

特集＝保険医療と診療の自由

包括的な治療計画を望む

——歯周治療に偏った治療計画の問題——

吉田 直人 / Naoto Yoshida

* 仙台市開業、仙台臨床研修会 住所：仙台市大町1-1-18 東邦歯科診療所
address: Toho Dental Clinic, 1-1-18, Omachi, Sendai-City, Miyagi

はじめに

法の運用には正確な実態の把握が先決であることは申すまでもない。近年、口腔衛生思想の高揚によって、国民の歯科に対する要望も多様化し、修復歯科(Restorative dentistry)を主眼にした診療形態ではこれらの変化に対応できなくなってきたことは、臨床に携っている者として痛感するところである。開業医を中心としたこれまでの歯科治療が対症療法的なカリエスの修復治療に重きが置かれ、また、歯科医療行政も過去一貫してカリエス・コントロールに終始した政策を講じてきた。しかし、ここ数年来、歯科の3大疾患の一つである歯周病に対する国民の関心が強まるにつれて、ときにはマスコミによるキャンペーン的な報道も手伝って、行政当局も無視できない状況になってきた。このような背景の下に、厚生省は今後、予定されている社会保険改訂の手始めとして昭和60年3月1日の診療報酬改訂において歯周疾患治療に関する大幅な見直しを行なったが、その内容が臨床の実態に即応したものであるかどうか、疑問な点が少なくない。

一方、歯学の進歩は日進月歩であり、進歩した学理を基盤にした最新の治療行為が、保険給付の範囲では無理が生じていたことは良識ある臨床医は勿論のこと、厚生省側も実感として受けとめていたことは想像できる。昨

年来、静岡地裁で争われている、いわゆる上杉事件と今回の診療報酬改訂の内容とは、まったく無縁でないと考えることは短絡過ぎるだろうか。歯周疾患を重視した今回の改訂趣旨が、一般開業医に浸透し、実際の臨床で活用されるためには、臨床の実態に即した内容であることが前提になる。実態を無視した多くの規制が今後とも存続するならば、厚生省が目標にかかげた歯科医療の姿は虚構化してしまうだろう。筆者は本誌の特集テーマに準じた問題提起ができるほど保険制度に通じているわけではないが、保険医として日常の診療に従事している中で、今回の改訂によって、臨床に不都合と思われる諸問題を幾つか検討してみたい。ただ、後述する論点が筆者の社会保険制度に関する不勉強、無理解から生じた部分があるならば、どうかご指摘をいただきたい。

歯周疾患処置上の制約に阻まれた包括的な治療計画

今回の診療報酬改定の趣旨は、「技術料の重視、プライマリー・ケアの推進、在宅医療の促進等の診療報酬の合理化の方向に沿い、当面合理化すべき事項について実施し、もっと医療費の適正化と医療経営の安定を図り、良質な医療の安定的供給を確保するものとする」とされているが、その実態について歯科

臨床の立場から言い換えるならば、ここで言う診療報酬の合理化とは大幅な包括化(マルメ)を意味し、また医療費の適正化とは受診頻度の少ない処置に点数をスライド(加算)させ、頻度数の高い処置は減点あるいは包括化したものと言える。

そして、改訂の根幹であった歯周疾患に関する問題点としては、保険の治療術式の基本となる「歯槽膿漏症の治療指針」が手直しされないまま治療手順のみが提示されていることである。この治療指針は昭和42年に厚生省が作成したものであったが、当時の我国の歯周病学が欧米諸国に比較して立ち遅れていたことは否定しがたい。その後、近代歯科医学の学理を身につけた臨床医の多くは日本歯科医師会および厚生省に対し、治療指針の内容を改正するよう度々進言してきた。日本歯周病学会が後ればせながら昭和56年5月に現在の歯科医学に即応した新しい「歯周疾患治療指針」と「歯周疾患治療における診査および診療行為の要望点数」を合わせて日本歯科医師会に答申して、はや4年を経過した。しかし、今回の改定では治療指針は旧態依前で、治療手順のみが先行したのは、どのような理由からなのだろうか。真意が掴めない。

