

## 「木を見て、森を見ず」

EPSDC 研修会 Stage I・II 受講生 R. M.  
(横浜市郊外住宅地にて開業 開業歴 22 年)

昨年より、「全人的歯科医療」を学ぼうということで、EPSDC 研修会に参加させて頂いている。現在も、患者さんという“人”と向き合う中で、歯科医療という職業の奥深さと、そして、この職業の崇高さを、あらためて感じる日々を過ごしている。

歯科医療は、口腔領域を担当しつつ、全身とかがわる医療であることはいまでもないが、実際の私自身の日常臨床の中で、はたしてどの程度この当たり前のことが行えてきたかと振り返ると、はなはだ疑問である。

歯痛を主訴として、突然来院する患者さんに対し、「痛いのはどこですか」と聞き、口を開けるように促し、明らかなウ窩を見つけ、「こんなになるまでほっておいて…」とつぶやくことさえも臆病になり、“優しい歯科医”を演じつつ、流れ作業的にレントゲン撮影をし、浸潤麻酔を施すのである。それでも、誤診だけは避けようと、とりあえず、物的証拠を並べ直し、頭の中で診断をめぐる。他の患者さんを診ながら、「果たして、先程の新患は、男性だったか、女性だったか。」

患者さんの要望に応えようと、根拠もなく、「神経は、残しておきましょうね」と背中越しに声をかけ、「痛かったら手を挙げて下さいね」と告げ、早速、タービン片手に処置を始める。テレスコープを通して拡大された歯牙は、果たして、男性の歯牙か、女性の歯牙か。上目づかいでうかがう患者さんの手は、女性らしい優しい手をしている。時々上がりがける手を制し、何とか通法どおり治療を終える。「とりあえず、痛み止めを出しておきましょうね」と、セーフティーネットを張り、診療を終える。それでも、安堵をした表情を浮かべる患者さんは、「ありがとうございました」と頭を下げて、帰られた。

電子カルテを入力するために、レントゲンで歯番を確認し、保険診療のガイドラインを気にしながら、先程の処置を振り返る。いざ、入力しようとする、患者さんの名前がわからない。女性の名前をたよりに、画面を開き、何とか間違えずに入力できた。

多少、大げさかもしれないが、こんな臨床を数年繰り返してきた。  
しかし、最近は少し変わってきた…。(※)

“歯科医師”は、患者さんという“人”と、どう向き合えば良いのか。私たちの世代は、このことについて講義をうけたことはなく、臨床医となってはじめて、試行錯誤の上に、何とか患者さんを取り扱う術(+)を身につけていく。それでも、あらためて研修会を受講し、多くの自戒の念を抱かずにはいられなかった。

若い先生方は、どの程度、このことを学んでいるのだろうか…。  
経験豊富といわれる臨床医は、どの程度このことを実践できているのだろうか…。  
私は、果たして、どの程度、自分の臨床経験を誇れるのだろうか…。  
それは「正しい歯科診療」を積み重ねたものであったのか…。  
あるいは、これから積み重ねる経験は「正しい歯科診療」であるのか…。

“行動変容”という言葉をご存知だろうか。一

ウ蝕、歯周病という、一般的に慢性疾患に位置づけられる疾患と向き合う歯科医師は、ぜひとも知っておきたい言葉である。そして、自らの診療とあらためて向き合おうとする歯科医師も、ぜひとも知っておきたい言葉である。

本題は講師より学んでいただくとして、医療界から少し離れてみることにする。  
一般企業のマーケティングやブランディング、マネージメントにおいて、この“行動変容”について多くの試みがなされているのをご存知だろうか。時代が、すでに消費者の行動を探る術(+)として、いろいろな試みをしているようである。

相変わらず、“井の中の蛙”として、社会的にはまだまだ恵まれた環境にさえ悲鳴を上げては、おそらく、もっと大きな時代の流れに、歯科界は呑み込まれてしまうかもしれないと、不安に思うことがある。介護事業が盛んになる昨今、多くの業界が、医療のこと、特に“人のかかわり”に関してしっかりと学んできている。相変わらず、「歯を診て、人を診ず」では、さすがに患者さんもやるせない。

---

(※)…後ほど、変わった点について記述する。

多少大げさな表現があったことはお許しいただき、先述の私の日常臨床を振り返り、まだ、EPSDC 研修会受講中ではあるが、現在、どのような点が変わったのか、さらに、研修内容からは逸脱するが、現在抱えるジレンマを中心に、日々、どのようなことを考えて臨床を行っているかを再度、記したいと思う。

## 〔再 掲〕

<sup>(1)</sup> 歯痛を主訴として、<sup>(2)</sup> 突然来院する患者さんに対し、<sup>(3)</sup> 「痛いのはどこですか」と聞き、<sup>(4)</sup> 口を開けるように促し、<sup>(5)</sup> 明らかなウ窩を見つけ、<sup>(6)</sup> 「こんなになるまでほっておいて…」とつぶやくことさえも臆病になり、<sup>(7)</sup> “優しい歯科医”を演じつつ、<sup>(8)</sup> 流れ作業的にレントゲン撮影をし、<sup>(9)</sup> 浸潤麻酔を施すのである。それでも、誤診だけは避けようと、とりあえず、<sup>(10)</sup> 物的証拠を並べ直し、頭の中で診断をめぐらす。<sup>(11)</sup> 他の患者さんを診ながら、<sup>(12)</sup> 「果たして、先程の新患は、男性だったか、女性だったか。」

