

歯科臨床 ファーストレシピ

編集・執筆

西田 哲也

執筆

西田 香

森 杏子

有路 珠幸

宿谷 綾子

コア・コンセプト
&
介補テクニック
編



2

正しいマスクの装着法

感染防護用具として、歯科医師にとって大事なものの1つがマスクです。術者から患者さんへ、患者さんから術者へと汚染物の伝播を制御するものですが、正しい取り扱いをしなければ、効果は半減するどころか、

逆効果になってしまうこともあります。

医療従事者としての正しいマスクの装着方法をマスターしましょう（図 3-17）。

正しいマスクの装着法



図 3-17a ゴムひもの圧着部分を外側にし、プリーツ（折り）を上下に伸ばしてマスクを広げる。



図 3-17b ノーズピースを鼻の形に合わせ、マスク下端を顎の下まで十分に伸ばす。



図 3-17c マスクを顔にフィットさせながら、耳にゴムひもをかける。

図 3-17d 正しく装着されたマスク。ゴムひもの圧着部分を外側に向けることで、圧着部が肌にあたらず、マスクが密着する。プリーツ（折り）を下向きにすることで、プリーツに汚染物が溜まりにくくなる。なお、製品によってはプリーツと圧着部の関係が逆になっているものもある。そのような場合はプリーツを優先し、マスクの裏表を判断する。

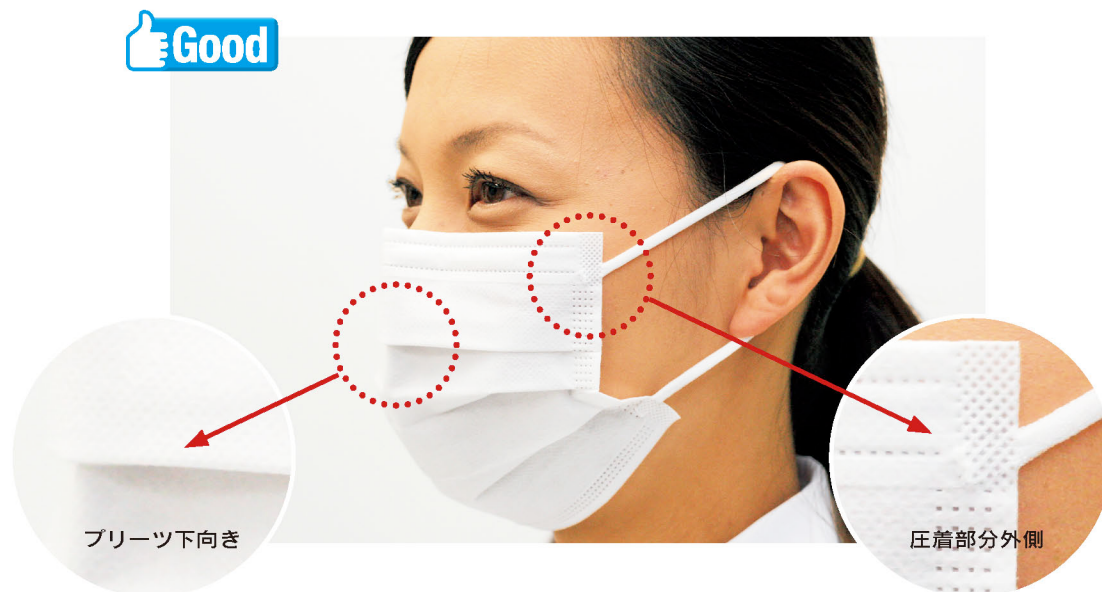


図 3-17e ノーズピースを鼻柱の形態に合わせていないと、鼻の横の隙間から飛散した汚染物が入ってしまう。



図 3-17f マスクを顎の下まで広げていないと、顎の下に隙間ができやすく、また会話時にマスクがずれる。



図 3-17g 口だけを覆い鼻を出している状態では鼻からの感染防御はできず、自身の保護ができない。

図 3-17e～g マスク装着 NG 例。どれも極端な例ではなく、よく見られるもの。感染防御の面だけでなく、医療用具を適切に使用していないことは、医療従事者として恥ずかしい行為である。

Rank Up Information

着用していたマスクを顎にかけるのは NG

患者さんとの会話時に、着用していたマスクを顎にかけている人をときどき見かけます。顎には飛散した汚染物が付着しているおそれがあり、それがマスクの内側についてしまうので、絶対にやめましょう！