さらに、医学的見地からみて一つの疾患に対し、最善の方法をとるのは医師の使命であり、医療モラルであるが、厚生省は今回の改定で治療方法を二通り提示し、点数の高い方を選択する場合には、多くの条件(制約)を設けた。これは、医療費抑制の政策が優先されているとの指摘を受けても仕方がない。今後、特に、開業医にとって憂慮すべき事柄として、本来主治医が持つべき歯科臨床における裁量権が著しい侵害を受け、それは歯周疾患処置に関するものにとどまらず、歯科全般の治療

内容にも深くかかわりながら種々の制約(抑制)を強いられる結果になったことである。このことはこれから予定されている特定療養費の適用拡大や医療法改正等の一連の問題とも関連した事柄だけに、我々は慎重かつ深刻に受け止めるべきである。

ここでは歯周疾患に関する要項について、具体的に問題を掘り下げてみたい。最近の基礎、臨床および免疫学的研究によって歯周疾患の発炎症子がプラーク中の細菌であることが証明されるようになり、細菌苔の抑制(Plaque control)こそが歯周病を防止するために不可欠の要素であることが明らかとなった。故に、補綴の予後を推定(Assumption of prognosis)する際にも歯周組織の健康管理を抜きにした治療方針は成り立たなくなったと考えるべきである。患者さんの自覚(協力)の如何によって補綴の運命が左右されるため、プラークコントロールに対する患者への動機づけ(Motivation)が歯周初期治療におけるきわめて大切な治療行程であることは、現在では衆知の事実となった。これはプライマリー・ケアの立場からも同質の意義を持つものであるが、今回の改訂でそれがどの程度評価(適応検査100点に含まれる)を受けているか、残念な限りである。

近年、歯科の治療体系が過去の1歯単位から1口腔単位に、さらに1顎口腔単位へと変ってきた。基本的な歯科臨床の目的は顎口腔系(狭義には咀嚼器管)の機能を回復、保持することであることは、過去、現在、未来を通じて变りのない原則である。そこで、歯科における治療計画(Treatment planning)は顎口腔系の機能を回復するための治療行程を意味するのであるから、口腔に存在する疾病の処置方針は全てこの中に包括されるべきものと

解釈している。ところが、歯周疾患における「治療計画書」による診療の場合、多くの制約事項(時間、年齢、歯数、補綴との関連等)がつけられているがために、基本的な治療計画(treatment planning)そのものが、症例によっては大きく拘束を受ける結果になった。

今回、40歳～55歳までの患者を対象に残存歯の数により歯槽膿漏症指導時に加算点数が加えられたことは、歯科疾患実態調査の結果を踏まえたものと言われている。プライマリー・ケアの観点からはむしろ年代を繰り下げた方がより効果的であり、この年代層の患者は多くの場合、多数歯欠損による歯冠長の延長、歯牙の位置異常、咬合平面や顎間距離の不正などを有しているので、歯周疾患の立場からも早い時期に治療用義歯(treatment denture)、暫間義歯(temporary denture)、移行義歯(transitional denture)および暫間被覆冠(temporary crown)等(歯周治療用装置)による咬合関係の確立と咀嚼器官として機能の回復をすすめながら、経過をコントロールすることがより効果的な治療と考える。しかし、「治療計画書あり」を採用した場合、時間的制約により最低でも1ヵ月、あるいはO'Learyのブラック・スコアの成績いかんでは数ヵ月もの間、これらの補綴装置の恩恵を被ることが不可能になってくる。これらの多くの制約は、治療計画(treatment planning)における方針ならび方法の選定(selection of method and plan)、治療手順および日程の作製(programming)等にも支障を来すため、治療計画そのものの変更を余儀なくされている。

Peltonの報告によると歯を失う原因のうち50%は歯周病に由来するとされるように、歯周疾患は確かに歯科における重大疾患である。しかし、歯周疾患はあくまで口腔疾患の

一つであることを再認識する必要がある。顎口腔系の治療を進めるにあたって、歯周疾患処置上の制約のため、歯科治療全般の包括的な治療計画(treatment planning)が立てられないとすれば、はなはだ遺憾である。歯周疾患に対する理想的な治療体系を虚構化させないためにも、臨床の実態に沿った弾力的な法の運用を切に願うものである。

