

---

## 医療はこれからどうしたらよいか — 歯科保健・口腔保健からの断想 —

高江洲 義 矩

### Quo Vadis in the Way of Health Issues.

Yoshinori Takaesu

---

#### はじめに

大きいテーマの表題であるが、もともとは歯科医療、口腔保健、口腔ケアについての最近の動向から思うことである。

とくに最近のわが国の歯科保健・口腔保健・歯科医療には、どこかに閉塞感が漂っている。プレイクスルーが望まれている。それで“どうしたらよいか”ということになるが、それは現状分析と予測性の問題であるので、別に稿を改めてとりかかるとして、ここではエッセイとしての断想を書き綴ることとする。

この時代になって、医療の中で、歯科、〇〇科という範囲で考えることに無理がある。したがって、どうしてもわが国における保健・医療・福祉（介護）の動向で考えざるを得ない。それは、19世紀から世界的に続いてきた「社会保障」と「医療」に端を発したことである。

つまり人類の経済的な負の存在と身体的な負の状態に、どのように対処したらよいかという政策的な課題である。

しかし、視点をかえれば、それは人類の社会経済学的なポジティブな発展であり、心理身体的な

幸福の追求の課題でもある。

かつて、46年前、歯学部学生時代の1960年代に、筆者の郷里沖縄の医療事情を調査していた頃、医療と福祉に関する文献を探索して、ようやく翻訳書が手に入った。エクスタインH.の著書「医療保障」であった。現在は手元にないが、当時この分野の専門書が乏しい時代で、貴重な文献であり、医療を社会制度のなかでどのように進めていったらよいかということであった。

現在では、厚生経済・医療経済の分析がなければ混迷するだけである。経済は選択の科学であり、どの経済理論に基づくかで、その分野の経済展望に影響をおよぼしている。

ここでは、短いエッセイとしての医療と社会保障、なかでも歯科医療制度と口腔保健（Oral Health）を中心に考察を試みてみることにする。

#### 1. 医療系の教育

ゲノム解析・ゲノム医療、臓器移植、人工臓器・器官、安楽死問題、そしてその一方で、介護サービス事業、福祉事業の拡大と、医療はこれまでの領域からはみ出していつている。

「はみ出していつている」ということは、世界的な規模でこの領域が広がっているということであり、その背景には医療技術の進歩（医療技術の進化）、世界的規模での情報の拡大、生命の尊厳、生命の延長、民族の生活様式の変遷と人口問題などがある。

---

#### 【著者連絡先】

〒261-8502 千葉市美浜区真砂1-2-2

東京歯科大学・名誉教授 高江洲義矩

TEL：043-270-3712 FAX：043-270-3659

このような趨勢に、医学教育では目下のところカリキュラム編成が行われて、時代に対応する教育が進められているが、実際のところ姑息的に、右顧左眄のような姿勢での対応がみられる。その教育方針に長い議論の時間を奪われているのに気がつかないかのようなのである。端的にいうと、人権、生命倫理、生命の尊厳、コミュニケーションの分野の教育が遅れている。

従来、医学教育は一つの正解を教えることで何世紀も経てきた。実際のところ、現在の医療系の国家資格獲得のための国家試験問題なるものを通覧してみても、前述の課題についての選択肢問題で、一つの正解肢を要求する問題が横行している。それなりの出題意向は理解できるが、実際問題として、果たして一つの正解肢でよいかという疑問が絶えず出てくる。その対策として、このような国家試験問題に、必修問題とか、禁忌問題と名づけて、極端な認識の過誤をふるいにして排除する工夫がなされている。

しかし、医療では、医学では、一つの正解だけを教える教育を、根本から変えるべきであると思う。その理由は、現在の複雑な医療の世界では、正解は一つとするのではなく、いくつかの状況を考える修練が必要であるからである。

医療系の教育に限らず、教育には即効性の教育と遅効性の教育がある(表1)。なかでも医療系の教育では、従来から、すかさず専門家を養成しようとする風潮がある。ややもすれば軍隊教育のような場面があることは否めないことである。救急医療、感染対策、さらに組織的な連携で行われている外科手術などにおいても、リスクの排除と細心の即座の判断が第一に挙げられる。それはまさに「即効性・速効性の教育」である。

