



これらのコラムは DENTAL DIAMOND 2012 年 1 月号～ 2013 年 12 月号に掲載されたものです。

【目次】

- 1、 “創造的歯科医療”時代の序幕
アンチバイオティクスからプロバイオティクスへ
- 2、 歯科医師を取り巻く現実のバードビュー
ミトコンドリアにフォーカスした最新レーザー療法
- 3、 歯科医師のプロフェッショナルリズム
「プロフェッショナルとは何か？」を追求した一冊
- 4、 患者の意思決定のメカニズム
発熱制御式高出力 LED によるホワイトニング
- 5、 患者の意思決定のメカニズム（続編）
抗菌薬に頼らない“光”による殺菌法
- 6、 患者-歯科医師の意識のレベリング
チタンインプラント体表層の光機能化によるアンチエイジング
- 7、 歯科医療のパラダイム
サプリメントの落とし穴を埋める一冊
- 8、 知のパラダイムシフトと臨床のパラダイムシフト
- 9、 歯科医療のクオリティ
“知のパラダイムシフト”から生まれた水素医学
- 10、 歯科医療のクオリア
1939年初、近代食への警鐘
- 11、 歯科医師ならアロマセラピーよりアロマセラピーの導入を！
遺伝子検査も“医療”より“美容”が先行か！

- 1 2、“食育”-食を経済行為で扱ってしまった代償
彼の非凡さをこの国は見逃さなかった“料理マスター”北澤和正氏
- 1 3、“食育”-食と食の問題の本質
万病の元である口呼吸に一役
- 1 4、歯科医療の時間の概念とシンクロニシティ
天然の抗生物質といわれるグレープフルーツシード
- 1 5、耐久年数と歯科医療
いざという時、なれない気道確保に助人！
- 1 6、マイクروسコープが起こす第3の波
葬られた病因説
- 1 7、クラシック歯科医療
画期的なアイデアが生んだ高濃度水素水
- 1 8、患者と歯科医師の縁
天然のポリフェノールや生薬による総合抗菌・抗真菌療法
- 1 9、歯科医師のディシジョンメイキング-感性と理性の平衡
最新滅菌器の崇高な概念
- 2 0、歯科医師の危機感
最新の洗浄機の崇高な概念
- 2 1、患者のためにならない、医療のポピュリズム
模型に込められた天然歯形態の半世紀
- 2 2、歯科医師の社会性
審美歯科のオーソリティー“桑田正博”
- 2 3、歯科医療ビッグバンと一元論
分子レベルで栄養学を捉える時代
- 2 4、近代歯科医療の行方
料理マスターズ顕彰制度

中原 悦夫

東京都・協立歯科
クリニックデュボワ

“創造的歯科医療”時代の序幕

連載にあたって～新しい歯科医療概念の提案～

歯科医療を取り巻く環境は、よくも悪くもこの20年間で激変しました。更に、今後は価値観の変化を伴い、文明の変化という大きなうねりに私たちの環境も影響を受けることが余儀なくされると思われま

す。私が大学を卒業したのは1984年です。その6年前、大学に入学したころは、歯科医師という職業はまだ花形で、入学と同時に社会的地位などあらゆる面で保証された存在だといわれたものでした。しかし、卒業するころには雲行きが怪しくなり始め、卒業式で「歯科界の現状は今が底だから、これ以上悪くなることはないから……」と励ましの祝辞を述べた当時の病院長のお言葉が、今も脳裏に焼きついて離れません。

その後、状況は年々悪化し続け、日本経済の低迷は歯科医業そのものに影響を及ぼし始めました。しかし、国民の価値観が我々より先に変化し始め、医療費にも消費という位置づけが定着し始めたことにも気づかされました。一般に、保険診療報酬だけでは歯科医院経営が難しいことから、その25%程度の自費診療報酬が加えれば平均的な安定経営ができると分析されていましたが、2010年はそれが20%を割り込むことになりました。これこそ、消費者であり、また患者でもある国民の意識、価値観の変化を物語っています。

今回の連載企画は、従来の王道であった歯科医療の概念が時代の変化とともにそぐわなくなってきていることを受け、歯科医療の本質的価値をもう一度模索し、読者の皆様と一緒に考えていくためのたたき台としてこれまでの経験を元書き下ろしていく、いわば“新しい歯科医療概念の提案書”です。単に新しい歯科医療技術や歯科医療機器・材料を症例とともに紹介するのではなく、新しい歯科医療概念を匂わせる機材・薬剤開発コンセプトに裏付けられたアイテムを取り上げながら、医療の本質とは何か、コンセプトとは何か、患者の真に求める医療とは何か、またどうしたらそのような医療を提供し得るか、それぞれの答えが導き出されることになれば幸いです。



歯科医療概念の定義

“創造的歯科医療”という概念は、あまり見慣れない、また聞きなれないかと思えます。“治す”あるいは“施す”という治療概念は、あくまでも“元の状態に回復する、あるいは戻す”ということです。つまり、健康な状態に

戻す、痛みのない状態に戻す、元の形に戻すことを意味します。それらを歯科では“回復的歯科医療”という概念として括ると、現在の歯科医療の大半がこれに該当します。

それに対し、“創造的歯科医療”は歯科を越えてあらゆる医療を統合したり、和合したり、プロモートしたり、コーディネートした

りして、健康と美しさを保つという患者の未来をも包括して考察する医療に、空間的、時間的広がりをもみせる概念です。なおかつ、現在ある回復的歯科医療をも包括してしまう総合歯科医療概念です。従って、その中身の問題というより、中身の組み合わせ方や組み合わせる順序に重きをおくことにより、あらゆる相乗効果を期待できる可能性があるのです。

繰り返される回復的歯科医療

私たちは長い間、疾患のなかでも高罹患率のう蝕、そしてギネスにも登録された世界で最も罹患率の高い歯周病と向き合ってきました。特に20世紀に入ってから近代西洋歯科医学の発展は、苦痛を取り除くための口腔外科に始まり、保存、修復、補綴といった人工物による機能回復を施す医療へと進化してきました。更に、幼児期の早期治療の見地から、小児歯科の専門性、咬合誘導や不正咬合の治療の見地から矯正歯科へと分岐し、追従するように各科も専門的攻究の結果、専門医あるいは認定医としての専門的歯科医療の道が拓かれていきました。

しかし、これらの学術的、あるいは技術的発展は、疾患によって侵された状態からの回復的歯科医療の域を脱することはありませんでした。また、あらゆる分野において露呈している専門化の弊害ともいえる包括的、あるいは学際的アプローチの欠如により、多くの患者は疾患スパイラルから抜け出せず、生涯にわたって修復や補綴といった従来の回復的歯科治療が繰り返されています。つまり、**18世紀から歯科医療概念は全く変わっていないのです。**

創造的歯科医療へのパラダイムシフト

一方、20世紀末にはようやくう蝕や歯周病の病原菌とその作用機序が次々解明され始め、歯科医学は各疾患からの本格的な予防が可能となるまでに発展してきました。時期を同じくして、専門化の弊害に対してようやく学際的アプローチの重要性が見直され始め、臨床的にも予防と治療が同時に患者へと提供できるに至り、ヘルスケア、あるいはヘルスプロモーションという新しい概念の歯科医療が確立されてきました。

これにより、**単なる口腔内の部分的回復から学際的回復という空間軸へと広がったことに加え、予防やヘルスケア、あるいはヘルスプロモーションといった時間軸が加わった歯科医療概念が生まれたのです。**つまり、これまでの苦痛からの解放、機能的回復といった医療満足度にQOL (Quality of Life) という新しい満足度が加わり、患者個々のニーズに対応していく時代へとシフトしつつあるのです。患者の現状を専門的学識によって1歯単位から1口腔単位に、そして全身に至る**空間的広がりという創造性**、更に再発防止やカリエスフリーの達成、ついには審美的持続性、抗加齢的ニーズを満たす長期的視野に立った時間軸を伴う診断と治療計画により、**時間的な広がりという創造性を併せもった概念**、すなわち**創造的歯科医療概念への移行の時期**にさしかかっているのです。

マイナーチェンジを繰り返す 保険医療制度

こうした歯科医療の新しい概念の普及には、当然時間がかかります。現行の保険医療制度

は、昭和30年代の口腔衛生状態を鑑み、当時の歯科医師不足などの社会的背景が制度に反映されています。ですから、一刻も早い国民の口腔衛生状態改善と口腔の機能的回復を最優先させた歯科医療概念を元に、制度化された保険医療制度に則って提供される公共事業的歯科医療です。また、当時の日本経済や社会情勢を元に保険点数が評価され、以後定期的に時勢に合わせて改定されながら、国民皆保険制度でもあるために、個々の医業経営は完全に保険制度に乗っかる形になりました。

歯科では、差額徴収時代などの変遷の末、現在の一部混合診療を認めたかのような形に

至っています。また、歯科医師人口の増加に伴い、現在では保険収入に対し25%の自費収入が保険収入に加わって初めて歯科医業の平均的な安定経営に繋がるといわれています。

臨床的普及の障壁と変化

一方、1984年から実施されてきた中学1年生の平均う蝕罹患率の調査では、当初4.75本だったのが2009年には1.4本と、実に1/3に減少しています（厚生労働省）。これは口腔疾患に取り組んできた歯科医師の勝利であり、誇るべきことです。

また、低迷する日本のGDPは2010年、つ

The Choice アンチバイオティクスからプロバイオティクスへ

近代西洋医学の立役者を上げるとすれば、やはり外科手術と抗菌薬でしょう。東洋医学やそれまでの西洋医学において、細菌の存在は明らかになっていませんでした。その存在が明らかになってからは、細菌を人体に害をもたらす侵入者として、アンチバイオティクス（抗菌薬）をもって徹底抗戦してきました。次から次へと開発された抗菌薬。しかし、細菌も次から次へと耐性を持ち、抗菌薬の開発の限界から、製薬メーカーの新薬の開発は減速してきています。

一方、同じ常在菌でも体によい細菌と悪い細菌がいることがわかってから、いわゆる善玉菌と悪玉菌の存在が取り沙汰されてきました。更に、細菌との共存による利点に注目が集まり、相次いで新しく体によいとされる細菌が発見され、その菌を体に取り入れて健康維持に役立てようという新たな概念が生まれてきました。それがプロバイオティクスです。つまり細菌との共生です。あるいは、体によいとされる細菌と悪いとされる細菌を戦わせることで体によいフローラのバランスを保ち、その結果、宿主との良好な共存共生を期待するという考え方です。



▲ *L. reuteri* DSM 17938 (ATCC 55730) と *L. reuteri* ATCC PTA 5289 の 2 菌株を含有したタブレット『プロデンティス』（BioGaia 社）

歯科領域においても、大量の研究をもってエビデンスを確立した製品がようやく登場しました。BioGaia 社（スウェーデン）の『プロデンティス[L.ロイテリ菌(*Lactobacillus reuteri* Prodentis)]』です。この製品は強力なロイテリン産生により、口腔内病原菌を抑制する菌株とマクロファージを沈静化し、TNF- α （炎症促進物質）をブロックして炎症を軽減する菌株の2菌株で構成されています。う蝕、歯周病に関与する口腔病原菌を減少させながら口腔内フローラを整え、プラークを抑制し、更に歯肉炎のサイトカインを減少させ、歯肉からの出血を減少させる効果があります。プロバイオティクスは、当然、治療に用いることができますが、本当に効果を発揮するのは歯周病治療後のメンテナンスの段階です。

いに中国に抜かれて世界第3位に後退し、日本の長引く景気低迷の影響により、自費率の平均が20%を割り込む可能性が取り沙汰されています。個々の医業経営は、当然イノベーションを迫られることとなります。しかし、保険診療報酬は公共事業による税金からの受益的性格をもち、福祉政策という社会主義的保護の下に経営の母体をおいてきたために、経営変革が容易にはできないという医業経営的側面も、歯科界が抱える大きな問題です。こうした社会的、経済的、そして歴史的背景が、新しい歯科医療概念の臨床的普及の障壁にもなっています。

このように、歯科医学の発展とそれに伴って歯科医療機器や薬剤、材料が進歩する一方で、医療制度そのものが新しい歯科医療概念にそぐわなくなってきた問題、歯科医師をはじめとする歯科技工士や歯科衛生士等の人口と、その年齢別分布のバランス問題、日本の経済問題など、歯科医師個人の力ではどうにもならない問題がたくさんあるために、何から手をつけてよいかわからないのが現況といえるのではないのでしょうか。

しかし、患者の意識も一部の歯科医師の意識も確実に変わりつつあります。臨床では、少数派である一部の先頭集団と、現状の歯科医療に従事する多数派の集団との間には、約15年の時差がつきまとうといわれています。

20年前に“審美歯科の概念”が打ち立てられたときも、当時の多くの歯科医師はその概念を理解できず、反医療的行為と誹謗する者まで出る始末でした。患者に至っては、「審美」という言葉すら聞いたことがないという状態でした。ところが、15年も経てば、看

板やHPでご覧のとおり、「審美歯科」を標榜していないクリニックは皆無に近いところまで浸透してきました。



新しい医療に対する敏感な価値観

アメリカでよく使われる格言の一つに、“***It's not easy to be change a system, but you can change!***”があります。組織や制度を変えるのはいつの時代でも容易くはありませぬ。しかし、私たち歯科医師の意識改革は、個人の努力で如何ようにも変えられます。**従来^{たやす}の回復的歯科医療で歯科医業が成り立つ時代は、終焉を迎えようとしています。しかし、これこそ倫理観を携えた歯科医師として誇るべき事実です。**

マーケットにおいても、そのことが鮮明に現れてきています。消費者である患者は、繰り返される高額^{たやす}の歯科医療にもはや価値を見出せなくなってきたのです。それよりも、通院回数は増えても健康を守る、治療した歯をできるだけもたせる、きれいな人工物による修復よりも生まれもった白い歯をより白く美しく健康に維持することに価値を見出すように進化してきているのです。そのために必要な矯正治療に対しては年齢を厭わず、ヘルスプロモーションにかかる年間コストを十分に理解しています。これこそ回復的歯科医療のニーズから創造的歯科医療のニーズへの変化、歯科医療に対する価値観の変化の現れです。

“審美歯科の医療概念”が普及するときも、歯科医師の意識より患者の意識のほうが先行していました。何より、新しい医療に敏感な価値観を備えていたのは患者のほうでした。

One & Only

中原 悦夫

東京都・協立歯科
クリニックデュボワ

歯科医師を取り巻く現実のバードビュー

どこかへ旅に出かけようとするとき、私たちはまず行き先を決め、次にどこから旅に出るのかを明確にします。今どこにいるのか、あるいはどこに住んでいるのかをしっかりと認識しなければ、詳細な計画など立てられません。

同様に、歯科医療の本質的価値や将来像を探る旅も、私たちは今、どのような地域で、どのような環境で、そしてどのような社会的な制度の下で歯科医療に従事しているのか、という現状を改めて認識し、またその現状を受け入れたうえで探訪していかなければ、歯科医療の本質的価値や将来像を見出せないばかりか、それは単なる理想論、あるいは空論になってしまいます。今回は、これまでの歯科界を取り巻いてきた社会的環境を、少し違った角度から俯瞰してみたいと思います。



歯学部定員割れの意味するもの

ついに歯学部も定員割れの時代を迎えました。歯科医業が斜陽期に差し掛かったことが一般社会にも認識され、日本の将来を担う受験生たちが他分野に目を向け始めたということです。とはいっても、歯科医師という職業のやりがいのうち、単に経済的側面での判断にすぎないのですが。充実した歯科医療に従

事している方には斜陽期にあるという感覚すらわからないかもしれませんが、歯科医師を目指す受験生のモチベーションが他の職業へのそれに比べて下がってきているのは事実です。歯科医師という職業に対する偏見や誤解もあるかもしれませんが、受験生たちに歯科医療の本質的な価値や社会貢献度が理解されないまま、経済的側面だけで将来の選択肢から外されてしまうのは悲しいことです。

この予兆と思われる時期が30年間ほど続いていました。歯科医師がこぞって“開業”を“目的”とした時代です。開業することに何の問題もありませんが、それ自体が歯科医師個人の目的となってしまったときから、医療の分散による商業化が潜在的に始まっていたわけです。理想的な医療を施すには複数の歯科医師の診断、ないしは情報のシェアがとても重要です。医療の質を担保または向上するには、個人より複数の歯科医師によるチーム医療のほうがはるかに効率的で、かつ安全性にも繋がります。患者にしてみれば、昨今のようにセカンドオピニオンをとる必要性も軽減し、更に運営上も大型の診断・治療機器や事務機器、あるいは受付や一般事務の人材においても共有して合理化できることはたくさん

あります。こうした患者に有益な医療環境や社会的役割より歯科医師個人の満足度を優先した結果が、歯科医療経済の低迷を2次的に引き寄せた、といっても過言ではありません。

ある一面を垣間見てみましょう。実践的なトレーニングプログラムが充実しているとは言い難い日本の歯科医療教育の状況下、卒後、初めての本格的な臨床経験の多くが勤務医として始まります。勤務医は概ね“代診”という、あくまでも院長の代わりの歯科医師としての地位や権限までしか与えられず、基本的スキルの差がある場合も多いために、院長と対等に意見交換し難い環境でスキルを積み上げていきます。従って、“代診”は日常的にリスクを負わない一般的な治療を担い、管理責任者である院長を越えるスキルを代診の立場で行いにくい環境というのが、これまでの日本の歯科医療現場です。その結果、経済的側面の打開を図るとともに、より自由な立場で医療を行いたいという思いから開業が一つの目的になってしまうのは無理ありません。この点、**諸外国では個人開業以外にパートナーあるいはアソシエイトという対等な職責と立場で歯科医療に従事できる環境が整備されているところもあります。**

このように過去30年を振り返るだけでも、開業こそ歯科医師の自己実現であり、夢を叶えるための第一歩であった感は否めません。しかし、その数が増えるにつれ、歯科医師には無縁であった経営という波にのまれることになり、市場原理にさらされることになったわけです。つまり、**日本の歯科医療もマーケティングの概念を意識しなければ存続が危ぶまれる時代**になってしまいました。

一方では、歯学部定員割れが生じ始めたと同時に、ようやく日本の本質的な歯科医療の将来像が描ける時期が来たとも考えられます。このことを進路決定の時点で感じ取り、あえて歯学部を受験する感性豊かで、将来有望な日本の歯科医師の将来像が楽しみです。



もしも日本に“厚労省”が2つあったなら

これまで歯科医師は、厚生労働省を中心とした制度や仕組みに手厚く保護されながら、その枠内で運営してさえいけばさほど不自由なく、経営努力なくしても食いはぐれることはありませんでした。

日本の医療を次のように例えて捉えてみてください。“厚労省”という名の株式会社が、“社会保険”あるいは“国民健康保険”という会員数1億3千万人の会員制医療サービスを組織し、一方で医師や歯科医師を“保険医”という名で登録させ、“保険医”が会員の診療に当たる場所を“保険医療機関”として指定しているとします。“厚労省”は会員や保険医に対しさまざまな規定を設け、運営しています。会員である国民は、病気になったら“保険証”という会員証を“保険医療機関”の指定病院や指定診療所で提示すれば、どこでも平等に医療サービスを受けられます。医師や歯科医師は得意分野(診療科名)を、医療機関はその名称や所在地だけを明確にしておけば、自動的に会員が患者として雪崩込みます。ですから、医師や歯科医師は“保険医”登録し、その嘱託医として従事していれば、治療費の設定はおろか、マーケティング等のプロモーションを個人で行う必要がないのです。全国民を会員とするような巨大な会社は、商業なら独占禁止

法に抵触する規模ですから、医師や歯科医師は“厚労省”の囑託医にならないかぎり、つまり“自由診療”という医師や歯科医師本来の診療形態ではこの国で生きていきにくいのです。だから仕方なく“保険医”にならざるを得ないのが現実です。

一方で、美容外科や出産、そして歯列矯正等、早くから独自のマーケティングを確立してきた分野もあり、我が国でも“自由診療”として成立している診療科もあります。しかし、それは単に“厚労省”がそれらの分野を重く受け止めてこなかった結果、隙間を縫って成立し得たマーケットです。“厚労省”が保険で認める診療、例えば歯内療法や口腔外科等を専門に自費で行う場合のほうが、はるかに高度な戦略やマーケティングが必要になるのです。

公共事業としての医療費の伸びは国家のマイナスイノベーション経済そのものでありながら、事業仕分けの対象にもならず、医療という大義ゆえこの医療システムは税金で手厚く保護され続けています。従って、我々は“保険医”という肩書きを得たときから、受益者としてこれらの恩恵を受けられるのです。このように穿った見方をしても、医師や歯科医師、そして患者にとっても、確かに都合のよい医療費回収システムであることがわかりただけだと思います。

どんな分野でも、永久に都合のよいまま続くことはありません。患者と医師、歯科医師にとって都合のよいシステムは、逆に世界の潮流に則った最新医療の提供を阻む手枷足枷になったり、患者の医療の選択肢を狭めたりします。また、昨今の日本経済の低迷によって税収は減り、財源の目減りを理由に財務省主導で医療費抑制策が実施された結果、医療機

関は赤字経営を余儀なくされています。由々しきことは、これらの結果から医療の質の低下を生じてしまうことです。

私たちは電力会社を選ぶことができません。その地域に一つしかないからです。電気料金も提供する側の自由自在です。市場の競争原理は一切働いていません。政官学そして民がこぞって護送船団方式で進めてきた最中に起きた福島第一原発の事故は、日本のあらゆる分野の現状を浮き彫りにしています。

もしも日本に2つ以上の医療サービス組織があったのなら、結果は違っていたかもしれません。1つだった電電公社が民営化し、複数の企業の参加が容易になった結果、我々は機能性、安全性、快適性に加え、個人の用途により価格も選べる現在の通信事情を存分に享受しています。エネルギーも医療も、もはや聖域ではなくなろうとしています。人間の性ゆえ、**医療も市場原理にさらす必要がある大転換期に差し掛かっている**のかもしれませんが。



価格決定権をもたない経営は、経営とは呼べない

今回はミクロ経済学から歯科医院経営の実態を俯瞰してみましょう。ジェローム・マッカーシーが1961年に提唱したマーケティングの4Pといわれる要素があります。それはProduct(製品)、Price(価格)、Promotion(プロモーション、広告)、Place(チャネル、立地)という4つで、どれもマーケティングにとって必要不可欠とされています。これらを歯科医院でのマーケティングに当てはめると、Productは治療や技術そのものですが、その内容は制限されています。Priceは価格で、保険適用内の処置はすべて保険点数表に従わ

The Choice ミトコンドリアにフォーカスした最新レーザー療法

ミトコンドリアでエネルギーを生産していることは知られていましたが、細胞のアポトーシスが細胞核の DNA よりむしろミトコンドリアと深くかかわっていることが明らかになり、ミトコンドリアは一気に注目され始めました。そして有性生殖や性が2つ存在する理由、更に老化の原因もミトコンドリアによって説明がつくほど、生命の進化に深くかかわっていることがわかってきています。

ミトコンドリアで生産されるエネルギーの通貨といわれる ATP (アデノシン三リン酸) の働きにより、細胞分裂が促進され、細胞や DNA が複製され、脂質やたんぱく質が合成されます。また ATP はミトコンドリアが傷ついたゲノムをもつミトコンドリアを自らアポトーシスに追いやりながら、年齢とともに高まる活性酸素によるリスクを総合的に調整し、あらゆる生命活動の源泉として存在しています。

このミトコンドリアに光生体刺激効果を発揮するコールドレーザー Lumix2は、LLLT (低出力レーザー療法) の組織浸透性を大きく変え、深部細胞のミトコンドリアの ATP やプロテインの生産を促し、

活性酸素種の調節、細胞増殖の促進、伝達物質の調節、創傷治癒、炎症及び痛みの緩和を担ってくれます。歯科領域では、歯髄炎、歯周炎、顎関節症、舌痛症、三叉神経痛、そして矯正時の疼痛等緩和、手術後の組織治癒や矯正時の歯牙移動の促進、歯牙の動揺を抑えたり、オッセオインテグレーションを促進したり、多方面における効果が確認されています。コールドレーザーはミトコンドリアに着目した次世代医療を予感させる最新の治療法です。



◀ 歯科疼痛の緩和のみならず、自然治癒能力を向上させるコールドレーザー Lumix2 (製造元: USA Laser、国内総販売元: ㈱ウェイブレンクス [<http://www.lumix2.jp/>])

なければなりません。Promotion は広告や広報です。我々は歯科医師法により、基本的に広告が規制されていますが、広報は積極的にやらなければならない立場にあるのです。4つのPのうち3つが厚生労働省によって統括され、我々に唯一自由があるとしたら開業場所の Place のみです。立地以外に特徴を出すことが制限されているため、これつまり **歯科医院経営は“地の利”**といわれる所以でもあるのです。

このように、価格決定権のない保険診療のみによる歯科医院経営は、経営というにはほど遠いものです。いっそのこと Place も国家に提供してもらえれば、完全な社会主義的医療政策として、キューバのようにもっと世界に誇れる医療システムを確立できたかもしれません。もっとも、保険医の認定と保険医療機

関の指定という二重指定により、我が国はほぼそれに近い状態を実現しているのです、ある意味では世界に誇れる医療制度でもあるのです。

このように、我が国の医療経営の経営母体はあくまでも国にあり、病院やクリニックは運営母体にすぎないというのが現実的な見方です。そして、医師会・歯科医師会や各種協会等の団体は管理責任者のための組合のような機能を呈しているのです。

日本社会における歯科医療の現実の構造を角度を変えて捉えつつ、ビックバンのごとく、世界中で今この瞬間にも進化し続けている最新医療を臨床の場で、いかに自由かつ同時に患者に提供できるかを考えることは、患者の利益に通じ、医療の本質に近づく一歩となるのです。

One & Only

中原 悦夫

東京都・協立歯科
クリニックデュボワ

歯科医師のプロフェッショナリズム

歯科医師の仕事がこれまで以上に多様性をもつようになると、従来のような特殊な聖域としての守護のなかで仕事をしてきた環境から一般社会環境へと、一步踏み出すことになります。そうすると、“歯科医師とは何か”という基本的な問いかけを、自分自身のなかで一般常識と照らし合わせながら再考することが必要なのではないのでしょうか。



患者と歯科医師は対等か？

学生時代に、「患者さんは弱い立場にあるのだから……」と序列関係の強い歯学部で教育を受け、歯科医師になったらすぐに「先生」と呼ばれて毎日頭を深く下げられていると、自ずと歯科医師の立場は患者より上にあるような錯覚に陥ってしまうものです。患者のほうも歯科医師を“先生”と呼んでいると、学童期からの習慣で指導を受けている立場と重なり、歯科医師が上で患者が下という構図をあてがってしまい、お互い無意識に序列をつくり出してしまいがちです。

一方、資本主義経済が幅を利かせ、お金を持っている人があらゆる面で有利で、発言力も強く、お金持ちが上で貧乏人が下という構

造がまことしやかに憚り、商いの世界においてもお金を使う人が上でお金を払ってもらう人が下といった立場の違いが如実にまかり通るのは、いつの世も同じです。

医療の発展とともに、我が国でも保険外の医療の需要も顕在化し、多様な選択肢が用意され、**患者も消費者としての感覚で医療を選択できる機会が一部で増えてきました**。そうすると自己負担が大きいだけに、従来の歯科医師と患者の立場が逆転して写る情景が、医療現場で醸成されてきます。行きすぎると、“モンスターペイシエント”というフレーズが流行した時期を思い起こされることと思いますが、医師や歯科医師が患者の奴隷になって働かされているような状態に陥ることもあります。

こうした風潮が醸成されるのは医療現場にかぎらず、指導する“先生”と指導される“生徒”といった明らかな上下の序列が存在する教育の現場においても、立場が逆転した“モンスターペアレンツ”が影を漂わせています。

これらは、あらゆる専門家の信頼の失墜によるプロフェッショナリズムの崩壊とともに、ネットの普及によるメディアの大衆化により、

ポピュリズムが台頭してきた昨今の社会現象に、経済情勢も複雑に絡んだ結果だと思われます。つまり、**プロフェッショナルである我々歯科医師の日々の姿勢が社会現象を誘起した**といえなくもないのです。

一般に、プロフェッショナルは顧客のことを自分の提供するサービスをお金で買ってくれる単なるお客様とは見なさないため、“カスタマー (Customer)” という言葉を使わず、自分が問題解決の仕事をする相手という意味で“**クライアント (Client = 依頼人)**”と呼びます。

医療界において、患者はカスタマー (お客) ではなくクライアント (依頼人) であり、**歯科医師と患者の立場は“対等”な関係**なのです。



“恩恵”と“自律”の対立構造

医療倫理において最も大切な原則は、「**恩恵の原則**」(医師・歯科医師は患者に、患者にとって最大の利益となる恩恵を与えるべきであり、患者の弊害を防いだり取り除いたりしなければならない)と、「**自律尊重の原則**」(医師・歯科医師は患者をみるときに、自分の行動や意思決定において、彼らが自らを適切に管理するものとしてみなすべきである)の2つで、それぞれ固有の方法で“患者の最大の利益”を高めることを表現しています。前者はヒポクラテスの誓いのような医療倫理学の歴史に、後者は哲学の歴史と米国の判例に、それぞれの原理を依拠しています。

「恩恵の原則」に従って医療行為を進めていく場合、我々はプロフェッショナルとして**依頼人である患者に最大の利益を与える治療**

方法を選択しなければなりません。しかし通常、その治療の意思決定は歯科医師が患者の了解のうえで下し、患者はそれに従って治療を受けることとなります。しかし、もう一方の「自律尊重の原則」に従うと、**すべての意思決定権は患者にある**こととなります。

さて、ここで患者の意思決定する能力が低下していたりなかったりした場合、患者に最大の利益を与えるために、「恩恵の原則」に従ってプロフェッショナルである歯科医師が患者に代わって最終的な意思決定を行うのが妥当かもしれません。しかし、もし患者が治療を拒否したとしたらどうなるでしょうか。患者の治療拒否は「自律尊重の原則」に従って無視できません。治療をしなければ患者にとって不利益になることが歯科医師として既知のことであれば、治療をしないという歯科医師の意思決定はプロフェッショナルとして恩恵の原則に反します。

ここで、歯科医師と患者の立場は対等ではないと仮定しましょう。歯科医師のほうが患者より上の立場でこの問題を扱うと、「恩恵の原則」に従って、強制的に治療を進めることが倫理的にもまかり通ってしまい、「自律尊重の原則」は軽視されてしまいます。逆に、患者のほうが歯科医師より上の立場とすると、「自律尊重の原則」に縛られてしまい、歯科医師として患者の最大の利益を与えるべき治療に踏み込むことができず、歯科医師は「恩恵の原則」に反する意思決定を余儀なくされてしまいます。

このように、医療行為においては、プロフェッショナルである歯科医師とクライアントである患者が対等でも、この2つの倫理観

は理論的に対立しているのです。それ故、我々歯科医師の臨床における意思決定と患者の意思決定には、崇高な徳義と美徳が必要であり、そしてそれは歯科医師自身の個人的な利益ではなく、患者の最大の利益を高めるためなのです。「患者との信頼関係」という一言も、このような複雑な対立構造のなかで構築していかなければならないわけで、論理を超えた徳義や美徳をもち合わせた人間性が要求されているのです。

価値観や感性は個人のなかで一貫している

臨床において、我々歯科医師が患者に治療について具体的な説明をし、解説を加え、患者が正しく意思決定をするために必要な情報を明らかにしたうえで、患者が意思決定した治療を尊重する姿勢は、徳義と美徳をもって患者と歯科医師の双方にすばらしい結果を与えてくれます。

そのためには、我々がプロフェッショナルとして考慮すべきことがいくつかあります。具体的には、患者の年齢等の肉体的精神的状態や、病気の性質のような一般的に考慮しなければならない事項以外に、3つのポイントがあります。

1つめは、**患者が治療に関してある程度の区別と合理的な選択をする能力があるかどうか**です。ただ一方的に説明をして同意を得るのではなく、患者が意思決定をするのに十分な知性と合理性を有しているかを熟察することが必要です。

2つめは、**患者の決定したことが患者自身の安定した価値観と一致しているかどうか**です。患者の安定した価値観を表しているよう

な決定は、自律ある決定そのものです。患者の安定した価値観とは、患者の個性、性格、考え、信念等といった患者が通常の状態で一貫している言動や決定を比較考量すると浮き彫りになってくる、個人のなかで一貫している価値観や感性のことです。

3つめは、**治療を担当する歯科医師の態度や価値観がその患者の価値観と近接しているかどうか**です。このような患者の価値観と治療を担当する歯科医師の価値観とが、一致ないし近接していることが、潜在的に要求されているのです。これは患者の価値観に歯科医師が歩み寄り、患者に迎合しろということではありません。むしろ、価値観の合わない患者とは、その患者の価値観に合う他の歯科医師を紹介する等の配慮も必要であるということです。

これまでのような単発的あるいは一時的に対処する回復的歯科医療であれば、多少の価値観の不一致は片目をつぶって治療に当たることができました。しかし、予防、ヘルスプロモーション、そしてアンチエイジングのような**創造的歯科医療においては、患者との関係において“時間軸”が存在する**ということを理解しなければなりません。長期的にお互いの信頼関係を維持していくためには、患者に合理性のある理解を求めることができなかつたり、患者が不安定で一時的な気まぐれな価値観に惑わされたり、お互いの価値観に不一致があつたりするのは難しいのです。

患者の最大の利益を追求するためにも、我々歯科医師や医療関係者の充実した歯科医療を追求するためにも、これらは重要な事項なのです。



The Choice 「プロフェッショナルとは何か？」を追求した1冊



▲『プロフェッショナル原論』
(波頭 亮著、筑摩書房)

患者という依頼人は、自分自身の肉体と精神のいわゆる管理責任者であり、会社でいえば代表取締役社長のような存在です。自分自身の身体と心を携えて病院や歯科医院にやって来ます。そして、医師や歯科医師の仕事は、その社長の悩みごとの相談に乗り、必要な調査をし、必要に応じて専門的なアドバイスをすると同時に、専門部隊を派遣して、疾病状態から安全に、そしてより快適な健康状態に戻してあげることです。

従って、自分の身体と心を運営する総責任者である患者自身と医師・歯科医師の関係は、会社の総責任者である社長と経営コンサルタントとの関係に等しいといえます。特に、これまでのような治すことが主たる仕事だった回復的歯科医療の時代から、より健康に、より若々しく生きるために来院する創造的歯科医療の時代においては、まさにコンサルタントそのものの仕事が欠かせなくなります。

では、コンサルタントとはどういった仕事なのでしょう。その原点を追求した1冊が、波頭 亮氏の『プロフェッショナル原論』²⁾です。

波頭氏は、

「……プロフェッショナルが厳しい修練や掟と引き換えに得ることができるまず第一のものは、自由である。そしてインディペンデント性と表裏一体の関係で得ることができるのが、組織に帰属しなくても生きていけるという安心感である。プロフェッショナルは、自分の仕事が生み出す価値の源泉がすべて自分自身の内にある。」(本文より引用)

と哲学的に語る一方で、プロフェッショナルを3つの形態的要件と2つの意味的要件に分けて定義するなど、曖昧に捉えてしまいやすいプロフェッショナルの概念を、極めて論理的に分解して説明しています。

一般に、コンサルタントの仕事は、医者の仕事に例えて説明されることが多いようです。我々歯科医師のプロフェッショナルリズムとはいったい何なのか、あえてコンサルタントの草分けである波頭 亮氏が書き下ろした本書を参考にして、読者諸氏には実りある充実した歯科医師人生を送っていただきたいと思います。

『プロフェッショナル原論』は、波頭氏の膨大な知性と経験、そして氏の誠実な人柄ゆえに成し得た正書です。



プロフェッショナルとは スペシャリストになることではない

昨今の日本の歯科医療はアメリカの医療制度に追随し、専門医制度や各学会の認定医制度を推進しているため、取得ブームになっています。ほとんどの学会で認定医資格を創設し、会員は認定医資格の取得を当面の目標に

研鑽しています。また、最近の学生の多くは歯学部を卒業後、臨床研修を終えたら次の目標として認定医や専門医資格の取得を挙げる傾向にあり、歯科医学の教育方針のあり方が窺えます。

歯科医療の質の担保を目的に、各学会を中心に構築された制度のもと、カリキュラムに

沿って一定の基準を満たせば、認定医ないしは専門医として各学会で登録され、一部標榜可能となります。学会によっては5年ないしそれ以上の専門領域における研修が必要な期間的規範を明確にしているところもあります。スペシャリスト養成プログラムとしての基準がしっかりと担保されている専門分野においては、個人の専門的知識や技量の攻究上、合理的な制度であり、プロフェッショナルの要件である“高度な職能の保有”のための修練プロセスとしても有効な手段です。

また、“標榜”が可能になることは、**患者と自分以外の歯科医師に対して、自分が責任をもって治療に当たれる領域を明確に示す**という広報的目的を与えています。このことをマーケティングの一環として広告的目的のための特権であると履き違えて用いてしまうと、昨今のポピュリズムの崩壊に繋がります。つまり、歯科界の基本的な職能における信頼を、業界ごと失墜させてしまう結果を生み出しかねないということです。

患者から見れば、認定医あるいは専門医と明記してあれば、当然その道のプロフェッショナルと思うことでしょう。しかし、現実にはさまざまな学会で基準が統一されておらず、個人の知識と職能のレベルを専門分野ごとに比較判断できないのが現状です。つまり、**現在標榜されている専門医や認定医では、実際に厳格な質の担保の比較ができないのです。**これはプロフェッショナルの要件である“公益への奉仕”には決してならないだけでなく、もしも広告的目的のための取得になった場合は、プロフェッショナルの要件である“厳しい掟の厳守”の一つである「プロフェッショ

ナルは自分の利得のために働くのではあってはならない」に反することになってしまうのです。

我々歯科医師というプロフェッショナルは“特定のクライアントの問題解決”を“インディペンデントな立場”で行うことが求められています。それだけに、偏った知識と技量で患者の治療に当たるのは許されないことですし、自由裁量権をもった独立した職業人であるが故に、患者の最大の利益を生み出すために、**あらゆる知識と技量を、少なくとも診断できるレベルまでは修得しておくことが要求されている**のです。限定医としての専門医を選ぶか、歯科医師のプロフェッショナルの全領域を視野に入れたうえで特定の専門領域を極める真の専門医になるか、**専門医や認定医にも2通りある**ということも理解する必要がありますのではないのでしょうか。



我が国の医療制度は、国民皆保険という世界に誇れる制度であるとともに、その教育制度も充実し、保険医登録した医師・歯科医師は受益者として厚く守られてきました。しかし、その結果、聖域化して一般常識から少し逸脱した存在になっています。歯科医療の領域を広げ、創造的歯科医療の時代を築きあげるためにも、その聖域から一步踏み出し、一般社会の一員として、一般常識やさまざまな価値観を兼ね備えた患者と、対等に向かい合っていくことが求められているのです。

【参考文献】

- 1) 宗像恒次, 山崎久美子 (監訳): 医療倫理学—医師の倫理的責任—. 医歯薬出版, 東京, 1992.
- 2) 波頭 亮: プロフェッショナル原論. 筑摩書房, 東京, 2006.

