
OMUアソシエーションの意義

HPI創立理事長 Daryl R. Beach

皆様おはようございます。今日、又日本に戻って参り、再び皆様の前でお話できることをうれしく思っています。私は、今年は6月の下旬にアメリカに参りまして、それから5か月半もの長い期間北米でいろいろ新しい経験をしてまいりました。

今回の北米での滞在期間、主に歯科大学で活動をしてまいりました。3か月間はミネソタ大学歯学部、又6週間程はメリーランド大学歯学部滞り、そしてミズリー歯科大学やカナダのブリテッシュ・コロンビア大学、スタンフォード大学などもまわってきました。それからシカゴにあるアメリカ歯科医師会(ADA)での講演やワシントンDCにある歯科大学協会での講演、そしてNIDR(アメリカ国立歯科研究所)の職員を対象にした講演など行ってきました。日本では長年に亘り先生方から興味をお寄せいただきてきたテーマですが、今回いろいろまわった所では新しい情報と受け取られまして、多くの関心が寄せられるようになってきました。今まで私達は、OMU(最適なマネージメントの為の診療ユニット)を確立し、又、パフォーマンス・ロジックを追求してきたわけですが、組織としては皆様にもおなじみのHPIという研究所があり、又、OMU アソシエーションという組織ができ、更にAPLOと呼ばれるパフォーマンス・ロジックを中心としたアカデミーが設立されました。2つの組織の名前の中に“パフォーマンス”という言葉が入っているのですが、過去にどういった経緯でこの様な組織が出来たの

かという事をまず振り返ってみたいと思います。

§ パフォーマンス・ロジックのベース……

固有感覚の自覚

日本での活動は約25年程前から始まったと思いますが、当初は、術者としての自分自身に対する自覚を高め、自分自身に対する条件を観察し、又、一体どういうことが演繹的に求められるかという問いかけが出发点となり、そこから色々展開してきました。自覚を確立する場合の基準になっているのは、重力に対して自分自身のポジションや姿勢を保持する固有感覚(Proprioception)と呼ばれている感覚です。

(注：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。)

自覚を確立する方法は、まず目とじて、固有感覚によって自分の体の各部/可動部分の関係を自覚します。次に我々が、他の機能物や事物と接触する場合、どういった条件でのコンタクトが最適かということを固有感覚によって求めます。我々の体と外界との最も基本的なコンタクトは、我々の体重を支える為のコンタクトです。立位では足の裏だけが外界と接触している部分です。そして座位では足の裏の点に加えて、骨盤の下方点、そして大腿部がコンタクトします(体重支持点)。体重支持点のコンタクトの次に問題になるのは、腕や下部、又胴体部分と周囲の機能物などとのコンタクトです。最後は、手指のコンタクトです。我々の体と外界とのコンタクトは、前述の3つに分類できます。即ち、1) 体重支持点のコンタクト 2) そ

の周囲のコンタクト 3) 手指のコンタクト
です。以上の様に自覚を確立し、我々が術者として患者を治療する際に、望ましいコンタクトを演繹的に求めます。この場合の基準は、歯科の治療に適応のある力のベクトルを我々が口腔内で使用する場合の、指の最適なコントロールの条件です。

次に、歯科の分野で適応のある全ての治療—例えば、歯石の除去、口腔診査、又矯正装置の口腔内への装着、ペリオの治療、抜歯、又、印象や咬合の採得などの手順をどの様に行うと最適なコントロールを実現できるのかという事を演繹的に求めます。そして、そういった基準がなければ、従来の歯科の教育においてはデモンストレーションを見、他の術者が行っている方法をまねることで治療手順を学んだり、スキルを確立してきた訳ですが、自分の体に対する最適な条件の自覚が確立されれば、全ては演繹的推論法によって求めることができます。この様に自分の体の条件の観察、そして演繹的な推論法によって歯科治療で行われる全ての行為を求めることができます。

歯科の分野の行為は2つに大別できます。換言すると2つの目的があると思います。即ち、第1の目的は情報の提供、第2は治療の提供です。勿論、これらの目的をもった行為に関連したその他の行為もあります。診療所で患者と医師が出会って、そこで治療が行われる訳で、対人関係が生じますし、これに伴ってその他の関連行為も生まれます。歯科医療の特徴は、情報や治療が人間と人間が出会った場で提供されるという事だと思います。現在の最新テクノロジーによって人間が介在せずに直接機械が情報を提供したり、一部の治療を提供することが研究されていますが、今後も長い期間に亘って口腔の治療というのは、やはり患者と医師の係わりを前提として提供されることには変わりがないと思います。ですから、歯科医療に従事する人々の

役割は、長期的に継続するものだと思いますし、パフォーマンス・ロジックを今後も追求し、又明確にし続ける必要があると思います。前述の様に固有感覚で導き出す我々の体と外界とのコンタクトが、まず最初に求められるものです。例えば、作業点と我々の手指はどの様にコンタクトするのか、インストルメントとはどうコンタクトするのか、そして治療手順で使用する力のベクトルの順序と大きさはどうか——全て目をとじて固有感覚に基づくと、最も正確に条件を求めることができます。

歯科診療において、治療手順に関連した行為の中に、ポジションを決める行為があります。この条件を求める為には、役割を模擬的に演じる実習(role simulation)を行います。Role simulationというのは、治療の提供される場に存在する役割をそれぞれ模擬的に演じる事です。まず、歯科医や衛生士など術者の立場で目をとじて、固有感覚によってコンタクトを求め、又、最適なコントロールの条件や、姿勢を基準に自分で感じとります。次は、患者の立場、あるいは診療補助者の立場から最適な条件を求めます。次に、固有感覚を基にして求めたコンタクトから、前述した様に、歯科医療の中で必要とされる全ての行為を演繹的に求め、次にはインストルメントも演繹的に求めます。つまり、インストルメントの形や設置場所、ポジション(位置)そして使用時の角度など全て、論理を基に求めることができます。この様にして一本ずつのインストルメント、又セットとしてのインストルメントを演繹的に規格します。次には、包括的な歯科医療の環境全体(セッティング)を論理によって規格することができます。この様にして歯科医療の行為—インストルメント—環境全体(セッティング)を共通のロジックで統合して出来あがったものがOMU(最適なマネジメントの為のユニット)です。

