

患者に人気がある

歯科医師を目指すには

—長倉 功講演録—

付・「小片山」への警戒と対策

広島恒歯会

序にかえて

私達は片山先生と出会い、セミナーを通して多くの先生と知り合いになり、そして長倉さんの講演も実現しました。この幸運に恵まれたことに感謝しつつ将来に希望を見いだしたいと思います。講演から二年が過ぎようとしています。岩崎、横畑、高崎、片山の四人はそれぞれの立場で色々な事を感じ、考えてきました。講演録に「患者は“どんな”歯医者さんを求めているのか」とあります。私達はこの“どんな”を頭の真ん中に置いて考え模索し、そして実践していきたいと思っています。実践してこそ意味があります。実践の結果を勉強会で出し合い切磋琢磨してこそ進歩があります。

この講演と「小片山」への警戒と対策は情熱的で具体的に説得力があります。長倉さんは私達に強い影響を与えました。今、私達は氣力の充実してくる自分を感じています。

はじめに

岩崎 博

私が「片山セミナー」というセミナーを受けましたのは、昭和五十八年の十月であります。「片山セミナー」そのものについては御存じない方もおられると思いますが、「片山セミナー」に行つて片山先生の症例を見て、まずびつくりしたわけであります。

一人の患者さんについて三十年を超える症例があつたこともそうですが、それまでの、歯科医師が考える技術というものではなくて、「歯科医師という人間」と「病を持った患者さんという人間」と人間の付き合いを感じた。それで、帰つてきて私なりにやってみると、うまくいかない。そのうまくいかない中で、うまくいつてる片山先生とうまくいかない私、またそこに凄さを感じたわけです。

その片山先生と長倉さんの接点はどこ分かりませんが、昭和五十八年の一月から朝日新聞で『歯無しにならない話』という連載が始まりました。そこから片山先生と長倉さんとのあるレベルを超えたお付き合いが始まったのではないかと思います。今日、私たちが長倉さんをお呼びするようになったきっかけといいますか経過について、長倉さんに今日来て欲しいという手紙を書きました。その手紙を今から読みまして挨拶にかえたいと思います。これは六月に出した手

紙なのでちよつと季節が異なりますので、そこは省きまして。

私達は約十年前より片山恒夫先生のセミナーを受講し、広島で片山歯学を勉強している五名のグループです。歯科医療を行うことを通して、患者さんがまるごと健康になることを目標に、また、歯を抜かないことによって医患共同作戦で歯を少しでも長持ちさせるように日々努力を続けて参りましたが、思うように治癒せず、意欲もだんだん失せつつあり、勉強会の熱意も最初に比べて低下し、このままでは片山歯学の勉強を続けることは困難ではないか、と危惧しておるところです。

セミナーの会場で初めて感じた感動に引っぱられ、見よう見まねで実践を始めましたが、現実には思うようにならない事ばかりで、時間と共に患者さんの歯がダメになっていく場合がたくさんあります。今にして思えば当然ですが、臨床での結果は失敗の連続でした。何度もセミナーを受講し、グループで本音の勉強もしてきたつもりですが、正直なところ私達の臨床の限界を知りました。片山先生の偉大さを知りました。私達の社会的存在価値を考えさせられました。

保険制度の完成されている現在の社会において、片山歯学を臨床に取り入れるのは幾つかの越え難い課題があるのは確かだと思います。しかし、片山先生の尽きぬ努力を考えれば余

りにも私達の努力は程度の低いものだったと承知しています。十年を経過して限界を知った私達が、開業歯科医師として今後あるべき姿を模索しています。考えてみればおかしな事です、私達の勉強は患者さんを抜きにしての歯科医師だけの集まりでの勉強だった事に気がつきました。患者さんにただ迎合すると云うことではなくて、私達は患者さんの本音をどこまで共感できていたか甚だ疑問です。そして患者さんの本音の要求に対応しつつ歯科医療の専門家として患者さんに対して本音で何を求めてやってきたかも疑問です。だからこそ、昨年の箱根のセミナーで片山先生が話された「健康の定義」と「治療は目的ではなく手段である。目的は健康の増進。」を患者さんに伝えようとする努力の少なさを反省せざるを得ませんでした。

現在の歯科医療を取り巻く環境を考えてみますと、保険制度の将来を経済面で危惧する話題が出始めています。また、歯科医師過剰時代の到来で医療サービスの多様化が進むと推察され、歯科医療の本質も危惧されます。医療の現場はかなり急速な変化の時代に入っていると思われますが、一方患者さんの歯科医師に対しての意識は依然として村意識の範囲に止まっていると思われます。考えてみれば文化がそう簡単に変化するとは思われませんから、自然淘汰される事に対して歯科医師存亡の危機感があまりないのは頷けるところです。ただ、この十年の経過からセミナー受講以前の患者さんに対して投げかけをしてみますと、治

療よりは予防の意義深さを説明すれば理解し納得してもらえる患者さんが、潜在的には多くおられるのを実感しています。『歯無しにならない話』の全国的な反響にもかかわらずその後、歯科医師に対しての要求が何故患者さんサイドで高まらなかったかよく分かりません。

片山哲学に触れ、日常患者さんに触れている私達の今後の歯科医療の姿を模索している今、「患者にとってベストは何か」を視点にして活動して来られたジャーナリストとして忌憚のないお話をお伺いして、もう一度決心を新たにしたいと思っています。

その後、何項目か質問をしておりますが、直接それについて一つ一つかどうか分かりませんけど、それは講演の中で話されると思います。そして最後に長倉さん自身がこれだけは話しておきたい、という事もお持ちでしょうから是非それもお聞かせください。ということでお願いしました。今日は二時間、三時から五時まで長倉さんの話を聞いて五時以降質問を受けて、という事になっております。できるだけたくさん質問をして頂いて自分の診療室に、自分の歯科医療の姿として何かを汲んで帰って頂きたいと思っています。以上です。

講師紹介

横畑裕之

長倉先生は一九三七年東京でお生まれになりました。一九六〇年三月に東京大学教養学科を御卒業でございます。そして、同年四月に朝日新聞社に入社され、小倉にございます西部本社を経済部員、東京科学部員、大阪学芸部次長、月刊健康雑誌『朝日健康情報フットワーク』の編集長などを経て、一九八九年（平成三年）より編集委員をされております。そして、東京医科歯科大学の非常勤講師を勤められ、厚生省の成人歯科保健対策検討委員会、東京都の歯科保健対策検討委員会、厚生省歯科医師養成のあり方に関する検討委員会、厚生省地域歯科保健対策検討委員会などの委員をご歴任されております。

そして、連載記事として『シベリアたまたま入院記』『心の原点』『ボケが治った』『離婚』。そして歯科関係としましては『歯無しにならない話（一部く歯槽膿漏、二部くブラッシング）』を一九八三年に、また、『新歯無しにならない話ー良医と出会ったために』を一九八七年に掲載なさいました。一九九三年からは『現代養生訓』などを執筆されております。

講演録

著書として『暮らしの健康学』『生命合成への道』『老人ボケがなおる』『炭酸ガス』。共書として『名医に聞く』『歯無しにならない話』『患者のための歯科のすべて』『心のプリズム』『地震列島』『ことわざ医学辞典』『みんなの健康』他多数ございます。共書ではございませんけど、片山

恒夫先生の『歯槽膿漏―抜かずに治す』一九九〇年七月に出ておりますけども、これの聞き書きを行ってられます。

それでは、きょうの講師の長倉功先生にご登場頂きたいと思います。今日のテーマは「患者に人気がある歯科医師を目指すには」です。どうか大きな拍手でお迎えください。

講演

ご紹介頂きました長倉です。岩崎先生のご挨拶にありましたように、患者にとってベストとは何かというご質問を含めて、歯科について私がどう考えているかを知りたい、そういう真剣なお手紙を頂きまして、題もそれを逆にしますと「患者に人気がある歯科医師というのはどういう歯科医師か」というのを私の理解でお話をしたいと思って今日はやって来ました。一言補足すれば、患者にその時だけ人気があるのじゃなくて、末永く人気がある、そういう歯科医師を考えております。

ご紹介にありましたように、ずっと朝日新聞の記者をしてきました。とりわけ健康とか医療とかというのが好きというわけでもないのですが、一言で言えば他に誰もやる人間がいないという理由が大きいんですが、ずっと、もうすぐ定年なんですけども、三十七年八カ月の記者生活のう



ち三十二年ぐらい、そっちの健康とか医療とかいう分野を担当してきました。いろいろな分野を、その医療の分野でもいろいろな所をまわりまして、ご紹介にありましたように、最近は『現代養生訓』という、一九九七（平成九）年の九月一日付けでおしまいにしましたが、そういう連載を家庭面に週一回やりました。第一巻が本になったところなのでこの本を回して下さい。それには『歯の寿命』というシリーズも入っております。私の医療の取材は多岐にわたり、看護婦さんとか理学療法士とか老人ホームの生活指導員とかいろいろな分野の人達にお会いしてきました。そしてまたいろんな分野の人達はそれぞれ違った人種というか、考え方の癖というか持っていて、しゃいまして、それなりにその都度勉強させて頂いたんですが、歯科の方も一応本気で取り組みまして、一九八二年からいろいろと単発的に記事を書いて一九八三年（昭和五十八年）から『歯無しにならない話』というのを日曜版で連載しました。

一言で言えば、それまでは少なくとも一般人には歯周病、歯槽膿漏というのは有効な対策はないんだ、というふうに思われていたんですが、徹底的な歯磨き、現在アメリカから入ってきているブラッシングよりもなお徹底的な歯磨きですが、それによって治療も予防も可能なも

のである、という知識を中心に書きました。そこに登場する豊中の片山恒夫さんという歯科医師がいらっしやるんですが、もう引退なさってますけど、その片山さんというさつきからお話が出ている人物が、私も驚いたんですが昭和十一年、一九三六年、私が生まれる前からブラッシングを中心にした治療法で重症の患者を救ってきていました。しかもお話があったように、長い患者さん達のスライドをちゃんと残していて、「これは四十七年目」なんていうのが出てくるんですね、そのスライドに。そしてちゃんと歯は一本も欠けずに残っている。どうやったらその歯が残るのかという方式の紹介が、第一部の中心になりました。本になってますのでこれも回します。今になって振り返れば、ブラッシングが歯周病の有効な対策であるということはみんなご承知だと思います。また、その当時を振り返ってみれば、歯科界にも片山さんを含めてそういう説とどうか、そういう主張があったことは、今になって振り返れば雑多な石の中にそういう宝石もあったなという、そういう感じはいたします。けれども私の感じでは、歯科界の中にも当時はブラッシング説を一般的な真理であるという受け入れる形の普及はしていなかったと思います。その後も折に触れて歯科は取材して参りまして、新聞にでるといろんな反応があります。これもまたくどくど話始めますとすぐ二時間たってしまいますので簡単にしますが、ちょっと続けて歯科を書くに「長倉さんまた歯ですか」と、原稿を処理して紙面に出す係のデスクや整理が言にくそうに言います。現代養生訓にも一シリーズ歯を入れたんですが、デスクが「長倉さんに歯

を書かしたら駄目だよとある人に言われましたよ。いつまでたっても終わりませんからね。」と言われた事もあります。こういう風に、新聞に出る前からマイナスの反応があります。

しかし、新聞に出ると割と質問とか相談とか反応は非常に大きくていろいろある。『歯無しにならない話』という連載については、日曜版なんで日曜には誰もいないだろうと読者もちゃんと心得ていて、月曜になるとかけてくる。それで月曜の早出の記者が月曜の夕刊の記事をまとめるんですが、問い合わせが多すぎて月曜の夕刊の投稿に差し支えるという苦情が出たほど、反響がありました。こういう患者達の接触などから「患者はどんな歯医者さんを求めているのか」、それに新聞記者として歯科を取材してきた立場で「歯医者さん達がどんな努力を傾けたら人気を集めていけるのか」というふうなことも分かってきました。いろいろなレベルの方がおいでだと思いますので、ひとまとめにというのは難しいと思いますが、なるべく私の頭の中で共通点を煮つめたものをお話させて頂きます。

歯列を保持しないと悪徳医になる

今年（一九九七年）の八月の日本歯科医師会雑誌のフォーラムという欄に似たような事を書かせて頂いたんですが、読んでいない方もおられるでしょうし、具体的な話から入ろうと思います。『歯無しにならない話』でたくさんお手紙が来たんですが、電話だけじゃなくお手紙も、一袋と

いうか小さな段ボールなら一箱になるくらい次から次へ来ましたけれど、その手紙で読者達が、私もびっくりしたんですが、「私のかかった歯医者さん、いや歯医者ですね、さんは付いてなかったですね、私のかかった歯医者は記事にあったような名医ではなくて悪徳医だったので、私はたくさん歯を失ってしまいました。」みたいな事が、決まり文句のように書いてありました。なんで悪徳医なのか。なぜ悪徳医と表現したのか。悪徳医という言葉は一言も『歯無しにならない話』の連載で私は使っていないと思いますが、私の記事の書き方がちよつと過激だったから読者もこういう言葉を使ったのかというふうに、原因はわからないながら反省すべき材料として頭に疑問が残りました。

片山さんは確かに名医です。しかし名医でないからと言って、歯を長持ちさせられなかったからと言って、それがなんで一挙に悪徳医になるのか。せいぜい凡医とか腕の良くない歯医者さんとかいう表現でいいのに、どうして読者は悪徳医と呼ぶのか。いろいろな地域から来てるわけですから、読者同士が相談してるわけではない。一人一人がみんなそう思っている。それがなぜかというのが頭にずっとひっかかっていたんです。

その答えは私の小学校のクラス会で教わりました。

そのクラス会の世話係り、私の同年ですから今五十九才もうすぐ六十才ですが、当時確か四十才でした。そのおばちゃんが、体格の良いニコニコしているおばちゃんが、クラス会の会食で

お酌をしにまわってきて、「長倉君、今何やってるの？」と聞きますので、「今、歯医者さんをまわって記事を書いている。」と言いました。すると、「あら、歯医者さんの取材なんか止めなさいよ。」と言います。「何で止めなければいけないんだよ。」と言うと、「歯医者さんと同類に見られちゃうわよ。」そこでもう彼女が歯医者さんに良い感情は持っていないのは分かりましたけれども、どうして歯医者さんと同類ではいけないんだ、とこちらは少し歯医者さんの、なんていうか応援的な感情移入がどうしてもありますから、「何でいけないんだよ。」というふうな事を言いましたら、彼女はちよつと首をかしげて十秒か二十秒、二十秒は考えませんでしたね、五秒くらいちよつと考えてから「だって歯医者さんと言えば、やらずぶつたくりじゃない。」と一言で言うてのけました。

なぜ「やらずぶつたくり」か

世話係りでいつもニコニコしていて、面倒見が良くて、穏健な人柄のおばちゃんからそういう言葉が出たのがちよつと驚きでしたけれども、これは我ながら新聞記者だと思いますが、なぜ彼女が歯科医師を「やらずぶつたくり」と言ったのか、その背景を何度か口実を付けては、飯やお茶をご馳走しまして根掘り葉掘り尋ねました。

ちよつと脇道に、その脇の話になりますが、「患者がなぜこういうふうな事を言ったんだろう」

といぶかつて、それが「ああそうか、ああいう訳か」というふうに胸に納得するまで頭に置いておいて、答えを探し続けるというのは、患者に人気が集まる、患者からの人気が集まる必須の条件です。その時にすぐには何で患者がああいうふうな事を言ったのか分からないかもしれない。でも、その患者がどういう暮らしをして来て、どういう経験をして来て、どういうふうに思うように至っているか。その基盤が薄々でも分かって、ああなるほど、あの患者がああいう言葉を言ったのは、こういう、こういう訳だなと胸に落ちるような感じの理解が得られた時、そう納得できるものが得られた時、できれば患者に「こういう、こういう訳なんです」と確かめてみればなお良いですけれども、それが『患者を理解した』事になるんです。そういう形での患者の理解がないと応対がとんちんかんになって、末永く人気を集め続けるというのは難しい。その理解がなければ、なかなか的確な応対ができないと思います。『相手の立場に立って理解する』というのはこういう事なんです。

もとの話に戻りまして、なぜそういう台詞が出たのか驚いたんですが、次のときに「この間こ言言つたろう。」と言うと、「あら、私そんなこと言ったかしら？」って言うんですね。ビールに軽く酔っていたのかもしれませんが、そんなに悪気があつてというか、恨み骨髓という感じでもなかった。聞いてみますと、これは根掘り葉掘り聞いた結果で、付け加えれば彼女を私の信頼している歯医者者に紹介して診療してもらいましたからその裏付けも取りましたけれども、彼女は若

い頃から歯は大切だと思っていたんですね。早期発見早期治療は非常に重要だ、という事を認識して、鏡による歯の観察も怠らず、ちよつと悪くなったところがあれば遅滞なく歯科に行つて治療した。歯医者さんが感涙にむせぶような良い患者だった。結婚後二十五年ほどの間に四軒の歯科医院にかかった。ごく普通の、取材した彼女の話ですが、ごく普通の歯医者さんで、オール保険の歯医者さんもあれば、修復物に自費を勧められたこともある。女性の歯医者さんもいた。かくして二十五年経つてどうなったか。彼女は上下左右の奥歯三本ずつが全部、二次う蝕が多かったです。虫歯ですね、それからペリオが一カ所ありましたが、つまり奥歯が三本ずつみんな駄目になり、奥歯では左右どっちも噛めなくなっていました。

彼女が正確にそういう言葉で解説した訳ではありませんが、「自分は二十五年歯の早期発見早期治療に努めて、手間暇をかけて歯医者さんに通つてきた。お金を可能な限り支払い、自費が良いと言われれば自費にもしてきた。その間、歯医者さんはどのくらい儲けたかはとにかく、自分から収入を得た。お金を払つて自分の歯が良くなったのなら、それは当然で普通の事だ。しかし、自分の歯はお金を払つて治療してもらつて、今見るようにかえつて悪くなつて噛めなくなつた。その間歯医者さんはお金を稼いだ。お金を稼いで歯を悪くするのでは、これはやらすぶつたくりと言う他ないではないか。」そういう理屈でした。

