

放送大学審査学位論文（博士）

わが国の歯科医療システムにおける生活者-歯科医師関係の動態
—生活者主体口腔リスクマネジメントの観点から—

放送大学大学院文化科学研究科文化科学専攻
博士後期課程生活健康科学プログラム
2014年度入学

小林富貴子

2017年9月 授与

わが国の歯科医療システムにおける生活者-歯科医師関係の動態 —生活者主体口腔リスクマネジメントの観点から—

序章	6
1 研究目的と背景および研究方法	7
1.1 研究目的	7
1.2 研究背景：歯科医療の特性	7
1.3 研究方法	10
2 主要概念の定義	11
2.1 歯科医療に関する用語	11
2.2 生活リスクに関する用語	11
2.3 口腔リスクマネジメント用語の定義	12
2.4 歯科医療への生活視点の導入の意義	13
3 本稿の構成	17
参照参考文献	19
第一章 生活者と歯科医師のオーラルヘルス観の異同	20
1 本章の目的と背景	21
1.1 目的と歯科医療の特性	21
1.2 わが国のオーラルヘルス観に関する先行研究	22
1.3 質的研究と量的研究	22
2 研究方法	23
2.1 インタビュー	23
2.2 語り分析	26
3 結果	28
3.1 頻出語	28
3.2 KeyGraph ネットワーク図分析結果	29
3.3 解釈	53
3.4 抽出概念の整理	61
4 考察	63
4.1 オーラルヘルス観の異同をふまえた口腔リスクコミュニケーション	63
4.2 テキストマイニングと KJ 法の併用	64
5 まとめ	65
参照参考文献	66
章末資料	69
1 研究協力依頼書	69
2 誓約書	70
第二章 近代歯科医療の変遷—近代歯科医療の歴史的考察—	71
1 本章の目的と背景	72

2	研究方法	72
3	結果	73
3.1	近代歯科医療年表作成と時代区分	73
3.2	近代歯科医療変遷のプロセスモデル	78
4	考察	85
4.1	近代歯科医療におけるコンフリクト	85
4.2	歯科医療システムの三因子	87
5	まとめ	88
	本文参照参考文献	90
	年表作成時の参考文献	90
	Ⅰ 社会・生活の動きと生活リスクに関するできごと	90
	Ⅱ 歯科医療・口腔保健の動き, 歯科医療と健康に関する法・制度の動き	91
	第三章 歯科医療に関する言説の推移—新聞記事分析から—	93
1	本章の目的と背景	94
2	研究方法	94
3	分析結果—明治期から近年までの新聞記事分析ストーリーライン—	96
3.1	1期: 導入期 (1860年代~1912年; 明治時代)	97
3.2	2期: 社会化開始期 (1913年~1945年)	102
3.3	3期: 発展期 (1945年~1960年)	113
3.4	4期: 激動期 (1961年~1985年)	117
3.5	5期: 歯科医師過剰期 (1986年~2007年)	129
3.6	6期: 多様化期 (2008年~2015年)	145
4	まとめ	157
	参照参考文献	163
	第四章 第二次世界大戦後のわが国の歯科医療の推移の実際—生活者と歯科医師へのインタビュー調査から—	164
1	本章の目的	165
2	研究方法	165
2.1	インタビューデータの収集	165
2.2	倫理的配慮	166
2.3	分析資料の作成	166
2.4	ストーリーラインの作成と語り統合分析	167
3	結果	167
3.1	生活者と歯科医師の語りストーリーライン	168
3.2	語り統合分析から見る戦後歯科医療システムの動態	242
4	まとめ	245
	参照参考文献	247
	章末資料	249

1	研究協力依頼書	249
2	誓約書	250
第五章	特殊事例における生活者と歯科医師の関係	251
1	本章の目的と背景	252
2	対象および方法	253
2.1	対象	253
2.2	インタビュー方法	253
2.3	分析方法	254
2.4	倫理的配慮	255
3	結果	255
3.1	分析結果シート作成と特徴語	256
3.2	特徴語を含む主な発話	257
3.3	ブリッジとクラスター	258
4	解釈	258
5	考察	259
6	まとめ	262
	参照参考文献	263
第六章	生活者/患者と歯科医師の信頼形成—生活者と歯科医師へのインタビュー調査から—	265
1	本章の目的	266
2	生活者/患者-歯科医師のコミュニケーションに関する語りの整理	266
3	信頼形成の因子	276
4	信頼形成のプロセス	278
5	まとめ	279
	参照参考文献	281
第七章	歯科医療システムにおける「生活者主体口腔リスクマネジメント」の概念化とその意義	282
1	本章の目的と背景	283
2	生活者概念の整理	283
2.1	生活リスクの主体としての生活者	283
2.2	生活者主体口腔リスクマネジメントの意義	284
3	歯科医師と生活者のリスクマネジメントに対する認識のギャップ	286
4	生活者主体口腔リスクマネジメント	287
4.1	口腔リスクマネジメントの用語の整理	287
4.2	口腔リスク：リスクマネジメント視点から見る歯科口腔疾患	288
4.3	生活者主体口腔リスクマネジメント	290
5	まとめ	293
	参照参考文献	295
終章	297
1	調査研究結果の整理と集約	298

2	歯科医療における学際的検討と歴史的検討における3つの研究手法併用	301
3	生活者-歯科医師関係の二つの動態と信頼形成	302
4	オーラルヘルスプロモーションの現状と新たな視点	303
5	まとめおよび今後の課題	304
	参照参考文献	306
	既発表論文一覧	307
	謝辞	308

序章

本章では、研究目的、研究背景、研究方法、主要概念の整理と定義を述べ、本研究の構成を示す。

1 研究目的と背景および研究方法

口は、食べる、呼吸する、話す、味わう、感じる、表情を作るといった生活に欠かせない多くの機能を持つため、生活に与える影響は大きい。歯科医療は生活の安心・安全に直結すると言っても過言ではない。人びとのオーラルヘルスへの関心は高く、国民皆保険制度に支えられたわが国は、歯科医療の社会化が最も進んだ国の一つとなっている。本節では、研究目的と背景および研究方法について述べる。

1.1 研究目的

歯科医療は、受け手である生活者、担い手である歯科医療従事者、行政組織などが関与する社会システムである。本研究では、歯科医療におけるメインステークホルダーを生活者と歯科医師とし、論考を行う。

近代歯科医療がわが国に紹介されてから約 150 年、国民皆保険の達成から 50 年余が経過した。近代歯科医療導入以来、社会の様々なシステムや、人びとの暮らしは変わり続けている。歯科医学は目覚ましい発展を遂げたが、取り巻く社会の状況は変遷を重ね、様々な議論や対応が行われてきた。現在、歯科医療は、国民医療費の増大や歯科医師過剰をはじめ、新たな問題を多く抱えている。この状況に対応する歯科医療制度の在り方に関して、歯科医学、医療経済学、社会保障学等の様々な観点から活発な議論が行われているが（高橋ら 2002、椎野ら 2013、日本歯科医師会 2014）、人びとの日常生活と歯科医療の関係に注目した検証は未だ不十分である。

この間、生活者と歯科医師の関係はどのように変化したのだろうか。あるいは変化していないのだろうか。何が変わり、何が変わっていないのだろうか。本研究では、歯科医療、生活科学、リスク学の複数の視点から、歴史的考察、報道資料分析、語り分析といった異なる研究手法を用いた、学際的かつ多面的な分析によって、生活者-歯科医師関係の動態を明確化することを試みる。

1.2 研究背景：歯科医療の特性

わが国においては、これまで、医療における患者と医師の関係は医師-患者関係として議論されてきたが（懸田 1972、中川 1998 など）、近年のインフォームド・コンセント概念の普及によってさらに関心は高まっている（神崎ら 2005、金ら 2006）。超高齢社会となった現在、健康長寿は万人の願いであり、医療全般に関する生活者の関心は高い。本項では、歯科医療の特性を整理することにより、歯科医療に特化して生活者と歯科医師の関係を考えることの意味を明確にしておく。以下に、歯科医療の特性を、歯科医学的観点から見た特性、医療社会的・生活リスク的観点から見た特性に分けて列挙する。

歯科医学的観点から見た歯科医療の特性は以下の 13 項目である。

- ① 有病率が最も高い疾患の一つである。
- ② 人体で最も敏感な領域を対象とする。
- ③ 複数の組織から成り、複数の機能を持つ複合器官である。治療に際しては硬組織と軟組織の協働に留意する必要がある。
- ④ 自然治癒を期待できない疾患が多い。不可逆的に進行する疾患が多い。
- ⑤ 致死的感染症は少ない。
- ⑥ 術野の明示が困難な場合が多い。
- ⑦ セルフケアの影響が大きい。メンテナンスにより病態のコントロールが可能である。
- ⑧ 適切な治療により急性症状は速やかに消退することが多い。
- ⑨ 患者は病変部を直接目視または感知できることが多い。
- ⑩ 患者は治療結果を直接目視または感知できることが多い。
- ⑪ 他科に比べ、健康保険給付適用外診療が多い。
- ⑫ 治療結果は顔貌に大きく影響する。
- ⑬ 緊急性を伴う症例は僅かである。

医療社会的・生活リスク的観点から見た歯科医療の特性は以下の 16 項目である。

- ① 一日推計外来患者数が最も多い診療科のひとつである。
- ② 治療中・治療後に痛み、異和感を感じることも少なからずあり得る。
- ③ 小さな病変であっても生活に支障をきたすことがある。
- ④ ほとんどの疾患は、自宅療養や薬物療法のみで治すことができない。
- ⑤ 治療中は、開口して動かない状態を保つ等患者の協力が必要である。
- ⑥ 有病率の高さにもかかわらず、社会的危機感は低い。
- ⑦ 生活習慣の影響が大きい。
- ⑧ 治療・メンテナンスの中断が少なくない。
- ⑨ リスク認知の個人差が大きい。
- ⑩ リスク処理（治療結果）の評価は主観によることが多く、他者評価の導入が難しい。
- ⑪ 疾病利得¹や病者役割が発生しない場合が多い。
- ⑫ 健康保険給付適用外の治療法を選択する場合、治療費は高額となる。

¹ 疾病利得はフロイト, S. が提唱した概念であり、詳しくは一次疾病利得と二次疾病利得に区分される。本研究では二次疾病利得、すなわち「病気の症状ゆえに周囲から注目・世話・愛情などを与えられ、時には金銭的補償や休暇を期待できる」という意味で、この言葉を用いることとする。

- ⑬ 審美性が重視される。
- ⑭ 急性期以外は計画的受診が可能である。
- ⑮ 主観リスク(生活者の認知)と客観リスク(専門家の認知)の差が大きい。認知バイアスが存在する。
- ⑯ リスクトレードオフが生じる。抜歯によりう蝕や歯周病のリスクは減じるが、咀嚼嚥下機能は低下することとなる。

上記の歯科医療の特性のうち、歯科医学的観点からみる特性を、さらに歯科口腔疾患の特性と歯科診療の特性に分けた。その上で、それぞれを医療社会学的・生活リスク的的特性と対比した。表 0-1、0-2 に示す。対応する項目は同一行に記載した。

表 0-1 歯科口腔疾患の特性と医療社会学的・生活リスク的的特性

歯科口腔疾患の特性	医療社会学的・生活リスク的的特性
有病率が最も高い疾患の一つ	一日外来患者数が最も多い診療科の一つ
人体で最も敏感な領域を対象とする。	治療中・治療後に痛み、異和感を感じることもあり得る。
複数の機能を持つ複合器官である。	小さな病変であっても生活上の支障が大きい。
自然治癒を期待できない疾患が多い。	自宅療養や市販薬のみでは治癒しない。
致死的感染症は少ない。	有病率の高さにもかかわらず、社会的危機感も低い。
セルフケアの影響が大きい。	生活習慣の影響が大きい。

表 0-2 歯科診療の特性と医療社会学的・生活リスク的的特性

歯科診療の特性	医療社会学的・生活リスク的的特性
適切な治療により急性症状は速やかに消退することが多い。	治療・メンテナンスの中断が少なくない。
患者は病変部を直接目視または感知できることが多い。	リスク認知の個人差が大きい。
患者は治療結果を直接目視または感知できることが多い。	リスク処理の評価は主観によることが多い。 (他者評価の導入が難しい。)
術野の明示が困難な場合が多い。	治療に際して患者の協力が必要となる。
安静指示が受け入れられにくい。	疾病利得や病者役割が発生しない場合が多い。
多様な治療法や材料があり、健康保険給付適用外となる場合も多い。	治療費が高額となる場合がある
顔貌に大きく影響する。	審美性が重視される。
緊急性が少ない。	計画的受診が可能である。
治療内容の理解のために専門的知識を要する。	主観リスク(生活者の認知)と客観リスク(専門家の認知)の差が大きい。(認知バイアスが存在する。)
抜歯により急性症状は消失する。	リスクトレードオフが生じる。

これらの特性をまとめ、生活者と歯科医師の関係に及ぼす影響について整理した（図 0-1）。

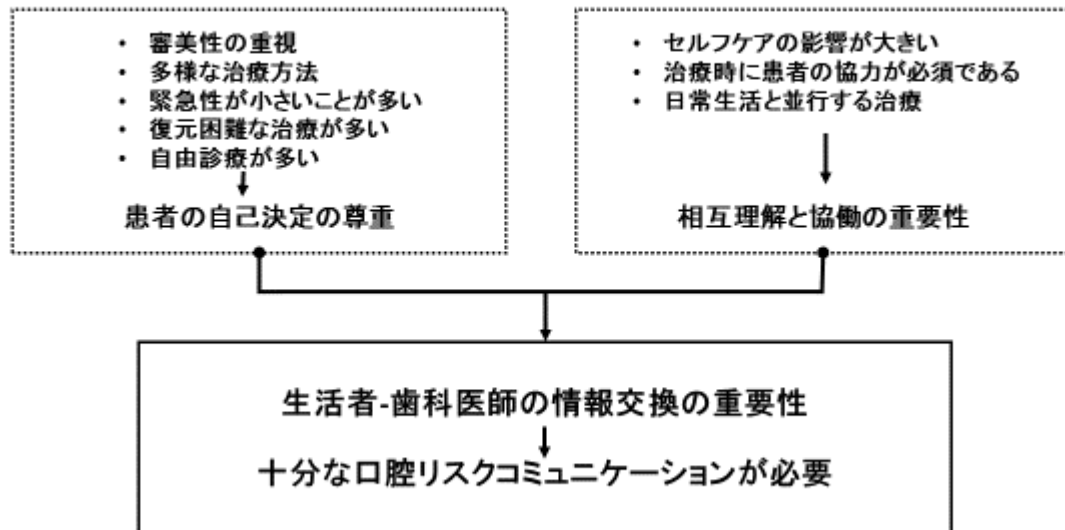


図 0-1 歯科医療の特性と生活者-歯科医師関係に及ぼす影響

歯科医療の特性から、歯科診療にあつたつては、患者の自己決定の尊重と生活者-歯科医師間の相互理解と協働が不可欠となる。そのために、生活者-歯科医師間の十分な情報交換、すなわち、口腔リスクコミュニケーションが必要となる。このように、歯科医療には、他科と異なる特性が存在する。これらの特性を確認したことにより、歯科医療に特化して、医療の受け手と担い手の関係を検討することは、重要な意味を持つことが示唆された。

1.3 研究方法

本研究では、生活者主体の観点に基づき、歯科医療における生活者-歯科医師関係について、歯科医学、生活科学、リスク学の視点から学際的な検討を行っていく。生活者-歯科医師関係の動態明確化のために、文献調査と質的調査から課題を抽出し考察する。文献調査では、先行研究調査、歯科医療の現状把握に加え、近代歯科医療の変遷の分析を行う。近代歯科医療が導入された明治維新前後から現在までの変遷を把握し、歴史的事実を踏まえ、歴史の変遷の様相を把握する。

質的調査では、新聞記事の分析と筆者が行った新旧のインタビューデータを用いた語り分析を行う。新聞記事の分析では、文献調査によって得た近代歯科医療時代区分に沿って、歯科医療に関する記事を内容ごとに整理し、投書と論説を中心に検討し、言説の推移を追う。既存のインタビューデータを用いた調査では、テキストマイニング法と KJ 法の併用によっ

て語りを分析する。新たなインタビュー調査では、文献調査において作成した近代歯科医療年表をもとに、複数の生活者と歯科医師へのインタビュー調査を行い、昭和 20 年前後から現在までの、生活者によるオーラルヘルスの実践と、歯科医師による歯科医療の実践を聞く。採取した語りについて、ベルトーの比較分析法を参考にした語り統合分析を行い、第二次世界大戦以降の歯科医療の変遷と、生活者と歯科医師の関わりの実態を把握する。これらの多面的な分析から、歯科医療のステークホルダーたる、生活者-歯科医師、社会、の歯科医療に関する認識の変化を捉え、歯科医療システムにおける生活者-歯科医師関係の動態を明らかにしていく。それぞれの研究方法の詳細については、各章で述べる。

2 主要概念の定義

本節では、本研究で用いる主要概念の定義と整理を行う。

2.1 歯科医療に関する用語

本研究では、歯科医学用語の定義を参考に、歯科医療に関する用語を以下のように定義した。

- ① 口腔：歯科医師業務領域である口から咽頭までの空間。歯、歯肉、顎、口蓋、頬粘膜、口腔粘膜、唾液腺を含む。
- ② 歯科口腔疾患（歯科疾患）：歯科医師業務領域の疾病と外傷
- ③ オーラルヘルス：歯科医師業務領域（口腔および頭蓋顔面領域特定部位）の健康状態およびヘルスプロモーション 本研究図表中では OH と略す場合がある。
- ④ オーラルヘルス観：オーラルヘルスに関する当事者（生活者-歯科医師）の認識
- ⑤ オーラルヘルスリテラシー：オーラルヘルスに関わることがらを体系的にマネジメントする能力

2.2 生活リスクに関する用語

生活リスクに関する用語については、奈良の定義（奈良 2011）を用い、以下のように定義した。

- ① リスク：人間の生命や健康・資産ならびにその環境に望ましくない結果をもたらす可能性
- ② ハザード（危険事情）：望ましくない結果を起こしやすくする、あるいはその影響を拡大する状態や行動、技術等の潜在的な危険の原因や要因
- ③ ペリル（危険事故）：望ましくない結果を引き起こす引きがね、すなわち直接的な原因となるもの

- ④ ダメージ：ハザードとペリルにより具現化した損害
- ⑤ リスクマネジメント：リスクと、その悪影響を小さくするために行われる主体的・計画的なマネジメントプロセス
- ⑥ リスクアセスメント：リスクを同定し、定性的・定量的な見積もりを行い（リスク分析）、自分の生活に対するリスクの影響の大きさを検討し、自分の生活におけるリスクの相対的重要性を認識すること（リスク評価）
- ⑦ リスク処理：リスク軽減のための方法の考案、検討、選択
- ⑧ リスクコミュニケーション：リスクに関する情報、関心、意見などの双方向的情報伝達プロセス
- ⑨ リスクガバナンス：リスクに関与する多様な主体による、リスクをめぐる意思決定と解決の活動の総体
- ⑩ 生活者：自らの生活を認識し、実践する個人
- ⑪ セルフエンパワメント(self empowerment)：自助能力を生活者自らが向上させること
- ⑫ ミューチュアルエンパワメント(mutual empowerment)：リスクの主体が多様なステークホルダーとの関わりのなかでリスクをとらえ、相互にリスクへの対処能力を向上させる営み

2.3 口腔リスクマネジメント用語の定義

本研究では、生活者と歯科医療従事者によって行われる口腔領域の健康管理全般を口腔リスクマネジメントとして捉える。前述の、歯科医療に関する用語の定義、生活リスクに関する用語の定義を踏まえて、口腔リスクマネジメントに関する用語を以下のように定義した。

- ① 口腔リスク：歯科口腔疾患、ならびに生活者が感じる口腔の不調
- ② 口腔リスクマネジメント：口腔リスクと、その悪影響を小さくするために行われる主体的・計画的なマネジメントプロセス
- ③ 口腔リスクアセスメント：口腔リスクを同定し、定性的・定量的な見積もりを行い（口腔リスク分析）、自分の生活に対する口腔リスクの影響の大きさを検討し、自分の生活における口腔リスクの相対的重要性を認識する（口腔リスク評価）こと
- ④ 口腔リスク処理：口腔リスク軽減のための方法の考案、検討、選択
- ⑤ 口腔リスクコミュニケーション：口腔リスクに関するあらゆる情報、関心、意見などの双方向的情報伝達プロセス 生活者-歯科医師関係

- ⑥ 口腔リスクガバナンス：口腔リスクに関与する多様な主体による、口腔リスクをめぐる意思決定と解決の活動の総体
- ⑦ 患者：一般的に患者とはある疾病に罹患している人を指すが、本研究では歯科診療実施中の歯科診療の受け手のみに“患者”の語を用いる。これ以外の場面の自ら口腔リスクマネジメントを行う各個人としては、“生活者”の語を用いる²。

2.4 歯科医療への生活視点の導入の意義

本研究においては、生活科学の特徴的なパースペクティブである生活視点を歯科医療に導入することを試みる。歯科医療の受け手として、“生活者”と“患者”の二つの用語を用いることは、前項2.3で述べた。本項では、本研究における生活者概念を詳しく検討し、歯科医療への生活視点の導入の意義を確認する。

近年、景気停滞下における医療費抑制政策、IT化、グローバル化等の影響による社会状況の変化により、歯科診療環境は激変した。様々な医院経営努力が行われ、診療形態、診療日時、診療内容等は多様化した。医療法改正における説明義務の明記、医療安全体制の強化により、歯科医師のリスクマネジメントへの関心も高まり続けている。こうして生活者の歯科受診における選択肢は広がったものの、一部には情報過多ゆえの混乱も見受けられる。今後、生活者自身で医療行為の安全性や有効性に関する情報を吟味し、適切な医療サービスを選択する姿勢はますます重要となる。診療環境の多様化する現在、「歯科医師の治療を受ける患者」ではなく、「歯科医師と協働し口腔リスクマネジメントを行う生活者」の視点は大きな意味を持つと考える。

2.4.1 生活者概念の系譜と定義

「生活者」は近年広く普及し汎用されているが、その定義は、時代により、使用者により様々である。ここでは、生活者概念の歴史的推移を紹介し整理する。大正末期から戦時下の昭和期にかけて、「生活者」が使用され始めた。天野は、生活者概念の系譜について詳しく検討し(天野 1996)、最初的使用者は作家の倉田百三であったと述べている。倉田は、1926年「生活者と文壇人」(1), (2), (3)を新聞連載し、同年雑誌『生活者』を創刊した。記事において「生活者」に関する明確な定義は見られないが、「我々は最後まで生活者でありたい。生活の行者でありたい。霊魂の旅の順禮(原文ママ)でありたい。」と述べられている。倉田は熱心な仏教徒でもあり、宗教色の強い用いられ方となっている。「生活者」の登場時の概念は、現在とは大きく異なるものであった。

²本研究において、患者、生活者の表記は、既存の概念に基づく場合を「患者」、「生活者」とし、本研究独自の概念に基づく場合を“患者”、“生活者”、概念の区別を必要としない場合を患者、生活者とする。

その後の生活者概念の使用に関して、天野は、個人や団体ごとに、整理している（表 0-3：①三木清、②新居格、③今和次郎、④思想の科学、⑤溝上康子、⑥大熊信行、⑦ベ平連、⑧生活クラブ）。昭和期戦時下の三木清、新居格の生活者論に始まり、1965年発足の生活クラブに至るまで、生活者概念が広く普及するまでの時期には、各人が明確な定義のもとに、明確な意図を持って使用していた。

こうして徐々に浸透していった生活者概念は、1980年代からは、新聞紙上で使用されることも多くなった。1990年代からは、選挙ポスターや各省庁の白書等、政治・行政の領域でも使用されるようになった。「どの辞典にもこの言葉を見つけ出すことはできない。」（天野 1996）とされていた「生活者」は、現在、「生活という視点からとらえた人」（広辞苑 第六版 2008）と記載され一般に広く知られることとなるが、その定義は次第に不明瞭になっていった。天野（天野 2012）はこれらの動きを再検討し（表 0-3：⑨政党マニフェスト、⑩企業経営者、⑪広井良典、⑫内山節）、「生活者」は、市民（citizen）、公衆（public）、大衆（mass）、人民（people）、民衆（people）、消費者（consumer）といった外国語由来の言葉と異なる、日本社会の生活文化が生んだ「自生え」の言葉であると結論付けている³（天野 2012）。天野の2つの表を参考に生活者概念の系譜を表 0-3 に整理した。

³ 天野（天野 2012）は生活者に近い外国生まれの類似概念として、**common man, well-informed citizen, prosumer** をあげているが、これらは「市民」や「消費者」のある側面をさすか、それらの延長に位置づく概念であるとし、「生活者」概念と区別している。

表 0-3 「生活者」概念の系譜

①	戦時体制下	農民	受動的「文化生活者」 文化人 国民	時局の要求する生活から自律的な生活を目指す生活創造者 生産的文化の担い手 時代と歴史の主体者
②	戦時体制下	中産階層以下の 人びと 市井人	中産階層以上の人びと 知識人 帰属人	「自分で自分の生活を組織し運航して行う」人びと 自由と相互の連体制の重視 小地域主権・反中央思考
③	戦時混乱期	勤労者		活動「総体」としての生活主体者 生活の変革者
④	戦時混乱期	「ひとり」の大衆 非職業的哲学者	大衆の「ひとり」 職業的哲学者 人民大衆	自前のことばと思想を創出する「個人」 小状況の決定者
⑤	高度経済成長 期以前	女性農業従事者 底辺生活者		生活の中で問いを発する「個人」 生活責任の主体者 差別の根源に対する挑戦
⑥	高度経済成長 期	特定せず	消費者	生産と消費の統一体としての「生活」主体者 生活における「必要」と「欲望」を確定する生命 の再生産価値・使用価値の重視
⑦	ポスト高度成 長期	特定せず	職業的政治家 平和運動専門家 労働者 消費者 国民	自らの「生活現場」からの発言 個人の自発性と責任の身に立脚する運動 受難の体現者の苦痛を自らの責任とする「共 感」の重視
⑧	ポスト高度成 長期	都市中間層	消費者 国民	既存の秩序と価値に対抗的な視点 「共」的空間としての地域重視 競争ではなく協同価値の重視 自らが環境ない存在であることの自覚化 関係性としての自由な横木横結
⑨	バブル崩壊後	都市中間層以上 の「強い個人」	競争社会の「弱者」	規制緩和による自己決定と自己責任の追及 健康な成人男性中心の行動規範の担い手
⑩	バブル崩壊後	特定せず	受け身の消費者	自らの生活ビジョンのもとに生活をデザインする消費者 自分にあふさわしい個性的生活を求める人
⑪	21世紀現在	特定せず	「経済成長」イデオロギ ーを内面化した個人	「経済成長」イデオロギーから解放され、自らの 価値のもとに生活を創出する人びと
⑫	21世紀現在	特定せず	自他関係を軽視する 個人	自然や他者関係の中で個人の生活を創り出 す関係的個人 自らの関与と責任を実感できるローカル性の 重視

(出所 天野正子 「生活者」とはだれか 1996, p231、現代「生活者」論 一つながる力を育てる
社会へー 2012, p 38-39 の表を統合し一部改変)

2.4.2 本研究における生活者概念

日々の暮らしを主体的に取り行う人びとをより広い視野で捉え、歯科医療とのかかわりを検討するため、本研究において医療の受け手を“生活者”もしくは“患者”と表現すること、“生活者”を「自らの生活を認識し、実践する個人」、「患者」を「歯科診療実施中の歯科診療の受け手」と定義することは前述した。ここでは、本研究における生活者概念を明確にすることにより、“生活者”と“患者”の使い分けを確認する。

我々は、職業人としての職業的役割、子、親、夫、妻などとしての家庭的役割、任意のグループのメンバーとしての個人的役割といった様々な役割を持ち、社会生活を行っている。これらの社会的役割は、「ヒトに与えられる範疇」(大澤ら 2012)、「社会の維持・存続にとって必須であり、かつ社会的に期待され、要求される行動様式」(住田ら 2015)などと定義されており、人びとの振る舞いの基盤となるものである。人は、日常生活のそれぞれの場面において、意識的あるいは無意識的に、複数の役割の中から相応しい役割を選び取り遂行している。田中(住田・田中 2015)は、今日の複雑化した社会において、人は、「複数の役割をまとめて引き受け」、「それぞれの役割を葛藤を引き起こすことなく適度に操作・管理する」ことを指摘している。健康が損なわれた場合、平素の社会的役割に加えて、病人役割や患者役割が加わり、社会的役割の操作・管理はさらに複雑化する。本研究においては、従来の生活者概念に「複数の社会的役割をマネジメントしつつ日常生活を行う主体」としての観点も含めて論じることにより、生活者と歯科医師の関係に関する考察を深める。

2.4.3 生活者／患者と歯科医師

予防やメンテナンスのケースを除き、“生活者”は、口の中の異常や不具合に気づき、“患者”として歯科医師のもとを訪れる。この時、痛み等、何らかの急性症状がある場合、“生活者”の中で“患者”としての自己認識はかなり大きい。ところが、歯科疾患の多くは適切な治療で、急性症状が速やかに消退する場合が多いため、これに伴って本人の“患者”意識も急速に消退する。このように、“生活者”の「自分自身が患者である」という認識は、自覚症状とその場の状況に応じて膨縮すると考え、これを「患者役割膨縮モデル」とした。図0-2に、「患者役割膨縮モデル」を用いて、歯科診療時の生活者と歯科医師の関係を図示した。

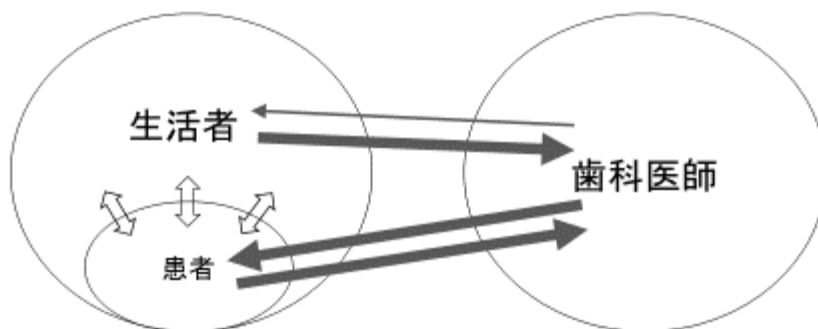


図 0-2 患者役割膨縮モデルにおける生活者と歯科医師の関係

図 0-2 において、発症直後は大きかった左“生活者”円内の“患者”部分は、治療により早々に縮んでいく場合が多い。序章 1.2 で述べたように、歯科口腔疾患では、適切な治療により急性症状は速やかに消退することが多いためである。“生活者”は、歯科診療時の状況に応じて患者役割を膨縮させ、“生活者”として様々な社会的役割を行き来しながら歯科医師と相対していると考えられるモデルである。急性症状の強い時点では、“患者”から歯科医師へのアプローチが主となり、症状が消退すると“生活者”から歯科医師へのアプローチが主となる。歯科診療時、歯科医師側のアプローチは、ほとんどが“患者”へ向けられている。歯科医師側が“患者”へのアプローチのみを行う場合、両者間の行き違いを生む。逆に、口腔の慢性疾患があるにもかかわらず、生活者側に患者意識が乏しい場合は、歯科医師側からの療養に関するアドバイスは伝わりにくい。このように、“生活者”における患者意識の膨縮は、本研究において生活者と歯科医師の関係を検討するにあたり、重要な概念となる。

3 本稿の構成

本章では、序章として、研究背景と背景および研究方法を述べ主要概念の定義を行った。この研究概要をふまえて、本稿を以下のように構成する。

研究の初めとなる第一章では、2014 年実施の生活者と歯科医師のオーラルヘルス観についてのインタビューデータを用いた語り分析から、両者の認識の異同を検討する。ここで示す、生活者と歯科医師間での認識のギャップの存在は、両者の関係に大きく影響する因子であり、続く各章の基盤となる概念である。第二章では、近代歯科医療に関する歴史的事実を確認し、近代歯科医療システムについての歴史的考察を行う。ここで、近代歯科医療歴史区分を設定し、第三章の言説分析、第四章の語り分析において時代区分として用いる。第三章

では、歯科医療に関する新聞記事の内容を時代区分に沿って分析し、言説の推移を知る。この作業によって世論の推移を把握した後、第四章で、生活者と歯科医師へのインタビューとその分析を行う。語り手が体験した、第二次世界大戦後のわが国の歯科医療の推移を記録し、各人の語りを統合し検討する。第五章、第六章では、インタビュー調査で、全ての語り手が発した「信頼」の語りに注目し、時代や社会状況を超えて存在する生活者-歯科医師間の「信頼」について考察する。まず、インタビューデータの中で、歯科治療忌避感の強い女性の特異的な語りに注目し、第五章で詳しく分析する。ここで行った、口腔リスクコミュニケーションにおける伝統的信頼モデルと主要価値類似モデルの有効性の検討をふまえて、第六章では、生活者/患者と歯科医師の信頼形成を考える。第七章では、第一章から第六章までの調査研究で得られた知見から、今後の歯科医療システムにおける新たな視点として、「生活者主体口腔リスクマネジメント」を概念化し、その意義を検討する。

最後に、終章として、これまでの博士課程研究の総括を行い、今後の研究課題を検討する。これらをまとめ、現時点で明らかになった生活者-歯科医師関係の動態とオーラルヘルスプロモーションの新たな視点について論じ、今後の課題を検討する。

参照参考文献

- 天野正子（1996）『「生活者」とはだれか』中央公論社.
- 天野正子（2012）『現代「生活者」論 一つながる力を育てる社会へー』有志舎.
- 石丸 昌彦、広瀬 宏之（2010）『精神医学特論』放送大学教育振興会.
- J.ラプランシュ、J.-B.ポンタリス、村上仁 監訳（1977）『精神分析用語辞典』みすず書房.
- 懸田克躬（1972）「医師・患者関係 / Relation between Doctor and Patient」『順天堂医学』18(4)、486-488.
- 神崎仁、隈部まち子（2005）『おまかせしない医療：自立した患者になるために』慶應義塾大学出版会.
- 柏木信一（2000）「生活者概念の経済学的位置付けに関する一考察」『生活経済学研究』15、145-154.
- 片山又一郎（2000）『現代生活者試論』白桃書房.
- 金泰昌、市野川容孝（2006）『京都フォーラム 健康・医療から考える公共性：Publicness from the perspective of health and medical care』東京大学出版会.
- 中川米造（1998）『医療倫理と行動科学』メヂカルフレンド社.
- 奈良由美子（2011）『生活リスクマネジメント』放送大学教育振興会.
- 日本解剖学会（1978）『解剖学用語集』丸善.
- 日本歯科医学会（1992）『学術用語集 歯学編』口腔保健協会.
- 日本歯科医師会、日本歯科総合研究機構（2014）『歯科医療白書 2013 年度版』社会保険協会.
- 日本歯科医師会（2014）『健康長寿社会に寄与する歯科医療・口腔保健のエビデンス』
- 大澤真幸、吉見俊哉、鷺田清一編（2012）『現代社会学事典』弘文堂.
- 押鐘篤（1973）『歯科ハンドブック』理論編、文京書院.
- 椎野優樹、権丈 善一（2013）「社会保障制度の中の歯科医療（特集 国民の生活を支える歯科医療：歯の治療から食べる幸せへ 日本歯科医師会がいま目指すもの）--（時代が求める歯科医療）」『日本歯科医師会雑誌』65(11)、1324-1327.
- 新村出編（2008）『広辞苑』第六版、岩波書店.
- 住田正樹、田中理絵（2015）『人間発達論特論』放送大学教育振興会.
- 高橋義一、村居正雄ら（2002）「平成 4～11 年度医療保険の制度別請求状況からみた歯科診療医療費の変化」『日本歯科医療管理学会雑誌』37(2)、173-180.

第一章 生活者と歯科医師のオーラルヘルス観の異同

1 本章の目的と背景

最初に、本章の目的と背景として、目的と歯科医療の特性、先行研究、質的研究と量的研究について述べる。

1.1 目的と歯科医療の特性

わが国のヘルスケアシステムは、国民皆保険を基盤としている。急速な高齢化のため、近年、高齢者の治療への関心が高まり、様々な問題提起がなされている。これまで、歯科医療の受け手は、「患者」、「地域住民」などと表現されてきたが、オーラルヘルスは日常生活と密接に関連しているため、歯科治療にあたっては、生活に関連する様々な状況を考慮する必要がある。この視点から、本研究では歯科医療の受け手を“生活者”と表現する。

1960年に全国民が加入する公的健康保険制度が採用されて以来、歯科医療制度もこの制度に支えられている。わが国においては、受診する歯科医院を個人が自由に選択でき、歯科治療費は諸外国に比べて安価である。それ故、日本人にとって、歯科治療は身近なものとなっており、歯科口腔疾患は、患者調査（厚生労働省 2015）において最も推計患者数が多い疾患である。

歯科医学は繊細で敏感な組織を対象とし、痛みのコントロール、形状の回復、審美性の向上、咀嚼・発音等の複雑な協調運動の機能回復など多様な目的を持って行われる。歯科診療は、図0-1（再掲）のような特性を持つ。

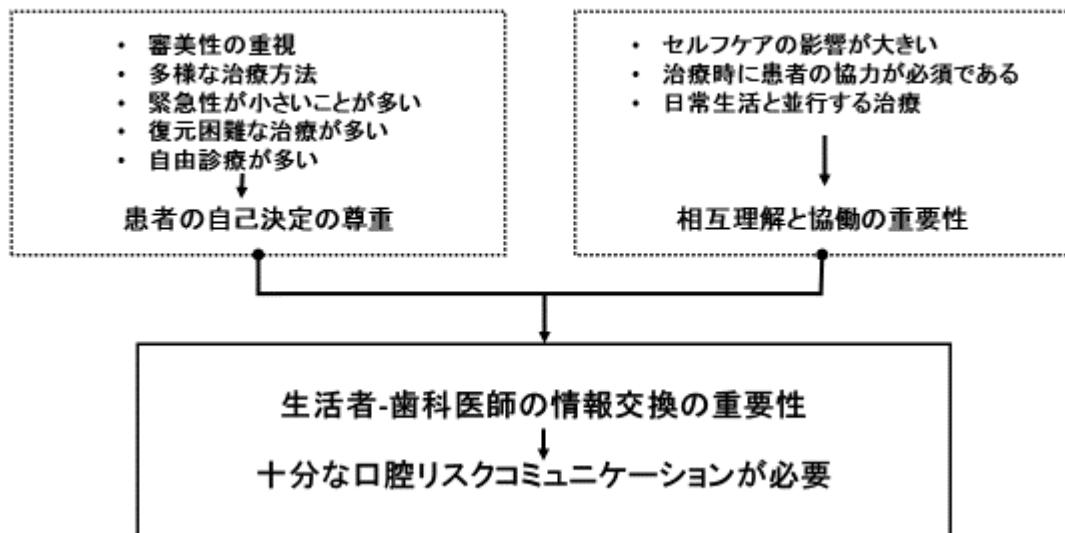


図0-1 歯科医療の特性と生活者-歯科医師関係に及ぼす影響

このような特性をふまえると、口腔リスクマネジメントの実施にあたっては、生活者と歯科医師は、ともに口腔リスク認知と口腔リスク処理の主体である必要があると言える。一方

で、歯科医療において、パタナリズムにより患者が治療の全てを歯科医師に任せる事態も起こりがちである。これら二つの様相を検討する必要がある。

筆者らは、5名の生活者と5名の歯科医師へ、高齢期のオーラルヘルスに関するインタビューを行い、KeyGraphとKJ法を併用し、語りデータの分析を行った。本章では、語り分析の結果明らかになった、生活者と歯科医師のオーラルヘルス観に関する認識の異同について論じる。

1.2 わが国のオーラルヘルス観に関する先行研究

近年のオーラルヘルスに関する日本人の意識についての報告のほとんどは、質問紙調査による量的調査である。多くの研究(Uedaら 2014、Moritaら 2011など)オーラルヘルスの状態とオーラルヘルスへの留意が全身の健康へ大きく影響することを示している。筆者らの調査では、歯科医師のオーラルヘルス観についての報告はほとんど見られなかった。しかし、新たな時代の歯科診療のポリシー(深井 2010、花田 2009)が提案されており、歯科医師側もこれらの問題を重要視していることが分かる。

歯科診療費用に限ってではあるが、生活者と歯科医師が同じ内容の質問を受けた質問紙調査は、1件のみ存在した(中村ら 2010)。包括的なオーラルヘルス観に関して、生活者と歯科医師に同じ質問をした質的調査を確認することはできなかった。そこで、筆者らは、生活者と歯科医師に対して、オーラルヘルス観に関する同じテーマの質問を行うインタビュー調査を実施し、語りデータの分析を行うこととした。

1.3 質的研究と量的研究

研究方法は、量的研究法と質的研究法に分類される。量的研究法は量的データを処理する。質的研究法においては、定量化の困難な質的データ、語り、記述、人の行動、等を取り扱う。質的研究法には、様々な理論や技法があり、人類学、心理学、教育学等で永年使用されてきた。

質的調査の一つであるグラウンデッド・セオリーは、1967年にグレーザーとシュトラウスにより提唱された(Glaserら 1967)。1968年に、*The Discovery of Grounded Theory; Strategies for Qualitative Research* (Glaserら 1968)、が *Nursing Research* において発表された。これが医学研究者の注目を集め、医学分野において、次第に質的研究に関する関心が高まることとなる。2003年、“Qualitative Research”がMedlineシーソラスに導入されてからは、質的研究法による医学論文は急速に増加している(Boveら 2014、Richら 2003、Morrisonら 2014など)。

言語データを数学的に処理し分析を行うテキストマイニングは、1980年代に出現し、ビ

ビジネスや学術研究の様々な分野から広く注目されている(杉浦ら 2011、大沢ら 2007、藤井ら 2005)。医学領域においても様々な報告がなされており、テキストマイニング法は大量のテキストデータを客観的に分析できる点が評価されている(Parkら 2014、Käkilehtoら 2009)。テキストマイニング法を用いたインシデント報告に関する研究においては、テキストマイニング法と人力による分析の比較が報告されている(伊藤ら 2007)。

量的研究と質的研究の方法論については、様々な議論が存在する(Lach 2014、Nara・Ohsawa 2003、Lee 1992)。量的研究法は、大量の数量的データを客観的に処理することができる点で優れているが、仮説の検証のみが可能である。一方、質的研究においては、それぞれの研究目的に応じた多様なデータを対象とすることが可能であるが、恣意性の排除と大量データ分析における処理能力の点では、量的研究に及ばない。研究方法の決定にあたっては、研究目的に応じて的確な研究方法を選び、場合によっては、質的、量的、双方の研究方法を組み合わせることは重要である。

2 研究方法

本章で行ったインタビュー調査とその後の語り分析に関して、研究方法を以下に述べる。

2.1 インタビュー

本研究は、高齢者歯科医療の受け手(生活者)と担い手(歯科医師)のオーラルヘルス観の異同を探ることを目的とする。明確に意識されていないイメージをも含めたデータを得るため、アンケート方式意識調査ではなく、半構造化面接による個別インタビュー調査を生活者5名、歯科医師5名に対し行った。本項では、インタビュー調査方法を述べる。

2.1.1 インタビュー対象者とインタビュー方法

インタビューウイヤーの選択にあたり、高齢期の問題を身近に考えている40代以上の人びとの中から、性別、経歴が偏らないよう配慮しつつ、理論的サンプリングを行い、生活者5名、歯科医師5名をインタビューウイヤーとした。各人のプロフィールを表1-1に示す。

表 1-1 インタビュー対象者プロフィール

	年齢	卒後年数	性別	プロフィール
P1	45		女性	既婚 専業主婦 義父母、義兄と3世帯同居 歯科助手のアルバイト経験あり 10年来、四肢マヒ・胃妻の夫を介護中 夫はH16年11月より3~4回/月の訪問口腔ケア
P2	61		女性	既婚 兼業主婦 夫と二人暮らし 音楽講師 演奏家 92歳の実母を別居介護中
P3	46		男性	既婚 大手企業勤務 社会人大学院生
P4	72		女性	独居 親族近居 亡夫(舌咽頭癌、胃妻)の看取り経験あり
P5	65		男性	D1の30年来の患者さん 新聞社勤務の後、現在大学教授
D1	69	44	男性	23区内オフィス街個人開業医院長
D2	24	1	女性	都市部駅前大学病院高齢者歯科研修医
D3	30	4	女性	過疎地市役所近く個人開業医院勤務
D4	56	30	男性	23区内住宅地個人開業医院長
D5	44	18	男性	個人開業医(D1の医院)副院長 D1の子息

インタビュー方法として、半構造化インタビューを採用した。聞き手（筆者）がインタビュー対象者へある程度設定された質問項目を提示し語りを記録する、「設定項目から外れた語りをある程度は許容し、インタビュー対象者の生の声を採集することを期待する手法」（西條 2007）である。インタビューに先立って、質問項目を整理しインタビューガイドを作成した。質問項目設定にあたり、生活者-歯科医師へ同じテーマの質問をすること、リスク学の視点から見た各人のオーラルヘルス観を探ること、歯科診療における生活視点の重要性の認識度を探ることに留意した。インタビューガイドは、リスク学文脈からの質問、生活者-歯科医師関係に関する質問、その他の三つのパートから成る。リスク学文脈からの質問は、生活者-歯科医師それぞれの立場での、口腔リスクマネジメントの様相を探ることを目的に設定した。一般的なリスクマネジメントの段階をふまえ、口腔リスクマネジメントの目標、口腔リスク認知、口腔リスク処理の各ステップでの経験と認識を聞いた。生活者-歯科医師関係についての質問では、両者のコミュニケーションに関する質問に加え、歯科治療における生活の重要性がどの程度認識されているかも尋ねた。質問項目一覧を表 1-2-1、1-2-2、1-2-3 に示す。質問テーマを中央に、生活者に対する質問文を左列に、歯科医師に対する質問文を右列に配置している。

表 1-2-1 リスク学文脈からみたオーラルヘルスに関する質問

生活者への質問	質問テーマ	歯科医師への質問
今まで歯科受診の経験はありますか。	リスクキャリア	歯科医師としての経歴を教えてください。
現在の口の中の状態を教えてください。	リスクキャリア	現在の診療形態を教えてください。
歯や口の病気になった時怖いのはどんなことですか。	リスク認知	歯科疾患はどんなリスクがあると考えますか。
歯や口の病気になった時の様子、気持ち、対応を教えてください。	リスク認知・対処	歯科疾患に苦しむ患者さんに接する時の気持ちを教えてください。
歯科を受診するのは何のためですか。	リスク対処 (治療の目的)	歯科治療の目的は何でしょうか。
高齢期の健康な口とはどんなものだと思いますか。	リスクマネジメントの目標 (理想のオーラルヘルス)	高齢期のオーラルヘルスの理想像は？
受診を決意するきっかけや理由は何ですか。	リスク対処 (防止)	貴院の受診動機で多いものは何ですか。
治療を中断したことはありますか。その原因は何ですか。	リスク対処 (消極的保有)	貴院で治療中断ケースはありますか。その理由は何だと考えますか。
歯や口の中が気になったが、歯科を受診しなかった経験がありますか？それはなぜですか。	リスク対処 (消極的保有)	貴院で、早期受診しなかったケースとその背景を教えてください。

表 1-2-2 生活者-歯科医師関係に関する質問

生活者への質問	質問テーマ	歯科医師への質問
治療時に症状や身体のこと以外で、歯科医師に予め伝えておくことがありますか。	「治療を受ける生活者」という意識	問診時、医学歯学領域の問題以外に聞くことはありますか。
歯科医師に伝えにくいことや聞きにくいことがありますか。	コミュニケーション	患者さんへ聞きにくい、伝えにくいこと(聞く、伝える時に気を使うこと)はありますか。
歯科治療中の期間、歯や口の症状以外で負担になることはありますか。	治療の生活への影響	治療計画において、患者さんの生活をどの程度考慮しますか。
歯科治療とその他の病気の治療を比べると、気持ちや心構えに違いがありますか。	医師-患者関係と 歯科医師-生活者関係	患者さんへの対応で、特に気をつけていることは何ですか。医科と違いがあると思いますか。
歯科医師や歯科治療に望むことはありますか。	コミュニケーション	患者さんに望むことはありますか。

表 1-2-3 その他の質問

生活者への質問	質問テーマ	歯科医師への質問
歯科治療で、良かった経験がありましたら教えてください。	印象に残った治療 (+の経験)	中高齢者診療で良い経験として印象に残っているケースを教えてください。
歯科治療で、イヤな経験がありましたら教えてください。	印象に残った治療 (-の経験)	中高齢者診療でイヤな経験として印象に残っているケースを教えてください。
オーラルヘルス関連の公的な健診やイベント等に参加したいと思いませんか、思いませんか。その理由を教えてください。	公機関の オーラルヘルスへの介入 (歯科医療の社会化)	介護予防、成人歯科健診などの中高齢者のオーラルヘルスへの公的な介入についてどう考えますか。

これらのインタビューガイドをもとに、1時間程度の個別インタビューを行った。聞き手は全て筆者自身である。インタビュー内容は、インタビューウイヤーの了承を得た上で、事前説明を含めてICレコーダーに記録した。

2.1.2 倫理的配慮

研究の概要と研究倫理に関する説明のため、研究協力依頼書・誓約書（章末資料）を作成した。インタビューに先だって、口頭説明し、署名し、研究者とインタビュー対象者が各一枚ずつ保管することとした。

2.2 語り分析

本調査は生活者と歯科医師のインタビューデータを分析した質的研究であり、インタビューウイヤーの漠然としたイメージをも含めたオーラルヘルス観を採取するために、半構成面接を行うことは前述のとおりである。こうして得られた語りデータの細かなニュアンスを損なうことなく、同時にある程度の客観性を担保する分析方法として、今回、KeyGraphを用いたテキストマイニング法を選択した。

テキストマイニング（text mining）は、言語データを数量化し計量的な分析を行う手法で、マーケティングサイエンスを皮切りに社会学、心理学分野で注目を集め、近年医療福祉分野での質的データ分析においても取り入れられ始めている（藤井ら 2005、大沢ら 2007、杉浦ら 2011、石田ら 2013）。アンケート分析等の数学的データを対象とする量的研究においては、多くの変量を解析する場合、多変量解析を行い共変動の有無を調べるが、同様の概念を用いて統計解析を行うことにより、言語データ中の単語出現の特徴を単語間の共起性（同時に出現する組み合わせとその割合）として抽出することができる（相澤 2007）。この共起性から、単語間の関係性を分析する手法がテキストマイニングである。

KeyGraph は、文章中の要点となるキーワードを抽出するためのアルゴリズムであり、大澤によって開発された。KeyGraph はグラフのセグメント化をベースとし、ドキュメント中の単語間の共起性をクラスターとして描出している (Ohsawa ら 1998)。解析結果をネットワーク図として視覚化することによりメタ認知を促進することを意図しており、他の技法では不可能な、出現頻度の多くない注目すべきキーワードを抽出できるという、特徴的な機能を持つ。KeyGraph に関しては、異分野の専門家二人の認識を比較分析した研究 (Nara ・ Osawa 2004)、看護記録の分析 (Kushima ら 2011) 等々が報告されている。

本研究においては、まず、10名の語り手による全てのデータを KeyGraph により分析した。この作業によって、語りデータ中のキーワードの関連を可視化し、キー概念を抽出した。この結果を用いて、ブレインストーミングの一手法である KJ 法セッションを行った。KJ 法は、多数のアイデアをその関係性に基づき構成していくブレインストーミングの一つである (川喜田 1986)。図 1-1 に語り分析の流れを示す。

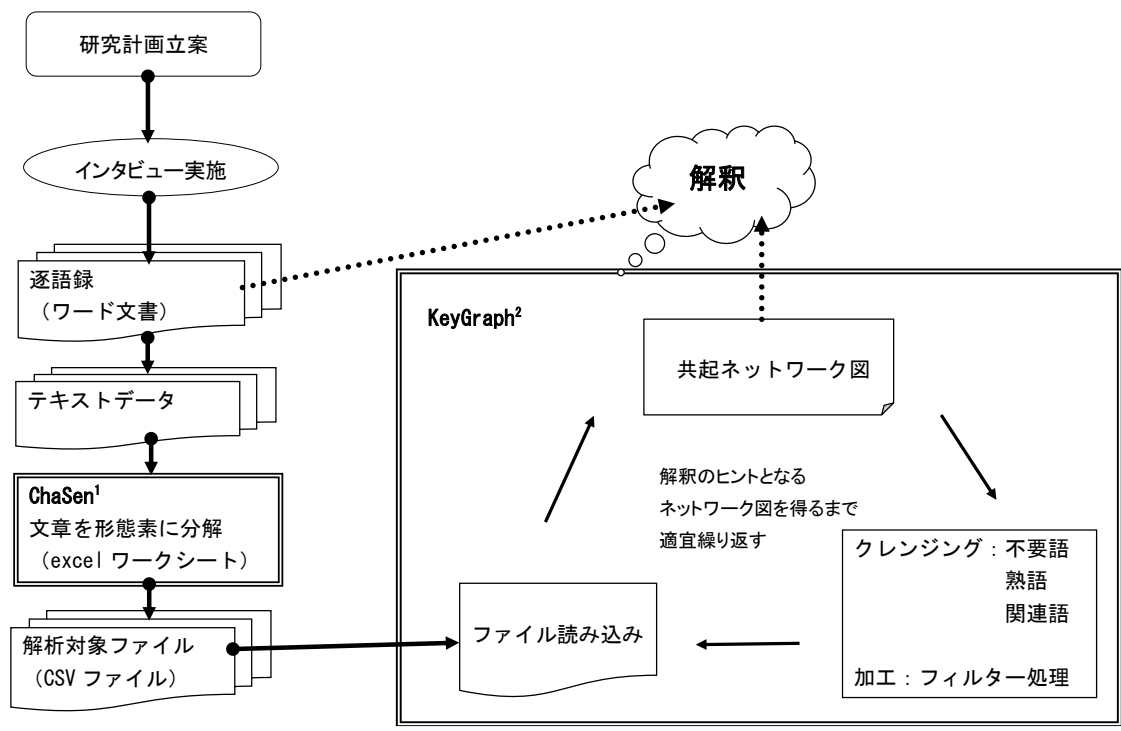


図 1-1 本研究における語り分析の流れ

- 1) ChaSen, <http://chasen.naist.jp/hiki/ChaSen/?%C3%E3%E4%A5%A4%CE%C7%DB%C9%DB>, accessed on 2013 April 24.
- 2) KeyGraph, <http://iit.kke.co.jp/keygraph/>, accessed on 2016 June 8.

図 1-1 は、インタビューから語りデータの解釈と考察へ至る作業の流れである。左上の研

究計画立案から開始し、インタビューの実施、逐語録の作成、ChaSen⁴によるデータの前処理、KeyGraph によるテキストマイニング、キーワードとキー概念の抽出、KJ 法セッション、解釈と考察の順に行った。二重線長方形内の作業は、ソフトウェアを用いて行う。解釈と考察は、KJ 法セッションの結果と、語りデータを照らし合わせて行う。

3 結果

生活者 5 名、歯科医師 5 名の語りデータをそれぞれ生活者群、歯科医師群として統合した後、質問テーマごとに整理し、分析用データとした。これらを対象に、KeyGraph を用いてテキストマイニングを行い、キーワード、キー概念を抽出後、KJ 法セッションによる概念整理をおこなった。結果を順に述べる。

3.1 頻出語

KeyGraph 分析では、単語の出現度数と単語間の共起性を表すネットワーク図を見ると同時に、頻出語を出現順に見ることもできる。最初に、生活者群、歯科医師群それぞれの語りの全体像を知るために、両群の全ての語りを対象として、頻出語を抽出した。表 1-3 は、生活者 5 名の逐語録を統合した分析用データと、歯科医師 5 名の逐語録を統合した分析用データの名詞動詞頻出語一覧である。

⁴ ChaSen は、奈良先端科学技術大学院大学により提供されている形態素解析（入力文を単語単位に分割し品詞を付与する）を行うソフトウェアである。（<http://chasen-legacy.osdn.jp/>）

表 1-3 生活者群歯科医師群頻出名詞動詞上位 35 語(数字は出現回数)

生活者	名詞	生活者	動詞	歯科医師	名詞	歯科医師	動詞
時	85	する	269	人	113	する	298
歯	73	なる	154	患者	103	いる	222
私	55	ある	152	治療	67	ある	150
先生	51	いる	145	歯科	64	なる	126
歯医者	47	思う	125	先生	59	いう	108
自分	43	てる	118	自分	57	思う	100
治療	41	いう	108	的	56	言う	93
方	38	行く	105	方	55	てる	69
口	38	言う	74	時	46	やる	66
感じ	36	れる	67	歯	45	来る	65
気	35	やる	63	中	41	れる	64
今	32	ちゃう	48	何	39	聞く	52
何	32	聞く	42	場合	37	できる	45
中	31	もらう	39	一番	36	られる	45
人	28	くる	38	口	35	考える	44
的	25	できる	30	問題	33	くる	42
経験	24	しれる	30	歯医者	31	いく	39
一番	23	行う	30	今	30	いける	34
歯科	22	みる	27	話	28	見る	30
痛み	22	食べる	27	健康	25	違う	27
話	21	分かる	27	生活	24	出る	26
場合	19	くれる	26	医療	23	ねる	26
ホント	19	診る	23	ケース	22	行く	24
前	19	られる	21	説明	22	食べる	24
回	19	かかる	20	保険	21	持つ	21
物	16	違う	19	関係	21	かかる	21
イヤ	16	はねる	19	僕	21	治る	19
むし歯	16	解る	18	医科	21	もらう	19
他	16	く	16	必要	21	診る	18
受診	14	抜く	16	気	19	くれる	16
主治医	14	考える	16	入れ歯	19	分かる	16
虫歯	14	いただく	14	介入	19	入れる	15
年	14	出る	14	ため	18	終わる	13
健康	14	治す	14	病気	18	入る	13
安心	13	見る	14	勉強	18	変わる	12

表 1-3 から、生活者と歯科医師の単語出現傾向の違いを概観できる。動詞の出現傾向は両群で似ていることから、KeyGraph 分析に際して、先ず名詞のみを中心に分析を行い、データに表れているトピックを把握し、インタビュー対象者の関心や、口腔リスクに関する行動の主体を探ることとした。総量の小さなデータでは、名詞、動詞を併せた分析も行う。

3.2 KeyGraph ネットワーク図分析結果

本項では、KeyGraph により描出されたネットワーク図をもとに、生活者群と歯科医師群の語りを分析し、解釈を試みる。生活者群逐語録、歯科医師群逐語録を、語りの内容ごとに、口腔リスクマネジメントの目標、口腔リスク認知、口腔リスク処理、口腔リスクコミュニケ

ーションに分け、分析用分割データを作成した。4つの分割データの分析結果を、分析ノートとしてまとめた。分析ノートは、①島、②ブリッジ、③特徴語⁵（語りを特徴づけるキーワード）、④解釈メモに分けて作成した。文中《 》はキーワード、< >内は逐語録からの引用、< >内の（ ）は筆者追加の文言、…は発言中の若干の沈黙、～は筆者による省略である。分析結果として、8つのKeyGraph ネットワーク図と分析ノートを以下に示す。

⁵ KeyGraph が描出する黒ノードと赤ノードには、質問テーマから当然出現が予想される語、語り手の口癖をはじめ単語自体は重要な意味を持たないもの等と、語りを特徴づける語とが混在する。ネットワーク図の解釈は、語りを特徴づける語を中心に行う。本研究では語りを特徴づける黒ノード、赤ノードを併せて特徴語と呼ぶ。

3.2.1 口腔リスクマネジメントの目標

生活者群、歯科医師群それぞれの口腔リスクマネジメントの目標に関する語りの分析結果を、ネットワーク図、分析ノートの順に以下に示す。

3.2.1.1 生活者群

[19-21-6-C11]

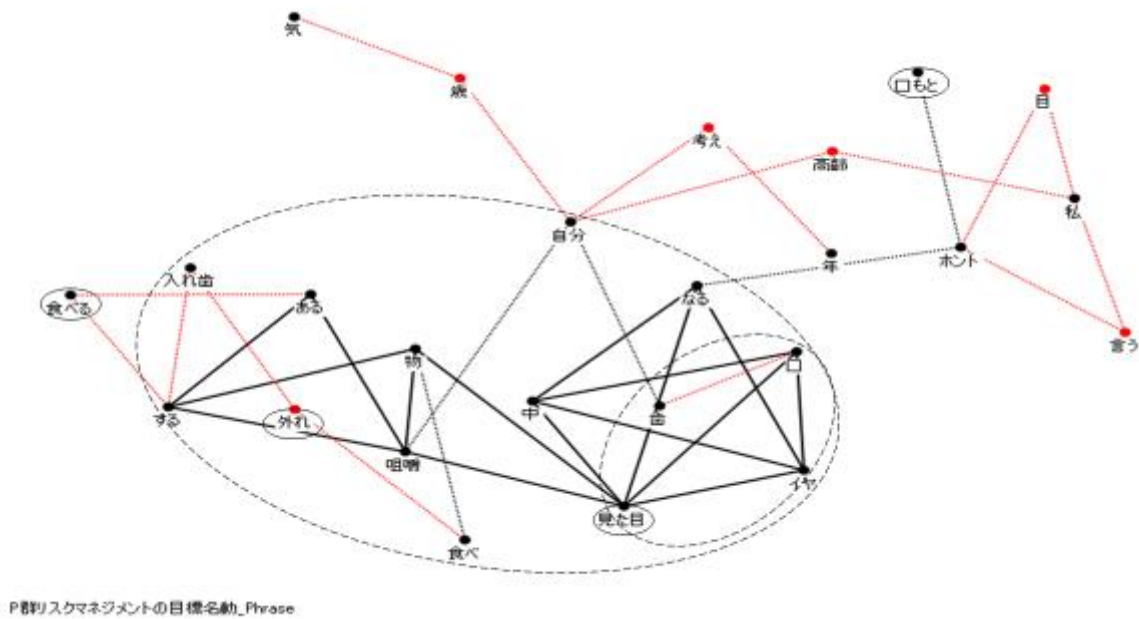


図 1-2 生活者群口腔リスクマネジメントの目標ネットワーク図

分析ノート

①島

- 左下に《食べる》《物》、《咀嚼》、《歯》、《口》、からなる大きな島
- これに重なる《見た目》《イヤ》を持つ小さな島

②ブリッジ

- 《食べる》から《咀嚼》の島へのブリッジ
- 《口もと》から《見た目》の島へのブリッジ

③特徴語

黒ノード

- 《食べる》《咀嚼》：高齢期オーラルヘルスの目標はまず《食べる》
<口の健康…食べることは、生きてると同じくらい、全て。>
<もう他いろいろあってもまず、食べること。食べるには口＝歯だから。>

<食べるため、咀嚼するための物でもあるけれども、やっぱり、見た目も必要よね、>

<そうすると（入れ歯がはずれ易いと）食べる気もちよっと失せちゃうみたいで、それがけっこう印象にあるかもしれない。>

<自分の歯で、消化ができる、咀嚼ができる、自分の歯を維持する。>

<（高齢期の理想は）まあ、差し歯をしたり、入れ歯をしたりいろんなことがあるでしょうが、咀嚼に影響がない限りにおいては、できるだけ自分の歯を持っている。>

<（口は）食べるため、咀嚼するための物でもあるけれども、やっぱり、見た目も必要よね、絶対に。>

- 《歯》：自分の歯が残っていることの重要さを感じている。

<歯が全部あって、白くて光ってて、見た目綺麗で、何でも食べられる。>

<歯は命、命そのもの。最後は足腰と歯ですね。>

<自分の歯があれば、残っていればいいな、ということだよ。>

<笑った時にちゃんと歯が揃っている状況になるような…>

<やっぱり歯がちゃんとしていれば、一番いいことなんでしょうけどね。自分の歯で物を食べたりとか。>

<自分の歯で、消化ができる、咀嚼ができる、自分の歯を維持する。>

- 《入れ歯》：義歯適合不良のトラブルを見聞きした経験が印象に残っている2名の語りあり

<部分入れ歯が、どうしても痛そうなのね。あの針金の出ているのを嵌めるっていうのが、親を見ていると。>

<我々が食べたいっていう物を、一緒に連れて行ったりすると、入れ歯外れちゃって、可哀想なんですよね。>

<聞いたんですけど、美味しくないんだって、美味しくなくなっちゃうって、入れ歯にすると。なんか、何を食べても美味しくないんだっていう話を聞いたことがあって。>

- 《口もと》《見た目》：外観も重視する（発語は女性のみ）

<好印象の口もと。口もってホントに大きいと思うの。>

<口もとが綺麗になるとホントに美しくなる。目とか鼻よりも、まず、ホント口もとだな、顎だな、っていうのは感じる。>

<歯が全部あって、白くて光ってて、見た目綺麗で、何でも食べられる。>

赤ノード

● 《外れ》：義歯適合不良のトラブルを見聞きした経験

<やっぱり外れちゃうんですよ。何食べてる時かな…我々と同じ物食べてて>
<我々が食べたいっていう物を、一緒に連れて行ったりすると、入れ歯外れちゃって、可哀想なんですよね。>

④解釈メモ

図 1-2 に《食物》、《咀嚼》、《歯》、《口》 からなる大きな島が存在する。この島と《食べる》はブリッジによって接続している。自分の《歯》で《食べる》ということが高齢期のオーラルヘルスの目標として語られていることを示している。語り手は、できるだけ自分の歯を長持ちさせたいと考えている。特に、栄養摂取の面でのオーラルヘルスの重要性は十分に認識されている。

インタビューウィーに義歯装着者はいなかったが、義歯適合不良のトラブルを見聞きした経験が語られた。義歯がうまく合わないという話を他者から聞き、高齢期のオーラルヘルスの目標は自分の歯で食べることだとの語り、《食べる》機能が家族等身近な人びととの関係に波及するとの語りもあった。

口もとの美しさに注目する発語は、女性のみにもみられた。美容面の美しさというより、身だしなみとして口もとに注意を払っているニュアンスの語りであった。

3.2.1.2 歯科医師群

[19-21-10-C9]

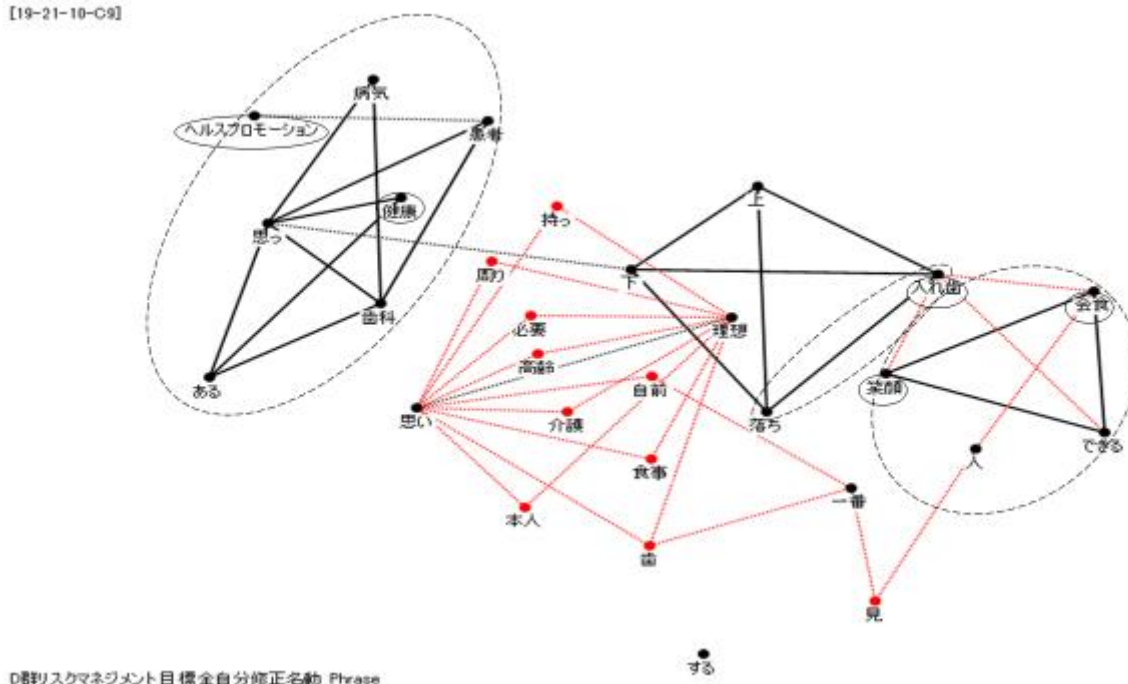


図 1-3 歯科医師群口腔リスクマネジメントの目標ネットワーク図

分析ノート

①島

- 《健康》《病気》《ヘルスプロモーション》から成る大きな島
- 《入れ歯》《落ち》（全部症義歯の不適合に関する発語）から成る島
- 《笑顔》《会食》から成る島

ブリッジ

- 《理想》《思い》へのブリッジの集中

②特徴語

黒ノード

- 《健康》《ヘルスプロモーション》
 - <健康は自分で守るものであるし、健康は自分で作っていくものであると、歯科の場合予防できる。>
 - <医者 of 言うことと、患者さんの考えることにはギャップがあるから。それが見えてきたら、ヘルスプロモーションの新しい形が見えてくるんじゃないかな。>
 - <患者が思っている健康観と一致してないと、本当の意味でのヘルスプロモーションは生根付いてこないはずよね。学問的なヘルスプロモーションと患者さんの生活の中でのヘルスプロモーションをどう近づけていくかと。>
 - <オーラルヘルスだけじゃなくて、ヘルスプロモーションは笑顔だよ。>
- 《入れ歯》：高齢期歯科診療では義歯のウエイトは高い。
 - <入れ歯が落ちてきて食べにくいので、誘われても行けなくて断ってたら誘われなくなったっていうおばあちゃんいたの。>
 - <会食できる入れ歯は、笑顔が出る入れ歯。>
 - <（認知症患者は）入れ歯っていう単語もわからないので、こちらがいくら（口の中に）手を入れようとしても、痛い、怖い、嫌だ…（と治療を拒否するケースもある）>
- 《笑顔》《会食》
 - <オーラルヘルスだけじゃなくて、ヘルスプロモーションは笑顔だよ。その笑顔に、一番お手伝いするのが口腔だから。>
 - <やっぱり笑顔が出てたら人との繋がりができるからね。>
 - <会食できる入れ歯って笑顔が出る入れ歯だよ。会食って人との繋がりがだから。>

赤ノード

● 《食事》

<理想像ですか～それなりに、楽しんで食事ができたりとか、>

<それから、一緒にご飯を食べるってことで、食事ができるってのが、すごい。

>

<介護度5の方なんて、～口腔介入喜ぶ人もいれば、喜ばない人もいますよ。>

<だんだん介護が必要になってきて、という時には、周りの人がある程度知識を持って、それが肺炎とかに繋がらない様にしていけるようなモチベーションを周りも本人も持って、本人が持てなくなった時には周りが持てるような状況があればいいかなと思います。>

④解釈メモ

生活者は《食べる》《(自分の) 歯》等具体的な目標を語っていた。歯科医師は、より広く、深く、捉えている。良好な口腔環境を維持し《食べる》ことが、全身の健康維持に加えて、対人関係を含めた高齢期の生活の充実をもたらすと考えている。

歯科医師は、生活者ほど、《(自分の) 歯》にこだわってはいない。語りから、口の中がきちんと手入れされていることを重視していることがわかる。要介護者のオーラルヘルスプロモーションの難しさに関する語りもみられた。

3.2.2 口腔リスク認知

生活者群、歯科医師群それぞれの口腔リスク認知に関する語りの分析結果を、ネットワーク図、分析ノートの順に以下に示す。

3.2.2.1 生活者群

[12-21-9-C8]

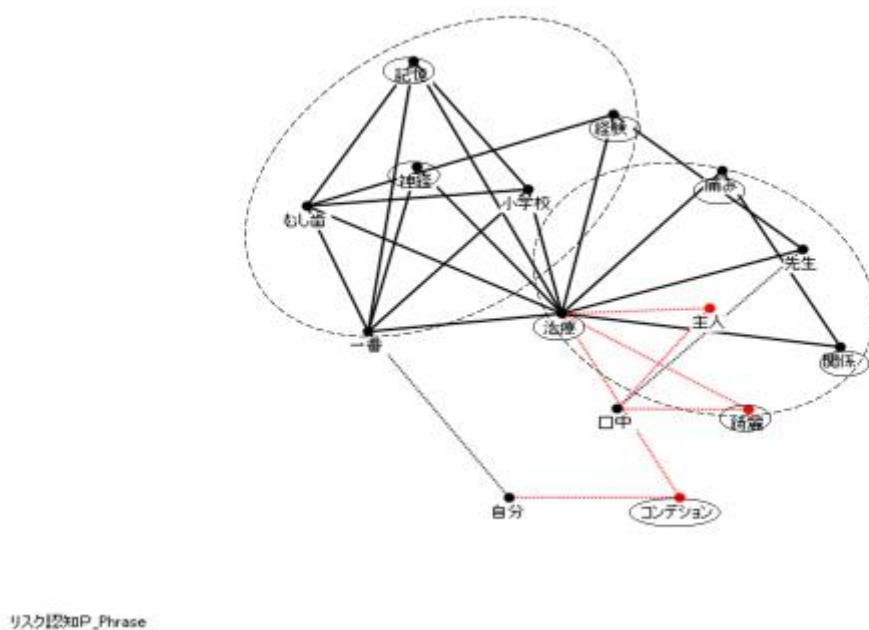


図 1-4 生活者群口腔リスク認知ネットワーク図

分析ノート

①島

- 《治療》《経験》《記憶》《むし歯⁶》《神経》から成る島
- 《治療》《痛み》《関係》から成る島

②ブリッジ

- 《治療》への集中

③特徴語

黒ノード

⁶ 生活者、歯科医師とも、語り内に「むし歯」の発語があるが、言葉の意味が若干異なる。歯科医師は、歯科医学用語の「う蝕」の言い換え語として用いている。生活者は、診断を受けていなくても、歯が欠けたり、着色している状態を「むし歯」と表現することが多い。本項では、両者の発語を区別するため、生活者の発語を「むし歯」、歯科医師の発語を「虫歯」と記載する。

- 《痛み》：痛みの有無がリスク認知に関係する。
 <特に痛みとかそういうことは、特にないかな>
 <虫歯になった経験があるから、やっぱり、その痛さは…やっぱり痛さです。>
- 《神経》
 <神経まで細菌が入ってしまうのは怖い気がしますね。>
 <神経を傷めたら…というのが一番怖いです。>
- 《記憶》《経験》
 「歯や口の病気になった時怖いのはどんなことですか。」との、口腔リスク認知を知るための質問に戸惑う語り手には、質問者が、「口の中で困る事は？困った経験は？その記憶は？」と言い換えた。このため、質問者の発語の繰り返しとして、これらの発語がみられるが、特に重要な意味は持たないと考える。

赤ノード

- 《綺麗（＝清潔）》がリスク軽減と繋がるという認識
 <主人は毎週一回先生に来ていただいて、口の中を綺麗にしてもらっています。>
 >
- 《コンディション》：一名のみ2回 オーラルヘルスが全身のコンディションに関係すると認識している。
 <口の中に問題があると、ええ、気になりますのでね。～ベストコンディションで臨んだ方が、そうでないよりは絶対いい>
 <（仕事をする時は）自分が一番（自分自身の）コンディションを良くしているというのが、まあ（相手に対する）礼儀みたいなもの>

④解釈メモ

質問内容を理解してもらうのにやや手間取った。生活者が口腔リスクの概念に馴染みがないのは当然だが、「口の中の病気の怖い事、困る事」と言い換えても、「口の中の病気？」と戸惑う語り手が多かった。口腔内腫瘍や重篤な急性炎症を除く口腔リスクは、いわゆる「病気」ではなく、痛みや治療を必要とすること、重篤になると怖いこと、と捉えられている。30年来の主治医を持つ一名のみが、口の中の問題はコンディションに影響する、と語っている点は興味深い。

3.2.2.2 歯科医師群

[18-21-4-C10]

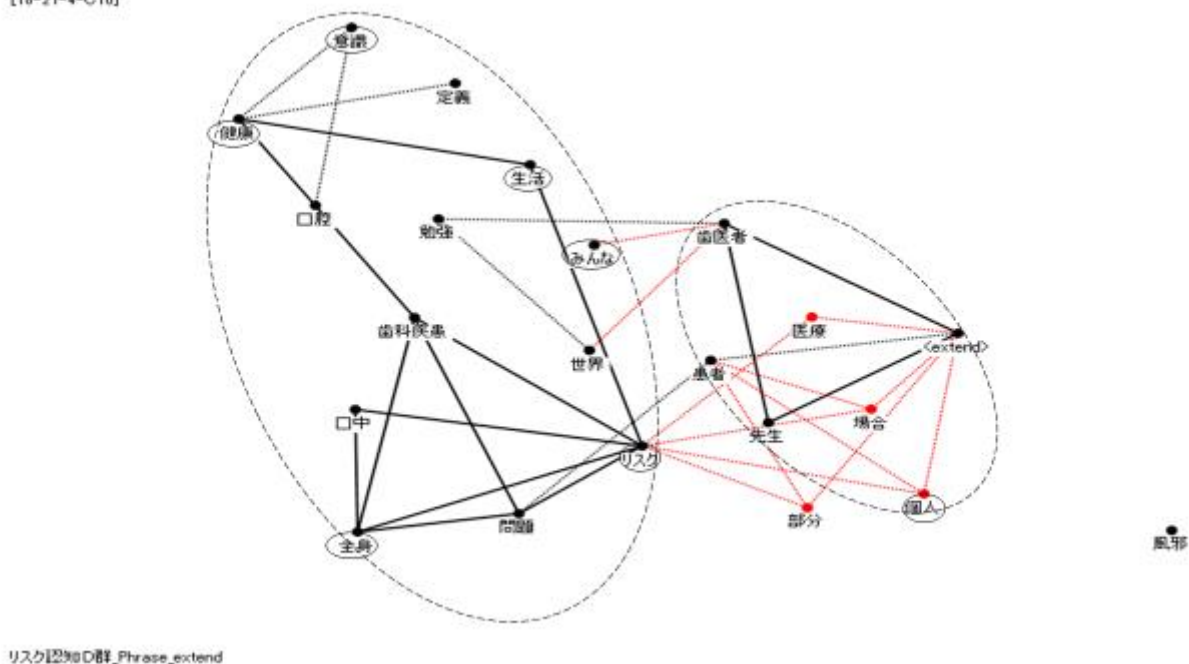


図 1-5 歯科医師群口腔リスク認知ネットワーク図

分析ノート

①島

- 《健康》《生活》《リスク》《問題》《全身》《歯科疾患》《口腔》から成る大きな島
- 《歯医者》《先生》と《患者》の島が、《リスク》《問題》を介して大きな島と繋がる。

②ブリッジ

- 《リスク》への集中

③特徴語

黒ノード

- 《リスク》
 - <それが、リスクじゃないかな。うん、不具合、噛むことの。>
 - <歯科疾患リスク～栄養の不足ですね、>
 - <生活の質から、ちょっと一歩踏み込んだリスクがあると思いますけど>
 - <歯科疾患はどんなリスクがあるか、行動変容がなければ再発する。>
 - <歯科疾患のリスクまず、痛みの問題であったり、>
- 《全身》

<全身のリスクが、口の中に症状として出てくる。>

<糖尿病とか全身に与える影響、感染しやすいとか、出血しやすいとか。>

- 《健康》

<何らかの臓器がそこにあると意識しないことが健康の要件だと思う>

<直接健康的な生活に、生命に関わってくる、>

<いろんな健康のリスクが、出てくるのが歯科疾患。>

- 《生活》

<生活の質から、ちょっと一歩踏み込んだリスクがあると思いますけど。>

<むし歯ができる生活に、他の病気になる生活の源があったりするから。>

- 《みんな》

<周りと一緒にみんな楽しくご飯ができない。>

赤ノード

- 《個人》

<歯科の場合、ほとんど個人的な要素が強いからね。>

<もっと個人に近づいて言うと、友人のコミュニケーションご家族とのコミュニケーションが取りにくくなる>

④解釈メモ

「歯科口腔疾患のリスクは何か。」という質問に、5名それぞれ自分自身の言葉で語っている。各歯科医師は、明確な定義を以て口腔リスクをとらえ、その影響は《全身》の《健康》に及ぶ、という明確なリスク認知を持つ。健康面ばかりでなく、《生活》への影響、コミュニケーションへの影響についての発言もあった。

3.2.3 口腔リスク処理

生活者群、歯科医師群それぞれの口腔リスク処理に関する語りの分析結果を、ネットワーク図、分析ノートの順に以下に示す。

3.2.3.1 生活者群

[17-21-11-06]

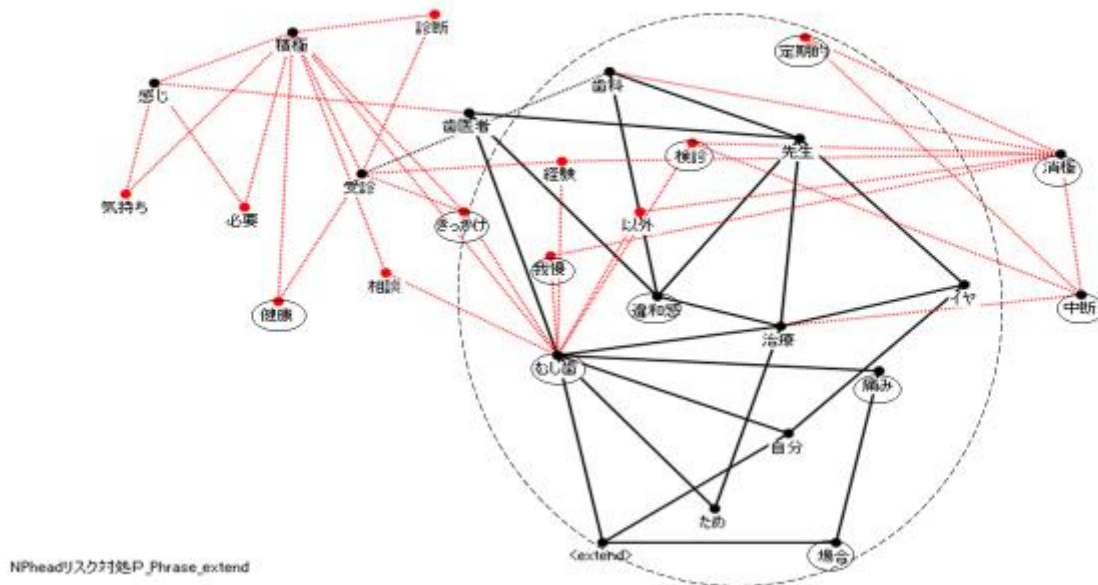


図 1-6 生活者群口腔リスク処理ネットワーク図

分析ノート

①島

- 《むし歯》を中心とした大きな島
- 《自分》《先生》《歯医者》：治療の受け手と担い手
- 《むし歯》《異和感》《痛み》：自分の症状
- 《むし歯》《痛い》《場合》の島

②ブリッジ

- 《むし歯》への集中
- 《中断》《消極》と《定期的》《検診》のブリッジ

③特徴語

黒ノード

- 《むし歯》
 - <むし歯以外で歯医者さんに行ったことは、私は今まではなく、>
 - <むし歯になっているなって分かっていながらも、～ズルズル先延ばしをしちやっただってのはありました。>
 - <むし歯だろうなと思った時は…面倒くさいな、と、>
 - <むし歯になった、って思ったらそうじゃなくて割れてた、という感じですね。やっぱり痛いから行かなくちゃ、という感じ。痛み止め飲んでも治らないですから。>
- 《異和感》
 - <ただ異和感とか、ちょっとヘンとか、我慢できないことはないっていうか、支障をきたしている訳でもないけどちょっと異和感がある、っていうのは、まあ、すぐには絶対行かないです。>
 - <異和感感じてから歯医者さんに行くまでは相当長いと思います。>
 - <その症状が消えたりするんですよね。なので結局行かない。行かずに異和感も忘れてる>
 - <この歯茎かな、前治療してもらった、どうしても何か、異和感を持ったものですから、職場の保健館、そこにたまたま歯科の先生がいらしたので、診てもらって。>
 - <1週間くらい試したんだけど、異和感の方が強くて～それ（治療器具）は、もう使っていません。>
 - <非常に好調ですね。全く異和感もありませんで、～>

赤ノード

- 《定期的》
 - <定期的に、とか検診みたいなことは、～私自身はそんなに知らなくて。（現在はかかりつけ医の指示があれば行く）>
 - <先生からは、定期的な、半年に一回くらいでしょうか、歯科の健康診断はやっといってくれってことで、～>
- 《検診》
 - <こここのところ定期検診とかもしてない>
- 《健康》：P5 の語りのみに出現
 - <歯の直接的な治療と、健康維持のための、まあ、アドバイスをいただくというほどではないんですが、健康診断ですよ。>

< 歯を中心とした健康について、ある種コンサルタントであるっていうのが、メリットかなと。 >

● 《我慢》

< (歯科治療は苦手だから、痛み等を) かなり我慢しちゃうね。 >

< ちょっとヘンとか、我慢できないことはないっていうか、支障をきたしている訳でもないけどちょっと異和感がある、っていうのは、まあ、すぐには絶対行かないです。 >

< もうすぐ、現主治医に診てもらおうという時に痛みが発生した場合には我慢する、ということです。 >

④ 解釈メモ

P5 が頻繁に用いる《主治医》の語の影響が大きく、図が煩雑になったため、解釈に用いた図 1-6 は《主治医》の語を削除したネットワーク図である。

ネットワーク図の中心的位置を占めるのは《むし歯》である。むし歯は、歯質の着色や欠損を、見たり、感じたりできるため自覚され易い。ある程度進行したむし歯は、限局性の痛みを伴うことも多い。この《痛み》と《むし歯》が受診のきっかけとなることが語られた。漠然とした異和感への対処は、様子見など消極的な対応をとると語った生活者が多かった。一方で、治療によってもたらされた異和感には、敏感に反応する生活者もあった。

《痛み》がある場合受診し、《むし歯》や割れた歯は治療し、その後の予防的な治療に関しては勧められれば状況に応じて考える、との語りが多かった。5名中、受診を歯科医師によるヘルスコンサルテーションと考える P5、かかりつけ医を信頼し指示には必ず従う P1、かかりつけ医はいるが定期検診に関心はない P3 と P4、歯科医師の説明よりも自分の感覚や考えを重視する歯科治療嫌いの P2、それぞれの語りから、歯科医師との関係性により、オーラルヘルスへの取り組み方にグラデーションがあることが読み取れる。

< (受診するか否かを決めるのは) 一応説明するんだけどね。患者さんの理解度の問題もあるけどね。 >

< (大学病院の場合) 自分からイヤになってこないっていう患者さんはよっぽどの何か、悩むとか、そういう方だけですね。 >

< (要介護高齢者の場合) 気付けない、気付くことが出来ない、患者さんも言えない、そういう状況があると思います。 >

< 患者さんがイヤだなと思ったら、多分…(笑)。技術的に心配だとか、もっと他の先生にやってもらいたいとかで、他に行くと思いますし。 >

< 医師と患者が共働してやらなくてはいけない。ところが、やっぱり頼りっきりの人はいる訳。 >

< 治った患者は、必ず来る。だから、腕のいい先生の所って、治った患者が必ず、ずっと来る。 >

< だいたい中断する前って、患者さん匂わせますよね。 >

< 患者さんの様子見て、ああ、こりゃ続かないかな、と。もう口の中診て、治療の経歴を見てれば、なんとなく分かる。 >

< (治療の中断は) 患者さんのパーソナリティの問題が結構多いのかな。 >

- 《治療》

< (口腔内の状態の悪さを恥ずかしがる人がいるが、) 治療をためらっている方は気にするべきではないですよ。 >

< 僕ら 100%治る治療がある訳じゃなくて、50%の治療が 100%になるためには患者さんの協力が無いといけない。 >

< だいたい治療は完結してますね。~途中で来なくなる患者さんは、ほんとにもうごくごく僅かで。 >

< 歯科が、もう虫歯だけ治療する時代じゃないからという時代になったからね。 >

< 治療と、医療と、処置って違う。 >

< 歯の治療やって、とつても痛かったとかそういうのがどっかに残ってるんじゃないかな。頭の中に。 >

< どうしても治療が…まあそんなで。期間が長い、期間への理解をしてもらうこちらの努力が足りないとか。 >

- 《痛み》

< 痛み止まればそれでいいっていう人分かります。 >

<高齢になると、痛みよりも不具合。>

<他の部位の痛みも含めて全身を診て、それが口の中に関係している。>

<痛い人は、もう、目の前の痛みをどうやって取るか、痛みの理由は何故か、から入って、どうするか、ですね。>

<（治療中断の）一番の大きな原因はね、痛みが止まったからかな。>

<痛みだけ取るんじゃなくて、痛みの原因が取れて、その後そこに補綴が必要だと、抜髄の後補綴が必要だということまで、一応説明するんだけどね。（治療を続けられない人もいる）>

- 《生活》

<生活改善ができずに、治癒しない。で、諦める。>

<日常生活には支障はないけれど、友達とご飯に行って一緒に前歯でお蕎麦を食べられないのがつらいんだよね、とか、沢庵が噛めなくて、主人がお漬物好きだからっていう、食に関しての訴えが非常に多い～>

<歯科は生活習慣病だと、そこに向いているから。どこの生活習慣から起きているかということ。>

<その人が生活の中で虫歯を再発しないようにする、最低再発しないようにする。>

- 《虫歯》

<虫歯がある、痛くはないんだけど虫歯があるから、と言って来る。>

<歯科が、もう虫歯だけ治療する時代じゃないからという時代になったからね。>

<再度虫歯にならないように教育するのが医療であって、>

<虫歯は結果だから、どこのレベルの結果なのかが、その人によって違う。>

<虫歯に物を詰めて治ったって言う定義じゃなくて、その人が生活の中で虫歯を再発しないようにする、最低再発しないようにする。うん。虫歯の再発防止、それを通して、考え方が変わらないと。そこまで持っていく。>

赤ノード

- 《時間》：患者さんが言う治療中断の理由として、2名の語りにも出現

<あとは時間が取れないとか、～>

<それから時間の問題>

④解釈メモ

生活者群と同じく、受診か否かを決めるきっかけとして《痛み》が上がっている。高齢になると《痛み》だけでなく、食事の不便さを訴えることも多いとの語りもあった。

同じく《虫歯》も黒ノードとして上がっているが、歯科医師は《虫歯》そのものより、《虫歯》が発生する口腔内環境を重視し警戒している。ここに生活者の認識との大きな違いがある。歯科医師はう蝕治療終了後に口腔内環境改善のための処置を勧めるが、理解を得られないケースもあり、これを問題視する発言が複数あった。

中断の理由として、《患者》さんの認識が歯科医師と一致しない、《痛み》が無くなる、《時間》が取れない、等がキーワードとして上がった。他にも、ネットワーク図には上がらないが、費用、生理的な問題を指摘した以下の語りもあった。生活者側の様々な状況により、治療の中断や、受診しないケースが起こると歯科医師は考えている。

<費用の問題ね。ちょっと無理になりましたという。>

<生理的に受け付けない人も中にはいるでしょうね。口の中に手を入れるっていうのを受け付けない人もいますんで。>

<まず金銭的な問題。～歯医者さん行ったらお金かかるから、放たらかしてたらにっちもさっちもいかなくなって、痛くて痛くて、なんてこともあったので。>

- 《説明》

＜説明がホントに的確だったかな、と。今から何をします、多少の痛みはあります、これは保険で出来る範囲の治療です。あの、最初の説明がとても、うん、明確だったかな、＞

＜納得できるかどうかだよね、説明が。＞

＜こう説明をしていただいている結果として、歯の治療の重要性というのが、身体のバランスを保つための歯の重要性、その認識を持てた訳ですよ。＞

＜望むこと～説明責任というわけでもないんでしょうけど、説明ですよ。的確で十分な治療に関する説明。＞

- 《安心》 歯科受診により得る安心とかかりつけ歯科医師を持つ安心

＜安心もそうだし、やっぱり、納得できるかどうかだよね、説明が。＞

＜インプラントにしたら、ちゃんと物が、安心して物が食べられるようになった、＞

＜かかりつけが決まれば安心だけど、＞

＜行くと安心するし、いろいろ聞けるし、すっきりする。そこまでのハードルがちょっと高かったかなっていう気はする。もう私の歯ずっと大丈夫っていう安心感。先生（かかりつけ医）が診てくれるっていう。うん、何かあっても大丈夫っていう安心。＞

＜安心できないと。～飛び込みでいきなり行くのは、勇気要りますね。歯のことは特に勇気要るかなあ、考えてみると。風邪とかで行くより。それと、口の中診られるの恥ずかしいですもんね。＞

＜いい雰囲気を持っているってけっこう重要ですよ。そうすると患者も安心できて、いろんな話ができる、話ができると今度は医師の側もいろんなことに気が付ける訳ですから、患者の普段分からないことまで聞ける訳ですよ、＞

＜行けばすぐ解ってもらえるという、この安心感ですよ。でないと、はなから説明するって、ホント厄介ですよ。＞

- 《痛み》

＜説明がホントに的確だったかな、と。今から何をします、多少の痛みはあります、＞

＜特に自分で痛みとか無くって、むし歯ですねとか言われたりしたことがあるので、そういう時はホントにむし歯、痛みはないけどホントにむし歯なのかなあってというのはあるんですよ。＞

<現主治医の場合は、特に、「こういう痛みが生じますよ。この痛みの時はこの薬を飲んでください。」というふうに言うので、けっこう安心なんですけれども。～重要なイベントとか会議とかある時に、その痛みが持続していると嫌だなど。～その痛みがどの程度残るんだろうとか、あるいは、再発するんじゃないかなとちょっと危惧みたいなもの、それが一番大きいかもしれない。>
<一番嫌なのは、いつ終わるかも分からない痛みが続いている状況ですね。ですから、まあ、出来得れば、医師の方は、今日は何分くらい治療して、どれくらい痛みが続きますよ、っていうのがあると（ありがたい）。>

- 《時間》

<会社勤めの時とかは、やっぱり時間とか曜日。それが自分と合うかどうか>
<時間はね、なかつたりするから、何回か通うのをまとめて、一回でやってもらえないかなって思う時はあります。～回数は少なく済めば嬉しい。>
<仕事が終わって行くんですけども、どうしてもなかなか、仕事がやっぱり、歯医者さんがやっている時間に終わらなくて、キャンセルっていう>
<きちっと時間内に治療を終えて頂けるという安心感があるんです。>

赤ノード

- 《信頼》

<改めて考えてみると、歯医者さんは、すごいいい先生で、信頼できる、腕のいい、っていうのを、すごい、潜在的に求めているかもしれないです。>
<～（説明を聞いても）素人やっぱりよく解らないんですよ。～ホントかなって疑っちゃう時もあるんですね。だから、まあそんなのもあって、信頼できる、この人ならって信頼できる歯医者さんがいいなって思っています。>
<非常に熱心に説明される、それはまあ、患者との信頼関係も築き得ますし、>

- 《患者》

<非常に熱心に説明される、患者との信頼関係も築き得ますし、逆に時間があっても、説明を聞きたいにも関わらず、お医者さんが説明してくれないというのは、やはり失望しますよね、患者としては。だから、必要以上に説明してくれる、もう患者の方から、「もういいです。分かりました。帰ります。」というくらいの方がいいような気がしますね。>
<そうすると患者も安心できて、いろんな話ができる、話ができると今度は医師の側もいろんなことに気が付ける訳ですから、患者の普段分からないことまで聞ける訳ですよ、そうすると今度は治療にもプラスになってくる、そんな気が

します。>

<患者の言うことを聞いてくれない、喋るなって言う人いたね。>

<もう次の患者さん来てるし、隣とかでもう患者さん寝て待ってるから聞くの急がなきゃって焦ったり。>

● 《お金》《保険》

<お金のことは、まず一番に聞くとします。>

<予めお金のことをかなり詳しく相談するべきなんでしょうけれど、なかなかお金の話ってのはね、～反面放っとくとどんどんお金がかかってくるかもしれないし。>

<高額な治療を紹介されることに抵抗はないし、逆に、お金出せばいいのがあるのについていう時は、是非、やらないにしても聞いておきたい。>

<的確で十分な治療に関する説明。治療費も含めるんですけども。>

<保険の範囲内で出来ること出来ないこと、それは確認しました。>

④ 解釈メモ

受診時のコミュニケーションについて、生活者は、自らの受診経験を語っている。生活者は《明確》で《的確》なく納得のいく《説明》を求めている。《安心》《説明》《痛み》等から成る大きな島の存在は、特に《痛み》に関する《説明》が重要であることを示している。《説明》が十分になされることにより《信頼》《安心》が生まれ、これが継続すると《かかりつけ》となりさらに強固な関係となる。《信頼》《安心》の語りからは、主治医の的確な《説明》により、《安心》が生まれ、良好な関係を築いている状況が見て取れる。生活者は、信頼のできる歯科医師を求めている

《治療》と《保険》《お金》に関する語りを検討してゆくと、《治療》の《最初》の段階で《お金》《保険》（治療費）に関して説明を受けたり、自ら確認していることがわかる。同義語と考えられる<治療費>、<金銭面>、<経費>、<安い>、等も含めると、治療費に関する単語は 20 回以上出現する。金銭コストに関するトピックは、口腔リスクコミュニケーションの中で、かなり重要な位置を占めている。治療費に関して、歯科医師に聞ける、聞き難い、両方の語りがあるのは、生活者にとって重要な事項であるが故のことであろう。生活者は、治療費について詳しい説明を求めている。

《時間》に関わる語りから、生活者が歯科治療のための時間確保に苦労している様子が窺える。人びとは日常生活を行いながら通院時間のやりくりをしなければならない。歯科診療の特性の一つが語りにも現れている。

理想的な生活者歯科医師関係を持つ生活者（P5）の発言、<そうすると患者も安心で

きて、いろんな話ができる、話ができると今度は医師の側もいろんなことに気が付ける訳ですから、患者の普段分らないことまで聞ける訳ですよ、そうすると今度は治療にもプラスになってくる、そんな気がします。>は、《かかりつけ》のメリットを語る示唆に富んだ発言であり、自分自身を《患者》として客観視している点にも注目する。

3.2.4.2 歯科医師群

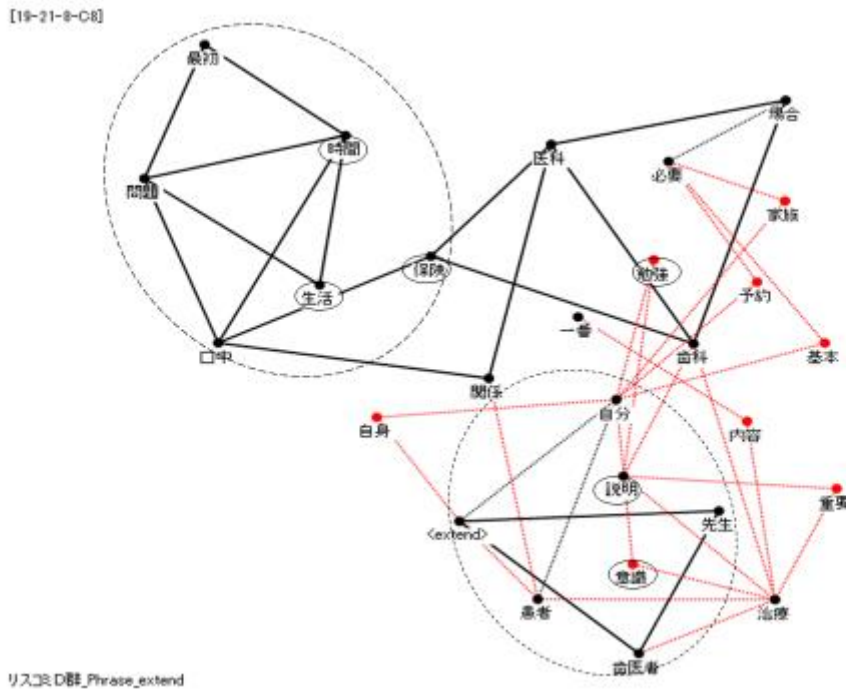


図 1-9 歯科医師群口腔リスクコミュニケーションネットワーク図

分析ノート

①島

- 《問題》《保険》《生活》《口中》の島
- 《先生》《歯医者》の島

②ブリッジ

- 患者自身を意味する《自分》から《治療》《説明》などへ多くのブリッジ

③特徴語

黒ノード

- 《時間》

<時間も経費もかかるよね。だからそのあたりが、～患者さんが自分で許容でき

る範囲かってことがある。＞

＜歯科は、～多分かかる方としては恐怖心が大いし、接する時間も長くなるし。＞

＜根本的には、理解はするけれど、そこ（理想的なオーラルヘルス）に達するには時間がかかりすぎる。＞

- 《説明》

＜口の中のブラッシングとか一連のケアをね、説明してあげるとね、見た目にも歯肉が締まってくるし、効果が実感できるでしょ。＞

＜なかなか説明しても、その重要性が伝わらなかつたり、意識の違いを埋めることができない時はやっぱりちょっとストレスっていうか。＞

＜できる事はちゃんとやるし、できない事はちゃんと説明する。順番があるからとかね。＞

＜ちゃんと説明するための勉強をいっぱいする。＞

＜自由診療の場合は、～関心持ったら説明を入れていく形で。＞

- 《保険》

＜健康保険を使うのか、自費になさるのか、それを聞きますね。＞

＜歯科では、同じ保険制度でありながら、保険外の治療があまりにも多いし、高額療養の費用は自己負担。＞

＜状況によってやめたほうがいいと思えば、特に触れずに保険でやっていいのかなと。＞

- 《生活》

＜口の中の、その原因を探るためのね、生活習慣であるとか、聞いていきます。＞

＜生活っていうのは…ライフスタイル？それは（治療計画はライフスタイルによって）かなり変わって来ますよね。＞

＜（歯科口腔疾患を）生活習慣病の認識で、生活を診る。呼吸、食事、睡眠などね。＞

＜個人的な事まで聞き出していくのがちょっと聞きづらかつたりとか。具体的な生活のこととか、そう、そうですね。それを聞いて嫌な気分になせちゃったらいけないなとか。＞

＜患者さんの生活、それは時間的な問題とかですか。＞

赤ノード

- 《意識》

< 歯科の場合、治療の効果って自分で意識しやすいんじゃないかな、医科より。

>

< 意識の違いを埋めることができない時はやっぱりちょっとストレスっていうか…>

< そういう（歯科が）特別視されているのは、（患者さんとの）意識のズレっていうか。気が付かなかったですね。>

- 《勉強》

< 精神的な距離感の取り方っていうのを、まだ勉強中ですけど考えています。>

< そういう倫理の部分と、勉強と技術と、実力の部分全部持ってないと上手くいかない。>

< ちゃんと説明するための勉強をいっぱいする訳よ。すごい大変だよ。>

④ 解釈メモ

口腔リスクコミュニケーションの二主体、医療の受け手である《患者》《自分》と担い手である《先生》《歯医者》間で、治療を中心に、《生活》、《保険（治療費用）》、《時間》コスト、等様々な情報のやり取りがなされていることがネットワーク図より分かる。

