咬合治療が上手くいかない患者をどうするか？

2 患者のメンタル評価のスキル

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科
全人的医療開発学講座 歯科心身医学分野

教授 豊福 明 Akira Toyofuku

1. はじめに

前稿で PBS (Phantom bite syndrome) に関して臨床的側面から概説した。

本症の治療に長年関わっていると「その歯科治療で当の患者本人は本当に幸せになったのか？」と問わずにはおれない患者を数多く経験してきた¹⁾ (図 1-1, 1-2)。中途半端に手をつけて、上手く行かないとすぐ丸投げ、ということではなく、「ここまではこの歯科処置で改善が見込めるが、その先の訴えは通法では解決しがたい」といった見極めが肝心かと思われる。「いかにも」という特殊な様相の患者ではなく、一見普通に見える患者こそ注意を喚起したい。特に前医のイレギュラーな処置を

みつけたら、タービンを握る前に一步踏みとどまる勇気も必要と思われる。そこで患者のメンタル面をどう評価できるか、が予後の分水嶺になる。

2. メンタル面をスクリーニングする

いわゆる不定愁訴を診る際、「どこまでが歯科で、どこからが精神科なのか？」といった質問を受けることが多い。誤解が多いようだが、歯科医師に求められているのは「精神疾患を確定診断すること」ではない。「あちら(精神科)の病気ではないか？」という「疑い」で十分であり、紹介することで患者さんも精神科医もメリ

図1-1 病歴20年以上のPBS患者
暫間義歯や咬合挙上副子などを交互に自分勝手に脱着し、シリコンパテの印象材で「マウスピース」を毎日自作していた。

図1-2 同患者のパントモ写真
歯科治療というより咬合崩壊に加担している感すらある。

ットがあるかどうかの判断こそが求められているのである²⁾。いわゆる不定愁訴の診断ツールとして PIPC が必要となる。

3. PIPC (Psychiatry In Primary Care)

Psychiatry In Primary Care (PIPC = プライマリ・ケア、医のための精神医学) は「身体科医」が自分なりに、かつ妥当に、精神的な対応ができるようになるための教育訓練システム (米国内科学会公認) である^{3, 4)}。消化器内科医である井出広幸先生が日本に導入した。宮崎仁、木村勝智両先生とともに精力的に PIPC 研究会を展開されておられる。この PIPC を学ぶことで、患者の長い話に付き合う必要はなくなる。フォーマットに沿った問診をするだけで、これまで解決困難と思われていた多彩な愁訴に本質的なアプローチができるようになる。患者との治療関係もぐっと深まる。

具体的には PIPC のフォーマット全てをもれなく質問する。所要時間はせいぜい 10 数分である。この過程で患者との信頼関係を構築でき、さらに「自分で診るか?」「精神科紹介が適切か?」の意思決定ができる。患者が抱えている問題の解決に繋げられるわけである。

4. PIPC導入の突破口

以下の 2 点の確認が突破口になる⁵⁾。その後、この PIPC に導入する。

① 歯科治療の後の発症か?

我々の検討では、歯科治療もなしに突然 PBS が発症した患者では歯科処置後に発症した群に比べ有意に精神科既往歴が高かった。発症の契機をよく確認することがヒントになる。

② 不眠もしくは睡眠薬の常用

日本の内科医はベンゾジアゼピンの処方が多いことが知られている。「内科医が“安定剤”を出したくなる患者」は、内科医からみても“心身症的な”患者である可能性が高い。

5. PIPCの構造

PIPC の構造は、背景問診を 7 分、MAPSO 問診を 5 分、治療の話の数分するという三本柱である。MAPSO は Mood (気分障害)、Anxiety (不安障害)、Psychoses (精神病群)、Substance induced (薬物誘発性障害)、Organic/Others (器質性・その他) の頭文字である。各フォーマットに沿って生活背景や心理コンディションを診る。M (気分障害) のうち躁病、あるいは P (精神病) が疑われたら直ぐに精神科に紹介する。

日常診療のなかで何気なく診ていたケースが、PIPC の導入により、その患者の背景や心理コンディションが浮かび上がってくる。その結果、今までお茶を濁してきた症状や愁訴に明確な解決の道が見えてくる。フォーマットどおりの問診をかけることで、これまで解決困難と思われていた多彩な愁訴 (MUOS) に本質的なアプローチができるようになる。

① 通法どおりの歯科処置でよいのか?

② 精神科へ紹介すべきか?

③ 心理面へ配慮しながらお付き合いするか?

