

患者さんとの深い絆で
口腔の健康を守り続ける

——病態を診るデンタルチーム——

- ゲスト 鈴木 尚 先生 *Hisashi SUZUKI*
1942年生まれ
東京都中央区開業「ナオ歯科クリニック」院長
- ゲスト 牧 宏佳 先生 *Hirokazu MAKI*
1976年生まれ
「ナオ歯科クリニック」副院長
- ゲスト 大野綾子 歯科衛生士 *Ayako OHNO*
1980年生まれ
「ナオ歯科クリニック」主任歯科衛生士
- 司会 中川孝男 先生 *Takao NAKAGAWA*
1958年生まれ
東京都港区開業「中川歯科クリニック」
- ジーンシー 赤羽正治 *Shoji AKAHANE*
1954年生まれ
株式会社ジーンシー 研究所担当取締役

歯科医療への国民ニーズが多様化する中で、ますます高度で先進的な歯科医療も登場しています。しかし、先進的になればなるほど専門性も高まり、一般的な患者さんとの乖離が生まれてくることも考えられます。ある意味で、今こそ歯科医院と患者さんの本来あるべき姿を認識する必要があるのかもしれない。そこで今回は患者さんとの信頼関係を大きなテーマとして、長年臨床家として実績を挙げている「ナオ歯科クリニック」院長の鈴木 尚先生と副院長の牧 宏佳先生、主任歯科衛生士の大野綾子さんをお迎えして、患者さんとの接し方、臨床での取り組みなどについて伺いました。

歯科医療に携わってきた
30年以上の歴史から

中川 近年、歯科医院を取り巻く環境には厳しいものがあります。長引く不況で来院患者数も減っているような気がします。しかし、ますます増える高齢者へのサポートや予防に重点を置き患者さんとの絆を深めていけば、まだまだ現状の歯科医院数では足りないようにも思われます。そこで、我々開業医はどのように患者さんに接し、どのように臨床を進めていけば本当に患者さんとの確かな信頼関係が築けるのか、ということを中心にお話を進めたいと思います。

本日ゲストにお迎えしたのは、臨床家の大先輩で多くの先生方が目標にされている

東京都中央区「ナオ歯科クリニック」院長の鈴木 尚先生と、同医院副院長の牧 宏佳先生、主任歯科衛生士の大野綾子さんです。「ナオ歯科クリニック」は多くの患者さんから絶大な信頼を得ていると聞いております。また、鈴木先生の元で修行された多くの歯科医師、歯科衛生士さんも全国で活躍されています。

多くの開業医が何らかの不安を感じている今日、鈴木先生の臨床に向かう姿勢から明日を明るく希望あるものにしたいと思えます。

ところで、鈴木先生はご開業されて何年になられますか。

鈴木 1973年6月に開業しましたから、36年になりますね。

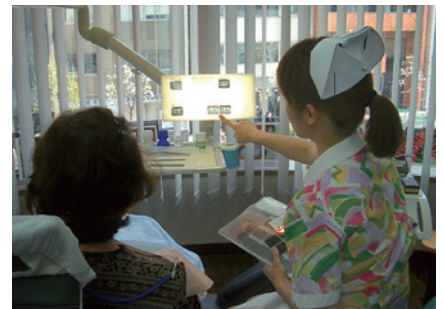


図1 長期にわたる治療には、とくに患者とのコミュニケーションが重要になるが、歯科衛生士の役割は大きい。

中川 その30年以上の歴史の中で歯科もいろいろ変わってきたと思うのですが。

鈴木 めまぐるしく変わりましたね。とくに1960年代後半から日本は歯科の勃興期だったと思います。それまでの日本の歯科臨床が大きく転換した時代でした。初めは補

ゲスト・鈴木 尚 先生



ゲスト・牧 宏佳 先生



ゲスト・大野綾子 歯科衛生士



綴が中心で、メタルボンドや咬合器、そして咬合学など補綴臨床の原点となる新しい学問と器材が一連の治療技術として紹介され、大きな反響を生みました。その後も総義歯、歯内療法そして歯周病など、他の分野にも拡大しましたが、大学で教わった内容とはまるで違う臨床手法が次々と輸入されました。とにかくその吸収のために講習会への出席は欠かせないものとなっていました。この傾向は今でも続いていますね。

