

# 口腔がん撲滅運動

へ参画いただける皆様へ



歯科医院で救える、助かる、命が

年間 **5,000**人ある!

口腔がんの  
日本での死亡率46.1%を  
米国並みの19.1%に低減させよう!

※2013年 国立がん情報センター データ  
※2013年 米国 Cancer Statics データ

～日本の予防医療に変革を～



一般社団法人 口腔がん撲滅委員会

口腔がん撲滅運動の象徴である

**レッド&ホワイトリボン**を身につけて  
口腔がん撲滅運動に参加しませんか？



## レッド&ホワイトリボンとは…

レッド&ホワイトリボンは口腔がん撲滅運動の象徴です。  
これは口腔がんがレッド&ホワイトリボンとは…世に浸透させ、口腔がんの早期  
発見と検診の受診を促進させる目的として世界中で広まっているシン  
ボルです。

## お申込み方法

ご希望の方は、口腔がん撲滅委員会のWebサイトでお申込みください。

▶ <http://www.oralcancer.jp/rw/>

スマホの方はQRコードからアクセスできます。



## はじめに

### 『歯科医院で救える、助かる、命がある』

皆様、はじめまして、一般社団法人 口腔がん撲滅委員会 代表理事の柴原孝彦（しばはらたかひこ）でございます。

皆様は、あまりご存じないと思いますが、口の中にできるがんである「**口腔がん**」の**日本における死亡率は、がん全 28 部位中で「46.1%（第 10 位）」**に位置しており（P6 参照）、なんと、**米国（19.1%）の 2.5 倍以上の死亡率**なのです。

そして、その「**口腔がん**」は、**進行がんの状態**になりますと手術治療を行い、舌や頬、顎の一部もしくは全部を切除することになります。

従って、術後の QOL(Qualify Of Life：術後の社会生活レベル)の著しい低下（P8 参照）から「**自殺率の非常に高いがん**」であると言われており、WHO（世界保健機構）からも「**早期発見・早期治療**」の推進が世界中に勧告されている最重要課題の 1 つでもあります。

しかしながら、そのような中、**日本は、先進国で唯一、死亡数が増加している国**であり、我々、患者さんの口腔を担う医療機関・医療人として、口腔がんの罹患数（りかん数：口腔がんにかかる方の数）、死亡数、そして、死亡率の大幅低減は急務な課題と言えます。（P7 参照）

一方、**歯科先進国の 1 つである米国では、2000 年頃から開業歯科医院にて「口腔がん」を早期発見する仕組みが出来上がっており、口腔がんの罹患数は日本の 3 倍にも関わらず、死亡数は日本と同等数レベル、死亡率においては前述の通り、半分以下となっている程、口腔がんの早期発見及び早期治療体制が構築されています。**

そのような中、私たち一般社団法人口腔がん撲滅委員会は、この重要課題を改善すべく、

1. 日常通院する全国各地域のかかりつけの歯科医院で口腔がんを早期の段階で発見するための仕組みを構築すること。
2. 疑わしい病状（前がん状態：がんになる前の段階口腔潜在性悪性腫瘍の段階）を発見した場合、スピーディーに専門機関（大学病院口腔外科等）と連携・紹介するための仕組みを構築すること。
3. 日常的な歯科・口腔治療の中で、がん化する可能性のある口腔内の問題点を早期に排除（治療）すること。（P15 参照）

を推進してまいります。

## 目次

はじめに	03
1. 口腔がん(口の中のがん)の実情：死亡率46.1%	06
2. 悲惨ながん、「口腔がん」	08
3. 「口腔がん検診」は、いつ、どこで、受けられるの？	09
4. 米国では、半年に一度の口腔がん検診が常識	10
5. 「口腔がん検診」の種類	11
6. 口腔内蛍光観察装置「VELscope®Vx」との出会い	13
7. 「口腔がん検診・口腔健診システム」の企画開発の歩み	14
8. 「口」は万病の元	18
9. 米国では「私を病気から守ってくれる所＝歯科医院」	21
10. 皆さまにお願いしたいこと	22

また、同時に、様々な広報手段を活用し、国民の皆様へ「口腔がん」の怖さを広く知っていただき、異変を感じた場合は早期に、そして、定期的に「口腔がん検診」を受診していただくことを定着させることにも合わせて取り組んでいきたいと思っております。

もし、全国各地域の歯科医院で「口腔がん」の早期発見の仕組みと「口腔がん検診」の受診が定着し、日本において米国並みに早期発見・早期治療の仕組みを構築することができれば、**年間で約5,000人規模の口腔がん死亡者の命を救うことが可能となる**のです。  
(※参考：2016年の全国交通事故死亡数が「3,904人」であり、その人全員を救えるくらいの規模である事実)

つきましては、歯科医療関係者の皆様、そして、日本国民の皆様、ぜひ、本活動の趣旨にご賛同いただき「口腔がん撲滅運動」の推進にお力添えいただけることを希求してやみません。

ぜひ、皆様一人一人の胸元に「口腔がん撲滅運動」の象徴であるレッド&ホワイトリボンをお着けください。皆様のご参画を心よりお待ちしております。

2017年4月吉日

一般社団法人口腔がん撲滅委員会

柴原 孝典

(東京歯科大学 口腔顎顔面外科学講座 主任教授)