<sup>(13)</sup> 患者さんの要望に応えようと、<sup>(14)</sup> 根拠もなく、「神経は、残しておきましょうね」と<sup>(15)</sup> 背中越しに声をかけ、「痛かったら手を挙げて下さいね」と告げ、<sup>(16)</sup> 早速、タービン片手に処置を始める。<sup>(17)</sup> テレスコープを通して拡大された歯牙は、果たして、男性の歯牙か、女性の歯牙か。上目づかいでうかがう患者さんの手は、<sup>(18)</sup> 女性らしい優しい手をしている。<sup>(19)</sup> 時々上がりかける手を制し、何とか通法どおり治療を終える。

<sup>(20)</sup> 「とりあえず、痛み止めを出しておきましょうね」と、<sup>(21)</sup> セーフティーネットを張り、診療を終える。それでも、<sup>(22)</sup> 安堵をした表情を浮かべる患者さんは、<sup>(23)</sup> 「ありがとうございました」と頭を下げ、帰られた。

<sup>(24)</sup> 電子カルテを入力するために、<sup>(25)</sup> レントゲンで歯番を確認し、<sup>(26)</sup> 保険診療のガイドラインを気にしながら、先程の処置を振り返る。

---

## (1) 歯痛

患者さんが訴える歯痛が必ずしも歯の痛みとは限らない。まずは、硬組織疾患からのものなのか、軟組織疾患からのものなのか。その疼痛は、本当に歯原性疼痛であるのか、筋痛ではないのか、三叉神経痛かもしれないし、関連痛かもしれない。ニューロパチックペインは疑わなくてよいのか、もしかして、第Ⅱ軸の疼痛。等々、多くの疼痛の原因を疑い、鑑別診断を行わなければならない。

## (2) 突然来院する患者さん

その患者さんは、他の患者さんの治療の妨げになっていないか。そもそも、なぜ、当院には急患が突然訪れるのか。当院の診療システムに問題はないのか。

## 〈急患対応へのジレンマ〉

ここで問題になってくるのは、我々がどのような治療をしていきたいかということである。そのためには、どのような診療システムが必要か。

例えば、正しい治療を行うために、個々の患者さんにしっかりと時間をかけた計画治療を行いたいならば、基本的に、急患への対応は拒否するのが原則であろう。しかしながら、計画治療中の患者さんが、現在治療中の歯牙に対し、緊急治療を要求していたならば、場合によっては、急患として受け入れざるを得ない。

さらに、当院は保険医療機関であり、私は保険医である。一方で、療担規則なるものに縛られて、確かに「保険医たるもの…」という言葉のもと、「急患を拒否してよいのか」という命題に迫られる。

さらに、「歯科医師たるもの…」という歯科医師法に準じた判断が要求される。

「医療人として…」という医療倫理の視点からの判断も要求される。

「地域医療に関わる歯科医師として…」、社会的役割をいかに果たすか。

「学校医として…」「地域医療を掲げる歯科医師会会員として…」「介護施設の協力歯科医として…」、さらには、プライベートな関係で、「家族ならどうするか…」「友人ならどうするか…」「友人の友人ならどうするか…」、社会通念や倫理を通して、その秤にかけられる。

やはり、結局は、自分がどのような診療をしていきたいかと言うことになる。

ただ、ここで最初に注意しなければいけないのは、その急患が本当に急患なのかである。それを見極めるシステムを構築しなければならない。

最初に急患を名乗る患者さんに対応するのは誰か…、それは受付である。直接の来院にしる、電話予約にしる、その患者さんに対応するのは、受付である。受付には、急患を名乗る患者さんが、本当に緊急治療が必要な患者さんなのかを、電話だけで、或は、受付での問診だけで、ある程度判断できる能力が要求される。当然、診療システムとしても、その流れが構築されていなければならない。

次に注意しなければいけないのは、その緊急性を作り出したのは誰なのかである。その患者さんが、今現在、加療中の患者さんなのか、或は、定期的に受診

をされ、定期検診を受けている患者さんなのか。仮に、定期検診を受けていたとしても、その検診が、早期発見、早期治療を目的としたものなのか、疾病再発予防を徹底している患者さんの健康診査なのか。はたまた、無断キャンセルを繰り返す、除痛のみを希望する患者さんなのか。

地域医療の名の下に、すべての患者さんを受け入れるとなると、おそらく、我々の診療システムは、理想とほど遠いものになる。いくら卓越した技術を持ち合わせていて、匠やプロフェッションを豪語しても、患者さんからすれば、我々は都合の良い“雇われエキスパート”でしかなく、基本的には、医療を行う上での信頼関係の構築はあり得ない。そのような患者さんにより、そう多くはないかもしれないが、我々を「信頼のおけるプロフェッション」と認め、その身を委ねていただいている患者さんを、時としてないがしろにしなければならないのは、非常にストレスを感じる。

一方、その原因が、我々歯科医療担当側になることも、これは否めない。可能な限りそういうことが起きないように、綿密な診査診断を行い、適切な処置を行う。また、より明確な将来予測をたてて伝達しておくこと。つまりは、それができる知識と技術を習得し、実践できるよう精進しなければならない。

