

Title	歴史に学ぶ歯科医療の打開（III）：静脈内注射事件（その3）
Author(s)	吉澤，信夫
Journal	歯科学報，111(3)：267-278
URL	<a href="http://hdl.handle.net/10130/2415">http://hdl.handle.net/10130/2415</a>
Right	

## — 解 説 —

## 歴史に学ぶ歯科医療の打開(Ⅲ)

## 静脈内注射事件(その3)

吉澤 信夫

山形大学名誉教授

## 19. 歯科医療、歯科医業とは何か

山崎弁論によれば、1913(大正2)年の大審院の判決で、人の疾病を治療すれば医の行為にして、之を常業とするのは医業なりと決し、大正5年には医業とは反復継続の意思を以て医行為に従事するの謂なり、とした。さらに歯科医療、歯科医業は法によって規制されるものではなく、歯科医学の原理を応用するものである。学問としての歯科医学が常に変動、進歩発展することによって、歯科医療、歯科医業も伸縮するものである、と結論している。

伸縮という表現については、古く誤った医術の排除を「縮」、新しく有効な医術の導入を「伸」と解釈できる。本件でしばしば用いられる「学問としての歯科医学」は、少なくともその時代の科学水準から見て客観的、論理的に申し分のない内容を保持している意味で、弁護側はもちろん検事、判事も異論のない理念といってよいであろう。

しかし1877(明治10)年頃、コレラの予防に石炭酸の吸入を小学校の子供にしていたことをひどい「滑稽話」として山崎弁護士が紹介しているが、筆者(吉澤)にとっても、第2次大戦直後の体験として米<sup>のみ</sup>国進駐軍統治下の日本の小学生であったころ、蚤、虱<sup>しらみ</sup>等の駆除のために無差別で、頭から全身にDDTという白色の粉末を特殊な注入器で浴びせられた記憶がある。DDTは有機塩素系の殺虫剤であるが、後に毒性の強いことが判明し、農薬としても全面的に禁止された。

このように、誤った、あるいはあまり良好とはいえない技法は、医療においても後年の新しい、より

安全で効果的な技法によって排除されるのはいうまでもない。その一方、古くても長く現代に至るまで用いられつづけている医療も、当然存在する。歴史が最大の評価尺度とされる所以である。

山崎弁論の真骨頂はつぎのような点にある。

「御承知の通り我邦では医師、歯科医師は免許制でありまして医師は医師の免許を得、歯科医師は歯科医師としての免許を得なければ医業をしてはならぬことになって居って、医業は厳格なる免許業となつて居るのであります。又刑法第35条もありまして、正当業務の行為は罪とならぬことが明記してあるのであります。されば本件の注射も此の歯科医師の免許の範囲内であるか否かを決すればよいわけがあります。

1、先づ聊か沿革から述べることに致します。我邦では明治新政に至るまでは医業は自由業であつて、何人でも医業をやつて差支なかつたのであります。明治元年12月7日始めて、医師となるには試験を経て免許を受けなければならぬ。これからは無免許では許されないといふことを布達して免許業たるの方針を決定したのであります。さうして明治7年8月18日初めて統一ある医事法規として医制を制定し、その第38条に口中科といふものを加へました。さうして普通一般医の外に口中科と云ふ専門医を別箇に規定したのであります。此の医制は8年5月14日に改正しましたが、口中科に関する規定は少しも変らぬのであります。さうして明治9年10月12日内務省乙第5号を以て医術開業試験法を制定し、歯科医師も普通医師と同じく此の試験を受けたのであります。

歯科医術がだんだん発達して来て普通の医師と歯科医師とは断然区別しなければならぬ。その教へ方も試験も二つを一所にやるのは不合理であると云ふことが判ってきたので、明治16年7月31日内務省から歯科医学がかく発達した以上は、一般医師と区別して別箇のものとするべきものではないかと云ふ伺書が提出されました。そこで議院でも色々評議の結果歯科医師と普通医師とを区別することになりまして同年10月23日始めて医師試験の外歯科医師法(原文のまま)といふものが制定されたのであります。しかし斯学の先達は漸進的な斯かる制度の発達などには待ちきれず、自ら進んで歯科医学の独立を開拓したのもあります。例へば小幡英之助は明治8年10月、加藤谷五郎及び近藤新十郎は明治10年12月に特に希望して、歯科医師の試験を受けて及第して立派な歯科医の免許を受けたものであります。

しかし此の外に昔の歯抜、口中療治もそのまま残って居りまして明治18年3月、入歯、歯抜、口中療治営業取締規則が発布されて居るのであります。検察官の御意見は此の歯抜、口中療治師と歯科医師とを区別しないで論じて居るのであると考へます。明治39年に至り、医師法が始めて制定される時、之と独立して歯科医師法が制定されたのが今日の歯科医師法であります。斯様に医師法の外に立派に歯科医師法が出来て、別個独立のものにはなりました。が医師法で医師の免許を受けた者はそのまま歯科医として働いて差支ないことになって居ったのであります。恰度普通医師に対する按摩、マッサージ、鍼術産婆と同じやうな立場に置かれて居ったのであります。が、歯科医学が非常に発達して来て、その教養もその仕事も単なる普通医師では到底やれないものも澤山出来て来ましたので大正5年に歯科医師法を改正して普通医師でも歯科医師の専門を標榜するとか、充填其の他斯々の行為をするには更に免許を受けなければならぬと云ふ歯科医師法第11条の第2項が規定されたのであります。

そこで歯科医師の働く領域は全部、一般医師に隷属するものでないことになり、普通医師と歯科医師と或る行為は共通であるが、或る特種の行為は普通医師にも許されず歯科医師の特技として許される様になったのであります。之は今日に於て本件の如く医師と歯科医師との関係及びその能力の範囲をきめ

るには重大な観念でありまして、歯科医師の能力の領域は医師として別箇独立に考へなければならぬのであります。しかるに斯様な規定あることも知らず、又歯科医師と医師とは、その能力に於ても斯様に相対立して医師でも侵し得ざる範囲のあることにも気付かず恰も昔の如く歯科医師は医師に隷属して居って、医師の能力は無制限に広汎である、歯科医師はその1局部の治療のみ許されて居るものの如く説くは全く此の大正5年に改正になった規定を知らぬからでありまして非常な誤謬であります。]

