JCPG 会報

Proceedings

JAPAN CLINICAL PERIODONTAL GROUP

Vol.18 June 2004

日本臨床歯周療法集談会

“夜明け”を信じてみなで頑張ろう

現在，わが国は超高齢化社会を迎え，また人々をとりまく経済状況には依然きびしいものがあります．このような環境の中で患者さんがわれわれ医療者に望んでいることは，目先のサービスに血眼になることでも最新の機器をそろえることでもなく，患者さん一人一人の多様なニーズに応える細やかな配慮と注意をもった医療の実践です．歯や歯肉がきれいになって食べ物をおいしく食べられ，その結果として患者さんが健康を回復するために，歯科医療として認められている技術を，不断に，磨く努力をするということなのです．

もうひとつ．言うまでもないことですが，われわれは患者さんという社会人と接する職業であるということも忘れてはなりません．患者さんや時によりご家族との十分なコミュニケーションを通して，社会的背景をもふくめた「全人的医療」を学ぶこともまた求められているといって良いと思われます．

かつてのように，格別の向上心などなくても40，50人の患者さんが押しかけてきた時代の再来を追い求めても，歯科に未来はありません．これら２つの事柄，すなわち，どんな患者さんに対しても，与えられた条件の中で最適な治療ができる実践力を身につけること，もう１つは，患者さんとの良好な信頼関係をむすぶことを通して，豊かな健康の維持増進のためのパートナーであることも要求されているのです．

こういったことを踏まえたうえで私が特に強調したいのは，“患者さんとの信頼関係を築くためには，歯科医師と歯科衛生士の信頼関係の構築こそより大切ではないか”ということです．意外と考慮されないことが多いようですが，私はこのコ・デンタルという発想こそが最も大切ではないかと思っています．そのためには，医院全体が共通の目標を持つこと，スタッフ同士で絶えずコミュニケーションを図ること．それぞれの医院ごとにいろいろ考えられると思います．医院によっては出来ることも出来ないこともあると思います．大事なことは良いと思ったことをやってみようとすることです．言い古されていることですが，向上心のないところに進歩はありません．

こういった会員のみなさんの医院の診療体系のベース作りのために，夜明けを信じて，このJCPGでともに勉強し，意見を交換することがお役に立てたらと念願してやみません．

会長　小林和一

JCPG会報 Vol.18 Jun. 2004

Proceedings of JAPAN CLINICAL PERIODONTAL GROUP

Contents

[巻頭言]

“夜明け”を信じてみなで頑張ろう　小林　和一　1

[特集：歯科衛生士座談会]

スケーリング・ルートプレーニング実習インストラクターが語る
「これからの歯科医療」―歯科医師と歯科衛生士のコラボレーションが未来を開く
鍵和田優佳里・榎本紀子・谷口ゆかり・鈴木　芽・東條貴代美・関　律子　4

[会員発表　1　歯科衛生士]

当医院における歯科衛生士の役割　坪山　郁世　10

PTCを活用した初期治療とメインテナンス　山本美千英　12

歯周病と3DS　大島まゆみ　14

メインテナンス患者の更年期をどう乗り越えるかを考える　稲見麻里子　16

[会員発表　2　歯科医師]

日常臨床における病理診断の活用　浜野　弘規　18

意図的再植　齋間　直人　20

咬合の再構築を行った１症例　長阪　信昌　22

自家歯牙移植についての考察　梅津　修　24

[ポスターセッション　1　歯科衛生士]

ハイジーンも考えよう歯周と咬合その診査・診断　松田奈緒美　26

咬合崩壊を伴う歯周炎患者にMTMを含む治療を施した１症例
―病変の成り立ちからメインテナンスまで：歯科衛生士としての役割と考察
清水　史絵　28

インプラント補綴におけるメインテナンス　水倉佳代・大須賀幸子　30

チェアサイドにおける感染症患者への対応　福原千景・安沢美紀　32

歯科衛生士が実践するインフォームドコンセント　石垣智美・米田繁美　34

患者満足度向上のために―ISOを取り入れて　藤崎さやか・小口優子　36

前歯部のブラックトライアングルへの対応　東條貴代美　38

［ポスターセッション　2　歯科医師］

重度歯周病患者を上下顎フルブリッジにした症例　大谷裕亮・岡本　浩　40

上顎オーバーデンチャーをフルブリッジ，下顎パーシャルデンチャーを
歯根移植による固定性ブリッジとした症例
中島大誠・金沢良太・寺島信一・鈴木史彦・岡本　浩　42

垂直性骨欠損に対するGTR法とEMDの臨床的評価　大塚正之・小林之直・申　基喆　44

広汎性侵襲性歯周炎患者の歯肉縁上プラークコントロールに
対する反応性　長谷川朋美・武田宏幸・申　基喆　46

咬合性外傷に対応した1症例―垂直性骨欠損へのアプローチ　田村　大蔵　48

オールセラミックスクラウンを用いて上顎前歯部の審美的回復を
試みた2症例　飯田倫太郎　50

長時間ブラッシング　三宅　宏之　52

［編集後記］　吉田　秀人

特集：歯科衛生士座談会

スケーリング・ルートプレーニング実習インストラクターが語る

「これからの歯科医療」

―歯科医師と歯科衛生士のコラボレーションから広がっていく

この座談会は，今年の２月28日に，東京都世田谷区・経堂の小林歯科医院待合室にて実習インストラクターの鍵和田優佳里・榎本紀子・谷口ゆかり・鈴木　芽・東條貴代美・関　律子によって行われたものです（撮影：久保木寛朗先生）.
（スケーリング・ルートプレーニング実習は，第15回学術大会より継続して開催しています.）

■私自身にとっての実習

―　みなさんは本学会でスケーリング・ルートプレーニングの実習のインストラクターをご担当されているわけですが，どんなご感想をお持ちですか？

関　私は，この日本臨床歯周療法集談会に1992年から参加しています．勤務した当時は先輩がいなかったので，目標となるステキな先輩方が多く参加されていたこの学会に，毎年参加することがとても楽しみでした．また，院長のおかげで，いろいろなセミナーや勉強会に参加させていただくことができ，歯科衛生士として自信がもてるようになりました．秋の学術大会でのスケーリング・ルートプレーニングの実習（以下実習）のインストラクターも，初回（1998年）から務めさせていただいています．この実習を通してたくさんの歯科衛生士たちと関わりを持つことができ，私自身にとってとても良い経験となっています．

鈴木　私自身にとっても本学会では，実習のインストラクターという大役を務めさせていただいておりますし，特に今回は企画委員という立場で自分自身，色々なことを勉強させていただくチャンスを与えていただき，ありがたいことと思っています．

東條　私はこの実習に３回目からインストラクターとして参加しているのですが，初めは緊張もあり，受講生に対応することだけで必死でした．回を重ねるに従って，受講生たちは単に話を聞きにきているのではなく，明日からすぐに生かせる技術を求めてここに参加しているのだという積極的な姿勢がひしひしと伝わってきて，むしろこちらこそ励みになりました．

左より東條・鍵和田・榎本・関・谷口・鈴木

■受講生もインストラクラーも互いに学ぶ

東條　セミナーでは受講生とインストラクターという立場ですが，このセミナーを通じて交流が深まったり，お互い切磋琢磨しあえる関係が築かれてきていると思います．インストラクターも受講生と同じ臨床の歯科衛生士ですから，どんなに小さな悩みでも共感できたりしちゃうんです．このセミナーは皆がお互いにモチベーションを高め合う場ともなっている，そんな

気がします．

鈴木　おっしゃるとおり，そんな気持ちでインストラクターをやらせていただいていると，受講生のみなさんにも受け身でなくて，インストラクターとも対等に楽しく学びあえる場として，もっと“能動的に参加する”という受講の仕方をしてほしいなと思いますね．

鍵和田　鈴木さんが言うように，このセミナーに参加するときには，みなさんに能動的に受講してもらいたいという同じ気持ちを持っていますが，でも，実際にこの実習に参加されているみなさんをみると，いつも熱心に受講する人ばかりです．

榎本　実習に参加しているみなさんの中には，積極的に参加している方，反対に受け身で参加している方など，動機は様々だと思いますが，この実習をきっかけとして，前向きに色々なことにチャレンジして自分を磨いてほしいな，と思いますし，自分もそうしていきたいと思います．

関　いま，さまざまな内容の歯科衛生士向けのセミナーが全国各地で開催されていますが，鍵和田さんは就職して初めて出られたセミナーのことを覚えていますか？

鍵和田　はい，よく覚えています．セミナーを受講してみて強く感じたことは，歯科衛生士という資格は持っていてもずいぶん知らないことが多いなあということでした．それ以来，臨床で必要な知識や技術を修得したいと思い，可能な限りいろいろなセミナーへ参加したりして，勉強してきました．

■どんなときも相手の気持ちを考える

東條　私たちインストラクターはみなある程度以上の臨床経験を積み，日々の臨床の中で常に歯周治療に励んでいる歯科衛生士です．だから，患者さんの気持ちを汲み取りながら日頃の治療を進めているのと同じように，受講生たちの気持ちや心の動きを見ながらセミナーを進めていると思うんですが，いかがですか？

谷口　榎本さんは，毎回，受講生の方達が理解しやすいようにいろいろと考えられていますね．一番感動したのが，スケーラーの先端の大きな模型を手作りなさって示されたことです．あれは受講生のことを考えているなと思いました．私も榎本さんに教わりたかった（笑）．

榎本　インストラクターをやってみると，最初の頃は気持ちに全く余裕がなく，受講生のみなさん一人ひとりにまで気を配ることができませんでした．今も余裕があるとはいえませんが，どのようにしたら受講生のみなさんが理解し，できるようになるかを考えながら頑張っています．

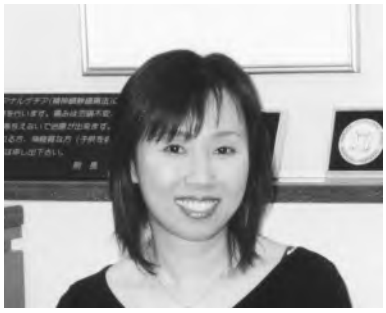
関　ほんと，実習が終わった後は，受講生だけでなくインストラクターの目の光も違いますね．実習では，６～８人のグループごとにインストラクターが１人ついていて，グループ内で気軽に日頃の疑問点についての話を聴かせてもらったり意見が言えるので，その中からお互いに良い方法を見つけだすという流れができているように思いますね．インストラクターも同じように，私の仕事はどうだろうと振り返るわけです．

鈴木　インストラクターと受講生という立場にとらわれず，同じ資格を持って仕事に取り組んでいる者同士が交流し，刺激を与え合い，新しい情報や再確認すべき情報を一緒に学び合うという場であって欲しいと思っています．お互いの経験や日頃感じていることを伝え合い，新しい気持ちや抱負を持って帰ることができる．同じような経験や実践を重ねている仲間とのふれあいの中から，ひとつでもヒントを得ることができる．自分でゼロから始めるよりも近い道をみつけることもできる．・・・そんな空間をみなで作り出すことができたらいいなと思います．

■「一人で悩まないで」

谷口　受講生や若い歯科衛生士と話してみると，歯科衛生士として頑張っていきたいけど，何から始めたらいいか分からない，院外での情報がつかめないという人が多いかなという感じがします．そういう人には思わず「一人で悩まないで」と声をかけたくなりますね．まずは，自分の周りの少人数でも集まって，悩みや歯科衛生士としてのこれからを話し合うところから始めると，新しい方向が見えてくるのではないでしょうか．

鈴木　そうですよね．それぞれのみなさんの日頃の経験や実感を持ち寄って，気軽に出し合う．お互いに育て合う．こういう流れをみなで作ることができたらいいですね．そうすることで，歯科衛生士全体のクオリティーを引き上げていくことにもつながるのではな



鍵和田優佳里（かぎわだ　ゆかり）
日本女子衛生短期大学保健科卒（現 湘南短期大学）
1991年　小林歯科医院勤務（世田谷区）
院長　小林和一

鈴木　芽（すずき　めぐみ）
新東京歯科衛生士学校卒
1994年　阿部歯科医院勤務（調布市）
院長　阿部二郎

いでしょうか．

関　院内で話し合うのも大切ですが，院外でも仲間を作って話すというのも大切ですね．違った方向から見てみると，見えていないものが見えてきますし，また，やる気にもつながりますね．

谷口　私の場合，勤めた当初から，目標となる歯科衛生士の先輩達が何人もいました．院内では2歳上の先輩，横浜の「むし歯予防研究会」ではもっとベテランの，色々な医院の歯科衛生士の先輩達が活躍していました．そして，初めて参加した本学会のパーティーの席で，雑誌に載っているような有名な歯科衛生士の方から「がんばってね.」と声をかけていただき，感動したのは今でも覚えています．私も先輩達のような歯科衛生士になって，吉田歯科医院の患者さんの役に立てるように早くなりたいなと思っていたら，あっという間に十年経っていたという感じです．診療室の中では，そこに毎日来てくれる患者さん達に，勉強の材料も結果も全ていただいて今までやってきました．

■長く続けられる理由

関　谷口さんもそうですが，みなさん，10年近く同じ歯科医院で勤められていますが，そのわけを聞かせていただけませんでしょうか？

鍵和田　そこで頑張ろうと思えるのは，患者さんと口腔の健康を通してお付き合いできる環境があるからではないでしょうか．その中で患者さんの口腔状態が良くなっていってほしいから，そのために勉強し，実践し，また勉強し，という日々ですね．

関　勉強は，興味が出て，必要に駆られると進んでできるようになると思います．そういう時の知識ってどんどん頭に入ってきて，おもしろくなってきますね．

榎本　続けられるのは，歯科衛生士が楽しいからではないでしょうか．楽しいから努力もできる．

谷口　「歯科衛生士という仕事が楽しい」って，しばしば耳にする言葉ですが，その楽しさはどこからくるのでしょう？　みな楽しくしたいとは思っていますよね．けれど，できなくてあきらめたり，残念な場合はやめてしまう…….

鈴木　楽しく仕事のできる条件って，職場環境以外にも色々あると思います．自分の仕事に対する誇りとか自信がなければ，「仕事が楽しい」ってわけにいきません．また，誇りや自信は，毎日の仕事を通して，先生や同僚たち患者のみなさんなど，周囲の人たちから学びながら，コツコツと積み上げていくものなのではないかと思います．本学会などの場で学ぶことも大事だと思います．もうひとつ，私は「楽しく仕事をするぞ」という心構えも必要だと思っています．だから私は，毎朝ワクワクしながら仕事に通っているんです．

関　鈴木さんは，だからいつも楽しそうなのですね．やはり，医院は明るくないと治っていく病気も治らなくなってしまいますね．

鍵和田　それと，先ほどと同じことになりますが，患者さんと長くお付き合いできるということも楽しさにつながると思います．だから，何といっても患者さんが長く来院してくださる環境にあるかどうかがとても大切になると思います．その結果として患者さんが良くなっていけば，こんなに嬉しいことはないですし，やりがいを感じます．

谷口　その嬉しさ，やりがいという楽しさが，明日につながるということですね．

谷口ゆかり（たにぐち　ゆかり）
鶴見短期大学歯科衛生学科卒
1994年　吉田歯科医院勤務（横浜市）
院長　吉田秀人

関　律子（せき　りつこ）
湘南短期大学歯科衛生学科卒
1992年　吉田歯科医院勤務（横浜市）
院長　吉田秀人

■「よりよい環境」作りの中核はやはり院長

鈴木　私は，毎日楽しく過ごしたいし，そのためには仕事を楽しんでやることが絶対に必要だと考えています．そのためには，楽しく仕事のできる条件を，自分自身も作らなければならない．良い職場環境が必要ですが，それだって単に与えられた環境に甘んじるのではなくて，同僚の人たちと一緒に自分も「よりよい環境」を作る努力をしなければなりませんね．

関　同僚といっても医院によっていろいろ違いがあると思うんです．歯科衛生士だったり，助手であったり，受付であったりです．でも，何といっても中核となるのは院長です．

鍵和田　私が長く続けられるもうひとつは，院長先生の治療に対する姿勢が尊敬できるから．

東條　私も同じです．臨床の場で毎日接する小林先生の良さは，患者さんに対する誠実で真剣な姿勢や，その精神的なところが尊敬できます．愛すべき院長といった感じです．

谷口　小林先生は幸せものですね．

榎本　でも，それは，当然のこと，基本的なところですし，同じ現場で働くものにとっては，大事なことですよね．

谷口　やはり，最初は先生がきっちり治療しているのを見ていたから，それについて行かれるように，治療で要求されていることに応えられるようにとか，そういうところから始まったと思います．院長先生がせっかくしっかり治療をしようと思っているのに，私が足を引っ張るわけにはいかないし，やはり院長先生の取り組む姿勢によって，一緒に患者さんを治して行こうという気になりますね．

鍵和田　谷口さんは，今は，院長の姿勢に応えられているように思いますか？

谷口　なかなか完璧とはいえませんが，自分なりに精いっぱい努力はしているつもりです．院長先生には，いつも歯科衛生士やスタッフをリードしてほしいですね．仕事の中身は違いますが，リーダーとして旗を振ってほしい．そうするとついて行く気になれる．

■歯科衛生士の本音，歯科医師への本音

関　歯科衛生士や歯科医師からよく耳にするのが，「TBIをしたい」「SRPの時間がほしい」「できればそうしたいけれど・・・」「保険制度が・・・」「お金が・・・」ですよね．この点についてどう思われますか？

鍵和田　歯科医院の院長は，経営者と医療人という二面性を持っていますが，どっちも上手くやらないといけないですよね．私たちもお給料をいただくわけですから．

東條　たとえば，治療費をいただかなくても行政などから援助があり，術者側，経営者側にとっては競争もなく，どんな医療行為においても，患者さんすべてが純粋に最高の治療が受けられる．それが理想的なのか疑問もありますが，とにかくどの歯科医師も，もちろん歯科衛生士も含めですが，患者さんに水準の高いものを発揮したいと思っているでしょうし，発揮できる場があればいい，と思いますね．

■歯科医と目指す目標が一緒

鍵和田　矢吹先生は，熱意があって，毎年，離島へ診療しに行かれていましたが，そんな先生をどう思わ

東條貴代美（とうじょう　きよみ）
関東歯科衛生士専門学校卒
1996年　小林歯科医院勤務（世田谷区）
院長　小林和一

榎本紀子（えのもと　のりこ）
中島学園歯科衛生士科卒（熊本）
1992年　矢吹歯科医院勤務
院長　矢吹義秀

れていますか？

榎本　そうですね．ひと言では言えませんが，離島のことに関してもふだんの診療に関しても院長先生の仕事に対する姿勢は尊敬しています．また，仕事の内容としては，目指す目標が私たちも一緒だからついて行くことができるのだと思います．

関　矢吹先生は山が大好きで，自然を愛している．そして，人との付き合いをとても大事にする先生，という印象を持っています．ですから，歯科医師として第一に持っていてほしい「歯で悩んでいるひとたちを治してあげたい．良くしたい．」という気持ち，姿勢が，人一倍大きいように思います．そんなところを榎本さんは，尊敬されているのではないでしょうか．

■本気で付き合う

関　気持ちを形には表せないですが，きっと患者さんも，私たちと同じように先生を尊敬していますし，信頼していますね．

東條　歯科衛生士も患者さんに信頼されていると実感したり，温かい言葉をかけてもらった時って嬉しいですよね．特に歯周治療は根気や時間のかかる治療．患者さんも私たちも先生も本気で勝負！　しているという感じですね．

鍵和田　みなさん，患者さんのこと好きですよね．

関　それに，優しい．そこまで考えられるのは，やっぱり優しさがないとできない．

榎本　患者さんに良くなってほしいと思う気持ちが，図書館へ行って調べてみたり，見学しにいったり，という勉強したくなる気にさせるのですよね．でも，それって結局，患者さんのためだけではなく，自分のためになるのですね．今度，次に同じような患者さんが来院したら，役に立つと思います．

鍵和田　だから，患者さんと一緒に成長しているのですね．

谷口　最近は心を悩ませている方が多いですね．いろいろなことを本気で考えて，ひとりで悩んでしまうと榎本さんのように，体調をこわされてしまいます．

関　榎本さんは今年のはじめに胃潰瘍になってしまったのですよね．矢吹先生からも聞きました．担当されていたのが更年期障害の重い患者さんだったと．

谷口　やはり，院長先生はじめ院内全体がその人を治す姿勢でないと，歯科衛生士ひとりでは，難しいところがありますよね．

■プロですから

榎本　患者さんと長く本気で付き合っていくと，「あなたはプロでしょ．だからあなたにお願いしてるの．」って，強い言い方ではないけれど，そうおっしゃる方もいらっしゃいますね．

鍵和田　そう，私たちは歯科衛生士というプロですから．やはり，プロになるためには，衛生士学校を卒業したあとも，勉強する必要がありますね．

■JCPGがきっかけに―小さな世界から大きな世界へ

鍵和田　実習の事後アンケートを見ても，勉強になった，来てよかったという意見が多いのです．参加することで，自ら勉強していく姿勢になり，また他のセミナーにも参加してみようという姿勢になれる，JCPGが今後のセミナーや学会に出席するきっかけになるといいなと思うのです．そうすることで，歯科衛生士としてどんどん向上して行きますので，そのような姿勢

を持つ歯科衛生士が増えていってほしいですね．

谷口　私にとってのJCPGは，全国で頑張っている歯科衛生士さんたちに出会う場です．10年前から毎年顔を会わせる人もいれば，新たに出会う人もいます．これからは，新たに出会った人達と，そこから続く新しい繋がりを作っていけたら，もっと面白くなるかなと思います．

■これからのJCPG―歯科医師と歯科衛生士のコラボレーションをめざして

鍵和田　JCPGの良さは，「歯周治療をベースに」Dr，DHが共に学ぶスタイルを続けているところです．ですから，DrとDHが診療に対して，同じ価値観を持つことができる．また，臨床的な講演内容が多く，すぐに役立つのでいいですね．自ら行動を起こせるきっかけに，JCPGがなればいいなと思います．自分から勉強する姿勢を持っていただきたいですし，参加して元の歯科医院に帰ってきたら，学んだことを生かせる環境作りをしていくことも大切ですね．

鈴木　基礎を繰り返ししっかりと確認できること．時代の流れや変化を踏まえた新しい技術情報や新鮮な情報を学べること．遠い理想論としてではなく，現実に手の届く問題として学べることなど．これらのことを，患者さんを視野に入れながら，お互いの実践経験も踏まえて，学びあい，育てあう．「患者さんの願いを反映する歯科医院づくり」という問題も深めていくことが重要だと思います．

歯科医療から歯周病や，虫歯の処置がより減っていく方向にいくよう願っています．これらは言わば人災のようなもので，多くは防ぐことの可能な疾患だからです．歯が健康かどうかという問題は，人間がぶつかる多くの問題の中ではそれほど大きな位置づけにないと思います．でも，実際歯が痛くなってしまった時は，何を差し置いても歯医者さんに駆け込んでいらっしゃる方が多いですよね．

このように歯科医療は，大げさに言えば人のくらしを左右するわけです．ですから，これからの歯科医療は，患者さんたちのくらしや人生を心豊かで楽しいものにする力を持っているということを，視野に入れる必要があると思います．そこでは予防とメンテナンスに力を入れ，それでも起こってしまう疾患に的確な対処をしていく，そんな，希望を持ち，日々の仕事に励んで行きたいと思っています．