1960年代には、この様なロジックや姿勢の重

要性を説明する場合、デモンストレーションという方法をとって、実際の患者に治療をして姿勢を一貫させると、この様な結果がでるという風に紹介してきた訳ですが、一目見ただけで全てを即座に理解できるという人は5%程度であったでしょう。やはり、論理から演繹的に答えを導いていく方法が分からなければ、本当の意味は分からないだろうという事で、次には問題を設定して、それに対する答えを求めて頂くという方法に転じてまいりました。

§ 北米歯科大学でのワークショップ

今回の北米旅行中に、私は何回かワークショップを歯科大学の教育者の為に行ったのですが、参加者は、歯科大学、又は歯学部全体に影響を持っている人に限定しました。つまり、1つのテクニックや狭い専門領域のみに興味をもっている人達は、最初から除外した訳です。このワークショップは、5日間で、しかも大学から離れた所にいわば隔離した状態で、つまりワークショップの参加者が出たり入ったり出来ない状態で行いました。出入りがあると気が散るので、特に学部長の裁断で取り決めたのですが、教授達にとってはかなり難しい条件だったでしょう。

ワークショップにはいくつかの目的がありました。第1の目的は、最初の2日間で参加者に歯科医療の行為には1つのロジックが存在しているという事、そしてロジックに基づいて全ての行為を演繹すべきであるという事を十分に理解させる事でした。従って、最初の2日間は自覚を確立するための実習を行いました。その内容は、体の各部の基準点を知覚し、基準点が各治療中にどの程度基準から外れることが許されるか、つまり許容範囲を各自が実習の中で自分で求め記録しました。例えば、両眼の虹彩を結ぶ軸が治療中にはどの程度まで傾く事が許容されるのか。又、耳や目の動きの許容範囲はどれだけであるか。頭の前後の動きや肩、肘等体の

各部について治療中の許容範囲を記録しました。2番目の実習は、指の最適なコントロールを行う為に患者の上顎咬合平面が垂直から何度までの範囲にあるのが最もふさわしいか、XYZの3つの平面において、角度の許容範囲を各自が記録しました。これも固有感覚を基にした、術者にとって最も大切なコンタクトを規格する一連の実習でした。次に、参加者に各自の専門領域における各手順を演繹的に求めてもらいました。例えば、ペリオの教授であれば、ペリオ外科のプロセスを演繹的にロジックを基に求めてもらいました。そして2日目の最後に全員で討議の時間をとり、最初の2日間で紹介したロジックを参加者が妥当であると認めるかどうかという事を話し合いました。もしそれで、皆が紹介されたロジックを妥当な、歯科の分野に必要なものと認めないのならば、それ以上ワークショップを続けても意味はないと思うので、その様な話し合いを持ちました。そして、各参加者の意見を調べる為にアンケートを行いました。沢山の質問項目が設けられていたのですが、その1つに「全てのアメリカの歯科大学は、臨床教育の中にロジックを取り入れるべきだと思うか?」という項目がありました。又、「教育のカリキュラムやインストルメントなし、セッティングを選ぶ際のベースとして、ロジックが必要だと思うか?」という項目もありました。

ワークショップの話に戻りますが、前述の2日目の話し合いで、ロジックが歯科大学の教育に必要であるという事について、ほぼ全員の合意が得られました。そこで、3日目からはロジックを実際に適用する場合に何がそれを阻んでいるかという事を検討しました。術者がロジックに基づいた治療行為を行おうとするのを阻んでいるのは、主に環境要素であるという事から、最適なコントロールを可能にする人間を基にしたインストルメントの規格とはどういうものであるかを理解してもらう為に、参加者が

自らインストルメントを規格するという実習も行いました。例えば、ペリオ外科に使うインストルメント、歯石除去の為にスケーラーや探針など、どの様なグリップでどの様に使うかという事を基にして規格をし、又そのポジションや設置場所等も規格しました。ワークショップの中で、セッティング全体をどの様に規格するかということに触れる時間はなかったのですが、まず、診療所の入り口の原点 (XO、YO) を設定することから始め、そこからどの方向のどれだけの距離の所に受付のステーションをおくべきかということ、実習の中で取り上げました。受付の場所を決める場合には、固有感覚によってコンタクトを求めるだけではなく、入り口に立った患者が受付の人を最初に見てから、何歩歩いて受付員の所へ到達するか、という視覚の条件も考慮すべきですから、コンタクトを求める場合とはやや違った方法で規格を決めていかなければなりません。固有感覚を基にして、人間がコンタクトする環境（機能）物の規格と、照明の位置など視覚が基になる規格は、求める方法がおのずと違ってきます。

ここで、先生方に質問があるのですが、OMU（診療所）の中で、固有感覚を基にした、つまりコンタクトを基準にした規格と、視覚を基に定めた規格の比率はどれ位だと思われませんか？換言すると、OMU の様々な規格を妥当であるかどうかテストする場合に、固有感覚によるコンタクトを基に、つまり目とじてテストするものがどれ位あって、視覚の条件を基準に目で見るとテストするものがどれ位あると思われませんか？—どうやら先生方の中では少なくとも、固有感覚によるコンタクトを基にした規格が過半数であるという合意がある様です。基本的寸法そのものが、視覚をもとにして決まるという機能物の数は、少ないと思います。例えば、ライトの寸法は視覚を基に決められているでしょうが、それ以外の機能物では、基本的な寸法は大半が

