

# One & Only

中原 悦夫

東京都・協立歯科  
クリニックデュボワ

## 歯科医師のディジションメイキング——感性と理性の平衡

20年以上前の夏、長野県の北部を襲ったゲリラ豪雨（当時は集中豪雨）によって河川の下流域で遊んでいた多くの人々が鉄砲水で亡くなりました。鉄砲水とは、上流で短時間に集中的に降った雨水が濁流となり突如として下流を襲う、上流から津波が河原を襲うようなもので、たいてい下流域は快晴であることが多く、何の前触れもなく一瞬にして襲われることが多い自然災害の一つです。

そのときのエピソードで、いつも教訓として心に留めている、下流で溪流釣りをしていた人の話があります。いつもは深さ50cmくらいのところで岩魚が釣れるのに、その日に限って、いつもより1 m以上も深い川底で岩魚が食いつき、しかも、釣り上げた岩魚は皆、川底の石を大量に<sup>くわ</sup>啜っていたそうです。その異変を感じた釣り人は、皆を連れて一目散に高台まで駆け上がった直後に鉄砲水が襲いかかり、九死に一生を得たというのです。岩魚は間もなく鉄砲水が襲いかかることを知っていて、流されないように石を啜って川底に待機していたのです。岩魚の不思議な予知能力もさることながら、その釣り人の鋭い直感力には度肝を抜かれました。

3.11の東日本大震災で、旅館の女将による瞬時の判断で、宿泊客を裏山に誘導して全員助かったという報道を見るたびに、前述の釣り人のことが思い出されました。人間が生きるうえでの本能ともいえる“直感力”について、これ以上の説明は不要かもしれません。



### 直感力

「直感は、本当に何もないところから湧き出してくるわけではない。考えて、考えて、あれこれ模索した経験を前提として蓄積させておかなければならない。また、経験から直感を導き出す訓練を、日常生活の中でも行う必要がある。もがき、努力したすべての経験をいわば土壌として、そこからある瞬間、生み出されるものが直感なのだ。それがほとんど無意識の中で行われるようになり、どこまでそれを意図的に行っているのか本人にも分からないようになれば、直感が板についてきたといえるだろう。更に、湧き出したそれを信じることで、直感は初めて有効なものとなる」と三冠の将士、羽生善治氏は語っています。

『論語』に「感即動」という言葉が出てき

ます。「感動」という言葉の由来です。「感じたら、すぐに動く」、あるいは「感じさせることで、人は動く」という意味で、「感じ方が変われば即、行動が変わる」とも捉えられます。「思考」や「論理」が介入する余地のない言葉です。人間の本质は感性であり、感性の実感はずばりな真実であり、その真実から発せられた言葉は、人に影響を与えるというものです。

“思いついたらすぐやってみる人”や“閃いたらすぐ実験してみる研究者”のように、本来、閃きと行動の間に考察の余地はないのでしょうか。ちなみに、ここでいう実験とは一つのモデルを作ってみる行動であり、仮説に基づいたモデル、すなわち“模型”です。では、「仮説は閃きや直感のような感性なのか」、あるいは「考察や思考を巡らせた理性なのか」と問えば、“感性と理性の平衡の産物”としか言いようがありません。理論を導き出すためにも、感性がその本質を支えているということになります。

ちなみに、モダン（モデル）とモード（流行）と根本的に同義です。流行は何らかのモード（様式）、すなわち模型によって流行っていくわけです。模型は物事の単純化の上に形作られ、“普遍的精神の働いた結果”です。そして、それに数量が与えられると“科学的”ということになります。科学的とは、ある前提から命題を仮説として導き、それを経験的なデータで検証していくことです。この模型的な思考、つまり“模型の流行”にモダンの本来の意味があり、“近代”と訳すことに無理があると、評論家の西部邁氏は指摘しています。モダンには“模型の流行”

“批判的”と“否定的”  
どう違う？



“信頼”と“信用”  
どう違う？

の時代精神といった本質があるわけです。

近代歯科医学（Modern dentistry）においても、一時期流行った“EBM：evidence-based medicine”においても然りで、思考と理性を巡らせた科学的根拠の前提には、“直感”に依拠する“普遍的精神の働きが介入した形跡”が認められるわけです。



### クリティカル・シンキング

クリティカル・シンキング（Critical thinking）とは、物事を公正に判断するための“論理的かつ構造的に考える思考法”あるいは“批判的に角度を変えて検証する思考法”のことです。東洋人、とくに日本人には苦手な思考法だといわれています。“批判的”と“否定的”、あるいは“信頼”と“信用”というそれぞれの区別がつかない私たち日本人は、つい同じように扱ってしまいがちなのです。