の意思決定 (治療の方向付け) が明確になるのである。それぞれの状況に応じて、歯科治療のタイミングを図る。患者の人生すべての問題を解決する必要はないし、精神科医が診ても難しいケースは抱え込まない、ということである。

もはや MUOS に対応できない無力感にいら立つ必要はなくなり、先生方の「主訴解決力」は飛躍的に向上する。

PIPC の問診を 100 例経験すれば、MUOS に悩まされることはまずなくなる。自分で診るか、紹介するか、即時に意思決定できるようになる。更年期の男女で精神科既往歴なし、など人生がほぼ順調な場合は歯科で抱えても大丈夫なことが多い。

プライマリケア医のための“心療”を学ぶ PIPC 研究会 (<http://pipc-jp.com/>) がその使用法についてセミナーを開催している。詳細を解説した書籍⁴⁾や DVD⁶⁾も出ているがライブの楽しさには敵わない。ぜひセミナー受講をお勧めする。日本歯科心身医学会の研修会で PIPC セミナーを開催し、大好評を博している。会員外でも受け入れている (図 2)。

表1 精神科紹介時の説明例

- a. 「自分が拝見した限りでは大きな問題はないように思います」と明言する。
- b. 「咬み合わせや痛みは個人差が大きく、あなたのように繊細な方もおられるし、かなり大雑把でも平気な方もおられます」
- c. 「これまでの経緯と今日拝見したところでは、歯や口の中の感覚が敏感になっているのかな、という感じがしました」
- d. 「最近、脳の過敏状態でこういった原因不明の痛みや歯の違和感が出ることで分ってきています。専門の先生に一度相談させてください」

6. 精神科専門医への紹介のコツ

問診終了時に精神科への紹介が適切と判断した場合は、表1のように説明し、同意を得る。

患者さんが求めているのは納得と安心である。やたら教科書的な知識を押し付けてもこじれるばかりで何も解決しない。「心因性」というニュアンスを前面に出すと余計こじれる。「脳が繊細なのかも」程度の一言の方がよっぽど腑に落ちる患者さんが多い。

また主訴に関係ない処置を繰り返すと、保険のレセプトは通るかも知れないが、患者さんに決定的な歯科不信を植え込みかねない。かえってダメージが大きくなる。あくまで患者さんの困りごとのソリューションとしての精神科紹介であることを前面に出す。

7. 丸投げ禁止

精神科への紹介は、丸投げでは上手く行かない⁷⁾。PIPCのフォーマットに従い、たとえば不眠、抑うつ気分、希死念慮などを把握すれば、根拠を持って精神科に紹介できる。患者は精神科受診にしばしば抵抗するが、PIPCのフォーマットを聞き終えたところで「今お聞きしたところで心配なことがありましたので、専門医に相談させてください」と強く言うことができる。その際、患者は歯で困って先生方のもとを受診したことを忘れてはいけない。まずは一緒に困ってあげる。その上で「これはうちでは治療が難しいから、他の専門医の力を借りたい」と言う方向で伝えていくのがコツである。紹介状に問診票のコピーを添付しておくといよい。

図2 PIPCセミナーの風景

座学のみではない参加型セミナーで、実践的な精神医学の基礎知識が学べる。

なお、精神科医は万能ではない。精神科医が、どのようなことを、どの程度してくれるかを知っておくことも重要である。また馴染みの精神科を「複数」確保するなど、セーフティネット・連携体制の構築も必要となる。

8. 「他院でここが悪い」と言われたと主張する患者への対処

それでも患者は咬合治療を求めるものである。「問題ないから」と断ると、「他の歯科医院に行ったら”ここはやり直さないとだめ”と言われた」などと述べ、処置を強要する患者さんも経験する。

そう言われると若い先生などは何となく弱い立場になって、つい言われるがままに無用な処置に追い込まれることがある。そういう場合は「そこまで言われるのなら、その先生に治してもらってきてください」ときっぱり伝えて構わない。場合によっては、「こちらから治療依頼の紹介状を認めるからその歯科医院を教えて欲しい」と伝える。大抵、「その歯科でも”責任取れない”と治療は断られた」としつこく白状するものである。

PBS は誰が診ても難治性である。前医の批判は卑怯者のすることであるが、昨今は責任も取れないのに患者の猜疑心を煽るようなことを放言して憚らない歯科医師が散見されるご時世となった。しかし、卑怯者は必ずひどいしっぺ返しを喰らうものである。