固有感覚によるコンタクトを基にして決められているでしょう。

歯科大学の教育者から話をもっと分かりやすくする為に、スライドを見せて欲しいというご指摘がよくあるのですが、私は、最もよく分かってもらう為には、目とじて知覚を確立することがベストだと思っていますので、スライドはいっさい使わないのです。環境の規格だけではなくて、最適なコントロールを達成する為には、どういう順序でコンタクトをし、又、作業ベクトルはどのような大きさで、どういう順序で使うかという治療手順の規格をする際にも目とじて、固有感覚を基にして演繹すれば、最もふさわしい答えが出てきます。視覚というのは、あくまでも固有感覚に対する補佐的な役割を担うものである事を、認識すべきだと思います。今年北米で行った実習やワークショップは、1960年代に日本で広く行っていた事を復習する感じだったので、北米の歯学部の方の強力な支持を得ました。前述のアンケートの解答を見ていまでも、ほぼ全面的な合意が得られていると思います。固有感覚によるコンタクトの条件を確立させるという事が、歯科診療全体の条件を規格する際の出発点（グラウンド・ゼロ）だと思います。

§ OMUの生まれた背景

日本では1960年代に、ちょうど今年北米で行ったような様々なワークショップや実習を行ってロジックを紹介した訳ですが、いわゆる何も制約のない自由空間で実習をしている時には、ロジックの価値を充分に分かって下さった先生方が、いざ自分の診療所についての決定を行うにあたっては、ロジックを基にしたものとははるかにかけ離れたものを選んでしまうという問題が出てきました。1960年代には、国内外の多数の先生方から診療所の設計を手伝ってくれと、図面が送られてきました。空間、予算、場所などありとあらゆる条件が、動かし難い制約要素

として決まっています、その枠組の中で少しでもいいものになる様に手伝って欲しいというご依頼が色々ありました。1969年だったと思います、そういうバラバラな制約要素のある中で最適のものを求めようとしても無理だということ、そしてそうすることは効果的な方法ではないという結論に達しました。そこで、1969年に診療所の必要十分な空間とはどれだけあるかということ、それを規格し、ドクター、受付、衛生士、アシスタントなど歯科医療に必要なチームの構成員も規格しまして、OMU が出来上がったのです。そして、歯科治療の行為、インストルメント、環境（セッティング）とマネージメントを統合した形で、OMU としての診療所の開設は手伝いますが、バラバラの制約要素の中でのお手伝いは、それ以後一切しないという決定を1969年に下しました。

この様にして、OMU が生まれ、それ以後できるだけ多くの先生方にOMU の開設者となって頂けるように、色々なお手伝いをしてきたつもりです。勿論、我々歯科医は、個々の治療手順やインストルメント、歯科材料、製品というものに関心を寄せがちですが、それだけではなくセッティング全体にロジックを適用する必要があるということでOMU が規格されたのです。

§ APLOとOMUアソシエーション

APLO (Academy of Performance Logic in Oral health)は、パフォーマンス・ロジックを基にしたアカデミーですから、パフォーマンス・ロジックに対する開業医の先生方の興味・関心を広く維持し、又、強化していくという事が大きな役割であると思います。

一方、OMU アソシエーションは、実際にOMUという共通のセッティングで診療している先生方のグループであり、マネージメントの条件を規格していくにも、フィードバックがシステム化されている訳です。マネージメントについての体系的なフィードバックを得ることができ

るという事が、OMU アソシエーションの大きな強みであると思います。今日の午後、フィードバックされてきたデータをどの様に利用して開業歯科医のマネージメントを改善させられるかというお話がありますが、日本においてOMUの数が今まで実績として伸びてきましたから、システムティックなデータを得る基盤がほぼ確立されてきたと思います。

§ 増加する情報の需要と情報管理

今日おいでになる皆様は、色々な背景を持っていらっしゃると思いますが、それは私達にとって大きな強みになると思います。中には長い間の診療人生の中で、診療にはどういう問題があるのか、ストレスの要因とは何であるか体験的に充分自覚なさっている先生方もいらっしゃる、又、若い先生方の中には、コンピュータの教育を受け知識を充分持っていらっしゃる、データ収集の方法・確立に力を借して下さっている先生方も何人かおいでです。又、体系的な情報管理の為に特に尽力して下さっている先生方も何人かいらっしゃいます。今日の午後にご紹介するデータ・フィードバックの方法というのも、そういった若い先生方の努力によるところが大きいので、私自身非常に嬉しく思っています。私も含めて年齢の高い歯科医はデータを読むのは苦手であり、データがどういう意味を持っており、自分の診療にどういう効果をもたらしてくれるのかなかなか判りにくいものです。けれど、体系的に出てきたデータのフィードバックは、自分が見のがしている思いがけない所に存在している管理上の問題などを指摘してくれるものです。開業医というのは患者が満足して治療をうけ、又、戻ってきてくれて、充分の患者数を確保してさえいれば、それで言うことなしと考えがちです。ところが客観的なデータを見てもみると、自分では気がつかなかった所に改善の余地が見つかる事がよくあります。フィードバック・データの有効利用は、大きな可