次に注意しなければならないのは、その患者さんの社会的背景である。患者さん本人や、我々ではどうにも対応しきれないことが理由で、急患となることがある。それは、患者さんの自由にならない時間や経済的負担、時にはやむを得ぬ事情である。

しかし、このことは、時間的推移や機会の変化により改善する可能性があり、また、今この時に限り、治療に取り組めない時期である場合もあることを理解しなければならない。その上で、再度、治療に取り組む機会を与え、今後の対応を模索しなければならない。

最後に注意しなければならないのは、その患者さんの人格かも知れない。心身の疾患を持ち合わせる場合もあるだろうし、身体的障害によることも考慮しなければならない。或は、社会的通念の不足による場合もあり、このような場合は対応に苦慮する。

いずれにせよ、その後の対応に関しては、多くの約束をかわすべきであり、そ

の遵守をうながし、それでも患者さんが順応できないならば、我々の診療室は、救急対応の指定を受けている救急総合病院ではなく、個人の私財を投じた個人診療所であるのだから、やはり、正しい診療に対する信念を貫く必要があるのではないかと。ただ、やみくもに緊急診療を拒否するのではなく、時間的調整に協力していただくとか、その時が、緊急対応が可能な体制か否かを理解していただくとか、そういったコミュニケーションを取る努力をし、それでも理解が得られなければ、医学的な根拠のもと、当院で行う治療が本人にとって適切なものにならないことを伝え、理解してもらえないのではないかと。

#### ③「痛いのはどこですか」

まずは最初に誰が聞くのか、－(a)  
患者さんの疼痛表現は信頼できるのか、－(b)  
では、その痛みはいつから痛んでいるのか、  
痛みの種類は、どのようなものなのか、  
自発痛なのか、誘発痛なのか、  
それはどのように変化したのか、－(c)

(a)－ 先述をしたように、一般的な診療所においては、最初に患者さんの主訴を聞くのは受付である。もし、電話で応対したならば、その時点で、その患者さんの状態を把握し、緊急治療が必要なのか、ある程度、処置までに時間がおける患者さんなのかを瞬時に判断し、アポイントを取らなければならない。特に疼痛に関しては、患者さんの表現も勘案して、対応しなければ、すべての患者さんが急患になってしまうことさえある。

当然、受付が診査診断を行えるわけではないが、歯科医がそれを行うことを一部補助してくれる役割を担ってくれる。また、患者さんも、自分自身の痛みを整理でき、その後の歯科医の問診に対して、よりの確な疼痛表現を使えるようになる。受付における適切な患者対応は、その後に行う、一連の診査診断の正確性をますための最初の流れを作るという意味でも、重要な役割といえる。

#### 〈チーム医療のジレンマ〉

多くの診療所は、大なり小なりチーム医療の体系をとっている。患者さんの

多種多様な要望に対応するには、システム化されたチーム連携が必要である。ところが、多くの要望に対応しようとすると、実際は、かなり複雑な連携体系を構築せねばならず、複雑すぎると、逆に機能しなくなってしまうのが現状である。つまり、シンプルほど良いといえる。ここにジレンマが生じる。

シンプルなシステムでありながら、多種多様な要望に対応するには、個々のスタッフに裁量権を与える必要があると考える。つまり、要望の多様性には現場で対応してもらうのである。しかし、現場での判断が的確でなければ、そこに判断ミスが生じ、これは、残念ながら診療所全体に影響を及ぼす。その担当が、俗にいうボトルネックとなり、それがその診療所の医療の質のレベルになり、ひいては、患者さんの評価となる。

#### 〈クレド〉

各人に、よりの確な裁量を行ってもらうには、すべてのスタッフが規範とする「よりどころ」がないといけない。これが、企業でいう「社訓」であり、組織における「信条(クレド)」である。これを、院長(歯科医)自らも律するものとして掲げる必要がある。

#### 〈スタッフ教育〉

さらには、これが実現できる能力の獲得機会を提供しなければならない。即ち教育であり、伝授であり、訓練であり、準備である。個々の高い能力を統合し、連携させるものとしてシステムが必要であり、それが、シンプルであればあるほど、より個人に裁量権が委ねられ、特に、医療の現場における、人と人との関わりにおいては、血の通った対応となると考える。ここには、スタッフの「個」に対する信頼感があり、それらが連携し合って、やはり、患者さんからの信頼を得られるチームが実現すると考える。

ちなみに、委託する相手を信頼せず、更に、複雑なルールで規制を加え、裁量権に乏しい、人間味のない医療体系を作り出したのが、日本の歯科医療制度というのは言い過ぎか…。

- (b)ー 疼痛の診査診断をしていく上で、厄介なのは、原則として、その疼痛の有無や度合いを直接みるができないことである。一般的には、患者さんの疼痛表現に頼り、それを基準に診断していくわけである。ここで重要になってくるのは、「問診の技術」である。

- (c)ー 痛みの鑑別診断 (省略)