『歯無しにならない話』のさっきの名医と悪徳医というのが、ここで私はなるほど分かったと

いう気になりました。こんなに決定的な思いを患者達が持っているとは、取材している私も実は言われるまで気が付きませんでした。歯を治してもらう、噛めるようになる。機能が回復すると言います。その時点では患者は「ありがとうございます。」と御礼を言うだろうし、本当にそう思っているだろうと思います。しかし人の噂も七十五日、歯医者さんの有難さも何か月とかいう感じで、その有難さはどんどん薄れていきます。いわんや今のように歯医者さんがどこにでもいるという時代には、歯医者さんに歯を治してもらってまた噛めるようになるという有難みは、どんどん減っていくわけです。そして数十年たって、その世話係りのおばちゃんのように噛むのが不自由になってきた段階に至って、時を大きく遡って、かかった歯医者さんを恨み始める訳です。

この辺はそういう目で見れば、昔、谷口清さんという人が『日本人の歯を駄目にした歯科医』という本を書いて一般の人達にもたくさん読まれたと思いますが、その構図そのものです。またその目でみますと、歯医者さんに頻繁にかかる人ほど早く歯がなくなる、歯の損失に進むという統計も出てまして、これはある程度やむを得ないというか、歯を削り取っていくんですから当然の現象でもあります。これが一般人には非常に分かりにくいんですね。

そのおばちゃんに、「あんた、歯を削って歯がどうなるか分かる？」と尋ねました。すると、良薬口に苦しという言葉があるんですが、そのおばちゃんは「歯を削ってちよっと痛いよね。」

痛いなと思うと、ああ良くなるんだ、良くなるんだって嬉しいのよね。」と言うんですね。この人は見かけによらずマゾかなと初めは思いましたが、よく考えてよく聞いてみますと決してそうじゃなくて、良薬口に苦しと同じで、「自分が犠牲を払って健康体に戻る喜びをかみしめてる。」って言うんですね。「あんた健康に戻るんじゃないんだよ。」と、私は言いました。「歯はどんどん削っていくばかりで、削るともう生えてこないんだよ。」というふうな事を言いましたら、そうかと啞然としたような顔になりました。つまり歯を治してもらうと、それは無限に続いて歯はずっと良いままで保てると思っちゃうんですね。噛みにくくなってもそれに気付かず、歯医者さんに悪くされたからだと思ってる。これは一般人ならではのしょうね。理屈に合わないんですが、そこら辺がおばちゃんがおばちゃんたるところなんでしょう。よくお医者さんにかかって悪いところを治すのと同じように、よく歯医者さんにかかって悪いところを治す。お医者さんにかかって健康を保つように、歯医者さんにかかれ健康を保てると考えていたというのがその構図、システムでしたね。

患者側に強い「天然歯保持」の意欲

さて、私の話はここからでして、学校で教わった歯科技術どうりにやることが患者にとって正しいことなのか。決してそうではないことを、このおばちゃんの話と、それから数多くお手紙を

いただいた悪徳医と言う表現が表わしていると思います。「学校で教わらなかったからやらなかった」では、患者の人気は得られません。ずっと人気を継続することなど、とてもできません。何とかして、数十年経つても患者が噛みにくくならないように、もっと率直に言えば歯を長持ちさせるように努め、それを実現させなければ、少なくともこれから名医として人気を得ていくということはできないだろうと思います。

私が考えただけですけれども、「こう考えると分かりやすい」という歯科への期待の変遷、患者の変遷を三つに分類してみます。歯医者さん側と患者側のすれ違いの原因の説明として分かりやすいと思うので紹介しておきます。

一番初めはとにかく歯科に対する期待というのは「痛みの除去」でありました。『トム・ソーヤの冒険』という本の中で確か、ポーリーおばさんがずる休みしようとして歯が痛いと言うトムの歯に糸を括り付けてドアの取っ手かなんかに付けておいて、トムの顔面にろうそくをパツと近づけるんですね。トムがヒョイと思わず首を引くと歯がぼろっと抜けるというのが、確か冒頭の方に出てきますが、そのような虫歯の痛みの除去というのが第一の期待だったと思います。この対策はつまり抜くんですね、抜歯なんです。これは日本には私も取材しているうちに知ったんですが「抜き屋」っていう名前が江戸時代にあったらしい。抜くのが歯痛の対策でした。

次いで段階の二番目になります。抜歯した後が噛みにくい。それで「機能回復」っていうのが



次の要望になりました。噛む機能の回復ですね。これを歯医者さんが担当しまして、入れ歯を作りました。注意しなければならぬのは、この時点になると抜歯はもう技術が普及して、あんまり患者達に尊重されなくなったことです。

第三段階になると、やはり機能というのは天然歯だ、という知識が患者にも歯医者さんにも広がります。口腔医とか口腔科学医とか言われますが、WHOも提唱している「オーラルフィジシャン」というのが、要するに患者の天然歯をずっと保って健全に機能させていく役目をします。つまり今までの駄目になった歯の機能を何とか回復するというのではなくて、駄目にならないように

する。先進国ではもう歯科医はいらない、虫歯も歯槽膿漏も患者はそう大きな需要ではなくなつて、仕事はどんどん減っていく。だから歯科医の代わりに口腔医に、オーラルフィジシャンに変えてゆくべきであると、WHOは言っています。

こういうものが今から、大切になっていくでしょう。天然歯をずっと保つ手段は教育・指導ですね。教育・指導によって生涯自分の歯を保つという、そういう時代に入ってきている。この時代になるともう入れ歯というのは誰でもやれるから、時代の要請に合わないから人気は落ちてい

きます。

言いたいのは、患者の方が一足早く、歯医者さんよりも一足早く、意識の上では第三段階に入っている。けれども歯医者の方は日常茶飯事、手を動かして入れ歯を作るという、そういう仕事でゼロになったわけじゃありませんから、ともすれば今までの学校で習ったこと、それから日常の入れ歯作り、それはクラウンでも保存でも同じですけれども、そういう相変わらず第二段階の仕事にかまけて、第三段階の教育・指導を中心とした、もっと素直に言えば予防を診療室で行っていない。そういうことになります。第三段階になりますと、大きな入れ歯でどさっと稼ぐということではなくて、オーラルフィジシャンはしこしこと、かかり付けの歯科医という言葉もありますが、患者と生涯を共にしていく、そういう新しい形になるんです。この第二から第三段階への切り替えがともすれば遅れがちであるという事ではないかと思います。

歯を残すと死後も慕われる

日本歯科医師会雑誌の八月号のフォーラムにもそのようなことを書きまして、そこには荒川先生という東京・中野の歯医者さんが出てきます。その先生はもう亡くなって数年経つんですけれども、数年経った後で私が「歯が丈夫な老人は元気です」という新しく出た統計を記事にしました。その記事に手紙をくれた患者がいて、「もう荒川先生は亡くなったんですけれども、妻

共々私の歯が丈夫で今すっかり噛めるのは荒川先生のおかげだと感謝して日々暮らしています。」というお便りが来ました。その患者に聞いて、それから荒川先生の息子さんの歯医者さんから話をお聞きしました。

確か昭和三十二年頃ですね。その読者のおじいさんが荒川先生の所へ行った。すると「あなたの歯は歯槽膿漏である。残念ながら歯医者には治せない。どうすればいいか話すから、この次に奥さんを連れておいで。」と言った。で、奥さんと一緒に行ったら、どういうふうに磨くんだという事を丁寧に教えてくれた、というんです。

私はそこで二つびっくりした。昭和三十二年にブラッシングで歯槽膿漏の進行を止める事ができるという事を、よくこの先生知っていたな、というのが一つ。それからもう一つ、それ以上にびっくりしたのは、奥さんを連れて来いと言った事です。私がその読者に電話でいつごろだったですかと聞いたんですが、「あれはいつだったかな、昭和四十年」とおじいさんが答える。そうすると奥さんの「あら三十二年よ」と言う声がして、おじいさんは「昭和三十二年ですよ。うん。女房がそう言ってますから。」その後も「荒川先生がその時何とかかんとか」って、奥さんがしゃかりしてるんですね、電話の脇であれこれ言ってる。で、おじいさんの方は奥さんが言うように電話で答えるのがよく分かりました。それで私は、荒川先生の人間理解にびっくりしたんです。荒川先生は「この人は奥さんにきちんと行っておけば磨くぞ。」と見抜いて、「この次奥さんと一

緒に指導するから連れておいで。」とちゃんとやってたんです。

その息子さんに、荒川先生がどういう先生だったかを聞いたら、「いや、親父は歯周病のことは全然何ということもありませんでしたよ。それで私は歯周病外科を日大の松戸へ行って教わったぐらいですから。歯周病の知識は、親父は全くなんて言う事はありませんでした。ただそうですね、親父は時に患者とすごく長い間話をしていましたね。」と言いました。

時に患者と長い間話をしたという事は、まさに第三段階の教育・指導をきちんとやっていた事になります。フォーラムにも書きましたけれども、そういう事をやった荒川先生は臨床家ならではの幸せな方だと思います。新聞記者では間違ってもそういうナマの反応っていうのはありませんが、歯医者さんをやっていたら死んだ後でも懐かしがられるというか、有難かったなと思いついてもらえる。キザに言えば患者の胸の中に生き続ける。そういう事ができる。やはり名医ならではの幸せな姿だと思います。ここでもやはり患者の歯を長持ちさせてこそ末長い人気が集まるのであって、歯をどのくらい駄目にせず済むかが臨床家として幸せになれるかの勝負どころだと言えると思います。

無痛治療は人気の大きな源

時間がなくなるといけませんから、もう一つの人気の焦点を挙げておきます。何だと思います

か。歯を長持ちさせることの他に、もう一つ患者の人気を得るのに大切なポイントがあると、私が取材して回って分かったものがあります。その答えは「無痛」です。痛くないこと。決して痛くない。

他人の痛みは百年我慢できるって言いました、私もかみさんなどが痛がってましても、「そうか辛いなあ」、それだけです。自分が辛くないんだから、同情しているような顔を作るのは簡単でしょうが、痛くないのに同情できるっていうのは人間ではやや無理じゃないかと思うぐらいです。それはまあ冗談として、痛いのは我慢しなよ、という事になりがちです。『患者のための歯科のすべて』に無痛のいろいろっていうのがどっかにあると思うんですが、ちよつと回します。さつき共著で紹介された本ですが、一つだけ皆さんがうつかりやりそうな、やって頂いてなければ幸せですが、それだけ指摘しておきます。

それは打診痛って言うんですかね、私も専門語だからよく正確には知りませんが：私が「歯科を本格的にやろうと思う。」と言った時に一人の記者が「長倉さん、歯医者さんを回るんだったら何とかして、歯が痛くなつて歯医者さんに行くと、痛い歯を金属の棒が何かでガンガンと叩くやつあるでしょう。あれだけは止めさせて下さいよ。」って言いました。取材しましたら「打つ」っていう言葉がちゃんと入ってるんですね。この字がまずい。これが基本的にいけないだろうと思います。いろいろ取材していく中で国本朝雄さんという少し年のいった、勉強家の方は御

存じじゃないかと思いますが、K型配置とか言って、診療台をどのように配置させておけば一人で飛び回って何人やれるか、時間を節約できるかっていうのを編み出して割と有名になった歯医者さんです。国本先生は話してみると割と哲学者なんですが、良心的な歯医者さん達からは国本先生はガツガツ荒稼ぎする歯医者さんを応援した張本人として評判は悪いんですね。そんな話をしてたまたまこの痛みと打診痛の話になりましたら、「いやあ、節約した時間を何に使うかって言うと、こういう打診痛のような時に使います。これは痛くないだろうという歯は『これじゃありませんね、これじゃありませんね』ってプローベで触っていけばいい。しかしこれが痛いんじゃないかっていう歯には器具なんか使わないで、ほっぺたと下顎にきちんと手を置いて間違っても強く触れないようにして、当の歯に『これじゃないですか。』と指でごく軽く触る。痛い歯は患者が『これです。』と言うからすぐに分かる。そうすれば患者に苦痛を与えない。」という、活きたやり方が出てきました。僕は、もちろんまだ生きておられるけど、今でも尊敬しています。「稼いだ時間はこのように使えます。」という事を言われて、すごい人だと思いました。是非気を付けて頂きたいと思います。健康・医療ガイドセンター（東京）・（本郷）で月に一度、歯の相談を二人の歯医者さんと私とで受けてるんです。その時も「ちよっと口を拝見します。」と言ってその歯医者さんの一人が口の中を見るんですが、「痛い歯どれですか。」って、器具はありませんけれども「これですか。」って、患者の身から見ると、ひどく乱暴に触ってます。あーんと口

を開けた患者が「それです。」と、首をのけ反らせて逃げて、逃げながら答えてるんですね。普通にやっているとおあいいう癖が付くんだなと思いました。痛みに対してはいろいろ無痛治療のコツがありますが、それらの会得っていうのは非常に大事だなと思います。歯科医院は楽しい所で決してあり得ません。嫌な事が何なのか、それを大きな嫌な事からつぶしていくのは大事なことで、その第一が診療のさいに与える痛みです。いろんなコツがありますよね、ほつぺたを強くつまむとそっちに神経が取られて麻酔の注射の痛みが弱まるとか、いろいろあります。ダサイとつか、そういう手法がたくさんある、そういうのを是非会得して欲しいと思います。

「患者のため」と「収入のため」の峻別を

さて、そういう訳で「痛み」と「歯の長持ち」というのが、一言で言えば、その時その時で人氣を得る、長い目で見ても人氣を得る、その二つの項目だと思います。

長い目で見て人氣がずっと長続きする。そのポイントは長持ちですね。それを普通の歯医者さんだとやれない。普通の歯医者さんを四軒回ってやらぶったくりと言うようになった。『歯無しにならない話』の読者達も普通の歯医者さんにかかって悪徳医と言うようになった。そう呼ばれないためにどうしたら良いかを、これもポイントを絞って申し上げます。

一言で言えばさつきから申し上げているように、教育・指導に重点を置くという事ですが、そ

れにはよく誤解があります。幾つかの誤解がありますが、一番根本に溯ったものからいきます。その話をするときよく歯医者さんから「私達は手を動かしてないと仕事になりません。」という反論を頂きます。

手を動かしてないと仕事にならないというその仕事は誰のためだと言いますと、もし患者の歯の長持ちにとってここは長く時間を取って話をする事が一番大事だと見抜いたら、その時点では手を動かさない事が第一の医療です。そうですね。話し合いに時間を取るのが第一の医療です。手を動かしてないと仕事になりませんという事は、早く言えば健保で評価がない、少ないという事に過ぎません。これは誰のための仕事かという経営のため、つまり自分のためです。大事なのはそのような「自分のための仕事」をゼロにしていく事、「患者のための仕事」を百にしている事。そういう努力をまず認識して始めてみる事です。「手を動かしてないと…」は、非常にたくさんの歯科医の方々がおっしゃる事で、歯科界にいかにかく深く「患者のための仕事」が第一だという根本の思想の脱落が進んでしまっているかを物語るものです。もともと基盤が脆弱だったところに、健保が大きな打撃を与えたのだと思いますが…。

自分のやっている仕事、あるいは自分のやった仕事が「自分のため」か「患者のため」かは、手を動かすかどうかだけでなく、診療におけるご自分のいろんな行為について、正しいかどうかを判断する根本的なチェックには非常に役立つだろうと思います。患者に自費のポーセレンのク

ラウンを勧めた、これはどっちのためだったか。あるいは患者が白い歯を希望した、コンポジッド・レジンでも済むんじゃないかとチラと思ったが、そう健康には違いはなろうと陶材歯にしてみました。

根管治療の研修とインプラントの講座の日程がだぶっていて、どちらにしようかと迷ったがインプラントを選択した、なんていうのは面白くて分かりやすいでしょうね。どちらかと迷ったのなら根管治療の技術がまだ自分は不完全だと分かっていたわけで、インプラントもむろんある場合には患者に喜ばれますが、こちらには経営という観点がまあ入ります。患者の歯の長持ちの基本になる根管治療の方がこの場合、明らかに患者のためです。

同じ根管治療で言えば、ちよつと例外的というか、一筋縄ではいかない場合もありますので、触れておきましょう。あくまできちんとアピカル・シートを形成するとか、水平にガッターチャをギユウギユウ詰め込んだ上に垂直に加圧する方がいいんだとか、いろいろ言われます。その一つひとつの技術の習得は大切ですが、患者一人ひとりの事情に応じて、これらの技術をすべてフルに発揮するのが一番「患者のため」なんだと硬直した姿勢では、かえって患者のためにならないことがあります。たとえば奥歯の根管治療で、口を大きく開くのが苦痛だという人で、しかもがんで寿命があと半年とわかっていたとします。こんな人には、とりあえず綿栓根充で短期間で済ませる方が最善ということも十分にあり得ます。患者のあらゆる条件をすべて考え合わせて、

患者の健康に一番よいように歯を治療するという事は、この例でお分かりのように実に底が深く、しかも刻一刻と変化してゆくもので、臨機応変、融通無碍の柔軟さが必要になります。時に良心的な歯科医の方が、ご自分では「この治療が理想、最善」と信じ込んだ手法にこだわって、私から見ると「患者のため」から外れてしまいうケースがかなりあります。ポイントは、一つひとつの教科書的な手法はナマの患者の総合的な条件は抜きにして成立していて、最も重要なことは目の前に現れたナマミの患者という総合的な人間なんだということでしょう。初歩的な「自分のため」か「患者のため」かという類別からはちよつと外れてるようにも見えますが、「患者への最善を追求する自分」のために頑張りすぎると「患者のため」にもならない事があるという点で、良心的な治療を追求する歯科医の方々には心していただきたいと思います。

皆様の事ばかり言うんじゃないくて、私についても同じです。私の書く記事が、どういう記事は自分のためか、いつも私は考えてます。つまり「さぼっていると睨まれる、ここで一旗揚げてやろう、特ダネをつかんで良い顔をしよう、立身出世に役立てよう」というような自分のための仕事があります。それから「いいか読者よ、分かってくれよ」というような願いを込めながら読者のために大事だからと思って書く仕事があります。その仕事というのは、言い訳は幾らでも立ちますが、素直に自分で考えてみれば自分のための仕事か、読者のための仕事か、言い訳をちよつと脇に置いとけば、自分ではつきり分かります。読者のためにもなる仕事のことじゃありません