能性を秘めていると思います。もう一つは、今回アメリカで強く感じたことですが、従来、患者というのは診療所に来院し、医師から何か聞かされると、その情報が多くても少なくともそれで満足していたものですが、今後は、患者はアメリカだけでなく日本でも、より体系的で完全な情報を得たいと考えるようになっていきます。つまり情報に対する需要が増えてくると思います。アメリカでは医療過誤の訴訟だけでなく、治療前に充分の情報が与えられなかったという理由で訴訟にもちこまれるケースが多くなっておりまゝ。どういう治療を行う場合にも、合意書(Informed Consent)の中で治療の主旨や予後を十分に説明し、患者の署名(合意)をもらっておかないと、訴訟になりかねないという状況です。単純な症例だと、診査時にいくつかのカリエスが見つかって、それを充填し、歯石を除去して終わりという場合もありますが、いわゆる複雑な症例については、いくつかの治療のオプションが存在しています。例えば、ある患者に欠損歯があったとしまして、A先生の所へ行くと、その先生はたまたまインプラントのコースを受けた直後で、試しにやってみたいというので、インプラントを勧められます。又、別のB先生の所へ行くと、口腔衛生に非常にに関心のある先生で、治療のやりすぎの方が問題だから、何もしない方がいいと言われる。C先生は、ブリッジにしたらいいと言われるし、D先生はエナメルボンドのコースを受けたばかりなので、エナメルボンドをしましょうと言われる。E先生は保険でやると結構安いから、可撤式の補綴物にしましょうと言われるという事態になります。ところが患者は、この様ないくつかのオプションがあるということを知らされずに、たまたま行きあつた先生が勧める治療を受け入れることになる訳です。今後は患者自身、どういうオプションがあるのか完全な情報を提供してもらいたいと願ひ、そういう情報を基に自

分自身も意志決定に参加したいという気運が高まってきます。いわゆる“知る権利”というものを患者が強調する様になるでしょう。そういう事態になると、今日ご紹介する様な体系化した情報管理が極めて価値の高いものになってくるのです。OMUでは、情報を提供するエリアと治療のエリアがはっきりと分けられています。忙しいと、つい情報提供のエリアが折角あるのに使わないという事もありがちだと思うのですが、今後は治療時間の中で、患者に情報を提供する時間の占める割合が段々と増えてくると思われまゝし、あくまでも情報エリアと治療エリアは、使い分けるべきです。

§ パフォーマンス・ロジックに基づく治療のスタンダード

また情報からパフォーマンスに話を戻しますが、11の歯を例にとります。この歯を充填して、トリミングする場合、光の反射の具合を見ながらトリミングする訳ですが、これも北米でのワークショップの実習に含まれていた1つのケースで、自分の現在のやり方と比べてみて、パフォーマンス・ロジックに基づいてトリミングのステップを規格しました。このステップを規格する際、術者の姿勢を変えずに全部のトリミングをすませることが出来るかどうか、というのが1つの考慮のポイントです。頸椎の基準点との関係で、眼点(ナジオン)を動かさずに、姿勢を変えずに全部をやってしまうのでしょうか？ 最適な指のコントロールを達成する条件を維持しながら、視覚の条件を考えながら、どういう順序でステップを進めて行けばいいのか、舌側、頬側、切端の間で、最初に行うのはどこでしょうか？ 過半数の方が、今、切端部分が最初と答えられた様ですが、切端を最初にするとして、姿勢を変えることなくすまされるのでしょうか？ 全部直視で行えるか、あるいは鏡視も必要でしょうか？ インstrumentのあて方はどういう方向でしょうか？ 頬側から

舌側に動くのか、作業ベクトルの方向はどちらですか？ 又、ベクトルの順序はどうでしょうか？ 以上はほんの1例ですが、こういうことをパフォーマンスにおいて考えるべきだと思います。

次に、2番目の部位はどこでしょう。頬側か舌側かどちらですか？ 頬側が2番目、舌側が3番目という意見が多い様ですが……。

では、視覚の条件はどうでしょうか？ 100%ミラーを使って、トリミングの作業を行われる方はどの位いらっしゃいますか？ 切削時、基準の姿勢で直視で部位が見えるでしょうか？

では、材料がレジンドとして、どういう風に切削したら良いのでしょうか、パントマイムで切削してみてくださいか？ 今、コントロールの為に基準の姿勢をとって頂いていると思いますが、最適なコントロールの条件が確立されているでしょうか？ これらの項目はPAR3のデータに入るものですが、この様な実習はワークショップの中でも、有意義なものとして参加者の興味をひきました。一見するとトリミングは非常に見やすい簡単な作業の様ですが、案外、最適なコントロールの条件や基準姿勢が維持されていないという事が観察していて判りました。歯学部の学生でも、患者が水平位の場合も、前述の部位の切削は、基準の姿勢からまったく外れてしまい、ゆがんだ姿勢で行っているのが大半でした。

以上申し上げた様に、パフォーマンスの面でも再度の検討が必要だという事を申し上げたいと思います。

アメリカの歯科医師会(ADA)は、日本の歯科医師会とはかなり趣が違っていて、その中に Standards Divisionという標準規格を扱う部門があります。そこでは従来、歯科材料についての標準の検討が行われて来たのですが、最近インストルメントの検討も始めています。ADAのスタンダード部門は、私達が提唱してきたパフォ

ーマンス・ロジックを基準にして検討を続けるという決定を行いました。

今までは、まず基本的な実験室でのテストを行うと、一足跳びに次は臨床試験を行っていました。一口に臨床テストといっても、実際の診療所では様々な条件下で、ある材料なりインストルメントが使われている訳です。歯科医の姿勢も大幅にバラついていれば、材料の練和の方法や練和してから口腔内へ運ぶ距離など、諸条件があまりにもバラついている為に、有効な比較は出来ない状態にありました。この基本的な実験室でのテストと臨床試験の間をつなぐものとして、私は、Simclin* テストを提案しております。最適な臨床環境を模擬的に設定したセッティングの中で行う方法で、これらの評価については Simclin テストを行うべきであるということ、ADAの担当者達も分かってくれました。(注：従来 Simlab と呼んでいたが、Simulated Clinic を縮めた Simclin シムクリン に改名された。)

