

JCPG

会報

Proceedings

JAPAN CLINICAL PERIODONTAL GROUP

Vol.20 August 2006



日本臨床歯周療法集談会

真の医療サービス

近年、医療とはサービスの一種であるとして患者さんという他者とうどう接し付き合うか、接遇（人間関係）の質の向上こそこれからの患者管理や歯科医院経営において大切だ、だから医院のスタッフはこぞってサービス業であることを自覚し、コーチングや接遇におけるスキルアップを図らなければならない、という主旨の主張を目にする機会が多くなっています。確かに歯科医院に来院された患者さんとうどう接するかはとても大事だし、一概にこの主張を否定するつもりはありませんが、そうあからさまに言われると、ちょっと待って、ほんとにそうかな？ と思ってしまいます。昨年の本欄でホスピタリティ・マインドについて記しましたが、医療の領域におけるこの言葉の真の意味は、けっしてうわべだけの親切でも思いやりでもないはずです。

それは医療技術と不可分の関係にあるとあってよいと思われまふ。つまり医療に要求されるサービスとは、医院全体の医療の質的水準こそ問われていると言つてよいでしょう。この本質を置き去りにして、自院の接遇向上を考えたり改善したりしようとしても医療の本質からみてはなはだ疑問だと言わなければなりません。

ときに私たちは目を医院の外に転じて、社会の側から私たち自身の姿を眺めてみることも必要です。街に出てみるとかつてとは比較にならないほど、たとえばドラッグストアでは多種類の口腔ケア関連商品が並べられ、一般の人々がこの領域へいかに高い関心を示しているかがわかります。

最近、このことの反映なのかもしれませんが、歯周病と全身疾患とのかかわりについて見聞きすることが多くなっています。この二つの事柄がどのていど相関性を持っているのか、まだ明確なエビデンスは確立していません。とはいえ、身体の入口である口腔の中に炎症が存在して健康によいはずはありません。一説によると、ある程度進行した歯周病が全歯に存在する場合、ポケット上皮の面積は合計すると手のひらぐらいになるそうです。ましてそこでは常に炎症に関連する免疫反応が起こっているわけですから、健康にとって望ましい環境とは言えません。歯周病はう蝕と並んで歯科の2大生活習慣病です。このように考えると、治療が終わった後も私たちは人々の健康生活とQOLを高めるために、大いに寄与することができるのです。

今年秋の学術大会から、本学会会員が今までの臨床実力をさらに高めるため、歯科衛生士と歯科医師が一緒になってじっくり実践的な勉強に取り組めるよう夜の部会も企画しました。たくさんの会員の皆さんが参加し知恵を出し合ったなら、きっと新しい発見や貴重な追体験をする大会となることと確信しています。

日本臨床歯周療法集談会会長 小林 和一

JCPG会報 Vol.20

Aug. 2006

Proceedings of JAPAN CLINICAL PERIODONTAL GROUP

Contents

【巻頭言】

真の医療サービス	小林 和一	1
----------	-------	---

【講演傍聴記】

「Esthetic Rehabilitation」を聴いて	奥森 直人	4
「PMTTCに勝るバイオフィルム除去法なし」を聴いて	佐藤 勝史	6
「いまさら聞けない病理学」を聴いて	齋間 直人	8
「いさはい歯科医院におけるチームワーク医療」を聴いて	矢吹 義秀	10
「院内システム構築の必要性」を聴いて	長阪 信昌	12
「passion【情熱】のある歯科医院を!!」を聴いて	藤 橋 弘	14

【講演】

未患者をターゲットにした予防システムの実際	吉田 秀人	16
歯周外科の臨床 ——歯周形成外科の応用：郭清的外科手術から歯槽堤増大まで	内田 剛也	18

【ポスターセッション1 歯科医師】

広汎型侵襲性歯周炎患者に対し非外科的歯周治療を行った一症例 秦泉寺 傑・武田 宏幸・谷田部一大・谷野 正樹・申 基 喆	20
弱酸性水を用いたインプラント周囲炎治療に関する基礎的・臨床的検討 谷田部一大・辰巳 順一・秦泉寺 傑・秋山 悠介・申 基 喆	22
早期インプラント周囲骨吸収を生じた症例における細菌検査を応用した鑑別診断 山田 将博・塩 田 真・春日井昇平	24

「歯周治療後に装着するクラウンの形態」	久保木寛朗	26
インプラント植立に先立つ顎提の保存：症例報告	柏木 恒毅・内田 剛也	28
糖尿病患者に対する歯科衛生指導と食事指導の効果についての医科歯科共同研究から —歯周疾患改善に対する食事指導の効果について	齋間 直人	30
【ポスターセッション2 歯科衛生士】		
メインテナンスにつながるシステムの確立	合津 早紀・小口 優子・安沢 美紀・大須賀幸子	32
Saliva Testの臨床的活用	川合 章予・安沢 美紀・小口 優子・大須賀幸子	34
歯科衛生士に必要な咬合と歯周一その診査・診断	島田和歌子	36
PMTC—歯科衛生士が行うMIコンセプトの実践	天本 直美	38
咬合の再構築を目的とし歯周治療及びインプラント治療を行った一症例	根岸 尚美	40
歯周治療を進めていく中で、患者さんから得たこと	添田 夏世	42
当院での歯周治療	笹 知美・成田 佳子	44
どのような電動歯ブラシをお勧めですか？ —エビデンスに基づく音波歯ブラシ ソニックアーエリートの特徴	青木 俊子	46
【編集後記】	吉田 秀人	

「Esthetic Rehabilitation」を聴いて

一日高豊彦氏・高橋 健氏・今 麻樹子氏講演

奥森 直人 [神奈川県相模原市 おくもり歯科医院]

毎年、本会の学術大会は体育の日と重なるために、近隣のグラウンドから大歓声が響きわたって聞こえるのが常ですが、当日はあいにくの天気でしたので例年になく静かな雰囲気の中に開かれました。とはいえ、この講演は高名な日高先生が講師を務められるということで、始まる前から会場内は期待と熱気に満ち溢れておりました。

ご講演内容は、審美的なアプローチを歯科医師—歯科技工士—歯科衛生士のチーム医療として取り組んでいる姿が良く理解できるものでした。そこでは、各クリニックでの審美的な要素を含む、クリニカルデータを作ることの必要性を感じましたが、見た目の美しさを追求することにエビデンスを求めることは、あまりにも多難であることも感じました。

そこで筆者は、その先生の美的センスや患者さんの要求度が一致するときにこそ持てる技術が発揮できるのではないかと考えています。審美歯科学会ではフェイシャルプレーンなどの基準を作ろうとしていますが、審美は基準でなくて、調和を求めた歯科治療であると考えます。近年、機能と審美という内容での講演が数多くなされていますが、審美を題材とした講演は映像での表現だけでなく、それに対するlongevityを将来的な推測も含めてお話いただけると充実した臨床報告が聞けたのではとも思います。

そして、近年はインプラントの内容を含まない講演がないくらいですが、当日も前歯へのアプローチをしているお話を聞くことができました。やはり審美を意識した内容ですが、ここで日高先生から、「結合組織のオーギュメンテーションは温存しやすい」というお話がありました。骨が欠損すると顎堤の状態は明らかに変化します。そうなることは大きく見ると顔貌や咀嚼筋の運動にまで影響を及ぼします。要するに、口腔内の変化は生活様式にまで影響する場合があります。骨増生を図ることによって顎堤が一時的に増大しても、再び元に戻ることを経験しています。

前歯では欠損歯数にもよりますが、多数歯の欠損は結合組織のオーギュメンテーションだけではボリュー

ムが保てず、自家骨や補填材を用いてメンブレン対応という臨床が普及しています。しかし、結合組織や自家骨のオーギュメンテーションは早期の消滅の報告もあります。前歯へのインプラントのアプローチはまだまだアクロバットの存在だと考えております。よりの確にインプラントを埋入できる軟組織よりも硬組織の再生にポイントをおいた報告がこれからの成否に重要だと感じました。最後にこの講演から、歯科医師—歯科技工士—歯科衛生士のチーム医療ということの難しさの中で、日高先生の日々の臨床のQualityの高さを感じられ、現代歯科臨床におけるinterdisciplinarityの重要性を再認識することができました。ありがとうございました。□



図1 （左より）今・高橋・日高の各先生。日高先生の診療所におけるチーム医療のQualityの高さが感じられるご講演でした。



図2 熱心に聞き入る会員達。

「PMTCに勝るバイオフィilm除去法なし」を聴いて

—奥田克爾氏講演

佐藤 勝史 [山形県東根市 佐藤歯科医院]

講演での奥田克爾先生には、理解の困難な口腔内細菌のことを、われわれ開業医にもわかりやすいように噛み砕いてお話しをしていただいた。

まず、バイオフィilmの形成の仕方についてからはじまった。

細菌は会話して仲間を増やし病原性を調節することだった。細菌性ホルモンとか細菌性フェロモンとも呼ばれる細菌の共通語があるそうだ。また、それによって種を超えて情報交換するらしい。

このバイオフィilm細菌集団の特徴として、

- ① 抗菌薬は浸透しないため卓効しない
- ② 冬眠状態にあり、静菌的抗菌薬が効かない
- ③ 免疫応答が起きないし防御メカニズムから回避する

の3項目を挙げられ、バイオフィilmは脱落しないで持続感染するとおっしゃられていた。

歯周病になると1分間に100万個の白血球がでてくると言われているが、バイオフィilmには対抗できないそうだ。しかし、ある程度は戦ってくれているとのことだ。

侵襲性歯周炎の19歳の男子学生の症例を提示され、*Actinobacillus actinomycetemcomitance*菌が検出されたが、この学生の特徴的なこととして、覇気がなかったとのことだった。覇気がないということは免疫応答が少なく、*A. actinomycetemcomitance*菌に対する抵抗性がほとんどないからだと考えているそうだ。患者に覇気があるかどうか重要な予診項目らしい。

その後、デンタルプラーク細菌と細菌性心内膜炎、動脈硬化、老人性肺炎、糖尿病、骨粗鬆症 妊娠トラブル、胃疾患などとの関与についてお話しされ、口腔内清掃の重要性を強調された。

途中から、歯科衛生士の安生朝子先生にバトンタッチし、奥田先生への質問コーナーとなった。侵襲性歯周炎の症例を提示し、*A. actinomycetemcomitance*菌のプロフィールと性質、治療後の口腔内細菌叢、最良のメンテナンスの期間について、そしてバージャー病患者の口腔内の細菌叢についてなど、聴講者の代表とし

て質問をしていた。それらに対し奥田先生には、ていねいに回答していただいた。

そして最後に、安生朝子先生自身の日常臨床におけるメンテナンス時のPMTCの実際の姿を、解説を加えながらビデオムービーにて見せていただいた。スライドの文字や、口頭による解説から想像するよりはるかにわかりやすく、会場の歯科衛生士も興味深そうに見入っていた。

その後、奥田先生の話は多岐にわたって展開していく。

日本では、8020運動といって、80歳で20本の歯を残そうという目標を掲げているが、アメリカにおいては、2080と言って20歳で80%のカリエスフリーを目指しているとのことだった。発想の出発点の違いが感じられるお話だった。