患者自身を指す《自分》が《説明》《治療》と密に関連する語りから、患者自身の自主性を引き出す《説明》の重要性が深く認識されており、患者の理解を深めるべく、歯科医師は《勉強》をしている。《勉強》の発語は、一名のみであったが、良好なコミュニケーションのための努力として繰り返し語られた。臨床経験の少ない歯科医師は、《保険》をはじめ、治療費については、説明に気を使うとも語った。

生活者では登場しない《生活》が黒ノードとして上がっていることに注目した。歯科医師は、生活習慣の口腔リスクへの影響を重視しているが、生活者群の分析結果で前述したように、生活者自身の受け止め方には個人差がある。この点で、生活者と歯科医師との間でかなりのギャップが存在すると思われる。ただし、歯科医師の側にも、グラデーションが見られる。必ず生活習慣を聞くという歯科医師、詳しく聞く必要を感じながらも躊躇するケースもあると語る歯科医師、さほど気にしない歯科医師もいる。《時間》を治療コストとして認識している語り、患者側と歯科医師の《意識》のズレを指摘する語りも、歯科医師群のみに見られる注目すべき語りである。

3.3 解釈

これらのネットワーク図をもとに、総合的な解釈を行った。口腔リスクマネジメントの目

標、口腔リスク認知、口腔リスク処理をまとめた口腔リスクマネジメントと、口腔リスクコミュニケーションに分けて以下に記す。

3.3.1 口腔リスクマネジメント

口腔リスクマネジメントの目標において、生活者群では《食べる》がキーワードに現われているが、歯科医師群では抽出されなかった。生活者群は“栄養摂取のために自分の《歯》で《食べる》”というシンプルな目標を持っている。もちろん歯科医師群でも《食べる》事の重要性は語りの中に頻出するが、目標として挙がっているのは、《食べる》ことがもたらす《健康》である。生活者女性2名、P1、P2の語りに現われた《見た目》は、歯科医師群ではキーワードとして検出されていないが、これは歯科医師が外観に関心を示さないからではなく、オーラルヘルスを追求すると結果的に《見た目》が整うため、言及されることが少なかったためと考える。

《食べる》事の意義について、単に栄養摂取の面からだけではなく、他者との関係性の点から触れた語りは、生活者群、歯科医師群ともに見られた。P3は父親との会食の思い出を、<親父が入れ歯だったんで…やっぱり、外れちゃうんですよ。～我々が食べたいっていう物を、一緒に連れて行ったりすると、入れ歯外れちゃって、可哀想なんですよ。だから、そうすると食べる気もちょっと失せちゃうみたいで、それがけっこう印象にあるかもしれない。>と語り、P4は、夫の看取り経験を<1人食べられないと、家族の食事にも影響あるかもしれない。見ているのがつらい姿なんですよ、手術の後とか。>と語った。食に不自由することは、本人のみならず周囲の人間にとっても辛い記憶となっている。

食を通したコミュニケーションの重要性は歯科医師も認識している。D2は、<友達とご飯に行って一緒に前歯でお蕎麦を食べられないのがつらいんだよね、とか、沢庵が噛めなくて、～食に関しての訴えが非常に多いので、～死ぬまで美味しいご飯が食べられたら、その患者さんにとって一番いいのかなって、>、D3は<会食できる入れ歯って笑顔が出る入れ歯だよ。会食って人との繋がりだから。><入れ歯が落ちてきて食べにくいので、誘われても行けなくて断ってたら、誘われなくなったっていうおばあちゃんいたの。>と、患者さんの発言を紹介して、“食卓を共にする”ことの重要性を語っている。歯科医師群の語りにおいては、全てのインタビューウイーに食を通したコミュニケーションの話題は出現するが、重要性の認識には差が見られる。

リスク認知に関して、生活者が口腔リスクの概念に馴染みがないことは、ある程度予想していた。しかし、歯科口腔疾患を病気と捉えることに不自然な思いを抱き、戸惑う生活者の反応は印象的であった。口腔リスクを、<口の中の病気の怖い事、困る事>と言い換えて質問し直した結果、《痛み》《虫歯》がキーワードとして抽出され、生活者にとっての口腔リ

スクは《痛み》、《治療》を《必要》とすること、<ひどくなると怖い>こと、との語りを得た。《痛み》《虫歯》は一連のリスク事象の終末部分であるダメージに属し、様々な口腔リスクの一成分に過ぎないが、生活者群では重要視されている。《痛み》や、自覚できる《虫歯》、即ち歯質の崩壊は、極めて自覚され易いためであろう。一方歯科医師は、「歯科口腔疾患のリスクは何か」という質問に、5名それぞれ自分自身の言葉で語っている。各歯科医師には、口腔リスクの影響は《生活習慣》に始まり《痛み》《虫歯》等を経て《全身》の《健康》に及ぶ、という明確なリスク認知がある。すなわち、口腔リスクを一連の流れとして捉え、《痛み》や《虫歯》は口腔リスクの一つの出現型であると認識している。

両群のリスク認知に大差があると思われる現状の中で、30年来の主治医を持つ一名(P5)の、<口の中の問題はコンディションに影響する>、との発言は目を引く。<～引き止められて説明されるくらいですから。非常に熱心に説明される、～><～患者に対する説明をきちんとやろうと意識的にやってらっしゃる～>という主治医の姿勢、<それから、きちんと説明していただけるというのが、自分のポリシーに合ってるっていうのが一番安心。>という生活者の口腔リスクマネジメント方針、主治医のオーラルヘルス観、の三つが、永年にわたり相互作用し融合され、<説明をさせていただいている結果として、歯の治療の重要性というのが、身体のバランスを保つための歯の重要性、その認識を持たた>という、理想的な生活者の口腔リスク認知の形成と、高度なオーラルヘルス観の獲得に至った。この過程は、口腔リスクマネジメントの醸成過程として注目すべきである。

生活者群と歯科医師群のリスク認知の違いや程度の差は、リスク処理（治療）に関する認識と行動の違いに影響している。生活者にとって、受診の一番の目的は《痛み》を止めること、《虫歯》で欠けた歯を治すことである。一方、歯科医師の治療の最終目標は、良好な口腔内環境の維持であるため、《痛み》を止めること、《虫歯》を修復すること等は一連の治療の一過程となる。リスク認知と同じく、ここにも、自覚しやすい事象をポイントで認識する生活者群と、予防、処置、メンテナンスを診療の流れの各段階として認識する歯科医師群との違いが見られる。診療時、一般的に歯科医師は先ず鎮痛を優先する。したがって、生活者にとって《痛み》が受診動機である場合、鎮痛後に治療やメンテナンスを中断するケースも少なくない。この現状を憂慮する歯科医師の語りが多かった。前述の生活者群リスクマネジメントの目標では、《食べる》ことが重要視されているが、生活者群リスク処理の語りに食べることや噛むことに関する話題は無く、歯科医師群の<痛み止まればそれでいいっていう人分かります。><(治療中断の)一番の大きな原因はね、痛みが止まったからかな。>の語りから、実際受診する場面では《痛み》が止まり《虫歯》の穴が塞がると満足する生活者が少なくないことが分かる。《痛み》が止まると満足する生活者と、《痛み》を止めることは一連の治療のスタートであると考える歯科医師の認識の違いは、歯科治療を進めるに

あたり支障となる場合が多い。

“受診する”か“受診しない”か、この二つのリスク処理の間に《様子見》や《我慢》という行動がある。リスク学用語の保有に相当する。＜異和感感じてから歯医者さんに行くまでは相当長いと思います。＞＜すごく、様子見が長くなる。＞と P1 は語った。新しい受診行動を起こすまでのハードルの存在は無視できない。P5 は＜もうすぐ、現主治医に診てもらおうという時に痛みが発生した場合には我慢する＞と述べている。この行動は、極めて積極性の高い保有である。このように、同じ口腔リスク処理を行っていても、生活者のオーラルヘルス観には大幅なグラデーションがある。

生活者の“受診しない”場合の語りにおいて、多数出現した《異和感》にも注目した。P1 はくただ異和感とか、ちょっとヘンとか、我慢できないことはないっていうか、支障をきたしている訳でもないけどちょっと異和感がある、っていうのは、まあ、すぐには絶対行かないです。＞＜その症状が消えたりするんですよね。なので、結局行かない。行かずに異和感も忘れてる＞と語り、P3 も＜何かなんないと、明らかに痛みが出たとか、なんか、そういうことじゃないと行かないのかも＞と《異和感》だけの場合は受診しないと語った。このように、受診前の異和感を受診に繋がり難い一方、治療中、治療直後の異和感は治療効果に対する判断基準となっており、敏感に反応するようである。＜1週間くらい試したんだけど、異和感の方が強くて～それ（治療器具）は、もう使っていません。＞と P2、＜（治療後は）非常に好調ですね。全く異和感もありませんで、～＞と P5 が語っている。

他科の疾患と比較しながら口腔リスク処理を考える時、“日常生活を行いながらの受診”という特徴が見えてくる。＜会社勤めの時とかは、やっぱり時間とか曜日。それが自分と合うかどうか、土日とかやってるかとか。夜とかはやってないし。勤めの前に行くのも無理だし。＞＜仕事が終わって行くんですけども、どうしてもなかなか、仕事がやっぱり、歯医者さんがやっている時間に終わらなくて、キャンセルっていうのが…＞＜（口腔疾患で困るのは）重要なイベントとか会議とかある時に、その痛みが持続していると嫌だなど。どうしても気になっちゃうんですけど。＞と P1、P3、P5 が語った。現代日本社会においては、学生や社会人にとって、同じ辛さでも、風邪なら仕事を休めるが歯痛では休めないという雰囲気があることは事実である。重篤な場合を除き、ほとんどの口腔疾患については、疾病利得も病者役割も適用されないと考える。この社会的制約は歯科医師側も承知しており、歯科医師が患者に安静を命じるケースは他科より少ないという印象を、筆者は持っている。

以上見てきたように、生活者群においては、口腔リスクマネジメントの目標、口腔リスク認知、実際の口腔リスク処理行動は必ずしも一致していない。生活者も歯科医師も、“本音と建前”、“現実と理想”のギャップに悩んでいるようである。生活者にとって口腔リスクは数多のリスクの中のごく一部であり、日常生活を送りながら、他のリスクとの優先度を考

慮しつつ対応する。歯科医師は、生活者の自己決定に沿って診療を行う事になるので、
なかなか説明しても、その重要性が伝わらなかつたり、意識の違いを埋めることができない時
はやっぱりちょっとストレスっていうか>と D3 が語るように、日々の診療行為と歯科医療
の理想との間で悩む場合もある。

3.3.2 口腔リスクコミュニケーション

以上の口腔リスクマネジメントに関する語りの解釈から、歯科診療においては、口腔リス
クコミュニケーションが極めて重要であることが示された。序章 1.2 において、歯科医療の
特性の観点から、口腔リスクコミュニケーションの重要性を述べたが、語り分析によっても、
これが明確になった。以下で、口腔リスクコミュニケーションに関する語りに関して、ネッ
トワーク図と逐語録をもとに、さらに詳しく解釈を行う。

生活者は《明確》で《的確》な《納得のいく》《説明》を求めている。特に《痛み》や、
これに対処するためのコストである《お金》と《時間》に関する《説明》は重要である。《説
明》の重要性は、歯科医師にも深く認識されており、患者の理解を深めるべく、歯科医師は
《勉強》をし、セルフエンパワメントを心がけている。歯科診療は、序章 1.2 で述べた他科
と異なる特性を持つため、説明義務の範囲が広く、説明の程度も深く重くその量も多くなる。
歯科治療時の様々な個別の状況に応じて、歯科医師からの《説明》が十分になされること
により、《信頼》《安心》が生まれ、これが継続すると<かかりつけ>となり受け手と担い手の
関係はさらに強固になっていく。

ただし《信頼》に基づく《安心》を育むことは容易ではない。P1、P3、はかかりつけ歯科
医師を持ち、抵抗なく歯科治療を受けてきた生活者であるが、<この先生大丈夫かいな？と
か、あんまり、そう、見た目ピカピカでもなんか大丈夫？とか、金儲けに走ってない？ここ？
とか思うし>、<特に自分で痛みとか無くて、むし歯ですね、とか言われたりしたことが
あるので、そういう時はホントにむし歯、痛みはないけどホントにむし歯なのかなあってい
うの（心配）はあるんですね。><やっぱり噂…実際僕はそんな先生に会った訳じゃない
んですけども、実際にはむし歯じゃないのに抜いちゃって、まああの、高価なインプラ
ントにされちゃったとか、そういう話を聞いたことがあるので、～>と語っている。自分自身
で歯科医師に不信感を持った経験はなくとも、説明を全て疑いなく受け入れることができる
信頼関係は、簡単に構築できるものではない。歯科医師は、自覚症状がないケースを説明す
る場合、特に注意や工夫が必要となる。

歯科医師に全幅の信頼を置いている、P4、P5 のケースにおいても、口腔リスクコミュニケ
ーションに関する認識は微妙に異なっている。P4 は<専門の方がやって下さるんだって
いうので、もう割と信じちゃうんですね。自分で（調子が）おかしいなと思って行った時には、

言われたことを素直に聞く形ですね。><お任せですね。自分で、やっぱり、そんな深くは分からないですから。こうしましょうって言ったら、はいお願いしますって感じ。>と述べ、インフォームド・コンセント概念普及前の時代背景の中、医療パタナリズムを積極的に受け入れ歓迎していた様子が窺える。P4は、その後歯科受診はしていないが、専門家に任せるという方針は変わっていない。

P5の<現主治医は、全部ご存じだから、行けばすぐ解ってもらえるという、この安心感ですよ。でないと、はなから説明するって、ホント厄介ですよ。>の語りからは、双方向の積極的な情報交換を通して、理想的な生活者-歯科医師関係が醸成されていることが分かる。<そうすると患者も安心できて、いろんな話ができる、話ができると今度は医師の側もいろんなことに気が付ける訳ですから、患者の普段分からないことまで聞ける訳ですよ、そうすると今度は治療にもプラスになってくる、そんな気がします。>とも語られており、前述した口腔リスク認知に関する同人の語り<説明をしていただいている結果として、歯の治療の重要性というのが、身体のバランスを保つための歯の重要性、その認識を持てた>と併せて考えると、上質なリスクコミュニケーションがミューチュアルエンパワメントをも導くことを示唆しており、極めて興味深い語りである。

5名の生活者の中で、唯一歯科医師に信頼感を持ってないと述べたP2の語りにも注目しておくべきであろう。子ども時代から30年以上前までの、数回の不愉快な歯科受診経験によって、<歯医者さんが、うん、イヤなの。><治療がイヤ。とにかく治療がイヤ。怖い。>、と歯科治療に苦手意識を持つようになり、その後丁寧に説明してくれる歯科医師と出会っても、<すごく説明が、それは、とても丁寧だった。>と良い評価は限定的であり、未だ“歯科嫌い”は続いている。

自身の人生観に沿う歯科医師と早い段階で出会えなかったことが、歯科診療嫌いの一因となっている生活者P2がいる一方で、<自分のポリシーに合ってる>と感じる主治医と出会った生活者P5は、良好な生活者-歯科医師関係を築いている。筆者は、インタビューを通して、P2、P5とも健康に関心が深く、分析的、理論的なタイプであり、<自分>の<判断><納得>を重視しているという印象を持った。健康に関して同じ様に高い意識を持っていても、対歯科医師コミュニケーションの成否により、対照が際立つ状況となっている。この点は、歯科医師にとっての重要な問題提起となる。

歯科医師群の語りにおいても、<なかなか説明しても、その重要性が伝わらなかつたり、意識の違いを埋めることができない時はやっぱりちょっとストレスっていうか〜><できる事はちゃんとやるし、できない事はちゃんと説明する。><ちゃんと説明するための勉強をいっぱいする>と、生活者群と同じく《説明》が重視されている。<〜一連のケアをね、説明してあげるとね、効果が実感できるでしょ。>とも語られ、《説明》は自己決定に役立

つだけでなく、治療効果を増強すると歯科医師が考えていることもわかる。このように、歯科医師は、《治療》に関する《費用》や《時間》に関する《説明》を注意深く行っている。

歯科医師群では、生活者群では登場しない《生活》が黒ノードとして上がっていることに注目した。《生活》に関しては歯科医師が情報の受け手となる点にも注意しなければならない。生活習慣の把握は診療に大いに役立つが、生活者群の中で、自らの情報発信が重要であることを明確に認識しているのは、P5のみであった。歯科医師群では、各人温度差はあるものの、オーラルヘルスと生活習慣の関わりを重視している語りがみられる。オーラルヘルスは《食べる》事を通して健康の維持増進に繋がる、という認識を生活者も持ってはいるが、生活習慣、口腔リスク、全身の健康リスク、これら三つの相互影響についての認識は、生活者と歯科医師との間でかなりのギャップが存在すると思われる。

生活者群の語りから、歯科医療の特性として序章 1.2 で述べた要素の他に、少数意見ながら“診られることの恥ずかしさ”、“治療中や術後に痛みや不快感を伴う場合もある”、“歯科医師に話しかけるタイミングが難しい”、が浮かび上がってきた。P1 は、<他にも人が居る時あるけど落ち着かない。身体の中の情報だから、成績を見られるような気分だから。細かいことを知っているのは先生だけだと、ホッとするっていうか。> <人が増えると落ち着かない。だから、二人ぐらいでお願いしたい。それか、先生ひとりで。>と、診られる側の不安感や戸惑う気持ちを語っている。3名の生活者からは、<ホントにどうもなんない？ちゃんとやってくれる？とかそういう、なんていうのか、不安みたいな、ドキドキ感。>、<なんでイヤなのか、それは…うん、怖がりだから。>、<そういう痛みを伴うことがあるんですが、結果的に言うをやっぱりやっただいて良かったな、と思うんですね。～（治療が進むと）痛みもなくなってきている訳ですから。>と、治療に際して何らかの<不安>や<痛み>を伴うと語られた。

P1 の<先生の邪魔にならない、気分を害さない、邪魔にならないタイミングで話したい>と思って、>、<もう、自分がやってる時点で、もう（他の人が）待っているので、遠慮がすごくあるから。>、P3 の<（患者側の不用意な発言で歯科医師が）怒っちゃったらマズい。そういうのはあるかもしれないですね。><（機嫌損ねたら困る）それは意外とあると思います。ええ、こっちは完全受け身じゃないですか、やっぱり。>の語りのように、生活者は、自らの情報発信に関して、歯科医師にかなり遠慮するので、<不安>や<痛み>等の感情や感覚が、歯科医師側にストレートに伝わりにくい。P3 は続けて、<そう（関係性によって、聞けること聞けないことは違って来る）なりますね。関係で違う。>とも述べている。

P1 は、<聞こうかなって思っても、～タイミングが難しいですね。先生に話しかけるタイミング。><先生の邪魔にならない、気分を害さない、邪魔にならないタイミングで話したい>と思って、こう、ずうっと様子を窺っているんですけど…>、と“歯科医師に話しかけ

るタイミングが難しい”ことを語った。さらに、<先生はマスク、こっちは口開けてる、ほとんど八割方。口が暇な普通の時が案外ない。>、<先生達、皆さんマスクされているから、眼だけじゃないですか。あの、マスクなかったら、口でなんとなく分かるけど、塞がっちゃってるから、さらにタイミングが分らない。>とも述べている。小児が歯科医師のマスク姿を怖がる場合もあることは周知されているが、成人がマスク姿に対して話しかけ難いと感じていることは、筆者にとって新鮮な驚きであった。《痛み》に耐え、《不安》を隠し、《タイミング》を計り、等々、治療中は患者側も気を使っている。これら、他科と比べた歯科診療の特殊性について、歯科医師は生活者ほど実感しているとは言えない。

一般的に用いられる“生活”という言葉と歯科医師群でインタビュー中に用いられた《生活》という言葉の持つニュアンスとは微妙に異なる印象を受けた。歯科医師群の《生活》は“健康を損なうリスクを含んだ生活習慣”を指す場合多かった。一方生活者群は<普段生活している時はなんともないんだけど、～>のように、“日々の暮らし全般”を“生活”と捉えている。<生活指導とかがちょっと大変というか…いろいろ言われちゃうのが。>というP4の語りには、医療従事者が生活面に言及すると、日常生活全般について指図されているかのような、複雑な気持ちになることが現われている。同じ文言でも、使われ方のニュアンスに微妙な違いがあることは、生活者-歯科医師ともに知っておく必要がある。

ユニークな語りについても触れておきたい。《勉強》の語はD4のみが多用した。<倫理の部分と、勉強と技術と、実力の部分全部持ってないと上手くいかないよね。>と歯科医師としての総合的な技量を高めること、<インパクトのある説明>をし<患者と同じ目線でスタート、ドクターと同じ視点でゴールする>ことを目標にしていると語った。これは、歯科医師自身のセルフエンパワメントから始まる、歯科診療というコミュニケーションを介したミューチュアルエンパワメントの展開を意味している。ミューチュアルエンパワメントを連想させる語りは、前述の生活者P5からも得られており、生活者-歯科医師、双方から口腔リスクコミュニケーションからのミューチュアルエンパワメントへの展開が語られたことは興味深い。

認知症高齢者へのオーラルケアについて触れたのは、D2のみであった。大学病院高齢者歯科所属であるため、認知症患者の歯科治療に関わる事が多く、<オーラルヘルスって自分でできなくなると、他者の介入が絶対に必要ですよ。それを歓迎するかしないかは、個人個人の問題なので一元化するのは難しい。><口腔介入喜ぶ人もいれば、喜ばない人もいますよ。><デメンティア（認知症）の方って、こちらが良くしようと思って介入しても、それが非常にイヤなことなんですよね。>等、逡巡しつつも独自のオーラルヘルス観を持っている。重度認知症患者の口腔ケアの経験を持つ歯科医師は多くはなく、貴重な語りである。

開業医として40年の経験を持つD1の語りには、口腔リスクガバナンスに関する話題が頻出した。医科と比較し、＜歯科では、保険でできる範囲と出来ない範囲とがはっきりしているからね。＞＜一般医科の場合、相当進んだところまで保険が入っているしね。＞＜歯科では医療費の保険外の範囲も多いし、高額療養費の制度が受けられないことが多い。＞＜“命を守る保険制度”と“生活の質を守る保険制度”が同じ土俵で議論されている。＞と語られた。診療の傍ら、職域団体役員や自治体委員として、行政組織と関わった経験も豊富で、＜社会的に介入するとすればね、歯科で今、健康保険の中に組み入れられていないものがいっぱいある。それを全部ひっくるめてね、介入すればね、それに越したことはないだろうね。＞＜仕組みは全部個人を守るという方向に持っていかなきゃいかんから、そのあたりの整理は絶対必要だと思うね。＞＜～患者が思っている健康観と一致してないと、本当の意味でのヘルスプロモーションは根付いてこないはずよね。学問的なヘルスプロモーションと、患者さんの生活の中でのヘルスプロモーションをどう近づけていくかと。＞等々、医療の社会化やマクロレベルでのヘルスプロモーションへの言及も見られた。永年、地域医療現場で口腔リスクマネジメントに取り組んだ専門家の関心が、社会的経験を踏まえ、リスクガバナンスに収束していった、と解釈すると興味深い。

3.4 抽出概念の整理

本項では、テキストマイニング後の概念整理について述べる。テキストマイニングにより検出された特徴語を含む文章をすべてピックアップし、タイプ別にグループ化を行い、キー概念としてリストアップした。この作業によって、生活者グループのデータから73のキー概念、歯科医師グループのデータから61のキー概念を得た。これをもとに、両者のオーラルヘルス観の異同を検討するため、2013年11月9日、放送大学大学院生活健康科学プログラム奈良教室において、KJ法を援用し概念整理を行った。参加者は、リスク学研究者、法学研究者、社会調査士、公務員、看護師、歯学部学部生に筆者を加えた計7名である。

作業結果に基づいて作成した概念図が、図1-10である。中央付近に共通する概念、左寄りに生活者群に特有の概念、右寄りに歯科医師群に特有の概念を配置した。図の上方に偏るほど包括的な概念、下方に偏るほど実践的な概念となる。

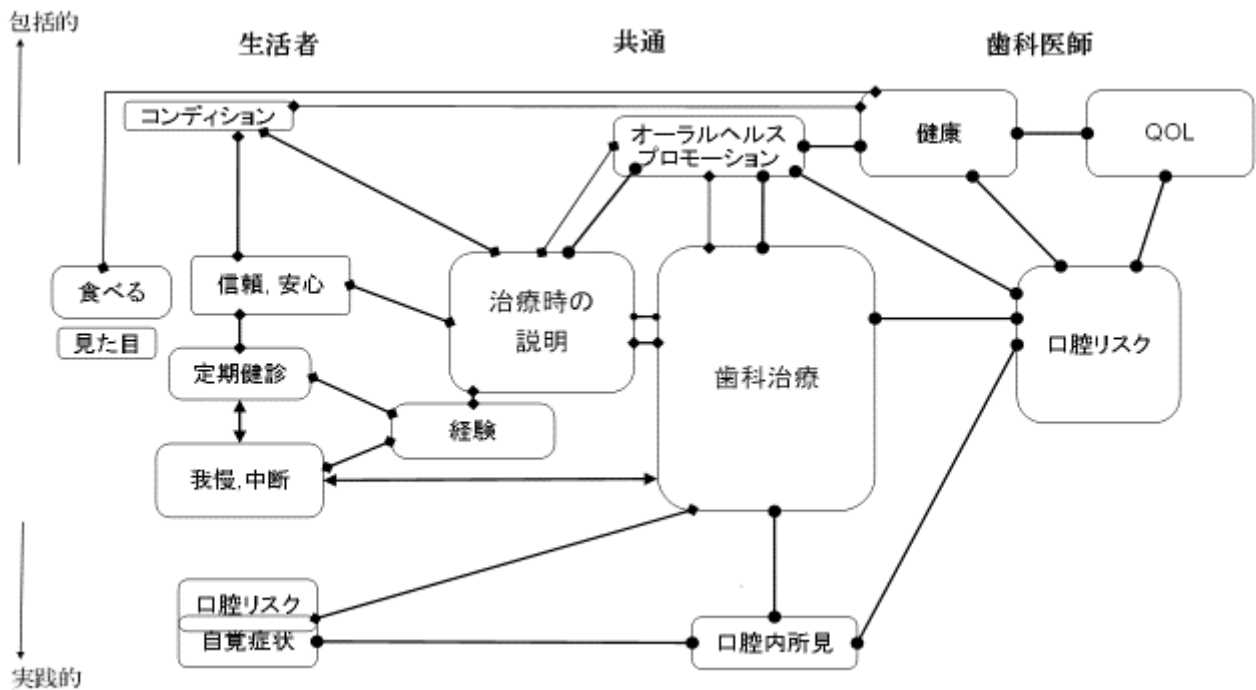


図 1-10 生活者と歯科医師のオーラルヘルス観

- ◆— : 生活者群において関連がみられた概念グループ
- : 歯科医師群において関連がみられた概念グループ
- ↔ : 対立する概念

語りの中心的テーマは、中央に配置した“説明”と“歯科治療”（局所的な治療とメンテナンスを含む）である。歯科医師群は、オーラルヘルスを包括的に捉えているが、生活者群のオーラルヘルス観は、実践に偏る傾向がある。語りに現れた、口腔リスクマネジメントのプロセスと口腔リスクリスクコミュニケーションにおける、生活者と歯科医師それぞれの基本的視座が確認できる概念図となった。

この作業をもとに、オリジナルの語りデータを参照しつつ、それぞれの概念に関する生活者と歯科医師のオーラルヘルス観の異同を整理した。生活者と歯科医師のオーラルヘルスに関する考え方の対比として、表 1-4 に示す。テーマを中央列、生活者の考え方を左列、歯科医師の考え方を右列に示した。下線部は異なる点、波下線部は類似する点である。

表 1-4 生活者と歯科医師のオーラルヘルスに関する考え方

生活者群	テーマ	歯科医師群
<u>ポイントで認識</u>	口腔リスク認知	<u>流れて認識</u>
<u>断片的 受動的</u>	口腔リスク処理の方針	<u>俯瞰的</u>
<u>ダメージの回復</u>	口腔リスク処理の目的	<u>ダメージの要因の除去</u>
<u>自分の歯で食べる</u>	口腔リスクマネジメント の目標	<u>口腔環境を整える</u>
<u>健康な歯を持ち 充実した生活をおくる</u>	オーラルヘルス観	<u>口腔機能保全 (食べる・話す・笑う・免疫) による人間の尊厳の維持</u>

生活者と歯科医師の口腔リスクマネジメントに関する考え方である、口腔リスク認知、口腔リスク処理、口腔リスク処理の目的、口腔リスクマネジメントの目的に関して、両者間に大きなギャップがあることがわかる。歯科医師は明確なリスク認知を持っているが、生活者のリスク認知は、主治医と良好なコミュニケーション下にある一名を除いて不十分であった。しかし、オーラルヘルスに関する包括的な概念である口腔リスクマネジメントの目標とオーラルヘルス観に関しては、生活用語と専門用語の違いはあるものの、ほぼ同一である。このように、生活者と歯科医師のオーラルヘルスに関する細かな認識のギャップと包括的な方針の一致、すなわち、オーラルヘルス観の異同が明らかになった。

4 考察

4.1 オーラルヘルス観の異同をふまえた口腔リスクコミュニケーション

既に述べた通り、歯科医療には、審美性の重視、多様な治療法、緊急性小、治療前の状態に復元することは困難、オーラルセルフケアの影響大、治療時に開口維持など患者の協力が必要、といった特性がある。このため、生活者と歯科医師のオーラルヘルスに関する情報交換である、口腔リスクコミュニケーションの果たす役割は大きい。歯科医師は他科の医師と比べ、より詳細で、より幅広い説明を求められることになる。KeyGraph を用いた今回の語り分析において、説明、信頼、安心、が極めて重要なキーワードとして検出されている。歯科診療時のコミュニケーションは、生活者と歯科医師の信頼関係に大きく影響することが示された。歯科診療時の口腔リスクコミュニケーションは、重要な意味を持つ。

序章で提示した「患者役割膨縮モデル」において、生活者-歯科医師間に行き違いが生じ

ることを述べた。この行き違いには、本調査で明らかになったオーラルヘルスに関する細かな認識のギャップも大きく影響していると考ええる。歯科診療を円滑に行うためには、生活者と歯科医師の情報交換に基づくオーラルヘルスに関する互いの合意が不可欠である。この合意には、近年広く知られるようになったインフォームド・コンセントを含む。個別の状況に応じた、歯科医師による丁寧な《説明》は、生活者の《信頼》《安心》を引き出す。本研究では、KJ 法による概念整理によりこれらのプロセスを明らかにした。口腔リスクコミュニケーションは、信頼関係の構築を支えると同時に、より良い口腔リスクマネジメントへのチャンスとなる。

それぞれの口腔リスクコミュニケーションにより、生活者は各人の状況に応じた口腔リスクマネジメントを再検討し、歯科診療に関する意思決定を行うことになる。一方、歯科医師は実際の個別事例から、様々な知識を得る。この相互の働きかけは繰り返し行われ、奈良(奈良 2011)の述べる“ミューチュアルエンパワメント”をもたらし、“生活者-歯科医師関係”が構築されていく。その結果、オーラルヘルスの向上につながる、良質な口腔リスクマネジメントサイクルが生み出されると考える。

4.2 テキストマイニングと KJ 法の併用

質的研究は長い歴史を持ち、数多くの研究者により取り組まれてきた。質的研究においては、妥当性、一般性、客観性等を含めた信頼性(岡田 2010)の確保のため様々な方法が提案されてきた(舟島 1997、Krefting 1991、Sandelowski 1993, 1996)。本研究で行ったテキストマイニングによる機械的処理と、KJ 法による人的な処理もその一つとなる。特に、インタビューデータに基づく質的研究においては、恣意性に関して危惧されることも少なくない。研究者が都合の良いデータのみを取り上げて分析する可能性への懸念である。本研究では、一部分ではなく、インタビューした5名の生活者、5名の歯科医師全てのデータを分析した。この作業は KeyGraph の使用により、可能となった。全てのデータを分析対象とすることにより、恣意性の排除に役立ったと考える。最終ステップでは KJ 法セッションを行った。対照的な特徴を持つ二つの分析手法の組み合わせにより、信頼性をより高めるためである。KeyGraph と KJ 法の対比を表 1-5 に示す。

表 1-5 KeyGraph と KJ 法の特徴

KeyGraph	KJ 法
新たな技法	旧来の技法
単一の人工知能	複数人の思考
共起性	「混沌をして語らしめよ」 (川喜田 1986)

本研究の新たな試み、テキストマイニングによる機械的処理と KJ 法による人的処理の併用は、信頼性の向上のために有効であったと考える。

5 まとめ

健康長寿は万人の願いである。現在、平均寿命の延伸が成し遂げられ、人びとは、健康寿命と平均寿命との差を縮小するという新たな命題に取り組みつつある。健康長寿への大きな妨げの一つが口腔環境の悪化である。今回の研究では、オーラルヘルスプロモーションに大きく影響する生活者と歯科医師の認識の異同を探った。

インタビューデータの微妙なニュアンスに触れることが可能であるということから、語り分析に関する関心は高まっている。語り分析には多くの手法があるが、KeyGraph は使用頻度の多い単語との共起性に基づき使用頻度の少ない単語をも、キーワードとして抽出できるユニークな手法である。KeyGraph の使用により、それぞれの語りから重要な使用頻度の少ない単語を見失うことなく、キーコンセプトを抽出することができた。続く KJ 法ステップにより、より丁寧に解釈し整理することができた。その結果、生活者と歯科医師の口腔リスクマネジメント実施にあたっての考え方は、若干異なることが示された。しかし、両者の口腔リスクマネジメントに関する上位概念、つまり、オーラルヘルスに関する包括的な方針は、ほぼ一致することも示された。

質的研究法は長い歴史を持ち、多くの研究者によって洗練されてきている。筆者らは、本研究で新しい情報学の手法と質的研究のコラボレーションによる語り分析を試み、わが国における生活者と歯科医師のオーラルヘルス観の異同を明示した。

参照参考文献

- Codern-Bové N, Pujol-Ribera E, Pla M, González-Bonilla J, Granollers S, Ballvé JL, and Fanlo G, Cabezas C; ISTAPS Study Group. (2014) Motivational interviewing interactions and the primary health care challenges presented by smokers with low motivation to stop smoking: a conversation analysis, *BMC Public Health*, 14:1225, 1471-2458.
- 藤井美和、小杉考司、李政元 (2005) 『福祉・心理・看護のテキストマイニング入門』中央法規.
- 深井稜博 (2010) 「新しい公衆衛生と口腔保健評価の課題」『ヘルスサイエンス・ヘルスケア』10(2)、37-38.
- 舟島なをみ (1997) 「看護教育学における質的帰納的研究方法論開発研究のための理論的枠組みの構築」『千葉看護学会会誌』3(1)、8-14.
- Barney Glaser and Anselm Strauss (1967) *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Aldine De Gruyter.
- Barney Glaser, Anselm Strauss, and Elizabeth Strutzel (1968) The Discovery of Grounded Theory; Strategies for Qualitative Research, *Nursing Research* 17 (4), 364.
- 花田信弘 (2009) 「口腔の健康は測れるか？リスク因子と予防戦略」『ヘルスサイエンス・ヘルスケア』9、50-53.
- 石田和之、杉山忍、柴田享、徳島県歯科医師会 (2013) 「「歯科治療電話相談」のテキストマイニングによる分析」『日歯医療管理誌』48(2)、165-173.
- 伊藤 公一 , 堀口 由貴男 , 中西 弘明 , 榎木 哲夫 (2007) 「失敗事例へのテキストマイニング手法の適用に基づく過誤の潜在的構造分析」『日本知能情報ファジィ学会 ファジィシステム シンポジウム 講演論文集』23(0)、527-527.
- Taina Käkilehto, Sinikka Salo, and Markku Larmas (2009) Data mining of clinical oral health documents for analysis of the longevity of different restorative materials in Finland, *International Journal of Medical Informatics* 78(12), 68–74.
- 川喜田二郎 (1986) 『KJ法：渾沌をして語らしめる』中央公論社.
- 厚生労働省『平成26年(2014)患者調査の概況』
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/14/dl/kanja.pdf>, 20170415 accessed.
- L. Krefting (1991) Rigor in Qualitative Research: The Assessment of Trustworthiness, *American Journal of Occupational Therapy* 45, 214–222.
- M. Kushima, K. Araki, M. Suzuki, S. Araki, and T. Nikama (2011) Text Data Mining of In-patient Nursing Records Within Electronic Medical Records Using KeyGraph, *IAENG International Journal of Computer Science*, 38(3), 383–388.
- Lach D. (2014) Challenges of interdisciplinary research: reconciling qualitative and quantitative methods for understanding human-landscape systems, *Environmental Management* 53(1), 88–93.
- S. K., Jean Lee, (1992) QUANTITATIVE VERSUS QUALITATIVE RESEARCH METHODS -- TWO APPROACHES TO ORGANISATION STUDIES, *Asia Pacific Journal of Management* 9(1), 87–94.

- Morita Kentaro, Shinohara Ryoji, Sugisawa Yuka, Sawada Yuko, Tanaka Emiko, Hirano Maki, Watanabe Taeko, Onda Yoko, Kawashima Yuri, Ito Sumio, Tong Lian, Mochizuki Yukiko, Tokutake Kentaro, Gan-Yadam Amarsanaa, Anme Tokie (2011) Oral health behaviors and mortality in a 6-year cohort study of community-dwelling elderly people『日本保健福祉』18(1)、87-92.
- Morrison Z, Fernando B, Kalra D, Cresswell K, Sheikh A (2014) National evaluation of the benefits and risks of greater structuring and coding of the electronic health record: exploratory qualitative investigation, *J Am Med Inform Assoc*, 21(3), 492–500.
- 中村貴美、富田美穂子、山下秀一郎、中村浩二、浦野浩子、安藤宏、浅沼直和 (2010) 「歯科医療費に関する意識調査：第1報：外来患者, 歯科医師, 歯学部学生との比較」『松本歯学』36(3)、199-208.
- Y. Nara and Y. Ohsawa (2003) Application to Questionnaire Analysis (Chapter19), Y. Ohsawa eds., *Chance Discovery and Information Technology*, Tokyo Denki University Press, 280–297.
- Y. Nara and Y. Ohsawa (2004) Exploring Collaboration Topics from Documented Foresights of Experts, *Knowledge-Based and Intelligent Information & Engineering Systems 2004, KES2004 Proceedings*, 823–830.
- 奈良由美子 (2011) 『生活リスクマネジメント』放送大学教育振興会.
- Y. Ohsawa and NE Benson (1998) KeyGraph: automatic indexing by co-occurrence graph based on building construction metaphor, *Research and Technology Advances in Digital Libraries, ADL 98. Proceedings*, 12–14.
- 岡田加奈子 (2010) 「養護教諭の実践を支える学問構築に向けての質的研究とその課題 (特集 社会や法制度の変化と共に専門職として必要とされる養護教諭の資質・力量・研究)」『学校保健研究』51(6)、366-370.
- 大沢聖子、伊藤孝訓、岡本康裕、青木伸一郎、那須郁夫、齊藤孝親 (2007) 「歯科学生を対象とした医療倫理教育の評価について—第1報テキストマイニング法による試み」『日口診誌』20(1)、24-30.
- Jungsik Park and Young Uk Ryu, (2014) Online Discourse on Fibromyalgia: Text-Mining to Identify Clinical Distinction and Patient Concerns, *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research* 20, 1858–64.
- John A. Rich and Courtney M. Grey (2003) Qualitative Research on Trauma Surgery: Getting Beyond the Numbers, *World Journal of Surgery* 27(8), 957–961.
- 西條剛央 (2007) 『ライブ講義・質的研究とは何か (SCQRM ベーシック編)』新曜社.
- M. Sandelowski (1993) Rigor or rigor mortis: The problem of rigor in qualitative research revisited, *Advances in nursing science* 16(2), 1–8.
- M. Sandelowski (1996) One is the liveliest number: The case orientation of qualitative research, *Research in Nursing & Health* 19(6), 525–529.
- 杉浦剛、岸光男、相澤文恵 [他]、阿部晶子、南健太郎、稲葉大輔、佐藤一裕、米満正美 (2011) 「データマイニングの手法を用いた定期歯科受診者の受診中断に関わる要因の分析」

『口腔衛生会誌』 61、 225-232.

Ueda H. (2014) The General Public's Awareness of the Importance of Oral Health : Findings from a Community Survey in Japan, *Graduate school of human science Osaka University Bulletin* 40, 157-173.

章末資料

1 研究協力依頼書

研究協力依頼書

本日はご多忙のところお時間をいただきありがとうございます。以下の「研究背景」「研究の趣旨」ならびに「研究倫理遵守に関する誓約書」をお読みいただき、可能なようでしたらインタビューにご協力いただきたくお願い申し上げます。

本研究の背景

現在、放送大学大学院文化科学研究科生活健康科学プログラムに在籍中であり、インタビュー調査はその研究活動の一環として計画したものです。

研究の趣旨

本研究は、高齢化社会における歯科医療の新しいあり方を考えることを目的としております。歯科医療の受け手と担い手のオーラルヘルスに関する考え方や、診療に際してのエピソードを知るためにインタビューを計画致しました。インタビューは1時間半前後を予定しております。お話いただきました内容は、逐語録をもとにキーワードを分類していく質的分析という手法を用いて整理をいたします。

平成 年 月 日

放送大学大学院文化科学研究科

生活健康科学プログラム 修士課程1年

歯科医師 小林 富貴子

2 誓約書

研究倫理遵守に関する誓約書

本研究は以下の研究倫理に沿って実施されます。

お名前が公開されることはいっさいありません。また、公開される際には人物が特定される可能性のあるイニシャル等を用いることもありません。

研究の協力はいつでも拒否することができます。また、それは研究協力者の当然の権利ですので、拒否されても研究協力者が不利益を被ることはありません。また、発言箇所の訂正や部分的削除等のご希望がありましたら遠慮なくお申し出ください。

録音データは保管の必要が無くなった時点で、全てのデータを完全に破棄します。

研究結果がまとまり次第、個々人にお知らせいたします。

ご不明な点等ございましたら、下記へご確認ください。以上の研究趣旨や倫理的誓約をご了解の上で研究にご協力いただける場合は、以下の研究承諾書へのご記入をお願い致します。

平成 年 月 日

放送大学大学院文化科学研究科
生活健康科学プログラム 修士課程1年
歯科医師 署名

連絡先

TEL : メール :

小林歯科医院 小林富貴子

研究承諾書

研究趣旨と倫理的誓約をふまえ、研究に協力することを承諾します。

署名

平成 年 月 日

お名前

第二章 近代歯科医療の変遷

—近代歯科医療の歴史的考察—

1 本章の目的と背景

近代歯科医療が幕末の米国人歯科医師の来日によりわが国に紹介されて以来約 150 年、国民皆保険の達成から 50 年余が経過した。この国民皆保険達成を機に、社会保険制度の整備や歯科保健事業等の推進がなされ、現在わが国は歯科医療の社会化の最も進んだ国の一つとなっている。この間、歯科医療を取り巻く社会の状況は変遷を重ね、様々な議論や対応が行われてきた。生活者にとって、歯科医療は生活の安心・安全に直結するため、社会生活に与える影響も大きい。これまで、近代歯科医療の歴史に関して、歯学部学生を対象としたテキスト（榊原 2002, 石井ら 2009）内での解説や、歯科医学史分野での時代や分析対象を限定した報告（吉澤ら 2015, 別部 2013, 矢谷 2012）は見られるが、社会経済的視点を加えた包括的検討は行われていない。そこで、本章においては、社会情勢の変化に伴う歯科医療システムの動態について、歯科医療のメインステークホルダー⁷たる生活者と歯科医師をめぐる動きを中心として把握することにより、近代歯科医療変遷プロセスを包括的かつ歴史的に検討し報告する。

2 研究方法

歴史的考察にあたり、その指針として、「Historical Thinking Standards」(National Standards for History Basic Edition, 1996) に挙げられた以下の 5 項目を参考にした。

1. Chronological Thinking (時系列的思考)
2. Historical Comprehension (歴史的構想力：資料の意味を考える)
3. Historical Analysis and Interpretation
4. Historical Research Capabilities
5. Historical Issues-Analysis and Decision-Making (歴史的争点分析と意思決定)

まず、近代日本における社会と歯科医療に関するできごとを時系列に整理し年表を作成する。そのうえで、時代区分し、各期を比較検討した後、社会学的視点を加え考察する。具体的な研究方法は以下のとおりである。近代歯科医療の歴史と変遷を検討するにあたり、歯科医療を取り巻く状況がどのように変化してきたかを明らかにするため、先ず、1980 年代以降の近代歯科医療の変遷に関連するできごとをピックアップし時系列に整理した。わが国の近代歯科医療導入とされる、明治維新直前の米国人歯科医師の来日 (1861 年) から、2015 年 10 月までの社会・生活・歯科医療各分野の動きを把握する目的で年表作成を行った。本研究

⁷ 本研究では、歯科医療のステークホルダーを医療の受け手である生活者と社会、医療の担い手である歯科医療従事者、医療行政を行う公的機関であると考え、そのメインステークホルダーを生活者と歯科医師とする。

においては、食や会話をはじめ、日々の生活と深く関係する口腔リスクを生活リスクの一つとして捉え、生活者-歯科医師・行政の3つのステークホルダーの動きに注目しつつ考察するために、各ステークホルダーの動きに対応する3つの整理軸を設定した。社会の動きと生活リスクに影響するできごと、歯科医療・口腔保健の動き、歯科医療と健康に関する法・制度・政策等の動き、である。年表作成にあたり、可能な範囲で1次資料を確認し、1次資料を参照できない場合は、歯科保健医療小史（榊原 2002）、朝日新聞記事データベース聞蔵Ⅱビジュアル、をはじめとする2つ以上の2次資料において同一の記載が成されていることを確認することとした。

次の段階で年表を検討し、特徴的な様相を示す時代区分を抽出する。この時代区分ごとの、社会・生活・歯科医療各分野のできごとの相互影響を検討するために、変遷プロセスモデルを試作する。最終段階で、これら年表と各期変遷プロセスモデルを俯瞰し、考察を行う。

3 結果

研究結果として、作成した近代歯科医療史年表をもとに、近代歯科医療変遷プロセスについて時代区分に沿って順に述べる。

3.1 近代歯科医療年表作成と時代区分

米国人歯科医師来日から現在（1861年～2015年10月）までの年表を作成した。年表を縦覧すると、社会・生活・歯科医療各分野の様々な小さなできごとが相互に影響し変革がもたらされていることがわかる。この観点から、近代歯科医療の歴史約150年を、

- 1期：近代歯科医療導入期（1860年代～1912年；主に明治時代）
- 2期：歯科医療の社会化の開始（1913年～1944年；大正時代～終戦前まで）
- 3期：発展期（1945年～1960年；戦後復興・高度経済成長の始まり）
- 4期：激動期（1961年～1985年頃；好景気の時代と歯科保険給付の迷走）
- 5期：歯科医師過剰期（1985年頃～2007年頃；歯科医師過剰と国民歯科医療費の抑制開始）
- 6期：多様化期（近年；新たな方向性の模索）

の6期に区分した。時代区分ごとの近代歯科医療変遷年表を以下、表2-1～表2-6に示す。

表 2-1 近代歯科医療変遷年表 1:近代歯科医療導入(1860 年代~1912 年;明治時代)

社会の動きと生活リスクに影響するできごと	歯科医療・口腔保健の動き	歯科医療と健康に関する法・制度・政策等の動き
室町~江戸	口中医・入歯師・歯接師等が歯科医療を行う	西洋医学所(幕府直轄、現在の東京大学医学部)において西洋医学教育・解剖・産産を行う
1861		
1865	米国人歯科医師(ウィリアム・クラーク・イーストレイク)横浜に開業 近代歯科医学(欧米では180年から)導入される	
1868		
1872	明治維新 近代国家の基盤づくり	
1874	歯科用足踏みエンジン販売開始(米)	
1875(M5)		
~S20頃まで	国内で結核蔓延 国民病結核	
1880(M18)	W.D.Miller, Microorganisms in Decay of Human mouth:う蝕菌起因説 医籍登録「歯科」の医師30名	
1883		
1885	Angle「不正咬合」	
1890	electric dental drill 開発(独)	
1891	三重県津市で歯科医師による学校検診(公的ではない)	
1894		
1896	コルゲートチューブ入り歯磨剤発売(米)	
1897		
1898		
1900		
1900頃	米にて歯科ユニットの原型(エアコンプレッサー、エアシリンジ、照明装置等を備える)装置販売開始 挿歯金属冠作成開始 この頃から歯科治療用装置・器具、材料の開発相次ぐ。 大日本歯科医師会(現日本歯科医師会)設立 二等分法(デンタルX線撮影法)開発 W.A.Price 歯科用X線装置販売開始(独Siemens AG) 米国フレッチャリズム(よく噛む健康法)提唱される 東京歯科医学専門学校設立 以後私立歯科医学専門学校設立相次ぐ	
1903		
1904	日露戦争(~05)	
1905		
1906(M39)		
1907		
1908		
1911	日本で初めてチューブ入歯ハミガキ発売 喜多見行正「歯科と貧民救済」歯科学報に掲載	

注：年表の記載事項において、太字は国内のできごと、細字は海外のできごとである。海外のできごと後方()内の漢字は以下の国名を示す。表2~6も同様。米：アメリカ 英：イギリス 独：ドイツ 加：カナダ

表 2-2 近代歯科医療変遷年表 2: 歯科医療の社会化開始期(1913 年~1944 年;大正時代~終戦前まで)

社会の動きと生活リスクに影響するできごと	歯科医療・口腔保健の動き	歯科医療と健康に関する法・制度・政策等の動き
1914~18	第一次世界大戦 大戦景気(S20まで)	
1914	「萬歳歯刷子」発売(東京歯科医学専門学校指導) 東京歯科医学専門学校に複製歯科用X装置導入	
1916(T5)		
1918	口唇衛生集会(対学校教員、1923まで8回開催) 児童衛生展覧会(内務省) 児童の三大疾患(結核、トラホーム、う蝕)テーマ	
1920	「ムシ歯デー」開催(内務省) 国産初歯科用レントゲン装置開発	
1921	関東大震災	
1923(T12)		
1923頃~		
1924	早期抜歯推奨	
1925		
1927(S2)		
1928	健康健兵運動	
1931	満州事変	
1932		
1936(S11)		
1938		
1939~45	第二次世界大戦	
1939		
1940(S15)		
1941	太平洋戦争始まる	

表 2-3 近代歯科医療変遷年表 3: 発展期(1945年～1960年; 戦後復興・高度経済成長の始まり)

	社会の動きと生活リスクに影響するできごと	歯科医療・口腔保健の動き	歯科医療と健康に関する法・制度・政策等の動き
1945	終戦		
1946		米・加の一部の都市で水道水にフッ化物添加始まる	WHO健康を定義 健康意識の高まり
1947		リドカイン臨床応用 歯科麻酔の転換・無痛治療の普及	ニュルンベルク綱領: 被験者の権利保護
1947～49	第1次ベビーブーム 人口8000万超		
1948		第2次開発ラッシュ 歯周病研究始まる	医師法・歯科医師法・医療法制定(国民医療法から分立) 国民の1/3は無保険 診療報酬の決定権外部機関へ
1949		PMA Index 発表(SchourとMassler): 初の歯周病評価指標 →歯周病の疫学調査可能となる	
1950	特需景気	「虫歯予防デー」から「口腔衛生週間」へ変更 虫歯→口腔衛生	中央社会保険医療協議会(中医協)設置 精神衛生法: 措置入院・同意入院を規定, 自宅監置禁止
1950～	出生率急速に低下		
1951(S26)	脳血管疾患死因一位へ(結核を抜く)	ナイロン種毛歯剛子国内発売	日本WHOに加入
1952	結核から成人病へ	京都市山科地区水道水にフッ化物添加始まる(～1960)	
1954	神武景気 高度経済成長始まる	フッ素による集団的予防	
1955	国内天然痘根絶 森永と森ミルク事件 食の安全への関心	学童むし歯半減運動始まる(学校保健関係者主導) 人口10万対歯科医師数34.8	差額徴収制度導入(保険局長通達) 診療報酬制度の不備を患者負担で補填
1956	水俣病発生ピーク 公害問題	PI Index 発表: 以後、新評価指数の発表続く→歯周病疫学調査の隆盛 キシロカイン国内販売開始 生活者の歯科治療への関心高まる	
1957		日本歯槽膿瘍学会(現日本歯周病学会)設立: 日本における歯周病治療の幕開け 歯周病への歯科医師の関心高まる	
1958	癌対策始まる(成人病予防対策協議連絡会) 防災対策整備の必要性	国産エアータービン開発 この頃より国産歯科装置・器具・材料の生産盛んになる 「口腔衛生週間」から「歯の衛生週間」へ 口腔衛生→歯の衛生	
1959	伊勢湾台風 消費者意識の高まり		
1960代	～70年代米国コンシューマリズム	米国にて歯科用コンジョイントレンジ開発→審美的重視の治療へ MB開発 審美的重視	
1960頃	四日市ぜんそく他大気汚染深刻		
1960	災害対策基本法	人口10万対歯科医師数35.5	じん肺法

表 2-4 近代歯科医療変遷年表 4: 激動期(1961年～1985年頃; 好景気の時代と歯科保険給付の迷走)

社会の動きと生活リスクに影響するできごと	歯科医療・口腔保健の動き	歯科医療と健康に関する法・制度・政策等の動き
1961	愛知学院大学歯学部増設 以後1965年までに6校新増設 第2次建学ラッシュ	国民健康保険事業開始 国民皆保険達成 万人のための歯科医療
1962	Keys, P.H.: Recent advances in dental caries: カイスのう蝕発病理論	3歳児歯科健康診査始まる
1962~1963	大衆消費社会	老人福祉法
1962~1963	五輪景気	ヘルシンキ宣言: 「ヒトを対象とする医学研究の倫理的原則」 被験者の権利
1963	消費者保護教書に消費者の権利明示(米国)	精神衛生法改正 母子保健法: 保健所主導の保健指導・健康診査 全国統一の歯科保険行政
1964	ライシャワー事件 東京オリンピック 新潟水俣病問題となる	
1965	公害対策基本法制定 推計人口一億人超える	
1967	住民・環境保護意識	
1968	GNP世界2位 消費者保護基本法制定 カナミ油症発生(米ぬか油PCB混入) 大阪万博 平均寿命トップグループ入り	
1970(s45)	消費者意識の高まり 長寿を喜ぶ	インフォームド・コンセントの概念初めて紹介される I.C.一般歯科医師・生活者へは広まらず
1970~73	交通事故死者数史上最悪16,765人→交通安全対策基本法制定へ 第2次ベビーブーム	
1971~73	交通戦争	
1972	X線パノラマ装置普及始まる(株モリタ:ペラビュー) 全顎的診断容易に	タスキギ事件(1932~72) 莞覚(米): 研究倫理の確立・インフォームドコンセントへ 医療従事者の倫理観問題となる
1972	「恍惚の人」ベストセラー: 高齢者問題のさきがけ	
1973	第1次オイルショック(物不足、狂乱物価)	労働安全衛生法 老人福祉法改正(老人医療費無料化へ) 福祉元年 アメリカ病院協会(AHA)「患者の権利章典」制定 ラウンド報告: 公衆衛生活動の新たな視点、疾病予防から健康増進へ、単一特定病因論から複合病因論へ
1974	合計特殊出生率2.05: 人口置き換え水準 2.08を下回る	高齢者福祉としての
1975	2月大阪消費者友の会、神戸市消費者協会、「歯の苦情110番」を設置: 歯科医告発運動始まる。ニセ歯科医騒ぎなど報道過熱	老人医療費支給制度創設(老人福祉法): 自己負担金無料化 3月厚生省、歯科医療に関する苦情相談について 都道府県へ通知 種痘定期接種廃止 差額徴収制度廃止 診療報酬制度の不備を歯科医師負担で補填
1976	Turk Sugar Study: キシリトールの非蝕蝕誘発性	
1976	審美性の概念生活者に広まる	
1977(S52)	国内メーカー接着性コンポジットレジン開発 歯学部新増設相次ぐ 1980年代前半までに29校となる 第3次建学ラッシュ	差額負担時間 長い待ち時間 歯科医師・パッシング
1977(S52)	日航機ハイジャック事件 新たなリスク ハイジャック 多重事故 通り魔 など	保険診療中心の歯科医療へ
1978	最後の天然痘患者発生(ソマリア) 国民生活態度調査開始 日本坂トンネル事故 豊かな消費生活	1歳6か月児健康診査始まる(市町村主体) 労働安全衛生法改正: 化学物質の有害調査制度化、職業がん対策 WHOアルマタ宣言「Health for all by 2000」: 予防を含む1次サービスを中心に 第1次国民健康づくり対策 プライマリヘルスケア重視 前歯部構造歯冠修復材料費に差額徴収制度復活
1979	5/8世界天然痘根絶宣言	
1980	新宿バス放火事件 国民病がん	前歯部継続歯冠差額徴収認める 患者の権利 患者の権利に関する世界医師会リスボン宣言: 医療従事者が知っておくべき患者の権利 自己決定権、情報に関する権利等、10項目 老人保健法制定: 各保険者間の財政調整 老人医療費有料化へ
1981	がん死因第1位となる	
1982	北米・アフリカ・中南米で、HIVの感染爆発 レーガノミクス、サッチャリズム→新自由主義へ	高齢者医療費引き締め始まる
1983(S58)	インプラントの臨床応用普及始まる(北米) 新たな補綴概念	
1984	人口10万対歯科医師数52.5	老人保健法施行: 健康手帳交付、教育、相談、診査、訓練、訪問指導、医療 特定療養費制度(差額徴収制度から移行) 健保本人1割負担導入
1985	成人歯の健康国際比較調査(WHO): 先進国35~44歳の無歯顎率高一抜歯or保存論争起こる	第1次改正医療法施行(病床数規制)
		抑制続く(正厚化)労省医療費大幅削減

表 2-5 近代歯科医療変遷年表 5: 歯科医師過剰期
(1985 年頃～2007 年頃; 歯科医師過剰と国民歯科医療費の抑制開始)

年	社会の動きと生活リスクに影響するできごと	歯科医療・口腔保健の動き	歯科医療と健康に関する法・制度・政策等の動き
1986 (S61)	男女平均寿命世界一 長生きだけが良いか?		オタワ宣言: 健康増進は個人問題に限らない。社会環境改善を含む。 歯科士学入学生数20%削減方針
1980半ば頃	QOLの概念広まる		歯科医師確保から削減へ
1987	神戸でエイズパニック 新たな感染症		精神保健法: 国・地方公共団体・国民の義務明記 労働安全法改正: 健康保持増進措置は事業者努力義務
1988~			第2次国民健康づくり対策(アタプ80ヘルスプラン): ①生涯を通じて健康づくりの運動に重点を置いた事業推進
1989	消費税導入 1.57ショック 少子化傾向顕著に: 高齢者施策から少子化施策へ	8020運動始まる (このころの達成率7%) 人口10万対歯科医師数59.9	福祉8法改正: 福祉の主体市町村へ、厚労省保険医療・福祉マンパワー本部設置
1990 (H2)	少子高齢化への問題意識高まる	接着性材料注目集める インプラント治療普及し始める "Window of Infection" Caufieldら: 幼児期のミュータンス菌感染予防	日本医師会第II次生命倫理懇談会「『説明と同意』についての報告」
1991	バブル崩壊 失われた10年(1991年4月~2002年1月)	8020推進事業始まる	
1992	サッチャー 医療改革: 福祉国家見直し	新たな材料 新たな治療法 新たな予防概念	
1993 (H5)		高齢者の予防意識高まる	訪問歯科診療に保険給付 第2次改正医療法施行(特定機能病院、療養型病床群制度化)→社会的入院問題となる
1994		早期治療から予防重視へ	21世紀福祉ビジョン: エンゼルプラン(子育て支援の基本方向と重点施策)・緊急保育対策5カ年事業・新ゴールドプラン(高齢者福祉)
1995	製造物責任法 阪神淡路大震災 地下鉄サリン事件 国内テロの恐怖	学校歯科健診にCO, C, GO, G導入→一次予防の重視	がん克服新10ヶ年戦略 母子保健法改正 事業主体市町村へ 保健所法改正 地域保健法へ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律
1996 (H8)	堺市学童集団食中毒(給食O157) 狂牛病経口感染すると発表(英) 認知症、寝たきり 100万人超え 長寿への不安	キシリトール 食品添加物として認可	生活者への治療の選択肢増える 少子高齢化への対応策重視へ
1997	自殺者急増 31755人 前年+9000 少子化対策推進基本方針(新エンゼルプラン)	Pitts NB 歯質再石灰化プロセス発表 新たな理論	生計習慣病命名: 2次予防から一次予防へ 日本医師会第IV次生命倫理懇談会「『医師に求められる社会的責任』についての報告」 「成人病」を「生活習慣病」へ改める(公衆衛生諮問会議) 介護保険法成立(2000施行) 地域保健法施行(自治体主導型の保健行政へ) 第3次医療法改正: 医療提供に当たっての説明(インフォームドコンセント)明記、かかりつけ医、かかりつけ歯科医の文言 健保本人2割負担導入
1998	自殺者急増 31755人 前年+9000 少子化対策推進基本方針(新エンゼルプラン)		
1999 (H11)			感染症法: 伝染病予防法の後継、事前対応型行政の推進、社会防衛から患者の人権に配慮する体制へ 結核緊急事態宣言 厚生労働省発足 健康日本21(第3次国民健康づくり運動)に歯と口の健康記載
2000 (H12)		人口10万対歯科医師数71.6 FDIニマルインターベンション提唱 新たな修復治療概念	社会福祉基礎構造改革始まる 介護保険制度開始(介護保険法施行): 福祉と保健の分離原則明確。要介護認定者218万人 地域健康危機ガイドライン: 保健所が地域健康危機管理の中核となる
2001 (H13)	西鉄バスジャック事件	財団法人8020推進財団設立(達成率15.3%)	医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議 モデル・コア・カリキュラムを公表 健康増進法制定→健康日本21の法的根拠
2002	国内BSEパニック 食品リスク ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法 9.11テロ 食品偽装事件相次ぐ 大規模テロ		
2002~2006	小泉改革		
2003			
2004 (H16)	少子化社会対策大綱: 子ども・子育て応援プラン 交通事故負傷者数史上最悪 1,183,120人	日歯連閣議金事件	AHA「患者の権利章典」から「治療におけるパートナーシップ」へ改定 健保本人3割負担導入 権利からパートナーシップへ 第3次対がん10ヶ年戦略 中医協改革始まる 歯科医師過剰抑制施策始まる: 2004年合格率74.2%(2003年91.4%)
2005 (H17)	アスベスト肺社会問題化 労安法改正: 過重労働による健康障害防止 ブラック企業		「痴呆症」を「認知症」へ改める 介護保険法改正法施行: 初の報酬引下げ、介護予防導入、高齢者虐待防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律 障害者自立支援法成立 政治資金規正法改正 栄養教諭制度開始: 義務教育における食育 医療制度改革始まる
2006	自殺対策基本法←自殺者数平成10年以降、14年連続して3万人を超える 見相相談対応件数3万7千↑、年間50件前後の虐待死亡事例が表面化 ガス瞬間湯沸かし器による一酸化炭素中毒死傷事故問題となる→消費生活用製品安全法の改正へ(平成18年12月6日)公布 要介護認定者 432万人 「格差社会」流行語となる	8020達成率25%	歯科医師臨床研修義務化

表 2-6 近代歯科医療変遷年表 6: 多様化期(近年; 新たな方向性の模索)

	社会の動きと生活リスクに影響するできごと	歯科医療・口腔保健の動き	歯科医療と健康に関する法・制度・政策等の動き
2007 (H19)	中国製冷凍ギョーザ事件	歯科医院経営難マスコで取り上げられる 歯科医師ワーキングプア報道	がん対策基本法 社会・介護福祉士法改正 第5次改正医療法施行(4疾病5事業、患者の意思決定参加、医療安全の確保) 医療安全への関心さらに高まる 特定療養費制度廃止 保険外併用療養費制度導入 医療技術の進歩や患者のニーズの多様化に対応
2008 (H20)	世界金融危機 シートベルト全席着用義務化 秋葉原通り魔事件 年越し派遣村報道	在宅歯科診療制度開始	老健法改革: 保健事業別に行う高齢者医療確保法施行; 高齢者保健は税金から保険へ、広域連合 WHO健康の社会決定要因委員会最終報告 学校給食法一部改正: 学校給食の普及、充実、食育推進 40歳以上特定健診、保健指導: メタボsyn予防対策、基本健康診査は廃止 後期高齢者医療制度開始: 老人保健法から高齢者の医療確保に関する法律へ
2009	政府緊急雇用・経済対策本部設置		学校保健安全法(旧学校保健法): 保健管理+安全管理 介護保険法改正: 介護報酬引き上げ
2010	WHO新型インフルエンザパンデミック誤警告問題	人口10万対歯科医師数79.3	
2011	東日本大震災 福一原子力発電所事故	人口10万対歯科医師数80.2	国民のQOL向上における口腔保健の意義明記
2012	アベノミクス 放射能汚染問題	「歯の衛生週間」→「歯と口の健康週間」	歯科口腔保健の推進に関する法律 介護保険法改正施行(地域包括ケアの推進) 医療計画に関する厚生労働省医政局長通知(都道府県知事宛) 持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律 健康日本21(2次) 障害者差別解消法成立(2016年4月施行)
2013	犯罪性食品汚染 冷凍食品農薬混入事件	届出歯科医師数102,551人 歯の衛生→歯と口の健康	
2014	エボラ出血熱パンデミック 新たな感染症 デング熱国内感染 介護ベッド死亡事故注意喚起(35人/7年) 御嶽山噴火 交通事故死者数4,113人 10年連続減少	新たなリスクの出現相次ぐ	第6次医療法改正(在宅医療の推進、医療事故に係る調査の仕組み等の整備等)
2015		日歯連迂回献金事件	「選定療養として導入すべき事例等」に関する提案・意見の募集 医療事故調査制度10月実施

3.2 近代歯科医療変遷のプロセスモデル

年表に現れた変化を、変革のきっかけとなるできごと (Switch)、Switch が惹起する反応 (Response)、Response に続く世論・一般常識・カルチャーといった社会通念の変化(Shift)、法・制度の制定をはじめとする具体的方策の実施(Change)、の4タイプに分類した。Response については、ステークホルダー間に順調に普及する場合と、意見の対立や社会運動として軋轢を生む、あるいは潜在的な不満が次期の変化の誘因となる場合がある。前者を受容(Acceptance)、後者をコンフリクト (Conflict) とした (図 2-1)。ただし、すべてのプロセスにおいて、変化が矢印の順にのみ起こるわけではない。同時進行や、フィードバックのケースも見られた。

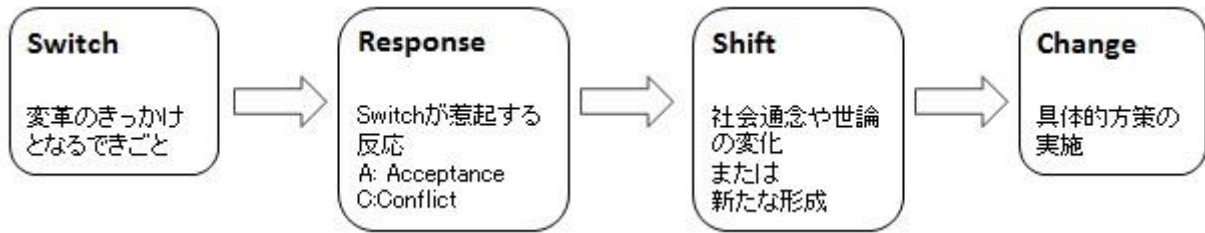


図 2-1 近代歯科医療変遷プロセスモデル

このプロセスモデルを用いて、各期の分析を行った。結果を順に報告する。

3.2.1 1期：近代歯科医療の始まり（1860年代～1912年；明治時代）

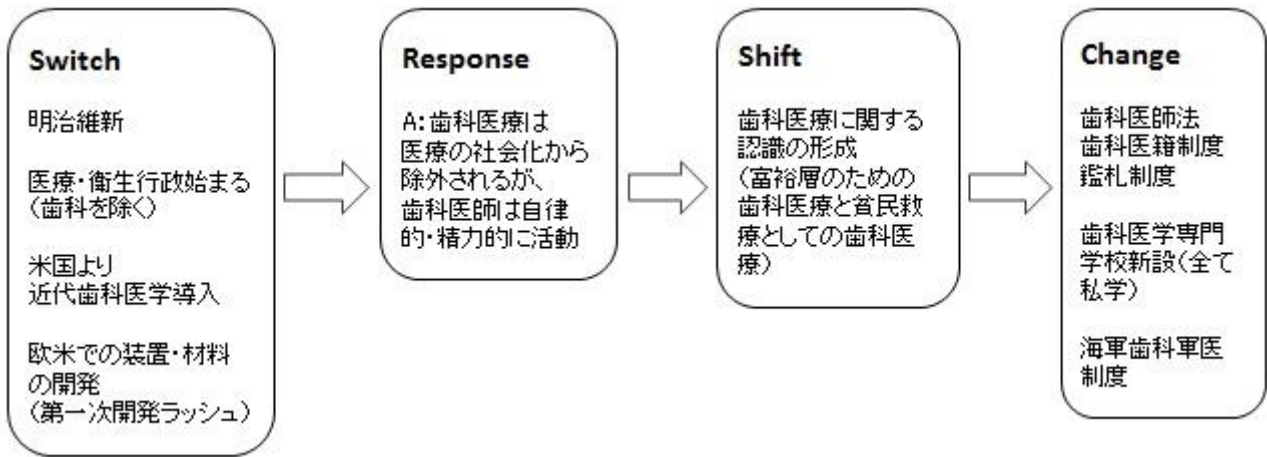


図 2-2 1期歯科医療変遷プロセスモデル

1期のキーワードは開国である。図 2-2 に 1 期のプロセスモデルを示した。明治維新による開国と前後して、来日した米国人歯科医師により近代歯科医学が導入された。日本の歯科医師の進取的でコスト意識の高い気風は、導入期に米国歯科医学の影響を強く受けた結果であると筆者は考える。開国の時期が、欧米における歯科医学の近代化とほぼ一致したことも幸運であった。複雑な装置・診療手技・新たな材料の開発が続き、これらは時をおかず、国内へ紹介された。この動きを、第一次開発ラッシュとした。わが国は、開国と同時に最先端の歯科医療に触れることとなり、その導入は順調に進んだ。

年表記載のとおり、幕末の西洋医学所からの事業継続、学校医制度など、明治政府は近代国家建設の方針の一つとして当初から医療の社会化を目標としていたことが窺えるが、歯科医療はこの方針に含まれなかった。同時期、歯科医籍の創設、鑑札制度（一代限り従来家を認める）、歯科医師法以外の法規制はなく、診療、研究、後進の指導等、歯科医師らは自律的かつ精力的に活動を続けた。この時期の歯科医師は、歯科医療を富裕層対象医療とボラン

ティアとしての貧民救療（喜多見 1920）とに区別して捉えており、これは、国民皆保険達成まで続いていたと思われる。この1期の末、明治38年に、囑託ではあるが、海軍歯科軍医制度が設けられた（久保ら 2004）。わが国初の公的な歯科事業となり、歯科医療の社会化の先駆けとなる制度である。

3.2.2 2期：歯科医療の社会化の開始期（1913年～1944年；大正時代～終戦前まで）

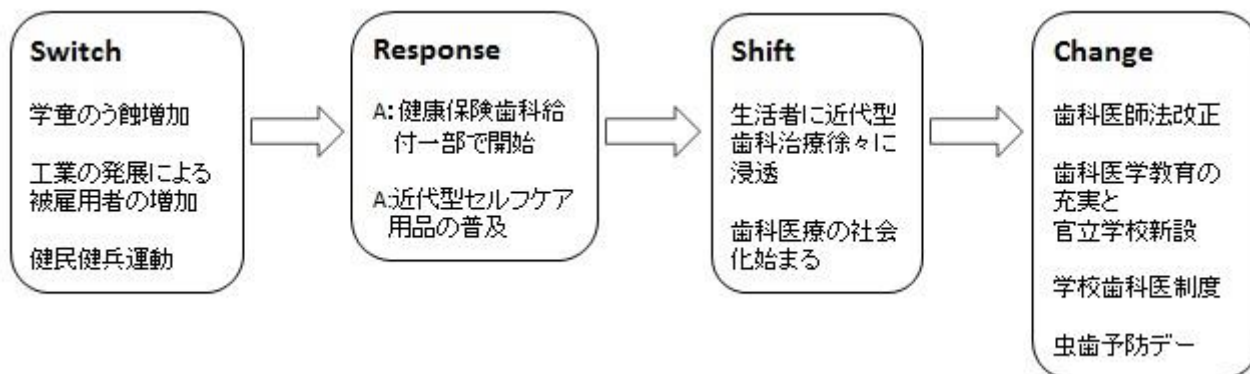


図 2-3 2期歯科医療変遷プロセスモデル

図 2-3 に 2 期のプロセスモデルを示した。明治政府の殖産興業策により人びとの生活が豊かになるにつれ、学童の齲蝕増加が社会問題となった。明治時代に続いて、学童のトラホーム、寄生虫、齲蝕が問題となっている（榊原 2002）。学校歯科保健制度が整う前から歯科医師は検診・校内処置等の活動を行っていたが、1931年に正式な学校歯科医制度が開始した。

成人においても、すでに医療給付を受けていた労働者から歯科保険給付を求める声上がり、1927年実施の健康保険法により、歯科医療の一部に給付が開始した。1938年実施の国民健康保険は、この時期広く普及することはなく、歯科給付もごく僅かであった。このように限定されてはいるが、生活者と歯科医師の関心が歯科医療の社会化へ向かい始め、戦時医療体制のもと、国家によりさらに推進されることとなる。この時期に二校の歯科医師養成校が新設されたが、いずれも官立である。2期は国家による歯科医療の社会化推進開始の時代であり、キーワードを富国強兵とした。

3.2.3 3期：発展期（1945年～1960年；戦後復興・高度経済成長の始まり）

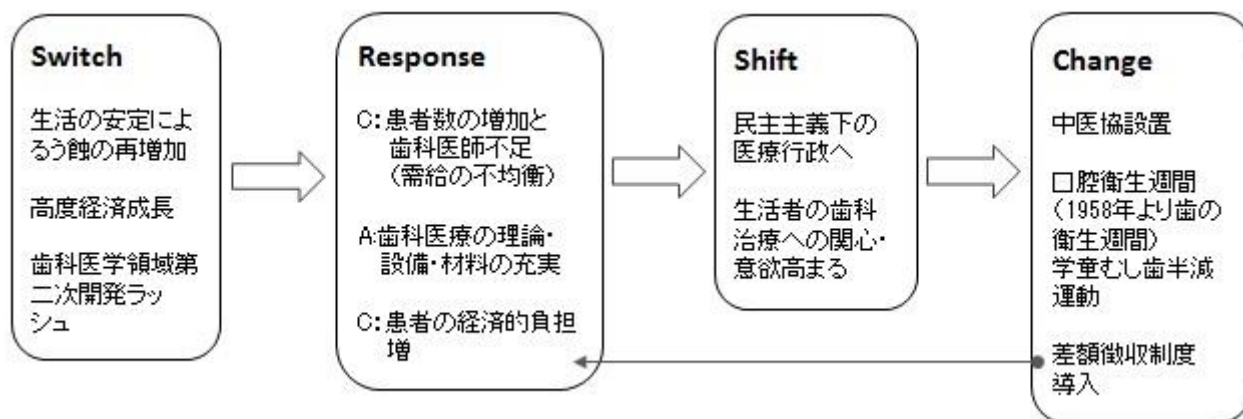


図 2-4 3期歯科医療変遷プロセスモデル

3期は戦後の復興から高度経済成長へと至る時期である。図 2-4 に3期のプロセスモデルを示した。終戦前後の食糧難により学童のう蝕罹患率は著しく低下していたが、生活の安定とともに再び増加した（文部省 1953）。歯科用局所麻酔薬や高速切削器具開発などの歯科医学の進展と国内歯科産業の発展によって、病院歯科・歯科医院の設備は充実した。年表ではこれらを第二次開発ラッシュとした。1949年に口腔衛生週間として啓発行事が復活したこともあり、歯科治療への忌避感は減少し、生活者のオーラルヘルスに対する関心、意欲は高まった。高度経済成長と相まって歯科治療の需要は高まり始めるが、歯科医師不足のため生活者にとって歯科受診は容易なことではなかったと推測される。

占領期の医療改革に始まった民主主義下の医療行政は戦前と一変し（杉山 1995）、歯科医療も厳密に行政の管理下に置かれることとなる。1950年の中央社会保険医療審議会発足により、診療報酬決定権は外部機関へ移譲された。適正な診療報酬の検討が不十分なまま、1955年に導入された差額徴収制度⁸は保険局長通達であり、生活者への十分な説明が行われた記録は発見できなかった。生活者にとっては理解し難く歯科医療の割高感を感じさせるものであったと考える。歯科診療に関して生活者の不安・不満が芽生え始めた時期とも言える。この時期の資料は少なく、既存資料のみでは検討が困難である。インタビューと言説分析による資料を合わせて、さらに検討を重ねる。

⁸特殊な材料や特殊な補綴等を希望する場合は、保険とは別の費用を必要とする制度。1955年より導入されたが、1975年には、一部歯科医師の制度の濫用が大きな社会問題となり、後に廃止された。（長坂 2010、厚生労働省 1976）

3.2.4 第4期：激動期（1961年～1985年頃；好景気の時代と歯科保険給付の迷走）

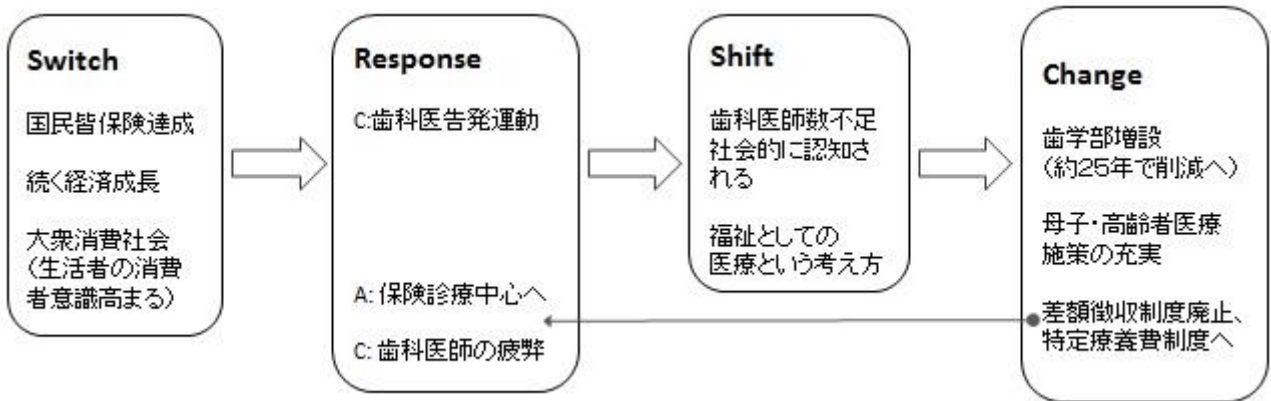


図 2-5 4期歯科医療変遷プロセスモデル

図 2-5 に 4 期のプロセスモデルを示した。1961 年に国民皆保険が達成された。持続する好景気と、健康保険制度、生活の様式・意識の変化により、患者数は急増した。歯科医師不足の状況は続き、歯科受療環境は一向に好転せず、生活者の不満はさらに高まり歯科医師への不信感が爆発することになる。1975 年 2 月、大阪に端を発した消費者協会による歯科医師告発運動は短期間に全国的な展開をみた。この件に関する厚生省の対応は素早く、同年 3 月歯科医療に関する苦情相談を都道府県へ指示、翌年差額徴収制度は廃止されている。しかし、この決定も制定時と同じく局長通達であり、その後一部復活するなど迷走した。歯科診療報酬に関する不明瞭な扱いは、1984 年の特定療養費制度導入まで続いた。歯科診療報酬設定の問題点に関して根本的に論じられることはなく、現在まで抜本的対策はなされていないと考える。

歯科医師数確保策は 1961 年から実施され、1960 年まで 7 校であった歯学部は 1965 年までに 13 校となり、1967 年には早くも将来の歯科医師過剰を案ずる声が歯科医師の一部から上がっている（榊原 2002）。厚生省は、適正歯科医師数を人口 10 万あたり 50 人ほどと考え、以降 1980 年まで歯学部の新設を続け、歯学部数は 29 校となった。1984 年には、国の適正数 50 人を初めて超え 52.5 人となった。歯科医師不足は歯科医師過剰へ翻転し、最後の歯学部新設終了からわずか 6 年後、歯科大学入学定員削減方針が決定するが、歯科医師過剰はさらに進む。

この時期高度経済成長の継続による豊かな国家財政を背景とし、国民医療費は上昇を続ける。1973 年には老人医療の自己負担が無料となった。老人医療費の自己負担分を老人福祉法で負担するものである。この結果老人医療費は増大し国保の運営を圧迫したため、1983 年老人医療費は一部自己負担となった。これ以降厚労省は医療費適正化へと方針を転換し、様々な医療費抑制策が行われる。

米国のコンシュマリズムの影響を受け、わが国でも消費者運動が盛んになった。生活者と歯科医師の意欲・関心は向上しているにもかかわらず、歯科医療の経済的負担バランスと需給バランスの崩壊により、歯科医療が混乱を極めた時期である。4期のキーワードをコンシュマリズムとした。

3.2.5 第5期：歯科医師過剰期（1985年頃～2007年頃；歯科医師過剰と国民歯科医療費の抑制開始）

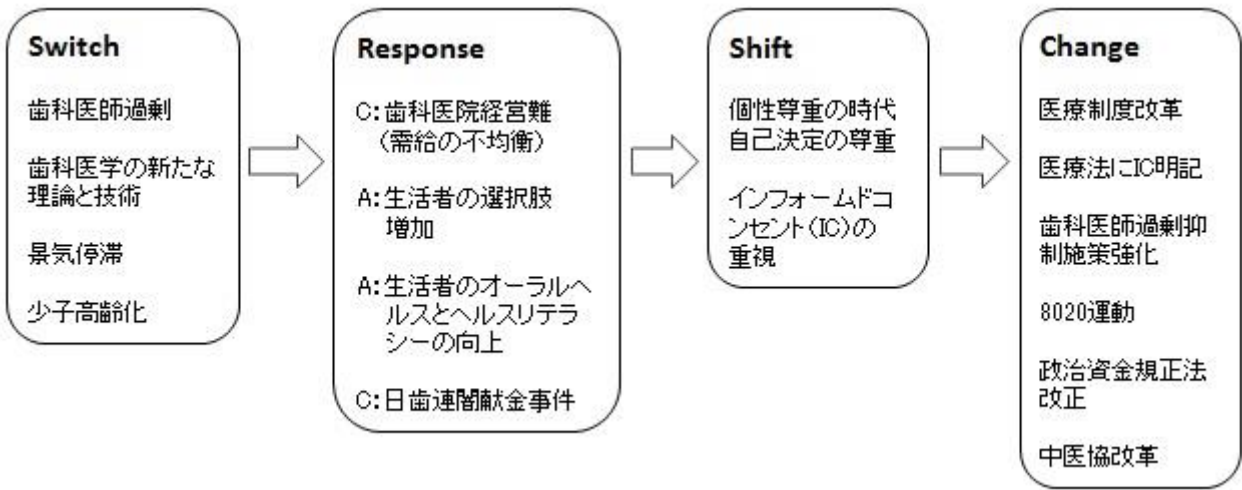


図 2-6 5期歯科医療変遷プロセスモデル

図 2-6 に 5 期のプロセスモデルを示した。4 期後半から開始した医療費抑制方針は 2006 年の医療制度改革へ継承され、歯科診療医療費は大幅な抑制が続く。歯科医師数は増加を続け、1986 年歯学部入学定員削減方針を決定するが円滑に実行されたとはいえ、問題はさらに深刻化する。2004 年からは、歯科医師国家試験合格者数の調整による歯科医師過剰抑制策が実行された（厚生労働省 2015）が、歯科医師過剰は続いており、2000 年には人口 10 万人あたり 71.6 人と 1955 年調査 34.8 人の 2 倍以上に達した。

一方で、1967～1992 年まで 90%以上だった小中学生の齲歯のある者の割合は順次減少し 2005 年には 70%以下となった（歯科医療白書 2014）ことから明らかなように、生活者のオーラルヘルスは格段に向上した。同時に生活者の認識も、国民皆保険以前の「痛くてもぎりぎりまで我慢する」から、「痛くなったらすぐ治療する」を経て、「痛む前に治療する」へと進歩してきた。8020 運動の展開と早期目標達成は、歯科医療関係者と生活者の協働の賜物である。

増え続ける歯科医師数とオーラルヘルスの向上により減少する治療対象という需給のアンバランスに加え、不景気による医療費抑制策は歯科医院経営を圧迫する。歯科医院の倒産

も増加し、社会問題となった。歯科医師にとって苦しい時期は、今なお続いている。

歯科医学においては、1990年代は新たな時代の幕開けとなる。インプラント治療の普及、接着性材料の開発、再石灰化理論等々の新たな技術や理論が注目され、普及が始まった。生活者の治療の選択肢（どこで、どのような治療を行うか）は広がり、インフォームド・コンセント概念の普及に伴い、生活者の自己決定が重視されるようになる。世論の変化を受け、医学・歯学教育においても、インフォームド・コンセント概念を念頭に、「コミュニケーション能力に優れた医療人の育成」（医学歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議2001）が目標の一つとして挙げられている。5期は歯科医師過剰期であり、歯科医師にとっては苦悩の時代となるが、生活者にとっての歯科受療環境は格段に向上した時期といえる。

3.2.6 第6期：多様化期（近年；新たな方向性の模索）

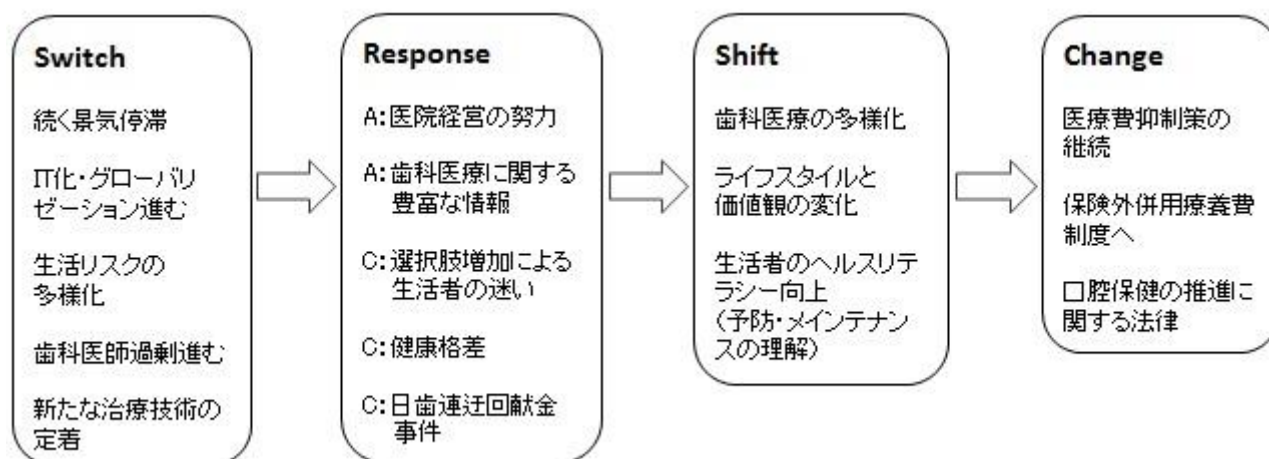


図 2-7 6期歯科医療変遷プロセスモデル

歯科医師過剰は続き、2012年には人口10万対歯科医師数は80人を超えた。歯科医院経営を取り巻く環境はさらに過酷となり、2007年には歯科医師ワーキングプア報道が話題となった。図2-7に6期のプロセスモデルを示した。長引く景気停滞下で医院経営努力が行われ、診療形態や診療日時は多様化する。5期に注目された新たな理論や技術も開業医に広く定着し、診療内容等も多様化した。生活者の選択肢はさらに広がったが、一部には、混乱や歯科医師とのトラブルも見受けられる。

多くの生活者のオーラルヘルスリテラシーはさらに向上し、「痛む前の治療」から「予防・定期健診」へと理解が進んだ。2006年にはQOL向上における口腔保健の意義を明記した「歯科口腔保健の推進に関する法律」が制定され、生活者のオーラルヘルスへの関心は高まり続けている。一方で、景気停滞下におけるIT化やグローバルゼーションの影響により、社会

の様々な場面における格差が拡大した。歯科医療を受ける余裕のない層も増加しており、歯科口腔領域においても健康格差が広がっている。

保険外併用療養費制度は、国民の医療サービスの選択肢を広げ利便性を向上する趣旨で特定療養費制度に代えて導入された。今後、生活者自身で医療行為の安全性や有効性に関する情報を吟味し、適切な医療サービスを選択する姿勢はますます必要となる。歯科医療費抑制策続行のもと、生活者自身の状況も歯科受診環境も多様化し、情報量は増え、生活者-歯科医師双方ともに適正な選択が難しい場合もあり得る。多様化期においては、歯科医師と生活者の良好なリスクコミュニケーションが必須となると考える。6期のキーワードは、情報化と多様化である。

4 考察

年表と1～6期の変遷プロセスモデルをもとに、社会の動きと生活リスクに影響する出来事、歯科医療・口腔保健の動き、歯科医療と健康に関する法・制度・政策等の動きの相互関連を検討し、考察した。

4.1 近代歯科医療におけるコンフリクト

3.2で述べた近代歯科医療変遷プロセスを縦覧するため、一覧を作成し（表2-7）、変遷の様相を比較検討した。

表 2-7 近代歯科医療変遷プロセス一覧

時代区分	年	キーワード	Switch	response		Shift	Change
				A	C		
1期 導入期	1861 ～ 1912	開国	近代歯科医療導入 新たな材料・装置	歯科医師の自律的・ 精力的活動	(従来家の不満)	歯科医療に関する認識の 形成	歯科医師法 歯科医籍 鑑札制度 歯科医学専門学校
2期 社会化 開始期	1913 ～ 1944	富国強兵	学童の懸鐘増加 工場労働者増加 健民健兵運動	健康保険歯科給付一 部で開始 近代型セルフケア用 品の普及		生活者への近代歯科治療 徐々に浸透 歯科医療の社会化開始	歯科医師法改正 歯科医学教育充実 官立学校新設 学校歯科医制度 海軍軍医科歯科医制度 虫歯予防デー
3期 発展期	1945 ～ 1960	復興と 経済成長	高度経済成長 生活の安定とう蝕増加	歯科医学理論の発展 歯科医療設備・材料 の充実	患者数増加と歯科医 師不足 患者の経済的負担増	民主主義下の医療行政へ 生活者の関心・意欲高ま る	中協協設置 差額徴収制度導入 口腔衛生週間
4期 激動期	1961 ～ 1985	コンシュマ リズム	歯科医学の発達 国民皆保険達成 続く経済成長 大衆消費社会	保険診療中心へ	歯科医告発運動 歯科医師の疲弊	歯科医師数不足社会的に 認知 福祉としての医療	歯学部増設 差額徴収制度廃止 母子・高齢者医療施策
5期 過剰期	1985 ～ 2007	バブルと マイナス 成長	歯科医師過剰 新たな理論と技術 少子高齢化 個性尊重 不景気	生活者の選択肢増加 生活者のオーラルヘル スとヘルスリテラ シーの向上	歯科医院経営難 日歯連閉歇金事件	個性・自己決定の尊重 I.C.概念の普及	医療制度改革 医療法にLC明記 歯科医師過剰抑制策 8020運動
6期 多様化	近年	情報化と 多様化	歯科医師過剰 新たな技術の定着 生活リスク多様化 IT化・グローバルイゼーション 続く景気停滞	医院経営の努力 豊富な歯科診療に関 する情報	選択肢増加による生 活者の迷い 健康格差 日歯連迂回歇金事件	歯科医療の多様化 ライフスタイルと価値観の 変化 生活者のヘルスリテラシー さらに向上	医療費抑制策継続 口腔保健法 保険外併用療養費制度

各期の、変革のきっかけとなるできごと (Switch)、Switch が惹起する反応 (Response)、Response に続く世論・一般常識・カルチャーといった社会通念の変化 (Shift)、法・制度の制定をはじめとする具体的方策の実施 (Change) への流れを確認することができる。1、2期と3～6期で、Responseの様相が異なる点に注目した。1期、2期においては、史実からコンフリクトが抽出されていない。この1、2期では、歯科医療に関して行政の介入はほとんどなく、時間をかけて徐々に生活者へ普及していったという状況がある。この時期コンフリクトが発生しなかったことについて、筆者は、新しい技術や制度が社会に普及し浸透するまでは、コンフリクトは潜在化するためであると解釈している。高橋は、コンフリクト発生のプロセスとして、①潜在的なコンフリクトの存在②コンフリクトの存在の認識③コンフリクト対応の明確化④具体的なコンフリクトの対応⑤コンフリクト対応の結果の、5段階を指摘した (高橋 2010)。歯科医療に限らず、新たな技術や制度が導入される場合、各ステークホルダーのリテラシーの向上が、自らの状況への関心を生み、コンフリクトの認識への布石となり、その後のコンフリクト対応へとつながるとも考えられる。

第二次世界大戦後の3期以降、わが国は、歯科医療において、きわめて広い範囲で健康保険給付が認められるようになった。自由診療を除き、歯科診療における個別のかつ多様なニーズは、国家の医療システムの中で一律に処理されている。歯科医療に対する行政組織の介入は増し、歯科医師数は過剰となり、生活者のオーラルヘルスリテラシーは向上したため、ステークホルダーのボリュームとそこで交換される情報量は、急激に膨張することとなった。

現在の歯科医療をめぐる様々なコンフリクトの顕在化は、この影響を受けている。社会の注目を集める形で現れることの多いコンフリクトは、より大きな社会的影響力を持つ。松本は「集団内の社会的コンフリクトの扱いが、集団の意思決定の成否を作用する。」と述べている（松本 1997）が、本研究においても、コンフリクトは、Shift（社会通念や世論の変化または新たな形成）と Change（その後の新たな制度や法律の制定）へ大きく影響していた。

4.2 歯科医療システムの三因子

上記の歴史的検討から、人びとの暮らしや価値観の変化、歯科医学の理論や技術の発展とこれに伴う材料や薬品の開発・改良、政府をはじめとする公的機関の考え方や、数多くの要素が各時代の変遷プロセスに刺激を与えていることがわかる。これらの各要素を、生活文化、歯科医学、公的方針3つの因子に分類した。生活者が創り出す世論やムーブメント等の「生活文化」、歯科医師が基盤とする「歯科医学」、医療行・財政や法・制度の「公的方針」である。この分類を前項表2-7に加え、表2-8として再整理した。表2-7のSwitch、Response、Shift、Changeの各刺激要素を、生活文化（表中◎）、歯科医学（表中①）、公的方針（表中②）の因子に分類し書き加えたものである。再掲のため、時代区分に関する列を簡略化している。

表 2-8 近代歯科医療変遷プロセスと刺激因子

特徴	Switch	Response		Shift	Change
		A	C		
1 期 導入	近代歯科医療導入① 新たな材料・装置②	歯科医師の自律的・精力的活動①	(従来家の不満)	歯科医療に関する認識の形成◎①②	歯科医師法② 歯科医籍② 鑑札制度② 歯科医学専門学校②
2 期 社会 化開始	学童の齲蝕増加◎ 工場労働者増加◎ 健民健兵運動②	健康保険歯科給付一部で開始◎①② 近代型セルフケア用品の普及◎		生活者への近代歯科治療徐々に侵透◎ 歯科医療の社会化開始◎①②	歯科医師法改正② 歯科医学教育充実◎② 官立学校新設② 学校歯科医制度①② 海軍嘱託歯科医制度② 虫歯予防デー◎①②
3 期 発展	高度経済成長◎ 生活の安定とう蝕増加◎	歯科医学理論の発展① 歯科医療設備・材料の充実①	患者数増加と歯科医師不足◎② 患者の経済的負担増◎②	民主主義下の医療行政へ◎①② 生活者の関心・意欲高まる◎①②	中医協設置② 差額徴収制度導入② 口腔衛生週間◎①②
4 期 激動	歯科医学の発達① 国民皆保険達成② 続く経済成長◎ 大衆消費社会◎	保険診療中心へ◎①②	歯科医告発運動◎①② 歯科医師の疲弊①	歯科医師数不足社会的に認知◎①② 福祉としての医療◎①	歯学部増設◎①② 差額徴収制度廃止② 母子・高齢者医療施策②
5 期 歯科 医師 過剰	歯科医師過剰② 新たな理論と技術① 少子高齢化◎ 個性尊重◎ 不景気◎	生活者の選択肢増加◎① 生活者のオーラルヘルスとヘルスリテラシーの向上◎①	歯科医院経営難① 日歯連閣献金事件①	個性・自己決定の尊重◎①② I.C.重視◎①②	医療制度改革② 医療法にI.C.明記② 歯科医師過剰抑制策② 8020運動◎①②
6 期 多様 期化	歯科医師過剰② 新たな技術の定着① 生活リスク多様化◎ IT化・グローバル化◎ 続く景気停滞◎	医院経営の努力① 豊富な歯科診療に関する情報◎①	選択肢増加による生活者の迷い◎ 健康格差◎ 日歯連迂回献金事件①	歯科医療の多様化◎①② ライフスタイルと価値観の変化◎①② 生活者のヘルスリテラシーさらに向上◎①②	医療費抑制策継続② 口腔保健法② 保険外併用療養費制度②

表 2-8 から、3つの因子が複雑に関連し、互いに影響を与え、さらなる変化を生み出していることがわかる。これらを歯科医療システムの三因子とした。各因子内の変化が Switch となり、因子間の反応である Response を惹起し、Shift、Change へと続く。この分析から、筆者は、以下のような歯科医療システムの動態に注目した。単一因子内で起こった変化である Switch が、因子間の不均衡状態をもたらし、続く Response や Shift で、二または三因子間の反応を招く。その結果、歯科医療システムの三因子に支配的に影響する Change として収束している点である。一因子の中での変化 (Switch) が、複数の因子の和集合の中で互いに刺激し合い (Response、Shift) 、具体的方策 (Change) を生む。Change は、生活文化、歯科医学、公的方針三因子が許容しあう積集合の中で生み出されており、歯科医療の社会化 (歯科健康保険給付、歯科保健事業など) であるともいえる。このように歯科医療システムの三因子は、常に動的不均衡状態を脱するべく、相互に影響し合いつつ機能していると考えられる (図 2-8) 。

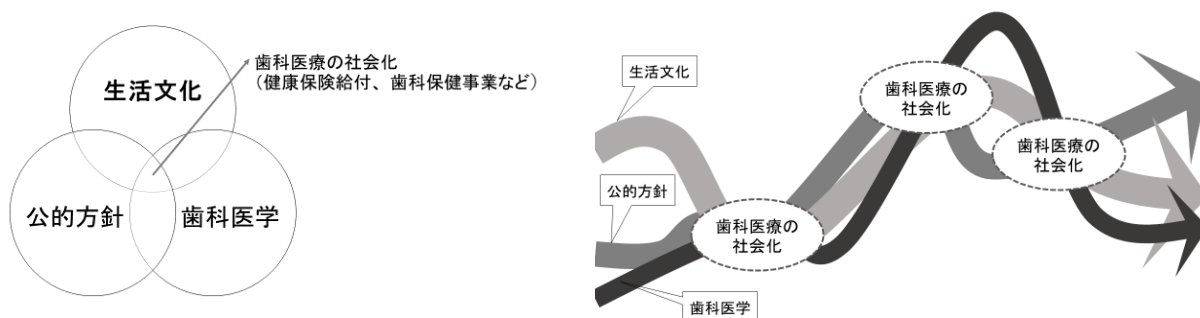


図 2-8 歯科医療システムの三因子とその動態イメージ

社会情勢や生活文化の変容と歯科医学の発達に呼応して、三因子の重複部分は増減するため、健康保険給付の割合や内容、歯科保健施策はその都度変わっていく。この三因子、生活文化・歯科医学・公的方針、口腔リスクマネジメントのステークホルダーたる生活者-歯科医師・行政にそれぞれ対応する。因子の重複部分においては、情報・意見の交換や調査が極めて重要な意味を持つ。図 2-8 は、医療の社会化と歯科医療システム三因子の連関を示すとともに、口腔リスクコミュニケーションの重要性を示唆している。

5 まとめ

本章の検討により、わが国の近代歯科医療の変遷は、歯科医療の社会化の変遷であることが明らかになった。この歯科医療の社会化の様相は、歯科医療システム三因子の動的不均衡下において、様々なコンフリクトを生む。コンフリクトの存在は、その後の変革に大きな影響を与えている。では、これらの動的不均衡はどのようにもたらされたのだろうか。その原

因として、まず、歯科医療システム各因子の変容があげられる。各因子は、当該分野の複雑化、成熟、時に退行の影響を受け、絶えず変化を続ける。産業の発展や製品普及のプロセスを、導入期、成長期、成熟期、衰退期とする産業（製品）ライフサイクル（Industrial Life Cycle：ILC，Product life Cycle：PLC）の考え方（鈴木 1999、宮崎 2017）を参考に、この変容を因子のエイジングとした。さらに、このエイジングが、時間的、質的、量的に三因子間で異なるため、アンバランスが生じ、不均衡がもたらされたと考える。“歯科医療システム因子間のエイジングのギャップ”である。第一章で明らかになった、“生活者と歯科医師のオーラルヘルスに関する認識のギャップ”に続く、第二のギャップである。

コンフリクトの解決への間断ない試み、すなわち各ステークホルダー間の動的平衡状態への模索により、歯科医療の社会化の具体的な在り方が決定されてきた。多様化の時代における新たな歯科医療システムの構築にあたり、3期以降に生じた様々なコンフリクトを巡る一連の対応と意思決定の成否を再検討することは有用であると考えられる。

本章では、史実に基づくデータによって、時代区分ごとの特徴的な変遷の様相を描出することができたが、その変遷が社会や人びとに与えた具体的な影響に関する分析は行っていない。続く各章において、新聞記事やインタビュー調査をもとにした分析を行い、重ねて検討する。これにより、歯科医療ばかりでなく、情報の非対称性の大きな各分野におけるサービス提供者、利用者、その周辺環境とのコミュニケーションの向上に応用可能な展開を志向する。

本文参照参考文献

朝日新聞記事データベース『聞蔵Ⅱビジュアル』

<http://database.asahi.com/library2/>, 20150831 accessed.

