

2.

情報化時代における 歯科診療の成功の鍵

ダリル ピーチ
(HPI研究所)

はじめに

皆さん、こんにちは、今年もまた皆さんにお会いできて嬉しく思います。今年も3か月あまりアメリカに行っていましたが、アメリカ滞在中の主な活動は、歯科大学のネットワーク化の準備でした。これは歯学部パイロットカリキュラムを導入するというプロジェクトがあるのですが、このパイロットカリキュラムの実施に興味のある大学のネットワーク化です。数多くの歯科大学の教官と連絡をとっていました。

パイロットカリキュラムのプロジェクトが始まった契機になったのはミネソタ大学の歯学部で、われわれのシステムを歯学教育に取り入れたいという興味が出てきたことです。どの歯学部にも従来のカリキュラムがありますから、一夜にしてがらっとわれわれのシステムに変えてしまうというわけにはいかないし、なんとか実行可能な方法がないものかと、検討する途上で浮かんできたのがこのパイロットカリキュラムの案です。

この方法は、研究プロジェクトとして1学年の学生を二つのグループに分け、一方の学生グループに対して、われわれのシステムに沿ったカリキュラムで教育を行い、データを収集しながら、従来の教育カリキュラムとどちらが有効であるかを比較しようというものです。この研究の成果に基づいて、いずれは全面的にわれわれのシステムに基づいたカリキュラムになるだろうということ

期待しています。

この方法ですと、現在の歯学部の枠組の中で十分に実行することができますし、すでにアメリカの数校が、ぜひ参加したいという声をあげています。

マネージメントのルール

フォームの分類 F_1 、 F_2 、 F_3 をご存知の先生は、何人くらいいらっしゃいますか？今まで多数の歯学部の教授陣にお話をし、活発な質問をいただいてきましたが、私達の基本理念を説明する上でわかってもらいやすい言葉と、そうでない言葉があるということがわかってきました。その一つの例をあげますと、 F_1 、 F_2 、 F_3 の分類は長い間私達が使ってきたものです。 F は Form (形) の頭文字の F ですが、Focus of Attention (注意の焦点) と説明した方が、わかっていただきやすいということがわかりました。分類そのものは従来と変わらず一貫していますが、表現としては後者の方がいいだろうということになりました。

それから、やはり先生方になじみの深い分類に、 E_1 (教育)、 E_2 (環境)、 M (マネージメント) を三角形で結んだ分類があります。教育から私達が期待しているのは歯科医としてのスキルであり、環境というのは、もう少し厳密に見ていくと人間が作る人為的な環境という意味では、

セッティングという言葉の方がふさわしいと考えられますし、マネジメントの核心は、管理、経営上のルールだといえますから、E₁、E₂、マネジメントを、スキル・セッティング・ルールにおきかえることができると思います。スキルは今まで、モーターパフォーマンスとランゲージに分けてきたと思いますが、これも意味は同じで、英語では Psychomotor skill (サイコモータースキル) という言葉がよく使われます。

ランゲージというのは、人間関係ないし、対人関係のスキルだという意味で、inter-personal skill (インターパーソナルスキル) という言葉がよく使われています。

3番目の要素で、マネジメントは管理経営上のルールをいかに設定するかが重要な課題だと考えると、具体的に考えやすくなるでしょう。ルールにはいろいろな段階のものがあります。

第一は複数の診療所を結んだネットワークに共通のルール、第二はセッティングルールと呼んでいます。一つの診療所が定める院内のルールです。第三は一人の個人が決めたルールです。ネットワークのルールというのはネットワークに参加している診療所の人達の合意に基づいて作られたルールです。これは、いろいろな管理上の問題が起きて、その都度話し合いで解決しなくても、皆の常識に基づいてルールを明文化しておけば、ルールに則って問題を解決できるという便利さがあります。

第二のセッティングルール (院内ルール) というのは、診療所の中で仕事をしている人々の合意に基づいて作られているルールです。たとえば2人のドクターが診療しているなら、この2人のドクターの合意に基づいて作られるわけですが、その診療所にしか適用しません。

第三は一人の人間が定める個人的なルールです。個人的な問題に対処するためのルールといえます。マネジメントルールをいかに設定するかということは、個人開業のモデル的存在であるOMUにとって重要な課題だと思います。

情報化時代に突入しようとしているといわれだしてから、すでにかかなりの時間がたっていますが、情報管理の方法が変わっていくにつれて、マネジメントのルールに対する認識もかわっていくはずですし、また、変わらなくてはならないと思います。

