

# 創造的 歯科医療に向けた ディジジョンメイキング

口腔と全身の機能,そして患者さんの社会性を高めるための診断基準から治療まで

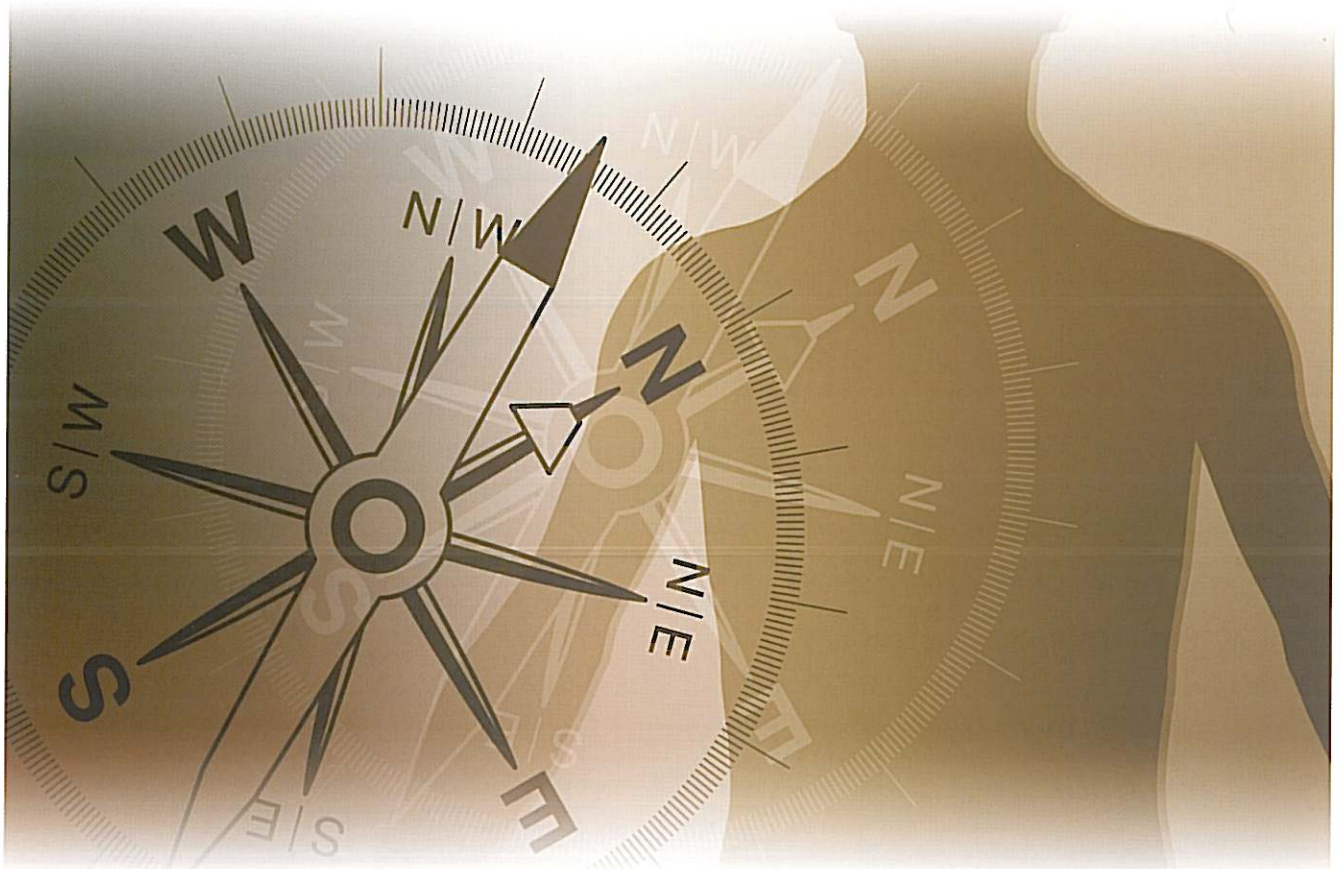
編著

中原悦夫

東京都千代田区・  
協立歯科 クリニック デュボワ

石井信之

神奈川県立歯科大学口腔医歯学系口腔治療学講座  
歯内療法学分野 教授



HYORON

# I

## 歯をまもる，そして患者をまもる ためのフィロソフィー

——歯科医師の意思決定に影響する社会的要因の検証

なかはらえつ お  
中原悦夫

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

### はじめに

医師・歯科医師は診療を行うにあたり，自らの技量を効果的に発揮するのに必要な治療技術の“自由な選択”，つまり“裁量”というものが基本的に与えられています。しかし，わが国には国民皆保険制度が施行されているため，われわれは基本的に保険診療を行うことが求められています（医療法に定められた，いわゆる応召の義務）。すなわち，法的に認められた裁量が制度によって制約され，その自由度が狭められているのです。これはわが国の医療が福祉としての立場にあり，医療を受ける側も医療を施す側も治療の費用を国費で賄おうとする考え方があるからです。また，自費部分との併用，いわゆる混合診療は法的に禁止されていますが，歯科では局長通達により一部認められています。したがって，ここでは法的禁止事項が通達によって許され，一部とは言え自由度が広がっていることも確かです。

このように，わが国の医療は法律と制度と通達を

駆使して現実的に実施されていますが，これはあくまでも国民に平等に行き渡る医療の最低限の質を確保することを優先しているからです。しかし，皆保険制度とは言え，こうした“枠”（範疇）のある医療と，国際的に標準化しつつある医療とを明確に区分けしておかなければ，医療の本質を捉え損ねる危険性があります。つまり，国民の医療に対する潜在的ニーズは今も昔も本質的には変わらないものの，患者自身はその時代ごとに保険医療機関で受けることができる医療を選択肢がないまま容認していくしかない，という時代が長く続いたのです。

