

コミュニティ・ヘルスのための
歯科共同組織

APLO Vol 1

1983・6

コミュニティ・ヘルスのための 歯科協同組織

HPI創立理事長 ダリル・ビーチ



1. ヘルスケアの3つの カテゴリー

私たちは長年にわたって共同して様々な問題に取り組んできた結果、多くの基準点を共通に持つことができました。今では、私たちがグループの共通の目的を設定するのに十分な素地ができあがっていると思います。今日ここにいらっしゃる先生方は、おそらく世界中の大半の歯科医たちの想像を越えた密接な連携を保っている方々だと私は思うのです。

私たちは数々の基準を共通に設定し、それを受け入れて来ました。そして今その長期的な結果を集計するべき時が来ています。そのためにこれから非常に真剣な検討がなされていくことでしょう。

私たちがこれまで討議してきたあらゆる問題、

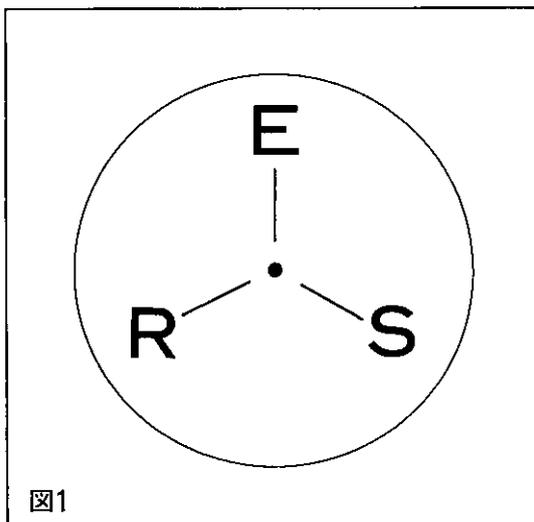


図1

数多くの考慮は三つの基本的なカテゴリーに分類できると思います(図1)。その前提として、まずヘルスケア・デンタル(歯科)の領域を考慮しておかねばなりません。そしてこの領域はエフェクティー(効果を受ける者)とエフェクター(効果を及ぼす者)の両方の視点から見る事ができるのです(図2)。

カテゴリーの第一は、ヘルスケアの「効果effect」です。これは最近非常に急速に変化してきました。そして事態があまり急速に変化してきたために、極めて困難な状況が生じています。

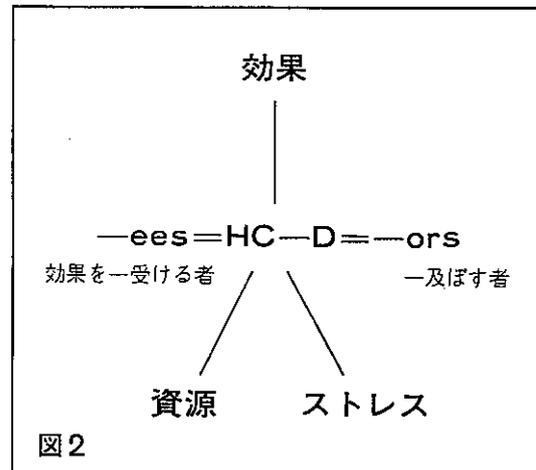


図2

私たちが様々な会合において効果とは何であるかを歯科医の側と患者の側という両面から検討してきました。ただ、私たちは、日々患者の治療をはじめ、いろんな雑務に追われていますので、急に少し後へ身を引いて広範囲かつ長期

にわたる全般的な結果について客観的な討議を始めようと思っても、初めはかなり難しいと思います。しかし、そうすることで今までとは異なった見解が得られるようになります。なおこの効果には、「目的の効果」と「二次的な効果」とがあります。

カテゴリーの残り二つの分野は「資源」と人間の「ストレス」についての考慮です。おそらくこれは私たちが考えなくてはならない二つの大きな「二次的な効果」でしょう。私たちはヘルスケア・デンタル (HC・D) を広義にこの三つの基本的なカテゴリーに分類したいと思いません。

2. 「個人診療」から 「グループによる診療」へ

ごく最近までは、ヘルスケアの議論が持ち上がって健康の意味や医療の意義などが問われる時には、歯科医は一人で働くものという前提がありました。つまり、診療は歯科医と患者の「I—I (個人対個人)」の関係にありました。一般にこの歯科医対患者の関係は、非常に強く擁護されてきました。今日でも、ヘルスケアの分野においては、医者と患者の「1—1」の関係はまだ強く強調されています。そして、たいしてこの「1—1」の関係で先に置かれるのは診療者で、受診者は二の次に据えられているようです。それがいわば伝統的な在り方であったと思います。

最近わずかな間に、このI(個人)はG(グループ)となり、一定の手順を行なう手順グループになりました。事実、今ではすべての歯科医は協働者グループに依存することを前提として診療を行なっています。歯科医の場合、自分一人で技工からスクリーニングまでしていた状態から、まず初めは手順を行なうペアーとしてアシスタントを必要とするようになり、次々に他の協働者とも一緒に仕事をするようになり、最終的には手順グルー

プで仕事をするようになりました。今や疑いもなく、歯科医は定められた効果をつくり出すための手順グループの中で、比率として数の少ない少数派になってきています。私たちはもはや独占的な診療者ではなくて、むしろ少数派なのです。

アメリカでは昨今、統計的に1人の歯科医に対して23人から27人の協働者がついているようです。このような大きな変化はこの2、3年の内に起こったのです。そのために、諸状況は大きく変わりました。