表1 教育の効果

- 
- ◇ 即効性(速効性)の教育効果
  - ◇ 遅効性(遅効性・徐効性)の教育効果
- 

この分野の教育では、鍛えておいた知識・情報と判断力・決断力が迅速に要求される。筆者は医学・歯科医学教育の場で、しばしば旅客機のパイロットの役割を引用して説明した。すなわち“quick response”の能力である。そのために医療系の教育では、一にも二にも技術尊重の訓練修練が長く続いた。

しかし、現在の医療が抱えている多くの問題は、技術の正確さと即座の判断は当然であるが、それにまつわる配慮が重視されている。科学的なエビデンス、人間のしあわせ、生きがい、そしてもっとも中核的な思想であるQuality of Life (QOL)への配慮である。このような教育が、即効性・速効性でなされるわけがない。

数年前、文部科学省の歯学教育視察団に参加して、主としてヨーロッパ諸国を調査したことがあった。その報告書に記載しておいたが、もっとも印象に残ったカリキュラム編成は、“vertical integration (縦断的集約)”と呼称している教育方法であった。

つまり、従来のカリキュラムのように横断的に各分野のカリキュラムを積み重ねていくのではなく、入学時から最終学年まで、一貫してある科目を継続して履修していくことである。それがvertical integrationである。心理学、行動科学、コミュニケーション、生命倫理の科目もそれらに該当する。

まず、考えること、判断すること、推測すること、よく調べること、相手の立場を理解すること、相手の話を聴きとることなどである。

これらの科目は、即効性・速効性の教育効果のカテゴリーではなく、自分の人間的な成長とともに、わかってくることで、遅効性・徐効性・緩効性の教育効果といえる。

## 2. 医療の中心性と遠心性

ここ数十年、「医療は中心性の展開と遠心性の展開」が濃くなってきたようである(図1)。医療の技術進歩と呼ばれる分野は、著しく進歩して、さらに緻密な手技と超微的な技術の進歩がみられ

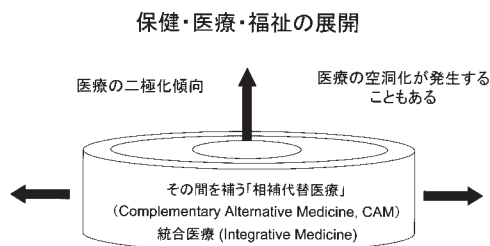


図1 医療の遠心性と求心性

る。最近では「進化する医療」とも呼ばれている。たしかに、先に挙げたように、ゲノム解析から臓器移植にいたる医療技術進歩には目をみはるものがある。医学教育のカリキュラムに導入しがたいほどの先進性である。しかしながら、その社会的な意義は、実に身近で、生々しい内容である。そして高度先進医療ということで、その専門性の習得には並々ならぬ努力と苦労がある。

科学の進歩に限界がないように、医療技術にも限界はないかのようである。その一方で、技術進歩に伴う医療倫理と生命倫理には、厳しい現実がある。当然である。技術には限界がなくても、生命の尊厳には未来永劫変わることはない真理があるからである。

このような「医療の中心性」のベクトルが進むなかで、その一方では、高度先端医療技術ではなく、医療技術にもかかわる介護、福祉の分野が開発されている。これを「医療の遠心性」と呼ぶことにする。介護、福祉事業サービスであるから、先進性ではないということではない。診断から治療指方針の厳しい技術中心に対して、生命の尊重、人権に配慮した日常生活上の人間サービスの内容の分野である。

もっとも、同じく生命に携わる分野でありながら、「診断から治療」の厳しい修練の積み重ねがなく、その職務責任の比重にも大きな差があり過ぎるが、独立してこの種のサービスが認められ、さらに国家予算規模からみて「診療報酬」に対する「介護報酬」として数兆単位で急速に増大していく趨勢には、深く考えさせられる一面がある。

このような時代背景にあつて、医療の中心性と遠心性のはざまで、見逃すことのできない「医療の空洞化」の実情がみられる。

ここで、医療の空洞化とは、従来の医療技術で施療を行ってきたが、時代的な変革と細部にいたる医療の普遍的技術の改良に遅れたために、国民側から敬遠されてくるようになってきた診療所や病院の後進性の実情のことである。医療の普及に、医療人を増員しても、解決し得ない実態があるということである。つまり、国民からそっぽを向かれた医療機関が、増えてきているということである。

