左から石井院長、味村さん、伊庭先生、小川先生

「患者さんにとってより良い環 境を、どう作ればいいのか」。スタッフが自発的に考える文化をつくっていきたい。

東京都新宿区、高層ビルの中にある東京オペラシティ歯科。治療をするうえで最も重要と考えているのが、患者さんとの密なコミュニケーションです。院長の石井宏明先生を始め3人の先生と主任歯科衛生士の味村歌織さんに、「医院づくり」「精密な治療」「精密なメインテナンス」についてお話を聞きました。

医療法人社団 裕正会
東京オペラシティ歯科（東京都新宿区）

院長 石井宏明 先生
伊庭嘉隆 先生
小川大輔 先生
主任歯科衛生士 味村歌織 さん

――最初に、石井先生が治療と医院づくりで大切にしていることを教えてください。

石井院長　私は初診のときと治療が終わったときに、患者さんに必ず話すことがあるんです。それは、「歯科医師は、治療はしているけど治癒はさせていない」ということです。削って型をとって金属を入れると、患者さんは「治った」と考えます。でもこれは、金属の代替品をいつかはだめになるであろうセメントで付けているだけで、本当は治っていません。

治っていないので、多くの場合は再治療が必要になります。また削ることになり、いずれは神経の治療になり、結果的には抜くということになってしまう。このように、お金と時間を使って歯科医院に通っているのに、抜くことに向かってベクトルが傾いている状況はすごく良くない、という話をするんです。

そして、このベクトルを緩やかにすることだけはできる、という話をします。緩やかにして、最終的に治療した歯の寿命

を自分の寿命よりも長くしたときに、一生自分の歯でものが食べられたことになると。ですから患者さんには、「**むし歯の治療が終わったから終わりではありません**」「**歯科医院を、むし歯や歯周病など口の病気にならないように使ってもらいたい**」「**そのために、しっかりメインテナンスに来てほしい**」と話しているんです。

治療においては、患者さんの思いをしっかり聞き、選択肢を示した上で、それぞれのメリットとデメリットをきちんと説明する。それを患者さんにしっかり理解していただいて、その患者さんの希望や価値観、実現したいことに応じて選んでもらう。そして選んだものを、私たちがしっかりと体現する。

歯科医師は、体現するための知識やスキルという引き出しを多く持って治療する。歯科衛生士は、それをメインテナンスでしっかり維持していく。これが、私がこの医院でやっていきたいことです。

――東京オペラシティ歯科では、院長先生を始め先生方全員と、主任の歯科衛生士さんが拡大鏡を使っています。これも医院づくりの一環なのでしょうか？

石井院長　確かに拡大鏡は治療やメインテナンスの精度を上げてくれますが、私がスタッフに指示したわけではありません。

私は、**受付も含めてスタッフ全員にプロ意識を持って欲しいんです。**歯科衛生士も、「今なぜこれをしているのか」「なぜしていないのか」というすべての行動について、はっきり理由が言える人でなければと思っています。「先生に言われたから」とか「何となくやらなきゃいけないから」という人とは、一緒に仕事をしたくないですね。

今、新しい歯科衛生士さんが入ってきたこともあって、週に一度は勉強会をしています。例えば、必ずラバーダムをするのですが、「ラバーダムは実習でやったのでできます」ではなくて、「なぜこうかけるのか」「なぜここに穴を開けているのか」など、本当に細かいところまで教えています。そして、その新人がベテランになったときに、今度は新人に対して教えられるようになって欲しいと思っています。

歯科医師も、例えば私は小川先生に6ヶ月間付きっきりで教えました。来年は歯科医師が1人入る予定なので、今度は私と小川先生とで徹底的に教えるつもりです。このように底上げをする一方で、例えばサージテルのような道具も使うことで全体のレベルが上がっていく医院にしたいんです。