別部智司（2013）「絵画を中心とした歯科と麻酔の歴史」『日本歯科医史学会会誌』30(1)、15-23.

石井拓男・西巻明彦・渋谷 鈺（2009）『スタンダード歯科医学史』学建書院

喜多見行正（1920）『歯科医業と法律』歯海公論社（国会図書館デジタルコレクション）

http://dl.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/910379_pp33-49, 20150110 accessed.

久保親弘・中島英之（2004）「海軍歯科医科士官制度の概要」『防衛衛生』51(11)、297-304.

厚生労働省（2015）『歯科医師需給問題を取り巻く状況』

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000075061.pdf>, 20151126 accessed.

松本芳之（1997）「社会的コンフリクトと集団の意思決定」：学位請求論文

<https://dspace.wul.waseda.ac.jp/dspace/handle/2065/40785>, 20150422accessed.

宮崎久美子（2017）『技術経営の考え方』放送大学教育振興会.

文部省（1953）『「わが国の教育の現状」（昭和28年度）第7章学校保健第1節学生生徒児童の健康の現状と教育への制約』

http://www.mext.go.jp/b_menu/hakusho/html/hpad195301/hpad195301_2_219.html, 20160219 accessed.

National Center for History in the Schools (1996) *National Standards for History Basic Edition*,

<http://www.nchs.ucla.edu/history-standards/historical-thinking-standards>, 20170101 accessed.

日本歯科医師会（2014）『歯科医療白書2013年度版』医療財団法人社会保険協会.

榎原悠紀田郎（2002）『歯科保健医療小史』医歯薬出版株式会社.

杉山章子（1995）『占領期の医療改革』勁草書房.

鈴木浩三（1999）「日本における企業間関係の構築によるコスト低減戦略」『管理会計学』7（1・2）、65～89.

高橋真知子（2010）『組織を動かすコミュニケーション力：企業・学校・サークル、あらゆる組織の円滑な運営のために』実教出版.

矢谷博文（2012）「補綴歯科領域における顎関節症治療法の歴史的変遷」『日本補綴歯科学会誌』4(3)、229-245.

吉澤信夫ら（2015）「医科歯科一元二元論の歴史的検証と現代的意義(1)前史：「医は賤業」からの脱皮と新時代への模索」『歯科学報』115(1)、51-70.

年表作成時の参考文献

I 社会・生活の動きと生活リスクに関するできごと

朝日新聞記事データベース『聞蔵Ⅱビジュアル』

<http://database.asahi.com/library2/>, 20141031 accessed.

経済産業省『製品安全ガイド』

http://www.meti.go.jp/product_safety/producer/guideline/download.html, 20150109 accessed.

紀平梯子 (1974) 「消費者運動—歴史と展望」『横浜市調査季報』44、26-33.

宮本みち子・奈良由美子編 (2015) 『生活ガバナンス研究』放送大学教育振興会.

内閣府『平成 20 年版 国民生活白書 2. 1. 1 消費者を取り巻く環境の変遷と消費者政策』

http://www5.cao.go.jp/seikatsu/whitepaper/h20/01_honpen/html/08sh020101.html, 20150129 accessed.

奈良由美子 (2011) 『生活リスクマネジメント』放送大学教育振興会.

日本史広辞典編集委員会編 (2001) 『山川日本史小辞典』山川出版社.

西尾幹二ら (2011) 『新しい歴史教科書』株式会社扶桑社.

大澤 真幸ら編 (2012) 『現代社会学事典』弘文堂.

総務省統計局『交通事故死者数について』

<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001128896>, 20150109 accessed.

消費者庁『事故情報データベースシステム』

http://www.jikojoho.go.jp/ai_national/, 20150109 accessed.

自由国民社『新語・流行語大賞』、<http://singo.jiyu.co.jp/>, 20150129 accessed.

II 歯科医療・口腔保健の動き, 歯科医療と健康に関する法・制度の動き

唄孝一 (1970) 『医事法学の歩み』株式会社岩波書店.

Colgate-Palmolive Company “Our Company: History”,

<http://www.colgate.com/app/Colgate/US/Corp/History/1806.cvsp>, 20150109 accessed.

深井稜博 (2014) 「長寿社会における国民皆保険制度と歯科医療制度と歯科医療・口腔保健の新たな展開」『九州歯科大学同窓会会報』86、38-46.

石井拓男・西巻明彦・渋谷 鉦 (2009) 『スタンダード歯科医学史』学建書院

加来洋子ら (2013) 「山田平太著「歯と世相」(昭和 2 年) について」『日本歯科医学史誌』30(1)、24-33.

金子讓 (2006) 『ハンドブック 歯科の局所麻酔 Q&A』医歯薬出版株式会社.

Keyes, P.H. (1962) Recent advances in dental caries research, *Bacteriology Int. Dent. J.* 12, 443-464.

厚生労働省『平成 24 年 (2012) 医師・歯科医師・薬剤師調査の概況』

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/12/dl/gaikyo.pdf>, 20150109 accessed.

厚生労働省大臣官房統計情報部『医師・歯科医師・薬剤師調査』

<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/10-2/kousei-data/PDF/22010209.pdf>, 20150129 accessed.

Lion 「ライオンの歴史」、<http://www.lion.co.jp/ja/life-love/history/>, 20150517 accessed.

文部省 (1953) 『「わが国の教育の現状」(昭和 28 年度) 第 7 章学校保健』、

http://www.mext.go.jp/b_menu/hakusho/html/hpad195301/hpad195301_2_219.html, 20160219 accessed.

文部科学省『医学・歯学教育等の展開』

http://www.mext.go.jp/b_menu/hakusho/html/others/detail/1318381.htm, 20150424 accessed.
文部科学省『医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議 21世紀における医学・歯学教育の改善方策について』 <http://www.med.kindai.ac.jp/mm/core/kaizen.pdf>, 20150424 accessed.

モリタ製作所「歴史」

<http://www.morita.com/global/cms/website.php?id=jp/company/history.htm>, 20150109 accessed.

日本医師会「日本医師会戦後50年のあゆみ」

<https://www.med.or.jp/jma/about/50th/>, 20150424 accessed.

日本接着歯学会「歯科接着の歴史」、

http://www.adhesive-dent.com/general/adhesive_history.html, 20150517 accessed.

日本歯科医師会「沿革・略年表」、

<http://www.jda.or.jp/jda/about/history.html>, 20150109 accessed.

日本歯科医師会「8020運動に係る主な動き」、

<http://www.jda.or.jp/enlightenment/8020/history.html>, 20150109 accessed.

日本歯科医師会(2014)『歯科医療白書2013年度版』医療財団法人社会保険協会.

日本歯科医師会「テーマパーク8020」

<https://www.jda.or.jp/park/index.html>, 20150518 accessed.

丹羽源男ら(1998)「明治時代から第二次世界大戦前までの男女別歯科医師数の推移について(第1報)」『日本歯科医史学会会誌』22(2)、65-71.

Cynthia Pine and Rebecca Harris (2007) *Community oral health*, Quintessence Pub..

榊原悠紀田郎(2002)『歯科保健医療小史』医歯薬出版株式会社.

Siemens AG, “Press”

[http://www.siemens.com/press/en/events/2014/healthcare/2014-05-medmuseum.php?content\[\]=H&content\[\]=HAU&content\[\]=HCP&content\[\]=HCX&content\[\]=HDX&content\[\]=HIM&content\[\]=CC](http://www.siemens.com/press/en/events/2014/healthcare/2014-05-medmuseum.php?content[]=H&content[]=HAU&content[]=HCP&content[]=HCX&content[]=HDX&content[]=HIM&content[]=CC), 20150518 accessed.

末高武彦ら編(2009)『新口腔保健学』医歯薬出版株式会社.

杉本是孝(2012)「医歯一・二元論からみた歯科医療の歴史と現在」『日本歯科医史学会会誌』29(3)、177-82.

杉山章子(1995)『占領期の医療改革』勁草書房.

田中守『歯科領域で働く診療放射線技師の歴史』

<http://jort.umin.jp/20th/20th.html>, 20150518 accessed.

多田羅浩三、高鳥毛敏雄(2010)『健康科学の史的展開』放送大学教育振興会.

吉野敏明編(2013)「歯周基本治療の重要性と歴史的背景」『新しいエビデンスに基づく歯周基本治療のコンセプト フルマウスディスインフェクション・光殺菌抗菌療法』医歯薬出版株式会社、2-5.

全国保険医団体連合会「全国保険医団体連合会とは」

<https://hodanren.doc-net.or.jp/nyuukai/index.html>, 20150518 accessed.

第三章 歯科医療に関する言説の推移

—新聞記事分析から—

前章まで、歯科医療の特性と歯科医療をめぐる認識の異同を確認し、歯科医療をめぐる歴史的事実と歯科医療システムの変遷を整理した。本章では、歯科医療をめぐる世論の推移を知るために、明治期から近年までの新聞記事を用いて言説分析を行う。

1 本章の目的と背景

新聞は、得られた情報を多数の人びとに文字情報として伝達しようとした最初のマスメディアである。日本では、江戸時代から瓦版が販売されていた。開国前後に、諸外国で刊行されていた新聞に倣って発行され始めたのが、わが国の新聞の起こりであると考えられている。これらはエリート層向けの政論紙であり、知識人や裕福な層などのごく一部の読者を対象としたものであった（宮本・大橋 2013）。その後、本研究でデータ源とした朝日新聞等の、政治以外のできごとや情報、娯楽小説なども掲載する、庶民を対象とした新聞が発行される。1879年、創刊時の朝日新聞は、「親しみやすい大衆向け新聞を」をモットーとしていた⁹。その後の新聞報道の発展に伴い、これらの庶民向け全国紙は「一般紙」として、報道、議題設定機能、共同体意識の形成等の役割を持つようになった。本章では、新聞の持つこれらの機能に注目し、歯科医療に関する言説の推移を知るため、新聞記事の分析を行う。

2 研究方法

研究対象とする記事は、全国紙のうち、放送大学大学院においてリモートアクセスが可能な朝日新聞データベースを用いて収集する。朝日新聞ホームページによると、同紙は1879年（明治12年）1月25日、大阪で創刊第1号を発行し、現在に至る。本章では、朝日新聞データベース聞蔵Ⅱビジュアルを用いて、1879年から2015年までの歯科医療に関する記事をピックアップし、近代歯科医療時代区分¹⁰（1～6期）ごとに分析を行った。ただし、時代区分においては、2期と3期の区切りを、1944年まで2期、以降を3期としているが、記事分析では、終戦の日1945年8月15日を区切りとした。記事分析区分と歴史分析の概要は以下のとおりである（表3-1）。

⁹ 朝日新聞沿革によると、創刊当時の紙面は小型4ページ、総ふりがな・絵入りで定価1銭、1日平均部数は約1,000部、「わかりやすく、親しみやすい大衆向け新聞を」、が創業時のモットーであった。（朝日新聞ホームページ）

¹⁰ 第二章 3.1 参照

表 3-1 記事分析の時代区分と歴史分析の概要

	分析期間(年)	相当する時代区分	時代のキーワード	備考
1期	1879-1912	導入期	開国	明治時代
2期	1913-1945	社会化期	富国強兵	大正元年から終戦まで
3期	1945-1960	発展期	復興と経済成長	終戦から国民皆保険達成まで
4期	1961-1985	激動期	コンシュマリズム	歯科医師数不足から充足へ
5期	1986-2007	歯科医師過剰期	バブルとマイナス成長	歯科医師過剰続く
6期	2008-2015	多様化期	情報化、多様化	近年

上記の 6 区分に沿って、新聞記事内容を検討する。具体的な分析手順は以下の通りである。

- ① 聞蔵Ⅱビジュアル¹¹において、時代区分ごとに、東京、大阪発行の朝日新聞朝刊の見出しを対象に歯科医療に関する記事をピックアップする。検索キーワードは、1期と2期で「歯」「口腔」「歯科医師」「入歯師」「歯抜師」、3期～6期で「歯」「口腔」「歯科医師」とする。
- ② ピックアップした記事のうち、歯科医療に関係のない記事を除外する。
- ③ 記事の種類から、投書、論説、その他の記事に分類する。論説は、社説、コラム、コメント、解説等の編集部による記事と、論壇欄への寄稿とする。その他の記事については、内容から、歯と口に関する世相、制度、事件・事故、歯科医療とオーラルヘルス、歯科医師とその関連組織（歯科関係団体・歯科大学・専門学校など）に、さらに分類する。1期～4期の分類作業は筆者が行い、5期、6期では、データベース側で施された内容分類に従う。5期、6期では、世相に分類された記

¹¹ 聞蔵Ⅱビジュアルにおける朝日新聞掲載記事データは、1985年発行分からは全ての掲載記事がテキスト形式で収録されており、見出しと記事本文を対象に検索することが可能である。1879～1999年までの縮刷版データについては、各記事の見出しと各記事にカテゴリーとしてつけられているキーワードを対象に検索することになる。両者では、検索方法の詳細も異なる。本調査では、明治から平成までの記事データを対象とするため、1期、2期、3期、4期の分析記事データは「朝日新聞縮刷版 1879～1999～歴史を訪ねる～」から採取し、5期、6期の分析記事データは、「朝日新聞 1985～、週刊朝日・AERA～現代を読み解く～」から採取している。

事はない。

- ④ 分類ごとに記事情報と内容の要約をまとめた作業シートを、時代区分ごとに作成する。作業シートから、時代の流れに沿って言説の推移を検出するために、注目すべき記事内容を紹介しつつ、ストーリーラインを作成する。ストーリーラインでは、必要に応じて、分析データとしては扱わない記事（①で述べた「歯」「口腔」「歯科医師」「入歯師」「歯抜師」を見出しに含まない記事や、歯科医療に直接関連しない記事）も紹介する場合がある。投書と論説が少ない1期～3期においては、投書と世相、論説と社会の動き、歯科医療とオーラルヘルス、歯科医師とその関連組織の4節に分けて記述する。4期～6期においては、投書、論説、歯科医療とオーラルヘルス、歯科医師とその関連組織の4節に分けて記述する。4期～6期の社会の動きに関する記事については、必要に応じて各節で触れることとする。

- ⑤ ストーリーラインをもとに、歯科医療に関する言説の推移を整理する。

各期の歯科医療に関する記事内容を概観すると、新聞の社会的役割が時代と共に変化していくことが確認できる。明治期の新聞は、報道はもちろん情報伝達ツールとしての機能も大きかった。官令の告知はもちろん、私的な会合の予定や催し物案内も多く掲載されており、回覧板的機能も大きかったようである。歯科医院や会社の情報等が、広告ではなく、記事として掲載されていることも少なくない。その後、軍国主義の時代には、国策の伝達媒体としての意味合いが大きくなる。終戦後、連合軍による言論統制が終わると投書や投稿論説が増加し、オピニオンリーダーとしての新聞の役割が確立してゆく。各期の内容分析にあたり、このような変化を意識しておくことは重要である。

3 分析結果—明治期から近年までの新聞記事分析ストーリーライン—

本節では、朝日新聞データベースを用いた歯科医療に関する記事分析の結果として、6つの時代区分に分けて、明治期から近年までの新聞記事分析ストーリーラインを示す。分析対象記事を種類と内容によって分類し、特徴的な記述を紹介しながらその内容を検討したものである。以下、記事内容要約の後の〔 〕内には、記事見出しと掲載日時を記す。記事本文からの引用は、〔 〕内に示す。各時代区分の冒頭に、第二章で提示した近代歯科医療変遷プロセスモデルを再掲する。

3.1 1期：導入期（1860年代～1912年；明治時代）

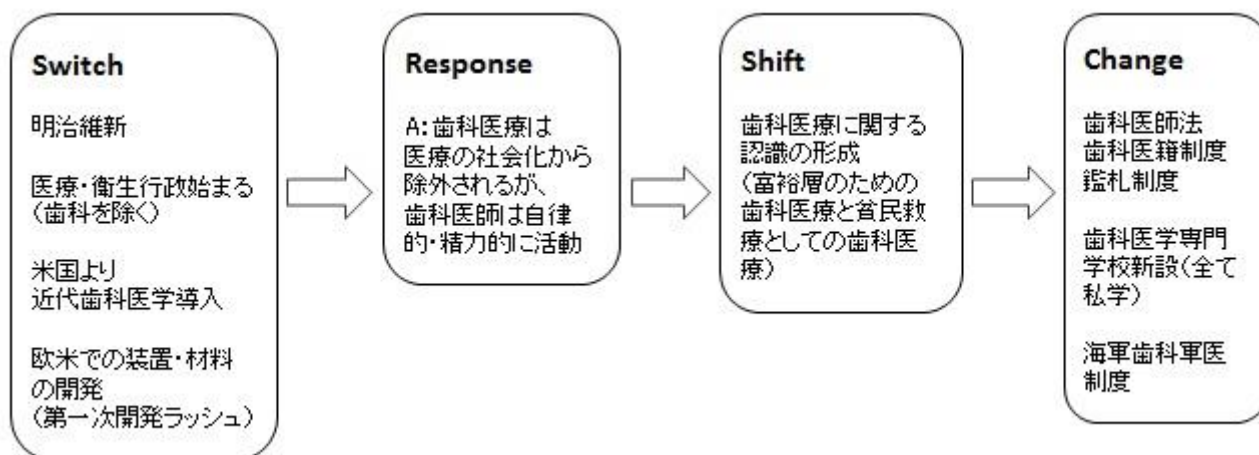


図 2-2 1期歯科医療変遷プロセスモデル

1期の変遷プロセスモデルは、図 2-2 の通りである。近代歯科医療が導入され、歯科医療制度が整っていく時期である。朝日新聞創刊の 1879 年からの記事を分析した。歯科医療に関連する記事は計 532 件、1879 年から 1912 年の記事総数 948,558 件のうち 0.06% である。記事内容分類を表 3-2 に示す。

表 3-2 1期記事内容分類

記事種類	記事内容	件数	%
投書		5	0.9
論説		6	1.1
その他の記事	歯科医療とオーラルヘルス	172	32.3
	制度	128	24.1
	歯と口に関する世相	113	21.2
	歯科医師と関連組織	63	11.8
	事件事故	45	8.5
計		532	

本章で主な分析対象とする、歯科医療に関する投書、論説の記事件数は極めて少ない。近代歯科医療が導入されて間もない時期で、その社会化が十分でなかったためであろう。しかし、その他の記事から当時のオーラルヘルス観を検証することができる。以下で記事の種類と内容別にその内容を検討する。

3.1.1 投書と世相

1期の投書は、歯痛に効く塗り薬〔歯痛に真竜散が効くという投書：1898年11月2日〕、歯科医術開業試験漏えい事件を嘆く声〔一ト口投書：1898年11月2日〕、歯ぎしり治療法〔一ト口投書：1899年2月7日〕、台湾への歯科医師招聘〔一ト口投書：1899年5月13日〕、歯磨粉包み紙への要望〔一ト口投書：1900年3月18日〕の5件のみである。少数ではあるが、その内容は、よく効く市販薬、資格試験不正への怒り、セルフケアのアドバイス、歯科医師不足の訴え、消費者から生産者への要望である。明治期の投書内容が、続く時代と共通していることは興味深い。

明治期の人びとのオーラルヘルスに関する関心は決して小さくはなかった。歯科医療が一般に普及していないにも関わらず、歯や口腔に関する人びとの関心は極めて高い。「歯」の文字が見出しに初出するのは、発行から3か月後である〔大阪博物場で尚歯会：1879年5月6日〕。高齢者の長寿を祝う会の名称が『尚歯会』であることから、明治期から歯の健康が健康長寿の象徴であったことが窺える。明治末期にも、敬老の会で長寿者が互いに歯の数を自慢し合う様子が報じられている〔目出度い会合 百歳会の入会式 飛入の高齢者 歯の数へつて：1912年11月4日〕。現在の8020運動を連想させる。

わが国への近代歯科医療の導入は1861年であるため、1期では、近代歯科医学教育を受けた歯科医師の数は極めて少ない。1902年の調査で歯科医師は全国でわずか132名であった〔1902年11月9日〕。当然、歯科医療費も高額で、入れ歯の盗難〔三助、三助の金入歯を盗む：1907年12月23日〕〔火葬場の不取締（四日市）：1908年3月12日〕や、治療費不払い〔偽文学士の悪事露頭：1903年10月14日〕等が、複数回報道されている。当時の治療費は、前歯一枚二十圓〔奴の歯代：1892年10月20日〕、治療時間1時間半で金歯6枚を作成し28圓〔金歯六枚の入逃げ：1897年1月8日〕などと記されている。

ほとんどの庶民は、歯科医師を受診することはなく、セルフケアを行うか、処置のみを歯抜師や入歯師へ依頼していた。入歯師や歯抜師は、全員が人びとの信頼が厚かったとは言えない。露天商が多く、『下等社会』との表現〔二重結婚の紛紜：1892年3月9日〕や、『入歯屋』の表現〔演芸風聞録：1909年10月25日〕もみられる。庶民は民間療法や市販薬で痛みを和らげることが一般的であった。鼠糞を用いた歯痛のまじないによるペスト感染の危険を警告する記事には、『呪いの中に何が一番種類が多いかということ歯痛みに関するものが一番多いのだ〕〔東京の迷信（27）三連の鼠糞（歯痛の呪）：1907年12月1日〕と記されており、当時、歯痛が多くの人びとを苦しめていたことが分かる。当然、人びとの予防意識は高く、オーラルヘルス関連記事のほとんどは、歯磨剤に関するものであった。オーラルヘルスに関しては、後述する。

明治末期に近づくと、東京都内での歯科開業医が徐々に増えたことと、殖産興業策による

好景気で、歯科医院を受診する人びとも徐々に増えてきたようである。〔歯科専門では家業にならず〕〔盲目滅法界〕(1)：1899年4月28日〕との記事もあったが、その数年後には、金供出の話題に関連して、伊達金歯は贅沢と記されている〔随感随筆 貴金属の提供 金縁の眼鏡と金の入歯 衣服の贅沢 装飾の見合せ 1904年3月7日〕。富裕層で金歯が流行し始めたことがわかる。

近代歯科医療の導入から約40年かけて、この明治末期から歯科医療は急速に普及してゆく。〔元来歯抜き、入歯師と賤しまれ〕ていた歯科医療の担い手は、〔近年口腔外科の一部分として歯科が独立する様に成り〕〔高尚な学問として世間から遇はるる様に成つた〕〔当世医者気質(30)(2)町医者 風水軒主人：1909年3月23日〕と記されているように、歯科医師は社会的に評価されるようになった。しかし、治療費は高額で、〔同業が少なくて患者が多くて剩りに診察手術料は割が宜いと来ているから実に歯医者萬歳と云っていい〕、〔悪い歯医者にかかつて眼の玉が飛び出すほど貪られた話は澤山ある〕〔出所は前に同じ〕と庶民は歯科治療費用に大きな不満を抱えていたことが述べられている。現在まで続く「歯科治療費は高い」という社会通念は、すでに明治期に存在していたようである。

1期の特徴として、有名人の歯に関するエピソード記事が多いことがあげられる。皇族の歯科治療〔皇后陛下の御歯治療：1892年3月1日〕や若い皇族の歯の健康状態〔殿下の御乳歯：1902年5月5日〕などは、折に触れ報道されている。政治家、歌舞伎役者をはじめ、有名人に関する歯を巡るトラブルは面白おかしく伝えられている〔小百の歯痛み：1891年6月26日、首相官邸会議延引(大隈伯の条件と歯痛)：1896年9月22日、団蔵の入歯騒ぎ：1897年9月11日など〕。〔総理大臣数日来歯痛にて引籠の由〕〔黒田総理大臣：1889年5月9日〕をはじめ、公務欠席理由を歯痛とした記事も見られた。序章1.2において、歯科口腔疾患では、疾病利得と病者役割は他疾患に比べごく小さいと述べたが、明治期にはそうでなかったことがわかる。

日本人のオーラルヘルスを国際的視野から報じた記事も見られた。〔日本の子どもの虫歯の多いのは恐るべきことなり〕とインド王族の所感を報じた記事〔下阪の車中 ドレークブ ロックマン中佐と語る 楚人冠：1909年2月21日〕と、日本人の前歯の金冠は外国では奇異に映ると警告〔外人の見たる日本紳士の不作法(3)：1912年6月22日〕する記事である。明治末期になると、富裕層の間で歯科医院を受診し前歯に金冠を誂えることが流行していたことは前述したが、国際的には奇異な習慣であった。

3.1.2 論説と社会の動き

投書と同じく、歯科医療に関する論説は少ない。内容の分析から6件を論説とした。明治期の論説は、政治経済に関するものが多く、医療・衛生に関する論説は、1879年～1986年

にかけて大きな社会問題となったコレラ流行時の感染予防に関する記事3件のみであった。歯科医療のみならず、新聞社が医療を論じるという風潮は乏しかったと思われる。

論説に組み入れた6件の記事〔危険なる歯科医 口は禍の門病は齲歯より入る 医者機械が恐しい媒介の種：1907年12月6日、歯科医試験紛紜 受験者にも力がない：1909年9月4日、上流病と貧児病 市内小学生の病気：1911年2月4日、悪少年尚横行す(4) 小学校側の観察：1911年3月25日、東京の児童(2) 何んな病気が多いか：1911年3月31日、歯科医試験問題真相 試験委員の知らぬ問題 無責任なる選定方法：1911年9月25日〕には、記者の観察と主張が明示されている。その視点は、院内感染、資格試験、子どもの貧困と健康格差であり、現在も話題になることが多い問題点である。歯科医療の抱える問題が、明治期と現代で共通していることは興味深い。

制度と事件・事故に関する記事を、社会の動きとして、ここで概観しておく。1期は明治政府により様々な制度が創設された時代であるため、歯科医療制度に関する記事は多い。歯科医師法施行は、1906年、明治末期であるが、これに先立って、歯科医術開業試験規則〔1883年11月1日〕、入歯齒抜口中療治接骨等営業取締規則〔1885年4月25日〕、開業医規則〔1886年3月20日〕等の各種官令が、明治時代の中頃まで次々と掲載されている。1886年の第一回医術開業試験挙行を以て、歯科医療システムの基盤は確立した〔公報 内務省告示第三拾壹号：1886年11月18日〕。以降は、学校医制度¹²〔1898年1月8日〕、歯科軍医制度〔1905年1月29日〕等の下位システムの整備と、資格制度の徹底〔通達と取締の種々：1902年6月29日〕が行われる。その後、歯科医師法中改正〔医師法中改正案：1909年3月10日〕を経て歯科医療システムは安定していく。資格試験に関して、試験問題漏洩疑惑〔試験問題の漏洩 歯科医開業試験の怪事実：1907年11月10日〕と不適切問題〔歯科問責問題 落着：1911年10月6日〕が報じられている。国家試験に関する同様の疑惑や事件は、2期以降も続き、時に大きな社会問題となっている。

資格制度確立と並行して、歯科医師養成に関する制度も整えられていく〔歯科医学校認定規程：1906年10月4日、歯科医学校指定規則：1906年10月31日〕。東京歯科医学専門学校設立〔歯科医学専門学校認可：1907年9月15日〕をはじめ専門学校や歯科医師養成機関の設立が相次ぐ。歯科医師の養成は、それまでの徒弟制度や私塾によるものから学校教育によるものとなった。

歯科医療に関係する事件・事故は、45件である。無免許診療が30件であり〔無免許歯医者者の検挙：1910年1月18日、偽歯科医の検挙 係官患者に化けて 二十八名を拘引す：1912年7月10日など〕、1900年以降は当局が積極的に取り締まりを行っていたことがわか

¹² 学校医制度発足当時、学校医は医師免許を持つ者に限られていたが、学校長の個人的な依頼により、歯科検診や簡単な校内治療を行う歯科医師もあった。学校歯科医制度発足は1932年である。

る。歯科診療時のトラブルが4件あるが、そのいずれも、患者側が治療費を払わない診療費詐欺である〔ハイカラ婦人の金歯詐欺 金づくめの貴婦人：1910年7月3日ほか〕ことは、現在と異なっている。露店歯磨粉商の起こした事件〔源水の弟子藪入小僧を困らす：1895年7月17日など〕が2件見られる。歯抜き師、入歯師の中には素行不良の者も少なくなかったようである。

3.1.3 歯科医療とオーラルヘルス

オーラルヘルスに関する記事132件のうち、117件が歯磨剤や歯痛市販薬等のオーラルセルフケア用品に関する記事である。データ分析に際して広告は排除しているが、明治期には商品紹介など広告との区別が難しい記事が多かった。いずれにせよ、歯磨きに関する関心が高かったことは間違いない。歯磨剤に関する最初の記事は、1879年に登場する〔心齋橋通宝丹支店……（歳末売り出しの景品に西洋歯磨き）：1879年12月16日〕。明治維新から約10年後には、西洋歯磨きが好評を博し、歳末セールの日玉景品となっていた訳である¹³。1900年前後から、各種西洋風歯磨剤が発売〔福原衛生歯磨石鹸：1889年10月17日など〕されている。歯磨剤の売れ行きは好調で、製造各社は大いに発展した。

オーラルヘルスに関する記事は15件と少ないが、歯科疾患とその予防について生活者向けの分かりやすい解説が成されている〔寄書 患歯諸君に告ぐ：1884年3月8日など〕。特に1911年の短期連載記事（23回）〔四百四病間違つた手当〕の第一回に歯科疾患が取り上げられていることは興味深い〔四百四病間違つた手当（1）歯に就いて 歯科ドクトル志村誠磨氏談：1911年2月9日〕。歯科医療へのアクセスが困難であった時代だからこそ、生活者のオーラルヘルスへの関心は高かったのであろう。

一方、歯科医学・医療に関する記事は15件と少数である。遺体の口腔内所見が決め手となり、身元特定ができた事例〔新村文五郎事件の特電（死体解剖）：1901年7月13日〕は、わが国における法歯学の萌芽である。不幸にして患者は死亡しているが、外国人旅行者の重篤な歯科疾患に対して日本人歯科医師が手術を行った〔英国富豪客死（京都）：1907年3月30日〕との記事からは、日本の歯科医療技術が順調に発展していることがわかる。

3.1.4 歯科医師とその関連組織

1期の歯科医師とその関連組織に関する記事は63件である。前節で述べたように、明治期の新聞は、個人の情報や、会合、催し物の予定を告知する機能も併せ持っていた。個人歯科医院に関する情報が、広告欄でなく本紙紙面に掲載されている場合もあった。男性歯科医

¹³江戸時代から日本人のオーラルセルフケアへの関心は高く、房楊枝は広く庶民にまで普及し（中原・陶 1992）、房州砂入りの歯磨粉も使用されていた。

師の人物紹介に交じって、女性歯科医師がただ一人、3度にわたって紹介されている記事〔ドクトル中村安子：1897年7月9日，他〕が目目を引く。米国で学位取得後帰国し、東京市内に開業した才媛は大いに注目を集めたのであろう。

1900年以降、各種会合の情報が掲載されており、歯科医師らが自主的に研修を行っていたことがわかる。歯科医師の組織化を目指す動きも現れるが、1908年には、『設立非設立両派の観激烈なる争闘ありし』〔歯科医会設立不認可：1908年12月14日〕と報じられていた。その2年後、東京市歯科医師会発会式が行われ〔集会（本日）：1910年11月1日〕、歯科医師の公的な組織が誕生している。明治時代末期に、教育課程を整えた2つの歯科医学専門学校が認可された。それまで行われていた、私塾による開業試験準備教育に代わって、本格的な歯科医学教育が開始した。歯科医師や教育機関の組織化と同じく、学生の組織化も行われる。1911年には、歯科開業医試験不適切問題に関して歯科医学生大会委員が文部省へ陳情を行っている〔歯科大会と文部省：1911年9月26日〕。

3.2 2期：社会化開始期（1913年～1945年）

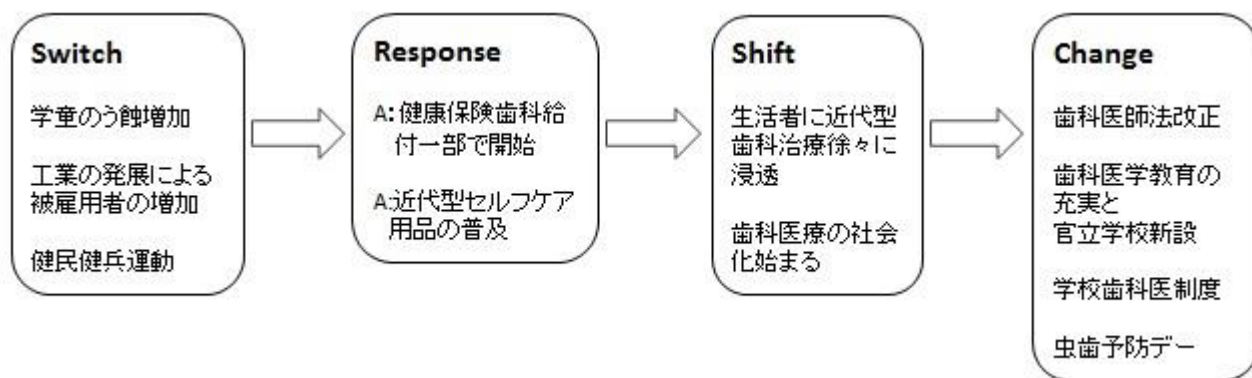


図 2-3 2期歯科医療変遷プロセスモデル

2期の変遷プロセスモデルは、図 2-3 の通りである。制度が整い、歯科医療の社会化が開始する時期である。1919年から終戦（1945年8月15日）までの記事を分析した。歯科医療に関連する記事は計 752 件、記事総数 1,096,832 件のうち 0.07%である。記事内容分類を表 3-3 に示す。

表 3-3 2 期記事内容分類

記事種類	記事内容	件数	%
投書		8	1.1
論説		7	0.9
その他の記事	歯科医療とオーラルヘルス	269	35.8
	制度	247	32.8
	歯科医師と関連組織	108	14.4
	歯と口に関係する世相	67	8.9
	事件事故	46	6.1
計		752	

3.2.1 投書と世相

2 期の投書は 7 件である。歯がぐらつくようになって、『肉の衰へを感じた』〔鉄箒／ 門歯と八重歯：1921 年 2 月 12 日〕という身近雑感も、現在もよく語られる。1922 年の 2 件は、女子歯科医専校長と在学生の結婚に関する話題である〔鉄箒／恋愛校長：1922 年 12 月 10 日、鉄箒／妬くな：1922 年 12 月 12 日〕。当時スキャンダラスに報じられ、学園紛争にまで発展した。高額な歯科診療費に関する投書〔鉄箒／サンプル難：1938 年 8 月 2 日〕も登場するが、歯科医師と患者両方の立場を冷静に語っている。歯科医師の立場を『安定性から見て、白金、白金加金を除いて金以外に理想的なものは先ずないと成書は教へてゐる。』と理解し、『患者の大多数は安く安くと値切る』のは、『安からう悪からうである。』と述べている。一方で、歯科医師会制定の料金表は価格以下の診療を禁じており、『それ以上を受け取ることを許容してゐるから、ボラれさうな場所へは通わぬことにするのが賢明である。』とも述べている。現在の「きちんとした治療は費用がかかる」、「歯科治療はボラれるかもしれない」という正反対の 2 つの言説は明治時代から存在していたことになる。残る 3 件は、戦時下の金属不足を反映している投書である〔鉄箒／護国の入歯：1938 年 8 月 18 日、鉄箒／金歯登録：1940 年 3 月 6 日、鉄箒／佛の金歯：1940 年 3 月 8 日〕。遺体の金歯の活用を呼びかけている。

「金歯」は明治期よりも多く出現しており〔金歯を入れた溺死体：1913 年 2 月 19 日など〕、金を使用する治療はさらに広まっていたようだ。事件報道ではあるが、『金総入れ歯価格 450 圓〕〔市の内外／金総入れ歯盗まる：1924 年 1 月 31 日〕、『金歯三枚あり相当身分ある者らしく〕〔大森海岸に疑問死体 金歯三枚を入れた男：1925 年 7 月 27 日〕と、金歯の代金にまで触れた記事もある。1930 年代になると金価格は暴騰し、歯科医療も大きな影響を受けている〔家庭／いつまで続く？「金」の狂想曲 杯も指環も義歯までも ルツボは沸ぎる！：1933 年 1 月 24 日、1 匁 9 円を突破 転び出た「黄金狂時代」 悲喜こもごもの

世相のぞき：1932年8月24日〕。

囚人の待遇改善の公表で、戦前の人権意識が窺える記事〔成績の良い囚人には青い衣服を着せる 食事の量もふえ歯磨粉と楊枝も使はせる：1922年1月22日〕がある。改悛の情ある囚人のために、『囚人の心に世の中との接触を忘れさせないやう』『囚人も社会の人として扱ふやう』に優遇法を作るという計画である。具体策として、衣服や食事の改善に加えて、『毎朝の嗽に塩と藁を使はせていたのを歯磨粉と楊枝¹⁴も興える』としている。昭和初期には、歯磨粉と歯ブラシを用いた毎日の歯磨きが普及し、これ無くしては『社会の人』としての扱いではないと考えられていたことがわかる。

テナントビル内の歯科医院の様子も報じられている〔丸ビルものがたり (3) 甘党鹹党の寄合ひ：1922年9月6日〕。東京駅前の丸の内ビルディングには、企業、食堂、床屋、診療所、弁護士・会計士事務所などが入居し、『一萬の人が～常に詰めて』いた。歯科診療所には、『四人の歯科医（この中には外人医師一人もある）』が勤務していた。当時最先端のビル内に歯科診療所が存在していたことは、歯科医療の順調な社会化の傍証の一つである。

1940年前後になると、人びとの暮らしに関する記事にも軍国主義色が強くなる。金歯は除外されているが、金製品の強制買い上げ〔金製品所有者に告ぐ 強制買上、例外は国宝級と金歯：1939年2月14日〕の実施や、歯磨き等の日用品を入れた慰問袋の話題〔女子学習院慰問袋献納：1939年7月20日〕がある。歯磨工場での小学生の夏休み職場体験も報じられた〔街に“働く学童” 未来の産業戦士を目指し：1939年7月27日〕。

1期よりは減少しているが、有名人のオーラルヘルスに関する報道も、28件とまだまだ多い。ノーベル文学賞を受賞したインドの思想家タゴールは、来日の折、総入れ歯を誂え満足していたという〔青鉛筆：1916年6月14日〕。元首相の徳の高さを称える記事では、先ず歯の美しさが披露されている〔美しい歯の陶庵侯 鷹揚で粹でそして世界の新思潮に富んで居る 巡査の弁当にまで注意細心：1918年9月21日〕。1期と同じく、政治家や有名人の歯科口腔疾患を知らせる記事も複数ある〔寒気に悩む山公 食事不能で衰弱加はる 遂に歯を抜く 平井軍医総監談：1922年1月21日、加藤首相病む 昨夜は高熱の模様：1926年1月23日、羽左、突然休場す 大切の入れ歯を外してセリフが言えず：1929年6月23日など〕。これらに加え、当時の商工相が、入れ歯の具合が悪く寝込み欠勤し、決済を求めに来た部下に『寝ながら国務の決済はできんタイ、入歯が出来るまで待つコレ』と命じたとの記事からも、当時の歯科口腔疾患には1期に続き疾病利得が存在したと考えられる。

¹⁴ 当時セルロイド柄の歯ブラシは普及していたが、江戸時代の「楊枝」、「歯楊枝」との呼称は使用され続けていた。

3.2.2 論説と社会の動き

キーワード検索では歯科医療に関する社説や解説は検出されなかった。政治経済 外交、時局、戦況に関するものがほとんどであった。そこで、各記事の内容を検討し7件を論説とした。コラム青鉛筆¹⁵が5件、寄稿が1件、社説1件である。青鉛筆には、偽歯科医師の検挙騒動〔青鉛筆：1916年8月5日〕、某金属商の金思惑買いによる損失とこれに影響される歯科医師の騒動〔青鉛筆：1917年10月26日〕、金不足で注目された陶歯の材料代〔青鉛筆：1918年10月5日〕、『日本人呈盛んに金歯を入れる国民は少ない。』と指摘する記事〔青鉛筆：1919年5月22日〕、薬剤師と歯科医師の最終試験での事務方の不手際〔青鉛筆：1925年4月7日〕がユーモアを交えた文体で書かれた記事等が掲載されている。

本格的な論説は、寄稿、解説、社説各1件ずつ、計3件である。寄稿は歯科医師によるもので、『内務省は公衆衛生の農務省は工場衛生文部省は学校衛生陸海軍省は軍事衛生と其管掌を異にし』ているため非効率的であるので、『国民保育の目的を以て積極的奏功期せんとせば之が行政的中枢機関設置の様あり』と提唱している〔衛生省設置論 歯科医師 前田慶次（寄）：1918年3月4日〕。国民のヘルスリテラシーは、『春明秋二回の大掃除を以て衛生と思料せる』程度で、『衛生思想甚だ幼稚』であり、医療行政の中枢機関として衛生省を創設し『国家的衛生の振興を期す』べきであると説いている。歯科医療に関しての記述はないが、この時代に医療行政を論ずる歯科医師がいたことは特記すべきであろう。

解説と社説は、いずれも時局の影響を示すのものである。化粧品税の新設にあたり、『石鹸、歯磨、香油等を奢侈品として課税せんとするは餘に時代の進歩を無視するものである』とした社説〔化粧品課税問題／社説：1925年7月16日〕からは、歯磨が生活必需品となったことがわかる。『金歯の代用品は何が良いか』という質問に対する解説では、『戦争に必要なのは金』『お祭りの獅子のやうにけばけばしい金歯を入れて得意に成ってゐる悪趣味は排斥すべき』『金冠の濫用は戦時下にそぐはない』〔非常時家庭経済解説／金歯金冠の制限 祭礼の獅子みたいのは不可：1938年9月6日〕と述べられ、戦時色が一段と増している。

2期の前半の歯科医療制度に関する主な報道は、歯科医師法改正に関する動き〔歯医法改正建白：1915年3月22日など〕、歯科医師試験改正に関する動き〔医師試験規則諮問：1913年6月20日〕、官立歯科医専設立運動と反対運動〔歯科医術にかけては日本人は天下無敵此処に着目して政府は歯科医師法案を制定 附属病院を設立：1917年12月19日、歯科医師会の問題となれる 文部省の歯科病院 試験用患者以外に有料患者をも収容せんとす：1918年3月23日など〕、である。これらの新しい動きは関係者間に多くのコンフリクトを生んだ。

¹⁵ 1916年3月29日に連載を開始。社会のできごとに関し、ややくだけた評論やコメントを行う。

歯科医師法改正は、医師の歯科治療を制限するもので、改正賛成派と反対派に軋轢を生み〔歯治療権利争ひ 歯科医普通医対抗：1915年12月7日、歯科医師法改正反対：1916年2月8日〕、貴族院通過後も調整が続いた〔歯科医法関係問題協議：1916年7月28日〕が、同年9月に漸く決着した〔歯科医師法改正：1916年9月10日〕。しかし、施行はさらに後となる〔新歯科医法 廿日施行：1926年3月17日〕。その後も、免許試験、誇大広告禁止、無免許診療の罰則、守秘義務、診療録保存などを厳格化する改正案が提出された〔医（歯）師法改正の原案成る 厳重になった資格 内務、文部両省指定校に限定 誇大広告も取締る：1933年1月14日 医師法改正案も通過は絶望状態 衆議院で骨抜の形勢など〕。改正案に関しても、監督省間の対立や、医師会、歯科医師会の反発等が起こり、激しい議論〔医師法改正案も通過は絶望状態 衆議院で骨抜の形勢：1933年3月19日、医師法改正に議論沸騰す 昨日の衛生会総会：1933年9月19日〕の末に成立している〔改正医師法施行勅令案決定：1933年10月14日〕。

歯科医師資格試験改正については、明治当初から教育制度が整っていた医学教育と異なり、徒弟制度中心であった歯科医師養成に学校教育を定着させる目的があった。文部省は、『元来歯科医及薬剤師の受験資格は殆ど無条件に近くあまり低きに過ぎたる〕〔受験資格と当局 歯科医及薬剤師：1913年6月22日〕と述べ、資格試験は『其程度を高め〕ることを決定した。『秩序的教育を受けざる者は何れも受験の資格を失ふ〕〔医師薬剤師試験規則：1913年9月19日など〕ことになるので『本件の決定には多少の時日を費やす〕と当局は予想している。歯科医師試験に関しては、『廃止せらる可き医師法中歯科医に関する部分は尚向こふ八カ年其の効力を存続する〕〔試験規則改正に就て 松浦専門局長談：1913年9月19日〕とし、移行期間を設けている。

『三カ年以上の歯科医学校を卒業したる者に対し毎年二回之を試験す〕〔新歯科薬剤師試験：1916年7月28日〕とした新たな試験制度は、1916年に開始した。歯科医師薬剤師試験は、8年間旧制度との併用であったが、医師国家試験は直ちに新試験制度へと切り替えられた〔最後の医術開業試験 六十七歳の老人も受験 卅三年続いて施行された：1916年9月8日〕。336名受験の試験について大きく報じたこの記事中で、当時の医師数について歯科医師と比較した発言がある。試験委員の一人は『これ以上医者は要らない位であるに、其方此方で医科大学を建設している〕、『医師の不足していた時代に、応急の策として設けられた開業医試験の如きは今では不必要なものである〕、『歯科の方はまだまだ日本で不足しているから前途有望である〕と述べている。1925年の東京市内では、医師3924名（うち女性136名）、歯科医師1286名（うち女性43名）と報告されており〔女医が増した 東京医者調べ多いのは本郷：1925年2月4日〕、歯科医師はまだまだ不足していた。受験生らの陳情〔歯科受験生陳情：1918年4月13日〕もあって、旧試験制度廃止の猶予期間は延長し〔歯科薬

剤師試験延期：1918年5月13日]、1925年が最後の旧制度試験となったが、青鉛筆へも掲載されているように、開始が6時間遅れ騒ぎとなった〔最後の薬剤師試験に文部省当局の大失態 試験委員長等が日曜で出席せず 書記の休日で金庫開かず 八百名の受験生騒ぐ／午後延期してやつと試験開始 多忙でうっかりした 菊沢試験委員語る：1925年4月6日〕。

1914年に歯科医学士の称号が認可され〔歯科医学士許可：1914年7月23日〕、歯科医学が独立した学問として公に認められた。1917年から議論されていた官立歯科医専設立問題に関しては、様々な議論を経て、1922年に、官立歯科専門学校設立原案が可決された〔教育評議会総会で昇格案審議：1922年1月27日〕が、関東大震災の影響で着工が遅れ、開校は1928年となった。文部省による学制の見直し〔昇格案決定す 第二次拡張の内容：1921年10月5日〕と歯科医師試験の厳格化の影響を受け、私立の歯科医学専門学校の昇格や合併も議論されるようになり〔歯科医専の運動 単科大学創設の決議を為す：1919年12月15日、東洋歯科医専と日本大学との合併：1922年7月8日など〕、学校側の教育改革も行われた。その後も、試験免除医専指定制度を巡り様々な動きが報じられている〔学生の宿望かなふ 明華女子歯科医専に 無試験開業の指定認可：1926年11月3日、医、歯師法改正案特別委員会で可決 公私立医専の指定問題に、文部省の反対通らず：1933年1月15日など〕。

1905年の海軍嘱託軍医制度に続いて、陸軍でも軍医制度が成立している〔陸軍歯科医採用：1919年5月24日〕。戦場という特殊な状況下での歯科医療の必要性が、〔顎骨部の負傷は死を値しないが苦痛が多く、所謂射創銃創のため永く病床に呻吟するものが多い〕と述べられている〔軍陣衛生に歯科医 採用に決す：1919年5月24日〕。陸軍軍医の活躍はその後も報じられている〔行くぞ・歯痛の救援隊 戦場に福音・歯科軍医の実現：1940年2月22日、陸軍新充備計画の第1着手 兵器本部・航空工廠新設 7点改革・飛躍的強化へ：1940年4月1日〕。

子どものむし歯増加は2期に続き社会問題となっている。東京市内では、嘱託委が活躍する学校や〔市内：1924年6月4日〕、校内の治療所で週3回歯科診療を行う学校もあった〔区と町：1924年6月4日〕。戦時色の強まりとともに、富国強兵策の一環として学童の健康管理も重要視され、学校歯科医の必要性が高まる〔学校に歯科医を置く 学校衛生調査会で可決：1930年10月15日など〕。明治期から、学校長の依頼によって私的に行われていた学校での歯科医師の活動は、公式なものとなった〔学校歯科医令 きょう勅令公布：1931年6月23日〕。この流れは、〔「第二国民」赤ちゃんを護れ〕とのスローガンとなり、感染症、近視、虫歯についての母親への注意喚起へとつながる〔都会の赤ちゃん、強く育てよ 若い母の知識が不十分 小児相談所の新設：1938年9月27日〕。

工場労働者の健康管理を目的として、わが国初の健康保険制度が〔被保険者 200 万人〕を対象に 1926 年に成立している〔健康保険法による医療給付の範囲 小児科を除く医療に給付 来月一日公布の段取り：1926 年 6 月 22 日〕。同記事には、医療従事者数に関して、〔医師 43,702 名、歯科医師 9,983 名、薬剤師 12,267 名〕の記述がある。当時の健康保険診療は、政府と医師会、歯科医師会の契約により行われており〔政府医師会間に団体契約成る 健康保険被保険者に対する 無料診察規定決定す 契約書案 覚書案：1926 年 10 月 17 日〕、歯科医療の保険給付範囲は現在と比べると狭かった。〔歯科医療は予定の約 3 倍に達し〕や〔技工を除外して 61 銭で請け負ふ〕と述べられている〔政府医師会間に団体契約成る 健康保険被保険者に対する 無料診察規定決定す 契約書案 覚書案：1927 年 3 月 31 日〕。その後、軍需産業の拡大に伴う被保険者数増加のため、〔管下の保険医約 5000 名（非保険医 6000 名）、保険歯科医 2000 名（開業医約 5000 名）〕では足りず、警視庁健康保険課は保険医申し込みの勧誘を行っている〔健康保険医を増加 開業医に申込を勧誘：1939 年 7 月 27 日〕。

2 期後半から、戦時色が強くなる。医療従事者は一早く国家により掌握され〔医師・薬剤師を登録（総動員法、一部発動）勅令案成り：9 月実施：1938 年 6 月 16 日〕、歯科材料の取引は統制下に置かれた〔歯科材料配給に統制会社：1941 年 9 月 18 日〕。太平洋戦争開戦直前には、国民医療法による戦時医療体制が敷かれる〔医師の業務統制 国民医療法施行令勅令、きょう公布：1942 年 10 月 28 日〕。医師、歯科医師の自治組織であった両医師会は、健民国策推進のため国家の管理下に置かれることとなった〔医師会の新体制成る 健民国策を推進 会長は官選、全医人結集／医師会歯科医師会改組要領／新なる熱意を期待 当局談：1942 年 8 月 19 日、医師会新体制成る 会員は 6 万名に激増、1942 年 12 月 25 日〕。終戦間際には、歯科用金属の供出も行われた〔白金きょうで締切る／歯医者さんも供出：1944 年 12 月 15 日〕。

歯科医療に関連する事件事故は 46 件報じられており、1 期と同じく半数近くが無免許診療であり〔俳優の偽歯科医：1914 年 12 月 6 日、ジャズ入り露天歯医者、1935 年 5 月 13 日など〕、一斉捜査で、多数が検挙されたとの報道も複数あった〔偽歯科医師の大検挙 警視庁管下で実に百八十三名：1917 年 2 月 18 日、潜り歯医者の大検挙 合計約三百名 源水も検挙、1918 年 3 月 16 日〕。1923 年 9 月 1 日の関東大震災直後は、診療不可能になった個人医院も少なくなく、〔震災以来開業医の払底から所謂モグリ医師が多くなった〕ため、〔警視庁は徹底的に取り締まりを断行する方針〕〔偽医師 近頃跋扈す：1924 年 2 月 2 日〕が取られ、偽歯科医師逮捕の記事が続いている。他では、金歯絡みの窃盗や詐欺事件の報道が多い〔歯科医御用心、金冠泥が推参：1932 年 8 月 26 日、金歯を盗む：1939 年 9 月 13 日など〕。変わったところでは、帝大歯科医務室より出火〔損害莫大 六七十万円に達し 保険

は十七万円位／瓦斯の不始末か 出火の原因まちまち／鍵がないので丸焼け 大切な器械を／外来診察は休業 近藤院長以下の善後策：1922年2月19日)、入学斡旋詐欺〔学生証を偽造 入学出来たと欺く：1934年4月21日〕が報じられている。

3.2.3 歯科医療とオーラルヘルス

歯科医学と歯科医療に関する記事は増加し、93件である。歯科医学、歯科医療の順調な発展によるものと考えられる。二度の世界大戦の影響を受け歯科用金属などの歯科材料の調達が不安定になり〔米国の禁輸で金の品切 相場は騰る鋳屋 歯医者の大弱り：1917年9月20日、奸商等が買占るので陶歯の種切れ 歯科医学界の大恐慌 此儘だと一揃百円以上 米国へ輸入特許の交渉：1918年4月24日〕、大蔵省理財局某氏の発言として、日本人の金大量消費は〔国民として余程反省を要する〕と報じている。その後、大蔵省の介入も行われた〔産業保護金充実の為 金払下方針変更 大蔵省発表：1924年11月2日〕。当時の金製品を好む風潮〔日本人は最も黄金を濫費する 政府では売控させる 反省すべき贅沢三昧 一年に三千五百貫も潰す：1918年7月12日〕や、太平洋戦争の影響もあって金不足は続いた。国策として歯科用合金の開発が行われている〔金の代りに入歯に使う合金 悪い物は中毒や炎症を起す では何がよいか？：1938年2月19日、虫歯と“金欠”の悩み解消 金の代用にパラジウムを奨励：1939年3月3日〕。

この2期には、歯科医学・歯科医療に関する記事が1期の2倍以上に増えている。歯科医学関連の書籍の出版も盛んで、歯科医療に関する解説記事も多い。虫歯、入歯、被せ物以外の治療についても報じられている。歯列矯正〔造物主 そこ退けの歯の手術 醜い顔も美しくする 整形（原文ママ）の大家慶大医科の岡田博士：1921年10月19日、家庭／顔の美は歯から 不正をなほすには七八歳が適当 慶応医大歯科部長 岡田満：1925年12月18日〕と歯槽膿漏（現在の歯周病）〔家庭／“歯”に御注意 知らずにいると怖ろしい歯槽膿漏症 “歯石”を溜めないことですくイラスト>：1941年5月13日〕に関して、写真やイラストを交え詳しく解説されている。親知らず抜歯手術の難しさを口腔解剖学に基づいて丁寧に解説した記事〔智歯の手術は何故痛いのか 原因研究で新博士：1941年6月28日〕など、生活者向けではあるが、科学的に説いた記事が多くなっている。生活の中で遭遇する様々な現象を科学的に解説した〔大衆科学〕は504回連載され、歯科口腔疾患に関する記事も登場する〔大衆科学／歯磨粉 その成分と化学的作用：1928年5月22日、大衆科学／虫歯の予防 何より平常の注意／岡部澄雄：1929年8月1日、大衆科学／歯槽膿漏の発生と療法(1)／医学博士 岡田満：1930年8月30日〕。これら14回の歯科関連記事のうち歯槽膿漏に関するものが10回を占めており、歯槽膿漏への関心の高さが窺える。

歯科医学の発展に伴い、生活者のオーラルヘルスリテラシーも徐々に向上していたと思われる。歯科医学の新たな可能性を紹介した短期連載記事〔明日の歯科学(1)～(3)／山崎清：1941年8月28日，1941年8月29日，1941年8月30日〕も登場した。1943年掲載の歯科医学研究を紹介する記事〔戦争と歯(上)／気候、気圧と歯痛／山崎清：1943年2月16日，戦争と歯(下)／民族健歯の要／山崎清，戦争と歯(下)／民族健歯の要／山崎清〕は当時の世相を象徴している。

学童のむし歯は、1期末から引き続き問題視されている。千葉県統計では〔扁桃腺肥大およびむし歯は比年増加の傾向〕〔学校の衛生統計：1915年5月15日〕があること、東京市統計では〔う蝕罹患児童87%〕〔震災以来悪い子供の体格 健康児は100人に30人 全市小学校児童の調査：1928年4月5日〕であり、〔小学生五十万人について文部省体育研究所が調べた結果79パーセントがむし歯で〕〔満七歳の生徒90パーセント〕〔“齲歯の予防” 日本人の半数は侵されている：1940年11月26日〕であることを述べ、注意喚起を行っている。2期末期には、第13回全国学校歯科医大会で、〔齲歯児童の齲歯が田舎では依然増加傾向だが都会では漸減の兆を見せた〕〔お菓子その他食糧と密接な関係がある〕との研究報告がなされたと報じている〔むし歯を討とう 都会の学童は好転：1943年5月17日〕。〔むし歯を討とう〕という見出しと、食糧事情による齲歯の漸減という内容は、戦時下の状況を明示している。

歯科診療に関する話題も見られる。印刷局診療部に歯科を増設したところ受診者のほぼ半数は歯科疾患であったという〔患者の半数は歯の病ひ 印刷局が新しい試み：1923年3月28日〕。銀座に開所した東京市職員互助会診療所には歯科も設置された〔互助会診療所 1日から開所：1936年11月28日〕。これらの記事は、高度成長期の企業内診療所を連想させる。〔細民地区〕での無料診療〔歯科眼科 無料診療 其他の協議 隣保事業団体分科会：1924年10月10日〕には、歯科医療におけるアウトリーチとして注目する。

歯磨き剤製造業は1期に続いて活況を呈し、各社趣向を凝らした販売促進イベントを実施し、話題となっている(ばら歯磨の観劇：1913年3月14日，ライオン歯磨の懸賞募集1913年4月13日，彩色絵の懸賞：1914年1月10日，大阪の空中映写：1916年9月3日など)。なかでも、小林商店(後にライオン歯磨本舗)は、製品値上げ後も売れ行きは好調で、〔自家製品に対する確信を示せるもの〕〔ライオン歯磨小袋値上の結果：1913年1月29日〕と報じられ、歯磨剤のトップブランドとして認知されていたことがわかる。同社は、積極的に慈善事業や口腔衛生啓蒙活動の実施や後援を行い〔ライオン慈善金：1914年8月2日，口腔衛生講習会：1919年6月14日，ライオン、コードモデー，1924年4月6日〕頻繁に取り上げられている。2期中盤の1920年以降は、歯磨剤や歯ブラシ等のセルフケア用品も戦争の影響を受けている。歯ブラシや歯磨剤の輸出入制限〔奢侈品関税，贅沢品輸入税，浜口大蔵

大臣：1924年6月30日、蘭印歯ブラシ其他制限公布：1935年3月23日など〕や、日用品戦時規格〔プラスチック歯ブラシの使い方：1941年3月19日、歯磨は粉だけに、1943年10月21日〕と報じられた。

歯磨剤と歯ブラシだけでなく、歯ブラシ保管器具の紹介記事も目を引く〔新しい調度しらべ／文化住宅向きの歯ブラシかけです：1933年7月10日、新品／衛生歯ブラシ掛け：1937年11月5日、新品／歯ブラシ容器 空気の流通良く衛生的：1937年11月15日、新品／歯ブラシ容器 空気の流通良く衛生的：1938年12月15日〕。歯磨用品は、生活必需品としての意味を持つだけでなく、窮屈な暮らしに彩を添える調度品でもあったと推察する。

オーラルヘルスの啓蒙活動は、盛んに行われている。1920年の児童衛生展覧会では、開催期間中に、結核デー、齲歯デー、虎目デーを決め、児童や保護者への啓蒙活動を行っている〔今日の話／ 結核齲歯デー、1920年10月28日〕。11月5日の『むし歯デー』には、日本歯科医連合会と各歯学校も参加し、自動車を使った市中パレード、ビラ配布、路傍演説などの宣伝運動が行われた〔今日の話／ 歯科医の活動：1920年11月4日、今日の話／ 盛んな宣伝、1920年11月6日〕。この活動は、開催を6月に変え、1928年から1938年までの虫歯予防デー〔きょうは虫歯予防デー 歯磨粉の素質を調べる 健康も病気も歯の良否から：1932年6月4日、むし歯予防デー 正しい歯列は健康に導く 偏食を禁じ、よく咀嚼せよ：1938年6月3日〕として、現在の歯と口の健康週間へと受け継がれている¹⁶。6月4日には、オーラルヘルスに関する子供向け〔童話劇 齲歯島征伐 新童話劇場：1935年6月4日など〕、大人向け〔齲歯八景 面白いラジオ・スケッチ 歯痛を治しましょう：1937年6月4日〕の特別番組のラジオ放送が恒例となっていた。現在でも行われている高齢者の健歯表彰が、すでに、この2期から行われていたことは興味深い〔喜寿を迎えて ビールの栓抜代り 恐ろしく歯のいい人 若者も顔負け、第1位で表彰：1937年6月5日〕。

むし歯予防への関心は広がっていったが、乳歯のう蝕は、『みそ歯』としてむし歯と区別され、深刻に認識されない場合もあった〔むし歯やみそ歯八万本を供へて きのみ増上寺で行はれた 風変りな歯の供養：1926年4月9日〕。一方で、就学前からのオーラルヘルスの重要性も語られている〔母親に注意し度い赤児の歯（上）（下）：1923年8月7日、8日、大衆医学／乳歯の虫歯 寝る前に口を洗え／岩橋章：1932年8月5日、家庭／お母様読本 丈夫な身体にむし歯はできぬ 興味ある厚生省の統計：1941年11月11日など〕。

¹⁶ 1928年（昭和3年）から1938年（昭和13年）まで日本歯科医師会は、「6（む）4（し）」にちなんで6月4日に「虫歯予防デー」、1939年（昭和14年）から1941年（昭和16年）まで「護歯日」、1942年（昭和17年）に「健民ムシ歯予防運動」を実施した。1943年から1947年までは中止されていたが、1949年（昭和24年）「口腔衛生週間」が制定された。1952年（昭和27年）「口腔衛生強調運動」、1956年（昭和31年）「口腔衛生週間」、1958年（昭和33年）から2012年（平成24年）まで「歯の衛生週間」、2013年（平成25年）より「歯と口の健康週間」と名称を変更しながら現在まで続いている。（日本歯科医師会ホームページ）

2期後半になると、現在とほぼ同じオーラルセルフケアの方法の紹介が相次ぐ〔乳児の虫歯予防 授乳後は歯を拭くように：1937年10月16日、重宝箆／歯の磨き方：1939年1月31日など〕。『日に三度ゆっくりとブラシを使ふ』〔力を入れず歯の根元を掃除する心算りで〕というブラッシング方法や、『糸を通してコスル』とのフロッシングの紹介〔糸を使って歯の掃除 麗人資格完備に：1936年2月28日〕、乳幼児の食後の嗽や、夜の歯磨きの重要性〔健康増進運動（3）／何より訓練 乳幼児に対する注意：1941年4月29日〕などである。

3.2.4 歯科医師とその関連組織

歯科医師とその関連組織に関する報道は、前期、中期、後期、でそれぞれ特徴的である。1920年前後までは、1期と同じく、歯科医院の案内と会合や催し物予定が報じられている〔高橋歯科医院開業：1914年2月25日、歯医者のお卵が破天荒の宣伝 東京歯科学生会十五周年の 記念祭の催しもの：1922年10月7日〕。1930年前後になると、全国的に学生運動が盛んになり、歯科大学、歯科医専においても紛争が報じられている〔10教授解職で学生起って結束 東京女子歯科医専：1930年10月11日、日大歯科の盟休揺ぐ 3年生脱退：1931年5月23日など〕。当局の思想取り締まりは、『頻々として起こる学生の思想事件』〔女子歯科医専 赤化学生検挙＝14日朝刊7面に訂正：1931年7月12日〕として、報じられている。1940年頃からは、戦時医療体制での歯科医師の活動が報道されている。国民医療法による『戦時即応態勢の整備』〔歯医者さん赤襷 巡回診療や防空救護の計画：1943年8月22日〕、『歯痛をうつつたえる疎開児童が多い』ため、教員と歯科学生の『疎開地に出動』〔歯科医療団も出動：1944年10月7日〕などである。

その他の注目すべき記事としては、近代歯科医療導入の功労者イーストレーキに関するもの〔勿体なや・無縁仏 “歯科の父”墓現る イーストレーキ氏に漸く恩報じの企て 医学界が記念碑と伝記<写>：1935年6月24日〕と、歯科医院の名称についての議論〔青鉛筆：1916年8月6日、1916年8月8日〕があげられる。近代歯科医療導入を歴史として振り返る動きは、わが国への近代歯科医療定着の一つの証であろう。歯科医師会で『「何々堂」は古い「歯科医院」とすべきの意見』〔自己の氏名以外の名称を其の診療所若しくは出張所に付することを得ず〕などの議論があったことは興味深い。個人医院名称は原則として医師の個人名とするとの方針は、ごく最近まで受け継がれていた。

3.3 3期：発展期（1945年～1960年）

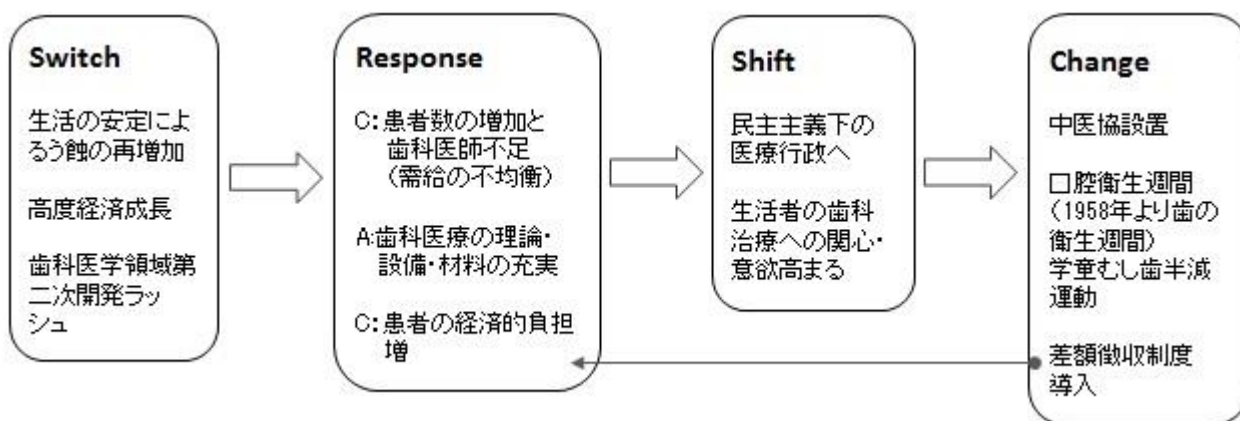


図 2-4 3期歯科医療変遷プロセスモデル

3期の変遷プロセスモデルは、上記の通りである。戦後の復興から高度経済成長の流れに伴い、歯科医療も発展を続けた時期である。1945年8月16日～1960年までの記事を分析した。歯科医療に関連する記事は計124件、記事総数418,553件のうち0.03%である。記事内容分類を表3-4に示す。

表 3-4 3期記事内容分類

記事種類	記事内容	件数	%
投書		4	3.2
論説		4	3.2
その他の記事	歯科医療とオーラルヘルス	66	53.2
	制度	27	21.8
	歯と口に関係する世相	12	9.7
	歯科医師と関連組織	8	6.5
	事件事故	3	2.4
計		124	

3.3.1 投書と世相

3期では、読者投稿欄への4件の投書を確認することができた。投稿者は、医博1名、歯科医師3名といずれも医療関係者である。歯に関する戦後初の投書は、フッ素のう蝕予防効果を紹介するものであった〔ムシ歯追放__声欄：1949年8月22日〕。1954年の『歯の自然美を破って、故意に人工的にそれを誇るような誤った風習は是非改め』るべきであるという主張からは、復興とともに前歯の金冠装着が復活傾向にあったことが窺える。〔口腔衛生週間とムシ歯：1954年6月3日〕。『定期健診は早期治療を容易にする』〔乳歯の定期検診

を：1954年6月12日〕、〔小学校一、二年生の第一大臼歯はほとんどムシ歯でやられている〕〔幼学級は、半年か三カ月に一回ぐらいは審査〕〔ムシ歯の発見：1955年6月14日〕の記事からは、再び学童のう蝕が急増していることがわかる。

この3期以降は、有名人の歯に関する話題がほとんどない。皇族の歯科技工士職業訓練視察を報じた記事が1件ある〔高松宮殿下、歯科技工補導を御視察__皇室：1948年2月4日〕が、これは、社会復帰を目指す戦災者や傷病軍人の職業指導として、歯科技工の技術が教えられていたという点で、興味深いものである。

3.3.2 論説と社会の動き

3期は医療保険制度整備の途上であり、行政と医療者のコンフリクトが大きく報道され始めた時期である。見出しに「歯」「口腔」「歯科医師」は出現しないが、医療保険制度について論じた記事3件を含め、社説1件、論壇3件を論説とした。まず、医薬分業の制度化に関する社説〔医薬分業の実施に望む__社説：1951年6月9日〕では、〔半世紀余にわたる医薬双方の論争にも一応終止符〕〔医薬分業の制度が円満に運用されることを期待する〕と記され、激しいコンフリクトがあったことを報じている。健康保険制度改変時にも、医師会、歯科医師会の保険医総辞退の動きに関する論争が見られる〔社会医療のゆくえ__論壇：1956年3月30日、健保問題の社会的背景＝末高教授の論説に欠けるもの__論壇：1956年4月5日〕。保険医総辞退は社会医療の全面マヒをもたらすと批判し〔社会の良識は断じてこれを黙過しない〕とする論と、当事者を除外した政策決定は〔官僚ファシズム〕、〔各方面にわたる危険な潮流〕であり、〔総辞退はゼネストではなく世論に訴える手段〕とする論が掲載されている。

1956年の口腔衛生週間に掲載された記事は歯科大学教授によるもので、副題を〔お祭り騒ぎより治療の準備を〕とし、〔これからのこうこう衛生（原文ママ）は、美人コンクールや歯の女王よりも早期治療の実際的な組織が必要〕と、毎年恒例の歯のイベントとなった口腔衛生週間の意義を問い直している〔わるい日本人の歯__論壇：1956年6月7日〕。文中〔「口腔」はこうこうというのが正しいらしいが、普通にはこうくうとっている。〕〔ややこしいが、実は歯の衛生の事である。〕との記述も見られる。「歯科」という言葉が登場する明治期以前まで一般的に使用され、近年再び多用されている「口腔」は、一時期、解説を要する専門用語であったことがわかる。

終戦直後から連合国により行われた制度改革により、歯科医療の社会化は進められていく〔病院再開、水道を復旧 マ元帥、厚生保健確保を指令：1945年9月29日〕。併せて、学制改革も行われ歯科医師の養成は、歯科医学専門学校から昇格した大学で行われるようになった〔東京に初の歯科大学__大学：1946年7月21日など〕。戦後初の歯科医師国家試験を

1947年4月に行うとの告知は、同年2月に報じられている〔歯科医の国家試験__医事・衛生：1947年2月25日〕。

主権回復後は、社会保険制度や医薬分業制度導入といった新たな動きが起こる度に、政府側と医師会側のコンフリクトが報じられている〔新単価きょう告示 社会保険 甲地十二円五十銭__社会保険問題：1951年12月8日、「医薬分業」実施を推進 審議会の設置法案__法令・法案：1954年3月5日、厚生省案反対を確認 歯科医師会：1957年9月14日など〕。保険医総辞退が取り沙汰されることもあり〔歯科医師も総辞退へ 近畿北陸二府七県__保険医辞退：1956年3月28日など〕、注目を集めたことは本項冒頭で述べたとおりである。制度改変の度に繰り返す対立は、4期へと続いていく。

歯科医療に関する事件事故に関する報道は、『近く訴えを起こす』との診療費トラブル〔歯の治療代一万四千元請求さる__新円生活：1946年7月4日〕を含め8件と少ない。この診療費トラブルに関して、東京都歯科医師会は『白金冠1本500円、金冠350円位』の新しい標準価格を設ける予定である旨を回答している。他は、国家試験漏えい事件に関する一連の報道〔国家試験委員が問題漏らす__日歯事件：1947年12月18日など〕、火葬場での金歯泥棒〔金歯を抜く 火葬場の四火夫__窃盗：1951年2月25日〕、遺体の身元特定に歯科治療痕が決め手となった事件〔死体の義歯鑑定 歯科医が判り__マンホール殺人事件：1954年8月2日など〕である。

3.3.3 歯科医療とオーラルヘルス

この3期は、戦後復興期とその後の高度成長期に二分され、経済や生活状況は大きく変化した。これに伴って、歯科口腔疾患の状況も大きく変化している。1期後半から2期にわたって社会問題となっていた学童のむし歯は、太平洋戦争前後には激減している〔近視とムシ歯減る 文部省の学徒衛生統計__医事・衛生：1949年8月12日〕。文部省保健課は『戦時中砂糖が姿を消したことがムシ歯にも近視にも影響を與えて、この意外の結果をもたらした』としている。その3年後には、砂糖消費量の増加が虫歯発病に影響しているとの文部省の見解が報じられた〔ムシ歯またふえ出す 一時は砂糖不足で激減__ムシ歯予防週間：1952年6月6日〕。同記事によると、国民一人1日あたりの砂糖消費量は、昭和14年40gであったが、昭和20年0.4g、昭和23年には都市9g、農村3gと増加傾向にあったことがわかる。その後も、乳幼児や学童ムシ歯の増加については繰り返し報道されている〔“親はムシ歯に無関心過ぎる” 杉並西保健所の調べ：1956年5月19日、ムシ歯がふえる 体位は向上したが 都学校衛生統計：1957年3月27日など〕。1959年には、前年度の学校検診統計が報告されており〔近視やムシ歯が急増 寄生虫、結核は減る：1959年10月19日〕、戦前とは

異なる状況が述べられている。2期半ば以降、注目を集めつつあった歯槽膿漏に関する記事は1件のみであった〔歯ソウノウ漏：1960年3月20日〕。

東京都では、1948年から歯科診療車二台を備え、学校巡回診療を行っている〔学童に歯科自動車__婦人・子供：1948年5月12日〕。1954年までの6年間で410校の25,000人に簡単な診療を行っており〔学童二万五千人を診療 教育庁の歯科診療車__衛生：1954年6月4日〕、終戦間もない時期からの積極的アプローチが行われていたことに瞠目する。

3期後半には、ムシ歯や当時歯槽膿漏と言われていた歯周病以外の、斑状歯や不正咬合といった話題も再び登場し始める〔斑状歯と地質学__学界余滴：1954年6月24日、歯と美人：1956年6月21日〕。〔矯正費用の単位は万〕であるとの記載もみられる〔出っ歯 日本人の人種的宿命：1959年4月26日〕。第五福竜丸被爆事故から2週間後、放射線被爆の口腔内症状について解説されている〔「死の灰」と歯科 最初の病状は口内に：1954年3月25日〕。

3期には歯磨剤についての記事が激減しているが、歯磨剤が生活必需品であることに変わりはない。1955年に〔歯磨生産量年1万4千t、56億円、100g30円、95gねり100円〕との記事がある〔“新”を競う歯ミガキ：1955年6月9日〕。

全国的な口腔衛生行事は、1943～1948年まで中止されていたが、1947年、1948年には歯科医学生団体が東京都内でムシ歯無料相談を行ったとの記事が見られる〔ムシ歯街頭相談__医事・衛生：1947年6月4日、ムシ歯無料相談所を開く__医事・衛生：1948年6月5日〕。1948年の記事には、テント内での検診の様子とこれを囲む群衆の写真が掲載されており、無料歯科検診の機会は生活者にとって貴重なものであったことがわかる。1949年6月から、歯科医師会主催の行事として、口腔衛生週間が復活した。以来、何度か名称を変えながら、口腔衛生思想の普及を目的に、良い歯のコンクールや、歯の無料相談等が毎年行われている〔虫歯デー__医事・衛生：1949年6月5日、歯の衛生週間行事：1959年6月2日など〕。2期のムシ歯予防デー時期の記事と比べると、オーラルヘルスに関する解説記事が少なく、コンクールや無料相談といったイベントのレポートが多い。先に紹介した〔お祭り騒ぎより治療の準備を〕と呼びかける1956年の論説は、この風潮を危惧したものであろう。

3.3.4 歯科医師とその関連組織

歯科医師とその関連組織に関する報道は、1期2期に比べて減少している。その中で、国内外でのボランティア活動を行う歯科医師が紹介されている〔日本人が“愛の孤児院” インドで評判の歯科医さん__一般：1952年1月18日、“歯の先生”愛の無料奉仕四年 六郷小学校の小川校医：1954年2月11日〕。東京医科歯科大学の大診療室完成の記事は、〔日本ではじめてという大きな歯の診療室〕、〔九十四台の治療台〕、〔二百人近くの歯医者さ

んが立ち働く』と写真入りで大きく報じられている〔東京医科歯科大学大診療室完成：1955年2月17日〕。齲蝕の増加と歯科医師の不足が社会問題になり始めた時期であり、画期的な設備への生活者の期待の大きさがよくわかる記事である。

3.4 4期：激動期（1961年～1985年）

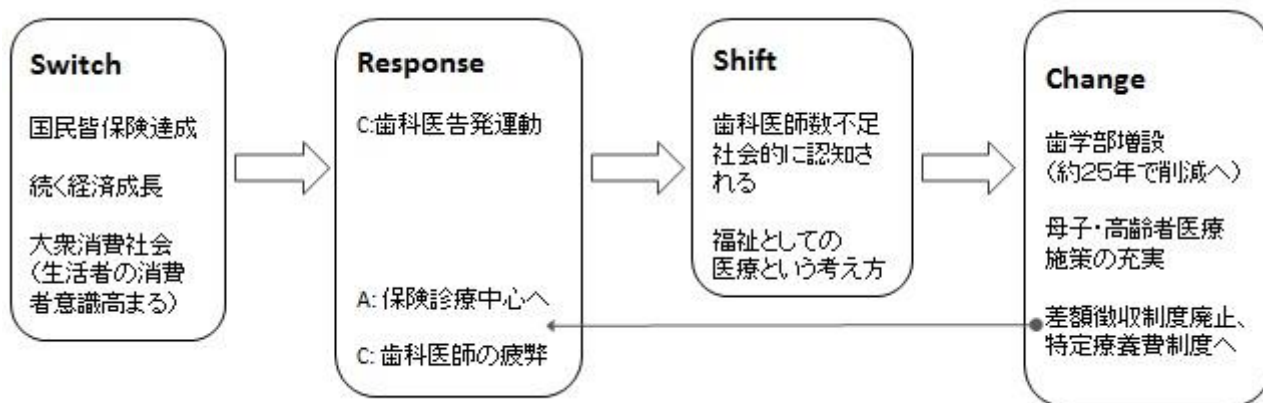


図 2-5 4期歯科医療変遷プロセスモデル

4期の変遷プロセスモデルは、上記の通りである。歯科医療の経済的負担バランスと需給バランスの崩壊により、歯科医療が混乱を極めた時期である。1961年～1985年までの記事を分析した。歯科医療に関連する記事は計1396件、記事総数1,174,024件のうち0.1%である。記事内容分類を表3-5に示す。

表 3-5 4期記事内容分類

記事種類	記事内容	件数	%
投書		21	1.5
論説		80	5.7
その他の記事	歯科医療とオーラルヘルス	525	37.6
	制度	307	22.0
	歯科医師と関連組織	222	15.9
	事件事故	191	13.7
	歯と口に関係する世相	50	3.6
計		1396	

3.4.1 投書と世相

投書を検討する前に、世相を反映する記事として4期最初の記事を紹介する。1960年1月6日掲載の『三代の姿勢（4）歯医者』である。元旦から同年1月15日までの13回にわた

る短期連載記事であり、三代同じ職業に携わっている家族を取材したものである。〔明治、大正、昭和の三代をつづる〕〔日本の新しい世代がいかに生きていいか〕〔1961年1月1日、三代の姿勢(1) 開拓農民〕といった意図のもと、開拓農民、銀行家、炭鉱員、歯医者、造船工、警察官、漁師、教師、救世軍、写真館、軍人、海女、学者の13職種に就く一家の親、子、孫、三代の仕事ぶりをレポートしている。明治から昭和の移り変わりを描写する特集の対象として、歯科医が選ばれていることは興味深い。第4回特集〔歯医者〕では、僻地診療を行う父を中心に、東京で暮らす祖父、故郷を出て都会で研鑽を積む娘の三人の歯科医師の姿と、父が携わる僻地診療の厳しさが語られている。

1、2、3期と比べ歯科医療に関する投書数は増加している。高度経済成長下の国民皆保険の達成により歯科医療の需要が一気に増大する中で、3期から続く政府と医師会側の対立は注視されている。1961年2月19日には、ついに全国一斉休診が行われた〔両医師会きょう一斉休診 事態収拾できず：1961年2月19日〕。4期最初の歯科医療に関する投書は、この全国一斉休診に関する投書のまとめである〔一斉休診に投書は訴える：1961年2月19日〕。同記事には、声欄に寄せられた投書は〔東京本社に寄せられた分だけで五十通〕に達し、〔多くは休診の不安を訴え、中止を望む一般国民から〕のもの、〔医者からの反論も何通か〕と記されている。医師、歯科医師らは、日曜日の決起集会参加のための休診であり緊急時の対応策を講じている、休診は為政者に対する抗議である、などと説明しているが、世論の理解は得られなかった。〔話し合いの場を 世論にも聴診器向けよ〕との副題からも、医師会・歯科医師会側の世論無視に反発する声が大きかったことがわかる。

歯科受診への不満を訴える投書も多い。〔手のかかる幼児の治療をことわります〕、〔乳歯を治療してくださる歯医者さんはいないものではないでしょうか〕と、乳幼児の歯科受診難を訴える母親らの投書〔子どもの虫歯におねがい：1966年6月4日〕への反響は大きく、6日後に再度記事となっている〔子どもの虫歯をめぐって 「ひととき」に反響_ひととき：1966年6月10日〕。乳幼児の治療に熱心な歯科医師もいる、保健所へ相談している、定期健診をしている、など他の母親からの投書や、小児歯科専門医からの予防が重要との談話を紹介している。この歯科医師は〔幼児の場合、大人の二倍以上も時間を要するのに、現状の保険制度では、大人の半分ほどしか治療費がもらえない〕とも語っている。その後も、幼児の歯科治療を断られたとの複数の投書が紹介されている〔歯がゆい歯医者たち：1973年4月1日〕。予約していても2時間待ち、初診時は9時開始に7時から並ぶ、と当時の歯科受診の困難さを訴える投書〔歯医者さん、忍耐にも限り：1971年6月1日〕からは、歯科医師不足の実態を知ることができる。

受診難の原因は、第二章で述べたように、国民皆保険による需要の増加と歯科医師不足、すなわち需給のアンバランスである。1960～1970年代の歯科医師不足は深刻で、無歯科医

地区も多く存在した。無歯科医地区問題は度々取り上げられ、歯科医師や歯学生の派遣や〔歯科医療を援助 日本、沖縄へ医師派遣：1961年6月7日、八丈島へ学生が診療奉仕 子らのムシ歯退治 美術サークル 制作かねて：1963年8月22日〕機材寄付〔歯の機材贈呈 無歯科医地区へ__かぶせる：1982年11月21日〕が行われている。僻地だけでなく、都市部でも極端な歯科医師不足に悩む地域があった。一日来院数について〔一時期、百八十人もみたが、私も倒れそうになり〕と院長が語っている〔鎌ヶ谷市、医療砂ばくに自衛策 市営で歯科診療所 年内に開設：1975年3月1日〕。次章で報告する歯科医師のインタビュー調査においても、同様の状況が語られている。この歯科医師激務の時期に、歯科医師らが環境指標として乳歯に注目し共同研究を始めたとの記事がある〔“抜けた乳歯捨てないで” 公害調査の好資料 関東全域の歯医者さん：1971年9月15日〕。当時、公害問題が深刻であったことを考え合わせると興味深い。歯科医師バッシングの記事が多い中、歯科医師会の社会貢献が評価されている。

受診の難しさ以外の不満として、不十分な説明〔入歯もままならぬとは：1968年6月2日〕、撤去金冠の処分方法〔転勤疲れで奥歯痛み 気になる金歯の行方__本音 ほんね ホンネ：1984年4月29日〕、治療費の高さ〔歯科の治療費__エコー：1984年11月6日〕に関する投書がみられた。これらの問題は、現在でもトラブルを招きがちである。

歯科医療への不満の声が目立つ中、歯科医師に関する好意的な意見も掲載されている。歯科医療職と母親の勉強会に感激したという投書〔歯科者さんに“仁術”デモ，1973年5月27日〕、近所の評判はいま一つだが誠実な歯科医師を信頼しているとの投書〔悪評真ならず立派な歯医者__ひととき：1980年10月14日〕である。〔悪評真ならず立派な歯医者〕とのタイトルからみると、1980年ころは、歯科医師への〔悪評〕は珍しくはなかったのだろう。他にも、子どもへのおやつとの与え方〔歯をくいしばって虫歯防ぎ__ひととき：1976年10月23日、歯のかわりに失うものは？__ひととき：1976年10月29日〕、矯正治療への関心〔娘の歯並び気にする親バカ__ひととき：1978年6月23日〕などの投書がみられた。

4期中頃の歯科医告発運動〔「歯の苦情110番」を特設 消費者団体 悪質医師は公表 大阪・神戸：1975年2月19日〕は、近代歯科医療史の中で、歯科医療に関する最も大きな市民運動であるが、このしばらく前から歯科医師への不信感が記事となっている〔子どもの保険診療お断り こんどは横浜で歯科医 「現金なら」に怒る母親：1971年9月10日、苦情多い歯の治療 高い、待たせる：1974年12月22日、目に余る歯科診療 不正・不当が4割も 取りすぎ61件115万円 トラブルの半分は「差額問題」：1975年2月16日など〕。1961年の一斉休診で生活者に共有された医療への不信感が、歯科受診の難しさにより、いっそう高まっていたことは、これらの投書からも明らかである。

歯科医療への不信感の高まりとともに、消費者運動の高まりがあったことにも留意しなけ

ればならない。地婦連をはじめとする消費者団体は、各種実態調査に基づいて関係方面への要望書の提出、不買運動の実施などを行っている¹⁷。生活に密着した歯磨剤などのオーラルセルフケア商品は実態調査の対象となることが多く〔外装ばかり大きく 日用品の 5 品目 公取委の委嘱で地婦連調査 歯みがき中身 3 割 実質値上げの結果? : 1969 年 7 月 31 日など〕、再販制度廃止運動の対象となった〔再販商品ボイコット 地婦連が呼びかけ メーカー 16 社を公表「値下がり妨げる」: 1971 年 2 月 14 日など〕。値上げに抗議した不買運動も起こっている〔歯みがき値上げ 「ライオン」が 20~30%も : 1973 年 11 月 29 日, ライオン油脂 ライオン歯磨 地婦連、値上げに抗議 不買運動決める : 1973 年 12 月 2 日など〕。歯の 110 番運動以前に、生活者へのコンシュマリズムの浸透があったことを確認できる。

歯の 110 番開設後ひと月余りの間、歯科医療への不満が、連日大きく報道されることになった〔四日間で九百件超す 厚生省の半年間集計上回る : 1975 年 2 月 23 日, “歯の 110 番” 鳴りやまず 初日の通報七十八件 東京 : 1975 年 2 月 27 日, 苦情の半数は、やはり差額徴収 一週間で八百件 都地婦連が中間発表 : 1975 年 3 月 6 日など〕。歯科医療に対する不満の表明から始まった 110 番運動は、その後、治療費の領収書発行を求める運動、保険給付範囲拡大のための署名活動等、具体的な社会運動となった〔歯科医療 “ホットな攻防” 領収証をとる運動 強気で患者に注文 : 1975 年 3 月 4 日〕。歯の 110 番運動は、その後も行われている〔「歯の 110 番」鳴りつ放し 料金めぐる苦情次々 都地婦連, 1976 年 8 月 10 日, 歯科医師会に改善求め交渉 乱診苦情一一〇番__歯科一一〇番 : 1981 年 4 月 14 日など〕が、差額徴収制度の見直しや、歯科医師数の増加により、次第に収束していった。

有名人の歯に関する話題は 2 件見られる。五つ子の一歳の誕生日を伝える記事〔五つ子一歳 きょう誕生日 歯も丈夫、つたい歩き__五つ子 : 1977 年 1 月 31 日〕では、順調な発育ぶりを〔歯も丈夫〕と伝えている。イギリスのエリザベス女王抜歯手術入院の報〔こんどは歯で“ご難” __女王 : 1982 年 7 月 19 日〕も伝えられている。女王の寝室に賊が侵入したとの記事と併せて報じられたもので、歯科口腔疾患が大病として認識されていた 1、2 期の有名人報道とは異なる印象を受ける。

3.4.2 論説と社会の動き

4 期の論説は 78 件である。医師会、歯科医師会の休診闘争〔医師会の休診闘争 長谷部忠 : 1961 年 2 月 26 日など〕、ニセ医者、ニセ歯医者〔(解説) ニセ医者の横行 医療制度も問題 : 1972 年 1 月 21 日など〕、乱診乱療〔あと三年はどん底続く 歯科医の診療拒否の“被害” : 1972 年 8 月 27 日など〕、差額徴収問題〔歯科医への苦情 解消の道 まず保険報酬

¹⁷ 全国地域婦人団体連絡協議会は、『全地婦連 50 年のあゆみ』の中で昭和 37 年~46 年を「行動の時代」、昭和 47~56 年を「連帯の時代」としている。(全国地域婦人団体連絡協議会ホームページ)

を一般医なみに：1975年1月8日、目に余る歯科の差額徴収：1975年2月11日など）、私立医歯大の不正入学〔(解説)私立医・歯大「裏口寄付」の背景“金の論理”が優先__大学：1977年7月10日など〕、国家試験漏えい問題〔歯科医免許の重みかみしめよ__社説：1982年6月29日など〕等が、次々と取り上げられている。

1960年の歯科医療関連記事は、4月1日国民皆保険実施を控え、診療報酬に関する政府と三師会の交渉に関するものがほとんどである。2月19日の一斉休診〔両医師会きょう一斉休診 事態收拾できず：1961年2月19日〕に、医師会・歯科医師会側の世論無視に反発する声があがった。その後も事態は收拾せず、診療報酬値上げ要求を巡る三師会と政府側の交渉は紛糾する。両医師会は保険総辞退の強硬路線を打ち出したため、政府〔自民・医師会もの別れ：1961年7月18日〕、支払い基金〔保険医総辞退に反発 支払い側団体申し入れ：1961年7月23日〕、労働組合〔医師会の反省求む 労働四団体申し入れ：1961年7月27日〕、一部の医師〔「医師会」の声なき声 批判する三氏：1961年7月27日〕など様々な方面から批判されることとなる。本件は、8月に決着〔保険医総辞退 あっさり幕切れ：1961年8月1日〕しているが、両医師会の強硬路線は生活者の記憶に深く残るできごととなった。1962年3月には、臨時医療調査会法案に反対する三師会の動き〔社会保険庁の政府案に反対 医療三団体決める：1962年3月1日〕が報じられている。医療者側が、国民皆保険発足以来強まる行政の介入を嫌ったものである。この後も、診療報酬改定の都度、三師会側とその他の関係機関の対立が繰り返し報道されている。対立の度に、適正医療費算定ルールの必要性が議論されているが、現在まで明確なルールは確定していない。

1970年には、再び一斉休診が行われる〔歯科医も一斉休診 14都県：1970年1月9日〕。一斉休診を伝える記事には、〔波状スト〕〔実力行使〕〔医療費値上げ要求〕の文言が並んだ。1971年5月には、健康保険法改正反対運動として、1961年に続き、再び両医師会の保険医辞退の意向が報道される〔1971年5月7日 歯科医師会も辞退 保険医、19日に正式決定〕。診療報酬引き上げに関しては、その後も断続的に報道され続ける〔医療費の19%引き上げ 来月実施決まる 歯科初診料「原案より小幅に」中医協答申(1974年1月1日)〕。

歯科医師側への不信感を高めた出来事として、宝塚市児童の斑状歯多発報道〔学童むしばむ斑状歯 宝塚__環境をまもろう(ppm)：1971年9月8日〕がある。〔おざなりな市当局問題、歯科医師会の体質〕の副見出しと、〔水道に多量のフッ素が含まれ、児童の歯をむしばんでいた〕、騒ぎが起こらぬよう市当局が〔こっそり市歯科医師会に頼み込んでいた〕との記述は、一地方都市の出来事とはいえ、衝撃的である。

1972年には、〔ニセ医者、ニセ歯医者〕が集中的に話題になっている〔医の乱れ、歯科でも 無資格の技工士が治療 大阪府歯科医師会長ら起訴：1972年1月9日、あやしい医者“総検診” 警察庁 風評もとにチェック：1972年1月15日、「先生と呼ばれたくて」町

田 ニセ女歯科医を送検：1972年7月2日など〕。明治期以来の大量摘発であり、医療行政の欠陥を認める厚生省の話〔行政にも欠陥あった 新谷鉄郎厚生省医事課長の話__ニセ医者取締り：1972年1月20日〕も掲載されている。無資格診療事件の背景に関して、『政府は医療制度の改善、充実にほとんど手をつけておらず、私的医療機関ばかりに依存してきたため、歯科医師不足を招いた。』とした判決文も出されており、当時の深刻な歯科医師不足を裏付けている〔「行政の欠陥にも原因」 2 被告に執行猶予 大阪のニセ歯科医__ニセ医事件：1972年8月11日〕が、論説として取り上げられてはいない。その後も無免許診療の記事は散発する。1983年には、『歯医者に出掛けて待たされるよりずっと楽』と『腕の良さ』が口コミで評判になっていたニセ歯科医が逮捕されている〔「好評」ニセ歯医者逮捕 客待たせぬ訪問診療 せっせと義歯作り 神奈川：1983年1月22日〕。歯科医師過剰が問題になり始める時期であるが、まだまだ歯科受診は時間がかかるものであったことが確認できる。

4 期に特に生活者の注目を集めたのは、歯科治療時の差額徴収問題である。1974年11月に歯科差額報酬制度に関する報道が初出する〔1974年11月26日 “高い入れ歯”にメス差額診療 是正へ専門部会〕。『目の玉飛び出る自己負担』の中見出しに続き、歯科医師側と健保組合や労働組合の対立が報じられている。診療待ち時間の長さや、乳幼児の診療拒否に関する非難の声に差額徴収問題が加わり、この頃から歯科医師側を非難する世論は一層大きくなる。1975年2月19日には、遂に民間の消費者団体により歯の110番が開設されることとなった。この110番運動以降、差額徴収制度が廃止されるまでの間、差額徴収制度に関する論説に多くの紙面が割かれている〔(解説) 悪影響残した「脱保険」：1975年2月16日、(解説) もめる歯科差額徴収問題 歯科医側に減収不安 標準料金制も立ち消え__歯科医差額問題：1976年3月18日、歯科差額に冷静な話し合いを__社説：1976年4月19日、歯科の差額徴収の底流 実情に合わぬ保険の処置時間__論壇：1976年6月18日、歯科差額問題の收拾に望む__社説：1976年7月30日、(解説) どうなる歯科差額の是正 技術料の評価が課題 保険点数アップ前提に__歯科差額問題：1977年7月7日など〕。民間から上がった問題提起の声が、持続的に世論を動かしていることがわかる。歯の110番開設直前から、治療費を巡る訴訟が報道されている〔歯の治療費百万円「水増し分返せ」高知の会社員四十万円請求、訴訟へ：1975年2月12日、「水増し32万円返して！」高知の会社員 歯科医相手どり訴訟：1975年2月27日〕ことは興味深い。

当時の歯科医師の経済状況を推察できる記事もみられる。高額詐欺の被害者になった事件〔「融資に高利」とだまし 歯科医らから1500万円 不動産業者3人を逮捕：1975年2月28日、過去48年分の申告漏れチェックの記事〔“脱税横綱” 総額 歯科医十億二千万円 東京国税局管内__脱税：1975年7月3日〕、『歯医者ならまとまった金が手に入ると思った。

』との動機が語られた恐喝未遂事件〔借金苦、歯科医脅す 練馬「爆破」と二千万円要求__暴力・おどし：1980年2月15日〕などの記事から、この頃の歯科医師は高額所得者であると見なされていたことがわかる。

4期に歯科医療を巡る世論のもう一つの中心となったのは歯科大学や歯科医師国家試験に関する話題である。歯科医師不足を反映し歯学部への入学希望者は急増した〔医歯系、ことしも激戦 国立大一期の中間集計 教育系もかなり高率：1974年2月6日など〕。歯学部不正入試〔私立医歯大の裏入学寄付金 追放へ法的規制 来年度、文部省が検討：1973年9月11日など〕や、大学の不祥事、新設歯学部の問題点も指摘され〔医・歯系大学 “乱造”に法の歯止め 入学定員に上限 専任教員数もふやす 設置基準 改善へ：1974年2月6日など〕、社説でも頻繁に取り上げられている〔医歯科大学教育に根本的改革を：1973年9月16日、（解説）私立医・歯大「裏口寄付」の背景“金の論理”が優先__大学：1977年7月10日など〕。

歯科医療資格に関しては、恒例の歯科医師国家試験合格者発表の他に、歯科医師国家試験制度改革〔歯医者試験も改善 客観式で設問ふやす 来春から：1975年4月25日、58年から実技を廃止 審議会部会が意見 春に一本化は59年メド：1981/6/12など〕について報道されていた。1982年には、歯科医師国家試験問題漏洩が事件化し、大きく報道された〔歯科医師試験問題 漏えいと厚生省断定 合格者の扱い検討：1982年5月21日、究明、警察庁と協議へ__歯科医師国家試験問題漏れる：1982年5月21日〕。その後も一応の決着がつくまで、報道は続き〔うやむやの幕切れか 歯科医師国家試験疑惑__NEWS三面鏡：1982年6月20日、厚生省の四人処分 歯科医師問題漏えい__医療：1982年7月6日、問題プール制導入 歯科医国家試験 改善委が中間報告 既出題分を一部まぜる 情報集め過熱に歯止め：1982年10月23日など〕、これに関する社説もみられた〔歯科医免許の重みかみしめよ__社説：1982年6月29日、生ぬるい歯科医試験の改善案__社説：1982年10月25日〕。

1980年代になると歯科受診難を訴える投書や記事は見られなくなり、歯科医師数に関する記事が出現する〔“医師過剰時代”近し〔（グラフ）人口10万人当たりでみた医師・歯科医師数の将来の推移：1981年11月8日、医師の適正数は？迫る過剰時代、量産抑制へ、（グラフ）医師、歯科医師数の推移__医師：1984年5月17〕。〔歯科医養成20%減を 厚生省検討委が中間意見 過剰時代へ対応策：1983年8月29日〕とのセンセーショナルな見出しで、歯科医師は〔医師以上に過剰状態が深刻化するとみられている〕と厚生省の発表を報じた記事も出現した。国策は、歯科医師養成から歯科医師過剰対策へと転換したことがわかる。しかし、この4期には歯科医師過剰問題に関する社説は出現していない。

歯科医師国家試験合格者数の推移から、歯科医療の発展と歯科医師過剰への流れを知るこ

とができる。1962年春試験で920名だった合格者〔歯科医師国家試験の合格者決る：1962年5月15日〕は、歯科大学・歯学部の新増設によって、1979年春試験では3000人を超える〔歯科医の合格三千人超える 国立大は全員パス：1979年5月18日〕までになった。1977年からは、大学別合格率も報じられている。歯科医師国家試験の年2回実施は、1985年で最後となった。歯科医師過剰期の到来と時を同じくしていることは興味深い。