この Simclin でのテストでは、診療条件のバラつきを排除する為に基準条件を確立しています。例えば、術者の姿勢や作業手順の行い方など全て基準条件を設定して、一定の条件下でインストルメントや材料をテストすると、それらも持っている欠陥や問題が明確に浮き上がってくるのです。私のこの提案には非常に高い賛同が寄せられたことに、私自身驚きました。そこで、ADA の人が私に尋ねたことは、Simclin と同じ条件で実際に診療している歯科医が、はたして日本に存在するのかという事でした。勿論、私はその時、実際に基準条件で診療している歯科医が日本に存在しているのだとはっきり答えることができました。そういう意味で、基準の姿勢、及び最適なコントロールを確立する条件を、診療所の中でもできるだけ忠実に実践していくことが大切だと思います。

もう一つ、ADA に加えて米国の国立歯科研

究所 (NIDR) でも、私はSimclin テストの必要性を話して、高い関心がよせられました。これは全てPAR3と呼んでいるデータの中で取り扱われる項目です。

§ パフォーマンス・ロジックと患者のストレス

もう一つ、ADA でもNIDRでも、そして歯科大学のワークショップでも、患者が診療中を受けるストレスという課題が大きく取り上げられました。そこで、パフォーマンス・ロジックやOMUの条件が、患者のストレスにどの様に影響を及ぼすかということを考えてみたいと思います。患者の最も大きなストレスはどのようなところに由来しているのでしょうか？ 患者が診療中に受ける一番大きなストレスの要因というのは何でしょうか？ 痛みがあるのではないかという恐怖感は、何によって引き起こされるのでしょうか？ それは意外と思われるのですが、インストルメントのコンタクトによって引き起こされるのです。麻酔を受けていると、理屈としては痛みはないはずですが、患者にとって麻酔がきちんときいているかどうかにも心配だし、自分の目の前にインストルメントが段々近づいてくる間に恐怖感は最高潮に達するのです。いったんコンタクトがあると、その後ストレスが下がるかもしれないですが、心理的なストレスはインストルメントが接近しつつある最中に最高になると言えるでしょう。パフォーマンス・ロジックと患者のストレスの最大の原因であるインストルメントの接近ということと、どういう関係があるのでしょうか？ パフォーマンス・ロジックに則ってコンタクトの条件や視覚の条件を自覚している術者は、恐らく治療中にインストルメントのコンタクトの回数が最少限度で治療できる人だと思います。治療中にインストルメントを口腔内から何度も出し入れしたり、目で見て確かめながら治療を進めていくと、それだけインストルメントが口腔に接近しコンタクトする回数が増えます。その分患者は、また

何か痛いことがあるんじゃないかと心配し、恐怖感がつりますし、逆にその回数が最少限度であればストレスも最少限ですむはずです。

もう一つ、患者の心理的なストレスの原因に、診療スタッフの間の緊張や不和があげられます。どういう状況にあっても、歯科医は周囲のスタッフに対して言葉を荒らげたり、緊張が生じるような態度をとってはなりません。そういう規制を自分に課すことにより、歯科医自身のストレスは高まるかもしれませんが、患者の為にはいついかなる時もスタッフ間に何らの緊張があってはなりません。

もう一つの要因は待ち時間です。私達は、患者の待ち時間についても十分に把握するべきです。インストルメントのコンタクトから生まれてくる恐怖感と関連して、ライトや機械やチェアも含めて色々な機能物のポジションを機械的に設定する事も、患者にとっては何が次に起こるのか予測できないという事で恐怖感の元になります。患者が診療中に受けるストレスや不安感については、メリーランド大学の歯学部でパフォーマンス・ロジックを基にしていくつかの項目を調査する研究が計画されています。

パフォーマンス・ロジックのもたらす効果として、アメリカで認められている側面がもう一つあります。これについては、私はちょっと複雑な感じがするのですが、アメリカでは“エイズ”の感染予防が大きな問題になっていまして、国民は感情的にすらなっています。診療所だけではなく人間同士の接触というものをできるだけ減らす様に、そして交差感染を防ぐ為の手段が色々と講じられています。そういう意味でパフォーマンス・ロジックに則って規格された歯科の診療所は、インストルメントのみならず、人間と人間の接触も最少限度になる様に設定されていますから、エイズ感染の心配も少ないという受けとめ方をされています。例えば、我々の様に固定されたベッドで患者を治療す

る場合に比べて、いくつかのポジションのとれるチェアで治療すると、それだけ色々な所に患者が接触する可能性が出てきますから、広範囲な消毒が必要になります。ですから、コンタクトの数や接触面積が最少限度であるということが、1つの利点として受け取られています。勿論、私達は診療空間の規格については「最適な術者のコントロール」という事を第一義にとらえて規格している訳で、接触面積が少ないとか、清潔が保持しやすいというのは二義的な利点ですが、そういった面でも評価されているという事です。

メリーランド大学には、既にOMU が設定されており、診療が行われています。ミネソタ大学の歯学部でも、おそらく近い将来OMU が設定されることになると思いますので、OMUから出てくるデータは近い将来国際的なものになるはずです。

今日既に HPI、北米の大学数校、WHOなどの組織間には、電子郵便（Eメール）のネットワークが出来上がっていきまして、即時にオン・ラインで情報のやり取りが可能で、手紙のやり取りに比べ、即時に色々な質問が送られて来たり、解答を送ったり出来ますので、活動のグローバル化という面では大切だと思います。