#### ④口を開けるように促し

講師:「多くの疼痛は、患者さんに対する問診の時点で、鑑別できますよ」最近、講師のこの言葉に、うなずけるようになってきた。

#### ⑤明らかなウ窩

長くウ蝕治療に携わってきたためか、「ウ窩＝疼痛」「ウ窩＝処置」という診断に、あまり疑いを持たずに診療をしてきた。

現在は、以下のようなことを考える。

#### 〈カリオロジー : ウ窩と歯髄の関係〉

まずは疼痛の原因がそのウ蝕によるものなのか、ウ窩の向こうにある歯髄の状態はどうなっているのか、歯髄の組織学的、或は、生理学的応答はどのようになっているのか、疼痛の種類との関係はどうか、そのウ窩は、初めての処置を受けるウ窩なのか、インレー脱離後の2次カリエスによるものなのか。

今日多くの感染歯質を取り除くべきなのか、ステップワイズエキスカベーションテクニックを応用すべきなのか。予後はどうなのか、それを予測した場合に、本来行うべき治療はどういう処置なのか。

#### ⑥「こんなになるまでほっておいて…」とつぶやくことさえも臆病になり

このような事実に対し、  
本人のために、問題点をズバリ指摘したほうが良いのか、  
逆に色々と憶測し、「しかたなかったね」と理解を示すべきなのか、  
或は、医院の評判を守るため、言葉を呑み込むのか、  
時としてモンスター化する患者さんをあえて刺激をしなくても…、とも考える。

我々の日常診療においては、何かを正しく相手に伝える技術、高度なコミュニケーション能力が要求される。更には、患者さんの立場に立ったものの考え方、即ち、想像力も養わなければならない。当然、その前には、患者さんの言葉に、しっかりと傾聴しなければ始まらない。

ここで、「患者本位の治療」という言葉が頭をよぎる。  
患者本位とはなんであろうか。

### 〈患者本位の診療に対するジレンマ〉

患者本位とは何であろうか。  
患者さんに本当に必要な医療を届けることなのか、  
或は、患者さんのご機嫌を伺い、患者さんが決めた治療方針にただ迎合し、  
施術をおこなうのか(雇われエキスパートとしての対応か)  
患者さんの情緒的部分(患者インサイト)まで踏み込み、理解を示すことなのか  
はたまた、全人的な捉え方なのか、  
科目を越え、患者さん、すなわち個を中心とした医療ネットワークを組むことも考  
える必要がある。(多業種間の医療連携)

### ⑦“優しい歯科医”を演じつつ

おそらく、患者さんは“優しい歯科医”を好むであろうし、我々もそのニーズに答  
えようとする。では、“優しい歯科医”とはどのような歯科医なのだろう。  
「あたり」が優しい歯科医なのか、手技がやさしい歯科医なのか、痛みに対して  
の配慮がある歯科医なのか、気持ちに対する配慮がある歯科医なのか、患者の  
ことを本当に考え、苦言もちゃんと伝える歯科なのか、ただ単に、患者の要望に  
迎合する歯科医なのか…。更に、「歯科医師としての優しさ」と「人としての優しさ」  
とは、同じなのか。

### 「やさしさ」

ひととのかかわりにおいて、優しさとは重要な要素となる。愛情表現であったり、  
コミュニケーションの潤滑油としての役割を果たしたり、一般的に良いものとして  
プラスのイメージで受け止められる。発信側としては、更に対象を広げ、「環境に  
やさしい、地球にやさしい」となり、受け手側としては、「やさしい空間」とか、「やさ  
しい香り」とか、かなり情緒的な感覚で捉える。  
「やさしそうな」となると更に範囲が広がり、これが実態なのか、演技なのか…。  
「一見、やさしそうな」となると、若干、マイナスのイメージが加わる。  
「やさしさ」とは、かなり曖昧な表現である。しかし、歯科医療においても、この曖

昧な感覚、情緒的な感覚が、医院選択、医師選択の決め手になるようである。で  
あるならば、一診療所として、医療サービスをマネジメントしなければ我々とし  
ては、この曖昧なものに対して、しっかりと認識し、対応しなければならない。

### 「予防医療プロモーション」

「やさしさ」同様、「予防」という概念は、これをしっかりと生活者、或は疾病予備  
軍に伝え、認識させる、いわゆるプロモーション活動は、それなりの技術が要求  
される。

ホワイトニングや審美歯科、インプラントのような明確な利点が強調できるプロ  
モーションは、比較的容易に、内容を伝達し、認識させることが可能であり、各種  
ツールや、今はやりの「歯科医院のブランディング化」もこれを助ける。

一方、多くの企業が模索する、この「情緒的な感覚」への対応方法は、やはり、  
医療の現場においては、患者さんという「個」に係らなければ伝えづらい。さらに  
ここには技術が要求されるし、その基礎となる考え方が、行動科学としての知識  
であり、行動変容を起こさせるモチベーションの能力である。

ではこの技術、能力を誰が取得し、誰が活用するのか。  
ここでクローズアップされるのが「歯科衛生士」との連携である。

### 「歯科医と歯科衛生士との連携」

我々開業医にとっては、その技術と同等に、患者さんへのコミュニケーション能  
力が要求される。まずは「つかみ」が必要であり、その後の診療をスムーズに行う  
コミュニケーション能力が必要で、さらに、的確な治療技術が要求される。これら  
が相互に補完しながら、患者さんからの信頼を勝ち取るのである。

では、治療技術が発揮できない予防の段階ではどうだろうか。この段階では、  
先程の「情緒的な感覚」を、時間をかけて「確かな感覚」へと変容させなければな  
らない。その役割を担うのが、予防におけるプロフェッションである歯科衛生士で  
ある。私の個人的な能力(性格)によるかも知れないが、どう考えても、私より歯科  
衛生士のほうが、この能力に秀でているように思う。

