

# ペリオバカ養成講座<sup>2</sup> メンテナンス編

～学びの門戸を開くための102の質問～

山本浩正 著

つぎに  
目指すのは

“治せる”歯科衛生士を  
目指して頑張ってきた“あなた”

“守れる”歯科衛生士です

医歯薬出版株式会社

学びを引っ張っていけるような人たちには感染力があります。実際、学びのスイッチが入った瞬間に立ち会ったことがある人には理解できるかと思います。本書籍もそんな“パンデミック”が起こり、歯科衛生士界全体が“ゾンビ化”することを強く願って始まります(図4)。それでは長旅になりますが、おつきあいください。あっ、言い忘れるところでした。メンテナンスの書籍です(結構……不親切……失礼御免)。



“治せる”歯科衛生士を目指して  
頑張ってきた“あなた”  
次に目指すのは  
“守れる”歯科衛生士です



## 2種類の歯周治療

歯周治療は大きく分けると2つのフレーズで構成されている。1つが「歯周動的治療(Periodontal active therapy)」、そしてもう1つが「メンテナンス(Maintenance therapy)」。最近ではメンテナンスの“代わり”に「SPT(Supportive Periodontal Therapy)」という言葉を目にする事も増えた。あるいはメンテナンスとSPTを“使い分け”することを勧められることもある。他人に押しつけられるのが一番嫌いな“変な性格”の私は、基本的にメンテナンスという従来の表現を使っている(図5)。ちなみにPubMed

という世界最大の文献検索サイトで「periodontitis AND "maintenance therapy"」と入力して検索すると、2018年6月24日現在で1,461の文献がヒットするが、「periodontitis AND "supportive periodontal

### 図5 メンテナンス

本書籍ではSPTではなく、メンテナンスという言葉で統一する。これはあくまで山本の“好み”である



# 01 患者さんとの“つながり”

メンテナンス患者さんとは  
たくさん会話することが必須である

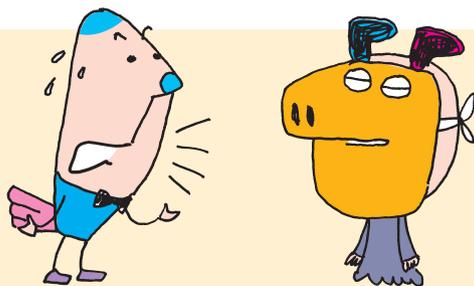
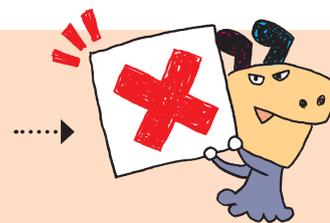


図1 沈黙

患者さんによっては、こちらが焦って話をすればするほど会話が停滞することがある

メンテナンスで数カ月ぶりにお見えになった患者さんと会話で盛り上がる、よく見かける風景である。お互いの間にたっぷり“潤滑油”が注がれている感じで、患者さんは機嫌がよさそうだし、こちらも気分よく施術できる。とても好ましい状況だといえる。ただ、あなたが“もう一皮むけた”プロフェッショナルになりたいのであれば、“その先”まで考えたいところだ。

うまく会話が盛り上がらない患者さんがおられたでしょう。担当歯科衛生士は自分のコミュニケーションスキルに問題があると考え……焦る。返事はあるもののそこで途絶えてしまう。「Yes or Noの閉じた問いではなく、開いた問いに切り替えてみよう」と試してみるのが撃沈。患者さんの心の扉を開く“パスワード”があるはずだと、手を替え品を替え言葉を投げかけるのだが、一向に扉が開く気配がない。そうこうしているうちに“沈黙”が場を支配しだす……。誰もが経験しているはずである(図1)。でもちょっと考えてみよう。そもそも「メンテナンスで会話が盛り上がるのが必須」なのだろうか？

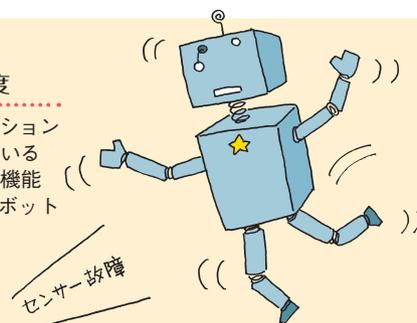
患者さんのなかには(私のように)無口で会話を好まない人もたくさんいる。パスワードを探している<sup>せんさく</sup>詮索されるのが嫌な人もいる(だって思いっきりプライ

ベートだし)。動的治療やメンテナンスの初期の間に、そのあたりは察知しておかなければならない。つついといわれわれは“コミュニケーションスキル”に走る傾向があるが、実はそれと同じくらい大切なことに“コミュニケーション感度”があるのだ(図2)。