よ。自分が読者を念頭に置いて、自分のためではなくて書いてるな、というそういう仕事なのか、「これは読者に害があるんだけどな。」と思いつながら、「だけどこの頃一ヶ月も大きな記事を書いてないから、ここで書かないとまたデスクが何さぼってんだと言うだろう。」と思つて書くような仕事なのか。それと同じ様な事をご自分でぜひチェックしてください。

意識しない自分の心を問題にする

読者のために「も」なる記事と、間違いなく「読者のため」の記事とをきびしく分けるのが大事だと言いました。これは診療にも当てはまります。前歯を継続歯にしてポーセレンにするか、もう一粘りしてハーフクラウンで様子を見るか、迷ったとします。ハーフクラウンは片山さんの『歯槽膿漏―抜かずに治す』の三十二章に出てきますから読んでご理解いただいてない方はぜひお願いします。技術的には難しいし、予後も心配だし、それに収入としても落ちる。患者が熱心に「白い歯にして下さい」と頼んだとします。そこでポーセレンにしたが、「あれだけ熱心に頼んだのだし、あんなに喜んでいたのだから」と、後で考えて「あれは患者のためだったよな」と考えたとします。こういうケースが、私のいう患者のために「も」なったという治療です。冷静に素直に考えれば分かるし、他の歯科医がやった治療ならなお明白に分かるでしょうが、技術的な難しさ、予後の心配、経営上の観点と並べば、言い訳にすぎないんですね。技術的困難さは勉

強すればいい、予後の心配も同じ、経営はもう言わずもがなです。患者が熱心に頼んだり、うんと喜んだところは、いかにして患者に「健康―歯の長持ちが一番大切か」を分からせるかの技術、これは歯科医である自分の側の技術ですから、そういった人間応対の技術の不足を反省すべきであって、無知が原因の患者に責任を転化してはいけません。

極言すれば、患者の無知につけこんでポーセレンで儲けておいて、患者が大喜びしていたからと「患者のためだった」と思い込もうとするのは、ポカッとなぐっておいて「世の中には痛いものもあるんだと分かったろ。お前のためだ」というようなものです。ほとんどの場合、「も」のごまかしはこれほど明白ではないので、自分でもはじめのうちは納得してしまいがちですから重々気をつけなければいけません。

もっと踏み込んで言えば、自分の「も」のごまかしはなかなか気付きません。けれど他人は気付きやすい。だからこのような良心的でやる気があるスタディーグループなら、他のメンバーがどんどん指摘する事が本当は当人のためになります。言いにくい事なので、つい言わないで過ごしてしまいます。それは気付いた人が、ご当人（「も」）のごまかしをしでかしているメンバーに對する友情が不足しているんです。いやがられるのが嫌だ、これ自分のため。いやがられた挙句、やっと分かってもらえたらそれは相手のためになるだけで、自分にプラスはない。この利己主義と言わぬまでも保身主義を克服しないと、スタディーグループの真の発展はありません。改めて

ズケズケ言いあう、それで怒らないと約束しあう必要があるでしょうが、出席率が下がっていつ解体したり、あれこれ考えられますから十分注意して運営してください。

さてこういうわけで、考える対象になったある治療が「患者のため」だったか「自分のため」だったかを峻別していくんですが、ちょっと出たように初めのうちは「そうか、これは自分のための仕事だったのか」と気付くのがすごく嫌です。嫌だけでもそれをそうですね、それをまともに、日に三回以上やらない方がいいですね。それ以上やると、めげちゃいますね。「日に三度わが身を反省する。」と孔子様が言った。孔子様っていう偉い人が三回なんですね、何で三回なのか。注釈によると三回っていうのは数が多い事である。しばしばの事であるという、そんな事が『論語』を読むと出てきますが、自分でやってみると三回以上やるとですね、自分で滅入っちゃって嫌になりますね。三回以上やらない方が良いです。でも日に三度ぐらいいは、「きょうはあの仕事は自分のためだったろうか、それとも患者のためだったろうか。患者の歯を長持ちさせるように本当に心がけてやっただろうか。」それで十分な事をやっただろうかというふうな事を、三回と言ってもそうですね、一・二回にとどまるのが普通ですね。忘れて寝てしまう事もあるし、僕の経験ではですね。僕的能力では三回以上はやらない方が良いと思います。そういうふうにはほとんどに続けていけば、半年もするとあんまり嫌じゃなくなります。「そうか、あれはやっぱ俺のための仕事だった。」と思えるようになります。初めのうちはすごく嫌です。へどが出そう

に嫌です。それが元でどんどん悩んで、この世から消え去りたくなる。今まで「読者のための仕事さ。」と思ってやってきたのが考えてみると「あれは読者の幸せを願って書いた記事じゃなかったな。」と認めざるを得ないんですから非常に嫌ですけれども、嫌な気持ちを乗り越えてチェックし続けてそういうのに慣れていくのが一つ大事なことだろうと思います。

あ、注意を忘れてた。私の話はですね、よく片言隻句で腹を立てる歯医者さんがおられまして、ある所で私の親しい歯医者さんが「私の隣に座っていた人は、あなたが喋っていた間じゅうずっと『何言ってるんだこのやろう。馬鹿野郎。』とか終わりまでぶつぶつ何か言ってた。」という事をお聞きしまして、そういう方もおられるでしょうけれども、決して私に悪意はない。要するに歯科医師として患者への対応の改善をするには、現状に改善しなければならないところがあるからであって、どこを改善しなければならぬかを指摘しなければ改善できない、つまり良くはできない。だからやむを得ず悪いところを指摘するだけで、決して悪意はありませんのでなるべく我慢して欲しい。後で質問の時にはどんな罵詈雑言にもニコニコ笑って受けますからそこまで我慢して、あんまり腹が立ったら、あんまり腹が立つと健康に悪いですから外にお出になるのもかまいませんが、我慢できれば聞いて頂きたいなと思います。

商売人根性からの脱却が必要

さてこれを断っておいて、やらざるばかりの悪徳医にならないために、できることに戻ります。次にご指摘したいのは商売人根性です。自然に身に付いた商売人根性を自分で一つ一つ気付いては自分から追い出していく。そういう作業です。ある歯医者さんが私に教えてくれたんですが、「歯科界で悪いところはたくさんある。だけれどもその根本となっているのは商売人根性ですよ。」という事です。正確には「商人根性」と言った。分からなかったので、「えっ何ですか。商人って何ですか。」と言ったら、「マーチャント、マーチャントですよ。」と言うから商売人だと分かりました。それを歯科医師達が捨てていけないと、つまり商売人的な損得考えを捨てていけないと結局浮かばれないのではないか、という事をその歯医者さんは教えてくれました。それを分かった上で見ますと、まさに歯医者さんが自分で気付かないような損得の計算が多くの歯医者さんを毒しているな、という事に気がきます。「今、こうすれば患者のためになるけれども、それではこちらがペイしない。採算にあわない。こちらが今できるのはせいぜいこの程度だな。」というふうな計算を、ともすればしてしまうという事を多くの歯医者さんからお聞きします。こういう採算の計算というか、そういう精神状態から脱却しないと、患者のためになる徹底的な診療がつい足を引っ張られてできなくなります。

この脱却には、倒産の危険が必ずつきまといまいます。「患者のために良い事に徹しよう」と思えば、「それで儲からなかったらどうしよう。それで採算が合わなかったらどうしよう。倒産までいかなくても収入がガクンと落ちたらどうしよう。」というふうな悩みに、たぶん歯医者さんはつきまとわれるのが普通じゃないかと思っています。

昔から貧乏医者というのはあるんですね。最初から貧乏である事は覚悟してますから、自分もビクともしてないし家族もビクともしてない。だから平気で患者に「薬は何も要らないな。風邪だから帰って寝ていればいい。温かいものでも飲んで。」という、そういう形でやってる。そういう貧乏医者 of 偉い人を何人も知ってます。「あの先生のところだとたくさん薬もらおうなんて無理だよ。」と皆がもう知っています。そういうお医者さんはそう珍しくありません。昔からそういう先輩がたくさんいたからでしょうかね。けども同じ様な形の貧乏歯科医というのが、探せばいるかもしれませんが、少なくともあまり多くありません。それがどこからきたかというのを私は私なりにいろいろ考えました。その原因というのか、犯人は、大学時代の二・三年先輩とかせいぜいライターとかそういう指導してくれる先生ですね。指導教官とか、それから家で親が歯科医をしている同僚とか、同級生ですね。そういう人達からの「そんなことやってると食っていけないぞ。」という、食っていけないという言葉での無邪気な形の忠告、それが幾つか積み重なって歯医者さんを怯えて金縛りにしている。そういう事が多いんじゃないかと私は思います。

どこまでお一人お一人の実情にあたるかどうかは分かりませんが、それを意識して「よし、そういうのに対抗、抵抗していこう。」という事から始めるのが次のステップではないかと思えます。

ちよつと例を挙げれば授業では根管治療をきちんとやりなさいと教わる。だけど学生として信頼していた指導教官に、その指導教官が私的な診療所をやっていたから肉親の治療を頼んだら、根管治療はせずに綿根で治療してあった。なじるようにライターに質問したら「理屈では世の中は通らない。いちいち根管治療を真面目にしていたら食っていけないよ。」と言われたといった経験談を、少し昔の歯医者さんから何度も聞きました。このような、それについてはいろいろ事例はあると思いますが、白紙に戻って患者のためには何が一番良いかという事を初心に帰って考えれば、根管治療はきちんとした方が良いという答えが返ってくるだろうと思います。もちろんそれには自分の経験できちんと根管治療をしたその後、後ですね、その予後と、きちんと根管治療しなかった予後と、自分がやらないまでも先輩のドクターが治療した後を見ても納得することとがもちろん大事ですけれども、そういった「患者にいいこと」をやらない第一が、やはり、たき込まれた怯えを中心にして形作られてきたその商人性、商売人根性ではないかと思っています。さっきの「自分のため」「患者のため」とかなりだぶとは思いますが、現実はこのクセは無意識のうちに浸透しているみたいで、この脱却は非常にやっかいだろうと思います。おそらく歯科

界改革の最後まで残るくらい、根が深いと私は見ています。

おびえ合つて経営本位になる

先日、東京医科歯科大学の大学院の学生達七・八人が、ある歯医者さん、非常勤講師をやっている歯医者さんの紹介で私と話をしました。彼らは「どうやったら歯科の本当の医療を実行できるだろうか。」という事を悩んでたんですね。まだ大学院にいますから中途半端な立場で、開業はしてないので、開業したら患者に最善の誠実な診療をしたいんだが、それを実行したらヤバそうだな。「やっていけないんじゃないか、やっていけるのだろうか。」と悩んでいるのを知りました。いまの状況では確かに冒険で、飛び込むには度胸が要る。こわいんです。それで私、七・八人一人ひとりに、食っていけないとどうなるか聞きました。生活保護になる。生活保護で幾らぐらいもらえるのか、その大学院の学生達に聞いてみました。だれも知りません。推測でいいと促しますと、八万とか十五万とか言います。私は取材したことがあります、夫婦二人で子供が二人いて標準で二十五万もらえる。あれやこれや、これはその時になって窓口でねばる事が大事で、脅すか泣くかどちらかの技術が必要なんだという事です。それで脅す技能を有するやくざが六十万ももらっていて問題になったりするんですよ。要するに脅すか泣くかっていうのが技術なんですね。そういう技術があればすぐ四十五万ぐらいに増えるそうです。「二十五万ないし四

十五万あれば何とか食っていけるだろう。それを覚悟したら本当の医療やれるだろう。」と言ったら、七・八人そろってパツと目が輝いて、相談を受けた時には一律にみんな暗い顔をしていたんですが、「やってみよう。」という感じで希望が出てきたような顔で帰って行きました。その後どうなるか、またいろいろ雑音というか、「そんな事やってたらおまえ食っていけないよ。」とか言われて、またそれに染まっていく可能性はあると思いますが、これも悪意ではない、むしろ善意の忠告でおどされ、おびえ合ってる典型だと思いました。

そういう脅しに乗らず、まさしく患者のために徹して自分のための診療から脱却してる歯医者さんも、そんなに数は多くはありませんが、そんなに少なくもない。意外と多くいます。そしてその歯医者さん達は割と良い暮らしをしています。生活保護じゃない。家なんかに行くと、「本当にこんなに良い屋敷が建つのかな、あんな診療してて。」というような感じの家が建ってます。御本人に聞いてみてもちよつとニヤツと、ちよつとばつの悪そうな笑顔を見せて「普通の歯医者さんよりは収入は多いでしょうね。」というような事を言います。もつとよく聞いてみると、中年ないし中年以降が多いですけども、「まあ二〜三倍はあるんじゃないですか。」みたいな話をします。どうしてそうなるかって言うのを聞いて、なるほどと思いました。まず口をそろえて、「初めの十年は大変でした。」と言います。「明日倒産か、今月もつかという連続でした。」と言います。初めは大変です。それはそうです。その患者のためになる、一番ためになることだけを

やる。患者のためにならない事はやらない。自分のための、経営のための治療も一切しない。それで倒産するなら倒産しろと自分で覚悟を決める訳ですから、収入はもちろん少ない。私がかわしく話を聞いたこういう歯科医たちは、例外なく先ほどの「そんなことやると食ってけないぞ」に類する脅しに反発して、やぶれかぶれの開き直りをして、患者に最善の治療だけをする方針の開業に踏み切ってます。だからむろん最初は収入あがらない。しかし、それが患者に分かってくると「あの先生は歯医者さんとしては非常に珍しいと言うか、悪い事は何にもしない。良い事だけを勧めてくれるし、やってくれる、そういう先生だな。」という信頼感が高まります。「しかしそうなくても定期検診とか、そういう小さい仕事ばかりで、そう儲けにならないでしょうが。」と私が聞きますと、また皆さんはニヤツとぼつの悪そうな顔をして、「いくら努力してもね、落ちこぼれていうのが出ちゃうんですよ。」と。その落ちこぼれて、自分の歯を保てないという患者が一定の割合で出る。必ず出る。その患者達はもう信頼感がきつちりできてますから「うちには修復物は自費しかやらない。』『いいです。結構です。是非やって下さい。』『あなたにはやっぱり貴金属で作った方がいい。』『ああ、もう先生が一番いいという方法で結構ですかお願いします。』と、もう二つ返事で自費でやってくれるからこうなるんですよ。」そういう答えです。そういう脱皮ができるかどうかというのが一つのポイントになると思います。

患者の心をわかる訓練を

今の保険はこれをやれば何点、これをやれば何点と決まっています、きざなようですが医療の本質みたいなものを理解した私からみると、ある程度分かった気になってるだけかもしれませんが、そういう私からみるとそれは実にいい加減な、政治的な産物に過ぎない、全く医療の本質には関係ないものです。それがはっきり見えます。しかし自分が大学に入った時から保険がある。それですつと皆きているという立場からすると、その本質的ではない保険が絶対的なように見えるという事情も分かるような気はします。それが世間というものだ、と歯医者さん達がいつしか飼い慣らされてしまいそんな境遇が現にあります。その事を落し穴として意識する事から脱却は始まると思います。

医療の本質というのはやはり健保よりはるかに深いものです。医療が自由放任でなく、何かある制度で運営されるようになる——それは、自由経済のルールに任せて、金のない人は病気で死んで当然という世の中より、全体としてはよい世の中になりますね。でも医療には、どんな制度であっても（制度がなくても）おかしいと感ずるような矛盾が必ず出てきます。つまり、必ず医療の現場には世の荒波が打ち寄せる。医療をやりにくくする幾多の条件が押し寄せてくる。その荒波を身を以て防ぎ、患者にいかにその荒波が当たらないようにするか、それが医療人の務め

である。そういう事を聞いた事があります。

「良い条件が来たらやる。」と言っていたら、これは医療にとってはきりが無い。必ず恵まれ無い、何か悪条件がある。そういう悪条件に患者がさらされないように、自分の身を盾にするのが医療人だという事です。だから二年経たないとやり直しできないとか、そういう決まりは決まり。そこでどこまで自分が身を盾にできるか。「そんな事始めたらきりが無いぜ。」というのは、一見分からないでもありません。しかし、一見にすぎない。そういう患者が来る確率がどのくらいかを計算すれば、そんなには多くないと思います。「それを重ねていったら倒産するんじゃないか。」というのはさつき申し上げた怯えです。やってみて、やれた歯科医師があっちにもこっちにもいます。しかも医療の本質に素直に従って身を盾にして患者を守った人達の方が収入がいい。

もつとも、やってみたがやれないで沈んだ人は僕の前に現れませんから、必ず成功するとは申しません。成功するには患者のためになるような「人間性の理解」、「患者の観察」、それに対する「的確な応対」が必要です。これもまた私の見るところ歯科医者さんは皆、皆ではない、うまい人もいますけど、大部分の真面目な歯科医者さんほど苦手という種類の次の難関がもう一つ待っています。それに成功しないとなかなか難しい。その話をします。

さつきも出た健康・医療ガイドセンターで、歯の問題で困っている相談者、患者ですが、その人の相談に乗っています。健康・医療ガイドセンターを始めたのは松原雄一さんというお医者さ

んで、気の毒な事に脳腫瘍で四十歳だったか非常に若くして死んでしましまして、非常に残念なんですが、その人がまだ生きていた時に相談、月に一度、二人で三人ずつ受けるんですが、それに加わってくれないかと頼まれて、私も患者の実情が分かるし、ずっと七・八年相談に参加して来てます。その松原さんがあるとき、僕に向かって「帰っていく患者さんが皆、長倉さんの方を見て『ありがとうございました。』と言って帰って行きますね。」と言って感心した事があります。私もそう言われて「そうなのかな」と思って、その次から「なぜだろう」と答えを見つける意識を持ちました。「なぜなのだろう」これが非常に大事ですね。さっきの「胸に落ちる解答」が得られるまで頭の中にひっかかったままにしておく姿勢です。さて私は、「なぜなのだろう」と思って意識して全体の状況を観察してみました。すぐに答えは分かりました。「ああ、これは当たり前だ。」と思いました。

答える歯医者さんもお医者さんも「患者の目の輝き」とか「患者の顔つき」とかここで「意気込んでるんだ」とか、話し合っていて全然気をつけてないんです。医療人の悪いところですね。これは「先生が言うから否応無く馬耳東風と聞き流して全く頭に入っていない顔」、ではないか、なんてことに一切注意せずに、平気で自分の言いたい事を喋る。