私たち「HPIグループ」においても現時点では一般の平均より高い比率の協働者を受け入れています。HPIグループのメンバーは、一つの手順グループを8～9人の協働者によって構成しています。私はこのような変化に対応して、今や「管理センター」を計画する必要が生まれてきていると思います。

ところでこれまで「エフェクティブ-effectee」とエフェクター (effector) という言葉を何度か使ってきましたが、皆様の中にその意味がはっきりしない方もいらっしゃるのではないかと思います。エフェクティブとは「効果を受ける人々」を指し、エフェクターは「効果を与える人々」のことです。以前の講演の中で、このエフェクティブ (効果を受ける人々) をG1のコミュニティ・グループとG2の患者グループに分けました。エフェクター (効果を与える人々) の側はG3、グループ3と呼んでいます。

3. 医療の制度は変わりつつある

このような状況を長期にわたって討議してきた結果、私たちは自分たちが大きな可能性を持っていることに気がきました。私は今、極めて必要であり、かつ高い適応が示されている社会的変革を、この小さな私たちのグループが開始し、成し遂げる可能性は非常に大きいと確信

しています。

社会的諸条件の中で推し進められる大変革が、極くわずかな人々によって始められていることが多々あります。メンバーの方々は自覚されていないかも知れませんが、出発点での様々な状況が交錯して混乱していることもあります。

しかし私たちが、グループをどのように設立すれば良いのかという方法や条件を討議していく中で、特定の地方の歯科医だけでなく、広範な地域に分散している歯科医の方々によって、それらの条件がグループ内で共通に受け入れられることがわかりました。そして、こういう共通項を築きあげていく努力を通じて、私たちはヘルスケアの状況に極めて大きな、おそらく世界的な影響を持つことのできる変革をもたらす可能性があるのだということに認識するに至ったのです。

歯科の領域に限らず、医療全般に関して昨今非常に多くの論文が書かれています。私もこれらの論文の一部を受け取ってきましたが、昨年および今年には一層多くの論文がヘルスケアの組織的側面に関する問題を世界的な大きな問題として採りあげています。

そしてこれらの論文を読んでもみると、今や誰もがヘルスケアの問題、組織上の難点を極度に意識しており、こういった問題に取り組んでいる人々を悩ませているのは一体何かということが明らかになってきました。

そこで、もし私たちのグループがこれらの問題に対して解答を出すものであれば、私たちは今後起こってくる過渡期における多くの資源を節約することができるでしょう。

コミュニティを代表するG1(グループ1)の視点から見ると、現在「資源」が問題になっており最近世界中の人々の間に緊張感が生じています医療従事者によって使用される資源の割合は、主要先進諸国においてはGNPのほぼ10%に到達しつつあります。このようなショッキングな統

計がいくつか出ています。

人々は定められた効果を達成するために全体としてどの程度の資源を割り当てるべきか、その範囲を検討しています。

彼らは「効果」に疑問を投げかけ、「資源」に疑問を投げかけ、また、医療専門職に従事する人間の「ストレス」にも大きな疑問を抱いています。このように、これら三つの要素が議論の主な課題になっています。

G1およびG2(即ち、受診者グループの代表は、歯科医のグループとコミュニケーションをもとと手をさしのべてきましたが、これまで歯科医のグループとコミュニケーションをもつ方法はありませんでした。歯科医は依然として個人的条件の考慮の域を出ない過渡期の状態にあります。歯科医の精神構造は未だに「自分の診療所」、「自分の患者」、「自分の事情」という考え方に強く傾いています。現時点では、まだまだ歯科医にとっては交渉の場におけるグループ間の関係について思いをめぐらすことは極めてむずかしい問題のようです。

私は、グループ間の対話を遅らせ、歯科医をして交渉の段階に入るのを恐れさせている問題の一つに、「F₂の認識不足」があると思います。F₂の要因は私たちの条件の多くを規格化するものであり、私たちにとって非常に主要なアイデンティティの拠りどころでもあり、組織化の素地となっているものです。この点では、私たちは、ずい分たやすくコミュニケーションを進めることができるようになっていきます。

4. グループのための 「管理センター」の必要性

このような考慮をすすめていくうちに、私たちは、グループのための管理センターが必要だということに気がつきました。ここにご出席のすべての先生方はE・Ea・M、つまり、環境、教育

経営の概念をよくご存知でいらっしゃると思います。E₁、E₂の諸条件については皆様は既にかなり多くを受け入れていらっしゃると思いますが、どなたも管理、経営の分野で何らかの問題や様々の矛盾をお感じのことと思います。そのため、数多くの会合をもち、多くの矛盾や問題を解決しようとした結果、一つの事が明らかになりました。

私たちは従来、各々の歯科医が自分自身の診療ユニットを管理し、どのように経営するかなどの最終的なすべての決定を歯科医自身が行なうものであるという考えに基盤をおいて、管理段階を把握していましたが、この点については考えを改めなければならないと思います。今後は管理のための何らかの基本的なルールを作成し、受け入れなくてはならないだろうと思います。

私たちがグループで管理センターを持つとうということをお話し合った当初には、私は各人の個人経営をしばらくの間は維持してもよいだろうと考えていましたが、さらに討議を重ねていくうちに、そうするとますます多くの問題が生じてくるのが解りました。