6

見学のしかた

1. 見学は映画監督の視点で

臨床研修では見学をすることも多いかと思いますが、その見学のしかた次第で、学習効果に違いがあります。見学とは、文字どおり見て学ぶことです。学ばなければ見学とはいえません。ではその「学ぶ」という観点について、映画を例に考えてみましょう。

映画を観たあなたは、「おもしろかった」「つまらなかった」「俳優がかっこよかった」「すてきだった」など、さまざまな感想を抱くことと思います。では、もしもあなたの職業が映画監督だったらどうでしょうか。観客としての鑑賞ではなく、きっと映画監督の視点から映画を観ることになると思います。

映画監督になったあなたは、

- 自分なら、どんなストーリー展開やキャスティング、

音響効果で映画を作るだろうか？

- この映画では下からのカメラアングルだったが、自分なら上からのアングルにするだろう
- のように、自分が撮影する際の参考として、他の映画を観て学ぶでしょう。

このような映画監督の視点は、臨床研修における見学と似ています。診療を見学する際は、「自分ならどのように治療をしていくか」を考えながら見学しましょう。目の前で行われている診療の先の展開を、少なくとも3つくらい予想して、術者と同じであるか、異なるならば「なぜ？」と疑問を持つことが大切です。そして見学後は、その疑問を調べたり術者とディスカッションしましょう。

見学をただ見るだけで終わらせないことが、もっとも大事なポイントといえます（図 3-30）。



図 3-30a 見学をただ見るだけで終わらせないために、事前に疑問点を調べたり（予習）、研修内容を質問しディスカッション（復習）したりすることが大切である。

1 見学の許可を得る

「本日 11 時の田中さんの C 処、見学してもよろしいでしょうか？」

2 カルテの内容を確認、現在までの経過を把握する

例：『前回初診で、6 歯にう蝕があると診断されて、5、4 を MI フィル® A3.5 で治療しているな。全身既往歴も特になしで、アレルギーなし、か。』

3 本日の治療内容を確認する

例：『今日は 4、3 の C 処だな。デンタルエックス線写真から、う蝕は 3 遠心と 4 咬合面にありそうだ。ともに歯髄腔との距離はあって、抜髄にはなりそうにないが、4 は髄角が高くひよっとすると露髄するかも。露髄したら直覆か。直覆まででなくとも、間接覆罩が必要になるかもしれないぞ。』

4 今日の治療計画を自分なりに思案する

- ステップは？（例：浸麻→う窩の開拡→軟象除去→CR 充填→形態修整）
- 術式は？（例：局麻は浸潤麻酔？ 歯根膜麻酔？ 伝麻は？）
- 器具は？（例：ダイヤモンドポイントはどれ？ ラウンドバーは？）
- 材料は？（例：CR はペーストタイプ？ フロータイプ？ あるいは両方？ シェードは今回も同じ？ 直覆なら水酸化カルシウム製剤だけど、何がどこにおいてあるのかな？ 確認しておくか…。）

5 治療中の見学ポイント

- 指導医と患者の会話
 - ☞アイコンタクトの取りかた
 - ☞わかりやすいたとえ話や表現
 - ☞間の取りかた
 - ☞年齢に応じた話しかた など
- 自分なりの治療計画の答え合わせ
 - ☞自分で考えたステップ、術式、器具、材料と、指導医が行う治療が同じになっているか？
 - ☞違った場合は、なぜ違ったのか指導医の考えを推し量り、わからなければ調べてから質問する。
- 指導医から患者への治療説明
 - ☞考えられる事態や予後
 - ☞注意事項やアクシデントの対応方法 など

6 治療後のポイント

- 指導医とのディスカッション
 - ☞なぜ？の疑問を指導医とディスカッションする。
 - ☞調べてわかることは質問してはならない（調べてから質問する）。
 - ☞書籍にはない、臨床の勘どころや考えかたなどをどんどん聞く。

7 謝辞

指導を受けたものは、まず一言お礼をする。多くの指導医は、指導することで報酬を得ているわけではない。「自分も来た道であり、後輩たちを育てよう」とするボランティア精神で成り立っている。

