

## 総合歯科医の具有すべきコンピテンシー

伊藤 孝訓<sup>1,2)</sup>

コンピテンシーは、「業務遂行能力の高い人物に共通する行動特性」と定義され、歯科医学の教育分野においても、より明確な学修過程と評価が設定され広く用いられるようになりました。

日本総合歯科学会は新たに日本歯科医学会へ参入するにあたり、既存学会とは異なるコンピテンシーが求められました。総合というユニバーサルな事業展開を行う場合、専門知識・技能は類似しているため批評をあげることも予測していましたが想定通りの結果となりました。どのようなコンピテンシーがオリジナリティーとなるか、あまり画一的に考えすぎると他の専門と同じ次元に並び、本来の総合歯科が体を成さなくなる可能性があります。それでも総合歯科医のコンピテンシーとは何かと考え、きちんと言語化し周囲が理解しやすい形に落とし込むことで、周囲への伝達や行動の定着が促進されると考えます。

そこで、学会を導く役割を担う理事各位が考える総合歯科のオリジナリティーについて、考えられるキーワードを提示し概説することで、すべての会員の意識の共有化を図りたく、特集を設けることにしました。まず、最初に私が現在考えているキーワードを、以下に提示して概説したいと思います。

### 価値観に基づく診療 (values-based practice: VBP)

歯科は皆保険制度の中で原則混合診療が禁止されている医科と違って、患者と歯科医師の合意に基づく保険診療と自費診療の併用が認められている。これは歯冠修復・欠損補綴という一定の範囲ではあるが、一連の保存治療の後、患者が希望すれば自費治療に移行することができる。しかし本制度に対する国民の理解とは別に、保険診療の適用に限界を感じた歯科医師や診療報酬だけの収入に行き詰まりを感じた歯科医師は、利益効率のよい自費診療に打開を求めようとする風潮がみられているのが現状である。そのため患者は歯科医療を受診するにあたり、治療が進んで行くに従って費用がいくらかかるのだろう、自費診療は高いので保険でやってもらえるか、という不安がアンケート調査等で散見される。

わが国の医師・歯科医師の態度教育（その中核となる行動科学）は、今から30年以上前の『医学教育』（14巻3号, 1983年）に「特集/医学教育と行動科学」が組まれたことに端を発している。その後、2001年モデルコアカリキュラムの制定、OSCEの実施へと展開され、医療現場における行動科学の実践としての医療面接<sup>1)</sup>が歯科界に普及するようになった。しかし、医療面接の効果的な使い方はまだ乏しく、また治療法に関する説明・指導の課題「欠損補綴の治療方針の説明」等については、登院前OSCEでは処置の長所短所に関する知識の確認をしている程度で患者の意向を知ろうとしない。卒前の臨床実習を体験することで患者の想いを理解できるようにならなければ、国家試験合格後も患者中心の医療そのものを実践するにはほど遠いかも知れない。患者が抱く医療や健康に対するニーズや価値観が多様化しているにも関わらず、登院前OSCEレベルでの説明で国民は満足するのだろうか。歯科医師は歯科医学の根拠を学び、その知識をもとに治療することが正しいことで、そうすることが患者にとっても最善の治療であるという理解程度では、安心・信頼の歯科治療の確立は難しいであろう。

かれこれ20年以上前から、EBM (evidence-based medicine: 根拠に基づく医療) は、「現在ある最良の科学的根拠を検索し吟味した上で、患者への適用の妥当性を評価し、さらに価値観や意向を考慮した上で臨床決断して、専門技能を活用し医療を行うこと」と定義され、急速にわが国で普及し実践されるようになった。筆者も当時、根尖病変の治療法の適用について、文献を整理しながら decision tree を作成報告したことがある。しかし振り返るとEBMの5段階である①問題の定式化、②根拠となる文献検索、③得られたエビデンスの批判的吟味、④患者への適用、⑤事後評価の中で、文献の妥当性・信頼性について吟味はしたものの患者の価値観や意向を考慮した臨床決断にはいたらなかったことを思い起こす。EBMを重視することは当然であるが、決断するにあたり患者一人ひとりが持つ多様性についても考慮する必要がある、「正しさ」だけでなく「個人の有益さ」についても現在では決断