One & Only

中原 悦夫

東京都・協立歯科
クリニックデュボワ

患者の意思決定のメカニズム

歯科医師法は、医療における宣伝行為について、定められた制限の範囲内において認めているものの、商行為的宣伝行為に結びつく広告は倫理的に原則禁止しています。一方では、患者にとって有益な情報を提供する行為である広報活動は、積極的にしなければならないと読み取ることができます。つまり、“**広告は禁止されているが、広報はしなければならない**”ということです。または、“**患者の利益になる情報は積極的に伝えなければならないが、医療機関の利益になる情報は控えなければならない**”と言い換えることもできます。

広告とは一般に“顧客を誘致する目的のため”に広く知らしめることなので、商行為上の広報と定義されています。このように、広告と広報の違いが曖昧なまま、長い間日本の医療は続けられてきました。

数年前まで、日本ではみのもんた氏の「お昼のワイドショー」が唯一の医療情報の発信源でした。しかし、最近では広告に関する規制がかなり緩和されたこともあり、またインターネットをはじめとするコミュニケーションツールの多様化、更に高齢化が進んだことによる医療費抑制政策などの煽りを受け、医療

に関する情報が激増してきました。そうなる
と、広告と広報の違いが曖昧な情報、つまり、患者を顧客化した商行為的な情報と本当に患者に必要な情報とが識別できなくなるほど、今度は情報が氾濫してきました。更に、インターネット掲示板やブログ、最近では Facebook などのソーシャル・ネットワーキング・サービス（SNS）の普及により、**患者の経験談や素人から発信されるにわか情報と、専門医から発信される情報が瞬時に混じり合いながら提供される時代**になりました。

では、何らかのかたちで国民が得たこのような情報による予備知識は、患者の意思決定にどのような影響を及ぼすのでしょうか。

なぜ医療情報・健康情報が 氾濫したのか

広報のツールは、個人的なものから公共的なメディアまでたくさんあります。看板、チラシ、電話帳、ダイレクトメール、ニューズレター、新聞、雑誌、TV、ラジオ、HP、メールマガジン、講演会、学会主催の市民フォーラムなど……。個人的なものでは、カウンセリングや母親教室なども立派な広報活動の一環です。最近では、iPad やスマートフォ

ンによってインターネットを介する情報量が
増大するとともに、その入手速度が高まり、
常に新しい情報が交錯する情報革命の時代に
移行しようとしています。

しかし、こうした移行期は世代によって情
報の入手方法が全く異なるため、個々の患者
によって予備知識の妥当性、正確性、そして
情報の鮮度がまちまちで、理解の度合いも違
うのは当然です。

かつて、医療情報・健康情報は、患者には
何も備わっていないのが当たり前でした。今
も、そのような情報に全く興味をもたない患
者はたくさんいます。今でも、我々は基本的
には患者に予備知識が全く備わっていないこ
とを前提に医療行為を進めています。

日本の医療は、元来“福祉医療”であり、
医師・歯科医師が患者に一方的に“与える”
あるいは“施す”もので、患者が医師に意見
を述べる風潮もありませんでした。しかし、
**医療は医師・歯科医師と患者の共同作業で進
めていくのが本来の姿である**という反省から、
①病名と病気の現状、②行おうとする治療の
方法や選択肢、③その治療方法の危険度、④
病気についての将来予測等を患者に説明し、
同意を得ることが求められるようになりました。
それが1990年代に欧米から日本に導入
されたインフォームド・コンセント (Informed
Consent) の概念です。

一方で、この概念が一般化した欧米の医療
は、“医師と患者の共同作業”であることか
ら“契約的医療”に基づいた概念と捉え、治
療の成果に“患者の自己責任”の明確化と“訴
訟社会”における予防的措置に起因した概念
とされている一面も否めません。

このようなインフォームド・コンセントの
概念が日本にも導入された結果、**患者自身や
時にはその家族が最終的なすべての意思決定
を自己責任においてしなければならなくなり
ました**。そうすると、当然、意思決定に必要な
予備知識が患者にも必要となってきます。
その需要が昨今の医療情報・健康情報の増大
を引き起こしたわけです。



患者の過剰な予備知識の是非

実際には、患者の予備知識はあるほうがよ
い場合と、ないほうがよい場合があります。
間違った知識や曲解された知識など、余計な
負の予備知識があるために意思決定ができな
かったり、遅延したり、あるいは誤った意思
決定をしてしまうこともあるからです。また、
紆余曲折を経て備わった知識は、医師・歯科
医師と患者の信頼関係の樹立にも影響するこ
とがあります。

我々医師・歯科医師は、大学において基礎
から学んできていますから、新しい情報の理
解の仕方がわかっており、更に学会等を通じ
て常に最新情報や技術を更新しています。
従って、医学情報や技術の変遷を辿ってきて
いるわけです。しかし、患者が得られる情報
は、たとえどんなに多くても断片的で、情報
の広がりや関連性を理解できない単一的な予
備知識であったり、関連づけた解釈ができな
いまま、思い込みによる予備知識であったり
で、それは無理もありません。

また、最近の脳科学の研究では、iPad や
スマートフォンのお陰で、いつでもどこでも
大量の情報が手に入る一方で、情報が多すぎ
ると人間の判断力が低下したり、合理性を

失ったり、考えることが面倒になったり、消費や医療の場合は治療を受けること自体をやめてしまったりすることが明らかになってきました。つまり、**医療や健康に関する情報が過多になると、患者の判断に悪影響をもたらすこともあり得る**ということです。

論理的な意思決定のメカニズム

人生において職業や結婚を決めるとき、日常において食事するお店を決めるときや買い物をするとき、あるいは、医者が診断を下すときや患者が治療を決めるときなど、私たちが何かを決めるときの“意思決定のメカニズム”はどうなっているのでしょうか。

このような考察は、これまで一般に企業などの大きな組織において多くの研究がなされています。最もシンプルなメカニズムとして、**人間の論理的な意思決定は、①認知⇒②認識⇒③信頼⇒④信用の4つのステップを踏んでいる**と理解しておくことが重要です。

それにはまず、“認知”と“認識”の違いを明確にし、次に“信頼”と“信用”の違い、最後に前半の“認知・認識グループ”と後半の“信頼・信用グループ”の関連性を明確にすれば、簡単に理解できます。以下に、たとえばを交えながら解説していきます。まず、人の出会いを例にとりましょう。

出会った人は、背のすらりとした低音の声が魅力の男性だということを“認知”しました。でも、まだ素性がわかりません。インターネットで検索したら、たまたま略歴や職業が公開されていたので、素性がどのような人かはある程度“認識”することができました。

でも、お付き合いしても大丈夫な相手かどうかはまだわかりません。たまたま信頼できる友人がその人の知り合いだということがわかり、改めて紹介されたお陰で一步前進し、安心してお付き合いを始めることにしました。最初は、友人の紹介なので“信頼”してみようという気になれたわけです。ある期間お付き合いをしてみたら、思っていたとおりの人で、社会的にも経済的にも紹介者からのアナウンスとも相違がないので、この人を“信用”して人生をともに生きようとようやく決意しました。

●

“認知”とは知覚だけではなく、外界の情報を能動的に収集したものをはっきり認めることで、“認識”とは物事の本質を理解し、見分けたり、正しく判断したりすることです。“信頼”とはあることを高く評価して、すべてを任せられるという気持ちを抱くことで、“信用”とは嘘や偽りがなく、確かだと信じて疑わない気持ちを抱くことです。前半の“認知・認識グループ”は、感じ取ったり学んだりした結果の内面的な意識にとどまります。一方、後半の“信頼・信用グループ”は、その意を汲んで試みたり、他人や自己の体験的裏づけが伴ったりしたうえで意思決定をする行動的な意識に繋がっていきます。

このように、人間の意思決定は、認知、認識、信頼、信用の4つの過程を経て、論理的に行われているのです。

感覚的な意思決定のメカニズム

もう一つの意思決定のメカニズムは、感覚的な意思決定です。人間には、感情的な気分



ホワイトニングとヘルスケアは、これまで専門性が違うことから、別々の歯科医療分野として、それぞれ進化してきました。患者にしても、歯を白くするホワイトニングは審美歯科領域で、ヘルスケアは予防歯科領域であると、別々の価値観で認識していることが多く、双方は融合した価値観で認識されないまま、現在に至っています。

しかし、双方の共通点は、もはや疾病を伴う回復的歯科医療ではなく、疾病を伴わない創造的歯科医療に帰属していて、患者というよりパートナー、あるいはクライアントと呼ぶべきであるなど、多くの共通点も持ち合わせています。また、1回のチェアタイムもそれぞれ1～1.5時間を必要とするため、両方を1回のアポイントで受けるためには2～3時間が必要になってしまいます。ですから、両方を1度のアポイントで同時に済ませるには大きな時間の壁がありました。

この壁を取り払う新しいホワイトニングシステムが“CoolBright-UltraEzy”です。これは、3分照射を3回行うだけ、つまり9分で、これまで1時間近くかかっていたホワイトニングが可能であるばかりか、殺菌効果も認められるため、クリーニングやデブライドメント直後に歯面の殺菌と同時にホワイトニングまで、しかも一連の流れ1回のなかですべてが完了してしまう、画期的なホワイトニングシステムです。このLED照射器の光源は、高出力450nm LED、超高出力1,280mW/cm²で、高出力電子冷却装置の併用により、体感温度が常に瞬間的に制御される構造になっています。超高出力にもかかわらず、LEDの熱が完全にコントロールされているため、過酸化水素の濃度も3%程度なので、ガムダムも必要ありません。

これまでの過酸化水素を中心とした薬剤依存という常識を完全に覆す医療機器であるとともに、予防歯科と審美歯科を完全にドッキングする新しい概念に導く名機になるかもしれません。



▲ CoolBright-UltraEzy

- ・製造・販売：NanoCare Inc.
- ・問い合わせ先：
バイオフォトラボ(NanoCare Inc. USA 研究・研修施設)
- ・HP：<http://www.perfreewhite.com/>

で決めてしまう意思決定があります。それを個性学の見地からひも解いてみましょう。

人間の個性のなかで、特に意思決定にかかわる要素を取り上げると、3つの志向性が見受けられます。人間性や人柄といった要件に敏感な“人間志向”、一国の主として領域を固めたり、経済性に敏感な“経済志向”、グローバルなことやグレードといった大きなことに敏感な“大物志向”の3つです。そして、これらの意思決定に影響を及ぼす個性は、外

見的な容姿や態度にも個性の“外面性”として現れます。“人間志向”のヒトは見た目も柔らかく優しげな甘いテイストを漂わせていて、本当に人が好きで、意思決定においても相手の人柄や人間性で物事を決めるタイプです。“経済志向”のヒトは独立心旺盛で、しかも経済的観念が強く、常にコスト意識をもって意思決定するタイプで、外見として目つきもきりっとしたシャープなイメージを漂わせています。“大物志向”のヒトはとにか

くグローバル、世界をまたに駆ける話題や行動に敏感で、態度もよく言えば大物タイプの毅然とした態度を常に心がける一方、悪く言えば横柄なイメージを漂わせてしまいがちなタイプです。

もう一つ、この3つのタイプの志向性を複雑にしているのは、これらのタイプが“**外面性**”と“**内面性**”にそれぞれ分かれて醸し出されている点です。しかも、その**感覚的な意思決定は、その70%を“内面性”が担っている**のです。“外面性”は個性のうえでは30%にすぎず、見かけの印象として醸し出されているにすぎません。

“外面性”と“内面性”が一致しているヒトは非常にわかりやすく、すなわち見たままの性格をもち合わせており、そのまま外面的印象どおりの意思決定をします。

事をややこしくしているのは、“内面性”と“外面性”が違うヒトです。“外面性”つまり見かけは“経済志向”でも、“内面性”つまり意思決定が“人間志向”であったり、その逆であったり、“外面性”が“大物志向”でも“内面性”が“人間志向”であったり……。

ヒトの感覚的な意思決定は、感情的な局面、つまりトラブルが起きたとき、あるいは治療が思いどおりにうまくいかないときなどに、個性的に露呈してきます。

例えば、自費治療において、スタッフや研修医がミスをしてしまったとします。患者にしてみれば、高い治療費を払っているのに何でこんなことをされなければならないのかと

いう気持ちになるのは、誰しも同じだと思います。このようなトラブルが発生した場合、初期の対処の仕方を間違えてしまうと、余計にややこしいことになります。もし相手が“大物志向”の場合でしたら、トップである院長が最初に出て行けば、事態は早期に収束します。“人間志向”の場合は、最初に誠心誠意お詫びをすることが求められます。“経済志向”の場合は、治療費をお返しすることを表明するとあっさり収束したりします。ところが、相手がきりっとした“経済志向”の“外面性”をもちつつ、“内面性”が“人間志向”のヒトに、「治療費はお返ししますので……」などと最初に表明しようものなら、「金の問題ではない！ 誠意がみられない！」と逆鱗に触れてしまいかねません。また、“内面性”が“大物志向”のヒトでは、「金で解決するつもりか！ 責任者を出せ！」ということになってしまい、事態は悪化の一途を辿ってしまいます。



ヒトの意思決定は、常に思考力を用いる論理的な意思決定のメカニズムと、個人に生まれつき備わっている感覚的な意思決定のメカニズムに左右されています。このようなことを理解しているのとそうでないのとでは、**コミュニケーションの結果に大きな差が出てしまう**ものです。「いつの間にか、患者との間に“温度差”ができてしまっていた……」、ということがないように、次回は臨床的な活用を紹介しましょう。

One & Only

中原 悦夫

東京都・協立歯科
クリニックデュボワ

患者の意思決定のメカニズム

歯科医師法は、医療における宣伝行為について、定められた制限の範囲内において認めているものの、商行為的宣伝行為に結びつく広告は倫理的に原則禁止しています。一方では、患者にとって有益な情報を提供する行為である広報活動は、積極的にしなければならないと読み取ることができます。つまり、“**広告は禁止されているが、広報はしなければならない**”ということです。または、“**患者の利益になる情報は積極的に伝えなければならないが、医療機関の利益になる情報は控えなければならない**”と言い換えることもできます。

広告とは一般に“顧客を誘致する目的のため”に広く知らしめることなので、商行為上の広報と定義されています。このように、広告と広報の違いが曖昧なまま、長い間日本の医療は続けられてきました。

数年前まで、日本ではみのもんた氏の「お昼のワイドショー」が唯一の医療情報の発信源でした。しかし、最近では広告に関する規制がかなり緩和されたこともあり、またインターネットをはじめとするコミュニケーションツールの多様化、更に高齢化が進んだことによる医療費抑制政策などの煽りを受け、医療

に関する情報が激増してきました。そうなる
と、広告と広報の違いが曖昧な情報、つまり、患者を顧客化した商行為的な情報と本当に患者に必要な情報とが識別できなくなるほど、今度は情報が氾濫してきました。更に、インターネット掲示板やブログ、最近ではFacebookなどのソーシャル・ネットワーキング・サービス（SNS）の普及により、**患者の経験談や素人から発信されるにわか情報と、専門医から発信される情報が瞬時に混じり合いながら提供される時代**になりました。

では、何らかのかたちで国民が得たこのような情報による予備知識は、患者の意思決定にどのような影響を及ぼすのでしょうか。

なぜ医療情報・健康情報が 氾濫したのか

広報のツールは、個人的なものから公共的なメディアまでたくさんあります。看板、チラシ、電話帳、ダイレクトメール、ニューズレター、新聞、雑誌、TV、ラジオ、HP、メールマガジン、講演会、学会主催の市民フォーラムなど……。個人的なものでは、カウンセリングや母親教室なども立派な広報活動の一環です。最近では、iPad やスマートフォ

ンによってインターネットを介する情報量が
増大するとともに、その入手速度が高まり、
常に新しい情報が交錯する情報革命の時代に
移行しようとしています。

しかし、こうした移行期は世代によって情
報の入手方法が全く異なるため、個々の患者
によって予備知識の妥当性、正確性、そして
情報の鮮度がまちまちで、理解の度合いも違
うのは当然です。

かつて、医療情報・健康情報は、患者には
何も備わっていないのが当たり前でした。今
も、そのような情報に全く興味をもたない患
者はたくさんいます。今でも、我々は基本的
には患者に予備知識が全く備わっていないこ
とを前提に医療行為を進めています。

日本の医療は、元来“福祉医療”であり、
医師・歯科医師が患者に一方的に“与える”
あるいは“施す”もので、患者が医師に意見
を述べる風潮もありませんでした。しかし、
**医療は医師・歯科医師と患者の共同作業で進
めていくのが本来の姿である**という反省から、
①病名と病気の現状、②行おうとする治療の
方法や選択肢、③その治療方法の危険度、④
病気についての将来予測等を患者に説明し、
同意を得ることが求められるようになりました。
それが1990年代に欧米から日本に導入
されたインフォームド・コンセント (Informed
Consent) の概念です。

一方で、この概念が一般化した欧米の医療
は、“医師と患者の共同作業”であることか
ら“契約的医療”に基づいた概念と捉え、治
療の成果に“患者の自己責任”の明確化と“訴
訟社会”における予防的措置に起因した概念
とされている一面も否めません。

このようなインフォームド・コンセントの
概念が日本にも導入された結果、**患者自身や
時にはその家族が最終的なすべての意思決定
を自己責任においてしなければならなくなり
ました**。そうすると、当然、意思決定に必要な
予備知識が患者にも必要となってきます。
その需要が昨今の医療情報・健康情報の増大
を引き起こしたわけです。



患者の過剰な予備知識の是非

実際には、患者の予備知識はあるほうがよ
い場合と、ないほうがよい場合があります。
間違った知識や曲解された知識など、余計な
負の予備知識があるために意思決定ができな
かったり、遅延したり、あるいは誤った意思
決定をしてしまうこともあるからです。また、
紆余曲折を経て備わった知識は、医師・歯科
医師と患者の信頼関係の樹立にも影響するこ
とがあります。

我々医師・歯科医師は、大学において基礎
から学んできていますから、新しい情報の理
解の仕方がわかっており、更に学会等を通じ
て常に最新情報や技術を更新しています。
従って、医学情報や技術の変遷を辿ってきて
いるわけです。しかし、患者が得られる情報
は、たとえどんなに多くても断片的で、情報
の広がりや関連性を理解できない単一的な予
備知識であったり、関連づけた解釈ができな
いまま、思い込みによる予備知識であったり
で、それは無理もありません。

また、最近の脳科学の研究では、iPad や
スマートフォンのお陰で、いつでもどこでも
大量の情報が手に入る一方で、情報が多すぎ
ると人間の判断力が低下したり、合理性を

失ったり、考えることが面倒になったり、消費や医療の場合は治療を受けること自体をやめてしまったりすることが明らかになってきました。つまり、**医療や健康に関する情報が過多になると、患者の判断に悪影響をもたらすこともあり得る**ということです。

論理的な意思決定のメカニズム

人生において職業や結婚を決めるとき、日常において食事するお店を決めるときや買い物をするとき、あるいは、医者が診断を下すときや患者が治療を決めるときなど、私たちが何かを決めるときの“意思決定のメカニズム”はどうなっているのでしょうか。

このような考察は、これまで一般に企業などの大きな組織において多くの研究がなされています。最もシンプルなメカニズムとして、**人間の論理的な意思決定は、①認知⇒②認識⇒③信頼⇒④信用の4つのステップを踏んでいる**と理解しておくことが重要です。

それにはまず、“認知”と“認識”の違いを明確にし、次に“信頼”と“信用”の違い、最後に前半の“認知・認識グループ”と後半の“信頼・信用グループ”の関連性を明確にすれば、簡単に理解できます。以下に、たとえばを交えながら解説していきます。まず、人の出会いを例にとりましょう。

出会った人は、背のすらりとした低音の声が魅力の男性だということを“認知”しました。でも、まだ素性がわかりません。インターネットで検索したら、たまたま略歴や職業が公開されていたので、素性がどのような人かはある程度“認識”することができました。

でも、お付き合いしても大丈夫な相手かどうかはまだわかりません。たまたま信頼できる友人がその人の知り合いだということがわかり、改めて紹介されたお陰で一步前進し、安心してお付き合いを始めることにしました。最初は、友人の紹介なので“信頼”してみようという気になれたわけです。ある期間お付き合いをしてみたら、思っていたとおりの人で、社会的にも経済的にも紹介者からのアナウンスとも相違がないので、この人を“信用”して人生をともに生きようとようやく決意しました。

●

“認知”とは知覚だけではなく、外界の情報を能動的に収集したものをはっきり認めることで、“認識”とは物事の本質を理解し、見分けたり、正しく判断したりすることです。“信頼”とはあることを高く評価して、すべてを任せられるという気持ちを抱くことで、“信用”とは嘘や偽りがなく、確かだと信じて疑わない気持ちを抱くことです。前半の“認知・認識グループ”は、感じ取ったり学んだりした結果の内面的な意識にとどまります。一方、後半の“信頼・信用グループ”は、その意を汲んで試みたり、他人や自己の体験的裏づけが伴ったりしたうえで意思決定をする行動的な意識に繋がっていきます。

このように、人間の意思決定は、認知、認識、信頼、信用の4つの過程を経て、論理的に行われているのです。

感覚的な意思決定のメカニズム

もう一つの意思決定のメカニズムは、感覚的な意思決定です。人間には、感情的な気分



ホワイトニングとヘルスケアは、これまで専門性が違うことから、別々の歯科医療分野として、それぞれ進化してきました。患者にしても、歯を白くするホワイトニングは審美歯科領域で、ヘルスケアは予防歯科領域であると、別々の価値観で認識していることが多く、双方は融合した価値観で認識されないまま、現在に至っています。

しかし、双方の共通点は、もはや疾病を伴う回復的歯科医療ではなく、疾病を伴わない創造的歯科医療に帰属していて、患者というよりパートナー、あるいはクライアントと呼ぶべきであるなど、多くの共通点もち合わせています。また、1回のチェアタイムもそれぞれ1～1.5時間を必要とするため、両方を1回のアポイントで受けるためには2～3時間が必要になってしまいます。ですから、両方を1度のアポイントで同時に済ませるには大きな時間の壁がありました。

この壁を取り払う新しいホワイトニングシステムが“CoolBright-UltraEzy”です。これは、3分照射を3回行うだけ、つまり9分で、これまで1時間近くかかっていたホワイトニングが可能であるばかりか、殺菌効果も認められるため、クリーニングやデブライドメント直後に歯面の殺菌と同時にホワイトニングまで、しかも一連の流れ1回のなかですべてが完了してしまう、画期的なホワイトニングシステムです。このLED照射器の光源は、高出力450nm LED、超高出力1,280mW/cm²で、高出力電子冷却装置の併用により、体感温度が常に瞬間的に制御される構造になっています。超高出力にもかかわらず、LEDの熱が完全にコントロールされているため、過酸化水素の濃度も3%程度なので、ガムダムも必要ありません。

これまでの過酸化水素を中心とした薬剤依存という常識を完全に覆す医療機器であるとともに、予防歯科と審美歯科を完全にドッキングする新しい概念に導く名機になるかもしれません。



▲ CoolBright-UltraEzy

- 製造・販売：NanoCare Inc.
- 問い合わせ先：
バイオフィトラボ(NanoCare Inc. USA 研究・研修施設)
- HP：http://www.perfreewhite.com/

で決めてしまう意思決定があります。それを個性学の見地からひも解いてみましょう。

人間の個性のなかで、特に意思決定にかかわる要素を取り上げると、3つの志向性が見受けられます。人間性や人柄といった要件に敏感な“人間志向”、一国の主として領域を固めたり、経済性に敏感な“経済志向”、グローバルなことやグレードといった大きなことに敏感な“大物志向”の3つです。そして、これらの意思決定に影響を及ぼす個性は、外

見的な容姿や態度にも個性の“外面性”として現れます。“人間志向”のヒトは見た目も柔らかく優しげな甘いテイストを漂わせていて、本当に人が好きで、意思決定においても相手の人柄や人間性で物事を決めるタイプです。“経済志向”のヒトは独立心旺盛で、しかも経済的観念が強く、常にコスト意識をもって意思決定するタイプで、外見として目つきもきりっとしたシャープなイメージを漂わせています。“大物志向”のヒトはとにか

くグローバル、世界をまたに駆ける話題や行動に敏感で、態度もよく言えば大物タイプの毅然とした態度を常に心がける一方、悪く言えば横柄なイメージを漂わせてしまいがちなタイプです。

もう一つ、この3つのタイプの志向性を複雑にしているのは、これらのタイプが“外面性”と“内面性”にそれぞれ分かれて醸し出されている点です。しかも、その**感覚的な意思決定は、その70%を“内面性”が担っている**のです。“外面性”は個性のうえでは30%にすぎず、見かけの印象として醸し出されているにすぎません。

“外面性”と“内面性”が一致しているヒトは非常にわかりやすく、すなわち見たままの性格をもち合わせており、そのまま外面的印象どおりの意思決定をします。

事をややこしくしているのは、“内面性”と“外面性”が違うヒトです。“外面性”つまり見かけは“経済志向”でも、“内面性”つまり意思決定が“人間志向”であったり、その逆であったり、“外面性”が“大物志向”でも“内面性”が“人間志向”であったり……。

ヒトの感覚的な意思決定は、感情的な局面、つまりトラブルが起きたとき、あるいは治療が思いどおりにうまくいかないときなどに、個性的に露呈してきます。

例えば、自費治療において、スタッフや研修医がミスをしてしまったとします。患者にしてみれば、高い治療費を払っているのに何でこんなことをされなければならないのかと

いう気持ちになるのは、誰しも同じだと思います。このようなトラブルが発生した場合、初期の対処の仕方を間違えてしまうと、余計にややこしいことになります。もし相手が“大物志向”の場合でしたら、トップである院長が最初に出て行けば、事態は早期に収束します。“人間志向”の場合は、最初に誠心誠意お詫びをすることが求められます。“経済志向”の場合は、治療費をお返しすることを表明するとあっさり収束したりします。ところが、相手がきりっとした“経済志向”の“外面性”をもちつつ、“内面性”が“人間志向”のヒトに、「治療費はお返ししますので……」などと最初に表明しようものなら、「金の問題ではない！ 誠意がみられない！」と逆鱗に触れてしまいかねません。また、“内面性”が“大物志向”のヒトでは、「金で解決するつもりか！ 責任者を出せ！」ということになってしまい、事態は悪化の一途を辿ってしまいます。



ヒトの意思決定は、常に思考力を用いる論理的な意思決定のメカニズムと、個人に生まれつき備わっている感覚的な意思決定のメカニズムに左右されています。このようなことを理解しているのとそうでないのとでは、**コミュニケーションの結果に大きな差が出てしまう**ものです。「いつの間にか、患者との間に“温度差”ができてしまっていた……」、ということがないように、次回は臨床的な活用を紹介しましょう。

中原 悦夫

東京都・協立歯科
クリニックデュボワ

患者の意思決定のメカニズム (続編)

ヒトの意思決定は、思考力を用いる論理的なメカニズムと、個人に生まれつき備わっている感覚的なメカニズムの両方に左右されていることを、前回の4月号で述べました。

個性に関する研究は、何千年という歴史のなかであらゆる角度から考究されてきましたので、決してこのような単純な要素だけではないことはいまでもありません。しかし、臨床において患者を洞察するうえで、最低限押さえておきたい思考と個性という2つのパターンのメカニズムを念頭においておけば、患者の意思決定は、崇高な徳義と美德をもって患者—歯科医師双方のバランスがとれた意思決定として、最も尊重できるものに近づくのです。



**患者の意識レベルがわかれば
カウンセリングのスタート地点がわかる**

ヒトの意思決定のメカニズムは、論理的に
認知⇒認識⇒信頼⇒信用の過程を踏んでいかなければ、
どうやっても意思決定には到達しません (4月号参照)。

例えば、ある患者が前から気になっていた歯を治そうと決意したとします。次にどこの歯科医者にかかろうかと考えます。看板で「○

○歯科医院」を見つけたり、あるいは歯科医院リストから最も近い歯科医院を見つけたりして来院するとします。このように、看板や歯科医院の名称だけを見て来院した場合の意識レベルは“未認知レベル”です。“ここに歯医者があったから来院した”というレベルの来院です。

広告や第三者機関が患者の代わりにどのような歯科医院であるかを調査して情報提供する医療情報誌や雑誌、新聞の取材記事、あるいはテレビやラジオによる報道を見たり聞いたりして来院するといった、歯科医院ないしはその院長の具体的な情報を紹介している媒体を参考にして来院する場合はどうでしょう。ある程度はどんな歯科医院か、あるいはどのようなことをしてくれる歯科医師かを事前に認知しているので、“認知レベル”での来院になります。

最近では、HPやSNSで、歯科医師の経歴、研究分野、専門性、診療理念や何を得意としているか、あるいはどのような趣味を持っているかといった個人情報に至るまで、広告規制の枠を越えた、ありとあらゆる情報を事前に入手できます。つまり、一般的な歯科医院

の特徴を認知することから一步踏み込んだ、どのような歯科医師が診てくれるかという具体的な情報を携えて“認識レベル”で来院してくることもあります。

また、友人に紹介してもらって来院する場合や、主治医から専門医を紹介してもらうなどして、友人が信用している歯科医師、あるいは自分の信用している主治医が紹介してくれた歯科医師なので、友人（の言っていること）あるいは主治医を信頼して受診してみようということで来院する場合があります。このような場合、慎重な人は“認識レベル”で、友人や主治医のことを全面的に信じている人は“信頼レベル”で来院していることとなります。

もう一つ、一度かかったことのある、あるいはいつも通っている主治医の下を改めて受診したり、主治医から勧められて新たな治療を受ける場合などでは、自分自身で既にその主治医の技術や能力、あるいは人間性といったものを体験済みで、治療の意思決定がその歯科医師を信用した状態にある場合は“信用レベル”で来院していることとなります。



このように、患者の意思決定が認知・認識・信頼・信用のうち、どのレベルで来院しているかがわかれば、どの段階からカウンセリングを始めればよいのかがわかるのです。つまり、患者がどのような経緯で来院しているのか、あるいはどのような媒体を介して来院してきたのかを知ることによって、**初診時のカウンセリングを割愛するポイントが見分けられ、患者とのボタンのかけ違いを防ぐことができる**わけです。



情報の入手方法からどの意識レベルで来院したかがわかる

患者との関係を築く行動には、Public Relation Activity と Personal Relation Activity があります。

1. Public Relation Activity

Public Relation Activity によって集まってくる患者のグループは3つあります。

1つは、看板や電話帳、インターネット、地域の歯科医院リストといった一般的な広告 (Advertisement ; アドバタイジメント) を媒体として集まってくるグループです。医療は広告宣伝の内容が規制されているため、医療機関としての明示以外の特徴を示すような内容提供はできません。従って、彼らはいわゆる飛び込みである一見の患者とほぼ同じ状態であるため、“未認知レベル”の**アドバタイジメントグループ**と呼ぶことにしましょう。

2つめは新聞や雑誌、テレビ、ラジオ、市民フォーラム等、一般のメディアを媒体として集まってくる**メディアグループ**です。一般に、パブリックエデュケーションと呼ばれるものは、このような媒体によって行われています。情報が不特定多数へ一方的に提供されるため、患者の興味のある内容、時期、そしてタイミングが一致すれば最低限の予備知識として有効で、少なくとも院長やその歯科医院がどんな仕事をしているかということぐらいは認知して来院します。従って、“認知レベル”にあるといえます。

3つめは、インターネットを媒体として集まる**インターネットグループ**です。患者は自らの意思によってHP上の情報をインターネットで探るわけですから、HPに詳しい案

内を入れておくと、予備知識として事前に認識してくるわけです。院長のフィロソフィー、治療方針、診療理念、治療メニュー、専門、症例等、そして院長自身について克明に情報提供しておけば、“認識レベル”として来院します。しかし、HPの内容がいい加減な内容であれば、それなりの意識レベルの患者しか集まってこないとも考えられます。最近ではSNSの普及により、第三者のコメントや風評も織り交ざり、情報過多になる傾向にあります。

2. Personal Relation Activity

Personal Relation Activityによって集まってくる患者のグループは2つあります。

1つは、既存の患者や友人から紹介され、必要な予備知識も彼らから提供されて、しかも院長やその歯科医院を信頼して来院する**紹介グループ**です。このグループは、既に院長やその歯科医院が行っていることを認識しており、多くの患者は院長やその歯科医院に対して“信頼レベル”で来院しています。院長やその歯科医院のことを頼りにして、患者は自分が知りたいことさえ確認できれば、いつでも“信用レベル”に到達して意思決定する準備ができているグループです。しかし、紹介者の認識レベルに大きく左右される要素をもち合わせているため、紹介者である院長や歯科医院に対する理解度についても、同時にその認識レベルや理解度を考慮する必要があります。

もう1つは、Step by Stepでカウンセリングとプレゼンテーションを繰り返すことや、インフォームド・コンセントによって患者に構築されていく院長やその歯科医院に対する

意識レベルや理解度を上げていく行為によって育まれるグループです。前者が紹介者という第三者を仲介しているのに対して、このグループは患者と歯科医師が1対1のコミュニケーションによる直接的なものです。院長や歯科医院での診察や治療を実際に受けた具体的な経験を備えた**既存グループ**であり、すべて既存の患者であると同時に、院長や歯科医院を信用して長年通院しているため、既に“信用レベル”です。

このように、アドバタイジメントグループ＝“未認知レベル”、メディアグループ＝“認知レベル”、インターネットグループ＝“認識レベル”、紹介グループ＝“信頼レベル”、既存グループ＝“信用レベル”というように、**初診の段階で、患者の論理的な意思決定のメカニズムがどの段階に達したうえでの来院かを見極められる**のです。“未認知レベル”の場合は十分に時間をかけていく必要があります。“信頼レベル”であれば大幅な時間短縮も可能です。また、同じように時間をかければ、その上の“信用レベル”にまで進めることができるのです。

治療の途中で患者と歯科医師の間に溝ができてしまう場合、HPを見て来院した患者、雑誌や書籍を介して来院した患者、あるいは紹介されてきた患者を、初診の段階では全く同じように扱ってしまっている場合が多いです。カウンセリングにおいて、患者に注ぐエネルギーを最も多く費やすのは、やはりアドバタイジメントグループで、最も少なくともすむのは既存グループです。マーケティング論で置き換えるなら、広告にエネルギーを注ぐより、既存患者の意識レベル向上にエネルギー

The Choice 抗菌薬に頼らない“光”による殺菌法

人体に直接使用可能な消毒薬は、その薬品の殺菌作用を高めると同時に、健康な生体組織破壊作用も強くなるため、組織内での決定的な滅菌は不可能でした。また、歯周病の細菌因子に対する治療は、スケーラー等を使用した機械的治療から、抗菌薬を併用した機械的化学療法に移行してきましたが、常に耐性菌や副作用の問題が付きまってきました。

昨今、注目すべき光と光感受性薬剤を併用した抗菌的光線力学療法（antimicrobial photodynamic therapy : a-PDT）は、耐性菌や副作用もなく、そして生体の細胞に対しても無害であるため、従来の抗菌療法が行えない妊婦、全身疾患あるいは薬剤アレルギーを有する患者、または耐性菌を保有する患者にも使用できる、全く新しい生体内殺菌法です。更に、プロテアーゼ阻害作用による抗炎症作用と同時に、レーザーによる局所血管収縮作用によって術直後に腫脹が緩和するた

め、急性期炎症の症状を緩和できるのです。

光感受性薬剤としてメチレンブルーやトルイジンブルーなどの青色色素をブレンドした溶液を幹部に注入し、光源に低出力半導体レーザー（波長670nm、出力220W）を使用して発光すると、3重項状態に励起され、それが生体基質と反応した場合はフリーラジカルが生産され、更に酸素分子と反応して活性酸素種を発生します。また、直接、酸素分子と反応した場合は1重項酸素を発生し、活性酸素とともに細菌の生体分子が酸化され、細胞壁や細胞膜の損傷を引き起こし、嫌気性菌はもとより、ウイルス、カンジダ等の真菌、原生動物にも効果を発揮するという殺菌メカニズムなのです。

【参考文献】

- 1) 吉野敏明, 他: “光”を用いた殺菌療法: 抗菌光線力学療法. the Quintessence, 30(8): 1806-1815, 2011.



▲ a-PDT 用光照射装置の低出力半導体レーザー「Periowave」（波長670nm、出力220mW）と光感受性薬剤「Biogel」（0.01%メチレンブルー色素を含む中性リン酸緩衝液）。製造元：Periowave Dental Technologies Inc. Canada、国内総販売元：ウェイブレングス（<http://www.lumix2.jp/>）

ギーを注ぐことのほうがはるかに低コストで、提供する治療に同意される確率が高いことに他なりません。

結論の説明を先にするか？ 後に回すか？

前号で解説しました感覚的な意思決定のメカニズムのなかで、もう一つ大きく左右する

要素があります。それは、ヒトの理解において、結論を先に聞いてその後に理由を説明されることを好む“フィードバック型”のヒトと、理由を順序立てて説明された後に結論を説明されることを好む“フォワード型”のヒトがいるということです。つまり、それを間違えると、理解度がその個性によって違ってしまうこととなります。理解度が希薄であれば、論理的な意思決定の意識レベルは進まないどころか、負の理解をしてしまった場合には逆の意思決定にも繋がってしまいます。

“フィードバック型”のヒトに積み重ね方式の説明をしてしまうと、結論が示されていないために途中の説明内容を理解できず、「結局、治るのですか、治らないのですか？」というような極めて初歩的な要求を受けてしまいかねません。このタイプのヒトには、まず結論を簡潔に伝えたいうえで、その理由や治療の過程を説明すれば、スーッと理解されていきます。逆に“フォワード型”のヒトに結論を先に伝えてしまうと、「理由もなくそのような結論を説明されても……？」というように疑問符を残してしまい、やはり説明のなかで正しい理解が得られない可能性が高まってしまいます。

最も大事なものは、**カウンセリングをする歯科医師がどちらのタイプであるか**ということです。“フィードバック型”の歯科医師は、無意識のうちに結論を先に伝える説明の仕方をし、“フォワード型”の歯科医師は結論を最後にもっていく傾向があります。患者を洞

察する前に、まず自分自身を洞察することから始めてみてください。“相手を知りたければまず己を知る”ことが、意思決定のメカニズムを理解する第一歩です。

我々は常に相手を洞察しながらカウンセリングを行い、理解に疑問符がついたら説明の仕方を変えていくことを心がけなければなりません。**カウンセリングは、患者が自らの意思決定に向かうようにその意識レベルをリードしながら、同時に十分な理解を得たいという意思決定により治療に望んでもらうための大切なプロセス**です。ですから、ただ単に同意を得るための一方的な説明行為ではないのです。



今日までの回復的歯科医療における診断とは、患者に病名を付けることがすべてでした。その後は病名ごとの治療方法が決まっているため、それに従って治療を一つ一つ進めていけばよかったわけです。しかし、創造的歯科医療を推し進めていくには、患者と対等な立場で接しながら、常に患者と歯科医師双方の意識のレベルアップを心がけなければなりません。更に、Step By Stepのカウンセリングとプレゼンテーションを繰り返しながら、患者の意識向上を図らなければ、高度にアレンジされた創造的歯科医療を提供することはできません。そうした理由から、我々歯科医師は患者の意思決定のメカニズムを考慮しながら、診療に臨む姿勢が必要になるのです。

One & Only

中原 悦夫

東京都・協立歯科
クリニックデュボワ

患者－歯科医師の意識のレベリング

一般的に、回復的歯科医療においては回復したとき、すなわち病気が治った段階が、いわゆるゴールでした。その回復的歯科医療のパラダイムにおいては、それに準じた行為である健康を維持したり、疾病を予防したりする行為は付随的医療行為であって主役ではなく、あくまでも脇役でした。

他方、創造的歯科医療のパラダイムは、その主役と脇役が交代することに他なりません。従って、そのゴールとは、極論をいえば、患者一人ひとりの終焉のときまで延々と続く、想像上のものともいえるのです。

我々歯科医師は、パートナーである患者一人ひとりと一緒に、ゴールをも創造していかなければなりません。

では、どのようにしたら、患者とともに創造的歯科医療のゴールを創り出すことができるのでしょうか。その鍵は、**患者の意識（価値観）と歯科医師の意識（価値観）のレベリング**に隠されているように思えます。

 **歯科医師と患者の意識は、総論では同じでも、各論では差が大きい**

よく、「政治家はその国の国民の民度と同じレベルの政治家しか出てこない」と揶揄さ

れることがあります。政治家は、国民から選挙で選ばれることで初めて成り立つ職業です。ですから、選ぶ側の国民は、その政治家がどのような人物か、我々に何をしてくれるのか、我々に代わって世界の国々とどうわたり歩いて我が国を発展させてくれるのか、といったさまざまな期待を込めて、政治家を送り出しています。従って、国民の意識と政治家の意識に大きなずれがあれば、政治家は選挙で選ばれることはないわけです。しかし、実際に^{まっりごと}政を司るには、それなりのノウハウと経験を携え、政治理念を掲げ、そして国民をリードしていかなければ、本当の政治家にはなり得ません。

同様に、歯科医師と患者、あるいは患者にならないために未病の段階で来院する健康志向の国民との間における意識でも、大局的にいえば前述の政治家と国民の例のように、大きな差があるとは思えません。江戸時代には江戸時代なりの、昭和時代なら昭和時代なりの、そして平成時代は平成時代なりの、それぞれの時代精神に即した治療が求められ、受け入れられてきたはずです。

例えば、C₃のう蝕で来院した患者の歯を

抜いて痛みが治まり感謝する患者やそのような治療を提供する歯科医師は、もはや現代の日本にはいないと思われまゝ。ところが、これと同じようなケースで、抜歯が治療の第一選択肢となる地域や国がいまだに存在しているのも事実です。つまり、**時系列による差と同時に、地域差もまた並行して存在している**のです。

しかし、実際には歯科医師と患者、あるいは一般の国民の間にも、意識の違いや圧倒的な知識の差、あるいは病気や健康に対する意識の差といったようなさまざまな違いがあってしかるべきです。そして、そのなかで我々歯科医師は、知識と技術を携え、診療理念を掲げ、更には国民の健康を引き上げていかなければならないのです。



“意識”の高い患者を集めれば、 自らの“意識”を高める

日本ではよく、「東京で開業しているからできるんですよ！」とか、私の場合は縁あって帝国ホテル内にオフィスがありますから、「帝国ホテル内で診療しているから言えるんですよ！」というようなことを言われます。これは全く的外れなコメントであり、日本の田舎とは比べものにならないようなアメリカの僻地においても、全米、いや世界中の歯科医師をリードしている歯科医師がいます。また、日本においても、地方から世界に向けて情報を発信しているすばらしい歯科医師はたくさんいます。

「地方は患者の意識が低いから、なかなか臨床を変えられない」といった勘違いをしまうと、東京だったらできるといった誤解へと連鎖してしまいます。一方、地方ではき

ちんとした診療は受けられないと思込み、わざわざ大都市まで飛行機を使って通院する患者も少なくありません。その反対に、大都会から飛行機で地方の歯科医師の下に通院している患者もたくさんいます。いったい、どうしてこのような差が生じるのでしょうか。

前回、患者との関係を築く行動として、“Public Relation Activity”と“Personal Relation Activity”について触れましたが、それらを怠っていたからでしょうか。それとも、雑誌にたくさん掲載されればよいのでしょうか。HPのアクセス数を増やす努力をすればよいのでしょうか。デフレの時代に合わせて、自由診療の料金を下げればよいのでしょうか。あるいは、患者の要望を何でも聞く努力と、一流ホテル並みの接客サービスを提供すればよいのでしょうか。雑誌やHPによる来院は、一時的かつ即効的な集患に結びつくことはありますが、それ以上でもそれ以下でもありません。

では、患者は何を見ているのでしょうか、何を感じようとしているのでしょうか、何を捉えようとしているのでしょうか。一般的には、機能を追い求める時代は終わり、**価値観であったり、感性であったり、テイストであったりという、意識そのものが求められる時代**になっています。つまり、ヒトは自分に合うものを探しているのです。他人と友人になるときも、気の合うヒトは価値観を共有できたり、感性が似ていたりするから親しくなれるのです。

人間にとって、**最も身近で誰にでもできる自己表現は“消費すること”**といえます。自己表現は、芸術家のように絵を描いたりする

ことだけではなく、誰もがなし得る行為なのです。

物を買うときは、その人の個性が現れます。今や、機能性で物を選ぶ時代ではなく、つまり機能性は当たり前で、意識を共感できるレベルのものが要求されているのです。更に、“感性は個人のなかで一致している”からこそ、消費に個性が現れるのです。

患者は医療費においても、患者にならないために未病の段階で予防したり、アンチエイジングしたりするために医療機関に支払う医療費であれば、むしろ“消費すること”に近い意識で捉えています。つまり、このような医療費は自己表現の一端を担っているというわけです。

消費者は探し出し、選び抜き、そして掘り出します。ですから、我々歯科医師も、消費者である患者に発掘され、選ばれるような価値観、感性、そしてテイスト（人間味）をもち合わせればよいのです。それにはすなわち、歯科医師自らの“意識”を高めること、“個性”を前面に出すことが、何よりも手っ取り早いというわけです。



患者の意識に歩み寄って引き上げる。 それが審美歯科の目的

20余年前、各国で突如として産声をあげた“審美歯科”ですが、歯科医療における審美の重要性は、近代歯科医学の発展とともに既に認識されていました。それがなぜ、突如として1980年代に大きく浮上してきたのでしょうか。

それは、国民に口元の美意識を芽生えさせることで、口腔衛生状態と機能性を向上させ、より高い健康状態へ誘導するという目的と

もに、メタル中心の補綴から天然色あるいはより白い歯へと蘇らせる新素材の開発やマーケティングの一環としての目的をも同時にもち合わせた、医療と経営の一石二鳥のスローガンであったのです。“審美歯科”という名の下に各科が集結し、集学治療、学際的アプローチ、そして包括的歯科治療などの手法が構築されていきました。

一般的に、1980年代は先進国において、歯科医師の割合が患者の割合に対して急増しました。同時に、米国においては、う蝕や歯周病の罹患率の低下、矯正治療の普及により、健康な歯と歯列を有する国民の割合が増加してきた時代です。また、日本においては、まだ矯正治療の必要性に対する国民の意識があまり高くはありませんでしたが、歯科医師数の増加により、歯科医師も経営感覚をもたなければならぬという認識をもち始めた時代でもありました。

それ以前の時代では、銀歯より金歯が好まれたり、総義歯の前歯の一部にゴールドの隙を入れることがステータスであったり、八重歯が愛らしいと思う人がいたりで、高度経済成長期の美意識、価値観を引きずってきていました。ですから、ある種の時代精神のターニングポイントに差しかかっていたころでもあったのです。そこに、元来備わっていた歯科医療の一価値観であった審美性が、患者あるいは国民にとっての新しい価値観として、また新しい美意識として、それらを強調することにより、歯科医療の新たな活路を開こうとする流れが生まれていったのです。

それまでの患者や国民の価値観を打破し、ただ単に歯科医師に任せきりで、回復させる



安全性、確実性、快適性を追求することは、もはや業種を問わず、先進国の企業にとって共通の義務になりつつあるなか、医療においても、当然課せられる義務の一つとして挙げられています。高度経済成長期には後回しにされがちであったこれらのテーマが、今や世界共通のコンプライアンスとなり、特別に価格に反映されることもなく、これらの3要素は備えていて当たり前とされているのです。一方で、それらにかかわるコストが企業に重くのしかかっているのも事実です。

最近の研究で、現在、世界で用いられているインプラント体は、製造されてからの年月に、順次チタン自体の生物学的老化を来していることが報告されました。しかもこの劣化現象は、未開封・未使用のままでも起き、埋入時には既にその機能は低下した状態にあることが明らかになっています。

製造元は当然、この現象に対処してエイジングしないインプラント体をイノベーション

する努力が課されます。これに対し、チタンのエイジングは生命同様に避けられないので仕方ないとして対処するのか、あるいは“光機能化”によって各歯科医院で対処し、安全性、確実性、そして快適性を確保する努力をするのかは、企業にとっても、歯科医院にとっても、今後、倫理的判断が要求されるところです。

その“光機能化”のための器具除染用洗浄機「セラビーム アフィニー」は、インプラント表面をタンパク質や細胞がなじみやすい状態にし、インプラントがより早く、より強固にオッセオインテグレーションを獲得することで、インプラント治療の成功率を上げることができます。

また、歯をつくるまでに要する治療期間が短くなることや、インプラントと骨とがより強固に接着するために、骨造成手術などの本来必要であった外科処置を回避できることに繋がり、インプラント治療の信頼性を高めることが期待できます。

開発されたばかりの機器なのでコストがかかり、今後の開発による低価格化が期待されるところですが、現時点では、現状を打破するための最適な機器です。

【参考文献】

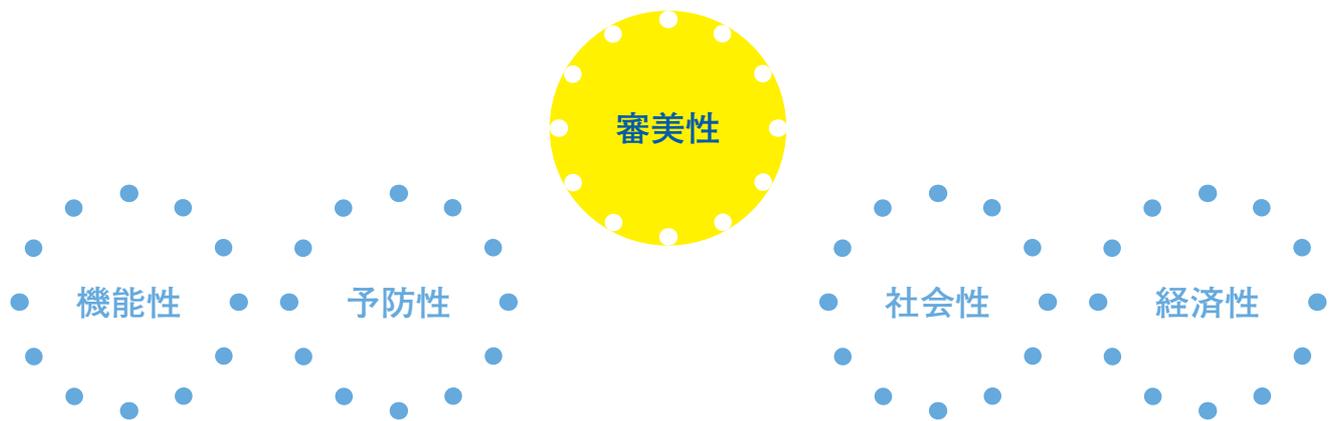
- 1) Aita H, Hori N, Takeuchi M, Suzuki T, Yamada M, M Anpo, Ogawa T: The effect of ultraviolet functionalization of titanium on integration with bone. *Biomaterials*, 30: 1015-1025, 2009
- 2) Att W, Hori N, Takeuchi M, Ouyang J, Yang Y, Anpo M, Ogawa T: Time-dependent degradation of titanium osteoconductivity: An implication of biological aging of implant materials. *Biomaterials*, 30: 5352-5363, 2009.



