

総説

## 地域における患者中心の総合歯科医療への期待

小川 哲次<sup>1,2)</sup>

日本総合歯科学会(2013年~)は、総合歯科協議会(2008~2010)及び日本総合歯科協議会(2011~2012)の学会活動を経た節目の10年を迎え、これから総合歯科医療や包括的(総合)歯科医療にかかわる学際的な教育・研究・診療活動の探求をますます発展・展開させていくことになる。言い換えれば、今まさに、学会設立趣旨の“我が国の包括的総合歯科医療を発展・普及することを通して、国民の健康増進に寄与する”<sup>1)</sup>、及び本学会総則第2条の“本学会は包括的総合歯科医療に関する研究・教育の進歩・発展を期し、併せて総合歯科医療、口腔プライマリケアの向上に寄与する”<sup>2,3)</sup>ことが求められている。また、本会が謳っている総合歯科医療や包括的(総合)歯科医療の専門性、その担い手である総合歯科医のコンピテンシーの価値(Value)を立証するための学際的な認知プロセスそして国民的な認知プロセスを継続的に展開することが期待されている。

総合歯科医にとって、生涯にわたって育むべき最も大切なことは、“地域の一次の現場で、医療・健康・福祉・行政関係者などと連携・協働しながら、多様な価値観やニーズ・デマンドを有する患者・家族及び地域住民の日常生活の支援に患者中心の総合歯科医療 General Dental Care という包括的ツールを使って真摯に取り組むことであり、これらにより地域のコミュニ

ニティーづくりの支援に繋げること”である。しかし、少子高齢化とともにグローバリズムとナショナルリズムの交錯する多文化社会の到来を迎えた我が国では、欧米などの多言語・多文化社会におけると同様に、患者とその家族の価値観やニーズ・デマンドが多様化している。中でも価値観の多様化は、患者と歯科医師の価値観の違いからそれぞれの求めるゴールに違いやズレを招きやすく、総合歯科医としては自立と自己決定を基本とする患者中心の医療を提供する上でのジレンマとなりかねない。喫緊の課題として、本会そして総合歯科医は、患者中心の医療の根底にある概念あるいは理念(哲学)を吟味し、我が国の地域社会(住民)のニーズ・デマンドや医療保険制度・介護保険制度そして地域包括ケアシステムに対応できる患者中心の総合歯科医療という新たな概念や理念及び総合歯科医療モデルを探求し、創造する必要があると考える。

そこで本稿では、我が国の総合歯科医療(全人的歯科医療)について、患者中心の医療の視点から、本会が取り組むべきことそして総合歯科医が育むべきコンピテンシーについて考察する。

### 患者中心の医療の経緯と現状

“患者中心の医療”は第2次大戦後の米国に始まる

表1 価値ある行動とコンピテンシー

本会の価値ある行動 (本学会設立趣旨) <sup>1)</sup>	総合歯科医のコンピテンシー (本会の認定医細則) <sup>3)</sup>
①全人的歯科医療の提供:行動科学の探求,コミュニケーション技法の修得,②地域志向アプローチ:保健・介護等への参画,③包括的歯科医療の探求:臨床推論能力の向上,プライマリケアの実践,口腔健康増進・治療技術の修得,④多職種連携:周術期,有病者・在宅での診療,⑤職業規範の遵守:プロフェッショナルとしての資質向上,などを主として生涯研修の開発・実践・教育の3つに大別して追求する。	本学会認定医(認定総合歯科医, Certified General Dentist)には,一口腔単位の総合診療を理解し,その診療において適正な歯科医療,全人的医療ならびに全身管理を実践できるとともに,在宅歯科診療,地域に密着した歯科医療および先進医療を通じ,チーム医療ならびに福祉との連携を,コミュニケーションを保ち過不足なく遂行する能力を備える歯科医師であることを要する。

<sup>1)</sup> 広島大学大学院文学研究科前期博士課程

<sup>2)</sup> 日本総合歯科学会 前理事長

<sup>1)</sup> Hiroshima University Graduate School of Letters, Master's Course Human Studies

