

「歯科臨床研修セミナー」

平成19年10月5日

歯科臨床で遭遇する“困った患者さん” —どう捉え、どう対処するか?—

東京医科歯科大学大学院

頭頸部心身医学分野

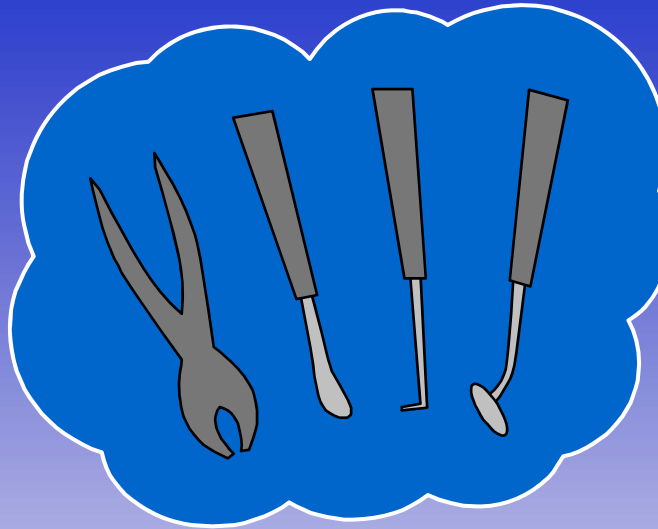
豊福 明



自己紹介

- 1965年 山口県下松市に出生
- 1984年 山口県立徳山高校卒業
- 1990年 九州大学歯学部卒業
- 1990年 福岡大学医学部歯科口腔外科学教室(主任;都 温彦教授)入局
九州大学第1内科代謝生理研究室(主任;坂田利家助教授)研究会
(指導;深町建先生)に参加(~92年)
- 1991年 白十字病院歯科口腔外科にて部外修練
- 1993年 九州大学心療内科心理研究室勉強会(主宰;安田弘之先生)(~97年)
- 1994年 浜の町病院心身症内科勉強会(主宰;荒瀬高一先生)(~01年)
- 1996・98年 大分医大1内科・鹿児島大心身医療科合同カンファ
- 1999年 福岡大学小児科発達心理研究会(主宰;藤川貞敏先生)
- 2001年 福岡大学医学部歯科口腔外科学教室講師
- 2007年 東京医科歯科大学大学院 頭頸部心身医学分野教授

?



*Please,
an operation.*

*Nothing bad.
What should I do?*



「〇〇歯科で削られてガクンと低くなって....」「アゴがどんどん後ろに引っ込んで...」

「レジンで高くしてもらいました」「でも、この6番の後ろの方がですね....」



「この歯と
この歯が
当たると気
持ち悪くっ
て....」



「ここの歯は
もともと当
たってなかつ
たんですけど....」

過去の模型やX線写真などを持参して延々と訴えられる。。。。。

「どこで咬んでいいのかわからない」
「あの時、この歯をこうしてから悪くなった」
「だから、この歯を治療したら良くなると思う」



Phantom Bite Syndrome

何が問題なのか？

- 他覚的所見に欠く、執拗な自覚症状
 - 歯の処置を求めるが、処置すると悪化する
 - こじれる治療関係
 - 「やった・やられた」の関係に巻き込まれがち
 - 「原因探し」
 - 視野狭窄（技術的な問題に還元されがち）
 - 医療技術の進歩
 - 「どこまでも検査・治療できてしまう」という期待
- **トラブルの増加・激化**

「患者の私が良いって言うのだから、 してくれたら良いじゃないですか!!」

- 一足飛びに歯科処置を要求してくる患者
 - 「心理的な」アプローチがなかなか通用しない。
 - 「そんなんじゃありません！」
 - 患者の実感にそぐわない
 - 心理社会的な問題を歯科外来で語ることの違和感
- 患者の言うがままに処置を行っても、早晚行き詰まる。
 - 場当たりの処置を重ねる程、難治性になる

非定型顔面痛とpolysurgery



43歳、主婦

主訴; 口腔内の慢性疼痛、
上顎前歯テンポラリークラウンの違和感

現病歴; 原因不明の口腔内疼痛のため、
本人の強い希望により健全歯の抜髄・
抜歯を繰り返すも症状不変。上顎前歯
の違和感も伴うようになり、冠撤去した
後はむしろ症状増悪したため仮着もで
きなくなった。心療内科受診を勧められ
るも強く拒否したため、当科紹介受診。

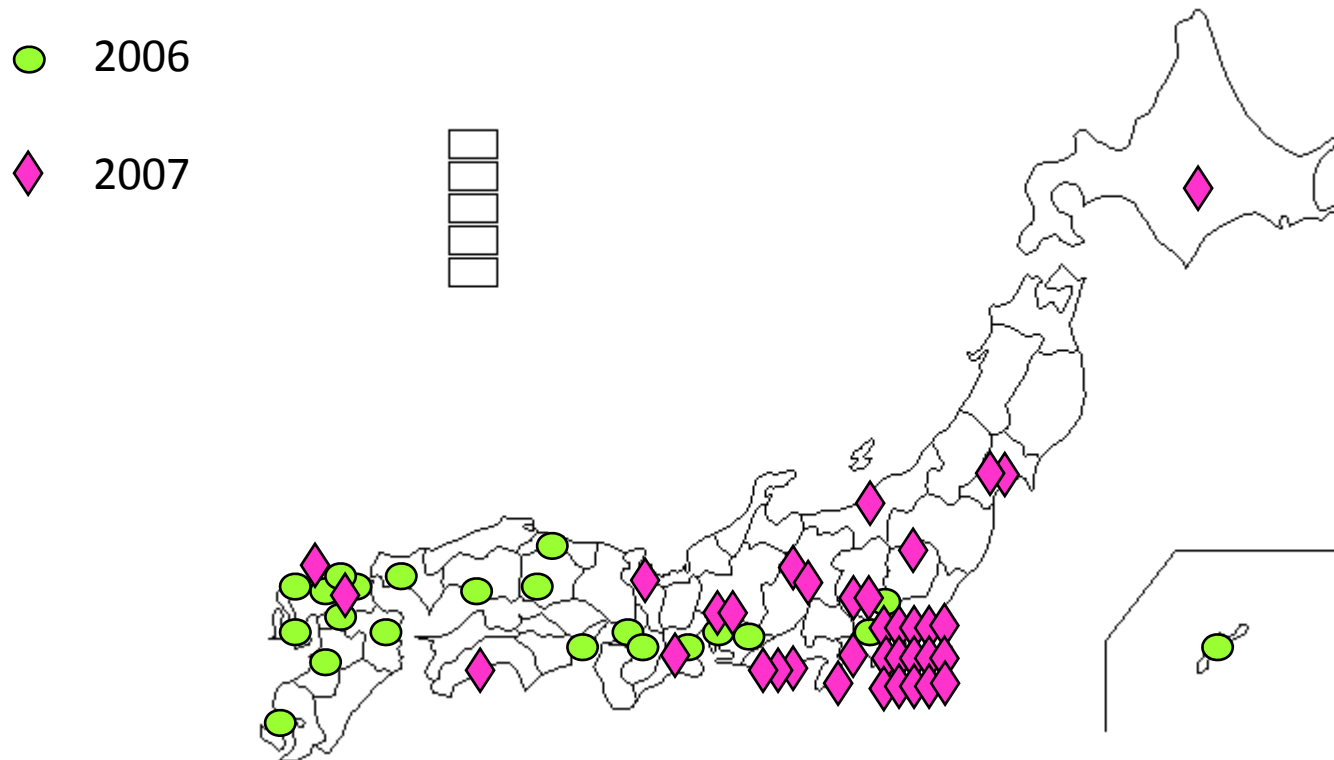
問題となる症状

- 原因不明の疼痛
 - (保存、口腔外科、インプラント)
- 口腔内の違和感・異常感
 - 口腔乾燥感(ネバネバ、ベタベタする)
 - ザラザラする
 - 味覚異常
 - 口臭
- 咬み合せの異常感
 - (補綴、インプラント、矯正)

トラブル患者さんの中に「歯科心身症」

- 一旦こじれてから「メンタルな問題」などと主張することは難しい
- 精神科や心療内科に紹介するのも困難
- 専門科では「特に問題ない」といわれる場合
もしばしば
- 人権問題に絡められるとやっかい
–「私を精神病扱いした！」

2006－7年 患者紹介実績



潜在的患者も含めると、社会的ニーズは大きい。

患者の特徴(その1)

- 知的レベルが高い
- 家族は普通
- 歯科治療が発症の契機
- 自説に固執する(頑固)
- 几帳面で真面目
- 約束はきちんと守る
- 遠くからでも受診

患者の特徴(その2)

- 転医の繰り返し(ますますこじれる症状)
- 複雑な病歴
- 「この歯が悪くなってからこうなった」
- “歯と症状との関連付け”
- 精神分析的な治療法になじまない

「困った患者さん」を眼前にして

- 精神科紹介→「行かない」「続かない」
 - お話を聞く→「きりが無い」「変わらない」
 - 薬物療法→「知識がない」「勇気がない」
-
- 歯の治療→「愁訴の拡大」（泥沼化）
 - 「巻き込まれ」と「お手上げ」
 - 治療関係の破綻・トラブル

歯科心身症患者の特徴

- 「あの時、この歯をこうしてから悪くなった」
- 「だから、この歯を治療したら良くなると思う」

- 非常に理屈っぽい訴えが前面に出る
- 器質的原因への固執（医原性疾患的側面）
- 心理社会的モデルが適用しにくい

歯・口腔の生理・解剖学的特殊性
歯科医療の特殊性

歯科医療の特殊性



「モノづくり」が占める割合が多い

歯科的処置による侵襲

口腔内環境の不可逆的変化

処置が安易に行われやすい

歯科治療へのクレームは、歯科医師にとって
自己を否定される感情を惹起させる

「そんなはずはない」「異常ない」
と態度を硬直させがち

単科クリニックで自己完結的な診療形態をとる場合がほとんど

医療側も患者側も、どんなに立派な「歯」をつくっても、
中枢神経系が健常でなければ機能しないという前提を忘れがち

医院の経営的問題



- 歯科医師過剰
 - （全国6万7千箇所、10万人）
- 受診率低下
 - （窓口負担増加）
- 保険診療の限界
- 私費診療の伸び悩み
- 5人に1人が年収300万円のワーキングプア

つい過剰な処置をしたくなる誘惑

精神科医療への橋渡しの問題

- 歯科医師が必要と判断しながらも精神科への橋渡しができない症例が多い。
- せっかく紹介できても、その後も継続して精神科治療を受けている患者は20%未満

やっとのことで精神科に紹介しても....