それを補うかのように、新興医療を装った趨勢もみられるが、WHO（世界保健機関）も進めている「伝統医学（Traditional Medicine）」の領域に「相補代替医療（Complementary Alternative Medicine）」がある。わが国では、東洋医学、漢方医学、中国医学、ホリスティック医学と呼ばれている領域も含まれる。WHOは、政策的に医療費の抑制ともなり、民族の伝統生活を尊重する意味でも、この伝統医学を推進している。さらに、別の視点でみれば、医療の空洞化とともに、この相補代替医療も時代的に大きく注目されてきたことでもある。

### 3. 進化する医療・歯科医療への対応

わが国の社会保障は、国民の生活の保障としての社会保障制度において位置づけられている。すなわち、公的扶助、社会福祉、社会保険、公衆衛生および医療に分類されている。

社会保障は、国民一人一人の生存権を確保することである。それは憲法によっても保障された基本的人権と強く関連するものである。社会保障は厚生経済に基づくが、厚生とは「書経」に語源を有する用語であり、生活を豊かにし健康を進進する意味で用いられている。医療も「医是濟生」といわれてきたように、「莊子」の濟世によるらしいが、わが国ではから濟生が用いられてきた。したがって、医療の進化は社会保障を基盤とした進展であってほしい。

ここで、進化する医療というのは、技術の進歩が高度先進医療のみでなく、介護や福祉を含めた人間的な社会的な分野での進化したケア、進化した保健政策を指すこととする。

医療における治療方針を左右する「診断」が重きを占めているが、多くの症状、症候群についてこの診断技術は、どれほどの精度をもっているのだろうか。

ここに、単純なモデル図を掲げておいた(図2)。「医師の診断と患者の判断」としておく。このような分析は、経済学では45度分析(マクロ経済学)とも呼ばれているようであるが、いま仮に、病状に対する患者の判断を「主観的評価」とし、医師による診断を「客観的評価」と呼ぶこととする。

患者が、自分のある症状を訴えたことで、医師の診断もその症状を的確に当てることができれば、おおかたはさいわいなことであるか、あるいは適切な対処がなされることが多い。ところが医療の現場では、そうではなく、患者が「たいしたことではない」と思ったことが、医師の診断では「かなり重症」であったり、その反対に、医師の診断では「軽症」とされているにもかかわらず、患者は「重症」と訴えていることがしばしばある。さらに、この診断技術の発展も、患者側には見えない臓器あるいは自覚症状が殆どない状態での診断によって、早期治療を実施する傾向にある。MRIやその他の先進的な診断技術によるものであ

る。患者にとっては想像することもできない領域である。その場面での、患者への説明のし方と、患者の納得理解が重要となる。

現在の医療系の教育で、ぜひとり入れてもらいたいのは、このような対応の修練である。患者に接する、患者をよくみる、患者の訴えを聴きとる、患者によく説明するという場面が、この主観的な評価と客観的な評価のモデルに含意されているのである。

次に、医療は進化しているのかもしれないが、従来から医療経済で検討されてきた内容がある(表2)。ここでは、「医療における経済特性」としておく。

医療には公共性がある。個人だけでなく、家族、地域、国家と深く関連している。あるいはWHOの「オタワ憲章」に提唱されているように、「健康が地球資源である」と。

医療の外部性については、医療にかかわる利益や費用が、市場の範囲を超えているということである。市場経済という「売り手」と「買い手」の原理の適用が曖昧である。健康を得る(買う)ための費用であればよいが、先に述べたように「身体的に負の状態」であるか、「経済的に負の存在」にあることが多く、一般的な市場経済が必ずしも当てはまらない。

医療の不確実性は、患者や多くの一般市民が抱えている認識であるが、「医療の中味がみえない」ということである。医療人がよく説明しているつもりでも、複雑であったり、診断内容が高度で