# 口腔がん(口の中のがん)の実情: 死亡率46.1%

日本人の死亡原因のNo.1は「がん」によるものです。(図1)  
そして、その「がん」の中で、部位別の死亡率が右表(表1)です。

1位は「膵臓がん」で、罹患者(がんになった人)に対する死亡率は約95%となっており、まさにかかってしまったら終わりというがんです。

一方、目に見える部分に発生する「皮膚がん」は発見も早く、従って死亡率は約10%というデータが出ています。

では口腔がんは?と言うと、**10位に位置し、死亡率は46.1%**となっています。  
**口腔は皮膚がんと同じく、目に見える箇所にも関わらず、これは驚きの現状です。**

11位以下を見ると、13位の腎臓、14位の膀胱、15位の胃、16位の子宮頸部、17位の直腸、19位の乳房、21位の前立腺と聞き慣れた部位があり、それらはすべて口腔がんよりも生存率が高いのです。

さらには、図2と図3で示す通り、口腔・咽頭がんの患者数は増加傾向であり、加速しているとも言えます。

では、一方世界ではどうなのでしょう。

図2 口腔・咽頭がんの患者数(罹患者)



図1 主な死因別にみた死亡率の年次推移

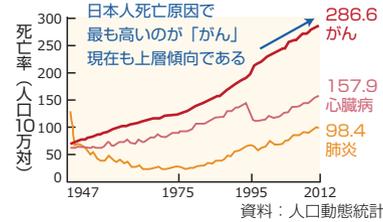
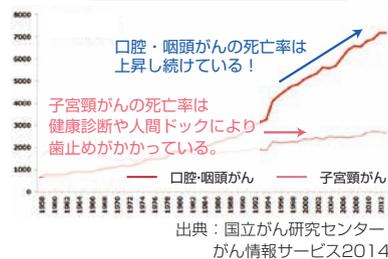


表1 口腔がんの罹患者数と死亡者数

部位	罹患者数	死亡数	死亡率
1 膵臓	32,330	30,672	94.9%
2 胆のう・胆管	22,636	18,225	80.5%
3 白血病	11,484	8,133	70.8%
4 肺	107,241	72,734	67.8%
5 多発性骨髄腫	6,356	4,121	64.8%
6 肝臓	47,271	30,175	63.8%
7 食道	21,427	11,543	53.9%
8 卵巣	9,918	4,717	47.6%
9 悪性リンパ腫	23,919	11,340	47.4%
10 口腔・咽頭	15,560	7,179	46.1%
11 脳・中枢神経系	4,825	2,198	45.6%
12 結腸(大腸)	78,874	32,682	41.4%
13 腎臓	21,130	8,594	40.7%
14 膀胱	19,219	7,685	40.0%
15 胃	125,730	48,632	38.7%
16 子宮頸部	10,737	2,656	24.7%
17 直腸(大腸)	76,871	14,972	19.5%
18 喉頭	4,970	963	19.4%
19 乳房	68,071	13,148	19.3%
米国：口腔・咽頭	41,380	7,900	19.1%
20 子宮体部	11,793	2,107	17.9%
21 前立腺	64,934	11,560	17.8%
22 甲状腺	13,374	1,742	13.0%
23 皮膚	14,863	1,525	10.3%
その他	27,632	16,299	59.0%

出典：2013年国立がんセンター

図3 口腔・咽頭がん死亡率推移



## 口腔がんと健診(検診)についての国際見解

### WHO(世界保健機構)

- ▶ 死亡率は世界のがんの中で第7位を占め、その8割が、南アジアの開発途上国に集中
- ▶ 早期診断を推進するための教育と健診の強化を重要課題としている
- ▶ Oral cancer screening として口腔がんを4番目に設定している

### FDI(国際歯科連盟)

- ▶ あらゆる口腔医療専門職は口腔がんの早期発見と患者教育において重要な役割
- ▶ 煙草を完全に禁止することにより口腔がんの進行リスクを大幅に減らすことができる
- ▶ 酒とタバコによって15倍のリスク要因となる

### Cochrane review

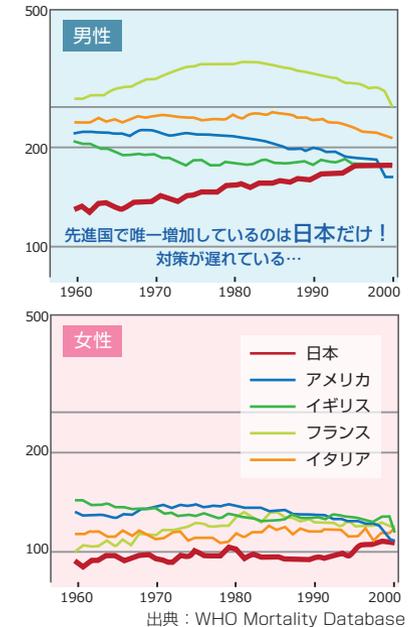
- ▶ 視診と触診の口腔がん検診は感度と特異度ともに80%以上
- ▶ 口腔がん集団検診は死亡率減少というEBMに乏しい

Chchrane(コクラン)計画とは、治療と予防に関する医療情報を定期的に吟味し人々に伝えるために、世界展開している計画。1992年にイギリスの国民保健サービス(NHS)による根拠に基づく医療政策と実践、またその定量的な評価の一環として開始。

世界では、WHO(世界保健機構)から口腔健診による口腔がんの早期発見の促進勧告が出ていることもあり、なんと**世界の先進国で口腔がんの死亡数が増加している国は日本だけ**なのです。(図4)