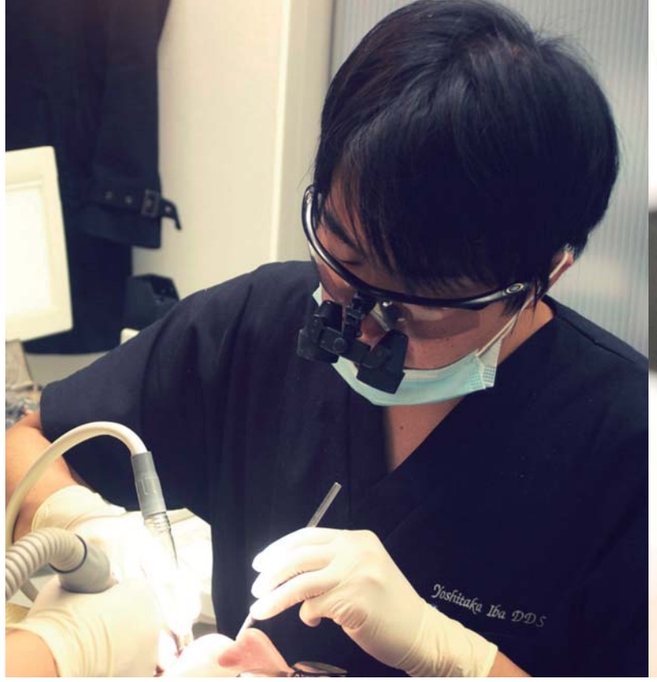
――それでは次に、お二人の先生にお聞きします。サージテルを使った感想はいかがですか？

伊庭先生　使うようになって2～3年たちますが、使い始めたときはショックでした。自分が今までやってきたCRや形成、補綴はどうだったのかと……。よく裸眼でやっていたな、と思います。**キャリアが浅いからこそ、拡大鏡のような自分をカバーしてくれる道具を使ってやっていかなければならないと思っています。**サージテルについて言えば、見た目のビジュアルも良かったですし、眼を保護するゴーグルも兼ねて使えるのがいいと思います。

今、倍率が3倍のものを使っているのですが、もっと高倍率のものはどう見えるんだろう、と興味が出てきています。もちろん倍率に応じてトレーニングも必要でしょうが、より精密な治療のために倍率アップを検討しているところです。

小川先生　私はまだ使って数ヶ月なのですが、既に使わないことは考えられないようになっていますね。マージンや窩洞、根管がしっかり見えますし、圧排するにしてもまったく見え方が違います。特に最近、前歯部の形成をするようになったのですが、このようなデリケートな所でより精密な形成ができるようになったと思います。

ミニマルインターベンションやマイクロペリオドントロジーなど、やはりこれからの歯科医療はどんどん精密さが求められていくと思います。私は今、卒後3年目ですが、早い時期から始めておけば、これから先倍率を上げたとしてもすぐに慣れることができるでしょうし、早い時期に導入して良かったな、と思っています。



――先ほど院長先生からメインテナンスについてお話がありましたが、味村さんの歯科衛生士の仕事は、サージテルでどのように変わりましたか？

味村さん　拡大して見るようになって、**肉眼ではまったく気づかなかった「歯の表面性状」がすごくよくわかるようになりました。**

長いあいだ診てきた患者さんがいるのですが、歯石の上から一生懸命ポリッシングしていた部位があったんです。表面性状がわからないので取り残しに気づけず、これでいいと思ってしまったんです。リスク部位ではなかったので大事には至りませんでしたが、このときに「見る」ということは本当に大事なんだな、と気づきました。今は、縁上歯石に関しては、ほぼ100％に近いくらい自信が持てるようになっています。

それから歯科衛生士としての立場から言うと、ドクターが全員拡大鏡を使っていて、しかも同じ患者さんを診ているのに、私たちが使わなくていいという理由はまったくないと思うんです。**同じ目線というか、ドクターと同じくらい見える状態で患者さんを診ていかなければいけないのは当たり前だと思います。**

――最後に院長先生、今の味村さんのお話を受けて、いかがでしょうか？

石井院長　例えば、フラップを開いて歯石を取る場合。ドクターの歯石除去と歯科衛生士さんの歯石除去で取れる・取れないの差が出て、それが成功率の差になるのなら、これは明らかに問題です。その点、味村さんのように考えてくれる歯科衛生士さんが医院にいるのはうれしいことですね。

先ほども言いましたが、院長が歯科衛生士さんに「拡大鏡を使え」と強要するのは、ちょっと違うと思うんです。そうではなくて、ベーシックな所から教育をしてでも、自発的に「患者さんをもっと良くするにはどうすればいいのか」を考える人になって欲しいんです。

このようなモチベーションを持つようになれば、サージテルを使うだけではなく色々な勉強をするでしょうし、治療を良くするための色々なことに触手が広がっていくはずです。**私は、「スタッフが自発的に医院全体のレベルを上げていくこと」を医院の「文化」として根付かせていきたい、そう考えています。**