このようにして各分野が成長してきて、歯科技工士や歯科衛生士との連携も生まれ、この10年はスタッフとのコラボレーションという形の治療の重要性が大きくなりました(図1)。

中川 患者さんの意識の変化はどうか。

鈴木 自分たちもしっかり理解できていない新しい学問による臨床は、患者さんにもよく分からないわけで、多くの患者さんは専門家に任せるといふ決め方でした。しかし、そんななかにも人間的な信頼関係はありました。ところが、現在は患者さんもそれなりの情報をお持ちです。なかにはインターネットで調べてこう治したいとはっきりと注文される方も珍しくありません。ただ、人間の体は一人ひとりがまったく異なる個体ですから、どんな医療にも常に不確実性がつきまといまふ。そのことを理解してもらい、患者さんが本当に望んでいることと、医療サイドができる範囲をきちっと示す治療前のカウンセリングはとても重要になっています。

歯科は人と接する仕事

赤羽 どんなに時代が変わっても、患者さんとの信頼関係が一番大事ですね。

鈴木 とくに歯科の仕事はそうです。私た

ちが治療を行う前にやるべきことは、どのように患者さんと向き合うかです。歯科はサービス業だと言われますが、その前に人と接する仕事なのです。だから、技術以前に人間としての基本を身に着けなくてはなりません。

中川 「ナオ歯科クリニック」には、現在3名の勤務医と3名の歯科衛生士さんがいらっしやいますが、その辺の指導はどうのですか。

鈴木 まず人に礼儀正しいということが一番の基本です。とくにドクターは出勤時にはスーツの着用が義務になっています。また、患者さんには親切に振る舞うことも基本ですが、妙に馴れ馴れしい口の利き方はマズいですね。フレンドリーとカインドネスは全然違うものなので、まず人と接する態度から身に着けてもらうように指導しています。少し堅苦しいかも知れませんが、患者さんに突然お会いしてもしっかりした身なりで対応でき、患者さんにも好感を持ってもらえます。

牧 私は勤務して10年目ですが、とにかく患者さんとの付き合い方は徹底的に教え込まれました。とくに言葉遣いなどの礼儀には厳しかったですね。初めて患者さんに触らせていただいたのは抜歯後の縫合でしたが、必死に行っていたら院長から「何で患者さんに声をお掛けしないのだ」と叱られました。痛くないか、不安でないか、相手の立場になって気遣うことをとても注意されました。

鈴木 治す技術があれば患者さんは満足する、という先生も多いとは思いますが、実はそれでは患者さんは不満足なのです。多くの患者さんは治療する先生や歯科衛生士の人格や治療の質をととても気にされます。つまり、患者さんにとっては最初の対応からが治療の始まりなのです。



司会・中川孝男 先生

中川 若いスタッフの方はどのようにして患者さんとの対応やコミュニケーションの取り方を身に着けていくのですか。

大野 例えば、「ナオ歯科クリニック」では週に1回自分が読んだ本をスタッフの前で発表する朝礼があります。どんな本でもいいのですが、その内容を簡単に説明して感想を述べるのです。最初は、何でこのようなことを行うのか理解できませんでしたが、それが患者さんとの対応にとっても役立つことが分かりました(図1)。とくに歯科衛生士は患者さんに口腔内の状態を説明するだけでなく、生活上のお話もお聞きするなど会話が重要なので、朝礼発表はとて素晴らしいトレーニングだと実感しています。