もっと具体的に言うのと相談者、患者が来ます。「どんな相談なんですか。」と聞いて、患者が話始めます。私の方は『さて、これは難しいぞ。どこから聞いていったらいいかなあ』と考え込ん

でしまいます。そういう場合に患者を傷つけたら絶対いけません、ピシヤツと心を閉ざしてしまいますから、「どういうふうに心をほぐしていつて、どういうふうに聞き出していつたら、この相談者の本音が聞けてそれに対する応対ができるか。これは難しいケースだな。」と思います。当然ですが自然に言葉が出なくなります。その時にありがたい事と言うか、楽な事と言うか、お医者さんや歯医者さんがワーツと言ってくれます。それも、相談に来たクライエントの悩みを正確に知るための質問じゃなく、すぐにもう病氣や治療の解説を始めちゃうんです。たいていクライエントは、自分が求めてここを訪れた解答じゃありませんから、仕方なくうなずいて聞きます。私には「この答えじゃダメだな」と分かります。でも時折り、自分の悩みに近づいたときなど、ちらつと目の色が動いたり、はっと目を見開いたり、ちよつと乗りだしたりします。その辺がちよつと琴線に触れるところだなんていうところが何箇所か登場してきます。私が「やりにくいな。」と思ったのを、お医者さんや歯医者さんが悪者になつて全部やつてくれて、この患者がどんなことで困つてここに來たのが大体分かつて來ます。でもクライエントは「ああ分かつてもらえる人じゃないな」つて、このやりとりの間にあきらめちゃいますね、医師や歯科医師に對して。

一方の私は、勞せずして「ははあ、この患者の本音はこういうところなんだな。」と分かっちゃいますから、「あなたは、そうするとその歯医者さんが良い歯医者さんだとは思うけど、合わな

いから他の歯医者さんに変えたいんですね。」などと言うと、「そうなんです。」と言って目を輝かせて、「分かってくれる人がいた。」という顔になります。そうすると「どういう歯医者さんがいいんですか。」と言え、あとはバーツと言います。言いにくい事を私にはどんどん言う。歯医者さんもいるし、言いにくいなと思っていたので遠慮していたんだな、と分かります。後は楽勝です。「こういう歯医者さんがいいんですか。こういう歯医者さんがいますが、この人はこういうですけども自費です。」とか「この歯科医は修復物は自費になります。」とか「オール保険ではこの歯医者さんはこうこうだけど、こっちはこう違いますね。」とかいろいろな知識が出てきます。かくて、帰る時にはやはり全体の流れで「ああ、この人がいたから分かってもらえたんだ。」という顔になって、僕におじぎをして帰るんですね。

僕は決して自慢してる訳じゃない。皆様に欠けがちな、真面目な医療人ほど、それから修行を真面目に積む勉強熱心なドクターほど、そういういいかげんなと言うとちよつと言葉がずれますが、下々の感情と言うか、顔色を見て顔付きを見抜いて正しい答えを得るって言うか、人間性を、人間を理解する。そういう修行が全体的に不足、それも圧倒的に不足している。そう思います。若いころから患者と応対する。本当は自分は偉くないのに、患者が下手に出てへエへエと聞いてくれる。それでいつの間にか、患者に話すだけで患者の心のひだなど分かつともしない人間になつちゃうんだろうと思います。先生と呼ばれるバカとよく言いますよね。

心をさぐる方法のいくつか

それではどうしたらいいか。これがまた非常に難しい。

一番はですね、やはり患者に聞く事です。皆さんは日々患者と付合ってらっしゃる訳ですから、患者に本当の事を聞くようにしていく。

その前提が二つありますね。患者が本当の事を言つて、患者が何を言つても動じない。もう一つは必ずニコニコ笑っている。決して叱らない。その二つですね。まあ、一つみたいなものか。だけでも微妙にやはり違うんですね。ニコニコしている、怒らないと言つても、患者の方は「この人が動揺しているな。」と見抜くと、「これは悪いことを言った。傷つけてしまった。」と思いますから、この次からは自然に本当の事を言わなくなります。だから動揺したら患者さんの話から学ぶこともできません。

ではどうやったら動揺しなくなるかについていうことですが、これも非常に難しい。慣れてくる以外ない。さつき申し上げたように「自分は本当に患者のための医療をしたか。どこかにやましい心が入り込んで、自分のための治療になつてしまっていないか。」と自分で問うて反省していつて、それでガツクリ来る自分に慣れていくつて言うか、「また見つかった自分の浅ましさに慣れていく。そういう事と同じように患者の批判に打たれ強くなつて、これも慣れですね。患者

にたずねる。それもあまり時間を取るのは馬鹿馬鹿しいですし、患者の方もうんざりして、「あの先生のところへ行くと、それこそマゾみたいに自分をぶって下さいみたいな事ばかり言うから嫌だな。」という事になって患者離れしても困ります。お勧めは、すべての患者に診療を始める直前に、必ず一言ずつ訊くことです。例えば「今までの治療で何か気になる事ない？」という事を全ての患者さんに全ての治療開始時に聞くようにしたらどうだろうか、という事を考えた事があります。いくら時間がなくても、これくらいなら聞けるだろう。その時に忘れずに患者の目を見る事。私の目に狂いがなければ、皆さんはそれにうっかりしがちです。患者の目がそこでこちらをちらっと見上げて、「言いたい事が本当はあるんだよな。」という顔をするか、「いや特にありません。」と何も無関心なのか。話したそうな顔をしていて、こっちが目つきや身ぶりで歓迎の意を示せば「いいですか。」と言って話始めるか。その辺のタイミングも大切です。どこで「どうぞ、どうぞ。」と言うかで、本当に患者が話すかどうか決まってきますから、その辺も修行を重ねてですね、さりげなく簡単に患者さんに聞くとというのが大事だと思います。こうして患者が話してくれる内容は、自分が気付いてなかったことがあって、すごく参考になります。これは間違ひありません。きざに言えば「患者さんに学ぶ」「患者さんから学ぶ」といいます。お医者さんなんかがたくさん反省っぽい本を出してますが、内容はこういうこと。患者さんが話してくれて初めて「あっそうか」と気付いた、そういうことです。

人間性の理解という点で、医療人は大変不利な状況にあるという事をお話ししてきましたが、それを補うには第一に患者から本音の改善の希望を聞き出すことです。第二の方法として、歯科医師に対する患者の本音という点では、高校までのクラス会がお勧めです。小、中、高校のクラス会。これは経済的な差し障りがないし、それから患者対ドクターというハンディがありませんから。私も患者になったら、ドクターには本当の事はなかなか言えませんね。言ってプラスになりませんから言うだけ馬鹿なんですよね。自分に絶対にプラスは跳ね返ってこない訳ですから。それだけじゃなくて多くの患者って言うのは「本当の事を言ってそれが気に障ることだったら、この先生がシッペ返しにどんなに痛い事をするか分からない。」という怯えが、非常に無意味な怯えだとは思いますが一般に普及してますから、まず無理です。よっぽど親しくならないと無理です。本音を言っても怒らない。「ああそうだったの。そりゃ悪かった。」と平気な顔をして、まったく動揺した風もなくにこやかに答える、しかも誠意のあるような対応をできるようになる先生に是非皆さんもなって頂きたいと思いますが、そういうふうな先生というのは非常に稀です。誠意がありすぎて、しゃちほこばった反省の弁などを語ったら絶対いけません。患者が恐縮しちゃって次からもう指摘してくれなくなります。患者が「言いたいことを言える先生」になるのが大切なんですが、本当に難しい技です。

ですから小、中、高校の同窓会で「一般的にいいんだけども歯医者が一番嫌なことは何？」

と聞けば、もうそりゃあ遠慮のない批判がうんざりする程出てくるだろうと思います。できればメモでも取って帰って、一つ一つ検討すればものすごく良い材料になると思います。

もう一つは、三番目はスタッフです。これも患者と同じ、いや患者よりもむしろ「これを言ったらドクター動揺するもんな。ドクター傷ついてしまうもんな。」と思っていたら絶対言いません。ですから、いろんな手を使って、これも機会ある毎に「きょうの患者さん、誰々さんへの対応、俺まづかったかな。」とか、「誰々さんへの対応で何か一つだけ言うとなればどんな事？」とか、あんまりこちらにも傷つかないという条件をきちんと作って、その条件のもとに尋ね始めるとか、工夫が必要なんじゃないかと思っています。

そのような事を積み重ねていけば、だんだん人間が分かってくると思います。これも時間がかかります。がつくりきて、それこそもうやめたくなくなるような事も、間違いありません。二度や三度じゃないと思います。でもそれを続けると、私の健康・医療ガイドセンターでの対応のように、と言うか、他のお医者さんや歯医者さんの対応のまずさからはだんだんと脱する事ができるんじゃないか。

本当の医療で人生を豊かに

この人間理解の大切さは、実はすごく大きいんです。一言で言うのと相談業務と言いまして、カ

ウンセリングとか臨床心理士とか、そういう人達の仕事がそれそのものです。一つ申し上げれば、例えば鏡を見て患者に信頼を受けるであろう笑顔、鏡を見てどういう笑顔が患者に信頼感を与えるか、やってみた事がある方、ちょっと手を挙げてみて下さい。ありがとうございました。予想通りと言うか、一つも手は挙がりませんでしたけれども、カウンセリングをやっている人達にとってはそれはもう初歩の初歩です。そういうところから「自分はどう見えるか。こういうふうな唇をちよつと上に上げぎみに。」とか、いや一人一人違いますよ、どういう表情をしたら信頼がありそうに見えるか、というところから始まります。話し方、喋り方も同じです。テープにとって研究する。片山さんの二次セミナーのグループが患者との話し合いをビデオにとっていることはご存じでしょう。こうして患者が心を開きやすい話し合いの技術を磨いていくんですね。

注意しておきますが、この技術は歯医者さんの側の心の美醜には無関係です。患者をだますために使う事もできます。または患者の信頼を得て、本音を聞いて、患者が本音で求めている診療をするために笑顔作り、有効な怒り顔づくりをやる事もできます。だから両刃の刃です。

そうですね。打ち合わせの時に悪徳医めいた、本当の悪徳医ですね、患者をだまして前歯のポーセレン治療にひっぱり込んで四年毎に作り直さして、それでいて患者の数は絶えない、そういう歯科医師がいると聴きました。内心、立派なもんだなと思いました。それだけ稼ぎ続けるという事は、それこそ「人間理解」がなければできません。訴えられたらパーですからね。訴えられて

はいけません。それから患者同士で噂が広まって、「あそこの先生はああいうふうに荒稼ぎしてるのよ。」という評判が広まっても駄目ですからね。それを防止している。それだけの見事な腕前というのはすごいと思います。患者たちがハッピーであり続けるんですから、実在的にはそれでいいということにもなります。

そういう先生で唯一気掛かりなのは、そういう自分の治療が、やってきた事が或る時、非常に嫌になって、これはどこにどういう契機が潜んでいるか分かりませんから、下手に反省など仕始めると大変な事になるな、ということです。そういう人を何人か知っておりまして、その一人は東京で実に手広くやっていた人ですが、ある日、本当の医療をやりたくなくなって実行し始めました。そうしたら最初の年だけで減収分が四千万円になったと聞きました。減収分がですよ。減収分だけで俺の年収より多いんだなと思って、すごいもんだなと思いましたけど。そうなるした後がちょっと大変です。毎年スタッフを連れて海外旅行に行っていたんだけど、とてもそんな余裕はなくなって中止だそうです。それからよせばいいのに本当の治療など、よせばいいのになんて言いませんけど、始めた途端に、非常にへたに本音で応対するから次々に訴えられて医療裁判になって、大変な事になっているそうです。

だからといって徐々に始めるとしても、「よし、やろう。」と思ったら清水の舞台から飛び降りるような怖さは絶対出てくると思います。私の思っているとおりの本音ならですね。怯えがない

人はまずいけません。だから若いほど有利ですね。年をとってから自分の診療パターンが身に付くと同時に、怯えを乗り越える冒険にも普通はだんだん鈍感になってきてしまいます。あんまり気にならなくなってくると大変です。その人はそれで終わりです。

さつきから話に出てる片山さんが「片山ゼミ」というのを開いていたんですが、出席十回になったりの節目節目に「奥さんを同伴しなさい。その分は無料です。」という、確か旅費は出してなかったかな、受講料と宿泊代だったかな、いずれにしても招待してやってみました。「何でそんな事をやるんですか。」と言ったら、「本当の医療を始めてもらうには配偶者の理解が欠かせない。」というような事を一言で言えばおっしゃって、「なるほど。」と思いました。いろんな話を聞いていると、「突如として夫が片山ゼミに行き始めた。そしたら狂ったようになって、収入はがた落ちで、今までは普通の暮らしをしていたのに物に憑かれたようにあれこれ悩んでいる。顔色も暗いし、どうした事だろう。」と奥さんがそれこそおかしくなってしまうか、その寸前になるような人が出るからだそうです。そういうふうな大きな影響はありますけれども、清水の舞台から飛び降りる前に準備しておくこと。周囲に成否の予想を聞いて、どの準備が不足かを知ってさらに技術を磨くみたいな用心深さをして、あるとき飛び降りるといいんじゃないでしょうか。そのかわり成功すれば幸せな、そして僕から見ても羨ましいような荒川先生みたいな人になるのだから、やってみる価値のある冒険ではある。間違いなくたくさんの患者さんは幸せになる。そうい

う感じがいたします。

話をし出すときりがなくて、あれこれ申し上げたい事はまた質問を受けたりして、その中でお話していききたいと思います。あと、五時まで三十分ぐらいありますが、質問も受けたいと思いますからこの辺で話を終えさせて頂きたいと思います。どうもご清聴ありがとうございます。

質問に答えて

横畑 長倉先生、どうもありがとうございました。今から三十分程質問をお受けしたいと思います。どなたか質問がございましたらお願いします。

長倉 なんでも構いません。よくありますが、「朝日新聞はこの頃けしからん。こうこうこういうふうな記事を書いた。」などという、私が関係してないお叱りでも何でも構いませので、どうぞお気軽に。馬鹿馬鹿しい事でも何でも構いません。

横畑 どなたかございませんでしょうか。それでは九州からお見えの吉浦先生いかがですか。

吉浦 吉浦でございます。私は、長倉先生のちよつとお話に感激しております。二年前に、ちよつと病氣しましてそれは別としまして私はちょうど十年前ですね、四十九歳の時に片山先生のセミナーを京都で二回ほど受けました。「片山セミナー」を受けた中で落第生ですが、気持ちだ

けは頑張っているつもりです。歯科とは話がちょっと変わりますが、最近決定しました臓器移植について先生はどんな考えをお持ちなのかお聞かせ願えないかという事と、二十一世紀に向けて医療はどんな方向に向かうか、という事の先生の見解を聞かせてもらえれば嬉しいと思います。

長倉 臓器移植はどんな。いろいろ問題点って言うことですか。

吉浦 先生の客観的な。

長倉 ああ、そうですか。臓器移植と言うとですね、臓器を他の人の役に立てる事自体はちっとも悪い事でもないし問題でもないんじゃないか、と思うんですよ。問題は脳死を「人の死」と見て、その臓器を、心臓は脈打っている間に取り出して他の人の役に立てる事はどうかという事じゃないか、と私は思っています。私のもちろん個人的な考えですが、欧米諸国はもう昔からやっているんですね。私の個人的な意見ですけども、欧米でやり始めたこと自体が大きな間違いだったろう、と思っています。幾つも理由はありますけど、一つは、脳死に陥った人を何とか回復させる手段が、いったん臓器移植に利用し始めると、そういう手段をみつける努力が實際上ゼロになってしまうことです。脳死を治せなくなる。実際、何十年にもなるけど治す手段は欧米では出てません。日本で「こういうふうにしたらよいのではないか。」という研究がポツポツ出てます。これは日本が臓器移植をしてないからですね。「その人達を何とかしな

ければ。」という自然のお医者さん達の工夫が現れてきて、幾つか芽生えてきています。医療というのは結核でも癌でも盲腸（虫垂炎の手術）でも「何とかできないか。」という、初めは不可能に決まっていると思えたものを「何とか」と努力するところから始まるんですね。そして、だれかがとんでもない工夫をする事によって、常識外の治療法ができるものなんですね。医学の歴史で言えばその道を絶ってしまうのは非常にまずいんじゃないかと思います。

それから幾つもの理由はありますけども、ごく簡単に挙げてゆきます。まず、医療というのはこれまで人の命を救う側だけにあった。方向としては救う方だけだったんです。しかしこれからは、「下手すると殺されるかもしれない。」という、患者の不信感がじわじわと広がってくるだろう。救急病院でも「あんまりでかい臓器提供病院には運ばないでくれ。」とか、そういうふうになっていくだろうし、それから現実にも今でも脳死の前段階から、ある種の薬は臓器を移植する時に差し障るから控えたり、そういう動きがあるし、影響が日常の診療の方向をじりじりと溯って影響が広がってくるんじゃないか、というのが一つ。それからもちろん救われる人達もいるんですが、それによって心臓だとかいろいろなものをもらえると希望が一旦出てくると、今度はその欲求が今度は世間でけた違いに大きくなります。だからそれを動機とした犯罪的なものがその周辺に起こってくるんじゃないか。それはもう欧米ではいっぱい起こっているようです。早い話が要するに浮浪者みたいな身元の分からない人を、麻酔薬を嗅がせて

引っぱり込めば、ある金持ちの心臓の代替ができてうんとお金が入るといふような事になれば、悪の世界でそういうのが動き始める。人知れず動き始めているだろうし、日本でもそうなるだろうとか、いろいろあります。

心臓をなんとかしてくれ、もう止まりそうなんだ、という人がそれを叫ぶのは正当です。何とかしてあげたい医師が研究を積み重ねて、これまでは突破口をつくってきた。けれども、結核や盲腸で発見した突破口を追い求める道が、臓器移植をやってしまうと自然に閉じてしまい、発展性がなくなるという感じがします。

