

昭和62年度 OMUnit アソシエーション年次協議会特別講演録

「OMUnitアソシエーションの方向づけと期待像」

日時：昭和62年4月12日(日)

講師：Dr.ダリル・ビーチ

am10:00～pm12:30

通訳：三明 幸江

場所：東京こどもの城 906号室



歯科医療のスタンダード確立とOMUnitアソシエーションの役割

私達の提案を検討し、採択する国際組織として、WHO、ISO、FBIなどがあります。中でも各種スタンダードの制定を行っているのはISO(世界標準機構)です。3年前にWHOの中にもスタンダードを取り扱うEGEMOCと呼ぶグループが設立されました。

最近('87年春)EGEMOCの会議がスイスで開催され、ぼう大なドキュメントが作成されました。そこには私達のスタンダードに対する考え方が明確に盛り込まれています。今後も私達が提唱してきたスタンダードは、このような関連国際組織により検討され、どんどんと採択されることになるでしょう。そこで今日は、歯科医療のためのスタンダードの確立を目指す上で、OMUnitアソシエーションが、今後どういう役割を担うべきかということを考えてみたいと思います。

OMUnitアソシエーションは、一昨年発足した当時はメンバー相互の人間関係がベースになっていたでしょうが、今後の展開を考えてい

く上では決してそれだけをよりどころにした、いわゆるスタディグループにとどまっていたとは思いません。歯科医療のための各種のスタンダードを検討し、それらを最も効果的に実践していくことが私達の第一の存在理由であり、世界に実績を示していくべきであると思います。

従来、歯科医療の中のスタンダードというと、歯科用材料のスタンダードや各種の治療の結果はどうあるべきかについてのスタンダードであって、どのようなプロセスで治療をするかということについては、スタンダードはまったく確立していません。もちろん、治療の結果の資質も大切だと思いますが、どういうやり方で治療を行うかというプロセスについてもスタンダードを持っていることは私達の組織の大きな強みだと思います。

逆説的ですが、最も重要なスタンダードというのは、日常の活動の中では最も気がつかないところに存在しているのだと思います。

一例をあげると、上顎の治療を行う時の上顎の咬合平面は何度であるべきかということは、OMU nit アソシエーションの先生方はすでにご存じだと思いますが、歯科医療の治療のスタンダードとして確立されるべきではないでしょうか。

また、OMU nit アソシエーションの先生方は、F₃に関して固定された水平の患者の支持台（ベッド）を使っていらっしゃると思いますが、固定された水平の患者の支持台もスタンダードとして確立するべきではないでしょうか。また、なにゆえにスタンダードとして必要なかということも明らかにしていくべきではないでしょうか。

さらに、最近診療所のライトで、可動式ではなく、固定されたライトができあがりました。診療環境の大きな特長の一つは、人間あるいは機能物のポジションを設定するための動き（行為）がきわめて少ないということです。固定式のライトが導入されると、歯科医はライトをいろいろ動かす必要がなくなり、治療行為に専念できるようになりますので、その後再び可動式のライトに逆戻りしたいとは決して思わないでしょう。

また、術者のポジションにしても、患者の周囲で必要以上に自分のポジションを変えなくても指を治療部位に到達させることができる、不要な動きを排除した安定した姿勢と最少限度のポジションの変更で治療ができるようになれば、あえて不必要に動きたいとは思わないでしょう。

なぜでしょうか。そして、こういうことは私達の治療の質にどのような影響を及ぼすのでしょうか。

私達は歯科診療所に必要なスペースは140 ± 5 m²が基準であると主張しています。各種の規格を確立したり、その規格がスタンダードとしても、必要ないしは適切であるかどうかを評価する場合の基準になるテストをPCS (propr-

ioception contact sighting) テストと呼んでいます。

OMU nit は140 ± 5 m² (40 ~ 43 坪)の空間と規格されていますが、その中のすべての治療行為、インスツルメント及び環境（セッティング）の構成要素をPCS テストによって規格スペースというものが共通項であるといえるでしょう。PCS テストは、まず最初に行うのは固有感覚 (proprioception) テスト、次に固有感覚とコンタクトを基にしたPC (proprioception & contact) テスト、そして次に固有感覚と目で対象を見る条件 (proprioception & sight) のテストであり、総称してPCS テストと呼ばれます。