以下、症例を紹介しながらこの問題点に検討を加えて行きたい。

各論

咬合の異常と歯周病が合併した症例は、緊急処置を除いて、臨床学的には双方の治療を並行してすすめるのがより効果的で、治療経過からみても良好な結果が得られる場合が多い。最近の研究によって、咬合性外傷が歯肉の炎症、歯周ポケットの形成の直接の原因にはならないことが実証されるに至り、ややもすると咬合の問題は重要視されない傾向が一部にあるのは残念である。実際の臨床では余程口腔内環境が良好でない限り、長期にわたる外傷性咬合があるにもかかわらず、病的盲嚢が存在しない例は稀有であり、咬合の崩壊現象を防止、回復しなければ歯周病に対する処置にも限界を示す症例が多くある。このような複合型の疾患において、咬合病、歯周病と分断して治療を行なうことは、歯科の治療体系が有機的に連携されていない大学病院ならいざ知らず、総合的な臨床知識を持った臨床医ならば包括的な治療計画のもとに治療を進めて行くのが常識である。ここに提示した幾つかの症例は、歯内療法を別にして、咬合関係と歯周組織に問題があるために口腔疾患がより重篤な症状を呈したと推測されるもので、筆者はその時点で必要と思われる治療手

段を選択した。この場合、もし治療計画書にもとづく期間、歯数、年齢、補綴関連、プラーク・スコア等の拘束があった場合、同質の医療内容が補償されうるかどうかをご判断願いたい。

症例1 (図1-1～10)

概要：85歳の女性で、齲蝕と歯周病が原因と思われる歯牙喪失のまま、補綴処置を行わず現在まで放置。残存歯 $\frac{7-1}{23457}$ はすれ違いのため、咬合せず歯周疾患とカリエスに

罹患していた。

主訴：咀嚼不全による体力減退。

治療方針：すれ違い咬合の状態で長期間経過しているので軽度の顎機能異常を起こしているため、とりあえず治療用義歯を製作し咀嚼機能の回復と顎機能の改善をはかりながら歯周療法、歯内療法を並行させて施行することにした。なお、患者は衰弱と高齢につき、抜歯ならび歯周組織の外科処置は極力避け保存療法で治療を進め、残根はオーバー・デンチャーの支台歯に利用する方針を立てた。

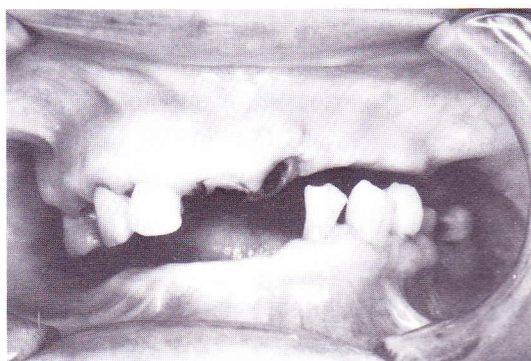


図1-1 初診(昭和59年3月24日)から3回目、10日後の口腔内所見。患者と保護者には来院のたびに tooth brushing technique と plaque control の motivation を励行。O'Leary の plaque score 42%。

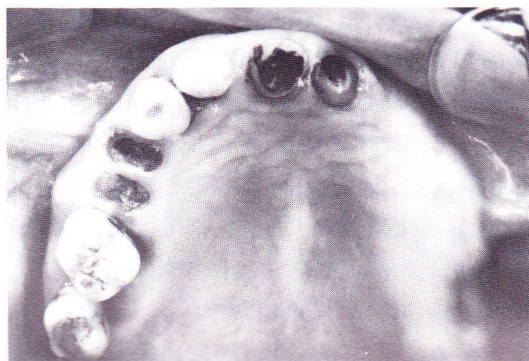


図1-2 同時期の上顎。5411は残根状態で6は歯頭部齲蝕のため歯髄炎を生じている。7-1の首囊測定値は2.5～6mmで出血、排膿あり。比較的骨植は良好。



図1-3 同時期の下顎。残存歯23457は歯肉縁下の歯石沈着と7近心側歯肉内部の出血、排膿が認められる。スケーリングののち、治療用義歯のため上下顎の印象採得。



図1-4 治療5回目(初診日から14日目)。治療用義歯を口腔内に装着した状態。O'Leary の plaque score 35%。再度 scaling と root planing を施行。

図1-5 治療用義歯の粘膜面観。conditionerによる顎堤粘膜および歯周組織の tissue conditioning と顎機能、咬合改善のため来院の都度、咬合調整を施行した。