これらの主張は、当時としては衝撃的であつたろうが、今日の考察ではさらに事態が進展していることを痛感する。

## 20. 科学(医学)の発達と医療への応用

医療は伸縮する。歴史とともに、取捨選択が繰り返されるといってよいであろう。しかし、法律は基本的に現実の後追いの立場から、先行することはめったにない。法の「整備」は周辺の関連分野との調整に手間取り、効果の予測や見極めに時間がかかる。したがって、一般に法律が日々の現実の医療を十分に支えてくれるというような期待は、患者側も医療者にとってもよほどのことがないかぎり無理と覚悟しなければならない。

そこで、法と現実とのズレを補充するために、行政の解釈が関係者の要請によって引き出されることになるが、その内容がこれまた必ずしも常に適正であるとは限らないという歴史的事実がある。基本的に科学、医学を法で律するには無理があるので、その成果を活用する医療も法で律するのは適正ではないと見なされてきた。結局、医療の現場に従事する者が高度のプロフェッショナルとして、医療倫理や客観的な条理に沿うものであるかどうかを種々の手段で検証しながら、実際に推進して行くしかない。noblesse oblige(仏;地位の高い人には道義的、倫理的義務が存在する)を放棄し、拝金主義に立つことを宣言する者ならば別である。そのように極端な立場には同意できず、患者を相手に倫理は無視できないというのが、多くの医療者の本音であろう。

今日の医療は、患者からオーダー(テーラー)メイドであることを要求される。その半面、現場では常識的に正当とされる医行為でも個別の評価となると

宿命的に複雑である。また短期的に良好でも、中長期的な価値判断に耐えられるとは限らない。加えて患者家族との十分なコミュニケーションを欠いたときは、さまざまな確執を生ずる懸念もある。

医療は本質的に危険で、傷害と表裏一体の関係にある。また医療には、暴走の危険性があることも世界の歴史が示すところで、まさにヒポクラテスの懸念したとおり正邪両面のきわどい2面性を持っている。これらは、現代の医療では常識とってよいが、一般人特に患者家族には周知されているとはいえない。すなわち処置、手術、投薬等に伴うリスクはどうか避けられるものと楽観的に期待しているふしがある。近年では困ったことに、医療事故が発生すると直ちに被害者、加害者といった単純な図式で決めつける社会的傾向があり、ともすれば刑事事件として扱われがちな世情である。

であればこそ、法律の規制、規正を超える厳しい医の倫理性が医療者に求められ、提唱され、伝承されてきたことをあらためて想起しなければならない。現代における厳しい医療批判に対して、医学、歯科医学教育がことさらに生命倫理を重視し、国家試験では地雷といわれる必須問題まで設定される時代である。しかし、どちらかといえば倫理は慎重で抑制的であり、それに対して人間の科学的探究心は旺盛で前進的である。

そのため、進歩発展の歩みを間断なく持続させるためには特に臨床の場合、もうひとつの要素で最も現実的な「条理」への照合が重要、かつ有効と考える。条理は個々の物事の道理、すじみちであり、通常は法理、倫理を超えた機能的な概念であることを確認すべきである。

科学(医学)の進歩が古今を問わず必要、有用であることは論を俟たないが、限定的な評価の定まらない新技術の登場の際には、混迷や被害が生じやすい。近年の具体的事例として、外国で開発された新薬が日本で承認使用されるまで日数がかかりすぎるという、ドラッグラグの問題は深刻である。難病に苦しむ患者のために一刻も早く国内で使わせて欲しい、あるいは個人的輸入のために余儀なくされている多額の経済的負担を、社会保険の適用によってそれを軽減してほしいという悲鳴は、日常的に発せられている。薬害の歴史は忘れてならないが、「薬に

懲りて<sup>なます</sup>臆を吹く」の警鐘も克服しなければならぬ。患者家族の心情としては当然であろう。ただし、患者側にもリスクの存在を確実に受け止め、覚悟してもらうよう、やっかいな話を何度も繰り返して説明する必要がある。

一方、日本人患者に安全で有効であることが統計的に立証されたとしても、薬事審査のデータの中には必ず有害事象(副作用)の記録が添付提示されている。治験の段階はもちろん、市販後でも有害事象の発生は不可避である。カバーしきれない個体差が存在する。それを最小限に止めようとするのが開発関係者や臨床医の責務である。しかし有力な薬物ほど切れ味が鋭い反面、毒性や危険性も高いのが通常であるために、医療者が懸命に研鑽をかさねたとしても、その苦悩は医療の進歩とともに増大する。これも宿命といわざるをえまい。「器械は壊れ、人は間違える」という現代文明の教訓がある。この真意が国民にも徹底して理解されるよう、医療関係者はこぞ努力する必要がある。耐えられない者は、いさぎよく撤退しなければならない。

このような医学医療の進歩を考慮した場合、医療事故は故意の犯罪と明確に区別されるべきなのに、今日の社会の潮流では、その区別はない。この危機感、歯科関係者の場合やや希薄なように見受けられるが、次回に述べる歯科医師の死亡診断書交付問題と同様、無関心では済まされないと思う。

## 21. 生殖医療にみる医学・医療の困難性

人間の生殖(補助)医療もその一例である。人工受精は元来成功率が低く、流産しやすい。また妊娠をfull termに持ち込んでも、奇形発生の懸念もある。

にもかかわらず、「こども」を望んでも不幸にして恵まれないために、身体的心理的経済的負担を覚悟の上で不妊治療を繰り返す夫婦も多い。生殖医療自体も多様化し、当初の体外受精を行った胚(受精卵)を母体の子宮に戻すといった比較的単純な事例から、代理母とか第三者の精子、卵子を使用する事例、さらに性同一性障害夫婦における「非配偶者間人工授精」によって生まれる子の法的扱いをめぐり、嫡出子か非嫡出(婚外)子かといった、親子関係にまで関連する厄介な問題まで惹き起されてしまった。

しかも最近ではDNA検査の進歩によって、闇の部分が正確に、しかも簡単に明るみにされる時代である。これはチャップリンの「人は知識を得て懐疑的になった。」という警告の標的そのものである。科学の進歩に人間の知恵が付いていけない現実、法律だけでも科学だけでも解決できそうもない、宿命的ジレンマなのであろうか。