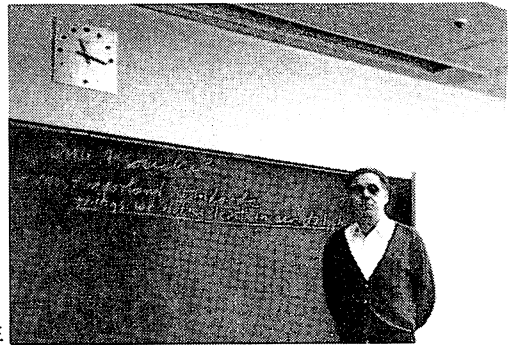
歯科診療の目的は二つに大別できると思います。第一は情報の収集・準備・処理ならびに提供。第二は治療行為の提供です。

診療所という環境において、情報と治療の提供を目的として組織だった活動が行われるわけですが、そこは患者と術者が出会う場所でもありますから、人間同士の出会う条件についても詳しく定義されています。将来新しいテクニックが登場し、それを検討する場合にも、前述のPCS テストによって規格された環境が評価のベースとして必要だと思います。また、PCS テストによって確立されたスタンダードは、歯科医療の全体的な質を向上させるものだと思います。

OMU nit アソシエーションが、将来の歯科界において大きな重要性を持つようになるには、長期的な展望を持ち、組織そのものを発展、拡大させる必要があります。小さな組織にとどまっていたは、折角の潜在的な可能性が発揮できないと思うのです。従来、メンバー間の密接な人間関係を基盤にしたスタディグループとして発足した組織を大きく拡大させていくには、いわば発想の転換が必要であり、またそれが難しいところでもあると思うわけです。密接な人間

関係を基盤にしていたところから、むしろ自分にとって見知らぬ人々のための諸条件を考慮し、整えていくことが、今後必要だろうと思います。

講演中の
ダリル・ビーチ先生



OMUnitの普及活動——最初の決定はトータルスペース(140±5㎡)——



これから新規開業を考えておられる新卒の若い先生方にとって、最初に下さなければならない最も重要な決定というのは、診療所のスペースとして40～43坪を確保することでしょう。まずこれだけの空間が確保されなければ、他の条件がどうであろうと最適な診療活動の達成は無理となります。ですから40～43坪の空間を確保することが不可決の決定事項です。私達はこの点をはっきりと打ちだしていくべきです。

OMUnitの理論と規格を受け入れて、OMUnitの中で診療するというのが、他のいろいろな選択肢に比べて自分自身にとって最善であるということを、決定を下す本人である歯科医にまずわかってもらわなければなりません。歯科医自身にとって最善であるばかりでなく、それは歯科医療全体にとっても最善の道であるし、歯科医療という分野に限定しなくても、一般の人間にとってもよりよい道への可能性を拓くものであると考えられます。

医療において、歯科というのは単なる一分野にしか過ぎないわけですが、WHOは私達の提案してきたスタンダードが、他の医療分野にも適用するという理由で非常に興味を持ってい

るのだとうかがっています。

OMUnitアソシエーションとしてOMUnitを普及させていく上では、前述したように、新規開業する歯科医にとって40～43坪のOMUnitを選択することが、他の選択肢に比べて自分自身に大きな恩恵をもたらすのだということを、まずわかってもらえるようにする必要があります。他の選択肢というと、一番狭くて20～39坪でしょうが、39坪と40坪の間のたった1坪によっても比較にならない大きな差が生じてくるということを説得していくべきだと思います。