また、私たちが受け入れてきた規格の範囲の広さは、管理グループ設立に向かって迅速に動いていくのに大きなメリットになることが次第にはっきりしてきました。私たちににとって最大の問題はタイミングでした。果たして小さな歩幅で連続的に歩んでいけばよいのか、非常に大きな一歩を思い切って踏み出せばよいのかを見極めるのはたいへんむずかしいことでした。様々な討議の結果、大きな一歩を迅速に踏み出すのがよいということが明らかになったのです。

私たちのグループが患者のグループやコミュニティグループと連帯して最初から出発し、彼等がヘルスケアの施設のスポンサーになるのか、あるいは歯科医のみのグループとして出発するほうが望ましいのかについても数多くの討

議を重ねてきました。その結果、歯科医のグループとして発足するべきであるという結論が出ました。しかし、これはできるだけ早期に受診者と歯科医の共有グループに移行すべきだと考えます。グループを長期にわたって歯科医だけのグループとして維持するのは妥当ではありません。

5. 「現在から未来へ」と 「過去から現在まで」

「現在から未来へ」の状況の中で働くことになれている人々は一定の予測をたて仕事をしています。時には私たちが予測をたてている事柄についてコミュニケーションを持つのはむずかしいこともあります。予測は2、3年先の近い将来と、より長期の将来の両方について立てなければなりません。私たちが計画を立てる時やグループを新たに組織する時は、いつでも「現在から未来へ」の関係に取り組みねばなりません、現在との結びつきを無視して未来にだけ足を踏み入れる訳にはいきません。例えば、初年度の条件については私達の「過去から現在まで」の記憶を関連づけなくてはなりません。そこに医療制度の在り方の変革を開始するにあたってのむずかしさがあるのです。

現在に話をもどしますと、多忙な人々は「過去から現在まで」の記憶に依存しがちです。つまり、日常の忙しさに追われ、未来の状況など予測しようとしめない人々は、自分が覚えている「過去から現在まで」の関係を思考の土台にしがちです。そしてそのような人々にとっては、「過去から現在まで」の記憶の中にある個人的な目標のほうが一般的なヘルスケアの意義などよりも重要なのです。今までそういう決定を行なう必要のなかった人々に対しても、今日という日にこれからどちらの道を歩んでいくべきなのか、何をなすべきなのか、決定を迫らなくてはならなくなりました。

6. 歯科医はグループに移行する

もし私たちが未来の状況を予測できるなら、事情は異なってきます。一つには、新聞でも盛んに取り沙汰されている昨今の経済状況があります。歯科の分野でも過去十数年間に急速に変化してきましたし、世界の状況もまた急速に変化しつつあります。

もし私たちが世界的視野、コミュニティの視野、また歯科医学の視点から事態を眺めるとすれば、すべての事象が今や歯科医はグループに移行すべきであることを示唆しています。

2、3年前であれば、私はおそらく個人診療の状況は今後徐々に下降してゆき、グループの状況が次第に伸びていくだろうという予測を立てただろうと思います。しかし現在、私は各歯科医が自分自身の診療所を管理するという個人診療の形態は急速に降下していくだろうと予言します。この急速な降下に伴って状況を調整するときには、非常に強い緊張が生じることでしょう。これが今後私たちが直面しなくてはならない事態であり、1978年以降、第1の問題として将来に起こってくるものでしょう。もしも私たちが自分個人の人生目標を過去の診療の形態を土台として定めるならば、またもし個人診療を個人的な目標として設定するならば、近い将来その人は、失望を味わうことになるでしょう。

現在、医療関係者と政府関係者との間で様々な会議がもたれていますが、そこで発表されている論文や議論を見ると、モデルグループの必要性がくり返し声高に提唱されていることに気づきました。モデルグループの必要性は、現在、特に医学の分野で強調されています。現在各国政府は、社会問題として、第1に、ヘルスケアに強い関心を寄せ、焦点を当てています。

現在まで歯科医学の分野において、私たちの使う言葉やコミュニケーションの方法は、外部の人々にとっては異質のものであったので、外

部の人々がヘルスケアの分野に関与して、一体ヘルスケアに何が起っているかを理解することは極めてむずかしいことでした。

そして、コミュニティや受診者の代表や彼等の立場に立とうとしてきた人々にとって、私たちと話し合うのはとてもむずかしいことだったでしょう。それにグループの条件の下で働いてきた経験を持つ歯科医の数もそう多くはありませんでした。もしグループで診療しているとしても、普通はヘルスケアとは何の関わりもない組織がグループをつくっていたり、診療施設をもっていたりすることが多かったのです。従って、ヘルスケアの分野をいかに合理化するかについてコミュニケーションの方法がありませんでした。

前述のいろいろな会議において彼等はどのような解決策を提唱するかについて多くの勧告を書いており、今日その中で最も共通しているのは、モデルグループの必要性であります。

7. 「ヒューマニスティック」な「コミュニティ・ヘルス」

簡潔に表現すれば、私たちの目的はヒューマニスティック(humanistic)なコントロールの条件下でのコミュニティヘルスの実現です。このヒューマニスティック(人間性に基く)という語は、昨今多大の注目を浴びていますが、これは極く近い将来流行語になると思います。

現在まで組織に入ることに恐れを抱く人が多いのは、工業化時代の組織を前提にしているからです。工業化時代の発展の中で発生し、強力な繁栄を遂げていった工業化タイプの組織は、それ以前の農業時代の小さなコミュニティの条件の下に住んでいた人々の生活を組織志向へと変えていきました。しかし、そこでは大なり小なり機械のほうが大幅に人間のペースを設定しているので、多くの人々は組織に入るのを嫌っ