その他、

- ① 8020達成者は医療費が低いこと
- ② これからの時代はインプラントを含めEBMが大切なこと
- ③ 歯周ポケット内歯周病原性細菌はインプラント周囲に伝播するため、歯周病患者はハイリスクとなること
- ④ Replacement Therapyつまり、歯周ポケットの細菌叢を善玉菌に置き換えるのは、発想は良いけど実際は難しいこと
- ⑤ Dental Drug Delivery Systemとジスロマックを使った歯周病における化学療法も、基本であるスケーリング、ルートプレーニングなどの機械的除去なしでは効果があまり期待できないこと

など、いろいろお教えいただいた。

また、現在しばしば話題になり、問題になっているカビ（真菌）と歯周病との関係についても見解をお話しされ、内容が特に興味深かったのでここに再現する。誤解をまねかないようなるべく奥田先生のお言葉で記述した。

「縄張りと言うのをすごく考えなければならない。グラム陽性菌は歯肉縁上に縄張りを持ち、グラム陰性



図1 奥田教授はとかく難しくなりがちな細菌学の話をと、たとえ話を交えながらわかりやすく話してくださった。



図2 「あっ、いただき。これって患者さんのモチベーションに使いそう。」

菌は歯肉縁下に縄張りを持ち、お互いに抗生物質様の物質をだして、攻撃しあって、縄張り争いをしている。カビは粘膜、舌背、口蓋に縄張りをつくる。グラム陽性菌は唾液を餌に、グラム陰性菌は歯肉溝浸出液を餌に、カビ（真菌）は酸素を求めているので、ポケットの中にカビは見つかりません。したがって、（歯周病の原因菌が）カビだったと言うのは実は嘘である。

ただ、カビをやっつけようとしてグチャグチャうがいをするれば、菌はある程度減る。症状もちょっと良く

なる。しかしながら、バイオフィルムができていれば、抗菌薬で歯周病が治ったというのは嘘である。

縄張りの中で自分達の仲間を作っていく。人間も3人いれば縄張りができる。云々」

このように、ユーモアを加え、会場の笑いをさそいながら、終始なごやかな雰囲気で行われた。奥田先生の茶目っ気のある柔和なお人柄が良く出た楽しい講演会であった。□

「いまさら聞けない病理学」を聴いて

—井上 孝氏講演

齋間 直人 [横浜市金沢区 さいま歯科医院]

大会2日目、10月10日曜日の午後、中ホールでは「いまさら聞けない病理学」と題して東京歯科大学教授、井上 孝先生のご講演があった。

井上先生は世界の第一線で活躍されている病理学研究者であるだけでなく、私たち臨床家にも広く接点を持たれ、数多くの講演や歯科雑誌への執筆をされていることは、つとに知られているところである。本会でも過去に何度かのご講演をさせていただいたが、先生は難解な病理学の世界から一方的に私たちに話をされるのではなく、むしろ私たち臨床家が日ごろ抱える疑問点を上手に拾って下さり、それに対して基礎研究者の立場から、分かりやすくお答えいただくものであった。歯科医師、歯科衛生士、技工士である私たちが、「なぜだろう、なぜかしら」と思うことを出発点としてお話をされるので、自然とその内容に引き込まれてしまうのである。

今回も臨床に即したテーマに対して、病理学からの投げかけをしていただいた。そのテーマは以下に示すように、12個のテーマにもおおよび、3時間弱の講演は、非常に濃密なものであった。なるほどと思うものから、ドキッとさせられること、また逆に基礎からの問いかけによって日常臨床を考え直させられるものまで多岐に渉る内容であった。印象的であったのは、ほとんどの講演内容が、論文のみを根拠に話されるのではなく、実際にご自身の教室にて研究し検証した内容に基づいてお話されていたことである。このことは、臨床家としても自身の臨床を見つめる姿勢の大切さについて改めて考えさせられることとなった。

以下に、ご講演いただいた12個のテーマを報告する。

【講演テーマ】

1. 義歯床が粘膜を覆うとどうなる？
2. 歯髄と歯根膜の処置でエピネフリン（血管収縮剤）入りの麻酔薬を使うべきか？
3. インプラント周囲上皮はどうなっているのか？
4. インプラント周囲に歯間乳頭を作ることはできるか？
5. なぜ、レモンを見ただけで唾液が出てくるのか？
6. インプラント周囲炎にレーザーは有効か？
7. セメント質剥離はどうしておこなうのか？
8. 根管治療時における根尖孔のセメント質による封

鎖と、そのための条件について

9. 骨補填剤が与える影響は？
10. 抜歯即時インプラントは成り立つのか？
11. 難症例を前にして検査で何が分かるのか？
12. インプラントや歯根面の性状を変えることで治療成績を上げることは可能か？

次に印象的であったいくつかのテーマの概要について、誌面の許す限り報告したい。他のご興味あるテーマについては、先に述べたように、井上先生自身の教室での研究が礎となっているのでそちらを照会いただくこととしてご容赦願えれば幸いである。

【歯髄と歯根膜の処置でエピネフリン（血管収縮剤）入りの麻酔薬を使うべきか？】

エピネフリン入りの局所麻酔剤を使用すると当該組織の血流量は少なくとも20%から30%に減少するそうである。そのことは多分に、組織に良くない影響を与えてはいるのだろうが、処置に伴う痛みへの代償として致し方ないものだろうと筆者は考えていた。ところが、虚血状態に陥った組織はHSP（Heat Shock Protein）と呼ばれる蛋白質が発現することで、逆にその後の組織自身の活性は高まることを紹介された。また、VEGF（血管内皮細胞増殖因子）の発現や、HIF-1 α と呼ばれる虚血状態に対応する遺伝子の存在についても紹介され、一時的な虚血状態によって歯髄・歯根膜細胞の活性が上昇することから、エピネフリン含有局所麻酔剤の有効性を提示された。普段何気なく使用している局所麻酔剤であるが、それが患者さん自身に与えている影響について改めて考え直させていただいた内容であった。

【セメント質剥離はどうしておこなうのか？】

セメント質剥離は、日常臨床で頻繁に遭遇するものではないが、起きれば一挙に付着の喪失を起こすことから、問題となる疾患である。講演ではその成り立ちについて、明快にご説明いただいた。まず、その第一の成因について、発生学上の問題からのセメント質独自の構造を挙げられた。セメント質の発生過程では象牙質の上にヘルトヴィッヒの上皮鞘によって誘導される硬い中間セメント質と呼ばれるものが形成され、そ



図1 ご講演中の井上教授。臨床を基礎的に考えることの重要性を実感させられた。

の上に無細胞性のセメント質が添加し、さらにはその上に有細胞性のセメント質が添加しているとのことである。また、ヘルトヴィッヒの上皮鞘の一部も形成されたセメント質の内部に迷入しているとのことである。このような多層構造故にもともとその界面で剥がれ易い状況になっていることを説明された。第二には歯周疾患や感染根管といった細菌感染による細菌の出す毒素がその構造体の脆弱化に関わっていることを指摘された。第三には加齢に伴って添加してくるセメント質や、私たちの行ったルートプレーニングや再生歯周治療によって新たに添加されたセメント質がさらに構造の多層性を生み出し、そこに過度の力が加わることによって剥離するように割れてしまうことを説明された。このことは、GTRなどの歯周再生治療後の発症報告を見たり、加齢者や、下顎前歯の突き上げを受けている上顎前歯に好発している臨床実感とも一致したもので大変納得がいくものであった。

また、このパートでは、井上先生のご専門であるマラッセの上皮遺残についても掘り下げて説明され、歯根膜の恒常性にマラッセの上皮遺残が深く関わっている数々のご研究についても紹介していただいた。それらの研究を踏まえ、自家歯牙移植に際しては、マラッセの上皮遺残を温存するようなドナー歯の扱いをする重要性についてもご教授いただいた。

【インプラント周囲上皮はどうなっているのか？】

あくまで異物であるインプラントを生体がどのように受け止めているのかということについては、興味のあるところである。講演では天然歯における付着上皮とインプラント周囲上皮との違いについてのお話をいただいた。インプラント周囲上皮には天然歯の付着上皮に見られるような半接着斑は存在せず、上皮内の細胞間隙も大きくなっており、そこからは炎症性反応



図2 「ウーム、なるほどそういうことだったのか！…」

としての浸出液が常に出ていることを話された。興味深かったのは、細胞が分裂するときに発現するタンパク質の一種である増殖細胞核抗原Proliferating Cell Nuclear Antigen (PCNA) (G1-s)を染め出した両者の切片であった。その切片から上皮の代謝の様子を観察してみると、天然歯は付着上皮の基底細胞だけではなく、エナメル質と半接着斑を介して付着しているエナメル側の上皮細胞からも分裂が起き、両者の代謝は歯肉溝に向かって行われているのに対し、インプラントの周囲上皮では基底細胞側のみが分裂をし、その代謝はインプラント体に向かってなされていることが示された。すなわち、天然歯では、垢を歯肉溝に向かって捨てているのに対し、インプラント周囲上皮では、生体は垢をインプラント体に向かって捨てているということになる。代謝の活性も両者で異なっており、天然歯では、先の細胞分裂を示すタンパク質がエナメル側、基底細胞側とも数えきれないほど染め出されており、活発に細胞分裂が行われている様子が伺えたが、インプラント体周囲上皮のそれは、ぼつんぼつんと数えるほどしかなく、代謝活性が非常に低いことが見て取れた。また、両者の上皮細胞に存在するケラチン蛋白の種類も大きく異なることをご教授いただいた。井上先生はインプラント治療を決して否定するものではないが、天然歯との違いをよく理解し、そのことを考えながら治療を進める必要性を強く訴えられていた。

このような井上先生の基礎からの投げかけに対し、会場からは歯科医師のみならず歯科衛生士からも活発に質問がなされ、井上先生にご回答いただいた。まさに基礎と臨床とのキャッチボールと言った様相であった。講演の後、「こんなに分かって、考えながら臨床ができれば、本当に楽しいでしょうね」と言った若い先生の一言が大変印象的な一日であった。□

「いさはい歯科医院におけるチームワーク医療」を拝聴して

—砂盃 清氏・江戸美奈子氏・田村桃子氏講演

矢吹 義秀 [東京都港区 ヤブキデンタルオフィス]

平成3年に開院し、14年の歴史を持ついさはい歯科医院。開院後ユニットを増やし、医院を拡大し分院を作るという大変な努力を続けていますが、このきっかけは開院4年目に「診療体系の基盤を予防歯科へシフトした」ことから発しているように思われます。

歯科医院の姿勢として歯周病をベースにした診療体系をとるのは当然のことと思われますし、これが抜けている日常臨床は落とし穴だらけです。この落とし穴を徹底的に埋め、修正治療を経て補綴処置が完成し、メンテナンスへ移行、ここから予防が始まります。この一連の流れは歯科医師だけでできるものではなく、歯科衛生士、歯科技工士、歯科アシスタント等とのチーム医療があってこそ可能となる仕事です。それには各々がその立場での専門的な勉強をし、歯科衛生士なら歯科衛生士としてプロの発言をする事はもちろん、他の分野の仕事も理解し、チーム内で共通の会話ができなくてはなりません。全ての職種が、それぞれの立場で1人の患者さんに対し、共通のコンセプトをもったうえで、お互いにフィードバックしながら治療を進めていくことが必要であり、それぞれの職種のスタッフが前向きに勉強し、常に一定のレベル以上の知識と実力を備えておくことが必要です。

