

歯科医学教育に必要な心身医学の概念と基本, Oral Medicine の重要性

杉本是明

Concept and foundation of psychosomatic medicine, and significance of oral medicine in dental education

Koreaki Sugimoto

Abstract: The Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology in Japan intends to introduce drastic reforms in dental education in schools of dentistry in 2009. We welcome such initiatives to avoid excessive dentists and any improvement in dental education. The author has already encouraged the inclusion of education programs on many medical topics in the curriculum of dental schools, including psychosomatic medicine (PSM) and oral medicine (OM). After all, this is vital for any change that transforms schools of dentistry to schools of oral science. However, there has not been established the education programs, clinical training, or research on PSM and OM in Japanese dental schools. Hence, there is a need to include the concept and add the foundation for PSM and OM, each representing a particular aspect of oral psychosomatic disorders (PSD), to the proposed changes.

From a dental practice view point, dentists are independent in making the diagnosis of oral PSD. PSD are not psychogenic disorders, but rather physical disorders in which stress plays a major role in their etiology. Exclusion diagnosis and differential diagnosis are necessary in the diagnosis of PSD. Psychogenic disorders are subclasses of psychiatric disorders. Psychosomatic physicians and dentists involved in the care of patients with oral PSD should base the diagnosis on the criteria recommended in the DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) for psychogenic disorders. Treatment of PSD should include the well being of patients, together with treatment of symptoms, arrangement of environment for natural cure, fulfillment of personal dreams, and support for self-control.

The major diseases of oral PSD are halitosis, glossodynia (burning mouth syndrome), temporomandibular disorder, and xerostomia (dry mouth). Globally, oral PSM is considered part of the entire PSM. OM is taught in dental schools and is part of the residency program in the US and European countries.

A drastic reform that includes the transformation of dentistry to oral science is necessary in the academic re-organization. Unfortunately, Japanese dentists do not seem to have enthusiasm for major changes. The stance of "oral specialty among whole medicine" is important in dental education; therefore, the cooperation of medical doctors is required in this effort. The subjects of oral PSM and OM must be part of this reform because at this stage; there are no specific curricula for these specific fields in undergraduate and graduate education programs in Japan. Time is running out and urgent changes need to be introduced in dental school programs.

Key words: oral psychosomatic medicine, oral medicine, undergraduate and postgraduate educations

キーワード: 口腔心身医学, 口腔医学 (口腔内科学), 卒前・卒後教育

はじめに

昨今の歯科医師過剰による歯科医学界の現状改善と、その歯科医師養成機関である歯学部教育の改革には異論がないところである。文部科学省は2008年から、「歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議」を開催し、検討を重ねている。脱稿時点での最終報告（第8回会議，2009年1月30日開催）では、第1次報告が示され、「確かな臨床能力を備えた歯科医師養成方策」として、次のような方向性を示した¹⁾。

- ① 歯科医師としての必要な臨床能力を確保する、
- ② 優れた歯科医師を養成する体系的な歯学教育を実施する、
- ③ 歯科医師の社会的需要を見据えた優れた入学者を確保する、
- ④ 未来の歯科医療を拓く研究者を養成する、

と提言している。そして、「歯科大学・歯学部をはじめとする歯学教育関係者においては、本提言に基づく改革に直ちに着手し、歯学教育の改善に不断に取り組むことを強く要請する」と、まとめている。

一方、2008年より、福岡歯科大学を中心とする8大学が、文部科学省に「戦略的大学連携支援事業」を採択され、3年間にわたり、補助金を受けて、「口腔医学の学問体系の確立と医学・歯学教育体制の再考」について研究を進めている²⁾。2009年現在、日本の歯学系大学院・歯学部で Oral Medicine を称する講座があるのは、北海道大学と東京歯科大学、鶴見大学だけである。いずれの教授も口腔外科学出身の歯科医師である。本邦ではまだ、口腔医学の教育と臨床および研究は確立していないと言っても過言ではない³⁾。

また、2009年現在、口腔心身医学を専門とする講座があるのは東京医科歯科大学のみであり、現在の歯学部教育においては、同大学以外、心身症（口腔心身症を含む）の教育をできる専門の教員がほとんどいないことを意味する。ところが、平成22年度の歯科医師国家試験の出題基準には、「心身症」が記載されている⁴⁾。いったい誰が教えるのであろうか？

そこで、本稿では、歯学部教育改革を鑑み、心身医学と心身症の基本的なとらえ方、主な口腔心身症の概説、口腔医学の重要性、そして近未来の歯学部教育のあり方について論じる。

ところで、Psychosomatic Dentistry や Oral Psychosomatic Medicine は、「歯科心身医学」とも「口腔心身医学」とも訳される⁵⁾。日本歯科心身医学

会では、上記2語および「歯科心身症」や「口腔心身症」も学術用語として認めている⁶⁾が、現行の歯科医師国家試験の出題基準（平成18年度）には、「口腔心身症」としか記載されていない⁷⁾。したがって、本稿でも「口腔心身医学」、「口腔心身症」として日本語表記を統一する。

また、本稿では Oral Medicine を「口腔医学」と訳する³⁾。

口腔心身症を取り巻く歯科医療界の現状

2006年4月に厚生労働省により歯科保険診療の改定が行われ、歯科医師が心身医学療法⁸⁾の算定をする場合、確定診断可能な医科診療科（心療内科や精神科などを指すと思われる）への依頼や紹介を求め、連携治療をすることを要件としている⁸⁾。したがって、この改定では「歯科心身症といえども歯科医師側に独立した主体的な診療権が消失してしまった」と解釈される⁹⁾。しかし著者は、心療内科医の立場からすれば、口腔心身症の診断をする場合、「歯科医師にも歯科の専門的な立場から主体的な決定権がある」と主張して来た。一方で、口腔心身症を診るには、口腔医学を勉強した上で、さらに全身の医学を広く学ぶ必要がある、そのためには心身医学/精神医学の科目のほか、内科学、外科学、臨床検査診断学、救急医学などの医科の講義と実習を歯学部教育のなかで充実させ、国家試験にも出題し、学部教育改革をすることが前提になると主張して来た¹⁰⁾。つまり、歯学から口腔科学への発想の転換が必要である。

歯科から心療内科に紹介された
口腔心身症患者の臨床的考察¹⁰⁾

2006年4月から2007年9月にかけて、他施設の歯科から当院心療内科へ依頼・紹介された患者20名、うち実際に心療内科を受診した患者18名を、日本心理学会認定心理士の資格をもつ日本心身医学会心身医療内科専門医および日本心療内科学会心療内科専門医が診察し、診断・治療した。

全患者の主訴、歯科医と心療内科医が診断した診断名、治療・転帰等を表1に示す。口腔心身症患者は症例# 3, 14, 16, 17, 18のように、歯科治療を契機に症状を訴え始めるケースが多いのが特徴であった。また、症例# 4, 6, 10, 14, 18, 20のように、数回心療内科を受診するも、その後来院しなくなるケースが多かった。

日歯心身：第24巻1号 2009年6月

表1 口腔心身症、および、ストレス関連口腔疾患患者の内訳（文献10より引用）

症例	年齢	性別	心療内科 受診までの 期間	主 訴	歯科診断名	心療内科診断名	治療・転帰
# 1	31	女	11か月	食いしぼりがとまらない, うまく話せない	顎関節症	口腔下顎 ジストニア	筋弛緩剤 + AT + ボツリヌス治療で治癒
# 2	34	女	12か月	両側下顎の疼痛と クリック音	顎関節症	顎関節症 (I型)	マッサージ, NSAID, 筋弛緩剤で治癒
# 3	35	女	2年 1か月	カリエス治療後の 持続性歯痛と頭痛	根尖性周囲炎, 頭痛	根尖性歯周炎に 関連した片頭痛	NSAID, Amytriptiline で治癒
# 4	39	女	6年	持続性歯痛	慢性疼痛	慢性疼痛	1回のみ受診で, その後来院せず
# 5	60	女	5年	口腔内全体が痛い	口腔灼熱感症候群 (Burning mouth syndrome)	疼痛性障害	SNRI で痛みを受容
# 6	60	女	10年	左顔面から頭部の痺れ	慢性疼痛	転換性障害	1回のみ受診で, その後来院せず
# 7	61	女	3か月	口腔内の灼熱感, 歯肉の締め付け感, 咬合異常感	舌痛症	鑑別不能型 身体表現性障害	向精神薬で一進一退
# 8	63	女	——	——	——	紹介されるも 来院せず	——
# 9	65	女	10か月	口腔内異常感 (口腔粘膜に紙が くっついた感じ)	口腔心身症 疑い	薬剤誘発性 口腔乾燥症	Benzodiazepine 系 向精神薬の中止で改善
# 10	67	女	6か月	舌尖部の痛み, 唾液で口のなかが泡だらけ	舌痛症	鑑別不能型 身体表現性障害	入院希望を拒否したら, 来院しなくなった
# 11	69	女	1年 4か月	舌のピリピリした痛み	舌痛症	舌痛症	SNRI, Amytriptiline で治癒
# 12	73	女	9か月	舌がヒリヒリ痛む, 食欲不振, 体重減少, 味覚低下, 口渇, その後, 全身の筋痛	舌痛症	線維筋痛症	SNRI 治療中
# 13	74	女	——	——	——	紹介されるも 来院せず	——
# 14	76	女	1年 9か月	補綴処置後の 左上6番歯周囲の べたつき感	口腔心身症	鑑別不能型 身体表現性障害	3回のみ受診で, その後来院せず
# 15	77	女	5年	味覚低下に始まり, その後, 舌痛, 食欲不振, 口渇感, 抑うつ気分	舌痛症	大うつ病性障害 (仮面うつ病)	SNRI で軽快
# 16	81	女	1か月	義歯が合わないなどの 不定愁訴	義歯不適応症, 口腔異常感症	心気症	かかりつけの 精神科へ紹介
# 17	83	女	6か月	カリエス治療後の 持続性歯痛	非定型歯痛 (アロデニア)	神経因性疼痛 (CRPS type II)	SNRI で痛み軽快
# 18	48	男	11か月	カリエス治療後に, 左頬部内側の腫脹感, 唾液が甘い, 舌が荒れている感じ	舌痛症	鑑別不能型 身体表現性障害	2回のみ受診で, その後来院せず
# 19	50	男	9か月	口腔内べたつき感	身体表現性障害 疑い	鑑別不能型 身体表現性障害	かかりつけの 精神科へ紹介
# 20	56	男	10か月	舌縁部の痛みと口腔内乾燥	舌痛症, 血清亜鉛低下症 疑い	舌痛症, 心気症	1回のみ受診で, その後来院せず