### 「医療連携」

歯科医師が一般的にいう医療連携とは、「医歯薬」による連携をさすであろう。  
しかし、一般医科からすれば、おそらく、歯科医以外の理学療法士や看護師、  
介護士との連携をさすのが現実と思われる。確かに、それほど細やかに医科の

先生と連携をとるのは、病院歯科の先生に限られるのではない。実際、開業歯科医はそれほど医科にかかわっていない。介護の現場でさえ、口腔ケアなどの本来の歯科医療の役割は、少々曲がったかたちではあるが、現場の介護担当者の手に委ねられているのが現状である。

### 「もうひとつの医療連携」

それは、歯科医療連携である。歯科医院に来院した患者さんに対し、「個」としてのかかわり、「人」としてのかかわりを持ち、患者さんを取囲むかたちで、歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士、歯科助手、歯科受付、さらにその他も巻き込んだ歯科医療チームとしてかかわるのである。指揮官である歯科医師は多くの責務を負うのだが、各担当も医療連携のパートナーとして、その役割と責任を果たすのである。特に衛生士は、歯科医が提供できない能力によって、直接患者さんとかかわる重要なパートナーであることを忘れてはならない。そして、この歯科医療チームのレベルアップこそが、我々の臨床をより良いものにするのであるから、相互に切磋琢磨する必要がある。

### ⑧流れ作業的にレントゲン撮影をし

レントゲン撮影の目的は明確か、  
そのために写すレントゲンフィルムの種類は何か、  
適応する撮影方法は、レントゲン線の入射角は、枚数は、  
この設定条件は、診断をしっかりと補足してくれているのか、  
無駄な被曝をさせていないのか  
現像後のフィルムのクオリティは診断に耐えうるのか  
ここではじめて、読影の能力が試される。

いくら読影を学んでも、ここまでたどりつかなければ、自分の診療所へ来院する患者さんへの診断には行き着かないのである。

### ⑨浸潤麻酔を施す

研修会の講義中、症例報告にて、「もう麻酔をするのですか!？」と講師の声。はたと気づく、  
診査診断をしっかりとおえているのか、

どこに麻酔をするのか、どの歯を麻酔するのか、  
治療のためか、診断のためか、  
「鑑別診断のための麻酔の使用法」というものを覚えた。—

### ⑩物的証拠を並べ直し、頭の中で診断をめぐらす

確かに、口腔内所見やレントゲン所見は診査診断に重要であるが、患者さんからの既往歴、疼痛歴はしっかりと聴取できているのか、それよりも、そもそも、その患者さんはどういう患者さんなのか。

処置を行うために、診査診断を行うのであるから、その処置が、果たしてその患者さんの口腔ケアの状態に適応して、正しい処置となりうるのか、再発の可能性はないのか。

### 〈保険診療における診査診断のジレンマ〉

保険診療に慣れた我々保険医は、そのガイドラインを遵守するあまり、非常に歪んだ診療の流れにそって治療を行う。特に、「保険診療のための」物的証拠集めを怠らないようにする。たとえこれが、直接、診査診断に関連しなくても…。

保険の審査員は指摘する。  
「なぜレントゲン撮影もなく診断できるのですか」、逆に「何で複数のレントゲンが必要なのですか」—

こんな馬鹿げたやりとりに合わせて、時には必要もないレントゲンを撮影し、時には必要なレントゲンを撮影せずに(あるいは、撮っても保険請求せずに)、何とか治療をこなすのである。

何かの事件を取り調べる上では、物的証拠は重要であり、動かぬ事実として必要なかもしれないが、そもそも、我々の医療行為は事件ではない。あたかもそのようなものとして取り扱われるのは甚だ心外である。

更に問題なのは、このような流れを正当化する風潮が歯科界にあることかもしれない。保健医療機関が大半を占めるためか、保険診療のガイドラインに沿うことが、あたかも正しい医療行為であるかのように捉え、そのことを疑おうとしないことである。確かに、ガイドラインに沿うことは、効率よく作業をこなすには有効で、あまり考えずに画一的な仕事を行えるのかも知れない。そして、その診査診断の責任を制度に委ね、それなりの報酬をいただければ、なかなかこの温室からは抜け出せない。歯科医も、患者も、行政も、この持ちつ持たれつの関係に、甘え

ているのである。

しかし、時代はこのことを許してくれるのであろうか。誰かが先に、この関係の問題に気づき、提議するのではなかろうか。多くの業界が医療に目を向けている現在、この温室に気づき、厳しい現実はこのことをさらけ出す日が来るとは想像できないのであろうか。歯科医師過剰時代という事実は(これも正しい認識ではないが)、「友達の友達が…、歯科医」であることが当たり前にし、更に、多くの歯科医療従事者を作り出してきている。彼らは生活者でもあり、市民であり、国民である。生活者が先にこの矛盾に気づき、正しい歯科医療を求める日が、そう遠くなく来るような気がする。少なくとも、我々歯科医が一番最後に動き出すという、みっともないかたちだけは避けたいものである。仮に、歯科界全体が無理でも、我々だけは、その時代への準備をしておきたいものである。温室での甘えた習慣から、正しい習慣を身につける苦労は大変であるが、それ故に、それをいち早く身に付け、準備をしているものが、その後の環境の変化に対応できるのではないだろうか。