▲光機能化のための器具除染用洗浄機「セラビーム アフィニー」(製造:ウシオ電機、販売:S.O.T International)
問い合わせ先:「光機能化バイオマテリアル研究会」
<http://hikarikinou.officialwebsite.jp/>

だけの歯科医療から、患者自身や国民の個人的な要望をもっと聞き入れてもらえる、いわゆる創造的歯科医療としての潜在的需要を顕在化させることにシフトしていったのです。

もちろん、“審美歯科”は審美的障害からの回復という基本的な概念ももち合わせています。ですから、従来は回復的歯科医療の範疇でしたが、さまざまに細分化した診療科の各



領域を再統合し、更に形成外科、美容外科、美容皮膚科、抗加齢医療……と、歯科以外の領域をも包括できる創造的歯科医療という新たな概念的枠組みとして育まれてきました。

このように、“審美歯科”の歴史的背景から考えると、歯科医療における機能性、予防性、審美性、社会性、経済性という多岐にわたる大切な要素のなかで、審美性という一要素にだけフォーカスを当てて啓蒙するのは、患者や国民の興味を引きやすく、どの専門分野にも存在する普遍的な要素であり、かつ患者や国民が理解しやすいという利点を利用したともいえるのです。そして、これは歯科医師という専門家が患者や国民の意識に歩み寄り、患者や国民の要望に広く耳を傾ける行為なのです。

しかし、“自律の原則”に加担しすぎてしまって、患者の軽快な要望のままに、つまり医学的に間違っているにもかかわらず、患者の要望のままに審美歯科治療を提供してしまうと、“恩恵の法則”に反してしまう恐れがあるのです（本誌3月号参照）。従って、患者の要望をうかがいつつ、歯科医療行為としてその患者ないし国民にとって長期的視野においても間違っていないという範疇において

は自律の原則に従い、そうでない要望に対しては毅然とした姿勢で拒否ないし、指導により、その患者ないし国民にとってバランスのとれた要素を呈する審美歯科医療を提供するように努めなければなりません。

ただ単に、患者や国民の要望に忠実に従って治療を提供していると、う蝕や歯周病の病原菌の片棒を担いでしまうような結果を招かないとも限りません。ついうっかり間違った医療を提供してしまうリスクも潜んでいるのです。

このように、患者の意識に歩み寄ると同時に、口腔領域の健康のプロフェッショナルとして、患者や国民の意識を同時に引き上げることが歯科医師の義務であるというのは、誰もが承知しているはずですが。そのうえで、“審美歯科”領域においては、常に細心の注意を払いつつ、“自律の原則”と“恩恵の原則”に照らし合わせた歯科医師と患者、あるいは国民の意識のレベリングが大切なのです。なぜならば、素人である患者の意識に歩み寄るといふある意味で危険な医療行為であるという認識のもとに、これも医療上必要な過程であるという自覚が必要だからです。

One & Only

中原 悦夫

東京都・協立歯科
クリニックデュボワ

歯科医療のパラダイム

歯科医療のパラダイム、つまりその概念的枠組みを執拗に分析していきますと、現状では当たり前だと思っていることが、思い込みであったり、慣習であったり、あるいはその時代の空気でき上がっていたり、まさに自らその呪縛に取り憑かれていたような現実突き当たるが多々あります。そのほんの一部にすぎませんが、“**歯科医師**”の**パラダイムの歴史的な成り立ちを振り返るだけでも、多くのことに気づかされます。**

新たな歯科医療のパラダイムにシフトするための法的ルールはもともと備わっているにもかかわらず、そのルールの上に石が載せられて行く手を阻まれているとします。それが自らの呪縛であるなら、まず自らを解き放つことが前進の第一歩です。新たなルールを引くより、目の前に置かれた石を取り除けばそこにルールが現れてくるように……。



歯科医療のパラダイムの歴史的変遷

今更、「現在の歯科医療とは何か？」と改めて問い直すこともありませんが、「そのパラダイムとは何か？」となると、これまであまり論理的に問われることはありませんでした。

その理由は至って簡単です。“**歯**”にかかわる治療だけを医科から分離して“**選択と集中**”により、これに特化した医療分野を医療制度として作り出し、当時の世界的な社会的需要に応える政策をスタートさせたことで、**歯科医療制度が歯科医療のパラダイムを呑み込むかたちで構築されてきた**からです。

その後、昭和36年に、アメリカですらいまだに確立することができない国民皆保険制度を世界に先駆けて成立させたことで、日本の医療のパラダイムは不動のものとなりました。しかし、日本のその他の産業におけるパラダイムと横並びで、半世紀近く経ってもその枠組みは当時と変わらず、かつては世界に誇れた日本の医療も、諸外国に大きく遅れをとることとなってしまいました。

歴史を遡って見ると、近代歯科医療の概念の発端はアメリカの“Dentist”に由来しています。語源はフランス語の“Dentiste”ですが、“Den”（歯）に“-ist”（～する人）を付けて“**歯を扱う職人**”あるいは“**歯の修理工**”を意味し、医師を表す“Physician”とは分けられていた痕跡が窺えます。

元来、Physician（医師）の扱う一分野であっ

た Stomatology (口腔医学) の 3 本柱である、Oral medicine (口腔治療学)、Oral surgery (口腔外科)、Odontology (歯科学) のうち、Odontology のみに特化した社会の需要に応えるべく、その Specialist を養成し、“Dentist” と称したわけです。

現在、米国においてよく使われる歯科医師の称号には大きくわけて 3 つあります。医師の称号である M.D. (Medicinæ Doctor : ラテン語) に対して D.M.D. (Dentariæ Medicinæ Doctor : ラテン語)、D.D.S. (Doctor of Dental Surgery)、そして B.D.S. (Bachelor of Dental Surgery) です。“Doctor” は博士を意味し、“Bachelor” は学士を意味しますが、称号のなかではそれらに意味はなく、単に“歯科医師”を意味しています。

日本は、奈良時代において「和魂漢才」で中国に学び、幕末まで 1,000 年以上も支持されていた東洋医学 (漢方) から明治時代以降は西洋医学へと大転換しました。更に世界の医療の歴史を掘り下げると、ギリシャ時代には医師は聖職者としての地位を占めていましたが、実際に医療を施すのは奴隷の仕事だったわけで、瀉血 (人体の血液を外部に排出させることで症状の改善を求める治療法の一つ) を主に行っていたわけです。ローマ時代の医療はすべて奴隷の仕事であり、中世において“Physician” は医師 (内科医) としての地位を回復していますが、“Surgeon” (外科医) は“Barber Surgeon” (理髪外科医と呼ばれた瀉血を行う人)、“Dentist” (歯を扱う人) とともに医師と区別されていた経緯が窺い知れます。

このように、医療の歴史の変遷を垣間見る

だけでも、その**当時の社会における医療の位置づけを表すパラダイムが、時代ごとに大きな違いを表しているばかりではなく、地位に至るまで影響を及ぼしていたことがわかる**と思います。

つまり、医療制度のみによって決まってしまうのではなく、その時代の学問、研究成果、政治的ないし社会的状況、時代精神、あるいは空気なるものが複雑に絡み合っ、結果的に醸し出されていくのが社会における医療のパラダイムの成り立ちなのです。従って、国が意図的にこと細かく歯科医療のパラダイムを作り出しているだけではなく、さまざまな要因が絡み合いながら醸成されていくわけです。もちろん、最も意図的に概念を打ち出すことができるのが国の施策である医療制度に他ならないわけですが、それがすべてではないということです。

客観的には、いろいろな要素がかかわりつつ自然に醸成されているように見えますが、当事者である医療関係者の意思や信念が大きく反映しながら醸成されていくのです。言い換えれば、**歯科医療概念の構築には歯科医師である我々の意思や信念が大きく反映できる**ということであり、国あるいは厚生労働省だけがパラダイムを作り出せるという呪縛から解放されることが、医療改革の第一歩といえるかもしれません。



歯科医師という国家資格の“使命”と保険医という“利権”

私たちが日本で授かっている“歯科医師”という称号は、歯科医師法に基づく国家資格ですが、当然ながら“医師”と“歯科医師”は法律が違うので全く別の存在になります。

医師法と歯科医師法のそれぞれ第1章の総則に、第1条としてそれぞれの“使命”が定義されています。両者を並べて見てみてください(表1)。唯一の違いは、医師法の第1条の条文中の「医師」と「医療」の文言の前にそれぞれ「歯科」を入れて、「歯科医師」並びに「歯科医療」というように、歯科医師は地位的には“歯科を行う医師”として、医師と同格であることを表現していますが、このように領域に制限を加えています。

押しなべていうならば、“治療”に関しては歯科領域のみに限定しているのですが、“公衆衛生”に関しては歯科医師法においても「公衆衛生」であり、「歯科公衆衛生」というような制限をしていません。つまり、歯科医師の受けもつ“予防”や“アンチエイジング”のような公衆衛生に当てはまる内容に関しては、その領域に一切制限を加えておらず、医師と領域を分かちながら同様に行うことが可能だと解釈できます。

例えば、糖尿病の予防や早産の予防を目的とした口腔内細菌のコントロールに限らず、食育やカロリーコントロールによる肥満などの生活習慣病からの予防、あるいは全身の免疫力を高めるための療法も、歯科医師の行う

公衆衛生の一端を担っており、その範囲に制限はありません。つまり、Odontology (歯科学) から Stomatology (口腔医学) に立ち返り、国民の健康な生活状態を確保するための全身に及ぶ健康状態の管理や予防、あるいはアンチエイジングを含む公衆衛生の向上及び増進に寄与する行為であれば、歯科医師の領域として法的に保証されているのです。言い換えれば、治療行為は歯科領域に制限されていますが、予防行為は制限がないということです。

人の病を治す行為は医道の第一義ではなく、人を病から守ってこそ第一義に値します。口腔領域のすべての疾患から患者の健康を守れば Dentist から Oral Physician への道が開け、更に医道の第一義である予防行為においては、まさしく文字どおり Physician への道は開かれていると解釈できるのです。

一方、“保険医”の定義は、“健康保険などの加入者の診療に当たる医師または歯科医師”であり、登録により国民皆保険制度という公共事業の担い手としての“利権”が与えられるわけですが、当然ながら、“治療”というカテゴリーにおける利権であり、それを侵しかねない予防というカテゴリーは含まれていません。

歯科医師国家試験に合格すると、歯科医師法に基づく“歯科医師”の称号が与えられます。そして、登録することで、医師・歯科医師であれば誰でも国民皆保険制度による保険医の利権を手にすることができます。治療内容、施設の設備、そして診療報酬も枠組みが決められ、保険医療機関の指定を受けた診療所もしくは病院において診療できます。この二重指定に従えば、診療報酬の請求権が生まれ、現在でも診療報酬の7割が国から支払わ

表1 医師法及び歯科医師法の第1条

【医師法】
第1条 医師は、医療及び保健指導を掌ることによつて、公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保するものとする
【歯科医師法】
第1条 <u>歯科</u> 医師は、 <u>歯科</u> 医療及び保健指導を掌ることによつて、公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保するものとする

れます。税金が大量に導入されている以上、医師・歯科医師以外の医療関連スタッフ、メーカー、業者、製薬会社の研究員まで入れると、土木関連の公共事業に並ぶ一大公共事業なのです。

このような見方をしていくと、厚生省と労働省を併せもつ厚労省は、医師・歯科医師の免許と労働上の利権を与えているため、官僚の意識や能力の問題ではなく、構造的に予防を保険の枠組みに組み込む医療改革はできないと見るべきです。残念ながら、倫理的な“使命”の前に、予防行為は治療行為から得られる労働上の“利権”と対立してしまっているのです。

現状の歯科医療のパラダイムに踏み留まるべきか？ シフトすべきか？

倫理的な使命は歯科医師法に定められたとおりであり、それを遵法するのは国民皆保険制度の恩恵を受けない医療体制においては何の支障ありませんが、混合診療が禁止の原則下の歯科医療においては、通達により一部認められています。いずれも、保存や外科的治療行為からの移行的な修復や補綴のみであり、仮に予防行為を並行して行くと混合診療禁止の原則に従って、保険診療領域においても患者に10割負担が課せられるのは周知のとおりです。混合診療による最も大きな影響は、治療行為と予防行為は本質的価値においては後者のほうが高いにもかかわらず、作業量的価値においてはしばしば逆さまの印象を患者が抱いてしまいがちな点と、治療費の患者負担3割が一般的であるために、国民の医療費に対する相場観が麻痺した状態で相互作用してしまいやすい点です。更に、正当な報

酬を徴収するのが難しいことから、正当な報酬より低めの徴収を設定したり、市場原理に流されて安易な価格破壊に走ってしまったりで、医療経営上の難点になると想定されます。

つまり、基本的に**混合診療は、治療の価値と予防の価値が玉石混淆してしまい、患者の価値観、あるいは判断力にも影響しかねない**わけです。

しかし、中学1年生のう蝕罹患率は1984年が4.75本だったのに対し、2009年は1.4本と、25年間で1/3に減少しています（2009年厚労省発表）。先進諸外国に比べて依然として歯科医院通院率も低く、歯科医院でのう蝕の予防をさほど積極的に実施してきたとはいえませんが、立派な結果を得たわけですから、おそらく、歯科医院数の増加や歯周治療に伴う保健指導による相乗効果で、う蝕も減少したと推測できます。つまり、いずれは補綴や修復は減少し、地域差・時間差はあるものの、**回復的歯科医療行為が減少するのは時間の問題であり、現状の社会情勢に加えて訪問歯科診療の普及も通院患者数の減少等、何らかの影響を及ぼすことは避けられません**。そんな経営上悲観的な将来予測も可能ですが、歯科医師の使命を全うしつつあるという点では、う蝕を減少させたことは倫理的に当然誇るべき事実です。

●

本稿では、現在閉塞的な歯科界でも、保険医という利権に固執しなくても、歯科医師法に立ち返った生き方に活路を見出せることを、歯科医師法に論拠してその可能性を示しました。自由診療と保険診療を対比させているのではなく、どちらも大切な医療上の使命を従

The Choice サプリメントの落とし穴を埋める1冊!

サプリメントの最大手某製造会社の消費者コールセンターに寄せられる相談の上位を占めるのが、「医師からもらった薬と一緒に飲んでも大丈夫ですか」という問い合わせだそうです。医師に相談してもはっきりした返答がなかったり、自分が処方した薬以外は飲まないようにと釘を刺されるのが落ちだったりということで、医師に直接聞かずにコールセンターに相談する消費者が大変多いと聞いています。

“薬漬け天国”日本の現状は、相変わらず処方される薬の量が多く、複数の科に通っていようものなら、重複したり、薬剤相互作用が懸念されたりする処方が後を絶ちません。そこで、漢方やサプリメント、ましてや“トクホ”なら問題ないと思いついで医療従事者も次々販売し、患者も安心して服用していると、思わぬ落とし穴に遭遇してしまいます。トクホのサプリメントも、その構成成分は量が増えると薬用成分と同じ作用をする立派な化学薬品である場合があり、実際に薬剤相互作用により多くの被害が出ていて、死亡例も後を絶ちません。そんな噂を聞いた消費者が、医療機関ではなく前述のようなコールセンターに相談しているのが現状なのです。



◀ 『健康食品・サプリメント〔成分〕のすべて』
問い合わせ先：同文書院
URL：http://www.dobun.co.jp/nm2/nmdb_2.html
* CD-ROM版が近日発売予定

世界中からもち込まれるサプリメント。その成分の実態を把握する術がないほど、世の中にサプリメントが氾濫しています。それを見分ける1冊が『健康食品・サプリメント〔成分〕のすべて』という「NMDB」（ナチュラルメディスン・データベース）の日本版です。アメリカ西海岸のストックトンに本拠を置き、100名を超えるリサーチャー、専門研究員からなる民間組織セラピューティック・リサーチ・センターによって構築されているデータベースで、専門家向けにサプリメントに使用されている素材を幅広く網羅しています。現在、最も信頼のおける世界的な情報源の一つです。

えており、回復的歯科医療のパラダイムを中心とした国民皆保険制度がなくなるわけでもありません。将来を見据えて新たな医療サービスを創造し、新しいかたちの公衆衛生活動の一環として歯科医師の進むべき方向性の一つの可能性、そしてそのパラダイムの可能性は非常に大きいと思われれます。

今後“保険医”に予防やアンチエイジングのようなパラダイムは存在しません。しかし、歯科医師法に基づく“歯科医師”には、歯科領域を超えた公衆衛生、すなわち予防や

アンチエイジングにおいては、医療全域にわたるパラダイムが存在しているということを大切に育て上げていくほうが、歯科医師としての使命に遵法した生き方に通じるのではないのでしょうか。

そして歯科医師に課せられた本来の使命を純粋に追求していくと、さまざまな医療サービスを思い描くことができます。それとともに、これからは10万人の歯科医師が同じような仕事をする時代ではなくなっているという兆しが見え始めてきました。

One & Only

中原 悦夫

東京都・協立歯科
クリニックデュボワ

知のパラダイムシフトと臨床のパラダイムシフト

数年前に、日本歯科大学は「歯学部」から「生命歯学部」へと学部名を変更しました。歯科界が閉塞感に満ちているなか、歯科学を生命学を中心に再編しようとする深遠な思想をうかがい知れます。かつて、Stomatology(口腔医学)から枝分かれして発展してきたOdontology(歯科学)を包括的に再編してStomatologyに立ち返らせ、更には生命の根源に迫る学際的学問分野の一大拠点として歯学部を位置づけていこうという、大学の壮大なビジョンが想像されます。このように、私が勝手に解釈しているところですが……。

さて、21世紀に入って、一般社会はあらゆる学問が、学際的に集約され始めています。その結果、産業界も異なる分野とのコラボレーションにより、ありとあらゆるものを共同で生み出していくという産業界の構造のパラダイムシフトが盛んに起こってきています。例えば、携帯電話機一つとってみても、1つの製品を1社ですべて作っているのは日本の企業ぐらいのもので、世界の産業構造の潮流は他社との共同製作へと大きくシフトしています。にもかかわらず、日本の産業界は40年前の構造から抜け出せずにいます。それと

同様に、歯科界全体に広がる閉塞感も、まさに原因はそこにあると思われます。

学問の世界では、単独の学問としての攻究から学際的学問分野としての攻究へと“知のパラダイムシフト”が既に始まっているにもかかわらず、製造業を中心とした日本の社会構造、とりわけ日本の医療産業や医療は、旧体制から抜け出せないでいます。

そのような現状のなか、果たして歯科医療は将来、“知のパラダイムシフト”に“臨床のパラダイムシフト”が追随できるのでしょうか。

生命の起源を明らかにする “知のパラダイムシフト”

生命は多細胞生物へと進化を遂げて以来、捕食によるエネルギーの獲得を可能にしてきました。そのときから、我々歯科医師の領域である口が誕生し、口と肛門を結ぶ消化器を中心とした多細胞生物の基盤が最初に形作られました。更に、エイジングの克服として、生殖によって子孫を永遠に残し続けることで“食と性のリモデリングによるエイジングの克服”という生物の基本システムができあがったわけです。

また、生命の誕生以来、生物は地球や惑星、

恒星と共進化してきている可能性が高いと考えられています。そのため、現在では生物進化の研究には生命科学だけではなく、地球惑星科学やアストロバイオロジー(宇宙生物学)との学際的研究が必須になってきました。こうして、分子進化学、あるいは分子人類学という学際的学問分野に位置づけされる研究が確立してきたのです。

私たちの領域である医学・歯科医学も、地球上の生命科学を超えて、いずれこのような宇宙を視野に入れた学問との学際的研究も盛んになってくることでしょう。時間医学^{*})など、既に月や太陽と体温や血圧などの人体機能との関係が明らかになりつつあり、投薬の時間や睡眠のタイミング等、既に臨床に應用されているものもたくさんあります。

生命が真核細胞へと進化し、そして多細胞生物に進化した時点で、口はすべての生命において既に存在していました。目や耳、そして脳までも、ずっと後から進化してできてきた器官です。私たち歯科医師の医療領域は、生命の進化を遡ると極めて初期の段階から存在していた口という生命の原点を扱っていることに他ならないのです。

このような生命の起源に関する研究一つとってみても、一つの学問体系から解明されることはほとんどなく、異分野との共同研究が欠かせません。しかし、学会レベルにおける異分野との交流には常に大きな障壁があり、お互いの専門分野の基礎知識や共通言語の不足といったことによって専門レベルで相互理解ができなかったり、学会自体が排他的に

なったりしがちですが、双方の研究者の深い努力なしには成し遂げられないのが学際的学問分野です。

こうした障壁を乗り越え、“知のパラダイムシフト”を実現してきた研究者に対して深い敬意を表すとともに、その“知”を社会に広く役立たせるためには、臨床の最前線で従事する我々歯科医師による“臨床のパラダイムシフト”への努力が必要に迫られているのではないのでしょうか。

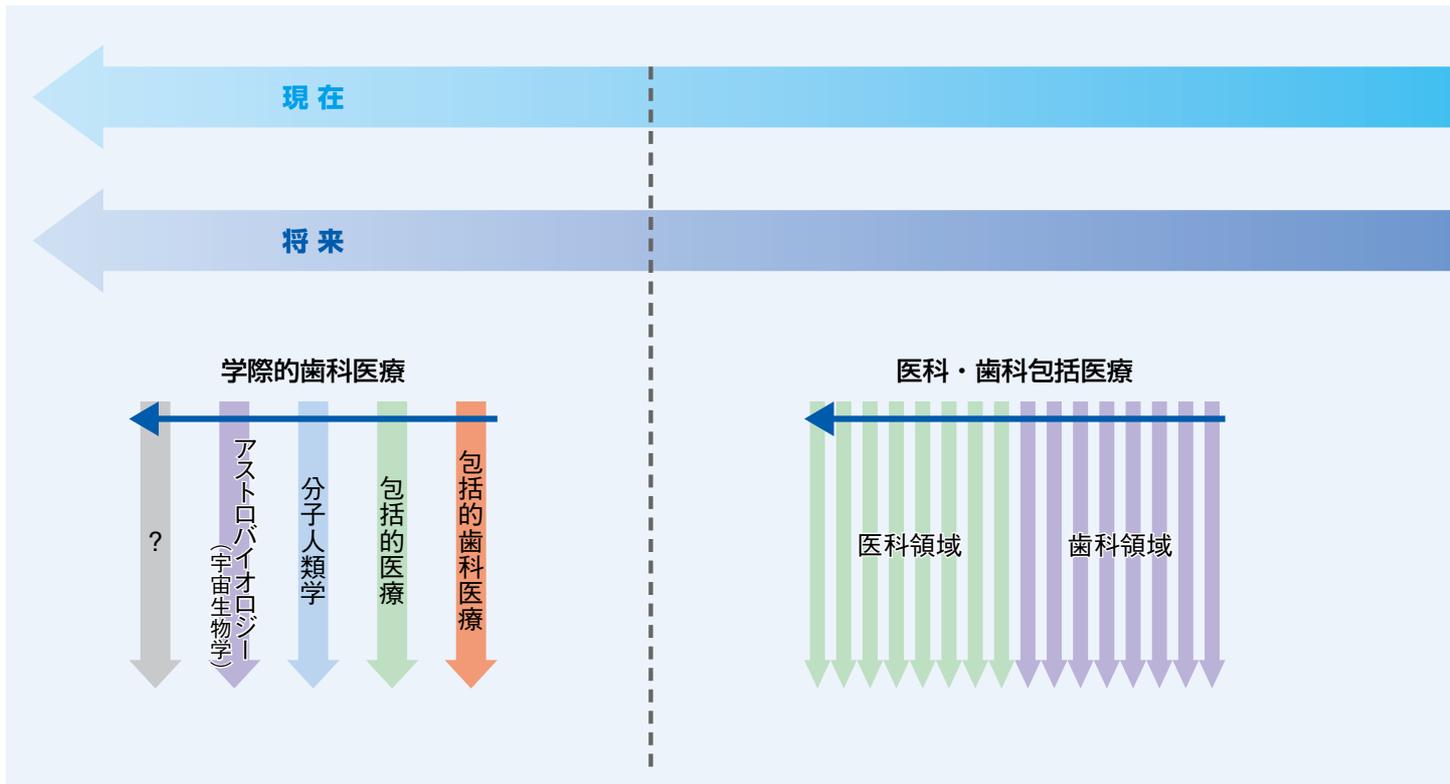


回復的歯科医療を前提とした 製品開発

ここ数年の歯科における新しい設備投資の代表格を尋ねられたら、まず“歯科用 CT 画像診断装置”が思い浮かぶのではないのでしょうか。これは放射線物理学に始まりコンピュータ画像処理に至るまで、ありとあらゆる学問の集結に加えて、ありとあらゆる技術の集結が効を奏して製品化された最新医療機器の一つです。

いまやインプラントの診断に始まり、歯内療法術の術前・術後の診断、そして矯正診断に至るまで、この CT 画像診断装置がなければ臨床は何も始まらないといった勢いで普及しています。仮に 3D 画像がなくても従来の 2D 画像で十分に診断可能な症例でさえも、「何か事故でも起きたときには CT による 3D 画像を撮っておかなければ裁判に負けてしまう」といった脅迫型のマーケティング^{まこと}も実しやかに囁かれ始めた昨今です。そのうち、抜歯も含めて、歯槽骨を外科的に扱う場合はとりあえず CT 画像を撮っておかなければなら

^{*}) 時間医学：「時間生物学」という生物の生体リズムを研究する学問の考え方を医学分野に取り入れたもので、欧米では 19 世紀初頭から研究が進められている。ある特定の病気が発症しやすい時間帯を見つけて、病気予防や治療に生かす試みなどが行われている。



▲初期の歯科医療の形態から、専門医による歯科医療へと細分化され、再び包括的歯科医療概念に立ち返るとともに、今度は医科・歯科包括医療概念へと進化を続け、やがて学際的歯科医療概念の時代へとパラダイムシフトする。知のパラダイムシフトに臨床のパラダイムシフトが追随する様相を示す

ないといった風潮が拡がり、患者の被曝を余所に、それが醸成されていくことでしょう。

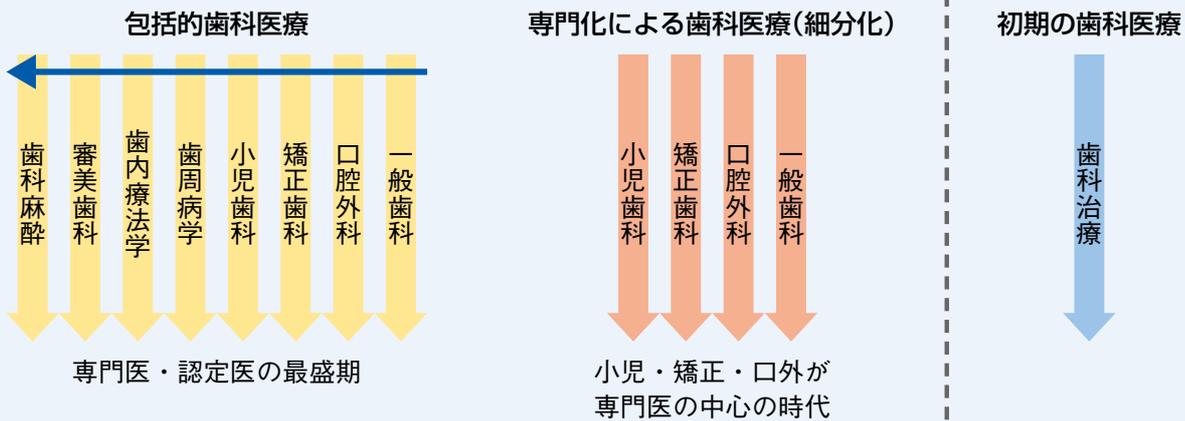
さて、この現段階の CT 画像診断装置の商品開発コンセプトには、大きなイノベーションの余地がまだまだありそうです。確かに、インプラントの診断や大臼歯の歯根管の診断を目的としたコンセプトにおいては、臨床上かなり満足のいく機器として開発が成し遂げられています。しかし、あくまでも修復や補綴を主とした回復的歯科医療を前提とした商品開発コンセプトです。従って、必要なときにだけ撮影するので、診断や手術の補助的な役割を果たしていればいいわけで、多少の被曝量には目をつぶることもできるかもしれません。

しかし、**う蝕や歯周病の予防が進むにつれ、**

当然ながら抜歯という医療行為は漸減されていき、従ってインプラントの需要もいずれは減少していく運命にあるのは間違いありません。 歯内療法にいたっても然りです。そうなると、歯科医業経営的にもその導入にも限界が生じるために、低価格化の市場原理が作用して、これ以上のイノベーションはメーカーにとっても難しい局面に晒されることが予想されます。

採算性という障壁

では、もし製品開発コンセプトが以下のようにシフトすればどうなるのでしょうか。それは、マイクロ CT 画像診断装置の臨床での実用化です。マイクロ CT 画像診断装置は現在、その被曝量の大きさと長時間の撮影時間を要



することから、動物実験や組織診断や病理診断などのヒトの生体ではない組織のミクロの立体画像を再現することしかできませんが、組織の切片標本の3Dバージョンといった画像処理ができるのです。歯根などは側枝に至るまで鮮明な立体画像として映し出してくれる技術で、歯槽骨に至っては歯根の表面と歯槽骨、周辺軟組織、歯石、剝離セメント質、更には毛細血管に至るまで鮮明に再現してくれることが期待されます。

このような精密かつ鮮明な画像が低被曝量で撮影することができる技術開発が進めば、すべての患者の定期健診に応用でき、特に歯周組織における骨吸収の診断に威力を発揮してくれることでしょう。

残念ながら、このような製品開発コンセプトに移行するためには、歯科医師の意識調査、

あるいはマーケティング調査の結果において市場での採算性が確認されないかぎり、商品開発には至ることはないでしょう。更に、医療・歯科医療におけるマーケティングは、国民皆保険制度下の日本においては保険に導入されるか否かが決め手となるため、予防の概念が基本的でない現行の保険医療制度においては、その導入の障壁となることも予想されます。

製品開発コンセプトが重要な意味をもつ時代

ここで取り上げたCT画像診断装置の開発コンセプトは、医療機器開発のほんの一例にすぎません。特に最近の先端医療技術は、学問レベルから臨床レベルへの応用の前に多くの学際的な技術導入が必須であり、企業の製品開発コンセプトが構築される前に市場原理

に晒され、医療の本質的価値よりも市場における採算性のほうに重きがおかれる資本至上主義の弊害が、我々の本質的な歯科医療行為に少なからず影響を及ぼしています。

新薬の開発もまた然りです。今や日本における膨大な開発コストを避けるため、国内向けの新薬の開発は各製薬メーカーがこぞって国外向けにシフトしており、開発コストのかからないトクホ（特定保健用食品）に照準を絞って開発コンセプトを見出している感があることは否めません。

このように、“知のパラダイムシフト”に“臨床のパラダイムシフト”が追随する、つまり、研究成果を臨床応用するためには、医療産業界の製品開発コンセプトと企業のマーケティングの概念が重要な意味をもつ時代であるということを認識しなければなりません。

更に、製品にもよりますが、B to B（企業間取引）としてマーケティングの目先を歯科医院、あるいは歯科医師におくのか、B to C（企業対個人）としてダイレクトに患者個人におくのかによって、その製品開発コンセプトは大きく変わってきます。

従来、企業はもっぱら保険で認可されることを目指しさえすれば既存のマーケティングに自動的に乗っかることができたので、医療関連企業の企業努力はいかに保険導入できるかということだけに注がれていました。しかし最近では、自由診療の対象製品という、あえて保険対象外を謳ったコンセプトで製品開発を進める企業も出てきました。

●
一般診療においては、**来院目的が予防的治療、アンチエイジング、あるいはヘルスプロモーションである場合には、“患者”として治療を受ける立場ではなく、“消費者”感覚で治療を選択する立場で患者は来院している**というのが心情です。このように、患者の意思決定に消費者感覚が加わる可能性の高い創造的歯科医療の概念においては、企業もB to C、つまりこれまで保険導入など歯科医師を意識していたマーケティングから、直接患者を意識したマーケティングへとシフトしていくことになるわけです。

新しい創造的歯科医療のマーケットは、病人だけではなく健康人、あるいは病的自覚のまだない半健康人もターゲットに入ります。ですから、病人だけをターゲットにしてきた従来の回復的歯科医療のマーケットとは違って、その対象となる人口は桁違いに大きく、その潜在的ニーズも巨大です。その巨大マーケットを満足させるために我々歯科医師が取り組めることは、**診察メニューを変化させる**以外にありません。

企業の製品開発コンセプトや理念を我々歯科医師が共有し、患者になるまで放置して治療のみ受けもってきたこれまでのデンタルマーケットから、疾病から国民を守る真のデンタルマーケットを意識した医療サービスを構築する。そうすることで、“臨床のパラダイムシフト”が追随することができるのではないのでしょうか。

One & Only

中原 悦夫

東京都・協立歯科
クリニックデュボワ

歯科医療のクオリティ

医療において“クオリティ”といえば、最近では“QOL(クオリティ・オブ・ライフ)”をイメージする方が多いのではないのでしょうか。これは個人における人生の内容の質、社会的な生活の質を指し、人間らしい生活のなかに幸福を見出せているかという概念です。昨今では、患者の治療中の、あるいは治療後のQOLが問われるようになり、長い間、国民皆保険制度下の社会主義的な医療体制にどっぷり漬かっていた日本の医療環境も大きく変わり始めました。更に言及するならば、私たち歯科医師や一緒に働くスタッフのQOLも医療経営上の大切な要素になってきています。

単純に歯科医療を質という切り口で考察しようとする、やはりここにも空間軸と時間軸が付きまといまいます。修復物や補綴物のような製作物ではその品質、手術や治療といった医療技術ではその結果、設備や患者の応対やホスピタリティといった接遇ではその心意気のような歯科医療に向かう医療従事者の姿勢の表れ、長時間かかると思っていた治療があっという間に終わったときなどでは空間的なものに時間的な質が交差したりします。

同じ補綴物でも、材料並びに製作技術のイ

ノベーション、あるいは顕微鏡の登場により、品質や精度は過去とは比べ物にならないほど高くなってきています。しかし、医療におけるクオリティはその時代の平均的技術との間で相対的な価値を生んでいることが多く、同じ技術において現在と過去との比較にはあまり意味をもちません。なぜなら、時間の経過とともにクオリティは常に高くなるのがイノベーションの条件だからです。

とかく技術至上主義に陥りがちな現代社会において、“歯科医療のクオリティ”とは何でしょうか。それには多くの要素がありますが、患者と医療従事者双方にとって満足度の高い要素にその本質が隠されている気がします。

今回は、戦後、大きく発展した全く別分野の2つのサービス業を参考に、歯科医療のクオリティの一部を俯瞰してみたいと思います。

100年の飛行の歴史が育んだもの ①国際運営方式

1903年にライト兄弟が世界初飛行に成功したと公式に記録されてから、わずか100年の間にこれほど世の中を変えた事業があるのでしょうか。それこそ“科学の力で大空という大自然に挑み、人類に夢と希望を与えた”航空業

界です。このフレーズを、“科学の力で人体という大自然の産物に挑み、患者に夢と希望を与える”医療と置き換えると、**医療と航空は通底している**ことを理解いただけると思います。言い換えるなら、航空は人をA点からB点に上空を移動させることであり、医療は人を疾患レベルから健康レベルへと移すことです。共通のテーマは“安全性”、“確実性”、“快適性”で、この3つの要素のイノベーションにこそ“クオリティ”追求の本質がうかがえます。

医療技術は飛躍的に進歩したにもかかわらず、医療事故はあとを絶ちません。幸い事故には至らないまでも“ヒヤリ・ハット”が日常的に繰り返されているのが日本の医療現場の実情かもしれません。このようなヒューマンエラー（人的ミス）について、安全対策上の興味深い模索の歴史が航空業界にあります。

航空は、大自然を科学の力で制し、人間を安全に、確実に、そして快適に運ぶ産業として、あらゆる学問の Interdisciplinary Approach によって成り立っています。何より進んでいるのは、全世界で法規や制度、運行方式が統一され、いったん離陸したら世界中どここの空港でも同じルールで着陸できる、国際運営方式が既に確立されている点です。医療のライセンスは国単位ですが、**航空は最初から国際的な視点でライセンス化されてきた**わけです。

100年の飛行の歴史が育んだもの ②チェックリストの活用

といっても、ライト兄弟の初飛行から半世紀は、開発途上で事故と隣り合わせでした。その後、第二次世界大戦による急速な技術革新に伴い、航空機の安全性は飛躍的に上がり、コンピュータテクノロジーを搭載したハイテ

ク機の登場でハードとソフトによる事故は確かに激減しました。しかし、1970年代以降も航空機の事故の頻度は変わりませんでした。

その理由を詳細に調べた結果、**事故の70%以上がヒューマンエラーに起因している**とわかり、航空業界の安全性追求の理念はいかにこれをなくせるかがポイントになってきました。過去を教訓に、事故防止対策は人間の行動や認知の心理学的な攻究においても徹底され、その研究があらゆる飛行システムのなかに織り込まれ、航空業界では「人間はミスを犯す動物である」ことを安全対策の根幹におくところから始まっているのです。認知力、行動力、そして記憶力などの**人間の能力を信用しないところからすべての安全対策は講じられている**といっても過言ではありません。コックピットでの操作は操縦士の記憶に頼ることなく、確実な手順で操作ができるチェックリストを用いる方式が採られています。**チェックリストを読み上げて確認をしながら操作をしていくことで、失念による手順の間違いや操作漏れのリスクを回避しています。**

100年の飛行の歴史が育んだもの ③複数の情報共有による質の向上

ラジオコミュニケーションシステムにおいては、ルールに基づいた簡潔な用語を短時間で発信することで、多くの注視すべき情報を共有し、指示を確認しながら操縦していきます。画期的なのは、機長並びに副操縦士と管制官とのやりとりは、同じ管制塔にコンタクトしている他機の操縦士も同時に共有していて、同じ飛行エリアの状況をモニターしているので、他機がどのような行動をとるのかをそれぞれ把握し合っている点です。**複数の耳で最**

新情報を共有することで、情報の質を高めているのです。昨今のインカムによる情報の即時共有の原点は航空無線にあったわけです。

操縦席は通常2つあり、操縦は機長か副操縦士のどちらか1人が行いますが、自動操縦に入ると2人とも操縦桿から手が離れるため、長時間のフライトになるとどちらが主体で操縦しているのかをお互いに明確にする必要があります。ですから、操縦するほうが必ず「I have a control」と宣言し、操縦を委ねるほうは「You have a control」あるいは「You have」とその宣言をコックピット内の会話においても入れなければなりません。

このように、機体内外での会話やラジオコミュニケーションにおいても、ヒューマンエラーをなくするための基本的なシステムが構築されています。しかも、**極めてシンプルな行動や判断に至るまで細かくルール化し、初歩的なミスを食べ止める努力がなされています。**

また、機内食も機長と副操縦士が同時に食中毒に罹らないように、機長が和食を選んだら副操縦士は洋食を選ばなければならないなど、身体的リスク回避も徹底されています。ハード面も、コックピットから出されるさまざまな指令を機体の細部にわたって伝達する回線においても一つの動作に必ず複数の回線が同時に機能し、機体の損傷などのトラブルにおいても他の代替回線が機能するように、想定できるあらゆる対処がなされています。更に、同じソフトを動かすコンピュータのハードも、それぞれ別のメーカーのハードを搭載するなど、メーカーによって起こり得るハード面のリスクも100%は信用しきらないことを前提に対策が講じられています。最新の

ハイテク機ではコンピュータ自動音声による確認や、操縦席の窓ガラスに計器類をレーザー光で描いて、滑走路と計器類を同一視野に置くことで、外界と計器を見る間のタイムラグや見落としを最小限に留めたりと、ヒューマンエラーの防止に一役買っています。



100年の飛行の歴史が育んだもの ④体験教育重視の安全教育

また教育では、大自然相手の操縦における不意の故障や燃料漏れ、失速や緊急事態に遭遇した際の復旧処置や緊急着陸に至るまで、**事故回避のためのトレーニングが飛行訓練の大半を占めています。**頭だけではなく身体が覚え込むまで、訓練は何度も繰り返されます。

日本においても、航空身体検査という所定の検査を受け、運輸省に申請すると2週間ほどで仮免許が送られてきます。この仮免許を所持し、飛行指導免許をもつ者が教官として隣に乗っていれば、初めて操縦席に座っても、自動車教習所のような事前教習を何も受けなくても、スイッチや計器類の名前すら知らなくても、“チェックリスト”の手順に従って操作を進めれば、教官の指導の下に、エンジンの始動から離着陸までできてしまうのです。これは、**航空の安全教育が知識だけに留まらず、体験教育を重視したシステム化がなされている証しです。**座学でいくら完璧な成績を修めても安全性が確保されるわけではなく、その知識を鵜呑みにせず、教官として訓練を受けた飛行経験者と常に1対1の実地によるコーチングと飛行経験を積むことの重要性が科学に論拠しているのです。

歯学部を卒業して国家試験に合格し、知識上の力量が確認されたら歯科医師免許を与え

られ、後は一人で臨床に飛び込んでいく新卒
歯科医師たちの姿と照らし合わせてみてくだ
さい。最近では臨床研修制度を設けているもの
の、指導教官としての特別なトレーニングを
受けていない歯科医師による場当たりの指
導風景は、教育方法からして航空業界とは歴
然とした違いがあることがわかれると思いま
す。

航空業界の教育は、「上空でパニックに陥る
ことが最も危険で、いざというときのパニッ
ク回避と同時に、緊急事態においてもチェッ
クリストを用いて手順を確認しながら確実な
対処を実現するための訓練」で、ヒューマンエ
ラー回避に注視した対策が常にとられていま
す。このように、**航空業界の安全性追求のため
の事故防止対策、確実性追求のための飛行計
画、そして快適性追求のための機内装備等は、
そのまま歯科医療の事故防止対策、治療計画、
そして施設並びに医療機器に活かせるのです。**

サービスの概念からホスピタリティの 概念へ

航空業界における機内空間の快適性の原点
は、やはりサービス業の王道であるホテル業
界にあります。ハード面ではコンパクトなが
ら飛行中の快適な居住性を目指したり、食事
にもさまざまな工夫がなされたり、乗客の満
足度向上を目指しています。最新鋭の大型旅
客機の F-Class には個室やシャワールームま
で完備され、まさに空飛ぶホテルさながらです。

ホテルにもさまざまなタイプがありますが、
奴隷用語でもある“サービス”という古典的
な概念から脱皮して“ホスピタリティ”とい
う“おもてなしの心”の西洋版のような概念
を打ち出すことに成功したザ・リッツ・カー
ルトンの信条について触れます。ここには

**ヒューマンエラーをヒューマンパワーに変え
るさまざまなソフトウェア**があります。ホテ
ルマンの能力を最大限に引き出す決済付き裁
量権を与え、現場におけるリアルタイムのニ
ーズにホテルマンの創造性を最大限に発揮さ
せるためのシステムや、“We are Ladies and
Gentlemen Serving Ladies and Gentlemen”
とすべての従業員が身に付けている「クレド」
と呼ばれるカードに描かれた信条のなかに秘
めたメッセージがあります。直訳すると「私
たちは紳士淑女に奉仕する紳士淑女です」。
文字どおり、サービスをする従業員すべてが
お客様と同じく紳士淑女ですという宣言です。

“サービス”は奴隷用語だと前述しました。
ホテルマンのサービスも、歴史的には奴隷の
仕事の流れを汲んでいたわけですが。医療もロ
ーマ時代には奴隷の仕事であり、中世におい
ては内科医の権威は上がったものの、外科や
歯科の仕事は Barber-Surgeon (理髪外科医)
が担ってきた歴史があるように、患者と医師・
歯科医師は、西洋では歴史的に対等ではない
期間のほうが長いのです。モンスターペイ
シエントを創り出して私たち医師・歯科医師
が奴隷化される社会現象を思い起こしてみ
てください。患者を弱い立場と位置づけ、医師・
歯科医師の立場が上で患者が下といった関係
のなかで治療が進められてきた日本の医療が、
突如、逆転現象を引き起こして醸成されたの
がモンスターペイシエントでした。本来、基
本的にはサービスする側とされる側、つまり
患者と医師・歯科医師は“対等”であるところから構築していかなければ、本質的なものは何も見えてきません。どちらが上でも下でもなく対等な関係を維持するのは、人間社会

**The Choice** “知のパラダイムシフト”から生まれた「水素医学」

分子生物学や宇宙物理学など、異分野との学際的水素医学という新たな学問分野を生み出しました。水素分子は生体内における抗酸化作用が確認され、その効能は当初、脳梗塞や心筋梗塞による酸化ストレス障害への効果という医科領域での応用が期待されていましたが、その後、抗炎症作用、抗アレルギー作用、ミトコンドリア病、歯科領域でも歯周治療、抜歯などの外科処置後の治癒促進効果が確認され、今後の更なる報告が待たれます。

活性酸素の多くはミトコンドリアでエネルギーを作り出す段階で放出されていることが確認されてから、諸悪の根源のごとくすべての種類の活性酸素を取り除く方法が考案されてきました。しかし、活性酸素をすべて取り除くと、ヒトの寿命はかえって短くなることがわかってきました。こうして、生体に必要な活性酸素もあるとわかってから、水素がヒドロキシラジカルに特異的に反応し、この活性酸素を選択的に取り除くことが水素分子の

抗酸化作用の特徴で、人体に悪影響を及ぼす活性酸素のみを取り除いているのです。

更に、同じ抗酸化物質のビタミンCなどの水溶性ビタミンは細胞膜内には到達できないため、当然ミトコンドリアには入れませんし、コエンザイムQ10などの脂溶性ビタミンは細胞膜内には入れますが、ミトコンドリア内には入れません。しかし、水素は細胞膜内にもミトコンドリア内にも入ることができる抗酸化物質なのです。

水素分子の最も簡単な摂取は、水に溶かした水素水を飲むことで体内に9時間程度留まり、半分近く消費されることがわかっています。そして副作用は全くありません。

残念ながら、医学的効果が期待されるだけの溶存水素量の高い水素水は市販では見当たりませんが、確実に製薬化あるいは商品化されてきますので、今後この水素医学に着目してみてください。アンチエイジング医療の根幹を担う可能性が高い新たな医療概念です。

の歴史を振り返ると、最も難しいことかもしれません。その背景には、対等な関係を崩壊させる行きすぎた資本至上主義と同時に、霊長類としての人間が弱肉強食という動物の本能に打ち勝てない性からかもしれません。



ホテル業界のサービスの概念からホスピタリティの概念へのシフトは、ホテルマンに“対等意識”というプライドを与えました。それがホテルの伝説を築き上げ、世界中で受け入れられる新しい価値観を育みました。それが“クオリティ”という常に新しい質を生んでいるのではないのでしょうか。“安全性”、“確実性”、“快適性”の追求からクオリティは常に進化し、航空業界やホテル業界に代表される洗練されたものへと変貌を遂げています。日本

の医療界は長く市場という概念から隔離された保護環境で育ってきたため、医療の本質が見えにくくなっていったのだと思います。機長や副操縦士と乗客は、上空では同じリスクを伴った土俵の上にあります。つまり対等なのです。ホテルもホスピタリティの概念へのシフトにより対等を取り戻しました。**医療の“クオリティ”は“医師・歯科医師と患者は対等”という立場が構築されてこそ、そこに“医療の本質”があるのです。**逆説的にいえば、患者を“患者様”と呼ぶうちは先進ではなく途上にあると理解すべきで、この類の接遇には医療のクオリティは存在しないのです。

【参考文献】

- 1) 中原悦夫：“航空”と“口腔”の意外な接点。THE NIPPON Dental Review. 71 (4), 2011.