ここまで述べた一斉休診、歯科受診難、差額徴収、歯学部入試問題、歯科医師国家試験問題に加え、歯科医師会の内紛〔内紛、一応の收拾 予算やっとなし 反対派 会長退陣含みと判断：1975年6月25日〕も起こり、4期の歯科医師への世論は厳しいものが多い。これに対し、歯科医師側からの説明が論壇欄にいくつか掲載されている〔歯科医療の混迷を憂う良心的治療が報われる方策を__論壇：1976年1月7日、誤れる歯科衛生政策 保険診療の方向を押し曲げる無知__論壇：1976年10月1日など〕。いずれも歯科診療の特殊性を読者に説明し、これを考慮した歯科医療制度の確立を望むものである。

その他の事件として、医療過誤〔麻酔薬でショック死？ 幼女に注射の歯科医取調べ：1966年5月16日、全面的にミス認める 虫歯治療幼児急死 医師、近く書類送検__医療：1982年5月9日など〕、歯科衛生士資格に関する話題〔保健婦・歯科衛生士 男性締め出し差別では？ 厚生省、改善へ重い腰 受け入れ拒む法・現実の壁：1983年8月29日〕、歯科材料模造事件〔さらに業者三人を逮捕 歯科材料模造__偽造・模造・変造：1983年11月26日など〕が報じられているが、論説として取り上げられることはなかった。

3.4.3 歯科医療とオーラルヘルス

4期における歯科医療の課題は、齲蝕の急増と歯科医師不足である。1970年代まで、子どものう蝕増加はたびたび報道されている〔相変らずのノッポ型 虫歯・近視、ぐんとふえる都の学校保健総計：1963年11月13日、日本人のムシ歯 7歳児で98%も 大人では1人5本強：1965年9月11日、“敵”はチョコとテレビ 新入児診断 依然多いムシ歯・近視：1968年3月13日、子どもの96% むし歯 歯そうのうろう おとなの半数以上：1970年6月4日、5～15歳は虫歯エージ 厚生省調査 97.2%が「あり」__医事：1976年8月29日、現代っ子 からだ大きく足長に 17歳男子で一六九センチ 多い虫歯ふえる近視 51年度文部省調べ：1977年3月9日など〕。その後、未処置のう蝕が減少する1980年頃から、見出しが変化する〔幼児のむし歯大幅減 14年ぶり調査 軽症化もはっきり__病気：1982年2月25日、「メガネっ子」に歯止め 「虫歯無し」も増え続ける 学校保健統計 甘さ離れ・しつけも効果？__教育：1982年3月15日〕。これ以降、子どものう蝕罹患率がセンセーショナルに取り上げられることはなくなった。

成人においては、3期に続き、歯周病¹⁸が関心を集めている〔歯槽膿漏の治療と予防：1970年11月29日、ご用心 歯槽のうろう 40歳以上の99%__家庭面：1984年11月10日など〕。〔以前歯槽膿漏といわれた歯周病が究明〕と報じた記事〔歯槽膿漏 犯人 歯垢とわかり治療法進む__みんなの健康：1982年8月1日〕では、歯周病の発生機序や、症状、治療法、予防などについて詳しく述べている。見出しに「歯垢」が使われたのは、初めてであるが、本文中では〔歯垢（しこう）〕と振り仮名付きで〔歯の表面を爪（つめ）でこするとついてくる、黄白色のねっとりとした歯くそ。〕と解説されている。1980年代初頭、「歯垢」は、まだまだ、生活者にとって聞きなれた言葉ではなかったことが分かる。3期までは、原因不明の疾患として栄養管理や口腔内を清潔に保つ等の漠然とした対処法しか報じられていなかったが、これ以降、プラーク（歯垢）除去のためのブラッシングが、う蝕予防だけでなく歯周病予防としても重視されるようになる〔歯みがきの重要性 浸透！？ 丸森さんの指導書 悩める人に大受け__くらしの科学：1984年1月21日〕。このように、1980年代から、歯周病に関する専門的な情報が生活者へ提供されるようになるが、紙上の病名は3期までと同じく〔歯槽膿漏〕であった。

1983年1月9日から開始した〔歯なしにならない話〕は画期的な長期連載である。1984年3月25日まで、1年以上にわたり〔第1部 医・患共同作戦〕〔(1) 歯ぐきの悩み__歯なしにならない話 第1部 医・患共同作戦：1983年1月9日など〕、〔第2部 歯磨きのコツ〕〔(1) プロと素人__歯なしにならない話 第2部 歯磨きのコツ：1983年5月22日など〕、〔第3部 乳歯から永久歯へ〕〔(1) 予防は育児__歯なしにならない話 第3部 乳歯から永久歯へ：1983年10月9日〕の3部構成、61回の連載で、予防、治療、メンテナンス、患者と歯科医師のコミュニケーション等歯科医療全般にわたって考えた記事である。1983年の記事中で、「歯垢」は振り仮名なしで使用されており〔(6) 標準方式__歯なしにならない話 第2部・歯磨きのコツ：1983年6月26日〕、生活者の間に、短い期間で「歯垢」という専門用語が普及していることがわかる。最終回の内容はかかりつけ医での定期健診の勧めであるが、ここで〔家庭歯科医〕との言葉が出現している。

3期までは、生活者のための歯科医学情報といえ、ほとんどは、う蝕、歯槽膿漏、こどもの歯並びについてであった。1970年半ば以降になると、う蝕や歯周病以外の歯科口腔疾患に関する記事も珍しくなくなる。舌がん〔舌の異常、要注意、歯が当たる人__がん どこまで治るか：1976年2月23日〕、先天性疾患〔口唇・口蓋裂 完全治療へ相談会 阪大歯

¹⁸明治から昭和40年頃までは、歯科医学においても、現在の「歯周病」と同じ病態をなす疾患に「歯槽膿漏」が用いられていた。歯周病に関する学術大会は、昭和33年（1958年）より昭和42年（1967年）までは「日本歯槽膿漏学会」という名称で行われ、翌年の昭和43年より「日本歯周病学会」と改名した（日本歯周病学会ホームページ）。この頃から、歯科医学においては「歯周病」が用いられるようになった。

学部がチーム__みんなの健康：1977年3月13日]、過剰歯[あれっ この子 歯が多い 二
一三%に“過剰歯”__みんなの健康：1977年7月3日]、着色歯[薬で歯が着色(岩久正明)
__どうしました(答える人)：1978年2月26日]、歯肉の退縮[歯茎が委縮(塩田重利)
__どうしました(答える人)：1978年6月11日]、成人矯正[おとなの歯列矯正__どうしま
した(答える人)：1979年9月2日]、知覚過敏[歯石とっいたらしみる__どうしました(答
える人)：1981年10月11日]、顎関節症[関心事は顎関節症__ぷりずむ：1983年1月8
日、ガラスよりもろい 現代っ子のあご 増える関節症に歯科医が警告 軟らかい食物が主
因 まず食生活の見直しを__家庭面：1984年2月7日]、障がい者の歯科受診[身障者の
入れ歯(酒井信明)__どうしました：1985年4月21日]といった様々な歯科口腔疾患につ
いての解説や紙上相談が掲載されている。生活の安定と歯科医療制度の整備により、生活者
のオーラルヘルスへの関心が広がり、なおかつ高まっていることがわかる。

同時期、歯科医学の新たな分野も発展し始める。新たな材料開発[有望なアパタイト歯根
アゴの骨にピタリ吸収 東京医科歯科大の研究 大詰め：1978年2月13日、虫歯充てん材
を増産__諸工業：1979年12月11日、歯医者さんも接着剤 ブリッジに好成績__暮らしと
健康：1980年10月5日など]、治療法の改良や開発[もう歯医者さん怖くない 笑気で精
神を鎮静__暮らしと健康：1981年5月3日、進んだむし歯 抜かずにOK 広まる根管治
療__みんなの健康：1982年8月29日、歯の治療一変か “新兵器”接着剤で研究会__医療：
1983年3月21日、など]、産業歯科保健[味見でムシ歯は職業病 札幌労基署 菓子職人
に労災適用__労働災害：1978年5月5日]、難病患者、障害者、在宅療養者の治療への取
り組み[ベーチェット病 歯の疾患にも悩む患者たち__医事：1979年4月9日、障害者専
門に集中治療 歯科総合センター開設へ 東京都__医療：1984年1月5日、“かみしめる”
生きがいを 寝たきり老人を往診、入院治療 歯科医らに動き__家庭面：1984年12月8日
など]、急患への組織的対応[歯科も在宅当番医制 来年度から中小都市で__医療：1982年
9月9日]、等々歯科医師の活動分野も徐々に広がってゆく。生活者のオーラルヘルスへの
関心と歯科医師側の活動の広がり、歯科医師過剰への移行期とほぼ一致している。

毎年6月の歯の衛生週間には、3期までと同じく口腔衛生行事やむし歯予防法の紹介が行
われている[“よい歯でよくかみ” 標語つけた風船とばす：1961年6月7日、歯の働き 近
づく虫歯予防デー：1965年5月30日、ムシ歯はいやよ みんなの健康/日曜版：1970年5
月31日など]。1976年には『むし歯をなくす』の連載冒頭で、1920年のムシ歯デーを紹介
し、『虫歯はまさに半世紀にわたり、国民の課題として生き続けて』いる[(1)治療不能__
虫歯をなくす：1976年6月2日など]と述べられ、歯の衛生週間中、子どものムシ歯に関
する記事が毎日掲載されている[(2)砂糖と菌__虫歯をなくす：1976年6月3日、(3)乳
児院__虫歯をなくす：1976年6月5日、(4)家庭では__虫歯をなくす：1976年6月8日、

(5) フッ素__虫歯をなくす：1976年6月9日]。最終回では、関心度は『社会全体ではまだまだ低い』と述べ、歯に対する関心を高めることが虫歯減少につながると結論付けている [(6) 関心度__虫歯をなくす：1976年6月10日]。時代が下るにつれ、ブラッシング法、早期治療、定期健診以外の予防法も記されている [(2) 甘いものを制限 (3) よくみがく習慣を：1978年6月3日]。大人から乳幼児へのむし歯菌感染の可能性を伝える記事 [虫歯母から子へ伝染 「口移し」にも注意必要__くらしの科学：1983年6月4日など] は、子どもへの口移しも珍しくなかった世代 [歯でかみ砕いてもらった思い出 母の味：1965年11月21日] も多いこの時期に、衝撃的な記事であったと思われる。

3期までと同じくオーラルセルフケア用品への関心は高く、多くの記事がみられた。中でも歯磨剤と歯ブラシに関する記事は多い [歯みがきの材料とその効用：1963年5月31日、家族の歯ブラシの点検をお忘れなく__家庭面：1972年4月15日、フッ素入り歯磨きで先進国の虫歯が激減 WHOなど調査__保健・衛生：1985年4月10日など]。消費者意識の高まりを反映してか、前述した歯磨剤の過剰包装の他にも、歯磨剤の添加物に関する話題 [吹荒れる“チクロ旋風” 業者団体 対策に会議の連続 深刻な粉末ジュース・歯みがき：1969年10月24日、葉緑素入りの歯みがきなど 369種類が不良薬品 米食品医薬品局が発表：1970年11月30日]、誇大表示 [歯みがきも誇大表示 10社全部に警告 公取委「包装容器も過大」：1973年3月1日、「歯ぐきをピンクに」や「病気を取除く」など__表示問題：1973年3月1日] が掲載されている。用途別にデザインの異なる歯ブラシの紹介記事 [歯ブラシ：1972年4月15日] や、オーラルセルフケアの新製品の紹介 [誇大宣伝の口腔洗浄器__くらしの相談：1975年7月17日、電動歯みがき さて効用は？ 年寄りや妊婦に便利 でも過大な期待は禁物__みんなの健康：1977年11月13日、入れ歯洗浄剤に酵素__情報ファイル、1985年8月17日など] からも、この4期に、生活者のオーラルヘルスへの関心は、ますます深まってきていることが窺える。

3.4.4 歯科医師とその関連組織

3期までは地区歯科医師会の動向を伝える記事が多かったが、4期は日本歯科医師会関連の記事が増加している。国民皆保険達成により、全国組織である日本歯科医師会が保険診療に関する政府側との交渉窓口としての役割を持つことになり、注目が集まったためである。日本歯科医師会は、一斉休診 [歯科医も実力行使へ：1961年1月11日など]、差額徴収問題 [27日に代議員大会 差額問題で歯科医師会__歯科医差額問題 (中医協)：1976年4月8日など] をはじめ、診療報酬の決定や改正の重要な局面で決定を行っている。当然、日本歯科医師会の動向や人事についても注目され、多数報道されている [すんなり進まぬ“手術” 大ゆれ歯科医師会 どの議決が本もの？：1975年3月15日、歯科医師会長選/医事：1976

年3月10日, “愛される歯科医” 提唱 代議員会で日歯新会長 差額診療問題さておいて: 1977年3月11日など〕。政治献金に関する記事も掲載されている〔歯科医師会から厚相への献金追及 参院予算委: 1975年3月20日, 歯科医師政治連盟 集めた資金倍増 総裁派閥に手厚く支出__政治献金: 1985年9月3日〕。

4期には、大学歯学部へも注目が集まっている。歯科医師不足解消のため歯学部の新設、定員増が行われた〔入試がまだ始らない 予算法改正が遅れて 北大・九大の新設歯学部: 1967年5月19日, 鶴見女子大 “後継ぎ” 欲しくて 徳島文理大 活気が出てきました: 1972年9月27日など〕が、不正入試や高額な入学金に関する報道が相次いだ〔私立歯科大 ヤミ入学金うなぎ登り 平均で1200万円以上: 1975年3月28日, 私大の医、歯学部 「裏口入学金」天井知らず 51年度文部省調べ: 1977年2月18日, 私大入学 80万円時代に5万円6.7%値上げ 一千万円、14大学の医歯系で突破__大学: 1982年1月24日など〕。私立医師系の入学金に関する報道は、〔医師過剰や総医療費抑制といった声が高まるにつれ受験生の医師系離れが進み〕と述べた記事〔進む私立医・歯大離れ 志願者、4年で4割減__教育のひろば: 1983年6月7日〕が掲載されるまで、毎年掲載されていた。これ以降、国公立大学でも医歯系離れは進んでいる〔理工・農水産系に人気 医歯・教員はダウン 共通1次志望状況: 1983年12月10日, 教員・医歯系は急減 農水産系だけ倍率上昇__国公立大共通一次志望状況: 1985年1月19日〕。バブル景気の直前期であり、若者の進路決定が、社会状況へ敏感に反応して行われていることは興味深い。

日本歯科医師会や歯科大学に関する厳しい世論が多い中、地域歯科医師会や歯科医師個人の活動を紹介する記事〔山梨県歯科医師会 救急医実現に協力 県が医療センター案: 1975年3月11日, 歯の冊子作製 東京歯科医師会__かぶせる: 1982年8月15日, きちんと安く歯を治します 歯科医が機構作り__医療: 1982年11月29日, 三代の子の歯診療 田中ちやうさん__春の叙勲: 1985年4月29日など〕では、地道な活動が評価されている。

3.5 5期：歯科医師過剰期（1986年～2007年）

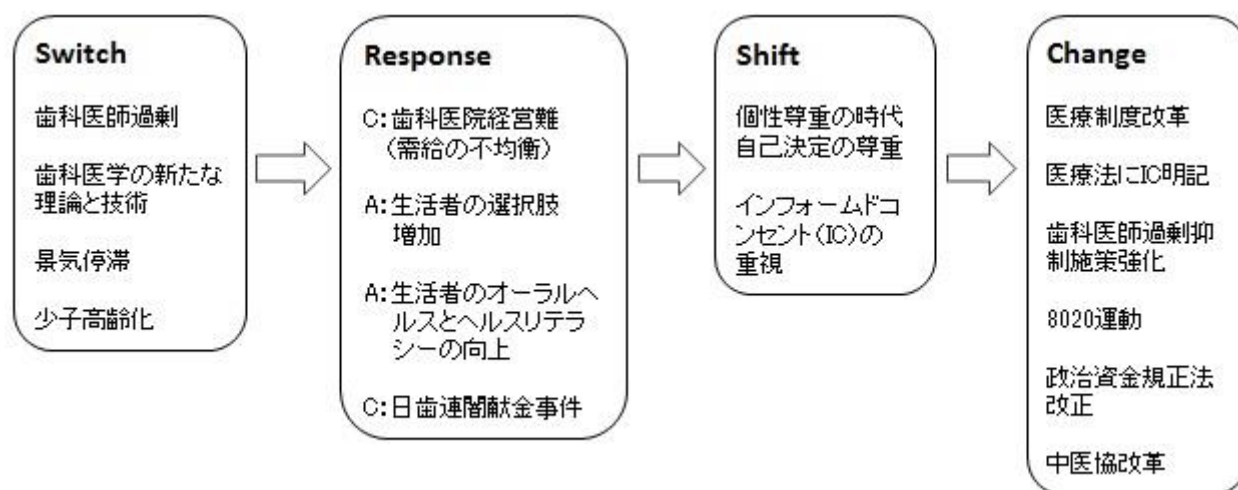


図 2-6 5期歯科医療変遷プロセスモデル

5期の変遷プロセスモデルは、上記の通りである。歯科医師過剰となり、生活者にとっての歯科受療環境が格段に向上した時期である。1986年から2007までの記事を分析した。歯科医療に関連する記事は計1280件、全記事総数3,739,810件のうち約0.03%である。記事内容分類を表3-6に示す。4期までの縮刷版データベースと異なり、1985年発行分からは全ての掲載記事がテキスト形式で収録され、全文検索方式となった。このため、本章2節で記述した通り、その他の記事の内容分類が異なっている。

表 3-6 5期記事内容分類

記事種類	記事内容	記事数	%
投書		109	8.5
論説		38	3.0
その他の記事	歯科医師と関連組織	386	30.2
	歯科医療とオーラルヘルス	373	29.1
	事件事故	348	27.2
	制度	26	2.0
計		1280	

3.5.1 投書

5期の投書件数108件であり、そのうち歯科医療従事者の投書が32件と増加していることが特徴的である。1998年から、メールによる投稿が可能になったことも増加の一因であ

ろう〔次回からワイド紙面 「こどもワールド」など新企画〈社告〉【大阪】：1998年8月24日〕。歯科医師の投書内容は、5期前半はセルフケアに関するアドバイスが多い。効果的なセルフケアを提案するもの〔歯を削ってはいませんか？（テーマ談話室 食べる）：1990年7月25日、歯みがき剤の使用は疑問だ（声）：1992年01月06日、虫歯予防にフロスを提案します（声）：1994年06月19日、夫婦で歯磨き合おう（ひととき）：1998年11月02日〕、〔子供さんの歯を磨いてあげて下さい。〕〔歯は治らない、予防第一です（声）：1993年06月08日〕等の保護者への訴えをはじめ、子ども達への歯磨き教育の必要性を訴えるもの〔歯磨き教育に親が磨きっこ（声）：1995年6月7日、食後の歯磨き学校では困難（声）：1995年11月11日〕、歯磨剤など〔真っ白い歯を売り物にする歯科用品〕の危険性を説くもの（歯科用品にも商品テストを（声）：1996年07月02日）等、歯磨きに関する投書が半分以上を占める。新たなオーラルセルフケアとして、スポーツ時のマウスピース装着が1990年前後から話題になり始めている。マウスピースは精密な口腔内装置であることを解説し、装着時は〔信頼できる歯科医を訪ねて〕と呼びかける投書〔口腔内器具の使用は慎重に（声）：1989年06月26日〕もみられた。

歯科医師らが、検診の重要性を説く投書〔老人の検診に歯科も入れて（声）：1993年4月23日、障害児にも歯科検診 提案します（声）：1994年6月12日、歯を守るため家庭医が必要（声）：1996年10月02日〕もみられる。このうち、老人健診の投書に対しては、生活者からは賛成の声〔老人の歯検診、義務化に賛成（声）：1993年04月27日〕、歯科衛生士からは喫緊の課題は〔満足のいく入れ歯をいかにして実現するか〕であるので検診する余裕はないと反対の声〔老人歯科検診は現場の負担に（声）：1993年5月5日〕が寄せられている。当時、高齢者歯科医療に関しては、医療職間でも共有認識はなかったことがわかる。

1986年から1993年にかけて、3.4.2で述べた宝塚斑状歯訴訟の判決が話題となった。一審は原告住民側の勝訴、二審以降は住民側の敗訴であった。この事件に関して、〔斑状歯が発生する危険性を周知させる義務〕が市側にあったとの歯学部教授が意見〔「斑状歯」訴訟は行政にも責任（声）：1991年12月5日〕を寄せている。

2000年代初めには、歯科医師が関係する事件が複数起きており、これに反応した投書が目立つ。国家試験漏えい事件は〔背景には歯科医師過剰〕があるとするもの〔事件の背景に歯科医の過剰（声）：2001年1月26日〕、歯科医の救急研修問題への意見〔歯科医の救命、道を閉ざすな（声）：2002年1月26日〕、歯科医師政治連盟献金事件が歯科医師不信につながることを危惧する声〔歯科医の信頼回復の好機に（声）：2004年4月20日、もっと真摯な日歯だったら（声）：2004年4月30日など〕である。歯科医師救急研修に関しては、〔厚生省（現厚生労働省）はガイドライン一つ示すことなく、黙認、放置〕してきた事件の背景を述べ、〔ガイドラインの早急な作成〕を望むという医師からの投書〔歯科医の救命、

国はなぜ放置（声）：2002年3月1日] もみられた。

その他の投書にも、社会の動きが敏感に反映されている。不景気による歯科医療難民の存在を憂い、義歯を持たない人びとの存在を『社会的疾患』であると述べたもの〔入れ歯なしに奪われた尊厳（声） 【大阪】：2002年8月25日〕、『長い人生において「食べる事」「しゃべる事」は、楽しみであると同時に自分の健康を守る大事な仕事』であるとQOLにおけるオーラルヘルスの重要性を述べたもの〔幼いころから歯への関心を（声）：2002年4月2日〕、児童虐待防止での歯科医師の役割を説くもの〔虐待児の発見、歯科医も役割（声）：2003年6月4日〕などである。バブル経済崩壊後の経済停滞の長期化による世論の中での問題意識の変化が窺える。以上のように、4期までとは異なり、開業歯科医師が一般投書によって、生活者に直接働きかけている。歯科医師過剰により激務は解消し、開業歯科医師に時間の余裕が生まれたことも投書増加の原因の一つであると考えられる。マウスピース、高齢者のオーラルヘルス、虐待防止に関する歯科医師からの指摘は、いずれも社会問題化するしばらく前に掲載されている。専門家の指摘と社会問題化の僅かな“時差”に注目する。

生活者からの投書には、歯科診療に関すること、オーラルセルフケアに関すること、生活の中での歯にまつわるエピソード等が述べられている。歯科医師からの投書でみられた、前半と後半での内容の変化は、目立たない。診療に関する不満や要望は4期に比べると減少しており、訴え方も穏やかになっている印象を受ける〔歯列矯正にも保険適用、ぜひ（声）：1991年6月10日、日曜開業の歯科医もっとふえないか 提案します（声）：1993年5月16日、健保の適用を義歯にも広く（声）：1993年9月2日、奥歯に詰めた合金、気がかり 万全を期して（声） 【大阪】：2003年10月30日など〕。一方で、歯科医師への厳しい意見も少数ではあるが存在した。『自分が保険で作ってみて、その粗製乱造ぶりがよく分かった。』『診療単価を引き上げ、良質のものを作れば、結局医療費抑制にもなると思う。』と述べるもの、治療費の医院間の差に驚き、『保険診療と自由診療についても、もっと情報を公開してほしい。』とするもの〔（声）虫歯の治療費、医院で大差が：2006年10月8日〕などがあった。

診療に関する投書から、歯科医療の対象の広がりが見えてくる。成人矯正に関する投書〔美容とされた成人後の歯列矯正（声）：1991年6月21日、（ひととき）歯並びの矯正：2005年10月19日など〕も複数あり、子どもの矯正が普及し成人へと広がる動きが確認できる。高齢者からの投書〔老人の歯検診、義務化に賛成（声）：1993年4月27日、入れ歯のない生活をする（声） 【大阪】：2005年3月31日など〕の増加から、高齢者歯科医療の重要性が増していることがわかる。インプラント治療後、『毎日食事をおいしく食べることが出来て、うれしい。』という70歳男性からの投書もみられた〔（声）歯の治療受け、食事おいしく：2007年11月17日〕。

8020 運動に触れた投書〔心細くなった、80 歳で歯 20 本（声）：2000 年 4 月 4 日、「8020」へ歯茎を鍛える（声） 【大阪】：2001 年 05 月 25 日、（ひととき）「入れ歯」記念日 【大阪】：2005 年 10 月 19 日、（声）夫婦そろって 20 本の歯目標 【大阪】：2006 年 6 月 4 日〕からは、1989 年に開始した 8020 推進事業が順調に実施され、2000 年の 8020 推進財団設立前に 8020 運動の理念が普及し定着していったことを示している。これらの投書からは、健康管理に積極的に取り組む高齢者像が見て取れる。

歯科医師-患者関係に関する投書も多い。5 期で最も反響の大きかった投書が、健診医に『歯磨きはしつけの問題』と言われ、『夜、寝る前の授乳がやめられないこともとがめられ』、泣いてしまったという母親からの投書である〔読者のプラザ / 神奈川 深く傷ついた歯科医の一言：2002 年 3 月 19 日〕。『2 日間で 30 通を超える反響の投書』があったため、3 日後にそれらを紹介している〔「傷ついた歯科医の一言」に反響 30 通（読者のプラザ）/ 神奈川：2002 年 3 月 21 日〕。記事では『主婦を励ます内容が多く、虫歯にならないための具体的な助言もあった。』と述べられ、同様の経験をした母親や歯科医師や歯科衛生士のアドバイスが掲載されている。母親たちは、『そのように言われたら落ち込む』、『母親はいつも不安でいっぱい』などと述べており、時代が変わっても、子どもの健康管理に対するプレッシャーが母親たちを苦しめていることがわかる。

日本でインフォームド・コンセントが話題になり始めたのは 1990 年代初頭であるが、生活者がこれを語るのは 1992 年からである。米国での受診経験から、日本でのインフォームド・コンセントの充実を望むもの〔米国の歯科医は納得いく説明（声）：1992 年 5 月 28 日〕、『これこそインフォームド・コンセントの歯医者さんだ』と主治医に感謝するもの〔すてきな歯医者さん（ひととき） 【大阪】：1998 年 09 月 08 日〕にそれぞれ、『説明と納得』、『インフォームド・コンセント』という用語が出現している。後者では、併せて『クオリティ・オブ・ライフ（生命・生活の質）』も使用されており、医療に関する新しい概念が生活者に普及しつつあることがわかる。

歯科医師に対する厳しい声もあるが、前述の『すてきな歯医者さん（ひととき）』の他にも、信頼できる主治医を持っていると述べた投書も複数ある。泣く我が子を忍耐強く治療する姿勢に『同じケアに携わる者として、歯科医院の方々の姿勢には学ぶところ大』と述べたもの〔子の虫歯で学んだ「医」（ひととき）：1989 年 01 月 06 日、入歯治療完了の喜びを『かみ合わせを確かめながら、歯医者さんと二人三脚で修正していくことが大切』と述べたもの〔ついにやった、入れ歯が友に（声）：1999 年 11 月 08 日〕などである。とはいえ、生活者にとって、納得できる主治医探しは容易ではなく、何度も転院を繰り返した後『自分に合う歯（歯科医師）にやっと巡り合った』と述べるもの、主治医との出会いを『私は幸運だと

思った。』と述べるもの〔(声) 顔見える診療を貫く歯科医師：2006年10月27日〕などがある。

最後に、その他の投書を紹介する。4期までと同じくオーラルセルフケアへの関心は高く歯磨きに関する投書は多い〔甘すぎはしないか、子供用の歯みがき(声)：1988年6月11日、歯磨き好きの次男(ひととき)：2003年1月26日、(ひととき)最後の乳歯まで虫歯ゼロ：2006年5月26日など〕。1988年には、歯ブラシに関する投書のまとめ記事が掲載されている〔歯ブラシ 大きさ硬さは多種多様(使ってみると)：1988年6月17日〕。生活者の投書と歯ブラシ製造業界、歯科医師への取材をもとに、歯ブラシの選び方や使い方を検討している。他に、親世代からオーラルヘルスの重要性を学んだという投書〔義母の教えで自分の歯を守る(声)：1997年5月30日、恐怖心バネに歯磨き励んで 父に似て…(声)：2002年06月03日〕、〔近所や親類のお年寄りに、長命を祝い、健康を念じて年初に届けるもち〕の風習の思い出〔歯固めもちの風習が消えた(声)：1990年1月11日〕を述べた投書や、乳歯が抜けた子供へ昔ながらの言い伝えを教えた投書〔歯が抜けた(ひととき) 【大阪】：1990年1月11日など〕もあり、時代は変わっても、生活者にとって歯は身近な存在であり続けていることがわかる。

3.5.2 論説

見出しに「歯」「口腔」「歯科医師」を含む論説は、5期では39件である。これに、「口腔」の意味で「口」が使われているもの1件と、見出しに歯科医療関係の文言はないが歯科医療に深く関係する「医療費」「診療報酬」を見出しに含むもの21件を参考資料として、ここで検討する。歯科医療従事者の投稿や寄稿では、投書欄への投稿は個人開業医によるものが多かったが、論説欄への投稿および寄稿は、歯科大学教員や歯科関連組織の役員によるものが多かった。

これまで見てきたように、編集部や専門家により執筆される論説は、社会的な動きに敏感に反応するものが多い。論説の分析を行う前に、歯科医療に関する事件事故と制度に関する記事を概観しておく。歯科医療が関係する事件事故報道は、医療過誤、診療および研修資格に関するもの、国家試験漏えい事件、汚職・献金事件、などである。それぞれの論説に直接関連する報道に関しては、各論説と併せて以下で紹介する。これら以外に歯科医療に関連のない個人の犯罪も報道されている〔歯科医仲間で大麻を密売 神奈川で6人逮捕：1988/7/30、渋谷の歯科医、処方箋偽造しリタリン不正入手：2007年12月13日〕。論説で論じられることはなかったが、個人的な事件とはいえ、歯科医師不信へとつながる意味で、その影響は少なくない。制度に関する記事は、制度の新設や改制が頻繁に行われた4期に比べると激減している。歯科医療費に関する記事、歯科医師救急研修に関する記事、歯科医学教育に関する

る記事、歯科医師国家試験に関する記事、などがみられる。事件報道と同じく、関連する論説と併せて以下で紹介する。

5期には、4期末から始動した医療費抑制策と歯科医師過剰対策が進められた。バブル崩壊後の長引く不景気の影響によって、高齢者問題、健康格差等が表面化した時期でもある。これらの問題について、編集部、歯科医師らが、歯科医療をめぐる様々な意見を述べている。

「歯」「口腔」「歯科医師」を見出しに含む、編集部による論説が登場するのは、5期半ばの1997年〔学閥と金まみれの日本歯科医師会長選 佐々木明（コラム・私の見方）：1997年3月20日〕が初である。1986年～1997年までの11年間は、歯科医療に関する編集部による論説は掲載されていない。念のため、5期の医療費に関する社説21件を見ると、歯科医療も含めて語られたものはわずか1件である。国民医療費増大が社会問題となる中、『医療費のありかたも根本から再検討すべき』、『医療のかなめである看護婦などスタッフが受けている。』と述べ、『歯科でも深刻な問題が起きている。』〔日本の医療の貧しさは、「人」を粗末にしているところにある。』と医療従事者不足への問題提起〔「生活大国」の医療費とは（社説）：1992年4月21日〕を論じている。

社説や解説が掲載されていない11年間の論説5件〔寝たきり老人に歯科病院を 長田新一（論壇）：1986/9/30、歯科の成人検診、制度化急げ 佐々木脩浩（論壇）：1988/3/23、HIV感染者の歯科治療 島和雄（宮城論壇） /宮城：1996年10月7日、歯科の成人検診、制度化急げ 佐々木脩浩（論壇）：1988年3月23日など〕は、全て投稿論説である。このように、編集部による論説には、約10年のブランクが存在している。歯科医師の投稿論説や前節で紹介した投書には、このブランクは見られない。このことから、個人の生活の中でのオーラルヘルスへの関心は続く一方で、歯科医療への社会的関心が失われていた時期があると判断できる。歯科医療への社会的関心という観点からは、“歯科医療の失われた10年”とも言えよう。日本経済におけるそれよりも、数年先んじていたことになる。5期、すなわち歯科医師過剰期は、歯科医療システムに対する社会的関心の衰退期でもあった。

編集部による論説は、前述の日本歯科医師会会長選挙の解説記事以降、疑惑に関する社説や解説が続く。2000年11月に発覚した国家試験問題漏洩事件に関するもの〔歯科医免許って何？ 問題漏えい（社説）：2001年1月26日など〕、歯科医師救急研修が医師法違反に問われた事件に関するもの〔現実踏まえたルールを 歯科医研修（社説）：2002年2月18日など〕、日本歯科医師連盟の政治献金問題に関するもの〔政治連盟と一線を画せ 歯科医師会（社説）：2002年4月11日、中医協「大手術」ほど遠く 日歯汚職きっかけ、改革論議大詰め：2005年7月19日など〕、不起訴となった医療過誤事件に関するもの〔両親、歯科医を提訴 7800万円の賠償請求 深谷、麻酔で女兒死亡 /埼玉県：2006年5月19日〕が、それぞれの事件報道の後に掲載されている。これら社説の内容を見ていくと、5期の社

会における歯科医療の扱われ方は、前半の、社会が歯科医療に興味を失った“歯科医療の失われた10年”と、後半の事件報道が中心となる“歯科関連事件報道の10年”に二分されることわかる。

こんな中、後期に掲載された歯科医療の実態に触れる社説と解説3件は、数少ないながらも重要な指摘を含んでいる。日本の歯科医療政策は、予防とメンテナンス重視の欧米各国に『20年の遅れ』をとると述べる社説〔歯の健康に総合戦略を（社説）：1998年3月18日〕は、『長命社会では、としをとっても自分の歯でものを食べられるかどうかで、人生の味わいが大きく左右される』と、オーラルヘルスが高齢期のQOLへ多大な影響を与えることが社説として述べられている点で、画期的なものである。療養者のオーラルケアに関する社説では、入院患者のオーラルケアについて『病院は無歯科医村なんです』と嘆く歯科医師の言葉を紹介し、『最近の研究で、歯の治療をすると生活の自立度が上がるという結果も出た。』と歯科医学的介入の重要性を述べている〔重病でも口をきれいに ちょっと元気に（社説）：2004年1月13日〕。この後、療養者に対する歯科医学的介入は「口腔ケア」という名称で急速に普及していく。現在最先端の科学技術として注目を集めている再生医療の前段階としての、歯の再生研究を紹介する解説〔細胞から歯を再生 中に血管・神経も 東京理科大グループがマウスで成功：2007年2月19日〕もみられた。

歯科医師過剰と社会的関心の衰退という苦しい状況にありながらも、歯科医師からは、前節の投書だけでなく、投稿や寄稿によっても時代を先取りする意見発表が成されている。高齢者歯科医療の充実を望むもの〔介護保険に歯科口腔介護も含めよ 新井俊二（論壇）：1996年4月1日、8020運動 歯を残してぼけ防止を 渡邊誠（私の視点）：2004年12月3日など〕、有病者や障がい者の歯科治療の改善を求めるもの〔HIV感染者の歯科治療 島和雄（宮城論壇）／宮城：1996年10月7日、歯科の入院治療を公式に認めよ 工藤憲生（論壇）：1998年12月22日〕、歯科材料や薬品に関して論じたもの〔歯科用材料は狂牛病と無縁か 小宮山彌太郎（論壇）：2002年8月31日、虫歯治療 田上順次（私の視点 ウィークエンド）：2002年8月31日、（私の視点）歯科医療 薬投与への保険適用拡大を 王宝禮：2005年11月29日〕、歯科治療に関するもの〔虫歯治療 田上順次（私の視点 ウィークエンド）：2002年8月31日、（私の視点）歯科診療 メンテナンスを受けやすく 小南泰雄：2006年6月22日、（私の視点ウィークエンド）矯正歯科 子どもに健全な永久歯列を 岡田弥生：2006年7月22日、（私の視点ウィークエンド）〕、義歯製作に際して技工士と患者との面談を提案するもの〔歯科医療 まず技工士と対面しては 岩澤毅：2006年9月30日〕など内容は様々であった。

日歯連献金事件に触れた論説〔歯科医師会 改革へ市民の信頼回復を 村田眞（私の視点）：2004年7月10日〕では、歯科医師の現状が『歯科医院が乱立する状況の中で我々の

多くは、生き延びるための努力に疲れている』と述べられ、『歯科医の生活と診療環境を守りつつ、それと患者の利益をきちんと両立させていくための抜本的な改革』が必要であると結ばれている。以上の分析から、この5期は、歯科医療への社会的関心衰退のなかで、“歯科医療の失われた10年”と“歯科関連事件報道の10年”に二分されること、歯科医療関係者による世論に対する積極的な働きかけが成されていることが明らかになった。

3.5.3 歯科医療とオーラルヘルス

5期の歯科医療とオーラルヘルスに関する記事は、373件である。テーマを明確にし、丹念に取材を行った特集記事が多いことが5期の特徴である。本節では本紙連載記事を中心に紹介する。1994年前半までは、歯科医療に関する連載は、本紙には見られない。地域面を含めても、宮城版『みやぎ健康カルテ』に5回の連載〔歯：1 虫歯の実態 小児期に潜む原因（みやぎ健康カルテ）／宮城：1994年5月18日など〕がみられるのみである。歯科医療とオーラルヘルスに関する全記事数においても、1994年上半期まで96件、1994年下半期～2007年まで333件と、期間の違いを考慮に入れても、1994年上半期までは記事数が少ない。前節の検証結果と同じく、歯科医療への社会的関心のブランクが認められる。

5期の本紙掲載連載初となる記事は、『関心の高い病気を説明する「あすへのカルテ」〕〔4月から紙面刷新 「主張・解説」のページ設けワイド展開〈社告〉：1993年3月25日〕として掲載された。歯周病に関する5回の連載記事である。がん、生活習慣病、感染症、加齢に伴う疾患など、30種の疾患が取り上げられ、一つの疾患について数回の解説が加えられている。この中に、5回にわたって歯周病が掲載された。歯周病が、歯科口腔疾患の中でただ一つ、『関心の高い病気』として取り上げられているわけである〔混合感染 多種の細菌が骨溶かす 歯周病：1（あすへのカルテ）：1994年7月3日，原因療法 安易な抜歯・手術は禁物 歯周病：2（あすへのカルテ）：1994年7月10日，ブラッシング 指導受けて自分で工夫 歯周病：3（あすへのカルテ）：1994年7月17日，補助手段 改良進む手術で再生へ 歯周病：4（あすへのカルテ）：1994年7月24日，早期発見 歯周病：5（あすへのカルテ）：1994年7月31日〕。注目すべきは、歯周病は、4期までは、『歯槽膿漏』、『歯周病（歯槽のう漏）』などと表現されていたが、この連載では見出し上に（ ）なしで出現していることである。歯科医学用語であった歯周病が、生活者へ普及したと考えられる。4期末の1980年代から、歯周病に関する専門的な情報が生活者へ提供されるようになったことは、3.4.3で述べた。この5期になると、“膿がたまりいつの間にか歯が抜ける原因不明の疾患”と生活者に恐れられていた歯周病は、原因のはっきりした、治せる疾患であると生活者の間でも認識され出した。これによって、生活者の関心が高まったと推察できる。2004

年に診療科としての標榜が可能になったこと〔乳腺と歯周病医は「専門」と広告OK 厚生労働省が追加：2004年10月7日〕で、歯周病は、生活者にとってより身近なものになった。

歯周病連載1回めでは、〔国内の歯ブラシの売り上げは、毎年5%ほど伸びている〕が、歯周病は増加しており、〔三十五歳以上の日本人で、歯周病のない健康な歯茎を持つ人は1%にも満たない〕と述べられ、歯周病の原因を解説している。第2回めでは、〔治療の第一歩は、何よりもプラークを取り除くこと〕、〔ブラッシングが基本〕と述べている。4期ではプラーク（歯垢）と記述されていた“プラーク”という言葉も、歯周病と同じく、（ ）なしで使用されている。二つの言葉の用いられ方は、生活者のオーラルヘルスリテラシーの向上の傍証となる。3回めでは、治療への取り組みとして、〔まず専門家の個別指導を受けること。そして、要領が分かったら自分で努力する。〕という歯科医師のアドバイスが紹介され、4回目では、補助手段として、歯周外科手術が紹介されているが、〔結局は「歯磨きに始まり歯磨きに終わる」という治療の基本を守るしかない〕と結ばれている。最終回では、〔定期的に検診を受けるのが確実な予防法〕と結論付け、〔歯周病の治療に熱心な歯科医の選び方〕として、〔患者の話を詳しく聞きとろう〕とする姿勢、〔病状や回復ぶりを説明してくれる〕、〔手間のかかるブラッシング指導に積極的〕などをあげている。歯周病の原因、治療から、歯科医師-患者関係までを網羅する画期的な記事である。

続く歯科医療に関する連載記事は、1993年11月から1997年09月の長期にわたって連載された〔現代養生訓〕〔気軽に頼める家庭医を持つと時に命拾いする（現代養生訓）：1993年11月05日、取材余話：3 「死んで何をのこすか」考えよう（現代養生訓）：1997年09月01日など〕である。当時の医療環境を〔貝原益軒の「養生訓」時代に比べて、医学はずっと進歩し、医療システムも大幅に整った〕とし、〔それに伴って、市民に必要な知識もたいへん増えた。そのエキスと思えるものを、順次お伝えしていこう。〕との意図で、検査、がん予防、かび、歯の寿命、血管を若く、パソコン症、腰痛、交通事故、山歩き、低血圧骨粗鬆症、ぼけ防止、取材余話のサブタイトルに分け解説したものである。

歯科医療に関する連載は、〔歯の寿命〕と題し、1994年08月から1994年11月19日まで13回に分け掲載された。第1回は、高齢期におけるオーラルヘルスの重要性〔歯の寿命：1 寝たきり老人が歯を治し、歩いた例も（現代養生訓）：1994年8月20日〕、2、3回は、虫歯予防に関して、エナメル質再石灰化理論の紹介〔歯の寿命：2 間食回数を減らすのが虫歯予防のコツ（現代養生訓）：1994年8月27日〕と、代用糖などによるシュガーコントロール〔歯の寿命：3 何を食べるかより「いかに食べるか」（現代養生訓）：1994年9月3日〕が解説されている。4回、5回では、オーラルヘルスへ取り組む心構えとして、〔自分の行動は歯によいことかと、うっすらでいいから気にかける〕こと〔歯の寿命：4 「ちょっとした関心」のクセをつけよう（現代養生訓）：1994年9月10日〕、すなわち口腔リス

ク認知の重要性が語られた後、『虫歯予防は家庭での努力から、歯科医院との共闘に進む』もので、かかりつけ歯科医師から『いろいろ教えてもらうのが何よりも重要』と述べている〔歯の寿命：5 予防に熱心な歯科医院と共闘しよう（現代養生訓）：1994年9月17日〕。

6回目は、虫歯予防へのフッ素応用について、推進派、反対派の意見を紹介した〔歯の寿命：6 フッ素には反対論もあることを念頭に（現代養生訓）：1994年10月1日〕。

7、8、9回は歯周病に関する記事で、よく噛むことが歯周病予防につながる事〔歯の寿命：7 歯周病予防には「噛む食生活」が基本（現代養生訓）：1994年10月8日〕、丹念な歯磨きが最も重要であるが抗菌剤の使用が有効な場合があること〔歯の寿命：8 歯周病の予防に、長めの歯磨きが効果（現代養生訓）：1994年10月15日〕、歯の寿命には性差があり女性はより細かな配慮が必要であること〔歯の寿命：9 不利な条件知り、女性は早めに予防（現代養生訓）：1994年10月22日〕が述べられている。10、11回目では、審美性にこだわりすぎることの危険性〔歯の寿命：10 「高価な白い歯」、弊害も（現代養生訓）：1994年10月29日〕と、自己流ブラッシングの弊害〔歯の寿命：11 磨く時は「根元の虫歯」にご用心（現代養生訓）：1994年11月5日〕が記されている。

連載最後の2回は、まとめとして、口コミによる歯科医選びのコツ〔歯の寿命：12 磨き方指導・検査に熱心な医院を選ぶ（現代養生訓）：1994年11月12日〕と、セルフチェックの重要性〔歯の寿命：13 「80歳20本」歯ぐき眺める習慣を（現代養生訓）：1994年11月19日〕が語られた。名医の見つけ方として述べられている『歯を長もちさせたい希望をはっきり伝える。指導に従って怠けずに励む。回復したら心からお礼を伝える。歯科医師が奮い立つようなこんな言動が、現在では意外に大切だ。』という言葉は、リスクコミュニケーションにおけるミューチュアルエンパワメントを連想させる。最終回での『どんな治療を選ぶかを含めた「養生」で、老後の歯数が決まる。』との記述は、治療法選択を含めて『養生』と述べている点で、インフォームド・コンセントが普及しつつある、1990年代前半という時代背景を考え合わせると、興味深い。

1994年4月から1995年9月まで、1年半76回連載された『医療の周辺』では、『医療現場やその周辺』の『意外な話や矛盾』を取り上げ、関係者に取材し解説している〔別居の妻の保険証（医療の周辺：1）：1994年4月3日など〕。歯科では、保険診療での義歯作成についての記事が掲載されている〔入れ歯と保険（医療の周辺：60）：1995年6月4日〕。『高齢化社会で最も重要な歯科が、保険ではあまりにも冷遇されている』との歯科医師の話を紹介し、『保険の総入れ歯代は診察や検査も含め六万円程度。きちんとやれば大赤字になる。』、新しい義歯は『半年ごとに作れる』が『安物買いの銭失い』になりかねないと矛盾点を指摘している。歯科治療費に関して、低すぎるという指摘が歯科医療従事者以外から語られた数少ない記事である。

介護保険制度開始の翌年、2001年4月から同年末まで連載の『QOLのカルテ』〔高血圧手帳 萬代隆 (QOLのカルテ:1) /大阪:2001年4月4日など〕は、『関係者らに医療現場の話題や課題を伝えてもらう』とされており〔第2大阪版が変わります<社告> /大阪:2001年4月3日〕、全25回の連載中、歯科医療関係では訪問診療が取り上げられている。1回のみ掲載であるが、高齢者歯科医療の重要課題である、訪問診療と口腔ケアに関して解説されている〔訪問口腔ケア 吉田春陽 (QOLのカルテ:4) /大阪:2001年4月25日〕。自宅療養者の在宅診療は、「往診」という言葉で、4期末に紙面に登場して以来、5期においても様々な表現で記事として取り上げられ話題になっている。“QOL”、“訪問口腔ケア”という歯科用語が見出しに初出しており、口腔ケアによる誤嚥性肺炎抑制効果や、閉じこもりがちだった在宅療養高齢者が意欲的になったケースが紹介されている。訪問診療に関しては、後半で詳しく述べる。『家族や知人と同じテーブルを囲んで、楽しく語らいながら食事がとれるというごく普通の生活の実現』を目指すという歯科医師の談話からは、歯科医療における生活視点の導入が進みつつあることがわかる。

『日本には、根拠のはっきりしない医療行為や慣習が少なくない。医療現場の不思議を訪ね歩いてみる。』として、1999年10月03日から2000年12月17日まで、62回連載された『ふしぎの国の医療』には、歯科医療に関する不思議として、欧米へ遅れをとっている二点、虫歯予防へのフッ素応用の遅れと予防歯科の遅れが取り上げられている。まず、『日本の子どもの虫歯予防策は「歯磨き」「甘味制限」』であるのに対し、『欧米では三十年も前から主役はフッ素』であること〔フッ素 欧米では虫歯予防の主役(ふしぎの国の医療:31):2000年5月14日〕を述べている。次の回で『歯を削ることしか念頭になかった日本の歯科は世界から二十年遅れています』という歯科医師の言葉と、『優れた接着性レジンがもっと普及するよう、国は保険点数を考慮してほしい』という現場の声を紹介している〔虫歯治療削らず、予防に重点(ふしぎの国の医療:32):2000年5月21日〕。

『歯ぐきの健康』は2004年6月、7月に、掲載された短期連載記事である。歯周病が局所と全身へ及ぼす影響と治療法の解説を行っている。歯周病が局所の血流を妨げ、骨を壊れやすくすること〔口と全身 歯周病は体の黄信号(歯ぐきの健康:1):2004年6月21日〕、歯周病と糖尿病、肥満、心臓病との関わりや、歯周病菌が他臓器へ移行することの危険性〔予防と初期治療 菌の除去が基本、継続を(歯ぐきの健康:2):2004年6月28日〕、重度歯周病の治療法の解説〔重い歯周病 歯肉や骨を人工再生(歯ぐきの健康:3):2004年7月5日〕が述べられている。最終回では、『米国のように予防、初期治療にもっと力を入れるべき』と結論付けている。

2006年には歯ブラシに関する連載が登場している。『生活用品を作る魅力的な人と技に迫る新コラム』〔紙面の装い、新たに 朝日新聞生活面、あしたから「ものモノ探検隊」:

2005年3月31日]である〔ものモノ探検隊〕は、2005年4月から2006年3月まで、連載された。衣料品、文房具、雑貨、家具、家電、など13の生活用品が取り上げられている〔(ものモノ探検隊)靴下:1 繊細・カラフルなデザイン:2005年4月3日, (ものモノ探検隊)スタンプ印:3 デジタルでも「押した感」大切:2006年3月26日など〕。歯ブラシについては、3回にわたって掲載されている〔(ものモノ探検隊)歯ブラシ:1 ヘッドに軽薄短小化の技:2006年2月19日, (ものモノ探検隊)歯ブラシ:2 生産性向上へトヨタが助言:2006年2月26日, *毛の固さ:やわらかめニーズ↑:2006年2月28日〕。江戸時代までの房楊枝、明治の馬毛、戦後のナイロンという歯ブラシ毛の変遷やヘッドの大きさの変化、年間4億本消費され3年程度でモデルチェンジすること、歯ブラシの硬さは近年“やわらかめ”の需要が急増していること、などが紹介された。

2007年4月から連載開始の〔あなたの安心〕は、〔暮らしに潜む不安を解消する方法を探る〕趣旨で身近な生活リスクを取り上げている〔(あなたの安心)家電の落とし穴:1 リモコン“暴走”ヒヤリ:2007年4月2日など〕。2011年3月まで、家事、育児、仕事、余暇など生活の様々な場面での不安対策を取り上げている。同年11月から〔お口のケア〕シリーズが6回掲載されている。歯周病は全身の健康に影響をおよぼすこと〔(あなたの安心)お口のケア:1 歯の土台ボロボロ、心臓病や糖尿病のリスク高まる:2007年11月19日〕、歯ぐきからの出血は歯周病のサインであること〔(あなたの安心)お口のケア:2 歯ぐきの出血、要注意:2007年11月20日〕、正しい歯磨き法は感染症予防にも役立つこと〔(あなたの安心)お口のケア:3 磨き癖注意して感染症予防:2007年11月21日〕などが述べられている。生活科学、歯科医学、リスク学など多様な観点から歯科口腔疾患を論じる興味深い記事である。

このように、5期では、テーマを絞って、生活者や専門家に丹念に取材を行った連載記事が多出している。これらは、生活者のオーラルヘルスリテラシーの向上に、おおいに貢献したと考える。連載以外の一般記事からも、歯科医療に関する生活者の関心の推移が見て取れる。以下で一部を紹介する。

5期前半に、在宅高齢者の訪問診療に関する記事が特に集中している〔歯科も往診します 寝たきり老人を救済 横浜市で10月から:1988年9月16日など〕。4期に続き、当初は、市中の開業医が個人的な要望に応える形で行われていた〔寝たきり老人に歯の「出前治療」 大阪市の歯科医、自転車:1988年12月16日〕ケースが多かったが、横浜、東京〔寝たきり老人の歯科診療に8億円の予算計上 東京・葛飾区:1989年2月7日など〕等の大都市を皮切りに、公的制度として地方へも広がってゆく〔お年寄りの歯を訪問診療します 太田で4月から /群馬:1995年3月31日〕。5期後半には、専用車両の導入〔歯ッピーな老後を 寝たきりでも治療OK 静岡市で専用車 /静岡:1996年9月3日など〕、医療法人の

参入〔歯の在宅治療に専門チーム発足 千葉に本部の医療法人社団 /千葉〕、予防への注目〔寝たきり高齢者、これでひと安心 草津の訪問歯科健診始まる /滋賀：1998年9月11日など〕、病院との連携の必要性〔歯の往診で体も回復 病院との連携が課題に（変わる在宅医療：中）：2001年6月17日など〕等が述べられ、訪問歯科診療分野の進展が感じられる。2001年秋には、第1回日本訪問歯科医学会が開催され、研究発表が行われている〔往診歯科医が初めての学会 25日、東京で開催：2001年11月22日〕。

訪問歯科医療に関する用語の移り変わりを見ていくと、高齢者に関する社会的認識の推移を観察することができる。1989年2月まで掲載の4件では〔寝たきり老人〕〔寝たきり老人対象に歯科医が訪問治療 10月から川崎市で：1989年3月9日〕と記されている。その後、〔寝たきり老人〕、〔要介護老人〕〔要介護老人の歯守ろう 県内初の出張制度で在宅診療受け付け 松戸市：1989年10月3日など〕、〔寝たきりお年寄り〕〔寝たきりお年寄りも歯の診療受けられる 東京・葛飾区：1989年11月14日など〕、〔寝かせきりのお年寄り〕〔寝かせきりのお年寄りに枕元で歯を治療します 川越で92年度から：1992年3月12日〕。〔寝たきり老人〕の使用は1991年以降ほとんど見られなくなり〔寝たきり老人を訪問診療 東京・北区の歯科医師会：1991年2月1日〕、1998年の出現が最後となる〔来月から訪問歯科検診 在宅の寝たきり老人対象に実施 草津市/滋賀：1998年8月22日〕。

1992年に訪問歯科診療に健康保険給付が開始されている。この頃以降は、〔在宅お年寄り〕〔在宅お年寄り歯科診療を足利市でも導入 県内で4番目 /栃木：1995年6月6日〕、〔寝たきり高齢者〕〔寝たきり高齢者、これでひと安心 草津の訪問歯科健診始まる /滋賀：1998年9月11日〕等の言葉が用いられている。2004年以降の記事には、「寝たきり」の語句は使われていない〔小山・覚本歯科 往診車導入でお年寄りケア（訪問します） /栃木：2004年5月15日など〕。〔寝たきり老人救済〕から始まった訪問歯科診療は、通院困難な人びとへと、その対象を広げていったことがわかる。

高齢者歯科医療は、訪問診療をきっかけとして、8020運動の展開〔張りある生活で8020 80歳で自分の歯20本 歯科医師会が調査：1997年1月19日、歯を「80歳で20本」達成は1割（内視鏡）：1999年12月12日〕とともに、さらに関心を集める。要支援高齢者や、いわゆる“元気高齢者”にとっても、健康維持や認知症防止のためのオーラルヘルスの重要性が強調されるようになった〔「歯つらつ」が長寿の秘けつ 杉並区、高齢者の歯健康調査へ /東京：1996年2月14日、いい歯でよくかみ痴呆予防（内視鏡）：2000年4月2日〕。

1997年からしばらく、義歯への名入れが話題となっている〔とり違い防止のため、入れ歯に名前 愛媛（青鉛筆） 【大阪】：1999年10月21日、入れ歯に名前入りプレート 「置き忘れ」など持ち主探しに一役/茨城：1998年9月16日など〕。高齢者の施設入居が増加し、大勢が一斉に食事する際の義歯取り違えが問題となったためである。入居施設へ歯科医

師や歯科技工士が出掛け、ボランティア活動を行うこともあった〔入れ歯に名前、便利な工夫 千葉県歯科医師会が始める /千葉県：1997年4月30日、便利だね、入れ歯にネーム施設中心に歯科技工士の間に広まる：1997年9月21日〕。

高齢者に関する記事以外では、まず、障がい者〔障害者の歯科医療をシステム化 県が新年度から実施 栃木：1989年2月2日、休日歯科診療所に障害者専用コーナーを併設 厚木 /神奈川：1995年1月11日、「にこにこマーク」目印 障害者の歯科診療、気軽に 湖南 /滋賀：2005年3月16日など〕、外国人〔歯科診療、15カ国語OK 対訳表で指の会話 栃木のボランティア：1992年8月19日など〕、合併症を持つ患者〔エイズ協力歯科診療所、各自治体に2カ所 都の委員会が提言/東京：2000年12月19日、歯周病菌、手足の血管にも悪さ？ 難病「バージャー病」の発症や悪化に関係か：2005年7月1日〕など、“歯科医療弱者”への行政や歯科医師側の取り組みに関する記事がある。高齢者歯科医療から始まった、歯科受診困難な人びとへの取り組みが、進展していることがわかる。

専門医の増加と保護者の理解が進み、小児のむし歯予防が充実した小児歯科領域では、新たな問題が出現している。多発性う蝕と家庭での養育状況は密接に関連し、極端なケースでは虐待も疑われることが注目を集めた。虐待の文言は出現していないが、1999年掲載の養護教諭は就学前検診の結果をクラス編成の参考にするという記事がある〔虫歯の子が増えた（学校 第6部先生のつぶやき：2）：1999年7月27日〕。学校教育の現場では、〔「虫歯がある」＝「親が手をかけていない」とみて〕おり、特に新入学児童では、〔そういう子が一クラスにかたまってしまうと、担任は身の回りの世話やしつけをするだけで手いっぱいになってしまう〕ため、クラス編成の際に留意すると述べられている。5期末頃からは、虐待とむし歯の関連が明確に認識され、小児歯科健診は児童虐待対策の一つとして位置づけられるようになった¹⁹〔虐待を受けた子、虫歯で「診断」 県と県歯科医師会、来春から連携 /栃木県：2006年10月2日、一時保護の児童、虫歯が県平均の5倍超 県歯科医師会、虐待など発見へ /岩手県：2006年11月15日など〕。

5期に出現した新たな言葉として、前述の高齢者医療に関する用語の他にも、興味深いものがいくつかある。〔口腔心身症〕〔“口臭”におっていないのに気にする「口腔心身症」：1988年9月4日など〕や〔歯科心身症〕〔歯科でみられるストレス病 星野仁彦（ストレスクリニック）/福島：2000年11月15日など〕などのストレスが誘発する歯科疾患、〔歯科ドック〕〔予防が人気、歯科ドック 歯の健康維持へ総合判断 岩手医大/岩手：1999年6月29日〕や〔禁煙指導〕〔禁煙支援や寝たきり予防… 歯科医、健康にも一役：2003年5月22日〕等の新たな概念や取り組みを表す言葉が登場した。

¹⁹ 2007年には、歯科診療と児童虐待の発見に関する論文が日本歯科医師会誌に発表されている（高野2007）。

インプラント〔歯のインプラント 稲田信幸さん 歯科院長（ドクターに聞く） 奈良：1991年8月6日など〕、運動時のマウスガード〔ぶつかるスポーツは歯もガードを 明海大歯学部助教授が提唱：1993年10月11日など〕、歯ぎしりの治療〔歯ぎしり 寝る時、歯にかぶせる補助具を（どうしました）：1994年11月20日〕、接着歯学〔虫歯治療が入れ歯を招く？（かしこい！？患者学：9）：2002年6月1日など〕、歯科用レーザー〔歯医者嫌いに朗報 レーザーで虫歯削る「痛くない」機械を開発：1995年11月28日など〕、デジタルレントゲン〔パソコンで画像みながら治療 松下が歯科医向け発売（情報ファイル）：1996年11月20日〕、薬剤を使用する虫歯治療〔（先端を見る）虫歯削らず薬で治療 仙台のタクシゲ歯科医院 /宮城県：2006年3月16日〕、再生医療〔細胞から歯を再生 中に血管・神経も 東京理科大グループがマウスで成功：2007年2月19日〕等の新しい治療法や技術も話題となっている。このほか、5期後半には、インフォームド・コンセント〔講座「歯科治療とインフォームド・コンセント」（情報クリップ）：1997年3月26日〕、カルテ開示〔歯科カルテ開示進んだ？ 断られた男性からメール調べてみると…：2002年4月11日〕に関する記事もみられる。1997年の医療法改正において、医療従事者の説明義務が明記されたことも影響していると考えられる。

最後に、5期の歯科医療に関する記事で最も印象に残った記事を紹介する。1988年、5期の初めに掲載された、『歯科の待ち時間減る』という端的な見出しの、454文字の短い記事である。厚生省発表の昭和〔62年保健福祉動向調査の概況〕を報じたもので、『ここ数年、歯科医の数が過剰気味となり、各医院が患者サービスに目を向け始めたことの表れ、と同省では分析している。』と述べられている。5期、歯科医師過剰期の最も注目すべき歯科医療状況の変化は、『歯科の待ち時間減る』である。

3.5.4 歯科医師とその関連組織

5期には、歯科医師とその関連組織に関する記事はさらに増加している。日本歯科医師会や歯科大学が関係する事件が、複数起こった影響と考えられる。記事の動向を、歯科医師会、歯科大学、その他の組織、歯科医師とコデンタルスタッフ、の順にみていく。

5期初の歯科医師会に関する記事は、人事情報、主催または協力事業、不祥事や内紛、政治的な動き、などである。全国組織である日本歯科医師会に関する記事では、人事情報を除けば、圧倒的に、不祥事や政治的な動きを報じる批判的なものが多い〔日歯、日医が比例区順位を争い献金合戦 60年政治資金報告：1986年9月3日、歯科医師会、技工士会と料金摩擦 自民巻き込み攻防（時時刻刻）：1988年4月11日、公選法違反容疑で代議員が告発状 歯科医師会長選：1997年3月12日、狙われた「10年委員」 日歯汚職、中医協の下村氏（時時刻刻）：2004年4月22日など〕。県歯科医師会に関する記事では、主催・共済事業

に関するものがほとんどで、好意的に報じられている〔日航機事故の身元確認に奉仕、県歯科医師会がブロンズ像 群馬：1989年8月4日、「震災」と「歯」見つめる 神戸市歯科医師会が提言まとめ出版／兵庫：1995年10月25日、医療手話通訳育つて 柏歯科医師会が手話講習会 /千葉：1996年2月9日、大事故や災害時の歯科医の役割学ぶ 浜松市歯科医師会学会 /静岡：1999年01月31日、保健文化賞を贈呈 東京都歯科医師会など10団体と個人4人に：2002年10月23日、歯科医院2500カ所に除細動器設置へ 県歯科医師会 /埼玉県：2007年8月3日〕ことと対照的である。筆者が収集したナラティブデータにおいて、「顔見知りの歯医者さんは皆良い人」であるが、「歯医者さんって、お金の汚いイメージ」という語りが複数みられた。この5期の記事内容に見られるように、身近な“街の歯医者さん”のイメージと、顔の見えない“歯科医師”の全体像は相反している。生活者が持つ、ミクロレベルとマクロレベルの歯科医師像の乖離は興味深い。

歯科大学に関する記事も、事件絡みのものが多い〔背景に大学間の競争 合格率の低下、経営直撃 歯科医試験問題漏えい：1992年1月17日、元歯科医師会長の参院議員の秘書、歯学部入学をあっせん：2000年5月9日、問題絡みの会話認める 疑惑2教授、漏えいは否定 歯科医師試験：2000年8月17日など、阪大歯学部病院が、患者情報518人分紛失【大阪】：2005年10月20日〕。1992年、2000年の2件の国家試験漏えい事件に関しては、発覚時からしばらくは繰り返し報じられており、関心の高さが窺える。

歯科大学に関するその他の記事について、順にみていく。まず報じられたのは、私立大学歯学部の志願者減〔私立歯大は「生き残り競争」 定員確保に入試科目減：1986年7月22日、来春の国立大の定員、30校で臨時増 医・歯学部7校は減員〕、と歯学教育の改革〔歯科医も量より質、臨床教育を重視 研究会議中間報告：1986年8月15日〕である。5期「歯科医師過剰期」の始まりを象徴する記事である。1998年には、具体的な歯科医師過剰対策が実行されるようになるが〔新規歯科医の削減求める 厚生省の需給検討会：1998年5月30日、医・歯学部の募集削減 2-3年で各200人近く 文部省方針：1998年8月19日〕、これと同時期に、歯学部の入試や教育の改革を開始した大学もある〔一期合格は県外の4人 徳島大歯学部のユニーク編入学試験制度／徳島：1997年9月6日、開業医が学生指導 今年度から導入 徳大歯学部 /徳島：1998年12月15日、社会人の門戸広げる 東北大工・歯学部で新入試制度採用 /宮城：1999年5月19日など〕。その後も歯学教育の改革の動きは広がった〔患者の気持ち、身につけて 医の教育に体験学習 東京医科歯科大：2000年8月31日、医歯学部4年に患者対応テスト 「知識だけじゃダメ」と模擬問診：2005年2月2日〕。全国的に『量より質』の教育が重視されていく。

その他、退会問題訴訟や献金問題で注目された日本歯科医師連盟（以下日歯連）〔「他団体への判例に」 退会巡る訴訟、日歯連に勝訴 地裁 /滋賀：2003年10月17日、日歯連、

6年ぶりに参院候補：2006年3月25日など）、海外ボランティアグループ〔食生活急変のモンゴルに医療生協 今夏、日本の歯科医師らが開設：1992年6月10日、カンボジア農村に歯科医院開設 大阪・奈良住民医療協力基金／大阪：1998年12月20日、口手術、比の子ら元気に 海外ボランティア歯科医療団 〓神奈川：2004年4月21日〕、生活者による歯科医療を考えるグループ〔「健保で良い入れ歯を」 歯科医や高齢者の団体が連絡会結成 〓千葉：1993年4月10日、カルテとレセプトの求める宣言採択 歯科医療の全国連絡会 〓群馬：1994年7月4日〕、歯科医療被害者の会〔歯科医療は今 〓大阪：1994年2月4日〕のそれぞれの活動の様子が報じられている。

歯科医師に関する記事では、仕事ぶりや私的な活動を伝えている〔榎本尠さん 読みやすい歯の本を柏市に寄贈（ひと・近況）千葉：1988年9月30日、（茜雲の向こう 御巢鷹・20年目の夏：下）検視責任者務めた歯科医・大国さん／群馬：2005年6月4日、（研究玉手箱）石原和幸・東京歯科大助教授 口の中から健康を探る 〓千葉県など〕。5期には、これまで見られなかったコデンタルの仕事ぶりを紹介する記事も掲載されている〔歯科技工士 「3度の食事おいしく」願い（私の出番）：1997年2月2日、歯科衛生士（口紅のささやき シゴト図鑑：2000年10月28日） 〓東京：2000年10月28日など〕。

3.6 6期：多様化期（2008年～2015年）

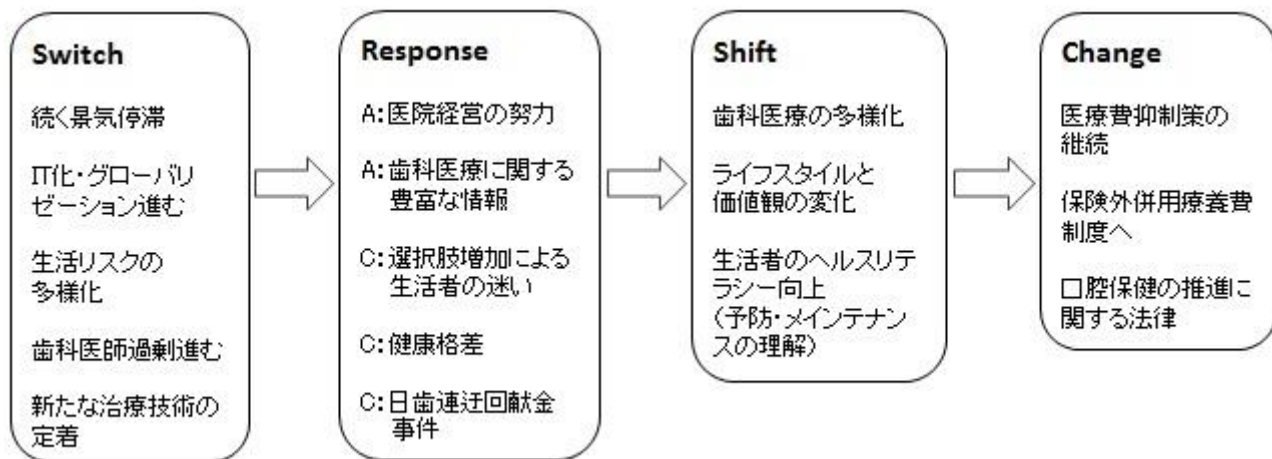


図 2-7 6期歯科医療変遷プロセスモデル

6期の変遷プロセスモデルは、上記の通りである。生活者側と歯科医師側ともに、歯科医療に関する多様な認識を持つ時代となった。6期は2007年から2015年までの8年間で、他の時代区分に比べ極端に短い。歯科医療に関連する記事は計529件、記事総数1,597,011件のうち0.03%である。記事内容分類を表3-7に示す。

表 3-7 6 期記事内容分類

記事種類	記事内容	件数	%
投書		36	6.8
論説		16	3.0
その他の記事	歯科医療とオーラルヘルス	246	46.5
	歯科医師と関連組織	113	21.4
	事件事故	113	21.4
	制度	5	1.0
計		529	

3.6.1 投書

6 期の投書 36 件のうち、生活者の投書が 19 件、歯科医療関係者の投書が 16 件（医学生と歯科医師家族の投書 2 件を含む）である。生活者からの投書が 100 件を超えていた 5 期よりは少ないが、5 期は 22 年間、6 期は 8 年間という期間の差を考えると、生活者の歯科医療への関心は変わらず維持されていると考えて良いだろう。

生活者の投書から紹介する。5 期と同じく、歯科診療に関すること、オーラルセルフケアに関すること、生活の中での歯にまつわるエピソード等が述べられている。歯科診療に関する投書では、転倒して顔を強打し、口から飛び出してしまった息子の歯を探しだして歯科医院で植え直してもらった経験〔（ひととき）必死で捜した歯：2008 年 2 月 3 日〕を語るもの、障がい者施設に通う娘の歯科治療の完了にあたって、『施設の看護師さんが毎週歯科に連れて行って下さり、歯医者さんもとても優しく』と感謝を述べたもの、初めての義歯作成経験を、『入れ歯が出来てから 40 日、調整 8 回』、『納得いくまで歯医者へ行くことが大切』『痛くない。かめる。お世話になった先生を信頼してよかった。』と振り返るもの、4 歳の息子の治療に関して、『まず歯医者さんに慣れてもらうことから始めましょう。』との歯科医師の言葉に驚き、『私の子どもころは、有無をいわさず、すぐ治療。恐怖心しかありません。歯の治療も様変わりしたものだと思えました。』と語るものなど、受診の経験と感謝の気持ちを語るものが多かった。受診に際しての不満は 1 件のみで、高額な義歯の材料について質問したところ、『素人には難しくわかりませんよ。』と言われ、『国は義歯を選ぶ際、患者にもわかりやすい説明書をつけるように指導を』と望むものであった〔（声）義歯にも必要、品質の説明書：2008 年 11 月 30 日〕。これらの投書から、歯科医師と生活者の関係は、建設的な方向へ推移しつつあると考える。父親の仕事ぶりを見て、『歯は、わたしたちが一生つき合う大切なもの』、『夢は、父のような歯医者になること』と述べた中学生からの投書もあった〔（声）若い世代 父を継ぎ、歯医者になりたい 【大阪】：2009 年 11 月 22 日〕。

投書から、生活者のオーラルヘルスへの意欲、関心高まりも知ることができる。歯磨きは虫歯予防だけでなく、感染症予防にも効果があると生活者が述べたもの〔(声) インフル予防、歯磨きも大切 【大阪】：2010年12月27日〕、3歳の息子の歯科治療に付き添い、『治療をしてもらっている姿は何とも痛々しい。』と述べ、今後は『一生お世話になる大事な歯を、「テキトー」ではなくしっかりと管理していきたい。』と語るもの〔(ひととき) 息子の虫歯「テキトー」卒業 【大阪】：2012年02月08日〕、夫が『高齢者いい歯自慢コンテスト』で受賞したことを喜び、『5年後は私の番』と語るもの、『歯科医院にメンテナンスに行き』、『歯磨きには歯ブラシと2種類の歯間ブラシを使って』、『「8020運動」に挑戦中』と語るもの〔(声) 自慢の歯、さらに磨きかける 【大阪】：2014年6月1日〕、偶然目にした新聞記事から“歯の接触癖”の弊害を知り、癖を治したら顎関節の痛みから解放された経験を、『無知とは、なんと恐ろしいものか』と語るもの〔(声) 歯に悪い癖、反省かみ締めた 【大阪】：2015年6月16日〕など、各人が様々な方法で自分自身のオーラルヘルスへの取り組みを綴っている。2008年には、介護保険に関するテーマ投稿の中で、介護予防事業として口腔ケアが注目されていることが紹介された〔(備える) 介護保険：16 介護予防の活用を 口腔ケア・転倒防止プログラムも：2008年7月17日〕。5期末に歯科医師の論説で使われていた「メンテナンス」が、一般投書で使用されていることは興味深い。

生活の中でのエピソードを語った投書は3件である。『満天の星空を見上げながら歯をみがいている。』と歯磨きの爽快さを語る投書〔(声) 星空見ながら、雪で歯みがき：2008年2月22日〕からは、平凡な日常生活の大切さが伝わる。『時々、かみ切れないほどの歯ごたえのある物、顔が歪(ゆが)むくらいに苦みや辛みのある物を食したいと思う。』と、柔らかい食べ物が多い現代に不安を訴える投書〔(声) 歯ごたえや苦みも感じたい：2010年8月6日〕からは、食生活の変化を振り返ることができる。

5期最後の2015年に寄せられた一般投書は、82歳女性によるものである〔(声) 歯を磨くことが出来る幸せ：2015年6月27日〕。引き揚げ直後の『顔も満足に洗えず』という生活から、『公営住宅に入ることができ、銭湯にも行けるようになりました。』、『でも、歯ブラシは手に入りませんでした。』、『手に職をつけるのが賢明だと思い』、『東京・上野駅近くの美容院に住み込み』、『そして上野のアメ横で、歯ブラシを見つけました。』、『歯を磨くと口の中がさっぱりとして気持ちが良かったです。』と生活の変化を綴り、『歩けなくなってしまっても歯を磨き続けたいです。』と結んでいる。たった1本の歯ブラシを題材に、328文字の短い文章で、戦後日本の暮らしの推移とオーラルヘルスの意義が見事に語られている。生活科学と歯科医学双方の観点から大変に興味深い。今後のオーラルヘルスの

展開にあったって、歯科医師、生活者ともに、『歯を磨くことが出来る幸せ』を常に噛みしめておかなければならない。

歯科医師をはじめとする医療関係者からの投書は、歯科診療に関するもの、歯科医師過剰に関するもの、コデンタルスタッフに関するもの、に大別できる。歯科診療に関するものから見ていく。2008年には、当時社会問題となった麻酔医の不足²⁰に関連する投書が、歯科大学教授と歯科医師の家族から寄せられている。〔（声）歯科麻酔科医、技量活用の時：2008年5月18日、（声）歯科医師にも麻酔科の道を【大阪】：2008年6月7日〕。次いで、『口腔癌（こうくうがん）の早期発見率を、現在の20%から80%にしよう』と『第2の8020運動』を提案するもの〔（声）口腔癌治療も早期発見が鍵：2008年8月6日〕、歯周病予防対策では歯磨きと歯肉マッサージが重要と訴えるもの〔（声）健康法「齧トレ」心がけ入れ歯追放【大阪】：2009年12月8日〕、新材料への保険診療給付を訴えるもの〔（声）奥歯の白色治療に保険適用を：2012年11月6日〕、『喫煙者は歯茎の血行が悪くなり、歯周病になりやすい上、治りにくいです。』と述べる歯科衛生士による投書〔（声）たばこで歯茎も泣いている【大阪】：2015年6月25日〕、などがみられる。

歯科医師過剰という限定されたテーマに4件の投書が寄せられていることから、医療関係者にとって、この問題が重要であることがわかる。最初の投稿は、20歳医学部学生からのユニークな投書である。当時社会問題となっていた、一部診療科での深刻な医師不足を案じ、歯科医師の再教育と研修により医師への転職を可能とする政策を提案している〔（声）歯科から転職、医師増やそう：2008年2月20日〕。厚生労働省の『他の医療職との連携強化』案が紙上で取り上げられる〔（医を創る）「歯科医が麻酔科医」可能？ 医師不足対策で転用案浮上：2008年9月28日〕前に、若い医学生が投稿している点は興味深い。

他は、いずれも歯科医師によるものであった。『経営に苦しむ歯科医院が少なくない』ことを憂い、『抜本的な解決は需要と供給のバランスをとること』であると述べるもの〔（声）歯科大定員半減で過剰対策を：2012年8月13日〕、『厳しい歯科医院経営を乗り切るには、学会の「お墨付き」である認定医という看板を掲げるのは有効』であるが、『学会認定医には、レベルの高い統一基準が必要』と訴えるもの〔（声）歯科の「認定医」に統一基準を：2014年6月7日〕、歯学部定員削減策に関して、『歯科診療所は全国で6万8千超』の現状を紹介し、一律の定員削減ではなく、大学ごとの教育成果を評価した上での対応を望むもの〔（声）歯科大定員削減、実績をみて【大阪】：2015年4月4日〕の3件であった。

歯科医師だけでなく、歯科技工士、歯科衛生士、歯科助手の投稿もみられた。歯科医師過

²⁰ 2008年には、救急医や麻酔医の不足が社会問題となっている。〔（時時刻刻）救急過疎、地方も都市も 輪番病院、次々に撤退 救命センター廃止も：2008年01月14日、麻酔医半減、手術2割減 国立がんセンター、退職続き：2008年04月03日、麻酔科医の不足、深刻 激務が限界、次々退職 緊急手術、やむなく休止：2008年05月13日 など〕

剩の影響は、特に歯科技工士の労働環境に影響を与えている。〔歯科技工士さん不足は顕在化しつつある〕こと、〔入学者が少ないだけでなく中退者もかなり高率で、さらに離職してしまう技工士さんが多い〕ことを問題視した歯科医師からの投書〔(声) 歯科技工士の不足危惧する：2008年7月2日〕に続く形で、〔技工所はほとんどが小規模事業所〕〔経営は必ずしも順風でない〕と訴える技工所関係者による投書〔(声) 歯科技工士の夢をつぶすな：2008年7月8日〕、〔行政は歯科技工所が安定して経営できる保険制度を整備し、保険適用外の自費診療報酬の歯科診療所と歯科技工所の配分についても法律できちんと定めるべき〕と述べる歯科技工士からの投書〔(声) 保険と法整備、歯科技工にも：2008年7月17日〕、〔18歳人口が減少し、職場の環境不備もあって受験生が減り、転職者が増えています。危機的状況です。〕と述べる投書〔(声) 歯科技工士 やりがいある仕事に理解を 【大阪】：2008年7月18日〕、〔海外への義歯製作の委託禁止などを全国の歯科技工士が求めた訴えを、東京地裁は退けた〕ことへ〔国が海外の義歯を放置するなら、国にだまされたの一言だ〕と訴える歯科技工士の投書が、短期間に続いている。歯科技工士の苦しい状況と歯科医療現場の混乱が推察できる。歯科衛生士、歯科助手からの投稿もみられた。新人歯科助手が仕事への意欲を述べたもの〔(声) 歯科助手として頑張ってます：2012年10月23日、(声) 若い世代 一人前の歯科助手になりたい：2015年11月20日〕、歯科助手と歯科衛生士との混在について、〔患者さんからは資格者かどうか分からない〕と問題視するベテラン歯科衛生士の投書の3件があった〔(職場のホ・ン・ネ) 無資格者が虫歯点検：：2010年11月30日〕。

以上の様に、6期の投書の特徴は、投稿者が多様化していることである。14歳から82歳まで、様々な立場の人びとがそれぞれの思いを述べている。編集部側の採用方針はもちろん、投稿者、読者の意識が変わりつつあることが窺える。IT化やSNSの普及もあって、“誰もが気軽に意見発表する”という新しい文化が育ち、定着しつつあると考える。

3.6.2 論説

6期では、見出しに「歯」「口腔」「歯科医師」を含む論説は17件である。論説の分析を行う前に、歯科医療に関する事件事故と制度に関する記事を概観しておく。歯科医療が関係する事件事故報道の内容は、5期とほぼ同じで、医療過誤、診療および認定医資格に関するもの、政治献金事件などである。歯科医療制度に関する記事は、5期よりもさらに減少し、歯科医学教育と歯科医療費に関する5件のみであった。

以下、本紙に掲載された論説を中心に整理する。6期最初の論説記事は、5期末から、社会問題として注目されていた医師不足〔(シリーズ・社会保障 選択のとき) 医療 医師不足、どこに問題：2005年12月11日、医師不足解消、参院選の目玉 与党：2007年5月19

日など〕に関するものである〔(医を創る)「歯科医が麻酔科医」可能? 医師不足対策で転用案浮上:2008年9月28日〕。この問題に関しては、後述する寄稿も2件あり、社会的関心が大きかったことが窺える。一部有識者からの提案であったが、医学歯学双方の関係者の反対などにより、転用案が具体化されることはなかった。この記事では、歯科医療の現状にも触れており、〔人口10万人当たりの歯科医師数は74人で、70年の35.2人に比べて倍以上〕、〔歯科医師の9割近くが働く歯科診療所の1カ所当たりの1日平均患者数は、84年には25.1人だったが、05年には19.6人〕、〔患者減少、歯科医師過剰〕と述べられている。

外国製補綴物に関する記事は〔歯科治療の「補てつ物」、中国などから輸入急増 安全性に不安、厚労省調査へ/青森県:2008年10月19日〕地域面掲載である。記事掲載約3カ月前に、外国製補綴物に関する前項で述べた投書が複数掲載されている。歯科医療従事者の間では、潜在化していた問題と推察される。ここにも、専門家の指摘と記事としての掲載に“時差”がみられる。

翌年には、認定医試験不正事件の発覚〔歯科インプラントの認定医試験前に症例借用 学会幹部ら:2009年1月12日など〕を受けて、解説記事が掲載されている〔研修歴も水増し記載 歯科医の一人「証明書を偽造」 歯科インプラント認定医試験:2009年1月12日〕。1996年から歯科医療費の横ばいが続く中で、1982年に約5.8万人だった歯科医師は、2006年に約9.7万人まで増加し歯科医師過剰となり、歯科医院経営は過当競争となっていること、〔過当競争の中で、インプラントや矯正など保険のきかない「自由診療」をいかにこなすかが、歯科医の生命線になりつつある〕こと、良医選びの目安として〔患者側の判断基準のひとつになるのが、待合室に掲げられている「認定医」の証書〕であること、を述べ〔一つの指標となる認定医制度には、厳格な運用が求められる〕と結んでいる。

2010年の診療報酬改定にあたり、歯科医療費について、〔社会保障費抑制が続いてきた中で、歯科は「コンビニ並み」という供給過剰もあって、抑制の影響が色濃くでているとされる〕と歯科医院経営の難しい状況を分析した上で、日本歯科医師会会長へ取材した解説〔歯科の診療報酬、抑制は限界 日本歯科医師会会長・大久保満男氏に聞く:2009年4月25日〕では、〔歯科は不正請求での保険医取り消しが医科に比べ多い。支払い側が納得できる踏み込んだ改革が必要なのではないか。〕と記されている。

2015年秋には、日歯連献金問題が事件化し大きな社会問題となった〔迂回資金、選挙支援に 日歯連元会長ら、きょう起訴 政治資金規正法違反:2015年10月20日など〕。この件に関して、事件化前の疑惑の段階から、3件の編集部による論説が掲載されている。〔またか、のため息が出る。同じ団体が再び、政治へ不正にカネを注いだ疑いが強まった。〕〔(社説)日歯連逮捕 不正寄付の全容解明を:2015年10月1日〕、〔「30万票」とも

言われる集票力をバックに、診療報酬アップなどの実現を目指す日歯連〕〔(時時刻刻) 議席、狙いは診療報酬 日歯連、再び捜査のメス：2015年10月1日〕、〔当選した議員は業界代表として、その利益を代弁〕し〔全国の歯科医の収入増につながる診療報酬の引き上げに奔走する。〕〔(天声人語) 日歯連の業界ぐるみ：2015年10月3日〕と歯科界にとって厳しい言葉が続いた。

6期を締めくくる編集部による論説は、検索サイトへの逮捕歴削除命令に関するものである。歯科医師が申請した、検索サイト上の不正診療による自身の逮捕歴削除の仮処分が決定したことに関する解説である〔グーグル検索、削除命令 不正診療、歯科医の逮捕歴 東京地裁仮処分：2015年11月2日〕。「知る権利」保護の観点から〔安易に消すべきでない〕とする意見、プライバシー保護の観点から〔一定期間後削除認めよ〕とする意見の双方を紹介している。IT化が進む現代特有の問題である。

6期では、寄稿は〔私の視点〕欄に掲載され、医師不足対策、高齢者虐待、高齢者の口腔ケア、健康保険診療報酬に関して6件が寄せられている。本文の閲覧ができない1件を除いた5件は、歯科医療関係者によるものであった。前述の編集部の論説の前に、医師不足に関する寄稿が2件みられた〔(私の視点) 医師不足 過剰な歯科医で補えぬか 陳明裕：2008年5月30日、(私の視点) 医師不足 歯科医師の麻酔科参入に反対 安部俊吾 【大阪】：2008年8月5日〕。専門家による投稿と編集部の記事とで、若干の“時差”“がみられることは、本章3.5.1においても指摘したが、ここでも同じことが確認できる。

5期末に児童虐待が大きな社会問題となり、歯科医療においても対応していることは、前項で述べた。この6期には、高齢者虐待における歯科医療の役割も注目されるようになった〔(私の視点) 高齢者虐待 防止に歯科医の目を生かせ 花岡洋一〕2008年10月29日〕。高齢者虐待の加害者は実子であることも多いと述べ、〔在宅介護が必要となった実の親を、当初は子どもたちが必死に介護して〕おり、〔「訪問した歯科医や歯科衛生士が、介護をしながら知らず知らずのうちに育ってきってしまう虐待の芽に気づく〕ことが〔高齢者虐待の防止へと確実につながる〕と指摘している。

2013年には、高齢者の口腔ケア関しての論説が掲載されている〔(私の視点) 歯科医の役割 高齢者の口腔ケアに関与を 岡田弥生：2013年9月28日〕。2011年の東日本大震災では、2004年の新潟中越地震に続いて、健康維持におけるオーラルヘルスの重要性から、が再び注目された。〔2度の大地震を経て、誤嚥性肺炎予防のための口腔ケアの重要性が知られるようになった〕ことを述べ、〔口の中をきれいにするだけでも肺炎リスクを減らす効果が知られているが、歯科医にはもっと広い口への関わり方ができるはず〕と、災害時に限らず、高齢者のオーラルヘルスマネジメントに歯科医師が幅広く対応すべきであると訴えている。

6期最後の寄稿は、歯科開業医による、日歯連迂回献金事件に関するものである〔(私の視

点) 歯科保険制度 「職人技」に適切な評価を 安藤三男：2015年11月14日]。この事件に関しては、社説他編集部記事でも大きく取り上げられていることは前述のとおりである。一開業医として、『日歯連が性懲りもなく過ちを繰り返したことに一会員として憤り、患者さんにも申し訳ない。』と述べ、現行の保険制度の問題点は、『腕を磨き、手間ひまかけて治療すれば良質な歯科医療を提供できるが、今のような画一的な保険点数では「職人技」は正当に評価されない』ことを問題視している。国民皆保険制度の開始以来、たびたび争点となってきた“適正な診療報酬”は、その後75年を経ても依然として問題であり続けている。

3.6.3 歯科医療とオーラルヘルス

6期の歯科医療とオーラルヘルスに関する記事は、246件である。5期と同じく、テーマを明確にし、丹念に取材を行った特集記事が多い。ここでは、本紙連載記事を中心に紹介する。

6期最初の歯科医療に関連する連載記事は、2006年から続く『元気のひけつ』シリーズに掲載されている〔(元気のひけつ) 歯科人間ドック 生活習慣病として虫歯検査：2008年4月6日〕。この連載は、現在も『続元気のひけつ』として継続しており、『いまよりもちょっと元気に、元気な人はもっと元気に。そのためのひけつ』〔<http://www.asahi.com/apital/healthguide/hiketsu/>〕を語るものである。『虫歯や歯周病を生活習慣病の一つととらえ、口内の病気予防に役立てる』歯科人間ドックを紹介し、口腔がんなど『口の病気の早期発見も期待される』という専門家の話を紹介している。この連載では、歯間ブラシやデンタルフロスを用いた高度な歯周病セルフケア〔(元気のひけつ) 歯間ブラシやデンタルフロスで歯周病予防 歯のすき間で使い分け、2013年7月27日〕、歯の接触癖〔(元気のひけつ) 根を詰めず、口の脱力を 不調を招く「歯の接触癖」にご注意：2014年10月25日〕、歯のホワイトニング〔(元気のひけつ) 歯科医の説明よく聞いて 「歯のホワイトニング」、薬剤の悪影響も：2014年11月1日〕について語られている。

5期末には、『(あなたの安心)「お口のケア」1~6〕が掲載されていたが、この6期も、妊娠中のオーラルヘルス、中高年の歯のケアに関する記事が掲載されている。妊娠中のオーラルヘルスケアの紹介では、『マイナス1歳からの虫歯予防』と位置づけ、妊娠中の歯科治療によって、虫歯菌の母子感染を防ぐ効果が期待できることを報じている〔(あなたの安心) 妊娠 お大事に：5 虫歯・風疹・麻疹…まず予防：2008年6月27日〕。中高年の歯のケアのシリーズでは、中高年の歯のケアやメンテナンスについて6回にわたって、連日掲載されている〔(あなたの安心) 中高年の歯のケア：1 20代に若返り、努力次第で維持できる：2009年1月26日、(あなたの安心) 中高年の歯のケア：2 「歯がぐらぐら」では手遅れ：2009年1月27日、(あなたの安心) 中高年の歯のケア：3 早いほど良い歯周病

対策：2009年1月28日，（あなたの安心）中高年の歯のケア：4 入れ歯作り、公的保険は限界も：2009年1月29日，（あなたの安心）中高年の歯のケア：5 良い歯科医に出会いたい：2009年1月30日，（あなたの安心）中高年の歯のケア：6 インプラント、手術に条件：2009年1月31日〕。プラークを『歯と歯茎の間の溝にたまる細菌の集合体』であると明確に定義した上で、歯周病の原因、治療法と予防法、義歯について、インプラントなどについて解説している。連載5回目では、良医の選び方として、『（1）大学病院で紹介を頼む （2）信頼できる学会の専門医 （3）複数の歯科医院で受診』の3つを具体的にあげている。

子育てアドバイスを紹介する連載では、『生活習慣を見直す』シリーズ〔（こども）生活習慣を見直す：1 運動 遊びながら体鍛える・小さな進歩ほめよう：2010年10月25日など〕で、運動、食事、睡眠、排泄、歯磨き、テレビが取り上げられている。歯磨きは子どもの基本的な生活習慣であると昭和の早い時期から認識されていたことは、これまで述べたとおりであるが、この記事では『仕上げ最後まで』の言葉に注目する。5期から広まり始めた保護者による仕上げ磨きが、普及していることがわかる。

2011年の東日本大震災後には、被災者の口腔ケアが関心を集めた。口腔ケアの重要性を被災者ケアの現場で取材し、中高齢期の口腔ケアまで広げて考える短期連載『食べるを守る』は、2011年5月に3回掲載された。避難生活では口腔ケアが十分に行えないことが多いため肺炎発症のリスクが増えること〔（食べるを守る：上）避難生活、歯・口を健康に 水不足で磨けず歯垢増え、肺炎も：2011年5月17日〕、『大きな病気が生じると、歯科治療から遠ざかりがち』なため、『気がついたら、食べる楽しみが奪われている』という状態になりがちなこと〔（食べるを守る：中）40代も危ない歯周病 抜け歯・偏食・生活習慣病の悪化ドミノ：2011年5月24日〕、誤嚥防止の食事姿勢〔（食べるを守る：下）のみ込みやすい姿勢で 気管に入る恐れ、足を床に着け防止：2011年5月31日〕を中心に、美味しく安全に食べるための心がけが解説されている。

『患者を生きる』は、2006年春から開始し現在も続く連載である。『病気の患者さんやご家族の思いを描き、多くの共感を集めて』〔<http://www.asahi.com/apital/special/ikiru/>〕いる。顎顔面の多因子性先天性疾患である口唇口蓋裂児の発育の様子を振り返った記事〔（患者を生きる：1808）子どもの病気 口唇口蓋裂：1 閉じて終わりと思ったが：2012年2月21日，（患者を生きる：1809）子どもの病気 口唇口蓋裂：2 根気よく発音練習続けた：2012年2月22日，（患者を生きる：1810）子どもの病気 口唇口蓋裂：3 『プレート入れています』：2012年2月23日，（患者を生きる：1811）子どもの病気 口唇口蓋裂：4 歯が不足、骨移植勧められ：2012年2月24日，（患者を生きる：1812）子どもの病気 口唇口蓋裂：5 20年、最後のすき間閉じ：2012年2月25日，（患者を生きる：1813）

子どもの病気 口唇口蓋裂：6 情報編 チーム治療：2012年2月26日]が6回にわたって掲載されている。発育段階に応じて数回の手術を行い、長期の言葉の訓練や矯正治療を続けた患児と家族の闘病記録が紹介されている。口唇口蓋裂は、虫歯や歯周病のように有病率が高い疾患ではないが、口腔疾患が生活の多方面に影響することを再確認できる記事となっている。大学生となった患児は、『口唇口蓋裂で生まれたことは、人生を豊かにしてくれました。』と語っている。

500字以内で身近な病気の知識を提供する『1分で知る豆医学』は、2011年から2016年まで、194回掲載された〔(1分で知る豆医学)頭痛、きっかけは様々：2011年5月17日〕。頭痛や食中毒などの身近な病気や、冷え、乾燥、痛み、などの身近な不調から始まり、病気に関するあれこれを取り上げられている〔(1分で知る豆医学)医療と情報：1 サイト、質は様々：2012年2月28日、(1分で知る豆医学)社会と健康：1 長寿支える「絆」：2014年3月4日など〕。この中で、歯科医療に関する話題は、『(1分で知る豆医学)歯』と『(1分で知る豆医学)かむ』の2シリーズで掲載された。『かむ』シリーズでは、見出しに、「歯」「口腔」「歯科医師」のキーワードは出現していないが、4回にわたって、咀嚼・嚥下機能の重要性が述べられている〔(1分で知る豆医学)かむ：4 左右バランスよく：2013年6月18日など〕。『(1分で知る豆医学)歯』シリーズは2014年から4回掲載され、健康な歯の数が全身の健康に影響すること〔(1分で知る豆医学)歯：1 数は健康の指標：2014年6月24日、(1分で知る豆医学)歯：2 失えば健康に影響大：2014年7月8日〕、歯周病のケア〔(1分で知る豆医学)歯：3 歯周病、早めのケアを：2014年7月22日〕、口腔ケア〔(1分で知る豆医学)歯：4 なくてもケア必要：2014年7月29日〕について取り上げられている。

健康と美容をテーマにした女性向け実用コラム『今日もキレイ』〔ワクワク、なるほど、始まる 新紙面、26日スタート：2014年01月15日〕は、現在も続く人気連載である。ファッション、美容、マナーと並んで、『口のケア』でオーラルヘルスケア〔(きょうもキレイ)口のケア：1 プラーク除去で歯周病を予防：2015年1月25日、(きょうもキレイ)口のケア：2 毛先を歯と歯ぐきの境目に、2015年2月1日、(きょうもキレイ)口のケア：3 歯ブラシは月に1回交換を：2015年2月8日、(きょうもキレイ)口のケア：4 臭い予防、歯間と舌も清掃を：2015年2月15日〕が、『口元から若々しく』で口周りの筋トレが取り上げられている〔(きょうもキレイ)口元から若々しく：2 顔下半分ほぐして筋トレ、2016年07月25日〕。歯科口腔領域の健康が、美容面でも大きな意味を持つことがわかる。地域面ではあるが、婚活に関する連載記事中で歯のケアについてふれている記事〔(新あわワクワク どっぴり徳島)婚活・結婚模様：1 肌・歯ケア、第一歩 /徳島県：2009年5月24日〕もある。本文の閲覧はできないが、第一印象を左右するポイントとして歯を

あげている。これらの記事は、オーラルヘルスを、歯科治療とは異なる視点から考えたものである。シニアの美容と婚活という新たに誕生した視点から、オーラルヘルスを取り上げている点は興味深い。

『かしこく選ぶ 買い物指南』は、2015年4月から開始の『あらゆる商品やサービスが、ちまたにあふれる時代』に『どんな視点で選んでいったらいいのか、やさしく指南』する連載記事である〔<お知らせ>4月からbeが変わります：2015年3月21日〕。現在も掲載されているが、連載開始間もない時期に、『お口のケア』として、歯ブラシ、洗口剤、ホワイトニング用品等の選び方が詳しく紹介されている〔(かしこく選ぶ 買い物指南) お口のケア：1 舌で転がすタイプの歯ブラシも：2015年5月16日、(かしこく選ぶ 買い物指南) お口のケア：2 歯周病防ぐなら「医科歯科セット」、(かしこく選ぶ 買い物指南) お口のケア：3 口臭防ぐ必須アイテム、舌ブラシ：2015年5月30日、(かしこく選ぶ 買い物指南) お口のケア：4 ホワイトニングは専用歯ブラシで：2015年6月6日〕。

現在最も深刻な社会問題の一つである、子どもの貧困をテーマとする『子どもと貧困』シリーズは、2015年秋に開始し現在も連載中である〔(子どもと貧困：1) 姉妹、1カ月ぶりの風呂 【大阪】：2015年10月10日など〕。虫歯に関しては、連載6回目に取り上げられている〔(子どもと貧困：4) 歯医者行けず、根だけの乳歯 【大阪】：2015年10月14日〕。蓄積疾患であるむし歯は、当事者の生活状況を端的に示す。前章から述べているように、子どものオーラルヘルスは、虐待を知る有効な指標であることに歯科医師らは早い時期から注目していたが、子どもの貧困に関しても同様であることが、社会でも認識されるようになった。

連載記事以外の、注目する記事について以下に簡単に紹介しておく。オーラルヘルスに関する様々なイベントが、5期までと同じく歯の衛生週間(2013年度から歯と口の衛生週間)を中心に開催されている〔ちょっと汚れているなあ 保育園児「歯医者さん」に 足立 / 東京都：2009年6月6日、ネットで学ぶ歯磨き 三田の3小、大会参加 / 兵庫県：2014年6月5日など〕。再生医療を中心に歯科医学の発展は目覚ましく、様々な研究成果が紹介されている〔(痛みの病理学：2) 歯痛の原因は歯だけか？ 神経伝達物質、減少の可能性も：2008年12月14日、抜いた歯や脂肪、再生医療原料に？ 有識者会議が報告書：2015年5月20日など〕。歯科大学における研究については、次項でも紹介する。歯科医療の現場でも、新たな診療システムや、材料の開発が話題となった〔特殊歯科、きょうから診療 障害者や高齢者向け 柏市、常勤医師迎える / 千葉県：2010年8月26日、車いすのまま歯治療 福知山に専門施設、12日から / 京都府：2014年11月6日、セラミックス入れ歯躍進 東ソー素材増産・クラレ新商品：2015年5月8日など〕。

一方で、骨粗しょう症治療薬使用時の歯科治療〔骨粗鬆症、歯の治療は相談を 服薬であごの骨に異常も：2011年12月13日〕や、インプラント治療に関するトラブルの増加、〔人

工歯根のトラブル増加 国民生活センター：2011年12月23日、インプラント、医師選び重要 他の治療法、提案あった？虫歯治療でも定評？：2012年2月28日など）、金属アレルギー〔歯の治療、脱金属 アレルギー・価格変動リスク回避へ：2012年12月18日〕、乳幼児の歯磨き中の事故の増加〔乳幼児、歯みがきご注意 転倒して口にけが・のど突く事故：2013年4月7日〕などの新たな問題も報じられている。

東日本大震災をきっかけに、災害時のオーラルヘルスに注目が集まり、複数の記事が掲載されている〔感染症予防に歯磨きを 被災地で「口内ケア」呼びかけ 東日本大震災：2011年3月27日、（被災地の医療支援：上）歯科医・飯田良平さん 食べる幸せ、伝え続ける／神奈川県 2015年6月6日など〕。口腔ケアだけでなく、災害時の身元確認に関しても歯科医学の重要性が指摘されている〔災害に強い歯科医求む 口腔ケア・身元確認…リーダー養成へ：2012年8月31日、歯型照合、より迅速に 高崎の小菅さんら研究 日航機墜落から28年 ／群馬県：2013年8月8日、歯のカルテ、統一へ 大災害の発生時、迅速に身元確認：2013年8月14日など〕。

特殊な事件であるが、西日本入国管理センターで起きた歯科治療をめぐるトラブルが報じられている〔歯痛治療巡り騒動、数十人もみあう 西日本入管 【大阪】：2008年4月5日〕。歯痛のため、歯科医院への通院を求め続けていたが、内科医による痛み止めの処方のみでの対応に不満を訴え〔収容中の外国人が歯痛の治療を求めて抗議のハンガーストライキを呼びかけた〕というものである。外国人労働者問題、子どもの貧困、非正規雇用問題など、社会における格差拡大は、現代の新たな社会問題である。障がい者、高齢者、子どもへの歯科医療的支援は向上してきたが、より広い意味での社会的弱者への対応が新たな課題となっている。

2011年制定の歯科口腔保健の推進に関する法律に基づいて、2010年前後から各自治体は条例を制定など新たな取り組みを始めている〔歯の健康巡る条例案、12月県議会に提案へパブリックコメント募集 ／栃木県：2010年9月15日、県が歯科保健条例制定へ ／福岡県：2012年12月08日、「未病」対策商品、県が最大4割補助 遺伝子検査・ダイエット・口腔ケア…／神奈川県：2015年11月29日など〕。以上述べてきたように、6期は、生活者のオーラルヘルスリテラシーがさらに充実し、歯科医師側や行政の取り組みも多様化しきめ細かく発展した。その一方で、新たな社会的問題もいくつか出現している。まさしく多様化期である。