指導医への恩返しとして一刻も早く一人前になり、同じように後輩たちを指導し、繋いでいくことが大切。

図 3-30b 見学時の姿勢と学びかた。

2. 見学にも作法がある

いくら映画監督気分で見学するとはいえ、見学時のポーズには気を配りましょう。腕を後ろで組んだり、腕組みをして見学するのはよくありません。そのようなポーズの多くは監督者や指導者が行うポーズで、「手は出しませんよ」「どの程度の仕事内容なのかお手並み拝見！」というボディランゲージです。

見学する際は、手は前にして、いつでも手伝える状態にし、『学ぶ姿勢』と『何かあれば役に立とうとする姿勢』を表現しましょう（図 3-31）。



図 3-31 チェアサイドで診療を見学する 2 人の手の位置に注目。左は研修医、右は若手歯科医師であるが、腕を後ろで組んだ研修医のほうがベテランに見える。見学者は手を前にして見学すべきである。

5

根管治療時の説明ポイント

根管治療では、術前に痛みがない場合でも、治療による根尖への刺激や貼薬の刺激などにより、術後に痛みが出る場合があります。術後に痛みが出た場合、患者さんは術者に不信感を募らせることが多いので、術前および処置直後には、「(術前に痛みがなかった場合でも術後は) 痛みが出る可能性がある」ことを必ず説明しておくことが重要です(図 2-5)。特に抜髄処置後は麻酔が切れた後に痛みが出る場合もあるため、必要に応じて鎮痛薬の処方を行います。

急性化膿性根尖性歯周炎の初期の骨内期は痛みが引かないことも多いので、その状況も説明しましょう。たとえば、急患で歯が痛くて来院したものの、時間が

なく根充材の除去まで至らなかったとします。このような場合は、同日にもう一度来院してもらうか、根管治療を進めないと痛みがとれない旨を説明し、早めのアポイントをとるようにしましょう。

根管治療の仮封には水硬性仮封材がよく使われますが、2～3日すると摩耗し、患者さんから「仮のふたが取れかかっているので診てほしい」と連絡が来る場合もあります。仮封後は、「完全に取れていなく、削れているだけであれば問題はありませんが、薬の味を感じるようであれば連絡ください」とあらかじめ説明しておくとういでしょう。

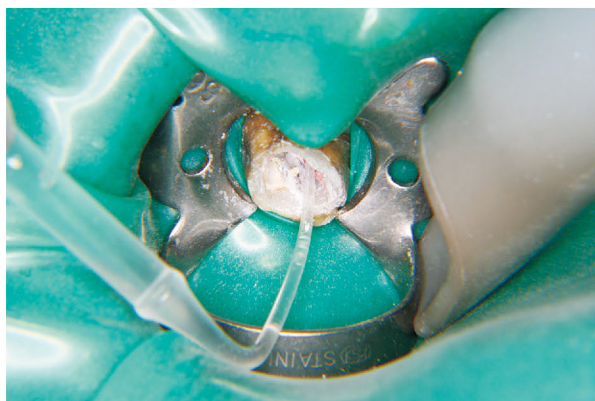


図 2-5 根管治療後に痛みが出る可能性を説明する。

Rank Up Information

患者さんから「痛みが出た」と連絡があった場合は？

痛みが強い場合は鎮痛薬の服用を勧めます。治療日から2～3日ようすを見ても、痛みが変わらない、もしくは痛みが増す場合は来院してもらいましょう。咬合痛がある場合は、咬合調整をします。貼薬による痛みが疑われる場合は、貼薬を外して洗浄し、薬剤を変更することもあります。

【抜髄】ペリオドン®の貼薬による一時的な痛みであれば、時間経過とともに痛みは減少します。根尖部に歯髄が残髄していると、咬合痛が続く場合があります。

【急性根尖性歯周炎】貼薬による痛みが疑われる場合は、貼薬した薬剤を除去し、根管内の洗浄を行い、貼薬なしの綿栓のみで仮封します。

6

外科処置時の説明ポイント

抜歯や外科処置を予定している場合は、前もって術後に痛みや腫れが出ることを必ず説明します。また、生活に支障が出る可能性もあることから、手術当日や術後しばらくは重要な予定を入れないように確認します。状況によっては、外科処置の延期も検討します。