例えば、ある人がある仕事で失敗をしてしまうと、通常、その仕事における“信用”は失われます。しかし、“信頼”をも失ったわけではないのですが、「別の仕事やプライベートにおいてその人との付き合いはどうしますか？」と問われると明確に分かれてきます。

つまり、「仕事のトラブルは法廷で争いながら、プライベートでは一緒にゴルフができる」のが西洋人で、「一度その人と裁判沙汰になれば、他の仕事はおろかプライベートでのお付き合いや一緒にゴルフなど考えられない」のが東洋人と説明すると、わかりやすいかもしれません。この違いを理解しにくいのは、典型的な日本人型思考から抜け出せないでいるからかもしれません。フランスのある企業の経営者が、「労使問題で雇用者とお互い裁判を抱えていない経営者はいないよ」と言っていたのが印象的で、その相手同士がお互い毎日一緒に会議をしたり、カフェでコーヒーを飲んだりしているのが日常というわけです。

この“信用”と“信頼”の例と同様に、西洋人は日常的に“批判的思考”を日常生活の思考の糧としているのに対し、東洋人は“否定的思考”が批判的思考より前面に露呈してしまい、つい感情移入してしまうのかもしれません。

ちなみに、批判的思考法とは、「物事を公正に判断するため、真実を性格に明解に見定める努力」と『実践！ クリティカル・シンキングのすすめ』の著者で日本歯科大学教授の八重垣 健氏は定義しています。私たち**日本人が批判的に思考する場合には、それなりの“努力”が必要である**という日本人の特性を見抜いた、日本人ならではの定義です。

日常においても、研究においても、あるいは学会発表を聞いていても、他人から聞いたことを鵜呑みにするのではなく、常に自分自身で論理的に、あるいは構造的に理解をする姿勢を心がける必要があります。情報や意見、あるいは他人の結論を「ただ単に否定する」

のではなく、結論を支える根拠に対して「本当にそうなのだろうか？」と批判的に疑問を投げかけ、自分自身で判断する習慣を身につけることが重要なのです。そして、常に目的を明確にし、論点や考察すべき点を踏まえて枠組みを考え、前提条件やおかれた環境に合わせて考えるという基本姿勢をとる習慣が大切です。



### 歯科医師の意思決定のメカニズムと国民皆保険制度

昨年の本誌4、5月号で筆者は、“患者の意思決定のメカニズム”について考察しました。私たち歯科医師が毎日の診断における“意思決定”は、そこに至るまでの過程に個人のさまざまな系譜が横たわっています。例えば、学習の経緯、一般経験、並びに臨床経験、そして個人の価値観、哲学、思想など、ありとあらゆる要素が集約した結果として導き出されると考えられます。従って、一般的な意思決定のメカニズムにさまざまな要因が加味されて最終決定されるために、多種多様な結論が導き出されます。

歯学教育において、私たちはまず6年間の文部科学省管轄の歯学教育を受け、歯科医師国家試験に合格すると保険医登録をすることで、保険医として正式に国内において歯科医療に従事することができます。実際はその後1年間の臨床研修制度に従って、厚生労働省管轄の治療を中心とした保険診療のための研修を受けることとなります。

我が国の“保険診療”とは回復的歯科医療を提供するための制度で、“診断”とは、いわば病名を突き止めるためのスクリーニングであり、“病名”が決定すれば、病名ごとに

適切な“治療方法”が選択され、患者の合意のもとにその治療方法で“治療”を進めていく、というのが保険診療の概略です。

従って、保険診療における“診断”とは、その時点でのその患者の状態を割り出す作業であるために、その意思決定のメカニズムは極めて単純化されたスクリーニングを経て“病名”の決定に至ります。そして、その病名には保険の枠組みによる“治療方法”がパッケージされていて、あとはフローチャートに従って定められた治療を進めていくことで完治すれば、そこで終了となります。そのフローチャートはそのまま点数化されていて、治療費を自動的に算定することができます。

従って、我が国の歯科医師は保険医として歯科医療に従事するうえでは、その意思決定のメカニズムは極めて簡素化されており、社会保障制度の一環であるために、個人の価値観、哲学、まして新たな思想を織り込む余地などはなく、本来、意思決定に際して思考を巡らせる必要性はないくらい平準化されています。