<sup>2)</sup> The former chief director of Japanese Society of the General Dentistry

と云われているが明確な根拠はない<sup>4)</sup>。この“患者中心の医療”への発展には4つの要因があり、第1は、ニュールベルグ倫理綱領(1947)にはじまる患者の権利(知る、選ぶ、決める)や患者・家族へのインフォームド・コンセントが啓発・普及されてきたことである。第2は米国での消費者運動の高まりとともに“医療はサービス業である”とされ、消費者である患者の権利意識の高まりが患者の自立と自己決定の優先を促したことである。第3は第2次大戦後の医師不足や医療の発展に伴う高度化と細分化を伴う高度の専門化や知識・技術・科学偏重の教育とあいまって、病気をみて人を診ない医療(疾患)者中心の医療へ傾き過ぎたことである。第4に、多文化共生社会あるいはグローバル社会となった移民立国の米国では、さまざまな国と地域の異なる文化的背景をもつ患者や家族の多様な価値観やニーズ・デマンドへの対応を迫られたことである。

我が国では、“患者中心の医療”の教育が大学医学

部・歯学部で標準化されたのは、医学・歯学モデルコアカリキュラム(2001)の制定以降である。これ以前の教育課程を受けた医師や歯科医師の多くは、患者中心=患者の自立をいかにもそれらしく装う“振る舞い”をしているのであり、患者中心と言いつつも、積極的に患者の自立や自己決定を促すための関係性を築くアプローチをしようとしなないかあるいはできないかなのである。

### 患者中心の総合歯科医療： 社会的関係と患者—歯科医師関係

ふだんの社会あるいは生活における関係性は、患者との対等な関係づくりということに影響する。他者との関係性はそれぞれの行為によって変化するのであるが、患者—医師・歯科医師関係の場合には、元々が医師・歯科医師優勢の非対称な関係であることは言うまでもない。患者—医師間に対等の関係性を築くという

表2 患者—医師関係モデル<sup>(注)</sup>

<p>T. Parsons 機能主義モデル ：役割モデル (1951, 1958)</p>	<p>治療という共通の目的を共有する 調和的な関係 医師の役割 義務：①高度の技術的能力, ②普遍主義, ③感情的中立性, ④機能的限定性, ⑤社会指向性 特権：①治療的なプライバシーの侵犯, ②専門職としての自立性, ③治療関係における権威 患者の役割：特権：①病気に対する責任免除, ②通常社会役割免除 義務：①回復努力義務, ②専門的援助を受容・協力する</p>
<p>Szasz と Hollander 患者—医師関係モデル (1956) (患者の自立性に着目)</p>	<p>a. 能動性—受動性モデル：医師が絶対的に優位に立つ b. 指導—協力モデル 患者は指示に従う c. 相互参加モデル 患者は自立し、自己管理する</p>
<p>R.M. Veatch の 患者—医師関係モデル<sup>*)</sup> (医師の専門性に着目)</p>	<p>a. 技術者モデル 医師は科学者として振る舞う b. 聖職者モデル 聖職者のように振る舞う c. 仲間モデル 共通の目標をもった仲間 d. 契約モデル 信頼に基づく契約の関係</p>
<p>E. Freidson 期待の衝突モデル (1961)</p>	<p>相互の期待が衝突しあう構造であり、医師は少しでも多く、患者を医師の思い通りに従わせようとし、一方、患者の方も、医師に依頼したりおねねたりしながら、少しでも診療を通じて自らの希望を実現させようという、相互の期待が衝突しあうとした。</p>
<p>L. Eisenberg リアリティの分裂モデル (1977)</p>	<p>「患者は病(illness)を苦しみ、医師は疾病(disease)を診断し治療する」として、患者と医師とがそれぞれに病と疾病という別々の社会的リアリティから出発しており、両者の間に存在するまなごしの相違を指摘した。</p>
<p>Emanuel &amp; Emanuel 患者医師関係のモデル (1992)</p>	<p>1. 父権主義：患者の健康と幸福が優先、医師が選んだ治療法を患者に同意させる。 2. 情報提供：医師は情報を与え、患者が選択。医師や患者の価値観について医師が判断する必要はない。 3. 解釈：患者の価値観を明らかにし、それに沿うような治療法を医師が選択。医師は助言者としてふるまい、患者の理解の過程を援助。 4. 協議：患者が治療場面において最適な健康関連価値を決定し選択できるように援助することが目標。</p>