2013年のアメリカでの口腔がんの罹患者数は、41,380人と日本の約2.7倍の数ですが、死亡数は7,900人であり、日本の死亡数とほぼ同水準です。これは、**米国の死亡率が19.1%**と**日本(46.1%)の半分以下**だからであり、もし日本でもこの死亡率まで低減することができれば、**年間で約5,000人以上(2014年推測データから)の命を救うことが可能**となるのです。

図4 先進国の口腔・咽頭がん死亡者数



## 悲惨な「がん」、口腔がん

口腔がんは、がんの中で自殺率No.1のがんとも言われています。その理由は「術後」にあります。

口腔がんの進行段階は、図5のように5段階（T1～T4：4が一番悪い段階、T2がEarly T2とLate T2に分かれるので5段階）に分かれますが、その第2段階まで（Early T2まで）の早期に発見できれば、手術は部分切除で済むことが多く、費用も20万円程度で済みます。

従って、見た目も、話し方も、味覚も、ほぼ術前と変わらない状態を維持できます。

一方、第3段階(Late T2)を超えると、がん部分をすべて切除するために切除部分は拡大し、再建（他の部分から皮膚を移植し整えること）を要し、多額の費用がかかってしまいます。

口腔がんの約60%が舌がんです。舌にできる「がん」のことですが、この場合、舌のかなりの部分（例えば、右半分）を切除することになります。ゆえに、その右半部分を皮弁（移植で再建）することになります。

しかし、再建により形は整えられても、舌は自分の思うようには動きませんので、リハビリを行ったとしても、多くの場合、会話に障害が残ってしまいます。また、味覚も失うこととなります。さらには、再建した部分から毛が生えてくることもあり、そのメンテナンスも必要になります。

図5

T	原発腫瘍（最初に発生する腫瘍）	
T1	2cm以下	Early T2
T2	2cmを超え4cm以下	2cmを超え3cm以下
T3	4cmを超えるもの	Late T2
T4	隣接組織へ浸潤したもの	2cmを超え4cm以下
T1～Early T2 舌がん		Late T2 以上
部分切除 手術費用20万円レベル		切除+皮弁による再建 手術費用200万円レベル



上記2枚の写真はGoogle検索で見つけた画像です。

骨組織や軟組織への発症であれば、顎の切除、頬肉の切除の施術を行うこととなりますので、外見の変形が伴うことになるのです。

このように、口腔がんは発見が遅れることにより、術後の生活（QOL：Quality Of Life）が大きく損なわれることになり、結果、外出拒否となったり、最悪のケースでは自らの命を絶つようなことになり兼ねないのです（自殺率が非常に高いがんと言われる理由）。

## 「口腔がん検診」は、いつ、どこで、受けられるの？

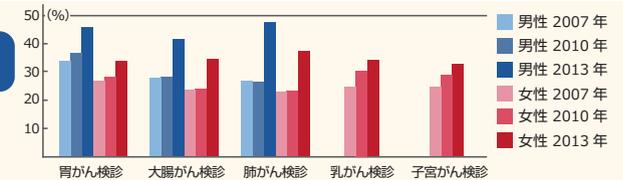


口腔がん撲滅運動

図6

男女別がん検診受診率  
(49～69歳)の推移

出典：  
国民生活基礎調査より  
国立がん研究センター  
がん対策情報センター



では、なぜ、早期発見ができないのでしょうか？

答えは簡単です。口腔がんを定期検査する仕組みが日本には普及していないからです。

そもそも日本においては、(からだの)がん検診率そのものが低く、厚労省が毎年のように「50%受診」の促進キャンペーンを開催しているにもかかわらず、まだ目標に到達していないような状況です。(図6)

口腔がん検診においては尚更です。受診数の数値すら捉えられていない状況なのです。

では、一体誰が口の中のがん（口腔内のがん）を早期発見する役割にあるのでしょうか？

そうなのです。それ（口腔がんを早期発見する役割）は口腔内を診療する専門医である歯科医師や人間ドックや健康診断を行っている機関の役割なのです。

これまで多くの方に「口腔がん検診の経験がありますか？」とお聞きしていますが、「はい、受けたことがあります。」と答えた方は、今現在も非常に数少なく、この運動を開始した3年前には、どなたもいらっしやいませんでしたし、その存在（口腔がん・口腔がん検診というもの）

を知る人も皆無の状況でした。当時、主治歯科医がいるとおっしゃった経営者の方に「行きつけの歯科医院で口腔がんの検診を受診したことがありますか？」と質問をしたところ、「えっ？口腔がん？」と、まずそういうがんがあるのか？という顔でお答えになり、次にはなんと、「歯医者さんが、がん検診などをしていいのですか？、医師の領域を侵すことになるのでは？、法律違反ではないのですか？」とおっしゃられました。しかも、この方は、ある著名な出版社の経営者です。つまり、日本有数の知識人であるにもかかわらず、ご存知なかったという訳です。

まさに、このことが明確に物語っています。日本では、誰も口腔がんを知らず、従って、その検診を受ける必要があることも、誰も知らないのです。

それゆえ、目に見えるがんであり、且つ、国民の年平均の歯科医院通院機会が約3回もあるにもかかわらず（歯科新聞社データから）、死亡率46.1%の現実があるのです。

もし、コンビニの数（約5.4万軒：2015年データ）よりも多くある全国約7万軒の歯科医院と人間ドック及び健康診断機関が、その役割を果たすことができれば、米国以下の死亡率になることも不可能ではないと考えます。