One & Only

中原 悦夫

東京都・協立歯科
クリニックデュボワ

歯科医療のクオリア

“クオリア”とは、梅雨の合間の五月晴れのような「清々しい青空!」といった感覚的、あるいは主観的な体験を伴う“質感”を表す概念で、本来は哲学や人文科学の対象でした。しかし、近年の脳科学の分野において、クオリアを自然科学の対象として扱おうとする挑戦が始まってきました。

医療や歯科医療を捉える場合、“クオリティ”(質・品質)で比較評価するのは自然科学の一分野という合理性もあり、技術的側面からも学問的側面からもその評価は妥当で、これまで何の抵抗もなく自然科学で扱われてきました。そして、“クオリア”は科学が最も苦手で、哲学的概念として一線を画し続けた概念だったかもしれません。しかし、“クオリティ”という概念だけでは歯科医療の客観的な評価は不十分だという認識が徐々に芽生え始めているのではないのでしょうか。

従来の回復的歯科医療は心身二元論に基づき、単に身体の一部を扱い、痛みを取り除き、あらゆる技術を提供して機能の回復を中心に行ってきました。更に、他の医療と違い、補綴物や修復物という第3者の目に留まる人工物をも扱う特殊な医療でもあります。QOL(Qual-

ity of life)の概念の普及に伴い、補綴物も修復物も、機能的にも審美的にも本来の本物の天然歯に限りなく近づくことが求められるようになり、医療の“質”から医療の“質感へ”、つまりクオリアの概念が日常臨床のなかで常に追求され始めているのが現実です。従って、単にEBM(Evidence-based medicine)の支配を受けた自然科学の一派生分野という従来の歯科医療の位置付けのままクオリティだけを追求するのでは、単純に総合的な評価などできない時代に差しかかっているのが実情です。

仕事の評価の3要素、それは“スピード感”、“確実性”、“センス”

例えば歯科医師の仕事に始まり、歯科衛生士による業務、受付やコーディネーターの仕事、更には歯科医業以外のどんな仕事においても、仕事のできばえを評価するときは“スピード感”、“確実性”、“センス”の3要素を満たさないかぎり、ヒトに感動を与えられる結果はまず生まれません。

スピード感はリズム感に置き換えることもできます。芸術においてもスポーツにおいても然りです。仕事の“スピード”は仕事の質そのものであり、時間測定が可能で、科学に論

拠しています。しかし、仕事の“スピード感”と表現した場合はいかがでしょうか。計測はできないが、他のスタッフより確かに早いような気がしたときの感覚、つまり質感です。実際に同じ仕事をさせて時間を測定し、全く同タイムであったとしても、確かにスピード感が違うといった経験は誰にでもあると思います。単なる時間的な錯覚なのでしょう。

当然、空間的なできばえも見逃せません。そこには“確実性”という本質的にクリアしなければならぬ結果が必ず伴うわけですから。それをどのように受け止められるか、あるいは満足できる代物であるのかどうかです。ここでも、顕微鏡でしか見えない精度の仕事とそうでない仕事では、歴然としたクオリティの違いを明確に画像で示すことは可能です。

更にできばえのなかには、“センス”といった計量並びに計測不可能な、感覚的かつ微妙な要素が盛り込まれます。しかし、実際には科学的根拠が明白な質の差があって、極めて精度が高いにもかかわらずヒトの心を満たせていなかったり、明らかに質の悪いほうにヒトの心の軍配が上がったりもします。

“確実性”はクオリティとして科学的な評価が可能側面もありますが、ゴール設定との相対的な評価が決め手になるため、ゴールの曖昧さがあれば、その評価においては質より質感的な要素が大半を占めます。例えば、セラミッククラウンの色、形、艶、素材の与える舌感も、天然歯との区別がつかないクオリティは現在の歯科医療において提供可能です。しかし、その化学組成はエナメル質の hidroksiapatit とは明らかに異なるため、あくまでも代替品でしかありません。クオリ

ティのどの段階をゴールにするかは微妙な問題で、咬合時の食感に至っては、天然歯のそれと全く異質だと感じ取れる患者もいるわけです。従って、“**確実性**”という最も科学に論拠したアピールができる要素ですら、**すべてを科学的に捉えることはできない**のです。

もし、これらの科学では論議できない3つの要素から仕事の評価が決まっているのなら、もはや仕事はクオリティでは評価されておらず、実際にはクオリアでしか評価されていないこととなり、結局のところ、“**歯科医療の本質**”はクオリアでしか表現できないという哲学論議に入らざるを得ないこととなります。

科学は常にこれら3要素を分解して論理的な個々のクオリティをはじき出し、無理やり後からこれら3つを結び付けようとしている一面があります。例えば、ジグソーパズルの一つ一つのパーツは平面で論理的な形態で、それらすべてを組み合わせながら並べられて完成した結果は、その関連性から論理的な1枚の平面に仕上がるとされるところまでは科学に論拠しています。しかし、実際に全体を持ち上げて横から眺めてみたら歪んだ平面にしか見えない代物もあります。細分化したエビデンスに基づいた各専門をもう一度一つにまとめ上げる手法である Interdisciplinary approach が陥りやすい1つの結果に類似性を感じざるを得ません。

“質”は担保できるだけのエビデンスを有していながら、“質感”は得られないようなことはよくあります。つまり、技術や学問的裏づけはクリアしていても、結果にセンスが感じられなかったり、やたらと時間がかかってスピード感が得られなかったり、結果的に確実性

を欠いていたり、理屈のうえではかみ合っているけれども、これら3要素を満たしていない仕事ぶりはどの世界にでも存在します。歯科医療においても経営においても、あるいは政治においても、**仕事の評価の3要素である“スピード感”、“確実性”、“センス”はクオリアそのものを表しているのではないのでしょうか。**

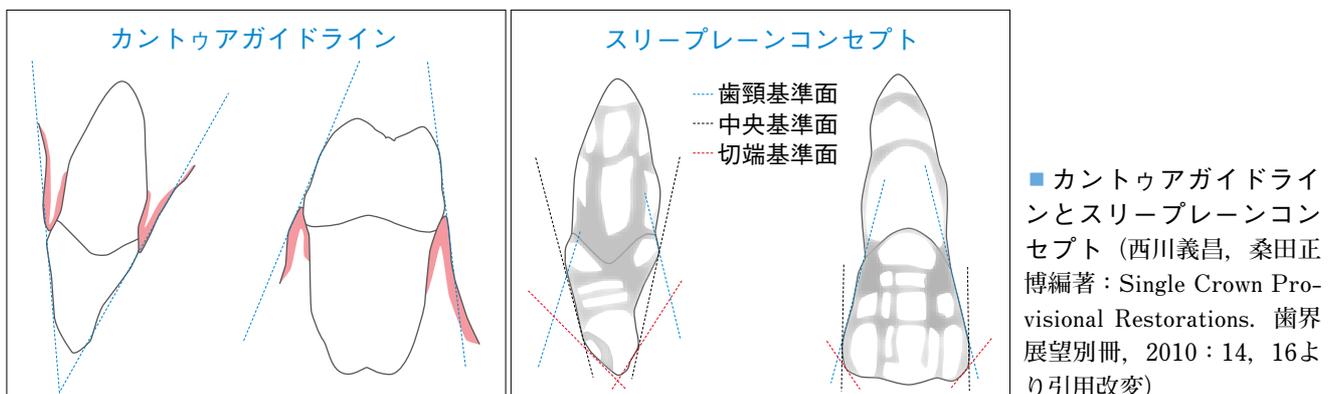
クオリアに科学で挑んだ歯科技工士

ポーセレン金属焼付けクラウンの生みの親、桑田正博氏(現:愛歯技工専門学校校長・ボストン大学客員教授)は1960年代初頭、Dr. キャッツ(Sigmund Katz)とともにその偉業を成し遂げ、俗称“メタルボンド”の世界を築き上げました。歯科人ではなく科学者であったDr. キャッツは、女性歯科技工士・ジェリーとの出会いから歯科分野とのかかわりを持ち、桑田氏と出会うこととなります(1962年)。

ポーセレン金属焼付けクラウン開発プロジェクトに参加した桑田氏は、機能回復中心という従来の歯科臨床の概念とはほど遠い審美性の概念も併せもつ、夢のクラウン開発に着手することになりました。一般的には、臨床の質の向上を目指すプロジェクトです。しかし、桑田氏は質、すなわちクオリティに留まらず、歯科技工士として自ら歯の形態を形作るべく

機能性と審美性と予防性との調和がとれた築盛法をも編み出し、更に誰がやっても同じクオリティの技工物ができ上がる平準化を目的とした歯冠形態の機能と美の理論に挑戦しています。そして、それらを学問的に表現するために用いられた言葉は、桑田氏自らの造語を含め、既に多くの歯科医師が共有しています。例えば、エスティティックピーク(esthetic peak)、エマーゼンスプロファイル(emergence profile)、カントゥア(contour)、テクスチャー(texture)、ビジュアルフォーム(visual form)、ビジュアルプロポーション(visual proportion)、ファンクショナルピーク(functional peak)など、どれもクオリアを分解して計量的な表現を試みた結果として生じたキーワードです。

なかでも、エマーゼンスプロファイルは、桑田氏とDr. スタイン(RS Stein)が1977年に提唱した概念を表す言葉で、「軟組織から硬組織への“飛び出し口”付近の歯及び修復装置の形」を意味し、スリープレーンコンセプトを基としたカントゥアガイドラインへと発展させています。これは歯冠の豊隆の程度と歯肉の際の角度に至る数値化できない概念を、平準化のためのガイドラインとして機能性、審美性、更にはう蝕や歯周病の予防性の確保を求めた概念です。このように、**歯と歯肉の表面形態から感**



じ取れるクオリアを幾何学的に分解し、平準化のためのガイドラインとして後続の歯科医師や歯科技工士に伝える努力がうかがえます。

更に、ファンクショナルピークは咬合機能に決定的な影響を与える豊隆の頂点を表しますが、エステティックピークはそのピークを移動することで、機能的に影響することなく、歯の見え方を変化することができる豊隆の頂点を意味し、まさしく歯冠形態を決めるうえでのその見え方というクオリアの与え方のガイドラインに値する概念を打ち出しています。



マネジメントの決め手もクオリア!?

「客室乗務員は収納の援助をいたしません」、「客室乗務員の私語等について苦情をいただくことがあります、(中略)お客様に直接関わりのない苦情についてはお受けいたしかねます」、「ご不満のあるお客様は『当社お客様相談センター』あるいは『消費生活センター』等に連絡されますようお願いいたします」と公言した航空会社に、消費者庁も「苦情を公的機関に振り分ける姿勢は容認できない」として撤回を指示した騒ぎがありました。航空会社の本質は安全性、確実性、快適性にあり、その本質を越えた要求をする乗客に、サービスのグレーゾーンを明確に区分けしたわけです。この3つの本質を損なうことなく、低価格運賃を実現することの意味を示し、他社との相対的な比較による越境したサービスの要求をメディアによって正面から遠ざけ、本来の“クオリティを確保しつつ低料金で乗客を運ぶ”というこの航空会社の一番の売りをあえて明確にしたのです。言い換えれば、**クオリティを明確にし、快適性を履き違えてエスカラー**

トした余計なサービスへの期待感から来る思い上がった乗客の欲望を断ち切ることにあえて打って出たわけです。

“資本主義とサービスは右肩上がり”で、客の要求に際限がなくなってしまうのが世の常です。利用する側と利用される側の立場と責務を明確にし、料金に含まれる本来のサービスの範疇と笑顔や気配りといった料金には含まれないが乗務員のおもてなしであるホスピタリティを明確にすることで、結果的にこの航空会社に対して抱くクオリアを高める結果になったのではないのでしょうか。更に、参入が相次ぐLCC (Low Cost Carrier) を利用するうえでの“心構え”を全国民に示す結果へと波及していきました。この会社のビジョンは広く国民の心に刻み込まれたと思います。企業には客は選ぶことはできないが、選ぶ権利はあると示すことにより、結果的に客室乗務員の支持を得たばかりではなく、コスト削減による利用者の安全性に対する不安感を払拭し、航空会社の経営姿勢に対するクオリアは心地よいものになっていったのではないのでしょうか。実際、クレームは激減し、乗客も客室乗務員に対して過剰な期待をもたないぶん、ちょっとしたホスピタリティに感動したり、客室乗務員もモンスターカスタマーからのストレスが減ることで笑顔が増えたり、もちろん不必要な私語も減ったりと、**すべてがプラスに転じた**といわれています。



偏った根拠によって歯科医師過剰時代と呼ばれていますが、国際的な比較によれば日本国民の歯科医療機関の利用回数が少ないというだけで、健康な国民をも診察対象とした創



The Choice 1939年発、近代食への警鐘

近年、抗加齢医学で指摘される、精製した穀物から作る白米やパン、そして麺類、あるいは精糖された白砂糖といった“白いものは身体によくない”とか、ビタミンやミネラルの不足をサプリメントで補おうとする論理は、すべて1930年代の世界14カ国の伝統的な自給食の生活をしている人々と、同じ民族で白人のもたらした近代食へ移行した人々の口腔内の状態や顎顔面の形態の変化、身体変化について生態学的調査を行った歯科医師、WA プライス博士(1870～1948年)の研究に依拠し、当時から警鐘が鳴らされてきたことでもあるのです。その警鐘を無視し続けて全世界が近代食に移行した今日、我々歯科医師はひたすらその弊害によって引き起こされたう蝕の修復や歯並びの矯正作業に追われるとともに、大半の歯科医師は政府の公共事業である保険医

療にあやかってきました。そして、彼の警鐘から70余年の歳月を経て、ようやく我が国においても“食育”という概念が示されました。“食をどのように育てるか”を考える前に、1939年初版、1978年日本語版として出版された『食生活と身体の退化』の一読をお勧めします。食はサプリメントとともに育てたり、より美味しい調理法を開発したりするより、伝統食をいかに育むかというほうが、あらゆる身体変化の抜本的な解決を育むように思えてきます。そして、歯科医師の今後の役割が明確になってきます。

食育基本法は、総理大臣と12省庁の大臣と国家公安委員長までが参加した国家レベルの世界に例がない法案です。保険点数を有利な改定に導くために歯科医師を政界に送るのではなく、近代食社会の盲点や弱点を科学的に突き止め、



■『食生活と身体の退化』(WA プライス著、片山恒夫 / 恒志会訳)

伝統食を育むミネラルや栄養分の豊富な土壌をいかに現代風に育むかなども含め、歯科医師がその将来を描いていくことが社会的責務だと思います。

とかく新しい文献をあさることに慣れ親しんだ我々ですが、たまには戦前に調査されたレポートに目を向けるのもよいのではないのでしょうか。後続のために自費出版で日本語版を残してくださった故片山恒夫先生並びに恒志会の皆さんに敬意を表します。

造的歯科医療が本格化すると、現在の歯科医師数では不足するともいわれています。患者というカテゴリーになった国民だけを相手に診療してきた時代が長かったために無理な競争原理が働いてしまい、**歯科医療の本質とは異なるところで差別化が図られているのが実情**です。患者の呼び方、接客技術、華やかな内装や誤解を招くホスピタリティなど、モンスターペイシェントを醸成したのは時勢を真似た私たちの経営姿勢だったのかもしれませんが。歯科医療の評価がクオリティであった時代から審美歯科やヘルスケアが登場することにより、クオリアとして捉えられる機会が多くなってきたことも背景にあると思います。

LCCを利用する顧客に対して利用上の心構えを明確にした事例は、我々の経営姿勢に警鐘と勇気を与えているようにも思えます。

クオリアという切り口で歯科医療を俯瞰してみると、対価に値する技術の評価、付帯サービスあるいは対価外サービスであるホスピタリティの評価、経営姿勢、あるいはポーセレン焼付けクラウンの歯冠形態を平準化して技術の安定を目指す研究姿勢に至るまで、**さまざまな局面でクオリアが浮遊している**のがわかります。EBMとクオリアの共存が科学的に証明されるよう、今後の脳科学の研究成果に期待したいところです。

One & Only

中原 悦夫

東京都・協立歯科
クリニックデュボワ

| 歯科医師ならアロマセラピーよりアロマセラピーの導入を！

歯科医院のメニューも多岐多様になっており、その一環として“アロマ”を歯科医療に取り込もうとする動きも活発になってきています。学会活動においても、日本アンチエイジング歯科学会が“メディカルアロマコーディネーター”という認定を出すなど、**歯科医院における“アロマ”の位置づけを模索し始めているところ**です。

しかし、ちょっと日々の臨床を振り返ってみてください。例えば、ユージノールセメントの液にはクローブ（丁子）の精油（エッセンシャルオイル）が、粉に含まれるロジンには松脂が原料として使われています。また、消毒用エタノールの『エコ消エタ』は、酒税を免除して価格を安く抑えるためにユーカリプタス・エウカリプトゥスを入れ、酒造転用できなくしていますし、フェノールカンファー（CC）のカンファーはクスノキから抽出した樟脳が使われ、タイムから抽出したタイムチモールという精油が防腐剤として配合されています。

このように、歯科で使われる薬剤のなかにはこうした芳香性植物から抽出した精油が古くから使われており、患者に敬遠されがちな

あの歯科医院独特の匂いも、実はアロマの香りのブレンドそのものなのです。

灯台下暗しで、歯科医療はイギリスから渡ってきた“アロマセラピー（aromatherapy：英語）”より、その生まれ故郷であるフランスの“アロマセラピー（aromathérapie：フランス語）”に本質的な類似性があるのです。実は、“アロマセラピー”と“アロマセラピー”は英語とフランス語の違いだけではなく、**本質的に全く違う概念であるにもかかわらず、日本では混同されたまま普及している**のです。

日常臨床にアロマを導入する前に、学会において“メディカルアロマ”という新たにまどろっこしい造語を付けなければならないほど混同されている日本の現状を理解し、また**歯科医師としてアロマセラピーとアロマセラピーの本質的な違いを明確にすることが、今後の創造的歯科医療における一つの引き出しの育成に繋がる**のではないのでしょうか。



日本のアロマの現状

アロマと聞けば“芳香”という言葉イメージし、その主役は鼻、すなわち嗅覚刺激による効用を期待するのが大半ではないでしょ

うか。実際、アロマといえばその香りを楽しんだり、蠟燭に混ぜて部屋で香りを楽しんだり、嗅覚大脳刺激を中心としたリラクゼーションを目的として登場し、香道の西洋版のような普及の仕方をしているのも事実です。また、最近ではお湯とともにティートゥリーなどの精油を温めて部屋に直接蒸散させて、香りよりも部屋の空気の殺菌効果を謳った商品などがインフルエンザの流行期にもてはやされ、人が多く集まるところに設置するのが効果的ということで、我々医療機関の待合室に最適とばかりに医療現場に登場したのが、おそらく日本の医療とアロマセラピーの最初の接点だったのではないのでしょうか。

もう1つは、アロマの精油をオイルマッサージのオイルにブレンドし、皮膚から直接吸収させて、それぞれの精油がもつ効用とマッサージとの相乗効果を期待して用いる方法です。今やリゾートホテルや温泉、あるいはスパと名の付くところの定番のメニューといえます。そして、そこで実際にオイルマッサージを担う人のことをアロマセラピストと呼んでいるようです。

このように、日本のアロマセラピーは鼻と皮膚から吸収させることによる効能をにおわせています。しかし、**日本のアロマセラピストは医師や歯科医師ではないので、実際にその効能を謳うことはできません。**また、**日本では、精油は“雑貨”というカテゴリーで輸入されており、効能書きの添付もできません。**更に、ブレンドによる新たな効果が期待される商品も同じく雑貨扱いになるので、その商品コンセプトすら謳うことができません。

このような日本の現状においては、精油を

直に使用することができないため、オイルと混ぜたり、精製水と混ぜたりして薄めることによって精油の副作用を抑制すると同時に、その作用をも半減させてしまっているのです。ですから、**本来精油のもつ効果を効能として発揮するような使い方はまだ普及していない**といえます。

また、芳香性の植物から抽出した精油である以上、その植物自体がどのように育てられているのか、例えば、無農薬で育てられているのか、有機農法で育てられているのか、大量の農薬を用いて育てられているのか、どのような土壌で育てているのかなどにより、あるいは抽出方法のクオリティにより、当然、ワインと同様に、そのグレードはピンからキリまであります。しかし、今の**日本の輸入カテゴリーが雑貨である以上、玉石混交とした精油市場になってしまっているのが現状です。**

フランス生まれ、イギリス経由で日本に上陸

一言でいえば、日本のアロマの混乱は、その概念がイギリスから伝わったことに端を発しています。イギリスでは“アロマセラピー”を心身のリラックスとスキンケアといった**“美容を目的とした概念”**として発展させていたため、使用する精油も商業的に誰でも扱える**“商品”**として日本にも紹介されました。

一方、“アロマセラピー”はフランスで最初に**“医療を目的とした概念”**として体系化されたので、使用する精油はすべて**“薬品”**です。従って、アロマセラピーを担うのももちろん医師です。

ですから、アロマには医療を担うフランス系と美容を担うイギリス系の2つの流れが存

在し、その概念も目的も異なるにもかかわらず、混同されたまま現在の普及に至ってしまっているのです。

歴史的にその生い立ちを整理すると、1920年代初頭、フランスの香料の研究者、ルネ・モーリス・ガットフォセが、精油の医療方面における利用の研究成果を『Aromathérapie』という本に著しました。その後、同じくフランスの医師、ジャン・バルネ博士が1960年代に実践的な医療用アロマセラピーを体系化し、注目されるようになりました。その後、ガットフォセの弟子であるマルグリット・モーリーが美容を目的とした概念として体系化してイギリスに伝えたために、現在のように2つの系統が存在することになったのです。

“Aromathérapie”は“芳香(Aroma)性植物から抽出した精油を使用した療法(therapie)”という意味で、ガットフォセによる造語です。日本ではこれを“芳香療法”と訳されているために、また、イギリスから先行して輸入されたために、芳香による、つまり嗅覚からの刺激による療法として、鼻から吸ったり皮膚に塗ったりして楽しむものというイメージが先行してしまいました。しかし、バルネ博士の投与方法は、内用法としての経口投与と外用法として燻蒸、吸入、擦剤、軟膏、クリーム、ジェル、全身浴、部分浴など、皮膚吸収を念頭においています。鼻からの吸引については、あくまでも体内に取り入れるための一手段としての記載はありますが、嗅覚を介した大脳刺激による効能には言及していません。

“アロマセラピー＝フランス＝医療”と“アロマセラピー＝イギリス＝美容”という全く違う2つの系統がありますので、本来は言

葉も使い分けるべきです。フランス語の造語を英語に訳し、それを日本語に訳しているわけですから、言葉の一人歩きは当然のこととしても、“メディカルアロマ”、“メディカルアロマセラピー”、“メディカルアロマコーディネーター”といった日本語による造語の上塗り名称には、少々苦渋な思いが込められているように見え、日本社会の滑稽な一面が露呈しています。

以上、本稿のタイトルに込めた思いをご理解いただけたのではないのでしょうか。



ナチュラル志向が増える

う蝕や歯周病の治療が主体である回復的歯科医療の時代が緩やかにその役目を終え、治療からメンテナンスへ、そして予防、ヘルスプロモーション、抗加齢、審美、美容といった一人ひとりに合ったメニューを組み合わせ、その人の健やかな人生を守り育て、その人なりの美しい年のとり方を支援するプランを提供していく創造的歯科医療の時代には、急性期の疾患の治療とは違い、使用する薬剤、材料において、ナチュラル志向に傾倒するのは必至です。病気の治療においては当然ながら最先端医療の追求が続く一方で、このような**美容・健康志向においては、自然の生薬や芳香性植物から得られる精油などを用いた、より安全で効果的な医療が求められます。**

日本では、明治までの約1,000年の間、漢方が中心でした。その漢方を捨て西洋医学に転身してから、即効性を近代科学に求めてきましたので、自然の生薬を利用した漢方に対してはどうしても相対的に即効性のない医療のように捉えたり、西洋医学でもどうにもな

らない場合にやむなく漢方にあやかってみたりしています。

漢方で使用する自然の生薬を、副作用が少ないからといった安易な理由で、西洋医学の診断の下に処方することもできます。しかし、漢方としての生薬の使い方と全く異なった処方になってしまい、副作用は少ないといっても、その成分からすれば薬剤相互作用は必ずあるわけです。アロマセラピーの場合も同様で、薄めて使えば安全だとか、芳香性植物による精油のブレンドには薬剤相互作用はないといったことは当てはまりません。

漢方は、中国の長い歴史において確立された生薬を用いるための診断方法が、西洋医学とは全く異なる体系をもっています。しかし、アロマセラピーで使用する精油や香料の歴史は古代エジプトに始まり、約1,000年前のイスラムでは蒸留による精油の抽出法が編み出されてきたものの、バルネ博士によって医学的に体系化されてからは100年も経っていません。バルネ博士はこれら自然の生薬を用いた伝統的な“植物療法”と同じ視点で“アロマセラピー(芳香療法)”を確立していますので、歴とした医療です。更に今後、分子生物学の発達により、精油成分の分子レベルでの解析や効能の確認の報告が増えてくるものと期待されます。そうになると、**植物由来成分もより高い精度で抽出され、ケミカルからナチュラルへと時代のニーズを反映した医薬品の誕生にも期待が寄せられる**ことでしょう。

ワインさながらの精油のグレード

漢方薬や精油は自然の生薬や芳香性植物から抽出する以上、当然ながら気候、土壌、産地、

育成条件、育成段階、天然成分の含有量、また農薬の使用、有機物の使用等の肥料といったさまざまな条件により、そのグレードが変わってきます。また、植物の生産者や精油の作り手の知識や技術、そして品質管理の方法により、同じ精油でも全く違ったものになり、**同じ産地、同じ作り手による精油でも、年によって含有成分自体が変化する**のも当然です。日本のように雑貨のカテゴリーで輸入されている市場では、安価で粗悪な精油も出回り、バルネ博士の提唱するような経口投与に使用できるグレードのオイルは極限られます。

化学的に純粋な形でその単一成分のみを使用する化学薬品の場合と違い、精油に対しては第三者評価機関による品質管理が重要です。しかし、**アロマセラピーを施す医師・歯科医師にはワインのソムリエさながらの精油に対する深い知識とそのビンテージを追う努力が欠かせないのが現状です。**

アロマセラピーの研究者、フィリップ・メユビオは、彼の著書『A Brief Historical Background of Aromatherapy』のなかで、「精油の成分、特性、そして危険性というものを十分に理解することなくして、安全で効果的な治療はありません。…(中略)…市場に出回っている精油の多くは、加工が施されたものであり、正確な学名の表示も詳しい成分表示もなされていないものが存在するのが現状です。こうした品質の疑わしい精油を用いた治療には、期待する治療効果が得られないばかりか、患者を危険性にさらしかねません。医師は精油に対しても、医薬品を取り扱うのと同様の知識と注意深さが必要です」と、警告しています。



The Choice 遺伝子検査も“医療”より“美容”が先行か！

最先端医療の1つとして期待されるオーダーメイド予防医療。その担い手は、遺伝子検査による遺伝子レベルから読み解く体質検査です。変動の大きな血液検査と異なって体質検査は不変で、1つの遺伝子多型は一生に1回検査すればよく、非常に合理的です。しかし、血液検査と違って社会的認知度は低く、検査結果の理解度をいかに引き上げるか、検査の目的や意義をいかに正しく理解させるかなど、導入への課題が山積しているのが現状だと思われます。

もし正しく理解され、正しい方向性をもって普及するならば、生活習慣病をはじめ、多くの疾病リスクも未病のままに予防でき、我が国の医療費の抑制に寄与する可能性が極めて高い先制医療の1つになると期待されます。

しかし、“遺伝子検査”においても“アロマセラピー”が辿ってきたような方向へ商業的に流れてい

くのではないかという不安が過ぎります。血液検査と違って遺伝子検査の場合は口腔粘膜を10回程度擦るだけで簡単に採取できる簡易性から、ダイエットや美容を目的とした医療関係者以外のカウンセラーの販促ツールとして先行し、社会に認知されかねない実態が既に存在するからです。

医療用に体系化されたアロマセラピー同様、遺伝子検査を扱う医師・歯科医師の指導者の育成は、並大抵のことではありません。また、エビデンスも世界中で常に更新されており、その情報収集と実用化には、それを理解する高い水準の知識と説明力が要求されます。そのため、どうしてもパッケージにした解説を検査結果に付けることが前提となります。美容を目的とした簡便化は、商魂たくましく、体質を果物や動物に例えたりして誰にでも簡単に解説できるツールにすることで普及を狙っています。

■ 遺伝子検査機関・(株)サインポスト代表の山崎義光先生の著書『オーダーメイド医療をめざした生活習慣病の遺伝子診断ガイド』(日本医事新報社)

■ 問い合わせ：(株)サインポスト
TEL：0120-534-310
HP：http://www.signpostcorp.com



確かに“遺伝子検査”という名前の普及には飛躍があると思われませんが、医療者以外の美容部員等に扱われる機会も増えていくことになり、アロマセラピー同様に“医療”の前に“美容”と結びつき、遺伝子検査の本質的価値の普及が取り残されることが危惧されます。

一生に一度だけ受ければよいはずの遺伝子検査ですが、何度も受けてようやく出会えた大阪大学発のサインポストの遺伝子検査は、新しい歯科医療概念に相応しい情報提供がパッケージされています。



歯科医療に本場フランスの“アロマセラピー”を導入するためには、精油に関する知識の獲得、アロマセラピーに必要な基礎医学の経験的修得、そして歯科医療への応用と、並大抵のことではありません。そして何よりも大きなハードルは、“アロマセラピー”という言葉に対する医療と美容が混同した概念によってできあがってしまった日本の“先入観”です。アロマセラピーにメディカルを付けた“メディカルアロマセラピー”や“メディカルアロマ”のように、新たな造語にして横道から本流に入ることも方法論の一つですが、

せつかく“アロマセラピー”という名称自体は世の中に浸透しているわけですから、バルネ博士のアロマセラピーの医学体系を礎にしてその本質を継承し、それを国民に伝え、分子生物学の進化とともに、21世紀に相応しいアロマセラピーとして発展させることが、創始者の功績に報うことになるのではないのでしょうか。

“アロマセラピー”は、歯科から口腔科へのパラダイムシフトの担い手となる可能性を秘めた医療の一つです。その本質を、これからアロマセラピーの導入を検討している医療人のみなさんと共有できれば幸いです。

One & Only

中原 悦夫

東京都・協立歯科
クリニックデュボワ

“食育”——食を経済行為で扱ってしまった代償

かつて畑にはたくさんのミミズがいて、四六時中せっせと畑を耕してくれていました。田んぼにはドジョウやタガメなどのたくさんの種類の虫たちが共生し、害虫を食べてくれていたものです。何千年もの間ずっと繰り返されてきた稲作も、何万年もミミズが耕し続けてきた畑作も、わずか数十年という人類の歴史のなかでは一瞬に等しい期間で大きく様変わりしてしまいました。

美味しい作物が穫れる畑には必ずミミズがいるという話はよく聞きますが、“進化論”を唱えたダーウィンの晩年の研究がミミズであったことはあまり知られていないかもしれません。古代遺跡が必ずといってよいほど地中から発見されるのも、その犯人はミミズだということをご存知でしょうか。土壌を年に3mm盛り上げるだけでも、2000年も経てば6mにもなるわけですから、放置された遺跡が地中に埋まってしまうのも無理はありません。

田舎道をドライブしていると、町外れや田畑の真ん中に、周りの樹木とは隔絶した巨木が生い茂っているところが目に入ることがあります。近づいてみると、必ずといってよいほどその巨木の下には祠やお墓が存在してい

ます。その昔、人一人土葬すると、どれだけの栄養分が土壌に浸み込んでいたのかを想像させられます。

戦後、米が主食だった日本の食文化に変化が生じました。学校給食ではパンの味を子どもたちに教え、小麦の需要を高めることでアメリカは日本へ余剰小麦の輸出を可能にしました。そして現在、日本のカロリーベースの食料自給率は39%。戦勝国アメリカは当然120%台を維持して今でも土葬ですが、敗戦国日本は火葬に切り替わりました。巨木を見るたびに、肥沃な土壌こそ繁栄の源だと脳裏をよぎるのです。

食育基本法が制定されてから、**歯科医師は“食育”に対してどのようにかかわるべきか**が議題に浮上しています。口腔領域の健康を育むために、ただ単に食事のメニューや栄養バランスという観点から食材を論じたり、栄養補助食品の効果的な摂取方法を提供したりしたところで、根本的には何も変わりようがありません。



食品の経済的価値

現代の食品はグローバルな市場原理の枠組

みのなかで取り引きされ、その生産においても最も安く作れる地域や国で作られ、それを求める地域や国へと出荷されていきます。ある地域や国で異常気象によって生産不良が生じたり、エネルギー価格の高騰によって食糧輸送が滞ったりした場合は輸出能力が低下します。当然、偏った作物に特化してきた地域は取り残され、その地域の住民の食べる食物すら確保できなくなり、輸入に頼らざるを得ない状態になり得るのが現状です。

個人あるいは自国でまかなえる量を超えた余剰作物は、いかに他人や他国に売りつけるかといった経済活動の商品と化し、食品を求める消費者も“安く”で“おいしく”で“量の多い”ものを追い求めます。消費者は1円でも安いスーパーマーケットに流れ、少しでも美味しい食品を求め、少しでも大きいスーパーサイズに心を奪われていきます。そして訪れたのが**肥満人口の急増**です。しかし、**この地球上には、栄養過多の人と同数の栄養不足の人が存在しています**。これだけ食べ物が溢れていても、全く飢えの根絶には至っていないのです。更に、**外食産業の普及は家庭での一家団欒という食事の機会を減らし、職場のデスクや家でも一人で食事を摂る機会を増やしました。つまり、余剰食物は都市化や職業の専門化、社会的不平等、絆の喪失という、さまざまな文明の産物を作り出してきたわけ**です。

こうした我々消費者の欲求や行動は、時に無神経に、時に無関心に小売業界の競争を激化させて彼らの利幅を狭めています。一方、小売業界は生き残るために集約化させ、サプライチェーンも集約化を加速させます。そし

て、その容赦ない値下げ圧力によって食品メーカーも大規模化によるスケールメリットに頼らざるを得なくなり、合併に次ぐ合併を繰り返します。更に、安い原料の追求だけでは乗り切ることができなくなり、効率的な設備、効率的な労働力を求めて発展途上国に進出するなど、徹底的なコスト削減を迫られるようになります。そして、最終的には生産者の生活を追い詰めてしまいます。手間暇かけて作物を作っても、赤字では生活が立ち行かなくなります。虫に食われた跡のある作物や形の不揃いな作物に商品価値がなくなってしまうのであればと、必要に迫られて大量の農薬や化学肥料を使わざるを得ません。自分のうちで食べる作物を作る畑と出荷するための畑を分ける気持ちも、農薬や化学肥料のことを知れば知るほど理解できます。

グローバルゼーションのお膝元アメリカでは、鶏の生産業者も薄い利幅に太刀打ちするために大きい鳥の遺伝子に頼り、飼料もでんぷんやタンパク質に加えて抗生物質の配合もコンピュータで行っています。そして、大規模加工処理工場ではフルオートメーションで1分間に50～100羽という速度で、屠畜、羽抜き、内臓処理までを機械がこなし、人件費を削減しています。また、米国民の嗜好が豚肉から鶏肉に移ったことに対抗して、毎時2,000頭の豚を処理する世界最大の豚肉処理工場を誕生させ、コストを極限まで抑えて鶏肉需要に挑戦しようとしてきました。

このように“**食品の経済的価値**”は、“**よりよいものがいつでも安くたくさん手に入る**”という価値であり、それはデパートの地下の食品売り場や深夜でも買うことができるスー

パーマーケットに並ぶ食品群を見るかぎりにおいて、グローバリゼーションは確かに食のシステムの全盛期を創り上げたかに見えます。



食品の生物学的価値

では、“食品の生物学的価値”はいかかなものでしょうか？ もちろん、野菜にしても見た目も色も美しく大きさも形も揃っていますし、肉にしても牛肉は霜降り、鶏肉の胸肉も厚みのある軟らかい食材として、満腹中枢を刺激する“見た目”の生物学的価値は確かに上がったと思います。しかし、**生物に必要な食の本質的価値は、食品に含まれる成分の如何です。**

生産者のなかにも、この大きなグローバリゼーションの経済原理から抜け出して、食品の生物学的価値を高めていこうと心を動かして生産に取り組んでいる方がたくさんいます。オーガニック農法への流れがその一つでした。従来は農業では買い手が価格を決定するので、農家はそれを受け入れるしかありません。しかし、オーガニック農法なら農家が自分たちで価格をコントロールできると思われていました。ところが、そのオーガニック農法も既存の食品経済システムに呑み込まれてしまい、現在は低コスト高収穫によって大規模小売店で販売されています。また、国によってオーガニックの法的基準に違いがあり、その基準さえ満たしていればよいというような実態からすると、生物学的価値の高い食品として流通しているとはとても言い難い状態です。

こうして**進歩の象徴だった“豊かさ”は、健康を大きく損ねる“疾病リスク”へと変化し、肥満による合併症、あるいは糖尿病や心臓病による医療費の増大はアメリカでは5兆**

円以上にも及んでいます。アメリカだけではなく、肥満率の上昇はタイの托鉢僧をも襲うほど、世界的な問題なのです。

このように、今日の食品に関する経済論理は、それに依存している人間や生態系と矛盾するものになってしまっているのです。



かくして近代食文化は我々歯科医師や矯正専門医を繁栄に導いた

長い間、近代歯科医学はう蝕や歯周病による苦痛を取り除き、修復や補綴による回復的歯科治療を中心に、歯科医師数や保険制度を充実させながら国民に提供することができました。更に、機材や薬剤の開発によって、よりレベルの高い自由診療による回復的歯科治療を同時に提供することも押し進められました。また、材料や技術の不備による再発や医原病を減少させることをも可能にし、ようやく予防的、あるいは審美的治療を広く提供できる時代になってきました。

一方、歯並びを整える技術も日進月歩で進化し、歯列矯正という歯科医療における一大専門分野も築き上げられました。更に、**健康寿命をいかに手に入れるかという抗加齢医療に着手できるほど、国民の平均的口腔衛生状態は回復してきた**という感を覚えます。そして抗加齢医学を攻究していくうちに“食育”という概念が再燃し、2005年に食育基本法が制定されたことで拍車がかかりました。現在、分子生物学や分子整合栄養学等の発展により、栄養価が不足した食品から十分に補給できない成分を“サプリメント”で補填しようとするムーブメントが、先進国を覆い尽くそうとしています。歯科医院経営においても、歯ブラシやデンタルリンスといった診療外収

入の獲得のために、サプリメントが予防グッズと一緒に並び始めました。

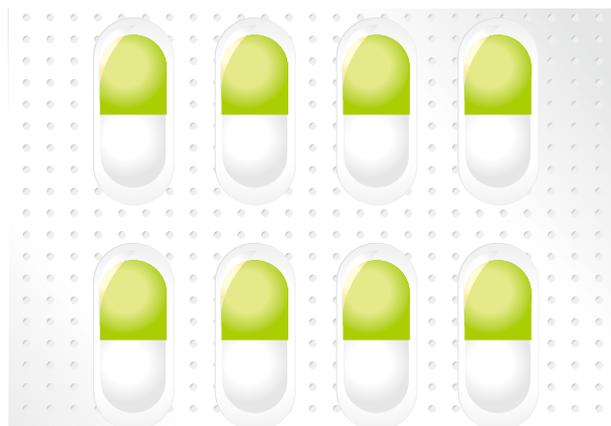
さて、“歴史は繰り返す”といます。う蝕や歯周病の原因に蓋をすることなく、ただひたすら失った歯牙組織の修復や補綴といった治療に専念してきたこれまでの近代歯科医療。それと全く同じ概念で、今度は農畜産物の生産過程や食品の製造過程において、不足してきた人類に必要な栄養成分をサプリメントや健康食品で身体に補填、補充しようとしているのです。従って、“**サプリメントで補う**”という概念は、“**歯科医療における修復や補綴**”の概念と何ら変わりはなく、**食育における応急的、緊急的対症療法にすぎない**のです。

“食育基本法”の制定は、総理大臣と12省庁の大臣、更に国家公安委員長まで参画した国家レベルの取り組みで、世界でも例を見ない法案です。生命活動の基本である“食”に関するありとあらゆる根本的内容は、国家戦略として包括していかなければならず、人類存続のために最も重要な国際的案件でもあるのです。



10月号の本コーナー内“The Choice”で紹介した、1939年に出版された『食生活と身体の退化』の著者で歯科医師のWA プライス博士は、1920～1930年代に世界14ヵ国を周りました。そのとき彼は、当時の伝統的な自給食の生活をしている人々と、同じ民族でも白人のもたらした近代食へ移行した人々の口腔内の状態や顎顔面の形態における身体変化について生態学的調査を行い、この本のなかで詳細に報告しています。

例えば、抗加齢医学で指摘される精製した穀物で作る白米や麺類、白いパン、あるいは



▲“サプリメントで補う”≡“**歯界医療における修復や補綴**”