いろいろなところから見て、欧米では日本みたいにしっかりした議論をしないでさっさと始めちゃったと思います。と言うか、日本ではしっかりと議論をやってないですけど、いろいろズルズル議論しているうちにいろいろな問題点が出てきた。反対論も大きくなった。けれどもそういう議論を、欧米ではやらないで早いうちにやろうと決めてしまった。うまいこといくんなら、それをやらなければ本当はうまくいかないんだからやろうよというわけですね。日本は条件も厳しいですし、おまけにやり始めれば、脳死の人を絶対に生き返れない状態に変化させてその臓器を使うんですから、申しあげた問題点はごく一部でしかありませんが、絶対に何か問題点が出てくると思います。「ほれ見たことか。」になるだろう。いま奴隷制度を「あんな野蛮なことをやった。」と言いますね。将来、臓器移植も同じような強烈な批判の的になる

だろう。私はそんなふうに考えています。

それから二十一世紀の医療と言うのはこれは難しいですね。何にご興味があるのか。技術的な事なのか、経済的な事なのか、患者の地位みたいな事なのか、歯科のステイタスなのか。

吉浦 患者は目覚めてくるのか。心理的にですね。例えば医療としましても？根本的な先生がおっしゃったような根本？その方向に行くのか。行くのでしょうか。果たして臓器移植の中にあるのでは。その辺のところを懸念しているのですが、先生はどんなふうに。

長倉 二十一世紀まではもうそんなにないんですけれども、おっしゃるように一つは患者の自覚というのは、進む事はあってもあまり後退はしないだろうと思いますね。このままいけば、例えば歯科で非常に嬉しく思うのは、この頃悪どい歯医者さんの悪口というのはあまり来なくなりました。やっとまっとうになったって言うのと非常にまずい言葉なんですけれども、昔は本当に「悪くもない歯を何本も抜かれた。医療裁判は起こしたいんだけれども。」みたいな相談が割りに多かったんですが、そういうのはなくなってきたて嬉しいなと思います。

一方では歯医者さんじゃありませんけど、いろいろな分野でずる賢い悪知恵みたいなものも発達してきてます。チェーン病院をとびとびの県に四つ以上作り、患者をたらい回ししていればいつまでも検査が六カ月間やれるから黒字になるとか、そういうふうな悪賢さみたいなものが進んでいて、それは一例に過ぎませんで、それとの追いかけっこが支払基金とか厚生省とかで

進んでますが、それに追われているみたいなきがある。そういういやらしさというのも、一方では進むだろうと思います。

もう五十何年も平和で体制が変わってない訳です。どんな社会でも革命後というのは、生きとした自由な理想を求めた動きがありますが、それがだんだん固まって、時には千年も中世のように続いたりしますからどうなるか分かりませんが、このまま続いたらそんなに面白い状況にはならないような気がしますね。陰にこもると言うか、しかし少しずつ整備はされていく。

もう一つ、皆さんあまり考えてないと思うけれども、二〇〇七年で日本の人口が減少に転ずるといのがもう一つ大きな影響を与えるだろうかと私は見えています。部屋が余るんです。家もね。一パーセント余ると一パーセント値段が下がるのでは決してないんですね。二割も三割も、場合によっては半値位にまで下がるという事がありますから、そうなったらやっぱりひどい不景気になるんじゃないか。それはこれまでの不景気と違ってそのうち回復するという種類の不景気ではなくて、ずっと続くんじゃないかという気がします。一方では教育も、何もみんな体制がきちんと固まってなかなか大きく揺さぶれなくなりますから、あんまり面白い世の中にはならないだろうな。医療も同じだろうなという、そんな予測をしていますが、いいでしょうかそんなところで。

横畑 他にどなたかございませんでしょうか。それでは同じく九州からお見えになつています木下先生に。

木下 先生、長時間ご講演どうもありがとうございます。私も片山先生のセミナーを受けさせていただきました者ですけど先生にお聞きしたいんです。

どうしても歯槽膿漏の患者さんは生活の面まで入り込まないといけないようなところがほとんどの患者さんで見受けられます。気が合った人はもうざつくばらんにすっと入っていきけますけど、女性の方がいらつしやるから大変申し訳ないんですけど、更年期障害の方はなかなか主人からも相手にされないところも半分以上見られますし、感情がつっけんどんと言いますか、怒りっぽくなったりいろいろ男性には表現できないですけど、僕達には理解できない点が多々あります。患者の生活の面にどこまで入り込んでお話していいものやら。どうしても年配の方が多くなりますと聞きづらい点が多々ある。どうしても弱い歯を残していきますから片山先生みたいにあんなにっぱい残せる訳ではないし、岩崎先生のご質問にあつたみたいについていつも空振りばかりしてストレスを自分のためにため込んでいますので、そこら辺はどこで発散させたら良いか、よかったら先生にお教え頂きたいと思ひます。

長倉 両方とも非常に難しい質問で。更年期障害のおばちゃんなどはある程度時間を取って、私だったらですね、精神的にもしんどいし、稼ぎにもならないけども、ある程度応対していく以外

ないだろうという気がします。そうですね、問題はやはりその時に、そういうキメ細かな応対を嫌がる自分をどうなだめるかでしょうね。「嫌だなこんな応対。」と思うだろう、感じるだろうと思うから、やはりそれをまともな自分にとってプラスになる材料だと位置付けなおす必要が出てきますよね。こういう人たちと応対できれば、他の患者さんとの話し合う技術にも大きなプラスになるでしょう。それには第一に、「その人はどういうふうに悩んでいるのか。」その身に近づいてみることでしよう。奇手、妙手ではありません。申し上げてきた正当な方法です。そして「そうか、このおばちゃんがこういうふうな状況でこういうふうな辛さがあつたら、愚痴をききたくなるだろうな。」という共感をできるようになるために、どこまで材料を得られるかというところが、私だったら勝負になりそうな気がしますね。つまり、そういったおばちゃんたちを理解するための「友情」をどこまで抱けるか。

あとはそれこそ経営上の問題で、お金の事だけじゃなくてズラーっと患者が待ってて、滞っていても問題だし、やはりちよつと休みをつぶして付き合うとか、そういうふうな時間の捻出しかないでしょうね。悪い事があれば良い事もありますから、そういう人がものすごく多かつたら大変ですけれども二・三人だったら、精一杯あしらう術を、どなたかあれば教えて頂きたいけれども、あしらう術を自分が心得るまでの勉強の絶好の相手だと思うのがいいのではないのでしょうか。一生懸命やっていたら「こういうふうに答えられるといいんだな。」とか、「こうい

うふうに答えると余計かさにかかって言ってくるな。」とか、そういうのが分かって来るだろうと思います。そんなのが分かっていけば、そんなにひどい人間はいないと思います。自分の中でその患者を切り捨ててしまっただけなのではないかと思っています。満足な、十分な対応はできなくても、その患者さんに満足してもらえれば対応を粘っこく捜し求め続ける。これが根本で、突破口が得られるまで頑張る。

歯科医は精神障害と決めつけるな

やはり健康・医療ガイドセンターにもいますよ、精神障害があるのではないかというような、そういう相談者もいますけど、この人は精神障害者であって、こちらに対応は不可能なんだと諦めたらそれまでですよ。精神に障害があることを見抜けないからまじめに対応していて長引かせて、専門家に委ねる時期が遅くなるという問題はありますけれども、それはそれで連絡を取って確かめるのが大事でしようけれども、やはり原則は、このクライアアント（患者）が満足できる解答はどこにあるのか、頭をフル回転させて推し測りながら対話を継続することだと思います。

よくあるのは歯の訴えで来てるのに、「これは鬱なんだ。」とか「これは不安症なんだ。」とか、「歯の問題ではないんだ。精神の問題なんだ。」と歯医者さんが決めてしまうんです。歯科医

にはその判断をするだけの基盤が本当はない、学んでいない。正直、断片的だけれど僕の方がこの分野はずっと勉強しています。だから分かるんですが、「これは精神障害だ」と歯医者さんが決めちゃう。その診断が正しくて患者が精神科領域だったらいいんですが、その患者が本当に訴えてる通り歯の具合が悪かったら、それを見逃してしまうと治すチャンスがなくなってしまう。それでおしまいですよ。その弊害が、投書してくる人の中にはわんさどあるように思います。本当は歯の事なんだけれども、歯の悩みを言ってるんだけれども、歯医者さんはその応対が面倒臭いから、気が軽くなるためになんでしょうけど、「これは精神だよ。」と考えて「精神科に行きなさい。」と言ってしまう。精神科ではもちろん歯のことは分かりませんから、例えば根管治療のやり直しの必要があるとか、歯根膜がねじれる圧力を受けて痛んでいたりとか結局は本当だったのだけれども、ずっと分からないで精神安定剤ばかり飲まされてきたというようなケースが割りにありますね。おっしゃるようなペリオにもありますが、顎関節症には非常に多い。まず歯科でがちりと受けてくださらないと、患者はむなしく右往左往するだけです。そういう事を考えると、やっぱり人間理解の材料と言うと悪いけれども、生きた教材として関わりあっていくというのがいいのではないかと思います。歯科の先生がこういう応対をやって下さってこそ、本当に歯で悩んでいた分かりにくい患者は救えるんです。

頭をフルに活動させて推理する

それから、その次に人間の生活のどこまでに入らなければならないかということです。もちろんそれは決まりはありません。一般的に、これはまだ割りと初心者のなドクターには難しいと思うんですけれども、小片山にならないように、とご忠告しておきたいと思います。

片山さんは素晴らしい人です。それはすごい人です。とても僕も真似できない。だけれども、と言うより、だからこそですが、片山さんのやっってる事をすべて真似して小片山になろうと思つたら、自分で滅入るだけです。しかし、受け合ってもいいけれども、片山さんにはない素晴らしい才能を、皆さん一人一人が必ず持ってます。つまり自分に適した自分の診療システムというか、患者をどうやって抱えていくかという自分なりのシステムですね。

片山さんは丸抱えとよく言います。患者の全てを抱え込んで、つまり生活から何から抱えてですね、できる限りの理解を尽くして、その上で歯がよくなるように指導していく。さっきの荒川先生の例が非常にいいと思います。この人は奥さんを連れて来させるのがポイントだなと見抜いた。そういう必要な事を見抜く。しかし見抜ければいいんで、不必要なことまで長々と大々的にその患者を知る事はありません。ですから「教育、指導が大事です。」と言うと、それも真面目な歯医者さんほど、ちよつとずれますけど、真面目な歯医者さんほど長時間取って

延々とさっきの馬耳東風と聞いている患者に延々とお説教して、患者の目はもうこんなイヤだよって、うんざりしてるんですけどもそれに一向に気付かないということがあります。

私の観測では、平均的な患者で集中力を保てるのは二十秒です。二十秒で何か一言かけてあげる。そこから始める。もちろん二十秒以上かけるなって言うことじゃありません。「二十秒しか、か。これならできるな。診療の邪魔にはならないな。」という影がちらつと心の中に浮かんだ人は、それはやはり自分のための診療からまだ脱してない人で、そういう観点で眺めてはいけません。患者にとって必要ならば、きらきら目を輝かせて身を乗り出してきたような質問ならば、何を聞きたいのか一生懸命聞きながら、その患者の知識のレベルに合わせて例え話なり何なりすればいいんです。

しかし一般には、決して小片山を目指してはいけないのと同じように、患者さんを小歯科医にしないように気をつけなければいけません。六年間日夜勉強にいそしんで歯科医になります。その知識はものすごいもので、歯科の全てを話し始めたらきりがありません。でも患者は歯科医になるわけでもなければ、程度がちよっと落ちる代診になるのでもありません。でも、良心的といわれる中程度のレベルの歯医者さんの話を聞いていると、よく患者を小歯科医に仕立てる応対をしているなあと感じます。

だからいかに歯の話とは別の話で納得させられるか。例え話で「こういったもんだよ。」と

「ああそうですか。」と、それで形式だけでうなずいているのか、これは本当に分かったのかな、その見極めの方がむしろ大事ですね。そういうふうな方式でやっていくことが大事であって、平均的には二十秒ぐらいです。良心的な医師が長々と無意味なお説教するのをやめようと自分を律するルールとしては、それ以上かけないことが有効でしょうね。それでもっと聞きたい、うんと大きくうなずいた時にだけ、自分にさらに説明を許す。そのぐらいがいいと思います。あんまり気張ってはいけません。それから教科書どおりに、片山さんや教科書のとおりによろうとしてはいけない。自分なりのうまいシステムを編み出して、患者が「ああこれで磨かなかったんだな。」「これでいやだいやだと言っていたんだな。」と分かれば良い訳ですから。

「何であの患者磨かないのかな。」と言うのは、そうですね、お勧めというかこれも直接の役には立たないだろうけど、推理小説ですね。「誰が犯人か、何故犯人なのか。」推理しますね。あれと同じです。「この患者は何故磨かないのか。」「誰がそれを阻害しているのか。」答えは自分で見つけ出さないと、本を読んでも出てきません。そのような頭の回転、それに慣れること。決して慈悲深い診療とか温かい診療の医の心とか、そういうものではありません。結果としてそれに役立ちますけれども、大事なのは「何故患者が今こういうふうな行動をとっているか。」その訳が分かること。その推理力です。

それは割り算と同じですね。足し算なら、答えは、 $3+5$ ならば3に足していつて4567と数えて行くと必ず答えが出るんです。そういうもんじゃない。割り算で11を7で割るときには、一度何かやってみなくては答えが出てこないです。1は立つか、立ちますね。それでは2は？、だめですね。そこで最初の位は1とわかります。このように必ず「ああだめだった」という経験を経て、トライアンドエラーを繰り返して答えが決まっていきます。そのようなものですから、答えの候補というのをとにかく自分であれかな、これかなといろいろ考えて思いつかなければ、出てきません。

その頭の働き、それが意外かもしれませんが温かい医療には一番大切じゃないか。真面目な人ほどそれに欠けがちで、教科書を一生懸命読んでそのようにやろうと思って、よく説明しようと思って長々と説明したりします。患者は内心あくびの連続です。

人間理解も同じです。生活にどこまで入り込むか。その必要度によってガラリと変わります。「この患者はうんと入り込まないと難しいぞ。」とか、「この患者はまあ楽勝だな。」とか、そういう見当をつけなければなりません。そしてこの見当を付けるには、足し算や掛け算のようにシコシコやっていくような模範解答はないのでして、割り算のように自分で失敗をくり返して経験を積むしかありません。割り算もだんだん見当をつけやすくなってきます。大切なのは同様に、見当が付くくらいに慣れていくこと。そして絶えずこれじゃないか、あれじゃないか

と頭を巡らせて答えを考えてみることに。僕の考え付くことはそんなところじゃないですかね。あと最後の質問は何でしたかね。

木下 弱った歯をどうしても使っていきますからストレスが溜まる。どう発散したら良いか。

長倉 ああ、ストレスが溜まる。どう発散したらいいか。

木下 歯科医自身が。

長倉 脳内革命っていう本、実はぼくは読んでないですけども、あそこに書いてあるようなプラス思考というのが一つ大事じゃないかと思います。失敗したことによって得たことが必ずあるんですよ。探せば。それに気付かないだけなんです。減入ってる間は。それによってこういう良いことがあったということですね、捜し出せるまで捜したらどうですかね。

これは全く違う話ですけども、部下を使う人が腹が立って、腹が立ってしょうがない。部下がミスをして。その時にその部下の良いところを三つ思い出せ、ということ聞いたことがあります。一つじゃないんですよ。三つ。これはわりと大変だと思います。カッカと怒ってる、「馬鹿なことしやがってあの野郎が。」と思ってる時ですから。

それと同じようにこの課題に今がつくり減入っていることに三つの自分にとってのプラスを捜し出せというのをやってみたらどうでしょうか。それはあんまり、ネタをばらさない方が良いと思いますけれども、それを一生懸命三つ探して出してる間に、減入ってるの忘れますよ。

落ち込んでる境遇からいつしか脱しているのではないでしょうか。

例えばですが、他にもいろいろあるでしょうけれども、今思いつくものとしては、真面目な先生方はそういうときに滅入りっぱなしになるんじゃないかな。真面目なだけにね。そうするとストレスがたまるだろうなあ。

「ああ、あの患者失敗したな。二本もいっぺんに抜けたな。」そこで良いことを三つ、はい挙げろ、と。自分にとってよかったところです。例えば「レントゲンをちよつと油断して、実際にはここまで写ってなかったんだけど、頭の中でここは大丈夫写ってるだろうと思ってもう一枚撮らなかった。そうしたらそこがやられてた。こういうことがあるということを知ったな。一つ。」とか。そういう感じですね。三ついいことを挙げ終わる時点では気分が転換していて、真つ暗な絶望の淵から抜け出してますよ、きっと。

あと、一般的にはストレスというのは絶対にあるものだと言われます、どういう生き方をしているても。これもまたちよつと逆説的になるけれども、「どんな仕事をしようとその人の悩みの量は決まっている」という考え方があるんですね。七十悩む人は歯医者さんやろうと新聞記者やろうとやっぱり七十悩む。ほいほいといい加減に移ってく奴は何の職業やっても十しか悩まないと言うんですね。だから職業病みたいなものがあると言われるけれども、それは悩むことにあんまり悩まないで、ストレスは発散こそすべてということになります。これは本当だ

と思います。ストレスは、防止しようとするな。どう発散するかだけが大切だ、ということですね。例えば私だとカラオケか何かですかね。二時間カラオケボックスにかみさんと一緒に行つて、とにかく機械を休ませずに二時間こき使つて帰つてくると、少し声が枯れたりはしますけれども、いい加減くさくさしていることがあつても、まあそれは置いといて、みたいな心境になつていくものです。僕の場合はね。

やつぱりまともに悩みと向き合わないで済む場を探すのが正解のようです。私が割りと良いなと思うのは、最近良いなと思うのはゲーム機、パソコンのゲームのところを出してマージャンをやつて勝つことですね。あのパソコンのマージャンと言うのは、やつてると必ず勝つようにできてるんですね。マージャンのソフトでゲーム機械でやるのは訓練ですから、そうはいきませんが、パソコンにおまけとして組み込まれるマージャンは勝ちます。この頃のパソコンのマージャンは割りに露骨で、「こんなにうまく続いているパイが出る訳ねえよな。」としらけちゃうほどです。だからあんまりそう利口じゃないパソコンの方が良いですけども、それにしても勝つようにできていますから半チャン二回くらい一人で十五分、三十分もあれば割りと憂さは忘れるようになりますよね。その代わり熱中してやるようにする心がまえはいりますけど。