## 米国では、半年に一度の口腔がん検診が常識

一方米国では、実質すでに半年に一度の口腔健診が義務づけられているようです。

昨年12月、ニュージャージー州で歯科医院（一般歯科）を開業されているエリン大塚先生をご訪問した際にその事実をお聞きしました。

(写真1 中央・エリン大塚先生、右・衛生士のJUNKOさん)

その背景は、米国には、日本のような健康保険の仕組みがないことから、高額な医療費の負担を避けるために、多くの人が民間の保険会社が提供している保険に加入しているようですが、いざ病気になるその費用を保険で賄ってもらうためには、「半年に一度の口腔健診」が義務化されているという条件があるからなのです。

その米国の半年に一度の口腔健診において活用されているのが、VELscope®Vx（ベルスコープ）を中心とした口腔内蛍光観察装置であり、米国の歯科医院の約20～30%に導入され活用されている口腔内のがん組織をスクリーニングするシステム（装置）です。

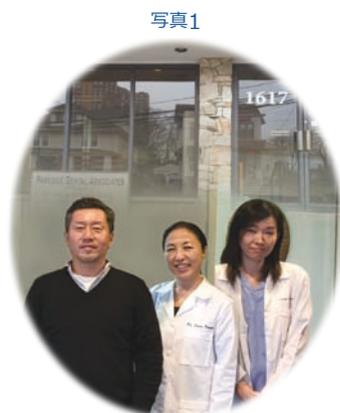


図9



米国中の歯科医院内に貼られている  
口腔がん検診 受診促進ポスター



図11



## 「口腔がん検診」の種類



口腔がん検診の種類は、段階に応じて異なります。(図12)

まず、すぐに受診可能な検診は「①視診・触診(ししん・しょくしん)」です。これは字のごとく、歯科医師が口腔内を、直接目で見て、触れて、がんがないかを確認する検診方法です。痛みは伴いません。これを「非侵襲性(ひしんしゅうせい)」の検査と言います。

最近では、各地区の歯科医師会でこの視診・触診での口腔がん検診を行うための勉強会が開催されているようです。しかし、見て、触ってわかるがんは、すでに進行がんです。何かしらの外科的手術を要するレベルに至っているケースが多いと思われます。

次に、もし、視診・触診で「あれ? おかしい...」と思ったら、「②細胞診(さいぼうしん)」を行います。患部に綿棒などを擦りつけその部分の細胞を取り検査をする方法(一般的には検査機関に送り数日後に結果が出る方法)です。これは、傷口を擦るわけですから痛みが伴います。「侵襲性(しんしゅうせい)」の検査と言います。

そして、その結果、がんの疑いがあるとなれば大学病院を紹介され、麻酔を使つての「③組織診(そしきしん。生検。組織を取り検査分析。当然、侵襲性)」により確定診断が下るわけです。

性)」により確定診断が下るわけです。

米国でも、以前は歯科医院での口腔がん検診は「視診・触診」が中心でしたが、口腔がんになる人が増加する中で、その発見率が68%とことから、政府の支援を受け、「非侵襲性(痛みなく)」で、且つ、早期・初期段階での発見が可能なレーザー装置(口腔内蛍光観察装置)の研究開発が開始され、2005年8月に初期モデルが市場導入されました。それが、「①と②の間: VELscope®Vx(ベルスコープ)という装置による口腔健診(スクリーニング)」でした。

VELscope®Vxに関しては、6章で詳しく触れますが、これは「非侵襲性」で且つ、早期がん(初期がん)の発見や前がん状態(がんになる前の状態)での発見が可能となり、米国において、口腔がんでの死亡率が著しく低下してゆくことになるわけです。残念ながら、日本では、一般歯科医院への浸透はこれからとなります。

## 口腔がん検診の種類と特徴

	実施の簡便さ	患者の負担	検査の精度	歯科医院の 医師の経験の重要度	結果確認の早さ (当日判断可?)
視診	◎	◎ (なし)	△	△ (習熟度必要) 明らかながんは見えて分かるが、 そうでないものは分からない。	○ 基礎教育を受けていれば 問題なし
触診	◎	○ (痛みを伴う 場合あり)	△	△ (習熟度必要) 明らかな硬結は触知可。 問題は硬結として 判断できない場合。	○ 基礎教育を受けていれば 問題なし
蛍光観察 装置	◎	◎ (なし)	○	△+ (研修必要) 病変が黒く見える場合と 白く見える場合があるが 遠隔画像診断システムの活用により 最低限の学習で活用できる	○ 判定には経験が必要だが 遠隔画像診断システムを 活用できる
細胞診	○	× (痛みを伴う)	○	× (習熟度必要) 研修を要するが実施可能。 但し、診断結果は通常後日。	× 当日の場合でも待つ
組織診 (生検)	×	× (痛みを伴う 要麻酔)	◎	× (専門設備必要) (※提携病院へ依頼)	× 通常は当日無理
PET-CT (※参考)	× (専門設備必要)	× (痛みはない 検査費高額)	◎ (PET-CTの 併用で大幅に 精度向上)	× (専門設備必要) (※提携病院・ 検診センターへ依頼)	× 数日を要する

## ※参考：「集団健診（検診）」と「個別健診（検診）」

「健診（検診）」の種類は大きく分けて2種類あります。

「①集団健（検）診」と「②個別健（検）診」です。その違いは、①は言葉通り「集団で受ける健（検）診」で、一人5分などの短い時間で集団で受ける健（検）診の事です。一方、②は時間をかけて一人ひとりを健（検）診する方法です。