製糖された白砂糖のような“**白い精製食品**”はミネラルやビタミンが不足しているという報告があります。彼は、こういった精製食品が登場する以前の玄米や全粒のライ麦パンを主食とした**伝統食を続けている地域においては、そこで生きる人々のう蝕に対する強い免疫性や歯列弓や顎顔面の正常な発達、疾病に対する高い免疫性をもつ健全な身体に出会った**と記載しています。しかし、精製された小麦粉の使用、多量の白砂糖、それを大量に含んだチョコレート、缶詰製品、加糖された果物、そして反対に乳製品の摂取が大幅に減少してしまった近代食に移行した地域で出会った人は、このような免疫性が低下し、う蝕をはじめ、叢生などの不正咬合、顎顔面の変化、更にはあらゆる身体的変化を呈した人が多いと報告しています。併せて、こうした地域におけるこのような身体的問題の発現に関し、兄弟姉妹において時系列にその問題が深刻化していることも示唆しています。

また、19世紀以降の農耕、酪農において、土壌のリンやカルシウムなどのミネラル類の不足や、土壌を荒廃させてきた歴史のなかで、十分なミネラルを吸収できない牧草を食べて



The Choice 彼の非凡さをこの国は見逃さなかった“料理マスター”北澤正和氏

2010年に農林水産省が創設した料理マスターズ顕彰制度。その第1回目に全国から7人の料理マスターズが選ばれました。この制度は、同省のHPで下記のような趣旨が紹介されています。

日本の「食」や「食材」、「食文化」の素晴らしさや奥深さ、その魅力に誇りとこだわりを持ち続け、生産者や食品企業等と「協働」した様々な取組を通じ、これらの伝承、発展、利用、普及にかかわってきた各界の料理人等を顕彰するとともに、その

更なる取組と相互の研鑽を促進することにより、我が国の農林水産業と食品産業の振興を図るとともに、観光客の来訪の増加を通じた地域の活性化や食品企業の海外展開を促進します。

(農林水産省HPより抜粋)
その料理マスターズの1人、長野県の『職人館』店主で、自称“山猿”こと北澤正和氏は、ほぼ毎日野山を駆け巡りながら四季折々の自然の恵みを自ら漁っては蕎麦を食べに来店したお客様に“自給食の心”を伝授してくれます。自然と

は何か、環境とは何か、食とは何か、料理とは何か、人の縁とは何か、そして私たち歯科医師が取り組むべき“食育”とは何かの問いにも閃きを与えてくれる、“百聞は一見、いや、一会にしかず”の希有な料理人です。長野県の田んぼのど真ん中で蕎麦屋を営みながら、あるときは全国の村おこしのプロデューサーを務めたり、教育委員会で講演したり、出張料理に出かけたりと非凡な料理人で、全国から教育者や文化人、そして有名シェフたちが彼を頼って集ってきます。

“食育”を語る前に、北澤さんの料理をいただきながら、気さくな北澤さんの話に耳を傾けてみてください。「まだまだ山里は東京の料理人の知らねー“食のお宝”がいっぱい眠ってるだーっ!」と、いつも陽気に“食とは何か”を語ってくれます。



■ “料理マスター”北澤正和氏
『職人館』
〒384-2205
長野県佐久市春日3250-3
Tel. 0267-52-2010

育った家畜から作られるバターなどの乳製品は、季節や天候によって含有ミネラル量が一定せず、極端に違うなどの指摘もしています。しかし、当時の食品メーカーにとって死活問題であったため、これらの論文はいつのまにか闇に葬られてしまった経緯があります。

抗加齢医療のなかで寿命を長くする方法として定説になっているカロリー制限について、本書とは別に、同じく1930年代半ばにラットでの実験結果で既に報告されていたのです。

現在、抗加齢医学の最前線で語られている“食育”の問題点は、1930年代には既に医学的に指摘され、現在世界中で抱える食品の諸

問題と併せて、身体への影響も当時から語られていたということです。



近代の回復的歯科医療が現在あるのも、矯正治療の発展があるのも、そして現在の食の経済活動があるのも、人類の長い歴史のうえでは過ちの“繰り返し”に過ぎず、現在の日本の政治に象徴されているような“先送り”の代償かもしれません。この根本的な問題に人類が気づくのが先か、食糧危機が先か、誰にも止めることができないことなのかもしれません。せめて、我々歯科医師が先に気づいておくべきではないでしょうか。

中原 悦夫

東京都・協立歯科
クリニックデュボワ

“食育”——食と食の問題の本質

卓袱台^{ちゃぶだい}を囲んで一家で食事といった光景を、今やどれだけの日本人が記憶しているでしょうか。この全員が正座して無言で食べている食卓風景は、家庭での躰の場として、ある意味では日本の家父長制度の象徴だったのかもしれない。しかし、それは映画やドラマでしか見たことがない、卓袱台を知らない世代の人たちの目には、決して楽しそうな食事の風景とは映らないかもしれません。一方、会社のデスクで一人スマホ片手に食事を摂る風景や、一人自宅でコンビニ弁当を食べている光景はいかがでしょうか。これを寂しく毎日続けている人が日本中に増えてきているのも現実です。

一家団欒^{らん}で食べる“内食”から、レストランで食べる“外食”の機会が増え、そして今や食品加工業者が作ったものを家に持ち帰って食べる“中食”の時代に突入しています。栄養素にしても、ビタミンやミネラル、あるいは旨み成分など、何種類もの化学的な成分の調合により、天然素材による手料理よりはるかに美味しく思えてしまう食べ物や飲み物に仕上げられています。

この現実をただ単に、「便利な世の中になっ

た」で片付けてよいものでしょうか。前回に引き続き“食”の本質的な問題点を探っていききたいと思います。

“食”の起源

純粋に“食”について考えてみると、やはり生命の進化を辿るしかなく、行き着く先は多細胞生物の誕生にまで遡ることになります。

原始の地球の大気は、水蒸気と窒素と二酸化炭素が主成分で、メタン、アンモニア、硫化水素などを含んでいたものの、酸素はほとんど存在していませんでした。海底火山口からは、金属塩類を大量に含んだ高温・高圧の熱水が噴出していました。当然、オゾン層も存在しないので、紫外線や宇宙線は直接地上に降り注ぎ、雷などの放電がある環境で、海中において炭素を基調とした有機物が合成されながら高分子が形成され、ついにRNAによる原始的な遺伝様式を纏った“生命”が40億年前に誕生しました。その後、最初の生命は、酸素のない環境下で進化し続けました。

27億年前には、光合成を行い、酸素を噴出するシニアバクテリアという微生物が集まってできるストロマトライトの群生が誕生

しました。この時期を境に、酸素が大気中に存在するようになり始めます。酸素は、電子を2個吸収して“酸化”を起こしやすい元素で、1個しか吸収しなかったときは、更に強力な酸化作用をもつ“活性酸素”にもなります。これは細胞内でタンパク質や脂質、核酸などを破壊してしまうために、細菌などの単細胞生物は即死してしまいます。こうして、地球上に酸素が生成されるようになり、それまで進化した多くの微生物が消えていったことでしょう。

一方で、この有害な酸素を使ってエネルギーを生産できるように進化した微生物も誕生していました。その1つが α -プロテオバクテリアです。そして、16億年前、それまでの酸素を必要としない古細菌の細胞内にこのバクテリアが入り込み、細胞内共生して真核生物ができました。この細胞内に入った α -プロテオバクテリアが、協調的進化の末にミトコンドリアとなったのです。

その後も酸素量は増え続けていきますが、8億年から6億年前には地球全土が凍りつく“スノーボールアイス”という現象が4～5回起こったのではないかといわれ、寒冷化と温暖化の繰り返しにおいて、大気中の酸素濃度は現在とほぼ同じになったということも確認されてきました。細胞内エネルギープラントであるミトコンドリアの本格的な活動の始まりです。そして迎えたのが、5億4,400万年前のカンブリア大爆発です。つまり、多細胞生物の誕生です。更に、大気中の酸素はオゾン層を作り、宇宙から降り注ぐ紫外線を遮断し、生物の陸上進出が果たされていきました。こうして、多細胞生物が本格的に地球上

に繁殖していったのです。

多細胞生物になると大型化が可能になり、その代償として生命を維持するためにさまざまな栄養の摂取が必要となりました。その入口として“口”(原口)が生物に備わるようになりました。こうして、“食”という生命維持行為が口の誕生とともに始まったのです。

動物も植物も組織内で生産できないものはすべて“食”として栄養素を外界から摂取し、それを利用して生命活動を営み、自らの健康を維持・増進したり、体を構成したりしなければなりません。そのため、捕食は“食物連鎖”の構造を作り出していきます。



“食”から未来型“食文化”への変容

このように、生命の進化の過程を垣間見ると、**生物としての“食”の第一義は必要な栄養を体内に摂り込むことにありました。**そして、人類史における最大の出来事は「人間が言語をしゃべる動物になったことと、火を利用する動物になったこと」といわれますが、**人類は火を使って自然を利用して料理をする動物になり、“食生活”に革命を起こしました。**更に、料理されたものを毎日習慣的に食べることから“食事”という概念が芽生え、更に会話を楽しむという習慣が加わり、古代ローマ時代には既にワインとともに飽食の時代を迎えていました。こうして、**人類は食生活と社会生活を結びつけながら、それぞれの人種や国へと分化し、“食文化”も育てていきました。**

日本の昭和の卓袱台を囲む食卓は、食事と躰が結びついた“食育”の原点だったかもしれません。また、コンビニで買って来て温めて食べる“中食”は、新しい“食文化”の序

幕なのかもしれません。

一方、高等生物になると、大量のエネルギーの生産が不可欠になります。酸素は大量のエネルギーを生産しますが、同時にタンパク質や遺伝子を破壊する大量の活性酸素をも生産してしまうわけです。しかし、生命活動に必要なエネルギーは、ミトコンドリアという危険なエネルギープラントで生産しているわけです。それはまさに、私たちが地震列島に設けた危険な原子力発電所で作られたエネルギーを消費しながら、この国で快適な生活を日々送っているのに似ています。このミトコンドリアがエネルギーを作り出すだけでなく、老化やアポトーシス、そしてカロリー制限と寿命との関連など、生命現象のあらゆる場面で関与していることが明らかになり、分子整合栄養医学やアンチエイジング医学の最前線では、栄養補助食品という未来型の“食文化”をも醸成しようとしています。

“食育” から “食育基本法” へ

“食育” という言葉は、1896年（明治29年）に医師で薬剤師でもあった石塚左玄が著した『化学的食養長寿論』の文中で初めて使われた造語だといわれています。675年の天武天皇の肉食禁止令から1872年の明治天皇の牛肉試食に至るまでの1,200年間は、日本人は公には肉を食べない民族でした。明治期に食生活が急速に変化し、1,200年続いた日本の伝統食に取って代わり、文明開化のスローガンとともに西洋の近代食が上陸してきました。同様に、医学も東洋医学（漢方）から西洋医学へと大きく方向転換した時期でした。

このような歴史的背景において、この長寿

論の著者は、それまでの漢方の概念から“医食同源”や“食養”を用いて、「食は本なり、体は末なり、心はまたその末なり」と食本主義を謳っています。それは、知識教育、道徳教育、体育教育を謳う現代の食育基本法のルーツをうかがわせています。そして、儒教の概念から“中庸”をそれぞれ用いて、近代食におけるミネラル等の栄養バランスに言及して玄米を主食に奨め、更に人間の歯の機能は穀物を噛む臼歯20本と、菜類を噛み切る門歯8本、肉を噛む犬歯4本であるということに論拠し、人類は穀食動物であると展開しています。明治時代の医師たちは、伝統食から近代食に移行した日本人の気質と身体の異変に気づき始めていたということです。

“食育基本法”は、食や食卓から学ぶべきこと、食の正しい知識を身につけて食を選択する力を養うこと、更に食への取り組みを国際的貢献に結び付けることを掲げて法制化されました。2005年に制定されてから、“食”や“フード”と名のつく“食育イベント”を目にする機会が増え、更に外食産業や中食産業も勢いを増し、日本の新たな食文化を醸成する起爆剤になっていることは確かなようです。しかし、この法律によって、現代の食にかかわる諸問題が抜本的に解決されると期待できるのでしょうか。

食育基本法から見える歯科の使命

前号で記述したとおり、食品加工業は消費者の需要に押されてコストダウンを迫られるという市場原理にさらされ、生き残りをかけた合併に合併を重ねた挙句、国際的に巨大化し、一企業としては小国の国家予算をはるか

に上回る規模に膨れ上がった食品会社も登場してきました。コストダウンを迫られるたびに、食品生産ラインにおいて、当然無理な要求にも応えていかなければならないというグローバル化の負の環境下におかれています。

数年前に、「コンプライアンス（法令厳守）」というスローガンのもと、企業のイメージを刷新しようという風潮が巻き起こりました。裏返すと、それまで**問題が指摘され続けてきた食品の流通が罷りとおっていた**ために、法令を作って自ら「私たちは法令を厳守して安全な食品を提供する企業です」といったクリーンなブランドイメージ作りの企業アピールが始まったわけです。これを更に裏返すと、**法令を厳守していれば、何をやってもよいといった実しやかな空気が漂ってきているのも事実**です。このような巨大食品企業は、当然マスメディアの大型スポンサーになります。ニュース番組も然りで、企業に不利な情報はメディアからは発信できない構造に既になってしまっているのが現状です。

しかし、これらすべてが企業努力の賜物であり、一方的に非難されるべきことではありませんし、どの業界においてもその業界を脅かす劣悪な商品を提供する業者はいます。しかし、玉石混交の食品業界から提供される食品を抜きに、もはや私たちの食生活は成り立ちません。**企業にとって不利な食の安全に関する情報は届きにくい仕組みのなかで食生活を営んでいる**という現実を、私たちは理解しておく必要があるのです。

一方で、単純にトランス脂肪酸を含むからという理由で展開されたマーガリンの問題も、

食品加工業者にしてみれば死活問題であり、国際商取引のうえでは極めて政治的な問題でもあります。また、精製された白砂糖の問題は、1930年代に既に WA プライス博士らによって指摘され、その後も現在に至って実証研究結果が論文として発表されてきているにもかかわらず、現実的には規制できないであろうことは、容易に想像できると思います。世界中の加工された食品やファストフード店がその対象になりかねない内容でもあるのです。オーガニックの問題点を論じて、もはや食の安全を担保した概念ではないことに、一部の消費者は気づき始めていると思います。

“**食育基本法**”は、「**食の正しい知識を身につけて食を選択する力を養うこと**」であり、**食品加工業者を規制するのではなく、消費者に正しい知識を身につけさせて、個人に合った正しい食の選択ができるようにすることを目的としている**わけです。私たち歯科医師や歯科衛生士の“食”に関する使命が、自ずと見えてくると思います。



人類にとって、生きるために最も重要な行為である“食”を一般の商品と同じように市場原理にさらしてしまったときから、誰にも解決できない現在の状態へと突き進むことは必至でした。日本では、教育や医療が市場原理にさらされなかったことによる逆の弊害が指摘されますが、市場原理にさらされた食の問題に比べると、“籠の中の小さな問題”にすぎないのかもしれませんが。

グローバル化の弊害はさまざまなところに現れます。古今東西、低所得者の食に関するさまざまな事情は、当然劣悪化して

The Choice 万病の元である口呼吸防止に一役

動物は、生き長らえるために必要な栄養素を摂る“食”には口が用意され、酸素を取り込む呼吸には鼻が用意されました。それなのに、現代では鼻を使わずに、口で呼吸もこなしている人が増えています。それが“口呼吸”です。

ヨガの呼吸法に、吸うときは鼻から、そして吐くときは口から、しかも左右の鼻の穴を片方ずつ塞いで、交互に吸うというのがあります。目が2つある理由は立体像を構成するためであり、耳が2つ

ある理由は音をステレオで聞くためです。では、なぜ鼻の穴は2つあるのでしょうか。おそらく進化の過程において、犬のように嗅覚が異常に発達した動物では臭いが発している方向を掴むためだと思われませんが、右の鼻は左脳に、左の鼻は右脳に交差して影響していることが研究で突き止められ、このヨガの左右を交互に塞いだ呼吸法の意味がようやく理解できたような気がしました。

正常な鼻呼吸に戻すことで改善

される病気は山のようにあります。ただ単に上顎前歯の乾燥による歯肉炎や口腔乾燥症といった口腔に限局した話ではありません。病巣感染、潰瘍性大腸炎、免疫性疾患、アレルギー性皮膚炎、多発性筋炎、関節リウマチ、パニック障害……と、単なる感染症に留まりません。ドイツにおいては、19世紀初頭には既に口呼吸の弊害を把握していたようですし、その原因として舌の筋肉の衰えを挙げていました。また、生命進化のうえでの退化の一環とも考えられています。

とりあえず、テープを縦に貼り(マウステーピング法)、口が開かないようにするだけで驚くほど効果が出てきます。どんなテープでもよいのですが、長期間使用しても肌荒れを引き起こさず、形が安定しているものがやはり一番長続きします。口呼吸防止の専用シールは口元だけではなく、全身の健康管理にも役立つのです。



■ 鼻呼吸を促す口閉じテープ
「ネルネル」
発売元：株式会社三晴社
<http://www.sansei-sha.co.jp/>

いきます。薄利多売の食品会社はコストを限界まで切り詰め、食品の生物学的価値を下げていきます。こうした食品からは十分な栄養、ミネラル、酵素といった身体に必要な栄養素が不足する一方で、身体に有害な化学物質が過剰に摂取されることとなります。あるいは、精製白砂糖やトランス脂肪酸のような規制の対象になり得ない食品を過剰摂取することによる、子どもの精神に与える影響の問題も指摘されています。また、食と犯罪とのかかわりについても、さまざまな報告があります。

卓袱台を囲む食卓における躰や食品添加物

の少ない当時の日本の伝統食をいただく光景は、子どもにとって決して楽しい一家団欒の食卓ではなかったかもしれません。しかし、それこそが世界に誇る日本人の気質を育ててきた伝統的な庶民の食文化の象徴だったのかもしれない。

その卓袱台を囲む食卓に代わり、**歯科診療室を食の正しい知識を提供し、食を選択する力を患者に提供する場とすることが歯科医師・歯科衛生士の職責になる**のではないのでしょうか。森で採ってきたキノコが安全かどうかを教えてくれる、フランスの薬局のように……。

One & Only

中原 悦夫

東京都・協立歯科
クリニックデュボワ

歯科医療の時間の概念とシンクロニシティ

近代歯科医学を語るうえで、科学的ではないこと、医学的ではないこと、あるいは論理的に説明できないことを語るのはとかく嫌厭されがちです。哲学的なことも然りで、ましてや宗教的なことに触れると、むしろ「倦厭される」としたほうが本質的な表現かもしれません。

西洋において、科学あるいは医学は物心二元論と要素還元主義に基づいた論文の蓄積によって発展してきた実績があり、私たちの生活にその恩恵が大いにもたらされてきました。しかし、西洋社会の生い立ちにはキリスト教との深いかかわりが常に存在するように、近代科学や近代医学が急速に花開いた背景にもキリスト教を抜きには語れません。

端的に言えば、中世におけるプロテスタンティズムによって、宇宙万物は神が創造したのであるから、神の作品である宇宙の中には神はいないという解釈を可能にし、宇宙に存在するものを細かくばらして分析したり（要素還元主義）、あるいは死体を切り刻んで解剖したり（物心二元論）しても直接神に触れているわけではないので問題ないとされたことから、急速に科学や医学が発展してきたわ

けです。当時の科学者たちには聖書に反した科学的実証をすると常にカソリックの断罪が待ち受けていたわけですから、いかに宗教から切り離すかという科学の歴史を考えると、「倦厭」のほうが妥当であると思われてなりません。

というわけで、**科学や医学も宗教と深くかかわって存在している**わけですから、嫌厭されることを恐れず、シンクロニシティと歯科医療のかかわりについて考えてみたいと思います。

ユングのシンクロニシティ

「シンクロニシティ（共時性）」とは、深層心理学者のカール・グスタフ・ユングによって提唱された、「因果性」とは異なる原理としての「**意味のある偶然の一致**」を表す概念です。

筆者の体験でいえば、「ある学会の分科会に招待されたアロマセラピストの講演内容をチラシで読んで、是非この人の話を聞きたいと思って日程を見ると、どうしても外せない用事と重なっていて、その講演会に行けなかった。その講演会の1週間後、全く関係のないパーティーの席で、友人に紹介され、その人

と話していくうちに、聞きたかった講演の演者本人であることがわかった」とか、「面白い学校を作ろうとしている元気な女性がいるので、みんなで集まってその女性の話を聞こうという会があり、出向いていく予定であった。しかし、当日急患の処置が長引いてしまい、その会には出席できなかった。その10日後、軽井沢の友人宅で紹介された方が、まさにその学校を作ろうとしている女性であった」といったことがあります。あるいは、「20年ぶりにあるテレビドラマに見入っていた。最初は目にも留めていない脇役の無名女優のことが、最終回の一つ前になって急に気になり出した。ネットで調べてその女優の名前を知り、気になった理由はわからなかったが、姿勢が気になったことだけは記憶していた。最終回を見終わった翌々日、ある矯正の先生から珍しく電話があり、東京で継続して治療をお願いしたい患者がいるのでと、その女優の名前が出た」というような経験です。しかも2ヵ月くらいのうちにこれら3つの体験をすると、**偶然というより、何らかの意味をもっている**と誰しも思いたくなるものです。

ユングは、このような「**偶然の一致**」は偶然ではなく、**非因果的な複数の事象の同時発生か、普遍的な事象を作り出す力の連続性**によると考えました。そして、**集合的無意識によって、直感的な意識と行動が調和した人間の意識のコミュニケーションをとおして、現実の出来事が形成される**と分析しました。それ故、シンクロニシティは、それが起きることで意味を生成していると捉えられるのです。ちなみに、集合性とは、我々人間が皆、無意識の深い部分で共有している、歴史的、社会

的、生物的部分をさしています。

また、ユングはノーベル物理学受賞者のパウリの影響を受け、シンクロニシティの傍証として取り上げたのが占星術であり、晩年はUFOとの遭遇体験も集合的無意識の投影であるとする著書『空飛ぶ円盤』を出版し、広く超常現象をも研究対象にしたことからわかるように、心的全体性の回復を試みています。

時間の感覚

人間が作り出した変化を認識するための基準となる時間の概念は、人間を作り出した地球の太陽系における周期性に沿って古代よりさまざまな方式が考案され、現在の基準へと世界的に統一されるに至っています。従って、現代人は同じ基準による時間概念を共有して生活しているわけです。時間の概念は、芸術、哲学、自然科学、心理学など常に重要なテーマになります。

現在のこの瞬間を1秒でも過ぎれば過去ができ上がり、ほんの1秒手前は未来なのです。しかし、人のもつ時間の基準は統一されているにもかかわらず、その時間の感覚は実は人それぞれです。年齢を重ねれば重ねるほど、1日なり、1年が過ぎるのが早くなっているという感覚を多くの人が感じているのではないのでしょうか。これについて「人は時間をこれまで生きてきた経験の量の比率で感じ取っている」という説があり、6歳の子どもの1年は人生の1/6ですが、60歳の成人の1年は1/60であるとされています。経験の大きさによってもその感覚は違うかもしれませんが、つまり**年齢によっても時間の感覚は違う**と理解しておく必要があります。

聖路加国際病院理事長の日野原重明先生は子どもたちに、「**命**とは**人が生きた時間**」と説明しています。命を大切にすることは、時間を大切にすることになります。また、あるビジネスマンは、「僕の1時間の稼ぎを理解しているかね」と言って自分を待たすとどれだけ損害が出るかという理屈を展開します。こういう御仁には、寝ている時間を入れて計算したくなりますが、日野原先生の説明から、「**患者の一番大切なものは時間**」という結論を導き出すことができます。

待合室で待っている患者の時間の感覚もお年寄り子どもでは違うし、多忙極めるビジネスマンと子育てを終えて時間をもて余している専業主婦とは当然違いが出てくるでしょう。何よりも、個人にもち合わせた気性というか性格によって大きく左右されるのが一番大きいと思われます。

一方、診療室で仕事をしている我々の時間の感覚は、年齢や性格によっても違いはあるでしょうが、やはり時間に追われて仕事をこなしているなかでの時間の感覚は本当に短く感じてしまうものです。

ですから、私たち歯科医師は、**処置中の1分の時間感覚は待合室で待機中の患者の10分に相当すると心得ておくべき**です。

臨床で感じるシンクロニシティ

オーケストラの指揮者の指揮棒一振りで曲の演奏が始まるとき、100余名の演奏者の弾き始めはその棒の動きに従います。しかし、厳密には振られた棒が5cmから数十cmの間を移動するある瞬間に弾き始めなければなりません。ある人は10cm移動した瞬間に、ある

人は5cmといった具合では出揃いません。指揮者は何cmのところとは指示しません。しかし、演奏者の心はシンクロし合い、曲の出だしは一致していきます。指揮者と演奏者の心の繋がりは、常にリズムやテンポ、つまり時が共有されていなければ、その芸術性は高められません。

私たちの臨床において、**術者の手さばきとアシスタントの手さばきないし動きがシンクロしてくると、治療や手術はとてもスムーズに進み、よい結果も出せます**。何より時間の短縮に繋がり、患者の負担軽減に貢献できます。

こんなことを感じた経験はないでしょうか。ある日、あるいはある週の治療中、1時間に4、5人のランダムに入れられた大量の予約患者を診ていたとき、「今日は根治が多いな」、「今日は形成と印象だらけだな」、「抜歯が多いな」、あるいは「今週は義歯の調整ばかりだな」、というように、受付で処置ごとに予約のコントロールをしているわけでもないのに、同じ仕事が効率よく同じ時間帯に、同じ日に、あるいは同じ週にまとまって入り、アシスタントも受付も「今日はとてもスムーズに仕事をこなしているな」と感じる瞬間を。更に、このような治療内容がシンクロしていく状態が毎週のように連続してサイクル化して訪れるような体験。

逆に、患者の予約を1日に2人くらいに絞り込み、患者1人に3、4時間かけて一気に治療をするような場合や、外科、補綴担当、矯正をそれぞれ担当が分かれるチーム治療を同時に進める場合など、予定された全処置が予定時刻に不思議とぴったりに終わるといった、論理的に説明はできないが、あまりにも予定

時刻どおり正確に終了するといった経験。これらはまさしく、歯科医療におけるシンクロニシティなのではないでしょうか。

無意識のうちにこのようなことを繰り返しているのは、**知識と技術と経験の積み重ねによって築き上げられていると思われた我々の臨床そのものが、実はシンクロニシティの連続して起こるフロー状態なのかもしれません。**なぜなら、患者一人ひとりの状態あるいは条件はすべて違うということが大前提なので、定刻に診療が終了することの論理的な説明はできないにもかかわらず、確実にこのような現象は常に体験できるからです。



患者の一番大切なもの、それは時間

私たちは、患者の来院時刻、すなわち治療開始時刻をお互いに意識し合います。患者は予約時間を過ぎてからの待ち時間はとかく長く感じるものです。我々も約束を守ろうとしながらもつい1分、2分と過ぎてしまいます。せっかちな患者はそれを10分、20分も待たされたという印象を抱いてしまいます。

では、患者に診療が終わる時刻を約束してみてはいかがでしょうか。大規模な病院などでは診察が終わってから薬局で薬をもらって会計が終わり、病院を出られるまでに1時間以上かかることもあります。そのような病院ほど、待ち時間中に掲示板に目が留まり、「患者様第一主義」などと架空の理念が掲げられたりしているものです。

臨床において、患者の時間を大切にすることは、診察終了予定時刻か少なくとも10分後以内に、その病院なり診療所を立ち去ることができるように自ら設定した終了予定時刻

を正確に守り抜くことに尽きます。

本来、「治療計画」において、“計画”という言葉を使うため、治療終了時間あるいは時期を正確に設定する行為を伴うのは当然です。**時間概念なき治療計画は青写真に過ぎないと心得るべきです。**

チームアプローチやインターディシプリナリーアプローチのような複数の専門性をもつ技術を伴った処置を組み合わせ、1人の患者に長時間にわたる歯科医療を提供しようとする場合を考えてみます。例えば、“総治療予定時間が3時間で、まず主治医が不良補綴物を除去し、ディープスケーリングとプロビジョナルクラウンのための仮形成をして、歯と歯茎の条件を整えます。プロビジョナルを作製する間に歯内療法の担当医によって根管充填が施され、その後、仮築造して完成したプロビジョナルクラウンを合着するとします。またその直後、矯正治療計画で予定されたマイクロインプラントの埋入を口腔外科担当医が施し、同日に矯正担当医が矯正装置を装着するといった総合治療計画に基づいて4名の歯科医師と2名の歯科衛生士が3時間の間に1人の患者にかかわって治療する”とします。歯科医師4名の専門各科の治療が順調に運んだ場合の予定治療時間がそれぞれはじき出されます。次にトラブルシューティング発生時の対処に必要な予備的な追加治療時間はじき出されます。更に、各科において2つないし3つくらいは予備的対応時間を想定しておく必要があると思われます。

しかし、実際には一切トラブルシューティングがない場合と想定していたそれらがすべて発生した場合では、大変な時間差が発生し

The Choice 天然の抗生物質といわれるグレープフルーツシード

真夏の洗面所で水に浸けられたリテーナーやスプリント。装着する寝前になるとヌルっとする口腔内細菌の繁殖は大変不快なものです。洗口剤を数滴入れても、24時間も経てばやはりヌメリが出てきてしまいます。

ある夏、スプリントを浸けた水にグレープフルーツの種から抽出されたフラボノイドが入ったGSE(Grapefruit Seed Extract)を2、3滴入れてそのまま旅行に



出かけました。10日後にスプリントを取り上げてみると、何とヌメリが全くなかったのです。

この驚きがきっかけで神奈川歯科大学細菌学教室に検証を依頼したところ、日常的に歯科で口腔内に使う消毒薬に比べて卓越した効果があると傍証されました¹⁾。検証にはGSE[®]、LISTERIN[®]、GUM[®]、Isodine[®]、そしてHALIZON[®]の4種の洗口剤を比較試験しました。細菌の発育阻止効果が顕著であったのはGSE[®](600倍希釈)とGUM[®]でしたが、使用規定の許容最大希釈倍率の400倍希釈液であればGUM[®]よりもはるかに高い抗菌効果があるとわかりました。また、抗菌効果の経時的変化を比較しても、口腔内細菌の増殖を最も長時

間にわたって抑制すると判明しました。

口腔内細菌の増殖抑制に効果があるだけではなく、外来性の病原細菌に対しても抗菌効果を示すことから、抜歯や歯周外科治療の創傷部位に対する消毒薬としても使用できます。以後、洗口剤としてだけではなく、手術前の消毒や歯周病患者のクリーニング、出血を伴う恐れのあるSRPの処置前後に必ず使用しています。

口腔内での使用は許容最大希釈倍率の400倍希釈液までですが、リテーナーやスプリント、あるいは義歯の口腔外での使用であればもう少し濃度を上げるにより、夏の10日間でも細菌増殖抑制効果は持続していたということです。

■グレープフルーツシードエキス「GSE」

製造：Nutri Biotic 社

販売：メラトニン USA ドットコム

<http://www.melatoninusa.com/>

【参考文献】

- 1) 浜田信城, 中原悦夫, 他: 口腔細菌に対するグレープフルーツ種子抽出液の抗菌効果. 神奈川歯学, 38(4): 148-153, 2003.

てしまいます。想定された対処にかかるすべての時間を用意すれば、実に効率性を欠いた予定表になってしまいます。また、実際に遭遇するトラブルシューティングの組み合わせも数え切れない場合があるのです。

現実的にはこのような**不確定状態にありながら、人間には無意識のうちに予定時間内に正確に診療を終了させ得る能力がある**と言わざるを得ません。



患者にとって医療機関に行くのは非日常的行為です。ヘルスプロモーション、予防、アンチエイジングなどの**創造的歯科医療は、“患者の日常的行為の枠のなかに参入する”**

ことです。従って、患者のスケジュールの“始まりと終わりがセットになった医療行為”として進化していくということなのです。

「相手があることだから」、「人体を扱う仕事だから」と、終了時刻を確約できないと言いつつことは簡単です。しかし、常に時間を意識し、処置や技にリズムやテンポを取り入れる習慣を身につけていくと、肉体的には体内時計とシンクロしてくるのか、あるいは精神的にはシンクロニシティが訪れるのかは不明ですが、“**患者の一番大切なものは命、すなわち時間である**”ことを意識した瞬間に、**不可能を可能にする天使が舞い降りてくる**ことを信じてみてはいかががでしょうか。

One & Only

中原 悦夫

東京都・協立歯科
クリニックデュボワ

耐久年数と歯科医療

「世の中から“修理して使う”という概念がなくなってしまうのではないか?!”と思わせるほど、世の中の“使い捨て文化”はエスカレートしています。この“使い捨て文化”はファストフードに始まり、医療においてはエイズの感染予防対策で一気に世界中に広まったといえるのかもしれませんが。

エイズウイルスの発見が世界を震撼させてから四半世紀経ちますが、この間、あらゆるアイテムの“使い捨て文化”はすこぶる多様化してきました。ファストフードでは食器に限らず、食品自体も一定の時間が経過するとおいしさや新鮮さを強調するあまり、自動的に破棄されています。スーパーマーケットに並ぶ食品は賞味期限を境に、これもまた破棄されていきます。

世界には飢餓に苦しむ人々が肥満に苦しむ人々と同数いるといわれているにもかかわらず、先進国ではこのような光景がごく当たり前になってしまっています。生命にとって最も重要な食料も、その尊厳性や生物学的価値を軽視し、経済的価値の食品として経済の対象になってしまいました。

追従するように叫ばれた環境問題も、地球

を覆い尽くしはしたものの、その多くは未解決のまま、米国のサブプライムローン問題を皮切りにリーマンショックが勃発しました。それ以降はギリシャを震源にヨーロッパの経済不況が浮上し、唯一の望みの綱であった中国経済にも陰りが見え始めました。日本経済も浮上の目処が立たないまま、世界経済とともに低迷を余儀なくされ、当然ながら歯科医療経済への影響は避けられない昨今です。

“使い捨て”、あるいは“期限つき”でなければ維持できない経済の実態は、確実に私たちの日常に変化をもたらしています。いつの間にかその流れに飲み込まれてしまいそうな実態を振り返ってみましょう。



修理から交換、そして買い換え させる戦略

かつては機械に修理は付き物であり、修理だけを担当する職業も各分野で存在するのが当たり前でした。当然、修理に必要な部品は、何十年もどことなく在庫されていました。コンピュータ化の時代に入ると、半導体が含まれる部品は基盤ごと交換することで修理は簡素化されるようになり、当然基盤の在庫が欠かせない時代が続いてきました。更に技術が

進化して、基盤を組み合わせるコンピュータ全体を作っていた時代から、基盤自体がそのコンピュータの全機能に近い役割をもつようになった極小化の時代を迎え始めた昨今、修理はおろか部品の交換すらできず、製品ごと新しい物に買い換えることが、その不具合から解放される唯一の方法といった時代に突入しました。

そして、年2回にも及ぶ新製品の発表は、既存機種を1年も経たないうちに古い機種に押し上げ、ようやく慣れ親しんだところで不具合が生じてしまうと、同じ製品を使いたくても別の新製品を買うしか方法がなくなっているのが実情です。

現在、家電メーカーで伸び続けているのはコンピュータ部門くらいで、液晶テレビ部門などはたった1年で売り上げが半減してしまうほど、すぐに冷え込んでしまう状況です。アメリカでは既に家電のグローバルメーカーは存在していませんし、日本でも破綻寸前のグローバルメーカーの存在も浮上し、今や見る影もない経営状態です。つまり、**必需品とされる家電製品がない、“家電飽和社会”になっているのです。**

新製品の企画においても、頭脳的に飽和状態に陥り、昭和にヒットした商品の復刻版でその期を乗り切ろうとしたり、早くから買い換え文化が先行しているファッションメーカーに習い、ライフスタイルを提案することで唯一買い換えを促すことに活路を切り開こうとしたりしています。そして、苦し紛れに誕生したのが、大手家電量販店と低価格路線で急成長したファッションメーカーの合弁企業といったところでしょう。



現状は、環境問題には真っ向から反逆する商業文化がエスカレートしてきた反面、究極的に便利かつ合理的な世の中になってきています。これは同時に、グローバル化の光と影の浮き彫りとして、とても厄介な問題です。本来、グローバルとは“地球規模”という球形の広がりという意味している言葉です。つまり、“国際的”といった国家間の政治的経済的広がりを目指した言葉ではないにもかかわらず、あたかも地球規模の正当性を表しているかに見せかけた戦略的な経済用語に大衆が乗ってしまった結末でもあります。



戦略的耐久性決定技術は存在するか

最近、友人から、新しい住居を購入してちょうど10年経ったころ、空調に始まり、インターホン、監視カメラ、音響システム、ライティングシステムと、時を待っていたかのように次々に壊れ始め、それもすべて修理不能で総取り替えになったという話を聞きました。私のクリニックでは、過去2年間で修理費用と買い換え費用が増大しています。

技術の進歩は製品の耐久性をも正確に設定できるところまで来ていて、競争原理に勝ち残るためにこのような強制的な販売促進が密

かに行われているのではないかという疑念が頭をよぎりました。最近の治療ユニットなどの治療機器は、以前は15年以上も耐久性を誇示していたブランドメーカーが、数年前に後から購入したもののほうが壊れやすく、しかも法定リース設定年度であるちょうど5～7年ほどすると部品もないので修理すらできないことが相次いでいます。もっとも、多様化の時代においてすべての部品を長期間在庫できる企業態勢にないのも、その一つの原因だと思われそうですが、これも最近の傾向の一つであることに間違いのないでしょう。**今や経済界では「もったいない」という用語は禁句なのかもしれません。**

いずれにしても、従来の感覚では理解しがたい現象が、世界経済の低迷を背景に起きているのは事実です。かつては、いかに長持ちするかという耐久性を競うことが、そのメーカーのブランド力を高めたものでした。F1などの耐久レースに象徴されるように、自動車メーカーが凌ぎを削って参戦したのも、自社製品の耐久性をアピールする恰好の場であり、優勝すると自社製品が確実に売れた時代、つまり**技術力を競った時代が、現在では終焉しているのです。**



その代わりにファッション界のように、主要ファッションメーカーが前年に話し合い、翌年流行させる形状や色彩を取り決め、顧客が昨年のもを身につけることができないように心理的に抑えつつ、毎年新しいライフスタイルを戦略的に提案する時代に、多くのメーカーが同調して変貌を遂げざるを得ないわけです。

液晶テレビのように目を見張るような精度の高い技術の商品も、半年で半額以下の価格で量販店に並んでしまう現実を目の当たりにすると、やはり本連載の昨年12月号、そして本年1月号で取り上げた食品加工業と同じ運命を辿っていることがわかります。そして、**メーカーを追い詰めてきたのは、顧客である私たち一人ひとりの責任でもあるのです。**人間の欲望という個人心理が経済を動かし、政治を動かし、国を動かし、世界中の国を巻き込んで進められてきた結末が、すべての商品の使い捨てによってのみ支えられるという経済学の成れの果てかと、ついつい妄想させられてしまいます。

回復的歯科医療継続のために妄想を抱けるか

20年ほど前、ヘルスケアに関連する学会や研究会がいくつか立ち上がった時期がありました。それを受けて、「みなさんの首を絞めることになる活動をなさっている方々がいますね」という当時の厚生省官僚の言葉が忘れられません。一国民としては疑問符が残る一言ですが、今振り返ってみると、極めて信憑性に富む将来を見通した重い言葉であったことに間違いのないでしょう。倫理観に燃える歯科医師にとっては、国民を蔑ろにした軽率な

言葉としか聞こえないかもしれません。しかし、厚生省と労働省が一つになったとき、国民の命を救う医療と国民の生活（雇用）を守ることは価値観を共有していますが、**国民の健康を守り育てる予防やヘルスケアといった公衆衛生上の医師・歯科医師に課せられた価値観は、第二義的な義務でしかないことが如実に**なったような気がします。

国民の命を救うことが第一義であることに異論はないでしょう。しかし、国民の健康を守るための予防の前に、国民の生活を守るための国民の雇用が優先されることに重きがおかれているのです。つまり、国家としては、私たち医師や歯科医師をはじめとする医療や歯科医療にかかわる医療従事者の雇用とその生活も同じく守らなければならないのです。医師や歯科医師、あるいは医療従事者である前に、同じ国民として私たち自身の生活（雇用）があるからに他なりません。

だからといって、国民に対するう蝕や歯周病の予防を推進する活動を止めるのでしょうか。製造業の昨今の現象を参考にして、修復物や補綴物に一定期間使用したら自動的に壊れる細工を織り込むのでしょうか。あるいは、年に一度のスクリューの交換を義務づけている競艇のように、カリエスリスクの低い患者に、年に1度の修復物や補綴物の交換を義務づけられるのでしょうか。

今や、医療や歯科医療を生活の糧とする我々の職業自体を守ることも、厚生労働省の役割なのです。かつて厚生省と労働省が分かれていた時代では、“縦割り行政”の影に隠れていた問題でした。しかし、厚生労働省として一つになった今では、同じ省内での“概念



的な潜在的対立構造”になってしまっているために、問題にすら挙げることができない状況に追い詰められてしまっています。

つまり、行政においては、ヒトの命を救うこと、病気を治すこと、痛みから解放すること、噛めるようにすること、すなわち治療行為に医師・歯科医師の第一義があり、次に我々医師・歯科医師の雇用や生活が第二義、国民の病気の予防行為に関しては第三義という順番になっているのです。法律においては、治療行為が第一義、公衆衛生を含む予防行為が第二義で、我々医師や歯科医師の雇用や生活など当然謳ってはいません。法律は建前が記され、行政は本音を実行しているのです。どうせ、建前だけの法律であれば、条文はむしろ公衆衛生などの予防行為を第一義として最初に謳い、治療行為を第二義として追加項目として謳われていれば、行政の優先順位も違っていたと思います。



早くから日本の医療行政の本質を見抜いていたのは、「医療改革は事実上現行の（治療行為を事実上の職務とする）医師・歯科医師のライセンスを発行してしまっている厚生省には理論的にできない」と断言していた当時の

The Choice いざというとき、馴れない気道確保に助人!