今日のミーティングのテーマは、歯科医療へのコンピューターの導入ですが、先生方は今後情報管理がどのように変わっていくのか、また、患者さんとの対人関係、またコワーカーとの対人関係がどのように変わっていくか、そしてそのような変化に基づいてマネジメントのルールはどう変わるべきかについて、認識を新たにさせていただきたいと思います。全体として私達のストレスはより低くなり、歯科医療を楽しめるような状態になるべきですし、また、そうならないのならば、コンピューターによる情報管理のシステムは普及しないでしょう。

先生方は毎日、診療所がきれいに整理されたところであって欲しいと思われているでしょうが、診療所がどの程度きれいに整頓されて清潔であるべきかということを誰が判断するのでしょうか？また、日常どの程度整頓され、清潔が保たれているのかを誰が監督するのでしょうか。診療所の整理整頓、清潔という問題を例にとっても、幾つかのOMUが集まっているネットワークとして、一つのルールを決めることもできるし、各診療所が独自のルールを決めることもできます。また、先生方がそれぞれルールを決めることも可能です。

診療環境を定期的に点検するモニター係も、診療所の中の誰かが担当することもできれば、ネットワークとして担当者を決めることも可能です。

では、診療所の整頓、清潔さについて、自分で個人的なルールを決めて、自分で点検、監督の責任を負いたいと思われる先生は手を挙げて下さい。誰が診療所の整理整頓に責任をもつべきかという役割分担を決めたり、点検したりすることを、自分の個人的なルールで一切采配したいと思われる方、いらっしゃいますか？そのような役割を一人占めしたいと思う人は誰もいないでしょう。個人的なルールを作るのは面倒で嫌だということになると、残っているのはセッティングルールを作るか、あるいはネットワークのルールを作るかのどちらかだということになります。

それでは、この二つの中で、ネットワークのルールの方が良いと思われる方は、手を挙げて下さい。(挙手多数)

過半数の先生方が手を挙げられましたが、次にセッティングルールの方が良いと思われる方は、何人ぐらいいらっしゃいますか？

ネットワークルールを設定して対処していく方がストレスも少ないですし、また、いろいろな意味で、対人関係もスムーズにいくと思います。ネットワークルールはいろいろな側面を包括する必要があります。たとえば、情報管理、時間の管理や診療所の環境のメンテナンスなどのさまざまな問題について検討し、慎重にルール作りをしていかななくてはなりません。

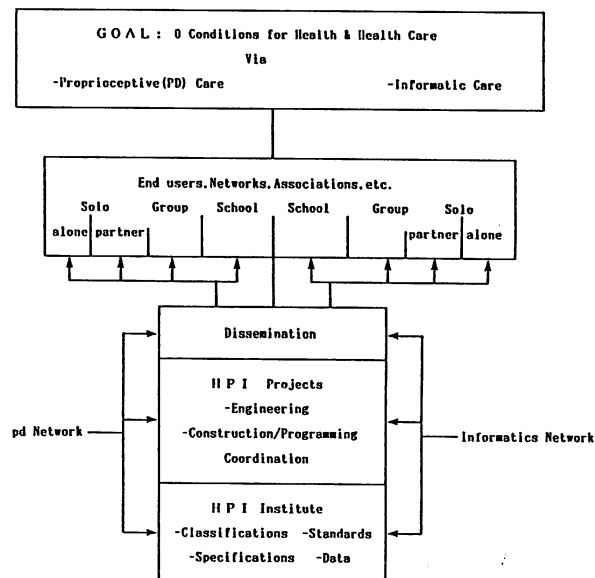
ひとたびネットワークルールができあがると、歯科医は患者の治療に専念することができるようになります。従来の歯科大学の教育の中では、一坦開業すると、歯科医はすべてのことについて采配をふるわなくてはなりません。誰も頼らずに、

自分だけで決定を下さなくてはならないということが大前提になっていました。私達はこのような教育を受けて世の中に出てきたのですが、現在の情報化時代には、従来の大学で教えてこられたあり方が、世の中に合わなくなってきました。

現在の診療システムにおいては、すべてを歯科医が単独で決定するのではなく、組織の中の一員と考えていかななくてはなりません。その方が歯科医にとってストレスも少なく済みますし、経済的な面も含めて今後に適応した“あり方”です。

ルールについても、前述のような分類を頭に入れておけば整理がつくでしょう。マネージメントという言葉はよく使われており、情報管理(インフォメーションマネージメント)という言葉が雑誌でもいたるところに出てきます。これは頭文字をとってIMS (Information Management System) といわれる将来の展望を考えていきたいと思えます。