「①集団健（検）診」は何人もの検診をするゆえ、「がん」を見逃しても医師に責任はないものとされているため、「②個別健（検）診」の受診をお勧めします。

この「VELscope®Vx」が開発された背景としましては、米国でも、過去、日本同様に口腔がんが増加した時代があり、米国歯科医師会が全米中の歯科医院を巻き込んでその早期発見を目指したキャンペーンを開始したものの、従来の視診触診による検診での発見率が68%にしかならず、結果、発見が遅れた患者から歯科医師を訴える訴訟が頻発し、早期発見率を向上させるために開発・販売された装置なのです。

蛍光観察装置の中の代表的なものとしてVELscope®Vxがあげられます。そのVELscope®Vxは、1990年代半ばに、LED Dental社（VELscope®Vxのメーカー）の創業者であるPeter Whitehead博士により、カナダのBritish Columbia州 Cancer Agency（癌局：BCCA）との共同研究が開始され、米国保険省の助成金プログラムに組み込まれ開発されました。

それから10年以上の研究期間を経て初期モデル（P10-図7）が市場導入されたのが2006年8月、アメリカ食品医薬品局（FDA）及びカナダ保険局（Health Canada）より医療機器の許認可を受けました。

その後、2代目モデルが2008年1月に導入され、現行のハンドヘルドモデル（P10-図8）は2011年1月に市場導入された口腔がん検診用の装置です。

P10-図9のように、口腔内をブルーのレーザーライトで照射することにより、白色ライトではわかりにくい異形成等を早期発見できる装置であり、米国では外科においても、開腹後のがん組織を切除する際に照射し、がんの範囲を特定する補助装置として活用されている装置です。

米国全土には10万軒以上の歯科医院が存在しますが、その中の約30%に導入されており、今では、その普及により100%近くの早期発見が可能となっていると聞いています。

P10-図10、図11のように、一般的な歯科クリニックでは医院の店頭看板やポスターが貼られているくらい日常のものとなっています。

このVELscope®Vxは、**2015年3月、我々プロジェクトのメンバーにより、日本において正式な医療機器としての申請手続きが終了しました。**（注1）

従って、現在、各地域の歯科医師会で展開が始まった視診触診による口腔がん検診に加え、口腔がんの早期発見の仕組みとして普及が待たれています。

全国の歯科医院で口腔がんの検診を定期的に患者に勧めることで日本の口腔がん事情は大きく改善されることは間違いないのです。

※(注1)

日本では、2015年3月に医療機器として届出をしました。

一般医療機器 届出番号 13B1X10181000046

※2017年現在、口腔内をスクリーニングする蛍光観察装置には、上述のVELscope®Vxの他、同じく米国製のオーラルID、日本の株式会社松風が開発・発売開始したイルミスキャン（日本国内医療機器認定取得）があります。

我々は、この世界的に実績のあるVELscope®Vxの日本への導入展開を図るため、渡米し、メーカーのLEDデンタル社及び世界総販売代理店であるデンマツ社と日本への独占輸入及び契約販売総代理契約を締結しました。

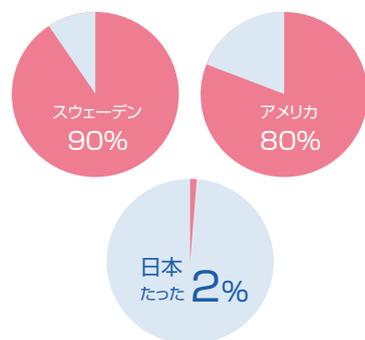
この世界的実績のあるVELscope®Vxを組み込んだ「口腔がん検診・口腔健診システム」を全国各地の一般歯科医院や歯科大学の付属病院、そして、人間ドック・健康診断機関で、簡単に受診できる仕組みを構築すべきだと考えました。

と言いますのは、VELscope®Vxだけを日本国内で医療機器として許認可を受け、歯科医院に向けて販売開始したとしても、以下の理由にて検診の普及を図ることは難しいと考えたからです。

そもそも日本国民全体は「口腔健診」意識が低い（口腔健診に行かない）。

▶※図13の通り、日本の口腔健診受診率は「たった2%」と言われています。歯科先進国のスウェーデンが90%、同じく、米国が80%の受診率、と言われている中。

図13 口腔健診の受診率



▶一般人も歯科医師も「口腔がん」に対する認識や知識が低い。

▶人間ドック及び健康診断を行う医療機関や健保組合においての「口腔健診」に対する意識が低い。

さらには、

▶一般の歯科医師は口腔がんの症例経験が少なく検診できない。

▶一次診断を支援してくれる仕組み（遠隔画像診断システム）がない。

▶怪しいと思った際に、その患者を紹介する施設（歯科大学病院口腔外科など）との連携体制が構築されていない。

▶健診は歯科医院にあまり報酬が残らない（ボランティア的）。

▶口腔がん検診を始めた結果、がんを見逃して訴訟に巻き込まれるのが怖い。

などの課題があるからです。

ゆえに、試行錯誤を重ねた結果、VELscope®Vx（当時の蛍光観察装置はVELscope®Vxのみだった）を活用して「口腔内全体を健診する仕組み」として提供することで、口腔がんの早期発見と将来口腔がんや様々な病気に繋がる可能性の要素を早期に発見し、同時に、健診後の継続通院にて早期治療（保険・自費）や口腔内クリーニングを行うこと、つまり、健診と治療という一連の流れを確立し、口腔がんの早期発見と共に、歯科医院の対価・報酬にも貢献できる仕組みを構築することを考えました。