3.6.4 歯科医師とその関連組織

6期には、歯科医師とその関連組織に関する記事は減少傾向にある。その中で2015年に発覚した日歯連迂回寄付事件に関する報道が目立つ。5期に大きな注目を集めた政治献金事

件が繰り返されたことに大きな批判が起こった〔「迂回献金」内部から批判 会計責任者「問題ない」 日歯連：2015年2月4日、日歯連会長、元幹部起訴受け謝罪 迂回寄付事件：2015年10月22日など〕。日本歯科医師会や日歯連の政治的活動が非難されている一方で、県歯科医師会や歯科医師に関する報道が好意的であることは、5期と同じである。

各地域の歯科医師会の取り組み〔介護予防はお口から 千代田区、高齢者に個別ケア 3 歯科医師会、協定へ /東京都：2008年9月19日、顔や口「筋トレ」で健康に 水戸市歯科医師会、口腔ケア講習 /茨城県：2013年3月31日など〕や、各地での歯科医師の活躍〔カンボジアを訪れ孤児院で歯科検診 NPO会員・中野さん「予想以上の悪さ」/岡山県：2008年5月20日、黒保根は第2の故郷 過疎地で住民の歯を守り 21年 台湾出身の歯医者さん /群馬県：2009年8月27日、歯による身元確認、実情や課題は？ 被災地で活動、岩手医大・熊谷さんに聞く/岩手県：2011年11月3日、(ぴーぷる)被災歯科医院を再開・小林ゆかりさん 「経験は人生の宝」だから/茨城県：2013年6月1日、(被災地の医療支援：上) 歯科医・飯田良平さん 食べる幸せ、伝え続ける /神奈川県：2015年6月6日、(なにわびと) 泉井秀介さん 38歳 カレーの歯周病予防効果を発見した歯科医/大阪府：2015年11月26日など〕は、高く評価されている。

歯科大学に関する記事は、5期に比べ減少している。歯科医師過剰対策の影響で、受験生の歯学部人気は下降したこと〔歯学部志願者、大幅減 背景に歯科医の過剰感：2009年3月30日、私立歯科大、値下げ続々 高額な納付金で入学者数低迷：2011年11月28日〕、大きな教育制度改革や歯学部が関係する事件がおきていないことが影響していると考えられる。5期までの報道から変わって、研究成果を紹介する記事が多い〔幹細胞の移植であごの骨を再生 松本歯科大が技術確立 人工歯根治療に期待 /長野県：2010年4月22日、再生医療、歯髄に期待 鶴見大、産学連携のバンク設立から1年 /神奈川県：2010年10月22日、動脈硬化症と歯周病の関連解明 新潟大・山崎教授らの研究グループ、世界初 /新潟県：2011年5月20日、かみ合わせや舌掃除、病気の予防に効果も 岡大歯学部チーム調査 /岡山県：2015年5月8日〕。大学が不祥事ではなく、研究成果で注目されるという本来のあるべき姿に戻ったと言えよう。

他の歯科関連組織に関する報道として、海外支援団体、歯科技工士会の活動が報じられている〔歯の治療で出た貴金属売却でカンボジアの子ら支援 奈良の歯科医師グループ /奈良県：2010年6月23日、取り違え防止へ入れ歯にネーム 県歯科技工士会がボランティア /神奈川県：2012年2月29日〕。いずれも5期から続く社会貢献である。

4 まとめ

前節で、朝日新聞データベース聞蔵Ⅱビジュアルから収集した歯科医療に関連する新聞記

事から、ストーリーラインを作成し、記事内容の分析を行った。本節では、1～6期の特徴を整理し、歯科医療に関する言説の推移を考える。

ストーリーラインをもとに、各期の記事内容と、歯科医療とオーラルヘルスの位置づけの特徴を表3-8にまとめた。1列目と2列目の、時代区分と時代のキーワードは歴史的考察で使用したものである。3列目の記事の特徴と、4列目の歯科医療とオーラルヘルスの位置づけが、今回の記事分析で得られた結果である。歯科医療とオーラルヘルスの位置づけは、さらに3つの視点から整理した。列左寄りに生活者のオーラルヘルスの捉え方の推移、中央に歯科医療に関する世論の推移、右寄りに歯科医療システムに関する社会の認識の推移を書き入れた。表3-8をもとに、世論の中で、歯科医療とオーラルヘルスがどのように位置づけられてきたか、時代区分ごとに振り返りながら以下で確認していく。

表3-8 歯科医療とオーラルヘルスをめぐる言説の推移

時代区分	時代のキーワード	記事の特徴	歯科医療とOHの位置づけ		
			生活者のOH	歯科医療に関する世論	医療システム
1期 1879-1912	導入期 開国	金歯 疾病利得	生活に密着したOH 否応なしの生活者主体		一部のための歯科医療
2期 1913-1945	社会化期 富国強兵	近代歯科医療の普及	科学的視点の導入		健民健兵歯科医療
3期 1946-1960	発展期 復興 経済成長	統治下の医療改革 歯科医療の充実		関心上昇	
4期 1961-1985	激動期 コンシューマリズム	日本歯科医師会の影響力 "もの言う"患者 歯科医療の"自分探し"	治療への傾斜	歯科医師バッシング	皆保険歯科医療
5期 1985-2007	過剰期 マイナス成長	投書の増加 "歯科の失われた10年"と "事件報道の10年" Dentists / My dentist の乖離		関心下降 (リスクパラドックス)	
6期 2007-2015	多様化期 多様化	投稿者、課題、アプローチの 多様化	再び"自分ごと化"	関心再上昇	生活を支える歯科医療

注) 表中の OH はオーラルヘルスの意

1期では、開国に伴い近代歯科医療が導入された。この時期の歯科医師は、歯科医療を富裕層対象医療とボランティアとしての貧民救済に二分されていたことは前述のとおりである。1期の特徴は、「金歯」の多出と、歯科口腔疾患に疾病利得が存在したことである。歯科治療が高額であった当時、口元に金歯が覗くことは裕福さの証明でもあり、当時の審美感覚に沿うものでもあったと推察できる。同じく、政治家や軍人、有名人が歯科口腔疾患のために仕事を休んだという報道も多い。歯科医療が庶民へ普及するまで、歯科口腔疾患は生命に関わる場合も少なくなかったため、当然疾病利得が存在したのである。歯科治療を受ける

ことは、富を介した強さの証明であると同時に、疾病利得を介した弱さの証明でもあった。この時期の歯科受診行動は、社会的な強さと弱さを同時に表明する行為であったと考えることができる。

生活者のオーラルヘルスへの関心は高く、歯磨剤や痛み止め、歯の養生法に関する記事は明治時代から多かった。当時は医学的検査法が未発達であり、歯の健康は健康状態の指標ともなった。皇太子の乳歯の萌出や、長寿者の健歯ぶりがニュースとして報道されていることも、明治時代から戦前までの大きな特徴である。受診環境が整っていないぶん、自助努力が必要とされていた時代である。大多数の庶民は、自分の判断で歯科口腔疾患への対応を決定した訳である。当然、人びとのオーラルヘルスへの関心は高く、歯磨剤や痛み止めなど、歯の養生に関する関心は高い。まさしく生活者として、自分自身のオーラルヘルスリスクと向き合い、リスクマネジメントを行っていた。この状況を、表 3-8 では「否応なしの生活者主体」とした。これに関して、生活者から高額な歯科治療費用を嘆く声上がり、無資格診療や開業試験のトラブルが時折報道されるものの、当時の歯科医療システムそのものが問題視されることはなかった。第二章 4.1 で述べたコンフリクトの潜在化である。近代歯科医療導入後間もない時期であるため、歯科医療システム因子間のギャップは、発生したばかりで、未だ認識されていない状況であるともいえる。この 1 期では、行政側が、ほとんど歯科医療に関与していない点も、コンフリクトの潜在化に大きく影響している。

2 期では、戦時色の強まりとともに歯科医療の社会化がすすんでいく。戦時医療体制の確立まで、歯科医師法改正、健康保険法制定、歯科医師免許試験の改正等に関して、関係者間で激しいコンフリクトが生じた。健民健兵、富国強兵のスローガンのもと、一部の人びとに対してのみ提供されていた歯科医療が、公的なものとして変化していく時期である。歯科軍医制度、健康保険制度、学校歯科医師制度等、医療従事者の国家による掌握など、国策の一つとして歯科医療システムが考えられるようになった。歯科医療の社会化に伴い、生活者の認識も部分的に変容する。「金歯」に関する記事は 1 期より多く出現しており、歯科治療費は相変わらず高額で金歯が豊かさの証として認識されていた点、乳歯のう蝕が深刻に認識されない点などは、明治時代と変わることはない。その一方で、生活者向けに、専門家が科学的に説いたオーラルヘルスの解説が掲載されるようになった。現在まで続く、6 月の歯の衛生週間のもととなる啓蒙事業もこの 2 期から開始している。生活者のオーラルヘルスリテラシーは、『衛生思想甚だ幼稚』と指摘される状態から、次第に向上していったようである。

このように、2 期では、歯科医療システム因子に戦時国家体制が大きく影響している。生活文化、歯科医学、公的方針の三因子のうち、公的方針が支配力を増し他の二因子を制御していた。公的方針に飲み込まれた生活文化と歯科医学という三因子の歪な関係が、2 期の特徴である。一因子のボリュームが突出しているため、ギャップやコンフリクトが潜在化した

と考えた。1期とは異なる様相のコンフリクトの潜在化である。

3期の特徴は、検索対象全記事に占める割合が0.03%と、歯科医療関連の記事が減少していることである。投書は、前歯金歯の不自然さを訴えるもの1件、学童齲蝕の再増加に対する注意喚起が3件である。いずれも医療従事者の投書で、復興につれ、学童う蝕と前歯の金歯治療が再増加していることを専門家は問題視している。論説とした記事は、社説1件、論壇3件の計4件である。終戦直後から連合国により医療制度改革が行われているが、これに関する議論は見られない。自由な議論が復活するのは、主権回復の1952年前後からである。医薬分業制度化、健康保険法改正などに関して、行政側と医療者側のコンフリクトが大きく報道されている。この3期以降は、有名人の歯に関する話題がほとんどないことも大きな特徴である。復興による生活の向上に伴い歯科口腔疾患に苦しむ人びとは増加するが、歯科医師不足は深刻であった。

このように、3期では、歯科医療システムを含め、終戦から復興、高度成長へとわが国の全ての社会状況が激変した。これに伴って、歯科医療システム三因子間のギャップは増大し、う蝕の増加、歯科医師不足、社会保険等の問題が個々に報道されてはいるが、歯科医師側と行政側の対立に関心が集まっており、歯科医療システムとして俯瞰的に論じられてはいない。前章4.1で述べた、5つのコンフリクト発生プロセス（高橋 2010）のうち、「②コンフリクトの存在の認識」の段階であると考えられる。国民皆保険制度施行前ということもあり、歯科医療が生活者全体の問題として議論されることはなかった。3期は国民皆保険制度確立へ向かう過渡期であると同時に、歯科医療をめぐるコンフリクト顕在化開始期でもある。

4期の特徴は、投書と論説の増加である。特に、論説は80件と急増しており、歯科医療への社会的関心が最も高い時期である。皆保険制度をめぐる行政側と歯科医師側のコンフリクトは、生活者へ直接影響する出来事であり、投書や論説でも大きく論じられている。歯科医師らの意思決定機関として日本歯科医師会の動向が注目されるようになったのも、この4期からである。日本歯科医師会は“全体像としての歯科医師”の象徴として社会的に認知されるようになった。日本医師会と協調する一斉休診や保険医総辞退の動きは、世論無視として批判を集めた。皆保険制度による受診者の増加と歯科医師不足という需給のアンバランスにより、歯科診療の現場は混乱し、歯科医師への不満を訴える投書が目立つ。

1975年の歯科医110番運動は大きな社会問題となり、日本歯科医師会への反発はさらに大きくなった。この流れは、現在の“私の歯医者さん”への好印象と“全体像としての歯科医師”への漠然とした不信感という、歯科医師に対する認識のギャップの要因の一つとも考えられる。このように歯科受診環境は十分ではなかったが、歯科口腔疾患に関する連載記事や、専門的な記事が多数掲載され、生活者のオーラルヘルスリテラシーは広く、深く向上した。歯科医師と連携しながらの自主的なオーラルヘルスマネジメントへの取り組みも紹介さ

れるようになったが、投書等からは歯科医療が身近になった分、生活者の自主性が減少傾向にある印象を受ける。生活とともにあった、あらざるを得なかった歯科医療は、生活者からやや遠ざかり、歯科医師から患者へのパタナリズム診療へ変容するという皮肉な結果を生んだ。表 3-8 では、「治療への傾斜」と表現した。

以上のように 4 期では、ここまで見られなかった、生活者-歯科医師間のコンフリクトが顕在化した。国民皆保険達成と高度経済成長により、歯科医療システム三因子が揃って充実し、互いに影響し合う激動期である。各ステークホルダーのリテラシーの向上も相俟って、歯科医療システムは変容を続けていく。表 3-8 内「歯科医療システムの自分探し」である。

5 期になると、歯科医師不足は解消し、生活者にとっての受診環境は格段に向上する。投書が急増するが、論説は 4 期よりも減少していることが特徴的である。歯科医療をめぐる様々な問題に、生活者や開業歯科医などが自由に意見を述べるようになった。論説記事の動向は、さらに特徴的である。1986 年～1997 年まで、編集部による歯科医療関連の論説が掲載されていない期間があることは 3.5.2 で述べた。このブランクを“歯科医療の失われた 10 年”とし、歯科医療への社会的関心が失われていた時期があると判断した。奈良は、重大なリスクが克服されると他種のリスクへ興味関心が移ってしまう傾向があることを、リスク認知のパラドックスとして指摘している（奈良 2016）。歯科医師不足の解消という歯科医療の課題のひとつの解決が、歯科医療全般についてのリスクパラドックスを惹起したと筆者は考える。

2000 年以降、再び社説等が集中するが、これは、歯科医療の本質に関わるものではなく、歯科医療従事者が関連する事件報道への反応である。3.5.2 で、述べたように、5 期は、前半の“歯科医療の失われた 10 年”と、後半の“歯科関連事件報道の 10 年”に二分される。歯科医療そのものに対する社会的関心は失われているが、生活者や歯科医療従事者による一般投書の増加、丁寧に取材した特集記事の増加、歯科医学専門用語の記事中での使用などから、生活者ひとりひとりのオーラルヘルスへの関心は持続していることがわかる。歯科医療への疑問や不満ばかりでなく、生活者のオーラルヘルスへの関心から生まれた問題意識に応える記事の増加、いわば「穏やかなコンフリクト」の出現がこの 5 期の特徴である。

6 期は、2007～2015 年までの短い期間である。投書数は 36 件であるが、8 年間の集計であることを考えると、生活者の歯科医療への関心は変わらず維持されていると言えよう。その特徴は、投稿者と投稿内容が多様化していることである。論説は 17 件であり、社説等では 2015 年の迂回献金事件に関して“全体像としての歯科医師”への厳しい声が目立つ。5 期に続いて、再び“私の歯医者さん”への好印象と“全体像としての歯科医師”への不信感が対立する事態となった。寄稿論説のテーマは献金問題から高齢者歯科問題まで幅広く、歯科医療関係者の論点も生活者と同じく多様化している。歯科医師側や行政側の取り組みもきめ

細かく進展し、生活者のオーラルヘルスリテラシーはさらに充実した。現在、生活者-歯科医師、行政組織の全てのステークホルダーが、今後の歯科医療システムの在り方を模索している状況である。

以上の分析から、歯科医療の需給バランスの変動が言説の推移に大きく影響していること、社会状況により、生活者-歯科医師-公的機関（社会システムの三因子の各主体）のコンフリクトは、時に潜在化し、時に顕在化するため、その様相が変化すること、歯科医師への評価は、マクロレベルとミクロレベルで異なることなどが明らかになった。マクロレベルでは、歯科医師への漠然とした不信感が存在し、ミクロレベルでは、顔見知りの歯科医師に対する自らの体験に基づいた信頼が存在する。第一章で明らかになった、“生活者と歯科医師のオーラルヘルスに関する認識のギャップ”、第二章で明らかになった“歯科医療システム因子間のエイジングのギャップ”に続く、第三のギャップ、“歯科医師に対する評価のマクロレベルとミクロレベルのギャップ”である。これらの点に注目し、続く第四章では、生活者と歯科医師の語り分析を行い、戦後の生活者-歯科医師関係と歯科医療システムの動きを考える。

参照参考文献

朝日新聞社「沿革」

<http://www.asahi.com/shimbun/company/outline/history.html>, 20161225 accessed.

小林富貴子 (2014)「中高年齢期のオーラルヘルス観に関する研究—口腔リスクマネジメントの視点から生活者と歯科医師の認識の異同を探る—」放送大学大学院修士論文.

宮本徹、大橋理枝編著 (2013)『ことばとメディア：情報伝達の系譜』放送大学教育振興会.

中原 泉、陶 粟爛 (1992)「歯刷牙子ロードを辿る：楊枝歯刷牙子と植毛歯刷牙子」『日本歯科医史学会会誌』 18(3)、249-261.

奈良由美子 (2016)「生活リスクのパラドックスとガバナンス リジコポリティクの 100 年—リスク・パラドックス—」『危険と管理』 47、18-32.

日本歯科医師会「歯と口の健康週間」<https://www.jda.or.jp/enlightenment/poster/>, 20161225 accessed.

日本歯周病学会「学会の紹介」<http://www.perio.jp/>, 20161029 accessed.

高野 直久 (2007)「クリニカル 身近な臨床(110)歯科臨床と児童虐待—子どもたちが健やかに成長できるように」『日本歯科医師会雑誌』 60(9)、875-884.

高橋真知子 (2010)『組織を動かすコミュニケーション力：企業・学校・サークル，あらゆる組織の円滑な運営のために』実教出版.

全国地域婦人団体連絡協議会「全地婦連 50 年のあゆみ」

http://www.chifuren.gr.jp/ayumi/pdf/50_02.pdf#page=2, 20161225 accessed.

第四章 第二次世界大戦後のわが国の歯科医療の推移の実際

—生活者と歯科医師へのインタビュー調査から—

1 本章の目的

第二章、第三章において、近代歯科医療に関する歴史的事実の検証と考察、同時期の新聞記事による言説分析を行った。本章では、この結果を踏まえ、生活者の口腔リスクマネジメントの実践と歯科医師の地域歯科医療実践の様相を知るために行った、生活者と歯科医師へのインタビュー調査をもとに、第二次世界大戦後のわが国の歯科医療の推移の実態を分析する。

2 研究方法

インタビュー調査と分析は、生活者と歯科医師へのインタビュー、分析資料作成、語り分析の順に行った。データ収集から順に研究方法を以下に述べる。

2.1 インタビューデータの収集

インタビューの目的は、生活者-歯科医師それぞれの立場での歯科医療への取り組みの個人史を聞き取ることである。聞き取り可能な期間を1945年の発展期前後から現在までと想定し、近代歯科医療の歴史的考察結果に基づいて、インタビューテーマを決定した(表4-1)。質問事項の細かい設定は行わず、時代を追って、テーマに関する語りを聞き取る半構造化インタビューを行った。

表 4-1 質問テーマ一覧

	時代のキーワード	質問テーマ
3期 発展期 1945～1960	復興と経済成長	診療・受診の様子 食生活
4期 激動期 1961～1985	コンシュマリズム	診療・受診の様子 国民皆保険 歯科医告発運動
5期 過剰期 1985～2007	バブルとマイナス成長	診療・受診の様子 歯科医師過剰・景気停滞の影響 8020運動 インフォームド・コンセント QOL
6期 模索期 近年	情報化 多様化	診療・受診の様子 医院経営の変化 情報化 生活者と歯科医師のコミュニケーション

インタビュー対象者は生活者7名(P1-P7)、歯科医師6名(D1-D6)である。各人のプロフイ

ールを表 4-2 に示す。インタビューは、P1、2 と P3、4 夫妻では同時に、その他では個別に行い、1 時間半程度を目安とした。対象者の了承を得た上で IC レコーダーに記録した。参考資料として、2006 年 12 月から 2007 年 6 月に保険医協会新聞連載された開業歯科医師の手記を用いた。D0 として表 4-2 最下段に記載している。

表 4-2 インタビュー対象者プロフィール一覧

	年齢	性別	インタビュー実施日	プロフィール
P1	78	M	2015.09.06	埼玉県岩槻市在住 元技術職公務員 定年退職後嘱託を経て、現在リタイア生活
P2	73	F	2015.09.06	埼玉県岩槻市在住 専業主婦 結婚以来ほとんどの期間家族ぐるみで、夫に帯同
P3	80	M	2015.10.26	京都市在住 元公務員 幼少期家族で満州へ渡り、終戦後帰国
P4	73	F	2015.10.26	京都市在住 専業主婦(パート経験あり)
P5	75	M	2015.12.17	東京都在住 大手企業退職後 NPO 等で活動中 台湾に生まれ、終戦後帰国
P6	61	F	2012.10.25 2016.01.27	館山市在住 東京都生まれ 音楽講師
P7	58	M	2016.01.28	東京都在住 鹿児島市生まれ 新聞社勤務
D1	73	M	2015.06.21	都区内オフィス街個人医院院長 地区歯科医師会役員経験豊富 現在公的役職なし
D2	74	M	2015.04.17	都区内オフィス街個人医院院長 地区歯科医師会役員経験豊富 地区歯科医師会役員
D3	74	M	2015.09.12	千葉市内住宅街個人医院勤務 ご子息が院長 現在は補佐的立場
D4	85	M	2015.10.05	2014 年千葉県北住宅街個人医院を閉院しリタイア 歯科大学同窓会地区役員のみ継続
D5	58	M	2016.01.31	都区内私鉄駅前個人医院院長 統合医療中心
D6	59	M	2016.03.27	千葉県北私鉄駅前個人医院院長
D0	75	M	2006.12.15- 2007.06.15	大阪府個人医院院長 保険医協会新聞連載回顧録(参考資料)

2.2 倫理的配慮

研究の概要と研究倫理に関する説明のため、研究趣意書・研究承諾書・誓約書（章末資料）を作成した。インタビューに先だって、口頭説明し、署名し、研究者とインタビュー対象者が各一枚ずつ保管することとした。

2.3 分析資料の作成

インタビュー終了後、音声データから逐語録を作成した。この 13 名分の逐語録と、1 名の回顧録をもとに、語りを組み込んだ個人ライフヒストリー年表を作成した。次に、各人の

ライフヒストリー年表から、分析に用いるフレーズを取り出し、時間軸に沿って整理した。これに、第二章で作成した近代歯科医療年表から重要な出来事を抜粋併記し、分析親シートとした。D0の回顧録を含めた語りの内容は、語り手が伝聞したことを含め、1925年前後からとなった。語り手の実際の経験を語った内容は、2期末期（以下戦時下期）、3期発展期、4期激動期、5期歯科医師過剰期（以下過剰期）、6期多様化期の約75年に渡る。

次に分析親シートを、第三章で示した時代区分ごとに分け、各語りフレーズを内容別にまとめカテゴリー化し、統合シートを作成した。カテゴリー化においては、グラウンデッドセオリーアプローチ（戈木 2006）やKJ法（川喜田 1986）などを参考に、独自のルールを設定した。そのプロセスは以下のとおりである。

- ①語りフレーズの特徴的な発語によるコーディングを行い、分析セルを作成する。
- ②類似コードを持つ複数のセルをまとめ、要約を行う。
- ③類似する要約をまとめ、中カテゴリーとする。
- ④上記を再確認した後、中カテゴリーから大カテゴリーを生成する。

こうして作成した統合シートをもとに、語りストーリーラインの作成と語りの分析を行った。

2.4 ストーリーラインの作成と語り統合分析

5つの時代区分別統合シートを、ストーリーライン作成と語り統合分析の資料とした。分析にあたっては、ライフストーリー研究リバイバルの功労者である、ダニエル・ベルトーの比較分析手法（ベルトー 2003）に倣い、繰り返しのフレーズ、否定的ケースに特に注目した。ベルトーは、自身の分析方法を比較分析と命名しているが、本研究では、時間軸を重視する点で、ベルトーの手法と若干異なる。そこで、本研究における語り分析の方法を、語り統合分析と呼ぶこととした。

まず、語りのストーリーラインを作成し、戦時下期から現在に至る、生活者と歯科医師の歯科医療に関する取り組みの流れを把握した。次いで、戦後歯科医療システムの動態を把握するために、戦時下期から現在までの各カテゴリーの関連や動きを総合的に検討する、語り統合分析を行った。

3 結果

わが国の戦後歯科医療システムの実態を把握するために行った、ストーリーラインの作成と語り統合分析の結果を、語りのストーリーライン、語り統合分析の順に述べる。

3.1 生活者と歯科医師の語りストーリーライン

戦後歯科医療の全体像を知るために、語りストーリーラインを作成した。作成にあたっては、統合分析シートを中心に、逐語録および各人のライフストーリー年表と照らし合わせながら、語りのイメージを損なわないことに留意した。以下で、第二章において作成した近代歯科医療時代区分（表 4-3）に沿って、ストーリーラインを述べる。

表 4-3 近代歯科医療時代区分と概要

	区分名	期間	概要
1 期	導入期	1860 年代～1912 年	主に明治時代
2 期	社会化期	1913 年 ～1944 年	大正時代～終戦前まで
3 期	発展期	1945 年 ～1960 年	戦後復興・高度経済成長の始まり
4 期	激動期	1961 年 ～1985 年頃	好景気の時代と歯科保険給付の迷走
5 期	歯科医師過剰期	1985 年頃～2007 年頃	歯科医師過剰と国民歯科医療費抑制開始
6 期	多様化期	近年	新たな方向性の模索

今回のインタビューでは、2 期（社会化期）末期から現在までの語りを得た。ただし、時代区分第 2 期に相当する語りは、戦時中のエピソードがほとんどであったので、本章では、この期間を戦時下期（2 期：社会化期末期）とする。この時代区分ごとに、引用を交えて作成した語りストーリーラインを述べる。語り引用文はゴシック体で表記し、語り手番号、語りからの引用文の順に記す。語り引用部分の（ ）内は筆者による補足、～は筆者による省略、…は語り中の若干の沈黙、【?】は聞き手による問いかけである。語られている内容の年代や地域が限定されている場合は、引用文直後の（ ）内に示した。

3.1.1 戦時下期（2 期：社会化開始期末期）

この期間の様子について語ったのは、1941 年以前生まれの、生活者 4 名、歯科医師 2 名である。いずれも幼少期の記憶として語られた。統合分析シートから、23 の語りセルを抽出し、1 暮らしの状況、2 歯科医療とこれを取り巻く状況、3 生活者のオーラルヘルス、の大カテゴリーに整理した。

3.1.1.1 暮らしの状況

暮らしの状況として、食糧事情が語られた。終戦に向けて急速に食料事情は悪化するが、居住地が国内か外地かにより、状況に差があった。聞き手は、特に、う蝕の原因となる砂糖

の流通に興味を持ち尋ねた。台湾を例外とし、当時甘い物はほとんど手に入らなかった。国内では、戦局の悪化に伴い食糧も乏しくなっており、学童の集団疎開が行われる頃は深刻な食糧不足となっていた。この史実に呼応する語りがある。

D4: 小学校の4年生、5年生ごろまではね、まだアイスクリームも食べたりね、生活は、割と豊かだったんですね。(1939 頃 長崎)

: ~そうですね、結局(昭和)15年。~(甘い物が)急激になくなった。(1940 長崎)

: 学徒動員行って、初めて本当にひもじい思いをした。(1943 年頃 福岡)

P1: 食べるものがなくて。半年くらいは(疎開に)行ってたかもしれませんね。(1944 年頃 鹿児島)

P3 は当時 2~3 歳の幼児であったが、砂糖不足に関して鮮明な思い出があると語った。

P3: 新聞紙にね、白いお砂糖入れてもらって、それをこう(口に含む仕草)、一番ご馳走。あれが一番ご馳走でした。親の目盗んで新聞紙にこう入れて、白い砂糖を。で、ねぶってましたからね。~何も無い時ですもう。それが一番のご馳走で、覚えています。(1944 京都)

外地では、やや異なり、終戦直前まで食糧は比較的豊かであったという。P3 は満州の、P5 は台湾の食糧事情について語っている。

P3: (終戦ぎりぎりまで)豊かです。【お腹いっぱい食べられる?】それはありましたね。

: お菓子的なものはあんまり、なかったですね。(1945 満州)

P5: 台湾…は、あの、台湾製糖っていうのがね。~とうきび、砂糖の産地ですから(甘い物は豊富だった)。(1945 台湾)

3.1.1.2 歯科医療とこれを取り巻く状況

当時の歯科診療システムに言及したのは、父親が歯科医院を自宅開業する1名の歯科医師のみであった。診療の様子を目にする機会の多かったD2は、以下のように語っている。

D2: 前の歯医者さんの料金の貰い方知ってる? 支払い能力のない人は、いいよいいよ、ただでいいよ、って言って。お米持って来たり、贈り物持って来たりだとかで~。その費用デンティスト100%裁量任されてた。(1940代前半 東京)

健康保険制度は一部にしか普及しておらず、無保険の患者も多い中、歯科医師の裁量で診療費用を決定していたという。歯科医療については、労働者のための健保、富裕層のための自由診療、庶民のためのボランティア的診療、3つの認識があり、歯科医師・生活者ともに納得していた。

P3 は、当時実際に歯科受診を経験した。P3 は、7 歳（1942 年）時に満州へ転居しているが、渡満に備え歯科医院へ通った記憶を語っている。

P3: 幼稚園時分に、歯医者に行つてガーッと抜いてもらて。その時分は技術的に大変でしょ、痛い痛い。もうそれははっきり覚えてますわ。そやから、余計もう歯医者さんは、つていうね。怖いとこ。痛いとこ。～歯では苦勞してます。これがねえ。(1940 頃 京都)

当時の設備・装置では、痛みを我慢しながらの治療が普通であった。国内はもちろん、外地にも歯科医院があったことは P3 と P5 の語りにより確認できるが、当時歯科治療を受けたのは P3 のみである。当時、子供の歯科受診は特別なことであった。

3.1.1.3 生活者のオーラルヘルス

この時期、語り手はいずれも幼児期～学童期である。オーラルヘルスに関する積極的な取り組みが語られていないのは、当然と思われる。虫歯に関して何か記憶はないか、との聞き手の問いかけに、3 名が答えている。う蝕罹患児はほとんどいなかった、あるいは、いなかったと 3 名が語っている。

D4: (う蝕罹患児は) あんまりいないですね。

P5: 私自身は虫歯ありましたけど、そうでもない(周囲の子どもにむし歯が多い訳ではない)。そうでもないというか、あんまり意識にない。

P3: その時分には歯痛っちゅうのはなかったんちゃうかな。～うん、(甘い物が) ないからね。歯痛っちゅうのはね、なんか、記憶ないですね。～甘いものっちゅうもんがなかった時代。うん。虫歯になるとか、なかったんでしょね。

幼少期からむし歯はあった、と語る P5 であるがこの時期に治療した記憶はない。語りから、当時子どものむし歯は、疾患として認識されなかったことがうかがえる。「学徒のう歯の罹患率は(中略)戦争による食生活を中心とする社会環境の変化により著しく低下した」と推定した統計資料が存在する²¹。

P4 は、当時の大人たちの金歯に関して、現在の審美的感覚との違いを語っている。

P4: みんな前歯に金入れたりそういう時代がありましたね。～あたしらのちょっと先輩の人ね。お洒落で。今はやっぱり歯が白くなかったら。私らの感覚はやっぱり歯は白って感じです。～(年配の人を

²¹ 「わが国の教育の現状」(昭和 28 年度)第 7 章 学校保健に、1922 年から 1952 年までの「小学校児童のう歯罹患率の推移」グラフ(第 45 図)と、「わがくに学徒のう歯の罹患率は、第 45 図の如く、今次戦争による食生活を中心とする社会環境の変化により著しく低下したが再び増加の傾向を示している。」との記載がある。(文部科学省ホームページ)

見て)それこそ、あの、お獅子みたい、て言うてたやん。

第三章の記事分析において、明治期から金歯が流行していたことは述べた。この時代も、前歯に金合金を使うことが、お洒落として認識されていた。白い歯が美しいという審美観は、後発的なものである。

3.1.2 3期（発展期）

3期については、60代以上のインタビューウィー、生活者6名、歯科医師4名が語っている。戦時下期と同じく、D0のデータを加えた資料から得た73セルを、1 暮らしの状況、2 歯科医療とこれを取り巻く状況、3 生活者/患者-歯科医師関係、4 歯科医師を取り巻く社会状況、5 生活者のオーラルヘルス、の大カテゴリーに整理した。引用を交えて以下に報告する。

3.1.2.1 暮らしの状況

3期においては、終戦間もなくの窮乏期と、復興から高度経済成長を遂げる時期で全く社会状況が異なる。ここでは、終戦後5年前後の窮乏期と、それ以降の復興・高度成長期の2つに分けて語りを整理する。語り手は、当時、全員15歳以下であり、子供の視点からの証言である。

①戦後窮乏期

「その日暮らし」、「栄養失調」の発語が見られる。物資不足や農地改革の影響を受け、人びとの暮らしは過酷であった。

D4:小作米が入ってた～一変して…それも重なって(貧しい暮らし)なんだ。

:生活にすごく困窮したの。もうその日暮らしになっちゃったの、終戦後。(1945 香川)

P5:食糧難で。(台湾から)抱えて来た、さっき言った飴を、今度は水に戻して。糖分を、おふくろが飴を溶かすんです。それで甘い物は(あった)。(当時としては)幸せな方ですよ。～ただ私のところは、引き揚者って貧しいから、食糧事情はよくない。だから栄養失調だったと思いますよ。～ご飯なんかめったに口に入りませんね。芋、芋粥くらいですよ。(1945 北九州)

特に砂糖は不足していた。終戦後しばらくは、甘い物は手に入らなかった。進駐軍の基地近辺で、米兵からお菓子をもらった経験も語られた。

D1:日本が高度成長を続けるまでの間っていうのは、糖分がなかったわけよ。甘いものが。だから、おやつ、とか言ったって、干しイモとかね。その間っていうのは、日本国全体で、(砂糖制限の)実験やってるようなもんだよ。だから、僕らの世代ってみんな虫歯が少ない世代。(1945 北九州)

:その頃ね(小学校に入学前後)、製菓会社とか閉鎖されてたんだよ。(駐屯地にはあっても)日本人

には回らなかった。「ギブミーチョコレート!」「ギブミーチューインガム!」(1945 北九州)

P1:(歯が痛くて困っている子とかは)あんまり聞かなかったですね。~甘いものなんて食べられないからでしょうね、やっぱね、歯も良かったんじゃないかなったんでしょうかね。

P5:(米兵の周りに)子供が寄っていく訳。みんなガム貰いに行ったりしてね。トラックの回り囲んでる訳。(1945 北九州)

②復興・高度成長期

特需景気をきっかけに、日本経済は復興から高度経済成長へ向かうこととなる。甘い物は1950年前後からが出回り始め、1950年半ば以降豊富になった。製菓工場の操業再開や、駄菓子屋の再開等具体的な記憶も語られた。

D1: 小学校3年の時に、製菓工場が操業再開して工場見学があった。その時に、学校から見学に行き、その、キャラメルをもらったとかね。だから、その前後までは、小学校1,2年生頃っていうのは、甘い物なかったんじゃないかな。(1953 北九州)

P2: 甘いものを食べてたと思うんですね。ちょうど好みの年齢ですよ、15~16歳の年齢の。その時は結構ね、いただいてたと思うんですよ。(年上の)主人よりは(甘い物が流通して)いただいてたと思うんです。(1950 半ば 北海道)

P4: 駄菓子屋さん出てきたの(昭和)30年代ですよ。もう駄菓子さんがいっぱいできてきて、10円15円でいっぱい買える時代になってきたので。(1950 代半ば 京都)

3.1.2.2 歯科医療とこれを取り巻く状況

戦後の復興と高度経済成長に伴い、歯科医学と国内歯科産業は発展し、病院歯科と歯科医院の設備は充実した。同時に、歯科治療の需要は高まっていく。歯科医療に関する多数の語りが得られた。ここでは、①理論・技術の開発、②歯科医療システム③診療の様子④歯科保健の4つの中カテゴリーごとに紹介する。

①理論・技術の開発

戦争により停滞していた歯科医学の理論技術の更新が再開され始め、歯科医療は、ハード・ソフト両面で大きく発展してゆく。米国発の新たな歯科医学理論は、戦後間もなく紹介され、注目を集める。各地で、自主的に研修を行うスタディグループが誕生した。地域歯科医療現場での技術革新は徐々に進んでゆく。この時期、語り手の歯科医師らは、学生か卒業間もない新人歯科医師である。具体的な理論や技術に関する語りは少ないが、1950代は、旧来の理論・技術と、新理論・技術が併存する時代であったことがわかる。

D2: 伸ばした金属を(模型に)貼って上からトントン叩く。そうすると、歯の格好にへこむ。で、セットする時に虫歯のとこだけ削ってさ、咬合面は、「噛んでいるうちに合うよ」とか言って。エナメル質を削る

機械がないんだから、当時は。(1950 頃)

D4: 歯科器材ってのがガラッと変わった。その頃はまだね、いわゆる電気エンジンって言ってね、回転数がね、一分間に三千回転っていう……～【あとチェアが座位?】そうです。(1954 北九州)

②歯科医療制度

3 期の歯科医療制度の特色は、占領期の医療制度改革により、歯科医療の社会化が進んだことであるが、医療制度改革前の実態に関する貴重な語りがある。D4 の父は内科医として疎開先で診療を行っていたが、終戦前後の混乱により、公費負担分の支払いが滞り、生活が困窮したという。

D4: その頃すでに(国民)健康保険ってのがあったんですよ。～それが、金がないからって(診療報酬を)払ってくれなかったの。(1945 頃 香川)

D2: いわゆる共済組合とかはありましたよ。共済組合と歯科医師会で話し合いで(支払い報酬を決定する)契約で。全国的なの(制度)じゃないでしょ。

新たな医療行政が開始しても、健康保険未加入者も珍しくはなく、診療費用の支払いは、未だ歯科医師の裁量下にあった。1950 年代の歯科医療費の支払いについては、父の診療ぶりに関する D2 の語りと、知人の歯科医院の手伝いに行った D0 の記述がある。

D2: 結構赤ひげ先生多かったですよ。嘘ついて金がないって言ったって地元だからみんなわかる。その代りお大尽がいたわけですよ、土地の。そういう人たちは、お気持ちだけで、って言っても、今のお金で 10 万円や 50 万円持ってくるから。で、そういった人とコンペンシエントしてね、そんなに贅沢しなくてもある程度生活が成り立てば、お金がなくてもちゃんと治療をしたいって人がいたら、それなりの治療をしてあげたいっていう、心の余裕が歯医者さんにもあった訳。それ(所得の再分配、平等性を保つ)をやれたんですよ。

: 親父なんかは、～家族や経済的なことを勘案して料金を決めてるの。あなたはいいですよ、余裕があった時に気持ちだけ持ってきてくださいって言って、治療終わりなんだもの。金持ちには(自由診療では多く)ね、～。その相手の経済状態と、歯科に対する関心度に合わせてドクターが(決める)。【治療費にまで裁量権があった?】そうそう、赤ひげ。

D0: 患者さんにより治療費が大変違う。～患者さんのほとんどの懐具合がわかっていたのであろう。～戦後になっても『医は仁術』が生きていたのである。

: 高額な支払いをする患者さんの特権はただ一つ、人が待っていても平然と診療室に入り込み、空いた治療椅子に勝手に座る以外には、何も特別なことはなかった。

このように、1950 代までの歯科医師は、患者の生活の状況まで勘案して、治療費を決定、請求し、患者側も治療費の差を当然のこととして受け入れていたことが語られている。

③診療の様子

診療の様子についての語りを、患者数とその他、2つの小カテゴリーにさらに整理した。患者数に関して語ったのは、歯科医師3名と、当時受診経験のある生活者2名である。それぞれが、歯科学生から新人歯科医師(D4)、開業歯科医師の子弟(D2、D3)、患者(P2、P5)という立場での経験や印象を語っている。以下に紹介する。

A 患者数

大学病院、工場附属診療所、炭鉱町個人歯科医院、都区内住宅地個人歯科医院では患者数が多かったと語られている。混雑する医院での治療は、患者、歯科医師、双方に負担を強いた。

D2: 終戦後、(昭和)21年でしょ。その時の歯医者さんってのは、自分でほとんど技工やってたの。技工士っていなかったの。(患者さんは)結構いましたよ。昼間はね。(生家は)自宅開業だったからねえ。(1946頃 都区内個人歯科医院)

D4: もう増えてましたよ。～今まで戦争がある間は医者なんてかかれなかったのが、かかれるようになった訳ですよ。(1946頃 北九州 歯科大学病院)

P5: ものすごく混んでましたね。～ちょっと治療して、また来てくれっちゃう繰り返してね。時間がかかりましてね。それから、その頃から中学、私中学になって。(転医したら)まあ～、そこもね、まあ、とにかく、例えば神経取るのにね、二か月くらいかかるわけですよ。ちょっと穿っちゃ詰める、穿っちゃあ、はい終わり、というね。～歯医者っちゃうのはなんでこんな時間が…というか。～なんか人生の無駄使いを、歯医者で随分した。歯が弱いから。(1947～1952 北九州 個人歯科医院)

D4: 勤めてるときは一日百人見たんですよ。それもね、タービン²²じゃないんです。電気エンジンで百人見た。～1日に50人抜歯したんですよ。(1957頃 北海道 工場附属診療所)

一方で、患者数は少なかった、という語りもある。患者、歯科医師ともに、時間に縛られることなくゆとりを持って診療していた様子も語られている。

D4: まだ忙しくないですよ。～開業医はまだまだ。(1950代 北九州)

: カツカツ、まだ、日本人全体の生活レベルが低かったから。それで患者さんも少なかった。(北九州 個人歯科医院)

D3: (患者さんは)ほとんど来てなかったね。ほとんどいなかったよ。親父自身がそんなに(仕事)熱心じゃなかったからね。親父はね、碁が好きでね。～朝から晩まで碁を打ってて、合間に患者をみてただけど。大体一生懸命碁を打ってるからね、碁が終わって、さあ、患者さんを見ようかと思ったら患者さん帰ってたりね。

²² エアタービンを用いた高速歯科用切削器具。圧搾空気力で羽を高速で回転させ、歯質を切削する。エアタービンの開発により、正確なエナメル質切削が可能となった。(8020 テーマパーク)

:【今みたいにしっかり時間決めてやるって感じ?】そういうのではないね。朝から晩まで仕事(一途って訳ではない)ってね。来る方も大体無責任だから。夜の 9 時とか 10 時に来たりする訳だから。(1950 頃 佐賀 個人歯科医院)

P2: 待合室でもものすごく待つという感じではなかったですよ。予約という感じでもなかった。~そう(順番待ちで苦労する)じゃなかったと思います。学校から帰ってから(歯科医院へ行く)っていう感じだね。(1955 頃 北海道)

これらの語りから、年代、地域、診療所の種類によって患者数に差があったことが窺える。特に、九州北部の個人歯科医院という同じ環境ながら、患者数が多かった、少なかった、双方の語りがあることが興味深い。多かった、と語った P5 の居住地は、終戦後間もない時期から石炭産業で活況を呈しており、P5 は、「当時の日本で最も裕福な栄えた街だったかもしれない」と回想している。4 期の歯科医院の混雑を先取りする状況と考えられる。

B その他

その他の診療の様子として、個人開業歯科医院では、家内制手工業ともいえる作業を行っていたこと、当時の治療は抜歯と補綴が主であったこと、畳の待合室の記憶が語られている。

D2: 技工は自分でしょ。昼間治療して、夜夕飯が終わると技工室にとじこもってさ、自分で冠(被せ物)作ったり、入れ歯重合²³したり。夜、当時は、テレビがないから、(ラジオで)20 の扉とか、話の泉とか、それとかニュースを聞きながら、ろう着したり。~それで夜中 12 時ごろまでやってね、親父大変だと思ったもん。(1950 代 東京 個人歯科医院)

P2: 昔は虫歯になったりして、その歯を温存させるっていう治療はあんまりしてなくて。もう抜きましょ、取ってしまいましょ、って。そういう感じでやるのがあって。結構そのあたりで抜かれたのが多くて。(笑)で、両脇にブリッジをしてこの歯をひとつ補強して入れましょね、っていう治療を結構受けている様に思います。そう(高校在学中に気になるころの治療は終えてた)と思います。

: 高校生の頃通っていた歯医者さんは、今ふとイメージすると畳の待合室だったんですよ。で、台は 2 台くらいあったと思うんですけど、~(1955 頃 北海道)

P5: 【朝早くから順番取りし、畳の待合室で数時間待つこともある?】全くそうです。僕の行っとったそこも、その後改装してベンチにもなったけど。(1947~1952 北九州)

④ 歯科保健

聞き手は、2~6 期の歯科保健活動の状況について区分ごとに質問した。3 期では学校歯科保健の状況が語られた。生活者 3 名が学校歯科検診、歯科医師 2 名が口腔衛生教育について語った。

²³ 重合は義歯製作過程の最終工程。試作したロウ義歯のロウ部分を合成樹脂に置き替える作業。

P2: ずらっとみんな並んでね、それでどこかのお部屋に先生方がいらして。歯もやったと思いますね。

D1: ローリング法。ローリング法って習ったのが、ちょっとはつきりせんけれども、小学校で習った。だから、今、患者さん来て、ちょっと磨いてごらん、って行ってローリング法で磨くと、あー同じ年代だな、って思う。(1950代 北九州)

D3: 中学校のころには親父が講演やってたよね、(中学の)講堂で。【予防のことですよ?】
そうそう。親父はやってたよね。(1955頃 佐賀)

上記のように、現在とほとんど変わらない学校歯科保健の様子が語られている。昭和 23 年には、小学校児童う蝕罹患率の統計が再開している²⁴ことから、戦前から行われていた学校歯科健診は、かなり早い時期に再開していると推測できる。戦後復興に伴う学童のう蝕の急増が社会問題となっているこの時期に、義務教育において口腔衛生教育が行われていたことも確認できた。

3.1.2.3 生活者/患者-歯科医師関係

3 期の生活者/患者-歯科医師関係については、この時期に歯科受診経験のある生活者 P2、P5 と、歯科医師の子弟であった D2 が触れている。

D2: そりゃ(説明は)しとくでしょう(自己決定という考え方がないから歯科医師に)任せて。補綴の方法も、先生がその人にあつた補綴を勧める。当時はセラミックなんかないからね。金のブリッジか入れ歯かでしょ。その裁量は(治療法は)、歯医者さんに決められてて。世の中の患者さんもそういうものだと思ってね。経済的な状態までね。(東京)

P2: 結構そこは患者さん多かつたのかもしれないですけど。その時の先生方はお話はされたし、高校生だったから説明しなきゃいけないってお話ししてくれたと思うんですけどね。これを抜いて、これをこっちの前の歯と後ろの歯にかけてやれば大丈夫だからね。という感じでお話を聞いたように思います。

:(病状や治療法の説明は)お話ししました。してくれました。選択肢はなかったと思いますよ。もう、「これだったらもう抜きましょう。」「あ、抜くんですか」って感じで。もうその頃はそれが一つの歯医者さんの治療方法だってそう思いましたね。(北海道)

P5: (治療についての話し合いは)何もありませんね。やっぱり偉い人ですからね。威厳もあるし、ちょっとしか診てくれない訳ですから。「ハイ、次。」~【歯科医師との会話は?】はい。インフォームするわけです。~ consent は無い。インフォームはあるけど。~【情報の流れはあるけども、一方通行?】そうです。そうです。~(治療法の)決定権は圧倒的にドクター。だから、consent は無い訳です。](北九州)

²⁴ 「わが国の教育の現状」(昭和 28 年度)第 7 章 学校保健 第 45 図 「小学校児童のう蝕罹患率の推移」を見ると、戦時下に中断されていた統計は 1948 年から再開している。(文部科学省ホームページ)

3名とも、歯科医師が診断後に、単独で治療方法を決定し患者に告げていたと語っている。現在のインフォームドコンセントのうち、「インフォームは行われているが、コンセントは無い」と、生活者自らが表現している。

3.1.2.4 歯科医師を取り巻く社会的状況

歯科医師を取り巻く社会的状況に関して、歯科医師の子弟であったD2、D3、当時新人歯科医師であったD4が語っている。尊敬されていた、生活相談を受けていた、経済的なゆとりがあった、との語りと、裕福ではなかったとの語りがある。

D2: 色んなプライベートな相談とかしてたような気がしますよ。夜、何であの人来てるんだらうと～金額のお金に対する執着があまりなかった。お金がなくても満足していたわけですよ。うちでも、“ねえや”って女中さんがいてね。食べてお稽古事してお嫁に行く。そういう社会の流れってのがあったの。(経済的にも)ゆとりがあったんだよねえ。～牧師さんみたいだったよ。相談を受けたら、それを他の人に絶対漏らしちゃいけない。～何でも言うんですよ。でもそれがどこにも漏れないからね。そういう意味での、人格的な尊敬されるところもあるんじゃないですか。

: 御大尽なんですよ。金満家じゃない。～尊敬される訳よね。その一角に Dentist もいたんですよ。(父親は)地区でなんか(お祭り等)あると、ゆとりがあると今年はどんと行くかって、(寄付)やると回り中が大変だったですよ。

D4: かなり、やっぱりいい方ですよ。やっぱり昔から「先生、先生、」って言われたし。

D3: 裕福でもなかったし…それで(患者さんの家に)掛けを取りに行ったりしたこともあるよ。おふくろと。そんな時代だよ。

後の4期では、歯科医師は誰でも経済的に豊かであったと複数の歯科医師が語っているが、この3期では、歯科医師の経済状況には個人差があったようである。

3.1.2.5 生活者のオーラルヘルス

1950年代の生活者のオーラルヘルスに関して語ったのは、生活者5名と歯科医師2名である。それぞれ子供時代の経験や見聞を述べたが、オーラルヘルスへの関心が低かった、高かった、と双方の語りが得られた。まず、関心は低かったとする語りを紹介する。

D1: 子供の頃はね。当時の。その時自分は子供として考えてた時に、(歯科に)対しては、歯に対しては全くの無関心やった。(世の中)みんなだもん。～(当時はきちんと)歯磨いてなかったからね～。歯磨き粉ってホントの粉だもん。あれでちょこちょこつと磨くくらいのもんでさ。～(歯医者さんって身近)じゃなかった。～歯科の場合には、命には直接関係ないから、生活の一部でしかない訳。だから、我慢できるんだったら我慢しよう、ってなる。だから(オーラルヘルスの)プライオリティが自分の生活の中で、低かった訳よ。(北九州)

:だから、おそらく戦前の5年間、戦後の5年間ぐらい(生まれの人)は、その世代の人たちは、虫歯がものすごく少ない。うちの姉も僕より7つ上だけど、虫歯はずっと成人になるまでなかったからね。それから、僕の弟も、僕より、4つ下だけどほとんどむし歯ない。とにかく歯のことに關しては、乳歯が抜け換わる時にね、(親が引っ張ってくれて)紡績糸で抜くとかね。抜けたら上の歯は縁(縁側)の下につて、そんな時代だった。だから、歯に対してはほとんど、何かってことはなかったね。～(歯を腫らしてる子とかは)いなかったね。(関心を持つ)必要がなかった。(北九州)

D2:要するに、痛みがなくてさ、体裁が悪くなけりゃあ(通院しない)。奥歯が噛めなくなつてね、全然おかまいなしみたいたったよ。痛みがある時だけはだめだね。(子供は)ぎゃあぎゃあ泣かない限り、連れて行かないでしょ。(東京)

P1:歯医者なんて子供のころ行った記憶がほとんどないですよ。～(虫歯で困つたっていう記憶も)子供の時はあんまりないですね。～小学校中学校高校なんてのは、歯なんてそんな。もう歯医者なんて行ってなかった。～(乳歯が)なかなか取れなくて、それでお医者さんに行ったらぱっと抜かれたのを覚えているくらいなんですよね。～頑丈さもあつたかも知れないけど～(鹿児島)

P4:～(当時の歯科医院を)知らない。聞かなかつたですよ。虫歯で痛いとか、そんな話も聞いたことがない。そんな話題で盛り上がつていうこともないですよ。～(歯科医院へ)行こうと思わないし。歯自体も関心ないやん。(親は)歯医者連れて行こうとも(しない)。(京都)

一方で、オーラルヘルスへの関心は高かつた、とする語りもある。P4には、高低両方の語りがあるが、子供の頃親は無関心であつたが、自身が経済的に自立してからは積極的に歯科医院に通つたという経験を持つためである。

P2:中学校の時から高校にかけては結構歯医者に通つたのは覚えてます。旭川にいるときですね。そのころは虫歯があると必ず病院に行くつて感じていましたね。(1950代 北海道)

P4:私は10代から歯悪かつたから、Aさんとこはもう内科みたいな感じやつたから(気軽に)毎回行くみたいな感じで。～19歳くらいの時(1956頃)にね、前歯の隙間に虫歯なつてしまつて～そのまま20代きて、それで治療しだして、第一に前歯から行きました。～それから～もう歯医者さんだけは欠かしたくない。奥歯が痛んだり、もうどこかが虫歯、虫歯です。(1950代後半から 京都)

P6:3、4歳頃、親が共働きだつたから、甘いものをお土産に定期的を買つてきてくれたのね。チョコレートとか…で、やっぱり虫歯が多かつたみたい、どうも。でも、あの、すごい恐がりだつたから診察させないで、何軒か転々として、～一番最初に治療してくれた先生に行きあたる前は、たぶんもっと、大変だつたと思うの。親も苦労したと思うのね。(1950前半 東京)

語り手の当時の居住地に偏りはないことから、語りに出現したオーラルヘルスへの関心度の差は、保護者や本人の認識や状況の差によるものと考えられる。

3.1.3 4期(激動期)

この4期以降は、全てのインタビューウィーが何らかの語りを提供している。4期の統合

分析に使用した語りセルは 259 である。1 暮らしの状況、2 歯科医療とこれを取り巻く状況、3 生活者/患者-歯科医師関係、4 医院経営、5 歯科医師を取り巻く社会状況、6 生活者のオーラルヘルス、の 6 つの大カテゴリーに整理した。以下、引用を交えて報告する。

3.1.3.1 暮らしの状況

高度経済成長は、人びとの生活に安定をもたらし、暮らしぶりは豊かになり続ける。D5 は北九州市の活況に触れ、P5、P7 は長期間続いた好景気を語った。D5 は早い時期から公害はあったが、住民は指摘しなかった当時の世相を記憶している。

P5:ものすごく万博需要もあったし、オリンピック景気、万博景気がずっと続いて。でもね、鉄はそれから陰りが出てきたから。神武景気だったから。(1960~70 年代)

D5:北九州景気がいいっていうか、布団とか干してさ、粉塵って言うのかかるじゃん。誰も文句言わなかったよ。

:あそこ(北九州市の製鉄城下町と言われた地域)はもう一番栄えてた。(1960~70 北九州)

P7:(社会は)相当豊かになったってことですね。仕送りだったから、~やっぱりバイト、家庭教師してましたね。月給三万円くらいでね。(1981 東京)

当時小学生だった語り手、P7、D5 は、おやつ事情に触れている。1960 年代は駄菓子屋が賑わっていた。

P7:(社会の貧しさ等は)全くないですね。高度成長期なんですね。(生活は)そんなに貧しい方ではなかったので、甘いものもお菓子も。ありましたね。ふつうに。

:うちのすぐ隣そう(駄菓子屋)でしたし、一銭店屋という言い方したんですよね。【10 円とか 20 円とか親から毎日もらっておやつを買って食べる?】そうですね、はい。(1960 代 鹿児島)

D5:食べたいから駄菓子屋に十円かなんか持ってってさ。くじ引いてさ。こんなくじ。でかいの当たると嬉しくて、ずっと舐めてたもんな。(1960 代 北九州)

技術職公務員だった P1 は、1970 年頃から、管理責任を追及する風潮が出てきたと語った。

P1:何でもかんでも、注意事項ワーニング、これ一つとってもワーニングばかりあって。それ書いとかなないと、書いてないじゃないかって裁判を起こされる、感電もちょっとしそうだとかね。そういうのをね、裁判沙汰が多いから。その始まりも(昭和)45 年頃だもんな。(1970 頃 東京)

3.1.3.2 歯科医療とこれを取り巻く状況

数多くの語りが得られ、異なるインタビューウィー間での繰り返しも出現した。①理論・技術、②歯科医療システムと歯科医療費、③患者数・歯科医院数、④企業内診療所、⑤予約

制、⑥一般保険診療の様子、⑦自由診療の様子、⑧小児歯科診療の様子、⑨その他、9つの中カテゴリーに整理し、語りを引用し順に紹介する。

①理論・技術

米国発の新たな理論や技術が続々と導入された。これに続く、歯科用パノラマX線撮影機国産開始と普及により、計画診療が容易になる。米国からの新技術は、先ず東京で注目され取り入れられていた、との語りもある。

D1: 近代的(最新の)歯科医学っていうのは、日本の経済成長と共にアメリカから入ってきた。今みたいにインターネットがある時代じゃないから、向こうの出版社とかを通じて向こうの最新の情報が入手しやすくなった。(1970 前後)

: パノラマっていう全顎的な断層撮影ができるようになってきて、計画診療がやりやすくなった。(1972)

D5: 親父(歯科技工士)が一つね、東京に来る理由の大きいのが、鑄造冠²⁵やりたいんだって。～鑄造冠をやりたいので、東京来たんだよ。(1972 東京)

歯科医師らの知識欲は旺盛で、各地にスタディグループが誕生し、自主的な研究や研修が行われた。

D4: 働いて、やっと自分の力で家が建った。ほっとしちゃった。休もうって感じで(半予約制にした)。【多すぎて困るという状況?】ではない。がつつすことはないっていう状況。～それで勉強会に出たりなんかして。(1968 千葉)

D2: スタディグループがね。知識欲がね、日本はすごかったですよね。だから、一国一城の主として、全責任をもって患者さんに接しなきゃいけないという。(1975 頃 東京)

②歯科医療システムと歯科医療費

国民皆保険達成により、歯科医療システムは大きく変化した。生活者-歯科医師ともに歯科医療への認識を大きく変えてゆき、これに伴い地域医療の現場も大きく変化する。まさしく激動の時代である。この中カテゴリーでは、歯科医療に関する認識の変化、差額徴収制度²⁶、医療費削減政策、歯科医師過剰問題、集団歯科保健について語られた。生活者の認識の変化について以下のような語りと記述がある。

D1: これで経済的な負担が軽くなるということで、やっぱり、今まで我慢していた人たちが、わーっと来たんじゃないかな。だから需要が圧倒的に増えたんだよ。

²⁵ 鑄型に溶かした金属を流し込み作成する金属冠。ロウ(ワックス)や樹脂で製作した原型を、石こうの中に埋没後加熱し、鑄型を作成した後金属に置き換える。

²⁶ 第二章脚注8参照 (p80)

D0: 保険制度の拡大は国民の側に医療の公共性をしっかり植えつけていた。

歯科医師側の認識も変わってゆくが、公的医療制度を持たない米国の歯科医療とのギャップに悩むこともあった。

D0: 戦後、～余裕のある階層は消滅した。健保制度が立ち直ると、多くの歯科医は不満ながら保険に頼るようになった。

D1: (戦時中は歯科医学の発展は停止していたが) 高度成長と共に日本から留学生がアメリカへ行くようになった。で、アメリカで習ってきた新しい学問が～。ところが、それ(最先端の技術や理論)を日本の健康保険制度の中に吸収できなかったという、時代的な背景があるわけよ。

D2: 健康保険法っていうのは、いわゆる医療保険ってのが何かというと、明治の、労働者がね。働けなくなったときに、それを復帰させるためのシステムだから、予防っていう考えはないわけですよ。

国民皆保険による変化は、皆保険による需要拡大、国民の歯科医療に関する認識のシフト、保険診療と差額診療の併存への歯科医師の対応、の3点に集約できる。海外から、高価な材料を用いる新技術が続々と紹介されるも、健康保険給付の対象とはならなかった。給付外の治療法に対応するため、差額徴収制度が多用され、各人が負担できる治療費による治療内容の格差は増大する。差額徴収制度は健康保険を補うための制度だったが、この制度への生活者の不満は、後述の歯科医師告発運動として顕在化する。生活者と歯科医師の間に潜在する、治療費に関するコンフリクトについて、D1の語りとD0の記述がある。

D1: 保険給付に最も類似するところで、技術料も含めて、それを補うために差額徴収という制度ができた。セラミックも入ってきたし、白金加金のブリッジも入ってきたし、それからいろいろ新しく入ってきた。～新しい技術も含めたやつで、それを健康保険の中で補えない、健康保険の方が。だから、それを差額という名目でやった訳よ。ところが、実際は、差額って足りない分を補うのが差額なのに、差額が主体になった訳よ。だから、そこで、収入によって患者さんの間に格差が出てきた訳。お金の
ある人は、治療が進むとか、そんなことが起こる訳。(1970代 東京)

D0: 歯科医療が売り手市場となる環境で、不合理な数こなしを強いる保険医療に耐えられなくなった多くの歯科医が、差額治療に向かった。(1960代 大阪)

大きな社会的批判を受け、差額徴収制度は廃止された。高度経済成長下の医療充実政策は、国民医療費の増大をもたらし、4期末には一転、医療費削減政策が開始する。5期の歯科医院経営難化の前兆とも考えられるが、これに対する歯科医師らの反応は鈍かった。

D4: 結局高齢者をあれ(優遇)するために(老人医療費無料化が行われた)。そのうちにそれじゃ金もたないってことで、それでやめたのと、それと同時に社会保険も本人0割負担から上がって。

(1984)

: 僕らのんきと言うか…(医療費抑方針について当初はあまり深刻に考えなかった)(1985 前後 千葉)

現在、重要課題となっている歯科医師過剰問題は、この4期末の政策に原因があるとの語りがある。しかし、この時点では、歯科医療現場では全く問題になっていなかった。

D2: (歯科診療が)3 時間待ちの 3 分治療って非難されたもんだから、そりゃ歯医者増やさないといいけない、と～文部省はさ、どんどんどんどん学校増えればいいって。で、厚労省は歯医者が増えりゃいいって。その時の増やし方ってのは、2、30 年先を読んでなかったんですよ。

D5: まだそこまで(歯科医師)過剰じゃなかった。そんなの(就職活動)したことない。(1982)

1965 年から制度化された乳幼児歯科保健についても語られている。

P2: 子供たちは検診必ずありましたよね。母子手帳で連れて行ったことは覚えてますね。(1970 前後)

③患者数・歯科医院数

患者数に関しては、多かった、少なかった双方の語りがある。ここでは、年代順に患者数に関するコメントを見ていく。1960 年代初頭は、患者数は少ないと語られている。

D4: その頃ちょっとしたら、後はもう患者いないから。銭湯行って風呂入って昼寝して。それから夕方から頑張るんですよ。夕方から9時ごろまで。～【最初から患者さんいっぱい?】じゃないです。それでも最初から4、5人は来てた。(1961 市川)

: (皆保険達成前と比べて急激には)増えてないから、そうやって昼寝して、夜の勤め帰りを待つんですから。～(患者さん殺到は)全然。(1961 市川)

これに対して、患者数は多かったとの語りが見れるのは、1960 年代後半以降である。1970 代に入ると特に住宅地の医院では患者が殺到する。予約で数か月待ちというケースもあったという。歯科医師は過酷な労働環境に耐え、患者側は長い待ち時間に耐えた。特に 1970 代は全国的に患者数が急増し、様々な混乱を生んだ。患者数急増は、患者、歯科医師双方に大きなストレスをもたらし、第二章で述べたコンフリクトの原因の一つとなった。

P1: 歯医者混んでました。予約にしなければ(收拾がつかない)…飛び入りはよっぽどのがないと認めなかったですよ。(1970 代 都内)

P4: (昭和)40 年代、50 年代(は長時間待ったが気にはならなかった)。もう半日であろうとなんであろうとかまいません、ってタイプやねん。

: 【人びとの不満は?】ありましたね、回りは(自分の周囲では)聞きますよね。待ち時間長いし。

(1970 前後 京都)

D0:朝の 9 時から夜は 11 時過ぎまで、昼食後僅かの休憩をとる以外は、夕食も時には取れず、夜食となるありさまで、～こんなことを続けては駄目だと考え続けた。(1967 大阪)

D1:(朝診療室に行ってみると)行列を成してる。電柱に広告を、〇〇歯科医院の広告を外したっていう先生がおった。ここに歯医者さんがあるというその存在をね、もう今来てる人だけで手一杯だから、これ以上来てくれたら困るという時代があったんよ。(1970 年代 東京)

D3:連日 50 人から 60 人以上最低それくらいで、多い時は?うんそうですね。(苦笑)記憶がないんですけどね。【レセプト²⁷500 枚とか?】そういう時代もありましたよね。

:来る人拒まずってかんで。だから、(来たら必ずその日のうちに診る方針の自院には)遠方からみんな来てたからね。～(他院で)何か月待ちとかいうと、もういいでしょうってことになるんじゃないの?(1970 代 千葉)

D6:その頃(午前3時すぎ)に回りががやがやいってるそうなんです。要するに歯科医院の回りにもう人が並んでる。しょうがないから庭に入れざるを得ない。(1975 年頃 大分)

1980 代になると、医院によって患者数に差が見られるようになった。70 年代の“歯科医院は、どこも混んでいる”状況が落ち着き、医院の治療方針、開業歴、所在地、等により異なる様子が語られた。

D5:水士日は自費だけの(診療所)、都心にあって、一日五人くらいしか診ない。～治療だけじゃなくて将棋したりとか囲碁したりとか。～歯医者に来てんのか、遊びに来てるのかわからないような感じで、治療もして、ってよくわからない世界だったけど、そこはある意味完璧にゆっくりやるっていう。(1983 都心)

P1:混んではないですよ。【歯科医師の対応も変わった感じは?】あるかもしれないね。～そんなに混むようなことはないし。(1980 代以降 都心)

D5:一人の先生で一日 100 人くらい見てて、ユニット 8 台。～フォーハンドシステム入れてたのね。先生は全然患者の口からほとんど視線を外さず、手を出すだけで全部器具が出す順番が決まっていたの。で、ものすごいスピードだった。(1983 横浜)

④企業内診療所

高度経済成長期のビジネスマンは多忙で、通院時間を確保することすら難しかった。福利厚生の一環として企業内診療所を設け、従業員の受診支援を行う企業もあった。

D1:(受診する時間が)ない。その時経験的に分かったのは、統計はとってないけどね、頭の中で。同じ会社の中でも、営業部門。それから銀行員が(口腔の状況が)悪かった。

:【企業内診療所が多かったっていうのはその辺の事情?】そう(多忙なビジネスマンの歯科治療支

²⁷ 医療機関が月ごとに保険者(市町村や健康保険組合等)に請求する診療報酬明細書。患者ごとに1枚ずつ作成するため、レセプト枚数はひと月の受診患者数となる。

援のため)。福利施設でね。(1970 前後 東京)

P1: こういう機械(歯科用ユニット)が三台くらい、会社のビルにあったの覚えています。～今日会議と会議の間 3 時頃が空いてる、という、それでちゃんと、健康管理室が(予約を)とって。恵まれてましたね。(1960 代 東京)

⑤予約制

戦前は順番待ちをして受診することが普通であったであった。3 期初め、大学病院のみで行われていた診療予約制は、1960 代半ばから徐々に個人開業医へも取り入れられ始める。歯科医師側は当初予約診療に否定的な見方もあったが、1970 年代には予約診療制度は全国的に認知される。計画診療を行うため、歯科医師自身の労働環境改善のため、待ち時間削減のため、患者殺到による混乱解消のため等々、導入の目的は異なる。

D4: 大学だけですよ、予約は。

: (開業医は)全くもう予約の人なんかいません。(1960 頃 千葉)

: 予約をね、えっと半日、午前中予約にして午後フリーって形にしたのが、～開業して、大体ほぼ 10 年くらい経ってからです。(1968 頃から 千葉)

D2: 近所で、予約診療しているのは、僕のところだけだった。周りの先生からも、予約しか診ないって、横着な歯医者がある、と陰で言われたことある。(1969 東京)

D3: 予約制と順番制の併用。(診療時間は 9 時～19 時だが定時には)終わらないよね。大体午後 9 時くらいになってた。(1972 千葉)

P1: 都会のど真ん中だったものでね。そんなに待った記憶はないな。(予約は)ぱっと取れたからね。けっこう(歯科医院が)多かったから。(1970 代 東京)

P2: (予約は)こちらの希望通りにとれたと思います。(1970 代 東京)

⑥一般保険診療の様子

当時の主訴は、生活上の不便さや痛みであることが多かったので、原因歯に対する処置を以て治療を終わることが多かった。この状況を問題とし、計画診療を行ったとの歯科医師の語りがある。計画診療の導入により、予約して、週一回の治療という現在の治療パターンが出現した。この方針に、当初は戸惑ったという患者側の語りがある。一方で、患者の通院負担を考え、あえて主訴のみの治療を行った歯科医師の語りもあった。

D1: 主訴が取れる、主訴が取れて欠損になれば、欠損の補綴をやる、ね。また痛くなったら来なさいよ、ってことよ。～(来院動機は)生活に不自由だから、よ。引っかかって痛いから丸めて、とか、削ってとか。歯がなくなって噛めんから入れてくださいとか。もう痛くて痛くて三日三晩寝られんやったから、我慢できなくて来ました、っていうのが大半やったんやない？だから、おそらく主訴を主体とする治療だったんだろうと思う。(1960 代 北九州)

:そういったこと(痛み主訴)で来る患者さんって、1本2本じゃすまないから。これは計画診療やらないと、お互いに消耗するだけだから、計画診療やりましょうっていうのが起こってきたのが、昭和44、45年くらい。(1970代 東京)

P1:大体1週間に1回くらいですよ。～通い始めたら次が1週間。一緒にこうできないのかなって思ったこともあったけど。(1970頃 東京)

D3:僕はね、定期的に来てもらうっていうより、早く終わらせるってことを第一義に考えていたから。とにかく早く終わる。～あとで引っ張るとかそういうことは一切なし。そういう僕の姿勢だったから。(1970代 千葉)

⑥ 自由診療の様子

当時の自由診療は、金合金や陶材等の健康保険給付外の材料使用ケースが多い。保険診療か自由診療かは、適宜考えて決めたとP1は語ったが、自由診療が優先されていたというP4の語りもあった。1970半ばからは審美性重視の傾向が強まり、その後前歯の金属焼き付け陶材冠²⁸使用症例が増加した。患者さんへの説明中に、「高いですね。」と言われたとの歯科医師の語りもある。保険給付の制限は現在より厳しく、この時期やむなく自由診療を選択する患者は少なくなかった。

D1:(自由診療は)「高いですね。」とは言われた。その当時、ボーナスが吹っ飛んだっていうのはザラにあった。(1970代 東京)

D3:自由診療はMB(陶材冠)が多い。もう金冠外せばMBだからさ。そう(前歯にまだ金冠があってそれを外してMBに変えていくって時)ですね。(1970半ば～ 千葉)

P1:保険も、あんまり(高価なものを進めるとか)言わずに保険も使ってやったり。たまに金入れたいってときには保険外の出費も含まれますけどね。保険も、嫌な顔もあんまりせずにちゃんとやってくれてましたね。(1970頃 東京)

P4:皆さん、前歯金歯入れてた人多かったですやん。～(保険の人は)後回しみたいな。行っても金だけいらうみたいな。(1975前後 京都)

特殊診療を行う個人歯科医院について生活者が語っている。歯科医師不足が解消し始めた1980代半ばから、6期の特徴である診療内容多様化の前兆が現れていると捉えると興味深い。

P7:やってる最中になんか、しましたよ。鍼だったかな?～確かに痛くなかったような気もしましたね。虫歯の治療で、削って。でもまあ麻酔してもらった方が安心しますけどね。患者の痛みって言う部分に着目するっていうのも、歯医者さんの中に意識してることもあるんだなって。なるべく快適にしてい

²⁸ 金属のフレームの表面にセラミックスを焼き付けたもの。金属の強度に陶材の審美性が加わった歯冠修復物。

うかね。(1980 半ば 仙台)

⑧小児歯科診療の様子

小児齲蝕の増加は社会問題となっていたが、小児は治療導入に手間がかかるため、敬遠する歯科医師も少なくなかった。特に都市部では厳しい状況で、小児治療を行う医院には患者が殺到した。一方で、地方では子供の頃特に苦勞することなく受診していたとの語りもある。この経緯から、後に保険点数に小児加算がつくこととなる。

D1: 子供を見てくれる歯医者さんがいない、というくらい。手が回らない。連れて行くんだけど、(歯医者さんは)忙しくて、ひとりの先生で一日 60~80 人近く見ているような時代だから。需要が増えて、供給が追いつかん訳よ。だから、保険の方では、6 歳未満(6 歳未満の診療に保険点数を加算する制度)でついたんだよ。(点数改正は)社会のニーズとやっぱり一致している訳よ。(1960 後半~ 東京)

D3: すっごい子供(の数)なんですよ。~何処からでも来る訳だからね。もう子供だけ分離してね。(子供の日を)作ってね。もう、子供と大人と一緒に見れないのよね、もうね。泣くし、喚くしね。(1970 代 千葉)

P7: 僕はけっこう歯は弱い方ですね。男の3人兄弟のうち、私が一番虫歯で歯科に通っていたそうです。(1960~70 鹿児島)

⑨その他

一時的な金不足の影響、歯科医師らの僻地診療ボランティアについて語られている。

D4: 一時期ね、ゴールドがない頃があったんです。えっとね、何年かな…もう 30 年くらい前になりますかね。~(歯科)材料屋にないんです。~(銀座の)金属商まで行って。~自分でカラットメタルを溶かして、自分でローラーかけたんですよ。(1980 代初め頃)

D1: 金の市場価格と、保険診療に使う金価格が違った時代があったんだよ。というのは、医療用の金に対しては政府が、価格補助っていうのかな、だから、普通の相場との差額は、国で面倒見ますという時代があった。ところが、一般の市場がどんどん上がりだして、補てんが追いつかなくなった。(1980 頃)

D1: 学生時代からね、無医村とか、そういったところに興味があって、5 年生、6 年生の、夏休みの度にその無医村の診療に、診療班に加えてもらった。~今の大学の臨床実習でやっているようなことを無医村に行ったときにやらしてもらえた訳よ。(1960 代 北九州)

3.1.3.3 生活者/患者-歯科医師関係

生活者/患者-歯科医師関係に関しても多くが語られた。①説明、②トラブル、③その他のコミュニケーション、④歯科医師の印象、の 4 つの中カテゴリーに分けて以下に整理する。

①説明

米国では、1960年頃からインフォームド・コンセントの概念が普及し始める²⁹が、わが国において浸透するのは1990年代からである。この4期では、医師から患者への説明については、医療従事者間で、ドイツ語の Aufklärungspflicht（説明義務）や、Munt-therapie（ムンテラ）、の用語を用いて理解されていた。治療時の説明について、D4は当時の自院の方針を、D1、D5は見聞に基づいた自身の考えを、以下のように語っている。

D4: やっぱりそういうこと(患者は医師に聞かれた事だけ答える)ですね。～自費にするのか保険だけでやるのか、それだけ聞いて。保険だけでやるって言ったら、保険だけのそういう計画立てちゃう。それ以上するって言ったらどうこうって、また(計画を立て直す)ね。(1960代 千葉)

D1: (説明は)やっぱり、やってたよ。ところが、やっぱり、一応、最小限の、説明だけをやってた訳よ。～で、なんで抜かなきゃいけないか、ではなく、こりゃダメ、抜くよ、って感じだよ。【今みたいに診療室で患者さんとの話は?】先生によりけりだろう。その当時は、こりゃ痛み取るのは抜くしかないよ、って言ったらそれに患者さんも従わざるを得ないじゃない。痛いから来ているんだから。その時の大半は。患者ニーズは、考えなくてもすんだ時代。(1960代)

D5: 保険って今の保険と全然違うじゃないのよ。ほとんどそのカバーされてないわけでしょ。それをいちいち患者さんに説明するのも大変だったということも(あるかもしれない)。～カウンセリングする病院なんてそんな(当時はない)。カウンセリングなんて言葉なかったでしょ。(1970代)

当時の説明は、歯科医師主導のパタナリズム医療の原則のもとに行われた。患者側が保険診療か否かを決定した後、治療方法と計画を歯科医師が決定し、それを患者に説明するという流れであった。説明は、決定事項の伝達が主であった。2期、3期と同じく、生活者はこの状況を自然なこととして受け入れていた。

P1: 僕は初めからね、「保険でいいですか。これは保険外でいきますか。」とか(の話が)必ずありましたね。被せるのも普通の銀で良いですよとか、いや金にしますかとか、そういうことを判断してやりましたね。～それ(治療法と治療費)決めてからやってたから、(自分は)そういうあれ(トラブル)は無かったと思うんですけどね。(1970前後 東京)

P2: (何か相談をして決めるという雰囲気ではなく)次の患者さんが待ってるという感じですよものね。～一時期ちよっとお話ししづらいって感じはあったと思うんですけど、(1970前後 東京)

P6: 銀が被せてある部分が虫歯になって、どれにしようかっていう時、保険の範囲内で出来ること出来ないこと、それは確認しました。(1980代 千葉)

歯科医院は混雑していることが多く、十分な説明時間が確保できない状況であった。現在

²⁹ 日常診療におけるインフォームド・コンセントは、アメリカでは1960年頃から関心を集め出した。人種差別反対運動、女性解放運動、学生運動など、一連の権利運動の中で患者の権利を主張する運動が始まり、1973年に全米病院協会により「患者の権利章典」が制定されている。(松井 2004)

に比べ生活者のオーラルヘルスに関する知識は乏しく、患者側の関心は、治療費の費用対効果に集中している。

1980年代に入ると、説明にある程度時間をかけていたという歯科医師の語りも現れる。

D6: 僕は最初からやってた。よく言われました。先生話長い。(1984 千葉)

矯正科においては、当時から米国式の丁寧なカウンセリングが行われた。説明を受けた保護者が、“話し合い”“勉強”と表現していることから、現在のカウンセリングと同様な対応が行われていたことがわかる。

P2: 子供の歯列の矯正のことをやるだとか、先生とよく話し合いしながらやりましたし。

: そう(説明は少ない)ですね。普通の一般はね。矯正の先生は歯の模型見ながら、今度ここを抜いてこういう風にしますとかそういうお話とか、いろいろ私もそのとき勉強させてもらいましたね。(矯正は)色んな所に通いましたけどお話はきちんとしていただきました。一般の歯科よりは説明の量とか、内容は濃かった。(1970代 東京他)

②トラブル

患者側とのトラブルについては、ベテラン歯科医師3名が、開業間もない時期のエピソードに触れている。

D4: もう初めころは、柄悪いのが多かったんですよ。若い医者だと思って嘗めてたんですよ。僕言っちゃって。俺を若いと思って嘗めんじゃねえと、こう、啖呵の切り方を覚えちゃって。(1960頃 千葉)

D3: (独立開業の)最初の頃だね。ちょっとやりすぎたことがあって。～トラブルってそんなくらいですかね。(1970頃 千葉)

D1: その時は、治ってしまったらね、踏み倒して多かったよ。～何件かあったよ。(1970頃 東京)

ベテラン歯科医師でも開業当初は苦労したことがわかる。日常の患者さんとのやり取りが歯科医師の総合的な能力を育てているのであろう。

③その他のコミュニケーション

この4期までは、診療室においては歯科医師主導のコミュニケーションが主流であった。当時のパタナリズム医療に歯科医師不足も加わり、患者側は歯科医師に対して不満を感じない、あるいは発言を遠慮する傾向があったことを、生活者ばかりでなく歯科医師も語っている。

P3: 待ってます。私はもう、診てもらうまで先生待ってます、っていうタイプですので～なんともない、

待つのは全然。痛みを消してもらったらもう、先生神様みたいに見えるもん。神様仏様みたいな感じで。(1970～80代 京都)

P5:(自分は主治医の)高校の先輩だから言えるんだけどね、言えない雰囲気。というのがね、僕もずっとしばらくあったからね。(1970年代 東京)

D4:先生にお任せしますって人が多いです。ほとんどそうです。(1960～80 千葉)

D1:患者さんも(思っていることを全部は)言えなかった。贅沢というか、自分の希望を言ったら、そんなだったら、暇がないしほかの先生へ行って、って。(苦笑)言う時代やったろうと思う。(1970年代 東京)

D6:最初の10年は、なんかほんとに、わりと領収証ってのも言い出しづらいような患者さんもいっぱいいて。で、～聞き返したら、「あ、いえいえいえ。先生いいです。いいです!!」っていうのはありました。(1984頃 千葉)

患者同士のコミュニケーションであるロコミについて語る生活者は多かった。特に転勤族では、ロコミネットワークが強固であるとの語りがあった。歯科医師側にも、ロコミの影響力を認め、重視している語りが見られた。

P1:ロコミですよ。あそこがいいよって言われれば行くからね、印象聞いてね。～必ずあそこが良かった、こうだったって、聞いてから行くから、あんまりクルクル変わったってことはないね。そんなにね。僕らのとこ沢山いるからね。何百人もいるから聞くと、必ず誰かそういうの知ってる人いるんですよ。(1970代 東京)

P5:彼(かかりつけ医)はうちの妹と同級生なんですけど、彼がおるよという(妹の)話から、ああそれなら、と、ここに通い始め、～もうずっと、僕彼に世話になってる。(1980代 東京)

D4:僕はね、宣伝したことがないの。今までね、電柱だとか、ああいう広告一切出したことないの。結局ね、患者さんが患者さんを連れてきてくれるから、だから知らない人が入ってこないんですよ。新患で(紹介なしに)入ってくるのは、嫌がるの僕は。(1960～ 千葉)

④ 歯科医師の印象

この時期歯科医師について3名の生活者が語っている。P2の、悪い印象はなかったが一時期怖かった、P6の痛い表情を叱られた、との語りは興味深い。良くない印象が語られた時期は、歯科医師不足が深刻な時期である。

P1:まあ歯医者さんが怖いって記憶はないなあ。ただ歯をガガガって削るとあれだけは…(苦手)歯医者さんは高圧的な人あんまりいなかった気がしますね。丁寧でしたよ。～あんまり悪い印象は、イメージはないな。歯医者さんに。

P2:悪くない。(悪いイメージは)なかったですよ。(1975前後 東京)

:(混んでる時期の歯医者さんは)怖かったです。怒られるというよりも…お話をあんまり詳しくされないうから、聞きにくいという感じがあったり、という感じはありましたよ。(1960代 東京)

P6:私、過剰反応なの、痛さに対して。～治療する前にもう痛がるから、そんなんじゃ治療はできないって言われて、「ホントに痛い時に痛いと言ってください！」と。でも一応の治療はしてもらって。それはあまりいい記憶ではない。(1978 千葉県)

3.1.3.4 医院経営

医院経営に関して、全ての歯科医師から多くの語りを得た。①開業準備、②資金繰り、③経営状況、④労務管理、⑤その他の中カテゴリーに整理した。

①開業準備

語り手の歯科医師らは、全て4期に開業している。1980頃まで深刻な歯科医師不足が続いていたため、新規開業にあたり市場調査やシミュレーションは必要なかった。関係者からの勧めと協力で開業した例もある。個人開業が難しくなっている現在と異なり、卒後2、3年で開業する歯科医師も少なくなかった。

D4:国鉄乗ってる時に、貸し歯科医院ってのがあって。全部道具はありますよって。家賃がちょっと高いけども、なんもかも全部あります、その日からできますよって。(1961 千葉)

D1:だって今みたいに(今と違って)、歯科医院開業するときに、市場調査もしないわ、設備投資とか、いろんなところも、心配なくていい時代だった。開業すれば、なんとかなるという。非常に恵まれた環境にあった。(1968 東京)

D3:その(同窓の)先生と話して、帰りに駅から戻る間に(車窓から眺めていて)、ちょうど今の診療所のところが、～それがテナント募集って出てたからね。ああ、いいやそこにしようって。(1970 千葉)

D6:できれば、大きい法人だったんで、法人で分院長をやらせてもらえばいいかなと思ってたんです。一生それで。ところが、そこに出入りしてる材料屋さんが、大手スーパーテナントの物件があると。訳のわからんうちにテナントで開業して。(1984 千葉)

1983 卒業の歯科医師 2 名の語りからは、卒業直後から意欲的に、将来の個人開業を見据えたキャリア形成を行っていたことがわかる。

D5:自分のことで一生懸命だったから、世の中がどうしようが、自分とはとにかく卒業しても何もできないし、開業を早くしたいからばちっと目標が決まっていたわけよ。

:勉強したいと思って、一年間は給料いらないから教えてほしい、っていう風な就職の仕方をした。～自分は親父が歯科技工士だったので、とにかく早く一緒に仕事がしたい、ということを刷り込まれてたから。(1983 東京)

:二年目には開業資金ためたかったから、要するに自分でやりたいところっていうところで、就職を探して。そこで一年半くらいやった。(1984 東京)

: (卒後)三年目で、今の品川で開業。そこで七年くらいやったのかな。(1985 東京)

D6: 自分が何もできないのも分かってるから、休みを利用して義歯とかペリオ³⁰とかの講習会に行ったり、大学に行ったり。(1983 埼玉)

: 開業はね、卒業して1年。~8月に開業しました。2年目の8月。(1984 千葉)

②資金繰り

1960年代当初は、新規開業時の銀行借入は難しかったとD4は語っている。歯科界の活況に伴って次第に銀行借入が容易になっていった。1983年に入って開業したD5は新規開業にあたって、資金準備面での苦労は少なかったと語った。D6は、無担保のため、銀行借入は少なかったがリース等で賄えた、と語っている。

D4: その頃は、銀行は貸してくれません、歯科医には。昔は殖産住宅っていうのがあって、~後で月々いくらずつか払っていくわけです。

: (歯科医師免許を担保に借りられるという時代は)もう、ずう一つとあと。~実績のある人だけは、医科は貸してくれたんです。ところが、地元の医師会の先生でも200人いたかな、そのくらいの程度だったんだけど、それ借りれる人は10人くらい。新規開業は絶対貸してくれない。医科でも駄目です。(1961 千葉)

: (借入が簡単になるのは)(昭和)50年になってやっとでしょうね。(千葉)

D3: (準備とか)なんもなし。~親父にたぶん5、600万くらいはもらったと思うんだよね。それで、それから銀行に行って、直接、金貸してくれませんか、って言って。それで、その時300万とか400万とか借りたと思う。金利がすごく高くてね、~

: 笑ってたもん支店長が。まだ実務経験もないしね、大丈夫ですか?みたいな話になって。【歯科は成長産業だった?】たぶんね、そのころはね。(1970 千葉)

D5: (銀行は)歯科医だからってけっこう貸してくれた。順調っていうか、そうだよ、普通にできてたね。(1985 東京)

D6: 僕7万ですから自己資金。だから電話線引いたらなくなっちゃって~1000万はしょうがないからリースって感じで~リースで、5年。院長室の椅子まで全部リース、現金がないから。(1984 千葉)

: 銀行借入は500万。材料屋さんが500万貸してくれました。個人的に。(1984 千葉)

約20年の間に、歯科医業全般の返済能力が、社会的に大きく評価されるようになったことがわかる。銀行借り入れでは優遇され、資金繰りの苦労はほとんどなくなる。自己資金が少ない場合でも、リース等を利用し開業が可能だった。

③経営状況

歯科医師らの語りから、4期の歯科医院経営状態は、1960年代後半から急上昇し、1970、80年代にピークを迎えていたことが窺える。国民所得の増加・歯科医師不足による来院患

³⁰ 歯周病

者増により、1960 代半ばから経済的に豊かな歯科医院が増えるが、当時医院経営概念は希薄であった。1970～80 年代は、大多数の歯科医院で、医院経営は良好であった。1970 年代は、歯科医師は徴税重点業種であったという D0 の記述からも、同様のことが推察できる。この 10 数年の間は、歯科界全般の好況が続いた。

D4: (開業から)5年くらいたってから、ようやく軌道に乗ったんですね。(1966 千葉)

:良くなったのが昭和 40 年の終わりからでしょ。40 年代終わりから 63 年までですから、10 何年よかった。(あんまり腕が良なくても)とにかく歯医者であれば、みんな患者が来た。(1975 頃～1985 頃まで 千葉)

D1:診療報酬銀行に振り込まれてくるけど(生活費として)診療報酬手を付けることはなかった。～差額徴収分で、生活、いろんなことが賄えた時代だった。～余裕があった。(1970 代半ばまで)

:その頃は、どんどんどんどん保険点数も、どんどんどんどん診療報酬も上がっていった時代。どんどんどんどん経済も右肩上がり。だからそれを社会全体として、永遠に続くと思っていたんだよ。(1970 代 東京)

D0:税務署から三月の申告を全員修正申告するよう申し入れがあった。～前年秋から府下全域で歯科を重点業種とする徴税攻勢が始まっていて、～(1972 大阪)

D0 は、景気が陰り始めた 1980 代中頃になると、自由診療の落ち込みや歯科医師過剰による買い手市場への変化によって、経営状態悪化の兆しが現れたことを記している。

D0:低成長で自由診療の需要は急激に落ち込み、無計画な医師増も加わって歯科医療は一転、買い手市場に変わった。(1985 前後)

④労務管理

来院患者数急増にスタッフを増員し対応したが、スタッフの補充や管理に苦労した語り等を得た。患者増に加えて、技術革新による業務形態も変わってゆき、技工や診療報酬請求事務等を外部委託する医院も出てきた。好況の影響もあり、人材確保に苦労したとの語りもある。

D4: (他院の先生が)一人では技工士雇えないから半分持ってくれって。じゃあ月水金は向こう行って、こっちは火木土来る、そうやってた。(1967 千葉)

D3:うち技工に3人いて、スタッフ5人いて。ユニット6台並べて、やってたもんね。全く(歯科の事を)知らない人を雇ったりする訳だから、(求人応募者が)いないから。だからもう、来たら辞め、来たら辞めってのが多くてね。そういう不足だよ。歯医者としての仕事は、良かったんだけど。まあ僕も努力不足のところがあるかもしれない。(1970 代 千葉)

⑤その他

1970年代頃までは、診療、技工、医療事務、経理等の全ての医院経營業務を院長とその家族が行う、町工場的個人経営医院が多かった。従業員の食事・病児保育等をサポートする公や民間のシステムはほとんどなかったため、院長夫人が世話をする医院もあった。現在都市部では珍しくない日曜診療は、4期では稀であった。

D2: 病院勤務の方が気軽だったなど。何かあったら。保険請求、医事紛争、税務調査があるでしょ。全部一人でやるから。～燃えてたもんね。歯医者さんそういうもんだと思ってたもん。(1975 東京)

D4: ～仕事は余裕を持っているけども、技工はある程度自分でやらなきゃいけない。(1961 千葉)

D3: 開業後しばらくは、医院事務はもちろんスタッフの昼食、色々な用事等、(院長夫人が)かなり手伝っていた。(1971頃 千葉)

D6: 材料屋さんが、日曜日は、やってる歯医者が少ないから、先生は資金が少ないから日曜やろうって。休診は第1第3水曜日、～(1984 千葉)

3.1.3.5 歯科医師を取り巻く社会状況

歯科医師を取り巻く社会状況を、①歯科医告発運動、②その他の社会的動き、③歯科医師の生活の3つの中カテゴリーに整理し検討する。

①歯科医告発運動

コンシュマリズムの影響を受けた人びとが、もの言う消費者を経て、もの言う患者として、歯科医療に関する不満を露わにしたのが歯科医告発運動であった。一連の騒動の始まりについて、D0の記述、D1、D2の語りがある。60年代後半頃から、生活者の間には、待ち時間の長さや差額徴収制度に関して不満が潜在しており、これが一気に爆発したと歯科医師らは捉えている。

D0: 高額な料金を取る歯科医に対する国民の怒りは、～歯科告発運動として爆発し、～: 昭和50年2月20日大坂の各紙は「歯の110番鳴りっぱなし」と一斉に報じ、苦情受付番号を掲げて、歯科治療に不満を持つ人に呼びかけた。

: 110番運動は26日には東京でも始まり～(1975 大阪・東京)

D1: 費用対効果の問題が(歯科医療でも)言われだした。「私はせっかく金歯で入れたのに、一年しかもたなかった。」とか。～ちょうど時代を同じくして、ラルフネーガーの消費者運動。もう一つは、公害問題。～世間自体がその、目覚めてきた時代な訳よ。でその時に、公害問題もあったし、消費者運動も入ってきたのよ。それがちょうど一緒になった。「歯科も(問題は)同じじゃないか。」と。(1970代)

D2: 患者さんがものを言うようになって。歯科関係だけじゃなく日本人全体がね、今までそういう時代だったからさ。恐れながら、って、ものを言うとかクレームをつける、そういう風な風潮は世間はない

訳だけど。あ、言っていないんだって。～(不満に)蓋しなくていいんだ、って思ったとたんに、皆訴え始めたんでしょ。(1970代)

マスコミ報道により世論は紛糾し、悪徳歯科医師へのバッシング記事が連日報道されたが、歯科医院での実際の診療に影響したという経験は、発祥の地大阪で開業する D0 の記述と、当時開業直後だった D2 の語りのみである。

D0: 歯科 110 番は歯科全体へ大きな衝撃を与えた。特に発祥の地大阪での影響は大きかった。(1975 大阪)

D2: 50 年から歯の 110 番がはじまったころから、なんとなく因業な(歯科医師に対する世間の風当たり)ね。～そのまっただ中で開業して頑張ったの。(1975 東京)

D1、D3、D4、は自院には全く影響がなかったと語っている。

D1: (歯科医師と患者)お互いに猜疑心が生まれたんだよ。医師会も一緒になって歯科のバッシングが始まった。(自院には)関係ない。(1975 東京)

D3: 僕は鈍感のせいかもしれないけど…解らない、あんまり、あはは。～うん影響はない、普通だったよね。(1975 千葉)

D4: 関東は関係ないですね。～(地区では何も影響は)ないですね。～【患者さんから悪い反応はなかった?】そうですね。(1975 千葉)

生活者からは、記憶にない、騒動の記憶はあるが特に関心を持ったことがない、との複数の語りが得られた。悪徳歯科医師の所業に呆れはしたが、自分の主治医がそうでないことに安心した様子が伝わる。

P1: (身近なものでは)全然なかったし、記憶にない。限定的なお医者さんだったんでしょね。僕らはもう、そういうことあったら、あそこ行ったらダメだってすぐ情報が行くから。まず聞いてないしね。(意思の疎通がうまくいかない人が)いただろうね。患者も、お医者さんによってもね。(1975 東京)

P2: そういうあれ(報道)は知ってますよ。けどもその時代にたくさんあったかなっていうのは、覚えてないです。～騒ぎは知ってるけど、ほとんど記憶にないわね。～回りの方からもあんまり聞かなかったですね。(1975 東京)

P3: あーあーあー、そうそうそう。～歯科医さんっちゃうのは、わりあいよう揉めますね。～【悪徳歯科医師に関わったことのない人は無関係?】そりゃそうですね。(1975 京都)

P4: ～(自分は)あんまり(歯科医師への悪いイメージは)思っへん。そんな。(1975 京都)

P5: 40 年前でしょ。覚えてますよ。～非常に反感持ってました。その新聞記事に。～だって尊敬するこの人(かかりつけ医)がいるから。(1975 東京)

信頼できるかかりつけ医を持つ生活者は、歯科医告発運動を自分とは関係のないことと考えていた。歯科医師側の、かかりつけ患者との関係に影響を与えたことはないとの語りに対応する。歯科医告発運動の一連の経過はマスコミで大きく取り上げられ、翌年差額徴収制度が廃止されることにより終息した。当時の歯科医療に対する生活者の不満が集約され、第二章で提示した近代歯科医療変遷のプロセスモデルにおけるコンフリクトとして顕在化し、プロセスモデルにおける Change である制度改正をもたらした。消費者運動に次いで、国民世論が、Change に直結した事例である。D1 は、世論が制度を変えたこの動きを評価はしているが、告発運動が個人的バッシングへと終始し、歯科医療への根本的な問題提起まで発展しなかった点を指摘している。

D1: 今まで(歯科疾患に関しては)患者の方で行政を動かしたってのは、歯の 110 番だけよ。
:(悪徳歯科医師に引っかかった人は)可哀想、だから悪徳歯科医師を排除せよ、という運動ではあったかもしれないけど、社会全体に及ぼすこと(影響)を誰も考えていなかった。マスコミも。(告発運動にきちんと対応しなかったというのは)歯科医だけが悪いん訳じゃないんだよ。メディアでも捉え方はそうだよ。(1975 東京)

②その他の社会的動き

歯科医師告発運動後しばらくは、歯科医療に関する問題がマスコミに取り上げられていた。

D0: 日歯内部が分裂～、泥試合が続いた。マスコミは～長期的にスキャンダラスに報道し続け、歯科医の信用失墜を加速させた。(1976)

D1: 中医協でもものすごく問題があったって、その(差額診療)辺り。逆に(歯科医師側は診療報酬引き上げ要求というよりも)もう俺たちは差額徴収行くから、健康保険はこのままでいいよと、新しいシステムだ、指導であるとか、内容であるとかいうのは、できるだけ入れんでくれと。やはり、歯科医師(のほう)も、排除したきらいが無きにしも非ず。(1976)

③歯科医師の生活

3 期では、社会的地位は高いがプアだった、との語りを紹介した。この 4 期では、歯科医師は経済的豊かさも伴う憧れの職業であった、との語りが複数ある。

D1: 僕らが卒業するころは、毎年週刊誌でずっとやってたよ。お嫁さんになりたい職業。トップは歯科医だった。～お嫁さんになりたい職業は、第一位は歯医者さん、それが何年も続いた。(1960 代)

D6: 歯医者ってのが、まだ医者よりも平均収入が高かった頃ですね。～入った時に君たちは選ばれたエリートだって言われてさ、学長に。～(訓示に関しては)何にも思わなかったけど。エリートってことは食うには困らないな、ってそっちばかりでしたけどね。

:大金持ちにはなれないだろうけど、一応コツコツ働けばそれなりには。やっぱりもう、高 3 になると

考えますから。まあやっつけいけるだろうなど。あと授業料が 10 万ちょっとだったんですよ。一年間で。(1978 北九州)

歯科医師は多忙を極めたものの、公私両面にわたって充実した生活をしていた。新人歯科医師時代は、休日返上で研修したという語りもある。

D3: 忙しかったのは、忙しかったよ。それ(仕事と会務をこなし)で毎晩のように飲んで歩くわけですから、だから、考えてみたら恵まれてるといふか。(1970 代 千葉)

D5: とにかく初めは、勉強したいと思って、一年間は給料いらぬから教えてほしい、って言う風な就職の仕方をしたの。で、一応休みなしで行ってたわけよ。(1983 東京)

D6: 僕は、開業しつつ、都内の歯学部の保存科に研究生として行って。色々勉強はさせてもらいました。～一応その火曜日は大学に行って、日曜日は土曜日別の大学からバイトのペリオの先生が来てくれてたので、土曜日彼に任せて、土日のコース(有料セミナー)に行って、やりました。(1985 前後 千葉)

意欲的に活躍する歯科医師であったが、過労死も多かったとの語りも存在する。

D6: だけどやっぱり早死にはしましたね。その先生も、言っていました。(一番忙しい時は)夜中にやっと診療終わったと。でも技工所もあまりないから、技工も自分である程度やらなきゃいけない。ご飯を食べて技工始めて、ある程度技工終わると大体夜中の 2 時か 3 時。その頃に回りががやがや言ってるそうなんです。要するに歯科医院の回りにもう人がならんで。しょうがないから庭に入れざるを得ない。それを聞きながら寝るんだ。って。一日一人で 60 人も 70 人も診て、死にますよね、そりゃ。(1970 代 大分)

: 学長も同じこと(歯科医師の激務)おっしゃってましたね。平均寿命 58 とか。歯医者さんの平均寿命 60 じゃなかった。お金は儲かったかもしれないけど信じられない。(1980 前後)

3.1.3.6 生活者のオーラルヘルス

この大カテゴリーでは①生活者のオーラルヘルスへの関心と、②受診目的について語られている。

①生活者のオーラルヘルスへの関心

当時の生活者には、現代のような予防歯科の知識はほとんどなかった。生活者のオーラルヘルスへの関心は低かったとの歯科医師の語りから紹介する。

D1: 当時は、予防っていう自意識がないんだもの。患者さんに。(1960～70 代)

D5: (予防概念はなく歯磨きしないと)気持ち悪いでしょってぐらいの(認識だった)。だって全然、虫歯になるから(甘い物を)食べちゃいけないとかなかったよ。(1960 頃)

当時の働き盛り世代の多忙さがオーラルヘルスへ影響したとの語りが、生活者-歯科医師双方から得られた。

P3: クレオソートみたいなんをちよつちよつと詰めたりとかね・・・忙しかったし。～行ってない、行ってないですね。～就職してからも行ってへんね。歯医者って言うのは行ったことがない。(1960代～1970代 公務員 京都)

D1: (受診する時間が)ない。その時経験的に分かったのは、統計はとってないけどね、頭の中で。同じ会社の中でも、営業部門。それから銀行員が(口腔の状況が)悪かった。(1970代 東京)

一方で、早い時期からオーラルヘルスに関心を持ち歯科医院に通った、という語りもある。学生時代に徹底して治療を済ませたケースでは、中年以降通院を再開している。歯磨きや歯磨剤に関して詳細に記憶している生活者もあった。関心があったとはいえ、早期治療や歯磨き程度であり、現代のような広範囲の予防やメンテナンスへの関心は現れていない。