心療内科受診時の年齢順, 性別に記載。

治療ではすべての患者に簡易精神療法が行われた。AT: Autogenic Trainig (自律訓練法)

SNRI: Serotonin Noradrenalin Reuptake Inhibitors, NSAID: Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs

歯学部から口腔科学部への維新

診断名については、歯科医と心療内科医では異なっている症例があるが、その理由は3つ考えられた(表2)。ひとつは歯科医学的視点と心身医学的視点の相違によるものである(表1; 症例# 5, 16, 17)。また、症例# 10, 12, 15のように、口腔症状だけを診れば舌痛症と診断されるが、全身症状の一部ととらえれば、表1のような心療内科診断名になる。つまり、2つめは局所診断名と全身診断名の相違であり、その異同は難しい。口腔・顎顔面領域に症状が表出した患者の場合、例え全身疾患である心身症といえども、精神疾患の分類であるDSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)-IV-TR (Text Revision) の診断名にとらわれることはないと思われる。DSMはあくまでも精神疾患のための診断であり、心身症の状態にある疾患すべてをDSMで分類することには無理がある¹¹⁾。牛山らも、“歯科医師は歯科という診療分野から歯科心身症患者の診断・治療を行っており、歯科医師にこの分野における「客観的な診断」をしようとする主体性があるのではないかと主張している”⁹⁾。したがって、歯科医学的視点から局所診断名を用いることは間違っていないと思われる。しかし、症例# 1, 6, 9のように明らかに歯科医師が診断を誤っていた症例もある。つまり、歯科と心療内科で診断名が違う3つめの理由は、歯科医師の医学的知識不足による誤診である。これは、やはり歯学部教育のなかで医学教育が不十分なためではなかろうか。誤診は誰でも経験することであるが、自分の専門外だと認識してすみやかに適切な診療科に紹介することが大切である。口腔・顎顔面に症状があるから歯科の疾患だと決め付け患者を囲い込むことは、適切な治療の遅れを招く。そして、紹介できるためには、そのような知識がないとできない。知識不足は専門医への紹介を鈍らせる。

口腔心身症を診るためには、歯科的精査ができる上で、口腔医学にも精通していることが重要である。さらに、全身の医学を幅広く学習しておくことが必要であり、ひいてはこれが、“歯科医師側が口腔心身症の主体的な診療権”を復活させるための、より説得力のある方法であると思われる。

心身症 (Psychosomatic disorders) と 心因性疾患 (Psychogenic disorders) の相違

時々、患者に器質的異常がないからその病態を“心因性”だと捕らえ、イコール(=)“心身症”だと診断する医師や歯科医師がいる。しかし、心因性疾患

表2 歯科診断と心療内科診断が異なる理由

- | | |
|--------------------------|---|
| ① 歯科医学的視点と心身医学的視点の相違 | ⇒ 歯科の専門性から、口腔心身症を診断する主体性がある |
| ② 局所診断名(歯科)と全身診断名(医科)の相違 | ⇒ 歯科の専門性から、口腔心身症を診断する主体性がある |
| ③ 医学的知識不足による誤診 | ⇒ 紹介が遅れ、治療に支障がでることもありうる
⇒ 歯学部教育改革が必要 |

Psychogenic disorders は心身症 Psychosomatic disorders とは言わない。そこでは、機能的異常を見逃している。心身症の定義は、日本心身医学会によれば¹²⁾、「身体疾患のなかで、その発症や経過に心理社会的因子が密接に関与し、器質的ないし機能的障害が認められる病態であり、神経症やうつ病など他の精神疾患に伴う身体症状は除外する」となっている。つまり、心身症は、器質的異常がなくても、機能的異常による場合もある訳で、症状の表出には心理的・社会的・倫理的なストレスがその病態に関与しているということである。但し、機能的異常が続くと器質的異常を引き起こすことがあることに注意しなければならない。この機能的異常は、機能的身体症候群 Functional Somatic Syndrome (FSS)¹³⁾による概念も含む。FSSには慢性疲労症候群や線維筋痛症、機能的胃腸症 (Functional dyspepsia)、過敏性腸症候群、間質性膀胱炎、緊張性頭痛などが含まれるが、口腔領域では、舌痛症や顎関節症、非定型歯痛などが包括される。口腔心身症は、いわゆる精神疾患有病者歯科で扱う患者のことではないが、心身医学の理念からすれば、精神疾患に限らず、心でも体でも病をもつ者を全人的に歯科診療を行うことは大切である。口腔心身症の代表的な疾患は、口臭症(自己臭症も含む)、舌痛症、顎関節症、口腔乾燥症であるが、これらの症例が心因性か機能的異常かを鑑別することは、必ずしも容易ではない(表3)。心因性疾患は精神疾患のひとつであるが、心因性でも身体症状を呈したり、自律神経などの機能的異常を引き起こす場合がある(うつ病性障害や、パニック障害、神経性無食欲症など)からである。

心身症は、その定義によれば、まず身体疾患であることが前提になるので、いわば「身心一如」の概念である。一方、心因性疾患の場合、その病態の中心は「心・精神(あるいは脳内の機能的異常*とも言える)」

日歯心身：第24巻1号 2009年6月

表3 口腔心身症における心身症と心因性疾患の区別

	心身症の場合		心因性の場合
	器質的障害	機能的障害	
口臭症	●	●	●
(自己臭症)	×	×	●
舌痛症(≠舌痛)	×	▲	●
顎関節症	●	●	▲
口腔乾燥症	▲	●	●

●の病態のことが多いが、▲の病態の場合もありうる。しかし、その鑑別は必ずしも容易ではない。×は該当せず。機能的異常が長く続くと、器質的变化を起こしうることを銘記すべきである。

に原因があるので、「心身一如」の概念である。病態の主座が「身」にあるのか「心」にあるのかで、心身症と心因性を区別する。心身症の定義に当てはまらないが、心身医学的配慮がとくに必要な疾患をよく「広義の心身症」と呼ぶ人がいる。しかし、どこまでが狭義でどこからが広義になるのか曖昧なので、推奨できない。このような場合は、日本心身医学会の“心身医学の診療指針”にも書いてあるように¹²⁾、心身症の周辺疾患として、扱ったほうが良い。私はこれらを「ストレス関連疾患群」と呼んでいる。例えば、軽症うつ病や仮面うつ病、その他、身体症状が前面に出ている心因性疾患である。心療内科では、これら心身症やストレス関連疾患群を対象に診療している。

*ここで言う、脳内の機能的異常とは、コンピューターに例えると、脳の「ソフトウェア」の異常、例えば神経伝達物質の異常や環境による影響などによって起こる障害、である。だから薬物治療が行われる。一方、脳内に病変のある神経疾患は、脳の「ハードウェア」の異常、例えば脳血管が詰まったり(脳塞栓)、神経という配線コードが壊れて電気の流れが悪くなったりするような障害(脱髄)、である。神経疾患の症例でも心身症の特徴をもつ場合がある。

心身医学の除外診断と積極診断

日本心身医学会の診療指針でも示しているとおり¹²⁾、心身症の診断には“除外診断”と“積極診断”を要する(表4)。ここで言う除外診断とは、まず器質的・機

表4 心身医学の除外診断と積極診断

除外診断	積極診断
① 器質的・機能的疾患の精査	① 心身相関の把握
② 精神疾患の除外	② 特徴的な病像を把握

心因性疾患とは、あくまでも除外診断からつけられる暫定診断名であり、心療内科医や口腔心身症を扱う歯科医師は積極診断まですべきである。そして、心因性疾患ではDSMを用いた分類で診断する。