●全国歯科医院における「口腔がん検診・口腔健診」の普及

●全国人間ドック及び健康診断機関における「口腔がん検診・口腔健診」の普及を目指したいと思います。

※参考：口腔がんの罹患年齢（りかん年齢：がんを患う人の年齢）と原因

罹患年齢

9才～92才



これまでは「口腔がん」は高齢者のがんと言われてきました。しかし、最近の症例では9歳の事例や10代の事例も頻発し始めています。もはや高齢者のがんとは言えなくなっています。

原因



生活習慣、口腔内問題：歯列不正、義歯不適、舌・頬の圧痕、咬傷、う蝕（虫歯）、歯周病、詰め物・被せ物不適、舌小帯付着異常、アマールガム（金属の詰め物）、口内炎、HPVなど。

舌の圧痕



歯列が悪いことで、常に舌に圧痕が付いている。舌がんの原因となる。

咬傷



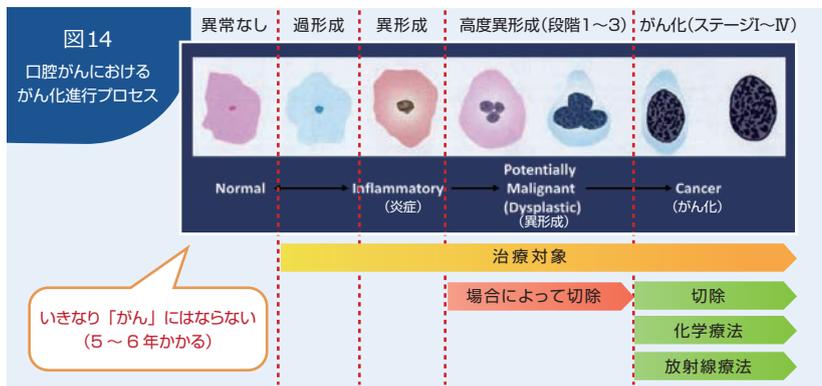
虫歯などで歯が尖ったりすることで、舌や頬肉をよく噛んでしまい傷になる。それが繰り返されることによりがん化する可能性がある。

つまり、年齢にかかわらず、口腔内にある問題すべてが「口腔がん」に繋がる可能性があるということなのです。

したがって、がん化する前に、定期的には口腔内を健診し、その要素を摘み取り治療を行うことが口腔がんを防ぐことになります。

また、米国では「HPV（ウイルス）」に

よる10代の口腔がん罹患者が増加しています。HPVとは、子宮頸がんを発症させるウイルスですが、性行為（オーラルSEX）の低年齢化によってHPVが口腔に入り、結果、口腔がんを発症させる症例が増加しています。日本ではまだまだその症例は少ないですが、最近、増加傾向になってきています。



一般的には、口腔がんになるまでには5~10年くらいの期間がかかりますので、それまでに将来口腔がんになる要素を治療により摘んでしまえば良い訳です。(図14)

例えば、歯列が揃っておらず内側に出っ張っている歯があることにより、日常的にその歯は舌のその部分だけに接触を繰り返すことにより、その部分の皮膚にストレスが積み重なり異形成化し(前がん状態になり)、やがてはがん化する可能性があります。しかし、それを早期に歯列矯正し、がん化する可能性を取り去る治療を行えば予防できます。

あるいは、口内炎がしやすい体質を改善する(口内炎からがん化する)、入れ歯が合わずに恒常的に痛みを感じている部分を改善し、その部分のがん化するのを防ぐ、また、がん化することなくとも、金属(特にアマルガムなど)の詰め物により原因不明の体調不良を引き起こす要素を取り除くなど、様々な病気の元となる歯周病やう蝕(虫歯)を治療し、且つ、継続予防することにより全身の病気や成人病の可能性を小さくするなど、口腔健診後の

口腔内全体に渡る治療を継続して実施することが、口腔ケアを行う定期通院患者数を増加させることにつながり、結果、患者も歯科医院もwin&winの関係を構築できるようにすれば良いのでは?と考えました。

各々の利点

患者

- ・口腔がんの早期発見
- ・口腔内問題の早期発見(全身予防)

歯科医院

- ・健診目的による患者の増加
- ・健診+口腔内治療による医療収入の向上

歯学部口腔外科

- ・早期発見治療による死亡率の低減
- ・歯科医院との連携強化

歯科大学病院

- ・企業を中心とした口腔がん、口腔健診実施による収益向上

健康診断及び人間ドッグ医療機関

- ・口腔健診の取込による健診収入向上
- ・「予防」という観点での医科歯科連携

日本国

- ・医療費の削減(口腔がん治療費の削減&予防による削減)



それを、図15のような一連のシステムにつなぎあわせ、且つ、受診者に対し診断書を発行する仕組みとして、以下のような「口腔がん検診・口腔健診システム」として企画開発しました。