下図のネットワークの役割が重要になると思います。



固有感覚に基づいた診療手順と環境

先生方はOMUと呼ばれる共通の環境で診療されており、また、OMUアソシエーションメンバーだということで、共通の関心をもっていらっしゃるわけですから、多くの面で、診療のあり方についても共通点が多いと思います。

われわれにどういう限界があり、どういう可能性があるか、限界の中で最大の可能性を発揮するにはどうしたらよいかということが、一貫して私達のテーマであったといえます。いろいろと世の中の変化につれて変わっていく要素もあるのですが、私達は常に、一体何がゼロの条件であるか、将来さまざまな変化がおきても変わらない普通の要素があるのかどうかということを、自分自身に問い続けなければなりません。私達の診療環境は「固有感覚」と呼ばれる、人間にとって最も根源的な感覚の一つに基づいて規格されています。

人間の「固有感覚」は、人間が人間である限り将来もずっと変わらない、私達が持ち合わせた基盤、つまりゼロの条件であると確信できます。

「固有感覚」の例をあげると、私達は目を閉じていても腕を水平に伸ばすことができます。自分の体が今、垂直になっているということや、腕を水平に伸ばしているということが目を閉じていても「固有感覚」によってわかるわけです。

※固有感覚 (Proprioceptive sense) : 平衡感覚を含む人体の内部刺激の受容により、自己を自らの行為や周囲の環境と関連づける感覚。固有受容器は筋肉・腱・関節内耳前庭に存在し、特に運動や体位などの機能をもつ。

Pd法=Proprioceptive derivation : 固有感覚に基づいて演繹する方法。

Pdケアとは、「固有感覚」に基づいた医療ないし、治療という意味です。これを略して、Pdケア

と呼んでいます。固有感覚に基づいたPdケアおよびPdスキル、またPd法による空間配置、Pd法によるハードウェアというように、この言葉を使えます。たとえば、作業点の位置を例にとると、術者の指の先端が正中面にくるのが手指のコントロールのために最適です。自分の指の先端が正中面に入っていることは、目を閉じていてもわかります。「固有感覚」に基づいた位置だからです。空間の中で固有感覚に基づいて作業点の位置を決めると、次に術者の指は口腔内の歯牙、あるいは切削インストルメントに触れるようになります。この接触についても「固有感覚」に基づいた最適な条件で行います。ですから、Pdコンタクトと呼ぶことができます。いずれにしても、OMUの空間配置や環境の規格は「固有感覚」を基盤にしているということが重要な鍵になります。

〇概念に基づいた情報管理

診療所の情報管理のシステムと「固有感覚」に基づいたケアの間には何か接点があるのでしょうか。何か関連があるのでしょうか。「固有感覚」に基づいた治療、Pdケアを実施している歯科医が、他方では情報管理システムを受け入れるようになると思われるのですが、この両者をつなぐ鍵とは何でしょうか。情報化時代には、歯科の分野でもコンピューターの導入がますます盛んになってきています。診療所に、コンピューターが入ると、最も私達の目につくのは、コンピューターの画面のディスプレイです。たとえばOMUの受付エリアを考えて下さい。アポイントメントブックの置かれている場所や角度はすべて「固有感覚」を元に、人間と人間の関係、また人間と機能物の位置関係が最適になるように規格されています。受付員が座って患者さんと応対している時、

視線がどの範囲で動くか、また、紙面に書き入れる動作をする時に、台の角度が何度だと最もコントロールしやすいかなど、多くの要素を考慮して規格されたのです。

紙のアポイントメントブックは近い将来電子化され、現在開発中ですが、コンピューターの画面が紙にとって代わるようになる予定です。アポイントメントブックがコンピューターにとって代わっても、コンピューターという機能物を入れることによって、人間の「固有感覚」に基づいて最適に決められた条件に悪影響がおよんでは困ります。たとえばコンピューターの端末器が足に触れるようでもいけないし、画面を見る時の頭の傾斜角度や頭の動く領域が、所定の領域外にはみ出して無理な姿勢になつたりしないように、人間工学的な考慮が必要です。

では、ここで役割を模擬的に演じるロールシミュレーションの演習をしたいと思います。患者さんの役割を片岡先生にお願いします。

たとえばコンピューターがある位置にあったために、患者さんがやってきた時の対応に悪影響がおよぶことがあります。ですから単に紙をやめてコンピューターをどこかに置いて使えばよいというのではなく、人間の最適な条件に適合するかどうかを検討した上で導入しなければなりません。不適合なものを入れるくらいなら、従来の紙を使っているままの方がずっとましです。