高円宮殿下がスカッシュの練習中に心室除細動による心不全で薨去されたことがきっかけで、一般人による自動体外除細動器(AED)の使用が認められ、広く普及しました。

最近では、食物アレルギーのある児童が学校給食中に誤食してアナフィラキシーショックで亡くなられたニュースが日本中を駆け巡ったばかりです。この報道を見

ながら脳裏をかすめたのが、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡です。将来、学校の保健室にも装備される可能性があるかもしれません。喉頭鏡が一般人に使えるとは思えませんが、救急隊と同様に、養護教諭がトレーニングをしておくだけでも、このような惨事の再発防止にはなるでしょう。

気管挿管の経験やトレーニングを受ける機会のなかった私も、喉

頭鏡の使用に関しては素人です。しかし、「これさえあれば、いざというときに使える」と確信し、発売と同時に購入してAEDとともにクリニックの緊急装備品に加えたのが、『エアウェイスコープAWS-S100』です。液晶モニタに映し出された声門にターゲットマークを合わせて気管チューブを軽く押し込むだけで、気管内に正確に誘導され、気道を確保できる優れものです。

生涯、クリニックで実際に使用することはない代物かもしれません。しかし、これは緊急事態のときに特別なトレーニングを積んでいない医療従事者でも簡単に患者を救命できる装備として、私たちに心のゆとりを与えてくれます。何より、パニックから歯科医師生命を守ってくれるのではないのでしょうか。



■ビデオ硬性挿管用喉頭鏡「エアウェイスコープ AWS-S100」
販売：アイ・エム・アイ株式会社 救急教育部（国内販売代理店）
TEL：048-968-4442
FAX：048-968-4443
HP：<http://www.imimed.co.jp/>

通産省の官僚です。現在の経済産業省にヘルスケア産業課を誕生させ、医療改革を厚生労働省に代わって推進しようという当時の意気込みが感じられます。

“国民が病気から守られた健全な生活”と“医師・歯科医師が生きるための健全な生活”が事実上対立構造にある昨今、それを打開するには、厚生労働省のジレンマを経済産業省の外需（医療ツーリズムなど）や内需（創造的医療・歯科医療）政策で打開し、環境省の援護を受けて推し進めるという“未来のシナリオ”が見えてきます。更に、食育をテーマ

にした農林水産省の取り組みが加われば、政策に広がりを見せることになるでしょう。そして、改革の決め手を担うのは文部科学省に他なりません。今や異分野との業務提供やコラボレーションは経済界や産業界だけではなく、行政の推進においても必要な時代に差しかかっているわけです。

医療機器の耐久年数の短縮には些かな問題を残しますが、医療政策や医療制度においては、むしろ耐久年数にあたる**同じ制度の施行年数の長期化が問題になってきている**と言わざるを得ません。

One & Only

中原 悦夫

東京都・協立歯科
クリニックデュボワ

マイクロスコープが起こす第3の波



“選択”の時代

治療を中心とした回復的歯科医療の時代が消え失せるわけではありません。国民や患者の意識の違い、習慣などの地域差は常に存在しています。もちろん私たち歯科医療従事者の意識の違いも存在してしかるべきです。これからも、回復的歯科医療に生涯従事する歯科医師がいて当然です。今までは歯科医療従事者全員が生涯回復的歯科医療に従事していたのが、予防や審美などの創造的歯科医療と両方に従事する歯科医師、創造的歯科医療のみに生涯従事する歯科医師、あるいは口腔内科的な歯科医療を専門とする歯科医師というように我々自ら選択できる時代、いや、選択を余儀なくされる時代に移行してきているのです。

しかし、確実に従来とう蝕や歯周病は減少し、これから本格化する少子高齢化とともに訪れる人口の激減は、**回復的歯科医療にのみ従事する歯科医師にとって死活問題に繋がりがねない時代に差しかかることは避けられない**と思われます。

一方で、我が国における国民の日常生活の

なかで歯科検診やメンテナンスを受けるために歯科医院を訪れる来院率は先進諸国と比較しても極めて低いことがわかっています。**歯科医師過剰時代といえども、もし欧米並みに検診やメンテナンスに国民が押し寄せたとしたら、十分な処置を確実に施すために必要な歯科医師や歯科衛生士の数は不足している**といわれています。

2009年に厚生労働省が発表した1984年から調査し続けた中学1年生のう蝕罹患率は、25年間で4.75本から1.4本へと1/3に減少しています。厚生労働省が予防行為を保険導入して積極的に予防を推進したわけでもなく、歯科医師会の“8020運動”のスローガンや個々の歯科医師や歯科衛生士による回復的歯科医療の片手間の予防的意味合いを兼ね備えた治療行為や治療現場の努力により、25年間で疾病を激減することに成功しているのです。

眼科では、遠視や近視の画期的な治療法を開発してきましたが、遠視や近視の予防が確立したわけではありません。しかし、歯科医療における2大疾患であるう蝕や歯周病は、**歯科医師法が制定された時代と比較すると、事実上、予防は確立している**と言ってよいし

ベルに到達しています。この事実は、歯科医師として誇るべき事実ですが、その一方で我々の生活の糧を新たな方向へシフトしなければならぬという面では、我々に課せられる精進は生涯続けていかなければならないということです。

このような移行期において、歯科医療に従事する我々に対して救いの手を授けてくれるのは、歯科用に開発された大型のマイクロスコープです。これは、眼鏡に装置するタイプの低倍率のマイクロスコープと比べても視界の世界を二分する、歯科界に新天地を授けてくれる治療機器です。今後、エアータービンとともに、治療ユニットに標準装備されるのが当たり前という時代も、そう遠くはないはずです。



見ると動く不思議な手指の感覚

我々は長い間、裸眼か眼鏡等によって矯正された視力で治療をする、いわゆる肉眼で見える世界において、歯科医療に従事してきました。

20年くらい前、眼鏡にスコープを装着するタイプの2倍のものから始まり、今や8倍くらいまで拡大できる眼鏡タイプのスコープが普及し始めています。それを使用するのとならないのでは、治療結果において既に有意な差を呈しています。最初は熟れるのに時間がかかったり、導入に躊躇があったりもするのですが、今やこれを使用しなければ何もできないと思われる方も多いのではないのでしょうか。当然、**歯科衛生士による予防行為も、このタイプのスコープを常時使用していなければ、我々の治療結果とのバランスが得られ**

ません。

更に、大型で高倍率のマイクロスコープを使用する時代になると、その見える世界が眼鏡タイプのスコープとは全く異なっていて、最初はまるで別世界で治療をしているような光景に驚嘆することでしょう。それもそのはず、数十倍から、大画面に映し出すことを換算すると、何百倍といった拡大率になるわけですから……。おそらく、微生物学者が光学顕微鏡から電子顕微鏡にシフトしたときに受けた衝撃に近い印象をもつことになると思います。

このような拡大率の大きいスコープを使いこなすようになると、米粒に文字を書くことも誰にでもごく自然にできるのが人間の手指の不思議な感覚です。これまで見えなかった微粒子の歯石や壊死性のセメント質も、正常セメント質との識別が容易となり、壊死性のものだけを選択的に摘出することができます。軟組織においても、微細な病理組織と生理組織を明確に識別できるので、例えばネクロゼを起こした微細組織だけを選択的に切除することも可能です。歯肉の毛細血管の発育も直視できますし、結合組織移植等の結果の是非や診断も、ミクロに近い視診で診断を下すことができるようになります。

人間の秘めた能力は、見えさえすればどんなミクロの世界の作業に至ってもすぐに順応して、我々の手指が思いどおりに微細な動きを実現してくれることに驚かされます。

最近では、歯科医療でのマイクロスコープ（治療用顕微鏡）による治療の汎用性は、どんどん広がりを見せています。当初は、一定の部位における限局した角度からの拡大視野



人間の手指は、見えさえすれば微細な動きを実現できる

の確保しかできなかつたために、そのほとんどがミラーテクニックによる作業や、部位によっては確認作業のような使い方しかできませんでした。従って、固定されて限局された視野下での作業が可能な歯内療法が、マイクロ스코プ時代の先導を切ることになったわけです。

ところが、プリズムの組み合わせ技術を駆使した機種が登場によって直視できる範囲が格段に広がり、これまで肉眼や眼鏡タイプのスコープの視野とほぼ同等な角度から直視が可能となりました。そして現在、診断や確認作業はおろか、スケーリング、ルートプレーニング、プレパレーション、歯周外科に至るまで、直視できる部位が広がり、これまでとは全く違った視野での機能的な作業が、肉眼による直視とほぼ同等に扱えるほどになりました。これからも、各メーカーは競って使い勝手を重視したマイクロ스코プの開発に賭けてくることでしょう。

マイクロ스코プが醸し出すクオリティ

クラウンの装着精度に関していえば、肉眼での形成印象で得られる精度の模型によって

製作された補綴物のマージンの誤差は、マイクロSCOPEで確認すると500 μ m前後の誤差が存在していて、眼鏡タイプの数倍の拡大率によるマイクロSCOPEを使用したとしても、100 μ mくらいの誤差は存在しています。しかし、**大型のマイクロSCOPEを使用すると、20 μ m以内の誤差で補綴物のマージンは閉鎖されています。**もちろん、**技工製作においてもマイクロSCOPEの使用は欠かせません。**

歯周外科においては、治癒率の低かった根分岐部病変の再生手術やルートカバーに至っても、手術侵襲が極めて小さいため痛みや術後の不快感が解消されたうえに、成功率も極めて高くなります。歯内療法においても、根尖に至るまで側枝も確認できるため、極めて良好な成績を収めるに至っています。更に根尖の外科的処置においても、極めて小さな侵襲で確実な結果を得ることが可能になりました。う蝕診断においては、単一志向性のレーザーう蝕探知機ですら反応しないう蝕も直視でき、う蝕を誘引しかねないクラックの存在や、歯根のクラックに起因している垂直性骨吸収の確定診断が確実にできるようになってきています。

今や新しいマイクロ下の術式の確立や使用するインストゥルメントの開発が急がれる段階に差しかかっているのです。

マイクロ下の診断や治療が歯科医療において一般化するのには既に時間の問題になっています。この現状から予想できるのは、二次う蝕や歯周病の再発が極めて抑制されるため、予防の成果がより確実化してくることで、**日本の修復物・補綴物の平均使用期間は7、8年と言われていますが、おそらく今後はそ**

の期間が2倍以上に伸びてくるのではないで
しょうか。

マイクロデンティストリーはエステティック デンティストリーに次ぐ第3の波

近代歯科医学は、戦前から昭和の終わりまで作られていた帯状金冠などのいわゆる“バケツ冠”と呼ばれた、いま考えると補綴物ともいえない被せ物による治療が一般的だった時代がありました。そこにエアータービンが登場し、金属鑄造冠の技術が一般化し、更に歯科技工士の桑田正博先生とキャッツ先生によって開発された金属焼付けポーセレンクラウンが誕生することで拍車がかかり、それまでの“バケツ冠”を除去して“金属鑄造冠”や“金属焼付けポーセレンクラウン”に取り替えるという治療の大転換期を迎えました。このころは、従来までは歯周病の治療がなおざりにされていたところに、歯周病も治療の対象にできる時代に差しかかった時期でもあります。これが、近代歯科医学における第1波でした。

それまでは、ほとんどの患者の口腔内で見ることができたバケツ冠を目にする機会がだんだんと少なくなり、パラジウムのクラウン、インレー、アンレー等、金属鑄造補綴物も飽和状態になった1985年くらいから、米国で審美歯科の概念が起爆しました。具体的には、パラジウムによる金属鑄造冠やインレー、アンレーといった金属の修復物から、歯本来の白い色の修復物による治療の提供が始まり、また歯科市場においてはその需要を作り上げることに成功しました。更にメタルレスを掲げることでセラミックスの接着性の向上、コンポジットレジンによるダイレクトボンディ



ング技術の普及により、頂点を極めていきました。これが近代歯科医学の第2波でした。

このころは治療費に対して消費者的な感覚が患者に芽生え始めた時期でもあり、“デンタルマーケティング”という経済用語と歯学用語のハイブリッドな言葉も使われ始めました。しかし、消費というカテゴリーゆえに、先進各国の経済不況の煽りを受けやすく、また、審美歯科の普及は歯科治療を受けるうえでは当たり前となるほどエントロピーは増大し、この第2波も波間を見せるようになり、歯科医療としての本来の価値観が成熟していきます。歯科医療もすっかりグローバル化に傾倒し、アンチエイジングといった新しい概念で次の波を起こそうとするのですが、経済不況の波と歩調を合わせたままであることには変わりありません。

今後、第3の波が押し寄せる兆しを予期させる立役者となるのは、第1波の直前に開発された“エアータービン”に相当する“マイクロスコープ”です。第2波の立役者は“接着性レジンとコンポジットレジン”の技術革新でしたが、マイクロスコープがその波に合流することで、今後は更に大きな第3の波を

The Choice 葬られた病因説

古今東西、思想や学問を徹底的に葬り去る“焚書”は歴史的に繰り返されています。中国では秦の始皇帝に始まり、毛沢東指導下の文化大革命もその類の弾圧でした。中世の西洋における科学の発展の歴史においても、学者たちは宗教的な断罪に抵触しかねない学説の発表には常に神経を尖らせながら処世していました。

十数年前に歯周病原細菌と糖尿病との関連、低体重児出産との関連、脳血栓や心内膜炎との関連、そして誤嚥性の肺炎などの口腔内病原菌と関連などの論文が発表されて、初めて口腔内微生物が歯牙や歯周組織以外の病因になっていることが明らかになったかのよう

に映りました。しかし、実際には根管治療と他臓器との病巣感染に関して詳細に綴られた、いわゆるむし歯の全身

への影響に関する克明な研究調査が、70年以上前に進められていたのです。それは、昨年の本誌10月号でご紹介した『食生活と身体の退化』の著者、WA プライス博士のもう一つの研究です。

今回ご紹介するのは、ライス博士の業績を調査したジョージ・E・マイニー博士の『Root Canal Cover-up(隠ぺい)』というショッキングな原題名の日本語題名『虫歯から始まる全身の病気』という翻訳本です。根管治療による全身への病巣感染の実態を25年にわたって研究されてきたことが、ライス博士の研究結果に対する反対派により、包み隠されていたものです。

私たち歯科医師や医師の存在理由を検証する過程において、精製米や小麦、そして製糖のように精製された近代食の問題を突き止め、



■『虫歯から始まる全身の病気』（恒志会）ジョージ・E・マイニー著、片山恒夫監修 / 恒志会訳

そこから生じるむし歯の治療方法である根管治療の問題点を、膨大なデータによって真剣に指摘するライス博士の姿勢に背を向けてきた歯科医師と歯科医療の歴史を垣間見ることができます。

第4波を予感するためにも、医学論文における“温故知新”も大切なのではないのでしょうか。

作り上げていくことになるでしょう。



マイクロデンティストリーは、今後10年くらいの期間で大きな波を作ると思います。我々歯科医師は、その波が去った後の患者の口腔内には健康な美しく白い歯が残されるのみで、う蝕や歯周病といった2大疾患を探すのも難しい状況になり得ることも覚悟しなければならぬのかもしれないかもしれません。もっとも、世界情勢がこのまま平和を維持することがで

きると仮定してのことですが……。

しかし、更なるうねりの波動も第3波の先に見えてきていますので、将来、第4波は必ず訪れるでしょう。今は第2波との波間ですので、とりあえず**第3の波に乗り遅れないようにパドリングしながら、“デンタルサーフィン”**とでもいうべき処世術あやかに肖ることに専念し、**将来の第4波に備えて歯科医師としての感性を磨くときと心得たいものです。**

One & Only

中原 悦夫

東京都・協立歯科
クリニックデュボワ

クラシック歯科医療

もしもこのようなタイトルの歯科医療があったら、どのようなイメージをもたれるでしょうか。おそらく多くの方は「古典的な歯科医療？」と訳し、昔の歯科治療を思い浮かべているのではないのでしょうか。

「クラシック (classic)」は、どうしても「クラシック音楽」や「クラシックカー」と並べてイメージするため、「古典音楽」や「旧車」といった意味合いが先立つかと思えます。もちろん、「古典的な」という意味があるのは間違いありません。もう少し掘り下げてみますと、“classic”の名詞形で「学級」を表す“class”は、古代ローマにおいて、課税目的から職業や財産に応じて6段階に分かれていた市民階級のうち、最上級の名称がラテン語で“classici”と呼ばれ、その後“classis”と変化し、英語の“class”になったと言われています。「高級」、「格調の高い」という意味があるのは、こういった経緯からです。

“classis”の形容詞として「最上級階級にかかわる」という意味の“classicus”が“classic”の語源で、転じて「模範的なもの」、「真面目なもの」という意味合いでも用いられるようになりました。クラシック音楽なら、「芸術性が高く」、「時代を超えて普遍的な価値をもつ音

楽」といった意味合いがもたれるようになってきたのです。従って、「クラシック」の原義は、「最高級の」あるいは「一流の」という意味において「ファーストクラス」と同じなのです。ちなみにワールド・ベースボール・クラシック (WBC) は2006年に始まった野球の世界一決定戦ですが、この新しい組織につけられた「クラシック」は、まさに「最高位の」という思いが込められています。

模範的な、一流の、あるいは普遍的な価値をもつ歯科医療とは何か。今回は、その概念をイメージしてみたいと思います。

舞台総合芸術オペラにみるクラシック

オペラといえば、『トスカ』『蝶々夫人』『カルメン』のように、今でも劇場で楽しめる作品の多くは古典と呼ばれるものです。100年を超えて存在する美術作品や上演されるオペラ作品は「芸術品」と捉えられる、つまり**1世紀を超えて初めてさまざまな芸術的価値が担保される**のです。日本語の「世紀」は30年を一区切りとした世代を表し、3世代が概ね共存していないサイクル100年を単位とする西洋の“century”の訳にあてたようです。共存しない

人類にもその価値が理解され、そして認められる作品こそ「普遍的な価値をもつ作品あるいは音楽」であると確認するのに、100年を費やす芸術性の奥深さに改めて感心します。クラシックの「古典的な」と「一流の」という意味が一体化していることがわかると思います。

2013年1月31日、『三枝成彰：オペラ「KAMIKAZE ー神風ー」』というオペラの新作の初演がありました。100年後、この作品が『トスカ』らと並んで世界中で上演されていれば、歴史を刻んだ一日だったということです。

1. Functionality(機能性)：オペラは原案・原作、作曲、美術、演出、脚本、照明、指揮、オーケストラ、ソリスト、そして合唱と、ありとあらゆるジャンルの芸術の総合的、学際的、あるいは包括的なアプローチによって機能する舞台総合芸術です。合唱団やオーケストラを含めると出演者だけでも200人はゆうに超え、舞台裏で働く人の数は200人を超えますので、400～500人の各専門スタッフの協力によってようやく初演を迎えることができる、壮大なアプローチです。まさしく“Multi-disciplinary Approach”そのものです。

2. Aesthetically(審美性)：オペラは、ソリストの衣装、美術、照明、演出等にはすべて崇高な美しさを伴った表現が欠かせません。演出は上演ごとに変えられ、作者の意図や作曲されたときの時代背景、社会情勢を最大限に演出しながら、舞台芸術として調和のとれた美しさを与えていきます。特に舞台装飾では遠近法や黄金分割比を応用した工夫がなされ、音楽ではホールの設計を生かしてオーケストラとソリスト、並びに合唱団の最大限の音響効果と調和を醸し出せるように、指揮者

が引き出していきます。芸術と最初に結びつく要素が「審美性」に他なりません。

3. Sociality (社会性)：オペラ劇場は王侯貴族や富裕な市民の社交と娯楽の場としても発展してきました。しかし、作者の思想や哲学、あるいは当時の社会情勢を風刺するなど、人文科学的にメッセージを織り込んだ作品が多く、大衆に受ける作品は概ね悲劇が多いように思われます。前述の『KAMIKAZE』も、第2次世界大戦中の特攻隊員と残される家族との葛藤を描きつつ、その大戦の意味を問い、不条理がまかり通る時勢を風刺した悲劇的な物語として描かれています。そして今、こうして私たちがオペラを観たり平和に暮らしていけるのも、戦死された方々お一人お一人のおかげでもあるという気持ちを込め、英霊への最大級の敬意を表した作品でもあります。

このように、原作を描く作曲家には、世の中へのメッセージとしての思想が必ず備わっています。戦争体験者の年齢は90歳を超え、あと10年もすると戦争体験談を直接うかがえなくなります。戦争の悲惨さを知らない世代でも、決して過ちを繰り返すことのないように、**後世の人々の心に訴える手段として、芸術は存在意義があるのだ**と思います。この作品のパンフレットに作曲家自身が、「先の大戦はいったい誰が引き起こしたのでしょうか。私は当時の国民（大衆）が起こした戦争ではないかと思っています。それを新聞やラジオなどのメディアがあおり、その勢いを軍部や政治家が止められなかったために、あの戦争が起きたのだと。(中略) 私は現在の日本の社会には、あの頃の日本に通じる“空気”が流れていると感じます。(中略) ものが自由に言えない

時代に口を開く勇氣は私にはないのです。しかし、こんな私でも、言論と表現の自由がまだ保証されているいまのうちなら、何か残しておけるのではないか—そう思って書いたのが、この作品です」と寄せ、社会に対する表現者としての深いメッセージが込められています。オペラのもつ社会的意味、つまり**社会性は芸術的要素としては不可欠です。**

4. Prevention (予防性) : オペラの上演では、さまざまなリスクを回避する措置があらかじめとられます。音響への対策はもとより、暗がりにおける演者の動きや照明に対する安全性の確保、進行や舞台裏での動線、更には演出上の表現による作曲者の意図やメッセージの誤伝の回避に至るまで。また、作曲家がスコア(総楽譜)に残す音楽上の表情や、それによって伝わる曲のイメージ、織り込まれた思想についても、作曲当時の時代精神と違う100年後でさえ曲解されない完成度も時には必要です。いわゆる完成度というものは普遍であり、あらゆる点において完成度を限りなく高く調和させること自体が、芸術性を高める行為に他なりません。裏を返せば、**緻密さの追求は予防性の追求でもあるのです。**

5. Economically (経済性) : 現在の日本でオペラの新作を書いて初演に辿り着くまでの総費用は億単位です。ちなみに『KAMI-KAZE』の総費用は約2億円と聞いていますが、3日間のチケット販売による興行収入は4千万円を大きく下回っています。残りの1億数千万円はすべて寄付金と協賛金で賄われています。本当によいものを作り上げようとすれば、当然お金がかかります。お金をかければかけるほどよいものができると言われ

る世界でもあるのです。しかし、観客からのチケット収入は相場観もあるために、オペラの総制作費の1/5にも満たないのが現実なのです。つまり、上演するほど経費がかかってしまう性格の興行こそ、オペラという芸術なのです。**芸術は経済活動とは一線を画す行為と誤解されがちですが、経済行為そのものがなければ芸術も生まれてこないのです。**

ちなみに、現存作曲家によるオペラの初演に巡り会える機会は滅多にありません。日本アンチエイジング歯科学会誌『華齡』(特攻隊をテーマとした愛の物語の制作過程における葛藤と苦悩のドラマに、現代に生きる私たちの役割と存在意味を見いだす。5:6-19, 2012)では、作曲家の三枝成彰氏、原作者で経営コンサルタントの堀 紘一氏、美術担当で日本画家の千住 博氏に、それぞれ本音を語っていただいていますのでご参照ください。



近代歯科医療にみるクラシック

このように、オペラというクラシックは、単に「古典的な」ものという意味だけではなく、「最高峰の」舞台総合芸術なのです。そのオペラを概念的に、機能性、審美性、社会性、予防性、そして経済性に分解して捉え、私たちの本質的な歯科医療の概念と比較すると、クラシック歯科医療を理解しやすくなります。

1. Functionality : 昨今の近代歯科医学は細分化した専門分野の学際的、集学的、あるいは包括的なアプローチにより、その質を高めることが最も調和した機能を呈するようになるのは、もはや定着した概念だと思われま。そして、今や歯科分野内でのアプローチ

から専門外である医科系他領域に達し、更には美容領域や精神領域へと広がりを見せています。かつては肉体と精神の一元論か二元論か、あるいは医科と歯科の一元論か二元論かといった二者択一の偏りのある考え方で構築されてきました。しかし、社会の成熟に伴い、専門領域を超えた学際的なコラボレーションに頼らなければ、質実ともに満足を与えられない時代に差しかかってきました。従って、医療においても、痛みを取り除いたり、元の状態に戻したりといった機能性の追求で十分であった時代から、**審美性、予防性、社会性、そして経済性をも一環として考慮しなければならない時代になってきました。**

2. Aesthetically：過去20年間で、審美歯科の概念の普及は目を見張るものがあり、ここで詳説する必要はないと思います。ただ、審美歯科は美容との接点の前に精神医学の一分野として、あるいは社会医学の一分野としての需要のほうがるかに大きいことを付け加えて理解しておく必要があります。

3. Prevention：口腔二大疾患であるう蝕と歯周病は、細菌学的なアプローチの成果により、医学的には十分に予防が確立してきました。しかし、現行の医療制度の壁や国民の理解認識度、そして社会的な格差の存在等により、情報やしかるべき適切な予防法が広く国民に行きわたっているとは限りません。

もう一つ、咬合力に関してクレンチングやブラキシズムといった力のコントロールへの予防対策が必要なのは、言うまでもありません。しかし、歯科単独でのアプローチでなし得る内容ではなく、医科と連携した学際的アプローチによって初めてその予防に取りかか

ることが可能になります。同時に、免疫やアレルギーに対しても同様のアプローチが必要とされ、最終的には「食育」という我々が最も専門とすべき異分野をも視野に入れていかなければならないことになります。

4. Sociality：社会学としての医療のあり方やその尊厳はヒポクラテスの時代から議論され続けているので、ここでは触れません。ただ、「食育」は予防性で捉えると同時にむしろ食料問題、食と医療の社会的な関連として取り扱うべき内容かもしれません。現代の歯科医療、並びに医療が社会的インフラとして、果たしてこのままでよいのかという議論が、保険点数の見直しや混合診療の議論の前に成されなければなりません。

このような問題を、国家が成すべき問題と捉えてしまうと手も足も出ません。しかし、臨床医師や臨床歯科医師に与えられた権限の範疇でも、作曲家と同様に臨床家各人の哲学や思想、あるいは表現の自由は当然認められています。日々の臨床にこのような考え方を織り込む姿勢が大切になる世の中であり、その姿勢の集合体がいずれ国家の社会的インフラである制度を変えていきます。ある種の「空気」が醸成されてしまうと、たとえ政治家でもその流れを変えられないのかもしれませんが、それでも、一国民、一臨床家として「よい空気」の醸成に寄与するくらいはできるのではないのでしょうか。クラシックから得られる臨床のヒントとして、「最も大切に育てていくべきものは何か」の答えが得られる気がします。

5. Economically：本当によいものを提供すれば、お金がかかるのは当たり前です。オペラ制作に2億円をかけ、チケット収入は4



The Choice 画期的なアイデアが生んだ高濃度水素水

2012年9月号で水素医学についてご紹介しましたが、当時、実はその担い手である水素水の製品紹介は見合わせていました。それは一般週刊誌の水素医学に関する特集において、現在、市販されている水素水の溶存水素濃度の偽装表示問題が指摘されていて、実際に水素濃度測定器を購入して溶存測定したところ、製造業者の明示する濃度とあまりにも大きな違いがあると明らかになったからです。

水素分子は最も小さい分子として知られていますが、ペットボトルのようなアルミ以外の容器ではすぐに抜け出てしまいます。ですから、水素水製造時の溶存濃度が表示されていても、実際に私たちが飲む時点ではその溶存濃度は保たれていません。仮にアルミ容器に入っても表示基準等の明解さに欠けていて、水素医学としての有効な濃度を保てていない製品が流通しているのが現状です。

もっとも、気体を液体に溶かして保存するには想像以上の技術が必要です。そのうえ、水素医学自体が新しい医学であることから、まだ溶存濃度の基準が設定されておらず、溶存濃度を曖昧にした水素水が横行していると思われます。

通常、気温にもよりますが、水素は1気圧では水に1.6ppmまで溶存しますが、気圧を上げることで更に濃度は上がります。水素医学の現状では、溶存濃度が高いほど臨床効果もよい結果が出ていますが、臨床的基準濃度が解明されるのも時間の問題かもしれません。

こうした水素水の現状において、独創的な製法の水素水に巡り会いました。炭酸飲料用のペットボトルに水を入れ、その中にもう一つの試験管様のカプセルを入れることで、自分で好きなお水を使って自在に高濃度の水素水を作ることができるという代物です。カプセルの中に、アルミニウムと水酸化



■ 『[水素水7.0] ppm』

製造販売：エコモ・インターナショナル株式会社

問い合わせ先：TEL. 0948-26-4780

URL <http://shop.aquelajapan.com/>

カルシウムが入ったスティックに水を含ませた状態で入れるだけで、そのカプセルからペットボトル内に水素分子だけを放出していきま。当然、内圧は高まり4気圧を超える気圧もかかることとなりますので、5ppmを超える溶存水素濃度を実現しているようです。

数ある水素水や水素関連製品のなかで、水素医学に有効なものといかに巡り会うか、あるいは患者さんに提供できるか。それが水素医学の第一歩であるのが現状です。

千万円未満。これでは誰も作る人がいないと考えるのが「商人」であり、それでも表現の一環としてやり遂げるのが「芸術家」なのかもしれません。多くの芸術家はこのようなジレンマに押し流され、国の文化への理解が薄い、あるいは予算が少ないことを成し遂げられない理由として強調します。しかし、このように作曲家個人の努力でお金を作り出し、不足分を補填してまで思想を音楽で表現する芸術家もいるわけです。医療も同じで、**自分の意思を貫いた医療を展開するには設備投資や目に見えないお金がかかる**ことも多々あります。自由診療も、相場観があるかぎり期待

するほどの報酬は得難いものです。マーケティングという言葉が医療界にも導入され、株式会社による医療の営利的経営が議論される時代にもなりました。



歴史的にみても古今東西、**本質的なものには通底する普遍性があり、本質的なものを成し遂げる人には共通した苦勞と努力が垣間見られる**ものです。臨床家として、「商人の道」に行くか「芸術家の道」に行くか二者択一で、二兎を追えないとしたらどちらを選びますか？ と迫っているのがグローバルゼーションなのかもしれません。

One & Only

中原 悦夫

東京都・協立歯科
クリニックデュボワ

患者と歯科医師の縁

現役のある作曲家やモーツァルト愛好家とともに、オーストリアに行った時のことです。その作曲家はツアー中、レストランへ向かう途中のショーウィンドウで何やら物珍しいものを見つけたらしく、レストランに着くとすぐに荷物を置いて、そそくさとそのお店に戻って行くではありませんか。私たちが昼食をとっていると、その作曲家は「凄いものが手に入ったよ」と満面の笑顔で戻り、胸にはベートーベン直筆の『第九』の楽譜原本の完全複製盤を抱いていました。日本では、ある音大で生涯一度しか見たことがないという代物だったようです。その作曲家は長年、年末にベートーベンの1番から9番まで一気に演奏する会を主催しているだけに、特別に思い入れのあるスコア(総楽譜)だったのです。

以前もその作曲家はイタリアでプッチーニの『蝶々夫人』の複製原本をプレゼントされていたことを思い出すと、“何でも縁のあるところに収まる”という摂理を想起させられました。

午後のツアーをスキップした私は、そんな思いを抱きつつ、あえて心を無にして一人見知らぬ路地裏を歩いていると、角の画廊であ

る物が目に飛び込んできました。それは、デンタルクリニックでもないのに、金色の大白歯にフクロウが留まっているモニュメントでした。強烈な縁を感じた私は、鳥肌が立つのを抑えながら、吸い込まれるようにその画廊に入りました。話を伺ってみると、フクロウという鳥は知性の象徴だけに、その作品は“智歯”を表現していたのです。

“好きこそ物の上手なれ”で、好きなことを真剣に楽しくやっていると、そこにはもっと楽しくなるような“縁もの”が寄ってくるというのも不思議な話です。

このように、**歯科医療の本質を考えるうえで、“縁”も大きな要素になり得ます。**まずは、歯科医療を好きになること、楽しむことから始めることこそが、歯科医療の第一歩なのではないでしょうか。



縁は異なるもの味なもの

学生時代、私がダイビングの師匠と仰いだ奄美大島の漁師と一緒に潜ると、どこからともなく大きな魚が彼のところに集まってくるのです。魚は片っ端から彼に水中銃で撃たれていくにもかかわらず、その光景はいつも変

わらないのです。そして15分も経てば、空気残量を大量に残したまま、その腰に数匹の大きな獲物を携えてさっさと船に戻ってしまいます。潮を読み、風を読み、そして魚の心を読んでいただけとは思えない“何か”を感じさせられたものです。同時に、海をこよなく愛し、漁師であることを誇りにしていた師匠の、海という自然に対する哲学は、いつも私たちの心を魅了しました。

このことは、資産家はお金を大切にし、その本質を見抜いているからこそお金が集まり、世の中のためになる資金が本当に必要だからこそ起業家に資金が集まるといった話と通底しているのではないのでしょうか。お財布には常にきれいにお札を並べていたり、人様に払うお金は穢れのないもののほうが気持ちよからと、毎朝、新札に換えて持ち歩いたりなど、お金に対する哲学をもち合わせている方にお金が集まっているのも事実です。また、お金の^{おとこ}においのする人を嗅ぎ分けることができる女性は、年齢に関係なく、感性が研ぎ澄まされた本能的なものがあると感じざるを得ません。

人脈を求めて異業種交流会に率先して参加し、ビジネスチャンスを積極的に探し求めても、人脈など容易には広がりません。有名になれば当然多くの人が集まってきますが、大半が有象無象ということは避けられません。一方で、いわゆる成功者といわれる方々は人脈も豊富で、良縁の人脈が向こうから寄ってきていることが多く見受けられます。そのような方々はやはり、人を大切にしたり、人が好きであったり、人としての道や人生の哲学を必ず携えています。

哲学者の森 信三の言葉に、「人は一生のうち、出会うべき人に必ず出会える。しかも一瞬遅すぎず、一瞬早すぎず。内に求める心なくんば、ついにその縁は生じざるべし」とあります。これは、人生において要所要所で出会うべき人の縁は異なるもので、天命や運命を抜きには語れないことも間々あり、まずは心に抱くことが最も大切な一歩であると説いているのです。

このように、男女の縁に限らず、“ヒト・カネ・モノ”のいずれにおいても“縁は異なる味のもの”という理屈では説明できない“縁”が存在するのが、自然の摂理なのかもしれません。



患者と歯科医師のマッチング

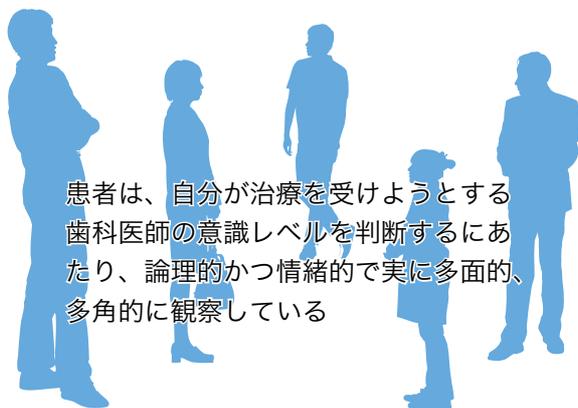
私たちは臨床において、日々さまざまな患者と出会っています。患者と歯科医師の関係である以上、“縁もゆかりもない関係”が基本原則です。しかし、長い臨床の経験を俯瞰してみると、そこにはさまざまな“縁”が垣間見てとれることもあります。

例えば、私たちが歯周外科や審美歯科などの新たな技術を習得した場合、早く自分の臨床で実際に応用してみたいと思うのは、歯科医師として当然です。その技術のコンセプトが高度であればあるほど、やはり患者の需要も高度でなければ治療は成約されません。

患者の需要が高度である背景には、患者の歯科医療に対する、審美に対する、あるいは健康に対する意識が高いことが前提です。つまり、**意識の高い患者に高度なコンセプトの歯科医療技術が提供されます**。そして、その患者の意識と同じレベルの意識を携えた歯科

医師のもとで治療を受ける決断が、患者によって下されます。従って、患者は歯科医師の意識を把握するのに、さまざまなことを参考にしているのです。例えば、歯科医師の言葉による十分な説明に始まり、取り組む姿勢、診断に至る患者への時間的、空間的に深い俯瞰的洞察、人間性、スタッフの教育、診療施設や使用する機器、トイレの清潔さやセンスなど……。患者は、自分が治療を受けようとする歯科医師の意識レベルを判断するにあたり、論理的かつ情緒的で実に多面的、多角的に観察しているものなのです。

高度な治療を提供したければ、まずは患者の理解力が必要です。患者の理解を助けるためには、親身になって繰り返し説明し、患者が納得いくまでとことん向き合っていく姿勢が欠かせません。患者の立場に立って考え、患者の将来を専門家として想定していく努力を惜しまなければ、その姿勢は必ず歯科医師自身の人間性を高め、語らずとも患者に伝わっていくものです。このような意識の高い患者を求めたければ、歯科医師自身の意識を高めればよく、歯科医師の意識が低い状態であれば、同等に低い意識の患者を集めてしまうでしょう。



患者は、自分が治療を受けようとする歯科医師の意識レベルを判断するにあたり、論理的かつ情緒的で実に多面的、多角的に観察している

アメリカにおいては、歯科医師は常に尊敬される職業の上位5番以内に上がっています。また、歯科衛生士も15番目以内に登場するほど、アメリカの歯科医療界は高い社会性を維持しています。だからこそ、アメリカではどんなに田舎においても、その地域の意識の高い患者が必ず集まり、患者も常に歯科医師の影響を受けて、より高い意識レベルへと上がっていくのです。



臨床や研修も患者との縁

かつて、歯科医師の研修の主体は大学教授によることが普通で、開業医による研修会はごく稀に存在する程度でした。すなわち、大学は学生に限らず、歯科医師教育の先鋒に位置していました。

一方、アメリカにおいては、早くから“臨床教授”というポジショニングが成されていたことで、大学教授が開業していたり、開業の傍ら教授に転向したりと、教育の場と研究の場と臨床の場の往来に、自由度が存在していました。だからこそ、早くから開業医が学会や講習会で教育する機会が多かったのだと思われます。

近年、日本においてもアメリカを模して、学会や研修会で精力的に講演する開業医の割合が増えてきました。新しい技術の臨床的導入スピードは、大学のような大きな組織より個人開業医のほうが早いことも一因だと思われます。

リスクと責任をすべて背負っている個人開業の歯科医師は、責任の所在が大学にある大学病院というある種確立したブランドに比べて、ニッチなマーケティングを展開してきま

した。つまり、**個人開業は歯科医師個人の臨床スタイルを打ち出しやすく、患者にとっては歯科医師の意識をキャッチしやすい環境にある**というわけです。特に新しい技術は、当初は必ず自由診療で提供されます。審美やインプラントなどに高い関心を示す患者のなかでも、意識の高い患者から治療が成約されていく傾向があります。そうすると、開業医は常に市場原理に晒されていることから、競争原理が潜在的に働くのが経済的原則です。であれば、開業医は二極化され、いずれ片方は淘汰されなければなりません。しかし、現実には歯科医院の淘汰はありません。収入差こそあれ、たいした違いではありません。

この**競争原理に従いながらも歯科医院が淘汰されない理由は、そこに患者と歯科医師の絆ともいえるべき“縁”が存在しているからに他なりません。**もちろん、国民皆保険制度が経営上のセーフティーネットを担っていることも表記しなければなりません。つまり、**患者と歯科医師は常にマッチングされる関係で、ドクターショッピングも婚活同様、その一環に過ぎないのです。**

従って、**経済学やマーケティング論では説明できない患者の動向が医療の現場には存在するのです。**つまり、患者と歯科医師のマッチングが成立しやすいのは開業医であり、**開業医は症例が集まってくる優位な環境を整えやすいのです。**

講演の症例写真も縁あつてのもの

私たちが学会や研修会で当たり前のごとく見ている、**プロジェクターから映し出される患者の症例写真の数々は、実は患者の膨大な**

犠牲の上に撮影されたものなのです。

アメリカの講演ビジネスや認定医審査の裏側では、講演者がビジネス上の市場原理に晒されています。演者として指名を受けるためには、受講者、つまり聴衆の人気を集めなければ、次のビジネスに繋がりません。学会会場で配られる講演者評価表が一つの指標になります。そのなかで必ず求められる項目が、プロジェクターから映し出される症例写真や映像のクオリティです。

画像のクオリティは、術者の臨床上の技術力、カメラやストロボのような機械の機能性を高める努力以外、すべて患者の犠牲が伴って成り立っているのです。**治療過程を順序立てて高精度に記録しようと思えば、通常のチェアタイムの実に2～3倍の時間がかかる**ものです。唾液や滲出液、あるいは血液などをエアで毎回飛散させること自体、歯髄への負担や感染の機会を与えてしまうリスクにもなります。そして、長時間の開口状態は口唇などの周辺組織へのダメージや、咀嚼筋関連筋群をはじめとする全身の筋肉への肉体的、精神的負荷も余計にかけてしまいます。

また、意識の高い患者は、単位時間あたりの収入も押し並べて高いものです。患者は治療だけでも負荷がかかっているうえに、このような社会的な犠牲を容認してでも術者に従順に協力してくださるのは、深い信頼関係はともかくとして、今後の医学の発展のためにと自らを差し出す献身的で崇高なボランティア精神に起因していることに他なりません。まさに、**患者は歯科医師の治療という貢献に対する医学教育活動への恩義的貢献として、その一端を担っている**と言わざるを得ません。

The Choice 天然のポリフェノールや生薬による総合抗菌・抗真菌療法

植物性成分であるフラボノイドなどのポリフェノールには、持続的な抗菌性作用が強く備わっており、生命の進化の過程においてこの成分の摂取は必然だったのかもしれない。進化論的に学ぶなら、私たち人類が生命を維持するのに必要なものは、すべて進化の過程において備わっていたということ、すなわち、生体の中にすべて見出せると考えるほうが、自然なのかもしれません。

“善玉”といわれる細菌を使ったプロバイオティクスは、薬品による化学療法や抗菌薬による抗菌療法とは別のアプローチであり、口腔内の常在菌のバランスを整える効果として、近年注目されてきました。そして、分子生物学の進歩は、生物から抽出した生物由来の

ポリフェノールなどの効用を次々と解明し、分子整合医学をはじめ、さまざまな新たな療法を発見してきました。

本年2月号で紹介したフラボノイドを主成分とするグレープフルーツ種子抽出液の強い抗菌性に、ハスの葉の抽出液の優れた抗真菌性と、マスチック樹脂によるピロリ菌や歯周病原細菌への抗菌性、そして破骨細胞の抑制効果があるけいけつとう鶏血藤を加えて、フラボノイドや天然生薬だけをブレンドしたティースジェル『インプラケア』が開発されました。これは、インプラント周囲炎をはじめ、難治性の歯周炎の予防や治療、外科手術直後の感染防止、抜歯窩の感染予防、更には根管貼薬剤として、その有効性が期待されています。



■ 『インプラケア』
問い合わせ：株式会社メディカルエイペックス
TEL.058-266-0123

多くの患者と歯科医師にこのような関係が成り立っているからこそ、私たちは近代歯科医学のノウハウをシェアすることができ、再び次の患者に治療を提供することが可能なのです。そして、その関係は患者と歯科医師の“縁”の賜物といえるでしょう。講演を聴くたびに、症例として協力していただいている患者一人ひとりに感謝の気持ちをもって拝聴する姿勢が、私たち歯科医師には必要なのではないでしょうか。



歯科医師は古の時代から、常に患者から学

んできました。医学教育制度が確立してからは、いつの間にか大学教授や学会等の講師、あるいは個人的に師事した歯科医師を師匠と仰ぐ傾向が蔓延してきました。しかし、本来、私たちに身をもって臨床上のあらゆることを教授してくれるのは、紛れもなく患者一人ひとりです。この“患者一人ひとりが師匠”という思想に立ち返るだけで、患者と歯科医師の良縁を引き寄せるといふ摂理を享受できるでしょう。そして、新たに患者への本質的な歯科医療を提供できるとともに、豊かな歯科医師人生を謳歌できるのではないのでしょうか。

中原 悦夫

東京都・協立歯科
クリニックデュボワ

歯科医師のディジションメイキング——感性と理性の平衡

20年以上前の夏、長野県の北部を襲ったゲリラ豪雨（当時は集中豪雨）によって河川の下流域で遊んでいた多くの人々が鉄砲水で亡くなりました。鉄砲水とは、上流で短時間に集中的に降った雨水が濁流となり突如として下流を襲う、上流から津波が河原を襲うようなもので、たいてい下流域は快晴であることが多く、何の前触れもなく一瞬にして襲われることが多い自然災害の一つです。

そのときのエピソードで、いつも教訓として心に留めている、下流で溪流釣りをしていた人の話があります。いつもは深さ50cmくらいのところで岩魚が釣れるのに、その日に限って、いつもより1m以上も深い川底で岩魚が食いつき、しかも、釣り上げた岩魚は皆、川底の石を大量に^{くわ}唾えていたそうです。その異変を感じた釣り人は、皆を連れて一目散に高台まで駆け上がった直後に鉄砲水が襲いかかり、九死に一生を得たというのです。岩魚は間もなく鉄砲水が襲いかかることを知っていて、流されないように石を唾えて川底に待機していたのです。岩魚の不思議な予知能力もさることながら、その釣り人の鋭い直感力には度肝を抜かれました。

3.11の東日本大震災で、旅館の女将による瞬時の判断で、宿泊客を裏山に誘導して全員助かったという報道を見るたびに、前述の釣り人のことが思い出されました。人間が生きるうえでの本能ともいえる“直感力”について、これ以上の説明は不要かもしれません。

直感力

「直感とは、本当に何も無いところから湧き出してくるわけではない。考えて、考えて、あれこれ模索した経験を前提として蓄積させておかなければならない。また、経験から直感を導き出す訓練を、日常生活の中でも行う必要がある。もがき、努力したすべての経験をいわば土壌として、そこからある瞬間、生み出されるものが直感なのだ。それがほとんど無意識の中で行われるようになり、どこまでそれを意図的に行っているのか本人にも分からないようになれば、直感が板についてきたといえるだろう。更に、湧き出したそれを信じることで、直感は初めて有効なものとなる」と三冠の将士、羽生善治氏は語っています。

『論語』に「感即動」という言葉が出てき

ます。「感動」という言葉の由来です。「感じたら、すぐに動く」、あるいは「感じさせることで、人は動く」という意味で、「感じ方が変われば即、行動が変わる」とも捉えられます。「思考」や「論理」が介入する余地のない言葉です。人間の本質は感性であり、感性の実感はずばりな真実であり、その真実から発せられた言葉は、人に影響を与えるというものです。