しかし，近年の経済発展と同時に，新しい医療技術や薬剤，そして材料の開発が進み，医療も大きく変わってきました。また，新しい医療技術が情報として目白押しに紹介される時代になり，患者の治療選択肢が増えると共に，“たとえ自費になったとしても，本来の希望する医療を受けたい”と願う人々が増加してくるといった市場原理が，医療においても働き始めました。

そうすると，これまでのように保険医療の制度に

則って、その範囲内の治療を一方向的に提供していくだけでは不十分となり、たとえ保険医であっても保険外の治療を保険の治療と並行して患者の選択肢に加えていく必要性が出てきたのです。プロフェッショナルである歯科医師が素人である患者に最新医療情報を提供することも、われわれの法的義務の1つです。われわれ歯科医師には治療に関する“裁量”が与えられていると同時に、患者にも治療を選択する“自由”が与えられていることも確かです。意思決定をするのは患者であり、その意思決定をプロフェッショナルとして助けるのも、またわれわれの務めなのです。決してマーケティングやセールスを行うのではなく、保険医である前に歯科医師としての義務を負っているのです。

このように医療の本質と現行の医療制度との間にギャップが存在する状況下においても、われわれ歯科医師は、日々進歩する医療全体を見据えながら、個々の患者に対して診断し、治療計画を決定していかなければなりません。治療は誰が決定するのでしょうか？——歯科医師か、患者か、家族か。治療費は誰が払うのでしょうか？——国か、患者か、家族か。医療は、その時代の社会情勢や思想が常に絡み合って行われるのです。それ故に、われわれ各自が持つ歯科医師としての「フィロソフィー」が意思決定に与える影響は、計り知れないものがあるのではないのでしょうか。

本稿では、おこがましくフィロソフィーを論ずるのではなく、フィロソフィーが必要な社会的要因を検証してみたいと思います。

---

## 福祉的医療か、契約的医療か

---

### 福祉的医療の限界

社会保障の一環として福祉の向上を目指してきた日本の福祉的医療も、その財源の先細りは医療の質の伸び悩みを招き、やがて、より良い医療を求める

人々によって契約的医療が幅を利かせていくこととなります。

患者はあくまで罹患者（弱者）であり、消費者ではないはずです。ただ、自腹を切った瞬間、消費者感覚になってしまうことも確かです。では、保険診療とは言え自己負担分の3割を支払う患者や、自費の患者は消費者として扱うべきでしょうか。健常者の疾病予防、抗加齢、あるいは美容医療を目的とした来院に関しては消費者としての位置づけが必要な時代かもしれませんが、十把一絡げにして“患者様扱い”するような医業経営上の浅はかなマーケティング手法は、ともすれば消費者の暴走（モンスター化）を生み出しかねません。「医道」があれば「患者道」もあっても然るべき時代です。診るほうも診られるほうも節度があつてこそ、本来の医療は成り立ちます。

しかし、節度と言っても、グローバルな時代にはそれぞれの国や個人によって、宗教や道徳、文化、慣習、そして価値観が違ってくるので、基準を引きにくいことは確かです。ただ、医療はサービス業の範疇に入るとした『厚生白書』の例からすれば消費者と言っても、あながち言い過ぎではないかもしれません。とは言え、消費者法の適用はあまりにも行き過ぎです。もちろん、悪しき慣習は改善されるべきですが、消費者関連の法律を適用することで患者を守ろうという動きは医療の本質から離れた解決法であり、本来の信頼関係のうえに成り立つ医療の消滅につながります。患者との信頼関係のうえで同意が成り立っていても、結果を100%保証できる医療しか提供できなくなります。そうすると、本当に困るのは国民です。われわれ医療人は患者の病理と闘うと共に、こうした社会の病理とも闘っていかなければならない宿命にあるのです。

### “医療の質100%保証”の捉え方

結果を100%保証できる医療など存在し得ません

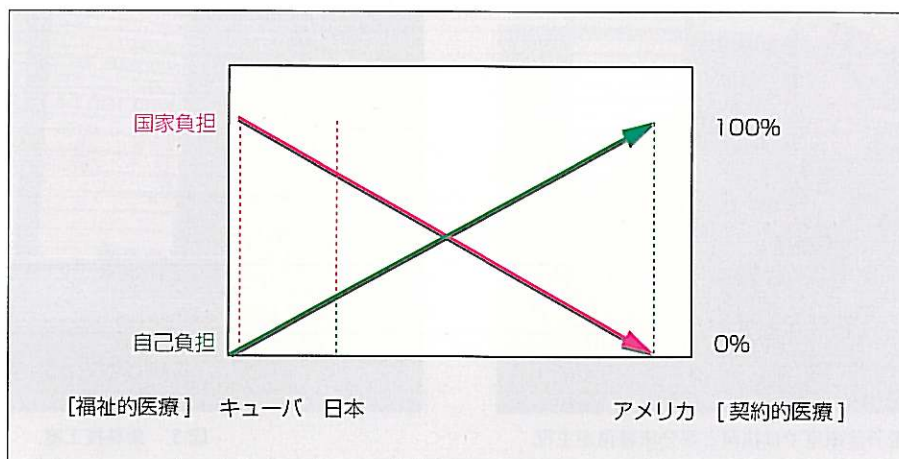


図1 福祉的医療⇔契約的医療。社会主義国家の本場であるキューバでは施設や機器、そして材料等のすべてが国家によって提供されているので一概に比較できないが、医療費だけに言及すると、国家が負担する割合が高ければ福祉医療、自己負担率が高ければ契約医療としての意味合いが濃くなる。

が、自己負担率が高ければ、結果への要求は当然、高くなるのが世の常です。仮に「契約的医療」の極限の姿を“医療費を患者が100%自己負担する”状態、「福祉的医療」の極限の姿を“医療費を国家が100%保証する”状態として、筆者がキューバの医療施設を視察したときの経験やアメリカでの体験等に触れながら話を進めてみます。