外科処置実施当日も、術後経過やセルフケアのしかた、痛みへの対処法などを具体的に伝え、患者さんの不安を少しでも解消するように努めます（図 2-6、表 2-2）。

硬い食べもの（クッキーや煎餅など）はしばらく避けてもらうなど、食事内容についても伝えましょう。



図 2-6 外科処置後の注意点を説明し、患者さんの不安を解消する。

表 2-2 外科処置時の説明項目一覧

術後経過について	
・	痛みは処置直後から、腫れは翌日（1日経過後）から出てくること
・	腫れは、上顎よりも下顎のほうが目立つ傾向があること
・	内出血（アザ）が顔面に出てくることがあること（特に皮膚の薄い女性に多く、一般的にはアザは青色から黄色に変わって1週間程度で自然に消えてくること）
・	観血処置後の出血は2～3日程度続くこと
・	出血は唾液に混じって多く感じることもあるが、特に心配しないこと
・	出血を気にして、うがいを頻繁にしないこと（血餅ができずドライソケットの原因になる）
セルフケアのしかたについて	
・	歯ブラシを術野や抜歯窩にあてないように、鏡を見ながらブラッシングすること
※	特に心配性な患者さんには、毛先が軟らかい手術後歯ブラシの使用をすすめる
痛みへの対処法	
・	（冷やして楽になるならば）湿らせたタオルなどを当てるとよいこと
・	氷水やアイスバックで冷やす場合は、間欠的に行うこと（5分冷やしたら5分休む、など）
※	継続して冷やすと血行を阻害し、術後回復を遅らせることにつながる

Rank Up
Information

痛みが苦手な患者さんへの鎮痛薬の服用指導

痛みが苦手な患者さんには、外科処置後、麻酔が切れる前に鎮痛薬を服用してもらうと、麻酔が切れるころに鎮痛薬の効果が期待できます。

服用のタイミングはできれば空腹でないほうがよいの

ですが、術後すぐに服用してもらう場合は、胃の負担を軽減する意味で、少し多め（150～200ml）の温水で服用するよう指導します。

3 支台歯形成

- 支台歯形成時の吸引は、バキュームチップの形状に合わせてパームグリップ、逆パームグリップ、ペングリップでバキュームを把持し、術者の動きを妨げないようにする（図 4-12d ～ f）。
- バキュームチップの先端は、タービンヘッドなどと干渉しない位置で、水や空気の流れを直接受け止められる位置に置く（図 4-12g）。
- 術者の視野を遮ったり、タービンヘッドに干渉してしまう場合は、口腔内にバキュームチップを入れ、口腔内を陰圧にすることにより水や唾液の飛散を少なくする（図 4-12h）。
- バキュームチップを口腔内に入れるのが難しい場合は、できるだけ処置部位の近くの口腔外で吸引し、水や唾液の飛散を少なくする。
- 水は低いところに流れて溜まる。患者さんの顔の傾きから水の溜まっているところを予想して、見えていなくても吸引できるようにする。

4 マージン設定

- マージンを歯肉縁下に設定する場合は、歯肉圧排の準備をする。

5 止血

- 形成時に出血した場合は局所止血剤（歯科用 TD ゼット液[®]、アストリンジェント[®]など）を用いることがあるので、必要に応じ準備する。



図 4-12d バキュームチップがL字タイプの場合は、パームグリップでしっかりと握る。



図 4-12e バキュームチップがストレートタイプの場合は、逆パームグリップでしっかりと握ると、口腔内でも安定した吸引が行える。

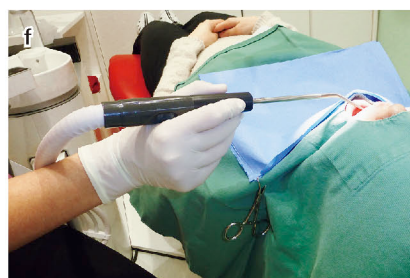


図 4-12f 逆パームグリップやパームグリップでは操作がしづらい部位や、術者の邪魔になるような場合、また外科用バキュームチップのような細かな動きが必要になる場合は、ペングリップで持つと操作しやすい。