以上のような人間工学的な考慮が「固有感覚」に基づいた空間配置や「固有感覚」に基づいた治療と、情報管理システムをつなぐ接点になるものです。

両者共に、人間にとって最適な条件を考慮しなくてはならないのです。治療の最適な条件を決めるのも、情報管理システムの最適な条件を決める

のも、人間の位置決めに関与する「固有感覚」です。

「固有感覚」を調べようと思えば、邪魔になる機能物が何も無い広い空間で、目を閉じてテストすることです。コンピューターの画面を例にとつて、人間の位置決め動作がどのような影響をおよぼすかということ調べてみたいと思います。

コンピューターのソフトウェアがいろいろと市販されていますが、その画面のレイアウトをみると、ランダムな配列になっているものがほとんどです。患者登録の画面だと、患者の名前や住所、電話番号などがランダムに配列されており、縦と横の線がそろっていません。画面のレイアウトの中の余白もばらばらになっています。ウィンドーと呼ばれる囲み枠が画面の真中にきているものもあります。これではシステム化された情報管理とはいえません。ソフトウェアを評価する場合、ディスプレイを見て、前述のようなレイアウトになっていれば、どのような情報を取り扱うのにせよ疑問をもたざるをえないと思います。無秩序なレイアウトですと、扱う情報量が限られますから、多くの画面の数と種類が必要になります。

他方、縦と横の軸がはっきりと定められたレイアウトは、多くの情報を網羅することができますから、画面の数が少なくて済みますし、操作もしやすくなります。それぞれの縦の欄を情報軸と呼んでいます。

ここには、解剖学的な部位を、5桁の数字で記入しますので、体の部位の情報軸です。数字がどこに位置しているかによつて、意味をくみとることができます。この解剖学部位を表示する情報軸には、5桁で全身のどの部位でも記入できます。顎関節でも、筋肉骨格系の部位でも全部ここに収容されます。もちろん歯科で扱う口腔内の細かい部

位まで5桁で表現できます。1桁目は、全身の中で、たとえば消化系とか呼吸系など系の分類、2桁目は一つの系の中の副分類というようにだんだん広い領域から狭い領域へとしぼりこんでいくことによって、最終的には歯科の分野の部位を表示することができます。これは簡潔な表示法なので、システムエンジニアにとっても扱いやすい表示法だといえるでしょう。

たとえば、上顎という言葉はよくMとかMAXと略されますが、略し方によって文字数の統一がとれませんから、無秩序な表示にならざるをえないのです。数字ですと、上顎は5桁のうちの3桁目と4桁目を使って表現するのですが、定められた桁数の枠の中で表現することができます。言葉の略称を標準化することは無理です。歯牙の番号を例にとると、右上中切歯はFDIの国際表示法だと「11」となります。

日本の歯式やアメリカ式の表示法など、いろいろありますが、「11」となるのは国際歯牙番号が最も論理的です。診療の中で使っていられる先生は、どのくらいいらっしゃいますか？手を挙げて下さい。

歯牙番号については、かなりの先生が国際標準と呼ばれる歯牙番号を使っていられるということが、今拝見してわかりましたが、今後ますますコンピューター化が進んでいきますと、日本の国内だけの標準、たとえば保険の請求に使われている歯式で満足しているわけにはいかなくなるでしょう。どういうシステム、どういうやり方が、世界的な目で見れば標準といえるのかということに常に考えて選択しなければならない時代になってきています。

先ほどご紹介したように、情報軸が縦横に定められている方法ですと、情報量が最大限になりま

す。解剖学部位の軸を例にとると、1桁目から5桁目までの各数字に意味がありますから、1桁目の「5」をみると消化系の一部だろうとわかるように、数字が入っている場所によって意味が推測されます。

これがすべての情報軸についていえます。日本式の歯式は、私も大学で学び、卒後もしばらく使用していました。

他方、アメリカ式というのは、右上最後第3大白歯を「1」として始まって、上顎から下顎へと通し番号を与えた方法です。このやり方を数年間使ってこられた方も多いでしょう。