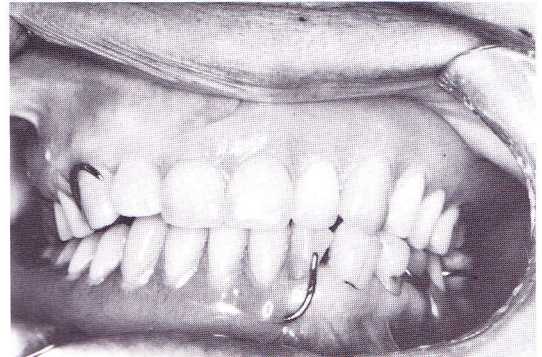


図1-6 最終義歯が口腔内に装着された状態。初診から約8ヵ月目(昭和59年11月24日)。歯周組織及び顎機能異常は改善され、咬合関係も安定してきた。O'Leary の plaque score 25%。



図1-7 最終義歯装着の上顎面観。5411は歯内療法完了後、オーバー・デンチャーの支台歯に利用。

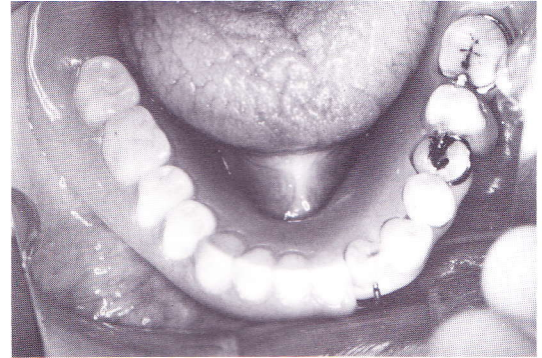


図1-8 最終義歯装着の下顎面観。残存歯の restoration と7の大幅な歯冠形態修正による mouth preparation がなされている。



図1-9 最終補綴後3ヵ月の口腔内所見。盲嚢測定値1~3.5mm(7近心隣接部3.5mm)。O'Leary の plaque score 31%。



図1-10 同時期の上顎拡大写真。11はオーバー・デンチャーの支台歯として root cap と O'ring が装着されている。歯周組織は軽度の歯肉炎を起こしているが、盲嚢測定値1~2.5mm。

症例 2 (図 2-1 ~11)

概要：患者は47歳の女性。重度の歯周疾患と咬合崩壊によって咬合位が保持できず低位咬合になっており、上下顎前歯部の唇側傾斜と動揺が顕著。

治療方針：歯周療法と並行して、偏位した咬合関係を改善する目的で、治療用義歯による咬合挙上を含めた咬合の確保と咀嚼機能の回復が先決である。



図 2-1 初診時(昭和58年6月6日)の口腔内所見。口腔衛生状態は不良で、臼歯部咬合の崩壊と残存歯群の偏位咬合のため、歯周組織の破壊をさらに重篤にしている。歯肉の出血、排膿が顕著。

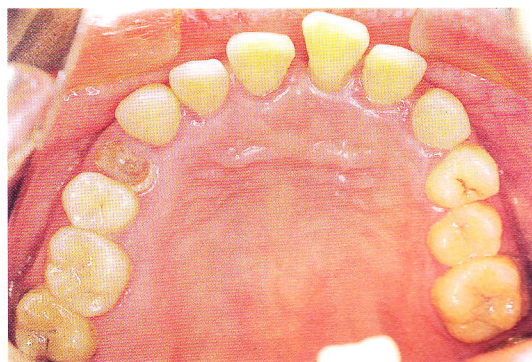


図 2-2 初診時の上顎咬合面観。歯列弓全体の唇側傾斜と歯間離開が顕著。口蓋側歯肉辺縁のクレーター状のポケット形成と深化が認められ、前歯部の動揺度は2～3度。

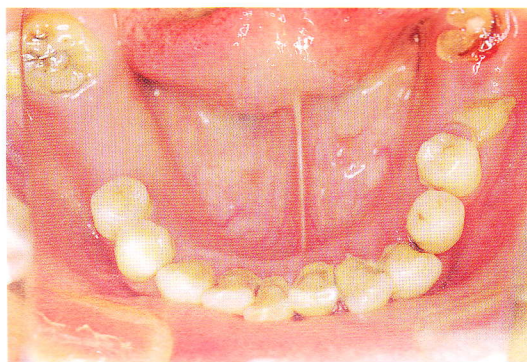


図 2-3 初診時の下顎咬合面観。歯石沈着と歯肉の発赤、腫張が顕著で出血、排膿が認められる。 $\overline{67}$ の残根と $\overline{8}$ の近心傾斜の状態が判明。