P1: やっぱ虫歯でしたね。被せたりっていうのをいろいろやりましたね。～その頃からですね。歯って言うものはやっぱり手入れしなきゃいかんと思ったの。まだそれでも手入れは一生懸命ではなかったけども。(1960代)

P7: (歯を磨きなさいと言われるのは)朝ですね、寝る前じゃなくて朝。(寝る前は)言われなかったですね。(大人の仕上げ磨きは)それは全くないですね。(歯磨きは)やっぱり虫歯(予防のため)って言うのはあったですね。フッ素が入ってるのがいいっていう。(1960代半ば)

: 父親はなんていうの?…粉って言うか歯ブラシの先に粉を付けて磨くようなタイプのやつ。父親は【喫煙者用の粉剤?】そういうのやってみましたけど、僕らは普通のチューブ入りのやつでしたね。(1960代 鹿児島)

P5: (歯科受診は)ずっとしばらくなくて、それで大学病院に通い始めて、年齢的にはその頃から歯が悪くなって。根っこの治療とか、差し歯は大学病院の先生のとこ行って～(1970頃～)

1980年前後からは、歯科矯正治療が一般へ普及し始める。長男に矯正治療を受けさせたP1・2夫妻は、以下のように語っている。

P1: ハシリくらいの時かな。長男の方が悪かったんだよね、歯が。矯正やったりしたから。～随分長くやったね。

P2: (矯正治療を決めるのは)決心が要りました。ただ思春期になってまでね、子供にそこでコンプレックスを与えないようにするには、それの方がいいのかなあって、よく相談して、その頃矯正ってそんなに多くなかったんですよ。

: あまりやってないときにやったかもしれないね。そのあと何年か経つとやってらっしゃる方が、テレビで見ても金具で矯正されてるな、っていうのが、どこどこでもみられた感じですよ。(1978)

以上の語りから、当時からオーラルヘルスへの関心には個人差が大きかったことがわかる。

②受診目的

当時の生活者の受診目的について、D1、D5 が語っている。「痛くなったら行く」「当座がしのげればいい」という言葉がこの時期の受診目的を端的に表している。

D5: 結局それ(歯科への通院歴)が思いつかないくらい、指摘される環境がないわけじゃない。定期的に診てもらって言うのも。痛くなったら行くって言う。だから歯が痛かったかどうかというイメージしかないよね。でもそういうのはあまりなかったかと思うな。(世の中がオーラルヘルスについて)考えてない。(1960-70代)

D1: 治療が進んで行って、苦痛が取れるじゃないか。そうなったら、今みたいにその、生活とか健康長寿とか、そういう思想ないだろう。当座がしのげればいい訳よ。治療途中でも無断キャンセルとかがあったんだよ。(1970代 東京)

診療の様子で紹介したように、生活者は虫歯治療の歯科医院通いを語るものの、ストレートに受診目的を語ることはなかった。語られたのは受診しなかった経験である。P3 は歯科医師の説明に驚き通院を中止し、P6 は、気になりつつも放置したと語っている。

P3: 親知らずを抜いてもらいに行っただですわ。ほんでまあ、抜いてくれはった。この二本の鬼歯あるでしょ、次はこれ抜きましょって。これは俺のトレードマークや、こんな抜いてもうたらかなんな、ってもう行かへんかった。あれはびっくりしたわー。ねえ、これはあつたほうが俺にはよかつたんや。「次はこれ。」、言わはって、えーって思て。(1980頃 京都)

P6: 長男が2歳くらいの時、石頭で、それが私の歯にぶつかったの。そしたら、長男の頭はなんともなくて、私の歯が欠けた訳。前歯が。ずっと気になってたんだけどまあ、そのままにしておいて…(1980頃 千葉)

診療の様子を語った生活者が、全てかかりつけ医を持っていたのに対し、治療を中断したP3、P6ともに、当時はかかりつけ歯科医を持たなかった。

3.1.4 5期(歯科医師過剰期)

5期の統合分析に使用した語りセルは107である。1 歯科医療とこれを取り巻く状況、2 生活者/患者-歯科医師関係、3 医院経営、4 歯科医師を取り巻く社会状況、5 生活者のオーラルヘルス、の5つの大カテゴリーに整理した。この5期と次の6期では、暮らしの状況に関する語りは出現しなかった。戦後復興と高度成長期を終え、生活環境の激変がなくなったことと、話題が聞き手と語り手の共有する30年前という近い過去であるためであろう。

以下、5つの大カテゴリーごとに引用を交えて報告する。

3.1.4.1 歯科医療とこれを取り巻く状況

生活者-歯科医師双方から多くの語りが得られた。①理論・技術②歯科医師過剰問題③歯科医療システムの新たな分野④患者数⑤予約制⑥診療の様子⑦新たな診療分野⑧歯科保健の8つの中カテゴリーに整理し検討した。

①理論・技術

この時期特に歯科材料の開発、改良が進んだ。歯科医師からも生活者からも、この点を指摘する語りがあつた。

D4:【今、再びミニマルインターベーションって言い出したけど、昔もミニマルインターベーションだった？】そうですね。だからもともと、一周して時代が帰って来たっていう感じがします。～結局考え方はね、元に戻ってる感じでね。(2000頃～)

P7:～あと歯科材料も随分変わったんですよね。アマルガムなんてもう使わないでしょ？そのほう(樹脂系材料)が見栄えもいいですね。

材料や技術の進歩により一時期否定されていたミニマルインターベーション理論がさらなる材料開発により再評価されたことに対して、この経緯を体験しているベテラン歯科医師の「一周して時代が帰って来た」という表現は興味深い。樹脂系材料の開発により審美的修復に健康保険給付が可能となったことは、生活者からも歓迎されている。

②歯科医師過剰問題

歯科医師過剰問題への国家の対応は、1986年の歯科大学入学定員削減方針の決定に始まるが、歯科医師らは早期から実感していた。学部定員減では功なく、ついには国試合格者数調整が行われるようになるが、ここに至る経緯を疑問視する語りもある。歯科医師過剰は、生活者には市中の個人開業医院の増加として認識されている。

D4:本当に(過剰に)なったのは平成からですね。～ここらへんから難しくなってくる。(1980後半～)

D6:～近くでどんどんぼこぼこ。そりゃやっぱり増える、めちゃくちゃ増えてる。それはやっぱり、すごいなみたいな。あつたよね。(1990頃 東京)

D2:過剰なのを出口で絞っているだけだから、あれは異常だよ。競争試験じゃないんだからさ、資格試験だからさ。何人って決めたでしょ。で、それに合わせて何点って。先に人数(合格者数)決めた。(2004)

P4:増えてきましたねえ。～ほんとに近所にも一杯できてきてるわ。(1990～ 京都)

③歯科医療システムの新たな分野

超高齢社会の到来、国民医療費の増加により新たな歯科診療システムへ注目が集まった。高齢者口腔ケアに関して、行政への働きかけの経緯を D2 が語っている。特養ホームにおける高齢者口腔ケアの実施の経緯は、第三章で論じた歯科医療変遷モデルにおいて、Switch(変革のきっかけ)から Change(具体的な方策の実施)に至る実例であり、貴重な証言である。

D2:「歯科がこれからは大事になってきて、これからは介護の世界になるし、口腔機能が如何に大事かって先行きやあわかるから、なにしろ…」って言って、「その部屋にね、1コマ歯科のユニットを入れてくれるか」って言ったら、絶対ダメだって～(1988 頃 東京)

:歯科っていうものを、なんとかね、評価を受けなきゃいけないっていうの(気持ち)が(あった)。全国で初めてですよ。(1989 頃 東京)

:最終段階に、いきなりユニットが入って、その隣にカンファレンスルームこさえて健診して。で、衛生士雇って。そしたらね、全国の特養ホームで、衛生士と歯科のユニットが入ってるのはうちだけなんだよ。だから、いろんなところから、見に来てるの。～で今、そこにね、身障者センターからね、月に 2 回、嚥下の機能訓練の専門の人が来て、ランチタイムに、やってる。他の二日は、一般診療をね、その先生が来て治療してくれるの。(1995 東京)

D2 は、2000 年頃から注目され始めた、かかりつけ歯科医³¹についても語っている。

D2:かかりつけ歯科医っていうものの定義を僕も最近知ったんだけど、口の中がうんぬんじゃないのね。～要するに口の中だけ診ているのがかかりつけじゃない。家族構成やら、経済的な事情からね。

社会情勢の変化に伴って、高齢者の口腔ケア、かかりつけ歯科医制度への注目等新たな動きが生まれ始めた。6 期多様化の先駆けは都心からと考えられる。

④患者数

医院あたりの来院数は、減った、減らない両方の語りが見られる。患者数の減少を感じたという語りから紹介する。

D1:(バブル崩壊後)患者さんが、まず減ったっていうことだろうね。(1990 頃～ 東京)

D3:70 年とか 80 年代に比べると、90 年代は患者さんが減ったっていう感覚はあった。もう(診療に)追われなくてもね。(1990 代 千葉)

³¹ 「かかりつけ歯科医」について、日本歯科医師会は、「住民が身近な地域で日常的な歯科医療を受けたり、相談などができる歯科医師として、その普及・定着を図らなければならない。疾患を予防する立場から地域における住民への保健活動に積極的に参加しなければならない。」としている。(日本歯科医師会 2008)

P4:近所にね、もう二軒あるんですけど。そこはもう一つ、な感じするわ。人の出入りがいいねん。
(1990 頃～ 京都)

歯科医師側の患者数の受け止め方には、歯科医師の開業歴が影響していると考えられる。D4 は 1961 年に開業し、患者殺到期の 1970 年代には経営基盤が確立していたため、患者数の受け入れを意識的にセーブしており、その結果 1990 年以降の患者数の減少はなかった。D1, D3 は 1970 年代の患者殺到期に比べて減ったと捉え、1980 年代に入ってから開業した D5 は変わらないと答えている。

D4:全然。自分のところは響かないんですよ。(1990 頃 千葉)

D5:(患者減は)ない。～(自院の来院数は)減らない。～一日 20 から 25 人来ればいいかなと思ってたんで。まあそんなには影響なかったんじゃないかね。(1990 頃 東京)

P3:私のところは、いつ行っても誰か待ってますね。～僕の行ってるところはね、予約制やから、そう頻繁には、(出入りは)ないんやけどね。まあ、ちゃんと(患者さんが)いはるな。そう(かかりつけ医は評判が良い)なんですよ。～(1990 頃～ 京都)

5 期約 20 年の間に患者数の順調な増加とその後の急激な減少を経験した、と語ったのは D6 である。

D6:診療時間は短くて 10 時から 12 時半で 30 人くらい、12 時半から 6 時半で 50 人。だけど一人じゃないですよ、勤務医の先生、バイトの先生がいたりとか、一人でやるときはそんなに診ないで、もうちょい抑えてた。(1990～2000 頃 千葉)

:当時うち結構一番少なかったんですよ、患者さんが。レセプト 300 ちょっとしかなかったんですよ。だから一般の開業医でそれだけあれば、個人でやってるところは全然十分なんですけど、ああいうところはテナント料も高いんですね。なんていうの走らないと。鮫と同じですよ、泳ぎ続けないと。(2005 千葉)

これらの語りから、時期は異なるが、バブル崩壊以降に減少傾向が見られた医院は少ないことがわかる。市中の歯科医院数の増加、患者数の少ない歯科医院の存在等から、生活者も歯科医師過剰を感じていたと考える。

⑤予約制

予約制について語ったのは、生活者 3 名のみである。4 期に比べ少ないのは、予約制が浸透したためであろう。生活者に定着したのは、「ここ 20 年くらい」と P4 は語っている。時間厳守を歓迎する、融通のきく予約制を歓迎する、両方の語りを得られた。

P4:ここ 20 年くらい違いますか？20 年くらいの間に予約制がうんぬんだった。(京都)

P3:予約したら、絶対その時間にぴっちりなんですよ。～開業された時から。だから楽なの。僕はその、この人(夫人)みたいに待つのは嫌いな。～きっちり間に合うように行ってますね。変更するのも、行けへんとかも電話入れて、次はいつですか、言うて予約入れて。(1995 頃～ 京都)

P4:飛び込みでも診てくれたんや。痛かったら、もう先生。即行って、痛いんです、言うたら、即診てくれはったから。私のとこなんて、いつも流行ってますから。待つのは慣れてます、だから。痛いのを早くして欲しいから。べつに予約取らなくても、治してもらたらええから～9時予約って入れてても、先生、1時間待ちは当たり前みたいな感じでしたんで、うん。(2000 年前後 京都)

⑥診療の様子

歯科医師、生活者双方からメンテナンスや定期健診について語られている。5 期は痛みの除去以外の目的で受診する生活者が次第に増えていく時期である。診療体制に余裕を感じ始めた歯科医師が、オーラルヘルスに関する説明や定期健診案内に力を入れ始めた時期でもある。

D1:だから、その頃(バブル崩壊後)からメンテナンスが主体になってきた。(1990 頃～ 東京)

P1:歯科検診一年に、今のところ(かかりつけの医院)は毎年・・・～20 年くらい前(葉書が来るようになった)。(1990 頃～ 東京)

P2:15 年くらい前からはそういう歯医者さん自体の、一度受けた方には、ご案内というかお葉書がきて、っていう感じはありますね。(2000 年前後～ 東京)

その他診療に関しては、歯科治療の通院回数が多いこと、患者数が少ない様子の医院では日曜診療や通院の手助けが行われていること、が語られた。

⑦新たな診療分野

個人開業医の間にも、新たな診療分野に関心が集まり始めた時期である。従来、個人開業医は、一般歯科として、う蝕治療や歯周病の治療を主に行うか、小児、矯正、の専門医院かであった。歯科医師過剰は、換言すれば、歯科医療へ十分な人材が確保できる、多様かつ濃厚な歯科医療が展開できるということである。よって、この 5 期は、専門性の強い分野や、特色ある診療形態を目指す歯科医師が続々と登場し、大学病院以外でも専門的治療が受けやすくなった時期でもある。これにより、歯科医師、生活者ともに様々な診療分野や新たな技術への注目が深まった。個人開業医で専門的治療を受けた、相談した、との生活者の語りがある。

P6:美容歯科がオープンしたばかりで、安く治療できます、と。で、診てもらったら、出来ますよ、と。でも、安いとはいえ、2万か3万位したけれども。(2005 頃 東京)

P4:50 代くらいの時にインプラントして欲しいなって思って、歯医者さん行ったんですよ。そしたら、あなたはできません、みたいに言われて。(1990代 京都)

この時期、チーム医療、一生を通じた健康管理を行うための自由診療という方針を掲げ診療体制を一新した歯科医師の語りもある。

D5: やっぱりその人に元気になってもらいたい、健康になってもらいたいという中でチーム医療を組むわけだから、こりゃ歯科だけじゃなくて、色んなメンバーとチームを組まんといかんよね、ってことになったわけよ。簡単に言うとメディカルもそうだし、そういう整体もそうだし、アロマセラピーとかも色んな分野の人とそういうタッグを組んで、統合医療っていうのを立ち上げたわけよ。で、新たな医院を開いた。(1997 東京)

: 他業種とやる時に、～共通語っていうのを前面に出さないとみんなバラバラになっちゃうんです。～自然というものが共通語だった。要するに、この治療は自然なのか不自然なのかっていうところで始まって、自然というものに対する共通語でみんな動いていこうっていうことでのチームでしたよね。

: (他業種の各専門職が自院で自分の処置をした上で)統合的に診てくれるところがあるから、相談行ったらっていう紹介で。だから我々としてはめっちゃくちゃ楽なわけ。もうその気になって来てるから。～特に、他業種が説得するとめっちゃくちゃ効果あるわけ。～普通に九州北海道来てた。(1997～2007 東京)

⑧ 歯科保健

歯科保健事業は、従来、母子保健・学校保健の分野を中心に行われてきたが、歯科界の豊富な人材、生活者のオーラルヘルスリテラシーの向上により、生涯歯科保健、災害歯科保健をはじめ対象や分野が広がった。D1、D2 は生活者の関心の高まりと、乳幼児から高齢者まで、切れ目のない口腔保健事業を実現している都内某区での制度化への取り組みの経緯を語っている。

D1: (8020 運動の成功は)医療技術の進歩と、個々の先生の努力よ。それから、高齢化になった。物が食えんのは大変だと(いう風潮)。その 3 つが相まって、歯医者だけの努力でもないんだけど、歯に対する国民の関心も高まって、また、全般的には治療技術は上がってきている。(2000 頃 東京)

D2: (最初は)行政は動かなかつたし、歯科医師会も動かなかつた。～僕らは突っ込んでいった。～だいたい行政の人達がね、歯科はそうやって利益誘導の話しか持ってこないんだからって、それで、～蹴られて終わりなのよ。それじゃいかんって～(2006 頃から 東京)

D1: 少し潮目が変わってきてね、死ぬまでもう食べなきゃいかんっていうことになってきたからね。歯科はね、逆に注目されてきたの。ちょうどその過度期だったと思うんだけど、僕も D2 先生もその中にどう歯科を入れていくのかというのをね(働きかけた)。(2006 頃から 東京)

D2 は新たな歯科保健活動として、災害時口腔ケアが注目され出したとも語った。

D2: 山古志村で地震が起きたでしょ。あの時、近くの大学の口腔衛生の人たちが何十人も行ってやったの。だから、インフルエンザも、いろんなのも流行らなかったでしょ。(2004 新潟)

3.1.4.2 生活者/患者-歯科医師関係

1997 年に、医療従事者の義務として医療法へ明記されたインフォームド・コンセントの概念は、2000 年頃までには、医療従事者はもちろん生活者の間にも広く普及した。生活者/患者-歯科医師関係のカテゴリーを、①インフォームドコンセント、②その他のコミュニケーションの 2 つの中カテゴリーに分け、語りを整理する。

①インフォームド・コンセント

インフォームド・コンセント普及によって、自らの説明方法を変えたことはない、という歯科医師側の語りが多かった。

D1: (患者さんへの説明の仕方は、変化) せんですねえ。(1997 東京)

D3: (自身の説明の仕方に) 変化はないですね。(1997 千葉)

D4: 初めから、インフォームドコンセントとかそういうこと言われなくても、ずっと開業の時からやっています。(1997 千葉)

D5: (自分の方針は) いや、変わらない。自分にとってのインフォームドコンセントってのは何か、っていうのは、説明を、細かい説明をしても、一番相手が知りたいのは、「このドクターは私にとって信用が置ける人なのか？」っていうそこがポイントなんだよな。ある意味、細かいこと言わなくてもわかるだろ、みたいな感じでやってたし。要するに患者さんとのチームが、もうできちゃってる訳ですよ。(1997 東京)

D6 は、従来の説明方針に変わりはないが、ツールが増え、見せる説明へ移行したと語っている。

D6: (以前からのパノラマレントゲン写真と) 10 枚法の口腔内(レントゲン写真) ~ 今から 20 年くらい前かな。あとは手鏡と、写真部だったんで。(口腔内の) 写真は撮れた。デジカメじゃないけどね。だから後で見せてこうこういう感じだと。CCD カメラと、うちは CT ないので、パノラマとデンタルと。で、あとはまあもちろん、でかいホワイトニング用の口腔内カメラはあるからそれでも見せますけど。(1995 頃 ~ 千葉)

一方、患者側からは説明が丁寧になったとの語りも多い。医療法明記により、患者への説明が診療報酬体系へと組み込まれたことから、従来治療の合間に適宜行われていた説明が義務化され、生活者(患者) - 歯科医師間で、自覚的に、記録を残す形で行われるようになって

たことが影響していると考える。P7はインフォームド・コンセント概念の登場を1980年代半ばと記憶している。P1は、インフォームド・コンセント、セカンドオピニオンを大切なことと理解し、P2、P7は2000年頃から説明は詳しくなったと語っている。

P7:全然それは医者と患者の環境が劇的に変わりましたよね。インフォームド・コンセントって言われたのがやっぱり80年代。80年代後半くらいじゃない？随分説明してくれるようになったっていうのは。(1980半ば～)

P1:その言葉(インフォームド・コンセント)はしょっちゅう聞いてるからね。大切だっていうことで。～よく聞いて、セカンドオピニオン聞いてね。どっちを選ぶかってやるのが良いということ。(2000年前後 東京)

P2:(説明後用紙を)いただいています。～【インフォームド・コンセントは良いこと?】うんそうそうそう。(2000年前後 東京)

P7:レントゲンがまず発達しましたでしょ。その場で全部撮って、この歯とこの歯はこうなってるから、こういう処置をしますよっていうのは～(企業内診療所の)お医者さんがそうでしたね。徹底してるんだなという(感想を持った)。ほぼ一致してる感じですかね。インフォームド・コンセントの流れと。(2000頃 東京)

P1、P2、P7は転居のため、4期とはかかりつけ医が変わっている。4期と同じかかりつけ医に通うP3、P4は、後述するように、説明を含めた歯科医師の対応全般は4期と変わっていないと語っている。通院歴の差、すなわち歯科医師に対する慣れ・親しみが、説明方法に影響している可能性も考えられる。慣れ・親しみの影響は、前述のD5「患者さんとのチームがもうできちゃってる」の発語や、ベテラン歯科医師らが説明に変化なしと語っていることと呼応する。

インフォームド・コンセントのうちインフォームド、説明部分の概念は速やかに社会に定着した。もう一つの柱、同意(自己決定)に関しては生活者に十分理解・実践されているとは言えず、バランスを欠いている。説明が義務化されたことで生活者/患者-歯科医師関係が硬直化したのではないかと危惧する歯科医師の語りもあった。

D5:変な、ある意味ドクターショッピングじゃないけど、治らないのは相手のせいみたいなそういう風潮は、インフォームド・コンセントと一緒に出て来たっていうのは、私はあるんじゃないかなって気がするんだよね。(2000頃 東京)

②その他のコミュニケーション

筆者は、前述のインフォームド・コンセントに関する歯科医師の語りから、クールで事務的な印象を受けた。対して、以下のその他のコミュニケーションに関する語りからは、篤く有機的な印象を受けた。

D1:生活歯の処置では、知覚による診断、歯髄の血流量低下の防止等の意味で、頻繁に麻酔を使うことは術者として躊躇していました。極力局麻を使わない主義だった。麻酔を使用ケース増えるきっかけは、患者さんの「この麻酔が発達した時代に、脂汗流して痛いのを我慢しなければならぬものか。」という問いかけがあつてから。それまでは、麻酔のデメリットを重視していたが、この発言で、患者さんの痛みについて考え、麻酔使用方針を変えた。今でも必要最小限にはしていますが。(1995 頃 東京)

D5:何よりも大事なことは、要するに(患者さんは術者の)テクニックで来てるんじゃないで、この人に診てもらいたいわつてので来てるんだな、つてのに気づいた。～だからいくら大学の専門の先生よりも、やっぱり自分に診てもらいたい、自分に義歯を作ってもらいたいし…～それに気づいた。(1996 東京)

D3:ただこの頃になるとね、もう大体患者さんが知った人の知った人だったとかさ、そんな話だから。もう仲間意識なんだよね。それと、開業してるんだけど、まあ近所の先生とも仲良くやればいいんじゃないか、と思ってる訳ね。うちだけでみんな患者診る訳じゃないから。そういう感じなんで、まあ…説明もそんなもんですよ。他所行きたかったら行ってもいいし、ね。そんな感じでやる。(2000 頃 千葉)

生活者は歯科医師側の一貫した態度に好感を持っていると語り、時に自分の希望が受け入れられないことがあつても、満足している様子が窺えた。

P3:今も、一緒一緒一、緒ですよ。一緒だと思いますよ。～それ(競争相手が増えたから急に優しくなる)はないと思いますよ。～そんなあつたらちょっと気持ち悪いけどな。(2000 年頃 京都)

:ほんで僕、開業しはつた当時から行ってんねん。～20 年くらい行ってるのかな。～優しい先生は優しいんですけどね。言うことを聞いてくれへんの。(2005 年頃 京都)

一方で、D1 のかかりつけ患者である P5 は、思い切って麻酔の使用について D1 に質問し、治療方針を変更してもらった経験を語った。前述の D1 の語りと呼応する語りである。

P5:つい 15 年くらい前からあの、麻酔も僕の言う通り使ってくれて。で通いやすくなったけど。(1995 頃 東京)

患者-かかりつけ医間のコミュニケーションは時間をかけて醸成されてゆく。かかりつけ医を持つ生活者は、状況に左右されない歯科医師の一貫した姿勢に好感を持つ。インフォームド・コンセントがコミュニケーション強化へ役立つことは言うまでもないが、これのみでは成立しない。「仲間意識」、「信用」、「チーム」、「一緒(永年変わらない)」等の発語で表現される、ある程度の時間をかけて熟成してゆく日本文化独自の、生活者(患者)-かかりつけ医関係が存在するように思われる。日本型インフォームド・コンセント、納得診

療等の概念と併せて考察する必要がある。最後に、生活者（患者）-かかりつけ医を語る象徴的な発語として、生活者の語りを紹介しておく。

P4: 増えてきましたねえ。～ほんとに近所にも一杯できてきてるわ。(近くにできても転院は)あたしもしないかな。一回ここと思ったら、ずっとやんなあ。(1990～ 京都)

3.1.4.3 医院経営

1990年代から、歯科医院の経営状態に差が見られるようになる。それまで経営に無頓着な歯科医師が多かったが、収支を考慮しなければならなくなったのはこの5期からである。

①経営状況

経営状況に関して、安定している、厳しい、の双方の語りがある。

D4: (歯医者さんが増えたからとか、景気が悪くなったとか状況が変わっても)そういうところは申し訳ないけどほんとにね(何も影響を受けていないので)、僕のところは参考にならない。(1990頃～ 千葉)

D6: 大体リースが6年で終わったんですが、リースが6年終わった時には、全部の借金はもうなかったです。(1990頃 千葉)

D1: それ(バブル崩壊後)から、結局自費診療が減った。(1990頃～ 東京)

D3: 食えないって訳じゃないからね。欲かかなきゃ大丈夫だからねえ。～別にもう何も前と変わらない。(2000年頃 千葉)

D4: 差が出てきましたよ。特にそうですね、平成からそうですね。結局平成2年が1990年。そこらあたりから、差が出てきてですね。～昭和の終わりまでですね、皆が良いというのは。

D3は、確かに経営状況は厳しくなったが不安はないこと、D4は自院の経営は安定しているが、1990年代以降は医院間格差が生じたことを語っている。1990年時点で経営順調と語っているD6は、その後状況が二転三転し、医院経営の厳しさを味わったという。

D6: 僕が開業した時って、(自院の)真ん前に(他の歯科医院が)入ってたんです。三階のフロア全部使って。それが段々、2フロアになり1フロアになり、要するにうちが(患者さんを)吸収した訳ですね。今考えると、他にも歯医者さんがあって、そこが一軒またなくなって、うちだけ一軒になったんですよ、駅前で。～そうなる(自院が残った)ってことは、要するに、その場所の利、大規模スーパーっていう。(1990代 千葉)

: 今考えたら、全然経済的にはやれたんだろうけど。要するにお金のない時期を知ってるから怖いんですよ。現金を作らないと。～なんか恐怖感、そうやって現金は銀行は貸してくれない、お金がなくなったら貸してくれない。良いときだけは言ってくるけど、悪くなったらそっぽ向かれる。(2000頃から 千葉)

:当時うちけっこう、一番少なかったんですよ、患者さんが。～一般の開業医でそれだけあれば、個人でやってるところは全然十分なんですけど、～テナント料も高いんで～(2005 頃 千葉)

:ネットのあれ(医院ホームページ作成)をやったりとか、いろいろ僕は考えてたんですよ。僕の友達と、あと、患者さんにもそういう人(IT 関係者)が一人いてね。ネット関係の人がいて、こういうのいいよとか言って。～色々アドバイスしてくれて。(2005 頃 千葉)

:で、やったらやっぱりちょっと増えはしました。～ゆっくりだけど上がった。10 年くらい前でしたね。(2006 頃 千葉)

統合診療(自由診療)専門医院を立ち上げた D5 は、初期こそ厳しかったが、軌道に乗った後は景気停滞下でも経営は順調だったと語る。

D5:(分院を)立ち上げるまでは、正直その時は(経営的にも)めちゃくちゃきつかった～メディカルドクターは雇わなきゃいけないいろんなことをやりながら。(1997 前後 東京)

:半年先まで予約入ってた。～病気というのを、相手にしてなかったから。～普通の病院であれば、何かトラブって来る(受診する)じゃない。そうじゃなくて、何も問題ないんだけど、さらに良くなりたいっていうので来るから、全然半年先の予約でもOKなわけよ。噛み合わせ変えたい、銀歯変えて白い歯に治したいとかね。まあそういう世界だったからね。(2000 頃 東京)

バブル経済終焉後の、失われた 10 年のただ中にある 2000 年頃に、自由診療専門歯科医院の経営が順調であったことは興味深い。「問題ないんだけどさらに良くなりたい」という明確な口腔リスクマネジメントの目的を持った生活者の受診意欲は、景気変動に影響されなかったことがわかる。歯科医院経営に関するこれらの語りから、今期末の歯科医ワーキングプア報道によって注目を集めた歯科医師の収入格差の前兆は、1990 年頃から現れていたことが確認できた。

②安全管理

1987 年の神戸エイズパニックをきっかけに、生活者の間でも感染予防への関心が高まっていた。1996 年のスタンダードプリコーション³²の発表以来、歯科医師の関心も大きくなってきているが、いち早くこれに対応した D6 の語りがある。

D6:滅菌とかも～逆流防止と言われる前から逆流防止装置を付けてました。～当時高額だったので、経費かかったんですけど各ユニットにつけてましたね。～滅菌機はエアータービン用 2 機、1 機だと

³² 1996 年に米国疾病管理予防センター(CDC)が発表。「すべての患者の湿性生体物質は、感染の可能性のあるものとして取り扱う」との考えを基に、院内感染予防概念であるユニバーサルプリコーション(1985 年提唱)と生体物質隔離(1987 年提唱)の考え方の主な特色を統合したガイドラインであり、医療従事者の職務感染予防と患者の交差感染予防を行う(大久保 2000)。

もうすぐ壊れちゃうんですよ。～大学と同じレベルにしてるので。(2000年頃～ 千葉)

③新たな医院経営理念

前述の専門歯科医療の提供や、新たなオーラルヘルス概念の提案等の動きが、個人開業医からも出現したのは、歯科医師過剰のプラスの影響である。統合診療を志した D5 は医院経営の新たな理念について語っている。

D5: メディカル的なところっていうのはさ、大学の中とか入っちゃうとほんとに自分の自由裁量権っていうのはほとんどなくて、ほんとの組織の中の一部としてしか動けないんだけど、歯科っていうのはものすごく、自分のやりたいことだとか、生活に密接してる場だからいろんな分野の人たちと一緒に話ができるわけですね。だからコーディネートの幅っていうのは全然違う訳よ、歯科の場合。医科と違って。自分のある意味やりたいことができる。～その 10 年間ものすごくね、感じてね。～逆に歯科の方が全然いいよなって。稼ぎがいいとかじゃなくてね。(2006 頃～ 東京)

3.1.4.4 歯科医師を取り巻く社会的状況

この時期の統計資料を見ると、歯科医院あたりの患者数は次第に減少していたと推測される³³。歯科医師を取り巻く社会的状況は一変し、歯科医師の生活も変わったとする語りがあ

D1: 間が悪い。(社会)状況が変わってきた時代。それが(歯科医師過剰と)、一致している。
:(バブル崩壊後)身体は楽になった。暇を持て余している。(笑)(1990 頃～ 東京)
D3: もう(診療に)追われなくてもね。(1990 頃～ 千葉)

ベテラン歯科医師 D1、D3 は患者減少により、楽になった、と受容しているが、開業歴や立地条件、診療方針等でその影響の現れ方と歯科医師の受け止め方は異なる。余暇を楽しんだ、遊学を試みたとの語りもある。

D4: その頃 1 年に 2 回は必ず(海外へ)行って。その他に、ちょこちょこ色んなところ行きましたね。(1980 半～ 千葉)
D5: 一生懸命走ってきたんだけど、なんか疲れてきちゃって、～ただね、ちょっと興味あったのよ。～、アメリカナイズされたドクターがいろいろ出てきながら。友人もその時行ってたから。やっぱり(米国に)魅力はあった訳ですよ、ある意味ね。(1993 東京)

開業以来激務を続けた D6 は、一時期ストレスにより体調を崩したと語った。

³³ 厚生労働省の保健統計資料によると、1975 年～2011 年において、外来患者数は微増であるが、歯科診療所数は約 2 倍強へと増加している。(厚生労働省ホームページ)

D6:そこ(市内で最も人が集まる大手スーパー)に入ってやってみましたから、よく働き、よく使いましたね。ストレスが溜まるので。～火、水って連休は月曜日の夜帰ってきたらもう荷造りですよ。もう毎週。(連休は)二週に一回だから第1第3だから、もう旅行。家族を連れて車で旅行。(1990頃 千葉)
:気分悪くないですか、とか(患者さんに)言いながら、自分も医者通いして、注射打ちながら気を紛らわせてた。～だんだん嫌になってくるんですよ。仕事。朝行くときに咳が出る、病院が近づくと咳が出る、行きたくないという。(1990頃 千葉)

3.1.4.5 生活者のオーラルヘルス

歯科医師からの情報提供が十分になされるようになったため、生活者のオーラルヘルスリテラシーは向上した。景気停滞により、消費文化からエコロジーや健康志向へ社会の関心が移ったことも影響している。ただし、かかりつけ医の姿勢、個人の生活環境やバックグラウンドによってオーラルヘルスへの関心に個人差が生じている。

D3: 歯科医師過剰期は(患者さんの知識も考え方も)変わってくるね。(1990頃千葉)

P7: 社内に歯科医がいるってんで、歯医者さんに行くって今まで全くしてこなかったのはチェック(を始めた)。～歯垢のチェックだとかそういうのをちょっと気を付けるようになりましたね。～時間ができたっていうのと暇っていうのと。～(半年に一回くらい定期的にチェックに行く)それは今も続きますね。

D5: そのへん(統合医療)は非常に特殊なチーム医療だよ。しかも医院に来て何があるんだろうじゃなくて、初めから、来る段階で意欲持って来てる訳でしょ。

一方で、歯科治療が苦手なため民間療法に頼った経験も語られた。

P6: でもね、その時不思議だったのは、痛くて痛くて、分かる訳。膿が上に上がってきているのが。その時に、民間療法だと思うんだけど、鉋物を置いてそれに反射した赤外線を患部に当ててるっていう、それで治ったのね。(1998頃 千葉)

全身的な健康増進のための歯科医療への意欲を持つ生活者も出現したが、事情により歯科医療にアクセスしない生活者もある。生活者のオーラルヘルス観は様々である。

3.1.5 6期(多様化期)

6期の統合分析に使用した語りセルは 278 である。5期と同じくこの6期では、暮らしの状況に関する語りは出現しなかった。1 歯科医療とこれを取り巻く状況、2 インフォームド・コンセント、3 その他の生活者/患者-歯科医師関係、4 医院経営、5 歯科医師を取り巻く社会状況、6 生活者のオーラルヘルス、の6つの大カテゴリーに整理した。4期、

5期では、インフォームド・コンセントとその他のコミュニケーションに関する語りを、生活者/患者-歯科医師関係の大カテゴリーで併せて検討したが、6期では多数の語りが抽出されたため、インフォームド・コンセントとその他の生活者/患者-歯科医師関係を、独立した大カテゴリーとして整理する。6期では、生活者-歯科医師ともに、過去の経験だけではなく、歯科医療の現状、歯科医療に関して現在思うこと述べた語りも多い。このような場合、語り引用後の（ ）は年代を省き、語り手の居住地や診療所の所在地のみとした。以下、順に紹介する。

3.1.5.1 歯科医療とこれを取り巻く状況

生活者-歯科医師双方が詳しく語った。①理論・技術②歯科医師過剰問題③歯科医療システムの新たな分野④患者数⑤予約制⑥診療の様子⑦新たな診療分野⑧歯科保健の8つの中カテゴリーに整理し検討した。

①理論・技術

現在歯科医学分野で話題になっている新たな概念に関して、D1、D2が語っている。CureからCareへ、QOL重視の二つの概念が歯科医療へ取り入れられていることが、まず語られた。

D1: 生きるための医療から、それこそ、QOL、生活の質を高めるっていう医療まで、変化してきた訳よ。～急性疾患、生きるか死ぬかっていう時の医療と、いかに幸せに、健康で長生きするかっていう医療の方に変わってきたっていう時代変化がある訳よね。だから、それに対する対応の仕方が、全体的に遅れてる訳よ。(東京)

D2 : Cure から Care へという、Care の方へね、～社員全員に口腔ケアと衛生士のケアしたらね、健康保険の支払い(事業者負担分)が3割減ったっていうの。(東京)

次いで語られたのは、歯科医療に関する理論的なトピックについてである。D1は日本医師会雑誌2015年6月号掲載の口腔ケア特集³⁴を紹介し、医科と歯科の組織的連携の重要性を説いた。

D2: 口腔ケアのことがさ、～日本医学会の雑誌にそれだけのページを割いてね。～都の会では、嚥下と内視鏡のを、耳鼻科と内科と歯科の先生が一緒になって、都歯の会館でね、講習会やってるんですよ。医科とね、もうちょっとパイプを太くしなくちゃいけない。すごいでしょ。医師会の雑誌がね。歯科をこれだけしっかり。口臭の話まで。～周術期の口腔ケアだって、言い出したのは癌研の先生

³⁴日本医師会雑誌2015年6月号では、500ページ以上にわたって「日常診療に必要な口腔ケアの知識」として特集が組まれた。(日本医師会 2015)

だよ。口腔ケアやると予後が良いって。(2016 東京)

D1 は「健康社会宣言 2015 関西」³⁵を紹介し、歯科における先制医療の評価が遅れていること、先制医療とパターナリズムの関係を指摘した。

D1: (予防概念が今までは、全体に対するポピュレーションアプローチだったが、)うん、個人に対する、～DNA の段階でその素因を持つてる人(に対する予防)。それから、かかる確率の高い人は医者が積極的に介入していこう。だから、今まで予防医学ってのは、Public Defense の方が主体であった。今度は個人を主体におく、それが 21 世紀。歯科は昔からやってるんだよ、プラークコントロールなんて先制医療そのものじゃないか。ところが、それに対しては、プラークコントロールなんて点数化されてないじゃないか。医科の方は、すでに先を見越して、リスクを排除することに対して、それを方針にあげていきたいと思います。(2016 東京)

:先制医療という言葉を使って個人的な領域まで介入しようとしてる。これは面白いなと思ったんだけど、そうすると昔のパターナリズムに陥りゃあせんかと。その辺りをね、日本医師会はどう解決するか非常に興味があるんだけどね。プラークコントロールという俺たちの(ルチーンワーク)。歯を磨かないと診ないって人もいるくらいにねえ。介入してるだろ。

今後の課題についても語られている。D1 は先端技術の寡占化について、息子と共に診療を行っている D3 は、若い世代との医療観の差異について触れた。

D1:例えば、先進医療とか、研究費とか、特定機能病院とかで、経済的な支えをやってる訳。ところが、一般開業医にはそれがない。知識や技術の集約化を図ってきて、普遍化が図れない訳よ。特定機能病院って、それを取るために一生懸命で、そこで生まれたその技術が一般的に普遍化されて流れていくか。今その(最先端の知識の)独占化が起こっている訳よ。それが、今の新しい技術で、失敗も起こっているじゃないか。ところが、生活者、患者ってごまんといってるんだから行き渡る、平等にそのニーズを満たすシステムを作るのが社会の務めじゃないかな。ところが、逆に独占化が起こっているからね。新しい問題として、そこがある。(東京)

D2:今の人たちは息子なんか見てると、積極的過ぎるよね。医療に対してね。それこそ変な話、そこまでやる?みたいなさ。いや、僕は、その神の領域は入りたくないの。(千葉)

6 期は、歯科医療技術だけではなく、歯科医療を取り巻く理論や概念の新たな進展や多様化が注目される時代となっている。

②歯科医療システム

³⁵ 2015 年 4 月日本医学会総会において、1. 治療から予防へのパラダイム・シフト、2. 個の医療の推進、3. トランスレーショナル・リサーチと臨床研究の促進、4. 出産、子育ての支援、5. 地域医療、看取り医療の推進、の 5 つの提言が発表された。(第 29 回日本医学会総会 2015 関西 2015)

歯科診療報酬の問題点、新たな分野である訪問診療の普及、歯科医療システム改善について、語られた。歯科診療報酬に関しては、診療報酬体系の不備として、個々の治療が正しく評価されていないこと、予防やカウンセリング等の新しい取り組みが反映されていないこと、社会的ニーズとの乖離、価値観の多様化と公平性の確保、が語られている。

D2: 患者さんの治療ってのは(今では)保険制度に合わせた治療でしょ。でなくて、まず治療があって、その治療をどういう風な制度を設ければ評価が正しくできるかであって、逆だと思う。健康保険法に合わせた治療をして、これは点数がとれない、これはとれる。それはね、最低だと思う。(東京)

D1: 入れ歯を作りましょう、よく噛めるようにリハビリをやりましょうってこと、歯科は昔からやってる。だから、歯科は昔から先制医療なわけよ。それが全然点数化されていない。(現行の)出来高払いじゃ(問題がある)ねえ。～今みたいな接着性材料で、画期的に、一日で治療が終れるようになってきたけど、それは(診療報酬制度は)昔の予防拡大の時代のままで、的確に評価されていない訳だよ。:説明だけで、全く治療費が発生しない患者だっているんだよ。～相談に対する評価って、日本の医療(保険診療)の中にはないんだよ～。セカンド、サードオピニオンやりましょうって。あれ、健保に入っていないんだよ。説明受けたって、金払わないで帰るの当たり前じゃないか。うちだって(そんな患者さん)いるし。(東京)

D2: 今の健康保険ってのは、歯科に関しては出来高払いだからね。～現在一部では口腔ケアの点数が貼りついている訳だから。そのケアの点数だけで歯科医療が成り立つように。(患者さんに)予防(主体)で接するといいじゃない?～それはやっぱりね、保険の点数化してね、その割合が診療報酬で、ある程度最低限成り立つようにしないと本当はいけないんですよ。(東京)

D1: 今までの診療室の延長で、暇なときに先生方(訪問診療へ)行ってくださいっていう時代じゃないんだよ。今から高齢者増えるから。訪問診療に高い(診療報酬)点数つけて、それで、訪問を診療専門にする先生がいたら、全部個別指導で呼んでるじゃないか。(その方針は)社会的なニーズと違ってらるんだよ。(東京)

:それは今医療の社会化ってということで、健康保険の枠内で捉えているけどね、それじゃあもう。個人の QOL に対する考え方も違ってきて差がある訳よ、それを全部平等化するのがこれから可能かってことよ。

新たな診療システムとして、1992 年から保険給付が開始した訪問診療は、生活者の間でも理解が進んでいる。D3 の歯科医院では、訪問歯科診療の需要が高まっているが、外来診療との併行に難儀していることを語っている。

D3: (訪問診療は)4 時間取られるから。外来4時から7時までって短いもんね。9時から 12 時ってのもね。12 時って言っても 11 時過ぎにはもう出かけて行かなきゃいけないからね。だから、大変だよな。

:息子は(訪問診療で治療を行うので)昼飯とか食う暇ないですね。～僕の場合はね、僕は口腔ケアの方に行ってるんで。だから行ったときは 10 人とかね。衛生士と二人で回って診に行くんだけど。12

人とかね～。

歯科医療システム改善のためには、他集団との協働、財源確保が必要であるとの指摘もあった。

D1: 結局今からはね、医療法人って民間が作り始めるかもしれないよ。老人村が出来るだろ。で組合作って、そこに相応しいお医者さん呼んでくる時代になるかもしれない。

D2: 非会員の人たちにも手を差し伸べて、一緒になって。保険の点数とか、不合理なと一緒じゃないですか。臨床家として。専門の歯科医師として。同じ意見を持つてるなら、会員の意見と、非会員の意見と一緒にね、行政行くとね、行政はオツと思うよ、今までにないことだから。

D1: 医者と患者は平等であるって言うけれど、医療の本質はやっぱり施しよ。僕はそう思う。～(経済優先の現状でどう上手くバランスを取っていくか)それを、社会保険でやらなきゃ。成り立たないんだったら、財源を見つけ出さなきゃ。(東京)

D2: 財源を確保して、若い人が一生懸命やれる、報われるような～診療体制を作る(折衝)のが…若い人たちにはできないから。(東京)

このように、現行の歯科医療システムは多くの問題を抱えているが、D0 は自伝終段で以下のように述べている。

D0: 取り巻く状況は格段に悪化しているのも事実である。今日直面している課題は、40 年前の課題と本質的に何の変りもない。(2007 大阪)

③ 歯科医師過剰問題

過剰の実態はさらに深刻化しているが、歯科医師過剰問題に関する語りは5期に比べ減少している。問題が長期化し注目度が減じたようである。P7 は歯科医院数の増加から、D6 は友人歯科医師の休日の過ごし方から、歯科医師過剰を実感していると語った。

P7: (都心オフィス街には歯科医院がたくさん)ありますねえ。～うちが住んでる地域(都区内住宅地)でも多いです。

D6: ある先生が、「最近やっと休みの日に草むしれるようになった。」って。今までは、草むしっても、世間話じゃなくて、「先生、左のところが痛いんだ。」とか、言われる気がする(から庭先に出られなかった)って。

P5 は、歯科医療に際して知人が経験したトラブルは歯科医師過剰に原因があるのではないかと考えている。

P5: 彼(友人)がね、あの、足が悪いんですよね。歯医者さんに行った時、全てあんたの会社、足が

悪いのもあれね、全部アンタの歯に問題があるって言って。～そういうのって、乱世になるほど流行ってるんだよね。～乱世って何で起こるかったら、供給過剰から出てくるから。(東京)

:インプラントもやって。それもね、さんざんねえ、え一恩に着せられて、やったんだって。ところがそれがまた化膿して、彼はそれでも目が覚めんで。何年も目が覚めなかった。やっぱりお医者さんの言う通り、自分の足が悪いのも。歯はすべての神経の集まる場所でしょ。というようなね、半ば宗教的なね。ところがこういう医者が多いんです。というのは聞きます。～まあ言えば、歯科医師は増えて来た。(東京)

D1 は、歯科医師過剰の影響について、デメリットだけでなくメリットも指摘している。

D1: 歯科医にとっては、歯科医が増えるってことは、供給体制が増えるって事だろ。マイナスって、ネガティブに考えるんだよ。ところが、患者さんにとっては、いろんな先生を選べるという選択肢が広がったというメリットもある。だから、患者さんのメリット、結局ここからが問題なんだけど、生活を主体とした歯科医療の在り方っていうのが今後の問題になるんだよ。(東京)

: その兆しとしては、訪問診療、メンテナンス、いろんな面で、今みたいな診療体制じゃなくて、やがて、患者のニーズに合った専門性というのが求められる時代になってくる。ところが、今歯科医師会とかにもその概念はないし、学会はアカデミックな方向で専門性ってやってるけど、～(患者のニーズに)合っていないんだよ。だから、患者のニーズに合った専門性っていうかな、分科制っていうか、それを今からの時代に求められるんじゃないかしら。(東京)

将来の歯科医師不足再来を予測する歯科医師もいた。

D6: たぶん僕らが辞めるころに減るよね、がくっと。どう考えても(歯科医師は)足りなくなるもん。体力的にもそんなにばんばんできないから、半引退みたい感じになるから。新しい知識もついていけなくなるし。あと 10 年も待てば、団塊の世代が多いから。それからちょっと下のぼくらくらいまでが多いんですよ。(千葉)

④ 予約制

予約制についての語りも減少した。予約診療・計画診療は全国的に普及し、診療は効率化し、歯科医院の混雑は解消した。5 期は初診ですら予約のみという完全予約制も珍しくなかったが、現在は、初診を随時受け付ける医院も多いと D4 は語っている。

D4: 完全予約制って人(歯科医師)は、意外と少ないんですよ。(千葉)

生活者らは、予約制に関して以下のように語っている。

P1: 混むところだってそんな何か月も待つことはないし。～ちょっとこの日は悪いよっていったら、「じゃあ今週はないから、次の月曜日にしましょう。」とかその程度ですよ。(東京)

P2: 結構この頃予約もすぐとれるでしょ、前はちょっと取りにくかったよね。「今週はだめですいっぱい
です、じゃあ来週にしてください。」だったけど今はもう割合に。～今週のどこがいいですかというふう
に言ってくださるみたいなことなので。(東京)

P4: (ご主人のかかりつけ医は)完全に予約制なんです。で、私とこは、急に行っても診てくれるん
ですよ。痛かったら、せやけど一応、次二週間先とか入れます、入れますで、やらはるんですけども。
うん。予約制のとこ多くなりましたね。どこのお医者さんも予約で。～(私は)(予約したりとかもうめん
どくさいから、)行ってまえて方やね。待っててもかまへん、予約の人優先してくださいみたいな感じ
で。(京都)

受け入れ方に個人差はあるものの予約制は生活者に浸透している。近年各医院は、独自の
基準で予約制度に幅を持たせている。予約システムにおいても多様化がみられる。

⑤診療の様子

診療の様子については、診療の変化、治療に関する要望・不満・迷い、その他、が語られ
た。診療の変化は、歯科医師・患者の多様化による変化、患者数減による変化、世代交代に
よる変化、技術・装置の進化による変化、に大別される。D3、D2、は、患者側、歯科医師側、
双方が多様化していると語った。

D3:【ネットで見ましたとか?】そうそう。(セカンドオピニオン云々という人も)来ますよね。(診療室で)
言ってるもん。うん。やっぱり色々種類のね、人が来る。(千葉)

D2: 日本の歯医者さんの技術とかいろんなもの、総合点を含めたレベルってのは、けっこう幅がある
んですよ。最高級の、がんの手術までできて、インプラントとか。こっちは、ただ、虫歯を治療している。
患者さんもね、すごい最高の治療をしてもらいたい、インプラントでも何でもしてもらいたい、対して、
痛みさえ治まれば良いつて。幅があるんだよ。(東京)

患者数の減少により、歯科医院の雰囲気にはゆとりができた和生活者は感じている。

P2: 先生もね、色んな説明されるしこちらからも聞けるという雰囲気は、常にありますね。～がりがり
じゃなくなってね。～なんかソフトになったわね。

: 音楽がかかっててね。歯医者さんじゃないって雰囲気ってともありましたね。～(診療)時間をより
幅広く。～【歯科医師不足解消以降、対応等が変化し診療環境は向上した?】感じてますよね。(東
京)

世代交代による変化について語ったのは、父子二代で診療を行う D3 である。

D3: こちらへんで大体一緒にやろうと。～一緒に始めてから、クリニックの雰囲気が少し変わった。
(2008 千葉)

: 息子なんか口腔外科出身でしょう。～バリバリやるよね。この忙しさの中でよ。ほんとにね、もういいんじゃないの、そこまでしなくて言うんだけどね。(患者さんに歯科疾患を放置しておく場合の)害を話しまくるからね。すると、結局、やってもらいましょう、みたいな話になる。～インプラントとかやってるからけっこう(難症例に)強いね、そういう意味ではね。(千葉)

: 僕も口腔外科にいたから昔はいろいろやってたけど。君子危うきに近寄らずで、あんまりやらない方がいいかなと思う時もあるよね。(偶発事故も)あったんですよね。～そんなことがあるとそんなに危険犯してやることないって感じになってね。(千葉)

様々な分野で生じている、意欲的な若い世代と抑え気味のベテラン世代の摩擦が、歯科医療においても語られたことは興味深い。

D6 は、技術・装置の開発や改良により、個人歯科医院でもスタンダードプリコーションの徹底が可能になったと語っている。

D6: (経費は)かかる。経営に余裕はないんだけどもういいかなって。あと何年もそんな働けないから余裕がなくてもまあ暮らしていければいいかな。もう子供も(成長したし)。だから若い頃に、それ(徹底した感染防御態勢)は無理だったと思うな。(千葉)

生活者らは、歯科医師にとっては身近すぎるため気付きにくい、診療装置の変化を指摘している。

P1: 怖がらないで行けるという感じはあります。混むのを心配する必要は全然ないって感じですね。～機械でやるときなんかビリビリビリきてたんだけど、それ嫌だから、手でいいから血が出てもいいから取ってくれって言って。～今はもう違うんですね。高周波でやるから全然痛くない。(東京)

P3: (昔の歯科局所麻酔は痛かったが)今はそういうことないやろ。ちくつと。(京都)

P6: で、2回の治療で済んだのね。ホントに1回の治療で、わ！なんだ、こんな簡単にこういう歯の…、なんていうの、私は、けっこう面倒くさい治療かなと思っていただけけれども。(千葉)

P7: 機材の発達によってレントゲンがその場でできてすぐわかり、レントゲンの写真を見ながらやってもらう。ええ、そこはすごい進歩だと思いますね。(東京)

P2: (治療時は)今はもう全部寝ますよね。～奥までちゃんと見れるってことですね。(東京)

治療に関する要望・不満・疑問、に関しては、生活者から、無痛治療の希望、検査頻度や通院回数が多いことへの不満、反対に少ないことへの不満、治療方針への不満等が語られた。ここでは、特に不満や疑問を紹介する。

P7: 歯医者さんって何度も通わされるっていうのがありますね。一回で治らなくて何度も何度も行ってという。(東京)

P3: 僕も歯周病っていうんですか、口からじゅくじゅく出てくるでしょ。もうたまらんくらい出てくるんで

すよ。せやから、先生もうこれなんとか抜いてほしいって。だけどね、うちの先生は…抜かはらへん。あるもんは使わなあかん、置いとかな。という感じで、今治療をしてもろてる。あと、こっちもかけてるやつが、もうぐらぐらなんですけどもね、それを何とかもたさなあかんという感じでね。そういう考え方もあるのですかな？

:これクリーニングもね、ひと月一回くらいはかからしはるんですよ。気持ちいい。あとはすきっとする。～前(急性症状がある時)はね、一週間に一遍やったんよ。～今はひと月に一回。～ひと月に一回ではたよりないねん、自分自身が診て欲しいなどは思うけど、いや、一回でええです、と言わはるから。なぶってて欲しい感じやなあ。(京都)

かかりつけ歯科医師の治療に疑問を感じた P3、P7 であったが、両名とも転医はしていないという点には注目しなければならない。

P7:奥の方にがちがちと詰めたりしてましたね、あの時。ただ僕その先生と割と仲良かったんです。結構通いましたね。～(説明に納得できないが)、それはもうやっちゃった以上はそれを全部取っ外してやり替えるのか？となるとそれもちょっとストレスだし、というのはありましたね。(東京)

P3:抜いてほしいねん。～なんとかしてくれ、言うんやけどね。してくれへん。優しい先生は優しいんですけどね。言うことを聞いてくれへんの。～(しかし転医しようとは)思わへんねえ。(京都)

その他として、親知らずの抜歯が痛かった経験と、完治後の喜びが語られた。

P4:親知らず抜いた時なんかもう…痛い痛い…痛かったもう。下両方ともあった。痛い思いした一。顔も一緒に持っていかれそうな。

:最初仮歯で、これでしといたら次何日かしたらか、この辺(の日に)来て下さいよと言うたら、自分も、中くつと、入れ替えてくれはったんですね、あれ。カチーンと、カチーンと入って、今。これって4年、5年経つけどぐらつきませんね。嬉しいもんです。(京都)

⑥ 歯科保健

歯科保健に関して生活者からは 8020 運動³⁶が、歯科医師からは口腔健診の重要性と組織的な情報発信の重要性が語られた。1989年に提唱された8020運動は順調に普及し、2011年に実施の調査では達成率40%となった。「8020運動」という名称は、知らない、知っている、双方の生活者の語りがある。

P1:(8020で食と認知症の関係に触れていることは知っているが)いや、あ、それ(8020という名前)

³⁶ 8020運動(ハチマルニイマル運動)とは“80歳になっても20本以上自分の歯を保とう”という運動。1989年、厚生省(現・厚生労働省)と日本歯科医師会が提唱し、自治体、各種団体、企業、そして広く国民に呼びかけた。2004年達成者が25%、2012年達成者が40%と順調に展開し、国民の歯の状況の改善に大いに貢献している。(8020財団ホームページ)

知らなかった。(東京)

P3: 何 8020 ? (80(歳)で 20 本の自分の歯を持ってんとあかん。)あー。俺はあかん。

P2: 食べることが認知症の予防になるって言う風になってるでしょ。きちんと自分の歯で食べて。自分で食べるってことが大切だということは(夫も)知ってるでしょ。

P4: ほな 80 まで 20 いけるってタイプやな。8020。～あまりにも 8020 が有名ですよ。(京都)

高齢期まで自分の歯を残すことが重要なことは周知されているが、20 という数字が強調されたために、不安を抱く生活者の語りと、不安を訴える患者に接した歯科医師の語りも表出している。

P2:【歯が大事ってということは以前から考えていた?】それはもうわかってます。だけど(8020 以前に歯の大切さは理解していたが)丈夫で歯を持ってる方はうらやましいって思うの。もう抜いちゃったら、ないんだからっていう感じでね。(歯がたくさん残っている人は)同じ年齢でもうらやましいなって思っ
て。～8020 を聞くたびに、私はもうこれじゃ該当しないなって思いながら。

P4: 私はとてもじゃないけど…80(歳)で 20 本の自分の歯を持ってんとあかん。～私ら二人ともあかん。8020 やない、8000 や。

D6:【患者さんから 20 本ないと駄目かと聞かれる?】そういう患者もいます。～患者さんからはそういうことと言われることあるけど…(本数は目安にすぎない)。

D4: 歯は大事ですけど。僕が言うのはね、入れ歯でもちゃんと噛めるよって。だからそういうところで言っ
て、俺が作った入れ歯は、総入れ歯だってピーナツは齧れる、って、僕は言うんですよ。(千葉)

P2、P4 は、口腔リスクマネジメントに留意しているが、残存歯が少ないことで不安を抱いている。20 という数字が強調されすぎると、8020 運動は恐怖喚起コミュニケーションになりかねないことを示唆する語りである。

3.1.5.2 インフォームド・コンセント

インフォームド・コンセントに関する語りを、①価値観の一致、②歯科医師独自の手法、③生活者から見たインフォームド・コンセント、の 3 つの中カテゴリーに整理した。

①価値観の一致

患者側の価値観の多様性や、ライフコースの状況による価値観(生活上の優先順位)の変化について、D1、D4 は以下のように語っている。

D4: (リスクとベネフィットを言って、こういう不都合はあるというのは言って)それでいい。患者の希望通りにやってあげる。その代りそれを聞いてると、この人は、(こういう価値に)お金払うんだって事は分かる訳。そしたら、その人の価値観ですから。それをね、(意識の高い人に)ちゃんとしたもの入れ

てあげないと後から恨まれちゃう。私はお金出せばちゃんとしてもらえると思ったのに、こんな安いものを入れて、ってことになる。

D1:「ほんとは金属床が良いんだけど、あなたのとこは今教育費がかかっているから保険でやっとかか。」って言うと患者さんが、「先生そんなところまで、見てくれているの。」って感激したことあったけど、昔の先生ってそうだったと思う。だんだん人間関係が薄れてきて、技術とかね、社会情勢から来て、1対1の関係がなくなってきたんじゃないかな。

D1、D2、D6は、患者側との価値観のズレへの対処についても語っている。

D1:(解ってくれそうにないなあと思ったら)言う。あなたの考えていることと、私の考えは違う、と。そこで、徹底的にすり合わせをするね。今は、歯医者が多いから、(筆者注:納得しなければ)その人他へ行くよ。で、先生の言ったことはやっぱり正しいと思うって…帰ってくる人もいる。(東京)

D2:横に行っている(歯科医師のレベルと患者の要求レベルが一致している)ぶんには、何のトラブルもないの。自分がね、そのランキングのどこのデンティストであるかっていうのを、自分の位置をちゃんと意識していればね、出来ないことを言われた時に無理してやらないの。自分の甲羅にあったね、穴を掘って、そこの範囲にとどめている分には、患者さんも気持ちよく、それだけの治療でいい人なんだから。

:それを、例えば、やりたくない人に向かって、やりなさいって言ったって、これはもうだめですよ。自分の立ち位置がどこだ、っていうのを見極めるの、それは自分なりの考えだから、あてになんないかもしれないけど、だいたい分かりますよ。大学病院の超一流から、田舎の年配のね、神経なんか薬で処理したり、虫歯があればコンポジットレジンでちょっと詰めてね、それでも良いつて患者さんはいる訳。それがこう、患者さんとドクターが横に線で結んでいる分には問題ない。クロスする時に気を付けろ。

D6:(自分自身の説明ポリシーは)変わらないんですけど、やっぱり相手を見て。～うるさいって感じの態度をする患者さんもいらっしゃるじゃないですか。そういう人には、もうしつこく言わないし。ここだけ、問診票のなかにここだけ治して、っていうのが(チェック項目に)入ってるから、そしたら(ここだけ治すと希望の人には)そこだけやってカメラでちらっと見せといて、もし暇があったらうちでやらなくていいから、会社帰りにでも寄って、綺麗にしてくださいねって。

価値観のズレへの対処は「徹底的にすり合わせをする」、「(歯科医師側が)自分の位置をちゃんと意識」、「しつこく言わない」、と三者三様である。歯科医師側の価値観も多様化していることがわかる。

②歯科医師独自のコミュニケーション手法

具体的なインフォームド・コンセントの方法についても様々な語りが得られた。マイルド型、自主性尊重型、勢い型、に分けられる。時間をかけて説明をしていくマイルド型のD3であるが、最終的には歯科医師がリーダーシップを取ると語った。

D3:できるだけ患者さんが言ってることを肯定して、あとは徐々にわかってもらう。～大体わかってもらえると思うんだよ。ただ、時間をかけないとダメな人っているからね。だからやっぱり最初はわからんと思うよね。虫歯そのものがわからんでしょ。やっぱりね、言ってる事、全ては理解してないと思うの。だから何回も何回も、ある程度言ってあげて、1、2、3で(歯科医師がリーダーシップをとって)行かなきゃいけない風には思うね。

自主性尊重型の D6 は、その前提として豊富な情報を提示していることを語った。

D6: こういう選択肢とこういう選択肢があるけど考えといてくださいね。やらないというのも一つの手ですよ、何も入れないというのも(アリです)。入れなくても、死ぬわけじゃないから。だからその3つ、入れ歯にしますか、ブリッジにしますか、何も入れませんか。それに合わせてなるべくちゃんとやるようにしますから。

: 今の方が、確かに口腔内カメラとかあるからあれだけど、ツールが増えたってだけであって。以前は、じゃあ上の奥歯とかどうやって見せる?、って感じだったけどね。患者さんも見えてるのか見えてないのか、「わかりました。」とは言ってたけど。だからスタンスは変わってない。～(以前はパノラマX線写真と)10枚法の口腔内(X線写真)～今から20年くらい前かな。あとは手鏡と、写真部だったんで。写真は撮れた。デジカメじゃないけどね。だから後で見せてこうこういう感じだと。

歯科医師の毅然とした態度が、生活者に受け入れられるケースもある。歯科医師、生活者双方から語られた。

D3: 大体昔だとね。「わかった。」、って言ってね。「なんとかする。」、って言うとならね。それでね、全て物事が解決するっていうかさ。色々説明する暇がなかったりして、もうやっぱり患者さん、神経質な人とかいっぱいいるからね。そういう人には、たったそれだけ言うと、Yesになっちゃうよね。

: それでポチポチなって(信頼関係を作っていく)、2、3回話していけばなんとかなるでしょ。そんなにね、何かをすぐどうするって、本人(自分自身)もそういうつもりはないんだけどね。言葉尻がそういう風になっていく訳だからね。患者さんもね。だから、やっぱり、この「わかった。なんとかする。」って、このフレーズだけどね。これは患者さんに受け入れられたと思う。

P5: 彼(かかりつけ医)?…なんでも、インフォームも何もせんですよ。いきなり押さえつけて! はははは。駄目!、って言ったら駄目。うん。 Consentなんかしおったら、怒られるよ(笑)。ふふふ。～インフォームド、プレインフォームドがあるおかげで、健康だと思えます。それで Consentは…ないです。もういきなり、もうそれは、ダイレクト、こっちがNOって言ったらあいつ怒るかなと。まあ、そう。～【パタナリズム?】あ、そうです。

ただし、単に勢いだけで問題を解決している訳ではない。D3は前述のマイルド型を經由している。P5のかかりつけ医D1は、初診の段階から、P1によれば「プレインフォームド」D1によれば「徹底的にすり合わせ」を行っている。成熟した生活者/患者-かかりつけ医関係

の下で、旧来のパタナリズムをも連想させる勢い型が成功したと考えられる。

③生活者から見たインフォームド・コンセント

生活者からも様々な語りが得られた。近年のインフォームド・コンセント概念の生活者への普及がうかがえる。歯科医師からの詳しい説明を歓迎する語りは多い。

P1: 都心に通ってた時に、先生が、金を勧めてくれたんですよ。ほとんどその自分の歯で食べるように、なじんだようになりますよとそういう話があって、ちょっとお金かかったけどやってみたんですよ。～結果としてよかったかなと思ってる。他のはつぶれても、こっちは残ってるからさ。もう色々な話聞いてさ。もうわかった、わかったと言いたくなるような解説してもらってさ。(東京)

P3: (説明は)きっちりしはりました。～まあ、まあそやね。あんまり文句はないねんけどね、ないんですけども、ただ、言う通りにはしてくれはらへん。(京都)

P6: で、説明がホントに的確だったかな、と。今から何をします、多少の痛みはあります、これは保険で出来る範囲の治療です。あの、最初の説明がとても、うん、明確だったかな、と。まあ、くつつける訳ですよ、欠けた部分に違う種類の物をね。形も綺麗に整えてくれて。それは、いい、満足がいく、満足が入ったね。(千葉)

前段で紹介した P5 は、個々の治療の前のプレインフォームドを歓迎している。

P5: そういう意味で、まず、その前ですよ。プレインフォーム。やっぱりインフォームですよ。だから、こう、前のあれはだめだ治療する前に、こういうようになるかもしれんから歯を磨けとか、お前は歯間(ブラシ)がいいとか、お前はあれが悪いとかいうことから、彼は取り組む。だから、私の友達が、「先生は名医だ。」って言うのは、そこからじゃないですかね。

:彼のいいところは、根本的に生活に密着した(指導をする)。だから、私はその治療に従ってるから、おかげで 79 歳になってるでしょ。幼い時栄養失調でもね。まだ、ここまで歯が持ってるんじゃないでしょうかね。だから、インフォームの前はなんていうんですか? 用心せよと、定期コーションから始まるわけですよ。で、それもインフォームちゃインフォームやけど、病状のインフォームの前に、そういうところからテイクケアしてくれるという。そういうの(インフォームから入る)が徹底してるんですね。(東京)

一方で、説明は少なくとも通った、説明の多少は気にしない、患者側から積極的にアプローチすることはない、との語りもあった。

P2: 無口な先生の歯医者さんがいらして、そこの技術はとていいっていうふうに紹介されていったんですけどね。あんまりお話しされないから、すごくそれが不安になるって言うのかな。(自分が) 50 歳代ですね。でもその先生の技術はっていうのはこう、被せてなんかしたときに割合にしっくり来ますよね。私は金はやらない、それほど強い歯じゃないから普通でいいですって、保険でやっていた

だくんだけど。とても違和感がなくてよかったので、無口ですごく何にもお話ししない先生だったけども通いましたね、うん。～だからこちらから何か聞いてもあの、答えがすぐ返ってこない感じで。だからもう聞かずに。

P4:先生に対しての不満は、全く歯医者さんに対してないので、そりゃ、いい方にいい方にやってくれはる、とは信じてますのでうん。別に。だからもう完全にお任せですね。～先生がええと思ってやってくれはる、という風に思ってるから。～私のことを思ってやってくれてはる、と信じてるので。もうお願いしますと言う風になる。(京都)

インフォームド・コンセントは、「説明と同意」と訳されていることから分かるように、情報提供を受けた後に、治療に同意することを意味している。上記の語りから、歯科医師側からの説明、すなわちインフォームドに関して、生活者は理解し歓迎していることが分かる。残りの半分を形成する重要な概念、コンセント、すなわち自己決定については、その意義を理解しているが実践は難しいことや、自己決定することへの戸惑いが語られた。

P1:どうしますかって、話し合うかな。だいたいそうですね。～だんだん変わってきてはいますよね。いろいろ相談をして治療方法も相談してというように変わってきましたよね。(東京)

P7:悩みますね。Aっていう方法がありますBっていう方法もありますどっちを選びますか、というふうな提示の時もあるので、その時はまあどっちかっていうとこっちのほうがいいですって言い方をしますから。入れ歯にしますか差し歯にしますかブリッジにしますかとか、そういう尋ね方をされたこともあるので、なるべく今の歯を残す方法でやってくださいとかね。そうやって選択肢が豊富であればまだいいけど、細かい材料なんか言われても、それは先生のいい方法でやって下さい、っていうことになりますかね。(東京)

P3:【嫌な時は嫌と言ってくれればいい。】そんな権利あるんですか。～まあ、先生悪いことしはる筈ないと思ってるから…(嫌とは言わない)～患者に選択を求めるのはねえ、そりゃちょっと具合悪いよね。～うちら、僕の先生はそんなこと(自己決定)言うたことないな。～こうしましょう、こうしますけど、と説明しながらから言わはるねんな。(京都)

P4:(歯科医師に)絶対服従。逆らわへん。～私なんか逆や。先生がそうましょ、言わはったら、もう先生やってください。～信頼してるから～ええことにして欲しいやん。いい方面やったら、して欲しいって感じ。先生に任せる。～だから、こうします、と…ふん(と先生に従う)でええねん、私は。それがええ方法やと思ってるから。～絶対信頼ですよ。(京都)

インフォームド・コンセント手法の進化についての生活者側からの指摘もみられた。

P7:さっき言ったようにABCありますけどどれにしますかと、そういう説明はよくなったと思いますけどね。～機材の発達によってレントゲンがその場でできてすぐわかり、レントゲンの写真を見ながらやってもらう。えーそこはすごい進歩だと思いますね。(患者は診断と治療を)信じるしかない。最後まで終わってから舌触りをこうやるまでよくわかんないですよ。そのへん(診断や治療ステップを解りや

すく説明する歯科医師の姿勢)は変わりましたね。(東京)

3.1.5.3 その他の生活者/患者-歯科医師関係

この大カテゴリーを、①患者さんとの関係性の推移、②かかりつけ歯科医師、③歯科医師独自のコミュニケーション観、④コミュニケーション阻害要因、⑤トラブル、⑥生活者の関係づくり、⑦理想の関係、に整理した。

①患者さんとの関係性の推移

D6 は自身の 32 年間の開業経験を振り返り、患者さん側の変化の傾向を以下のように語っている。1984 年の開業当初は、領収書の発行依頼さえ遠慮する患者さんが少なくなかったこと、その後も約 10 年間隔で患者側の変化が続いていることを述べた。

D6: 僕は開業してから 32 年で、やっぱり 10 年、10 年単位くらいで変わってます。最初の 10 年は、なんかほんとに割と領収証ってのも言い出しづらいような患者さんもいっぱいいて。～

:それが次の 10 年になると、なんとなく説明をしないといけないかなあ、って雰囲気はだんだん。それまでもしてたんですけど、よりしないといけないかなって。でもまだ今みたいにネットが発達してなかったんで…(全て口頭で説明していた。)

:その(患者さんが歯科治療にこだわりを持つ)場合はだんだん自分で、最近の 10 年は自分で興味のある人は知識を持ってきます。持ってきてるんだけど、そんなもんがたったネットの何時間だけ見ただけで、解るわけではないんで。それだったら歯医者も苦労しないわけで。だから実践とはかけ離れてる。で、それをまた説得するのに、時間がかかる場合もある。

:大手スーパーの人も言ってたんだけど、最近クレームが多い、お客さん。ちょっとしたことで怒るんですよ、袋がないとか、いらないうって言ったじゃないか、とか。それだけ精神に余裕がない。ぷつんの人が多い世の中です。反動で。それは感じます。(1984～2016 千葉)

不確かなネット情報に流されやすい一部の患者らに対応する目的もあって、D6 は自院のホームページを作成し自ら情報発信を行っている。

D6: ホームページはありますけど、うちは製作費 1 万円のホームページなので、そんなあのばしとした、何ページもあって動画が入ってるとかじゃないんですよ。ただ単にホワイトニングはこういうのやったりとか、あとインプラントの症例のつけてたりとか。あと滅菌はせっかくやってるからのつけてたりとか。

: 医院の携帯にホームページから予約を取ると入ってくるので、それをスタッフが(事務処理する)。でもちゃんと、～書いてはあるんですよ。スタッフの勤務時間内に対応してますのでご了承下さい、って。でもそんなのは全く無視して(診療時間外に)入ってくるんです。(患者さんは)見てるようで見てないんですよ。

: 質問コーナーみたいな。今体力なくなってやめちゃいましたけど、あといい加減な奴と喧嘩したり

しちゃったので。もう聞いてくる方は、明らかに嫌がらせなんですよ。そうなるとこの野郎と思って邪険に答えちゃうから、～ホームページ(管理会社)の人が、それやると逆に評判落とすからもうやめましょうって。

患者側のインターネットによる情報収集については、D1、D3 も語っており、近年珍しいことではなくなった。治療時に患者側から話題に出すこともある。

D1: 患者さんの方から、インターネットで調べたらこうなんです、これ私にも適応できますかね、っていう。(東京)

D3:【ネットで見ましたとか?】そうそう。(セカンドオピニオン云々という人も)来ますよね。(再掲 千葉)

D6 はネットによる情報発信の課題についても触れ、さらに新たな情報提供法を検討していると語った。

D6: ネットっていうのは、考えたらわかると思うんですけど、通ってる患者さんは見ませんから。通ってる人に知らせるにはどうするか、っていうと、今考えてるのはユニットのモニターに流すか。～自分が見たいとこで止められるわけじゃないから。～それ考えると、ただ流してるだけだしどうかな、と今思っています。

インターネットの普及によって歯科医療情報の発信と受信は容易になったが、氾濫する情報が弊害となるケースも語られている。後述の③コミュニケーション阻害要因で詳しく触れる。

②かかりつけ歯科医師

かかりつけ歯科医師に関して、歯科医師、生活者、双方が語っている。生活者の語りから紹介する。

P1: 個人の小さいあれなんですけど、そこ行ったら確かにいいんですよ、治療が。だからもうずっとそこです。私が、もう、ウーンウーンっていうのに弱い、っていうのも知ってる先生ですからね。(東京)

P4: 一から行かなんやったら、一から言わんなりませんやん。(転院したら)一からどうこうしゃべらんからね。～少々ていうか(時期が)離れてて(も)、「いつごろ見えました?」って、「こうこうです。」と言ったら、すぐ奥からカルテ出してくれはりますやん。それがもうあれね、一軒で(かかりつけ医を決めて)、同じとこ行こうかなと。(京都)

P5: ただね、インフォームというか、あの、まあ要するに、インフォームしてレシーブがあるという、患者とあれの関係というのは、彼(主治医)はね、それは、もう僕だからね、阿吽の呼吸だけ。～マイ

ホームですから。(東京)

P7: そうやって気軽に、時間があるからと言えるのかもしれないけど、近いところで割と半年に一回必ず行くとか、という習慣ができれば虫歯の予防、その他歯周病の予防にもつながるんじゃないかなと。仮に発見されても割と早く手を打てるんじゃないかなという。そういう意味では本当にその身近になった方がいいですね。何もなくても行くという。昔は痛くなったら行く、でしたけど。現在のかかりつけ医は半年たったら葉書をね、くれるわけですけど。そういうのもやっぱりプラスかもしれないですね。(東京)

全ての語り手が、かかりつけ医を持つことの重要性に触れている。P1、P4、P5、は「弱い、っていうのも知ってる」「一から言わんなりません」「阿吽の呼吸」と、歯科医師との相互のコミュニケーションを重視しており、P7は「習慣」という言葉で自らに引き寄せて考えている。歯科医師側は、生活者と異なる視点から語った。かかりつけ歯科医師の分野は、生活を主体とする新しい専門性であると述べたのはD1である。

D1: 生活者を主体とした専門性をつくらなきゃいかんよ。生活者を主体とした時には、生活者団体が(認定医として)認定する、それが本当なんだよ。(東京)

D6は、通院歴の長い患者さんとの関係での緊張感の欠如の危険性を語った。

D6: 友達も言ってたけど、何十年って通ってた人がたった何かの一言で変わる。人ってそういうもんだって。~その先生のとこのその患者さんは暴言を吐いて帰ったらしい。僕はそういう経験はないんですけど。(千葉)

55年の開業歯科医師生活のほとんどをかかりつけ患者のみの診療で終えたD4の語りには、かかりつけ医としての信念が現れていた。

D4: (永年かかりつけ医として) やってるうちにね。勿論初めから、(ある人は)保険なら保険だけとか、(別の人は)良いものを使いたい、~とかそういうこと大体聞いたら、カルテには書かなくても頭の中に入れてますから。この人は少し自費出しても、金だの銀だのは入れたくないんだって(等の個々人の希望を把握している)。

: 閉院の時はどこどこ行きなさいと言って。僕が診てね、この先生ならばやっていけるというところに全部はめ込んだんですよ。辞めたらそれっきりって訳にはいかない。この先生ならば絶対にいいっていうことを言うと、患者さんからまたあとから電話かかってきて、お陰様で良い先生紹介してくれて、って。(千葉)

かかりつけ歯科医師制度は、近年推奨され始めた新たな制度である。今後、生活者と歯科医師の間で様々な試行錯誤が行われ、成熟してゆくと思われる。

③歯科医師独自のコミュニケーション観

歯科医師らは、それぞれ独自のコミュニケーション観を語った。D3は、長い付き合いの患者さんとの間に、お任せやパタナリズムとも違う、独特の共同体意識を持っているようだ。

D3: まあこの頃になってくると、あんまりお任せっていう感じじゃなくなる訳でしょ。ある程度は、(主治医の基本的な治療方針を)知ってて(来院している)。まあだけどこの辺になると何十年の患者だからね。これ10年持ったよ30年もったよ、な人ばっかだからさ。もう説明しようがないよね。これ誰がやったの?これ悪いねなんて言えないよね。俺がやってんだからさ。(笑)

: (お任せとはニュアンスが違う?) うーんそうではないね。もうちょっと違うニュアンスかな。やっぱり距離があるよね、少しね。こっちも距離を置いてるんだけど。

D3は、前述の2) ②で引用したように、「わかった。何とかする。」という短いフレーズが患者さんに受け入れられたと語ったが、状況によって細かい気遣いも見せている。ケースバイケースの対応が語られた。

D3: 痛いのは、こればかりはねしょうがないよね。医院で順番飛ばしただけでいいんだからね。飛ばしただけでさ、ユニットで鎮痛剤飲んでもらえば、どうってこと(難しいこと)はないんだからね。(とりあえず先に)椅子に呼んでやって、鎮痛剤飲んでもらって、ちょっと待っててね、って言ってあげれば本人も安心するしね。待ってる患者さんもね、やっぱり見てられないでしょ、痛いの。~(こういう配慮は)学校じゃ教えてくれないね。(笑)

: そんなふうなこと(痛い人優先)と、わかったっていうフレーズみたいなことで、やっぱり仲(関係性)が明るくなるっていうか、進んでいく感じがしたかもしれない。

D6は、患者さんとの会話には細かい配慮をしている。

D6: (気の強い性格)なのに患者さんに対してはものすごい臆病なんです。だから何か受付で聞いて、「すみません」とか聞こえると後でちょこちょこ行って、何?って。~患者さんから電話かかってくる。「先生どうしますか?」って、受付スタッフに聞かれて、忙しいから「大丈夫って言っというて」、って。その後受付に行って、「気になるなら来る?」って言ってね、「来てね。」って言ってねって。気が弱いというか。言った手前、もしこれで、偶然バキッと割れたりしたら、まずいとか思って。今度そこが浮かんで来るのね。すごく。言葉を言った後に浮かぶの。~厳しいことを言った患者さんには、急に3週間くらい優しいからね。どうしました?って言って。

大カテゴリー5 歯科医師を取り巻く社会的状況で詳しく触れるが、D2は、1対1コミュニケーションの視点とは別に、歯科医師が専門職集団として生活者にアピールすることの重要性を説いた上で、個人の努力も重要であると語る。

D2: 歯科医師の評価ってのは、歯科医師会を通した集団の評価と個人の評価。個人の評価ってのは、社会人としてどのくらいのランクにデンティストがいるかでしょ。なんだこれは、って、いくら技術があってもそこが失格だと、評価は低い。

:常に高めるように努力はするべきだと思う。だけど、一番上にいるよっていう、錯覚にとらわれない。そんなさあ、まだ 5,6 年しかやってないドクターがね、これやったら 20 年もちます、なんてバレちやうから。なんだこの若造め、自分でやったことないくせに、って。それ程ね、患者さん甘くないよ。

:過信しちゃいけない。己をちゃんと、正視、正しく評価できるような人は、間違いは起きない。買い被ったり、天狗になっている人はいけない。あんまり、いじけることはないけどね。自分の立ち位置を見極められる人は、大きなトラブルには遭遇しない。(東京)

④コミュニケーション阻害要因

生活者（患者）－歯科医師間のコミュニケーション阻害要因として、様々なことが語られている。患者側の主体性欠如が大きな阻害要因であり、歯科医療には納得下での協働が必要であると語ったのは D1 である。

D1: 患者さんが質問しないと、僕の方が不安になる。それは、自分が受ける治療で、何されているか解らないで治療受けるんですか、って僕は聞きたい。

:だから、「よそで歯を抜かれました。」って患者さん来ると、怒ってたもん。「あなた自身の体の問題で、なぜ歯を抜かれたかって、医者にも理由も聞かないで、『抜かれた』ってワーワー言われて来られたって、答えようがない。これはあなた自身の問題でしょう。抜かれなくなかったら、なんで抜かれたくない、ってことを言わなかったの？先生も抜かなきゃいかんという理由があった筈だ。」って。(東京)

D3 は、患者側の恐怖心が理解の妨げとなるケースでは、徐々にコミュニケーションする必要があることを語った。

D3: 結局患者さんが分からないっていう本質を突き詰めるとね。～理解力の問題で、分からないってこともあるけど、怖くて分からないとかさ、臆病で分からないとか、性格的に内気だとかさ。なんか、そういうところに起因してるじゃない？分からないってのは分かろうとしないとかさ、そこらへんこじ開けていかないとき。～(事実だけの説明では)上手いかないよね。

:だからこの先生は悪いことしないんだとか、あんま痛いことしないんだ、とかいうことからスタートする訳だからね。子供と一緒にだもんね。まずワンステップ行って、また次ワンステップ行って、みたいな話で。～だけど、基本的に臆病だとかさ、痛がりとかね、そういうところから派生するんだよね。殻に閉じこもっちゃうんだよね。～理解しようとしないうっていうか、やっぱ、(情報が)入っていかないんでしょうね。ユニットなんか座るとき、怖くて。(千葉)

D6 は、一部から「お金で医療を買ってる」という感覚を感じることで、ネット知識の濫用の

危うさ、を指摘している。

D6: 昔からの僕の患者さんは違いますけど、今の新しい患者さんはこんだけ一生懸命説明したのに、素知らぬ顔してさっと帰っちゃうとか、都合のいい時だけ電話してくるとか。今日の今診てください、とか。昔じゃありえない。なんか、こう、お金で買ってる、医療を買ってるって感覚は感じます。
: ネットでもそうなんだけど、みんな何か勘違いしてるんだけど、そういう知識をもし自分が仕事でひらかされたら警戒ししかないんですよ、～(自分は)こんだけ時間かけて(勉強して)、分からねえ(こともある)のが分かるのかと思っちゃうんで。

生活者からも、コミュニケーション阻害の歯科医師側の要因について語られた。

P1: (医師の一言で傷つく人もいるっていうのは)そういう冗談を言えるようになったんですよ。言葉が上手いとか下手ってことじゃなくてね。吐いてはいけない言葉を吐くっていうのはさ(良くない)、～

以上のようにコミュニケーション阻害要因は、歯科医師側、患者側双方が内包していることが語られた。

⑤トラブル

近年、歯科医師-患者（生活者）間のトラブルは増加傾向にある。その原因は、歯科医師側、患者側双方にあるのではないかとの語りがある。

D6: 今の人は損してると思うんです。ああいう態度をお医者さんにとっても、お医者さんでもよくあるみたいなんですよ。長女の旦那が医者だから、やっぱり(患者さんで)暴言を吐く人がいる。(千葉)

単なるトラブルと訴訟とは違うと断った上で、D1 は以下のように語った。

D1: 患者の立場にたって治療している先生のところでは、訴訟がないはずよ、たぶん。この時期にこれをやるのがこの人に必要だってことで。これやると儲かるってことでやるから、見透かされるんじゃないかな。(東京)

細心の注意を怠らないベテラン歯科医師でも、トラブルに巻き込まれるケースが生じるのが近年の特徴である。自らの経験を語ったのは D1、D4 である。

D1: 3 年くらい経ってから、「定期的にお掃除に来なさいよ。」って言われてたのに行っていないから、敷居が高くて、他へ行った。そしたら、3150 円だった。でもあんまり綺麗にならなかったから、もう一度行きたいです、というところから始まった訳よ。で、3150 円でやってもらえますか、って言うんで、それはできん、と。それが事の発端。でも先生にやってもらいたいと。複雑な事情もあるんじゃないかな。

あとで、家族に聞いたら、「訴えるって、息巻いてるのが3件もあるんです。」って。「先生のところまで来ましたか。」って。(東京)

D4: 裁判に持ってこようかってのもあります。～誰が見ても、僕は悪くない、こう言ってくれる。そういう(貰い事故みたいな)こともあるんですよ。～今まであった大きいのはそれ1件で。小さいのはあんまりないんですよ。(迷惑行為で)帰したりするのはあるけど。向こうから訴えられるとか人に言いふらされたりとかすることはない。(千葉)

現代社会のあらゆる場面に登場するクレーマーは、歯科医療においても新たな問題となっている。

⑥生活者側からの関係づくり

生活者は、歯科医師とのコミュニケーションについてどのように考えているだろうか。生活者/患者-歯科医師関係について、という問いかけへの反応は鈍かったが、聞き手の「歯科医院を選ぶポイントは何ですか?」という問いかけに対し、具体的なコミュニケーションの方法が語られた。歯科医師との会話を通して、その人となりを知ると語った生活者は多い。

P1: (チェックするポイントとかは)そういうことはないな。自然に対話をして。自然体に話をしているとわかりますよね。こうやってちょっと探りを入れてみようとか、そういったことはないですね。(東京)

P2: なんかちょっとお話しされた一言で、もうあたしあその病院に行かない、って方もいるんじゃないですか。～お話の仕方と先生のおっしゃる一言がとっても良かったっていう方と、これでもう私は嫌だわ、っていう感じがあるので、やっぱり会話なんですよ。(東京)

P3: (相手を知るためには)話。(京都)

興味深いのは、歯科医師やスタッフの他の患者への対応にも関心を持っているという語りである。これは、④歯科医師独自のコミュニケーション観で引用した D3 の発語、「やっぱり見てられないでしょ、(他の人の)痛いのに。」に呼応する。

P4: ほな、こっちで喋ってはるのを聞きますやん。私らが待ってる間に。こうエプロンつけてもろて待ってる間に。お水とか配って。こっちで喋ってはることも全部入ってくるから、喋ってはることも、親切丁寧にやさしくやってはったらね、それだけでこっちも安堵しますよ。これがガンガン言われてたら、こっちもどきどきするけども、なんか人の話、人が、先生対応してはるの聞きながら…

: そんなんもあるなあ私は。それとか、看護婦さんが窓口で対応してはるの聞いたりとか、待合室で。～それちょっと丁寧にね、対応してはったらね、自分のことのように嬉しいし、はい。(京都)

優しい穏やかな対応のみが、患者側の共感を得るだけではない。厳しい態度を垣間見て歯科医師への信頼が増すケースも語られた。

P5: 僕何べんも、見ましたよ。彼が、(ほかの患者さんに)「もう、俺はお前を診ん!(診ない)」って言って。「今日は診ちやる。」、と。でも、次から来る時は(診療前に)歯見せろって言う訳です。磨いたか磨いてないかは口開けりゃわかる、と言いはる訳ですよ。そういう徹底した、結構それで、(患者さんは)ついて来たんじゃないですかね。(東京)

医院全体の雰囲気も影響するとの語りもある。

P3: 歯医者さん自体の雰囲気とかねもありますわね。患者にとっては。入りやすいとか、この先生優しいとか、優しくてようしてくれるとか。～看護婦も、ちゃんとしてくれるとかね。うん。そんなんが、やっぱりあの、いうたら人気度からいうたら、そういうところもあるんちゃうかねえ。～ただ技術だけではね、ちょっと。～雰囲気とかね、入りやすいとかあるでしょ。～雰囲気もありますわね。お医者さんちゅうのは。(京都)

P4: 全てのことやなやっぱり。全ての事や。掃除が行き届いてたりとか、お花が一輪入ってたりとか。私とこはあの、週刊誌とか一杯並んで、スリッパも清潔にしたりとかね。～もう、そういうことがやっぱり全般的なことやね、私は。(京都)

このような過程を経て確立した、生活者/患者-歯科医師関係を、生活者は「ご縁」、「相性」と表現している。

P2: (歯科医師の人となりは)話してるうちにね。うん。(わかる)～そういう(医師に対して感謝の気持ちを持つ)感じで、私は歯医者さんもそういう感じで、ご縁が長く続きますようになって思いながら行くようにしてます。(東京)

P3: 歯医者さんも、やっぱり自分におうた歯医者さんっていうんですかな。～相性あるでしょ。～それはピタッと来んことには、先生との関係もあるしね。技術もあるしね。ぴちっと来んことにはかなん。今ご近所ですけど、通わしてもらってる先生とは、なんか合うねん。～(治療方針に不満も少しあるが、転医しようとは)思わへん。(京都)

歯科医師の技術が重要であることは P3 が述べるとおりであるが、「ご縁」、「相性」の発語は注目に値する。P1～4 の子世代にあたる P7 は、かかりつけ医はアクセスが重要である、と少し異なる見方をしている。現役世代の忙しさの影響が考えられる。

P7: (現在の通院目的は)予防だから近いところですね。～そば。～そう(通院時間の問題)ですね。僕は敢えて遠いところには行かないもん。いくら良いつて言ったって。だからまあ逆に言うとそれほどのニーズで済んできたってことですよ。～基本は虫歯とかで済んできたから、そばの先生でいいや、ってくらいだったのかも知れませんが。幸いまだ(歯は)残ってるしね。～通いやすさ。その程度で済んできた。～そばにいればチェックができるんで。今はもうチェック。(東京)

生活者の語りで、もう一つ興味深いのは、生活者間のコミュニケーションである。良い歯医者さん選びは、口コミが参考になると答えた生活者は多い。歯科医師側も、これを実感している。

P1: いいお医者さんかどうかってのは、自分たちは口コミですね。(東京)

D4: (都心を通り越して通院する患者さんは)一回来たらその人の回りが全部来るようになる。そういう患者さんがいないと、全部予約制(完全予約制)とかできないんだよね。(千葉)

D1: 「院長先生、私今日とっても幸せなんです。たまたま乗り合わせた運転手さんが、この患者さんで、『痛いよ、叱られるよ。でも結果として、とっても院長先生に感謝している。今なんとか噛めるのは院長先生のおかげ。』と、とっても感謝していましたよ。だから、今日は私もとっても、私自身も幸せです」、とその患者さんも言ったんだよ。もう、来る前にね、(私の)歯科医院にかかる体制ができている訳よ。(東京)

⑦理想の関係

「理想の生活者/患者-歯科医師関係とは」という聞き手の問いに、語り手最年長のD4は短く答えている。

D4: 信頼ですね。(千葉)

この中カテゴリーにおいて、多くの語り手がこの「信頼」の語を中心にそれぞれの理想の関係を語った。まず、生活者の語りから紹介する。「信頼」、「相性」が重視されている。

P1: 定住で生活するようになったら、もうお医者さん決めて信頼関係を持つことでしょうね。なんでも言いたいことを言うって言う感じ、聞きたい事も聞きたいことを言う。それが一番重要だと思うんですよ。～やっぱりそうでしょ、お医者さんとのね。まさにインフォームド・コンセントですよ。インフォームも与えてもらって～点検も行って、最終的にはこっちの言う通りに、それでいいですね、ってやってもらえるようなお医者さんがいいですよ。(東京)

P2: ～相性ですよ。相性みたいな感じかな。(東京)

P3: やっぱり信頼ですよ。歯医者さんとは違いますけど。僕内科の先生にずっと通ってるんです。個人の先生に。みんなね、この人がヤブやとか言いよってね。僕はもう絶対信用してる。せやからね、もう何十年続いてる。(京都)

P4: 相性あるな。～相性ありますね、なんでもそうやけど。～信頼しかそこはないもん。(東京)

リスクコミュニケーション理論で重視される「信頼」「安心」に加えて、独自の「リスペクト」概念を語ったのはP5である。

P5:最終的には信頼関係というのはありますよね。～要するにそういう積み重ねで、自然に。さっき僕、尊敬って。リスペクトですよ。本当はリスペクトだと思うんですね。僕は信頼、信頼もあるけど、やはり何かあるかと言ったら、付き合いかな。もちろんそれがベースですけど。リスペクトだと思うんですよ、むしろ。だから、信頼と安心の合い中にこのリスペクトっていうのがあると思うんです。

:安心っていうのは何かあっても安心するニュアンスですよ。～で、信頼っちゅうのはそれはない訳ですよ。あるかもしれんし、ないかもしれんし、それに重きを置いていない。信頼っていうのはむしろ、ややエモーショナルな活動。リスペクトっていうのは技術的なものが入らなきゃいけない。

:最後残るのは信頼だって言うのは言葉の使い方で信頼でも良いけど、一般的に我々が、サラリーマンにしる、皆さん信頼って言うと、ちょっとエモーショナルな感じでしょ。エビデンスいらないわけですよ。～まず、一番核に、そういうのが初めからリスペクトされないと。信頼は得られないし、安心も得られないと。理屈かな。俺はそう思うよ。～生意気なものもエビデンス、そう感じる場合もある。色々要素があって、こういうふうになってきたから。それ(リスペクト)がないで、なんにもないな、と。ないんですよ、安心、信頼。(東京)

歯科医師側は、理想の関係に関して具体的に語っている。D1 は理想の関係は、歯科医師と患者の相互作用によって生まれると語った。

D1:良い病院の雰囲気って、サービスじゃないんだよ。それはお互いに作っている。その医療環境って、患者側からもこちらからも。～

:お医者さんって、みんなで育てるものよ。患者さんからも育てられるし。良い病院ができて、つてのは、患者さんもいい影響を及ぼしているし、先生も出している。お互いがサイン出して、そこで一つのハーモニーができています。(東京)

D6 は、個人的な理想だが、と前置きし、さらに具体的に語っている。

D6:失敗しても先生ならいいよって言ってくれる人がいるんですよ。～でもお互いできないことはやらないから。さっき言ったように僕は用心深いんで、そういう人はもう呼んできません。専門医を。～でもその患者さんが言ってくれたのは、先生でいいです。先生のところでだめなら私は関係ないから。～少ないけどそういう人が何人かはいてくれるみたいなんで、それがありがたいなって。それが一番患者さんとドクターのいい関係じゃないかなって。だからそういう関係の患者さんを一人でも作って歯医者辞めたい。(千葉)

理想の関係構築のための方法として、個人での対応を D1 が、組織としての対応を D2 が語った。

D1:人間を見ることだろうね。その患者さんを。患者さんが何を求めているか、それから(治療は)自分の生涯にわたっている、ということ、その患者さんが考えが及ぶかどうか。それは、(医療側の)押しつけよ。ある程度。それが今の、介入よ。(東京)

D2: 今はもう、その時代(グローバルな情報発信の時代)ですよ。やっぱり組織でね。歯科医師会発じゃなくて、歯科医学会発ですよ。何かあった時に、学術的にきちっとしたあれを、いつもデータベース化してね、すぐ即答できるようにしといて。即対応してきちんとした答えが返ってくると、違うんですよ。(東京)

生活者と歯科医師のこれらの語りを総合すると、人格信頼とシステム信頼がともに表出している点が興味深い。

3.1.5.4 医院経営

医院経営に関する語りを、①厳しい状況、②安定、③状況の変化、④医院経営方針、の中カテゴリごとに紹介し整理する。

①厳しい状況

医院経営は全般的に厳しくなっている、との歯科医師の語りがみられる。1990年以降の歯科医院経営の難しさは変わっていない。

D1: (近隣で)今年になってからだけでも、3件閉院したからね。(2015 都心)

D4: 今大変だってみんなよく言いますよ。(今の若い先生の厳しい状況っていうのは)ある程度分かりますけどね。(千葉)

D6: そうか、僕らが一番あるのか、浮き沈みが激しい時代。～まだ働かないと食っていけないから。しょうがないから。～そのへん(経営面)は苦勞しました。

: 今が一番苦しいかなって感じ経営的には。～だから今が一番経営的には面白くないです。月収(に関する自分の感覚)がマヒしてくるんですよ、月収が一定額越さないとやってる気にならないんです。月収が少し下がるっていうと、もう働きたくねえな、ってなっちゃうんですよ。(千葉)

②安定

D4 は、医院経営は現在に至るまで安定していると語ったが、1961年に開業し、新規開業直後を除いて、一貫して完全予約制、紹介制で診療を行っていた。

D4: 【患者さんの意識が変わったりとかは?】…それはあんまり(経営状況に)関係ないですよ。

: (歯科の激動の時代を一開業医として)そのまま来たんですけど。僕の話聞いてもちっとも激動じゃないんだよ。申し訳ない。【ご自分の方針をずっと貫かれて?】そうです、はい。

: 前から(しっかりした説明を平素から)、やってないとね。やっぱりそれがお金になる(自費診療分が増加する)んですから。

永年にわたるかかりつけ患者を持ち、ゆとりある診療を続けたことが、社会状況の影響を

受けることのない経営基盤を確立することになったと D4 は回想している。

③状況の変化

状況変化に応じて、医院経営も少しずつ変化したという語りもある。D3 は地域の変化（工業地帯ターミナル駅から住宅地へ）と次世代への継承を、D5 は統合医療クリニックの規模縮小を、D6 はテナントの移転を語った。

D3: 開業(1970)からしばらくは、駅前から工業団地への通勤バスが多数出ていて、乗降客数が大変多く、賑わっていた。現在は、住宅地になっている。当時と比べると、人の流れはかなり減った。

:【現在の患者さんとの阿吽の呼吸コミュニケーションは次世代になるとまた違ってくる？】うーん違うだろうね。まあ息子はね、こういうふうに(訪問診療にシフトとか)、いろいろ思ってるみたいなんですけど。初めてなんですよね(息子さんにとっては)。要するに近所で開業するとかそういうの。僕らなんてね、開業してて、もう何べんも、その都度その都度ストレス持ってやってきた訳だから。当然(世代によって)変わっていくと思うね。(千葉)

D5: ちょっとエネルギーもなくなってきたから、別にいいかなと思って(縮小した)。～、一歯科の診療室なんだけど、未だに以前、統合医療っていうかそれぞれのチーム医療の中で患者さんを紹介しあってた、っていう患者さんは今も一緒なわけね。その流れで単に歯科というだけじゃなくて、例えば自分のところに来て、体の具合とか何かっていうと、この先生だったら相談に応じてくれるよっていうような振り分けもできるし、他科の先生のところもそういう相談だったら、この先生できるよって言うてこう、紹介もしてくれるし。そういうような状況ではあるんだけど。(東京)

D6: 4年前…だから29年間くらいか。で、震災で完全にスーパーのビル自体も配水管が。前から建て替えるとは言ってたんですけどもうだめになって。

: すぐそばにあったから(移転した)。だけど二階ですけどね。一階じゃなくて。一階は空きがなくて。二階に入って。

: (自院の移転後建て替えたテナントに)若い先生が入って。そこからやっぱりがくつと(患者数が)落ちましたね。～やっぱり近くに歯医者さんができたと、向こうは全てを揃えてきますからね。～大きな法人のあれだから、CTも持ってますし。全て持って揃えて。予防だ、インプラントだ、歯周病内科治療だ、それ(歯周病)は僕も(学会)会員なんですけどそういったものの。僕は、そういうの前面に出さないから。でも向こうは、全部アラカルトで出してますからね。(千葉)

状況の変化として、歯科医師と生活者が、新規開業医院のイベントについても語っている。

D3: 今すごいよね。新規オープンなんて、業者に頼んで風船配ったり、イベントやるよね。(千葉)

P4: 歯医者も、この頃、先生、オープンの時に見に来てくださってね。～パンフレットが、チラシが入るんですよ。で、皆どんな設備があるんやろって、見に行っ。その時はそんな関心なかったんですけども、こんな設備がありますよ、こんな設備がありますよって、見せてくれるんですよ。(京都)

歯科医院経営の厳しさが医院間格差を招く可能性を憂慮する声もあった。

D1: 歯科医にとって見たら、貧すれば鈍するだな。自分が理想とする診療体制を敷こうとしたって、それに対する経済的な裏付けがない。設備投資ができない。新しい学問に対して、講習会とか行けない。だから悪循環ができています。これ、診療内容の格差まで起こってきたら困るな、と。そこを、いつも世間では注目しているところなんだよ。コントラ³⁷も消毒せん、注射針変えてるの、っていう疑問を持たれる隙があるって、実はそこなんだよ。(東京)

④ 医院経営方針

D1 は、近年の歯科経営コンサルタントからのアプローチを、D6 は自身の経営理念を語った。

D1: (コンサルタント業者から入る広告)Fax 見てごらん。増患、自費を…これに象徴されている。そっち(経営面)の方に集約されている。この治療をやったら、経営にこれだけ寄与します、という具合に、医学の進歩として普遍性を持たせるんじゃないで、これを先取りしたほうがいいですよ、っていう流れになってきている。(東京)