赤羽 先生たちも全員行うのですか。

鈴木 私も含めて全員です。私と牧先生は2週間に1回で、他のスタッフは1週に1人ずつ順番で発表します。

中川 研修会や講演会に行った感想などでもいいのですか。

鈴木 原則的には本です。歯科の本に限り

ジーシー・赤羽正治

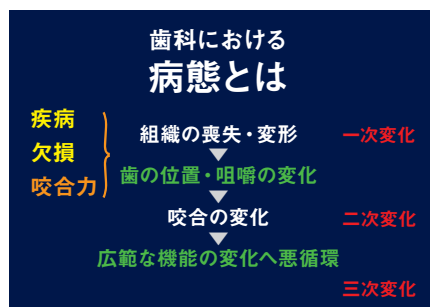


図2 病態はいろいろな要因が絡み合っているが、その本質は「組織の欠損と咬合力の影響」とみることができる。

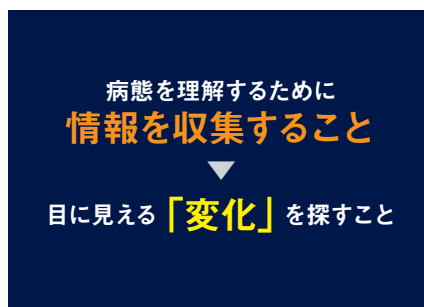


図3 病態の理解には細部の情報収集が必要で、その具体例は口腔内に生じた「変化」である。



図4 メンテナンス開始時の正面観。前歯部に若干の動揺がある以外に目立った所見は認められなかった。



図5 口腔内全体の状態。全体的に補綴物が多く認められるが、歯肉の状態は比較的良好である。

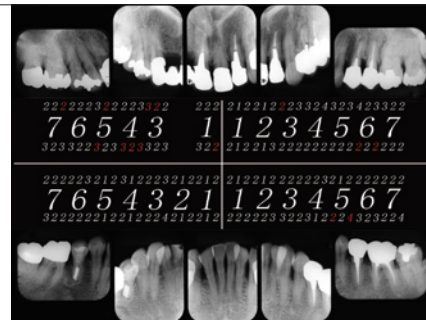


図6 右下4・5番の支持骨量が他の歯牙に比べて少なくなっているものの、目立った骨吸収は認められない。

ません。もちろん新聞でもいいのです。これを行う理由は、活字を読んで理解することがイメージネーションを育むからです。テレビは何事も手っ取り早く、そのことがこの能力をもっとも阻害します。読書は知識を豊富にし、教養を醸成します。どんな知識も人間を助けます。教養はひけらかすものではありませんが、話をしていると内側からにじみ出てくるものだと思います。まだまだ効用はありますが、その中でもまとめる力や自分の考えを患者さんに伝える訓練にもなるはずです。私も率先してやりますが、もう何十年も続いています。

中川 その朝礼の積み重ねが患者さんとのコミュニケーションにかかわってくるのですね。

担当医の名前で患者さんが来られるように指導する

中川 患者さんとの信頼関係は非常に大切ですが、経験の少ない若い勤務医の先生たちは、いざ臨床に向かう時は大変でしょうね。

鈴木 私は、若い先生たちには全診療科目が分かるGPの専門家になりなさいと言っています。治療のアプローチを決める診断は、診療の全体が掴めていないとできないからです。今は専門医制がクローズアップされますが、最初から専門に偏りすぎると治療がチ

グハグになってしまいます。現在、医科の高度な最先端医療は素晴らしいと思いますが、あまりにも専門分化しすぎた感もあります。歯科にもその兆しが見られるようで心配です。開業医の第一関門はプライマリーケアでもあるので、どうしてもGPとして診なければいけない。その見立ての上で、自分にできない専門性の高いものなら専門医や大病院を紹介するということです。

中川 そうすると「ナオ歯科クリニック」で勤務される先生方はある程度の経験を積んで来られるわけですか。

鈴木 いや、ほとんどが新卒の先生です。それは、私の歯科医院では不要なノウハウを身に着けていては困ることもあるからです。私は自分の診療経験から確信を持ったやり方を指導しています。若い人には自分を超越する医療人として育ててもらいたいです。