ご承知のように社会主義国であるキューバは、国家が医療費を100%負担し、国民の所得も平等を旨とする国です。一方、資本主義国であるアメリカは、医療の結果を100%保証しているわけではありませんが、日本のような皆保険制度はなく、医療費は一部を除いて患者がほぼ100%自己負担している、と言っても過言ではありません（国の保険は存在しますが、ほとんどの国民が民間の保険会社に個人あるいは組織で加入しているので、実質は全額を個人負担しています）。日本の医療費は国家の負担が7割、自己負担が3割ですから、古い言葉で言えば「日本は修正資本主義の国」とでも表現すればよいのでしょうか（図1）。

### 1. キューバの医療

キューバは1959年の革命によりカストロ議長

（当時）が率いる社会主義国家となり、医師も患者も国民の所得は同じです。現在もなお第三世界諸国として経済的には貧困ですが、首都ハバナの治安は驚くほど良く、安定しています。公共交通機関の整備が不十分なのでヒッチハイクが常習化していて、深夜に女性が独り歩きし、ヒッチハイクしても何も問題は起こらず、国家主導で互いに助け合って生活しています。

医療制度に関しては、実は世界的に優れた評価を受けるだけの驚くべき実績を積んでいます。毎年、国家予算の10%が医療費に向けられ、平均寿命は76歳を超え、乳児の死亡率は1,000人に7人と、他の第三世界諸国（平均90人）はもとより、英米（11人）をも抜いています。医師の数も1999年時点で国民169人に1人で、日本の520人、アメリカの405人に比べ驚くべき充実ぶりです。

地域ごとにデスクを1つ置いただけの診療室があり、そこには何と住民300人に1人の割合でファミリードクターが存在しています。住民は具合が悪くなったり怪我をしたりした場合、まずファミリードクターがいる“地域ごと”の診療所を訪れます。そこで生活習慣に至るまで細かく問診され、処方が必要なのですが、必要に応じて地域病院へ搬送して



図2 地域病院の歯科診療室では抜菌と部分床義歯が主役。



図3 歯科技工室。

くれます。さらに、州病院、国立総合病院の高度な医療へと段階的に搬送される体制が完備されていて、患者は自分で病院や診療科を選んだり探したりする必要がなく、すべてファミリードクターが医療コンシェルジュ役を果たしていて、300人全員の健康状態を把握しているのです。

地域病院は昭和40年代の日本と同程度の設備で各診療科が配置されていますが(図2～図5)、古臭い病室内にはびっくりするような最新鋭の内視鏡が置いてあったりします。日本からもODAによる支援が行われているようですが、設備に関して本当に驚くのは、さらに高次医療を受け持つ州病院や国立総合病院で、第三世界諸国では考えられないようなCTスキャンや超音波診断機などが設置され、アメリカで治療を受ければ30万ドル以上かかる心臓移植が無料で行われています。

一方、地域病院はプライマリーケアを主体に推し進め、未病の段階での予防医療に注力しています。とりわけ中国政府からの支援により早くから漢方や鍼灸が導入され、キューバの薬草(ハーブ)も取り入れられた代替的な医療にも力を入れています。

医学教育については、大学医学部以外にも各総合病院で直接、医学生教育が行われていますが、医師たちは国内従事だけではなく、2万人を超える医師をハイチやホンジュラス、そしてアフリカ諸国など

に派遣し、積極的に国際貢献を行っています。

このように、世界には中東の産油国以外にも医療費が100%無料という国があるのです。筆者がキューバの医療を視察中、何か心に温かいものが湧き上がってきましたが、とりわけ医師と患者の関係がとてもフレンドリーで、しかもアメリカとは違ったフレンドリーさを感じたのも確かです。

## 2. アメリカの医療

一方、医療大国アメリカは資本至上主義国家の代表格で、医療の質や技術、機器、薬剤の開発に至るまで資本の原理で行い、その発展には凄まじいものがあります。しかし、医療費は押し並べて高額で、民間保険に加入できず満身に医療を受けられない国民が4,000～5,000万人もいる、と言われています。医療においても常に市場原理が働いていて、当然ながら医師によって治療費は異なります。医学教育が中心の大学病院においても、医学生が診療する場合はインストラクターや臨床医、そして専門医と同じ診療内容であっても治療費が異なり、医師の個人的技術差を治療費に反映させているのです。施術者を患者自身が選ぶこともできますが、より良い医療を受けるためには、より高い医療費を支払わなければならないことは、資本主義として当然のことなのでしょう。この観点からすると、患者は早くから消費



図4 歯科で使われている材料。



図5 各診療所には電子医療情報ネットが完備されており、医学生はここで最新医療情報にアクセスできる。

者なのかもしれません。しかし、資本主義である以上、支払い能力のない国民に施す医療は限られ、同じ国民でありながら自国の医療を受けられない人間がいるという、負の現状もあるのです。

かつて、アメリカにおいて知人の救急搬送に同行したことがあります。救急車で救急病院に到着して、最初に求められたのがクレジットカードの提出でした。キューバでの視察の際に感じた胸の温もりとは対照的に、心に穴が開くような現実を体験させられる思いでした。とは言え、そのときの受付担当者や担当医師に対する嫌悪感は全く生まれませんでした。彼らは、資本主義社会であるアメリカの医師免許や医療制度に則って医療を行っているものであり、そこに個人的な価値観など介入できる余地はないのです。

#### 自由意思を決定づける“フィロソフィー”

このように医療の現場においては、医療を受ける側にもそれぞれが置かれた状況や価値観により、医療に関する概念が違うのです。したがって、医療に対する捉え方も人それぞれ違って当然です。一方、われわれ医療を提供する側からしてみれば、どうしても既存の医療制度や慣習を優先しがちで、仕組みを変えることや枠を超えることに躊躇してしまします。挙句の果てに国の政策や制度を批判し、平等的

