



序

日常歯科臨床において、臨床医が歯内療法を行わないことは少ないでしょう。ところで、著者が行う根管治療の8割以上は、前医の治療をやり直す「再根管治療」というのが実情です。「歯内療法が苦手な歯科医師」は想像以上に多いと思います。歯内療法は簡単な治療ではなく専門的な知識と技術の研鑽が求められますが、日本では歯内療法が正しく教えられる専門医は少数で、現行の卒前教育と卒後の臨床研修システムだけで臨床の要求を満たすのは不十分ではないか、と実感しています。未だに30年前と同じ教育が行われている大学もあるようです。また、以上のような研鑽の場に問題があるだけでなく、現在の医療保険制度にも問題があるという指摘も無視できません。

「To err is human, to forgive divine」(過ちは人の常、許すは神の業)

人は誰でも間違いや失敗をします。医療においては、「誤診」や治療ミスによる「医原病」が起きます。医科では、治療の失敗により患者に重篤な後遺症が残ったり死亡することも稀ではありません。歯内療法の失敗によって生じる患者の不利益は、歯の喪失、隣在歯への悪影響、時間の浪費、治療費、精神的苦痛、痛みの持続や咀嚼能力の低下による生活の質の低下です。

失敗の原因には、「未知」以外に「無知」、「不注意」、「誤判断」、「手順の不遵守」、「調査・検討の不足」があります。医療の現場では「想定外」という言い訳は通用せず、「経験不足」、「勉強不足」、「判断ミス」と断定されかねません。本書では「誤診」や「医原病」の具体例を紹介し、歯内療法の診断と治療に潜む「リスク」と「不確実性」および「リスク管理」について解説しました。本書を通読すれば「誤診」や「誤判断」による歯内療法の失敗がかなりの割合で回避できるようになると思います。また、実際にそうなってほしいと思いながら記述したつもりです。

医療は「不確実な行為」であり、失敗(ミス)は必ず起こりますが、失敗が少ないことが望ましいことは明らかです。「最良の医者とは間違いが最も少ない医者である」(The best doctor is the one who makes the fewest mistakes.) (William Osler, 1849-1919) という言葉は、われわれ歯科医師にも当てはまります。オスラーは米国における臨床医学教育の基礎を築き、ジョンズ・ホプキンス大学では、講義中心のドイツ的医学教育に代わり、体験実習を重んじました。「患者を診ずに本だけで勉強するのは、全く航海に出ない(船乗り)に等しいといえるが、半面、本を読まずに疾病の現象を学ぶのは、海図を持たずに航海するに等しい」とも語りました。医療における「知識」と「実践(臨床)」を両立させることが失敗の少ない医師になるために必要なことを説いたのでしょう。

1990年代にEvidence-Based Medicine (EBM) が登場しました。さながら、EBM

に基づけば医療における問題は全て解決されるとでもいわんばかりの雰囲気でしたが、著者は当初からその限界を感じていました。EBM(知識)だけでは誤診や医原病は減りませんし、個々の患者や患歯に対して最善の医療実践もできません。EBMを補完するNarrative-Based Medicine (NBM) が登場したのは当然の帰結です。

本書では、個々の患者の病歴に耳を傾けるNBMの重要性を「臨床思考(Clinical thinking)」あるいは「臨床推論」として解説し、臨床推論を実践するための「仮説思考」の実践方法を「網羅的思考」と対比させて説明しました。臨床推論の技量を「診断の暗黙知」と捉え、「直観的診断」と「分析的診断」の両面から解説しました。歯内療法の診断と治療に当たる歯科医師の臨床力を向上させるための「定石」になり得る知識、理論および実践例を紹介し、歯科医療で欠けがちな「考える医療」の実践方法を説明しました。

「次にどんな手を打つか?」——日常臨床であまた遭遇するであろうこのような局面において、よりよく考えるための臨床思考の実践方法を本書の中から学んでいただけたら、著者としてこれに過ぎる喜びはありません。

高橋 慶壮