いさはい歯科医院においては10年前にこれらのことに取り組み、院長はじめスタッフの意識改革からスタートしたようです。そして「患者さんの健康を守り育てる」という理念を持ち、スタッフを教育し、予防をベースとした診療をやりやすくするために医院を拡大し、平成17年1月にISO9001（2000）の認定証を取得しました。院内のスタッフが増えていくに従い、スタッフ間の意識や診療レベルの統一をはかることは難しくなりますが、このような大きな診療室にとってISOは医院全体での規格化をはかることができ、大変便利なツールのひとつであると思います。これを導入したことのメリットとして、いさはい歯科医院の江戸歯科衛生士が次のようにまとめていました。

1. 院長の目指す歯科医院体制作りが、スタッフに

いっそう浸透するようになった。

2. 院内のスタッフ一人一人が業務に対して目的意識を持つようになり、さらに個人に合ったスキルアップを行うようになった。
3. 患者様からのクレームや業務上のミスの再発防止、および予防するための院内システムができた。
4. 無駄な作業やコストが減少した。
5. スタッフ全員が「患者様の満足」を常に意識して、医院内環境の改善を行うようになった。

いろいろなところで患者減少がささやかれるなか、患者が減らない・患者が多くて困るという元気な医院には必ず何かがあると思います。この何かを求め、患者増加のためのセミナーに参加したり、必ず患者が増えるコンサルタントと提携したり、フリー情報誌に金を払ったり、ホームページに誇大広告を載せたり、大手のビューティーなんかの傘下になったり・・・情けないと思いませんか？そんなところにお金を使うものではありません。その「なにか」について砂盃先生は次のようなことを話しておられました。

まず、院内を見直し院長のしっかりしたコンセプトをもつこと。

スタッフを育て、研修会にお金を使う、もちろん院長自身の勉強も。

特に歯科衛生士は予防をベースとした診療には必要不可欠であり、初診からメンテナンスまで全ての過程で患者さんとかかわってくるため、より高度な研修が必要です。

いさはい歯科医院では、

- ・ カリオロジーに基づくう蝕予防プログラム
 - ・ ペリオドントロジーに基づく歯周病予防プログラム
 - ・ 訪れたくなる雰囲気をつくるメンテナンスプログラム
- を三本の柱として現在の元気な診療室を築きあげてきました。

次いで、卒後3年目の田村歯科衛生士の臨床報告をはさみ



図1 「トップの人間性に組織の運命がかかってくる」と語る砂盃先生。



図2 これからの自院の未来をどう作り上げるかに思いをはせる会員達。

- ・ 患者の求めている 歯科医療
- ・ 魅力的で活力のある 歯科医院の特色

(Head・Hand・Health・Heart・Hygienist)

- ・ 3人のレンガ積み職人の話

(実行するには計画と目標を持って行うべき)

というお話をされ、朝礼・勉強会・IT化などにより強いリーダーシップを持ち自分の勤務したい医院作りを

するなど、トップの人間性に組織の運命がかかってくるものだという話で締めくくっておられました。

われわれJCPGの会員も、学ぶべきところを学び、元気な医院を作り上げる努力をしていかななくてはならないと痛感した講演でした。

□

「院内システム構築の必要性」を聴いて

—原田富一氏講演

長阪 信昌 [東京都豊島区 東池袋歯科]

今回の講演は医院長の原田先生、歯科衛生士の川崎さんがそれぞれの立場から講演されました。まず今置かれている歯科界の現状についてデータをもとにお話され、護送船団方式ではもう生き残れない実状をわかり易く感じとれるようにお話になりました。筆者は開業して7年を経ましたが、この先1年後2年後どうなるのか？漠然とした不安と心配がいつも頭の片隅を支配していました。そんな時、今回の原田先生の「院内システム構築の必要性」という講演を拝聴させて頂く機会に恵まれ、とても勉強になり、何をすべきかが分かった気がしました。

まず、原田先生の講演から始まり、自分の歯科医院のコンセプトをスタッフに伝え、どのように進むべきかを理解させ、協力していかないといけない、というお話をされました。自院を振り返ってみると、できているようで実は筆者の独りよがり、スタッフには何も伝わっていなかったという悲しい現実があり、反省すべき点でした。今後は原田先生を見習い、ミーティングを定期的に関き医院の進むべき方向を共有し、共に実践していきたいと感じています。またスタッフ、特に特殊な技術と知識を必要とされる歯科衛生士の教育にも大変気を配われ、歯科衛生士間のレベルの差を極力なくすることが患者さんのためであり、医院のためであるという言葉が印象的でした。以前からも言われ続けていた事ではありますが、歯科医師と歯科衛生士と歯科技工士の間の情報伝達で共通な認識を持つ大切さも再確認させられました。

原田先生に続き、実際働かれている歯科衛生士の川崎さんの講演は、担当された患者さんの症例を提示頂き、その患者さんとのエピソードなども面白く伝えて頂き、患者さんから受け取る情報の多さに関心させられる内容でした。また根分岐部病変の進行状態を把握し、その後の対処の時期はいつ何をした方が良いのか、などという難しい問題から逃げずに日々精進さ

れている姿には脱帽させられました。

今日、原田先生の講演を拝聴させて頂き、チームとしてのレベルの高さを感じる反面、自分が行っている治療、スタッフに対する考え方が、まだまだ足元にも及ばない事を痛感させられました。今回、原田先生のご講演を拝聴した事をとても感謝しております。 □



図1 自院のコンセプトをどうスタッフに伝え共通認識の元に協力関係を築くか、に医院の未来がかかっていると説く原田先生。



図2 熱心に聞き入る会員。

「passion【情熱】のある歯科医院を!!」を聴いて

—南 清和氏講演

藤橋 弘 [栃木県宇都宮市 藤橋歯科医院]

最近歯科医師を対象としたセミナーに人が集まりにくいと言われているが、そのことと開業医の経営状態とが無関係とは思えない。新しい知識や技術を学び、それらを多くの患者さんに還元するためにも経営の安定が必要だといえる。そのためには全てのスタッフが協力して患者さんとの心のつながりや接遇などのソフト面も含め院内を活性化し、患者さんに支持される歯科医院創りが求められている。

JCPG第22回学術大会では「チームで取り組む院内活性化—ペリオを活かしたオフィスマネジメント—」をテーマに、優れた歯科医療技術だけでなく経営やスタッフ育成に実績をあげている先生方に講演をお願いした。

ミナミ歯科クリニック院長・南 清和先生は『歯科医院経営』誌（クインテッセンス出版）2005年7月号の特集「サクセスデンティストストーリー」に紹介され表紙を飾るなど、その経営実績は高く評価されている。

南先生は講演の冒頭に厳しい財政状況の中、今後保険診療をめぐる状況が好転することは期待できないこと、歯科医師過剰時代が加速することで他のサービス業と同じように二極化の時代を迎えているとの見解を示した。

これからの歯科医院が成功するためにはいくつかのポイントがあるようである。そこで、講演の中で語られた南流医院経営哲学をいくつかの項目に分けてまとめてみた。

1. インフォームドコンセント

インフォームは単なる説明ではなく、感情、思想を吹き込む、心に染み込ませるなどの積極的な意味がある。コンセントは同意と同時に共感ということになり、患者さんから信頼と尊敬を得られるものでなければならない。

2. ポジティブなサービス

一般業界では安売りを行うと一時的に売り上げが増えても、低価格の魅力で来店した客は生涯顧客にはなり得ない。安売りという手法は多くの場合経費倒れに終わりがちである。

患者さんに対してダンピングやアポイントの便宜をはかるといったネガティブなサービスではなく、相手を思いやる対応と確かな技術で信頼と尊敬も得られるようなポジティブなサービスを誇り高く実践していくことが重要であると強調された。

3. 自費診療率の向上

保険診療をめぐる状況の好転が望めないことから、歯科医院が成功するためには、自費診療比率のアップが必要なのは明らかである。自費患者を増やすためには、高度な技術と好感の持てる対応で納得できる治療成果をあげてくれる歯科医院をめざさなければならない。

しかし自費治療は技術の優劣の差が表れやすく、患者さんの満足できる結果が出せなければ自費率の増加は望めない。

4. 自己研鑽

高度な医療技術を身につけるためには一流の師に教えを請い、師に従ってその技を盗むことである。その研修のためには金と時間を惜まないほうがよい。そして常に新しい知識と技術を吸収し自分の臨床の幅を広げていかなければならない。

5. コデンタルスタッフ

スタッフに対しては多くを語らずとも、歯科医師自身が一所懸命患者さんと向き合い診療に取り組んでいれば自然について来てくれるというのが基本的な考えである。診療中スタッフに厳しく接するのは患者さん



図1 ご自身の医院経営哲学を説かれる南先生。



図2 うなずきながら聴き入る姿が印象的であった。

に迷惑をかけないため、良い治療をするために必要だからである。受付、歯科衛生士の患者さんに対する心のこもった対応等、スタッフ全員がそれぞれの立場で協力して歯科医院の総合力を高めていく必要がある。

他にもインカム導入による情報の共有、伝達の迅速化等これからの歯科医院経営に必要な発想や手法が盛り込まれた内容であった。

南先生の語り口や表情からも、これまで積み上げてきた実績に裏打ちされた自信と歯科医療に対する情熱が伝わる講演であった。

本会会員の皆さんも魅力ある歯科医院を創るため、チーム全員が情熱を持ち患者さんへのポジティブサービスを実践しましょう。

□

未患者をターゲットにした予防システムの実践

吉田 秀人 [神奈川県横浜市港南区 吉田歯科医院]

■健康な人も来院する歯科医院を作ろう

健康は誰しもの望み。生活習慣病が蔓延する現代では、健康でありたいという思いとともに、予防へのニーズが着実に高まってきている。しかし一般的な歯科医院のイメージは、相変わらず医療機関の中で最も行きたくないところのようで、歯が痛くなった時しか歯医者に行かない潜在患者がまだまだ多いのが現状であろう。

いままで歯科医院は、口腔内に疾患がある人、つまり患者を相手にしてきたわけだが、ちょっと視点を変えて世の中を見てみると、いままでターゲットにされていなかった層が浮かび上がってくる。それが未患者層。未患者層とは、健康な人、あるいは疾患があってもまだ自覚症状が出ていない人達を指すのだが、この中には普段から歯を大切に思い予防を心がけている、健康への意識の高い人達が大勢含まれているはずである。この人たちは、潜在患者層に比べて歯医者アレルギーは少ないはずなのだが、残念なことに普段歯科医院に行くきっかけがなかった。

この未患者層の人達に、気軽に歯科医院へ足を運んでもらうことは出来ないだろうかといういろいろ考えた末、生まれたのがオリジナル予防プログラム・PSOCである。当院では従来からの診療システムは変えず、プラスアルファのかたちでこの予防プログラムを導入した。1994年のことなので、すでに12年が経過しているが、徐々に医院の核として機能するようになってきた。