谷口　歯科医院を「行きたくないけれど，行かざるを得ない」場所から，「暮らしや人生を心豊かで楽しいものにする」場所に，ですね．明日からの仕事がまた楽しくなりそうです．

■おわりに

―　今回このような座談会を企画させていただけたことは，私たち実習インストラクターたちにとって，今までやってきたことを振り返るとてもいい機会となりました．今まで開催した6回のセミナーで受講生達をみてきて思うこと，今までやってきたことを見つめ，これからの歯科衛生士はこうあっていきたい，そしてそのために歯科医にこうあってほしいなど，本音で語らせていただきました．今後ますます，JCPG会員の歯科医療がより良いものになるよう願って，まとめとさせていただきます．これを機に院内で，それぞれのコラボレーションがどうなのか，振り返ってみていただければ幸いです．□

総合監修：久保木寛朗（小林歯科医院勤務，厚木市）

当医院における歯科衛生士の役割

坪山　郁世［東京都武蔵野市　レミントン歯科］

■はじめに

当医院のシステムを予防主体に切り替えてから３年が経ちました．この間，いろいろな問題が発生したり壁にぶつかったりしながら，そのつど試行錯誤を繰り返してきた結果，少しずつではありますが変化し，私たち自身のみならず医院も変わっていくのを肌で感じながら仕事に取り組むことができました．今回，今までの取り組みから，変化したシステムについてお伝えしたいと思います．

■治療主体から予防主体へ

予防主体の医院になったことで，いくつか大きな変化が浮かび上がってきました．まず，一つ一つの業務やセクションをこれまでになく厳しい目で見るようになったことがあげられます．また，２つ目には担当歯科衛生士を決めるとともに歯科衛生士専用ユニットを設けたことです．このことによって重要性が増したのは，歯科助手との役割分担でした．歯科助手はアシスタントのプロを目指し，歯科衛生士は予防歯科業務に専念できるようになったことです．３つ目として，歯周病治療への関わり方の再認識と，担当ドクターと連携した治療がスムーズに行えるようになったことです．そして４つ目として，患者さんに対しては，マイハイジニストとして関わるようになったということでした．

歯科衛生士が担当患者さんと向き合うための業務内容の見直しや振り分け，仕事量を増やさず質をあげ，患者さんに提供していくための技術や知識を身につけるなど，今までになく大変な状態に追い込まれたようです．つまり，＜院長に指示＞されなくとも自ら動き，医院のスタイルの再構築に参加したといえます．また，各セクションにチーフを置き，新人教育や他のセクションに要望があれば責任を持って伝え，セクション内をまとめる役目（一人一人が同じ目標をもつため）を果たしています（図１）．

■予防歯科主体医院の歯周病との関わり

初期診断時に次に上げる事柄を行い，歯科衛生士用初回時治療計画書を作成します（図２・図３）．

・患者さんの歯みがき習慣と生活習慣のアンケート記入／・レントゲン10枚法以上／・口腔内写真
・ＥＰＰ／・ＢＯＰ／・動揺度記録／・プラークチャート
・サリバテスト（食事アンケート）

初回時治療計画書とは歯科衛生士が初期検査でどのように以後のスケジュールを判断し進めていくべきか，また各セクションで患者さんの情報を共有するためのメモや，初期治療後のドクターへの申し送り事項などを記録します（図４～図７）．

また，患者さんが歯周病と向き合ううえで不可欠なメインテナンス（定期検診）定着の１つとして，当院では初診時から患者さんには診療案内ファイルに基づいた説明と，定期検診のアポイントをとっています（希望者にはハガキをお出ししています）．定期検診でのアポイントは時間厳守で行い，その結果は，患者さん用のカルテを作ってファイルにし情報提供としてプレゼントします．そして永くお付き合いする患者さんのストレスの理解を目的として行っていることは，患者さんの情報収集（質問表），待合室での態度，電話の内容，興味を示していた資料などを受付担当が記録するなど，歯に対する関心事や健康観などを聞きとる姿勢を院内で大事にしています．

■おわりに

当院での歯科衛生士の職務内容は，初期診断のための資料集め（患者さんへ提供する）をもとに初回時に治療計画をたて，必要であれば治療などをドクターに依頼し，口腔衛生指導（患者さん自身で健康を守るように指導する）と，定期検診で永く患者さんと接していくために患者さんのストレスを理解し，励ましていくことです．これは院内の協力があって初めてできることでもあります．歯科衛生士だけががんばることではなく，医院全体でチームとなり今後も患者さんを支えていきたいと思います．

記録を残すことの意味として本当にその患者さんの

図1　当院のセクション

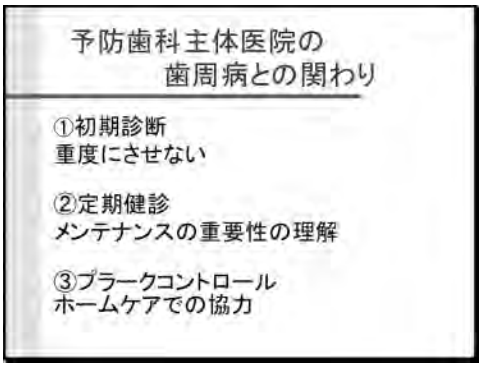


図2　予防歯科を行う上でも非常に大事になる三原則

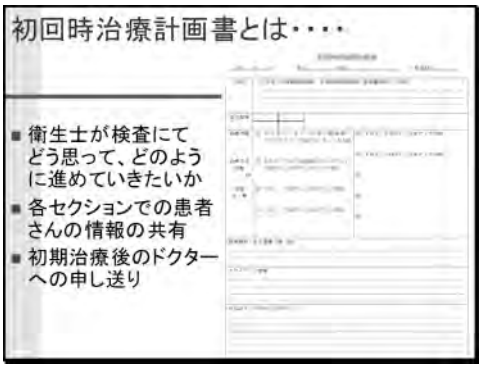


図3　自作の初回時治療計画書

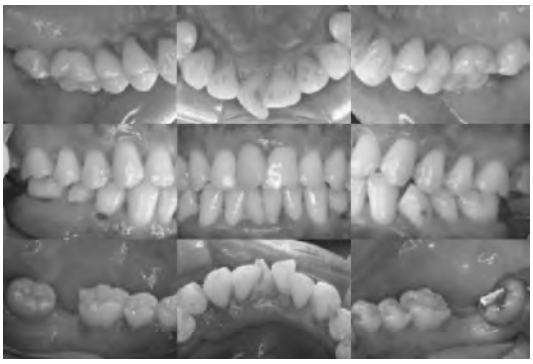


図4　初診時，中等度の歯周病にかかった患者さんが来院

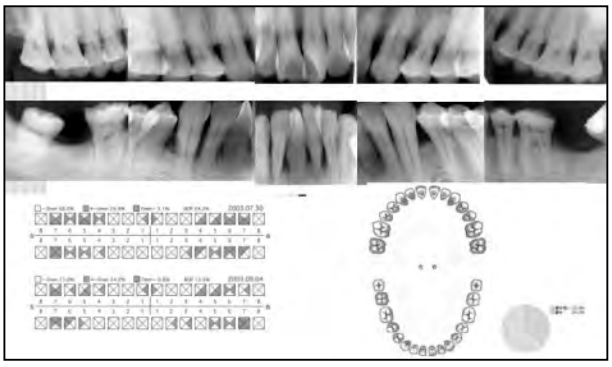


図5　初期検査にて情報収集

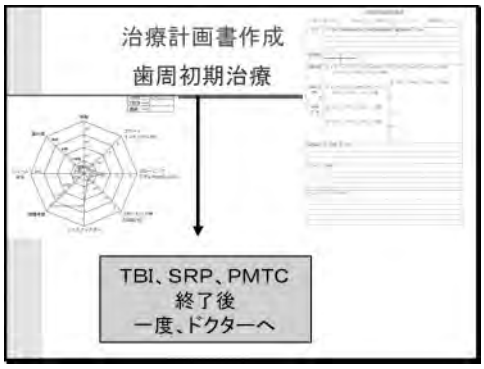


図6　情報をもとに治療計画をたて，他のセクションと共有

役に立ったのか，私たちの自己満足だけではないのかを探りそのデータは私たちや医院の財産になると考えています．□

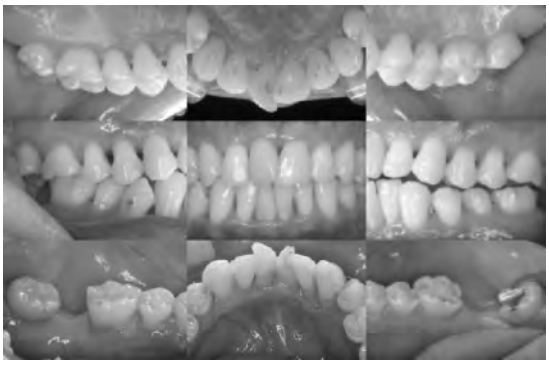


図7　歯周初期治療後，チームでこの患者さんを支えた．

PTCを活用した初期治療とメインテナンス

山本　美千英［東京都墨田区　フリーランス］

■はじめに

歯周病は細菌（プラーク）による感染症であり，適切なプラークコントロールによって歯周組織の安定が得られることはよく知られている．歯周治療の基本となるプラークコントロールは，歯科衛生士にとって「現在ある疾患の改善を目的とする初期治療」（改善）と「発症や再発を未然にまたは最小限に抑えるメインテナンス」（防御）という２方向からのアプローチとなる．

プラークコントロールには，患者自身によるセルフケア（歯ブラシ等による清掃，食習慣）と，医療機関から提供するプロケア（PTC・PMTC・SRP・Debridement・歯牙や歯周組織の形態修正）がある．しかしその目的は効率良いセルフケアによって，プラークの成熟による疾患の発生を妨げていくことであり，プロケアはそれを支える効果的な手段といえよう．

臨床では各患者の病状の進行度・個人的背景は多様であり，治療マニュアルが通用しないこともある．

セルフケアが成功とは言いがたい状態であっても，歯科医院に足を運んでいただけるのであれば，プロケアでサポートし続け，患者とその口腔内の健康を支えていくのが歯科医院の役割であると考えている．

今回，PTC（プロケアとしての術者磨き）の活用で，セルフケアおよび歯周組織の改善が見られた３症例を紹介する．

■目的

１）初期治療時
- ・プラーク除去による炎症の改善
- ・セルフケアが行き届かない部分の清掃兼実演付きTBI
- ・その後に継続する処置に慣れるためのトレーニング

２）メインテナンス時
- ・プラーク除去との現状確認（簡易的GB診査を含む）
- ・セルフケア状況の確認とケアの内容の検討
- ・口腔内全体の観察

＜活用の対象＞
- ・プラークコントロール不良（プラークが多い）
- ・指導方法使用器具の選択（練習が必要）
- ・セルフケアに頼れない（プロケアが必要）
- ・口腔内環境が複雑（歯周治療・補綴治療経験者）
- ・コミュニケーションが必要

＜PTC（術者磨きによるプラーク除去）の方法＞

患者の状態に適した市販の道具を使用（歯磨剤・歯ブラシ・歯間ブラシ・ワンタフトブラシ・フロス等）・口腔内全体のプラークを可能な限り除去する（図１・図２）

【症例１：軽度歯肉炎】（図３・図４）

患者：20代　女性

主訴：歯磨きでの出血．

経過：PTC後１週間で出血・歯肉炎は消失．３ヵ月後も良好な状態を維持．

【症例２：中等度歯周炎】（図５・図６）

患者：50代　女性

主訴：う蝕による臼歯部の咬合不調和．

経過：初診時歯科への恐怖が強く，開口および患歯の特定も困難，清掃状態は不良である．歯科受診は10年ぶりで，自分で口腔内を見るのも怖いとのこと．恐怖感の緩和，歯周組織の改善を目的としてPTC～SRPによる初期治療を開始した．２カ月後よりPTCのみによるメインテナンスを開始し，６カ月後には保存・補綴治療を完了した．歯垢，食物残渣はあるものの組織の安定が認められる．メインテナンスのための定期来院を承知した．

【症例３：重度歯周炎】（図７・図８）

患者：20代　男性

主訴：浮遊状の歯牙動揺．

経過：全顎的治療に伴い，治療とともに変化する口腔内に合わせたPTCの中で，状況に応じた最良のセルフケアを検討している．

図1　よく使用する器材一覧

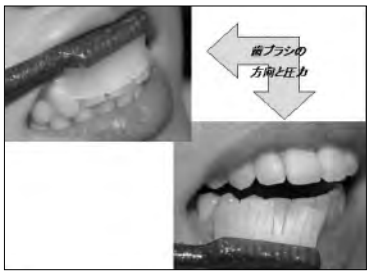


図2　歯ブラシの方向と角度

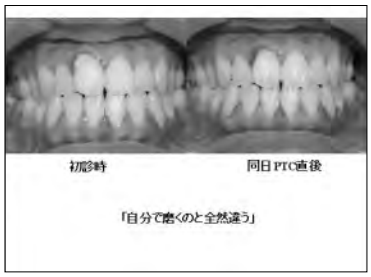


図3　症例1　初診時のPTC前後

図4　症例1　約2カ月後　その後も変化なし

図5　症例2　初診時

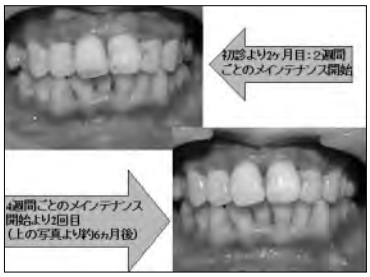


図6　症例2　約2カ月後　さらに約6カ月後

図7　症例3　初診時

図8　症例3　治療開始より1年5カ月後（治療中）

■考察

PTC活用の利点として，口腔内感覚が発達し，直視できない部位の清掃指導に有効な点，強い刺激がないため気持ちよいと好評な点，短時間で必要最低限のプロケアとなる点などが挙げられる．反面，苦痛のない確実な技術の習得が必須であり，特に強い炎症や知覚過敏のある場合，十分注意が必要である．加えて，コミュニケーションツールとしても有効である反面，術者側が自己満足に陥ってしまう危険性がある．□

（写真協力：東京都渋谷区　参宮橋デンタルクリニック）
（技術指導協力：神奈川県厚木市　医療法人社団厚誠会歯科）

歯周病と3DS

大島　まゆみ［東京都中央区　須藤デンタルクリニック］

■はじめに

歯周病に罹患し深いポケットの存在している状態で，歯周外科処置を行わず症状を軽減もしくは進行を止めるためにProfessional Mechanical Tooth Cleaning（以下PMTC）とDental Drug Delivery System（以下3DS）を行うことにより得られる効果についてご報告します．今回は特に排膿の見られた上顎前歯部に着目して治療を行ってきました．

■症例

患者：56歳　男性　会社員
初診：1997年12月
主訴：⌊4 5 ⌈7 動揺により来院
レントゲン所見：深いポケットが存在(図１)
治療経過：主訴治療後他のう蝕治療や歯周初期治療，歯周外科治療を行う．

■経過

2001年10月より担当となり患者さんに現在の口腔内の状態を説明．患者さん自身のプラークコントロールに変化が見られました．上顎前歯部に排膿があったため月１回の来院で経過観察，処置をしていくこととなりました(図２)．

2003年4月より3DSを導入することになりう蝕だけでなく歯周病にも効果があると知り，説明しました．

■処置内容

歯周病関連菌の検査をBML（株式会社ビー・エム）へ依頼(図３)．

排膿のある前歯部歯周ポケット内にペーパーポイントを入れ，Porphyromonas gingivalis，Bacteroides forsythusを測定した結果，それらの存在と菌数を知ることができました．目で見て分かる情報としてモチベーションに役立つのではないかと思います．

2003年５月PMTC，3DSを行いました(図４)．3DSで使用した薬剤は0.2%クロルヘキシジンジェル（プラークアウト）でドラッグリテーナーに薬剤を入れ，5分間塗布．その後洗い流し，同様にフッ素（フローデン）を５分間塗布し終了としました．

ホームケアでは0.4%フッ化第一スズ（ジェルティン）を１週間，就寝前に５分間塗布して頂きました．１週間後，フッ素塗布中しみた，と訴えがありフッ化第一スズによる影響と思われたため，ジェルコートFに変えました．

２週間後左上１に瘻孔が見られましたが，薬剤の効果により辺縁歯肉の状態が良くなり，排膿する場所がなくなったため，瘻孔として腫脹したものと思われます(図５)．

さらに歯肉の状態を良くするため，ポケットクリーナーの毛先を少しカットして細くし，入れやすくして毎日使用していただくように再指導しました．その結果，歯肉の状態は改善し，落ち着いた状態となりました．

２回目のPMTC，3DSは約１カ月半後になりましたが，歯周病に対してポピドンヨードが効果的であることを知り，イソジンゲルを使用することにしました．

歯肉溝へ薬剤を入れる時，ルートキャナルシリンジのような先の細いシリンジではうまく入らなかったためポケットクリーナーで塗布するように工夫しました．ホームケアは，コンクールもあわせて使用していただきました(図６・図７)．

１週間後，比較的安定した状態となりました．その後も患者さんにはできる限り来院していただき，ポケット内の清掃，OX洗浄，ポピドンヨード塗布を行い，経過観察しました(図８)．

う蝕は約６週間後に菌が減少するとされていますが，歯周病関連菌は約３カ月後と期間がかかるとのことです．しかし，歯周病は関連菌の存在だけが原因ではないので全身の健康管理等も含め，とても難しいものだと再認識しました．

■おわりに

今回PMTC，3DSを行ってはじめに見られた排膿は止めることができました．私が最も実感したのは，患者さんの口腔内に対する意識とプラークコントロール

図1　1997年12月のレントゲン像．すでに歯周病に罹患し，深いポケットが存在．

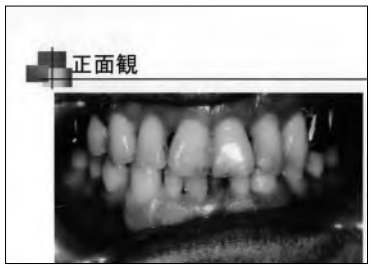


図2　2003年5月，処置前の口腔内写真正面観．前歯部には排濃が見られた．

図3　検査報告書（㈱BML）．歯周病関連菌の存在と菌数を知ることができた．

図4　プラークの取り残しがないよう，染め出しから行いバイオフィルムを除去した．

図5　PMTC，3DSから2週間後 $\underline{|1}$ に瘻孔が見られた．

図6・7　ポピドンヨードはドラッグリテーナーで10分間塗布していただいた．

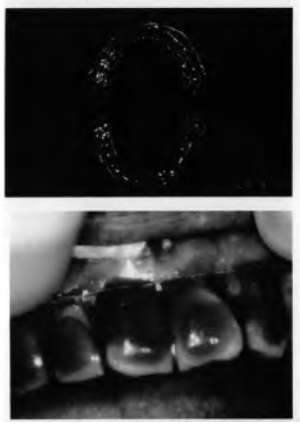


図8　1週間後の前歯部正面観と口蓋側面観で，比較的安定した状態となった．

に変化が現れたことでした．2回目の検査は次回来院時の予定で，その結果を踏まえこれからの歯周病治療に役立て，私自身もっと勉強していきたいと思っております．□

メインテナンス患者の更年期をどう乗り越えるかを考える

稲見　麻里子［東京都港区　ヤブキデンタルオフィス］

■はじめに

私たちの医院では，患者さんの治療が終了した時点で，SPTとしてのメインテナンスに入っていきますが，メインテナンス期間が長期にわたるほど，口腔内を良好な状態を維持していくことは難しいように思えます．

メインテナンス中に，口腔内に変化が起こる原因としては，不十分なブラッシング（後戻り）だけでなく，加齢による歯牙や歯根の破折，糖尿病や自己免疫疾患などの全身疾患が影響している場合や，治療薬による副作用，患者さん自身の心理的要因など，様々な事柄が考えられます．今回はこれらの原因のうち，心理的要因とりわけ女性の更年期とともに現れてくると思われる，不定愁訴への対応について考えてみました．

■更年期に起こる症状と口腔内の変化

更年期のサインとしては，発汗やほてりなどがよく知られていますが，そのほかにも抑うつ症状，不眠，頭痛，肩こり，息切れ・動悸，疲れやすいなどがあげられます．口腔内に現われる変化としては，唾液分泌の減少による口腔粘膜乾燥，くいしばりによる咬合異常，舌痛症，知覚過敏・鈍麻などがあります．

■症例から

1）症例Ⅰ

初診：1993年　45歳　女性（図１）

患者さんにはブラッシング指導，SRP，外科処置を行い，２年後（1995年，47歳時）にメインテナンスに入りました（図２）．

それから７年後の2002年，54歳になる頃から「噛みにくい」「粘膜がすれる」という訴えが始まりました．口腔内の診査をしたところ，頬粘膜の白線（図３・図４），舌歯圧痕，臼歯部の圧下などが見られましたので，くいしばりが原因ではないかと判断して，就寝時にスプリントを使用してもらうことにしました．「噛みにくい」のがくいしばりによるものだとすれば，当たりの高いところを削るだけでは患者さんの訴えは改善されません．そこで，くいしばりの自覚を早めに持ってもらうようにすると，治療がスムーズに進むと思います．この患者さんの場合は，他にも前歯補綴物の形態が気になるという装着後７年経ってからの訴えもありました．バックグラウンドを探ってみると，更年期とともに，１人息子の結婚と自立等の環境の変化があったようです．このような場合は，担当の歯科衛生士であっても踏み込むことのできないところですが，患者さんのお話を否定しないでよく聞き，根気よく接することが必要になると思います．精神的に不安定な場合は，患者さんの無理のない範囲でメインテナンス期間を短くして様子を見ています．

2）症例Ⅱ

初診：1994年　43歳　女性（図５）

1996年，45歳時にメインテナンスに入りました（図６）．

順調なメインテナンスを続けていたところ，６年後の2002年，51歳になる頃に，体調の不調と口腔内のプラークコントロールの不良，プロービングポケットデプスの増加が見られました（図７・図８）．

更年期になり，女性ホルモンのエストロゲンが減少すると免疫抑制作用がなくなるので，今までエストロゲンによって抑えられていたサイトカインなどの生理活性物質が一斉に活動する場合もあるそうです．この患者さんには，時期が過ぎれば落ち着くということを話し，メインテナンス期間を短くし，PTCとクロルヘキシジンによるポケット内洗浄でフォローアップをしています．

■おわりに

更年期に入ると，ホルモンバランスの変化で体や心に変調が起き，口腔内に影響を及ぼすこともあると思います．更年期障害が重く，治療を必要としている人は２～３割程度といわれています．しかし，残りの女性は特に治療も必要とせず，この時期を切り抜けることができます．不定愁訴が出てきた場合は，すぐに手を出すのではなく，まずその患者さんのバックグラウンドをしっかり把握し，時期がくれば体も心も慣れ，