能的*(*著者加筆)疾患を精査し、精神疾患を除外することである。したがって、心因性疾患を除外しないと心身症とは診断できない。身体診療科の医師や歯科医師は、器質的な異常がない時、除外疾患として「心因性○○」と用いやすいが、心療内科医や口腔心身症を扱う歯科医は、さらに積極診断をする必要がある。積極診断とは、心身相関の把握と、「失感情症(失感情言語化症) Alexithymia」などの特徴的な病像の把握にある。

身体表現性障害や不安障害の場合、心身医学の専門家ならば、これら「心因性疾患」を比較的簡単に鑑別することができるが、身体診療科の医師・歯科医師は、「心因性疾患」と「心身症」の鑑別が難しい症例もあるかもしれない。しかし、心身医学を志す者は、「心因性○○」ではなく、積極的にDSM-IV-TRを活用したいものである。なお、DSM-IV-TRの注意書きにも書いてあるように¹⁴⁾、この基準を正しく使用するためには、一定の知識と臨床技能を獲得するための特別な臨床研修が必要である。素人がDSMを使って、勝手に診断してはいけない。但し、アメリカ精神医学会では、一般医のために精神疾患の診断手順(アルゴリズム)を別に刊行している¹⁵⁾。この本ではICD-10の診断対応コードまで示しており、この辺が心身医学とは違い、古い歴史と蓄積がある精神医学の進んだ面である。

一般に、精神科医は「心因性○○」という診断名は使わない。また、DSMはアメリカ精神医学会が発行する精神疾患の分類と診断マニュアルであるが、1980年の3回目の改訂の時(DSM-III)から神経症や心身症という言葉が消え、第4版(DSM-IV-TR)の現在に至っている。DSM-IV-TRでは、心身症に近い項目は、「身体疾患に影響を与えている心理的要因」(code #316)であるが、DSMは精神疾患の診断基準のため、“心理的要因”に主眼が置かれている。本邦の心身症の定義¹²⁾

歯学部から口腔科学部への維新

表 5 診断名の記載の仕方

	心療内科医	口腔心身症を扱う歯科医
心身症の場合	身体疾患名(心身症) #	身体疾患名(心身症) ##
心因性疾患	DSM に準じた精神疾患名	DSM に準じた精神疾患名

日本心身医学会で発表している疾患名(心身症とその周辺疾患)を参考にする。
日本歯科心身医学会で発表している学術用語を参考にする。

からすれば、宮岡が述べるように¹⁶⁾、明らかな身体疾患(症状)がない場合は心身症とは呼ばない。そういう意味では、心身症 Psychosomatic disorders は本邦特有の概念で、明快と言える¹⁷⁾。

なお、国際的には Psychosomatic disorders は次のように定義されている¹¹⁾。

- (1) psychological or behavioral influences thought to have played a major part in the etiology of physical disorders;
- (2) these mental disturbances are usually mild, non-diagnostic and often prolonged (such as worry, emotional conflict, and apprehension) and do not of themselves described in the text of chapter V, ICD-9; and
- (3) an additional code should be used to identify the physical disorders.

ところで用語の使い方が、「口腔下顎ジストニアは心身症である」という言い方は不適切であり、「この症例の口腔下顎ジストニアは心身症と判断される」と言った方が適切である。あるいは、「本例(本症ではない)の状態は、ある時期には心身症の特徴をもつ」と言えばさらに厳密である。診療報酬明細書の傷病名欄においては、「口腔下顎ジストニア(心身症)」と記載する¹⁸⁾。

以上まとめると、心身医学的診断には、心療内科医や口腔心身症を専門とする歯科医は、除外診断と積極診断をした上で、心身症である場合にはその身体疾患名(心身症)を記載し、心因性である場合には DSM に準じた精神疾患名を記載するのが望ましい(表 5)。この時、身体疾患名は、心療内科医であれば、日本心身医学会で発表している疾患名(心身症とその周辺疾患)¹²⁾ ならびに心療内科診断名¹⁹⁾ を、歯科医師であれば日本歯科心身医学会で発表している学術用語⁶⁾ を参考にする(参考とは、古い用語が記載されている

ものもあるので、その場合、各専門領域で現在認められ使用されている学術疾患名を使うという意味である)。但し、心身症か心因性か区別がつかない場合は、両診断名を併記しても構わないのではないかと筆者は思う。

心身医学的治療

日本心身医学会の診療指針でも示しているとおり¹²⁾、まず治療全般に渡って重要なのが、患者-治療者間の良好な信頼関係(ラポール)の確立と治療への動機づけである。心身医学的治療には、①臨床各診療科の身体療法、をまず優先させ、次いで患者の病状に応じて、②生活指導、③薬物療法、④各種心理療法、および⑤東洋医学的療法などを行う。④の心理療法には各流派(流儀)があるが、ひとつの流儀にこだわるのは良くない。むしろ、心身症の病態・治療モデル²⁰⁾として、サポートモデル(Support model)、セルフコントロールモデル(Self-control model)、オペラント条件付けモデル(operant conditioning model)、外在化モデル(externalization model)などを駆使して、「症状と上手に付き合う、自然治癒力を十分発揮できるように条件を整える、長所を伸ばし自己実現を図る、セルフコントロールできるように支援する」などに、焦点を当てた方が治療が奏効する。また、心理療法が奏効するためには、患者側の因子として、心理療法への動機づけ、社会復帰のための環境条件の整備、将来の生活目標に希望がもてるなどの要素が必要であり、そのためには必要に応じて治療者がアドバイスしなければならない。また治療者側の大きな因子として、治療者が健康的で、人間的に成熟し、安定したパーソナリティ、豊かな共感性や感受性といった、いわゆる「治療的自我(自己)」を涵養することにある¹²⁾。これは心身医療の Arts の部分であるが、理屈で説明するのは難しい。筆者自身も、常に治療的自我を高めなければならない。

口腔心身症の四大疾患： 口臭症、舌痛症、顎関節症、口腔乾燥症

東京医科大学医学部口腔外科が1976～1991年にかけて7341例にも及ぶ口腔心身症の疾患分類統計を行ったところ、最も多いのが口臭症で43.5%、次が舌痛症で19.2%、3番目が顎関節症で16.7%であった^{21, 22)}。その他、非定型顎顔面歯痛や口腔異常感症、歯科治療恐怖症などはすべて10%以下であり、上記三疾患で口腔心身症の8割近くを占める。施設により、ある程度来院患者の疾病構造に違いがあり、順番に違っても、口臭症・舌痛症・顎関節症が三大疾患であることに間違いのないであろう。また最近では、口腔乾燥症も増加しており²³⁾、著者はこれも含めて口腔心身症の四大疾患としている。

1. 口臭症 (Halitosis)

口臭症は、真性口臭症 Genuine halitosis (①生理的口臭症 Physiological halitosis, ②口腔由来の病的口臭症 Oral pathologic halitosis, ③口腔外由来の病的口臭症 Extraoral pathologic halitosis), ④仮性口臭症 Pseudo-halitosis, ⑤口臭恐怖症 Halitophobia に分類される²⁴⁾。口臭は、多少なりとも誰にでもあるものであり、実際に口臭がある場合、多くは起床時やニンニク・アルコールなどの飲食物・嗜好物摂取による①生理的口臭症か、歯周疾患や糖尿病などの②病的口臭症である。また、後述する薬物の副作用による口腔乾燥症に伴う場合もある。これらは、口腔衛生や原疾患の治療によって解決する。しかしこれら真性口臭症でも、心理的な要素を抱えることがあり²⁵⁾、心身医学的なフォローは必要である。一方、口臭症のうち、④仮性口臭症と⑤口臭恐怖症は、他者によって実際には口臭が感じられない場合であるが、カウンセリングや口腔衛生と口臭測定の結果説明で、症状を訴えなくなる場合を④仮性口臭症といい、真性口臭症や仮性口臭症の治療をしても頑固に口臭にとらわれ、器質的・機能的な要因がなく、生理的にも社会的にも何ら根拠がない口臭を訴え続ける場合は⑤口臭恐怖症と診断できる。宮崎らの報告では²⁶⁾、210名の口臭症の患者のうち、①が21%、②が37%、③が3%、④が35%、そして⑤が4%であった。

〔日本歯科心身医学会雑誌〕用字用語例⁶⁾による“自己臭症”は上記国際分類の⑤口臭恐怖症にあたる。いわゆる心因性口臭症であり、DSM診断では、心気症 (code #300.7) や妄想性障害 (code #297.1) などが

該当する。官能検査や口臭測定器 (ガスクロマトグラフィヤやポータブル・サルファイド・モニター) などで、実際には口臭がないと患者に説明してもなかなか受け入れてくれないのがこのタイプの口臭症であり、対処療法的な薬物治療もなく、もっぱら心理療法による治療が主体になる²⁷⁾。すなわち、受容・支持・保証を基本とした簡易心理療法と、認知行動療法である。症例によっては、精神分析的カウンセリングが効果的だ。これらの心理療法を繰り返し実施しながら、同時に身体療法も行う。そうすることで、患者の信頼 (ラポール) を得られやすい。しかし、時間がかかる割にはそれに対する診療報酬が少なく、治療に手間取ることが多い。自己臭症 (⑤口臭恐怖症) は統合失調症の初期症状のこともあり、精神科に紹介した方が良いケースもある。