未患者をターゲットにした場合、すぐに収入につながることは期待できない。しかし、予防を核としたシステムの中に健康への意識の高い人達が定期的に来院するということは歯科医院を安定して営むベースとなるとともに、医院の雰囲気が明るくなるという副次的なメリットを生み出す。これは、歯科治療というネガティブなイメージが全くなく、もっと歯を健康にきれいにしたいというポジティブな気持ちで来院されることから、自ずと明るい雰囲気が醸し出されるのであろう。

医院全体としては、まだまだ治療の比率が高いのは

否めないが、将来的には予防だけで成り立つ歯科医院を目指している。そして、その実現も夢ではないことを実感しているのである。

■オリジナル予防プログラムPSOC

PSOCとは、Professional & Self Oral Careの略称で、プロフェッショナルケアとセルフケアの両輪体制での予防を目指したプログラムである。このPSOCは、Stage I と Stage II の2部構成になっている（図1）。

PSOC・Stage I は、オリジナルPTCプログラムで、一般名称は「デンタルエステ」。予防には、未然に防ぐ一次予防からリハビリテーションの三次予防までであるが、なにより大切なのが一次予防であることは言うまでもない。その一次予防を目指して構築したのがPSOC・Stage I である。これはPTCとTBIを組み合わせたオリジナルPTCプログラムで、気持ち良く受けてもらえるPTCによって定期的な来院へのモチベーションを高めつつ、その中にTBIを組み込むことにより、家庭での適切なセルフケアも定着させることができるという内容になっている。

そして、PSOC・Stage II は、人間ドックの歯科版である「デンタルドック」。これは二次予防としての早期発見早期治療に貢献するプログラムで、今は自覚症状がないけれども歯の状態が心配な方にうってつけの歯科サービスであると自負している。

■PSOC・Stage I —デンタルエステ

このPSOC・Stage I は、歯のステインの除去を中心とした歯のクリーニングを行うオリジナルのプログラムで、プロフェッショナルケアとしてのPTCと、セルフケアであるブラッシングのレクチャー（TBI）を組み合わせたものである。

このプログラムのアピールポイントは、茶シブやタバコのヤニなどによる歯の着色を除去することにより、本来の歯の白さを取り戻せるというものである。しかし、単なる審美的な処置だけでは、来院された人の欲求を満足させるだけで終わってしまうため、それに加

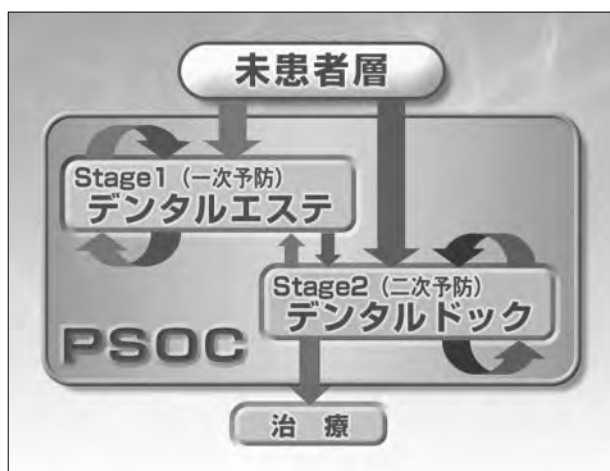


図1 オリジナル予防プログラムPSOCのシステム図

えてセルフケアとしてのプラークコントロールの大切さをアピールするためにブラッシング指導も積極的に組み入れてみた。そのためこのプログラムは、約1週間間隔で3回来院してもらい、ステップをふんでTBIとPTCを行うシステムになっている。

■PSOC・StageⅡ—デンタルドック

PSOC・StageⅡは、口腔内の健診プログラムで、人間ドックの歯科版として「デンタルドック」と呼んでいる。これは、早期発見早期治療が主体となる二次予防を実践するためのプログラムで、健康への意識が高い未患者層にアピールするのにうってつけの歯科サービスであると考えている。このデンタルドックは、年に1回の定期的な受診をお勧めしている。

■病気のプロから健康のプロへ

今まで医療従事者は、疾病の治療方法を学び、実践してきた。つまり病気のプロとして養成され、病気を見つけて治すことを生業としてきたのである。病気を持った患者としか付き合っただけでなかったのだから、不健康のプロとも言える。

しかし、予防にシフトし始めた21世紀の医療の中で、これから必要とされるのは不健康のプロではなく、健康のプロであることは論を待たない。

ここで言う健康のプロとは、現在健康な人たちに対

して、自分の身体に自信を持ち、今後も病気にならず安心して生活を送れるように、生活習慣などのチェックや指導ができる人を指している。

幸いなことに、歯科界は早くから健康のプロである歯科衛生士を育ててきた。これは大きな財産である。あとは、その健康のプロたちが十分に力を発揮できるインフラを整えることが残された課題であろう。

いくら歯科医療が進歩しようとも、天然歯に優るのは存在しない。歯科医師も、遅まきながら不健康のプロから脱却して、歯科衛生士と同じ健康のプロを目指さねばと思う。そして、ぜひとも予防を核とした歯科医療を実践していただきたい。

■もっと詳しく知りたい方へ

- 1) 吉田秀人：健康な人に来てもらうために—未患者をターゲットにした予防プログラム・PSOCのすすめ。日本歯科評論, 64(9), 2004.
- 2) 吉田秀人：来院者との信頼関係の構築と医院の方針。デンタルダイヤモンド増刊号／今日からはじめるPMT C。デンタルダイヤモンド, 2005.
- 3) 吉田秀人, 関 律子, 谷口ゆかり：健康な人にも来てほしい！—未患者をターゲットにした予防プログラム・PSOCのすすめ。ジーシービデオ (DVD) ライブラリー, 2004. □

歯周外科の臨床

—歯周形成外科の応用：郭清的外科手術から歯槽堤増大まで

内田 剛也 [神奈川県川崎市 内田歯科医院]

■はじめに

歯周外科の目的は

- 1) 炎症性因子除去のための郭清的外科
- 2) 環境改善を目的とした歯周形成外科
- 3) 再生療法による歯周支持組織の回復

に大別されると筆者は考えている。しかし近年、上記の目的のみならず機能性や審美性について患者からの要求が高まってきている。「より自然で調和のとれた口元」という審美的要求に対してこれら歯周外科の手法を補綴前処置として活用することで、健全な歯周組織環境を獲得し、長期にわたり安定的に歯肉レベルを維持することが求められている。今回、上記の目的を達成するために行った歯周外科の症例を提示し解説を加えたい。

■炎症性因子除去のための郭清的外科—歯肉剥離掻爬術

フラップ手術は、歯肉や粘膜を歯および骨膜より剥離し、病因因子の除去を明視下で実施するために行う方法である。術者の技術差にもよるが、歯周ポケットが歯肉縁下4mmを越えて深くなると器具の到達が困難となり、根面から完全に歯石を除去できなくなることは周知の通りである。したがって、フラップ手術の目的は、器具の到達性の確保と明視下で病因因子を完全に除去することにある。

■環境改善を目的とした歯周形成外科—臨床歯冠長増大術

歯周形成外科にはさまざまな術式があるが、今回は歯肉縁下カリエスが存在する歯に対して生物学的幅径の回復とFerrule effectの獲得のために臨床歯冠長増大術を行った。炎症のない歯周環境を得るためには、歯槽骨縁上に健全な歯質が約3mm必要であり、さらに歯の破折に対する抵抗性を増加させる帯冠効果の獲得のためには、歯肉縁上の歯質を最低でも1mm以上確保することが大きな意味を持つと思われる。

■再生療法による歯周支持組織の回復

1. 再生療法による歯周支持組織の回復 (GTR法, エム

ドゲイン)

このコーナーでは3つの症例について解説を加えた。中でも強調したい点は、補綴処置後4年経過時に歯内・歯周病変のため再治療を必要とした症例である。補綴物を除去することなく意図的再植を行い、その際に逆根管充填と歯根面にエムドゲインを塗布したこの症例の予後は良好に推移している。補綴後の根尖病巣へのアプローチの臨床手技の幅が広がることを期待している。エムドゲインについてはその治療の病理的見解はセメント質と一部骨組織の再生は認めるが歯根膜の再生は否定されている。しかしインプラントの病理的環界がそうであったように臨床家にとって魅力的なマテリアルであると感じている (図1～図7)。

2. 矯正力による骨再生の活性化

近年、歯周外科処置後の比較的早期の段階から、弱い力 (100g前後) で矯正治療を開始することにより歯槽骨を活性化し骨再生を促そうとする治療法が存在する。このことから、矯正治療を単に歯の移動の手段として用いるだけではなく、歯周組織の環境改善の手段として活用していくことも有効であろうと考える。

3. インプラント植立の前処置としての軟・硬組織移植

現在、インプラント補綴は歯科治療の一分野としての地位を確立したと考える。また、骨造成のテクニックとマテリアルの進歩にともない、より高い目標に治療のゴールを置く「トップダウン・トリートメント」も可能になった。しかし、この治療のゴールに無事に到達するうえでは、テクニックやマテリアルの運用時期と方法が大きな影響を及ぼすと感じている。この意味からも「トップダウン・トリートメント」を成功に導く治療計画の立案と診査・診断は不可欠である。従来は原因因子除去のステージで行っていた予後不良歯の抜歯も、現在はその時期や方法に変化が生じている。それとともにイニシャルプレパレーション (前処置) の充実が後の治療ゴールへのプロセスに重要な役割を果たすと考えている。

ここでは、Salama H.の「インプラント植立に先立つ軟組織・硬組織も拡張における矯正的挺出の役割」を



図1

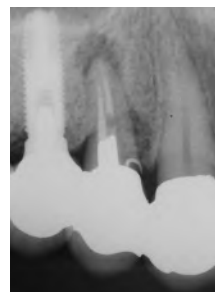


図2



図3

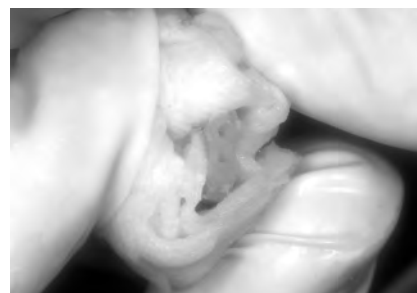


図4



図5



図6



図7

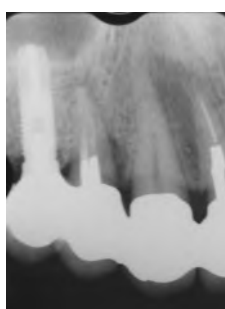


図8

もとに歯槽堤の吸収程度の異なる3つのクラシフィケーション (表1),

1) Class I 「インプラント即時埋入とGTR法」

2) Class II 「矯正の挺出後のインプラント植立」

3) Class III 「骨移植後のステージドアプローチ」

のそれぞれに該当する症例の提示を行い, テクニックとマテリアルの運用に関する留意点について解説を行った。

□

分類	歯槽堤の状況	治療法
Class I	4-5. 骨性歯槽堤欠損が 歯槽が硬組織方向に5mm以内	インプラント即時埋入 + GTR法
Class II	中等度の欠損状態が広く認められ 歯槽中央の欠損が5mm以上	矯正の挺出後 インプラント埋入
Class III	重度の歯槽骨欠損、歯肉の欠損や 歯肉欠損が著しい予後不良歯	骨移植 + GTR法 ステージドアプローチ