図1　初診時

図2　メインテナンスに入る時

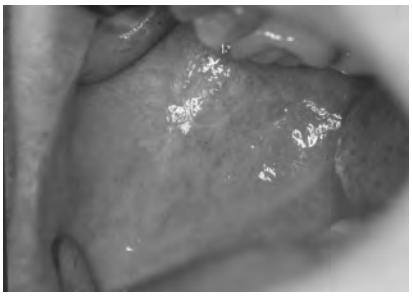


図3・図4　左右頬粘膜の白線

図5　初診時

図6　メインテナンスに入る時

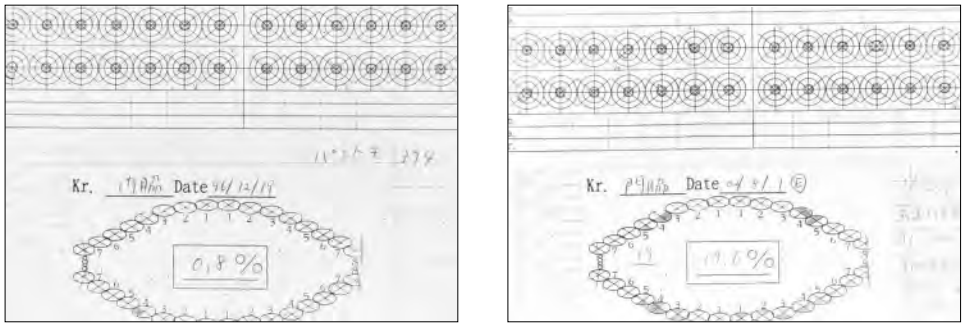


図7　メインテナンスに入る時のP-DとPCR

不快症状も消えていくということを説明することも大切だと思います．女性にはこのような時期もあるということを踏まえて，患者さんの小さな変化も見落とさないようにメインテナンスをしていきたいと思います．

□

日常臨床における病理診断の活用

浜野　弘規［神奈川県横浜市　浜野歯科医院］

Evidenceに基づいた歯科治療が提唱されて久しいが，日常臨床においては，客観的なデータの導入・定着がなかなかできないのが現状である．そのEBMの基幹をなしている病理学は，「疾病理論の学問」の名のとおり，治療方針の立案や術後経過の診断において，必要不可欠であることは言うまでもないことであろう．

筆者は，病理学講座在籍の経験を活かして，日常臨床における病理診断を，「臨床と病理の接点」という観点から，以下の3つに活用してきた．

■1　病理診断

一般臨床の中でも良性腫瘍の切除検体や悪性腫瘍の経過観察等を病理診断の活用を施すことによって，病態の最終診断の確認が得られる．そのことから予後の判断材料の資料になり，患者さんへの説明責任が実行され，患者さんと術者における信頼関係の向上とともに，術者自身の臨床診断の向上，臨床実績の蓄積につながる．また，症状の確認を地域の関連病院へ連絡することや，病理標本や所見を作成・依頼した病理学講座に診断情報を提供してもらうことを通じて，他の診療機関との連携がより密になることができる．これらのことから多くの面で病理診断は，実際の臨床活動に直接の活用ができるが，症例が限られること（シェーグレン症候群などのドライマウスを疑う唾液腺疾患やエプーリス・良性腫瘍などが適切．禁忌：悪性腫瘍の切除や生検など），患者さんへの経済的な負担や，標本の固定から病理学教室への検体の移送の煩雑さなど，事務的な問題などの課題も多く挙げられる．病理診断はあくまで診断の根拠を確かめるための手段であるので，患者さんのニーズを最大限に配慮することが最も注意すべきことと考えている．

■2　疾病の再確認

日常の一般的な症例（歯根嚢胞の成立や歯周炎の治癒過程の病理像，歯髄の加齢変化，喫煙者の口腔粘膜，糖尿病と歯周病の関連性）の観察を，病理学的に見ることによって，文献の検索とともに，自己研鑽につながっている（図１～図７）．すなわち，日常臨床の一般的な症例の解析であるX-ray写真や口腔内写真などの医院内での一般的な客観的観察材料と，最近，歯科診療の世界でも普及してきたPub Medなどによる文献考察に加えて，その病態の病理学的検索を付与することによって，臨床状況の疾病の根拠がより明確になり，さらなる自己研鑽になるものと考えている．

■3　疾病の詳細検討

上記の自己研鑽の検討事項や，疾病の治癒機転や症状の詳細な検討（意図的再殖の予後検索，エムドゲイン出現の背景，セメント質剥離の病態解析）を，スタディーグループの中で実際の症例を交えながら行っている．この検討を時間をかけて行うことによって互いの歯科知識を整理するとともに，多くの症例を重ねることで，新たな臨床の根拠の提示が可能となり，さらなる問題提起を生み出している．

■まとめ

以上のことから，日常臨床における病理診断はEBMの一環と考えられ，その臨床応用は充分に医院で活用できるものと思われる．しかしながら多くの点で，未だ不完全な部分も残っているため，さらなる活用の可能性について症例数を増やし，より多くのスタディーグループ内での討議を重ね，検討していきたい所存である．□

参考文献

1）Haneji N., Hamano H. et al.： A new animal model for primary Sjogren's syndrome in NFS/sld mutant mice.J Immunol. 153(6):2769-77, 1994.
2）浜野弘規：エムドゲインの歯周組織における生物学的背景．歯界展望 95（2）：471-481, 2000.
3）丸森英史ほか：セメント質剥離の臨床像と考察．歯界展望 97(6), 2001.
4）Marumori H, Hamano H. et al.：Cervical cemental tears related to devitalization of dental pulp ; Report of 55 cases. Proceeding of the International Conference on Dental Pulp Complex 2001.
5）浜野弘規：知っておきたいキーワード　第４回　21世紀の医療―遺伝子治療．歯科技工 30(10), 2002.
6）浜野弘規：日常臨床における病理診断の活用(Ⅰ)(Ⅱ)．日本歯科評論 64(5):127―136, 64(6): 143-152,2004.

図1～7：病理の活用における疾病の再確認の１例－糖尿病の病態考察

図1　患者：55歳　女性．主訴：前歯補綴治療．既往歴既往歴：空腹時血糖　345
HbA1c　12.1　血糖のコントロール不良にて糖尿病の教育入院３回．

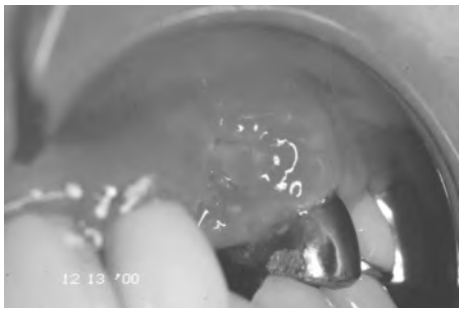


図3　図2の事柄を直接確かめるため，上顎３番抜歯時に患者さんの許可を得て，抜歯かに隣接した口腔粘膜の生検を施行．

図5　下顎前歯の著明な根面カリエス．ドライマウスを解消するための飴の多用が原因．糖尿病専門医への紹介，甘いもの・間食の多さなど指摘するなど，生活習慣の改善を試みた．

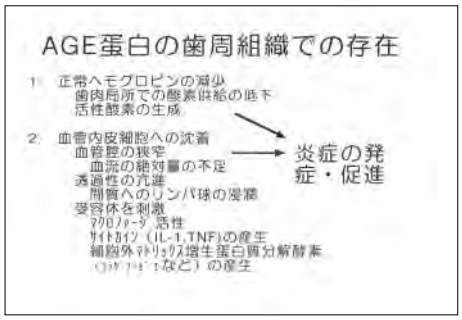


図2　文献検索を元に作成した口腔内における糖尿病の歯周粘膜への影響の模式図．

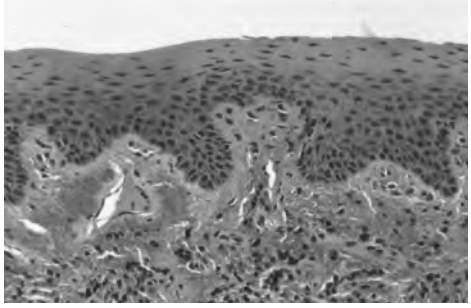


図4　生検の病理像：口腔粘膜の血管周囲の壊死・硝子化がみとめられる．血管周囲への炎症病変は炎症性サイトカインの影響と考えられ，ＡＧＥ蛋白の歯周組織への炎症の誘引と考察，局所の清掃とともに全身のcareを検討する．

図6　経過４年の口腔粘膜．空腹時血糖　135
HbA1c 8.4　体重　10kgまで減少し，現在安定．ドライマウス時には水の服用とのこと．定期観察にて口腔内も良好である．

図7　「歯周病を治せば糖尿病も治る」とのタイトルで作製した様々なシェーマを取り入れたポスター．待合室に表示．患者さんへの説明や関心につながっている．

意図的再植

齋間　直人［神奈川県横浜市　さいま歯科医院］

■はじめに

歯根に問題を有する患歯を一度抜歯し，口腔外で処置後再び抜歯窩に戻すという意図的再植術は，根管治療や歯根端切除術と並んで古くから報告されている術式である．実際に行ってみると，明視下で問題点を確認して処置を行える点や，歯根端切除術と比較して外科的侵襲が小さく，それでいて術後経過が良好であることなど利点が多いように感じられる．ところがあまり普及していない術式であることも確かである．かつて筆者が本術式を知り実際に行おうと思った際には，定型的な術式としてコンセンサスが得られていないばかりか，術式の一つ一つに十分な検証が行われていないことにも戸惑った．現在は諸先輩方の術式を拝見し，見よう見まねから自分なりに納得した方法を行っている．今回は症例を通して発表を行い，実際の術式や考え方に対してご批判やご指導を仰ぎたい．

■症例

初診時36歳の男性．体調が悪くなると約20年前に差し歯にした部位の歯肉が腫れるとの主訴であった．また，現在までに３回の根管治療を受けているが，いずれも完治に至らなかったとのことである．

初診時のレントゲン写真では根尖部に透過像が認められた．若い時期に行われた抜髄処置から３度にもわたる根管治療と炎症性の吸収ともあいまって，根尖部が破壊されている様子が伺えた．さらに根側部には側枝によるものなのか，根尖部とは別に透過像が認められた．

根尖部が相当に破壊されていること，根側部の透過像から側枝の存在が伺われたこと，すでに３回もの根管治療を受けながら改善が得られなかったこと，歯根端切除術では根側部のリージョンと近接している隣在歯の歯根を傷つける恐れがあったことから，意図的再植による解決を選択した．

■術式

筆者は意図的再植に先立って患歯のエクストリュージョンを行うことにしている（その理由については別項を設けて考察する）．本症例も図２のような装置を用いてエクストリュージョンを行い，挺出後１カ月ほど保定し抜歯した（図２）．図4に抜歯した歯根の状態を示す．図３はレントゲン写真で透過像が見られた部分に相当する歯根面の強拡大である．想像した通り根尖孔の破壊が見られ，さらにその周囲には歯石様の汚染物質が観察された．またガッタパーチャポイントの突き出しも見られた．初診時の診断からは，根側部の透過像に相当する歯根面には側枝の開口部が見られるものと予想していたが，綿密な探査にもかかわらず見つからなかった．汚染された根尖部を図６のようにカットし，光重合型アイオノマーセメント（GC社製 Fuji typeⅡLC）で逆根充を行い，抜歯窩を軽く掻爬してから再植した．図４～図９に術直後から術後21カ月時までの術後経過を示す．

■術前のエクストリュージョンについて

意図的再植がそれほど普及していない最大の理由は，術後の根吸収に対する不安であろうと考える．根吸収は炎症性吸収と置換性吸収に分けられ，いずれも抜歯時における歯根膜組織の損傷が原因となる．ある程度の損傷であれば周囲の歯根膜組織から新たな再生が生じ，新しい付着が形成されることも分かっている．その程度はAndreasenらの実験によると，２ミリ幅とも言われている．ただし，実際の臨床において，再植のために抜歯した歯根を染め出すなりしてその損傷程度を確認することは不可能であるし，できる限り歯根膜組織を温存した状態で処置を行うことが，意図的再植術の要となることは明白であろう．一方，エクストリュージョンはその組織像で初期に歯根膜繊維が伸ばされるか，もしくは断裂したのちに繊維が結合・肥厚し，骨の誘導が始まることが分かっている．その歯根膜繊維が本来より長く肥厚した状態で抜歯を行えば，歯根膜組織を損傷する程度は低くなると考える．また，実際の抜歯時には根が弛んだ状態となっているため抜きやすく，抜歯時における歯根破折などの偶発症も防ぐことができる．

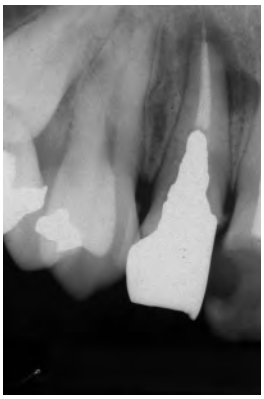


図1　初診時

図2　挺出後約1カ月ほど放置

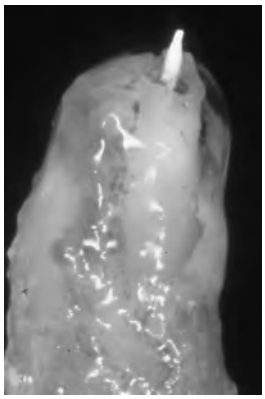


図3　問題部分の歯根面強拡大

図4　術直後

図5　術後約1カ月

図6　術後約3カ月

図7　術後約10カ月

図8　術後約15カ月

図9　術後約21カ月

■逆根充剤の選択について

逆根充剤は光重合型のアイオノマーセメントを用いている．古くから使用されているアマルガムは，その残留水銀の問題のみならず，充填時にこぼれた材料が歯根面を汚す危険もある．昨今はレジンセメントやCRを用いた報告も見られるが，残留モノマーの影響や，プライマーやボンディング剤による歯根膜組織の汚染，充分な乾燥下での処置が行えないこと等から使用を見合わせた．光重合型のアイオノマーセメントは，全ての面において完璧に条件を満たしているわけではないものの，多少被着面がぬれていても許されるし，光重合による硬化の迅速性などから，消去法的に本材料を選択することとなった．

■おわりに

EBMが叫ばれる昨今，意図的再植術を振り返って見ると，その科学的根拠は十分であるとは言えない．しかしながら，自家歯牙移植の普及に伴う周辺の議論は整理されつつあることから，今後のさらなる研究と議論を期待したい．意図的再植術は，それに値する治療法であると確信するからである．□

咬合の再構築を行った１症例

長阪　信昌［東京都豊島区　東池袋歯科医院］

■はじめに

臼歯部を失うことにより，バーティカルストップが不安定になるとともに，咬合の不調和が現れ前歯部のフレアアウト，早期接触などを引き起こす．臨床に携わっていてこのような患者さんの口腔内を見るとき，どのようにして今のような状態に至ったのかと考えることがある．この多くは，バーティカルストップを徐々に失っていったことが原因であろうと推測する．臼歯部の咬合支持を失わず治療できるのであれば，咬合崩壊をくいとめることができ，予知性の高い治療となるのではないかと思う．

このような事柄について，咬合の再構築を行った症例を通して考察してみたい．

■症例

患者　45歳　男性

主訴　3|の補綴物が脱離したので，歯を抜いて入れ歯を作ってほしい．

全身既往　心臓病

口腔内所見

6 5 4|6 欠損，7 6 残根状態で，左側はかろうじて咬合している．咬合平面も若干くずれている（図１）．

初診時のＸ線写真と歯周組織検査および口腔内写真（図２）からは，6|の近心に６ｍｍのプロービングデプス（以下，PD)），8 は近心傾斜し，近心側の周囲骨吸収が見られ６ｍｍのPDが確認できる．

2 1|1 の連結前装冠，|2 の前装冠が装着されており，歯肉の退縮を認める（図３）．

|5 遠心に10ｍｍのPD，6 8 に根尖病変，7 遠心根は歯根破折が認められる．8 に12ｍｍのPDが認められる（図４）．

Eichnerの分類：B2（図５）

宮地の咬合三角：第Ⅱエリア（欠損指数５，咬合支持数９）（図６）

初診の時点での治療計画：

○歯周初期治療

○自家歯牙移植（8 を 7 部に，|8 を 7 部に）

○上顎最終補綴治療

1．欠損部にインプラント

2．8 ─┼─ 8 をクロスアーチブリッジ

3．8 ─┼─ 8 を３ユニットのブリッジ

4．局部床義歯

○メインテナンス（３カ月ごと）

治療計画を立てる際に検討すべき要点を以下に示す．

1）左側の咬合支持を維持するために|4 5 を歯内・歯周治療により保存することができるか．

2）クロスアーチブリッジにするか，片側ブリッジにするかをテンポラリーレストレーションにより経過観察していく．

3）咬合支持数を増加するためにインプラントまたは自家歯牙移植できるか．

この３項目が最終補綴物の決定に重要な意味を持つ事柄であると考えた．

■治療経過

歯周初期治療行った後，8 の歯軸が近心傾斜し咬合力を受けるためには適さないため，7 を抜歯し，２週間後に 8 を 7 部に移植した（図７）．上顎の最終補綴はテンポラリーを装着し，3|3 と|4 5 の動揺の状態や，テンポラリーの脱離の有無，咬合状態を経過観察し，クロスアーチブリッジを選択した．デンタルX線写真10枚法での確認では感染根管処置が完了し，根尖部の透過像や，歯根膜腔の拡大もなく経過している（図８）．また全体的に３～４ｍｍのPDが存在する．7 部に 8 を移植，|4 5 を保存できたことにより，Eichnerの分類がＢ２からＢ１，宮地の咬合三角が第Ⅱエリアから第Ⅰエリアに（赤線の交わったところ），ともにワンランクうえのステージに移行することができた（図５・図６）．

■考察

治療の予後を左右するのは，歯周治療後の歯周補綴によるところが大きい．

咬合力をいかに分散していくか，いま残存している

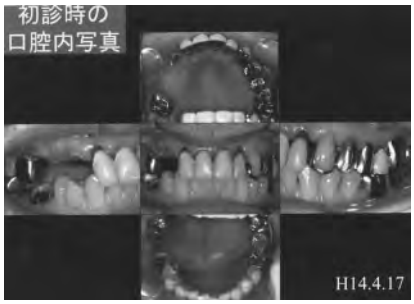


図1　初診時の口腔内写真
3|が脱落したので来院
6 5 4|, |6 欠損，7 6|残根状態

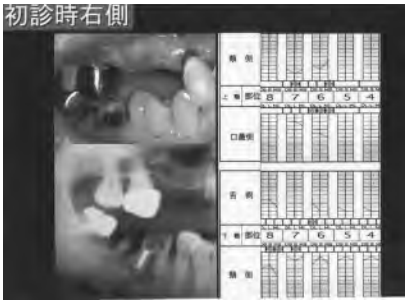


図2　初診時のX線写真とBOPと口腔内写真
8|が近心傾斜

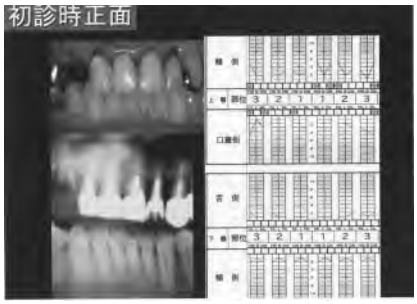


図3 初診時のX線写真とBOPと口腔内写真
2 1|1 連結されている.

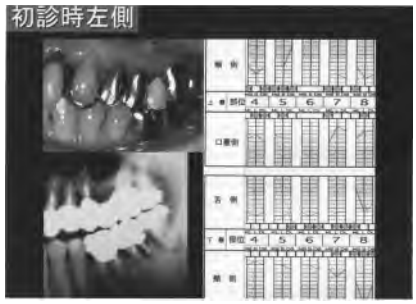


図4　初診時のX線写真とBOPと口腔内写真
|7 遠心根は歯根破折

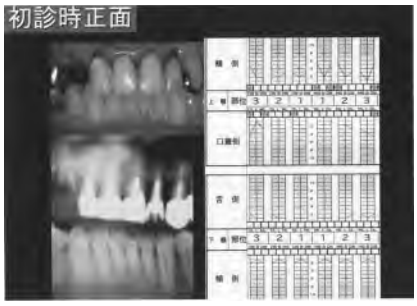


図5　Eichnerの分類

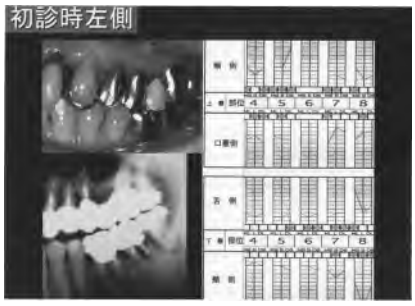


図6　宮地の咬合三角
青線の交わったところ

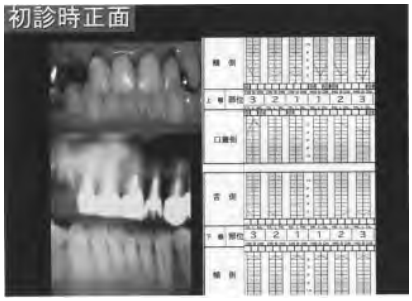


図7　自家歯牙移植
7|を抜歯して2週間後に移植

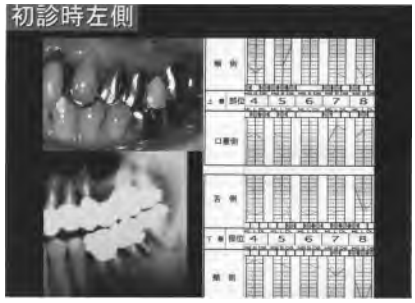


図8　最終補綴物装着時の口腔内写真
6 5 4|6 欠損のクロスアーチブリッジで，
7|部は8|を自家歯牙移植して6|と連結. |7
は遠心根を抜歯して|6と連結.