ています。それ故、工業化タイプの組織はヘルスケアーには適合しません。

社会的状況は今、脱工業化時代に突入しつつあります。今後は、私たちが果たしてヒューマニスティックな条件を作れるかどうか問題になる時代に入っていくと思います。F₂₋₂を理解する人々には、人間性を基盤にした条件とはどのようなものか、人間性とはどういう意味かがわかるとおもいます。もしF₂に基盤をおいた規格を設定するならば、その意味がはっきり判ることでしょう。これこそが私達のグループがもつ特有の強味です。

皆様も診療ユニットを作られた際、いろいろな測定を綿密に行い、討議を重ねてこられたでしょうから、この点は良く理解して頂けることと思いますが、ここでもう一度F（かたち）について説明をいたしたいと思ひます。

FはすなわちFormの略であってF₁・F₂・F₃のように三つのタイプに分けることができます。

(図3) 歯科診療のように目標をもった人間の活動の「かたち」を分類する場合は、まずF₁は、その活動の目的を代表するような「かたち」あるいはその「かたち」の集合体であるといえます。

たとえば、根管治療あるいは修復など—これらは一つの活動の名前ではありますが、どの種類の活動をするかということを決定する際のF₁は、歯冠や修復物の「かたち」ということになります。つまり歯冠と修復物はF₁₋₁の関係にあります。あるいは歯牙を取り除くような場合のF₁は歯牙であって活動の名前はつまり抜歯ということになる訳です。

F₂というのは、活動を行っている術者すなわち、パーフォーマー(人間)を表わします。

これはただ単に術者の姿勢ということではなくて、術者の1つ1つの関節の組合せの関係も含まれたものであって、それに伴う感覚、触覚とか筋肉の感覚などを含めてF₂と呼んでおります。

さて次にF₃であります。F₃とは環境の「かた

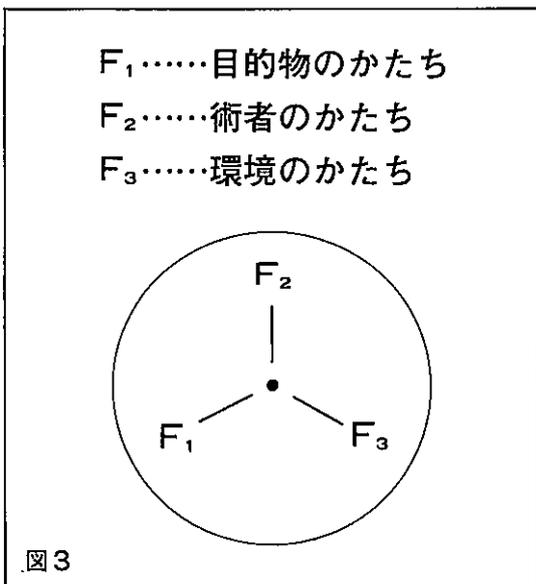
ち」を意味しております。環境の「かたち」は2つのタイプに分けることができ、活動に必要な環境の「かたち」をF_{3A}、また活動に不必要な環境の「かたち」をF_{3B}と呼んでおります。さらにF_{3B}は2つのタイプに分けることができ、活動を行う人間に快適な条件を造りだし、あるいは術者の感覚を阻害しないもの、矛盾しないものであって、そしてF₁にも矛盾しないものの「かたち」をF_{3-B1}と呼んでおります。つまり観葉植物、絵等がこれにあたります。

また一方活動には必要なく、不快な状況を造ったり、あるいは活動の妨げになったりするものの「かたち」をF_{3-B2}と呼びF_{3-B1}とは明確に区分いたしております。歯科診療を实践する場合の組織の統合においては、前述のとおりこのF₂すなわち人間を中心にして考えなければなりません。

このことは非常に重要であって、まさにこのグループの団結の鍵を握っているものです。

HPIグループの目的は何か、と聞かれた時は、「コミュニティ・ヘルス」という言葉がおそらくキーワードになるでしょう。これはたいへん便利な表現だと思います。ヘルスケアーモデルグループの目的を、基本的に極く簡潔に数語で表わせば、「コミュニティ・ヘルス」或いは「世界のコミュニティ・ヘルス」ということになります。これはF₁についての目的であり、目的には効果という側面ともう1つ、コントロールという側面があります。すなわち、ヘルスケアーには効果とコントロールの両面があり、私たちには効果とコントロールの両面のインディケーターが必要です。F₂をまず規格化し、F₂から環境を演繹してゆくと、この環境が人間を基盤とするコントロールのための条件になります。「ヒューマニスティックな条件下におけるコミュニティ・ヘルス」が私たちの目指すものです。今までに私たちの間でもF₂₋₃のコントロールについては広範な討議を行なってきましたので、ここにい

らっしゃる皆様方もすべてその点は認識なさっていることと思います。他方F₁の問題はこれをどのように分類してゆくか、モデルを設定する場合どのように規格するか等、より新しい課題であり、これについても様々の話し合いが行なわれてきました。



8. 「ヘルスケア・ゼロ」が最終目標

昨年のシステムロジック学会で私たちはHC-0(ヘルスケア・ゼロ)、HC-1、HC-2、HC-3という設定の仕方を提唱いたしました。ヘルスケアおよびコミュニティヘルスを組織化しようとする場合、HC-0すなわち健康管理の適応が存在しない状態が長期の最終目標になります。すべてのヘルスケアはマイナスに値します。言い換えれば、ヘルスケアの適応があるということ自体が、負の価値なのです。従って私たちがF₁の治療に取り組む時には、一連のマイナスを想定しなくてはなりません。