移植は、当初から社会的に問題の多い歴史をかかえている。有名な1968(昭和43)年の札幌医大における和田心臓移植事件、さらに2006(平成18)年の宇和島徳洲会病院における病気腎移植など、医療技術自体もさることながら、関連する課題にはにわかには正否をつけがたい困難な議論があって、現時点に至るまで答えの出にくい論争がつづいている。

## 22. 裁判の争点と今日的解釈

以上のように、第1審および控訴審の公判で争点となった点は、端的に述べるとつぎのようなものである。

(設問)

1. 歯科医師は静脈注射を自ら実施してよいか。  
(静脈注射は歯科医療の範囲かどうか)  
(静脈内注射に関する直接の理論、基礎知識並びに技術的操作に関する歯科医師の教養とその程度はどの水準か)
2. クロール、カルシウム(塩化カルシウム)は歯科疾患(重症感染症等)に対して効果を有するか、その薬理学的機序はどうか。
3. 歯科医療の対象となる疾患、範囲はどこまでか。  
(医師法と歯科医師法の対比、歯科治療の制限論と無制限論)
4. 歯科医療の業務範囲に全身的診察、検査、治療が含まれるか。  
(口腔疾患に対する治療のアプローチは、口腔外からも許されるか)
5. 歯科医の全身的診察に関する教養、能力は口腔外の治療において充分か。

(回答)

1. 静脈注射は歯科医師の免許の範囲である。  
1) 第8回公判において山崎佐弁護士が弁論の本論第五に詳しく解説している。結論として、法制上も医師法違反としては証拠不十分で無罪、

また歯科医師の免許の範囲であるということから「罪とならざるものとして無罪である」と断定している。

2) 静脈内注射に関する教育に関しては、第3回公判における青木貞亮教授の証言、並びに昭和12年9月25日付けで東京刑事地方裁判所に提出された日本歯科医師会の血脇守之助会長の上申書に述べられている。上申書の(七)で「歯科医学専門学校に於ては現に学生に対し、歯牙並びに口腔粘膜、顎骨の炎症性疾患に対する治療法の1法として、静脈内注射に関する諸般の理論並びにその技術的操作を患者につき教授し、かつ一方には実習をなさしめつつあるものにして、これは全く将来卒業後、歯科医業としてこれを治療上に応用せしめんがための目的に外ならず。」と記している。

2. 昭和10年頃の歯科医学、歯科医療の状況と、今日の状況とは当然のことながら大きく異なる。生体に注入した場合、腎障害等副作用を生じることもある。現代では用いられていない。より進歩した薬物(抗菌薬、消炎鎮痛薬等)が使用されている。
3. 歯牙、顎、口腔およびその附属組織に起因する疾患、病状に対しては医師の担当する分野と重なり合うところがあり、歯科医の業務範囲は、そのために必要な問診、診察、検査、治療においては基本的に無制限である。

いわゆる無制限論の根拠は、科学、医学、歯科医学の進歩発達によって、医療も、歯科医療も伸縮するという歴史的事実に拠っている。すなわち、明確な線引きは行えないし、行うべきでないという先人の知恵である。なまじ線引きすると、間もなく現実との間に大きな乖離が生ずることを予測しているからに他ならない。

古くは日米安全保障条約をめぐる論争のなかで、問題となった「極東の範囲」がある。野党は、どこからどこまでかとしつこく追及したが、政府側はのりくらしとそれを躲(かわ)した。また、たてまえ上、そうせざるをえなかった事情がある。

最近の話題では、「天皇の国事行為」がある。国事行為については明確にできるものの、それ以

外の「公的行為」については統一的なルールを設定しえない、現実的でないとした政府の見解にも通ずるものといえよう。私的行為との区分が困難であるうえ、公的行為を定義づけてしまうと、新しい行為が出てきたときに対応できない、という説明は充分納得できるものと思われる。ここで「新しい行為」を、医療の場合「新しい技術」に置きかえれば、歯科医療の無制限論を合理的なものとして了解できよう。

4. 歯科医療の対象となる疾患は、第1次的に歯、顎、口腔疾患であるが、それに起因する他部位すなわち全身の症状も診療の対象となる。したがって問診、診察は不可欠で、時に検査を加え、診断の後に治療方針を立てる。

全身的診察は必要であるが、患者との問診や口腔内診察の段階において、口腔以外に症状のない場合、これを省略することが多い。しかし、必要と判断した場合には、患者の拒否があったとしても、説得し実施すべきである。これを省略したために不作為の罪を指摘される事例がある。

検査も必要に応じて、血液をはじめ各種にわたり実施する。以上の段階を経ないで安易に診断をすることは、すなわち誤診、誤療の危険性を高くすることになる。

5. 医学の進歩は、まさに日進月歩である。これに対して歯科医療の中で必要とされる医学その他の教養も拡充しなければならない。歯科医師の卒前教育さらに国家試験において、その趣旨が十分に生かされるよう、その時代の教育と行政の関係者は留意すべきである。全身の問題を皆目無知のまま、他科に丸投げするのは許されない。ただし、一旦免許を取得した者でも終身免許に見合う生涯研修は各人の義務であるが、生涯研修自体は医療に限ったことではない。

### 23. 第9回公判：控訴審の無罪判決下る

1938(昭和13)年2月25日、第9回公判で大野裁判長より判決言渡しが下された。結果は見事、無罪であった。しかも判決後1週間の控訴期間中に検事控訴もなく、本件の無罪が確定した。関係者の喜びは大変なものであったと想像されるが、この裁判の歴史的意義について当時の歯科界一般の反応はどうで

あったろうか。今日の医療関係者でさえ、どのように認識されているか不安が残る。カタカナで読みにくいのが、ぜひ通読していただきたい。

#### 判決文

##### 判決

本籍 静岡県小笠郡佐東村中方1,222番地

住居 東京府西多摩郡青梅町青梅168番地

歯科医師 鈴木 誠 一

当 41年

##### 主文

被告人ハ無罪

##### 理由

本件公訴事実ハ被告人ハ歯科医師ナルトコロ医師ノ免許ナクシテ昭和10年4月下旬頃ヨリ昭和11年6月15日頃ニ至ル迄ノ間自宅医院ニ於テ川内きよ外3名ノ下顎骨膜炎及歯槽膿瘍等ヲ診断シ之ヲ治療セシムル為夫々歯科医師ノ業務範囲外ナル上膊部「クロール、カルシウム」静脈注射ヲ為シ料金ヲ徴シ以テ医業ヲ為シタルモノナリト謂フニ在リテ