中川 私も昨年から代診の先生を入れたのですが、新卒だと患者さんの引き継ぎは怖いですね。

鈴木 そうですね。初めは私の見学をしてもらいます。適当な時期に引き継ぎの患者さんを診ることになりますが、患者さんの資料はすべて保管されていますので、初診から今に至るまでの経過を勉強できるようになっています。

牧 私も1年半見学でした。先生の技術を見

ながら自分のものにしていくのと、患者さんとのお付き合いをじかに見て勉強してきました。それで、1年半後に前任の先生から引き継いだ患者さんは約80名でしたが、最初はもう大変です。もし、自分に何か不測の対応があれば患者さんはいなくなる。実際そういうことも体験しましたので、本当に必死にやってきました。

鈴木 中川先生が懸念されるように、いつ患者さんを渡したらいいのかは悩みます。でも、自分が行う治療がとも影響があるということを知ってもらわないと、いつまでも一人前にはなれません。実力が伴ってくれば、担当医の名前で患者さんが来るようになる。そこまではどうしても引き上げたいのです。

牧 私たち勤務医は、1つのユニットを鈴木先生から貸していただいているのです。先生には、材料や治療方法にしても大学と同じレベルで与えていただいております。患者さんから信頼を得られるのなら、良いと考えられることは何をしてもいいと言われます。

鈴木 私の医院では牧先生が診ている患者さんのご紹介は、すべて牧先生が診ます。それが、自分と患者さんとの絆の証拠になり、信用のバロメーターにもなるわけです。それができないと開業してもダメだということです。要するに、「ナオ歯科クリニック」の中に「牧歯科」があるということです。



図7 頬粘膜に圧痛が認められる。クレンジングを疑いナイトガードを装着。日中も注意してもらうように指導した。



図8 左下6番の咬合面には、シャイニングスポットが認められる。5番のメタルボンドはチッピングしている。



図9 欠損部はインプラントにて補綴を行ったが、それ以外は問題なく約7年経過をしている。

現在までに分かっていること

- 前歯部の動揺
- 左咬筋部の圧縮
- 6 歯根破折
- 5 チッピング



夜間のパラファンクション
(左右グライディング、左クレンチング)
日中のクレンチング (前方、左)
左に力が偏る癖をもっているのでは？

図10 左右へのグライディング、左クレンチングをしている可能性が高い。これが、歯根破折を起したのでは？

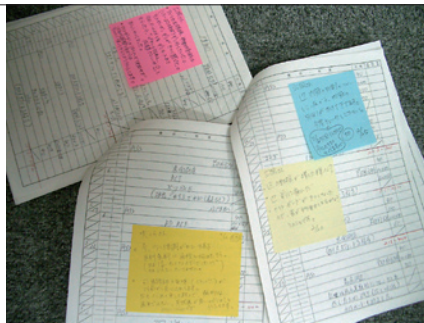


図11 気になったこと、変化したこと、さらには患者さんの生活背景など、メモを通して衛生士と情報を共有する。



図12 初診時43歳の女性。歯肉の発赤、腫脹が著しく4~8ミリのプロービングデプスと動揺が全顎に及び中等度歯周炎と診断。

口腔内の変化から病態を診る

中川 実際の診療についてお話を伺いますが、鈴木先生は患者さんの口腔内の変化を読むことが大切だと主張されていますね。

鈴木 通常、カリエスやペリオなどの疾病や欠損から私たちは口腔内を診るのですが、これによって組織の喪失などが起こると、多くの場合は歯の位置や咀嚼が変わり咬合が変化します。これを放っておくと広範囲な機能障害が起きます。また、そこに咬合力が加わることで、さらに変化が激しくなる。これらを総合して診る目というのが『病態を診る』ということです(図2)。つまり、病態には裏側にいろいろな隠された要素があるので、それを診ないと本当の診断にはならないのです。例えば、補綴しても咬合力で壊れたら咬合力を何とかしないとまた壊れる。病態まで診ないと元は断ち切れないのです。