立場をとることで逃避してしまいがちです。

医療を社会保障の一環である福祉として捉えるべきか、個人の問題として捉えるべきか。表現を変えれば、社会主義に立脚するのか資本主義に立脚するのか、日本の医療はその中庸を模索しているのでしょうか。しかしわれわれは、個人としてどうすることもできない環境下で日々臨床に従事しなければならないのです。その中で社会の流れに巻かれるもよし、悪しき社会と闘うもよし、患者を消費者という立場に置くもよし、罹患者（弱者）という立場に置くもよし、自分に確実にできる診療だけ提供して本質から逃げるもよし、患者と一丸となってありとあらゆる手を尽くして共に闘うもよしです。すべて自由であり、それぞれに一定の責任が取れば、すべての選択肢があり得るのです。これだけ自由が保障された世の中でもあるのです。逆に言えば、法律に触れなければ何でも許されてしまう世の中でもあるのです。したがって、われわれ歯科医師にも選択の自由が保障されており、どのような診療姿勢も許されてくるわけですが、そうすると、われわれ1人1人がきちんと持ち合わせていなければならないのが意思決定のための羅針盤で、それがいわゆる「フィロソフィー」だと思われま

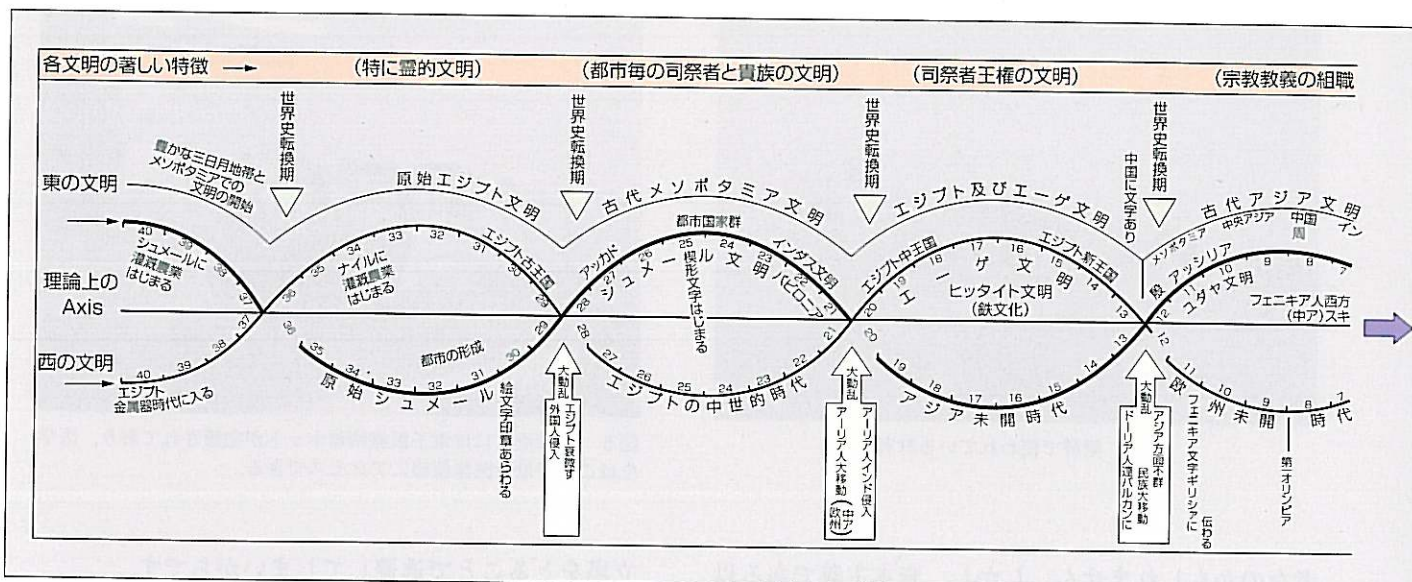


図6 東西文明の交代と人類の創造的進化の法則を表す図 (出典: 村山 節著『文明の研究』(光村推古書院), 岸根卓郎著『文明興亡の宇宙法則』(講談社)より).

## 確かな根拠に基づく医療 (EBM) か、感性に基づく医療か

### 東洋医学と西洋医学, 統合医療

これまで論じてきた歯科医療を取り巻く社会的背景は、まさに“資本主義か社会主義か”といったイデオロギーに波及する内容でした。国が違えば医療制度自体も当然、違ってきます。