“思いついたらすぐやってみる人”や“閃いたらすぐ実験してみる研究者”のように、本来、閃きと行動の間に考察の余地はないのでしょうか。ちなみに、ここでいう実験とは一つのモデルを作ってみる行動であり、仮説に基づいたモデル、すなわち“模型”です。では、「仮説は閃きや直感のような感性なのか」、あるいは「考察や思考を巡らせた理性なのか」と問えば、“感性と理性の平衡の産物”としか言いようがありません。理論を導き出すためにも、感性がその本質を支えているということになります。

ちなみに、モダン（モデル）とモード（流行）と根本的に同義です。流行は何らかのモード（様式）、すなわち模型によって流行っていくわけです。模型は物事の単純化の上に形作られ、“普遍的精神の働いた結果”です。そして、それに数量が与えられると“科学的”ということになります。科学的とは、ある前提から命題を仮説として導き、それを経験的なデータで検証していくことです。この模型的な思考、つまり“模型の流行”にモダンの本来の意味があり、“近代”と訳すことに無理があると、評論家の西部邁氏は指摘しています。モダンには“模型の流行”



の時代精神といった本質があるわけです。

近代歯科医学（Modern dentistry）においても、一時期流行った“EBM：evidence-based medicine”においても然りで、思考と理性を巡らせた科学的根拠の前提には、“直感”に依拠する“普遍的精神の働きが介入した形跡”が認められるわけです。

クリティカル・シンキング

クリティカル・シンキング（Critical thinking）とは、物事を公正に判断するための“論理的かつ構造的に考える思考法”あるいは“批判的に角度を変えて検証する思考法”のことです。東洋人、とくに日本人には苦手な思考法だといわれています。“批判的”と“否定的”、あるいは“信頼”と“信用”というそれぞれの区別がつかない私たち日本人は、つい同じように扱ってしまいがちなのです。

例えば、ある人がある仕事で失敗をしてしまうと、通常、その仕事における“信用”は失われます。しかし、“信頼”をも失ったわけではないのですが、「別の仕事やプライベートにおいてその人との付き合いはどうしますか？」と問われると明確に分かれます。

つまり、「仕事のトラブルは法廷で争いながら、プライベートでは一緒にゴルフができる」のが西洋人で、「一度その人と裁判沙汰になれば、他の仕事はおろかプライベートでのお付き合いや一緒にゴルフなど考えられない」のが東洋人と説明すると、わかりやすいかもしれません。この違いを理解しにくいのは、典型的な日本人型思考から抜け出せないでいるからかもしれません。フランスのある企業の経営者が、「労使問題で雇用者とお互い裁判を抱えていない経営者はいないよ」と言っていたのが印象的で、その相手同士がお互い毎日一緒に会議をしたり、カフェでコーヒーを飲んだりしているのが日常というわけです。

この“信用”と“信頼”の例と同様に、西洋人は日常的に“批判的思考”を日常生活の思考の糧としているのに対し、東洋人は“否定的思考”が批判的思考より前面に露呈してしまい、つい感情移入してしまうのかもしれません。

ちなみに、批判的思考法とは、「物事を公正に判断するため、真実を性格に明解に見定める努力」と『実践！クリティカル・シンキングのすすめ』の著者で日本歯科大学教授の八重垣 健氏は定義しています。私たち**日本人が批判的に思考する場合には、それなりの“努力”が必要である**という日本人の特性を見抜いた、日本人ならではの定義です。

日常においても、研究においても、あるいは学会発表を聞いていても、他人から聞いたことを鵜呑みにするのではなく、常に自分自身で論理的に、あるいは構造的に理解をする姿勢を心がける必要があります。情報や意見、あるいは他人の結論を「ただ単に否定する」

のではなく、結論を支える根拠に対して「本当にそうなのだろうか？」と批判的に疑問を投げかけ、自分自身で判断する習慣を身につけることが重要なのです。そして、常に目的を明確にし、論点や考察すべき点を踏まえて枠組みを考え、前提条件やおかれた環境に合わせて考えるという基本姿勢をとる習慣が大切です。



歯科医師の意思決定のメカニズムと国民皆保険制度

昨年の本誌4、5月号で筆者は、“患者の意思決定のメカニズム”について考察しました。私たち歯科医師が毎日の診断における“意思決定”は、そこに至るまでの過程に個人のさまざまな系譜が横たわっています。例えば、学習の経緯、一般経験、並びに臨床経験、そして個人の価値観、哲学、思想など、ありとあらゆる要素が集約した結果として導き出されると考えられます。従って、一般的な意思決定のメカニズムにさまざまな要因が加味されて最終決定されるために、多種多様な結論が導き出されます。

歯学教育において、私たちはまず6年間の文部科学省管轄の歯学教育を受け、歯科医師国家試験に合格すると保険医登録をすることで、保険医として正式に国内において歯科医療に従事することができます。実際はその後1年間の臨床研修制度に従って、厚生労働省管轄の治療を中心とした保険診療のための研修を受けることとなります。

我が国の“保険診療”とは回復的歯科医療を提供するための制度で、“診断”とは、いわば病名を突き止めるためのスクリーニングであり、“病名”が決定すれば、病名ごとに

適切な“治療方法”が選択され、患者の合意のもとにその治療方法で“治療”を進めていく、というのが保険診療の概略です。

従って、保険診療における“診断”とは、その時点でのその患者の状態を割り出す作業であるために、その意思決定のメカニズムは極めて単純化されたスクリーニングを経て“病名”の決定に至ります。そして、その病名には保険の枠組みによる“治療方法”がパッケージされていて、あとはフローチャートに従って定められた治療を進めていくことで完治すれば、そこで終了となります。そのフローチャートはそのまま点数化されていて、治療費を自動的に算定することができます。

従って、我が国の歯科医師は保険医として歯科医療に従事するうえでは、その意思決定のメカニズムは極めて簡素化されており、社会保障制度の一環であるために、個人の価値観、哲学、まして新たな思想を織り込む余地などはなく、本来、意思決定に際して思考を巡らせる必要性はないくらい平準化されています。

この日本の国民皆保険制度は50年余を経て、先進諸国に比べてOECD（Organisation for Economic Co-operation and Development：経済協力開発機構）34カ国中16位と低い診療報酬でありながら、健康寿命・平均寿命ともに世界1位、特に女性は26年間連続世界一、乳児死亡率の低さもトップレベルなどの結果を出したことで、世界的に極めて評価の高い医療システムです。

それにもかかわらず、私たちは日々臨床において頭を抱えたり、悩んだり、壁にぶつかったりと、意思決定に明け暮れています。その

本来、意思決定に際して思考を巡らせる必要はないくらい平準化されているはずの保険診療。しかし、実際は……

あの患者さんの“治療方法”は……



理由は、(歯科)医学、(歯科)医療そのものが常に発展し、この瞬間にも新たな発見と新技術が世界のどこかでリリースされていくなか、一部認められた自由診療との混合診療が存在している点と、歯科医師法により歯科医師に課せられた“公衆衛生の向上及び増進に寄与し、国民の健康な生活を確保しなければならない”を遂行しようとする点にあります。

大本を辿れば、“歯科医師法”は治療と予防を歯科医師に課していて、双方とも自由診療を基本としています。“健康保険法”や“国民健康保健法”による国民皆保険制度は一定の治療をカバーしていて、予防をほぼ除外しています。そこに、混合診療は法的禁止にもかかわらず、歯科医療だけ局長通達によって一部が許可されているといった法律により通達の優位性が我々の認識を複雑にし、誤解やグレーゾーンが実しやかにはびこっているのが現状です。歯列矯正のような最もベーシックな治療が保険の枠から外れていることも、思考を複雑にしている大きな要因です。昨今では、専門医の普及の揺り戻し現象のごとく、包括的歯科医療体制が重要視され、歯科医療を取り巻く環境は更に複雑化してきています。

The Choice 最新滅菌器の崇高な概念

ヨーロッパ基準（EN13060）をクリアした“クラスBオートクレーブ”の発表から約10年が経過していますが、中国ではこの基準をクリアしないと医療施設の許認可が下りないというほど、治療器具の滅菌概念に厳格な対応がまっています。

滅菌の概念として、どこまでやれば細菌感染から100%予防できるといった確実なことはわかっていません。であれば、現状でベストと思われる滅菌システムの概念を基準として打ち出して、できるだけ導入ないし規制していこうというのが世界的な潮流です。しかし、確実性が証明されないのであれば規制しないで市場に任せるのが日本の姿勢です。言い換えれば、政府が規制に乗り出さなければ患者のための見えない影の努力といった市場原理が働かない国と、

「不言実行」を美德とする日本社会との違いと捉えたいものです。

滅菌の概念は、患者には全くわからないことです。そうであるからこそ、“患者の感染防止”に全力を尽くす姿勢を“美德”として常に心がけなければなりません。しかし、折角の“美德”も“患者獲得のマーケティング”の一環にしてしまうと、“悪徳の肥やし”になってしまうとも心がけたいものです。

クラスBの基準をクリアした滅菌器は、メーカー各社、さまざまなサイズで開発してきていますので、滅菌頻度、診療規模、そして消毒コーナーのスペースに合わせて自由に選べる時代になってきています。“患者のための患者に見えないサービス”を心がけたいと思います。



■ 『バキュクレーブ31B』
製造：MELAG社（ドイツ）
輸入：株式会社ジーシー
<http://www.gcdental.co.jp>



■ 『リサ』
製造：W&Hステリライゼーション社（イタリア）
販売：白水貿易株式会社
<http://www.hakusui-trading.co.jp>

患者の機能性、予防性、審美性、社会性、そして経済性を常に考慮しながら、予防を考慮するには、“空間軸”に加えて“時間軸”を考慮した将来的予測をも患者の診断、並びにプランニングに付与しなければなりません。

更に加えるなら、間違った医療報道やモニターペイシエントへの対策など、社会的病理との戦いも常に意識しなければ、歯科医師である我々は自身すら守れなくなる時代でもあります。



このように、歯科医師の意思決定には背後

に複雑多岐の要因があります。私たちは、日々精進するなかで、羽生善治氏の言葉にある「もがき、努力したすべての経験をいわば土壌として、そこからある瞬間、生み出されるもの」としての直感を大切にしなければなりません。更に、その直感を導き出す「もがき、努力したすべての経験をいわば土壌として」の土壌には、クリティカル・シンキングによる日々の臨床的研鑽が大切です。直感力と批判的思考、つまり“感性と理性の平衡”をとることが本来の科学と向き合う基本的な姿勢なのではないでしょうか。

One & Only

中原 悦夫

東京都・協立歯科
クリニックデュボワ

歯科医師の危機感

近年、よく耳にする言葉の一つに“危機管理”があります。危機を回避したり管理したりすることは、あたかも国家や個人の社会的な義務のようにささやかれたりもします。それでも事故が起きてしまった後の言い訳に、“想定外”という個人的危機回避用語が登場し、“危機管理”という言葉と一対を成して、現代社会を一人歩きしています。危機に直面して決断を失敗してしまえば、どんな御託を並べても“後の祭り”以外の何ものでもありません。

“危機(クライシス)”は、ギリシア語の「分離」を意味する“krinein”に由来し、突発的かつ決定的な病状の変化を示唆する、回復と死の分岐点を意味する医学用語として用いられていたのが起源です。危機とは確率的にすら予測できない不確実性であり、予測とは一定の形式のなかで、ある程度の数量を有した知識、つまり情報によって未来を期待することです。従って、情報によって予測可能なのは“危険(リスク)”であり、“危険管理(リスクマネジメント)”はあり得ても、“危機管理(クライシスマネジメント)”はあり得ません。危機は、形式と数量が整わない経験や

知識といった物事の考え方や思想によってのみ予想できるのです。つまり、**危機は管理できる代物ではない**のです。

起きてしまった不測の事態である危機を「予想外でした」と説明するならまだしも、「想定外でした」とあたかも数量を誤ったかの表現はますます混乱を引き起こします。管理できないものを管理することと、管理できるものを管理することは違います。東日本大震災の大津波に対する事前対策における「想定外の津波の高さ」という表現は、その設定にあたかも科学的根拠があったかのように聞こえます。しかし、実のところ、根拠とする数量は建設コストから算出されたものであり、その拠りどころは、たかだか千数百年の津波の記録で、1万年単位で見る科学者には考えられない想定でしょう。

このような見方をしていくと、EBM(科学的根拠に基づく医療)にも、信頼できる根拠と信頼できない根拠があることは、優に想像できることです。**危ぶまれる科学的根拠が存在する以上、歯科医師個人の危機感が重要な意味をもつ時代なのです。**



近代科学至上主義

これまで歯科医療の臨床の主体は、口腔外科、補綴、並びに保存修復、そして矯正であり、口腔外科が体内の組織を主に扱う外科であれば、補綴並びに保存修復と矯正は口腔内の体外に相当する部位を扱う外科といったところではあります。従って、総じて「歯科医療＝外科」と言えなくもありません。別の見方をするならば、地球という自然に対する建築のように、人体の口腔という自然に対する小建築といっても過言ではありません。地球科学のような地球についての研究と同様に、人体を研究する医学と歯科医学が存在します。そして、自然の立地に、灌漑工事や河川工事のような土木工事やあらゆる建築材料を開発して建設したり修理したりするのと同じく、歯科医療は人体の口腔という自然立地の上に成り立つ建築土木事業です。心身二元論は、まさにこうした実用的な発想から他なりません。

従って、歯科医学といえども、歯科医学領域という概念で一括りされているだけで、土木あるいは建築学や一般の自然科学と、科学的には何ら違いがあるわけではありません。現代社会が陥りやすい、近代科学や技術を最高位に鎮座させた、近代科学至上主義、あるいは技術至上主義というべき風潮が棚引いて当然です。

もちろん、迷信と科学のどちらを信じるかと問われれば、現代人の多くは科学を信じます。そして、その科学的根拠を伴った情報を振りどころとして、危険（リスク）管理の一環として、あらゆる危険を回避する手立てをあらかじめ打っておくことが求められます。

“危険”管理はあり得ても、“危機”は管理できる代物ではないのです。



そうすることで、安全性を堅持していくことがあらゆる職業に求められており、歯科医療においても例外ではありません。

科学的根拠の基礎になるのは、当然ですがやはり論文です。論文は仮説としてのモデル（模型）を作り、あるモード（流行・様式）に従って実験することで、論証していきます。また、モダンが“模型の流行”という意味での“近代”を象徴している以上、科学至上主義は同様に歯科界を覆い尽くし、当然のごとく、技術至上主義が歯科界の本流に鎮座するのです。

歯科界における研修や学会、あるいは論文等のトピックスにおいては、圧倒的に技術論が幅を利かせており、フィロソフィーや観念論が入り込む余地もありません。更に、グローバル化の急先鋒である米国では、医療をビジネスとしても論議されるが故に、マーケティング論も堂々と学会でのトピックスに上がります。日本においては、技術至上主義の背景に経営論が隠されているにもかかわらず、露骨なマーケティング論は嫌厭されるという、本音と建前の双方が鎮座しているのです。



テクノマニア

歯科医療を実践するうえで、我々は高度な技術を習得していることは義務であり、患者からしてみれば、すべての歯科医師はすべからず最高の技術を患者に提供することが当たり前のことだと思っています。しかし、実際には歯科医師の技術力は千差万別です。歯科医師の大義として、歯科医師の技術差は本来あってはならないこと、いや、恥じるべきことかもしれません。特に日本の国民皆保険制度においては、報酬が統一されているだけに気をつけなければならないことです。患者からすれば、歯科医師は高度な技術と知識とフィロソフィーをもち合わせているが故に、押し並べて“先生”と呼ぶに値すると思っているわけですから……。

我々歯科医師が歯科医師の間で技術差を認めた場合は、すみやかなる自己研鑽により技術のレベリングを図ることが課せられていると認識すべきです。更に、技術や知識を向上させることは歯科医師の義務に他なりません。従って、技術や知識の習得は本来慎まじやかに行うべきことです。

歯科医師の間でも競争原理が働いている昨今、技術の差は患者獲得といった競争原理において当然有利にあるいは不利に働きます。競争原理が歯科医師の自己研鑽のモチベーションにプラスに働くことは非常によいことです。しかし、その歯科医師間の競争の結果を患者に示すことで優位性を誇示してしまうと、歯科医師としての人間性においては相反した結果を導いてしまい、自ずと歯科医師全体の社会的地位の低落に繋がります。

歯科医師がこのようなテクノマニア（技術邪教）に陥ってしまうのは、歯科界の危機（クライシス）に他なりません。技術はシェアし合い、競ってこそお互い切磋琢磨できます。しかし、**技術を患者に誇った瞬間、歯科医師同士の醜い利害競争が生まれることになるのです。**ただ、それが実態でもあるからこそ、**常に危機感を携えておく必要がある**のかもしれない。



近代科学は心身二元論を一元論に戻せるか

心身二元論は近代科学を推し進めるには確かに都合のよい概念です。私たちが歯科医療を通じて、患者の痛みをとって機能を回復するだけで満足してもらえた時代においては、二元論は好都合でした。しかし、審美の概念が歯科に導入され始めたころからは、精神医学の一分野としての審美歯科が従来の歯科医療に加わることになり、患者の心と体を分けて治療を進める心身二元論の概念では収まらなくなりました。ましてや、口腔領域だけに特化した歯科医学教育と臨床だけでは、患者に真の満足感、安心感、そして信頼感を与えることは、本当は難しいのかもしれないという時代にも差しかかってきています。

心身二元論を一元論に立ち返らせる必要性に迫られると同時に、**医科歯科二元論を一元論に立ち返らせる必要性にも同時に迫られるのは、医療を提供する側の都合から、医療を受ける側の利便性へのシフトが始まっている証し**でもあります。私たち歯科界にも、グローバルイズムの光と影が如実に映し出されているのです。

科学技術を提供する側のご都合主義から、

科学技術の恩恵を受ける人類の利便性を超えて、環境を踏まえた地球規模での議論を成立させるためには、近代科学至上主義、あるいはテクノマニアだけではもはや通用しない多くの現実的な問題を地球規模で孕んでいます。そして、歯科医療においても、その弊害を他の医療より先行して露呈し始めており、将来の歯科医療のあり方を想像するうえでの足枷になっていることに、“歯科界の危機感の本質”があるのです。

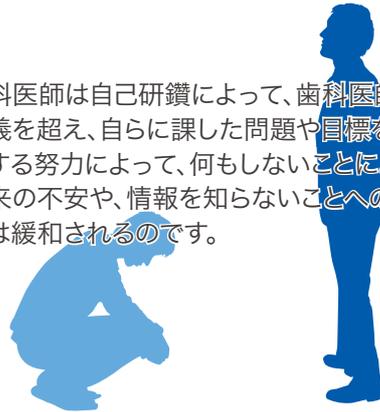
危機感があるから学ぶ

我々の日々の研鑽において、つまり、論文、情報誌、学会からの情報、あるいは研修やトレーニングはなぜ必要なのでしょう。その理由は個々の歯科医師によって当然違います。自動車教習所を卒業して運転免許証を取得してからは、F1レーサーでも目指さないかぎり、教習所で習ったことを忠実に実行していれば、車の運転はほぼ一生問題ありません。

しかし、私たちの歯科医療は、大学で習ったことを繰り返していれば一生食^{はぐ}い逸れはないという時代はとっくの昔に終わっています。更に、歯科医師過剰時代には自動的に歯科医師は市場原理に晒されるが故に、自然に競争原理が働きます。歯科医師は自己研鑽によって、歯科医師の道義を超え、自らに課した問題や目標を達成する努力によって、何もしないことによる将来の不安や、情報を知らないことへの不安は緩和されるのです。そして、それは潜在的競争原理に組み込まれた結果であり、その原動力は紛れもなく危機感でもあるのです。

パイロットの飛行訓練の大半は、実は緊急

歯科医師は自己研鑽によって、歯科医師の道義を超え、自らに課した問題や目標を達成する努力によって、何もしないことによる将来の不安や、情報を知らないことへの不安は緩和されるのです。



事態に安全かつ冷静に対応するためのものなのです。離陸直後や着陸直前のストール（失速）からの脱却、上空での機体やエンジントラブルなど、メカニカルな危機への対応、また、他の機体とのニアミスや衝突を回避するための訓練など……。しかし、**私たちの学会や研修での技術的講義は常に最新技術の紹介やそのトレーニングが中心であり、トラブルシューティングに対する研修は意外と少ないのです。**

また、実地トレーニングとして実際には体験することができないものも、数多くあります。例えば、下顎の水平埋伏智歯の抜歯において、誤って骨折させた場合、予期せぬ異常出血があった場合、下歯槽管を傷つけた場合、その出血が通法で止血しない場合、患者が神経性ショックを起こした場合、更に出血性ショックが疑われる場合など、さまざまなトラブルシューティングに対応できることが前提で、抜歯手術に取りかからなければなりません。インプラントにおいても、サイナスリフトにおいても、術中・術後に起こり得るあらゆることを予想ではなく、定量的な予測を伴った想定をしておかなければなりません。それがリスクマネジメント（危険管理）です。

そして、その“危険（リスク）”が想定を

The Choice 最新洗浄機の崇高な概念

先月号で紹介したクラスBのヨーロッパ基準を満たした滅菌器への静かなる移行は、“大切な患者を守る”ための患者に見えないサービスの一つです。

もう一つ、“大切なスタッフを感染事故から守る”ための自動器具洗浄機が、今後、静かに普及する気配を見せています。スタッフにいくら注意を促しても、100%感染事故を防止することはできません。自己責任とはいえ、感染の機会をできるだけ低くするための努力は、経営者の義務として共有しなければならない時代です。

家庭用の食器洗浄機はあってもなくても主婦や家政婦以外の家族にはどうでもよいことで、“贅沢品”と位置づけてしまえば済むことです。となれば、食器洗浄機の一般家庭での導入は、主婦業を理

解した夫の妻への愛情の賜物かもしれません。戦後、三種の神器といってテレビ、冷蔵庫、そして洗濯機が宣伝された時代がありました。しかし、今やどれもほとんどの家庭に備わっている代物です。いずれ将来はどこの消毒コーナーにも配備されるのであれば「値段が高いうちに導入するのがかっこいいんだよ！」と、歯科界も高度成長期時代の気概を取り戻したいものです。

もしも、「これを求人でも利用しない手はない！」と脳裏をよぎったら、ここでも「不言実行」の“美德”を思い起こしてください。

今後、各社競って洗浄機を開発してくると思われれます。消毒コーナーのスペースに合わせて、工夫してみたいかがでしょうか。大切な患者とスタッフのための“見えないサービス”として……。



■『ミール ジェットウォッシャー G7891』
製造：Miele（ドイツ）
販売：白水貿易株式会社
<http://www.hakusui-trading.co.jp>



■『ハイパワーウォッシャー HW-I』
製造：サラヤ株式会社
販売：株式会社ジーシー
<http://www.gcdental.co.jp>

超えたとき、我々は“危機（クライシス）”に立たされます。まさに崖っ縁に立たされた状態です。危機に立たされたときは決断するしかありません。その決断を誤ると歯科医師生命は終わってしまいます。すなわち、**歯科医師に最終的に求められることは“決断力”であり、その決断において失敗したときに責任をとることです。更に極論をいうと、歯科医師は失敗も許されない業種なのです。**



経済学者フランク・ナイトの言葉に、「アントレプレナシップ（起業家精神）とは“危機における決断”の能力のこと」とあるように、私たち歯科医師が新しいことにチャレン

ジする精神には“危機における決断力”を携えておく必要があります。そして、そのために日々精進し、常に予想を上回る想像力を駆使し、日々精進する精神が必要であるということです。“危険を管理すること”は科学的根拠に依拠できたとしても、“危機に備えること”は必ずしも科学的根拠に依拠することはできないということです。すなわち、**危機における決断は理性を超えて想像し得る能力が必要な状況もあり得る**というわけです。

第六感のように、個人に潜在的にもち合わせた能力や感性やセンスといった理性では語るができない能力を磨くことも、日々の研鑽から得られているに違いありません。

One & Only

中原 悦夫

東京都・協立歯科
クリニックデュボワ

患者のためにならない、医療のポピュリズム

政治学の生みの親、プラトンが最も警戒したのは民主政治で、「民主主義社会の基本的価値は、個人の自由を称揚し、人々が自分の利益や欲望を自由に実現することを奨励するものだ。そして、このような社会では、人々は自分の利益や欲望を実現してくれる者を政治家にするだろう。大衆は自分のいうことをよく聞いてくれるものを政治の舞台に送り込む。こうして民主政治はたちまちポピュリズムをへて衆愚政治へと落ち込むだろう」（佐伯啓思）と述べています。それだけではなく、「衆愚政治の中から民衆の代表として僭主、つまり独裁者が現れる」と言って退けたのです。このように、プラトンの政治学はまさに民主政治への警戒から始まったといえます。プラトンの指摘する政治と今の時代の政治に、何か違いがあるのでしょうか。現代の大衆迎合（ポピュリズム）した政治から、本当の意味での豊かな社会が生まれるのかどうかは疑問です。

その影響は政治だけにとどまりません。教育の現場においては、親たちは自分の利益や欲望を実現するのと同じように、自分の子どもについてのあらゆる要望を教師に突きつけます。教師も父兄に迎合するがために父兄の

横暴な態度は更にエスカレートし、“モンスターペアレンツ”なるものを生み出しました。ここまでくると、学内のいじめにとどまらず、PTAを巻き込んだ教師に対するいじめという構造へ拡大しているようなものです。

医療の現場にも、リーマンショックの直前をピークに“モンスターペイシエント”が猛威を振るった時期があったことが思い出されます。公的医療の担い手として、医師や歯科医師も公務員同様に受益者に対する厳しい目で国民が監視する姿勢が見受けられ、更には医療従事者への要求がエスカレートし、隷属しようとしているかの姿勢まで見られました。

このような“モンスター”大量発生の源は、政治のあり方に端を発していて、その責任は、**その政治家を選ぶ私たち国民一人ひとりの意識のなか**にあると、捉えるほかありません。



高度大衆社会とスペシャリスト

大衆（マス：mass）とは、元来「教養と財産をもたない人々」とフランスの思想家アレクシス・トクヴィルによって定義されています。また、このような定義がなされる以前のフランス革命期、『フランス革命の省察』の著者エ

ドマンド・パークは、「人間の真の平等とは、道義性の中に存在する。身分や階級そのものをなくせるなどというのは、途方もない大ウソにすぎない。こんなウソは、社会の下層で生きねばならない者たちに、間違っただけの考えやむなしい期待を抱かせたあげく、社会的な格差への不満をつのらせるだけである。そしてあらゆる格差や不平等をなくすことは、どんな社会にも不可能なのだ。」(佐藤健志編訳)と、フランス革命を省察するなかで格差と不平等の存在を肯定するとともに、貴族や聖職者による専制政治から国民議会における第三身分である平民による衆愚政治を嘆いています。

20世紀に入って経済が発展し、「財産はないが所得はある、教養はないが教養とはいえない教育がある」(西部 邁)という人たちが多くなりました。トクヴィルの定義する「教養と財産をもたない人々」としての大衆は姿を消し、「教育と所得のある人々」としての大衆にシフトしつつあります。そして、「新しい大衆人 (massman) の見本は専門家 (specialist) である」とスペインの哲学者ホセ・オルテガ・イ・ガセトは述べています。

つまり、ほとんどの人が大学に進学するという教育の普及により、人々は“教養とはいえない教育と所得をもち合わせたスペシャリスト”であることに満足し、“物事の全体やその流れを分析することに何の関心ももたないスペシャリスト”が大衆を煽動している、それが現代社会だということです。物事の全体やその流れを分析できる教養を身につけたスペシャリストは少なくなり、物事の全体やその流れを分析できないが限られた専門教育を受けたスペシャリストが大多数を占めてきまし

た。そのため、**専門家が大衆人の見本となり、代表となり、大衆人があらゆる権力を掌握した状況であるが故に、現代社会を“高度大衆社会”と呼ぶのです。**このような物事の全体やその流れを無視したスペシャリストは次第に信頼を欠くこととなり、その威厳は崩壊し、大衆の声が更に大きくなり、次第にポピュリズムを台頭させていくことにもなりました。

「患者様！」現象はまさしく医療界の大衆迎合

病院やクリニックへの来訪はすべて“患者”というカテゴリーだけの時代は終わりました。つまり、病気を未然に防ぐことを目的に訪れる来訪者は、少なくとも受診前の段階では“患者”というカテゴリーではありません。患者かどうかが決まるのは受診の結果いかんです。

一方、医療の現場における運営という観点から、医療経営という概念が社会に定着するに至りました。医療をビジネス化することでその発展に拍車をかけた米国のグローバリゼーションの影響もあり、来訪者を総じて顧客 (Customer) あるいは消費者 (Consumers) というカテゴリーに仕立て、来訪者の拡大が図られました。日本では長らく“客”を“お客さん”という愛称で呼んで慣れ親しんできたものを、接客教育の一環から“お客様”という呼称に置き換える風潮に習い、“患者”の愛称であった“患者さん”を“患者様”と置き換えてしまったことに、ボタンの掛け違いをみることができます。

事の発端は、千葉県のある総合病院で患者を「患者様」と呼んだことにあり、更に2001年11月に厚労省が発した国立病院・療養所向けの指針のなかで、「患者には原則として姓

(名)に『さま』を付する」と求め、留意事項として「診療や検査等、諸般の状況に応じ、適宜他の呼称方法を用いる」との記述も織り込み、具体例として「さん」を挙げたことで、「患者様」ブームの引き金になったとされています。その結果、医師や歯科医師が患者に迎合している印象を国民に与えた可能性は否めません。

もっとも、医師の社会的地位が低かった初期のローマ時代のように、ギリシャ出身の奴隷が医療を司り、ローマ市民に隷属していた時代の潜在的なDNAにより、患者を“ご主人様”という思いで“患者様”と呼んでいるのであれば、致し方ありませんが……。

いずれにしても、**患者に迎合しているかのような呼称は国民に誤解を招き、健全な医療を施すうえでも支障を来す恐れがある行為であることに間違いありません。**

“大衆に叱られる”ことを誰より恐れる

マスコミのカメラに向かって、雁首を揃えて国民にお詫びする経営幹部や病院経営幹部の映像が後を絶ちません。江戸時代に町奉行が下した「市中引き回しのうえ……」の現代版なのかもしれませんが、なかにはお沙汰も下っていないのに、まずはマスコミを前にお詫びして事の収束を図ろうとする者まで登場する始末です。

不祥事によって何らかの精神的影響を与えてしまった国民に対し、メディアを通じてお詫びする姿勢は大切かもしれません。しかし、最近ではその不祥事自体の影響が当事者以外に全く関係ないようなミスでも、メディアを通じてすべての国民に向けて謝っている光景を目にすることがあります。後日、マスコミ

にリークされて渋々記者会見を開くより、先に公表して謝っておいたほうが心証もよいという発想かもしれません。“世間を騒がせ、何の関係もない方々に不安や恐怖を抱かせてしまったことに対するお詫び”として始まったことがエスカレートし、不祥事を起こしてしまった、厳密に言えば不祥事がバレってしまった、あるいはバレそうなきの処方箋のごとく、記者会見が待ち受けている昨今です。

更に、何よりマスコミにリークされることを恐れていた時代も束の間、最近ではツイッターやFacebookのユーザーが“記者”に早変わりし、現場から直接発信するといったスクープ映像とそれに対する意見が発信され、その意見に対する賛成票が大きな主導権を握るといった時代です。“意見”とは実のところ、**何の科学的、法的根拠もない個人的な主張である場合も含まれます。その意見が、大衆による賛成票の数の多さで主導権を握ってしまうという現実、実はとても危ういものでもあります。**

なかには、大衆にメディアを通じてお詫びしても足りない重大な不祥事もありますので、このような記者会見や個人による情報発信自体を否定するものではありません。ただ、情報や意見を発信する側も受け取る側も大衆人(massman)であり、コメンテーターとして見解を述べている専門家(specialist)も同じく大衆人(massman)であるのが現実社会です。大衆に叱られることを何よりも恐れ、大衆に媚び、迎合する姿勢で切り抜けようとすると、本質的な問題解決には至りません。このような時代だからこそ、**物事の全体やその流れを俯瞰して捉える努力がますます必要**

であり、そのためには専門的な深い知性の習得と同時に、学際的な幅広い知性の習得の両方が不可欠なのではないでしょうか。

やれない治療、やらない治療

このように、一瞬で情報開示される時代だからこそ、かえって“人目を憚る”ことにもなりがちです。見逃せないのは、“人目を憚る”だけでなく、自分に対しても真実を隠そうという意識が働き、やがて同じ業界でそのような空気が醸成され、そして無意識のうちにそれに巻かれていることで共存したつもりになる”といった姿勢が蔓延^{はびこ}ることです。“大衆に迎合するかたちで医師・歯科医師としての自らの存続を守る姿勢”がまさしくそれです。

何かと細かく口うるさい患者、あるいはクレマーはいつの時代にもいます。おまけに理解力が希薄となれば、長期に学際的な高度な治療計画などとても提供できない場合があります。このような一個人の患者に治療を提供できるかどうかは、医師・歯科医師の裁量で個別に決定を下せばよいだけの話です。なぜなら、患者に見合う範囲の治療計画立案で、応召の義務は十分果たしているのですから。しかし、同じような患者が増えてきた場合、ある特定の治療についてその提供を一切断ってしまうという方針を、診療所や病院、あるいは学会がとってしまうのは、やはり倫理的問題が残ります。その方針決定により、全く関係のない患者から治療を受ける権利の一部を奪いかねないからです。

前者のような患者に対し、「やれない治療」としての正当性はありますが、後者のような組織ぐるみの「やらない治療」は、医療人と

しての正当性は希薄になります。現在においては「致し方ないこと」で一括りにすることはやむを得ないのかもしれませんが、患者本人の承諾を得ていても、後から家族が、親戚が、そして第三者が出てきて掻き回される煩わしさから身を守るには、致し方ない処世術ということも理解できます。しかし、本当にこのままでよいのかという問いに対し、心の底から「Yes」と答えられるのでしょうか。

このような現在社会の“病理”に対して医師並びに歯科医師個人の責任を放棄し、組織の責任という傘のなかで医療に従事しているのが現状です。しかも、その組織は“当院の方針”という診療所や病院単位から学会単位、更には協会や医師会、歯科医師会単位へと、より大きな組織へと転換されていきます。

揺り戻しの時代が必ず訪れる

医療界だけではなく、このような事例は現代社会のあらゆるところで閉塞感を生み出しています。東日本大震災の震災孤児・遺児に“心の支援”をしようとするある支援団体では、ある教育者の経験的な意見が手枷足枷となり、支援者自身が孤児・遺児に直接会えない状況が続いています。理由は、孤児・遺児と一緒にいるときに何らかの事故に巻き込まれた場合、世間からの責任追及に応えられないからだということです。それ故、個人的に面会すべきでないという過剰なリスクマネジメントが働いてしまい、その結果、“心の支援”が宙に浮いたままという事態に直面しています。

“大衆迎合”とは社会の病理に立ち向かうことなく、個人的な責任を組織の責任に転嫁したり、一定の評価を得たエビデンスに依拠



The Choice 模型に込められた天然歯形態の半世紀

1963年、日本から渡米して間もない歯科技工士は、勤務先のラボで仕事が終わってから夜な夜な天然歯を模したワックス形成に励み、フルマウス模型を完成させました。そして、修復物を製作するには歯冠外形基準が必要という思いを強くし、後のスリープレーンコンセプトなどの発表に繋がりました。その歯科技工士こそ、後にポーセレン焼付クラウンをキャッツ博士とともに開発し、世に送り出した、愛歯技工専門学校校長でボストン大学客員教授の桑田正博氏です。

氏は「クワタカレッジや技工士学校で多くの生徒や歯科医師の教育に当たり、歯科医療に携わるものは誰でも、歯と歯列の外形をよく理解することが必要であり、それが機能的、生物学的な歯科医療を行う根幹となることを実感してきた」と回想しています。2008年、桑田氏は教育現場でより質の高い模型を使うことができないかと考え、株式会社ニッシンの協力を得て、新しいモデルの模型製作に着手しました。その模型は、歯冠と

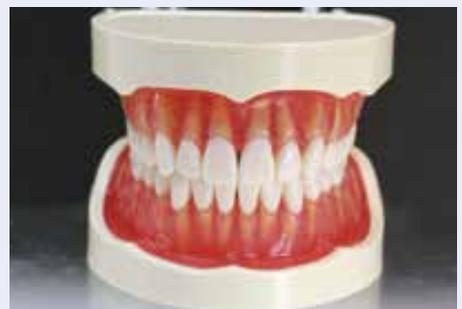
歯根とのかかわりがわかるように歯根まで形づけ、歯肉部分から取り外せるようにしたもので、桑田氏自らワックス形成や形態修正を行い、何度も試作を繰り返しました。そして2013年、5年の歳月をかけ、半世紀の思いがようやく完成しました。

この間、数千本の天然歯を観察し、歯冠のみならず歯根に至るまで歯牙全体をワックスアップした数は実に数百本を超えていました。

この新しいクワタモデルの歯列模型は、天然歯の観察から得られた歯冠から歯根に至るまでの外形基準に即しているだけではなく、歯肉形態と歯牙と歯肉との関係、歯列、コンタクト、そして咬合関係やその接触に至るまで、すべてを緻密に再現しています。歯科技工士の教育はもとより、歯科衛生士のルートプレーニングや歯科医師の形成など、あらゆるトレーニングに応用できる基本モデルです。また、患者説明用として、緻密な



■咬合やコンタクトの接触点を緻密に再現したワックスアップ



■完成したクワタモデルの新しい模型。
2014年度から販売開始予定
問い合わせ先：ニッシン
<http://nissin-dental.jp/>
TEL：0120-571939

咬合関係をこれほどまで忠実に説明できる模型は他に類をみません。

今後、教育の目的ごとに、ネジ止めによる実習モデルなど、さまざまな新しいバージョンの模型が企画されているようです。

したりすることです。つまり、個人の責任をいわば放棄している姿でもあるのです。これこそ大衆人の^{さが}性であり、こうした“空気”が世の中に蔓延しているがために、我々医療人も“右に倣え”をしてしまいがちです。このような状態がこれからも長く続くとは、到底思えません。振り子のように必ず“揺り戻し”

の時期が訪れるでしょう。



振り子と一緒に右往左往するのか、振り子が戻ってくるのをその場で信念をもって待ち続けるのか。すなわち、“大衆人としての医療人”か、“聖職者としての医療人”かは、そのとき自ずと決まってくるのではないのでしょうか。

One & Only

中原 悦夫

東京都・協立歯科
クリニックデュボワ

歯科医師の社会性

ベネチアで開催された国際審美歯科学会に参加したときの事です。ランチタイムに、会場近くで数人のメンバーと家内、そして1歳3ヵ月の娘をバギーに乗せて一緒にテラスで食事をしていたら、ロンドンで長年暮らしておられるロンドン大学の教授夫人が、「日本から家族で学会に来たの？」と珍しがって寄ってきました。「素敵ね。日本人はもっと家族で学会に来たほうがいいわよ」と続き、「知っている？ ヨーロッパでは日本人の歯医者さんはみんなホモだと言われているのよ！」という衝撃的な言葉には驚きました。なるほど、日本人歯科医師は常に歯科医師だけの団体で来て、ホテルのツインルームに男同士で宿泊しているのがヨーロッパではとても奇異に映っていたのです。夫人は、「そのほうが安く上がるみたいだけど、その代償は大きいのよ」と忠告してくださいました。子どもは少ないとしても、確かに欧米人は学会に夫婦で参加している場合が多いようです。

以前、一度だけツアーでフィンランドの学会に参加したことがあります。1人部屋をオーダーしたにもかかわらず、旅のしおりの部屋割り表に2人部屋と記載されていました。

それを添乗員に問い合わせるとミスプリントであることがわかり、特に問題なく1人部屋で宿泊することができました。

ところが、ツアーも後半に差しかかったころ、2人部屋の相手と記載されていた歯科医師が肩を落とし、「僕たちがツアー中に女性を連れ込むために、旅行会社にあえて2人部屋として記載させて、実際は1人部屋を取っているという噂が流れているようで……」と相談してきました。「ずいぶん手の込んだ噂ですね」と、私は勝手な噂を笑い飛ばしました。

フィンランドへは家族をおいて私だけが参加したので、ベネチアでの教訓を活かして1人部屋をとったつもりが、別の代償が待ち受けていたわけです。欧米人たちの誤解を招くか、同行した人たちの誤解を招くか。いずれもツアーで行く旅の代償ということで片づけるわけにもいきませんが、不徳の致すところと肝に銘じています。

個人の歯科医師像から歯科医師の全体像に至るまで、本業以外の良識をわきまえなかったことに端を発する一般社会におけるイメージの一人歩きは、なかなか厄介なものです。

それにしても、一般社会において歯科医師という存在のイメージはどのように作られているのでしょうか。



歯科医師の社会的役割

歯科医師法の第1章 総則 第1条に、「歯科医師は、歯科医療及び保健指導^{つかさど}を掌ることによって、公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保するものとする」とあります。これが、同法が定める歯科医師の社会的役割です。

歯科医療は診療所や病院といった医療機関を中心に掌り、保健指導は医療機関をはじめ、学校や保健所のような公共機関、あるいは企業や公共施設などでも行われます。学会活動や講演会活動を担っている場合は、市民公開講座や民間の講演会を通じて、公衆衛生の向上や増進に寄与しています。最近では、タレント事務所に所属した医師・歯科医師が登場し、さまざまな番組で医療情報・歯科医療情報を広く国民に提供する機会もあります。あるいは、国政や行政に携わり、医療や歯科医療の制度改革に貢献している場合もあります。

歯科医師の社会活動の拠点は、概ね臨床の場である診療所や病院のなかですが、高齢社会の昨今は訪問診療によって患者の自宅や老人ホームもそれに含まれます。研究の場に拠点を置く歯科医師は大学や研究所であり、歯学教育に携わる歯科医師は大学や臨床研修施設などがその中心になります。その他、市民講座やメディアを通じて活躍している歯科医師はパブリックエデュケーションの一環として、市民や国民への啓蒙活動にエネルギーを注いでいるわけです。更には、留学や就業、

あるいはボランティアのために海外に飛び出して国際的に活躍をする歯科医師など、さまざまな立場で活躍している場合もあります。

このように、歯科医師の活動の場は古今東西、概ね同じと考えられます。しかし、歯科医師の活動内容に関してはそうではありません。つまり、**国民のニーズやウォンツに応える歯科医療の内容・水準は、国によって違う**のです。元来、歯科医療は疾病に対して後手に回ったかたちで治療を施す回復的歯科医療として発展してきました。ところが、先進国では疾病の発症を最小限に留める予防や、疾病を先制的に制覇しようとする先制医療、あるいは個々人の体質によるヘルスプロモーションのように、創造的歯科医療へとシフトしつつあります。

従って、それぞれの国において国民が享受する歯科医療の価値はさまざまであり、また、時代の変遷とともに常に移り変わっています。**国民一人ひとりの歯科医療から享受する価値が相対的に高ければ高いほど、それを担う歯科医師に対する社会的位置づけは押し上げられます**。一方、それが低い、あるいは不祥事等があれば、当然押し下げられてしまいます。



歯科医師も公的人物になり得る

日常の臨床における歯科医師は、本来は“私人”もしくは“一般人”であり、“公人”や“準公人(みなし公人)”とは一線を画しています。狭義の“公人”とは、公職にかかわる公務員や政治家、検察官、裁判官、あるいは高級軍人をいい、皇族も含まれます。公人に含まれない有名人は“準公人”、あるいは“みなし公人”といわれ、実業家や芸能人、文化人、スポーツ選

手、学者、そして弁護士などが含まれます。

ここで注目すべきは、一般に**弁護士も準公人として扱われることが多く、専門有資格者もこれに入り得る、すなわち医師・歯科医師も含まれるという解釈も存在している**わけです。現実には、医師やジャーナリスト、あるいは大手有名企業の社員、有名私立大学の学生というだけで、ネット等で準公人的扱いを受けている報道もあるようで、当然、個人情報保護法違反や名誉棄損罪に問われるケースも含まれるようです。

このように、一般的には、準公人であるかどうかは事件や不祥事を起こしたときに、メディア報道の対象になるか否かが問題になるわけです。しかし、ネットやSNSがここまで普及してくると、その発信者はこれまで以上に一般人がそのまま準公人扱いされてしまうことが多くなると考えられます。我々歯科医師も、個人として勤務医や開業医として医療を担っている場合はともかく、大学などの研究の場に拠点を置いている場合は学者として、歯学教育に携わっている場合は教員、教授として、市民講座やメディアを通じて活躍している場合は市民や国民への啓蒙活動にエネルギーを注ぐ有名人として、学会や団体で重責を担う役職にある場合も、社会からは準公人としてみなされることになるわけです。

仮に、前述のような社会的対外活動に一切携わってなくても、医院のHPやブログによる意見や情報発信は常に社会とかかわりをもっていることになります。それ故、ネット上で集中砲火を浴びたときには、いわゆる“炎上”に陥るため、いつでも準公人の対象になる可能性があるのです。

