘルスケア歯科診療の環境は、見違えるほどに改善されたのである。こうした変化のなかで、ヘルスケアの DNA が変異していなかったとすれば、環境変化にとっても適応できなかっただろう。

「検査に基づく医療」という DNA は大きく傷ついた日本ヘルスケア歯科研究会発足当初は、サリバテスト実施率 80%を目指すというような目標が打ち出された。今考えればばかげているが、患者のリスクに応じたテーラーメイドの予防プログラムを提供するという夢を想い描いたのである。しかし、このリスク検査的中率（予知）に関する文献を探すが、見つからない。そもそもブラッター教授（Prof. Bratthall）は、患者自身に「カリエスを避ける可能性」を見つけさせる簡単なツール（カリオグラム®）を考案し、それを使う目的でいくつかの簡便なリスク検査法を採用したのだった。「検査に基づく医療」は目的と手段の取り違えだった。ブラッター教授を招いたシンポジウムで、リスク検査の確度が議論的的となって紛糾し、そのことが研究会分裂の決定打になってしまった。「検査に基づく医療」という DNA は、大きく傷ついたのである。

リスク検査の結果は信用できるのか、という疑問に対する答えは、北欧からはもたらされなかった。この問いに対する答えは、当時コアメンバーだった伊藤中が報告した予防プログラムの成績によるカリエスリスク検査指標の評価研究*によって後に示された。

* J Dent. 2011;39(6):457-63. doi: 10.1016/j.jdent.2011.04.002.
J Dent Res. 2012;91(7):52S-58S. doi: 10.1177/0022034511435701.

「内向き／外向き」論争

この 8 月に、日本歯科医学会の認定分科会としての登録を受けるための申請を準備している。その申請書の冒頭には、本会の沿革と登録申請理由を書かなければならない。じつは 2011 年に、申請をしてリジェクトされている。今、改めて考えると、登録申請理由には、ヘルスケアの DNA を示さなければならないのだが、それが十分にできていなかった。

そもそも学会は、独自に追究すべき専門性がある、そのために設立するものだ。既存の学会で用が足りるなら新たにつくる必要はない。たしかに補綴学にも、保存修復にも、矯正にも、インプラントにも、病因論がない。日々の保険診療も、病因論に基づく診療行為は少ない。「病因論に基づく」歯科とは根源的な問題提起なのである。

「申請理由」は、他の学会にない専門性、すなわちヘルスケアの DNA を明確に記さなければならない。沿革も同じで、本学会の沿革は、修復・補綴中心の歯科医療を、健康管理の医療に転換する歩みであった。この学会が果たしてきた役割にフォーカスして、実施事業を羅列してみた。

研究会設立を前後した「初期う蝕の診査における探針使用の考え方について調査および報告」「フッ化物に関する専門

家・会員の意識調査」に始まり、歯科分野の学会でもっとも早く「禁煙宣言」を公表、北里大学薬学部の協力を得て唾液分泌に影響を与える（歯科における）薬物服用の実態調査、2004年には会員診療所の市町村の12歳児DMFTを掘り起こして全国地図（都道府県単位の市区町村別）を作成し公表した。以下、詳細は略すが、今、日本歯科医学会が住友執行部の成果として喧伝しているのが医療技術評価提案だが、その提案書を歯科分野で初めて提出したのは、本会だった（カリエスリスクコントロール療法、提出代表者：理事（当時）・河野正清）。

コロナ禍もひとつの要因になったのだろうが、こうした外向きの事業は2018年あたりでパタリと止んでいる。実はこの10年くらい、歯科保健医療の環境を積極的に変えようとする活動はほとんど実施されていない。ここで、研究会の設立以来、繰り返し議論になった「内向きの活動」という指摘を思い出す。診療所づくりセミナーをしてほしいという要望が多いが、それは内向きで、むしろ歯科保健医療を改革する外向きのテーマに主眼を置くべきだ、という「内向き／外向き」論争である。歯科保健医療の改革を目指すDNAも、ヘルスケアのDNAである。

診療所づくりと対外的アクションは表裏の関係

診療所づくりというテーマは、「チーム医療の確立」から「臨床記録の蓄積と活用」まで6項目のステップアップガイドが明確に示す認証診療所の認証基準にあたるもので、これこそヘルスケアのDNAとみることもできる。