臼歯部の咬合支持を極力失わせないで，治療を進められるかがポイントになる．また，臼歯部の咬合支持を増やし，咬合の安定を増す処置が望まれる．

今回の症例では，残存している歯牙の保存と，新しい咬合支持を自家歯牙移植により獲得することができた．その結果，咬合支持数を増やせたので，予知性がある治療ができたのではないかと思う．まだ最終補綴物が装着されたばかりなので，今後注意深く経過観察していきたい．□

自家歯牙移植についての考察

梅津　修［東京都中央区　ナオ歯科クリニック］

■はじめに

自家歯牙移植が欠損補綴の有益な一手法であることは疑いないが，実際，数多くの適応条件を全て満たしている症例は少ないと思われる．

適応条件はおおまかに，移植歯と受容側の条件に分けられるが，各々に問題のあった症例を提示し，なにが一番重要な条件であるかを考察した．

■症例１：移植歯に問題があった

患者：28歳　男性

主訴：$\underline{7|}$の挺出

$\overline{7|}$は１年半前にカリエスにて抜歯した．その後，主訴の$\underline{|7}$が挺出して右側方運動時に干渉するようになった（図１）．患者の年齢は28歳であり，今後さらに挺出することが予想されたため，右下欠損部への補綴を計画した．延長ブリッジ，インプラントも考慮したが，$\underline{8|}$の存在により，自家歯牙移植を行うこととした．その際の診査として，移植歯には①健全歯質の量，②歯根膜量，③歯垢，歯石の沈着，④移植歯の大きさ，⑤歯根形態がある．これらのうち$\underline{8|}$は残根状態で複根歯のため，①と⑤に問題があった．そのため，評価としては⑴移植歯の歯根膜を傷つけないで抜歯することが困難であること,⑵移植歯に根分岐部が存在するので，受容側との適合や植立する深度が難しいことを挙げた．

この評価への対策として，術前処置で$\underline{8|}$の歯冠長延長術を行い，抜歯しやすい状況にした（図２）．また，レントゲンをもとに即重レジンで移植歯のレプリカを作製し，受容側への試適を行い，移植歯との適合を高めることにした．このことにより，受容側との適合や植立する深度が狙いどおりにでき，根分岐部の露出を防ぐことができた．これにより残根状態であった移植歯の歯根膜が保存できたことが大きいと考えられる（図４・図５）．

■症例2：受容側に問題があった

患者：46歳　女性

主訴：$\overline{|6}$疼痛

$\overline{|6}$は，３年前から他歯科医院より破折を指摘されたが，抜歯してブリッジになることが受け入れられず，紹介にて来院した（図５）．インプラントも考慮にいれたが，$\overline{|8}$の存在により，自家歯牙移植を計画した．しかし，$\overline{|6}$の骨吸収が重度であるため，抜歯後に治癒を待つこととした．この時の診査として，受容側には①顎堤の幅と深さ，②顎堤の形態，③付着歯肉幅があるが，①～③の全ての項目が評価できない状況であった．また，抜歯窩の治癒が長期間かかることが想定されたため，$\overline{|7}$の近心傾斜を防ぐ目的で，$\overline{|5\ 7}$間をワイヤーにて固定した．$\overline{|6}$抜歯後２カ月経過したところで，頬側の顎堤がどんどん細くなってきた（図６）．この時点での診査としては①に問題があった．顎堤の幅は移植歯とほぼ同じであり，骨吸収部の治癒も不完全であった．しかし，これ以上待つとさらに顎堤の幅が細くなると判断し，移植を実行することとした．通法に従い，頬舌側ともに１ｍｍの骨壁を残すように受容側を形成して，可能な限り深く移植歯を植立した．

術後，レントゲンと合わせて判断し，移植歯の近心部分は生着し，遠心部分は上皮が侵入してきて垂直性骨欠損のような治癒形態をとると予想した．しかし，経過をみていくと遠心部分に骨が誘導されてきた．これは，遠心部分に血餅がたまり，その中で歯根膜が生存し続け，骨を誘導したものと思われる（図７・図８）．

■おわりに

自家歯牙移植を行う際，移植歯の条件としては「抜歯後の歯根膜量が十分にある」ことが最も重要である．受容側の条件としては「血餅のたまる場がある」ことだと考えられる．この２つの条件を向上させるような術前処置ができれば，自家歯牙移植が成功する確率も上がると思われる．□

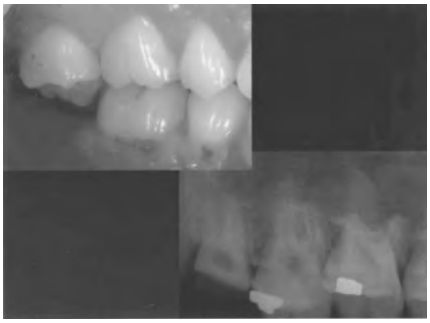


図1 症例1．初診時の状態（2000年12月）．

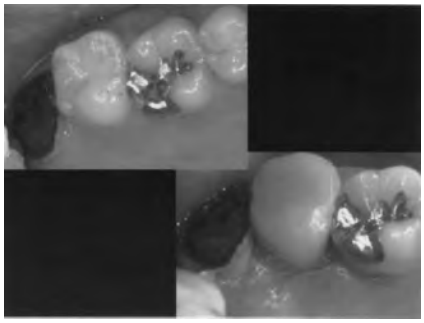


図2　残根状態であった 8| に対して，歯冠長延長術を行い，抜歯しやすくした．

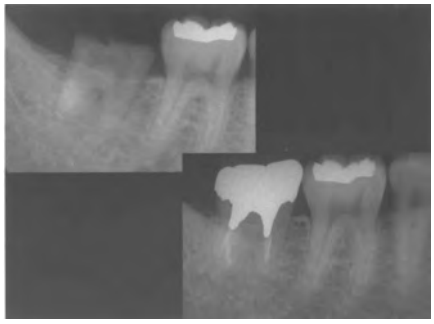


図3　移植時（2001年6月）と2003年9月のレントゲン．

図4　2003年9月の側方面観．当初の目的は果たせた．

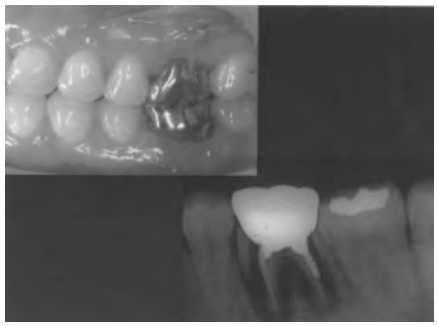


図5　症例2．初診時の状態（2001年3月）．

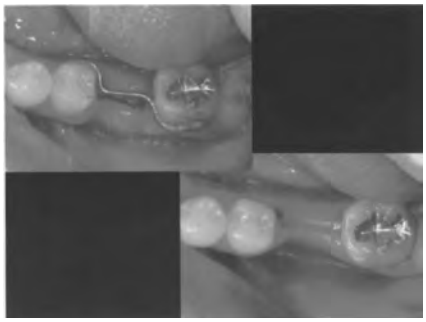


図6　抜歯後2カ月で頬側の顎堤の幅が細くなってきた．

図7　移植時（2001年5月）と2003年9月のレントゲン．

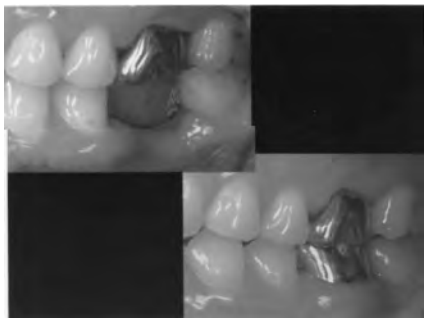


図8　同時期の側方面観．頬側の組織のボリュームも回復でき，予想以上の治癒になった．

参考文献

1）下地　勲：入門・自家歯牙移植．永末書店，1995.

2）下野正基，飯島国好ほか：治癒の病理　臨床編　第3巻．医歯薬出版，1995.

ハイジーンも考えよう歯周と咬合その診査・診断

松田　奈緒美［東京都千代田区　神田歯科医院］

■はじめに

日常臨床の場において，患者様に歯周治療を施すとき，歯科衛生士の果たす役割はきわめて重要である．患者様の歯肉を診るとき，そこにはモチベーション，プラークコントロールやスケーリングなどでは解決を得られない咬合の要素が関与している場合が多分にある．今回，咬合の要素が関与していると思われたケースにおいて，歯科衛生士が目を向けるべき診査・診断を報告したいと思う．

■症例

患者：55歳　男性

主訴：口腔内のメインテナンスを希望
　　右下が最近しみる感じがする

既往歴：特記事項なし

初診時の口腔内の様子は，歯肉に発赤が見られ，歯列不正も認められた．しかし前歯部にはスティップリングが見られることからも，この患者様のプラークコントロールが悪いとは思えなかった（図１）．プロービング値においては，右側の値が際立って深いことが特徴であった（図２）．プロービング値が深くなっている原因として，以下のことを疑った．

１）埋伏の$\overline{8|}$による付着の妨げがあるのではないか

２）歯根の破折があるのではないか

３）強い咬合の力が関与しているのではないか

診査・診断

まず，指の触診によって，どのような咬合力が働いているのか，状況を診てみた（図３）．中心咬合位および偏心位において，この歯が揺さぶられていることがわかり，右下の臼歯部頬側遠心部のプロービング値は８ｍｍ，９ｍｍという深い値がでた．上顎は，相対するように口蓋近心部にアタッチメントロスが起き，ここも深いプロービング値になっている．$\overline{7|}$部には，咬合紙の印記から偏心位で長期にわたりガイドしてきている，まさにその直下のポケットが深いのが診てとれる．$\overline{8|}$の埋伏でアタッチメントロスが始めから起きないことも考えられたが，その場所とは明らかに違う頬側部が破壊されているのがわかった（図４）．

治療方針および結果

ここでバランシングコンタクトと咬合性外傷について考えてみたい．

・バランシングコンタクト：下顎の側方運動時の平衡側に生じる咬頭干渉
　特に大臼歯部に生じている場合，ときとして歯周組織に過大な損傷を与える．

・咬合性外傷（Occlusal Trauma）：歯周組織（広義にはTMJ等も含む）に外傷性の損傷を引き起こす咬合のこと
　原因として早期接触，ブラキシズム，バランシングコンタクト等が知られている．代表的な文献としてLindheはビーグル犬，Polsonは猿の類で調べたものが知られている．

・Lindhe：炎症と咬合性外傷が合併した場合，歯周組織には垂直性骨欠損とアタッチメントロスを生じる（Lindhe and Ericsson : J.Periodontal 53:562-567, 1982.）．

・Polson：アタッチメントロスは生じず，著しい歯槽骨破壊のみが生じる（Polson : J Periodontol 54 : 586-591, 1983.）

それぞれ相反する研究結果もあり，その詳しいメカニズムはいまだ十分には解明されていないようである．

これらの状況を踏まえて，すぐに担当歯科医師に報告し協力を仰いだ．咬合診査により，左側側方運動時に$\overline{7|7}$が咬合紙が抜けないほどの咬頭干渉を起こしていることが分かった．理想的には，前歯がガイドして臼歯が離開しなくてはならないが，ずっと擦れあっている状態であった（図５）．そこで，咬合調整を行った（図５）．

この間，過度なルートプレーニングはせずにスケーリングとプラークコントロールを行った．初診から９カ月後（図６），咬合調整と歯科衛生士によるプラークコントロール，スケーリングにより，歯周組織の改善が認められた．

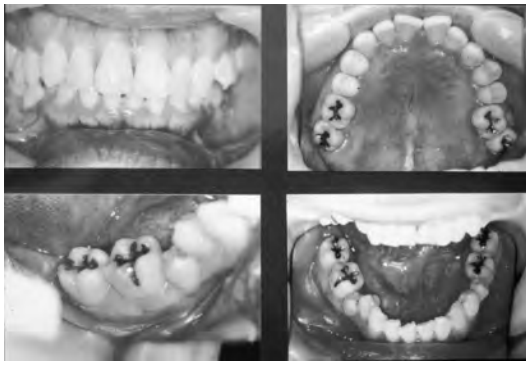


図1　初診時の口腔内

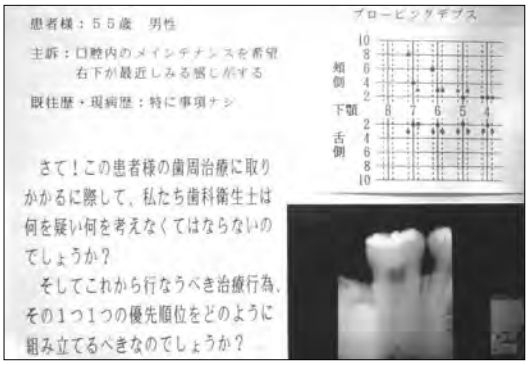


図2　右側プロービングデプス

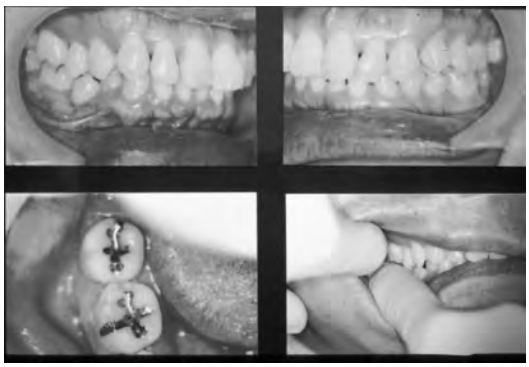


図3　咬合の診査?診断

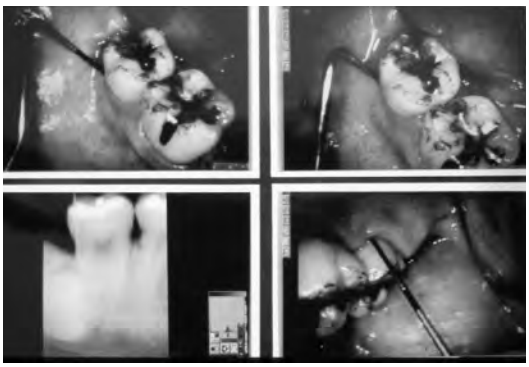


図4　プロービングによる診査，診断

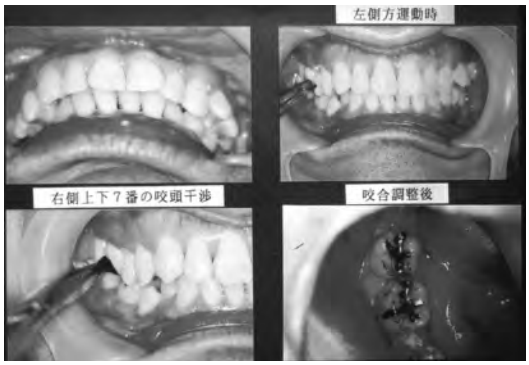


図5　側方運動時における咬頭干渉および咬合調整

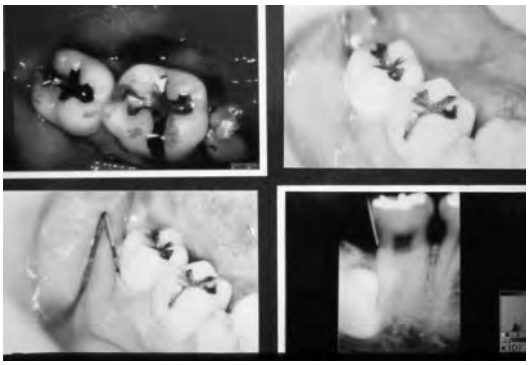


図6　術後

■おわりに

今回のケースでは，歯科医師による中心位での早期接触，偏心位でのバランシングコンタクトの除去という内容の咬合調整および歯科衛生士によるプラークコントロル，スケーリングにより，歯周組織の改善が認められた．歯周治療時において，私たち歯科衛生士は患者様の生活習慣，全身状態，プラーク，歯石，プロービングデプスや出血の有無にばかり気をとられがちであるが，患者様本人が決して主訴としては訴えない歯周組織に為害性を及ぼす咬合力に対しても，目を向けてゆかなければならない．

歯科衛生士が咬合の問題と関わりあう上での診査・診断法として，

1）プロービング：他に比して際立った異常があるなど
2）視診：辺縁歯肉の連続性・色・形，エナメルチップ，咬耗の有無など
3）触診：中心咬合位，偏心位

等が有効と思われる．異常が認められるときは，ただちに対処できる歯科医師との連携が必要であると考える．□

咬合崩壊を伴う歯周炎患者にMTMを含む治療を施した１症例

―病変の成り立ちからメインテナンスまで：歯科衛生士としての役割と考察―

清水　史絵［神奈川県横浜市　むとう歯科医院］

■はじめに

歯周炎はプラークを主因子として，歯石，咬合性外傷，歯列不整や喫煙等多くの原因因子の関与が挙げられる．症状も軽度の歯肉炎から重篤なアタッチメントロス，排膿や歯の動揺など様々な臨床症状を認めることもまれではない．また，治療法もブラッシング指導(TBI)，スケーリングをはじめとし，MTMやインプラントまで多種多様な治療法が報告されているが，そのほとんどの報告では，TBIやスケーリングがもっとも重要であると位置付けている．

臨床上TBIやスケーリングは，モチベーションの部分も含め，歯科衛生士が関わることが多い．今回われわれは，咬合崩壊を伴う中等度～局所重度歯周炎患者の治療について，歯科衛生士の立場から再度検討・考察した．

■初診時診査・診断

初診：2002年 4月 8日　45歳　女性

主訴：右上歯肉が腫れ，奥歯でものがよく噛めない

既応歴：何年か前より上下左右の奥歯の腫脹をくり返したが，その都度TBIやスケーリング，投薬で対応されていた．２，３日前より右上の歯肉が腫れ，全体的に奥歯でものが噛みにくいため，来院．口腔内所見，レントゲン所見を（図１・図２）に示す．

これらの所見から全顎中等度～局所重度歯周炎と診断し，主因子をプラーク，修飾因子を歯石，咬合性外傷，歯列不整，不良補綴物とした．

■治療経過および考察

本症例は，歯周炎が咬合に影響をおよぼしている症例と考えられたので，歯周炎の機序および現在の状態について患者さんに説明した．治療により，若いころの口腔内の状態に近付けられるということに希望を持ち，治療の同意が得られたものと考えられた．

磨き方では歯ブラシをDENT EX システマ44M（図３）に変更した．この歯ブラシは毛先が細く毛質も柔らかく，歯周炎患者さんには適していると思われる．また，磨き方はバス法を指導した．PCRが30～40%台になった時点で，歯間ブラシ（図３，デントロニクス）を指導した．その後，スケーリングも併用していたこともあり発赤腫脹は改善された．しかしながら上顎前歯部に関しては，咬合性外傷が完全にはコントロールできなかったためか，深いポケットと口蓋側の発赤腫脹は残存した．この時点までは，無麻酔下のスケーリングで対応した．

口腔清掃指導がある程度確立された後，テンポラリークラウン作製時に麻酔下でスケーリング，ルートプレーニングを行った．支台歯形成後であり，歯間部がより容易に行えた．スケーリング時の器具は図４に示す．図５はテンポラリークラウンを調整し，咬合を挙上した時点のものである．この時点で，患者さんに治療への熱意を感じたため，MTMへ移行した（図６）．MTM終了後，ブラケットを連続結紮して保定とした．垂直性骨吸収を多数認めたが，Flap Op.は行わないこととし，ブラッシングに対するモチベーションを高めることとした．臼歯部の補綴に移行した後，ブラケットを除去した．前歯部にメタルボンドを装着した後スプリントによる固定とした．その後のメインテナンスは必須であると考えられ，急性発作を防ぐため，月に１度のメインテナンスを行っている（図７・図８）．

本症例は担当歯科衛生士制で治療しており，メインテナンスでは歯科衛生士が中心となる．メインテナンス時，プラークの付着状態，ポケットの深さ等歯肉の状態のチェックだけでなく，咬合状態，特に前方および側方運動時の強い干渉についてもチェックしている．また，急性発作の際には，口腔内だけでなく前回から今回の間に体調を崩していないか，また職業等も把握しておき，忙しい時期があるかなど，全身状態についても考慮していくべきと考えている．

今回の症例を通して，歯周炎患者に対するインフォームドコンセントおよびプラークコントロール等の重要性を認識できた．また，歯科衛生士は，歯科医師とともに治療計画立案に積極的に参加し，全体の治療内容と流れを理解した上で，治療後の口腔内を想定し，

図1　初診時口腔内所見．歯肉には発赤・腫脹，また歯列不整，咬合平面の不整を認める．

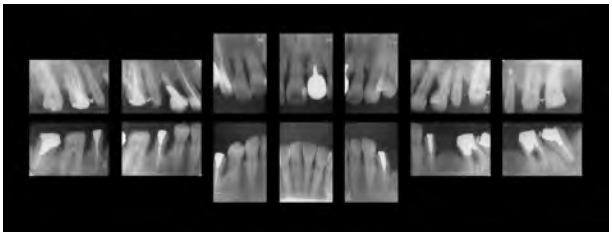


図2　テンポラリークラウン作製後のレントゲン所見．垂直性の骨吸収や根分岐部病変も認める．

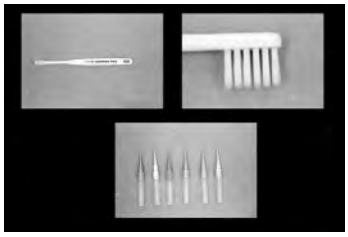


図3　本症例で使用した口腔内清掃器具．上段はDENT EX システマ44M，下段は歯間ブラシ

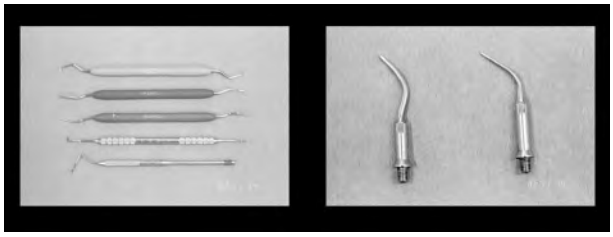


図4　本症例で使用したスケーラーおよび超音波スケーラーのチップ

図5　咬合挙上後の所見．咬合平面も整い，臼歯部歯肉の発赤・腫脹も軽減している．

図6　MTM　上段：術前，中・下段：術後．術後では歯間離開の消失，歯列の整列を認める．

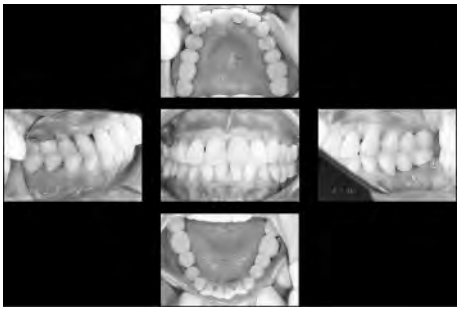


図7　最終補綴終了後．初診より1年3カ月．初診時と比較して歯肉や歯列に改善が認められる．

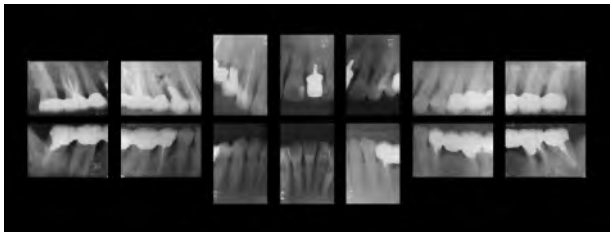


図8　最終補綴後のレントゲン所見．前歯部を中心に骨梁が明瞭になっている．

スケーリング等だけでなく，その後のメインテナンスまで考慮し，以後の治療にも取り組むべきであると改めて認識した．□

インプラント補綴におけるメインテナンス

水倉佳代，大須賀幸子［東京都新宿区　河津歯科医院］

■はじめに

長期にわたってインプラント体を維持させるためには，感染症の予防を目的としたプラークコントロールを行う必要がある．インプラントを希望して来院する患者は歯周疾患で歯を喪失している場合が多く，口腔内の衛生状態や生活習慣に問題がある．埋入手術前に口腔内の環境を整えるため口腔衛生指導を繰り返し行い，プラークコントロールの重要性を患者に理解させ，患者自身でプラークコントロールができるように指導する．その後スケーリング，ルートプレーニングを終了させる．無歯顎の患者はブラッシングの習慣がなく，上部構造装着後にプラークの付着部位を確認させながら口腔衛生指導を行う．しかし，歯槽骨の吸収が少なくインプラントの上部構造が通常の補綴物と同様に装着できる症例では，プラークコントロールも天然歯と変わりなくできるのだが，歯槽骨の吸収が著しい症例では，上部構造が天然歯と異なった形態を有しているため患者自身によるプラークコントロールは難しい．

■術者可撤式の特徴を生かしたクリーニングを

下顎無歯顎にボーンアンカードブリッジを装着した場合，天然歯の下顎前歯部と比べると歯頸線の位置が根尖側に移動している（図１）．天然歯の根尖部位相当にまで歯ブラシを下げなければアバットメントおよび辺縁歯肉に付着したプラークを除去することはできない．また，アバットメントの頬舌的幅径より上部構造の幅が広くアンダーカットができてしまうため，舌側からブラッシングを行ってもプラークの付着部位に到達させることは不可能である．

遊離端欠損の場合も，無歯顎と同様に歯槽骨の吸収が多いほどプラークコントロールは困難になる（図２）．天然歯と歯頸線の位置が異なることと補綴物の形態の違いをよく理解させたうえで，プラークコントロールに使用する器具の選択を行う．