精神科医からは....

- 「難しいですね」
- 「どうしようもないですね」
- 「とりあえず粘り強く対応して下さい」

患者からは.....

- 「私は何ともないんです！」
- 「精神科の先生も、そうおっしゃっていました！」

なぜ歯科心身症は、精神科とのリエゾンが 上手いかわからないか？

- 精神科的にぴったりくる病名が無い
- 「歯のことは分からない」
 - 学問的にもおもしろくない
- 治療法がない
 - 言うことは聞かない
 - 薬は飲まない
 - どうしようもない
- 他にも本業の重症患者はたくさんいる
 - 自傷他害の危険はまずない

「身体表現性障害」

- 「適切な身体的説明が見出せない、多発性で易変性の身体症状が少なくとも2年間続く」
- 「身体的に原因はないという、数人の医師の忠告あるいは保証を受け入れることを拒否し続ける」
- いわゆる不定愁訴がすべて含まれてしまう。
- 有効とされる特異的な治療法が無い。
- 単なるラベル付けでは、治療に結びつかない。

歯科側の問題

- 診断や治療方針の不一致
 - 「行く先々で言われることが違う！」
- 根拠に乏しい処置
- 不十分な「説明と同意」
- 胡散臭い理論の横行
 - 「咬み合わせのくるいは万病の元！」
 - 「原因は歯の金属アレルギーだった！」etc.

歯科医療の構造そのものの中に、
歯科心身症患者を抱え込みやすい
土壌がある。

とれない痛み



「もう訴えちゃおうかなー」

- 「だって、2年間もですよお、根の治療繰り返して、結局抜歯になって、それでも痛みがとれなかったんですから」
- 「私は先生の言うこと全部守ってきたのに、歯磨きだって、何だって」
- 「医科歯科に来ても、あっちに行ったり、こっちに行ったり、何で分からないのおって」
- 「患者としては、先生信じるしかないじゃないですか！」

歯科口腔領域の慢性痛の特異性

器質的变化にのみ原因を求めると治療に困窮し、
歯科処置の繰り返しで症状がさらに拡大・固定・増
悪し、治療がますます困難になってしまう。

「歯をいじればなんとかなるはず」
という患者の解釈モデル

「いっそ全部抜いてしまいたい」

→健康な歯が不必要な処置によって失われていく
双方の膨大な時間と労力の無駄
経済的負担の増大
しかも、いつまでも不満足、不幸



インプラントと非定型顔面痛

- **患者**; 55歳、男性、会社役員
- **主訴**; 左頬部の持続性疼痛(犬歯部の重苦しい痛み)
- **家族歴・既往歴**; 特記すべき事なし
- **現病歴**; 3年前に歯冠破折を機に某開業歯科受診。全顎的な治療を受けた。約半年後左上顎犬歯・小臼歯部の疼痛が出現し、同部の歯肉切開や根尖切除術を受けた。また欠損部のインプラント植立も受けた。一通りの処置が終わったと言われたが、飲酒や入浴時などに同部の痛みが生じるため、再度根尖切除術を受けたがそれでもよくなり、他院に紹介された。CTなどの検査後、骨髄炎と診断され、ソウハ術を受けたがむしろ疼痛は拡大・増悪し、激しい痛みが間歇的に出るようになった。鎮痛剤は無効で、検査上では悪いところはないと言われるので不安にもなり、平成X年2月当科初診。



初診時白岩氏法X線写真



初診時パノラマX線写真

医事紛争・訴訟絡みの痛み

- 歯科治療に纏わる痛みのトラブルは多い。
- 「あの医者はどうしても許せない！」「思い知らせてやる」という感情がベースにあると、痛み（治療効果）の評価がますます困難
- 法曹関係者は、証拠主義・時系列からの因果論的発想

自ら行った処置を責められる —歯医者もつらい—

「かえって痛くなりました」

「余計に悪くなりました」

「私は何も悪いことしてないのに」

「言われたとおり、私はきちんとやったのに」
(やり場のない怒り)



患者さんの心理

「これだけ医学が進歩したのだから.....」

「原因が分からないはずがない」

「治らないはずがない」

「どこかにいい先生がいるはず」

「歯科治療は100%上手くいくはず」という先入観

心因性疼痛

「心因性」疼痛？

明確な器質的異常が認められない痛みは、須らく「心因性」と短絡的に決め付けられる危険性

「本物の痛み」と「気のせい」という二元論的思考を奨励しやすい。

患者や家族の抵抗

- 「そんなじゃありません！」

肝心の「心因」の同定が曖昧

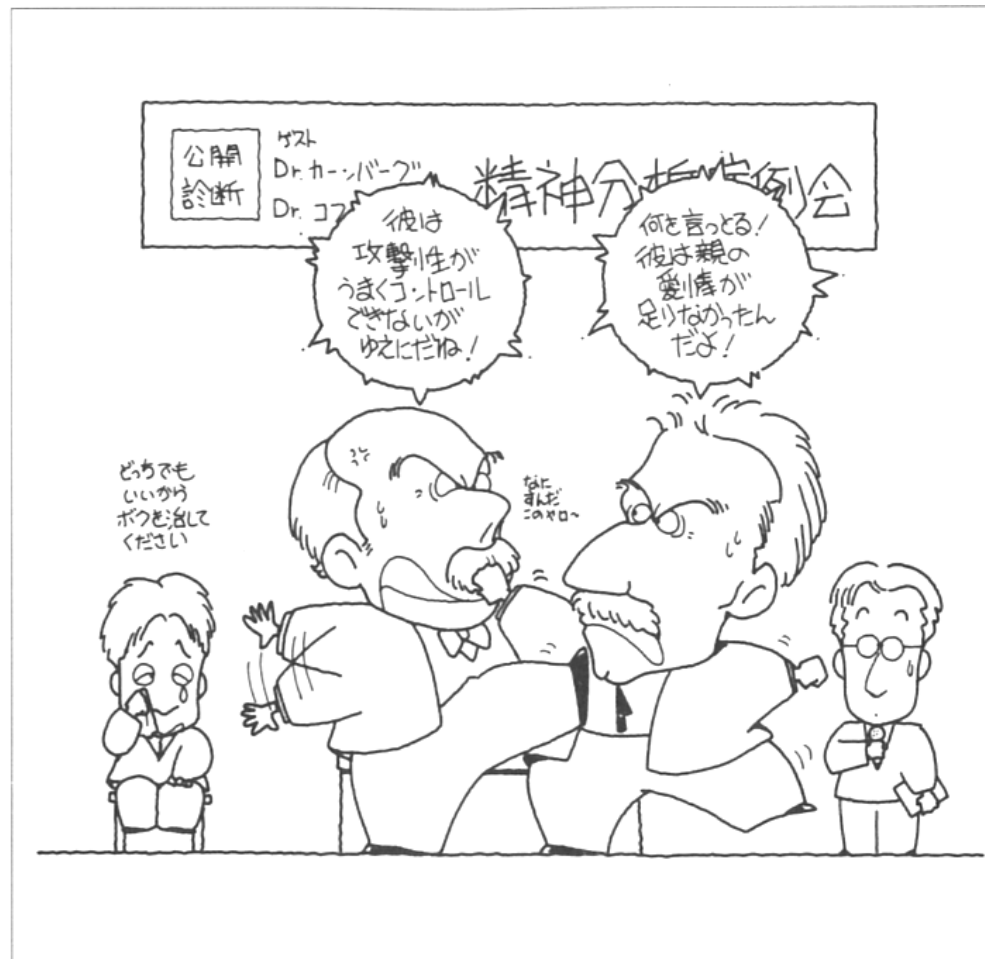
そうそうクリアカットに区別できない

“medically and psychiatrically
unexplained pain”をめぐる議論を支配
するのは、

- 「文献、evidence、research data」という装い
の下で語られる、個人的な思い込み、価値観、
確信、(患者に対する)情緒的反応であること
が少なくない。

(丸田俊彦: 痛みの精神医学。臨床精神薬理10:191-196, 2007)