図 4-12g バキュームチップは、水や空気の流れを直接受け止められる位置に置く。

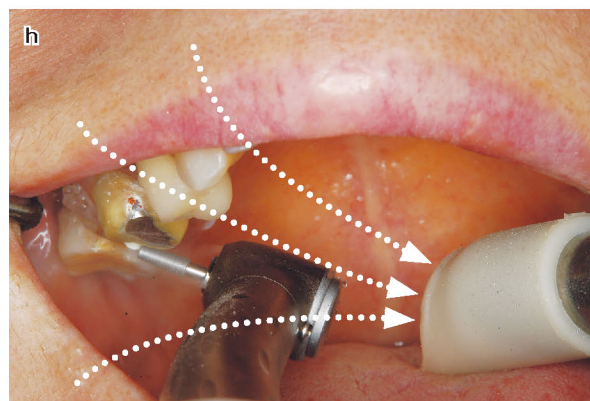


図 4-12h 直接吸引することが難しい場合は、口腔内にバキュームチップを入れ、口腔内を陰圧にすることにより水や唾液の飛散を少なくする。

Rank Up
Information

円滑なバキュームワークのポイント

- 患者さんの動きを誘発するようなバキュームワークは**避ける**。直接、バキュームチップがタービンヘッドに干渉しなくても、患者さんが口を開けるような行動を誘発してしまうと、口唇が術者のレストやタービンヘッドに干渉するため注意する。
- **できるだけ口角は引かず、口唇や頬粘膜を持ち上げるように引く**。バキュームチップで口唇または頬粘膜を引き、作業空間を確保することは重要だが、口角を引くと患者さんは引かれた方向に向く傾向が強いことから、口角を引かないようにする。あくまでも術者目線での視野と空間の確保を心がけること（図 4-12i, j）。
- **形成中はバキュームを頻繁に動かすことは避ける**。特にマージンを形成している際は、絶対に動かさない。
- 口腔内に溜まった水は、術者が手を止めた時に吸引する。
- **バキュームチップを口腔内に入れる際は、慎重かつていねいに入れる**。ビギナーは診療についていくのに夢中のあまり、勢いよくバキュームチップを口腔内に入れる傾向があるが、患者さんに不快感を与えるばかりか、きわめて危険である。
- **口腔内の奥に溜まった水を吸う際のバキュームチップの挿入位置は、両側の臼後三角を基本とする**。中央の咽頭周囲はできるだけ避ける（図 4-12k）。
- 術者の手が止まらず水が溜まってしまい、奥の水を吸引する（バキュームチップを動かす）必要が生じた際は、「奥を吸います」とひと声かけ、術者に注意をうながす。



図 4-12i 口角を引くと、引かれた方向に患者さんの顔が動いてしまう。



図 4-12j 口唇や頬粘膜を圧排する際は、頬を持ち上げるようにすると顔は動かない。

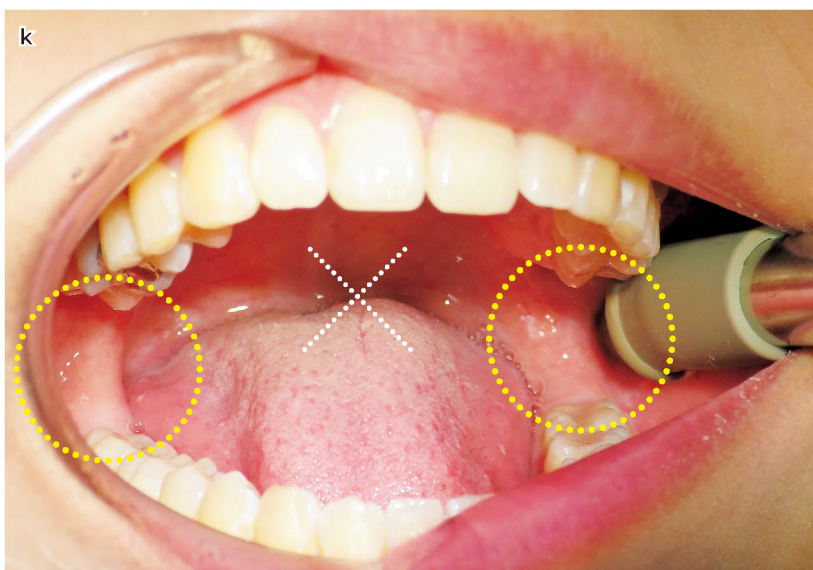


図 4-12k 口腔内の奥に溜まった水を吸う際のバキュームチップの挿入位置は、両側の臼後三角を基本とし、できるだけ中央の咽頭は避ける。