以上のように患者自身のプラークコントロールには限界があることを，指導する側も理解し無理やり押し付けるようなブラッシングをさせるよりも，術者可徹式の特徴を活かし６カ月に一度，口腔内より上部構造を外してクリーニングを行う．

■プロフェショナルクリーニング（口腔外法）

①上部構造のアクセスホールの表層に充填してあるレジンをダイヤモンドバーを用いて除去する．

②アクセスホールに充填してあるガッタパーチャポイントを熱したプラガーで軟化させ除去する．

③マイナスの専用ドライバーでスクリューを緩め，上部構造を口腔内より外す．スタンダードアバットメントも同様に外す（図３）．

④外した上部構造はかなり腐敗臭をともなうため，細菌が繁殖していることがわかる．腐敗臭を除去するために0.1%に希釈した次亜塩素酸ナトリウム溶液で５分間超音波洗浄を行う（図４）．

⑤フィクスチャーのホール内を根管洗浄に使用する0.1%次亜塩素酸ナトリウム溶液と過酸化水素水で交互洗浄を行った後，0.1%に希釈したグルコン酸クロルヘキシジン溶液で洗浄する（図５）．スタンダードアバットメントを外した辺縁の歯肉はすぐに収縮し閉鎖するので，ヒーリングアバットメントを装着しておく．

⑥外した上部構造は，技工室において研磨を施す（図６）．アバットメントも同様に研磨し，必要であれば新品と交換する．

⑦研磨終了後，スタンダードアバットメントと上部構造を再装着する（図７）．適合の確認を行うため必ずX線写真を撮影する．

⑧アクセスホールにガッタパーチャポイントを充填し，表層にレジン充填を行う．

以上の手順での口腔外クリーニングは患者の口腔内の状態にもよるが，最低でも６カ月に一度は行う．その間，口腔内のクリーニングは状態により１カ月，３カ月ごとに行う（図８）．

■おわりに

患者から噛める喜びの報告を受けるたびに，患者の

図１　下顎前歯の天然歯とインプラント上部構造装着した歯頸線の位置の比較

図３　口腔内から外したボーンアンカードブリッジにかなりの歯石沈着が見られる．

図５　フィクスチャーホール内洗浄と使用する器具の準備

図７　研磨が仕上がった上部構造

図２　下顎臼歯部アバットメント辺縁歯肉にプラークが付着している．

図４　再装着するアバットメントが同じ部位に装着できるように分類して超音波洗浄器で洗浄する．

図６　院内ラボにて上部構造を研磨する．

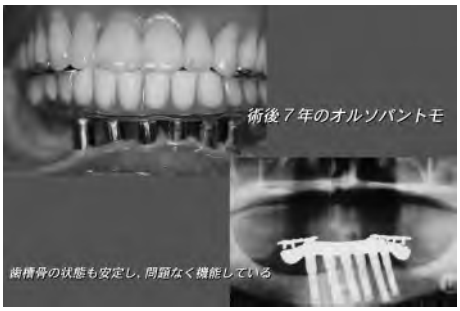


図８　再装着した上部構造．術後７年目で歯槽骨も安定し，問題なく機能している．

健康をサポートしていく責任を強く実感している．インプラント治療はフィクスチャーを埋入することが目的ではなく，機能，審美の回復，およびQOLを高めるためにその維持に努めなくてはならない．感染源となるプラークの除去は必要不可欠であり，プラークコントロールを担う歯科衛生士の役割は重要である．患者とのコミュニケーションを図りながら症例に応じたプラークコントロールの方法を選択し実践することが求められる．□

チェアサイドにおける感染症患者への対応

福原千景，安沢美紀［東京都新宿区　河津歯科医院］

■はじめに

新しい感染症が明らかになりつつある現在，歯科医院にも多くの感染症患者が受診しており，院内感染対策は不可欠な問題とされている．当院では全ての症例に，院内感染の予防処置が必要と考え実践してきた．そこで，ウイルス性感染症を例に挙げ，感染症患者の来院時における当院での感染防止対策について述べたい．

■Ｂ型，Ｃ型肝炎の特徴

私たちが日常臨床で問題となる代表的な感染症は，Ｂ・Ｃ型肝炎である．共にウイルスが原因で血液や体液を介して感染する．Ｃ型肝炎は効果的な免疫グロブリンが開発されていないため，現在有効な予防対策がない．そのため徹底した感染予防対策で防ぐ以外，方法はないと思われる．また，Ｃ型肝炎の感染力はＢ型肝炎よりも弱いため，感染予防はＢ型肝炎に準じて行う．

■治療前準備

当院で行っている感染症患者への対応は，診療がスムーズに行えるように事前に術者，補助者で治療内容の確認と，使用器具の準備をしておく．また，できる限りディスポーザブル製品を使用し（図１），ユニットや無影灯ハンドルなど滅菌不可能な部分や，術者，補助者が触れる部分には全てビニールでバリアーをし，清潔域と不潔域を明確にしたうえで，汚染域を最小限にしている（図２・図３）．ただし，過剰なバリアーは患者に不快感を与えてしまう可能性があるため注意が必要である．できるだけ１回の診療時間内に多くの処置が行えるようにし，準備と片づけにかかる時間，費用，労力を縮小している．また，汚染域を広げないために個室での診療が望ましいと思われる．治療開始前に術者側は，十分な手洗いをし（図４），マスク，ゴーグル，グローブ，ガウン，キャップを着用する（図５）．手洗いは，交差感染を防ぎ，患者と医療従事者を感染から防御するために大切である．感染の危険性を減らすためにも，患者の口腔内の清掃をしプラークなどを除去する．

■治療中

治療中は，タービンなど飛沫する器具の使用はなるべくひかえるが，使用する場合は，確実なバキューム操作で飛沫を最小限に抑え汚染域の拡大を防ぐようにする．鋭利な器具器材での損傷，針刺しに十分に注意を払う．特に医療従事者の感染経路では針刺し事故によるものが多く報告されているため，十分な注意が必要である．

■治療後（消毒・滅菌）

治療後の片付けは，必ず厚手のグローブを着用して行う．使用した器具，器材は外には持ち出さず，その場で70％エタノール溶液で拭掃しパッキングまで行う（図６）．その後，滅菌器にかけ感染がなくなったのを確認してから通法の手順で行う．汚染した器具，器材を流水下で洗うことにより，周りに水が飛び跳ね，汚染を拡大し，鋭利な器具での損傷が起こることも考えられるので，当院では汚染した器具を拭掃したのち，そのまま滅菌器にかけるようにしている．ユニットなど，滅菌不可能な部分のバリアーを取り除き，０.1％次亜塩素酸ナトリウム溶液（図７）で拭掃する（図８）．また，汚染したディスポーザブル製品や，着用したガウン，マスクなどは医療廃棄物として処分する．

■歯科治療時の注意点

肝炎患者の口腔内は臨床症状が軽度であっても出血しやすく，免疫力が低下する特徴を有するため，歯科治療時には注意が必要であり，また事前に内科主治医と十分な対診をとることが大切である．

■おわりに

事前に感染の有無について判明している場合は最善の対策が可能であるが，問題は感染の有無について明確でない患者が多く受診していることにある．問診時

図1　ディスポーザブル製品

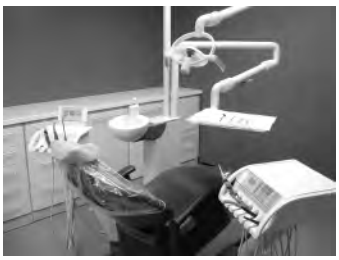


図2・3　滅菌不可能な部分を青のビニールテープでバリアーをする．

図4　什器，手指の消毒に使用する．

図5　マスク，ゴーグル，グローブ，ガウン，キャップを着用．

図6　使用した器具をその場で拭掃しパッキングを行う．

図7　当医院ではピューラックスを使用．

図8　什器は0.1%次亜塩素酸ナトリウム溶液で拭掃．

より，入念な情報収集を行う必要がある．医療従事者の正しい知識があれば院内感染を未然に防ぐことは可能である．院内感染対策は感染症の有無に限らず全ての患者に徹底することが理想である．今後とも医院全体で取り組み，スタッフの知識の拡大と能率，効率ともに良い方法を確立していきたいと考える．　□

歯科衛生士が実践するインフォームドコンセント

石垣智美，米田繁美［東京都新宿区　河津歯科医院］

■目的

近年，我が国では国民の健康や福祉問題に対して関心が高まってきている．各種マスメディアで報道される医療問題に関する記事は月間約450～500件を越える．特に医療過誤による紛争の多発もさることながら，これを巡る誤解，医療側への不信，不満が高じて，それ自体紛争になる例も増加しつつある．その多くは，事前の説明やお互いの理解によって防ぐことのできる内容が大半を占めると思われる．

そこで今回は，医療過誤を未然に防ぐための予防処置として，当医院での歯科衛生士が実践しているインフォームドコンセントにおける取り組みについて述べてみたい．

■活動内容

そもそも，インフォームドコンセントとは「情報を提供された上での同意」を意味し，歯科領域では診断，治療内容および，治療目標について患者が必要かつ十分な説明を受け，理解したうえで，自主的な選択・同意・拒否を行うものと解釈できる（表１）．

具体的に患者が要求する事項は，病名､病状とその進行度，治療法の選択肢，治療目標と限界，治療期間，費用，予後等が挙げられ，その内容についての詳細説明にほかならない（表２）．そこで，当医院で実際の臨床で行っているインフォームドコンセントについて簡潔に記す．

1．インフォームドコンセントに必要となる資料については，初診時もしくは次回来院時までに用意し，それらを媒体に説明を行う（図１・図４）．
2．説明は，患者が確実に理解できるように十分な時間をとり，平易な言葉，表現を用いる（表３）．
3．説明時には，歯科医師と担当歯科衛生士，必要に応じて患者の親族に同席していただき，慎重に行う（表３）．
4．説明専用の個室を設け，患者のプライバシーを尊重するようにする（図１・表３）．
5．当院で作成した専用のチェックリストを用い説明漏れを防止する（図２）．
6．十分な理解を得たうえで承諾書に署名していただき，そのコピーを患者にお渡しする（図３）．

■考察

最高裁事務総局の調べでは，全国の地方裁判所・簡易裁判所で新たに提訴された医療訴訟は，2000年１年間で767件，1999年の提訴件数638件から129件増え，過去最高となった（図５）．1990年の352件から10年で倍以上に増えたことになる．内容は多岐にわたるが，医療・診療の場での，インフォームドコンセントの考え方の普及と共に，説明義務に関する判例も多く見られるようになったことも事実である．また，平成７年度版厚生白書平成７年，１月に行われた健康，医療サービス等に関する国民の意識調査（図６）によると医師などからの説明について，患者の半数以上が納得するまで聞きたいと思っているにもかかわらず，実際にはその大半が聞けないでいるのも事実である．そこで，歯科衛生士は歯科医師と比較して，患者と接する時間が長いため，率直な気持ちを述べられるような雰囲気作りを心掛けることによって，患者の意向や理解を得ることができ，信頼関係の構築および，治療を円滑に進めることができることが利点と言える．また，歯科治療はチームワークで行われていることから，歯科医師，歯科衛生士，受付けのスタッフ間で患者の情報を共有し，積極的に患者に話し掛け，コミュニケーションを構築することにより，医師とのクッションとなり，患者の本当に聞きたいことを引き出すことのできる重要な役割になり得ると思われる．

これらのことから私達歯科衛生士が関わる治療や，予防についてのインフォームドコンセントの実践および，歯科医師が行うインフォームドコンセントをサポートし，患者との掛け橋になることが日々要求されている．

表1 インフォームドコンセントとは

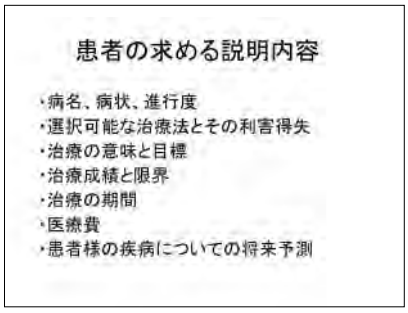


表2 患者が求める説明内容

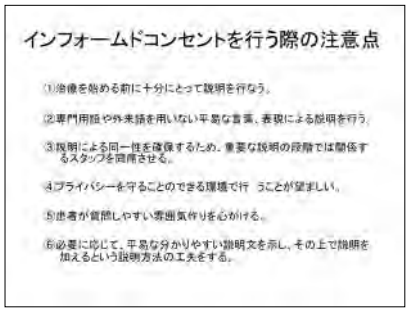


表3 インフォームドコンセントを行う際の注意点

図1 インフォームドコンセントに必要な環境と資料

図2 当医院で作成したチェックリスト

図3 当医院で用いている承諾書

図4 インフォームドコンセントに必要となる資料

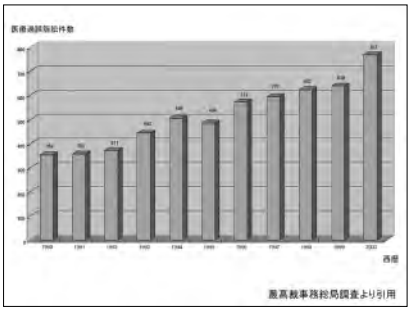


図5 全国の地方裁判所・簡易裁判所で新たに提訴された年度別医療訴訟件数

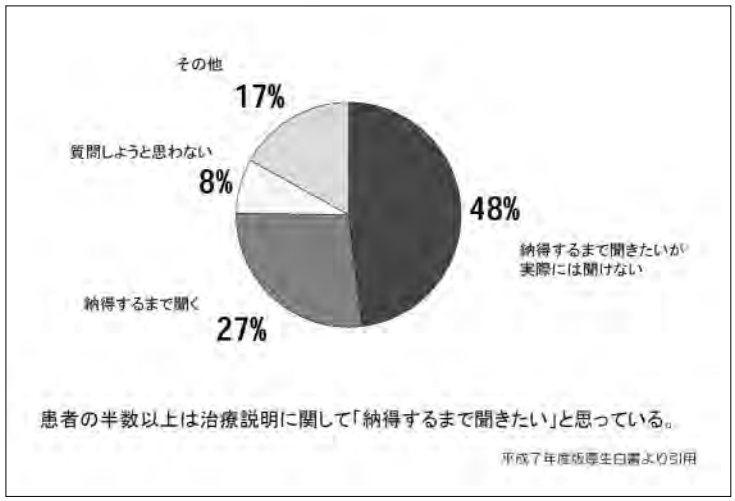


図6 平成７年度に行われた健康，医療サービス等に関する国民の意識調査

■結論

日頃から患者とのコミュニケーションを構築し，患者が知りたいこと，望むことを理解し，双方が，納得，同意したうえで診療を進めていくことで，医療過誤を未然に防ぐことができると思われる． □

患者満足度向上のために
―ISOを取り入れて―

藤崎さやか，小口優子［東京都新宿区　河津歯科医院］

■緒言

患者が歯科医院に対して期待していることに私たち歯科医院のスタッフは，はたして応えることができているのだろうか．患者満足度向上を目的に具体的な問題点を取り上げ，分析，改善するためのツールとして当院ではISOを取り入れることによって日々の臨床に役立てている．

そもそもISOとは，世界に通用する製品，用語，方法などの規格の標準化を促進するために設けられた国際標準化機構である（表１）．

歯科に置き換えると，技工物や材料の発注や受入ミス，薬品や器具の使用ミス，曖昧な口約束によるトラブルの防止などのために，これまでの業務を見直し，常に安定したデンタルヘルスサービスを維持・提供するための品質管理システムである．

これらのことから，当医院でも，「歯科医療はサービス業である」という理念のもとにISOを導入し，歯科医院全体の運営システムを明確に定め，どの患者に対しても一定基準の医療サービスを提供するよう努力し，患者満足度の向上を目指している．

■材料と方法

ISOという運営システムを取り入れ，当医院に来院する患者に行ったアンケート調査および苦情やスタッフの意見をもとに，５つのキーワードを挙げ，それぞれの項目についてISO導入前と導入後ではどのような変化が認められるか検討した（図１）．

１．清潔（滅菌も含む）

患者が安心して治療に専念できる環境を整える．

・器具など滅菌の徹底・診療室内の清潔域，不潔域を明確にする．
・ユニット周りの清掃，備品管理の担当制
・スタッフの身だしなみに気を配る（図２）

２．説明

治療とその目的に対する理解を深めることで，治療に対して患者の積極的な参加を期待することができる．

・チェアーサイドで，今何を行っているのか治療内容や進行状況をこまめに伝える．
・パンフレットを用いて説明を行う．
・医療行為に対する説明と同意（承諾書を用いる）（図３）

３．時間（タイムマネージメント）

チェアータイムロスを軽減し，来院患者の時間を有効に使うための大切なプロセスとなる．

・薬品や材料，器具などの在庫の確認と管理
・前日にカルテ内容の確認と来院予定患者の技工物確認
・毎日の始業，中間，終業時の点検
・個々の患者の診療にあわせた準備，患者の持ち時間の確認（図4）

４．接遇

患者の歯科医院に対する信頼感を高めることにつながる．

・スタッフのビジネスマナーの向上をはかる．
・ミスや苦情に対して速やかに対処する．

当院では苦情が発生した場合，毎日行われる院内ミーティングによってスタッフ全員でその情報を共有し，改善・予防策を検討している．そしてそこで出された案を実施し，改善がみられた時点でガイドラインを作り，同じミスを繰り返さないようにしている（図５．）

５．技術

スタッフの質的向上や，高度で良質な医療の提供につながる．

・院内ミーティングによるスタッフ間での情報の共有や交換
・学会・講習会への参加（図６）

■結果

アンケート調査および苦情やスタッフの意見をもとに挙げた５つのキーワードに関するISO導入前の問題点と導入後の改善点について比較を行った結果，院内の目標と目的がはっきりしたことで大幅に改善された（表２・図７）．

図1　患者が歯科医院に期待している内容
患者からの意見や苦情に関するアンケート調査により，これら5つの項目が挙げられる．

図2　清潔

図3　説明

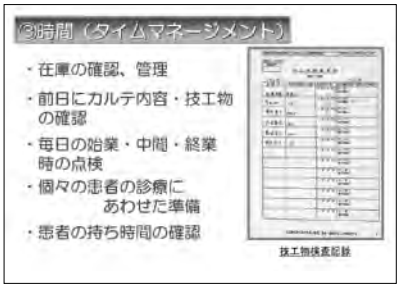


図4　時間(タイムマネージメント)

図5　接遇

図6　技術

表1　ISOとは

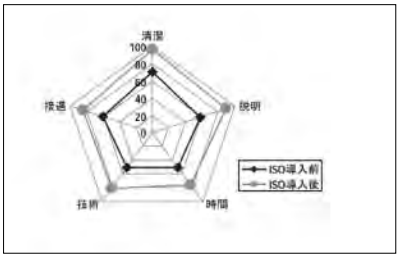


図7　ISO導入前・後において50人を対象にアンケート調査を実施し，患者満足度についてグラフ化した．

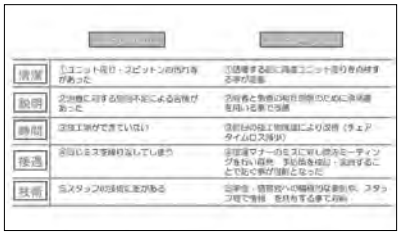


表2　アンケート調査や日々耳にする苦情や意見をもとに挙げた，5つのキーワードに関するISO導入前の問題点と導入後の改善点の比較

■考察

今回提示した5つの項目に対して当院では『歯科医療はサービス業である』という患者第一主義を軸とし，デンタルヘルスサービスの質を保証するためにISOを導入し，歯科医院全体の仕事の仕組みを明確に定めた．その結果，曖昧な点が減少したことにより，責任の所在が明確化され，それぞれの場面で各自が責任を持って役割を果たすようになった．当院でのこうした取り組みを患者側に理解してもらうことによって，患者満足度は着実に向上したと思われる．

また，歯科医院は，患者に高度で良質な医療を提供するだけでなく，患者の持つ不安感や不信感を取り除く配慮が必要である．そのためには，患者ごとに医院のイメージが変わることなく，来院する全ての患者に対してホスピタリティをもって接することが示唆される．これらのことから，当医院でのISOを導入した医療サービスへの取り組みは，スタッフのみならず来院する患者にとってよい結果を生み出したと思われる．

■結論

歯科医院が患者にとって今まで以上に身近で，安心して治療に専念できる場所として位置付けられるように，今回示した5つの項目をバランスよく保つことが必要不可欠であり，患者の歯科医院に対する満足度向上につながる．□

前歯部のブラックトライアングルへの対応

東條貴代美［東京都世田谷区　小林歯科医院］

■はじめに

歯周治療の後の歯肉の形態は歯槽骨の形態とほぼ同一となるため，骨の吸収が多くなるほど歯間乳頭が喪失し，ブラックトライアングルといわれる歯間鼓形空隙が出現する．この空隙は特に前歯部において，審美性や発音に大きな影響を与えることになり，歯周疾患が治癒したとしても患者さんの満足度は低く，むしろ精神的苦痛を招くこともある．患者さんは１本でも多く歯を残すことだけでなく，より快適で美しい回復を期待して来院されるようになった現在，当医院ではどういった対応をしているかお話させていただいた．

■症例

歯周疾患の治癒後の歯肉の形態は２つに大別される．１つはスキャロップの高低差がある場合，もう１つはスキャロップの高低差がない場合に分けられる．スキャロップの形態は歯槽骨のレベルに関係していて，歯間乳頭の再建の割合が予測できる（図１）．スキャロップの高低差がある場合は，ブラッシングの方法で歯間乳頭の再生が期待できるが（図２～図５），スキャロップの高低差がない場合は再生はあまり期待できない（図６～図８）．歯間乳頭の再生があまり期待できない症例では，歯肉の炎症の大半が取り除けた初期治療の後半の段階からブラッシング指導の際，歯間ブラシを使用せず歯ブラシのみで行うよう患者さんに指導し，少しでも歯間乳頭の這い上がりを促すようにしている．（図９・図10）そして，最終補綴物の形態はロングコンタクト，ハーフポンティックにすることにより，ブラックトライアングルを消失させ，また，発音しやすく審美的な回復を得ることが可能となる（図11・図12）．

■おわりに

ブラックトライアングルが発現した場合，可及的に歯間乳頭の再生を促すブラッシング方法を歯科衛生士が患者に指導し，歯科医師，歯科技工士と共に各段階の対応に努めることによって，より快適性と審美性を求める傾向にある患者さんの満足度を得ることができると考える．□