§ PAR 1、2、3のデータ

我々の扱う各種のデータは、PAR1、PAR2、PAR3に分類されていますが、各々の定義についてはお手元の資料にも含まれています。今日の午後は、主にPAR2のデータが紹介されると思います。PAR2は先生方の診療に明日から即座に影響を及ぼすもので、私達が日常の診療の中でつい見逃してしまいがちな盲点、どこに改善の余地があるかということを見せてくれるデータです。設定された標準値(Par)に比べて自分の診療がどうなっているか、という事を比較、検討する材料でもあります。今年のミーティングは初回でもあり、12月も半ばになってし

まいましたが、毎年11月に今日の様なミーティングを開いて、前年と今年の比較、そして翌年の標準値(Par)を設定することは極めて価値あることだと思います。

PAR1のデータは、5年間単位に将来の変化を長期的に予測するものです。他方PAR2は、翌年を最善の年にする為のデータで、ストレスを最少におさえ充分の収入を上げ、診療時間数も最適にするように、改善の余地を見いだす基盤になるものです。1つの例を上げますと、私達はキャストパーシャルのコースを開いて、非常に詳しくデザインを規格していますが、キャストパーシャルのコースを受けた後もキャストパーシャルをする機会がかなり低くて、保険の適用になっているわゆるレジン素材としたパーシャルを大々的になさっている先生が多いようです。先生の中でキャストパーシャルがパーシャル・デンチャー全体の50%以上を占めていらっしゃるという方、手を上げて下さい。50%以下の方はどうですか？ 過半数の先生が今50%以下と答えられました。なぜかということをもっと深く検討する必要があります。レジンのパーシャルは、患者にとってあまり役に立たないどころか害が出てくる場合が多いということは、どなたもご存知の事です。この例からも、システマティックなデータのフィードバックがあれば、検討材料として非常に役に立つ事が判ります。先生方のかかえている患者が、全体としてそれ程違っているとは思えないのですが、患者の方がおしなべて同じであるとして、なぜキャストパーシャルの比率が高い先生と低い先生が存在しているのでしょうか？ 患者に対する説得といいますか情報の提供は、体系的に行われているのでしょうか？ 例えば、今年はキャストパーシャルの比率が40%だったが、来年は70%を目標にしようという場合、患者の気分を害することなく40%を70%に引き上げるにはどうすれば良いかということ、それはひとえに情報

の提供の仕方です。キャストパーシャルはほんの一例にすぎませんが、これと似たような例が他にもたくさんあります。それにはまず実態を把握する為に正確なデータを得ることです。例えば、上顎が何%で、下顎が何%で、どのような情報を患者に提供しているか、そういう分析を基にして来年はどうしようと目標をたてる事です。改善の可能性のあるところは改善し、又自分の治療パターンに変更を加えることが出来るようになります。データ処理や分析については石田先生と黒岩先生がご尽力下さいまして、今日色々な表示の方法で説明して下さいと思います。私自身それを見せて頂いてびっくりするような発見がありました。我々が頭の中でこうだろうと考えていることと実態がかなり違うという事をこれらのデータは教えてくれます。

PAR3のデータというのは、パフォーマンスに関する基準条件を設定するもので、これがPAR1、PAR2のデータ収集の出発点といえますか基盤にもなりますし、先程ご紹介した Simclin での新しい歯科材料や器具のテスト条件にもなります。これに対し、PAR1というのは前述の通り5年単位で長期的な変化を予測する為のデータで、ここで大きく問題になるのは、将来の歯科医療のマンパワーのニーズがどのように変わっていくかという事です。今は1986年ですが、西暦1990年、1995年、2000年、そしてそれ以降どのようにマンパワーのニーズが変わっていくのかという事は、特に歯科大学としては、卒業生の数をどのように調整するかという意味で大切なポイントです。1970年代に比べて、アメリカでは各歯科大学の学生数は現在約25%位削除されていますが、将来更に学生数の削減が予定されています。

PAR1、2、3のデータをつきあわせると、総合的な歯科医療に関するデータとなります。中でも先生方のさしあたっての診療に影響を及ぼす、改善する基準になるのはPAR2であると思いま

す。ですから前述しましたが、毎年11月15日位に今日のようなミーティングを開き、各自がデータを持ち寄って、翌年度のPAR(標準値)を設定することを、私は強くこの場で提唱したいと思います。例えば、翌年のPAR(標準値)を設定する場合、一番関心の的になるのはEncounter数(延べ診察回数)です。これをどれだけを設定するかということでしょう。適切なマネージメントの考え方としては、一人の医師の患者の来院数を見るのか、セッティング全体の数を把握するのか、どちらを優先するべきでしょうか。OMUの場合、ユニット全体の数を見るのが最も大切だと思います。それに比べて、ユニットの中で診療している一人一人についての情報は、2番目に検討すべきものだと思います。特に協働医がいる場合には、個人にアクセントを置いたマネージメントのルールは一貫性を欠きます。ですから翌年の標準値(PAR)を決める場合にも、衛生士と歯科医を合わせた診療所全体での患者の来院数を見るべきです。良いマネージメントとはどういうものであるかについては、歯科医の間でいろんな考えがあります。例えば、自分が開業している地域社会で、治療を必要としている患者が非常に沢山いるから、一日に大勢の患者を診ないと満足してもらえないし、待たせている間に何人かは別の診療所に流れてしまうのではないかという危惧を抱いている先生方もいます。あるいは逆に最適なコントロールで満足のいく治療をするには、一日の限度は10人である、あるいはもっと極端に5人であるという先生もいます。一日の最適患者数が何人であるかという色々議論のある問題も、診療所全体として、しかも1年間というトータルな目で見て、来院数をどれだけにすれば最も効果的な医療を提供することになるかを考えると、答えがよりはっきりしてくると思います。個人にアクセントをおいて自分が何人診るというのではなく、診療所をトータルに扱えた