被告人ガ歯科医師ニシテ医師ノ免許ヲ受ケザルコト並被告人ガ業トシテ右ノ如ク川内きよ外3名ニ対シ其ノ下顎骨膜炎、歯槽膿瘍又ハ歯槽膿漏ノ治療ニ際シ之ガ消炎鎮痛ノ目的ヲ以テ夫々上膊部ニ「クロール、カルシウム」ノ静脈注射ヲ各1回乃至2回為シタルコトハ被告人ノ当公廷ニ於ケル其ノ旨ノ供述ニ依リ明カナルトコロナリト雖モ

被告人並弁護人等ハ該行為ハ歯科医師ノ業務範囲ニ属シ被告人ハ歯科医師トシテ当然之ヲ為シ得ベキコトト信ジテ其ノ行為ニ出デタルモノナレバ本件ハ無罪ナル旨主張スルニヨリ按スルニ

本件公訴事実ノ該当法条タル医師法第11条ニハ免許ヲ受ケズシテ医業を為シタル者ヲ処罰スル旨規定セルガ同法条ニ所謂医業トハ歯科医業ヲ除外シタル狭義ノ医業ヲ指称スルモノト解スベキコト我法制上医師法ノ外ニ歯科医師法ヲ設ケ同法第11条ニ於テ免許ヲ受ケズシテ歯科医業ヲ為シタル者ヲ処罰スル旨規定シタル事実ニ徴シ明白ナルヲ以テ若シ被告人ノ本件行為ニシテ歯科医業換言スレバ歯科医師ノ業務範囲ニ属ストセバ其ハ何等前記医師法ノ罰条ニ触ルトコロナキモノト謂ハザルベカラズ 仍テ先ヅ歯科医業の内容範囲付考察スルニ業トシテ歯科医ノ行

為(又ハ歯科医術)ヲ行フヲ歯科医業ト謂フベキハ論ナキモ其ノ歯科医ノ行為ノ何タルカニ関シテハ法律ハ之ヲ明定セザルヲ以テ之ガ決定ヲ一ニ社会ノ通念ニ委ネタルモノト解スベク而シテ現今ノ社会通念ニ依レバ少クトモ歯牙ノ疾病又ハ歯牙ニ関連スル疾病ノ治療ヲ目的トスル行為ヲ歯科医ノ行為ト認ムベキハ疑ナキトコロニシテ其ノ治療方法ニ付テモ亦治療ノ対象ガ口腔内ノ疾病ニアルガ故ニ直接口腔内ニ治療ヲ施スコト多カルベキモ必シモ之ニ限ルモノニアラズ

前叙ノ目的ノ為ニスル以上口腔外ヨリ治療ヲ為スモ其ノ歯科医ノ行為タルコト敢テ妨ナキモノト謂フベシ 蓋シ治療ノ目的遂行ノ為凡ユル有効適切ナル方法ヲ採ルベキコトノ必要ナルハ医療行為ノ本質上論ヲ俟タザルトコロニシテ口腔ノ内外ト雖相互ニ無関係ナルニアラズ 有機的ニ相結合シテ人体ノ組織ヲ成セルモノナルハ治療上兩者何レヨリ之ヲ為スモ其ノ価値ヲ異ニスベキニアラザルノミナラズ却テ寧ろ口腔外ヨリ治療ヲ施スコトノ必要ナル場合ナキニアラザレバナリ

然レドモ広ク医業ヲ特定ノ学校ヲ卒業シ若クハ国家ノ検定試験ニ合格スル等一定ノ資格アル者ノミ免許スルコトト為シタル我法制ノ下ニ在リテハ歯科医ノ行為ヲ業トシテ行フコトハ歯科医師トシテ又一般医ノ行為ヲ業トシテ夫々免許ヲ受ケタル者ノミガ許サレ居リ 且歯科医師トシテ免許セラルベキ学力上ノ条件ハ歯科医行為ノ対象ガ人体ノ一局部ニ限定セラレ居ル関係上之ヲ一般医師ノ免許ノ場合ニ比シヨリ輕易ナルコトハ公知ノ事実ニシテ從テ制度上当然歯科医師ノ診療能力ハ一般医師ノ診療能力ヨリ低キモノト見做サザルヲ得ザルヲ以テ歯科医ノ行為ヲ業トシテ行フニ付テハ必シモ医学上認メラル凡テノ治療方法ガ許サレタルモノト謂フ能ハズ 換言スレバ歯科医師ノ業務範囲ニハ其ノ治療方法ニ関シテモ亦自ラ一定ノ制限基準ハ一般医師ノ免許アル者ヲシテ之ヲ行ハシムルコトガ相当ナリヤ否ヤ即チ国家ヨリ全身の医学教養アリト認定セラレタル者ヲシテ之ヲ行ハシメザルハ危険ノ虞アリヤ否ヤノ点ニ之ヲ求めザルベカラズ