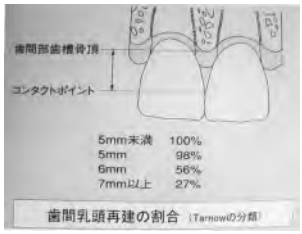


図1　間乳頭再建の割合（Tarnowの分類）

図2　初診時　歯肉は腫脹，発赤し，軽度の歯周疾患である．スキャロップの高低差があるタイプ．

図3　初診時のX線写真

図4　歯ブラシの毛先を歯間に入れるように意識していただいた結果，歯肉は健康に這い上がる．

図5　治療終了時のX線写真　骨のレベルに問題がなかったので初期治療のみの処置．

図6　初診時　ポケットは深く，動揺があり，フレアアウトを起こしている．

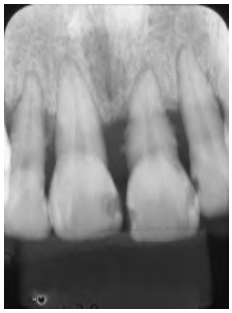


図7　初診時のX写真　楔上の骨欠損もみられる．

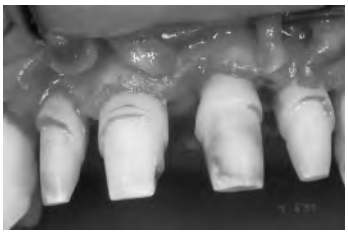


図8　初期治療後，歯間乳頭保存型FOP，再生療法（エムドゲイン）を行った．

図9　手術後の歯肉とテンポラリー　この段階では清掃性を重視し，一時的に歯間ブラシを使用．

図10　プロビジョナルレストレーション　歯肉の這い上がりを期待し歯ブラシの毛先を使った縦磨きを行うよう指導．

図11　最終補綴物の形態は下部鼓形空隙を小さくするが完全に封鎖はしていない．

図12　術後2年経過　歯肉で下部鼓形空隙は封鎖されてきた．

重度歯周病患者を上下顎フルブリッジにした症例

大谷裕亮，岡本　浩　[奥羽大学歯学部　保存Ⅰ（歯周）]

■緒言

歯周組織が健康であれば，少数支台歯でも歯周補綴により機能を回復できる（Nymanら1975）．重度歯周疾患患者に歯周外科処置を含む歯周治療を行い，上下顎フルブリッジを装着した症例について報告する．

■症例概要

初診：63歳　女性

主訴：上顎前歯部の動揺

現病歴：最近になり前歯部の動揺が大きくなったため，歯周治療希望により本学附属病院に来院した．

既往歴，家族歴：特記事項はなし

初診時のレントゲン写真では，全顎にわたって水平的・垂直的な骨吸収が認められ，1|，|2，2|に関しては浮遊歯になっている．5|，3|支台のブリッジは動揺度２度．1|，|2，|3，|5支台のブリッジは動揺度３度であった（図１）．初診時のプラークコントロールレコードは85%であった（図２）．

歯周組織検査では全歯にわたり，BoPが認められる（図３）．初期治療終了後に|5，|4部にフラップ手術を行った．この時のプラークコントロールレコードは数%を維持していた．

■治療経過

・初期治療：1|，|2，|7，2|，7|を抜歯し，同時に上顎へ歯周治療用義歯を装着した．感染根管治療，口腔衛生指導，スケーリング，ルートプレーニングを行う．SRP終了後に，上下顎プロビジョナルレストレーションを装着した．

・初期治療後再評価

・修正治療：フラップ手術を|5，|4部に施行した．

・外科処置後再評価

・最終補綴

・SPT

フラップ手術後，初診時と比較してレントゲン写真上で全顎的に骨のラインが鮮明になっている（図４）．SRP後に４mm以上のBoPが認められた|5，|4部は，健康な歯周組織を取り戻した（図５）．最終補綴時の支台歯形成された口腔内写真を示す（図６）．形成に関しては，前方運動時にブリッジが脱落しないように，前歯の唇側面と小臼歯の遠心面をほぼ平行になるように形成し，維持力を高めるようにした．

SPT開始後１年のレントゲン写真において骨吸収等の変化は認められず，安定した状態が保たれている（図７）．

3|の遠心舌側に４mmのPoket depthと，のBoP(+)が認められるため，SPT(Supportive Periodontal therapy)で対応している（図８・図９）．

■考察

・歯周補綴の定義は，高度に進行した歯周疾患の症例において歯を維持するために必要な補綴処置．(S.Nyman1986）とされている．

・歯周補綴は単独では機能を果たさない歯を脱臼から守るとともに，固定することにより咀嚼機能を果たさせ，審美的回復にも適しているといえる．

・本症例は最終補綴後，１年が経過した現在まで良好な状態が保たれている．

治療効果を長期に保つためにはSPTが必要不可欠になってくるため，今後，再評価，動機付け，再感染部の治療，口腔清掃状態などを中心にSPTを継続していく予定である．□

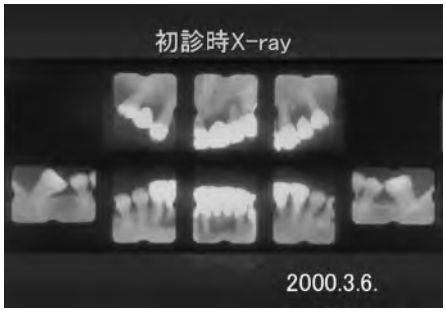


図1　初診時のレントゲン写真

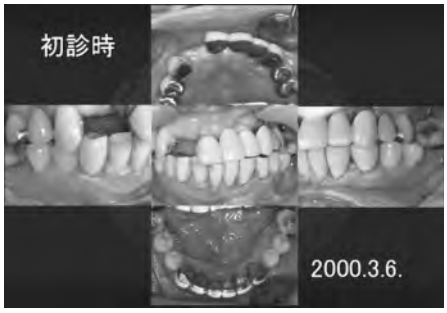


図2　初診時口腔内写真(5枚法)

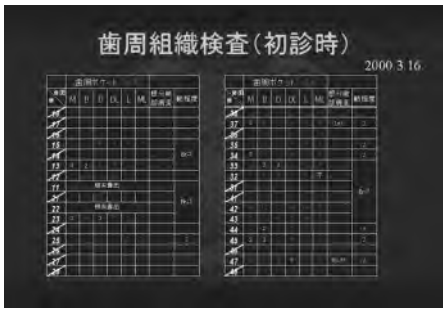


図3　初診時歯周組織検査

図4　フラップ手術後レントゲン写真

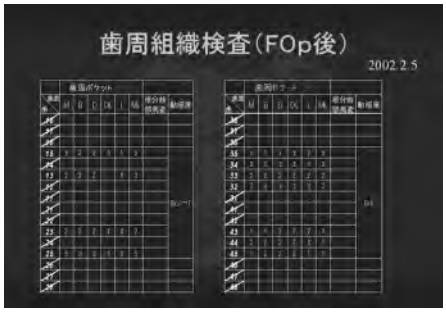


図5　フラップ手術後歯周組織検査

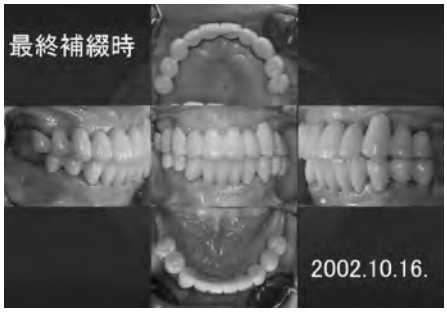


図6　最終補綴時口腔内写真(5枚法)

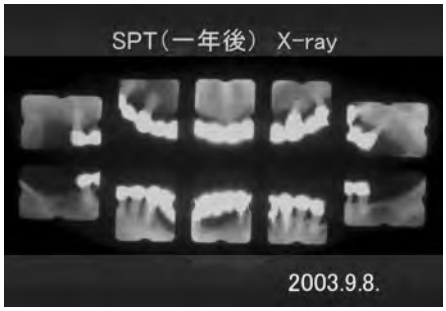


図7　SPT１年後レントゲン写真

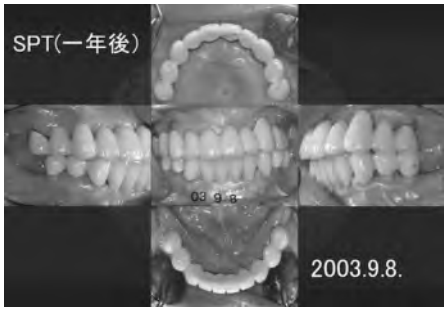


図8　SPT１年後口腔内写真(5枚法)

図9　SPT１年後歯周組織検査

上顎オーバーデンチャーをフルブリッジ，下顎パーシャルデンチャーを歯根移植による固定性ブリッジとした症例

中島大誠，金沢良太，寺島信一，鈴木史彦，岡本　浩［奥羽大学歯学部　保存Ⅰ（歯周）］

■緒言

歯周治療成功後，欠損部に対する補綴処置の選択がしばしば問題となる．患者は可撤性補綴物より，固定性補綴物を希望することが多い．

患者は，“旧義歯の異物感”を主訴に来院した．歯周基本治療後に，固定性補綴物を考慮し，上顎に片側２歯延長ポンティックを含むフルブリッジ，下顎に左側の固定性ブリッジを可能とするための歯根移植を行ったので報告する．

■症例概要

患者：52歳　男性

主訴：上顎部分床義歯の異物感

現病歴：２年ほど前に装着された部分床義歯の異物感が強く，上下顎とも固定性の補綴を希望して本学附属病院に来院した．

既往歴，家族歴：特記事項はなし．

初診時のレントゲン写真で全顎的に高度な骨吸収は認められず，$\overline{7}$近心部に楔状骨欠損が見られた．上顎には，$\underline{4\ 3|4\ 5}$を鈎歯とした部分床義歯が装着されている．$\overline{8\ 7\ 5|}$支台のブリッジは$\overline{8\ 7|}$の鋳造冠が脱離しているため，動揺が強かった（図１・図２）．歯周組織検査では全歯にわたりBoPが存在しており，プロービングデプスは平均で５mmであった．

■治療経過

・初期治療：感染根管治療，口腔衛生指導，スケーリング，ルートプレーニングを行う．上顎の支台築造後にプロビジョナルレストレーションを装着した．

・上顎補綴処置：８本支台のフルブリッジを作製

・欠損部への歯根移植：$\overline{8|}$を$|\overline{7}$相当部へ移植を行った．

・下顎補綴処置

上顎の最終補綴物は，８本支台の13ユニットで右側に２歯延長のフルブリッジを装着した．$\underline{6|}$は，小臼歯に類似した形態とした（図３）．

$\overline{8|}$近心面の歯根膜付着量は５mm，遠心面では４mmであった．移植直後と移植後13カ月経過時のレントゲン写真を比較すると，歯根膜腔の幅が減少し，拡大も見られず良好な状態を示している．移植後２カ月目に移植歯の動揺が，生理的範囲内となったため，その時点から咬合負荷を掛け始めた（図４～図６）．

■考察

上顎の補綴と歯根移植から約２年が経過しているが，歯周組織や咬合関係は安定しており患者も満足している（図７・図８）．

本法以外の選択肢としては，インプラント治療にも高い予知性があるが，本症例では，患者の経済的理由や第３大臼歯が存在していたため，下顎左側欠損部への対応として，歯根移植を選択した．

第３大臼歯を他の大臼歯部へ移植した予後は，平均4.7年の経過観察において，96％の移植歯が残存，レントゲン写真による歯根膜の治癒も80％を越える高い値を示していたとの報告がある(Andreasen 1990)．

上顎臼歯部は，上顎洞まで十分な高さの骨が存在しなかったため，歯根移植やインプラントではなく延長ブリッジを選択した．２歯延長ポンティックの予後は，装着から７年間で約35％に何らかのトラブルが発生したとの報告があるが，片側２歯延長で最後方支台歯が有髄歯であった場合のデータでは5.1％と低い値を示していた(RandowとGlantz 1986)．

今後も感染や咬合関係に十分注意しながら，慎重に歯周サポート治療を継続していく予定である．　□

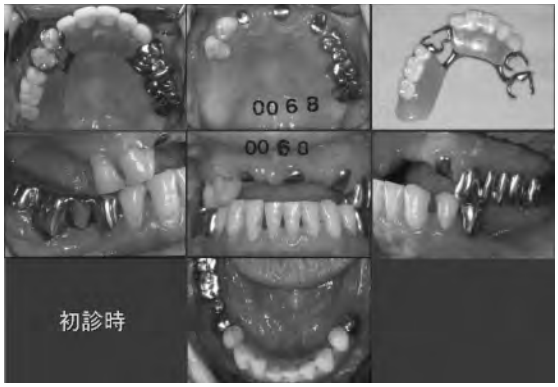


図1　初診時口腔内写真

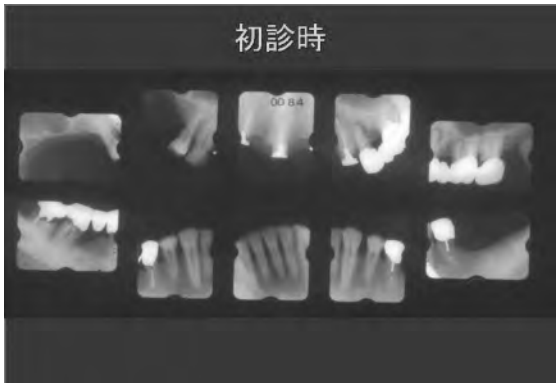


図2　初診時レントゲン写真

図3　上顎最終補綴時口腔内写真

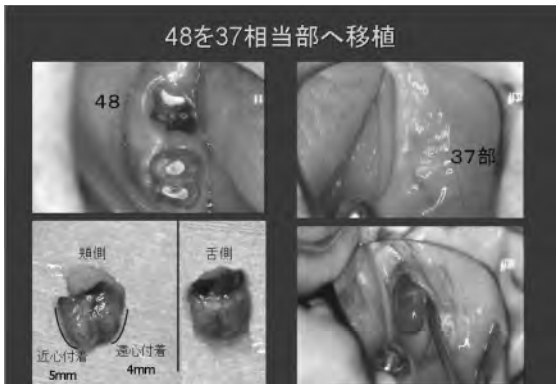


図4　移植術中写真

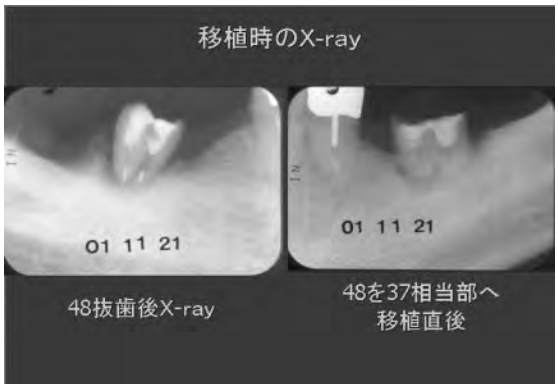


図5　移植直後レントゲン写真

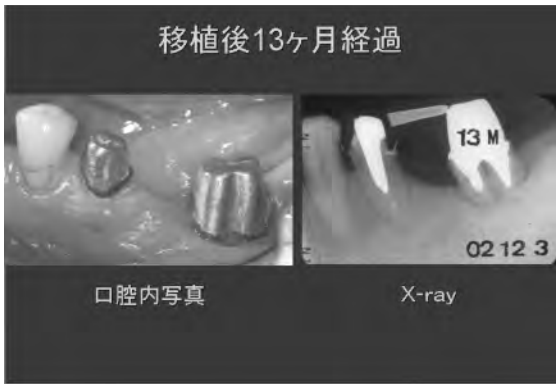


図6　移植後13カ月経過時の口腔内写真およびレントゲン写真

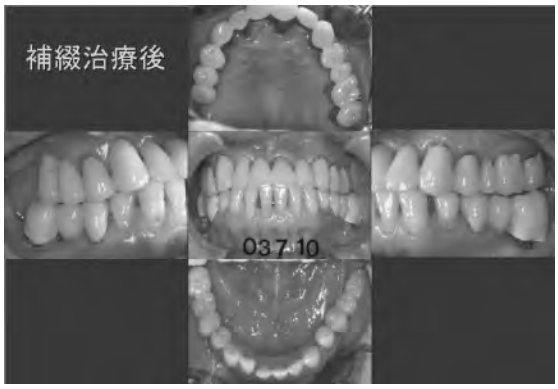


図7　最終補綴時口腔内写真

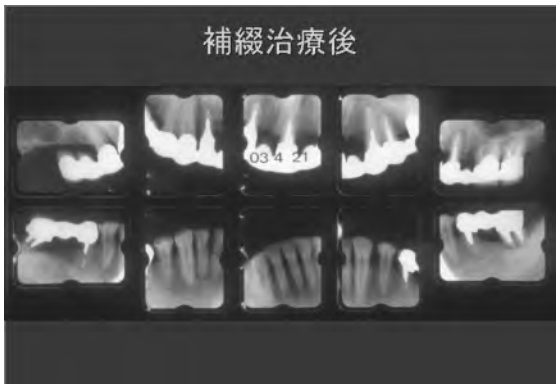


図8　最終補綴時レントゲン写真

垂直性骨欠損に対するGTR法とEMDの臨床的評価

大塚正之，小林之直，申　基喆［明海大学歯学部　歯周病学講座］

■はじめに

歯周組織の再生を目的として，自家骨や人工骨の移植術など，様々な歯周外科処置が行われている．その中でも，組織再生誘導(GTR)法は，1982年にはじめてヒトに応用されて以来，基礎的研究や臨床成績が数多く報告され，良好な成績を得ている．一方，Enamel Matrix Derivative(EMD)は，歯の発生期を模倣した組織再生法で，遮蔽膜を用いるGTR法と比較して操作性が簡便で，臨床報告も増えてきている．しかし，適応症は十分に検討されているとは言いがたく，特に，GTR法との選択基準は明確ではない．

そこで，垂直性骨欠損に対するGTR法とEMDを用いた再生療法の効果を比較し，この骨欠損に対する有用性を明らかにすることを目的に，術前と術後12カ月の臨床パラメーターを計測し比較評価した．

■材料と方法

明海大学付属病院歯周病科の外来患者で，歯周外科処置に影響を及ぼすような全身疾患や喫煙習慣がない35名(男性12名，女性23名，平均年齢45.5歳)を被験者とし，歯周初期治療後4 mm以上のアタッチメントロスを認めた垂直性骨欠損に対して，生体吸収性の遮蔽膜であるResolutR (W. L. GORE, USA) を使用した21部位（GTR群）と，EmdogainR (BIORA AB. Sweden) を使用した16部位（EMD群）を被験部位とした．術前と術後12カ月に，臨床パラメーターとして，probing pocket depth（PPD），probing attachment level（PAL）を計測し，PPDの減少量をpocket reduction (PR)，PALの減少量をprobing attachment gain（PAG）として評価した．

■症例１：下顎左側犬歯の垂直性骨欠損に対して，GTR法を行った症例

⌈3近心に，PPDが7 mm, PALが9 mm認められた（図１）．歯肉溝内切開ののち，全層弁による剥離を行い，グレーシースケーラー，ルートプレーニングバーなどを用いて，デブライドメントを行った．トリミングしたGTRメンブレンを，GORE-RESOLUT SUTURERを用いて根面に固定した（図２）．歯肉弁で完全にメンブレンが覆うことができるように，減張切開を加え，歯肉弁を縫合した．術後は３日間の抗菌剤の投与を行い，2週後に抜糸した．術後12カ月でPPDは3.7±1.3 mm に減少（３ mmのPR）し，PALは5.3±1.1 mmに減少した（３ mmのPAG）（図３）．

■症例２：下顎左側第一小臼歯の垂直性骨欠損に対するEmdogainRを用いた再生療法

下顎左側第一小臼歯の近心にPPDが８ mm, PALが10 mm認められた（図４）．GTR法の時と同様に，切開，剥離を行い，デブライドメントを行った．35%正リン酸(ウルトラエッチ，ヨシダ，東京)で15秒間根面処理したのち，生理食塩水で十分に洗浄した．唾液や血液による汚染に注意しながら，根面と骨欠損部にエムドゲインを塗布した（図５）．歯肉弁の縫合，術後管理も，GTRと同様に行った．術後12カ月でPPDは3.1±1.4 mmに減少（4.3 mmのPR）し，PALは5.4±2.2 mmに減少した（3.8 mmのPAG）（図６）．

■結果

全ての被験部位において，術後の感染，不快症状等は認められなかった．

PPDおよびPALの変化は表１に示す通りである．GTR群では，PPDは，7.5±2.0 mmから術後12カ月で，3.7±1.3 mmに減少し，PALは，9.1±1.5 mmから術後12カ月で5.3±1.1 mmに減少した．一方，EMD群では，PPDは，7.4±2.5 mmから術後12カ月で3.1±1.4 mmに減少し，PALは，9.3±3.3 mmから術後12カ月で，5.4±2.2 mmに減少した．

PRは，GTR群では3.8±2.0 mm，EMD群では，4.3±1.9 mm見られた．また，PAGは，GTR群では3.9±1.4 mm，EMD群では，3.8±2.2 mm見られた．しかし，いずれも，統計学的に有意差は認められなかった（図７）．

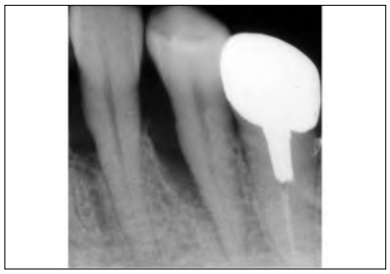


図1　症例1 $\overline{|3}$ 近心に7 mmのPPDと，9 mm のPALが認められた．

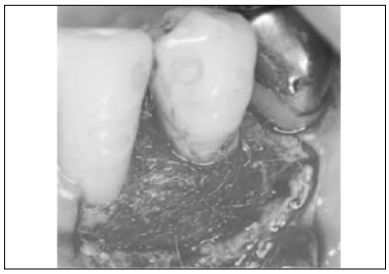


図2　トリミングしたResolutRを根面に縫合固定．

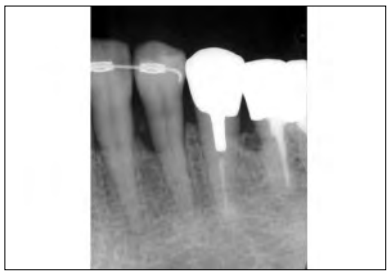


図3　術後12カ月の再評価で，3.0 mmのPRと3.0 mmのPAGが認められた．

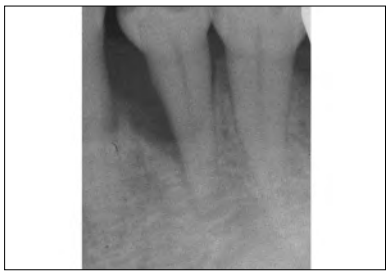


図4　症例2．下顎左側4近心に8 mmのPPDと，10 mmのPALが認められた．

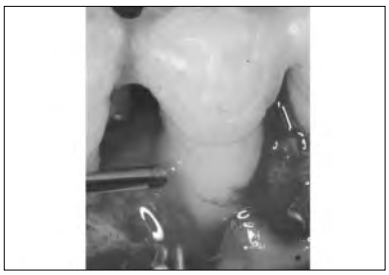


図5　根面処理後，エムドゲインを塗布した．

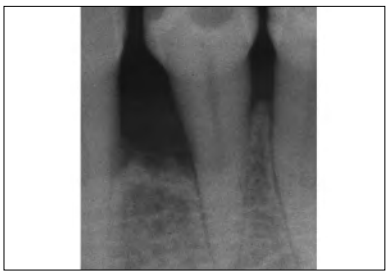


図6　術後12カ月の再評価で，4.3 mmのPRと3.8 mmのPAGが認められた．

GTR群(n=21)				EMD群(n=16)			
術前		術後12カ月		術前		術後12カ月	
PPD	PAL	PPD	PAL	PPD	PAL	PPD	PAL
7.5±2.0	9.1±1.5	3.7±1.3	3.3±1.1	9.1±1.5	7.4±2.5	3.1±1.4	5.4±2.2
$p<0.05$				$p<0.05$			