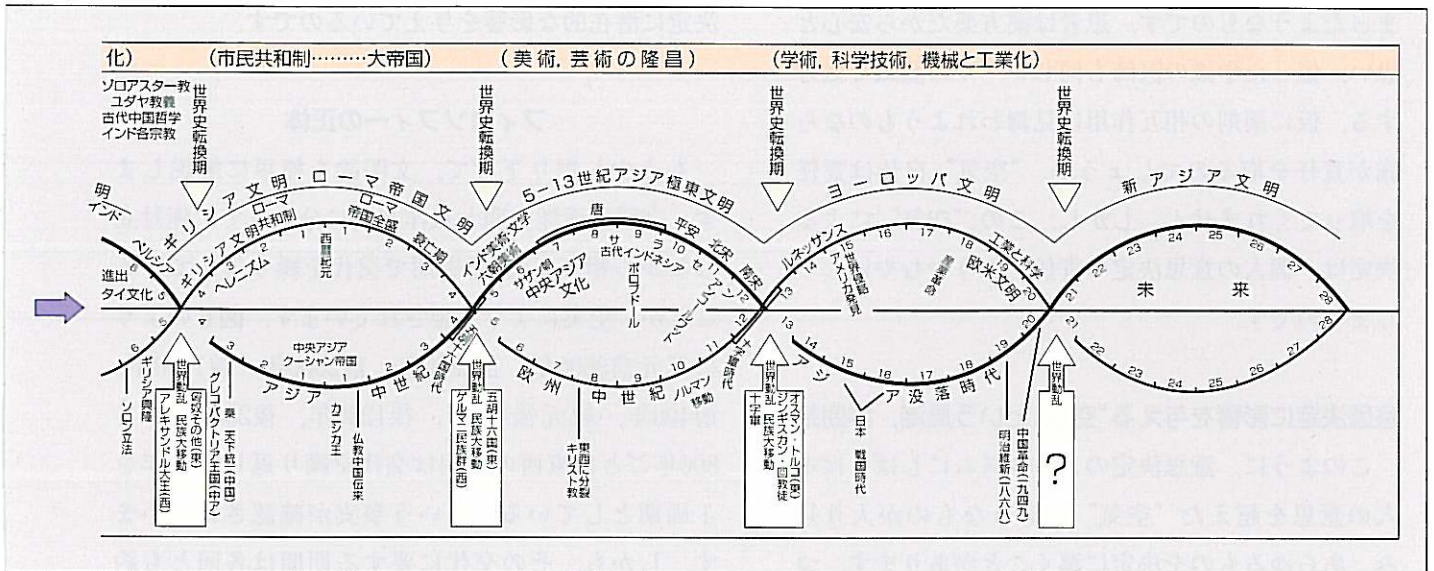
われわれの歯科医療を取り巻く社会的背景には、もう1つの大きなうねりのようなものが存在しています。国家の思想を超え、時間軸を伴い、世界を二分する文明の交差、すなわち東洋と西洋を代表する文明に端を発する医療の考え方です。ここでは、ただ単に“東洋医学か西洋医学か”といった医学の歴史的分類、地域的分類に限局するものではありません。文明を形成する大きな時間の流れの中で、われわれはどの時代を生きているのでしょうか、また、どの文明期に生かされているのでしょうか。政治や行政の在り方に基づく統治制度、そして医療を取り巻く社会的風潮など、いわゆるイズムやイデオロギーを超えた深い根底に脈々と流れているものが、わ

れわれの医療の源泉を成している、ということです。

### 1. 統合医療の必然性

現在、世界における医療の大半は近代西洋医学がベースになっていますが、これはほんの百数十年前に近代科学の基礎が西洋で確立されてからのことで、以後、キリスト教の精神を背景に心と身体を分ける「心身二元論」で近代科学の一分野としての医学が急速に発展して現在に至っただけのことです。一方、直近の東洋文明の最盛期は唐の時代、長安を中心とした紀元800年前後で、日本では飛鳥・奈良・平安時代にあたります。奈良時代、華嚴宗東大寺においては僧侶が漢方医を担っていました。江戸時代末期まで御殿医は漢方医、つまり日本の医療は、1,000年以上にわたって漢方が主流だったわけです。まさに、感性に基づいた医療の歴史のほうが長いのです。

長い間、君臨していた漢方に比べると、近代西洋医学の歴史は10分の1にも満たないものです。また、現代人は西洋医学の効用や恩恵を十分に受けているにもかかわらず、相変わらず克服できない病気が山積している状況の中で、新たな流れが生じていま



す。つまり、細分化した医療体系に警鐘を鳴らすべく求められ始めたホリスティック医学ブームに端を発し、代替医療、そして東洋医学を中心とした代替医療をすべて併合した「統合医療」という名の下に、アンチ近代西洋医学ともとれる空気が醸成されつつあるのです。一方、近代西洋医学は、本来の近代西洋医学の根本を成すEBM (Evidence Based Medicine: 確かな根拠に基づく医療) を改めてアピールしています。物事を公平公正に判断し、真実を見極める姿勢が大切な近代西洋医学にはEBMは不可欠です。しかし、世の中にはEBMでは説明することができない有効な医療も実際には存在しています。やはり、この時期におけるEBMキャンペーンは、医療裁判にみる昨今の法曹界の風潮への対抗策としても窺い知ることができ、科学的に説明できないものを排除することで社会的正当性が説明されることが多々あります。

## 2. 統合医療、統合化の陥穽

このような西洋文明の産物である近代西洋医学と、東洋文明の産物である漢方や代替医療を併合した統合医療の対立があるのは、文明論からすれば、

むしろ健全なのですが、この統合医療をさらに近代西洋医学と統合しようとする動きが出てきますと、少々理解に苦しむ事態になっていきます。ご承知のように、“漢方は副作用が少ないので西洋医学でも取り入れよう”ということで、近代西洋医学をベースにした保険診療にも導入されました。

これは、漢方で使用する生薬を西洋医学的に処方するという“EBMに基づいた対応”ですが、本来の漢方の処方とは全く違い、統合医療でも何でもありません。ただ単に近代西洋医学の臨床現場で漢方薬を使用した、ということに過ぎません。漢方は感性に基づいた医学体系であるので、その診断法についても漢方医の経験や直感に委ねられており、近代西洋医学に根ざしたEBMの入る余地はなく、それぞれ互いに受け入れ難い文明の叡智なのです。

このような現状にある医療の断片を取り上げてみてもわかるように、西洋医学と東洋医学があたかも統合したかのようにみえることは、現実にはよくある話です。アンチ近代西洋医学に端を発した“空気”がEBMの重要性を説く“空気”に触れた末、いつの間にか西洋医学と東洋医学が一見EBMに根ざして統合されたような“空気”にすり替わってし



まったようなものです。患者は漢方薬だから安心と  
思い、偏った学識の医師も同じレベルの認識で処方  
する、仮に薬剤の相互作用に見舞われようものなら  
誰が責任を取るのでしょうか。“空気”自体は責任  
を取ってくれません。しかし、この“空気”による  
決定は“個人の意思決定の責任”をうやむやにして  
しまうのです。