Salama H, Salama AE
The role of orthodontic traction preloading in the enhancement of soft and hard tissue profiles prior implant placement:
A systematic approach to the management of extraction site defects
Int J Periodontics Restorative Dent 1993;13:313-320. 1

表1

広汎型侵襲性歯周炎患者に対し非外科的歯周治療を行った一症例

秦泉寺 傑, 武田 宏幸, 谷田部 一大, 谷野 正樹, 申 基 詰

[明海大学歯学部 口腔生物再生医工学講座 歯周病学分野]

■緒 言

侵襲性歯周炎は、急速な歯周組織破壊の進行を特徴とし、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る疾患である。本症例において報告する重度歯周炎患者では、著しいプラークの蓄積と歯列不正がみられた。そこで徹底したプラークコントロールと矯正治療を行うこととした。現在、これらの非外科的処置によって、患者の歯周組織に改善がみられたので、日本臨床歯周療法集談会第22回学術大会において、その治療経過を報告した。

■診査と診断

患者は27歳の女性。歯の動揺と歯肉の炎症を主訴として、明海大学歯学部附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、発赤をみとめ、多量のプラークの付着と歯石の沈着もみられた。また、歯周ポケットから自然出血や排膿を認めた。上下顎前歯部では歯の位置異常を認めた(図1)。家族歴、全身所見ともに特記すべき事項はなく、血液検査の結果からも異常はみられなかった。デンタルエックス線写真から、全顎的に歯根長2/3以上の歯槽骨吸収を認めた(図2)。Pobing pocket depth (PPD) は全顎的に9 mm以上で、bleeding on pobing, plaque control recordは共に100%であった。Polymerase chain reaction 法による細菌検査の結果¹⁾、歯肉縁下プラーク中から *Actinobacillus actinomycetemcomitans* (Aa)、*Porphyromonas gingivalis* (Pg)、*Tannerella forsythus* (Tf) の3菌種が、対象とした全ての部位から検出された。以上の診査結果から、広汎型侵襲性歯周炎と診断した。

■治療方針と治療計画

治療計画は、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^{2, 3)}。本患者では、プラークコントロールと歯の位置異常を改善することを治療方針とした。ブラッシング指導やスケーリング、ルートプレーニングにより、歯肉の炎症を改善した後、矯正治療により適切な咬合を与えることとした。

■治療経過

ブラッシング指導とスケーリングを行い、3カ月後、歯肉の炎症はほぼ消失した。初診時から10カ月後、上下顎ともに、舌側弧線装置を装着し、矯正治療を開始した(図3)。第一小臼歯を固定源とした。動的期間は約1年4カ月で、現在は保定期間に入り4カ月が経過している。初診時と比較し、全顎的に歯肉は退縮したが、炎症症状が消退し、審美性も改善された(図4)。大臼歯部以外のPPDは3 mm以下となった。また、エックス線写真では多くの部位に歯槽硬線がみられるようになった(図5)。また、細菌検査の結果では、Aaがすべての被検部位から検出されなくなり、TfとPgが1部位のみから検出される程度となった(図6)。

■ま と め

今回、非外科的歯周治療を行ったことで、歯周組織の状態や細菌叢に改善がみられた。今後、上下顎左右側臼歯部の固定を行い、さらに経過をみる予定である。しかし、上下顎左右大臼歯部に平均4 mmのポケットが残っていることから、非外科的に治療を進めることの限界があると思われる。今後、歯周組織再生療法を行うことを検討している。□

参考文献

- 1) 武田宏幸 ほか：歯周炎患者に対するmultiplex PCR 法を用いた細菌検査。明海大学歯学雑誌, 33 (2) : 231-237, 2005.
- 2) 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.
- 3) 長谷川朋美, 武田宏幸, 申 基 詰：広汎性侵襲性歯周炎患者の歯肉縁下プラークコントロールに対する反応性。JCPG会報, 18 : 46-47, 2004.



図1 初診時の正面観.

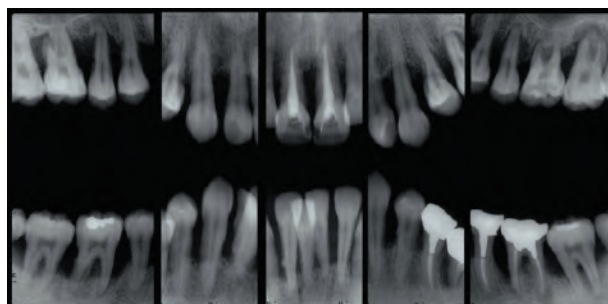


図2 初診時のデンタルエックス線写真.

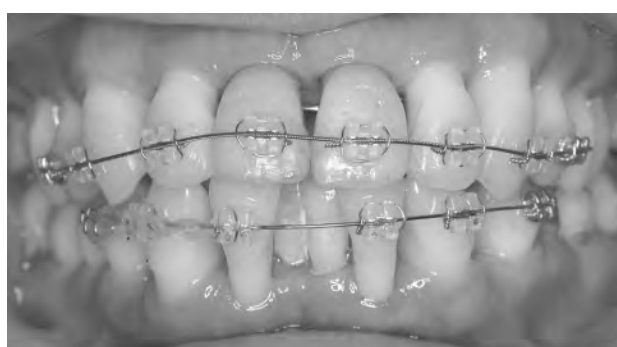


図3 矯正治療開始時の正面観.



図4 初診から3年後の正面観.

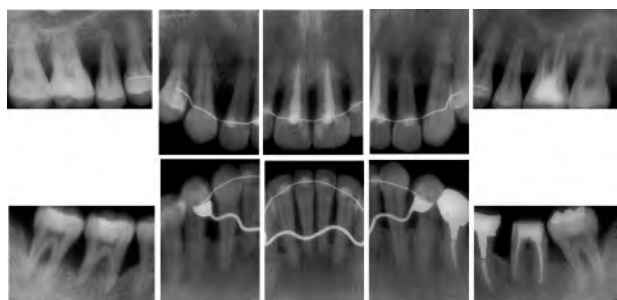


図5 初診から3年後のデンタルエックス線写真.

—	—	—	—	<i>Tannerella forsythus</i>
—	—	—	+	<i>Actinobacillus actinomycetemcomitans</i>
—	—	—	—	<i>Porphyromonas gingivalis</i>
6	2	2	6	

図6 初診時から3年後の細菌検査結果.

弱酸性水を用いたインプラント周囲炎治療に関する基礎的・臨床的検討

谷田部 一大, 辰巳 順一, 秦泉寺 傑, 秋山 悠介, 申 基 喆

[明海大学歯学部 口腔生物再生医工学講座 歯周病学分野]

■緒 言

インプラント治療の普及とともに、プラークコントロール不良や外傷性咬合力によるインプラント周囲炎の増加が危惧され、インプラント周囲炎に対する治療法の確立が急務となっている。われわれはインプラント体表面の形状に影響を与えることなく、また口腔内への為害作用がない除染方法を開発・確立する目的でインプラント周囲炎治療に関する基礎的検討、および基礎的検討に基づいた弱酸性水を用いた臨床的検討を行い報告した。

■弱酸性水

弱酸性水とは、低濃度の塩素を含む除菌水である。OSGコーポレーション製弱酸性水生成器から生成した弱酸性水を本研究に用いた。本弱酸性水は、次亜塩素酸ナトリウムの50倍の殺菌効果があるといわれており、有害なガスを発生しない、皮膚、粘膜に対する為害性が非常に少ない、金属に対する腐食性が低いなど多くの特長を持っている（図1）。

■基礎的検討

平板状に加工したインプラント試料表面に *Actinobacillus actinomycetemcomitans* を付着させた後、各種方法で洗浄し、インプラント試料表面の除染程度を観察し、汚染されたインプラント体表面の効果的な除染方法を検討した。

除染は以下の方法で行った。

- ① 未処置群：インプラント試料表面に細菌付着処置を行わなかった。
- ② 非洗浄群：細菌付着後、洗浄を行わなかった。
- ③ 生理食塩水群：生理食塩水による洗浄を行った。
- ④ エッチング群：35%リン酸ジェルによるエッチング処理を行った。
- ⑤ 弱酸性水群：弱酸性水による洗浄を行った。
- ⑥ クロルヘキシジン群：0.1%クロルヘキシジン溶液による洗浄を行った。
- ⑦ クイックジェット群：クイックジェットによる重曹粉末の噴霧を行った。

その結果、生理食塩水、エッチングでは効果がみられず、クロルヘキシジン、弱酸性水、クイックジェットでは効果がみられた（図2）。中でも、弱酸性水はインプラント体表面の除染効果が高く、口腔内への為害性も低いため臨床応用への可能性が示唆された。

■臨床的検討

弱酸性水を用いて、進行したインプラント周囲炎患者の消炎処置を行い、臨床的效果を検討した。

■症 例

58歳の男性。他院にて埋入されたインプラント周囲溝からの出血と排膿を主訴に来院した。上顎右側中切歯から左側第一小臼歯まで5本のインプラントが埋入されていた。初診時はインプラント周囲からの排膿とブローピングによる出血（BOP）を認めた（図3）。

■治療内容

- ① バス法によるブラッシング指導を行った。
- ② はじめの4週間、ウォーターピックと弱酸性水を用いたイリゲーションを行った（図4）。治療開始2週間後から排膿が減少してきた。4週間後では排膿は著しく減少してきたが、BOPに変化はなかった。
- ③ 次の4週間、弱酸性水を用いた超音波スクレーリングを行った（図5）。治療開始6週間後には排膿、BOPは認められず、歯肉の腫脹が改善した（図6）。治療に伴い、患者自身の自覚症状も大幅に改善し、コンプライアンスを得られるようになった。なお弱酸性水の口腔内への使用は適用外使用に該当するため、患者に十分なインフォームドコンセントを行い実施した。

■治療効果

初診時と8週間におけるインプラント周囲溝の測定結果からは、治療後にインプラント周囲溝深さの減少が認められた（表1）。PCR法による歯周病原性細菌数検査からは、治療後の細菌数が減少し、とくに全細菌数に占める *Porphyromonas gingivalis* の割合が大幅に減少し



図1
弱酸性水生成器
(Well CLEAN-TE,
OSGコーポレーション)

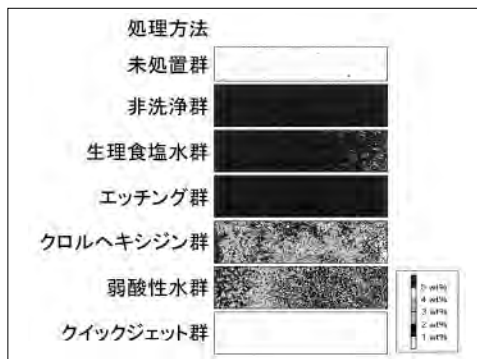


図2 インプラント試料表面の炭素元素(細菌)の分布とその濃度.



図4 ウォーターピック
(WP-70J, ウォーターピックInc.)