歯科心身医学では「心身相関」「行動理論」などのドグマに強引に当てはめて疾患概念や学問体系を構築しようとしたきらいが否めない。



Not a Lie, but an error

「患者はこういう作り話はしない。99%は本当のことを言う」
「もし患者の話がわけのわからないものだったら、それは たいてい、こちらが患者の脳で何が起きているかを理解できるほど利口ではないことに原因がある」

V.S.ラマチャンドラン

「脳の中の幽霊」(角川書店)より



「歯科(口腔)心身症」

- 舌痛症
- 口腔異常感症(口腔セネストパチー)
- 顎関節症
- 咬合(義歯)関連の不定愁訴
- 非定型顔面痛
- 歯科治療恐怖症(パニック障害)
- 口臭症(自己臭恐怖・口臭恐怖症)
- 醜形恐怖(身体醜形障害)

舌痛症

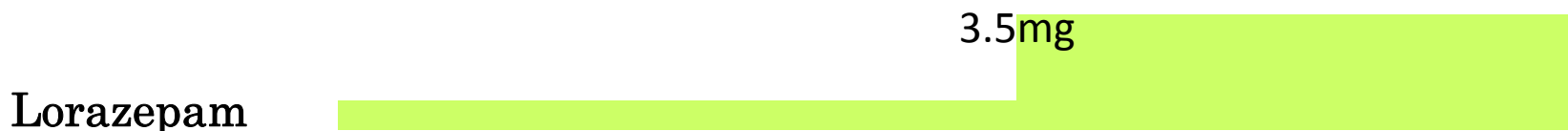
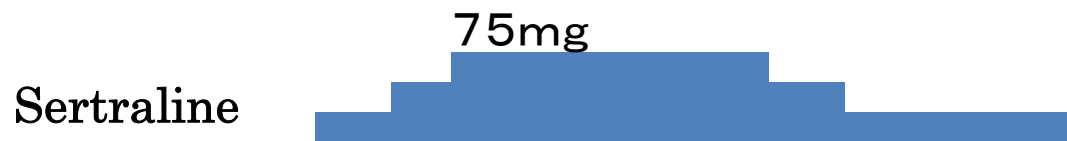
(glossodynia／Burning Mouth Syndrome)

- ①舌の先や縁に「ヒリヒリ」「ピリピリ」した痛みや灼熱感が長期間(数週間以上)続く。
 - －「やけどをしたような痛み」「歯がこすれるような痛み」であることが多い。三叉神経痛や舌咽神経痛の電撃痛とは異なる痛みであり、末梢の神経学的異常(しびれ、麻痺など)も認められない。
- ②舌に器質的異常は認められない。
 - －アフタ、潰瘍、舌乳頭の萎縮や舌の発赤も認められず、貧血や鉄欠乏では説明できない。
- ③食事中や何かに熱中している間は痛みを感じないことが多い。
- ④抗うつ薬が奏効する。

舌痛症

- 66歳、主婦
- 主訴；舌がやけどをした後のようにヒリヒリする
- 現病歴；約1年半前より舌の灼熱痛出現し、内科、口腔外科、婦人科、心療内科などを転々とするも、原因不明。「気にしすぎ」「神経質」と放置されたり、さまざまな処方が繰り返されるも症状改善せず。家族が心配し、インターネットで調べ、当科受診。

治療経過



舌の痛み



口腔領域における抗うつ薬治療の歴史

1970年代初頭

- アミトリプチリン(ラントロン)の著効例の報告
 - (都ら、1971)
 - 心因性色彩、背後にうつが存在？

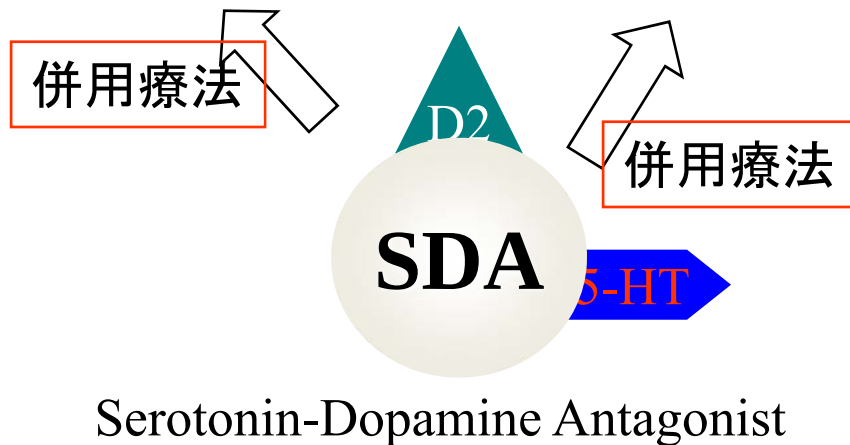
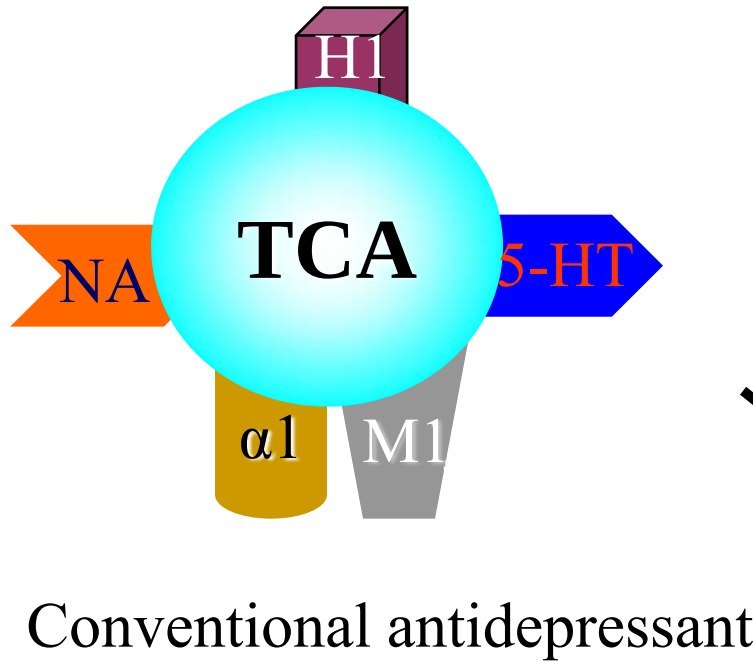
1980－90年代