そんなくさくさしてることから顔を背けられること。それである程度浸れるもの、そういう趣味を探す。いろいろやつてみる。やつてみなきゃ駄目です。やつてみて「ああ、これがいい

や。」と分かるのが大切です。パチンコでも良いし何でも自分の浸り込めるもの。直面する悩みから気が逸れるもの。ゴルフは急場には間に合わないでしょうけど練習場に行くという人はやればいいし。一般的にはそれこそストレス解消の心理学では、もうご存じかもしれませんが、お勧めはスポーツです。体を使って一生懸命になれて、ちよつと疲れるものですね。でも自分は、ストレス解消に何がいいか、それはさっきの答えのようにやってみないと分からない。頭の使い方みたいなのが一つ入るんでしょうけど、それを見つけるまでやってみて下さい。こんなところでいいでしょうか。

木下 どうも有難うございました。

横畑 以上をもちまして本日の講演会を終了させて頂きます。

長倉 功（ながくら・いさお）先生略歴



1937（昭和12）年11月30日、東京生まれ。'60年3月、東京大学教養学科（科学史及び科学哲学分科）卒。同年4月、朝日新聞社入社。西部（小倉）経済部員、東京科学部員、大阪学芸部次長、月刊健康雑誌『朝日健康情報（フットワーク）』編集長などを経て、'89（平成3）年1月から編集委員（東京・学芸部）。'97年11月、定年で退職。

現在、東京医科歯科大学非常勤講師、健康・医療ガイドセンター（東京・本郷）の役員・歯科相談員を務める。これまでに、厚生省成人歯科保健対策検討委員会、東京都歯科保健対策検討委員会、厚生省歯科医師養成の在り方に関する検討委員会、厚生省地域歯科保健対策検討委員会などの委員を歴任した。

【連載記事】「シベリアたまたま入院記」、「心の原点」、「ボケがなおった」、「離婚」、▼「歯無しにならない話（1部＝歯槽膿漏、2部＝ブラッシング）」（'83年）、▼「新・歯無しにならない話—良医と出会うために」（'87年）、「現代養生訓」（'93～）など。

【著書】『くらしの健康学』（社会保険出版社）、『生命合成への道』（講談社）、『老人ボケがなおる』（社会保険出版社）、『炭酸ガス』（朝日新聞社）、『現代養生訓』（同）

【共著】『名医に聞く』（朝日新聞社）、▼『歯無しにならない話』（同）、▼『患者のための歯科のすべて』（同）、『心のプリズム』（同）、『地震列島』（同）、『ことわざ医学事典』（同）、『みんなの健康』（保健同人社）ほか。

▼共著ではないが、片山恒夫著『歯槽膿漏—抜かずに治す』（朝日新聞社）の聞き書きを行った。（以上、▼印は歯科関係）

【住所】〒164-0001 東京都中野区中野5-19-8

患者に人気がある歯科医師を目指すには

平成11年10月8日 発行

[非売品]

発行所 広島恒歯会

広島市安佐北区可部4-8-15

岩崎歯科医院内

「小片山」への警戒と対策 ―長倉 功―

「小片山になるな」論の補足

一九九八年七月二十一日～九月三日

講演内容の書き起こし文章の中に「小片山（しょうかたやま）になるな」という文章が出てくる。この理解が困難ではないかと思い、私の考えるポイントを不十分ながら、特に片山先生がよく仰言る「ええトコどり」をするな、という概念との対比で解説しておく。なおこの文章は、一応完成したところで片山恒夫先生に目を通していただき、「この通りでよい」と一九九八年九月三日にご返事をいただいたものをモトに、多少ミスを直し、リファインしたものである。

若手歯科医の感想

ある若手の歯科医師が私に語ったことがある。「片山先生のゼミを受けた。患者が治ってゆき、再発しない。非常に魅力的で、この方式を実践しようと思った。だが私の診療体系のココを直さないで駄目だと気づいた。だからそこを直そうとしたが、よく考えると、ココを直すにはそのモトになっているアソコを直さないと駄目で、アソコを直すにはそのまたモトになる部分を改善しないと駄目だ……という風になり、結局、『根本的に新しい診療所を作り、新たな発想で診療を最初からやらないで駄目だ』ということになってしまった。結局、まだ手をつけかねている」この話はよく分かる。歯科大学で学んだこと、歯科界の常識に従って進めてきた診療を、ちよっ

といじって片山式に替えようとしても巧くないのだ。

これまでの歯科診療の常識は、教科書から教わった。一つひとつの技術は、抜歯技術、根管治療、虫歯の切削技術などのように、それぞれ独立しており、別分野の専門家たちがまとめ上げたものが別個に存在している。歯科医師は、それぞれを別々の専門家である先生から別々に学び、それを一つひとつ患者に適用して臨床を実施して来た。だから例えば根管治療だけを水平式から垂直式に変更しようとするれば、垂直式の技術だけを研修会などで学べば済んだ。当然ながら、切削技術やインレー・アンレー技術などはそのままよくて、他の技術との整合性にさしたる問題は起きなかった。

だが片山式への変更となると、そうはいかない。

片山式では「なぜ歯を守らないと患者自身にソクが跳ね返って来るか」を教える患者教育が徹底しているが、この答えを患者に分からせるには、患者一人ひとりの個性や予備知識に沿った展開が必要になる。患者の情報をつぶさに収集し、その患者を必要なだけ理解して、それに基づいてケース・バイ・ケースで行わねばならない。これに続くブラッシングのバックアップにも、必ずと言ってよいほど出る「患者独りでは越え難いハンディ」の克服にも、その患者を理解することは絶対に必要になる。これまでの歯科教育ではほとんどなかった『患者理解』が、患者教育や患者への支援と結び付いて片山式の一つの柱になる。学ぼうとする歯科医師が戸惑わなければむ

しろ不思議だ。

また、「その患者の歯がよくなるのは、どんな理由であれ歯科医師の自分の側に責任がある」と理解する、つまり片山先生の言う「患者を丸ごと抱え込む」気概が要る。こんな例の一つがブラッシングの患者支援だ。患者が磨かなくなつてあわてるのではなく、「誰しもある時期には怠け始めるもの」という人間性の理解に基づき、精一杯励まして継続させながらも、怠けの時期に入ったときの対策をあらかじめ冷静に練っておく。ブラッシングのレポート提出などで、怠け出したといち早く察知して（文章が短くなり、字も汚くなるなど、レポートを見れば怠け出したのが一目瞭然になる）、電話を掛けて励ますなど、患者だけでなく患者の家族まで一体にしたブラッシング継続を実現する。この気概とそれに基づく技術も、従来の歯科教育にはまったくない。患者が訪院しなくなつて歯が悪くなつてゆくのは、歯科医師側がいけないのだと教える大学はなからう。先輩などが教えるとするば、単に経営上の理由からだろう。だが片山方式では、この気概とそれに基づく技術の完成は歯科医師として必須だし、また前項の患者理解・患者教育と不可分に結び付く。

これとは別に、ブラッシング効果を最大限に引き出すために暫間固定・咬合調整・簡便キャップなどの技法を適用して口腔内のブラッシングの準備を歯科医師側が整える。患者のブラッシング継続と治癒への道程に応じてこれらの処置を適切に続け、義歯にも幾つかの特徴的な方式を施

して歯の保存に役立てて、ブラッシング効果を高める。必要ならブラッシングで望み得る永続的な治療状態に達した時点で永久固定を施して長持ちを狙う。学ぼうとする歯科医師にとって、これらは前二項よりとっつきやすからうが、それぞれに有効なレベルが厳しく、これらの処置のうち一つだけであつても、学ぼうとするとほとんどカルチャーショックを感じる戸惑いに襲われるだろう。

だが最も重要なポイントは、これらの技法が総合的・有機的に結び付いていることだ。一つの技術だけを取り入れて診療の改善に用いようとしても、歯科大学での学習内容や教科書のようにうまくゆかない。これまで発展してきた歯科技術としての歯周病対策と余りにも異質であること（従来の技法と連結するようには出来ていない）、それに片山式それ自体がきちんと完結して、一つずつの技法・技術が「片山式」という鎖の輪（リング）のようにつながり合い、鎖の輪に異質なものが入り込むと全体の総合的な方式が完結せずに崩れてしまう危険性がある。

例えば、歯科医師自身が技工を高い水準で実施できないと片山式は完結しない。暫間固定、簡便キャップなどの常用技術は、患者を待たせている間に技工物を作り上げ、患者の口に入れることによってのみ真価を発揮し、歯の微妙な動きに対処できると同時に、弊害を起こさずにブラッシングの励みに役立つ。従って技工の腕がなければ片山式という全体としてのチェーンは完結しない。技工の腕だけでなく、患者理解も患者の丸ごと抱え込む気概も片山式の完結には必須とな

る。

だから片山式を取り入れるとなると、学ばねばならない分野が多岐にわたり、それもちよつとやそつとの努力では水準に達しないと予測できる。この若手歯科医師のように「手をつけかねてしまう」のは当然のことだ。

「小片山」をめざす胎動

もう少しつぶさに、ブラッシングを中心とする歯周病治療を実践しようとする歯科医師の悩みを挙げ、これがどんな結果を生みやすいかを考えてみよう。

ブラッシングを重視し、「なぜ磨かないか」を患者ごとに理解してバックアップしようとする——としよう。診療台では患者が本音をなかなか吐かないものだとして予測できる。片山先生はそのため、相談室を作ったという。若輩の自分が相談室なしで成功するものか、疑問が浮かぶ。相談室を作らずに始めて、うまくゆかなかった場合、それが相談室を作らなかったせいかな、全般的な歯科医師側の手腕不足のためか、判じかねることになるだろう。だからとりあえず相談室は、片山式を真似して作っておいた方が無難だ。

同様に、歯科衛生士との情報交換と对患者作戦を練る討論室も要る。分析のために録音テープ

やビデオも必要になる。片山先生はこれらそれぞれのサブ・システムも精緻に考え抜いて作り上げたから、取り入れるとなると既製品では間に合わない。かなり資金がかかる。

でもこのようなハードウェアは序の口だ。人間的な要素——ソフトウェア面の解決はなお困難になる。片山式を実践するための歯科衛生士を教育せねばならず、自分も患者心理などを勉強しないと本音を聞けない。心理面の詳細な知識が必要だ。どうしたらこれをクリアできるだろう。

患者心理の研修を受けたい。でもそんな研修はまだ少なく、有効なものはお少ない。歯科に臨床心理士やカウンセラーがいない。臨床心理士やカウンセラーはたくさんいるが、歯科の実情や特殊環境をある程度分かっていると、患者への的確な対応を編み出す参考にならない。しかし歯科医師側のレベルの現状では、へたにこれら臨床心理士やカウンセラーが歯科を理解したら、それは歯科医師側から続出する「食っていけないならないように」「ほどほどに採算が黒字になるように」という要請にとかく流されやすく、「儲けのためのカウンセリング」の研修になってしまうかねない。というのは、臨床心理士やカウンセラーは「歯科医師には医療の根源を守る気概が欠けている場合が多い」とは気づかず、歯科医師も一般医師と同様に患者に対して最善を施すのが当然という前提に立って任務を果たそうと、実は患者への最善を頭に置いていない歯科医師の要請を真に受けてカリキュラムを組んでしまうからだ。と言って、臨床心理士やカウンセラーで医療の根本が分かり、歯科の荒廃ぶりを理解している人はまだいないと言ってよい（歯科

経営コンサルタントに関しても同様の弊害をよく見る。コンサルタントは医の倫理の範囲内で実行するとの前提で提案しているのに、歯科医師たちは患者に弊害があるかどうかを意識せずに素朴に実践してしまう。

そこでとりあえず、臨床心理などの学習なしにブラッシングの実践を本気で開始してみても、必ずしもうまくいかない。こちらの熱意に比例せず、磨き始める患者が思ったよりも少ない。熱意をこめて磨かねばならない訳を話すと、次第に来なくなってしまう。磨かせるようになった患者も、怠ける時期が来るとポロポロ脱落してゆく。

こういう時に磨かせ続ける手腕がないと、お手上げだ。「ブラッシングはモチベーションが難しい」とは、自分に腕がない告白に過ぎないが、この台詞の流行はいまだに終わっていない。片山先生の怠け防止策を採用しようと「ブラッシング・レポートの提出を」と頼んでも、患者に無視されるか、患者が来なくなるだけのことが多い。他の片山式チェーンが完結していないと、患者もなぜレポートなのか理解できず、意欲も上がっていないから、とてもレポート提出には至らない。片山式チェーンのうちのリング一つだけの実践が難しい好例でもある。

これに比べると、ブラッシングの研修はあちこちで開かれていて受けやすい。だがケース・バイ・ケースだから、研修や講習を聞いてもすぐに参考になる内容は少ない。この分野は歯科医師にほとんど基礎がないから、ここでも臨床心理などを基本から学ぶ方が早いと考える場合が多い

だろう。だが先に述べた事情もあるが、臨床の片手間では習得は難しいし、それに臨床心理学自体、まだ開発途上にあって歯科に應用できる成果がそろっているとはとても言えない。早く言えば役立たない——という事情も重なって、ここでも挫折する機会が増える。

一方、片山先生は技工をやれと叫ぶ。一日十二時間働き、四時間ずつ①診療、②技工、③一般教養（患者心理の理解や社会情勢によって変化する患者の実態を理解するため）、をやれ、というのが片山先生の主張だ。だが、①診療を四時間に限定する（収入の大幅減少を生む）、③一般教養（勉強しても何を掴むかが非常に大切だが、自分だけで本を読んでも「これが患者理解に役立つ」とは思えないのが普通）、なども実行が非常に大変だが、たとえ経営を無視して頑張つてやる気を出しても、若い歯科医師は「②技工」で決定的なお手上げになりやすい。

技工は本格的にやったことがない。確かに技工をやらないと不可能らしいが、技工の何処が大切なのかも、片山先生の挙げた例以外になるとよく分からない。熱心に取り組んでも、ある程度分かるようになるだけで少なくとも五、六年はかかりそうだ。前途遼遠で、減入る要因になったり片山式を諦めたりすることが多いようだ。

このような数々の困難を乗り越えて「ブラッシング」実践を本気で開始しても、必ずしもうまくいかない。うまくいかない患者が現れない方がマレだろう。磨かせ続ける手腕の欠如（述べた心理分野）に加え、言った通りに磨いていても悪くなる患者が出て来る。こうなると原因が分析

できず、適切な対応策も分らない。ブラッシング実践に必要とされる簡便キャップ・暫間固定・咬合調整などの歯科的技術を『歯槽膿漏——抜かずに治す』で学ぼうとしても、常用の歯科技術と掛け離れた技術がたくさん出て来て、一つひとつの技術の何処がポイントなのか、いやに古めかしい技術が出てくるが現代の技術ではなぜ対応できないのか、などが判然としない。でも患者に対して失敗は許されない。従ってブラッシング方式の実践とそのバックアップを確実に続けようとするれば、とりあえず物まねでも簡便キャップ・暫間固定・咬合調整などをそのまま取り入れざるを得なくなる。

結局、これまで挙げた数々の困難と同様、乗り越えてゆくには「とりあえず片山方式を、何から何まで真似てみるしかないか」と思うのがむしろ当然だ。とにかく片山先生は成功した。他の方法を混ぜると、混ぜたために失敗する可能性がある。安心できる方策は片山方式だ。すべて片山式でやっていけば、うまくいかない時には歯科医師の自分の修行不足と分かり、自分のどこを改善すればよいかも見当がつきやすいだろう。また究極には片山式の一部は変更できるかもしれないが、それは一応片山方式を実践できてみてそれからのことだ。——私の指摘する「小片山」志向の胎動が始まる。

片山先生の人生までは真似できない

片山先生はご自分で各分野の技術を統合し、ご自分のペリオ対策に当てはめて改善・修正を行い、独自でたくさんの方策を編み出して、それらを輪（リング）として片山方式というチェーン全体を完成させた。片山先生は、常に自分の臨床システムでいまペリオ患者への対策に何が弱い、それを補うには何が要るかを考えては、その手立てとしてリングを一つずつ考案し、作り上げてゆき、それが結果として片山方式チェーン全体の完成に近づいていった。

やや七面倒くさいが、このように過程を追って考えると、片山式の一つずつの技法（リング）の完成には、予想外に大きな背景があることがうっすらとも感じ取れるだろう。実はその通りだ。

一つだけ例を挙げれば、カラーフィルムが日本に普及するかどうかの時点で、片山先生は早くも患者の歯肉をカラー写真撮影し始めた。すばしっこく見えるが、聞いてみるとこれにはとんでもない歴史があった。昭和十一年に開業して間もなく片山先生は、「どんなに注意深く観察しても患者の歯肉を詳細に記憶しておくことは無理だ」と分かった。この時点から、それを補う方法をあれこれ模索して来た結果がカラーフィルム方式だったのだ。

患者の歯肉のココは前回の診療時にはこんな状態だった、それと比べてこうよくなっていると分かれれば、患者に何よりのブラッシングの励みになる。だが歯肉全体が時々刻々、形態も色も微妙に異なってゆくから、細部にわたって前回と比較した状況を「どこがどうよくなった」と自信をもつて告げられない。この突破口探しに苦しんだ。そこで戦前から白黒フィルムを使って形態を記録した。色彩は色彩表の明度・彩度・鮮度三方向の数値を当てはめて数字で表現した。しかしこれには非常に大きな困難がつきまとった。色彩表の該当数値を、正しくその歯肉個所と対応させねばならないが、歯肉には無限のポイントがあるから、恐ろしく時間を食う上に、指摘した場所がどうしても不正確になる。つまり該当数値に対応する場所は一カ所で、すぐ隣の場所の色彩表数値はこれと異なる。次回の診療時には形態が僅かに変化するから、前回のどの場所の色彩表数値が今回のどこに相当するかが分かりにくいのだ。これにはほんとと手を焼いたという。

ここまで聞けば、当時は高価だったカラーフィルムを使うという費用の問題は、労力と不正確さの克服に比べれば片山先生にとっては優に許容できる範囲内だったという事情が納得できるだろう。それが表面的には、「いち早く」カラーフィルムを使った実績になって現れただけだ。