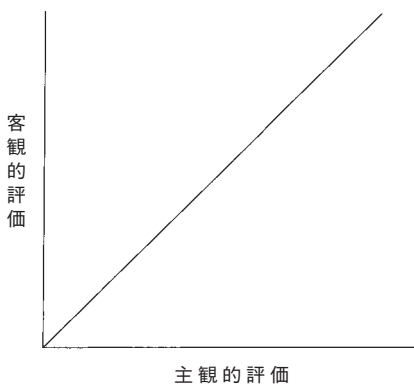


図2 医師の診断と患者の判断

表2 医療における経済特性

公共性 Public	個人の健康だけでなく地域社会の健康でもある。
外部性 External	利益や費用が市場の範囲を超えている。
不確実性 Uncertainty	個人の疾病や障害に対する医療の中味がみえない。
不均衡性 Information gap	医療の情報には医療者側と患者側にギャップがある。

あったり、予測の説明がかなり不明であったり、殆どの人たちが戸惑っているのが実情である。このことはインプラント治療などの進化する歯科医療においても顕著である。

医療の不均衡性は、情報の非対称性とも呼ばれているが、要するに情報のギャップがあり過ぎることである。商品であれば、安価な商品でも、高価な商品でも時間をかけて調べてみれば、その価値や判断ができることである。ところが、医療では担当の医師の裁量に抑えられて、調べたくてもその先が不明ということが多々ある。このような状況が、医療への不安と懐疑を生ずる原因となる。

ここに挙げた医療における四つの経済特性について、今後、その要因を追求し、一つ一つ解決の糸口を提供することが、患者や市民への大きな責務であると考えている。

表3は、現在世界的に論議されている医療の質の評価である。QOT（治療の質）とQOC（ケアの質）には、どのような要素があるかということである。

QOTでいわれる技術やその操作性（operations）は、医療過誤を極力抑える実質的な要素である。医療では、いかなるミスも許されないという原則がある。それは医療経済分析の対象外ともみなされる要素である。

次に、信頼性（reliability）は、技術の信頼性と医療人に対する信頼性の両方とも要求されていることである。技術の進歩と修練による信頼性と同じように、医療人の人間性とその人格である

医療の質における知識（knowledge）とは、医療人の備わっている医学情報および社会的要素を含めた知識または医療情報の正確さである。

医療の場における意志決定（decision making）とは、あらゆる場面での判断、診断、予測性のことである。それは、絶えず求められている素質であり、実力である。ゆるぎない修練で身につけていくものである。

この医療における意志決定は、広く公衆衛生の場においても求められるものである。「公衆衛生的意志決定」と呼ばれている。感染症対策や、口腔保健においては水道水フッ化物添加・水道水濃度調整法（Water Fluoridation）においても重要な要素である。

表3のQOC（ケアの質）は、医療技術に限定されない、広い意味での保健政策であり、保健医療福祉（介護）を含めた分野の評価である。

健康政策の公平性（health equity）は、むしろ不公平性（inequity）、健康格差（較差）への対応のことである。日本語の公平性という用語は、あまり一般的ではないが、英語表現での公平性（equity）は、むずかしい問題ではあるが、極めて一般的な用語である。地球規模で見れば、不公平性が歴然としているからである。わが国での視座では、その実態を貧困のみに対象をおいている。

ケアによる癒し（hospitality）は、自然環境による療法、施設による療法、こころの療法、動き・運動による療法、芸術療法、音楽療法、情緒を主体とする療法など、さまざまな分野が展開されている。

ケアの人間性（humanity）は、全人医療と呼ばれている分野があるように、人間そのものの存在にかかわる癒しである。

分かち合う価値（shared values）とは、病気や障害に対して患者もクライアントも医療人も専門家集団も行政も「共に分かち合う価値」を見出して対応することである。とくに、健康の創造性（health creativity）では、行政も住民市民も専門家集団も、そしてその成果の評価グループも「共に分かち合う価値」で対応していくことが重要であ

表3 QOTとQOC

QOT (Quality of Treatment)	QOC (Quality of Care)
・Operations	Health Equity
・Reliability	Hospitality
・Knowledge	Humanity
・Decision Making	Shared Values

る。この「分かち合う価値 (shared values)」は、いま医療や介護で重視されている「連携」を意味している。

「多職種多機能多技法の連携」という言葉が提唱されている。「連携」は世界的にもよく使われるようになった用語である。英語では連携のことを、liaison (リエゾン)、alliance (アライアンス)、cooperation(コオペレイション)など、その歴史的な背景でそれぞれに使われている。厳密には、それぞれでやや意味が異なる。