開業に当たって、すでに当然の前提条件として定着してきた条件がいくつかあります。たとえば、第一は受付員を置くということです。昔は受付員を置かない医院もありましたが、現在の若い歯科医は大学教育の影響もあって、ほぼ全員が受付員を置こうと考えているといえるでしょう。さらにパートタイム(兼任)ではなくて、フルタイム(専従)の受付員を置くということを納得してもらえば、そこを出発点として適切なチーム構成について話を進めていけるでしょう。

第二は、診療アシスタントの雇用です。私が日本にやってきた当初は、アシスタントの必要性について賛否両論がありました。現在は当然の条件として定着したと思います。また、診療の予約制についても、ほとんどの若い先生方は、どのような形であれ予約制を採用することを予定していると思います。こういう開業の前提条件をもとにして、時間と空間の最適な有効利用を可能にする診療のチーム構成も、おのずと答えが求まるはず。患者と歯科医とスタッフという三者の適切なかかわり方をPCSテストによって評価し、諸条件を決定することができるという論法で説得できると思います。PCSテストによって客観的に定められた、あるいは規格された治療行為とインスツルメント及びセッティングを統合することによって、最適な診療を行う可能性が生まれます。

また、治療の質の維持には、維持しやすい条件が必要です。もし治療の高い質の維持が困難な状況であれば、たとえば余分な動きがあったり、人間が機能物のポジションをその都度決める必要があったりすると、質の維持はだんだんとおろそかになります。OMUnitでは、治療の質が最も容易に維持できます。

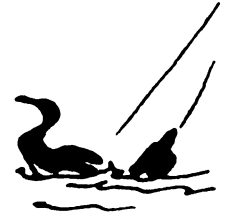
組織の規模が小さい場合には、メンバーの先生方は強力な結束力のもとに、一貫性の高いパターンで診療を行い、また診療のモデルとして統一したパターンを示すことが可能です。ところが組織の規模が大きくなればなるほど、綿密な一貫した状態の維持が難しくなり、ややもすると組織のメンバー間にばらつきが生じてくるのはある程度は仕方のないことだと思います。そういう意味では、これからOMUnitアソシエーションの規模が大きくなればなるほど、40～43坪の空間が共通項として確保されても、その中で治療の方法や使用するインスツルメントや機能物についてはばらつきが出てくる可能性があるでしょう。

OMUnitの中の空間は、人間の動きをもとにして規格されていますが、たとえば通路にデンタルショーで買った機能物を置くと、それが邪魔になって人間の動線のパターンが変わる、あるいは人間が本来占めるべき空間に機能物を置くことによって、ひいては歯科医の治療の方法や動きにまで影響が及ぶことがあります。私達はこういうことを看過してしまいがちですが、そうすると折角ロジックに基づいて決めた空間の配置に矛盾が生じることとなります。新しい機能物が今後も次々と登場するでしょうが、そういうものであれば診療所の中に矛盾をおこすことなく置くことができるかという客観的な評価の手法として、PCSテストは非常に有効だと思います。

将来のテクノロジーの可能性として、私自身CAD/CAM（自動補綴物製作システム）は非常に有望だと思いますし、いろいろなコンピューターやエレクトロニクスの機能そのものはわれわれにとって有効であると考えられますが、それらの機能にどういう形が付与されているかによって、たとえば配線が何本も床を走っていて人間の邪魔になることがありますので、私達は診療全体に及ぼす影響をPCSテストによって判断し、取捨選択していく必要があります。

OMUnitを普及させていく場合、私達にはいろいろな分野でいいことがたくさんあるわけですが、まず必要なことは、40～43坪の空間を受け入れてもらうということです。それ以外の論議は二義的なものであります。OMUnitの普及には含めてはならないと思います。たとえば、私達は治療計画コースを何度も過去に開催してきましたが、そこでは治療の適応ということに大きな関心がありました。インプラントが是か非かなどといった治療の適応について興味のある先生方が、OMUnitアソシエーションの中でデータを吸収し、検討を続けるということは有意義なことですが、OMUnitの普及活動