#### 「取り調べ」

診査診断に話を戻すが、この「取り調べ」に例えると、我々の診査診断は、これに似ているのかも知れない。

確かに、物的証拠は重要であるが、これはあくまでも裏づけであって、事情聴取が綿密に行われ、その整合性が成立しなければ、その全貌は明らかにならないのである。物的証拠だけを並べ、真実の声に耳を貸さなければ、正しい審判が下せないのは当然であろう。

はたして、我々はこの事情聴取(医療面接・問診)に十分時間をかけているであろうか、先ずこの時点で、その整合性を分析し、その後、これを裏づけるものとして、物的証拠を探すべきではないであろうか。物的証拠に迷わされ、初動捜査が悪ければ、これは、迷宮入りとなりかねないし、誤認となりかねない。

診査診断を行う上で、必要な手順というものがある。これにより、効率性も上がるし、何よりも、その正確性、信頼性があがるのである。冤(えん)罪として、その歯の運命を変えぬ様に慎重に取り扱うべきであろう。

#### 「保険診療における診査診断」

保険診療においては、この綿密な診査診断に対する評価は低い。しかも、その多くは物的証拠に対するものであり、問診に対する評価は、初診料、再診料の中に包括されてしまう。しかたなく、保険医は、本来、患者さんごとに行われるべ

き診査診断を、ガイドラインというルールにあてはめ、画一的に処理し、その責任を制度に委ねるのである。それならば、その後の一連の対応は、当然ガイドラインに従って処理されなければならない。仮に、その疾患が治癒に向かわなくても、である。

この、ルール絶対主義の保険診療におけるこういった歪みは、しばしば患者さん自身を置き去りにする。更に、国家財政上の医療費削減が、正しい診療を望む市民に対して、その供給制限を加えるのである。民主主義国家でありながら、社会主義的な保険診療の体系は、時には有効に機能し、時には正しい医療の供給を妨げる。

さらには、自由経済のもと、「求められる医療を求める人のところに供給する」という行為さえ、保険医療機関においては、非常に難解な「混合診療という解釈」が、これを妨げるのである。

#### (11)他の患者さんを診ながら

保険医として報酬により歯科医院経営をマネジメントするには、一定時間に並行して患者さんを診なければならないのが現状である。患者さんを並べて行う、いわゆるニワトリ診療である。

しかし、しっかりと歯科医療に取り組むには、「個」としての患者さんと向き合う必要があり、それは診療空間であったり、施術時間であったり、「人と人とのかかわり」としての歯科医療を目指す必要がある。(診療システムの構築)

#### (12)「果たして、先程の新患は、男性だったか、女性だったか。」

さすがにこれは論外である。論外ではあるのだが…。

#### (13)患者さんの要望に応えようと

我々開業医は患者さんの多くの要望に応えようとする。それが良い評判を呼ぶからと考えることもあるが、多くの場合、目の前の困った患者さんをほっておく訳にはいかず、やはり、医療人としての心が、その場で手を尽くすことを選ぶ。問題はそれが正しい歯科治療の選択であったかどうかである。患者さんの個人的要望に押し切られ、それに迎合するかたちでその治療方法や診断を変えることに

ならないように、しっかりとした医療倫理の上で対応すべきである。

また、患者さんが早い治療を望んだからといって、正しい歯科治療への照会を省くのは避けるべきで、やはり、本来行うべき診療の流れを呈示し、これを選択するか否かを決定する時間的余裕を患者さんに与えるべきである。

#### **(14) 根拠もなく、「神経は、残しておきましょうね」**

このウ蝕により、神経への感染が起こっているかはどう判断するのか。

仮に微量の感染を起こしていたとして、歯髄は生理学的にどのような反応をしているのであろうか、可逆的炎症ととらえるのか、非可逆的状態ととらえるのか。

本当に、その患者さんの将来を考えた時な、或は、その歯の予後を考えた時に、現時点で抜髄をしないことが正しい処置なのか。

適切に行われた抜髄根管治療と、適切に行われた感染根管治療の予後にていての洞察はおこなわれたか。

#### **(15) 背中越しに声をかけ**

患者さんとの関わりは、本当に背中越しで良いのだろうか。それは、人と人が行うコミュニケーションとして、正しいのだろうか。背中越しは、水平診療においては宿命的なポジションではあるが、せめて、医療面接、診査診断の説明、治療計画においては、「人と人がコミュニケーションする」という関係がしっかり作れる環境を整える必要がある。そのための、空間づくりも必要となる。

#### **(16) 早速、タービン片手に処置を始める**

「あそこの歯科医院は1日で治してくれた」との評判をどうとらえるか。

当然、ウ窩をみつけ、即日にCR充填を行えば、こんな評判を得ることになる。

しかし、これは正しい歯科治療といえるのであろうか。

ウ蝕を発症した口腔内は、本当に十分に自己管理され、しっかりとした口腔ケアが行われていたのか。再発の可能性が極めて低い口腔衛生環境であったのか。仮に、そのような環境でなければ、本当に適切な充填処置を行うことができたのか。本当に即日充填を行って良い状態だったのか。この患者の将来を考えた時に、充填の前に行うべきことはなかったのか。