2. 舌痛症 (Burning Mouth Syndrome, Glossodynia)

舌痛症の定義は Burket's Oral Medicine のテキストによれば、「症状を説明しうる器質的異常が認められず、検査所見にも異常がない口腔内の灼熱痛」である (つまり、舌の痛みだけとは限らない)²⁸⁾。舌痛症は“疾患名”であり、舌が痛む症状を示す“症状名”ではない。したがって、口腔カンジダ症や鉄欠乏性貧血などによって起こる舌痛は、舌痛症とは言わない。舌痛症に伴う症状として口腔乾燥感が知られており、46～67%程度の患者が経験すると報告されている^{29, 30)}。

舌痛症の原因は未だ良くわかっていないが、その病態は、豊福が提唱するように³¹⁾、“認知の歪み”と解釈すると理解しやすい。つまり“心因性”である。しかし、本当は舌の疼痛閾値が低下している (機能障害) かもしれない。それがストレスに関連して起こる場合、心身症と判断されるが、現在のところ、舌の痛みを客観的に評価する検査方法がないので検査できない。皮膚の痛みの定量には Pain Vision[®] (ニプロ社) と Neurometer[®] (プライムテック社) があり (図1)、保険適用もあるが、舌表面は粘膜なので、これをそのまま舌に使うことはできない。

“辛味”は痛みであるので、辛味の閾値を定量することができれば、舌痛の定量ができるようになるかもしれない。我々はカプサイシンのラット舌痛刺激で、世界で始めて視床下部 CRH hnRNA (遺伝子の1次転写産物である hnRNA は、mRNA より転写反応が早い。痛みストレス応答を鋭敏に反映する) の Real time PCR による定量に成功した³²⁾ (図2)。まだ動物レベルの実験だが、著者は舌痛の場合、“痛み”のかわ

歯学部から口腔科学部への維新

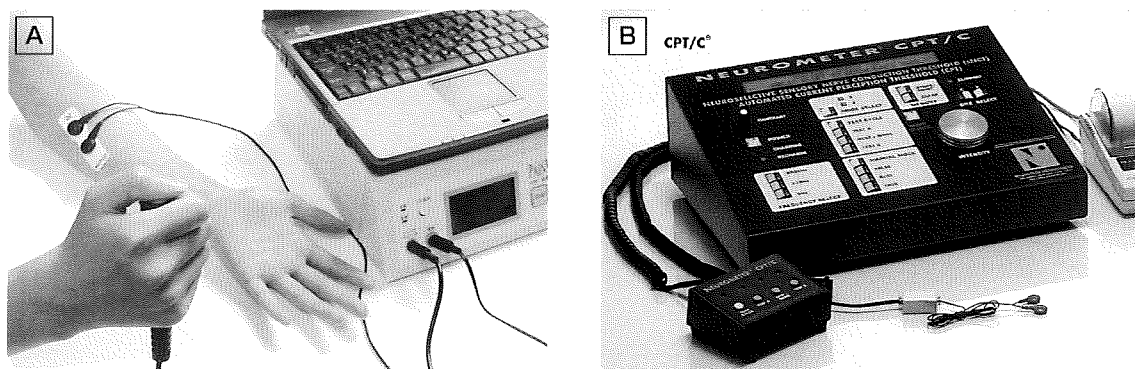


図1 現在本邦で、保険診療で使用できる知覚・痛覚定量分析装置：

(A) Pain Vision[®] (ニプロ社) と (B) Neurometer[®] (プライムテック社)(A) Pain Vision[®]

この機種は、電流知覚閾値 (a) のみならず、痛み対応電流値 (b) [被験者がもつ別な痛みと同等な電気刺激量] の2点を検査するところが特徴的である。「痛み度」と「痛み指数」は下記の式で計算する。

$$\text{痛み度} = 100 \times (b - a) / a \quad \text{痛み指数} = b/a$$

2009年現在、知覚・痛覚研究会により、我が国で Pain Vision の臨床評価の検討がなされている。

なお、パンフレットには、口腔内知覚も評価できるが如く表示されているが、筆者が被験者になって実際に検査した経験からは、口腔内は粘膜なので、このままでは検査不可能と思われる。日本製であり、メーカーの方に聞いたところ、現在、発売元で口腔用疼痛検査 (舌痛も含めて) を開発中。

(B) Neurometer[®]

この機種は、電流知覚閾値しか測らないが、周波数を変えることにより、線維特異的に刺激することが可能である (2000Hz = A β 線維, 250Hz = A δ 線維, 5Hz = C線維)。つまり、痛みの場合、250Hzと5Hzに該当する。ヒトには標準モデル (CPT/C) と簡易モデル (NS3000) があり、実験動物用 (CPT/LAB) もある。電気刺激は 10 μ A (0.01mA) = 1 CPT 単位として、換算する。

この機種では、換算するための標準検査対象部位が決まっており、どの部位でも痛みを定量できる訳ではない。口腔内や舌は検査対象外である。

アメリカ FDA の認可のもと 1986 年より世界中で販売が開始されたので、500 報以上の国際論文が発表されており、科学的な Evidence が豊富である。

りに「辛味」で評価できないか研究している。

3. 顎関節症 (Temporomandibular Disorders)

顎関節症の定義は、日本顎関節学会 (1996) によれば、「顎関節や咀嚼筋の疼痛、関節雑音、開口障害または顎運動異常を主要症候とする慢性疾患の総括的診断名であり、その病態には、咀嚼筋障害、関節包・靭帯障害、関節円板障害、変形性関節症などが含まれる」となっている³³⁾。顎関節症の診断基準³⁴⁾は、①顎関節や咀嚼筋等の疼痛、②関節雑音、③開口障害ないし顎関節異常、の主要症候のうち、少なくとも一つ以上有することで診断される。ここで注意が必要なのは、画像所見が陽性でも主要症候のいずれも有しない場合

は、顎関節症と診断できないことである。つまり、顎関節症の診断は、鑑別・除外診断をした上で、完全に症候からのみ行う。したがって、本症は顎関節の機能障害が必要条件になるので、その発症や経過にストレスなどの心理社会的因子が関与している症例では、心身症と判断できる。顎関節症は日本顎関節学会によれば臨床的に5型に分類 (症型分類) されるが³³⁾、I型 (咀嚼筋障害)、II型 (関節包・靭帯障害)、III型 (関節円板障害)、IV型 (変形性関節症) いずれの症型も、心身症の特徴をもつ場合がある³⁵⁾。Lindroth JE らは、筋性の顎関節症は心理ストレスと関連が深いことを報告している³⁶⁾。III型 (関節円板障害)、IV型 (変形性関節症) に対しても、認知行動療法が開口時疼痛に有効と

日歯心身：第24巻1号 2009年6月

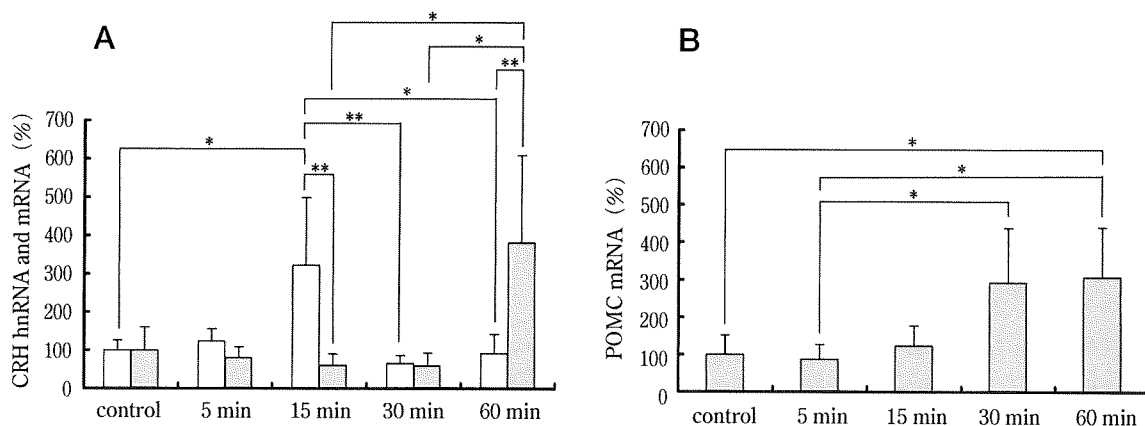


図2 Real time PCR を用いた舌痛後の視床下部 CRH hnRNA と CRH mRNA および POMC mRNA の定量解析

エーテル麻酔したラットの舌に 30mM のカプサイシン溶液を注射し、直ちに覚醒後 5, 15, 30, 60 分後に断頭し、視床下部と下垂体を取り出し、RNA を抽出後、逆転写反応にて cDNA を作製した。Corticotropin Releasing Hormone (CRH) の exon と intron プライマーおよび、Proopiomelanocortin (POMC: ACTH の前駆蛋白質) の exon プライマーを設計し、Real time PCR を用いて、各遺伝子転写を定量測定した。Control は無麻酔・無注射のラット。データは Control の遺伝子発現を 100% として Mean±SD で表示。*P<0.05, **P<0.01。