このように、何度も表示法に変更があつては困ります。今まで、すでに2回も歯式の変更を経験された方もおいでになるでしょう。コンピューターの開発において、私達ユーザーである歯科医にとって、臨床的に使いやすい便利なソフトウェアを開発しなくてはなりません。他方では国際的に通用する、標準たりうるものを目指して開発を進めるべきだと思います。そういう意味で、今までもWHOやWHOの協同センターである東京大学の医学部、ISO（世界標準機構）などの組織と連絡をとりながら、世界的に許容される標準とはどういうものであるかということを検討して参りました。これらの検討の基盤になっているのは「ゼロの概念」です。

ネットワークソロパートナーシップおよび ネットワークグループへの参加

今年アメリカに発つ前に、ネットワークソロパートナーの話をしていただいたことがあるのですが、この言葉を聞いたことのある先生は手を挙げて下さい。

すでに多くの先生方が、お聞きおよびだとは知

りませんでしたので、嬉しく思います。

先生方はもうご存知だと思いますが、OMUの原形（プロトタイプ）と呼べるのは、東京のエンバイア歯科医院です。現在のOMUに比べると、大まかなプロトタイプだといわれるかも知れませんが、空間配置についての基本的な考え方は共通です。その後、私がすべての先生方の診療所の図面を詳細にチェックするわけにはいきませんので、専従のスペシャリストにOMUの規格を検討したり、実際の設計を担当したりしてもらうことになったわけです。

プロトタイプができあがった当時から、共通している見解が二つあります。歯科診療の形態は大きく二つに分けることができます。一つはグループ診療、もう一つは個人開業の形態です。グループ診療は、今後ずっと伸びてもらいたい良い形態ですが、日本の土壌の中ではいろいろな制約や妨げとなっている要因があるとうかがっています。その一つに、健康保険制度があると聞いています。そういう意味では、個人開業の方が優勢な医療形態だといえます。

OMUは個人開業のモデルとなる診療所だと思います。個人開業はさらに二つに分けることができます。ドクターが一人で開業している単独個人開業と、二人のドクターが一つの診療所の中でお互いに個人開業として独立して診療しているという形態です。

後者の形態を、私達はソロパートナーシップと名づけました。いわゆる「パートナーシップ」というと「共同経営」という意味になり、また違った形になりますが、「ソロパートナーシップ」というのは、お互いに独立採算の個人開業でありながら、一つの屋根の下で同じ診療所で開業するという形です。この言葉はジョン・ウッテンストロ

ウム先生が外国の文献の中から見つけて提案して下さったもので、良い表現だと思います。

さて、プロトタイプであるエンバイア歯科を設計した時から、医療の形として「ソロパートナーシップ」を前提にしていました。OMUの空間は、情報管理の中心的役割を果たすスタッフ、つまり受付員の最適な仕事量および仕事の効果に基づいて、計算して決めてあります。

診療所の入口を入ったところに受付エリアがあり、受付員のステーションが設けられている限り、たった一人のドクターが診療するのは非効率で、最大の効果はあがりません。換言すると、OMUは、もともと二人のドクターが診療する場合に最大の効果があがるように設計されているのです。二人のドクターによる診療には、二つのオプションがあります。

一つは開設者と、アソシエートという組合せです。アソシエートのドクターは、大抵3年から5年に一度定期的に変わります。

もう一つは、長期的に仲良く同じ人とペアを組んで診療していく方法です。では定期的に3年から5年に一度相手が変わった方がいいと思われる先生方は手を挙げて下さい。次に決まった相手と長期的に仲良くやっていく方が、次々相手が変わるよりもよいと思われる先生方手を挙げて下さい。これは皆さん、決まった相手と仲良く長期的に診療したいと思われるということに疑いはありません。

ここで、二人のドクターが長期的に仲良く診療していくための最も重要なポイントは、空間の配置です。OMUには各ドクターが専用する空間（たとえばコンサルテーションルームや治療エリア）と、受付エリアやスタッフエリアのように共用する空間とがはっきり定義されています。共用

部分についてはどのように用いるかについて合意に基づいてルールを設定します。

以上のような構想は、プロトタイプであるエンパイア歯科を設計した時からあったのですが、残念ながら当時はネットワークという構想はありませんでした。したがって、ルールは各診療所で二人のドクターが話し合いの上で決めるということになっていました。そして、何か解決できない問題がもちあがった場合は、私が仲裁役を果たすことになっていました。空間の割り振りや規格については、二人のドクターは全く平等であるように、固有感覚に基づいて定められています。固有感覚に基づいた公平な規格だからこそ、誰でも受け入れることができるのです。ただし診療に関する問題のすべてが規格で解決できるわけではないので、規格で解決できない部分は管理経営上のルールに定めてあります。