\*：中川米造，「医の倫理」，玉川出版会；1977.<sup>6)</sup>より引用。

<sup>(注)</sup>：表は、今井道夫，香川知晶，「バイオエシックス入門」，第2版，東信堂；1992.<sup>7)</sup>から改変引用した。

ことについて、Tucketら<sup>5)</sup>は、患者中心モデルでは、患者個人を尊重し、医療者との関係性をそれぞれの専門家同士の出会いであると捉え、“患者は自分の抱える病や病苦そしてそれに係る人生（の物語）についての専門家であり、医療者は病気（疾患）の治療（の物語）についての専門家である”と述べている。患者中心の医療では、患者の健康あるいは生活の支援のため、SzaszとHollanderの相互参加モデル、Emanuel & Emanuelの協議モデルなどのパートナーシップ型モデルが求められる（表2）<sup>6,7)</sup>。しかし、米国の自立型社会という長い歴史的・文化的・社会的背景に対して、我が国は依然として依存型中心のタテ型の社会であり、患者・家族側におけるヨコ型社会の米国並みの自立型はまだまだ少数派といえる<sup>8)</sup>。自立ということは自らが決定するためには大変な努力を要するために、患者や家族にとっては苦労や努力をしなくてもよい“とりあえず”か“当面”は、依存型という医師中心型が医療現場の趨勢であるようである。つまり、多くの患者・家族が依然として依存型という体を取らざるを得ない状況なのである。実際に、医療の現場では“患者中心の医療”をよく理解している医師・歯科医師は、場面や状況や患者・家族の自立あるいは依存の程度を見極めながら、表2にあるような父権型からパートナーシップ型までのいろんな関係性モデルを使い分けているのであり、患者・家族も医師側に応じて依存型から自立型までを使い分けているのである。

この患者—歯科医師の関係性（信頼関係）の構築は治療や患者教育に影響する。欧米における患者中心の医療の発展経緯をみると、患者の自立と自己決定ということを注視する必要がある。とくに総合歯科医は、欧米と我が国における社会的関係性の違いがあり、それが患者の自立への妨げになりうることを理解しておく必要がある。自立や自己決定が基本である欧米のヨコ型社会（上下関係のない）と異なり、上下関係を基本とする我が国のタテ型社会では、上位の人が自立・自己決定し、下位の人には自立や自己決定をしなくても何事もなく普通に生活できる。また、ふだん下位の人が自立や自己決定を求められたときには、例えば患者は「先生にお任せします」というタテ型の関係性を使って自身の自立・自己決定を回避しかねないのである。したがって、地域の包括歯科医療を担う総合歯科医には、患者の社会や生活、教育などの背景を聴取することにより、自立の状況を把握して支援にあたること、つまり患者教育が極めて重要となるのである。

確かに、保険診療と自由診療の混在する歯科医療では、欧米におけると同様の自立型を基本とする患者中心の医療の提供も考えられるが、社会的人間関係がタテ型のことが多い我が国で、患者の自立を促すための患者教育は極めて困難であると云わざるを得ない。加

えて、我が国では、公的な国民皆保険制度の存在や中国・韓国より到来した東洋医学や儒教思想に基づく“医は仁術”という医療文化的背景が、自立や自己決定に対して患者と医療者の双方が戸惑いや違和感を覚えるのではないかと考えられる。しかし、我が国においても、タテ型の関係性が希薄になり、初等・中等・高等教育によるのかもわからないが、年齢が下がるほどヨコ型の関係性を望む人々も増えつつあることも事実である。また、文化が継承されている地域そして年齢が上がるほど、依然としてタテ型の間人間関係が中心であることが多いため、自立を基本とする患者中心の医療による支援は慎重に行う必要がある。