D6: 若い先生には、よく言うの。「タービン握っている間は歯科医師。タービン置いたら、経営者になれ。」って。～ある程度収入は上げないと。経営にゆとりがなければ、僕が満足する治療はできないでしょ。僕が満足することが、患者さんの喜びに繋がる。

: 皆が思ってるような、そんなん(正義感あふれる態度)じゃないです。大志をもってこうしてやってあげようとか、そんなんじゃない。ただもう利害関係。～それも訴えられた時の気分が、気持ちが嫌だというか。(千葉)

3.1.5.5 歯科医師を取り巻く社会状況

歯科医師を取り巻く社会的状況を象徴する語りを先ず引用しておく。

D1: 歯科界全体がね。内向きだから。(東京)

以下、①歯科医師の社会的評価、②マスコミ報道、③歯科医師の生活、について順に整理する。

① 歯科医師の社会的評価

D2 は米国の職業別信頼度調査の結果を紹介し、わが国の歯科医師に対する社会的評価を上げる努力を組織的に行うべきだと述べた。

³⁷ 歯科用回転切削器具のうち主に口腔内で用いられるもの。

D2: アメリカではさ、国民的な職業の評価ってのは(歯科医師は)いつもベスト5以内に入ってる。～ギャラップ社の職業信頼度調査。

: 専門職の集団、だから歯科医師会とか行政とかそういう団体がある程度整理されてないと、そこだけ(個人医院)でやったって社会で歯科医師が評価されないんだよ。

: その環境を僕らが作ってあげないと、個の診療所で、患者さんと相対した時にね、患者さんの評価は違うと思う。～若い人が開業した時に、デンティスト、専門集団の歯科医師というものの国民的な評価がある所で、キチンとした団体だねっていうと、やっててね、患者さんの評価が違ふんですよ。～働きやすい環境、信頼を受けるような環境ってのを作ってあげないといけないなと思っているんですよ、いつも。(東京)

: 自分のところの診療所でうまくいってるからいいや、っていう歯医者さん同士の集まりが歯科医師会だとしたら意味がない。専門集団として、ある程度社会から評価を受けた、その我々が Dentist だ、としないと患者さんはたぶん理解はしないと思いますよ。治療室でいくらやったって、あーよくわかった、てのはね何十人かいたって、全然意味ないと思う。社会的なそういった理解を得るためには、やっぱり個ではなくて集団としての、いわゆる専門職集団としての、評価が国民の間にないとその辺が上手く浸透しない。こちらがやろうやろうと思っても空回りしちゃうでしょ。

: 国民というか社会が、歯科医師というものを評価するときには、いわゆる個人の先生はいい先生いるんだけど、全体の歯科医師っていうものに対しては、っていうあれがあるでしょう。～全体っていうのは、ある程度そういった皆さんからの評価を受けるような状態になってないと、個の受ける評価ってのもね、やっぱり比例すると思うのね。(東京)

東日本大震災の身元確認作業では、組織として評価されたとも語っている。

D2: 警視庁から表彰状もらったんだからね、都歯科医師会が。大変なんですよ、現場は。口の中泥だらけでね、開かないのを。Dentist を毎回5人ずつ派遣してね、～(2011 東京)

②マスコミ報道

歯科医師ワーキングプア、インプラント使いまわし事件、日歯連迂回献金事件、のマスコミ報道について、P5、D1 が語っている。

P5: テレビとか報道ですよ。僕はもう、そうだろうというだけの話で。あんまり感じないですねえ。(2007 東京)

D1: メディアの悪いところでもあるけれど、インプラント使い回してその時は話題視して取り上げるけど、インプラントの功罪に対して真面目に論評をやっているかって、そうじゃないよね。(2010 東京)

P5: 今回のあれだって、まあ(センセーショナルな報道の)格好の材料ですわね。～その新聞社は、儲けにやいかんですね。で、そのプレスマンは出世せにやいかんですね。～綻びが出たら、今度の代議士のやつなんか、まさにマスコミの餌食になりやすい。だから、僕はそんなのいちいちあれしてないから、それでどうのこうのっていう、価値観は何も変わりませんよ、っていうことです。(2015 東

京)

③歯科医師の生活

歯科医師の生活について、70代のベテラン歯科医師D3と、50代の働き盛りの歯科医師D6から語りが得られた。

D3: まあ僕らはね、基本的に無手勝流だから。～ろくな歯医者じゃないからね。私自身がそう思ってる訳だから。～ありがたいと思ってるよね。いい時代に生きたって。僕らの時代で生きてて失敗したとか、なんかいう人がいたとすれば、その人よっぽど不幸な人だと思う。まあたまたま時代背景がラッキーなだけよね。(千葉)

D6: 正直言うと、それで今度は逆に今自分では悩んでいます。～乏しい月収で開業医ってやって面白いのかなって思っちゃうんですよね、自分の中で。確かに今、昔より落ちてるんですけど。だけど、みんなすごいなって思うんですよ。たったそれだけの給料もらって、よくあれだけ勉強して頑張れるな、長時間。僕はたぶんどきないです。

:【患者さんに喜んでもらえると嬉しい?】いやどうなのかな、喜んでもらったことによって自分の存在確認できるってだけじゃないかな。

: でも歯医者(の仕事)は、嫌いです。やったことが残るって自体で、歯医者と外科医は最もストレスが溜まるそうです。(千葉)

3.1.5.6 生活者のオーラルヘルス

生活者のオーラルヘルスについての語りは、①オーラルヘルス観、②現在の関心、③オーラルヘルス情報、④QOL、⑤定期健診・メンテナンス、⑥独自の工夫、の6つの中カテゴリーに整理した。

①オーラルヘルス観

積極的オーラルヘルス観と消極的オーラルヘルス観の双方が語られている。積極的オーラルヘルス観としては、以下の語りが見られる。

P1: それはねえもう。歯の大切さというのはね(充分承知している)。(東京)

P6: 好印象の口もと。口もってホントに大きいと思うの。目よりも私、一時TVで美容整形の番組あったでしょ。あれでやっぱり、一番急激に変わるのは口もとだよ。口もとが綺麗になるとホントに美しくなる。目とか鼻よりも、まず、ホント口もとだな、顎だな、って言うのは感じる。そういう、食べるため、咀嚼するための物でもあるけれども、やっぱり、見た目も必要よね、絶対に。(千葉)

P7: とにかく父親がそうやって歯槽膿漏って言うのもあるんで、なるべく自分の歯を長く(保つ)って言うのがありますよね。当たり前のように我々両親世代がみんな入れ歯でしょ。～あんまりきれいじゃないし、入れ歯がこうね、なんとか液に漬かってるのを見ると、なんかあんまり自分はなりたくないなと思いますね。～あとやっぱり自分の歯と入れ歯じゃ食事も全然違うでしょうね。今一番それを考

えますね。半年に一回チェックしてもらおうのもそのためですよ。～入れ歯は避けたいですね。(東京)

一方で、消極的オーラルヘルス観を持つ患者に接した歯科医師の語り、痛みが続かないとし受診しないという生活者の語りも得られた。

D1:ある患者さんが、先生が言うから来ているんじゃないか、って言った訳よ。歯石除去やった後だからしみる訳よ。しみる、ってことを前もって言ってあるんだけど、現実にしみるってことに、耐えられない。「時間がたてば治るよ。心配だったら来なさい。」、って言ったら、(来院して)「いや、先生が来いって言うから行ったのに。」って。そこで、「ちょっと待て。俺が歯が悪いんじゃないぞ。困るのはあなたでしょ。」って言ったら、そこでハツとしてるんだけど。(東京)

P4:普通歯って自然に治るわけないねんけど、せやけど痛くても瞬間的にだけ痛かったら、そんな行かへんやん、普通は。ちょっとくらい、一瞬ではそんなもん行かへんよ。(京都)

②現在の関心

生活者の現在の関心事として、ホワイトニング、口臭、インプラント、自身の歯の弱さ、が語られた。

D4:有名野球選手と同じ様にとにかくぜんぶ真っ白にしてくれて。年を取った時に真っ白じゃおかしいよって。(千葉)

P3:歯はね、僕まず汚いでしょう。これを白くするなんかあるんでしょ?～汚いやん。俺の歯～綺麗にして死にたい。(京都)

P4:私にしてみたら、(夫の)口臭がきついねん。だから嫌やん、私が嫌やから多分人にも嫌やから、それがかなんし、なんとかして欲しい。～抜いたら(口臭が)解消するんのかなあて、私たち単純やからそう思うんやんか。

:その広告見ると、このインプラントで歯がどうとかなしに、どなたでもご相談くださいですよ。～私その広告見てからその広告置いてあるんです。何かあった時にそこのお医者さんにね、訪ねようと。～少し離れてるんですけど。～根もとでそう足してもらって、こないに歯を作ってもらって、上から差し込む。～私 50 代のときあかんいわれたのに、70 になったらできるの、みたいな。

:自分で朝晩ちゃんと磨いてるのに、人と喋っても、なんで自分だけ、こんなこの年で、こんな入るかみたいな。まだ皆さん、自分の歯沢山持ってるのに。(京都)

③オーラルヘルス情報

オーラルヘルス情報に関して、情報のほとんどは歯科医師から得る、虫歯や歯周病以外の歯科口腔疾患の情報や歯科医師の技術に関する情報に接する機会がない、等が語られた。

P1:【情報は TV?】まあその程度ですよ。内臓の、がんの治療だ何だって言うのは新聞にもしょっちゅうのるから、ちょっと見るけども、歯はあんまりそんなに治療の方法って言うのは…～磨き方だとか、

歯間ブラシは使ってくださいとか、そういうのは必ず話してくれますからね、治療していると。【かかりつけ医からの情報が多い？】それしかないですねえ、うん、ほとんど。あんまり聞かない。テレビかなんかでちょっと話してるの聞くらいでしょうね。(東京)

P7:うちの嫁さんがなんだっけ、歯からなんか細菌が入って、大変なことになったことがあったらしいんですね。歯の重要性っていうのは、虫歯くらいしかあまり認知されてないから、結構歯の病気って怖いんだよ、そういう周知をするってことも必要かもしれませんよね。

:調べるとなればネットしかない。でも歯科の場合は～その場でドクターの手指で、指で治療だから、～あんまり事前に調べて対処するっていうことはできないし、してないですね。(東京)

オーラルヘルスに関する情報は、現在関係各所からインターネットやマスコミを介して提供されているが、生活者に十分に周知されているとは言い難い。

④QOL

生活者のオーラルヘルスにおける QOL について、歯科医師の語りと、生活者の語りに分けて整理する。歯科医師からは、患者側の QOL に関する考え方、価値観の多様化により QOL も多様化する、治療中に QOL はさほど考慮しない、など様々に語られた。

D1: QOL が上がった云々は、治療が終わってみないと分からんのだよ。～患者さんの QOL って、その時だけなんだよ。それくらいに違うんだよ。腫れました、痛いです、痛みを止めてほしい。だから、その時々々の QOL しか考えてないんだよ。(オーラルヘルスに関してライフコースの中で一貫した QOL っていう考え方はまだ)ない。～痛くなったら思い出す訳よ、ああ、先生が言ったことだ、と。QOL 概念って、まだまだ日本人が考えているのはその当座。(東京)

D4:【健康のためだったらお金はいくらかかってもいいです、って方もいらっしゃる？】そうです。それからやっぱり外観っていうのも。(千葉)

D1: ホントはいい歯(自由診療)が適応だなんてこと思う、気になる歯があるじゃない。で、そう言うじゃないか。そしたら、私もう、何年生きるか分からないから、当座でいいですって患者さんがいる。～生きている間に良い物食べた方がいいよって言うじゃない。歯は命、命を買えるのは歯医者だけだよ、って言うと、そこで分かる人と、分からない人、二つに分かれる。それは、その人の価値観と QOL って非常に結びついている訳。だから、パーソナルって今から言うのが必要な訳。(東京)

D6: 僕は 8020 運動は根面カリエス増えるから、仕事増えるかなって思ってるくらいで QOL がどうのなんて考えたことは悪いけど一回もない。だからそれに関しては何もお答えできません。～20 本あろうがなかろうが、無歯顎でも生きていく人は生きていくし、歯茎で食べてるし。～そんな大志を抱いたことは一回もないです。もっと目の前のことでいっぱいでした。(千葉)

生活者の間に QOL の概念は普及しつつあるが、通常 of 歯科医療の中で十分に意識されている訳ではない。

P1: (QOLという言葉を知っている?) あーあー、はいあれね。尊厳もって生きるってことだね。生きる質を、ってことですね。(歯科治療では) あんまり言わないね。インプラントとかなんかの時は色々説明をするんだろうけども。(自身の経験では歯科医師は) まだそこまでは言わないですね。～一度はありましたね、インプラント。どこかのお医者さんで。「インプラントやると(QOL が) いいですよ。」とね、このないところね。(東京)

P2: (歯科治療で QOL が話題になる?) あの、歯医者さんで? いやそれはあんまり言わない…～(食生活について歯科医師と話し合ったことは?) そこまでの話にはいかないね、先生はね。～(患者さんからの食や生活に関する話題は歯科医師にとって大いに参考になる) それはあるかもしれませんがね。(患者から) 質問しないから先生はおっしゃらないだけであって。(東京)

P3: (生活に関連する治療の希望は) 自分から言うたり、そりやします。～この埋めるっていうのかな、なんかしはるでしょ。それであの、なんちゅうの、物が噛めへんとか痛いとかあるでしょ。それはもうすぐ行きます。電話して。

歯科医療における QOL に関しては、健康全般にわたって考慮する歯科医師と、特別な場合に限定して考える患者側との間に認識のずれが生じることも考えられる。

⑤ 定期健診・メンテナンス

定期健診・メンテナンスに関しては、行う、行わない双方の語りが見られた。定期検診への考え方は、生活者の価値観によって分かれるところである。

P2: 一年に一回は必ず検診に行ってます。(夫婦) お互いに。その他に、ちょっとこここのところ具合が悪いわっていうところがある時は予約して行くっていう。(東京)

P7: 今も近くの歯医者さんがあるんですけど、半年に一回は行ってます。ちゃんと歯ブラシする(だけでなく)より、そこでチェックしての方が良いかと。～それは今も続いていますね。～定期的に診てもらって。どうしても、歯磨きできづらい部分もあるので。半年に一度くらいかな。～いつごろかは忘れちゃったけど、歯磨きを夜するようになりましたね。(東京)

P6: 私はね、歯垢を取った後ね、却って異和感が出るのね。取ることはそんなにイヤじゃないんだけど、取った後、舌で触った時のざざら感が、私にとっては何でここまでするんだろうな、という。だから別にね、支障がないから歯垢を取るためには行かない。今のところは、必要に迫られて、歯医者さんに行くという。(千葉)

⑥ 独自の工夫

食事の工夫や、セルフケアなど、歯科医師に相談せず独自に工夫しているとの語りもあった。

P1: 擦ったりね。擦るって言うのは小さくこう。～柔らかいのだったら十文字に切って、小さいふうにして食べる。りんごを噛もうちゅうのは、硬いのはもう食べないね。今はね。(東京)

P6: 口内炎ができたなと思った時にはもうこれはどうしようもないから、できてからでは遅いってことで、今葉酸を飲み始めたの。ここ3年くらい。そしたら、口内炎ができないから、まあホントに調子悪い時はできるけど。予防的な物はサプリメントで心がけてはいるけれども、～(千葉)

3.1.6 ストーリーラインのまとめ

生活者と歯科医師にインタビュー調査を行い、戦時下期から現在まで、約75年間にわたる13名の語りを、上記のようにストーリーラインとしてまとめた。実体験に基づくオーラルヘルスや歯科医療への取り組みが、それぞれの半生に沿って具体的に語られた。歯科医療システムの三因子の変容と、生活者と歯科医師それぞれの各時期のオーラルヘルス観やそのギャップ、各人が経験したコンフリクトが生き生きと描出されている。これらを概観し、時代区分別比較、個人別比較によって、それぞれ特徴的な動態が存在することに気付いた。

時代区分に注目すると、戦後歯科医療環境は、歯科医師にとっても生活者にとっても、受診環境の格差→向上と均質化→再格差化と多様化、の流れを示すこと、歯科医師過剰は様々な状況のSwitchとして作用していること、歯科医師と生活者の関係がパタナリズム→参加→協働へと進んできたこと等々の興味深い動態が明らかになった。この点に関して、次節で詳細な検討を行う。

さらに、個人のオーラルヘルス観の動きに注目すると、二つの動態に気付く。社会の変化に伴って緩やかにシフトするものと、社会情勢の変化を受けないもの、例えば、生活者の人生観に基づく受診方針と各歯科医師の個性的な診療方針によって形成されるかかりつけ関係である。この点に関しては、全てのインタビューウィーが発した「信頼」の語に焦点を当て、第六章でさらに検討する。

3.2 語り統合分析から見る戦後歯科医療システムの動態

時代区分を踏まえた戦後歯科医療の動態を分析するために、統合分析シートをもとに、語り統合分析を行った。その結果を、主要カテゴリーに注目発語を加えた一覧とした。これをもとに、語り分析から見る戦後歯科医療の動態として、表4-4を作成した。点線矢印が状況の動き、実線片矢印が正の呼応、実線両矢印が負の呼応である。ここでは、一覧を縦横4分割し、表4-4-1、4-4-2、4-4-3、4-4-4として示す。

表 4-1 語り分析から見る戦後歯科医療の動態

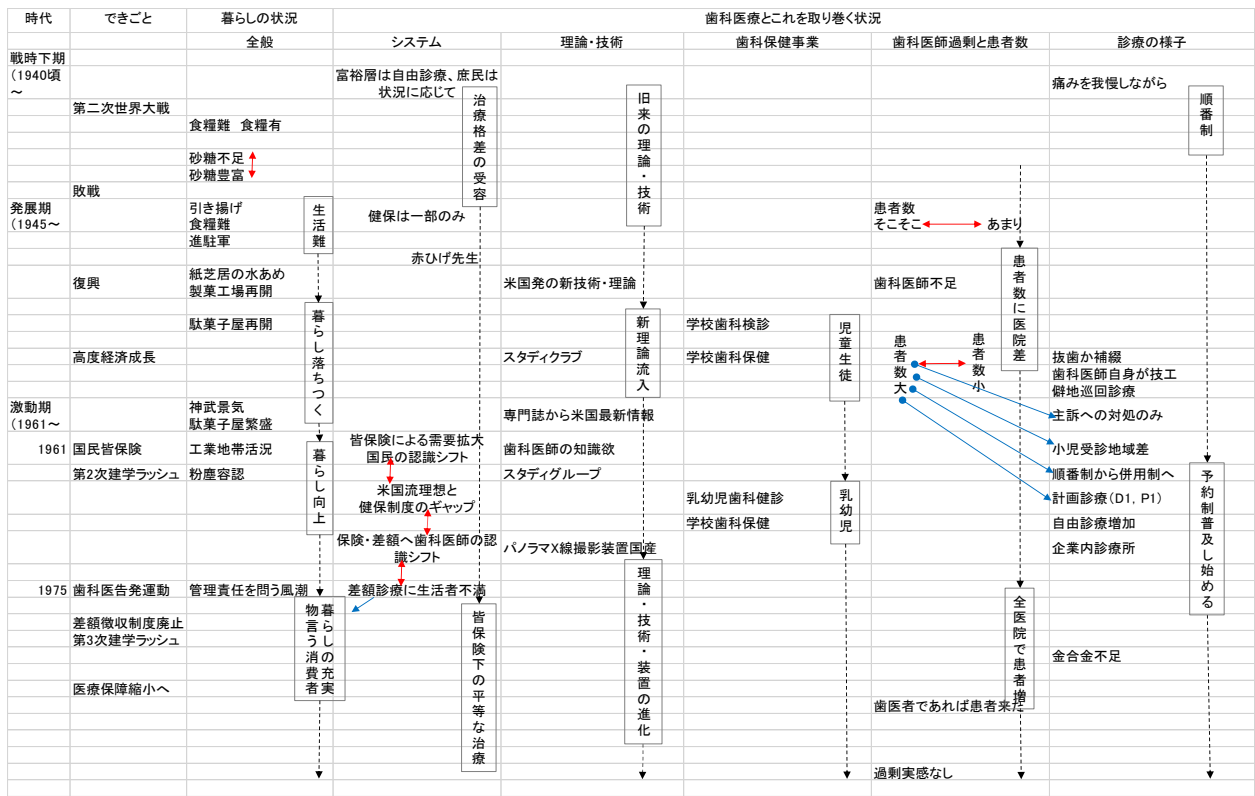


表 4-2 語り分析から見る戦後歯科医療の動態



表 4-3 語り分析から見る戦後歯科医療の動態

時代	できごと	暮らしの状況	システム	理論・技術	歯科医療とこれを取り巻く状況		診療の様子
					歯科保健事業	歯科医師過剰と患者数	
過剰期 (1985~)				技術革新と健保診療の内容充実		患者数に再び医院 差	予約制定着
1991	バブル崩壊				高齢者口腔ケアへ関心 (東京)	患者数に再び医院 差 患者数に減 患者数に減	メンテナンス主体へ 定期健診案内
1997	医療法にIC明記 かかりつけ医注目 され始める		完全自由診療へ注目	再びミニマルインターベ ン一周して帰ってきた スタンダードプリコーション	特養に歯科ユニット(1995 東京)	自院比で患者減	予約制の普及と融通
2001	口腔保健法		過剰対策へ疑問 摂食嚥下ケアへ注目 (2004東京)		8020運動成果上げる		予約制の多様化
2004	国試合格者数調整		診療報酬体系 不備への不満 財源確保 他組織との協働	cureからcareへ QOL	災害時口腔ケア 生涯歯科保健に注目(東京)	過剰を切実に実感 診療方針の多様性 過剰診療	さまざまな要因による多様化 ①D-P関係の変化 ②来院患者数変化 ③技術革新
模索期 (2008~)			訪問診療定着	先制医療 口腔ケア	8020プラス面 ↑ 8020マイナス面 ↓	将来の歯科医師不足	通院頻回が負担 もっと通いたい
			災害ボランティア	新たな概念 新たな課題	組織的情報提供の必要性		

表 4-4 語り分析から見る戦後歯科医療の動態

時代	説明	歯科医師-生活者/患者関係		医院経営と歯科医師の社会的状況		生活者のオーラルヘルス	
		関係ポジティブ	関係ネガティブ	良好	厳しい	関心なし	関心あり
過剰期 (1985~)	現在のカウンセリングに比 べると粗い説明(D5)	仲間意識	領収書すら遠慮	経営は安定	再び 医院間 に経営 格差	多忙で通院難	消極的OH ← 積極的OH
			参加する患者	患者減で楽に	激務でストレス		全般にOHリテラシー 向上するも個人差
	IC明記後も 説明方針変化なし ツール使用して説明	説明は大事 患者さんから 治療法に要望 今は患者さん中心	治らないのは相手のせい みたいな風潮	不景気でも統合歯科医療 順調	一時期経営悪化 日曜診療増 歯科医ワーキングプア報道		
模索期 (2008~)	価値観一致	ネットで情報収集	ネットの偏った知識	一貫して安定(D4)	他院の経営難を見聞 歯科界内向き	OHの重要性認識	定健等行かない
	独自の説明	かかりつけ医 ①安心感 ②個人的関係 ③習慣化	恐怖心	少しづつ変容	医院間格差拡大	定健等行く 自分の歯で インプラント ホワイトニング ロ元の美しさ 口臭	定健等行かない
	詳しい歓迎 ↓ 詳しくなくても可	節度ある親しさ	馴れ合いの危険			当座のQOL	長期視点のQOL
	自己決定戸惑い 説明ツール充実	共同体意識	当事者意識の欠如と過剰	術者が満足する治療	経営的余裕なし		
		信頼 相互に影響	モンスター患者・クレーム 常習者				

これらの表から、わが国の戦後歯科医療の動態を観察することができる。歯科医療システム三因子の変容と、これら三因子の積集合、すなわち歯科医療の社会化状況の一覧である。表中の点線矢印によって継時的な流れを、実践双矢印によって、ギャップやコンフリクトを、実践片矢印によって因果関係を示している。

まず、人びとの暮らしは、戦後の混乱、復興、高度経済成長、を経て現在の景気停滞に至っている。歯科診療システムにおいては、限定された健康保険制度による受診環境格差が存在する時代から、差額徴収制度の厳格化に伴い保険診療の広がった時代を経て、再び格差化の傾向にある。生活者自身の選択による保険外診療への注目が高まっている。歯科医療に関する理論、技術、装置などのハード面は、戦後大きく発展し、現在の充実した診療内容を支えている。歯科保健事業は、戦後復興期から高度成長期にかけての学校歯科保健の重視から始まり、母子歯科保健、高齢者歯科保健への注目も加わり、現在では生涯歯科保健へのアプローチが行われている。

来院患者数は、社会状況と歯科医師数によって伴って大きく変化した。戦前から戦後の混乱期までは、患者数は医院によって差があったが、国民皆保険制度の開始により、歯科医院へ患者が殺到するようになった。歯科医師数が増加し、過剰に転じた 1985 年からは患者数に再び医院差がみられるようになり、現在も続いている。自院比でも患者数は減少していると語られた。歯科医院の経営状況は、患者数に連動している。同じく連動して、診療予約制の普及もみられた。現在では、患者殺到期の予約方式とは異なり、生活者の事情を考慮した柔軟な予約制を敷く医院が多い。生活者のオーラルヘルスリテラシーは、時代を経るにつれ全般的に向上しているが、個人差が大きく、その実践も多様化する傾向にある。生活者/患者-歯科医師関係は、パタナリズム医療から説明重視へ、沈黙する患者から参加する患者を経て協働する患者への、大きな流れが検出された。しかし、この大きな流れの中で、生活者や歯科医師それぞれの、対立する概念も含めた個性的な語りが多く出現している。

4 まとめ

戦後歯科医療環境は、歯科医師にとっても生活者にとっても、格差の存在から、向上と均質化を経て、再格差化の流れをとっている。これは、歯科医療に 60 年携わった D4 の語り「一周して時代が帰って来た」に象徴される。その動きは歯科医療システムの三因子間のギャップを生んだ。ギャップから生まれたコンフリクトは、三因子間の相互作用により、時に潜在化し、時に顕在化し、時に解消し、一部はいまだ解消していない。

歯科医師数の過不足は、様々な状況の switch として作用している。他の市場と同じく、需給関係の変動が歯科医療システムへ大きく影響していることは、前章の新聞記事分析によっても明らかであるが、本章では、さらに具体的な個別事例を踏まえて検証することができ

た。個人開業医院の多様な診療方針、旧来の患者-歯科医師関係から生活者-歯科医師関係へのシフト、歯科医療の新たな分野の発展などの動きが、歯科医師過剰に伴って出現する。

生活者と歯科医師の関係は、旧来のパタナリズムを脱しつつある。インフォームド・コンセント普及は、informed の部分が先行しており、生活者にとって歯科医療における consent は未だ十分に馴染んでいない。

今回のインタビュー調査により、第二次世界大戦後のわが国の歯科医療の推移の実態として、①再格差化、②歯科医師数変動の Switch としての作用、③生活者/患者-歯科医師関係はパタナリズムから協働へ、の3点を確認した。信頼関係とインフォームド・コンセントについては、各人各様の概念が抽出された。歯科医師も生活者も、診療にあたって信頼関係を重視している。「個人に対する信頼」と「組織に対する信頼」という信頼モデルに関連する発語や、「価値観のすり合わせ」という主要価値類似モデルに関連する発語、「相互の影響」というリスクコミュニケーションでのミューチュアルエンパワメントに関連する発語などの繰り返しを確認できたことは意義深い。

第二章の史実の整理と検証により、近代歯科医療変遷の時代区分を抽出し、大きな流れを概観した。これに続く、新聞記事分析と語り分析により、変遷の実態を明らかにすることを試みた。新聞記事は、時代の「今を切り取る」ことに主眼を置いて作成されており、その分析によって、各期の実態を把握することができた。本章で行った語り調査においては、各人の歯科医療やオーラルヘルスへの取り組みが具体的に語られ、前章までで明らかになった歯科医療における3つのギャップ（“生活者と歯科医師のオーラルヘルスに関する認識のギャップ” “歯科医療システム因子間のエイジングのギャップ” “歯科医師に対する評価のマクロレベルとミクロレベルのギャップ”）とこれらに起因するコンフリクトの存在、これらへの対応の流れが明確になった。対して、いったん築かれた、かかりつけ患者とかかりつけ医との信頼関係は、様々な状況変化の影響を受けてないとの語りを多数得た。以上の知見をもとに、生活者/患者-歯科医師関係に関して、信頼形成を中心に、続く第五章、第六章でさらに検討する。

参照参考文献

第 29 回日本医学会総会 (2015)

https://prw.kyodonews.jp/prwfile/release/M102446/201504139322/_prw_PR1fl_NAg7Fyi9.pdf,
20161225 accessed.

ダニエル・ベルトー (小林多寿子訳) (2003) 『ライフストーリー : エスノ社会学的パース
ペクティブ』 ミネルヴァ書房.

8020 推進財団 <http://www.8020zaidan.or.jp/index.html>, 20160504 accessed.

井上洋士(2013) 『ヘルスリサーチの方法論』 放送大学教育振興会.

川喜田二郎 (1986) 『KJ 法 : 渾沌をして語らしめる』 中央公論社,

厚生労働省「1-1 医療施設の種別別にみた推計患者数の年次推移—昭和 50 年~平成 23 年—」

http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/130-25_1.pdf, 20160501 accessed.

厚生労働省「2-2 一般診療所数及び歯科診療所数の年次推移 —昭和 50 年~平成 24 年—」

http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/130-25_2.pdf 20160501 accessed.

厚生労働省『厚生白書 (昭和 51 年版) 第 1 編 健康の確保と増進 第 3 章 医療保険 第 1 節
医療保険制度の動向』

http://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/hakusho/kousei/1976/dl/08.pdf, 20161221
accessed.

松井 英俊 (2004) 「インフォームド・コンセントの歴史的展開から得られた患者-医療従事
者関係の検討」 『看護学統合研究』 5(2)、66-73.

文部科学省「第 7 章 学校保健 第 1 節 学生生徒児童の健康の現状と教育への制約 5
学生生徒児童の疾病異常の罹患状況」 『「わが国の教育の現状」 (昭和 28 年度)』

http://www.mext.go.jp/b_menu/hakusho/html/hpad195301/hpad195301_2_219.html, 20161221
accessed.

長坂健二郎 (2010) 『日本の医療制度:その病理と処方箋』 東洋経済新報社.

日本医師会 (2015) 「日常診療に必要な口腔ケアの知識」 『日本医師会雑誌』 144(3)、
453-521.

日本歯科医師会 (2008) 『信頼される歯科医師Ⅱ 歯科医師の職業倫理』 日本歯科医師会.

能智正博、秋田喜代美 (2007) 『はじめての質的研究法—医療・看護編』 東京図書.

大久保 憲(2000) 「病院感染をめぐる最近の話題」 『耳鼻咽喉科展望』 43(3)、220-224.

大澤真幸、吉見俊哉、鷺田清一編 (2012) 『現代社会学事典』 弘文堂.

西條剛央 (2007) 『ライブ講義・質的研究とは何か (SCQRM ベーシック編)』 新曜社.

西條剛央 (2008) 『ライブ講義・質的研究とは何か (SCQRM アドバンス編)』 新曜社.

戈木クレイグヒル滋子 (2006) 『ワードマップ グラウンデッド・セオリー・アプローチ—
理論を生みだすまで』 新曜社.

桜井厚、小林多寿子 (2005) 『ライフストーリー・インタビュー : 質的研究入門』 せりか書
房.

谷津裕子 (2013) 『質的研究をめぐる 10 のキークエスチョン : サンデロウスキー論文に学
ぶ』 医学書院.

日本歯科医師会 テーマパーク 8020 「雑学いろいろ > 硬い歯を削る」
http://www.jda.or.jp/park/knowledge/index_03.html, 20170115accessed.

章末資料

1 研究協力依頼書

研究協力依頼書

本日はご多忙のところお時間をいただきありがとうございます。

以下の「研究背景」「研究の趣旨」ならびに「研究倫理遵守に関する誓約書」をお読みいただき、可能なようでしたらインタビューにご協力いただきたくお願い申し上げます。

本研究の背景

現在私は、放送大学大学院文化科学研究科生活健康科学プログラム博士後期課程に在籍中であり、インタビュー調査はその研究活動の一環として計画したものです。

研究の趣旨

本研究は、歯科医療変遷の実態を把握することを目的としております。1960年頃から現在に至る歯科診療の実態や、診療に際してのエピソードを知るためにインタビューを計画致しました。インタビューは2時間前後を予定しております。お話いただきました内容から逐語録を作成し、時代区分ごとにキーワードを分類していくライフストーリー分析という手法を用いて整理をいたします。

平成28年 月 日

放送大学大学院文化科学研究科
生活健康科学プログラム 博士課程2年
歯科医師 小林 富貴子

2 誓約書

研究倫理遵守に関する誓約書

本研究は以下の研究倫理に沿って実施されます。

- ①お名前が公開されることはいっさいありません。また、研究が公開される際には人物が特定される可能性のあるイニシャル等を用いることもありません。
- ②研究の協力はいつでも拒否することができます。また、それは研究協力者の当然の権利ですので、拒否されても研究協力者が不利益を被ることはありません。また、発言箇所の訂正や部分的削除等のご希望がありましたら遠慮なくお申し出ください。
- ③録音データは保管の必要が無くなった時点で、全てのデータを完全に破棄します。
- ④研究結果がまとめ次第、個別にお知らせいたします。

ご不明な点等ございましたら、下記へご確認ください。以上の研究趣旨や倫理的誓約をご了解の上で研究にご協力いただける場合は、以下の研究承諾書へのご記入をお願い致します。

平成 年 月 日

放送大学大学院文化科学研究科
生活健康科学プログラム 博士課程 2年
歯科医師 小林富貴子

連絡先

TEL : 0470-44-2374, 090-9000-3315 メール : foo.kob@gmail.com
小林歯科医院 小林富貴子

研究承諾書

私は、本研究の研究目的、方法、研究への協力内容などについて説明を受け、内容を了解したので、協力することに同意します。

平成 28 年 月 日

研究協力者 ご署名 :

平成 28 年 月 日

研究者 署名 :

第五章 特殊事例における生活者と歯科医師の関係

1 本章の目的と背景

情報化社会である現代、生活者は多種多様な情報入手の方法を持っている。歯科医療に関しても、身近な人との情報交換、歯科医師とのコミュニケーション、インターネット、マスコミ報道等を介して、生活者は様々な情報を取捨選択し、自身のオーラルヘルスリテラシーを確立していく。歯科疾患は他疾患と異なり治療中も通常の生活を続けていることが多く、人びとのオーラルヘルスへの取り組みは生活を取り巻く様々な事象から影響を受けるため、歯科医療においては学際的な視点も必要となる。

筆者は、オーラルヘルスに関する認識についての社会調査によって得られた生活者と歯科医師のオーラルヘルスに関する語りデータを分析し、歯科医師の語りには均一性が見られるが、生活者の語りは多様であることを確認している（小林 2014）。生活者のオーラルヘルスへの取り組みには、歯科治療忌避感が強く歯科治療を極力避けている、異常を感じれば適宜受診する、かかりつけ医を持ち定期健診を受けている、といったようにグラディエーションが存在する。日本歯科医師会が行ったアンケート調査においても、歯科に関する情報認知度や歯科に関する情報への関心度は全体的に上昇している一方で、「まったく知らない」「まったく関心がない」との回答もみられ、歯科医療に関する生活者の意識の多様性が示されている（日本歯科医師会 2016）。

このように生活者が各人各様のオーラルヘルスリテラシーを持つ状況のもとで、歯科医師は、患者ひとりひとりと意思の疎通を図り、診療を行わなければならない。生活者-歯科医師間に存在する様々な認識のギャップを解消しつつ、歯科医学的処置を行っていくことになる。当然、歯科医学的スキルに加え、個々の状況やオーラルヘルス観に対応するコミュニケーションスキルも必要となる。特に、歯科治療忌避感が強い患者との信頼形成は難しい場合が多い。そこで、「全ての診療科のうち歯科受診が最も苦手」と述べた一名の語りデータを質的に分析し、これに基づいて、生活者と歯科医師の信頼関係の成り立ちを学際的に検討することは意義深いと考える。質的研究については、「ケースに結びついた一般化」（個性記述的一般化と自然主義的一般化）により仮説や理論を構築し検証する手段となり得る（谷津ら 2013）、一事例の研究であってもより良い構造（モデル）を構成することが可能である（西條 2008）と考えられている。本稿考察では、これらの理論に基づき、信頼形成に関する二つのモデルの歯科医療における応用可能性について考える。

このような視点から、本章では、歯科治療忌避感の強い女性の語りについてテキストマイニング分析し、生活者群と歯科医師群の語り分析結果と対比しつつその様相を探る。そのうえで、リスク学および生活科学の観点から、生活者と歯科医師の良好なコミュニケーションの基礎となる信頼形成に関して考察し、新たな視点を提示したい。

2 対象および方法

2.1 対象

2012年に行った歯科医療の受け手（生活者）と担い手（歯科医師）のオーラルヘルス観の異同を探ることを目的としたインタビュー調査のなかで得られた、歯科治療忌避感の強い女性の語りデータを使用した。インタビュー対象者のプロフィールを表5-1に示す。

表5-1 インタビュー対象者のプロフィール

年齢	性別	プロフィール
61	女性	千葉県地方都市在住 既婚 音楽講師・演奏家 歯科かかりつけ医を持たず、歯科治療忌避感が強い。

2.2 インタビュー方法

分析対象データは、明確に意識されていないイメージをも含めた認識を探るため、アンケート方式意識調査ではなく、半構造化面接による個別インタビュー調査によって採取された。これは、聞き手（筆者）が、対象者へある程度設定された質問項目を提示し、語りを記録する方法で、「設定項目から外れた語りがある程度は許容し、インタビュー対象者の生の声を採集することを期待する手法」（西條 2007）である。リスク学および生活科学視点からオーラルヘルスに関する認識を探ることを重視し、質問文を設定した。質問テーマ設定で使用したリスク学用語については、奈良（奈良 2011）の定義を用いた。インタビュー時間は説明を含め約2時間であり、対象者の了承を得た上でICレコーダーに記録した。質問項目を表5-2に示す。

表 5-2 質問テーマと質問文

質問テーマ	質問文
1 リスクキャリア	年齢と、今までの歯科受診の経験を簡単に教えてください。
2 リスクキャリア	現在の口の中の状態を教えてください。
3 リスク認知	歯や口の病気(むし歯も含めて)になった時怖いのはどんなことですか。
4 リスク認知・対処	歯や口の病気(むし歯も含めて)になった時の様子、気持ち、対応を教えてください。
5 リスク対処(治療の目的)	歯科を受診するのは何のためですか。
6 リスク対処(リスクの防止)	受診を決意するきっかけや理由は何ですか。
7 リスク対処(リスクの消極的保有)	治療を中断したことはありますか。その原因は何ですか。
8 リスク対処(リスクの消極的保有)	歯や口の中が気になったが、歯科を受診しなかった経験がありますか。その理由は？
9 リスクコミュニケーション	歯科医師に聞きたいけれど聞きにくい、伝えることはありますか。
10 リスクコミュニケーション	歯科医師や歯科治療に望むことはありますか。
11 リスクマネジメントの目標	高齢期の健康な口とはどんなものだと思いますか。
12 治療の生活への影響	歯科治療中の期間、歯や口の症状以外で負担になることはありますか。
13 「治療を受ける生活者」という意識	歯科治療時に、症状や身体のこと以外で、歯科医師に予め伝えておくことはありますか。
14 医師-患者関係	歯科治療とその他の病気の治療を比べると、気持ちや心構えに違いがありますか。
15 公機関のオーラルヘルスへの介入	歯や口の健康に関する公機関の健診やイベント、講座に参加したいと思いませんか。その理由は何ですか。
16 印象に残った治療	歯科治療で、良かった経験がありましたら教えてください。
17 印象に残った治療	歯科治療で、イヤな経験がありましたら教えてください。

2.3 分析方法

本研究では、インタビューデータの解析方法として、KeyGraph を用いたテキストマイニング法を採用した。KeyGraph は、データを構成する要素（インタビューデータの場合は単語）一つ一つの登場頻度、互いの繋がりや強さを計算し、重要な役割を果たしている要素を分類・抽出するソフトウェアである（Ohsawa ら 1998、大澤 2006）。分析に先だって、日本語の構成要素（形態素）を抽出するため形態素分析ソフトウェア ChaSen を使用する必要がある。この KeyGraph を使用して、異分野の専門家二人の認識を比較分析した研究（Nara・Ohsawa 2004）をはじめ、多様な分野での報告が見られる（瀬々ら 2008、串間ら 2010、大塚ら 2010、Abe ら 2007）。

KeyGraph は、単語間の共起性を、頻出語（黒ノード）と頻出語どうしを繋ぐ語（赤ノード）から成るばねモデルにより、ネットワーク図として可視化する。これら黒ノード、赤ノードには、質問テーマから当然出現が予想される語、語り手の口癖、単語自体は重要な意味を持たないもの等と、語りを特徴づける語とが混在している。KeyGraph の解釈は、語りを特徴づ

ける語を中心に行う。本研究では語りを特徴づける黒ノード、赤ノードを併せて特徴語と呼ぶこととした。黒ノードと赤ノードは、共起性を示すブリッジでつながり、ブリッジの相互関係により一群を形成する場合もある。この一群をクラスター（島）と呼ぶ。低頻度の重要な単語（赤ノード）を抽出できる点が他のデータマイニングソフトウェアにない特徴であり、この点に注目し、本研究での分析ソフトウェアとしてKeyGraphを採用した。KeyGraphによるインタビューデータ分析の流れを図1-1（再掲）に示す。

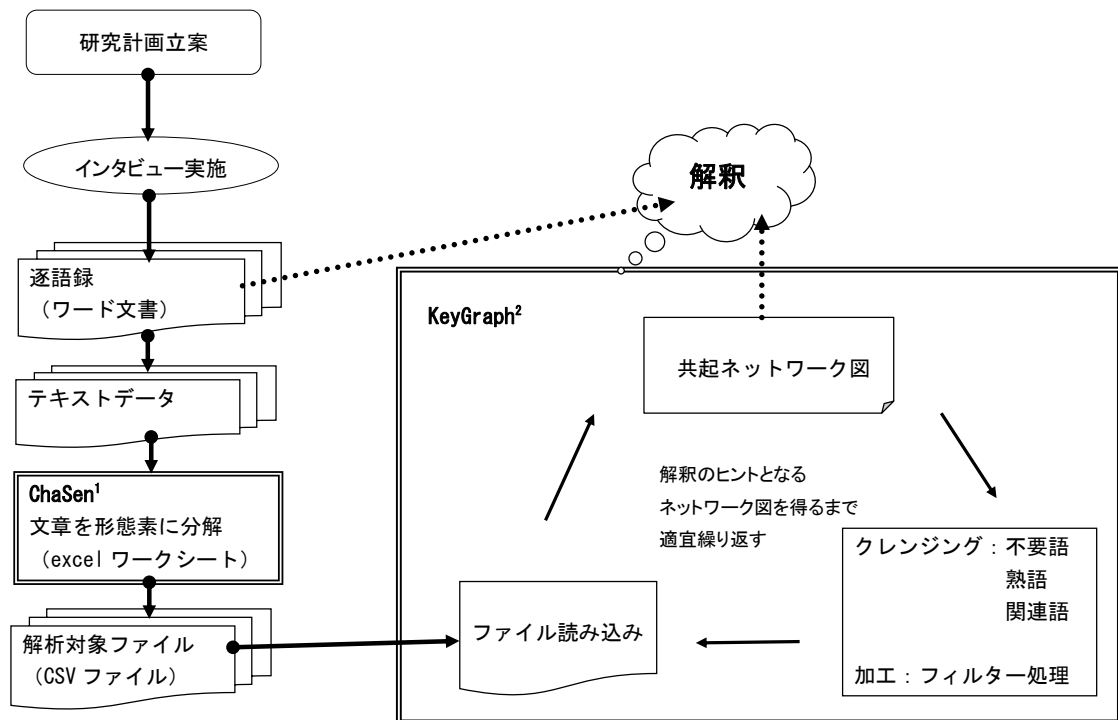


図 1-1 KeyGraph によるインタビューデータ分析の流れ

- 1) ChaSen, <http://chasen.naist.jp/hiki/ChaSen/?%C3%E3%E4%A5%A4%CE%C7%DB%C9%DB>, accessed on 2013 April 24.
- 2) KeyGraph, <http://iit.kke.co.jp/keygraph/>, accessed on 2016 June 8.

2.4 倫理的配慮

研究の概要、研究倫理に関する説明のため研究協力依頼書・誓約書（第一章章末資料）を作成した。インタビューに先だって、口頭説明し、署名し、研究者とインタビュー対象者が各一枚ずつ保管することとした。

3 結果

分析結果シートの作成に使用した KeyGraph によるネットワーク図（図 5-1）を示す。

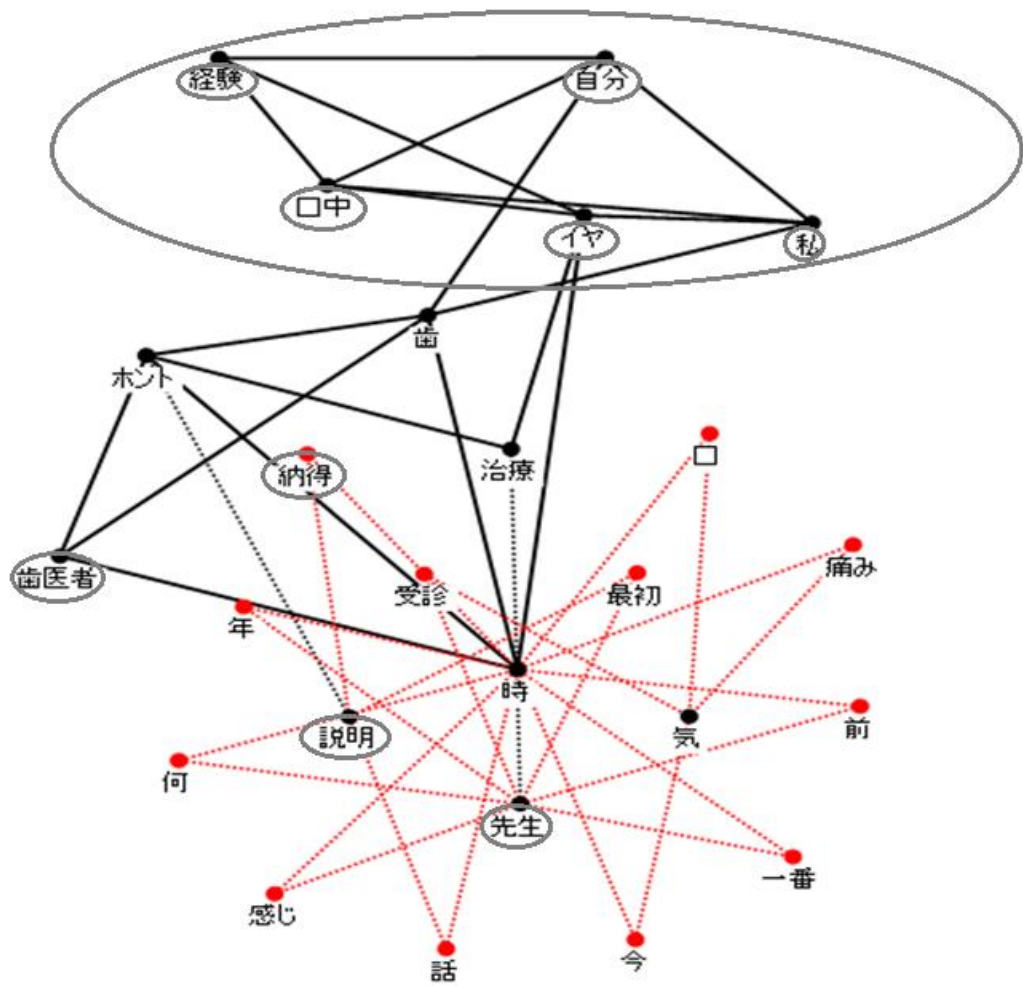


図 5-1 KeyGraph ネットワーク図

3.1 分析結果シート作成と特徴語

分析結果シート作成手順は以下の通りである。

- ①ネットワーク図に描出された黒ノード、赤ノードから、特徴語を拾い上げ、頻出語（黒ノード）と、頻出語どうしを繋ぐ語（赤ノード）別に出現回数をカウントし列挙する。
- ②各特徴語を含む興味深い発話を逐語録から抜粋する。
- ③ブリッジとクラスターの分析を行う。
- ④上記①、②、③をもとに、逐語録を再度参照し解釈を行う。

以下、分析結果を順に記す。はじめに、特徴語の抽出を行った。当然出現が予想される語

(私、自分、先生、歯医者、治療、歯、口、受診、話、痛みなど)、語り手の口癖(ホント、感じなど)、単語自体は重要な意味を持たないもの(気、最初、一番、何、今など)を除外し、黒ノード3語(《イヤ》、《説明》、《経験》)、赤ノード1語(《納得》)を特徴語とした(表5-3)。

表 5-3 特徴語

	ノード	発語	出現回数	発話の概要
①	黒ノード	《イヤ》	14	歯科治療忌避感
②	黒ノード	《経験》	10	自らの経験を重視
③	黒ノード	《説明》	8	説明に対するこだわり
④	赤ノード	《納得》	6	出現頻度は少ないが語りの中心概念

3.2 特徴語を含む主な発話

以下、《 》内は特徴語、特徴語に続き発語回数、発話の概要、特徴語を含む語りを記す。
 < >内は語り手の発話(逐語録から引用)、< >内の()は筆者追加の文言、< >内の…は発言中の若干の沈黙、である。

① 《イヤ》14 歯医者嫌い

<なんでイヤなのか、それは…うん、怖がりだから。>
 <ええ、治療がイヤ。とにかく治療がイヤ。怖い。うん。>
 <歯医者さんが、うん、イヤなの。>
 <タダだとしても多分イヤだと思うの。>
 <とにかく、口の中に違和感があるのはイヤだね。顎関節症の時の器具ですらイヤだったから。>

② 《説明》8 説明に対するこだわり

<すごく説明がそれは、とても丁寧だった。>
 <最初の説明がとても、うん、明確だったかな、と。>
 <安心もそうだし、やっぱり、納得できるかどうかだよ、説明が。>
 <患者によく説明するっていう。この傾向でいいと思う。十分な説明は欲しいよね。>

③ 《経験》10 経験を重視

<虫歯になった経験があるから、やっぱり、その痛さは…やっぱり痛さです。>
 <あの経験は怖かったね。髄膜炎になるかもしれないって、>
 <できれば行きたくない。経験から。…痛い顔するな、とか…(過去に歯科医師に言

われたので)。>

<総入れ歯の方が楽かなって思う。まあ、経験がないからね、自分で。>

④ 《納得》6 出現頻度は少ないが中心概念

<納得できるかどうかだよね、説明が。>

<子どもながらも、大人ながらも、納得できない。…うんそうそう、話が違う。そうね。>

<納得できる、自分が納得できれば、っていう。>

<自分が納得いけば、ちゃんとね。>

<自分で判断して、納得して、決めたい。>

3.3 ブリッジとクラスター

KeyGraph では、描出されたネットワーク図上の黒ノードの集合を“クラスター（島）”、赤ノードと他の黒・赤ノードとの共起を示す直線を“ブリッジ”と呼ぶ。KeyGraph 解釈の要となるクラスターとブリッジについて検討した。

中央上方に楕円で囲った《私》《イヤ》《経験》《口中》から成る大きなクラスターが目立つ。過去の歯科治療の嫌な経験に関する語りである。

《歯医者》《先生》と《私》《自分》とのブリッジが少ない。インタビュー時、「先生は私にこう言った、こうした。私は、先生をこう思う。」等と語られることが多いため、歯科医師を表す語と本人を表す語の間にはブリッジが形成されることが一般的である。本例では、そのような語りは少なかったためである。両者の関係性が希薄であることが窺える。

過去の数少ない良い経験<《説明》に《納得》がいった>が、《先生》と連絡していない。語り手は、良い経験を評価はしているが、それが歯科医師に対する総合的な信頼には繋がっていない。

4 解釈

語り手は、過去数回の歯科治療の際不快な経験をしたため、全ての診療科の中で歯科治療が最も苦手である。以前は歯科医師との意思の疎通もほとんど取れなかったが、数年前《納得》のいく《説明》をしてくれる歯科医師と出会い、問題なく治療を完了した。しかし、未だに歯科治療は苦手で、痛みが出れば仕方なく受診する状態である。語り手は《納得》できる《説明》がなければ安心して治療を受けることはできないことを繰り返し述べており、《納得》できないことが、“歯科嫌い”の大きな原因となっている。

語り手は、子ども時代から 30 年以上前までの数回の不愉快な歯科受診経験によって<歯医者さんが、うん、イヤなの。><治療がイヤ。とにかく治療がイヤ。怖い。>と、歯科治

療に苦手意識を持つようになった。その後丁寧に説明してくれる歯科医師と出会っても、<すごく説明が、それは、とても丁寧だった。>と良い評価は限定的であり、未だ“歯科嫌い”は続いている。今のところ口腔内に問題は感じておらず、オーラルケアはセルフケア中心に行うつもりでいる。

自身の人生観に沿う（語り手の言によれば、《納得》できる）歯科医師と早い段階で出会えなかったことが、歯科治療忌避感の大きな原因となっている。しかしながら、決して健康への関心が低い訳でも、判断力に乏しい訳でもない。筆者は、インタビューを通して、語り手は分析的理論的なタイプであり、《自分》の《判断》《納得》を重視しているという印象を持った。

5 考察

インタビューデータの質的研究法は多様であるが、テキストマイニングはソフトウェアを用いるため、恣意性の排除に優れ、分析者の力量に比較的左右されにくい手法である。本研究で使用したテキストマイニングツール KeyGraph は、メタ認知を促進することを意図して開発された。本人の語りや記録から明確に意識されていない要因を抽出し、可視化することによって、新たな気づきの機会を提供するソフトウェアである。歯科医療分野においても、治療記録の分析、痛み日記等の分析による慢性疼痛患者への応用、グループディスカッションにおける相互理解促進等々、様々な場面での応用が期待できる。

今回、歯科治療忌避感の強い女性の語りデータから、《イヤ》《経験》《説明》という頻出語と、出現頻度はさほど多くないが語りを特徴づける《納得》という語を抽出し、語り手特有のオーラルヘルスに関する考え方を知ることができた。これらの語り分析の結果を、生活者と歯科医師のリスク認知に関する研究結果（Kobayashi・Nara 2016）と対比し表 5-4 に整理した。

表 5-4 生活者と歯科医師の口腔リスク認知の対比

本事例	生活者群	テーマ	歯科医師群
<u>ポイントで認識</u>	<u>ポイントで認識</u>	口腔リスク認知	<u>流れで認識</u>
<u>断片的 限定的</u>	<u>断片的 受動的</u>	口腔リスク処理の方針	<u>俯瞰的</u>
<u>疼痛除去 好印象の口もと</u>	<u>ダメージの回復</u>	口腔リスク処理の目的	<u>ダメージの要因の除去</u>
<u>支障なく食べる</u>	<u>自分の歯で食べる</u>	口腔リスクマネジメント の目標	<u>口腔環境を整える</u>
<u>生活に支障のない 口腔状況を維持する</u>	<u>健康な歯を持ち充実 した生活をおくる</u>	オーラルヘルス観	<u>口腔機能保全 (食べる・話す・笑う・免疫) による人間の尊厳の維持</u>

出所：KOBAYASHI and NARA, A study on the view of oral health and oral risk management in Japan: narrative analysis in combination with text-mining and KJ Method, Intelligent Decision Technologies, vol. 10, no. 3 pp. 249-261, 2016, より Table 6 Similarity and difference of a view of oral health and oral risk cognition between Seikatsusya and dentists を一部改変し和訳

表 5-4 は、生活者 5 名、歯科医師 5 名の語りを、生活者群、歯科医師群として統合し、本事例と同じ手順で、語り分析した結果をまとめた表の左端に、本事例を追加したものである。生活者群への質問事項は本事例と同一、歯科医師群への質問事項は、生活者への質問テーマに基づき、専門性を考慮し作成されたものである。

表中のアンダーライン部分は、生活者群と歯科医師群の認識が異なる点、波線部分が一致する点である。一般的に、生活者と歯科医師はリスク認知、リスク対処、リスク処理の目的、リスクマネジメントの目標等の、口腔リスクマネジメントの細かいステップでは異なる認識を持つ。しかしながら、口腔リスクマネジメントの主要価値であるオーラルヘルス観においては、専門用語と生活用語の違いはあるものの概ね一致している。この主要価値の一致により、診療時のコミュニケーションが可能となる。本事例では生活に支障がない口腔状況の維持（痛くない、見えるところが汚くない）がオーラルヘルス観として語られており、歯科医師との主要価値の一致が非常に困難な状態にあると考えられる。本事例分析でみられた語り手の《納得》へのこだわりは、歯科医師への不信感（歯科医師とのコンフリクト）から生まれ、自分自身の価値観と歯科医師の価値観の一致（ギャップの解消）を求めるものである。

以上の対比によって、語り手の口腔リスク認知には著しい偏りがあることが明らかになった。語り手は、健康に関して高い意識を持っているにもかかわらず、過去の歯科医師とのコミュニケーションの失敗が、不幸な状況を生んでいる。この点は、歯科医師にとっての重要な問題提起となる。歯科医師とのコミュニケーションの失敗は、リスク学文脈においては、リスクコミュニケーションにおける信頼形成の失敗であると換言することができる。

リスクマネジメント実務においては、人びとからの信頼が非常に重要である（中谷内

2012)。歯科医師は、患者にとって口腔リスクマネジメントの管理者であり、指導者であり、協働者である。以下に、歯科治療時の患者と歯科医師の信頼形成について、リスク学文脈からの検討を試みる。リスク学においては、リスクコミュニケーションにおける信頼形成プロセスを伝統的信頼モデルと主要価値類似モデルを中心に考えることが多い。表 5-5 に、1950 年代から提唱されてきた伝統的信頼モデルと、1990 年代後半から注目を集めている主要価値類似モデルを整理した。

表 5-5 伝統的信頼モデルと主要価値類似モデル

	伝統的信頼モデル Classical view of trust (Hovland, 1953 ほか)	主要価値類似モデル Salient Value Similarity (SVS) model (Earle & Cvetkovich, 1995)
信頼形成要因	Perceived competence 能力への信頼 (専門性) Perceived motivation 動機への信頼 (好ましい態度)	Salient Value Similarity 主要価値の類似 (当事者とリスク管理者の価値観共有)
より有効な当事者	関心が低い人	関心が高い人
求められているリスク管理者 (中谷内, 2008)	解を発見する代理人	解を実現する代理人

伝統的信頼モデルは、社会心理学研究者らによって様々な検証が行われてきた (Hovland ら 1953、McGinnies・Ward 1980、Barber 1983 など)。伝統的信頼モデルでは、能力への信頼、すなわち専門性と、動機への信頼 (相手が自分にとって不利益なことをしないであろうという信頼)、すなわち、誠実さ、公正さ等の専門家の好ましい態度が、信頼形成に大きく影響する因子となる。

主要価値類似モデル (Earle・Cvetkovich 1995) では、専門家のリスク問題の見立て方や何を重視して、どのような形で問題解決を図るべきかという考えが共通していることが、信頼形成に大きく影響すると捉える。一人一人の価値観の違いも、信頼形成の大きな要素となっていると考えるのである。中谷内は、「関心の低い人にとって誰かを信頼するということは、解を発見する代理人選び」であり、一方関心の高い人、つまり、「結果としてどのような状態になるのが望ましいかについて選好が明確になっている人には、もはや、解を発見する代理人は必要ない。必要なのは解を実現する代理人である。」と述べている (中谷内

2008)。

この伝統的信頼モデルと主要価値類似モデルを歯科診療現場に応用すると、以下のように考えることができる。歯科医療従事者については、伝統的信頼モデルにおける専門性は保証されている。したがって、関心の低い人へは伝統的信頼モデルにおける好ましい態度を重視したアプローチ、すなわち、誠実さや公正さをアピールすることが効果的であり、関心の高い人へは、主要価値類似モデルに基づくアプローチ、すなわち、患者側との価値観のすり合わせを行うことがより効果的となる。生活者/患者から歯科医師への働きかけにおいては、交渉相手である歯科医師が診療の受け手である個人に持つ関心の低さ・高さは、「かかりつけ関係の成熟度」に置き換えることができる。関心の低さを、お互いの情報交換が十分でない時期と考えると「初診から間もない時期」であり、関心の高さを十分なコミュニケーションが成された以降と考えると「永年のかかりつけ」となる。生活者/患者側からの働きかけとして、「初診から間もない時期」は、まず、誠実に治療に取り組む姿勢を見せることが重要であり、「永年のかかりつけ」になると、生活者側からも積極的に自分自身の価値観を表明していくことが有効であると考えられる。これを、信頼モデルを応用した生活者/患者-歯科医師の口腔リスクコミュニケーションとして、表 5-6 に整理した。

表 5-6 信頼モデルを応用した生活者/患者-歯科医師の口腔リスクコミュニケーション

働きかけの対象	交渉時期	基本モデル	働きかけ
関心の低い人	初診から間もない時期	伝統的信頼モデル	誠実さや公正さをアピール
関心の高い人	永年のかかりつけ	主要価値類似モデル	価値観のすり合わせを行う

6 まとめ

“歯科嫌い”を自認する女性の逐語録をテキストマイニング分析し、その様相を探った。本事例の特徴は、語り手のオーラルヘルスへの関心が高いにもかかわらず、その口腔リスク認知が著しく偏っていることであった。このようなケースでは、歯科医師との信頼形成にあたって、伝統的信頼モデルと主要価値類似モデルの併用が必要となる。本章では、「歯科医師とのコミュニケーションにおいては、患者側の納得が大きくその成否を左右する」という多くの臨床家が常に肌で感じている印象に関して、リスクコミュニケーション理論を用いた新たな視点を提示した。その結果、生活者/患者-歯科医師の口腔リスクコミュニケーションにおいては、交渉時期により有効な信頼モデルが異なることが示された。この点をふまえて、続く第6章では、第四章の語り分析で得たデータをもとに、生活者/患者-歯科医師の信頼形成に関して詳しく分析する。

参照参考文献

- A. Abe, H.I. Ozaku, N. Kuwahara, and K. Kogure (2007) Scenario Violation in Nursing Activities - -- Nursing Risk Management from the viewpoint of Chance Discovery, *Soft Computing Journal* 11(8), 799-809.
- 相澤彰子 (2007) 「共起に基づく類似性尺度(<特集>自然言語とコンピュータ)」『オペレーションズ・リサーチ：経営の科学』52(11)、706-712.
- Bernard Barber (1983) *The Logic and Limits of Trust*, Rutgers University Press.
- Timothy C. Earle and George Cvetkovich (1995) *Social Trust --- Toward a Cosmopolitan*, Society Praeger Press.
- Carl I. Hovland, Irving L. Janis and Harold H. Kelly (1953) *Communication and Persuasion: Psychological Studies of Opinion Change*, Yale University Press.
- 小林富貴子 (2014) 「中高齢期のオーラルヘルス観に関する研究—口腔リスクマネジメントの視点から生活者と歯科医師の認識の異同を探る—」放送大学大学院修士論文.
- Fukiko Kobayashi, Yumiko Nara (2016) A study on the view of oral health and oral risk management in Japan --- Narrative analysis in combination with text-mining and KJ Method, *Intelligent Decision Technologies* 10(3), 249-261.
- 串間宗夫、荒木賢二、鈴木斎王、荒木早苗、仁鎌照絵 (2010) 「電子カルテネットワークシステム(IZANAMI)のテキストデータ分析」『信学技報』109(449)、383-388.
- Elliott McGinnies and Charles D. Ward (1980) Better Liked than Right --- Trustworthiness and Expertise as Factors in Credibility, *Personality & Social Psychology Bulletin* 6(3), 467-472.
- 中谷内一也 (2012) 『リスクの社会心理学—人間の理解と信頼の構築に向けて』有斐閣.
- 中谷内一也、Cvetkovich George (2008) 「リスク管理機関への信頼 —SVS モデルと伝統的信頼モデルの統合」『社会心理学研究』23(3)、259-268.
- 奈良由美子 (2011) 『生活リスクマネジメント』放送大学教育振興会.
- Yumiko Nara, Yukio Ohsawa (2004) Exploring Collaboration Topics from Documented Foresights of Expert, *Computer Science* 3214, 823-830.
- 日本歯科医師会 (2016) 「歯科医療に関する一般生活者意識調査～2015 年度調査報告書～」
<http://www.jda.or.jp/member/C0110>, 20160901 accessed.
- Y. Ohsawa, and N.E. Benson (1998) KeyGraph: Automatic Indexing by Co-occurrence Graph based on Building Construction Metaphor, *Research and Technology Advances in Digital Libraries, ADL 98. Proceedings*, 12-14.
- 大澤幸生 (2006) 『チャンス発見のデータ分析—モデル化+可視化+コミュニケーション→シナリオ創発』東京電機大学出版局.
- 大塚裕子、伊藤裕美、川野佐江子、大村 陽、室町泰徳 (2010) 「経験知を取り出すためのインタビューデータの分析」『信学技報』109(390)、73-78.
- 西條剛央 (2008) 『ライブ講義・質的研究とは何か SCQRM アドバンス編』新曜社.
- 西條剛央 (2007) 『ライブ講義質的研究とは何か SCQRM ベーシック編』新曜社.

瀬々佳奈、片上大輔、新田克己（2008）「KeyGraph とデータ結晶化を用いた交渉ログからのシナリオ抽出支援システム(人間/コミュニティ活動支援,「Web インテリジェンス」及び一般)」『信学技報』107(429)、13-18.

谷津裕子，江藤裕之（2013）『質的研究をめぐる 10 のキークエスチョン サンデロウスキー論文に学ぶ』医学書院.

第六章 生活者/患者と歯科医師の信頼形成

—生活者と歯科医師へのインタビュー調査から—

1 本章の目的

医療分野におけるコミュニケーションに関しては、医療社会学をはじめ、様々な分野で研究が行われている。医療現場でのコミュニケーションをコントロールするのは、患者側、医療職側のどちらなのか、という点を中心に、それぞれの時代背景を反映して、多くの議論がなされてきた(Parsons 1951、Szasz・Hollender 1956、Freidson 1970、Kleinman 1981、Stewart ら 1995、Roter 2000 など)。しかしながら、その多くは、患者群と医療職群(特に医師群)との関係に注目したものが多く、特定の治療における一人の生活者/患者と主治医の関係を詳しく検討した報告は見られない。序章で述べたように、歯科診療は、他疾患と異なる数多くの特性を持つ。さらに、第三章、第四章で明らかになったように、生活者側の歯科医師への評価は、マクロレベルとミクロレベルで大きく異なっている。これらの点をふまえて、本章においては、第四章の調査によって得られた語りデータを用いて、一人の生活者/患者とその治療を行う一人の歯科医師間の「信頼」に焦点をあて、両者の関係を考えたい。

本章では、第四章で述べた生活者と歯科医師へのインタビュー調査で得たデータの中から、生活者/患者と歯科医師のコミュニケーションに関する語りを取り出し、生活者/患者と歯科医師の信頼形成について考察する。6期、多様化期のインタビューテーマの一つとして、生活者と歯科医師のコミュニケーションを設定した。インタビュー時には、歯科医師(患者さん)とのコミュニケーションで気を付けていることは何ですか、生活者(患者さん)と歯科医師の理想の関係はどのようなもののでしょうか、など具体的に尋ね、これに対し、「信頼」や「安心」をはじめ、各人各様の語りが得られた。以下で語りを整理し、信頼形成について検討する。本章では、インタビュー中の語り手発語の引用を〈 〉内に、概念図作成において得られた主要概念を「 」内に記す。

2 生活者/患者-歯科医師のコミュニケーションに関する語りの整理

第四章の分析において、6期多様化期の語りデータから、生活者/患者と歯科医師のコミュニケーションに関する語りを、125セル検出した。第四章で設定した分析資料作成手順に従って、発語をコード化し、グループ分けを行い、①価値観の一致、②独自のインフォームド・コンセント、③生活者から見たインフォームド・コンセント、④患者さんとの関係の推移、⑤かかりつけ歯科医師、⑥独自のコミュニケーション観、⑦コミュニケーション阻害要因、⑧トラブル、⑨生活者が行う関係づくり、⑩理想の関係の10の統合グループを抽出している。表6-1~6-10に示す。

表 6-1 価値観の一致

主要概念	大グループ	中グループ	コード	話者	発語
① 価値観の一致	患者側の多様な価値観	個々の価値観に応じた診療	その人の価値観	D4	(リスクとベネフィットを言って、こういう不都合はあるというのは言って)それでいい。患者の希望通りにやってあげる。その代りそれを聞いてると、この人は、(こういう価値に)お金払うんだって事は分かる訳。そしたら、その人の価値観ですから。それをね、(意識の高い人に)ちゃんとしたもの入れてあげないと後から恨まれちゃう。私はお金出せばちゃんとしてもらえると思ったのに、こんな安いもの入れて、ってことになる。
	歯科医師の技術レベルと価値観	患者さんと術者それぞれのレベルに合わせたコミュニケーション	横に行っているぶんには何のトラブルもない	D2	横に行っている(筆者注: 歯科医師のレベルと患者の要求レベルが一致している)ぶんには、何のトラブルもないの。自分がね、そのランキングのどこのDentistであるかっていうのを、自分の位置をちゃんと意識していればね、出来ないことを言われた時に無理してやらないの。自分の甲羅にあったね、穴を掘って、その範囲にとどめている分には、患者さんも気持ちよく、それだけの治療でいい人なんだから。
	自分の立ち位置と相手の価値観	〃	自分を見極める クロスに気を付ける	D2	それを、例えば、やりたくない人に向かって、やりなさいって言ったって、これはもうためですよ。自分の立ち位置がどこだ、っていうのを見極めるの、それは自分なりの考えだから、あとになんないかもしれないけど、だいたい分かりますよ。大学病院の超一流から、田舎の年配のね、神経なんか薬で処理したり、虫歯があればCRでちょっと詰めてね、それでも良くて患者さんはいらぬ。それがこう、患者さんとDrが横に線で結んでいる分には問題ない。クロスする時に気を付ける。
	状況により価値観の変動	患者さんの経済面に配慮する場合も	なところまで見てくれている	〃	「ほんとは金属床が良いんだけど、あなたのとは今教育費がかかっているから保険でやっとかか、って言うんですけど、先生そんなところまで、見てくれているの。」って感激したことあったけど、昔の先生ってそうだったと思う。だんだん人間関係が薄れてきて、技術とかね、社会情勢から来て、1対1の関係がなくなってきたんじゃないかな。
	価値観のすり合わせ	治療方針のすり合わせを行う	徹底的にすり合わせ	〃	(解ってくれそうにないなぁと思ったら)言う。あなたの考えていることと、私の考えは違う、と。そこで、徹底的にすり合わせをするね。今は、歯医者が多いから、(筆者注: 納得しなければ)その人他へ行くよ。で、先生の言ったことはやっぱり正しいと思うって…帰ってくる人もいる。
	患者側の価値観に合わせる	態度や問診票からOH観を採る	相手を見て	D6	変わらないんですけど、やっぱり相手を見て。～うるさいって感じの態度をする患者さんもらっちゃうじゃないですか。そういう人には、もうしつこく言わないし。ここのだけ、問診票のなかにここのだけ治して、っていうのが(チェック項目に)入ってるから、そしたら(ここのだけ治す希望の人には)そこだけやってカメラでちらっと見せといて、もし暇があったらうちでやらなくていいから、会社帰りにでも寄って、綺麗にしてくださいねって。

表 6-2 独自のインフォームド・コンセント

② 独自のIC手法	勢い型	自信ある態度	「わかった。」それだけ言うと、Yes	D3	大体昔だとね。「わかった。」って言ってね。「なんとかする。」って言うんですけどね。それでね、全て物事が解決するっていうかさ。色々説明する暇がなかったりして、もうやっぱり患者さん、神経質な人とかいっぱいいるからね。そういう人には、たったそれだけ言うと、Yesになっちゃうよね。
		〃	患者さんに受け入れられた「わかった。なんとかする。」	D3	それでボチボチなって(信頼関係を作っていくって)、2、3回話していけばなんとかなるでしょ。そんなにね、何かをすぐどうするって、本人(自分自身)もそういうつもりはないんだけどね。言葉尻がそういう風になっていく訳だからね。患者さんもね。だから、やっぱり、この「わかった。なんとかする。」って、このフレーズだけだね。これは患者さんに受け入れられたと思う。
		バタナリズム	インフォームド(=プレインフォームド)ありコンセントなし	P5	彼?…なんでも、インフォームも何もせんですよ。いきなり押さえて! ははははは。駄目!、って言ったら駄目。うん。コンセントなんかしおったら、怒られるよ(笑)。ふふふ。～インフォームド、プレインフォームドがあるおかげで、健康だと思えます。それでコンセントは…ないですね。もういきなり、もうそれは、ダイレクト、こっちがN.Oって言ったらいつ怒るかなと。まあ、そう。～(バタナリズム?)あ、そうです!
	マイルド型	共感と繰り返し: 患者さんの考えを尊重しつつ、正しい理解の方にできるだけ導く	徐々にわかってもらう	D3	できるだけ患者さんが言ってることを肯定して、あとは徐々にわかってもらう。～大体わかってもらえると思うだよ。ただ、時間をかけないとダメな人っているからね。だからやっぱり最初はわからんと思うよね。虫歯そのものがわからんでしょ。やっぱりね、言ってる事、全ては理解してないと思うの。だから何回も何回もある程度言ってあげて、1、2、3で(歯科医師がリーダシップをとって)行かないきゃいけない風には思うね。
	自主性尊重型	選択肢に何もやらないを加える	何も入れないというのも(アリです)	D6	僕は最初からやってた。よく言われました。先生話長い。～こういう選択肢とこういう選択肢があるけど考えといてくださいね。やらないというのも一つの手ですよ、何も入れないというのも(アリです)。入れなくても、死ぬわけじゃないから。だからその3つ、入れ歯にしますか、ブリッジにしますか、何も入れませんか。それに合わせてなるべくちゃんとやるようになりますから。
多面的情報提示	ツールが増えただけで理念は変わっていない	ツールが増えたってだけ	D6 (再5期)	今の方が、確かに口腔内カメラとかあるからあれだけ、ツールが増えたってだけであって。以前は、じゃあ上の奥歯とかどうやって見せる! って感じだったけどね。患者さんも見えてるのか見えてないのか、「わかりました。」とは言ってたけど。だからスタンスは変わってない。～(以前はXpパノラマ)10枚法の口腔内～今から20年くらい前かな。あとは手鏡と、写真部だったんで。写真は撮れた。デジカメじゃないけどね。だから後で見せてこうこう感じだと。	

表 6-3 生活者から見たインフォームド・コンセント

③生活者から見たIC	詳しい説明を歓迎	歯科医師からの提案は歓迎するし、必要があれば質問する	言ってもらってもいい	P1	お医者さんからね、この治療をこういう風にしたほうが、こういうのも食べますよって言ってもらってもいいですよ。我々もね、それで高値にかかると言うのなら、もうそこまでのものはいいか、あるいはやってもらおうかってことは言えるわけだからさ。人間関係的にね、ずっと通ってるからね。そういう状況(噛みにくい)になつたらたぶん私は、聞くと思いますね、お医者さんからね。お医者さんちやんと言ってくれと思っただけだね。
		説明が長すぎると思っているが結果には満足	(自由診療は)結果としてよかったかなと思ってる	P1	都心に通ってた時に、先生が、金を動めてくれたんですよ。ほとんどその自分の歯で食べるように、なじんだようになりますよとそういう話があって、ちょっとお金かかったけどやってみたんですよ。その先生はもう自慢して、「私には北海道から飛行機で治療に通ってくるんですよ。」とか言われてさ。口開けて、疲れてきて、「もういいから、もう結論だけ出しましょうよ。」という感じにしたいと思う。いろんな面白い話もして、で、やってもらった。それは今でももう三本くらいかな、まだ生きてる。結果としてよかったかなと思ってる。他のはずぶれても、こっちは残ってるからさ。もう色んな話聞いてさ。もうわかった、わかったと言いたくなるような解説してもらってさ。
		丁寧な説明に満足	すごく説明がそれは、とても丁寧	P1	欠けた前歯が虫歯になってるなって気が付いた訳で、それは近くに行って、こういう訳で言ったら、その日のうちに治してくれたの。すごく説明がそれは、とても丁寧だった。今からこういう治療をします、と。たぶん、何年前に美容歯科でやったのと同じことなんだけれども、それは保険で出来たから。ホントに安かったですよ。(2011)
		的確な説明:今からすること、痛みの有無、費用	説明がホントに的確	P1	すごい若い歯医者さんだったのね。で、説明がホントに的確だったかな、と。今から何をします、多少の痛みはあります、これは保険で出来る範囲の治療です。あの、最初の説明がとでも、うん、明確だったかな、と。まあ、くっつける訳ですよ、欠けた部分に違う種類の物をね。形も綺麗に整えてくれて、それは、いい、満足がいく、満足が入ったね。
説明が少なくてもよいケースも	説明がなくても技術が良かったので通ったこともある	説明はきっちり	説明はきっちり	P3	(説明)きっちりしました。～まあ、まあさね。あんまり文句はないわんげね、ないんですけども、ただ、言う通りにしてはくれはらへん。それでもまあ…(抜いてくれないことに不満)
		説明がなくてもよい	何にもお話ししない先生だったけども通いました	P2	無口な先生の歯医者さんがいらして、そこの技術はとでもいいっていうふうで紹介されていったんですけどね。あんまりお話しされないから、すごくそれが不安になるって言うのかな。(自分が)50歳代です。でもその先生の技術はっていうのはこう、被せてなんかしたときに割合にじっくり来るんですよ。私は金はやらない、それほど強い歯じゃないから普通でいいですよ、保険でやっていただくんだけど。とても違和感がなくてよかった。無口ですごく何にもお話ししない先生だったけども通いましたね、うん。～だからこちらから何か聞いてもあの、答えがすぐ返ってこない感じで。だからもう聞かずに。
		治療内容や結果に関して特に話さないが満足	いい方にやってくれたらとは信じてます	P4	先生に対しての不満は、全く歯医者さんに対してないので、そりゃ、いい方にいい方にやってくれたら、とは信じてますのう。別に。～歯石とか、ちょっと掃除してきましょか、とか、要りませんとは言いませんね。私は、ほなお願します。したら看護婦さん、橋からびーっと流しながら、～それはしよっちょやりはる。だからもう完全に任せさせて。～先生がええと思ってるって、という風に思ってるから。～私のことを思ってるってやってはる、と信じてるので、もうお願しますと言う風になる。
		説明はあるが歯科医師の指示に従う	インフォームド、プレインフォームドありコンセントなし	P5	彼?…なんでも、インフォームも何もせんですよ。いきなり押さえて！ははははは。駄目！、って言ったら駄目。うん。コンセントなんかしおつたら、怒られるよ(笑)。ふふふ。～インフォームド、プレインフォームドがあるおかげで、健康だと思えます。それとコンセントは…ないですね。もういきなり、もうそれは、ダイレクト、こっちはNOって言ったらあいつ怒るかなと。まあ、そう。～(バタリズム?)あ、そうです！
個々の治療の前々のインフォームド歓迎	OH全般に関するプレインフォームと個々の治療に関するインフォームがある	生活に密着したOH指導	生活に密着した指導:定期コージョン	P5	そういう意味で、まず、その前ですよ。プレインフォーム。やっぱりインフォームですよ。だから、この、前のあれはただ治療する前に、こういうようになるかもしれないから歯を磨くとか、お前は歯間(ブラ)がいいとか、お前はあれが悪いとかいうから、彼は取り組む。だから、私の友達(×先生)は名医だ。って言うのは、そこからじゃないですよ。
		生活に密着したOH指導	生活に密着した指導:定期コージョン	P5	彼のいいところは、根本的に生活に密着した(指導を)。だから、私はその治療に従ってるから、おかげで78歳になってるでしょ。古い時業失調でもね。また、こまで歯が持てるんじゃないでしょうか。だから、インフォームの前はなんていうんですか?用心せよと、定期コージョンから始めるわけですよ。で、それもインフォームちゃんインフォームやけど、病状のインフォームの前で、そういうところからテイクアプしてくるという。そういうの(インフォームから入る)が徹底してるんですよ。
自発的言動なし。治療法の相談はするが食事等の生活上の不具合は相談しない	歯科医師へ告げること:生活の事はあまり話さない	歯科治療での生活面の話題:歯科医師からの話題提供がないので話さない	そこまで要求したことはない	P1	(スケジュールや食の好み等を患者さんに言っていたら歯科医師もやり難い)そうだな。～(こんな話をしているのかなって迷う?)それはそうだな。～僕らそういう風な状況(スケジュールがタイトとか食べたいものがあるのに食べにくい)にならないうから、～そこまで要求したことはないと思う。
		個人特有の優先順位がある。自力で解決できる問題は相談しない。	自分で工夫しますから大丈夫	P2	(患者さんから相談があった方が)先生もその方がアドバイスしやすいですもんね?～(こんな話をしているのかなって迷う?)うん、言わないかも知れない。～それまでのお話しいには行かないですよ。～普通の治療だとその、こうしたらいいですよとかこうしようとかいうお話はありますが、生活の中の口腔の管理をお話するのはほとんどないかな。別に先生も言わないしね。
		自己決定:歓迎、戸惑い両方の意見	話し合い、相談へと変化	P1	(自分の口の中や、スケジュールの中では)これは優先っていうのもあるかもしれないですね。～まあ(食事に関しては)今のところ自分で工夫しますからね。だから大丈夫。
		自己決定の強制には戸惑い	話し合い、相談へと変化	P1	どうしますかって、話し合うかな。だいたいそうですね。～だんだん変わってきてはいますよね。いろいろ相談して治療方法も相談してというように変わってきましたよね。
IC普及による歯科医療の変化	歯科医療において説明が変わったとは思わない	選択肢提示歓迎	患者に選択を求めるのは具合悪い	P3	(患者さんとして)歓迎うん、そうね。そうです。～今もうほとんどそうですね?(患者さんとしては歓迎)はい。
		選択肢提示歓迎	先生に任せる絶対信頼	P4	(開き手の「嫌な時は嫌と言ってくれればいい」)に対しそんな権利あるんですか。～まあ、先生悪いことしてると思ってから…(嫌とは言わない)～患者に選択を求めるのはねえ、そりゃちょっと具合悪いね。～うち、僕の先生はそんなこと(自己決定の強要)言うことない。～こうしよう、こうしよう、と説明しながら言われはるわんな。
		選択肢提示歓迎	先生に任せる絶対信頼	P4	(歯科医師に)絶対服従。逆らわへん。～私なんか逆や。先生がそうまじ、言われはらたら、もう先生やってください。～信頼してるから～ええことして欲しいやん、いい方面はやら、して欲しいって感じ。先生に任せる。～だから、こうします、と…ふん(と先生に従う)でええねん、私は。それがええ方法やと思ってるから。～絶対信頼ですよ。
		選択肢提示歓迎	(自己決定は)悩みます	P7	悩みますね。Aっていう方法がありますBっていう方法もありますどっちを選びますか、というふうな提案の時もあるので、その時はまあどっちかっていうとこっこのほうがいいですよって言い方をされますから。入れ歯にしますか差し歯にしますかブリッジにしますかとか、そういう尋ね方をされたこともあるので、なるべく今の歯を残す方法でやってくださいとかね。そうやって選択肢が豊富であればまだいいけど、細かい材料なんか言われても、それは先生のいい方法でやって下さい、っていうことになりませんか。
IC普及による歯科医療の変化	歯科医療において説明が変わったとは思わない	選択肢提示歓迎	実態は(一昔前の先生に)お任せしますとそんなに今も変わらないのかもしれない	P7	(説明が十分なされると)やっぱり理解できるってうか。～(最終決定は)歯科医師の判断に頼りたい気持ちもあります。～歯はとくにね。例えば内科だったらロキソニンでいいですよ、って言われたら、いや僕ロキソニンが合いませんから、と、割とこういう風邪薬なんかになると知識もこっちもあるもんだから、ロキソニンよりこっちにしてくださいという会話が成り立つけど、歯科の場合はなんとなかっていう材料で言われればまあそれでもいいですよ。～実態は、(一昔前の先生にお任せします)そんなに今も変わらないのかもしれないけど、ね。気休めてことかもかもしれないけど。
		選択肢提示歓迎	どれにしますかと、そういう説明はよくなった	P7	細かくは変わってると思うんですけども、基本は歯科医の指先と詰め物的なところは、基本は内科のように劇的に変わってないような気がしますね。内科のほうが変わったよなあ。だって処方される薬が中心の医学だから、全部こう書いたのを渡れて、こうですよ、だからこれ飲みなさいって言うてくわけじゃないですか。歯科側はね、痛み止めくらいでしょ内服薬は、そうするともうその場で終わっちゃうから。
		選択肢提示歓迎	どれにしますかと、そういう説明はよくなった	P7	その時にあんまりこの材料はこうだからこうこうこうって説明もないし、さっき言ったようにABCありますけどどれにしますかと、そういう説明はよくなったと思えますけど。橋材の発達によってレントゲンがその場でできずぐわたり、レントゲンの写真を見ながらやってもらう。えーそこはすごい進歩だと思えますね。(患者は診断と治療)信じるしかない。最後終わってから舌舐りをこうやるまでよくわかんないですよ。そのへん(診断や治療ステップ)を解りやすく説明する歯科医師の姿勢は変わりましたね。
その他	歯科では問題少ないのでは?	クリティカルになる場合はないでしょう	P1	歯医者の場合はそこまでいって、そりゃクリティカルになる場合はないでしょうからね。	

表 6-4 患者さんとの関係の推移

④患者さんとの関係の推移	D6が感じた患者像の変化	①1985～1995: 領収書発行すら遠慮がち	領収証ってのも言い出しづらいような	D6 (再5期)	僕は開業してから32年で、やっぱり10年、10年単位くらいで変わってます。最初の10年は、なんかほんとに割と領収証ってのも言い出しづらいような患者さんもいっぱいいて。で、領収証って言うから「はい？」って言って。別にそんな強面で言ったわけでもなくて聞き返したら、「あ、いえいえいえ。先生いいです。いいです！！」っていうのはありました。最初の10年。
		②1995～2005: 説明は大事という認識増す	説明をしないといけないかなあ、って雰囲気	D6	それが次の10年になると、なんとなく説明をしないといけないかなあ、って雰囲気はだんだん。それまでもしてたんですけど、よりしないといけないかなって。でもまだ今みたいにネットが発達してなかったんで、
		③2005～: ネットによる玉石混交知識	付け焼刃の知識を披露する患者さんも	D6	患者さんの方が、付け焼刃の上っ面の知識をばこぼこと披露する～あれ披露されると一番めんどくさい。指定されるのはいいんだけど、あなたちょっとズレてるよみたいなね。
		④2005～: 偏った知識にこだわる患者さんも	興味のある人は知識を持ってきます	D6	その(患者さんが歯科治療にこだわりを持つ)場合はだんだん自分で、最近の10年は自分で興味のある人は知識を持ってきます。持ってきてるんだけど、そんなもんがたったネットの何時間だけ見ただけで、解るわけではないんで。それだったら歯医者も苦勞しないわけ。だから実践とはかけ離れてる。で、それをまた説得するのに、時間がかかる場合もある。
		モンスター患者	今の人は損してる暴言を吐く人は損	D6	と思うんです。ああいう態度をお医者さんにとっても、お医者さんでもよくあるみたいなんです。長女の旦那が医者だから、やっぱり(患者さんで)暴言を吐く人がいる。
新たな手段: インターネット	生活者からのアプローチあり	問い合わせはありました	問い合わせはありました	D6	(患者さんからの発言は)あんまりないですね。バルプラストやエステシット(新素材の義歯)が出たときは結構問い合わせはありましたけど。
		調べたらこうなんです私が私にもできますか	調べたらこうなんです私が私にもできますか	D1 (再)	患者さんの方から、インターネットで調べたらこうなんです、これ私にも適応できますかね、っていう。
	自院のHP: 自院紹介、ネット予約、質問コーナー 質問コーナーはあるが要注意	ホームページはあります	ホームページはあります	D6	ホームページはありますけど、うちは製作費1万円のホームページなので、そんなあのぼしとした、何ページもあって動画が入るとかじゃないんですよ。ただ単にホワイトニングはこういうのやってたりとか、あとインプラントの症例のつけてたりとか。あと滅菌はせっかくやってるからのつけてたりとか。
		インターネット予約	インターネット予約	D6	あとはインターネット予約、と言ってもパソコンに(自動で)ばんばん入っていくじゃなくて人的あれで。～医院の携帯にホームページから予約を取ると入ってくるので、それをスタッフが(事務処理する)。でもちゃんと、～書いてはあるんですよ。スタッフの勤務時間内に対応してますのでご了承下さい、って。でもそんなのは全く無視して(診療時間外に)入ってくるんです。(患者さんは)見るようで見ないんですよ。
	評判落とすからもうやめましょ	評判落とすからもうやめましょ	D6	それよりも僕、あれやってたんですよ。質問コーナーみたいなの。今体力なくなってやめちゃいましたけど、あといい加減な奴と喧嘩したりしちゃったので。もう聞いてくる方は、明らかに嫌がらせなんです。そうなるこの野郎と思って邪険に答えちゃうから、最後ほかの歯医者に行ってください、って書いたんですよ。でもあの、ホームページの人が、それやると逆に評判落とすからもうやめましょって。	
	ネット発信の課題: ネットは未来院の生活者が見る。かかりつけ患者への発信は?	通院患者さん見ない通ってる人に知らせるには	D6 D6	ネットっていうのは、考えたらわかると思うんですけど、通ってる患者さんは見ませんから。通ってる人に知らせるにはどうするか、っていうと、今考えてるのはユニットのモニターに流すか。ずっと。でもあれもね、月二万くらい出して。結局は、大体ペーローションじゃないですか。しかも自分が見たいとこで止められるわけじゃないから。うちの医院の駐車場の図を写真で出すことはできるけど、あと思ったら次行ったら次一時間半くらいは戻ってこないわけじゃないですか。それ考えると、ただ流してただけだとしても、今思っています。	

表 6-5 かかりつけ歯科医師

◎かかりつけ 歯科医師	生活者視 点:長年の 安心感	良い医師に長くかか り性格まで分かって もらっている	私がタービンに弱い も知ってる先生	P1	だからそれを見つけたのが大事じゃないでしょうかね。だめだと思ったら変えた方がそれはいいですね。私は幸い、最初行ったときは、友達から、あそこはいいとこだよって聞いて行って。個人の小さいあれなんですけど、そこ行ったら確かにいいんですね、治療が。だからもうずっとそこですから。私が、もう、ウーンウーンっていうのに弱い、っていうのも知ってる先生ですからね。
		長年診てもらって いる安心感	いつも診てくれる	P4	私はね、大先生、お父さんが先生。その息子さん、親子でやってはるんですよ。だから、なんとなく、お父さんがいつも診てくれるというのが、私は(安心)です。
			すぐ奥からカルテ出 してくれはります	P4	先生また、って言えば、何年離れてでも、「〇〇です。」、ってあれ(診察券)持っていけば、すぐ、カルテ出してくれはったら、すぐさーと出てますやん。もうその、あれが、ほら、ね、一から行かなんやったら、一から言わんなりませんやん。(転院したら)一からどうこうしゃべらなからね。～少々ていうか離れても(も)、「いつごろ見えました?」って、「こうこうです。」と言ったら、すぐ奥からカルテ出してくれはりますやん。それがもうあれね、一軒で(かかりつけ)医を決めて)、同じとこ行こうかなと。
基盤は個人 的な関係	双方向コミュニケー ション	インフォームとレシー プ、阿吽の呼吸、マイ ホーム		P5	ただね、インフォームというか、あの、まあ要するに、インフォームしてレシープがあるという、患者とあれの関係というのは、彼はね、それは、もう僕だからね、阿吽の呼吸だけ。～マイホームですから。
	良好な人間関係を前 提としたパタナリズム	自信に、惚れてんの		P5	(決定権はドクターにある?)そうそうそう。ただその前の、インフォームが。うん。あるし、その。人間関係があるし、その前、僕はやっぱりお医者さん大切なのは、その前だと思う。～健康管理の時から、ということはずっとやっぱりその医者さんと親しくないと、個人的な付き合いもないと、そういうのできないですからね。～(パタナリズムを受け入れて受診している?)ですまね。やっぱりそういうのは尊敬してるからでしょうね。やっぱり間違いないということ。それと彼の場合は自信に、間違った自信に、惚れてんの。(一同笑)俺がやらなきゃ、っていう。
習慣化	定期健診の重要性	予防にもつながる習 慣		P7	そうやって気軽に、時間があるからそう言えるのかもしれないけど、近いところで割と半年に一回必ず行くとか、という習慣ができれば虫歯の予防、その他歯周病の予防にもつながるんじゃないかなと。仮に発見されても割と早く手を打てるんじゃないかなという。そういう意味では本当にその身近になった方がいいですね。何もなくても行くという。昔は痛くなったら行く、でしたけど。現在のかかりつけ医は半年たったら薬書をね、くれるわけですけど。そういうのもやっぱりプラスかもしれないですね。
歯科医師視 点:新しい専 門性、馴れ あいは危 険、かかり つけ医として55 年	新しい専門性:かか りつけ歯科医師	生活者を主体とした専 門性		D1	生活者を主体とした専門性をつくらなきゃいかんよ。生活者を主体とした時には、生活者団体が(認定医として)認定する、それが本当なんだよ。
	かかりつけの患者さ んでも緊張かが必要	何かの一言で悪化も		D6	友達も言ってたけど、何十年って通ってた人がたった何かの一言で変わる。人ってそういうもんだって。～その先生のとこのその患者さんは暴言を吐いて帰ったらいい。僕はそういう経験はないんですけど。
	かかりつけ医として の患者さんの価値観 把握	聞いといたら頭の中 に入れてます		D4	(永年かかりつけ医として)やってるうちにね。勿論初めから。(ある人は)保険なら保険だけとか、(別の人は)良いものを使いたい、～とかそういうこと大体聞いといたら、カルテには書かなくても頭の中に入れてますから。この人は少し自費出しても、金だの銀だのは入れたくないんだって(等の個人々の希望を把握している)。
	閉院時の配慮	閉院の時はどこど こ行きなさいと		D4	閉院の時はどこどこ行きなさいと言って。僕が診てね、この先生ならばやっていけるというところに全部はめ込んだんですよ。辞めたらそれっきりって訳にはいかない。この先生ならば絶対にいいっていうことを言うと、患者さんからまたあとから電話かかってきて、お陰様で良い先生紹介してくれて、って。

表 6-6 独自のコミュニケーション観

◎独自のコミュニケーション観	独特の共同体意識		僕の信者が来ると思ってる	D3	要するに、僕は僕の信者が来ると思ってるからさ、患者自身もそう思ってる。信者なの。患者じゃないの。俺は、…(ある意味)教祖なんだよ。(笑)まあそんな感じ。だから、話してもそんな感じですよ。
		永年かかりつけ患者との関係: 共同体、Weモード	知ってて(来院している)	D3	まあこの頃になってくると、あんまりお任せっていう感じじゃなくなる訳でしょ。ある程度は、(主治医の基本的な治療方針を)知ってて(来院している)。まあただこの辺になると何十年の患者だからね。これ10年持ったよ30年もったよ、な人ばっかだからさ。もう説明しようがないよね。これ誰がやったの? これ悪いねなんて言えないよね。俺がやってんだからさ。(笑)
		短い言葉でも伝わる	そのフレーズ言っただけ	D3	トラブったりね、なんかした時に、まあ、たったその(わかったなんとかするって)フレーズ言っただけであと黙っていますよね。(それでもう不安が解消される)そんな感じだと思うんだよね。
		お互いにある程度の距離感	少し距離がある	D3	(お任せとはニュアンスが違う?)うーんそうではないね。もうちょっと違うニュアンスかな。やっぱり距離があるよね、少しね。こっちも距離を置いているんだけど。
		「痛む人優先」原則は他の患者さんをも癒す	(とりあえず先に)椅子に呼んで	D3	痛いのは、こればかりはねしょうがないよね。医院で順番飛ばしただけでいいんだからね。飛ばしただけでさ、ユニットで鎮痛剤飲んでもらえば、どうってこと(難しいこと)はないんだからね。(とりあえず先に)椅子に呼んでやって、鎮痛剤飲んでもらって、ちょっと待っててね、って言ってあげれば本人も安心するしね。待ってる患者さんもね、やっぱり見られないでしょ、痛いの。～(こういう配慮は)学校じゃ教えてくれないね。(笑)
		変わらない言葉と行動が+作用	仲が明るく、進んでいく感じがした	D3	そんなふうなこと(痛む人優先)と、わかったっていうフレーズみたいなことで、やっぱり仲(関係性?)が明るくなるっていうか、進んでいく感じがしたかもしれない。
個人として歯科医師として専門職集団としてのレベル向上	歯科医師自身の人間性が大事		間口を広げる	D2	(大学を)出るときに一人前なんかになれる訳ないないんだから。僕が今持っているのを百とすると、出たときは十もねえよって。歯医者さんとだけ付き合ってたんだ。縦の関係をキープしたり、お付き合いする習慣をつけろってそうすると、良き社会人になるってのは、一朝一夕にはなれないから。今はとにかく、間口を広げろって。
	良い歯科医師とは: 集団の評価と社会の評価	集団の評価と個人の評価		D2	歯科医師の評価ってのは、歯科医師会を通した集団の評価と個人の評価。個人の評価ってのは、社会人としてどのくらいのランクにDentistがいるかでしょ。なんだこれは、って、いくら技術があってもそこが失格だと、評価は低い。
		いい開業医はいい管理者といい社会人		〃	いい開業医になるには～いい管理者と、いい社会人と、って言うでしょ。いわゆる社会人の部分は付け焼刃じゃできないから、開業医になるんだしたらいろんな人が来るから。上は大臣から、下は生活保護まで、いろいろ来るから、それぞれ対応して。自分の好みの患者さんだけやってるなんて、そんな我儘は許されないから。色んな知識の幅を広げなきゃいけない。
		冷静な自己評価必要	己正しく評価	D2	過信しちゃういけない。己をちゃんと、正視、正しく評価できるような人は、間違いは起きない。買っったり、天狗になっている人はいけない。あんまり、いじけることはないけど。自分の立ち位置を見極められる人は、大きなトラブルには遭遇しない。
		好感を持っていることを相手に伝える	smile	D2	院長として、治療する時に、5S. Steady, Sincerity, Speed, これはね、早く治療を終わらせるっていうんじゃないの。無駄を省いて、能率よく。もう一つは何か忘れたけど、最後にSmileが入るの。表情筋で笑ってください、って笑うんじゃないの。笑った顔じゃなくて、Smileってのは患者さんに伝わるんです。この気持ちをもって患者さんに接していると。この患者さん、僕に好感もっているなっていう関係がね、生まれるようなね。
		smileは余裕	D2	笑うってことは、笑いの表情を作るというだけじゃない。何も笑ってなくても、その先生がSmileの気持ちをもって患者さんに接してくれていると、そういう風に思われるようなね、余裕を持った気持ちで患者さんに接しないと。そうすればね、誠意を持って接すれば、少々失敗してもね、医事紛争にならない。失敗はあるんだから	
	驕らない	常に努力	D2	常に高めるように努力はするべきだと思う。だけど、一番上にいるよっていう、錯覚にとらわれない。そんなさあ、まだ5,6年しかやってないDrがね、これやったら20年もちます、なんてバシちやうから、なんだこの若造め、自分でやったことないくせに、って。それね、患者さん甘くないよ。	
硬軟取り混ぜた対応	患者さんに対する気遣い	患者さんに対しては臆病: 厳しいことを言った患者さんには、急に優しい	D6	(気の強い性格)なのに患者さんに対してはものすごい臆病なんです。だから何か受付で聞いて、「すみません」とか聞かされると後でちょこちょこ行って、何? って。～患者さんから電話かかってくる。「先生どうしますか?」って、受付スタッフに聞かれて、忙しいから「大丈夫って言っただけ、って。その後受付にいて、「気になるなら来る?」って言ってね、来てねって言ってね。気が弱いというか。言った手前、もしこれで、偶然バキッと割れたりしたら、まずいとか思って。今度そこが浮かんで来るのね。すく。言葉言った後に浮かぶの。～厳しいことを言った患者さんには、急に3週間くらい優しいからね。どうしました? って言って。だからろくな歯医者じゃないよ。	