情報管理にコンピューターを導入するためには、今まで以上にルールを明文化する必要がでてきます。また、その中で先生方が経験してこられたマネジメントの問題が解決するでしょう。

開業すると最初の「開発」の期間だけでなく、その後の「維持」の時期になっても、いろいろな問題が生じます。先生方からもさまざまな報告がうかがっていますが、患者数が過去には順調に伸びていたのが、だんだん下降線をたどってきたなど、いろいろな問題があります。私達開業歯科医の「望み」は、大まかにいいますと三つに集約できると思います。

第一は、新患の数がどんどん増加して、アポイントメントブックが常に“満杯”になって欲しい、第二は、新患がいつまでも自分の診療所に戻ってきて欲しい、第三に、自分が最良だと信じる治療を患者に受け入れてもらい、自分が信じる

通りの治療を行いたいということです。

以上の3点に集約されるのではないのでしょうか。

OMUの先生方は、今までは診療の管理経営について、どういう問題があるかということ、詳しくデータを集めることは可能でなかったでしょうし、また、私自身問題の全容を把握するわけにはいきませんでした。コンピューターを導入すると、より広範なデータの収集が簡単にできるようになり、そのデータを経営の診断に使うことができます。たとえば、患者とのコミュニケーションがうまくいってるか、患者さんがどの程度満足しているのか、また患者数が減ってきているとすれば、何がその原因として考えられるのか。そういうことをデータを基にコンピューターによって分析・診断をし、適切な解決策を即座にとることが可能になります。

具体的な例はコンピューターのデモンストレーションを見ながら説明させていただきますが、コンピューターはいろいろな側面に使うことができます。患者が診療所で、どういう情報を与えられたか、そしてどういう治療を勧められ、そのうちのどれを拒否し、どれを受け入れたか。そして最初にたてた治療計画の中の処方などの部分が完了したかというようなことが、すべて網羅されていますから、マネジメントに成功をもたらす強力な手段になるでしょう。

先ほどお尋ねしましたら、多くの先生が、パートナーシップについて大なり小なり話を聞いていらっしゃるということですので、これからは先生方の質問に答える形で進めていきたいと思っておりますので、どういうことでもよろしいので、今までお聞きになっている範囲で、ソロパートナーシップについてご質問下さい。

Q : OMUアソシエーションのメンバーにとって、「ネットワーク」の意味、重要性とは何ですか？

A : 基本的な言葉の意味の確認から始めたいと思います。「パートナーシップ」という言葉は、少なくとも英語では、会社の「共同経営」と同じような意味をもっています。ですから、歯科医のパートナーシップの場合でも、収入と経費の両方を共有し、診療所の施設も共有することになります。これは個人開業の枠組の中で考えてみると、特に日本では健康保険制度がありますから、収入まで折半という方法は現実的ではないと思われます。

次に「ソロパートナー」という言葉ですが、「ソロ」というのは「単独で開業している」という意味ですが、単独で開業している二人のドクターが、契約を結んで、一つの診療所で、各自独立採算で診療するというのが「ソロパートナーシップ」の形です。ですから、この場合は二人共個人開業であることには変わりはありませんので、収入は独立しています。それぞれが治療した分だけ稼ぐという形ですが、経費については相互の契約に基づいて大部分を共有します。経費を共有している分だけ、二人の純益を増加させることができます。換言すると、経費と環境を共有して、収入は独立しているのがソロパートナーシップです。ソロパートナーシップは、さらに二つの場合に分けられます。

一つは「セッティングソロパートナー」と呼んでいます。一つの診療所で、契約を結んだ二人のソロパートナーが、地域社会の中で良いイメージを確立させ、診療する場です。このような診療所がいくつか集まってネットワークを作り、各

ソロパートナーはネットワークに加入して診療するという場合も考えられます。

両者にどういう違いがあるか、考えてみましょう。先ほど、ルールは三つに分類でき、その第一はネットワークが設定するルールであり、第二は、ある診療所内のみで通用する院内ルール、第三は、個人的なルールであるといいました。診療所の経営管理について定められるルールの大半は誰もが常識で考えて賛成できる、つまり明文化に問題はないと思います。そういうルールをネットワークで共通に採用し、それらのルールが尊重されているかどうか、ネットワークとしてモニターすることができます。たとえば、先生方ご自分の場合を想定してみ下さい。

例として、今一人で診療なさっているOMUに、ソロパートナーとしてもう一人のドクターを迎えるという場合を想定してみましょう。ソロパートナーを迎えて、二人で診療することによって、お互いに経費を共有する分だけ純益が増えます。ストレスは減り、地域社会の中でのイメージが向上します。さらにお互いに助け合うことによって、休日や自由な時間を増やすこともできます。