わが国では病院と診療所との連携を強調する意味で、「病診連携」という用語が1990年代前後から広く使われるようになってきたが、患者の病状についての連携、迅速な患者紹介制度の連携がその実態である。現実にはもっと広い意味での連携と「多職種多機能多技法の技術的および人的連携」が求められている。正確な医療情報コミュニケーションと介護情報コミュニケーションも強く望まれている。

もう一つ連携を重視したつもりの空虚な用語が、いまもわが国の医療でまかり通っている。それは「かかりつけ医」、「かかりつけ歯科医」という言葉である。筆者は、この制度を実施しようとする当初からこの用語の使用を懸念した。「かかりつけの医師」、「かかりつけの歯科医師」とすべきであると。“かかりつけの”とした「の」を入れた呼称が望ましい。それはこの用語が、病診連携のような医療システム上の利点というよりも、患者側からの要望で制度化したものではなく、医療保険制度上の診療報酬点数算定のための姑息的な手段としての設定が濃厚であるからである。つまり、患者を忘れた医師側の要望に重点をおき過ぎた設定であるからである。

#### 4. 口腔保健・口腔ケア

歯科保健・口腔保健・歯科医療に話をもどそう。

医療と福祉(介護)が融合していく過程には、経済的支援(救済)の他に、日常の生活様式が深くかかわっている。ライフスタイルと呼ばれてい

る分野に、科学的な実証性の研究が進んだのは、前世紀の20世紀後半からである。「生きがい」とか、「生きざま」という用語が日常の話題となってきた。

長寿の研究も、この「日常性の科学」にエビデンスを求めて発展してきている。生まれる前から、そして生後の健康状態、それから小児期を経て成人に至るまでの生活様式、主として食べ物、飲み物を主体とした生活様式。これに関連した地域文化のあり方の研究も盛んになってきた。

昭和49(1974)年から昭和50年代にかけて、筆者が勤務していた岩手医科大学歯学部で公衆衛生活動と地域活動に携わっていた頃、保健所の機能に大きな変化がみられた。農村地帯を中心とした感染予防、環境改善、食生活改善、家族計画運動などが、一段落したかのような時代であった。保健所の保健婦さん達から強い要望が寄せられた。

歯科保健をもっと地域ぐるみで展開できないかということであった。毎週のように一研究室の少人数のスタッフで出かけて悩んでいるときに、保健所と市町村からの予算にスタッフまで応援してもらったことが何よりも心強かった。

その頃、筆者は保健婦さん達に、これからの時代は、歯科保健だけでなく、精神保健の時代がきますよと伝えたことがあった。それまでは、保健所の業務のなかで、歯科保健と精神保健は後回しになるような状況があった。

それらの活動を通じて、日常の生活様式で、もっともだいたいな食生活とこころの養育が後回しになることが容認できなかった。こころの状態があつて、健やかな食生活ができるのだという認識をもっと強調していかなければと思った。

むし歯予防にも、子どもたちの成長発達と心理行動との関係を追求することに専念していった。行動科学が、ようやくわが国でも注目されるようになった時期である。その頃、全国学校保健大会が盛岡で開催されることになって、筆者は学校保健のなかの歯科保健を担当することになった。その講演のなかで、歯の萌出とハ

ヴィーガスト R.J. やエリクソン E. の発達段階と発達課題 (developmental stage and developmental task) を強調した。歯が生える年齢は個別的であり、歯の生えることが、その子の「発達段階の指標」としてもっともわかりやすく、親や養育者にとって子どもの重要な成長サインとなり得ること。それ以降、「発達段階発達課題」は学校歯科保健のなかでもメインテーマの一つとなっていた。

いま、「こころの時代」、「生活様式・生活習慣の時代」が強調されている。心身の健康問題も、辿りつととてに辿りついたかという感がする。ヘルス・プロモーション (健康増進) というキーワードは、端的にその背景を物語っているように思える。

「歯科保健 (dental health)」が歯科という専門家側からの呼びかけの用語であるのに対して、「口腔保健 (oral health)」はその人、個人の歯・口の健康を指しているということは、随所で強調してきた。「あなたの歯・口の健康のことです」ということである。