ここで1を単位としてヘルスケアデンタル(歯科)を設定してみますと、顎顔面の外科処置又は顎骨の修復が最大でこれを-1で表わします。そして0に近づいていくにつれて、より安定した健康状態が達成されていく訳です。

ところが、私たちが自分の診療所で1人で診療をしている限り、社会を目標の0に近づけるのに本当に貢献しているチームの一員となることを考えるのは非常にむずかしいのです。また、私たちが自分自身を競争状況の中に置き、他人や、ある意味では社会を相手にできるだけ多くの名声を獲得するべく競争をしているという認識に立つ限り、誠実にHC-0を達成しようという立場を取るのには非常に心もとないことだといえます。しかし歯科医の名において歯科医である限り他に歩むべき道はありません。これは今日、歯科医の使命と個人の欲望との間にみられるディレンマだと思います。私はこういうディレンマを乗り越えて個人の生活に対する恐れ無しに、できるだけ積極的にHC-0に近づくための計画を一層明確にし、一層合理的に推し進めてゆくことは、グループの条件によってこそ可能なものであると信じています。

9. 「競争」ではなく「協力」のための組織づくり

未来の計画を合理的に推し進めていくにあたっては、世界は競争の時代を終了しようとしていることを理解する必要があります。もっと以前には歯科医に限らず、誰もが小さなコミュニティに分散していたので、競争の概念はあまりありませんでした。歯科医は自分の住んでいる小さなコミュニティの面倒をみれば事足りました。それは「I-I(個人対個人)」の関係でした。しかし、極く最近になって多くの協働者が歯科医を助けるようになり、グループを組織しなくてはならぬようになって、今では複数の手順グループを1ヵ所に集めた計画も作られています。近い将来、手順を行なういくつかのグループをまとめた、いわゆるマルチグループも何らかの方法でできてくることでしょう。

この場合、「協力」を土台にした組織を作ろうとするのか、「競争」を土台にした組織を作るのか

が問題です。ヘルスケアにおいては、もしヘルスケアの組織がさらに構造において競争的色彩をおびるようになれば、社会的にマイナスの影響が一層増すだけです。その結果、私たちははるかに多くのストレスを持つことになり、受診者グループとの関係もさらに悪化することでしょう。私たちが「協力」に基盤を置くモデルグループの設立を急がなければいけない理由の一つは、このような大規模なグループ化が今後起こるだろうという予測からです。いかなる意味においても競争を目的とすべきではありません。

10. 治療の規格化

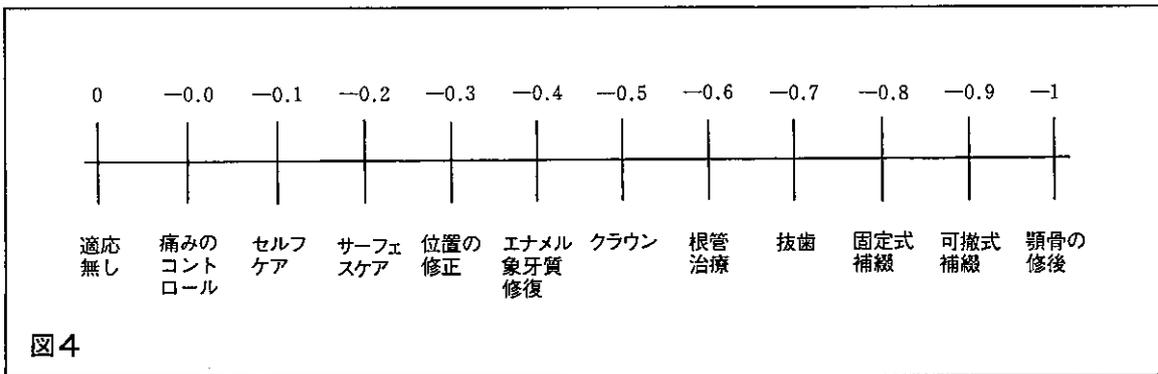


図4

従って、もし将来何らかのテクニックや手順が提案されれば、それほどの程度の適応があるものなのか、あるいはコミュニティにとって何がもっとも理想的であるのかを照合することができます。-0.0は緊急処置等であって代表的なものとして、痛みのコントロールがあります。-0.1は栄養や間食の指導、はみがき指導等のセルフケアの指示があり以下-0.2は衛生士によるサーフェスケア(表面処置)-0.3は歯と歯周組織又は骨との関係の調整-0.4はエナメル質から象牙質までの修復、-0.5はクラウン、-0.6は根管治療ですが、ここで問題にしているのは、治療に要するテクニックではなく、適応の価値という面から分類していることをはっきりさせておきます。ここに属するのは髓室修復

私達は「規格specification」を基盤にします。ここにいらっしゃる先生方は、大半の方が既にご自分の状況において受け入れていらっしゃると思いますが、モデルに加入するメンバーは、この規格を受け入れなくてはならないでしょう。

また今後は治療についても規格化してゆく必要があります。これは以前には無かったことです。モデルのメンバーになるためには、患者の健康をモニターするのに、自分たちがどういう立場に立つのかについて何らかの共通の認識を持たねばなりません。ここに私たちが提案しているアウトラインがありますが、0に始まって-1まで設定しています。(図4)