図15 「口腔がん検診・口腔健診システム」の概要



これまでは「口腔がん」のことばかり触れてきましたが、このパートでは、それ以外の「口」に関する恐ろしい病気に関して触れることにします。

まず第一には、最近、TVコマーシャルなど、あちこちで耳にするかと思うのですが、何と言っても「**歯周病原菌**」です。

実は、日本人の80%が歯周病菌の有病者であるというデータが出ていますが(図16)、それを自覚しているのはたった20~30%の人でしかないのです。

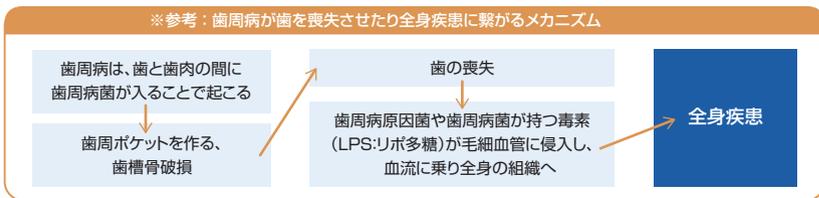
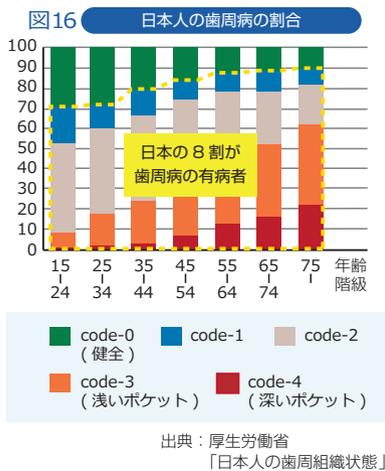
この「歯周病」はすべての病気の元であると言ってもいいくらいの質(たち)の悪い細菌なのです。

一般の方は余り目にしないとは思いますが、歯科医療界では右図のような「**メタボリック・ドミノ**」と呼ばれる考え方があります。(図17)

これは、「**全ての病気の元は口にあります**」という考え方です。最近では、日本でも徐々に知られ始めております。

メタボリック・ドミノとは上記のような概念であり、左上の点線で丸く囲まれた部分、つまり全ての病気の元は「口」(歯周病やう蝕(虫歯))があり、それが脳卒中や脳血管障害、心不全、骨粗しょう症、早産(子宮萎縮)、そして糖尿病や高血圧などの成人病など、そこに記載される全ての病気の要因となっていると言われております。

ゆえに、最近では、意識の高い方は、3ヶ月に1度歯科医院へ通い、定期口腔メンテナンスを行っています。(※歯周病菌は3ヶ月で口腔内に増殖すると言われております。)



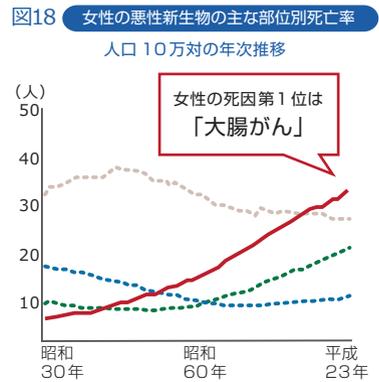
また、女性の死因第一位の大腸がん(図18)も、米国ケース・ウエスタン・リザーブ大学歯科医科部歯周病学教授のHan博士の研究で、口腔内の細菌「**フソバクテリウム**」(図19)の感染が影響していると言われています。特に、歯周病患者においては、フソバクテリウムの濃度が歯周病患者でない方と比較するとはるかに高いという研究結果が出ています。

これらは唾液検査を行うことにより発見できます。

次に「**口腔内の金属**」があります。右の画像は、米国で話題になり88万回再生された「SMOKING TEETH = POISON GAS」(You Tube)という映像です。(図20)

静止画なので(You Tubeは動画なので検索いただきご覧ください)わかりにくいとは思いますが、指で持った歯からうっすらと煙があがっているのがわかるかと思えます。

これは、歯科用修復剤の「**アマルガム**」が溶けて気体化している様子です。このアマルガムは、一般的な歯の金属詰め物であり、水銀50%+亜鉛などでできており、なんと、25度Cで沸点を迎えます。それが口の中の歯に詰められている訳ですから、お茶やコーヒーを飲むごとに、図20のように気体化し、口を通じ体内に入り込んで行く訳です。

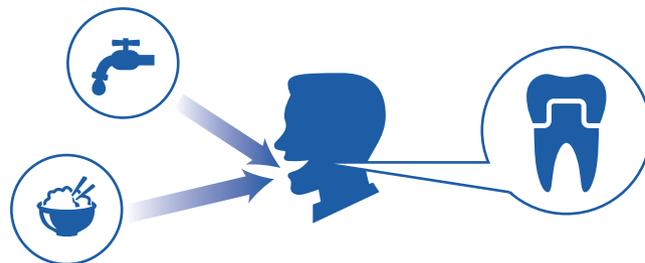


他にも、日常環境の中で、口から金属が入る可能性はあちこちにあり、予防医療として、それらも踏まえての口腔管理が重要と言われ始めています。(図21)

さらには、**全身予防のための食育の指導管理**のためにサプリメント(ドクターズサプリメント)による予防や未病対策を行う歯科医院も散見され始めています。

図21 口から金属が入る可能性とその症状

金属種類	ルート	症状
水銀	銀歯、歯の詰め物	神経症状、うつ、イライラ、慢性疲労、アトピー、自閉症
鉛	老朽化した水道管・排ガス	貧血、腹痛、不妊、認知機能低下
カドミウム	米の薄皮部	腎臓・甲状腺機能障害
アルミニウム	アルミホイル・缶詰・ベーキングパウダー	アルツハイマー、記憶障害、筋肉硬直
ヒ素	農薬・殺虫剤	嘔吐、下痢、痙攣などの神経症状
ニッケル	歯科用金属	アレルギー・喘息・皮膚炎