- (A) 舌痛ストレスにより、15 分後には脳内視床下部のストレスホルモン (CRH hnRNA) は 3 倍程度遺伝子転写が増加し、その後すみやかに減少した (白の棒グラフ)。黒の棒グラフは CRH mRNA。
- (B) 下垂体のストレスホルモン (POMC mRNA) は 60 分後まで 3 倍程度に遺伝子転写が徐々に増加した。

の報告もある³⁷⁾。顎関節症は Self-limiting (症状の自然消滅が期待されること) な疾患であることから、生命行動学的手法もとりの患者の自己管理教育が推奨されている³⁸⁾。以上のように、顎関節症はその症型を問わず、慢性疼痛化すると、器質的・機能的な痛みに加えて、心理的に痛みを修飾し³⁹⁾、複雑化させ悪循環を生むので、心身医学的アプローチが大切であると言える。

顎関節症の V 型 (I~IV 型に該当しないものは、日本顎関節学会が出版した「顎関節症」という書籍のなかでも説明が少なく、“精神神経学的な関与や病態不明なもの”⁴⁰⁾ とか、“除外しきれない他の関節疾患、あるいは、顎関節症ではなく精神心理的な問題などから症状を自覚している症例も入る可能性”⁴¹⁾ など、曖昧な説明に終始しており、言わば、カタルシス的な位置づけになっている。一方で、顎関節症と鑑別を要する疾患として、精神神経学的疾患 (統合失調症、躁うつ病、不安神経症、器官神経症、情緒障害、体感異常症など) を挙げており³⁴⁾、V 型についてはその意味づけが未だ整理されていないとは言い難い。

米国 NIDH (National Institute of Dental Research)

は 1996 年、顎関節症の管理に関する大要を発表し⁴²⁾、診断から治療まで多様な問題について述べている。また、同年、アメリカ口腔顔面痛学会 (American Academy of Orofacial Pain; AAOP) は頭部顎顔面領域の疼痛を診断・分類する基準を発表し⁴³⁾、顎関節症の分類では、I 軸 (身体疾患) と II 軸 (精神疾患) に分けている。II 軸には、不安障害、気分障害、身体表現性障害、虚偽性障害、詐病が含まれており⁴⁴⁾、II 群はいわゆる、心因性と言える。顎関節症に対する米国の定義・診断基準は、日本顎関節学会のそれと重なるところが多いが、その分類基準と細目に違いがある。日本のものは我が国における研究の発展経過や医療事情の歴史的背景をある程度反映したものであるからである。二者の分類の大きな相違は精神社会的因子の評価であろうと思われる。病因における形態学的・病態生理学的因子の評価については大きく変わるところはないが、米国はこれに精神社会的因子の病因としての意味付けを加えている⁴⁰⁾。

4. 口腔乾燥症 (Dry mouth, Xerostomia)

口腔乾燥症とは、口のなかがか乾いた主観的な訴えの

歯学部から口腔科学部への維新

ことをいい、症状名であり、疾患名ではない⁴⁵⁾。北米（アメリカ）では、アメリカ国立衛生研究所（National Institute of Dental and Craniofacial Research）が、次のように定義している。「Dry mouth (= Xerostomia) は、口腔内で唾液が少ないという感覚である」。そして、誰でも神経質になったり、怒ったり、ストレス状態下にある時は、ドライマウスになりうるとしている。この状態が慢性的に継続し機能障害をもたらす時、心身症としての口腔乾燥症と診断できる。

<http://www.nidcr.nih.gov/OralHealth/Topics/DryMouth/DryMouth.htm>

<http://www.nidcr.nih.gov/OralHealth/Topics/DryMouth/>

また、ヨーロッパでは、European Association of Oral Medicine (EAOM) が、次のように定義している。「Dry mouth には、Xerostomia と Hyposalivation という2つの概念が共存し（図3）、Xerostomia は主観的な訴え（つまり症状）であり、Hyposalivation とは客観的な所見である」。したがって、唾液分泌低下を伴わない Xerostomia も Dry mouth の一つだと明言している。

<http://www.eaom.net/app/prvt/VediNotizia.d/Notizia-74>

北米とヨーロッパでは、Dry mouth と Xerostomia に若干の概念の違い（つまり、北米では Dry mouth = Xerostomia だが、ヨーロッパでは Xerostomia は Dry mouth に含まれる）があり、口腔乾燥感を伴わない唾液分泌低下症を、北米では Dry mouth に含めないが、ヨーロッパでは含めている（図3）。しかし、いずれも、最も口腔医学のテキストとして伝統がある Burket's Oral Medicine の口腔乾燥症の定義を含んでいる。

一方、我が国では、2008年に日本口腔粘膜学会が口腔乾燥症（ドライマウス）の分類⁴⁶⁾を発表しているが、唾液分泌低下を認めないものは口腔乾燥症の定義から外しており、世界標準と合致しない。しかし、臨床の現場では意外と、この“唾液低下を認めないが口が乾く”と訴える患者が多く、問題になる²³⁾。なお、同学会の口腔乾燥症の分類記載には誤りがある。注1)に、“心因性の場合は歯科心身症と診断し、口腔乾燥症には含めないこととする”となっているが、前述のように、心身症とは心因性疾患ではない。心身症とは身体疾患であり、この分類では、2-1) 神経性口腔乾燥症に該当し、心身症かどうかは症例ごとに判断する。

口腔乾燥症にはいろいろな病態が含まれるが、ストレスが引き金となった心身症の状態にあることが少なくない²³⁾。心身症の場合、治療薬として抗うつ薬や抗

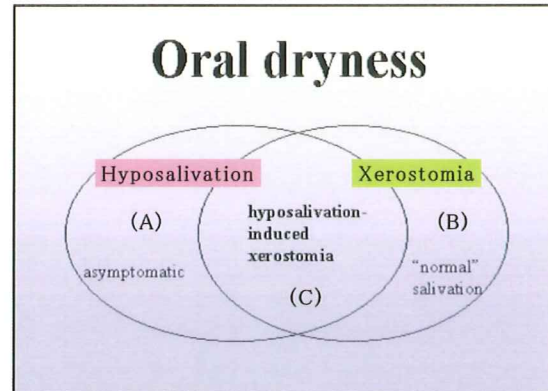


図3 口腔乾燥症の概念

（ヨーロッパ口腔医学会のホームページより引用改変）

唾液低下があっても口腔乾燥症を訴えない患者 (A) がいる一方で、唾液分泌が正常であっても口腔乾燥症を訴える患者 (B) もいる。ヨーロッパではこれらをすべて含めて (A + B + C)、口腔乾燥症と定義し、北米では、(B) と (C) を口腔乾燥症としている。一方、日本口腔粘膜学会は、(A) と (C) を口腔乾燥症と定義している。すなわち、欧米先進諸国は口腔乾燥症は (B) と (C) を含むとしているが、日本口腔粘膜学会は (B) を口腔乾燥症の範疇から外している。臨床的には、実はこの (B) の患者が多く、問題になる。いわゆる、「心因性口腔乾燥症」というものである。

不安薬が用いられるが、これらの薬剤もまた副作用として口腔乾燥があるので、注意を要する。口腔乾燥を引き起こす薬剤の一欄を表6に示す。医薬品外だが、Saliva substitutes (唾液代替品) が口腔乾燥の症状緩和に効果的との報告がいくつかある^{47~52)}。

器質的異常もなく、機能的にも唾液分泌低下がないが、口渇があると訴える口腔乾燥症の場合、心因性が考えられる。前述の積極診断を行えば、鑑別不能型身体表現性障害やパニック障害、全般性不安障害、うつ病性障害/双極性障害、虚偽性障害などが該当する。

世界の口腔心身医学と口腔医学

著者の調べた範囲では、欧米先進国に口腔心身医学の学会はアメリカの The American Society of Psychosomatic Dentistry and Medicine だけであるが、ホームページもなく、かなりマイナーな学会だと推測される。ヨーロッパやオセアニアには見当たらない。世界では、Oral Psychosomatic Medicine は Psychosomatic Medicine のなかのひとつのセクションとして扱われており、2年毎に開催されている世界心身医学会議

日蘭心身：第24巻1号 2009年6月

表6 添付文書に口腔乾燥が報告されている主な薬剤

一般名	商品名
抗コリン薬	
トルテロジン	デトルシトール
ソリフェナシン	ベシケア
プリフィニウム	パドリル
ブチルスコポラミン	ブスコパン, スコルパン, スポラミン
プロピベリン	バップフォー, ウリキュア, ノーラガード
オキシブチニン	ボラクス, ウルゲント, デライブ
臭化プロバンテリン	プロ・バンサイン, メサフィリン
ブトロピウム	コロパン, ブトロパン
トロスピウム	スバスメックス
チメジウム	セズデン, セズジウム, ソピタム
イプラトロピウム	アトロベント
フラボキサート	ブラダロン, フラボネート