#### 患者中心の総合歯科医療：価値観とアイデンティティ

価値観とアイデンティティ（identity：自我同一性・自己同一性）<sup>9)</sup>とコミュニケーションは互いにそして文化（知的・精神的進歩を伴う行動様式や生活様式）とも密接に関連する。人は生まれてから死ぬまでさまざまな集団の文化の中で生活しており、その中でアイデンティティや価値観は形成・発達する。多言語国家や地域はもちろん、同一言語の地域であっても、階層、年代、ジェンダー、職能集団などにおいて、行動様式や生活様式などはそれぞれの集団で異なったスタイルをとることが多い<sup>10)</sup>。これはまさに文化という定義にあてはまる。文化とコミュニケーションそして価値観やアイデンティティとの関係について、池田（2006）は、文化が自己＝アイデンティティをつくり、コミュニケーションに影響を与え、アイデンティティは他者とコミュニケーションをすることによって作られる<sup>11)</sup>。石井ら（2003）は、文化の違いが社会と文化、対人関係、思考パターン、世界観などの価値観の違いに影響すると述べている<sup>12)</sup>。

このようなことから、患者・家族の価値観、アイデンティティ、そしてコミュニケーションスタイルなどについての背景情報、これまでの医療・心理・社会・経済・生活背景などの情報とともに、患者・家族の所属する（した）集団についての情報が有効である場合も多い。従って総合歯科医は、患者や家族の言語あるいは非言語の表現スタイルあるいは、共通語（標準語）以外のふだん使っている生活語や地域方言、社会方言など、また、患者・家族間でのふだんの会話においても、関係性や価値観・アイデンティティ・コミュニケーションなどの重要な手がかりが含まれていることに留意する必要がある。

#### 患者中心の総合歯科医療：価値観と根拠に基づく医療（Evidence-Based Medicine）

医療では、これまで診断・治療方針・処置・投薬・手術などにおける決断や判断の拠り所を、経験、実

証, 経済, 倫理, そして根拠, 物語 (対話), 価値観そして価値などに求める手法が提案され, 実践されてきた。なかでも主流になっているのが, 根拠に基づく医療 (Evidence-Based Medicine) である。1990年代<sup>13,14)</sup>にマクマスター大学においてそれまでの臨床経験に基づく医療から evidence に基づく医療手法として提言され, 医療の質の向上という視点から全世界へ広がった。しかし, 当初の論文には臨床経験はあったものの, 患者の価値観などが含まれなかったことや “evidence” の解釈や翻訳によって実証的研究データのみ

がエビデンスであるという誤った解釈や誤訳 (我が国: 科学的根拠) がされた。そのため, これの不足する側面を補うための対話 (物語) に基づく医療 (Narrative-Based Medicine) が提唱された。実は, Sackett DL (2000)<sup>14)</sup>によると, EBMには判断 (決断) のための実証的研究データ, 臨床経験, 価値観の3の要素が入り, 患者の価値観をも重視したEBMへと発展していたのである。図1は, それを解説したArmstrong (2003) のEBM Triad<sup>15)</sup>である。

地域における患者中心の歯科医療では, モダン (近代医療) におけるエビデンスのみの生物医学モデルから, ポストモダンの患者の価値観や臨床経験を加味した生物心理社会モデルへと進化した根拠に基づく医療 (Evidence-Based Medicine) に, 倫理に基づく医療 (Ethics Based Medicine) や経済に基づく医療 (Economy Based Medicine) の適用が基本であると考えられる。しかし, 総合歯科医として, 患者や家族そして地域住民の健康あるいは生活支援を実践するには, 対話 (物語) に基づく医療 (Narrative-Based Medicine) あるいは価値観に基づく医療 (Values Based Practice) などは, 患者・家族そして生活者中心の視点を備えた医療として選択されるべきである。これらは, 生物心理社会モデル (Biopsychosocial Model)<sup>17)</sup> あるいはホリスティック・ヘルス・モデル (Holistic Health Model) の範疇に入るものである。