- 他の三環系・四環系抗うつ薬の有効例報告
 - 「仮面うつ病」？

1999年～

- SSRI,SNRIの有効例
 - 鎮痛作用と抗うつ作用とは独立？

薬物療法の展開



これらの薬剤への反応から
本症特有の神経伝達物質系
の病態解明への糸口を示唆

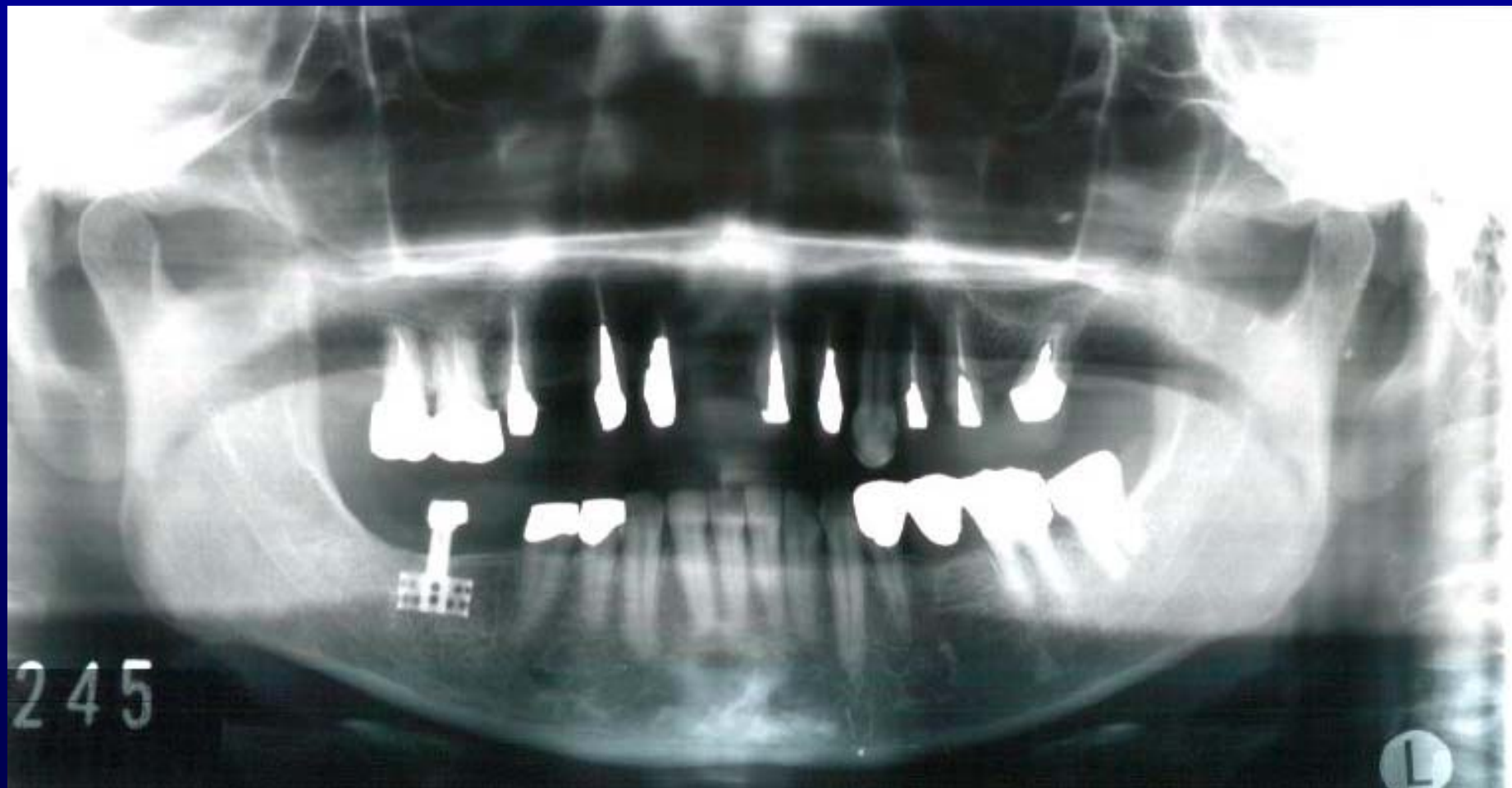
薬物療法の利点・欠点



- 効果の确实性
- Chair-timeの節約
- Cost-effective
- 病態生理解明の鍵



- 向精神薬への抵抗感
- 副作用
- 無効例・効果不良例
(20－30%)
- 患者負担の増加



49歳、女性、顎関節症（咬合の異常感）

「最初は良かったと思っていましたが、やっぱり噛むと変な感じがしました」

「仮歯をはめると、きちっと内側に入り込むような感じ。横の幅が足りなかったり、高さが足りない。前のようにしてもらえないでしょうか？」

「薬を飲むと、歯のことは忘れるのは忘れるのですが...」

「元の咬み合わせに戻したら、身体の具合も良くなると思います」

なぜ薬が効かないのか？

- 薬剤そのもののポテンシャル
 - 元来SSRIやSNRIは歯科心身症に特異的に効く薬剤として開発された訳ではなく、治療反応性や副作用などの個人差も大きい。
 - 患者の心理的抵抗
 - 周囲の偏見・無理解
- コンプライアンスに直結

「薬剤の効果」を引き出す工夫

舌痛症へのSSRI・SNRI療法

- 単一の薬剤ですべての症例をカバーできるわけではない。
- 明らかに三環系・四環系抗うつ薬より副作用は軽度
- 薬剤の反応性、忍容性、副作用の出現に個人差が大きい。

→うつ病などとの生物学的背景の違いを示唆

薬効と処方される「文脈」

- The overall effect of drug administration is a combination of the pharmacological action of the drug and the psychological context in which it is given.

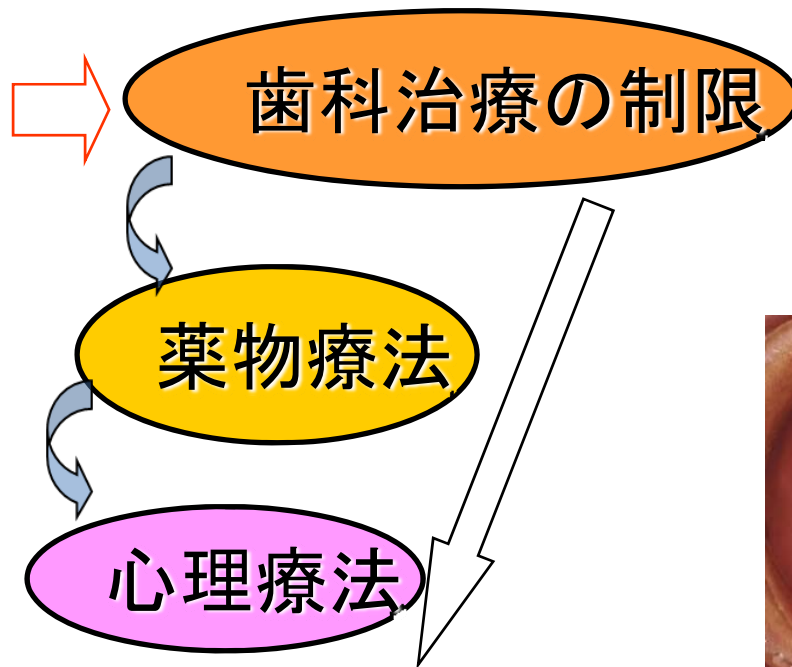
(PAIN Clinical Update Mar.2007)

- 抗うつ薬がどういう文脈で処方されるかは重要な問題
- 効果・副作用から鑑みると案外、身体は正直
 - ◆ 処方に際してきめ細かい説明と納得が大切

どうしたらよいのか？

歯科心身症治療のbreakthrough

歯科処置の繰り返しで症状がさらに拡大・固定・増悪し、治療がますます困難になってしまう。



“歪んだ口腔感覚”の修復



高次中枢の安定

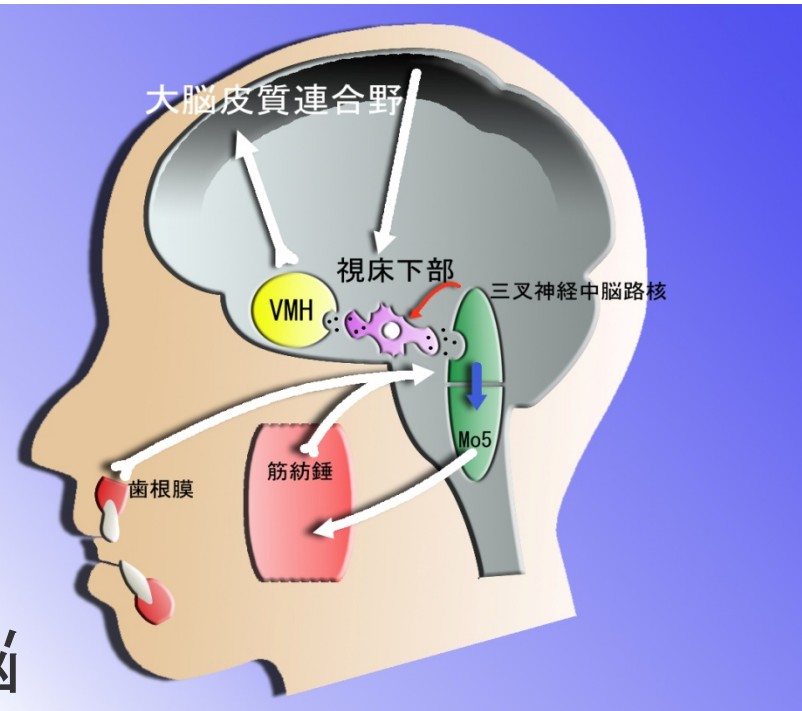
歯科治療の遂行

歯科心身症の病態仮説

歯根膜や咬筋の筋紡錘などから
上向する口腔内固有感覚の認知
障害

1.脳内の神経伝達物質や受容体
に関する生化学的異常

2.思考や記憶などに関する高次脳
機能の関与



(Toyofuku,A.,2000)

“medically and psychiatrically unexplained symptoms”

● 口腔内所見と自覚症状との乖離

→「**口腔の感覚認知の歪み**」

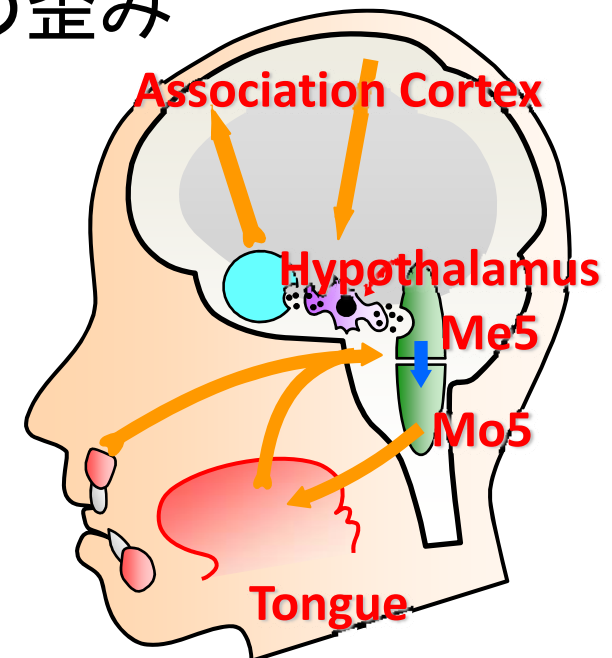
● 連合野における情報処理過程の歪み

- 思考や記憶など高次脳機能

● 神経伝達物質レベルの障害

- 5-HT, NA, DA, etc.