とは切り離して考えるべきです。



Par I・II・IIIのデータの意義

私達歯科医が興味を持つ対象というのは、いろいろな分野ないし種類にわたっていますが、それを整理するためには、2年ほど前にご紹介したPar I・II・IIIというデータの分類が非常に役立つでしょう。データはこの分類に沿って収集すべきだと思います。

まず、Par Iのデータというのは、長期的な5年、10年、15年……という5年単位で考えるべきデータです。私達が行う治療が、全体として患者の口腔の健康状態に経時的にどのように影響しているか、また私達の提供した治療の寿命（耐久年数）がどれくらいであるかを見るためのデータです。

次のPar IIのデータは、ほとんどの先生方にとって興味のある、診療の経営に関係した最も身近な問題を扱います。開業医の先生方がデータを提供しあって集計すれば、きわめて貴重な結果が出てくるでしょう。前年度と本年度の業績を比較し、またその比較に基づいて来年度の目標を設定する、いわば目標管理、経営のためのデータです。

Par IIのデータについては、HP Iでは黒岩先生が中心となって、どういう項目が開業医の先生方にとって興味があるかを調べ、できるだけ網羅的なデータにしようとしています。

たとえば、患者が診療所でどういう情報を提供されたか、それに対してどういう反応を示したかということもデータに含まれています。私達は患者が何か気に入らないことがあって別の病院に移ってしまっても、なぜ自分のところに戻ってこなくなったのかということは把握できない状態が普通です。また、予定していた治療

が、患者の要望で変更になった場合、その原因を探るのは困難です。このようなことがデータとしてはっきり出てきますと、患者の立場に立って診療の状態を評価することが容易になります。

次にPar IIIのデータは、 $F_1 \cdot F_2 \cdot F_3$ のデータに副分類することができます。たとえば、Par IIIの F_1 データには、治療直後に評価する治療の質のデータが含まれます。たとえば、根管治療後にレントゲン写真を撮り、正確さにどのくらいのばらつきがあるかをデータとして出すことができます。これもOMUnit アソシエーションの中で、治療の質・正確さのばらつきなどのデータに興味のある先生方がデータの収集や分析を担当なさるのが望ましいでしょう。

今までに集めたPar III・ F_1 データでは、日常の診療の中で窩洞形成の質について窩洞形成の直後に写真を撮ってカリエスが残っていないか抜打ちテストをして調べたり、ライニング（裏装材）を入れてから、コントロールが良好であるかどうかを調べたり、印象採得時の歯肉のコントロールが良好であるかどうか、模型を見てチェックしたりしました。いずれも日常の診療の中で、どの程度質の一貫性が維持されているかを記録かつ評価するためのデータです。

ここで適応の問題は除外して、質そのものを評価します。ただし、これは決して各歯科医の勤務評定を行うためではなく、もしも何か問題が起こった時には、それをできるだけ改善できるように、自発的に評価を希望する歯科医にのみ行うものです。ですから個人を非難したり、評価する目的のものでは決してありませんので、

誤解のないようにお願いします。

Par III・F₂データでは、データ収集の担当者は、予告なしに抜打ちで希望する歯科医の診療所を訪問し、F₂に関する諸項目を調べます。たとえば、基準の姿勢で診療しているか、あるいは姿勢がかなり基準から離れているかなどの項目を記録するものです。

調査項目としては、術者の姿勢と位置、及び人間またはインスツルメントや機能物のポジションを設定する、あるいは調節する行為を記録すべきだと思います。往々にしてポジションを設定あるいは調節する行為によって、術者の姿勢に妥協が生じたり、最適なコントロールのための条件が損なわれることがあります。

さらに、データを収集する項目にコンタクトの数があります。つまり、術者の脚部がデジタルチェアや患者と接触していないかどうか、胴体がチェアや機能物と接触していないかどうか、また、特に術者の手指がどのように患者の口腔と接触しているかなど、コンタクトの回数、次元に関するデータを集計できると思います。それから、フットコントローラーを何回踏むかということ（足とコントローラーとのコンタクト）もコンタクトのデータに含められます。視線や動きのコントロールに自信のある術者であれば、窩洞形成を行う場合、フットコントロ