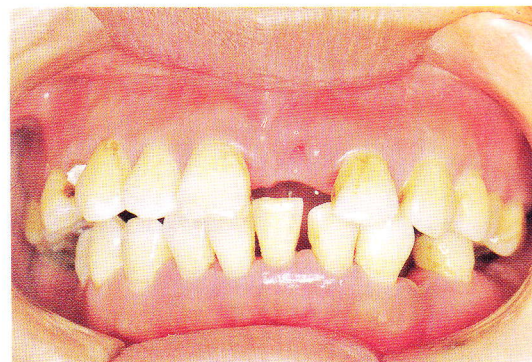


図 2-4 治療3回目の口腔内所見。scalingの後、 $\frac{1}{5}$ は保存不可能につき、治療2回目に抜歯を行なった。初診時と2回目に plaque control の motivation。O'Leary の plaque score 52%。



図 2-5 治療3回目の左側口腔内所見。 $\frac{15}{5}$ のみ咬合関係になっている。ここで治療用義歯の印象採得と咬合採得を行なった。なお、右側臼歯部は $\frac{5}{5}$ のみによって咬合関係が保たれていた。

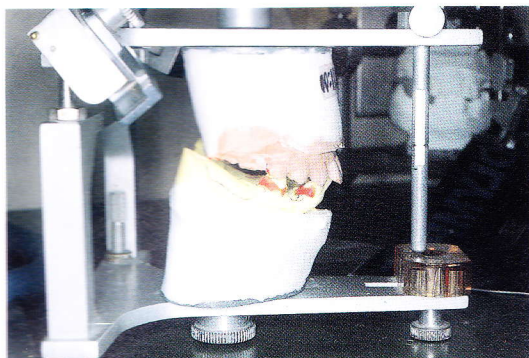


図2-6 上下顎模型を咬合器に装着。下顎は中心位でマウント。インサイザル・ピンを約3mm挙上したのち、治療用義歯を製作し、治療開始4回目に口腔内に装着した。



図2-7 治療用義歯咬合面にレジンを添加し調整した結果、最終的には白歯部で約3mm咬合挙上となった(初診後7ヵ月)。この間、義歯を利用して歯間離開を修正。O'Learyの plaque score 23%。



図2-8 治療開始から約9ヵ月後(昭和59年3月16日)に最終補綴物が装着された口腔内写真。O'Learyの plaque score 24%。



図2-9 装着時右側側方面観。854の歯冠咬合面部分は部分床義歯の金属によって被覆される over denture になっている。白歯部で約3mmの咬合挙上が可能になった。

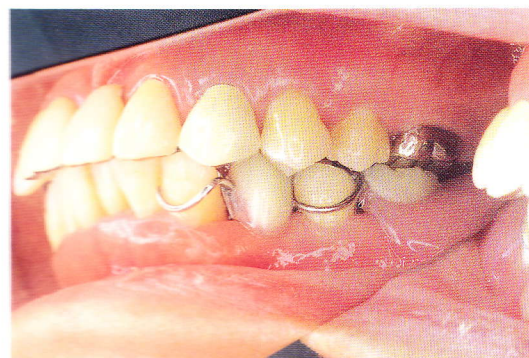


図2-10 装着時の左側側方面観。右側と同様に85の咬合面部分は義歯の金属によって被覆されている。



図2-11 治療用義歯と最終義歯の咬合面観。

症例3(図3-1~11)

概要：患者は53歳の女性。下顎は無菌顎。残存歯の653|156は全て修復されているが、補綴物の破損が見られ、21|23は残根状態になっていた。下顎の顎堤吸収は顕著で、総義歯の安定性は極端に不良。

治療方針：上顎は歯周療法、歯内療法によって歯牙を可及的に保存。下顎は総義歯の再製。



図3-1 初診時(昭和57年11月24日)の口腔内所見。上顎修復物の適合不良は、歯肉縁下齦蝕と歯周組織の炎症を増悪している。診査の結果、21|23は根面齦蝕と歯根長が短いため保存不可能。brushing techniqueのみを指導。このような症例では plaque scoreは無意味と思われる。治療2回目に上下顎印象採得。上顎残存歯処置前に、咀嚼機能の回復を目的とする治療用義歯を製作した。