の適応です。-0.7は苦痛の除去には直接関係のない抜歯、-0.8は固定式の補綴物、以下-0.9は可撤式の補綴物、及び総義歯となります。将来グループの状況において、前述の分類はとも重要になってきます。例えば、誰かが手順を提案したならばその手順がどの程度の負の値を持つものなのか、どの区分に入るものかは、該当のカテゴリーに当てはめてみれば価値評価できます。

手順が0に近ければ近いほど、その社会的価値は高く、私たちがもし0に近い手順により多くの時間をかけているなら、それは-1に近い末尾のカテゴリーに属する手順に費す時間よりもはるかに高い価値を持っていることとなります。

11. 受診者との「対話」の 実現に全力を……

ここで、前述のアウトラインにのっとして、極く簡単にヘルスケアを説明したいと思えます。そうすれば受診者およびコミュニティの代表と私たち、つまりエフェクティブ（効果を受ける者）側とエフェクター（効果をおよぼす者）側が五分五分で将来平等に決定を分かち合うことができます。

これまで、この両者に対話がなかったのは、言葉や基礎知識の欠如が障害となって、決定は歯科医の独占領域となり、歯科医にしか決定ができない仕組みになっていたからです。

このような障害を取り除き、共有をできるだけ早く実現できるように全力を挙げなければなりません。そのためには、診療内容を簡単明瞭にしようとする私たちの努力は非常に貴重なものとなります。と同時に、私たちにはF₂₋₃のコントロール・システムがあり、それは人間を基準にヒューマナイズされたコントロールシステムですから、受診者の側と診療者の側はこの問題を考慮するに当たってはすぐにでも平等の理解が得られることでしょう。私は受診者グループの人々も、「F₂=人間の条件」を基盤にすれば、完全にこの課題を理解していただけるだろうと思えます。F₁の問題、F₁₋₁の規格についての話し合いには、私たちは歯科医特有の用語や専門語を用いて患者の代表の理解を損わないように、一層の慎重を要します。これもこのような分類を設定することによって、受診者たちの理解を得ることが可能になるでしょう。

第5回システムロジック学会で、HC-1からHC-3までを定義しましたが、HC-1は保健所が行なっているような予防処置を中心とする段階、HC-2はヘルスケアの提供に医療専従者のグループを必要とする治療や手順が行なわれる段階、HC-3はデータの収集や研究を通じて

テストが行なわれている段階です。前述の治療分類のアウトラインの大半はHC-2に属するものですが、0に近いところはHC-1の段階とも非常に密接な関係が保たれるものです。過去には歯科医自身が単独で個々の患者にとって、どの治療が良いかを決定するものだという点が強く擁護されてきました。しかし社会はもはや一人の歯科医が個々の患者のために、その都度歯科医学を解釈するという在り方を認めません。社会は共通の判断を要求しており、各歯科医グループによって設定された社会を基盤とする何らかのルールにのっとして診療することを望んでいます。

人々は、歯科医たちが共通の一定のルールにのっっているのだと感じれば、そのほうがはるかに安心感を持つでしょう。歯科医がもしグループの枠組に入れば、一階級としての歯科医に対する信頼度は今よりもはるかに高くなるでしょう。今、歯科医は一階級として信頼を失いつつあるということがいろいろと示唆されています。

社会は私たちに大きな疑問を投げかけており、私たちは仮りに個人としてうまくやっているにしても、社会的階級としては疑問視されています。私たちが設定している諸条件は、今後ヘルスケアの診療者と受診者の関係を大いに是正することになると思います。

12. 組織の4要素「構造・任務・人員・テクノロジー」

今日までヘルスケアの形態は、全体として組織以前の状態にあったと考えられます。私たちはまだ組織化に到っていないのです。組織には四つの構成要素があります(図5)。

「構造」、「任務」、「人員」、「テクノロジー」です。周りには組織の環境です。任務から外側をみると、目標が定まります。任務は組織の内側に、目標は外側に存在します。過去には

組織を設立するには任務と構造があれば十分だと考えられていました。今日私たちは組織の中の人員とテクノロジーの関係をも規格化しなければならないとの認識に立っています。この点は組織の面で、このグループの非常に強力な足

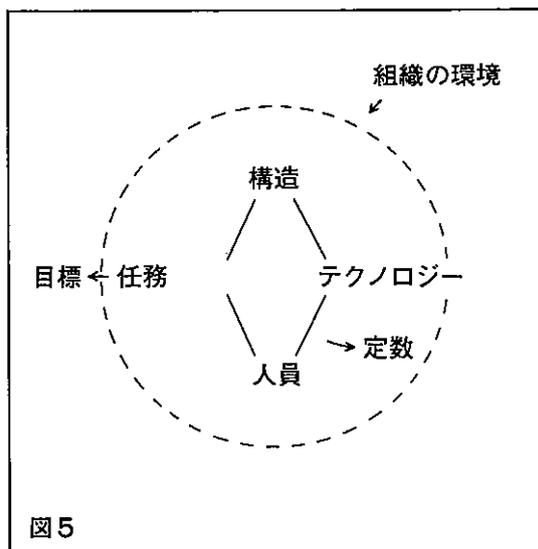


図5

場になっている点だと思います。人員とテクノロジーの関係とは F_{2-3} の関係であり、相互の関係並びに技術的環境間の関係の定数が、このグループにおいては高度に合理化され、受け入れられてきました。私たちが何らかの決定を行なう際、多くの組織に比べて問題が少なく、よりよい理解を期待できる理由は、この F_{2-3} の関係を理解していることにあります。任務の内容は、組織の条件としてはまだ確定しておらず、今は構造を設立しつつあるところです。

