

口腔外科をとりまく外部環境について

常任理事 瀬戸 皖 一

去る10月25日をもって理事長職を退任いたしました。思えば4期8年にわたって理事長を務めさせていただき、それなりの達成感をもって現福田仁一理事長にバトンタッチできましたことは望外の幸せで、会員諸賢のご支援に厚く感謝する次第です。また今般福田新理事長のお計らいで、改めてしばらく渉外方面で手伝うようご下命いただき、総会でも承認されましたので、喜んで拝命することにいたしました。

もともと私は1987年、当時の内田安信先生のご下命で渉外委員長に就任して以来、実に20年にわたって日本口腔外科学会の渉外の仕事に携わって参りました。その間に専門性を震撼させるような大きな出来事が沢山ありました。それは耳鼻咽喉科学会、形成外科学会からの歯科医師による口腔外科手術に関する干渉に始まりました。戦後に失われた標榜科名が平成8年に「歯科口腔外科」として復活したのも、耳鼻咽喉科学会からの執拗なクレームがつき厚生省、日本医師会、日本歯科医師会、耳鼻咽喉科および形成外科学会を巻き込んだ大論争の挙句でした。もともと昭和8年に認可された「口腔外科(歯科外科)」の標榜を復活するつもりで医科からも歯科からも標榜できるよう申請したところ、この騒動のお陰で「歯科口腔外科」として歯科固有の標榜科名として認可される結果となったことも以前述べたとおりです。

その後平成15年に口腔外科専門医の認定資格を認可された事もあって口腔外科は国民生活に深く浸透して、多くの人々から信頼を頂戴し、その存在感は不動のものとなっているのは事実です。しかし最近では歯科医療が次第に医療から乖離してきているなかで、口腔外科領域は医療と歯科医療の接点であると同時に争点に挙げられることも少なくなく、またぞろ境界領域問題が頭を持ち上げる可能性も出て参りました。逆に歯科医療を、医歯二元制を堅持しつつ医療の中に位置づけようとする我々の並々ならない努力をすればするほど、いまは医業と歯科医業の間に法的な壁が整備されないまま立ちはだかっていることに気がつき、頭を抱えている段階ではないかと思考します。

最近がん治療認定医資格に歯科医師が受験できるか否かについての問題があげられ、現在日本がん治療認定医機構関連学会連絡委員会からヒアリングを受けている最中です。しかし口腔がんの半数以上が口腔外科において治療されているのが現状で、歯科医師だからといって口腔外科専門医による治療を受けることに違和感を抱く患者は最早おりません。患者さんはむしろ口腔外科専門医と医師が協調して質の高い医療を提供することを望んでいます。それは医科のなかで異なった専門分野が相互に協力しあうことと少しも変わらないのです。私は今回の交渉で口腔外科専門医が口腔癌治療から撤退するなどの事態は想定しておりません。

福田新理事長のもとで学会の事業体制に若干の変更がありました。その中の一つとして渉外関係の役務が国内関係の渉外委員会と、国際関係を分掌する国際渉外委員会に分けられました。従来から渉外委員会の名称の下に国際渉外が行われていたことは周知の通りです。想えばこの20年にわたる本学会を取り巻く国際環境は激動でした。1988年バミューダでの世界口腔外科医有志による医歯二重免許推進宣言に端を発し、日本は急に世界の表舞台に登場し、翌年アジア口腔顎顔面外科学会を発足し、ヨーロッパと鋭く対峙することになりました。92年ハワイにおける日米合同学会を契機としてAAOMS米国口腔顎顔面外科学会が急旋回してから、日本は米国と組むことに成功し、その結果01年ダーバンにおいて、ライセンス問題を各地域の学会に委ねることになりました。間髪をいれずアジア口腔顎顔面外科学会は04年東京にて歯科医師あるいは医師単独免許で口腔外科の専門性が確保され、卒後の研修に重点をおいたガイドラインを成立させることができました。まさに歯科医師単独ライセンスで口腔癌治療を含めた口腔外科医療を世界に定着させた歴史のひとつまであったと言えます。長い間の欧州との確執も次第に雪解けの季節を迎え、今では日本口腔外科学会のみが欧州頭蓋顎顔面外科学会のゲスト学会として招かれ、本年は日米韓の合同学会がハワイで開かれ、成功裡に終わりました。本学会会員のご理解、ご協力を得て専門医のアジア学会への vertical membership をとるようになり、アジア学会における日本の主導権はゆるぎないものとなりました。IAOMS理事会へのアジア代表は今のところ継続的に日本の代表が入っています。ここまで来るともう安泰というような気がします。