<sup>1)</sup> 日本大学松戸歯学部歯科総合診療学講座 主任

<sup>2)</sup> 日本総合歯科学会 理事長

<sup>1)</sup> Chief, Department of Oral Diagnostics, Nihon University School of Dentistry at Matsudo

<sup>2)</sup> Chief director of Japanese Society of the General Dentistry

要因に含むことが求められている。

このような背景から、医療者が患者個人のもつ多様性を認め、そこから生まれる価値に対応できるようにすることが、わが国の保険と自費診療が混在する歯科領域において大変意義あることである。患者の多様性にしっかりと向かい合う関係を確立できることは信頼にも繋がる。そのためお互いの価値を理解するには、どちらの価値を優先するとかではなく、お互いが理解しあうための対話によるコミュニケーションが必須である。医療現場で両者が満足する合議を成立させるには、患者の思いに耳を傾ける傾聴も重要だが、さらに患者が理解できる知識レベルを意識した説明と同意を行い、落としどころを模索できる関係の構築が大切である。インフォームドコンセントの時間は設けているが、医療者レベルでいくら説明しても患者の解釈が異なるために、齟齬が生じ結局説明を受けていないという結果に繋がっていると思われる。医療者と患者の関係は、背景の異なる異文化コミュニケーションに似ていることから、医療者のコミュニケーション能力の習熟も重要なコンピテンシーとなる。そのため卒前教育から心理・行動科学的メカニズムに裏付けられたコミュニケーションを段階的に学ぶ教育が必要と考える。また電子カルテの普及に伴い、患者を診ずにモニターを見る時間も増えていることから、患者の人格を尊重する医療面接の重要性についても改めて強調したい。

「価値観に基づく診療 values-based practice: VBP」<sup>2)</sup> は患者やその家族と医療者がもつ「価値」に力点を置いたものである。「価値観に基づく診療」で展開されるストーリーはまさに EBM のステップ 4 に他ならない。VBP の中心的なコンセプトは、すべての判断は事実と価値観の両方に基づくということである。EBM と VBP は臨床意思決定において相互に補完的な役割を担う。これを「二本の足の原則」と呼ぶ(図 1)。すなわち 1 本は医学的根拠 (EBM) であり、もう 1 本は患者自身の選好 (VBP) で、患者を取り巻く様々な事情を根拠とするべきであるという原則である。VBP は患者の価値一辺倒ではなく、医療者自身の価値も重視するとともにエビデンスも重要としている。つまり両者がよりバランスの取れた臨床意思決定を協働で行うことと考える。もう一つの原則は「軋む車輪の原則」である。異なる人間が同じ目的に向かって協働するとき、お互いの価値観の違いから少なからずそこには軋轢が生じる。その前提の中で図 1 VBP における「二本の足の原則」<sup>2)</sup> というメタファー(比喩)表現で説明される。

診療に当たっては常に対話コミュニケーションが行われ、患者が持っている価値を医療者が聴き出しお互い理解してこそ本音が話せる関係になる。医療の現場は医療者の言ったことが患者に思い通りに伝わらない

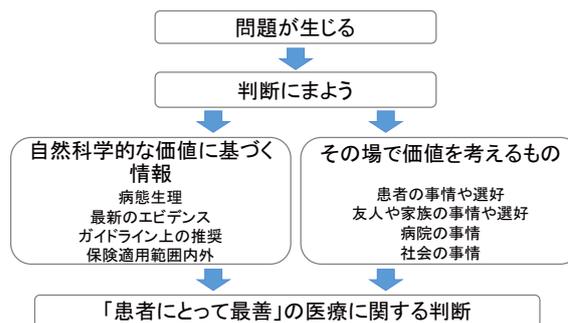


図 1 「二本の足」モデル

図は、尾藤誠司、指導医のために「医学・医療の耐用性を追求する 医療の多様性と“価値に基づく医療”」, 日内会誌 2014; 103. <sup>3)</sup> から引用した。