抗うつ薬・三環系	
イミプラミン	トフラニール, イミドール
トリミプラミン	スルモンチール
クロミプラミン	アナフラニール
ロフェプラミン	アンプリット
アミトリプチリン	トリプタノール, アミプリル, ノーマルン
ドスレピン	プロチアデン
アモキサピン	アモキサ
抗うつ薬・四環系	
ミアンセリン	テトラミド
セチプチリン	テシプール, ビソプール
マプロチリン	ルジオミール, ノイオミール
抗うつ薬・その他	
バキセチン	バキシル
ミルナシبران	トレドミン
フルボキサミン	ルボックス, デフロメール
トラゾドン	デジレル, レスリン, アンデブレ

抗不安薬	
セルトラリン	ジェイソロフト
オランザピン	ジブレキサ
プロマゼパム	レキソタン, セニラン
クロキサゾラム	セパゾン
ブラゼパム	セダبرانコーワ
フルジアゼパム	エリスパン
アルプラゾラム	コンスタン, ソラナックス, アソリタン
エチゾラム	デバス, エチカム, デゾラム
クロチアゼパム	リーゼ, ロミニアン, リリフター
クロルジアゼポキシン	コントロール, バランス
ジアゼパム	セルシン, ソナコン, ホリゾン
メダゼパム	レスミット, パムネース
モサプラミン	クレミン
ロフラゼパムエチル	メイラックス, ジメトックス, ロンラックス
ロラゼパム	ワイパックス, アズロゲン, ユーバン
オキサゾラム	セレナール, ベルサール, ネブス
フルトラゼパム	レスタス

総合失調症薬	
チミベロン	トロベロン, セルマニル
ゾテピン	ロドピン, メジャピン, ロンゾピロン
塩酸チアプリド	グラマリール, チアプリム, チアラリード
ハロペリドール	セレネース, ハロステン, リントン
クエチアピン	セロクエル
クロカプラミン	クロフェクトン, バドラセン
スルピリド	ドグマチール, ミラドール, アビリット
ネモナプリド	エミレーヌ
ピモジド	オーラップ
プロムペリドール	インプロメン, ルナブロン, ブリンドリル
クロルプロマジン	ウィンタミン, コントミン
トリフロペラジン	トリフロペラジン
フルフェナジン	フルメジン
プロクロペラジン	ノバミン
プロペリシアジン	ニューレプテル, イリヤキン
レボプロマジン	ヒルナミン, レボトミン, ソフミン

2009年1月現在

(ティーアンドケー株式会社より許可を得て引用改変)

一般名	商品名
抗パーキンソン病薬	
メチキセン	コリンホール
カベルゴリン	カバサル
レボドパ	ドバゾール, ドバストン, ドパール
マザチコール	ベントナ
エンタカボン	コムタン
プロモクリプチン	パーロデル, エレナント, パロラクチン
プロフェナミン	パーキン
アマタジン	シンメトレル, アテナジン, ボイダン
カルビドパ・レボドパ	メネシット, ネオドバストン, ドバコール
セレギリン	エフビー
ベルゴリド	ベルマックス, ベセラル
ベンセラジド・レボドパ	マドパー, ネオドバゾール, イーシー・ドパール
ドロキシドパ	ドプス

アレルギー薬・抗ヒスタミン薬	
クロルフェニラミン	ボララミン, ボラジット, ネオレスタミン
ベボタスチン	タリオン
シプロヘプタジン	ベリアクチン, イフラサル
クレマスチン	タベジール, インベスタン
セチリジン	ジルテック
ヒドロキシジン	アタラックス, ジスロン
メキサジン	ゼスラン, ニボラジン
エピナスチン	アレジオン, アズサレオン, アブラチン
エメダスチン	ダレン, レミカット, エメロミン
アゼラスチン	アゼパチン, アゼピット, アゼン
アリメマジン	アリメジン
フェキソフェナジン	アレグラ
プロメタジン	ピレチア, ヒベルナ
ホモクローシクリジン	ホモクロミン, ヒスタリジン
ケトチフェン	ザジテン, キセプレン, ケトテン
アレルギー薬・その他	
ロラタジン	クラリチン
オロパタジン	アレロック
エバスタチン	エバステル
スプラタスト	アイピーディー, トシラート
セラトロダスト	プロニカ

抗不整脈薬	
ジソピラミド	リスモダン, ファンミル, リスピン
プロプラノロール	インデラル, ソラシロール, メントリース

降圧薬	
クロニジン	カタプレス
メチルドーパ	アルドメット, ダットリール
ヒドロクロチアジド	ダイクロトライド, ニュートライド
トリクロルメチアジド	フルイトラン
トリウムテレシ	トリテレン, ジウテレン
スピロラクトン	アルダクトン, メルラクトン, ヨウラクトン
グアナベンズ	ワイテンス
キナプリル	コナン
インダパミド	テナキシル, ナトリックス
フェロジピン	スプレンジール
ブラゾシン	ミニプレス, ダウナット, トラブゾン

鎮痛薬	
デクスメデトミジン	プレセデックス
モルヒネ	MSコンチン, カディアン, パシーフ
経粘膜フェンタニル	デュロテップ
バクロフェン	リオレサル, ギャパロン
セレコキシブ	セレコックス

その他	
モダフィニル	モディオダール
リバベリン	コベガス, レバトール
ゾルミトリプタン	ゾーミグ
リザトリプタン	マクサル
チザジン	テルネリン, チザニン, セブレチン
炭酸リチウム	リーマス, リオチマール
クアセパム	ドラール
トリアゾラム	ハルシオン
フルラゼパム	ベノジール, ダルメート
メロキシカム	モービック
デラビルジン	レスクリプター

歯学部から口腔科学部への維新

The International College of Psychosomatic Medicine (ICPM) が今年 2009 年 9 月にイタリアで開催されるので、その参加報告は別稿で紹介する。

口腔心身医学の基礎学問である口腔医学の学会は、アメリカにもヨーロッパにも存在する。有名なのが The American Academy of Oral Medicine (AAOM) と The European Association of Oral Medicine (EAOM)、そして The British Society for Oral Medicine (BAOM) である。AAOM と BAOM は国内学会であり毎年開催されるが、EAOM は 2 年毎の国際学会である。2009 年の AAOM は 4 月にマイアミで開催され、その内容は別稿で紹介した³⁾。アメリカではすべての Dental School で Oral Medicine が教授されている。ハーバード大学歯学部口腔医学の Dr. Sook-Bin Woo (Assistant Professor, Oral Pathology and Oral Medicine, Harvard School of Dental Medicine [HSDM]; Director, Division of Oral Medicine, Brigham and Women's Hospital [BWH]) によると、専門医試験の範囲が Oral Medicine を良く表しているという。すなわち、口腔病理学、口腔放射線学、粘膜疾患(皮膚科学)、内科学、薬理学、臨床検査医学、そして複雑な医学的問題を抱えている患者について試験が出る。ハーバード大の Oral Medicine の卒後研修プログラムは、HSDM での 1 年目の講義と BWH での 4 年間にわたる bed-side teaching からなる。BWH で Oral Medicine の入院患者、内科、皮膚科、耳鼻咽喉科、血液内科、腫瘍内科、そして希望する診療科、および人事課(アメリカらしい)をローテートする。後半の 2 年間は臨床しながら、基礎医学で研究にも従事する。この研究歴が、Doctor of Medical Sciences (DMSc) の学位に相当する。但し、これはハーバード大だけで、他の多くの大学は病院研修が主で 2 年間である。

なぜ今、歯学部教育改革が必要か？

— 「摂食・嚥下障害」を例に—

冒頭の文部科学省の「歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議」の設置を前に、臨床現場からは歯科医師過剰に対する危機感が 90 年代からあった。その反応に鈍かったのが大学人だったことは否めない。今では、いろいろな歯科医師が、それぞれの立場から、“このままの歯学部教育ではいけない”ことは認識しているが、その改革は一向に進んでいないのが現状である。どうしていいのかわからないのであろう。それに痺れをきたした形で、文部科学省の戦略的

連携支援事業として、医師である代表者のリーダーシップの下、“口腔医学の学問体系の確立と医学・歯学教育体制の再考”についての研究が開始されたのは、前述の通りである。

ここでは、ある具体的な事例を紹介する。数年前より、「摂食・嚥下障害」という学術用語が歯科で用いられることが多くなった。しかし、多くの歯科医師が使っている意味は、「咬合・咀嚼・嚥下障害」である。挙句の果てには、「摂食・嚥下障害」を略して、「摂食障害」と用いている歯科医師がいる。彼らは、“摂食障害とは精神医学の学術用語であり、何十年前前から、DSM で診断基準まで定義された精神疾患である”ことを知っているのだろうか？ 歯科医師数十人に“摂食障害という用語を学校で習いましたか？”と聞いたら、一人も“習った”と答えた者はいなかった。それもそのはずである。歯科医師国家試験出題基準に、この「摂食障害」という用語が出てこなかったからだ。そもそも、疾患名である「摂食障害」と症状名である「嚥下障害」を「・」にて同列に並べること自体がおかしい。「摂食・嚥下障害」が不適切な学術用語であることは、拙著に詳しい⁵³⁾。