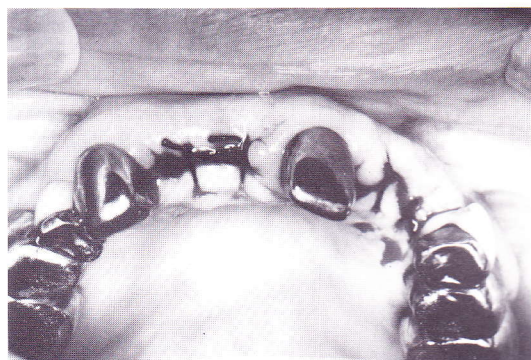


図3-2 治療3回目に治療用義歯の試適と下顎旧義歯の咬合採得を行ない、21|23の残根を抜歯。患者は一生懸命に brushing をしているが、修復物のため歯肉の改善には限度がある。



図3-3 同日、下顎旧義歯を中心位でリマウント後、咬合面を再構成し治療用義歯に応用。この際、約3mm程度咬合挙上。

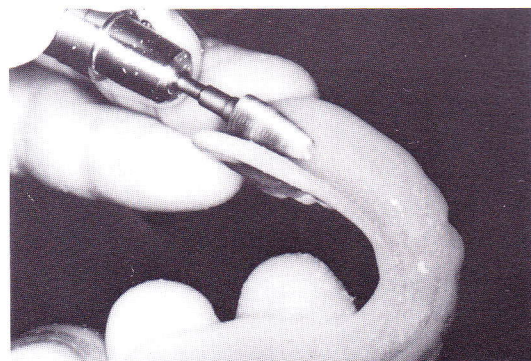


図3-4 同日、下顎治療用義歯の床下粘膜面を一層削除し、tissue conditioner のためにスペースを確保。oral physiotherapy の意味で無菌顎における顎堤粘膜の調整も行なった。



図3-5 同日、上下顎治療用義歯を試適、咬合調整後 tissue conditioning。これで、患者には咀嚼機能を維持させながら本格的な歯周、歯内療法をはじめることが可能になった。

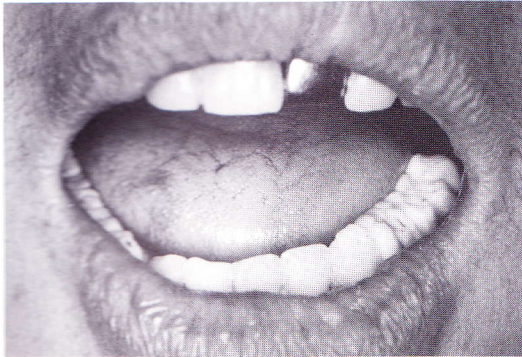


図3-6 同日、上下顎の治療用義歯の支持、安定は良好である。oral hygiene について再度 motivate した。



図3-7 歯周組織に為害作用を及ぼしている修復物の辺縁部を切除し、brushing が容易に出来る形態にした。

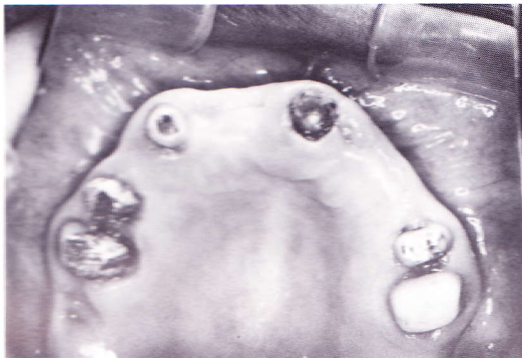


図3-8 歯周療法と並行して歯内療法を行ないながら随時メタル・コアを装着。暫間被覆冠と治療用義歯によって、口腔機能を存続させることが可能。



図3-9 初診約3ヵ月後、上顎に全歯列連続固定装置による最終補綴物を口腔内に装着(昭和58年3月2日)。tooth brushing technique と interdental brushing technique を指導。