日本では、「歯科医院は歯を治療する所」と思われていますが、米国では「**病気を治してくれる人=医師**」、一方、歯科医院は、ただ単に歯を治す所ではなく、口腔全体に関わり、口腔の病気は勿論のこと、口腔を通じて行われる食育までを指導してくれる所、つまり、「**(私を)病気から守ってくれる所=歯科医院**」という考え方が当たり前として捉えられています。

そうなのです。米国では食など中心とする生活習慣の改善も歯科医師の役割となっており、「私を病気から守ってくれる人=歯科医師&口腔予防医療」との認識ゆえに、医師と同じくらいの立場、年収、尊敬度となり、従って、歯学部への入学レベルも医学部と歯学部では大差ないレベルとなっているのです。

その結果、歯科医師の職業人気ランキングは、常に上位に位置しています。

2015年時点での職業人気ランキング(The 100 Best Jobs)では、ナンバーワンにランクインしており、歯科衛生士(DH)も5位に、そして、同平均年収ランキングでは歯科医師は「146,340ドル(約1,700万円)」と医師について第2位に位置しています。(図22)

つまり、誰もが尊敬する、且つ、高収入な立場、憧れの職業に位置されているのです。

日本における「医療費の削減問題」、そして、寿命が尽きるまで元気に楽しく生活するためには食が重要であり、それは歯科医院の存在を現在の単なる歯を治す所から、歯を残し、口腔全体を管理し、且つ食育まで含めた全身管理までを診てくれるような健康ステーションにすることで、その結果、米国同様、「私を病気から守って

れる所(人)=歯科医院(歯科医師&口腔医療)」という存在に押し上げることが不可欠であり、そのためにも「口腔がん検診・口腔健診」の仕組みが実現するきっかけになるよう、日本中に推進展開していきたいと思っています。

図22 米国の職業人気&年収ランキング

出典：U.S. News & World Report



## 一般社団法人 口腔がん撲滅委員会 概要

このような中、皆様にはぜひとも、

✓ご自身で最低一年に一度は「口腔がん検診・口腔健診」を受診していただきたく存じます。

そして 知人に、友人に、広く世間に、

- ✓ 口腔がんの実情と悲惨さ
- ✓ 口腔がん検診へ関心を高め、受診してもらうこと
- ✓ 口腔健診の重要性を理解し、受診する習慣を定着させること

を伝えていただきたく、  
ご協力くださいますようお願い申し上げます。

## 具体的には…



ぜひ皆様の胸元に口腔がん撲滅運動の象徴である  
「レッド&ホワイトリボン」を着けていただき、

- ▶ ご友人や知人に直接お話しいただくこと
- ▶ Webサイトで告知いただくこと
- ▶ メルマガやブログで告知いただくこと
- ▶ メディアで告知いただくこと

などのご協力をお願い申し上げます。

「レッド&ホワイトリボン」の入手方法は、  
冊子裏面を御覧ください。

以上、皆様のご支援を頂戴しながら、  
我々、一般社団法人口腔がん撲滅委員会は、活動してまいります。

ぜひ、熱きご支援をよろしくお願い申し上げます。

■正式名称：一般社団法人 口腔がん撲滅委員会

■英文名：General Incorporated Association Committee of Oral Cancer Eradication

■所在地：〒162-0812 東京都新宿区西五軒町 6-10 神楽坂秋山ビル 5F

TEL：03-3235-1101（代表）FAX：03-3235-1105（代表）

mail：info@oralcancer.or.jp Webサイト：http://www.oralcancer.or.jp/

■設立年月日：2017年2月16日

■理事：代表理事 柴原 孝彦（東京歯科大学 口腔顎顔面外科学講座 主任教授）

専務理事 中谷 泰志（デジタルワン・グループ代表）

理事 野村 武史（東京歯科大学 オーラルメディスン・口腔外科学講座 主任教授）

理事 柳下 寿郎（日本歯科大学附属病院 歯科放射線・口腔病理診断科 教授）

■活動目的：

1. 日本における口腔がん死亡率（46.1%：2013年）を米国並み（19.1%：2013年）にすること
2. 日本における口腔がん検診及び口腔健診の受診率（2%）を欧米並み（80%）に向上させること  
※一般の方に、口腔がんの怖さ、口腔医療・口腔からの予防医療の重要性を理解していただくこと
3. 日本全国の歯科医院にて口腔がん早期発見の仕組みを普及させること
4. 日本全国各地域における歯科医療の病院連携の実現を果たすこと
5. 結果、歯科医療の価値を欧米並みに向上させること

## 口腔がん撲滅運動へ参画いただける皆様へ

2016年2月4日 初版第1刷発行

2017年5月1日 第3版第3刷発行

発行所 一般社団法人 口腔がん撲滅委員会

(http://www.oralcancer.or.jp/)

〒162-0812

東京都新宿区西五軒町6-10 神楽坂秋山ビル5F

TEL:03-3235-1101（代表）

FAX:03-3235-1105（代表）

メールアドレス：info@oralcancer.or.jp

発行者 柴原 孝彦（一般社団法人 口腔がん撲滅委員会 代表理事）

印刷・製本 株式会社 プリントバック

©General Incorporated Association Committee of Oral Cancer Eradication 2017, printed in Japan