病態を診るといのは、結局は口の中の情報収集で目に見える変化を探すことです。口腔全体から変化を探すことが病態を理解することにつながります(図3)。

赤羽 大きな疾患がなくても年齢とともに口腔内は微妙に変化してきますよね。

鈴木 そうです。そこに何らかの疾患や咬合力が加わると、より大きな変化になります。

ですから、私は大きな補綴治療に関しては生涯2回主義です。患者さんは1回治療しても10年以上経つと口腔内が変化してくる。それで、もう1回治療する必要があると考えます。その2回主義をうまくクリアした患者さんは絶対に離れなくなり強い信頼関係も築けます。

牧 変化を探すということで、2003年11月から引き継いだ患者さんの症例です。患者さんは2001年6月に来院されて、前任の先生の治療後に私が引き継ぎました。当時は前歯部に軽度の動揺と右下4・5番の歯槽骨が減っている感じで、このようなことを注意してメンテナンスすればいいと考えていました(図4、5、6)。

ところが、半年後に左側咬筋部に違和感が発生しました。お話を伺うとこの頃からゴルフに夢中で、それが原因で力がかかるようになったのかと思いナイトガードをセットしました。その後、2006年7月に左下6番が歯根破折を起こしインプラント補綴をしたのですが、抜歯前の6番をよく観察したらシャイニングスポットがあり5番のメタルボンドもチップしていました。危ないと思った右下5番付近は、何の問題もなく経過しています(図7、8、9)。

現在までの情報で分かっていることは、最初は前歯部の動揺、2004年に咬筋部の圧

痛があり6番の歯根破折と5番のチップング。また、ナイトガードを観察すると前歯部にこすれた跡や左上7番に穴が空いている。ですから、左右のグライディングをしている可能性が考えられます。さらに、左側には圧痕もあるので左クレンチングも疑っています。この患者さんは左側に力がかかる癖があるのではないかと考え、患者さんには注意をさせていただくようにお話ししています(図10)。

赤羽 クレンチングなど悪癖を注意することで改善されるのでしょうか。

牧 患者さんに癖やその悪影響を理解してもらうことが重要です。そういう説明を事前により、破損があった場合でも患者さんと良好な関係が保てます。

中川 左下以外は問題もなく過ごされているのですか。

牧 はい。左下の処置以外は無事に経過しています。このような現症観察をしていくことで、当初危ないと思っていたのとは別のリスクが分かり、患者さんに気をつけていただくようにしているので、その後はとくに問題は起きていません。私たちは、歯根破折やカリエスと病名をつけることが診断のように思われがちですが、それはあくまでも病名で診断ではないなということを経過観察から実感します。

変化を見つける診断目線で
メンテナンス

中川 口腔内の変化を見つけるにはメンテナンスの 때가重要ですね。

牧 そうです。メンテナンスになったら歯科衛生士さんのほうが患者さんと接する時間は長いので、変化を見つけてもらうということでは重要です。今の患者さんなら、前歯部動揺や左側の咬合接触などのチェックポイントを伝えて、もし変化があればすぐに伝



図13 初診時のフルマウスX線写真より、劣形根(短根)であり、支持骨量が少ないことが分かる。

モチベーション

- 8020について
 - 現在歯 26歯
 - 生活歯 16歯
 - 失活歯 10歯 (そのうち1歯 hopeless)
- 劣形根について
 - 短根、支持骨量
- 口臭について
 - 歯垢、歯石、排膿

プラークコントロールの徹底

図14 モチベーション方法。現在43歳で26歯。8020を達成できるように、短根のリスク、患者さんが気にしている口臭の原因について説明。



図15 最終補綴物装着。約4年の治療期間を経てSPTに移行。歯周組織は安定している。

やはりモチベーション

歯周治療の動機づけ

歯周組織

歯垢染色

歯肉の変化

8020について

劣形根

口臭

患者さんに行う動機づけを

DHとしてどう気づけるか…

図16 モチベーションを上げるためには、患者さん自身が自分の口腔内に関心を持っていただくことがポイントに!