図3 初診時. インプラント周囲溝からの排膿がみられた



図5 ピエソンマスター600とインプラントメンテナンス用チップPI (松風)



図6 治療開始6週後. 排膿, 出血を認めなくなった. 歯肉の腫脹が改善した..

唇側	初診時	5 8 6	5 7 7	9 8 5	8 9 7	8 1 2 5
8週後		3 6 5	5 3 4	4 4 3	3 5 7	5 7 7
		1	1	2	3	4
8週後		4 4 4	4 3 4	3 3 3	3 2 4	4 2 4
口蓋側	初診時	4 5 8	7 6 6	4 5 7	7 6 7	9 9 5

表1 インプラント周囲溝深さの変化. インプラント周囲溝深さが減少した.

菌種	初診時	8週後
<i>A. actinomycetemcomitans</i>	0	0
<i>P. intermedia</i>	1,000	0
<i>P. gingivalis</i>	11,000	83
	(6.88%)	(0.20%)
<i>T. forsythensis</i>	780	0
<i>T. denticola</i>	100	0
総菌数	160,000	41,000

表2 PCR法による歯周病原性細菌数検査細菌数が大幅に減少した.

たことがわかった (表2).

■ま と め

弱酸性水はインプラント周囲炎発症部位の炎症症状

の改善に有効である可能性が示唆された. 弱酸性水は生体に対する為害性やインプラント体に対する腐食性が少ないことから, 臨床応用への可能性を今後も検討していく価値があると考えられた. □

早期インプラント周囲骨吸収を生じた症例における細菌検査を応用した鑑別診断

山田 将博, 塩田 真, 春日井昇平

[東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 インプラント・口腔再生医学講座]

■目的

インプラントの失敗、特に早期失敗は患者の失望感が大きく、歯科医師との信頼関係を損なう結果となりうる重大な問題である。過去の諸研究により、インプラント周囲に著明な骨吸収を起す原因として、過重負担と細菌感染が考えられている。しかし、両者の鑑別診断は困難で、明確な指標は未だない。それを受け、失敗したインプラント周囲の菌周病原性細菌検査による鑑別診断の可能性が近年報告されている。しかし、文献上で症例個々の詳細を把握することは、不可能なため、その実体は不明である。そこで今回、対照的な早期インプラント周囲骨吸収を示した2症例に、高感度な細菌検査法であるReal-time PCR法を用いて菌周病原性細菌検査を行い、両者の鑑別を試みた。

以降の2症例はインプラント補綴経験豊富な歯科医師、歯科技工士が全処置を行ったものである。検体採取は筆者が行った。

■症例1

初診時年齢：58歳 女性

主訴：前歯部部分床義歯の機能障害

治療方針・経過：14～24、44～34欠損部にインプラント支台固定性ブリッジを計画した。

- ・2004.03 上顎暫間補綴装着。(14, 12, 22, 24相当部に埋入)
- ・2004.06 下顎44, 42, 32, 34相当部にインプラント埋入。
- ・2005.05 (上顎荷重1年後) 上顎インプラント(12, 22, 24)頸部に著明なX線の骨吸収像が出現した(図1・図2)。自覚症状ならびに、口腔内へのインプラント体露出はなかった。残存歯(15)歯肉溝と著明な骨吸収を示した上顎インプラント(12)より検体採取し、Real-Time PCR法〔株BML〕により菌周病原性細菌構成を調べた(表1)。

考察：本症例では骨結合獲得後早期に骨吸収が起こった。残存天然歯とは異なり、骨吸収を生じたインプラントから菌周病原性細菌は全く検出されず、プラーク

コントロールも良好に保たれていたため、細菌感染によるインプラント周囲骨吸収とは考え難い。またこの周囲細菌叢の特徴は、過重負担で喪失した症例に関する過去の文献とも一致する。よって、本症例でみられた荷重後早期インプラント周囲骨吸収の主原因は、過重負担が最も疑われる。

■症例2

初診時年齢：52歳 男性

主訴：咀嚼障害(図3)。

治療方針・経過：残存歯を全て抜去し、インプラント支台全部床義歯(以下OD)を計画した。

- ・2004.04 下顎OD装着(43, 41, 31, 33相当部に埋入)。
- ・2004.09 上顎13, 11, 22, 24相当部にインプラント埋入。
- 26番も要抜去だが、暫間義歯維持のためインプラント2次手術まで保存する事にした。
- ・2005.04 (上顎2次手術前) 上顎インプラント埋入部位(13, 11, 22相当部)より排膿、圧痛がみられ、同部位に著明なX線の骨吸収像が出現した(図4・図5)。インプラント体の1/2にも達する著明な水平的骨吸収を認めた。消炎をはかるため、経口抗生剤(フロモックス®)を3週間経口投与した。消炎後、上下顎インプラント(13, 43)と残存天然歯(26)から検体を採取し、症例1と同様に細菌検査を施行した(表2)。
- ・2005.09 明視下でインプラント体表面を搔爬した。インプラントに動揺はなかった(図6)。

考察：2次手術前の著明な骨吸収の原因として、下顎前歯部インプラントの突き上げによる早期過重負担がまず疑われる。しかし、インプラント根尖部では骨結合が得られ、動揺は無かったので、単に早期過重負担によるものとは考え難い。さらに骨吸収を示したインプラントから重度菌周炎に罹患した26と類似した構成で菌周病原性細菌が検出された。しかも健全な下顎インプラントとはその構成が異なっていた。よって、本症例でみられた2次手術前の著明な骨吸収の主原因は、重度菌周疾患に罹患した26からの菌周病原性細菌感染と

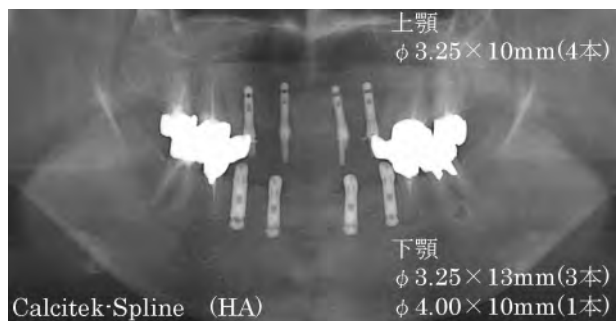


図1 暫間補綴による荷重1年後のオルソパントモグラフ



図2 暫間補綴による荷重1年後の上顎インプラントデンタルX線写真



図3 初診時のオルソパントモグラフ



図4 急性炎症発生時（上顎2次手術前）のオルソパントモグラフ

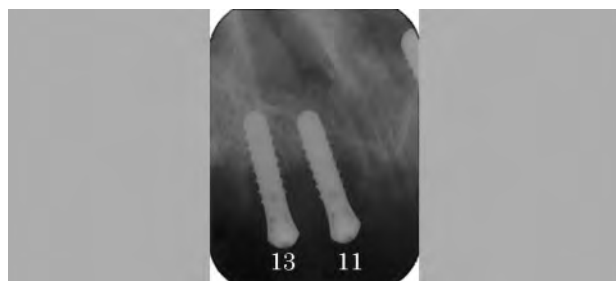


図5 急性炎症発生時（上顎2次手術前）のデンタルX線写真

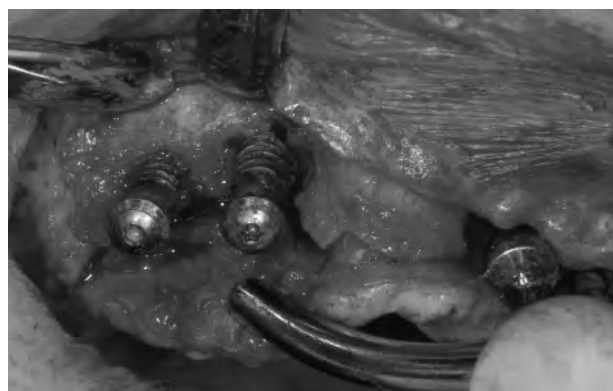


図6 著明な骨吸収を示した上顎インプラントの肉眼所見

	残存天然歯(15)		骨吸収したインプラント(12)	
	歯数	対総歯数比率	歯数	対総歯数比率
口腔内総菌	93,000		9,000	
<i>A.actinomycetemcomitans</i>	0	0.00 %	0	0.00 %
<i>P.intermedia</i>	0	0.00 %	0	0.00 %
<i>P.gingivalis</i>	14,000	15.05 %	0	0.00 %
<i>T.forsythusensis</i>	7,500	8.06 %	0	0.00 %
<i>T.denticola</i>	0	0.00 %	0	0.00 %

表1 骨吸収したインプラントとそれに直近する残存天然歯の周囲細菌叢

	残存天然歯(26)		骨吸収したインプラント(13)		健全なインプラント(43)	
	歯数	対総歯数比率	歯数	対総歯数比率	歯数	対総歯数比率
口腔内総菌	11,000,000		800,000		620,000	
<i>A.actinomycetemcomitans</i>	0	0.00 %	0	0.00 %	0	0.00 %
<i>P.intermedia</i>	350,000	3.00 %	130,000	16.25 %	1,400	0.22 %
<i>P.gingivalis</i>	35,000	0.32 %	1,700	0.31 %	600	0.10 %
<i>T.forsythusensis</i>	240,000	2.18 %	14,000	1.75 %	1,800	0.31 %
<i>T.denticola</i>	2,800	0.02 %	22,000	2.75 %	450	0.07 %

表2 インプラント（13、43）と残存天然歯（26）の周囲細菌叢

考えられた。

■結論

臨床所見を追証する形で応用すれば、歯周病原性細菌検査はインプラント失敗の原因を推測するための検

査法として有用であることが示唆された。今回の様な臨床例データを蓄積し、インプラント周囲骨吸収の原因を推測する指標としてより詳細に検証していく予定である。さらに、将来的にはインプラント術前リスク診断への発展を検討したい。 □

歯周治療後に装着するクラウンの形態

久保木 寛朗 [神奈川県厚木市 小林歯科医院勤務]

■はじめに

歯周病による付着の喪失に伴う骨欠損が存在する歯は、多くの場合歯周治療後に歯肉の炎症が消退すると歯肉退縮を起こす。そして、歯肉退縮をおこした歯は、歯根が露出し、臨床的歯冠長が長くなる。特に臼歯は複根であることが多く、歯根が露出することにより、歯の周りの形態は複雑になる。また、歯の周りの付着歯肉は減少あるいは喪失することもあり、口腔前庭が狭小してしまう場合もある。これらの口腔内の環境の変化は、患者にとってのプラークコントロールをより複雑なものとする。

そのためう蝕などの理由からそのような歯に歯冠修復を行う場合には、その補綴物の形態は、歯周組織の健康に配慮し、できるだけ容易にプラークコントロールができる形態を与える必要がある。

今回2症例を提示し、各々の症例においてクラウンの形態に対して特に配慮した点を紹介させていただく。

■症例1—最後方歯となった6]

歯周治療後に臨床的歯冠長が長くなった最後方歯の場合、クラウンに本来の歯のような豊隆を与えてしまうと、特に大臼歯では遠心歯頸部に歯ブラシの毛先をあてることは非常に困難となる。そのため、筆者は遠心面をストレートに立ち上げるか、わずかに近心に傾斜させるような形態を与えている。図1の6]は失活歯で遠心歯冠部に健康歯質がなかったためにやや近心に傾斜させる形態を与えることが可能であった。遠心歯冠部に健康歯質がある症例においては、可及的に健康歯質の保存に努めたうえで補綴物の形態を考えている。

