

学会というもののあり方を考える

秋元秀俊（日本ヘルスケア歯科学会事務局長）

「削ってかぶせる」歯科医学会からの決別

日本歯科医学会に対する認定分科会登録申請を「否」とされた機会に、あらためて歯科医学会というもののあり方を考えます。

歯科医学会の問題を考えるにあたって、まず日本ヘルスケア歯科研究会（以下、研究会）発足当時を振り返ります。当時は、歯科医師会にせよ歯科医学会にせよ、「ドリル・フィル・ビル（削ってかぶせて請求する）」の歯科医療体系を作り支えている組織という認識でしたから、発足当時に集まったメンバーには、そこに仲間として認めてもらいたいという思いは露ほどもなかったはずで、むしろこの分野のそうした主流から決別するという考え方に共鳴した人たちの集まりだったと言っていいでしょう。これは、若い方には極端な考え方のように思われるでしょうが、一例として「予防歯科」ということを考えてみてください。

本来の予防歯科は、一次予防と言って水道水フッ素化のように不特定多数の人を対象に（フィールドで）行うもので、診療室でするのは二次予防いわば重症化予防であるというのが歯科医学会の共通認識です。これは今も変わりません。

さらに例を挙げると、ウイステリアでは個人のう蝕経験歯数を略号として DMF で表すことにしました。う蝕の経験こそが、その人のう蝕リスクをもっともよく表しますから、リスクマネジメント＝う蝕治療では、DMF は重要な情報です。しかし、これは歯科医学では常識外れです。DMFT は本来、集団のう蝕経験の指標ですので、個人について用いることは誤用であると厳しくお叱りを受けます。DMFT は、あくまでも平均値です。正規分布から程遠い集団の平均値を論じるのは統計学的には誤りですが、これが歯科医学の常識です。

医学一元論的な歯科医療との「別れ」

もうひとつ、う蝕治療を例にとりましょう。当時の病因論は、今日の生態学的プラーク説ではなく特異的プラーク仮説だったわけですが、研究会ではリスクアセスメントによって動機づけし、その環境因子（頻繁なショ糖摂取、プラークの蓄積など）を排除して、フッ化物を応用することをう蝕治療として広めました。主流の歯科医療では、一次予防はフィールドですべきこととし、診療室ではどのように感染象牙質を取るか、修復するかという窩の修復・補綴に傾注すべきだとされていました。話を単純化するなら、学問としての歯科医療は、医学から独立する歯科医学のアイデンティティを修復・補綴・矯正に求め

ていたのです。これに対して、研究会は病因論に基づく医学一元論的な歯科医療を提起したと言えます。その後、創立の中核メンバーだった熊谷崇氏が離脱して、この特徴は残されたメンバーの間ではやや曖昧になるのですが、熊谷氏自身は「メディカルトリートメントモデル」や「オーラルフィジシャン」というキャッチフレーズで医学一元論的な歯科医療を強調しています。

う蝕有病率の低下と欠損の減少、高齢化と疾病構造の変化

この時代、急速な高齢化に伴って、疾病構造が慢性疾患中心に大きく変化していましたが、歯科関連の状況としては、急速なう蝕有病率の低下と欠損の減少が進みました。その最大の要因は、フッ化物配合歯磨材の普及とともに歯周治療の普及、そして歯科医師・歯科衛生士の数の増加が決定的だったと思われます。

研究会では「フッ化物専門家意識調査」に始まり「禁煙宣言」「全国 DMFT 調査（地図）」「服薬調査」「禁煙支援実態調査」と立て続けに対外的にインパクトのある活動を展開していましたが、保険行政が EBPM（根拠に基づく政策決定）にシフトしつつあることを踏まえ、2006 年 5 月に「禁煙支援の保険導入に伴う歯科医院における禁煙支援の実態

調査」, 7月に医療技術評価提案書(カリエスリスクコントロール療法)の提出, 2007年

に歯科衛生士法の改正を求める署名を行い厚生労働大臣に陳情しました。歯科衛生士法の改正は, 診療補助業務の明確化を求めたものであり, 医療技術評価提案書の提出は, 日本歯科医学会のすべての専門分科会に2年余り先んじたものでした。

東京都が受理した本会の医療技術評価提案書を中央社会保険医療協議会の手前で握りつぶした当時の歯科小委員長は, 筆者の問いかけに対して「医科ではもっと高度な検査が次々出されている, こんなみっともないもの」と仰いました。

「ドリル・フィル」から「治療・管理・連携型」へ

こうして2011年2月に法人格を得て学会を設立した後(同年8月), 本学会は日本歯科医学会に対して認定分科会の登録申請をしました。

研究会設立当時から考えると大きな方針転換をしたわけですが, 疾病構造の変化に伴って国の医療政策が根本的に変わってきたことが背景にあります。つまり急性期中心の医療提供体制から慢性期・回復期, さらに介護まで連携する生活型の医療モデルに, 構造転換が起こったのです(厚労省の長谷川敏彦氏は「ヘルスセクターリフォーム」を提唱)。ちなみに, 2012年の歯科診療報酬改定に際して, 「治療中心型から治療・管理・連携型へ」という, 今ではよく知られるようになった政策転換のスキームが登場しました。

学会はともかく, 行政は「ドリル・フィル」から転換し, ヘルスケア診療を強く後押しする方向に舵を切りました。これと歩調を合わせて本学会は, 政策提案が可能な団体となるべく日本歯科医学会の登録申請に至ったのです。

歯科医学会の登録承認基準の破綻

この認定分科会登録申請は2012年に「否」とされましたが, その理由として挙げられたのは「機関誌に原著5編」というハードルとともに研究分野の独自性(「歯科医学の発展に寄与する独自の研究分野, 複数の領域にまたがる複合的な研究分野および社会的要請の強い研究分野などを含む, 専門学会」)に関する承認要件を欠くというものでした。その後, 「原著5編」を諦めかけたのですが, その間の事情は高橋さんの記事(4ページ)に譲ります。そして12年後の今年, 再度の登録申請を却下されたわけですが, その理由も, 実は同じでした。「原著5編」ルールについては, 既存学会がどこもクリアできていないために幾分緩和され, 本会の努力もあってハードルをクリアしました。しかし, 研究分野の独自性については, 承認基準を欠くとされたのです。

この承認基準の文章について, 木で鼻をくくったような回答だと本会関係者は憤慨しました。しかし, よく読むと, この承認基準の文章は, 二つの部分から成り立っていることが分かります。前半は, 文頭に「医学から独立した」と補うと理解しやすいでしょう。文意が破綻しているのは, その後半に文部科学省学術審議会が求める「学際研究」と「社会的要請の強い研究」を単純に接ぎ木したためです。

「(医学から独立した) 歯科医学の…独自の研究分野」に歯科医学会としての存立意義を求めることと, 学問の目的を強調する「学際研究」や「社会的要請(に答える)研究」は両立しません。日本歯科医学会そのものが, 学問の目的をあやふやにしたまま歯科の学問の独自性を守ることに汲々とし, 社会性を失っているのです。