このように、結果はいいことづくめに違いないのですが、誰かがパートナーになるかということが大きな問題でしょう。契約を結んでソロパートナーとしてきてもらう場合に、診療を開始する前に決められた項目を了解した上で契約を結ぶ必要があります。

では、どういう状況の中で二人目のドクターが入ってくるかを考えてみましょう。

まずネットワークが無い場合は、誰かが新しいドクターを紹介してくれたはずで、ネットワークがある場合には、紹介者はネットワークにはこ

のようなルールがあるということを、最初にはつきりさせます。ネットワークのルールに加えて当該ドクターの診療所に独自のセッティングルールがある場合はそれも説明します。ネットワークが無い場合は、誰かがネットワークに共通のルールがないわけですから、開設者であるA先生が、個人的に作ったルールを紹介することになります。

もう一つは、OMUとは固有感覚に基づいたすばらしい診療環境であり、立地条件もよいなど、セッティングのメリットを説明するでしょう。この二つのポイントを新しいドクターに説明し、納得すれば入ってくるということになります。

ネットワークが無い場合には、セッティングのメリットを強調するか、開設者のA先生が非常にすばらしく、名声のある先生だから、その先生のところで一緒に診療できるのはすばらしいことだというように、パートナー個人を強調するかでしょうが、いずれにしても入ってくる二人目のドクターにとって、どちらの方がイメージが良いでしょうか。

ネットワークを介して紹介されるのと、個人のA先生の診療所に入っていくという紹介のされ方では、どちらの方がよいイメージでしょうか？あるいは紹介者無しに、直接自分で相手をみつけてくる方がよいと思われる方は何人くらいいらっしゃいますか？それとも紹介者を介して見つける方がよいと思われる方は何人くらいいらっしゃいますか？

たとえば、雑誌に宣伝広告をのせ、まず履歴書を送ってもらって人選するというのも可能だと思いますが、その場合は個人対個人の関係になります。ですから自分で人探しをする場合以外は、紹介者が重要な役割を果たします。どういう立場の人が紹介者となるのか、ただ個人的に紹介の労を

とっているだけなのか。ネットワークを代表しての紹介者なのか、またそこでどういう説明をして、どういうルールを了解してもらって、ソロパートナーとなるのかということが、将来長期的に仲良く診療していける関係を築けるかどうかの第一歩になります。

ネットワークに加入している場合は、全員の合意によって作ったルール、大きな組織体のルールだということになりますから、契約を結ぶ者にとっては、ずっと信頼性が高いですし、ずっと受け入れやすくなります。ネットワークには、加入しようとするドクターにとって受け入れやすく、ストレスが少なくなるなどのメリットがあります。

次はB先生がA先生と一緒にソロパートナーとして、診療を始めた後の状況を考えてみたいと思います。

毎日同じ屋根の下で活動していると、お互いに忙しいですから、顔を合わせないようにしようと思えば、それも可能ですが、長い間には何らかの問題が二人の間に生じてきます。二人で診療なさっている先生は経験がおありだと思いますが、身近な例として、A先生はタバコの煙が大嫌いなのですが、B先生はヘビースモーカーで灰皿がいたるところに置いてあるという場合を考えてみましょう。面と向かって、灰皿を全部片づけろといってしまうのは、いつべんに角がたってしまい、二人の関係は気まずくなってしまいます。こういうことも、ワンクッションおいて、ネットワークに仲介してもらおうと、お互いに納得のゆく解決策が見つかります。

このほかにもいろいろと相手に注文したいことがでてくるでしょう。たとえば、相手の雇っているアシスタントがだらしなくて、あたり一面散らかってしまって、自分の患者の手前、悪影響がで

てくるのではないかというようなことは、直接文句をいうことはなかなかできません。このような小さな不満や問題も、ネットワークが仲裁役を果たしますと、人間関係を損なうことなく解決できます。

このようなことだけではなく、情報管理のため、コンピューターシステムがどんどん普及してきますと、診療所からデータを収集して、データベースをネットワークとして持つようになりますと、デベロップメントの期間にも、また維持の期間にも、どういう経営のあり方が成功するのかという経営管理のガイダンスを提供できるようになります。

いずれにしても、どのような側面を考えてみても、ネットワークソロパートナーというのはいいことづくめで、あるいは私は片寄った見方をしているのかも知れませんが、マイナス面というのは思いつきません。