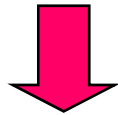
患者はウソをついているのではなく、脳の中で
「そう感じるようなエラー」が生じている



舌痛症の病態生理

舌痛症の特徴をどう解釈するか？

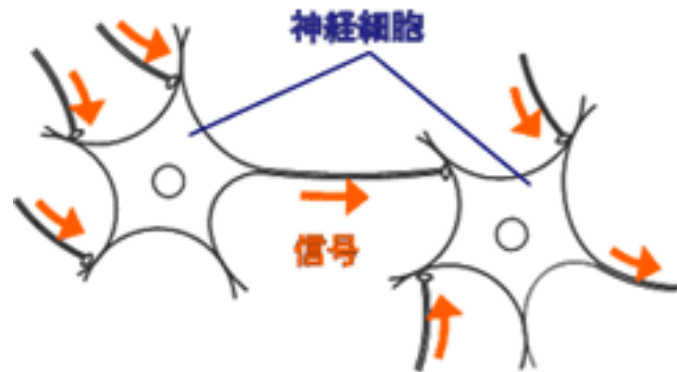
- 「食事中は痛まない」
- 「何かに熱中している間は感じない」



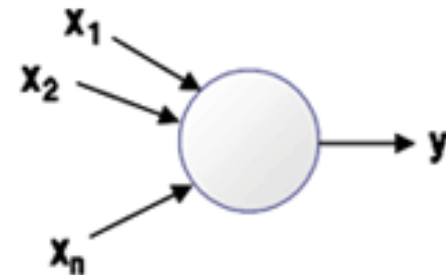
- だから「心気的なもの」.....
- 「忘れるくらいだから、大したことはない」....
 - などと短絡的に解釈されがち

脳内の神経細胞の結合パターンは常に変化し続けている。

膨大な脳内神経回路網のうち、よく使うパターンほど強く活動(発火)し、一番活発な回路が、その時点での意識に上り易くなる。



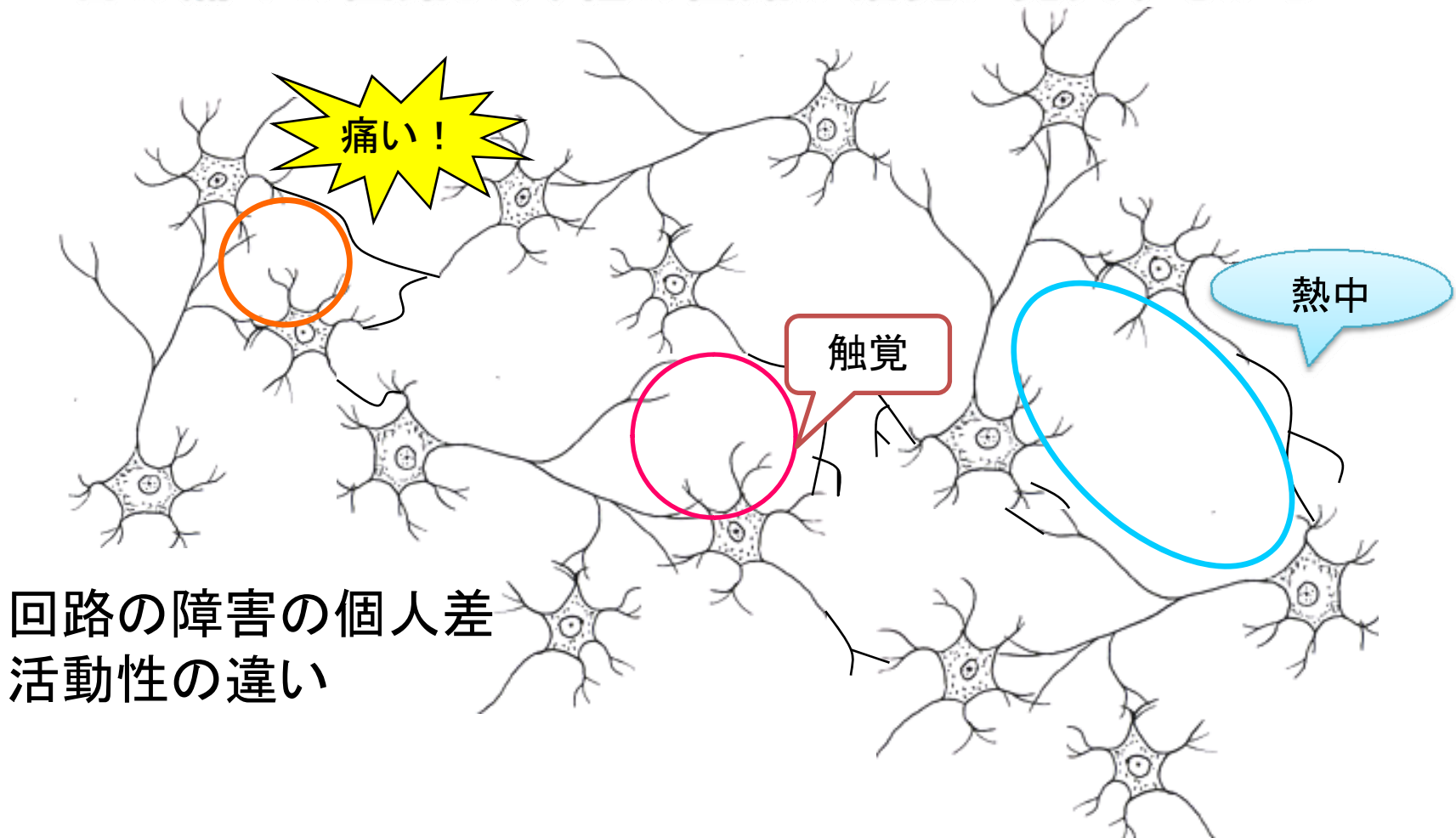
神経細胞間の情報伝達



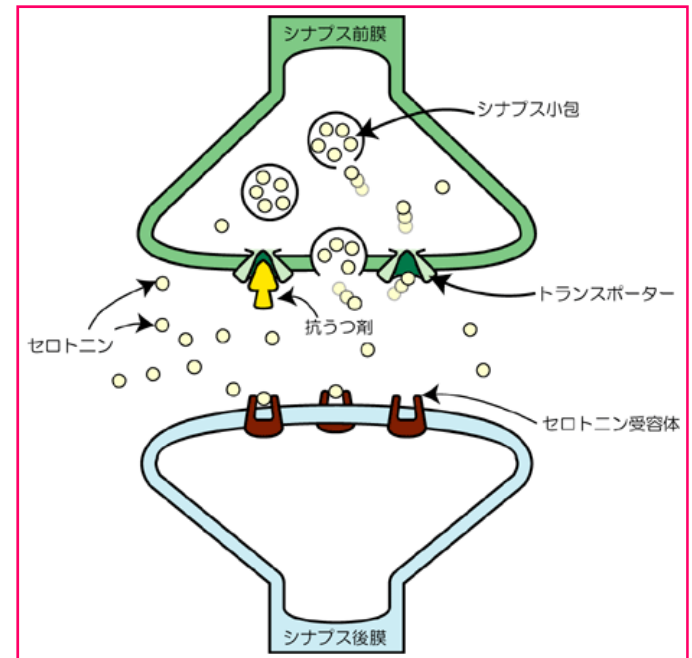
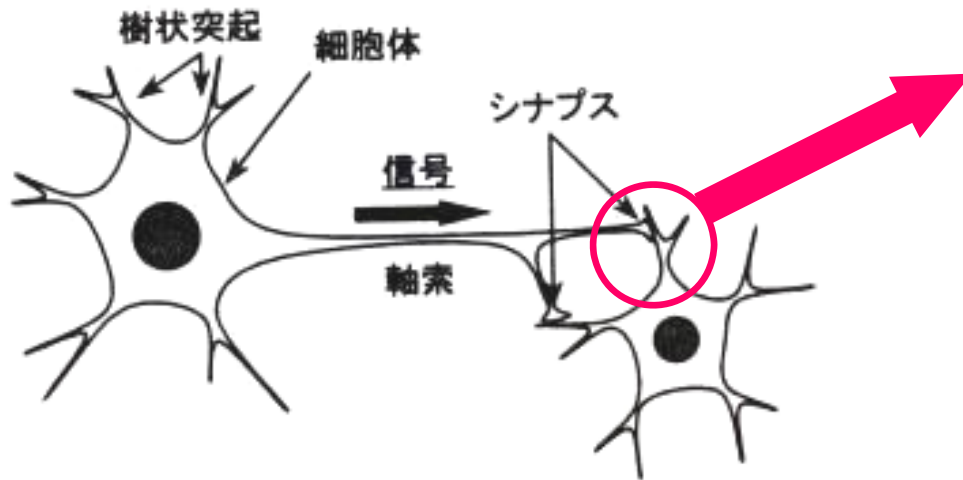
ニューロンモデル