9. 補綴処置の再開のタイミング

PBS 患者の多くが幾ばくかの暫間義歯を有しており、最終補綴を要する。

木野⁸⁾の慧眼どおり、「咬合へのとらわれ」が軽減し、タッピングによる咬合接触位が安定し再現性が得られるようになったら、補綴処置の再開は可能であると筆者も考えている。この時期にはスタッフから見ても「落ち着いた」印象が得られることが多い。余談であるが、筆者がPBS患者の重症例を入院治療していた時⁹⁾、看護師(あるいは掃除のおばちゃん)から「あの患者さん良くなったわね」と言われることの方が主治医の判断よりず

っと的確であると言う体験をしばしばした。

患者が主治医に見せる姿は氷山の一角にすぎないと常に戒めるとともに、PBSには受付まで含めた院内スタッフの総合力で勝負することも重要であろう。他のスタッフの力を集約して患者さんの回復を評価できれば、院長一人で気張るよりずっと確かで心強いことは間違いない。

しかし、ここまで注意しても、歯科処置を再開するとたいてい症状は悪くなる。一時的(数日以内)なことが多いが、咬合の愁訴が再燃するものと覚悟の上で、治まるまで静観する。なおかつ1カ月以上も続くようなら、処置再開のタイミングが早すぎたと伝え、もうしばらく待機とする。その際、服薬を勝手に中断していないか確認する。順調に処置が進むのなら問題はないが、最後の最後で「大どんでん返し」もあり得るので、最終装着まで気を抜けない。

10. おわりに

25年以上診てきたが、PBSのような歯科心身症は、精神科医と歯科医が集まり、それぞれの担当領域の治療を分担すれば克服できるという疾病では決してない、という思いを強くしている。PBSの原因は単一ではなく、いくつかの原因が組合わさった症候群であろう。しかし、「歯痛」や「咬合の異常感」が生じる脳内メカニズムは、精神疾患の共存に関わらず脳内のある一定の回路を共有するのではないかと推測している。咬合の愁訴の原因が口腔内に限局したものか、中枢を巻き込んだものかの鑑別は歯科医師の仕事である。

これまで「心身ともに健常な」患者前提で構築されてきた歯科医学は「こうすればこうなる」式の予定調和が当然と見做してきた。治療がうまく行かなければ「それは術者が未熟だから」とテクニックの問題として片付けられがちであった。もしくは「不定愁訴」「病んだ患者」などと「メンタルな問題」として排除しようとするきらいが強かった。

しかし、もはや「健康で虫歯だけ」という患者さんの方が特殊で、歯科患者も有病者が当たり前と考えて良い時代に突入した。術前のリスク診断がますます重要にな

ってきている。医療連携が当たり前のご時世では、精神科で診るべき患者さんを歯科で抱え込むのではなく、歯科で診るしかない患者さんをどう捉え、どう治療して行くかが問題なのである。

我々の目指す新しい歯科心身医療とは、中枢を巻き込んだ歯科的症状、いわば“歯とこころ”が複雑に絡み合った病態に対応する総合的治療を行い得る歯科医療を意

味している。

「いかにも」という特殊な様相の患者ではなく、普通に見える患者の MUOS にこそ注意を喚起したい。口腔内のみならず中枢機能まで見据えて歯科医療を実践する時代がきている。本当に患者のためになる歯科医療の実践には、歯が専門だが、“こころも診れる”能力が歯科医師に求められているように思われる。

参考文献

- 1) 豊福 明: 治らない歯痛と咬合の愁訴をどうするか? 東京歯医師誌, 61 (5): 249-256, 2013.
- 2) 豊福 明: うつ病患者への正しい向き合い方. ザ・クインテッセンス, 33: 88-97, 2014.
- 3) 井出広幸: PIPC (Psychiatry In Primary Care). 臨床と研究, 89: 1236-1239, 2012.
- 4) 井出広幸, 内藤宏 (監訳): ACP内科医のための「こころの診かた」ここから始める! あなたの心療. 第1版: 265-276, 丸善 (東京), 2009.
- 5) 豊福 明: 歯科の不定愁訴(MUOS)への向き合い方. ザ・クイン

テッセンス, 34 (6): 1210-1219, 2015.

- 6) 井出 広幸: これならデキル!内科医のための精神科的対応“自由自在”<上巻><下巻>. ケアネット (東京), 2009. (ISBN-10: 4904357116)
- 7) 豊福 明: 咬合関連の不定愁訴をどう診るか? 東北矯歯会誌, 22 (1): 41-43, 2014.
- 8) 木野孔司: 咬合違和感を訴える患者が来院したら その原因と対処法についての提案. 歯界展望, 127 (2): 370-383, 2016.
- 9) 豊福 明, 梅本丈二, 喜久田利弘ほか: 歯科心身症の入院治療とその遠隔成績について. 日歯心身, 19: 37-42, 2004.