経済面でもネットワークソロパートナーの場合と、そうでない単独開業の場合を長期的に比べると、ソロパートナーの方がずっと経済的にも有利だということがわかります。大抵の先生方は、診療所の開設費用は、ローンで調達して、年々返済していかれるわけですが、返済が終わらないうちにどこかへ転居しなければならなかったらどうするのか、人生の途上にはいろいろな事情で引越が必要になったり、早い時期に引退するなどということもあります。このような事情になった時にも、ずっと譲渡がしやすく、譲渡価値が高いといえます。

先ほどロールシミュレーション (Role Simulation: 役割を演じる実習) をしましたが、次のミーティングでは、紹介者がソロパートナーの候補である新しいドクターと話をしている場面を

設定して、一方は個人的な紹介者で、もう一方はネットワークの紹介者であるという二つの状況を想定して、ロールシミュレーションの実習をすればおもしろいでしょう。以前はグループ診療のことをよく話していたのに、この頃はしなくなったので、もう興味がなくなったのかと思われる方がいらっしゃるかも知れませんが、決してそうではありません。将来性を考えてみると、東京をはじめとして、大都市では地価の高騰などで診療所の経費が掛かりすぎてしまって、現実の問題としてどのような形であろうと、どうてい採算がとれない場所があるように思われます。特に東京では採算がとれないと思います。そういう場合は、グループ診療、たとえば法人のような形の大型の診療施設にせざるをえないでしょう。小都市など経費と収入のバランスの上から採算がとれる場合、個人開業したいという先生方にとっては、ネットワークソロパートナーシップが最善の形だと信じています。ソロパートナーシップの場合には、あくまで収入は独立採算ですが、グループ診療の場合は法人になりますから、独立採算ではなくなります。このどちらの道を行くかということは、先生方ご自身がお決めになることです。ソロパートナーには、前述のようにネットワークに入る場合と入らない場合、つまり1軒の診療所だけで契約を結んでいる場合とがありますが、ネットワークパートナーシップが、今後の時代、個人開業としてはベストの形だと思います。



Q：治療方針について、ソロパートナーの先生と考え方や基準が違った場合、どのように解決したらよいか？

A：この点については、お互いが独立した個人開業をしているわけですから、相手のパートナーが、どういう治療をどういう基準でしていても、それはお互いに干渉しないのがルールだと思います。治療の基準に問題があるとか、治療のタイプにかたよりがあって、それが治療に何らかの問題を起こしているような時、もしネットワークの情報管理システムに参加して、データを提供している診療所だと、データから問題を判断できます。つまりデータを見て、このような治療をしているために患者数が減ってきているとか、こういう問題が出ているなど、診断がつかます。ただしこれはあくまでも各ドクターの意志で決めることで、自分はそのようなデータを出したくないし、データの分析も要らないといわれればそれまでのことです。原則としてお互いに、相手の治療内容には干渉せずというのが基本的な姿勢でしょう。それともう一つは、よくあることだと思いますが、経験を積んだ年配の先生のところへ、若い先生がやってきて、いわゆる師弟関係のような人間関係で診療している場合には、弟子が自分の教えを守らないのでしゃくにさわるとか、我慢できないと感じるのは、人間として自然な感情だと思います。しかし、ソロパートナーというのは、お互いに独立採算で診療しているのですから、自分ならあん

なことはしないと思うことを相手がしていても、「我関せず」のルールに従わざるをえないと思います。私自身、教える立場で若いドクターと二人で組んで開業していたことも、病院の勤務医として6年間やってきたこともあります。教えている立場にあるときは、相手が自分のいった通り実行してくれないとやきもきするのですが、自分が勤務医の時には、自分ならこのようなことはしないのに…と思うことを同僚がしていても、それで友情にひびが入るようなことはなく、仲良く診療していたことを憶えています。ですから認識を変えるべきだと思います。

誤解のないように申し上げますが、だからといって、何でも勝手にすればよいのであって、どういう治療がベストであるかということを考えなくてもよいということでは決してありません。どういう治療をするのが患者にベストであるのかを、私達は誰もが追求してきましたし、大半の先生方は、この点に興味を持っていらっしゃると思いますので、ネットワーク全体の問題として捉えながら、情報管理システムによって、データを収集し、データベースを作り上げていくことによって、問題解決に取り組んでいけば良いと思います。

個人として相手を変えようとすることには、限界があります。また、無理をするとストレスにもなります。あくまでも、ネットワークの問題として、データベースを基にした指針を追求していく方向で考えれば良いと思います。