この組織の設立を決定した時、私たちには複数のコミュニティから成る組織として出発しなければいけないということがはっきりしていました。一つのコミュニティ内だけの組織には危惧を抱いています。

その理由は、組織がそのコミュニティ固有の条件に依存するきらいがあり、そういう条件は他には適用不可能かもしれないからです。従って、私たちは詳細にわたる数多くの事項を小さな円卓を囲んで討議していただくよう数人の先

生方をお願いしましたが、その時はできる限り遠く離れたコミュニティから一連の会合においていただくよう特にお願ひしました。もし日本中に、四国から東北に至るまで広く分散している歯科医の方々の間で、共通に見解の一致をみることができたならば、このモデルが広く全国に普及し、成功するだろうことを、極めて楽観的に期待することができます。

準備委員会の先生方には、数多くの討議に真剣に取り組み、諸条件のクロスチェックをしていただきました。そして今、発足の準備が整いました。私たちにとって最大の問題の一つは、現在、つまり今年78年および79年の取り扱い方であり、いかに発足すればよいのか、ということだと思ひます。私たちはこれを「BOOK2(暫定的規約)の条件」と呼んでいます。他方、将来の長期的な展望に基いた普遍的通用を意図とした条件はBOOK1(目標とする規約)」にまとめています。

長期の将来について予測を立てる時の合意はむしろ簡単に得られますが、組織以前の状態を組織化していく上で、現状に対処していく方法は非常に多くの時間と検討を要します。

しかし将来の計画を立てる時には短期的な配慮が長期的な展望に不必要な影響をおよぼさないよう十分注意しなければなりません。長期の問題を話し合う時、短期の目先の問題が非常に強く心の中に存在していることも多く、往々にして「過去から現在まで」の在り方が感情的な影響を与えるものです。ですから予測は慎重のうえにも慎重さを要します。

13. 「任務」は「適応・質・量」で定義する

特に「任務」の定義は、今私たちが対話を持つようとしている受診者グループの代表が真っ先に質問すると思われる事柄です。私たちは自分たちの任務をどのように定義すればよいのでし

ようか。私たちはこれを「I、Q、Q」という略号で表わしています。即ち「適応、質、量」です。私はエフェクティブ(受診者)の側は、これを速やかに理解できると考えますが、それだけにこれらは極く簡単明瞭に定義する必要があります。

どのように「適応」を決定していくのか、診療者グループは適応があると思われる治療内容について何らかのルールを設定すべきでしょう。また、これは受診者との契約条件の中に十分注意して定義する必要があると思われまます。受診者代表の要望に応じて、個々の歯科医と患者の間でその都度、即座に決定を行なう代りに、コミュニティに効果を与えるグループが公共のために適応を決定するという事は、ストレスの軽減にもつながり、また統一性も生まれます。もし何らかの理由でグループの決定が適当なものでなければ、もちろんメンバーは代替案をはっきり提供すべきです。たとえば、患者の大臼歯が全部欠損している場合、治療は何も行なわれないでしょう。これは条件の一例です。より多くの情報を収集して、今後チェックしてゆかなければならない事項は、まだまだたくさんあります。

次に「Q₁-質」のチェックについて私たちは何らかのシステムを持つべきでしょう。そして、これをどのように設定するかについても討議してきましたが、一定のチェックポイントを決めて、診療者グループのすべてのメンバーがグループの代表によってチェックを受けるのがよいと思われまます。これらのチェックは、すべて深い同情のもとに行なわれるのであって、決してチェックして困らせてやろうという考えではありません。メンバーの手助けをするためです。それはまた、トレーニングの効果を測るためでもありません。そうしてトレーニングの必要事項を検討して、またクロスチェックするためです。ですから、私たちは今後、このチェックポイントを定義しなければなりません。

「Q₂-量」に関して、現在のQ₂は健康保険の点数表か金銭によって測定されますが、もちろんこれは好ましくないQ₂表なので、もっと妥当な私たち独自のQ₂を準備するつもりです。

私たちはコミュニティにおいて、特に小さなコミュニティでより高い比率の人々をケアするようになると、歯科医はより多くの時間を補綴などの治療ではなく、HC-0に近い段階のケアに使うて多数の受診者の健康状態をモニターできるようになるのもそれほど遠い先の事ではないでしょう。

前述しましたように、私たちが組織化した条件に移行する時、組織は「ヒューマニスティック」なものでなくてはなりません。歯科医にとってF₁は人間です。そして第一のコントロールユニットも診療者、つまり人間です。このように、効果が直接人間に及ぼされ、また第一のコントロールユニットが人間であるところでは、

The Effect
of
The Health Care Model
on
The Future
of
Community Health Care-Dental

特に人間を基盤とした組織に最高の適応があるのです。規格は人間性と効果、および人間性とコントロールの可能性の両面から検討します。

つまり1つはヒューマナイズされた生理学的効果であり、もう1つはヒューマナイズされたコントロールの可能性です。この両側面を私たちは規格化し、かつヒューマナイズ(人間を中心に)します。そしてこの規格化の範囲が広いために、このヘルスケアモデルグループはヘルス

ケアにおいてもっともすばらしいモデルグループの代表となることができるのです。

14.「組織」は4種類に区分できる

組織を構成する社会の中で組織から利益を受ける対象が誰であるかによって、組織は基本的に4つに分類できます。即ち「公共の利益のために存在する組織」、「会員の利益のための組織」、「サービスを受ける人のための組織」そして「所有者のための組織」です。