以上ノ見地ニ立ち翻ッテ本件被告人ノ行為即チ歯科医師ガ下顎骨膜炎等ノ治療ニ際シ消炎鎮痛ノ目的ヲ以テ「クロール、カルシウム」ノ静脈注射ヲ為ス

コトガ歯科医業トシテ許容セラルベキヤ否ヤヲ<sup>こうかく</sup>考覈スルニ右静脈注射ハ直接血液内ニ薬液ヲ注入スルモノナルガ故ニ之ヲ行フニ依リ消毒ヲ完全ニシ其ノ操作ニ付テハ極メテ慎重ヲ要スルコト勿論ナレドモ本件ニ顕ハレタル諸般ノ証拠ニ依レバ該注射自体ハ技術上別シテ困難ナルニアラズ 且ツ「クロール、カルシウム」ナル薬品ニ付テモ亦特ニ之ヲ禁忌スベキ特異体質ヲ聞カズ 既ニ今日ニ於テハ「クロール、カルシウム」ノ静脈注射ハ医学上殆ド常識化セラレタル施術ニシテ一般歯科医学校ニ於テモ学生ニ対シ他日開業ノ場合実用ニ資センガ為メ之ガ実習教授ヲ為シ現ニ独り本件被告人ノミナラズ他ニモ歯科医師トシテ實際ノ治療ニ際シ「クロール、カルシウム」ノ静脈注射ヲ用ヒ居リシモノ決シテ稀ナリトセザル事實ヲ認ムルニ足ルヲ以テ現在ニ於ケル医学ノ発達ト歯科医師ノ医学的教養水準ノ上昇トハ歯科医師ヲシテ其ノ歯科治療ニ依リ消炎鎮痛ノ目的ヲ以テ「クロール、カルシウム」ノ静脈注射ヲ為サシムルモ上述ノ見地ヨリ觀テ敢テ之ヲ不可トスベキ程左シタル危険ナシト断ズルヲ相当トスベシ 然ラバ被告人ノ行為ハ當ニ歯科医師ノ業務範囲ニ属スルモノト認ムベク從ッテ医師法第11条ノ罪ヲ構成セザルモノト謂フベキヲ以テ本件ハ罪トナラズ 仍テ被告人ニ対シ刑事訴訟法第362条ニ則リ無罪ノ言渡ヲ為スベキモノトシ主文ノ如ク判決ス

昭和13年2月25日

東京刑事地方裁判所第二部

裁判長判事 大野正太郎

判事 近藤 隆藏

判事 足立 進

右 臈 本 也

昭和13年3月17日

東京刑事地方裁判所第十部

裁判所書記 橙 口 明

## 24. 医師による医療の限界はあるか

医師に許されていない医療で、歯科医師のみに許されている業務が何かの折に指摘されることがある。それは、いわゆる歯科固有の医行為とされる充填、歯科補綴、歯科矯正治療である。これについて戦前の昔はともかく、今日の医師には法的に許され

ていない。許されたとしても、実力が伴わなければ、さらに診療に対する報酬上の大きなメリットがなければ、実施できないのが実情であろう。

多分ここで、歯科インプラント(手術)はどうかという問題が浮上するが、この件については当面掘り下げた検討を保留する。自費診療という医療者側にとって魅力のある領域には、もともとあいまいな医歯の重なり合う緩衝地帯の場合、参入してくる蓋然性も充分考えられるからである。現に、顎矯正手術は唇顎口蓋裂の有無にかかわらず、我が国でも形成外科にとっては美容整形上の需要もあり、魅力ある医療となっている。歯科矯正医の協力を取り付ける必要性は、歯科口腔外科としても形成外科としても同様である。結局、選択と評価をするのは患者であるが、医か歯かの問題ではなく、どちらが患者にとってメリットがあるかということになる。ただし個別の評価は、論ずるまでもない。

## 25. 専門医、認定医制度の混乱

同じ医師間の問題で、消化器内科医が法的に脳神経外科の手術をしてもよいことになっているとしても、さらに卒前の知識をある程度持っているとしても、患者の脳に主治医としていきなり手をつけるなどはとんでもない暴挙とみなされ、現代では刑事事件として告訴、告発されるであろう。何よりも患者本人、家族が許さない。すなわち医師の免許だけの問題ではなく、実力実績の問題である。そのため、各学会が専門医制度という条件設定によって、事前に事実上の制約をかけている。

ただし、この専門医、認定医制度をめぐっては多くの問題があるといわれる。日本医学会の各分科会とそのうちの72の学会が加盟する日本専門医制・評価認定機構との間に、既得権益やプライドなどが絡み合っ、なかなか制度の改革が進まない、という。歯科関係の専門医、認定医制度も同様で、学会間の格差が大きく不透明な部分も少なくない。

それでも、医療の専門性は存在する。内科医が眼科の検査をしてコンタクトレンズを処方、装着したり、白内障で水晶体摘出、眼内レンズ装着したりするのは事実上不可能である。結果が致命的でなくても、事後に糾弾される。このように、あえて医師法や専門医制度を持ち出すまでもなく、医師がすべて

の診療科を単独でカバーできるわけではないことは周知のとおりである。

しかし、医師法は1本であり、眼科医師法や内科医師法は存在しない。本質的に区別することが不可能なのである。まして医療法に至っては医療法1本であり、歯科医療法は存在しない。歴史的に見ると、明治時代の医歯一元制が、1906(明治39)年それぞれの法律によって分離された。このときの基本的な思想は、すべての歯科医業が医業に含まれるものでない、と明示したことで、医師であっても許されない歯科固有の医業の存在が確立されたことである。1908年の歯科医学専門学校の設立後に医歯二元制が確立された結果の功罪は、以後長く議論の対象となってきた。この件については、後に述べる。しかし、境界領域の紛争は医師と歯科医師の間に限ったことではない。

## 26. 実際にあった医・医間のあつれき

消化器疾患の手術に関わる内科医と外科医、高血圧症に関わる泌尿器科医と内科医、頸部脊髄疾患に関わる脳神経外科医と整形外科医、捻挫脱臼骨折に関わる整形外科医と柔道整復師(接骨医)、出産に関わる産婦人科医と助産師、新生児に関わる産科医と小児科医など、医療従事者間のあつれきは新旧の差はあるものの、枚挙にいとまがない。また Co-medical といわれる各職種と医師の間、それらの職種相互間のあつれきも、専門家としての意識が強いだけに、チーム医療の重要性が連呼されるほどに難しい事情がある。

## 27. 内科医が胃の手術？

1980(昭和55)年代から内視鏡による手術が普及しはじめたところ、内科医が従来の胃カメラによる検査や生検(病理組織標本採取)に止まらず胃がんの手術をしているとして、開腹手術こそ本道であると主張していた消化器外科医から非難の声があがった。内視鏡手術はこの後、日本が最も得意とする光学機器の開発進歩とともに急速に伸展し、肛門から非観血的に直達する大腸等の消化管はもちろん、泌尿器、呼吸器、循環器さらに経皮的に近接する関節や実質臓器の病変にまで応用されるようになった。