最初に、嚥下を摂食という包括的なプロセスの一つの機能としてとらえ、摂食行為に Pre-oral stage および Preparatory stage を嚥下機能の前に導入した米国の原著論文を読むと、嚥下行為 (deglutition) を摂食行為 (Ingestion) 全体の一部ととらえるべきだというのが主旨であって、その障害は Deglutition disorders あるいは Disorder of ingestion と記載している。Eating disorders は摂食障害、Dysphagia は嚥下障害であって、決して摂食・嚥下障害ではない。

本邦で「摂食・嚥下障害」という学術用語を使い始めたのは、リハビリテーション科の一部の研究臨床医だが、歯科医は原著の意味も、「摂食障害」の疾患名も知らずに、リハビリテーション科の真似をして飛びついたのであるが実情ではなからうか。これは歯科医師過剰に加え、齲蝕が減少し、歯科でやる事がなくなったことと関係していると思われる。最新の日本神経学会神経学用語集(2008年)にも、日本心身医学会心身医学用語辞典(1999年)にも、「摂食・嚥下障害」という学術用語は記載されていない。日本リハビリテーション医学会に、2009年6月23日書面で質問したところ、同年7月24日、同学会評価・用語委員会より次のような回答が書面であった。“「摂食・嚥下障害」については本学会の用語集(2007年)には掲載していません。次期改訂では関係学会と調整し、誤解を招く可能性に

日歯心身：第24巻1号 2009年6月

ついて関係委員会と調整します”との返事である。なお、本邦で「摂食・嚥下障害」を使い始めた教授に筆者が直接尋ねたところ、「「摂食・嚥下障害」という学術用語は、適切でないことは承知しているが、適当な言葉が見つからないので、とりあえず仕方なく使っている」との返事であった。「摂食・嚥下障害」という新しい造語を、かつてに Dysphagia の意味や、「摂食障害」と使われると、関連診療科（精神科、心療内科、神経内科、脳神経外科、内科など）では大変迷惑する。

実は、最新（2008年11月出版）の日本歯科医学会学術用語集にこの「摂食・嚥下障害」が記載されている⁵⁴⁾。日本リハビリテーション医学会を初め、医科の各学会よりも先取りした形だ。しかし、その英訳が「dysphasia」となっている。Dysphasia とは Aphasia と同じ、「失語症」の意味だ。嚥下障害とは、正しくは「dysphagia」である。これは誤植では済まされない、とんでもない間違いである。著者は、この間違いを、出版者の編集部と、日本歯科医学会 学術用語委員会委員長に2008年12月4日書面で指摘し、訂正文（正誤表）を本書に挟んで販売するよう求めた。同年12月16日に書面で回答があり、「dysphasia」の英語が誤りであったことを認め、「近々、正誤表を入れる」との返事があった。しかし脱稿現在（2009年8月）、未だに訂正文（正誤表）を挟まずに同書を販売し続けている。呆れたものである。こうしている間にも、多くの歯学部生や歯学研究者が、この権威あると思われる「学術用語集」を用いて、間違った用語を覚えていと思うと、誠に残念でならない。世界から笑われる。

なぜこのような事態になっても、すぐに動かないのであろうか？ 体裁や威厳を重んじている場合ではなかろう。最新の日本歯科医学会 歯科学術用語委員会のメンバーを見ると、著名な歯学部教授が名を連ねているが、全員が、“これまでの歯学教育を受けた歯科医師”である。ここに問題があるのではなかろうか。

「歯学(部)」から「口腔科学(部)への維新」

10年ほど前から、歯科医師過剰とそれに伴う歯学部・歯学系大学院の教育・研究などが問題にされ、歯科開業医や勤務医の間では、歯科医療に対し無気力と無力感が充満しているように思われる。もはや自らの手で何とかしてこうという元気が感じられない⁵⁵⁾。

では、どうすれば良いのか。江戸幕府は黎明期の混乱を制し、鎖国して外国の影響を排し、安定期を経て、元禄文化を開花させた。これは本邦の歯科学が100年

以上前の明治39年に医/歯二元論の立場を取り、歯科特有の技術と学問を熟成し、世界に冠たるレベルの高い歯科学を完成させたことに似ている。その証拠が、他国に例を見ない、口腔衛生による齲蝕罹患者率の減少の成果をもたらしたことである。21世紀に入ると歯の再生医療^{56)~62)}まで登場した。これが完成すると、もはや一般歯科医のやることはおおよそなくなる。250年以上続いた江戸時代の鎖国した社会は、外国からの圧力により、尊王攘夷と開国の思想で混乱し、自ら瓦解して、明治維新へと繋がった。歯学部・歯学系大学院ももはや外圧により改革するしかないのではなかろうか。

先に述べたような医科の教科を教えるには、歯科に理解のある医師の専任教員が必要になろう。研究面では「歯ばかり」ではなく、口腔および全身の医学と関連した研究が必要になり、それができる研究医も必要であろう。“口腔を通して全身を診る”ことは不可能である。小さな節穴からのぞいても全体はみえない。“全身を診て、口腔を専門にする”という考え方が大切である。すなわち、歯学から口腔科学への学問体系の見直しである。その新しい目玉となるのが、「口腔心身医学」と「口腔医学」と考える。なぜなら、現在の歯学部では、これらの教育と研究そして臨床を實踐する態勢が整っていないからだ。しかも、多くの口腔心身症の患者が行き場をなくしているのが現状である。

日本の歯学教育においても、世界の趨勢に乗り遅れないよう「口腔心身医学」と「口腔医学」を取り入れ、医学教育を本格的に導入し、口腔科学へ発想を転換しないと、近未来の歯学部は将来はない。歯学部および歯科医師法を、医学部および医師法に1本化させる医/歯一元論も浮上している⁶³⁾が、5~10年の短中期的に断行すれば、大出血を伴うことに間違いはない。長期的には必要になるとしても、30~40年は医/歯二元論で、歯学部を口腔科学部に改組し発展させるのが現実的ではなかろうか。2009年夏、今の日本は時代の転換点にある。歯学部・歯学系大学院もあと数年が、立て直し可能な Critical Point に思えてならない。

ま と め

歯科医師にも、歯科医学的視点と局所診断の観点から“口腔心身症を客観的に診療しうる主体性”があると思われる。心身症は心因性疾患ではなく、その発症や経過にストレスが関与している身体疾患である。し

歯学部から口腔科学部への維新

たがって、心身症は病名ではなく病態であり、心身症であるかどうかの判断は、症例ごとに行う。心身症の診断には除外診断と積極診断が必要である。病態の主座が「身」にある場合は心身症、「心」にある場合は心因性疾患として区別する。心因性疾患は精神疾患のひとつであり、心療内科医や口腔心身症を専門とする歯科医であれば、精神疾患の分類である DSM に準じた診断名を用いる。心身症の治療には、「症状と上手に付き合う、自然治癒力を十分発揮できるように条件を整える、長所を伸ばし自己実現を図る、セルフコントロールできるように支援する」などに、焦点を当てるのが良い。

口腔心身症の四大疾患は、口臭症、舌痛症、顎関節症、口腔乾燥症であるが、器質的異常のある心身症か、機能的異常のある心身症か、心因性なのかは、疾患ごと複雑であり、各症例ごとに判断しなければならない。世界的には、口腔心身医学は心身医学の一つの分野として扱われている。口腔心身医学の基礎学問である口腔医学は、欧米の歯学部では学部教育のなかで教授されており、研修プログラムも存在する。

歯学 Dentistry から口腔科学 Oral Science への学問体系の見直しが必要と思われる。“全身を診て、口腔を専門にする”という考え方が大切であり、医学教育を本格的に導入することが必要ではなかろうか。その目玉となるのが、「口腔心身医学」と「口腔医学」と考える。なぜなら、現在、歯学部でも医学部でも、これらを卒前・卒後教育する態勢が整っていないからだ。しかも、多くの口腔心身症の患者が行き場をなくしている。歯学部・歯学系大学院もあと数年が、立て直し可能な Critical Point に思えてならない。

本稿は、第23回日本歯科心身医学会総会（2008年7月、東京）において発表した教育講演の内容に加筆して、まとめたものである。

謝辞

原稿の一部を御校閲下さった北海道医療大学臨床口腔病理学分野 安彦善裕教授、福岡歯科大学歯学部心療内科科学分野 稲光哲明教授、東北大学病附属歯科医療センター 口腔外科 千葉雅俊講師、宮城・仙台口腔保健センター長 杉本是孝博士、に深謝致します。

