

中原 悦夫

東京都・協立歯科
クリニックデュボワ

患者の意思決定のメカニズム(続編)

ヒトの意思決定は、思考力を用いる論理的なメカニズムと、個人に生まれつき備わっている感覚的なメカニズムの両方に左右されていることを、前回の4月号で述べました。

個性に関する研究は、何千年という歴史のなかであらゆる角度から考究されてきましたので、決してこのような単純な要素だけでないことはいうまでもありません。しかし、臨床において患者を洞察するうえで、最低限押さえておきたい思考と個性という2つのパターンのメカニズムを念頭においておけば、患者の意思決定は、崇高な徳義と美德をもって患者―歯科医師双方のバランスがとれた意思決定として、最も尊重できるものに近づくのです。



**患者の意識レベルがわかれば
カウンセリングのスタート地点がわかる**

ヒトの意思決定のメカニズムは、論理的に
認知⇒認識⇒信頼⇒信用の過程を踏んでいかなければ、どうしても意思決定には到達しません（4月号参照）。

例えば、ある患者が前から気になっていた歯を治そうと決意したとします。次にどこの歯医者にかかろうかと考えます。看板で「○

○歯科医院」を見つけたり、あるいは歯科医院リストから最も近い歯科医院を見つけたりして来院するとします。このように、看板や歯科医院の名称だけを見て来院した場合の意識レベルは“未認知レベル”です。“ここに歯医者があったから来院した”というレベルの来院です。

広告や第3者機関が患者の代わりにどのような歯科医院であるかを調査して情報提供する医療情報誌や雑誌、新聞の取材記事、あるいはテレビやラジオによる報道を見たり聞いたりして来院するといった、歯科医院ないしはその院長の具体的な情報を紹介している媒体を参考にして来院する場合はどうでしょう。ある程度はどんな歯科医院か、あるいはどのようなことをしてくれる歯科医師かを事前に認知しているので、“認知レベル”での来院になります。

最近では、HPやSNSで、歯科医師の経歴、研究分野、専門性、診療理念や何を得意としているか、あるいはどのような趣味をもっているかといった個人情報に至るまで、広告規制の枠を越えた、ありとあらゆる情報を事前に入手できます。つまり、一般的な歯科医院

の特徴を認知することから一步踏み込んだ、どのような歯科医師が診てくれるかという具体的な情報を携えて“認識レベル”で来院してくることもあります。

また、友人に紹介してもらって来院する場合や、主治医から専門医を紹介してもらうなどして、友人が信用している歯科医師、あるいは自分の信用している主治医が紹介してくれた歯科医師なので、友人（の言っていること）あるいは主治医を信頼して受診してみようということで来院する場合があります。このような場合、慎重な人は“認識レベル”で、友人や主治医のことを全面的に信じている人は“信頼レベル”で来院していることになります。

もう一つ、一度かかったことのある、あるいはいつも通っている主治医の下を改めて受診したり、主治医から勧められて新たな治療を受ける場合などでは、自分自身で既にその主治医の技術や能力、あるいは人間性といったものを体験済みで、治療の意思決定がその歯科医師を信用した状態にある場合は“信用レベル”で来院していることになります。

●

このように、患者の意思決定が認知・認識・信頼・信用のうち、どのレベルで来院しているかがわかれば、どの段階からカウンセリングを始めればよいのかがわかるのです。つまり、患者がどのような経緯で来院しているのか、あるいはどのような媒体を介して来院してきたのかを知ることによって、**初診時のカウンセリングを割愛するポイントが見分けられ、患者とのボタンのかけ違いを防ぐことができる**わけです。



情報の入手方法からどの意識レベルで来院したかがわかる

患者との関係を築く行動には、Public Relation Activity と Personal Relation Activity があります。

1. Public Relation Activity

Public Relation Activity によって集まってくる患者のグループは3つあります。

1つは、看板や電話帳、インターネット、地域の歯科医院リストといった一般的な広告（Advertisement；アドバタイジメント）を媒体として集まってくるグループです。医療は広告宣伝の内容が規制されているため、医療機関としての明示以外の特徴を示すような内容提供はできません。従って、彼らはいわゆる飛び込みである一見の患者とほぼ同じ状態であるため、“未認知レベル”の**アドバタイジメントグループ**と呼ぶことにしましょう。