昭和 50 (1980) 年代後半から昭和 60 (1990) 年代にかけて、「口腔ケア (oral care)」というキーワードが台頭してきた。

WHO では、“Oral Health Care” と呼称としているので、日本語では、「口腔ヘルスケア」、「口腔保健ケア」、「オーラルヘルスケア」と表現されてきた。この「口腔ケア」の用語は、当初、欧米でもヘルスケアでなければ、その意味するものが曖昧であると敬遠されていた用語である。

「口腔ケア」は、ケアリング (看護、介護) の一環として進められてきた背景がある。主として障害者や高齢者にみられる咀嚼障害、嚥下障害など歯口腔の機能障害への対応として注目されるようになってきた。ここにも「多職種多機能多技法の連携」の実態がみられる。

歯科医療で、むし歯と歯周病と咬合障害は、いずれも生活習慣に深くかかわる疾病・障害である。さらに、歯が生えてきてから、どのような歯科治療を受けてきたかの影響も見逃すことができ

ない。「受療行動」と呼ばれる領域である。とくに咬合 (噛み合わせ) の障害は微妙で、本人の自覚症状ではわからないことが多い。むし歯も歯周病もこの咬合がよくない状態で発生していることがよくある。

歯科大学に勤めて驚いたことの一つに、1990 年代ほどまで、歯周病の発病が咬合障害で誘引されることを主張すると否定されることが多々あったことであった。咬合障害の一つに「外傷性咬合」というのがあり、この用語は適切でないが、咬合の不均衡や局所的な微細な咬合の障害があった場合に、その歯周組織が炎症の初期症状となり得る原因があるのである。もっとずばりと表現すれば、「歯周ポケットの発生を惹き起こす」ということである。それを強調すると、「いや歯周病の原因は細菌性の感染であり、咬合障害によるものでない」と。現在ではそのような一面的な解釈は認められない。咬合障害による歯周病の発生は、当たり前過ぎるエビデンスである。学会の趨勢というやっかいな勢力が、科学の進展を遅らせる例である。

咬合 (occlusion)、それは上顎の歯列と下顎の歯列が閉じる (occlude) という意味で名づけられた医学用語である。オクルードという英語は、咬合するという意味もあるが、閉塞するということで、血管内の閉塞状態を指した用語でもある。筆者はこの“occlusion”という用語に常々疑問を抱いている。確立された慣用の医学用語であるのでやむをえないが、生き活きた歯列の動き、噛み合わせの動きに、静的な、ネガティブなイメージを与える用語ではないかと。occlusal function もあるが、「咀嚼 (mastication, chewing)」から masticatory function、chewing ability という用語もある。

この咬合に、加齢現象 (エイジング) を加えたらどうであろうかと (図 3)。

歯が生えて歯列が揃い、生き活きた噛み合わせの機能が発達し、身体の機能も活発になる。しかし、どうしたものか、その歯が一つ一つと失われていくことがある。それは老化であろうか。

「歯は老化によって、失われるものではない」と

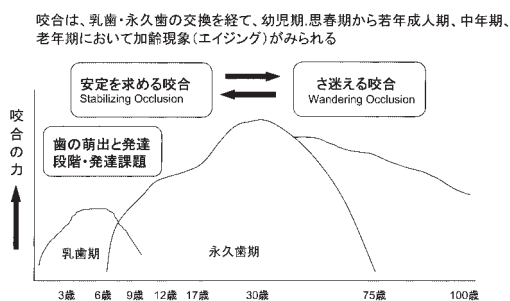


図3 咬合のエイジング (歯が喪失するのは自然ではない)

いう仮説で、十数年来共同研究を進めて論文発表もしている。「歯の数のパーセントイル曲線」もその一例である。

この着想を得たのは、1980年のThe New England Journal of Medicineに掲載されたFries, J. (Stanford University)の生存率曲線モデルについての論文にあった。人間の生存率が上昇しているが、もし疾病がなくなったとしたら、どうなるであろうかということである。生命は生き続ける訳ではないが、極端な例として、疾病が激減し、trauma(障害・事故)による死亡ということが予測されるというモデルを示した。その予測として、80歳から90歳頃を境に、「生存率曲線の直角下降現象」がみられるということである。