### 意思決定に影響を与える“空気”という風潮、雰囲気

このように、意思決定のメカニズムにしばしば本  
人の意思を超えた“空気”のようなものが入り込  
み、あらゆるものを決定に導くことがあります。つ  
まり、意思決定のメカニズムのすき間に忍び寄って  
幅を利かす“空気”のような存在、言い換えると、  
その時代の風潮などの情況論理が本来の理論に基づ  
いた固定論理を超えて、その意思決定を支配するこ  
とがあるのです。

かつて、戦艦大和が出撃に踏み切ったときも、そ  
の出撃を無謀とする人々には無謀とする細かいデー  
タ、すなわち無謀とする根拠がありました。一方、  
出撃は当然とする人々の主張にはそういったデー  
タや根拠は全くなく、その正当性の根拠は専ら“空  
気”だったのです。撃沈されることが理論的に明白  
であった固定論理よりも、その時代、その場の雰  
囲気といった情況論理がこの重大な意思を決定した  
ことは興味深い事実です。

われわれの臨床においても、常にこれと同じよう  
なことが起こり得るリスクは十分考えられます。さ  
らに“確かな根拠に基づく医療（EBM）を取るか、  
感性に基づく医療を取るか”という二極対立する医  
療の存在は、“近代西洋医学を取るか、東洋医学を  
取るか”といった単純なものではなく、西洋文明と  
東洋文明の二極対立・周期交代の法則に説かれてい  
るように、医療も含めて世の中の思想、文化、宗  
教、哲学、価値観など、すべての社会的事象に影響  
を及ぼす大きな意思が存在し、われわれ個々の意思

決定に潜在的な影響を与えているのです。

### フィロソフィーの正体

もう少し掘り下げて、文明論を簡単に解説しま  
す。文明は西洋文明と東洋文明に分かれて二極対立  
しながら相互に800年周期で交代を繰り返している  
ことが、史実により立証されています。図6のよう  
に紀元前3600年、前2800年、前2000年、前1200年、  
前400年、紀元後400年、後1200年、後2000年の各  
800年ごとに東西の文明は交代を繰り返し1,600年を  
1周期としている、という事実が確認されていま  
す。しかも、その交代に要する期間は各回とも約  
100年であることが明らかになっている、というも  
のです。

このように、800年に一度の文明の大転換期は混  
乱期と立証され、まさに現代に生きるわれわれはこ  
の時期に遭遇し、まだ40～50年はこの混乱期を過  
ごさなければならぬ宿命にあります。医療におい  
ても問題は山積していて、脳死問題1つを取り上げ  
てみても、学会や国、世界全体において指針は打ち  
出されているものの、完全な解決には至っていま  
せん。日々の臨床においても、“このままでいいの  
か”“この医療を提供し続けていていいのだろうか”  
と自問自答することが多いと思います。国の方針に  
従い、学会の基準に従い、病院や医院の方針に従  
い、これまで受けてきた教育に従い、その場の空  
気に従い、過去の慣習に従い……と、その瞬間、  
瞬間を過ごしてきたわれわれですが、その場の空  
気は、何の根拠もなく変化し、過去の習慣は通  
用しなくなりました。

治療に対する考え方も、時代と共に変化しま  
す。それでも患者と一対一になったとき、われわれ  
の意思決定はすべて自らの考えで最終決定をしな  
ければなりません。そのときは確固たる信念の下  
に意思決定をしなければなりません。その拠り所  
を外に向けていくのでしょうか、それとも内に向  
けていくのでしょうか、それとも内に向けていく  
のでしょうか、それとも内に向けていくのでし

表 治療のスタートから終了までの流れ

フェーズ1	構想段階	楽観的創案	オーラルデザイン
フェーズ2	計画段階	悲観的考察	プランニング
フェーズ3	実行段階	楽観的行動	処置, 手術, 施術

ようか。フィロソフィーが必要な理由はこの辺にあるのではないかと思います。言い換えると、患者に対して自分で責任の持てる“意思決定に必要な何か”，これがフィロソフィーの正体なのかもしれません。

## 治療内容はフィロソフィーを基に、十人十色

### 治療計画決定のプロセス

カリエスや歯周病、叢生等の不正咬合、そして顎関節や咀嚼筋の異常などの他、不良補綴物を伴った状態、いわゆる主訴以外にも重篤な症状を呈した患者を目の前にしたとき、われわれ歯科医師の脳裏にはさまざまな治療イメージが湧き上がってくるはずです。口腔内をミラー片手にざっと診査した段階で、すでにさまざまな治療デザインが脳裏をかすめています。

われわれは患者からの主訴を聞いて、まだエックス線写真などの検査結果をみないうちから、あらゆる治療を楽観的に構想しています。そして、この時点でイメージされた治療デザインが次のステップである検査項目を決定し、本格的な治療計画に入っていくこととなります。初期の治療構想が幅広いものであるほど、検査項目は充実していきます。

治療計画は、施術者の知識や技術力、そして力量等を鑑みながら、どちらかと言うと悲観的に考察され、かつ慎重に進められていきますが、複数の計画が構築されたら好ましい治療法を選択しなければなりません。この段階でようやく、患者の意向や社会

的、経済的要件を交えながら最終的な治療計画を選択し、患者と共に決定していくことになるわけです。この段階では治療することのリスク、治療しない場合のリスク等を含めて、いわゆるインフォームドコンセントも同時に確立しなければなりません。

こうして決定された治療計画に基づいて、すべての治療は実行に移されていきます。この段階では患者に安心して楽観的に治療に臨んでもらうことが望ましく、われわれ歯科医師も、処置中の計画変更やトラブルに直面したときのことを予見して、事が起きたら直ちに対応できるように治療計画に十分反映されていれば、患者と同様に楽観的に治療に臨むことができるのです。