#### **(17) テレスコープを通して拡大された歯牙は、男性の歯牙か、女性の歯牙か**

情報に遅れまいと多くの研修会に参加してきた。スライドに映し出される歯牙に対し、どのような診査診断をするのか、映し出されたクオリティの高いレントゲン写真をみて、その疾患をどのように治療するのか。こんな質問が投げかけられる。

今は、逆に聞きたい。この歯牙が、男性のものなのか、女性のものなのか、年齢はいくつなのか、今までどのような処置を受けてきて、現在どのような疼痛を感じているのか。一

より精密な治療を行う機材は出そろっていて、高額であるが、そのクオリティもますます増している。確かに魅力的である。診査診断、治療に対し多くの補助をしてくれる。技術の進歩はありがたいものである。

一方で、なぜか取り残された技術がある。医療面接の技術や、行動変容や心理学に対する知識は、なぜか歯科医療の進歩から取り残された感がある。

その患者さんがどういう患者さんなのか、その歯牙には、どのような既往歴・疼痛歴があるのか。その内容が分からずして、適切な診査診断が行えるのであろうか。そういう内容の詳細さ、クオリティを上げずして、適切な治療計画をたてられるのであろうか。

#### **(18) 女性らしい優しい手をしている**

われわれの職業は、生身に人間を扱っていることを忘れてはならない。例えば、硬組織疾患に対する切削や、修復補綴を目的とした歯冠形成は、実際は生身の人間の組織の一部を切削するのである。それなのに、ここまで安易に切削(切除)され、あるいは抜歯(摘出)される臓器は他にはない。

#### **(19) 時々上がりかける手を制し**

麻酔の薬液量は適量であったのか、その切削痛は、痛みを記憶させないか

#### **〈疼痛の記憶〉**

継続的にうけた疼痛刺激が、記憶されてしまうことがある。

我々は疼痛受容の機構をしっかりと理解しているだろうか。

生理学的な裏付けがある疼痛を、単に、患者の心因的要因と無視してはいないだろうか。



我々の疼痛への不適切な対応が、患者さんに長期の疼痛記憶を植え付けてしまっていないだろうか。

さらには、それらを不定愁訴として、片付けていないだろうか。

その違和感は、本当にしかたがないものなのか。

歯原性疼痛を始め、口腔顔面痛へのスペシャリストとしての役割をしっかりと果たしたいものである。

#### **(20)「とりあえず、痛み止めを出しておきましょうね」**

適切に処置された多くの硬組織疾患は、消炎鎮痛剤を必要としない。

しかし、「歯痛」がその効能にもりこまれた消炎鎮痛剤は、臨床医はこれを重宝に利用する。特に保険診療上は…。

#### **(21)「セーフティーネットを張り**

評判のためか、自己防衛か、様々なクレームを想定した判断なのか。

臨床家にとって、今後起こりうる可能性を適切に予測する能力も必要である。それは、処置後の一場面によって判断されることでなく、既往歴、疼痛歴をふまえた適切な診察診断から、適切な治療が加えられたのちに、さらにはその患者さんの人格、性格をも見据えた上での判断が必要になるのかもしれない。

#### **(22)「安堵をした表情を浮かべる患者さん**

患者さんと同時に、我々もほっとする瞬間である。

医療行為の真髄に触れる瞬間であり、また、密室的に行われる治療行為に対して、謙虚に評価する瞬間でもある。

#### **(23)「ありがとうございました」と頭を下げて**

感謝の言葉を頂くと、やはり、ありがたい仕事をしていることを意識する。

#### **(24)「電子カルテを入力するため**

保険治療を中心とした治療システムを組んでいる診療所としては、現在厚労省で取り組むレセプトオンライン化は、様々な問題を提起する。多くの電子カルテは、保険請求、すなわち、レセプト作成を目的としたものであり、遅滞なく記されるべきカルテは、多くの診療情報を記入するには適切とはいえない。

さらに、保険請求上のエラーを極力減らすべく、患者本位の治療方法の選択ではなく、保険請求上、適切といわれる治療方法を選択すべく対応をする。これは、時として、その前に行われる、診察診断をも制約し、時として、物的証拠集めに奔走してしまう、何とも貧しい診療を余儀なくさせる。

#### **(25)「レントゲンで歯番を確認し**

正しい歯科診療を行おうとすれば、処置前に多くの情報がシステムチックに適切に集められ、そこで診察診断が行われ、それに則って処置が行われるのであるから、処置後の歯番の確認は、本来は必要ないことかと思われる。

#### **(26)「保険診療のガイドラインを気にしながら**

多くの保険治療には、ガイドラインというものが存在する。保険医は、このガイドラインにそって治療を行うわけだが、歯科疾患に対するグローバルスタンダードな治療方法と、この療担規則に則った保険治療には多くの隔たりがあるという認識には異論はないと思う。保険治療の利点も多く、しかしながら、良く言われるように「軽症を前提とした治療体系」から外れる重症化した患者は、保険治療で良好な結果を望むのはきわめて困難である。

#### **〈保険歯科医療における疾患重症化への対応〉**

医科における疾病の重症化は、その末路に機能不全が控えており、即ち、一臓器でいえば、臓器の摘出が行われ、多臓器に及べば、これは死を意味する。医学の発展により、臓器移植や人工臓器への置換が可能になり、多くの命が救われることは、本当に喜ばしいことである。しかしながら、これらの施術がすべて、保険治療でまかなわれる訳ではなく、むしろ高額の治療費を自費として負担しなければならない場合もある。