カラーフィルム使用一つでも、背景には草分けの片山先生ならではの「いかに必然的だったか」の事情が潜むことが分かる。真似する歯科医師には、こうした草分けの必然の事情はない。同じ

カラーフィルムを使うにしても、患者の歯肉を正確に前回と比較する苦勞も、それを黑白フィルムで克服しようとする際の苦勞の経験もない。当然、これらを欠いた段階での「ごく僅かの症状好転（その間違いない証拠）が、患者の磨き続ける意欲の増強にいかにも強いバックアップになるか」という実感もない。こうした実感なしに形式だけマネしても、せっかく獲得した材料をどう患者に対して生かすか、関連する技術やモトになる気概が伴わないと空しい努力になることが多い。

なぜ片山先生がカラー写真を使ったか、だけでなく、片山式の各技法の生まれた事情・背景を学ぶことは極めて重要だ。片山式を取り入れるなら、この「学習」がほとんど必然とさえ思える。学ぶ深さにもよるが、どんな必要性や経緯で各リングが生まれ、チェーンに組み込まれていったのかが分かってくる。つまり取り入れようとする片山方式全体の理解が進み、一つずつのリングの要点も自ずと分かってくるだろう。もつと实际的に、ある壁に突き当たったとき、ある頭のよい真摯な歯科医師がどのような発想で壁を突破しようかと図り、成功したかという図式が次第に判明してくるかもしれない。こういう考案の図式から得るものが多くなるのではないか。

いずれにせよ、『歯槽膿漏——抜かずに治す』の精読は必須だろう。リング一つだけを取り入れる際の注意点も浮かび上がってくるが多かるう。

しかしこの姿勢はあくまでも片山式を取り入れようとする側の心掛けであって、草分けの片山

先生の心とはまるきり違う。この点の注意が肝要だ。いくら真似しても片山先生にはなれない。片山先生の苦労や発想を追体験出来る訳ではない。片山先生とは違う立場で、自分の患者を救うために片山式を学んでいるに過ぎない。この立場の違いは決定的だ。

ところがこの立場の違いをきちんと認識せず、カラーフィルムを使う、技工を一日四時間やる、その他ありとあらゆる歯科医師としての活動を片山式に改め、「あのすごい人の足元までなりと追いつこう」という歯科医師がいる。知っている限りでだが、一時は患者をとるのをやめ、つまり診療を中断して努力し始める歯科医師がかなり多い。「患者によいことだけをやりたい」という意欲や、それを行動に移す純粋さには打たれるものの、具体的なそういう行動は無意味だし間違っていると、私はずっと思ってきた。片山さんという人間と、自分という人間は別物なのだから。

小片山をめざしても、例えばカラーフィルムを真似してみても、それだけでは有効さがごく限られる。他のリング——すべての片山式の技法とそれを支える知識が全体に低ければ、究極的には片山式は実践できないことは繰り返し述べて来た。他の各リングとなるたくさんの技法の習得と同時に、片山先生並みに全体的なレベルアップをしなければならない。どちらも人間では不可能だと思うほど大変に難しい。

そしてたとえ各リングの技術習得と全体的レベルアップに奇跡的に成功したにしても、これで

片山方式が完結する訳ではない。なぜなら片山方式はあくまでも片山先生の個性で、片山先生が生まれ育ち、学んだ時代・環境の中で生み出された個性的な方式だからだ。つまり、形だけすべてを真似てきたとしても、その形を生かす精神までは真似られない。精神——観察力も気働きも探求心も粘りも器用さも片山先生並みにならないと、片山方式を完全に駆使は出来ない。そしてこれらの精神まで真似しようとする、今度は精神を支える意欲・動機などが問題になる。片山先生と同じとは言わなくても、同等に近い意欲・動機が必要ということになる。意欲や動機があつてはじめて精神が生まれるのだから、これは当然だ。だがこれは完全に不可能だ。

例えば、片山先生の「歯を失わせまい」とする強い意欲は、片山先生が幼くして母親を結核で失い、それより以前に医師が確言した「お母さんは大丈夫だよ、よくしてあげるよ」というカラ約束への恨みに基づく。この反面教師としての強い恨みがなければ片山先生の業績は成り立たなかつたろう（長倉功「昭和にんげん史——医の心」、朝日新聞一九八九年三月七、十三日夕刊参照。特に第一回）。この強い意欲は片山先生の人生体験から来た。誰も片山先生の人生を真似することはできない。たとえ母親を同じように失っている、片山先生と同一ような医師への恨みを抱くとは決まっていない。むしろごくマレな結果と言えるだろう。

この他、片山先生は恩師との対話で「歯科を足元から独りで革命してみせる」という約束をした。片山先生の家族の夕食は長いこと、家族全体でオカズが一皿だけだった。世俗的な幸福の追

求とは無縁で過ごしてきた。これら片山先生ならではの個性と環境から生まれる逸話のすべてを、誰も真似するわけにはいかない。万一真似できたとしても、それが無意味なことはもう述べなくても分かるだろう。

なぞるよりも「自分の患者たちへの最善」を

以上のように、片山式をなぞるように真似るのは不可能ではあるし、出来ても無意味だ。だが少なからず歯科医師たちが片山式をなぞりたくなり、形だけでも真似たいと思いつくに至るのは、なぜか。答えは簡単だ。片山先生が偉大だからだ。片山式が優れており、道を付けた人がいるから患者の回復・予後では安心できる。どこがポイントかが分からない。となると、先に述べたように、安全なのは「とりあえず片山式を真似する」ことになる。

片山先生の時代・環境・生まれ育ちによる個性的な方式と分かれば、それを形でなぞる意味はごく限られると納得できる。片山方式について、回復や予後の点から安心できる勘所をこつこつ掴んでゆくことは重要だが、むしろ片山方式そのものに囚われ、小片山をめざしてしまわない注意が必要になる——と私が強調する理由も分かるう。

ではどうしたらよいか。ポイントは、学習の途中で片山先生の偉大さに心を奪われないことだ。

その偉大さに感激するのは当然ではある。この感激を「自分も頑張ろう」と氣力を奮い立たせるのに使うぶんにはプラスだが、それに止めることだ。よし、この通りにやってみようという発想がいけないことは繰り返し述べたが、それとは別に、ともすれば「自分にはとても到達できなかったろう」「真似するのさえ無理だ」と減入る材料にもなりかねない。こういう心理に陥っている小片山の歯科医師を割によく見る。この精神状態に陥ると、この感慨に打ちのめされるあまり、いつか「患者そっちのけ」になってしまいかねない。

これらの弊害を避けるには、自分と片山先生との立場の違いをしつかり認識することが肝要だ。片山先生は、患者をよくする方策を思い巡らせて片山式に至った。だがそれを学ぶ歯科医師たちは立場が違う。片山式を取り入れるなどして、自分の患者をよくすることが臨床医としての最大の、そして不可避の責務である。つまり感激は感激として、それとは別に「自分が出来る患者（たち）への最善とは何か」という意識をがちり確保し続けるように心掛けねばならない。これが原点だ。「片山先生とは別の時空で、自分は自分の患者たちへの最善を尽くす責務がある」という意識さえしっかりしていれば、何から何まで片山式を真似してみようという発想は出てこない。

「小片山」をめざす努力の多くが不可能・無意味に近いことを見て来た。それより建設的な道があるように思える。つまり片山方式の総合的な理解と、それに迫る自分の技術・氣力のレベル

アップを目指しながらも、「自分の診療システムに取り入れられる片山式のリング」を一つずつ、弊害や全体のシステムの崩壊などに慎重に注意しつつ取り入れ、実践してゆくことだ。「片山方式の何を取り入れたか」よりも、むしろ「自分の診療システムの中で何処が弱体か、早急に改善すべき点は何処か」が大切になる。弱体を補うものとして片山式技法に適切なものがあれば、全体の整合性などに気を配りつつ取り入れてゆく。考えてみてほしい。当の片山先生自身がこのようにして片山式を確立していったのだ。これが臨床の王道である。

片山式のリングの一つを取り入れる際、取り入れないものについての考察も重要になる。つまり、

①自分の技術レベルが低いために現状では取り入れられないもの（対策は、必要度に応じた自己のレベルアップ）

②他方式と結び付けるのが難しくて先延ばしにしている技法（隣接分野の開拓を急ぐ）

③他の方式より優れているとは思えないので保留しているもの（生半可でない徹底的な理解をお勧めする。片山先生が、他の方式より優れていないのに採用することはない。必ず意味がある。誤解を解く努力を傾けたい。その後で発明・考案された技法でも、優劣を客観的に検討する必要がある。というのは片山先生が学び、伸びていった戦争前の時期は、その後に戦争で研究が中断し、戦後質量共に圧倒的な米国式が入りこんで打ち捨てられた形になったが、

戦争前に到達した歯科レベルは意外に高く、また人間性を重視する点で、ともすれば機械的発想を重視する米国式より優れていたものも多いからだ。今日の歯科医療の荒廃の多くは人間性の軽視に原因があることを特記する）、
などがこの際の要点になるだろう。

結果として、最終的に形では「小片山」に近いものになるかもしれない。だがそれは、一時診療を中断して闇雲に片山方式のすべてを真似ようとするよりも、「自分が培って得た最高のレベル」と胸を張って言える点でも、「道の途中で自分の患者に最善を尽くし続けた」点でも遥かに建設的だ。片山先生とて最初から完成されていた訳ではない。未成熟な段階を経て「片山先生としての完成」に近づいていっただけだ。それは「小片山」への道ではなく、いま述べた「自分の診療システム」の患者への最善という点からの絶えざる再点検・改善の道だった。診療は人間技である。完全はない。常にその歯科医師がその時点で「患者に最善」のものがあるだけだ。

自分の恵まれた特質を生かしたい

なぜ小片山を目指してはまずいのか、私が心配するもつと本質的なものがある。それは歯科医師一人ひとりがそれぞれ、かけがえのない素晴らしい個性の持ち主で、それぞれ独自の「患者に

対して有効であるに違いない特質」を持っているのに、それらを小片山を目指すことによって押し殺してしまう結果を生むことだ。

例えば実際にあった例だが、小片山を目指す真面目な中堅の歯科医師がいた。その中堅医師が、その患者の一人である中年女性について、「ずっと凄く真面目に磨く患者だったのに、最近なかひどく歯科医師の言うことを聞かなくなった、どうしてだろう……」と片山先生に相談した。ちようどそこに私がいた。話をよく聞くうちに、私には、「その中年女性患者は中堅医師に恋心を持ち、ある時点までは恋する女の柔順さで言うことをよすぎるほど聞いたが、何かのきっかけで中堅歯科医師が自分の恋心に応えてくれない（フラれた）」と思い、それでヘソを曲げて事ごとに言うことの反対をやるようになったのだ」と思えた。そう考えるとすべての中年女性患者の言動が納得できたからだ。私の解釈が正しかったか、間違っていたかは神様でないから分からない。だがそう指摘したら、その中堅医師は不満そうだった。後で片山先生から間接的に聞いたところでは、医療は神聖なのにそれを踏みにじっていると怒っているそうで、その中堅医師にはいまだに私の名前を出して患者を紹介できないでいる。

片山先生もスラッと背が高く、英国紳士風で、魅力的な男性だったろうが、その中堅医師も山登りが趣味のガッシリと逞しく、片山式を目指すほどまっすぐな性格で純情で、中年女性にはファンが多いだらうと思えた。片山先生が中年女性の恋心にどう対処したかは知らないが、私の

解釈に「なるほど」という表情で少し吃驚していたところを見ると、ずっと紳士的に振る舞ってあまり深入りしなかったように思えた。

もし私の推測が正しければ、その中堅医師は自分のせつかくの特質を歯科医療の成果に利用する術を自分から捨てているように思える。医療は神聖だが、何で知り合ったかには関係なく中年女性が相手男性に恋心を燃やし、中年ならではの積極さで迫る事態は今に始まったことではない。医師からも時に辟易した話を聞き、小児科医師からも「子供を病気に仕立てて通う母親」の話をよく聞く。歯科医師に対しても十分にあり得ることだ。

その対策を心得て診療に役立てることは無駄ではない。と言って、患者の恋心に据え膳食わぬは……と行動したりしたら家庭騒動が起こるし、場合によっては本当に医療の神聖さを犯す。だが、恋心を燃やして素直で柔順な心理を応用して、その時期に徹底してブラッシングさせることは可能だ。これは「患者のため」になる。だが挙げた中堅医師のケースのように、必ずフられたと感じる（思い込んでいただけだから、当方の態度によらずにあちらで判断する。予測は不可能の場合も十分にある）時期が来る。ひねくれた態度をとったりもするだろう。その有効な対策は、私自身が歯科医師ではなく、歯科医師として成功した話も聞いていないので定かではないが、いくつかを挙げれば、①いつか彼女の夢が覚めることを前提に、「患者のあなたの歯のため」を第一に考えている姿勢を前以てきちんとして表現しておく、②覚めたのには気が付かない振りをして彼

女の心の傷を最小限にとどめる、③できれば歯科衛生士などに担当を替えるが、ブラッシングの成果など患者としての様子にはきちんと気を配り、声を掛ける姿勢は欠かさない、④その後もあくまでも「あなたの歯のため」だけを話題に、歯の予後に真剣な紳士的な振る舞いを見せ、可能な限り彼女の心情が昇華されるよう仕向ける——くらいしか思いつかないが、いずれ年月を経て歯科医師の真意は分かってもらえるだろうと思う。

やや突拍子もない例を出したが、女心を操る分野なら片山先生より能力的に優れている歯科医師はたぶんいるのではないか。もしかすると以上に述べた私の解説など間違いだらけで、それよりこういう方法が有効サと指摘してくださる歯科医師がいるかもしれない（こっそりでいいから乞ご教授）。

そして実は、この分野に限らない。言いたいのは、ご自分のいろんな能力がすべて片山先生より劣るとは限らないということだ。患者の歯の健康を回復させ、長続きさせるのに役立つ能力で「この点では片山先生より上」という自分の能力を発見するのが大切だ。技工とかブラッシングの激励手腕などでは難しいし、患者心理の理解（これはまだしも望みがある。片山先生自身、私が講演で挙げた真面目な歯科医師の陥りやすい落とし穴に、若いころはあれこれ陥ったろうと推測できる）もなかなか大変だろう。しかし、

▽ユーモア感覚で患者を巻き込み、引っ張ってゆく能力（真面目な片山先生にはやや苦手では

ないか)

▽クイズを出して患者を乗せてブラッシングに誘導する能力（正統的な片山先生が多用したとは思えない）

▽べらんめい調のざつくばらんな態度（片山ゼミで分かるように紳士的な片山先生とは逆）で好感を持たせる資質

など、自分で探してみしてほしい。片山先生に欠けていて、自分にたつぷりある能力を生かすために、いわば反面教師として『菌槽膿漏——抜かずに治す』を読み直すのも結構だろう。

先に挙げた私（長倉）の講演内容を模して、ここに皆さまに出題する。片山先生よりも自分に多くある『患者指導に有効な特性』を三つ挙げよ。

片山先生も人間だ。必ず挙げられる筈だ。「自分などつまらない人間で」と謙遜するにとどまらず、まともに考え、長くかかってもいいから三項目くらいは探し出したい。可能性は無限にある。陰気でネクラなら、逆にそれを生かして患者によい成果を挙げる方法はないか、気づかずに実践していないか。自分の人間理解が鈍いなら、鋭い感覚のスタッフを生かすなどの工夫はないか。スタッフ・ミーティングなどでどうやれば助力を引き出せるか。

なぜこんなことをしつこく強調するかというと、これらの特質が小片山を目指すとしかせなくなるからだ。ユーモアもクイズもざつくばらんさも、ネクラゆえのスタッフの助力も、片山先生

に目立って優れた特質とは言えないから、小片山をめざして必死になっていると自分にもし備わっていても意識に出て来ない。しかし聴衆参加に慣れてクイズも日常化した今日、片山先生が試みなかった（片山先生が若ければ気がついてすぐに応用したかもしれないが）クイズを応用すると、患者の歯科・歯ぐき理解がグングン進むかもしれない。

まず自分の診療の欠陥と特色をしっかりと踏まえ、総合的にトータルに患者への最善を目指して対応する技法・技術のシステムを完結させてゆきながら、自分に可能な片山方式をその中に取り入れてゆくのが正しい。

「ええトコどり」禁止の基盤

だが、以上のように述べて来ると、歯科医師各位の気はラクになるだろうが、片山先生が厳に戒める「ええトコどり」の弊害が生まれかねない。まだよく整理されていないために冗長なこの文章を付け加えたくなった大きな動機は、「ええトコどり」との違いを、私に可能な限り明確にしておきたいからだ。

「ええトコどり」とは何を意味するか。数多い片山方式の技法・技術のうち、自分に適して手に負えるものだけを採用し、全体のシステムは旧来の自分の方式を踏襲することだ。トータルな

完結されたシステムとして有効に患者の歯の長持ちに役立つ片山方式のうちの一つの技術だけを「移植」したら、それは異質なので役に立たず、整合性を欠き、患者に弊害さえ生むからと、片山先生は禁止してきた。この点から言えば、「決して『小片山』をめざすな」という私の指摘も、弊害ある「ええトコどり」と違いがないように見えかねない。この差をはつきりさせて置きたい。具体的に、まず「ええトコどり」の例を挙げる。

暫間固定は有効と考えて片山方式を真似するが、片山式の「針金で縛る」暫間固定の方式は非常に手間がかかるので、接着剤で直接に歯と歯をくっつける歯科医師が多い。これは片山先生が強く「患者に弊害を生む」と戒める。

暫間固定は、少なくとも一週に一度（時期によっては二三日に一度）は固定をやり直し、十五分から三十分、歯をいったん自由にさせてから固定し直す必要がある。その理由は――。暫間固定によって歯に加わる超過負担がなくなると、歯根膜が腫れて「浮いていた」歯が、歯根膜の腫れが治まった程度に応じて、数日で驚くほど沈んで回復する方向に状態が変化して、同時に上下の咬み合わせの影響も受け、一番動きたい位置に移動しようとする。この「その時に一番位置したい場所」に歯を移動させ続けないと、歯根膜に無理な力がかかり続け、ペリオに侵された歯の回復にも、長持ちにも弊害を生ずる。だから暫間固定は何度も何度もやり直すのだ。