表 6-7 コミュニケーション阻害要因

⑦コミュニケーション阻害要因	恐怖心	恐怖心が理解の妨げとなる	ワンステップづつ	D3	だからこの先生は悪いことしないんだとか、あんま痛いことしないんだ、とかいうことからスタートする訳だからね。子供と一緒にだもんね。まずワンステップ行って、また次ワンステップ行って、みたいな話で。～だけど、基本的に臆病だとかさ、痛がりとかね、そういうところから派生するんだよね。殻に閉じこもっちゃうんだよね。～理解しようとしなくていいとか、やっぱ、(情報が)入っていかないんでしょうね。ユニットなんか座るとさ、怖くて。
		理解してもらえない原因を探る	怖くて分からない	D3	結局患者さんが分からないっていう本質を突き詰めるとね。～理解力の問題で、分からないってこともあるけど、怖くて分からないとかさ、臆病で分からないとか、性格的に内気だとかさ。なんか、そういうところに起因してるじゃない？分からないってのは分かるうとしないとかさ、そこらへんこじ開けていかないとさ。～(事実だけの説明では)上手いじゃないよね。
当事者意識のアンバランス: 欠如と過剰	患者さんの主体性性欠如		質問しないと僕の方が不安	D1	僕自身は、変わったとは思わないけど。～患者さんが質問しないと、僕の方が不安になる。それは、自分が受ける治療で、何されているか解らないで治療受けるんですか、って僕は聞きたい。
			あなた自身の問題	〃	だから、「よそで歯を抜かれました。」って患者さん来ると、怒ってたもん。「あなた自身の体の問題で、なぜ歯を抜かれたかって、医者に理由も聞かないで、『抜かれた』ってワーワー言ってきて来られたって、答えようがない。これはあなた自身の問題でしょう。抜かれたくなかったら、なんで抜かれたくない、ってことを言わなかったの？先生も抜かなきゃいかんという理由があった筈だ。」って。
	納得無しで受診(納得下での協働必要)	いきなり抜かれた	〃	「あそこに行ったら、いきなり抜かれたからこっち来ました。」って言われても、僕だって抜かなきゃいけないかもしれない。ただ、必ず、こういう理由で抜くよって言うし、同じ痛みだって、神経を取って治るものもあるし、歯を抜かなきゃとれない痛みって違いがあるじゃない。その時に抜かなきゃならないって言ったら納得するだろう。納得しないで、抜かれた云々は...	
	ネット知識の濫用	浅い知識をひけらかされたら警戒	D6	ネットでもそうなんだけど、みんな何か勘違いしてるんだけど、そういう知識をもし自分が仕事でひけらかされたら警戒ししかないんですよ、相手はね。何だこいつ小うるさいって思っちゃうだけだから。今の患者さんは必ずネットで見ましたとか、浅い知識をひけらかしてくるじゃないですか。でもこっちもバカじゃないし、こんだけ時間かけて、しかもきっとお前よりは数段俺の方が上だと思ってる。それが、何年もかけてって、分からねえのが分かるのかお前にと思っちゃうんで。	
親しさと節度のアンバランス	近年コミュニケーション不全の患者さんも	お金で買ってる、医療を買ってるって感覚		D6	(変化は)ありますね。昔からの僕の患者さんは違いますが、今の新しい患者さんはこんだけ一生懸命説明するのに、素知らぬ顔してさっさと帰っちゃうとか、都合のいい時だけ電話してくるとか。今日の今診てください、とか。昔じゃありえない。なんか、こう、お金で買ってる、医療を買ってるって感覚は感します。だからそういう奴が一番嫌いなので、当然ぶつかるそんなのとは。だから新しい患者は、僕はたぶん、ちゃんとした新患、まったくの新患ってのは一年に4、5人しか、僕診ない。
	医師との関係は特別なもの	人の間柄とは(医師と患者は)また違う		P1	(医師の一言で傷つく人もあっていうのは)そういう冗談を言えるようになったんですよ。言葉が上手いとか下手ってことじゃなくてね。吐いてはいけない言葉は吐くっていうのはさ、(良くない)

表 6-8 トラブル

◎トラブル	経験あり	貰い事故的トラブル	裁判に持ってこようかってのも	D4	裁判に持ってこようかってのもあります。～誰が見ても、僕は悪くない、こう言ってくれる。そういう(貰い事故みたいな)こともあるんですよ。～今まであった大きいのはそれ1件で。	
		クレーム常習者の存在	クレーム常習者の存在	D1	3年くらい経ってから、「定期的にお掃除に来なさいよ。」って言われてたのに行っていないから、敷居が高くて、他へ行った。そしたら、3150円だった。でもあんまり綺麗にならなかったから、もう一度行きたいです、というところから始まった訳よ。で、3150円でやってもらえますか、って言うんで、それはできん、と。それが事の発端。でも先生にやってもらいたいと。複雑な事情もあるんじゃないかな。あとで、家族に聞いたら、「訴えるって、息巻いてるのが3件もあるんです。」って。「先生のところまで来ましたか。」って。	
	経験なし	大きなトラブルなし	裁判、迷惑行為		D4	小さいのはあんまりないんですよ。(迷惑行為で)煽ったりするのはあるけど。向こうから訴えられるとか人に言いふらされたりとかすることはない。
			クレームはあるが「何とかする」		D3	うーんそんなのは僕とは全く無関係だと(笑)。(何かあっても)「何とかする。」って(僕に)言われたらもう、次の日電話かけてこないよね。
	回避法	患者の立場で	患者の立場にたって治療している先生は訴訟がない	患者の立場にたって治療している先生は訴訟がない	D1	患者の立場にたって治療している先生のところでは、訴訟がないはずよ、たぶん。この時期にこれをやるのがこの人に必要だってことで。これやると儲かるってことでやるから、見逃かされるんじゃないかな。
			かかりつけ患者さんへの配慮:説明を省略しない	(トラブルの)前の前哨戦がどっかにある	D6	例えば最初の10～20年。僕がちゃんと診てた患者さんが、やがて例えば、うちが忙しい時があって、話す時間も短くなって(いる場合)。短くなるとその患者さん1回ならいいけど、5回6回と(重なる)と、～何となく不満を持って。で、～ある日突然担当医を変えたとかなっちゃうと多分(患者さんの気持ち)切れちゃうと思う。だから、(トラブルの)前の前哨戦がどっかにあると思うんですよ。でもこっちは気付いてない。遠い位置だから。そうならないように、どんなに昔からの人でも(同じように説明する)。分かるんですよ。もう話してると。また同じ説明されてるからうんざりしてるな、ってのは分かってても、ごめんね決まりだから、って、説明させていただきます。僕は説明します。
		トラブル予防の心構え①馴れあいにならない	悪い意味じゃなく、患者さんは信用しない	D6	誰も信用してないです。言葉は悪いかも知れないけど、患者さんは誰一人として信用してないです。悪い意味じゃないですよ。例えば上手いじゃないこと、僕たちだってすることもあるから、ごめんね、型取ったんだけどちゃんと入らない、申し訳ないけど楽しみにしてきただろうけど、と。特にセラミックとかだとね。もう一回やらせてください。ほんとにひどい人なんて金属床のセットまで行ったらなんかおかしくなってる、何故か。また最初からじゃないですか義歯なんて。ほんとにごめん、って言って。でも怒られたことはないですけど。～そういう(スムースに行かない)時って重なるじゃないですか。重なった時に、例えばうちに来て同じ状態であってインレーが入らないことがあったら患者さんは怒りたくなるだろうなって思うんですよ。	
②緊張感を持つ		精神に余裕がない時は誰にでもある	D6	大手スーパーの人も言ってたんだけど、最近クレームが多い、お客さん。ちょっとしたことでも怒るんですよ、袋がないとか、いらないって言ったじゃないか、とか。それだけ精神に余裕がない。ぶつんの人が多い世の中です。反動で。それは感じます。だから、どんなに良い人でも、精神に余裕がない時は誰にでもあるから、そういう時にちょっとたまたま嵌ってしまうと、もうたぶん激怒して、来なくなっちゃうか、日本人だと言わないけどそのまま来なくなっちゃう。いたと思うんですよ。たぶん今までの(自院の患者さん)の中で、いたと思うんですけど、そこは分からないから。だから、それを考えて。		
③馴れあいにならず毎回言葉を尽くす		一貫して説明は、できる限り	D6	緊張感を持てます。仕事になると、朝、僕行く時って真冬でもこの格好に近いんですよ。寒くないです。もうそのへんから緊張しちゃうてるから。車ですけどね。でも途端に夜になると寒い、なんだこれ?って感じで。だから信用したこともないし、いつ裏切られるかわからないとも思ってるし、でもそれはこっちにも非があるだろうし多分。何か知らない間に傷つけているだろうし。でもいつもその人に30分かけられる訳じゃない。だから、一貫して説明は、できる限りはやりたいです。だから今は収入を落としてまでやっています。		
トラブル回避の手段としてのIC	(医師側も)守りしかり	P1	弱点をついてどうこうしようという患者もいるだろうけど、医者に対してさ。それに対する守りというのせないかんだろうけど、そういうこと(事前説明)しかりしどいた方がいいですよ。そういうこと言わせないようにな。医者は、お医者さんはお医者さんでこういうことをやって、間違ったら間違っただけのこと、間違えもあるんだからね。そういう風になればいいんだけど。			

表 6-9 生活者が行う関係づくり

◎生活者が 行う関係づくり	歯科医院選 び(歯科医 師・スタッフと の関係づく り)	話をしてみても医師と 上手いききそうか判 断	話をしているとわかる	P1	(チェックするポイントとかは)そういうことはないな。自然に對話をして。自然体に話をしているとわかりますよね。こうやってちょっと探りを入れてみようとか、そういうことはないですね。
		会話で判断	やっぱり会話	P2	なんかちょっとお話しされた一言で、もうあたしあそこの病院に行かない、って方もいるんじゃないですか。～お話の仕方と先生のおっしゃる一言がとっても良かったっていう方と、これでもう私は嫌だわ、っていう感じがあるので、やっぱり会話なんですよ。
		縁	ご縁が長く続きますように	P2	(歯科医師の人となりは)話してるうちにね。うん。(わかる)～そういう(医師に対して感謝の気持ちを持つ)感じで、私は歯医者さんもそういう感じで、ご縁が長く続きますようにって思いながら行くようにしてます。
		〃	〃	P2	先生とお話しするときは待ち時間がどんなに長くても、先生もこれだけのあいだ患者さんを大勢診てくださってるんだから、先生の方がお疲れですよ、っていうふうに言いたい気持ちを持って、内科の検診なんかに行くんですけどね。そういう感じでもって接すると、向こうのお話しされてることが、とても親身に聞こえてくるって言うのかな。そういう感じを持ちながら診察を受けるように心がけてるんです。それによって、長く先生とご縁が続くんじやないかなって言う風に思ってます。
		相性・人柄	先生との関係・技術・ 相性なんか合うねん	P3	歯医者さんも、やっぱり自分におうた歯医者さんっていうんですかね。～相性あるでしょ。～それはピタッと来んことには、先生との関係もあるしね。技術もあるしね。ひっと来んことにはかなん。今ご近所ですけど、通わせてもらってる先生とは、なんか合うねん。～(治療方針に不満も少しあるが、転医しようとは思わへん。高校までおんなじとこ出身やから、そういう話をして、そやから、まあまあ。
	他の患者さんへの応 対から判断:やさしさ と厳しさ	歯科医医師の人柄	P3	人柄もあります。ありますわね。	
		それだけでこっちも安堵	P4	ほな、こっちで喋ってはるのを聞きますやん。私らが待てる間に、こうエプロンつけてもって待てる間に。お水とか配って。こっちで喋ってはることも全部入ってくるから、喋ってはることも、親切丁寧によさくやっはたらね、それだけでこっちも安堵しますよ。これがガン言われてたら、こっちもどきどきするけども、なんか人の話、人が、先生対応してはるの聞きながら…	
		丁寧に対応してはったら自分のことのように嬉しい	P4	そんなんもあるなあ私は。それとか、看護婦さんが窓口で対応してはるの聞いたりとか、待合室で。～それちょっと丁寧だね、対応してはたらね、自分のことのように嬉しいし、はい。	
		徹底したそれで、(患者さんは)ついて来た	P5	僕何べんも、見ましたよ。彼が、(ほかの患者さんに)「もう、俺はお前を診ん!(診ない)」って言って。「今日は診ちやる。」と。でも、次から来る時は(診療前に)歯見せろって言う訳です。嬉しいか嬉しいか、口開けりゃわかるかと言いはる訳ですよ。そういう徹底した、結構それで、(患者さんは)ついて来たんじゃないですかね。	
		病院の雰囲気	雰囲気もありますわね	P3	歯医者さん自体の雰囲気とかねもありますわね。患者にとって。入りやすいとか、この先生優しいとか、優しくしてよしてくれとか。～看護婦も、ちゃんとしてくれるとかね。うん。そんなんが、やっぱりあの、いうたら人気度からいうたら、そういうところもあるんちゃうかねえ。～ただ技術だけではね、ちょっと。～雰囲気とかね、入りやすいとかあるでしょ。～雰囲気もありますわね。お医者さんちゅうのは。
スタッフの対応	上手なのか下手なのか もわからへんもん	P4	看護婦も、ちゃんとしてくれるとかね。うん。そんなんが、やっぱりあの、いうたら人気度からいうたら、そういうところもあるんちゃうかねえ。～看護婦さんがなあ、優しいとかね。～やってもらって、これが正解なのかどうか、分かってへんよ、私らはな。で、上手なのか下手なのかもわからへんもん。他と比べてないから。		
通いやすさ	予防だから近いところ	P7	(現在の通院目的は)予防だから近いところですね。～そぼ。～そう(通院時間の問題)ですね。僕は敢えて遠いところには行かないもん。いくら良って言ったって。だからまあ逆に言うともそれほどのニーズで済んできたってことですよ。～基本は虫歯とかで済んできたから、そぼの先生でいいや、ってくらいだったのかも知れませんが。幸いまだ(歯は)残ってるしね。～通いやすさ。その程度で済んできた。～そぼにいればチェックができるんで。今はもうチェック。		
生活者間コ ミュニケー ション	患者さんから患者さんへ	その人の回りが全部 来る	D4	(都心を通り越して通院する患者さんは)一回来たたらその人の回りが全部来るようになる。そういう患者さんがいないと、全部予約制(完全予約制)とかできないんだよね。	
	リフレクション、ブリッジング	来る前に自院かかる 体制ができてる	D1	「院長先生、私今日とっても幸せなんです。たまたま乗り合わせた運転手さんが、この患者さんで。「痛いよ、叱られるよ。でも結果として、とっても院長先生に感謝している。今なんかかめるのは院長先生のおかげ。」と、とっても感謝していましたよ。だから、今日は私もとっても、私自身も幸せです、とその患者さんも言ったんだよ。もう、来る前にね、(私の)歯科医院にかかる体制ができてる訳よ。	
	口コミ	口コミ	P1	いいお医者さんかどうかってのは、自分たちは口コミですね。	
			P2	(医院情報は)口コミうん。	

表 6-10 理想の関係

◎理想の関係	生活者の視点:信頼安心相性リスペクト	信頼・安心・相性	信頼関係	P1	定住で生活するようになったら、もうお医者さん決めて信頼関係を持つことでしょうかね。なんでも言いたいことを言うって言う感じ、聞きたい事も聞きたいことを言う。それが一番重要だと思っただけです。～やっぱりそうでしょ、お医者さんとのね。まさにインフォームドコンセントですよ。インフォームも与えてもらって～点検も行って、最終的にはこっちの言う通りに、それでいいですね、ってやってもらえるようなお医者さんがいいですよ。
		相性		P2	～相性ですよ。相性みたいな感じかな。
		信頼		P3	やっぱり信頼ですよ。歯医者さんとは違いますがね。僕内科の先生にずっと通ってるんです。個人の先生に。みんなね、この人がヤブやとか言われてね。僕はもう絶対信用してる。せやからね、もう何十年続いている。
		相性、信頼		P4	相性あるな。～相性ありますね、なんでもそうやけど。～信頼かそこはないもん。
		評判悪かったんだけど私の場合は嫌じゃないってどうか		P7	顎関節症になった先生もね、評判悪かったんだけど私の場合は…まあねえ、嫌じゃないってどうかねえ。下手な感じはしないですよ。ちゃんと詰めてるし、今まで詰めたところを見て、これはちょっといい加減にやってますね、やり替えときますよ、って。ピーピーってやってほら！って言うそうだね。とか言って。そんな悪い先生じゃないと思うんですけどね。まあ、そうですね。隣のビルにはもっといいと言われてる先生もいたんだけど、まあ、めんどくさいかな。
		厳しい態度を垣間見て信頼が増すこともある	「帰れ！」って	P5	僕覚えてる。彼の患者なわけですよ。そしたらね、「お前歯磨いたか。」って聞く。「えー、いや磨いたよ。」って。「お前、この前もね…」いや、「お前」とは言わなかったけど、「この前も、俺、歯磨いて来いよ(言った)。「歯科治療っていうのは、その前に自分でそんなしない奴は俺は診たくない。」と、言い出して。だんだん自分の言葉に激してきちゃって、「帰れ！」って。「これから来るな。」という訳ですよ。(苦笑)そういうことありました。ほんとに。だから、「ちゃんともうね、俺の治療受けたかったら注意して来いよ。」
		徹底したそれで、(患者さんは)ついて来た		P5(再掲)	僕何べんも、見ましたよ。彼が、(ほかの患者さんに)「もう、俺はお前を診ん！(診ない)」って言って。「今日は診ちゃう。」と、でも、次から来る時は(診療前)に歯見せろって言う訳です。磨いたか磨いてないかは、口開けりゃわかるかと言いたい訳ですよ。そういう徹底した、結構それで、(患者さんは)ついて来たんじゃないですかね。
	安心-信頼-リスペクト	信頼と安心の合い中にリスペクト	P5	最終的には信頼関係というのはありますね。マイホームなり…そういうのってなんですかね。彼がああ、お前うちに通うって言う患者がいたって話したでしょ。～要するにそういう積み重ねで、自然に。さっき僕尊敬って。リスペクトですよ。本当はリスペクトだと思うんですね。僕は信頼、信頼もあるけど、やはり何かあるかと言ったら、付き合いかね。もちろんそれがベースですけど。リスペクトだと思うんですよ。だから、信頼と安心の合いの中にこのリスペクトっていうのがあると思うんです。	
		技術的なものが入るリスペクト	P5	ちょっとニュアンス、人によって違う…安心っていうのは何かあっても安心するニュアンスですよ。～で、信頼ちゅうのはそれはいい訳ですよ。あるかもしれないし、ないかもしれないし、それに重きを置いてない。信頼っていうのはむしろ、ややエモーショナルな活動。リスペクトっていうのは技術的なものが入らなきゃいけない。	
		リスペクト-認める		もうあの先生のすることだったら、少々無茶でも、それを乗り越えたら何か芯があるという。信頼ちゅうのはやや…エモーショナル。…少々無茶な、ものすごい無茶でもいいよ。(笑)だからちょっとリスペクトっていう、信頼と安心の間かもしれないけど、尊敬ですよ。やっぱり。認める。認めたらちゅうものがないと。信頼じゃ、ちょっと僕の気持ち表せんかと思ってるわけですよ。やっぱりエビデンス、そうかもしれない。	
		一番核にリスペクト	P5	最後残るのは信頼って言うのは言葉の使い方で信頼でも良いけど、一般的に我々が、サラリーマンにしろ、皆さん信頼って言うと、ちょっとエモーショナルな感じですよ。エビデンスいらないうわです。～まず、一番核に、そういうのが初めからリスペクトされない。信頼は得られないし、安心も得られない。理屈かな。俺はそう思うよ。～生意気なのもエビデンス、そう感じる場合もある。色々要素があって、こういうふうになってきたから。それ(リスペクト)がないで、なんにもないな、と。ないんですよ。安心、信頼。	
		歯科治療は安心感が得やすい	やってるのが見える安心感	P7	幸いね、あんまりそういう経験はないですね。ほったくられてるというのは。最初にまず保険ですか自費ですかと聞かれますし、そこで選別できます。～余計にふんだくられてるっていう感じはないですよ。～健康保険だし、やってるのが見えるし、他の診療科で余計な過剰検査とか過剰投薬の方がむしろね。こんなの飲む必要があるのかとか。～今の例えばその、栄養学にしても、10年前の栄養学と今と全く違うでしょう。～まあそういうところ(薬剤過剰投与の不安)は感じますね。
	歯科医師の視点:信頼、相互に影響、技量を十分に発揮、組織的情報発信	信頼	信頼	D4	信頼ですよ。
		その人にとって必要なことを、必要十分にできる	人間を見る	D1	人間を見ることだろうね。その患者さんを。患者さんが何を求めているか、それから(筆者注:治療は)自分の生涯にわたっている、ということ、その患者さんが考えが及ぶかどうか。それは、(医療側の)押しつけよ、ある程度。それが今の、介入よ。(その理想が実現できなくなるのは、お互いの経済的な問題?)だろうね。今は。
		相互に影響し合う:医師と患者のハーモニー	お互いに作る治療環境	D1	良い病院の雰囲気って、サービスじゃないんだよ。それはお互いに作っている。その治療環境って、患者側からもこちらからも。じゃないと、僕のとこみたいに古びて床が抜けそうな医院に誰が来るかい。
		お医者さんってみんなで育てる	D1	武見先生が、日本医師会の会長を辞める時に、あるインタビューが、「良いお医者さんを育てる条件は何ですか。」って聞いた。「良い家庭環境です。」って。お医者さんって、みんなで育てるものよ。患者さんからも育てられるし。良い病院ができて、ってのは、患者さんにもいい影響を及ぼしているし、先生も出している。お互いがサイン出して、そこで一つのハーモニーができていく。	
実現不可能な夢:治療費を気にせず持てる技術を全て発揮できる治療環境		自分の持っている技術だけを注ぎ込む	D6	利益を考えずに、ほんとに技術だけを自分の持っている技術だけを注ぎ込めれば良いなと思う。それが一番いいんだけどそんなの無理だから。だからあとは、僕が九割失敗するかも知れないけど百万はかかるけどやってみていいですか?っていう関係。ためかもしれないけど、お金は別としても、そういうのが患者さんとのいい関係かな。	
失敗の可能性も含めた信頼関係		失敗しても先生ならいいよって言うってくれる	D6	失敗しても先生ならいいよって言うってくれる人がいるんですよ。どっか紹介しようとする、やっぱりその先生の方が僕よりいいってわかってるからそっちにしようかと。いや私はここでいいよって言うってくれる人もいますよ。～やっぱり患者さんとはそういう、なんていうの、失敗してもいいから先生がいいと思ったことやって下さいって言う風に言ってもらえたら嬉しいな。でもお互いできないことはやらぬから。さっき言ったように僕は用心深いんで、そういう人はもう呼んできません専門医を。～でもその患者さんが言ってくれたのは、先生でいいです。先生のところでだめなら私は関係ないから。～少ないけどそういう人が何人かはいってくれるみたいなのでそれがありがたいなって。それが一番患者さんとドクターのいい関係じゃないかなって。だからそういう関係の患者さんを一人でも作って歯医者さんを辞めたい。	
情報発信:組織としての情報戦略の必要性	組織で対応	D1	今はもう、その(筆者注:グローバルな情報発信の)時代ですよ。やっぱり組織でね。歯科医師会が発信じゃなくて、歯科医学会ですよ。何かあった時に、学術的にきちっとしたあれを、いつもデータベース化してね、すぐ回答できるようにして。即対応できちんとした答えが返ってくると、違うんですよ。		

3 信頼形成の因子

以上の表 6-1～表 6-10 をもとに概念整理を行い、信頼形成の因子図（図 6-1）を作成した。

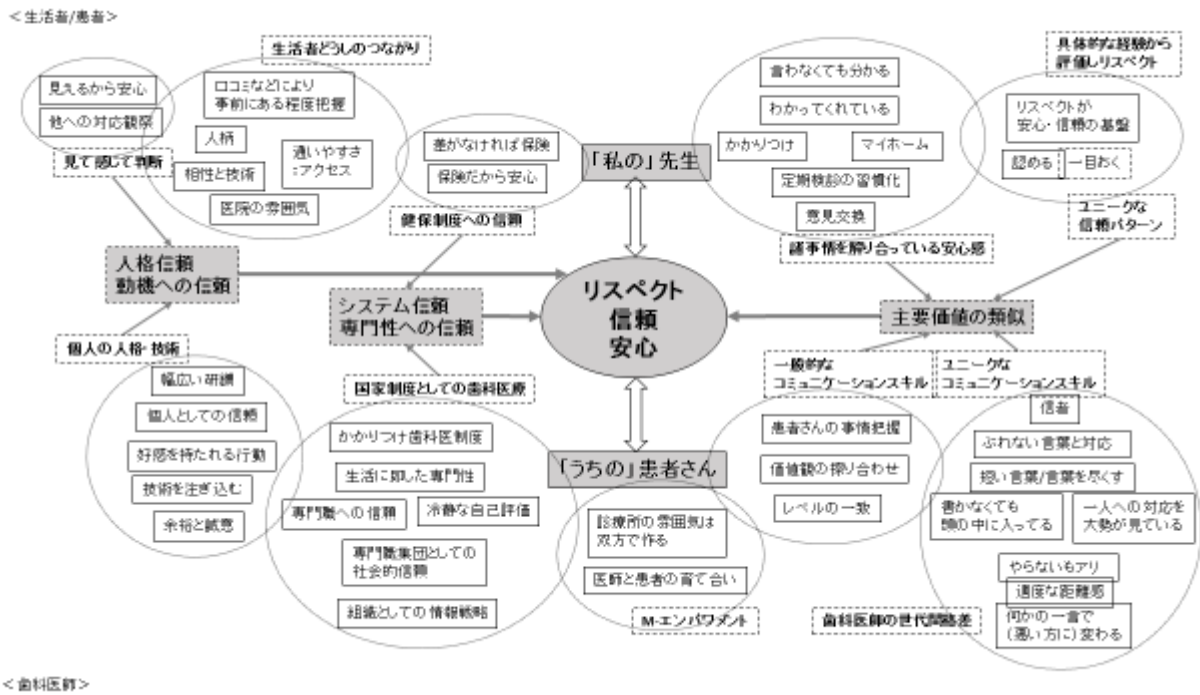


図 6-1 生活者/患者と歯科医師の信頼形成に影響を与える因子

この図 6-1 と次節の図 6-2 では、ともに概念図の上半分に生活者の発語、下半分に歯科医師の発語を配置している。実線長方形 box 内は語り手の発語であり、点線長方形ボックス内は、発語をグループ分けする際に筆者がつけたグループ名である。

図 6-1 において、中央十字部分に配置したグレーのテキストボックスは、抽出した中心概念である。このうち、横中心線上に並んだテキストボックス 3 つは、信頼モデルや理論であり、各発語グループと依拠するモデルや理論を矢印で結んだ。中央縦に 3 つ並んだテキストボックスが、語りから抽出したキーワードである。

伝統的信頼モデル (Hovland ら 1953) とルーマンの信頼理論 (ルーマン 1990) に関連する発語グループを図の左半分に配置した。生活者は、受診する歯科医院を探す際、自分の目で〈見て感じて判断〉することと、〈生活者どうしのつながり〉から情報収集を行っている。歯科医師の動機への信頼を確保するためである。歯科医師側は、これに応えるため、〈個人の人格や技術〉を磨くことを意識している。半世紀以上続く医療保険制度への生活者の「健保制度への信頼」は厚い。歯科医師側もこの「国家制度としての歯科医療」を基盤としてい

るが、システム改良の必要性も述べられている。生活者-歯科医師間のこれらのやり取りが、歯科医師への伝統的信頼や、人格信頼、システム信頼を形成する因子となっている。

図の右半分には、主要価値の類似(中谷内・Cvetkovich 2008)に関連する発語グループを配置した。かかりつけ歯科医を持つ語り手らは、〈諸事情を解りあっている安心感〉が通院を続けている理由であると語った。〈お互いに〉という言葉が、複数人から発せられている。長期にわたりかかりつけ歯科医を持つ生活者は、自らの総合的な情報を歯科医師が解っていることと、自分も、歯科医師の技術的な面だけでなく、その人柄やオーラルヘルス観などを含め全体的に理解していることを重視している。お互いを理解していると両者が考え、かかりつけ関係を維持しているケースでは、口腔リスクコミュニケーションにおける主要価値は類似していると考えた。歯科医師側からは、〈すり合わせ〉や〈レベルの一致〉などの主要価値の類似と直結する発語が見られた。これらを「一般的なコミュニケーションスキル」グループとしてまとめた。

興味深いのは、主要価値の類似に関連して、生活者の「ユニークな信頼パターン」と、歯科医師の「ユニークなコミュニケーションスキル」が存在することである。1名の生活者は、他の語り手が用いた〈信頼〉〈安心〉ではなく、〈リスペクト〉の語を用いてかかりつけ歯科医師との関係を語った。〈信頼〉〈安心〉の基盤として〈リスペクト〉が存在すると語り、自分自身の受診経験から判断すると語った。歯科医師側のユニークなパターンは、6名の歯科医師全員から語られた。一般的な患者応接法からは一見外れているかのような発語や、語り手どうしで正反対の発語もみられる。歯科医師それぞれが行うユニークなコミュニケーションは、主要価値が類似する生活者-歯科医師間においてのみ成立する独自のものであるが、きわめて強固な結びつきであると考えた。診療経験や周囲の環境に応じて、それぞれの歯科医師は、独自のコミュニケーションスキルを確立している。

これらの概念が、互いに影響しあいながら、全ての語り手が発した〈信頼〉〈安心〉へ向かうと考える。図の中央へは、1名が発した〈リスペクト〉を加えた、これら3語を配置した。生活者と歯科医師二者間の様々なやり取りが、〈信頼〉〈安心〉〈リスペクト〉へと集約されていく。〈信頼〉〈安心〉〈リスペクト〉の発語は、そのまま中心概念とした。これら、「信頼」「安心」「リスペクト」へ直結する概念として、「私の先生」、「うちの患者さん」を抽出した。かかりつけ関係が成立している場合、生活者からは、自身の主治医を指す〈私の先生〉の発語が多くみられ、これを抽出概念とした。歯科医師側は、〈僕のとこ〉、〈うちでは〉との発語が多く、〈患者さん〉の発語は特定の一個人や一般的な診療の受け手ではなく、自院の〈患者さん達〉を指していた。この点をふまえ、成熟したかかりつけ関係における医療の受け手を表す言葉として、一歯科医師から見た一患者ではなく、歯科医院という場所に集う人びとの集合体の意味を含めて、「うちの患者さん」を抽出概念とした。「私

の先生」、「うちの患者さん」は、口腔リスクマネジメントを協働するパートナーとしての概念であるともいえる。

4 信頼形成のプロセス

前節では、信頼モデルと信頼理論を軸に、生活者群と歯科医師群の信頼形成を整理した。本節では、個別の信頼形成に関して、時間を軸とした検討を試みる。時間経過により、生活者/患者と歯科医師のやり取りは変わっていく。両者の働きかけと応答を、時間経過に沿って、「相手を知るための交渉」、「治療のための交渉」、「合意形成のための交渉」、「かかりつけ」の4つのフェーズとして整理した（図6-2）。

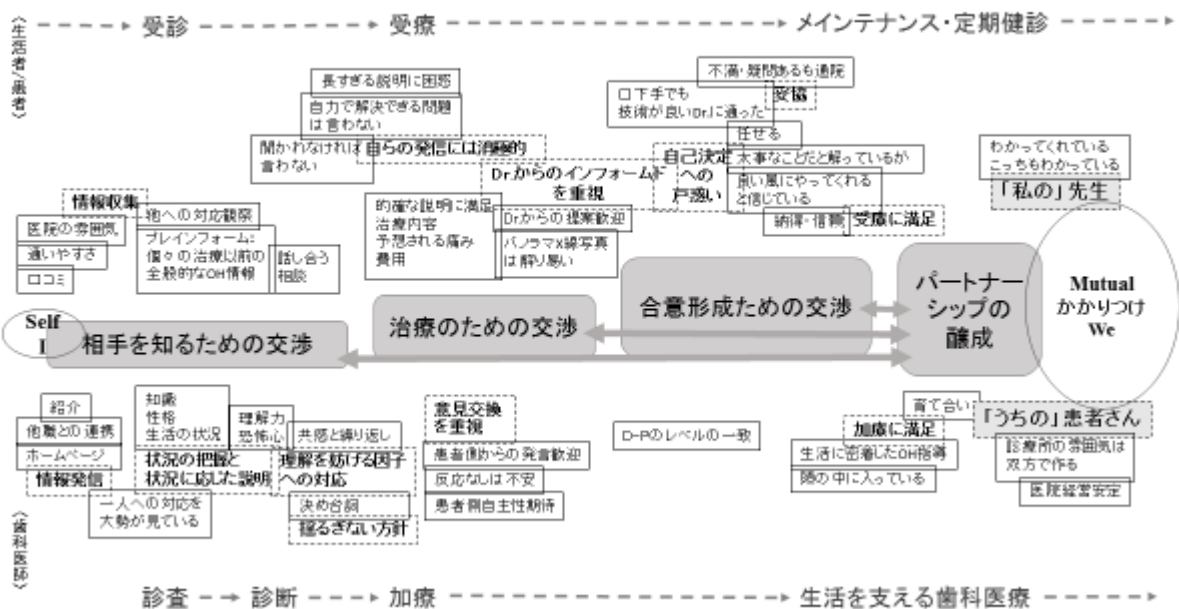


図6-2 生活者/患者と歯科医師の信頼形成過程

図6-1と同じく、実線長方形 box 内は語り手の発語、点線長方形ボックス内は筆者によるものである。ひとりの生活者とひとりの歯科医師との出会いからかかりつけ関係ができるまで、左から右へ時間が経過する。

信頼関係の醸成に伴って、交渉のパターンは推移する。初診時は、お互いのおおまかな状況を知るための情報交換が行われる。第一フェーズ「相手を知るための交渉」である。すでにかかりつけ関係が成立している場合や、急性症状が強い場合には、この第一フェーズが省略されることもある。続いて、治療に関する具体的な説明を経て、生活者は受療を決める。この時点で、第二フェーズ「治療のための交渉」へ移行し、生活者は、第一章で定義した「患

者」へと変わることになる。歯科医師は、この治療段階においても〈意見交換を重視〉するが、患者側は、〈歯科医師からのインフォームドは重視〉するものの、〈聞かれなければ言わない〉などと、自らの発信には消極的である。歯科治療の進行に伴って緩やかに、第三フェーズ「合意形成のための交渉」へと移行する。受診環境によっては、〈不満・疑問あるも通院〉したという語りもみられたが、多くの場合、治療継続は患者側の〈納得〉〈信頼〉を基盤としている。このフェーズでも、患者側、あるいは患者役割の縮小した生活者側には、〈任せる〉〈信じている〉等の受け身の状態を示唆する発語が見られる。「治療のための交渉」、「合意形成のための交渉」フェーズを通して、生活者は自己決定に関して戸惑いを持っている³⁸。歯科医師側は、〈歯科医師-生活者のレベル一致〉を確認しながら、生活者のオーラルヘルス観に沿う口腔環境の構築を志向する。生活者が「受療に満足」し、歯科医師が「加療に満足」すると、最終段階の第四フェーズ「かかりつけ」へ移行する。ここに至って、歯科医師側から〈生活に密着したオーラルヘルス指導〉との発語が見られる。

このプロセス図は、歯科口腔疾患のうち、生活習慣病として見なされる、う蝕と歯周病を想定して作成した。外傷をはじめとする緊急性の高いケースの場合、治療のための交渉から入る。そのまま原因歯のみの治療で終わる場合と、他の歯も診てください、との要望からパートナーシップ醸成へと継続する場合がある。

この図 6-2 から、生活者と歯科医師がそれぞれ相手を観察し、相手に働きかけることから始まり、相互理解を深め、個別のオーラルヘルス観を生活者と歯科医師が共有するという信頼形成プロセスが明らかになった。第五章で述べた信頼モデルの観点からは、図の左寄りとは伝統的信頼モデル優位、右寄りとは主要価値類似モデル優位であると考えられる。これは、奈良の“セルフエンパワメントからミューチュアルエンパワメント”へ（奈良 2011）、坂井の“Iモードから We モード”へ（坂井 2014）の移行過程であると捉えることもできる。生活者と歯科医師の信頼形成プロセスは、生活者の“私の口”に加えられた、歯科医師の“私の仕事”が、共有された時間と情報によって、“私たちの協働作業”としての口腔リスクマネジメントへ醸成していく過程である。この信頼形成プロセスは、歯科医療ばかりでなく、様々なリスクコミュニケーションに応用可能であると考えられる。

5 まとめ

本章では、第四章で行ったインタビューにより得られた生活者と歯科医師のコミュニケー

³⁸ “自己決定への戸惑い”が、わが国のインフォームド・コンセントの特徴である。元来、インフォームド・コンセントとは、“十分な情報を与えられた上での患者側の同意”であるが、わが国の現状では、医療職から患者への情報開示の面が強調されており、生活者/患者側の自律的な自己決定という側面は未だ十分理解されているとはいえない。この点を考慮し、図 2 においては、インフォームド・コンセントは治療のための交渉に含まれると考える。

ションに関する発語を整理し、信頼形成因子と信頼形成プロセスに関する概念整理を行った。生活者-歯科医師間の様々なやり取りは、「信頼」、「安心」、「リスペクト」、「私の先生」、「うちの患者さん」というパートナーシップへつながる概念へと発展する。両者間の信頼形成プロセスには、「相手を知るための交渉」、「治療のための交渉」、「合意形成のための交渉」、「かかりつけ」の4つのフェーズに分かれ、経時的かつ段階的に発展する。語りデータを用いた概念整理によって、これらの二点が明らかになった。

生活者-歯科医師間の信頼形成は、オーラルヘルス観のギャップの縮減やコンフリクトの解決への原動力になると考える。続く第七章では、両者の信頼関係の上に成り立つ具体的なオーラルヘルスプロモーションの方法として、「生活者主体口腔リスクマネジメント」概念を論じる。

参照参考文献

- Carl I. Hovland, Irving L. Janis and Harold H. Kelly (1953) *Communication and Persuasion --- Psychological Studies of Opinion Change*, Yale University Press.
- Eliot Freidson (1970) *Professional Dominance: the Social Structure of Medical Care*, Atherton Press.
エリオット・フリードソン著 ; 進藤雄三, 宝月誠訳 (1992) 『医療と専門家支配』 恒星社厚生閣.
- Arthur Kleinman(1981) *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, University of California Press
ニコラス・ルーマン著、大庭 健、正村 俊之 (訳) (1990) 『信頼—社会的な複雑性の縮減メカニズム』 勁草書房.
- 中谷内一也、Cvetkovich George (2008) 「リスク管理機関への信頼 —SVS モデルと伝統的信頼モデルの統合」『社会心理学研究』 23(3)、259-268.
- 奈良由美子 (2011) 『生活リスクマネジメント』 放送大学教育振興会.
- Debra Roter (2000) The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship, *Patient Education and Counseling*, 39(1), pp5-15.
- Debra Roter, Judith A. Hall (2006) *Doctors Talking with Patients/Patients Talking with Doctors: Improving Communication in Medical Visits*, Greenwood Publishing Group.
- 大澤真幸、吉見俊哉、鷲田清一 (編) (2012) 『現代社会学事典』 弘文堂.
- 坂井素思 (2014) 『社会的協力論—協力はいかに生成され、どこに限界があるか』 放送大学教育振興会.
- Moira Stewart, Judith Belle Brown, W. Wayne Weston, Ian R. McWhinney, Carol McWilliam, Thomas R. Freeman (1995) *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*, SAGE Publications.
- モイラ・スチュワート著、山本和利監訳 (2002) 『患者中心の医療』 診断と治療社.
- Talcott Parsons (1951) *The Social System*, Free Press.
- Thomas Szasz, Marc Hollender (1956) A Contribution to the Philosophy of medicine: The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship, *AMA Arch Intern Med*, 97(5), pp585-92.
- 戸ヶ里泰典、中山和弘 (2013) 『市民のための健康情報学入門』 放送大学教育振興会.

第七章 歯科医療システムにおける

「生活者主体口腔リスクマネジメント」の概念化とその意義

1 本章の目的と背景

わが国の歯科医療は、1961年に実現した国民皆保険体制の中で発展し、国民の歯科口腔保健の向上をもたらしてきた。一方で、疾病構造、医療政策、患者意識等々、歯科医療を取り巻く社会の状況は変遷を重ね、医療制度改革時代に生きる我々は、医療の受け手・担い手ともに新しい視点を必要としている。これまで述べたように、本研究では、歯科口腔疾患を口腔リスクと捉え学際的な検討を行っている。歯科口腔疾患への取り組みに関しては、歯科医学や疫学の分野から数多くの研究がなされてきたが、歯科口腔疾患を生活者たる歯科診療の受け手の視点から「口腔リスク」として捉え、これをリスクマネジメント研究の文脈から検討する試みはなされていない。

ここまで、複数の視点から人びとの日常生活と歯科医療の関係を明らかにすることによって、生活者-歯科医師関係の動態を探ることを試みてきた。本章においては、歯科医療システムにおけるカウンセリング・予防・治療・メンテナンスをリスクマネジメントの一連の流れとして検討するために、歯科医学・リスク学の両面から、学際的な検討を行う。リスクマネジメント研究の分野で多用されているリスク成分図とリスクマネジメントプロセス図へ歯科医療の各要素をあてはめることにより、「生活者主体口腔リスクマネジメント」の全体像を明確化することによって、ひとりひとりの口腔の健康管理について、「生活者主体口腔リスクマネジメント」の概念構築を行うものである。

2 生活者概念の整理

序章 2.4 において、本研究における主要概念として、歯科医療への生活視点の導入について述べた。歯科医療へ生活視点を導入した「生活者主体口腔リスクマネジメント」を論ずるに先立って、本節で生活者概念を再度整理する。

2.1 生活リスクの主体としての生活者

リスク概念については、Williamsら(1964)、亀井利明ら(2004)、南方哲也(1993)、上田和勇(2012)をはじめ、多くの研究者によって繰り返し議論されてきた。近年、2009年のリスクマネジメントの国際規格 ISO 31000 発行をはじめ、リスクマネジメントシステムはあらゆる分野で注目され、活用されるようになった。現在では、「リスクは『事故発生の可能性』と解するのが一般的である」(亀井利明 2004)といわれている。奈良は生活リスクマネジメント研究において、リスクを「人間の生命や健康・資産並びにその環境に望ましくない結果をもたらす可能性」と定義している(奈良 2011)。

リスクとそのマネジメントは、経済学・社会学・工学・医学をはじめ様々な分野で研究されており、その成果は、リスクマネジメントやリスクコミュニケーション、リスクガバナンス

ス等の知識として集約され、人びとの暮らしや社会活動のあらゆる局面で安全性の向上を確保するために活用されている。災害、事故、病気、経済状況の悪化等日常生活の場面においても多種多様なリスクが存在する中、我々は意識的に、時には無意識に、リスクマネジメントやリスクコミュニケーションを行い、「生活の安全・安心を確保することによって生活のよりよさの実現」（奈良 2011）を指向している。近年、医療分野で普及したインフォームド・コンセントの概念は、リスクコミュニケーションの一形態と捉えることもできる。

リスクマネジメントを中心的に遂行する者をリスクの主体という（奈良 2011）。人は日常生活における様々なリスク（生活リスク）に対応し、リスクマネジメントを行っており、このような生活リスクマネジメントの主体として、「生活者」の言葉を用いる事が多い。歯科口腔疾患を含む疾病リスクも、生活リスクのひとつである。生活者は、ステークホルダーとなる他者や、専門家、行政組織と情報交換をしつつリスクマネジメントを行っている。このように、日常生活を巡るリスクマネジメントにおいて、「生活者」概念は極めて重要である。

2.2 生活者主体口腔リスクマネジメントの意義

歯科疾患を持つ人は、他の疾患の場合と異なり治療中も通常の生活を続けていることが多い。まさしく生活者であるが、歯科医師はこのことを失念しがちである。現在、リスク学において、「生活者」は国民、勤労者、地域住民、消費者、顧客、患者、家庭人等、日常生活においてそれぞれの局面での対応を行う多面的な個人を包括的に表す概念として用いられている。有病率が高く、治療が日常生活と併行して行われる事多い歯科口腔疾患において、「患者」を生活において多様な局面を持つ「生活者」として認識し直すことは意義深い。

口腔保健に関する調査・研究は数多く報告されているが、調査対象である医療の受け手は、ほとんどが「患者」、あるいはデモグラフィック要因に応じて「地域住民」、「高齢者」、「幼児」等と表現されてきた（三浦 2014, 小椋 2013, 中村ら 2010 など）。調査対象を「生活者」とした報告は、筆者の調査によると、「歯科医療に関する一般生活者意識調査」（日本歯科医師会 2007, 2009, 2011, 2013, 2015）のみであった。このように、歯科医学分野の調査・研究において、医療の受け手を「生活者」と表現することは極めて少ない。歯科疾患は他の疾患と異なり、患者自身も社会も、病人として認めることは少なく、フロイトの提唱した「疾病利得」もパーソンズの提唱した「病者役割」も、他疾患に比べごく小さい。歯科一般診療においては、急性期の限られた期間を除き、患者は「病人」としてではなく、「生活者」として歯科医師の前に現れることがほとんどである。

「生活者」概念を用いることにより、歯科医師側から見た患者の問題行動の本質も見えてくる。図 7-1 は生活者・患者と歯科医師の関係を示している。予防やメンテナンスのケー

スを除き、生活者は、口の中の異常や不具合に気付き、患者として歯科医師のもとを訪れる。この時、痛み等、何らかの急性症状がある場合、生活者の中で患者としての自己認識はかなり大きい。ところが、歯科疾患の多くは適切な治療で、急性症状が速やかに消退する場合が多いため、これに伴って本人の「患者」意識も急速に消退する。図 7-1 において、発症直後は大きかった左「生活者」円内の「患者」部分は、どんどん縮んでいく。患者意識が小さくなった生活者は、他の生活リスクを考慮に入れ、優先順位づけをやり直す。当然、口腔リスクの優先順位は下がることになり、通院を億劫に感じたり、薬を飲むのを忘れてしまったり、極端なケースでは、通院を中止するということが起こりがちである。実際に、他科の診療に比べ、安静、服薬、通院に関する指示が通りにくいという実感を持つ歯科医師は少なくない。

歯科医師が、縮減してしまった「患者」意識の部分へのみ働きかけているならば、反応が芳しくないのは当然のことであり、従来の患者に対するアプローチのみでは、良好なコミュニケーションの成立は難しい。予防やメンテナンスのケースでは、最初から「患者」意識はほとんどないので、同様である。急性期を除き、歯科医師が歯科医療の受け手を生活者として捉え直すこと、つまり、従来の対患者アプローチのみではなく、对生活者のアプローチ、すなわち、生活者主体口腔リスクマネジメントによる生活者-歯科医師関係が必要となる。同時に、生活者側も、口腔リスクマネジメントを専門家に任せきりにするのではなく、生活リスクマネジメントの観点から、リスクを適切に理解し、主体として積極的に関わる「リスクの自分ごと化」(奈良 2016)が必要となる。

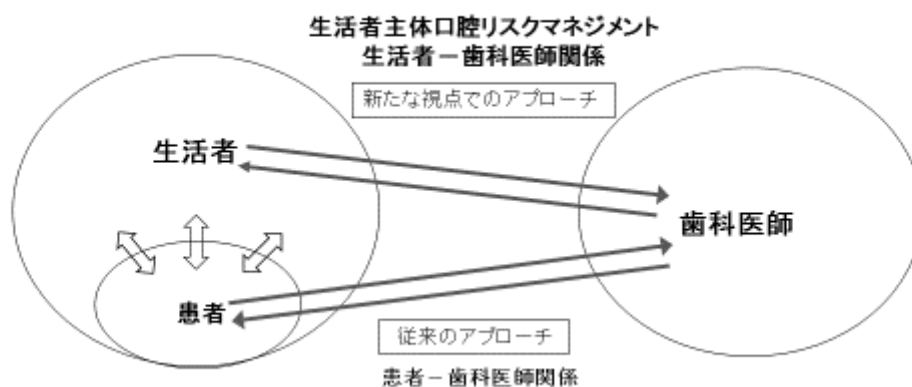


図 7-1 患者役割膨縮モデルに基づく新たな生活者-歯科医師関係

さらに、口腔の健康状態は、生活の重要部分を占める食との関わりが大きく、当事者の QOL ばかりでなく、その家族をも含めた食生活や団欒などにも重大な影響を及ぼす。口腔の不健康による摂食・嚥下機能の低下は、全身の健康に直接影響し、特に高齢期において問題になることが多い。超高齢社会となったわが国では、きわめて大きな社会的課題である。歯科医

師法では、歯科医師の任務は「歯科医療及び保健指導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。」(歯科医師法第1条)と定められ、生活の充実が歯科医療の原点であることが謳われている。この理念は現在の「歯科口腔保健の推進に関する法律」へと継承されており、この点からも歯科口腔疾患において、「患者」を「生活者」と捉えることにより新たなアプローチを期待しうると考える。以上のことから、生活者と歯科医師の良好な関係を基盤し、両者のパートナーシップによって成立する、生活者主体口腔リスクマネジメントについて論じることは意義深いと考える。

3 歯科医師と生活者のリスクマネジメントに対する認識のギャップ

まず、歯科医師のリスクマネジメントへの関心の傾向を把握するため、第55回日本歯科医療管理学会総会・学術大会(日歯科医療管理学会 2014)、56回日本歯科医療管理学会総会・学術大会(日歯科医療管理学会 2015)の演題を分析した。2回の総会・学術大会は、「活力ある歯科医療管理—新しい成長のモデルを求めて—」を大会テーマに2014年7月、「医療管理の未来～変わりゆく診療環境のなかで～」を大会テーマに2015年6月、開催されている。ここで発表された招待講演を含む91演題を内容別に分類した。

その結果、医療安全や医療経営などの医療の安心・安全・安定に関する演題57、公衆口腔衛生に関する演題12、教育に関する演題(スタッフ教育を含む)11、その他11、であった。この調査から、現在、歯科診療におけるリスクマネジメントに関する歯科医師の主な関心は、院内感染、インシデント・アクシデント、医療過誤、といったいわゆる医療事故防止のための医療安全と、労務管理や患者対応等を含む広義の医院経営にあることがわかる。現在、多くの歯科医師が取り組んでいるリスクマネジメントは、「歯科医師主体歯科診療リスクマネジメント」である。歯科医師による各患者の口腔リスクへの対応は、かかりつけ医による一連の治療行為としてなされる場合と、口腔保健事業や啓発活動として行われる場合とがあるが、特に歯科臨床においては、これまで診療行為を口腔リスクに対するリスクマネジメントとして認識することはなかった。

一方、生活者のオーラルヘルスについて気になることや関心は、口腔の不具合、全身の健康や生活への影響、将来自分の歯で食べることができるか等に向いている(日本歯科医師会2015)。生活者の口腔リスクマネジメントの捉え方は断片的であり、歯科診療を一連の流れで認識し、口腔環境を俯瞰的に捉えて対処する歯科医師とは大きく異なる。ただし、両者ともに生活を楽しむための口腔機能の重要性を認識していることは、筆者らの調査により明らかになっている(Kobayasi・Nara 2016)。近年医療事故に関する生活者の関心も高まってきたが、実際の事故報道等に触れない限り、その関心は高くはない。これらをはじめ、歯科医師と生活者の考え方にはギャップが存在する。オーラルヘルスをめぐる、生活者-歯科医

師間の細かな認識のギャップが、第一章に続きここでも明らかになった。

このようにリスク主体により、リスクマネジメントの方向性は異なる。生活者のオーラルヘルスの向上と歯科医療の安定供給のためには、口腔リスクマネジメントのメインステークホルダーたる生活者と歯科医師が、互いのリスクマネジメントの特性を理解することが必要となる。そこで、「歯科医師主体歯科診療リスクマネジメント」に対する概念として、新たに「歯科医師の支援を受けつつ口腔リスクマネジメントを行う生活者」の視点からの「生活者主体口腔リスクマネジメント」を置き（図 7-2）、次節で概念の整理を試みる。

歯科医師主体診療リスクマネジメント

生活者主体口腔リスクマネジメント

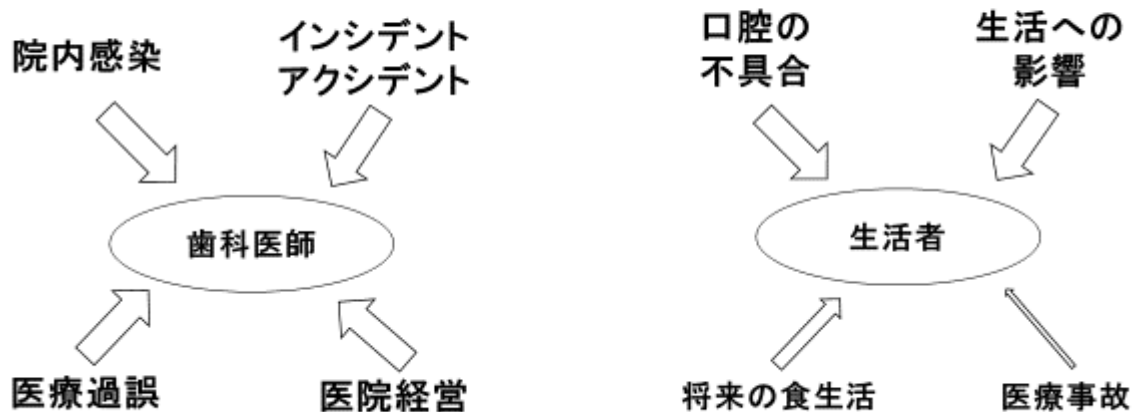


図 7-2 歯科医師主体歯科診療リスクマネジメントと生活者主体口腔リスクマネジメント

4 生活者主体口腔リスクマネジメント

本章ではリスクマネジメント研究の文脈において歯科口腔疾患とその対応を検討し、「生活者主体口腔リスクマネジメント」概念の整理を行う。

4.1 口腔リスクマネジメントの用語の整理

「生活者主体口腔リスクマネジメント」においては、歯科疾患を口腔リスクとして捉え、リスクマネジメント研究の文脈上で包括的に検討する。これまで、予防歯学や医院経営の分野を中心にリスク概念が導入されてきたが、その定義は各分野や研究者により微妙に異なる。本研究では、序章で、以下のように、口腔リスク用語、歯科医学関連用語について本研究における定義を行った。

- ① 口腔リスク：歯科口腔疾患ならびにその悪影響の発生可能性

- ② 口腔リスクマネジメント：口腔リスクと、その悪影響を小さくするために行われる主体的・計画的なマネジメントプロセス
- ③ 口腔リスクアセスメント：口腔リスクを同定し、定性的・定量的な見積もりを行い（口腔リスク分析）、自分の生活に対する口腔リスクの影響の大きさを検討し、自分の生活における口腔リスクの相対的重要性を認識する（口腔リスク評価）こと
- ④ 口腔リスク処理：口腔リスク軽減のための方法の考案、検討、選択
- ⑤ 口腔リスクコミュニケーション：口腔リスクに関するあらゆる情報、関心、意見などの双方向的情報伝達プロセス 生活者-歯科医師関係
- ⑥ 口腔リスクガバナンス：口腔リスクに関与する多様な主体による、口腔リスクをめぐる意思決定と解決の活動の総体
- ⑦ 患者：一般的に患者とはある疾病に罹患している人を指すが、本稿では、歯科診療実施中の歯科診療の受け手のみに「患者」の語を用いる。これ以外の場面の各個人の口腔リスクマネジメントを行う主体としては、「生活者」の語を用いる。
- ⑧ 口腔：歯科医師業務領域（口腔および頭蓋顔面領域特定部位）である口から咽頭までの空間。歯、歯肉、顎、口蓋、頬粘膜、口腔粘膜、唾液腺を含む。
- ⑨ 歯科口腔疾患：歯科医師業務領域の疾病と外傷
- ⑩ オーラルヘルス：歯科医師業務領域の健康状態およびヘルスプロモーション
- ⑪ オーラルヘルス観：オーラルヘルスに関する当事者（生活者-歯科医師）の認識
- ⑫ オーラルヘルスリテラシー：オーラルヘルスに関わることがらを体系的にマネジメントする能力

4.2 口腔リスク：リスクマネジメント視点から見る歯科口腔疾患

これらの口腔リスクマネジメントの定義をふまえ、リスク成分図、リスクマネジメントプロセス図に歯科疾患をあてはめたモデル（図 7-3）を作成した。

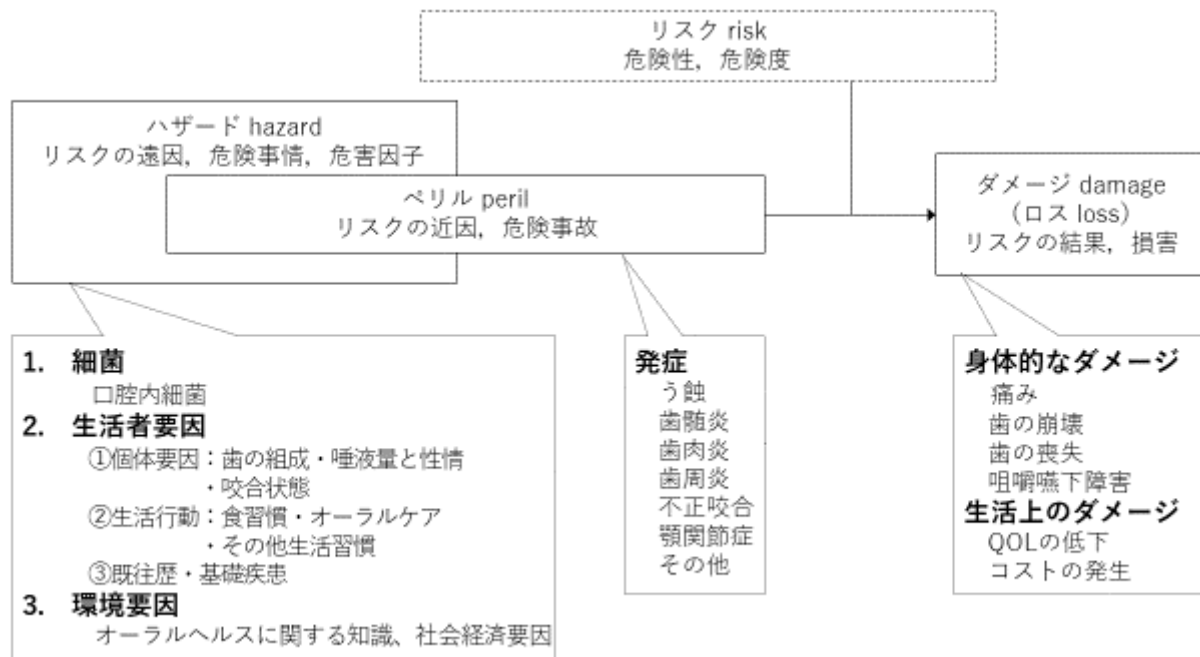


図 7-3 口腔リスク事象・口腔リスク成分図 (2017 小林・奈良)

歯科口腔疾患を口腔リスクとして捉えると、図 7-3 のように、疾患の原因、誘因、経過、等について、俯瞰することができる。また、歯科医師を悩ます患者の治療中断についても、理解が容易になる。痛みの消失や、歯の修復・補綴処置の完了した時点で治療を中断するケースは少なくない。生活者のオーラルヘルス観の分析において、口腔リスク認知に関する発語は、「痛み」「むし歯」のに集中していた。「痛み」や「むし歯」は、一連のリスク事象の終末部分であるダメージに属する様々な口腔リスクの一成分に過ぎないが、生活者群では最も重要視されている。これは、生活者は口腔リスクとして、痛みや歯の崩壊・喪失等の身体的なダメージのみを考えていることが多いためである (Kobayashi・Nara 2016)。第一章で述べた、“生活者と歯科医師のオーラルヘルスに関する認識のギャップ”である。

生活者が重大なリスクであると認知することの多い歯の崩壊や喪失は、口腔リスク事象の集積の結果である。このことは図 7-3 より明らかであるが、生活者はこの流れを理解していないことが多い。他のリスクと同じく、口腔リスクマネジメントは、単なるダメージの回復のみでは不十分であり、ペリルに相当する初期の歯科口腔疾患の治療、さらに遡ってハザードである病因・生活者要因・環境要因へのアプローチから取り組む必要がある。このリスクマネジメントの基本方針は、近年の国民の健康に関する政策とも一致している。厚生労働省は、21 世紀における国民健康づくり運動の推進にあたり、「従来の疾病対策の中心であった健診による早期発見又は治療にとどまることなく、健康を増進し、疾病の発病を予防する『一次予防』に一層の重点を置いた対策を推進する。」(厚生労働省 2000) として、一次予防

の推進を基本方針の最初に挙げている。

多くの生活者が治療のゴールと考える痛みの除去・歯の修復・補綴等は、一連の口腔リスクマネジメントのスタートでもあるとも言える。この認識は、歯科医師にとっては自明の事実であるが、未だ生活者の十分な理解を得られていない点に留意する必要がある。

4.3 生活者主体口腔リスクマネジメント

歯科口腔疾患を口腔リスクとして捉える場合、生活者主体で行う口腔保健活動や生活者の歯科受診以前の経過を含む全過程をリスクマネジメントプロセスとして捉えることができる。図 7-4 に生活者の口腔リスクマネジメントプロセスを示し、以下に解説する。

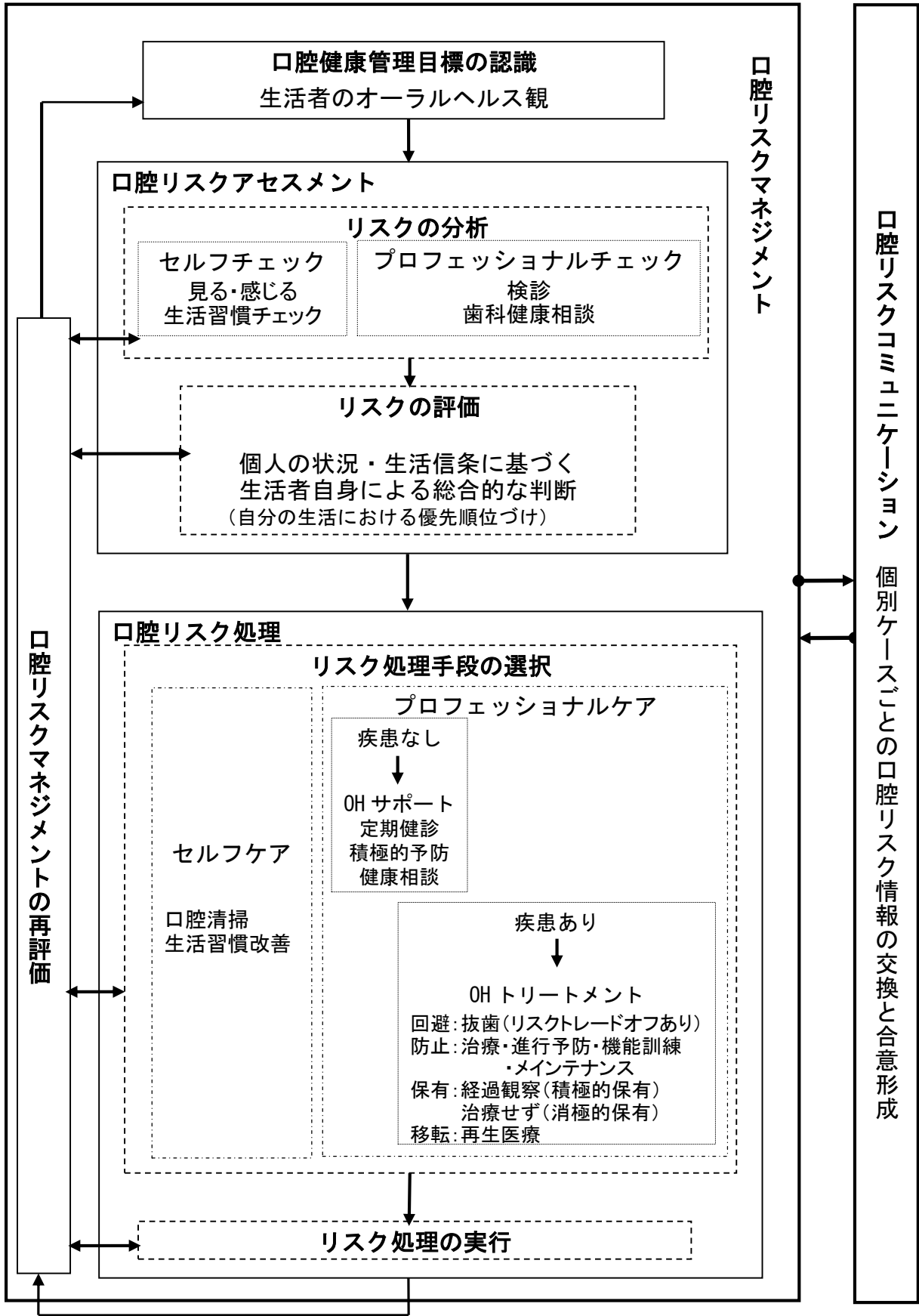


図 7-4 生活者主体口腔リスクマネジメントプロセス図 (2017 小林・奈良)

口腔リスクマネジメントのスタートは、他のリスクと同じく、目標を決定し生活者自身が明確に認識する（目標の認識）ことである。次に、リスクを分析し評価する（口腔リスクアセスメント）。口腔リスクにおいては、セルフチェックやプロフェッショナルチェックにより、口腔の健康状態や歯科口腔疾患の有無を知り（リスクの分析）、生活者自身が自分の生活における口腔リスクの影響を検討する（リスクの評価）こととなる。生活者は、歯科医院を受診するか否かの決定をまず行う。受診した場合、歯科医師の診断・説明を受け、これを理解・吟味し、それぞれの他の生活リスクも考慮しつつ、総合的に自分自身の口腔リスクの評価を行う。次のステップで、リスクに対してどの様に対処するかを決定する（リスク処理手段の選択）。セルフケアとプロフェッショナルケアの併用が必須であることが、口腔リスク処理の特徴である。セルフケアのみ、あるいはプロフェッショナルケアのみでは、十分な効果を上げることはできない。セルフケアとしては、毎日の口腔内清掃や、食生活をはじめとした生活習慣の管理や改善が挙げられる。プロフェッショナルケアは、歯科医院で行われる歯科治療やオーラルケアである。口腔内に疾患がない場合と、疾患がある場合では、リスク処理の方法が異なる。口腔内疾患を認める場合、様々な専門技術を用いたリスク処理が行われる。リスク学においては、リスク処理の具体的な技術を、回避、防止、保有、移転、に分類して考える。口腔リスクマネジメントにおけるプロフェッショナルケアでは、抜歯が回避に、治療・予防・メンテナンス・機能訓練が防止に、経過観察が積極的保有に、口腔リスクがあるにも関わらず放置することが消極的保有に相当する。抜歯によってう蝕リスクと歯周病リスクはゼロとなるが、咀嚼能力の低下や歯列不正等の新たな口腔リスクの発生や、口腔内の違和感等の QOL の低下といった新たなリスク発生の可能性が出現する。リスクトレードオフである。口腔リスク処理に際してリスクトレードオフを伴うケースでは、他の生活リスクと同じく、慎重な対応が必要となる。リスクの移転については、現時点では該当なしとしているが、現在、再生医療分野の研究が進み、近い将来口腔リスク移転の技術が提供される可能性は少なくない。

これらのプロセスに従って、生活者は患者として歯科医療職と十分な情報交換を行い、数ある口腔リスク処理法から、自らに最適と考える方法を選択し実行することになる。このリスク評価とリスク処理手段の選択のプロセスは、インフォームド・コンセントにおける自己決定にあたる。この後、具体的な対策が行われる（リスク処理の実行）。

このように口腔健康管理の目標認識、口腔リスクアセスメント、口腔リスク処理の3段階に再評価を加えた4相が循環し、口腔リスクマネジメントが展開してゆく。序章で述べた歯科医療の特性により、リスク評価とリスク処理のステップにおけるセルフとプロフェッショナルの協働が極めて重要となる。チェアサイドにおいて歯科医師が治療法について患者に説明する場合、治療対象の部位や疾患、具体的な治療方法についての説明が中心となること

多く、口腔の健康管理の全体像を描き難い。本図を利用することにより、生活者・歯科医療職ともに、口腔リスクマネジメントプロセスの全体像やセルフチェック・ケアとプロフェッショナルチェック・ケアの相補性の把握、自己決定の意義や口腔リスクコミュニケーションの重要性の理解が容易となる。

この口腔リスクマネジメントサイクル稼働時は、生活者と歯科医師間で、情報交換と合意形成が繰り返し行われていく。加えて、口腔リスクマネジメントは生活者-歯科医師のみで完結するものではない。治療・予防処置における歯科医療従事者の関与や、健康保険制度をはじめとした医療・保険政策の面からの社会の関与も必要となる。リスク学・リスクマネジメント研究においては、複数の主体間におけるリスクに対する意見調整をリスクコミュニケーション、多様な主体間のリスクをめぐる意思決定と解決の活動の総体をリスクガバナンスと考える。生活者主体口腔リスクマネジメントにおいては、個々の生活者と歯科医師ら歯科医療職の情報交換が口腔リスクコミュニケーションである。実際の歯科診療は、生活者ひとりひとりの状況や希望、オーラルヘルス観と、担当歯科医師の治療方針やオーラルヘルス観とを共有し、合意形成を目指す協働作業となる。生活者ひとりひとりの口腔状況やオーラルヘルス観と歯科医師の専門知を交換し、融合を図ることを目指すことにより、生活者と歯科医師双方のエンパワメントを期待することができる。

わが国は、歯科診療のかなりの部分を保険給付でカバーしうる環境にあるため、口腔リスクマネジメントを円滑に進めるためには、生活者、歯科医療従事者、歯科以外の医療職、さらには、社会との合意形成（口腔リスクガバナンス）が必須となる。この点に関して、歯科医師側も多職種連携の観点から注目し始めている（佐藤 2013、川島など 2009、永長 2009など）。社会の中で口腔リスクを如何に捉えるかの世論形成を介して、健康保険給付や口腔保健施策等の公的方針および個人の口腔リスクマネジメントにおける基本的方針をステークホルダー間で共有し、口腔リスク低減に向けての協働を開始することが、口腔リスクガバナンスの充実へつながる。口腔リスクガバナンスの成功例は、1990年代に開始し、着実に成果を上げている8020運動である（岩室 2015）。マクロレベルのオーラルヘルスプロモーションにおいては、口腔リスクマネジメント、口腔リスクコミュニケーション、口腔リスクガバナンスの三者の同時並行的実践が極めて重要となる。

5 まとめ

厚生労働省が、医療を、治療のみならず、人びとの生活を「支える」かけがえのない営みであると位置づけている（厚生労働省 2008）ことをはじめ、近年歯科医療分野においても患者の日々の生活を重視する視点は広がっている。しかし、生活重視の歯科医療の具体的方策に関する根本的な議論はほとんど見られない。本章では、歯科医療をリスクマネジメント

の視点から検討・整理することによって、「生活者主体口腔リスクマネジメント」の概念化を行い、その意義を検討した。

歯科医師にとって、歯科口腔疾患は治療対象の疾患に他ならないが、生活者にとっては疾患というよりむしろ数ある生活リスクの一つであると捉えられることが多い。様々なリスク認知のギャップを双方で自覚し、良好な口腔リスクコミュニケーションに繋げることが、セルフエンパワメントのみならず、ミューチュアルエンパワメントを生み出す。良好な口腔リスクコミュニケーションは、社会全体による良好な口腔リスクガバナンスをも惹起してゆく。本概念の導入により、生活者は、診療内容やプロセスによって分断されている予防・治療・メンテナンスの流れを、一連のサイクルとして認識することができる。生活者の理解は得られやすくなり、各人固有の多種多様な生活リスクの中で、どのように口腔リスクを位置づけ、これに取り組むかの自己決定に役立てることが期待される。生活者を主体とした健康リスクマネジメントの概念は、歯科医療ばかりでなく、様々な分野の健康管理へも応用可能であると考えられる。

オーラルヘルスは、生命を支え喜びをもたらす食生活、コミュニケーション手段である会話をはじめ、ライフコース全般にわたり個人の生活に直結し、そのQOLを大きく左右する。今回報告した「生活者主体口腔リスクマネジメント」概念に基づき、各生活者固有の状況に応じたオーラルヘルスライフプランを立てることができる。予防と治療とメンテナンス、セルフケアとプロフェッショナルケア、受診と経過観察等の分断されがちであったそれぞれのリスク処理が、生活者を主体とした一連の流れに基づき理解されることは、生活者の自己決定の大きな指標となる。個別プランのもと、生活者と歯科医師が協働することによって、口腔保健から食生活まで含めた健康長寿のための長期的かつ包括的な取り組み、すなわち、かかりつけ歯科医によるライフコースを見据えたオーラルヘルスプロモーションの提案が可能になる。

参照参考文献

- 天野正子 (1996) 『「生活者」とはだれか』 中央公論社.
- 岩室 紳也 (2015) 「健康づくりに必要な「リスク軽減」という視点 : 8020 運動の成功に学ぶ性感染症対策」『日本歯科医師会雑誌』 62(2)、321-330.
- 亀井利明、亀井克之 (2009) 『リスクマネジメント総論 (増補版)』 同文館出版.
- 柏木信一 (2000) 「生活者概念の経済学的位置付けに関する一考察」『生活経済学研究』 15、145-154.
- 片山又一郎 (2000) 『現代生活者試論』 白桃書房.
- 川島孝一郎 (2009) 「医師の立場から (特集 明日を拓く高齢者歯科医療) -- (地域の中で高齢者の生活情報・健康情報をどう共有するか)」『日本歯科医師会雑誌』 62(2)、218-221.
- Fukiko Kobayashi and Yumiko Nara (2016) A study on the view of oral health and oral risk management in Japan: narrative analysis in combination with text-mining and KJ method, *Intelligent Decision Technologies* 10, 249-261.
- 厚生労働省 (2008) 『安心と希望の医療確保ビジョン』
<http://www.cpc-.org/contents/c14/200906vision.pdf>, 20160403 accessed.
- 厚生労働省 (2000) 『21世紀における国民健康づくり運動 (健康日本21) の推進について』 http://www1.mhlw.go.jp/topics/kenko21_11/t2.html, 20160602 accessed.
- 小林富貴子 (2014) 「中高齢期のオーラルヘルス観に関する研究—口腔リスクマネジメントの視点から生活者と歯科医師の認識の異同を探る—」 放送大学大学院修士論文.
- 黒瀬 濟 (2009) 「尾道方式と歯科医療 (特集 明日を拓く高齢者歯科医療) -- (地域の中で高齢者の生活情報・健康情報をどう共有するか)」『日本歯科医師会雑誌』 62(2)、226-228.
- 南方哲也 (2001) 『リスクマネジメントの理論と展開』 晃洋書房.
- 三浦宏子、守屋信吾、玉置洋 他 (2014) 「高齢期の地域住民の口腔機能の現状と課題」『保健医療科学』 63(2)、131-138.
- 永長周一郎、品川隆 (2009) 「多職種連携における歯科医師 (特集 実践! 在宅医療) -- (医師, 歯科医師, 薬剤師, 訪問看護師, 栄養士の連携)」『治療』 91(5)、1547-1551.
- 中村貴美、富田美穂子、山下秀一郎 他 (2010) 「歯科医療費に関する意識調査 : 第1報: 外来患者, 歯科医師, 歯学部学生との比較」『松本歯学』 36(3)、199-208.
- 奈良由美子 (2011) 『生活リスクマネジメント』 放送大学教育振興会.
- 奈良由美子 (2016) 「生活リスクのパラドックスとガバナンス」『危険と管理』 (日本リスクマネジメント学会) 47、18-32.
- 奈良由美子 (2017) 『改訂版 生活リスクマネジメント—安全・安心を実現する主体として』 放送大学教育振興会.
- 日本規格協会編 (2010) 『対訳 ISO31000 : 2009 (JIS Q 31000-2010) リスクマネジメントの国際規格』 平文社.
- 日本歯科医療管理学会 (2015) 「講演抄録集」『日本歯科医療管理学会雑誌』 50-1、25-44.

- 日本歯科医療管理学会（2014）「講演抄録集」『日本歯科医療管理学会雑誌』49-1、22-51.
- 日本歯科医師会（2007, 2009, 2011, 2013, 2015）「歯科医療に関する一般生活者意識調査」
<http://www.jda.or.jp/member/d000030,20160702> accessed.
- 日本歯科医師会「8020 運動に係る主な動き」
<http://www.jda.or.jp/enlightenment/8020/history.html>, 20150109 accessed.
- 小椋 正之、佐藤 保、新井 誠四郎、矢吹 義秀、出口 眞二、高津 茂樹（2013）「地域住民の生活を支える歯科医療を確立しよう：健康長寿社会を共創するかかりつけ歯科医機能」『日本歯科医学会誌』32、9-32.
- 佐藤保（2013）「求められる多職種連携・医療連携（特集 国民の生活を支える歯科医療：歯の治療から食べる幸せへ 日本歯科医師会がいま目指すもの）--（時代が求める歯科医療）」『日本歯科医師会雑誌』65(11)、1328-1332.
- 歯科医師法 <http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S23/S23HO202.html>, 20160701 accessed.
- 歯科口腔保健の推進に関する法律（2011）
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/shikakoukuuhoken/dl/01.pdf, 20160403 accessed.
- 新村出編（2008）『広辞苑 第六版』岩波書店.
- 角町 正勝（2009）「尾道方式と歯科医療（特集 明日を拓く高齢者歯科医療）--（地域の中で高齢者の生活情報・健康情報をどう共有するか）」『日本歯科医師会雑誌』62(2)、222-225.
- 上田和勇（2012）『事例で学ぶリスクマネジメント入門—復元力を生み出すリスクマネジメント思考—』同文館出版.
- Williams, C.A. and Heins, R.M. (1964) *Risk Management and Insurance*, McGraw-Hill.
- 山口孝義（1992）「VII 「生活」概念・「生活者」概念をめぐって：コメント」『社会政策学会研究大会社会政策叢書』16、163-169.

終章

本章では、これまでの調査研究を振り返り整理した後、総括を行い、今後の課題を検討する。

1 調査研究結果の整理と集約

まず、序章では、研究目的、研究背景、研究方法、歯科医療の特性を整理し、歯科医療に特化して医療の受け手と担い手の関係を検討することの意義を確認するとともに、主要概念の定義と整理を行った。本研究で用いる生活者概念を詳細に検討することにより、歯科医療における患者役割膨縮モデルを作成し、「患者役割膨縮モデルによる生活者と歯科医師の関係」（序章 p 17 図 0-2）を検討することにより、歯科医療への生活視点の導入の意義を示した。

第一章では、生活者と歯科医師へのインタビュー調査を行い、両者のオーラルヘルス観の異同を明確にし、「生活者と歯科医師のオーラルヘルスに関する考え方」（第一章 p 63 表 1-4）として整理した。この、生活者-歯科医師間のオーラルヘルスに関する認識のギャップの存在は、生活者-歯科医師関係の動態へ大きく影響していると考え、続く各章の調査で特に留意した。

続く第二章、第三章、第四章では、生活者/患者と歯科医師の経時的な動態を明確にするため、近代歯科医療の歴史的な動きに注目し分析を行った。第二章では、近代歯科医療の変遷を客観的に把握する目的で、歴史的考察を行った。史実に基づいて、わが国への近代歯科医療導入後の年表（第二章 p 74-78 表 2-1～表 2-6）を作成し、時代区分を行い、社会の動きと生活リスクに影響する出来事、歯科医療・口腔保健の動き、歯科医療と健康に関する法・制度・政策等の動き、の相互連関を検討した。「近代歯科医療変遷プロセスモデル」（第二章 p 79 図 2-1）を作成し、変革のきっかけとなるできごと（Switch）、Switch が惹起する反応（Response）、Response に続く世論・一般常識・カルチャーといった社会通念の変化（Shift）、法・制度の制定をはじめとする具体的方策の実施（Change）への流れを確認した。Switch がステークホルダー間に軋轢をもたらす場合をコンフリクト（Conflict）とし、特に注目した。このような分析から、わが国の近代歯科医療の変遷は、歯科医療の社会化の変遷であること、各時代の変遷プロセスに刺激を与える、生活文化、歯科医学、公的方針の三つの因子が存在することが明らかになった。これら「歯科医療システムの三因子」（第二章 p 88 図 2-8）は、常に動的不均衡状態を脱するべく、相互に影響し合いつつ機能しており、各因子の複雑化、成熟、時に退行が、時間的、質的、量的に因子間で異なるためアンバランスが生じ、不均衡がもたらされたと考えた。このアンバランスを、第一章で明らかになった、“生活者と歯科医師のオーラルヘルスに関する認識のギャップ”に続く第二のギャップ、“歯科医療システム因子間のエイジングのギャップ”とした。

第三章では、歯科医療をめぐる世論の推移を知るために、明治期から近年までの新聞記事を用いて言説分析を行った。朝日新聞データベース聞蔵Ⅱビジュアルを用いて、創刊の1879年から2015年までの歯科医療に関する記事をピックアップし、ストーリーラインを作成した。これをふまえて、近代歯科医療時代区分ごとに記事内容の分析を行い、世論の中で、歯科医療とオーラルヘルスがどのように位置づけられてきたかを中心に、言説の推移を検討した。その結果、歯科医療の需給バランスの変動が言説の推移に大きく影響していること、社会状況により、生活者-歯科医師-公的機関（歯科医療システムの三因子の各主体）のコンフリクトが時に潜在化し、時に顕在化するため、その様相は異なることなどが明らかになった。加えて、歯科医師への評価は、マクロレベルとミクロレベルで異なることが示された。第三のギャップ、“歯科医師に対する評価のマクロレベルとミクロレベルのギャップ”である。これら言説の推移を、「歯科医療とオーラルヘルスをめぐる言説の推移」（第三章 p 158 表 3-8）として整理した。

これに続いて、第四章では、生活者のオーラルヘルス実践と歯科医師の地域歯科医療実践の様相を知るために行った生活者と歯科医師へのインタビュー調査をもとに、第二次世界大戦後のわが国の歯科医療変遷の実態を分析した。戦後歯科医療環境は、歯科医師にとっても生活者にとっても、格差の存在から、向上と均質化を経て、再格差化の流れをとっている。本調査においては、各人の歯科医療やオーラルヘルスへの取り組みが具体的に語られ、既に明らかになった歯科医療における三つのギャップ、“生活者と歯科医師のオーラルヘルスに関する認識のギャップ”、“歯科医療システム因子間のエイジングのギャップ”、“歯科医師に対する評価のマクロレベルとミクロレベルのギャップ”を再確認した。加えて、これらに起因するコンフリクトの存在と、コンフリクトへの対応の流れが明確になった。「語り分析から見る戦後歯科医療の動態」として整理した（第四章 p 243-244 表 4-4-1~4-4-4）。対して、いったん築かれた、かかりつけ患者とかかりつけ医との信頼関係は、様々な状況変化の影響をほとんど受けてない。この点に注目し、生活者/患者-歯科医師関係における信頼形成に焦点をあてて、続く第五章、第六章でさらに検討することとした。

第五章では、生活者-歯科医師の信頼が損なわれている一事例から、生活者-歯科医師関係を考えた。歯科治療忌避感の強い女性の語りを分析し、リスク学および生活科学の観点から、生活者と歯科医師の良好なコミュニケーションの基礎となる信頼形成に関して考察した。テキストマイニングによって、語り手の口腔リスク認知には著しい偏りがあること、語り手は健康に関して高い意識を持っているにもかかわらず、一人の歯科医師とのコミュニケーションの失敗が、歯科医師全般への信頼形成に悪影響を与えていることが明らかになった。この事例を新旧2つの信頼モデルを用いて考察した結果、生活者/患者-歯科医師の口腔リスクコミュニケーションにおいては、交渉時期により有効な信頼モデルが異なることが示された。

「信頼モデルを応用した生活者/患者-歯科医師の口腔リスクコミュニケーション」として整理した（第五章 p 262 表 5-6）。

第六章では、一人の生活者/患者とその治療を行う一人の歯科医師、一対一の信頼形成に焦点をあて、両者の関係を考えた。第四章の調査により得られた語りデータのうち、生活者/患者と歯科医師のコミュニケーションに関する語りを詳しく分析し、「生活者/患者と歯科医師の信頼形成に影響を与える因子」（第六章 p 276 図 6-1）と、「生活者/患者と歯科医師の信頼形成過程」（第六章 p 278 図 6-2）として整理した。その結果、生活者-歯科医師間の様々なやり取りから、「信頼」、「安心」、「リスペクト」、「私の先生」、「うちの患者さん」というパートナーシップへつながる概念へと発展すること、両者間の信頼形成プロセスには、「相手を知るための交渉」、「治療のための交渉」、「合意形成のための交渉」、「かかりつけ」の4つの段階から成り、経時的かつ段階的に発展することの二点が明らかになった。このようにして形成された生活者-歯科医師間の信頼は、オーラルヘルス観のギャップの縮減やコンフリクトの解決への原動力になり得ると結論付けた。

第七章では、ここまでの研究の成果を踏まえ、「生活者主体口腔リスクマネジメント」の概念構築を行った。まず、歯科口腔疾患をリスク学的に解釈するため、既存のリスク成分図を参考に「口腔リスク事象・口腔リスク成分図」（第七章 p 289 図 7-3）を作成した。この図は、疾患の原因、誘因、経過等の俯瞰図であり、第一章で述べた、生活者-歯科医師間におけるリスク認知ギャップの所在を示唆する図である。次に、既存のリスクマネジメントプロセス図を参考に、「生活者主体口腔リスクマネジメントプロセス図」（第七章 p 291 図 7-4）を作成した。本図は、口腔健康管理の目標認識、口腔リスクアセスメント、口腔リスク処理の3段階に再評価を加えた4相の循環による口腔リスクマネジメントの展開過程と、これらを含めた口腔リスクコミュニケーションの循環を示している。これにより、長期にわたる口腔リスクマネジメントプロセスの全体像やセルフチェック・ケアとプロフェッショナルチェック・ケアの相補性の把握、さらに自己決定の意義や口腔リスクコミュニケーションの重要性の理解が容易となる。この「生活者主体口腔リスクマネジメント」概念を診療現場で活用することにより、かかりつけ歯科医によるライフコースを見据えたオーラルヘルスプロモーションの提案が可能になる。

以上から、近代歯科医療変遷の実態、生活者-歯科医師間に存在する三つのギャップ（オーラルヘルスに関する認識のギャップ、歯科医療システム三因子間のエイジングのギャップ、マクロレベルとミクロレベルでの歯科医師への評価のギャップ）の存在、ギャップに起因するコンフリクトを確認した。この点をふまえて、研究結果を統合し整理すると、生活者-歯科医師間ギャップとコンフリクトをめぐる動きには、両者の信頼関係が大きく影響していること、生活者-歯科医師間の信頼形成は、取り巻く環境の様々な影響を受けつつ、ある程度

の時間をかけて段階的に進展し、かかりつけ関係として結実することが明らかになった。第七章で提示した「生活者主体口腔リスクマネジメント」概念は両者の活発な情報交換と協働に基づくものであり、生活者-歯科医師の信頼関係重視という観点からも、その活用は有用であると考ええる。

2 歯科医療における学際的検討と歴史的検討における3つの研究手法併用

序章第一節において、歯科医療、生活科学、リスク学の複数の視点から、文献調査による歴史的考察、報道資料分析、語り分析といった異なる研究手法を用いた、学際的かつ多面的な分析により、生活者-歯科医師関係の動態を明確化することを試みると述べた。ここでは、本稿の研究手法を省察しその成果を確認する。

各章で繰り返し述べているように、歯科口腔疾患は他疾患と異なる特性を持つ、人びとの生活に直結する医療である。医療の受け手である生活者は、治療中も通常の生活を続けることが多く、人びとのオーラルヘルスへの取り組みは生活を取り巻く様々な事象から影響を受けている。歯科医療については、これまで多くの論考がみられるが、歯科医学、公衆衛生学、生活科学、医療経済学、医療社会学をはじめとする各専門分野における議論であった。本研究では、主要概念を整理する段階から、歯科医学、生活科学、リスク学を統合した視点を導入することを試みた結果、歯科医療を学際的に検討することが可能になったと考える。

本稿では、近代歯科医療の歴史的検討にあたり、3つの研究手法を併用した。第二章で述べた文献調査による歴史的考察、第三章で述べた新聞記事を用いた言説分析、第四章で述べたインタビュー調査による語り分析、である。各調査研究手法の特徴を表に整理し（表 8-1）、以下に詳しく述べる。

表 8-1 本論の歴史的検討における調査研究手法の比較

	文献調査	報道資料分析	語り分析
調査対象	歴史的研究文献	新聞記事	語りデータ
目的	史実の確認	世論の推移を知る	具体的な体験を知る
描出事象	客観的事実	ある視点の“静止画”	主観的な“動画”

文献調査では、一次資料の存在や二つ以上の二次資料における同一内容の記載を史実として採用し、近代歯科医療年表を作成した。この調査で客観的な事実を確認し、近代歯科医療時代区分を設定することができた。

言説分析では、新聞記事を分析することにより世論の推移を探った。新聞記事はある時点の特定の視点から“今を切り取る”ことに主眼を置いている点で、特徴的である。今回の記事分析にあたり筆者は数多くの新聞記事に触れたが、一つ一つの記事は、いわば時代の“静

止画”であるとの印象を持った。一枚の“静止画”（新聞記事）は、焦点化された対象を描写するのみであるが、同一時期の“静止画”を並列することにより、ある時点における社会の“パノラマ像”が描出される。さらに、この“パノラマ像”を経時的に縦覧することにより社会の動きが描出されていく。文献調査と新聞記事分析によって、史実とこれをめぐる社会や世論の動きを確認することができた。

歴史的検討として最後に行ったのが、語り分析である。先の二つの調査では知り得ない生の声、生活者と歯科医師のオーラルヘルスや歯科医療にまつわるライフストーリーを知ることが目的とした。前述の、焦点化された“静止画”に対置される、主観的な“動画”の採取を試みた。現時点で記録できる実体験を全て採取したいと考え、高齢の生活者にも協力をお願いし、昭和初期から現在に至る躍動感あふれるストーリーラインを作成することができた。主観的で具体的な経験である“動画”を複数並列することにより、オーラルヘルスや歯科医療実践の推移をある程度一般化し、把握することができた。次の語り分析の段階では、恣意性の排除に留意し、グラウンデッドセオリーをはじめとする既存の語り分析の手法を参考に、独自の分析ルールを設定し、検討した。その結果、第二次世界大戦後のわが国の歯科医療の推移の実態と「信頼」に関する各人各様の概念を抽出した。さらに、いったん築かれたミクロレベルの生活者-歯科医師間の信頼は、様々な社会状況変化の影響を受けてないことも明らかになり、続く第五章、第六章の検討へとつながった。

本研究の歴史的検討において、上記の三つの研究手法を併用することで、客観的かつ立体的な生活者-歯科医師関係の動態を抽出し、考察することができた。語り分析においては、恣意性に関して危惧されることも少なくないが、研究手法の組み合わせと細かな分析ルールの設定により、これを可能な限り排除できたと考えている。以上、調査研究結果と研究手法に関する総括を行った。続く第三節、第四節では、今後の研究課題を中心に検討する。

3 生活者-歯科医師関係の二つの動態と信頼形成

本研究においては、学際的かつ多面的な分析によって、生活者-歯科医師関係の動態を明確化することを主要な目的としている。本稿の調査研究から、二つの生活者-歯科医師関係の動態が明らかになった。マクロレベルでは、時々の歯科医療を取り巻く環境の影響を受けながら、現在、パタナリズムから協働への流れの中にある。ミクロレベルでは、この流れの中で、個々のケースで独自のコミュニケーション方法を取りながら、信頼形成プロセスを経て、生活者-歯科医師関係が醸成されていく。しかしながら、生活者-歯科医師関係は定常的なものではなく、生活者/患者と歯科医師は、常に動的不均衡下で交渉を行っている。ある程度の時間をかけて築かれた、相互の信頼に基づく生活者-歯科医師関係は、良好な口腔リスクコミュニケーションの基盤となっていく。

言説分析によって、歯科医師への評価は、マクロレベルとミクロレベルで異なることも明らかになった。生活者の中には、マクロレベルにおける歯科医師への漠然とした不信感と、ミクロレベルにおけるかかりつけ歯科医師に対する信頼が共存する。ミクロレベルの信頼に関しては、第五章、第六章において詳しく検討することができたが、マクロレベルの不信感に関しては、今後さらに検討する必要がある。

4 オーラルヘルスプロモーションの現状と新たな視点

本節では、これまでの調査研究に基づいて、「生活者主体口腔リスクマネジメント」概念による、オーラルヘルスプロモーション展開の可能性を考える。医療従事者から生活者への情報提供は、これまで、ヘルスプロモーションの一部として行われることが多かった。厚生労働省は、日本の健康教育の発展過程として、1980年代までを指導型、1990年代を学習援助型としている（厚生労働省 2012）。健康への関心が高まる中、1990年代から日本においてもインフォームド・コンセントの概念が紹介され始め、1997年の医療法改正によって医療者は適切な説明を行って医療を受ける者の理解を得るよう努力する義務が明記された。これ以降、インフォームド・コンセントの原則は次第に生活者へ普及し始めた。

ところが、インフォームド・コンセント概念の普及後、医療従事者にとって、インフォームド・コンセントは単なる事務手続き化しているという皮肉な現状がある。本研究では、インフォームド・コンセントは、口腔リスクコミュニケーションのごく一部であり、治療のための交渉に含まれると考えた。現在、歯科医療の現場では、事務的ではない豊かな情報交換を意味する言葉として、“カウンセリング”の語を用いる歯科医師が増えつつある。事務的な情報交換と合意形成のみではなく、生活者-歯科医師間の「信頼」を基盤とする口腔リスクコミュニケーションを求める動きが、歯科臨床医の側から生まれていることは興味深い。より良い関係を築くためには、口腔健康教育、口腔保健学習支援、インフォームド・コンセントを含む、包括的な口腔リスクコミュニケーションが必要となる。豊かな口腔リスクコミュニケーションにより、ステークホルダー間のミューチュアルエンパワメントを期待することができる。この流れを、図 8-1 に示す。

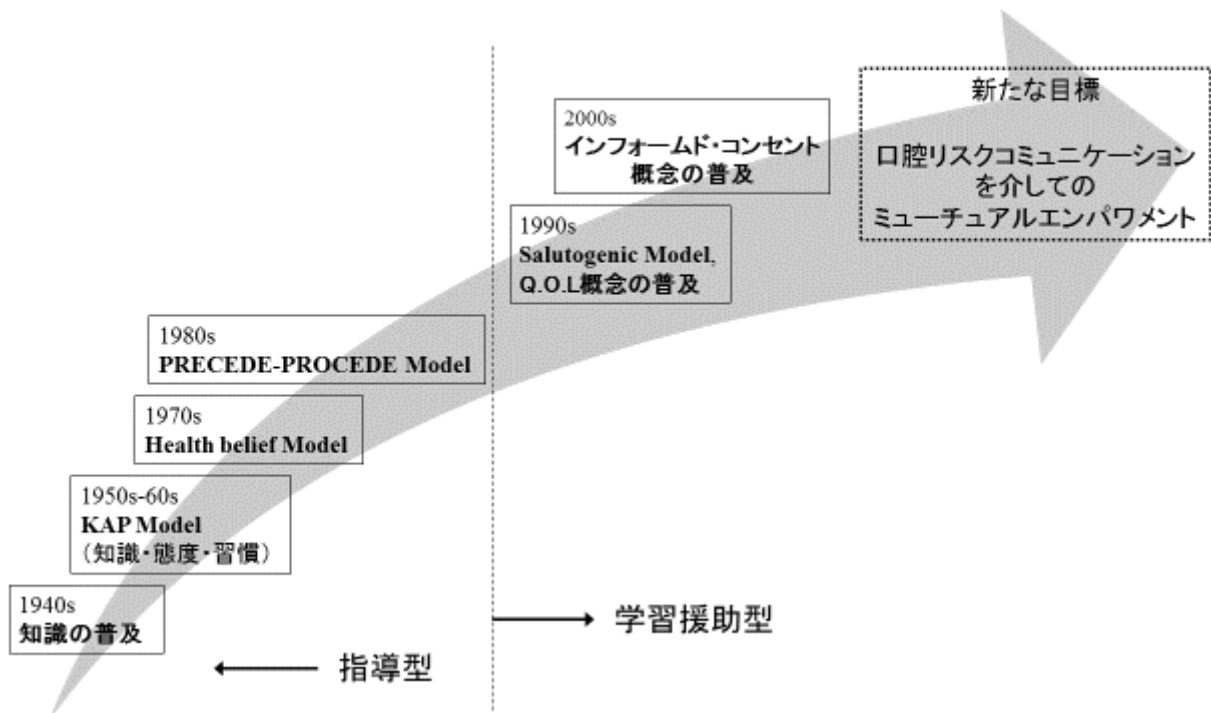


図 8-1 日本の健康教育の変遷と口腔リスクコミュニケーション

出所：KOBAYASHI and NARA (2016)より Fig.12 Changes in health promotion in Japanan and new goal of oral risk communication. を和訳

ここまで、歯科医療において、“生活者と歯科医師のオーラルヘルスに関する認識のギャップ”、“歯科医療システム因子間のエイジングのギャップ”、“マクロレベルとミクロレベルにおける歯科医師への評価の違い”という、三つのギャップが存在することを繰り返し述べてきた。ギャップへの気づきは新たなチャンスの発見である。大澤は「チャンスとは、ある機会やあるリスクを与え得るイベントや状況である。」と述べている（大澤 2016）。これらのギャップへ留意し、「生活者主体口腔リスクマネジメント」概念を歯科診療へ導入することにより、より豊かな口腔リスクコミュニケーションが可能となる。その結果、優れた口腔リスクコミュニケーションを介してオーラルヘルスの向上がもたらされる。口腔リスクマネジメント、インフォームド・コンセントを含む口腔リスクコミュニケーション、これらの結果として生まれるセルフエンパワメントとミューチュアルエンパワメントは、相互に深く影響し合いながら成熟していく。歯科医療のメインステークホルダーたる生活者と歯科医師のエンパワメントは、歯科医療におけるリスクガバナンスの資源となると考える。この点は今後の研究課題である。

5 まとめおよび今後の課題

本研究では、歴史的考察、新聞記事分析、語り分析を中心に、わが国の歯科医療システムにおける生活者-歯科医師関係の動態に焦点を当てながら検討を行い、その基盤となる両者

の信頼形成について考察した。歯科医療システムの発展によって、日本の歯科医療環境は充実し、国民のオーラルヘルスは飛躍的に向上した。生活者、歯科医師、行政の関心は、治療重視の歯科医療から、生活者ひとりひとりの状況に応じた、包括的オーラルヘルスケアへの取り組みを支援する歯科医療へと変わりつつある。現在、歯科医療システムは、社会情勢の変化やステークホルダー間の様々なコンフリクトを糧として、「生活を支える歯科医療」という新たな方向に向かいつつある。第七章で提示した「生活者主体口腔リスクマネジメント」概念の導入は、この新しい動きである、生活者とかかりつけ歯科医の信頼に基づく協働と、ライフコースを見据えたオーラルヘルスプロモーションの展開に大きく寄与すると考える。

昭和23年制定の歯科医師法第一章第一条には、「歯科医師は、歯科医療及び保健指導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）と歯科医療の基本理念が謳われている。歯科医療は、歯科口腔疾患の治療のみを目的とするものではない。70年余の試行錯誤を経て、「国民の健康な生活の確保」のための歯科医療システムが、今、再認識されようとしている。今後も、生活者とかかりつけ歯科医の協働による新たな歯科医療の展開に資するべく、さらに論考を深めたい。

参照参考文献

厚生労働省『平成 18 年度医療制度改革関連資料』

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshho/iryouseido01/pdf/info03k-05.pdf>
20161221 accessed.

宮本みち子、奈良由美子（2015）『生活ガバナンス研究』放送大学教育振興会.

大澤幸生（2006）『チャンス発見のデータ分析—モデル化+可視化+コミュニケーション→シ
ナリオ創発』東京電機大学出版局.

歯科医師法（2016）『医療六法（平成 28 年度版）』中央法規出版株式会社.

既発表論文一覧

Fukiko KOBAYASHI and Yumiko NARA (2014) A Narrative Analysis by Text Mining Technique Using KeyGraph: Similarity and Difference of a view of oral health and oral risk cognition between Japanese living people and dentists, *'Designing the Market of Data for Practical Data Sharing via Educational and Innovative Communications' of the IEEE International Conference on Data Mining (ICDM2014), Shenzhen, China, Proceedings of ICDM, 455-461.*

: 第一章（一部改変・加筆）

Fukiko KOBAYASHI and Yumiko NARA (2016) A study on the view of oral health and oral risk management in Japan: narrative analysis in combination with text-mining and KJ Method, *Intelligent Decision Technologies, 10, 249-261.*

: 序章、第一章、終章（一部改変・加筆）

小林富貴子（2017）「歯科治療忌避感の強い女性のオーラルヘルスリスクマネジメントに関する研究 —KeyGraph を用いたテキストマイニングによる語り分析の一例—」『日本歯科医療管理学会誌』51(4)、178-185.

: 第五章（一部改変・加筆）

小林富貴子（2017）「歯科医療システムにおける「生活者主体口腔リスクマネジメント」概念」『危険と管理』（日本リスクマネジメント学会誌）48、149-163.

: 序章、第七章（一部改変・加筆）

小林富貴子「近代歯科医療の歴史的考察—歯科医療システムの動態の把握—」『社会・経済システム』（社会経済システム学会誌）、第37号掲載予定.

: 第二章（一部改変・加筆）

謝辞

本研究を進めるにあたり、修士課程を含め六年に渡って終始あたたかいご指導と激励を賜りました放送大学大学院生活健康科学プログラム奈良由美子教授、副研究指導教員を引き受けていただき、演習と論文作成でご指導くださった放送大学大学院生活健康科学プログラム石丸昌彦教授、放送大学大学院社会経営科学プログラム坂井素思教授、副査としてご指導いただいた宮本みち子教授に深謝いたします。また、鶴見大学歯学部探索歯学講座花田信弘教授には、学外副査として博士論文予備審査から大変にお世話になりました。心から感謝致します。

生活健康科学特論やプログラム報告会においては、研究指導の先生方はもちろん、所属する生活健康科学プログラムの全ての先生方、田城孝雄教授、井出訓教授、戸ヶ里泰典教授、大曾根寛教授、山田知子教授、吉村悦郎教授、川原靖弘准教授、関根紀子准教授に直接ご指導を頂く機会を持てたことは研究への大きな力となりました。深く感謝いたします。

佐田富美子さんをはじめとする奈良教室の皆様からは、教室ゼミをはじめ様々な機会にアドバイスや激励を頂き、苦しい中にも楽しく研究を続けることが出来ました。御礼申し上げます。

博士後期課程在籍中は、インタビュー協力者をはじめ周囲の皆様に、折に触れ歯科医療にまつわる体験談やご意見をお尋ねしました。お話いただきました、生活者、歯科医療職、歯学部学生の皆様に感謝いたします。

最後に、あたたかく見守ってくれた三人と二頭の家族に感謝して、謝辞といたします。