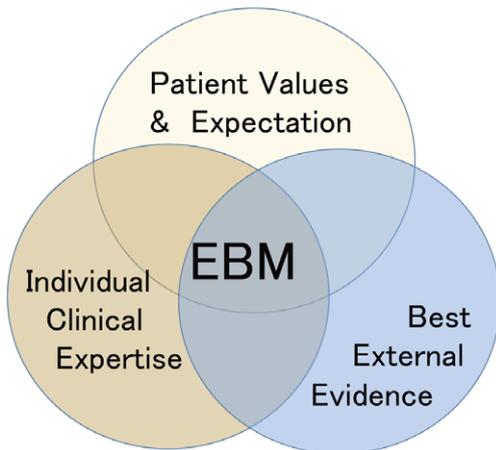


図1 Armstrong (2003) のEBM Triad<sup>15)</sup> (改変引用)

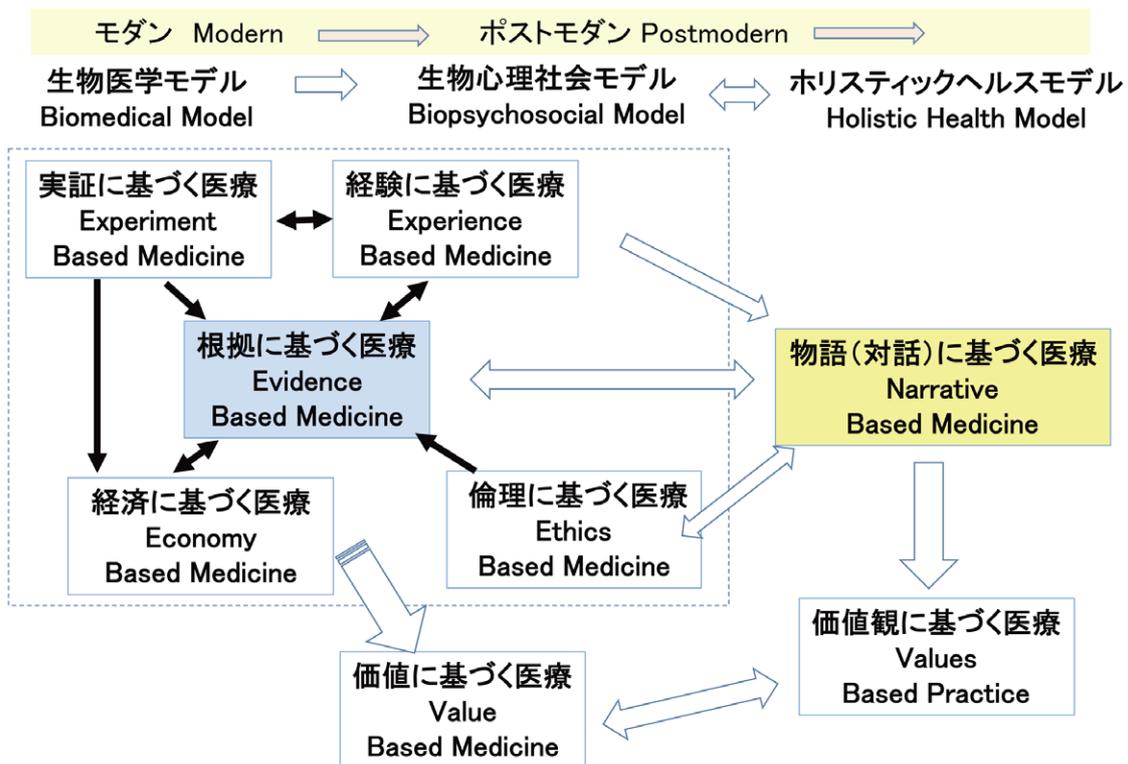


図2 地域における患者中心の歯科医療で適用される医療概念と手法  
(注): 5つのEBMの相互関係 (篠原)<sup>18)</sup>の一部を改変引用

しかし、総合歯科の領域では、根拠に基づく医療 (Evidence-Based Medicine) の要素である臨床経験・最良の実証的エビデンス・価値観などについての研究はほとんどみあたらない。今後、最良の総合歯科医療を提供していくためにも、観察研究 (1. 横断研究, 症例対照研究, コホート研究), 介入研究 (比較臨床試験, ランダム化比較試験), 二次研究 (メタアナリシス・システマティックレビュー) などの定量的研究はもとより、定量評価が難しい臨床経験や患者の価値観などについても、人文科学の専門家を交えての定性的 (質的) 研究をすすめる必要がある。

本稿では、地域における患者中心の歯科医療と患者—歯科医師間の関係と患者の価値観についてのみ概説したが、他のコンピテンシーについては諸氏の解説をご利用いただきたい。

### 文 献

- 1) 日本総合歯科学会ホームページ. 学会の概要 2. 設立趣旨. [http://jsgd.jp/?page\\_id=618](http://jsgd.jp/?page_id=618). (最終アクセス日 2017 年 8 月 30 日)
- 2) 日本総合歯科学会ホームページ. 日本総合歯科学会会則 第 1 章総則 第 2 条. [http://jsgd.jp/?page\\_id=66](http://jsgd.jp/?page_id=66). (最終アクセス日 2017 年 8 月 30 日)
- 3) 日本総合歯科学会ホームページ. 日本総合歯科学会認定医制度規則 第 2 条. [http://jsgd.jp/?page\\_id=307](http://jsgd.jp/?page_id=307). (最終アクセス日 2017 年 8 月 30 日)
- 4) モイラ・スチュワート (山本和利監訳). 患者中心の医療 (Patient-Centered Medicine Transforming the Clinical Method). 第 1 版. 東京: 診断と治療社; 2002. 84-94.