Student-t test
* : $p<0.05$

表1　GTR群，EMD群ともに，術前と比較して，統計学的に有意なPRとPAGが認められた．

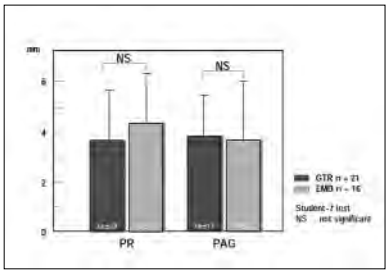


図7　GTR群とEMD群のPR，PAGを比較した結果，統計学的に有意な差は認められなかった．

■おわりに

今回の結果から，GTR法およびEMDを用いた垂直性骨欠損に対する歯周組織再生療法は，ともにアタッチメントロス4 mm以上の垂直性骨欠損に対して有効であることが示唆された.また，術後12カ月における効果を比較すると，統計学的に有意な差はなかった．

以上のことから，同程度の効果が得られるのであれば，前述したように，EMDはGTR法と比較して操作性が良く，また，多数歯におよぶ骨欠損に応用できることから，実際の臨床に際しては，EMDの方が有利であると思われる．□

広汎性侵襲性歯周炎患者の歯肉縁上プラークコントロールに対する反応性

長谷川朋美，武田宏幸，申　基喆［明海大学歯学部　歯周病学講座］

■緒言

これまで35歳未満に発症する歯周炎は，発症年齢を診断基準として「早期発症型歯周炎」と分類されてきたが，1999年のアメリカ歯周病学会（AAP）国際ワークショップにおいて「侵襲性歯周炎」という，発症年齢だけでなく，その病態の急速な進行を反映する新しい分類法が提唱された[1]．今回報告する重度歯周炎患者は，若年齢における発症と歯周炎の急速な進行と広がりを認めることから，早期発症型歯周炎患者で多く報告されているように，特異性菌の関与と潜在的な宿主側のリスク因子の存在が考えられた．そこで，一般的な歯周組織診査のほかに，血液検査，細菌検査の後，歯肉縁上プラークの徹底的な除去を行ったところ，患者のプラークコントロール前後の細菌叢に変化が見られたので，その経過を報告する．

■診査と診断

患者は27歳の女性，約10年前から歯間部にプラークが停滞しやすいことを気にしていたが，歯科治療に対し恐怖感を抱いていたため放置していた．しかし，下顎前歯部歯肉からの出血，腫脹および歯の移動を自覚しはじめたことから不安を感じ，歯の動揺と歯肉の炎症を主訴として，明海大学歯学部付属病院歯周病科に来院した．

全顎的に著しい辺縁歯肉の腫脹，発赤，多量のプラークの付着と歯石の沈着，歯周ポケット内から自然出血や排膿を認め，上下顎前歯部における歯の移動を認めた（図１）．全身的には特記すべき事項はなく，喫煙習慣もなかった．家族内に歯周炎患者がいるかどうかの情報は，問診からは得られなかった．血液検査で異常値は認められなかったが，HLA抗原の型は，早期発症型歯周炎患者に多いとされるDR4型であった（図２）．エックス線検査では，全顎的に歯根長2 / 3以上の水平性骨吸収を認め（図３），歯周組織検査では，全歯にわたり４mm以上の歯周ポケットが存在した．細菌検査では，multiplex polymerase chain reaction法[2]を用い，歯肉縁下プラーク中から，*Actinobacillus actinomycetemcomitans*（*Aa*），*Porphyromonas gingivalis*（*Pg*），*Bacteroides forsythus*（*Bf*）が検出された．

以上の診査結果から，AAPの新分類に基づき広汎性侵襲性歯周炎と診断した．

■治療方針と治療計画

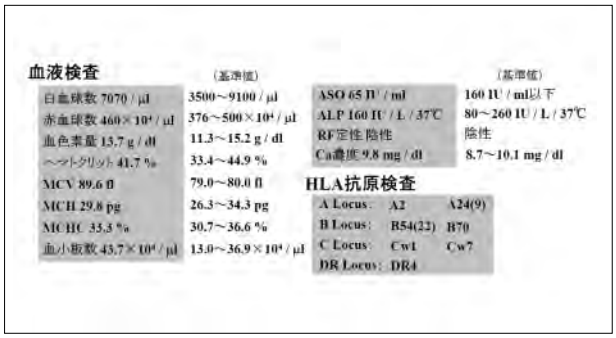
侵襲性歯周炎患者における歯周組織破壊の進行は，成人性歯周炎患者と比べ早いことから，早期の原因除去を基本治療方針とした．患者は，初診時におけるプラークの付着が著明であったため，歯肉縁上のプラークコントロール前後に細菌検査を行い，比較検討することにした．具体的な治療計画については，以前に報告した早期発症型歯周炎患者に対する治療計画に基づき立案した[3]．すなわち，初期治療における急激な歯肉退縮を抑えるために，感染源除去を歯肉縁上にとどめ，歯肉縁上の炎症のコントロールを確立した後，矯正治療により適切な咬合を与え，歯周組織再生療法による喪失した組織の回復を行うこととした．実際の治療計画の概要は，以下の通りである．

１）ブラッシング指導，スケーリング，ルートプレーニング
２）咬合改善（咬合調整，動揺歯の固定）
　　歯の位置異常の改善のための矯正治療
３）歯周組織再生療法

■治療経過

DENT. EXシステマ44M歯ブラシ（ライオン社製）を用いたバス法とDENT. EX歯間ブラシSSS（ライオン社製）の併用によるブラッシング指導，歯肉縁上スケーリング，歯冠研磨，GUM CHX洗口液（サンスター社製）による含嗽を行った．３カ月後，患者のplaque control recordは100 %から20 %に改善し，歯肉の炎症はほぼ消失した（図４）．bleeding on probingは，100 %から22 %に減少し，プロービングポケット深さが４mm以上の部位は，全体73 %から50 %となった．また，歯肉縁下プラーク中の*Pg*，*Bf*は，検出限界以下のレベルになった（図５）．現在，歯肉縁上のプラークコント

図1　初診時の正面観．下顎前歯部に著しいプラークの付着と歯肉の発赤，腫脹，歯の位置異常がみられる．



血液検査

	（基準値）
白血球数 7070 / μl	3500～9100 / μl
赤血球数 460×10⁴ / μl	376～500×10⁴ / μl
血色素量 13.7 g / dl	11.3～15.2 g / dl
ヘマトクリット 41.7 %	33.4～44.9 %
MCV 89.6 fl	79.0～80.0 fl
MCH 29.8 pg	26.3～34.3 pg
MCHC 33.3 %	30.7～36.6 %
血小板数 43.7×10⁴ / μl	13.0～36.9×10⁴ / μl

	（基準値）
ASO 65 IU / ml	160 IU / ml以下
ALP 160 IU / L / 37℃	80～260 IU / L / 37℃
RF定性 陰性	陰性
Ca濃度 9.8 mg / dl	8.7～10.1 mg / dl

HLA抗原検査

A Locus:	A2	A24(9)
B Locus:	B54(22)	B70
C Locus:	Cw1	Cw7
DR Locus:	DR4	

図2　血液検査結果．調べた範囲では，異常値はみられなかった．

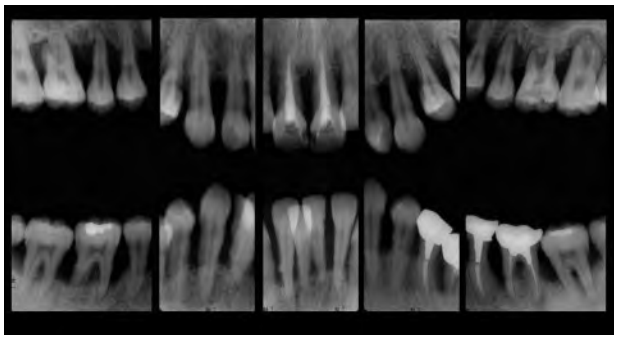
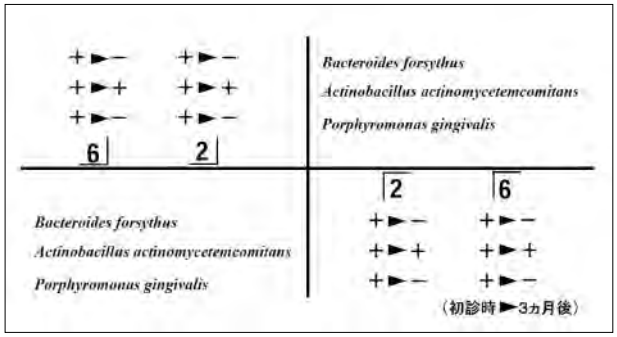


図3　初診時のデンタル10枚法．全顎的に根長2／3異常の歯槽骨吸収を認める．

図4　初診時から3カ月後の正面観．歯肉の炎症が消退しており，歯の移動がみられる．



	6	2
Bacteroides forsythus	+►−	+►−
Actinobacillus actinomycetemcomitans	+►+	+►+
Porphyromonas gingivalis	+►−	+►−

	2	6
Bacteroides forsythus	+►−	+►−
Actinobacillus actinomycetemcomitans	+►+	+►+
Porphyromonas gingivalis	+►−	+►−

（初診時►3カ月後）

図5　初診時と3カ月後の細菌検査結果．3カ月後，*Bf*と*Pg*は検出限界レベル以下となった．

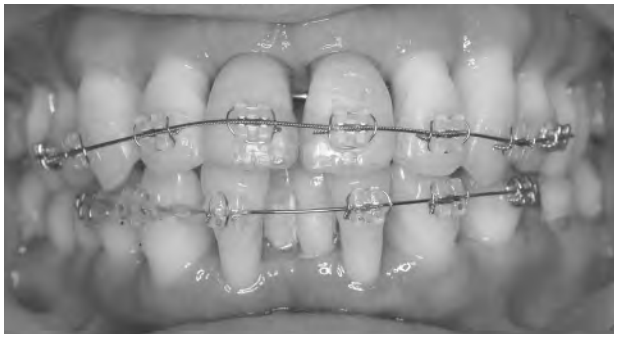


図6　矯正治療中の正面観．

ロールが終了し，矯正治療中である（図6）．

■まとめ

本患者は易感染性が疑われるが，プラークの多量の蓄積も大きな要因であることは，口腔内所見から明らかであった．プラークコントロールによる歯肉の炎症の改善と検出される細菌種の減少は，本症例の病態にプラークが深く関与することを示唆している．今後，矯正治療終了後，歯周組織再生療法を行う予定であるが，歯肉の炎症改善後も，*Aa*は依然として検出されることから，化学療法を行うことを検討している．*Aa*の消失が，実際の治療の奏効を示す指標となり得るか否かについては，今後の検討課題と考えている．□

参考文献

1) AAP歯周疾患の最新分類，コンセンサスレポート：侵襲性歯周炎(石川　烈　監訳)，65-66，クインテッセンス出版，2001.
2) Tran, S. D. and J. D. Rudney: Improved multiplex PCR using conserved and species-specific 16S rRNA gene primers for simultaneous detection of *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Bacteroides forsythus*, and *Porphyromonas gingivalis*. J Clin Microbiol 37(11): 3504-8, 1999.
3) 武田宏幸　ほか：歯周咬合コンプレックスの改善を主眼においた早期発症型歯周炎患者の治療，日本顎咬合学会誌 22: 324-328, 2001.

咬合性外傷に対応した１症例
―垂直性骨欠損へのアプローチ

田村大蔵［千葉県成田市　コスモス歯科馬橋クリニック］

■はじめに

咬合性外傷と聞くと，その名の通り咬合由来，つまり咬合干渉や早期接触を思い浮かべる．学生の頃の講義では，垂直性骨欠損の原因は咬合性外傷であると教えられたが，本症例は垂直性骨欠損が過度の力だけで起こるのではなく，歯周炎が根源にあることを実感した．今回は診査・診断から治療に至るまでの臨床上の問題を，実際の症例の経過観察を通して考察したので報告する．

■症例概要（図１）

患者：55歳　女性　主婦

初診日：2003年3月

主訴：左下の奥歯の歯ぐきが腫れて痛い

特記すべき全身的疾患なし　非喫煙者

【口腔内診査】（図２）

患歯：⌉7　Probing depth：近心頬側５mm，近心舌側７mm，動揺度M１

その他：全顎的にProbing depthは２～３mm

【患歯の現病歴】（図３）

本患者は1994年４月から当医院に来院しており，過去の資料として３枚のパノラマ写真があった．当時から⌉7の垂直性骨欠損が確認できる．さらに2000年２月，2001年２月，2002年２月と毎年同時期に急発を起こし来院していた．そして今回は2003年３月に急発を起こし来院．

【治療経過】

まずスタディーモデルを中心位でマウントし，咬合を診査した（図４）．患歯⌉7はCR，右側方運動平衡側，前方運動時において早期接触，咬合干渉が確認された（図５）．⌉7を除いては全顎的に歯周組織は安定しているため，とにかく患歯の近心のみをブラッシング指導し，plaque controlの上達を待ち，SRPおよび咬合調整した．患者はブラキシズムの自覚はなかったが，頬圧痕，上下顎唇頬側歯槽部に見られる骨隆起からブラキシズムを疑い，患者に説明しNight Guardを使用していただいた．

治療開始から２カ月後の５月に初期治療を終えた後，36と37のcontact pointが離開し，患者はfood impactionを訴えてきた（図６）．この時点で近心のprobing depthは５mm，BOP(+)であった．患歯の遠心移動から咬合関係に変化が生じたと判断し，再度スタディーモデルをCRにてマウントし，咬合関係を診査した．患歯は右側方運動平衡側および前方運動時において干渉があり（図７），干渉部位を再び削合し歯周外科処置を行い，離開したcontact pointは患者の削られたくないという希望から，super bondで固定した（図８）．

■考察

contact pointが離開した理由として

１）力の排除により歯が整直方向へ移動

２）pocket内部の炎症が改善されないまま力だけをcontrolしても，対合歯との干渉が削除されると，近心pocketの炎症により歯が遠心移動，および挺出

などが考えられる．いずれにしても歯は再び対合歯と干渉を起こす可能性があり，力のcontrolは診査・診断を基に慎重に行わなければならない．本症例では，２）の理由により移動したと考えられる．炎症により⌉7近心部に発症した歯周炎が根尖方向へと進み，骨縁下pocket内部の炎症が患歯を挺出させた結果，歯が早期接触し外傷となった．つまり，咬合性外傷（結果）を引き起こす咬合ばかりにとらわれ，炎症(原因)をおろそかにすると，無意味な削合を繰り返しかねない．これは本症例のように新たな干渉部位を生み出すことになる．力と炎症のcontrolは常に一体であり，多くの場合，炎症のcontrolが優先される．

■力と炎症の関係とは

１）力だけの改善では治癒しないし，力だけで垂直性骨吸収が起こるわけではない．

２）力は歯をジグリングさせ歯根膜を拡大し，縁下へのplaqueの侵入を容易にする．

３）pocket内部の炎症は歯を挺出させ，咬合性外傷に至らせる．　□

図1　口腔内写真

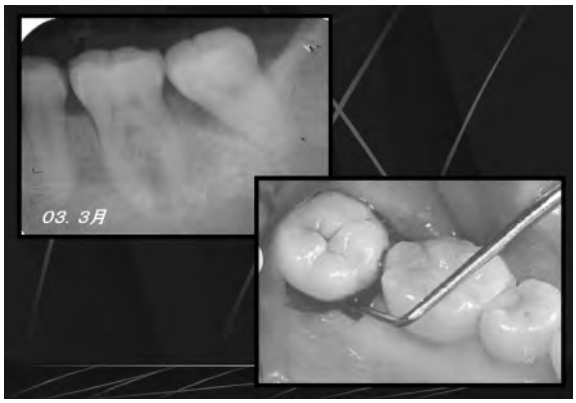


図2　患歯の状態

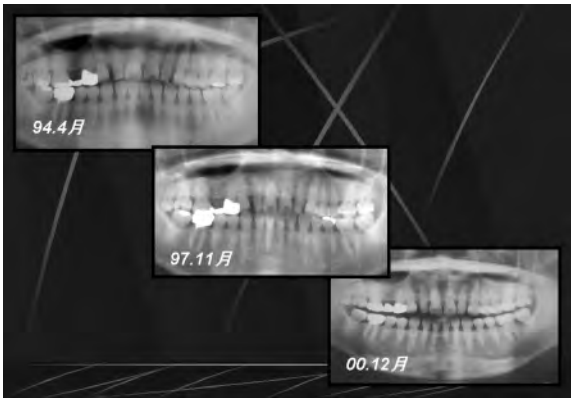


図3　1994年からすでに存在していた垂直性骨欠損

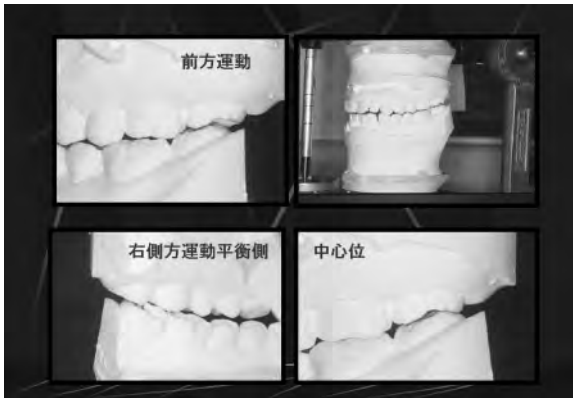


図4　CRにてマウントしたスタディーモデル

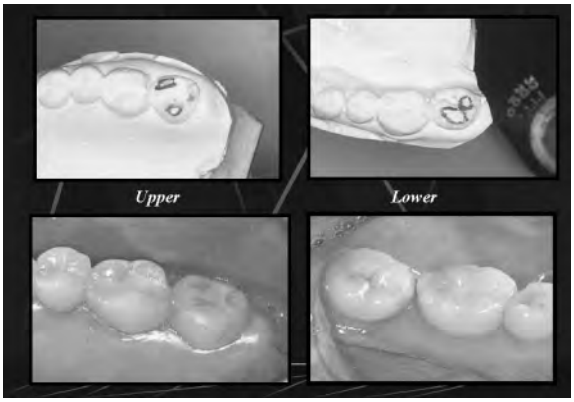


図5　⌊7と⌈7 の干渉部位

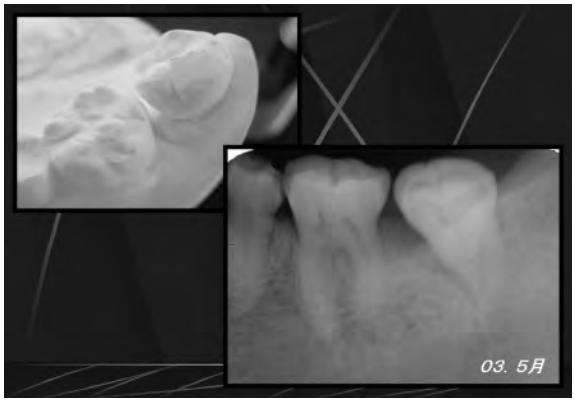


図6　離開したcontact point

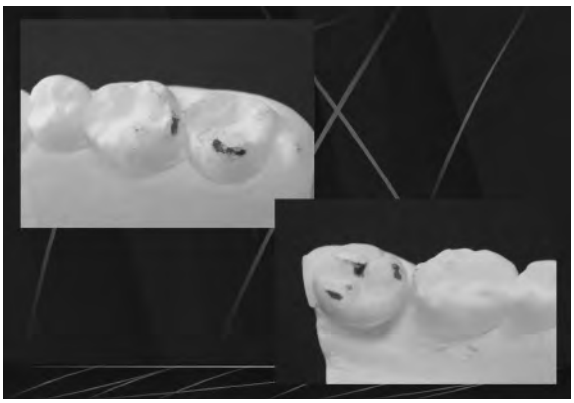


図7　再咬合診査および干渉部位

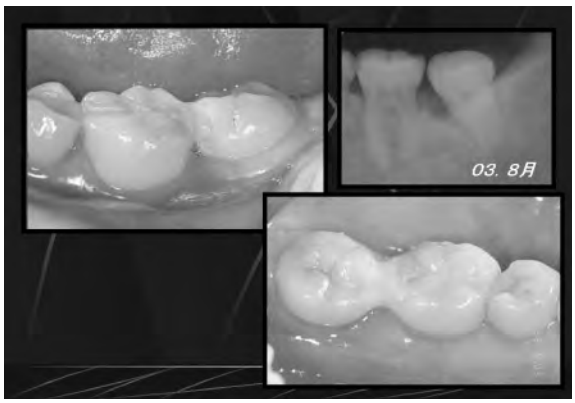


図8　外科処置後１カ月

オールセラミックスクラウンを用いて上顎前歯部の審美的回復を試みた2症例―ISOを取り入れて

飯田倫太郎［神奈川県相模原市　(医)おくもり歯科医院］

■緒言

日常臨床において，さまざまな原因から，たび重なる補綴処置を施された歯牙に遭遇する．そして，そのような歯牙に対して，患者自身の審美的要求を満たし，歯周組織を健康な状態に改善するためには，補綴前処置としてのティッシュマネージメントを必要とするケースがある．

今回，異なるアプローチによる補綴前処置を行い，オールセラミックスクラウンを用いて，上顎前歯部の審美的回復を試みた２症例を経験したので報告する．

■症例

【症例Ⅰ：歯周外科的アプローチ後，補綴処置をした症例　】

患者：37歳　女性

主訴：1 2|の色調と形態の不調和（図１）．

既往歴：1|番は，約20年前に打撲により，抜髄およびレジン充填処置．その後，約10年前にカリエスのため補綴処置．また，2|番は，約10年前にカリエスのため，抜髄および広範囲にわたるレジン充填処置．

治療経過：1 2|番ともに感染根管処置および根管充填を行い（図２-①②③），その後，1|1の歯冠長の差（約３mm）を解消するため，Apically positioned Flapを行った．歯周組織の治癒にあわせて，プロビジョナルレストレーションによる歯肉形態の付与，そして，最も適切な歯冠と歯肉の形態が得られたところで，印象採得を行い，オールセラミックスクラウンを装着した（図２-④，図３）．

【症例Ⅱ：矯正的アプローチ後，補綴処置をした症例】

患者：29歳　女性

主訴：|1のブラックマージンおよび歯肉の腫脹（図４・図５-①）．

既往歴：

約15年前に，打撲による歯冠破折のため抜髄および補綴処置．その後，約５年前に２度目の補綴処置．

治療経過：

補綴物を除去したところ歯根の腐食と，Biologic Widthの喪失がみられた（図６-①）．そこで，Biologic Widthを再確立してから補綴処置を行うため，Orthodontic Extrusionを行った（図５-②・③・図６-②）．

装置を装着してから約７週間後，Biologic Widthと補綴物のマージン設定のための歯質を含めた約４mmの挺出が得られたところで（図５-④・図７-①），装置を外して約２カ月間の保定を行い（図５-⑤），プロビジョナルレストレーションによる歯肉形態の付与，そして，最も適切な歯冠と歯肉の形態が得られたところで（図７-②），印象採得を行い，オールセラミックスクラウンを装着した（図５-⑥・図８）．

■結果・考察

今回，補綴前処置としてのティッシュマネージメントとして外科的方法・矯正的方法により審美的要素を満足できる結果となった．その方法の選択基準としては，どうやったら対照歯牙の歯頚線と同じ位置で，辺縁歯肉や歯間乳頭を温存または形成できるかその手法を決定する．そのためには，歯牙では歯根膜の状態や歯根歯冠比，歯肉では周辺歯肉との連続性やBiologic Widthの状態，歯槽骨では周辺歯槽骨との連続性や骨欠損の状態を精査する必要がある．