歯科医師には、個人の勤務医や開業医として医療を担ううえでの個人的に社会的責任を果たす役割とは別に、社会に影響を与え得る有資格者の一員として、公的人物という立場に限りなく近い者として社会的責任を果たす役割の2つが課せられているともいえます。

これからは、**歯科医師も準公人として“公的人物”の自覚をもつことが、自らの社会性を高める近道かもしれません。**

パターナリズムとコンシューマリズムの平衡

時代の流れを変えているのは、ネットやコミュニケーション環境だけではありません。医療技術の劇的な変化と同時に、歯科医師と患者の関係にも大きな変化をもたらしました。

かつての医療は、概ね専門知識において圧倒的な差のある専門家と素人の間にはパターナリスティックな制約がありました。つまり、医師・歯科医師からみれば、医療に関して患者は自分で正しい判断を下すことができないため、結果的に患者は医師・歯科医師より優位な立場に立っていないということから、極端にパターナリズム(家父長主義)の傾向が強かった時代があったということです。1970年代には医療現場におけるパターナリズムが告発されて社会問題として浮上し、「“恩恵の原則”と“自律尊重の原則”の対立」(本誌2012年3月号、P.81参照)を巡り、「患者の利益か、患者の自己決定の自由か」が問われることになりました。その後、医療の現場において“インフォームド・コンセント”が一般化してきました。

行きすぎたパターナリズムは、振り子が戻るときのように“患者中心の医療”として患

者が主役の医療へと一気に揺り戻し、モンスターペーシェントが現れるところまで再び昇りつめました。そして2000年代には、医療従事者の患者迎合も相まって、悪しきコンシューマリズム（消費者主義）の様相を呈するまでに至りました。たった30年間でこれほどまでに様変わりした医療現場において、私たちは今後どのような倫理観を携えてパターンナリズムとコンシューマリズムの平衡をとっていくべきなのでしょう。



良識が決める歯科医師の社会性

日本歯科医師会が平成20年にまとめた『信頼される歯科医師Ⅱ 歯科医師の職業倫理』の第3章「歯科医師としての社会的責任」の(2) 応招義務について、「歯科医師法第19条第1項に、『診療に従事する歯科医師は、診察治療の求めがあった場合には、正当な理由がなければ、これを拒んではならない』、すなわち、応招義務が定められている。しかし、『正当な理由』があれば拒むこともできる。これには、専門外診療、時間外診療、過去の診療報酬不払いなどが考えられるが、その状況はそれぞれ異なるので、歯科医師は良識に基づき適宜判断しなければならない。歯科医師自身に付随した義務ではないが、診療可能な場合、特に緊急性のある場合は、できる限り診療を引き受けることが望まれる」と掲げられています。

歯科医師法による応招義務は周知のとおりですが、ポイントはその解釈です。「正当な理由」があれば拒むことができるとし、その例として、“専門外診療”、“時間外診療”、“過去の診療報酬不払い”が挙げられています。“専門外診療”については緊急性がなければ問題は

ないかもしれません。しかし“時間外診療”と“過去の診療報酬不払い”は商業上の要素が強く、これをもって拒む場合はコンシューマリズムに依拠した判断と受け取られ、歯科医師法に抵触する可能性もあります。よほど非常識な時間、あるいは悪質な未払いによるものは、歯科医師の裁量が認められることが望まれます。ここで重要なポイントは、「その状況はそれぞれ異なるので、歯科医師は“良識”に基づき適宜判断しなければならない」という一文です。つまり、**すべての判断の鍵を握っているのが“良識”ということになります。**

良識には知性をもって識別する力があり、事の善悪や永遠なのか一時的な事象なのかといったことを、批判力あるいは批評力を伴った識別力で判断するということです。“常識”は習慣性が高まれば批判力や批評力が低下するため、良識は常識を凌駕しています。また、良識は直感的に働く知性であり、社会においては健全な文化の礎として社会の水準をも決定します。良識と理性は一般的に同一視されますが、このように直感的に働く知性として、良識には理性と感性の両極が存在しているわけです。そして、最終的に依拠するところは伝統であり、すべての人に生まれつき備わっているという意味で、デカルトは『方法序説』のなかで「良識(ボン・サンス)はこの世で最も公平に分配されているものである」と説いています。つまり、歯科医師の社会的責任を果たすうえで、社会における人間同士の立ち振る舞いにきちんとした筋道が必要であり、それを浮き彫りにするのが良識というわけです。****

パターンナリズムとコンシューマリズムの平衡をとるのはまぎれもなく良識であり、その



The Choice 審美歯科のオーソリティー “桑田正博”

日本に審美歯科という言葉が定着して10数年経つでしょうか。その大半がポーセレンによる修復あるいは補綴によるところが大きいのが現実です。そのポーセレンを50年前に Dr.S Katz とともに世界で初めて世に送り出したのが、日本人歯科技工士であることをご存知でしょうか。その方こそ、クワタカレッジ主宰、ボストン大学客員教授、天津医科大学客員教授、愛歯歯科技工専門学校校長を務める桑田正博氏です。

氏は毎朝600回、日本刀で素振りをしてしながら武士道からくる良識を鍛え上げ、今でも精力的に「補綴物製作に必要な咬合理論」と「歯科界の巨人が残した歯科医療のフィロソフィー」を世界中で講演しています。ともに影響し合った先達には、Dr.CH Schuyler、Dr.G Strausberg、Dr.LD Pankey、Dr.RS Stein、Dr.PK Tomas、

Dr.AW Mann、Dr.SS Wagman、Dr.JW Mclean、Dr.EV Payne、Dr.RA Yuodelis、Dr.SP Ramfjord、Dr.PE Dawson、Dr.RL Lee、Dr.FV Celenza、Dr.VO Lucia、Dr.M Martignoni、Dr.HM Goldman、Dr.M Amsterdam、Dr.A Koper、Dr.RE Goldstein、Dr.I Smigel……と名を連ねると限りがありません。同時に、彼らは歯科医師の社会的ポジションを確立してきました。近代歯科医学の祖といわれている彼らとともに歯科界の歴史を作り上げてきた1人として、桑田氏はその功績を讃えられ、伝統あるAP（アメリカ歯科補綴学会）からオナラリーフェローを与えられた唯一の日本人となりました。

今日、我々が21世紀に歯科医師として活躍できるのは、こうした巨人たちの築き上げてきた歯科医学の叡智の恩恵に他なりません。歯科医師であれば一度は日本人の



■ 桑田正博氏

「Kuwata College of Dental Technological Science 春季シニアコース」(2014年2月より)

問い合わせ：TEL. 03-3961-7362
<http://www.kuwata-college.com>

誇りである桑田氏から、氏のフィロソフィーと氏が直接耳にしてきた巨人たちのフィロソフィーを拝聴しておきたいものです。

【参考文献】

- 1) 中原悦夫、石井信之 編：歯科界の巨人が残した歯科医療のフィロソフィー。創造的歯科医療に向けたディシジョンメイキング。日本歯科評論増刊、2009：159-172。

良識において歯科医師の社会性も醸成されていくのだと思われま



アメリカでは、歯科医師の社会的評価は職業別で常に5位以内に入っているとされます。そして、凄まじい勢いでアメリカの近代歯科医学を発展させてきた巨人たちは、同時に Dr. LD Pankey のように歯科界にフィロソフィーを語り伝える伝道師の役割も担ってきたのも事実です。実際、欧米人は医学的な学術理論や技術を経営理論と結びつけ、日本人が引いてしまいがちなマーケティング論も

展開します。それだけに、節度をわきまえるために同時にフィロソフィーを語り、それを大切にします。だからこそ、**欧米人は実学と哲学の両輪を携えて良識による平衡をとる努力を常にしている**ように見受けられるのです。

日本には、彼らから多くの技術や知識が輸入されましたが、彼らのフィロソフィーを積み忘れてしまっていたのかもしれませんが、**日本人には固有の伝統があり、良識も備わっています**。歯科医師としての社会性を高めていくために、“日本流”を探ってみてはいかががでしょうか。

One & Only

中原 悦夫

東京都・協立歯科
クリニックデュボワ

歯科医療ビッグバンと一元論

近代口腔医学は、考古学や地質学、並びに分子生物学などの発展、そして“ライフサイエンスの知の統合”により、潜在的に大きな可能性を蓄え始めています。例えば、がん細胞の異常な分裂のルーツが、進化の過程に見出されています。脳を成長させた脂肪酸合成（FAS）酵素ががん細胞の分裂を速めていることをはじめ、精子細胞の分裂様式をがん細胞が取り入れていること、あるいは電燈の発明による生活様式の変化によって光に当たる時間が延び、がん細胞を攻撃するリンパ球を作り出すのに必須であるメラトニンの生成が減少し、現代人ががんが増えたなどと考えられています。このように、**進化の過程と健康は切り離せなくなっています。**

なかでも口腔は、消化器の先端突出部として多細胞生物の進化が始まった初期段階から存在し、目や脳の発達前から既に存在していたわけです。また、外界との玄関口として検疫的役割を果たす免疫機構の大半が、口腔から咽頭、喉頭に集中しています。従って、近代口腔医学は近代医学の中心になり、その担い手である近代歯科医療は、今後更なる注目を集めるとともに、人類のライフサイエンス

の知の統合の恩恵を受けて、社会的貢献度もますます高まるでしょう。そして、蓄積された知は歯科界に大きなエネルギーを育み、いずれ“歯科医療ビッグバン”のごとく社会から注目を浴びることになるでしょう。

しかし、そのエネルギーを使いこなせる将来の歯科医師とは、どのような人物なのでしょう。また、そのような歯科医師になるには、クリアしなければならないことが山積していると思われます。今回は、歯科医療の潜在的価値を生み出す“回復的歯科医療の時代から創造的歯科医療の時代へのパラダイムシフト”を遂げるために、我々歯科医師にどのような努力が必要なのかを想像してみます。

まずは国民のニーズとシーズの先取りから

時代を突き動かす原動力はやはり社会から必要とされることであり、その恩恵を受ける国民の意識が高まることからです。残念ながら、当事者である**我々歯科医師の意識の高まりは常に国民の意識に追随するかたちで具現化します。**一般企業の場合でも、国民のニーズやシーズ（新しい製品やサービス）が先行し、そのことに気づくのが常に一步も二歩も

遅れて製品やサービスが生まれてきます。マーケットリサーチは、世間のヒトが何を考え、何を求め、そして何を必要としているかを探る行為です。「お客様ご意見箱」も同様で、企業側に想像力や創造力が乏しく、あるいは気づくのが遅いのために、利用者から指摘してもらう行為です。これらのことから、**製品やサービスを提供する側より、提供を受ける側の意識が常に先行している**ことは明白です。

しかし、一般の素人であるヒトたちの意識を高める行為は、企業や専門家である私たち歯科医師が行う“広報 (Public Relations)”に他なりません。一般企業が利潤を求めするために、戦略的にメディアの枠を購入して行う“広告・宣伝 (Advertising)”ではありません。歯科医師法も、「歯科医師は広告宣伝については制限の範囲で許容するが、広報は積極的に行わなければならない」と解釈できます。当然、間違った情報の提供は許されません。

現代では、一般人に情報を運ぶのはもっぱらメディアです。そのメディアに情報を提供するのには歯科医師などの専門的知識をもつ者です。これまでの歯科医師は、**歯科という専門的な領域に限定した情報を提供すればよかった**のです。しかし、**これからの歯科医師はライフサイエンスすべての専門情報から歯科領域と関連させて情報提供をする必要があります**。異分野の情報を入手するだけでも大変な作業であるうえに、専門的基礎知識がない専門他分野の情報を咀嚼してから提供するのは至難の業です。更にそれを素人のメディア関係者が消化し広報するまでには、相当の時間を要するでしょう。

こうした学際的学問分野における歯科医師

のあり方については、歯学部にかかわらずほとんどの高等教育機関においてその機会が与えられておらず、現状では独学に頼るしかありません。もちろん、最近では矯正、補綴、歯周病といった細分化された歯科における専門他科を Interdisciplinary Approach (学際的アプローチ) として包括的に治療していく教育は既に始まっていると思われます。しかし、**本当の意味での学際的学問分野の位置づけは、歯科領域とは全く専門外の学問との融合であり、ライフサイエンスの知の統合を意味している**のです。それは“不可能を可能にしなければならない”といった概念的ミッションでもあり、本当に容易ではありません。



本質的な改革とは

医療改革としての医歯一元論は以前より論議されていますが、医師法と歯科医師法は法律が違うために、“医師・歯科医師一元論”へと直結しがちです。このような議論は、**歯科が医科に吸収されてしまう職業的権威の問題や、経営権に伴う利害の問題にも結びつきやすく、どうしても患者不在に陥りがち**です。

ちなみに、私たちが歯学における高等教育を受けてきたのは、文科省管轄である大学の歯学部です。卒業すると学士となり、歯科医師国家試験の受験資格を得ます。そして、国家試験に合格すると、**歯科医師法にもとづいて歯科医師免許を与えられます**。それから保険医登録資格も与えられ、厚労省管轄に移ります。その後、臨床研修制度に基づいて1年間、大学病院や指定された臨床研修施設で研修を受けます。これは国民皆保険制度に基づく保険医を養成するための研修制度です。その研修を

終えると、同じく保険医療機関において保険医として我が国の歯科医療を担う歯科医師になれるのです。このように医療改革を行政から捉えれば、文科省の教育改革と厚労省の医療改革の両方に股がため、それぞれ分けて議論すべきであることがわかります。

更に、医科と歯科に分かれて二元論に取まった歴史的経緯は、諸処の論文において、当時の口腔疾患の増大に伴う社会的必要性と緊急性という社会事情と絡めて検証されています。世界的に広がった口腔疾患の根本的原因について、19～20世紀にかけての食料事情の世界的変化、すなわち伝統食から近代食への移行にあったとする貴重な報告（『食生活と身体の退化』AW プライス著、片山恒夫訳）も見逃せません。しかし、我が国では、かつての食糧庁といえども米を中心に扱っており、現在の農水省もヒトが口にするすべての食料や食品を包括的に扱っているわけではありません。食は量的問題と同時にその質の改善も必要に迫られているにもかかわらず、グローバルゼーションは食料も経済原理で扱ってしまっている以上、状況は逆行しているのが現実です。

従って、口腔疾患の本質的な原因論は細菌論に至る以前、100年あまり前からの食の問題にある可能性は拭いきれません。そして、歯科領域に限らず、**食の問題がさまざまな疾患を引き起こしているとしたら、本質的な医療改革は文科省や厚労省にとどまらず、農水省、経産省、環境省に及ぶ関連諸管轄まで視野に入れた抜本的な改革が必要**となります。



医歯一元教育論は必然的な医療改革の流れ

我々の専門分野である歯科医学を学際的学

問分野に位置づける近道は、まずは現在の医歯二元論教育を医歯一元論教育に切り替えることに尽きます。歯科医学と異分野の学問を学際的に結びつけて編集する作業は、百科事典を編集する作業に近い編集能力が必要かもしれません。しかし、医学と歯科医学を統合した教育の後に医療の一専門分野として歯科医療を担うのと、一般医学教育を端折^{はしお}っていきなり歯科医学教育を受けて歯科医療を専門的に担うのとでは、今後の高度な医療水準を満たした未来の歯科医療を提供するうえで大きな隔たりができると予想されます。学際的にライフサイエンスの知の統合を図る前に、医学教育と歯科医学教育を統合させるのは、初歩的なことにすぎません。何も、医師と歯科医師をすぐに統合しようというわけではありません。厚労省の医療改革ではなく、**文科省での医学教育改革だけで、歯科医師の本質的価値は上がる**でしょう。

十数年の時を経て、口腔領域の衛生環境が全身の疾患と大いに関連があると、ようやく医師の間でも認識されてきました。医科で担うべき疾患の予防や公衆衛生の向上に、歯科の公衆衛生を無視できないことが、今後更に明らかになるでしょう。ライフサイエンスの知の統合が、がんなど未解明の疾患の進化論的解明へと結びつけられ始めた昨今、進化の初期段階から存在した口腔領域と全身のあらゆる疾患との関連性は重要な位置づけになってくるでしょう。近代科学の現状は、“歯科医療ビッグバン”と言うべき歯科医療の社会における重要性が猛烈に拡大する動きが巻き起こる予兆を、既に醸し出しています。

しかるに、“医歯一元論”とは、医師と歯

科医師の一元化ではなく、**医学と歯科医学の教育の一元化が重要**です。それはまさしく、**歯科医師の社会的価値の向上に繋がる医療改革の第一歩**なのです。もしも、現行の医師より歯科医師の社会的価値が向上する事態ともなれば、医師と歯科医師を統合する一元論の議論はむしろ頓挫して差し支えないものになるかもしれません。今のところ、この推測を否定できる推論は見当たりません。

TPPは医療改革の前の教育改革に一石を投じてくる？

我が国がTPP（環太平洋戦略的経済連携協定）に正式に加盟した場合、医療への影響についてさまざまな憶測が飛び交っています。日本医師会においては、国民皆保険制度や医療の安全確保の崩壊に繋がるとして、慎重な立場をとっています。しかし、どのように崩壊していくのかは推測の域を超えていません。本稿においても、当然推測の域を超えません。しかし、見方を変えてみると、おそらく外圧による医療改革も、医療教育改革から始まるのではないかと思います。

例えば、米国の製薬会社等の出資で、**一般大学を卒業してから入れる4年制の英語による医学教育を行う“Medical School”を日本に設立し、国際的に通用する医師を養成するという動き**が考えられます。Medical Schoolを卒業すると、**米国の医師免許も日本の医師免許も取得する資格が得られる**でしょう。そして、就業する国は何も日本に限定されることはなく、米国内はもとより、米国から派遣できる**あらゆる国で医師として活躍できる**というメリットが与えられると思われま

す。米国の製薬会社が出資するのであれば、臨

床で使う薬剤の教育は、当然米国製の薬剤が奨励されるでしょう。また、薬事法をクリアしなくても、日本国外であれば何ら問題はなく、**日本人の優秀な医師が国外に流出する可能性も否めません**。もちろん、国内でも薬監証明を取れば薬事法をクリアしていなくても自由に使用できます。このように、**医学教育の変更を求められる医療教育改革においても、国民皆保険制度が崩壊するシナリオが見えてきます**。一般大学が4年、Medical Schoolが4年と、医師になるまでに8年を要しても、医師を目指す人と米国の双方にメリットがあります。強い反対を押し切って株式会社による医療経営を迫るより、教育改革による抜本的な方で半ば自動的に医療改革をも推し進めてくるシナリオのほうが、現実的かつ抜本的です。



もし医療改革を必要とするならば、まず国民の意識の向上が不可欠です。そのためには、国民への広報とそれを担う医師・歯科医師の意識の向上が不可欠です。つまり、**医療改革には教育改革が不可欠であり、一夜にして成るようなものではありません**。また、将来の歯科医師には医師と歯科医師の知識のレベリングが不可欠です。それ故、歯科医師になる前に、せめて医師と同じ医学教育を受ける機会を与えることから始めてほしいものです。

現状の日本の医療をバスタブに例えるなら、お水と給湯がそれぞれの蛇口から放水され、その別々の蛇口が医師と歯科医師です。そしてバスタブに貯まったお湯は、上層が熱く低層は冷たい状態、つまり医療と歯科医療が分離している状態です。湯もみをする人がいなければ、決して患者にとって心地よい状態と

The Choice 分子レベルで栄養学を捉える時代

私たちの身体は、“私たちが食したそのものでできている”のです。当たり前の話ですが、その割に我々は食欲を満たすための美食に明け暮れたかと思えば、反対にメタボリックシンドロームや痩身のための減量など、“食の味”と“食の量”には高い関心を常にもってきました。では、“食の質”に関してはいかがでしょうか。美食嗜好はこれまで、確かにある意味において“食の質”を求めてきたというのも事実でしょう。すべては生産者や料理人、そしてパティシエの腕に託された舌で奏でる芸術のごとく、文明の頂点を極めているかに見える時代ですから……。

分子生物学や分子栄養学、あるいは進化生物学が高度に発展するにつれ、分子レベルでの栄養素が細胞一つ一つにどのように影響し合っているのかが解明され始めています。そのため、栄養としての“食の質”が改めて問われる時代になってきました。当然、美食嗜好にも一石を投じることになり、食

材や調理方法を含めて健康食品が脚光を浴び始めました。そして、登場したのが“サプリメント”と称される健康補助食品です。

しかし、生成された各栄養素の錠剤やカプセル、あるいは粉末を「〇〇に効くから」というかたちで飲み始めると、いつの間にか毎日数十種類のサプリメントを飲まなければ気が済まないという人も出てきました。この“健康志向の第2の食欲”を好機と捉えたメーカーは、競って製薬よりサプリメントの開発に乗り出している昨今です。そして、ほとんどの人が自分に必要な栄養素は何で、どれくらいの量が必要なのかもわからないまま、メーカーのマーケティングに乗っかって消費しているのです。結果として、糖質摂取量などの個々人の食生活を改善することなく、栄養という観点から捉えるべき“食の質”を振り返るには至っていないのが現状です。

分子整合栄養療法は、70余項目の血液検査データをもとに、そ



■ 栄養療法に関する講習会等の問い合わせ先：株式会社 MSS
TEL.03-5366-0208
<http://www.mssco.jp/>

の人に本当に必要な栄養素とその至適量を割り出し、食生活の改善指導から始めて、不足分はとり急ぎサプリメントで補給します。そして、3ヵ月ごとに血液検査データから分子レベルでの体内の栄養素の改善具合を確認しながら進めていく、カナダで生まれて日本で独自に発展してきた、薬剤を使用しない身体並びに心神領域の内科的療法です。本来、歯周疾患やインプラントなどの全身とのかかわりが深い領域における治療や予防には、欠かせない分野ではないでしょうか。私たちが扱う口腔そのものも、まぎれもなく“患者の食したそのものでできている”のですから……。

は言えません。医歯一元論は、お水と給湯を混合栓に切り替え得るようなもので、患者にとって心地よい湯加減を提供できます。

TPPは、医療界を否応なしにバスタブごと大浴場に漬けるようなもので、医療も国際標準化の波に晒されます。しかし、世界的には医科と歯科は二元論へと向かい続けています。だからこそ、**日本から歯科医師の国際的地位を向上し、より高度な社会的貢献ができる職業であることを示す準備に取りかかる好機と捉えることもできます。**医学部を創設す

るのに約100億円の投資が必要だと言われています。TPPの煽りを受けて教育の株式経営が本格化すれば、日本の製薬会社等の出資で歯学部を“医歯学部（医学部と歯学部が分かれていない一貫した医学並びに歯科医学教育が受けられるような学部）”に移行させるのも、経営手腕次第ということになるかもしれません。将来的なTPPの弊害ばかりに懸念を抱くより、むしろ好機と捉えたほうが、世の中の流れに逆らえない国民への社会貢献に繋がるのかもしれない。

One & Only

中原 悦夫

東京都・協立歯科
クリニックデュボワ

近代歯科医療の行方

時代は常に変化するため、“最高の歯科医療が提供されている医療機関、地域、あるいは国”という理想郷は存在しません。私たちには、その時代に、その地域に、またその国に最もふさわしい医療を展開することでしか、真の社会貢献はできないのかもしれませんが。たとえそれが別の時代や別の地域、あるいは別の国において、間違った医療になってしまうことになったとしても……。

現代の歯科医療は、患者や歯科医療に対する国民の意識差に大きな隔たりが存在するだけでなく、私たち歯科医師の間の意識差も常に存在しています。更に、歯科医療従事者及び歯科医療にかかわりの深い、関連他科である医師をはじめとする一般の医療従事者の間にも、大きな隔たりが存在します。グローバル化の波に晒されながら諸外国との意識差をも含めると、“本質的な歯科医療概念”とは何かとの問いに、全く收拾が得られなくなります。

このような状況下で、歯科医療のあり方を見直し、新しい歯科医療概念を導き出そうとすること自体、「戯言に過ぎない」と思われるかもしれません。

顕在的価値のなかで歯科医療を担っている場合と、潜在的価値をも見抜いたうえで歯科医療を担っている場合では、当然違った解釈が存在するため、意見の一致をみることはないかもしれません。何の抵抗もなく共感できる場合もあれば、異論反論、あるいは嫌悪感に至る場合も当然あって然りです。また、見抜いたつもりの潜在的価値も、地域柄や国柄が違えば、患者の顕在的あるいは潜在的需要において全く価値を生まない可能性もあります。従って、潜在的な価値を一方的に歯科医師の側から探ったところで、本質を見誤ってしまうこともあるわけです。

このように、“歯科医療の潜在的価値”は常に相対的価値であり、患者の地域性、国民性、その国の制度、時勢、そして何よりもその担い手である歯科医師の意識によって変化し得る価値です。顕在化すれば新しい価値として認識されますが、価値自体の盛衰も時代の変遷に晒されます。一方、“**歯科医療の本質的価値**”は“**歯科医療の顕在的価値と潜在的価値の双方において普遍性が高く**”、どの時代においても、どの地域においても、どの国においても求められる普遍的価値であり、医療に

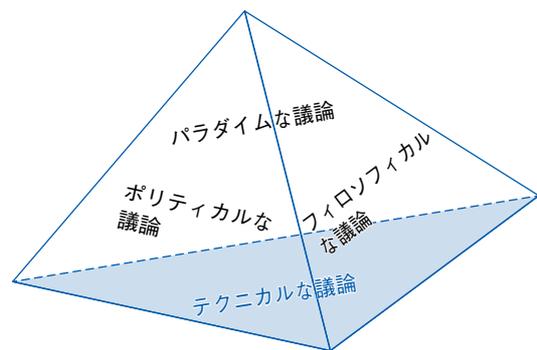
表① 議論別、本連載各回タイトル（○内数字は掲載号を表す）

<p>●パラダイムな議論（9編）</p> <p>“創造的歯科医療”時代の序幕 2012年①</p> <p>患者の意思決定のメカニズム 2012年④</p> <p>患者の意思決定のメカニズム(続編) 2012年⑤</p> <p>患者—歯科医師の意識のレベリング 2012年⑥</p> <p>歯科医療のパラダイム 2012年⑦</p> <p>知のパラダイムシフトと臨床のパラダイムシフト 2012年⑧</p> <p>歯科医師ならアロマセラピーよりアロマテラピーの導入を！ 2012年⑩</p> <p>耐久年数と歯科医療 2013年③</p> <p>マイクロスコープが起こす第3の波 2013年④</p> <p>●ポリティカルな議論（5編）</p> <p>歯科医師を取り巻く現実のバードビュー 2012年②</p> <p>“食育”—食を経済行為で扱ってしまった代償 2012年⑫</p>	<p>“食育”—食と食の問題の本質 2013年①</p> <p>歯科医師のディジションメイキング—感性と理性の平衡 2013年⑦</p> <p>歯科医療ビッグバンと一元論 2013年⑪</p> <p>●フィロソフィカルな議論（9編）</p> <p>歯科医師のプロフェッショナリズム 2012年③</p> <p>歯科医療のクオリティ 2012年⑨</p> <p>歯科医療のクオリア 2012年⑩</p> <p>歯科医療の時間の概念とシンクロシティ 2013年②</p> <p>クラシック歯科医療 2013年⑤</p> <p>患者と歯科医師の縁 2013年⑥</p> <p>歯科医師の危機感 2013年⑧</p> <p>患者のためにならない、医療のポピュリズム 2013年⑨</p> <p>歯科医師の社会性 2013年⑩</p>
--	--

おける東西の文明の礎にもなり得る価値です。

今回は、“歯科医療の本質的価値”の考察をパラダイムな議論、ポリティカルな議論、フィロソフィカルな議論の3つに整理して2年間の総括をしてみたいと思います。なぜならば、どのような議論においても、この3つの議論が組み合わさって1つの議論を構成しているからです。一般的に、歯科医学に関する議論はテクニカルな議論を中心に発展してきました。ところが、医療や歯科医療においてはパラダイムな議論、ポリティカルな議論、フィロソフィカルな議論はテクニカルな議論を凌駕し、テクニカルな議論は日進月歩の裏返しで最も普遍性が低いということになります。とはいえ、臨床の現場でなくてはならないのが技術です。テクニカルな議論が医療や歯科医療の中心に位置して当然です。しかし、いつまでも同じ技術が臨床の場に君臨できる保証はなく、普遍性は期待できません。

本連載では、テクニカルな内容はあえてその技術に行き着くまでの開発コンセプトを“The Choice”で紹介するに留め、テクニカルな議論は差し控えました。しかし本来、“テクニカルな議論”は歯科医療発展の基礎として



図① 議論の四面体

の底面の役割を果たしています。“パラダイムな議論”、“ポリティカルな議論”、そして“フィロソフィカルな議論”の3つの議論でその側面を担い、4つの面で議論を立体的に構成してまとめてみたいと思います(表1、図1)。

●パラダイムな議論

“パラダイム”は、ある時代やある分野において支配的規範となる物の見方や捉え方で、ある時代を牽引するような規範的な論理的枠組みのことで、時代の変遷において革命的にまた非連続的に変化を起こすことを“パラダイムシフト”と呼んでいます。

本来は単なる模範とか規範という意味の言葉でしたが、米国のドイツ系ユダヤ人の科学史家トーマス・クーンが「天動説から地動説への変化」のような科学史を語るうえでの概

念として用いたことから、注目される言葉になりました。現代では、拡大解釈されて多義的に使われている言葉です。

一方、“ツァイトガイスト (時代精神)”は、ある時代に支配的な知的・政治的・社会的動向を表す精神傾向を表すドイツで生まれた言葉です。「歴史とは精神が自由を達成していく過程なのだ」とするヘーゲルの“ツァイトガイスト”が、連続的な進歩によって発展していく精神であるのに対し、“パラダイム”は科学などの飛躍的な創造による進化によって転換していくという意味で用いられたことなどからすると、それぞれ全く異なる意味を帯びています。しかし、“ツァイトガイスト”も“パラダイム”も多義的に使われる概念であり、現代では同一の意味で用いられることが多くなっています。

我が国では、100年ほど前に1,000年以上続いた漢方から西洋医学へパラダイムシフトが起こり、現代では近代西洋医学が対症療法として主流になっています。しかし、いくら近代西洋医学が進歩してもすべての疾病を克服するにはほど遠く、治療の成果があがらない疾病には代替医療やかつての漢方を併用したりする傾向も強くなってきました。同時に、医療の本質は未病のうちに先制的に手を打つべきだとして、漢方の本来の概念をも取り入れた新たな予防医療の概念が醸成されてきました。更に、経済的变化や製薬事業や医療行政の変化、ネット社会における情報伝達技術の刷新などの影響も相まって国民の健康増進への関心が高まり、日本の医療や歯科医療の概念的枠組みも大きな変革期を迎えようとしています。歯科医療は、二大疾患といわれたう蝕や歯周病の治療及び予防が確立してきた

ことや、口腔領域の疾患と内科領域の疾患の関連性が高いことが周知され始めるなど、**特に歯科医療の“治療から予防へのパラダイムシフト”は医療全体をリードするかたちで進んできています。**

そして、医療従事者である私たちより患者や一般国民のほうがその変化を敏感に捉えていて、医療を提供する側の私たち医療従事者の意識が遅れをとっていることに潜在的な問題の根源が露呈してきました。一般的な経済不況と同様に、**制度依存による医療経営環境も、消費者の感性のほうが提供者のそれをリードしています。**「お客様の声をうかがうご意見箱」の存在や、「マーケットリサーチ」と称して消費者の動向を調査し、それに応えるかたちで商品やサービスを提供するという資本主義社会では極々当たり前の手法が、俯瞰してみると実は、意識が先行した消費者に感性の衰えた提供者が追随していることの証明になっていると気づかされます。現代人の“理性”が“感性”より優位に位置していることの極みです。

あらゆる企業でこうしたマーケティングリサーチを繰り返した結果、市場には商品やサービスが溢れかえり、消費者は選択できる環境から、今や選択しなければならないというストレス環境にもなりつつあります。医療においても、医療を受ける側、つまり患者の選択肢が増え、患者は医師や歯科医師から当たり前のごとく選択権を与えられています。意思決定能力が高い患者にとっては朗報ですが、そうでない場合には、情報が過多になれば患者の判断に悪影響を及ぼすことも想定しておかなければなりません。このように、意思決

定の環境一つとってもパラダイムシフトが伴っており、患者の「恩恵の原則」と「自律尊重の原則」の平衡をとることに、医師・歯科医師の“良識”による判断が求められます。従って、パラダイムシフトにはフィロソフィカルな議論は欠かせません。

現在の医療・歯科医療におけるパラダイムシフトは、あくまでも医療や歯科医療の領域内でのパラダイムの変化です。しかし、いずれ私たちはその限界に気づかされるときが来るでしょう。分子生物学の進歩は、私たちの栄養問題の本質に迫りつつあります。私たちの身体は、私たちが日々摂取している食べ物そのものを置き換えて作られています。日々の食事の見直し、すなわち食の問題は、実は潜在的ですが深刻なのです。食料問題は得てして“食の量”が問われますが、“食の質”、つまり私たちの身体は分子レベルでみたときには現代版の栄養失調状態にあることがいずれ問題になってきます。そうなった場合、**未来の医療のパラダイムシフトは、おそらく医療や歯科医療領域だけで成せるようなことではない**でしょう。ありとあらゆるライフサイエンスの「知の統合」による、そのこと自体もパラダイムシフトと呼ばれるべき大きなパラダイムシフトが将来到来するでしょう。

近代化の象徴として地球の夜を闇の世界から明かりのある世界へと大転換させた発明家トーマス・エジソンの言葉(図2)から、100年先をも見通していた彼の感性が伝わってきます。

ポリティカルな議論

ただ単に政治的な問題だけでなく、医療教

The doctor of the future will give no medicine, but will interest his patient in the care of human frame, in diet and in the cause and prevention of disease.
(未来の医者薬を使わず、食事を重視し、病気の本来の原因を探し、予防するという、人間の基本を大切に治療するであろう)
トーマス・エジソン (1847 ~ 1931)

図②

育制度に始まり、医療行政や制度改革、医療並びに一般経済動向、そして医療において取り沙汰されてきた“**Informed Consent (説明と同意)**”や“**Evidence-Based Medicine (科学的根拠に基づいた医療)**”、あるいは“**Critical Thinking (批判的思考法)**”などの概念が行きわたる社会的背景や風潮、あるいは日本独特の“空気”の醸成など、社会におけるさまざまな人為的な事象をも包括して“**ポリティカル**”と呼称して捉えています。医療や歯科医療においては、特に知識や技術に関するテクニカルな議論が常に先行し、その次に取り沙汰されるのがこのポリティカルな議論です。

多くの場合、最終的に決まった制度そのものに関する内容やその問題点の議論がほとんどです。しかし、その制度ができ上がる過程やその当時の社会的背景、業界や協会の力関係などにまで掘り下げて議論してみなければ、本質が全く見えてこないばかりか、ただただ制度に乗せられ、翻弄されていたということにもなりかねません。

太平洋戦争を生き抜いた一般国民は当時、戦局の本当のことは全くわからないまま制度に従い、限られた情報と空気に翻弄されました。戦後30年以上経つと公文書も公開され、徐々にその当時の状況や意思決定のメカニズ

ムについて国民の知るところとなりました。疾病との戦いを繰り返している医療においても然りで、臨床の現場の私たちも医療を受ける側の患者も、その医療におけるポリティクスの詳しいことは何もわからないまま、与えられた制度に従い、限られた情報と根拠の不明瞭な“空気”に翻弄されつつ、お互い長い模索が続いてきました。

しかし、制度やルールを作ったり意思決定をしたりする立場にある人も、同じく一般国民として存在しているのが民主主義の世の中です。大衆人の代表である専門人の意見を参考に制度の枠組みが作られていきますが、その過程は間違いを生じるメカニズムにもなり得るのです。そして、最後の意思決定は専門外の人もあるなかで行われる多数決ですが、族議員の数の原理だけでは、もはや政は正しい方向には進み得ないのが現状でしょう。ましてや健康の源である“食”に関してはTPPのようにグローバルな視点で見なければならぬ状況です。

私たちのように歯科医療を専門的に担う歯科医師も専門人です。私たちの代表は、私たちの声を中央に届けるわけですが、**私たちが一枚岩になっていなければ歯科医療の専門外**の意思決定者の同意は得難いものになるでしょう。また、私たち個々の歯科医師の社会性も当然問われます。つまり、**歯科業界が一枚丸となってその利益を高めるための一枚岩になるようでは、もはや私たち歯科医師の社会性を高めることはできません。患者、あるいは患者になり得る一般国民と歯科界が一緒に一枚岩となっていくことが問われる時代**になってくるでしょう。医師・歯科医師と患者

の立ち位置のパラダイムシフトが不可欠であるということにも気づかされます。

このように、激動の時代、つまり**パラダイムの議論が必要な時代には、テクニカルな議論だけでは医療や歯科医療はもはや立ち行きません。パラダイムシフトのために必要なポリティカルな議論が、これまで以上に本質的なものになっていきます。そして、医師・歯科医師と患者・患者になり得る国民のそれぞれの立ち位置のパラダイムシフトが求められる時代では、フィロソフィカルな議論が最も重要になってくることは、今も昔も変わりありません。**



フィロソフィカルな議論

“ノブレス・オブリージュ (noblesse oblige)”という、「身分の高い者はそれに応じて果たさなければならない社会的責任という義務がある」という、欧米社会における基本的な道徳観が企業や個人の社会貢献として取り沙汰される風潮が強くなってきました。もともと、「貴族たる者、身分にふさわしい振る舞いをしなければならない」ということが起源です。フランス革命以降、“財産と教養を備えた貴族”の社会は崩壊し、“所得と教育を備えた大衆人”の世の中に移り変わりました。やがて資本主義のグローバリゼーションが猛威を振るってきた現代社会では、“ノブレス・オブリージュ”も「富裕層は……」といった意味合いに格下げされた使い方が横行しているようにも思えます。

医療における倫理観も「恩恵の原則」と「自律尊重の原則」の潜在的対立構造にあるが故に、その平衡が崩れ、更にパターンリズム(家



The Choice 農水省の料理人顕彰制度「料理マスターズ」

農林水産省は、平成22年より「料理マスターズ」という称号で、日本の「食」や「食材」、あるいは「食文化」のすばらしさや奥深さを追求し、その魅力に誇りとこだわりをもち続ける全国の「料理人」を毎年8名の範囲内で顕彰する制度を発足させました。

ミシュランの「レストラン・ホテルガイド」の星による料理人の格付けは日本でも定着しましたが、日本政府が同じように料理人を直接顕彰する制度としては初めての試みです。

ミシュランの「レストラン・ホテルガイド」の評価基準が、食材、火加減、味、シェフの個性、安定性（どの料理も美味しいか、いつ行っても美味しいか）の5つの基準に加えて、店の内装やテーブルウェア、そして快適さを含むのに対し、農水省の「料理マスターズ」の評価基準は、食材の生産者や食品企業等と「協働」したさまざまな取り組みを通じ、これらの伝承、発展、利用、普及にかかわっていることに注目して評価するのが特徴です。料理の評価だけではなく、料理人が使う食材へ

のこだわりとともに、地域ごとの生産者との強い絆を評価することで、我が国の農林水産業と食品産業の振興を図るとともに、観光客の来訪の増加を通じた地域の活性化や食品企業の海外展開を促進することをも目論んでいます。つまり、「食の質」の向上を、料理人とおして促すと同時に、世界に向けた日本の食文化の紹介に貢献しようというものです。

従って、「レストラン・ホテルガイド」のような店の内装やアメニティー、あるいはホスピタリティーといったサービス面での評価よりもお店の清潔さや食の本質に迫った評価をしています。更に、「料理マスターズ」は一度もらったら終わりという賞ではなく、継続した取り組みを評価する制度で、ブロンズ賞からシルバー賞、ゴールド賞へとステップアップしていく仕組みになっています。

これまで食料問題は穀物などの食糧や摂取カロリーとしての“食の量”が重要視されてきました。“食”のグローバル化が今後ますます進



■料理マスターズ

<http://www.ryori-masters.jp>

問い合わせ：info@food-japan.jp

んでいくなかで、食材のもつ栄養素自体、あるいは生産過程や輸送過程での十分な栄養価の確保と食品自体の安全性などの“食の質”を重視した食料計画が重要な課題になってきます。

予防医学の本質は、栄養摂取の源である“食”にあります。医療費の膨張に歯止めをかけ、少子高齢社会における健康寿命を延ばすには、やはり“食の質”に意識のパラダイムをシフトさせなければなりません。

「料理マスターズ」顕彰制度は、グルメから一歩踏み込んだ、優良な生産者育成への架け橋として期待されます。そして、いずれ私たちは食が予防医学の礎を担っているということにも気づかされるでしょう。

父長主義)を排することで、医療自体が患者の言いなりになる悪しきコンシューマリズム(消費者主義)に傾倒させられ、モンスターペイシエントを生み出してしまったのは、同じく現代社会の病理なのかもしれません。しかし、その病理の原因を生み出しているのも、医療を提供する側の私たちのフィロソフィーいかによるのではないのでしょうか。

人の“生命”を担う治療を中心とした医療である“回復的歯科医療”の時代から、予防やアンチエイジングといった人の“生活”をも担う医療である“創造的歯科医療”の時代に大きく転換し始めた現代において、また医師・

歯科医師が一方的に医療を提供していた時代から、医師・歯科医師と患者(国民)の共同作業による医療を提供する時代になりつつある現代において、あるいは共同体社会から個人社会へ向かいつつある現代においては、“医療界全体で携えるフィロソフィー”から“医療一人ひとりが個人で携えるフィロソフィー”へとフィロソフィー自体の携え方も変化せざるを得ません。もちろん、全体であろうが個人であろうが、それぞれに通底したフィロソフィーは普遍です。

歯科医師会や諸学会、あるいは各種協会など、**歯科界という大きな共同体と患者の関係**

から、一個人の歯科医師と患者あるいは国民一人ひとりとの一対一の関係において医療が成り立っていくという大きな局面を迎えているのが現代社会です。

更に、医師・歯科医師と患者（国民）との共同作業であるからには、医療を受ける側の個々人のフィロソフィーも影響してきます。つまり、**医師・歯科医師の個人の価値観と患者（国民）の個人の価値観のマッチングという究極の関係性が最終的には求められる時代になってきている**のです。しかしそれは、私たちの職業倫理からの逸脱は許されません。医師と患者、それぞれ個人の価値観のマッチングがありさえすればすべて許されると誤解してしまうと、「医師による自殺幫助」といった嘆かわしいことも現実になり得るのです。

このように、医療においては、哲学、倫理、そして個人の価値観が微妙に絡まり合っているからこそ“フィロソフィカルな議論”として一括りにして捉えていく必要があるのではないのでしょうか。



歯科医療経済の低迷を嘆く声が響きわたる昨今ですが、歯科医療の内容は以前に増して日々充実してきています。そして、う蝕や歯周病を減少させることにも貢献してきました。

これまでの歯科医療経済は、“病気に値段をつけて治療する”という概念で成り立っていました。これからは“**健康に値段をつけて予防する**”という新しい概念へのパラダイムシフトが必要であり、その概念において**歯科医療経済を成り立たせることが課題として突きつけられている**のです。このように、**歯科界の現代像と将来像を視野に入れたうえで**

の普遍性を見出せば、歯科医療の本質的価値が自ずと形を成してくるはずです。

succeed は「成功する」と訳され、名詞形は success「成功」、succession となると「継承」という意味になります。真の意味での「成功を収める」とは、「次の時代に継承できる」ことを示唆しているのではないのでしょうか。一般社会の事業においても、次の世代への継承に失敗すれば何もなりません。徳川家康が愛読書にしていた『貞観政要』（唐の太宗の政治哲学書）にも、創業と守成（事業継承の意）の容易ならんことの一節は有名です。

近代歯科医療も事業の継承だけでなく、歯科医療の価値を継承していかなければ成功とは言えません。これからの時代にふさわしい潜在的価値を引き出し顕在化しつつ、次の時代に継承できる本質的価値を見出すことこそ、歯科医療の継承に欠かせない研鑽に通じるものだと信じてやみません。



2年間にわたり、“**歯科医療の本質的価値**”を探る旅のお供をさせていただきました。長年、慣れ親しんできた技術論から縁遠い考察ばかりで、さぞかし退屈な旅だったかと思えます。にもかかわらず、最後までお付き合いくださり、心より感謝申し上げます。

また、多くの読者の皆様から感想をお寄せいただき、毎回の考察の大きな励みになりましたことを、心よりお礼申し上げます。

2年間、編集を担当してくださいましたデントルダイヤモンド社の木下裕介氏、前編集長の故・佐藤進一氏には大変お世話になりました。改めてお礼申し上げます。

（本コーナーは今号で終了いたします）