しかし本当にこのまま行けば安泰なのか、少し心配になってきます。20年にも亘ってライセンス問題で熾

烈に戦った挙句、その戦いは果して文化を生み出したかどうかという反省に心が痛みます。外部環境の急速な悪化ともあいまって、臨床の総力は低下していないか、研究成果が他領域に発信しているか、病診連携がうまくいっているか、など心配をあげればキリがありません。もしかして歯科医師単独免許による口腔外科臨床力は次第に小型化してはいないか、警戒しなければならないところです。歯科医師が95%以上を占める日本の口腔外科医は欧州のダブルライセンスの顎顔面外科医と比較して常に互角の実力を有していたいものです。それはアジアの同胞の共通の願いでもありましょう。

日本口腔外科学会は韓国とは姉妹関係を結んで一心同体となって活動していますが、本年韓国と同様にアジアの学会に寄与している台湾口腔顎顔面外科学会、フィリピン口腔顎顔面外科学会とそれぞれ姉妹関係、学術交流提携を結び、アジア諸国の専門家との協力関係を樹立しています。04年よりスリランカのペラデニア大学との間で国際口腔外科臨床セミナーを行い、口唇口蓋裂、口腔癌手術のライブ研修を行い、日本および世界の同僚の好評を得ております。さらに福田理事長の提唱でネパールでの研修も計画されています。

国内においても歯科医師の口腔外科医の実力が静かに試されているのも現実です。また全国的に患者数が減少し、若い同志が臨床の修行を十分にできるかどうか心配です。そこで本学会の教育研修プログラムは格段に強化されており、口腔病理学会、歯科放射線学会、顎顔面インプラント学会などとの共催として、レベルアップが図られています。また都道府県支部をしっかりと確立して歯科医師会との厚い信頼関係のもとに病診連携体制をたかめるべきでしょう。国際、国内にわたる施設間の思い切った人事交流も重要です。また毎年クインテッセンス社から出版されているイヤブック「日本口腔外科学会編：口腔外科ハンドマニュアル」は若い口腔外科医に焦点を当てており、大いに参考になると思いますのでご利用下さい。

いずれにせよ、医療の中での歯科医療、歯科医療の中での口腔外科医療の位置づけを十分に認識して、口腔外科専門のサイエンティストとして世界に羽ばたいてこそ、口腔外科の存在感は躍如たるものと思います。次の世代の輝かしい飛翔を期待しています。

医歯二元を誰が守るか

常任理事 瀬戸 皖一

日本学術会議の機関誌「学術の動向」に執筆を依頼され、本年4月号に「医歯二元制から知の統合へ」と題する拙文が掲載される榮に浴しました。折から学術会議では学問領域としての「文科」と「理科」の区分があまりにも明瞭に社会に定着し過ぎているため、両者の乖離がこれから学術立国を目指すうえで大きな障壁となっているとの議論がなされているところです。実際複雑多様化して発展してきた現代の社会において、日本がいまから学術的に世界をリードするには、この区分はむしろ邪魔であり、学術会議が率先して「知の統合」を進めようとするに大きな異論はないようです。

現在幸いにも30に及ぶ日本の学術領域の一つとして「歯学」が認められていますが、これは決して定着しているわけではありません。その部分に多少なりとも責任を感じる身にあって、自らの領域から発信する可能性を考えてみますと「文科」と「理科」の統合よりも、「医」「歯」「薬」など第二部生命科学の一角の統合の方が難しいのではないかと感じるようになりました。それが上記拙文の出発点です。

もともと19世紀に欧州で、「大学」がアカデミーとして発足した際には、専ら形而上学で構成され、長い間「医学部」は存在しなかったそうです。医歯薬あるいは化学などはもともとクライアントを持つ下世話な領野で、純粋な学問領域としては到底認められなかったと云います。いまはそれが逆転して実学領域が社会の主流にあってマンモス化し、形而上学が軽視される実態は大きな巨視的な問題でありましょう。

しかし我々にとって、もっと大きな問題は、最も明瞭にクライアントを意識する医歯薬領域では最後まで「知の統合」に参加しにくいのではないかと想像できます。これらの領域においては、「業」が発達しやすいので、簡単に「業」の呪縛の下に「学」が大きく制約されるスキームが成り立ってしまうのです。医学の領