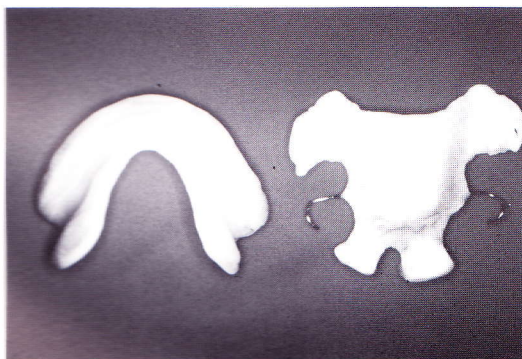


図3-10 治療用義歯の粘膜面観。約4ヵ月間使用させたことになる。下顎義歯のflangeも生理的な形態になっている。

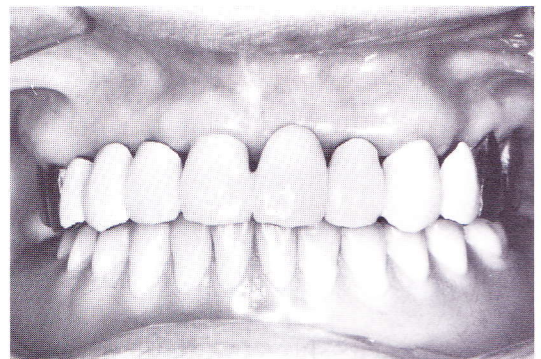


図3-11 上下顎最終補綴物が口腔内に装着された状態(昭和58年3月17日)。上顎の plaque score 23%。

症例4 (図4-1~11)

概要：患者は67歳の女性。他院でプラークコントロール、歯周外科、暫間固定術を受けたにもかかわらず、歯周組織の改善に限界があり、咬合の崩壊が進行するため、紹介されて来院した症例である。

治療方針：診査の結果から、motivation, brushing (plaque score 28%) などにはあまり問題がなく、咬合の崩壊を食い止めることが先決であると判断した。上顎前歯群の唇側転位を矯正することで anterior guidance の確保を試みた。

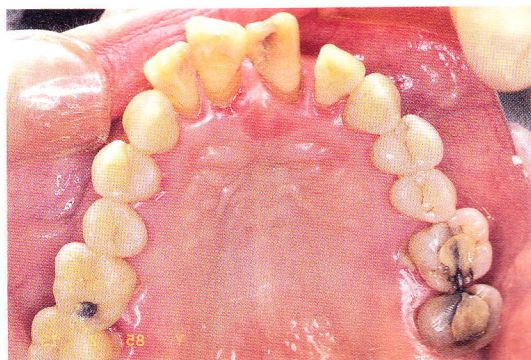


図4-2 初診時の上顎咬合面観。76|67の口蓋側歯肉辺縁にクレター状のポケット形成と深化があり、圧排によって出血、排膿が認められた。67は暫間固定がなされていた。

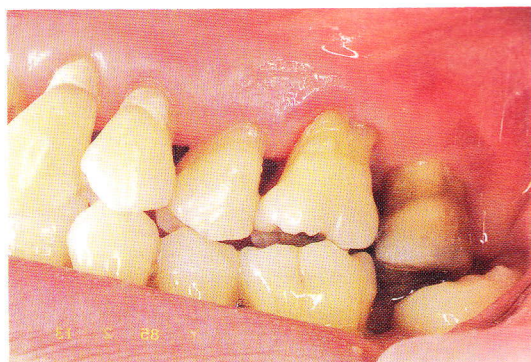


図4-4 初診時の左側側面観。咬合の崩壊が顕著で、咬合するたびに歯牙の動揺が認められる。咬合位の保持には不安定な状態である。

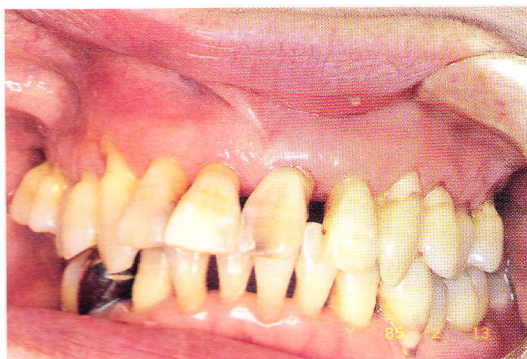


図4-1 初診時の口腔内所見。プラークコントロールは比較的良好で、76|67を除いて盲嚢測定値は1.5mm～3mm程度だが、動揺度は全体的に強く、特に21|167はⅡ度以上あった。