メンテナンス

2003.8



76歳女性



図17 引き継いだ当時、とくに目立った所見は認められず、ブラークコントロール状態も良好であった。

えてくださいと言って歯科衛生士さんに渡します。

大野 メンテナンスの一番のポイントは変化を見ることだと思います。口腔内はもちろんですが、患者さんの生活や環境の変化なども常にチェックして、気になることがあれば先生が気づくようにメモをカルテに貼っておきます。限られた時間の中でのメンテナンスなので、個々の患者さんのどこがポイントなのかを担当医と連携して診ています(図11)。

牧 そういうことが診断なのだ、と私たちは教えられていますから、お互いがそれぞれの目線で変化を探るダブルチェックを掛けているのです。それでもトラブルを抱えた時には、私たちに何か足りなかったものがあるのだと真摯に受け止めて、本質はどこにあるのかを探っていく姿勢がとても大切だと思います。

鈴木 咬合のチェックをメンテナンスに入れることは少ないと思いますが、これはとても大切なことです。

中川 メンテナンスのお話が出たので大野さんに伺いたいのですが、患者さんのモチベーションを上げる工夫とかありますか。

大野 初診に近い患者さんは情報が少ないので、まずは口腔内への関心度がどのくらいなのかをお聞きします。

2005年1月に来られた43歳の女性ですが、全顎に及ぶ中等度歯周炎でした(図12)。初診時からの担当でしたので、最初は「8020運動を知っていますか」「自分の歯が何本あるのかわかりますか」とお聞きしました。それらに対する関心度は高くても低くてもどちらでもいいのですが、重要なのは回答を聞いてからの説明の入り方です。この判断を間違えるとモチベーションは上手くいきません。患者さんは、8020は聞いたことがあるが、自分の歯の本数は考えたこともなかったと言うので、まず43歳の現状を知ってもらおうと思い、フルマウスのX線写真と一緒に本数を数えました。結果は26歯で生活歯16本、失活歯10本で1本は保存不可能でした(図13、14)。その後、80歳でどのくらい歯を残したいのか、残せることができるのか話し合い、これ以上歯を失わないためには歯周治療が必要でブラークコントロールの徹底が今後を左右するということを理解していただき、スムーズに初期治療に入ることができ、約4年で治療が終わりました(図15)。

つまり、モチベーションを上げるには患者さん自身がご自分の口腔内に関心を持つことです(図16)。ですから、歯科衛生士はそこに行き着くスムーズなアプローチを考えることが大切です。また、患者さんのキャラクターに合わせて対応して、話題を多くして少

しでも楽しい来院時間にしたいと思っています。

鈴木 大野は日本歯周病学会の認定歯科衛生士で、ハイジニストのいろいろな勉強会にも参加して多くの人のケースも見せてきます。そんな日々の努力と積み重ねが、患者さんのメンテナンスにも活かされているのです。

現症変化から患者さんの将来を考える

牧 もうひとつ、先輩の治療後に引き継いだ症例で2003年当時76歳の女性患者さんのケースを紹介します(図17)。上顎・下顎とも遊離端欠損で義歯が入っています。左下7番はセパレートして、4・5番はキャップで、上顎4～3番まではスプリントされている状態です。最初に診たときに左下7番と5番、右上5番も危ないと思い、それを患者さんに説明してメンテナンスに入りました(図18、19)。

2006年12月にスプリントしている前歯部が動揺してきました。このブリッジが動くことは想定していなかったのですが、よく見ると前歯部が削れて左上1・2番付近のメタルも叩かれている。この現症から前方へのクレンジングや左右へのグライディングがあるので、と思いナイトガードを装着しました。ナイトガードは臼歯部の顎堤に乗るようにし