「ヘルスケア診療に転換するぞ」と意気込んでも、日々の診療に流されて、気がついてみると何も変わっていない。それをどうやって変えるのか。それには、スタッフぐるみの講習が効果的なのである。そのために、スタッフぐるみの診療所づくり講習には会員のニーズが高い。しかし、それでは「集患」を掲げる医院経営セミナーと似たりよったりではないかということ、内向きだと問題視される。

話を分かりやすくするために「内向き／外向き」論争と書いたが、そもそもヘルスケア診療を進めようとする、旧態依然とした歯科医師教育、歯科の不人気による歯科衛生士・歯科技工士の人材難、歯科医師に集中する法的な権限、ドリルフィルの保険の諸問題、高齢化に伴う地域医療連携の課題と、ヘルスケア診療を困難にする環境要因は数え切れない。ヘルスケア診療をしようとするれば、診療環境の制約や世間の無理解から、自然と外に向かうアクティビティが湧いてくる。「つなぐ」というキーワードで地域包括ケアの中に歯科診療所を位置づける模索を始めたように、あるいは歯科衛生士の診療補助業務について周知することが、診療補助業務のガイドラインに繋がったように、実は、ヘルスケア診療所づくりとヘルスケアの対外的アクションは表裏の関係にある。「内向き」は、必ず「外向き」に通じる。逆に診療のなかから生まれた問題意識をもたない「外向き」は、むしろ信用できない。これもまた、四半世紀で得たヘルスケアのDNAである。

ビジネスとしての予防歯科

臨床記録を蓄積し、それを元にした臨床研究によって、教育・研究や医療保険に好ましい影響を与える。認定分科会登録は、こうした好ましい影響を与えるためのワンステップである。しかし、残念ながら臨床研究は、容易ではない。

そもそも歯科医療は、歯痛への対応と機能回復を2本柱として発展してきた。「歯が痛い」「ものが噛めない」という明確な主訴に、確実な答えを出すことができる。患者と術者、1対1の関係で確実な答えが出せるのだからエビデンスなど不要だった。これに対して、病因論に基づく医療は、不確実な医療である。予防医療は、患者にとって効果の実感が乏しい。そこで日々の臨床情報を詳細に記録・蓄積する必要性に迫られる。

ビジネスとしての予防歯科が勢力を伸ばすのをみて、私たちは「なんちゃってメンテナンスだ」「あれは金儲けだ」と唾棄するように言う。だが、ビジネスとしての予防歯科は、圧倒的に強い伝播力、拡散力を持っているところからみると、優性の遺伝子だといえる。この学会のなかにも浸透している。もちろん、ビジネスとしての予防歯科には日々の臨床情報を記録して診療を振り返り、診療内容や診療技術を改善するという営みはない。「臨床情報を記録して診療を振り返るとい営み」こそが、ヘルスケアのDNAと言われる所以である。

医療者側に立った健康観

以下、蛇足になるが、ビジネスとしての予防歯科を生んだ DNA の変異は、進化のもう少し太い幹の部分で、患者本位の健康観／医療者本位の健康観の二つに分岐している。私はこれを「ヘルスケアの罫」と考えている。ヘルスケアの健康観は、医療者本位の健康観になりがちなのである。ビジネスとしての予防歯科を嫌うものが、実は医療者本位の健康観という共通の根っこをもっているのだ。私自身、何十年にもわたって歯科医師をお客様とする出版をしてきたので、どっぷり歯科医療者の健康観に毒されているのだが、砂糖ゼロ、フロリデーション、カリエスフリーを目指すというのは、歯科医療者の健康観からしか出てこない目標だ。ひどい場合には、「コンサル」という役まわりを演じる歯科助手が、「(この患者は)健康観が低いのでインプラントを受け容れない」などとのたまう。一所懸命に歯科医療の専門家になろうと努力して、専門家と同じ倒錯に陥った例だが、これと「健康観の高い患者は、リスク検査を受ける」と考えるのは同列の倒錯なのだ。ヘルスケアの DNA には、本来的に好ましくない医療者本位の健康観という変異が混在していることも自覚しておかなければならないだろう。