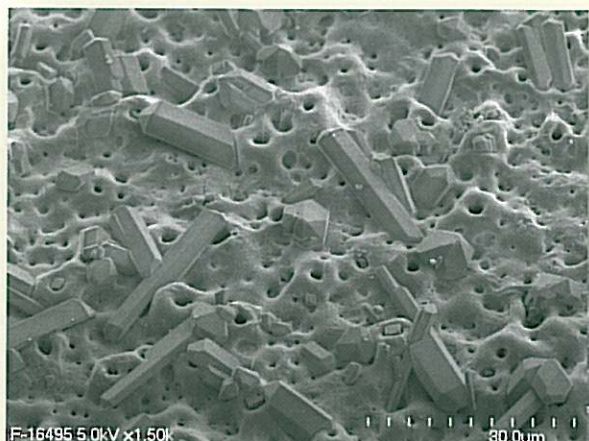


日本歯科評論

8

AUG.2010
No.814
Vol.70(8)

THE NIPPON **Dental Review** <http://www.hyoron.co.jp>



岩手医科大学歯学部
歯科補綴学講座 冠橋義歯補綴学分野
石橋寛二先生・武部 純先生
<私の研究室から>本文9頁



特別企画

コンピュータ支援システムを用いた インプラント治療

Implant Treatment Using Computer-Assisted System

／三上 格・吉村治範・坂本 裕・黒江敏史

私の“専門医”への道のり——日本小児歯科学会②

小児歯科医への一里塚／三浦 梢

病態を紐解き難易度を読む

——2症例の対比からわかる診査・診断の意義／林 美穂

“DH” あなたの出番です!

口腔内の特徴をどう捉えるか／大野綾子・牧 宏佳



あなたは Composer? Performer? それとも Conductor? —学際的アプローチの盲点

なか ほん えつ お
中原悦夫

医療法人社団協立歯科 クリニック デュボワ
〒100-0011 東京都千代田区内幸町1-1-1 帝国ホテルプラザ4階



西洋クラシック音楽の世界では作曲家を Composer, 演奏者を Performer, そして指揮者を Conductor と呼ぶ。作曲家は曲を作る専門家であり、オーケストラは演奏者がバイオリン、コントラバス、オーボエ、クラリネット、トロンボーン……とそれぞれの楽器に特化して演奏を担当している専門家の集団である。指揮者は、これらの専門家を束ねて作曲家が著したスコア（総楽譜）をもとに作曲家の表現要求を読み取り、演奏者の演奏を最大限に引き出しながらまとめ上げていく専門家である。したがって、同じ作曲家の同じ曲を同じメンバーのオーケストラが演奏しても、指揮者が違えば全く違った音楽になる。

これらの西洋音楽の専門家は「ソルフェージュ」と呼ばれる音譜力・聴音能力・表現力・音楽理論などの基礎教育を受けているが、「マエストロ」と呼ばれる指揮者

には人心掌握術も必要である。「炎のコバケン」こと指揮者の小林研一郎氏は、一瞬にして100人以上のオーケストラの“演奏者の心”を解放し、自由自在に音楽を仕上げてしまう「コバケンマジック」の異名をもつほどである。

作曲家は表現要求や思想を曲に置き換えたり、織り込んだりして、聴衆に感動を引き起こすが、ありとあらゆる知識と知性を備え、さらに演奏で用いるすべての楽器に精通していなければ曲は作れない。つまり、他の専門分野について特性を十分理解していなければ、曲は成立しないのである。ベートーベンがコントラバスの特性を知らなかったのか、あるいは当時の技術レベルを上げるために“将来弾けるようになるであろう”と期待して作曲したのか、「第九」には未だにどうしても演奏不可能な旋律がある、と言われている。

専門医と限定医

西洋音楽をいくつかの専門医がチームを組んで臨む「学際的アプローチ（Interdisciplinary Approach）」に置き換えてみるとわかりやすい。矯正専門医、口腔外科専門医、あるいは予防を担当する歯科衛生士はそれぞれ違った楽器の専門家であり、演奏者にあたる。つまり Performer である。チームのリーダーあるいは診療方針を掲げチームを率いる院長は、とりわけ Conductor ということになる。これで医療チームとしてはとりあえず形になっている。しかし、包括的な歯科医療に必要な各専門医が揃っていても、各自がタイミングをみて適時、治療に関わっていくしかない。これでは17世紀の作曲家・リュリが登場する以前のオーケストラのようなものだ。

それまではバイオリンマスター



が演奏と指揮を兼ねていて、各自が勝手に演奏をしていた。リュリは最初に指揮を専門に行った作曲家で、当時は作曲家が指揮者を兼ねることが多かった。指揮者が完全に独立するのはもう少し後のことである。現在のチーム医療は、リュリ以前のオーケストラ演奏者のように、専門医だけで診療にあたっていることが多い。

「専門医」と言っても2通り存在している。自分の専門分野を活かすために専門他科についても広く研鑽することに努力を惜しまない専門医と、自分の専門分野以外に興味を示すこともなく、専門他科と対等な専門的コミュニケーションすらとれない専門医がいるということである。双方とも各分野の専門的知識と経験、そして臨床的技術においても優れていることに違いはないし、診断においても的確であろう。専門性の高い分野で一定のトレーニングを集中的に積んでいるので、医療上の安全性や確実性もきわめて高く、その分野において区別はつけられない。

しかし、患者が受けた治療結果に大きな違いが生じているのも現実である。これは、患者にとって不幸なことである。

後者は「専門医」というより「限定医」である。言い換えると、双方の違いは専門医としての技能差やレベルの差ではなく“志”の違いである。突き詰めれば専門医における患者に対する視点の違いに起因している。視点が違えば診断後のプランニングにおけるゴールの設定におのずと違いが出てくる。患者に対する真の専門医の視点と限定医の視点は全く違うからだ。

限定医同士では基本的に「Interdisciplinary Approach」によるチームを組めない。得意とする分野における主張はできても、相互意見交換といったカンファレンスすらできないからだ。

総合芸術的アプローチ

医療チームには Performer と Conductor はいても、Composer が不在である。作曲家にあたる「総

合診断・総合治療計画の立案者」なしで、専門医がそれぞれのパートごとに診断して治療計画を立て、各自が進めるといった流れが横行しているように思われる。口腔あるいは身体全体で考えると、無駄な治療が行われたり、治療のタイミングがずれたり、治療の変更を余儀なくされたり……など、長い時間をかけて進められる治療や患者が各専門クリニックを回らなければならない場合において、これらの問題が露呈しやすい。

作曲家が書く交響曲のように、医療においても時間軸を伴った総合芸術的アプローチが必要である。互いの専門性（特性）や技術を学び合い、相互理解がなされたうえで Performer と Conductor、そして Composer が専門的に分かかれ、心・技・体が一丸となって同じ空間に一定の時間を費やして奏でる音楽。近代西洋医学におけるチーム医療には、西洋音楽の世界を参考にすると、将来像がしっくりと見えてくる気がする。