2つめは新聞や雑誌、テレビ、ラジオ、市民フォーラム等、一般のメディアを媒体として集まってくる**メディアグループ**です。一般に、パブリックエデュケーションと呼ばれるものは、このような媒体によって行われています。情報が不特定多数へ一方的に提供されるため、患者の興味のある内容、時期、そしてタイミングが一致すれば最低限の予備知識として有効で、少なくとも院長やその歯科医院がどんな仕事をしているかということぐらいは認知して来院します。従って、“認知レベル”にあるといえます。

3つめは、インターネットを媒体として集まる**インターネットグループ**です。患者は自らの意思によってHP上の情報をインターネットで探るわけですから、HPに詳しい案

内を入れておくと、予備知識として事前に認識してくるわけです。院長のフィロソフィー、治療方針、診療理念、治療メニュー、専門、症例等、そして院長自身について克明に情報提供しておけば、“認識レベル”として来院します。しかし、HPの内容がいい加減な内容であれば、それなりの意識レベルの患者しか集まってこないとも考えられます。最近ではSNSの普及により、第3者のコメントや風評も織り交ざり、情報過多になる傾向にあります。

2. Personal Relation Activity

Personal Relation Activityによって集まってくる患者のグループは2つあります。

1つは、既存の患者や友人から紹介され、必要な予備知識も彼らから提供されて、しかも院長やその歯科医院を信頼して来院する**紹介グループ**です。このグループは、既に院長やその歯科医院が行っていることを認識しており、多くの患者は院長やその歯科医院に対して“信頼レベル”で来院しています。院長やその歯科医院のことを頼りにしていて、患者は自分が知りたいことさえ確認できれば、いつでも“信用レベル”に到達して意思決定する準備ができているグループです。しかし、紹介者の認識レベルに大きく左右される要素をもち合わせているため、紹介者である院長や歯科医院に対する理解度についても、同時にその認識レベルや理解度を考慮する必要があります。

もう1つは、Step by Stepでカウンセリングとプレゼンテーションを繰り返すことや、インフォームド・コンセントによって患者に構築されていく院長やその歯科医院に対する

意識レベルや理解度を上げていく行為によって育まれるグループです。前者が紹介者という第三者を仲介しているのに対して、このグループは患者と歯科医師が1対1のコミュニケーションによる直接的なものです。院長や歯科医院での診察や治療を実際に受けた具体的な経験を備えた**既存グループ**であり、すべて既存の患者であると同時に、院長や歯科医院を信用して長年通院しているため、既に“信用レベル”です。

このように、アドバタイジメントグループ＝“未認知レベル”、メディアグループ＝“認知レベル”、インターネットグループ＝“認識レベル”、紹介グループ＝“信頼レベル”、既存グループ＝“信用レベル”というように、**初診の段階で、患者の論理的な意思決定のメカニズムがどの段階に達したうえでの来院かを見極められる**のです。“未認知レベル”の場合は十分に時間をかけていく必要があります。“信頼レベル”であれば大幅な時間短縮も可能です。また、同じように時間をかければ、その上の“信用レベル”にまで進めることができるのです。

治療の途中で患者と歯科医師の間に溝ができてしまう場合、HPを見て来院した患者、雑誌や書籍を介して来院した患者、あるいは紹介されてきた患者を、初診の段階では全く同じように扱ってしまっている場合が多いのです。カウンセリングにおいて、患者に注ぐエネルギーを最も多く費やすのは、やはりアドバタイジメントグループで、最も少なくてすむのは既存グループです。マーケティング論で置き換えるなら、広告にエネルギーを注ぐより、既存患者の意識レベル向上にエネルギー

The Choice 抗菌薬に頼らない“光”による殺菌法

人体に直接使用可能な消毒薬は、その薬品の殺菌作用を高めると同時に、健康な生体組織破壊作用も強くなるため、組織内での決定的な滅菌は不可能でした。また、歯周病の細菌因子に対する治療は、スケーラー等を使用した機械的治療から、抗菌薬を併用した機械的化学療法に移行してきましたが、常に耐性菌や副作用の問題が付きまってきました。

昨今、注目すべき光と光感受性薬剤を併用した抗菌的光線力学療法（antimicrobial photodynamic therapy：a-PDT）は、耐性菌や副作用もなく、そして生体の細胞に対しても無害であるため、従来の抗菌療法が行えない妊婦、全身疾患あるいは薬剤アレルギーを有する患者、または耐性菌を保有する患者にも使用できる、全く新しい生体内殺菌法です。更に、プロテアーゼ阻害作用による抗炎症作用と同時に、レーザーによる局所血管収縮作用によって術直後に腫脹が緩和するた