- 5) Tucket D, Boulton M, Olson C, Williams A. Meetings between experts: An approach to sharing ideas in medical consultation. New York: Tvistock; 1985, 1-219.
- 6) 中川米造. 医の倫理. 玉川出版会; 1977. 1-156.
- 7) 今村道夫, 香川知晶. バイオエシックス入門. 重要他版. 東進堂; 2001. 166-173.
- 8) 酒井俊二, 酒井 出. 日本の社会学入門. 第 1 版. 京都: 久美 (株); 2002. 7-18.
- 9) 岡本裕子. 中年からのアイデンティティ発達の心理学. 初版第 2 刷. ナカニシヤ出版; 1999.
- 10) 佐々木高明. 多文化の時代を生きる, 日本文化の可能性. 初版. 東京: 小学館; 2000.
- 11) 池田理知子. 現代コミュニケーション学. 初版. 東京: 有斐閣; 2006.
- 12) 石井 敏, 久米昭元, 遠藤 淳. 異文化コミュニケーションの理論. 第 2 版. 東京: 有斐閣ブックス; 2003. 1-222.
- 13) Guyatt GH. Evidence-based medicine. ACP Journal Club 1991; 114: A16.
- 14) Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996; 312: 71-72.
- 15) Sackett DL, Strauss SE, Richardson WS, Rosenberg W. Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. London: Churchill-Livingstone; 2000.
- 16) Armstrong EC. Harnessing new technologies while preserving basic values. Fam. Sys. & Health., 2003; 21: 251-355.
- 17) Engel G. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine, Science, New Series, Vol. 1977; 196, No. 4286 (Apr. 8), 129-136.
- 18) 篠原幸人. 脳卒中治療ガイドライン 2009—その読み方と内科医に必要な脳卒中発症・再発予防のポイント—. 日内会誌 2011; 100: 497-502.