意識(注意)の問題

- 「何かに熱中している」あるいは舌への物理的刺激
→ 舌の痛みの回路より、他の回路が活発に発火するから

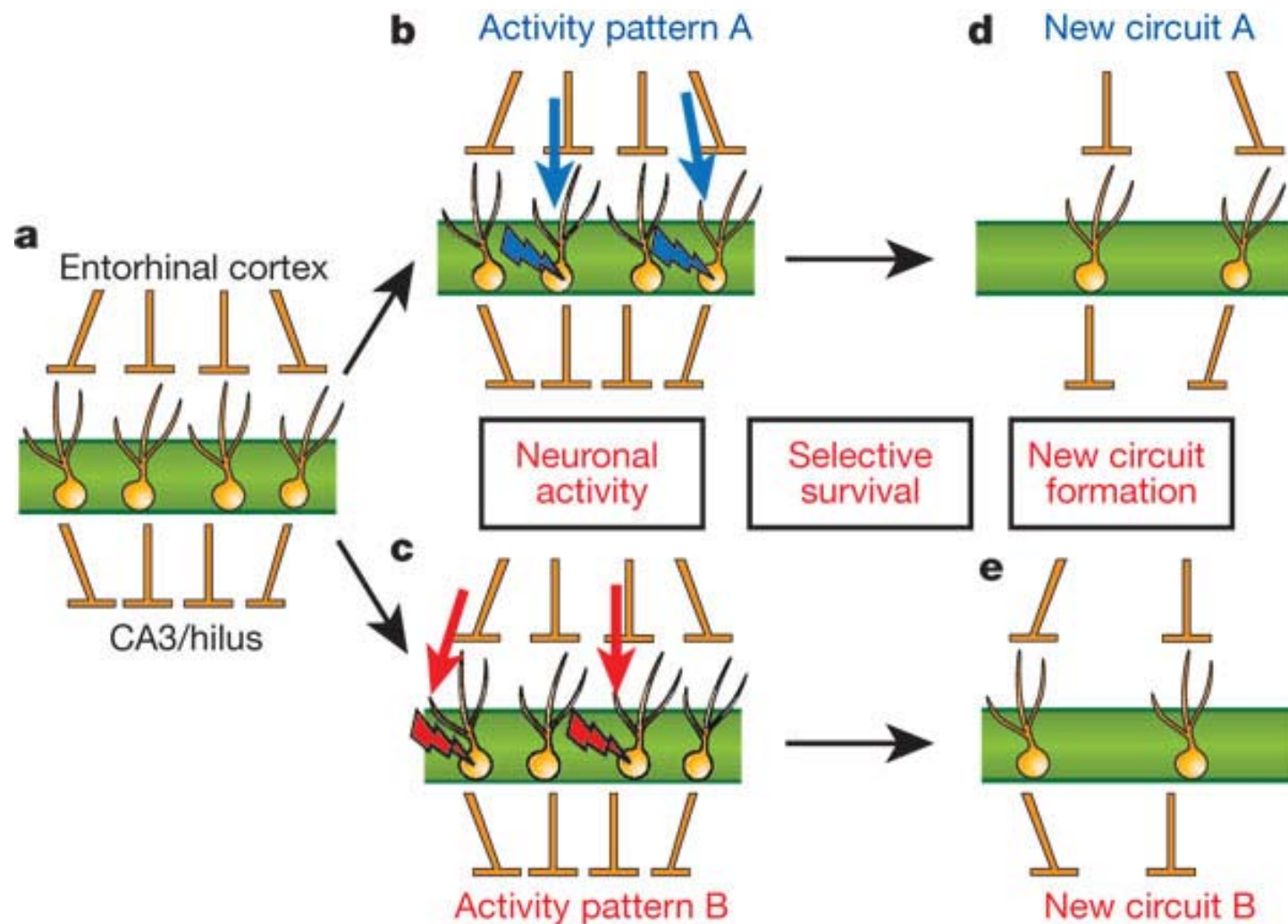


脳内神経伝達系がカギ



向精神薬は、支障をきたした脳内神経回路内の神経伝達を賦活もしくは阻害することによって口腔症状を改善する。

新生ニューロン(新回路)はシナプス入力(経験)依存性 性を選択され、淘汰される



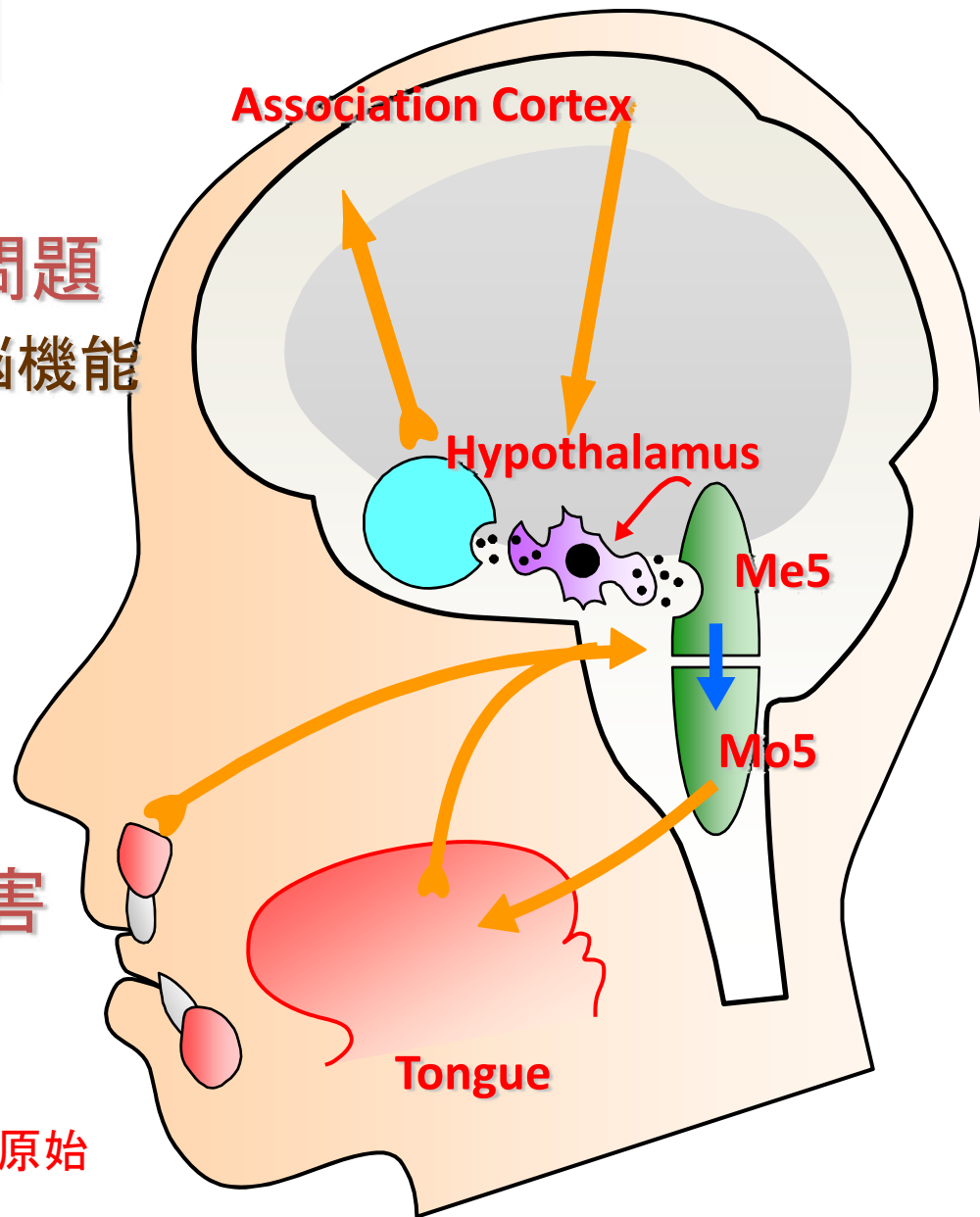
舌痛症の病態仮説

大脳皮質連合野レベルの問題
思考や記憶などに関する高次脳機能

歯科治療要求の根底に存在
する口腔感覚の認知障害

神経伝達物質レベルの障害
5-HT, NA, DA, etc.