引用文献

- 1) 文部科学省：歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議—第1次報告—, 2009.
- 2) 田中健蔵：口腔医学の学問体系の確立と医学・歯学教育体制の再考. 学士会報 875: 62-67, 2009.
- 3) 杉本是明：“Oral Medicine”の現状に学ぶ，我が国の“口腔医学”の方向性—アメリカ口腔医学会（2009年）に参加して—. 歯界展望 114: 406-407, 2009.
- 4) 厚生労働省：平成22年版 歯科医師国家試験出題基準について. 厚生労働省，東京，53頁，2008.
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/tp0527-1.html>
- 5) Sugimoto, K.: How/What do you call “Neurology”, “Psychiatry”, and “Psychosomatic Dentistry” in Japanese?. 心身医 44: 793-797, 2004.
- 6) 「日本歯科心身医学会」用字用語例. 日歯心身 22: 100, 2008.
- 7) 厚生労働省：平成18年版 歯科医師国家試験出題基準. 財団法人 口腔保健協会，東京，104頁，2006.
- 8) 社会保険研究所編：歯科点数表の解釈. 平成18年4月版，社会保険研究所，東京，180-181頁，2006.
- 9) 牛山 崇，他：歯科心身症患者への対応に関するアンケート調査. 日歯心身 21: 49-55, 2006.
- 10) 杉本是明，他：歯科から心療内科に紹介された口腔心身症に関する臨床的考察—主体的な心身医学的療法の復権を目指して—. 日歯心身 22: 17-22, 2007.
- 11) Jantschek, G., et al.: Concepts of psychosomatic disorders in ICD-10: Results of the research criteria study. Psychother Psychosom 63: 112-123, 1995.
- 12) 日本心身医学会教育研修委員会編：心身医学の新しい診療指針. 心身医 31: 537-576, 1991.
- 13) Barsky, A.J., et al.: Functional somatic syndromes. Ann Intern Med 130: 910-921, 1999.
- 14) 高橋三郎，他（訳）：DSM-IV TR 精神疾患の分類と診断の手引（新訂版）. 医学書院，東京，20頁，2003.
- 15) アメリカ精神医学会（武市昌士，佐藤 武 訳）：DSM-IV-PC プライマリ・ケアのための精神疾患の診断・統計マニュアル，ICD-10 コード対応. 医学書院，東京，1998.
- 16) 宮岡 等：身体表現性障害の概要（特集 身体表現性障害）. 日医雑誌 134: 170-175, 2005.
- 17) Nakao, M., et al.: Assessment of patients by DSM-

日歯心身：第24巻1号 2009年6月

- III-R and DSM-IV in a Japanese psychosomatic clinic. *Psychother Psychosom* 67: 43-49, 1998.
- 18) 社会保険研究所編：歯科点数表の解釈。平成18年4月版，社会保険研究所，東京，180-181頁，2006。
- 19) 中尾睦宏，他：心身症と神経症の臨床的特徴—DSM-III-Rによる検討—。心身医 38: 48-54, 1998。
- 20) 稲光哲明：歯科診療に必要な心身医学の知識。福岡歯科大誌 34: 47-54, 2008。
- 21) 内田安信，他：歯科心身医学の臨床—歯科治療と患者心理—。歯科ジャーナル 24: 133-212, 1986。
- 22) 小関英邦，他：口腔心身症の臨床的研究—過去10年間の統計を中心として—。日歯心身 7: 218-222, 1992。
- 23) 安彦善裕：ドライマウスを訴える患者の心身医学的背景。歯界展望 114: 398-399, 2009。
- 24) Yaegaki, K., et al.: Examination, classification, and treatment of halitosis; clinical perspectives. *J Can Dent Assoc*. 66: 257-61, 2000.
- 25) Yaegaki, K.: Bad Breath Research Perspectives (Rosenberg, M., ed.). Ramot Publishing-Tel Aviv University, Tel-Aviv, p87-108, 1995.
- 26) 宮崎秀夫，他：口臭症分類の試みとその治療必要性。新潟歯学会誌 29: 11-15, 1999。
- 27) 内田安信：歯科心身症と口臭症。名倫歯誌 2: 58-63, 1999。
- 28) Blasberg, B., et al.: Orofacial pain (Greenberg, M.S. eds: *Burket's Oral Medicine*). 11th ed., BC Decker Inc, Ontario, p284-287, 2008.
- 29) Scale, A., et al.: Update on burning mouth syndrome: Over-review and patient management. *Crit Rev Oral Biol Med* 14: 275-291, 2003.
- 30) 松岡紘史，他：舌痛症患者のストレス反応と痛みの重症度，口腔乾燥感，口腔関連 QOL の関連性。日歯心身 23: 12-16, 2008。
- 31) 豊福 明：脳内の情報伝達系の障害と歯科心身症。歯界展望 113: 1134, 2009。
- 32) Sugimoto, K., et al.: Corticotropin-releasing hormone and orofacial pain. in submission.
- 33) 日本顎関節学会編：顎関節疾患および顎関節症の分類。日顎誌 8: 113-117, 1996。
- 34) 日本顎関節学会編（飯塚忠彦監修）：顎関節症診療に関するガイドライン。第1版，大西正俊発行，東京，2001。
- 35) Miyaoka, H., et al.: Mental disorders in temporomandibular disorder patients requiring psychiatric consultation. *Jpn Gen Hosp Psychiatry* 9: 49-54, 1997.
- 36) Lindroth, J.E., et al.: A comparison between masticatory muscle pain patients and intracapsular pain patients on behavioral and psychosocial domains. *J Orofac Pain* 16: 277-283, 2002.
- 37) 久村正樹，他：顎関節症治療に精神科医が加わったら，治療効果は改善するか。日歯心身 20: 1-6頁，2005。
- 38) 石橋克禮：顎関節症の疾患概念とその歴史の変遷（日本顎関節症学会編：顎関節症）。第1版，永松書店（株），京都，2-6頁，2003。
- 39) 小林義典：顎関節症（日本歯科心身医学会編：歯科心身医学）。第1版，医歯薬出版（株），東京，273-283頁，2003。
- 40) 飯塚忠彦：顎関節症診療のガイドライン（日本顎関節学会編：顎関節症）。第1版，永松書店（株），京都，7-14頁，2003。
- 41) 木野孔司：顎関節症の臨床（日本顎関節学会編：顎関節症）。第1版，永松書店（株），京都，19-28頁，2003。
- 42) National Institute of Health, et al.: Management of temporomandibular disorders. *JADA* 127: 1597-1614, 1996.
- 43) American academy of orofacial pain.: Orofacial pain, Guidelines for assessment, diagnosis and management. *Quintessence*, Chicago, 73-88, 1996.
- 44) 小池一喜：顎関節症。心療内科 7: 94-98, 2003。
- 45) Philip, C.F., et al.: Salivary gland diseases (Greenberg M.S., eds: *Burket's Oral Medicine*). 11th ed., BC Decker Inc, Ontario, p191-222, 2008.
- 46) 日本口腔粘膜学会・分類検討委員会：日本口腔粘膜学会の口腔乾燥症（ドライマウス）の分類案。日口粘膜誌 14: 86-88, 2008。
- 47) Kirstilä, V., et al.: Effects of oral hygiene products containing lactoperoxidase, lysozyme, and lactoferrin on the composition of whole saliva and on subjective oral symptoms in patients with xerostomia. *Acta Odontol Scand* 54: 391-397, 1996.
- 48) Epstein, J.B., et al.: A double-blind crossover trial of Oral Balance gel and Biotene toothpaste versus placebo in patients with xerostomia following radiation therapy. *Oral Oncol* 35: 132-137, 1999.
- 49) Warde, P., et al.: A phase II study of Biotene in the treatment of postradiation xerostomia in patients

歯学部から口腔科学部への維新

- with head and neck cancer. *Support Care Cancer* 8: 203-208, 2000.
- 50) Cassolato, S.F., et al.: Xerostomia: clinical aspects and treatment. *Gerodontology* 20: 64-77, 2003.
- 51) Matear, D.W., et al.: Effectiveness of saliva substitute products in the treatment of dry mouth in the elderly: a pilot study. *J R Soc Promot Health* 125: 35-41, 2005.
- 52) Shahdad, S.A., et al.: A double-blind, crossover study of Biotène Oralbalance and BioXtra systems as salivary substitutes in patients with post-radiotherapy xerostomia. *Eur J Cancer Care (Engl)* 14: 319-326, 2005.
- 53) 杉本是明: 「摂食・嚥下障害」は正しい学術用語か?. *日本歯科評論* 68: 195-196, 2008.
- 54) 日本歯科医学会編: 日本歯科医学会学術用語集, 第1版, 医歯薬出版(株), 東京, 343頁, 2008.
- 55) 瀬戸聡一: 医歯二元論はどこへ行く. *歯医史* 105: 193-194, 2008.
- 56) Ikeda, E., et al.: Fully functional bioengineered tooth replacement as an organ replacement therapy. *PNAS* 106: 13475-13480, 2009.
- 57) Hacking, S.A., et al.: Applications of microscale technologies for regenerative dentistry. *J Dent Res* 88: 409-421, 2009.
- 58) Chen, F.M., et al.: Localized delivery of growth factors for periodontal tissue regeneration: role, strategies, and perspectives. *Med Res Rev* 29: 472-513, 2009.
- 59) Bluteau, G., et al.: Stem cells for tooth engineering. *Eur Cell Mater* 16: 1-9, 2008.
- 60) Hargreaves, K.M., et al.: Regeneration potential of the young permanent tooth: what does the future hold? *Pediatr Dent* 30: 253-260, 2008.
- 61) Trope, M., et al.: Regenerative potential of dental pulp. *Pediatr Dent* 30: 206-210, 2008.
- 62) Ikeda, E. et al.: Growing bioengineered teeth from single cells: potential for dental regenerative medicine. *Expert Opin Biol Ther* 8: 735-744, 2008.
- 63) 田中健蔵, 他: 「医歯一元論」で「知の統合」を. *学術の動向* 9: 82-85, 2007.