方がより安定したマネジメントのルールを確立・維持することができます。例えば、一日30人以上の患者を診なければならぬと考えている先生は、来院した人にはどれだけ短時間であっても、とにかく何かしなければ患者は満足しないと考えていらっしゃるのですが、その反面、患者にとっては待ち時間も長いでしょうし、何度も来院しなくてはならないという不便さがあります。患者にとってはすぐに短時間こま切りに診てもらうことは、便利さよりも来院の回数が増える為に面倒さの方が大きいはずで、そういう場合、システムティックに事前に患者に情報を与えておけば、一日あたりの人数を減らした方が全体として効果的な治療が出来ますし、地域社会の中での評価も上がるはずで、

患者に情報を提供する場合、診療所全体のルールとして受付員が提供する情報と歯科医が各自患者に提供する情報がありますが、両者が互いに矛盾しないで一致しているということが大切です。受付員が情報の提供を担当できる場合には、歯科医が同じ情報を繰り返し患者に与える必要はないと思います。システムティックな情報の提供の為に、専従の受付員をおくことが不可欠です。電話にすぐ出たり、患者の質問に即座に答えたりできる様にある程度オープン・タイムがあったとしても、専従の受付員をおくべきです。今日お集まりの先生方の中には東京の都心で診療なさっている方もいらっしゃれば、沖縄のような島で診療なさっている方もおられます。又、地方都市で診療されている方もいらっしゃるという様に、地域社会の条件は様々に異なっていると思いますが、標準値としてPAR2のデータがあれば、何か変更・改善を加える場合にも自分の診療の実態を安心して比較できる土台になるでしょう。データは年間のPAR（標準値）に対して、月々の進行状況を見ることが出来る様になっていまして、短期的な変

動というのは必ずありますが、長期的にどういう傾向があるかということも把握できる様になっています。

§ 健康志向型の診療記録

診療記録には色々なタイプがあります。1つは治療志向型の記録（treatment-oriented record）で、自分が行う治療のガイドラインとしての記録であり、治療の項目に焦点をあてたものです。もう1つのタイプは、問題志向型の記録（problem-oriented record）です。1973年にDr.ウィードが提唱された記録方法で、医科の分野では非常に有名ですし、又、歯科大学の中にもこの問題志向型の記録方式を採用しているところはいくつかあります。3つ目は、私の提案なのですが、健康志向型の記録（health-oriented record）とでもいいたいでしょうか、記録の基準としてSI Indexを使うものです。これは、我々が行う治療が各患者、あるいは地域社会の口腔の健康状態にどういう長期的な影響を及ぼしているか、両者の相関関係を示す記録方式で、SI Indexを基にして治療記録を評価し、できるだけ目標（健康）に近い状態にもって行きやすい、目標を志向した記録方式とも言えます。

以上の診療録の分類の中の、3番目の健康志向型の記録方式を採用するということは、PAR2のデータをPAR1のデータと関連づけるのに不可欠だと思います。又、今後、情報時代に突入するにつれて地域社会や患者グループからは、私達が今まで予期しなかったような様々な要望や質問を受けることになるでしょう。患者の立場から見ましても、前述の3つのタイプの記録方式の中で、健康志向型の記録方式を採用している医師が最も安心して受療できるという事になると思いますし、又、歯科医自身にとっても健康志向型の記録方式を採用することが長期的には成功への最も近道だと思います。私達は種々の新しいテクニックが市場に出てくるに従って、短期的には個々のテクニックに夢中

になったり興味を寄せたりしますが、もっと長期的な展望に立つと記録方式の与える影響が、非常に大きいという事が判ります。記録方式は又、データ収集に不可欠な部分でありますので、これを体系化した健康志向型記録（systematized health-oriented record）と呼びたいと思います。“システムティック”とか“システム化された”という表現が昨今よく使われますが、その特徴は何でしょうか？ “システム化した記録”というのはどういう特徴をもっているのでしょうか？

記録する情報を情報軸（information axis）によって分類して記載するという事が1つの特徴です。例えば、私達の記録の中では第1の情報軸は「解剖学的部位」です。ここには歯科の診療録ならば「21」などの歯牙番号が記入されます。2番目の情報軸は、治療の内容、つまり「治療処方」です。3番目は治療の月日です。その他、治療のリスクや受療困難度（アクセス）を示すスコアを記入する軸や治療処方の変更を記載する軸など、7種類の情報軸が設定されています。この様に情報軸が定められている場合には、ある情報が記録の中でどの場所に記録されているかによって、その意味を汲み取る事が出来ます。他方、システム化されていない記録とは、文字でズラズラと一方向に何かを記載する方法や図に何か書き込む方法です。例えば、文章を横書きにしている場合、ある文字が全体のスペースの中のどの場所にあるかということによって、その意味が示唆されたりしません。とにかく横に続けて読んで行かなくては、まとまった情報を汲み取ることは出来ない訳です。換言するとこの場合、一方ないし次元にしか情報の検索は出来ませんが、情報軸が定められている場合は、縦、横2方向（2次元）に読んで解説していくことが出来ます。

今後は、インフォマティクス（情報技術／情報技術科学）の時代だと言われていますが、

そういう時代にふさわしいのは、前述のシステム化した記録方式でしょう。

今日は、私は帰国してからまだ1週間しかたっていないので、時差ぼけが残っていて、先生方のかかえていらっしゃる問題にどれだけピントをあてる事が出来たかどうか疑問ですが、今までどういう経緯で私達が活動を行ってきたかということを取り返ると同時に、どういう事が今後の「鍵」となる中心的な課題であるかということを少しお話してみました。