この日本の国民皆保険制度は50年余を経て、先進諸国に比べてOECD（Organisation for Economic Co-operation and Development：経済協力開発機構）34ヶ国中16位と低い診療報酬でありながら、健康寿命・平均寿命ともに世界1位、特に女性は26年間連続世界一、乳児死亡率の低さもトップレベルなどの結果を出したことで、世界的に極めて評価の高い医療システムです。

それにもかかわらず、私たちは日々臨床において頭を抱えたり、悩んだり、壁にぶつかったりと、意思決定に明け暮れています。その

本来、意思決定に際して思考を巡らせる必要はないくらい平準化されているはずの保険診療。しかし、実際は……

あの患者さんの“治療方法”は……



理由は、(歯科)医学、(歯科)医療そのものが常に発展し、この瞬間にも新たな発見と新技術が世界のどこかでリリースされていくなか、一部認められた自由診療との混合診療が存在している点と、歯科医師法により歯科医師に課せられた“公衆衛生の向上及び増進に寄与し、国民の健康な生活を確保しなければならない”を遂行しようとする点にあります。

大本を辿れば、“歯科医師法”は治療と予防を歯科医師に課していて、双方とも自由診療を基本としています。“健康保険法”や“国民健康保健法”による国民皆保険制度は一定の治療をカバーしていて、予防をほぼ除外しています。そこに、混合診療は法的禁止にもかかわらず、歯科医療だけ局長通達によって一部が許可されているといった法律により通達の優位性が我々の認識を複雑にし、誤解やグレーゾーンが実しやかにはびこっているのが現状です。歯列矯正のような最もベーシックな治療が保険の枠から外れていることも、思考を複雑にしている大きな要因です。昨今では、専門医の普及の揺り戻し現象のごとく、包括的歯科医療体制が重要視され、歯科医療を取り巻く環境は更に複雑化してきています。



## The Choice 最新滅菌器の崇高な概念

ヨーロッパ基準（EN13060）をクリアした“クラスBオートクレーブ”の発表から約10年が経過していますが、中国ではこの基準をクリアしないと医療施設の許認可が下りないというほど、治療器具の滅菌概念に厳格な対応が始まっています。

滅菌の概念として、どこまでやれば細菌感染から100%予防できるといった確実的なことはわかっていません。であれば、現状でベストと思われる滅菌システムの概念を基準として打ち出して、できるだけ導入ないし規制していこうというのが世界的な潮流です。しかし、確実性が証明されないのであれば規制しないで市場に任せるのが日本の姿勢です。言い換えれば、政府が規制に乗り出さなければ患者のための見えない影の努力といった市場原理が働かない国と、

「不言実行」を美德とする日本社会との違いと捉えたいものです。

滅菌の概念は、患者には全くわからないことです。そうであるからこそ、“患者の感染防止”に全力を尽くす姿勢を“美德”として常に心がけなければなりません。しかし、折角の“美德”も“患者獲得のマーケティング”の一環にしてしまうと、“悪徳の肥やし”になってしまうとも心がけたいものです。

クラスBの基準をクリアした滅菌器は、メーカー各社、さまざまなサイズで開発してきていますので、滅菌頻度、診療規模、そして消毒コーナーのスペースに合わせて自由に選べる時代になってきています。“患者のための患者に見えないサービス”を心がけたいと思います。



■ 『バキュクレーブ31B』  
製造：MELAG社（ドイツ）  
輸入：株式会社ジーシー  
<http://www.gcdental.co.jp>



■ 『リサ』  
製造：W&Hステリライゼーション社（イタリア）  
販売：白水貿易株式会社  
<http://www.hakusui-trading.co.jp>

**患者の機能性、予防性、審美性、社会性、そして経済性を常に考慮しながら、予防を考慮するには、“空間軸”に加えて“時間軸”を考慮した将来的予測をも患者の診断、並びにプランニングに付与しなければなりません。**

更に加えるなら、間違った医療報道やモニターペイシエントへの対策など、社会的病理との戦いも常に意識しなければ、歯科医師である我々は自身すら守れなくなる時代でもあります。



このように、歯科医師の意思決定には背後

に複雑多岐の要因があります。私たちは、日々精進するなかで、羽生善治氏の言葉にある「もがき、努力したすべての経験をいわば土壌として、そこからある瞬間、生み出されるもの」としての直感を大切にしなければなりません。更に、その直感を導き出す「もがき、努力したすべての経験をいわば土壌として」の土壌には、クリティカル・シンキングによる日々の臨床的研鑽が大切です。直感力と批判的思考、つまり“感性と理性の平衡”をとることが本来の科学と向き合う基本的な姿勢なのではないでしょうか。