メンテナンス

2003.8



図18 上下顎咬合面、および側方面観。外観の前装部が一部欠けているが、全体的に良好な状態である。



図19 左下の臼歯部の支持骨量はかなり少ないので、最も危ない部位と考えて患者さんにもそのように説明をした。

上顎前歯部の動揺

2006.12



図20 上顎前歯部の舌側面にはシャイニングエリアが認められ、下顎前歯部にもかなりの咬耗が認められる。



て、前歯部で噛まないように設計しています。まずは上顎前歯部を守りたいと思ったのです(図20)。

その状態で観察をしていくと2007年9月に噛んだ時に前歯部が開くのです(図21)。下顎を前に動かすと前方位では接触します。考えられることは、下顎が後方に下がったのか、前歯部が少しフレアーアウトしたのかですが、まだよく分かりません。ただ、もし治療を行う時には、下顎を上顎かで処置内容が大きく変わるので、どちらなのかを注意して観察しています。現在は、危ないと思っていた歯も無事に経過していて、前歯部の隙間も減ってきている気がします(図22、23)。この現症変化は正直分からない部分もあるのですが、人間の体は変化するものだとこののを改めて感じました。

鈴木 いろいろ原因は考えてみたでしょう。
牧 はい。左下4・5番のようなキャップは通常3~5年で危なくなることが多いのですが、7年経っても維持していることを考えると、前噛み傾向があるのだと思います。おそらく前方クレンチングで上顎前歯が前方に動いたのが原因ではないかと…。

鈴木 上顎前歯のメタルのシャイニングエ

リアから考えるのも1つの方法だし、粘膜面の変化、人工歯の変化も考えたほうがいいかもしれないね。

牧 そうですね。人工歯は3年位である程度減ってくると思うのですが、この方はあまり減っていないので奥での咀嚼は少ない感じがします。

鈴木 今、いくつかの考え方を挙げたのですが、そういうことが大事なのです。明確な原因が分からなくても、考えられる要因を自分の頭でブレインストーミングして今後のメンテナンスに役立てていく。このように1症例ずつの観察を大切にしていくことで、自分たちの診断の幅も処置の幅も広げていけると思います。

また、私たちは観察だけですからエビデンスのような説得力はありません。したがって、前歯部に力が入っていると思えばいろいろなアプローチで検証して証を示すことが必要です。それは、とても勉強になり自信にもなります。

中川 根拠を示すのは大変なことですよ。

牧 そのために現症観察をして根拠を見つけていくのです。患者さんに何かの処置をする場合も、このような状態だとこうなるので

処置が必要なのです、と考えられる理由に基づいた説明は極力守るようにしています。

また、つねに患者さんに説明しながら対応していくと、何年後かに「確かに先生の言う通りになった」と患者さんが言って戻ってきます。それはとても大きい信頼感になります。私自身も最近そのようなことを実感しています。

鈴木 我々の仕事は、品物を右から左に渡すような仕事ではない。必ず患者さんとの信頼関係がないとできない仕事なのです。大学では基礎力は技術と理論といいますが、私はその前に人間としての大切なものがあると思っています。それが人間対人間の信頼関係であり、医療のあるべき姿なのだと考えます。だから、患者さんの現症から病態を見つけ、常に患者さんの将来を考えるように接していけば、患者さんは絶対についてくれます。

中川 医療人としての在り方、診療での姿勢など本当に貴重なお話を伺えました。開業医として発展していくためのヒントを沢山いただけたと思います。鈴木 尚先生、牧 宏佳先生、歯科衛生士の大野綾子さん、お忙しいなか本当にありがとうございました。



図21 咬頭嵌合位で前歯部の咬合接触が喪失しており前方位だと接触をする。上顎前歯部の変化、下顎位が変化?



図22 当初危ないと考えていた左下は問題なく経過している。本当に適切な説明だったのかと考える必要があるのでは?



図23 前歯部の隙間が少なくなってきたように感じる。どのような変化をしているのか考える必要がある。