内視鏡は単に病変を観察する検査の段階から、治



療手術にまで拡大する歴史的変革を遂げた。これは医学、医療のための機器と技術の進歩に対して、法や行政が悪い干渉や規制を避けて成功した典型的な事例である。ただし、事故発生に対しては社会的糾弾が厳しくなり、加えて倫理的対応の要求も増大していることは周知のとおりである。

今日では単なる免許に止まらず、専門的な技術の実施については十分に研鑽した経歴と実力が求められる。事実、新薬、新機器、新材料等の臨床応用に関して厚労省内はもちろん、現場である病院など各医療機関内に設置された倫理委員会等の審査機能がかなり厳格なチェックを行っている。治験の場合、不特定患者の一般的承認ではなく、具体的に対象となる患者は誰か、担当医は誰か、いつからいつまで何のために何をどのように使用するのか、経費の出所、予想される有害事象と関連する文献を添付するなどした申請書を作成提出し、事前に委員会での説明を求められる。日本の場合むしろ外国からの導入に対して、厳しすぎる、時間がかかりすぎるという批判があったのは既述のとおりであるが、審査に必要な時間も半端でないことも事実である。

## 28. 歯科内部の問題が 社会への展開を妨げていないか

診療範囲は、表現をかえると縄張りである。一応、患者の安全安心のためという大義名分はあるが、実質はそうでない。歯科医が歯科技工士や歯科衛生士をいわゆる Co-dental とかデンタルファミリーと称して長年にわたり抱え込みを図ってきたが、21世紀に至って維持できなくなりつつある。歯科技工士は Denturist への道を閉ざされているし、かつてのチャンスであった臨床工学技士や義肢装具士への展開も試行さえされなかった。技工物の中国外注問題もコスト削減から発した業権争いである。

最近鈴木俊夫氏(愛知県)の主張する「咀嚼機能訓練士」は、どうなるであろうか。訪問歯科医療のなかで、歯科の幅を社会にひろげる有力な行為として将来を期待されるか、歯科医療の獅子身中の虫と危険視されるか、どちらであろうか。

歯科衛生士も歯科診療所から出て医療全般の活動をすべきだという意見が、外部から洩れてくるようになった。これは、歯科医師の指示によってのみ活

動できるという制約を緩和し、医師や他の医療従事者からの要請にもとづいて、独自に口腔ケアや摂食嚥下指導などに従事しやすくなるよう、歯科衛生士法の改正を意図するものである。これは昨今クローズアップされている特定看護師の業務拡大に通ずるところがある。

かつて歯科衛生士学校の卒業生は、ほとんど歯科診療所へ就職するしか道がなかった時代が長く続いた。ある学校の校長が地方行政組織にくい込んで保健婦や看護婦(名称当時)と同様、歯科衛生士の公務員職の定員を獲得した際、歯科診療所の衛生士不足にいらだっていた地元歯科医師会の幹部が激怒した、という悲しい話がある。後年の歯科医師会が、逆に歯科医や歯科衛生士を行政へ送り込むべく陳情しても時すでに遅く、今や冷えきった鉄を打つような状態であることはいうまでもない。この流れすなわち診療所中心の思想は、やがて総合病院歯科口腔外科のさらなる凋落、開業医の飽和という現象を加速することになる。

先を見る目がないのか、組織のことしか考えられないのか、歯科医師会も医師会もしばしば露骨に利己的態度を押し出してきた。ちなみに開業医主体である日本医師会の場合は最近の話題に、病院団体、政府、日本看護協会などとの対立がある。日本版 NP(nurse practioner)といわれる「(仮称)特定看護師」に対して、「日医のすべてを懸けて反対」(2010年2月、日医常任理事)すると発言しているが、これは日医が真の学術団体なのか、疑問視させるものであろう。医療系団体は、社会性よりも政治性を帯びる傾向が強い。学術振興と政治活動を分離しても、同根骨肉の争いが残る場合さえある。看護協会と看護連盟の陰惨な対立などは、平成22年の段階でかなり深刻な状態に陥っている。

## 29. 歯科の拡大の落とし穴(資料1-11)

医師法に対して歯科医師法がある。医師会に対して歯科医師会がある。歯科医業の独立性が、明治以来いわゆる医歯二元論のもとに守られてきた。そして歯科医は、固有の診療科名を標榜することが許されている。しかし当初から歯科医療法はなく、医療法に一括されている。歯科医道審議会はなく、医道審議会の中に包括されている。社会保険の診療報酬

では医科、歯科、薬剤と分離されているものの、歯科医(口腔外科医)が医業と重なり合う口腔外科関係の手術を行うと、歯科としての予算枠が減少するとばかり、主に保存補綴に従事する関係者から眉をひそめられ、一方で耳鼻科や形成外科等からは自分達の患者を奪う商売仇とばかり、それぞれ暗黙のうちに冷たい目で見られて久しい。

小説家の故遠藤周作氏をはじめ一般の眼から見ると、医科大学に対してなぜか不思議なことに歯科大学がある。眼科大学や耳鼻科大学がないのに、である。1965(昭和40)年以降、国立大学でも医学部に並立してあわせて11の大学で歯学部を設置し、医学部から独立した附属病院まで持つに至った。いうまでもなく、私立歯科大学(歯学部)も各地で設立され、現在国公立合計29校が存在する。

これには昭和30年代から歯科医不足が強調され、押し寄せる患者特に小児は厄介なので断られる傾向さえあった背景がある。時期的にはタクシーの乗車拒否が珍しくなかったため、法人独占から個人タクシー増加政策に転換したのと一致している。立派な診療所と外車を持った開業医といえば、歯科の先生だろうと、一般市民だけでなく医師の方からも複雑な羨望の眼が注がれる時代がつづいた。そういう世論に押されて、昭和30年代前半には7大学だった歯科大学(歯学部)が、昭和50年代後半に私立17、公立1、国立11あわせて29大学まで増えることになったのである。