目指すべき方向は「たくさん会話をする事」ではなく、「患者さんをよく理解していること」なのである。“沈黙”が“会話の不在”を意味するのではない。だって、一番理解し合っている人との間では“沈黙”はまったく苦痛ではないはずだ。自分が一方的にしゃべっていると、いつまでも信頼関係が築けないこともある。周りを見回してもらいたい。“自分の言いたいことをしゃべる人”は嫌われているでしょ？(私も気をつけよ〜っ)

図2  
スキルと感度

コミュニケーション感度が劣っていると、センサー機能が働かないロボット状態になる



## 07 患者さんとの“つながり”

初診時や担当交代時に  
ファーストコンタクトの“力量”が問われる

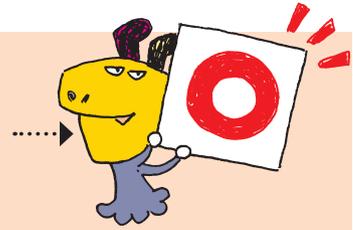


図16  
ファーストコンタクトのミス  
リハーサルで認められなければ、演奏者はバラバラになってしまう

指揮者として有名な佐渡 裕さんが、NHKのインタビューで答えていた。

記者「ベルリンフィルで指揮されたときに一番緊張されたのはどのときですか？」

佐渡「リハーサルのファーストコンタクトのときです」

海外招待の指揮者が交響楽団で指揮する場合、はじめて全体で打ち合わせをするのはリハーサルのときである。ここではじめて楽団員と顔を合わせるのだが、これをファーストコンタクト(First contact)という。楽団員はそのときにこの指揮者の“力量”を感じ取り、“ついていかか、ついていかないか”を決める(たしかに怖い……)。“ついていかない”と決めたとしても、全員超一流の音楽家なので、それなりにすばらしい音楽になる。ただ、それぞれがそれぞれの感性や好みで音を奏かなでるので、全体としてはつまらない音楽になってしまう(図16)。それに対して“ついていく”と決めた場合は、全員が指揮者の目指す方向に合わせて演奏するので、すばらしい音楽ができていく。

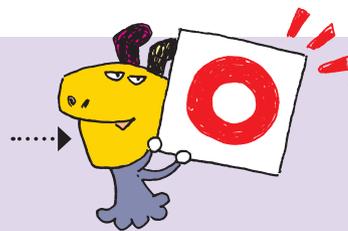
われわれの仕事はファーストコンタクトに溢れてい

る。初診患者さんの場合はすべてファーストコンタクトである。初診患者さんはなんらかの症状に悩まされていることが多いので、その原因をいち早くみつけ出し、症状から解放されるよう治療するのがわれわれに与えられたミッションである。患者さんは原因がわかるだけでも安心される。訳のわからない症状ほど不安なものはないからだ。そして治療によって症状が緩和されると、それだけで“ついてきてよかった”と思ってもらえるのである。そして“もっとついていこう”と思ってもらえればメンテナンスへの継続来院が期待できる。ここは歯科医師の“力量”が問われるシチュエーションだろう。

メンテナンス患者さんの担当が変わるといってもファーストコンタクトとっていいだろう。新しい担当者がもともとその医院にいるほかのスタッフに替わることもあるだろうし、まったくの新人ということもあるだろう。このときメンテナンス患者さんは“ベテラン”なので、新しい担当歯科衛生士の“力量”を査定する。“ついていく”と判断すれば次のアポイントを機嫌

## 55 超音波スケーリング

超音波スケーリングが苦手な患者さんのために  
対策を考えておくべきである



タービンやエアースケーラーであれば、“あの音”が苦手という患者さんもおられるだろうが、現在の超音波スケーラーの音はかなり小さく、ヘッドホンまでして“防音対策”したいという患者さんはおられない(図1)。そのため、超音波スケーリングに伴う患者さんのおもな苦痛には以下の3つが考えられる。

- ① チップの振動に伴う不快感や痛み
- ② 注水に伴う苦痛
- ③ バキュームで口の中が乾く

①に関しては**バカ度診断52**で扱った。一度痛みを与えてしまったら二度と与えないという“覚悟”は必須である。そのためにはDHカルテに部位を記載しておかなければならない。現在、もっとも使われている超音波スケーラーはピエゾ式で、これはチップの振動が直線に近いため、チップの側面を当てるようにしないと

根面にダメージや不快感を与えやすい。あまり角度をつけず(15°以内)、チップの先端1, 2 mmの側面を使うように心がけたい(図2)。

②は痛みを伴うものではないものの、苦痛に思う患者さんが多いのではないだろうか?(図3) 口腔内に水を上手く溜めることができない患者さんやむせてしまう患者さん、どんどん水を飲み込んでしまう患者さん、急に鼻呼吸の要領がわからなくなる患者さん……いろいろおられる。“本当に無理”な患者さんはハンドスケーリングに切り替えることになるだろうが、その前に試せることを考えてみよう。