現在歯科医は何でも自分自身のルールで決定しています。現在歯科医が持つ2つの立場、(公共に貢献すべき立場と所有者としての立場)の関係は非常に混同して認識されています。私たちはヒューマニスティックな組織に入ろうとする歯科医に対して個人の所有権の概念はないということをはっきりさせなければいけません。いわゆる個人的な「所有者」はいらないのです。

しかし皆様がヘルスケアモデルグループに加入するということは、皆様の所有権を誰かに譲渡するということではありません。なぜなら、誰もが等しく所有者であるからです。

現在はまだ過渡期段階なので、組織化の手始めとして、まずすべての歯科医が平等である「歯科医のグループ」として暫定的に第一歩を踏み出しますが、できるだけ近い将来にコミュニティや受診者の所有権を共有することを望んでいます。その理由はヘルスケアの性格上、公共性を持つ必要があるからです。私たちは市立の公園やレクリエーションパークなどの組織と同じ範ちゅうに入るこういう性格の組織を「OT-3」の組織と呼んでいます。これは協力に基盤を置くのが特徴であって、競争はありません。「OT-2」はヘルスケアにおいては事態はより悪化し、得られる利益は一時的なもので、長期的には何ら価値がないにもかかわらず、こういう組織は近い将来も試みられるでしょう。現に多くの人々が、歯科の領域においても「OT-2」

に関心を示しているようですが、少なくとも私たちと関連のある人々は決して「OT-2」を頭に描いてはいけないと思いますし、また、ヘルスケアの世界での「OT-2」の展開は何としても阻止しなければなりません(図6)。

いずれにしても、「OT-0」つまり組織以前の

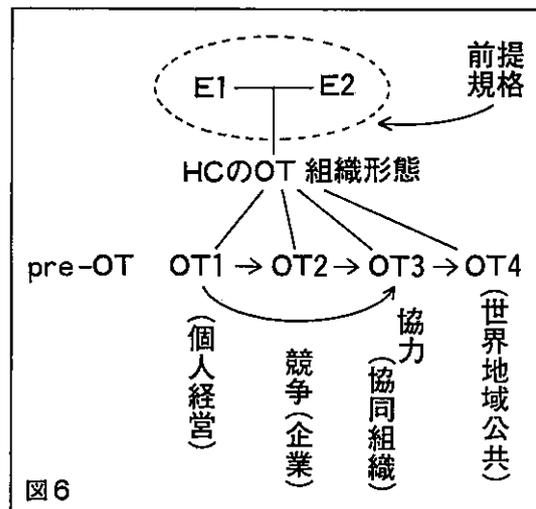


図6

状況は急速に終焉を迎えつつあるというのが私たちの見解であり、やがてはすべての歯科医が多かれ少なかれ決定を余儀なくされることになるでしょう。ヘルスケアを組織化しようとする社会からの圧力はとても強いので、私たちのグループは象徴的なグループとして合理的な方法に基いて、この過渡期の状況下でも資源の損失と人間のストレスを最少に押え、コミュニティ・ヘルスケアを変革するために、積極的に行動する、極めて素晴らしい可能性を持っていると思います。

社会的な推移の中では当事者のストレスの増加や資源の損失は移行の在り方に大きく依存しています。また前述のような社会的変革を実践していくのは、その可能性を持っている者の責任でもあります。

15.1988年から「現在」をふりかえろう

ここで、今から10年後に思いを馳せてみましょう。10年などアッという間に過ぎるものです。

今このような重大な決定を行なう時、明日のことや、今年、来年に対する影響だけを思い煩わないでください。それは何とか生き抜いてゆけばよい期間にすぎません。

もちろん私たちは今年と来年を生き抜いていくための条件を設定しなくてはならないでしょうが、設定に際しては自分たちをもっと先の将来にまで押しやって考える必要があります。今日は1978年3月19日です。ここで一度1988年に飛んで、そこから1978年をふりかえってみてください。1978年ヘルスケアモデルグループへの加入は先生の人生をも変えることでしょう。もし自分があの時グループに加入していなければ、自分の状況はどうなっていたか、あるいは、グループに加入することで自分の人生に一体どういう違いが生じたのかなどの足跡をたどってみてください。私は今日加入を決定されたメンバーの誰しもが10年後に自分の人生がはるかに意義あるものになり、はるかに直接的かつ系統的に社会に貢献できるようになったと感じられるだろうと、自信を持っていうことができます。またすべてのメンバーは社会への貢献度が高まったという充足感とともに、さまざまな矛盾を含んだ社会の状況を向上させるために初期のメンバーの一員として、他のメンバーたちと互いに手を携えて全力を尽してきたのだという満足感が約束されるだろうことを確信しています。

私は私たちのグループはヘルスケアの分野でリーダーになる最高の可能性を持っていると思います。また、私自身もこれから歩むべき方向を考える時、他に論理的な代わるべき道は1つとして見つからないのです。決定は皆様方ご自身で下さなくてはなりません。誰かが代りに決定するという訳には参りません。このモデルがもっとも効果的に社会に貢献できるのだという長期の展望に立って、先見の明をもってヘルスケアモデルグループへの加入を決定していただくことを心から願っています。

(1978年3月19日HPI講演録より) 抜粋
尚この原稿は季刊GP5号に掲載されたものに一部補正を加えたものです。