という状況が多々見られ大変複雑である。メッセージは関連するコンテキスト(文脈)の中で生起され、メッセージの交換は通常、お互い自分の持つ知識による認知フレーム(枠)を用いて解釈している。使われる言葉の背後には発話された言葉そのものの意味よりも、むしろ言葉にならない重要な意図が隠されている。言葉や身振りは手掛かりに過ぎず、それをヒントに推論によって相手の意図を探り合うのが対話コミュニケーションの特徴である。言葉一つを取り出しても、それに語調、表情等の非言語コミュニケーションが伴うと解釈が決して一つではないことを知る。小手先のスキルではコミュニケーションは取れない。ましてや信頼関係が成立しなければ、お互いの価値観を共有することは難しい。

VBP に関して大まかにその概要を把握するためには、先の二つの原則を含めて 10 の原則<sup>2)</sup> が提唱されているので、その一部について紹介する。

- ①すべての意思決定は「2本足」、すなわち事実だけでなく価値に基づいて行われる。
- ②合意形成の裏には、何らかの価値観の否定や支配が行われている可能性があるため、批判的な視点から問題点を捜し気づくことが大切である。
- ③対立は規則を参照して解決するのではなく、異なった見解のバランスをとるように意図されたプロセスを通して解決される。
- ④対話で話される言語に細心の注意を払うことで、価値の意識を高め、価値観の違いに気づくことができる。
- ⑤コミュニケーションスキルは、単に実務的な役割を担っているのではなく、実質的な主要な役割を担っている。
- ⑥臨床現場の当事者と医療者は目標を共有し、ともに力を合わせて協働的意思決定(shared decision making)をする。

患者と医療者は共有された価値という枠組みにおい

てバランスのとれた意思決定を行うことがゴールとなる。最善となる意思決定を実現するには、対話コミュニケーションを通じて、信頼に基づいた関係構築が重要である。そのため医師中心の医療から患者中心の医療を越えた第3の枠組みとして、relationship-centered care<sup>4,5)</sup>を意識し単なる専門各科の統合ではなく、総合歯科の学問的基盤となる認知行動技能（医療行動科学）の確立を目指す必要がある。患者の抱く価値観を理解し、cure から care に結びつくことを追求するのが総合歯科の医療と考える。

#### 文 献

- 1) 伊藤孝訓. 医療行動科学を基盤とした歯科医療面接. 日歯医師会誌 2015 ; 68 : 691-696.
- 2) 大西弘高, 尾藤誠司 (翻訳). 価値に基づく診療 VBP 実践のための10のプロセス. 東京: メディカル・サイエンス・インターナショナル; 2016. (原本: K. W. M. (Bill) Fulford, Ed Peile and Heidi Carroll. Essential Values-Based Practice : Clinical Stories Linking Science

with People, UK : Cambridge University Press ; 2012.)

- 3) 尾藤誠司. 指導医のために 医学・医療の多様性を追求する 医療の多様性と“価値に基づく医療”. 日内会誌 2014 ; 103 : 2829-2834.
- 4) 宮田靖志. 共感的・全人的な医療実践のために. 週刊医学界新聞 2011年12月5日 ; 第2956号.
- 5) Beach MC and Inui T. Relationship-centered care. A constructive reframing. J Gen Intern Med 2006 ; 21 (Suppl 1) : S3-8.

補足 : Value-based medicine (Brown GC. 2003) と values-based practice (medicine) (Fulford.1989) は全く異なる概念である。value には価値, (ものの本質的または相対的な) 価値, 値打ち, 真価, 有用性等の意味合いがあるが, values と複数形になると「価値観」という意味合いになる。つまり value-based medicine では価値なるものがいわば客観的に付与される“値”であるのに対して, values-based practice では患者や医療者の主観的な価値観 (つまり量化が不可能なもの) を軸足においている。

(青島秀一. 地域医療の見え方. <http://jp.bloguru.com/syuichiao> 最終アクセス日 2017年6月15日)