域では開業医比率が40%を割っている現在、「学」と「業」のバランスが均衡しつつあるように伺えます。しかし歯学の領域では、「業」の団体が本質とは関係なく覆いつくすようになり、拳句の果ては専門学術集団や大学までもすっぽりと埋没させているのが現状で、医学と比べて大きなコントラストをなしているといえましょう。

医学の領域においては様々の方面から医療の危機が認識され、学術会議においてもあらゆる角度から、行政、経済、法律などの専門職、あるいは行政担当者を巻き込んで、息を呑むほど精力的に議論が重ねられています。医学に比べて遥かに多くの問題点を抱えているはずの歯科界では、明日の歯科医学、歯科医療をどのようにしたらよいのかという議論の盛り上がりは殆ど聞こえてきません。

せいぜい歯科医師会への加入率が減ってきているとか、保険審査で査定が多くなりすぎているとか、役員人事の話題ぐらいしか少なくとも私の耳に入ってきてません。歯学部においても入学定員削減の問題、臨床教育の希薄化、若者の歯学離れなど重大な問題が山積していますが、それらの全ての問題の解決は先送りされて「議論のうねり」がでてこないのはどうしたことでしょう。歯科医学が医学から離れすぎてしまったために、わずかな共通部分まで軽視、誤解されて簡単に切り捨てられてしまう可能性を考えなければならない状況になって参りました。

ところで上記拙文が掲載されてまもなく、福岡歯科大学の田中健藏理事長から丁寧なお手紙を頂戴し、文意に殆ど同意するが、知の統合は思い切って医歯一元論にしてから行うべきとのご意見をいただきました。さすがにその論旨は整然としており、5ヵ月後に同じ「学術の動向」に掲載されました。今の歯科界、歯科教育に関する問題認識は田中先生と殆ど相違はないものの、一元論になった場合の国民と歯科医師に課せられるリスクの大きさを考えると賛成はできかねますが、そこまで根源的な問題が今後は、領域外の人々からも提起されてくる可能性があります。

いま医学教育においては米国式の8年制のメディカルスクール方式が日本に定着しうるかがしきりに議論されています。嘗て医学歯学進学過程が失敗に終わっている日本で根付くのは容易ではないと思いますが、隣の韓国ではいち早く医学歯学とも米国式教育改革に踏み切っております。要は医学領域でリベラルアーツ(教養教育)が軽視されていることによる患者さんの不利益が大きく指摘されていることに着目しなければなりません。わが国はこの点が最も遅れているといわざるを得ないわけですから本当は大変深刻な問題なのですが、少なくとも歯科界でこれについて心配する人はあまり見かけません。直近の問題が山積する中で『それどころではない』のかもしれませんが。

医学と歯学の共通部分の多くを専門領域として、歯学生に対しては医学領域を、また医学部においては歯学領域の教育を包括的に果たしてきた口腔外科専門医は上記のような医と歯のあいだの根源的な問題に最も敏感であるはずですが。実際に日常の臨床や教育の現場で医学と歯学の指導的立場の人々が無関心と誤解を重ねるうちに取り返しのつかない乖離現象を起こしていることに気がついているのも口腔外科専門医であるに違いありません。

医学と歯学が二元として成立している世界の現状で、果たして真に患者さんのニーズに込えているのか、あるいは歯科が医科の中に包括されたほうが結局合理的なのかについては、あらゆる角度から国民の前で慎重な議論がいずれ展開されることになるかもしれません。これはそう簡単に情勢論的に決めるものではなく、時間をかけて叡智を結集して決められなければならない重い選択です。その議論の前に、医師法、歯科医師法の整合、歯科医療構造と歯科医業構造の間のギャップ、歯学教育理念の改革などを整備した上でないと始まらないという側面もあります。

しかし上記の全てを含めて、最も眼が届いているのは口腔外科専門医ということができましよう。口腔外科医療を進める中で、医学と歯学の二元を巡る諸問題に世界的な視野で取り組まざるを得ないので、いやでも避けて通れないのです。いま医歯二元論が風雪に曝されているとき、口腔外科専門医こそ最も適切な意見を述べなければならない立場にあると信じています。いまこそ手分けして、また口腔外科の叡智を結集して、各方面からの意見に耳を傾け、また十分に歯科医学のありようを医学領域あるいは行政の方々に説明する必要があります。それが口腔外科専門医のプレゼンスを示す機会ともなりましよう。