高橋　慶壮　先生

略歴

1988年　岡山大学歯学部歯学科卒業
1992年　岡山大学大学院歯学研究科修了
1992年　岡山大学歯学部附属病院助手
1993年　英国グラスゴー大学歯学部 post-doctoral research fellow
1993年　英国グラスゴー大学歯学部附属病院 honorary senior house officer
1996年　岡山大学歯学部助手
1999年　明海大学歯学部講師
2006年　日本歯周病学会指導医
2006年　明海大学歯学部助教授
2007年　奥羽大学歯学部歯科保存学講座歯周病学分野教授　　現在に至る
日本歯周病学会奨励賞（1997年），日本歯科保存学会奨励賞（2001年）

口腔治療学における臨床推論

奥羽大学歯学部歯科保存学講座歯周病学分野
高橋　慶壮

William Oslerは100年以上前に「Medicine is a science of uncertainty, and an art of probability.」（医学は不確実性の科学であり，確率のアート（治療技術）である。）と述べています。医学や歯学は「The Youngest Science」あるいは「未成熟科学」とされ，医学や歯学を基盤とする医療には不確実性が常に内在します。冲中重雄先生（元 東大医学部教授　神経内科医）は1963年の退官記念講演「内科臨床と剖検による批判」において，自身の誤診率を14.3％と述べました。一般の人は東大の教授でも10％以上誤診することに驚き，逆に医療従事者はその低さに驚愕したという逸話があります。一方，歯科領域では誤診や医原病に関するエビデンスは見当たりませんが，紹介患者に行われた歯科治療の誤診と医原病をしばしば経験します。

日本の歯科大学は約100年前に米国の歯学部をモデルに日本流の「技工士学校型歯科大学」としてスタートしました。戦後，予防歯科や保存的治療が欧米で普及しましたが，日本では「置換医療」が主流で，病態を捉えて診断するという気運があまり育ちませんでした。歯学教育は技術論に偏り，論理学や科学的思考を支援する内容が乏しかったため，歯科医師の「考える」トレーニング不足を危惧します。

「医科と比較して，歯科の診断には検査がない。」「医科と違って科学になっていない。」という意見もありますが，検査は診断や治療に役立ってこそ価値があり，検査は目的ではありません。医科では検査値に習熟している反面，病態の把握や診断の苦手な医師が自己防衛的に行う「網羅的検査」や「地引網診療」の反省から，臨床推論に基づいて診断するトレーニングが推奨されています。10年以上前から臨床推論の重要性が各分野の臨床医から発信され，医師国家試験では臨床推論の問題が増えています。

口腔治療学において，短期的あるいは急性期の診断において臨床推論が極めて有用です。一方，歯周病のような多因子性で慢性の炎症性疾患では，加齢と多くの交絡因子が関わるため，不確実性は高まりますが，省察的実践家の臨床経験を言語化することでより精度の高い臨床推論を実践できると考えます。「勝ちに不思議の勝ちあり，負けに不思議の負けなし（松浦静山）」という諺にあるように，長期的に良好な予後を得ている症例発表より，失敗した症例から学ぶことが多いでしょう。

診断プロセスには直観的思考（パターン認識）と分析的思考（フレームワーク，アルゴリズム，Bayesの定理，etc.）があり，EBMやガイドラインとは異なり，省察的臨床家から得られる金言（クリニカル・パール）は臨床の質を高めるヒントを提供してくれます。もっとも，医療は「事後処理型」の行為で，患者個々の診断に際してアブダクション（仮説的推論，論理的推論とも言う。優れた発見的機能を有するが，可謬性の高い推論であり，帰納よりも論証力の弱い種類の蓋然的推論）を適応しますが，これは論理学の「後件肯定の誤謬」や「前後即因果の誤謬」の形式をとり，常に誤診のリスクを含みます。本講演では，演者が経験した誤診と医原病を提示しながら，臨床推論，いわゆる「診断の暗黙知」を「形式知」へ転換する試みを紹介します。