高度経済成長の果実は、民間の経済はもとより、国の税収も潤沢にした。1県1医大政策も可能となるほどに、巨大であった。従前の医学部内にあった歯科(口腔外科)さらにその講座は、国立の旧帝大、旧医大で分離が進み、独立した結果、前述のように11大学で歯学部を有することになった。私大校も増加したことは周知のとおりである。歯科の規模は歯学部として大きくなったが、皮肉なことに医学部やその病院との交流は少なくなり、特に医学部学生に対する歯科の教育は歯学部の独立によって、皆無あるいはそれに近い状態に陥った。そのため同じ医師でも出身校によって、歯科の教育内容に関しては、濃淡の差が著しく拡大したものになっている。

### 30. 歯科医療の地盤沈下

社会保険診療報酬では医科と歯科、薬剤と分けられている。すなわち療養担当規則は区別され、それぞれに初診料、再診料をはじめとする細かい規定がある。しかし、医療費の予算は1本化している。

かつて薬価を引き下げて余剰が出た分を、技術料などの医療費に振り替えるという施策に合意した中医協で、歯科の薬剤依存度を考慮しなかったばかりに、余剰分はほとんど「医科」にシフトされたことは、歯科のスキをつかれた苦渋のエピソードである。その一方、中医協に眼科医会、耳鼻科医会等の代表が出席を許されているわけではない。なぜ、歯科だけが中医協に代表を出せるのか、という不満は従来からの医科側の潜在意識にくすぶっている。

はたして医歯二元制は、歯科にとって有利なのか不利なのか。そもそも医療全体にとって、患者にとって歯科を分離していることが合理的なのか、どうか。歯科医療の特殊性、特異性は果してどうなるであろうか。

少くも時の政治的力学によって歯科医療の評価を上下させることは、安定を欠くばかりでなく、医科との配分争いに終始することになる懸念が残る。

(参考文献等は最終回に一括して掲載)

#### 資料1-9 中井川弁論(要旨)

1. 歯科医師の業務の範囲(疾病と治療方法)
2. 治療法の制限論(口腔限定)と無制限論(全身)
3. 明治40年4月神奈川県知事からの照会に対する内務省衛生局の回答(下剤の経口投与問題)
4. 歯痛時の鎮痛薬投与後の作用機序
5. 健康保険法における政府と歯科医師会との契約にみられる明確な治療項目と料金設定
6. 許可を得た超短波療法の口腔外適用
7. 口蓋補綴における前処置としての穿孔辺縁部の切除(debridement)
8. 危険性の同等な局所麻酔と静脈注射
9. 公的に料金設定された静脈注射
10. 歯科医学と鍼灸術
11. 死亡診断前の臨床：止血剤や強心剤の投与
12. 特異体質、偶発症発現時の対応
13. 第1審における証人証言の再評価
14. 無制限論を支持する各種証拠資料
15. 静脈注射は歯科診療、歯科医業の範囲である

## 資料1-10 山崎弁論(要旨)

## 1. 裁判所への謝辞

## 2. 緒論

1) 医事法規の如何は医学発達を支配す。

- (1) 明治維新前後におけるコレラ大流行時の為政者の対応や種痘術の普及
- (2) 盲人の按摩を目明きにも許可した按摩規則の運用の矛盾
- (3) 一般医師の診療範囲も無制限ではない。現今の医学、歯科医学の認める範囲と制限される。
- (4) 輸血療法と駆瘰癧法としてのマラリヤ療法

2) 医事法規の解釈取扱の適否は医療の進歩と適否とを支配す。

- (1) 徳川時代に認められていた医師の特権
- (2) 診療簿の形式や記載に関わる行政の誤解
- (3) 産婆に妊娠診察は許されない?
- (4) 聴診器は灸術の範囲外?
- (5) 「玉葉」にみる歯科の鍼治療

3) 本件(訴訟)の重大性

## 3. 本論

- (1) 医師と区別されていなかった古い法規(旧刑事訴訟法)
- (2) 新しい概念の「歯科医師」

4. 「クロール、カルシウム」の静脈注射は歯科医師として許されている領域であるか否か

## 5. 歯科医師に関して

- 1) 歯科医師に許された診療範囲
- 2) 全身に関する医学的知識
- 3) 歯科医師の治療は唯歯牙口中の局所からのみに限定すべきか
- 4) 凡そ全身に影響を及ぼさざる疾病は何もなく、足の先の爪をはがしても、頭の後を殴られても、総べて全身に影響する。歯牙口中の局所からの遠近で、歯科医師に許された範囲を決めるのは誤りである。
- 5) 危険性、困難性で歯科医師の領域、範囲を決めようとするのは全く理由がない。
- 6) 「クロール、カルシウム」の危険性には根拠がない。
- 7) 歯科医学教育は静脈注射を十分に教えている。
- 8) 歯科医学は日進月歩、発達拡大している。「吃音と歯牙」の研究報告も認められる。昔の口中科のような、この白い歯牙だけについて取扱うものでなく、非常に広汎になっている。
- 9) 治療は絶対を条件にすべきでない。
- 10) 適応症が存在するのに、注射の実施が少ないのは、不作為による侵害のおそれがある。
- 11) クロール、カルシウムの効果、評価

12) 古い教育を受けた者と新しい教育を受けた者の免許に差はない。

13) 国家試験に出た内容は必要性を認めていること。

14) 法令の規定に見る診断書、死亡診断書、検案書ならびに危険性と違法性の区別

6. 1892(明治25)年法学博士オッペンハイム教授(バーゼル大学)の講演「医師の職務執行における限界」

7. 医業の免許制は明治以降で、それ以前は自由業であった。

明治8年10月歯科医師の試験第1号小幡英之助に、明治10年12月加藤谷五郎、近藤新十郎がつづいた。明治18年3月、入歯、歯抜、口中療治営業取締規則が發布された。

明治39年に至り、医師法、歯科医師法が制定された。

1) 大正2年大審院判決

人の疾病を治療すれば医の行為にして、之を常業とするのは医業なり。

2) 大正5年大審院判決

医業とは反復継続の意思を以て医行為に従事するの謂なり。

3) 大正6年大審院

患者の病名若くは容体を聴き、病状を判断してこれに適応する薬品を調合供与を為すは医行為に外ならず。

## 8. 医業に関する三つの見解

1) 一般確信説(社会通念説)