ラーを1回踏み込んで、全部の手順を完了できるでしょう。何度も踏み込まなければならない、つまり何度も中断しなければならないということは、どこかに自信がないということの意味しています。コンタクトについてのデータは目に見えるものですし、とても有効なデータだと思います。

項目の記載順序としては、①姿勢、②コンタクト、③術者のポジション、④人間または機能物のポジションを設定ないし調節する動きとなります。

Par III・F₃データについては、いろいろなF₃の項目について、それが本来人間の動きのために確保されているべき空間を占拠していないか、邪魔になっていないか、また、棚の上や引出しの中に余分なものが入っていないかなど、F₃全般の実態を調べます。

Par I・II・IIIの最も大きな違いというのは、対象とする期間です。Par IIIは最も短い過去2～3か月の期間を対象とします。Par IIは長くて3～4年、他方、Par Iは最も長期にわたり、5年単位くらいで、5年、10年、15年……というオーダーで収集するデータです。たとえば、将来の歯科医の適正数を予測するにはPar Iのデータが役立ちます。



OMUnitの普及 — 今後の課題と展開 —

現在、若い先生方が中途半端なジレンマのような状態に陥っている最大の原因というのは、かつての単独診療から協働者を加えたチーム診療へとすう勢としては移ってきているのですが、まだ役割分担やチーム構成ということについてはっきりとした考えが確立されていないことにあります。

私が初めて日本に来たころには、まだ協働者を雇用すべきかどうかという疑問すら存在しておらず、だれもが単独で開業し、手伝いを置くにしても家族のだれかが手伝うというのが当たりまえであったと思います。今の若い先生方で、単独で開業しようと考えている人などいません。受付員を置き、アシスタントを雇い、衛生士

も置くということを大抵の歯科医が希望するわけですが、診療チームのスタッフ間の役割分担については、皆はっきりとした考えを持っていないために、いろいろな混乱が生じていると思います。私達はOMUnitアソシエーションとして、適正なチーム構成と役割分担について説明することが大切です。

ただ、もし仮に、単独で診療したいと考えている歯科医がいるなら、そういう人を説得しようとするのは時間の無駄だと思います。むしろ何人かのスタッフを雇って、チームで診療したいと考えている歯科医に対して、そこを合意の出発点として、適切なチーム構成を説明するほうが、効果的だと思います。

チームで診療をするという場合、チーム構成を決める上で鍵となるのは、診療所の互換性です。互換性があるかどうかの評価する基準になるのがPCSテストです。

診療所の互換性というのは、単なる器としての環境だけではなくて、歯科医のスキルや治療行為、さらにスタッフ同士の互換性も含めて考えるべきです。たとえば、先生方が仮にどこか別のOMUnitへ移られても、それまで通りのスキルを発揮することができるし、また従来通り治療行為を続けることができるという意味で、互換性のあるスキルを身につけていらっしゃるといえます。

また、千葉のOMUnitから大阪のOMUnitへアシスタントやスタッフが移転しても、それまでのスキルを引き続き発揮することができます。ですからOMUnitにおいては、OMUnitでの経験があるということは、アシスタントやスタッフにとっても付加価値として認められるのです。もちろん、診療環境も互換性があることは付加価値になります。

現在の開業医の9割は、単独診療からスタッフを混じえて診療するという協働診療との間で宙ぶらりんになっていると思います。互換性の

あるセッティングの中で診療することの意味や価値を、私達ははっきりと認識し、それをOMUnitの利点として打ち出していくべきだと思います。たとえば、歯科医が急に亡くなったり、診療できなくなったりした場合に、互換性のある診療所であれば、それをだれかに譲渡することも問題なくできるでしょう。