私達は今後システム化した記録方式に基づいて、データを長期的に集計していきたいと考えています。例えば、開業直後の立ち上がり時期のデータだけではなく、5年、10年、15年と一生涯に亘ってデータを築き上げていく事は、より良い将来の為の検討材料になります。私達は、新しい歯科材料や器具が市場に導入された場合にも、それを評価する為の共通の基盤をもっているのです。そういう意味でシステム化したデータのフィードバックや色々、歯科医療市場で新しく登場するものの評価など、先生方のこれからの協力をお願いしたいと思います。

ではここで、先生方からご質問を頂きたいと思いますが、既にタイムポイントに関する質問を頂いています。各治療手順に所定のタイムポイントが定められているのですが、それは、どの程度重要なのかという事に関連した質問です。タイムポイントの意義は、それが自分にとってどういうメリットがあるかという個人に対する影響の面だけを考えれば、なかなか判りにくいと思いますが、診療所全体にどういう影響や効果があるかということを考えれば、はっきりしてくるでしょう。診療所の中には先生ご自身の他に衛生士やもう一人の協働歯科医がいますし、受付員もいます。診療所の医療チーム全体の管理や診療所全体としての時間の管理に、タイムポイントはどういう影響を及ぼすかという視点で考えて頂きたいと思います。

アポイントメント・システムを日本に初めて紹介したのは、私だったと思いますが、当時はアポイントメント・システムを部分的にのみ取り入れる先生がいらっしゃいました。部分的にしか取り入れないと、歯科医のストレスは却って非常に高くなってしまいます。部分的導入とはどういうやり方かという、細かい分刻みの単位ではアポイントメント・システムを実施しにくいというので、9時の予約患者を4人～6人位設けておき、10時の予約が、又4人～6人という風に、何人かの患者を1つの時間に同時に割り当てるというやり方でした。そうすると、各患者の待ち時間は長くなりますし、歯科医にとっても複数患者の同時の対処はややこしくて面倒だという事になりました。次の折衷案は、予約をもう少しきざみにして、15分単位、つまり9時、9時15分、9時30分という風にして患者を2人ずつ同じ時間に割り当てるという方法でした。これでも依然としてマネジメント上に問題がありますし、受付員にとってはスケジュール作成が非常にやりにくいです。この様な経緯で、時間の管理をいかに改善すべきかという考慮から、タイムポイントが生まれたのです。各患者に対して出会いの挨拶も含めて、各治療手順の所要時間を標準化すると、各患者にどれだけの時間が必要かという事は簡単に計算できます。受付員は、標準のタイムポイントさえ与えられていれば、計算によって5分刻みの正確なアポイントメントを作成することが出来ます。9時、9時5分、10分、15分という様に、5分刻みに細かく時間を指定した方が大ざっぱに9時とか10時に何人かを予約するよりも患者の側にも時間厳守の傾向が出てきます。又、受付員の対処もやり易くなります。例えば、リコールか何かで9時から9時15分までに所要時間が文字通り5分でいい患者が3人続いているとします。この場合「9時に3人」予約するより、「9時、9時5分、9時10分と5分刻み」

で時間を予約した方が効果的です。それともう1つ、先生方に是非理解して頂きたい管理上のポリシーがあります。これも個人ではなく診療所全体の管理という面から必要だと思うのですが、「スケジュール作成については受付員が100%責任をもって決める」という事です。歯科医は一切口出ししないというポリシーを是非お勧めしたいのです。実際はこれがなかなか守られていないと聞いています。

新しい受付員を雇用する場合も、診療所全体として各患者との出会い、挨拶に何ポイント、各治療手順に何ポイントと標準のタイムポイントが定まっていると、それに則って簡単にスケジュール作成が出来ますが、時に歯科医が口出しをして例外を作ると、受付員にとってスケジュール作成は、非常にストレスの高い作業になってしまいます。そして、歯科医にとっても自分で時間の事を気にしながら治療しなければならず、ストレスの原因になります。タイムポイントは、1分単位（1ポイント＝1分）と決められています。こう聞くと何だか窮屈な感じがするかもしれませんが、事実はまったくその逆で、診療所として時間が管理されていると歯科医は所定の枠の中で治療に専念でき、時間の事を全く意識しないで済みます。

タイムポイントの具体的な導入の仕方については、色々ご質問があると思います。例えば、治療の予定に従って時間が取ってあっても、診療中に窩洞が思ったより深くて根管治療が必要になった場合はどうするのか等、具体的な対処について、午後に説明があると思います。治療内容の変更や時間の変更は、歯科医がわざわざ受付員にこういう風に変更してくれと口頭で指示しなくても、記録の中にその様な項目がありますので、ごく簡単に対処できます。又、治療内容や時間の変更の頻度がデータとして出てくるので、その頻度が非常に高いと、何らかのマネジメントの問題がある事が判ります。そう

いう意味でもタイムポイントは非常に有効です。

まだいくつか質問が残っているのですが、時間がなくなりましたので、私の話はこれまでにしたいと思います。

最後に誤解を避ける為に、1つおことわりしておきたい事があります。私達はデータのフィードバックを得る為に、前述の記録方式の採用を提案しているのですが、この記録方式に則って診療を行うべしという提案とは別に、私達は管理上のポリシーについても幾つか提案をしています。但し、両者は必ず一体になっていなければならないというものではありませんので、記録方式はそのまま受け入れるけれど、マネジメントのポリシーについては自分なりの修正を加えるという事も可能です。先生方にとって記録方式とマネジメントのポリシーは、決して抱き合わせの形でしか受け入れられないというものではないという事をつけ加えておきたいと思います。勿論、それらのポリシーも私個人は、実践して頂いた方が必ず先生方の為になると信じているものですが、これはあくまでも推薦であって、記録方式を採用するという決定とは切りはなして考えて頂きたいと思います。どうもありがとうございました。