これらの一連の流れを一瞬にして行わなければならないのが救急医療であり、それだけに医師や歯科医師の力量が問われるのです。

### フェーズ1 決定の重要性

もう一度、整理しながら治療の流れを表のように分解してみますと、このフェーズ1の構想段階はオーラルデザインです。この段階で治療の方針や方向性が決まってくるため、歯科医師の豊富な経験と社会性、そしてセンスに左右されます。また、経験に反比例して「構想⇒計画⇒実行」の所要時間は短くなり、即時性と確実性が高まってきます。フェーズ2の計画段階は診査、診断、そしてプランニングです。画一的に診療形態が構成されてしまっている社会保険診療の流れは、病名さえ決定されればこの段階から開始することができるため、即時性が高いの

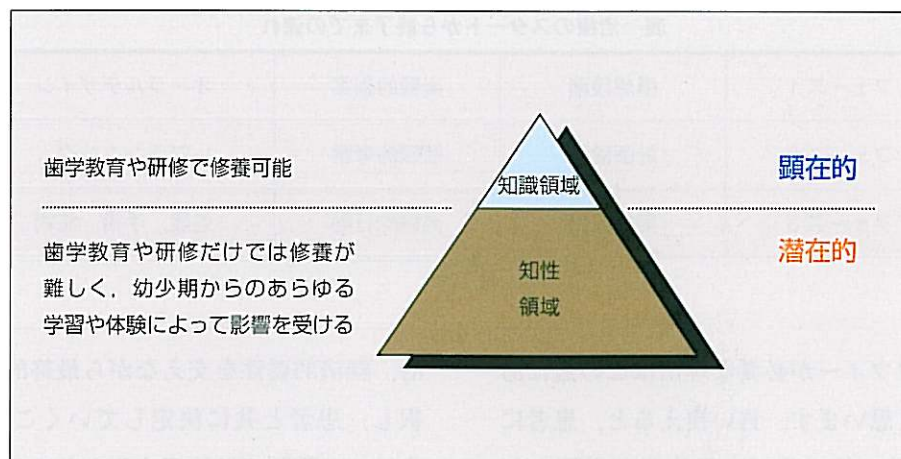


図7 オーラルデザインに必要な知識領域と知性領域。

です。また、専門医による限定された医療分野においても、この段階から開始することが一般的です。フェーズ3の実行段階は処置、手術、施術、いわゆる治療です。

フェーズ2のプランニングは、大学での歯科医学教育や卒後研修、あるいは学会や研修会において専門的に修練する機会が多いのですが、構想段階であるフェーズ1のオーラルデザインは、歯学の専門教育を超えた、あるいは専門教育前後の豊富な社会性と経験を通して何らかの方法で養われる、いわば潜在的な知性から湧き上がってくるセンスが要求され、歯科医学教育や卒後研修、あるいは学会や研修会等のみでは直接養うことは難しい一面を持っています(図7)。

それだけに幼少期からの家庭での教育によるものやDNAに刻み込まれた個性ないし性格によるものなど、あらゆる体験によって影響を受けている膨大な潜在的な知性から来るものの存在が大きいと思われます。世襲が問題視される昨今ですが、世襲の良い点が1つだけあるとするなら、この潜在能力を生まれながらに身に付ける好機が与えられているところかもしれません。その潜在能力の使い方が重要なのであり、世襲かどうかは問題ではないのです。

### 治療の幅を広げる“インターディシプリナリ・アプローチ”

昨今、提唱されているインターディシプリナリ・アプローチ(Interdisciplinary approach)は、まさに専門を超えた分野を十分理解したうえで、総合治療計画に取り込んでいかなければならない超専門的アプローチですが、現在の歯科医学教育は細分化教育を目指してきたため、そのような教育形態はまだ確立されておらず、本当の意味での修養は困難を極めます。Interdisciplinary approachにおいてはフェーズ1が最も重要であり、近代西洋医学の最終形として確立、普及していくことが望まれます。

初診時の脳裏に浮かぶあらゆる治療デザインはきわめて楽観的ですが、この段階でアイデアに乏しい歯科医師にかかった患者は、同じく選択肢に乏しい治療を余儀なくされてしまいます。逆に、豊富な経験と学識を伴った歯科医師にかかった患者は、多くの問診や診査を受け、そして多くの要望を聞き入れられ、それに見合った必要な検査を受けることにより、治療の選択肢も多様化したものになるでしょう。また、治療の専門性が高まり複雑化すれば、チームアプローチという選択肢も説明されるでしょう。こうした歯科医師の豊富な経験と学識は高度になるにつれ、治療よりむしろ予防へと広がりを見

せ、当然ながら MI (Minimum Intervention) に向かっていくことになるでしょう。われわれ歯科医師は歯学の範疇ですべてを発想する傾向がありますが、医学全体を見渡して構想してもいいわけで、むしろそうすべきであり、いわゆる口腔科医に立脚して対応すべきです。

しかし、実際のところ、臨床は個人に与えられた裁量に委ねられているため、卒後間もないころは乏しい経験と大学で学んだ知識をフル回転させて治療にあたるわけです。そこから経験を得て、やがて専門医を選択したり、チームを組んだり、さらに医科とのチームに発展させたりすることも可能となるわけです。

このように、歯学部卒業後はすべての裁量が歯科医師個人に委ねられているので、われわれ歯科医師の日々の努力は自ずと患者の選択肢を増やすことに通じます。言葉を換えれば、その努力こそがフィロソフィーの正体なのかもしれません。