診療所の価値は、二つに大別されます。一つはその中で診療活動を続けていく際の使用価値、もう一つは譲渡したり交換したりする際の譲渡価値といえるでしょう。OMUnitアソシエーションは、歯科診療所のこれらの両方の価値を推進する役割を持っています。交換価値というのは、前述のような物理的環境だけではなく、その中のスタッフや術者のスキルなど、全部を包括した意味での交換価値です。

最後に、法的な側面について一言申しあげます。

従来、日本では単独診療の開業医のほうが、法的に優遇されているといわれてきました。また各地の歯科医師会も単独診療を勧めています。協働者とのチーム診療は、今まで法的には不遇であったといえると思うのですが、最近、2～3年前の法律改正に伴って、現在は個人の歯科医でも一人法人を作れるようになったとうかがいました。

OMUnitアソシエーションとしても、一人法人がどんな利点を持っているのか、どういう内容であって、個人で診療所を開設すると条件的にどう違うのか、詳しく調べてみる価値があると思います。もちろん、OMUnitアソシエーションの先生方が、全員法人に入らなくてはならないということはありませんが、希望者が出てくれば、そのほうが個人の診療所を開設するよりも有利ならば、選択肢として、大いに考えるべきだと思います。

開業を考える歯科医が、まず決めなくてはならないのは、単独でやりたいのか、協働者との

チーム診療の形で開業したいのかということですが。協働で診療するというのは、ストレスも低いし、また歯科医にとって自由が増え、はるかに安心な、安定した形で診療を続けられると思います。

先週、先々週とワークショップを開催し、私自身、若い先生方と話し合う機会を得ましたが、経済性を非常に心配なさっているということが伝わってきました。たとえば、開業の期間は向こう30年間くらいの期間のための計画を立てるのに、せいぜい1年くらい先の経済性を見通して決定を下すというのは、大きな誤りをもたらす可能性があり、危険です。

若い先生と話をしていますと、経済のことを非常に心配してはいらっしゃるけれども、長期の見通して経済的な計画を立てるのではなく、目先きの展望で決定を下そうとなさっていることに気がつきました。経済的な見通しを立てる場合、30年間の診療において、合計にどれだけの収入をあげる可能性があるかということと同時に、うまくいかなかった場合、どれだけの損

失が出てくるかという両面を考えなくてはなりません。仮に単独で、普通の方法で診療する場合と、OMUnitで診療する場合を比べて、収入をあげる可能性が同じであるとしても、30年間にお金を失う可能性を比べてみると、単独開業のほうがお金を失う可能性が多いと思います。というのはストレスが高い環境なので、将来いろいろと変更したい部分が出てくるでしょうし、スタッフとの人間関係にも問題が生じるなど、リスクが高いのです。

PCSテストにより評価し、規格した診療所は、ストレスもはるかに低いし、歯科医にとっての自由も増え、快適に30年間診療を続けることができると思います。

このような意味で、すでにOMUnitを経験していらっしゃる先生方が、最適なマネジメントのできる歯科診療所を、より多くの経験論を混じえて紹介し、よりよい歯科医療人生を送れるよう情報の輪を広めていただきたいと念じています。

本日はご静聴ありがとうございました。

Proprioception: 自己受容性・固有受容性

Proprioceptor: A sensory receptor, chiefly in muscles, tendons, and joints, that responds to stimuli arising within organisms. (American Heritage)

主に筋、腱、関節に存する、生体内で生ずる刺激に反応する感覚受容器

Proprioceptor: One of the sensory receptors situated within the body which are responsive to internal stimuli, as the muscles, joints, and tendons. (Britannica)

筋、関節、腱など体の内部の刺激に反応する、体内に存する感覚受容器のひとつ

Proprioceptor: 固有受容器（筋、腱、関節、内耳前庭に存する受容器で特に運動、体位等の機能をもつ。）

Proprioceptive: (形容詞) 固有感覚の

Proprioceptive mechanism: 固有感覚機序（位置及び運動の感覚により筋運動を調節し、平衡を保持する機序）