愁訴は高次中枢支配優位ではあるが、原始的な口腔の不快感が基盤に存在する。

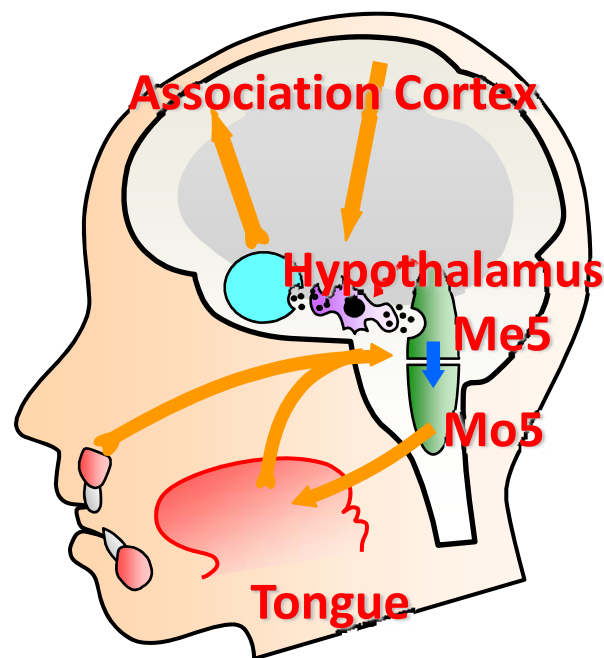


感覚認知障害の病態解明に向けて

- 末梢から高次中枢にまたがる情報伝達系や情報処理過程の障害をどう捉えるか？

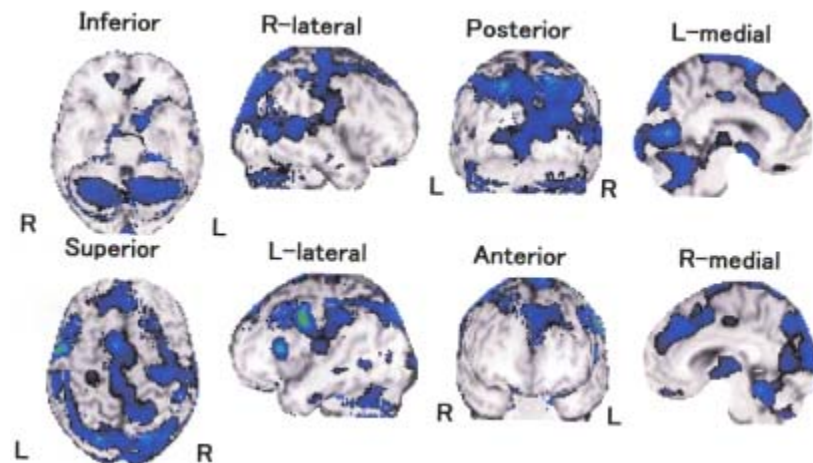
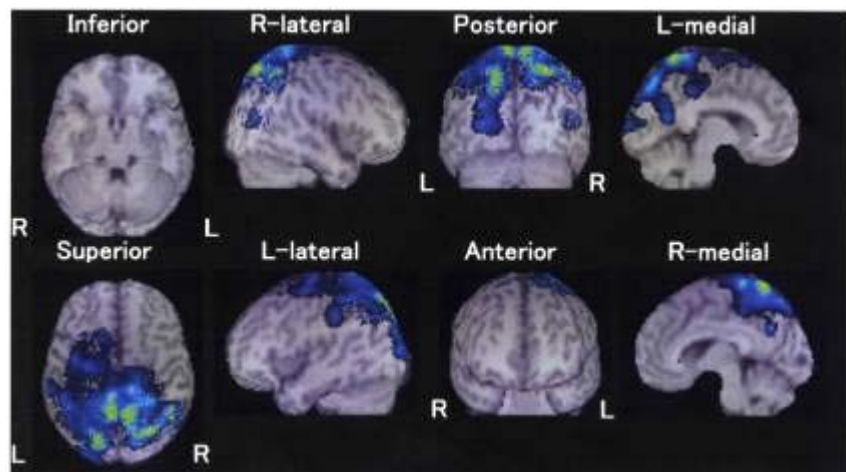
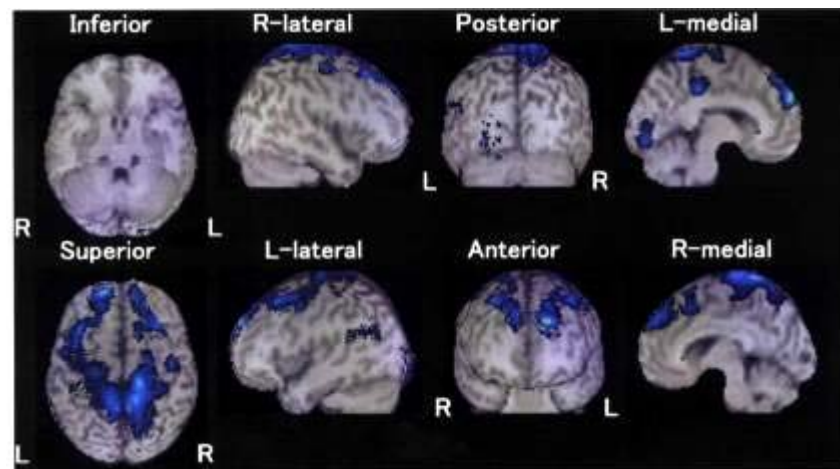
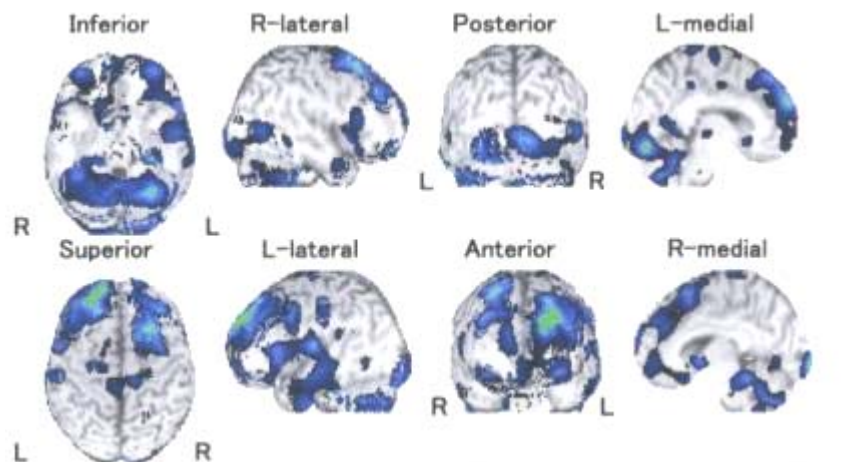
- Brain imagingへの期待

- SPECT
- PET
- fMRI



舌痛症の脳血流シンチ
single photon emission computed
tomography (SPECT)所見

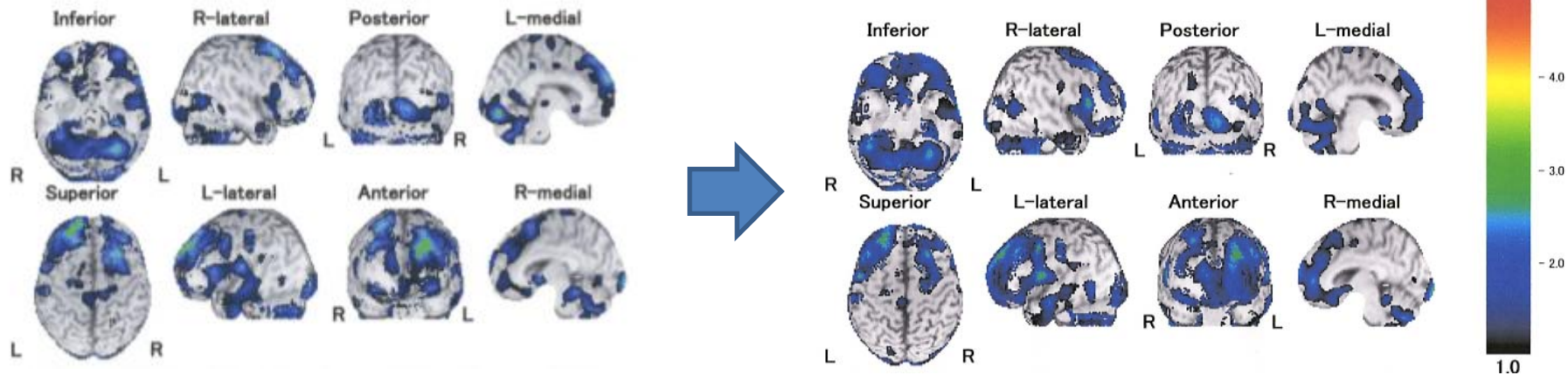
初診時の ^{99m}Tc -ECD SPECT解析



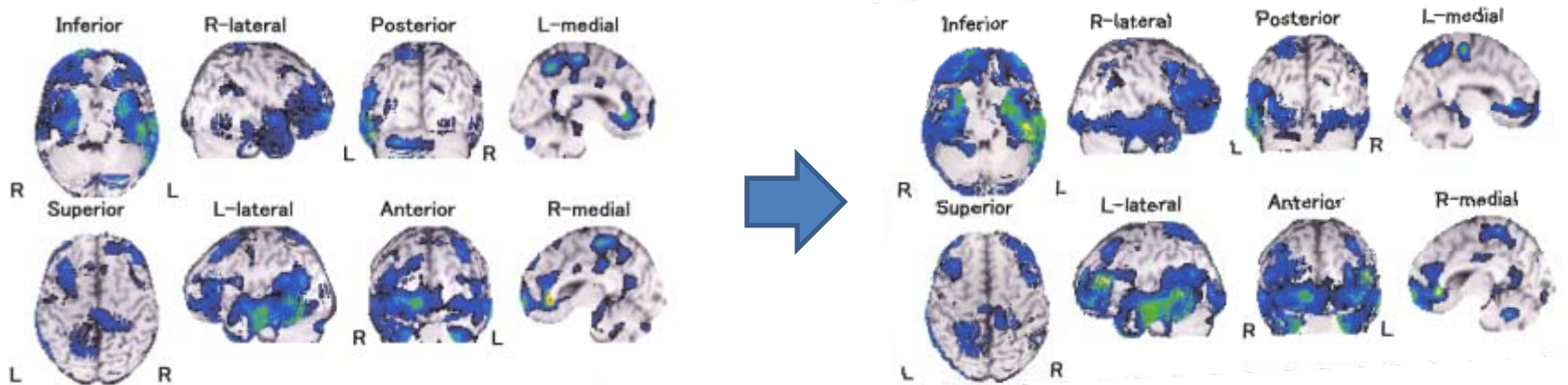
臨床的には同じような舌痛症でも、脳血流シンチにおける個人差が大きい。

治療前後の比較

症例A



症例B

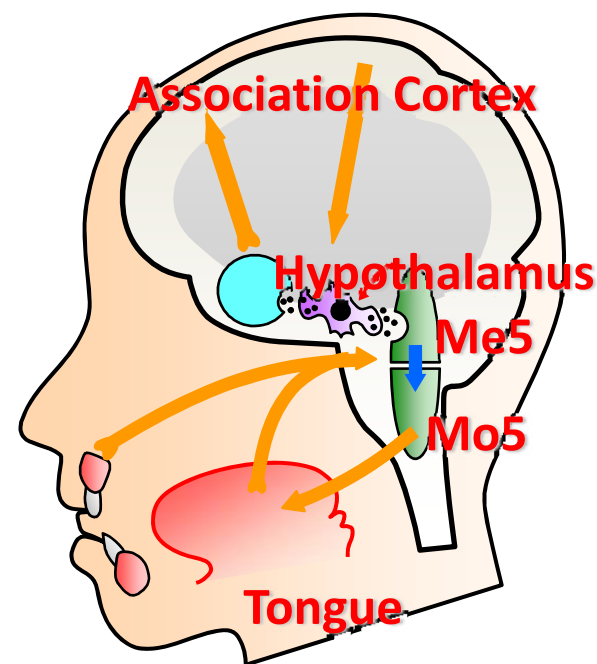


「ニューラル・ネットワークの構造やそれらの接続パターンに秘密があることは間違いない！」

Individual variationの問題

- 脳内の異なった神経回路から同一の症状・愁訴が生じる可能性
 - 「脳内のニューロンの異なる2つの状態が主観的には判別不能なことがあるかもしれない」 (*Christof Koch, 2004*)
 - 症状とその原因となる神経回路とは一対一対応ではなく、一対多対応らしい (*Gerald M. Edelman, 2004*)
 - 症状の微妙なバリエーション、薬剤の反応性、忍容性、副作用の出現に個人差が大きいことの説明
- 画一的な治療より、各個人の回路の病態にきめ細かく対応する「個体差医療」の必要性