### フィロソフィーの身に付け方

われわれが置かれた日本の医療環境は、歯科医療を実践するために先人たちによって工夫された環境であり、治療や思想の持ち方を一切制限するものではありません。しかし、多くの場合、保険医と保険医療機関という二重指定の社会保険医療制度によって、すべての治療が制限されているかのような勘違いを起こしやすい環境に置かれているのかもしれません。卒後間もない経験も学識も浅い若き歯科医師と、経験豊かなベテランの歯科医師の報酬が同じであるということは、単なる1つの制度の在り方であり、それを理由に向学せず、フィロソフィーを持つことなく日々の臨床にあたるのも、歯科医師の選択肢の1つです。

また、卒後に歯科医師として時間が経過していることは、学識や経験が豊富なことと必ずしも一致するものではありません。フィロソフィーは、ただ単

に学識と経験を積むことからのみ養われる、といったものではないからです。若くして直観的にフィロソフィーを携えた優れた歯科医師もいれば、学識としてそれを構築している優れた歯科医師もいますし、また先人からの教育により習得していく歯科医師もいます。フィロソフィーの身に付け方は人それぞれで、おそらく“すべてを寄せ集めてみても、個人的には意味をなさない”ということも、フィロソフィーの持つ一面なのかもしれません。

### おわりに

中医学では医療の第一義は“人を病気にしないこと”であり、人の病気を治すことと人の病気を治せないことは共に次席に値し、その本質ではない、と謳っています。一方で、近代西洋医学は心身二元論に立脚することで、歯科においても医科においても病気を治すことに大きく貢献してきました。しかし未だ治すことのできない病気も多く、中でも心の病は増加の一步をたどり、各疾病予防は後手に回っているのが現状です。

フィロソフィーを日本語で表現すれば「哲学」となり、崇高で専門性が高く、素人には容易に扱えない学問を指すような錯覚に陥りがちです。しかしそれは、科学、知の追究、見解、観点、人生観等の意味を持ち合わせていて、本来、とても日常的で身近な言葉でもあります。ひょっとすると、それは童話や昔話に描かれているような、きわめて基本的な道徳観念を意味しているのかもしれません。

今回は社会主義国家の医療と資本主義先進国の医療という地球上に並存する特異な医療、そして東西思想の変遷のごく一部として、現在ピークを迎えている医療である近代西洋医学と、過去にピークを担った医療である漢方という時系列に存在してきた医療を取り上げました。また、日本の資本主義とアメリカの資本主義はすべからく同じというわけではな

く、いずれも文化的社会的矛盾を抱えています。日本の医療においては社会主義を目指しているようにみえても、本場の社会主義国家の医療とは全く異なるものではありません。つまり、医療においては社会的要因が日々の臨床に大きく影響しているのです。もっと掘り下げると、あらゆる病の原因にもこれらの社会的要因が大きく影響している、と言わざるを得ません。こうした“安定”とはほど遠い“激動”の時代において医療を担うわれわれにとっても、古の時代において医療を担ってきた先人にとっても、“目の前の患者をどうするか”という問題は今も昔も変わらない命題であるはずで、それは、患者の目の前で医師や歯科医師自身がすべての意思決定をしてきた現実から言えることです。

普段、何気なく下している診断、その直後の“これまでの学習や経験に基づく無意識の思考回路が働いた末に提案される”治療計画、これらの多くは瞬時に患者に伝えられています。学習と経験の蓄積は意識的思考を停止し、無意識の思考による洞察力、判断力、そして直視力を向上させ、やがて日常のかつ固有の思考の習慣を構成していくからに他なりません。そして最終決定を下すとき、あるいは決断を迫られたとき、その意思決定の羅針盤を担っているのが幼少のころから身に付いた行動の思考習慣であり、それをここでは、われわれ歯科医師が備えていなければならない「フィロソフィー」と位置づけてきました。

このような治療に関する歯科医師固有の意思決定のメカニズムと、国や学会、諸団体のような組織が行う意思決定のメカニズムには明らかな違いがあります。民主主義に則った組織の意思決定は当然、多数決で決まるものであり、多数派の意見が数の論理

で“決定意思”とされることとなります。もちろん、その国の方針、学会の治療方針、会の運営方針等を尊重して医療を進めていくことは当然の在り方ですが、組織の意思決定が行われた時期、つまりそのときの世界の科学的水準、“空気”とも称される社会的風潮、そしてどういう人物がそのときの多数決に関わったかによって、結論は全く違ってきます。百歩譲って、そのときの決定に関わった人物的要素に問題がないとしても、社会的要因の影響は避けられません。このように組織の下した意思決定を、われわれ歯科医師固有の臨床における意思決定にいかに関連づけるか、つまり影響を受けるか否かも、一患者に対しては、すべて歯科医師固有の意思決定における判断要因の1つに過ぎないのです。

“流行りもの”に流され、大きな組織に依存し、意思決定を外に向けてはいないでしょうか。たとえ“流行りもの”であったとしても、その意思決定が内なる思考から生じたものであれば、患者は結果にかかわらず後悔することなく、その治療を受け入れることができるはずで、意思決定は、何よりもわれわれ歯科医師の医療の充実に欠かせないものであり、固有のフィロソフィーに影響されてなされるものでもあるからです。

#### 引用文献

- 1) 吉田太郎：世界がキューバ医療を手本にするわけ。筑地書館，東京，2007。
- 2) 岸根卓郎：文明論—文明興亡の法則。東洋経済新報社，東京，1990。
- 3) 山本七平：「空気」の研究。文春文庫，文藝春秋，東京，1983。
- 4) 岸根卓郎：宇宙の意思一人は何処より来りて，何処へ去るか。東洋経済新報社，東京，1993。
- 5) 岸根卓郎：文明興亡の宇宙法則。講談社，東京，2007。
- 6) 村山 節：文明の研究—歴史の法則と未来予測。光村推古書院，京都，1984。
- 7) 川淵孝一 編：歯科医療再生のストラテジー&スーパービジョン。医学情報社，東京，2005。

\*

\*

\*