まず、口蓋中央部ではなく、左右どちらかの頬粘膜に近いところであれば水が溜まっても大丈夫という患者さんであれば、すこし顔を傾けてもらうだけで楽になることがある。また水がどんどん溜まっていくのがつらい患者さんであれば、排唾管でつねに溜まらないようにすることもできる。ハンドに切り替える前に原因



図1 超音波スケーリング

写真はチェア備えつけの超音波スケーラー(スプラソン)を使用

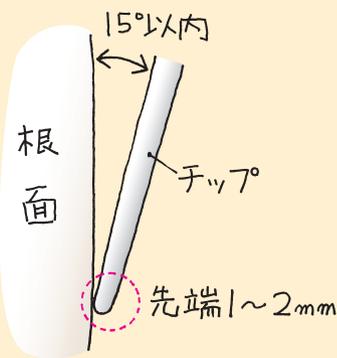
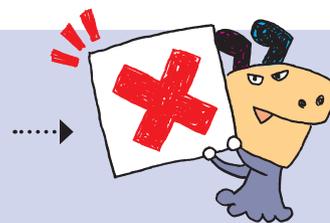


図2 チップの当て方

根面と15°以内の角度で、先端1, 2 mmの側面を当てるようにするのが基本である

## 83 リスクアセスメントをアセスメントする

### 歯周病のリスクアセスメントには細菌検査がベストである



歯周病のリスクアセスメントに関しては、実はそんなに国際的なコンセンサスは得られていない。“これっ”というグローバルスタンダードがあるわけでもない。なぜなら“どうして歯周病になるのか”という病因論が不確定だから。リスクアセスメントは病因論の裏返しなので、病因論の研究が進めばそれに伴ってリスクアセスメントも進化する(図50)。なので、今後、病因論が進歩すると、ここの説明は陳腐化するし、陳腐化することを願っている。

細菌検査は歯周病でもかなり一般的になってきた。しかしながら山本歯科では実施していない。歯周病における細菌学も発展途上で“わかったこと”より、“わかっていないこと”のほうが圧倒的に多いのをご存じだろうか？ わずかな“わかったこと”で全貌を見きわめようとするのは、窓からの景色で、世界を語るようなものだ。

そのため歯周病のリスクアセスメントは「過去のリスクと現在のリスクから将来のリスクを類推する」というスタンスを取る。過去のリスクというのは「過去の破壊の程度」で、一般的には付着の喪失(Attachment

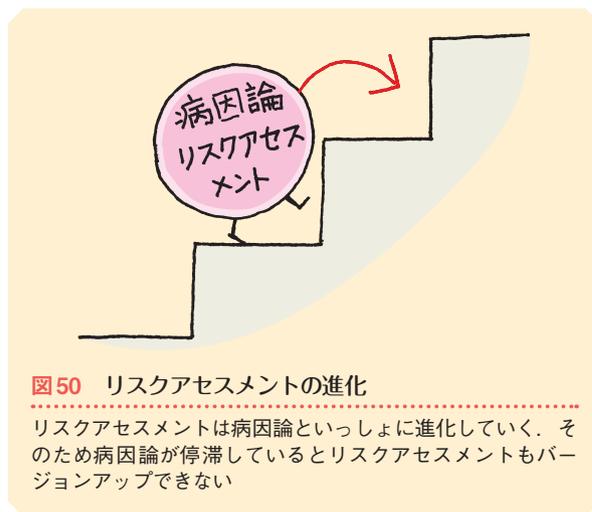


図50 リスクアセスメントの進化

リスクアセスメントは病因論といっしょに進化していく。そのため病因論が停滞しているとリスクアセスメントもバージョンアップできない

loss)、骨の喪失(Bone loss)、歯の喪失(Tooth loss)のうちのどれか1つ、あるいは2つを採用する(3つとも採用してるのもあるかも)。現在のリスクというのは「現在の炎症の程度や広がり、リスクファクターの有無」などで、具体的にはプロービング値の平均や4 mm以上のポケットの割合、BOP、喫煙や糖尿病の有無などがこれにあたる(図51)。

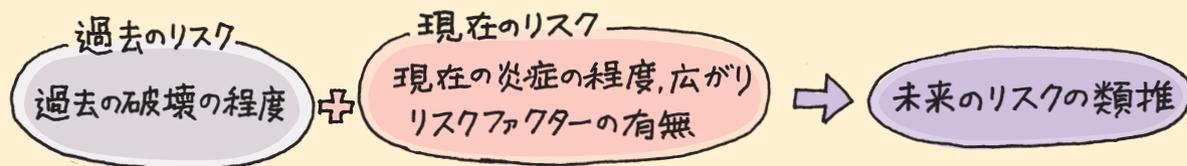


図51 リスクアセスメントの方法①

このきわめてオーソドックスな方法はいまだに現役選手である