患者はウソをついているのではなく、脳の中でそう感じるようなエラーが生じている。



歯科医療の特殊性が、事態をさらに複雑に修飾していく

歯科心身症は

「歯口に独特のものであり、歯口全般に通じた臨床歯科医自身が担当すべし」

九大心療内科 池見酉次郎 名誉教授

あしたのために(その1)

歯科心身症への対応

- 皆が皆、歯科心身症を診る必要はない！
- 「ちょっとおかしい」という勘が大事
 - 愁訴と所見との微妙なズレ
- 軽視・排除はしない
- よいお友達を持つ
 - 同僚・他科医師・弁護士etc.
- 前医からの情報
 - “個人情報保護法”に注意
- 科学でない部分は、いろいろな事例を知っておくことが大事。

“要注意”患者さんの特徴

1. まず処置を要求してくる。
 - 「私がいいというのだから、してください！」
2. 話がまとまらない。
3. 時系列に沿った病歴がとれない。
4. 話題があちこちに脱線する。
5. 心理的なことを尋ねようとするとうと激怒する。
6. 向精神薬に異様に詳しい。
7. 遠隔地からの受診
8. 「何とかしてあげたい」という気分になり、ついいつもより濃厚な(過剰な)診療をしてしまう。
9. 初対面から「先生は名医だ！」と絶賛してくる。
10. その場では謝意を表明するが、後に豹変する。
 - (患者さんの気持ちは「変わるもの」)

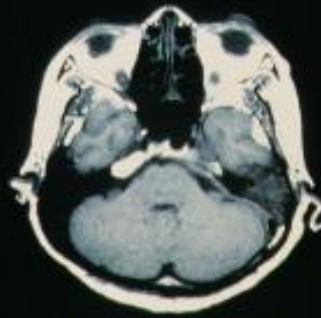
鑑別診断に注意！

- 未治療の統合失調症（精神分裂病）
- 人格障害
- 認知症（痴呆）・せん妄
- 神経内科的疾患（頭痛・しびれetc.）

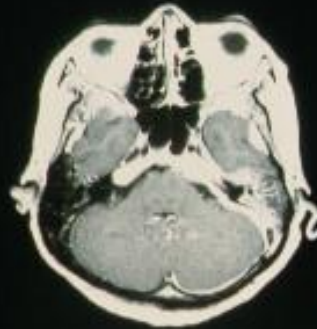
歯科医師の力ではどうしようもないが、
うかつに処置すると厳しい対応を迫られる

特発性肥厚性髄膜炎

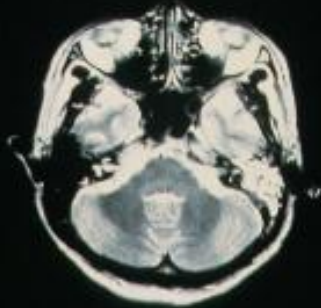
頭部
MRI
術前



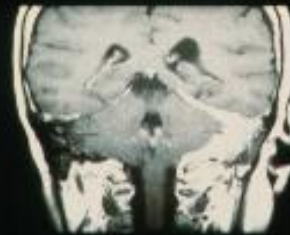
T1



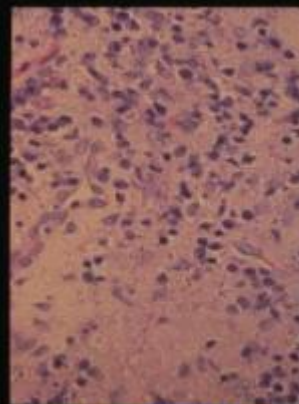
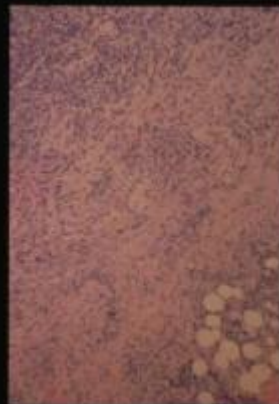
T1
Gd.



T2



Fukuoka University School of Medicine



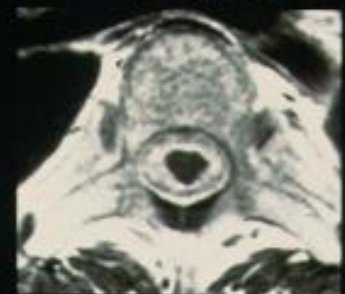
Fukuoka University School of Medicine



T1



T2



T1 -Gd.

Fukuoka University School of Med.

患者さんへの対応上の注意

- 口腔内の愁訴をもって歯科を受診する。



- 患者さんは「器質的な問題」と考えている。



- 「精神的な問題ではないか」と言った先入観がしばしば反治療的に作用する。
 - 精神的問題かどうかという話になる前に、「診療の態度が悪い」などで揉め事になる。
 - 今日では訴訟にもなりかねない。

結局、患者さんに伝わっているものは何か？

- その人のためにかけた時間、一生懸命さ、丁寧さ、などであり、筋の通った科学的、合理的説明ではない
 - (本人にとっては合理的説明とならない)。
- 「この先生はどのくらい私の困っている症状を心配してくれているか？ 真剣に対応してくれているか？」を患者さんはいつも気にしている。
 - 非常に情緒的なレベルで判断されている。

使えるフレーズ(その1)

ー上手に逃げるー

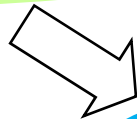
- 「大変でしたね」「きつかったですね」
- 「私が見たところ、そういう異常はないようですが....」
- 「学校じゃあ、そうは習ってないのですが」
- 「でも、そういう症状が出ることはあります」
- 「ちょっと様子を見ましょう」
- 「へたに触って悪くしてもいいけませんので」

使えるフレーズ(その2)

ー上手に流すー

- 「私には、ちょっと難しいかもしれません」
- 「大きい病院で診てもらいませんか？」
ー（「他の科の先生にも相談してみましようか？」）
- 「お役に立てず申し訳ありません」
- 「早く良くなるといいですね」

歯科治療をする・されるの関係



病気が治る・治らないの関係

「こうして良くなってみると、あなたの中で何が
変化したように思いますか？」

「まだまだ私の人生も20年。平和で平凡な生活に戻
ればこの上ありません。死という言葉が、生きる
という言葉と望みに変化してきたことです」

（症例19： 62歳、主婦）

情報戦略も大事な時代



Hiraga Tools

踊る歯科心身症ネット

HOME 歯科心身症 口腔症状と脳機能 研究紹介 情報ステーション 医療関係者の方へ



踊る歯科心身症ネットは、原因不明の舌の病気（舌の痛み）など、お口の症状でお困りの患者さんのための、また、身近にそのような方がおられるご家族やご友人のための医学情報提供サイトです。
医療関係者向けの医学情報も満載です。

「舌がずっとビリビリする。舌がしびれる。」
「かみ合わせがいつまでも合わない（矯正・義歯など）」
「口の中が何とも言えず気持ち悪い」
「顔が痛いのに原因がわからない」
「歯の治療をしても痛みがとれない」
「あごが痛い」
「口臭で他人の迷惑になっているんじゃないか」

このような症状で大変困りながらも、歯科、耳鼻咽喉科、口腔外科、内科などの病院に行っても「特に異常ありません」「気のせいじゃないですか」などと言われ、それ以上のフォローのないことがしばしばあります。あるいは歯科で「不定愁訴」と言われ、精神科や心療内科を紹介されたものの「口のことはよく分からない」と担当の先生がお困りになるケースもしばしばあるようです。

私はこのような病気の原因解明と、より効果の高い治療方法の開発の研究を、大学病院で15年以上続けてきました。これまでに分かったことや現在、そして今後の取り組みなどについて、ご紹介します。

ちょっと専門的なお話や情報も載せています。

踊る歯科心身症モバイル

携帯用の簡略サイトです。左のバーコードを携帯に読み込むか、下記のURLを携帯に直接入力してご利用ください。
<http://atoyofpsd.net/mobile/>



携帯用バーコード

<http://atoyofpsd.net/>

1年間で5万人突破！

本日の内容のまとめ

- 「歯科心身症」は治療可能である！
- 患者さんは良い人ばかりとは限らない。
しかし、悩み、苦しんでいる。
 - 偏見・軽視は禁物
- 現場では何が問題となるのか？
 - 最近の歯科を取り巻く情勢を鑑みる
- 安易な対応はトラブルの元
 - 病態の本質を見据えること
- 一人で抱え込まないこと
- 患者さんを「食い物」にしない！