衛生当局者の主張で、結局説明にならぬとして用いられていない。

2) 全国医師団体の説

疾病の診療を標榜すればその方法は如何を問わず医術であり、医行為であり、医師でなければ許されぬというもの。

これは医学が学問であるということ自ら破ることになり、大審院でも排撃された。

3) (歯科)医業とは業として(歯科)医術を行うのであり、(歯科)医術とは(歯科)医学の原理を応用するものである。

ただし、その原理は常に変動して少しも一定していない。結局、範囲は限定できない。

9. 今日の歯科医学界において、本件の疾病に対し「クロール、カルシウム」の静脈注射をやるべきもの、またやって差支えないものとして認められているかどうか。

歯科教育の現場である学校でも教育し、実習させている。

また開業試験問題にも出ている。歯科医界の一般の状態として、報酬規定や健康保険でも監督官庁の許可

を得ている。

10. 本件は医師法違反としては証拠不十分、また歯科医師の免許の範囲であるということから無罪であると信じる。
11. もし本件が15年以前に裁判所に現われたとすれば、今日のような説を主張する勇気はなかった。おそらく有罪説が妥当となるであろう。

#### 資料1-11 主要な歯科医師関係法規等

1. 1874(明治7)年8月18日 「医制(76条)」(文部省)
2. 1875(明治8)年5月14日 「医制改正(55条)」3府に達
3. 1875(明治8)年10月 3府で医師開業試験実施(小幡英之助医師試験合格)
4. 1876(明治9)年1月12日 各府県で医師開業試験実施
5. 1878(明治11)年3月 高山紀斎帰国、医師免許を交付
6. 1879(明治12)年2月24日 「医師試験規則」(内務省達甲第3号)
7. 1883(明治16)年10月23日 「医師免許規則」(太政官布告第35号)
8. 1883(明治16)年10月24日 「医術開業試験規則」(太政官布告第34号)
9. 1884(明治17)年10月30日 歯科医籍登録(第1号青山千代次)
10. 1885(明治18)年3月23日 「入歯齒抜口中療治接骨等営業者取締方」
11. 1886(明治19)年3月2日 「帝国大学令」(勅令第3号) 4月10日「師範学校令」(勅令第13号) 「中学校令, 小学校令」(勅令第14号)
12. 1890(明治23)年1月 高山歯科医学院開校
13. 1893(明治26)年4月 血脇守之助、高山歯科医学院に入学
14. 1895(明治28)年7月 血脇守之助、歯科医術開業資格取得
15. 1899(明治32)年 「私立学校令」(勅令第359号)
16. 1903(明治36)年 「専門学校令」(勅令第61号)
17. 1905(明治38)年 医師免許規則改正
18. 1906(明治39)年5月2日 「医師法」(法律第47号) 「歯科医師法」(法律第48号)
19. 1913(大正2)年9月19日 文部省、「医師試験規則」「歯科医師試験規則」「薬剤師試験規則」を公布
20. 1916(大正5)年 「医術開業試験」廃止
21. 1918(大正7)年12月 「大学令, 高等学校令」公布
22. 1922(大正11)年4月22日

- 「健康保険法」(法律第70号)
23. 1937(昭和12)年4月5日「保健所法」(法律第42号)
24. 1942(昭和17)年2月25日 「国民医療法」(法律第70号) 従来の医師、歯科医師の身分及び業務に関する法制を統合して一つの法律にまとめた
25. 1942(昭和17)年10月27日 「国民医療法施行令」(勅令第695号)
26. 1942(昭和17)年10月30日 「国民医療法施行規則」(厚生省令第38号)
27. 1946(昭和21)年 国民医療法施行令の一部改正
28. 1946(昭和21)年 第1回医師国家試験(部分的)
29. 1947(昭和22)年3月31日 教育基本法(法律第25号) 学校教育法(法律第26号)
30. 1947(昭和22)年4月 第1回歯科医師国家試験
31. 1947(昭和22)年5月3日 日本国憲法施行
32. 1947(昭和22)年9月5日 保健所法の改正
33. 1947(昭和22)年12月12日 「児童福祉法」(法律第164号)
34. 1948(昭和23)年 国民医療法施行令の改正
35. 1948(昭和23)年7月30日 「医師法」(法律第201号)
36. 1948(昭和23)年7月30日 「歯科医師法」(法律第202号)
37. 1948(昭和23)年7月30日 「保助看法」(法律第203号)
38. 1948(昭和23)年7月30日 「歯科衛生士法」(法律204号)
39. 1948(昭和23)年7月30日 「医療法」(法律第205号)
40. 1953(昭和28)年8月10日 歯科医師法第6次改正により第19条第3項の削除
41. 1953(昭和28)年8月28日 「歯科医師法施行規則」(厚令第37号) (この第3章(業務)に死亡診断書の作成時に求められる記載事項等が細部まで明示されている)
42. 1955(昭和30)年8月16日 「歯科技工法」(法律第168号)
43. 1958(昭和33)年12月27日 「国民健康保険法」(法律第192号)
44. 1963(昭和38)年7月11日 「老人福祉法」(法律第133号)
45. 1965(昭和40)年8月18日 「母子保健法」(法律第141号)
46. 1968(昭和43)年 医師法改正(努力規定として2年以上の臨床研修を法制化)
47. 1982(昭和57)年8月17日 「老人保健法」(法律第80号)
48. 1992(平成4)年7月1日 医療法改正(法律第89号)

49. 1994(平成6)年7月1日  
「地域保健法」(法律第84号)
50. 1996(平成8)年  
歯科医師法改正(努力規定として1年以上の臨床研修を法制化)
51. 1997(平成9)年  
医療法改正(同施行令により歯科口腔外科が標榜診療科名に追加される)
52. 1997(平成9)年12月17日  
「介護保険法」(法律第123号)
53. 2000(平成12)年  
医師法, 歯科医師法改正(臨床研修必修化)
54. 2002(平成14)年8月2日  
「健康増進法」(法律第103号)
55. 2004(平成16)年  
医師臨床研修(2年以上必修化開始)
56. 2005(平成17)年6月16日  
介護保険法改正(口腔ケア導入)
57. 2006(平成18)年  
歯科医師臨床研修(1年以上必修化開始)
58. 2008(平成20)年4月1日  
「高齢者の医療の確保に関する法律」  
(旧 = 老人保健法, 略称 = 高齢者医療確保法)