下顎大臼歯のⅠ度の根分岐部病変では、頬側歯頸部や舌側歯頸部に、歯根の形態に沿った陥凹が現れる(図2)。その部分はクラウンにも陥凹の形態を与えるわけだが、歯頸部付近から豊隆を与えてしまうと、陥凹部分を狭いエリアにしてしまい、不潔域となりやすい。そのため、筆者は図1のように陥凹部分の展開角をなるべく近遠心的に広く、そして浅く滑らかに製作してもらうよう歯科技工士に依頼している。Ⅰ度の根分岐部病変でも、Ⅱ度に近くなると陥凹部分の展開角

を広く与えることが困難となる。そのような症例においては、陥凹部を咬合面側に垂直的にのぼし、可及的に広いエリアにしている。(進行したⅡ度またはⅢ度の根分岐部病変で歯根分割などの対応が必要な場合は、その歯の状態に応じた配慮が必要である。)

支持骨が少ない歯においては側方力を軽減させるために咬頭傾斜を緩やかにしている。

隣接面の形態は患者の使用する歯間ブラシなどの清掃器具が的確に有効に機能できるような形態を心がけている。下部鼓形空隙に対して歯間ブラシの大きさが適切でないと歯頸部や歯肉溝内に毛先がうまく接触しないためである。本症例は6]のみの修復であったため5]との調和を考えた隣接面形態とした。

■症例2—パーシャルデンチャーの鉤歯とした6]

症例2は、75|4-7のパーシャルデンチャーの鉤歯にⅢ度の根分岐部病変をもつ6]を参加させた症例である。

6]は生活歯で、近遠心、頬側ともにⅢ度の根分岐部病変があり、歯周外科後に歯肉は退縮し、各々に歯根の分岐があらわれた。

トンネル形成は上顎においてはほとんど行わないが、本症例においては歯根分割などの処置を行わずに歯髄を保存し、歯冠修復を行った。理由は、6]を鉤歯として活用したかったため、失活歯にした場合の力による破折などの問題を考慮したからである。知覚過敏などの症状もなく、プロビジョナルレストレーションでの評価においては患者のプラークコントロールも良好であったので、図4・図5のような形態のクラウンを装着した。

歯間ブラシは図6・図7に示すような方向から挿入していただいている。歯間ブラシのブラシの部分の長さはメーカーや種類によって異なるため、必ず分岐部を通過できる長さのものを患者に使用していただいている。

また、鉤歯であるため、近心面、遠心面、口蓋側面にはパーシャルデンチャーの着脱方向に沿った誘導面を付与した。近心面と遠心面の陥凹のエリアには歯間



図1



図2 症例1とは異なる症例



図3 上顎最終補綴物装着時

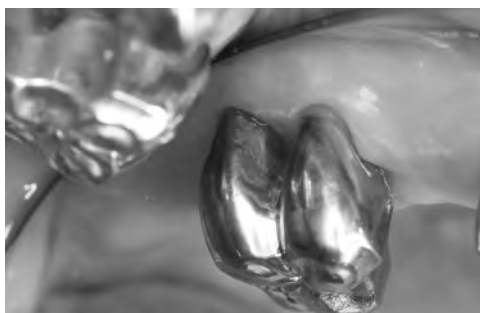


図4 頬側面



図5 近心面



図6



図7

ブラシを通したときに毛先が接触するような大きさを与えた。頬側面の陥凹部には近遠心的に展開角を広く与えることが出来なかったため、可及的に広いエリアにする目的で咬合面側に垂直的にのばした形態を与えた。

■おわりに

臼歯は歯根の形態が複雑であるがゆえに、歯肉退縮

をおこした歯を歯冠修復する場合、清掃性を考慮すると、様々な形態の補綴物が考えられる。そのためには、前・臼歯を問わずプロビジョナルレストレーションによる入念な診査は非常に重要である。

患者がプラークコントロールを良好に行うことができ、術者がメンテナンスを容易に行えるような形態を補綴物に与えることは、患者の口腔の健康を永く維持していくために非常に有効である。 □

インプラント植立に先立つ顎提の保存：症例報告

柏木 恒毅, 内田 剛也 [神奈川県川崎市 医療法人内剛会内田歯科医院]

■はじめに

インプラント治療の適応が拡大し、最終補綴物の設計を念頭に置いたインプラント埋入が求められるようになった。それに伴い多くの症例で何らかの骨造成の必要性が生じ、多様な骨造成のテクニックが考案され臨床に応用されている。

Dahlinらが報告したGBR法で用いられる骨補填材はスペースメイキングを目的として使用されていたが、今日では骨補填材自体が骨伝導能を有し、GBR膜は上皮細胞の侵入を防ぐバリアメンブレンとして使用されている。この骨補填材の進歩により多くの骨造成テクニックで骨補填材の併用がされるようになった。

また、非外科的な骨造成のテクニックとして矯正の挺出があげられる。この矯正の挺出による組織増大は、Oppenheimらにより報告されて以来、信頼度が高く低侵襲なテクニックとして多くの臨床家に用いられてきた。

今回、歯根破折している46には人工骨移植、また骨縁下カリエスのため予後不良歯と診断した36に対して矯正の挺出をそれぞれ行いリッジプリザーベーション後にインプラントの植立を行った症例を通して、両者を比較し報告する。

■症例の概要

患者：60歳 女性

主訴：右下の奥歯が浮いている。左下の奥歯がはずれた。

全身的既往歴：7年前に小腸の手術

歯科的既往歴：約20年前にカリエス治療、根管治療、補綴治療、智歯の抜歯を受け、その後歯科への受診はない。

口腔内所見：46は歯根破折しており破折片は遊離している状態（図1）で、36は長期間インレーが脱離しているような状態だった。また全顎的に咬耗が認められ、多数歯にマイクロクラックが認められたことから、患者の咬合力の強さ、パラファンクションの存在を疑わせられた。プロービングデータでは46は12mm、36の縁下カリエスを疑わせられた部位では5mmを示した。咬合状態は、右側方運動時では13,14,15,16,17,43,44,45,46,47で、左側方運動時では

22,23,24,25,27,32,33,34,35,37で運動しており両側ともにグループファンクションを行っていた。中心位での早期接触は16と、歯根破折している46で認めた。

X線所見：

パノラマX線・デンタルX写真でも46は破折片が遊離しているのがわかり、プロービングデータでも12mm示していたのと呼応するように骨の吸収が著しく認められた。36は、パノラマX線ではどこまでが健全な歯質なのか判断しかねたので、確定的診断として軟化象牙質の除去後にデンタルX線で確認し、骨縁下までカリエスが進行しているのが確認できた。最初は保存可能かと思ったが、その後の処置方針として矯正の挺出そして歯周外科をすることにより、歯冠歯根比が逆転してしまうことが考えられた。

■診断

36：骨縁下カリエス

46：歯根破折

■治療内容（図2～図8）

スケーリング、ルートプレーニング、ナイトガードの装着、う蝕治療、プロビジョナルレストレーションの装着、根管治療、46：抜歯同時人工骨移植、36：矯正の挺出、チェアーサイドでのレジニビルドアップによる犬歯誘導の確保の後に36,46にインプラント植立を行い補綴処置、メンテナンスに至った。

46には抜歯同時人工骨移植により顎提の保存を図ったが、この時重要になるのは、炎症のコントロールである。特に、炎症性の肉芽組織が存在することは、軟組織の裂開が起きやすく、また多数の貪食細胞の存在により骨のリモデリングが妨げられることが考えられる。

今回は、歯根破折している46に対して投薬などの暫間的な炎症のコントロールを行い抜歯に至ったが、破折片が遊離していた46の近心頬側部の著しい骨吸収により組織が脆弱となり移植片が流出したために、近心に凹部ができたと考えられる。また、47は当初はコンポジットレジンによる修復で対処したが、咬合面の咬耗の進行が認められた。このまま咬耗が進行してしま



図1 初診時46番の破折状態



図2 36番矯正の挺出

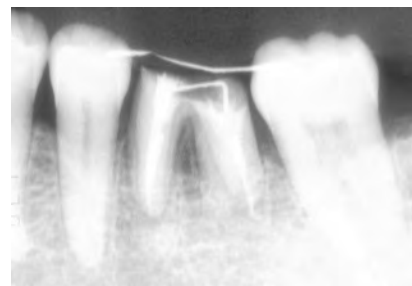


図3 矯正の挺出後、抜歯前デンタルX線



図4 46番人工骨移植後の状態



図5 46番最終補綴処置



図6 36番最終補綴処置



図7 13番レジンビルドアップ



図8 23番レジンビルドアップ

うと咬合支持の確立が難しいと判断した。そのため、将来、46に対しての負荷が過大になってしまうことが予測でき、補綴物で咬合の支持を得ようと考えプロビジョナルレストレーションに置き換えた。レジンビルドアップにより側方のガイダンスのコントロールを行った。ビルドアップする前には47のプロビジョナルレストレーションが脱離・破折してくることが多く、ビルドアップ後は脱離・破折がなくなった。このことから適切なアンテリアガイダンスを付与することは、この患者にとって必要不可欠な処置だと認識できた。36の矯正の挺出はまず根管治療を行って根尖部の炎症を抑えた後に、およそ1週間に約1mm挺出させ所定位置で約1カ月間保定し、硬組織・軟組織の増大を獲得することができた。また36,46,47の補綴物の製作時に臼歯部の咬頭傾斜角に呼応した犬歯の舌面形態のワックスアップを行い、レジンシェルを作り確実な犬歯誘導を獲得した。

■考察

今回36には抜歯同時人工骨移植を、46には矯正の挺出を行いインプラント埋入部位の顎堤の保存を図った。両者を比較した場合、人工骨移植やGBR法による骨のリモデリングには6～9カ月を要するという報告が多く、これに対して矯正の挺出では1～3カ月で組織を獲得が可能という報告もある。また人工骨移植やGBRの場合には軟組織の裂開の危険性が付随することから、当該歯の条件に恵まれた症例では矯正の挺出による顎堤の保存は有効な手法と考えられる。□

参考文献

- 1) Oppenheim A. : Artificialelongation of teeth. Am J Orthod Oral Surg 26:931-942, 1940.
- 2) Simon JH, Lythgoe JB, Torabinejad M : Clinical and histologic evaluation Of extruded endodontically treated teeth in dog. Oral Med Oral pathol, 50(4) ; 361-371, 1980.