あくまでモデルとしての予測であるが、それを眺めているうちに、歯は化石でも揃っていることがあるので、歯を支えている組織は朽ち果てるが、歯そのものは喪失するものではないことが、自然ではないかと思うようになった。この仮説設定も、研究者の仲間に紹介したら、一笑に付された。また、学会というやっかいな一面をみた。

「咬合のエイジング」をみると、歯が生え揃うまでの歯列の動きは、咬合の安定を求めているのであろう(stabilizing occlusion)。それは一人の人の、人間的成長を暗示しているようでもあり、永久歯列が揃いはじめる12歳、17歳前後の咬合の動きが鍵となるであろう。思春期の微妙な時期でもある。

しかし、成人になると、むし歯、歯周病に加えて歯科治療の受け方で、歯列も咬合も著しく変化

することがある。受療行動も深くかわることになる。つまり歯科治療のメンテナンスのことである。そして、義歯装着が始まり、さらに咬合が変化してくる。顎関節、咀嚼筋、舌運動、唾液も変化してくることがある。

成人以降では、咬合は「さ迷える咬合(wandering occlusion)」の状態をしていることが常かもしれない。壮年期、高齢期の不安は、咬合そのもののように、心理的な「さ迷える状態」にもかかわっているのであろうか。

咬合の力は、70歳、80歳、100歳以降でもかなり保てるようである。ここ数十年でも100歳以上の超高齢者が増えているだけでなく、歯もしっかりしている様子がみられる。

#### むすびとして

「医療はこれからどうしたらよいか」という疑問に対して、これまでこういうことがあった、現在どうである、そしてこんなことが望まれるというエッセイで綴ってみた。それでも、何らかのむすびの言葉を記しておきたい。

まず、わが国の医療の現状を考えると、医療系の教育のあり方から迅速にとりかかるべきである。教育技法(教育学では教授法と呼称している)も重要ではあるが、むしろカリキュラムの編成を改善した方がよい。

実力の乏しい教員が教授法の技法のみに終始している。大学での教員の実力は、意外にも研究者としての実績・実力が教育に大きく反映されている。素晴らしい研究者の教授法や教育論には迫力がある。研究に専念するからこそ、科学とはとか、医療とはとか、人間とはという考察が鋭いであろう。現在、大学の若い教員が、上から押しつけられての義務として、教授技法のみに専念させられているように見受けられることに、極めて懸念している。

医療系の教育では、「縦断的集約(vertical integration)カリキュラムの設定」で、行動科学とコミュニケーション技法に医療倫理・生命倫理を中核とした編成をすることが望まれる。そのために



は、この分野の専門教員を養成することである。

「医療は患者のためにある」という当たり前のことが、消えかかる場面がしばしば起っている。あつてはならないことである。

なぜ、医療の中心性と遠心性が発生するのかについて深く考えてみる。それは医療の技術進歩の必然性とそれを包括する福祉政策の検討を10～20年かけて推し進めることである。その中心にある思想は生命の尊厳である。

進化する医療とは何か。進化するための要素がある筈である。それを忘れて進化という表現は空虚である。

現在の医療でもっとも要求されていることは、「連携」のかなめである。連携のかなめとは、連携を単なる協同作業と認識することではなく、どのようにして連携していくことが重要かを、学ぶことである。何のための連携かということである。この連携に関連して、診療報酬算定のための「かかりつけ医」、「かかりつけ歯科医」の設定が排除されることが望ましい。従来のように「かかりつけの医師」、「かかりつけの歯科医師」とする。そうすることが明るい医療となる。