歯の凸凹に合わせて太い針金を曲げ、唇側―舌側に細い針金を通して縛り、固定させて置くの

だが、診療時には細い針金を切ることによって歯はすぐ自由になる。そしてしばらく歯を自由にしておけば、他の処置を行った後、太い針金を再び歯に合わせ直す凹凸調整を行うせいぜい半時間の間に、歯の「動きたい場所」への移動が終了する。自由になると歯ぐきの腫れが数分で驚くほど変化し、歯ぐきの様相が変わることを、歯科衛生士の研究でも見た。

この場合、歯と歯を接着剤でくっつけてしまうと、歯を再び一時自由にするためには接着剤を削らねばならない。接着剤は歯と歯の接点に付く。接着剤を削る際には必ず歯の隣接歯との接点を同時に削ってしまう。接着剤をこの接点につけずに固定することは実際上不可能だし、また接点を削ることなく接着剤を剥がすことも不可能だ。

歯の隣接歯との接点は、特に若いうち（三十歳以下）は「点接触」している。丸く膨らんだ隣接面の一点が、隣接歯の一点と接触して接点を作っている。尤も接点は、噛むときに隣接歯と摩擦して、年齢が増すにつれて次第に削れてゆき、中年以降（四十歳代以降）は「面接触」に変化するから話が少し別になるが、今は若い層への影響を考える。

点接触だから、暫間固定を外す時に接点を削ると、隣接歯との接触の様子がかなり大幅に変化して無視できない。隣接歯との接点はちょうどトンガリ山とトンガリ山が山頂でぶつかって接する形だから、ちょっとした接点の変化でも、隣接歯との接触に与える影響は予想外に大きい。相互にズレ合う移動距離は、削った厚さの数倍に達するという。つまり見かけ以上の大きなスキマが

隣接歯同士の間に来ることになる。

奥歯の場合、歯は「奥から唇方向へ」と一方向だけに働く宿命的な力で動こうとしている。かなり大きなスキマが出来た分だけ、歯はこの力によって少しずつ唇方向に動く。またこの変化によって対合歯の相対位置も変化する。噛むたびに上下の歯は接触し、相対位置を変化させている。だから上下の歯と歯は、次第に新しい相対的な位置に移動して新しい咬合を作り上げる結果となる。

従って直接歯同士を接着する暫間固定だと、やり直すたびに咬合が変化する。咬合の変化は、予測しない悪影響を与え得る。顎関節症の大半は歯科治療の影響で発生するとも言われる。実際、何カ所も接点を削った歯列が三〜四カ月後に噛み合わせがガタガタになり、顎関節症のような症状を呈することがある。こんな症例はいくつも見た。

こういう複雑な理由があつて、暫間固定がいいからと安直に取り入れ、他の片山式を無視してそれ一つだけを勝手に実施すると、患者に悪影響を及ぼしかねない。これは、後で論ずるが歯科医師に「患者への弊害」を厳しく戒める倫理観が普及していない現状では、歯科医師が考える以上に大きな弊害となる。

以上は暫間固定の例だが、これに限らず、他の技法でも片山式を部分的に取り入れると、似たような弊害があれこれ生まれ得る。この弊害は枚挙にいとまがない。だから片山方式を取り入れ

るなら「ええトコどり」ではなく、全体を取り入れなければいけない——片山先生の言い分だ。この論理はよく納得できる。暫間固定で挙げたような無知のための弊害のほか、金儲けのために片山先生の考案した方式を応用して患者に弊害を及ぼしている例が多すぎる。暫間固定にしても、うすうす弊害があると知っても、手間が掛かるとか針金を合わせられないとか、料金を取れないなどの理由から、安易に直接接着法を施している歯科医師がかなりある。

Primum Non Nocere (プリムウム・ノン・ノケーレ)

針金式の暫間固定は技術的に難しく（ぴたりと患者の変化した歯並びに合わせねばならない）、手間もかかる。実際の臨床ではとても出来ない——と考えたある歯科医師は、V字型の細い針金を歯と歯に渡し、隣接面を避けて接着剤でくっつける方法を実施した。これについては片山先生も「許せる範囲」と認めている。

この二つを対比すると、片山先生が言う「ええトコどり」と、そうでない取り入れ方の差の一つが明白になる。つまり「患者への弊害」の有無だ。弊害防止には、片山方式の「鎖の輪」（チェーン）の全体を理解し、それを組み立てるリングに相当する細かい技法一つひとつの意味をしつかり呑み込む必要がある。患者への弊害が、無知によるか経営上の配慮によって発生するかにはよ

らないが、片山先生は「金のために患者の健康に悪影響を与える」害を、当然ながら指摘して厳しく糾弾する。これは大切なことなので、「ええトコどり」や小片山論から少しずれるが、簡単に説明しておく。

歯科医師は患者に医療を施し、その対価として収入を得る。医療の本質から言えばこの対価は成功報酬であり、患者に「健康上の幸せ」を与えた見返りとして、お礼に差し出されるべきものである。健保の出来高払いはこの点、医療の本質に沿ってはいない。だから健保の出来高払い方を正当と思ひ込んではいけない。

なぜ出来高払いが生まれたかにも関係するが、歯科を含めた医療全般において、患者に医療を施したときに、人間で出来る最高の技術で最善を尽くしても、成功しない場合がある。それは人間すべてに免れようのない「死」である。この場合に限っては、成功しなくても人知の限りを尽くしたことを「正当な医療」と認めざるを得ないかもしれない。

だが歯科では、ご存じの通り歯を喪失するには必ず相当する原因があり、その原因を上手に取り去って避ければ、歯の喪失を免れることが出来る。原理的には「死」に当たるような「失敗しても正当」な医療は歯科には存在しない。従って倫理的には、歯科医師の報酬は患者に「よいこと」を与えた対価としての成功報酬である。

現実には例外的に、すでに歯の喪失を免れ得ない状態で来院し、喪失は避けられないがそれに

伴う苦痛を除去するだけしか医療にはできない場合などがあるが、同一歯科医師がずっと同じ患者を担当して長く診てきた場合を考えれば、原理的に「失敗して正当」な医療はないという原則が理解できるだろう。

「患者によいこと」とは何か。一言で言えば、歯を失わないことだ。歯科医療の内容に概念的な歴史上の発展段階があり、①苦痛除去のための抜歯、②抜歯後の機能回復である義歯、③一生の食生活を健全に保つための天然歯列保存、の順に発展し、患者側の評価が発展に応じて変わってきたことを講演で述べた。第三の評価が高まってきた昨今では、歯の喪失は「患者に特に悪いこと」に当たる。もともと成功報酬である歯科で「特に悪いこと」を患者に与えて報酬を得るのは本来、言語道断と言つてよい。「やらずぶつたくり」以上の悪さになる。

むろん歯の喪失だけでなく、全般的に歯に対して悪影響を与える可能性のある処置は、本来成功報酬しかない歯科では、一般医療に比べても厳しく避け続けねばならない。従つて歯科医師としては、万が一にも歯に悪影響を及ぼす「かもしれない」医療手段は、ごく慎重に百パーセント避けて通る覚悟で、例外なくすべて排除し続ける必要がある。

この目で先の暫間固定の直接接着法を見ると、その害悪は「驚くほど大きい」ことが分かる。歯の喪失は、噛めなくなるからいけないことだ。顎関節症となると、噛めなくなるという決定的な害悪の点では同列だが、その上に頭痛・肩凝り・視力低下・腰痛などさまざまな全身症状まで

患者に付け加えかねない。倫理的原則を考えないままに來た歯科医師にとっては想像もつきかねる巨大な悪行に相当することが分かる。

ギリシャのヒポクラテス（個人名ではなく学派の名）の格言に、*Primum Non Nocere*（プリムム・ノン・ノケレ）がある。プリムムムとは第一、最大という意味で、英語の *Prime Minister*（総理大臣）の *Prime* の語源になった。*Non* はノー。*Nocere* は害、悪。つまり「第一は害のないこと」「第一は無害」になる。

医療に当たるとき、医師は患者を治したい、よいことを与えたいと考える。張り切るのはいいが、しかし待て。第一は、治す、よいことを与える事ではない、一番は害のないことなのだ、という戒めである。治癒を、回復を、と心が逸りやすい。だが手を施す前によく考えよ。それが患者に弊害を与えることはないか？。もし弊害を与えたら、いくら患者が回復し、治癒しても「第一に心掛けなければならぬこと」に反してしまうぞ、という戒めである。

よく噛める入れ歯を作った。だがその入れ歯は、残る天然歯に抱きつき、根を揺さぶって抜けるのを促し、そのうち天然歯を失う原因になった。「かめる入れ歯だから、ある程度天然歯を弱めることは仕方なかったのサ」と言い訳は、この *Primum Non Nocere* によって真っ向から打ち碎かれる。患者に悪いことを与える医療手段は避けねばならない。このような入れ歯は（いくら患者がその場で喜んで）与えるべきではなかったということになる。

患者に悪いことをしないのが第一（正しい）と考えれば、患者の天然歯喪失につながるような入れ歯はいけない。では患者にせつかくの義歯技術を施せなくなる。それでよいのか。答えは「YES」である！。入れ歯は天然歯をダメにしないようなものに限定される。天然歯をダメにするものしか作れなかったら、患者には与えてはならない。そんなことを言ったら、歯科医療が成り立たないではないか。もしそうであれば、現在「歯科医療」と思われているものは廃止するのが正しい——理論を詰めるとこうなる。

特に歯科医療に対する戒めの格言ではなく、一般医療の格言だが、特に現在の歯科では十二分に心に置くべき格言だ。講演で申し上げた患者側の「第三の価値観への移行」を考えると、この格言がいかにも正しく、歯科医師がいかにもこの教えに背いて来たかが実感できるのではないか。実際には、厳密にこの格言をモトにすべての処置を再チェックし、患者に害を与えないと分かって合格した技術だけを使ってゆくことになる。この目で再チェックする思考が歯科界に全然ない現在、とにかくじっくり一つひとつの技術を再検討してみることをお勧めする。同じ技術であつても、この格言でチェックすれば、現実には患者に施すときに従来にない注意をしながらということになり、害を免れることも多いだろう。嫌みに近いが、患者に痛苦を与えることは明白な害だから、無痛歯科治療はこの点からも必然と言える。

なおこの格言や解釈は、最初に片山先生から聞いた（『歯槽膿漏——抜かずに治す』に載って

いる）が、私は別途、故・中川米造阪大名誉教授のジャーナリスト向け勉強会でもかなり詳細な解説を聞いた。

反「小片山」志向と「ええトコどり」

片山先生が「ええトコどり」と激しく非難する片山式の一部のみの取り入れは、本質的に「患者に悪さを与える」ときに際立つことが分かった。これが何と言っても「ええトコどり」禁止の第一の理由だ。

「ええトコどり」には、いけない要素に他にどんなものがあるか。別の分かりやすい例で検討しよう。

患者に顕微鏡を見せ、磨く動機づけに利用する歯科医師は多い。これも実は片山先生が、顕微鏡の適切な倍率からテレビに映し出す方式まで、電機メーカーと共同で作り上げた片山方式の一つだ。

これのみを利用するのは、定義からは「ええトコどり」になるが、患者に「よし磨くぞ」と決心させる点で悪いことではない。片山先生もむしろ奨励する。顕微鏡テレビ方式を取り入れただけで即「ええトコどり」とは言えない。

だがこれを利用する歯科医師の動機が問題だ。患者の歯を長持ちさせようとその技法を探して、**「ああいいものがあつた。これで患者の歯を守る実地的な武器が一つ増えた」と嬉しく使うのならよいのだが、その場合なら、その歯科医師は他にもあれこれと、これまで「患者の歯の長持ち」への自分なりの工夫をして来て、それに上乗せする形で顕微鏡テレビ方式を使う筈だ。そういう自分の独自の工夫がなく、「あの歯科医院はテレビでバイ菌を映してみせて磨かせようとする。熱心な歯科だ」という評判を作る一助に使うだけとしたら、これは「患者のため」というより「経営のため」であり、結局は「不当な儲けのため」に当たる。結局は患者の歯を長持ちさせられない（厳しく見れば、最善を尽くさないことは間接的に患者に弊害を与える）。だから片山先生の言う「ええトコどり」になる。**

これで「ええトコどり」がいけない第二の理由は、**歯科医師の動機が不純——「患者の（歯の長持ちの）ため」ではない場合ということが分かった。ここまでは異論あるまい。さらに微妙なケースに進む。**

顕微鏡テレビ方式を使っているが、しかしその歯科医院では、他に効果の大きな技法があつても、少し面倒だと「手間がかかり過ぎる」と使おうとせず、安易に使えるものだけを歯科医院のステイタス向上のために利用しようとしたら、どうだろう。これでは全体的な効果を挙げられず、「ええトコどり」に当たる。説明してきた通りだ。

だが、ある技法については「大きな効果を上げる」ことは分かっているながら、その歯科医院の実情やその歯科医師の修行不足から取り入れていけないけれど、しかしその歯科医院で可能な限りの「歯の長持ち」はすべて応用しようとしているのなら、どうだろうか。

むろん「修行不足」という開き直りの上にアグラをかき、大きな効果を上げる技法の勉強をないがしろにしているとすれば、患者への最善を尽くしているとはいい兼ねる。「自分に与えられた天性」を努力によって開花させ、自分に可能な「患者に一番よいこと」を実行し続けることは、最も大きな意味で「患者への最善」を尽くすことであり、これにも反する。生きている間は勉強と言われる。これを怠ってはなるまい。

しかし自分で歯科医師の天性などの能力を自己査定した上で、冷静に片山式から応用可能な技術を選び、弊害を与えぬように万全の注意をしながら着実に取り入れていっており、患者の歯を長持ちさせる能力もジリジリと拡大しているのなら、どうか。片山方式の一部のみを取り入れることによって、患者に悪い弊害が発生していない。取り入れる動機も不純ではない。だから「ええトコどり」とは言えない。片山先生も快く許すに違いない。

ここで注意したいが、取り入れる歯科医師の能力は常に不十分だ。いろいろ真面目に努力してはいるが、能力を伸ばす途中にあり、完成してもいない。でも「患者にいいことをしたい」という善意、患者に悪さを与えないための慎重な配慮、腕を上げようとする絶えざる努力、研究に挑

んで地域の人たちに最善を尽くしてゆく意欲、などが備わっていれば、片山先生並みのレベルに達していなくても、片山式の取り入れは許される。

この歯科医師の採用した治療システムは、自分の腕前に合った独自の方式だった。だから別の表現で言えば、何から何まで片山式に盲従する必要はないと証明もされたことになる。むしろ自分の腕にまだこなせない片山方式の鎖の輪を無理して取り入れる方が、患者への弊害も増え、効果は上がらず、却っていけないことになる。片山先生が「あんたの腕をもうちょっと上げてから取り入れなはれ」と言いそうだ。

この上に、先に述べた「自分にたくさん恵まれている能力」にぜひ気づきたい。独自の（片山方式では顕著でない）「患者のため」になる方式を取り入れた患者対応のシステムを、じっくり形成してゆく努力も同時に払ってほしい。これあってこそ、片山先生が考案した片山方式も最大限の効果を発揮する。

朝日新聞を退いたせい、他のマスコミ記者が最近私に片山先生の特徴などを聞きに来る（主に雑誌だが）。その記者たちが「片山方式を継承する歯科医師はいないか」とよく聞く。私は「いる筈がない」と答えている。あらゆる偉人のシステムは、これまでもその偉人一代で終わって来た。キリストでさえ十三番目の弟子は裏切ったほどだ。後世に継続されたものはすべて、弟子たちが弟子たちの解釈で変形したものでしかない。聖書しかり、仏教の経典しかり。歯科の分野で、

内容が歯科の教科書として整理・洗練されればその教科書が残るだろうが、片山方式は臨機応変・千変万化で臨床的な色彩が非常に濃厚で、患者の人間的要素が加わるから、「一律にこうする」といった教科書的な固定的システムに整理するのは非常に難しい。だから純粋な片山方式を継承することは不可能と言ってよい。

何から何まで片山方式を真似しようと努める「小片山」志向の歯科医師が、片山先生の問題——片山方式を生み出した患者への思いを忠実に再現できるか——というと、それは私には疑問に思える。厳しい見方かもしれないが、そういう歯科医師の能力的な限界が見える気がする。むしろ自分で独自に「患者（たち）への最善」をしっかりと踏まえ、自分の方式を確立してゆく過程で、片山方式の優れたところを取り入れて「新・片山方式」（新しく応用した歯科医師の名がつく）とでも言うべきものを作り上げるのが課題だろう。それが結果として片山方式と非常に似たものになる可能性はあるが。

おわりに

この講演録は二時間分です。この後、場所を変えて食事をしながら夜遅くまで色々と話を聞かせて頂きました。そして後日「小片山」への警戒と対策を書いて下さいました。長倉さんの「記者魂」を見た気がします。私はこの「記者魂」に共感して「歯科医師の使命感」を育てたいと思います。心からの感謝とお礼を申し上げます。

(岩崎 博)

日に三度わが身を反省し患者への最善を考えながら診療すると、精神的ストレスはなくなるが経済的ストレスが溜り身体も疲れる。それでも頑張るのは「歯医者」の生甲斐は患者の感謝と信頼のなかにある」という言葉のズッシリした重みによる。片山先生の「いつまでモタモタしているんだ。」と言う声が聞こえる気がする。今回、本にまとめることで多くのことを学びました。長倉先生を始め御協力して下さいました皆様に感謝致します。

(横畑裕之)

先日、米国に旅行した。その体験として米国人は「Excuse me」「Sorry」「Thank you」という三つの言葉がいろんな場所で誰に対してもすぐ口から出るみたいである。日本人と随分違うと感心した。人に対する礼儀、心遣い、思いやり。それが人と人との交流を深め、人間理解につながるものがあると感じた。

(高崎靖士)

九七年の講演に続き九八年には補足論文をいただきました。『患者にとって最善とは何か』。「片山方式」の取り入れ・継承とはなにか。他人の健康のために歯科医師が何をさせてもらえるのか。改めて歯科医療の目標をいただきました。ありがとうございました。

(片山 淳)