歯科における疾病の重症化もやはり、その末路は機能不全であり、そこに至る

と我々は抜歯という施術や、その後の欠損補綴により、これに対応する。

保険歯科治療においては、重症疾患への対応はせず、早期に人工物へ置換するという判断が推奨されているように思われる。

これは、機能不全への対応手段が、歯科医療においては、極めて容易に行われやすいということと、さらに、日本においては、この「機能不全への対応こそが、歯科医療である」としてかたちづくられてきたという、歴史的経緯がある。

さらに、この行為の安易さが、患者、歯科医師双方にとって都合が良く、このことが、「安易に臓器摘出が行われている」という事実を覆い隠す。

医科で考えれば、臓器の摘出手術や機能不全への対応は、(生命の危機と隣り合わせの施術であるという理由からか、)その診査診断、治療、執刀に関しては、当然慎重にとりおこなわれる。人体をつくる臓器の中で、なぜか歯牙だけは、安易に摘出が行われ、その喪失が受け入れられるのである。患者さんにしてみれば、自らを構成する大切な臓器のひとつであるにも関わらず、安易な喪失が受け入れられるのである。

一方で、歯科医が日夜、その技術の習得、向上に邁進する FPD、RPD、FD 等による補綴や、インプラント補綴等の口腔機能障害に対する高度な対応が、加え、多くの理工学的な歯科材料の材質的な進歩が、反面、歯牙喪失に対して、安易に受け入れやすい風潮を生み出していることは皮肉である。

### 〈保険治療と予防歯科〉

保険治療はやはり、保険“治療”であって、保険“予防”ではないのだろうか。ウ蝕に対する予防として、フッ素塗布や予防填塞のような物質対応は一部評価されているが、これも、あくまでも疾患発現を前提とした対応で、健全歯、さらに広げて、一般的生活者には適応されない。

WHO が掲げる、健康増進(ヘルスプロモーション)の概念に関しては、保険治療では、現時点では補完されないようである。

また、日本国では、健康増進法が法令化された際に、歯周病は、慢性疾患として、或は生活習慣病として、明らかに認定された。つまり、「歯周病は、その疾病発現並びに進行が、この予防概念なくしては抑えられない疾病であること、また、生活習慣への継続的取り組みが行われなければ改善されない疾病であること」が法的に認められ、国をあげて対応しなければならぬもの、いわゆる国策として定義されているのである。

一般医科においては、“メタボ対策”に代表されるように、医科界と薬品企業が

タイアップして、大々的なプロモーションを展開している。疾病発現以前の疾病予備軍、更には健美<sup>(※)</sup>を望む人々も巻き込んで、予防啓蒙を展開し、うがった見方をすれば、そこに利益を生み出している。

一方、歯科においては、この予防という概念は、特に保険診療においては、補完される部分は少なく、発症した歯周病、ある程度進行した歯周病に対して、或は重症化した歯周病に対して、その後の病態安定の観察の意味で何とか存在する。更に悪いのは、概念だけ導入され、実態が伴っていない。(ある意味伴わせることができない評価しかうけていない。)

現行の歯科保険制度は、一つは「重症疾患への対応」と、もう一つは「予防的対応」が出来づらい制度である。更に、これらが中途半端な状況で組み込まれているが故に、かえって誰も踏み込めない領域(療域)を作ってしまった。

### 〈地域医療としての保険診療〉 — 最後に

私たちの診療所の近隣には、経済的に貧困した家庭が実際に存在するし、地域の多くの高齢者は、その生計を年金に、その健康を地域医療に頼り、日々の生活を営んでいる。また、病気の時は保険診療をたより、更に、彼らの口腔健康を歯科保険医に委ねている。

そうなる、地域医療の一翼を担おうとするならば、そこは、必ず保険診療が密接に関わっている。また、「学校歯科医」も、「介護施設協力医」も、基本的には、保険医療機関を開設する歯科医が担当することになる。

記述中でいくつかの保険診療に対する寸評を目にしたと思うが、私自身、保険医である。記述のような多くのジレンマは感じているが、今後も保険医であり続けるであろう。だが、正しい歯科診療を目指そうとすると、本来、自費診療としての報酬がなければ成り立たない。そうでなければ、それだけの診療時間の確保は到底困難だからである。ただ、保険診療と自費診療を共存させると、多くの場合、保険診療が、自費診療(ここでは、正しい歯科診療)を行うことを邪魔する。これが、最大のジレンマである。

完全自費診療を行うには、それ相応の覚悟が必要であり、忍耐が必要であり、信念が必要である。しかし、保険診療と自費診療を共存させ、「正しい歯科診療」を実現するには、これもまた、覚悟、忍耐、信念を必要とする。それでも、自分と時代を信じ、少しでも「正しい歯科診療」に近づこうと、もがきながらも、日々、診療をこなしている。

---

(※)〈健美〉—医科における“健美”の考え方や、歯科におけるそれとは少々異なる。前者は健康を前提とし、さらにその増進を目的としているが、後者は、ホワイトニングや審美歯科という美容を中心とした対応で、そこには健康増進という概念はない。(心因的健康は増進されるかもしれないが…)