## 文 献

- 1) H. エクスタイン著・高須裕三訳：医療保障－福祉国家の基本問題－，誠信書房，1961（原著は1958年刊）。
- 2) 久松純一・古橋エツ子・本沢巳代子：社会保障法，日本評論社，1998。
- 3) マルチ・イバニエス著・小野 巖訳：なぜ医師になるのか，東京メディカルセンター出版部，1970。
- 4) ジョセフ・スティグリッツ著・森下史郎ほか訳：スティグリッツ・ミクロ経済学（第2版），東洋経済新報社，2000。
- 5) ジョセフ・スティグリッツ著・森下史郎ほか訳：スティグリッツ・マクロ経済学（第2版），東洋経済新報社，2001。
- 6) ジョセフ・スティグリッツ著・森下史郎訳：スティグリッツ公共経済学，上巻・下巻，東洋経済新報社，1996。
- 7) M. R. Gold, J. E. Siegel, L. B. Russell, M. C. Weinstein・池上直己・池田俊也・土屋有紀監訳：医療の経済評価，医学書院，1999。
- 8) J.S.ブルーナー著・鈴木祥蔵・佐藤三郎訳：教育の過程，岩波書店，1963。
- 9) D. R. Krathwohl, B. S. Bloom, B. B. Masia : Taxonomy of Educational Objectives, Longman, 1964.
- 10) 全米アカデミー編，坂本征三郎監修・監訳：岐路に立つ歯科医学教育，現状分析と改革への勧告．丸善，1996。
- 11) 西村周三：医療と福祉の経済システム，ちくま新書，1997。
- 12) 広井良典：ケアを問いなおすー（深層の時間）高齢化社会ー，ちくま新書，1997。
- 13) 岡本悦司：医療費の秘密，三一書房，1991。
- 14) 岡本悦司：ケアノミクス，医学書院，2001。
- 15) 川淵孝一：日本の医療が危ない，ちくま新書，2005。
- 16) 結城康博：医療の値段－診療報酬と政治－，岩波書店，2006。
- 17) 遠藤久夫・池上直己編：医療保険・診療報酬制度，勁草書房，2005。
- 18) アマルティア・セン著・池本幸生・野上裕生・佐藤仁訳：不平等の再検討，潜在能力と自由，岩波書店，1999。
- 19) 中川米造：医学の不確実性，日本評論社，1996。
- 20) ミルトン・メイヤロフ著・田村 真・向野宣之訳：ケアの本質，ゆみる出版，1989。
- 21) J. Fries : Aging, Natural Death, And Compression of Morbidity, The New England Journal of Medicine, 303 : 130-135, 1980.
- 22) 東京都歯科医師会：東京都「西暦2000年の歯科保健目標」到達度調査報告書，1996。
- 23) 長田 斉：成人の口腔保健指標としての現在歯のパセンタイル値，歯科学報，99 : 573-580, 1999。
- 24) 吉野浩一・松久保 隆・高江洲義矩：職域における成人の現在歯数のパーセンタイル曲線，口腔衛生学会雑誌，50 : 40-51. 2000。
- 25) 黒田昌彦：歯を守る，補綴臨床，38 : 332-335, 2005。
- 26) 杉原直樹：施設居住者および在宅居住者健常老年者の歯科保健に関する要因解析，歯科学報，92 : 231-250, 2002。
- 27) 深井獲博：わが国の成人集団における口腔保健の認知度および歯科医療の受容度に関する統計的解析，口腔衛生学会雑誌，48 : 120-142. 1998。
- 28) R. J. Havighurst : Human Development And Education, Longmans, Green And Co. 1953.
- 29) R. J. ハヴィーガースト著・児玉憲典・飯塚裕子訳：ハヴィーガーストの発達課題と教育，川島書店，1997。
- 30) G. E. Carlsson : Masticatory efficiency:the effect of age, the loss of teeth and prosthetic rehabilitation, International Dental Journal, 34 : 93-97, 1984.
- 31) E. Helkimo, G. E. Carlsson, M. Helkimo : Bite force and state of dentition, Acta. Odont. Scand. 35 : 297-303, 1976.

- 32) C. W. Douglass, M.D. Grammon: Implications of oral disease trends for the treatment needs of older adults, *Gerodontics*, 1 : 51-58, 1985.
- 33) C. W. Douglass : Balancing dental service requirements and supplies: epidemiologic and demographicevidence.

- JADA, 121 : 592, 1990.
- 34) A. Joshi, C. W. Douglass, H. Feldman, P. Mitchell : Consequences of success: Do more teeth translate into more disease and utilization? *Journal Public Health Dentistry*, 56 : 190-197, 1996.

---

### Quo Vadis in the Way of Health Issues.

Yoshinori Takaesu

(Proffesson Emiritus, Tokyo Dental College, Fukai Institute of Health Science)