また，症例Ⅰ・Ⅱのような，歯冠修復処置とティッシュマネージメントをあわせて行うケースでは，プロビジョナルレストレーションによっても，ティッシュマネージメントを行う必要があり，注意を要すると考えられる．

症例Ⅰ・Ⅱで装着したオールセラミックスクラウンはIPS EmpressⅡであり，その適応も幅広く生体親和性に優れた補綴材である．当医院においては，今回の症例のようなティッシュマネージメント後の補綴物として，または，患者の審美的要求が高い場合など，症例に応じてオールセラミックスクラウンを使用しており，良好な結果を得ている．□

図1　術前

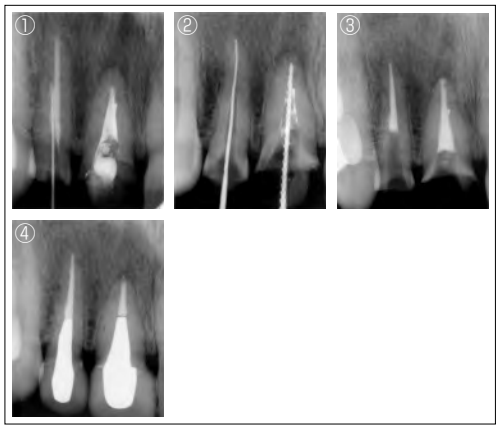


図2　①②感染根管処置
③根管充填後
④術後

図3　術後

図4　術前

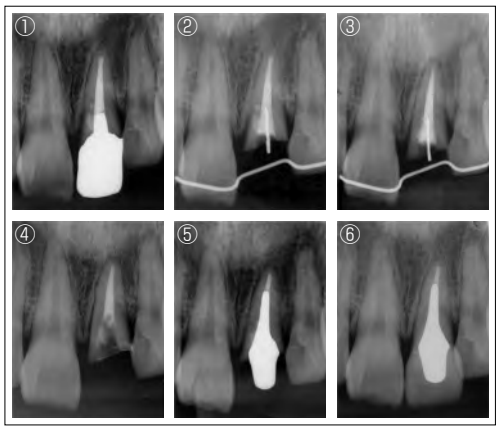


図5　①初診時
②装置装着時
③挺出終了時
④装置除去時
⑤保定
⑥術後

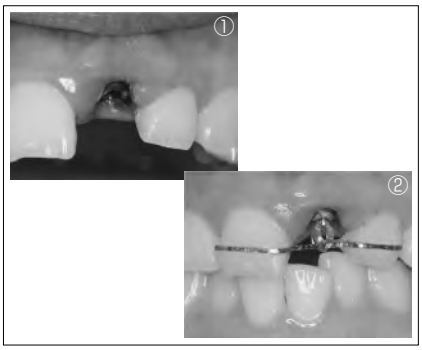


図6　①冠除去時
②装置装着時

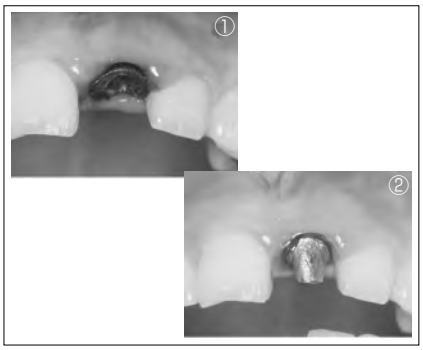


図7　①挺出終了・装置除去時
②印象採得時

図8　術後

長時間ブラッシング

三宅　宏之［宮城県石巻市　　三宅歯科医院］

■はじめに

あらためて強調するまでもなく，ブラッシングは歯周治療や予防には大変重要な役割をになっている．当院において用いているオーラルフィジオセラピーという言葉は，一般的に口腔理学療法と訳され，プラークコントロールを意味するとされているが，これをさらに自然良能賦活療法と訳されたのが大阪の片山恒夫先生である．

自然良能賦活療法とは，１つは歯肉の擦過刺激としてのブラッシング，つまり[長時間のブラッシング]と，もう１つは歯肉以外の歯周組織への賦活としての咀嚼，つまり[多数回噛み]の２つから成り立っており，この２つは片山式歯周治療の大きな柱となっている．また，片山式歯周治療のアプローチでの特徴は，観血処置はしないところにあり，ブラッシング時の出血もいけないとされている．

○オーラルフィジオセラピー
- ・口腔理学療法＝プラークコントロール
- ・自然良能賦活療法
  - ・歯肉の擦過刺激としてのブラッシング→長時間ブラッシング
  - ・歯肉以外の歯周組織への賦活としての咀嚼→多数回噛み

○片山式歯周治療のアプローチ：観血処置は絶対しない
- ・ブラッシング時の出血
- ・プロービング時の出血
- ・スケーリング,ルートプレーニング時の出血
- ・外科処置

今回，長時間ブラッシングを適用した症例について報告する．

■症例

患者：初診時47歳　男性

初診：平成12年２月

主訴：歯が動く

処置：患者の知人に歯肉の手術をした方がいるが，術後痛みがあり，大変な思いをしたそうである．本人からも手術はしたくないと訴えがあり，片山式歯周治療を選択した．そこで今回，片山先生が作成したＫシリーズという症状別治療用歯ブラシを，長時間ブラッシングに使用した．使用方法は図１～図10を参照されたい．

■おわりに

症例を通じ，患者の辛抱強い頑張りと医療従事者の指導能力が大変重要になると感じた．従来型の治療の流れでは，患者本人の参加が少なく医療従事者主導で行われ，一時良い状態になったとしても再発を繰り返してしまうことが多い．長時間ブラッシングにより患者本人が自ら良い状態を獲得し，それを実感できると，口腔内の状態を悪化させないように，全身の健康，生活習慣にまで目を向けるようになってくる．われわれ医療従事者は結果を焦らず，あくまでも患者の自立を助けるという援助者としての関わり方もあっても良いのではないかと思う．□

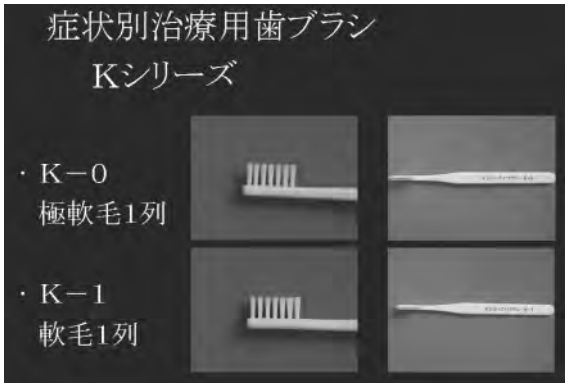


図1　症状別治療用歯ブラシ（K-0，K-1）

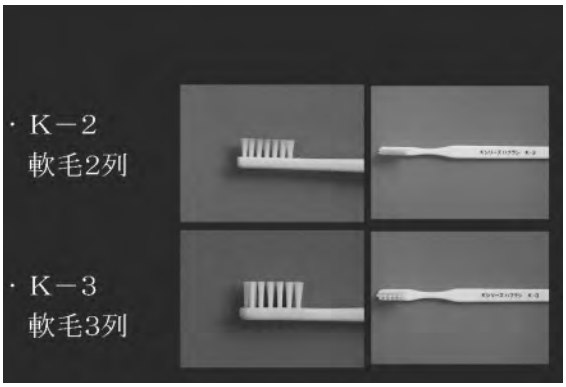


図2　症状別治療用歯ブラシ（K-2，K-3）

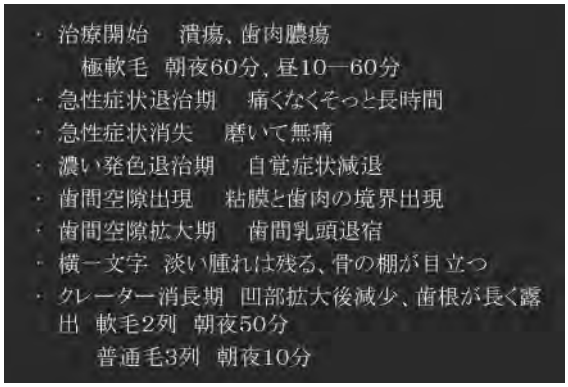


図3　歯肉の変化１

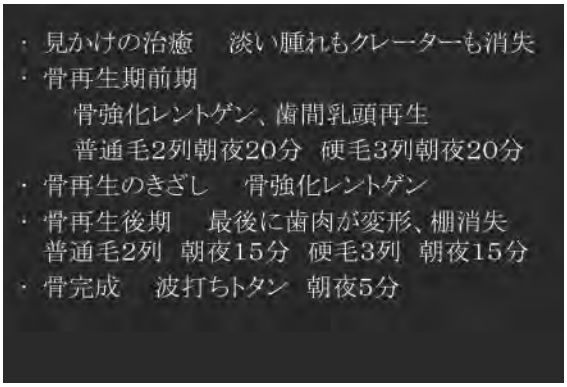


図4　歯肉の変化２

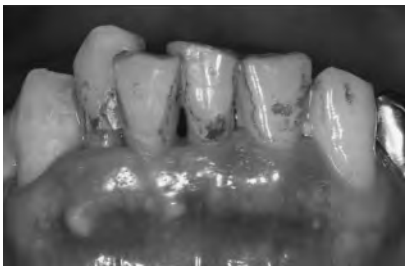


図5　初診時，動揺度，全体に2～3度．出血は少ない．

図6　3カ月後，K-0，K-1を使用．日中は忙しく10～15分のブラッシングである．夜間は１時間ブラッシングを行っている．歯間部の腫脹が落ち着いてきている．

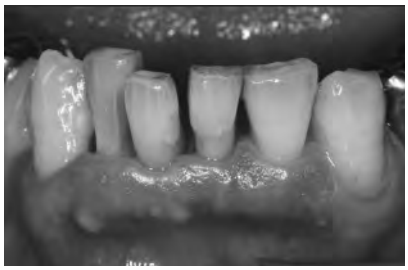


図7　5カ月後，K-2を歯間部につっこんで，夜１時間ブラッシング．歯間部にクレーター形成．

図8　7カ月後，K-2，K-3を使用．クレーターがより深くなる．

図9　10カ月後，K-2，Butler#211使用．クレーターが盛り上がってきている．

図10　現在，クレーターはほぼ消失し，平坦な状態．

JCPG歯科衛生士ベーシックセミナー

（最低実施人数 10 名以上）

【企画主旨】歯周治療に必要な基礎知識の確認および共通認識の確立

1. 開始時期およびコース期間と日時
   平成17年1月～8月
   6 : 00 PM ～ 9 : 00 PM（毎月1回の全8回コース　原則として第2水曜日）
2. セミナー内容　1回目（1月12日，水）Dr.花村：マクロとミクロの基礎知識
   2回目（2月 9 日，水）Dr.花村：歯周炎の定義
   3回目（3月 9 日，水）Dr.小野瀬：防御機構（炎症と免疫）と病因論
   4回目（4月13日，水）Dr.佐藤：創傷治癒
   5回目（5月11日，水）Dr.佐藤：疫学-歯周疾患像
   6回目（6月 8 日，水）Dr.佐藤：縁上，縁下のプラークコントロール
   7回目（7月13日，水）Dr.塚原：カリオロジー
   8回目（8月10日，水）Dr.花村：問題解決の方策，その他に必要と思われる事柄
3. 受講資格　JCPG会員の歯科医院に勤務する歯科衛生士
4. 受講料　1名につき50,000円
5. 講師　花村裕之
   佐藤謙次郎
   塚原武典
   小野瀬規
6. 場所　〒160-0022　東京都新宿区新宿4-2-23　アーバンビルA館2階
   デンタルヘルス アソシエート（相田化学工業株式会社）
   TEL : 03-3358-2331　FAX : 03-3358-1661　E-mail : jcpg@ cello.ocn.ne.jp
7. 申し込み先　〒156-0052　世田谷区経堂2-3-1　水野ビル3F　小林歯科医院内
   TEL : 03-3426-6400　FAX : 03-3426-2276
   申し込み期限　平成16年11月末日（定員になり次第締め切らせていただきます）
8. 受講料の支払い　受講料は初回時に徴収
   （詳細については，小林歯科医院　TEL : 03-3426-6400 にお問い合わせください）

JCPG 歯科衛生士ベーシックセミナー申込用紙

年　月　日

フリガナ		勤務先医院名	
氏　名			
出身校　昭　平　年卒		TEL	
勤務先住所		FAX	
		E-mail	

JCPG歯科衛生士アドバンスコース

（最低実施人数６名以上）

【企画主旨】臨床歯周治療の実際と向上

1. 開始時期およびコース期間と日時
   平成17年　1回目：1月15日，2回目：2月12日，3回目：3月12日
   4回目：4月16日，5回目：5月14日，6回目：7月16日
   5 : 30 PM ～ 8 : 30 PM（毎月1回の全6回コース 原則として第2土曜日，第1回のみ第3土曜日）
2. セミナー内容　1回目　DH.野村：モチベーションについて
   2回目　DH.野村：モチベーションの実際
   3回目　DH.関，DH.谷口：歯周治療の流れ（口腔内診査からメインテナンスまで）
   4回目　DH.関，DH.谷口：ブラッシング指導の実際
   5回目　DH.関，DH.谷口：シャープニング，SRPの実習
   6回目　DH.関，DH.谷口：症例報告とdiscussion
3. 受講資格　JCPG会員の歯科医院に勤務する歯科衛生士でベーシックセミナーを受講終了した方に限る
4. 受講料　1名につき70,000円
5. 講師　DH. 野村正子　（日本歯科大学付属歯科専門学校歯科衛生士科講師）
   DH. 関　律子　（吉田歯科医院勤務）
   DH. 谷口ゆかり　（吉田歯科医院勤務）
6. 場所（第1会場）〒156-0052　世田谷区経堂2-3-1　水野ビル3F　小林歯科医院内
   TEL : 03-3426-6400　FAX : 03-3426-2276
   （第2会場）〒160-0022　東京都新宿区新宿4-2-23　アーバンビルA館2階
   デンタルヘルス アソシエート（相田化学工業株式会社内）
   TEL : 03-3358-2331　FAX : 03-3358-1661　E-mail : jcpg@ cello.ocn.ne.jp
7. 申し込み先　〒156-0052　世田谷区経堂2-3-1　水野ビル3F　小林歯科医院内
   TEL : 03-3426-6400　FAX : 03-3426-2276
   申し込み期限　平成16年11月末日（定員になり次第締め切らせていただきます）
8. 受講料の支払い　受講料は初回時に徴収
   （詳細については，小林歯科医院　TEL : 03-3426-6400 にお問い合わせください）

JCPG 歯科衛生士アドバンスコース申込用紙

年　月　日

フリガナ		勤務先医院名	
氏　名			
出身校　昭　平　年卒		TEL	
勤務先住所		FAX	
		E-mail	

歯科衛生士・歯科医ともに学べる学会

新風をおこす、これかの歯科医院

あなたの歯科医院は歯周治療によって変わる！

2004年10月11日/日本青年館

2004年第21回記念JCPG学術講演企画

10/20（土）

国際ホール(216名)	301（90名）	302（63名）	ロビー	304（24名）	303	305
12:00～17:00 歯周組織と審美補綴 ・歯周組織と調和した セラモメタルレストレーション Dr.行田克則 ・今、求められる審美補綴とは Dr.小林和一	12:00～17:00 「スケーリング・ルート プレーニングの実習」 DH.杉原則子 DH.鍵和田優佳里 DH.榎本紀子 DH.鈴木　芽 DH.谷口ゆかり DH.関　律子	12:00～13:30 口腔ケアと歯科医療人の社会的役割 Dr.米山武義 13:45～14:45 口の動きを科学する ～ブラッシングしやすい口腔環境を求めて～ DH.山本　静 15:00～17:00 歯科衛生士会員発表	Dr.&DH.部門 ポスター展示	（株）オーラルケア 唾液検査の業者デモ ーカリエスリスク検査ー	控え室	控え室

10/21（日）

国際ホール(216名)	301（90名）	302（63名）	ロビー	304（24名）	303	305
9:00～10:30 予防プログラム ー診療室への導入ー Dr.景山正登 10:45～12:00 メインテナンスで気をつける事 Dr.清水雅雪	9:00～12:00 ブラッシングの威力を再認識する ー片山恒夫先生から学んだこと Dr.小西昭彦	9:00～12:00 歯科医師会員発表	Dr.&DH.部門 ポスター展示 12:30~13:30 発表	テーブルクリニック ・テンポラリークラウンの効果的な作り方 Dr.阿部二郎 「症例発表相談」	控え室	控え室
13:30～16:00 各歯科医院の歯科衛生士の役割 ・信頼される歯科医院をめざして 歯科衛生士にできること 藤橋歯科医院 ・日々の臨床での役割 高橋歯科医院 ・歯周補綴と歯科衛生士の関わり 阿部歯科医院	13:30～16:00 21世紀の食を考える ～口腔の健康は全身から 幕内秀夫 氏(管理栄養士)	13:30～16:00 私たちの根分岐部病変の治療 Dr.脇本昌幸 Dr.松田　究 Dr.阿久津伸明 Dr.塚原武典		業者による最新画像管理ソフトの紹介デモ ・(株)ジーシー ・(株)ヨシダ ・プラネットオフィス		

今大会は、例年行っていた日本青年館でのパーティー・宿泊はございません。ご注意ください。
また、今後の学会運営に活かすため申込書にアンケートがございます。ぜひご記入ください。

■申込先：〒160-0022 東京都新宿区新宿4-2-23 アーバンビルA2階　デンタルヘルス アソシエート・株式会社あいだ内
TEL.03-3358-2331　FAX.03-3358-1661

（申込書を添え、現金書留にて左記まで送付願います）

年　月　日

第18回JCPG学術大会申込書

氏名	ふりがな	医院名	
住所	〒 TEL		

申込み・該当欄を○で囲ってください。

	コース	料金	
	歯科医師	会員 20,000円 非会員 25,000円	円
	歯科衛生士	会員 12,000円 非会員 15,000円	円
	ルートプレーニング実習 (学会申込者に限り、定員40名)	＋8,000円	円
※申込み後の返金は致しかねます		合計	円

アンケート

1. 学会でのパーティーはあった方がよい
□はい　□いいえ

2. 日本青年館の宿泊はあった方がよい
□はい　□いいえ

アンケートへのご協力ありがとうございました。

学術講演の歩みと2004年度予定

発会式	1984（59）　4. 14（土）	ホテルサンルート	
第 1 回	1984（59）　9. 2 （日）	東郷記念館　水交会	Dr. 染谷　他
第 2 回	1985（60）　5. 18（土）　19（日）	お茶の水　損保会館	Dr. Ericsson
第 3 回	1986（61）　6. 14（土）　15（日）	農協ホール	Dr. Ericsson　Dr. Rosling
第 4 回	1987（62）　10. 31（土）　11. 1（日）	日本青年館	Dr. Karring
第 5 回	1988（63）　10. 1 （土）　2（日）	日本青年館	Dr. Listgarten
第 6 回	1989（ 1 ）　11. 11（土）　12（日）	社会文化会館	Dr. Nyman
第 7 回	1990（ 2 ）　9. 29（土）　30（日）	日本青年館	Dr. 黒岩　他
第 8 回	1991（ 3 ）　10. 12（土）　13（日）	日本青年館	Dr. 岡本　浩　他
第 9 回	1992（ 4 ）　9. 19（土）　20（日）	東條会館	Dr. Wennström
第10回	1993（ 5 ）　10. 10（日）　11（祭）	日本青年館	Dr. Ericsson　DT. Myrin
第11回	1994（ 6 ）　10. 9 （日）　10（祭）	日本青年館	Dr. 岡本　浩　他
第12回	1995（ 7 ）　10. 21（土）　22（日）	日本青年館	Dr. Ericsson　DT. Dahlen
第13回	1996（ 8 ）　11. 3 （土）　4（日）	日本青年館	Dr. 染谷　他
第14回	1997（ 9 ）　10. 25（土）　26（日）	日本青年館	Dr. 岡本　浩　他
第15回	1998（10）　10. 3 （土）　4（日）	日本青年館	Dr. 岡本　浩　他
第16回	1999（11）　10. 16（土）　17（日）	日本青年館	Dr. 申　基喆　他
第17回	2000（12）　10. 14（土）　15（日）	日本青年館	Dr. 浦口良治　他
第18回	2001（13）　10. 20（土）　21（日）	日本青年館	Dr. 行田克則　他
第19回	2002（14）　11. 23（土）　24（日）	日本青年館	Dr. 谷口威夫　他
第20回	2003（15）　10. 12（日）　21（祭）	日本青年館	Dr. 伊藤公一　他
第21回	2004（16）　10. 10（日）　11（祭）	日本青年館	Dr. 新田　浩／Dr.小林和一 Dr.寺西邦彦／Dr.山本浩正 Dr.上野道生

会費納入のお知らせとお願い

年会費の振込は自動振込にさせていただいております．まだ手続きをなさっていない先生は，お手数ですが事務局までご連絡をお願い致します．

事務局より，振込手続の書類をお送り致します．

なお，手続き完了2～3か月後に，ご指定の口座から引き落としとなりますので，よろしくお願い致します．

当会は会費のみで運営しておりますので，ご理解のうえ，よろしくお願い致します．

年会費：年間 ￥6,000

編集後記

おもいっきりテレビ症候群という疾患をご存知だろうか？　これは，みのもんた氏が司会をするワイドショーの視聴者に多く発症し，番組で紹介された身体に良いとされる食品をスーパーに買いに走る症状を特徴としている．発症の要因としては，日本人の信じやすさ，権威に対する弱さが挙げられる．オレオレ詐欺が簡単に成功してしまうのも同じ理由だろうし，偉そうな肩書きの人の話を皆すぐ信じてしまうのも，そのような日本人の性格ゆえかもしれない．

もちろん，おもいっきりテレビ症候群の人たちが，どんどん健康になっていくのなら問題はないのだが，現実はその逆のようなので深刻である．信じる者は救われる……そのような諺は過去のものとなってしまった．

さて，歯科界ではEBMやらEBDと，エビデンスを元にして治療を行うように啓蒙しているが，そのエビデンスのルーツをたどれば，そのほとんどが学術論文である．その学術論文を上手に読みこなすにはコツが必要だが，それはまず疑ってかかること．なぜなら，エビデンスの元になる論文データは，著者が作為的に作ることができるからである．

だから，とても興味をもった論文があったら，それが本当かどうか確かめる意味で，同種の論文や，その反対意見が書かれた論文も読んでみることをお勧めする．それらを比較検討してみることで，どれが正しいのか見えてくることだろう．

オレオレ詐欺だけでなく，くれぐれも情報の真偽には注意を払っていただきたいと思う今日この頃である．

（吉田秀人記）

JCPG会報 Vol.18

2004年6月発行

編　集　吉田秀人・松田　究・塚原武典・佐藤勝史・久保木寛朗
発行人　小林和一
発行所　JCPG（日本臨床歯周療法集談会）
事務局　相田化学工業株式会社内
〒160-0022　東京都新宿区新宿4-2-23
アーバンビルA館2F
Tel 03-3358-2331　Fax 03-3358-1661
e-mail：jcpg@cello.ocn.ne.jp
制　作　佐山安夫
印刷・製本　株式会社ビィウェル
©JAPAN CLINICAL PERIODONTAL GROUP, 2004

●本掲載記事の無断転載を禁じます．

Printed in Japan