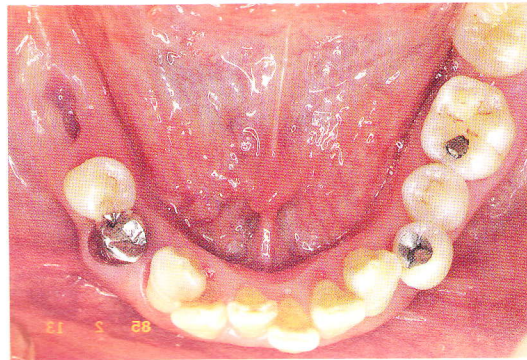


図4-3 初診時の下顎口腔内所見。6の抜歯創が認められ、54の動揺も顕著である。プラークコントロールは良好。盲嚢測定値は46を除いて1.5mm～3.5mm程度。

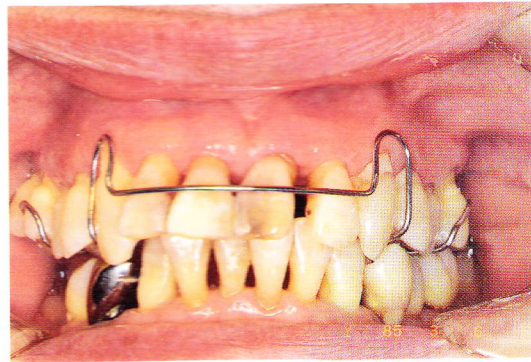


図4-5 前歯部咬合崩壊の抑制と上顎前突を矯正する目的で Hawley appliance を応用した splint を装着し、咬合の安定をはかった。

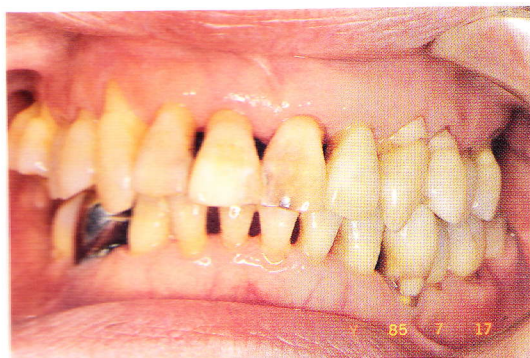


図4-6 splintを装着して4ヵ月経過後の口腔内所見。この間、全顎にわたる咬合調整と2+2のフラップ手術を施行。前歯部の被蓋関係もほぼ正常になり、咬合状態も安定してきた。

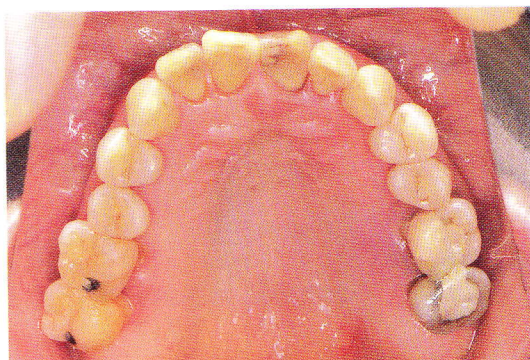


図4-7 咬合面観。初診時に比較して歯周組織の状態は改善され、骨植も良好になった。大幅な歯冠部の形態修正を行なっている。

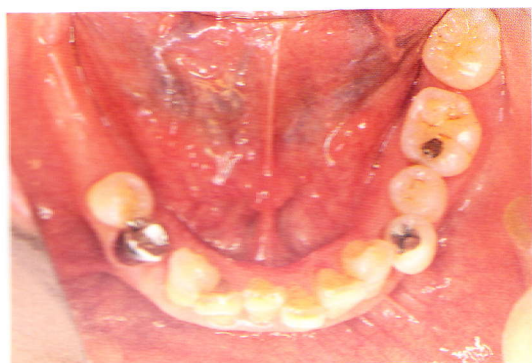


図4-8 同、下顎口腔内所見。全体的にポケットの深さも減少し、54の骨植状態も良好である。



図4-9 同、左側側面観所見。初診時(図4-4)と比較して咬合関係も著しく改善され、それに伴って歯周組織の形態も良好になった。



図4-10 同、右側側面観。左側と同じ所見が認められる。 $\frac{54}{54}$ は堅固な咬合関係を保持できるようになり、オクルーザル・ストッパーとしての役割をはたすことが可能になった。



図4-11 同、前歯部拡大写真。歯列の位置はほぼ正常と思われ、骨植状態も良好でprobingによる出血も消退した。この時のO'Learyのplaque scoreは27%であった。初診時の28%と比較して考えてほしい。