め、急性期炎症の症状を緩和できるのです。

光感受性薬剤としてメチレンブルーやトルイジンブルーなどの青色色素をブレンドした溶液を幹部に注入し、光源に低出力半導体レーザー（波長670nm、出力220W）を使用して発光すると、3重項状態に励起され、それが生体基質と反応した場合はフリーラジカルが生産され、更に酸素分子と反応して活性酸素種を発生します。また、直接、酸素分子と反応した場合は1重項酸素を発生し、活性酸素とともに細菌の生体分子が酸化され、細胞壁や細胞膜の損傷を引き起こし、嫌気性菌はもとより、ウイルス、カンジダ等の真菌、原生動物にも効果を発揮するという殺菌メカニズムなのです。

【参考文献】

- 1) 吉野敏明, 他: “光”を用いた殺菌療法: 抗菌光線力学療法, the Quintessence, 30(8): 1806-1815, 2011.



▲ a-PDT 用光照射装置の低出力半導体レーザー「Periowave」（波長670nm、出力220mW）と光感受性薬剤「Biogel」（0.01%メチレンブルー色素を含む中性リン酸緩衝液）。製造元：Periowave Dental Technologies Inc. Canada、国内総販売元：ウェイブレンクス（<http://www.lumix2.jp/>）

ギーを注ぐことのほうがはるかに低コストで、提供する治療に同意される確率が高いことに他なりません。



結論の説明を先にするか？ 後に回すか？

前号で解説しました感覚的な意思決定のメカニズムのなかで、もう一つ大きく左右する

要素があります。それは、ヒトの理解において、結論を先に聞いてその後に理由を説明されることを好む“**フィードバック型**”のヒトと、理由を順序立てて説明された後に結論を説明されることを好む“**フォワード型**”のヒトがいるということです。つまり、それを間違えると、理解度がその個性によって違ってしてしまうことになります。理解度が希薄であれば、論理的な意思決定の意識レベルは進まないどころか、負の理解をしてしまった場合には逆の意思決定にも繋がってしまいます。

“フィードバック型”のヒトに積み重ね方式の説明をしてしまうと、結論が示されていないために途中の説明内容を理解できず、「結局、治るのですか、治らないのですか？」というような極めて初歩的な要求を受けてしまいかねません。このタイプのヒトには、まず結論を簡潔に伝えたい一方で、その理由や治療の過程を説明すれば、スーッと理解されていきます。逆に“フォワード型”のヒトに結論を先に伝えてしまうと、「理由もなくそのような結論を説明されても……？」というように疑問符を残してしまい、やはり説明のなかで正しい理解が得られない可能性が高まってしまいます。

最も大事なのは、**カウンセリングをする歯科医師がどちらのタイプであるか**ということです。“フィードバック型”の歯科医師は、無意識のうちに結論を先に伝える説明の仕方をし、“フォワード型”の歯科医師は結論を最後にもっていく傾向があります。患者を洞

察する前に、まず自分自身を洞察することから始めてみてください。“相手を知りたければまず己を知る”ことが、意思決定のメカニズムを理解する第一歩です。

我々は常に相手を洞察しながらカウンセリングを行い、理解に疑問符がついたら説明の仕方を変えていくことを心がけなければなりません。**カウンセリングは、患者が自らの意思決定に向かうようにその意識レベルをリードしながら、同時に十分な理解を得たいうでの意思決定により治療に望んでもらうための大切なプロセス**です。ですから、ただ単に**同意を得るための一方的な説明行為ではない**のです。



今日までの回復的歯科医療における診断とは、患者に病名を付けることがすべてでした。その後は病名ごとの治療方法が決まっているため、それに従って治療を一つ一つ進めていけばよかったわけです。しかし、創造的歯科医療を推し進めていくには、患者と対等な立場で接しながら、常に患者と歯科医師双方の意識のレベリングを心がけなければなりません。更に、Step By Step のカウンセリングとプレゼンテーションを繰り返しながら、患者の意識向上を図らなければ、高度にアレンジされた創造的歯科医療を提供することはできません。そうした理由から、我々歯科医師は患者の意思決定のメカニズムを考慮しながら、診療に臨む姿勢が必要になるのです。