糖尿病患者に対する歯科衛生指導と食事指導の効果についての医科歯科共同研究から

—歯周疾患改善に対する食事指導の効果について

齋間 直人 [横浜市金沢区 さいま歯科医院]

■1. 緒 言

歯周疾患と糖尿病との関連については、かねてより議論されているところである。

今回、横浜歯科臨床座談会と糖尿病専門医療機関 HECサイエンスクリニックは対照群を含め44人の歯周疾患を有する糖尿病患者に対し、歯科衛生指導と食事指導を行い、その歯周疾患改善度と糖尿病にあたえる影響について調査・研究を行った。その詳細については十分な考察をもって今後発表する予定であるが、今回は本研究中に経験した食事指導により歯周組織の改善が見られた症例を報告する。

■2. 研究の概要

糖尿病専門医療機関 HECサイエンスクリニックに通院するインシュリンを使用しない HbA1c が 6.5～9.0 の患者44名(表1)を対象とし、事前診査として歯周組織検査・口腔内写真撮影および、生活習慣を伺うアンケートを行った後、無作為に A 群：ブラッシング指導と食事指導、B 群：ブラッシング指導、C 群：食事指導、D 群：コントロールに群分した。指導群は表2に示すスケジュールにて3カ月間、計4回の指導をそれぞれ行った。なお、A 群、B 群については、各指導前に全顎についてプラークの赤染めを行い記録した。血糖値の変化としては HbA1c、GA (グルコアルブミン値) を実験期間中毎月測定した。指導スケジュール終了後、歯周組織の事後診査として再度、歯周組織検査・口腔内写真撮影および、生活習慣を伺うアンケートを行い評価した。

なお、食事指導については管理栄養士の指導の下、食事指導のカリキュラムを作成し歯科衛生士が行った。

■3. 食事指導群に見られた歯周組織改善例

本研究の C 群 (食事指導患者群) においては、食事指導のみが行われた。

ここに当院の担当した C 群患者の中から歯周組織に変化の見られた一例を報告する。

【患者】

C 群 (食事指導患者群) 患者 64 歳 女性

【生活習慣の変化】

事前診査時および事後診査時の生活習慣アンケートより、一日一回和菓子を持していたのが食事指導後週に2～3回に減ったなど、特に甘いものの摂取量が減少した事が伺われた。

【歯周組織の変化】

歯周組織の変化としては、BOP が事前診査時：37カ所であったのが、最終診査時：6カ所に、ポケット 4 mm 以上の箇所が事前診査時：2カ所であったのが最終診査時：0カ所に、排膿箇所は事前診査時：1カ所であったのが、最終診査時：0カ所に变化した。

図1～図8に、事前事後の歯周組織検査結果および口腔内写真を提示する。

プラークの付着状況は、歯間部、下顎舌側について減少傾向がみられた。

■4. 考 察

歯科における食事指導では、ショ糖の摂取制限による齲蝕予防の有効性についてのコンセンサスは得られているといえるが、歯周治療での食事指導の効果については、まだまだコンセンサスが得られているとはいえない状況である。

一般臨床では、本研究のごとく歯周病患者に対し食事指導のみを行うことはなく、TBI、SRPなどの処置と併用されるかたちで食事指導が行われることから、食事指導自体の効果を評価することが困難であることも、その一因であろう。今回の症例においては、一定期間の間に歯周組織に改善が認められ、食事指導の効果を十分に実感することとなった。しかしながら、その作用機序など不明な点が多いことから、今後本研究結果の詳細な分析と十分な考察を行い、追って報告する予定である。 □

图 1图2

- 性別 男／女 2／14
- 年齢 59.1±10.1(S.D.)才
- 試行前HbA1c 6.9±1.1(S.D.)%
- 罹病年数 13.4±7.7(S.D.)年
- 診断名 1型／2型 3／13

参考文献

- | 事前設置後1ヶ月にスタート
(スタートからの期間) | A群15名 | B群13名 | C群12名 | D群14名 |
|------------------------------|------------------|----------|-----------|-----------|
| スタート
指導1回目 | ブラッシング指導
食事指導 | ブラッシング指導 | 食事指導 | 何もない |
| 2週 (2週間後)
指導2回目 | ブラッシング指導
食事指導 | ブラッシング指導 | 食事指導 | 何もない |
| 4週 (2週間後)
指導3回目 | ブラッシング指導
食事指導 | ブラッシング指導 | 食事指導 | 何もない |
| 6週 (4週間後)
指導4回目 | ブラッシング指導
食事指導 | ブラッシング指導 | 食事指導 | 何もない |
| 12週 (4週間後)
最終審査 | 口腔内診査 | 口腔内診査 | 口腔内
診査 | 口腔内
診査 |

- hlossman M, Knowler WC, Pettitt DJ : Severe periodontitis and risk for poor glycemic control in patients with non- insulin-dependent diabetes mellitus. J Periodontol. 67 : 1085–1093, 1996.
- 5) American Academy of Periodontology : Diabetes and periodontal disease. Position paper. J Periodontol, 70 : 935-949, 1999.
- 6) Grossi SC, Skrepeinski FB, DeCaro T, Zambon JJ, Cummins D, Genco RJ : Response to periodontal therapy in diabetics and smokers. J Periodontol, 67 : 1094–1102, 1996.

メインテナンスにつながるシステムの確立

合津 早紀, 小口 優子, 安沢 美紀, 大須賀幸子

[東京都新宿区 河津歯科医院]

■目的

患者の術後経過を左右する大きな因子の1つにメインテナンスがあげられる。メインテナンスにおいて歯科衛生士は重要な役割にあるのだが、当医院の歯科衛生士は、経験年数が1年から17年まで実力に差のある層で構成されており、初期治療を終了した患者に対し経験年数の浅い歯科衛生士にはメインテナンス時に患者をどのように指導し、維持すべきかを理解、実践することは難しい。しかし、患者はどの歯科衛生士が担当しても同じレベルのサポートを受ける権利がある。

そこで今回は、今まで行っていたメインテナンスの問題点を検討し、経験年数が浅くても患者協力の得られるメインテナンスプログラムを立案・実施出来るプロセスをシステム化することにより改善が得られたので報告する。

■問題点

- ①プロービングデプス・プロービング時の出血、デンタルX線写真等、定期的な検査項目にもれがあった。
- ②過去のデータは保存されているが、活用方法がシステム化されていないため、患者のモチベーション維持につながらなかった。
- ③歯科衛生士が行うメインテナンスの内容が個々に違うため、指導レベルに大きな差があった。
- ④担当制ではあるが、アポイント変更、歯科衛生士の欠勤・退職による引き継ぎが上手くいかなかった。

■改善策

*チェックリストの活用 (表1)

メインテナンス時の徹底事項を決めることにより検査項目のもれを防ぎ、患者の過去と現在のデータを比較し使いこなすことで、患者のモチベーション維持につなげる。また、各検査項目における着眼点の知識を統一することで指導レベルの差をなくす。

I：口腔内写真 (図1)

着眼点

- 歯肉の状態 (発赤、腫脹の有無)
- プラークの付着状態 (付着部位)

歯石沈着状態 (沈着部位)

補綴物の適合性

カリエスチェック

咬耗、早期接触の状態

II：デンタルX線写真 (18枚法) (図2)

着眼点

- 骨レベル・骨吸収の状態
- 隣接面カリエス、2次カリエスの有無
- 歯根膜の状態
- 補綴物の適合性
- 歯石沈着の有無 (縁上、縁下)

III：歯周環境組織検査 (図3)

着眼点

- | | |
|-------------|------------|
| ・ポケットの深さ | ・軟組織の抵抗力 |
| ・炎症の存在 | ・歯肉の質・形態 |
| ・動揺の有無 | ・根分岐部病変の有無 |
| ・出血の有無 | ・排膿の有無 |
| ・プラークの付着位置 | ・縁下歯石の有無 |
| ・3次元の骨稜線の確認 | |

*プロービング値は術者により変化してしまう可能性があるので院内でのプロービング方法を統一する。

IV：SALIVA TEST+その他諸診査 (図4～図6)

着眼点

- | | |
|-----------------|-------------|
| ・唾液緩衝能 | ・飲食回数 |
| ・唾液のpH | ・フッ素の使用状況 |
| ・唾液の量 (ml/5min) | ・喫煙の有無 |
| ・菌数および菌比率 | ・ブラッシング回数 |
| (症例別に菌種を選択) | ・その他生活習慣と環境 |
| ・プラークの付着 | |

*口腔衛生カルテの活用

担当歯科衛生士の引継ぎ時、指導内容や意見のくい違いを防止する目的から、今回歯科衛生士専用のカルテ＝口腔衛生カルテを作成した。以前も各歯科衛生士指導内容などカルテに記入してはいたが、治療カルテと同じ場所に書かれていたため、記入場所を見つけるのにも一苦労あったことから、メインテナンスプランを立案し、実際に行った指導内容を口腔衛生カルテ (歯科衛生士専用カルテ) に記入することに至った。



表1 メインテナンス時に使用するチェックリスト



図1 口腔内写真(9枚法)により患者自身では見えない部分でも的確に指導できる

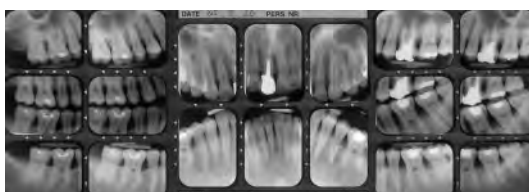


図2 デンタルx線写真(18枚法)口腔内では判断が難しい部位の確認を行う

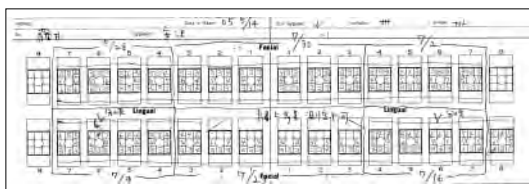


図3 歯周環境組織検査表により、経時的に歯周環境をチェック



図4 SALIVA TESTに用いるキット(株BML使用)



図5 SALIVA TESTを行う際、事前の注意事項を説明し、かつ説明内容を記した用紙を配布



図6 SALIVA TEST + その他諸診査による検査報告書

■考 察

初期治療が終了し成功したとしても、長期予後が期待されなければ何の意味もない。また、メインテナンスに移行しても継続することが大変重要であるのだが、その継続こそが困難なのである。

初期治療終了とともに来院されなくなる患者や、1～2回のメインテナンスを受けて中断する患者、また、メインテナンスが長期継続されたとしても、何年かすると何らかの理由で中断する患者も少なくない。

円滑にメインテナンスに移行するためにも、初診時のメインテナンスの重要性を患者自身に理解させ、十分なコミュニケーションにより信頼関係を築き上げ、実行していくことが長期的な健康管理へとつながると思われる。

今回メインテナンスプログラムをシステム化することにより、データ管理の経時的変化を把握することで、患者のモチベーションを持続させるための重要なツールとなった。

しかし、現段階において、ツールとなる資料取りの項目やそれらにおける着眼点の統一しかできておらず、

患者のリコール間隔などを決定できるまでは至っていないため、今後の課題にしなければならない。

■結 論

口腔内の健康を維持するためには、患者の協力が必要不可欠である。

メインテナンスは、患者の口腔内のみならず、全身的、精神的状態、生活背景や性格なども含め、あらゆる側面から患者を理解し、サポートしていかなければならない必要があると考えられる。

患者—歯科衛生士間だけのコミュニケーションではなく、歯科衛生士が歯科医師とのクッションとなり患者の考え方、今後どうしていきたいかなど、本心を引き出すことで信頼関係ができ、継続的なメインテナンスが可能となるのではないだろうか。

そのために、医院独自のメインテナンスプログラムを継続出来るシステムを構築することにより経験年数にかかわらず一定水準のメインテナンスを提供することが可能となる。

□

Saliva Testの臨床的活用

川合 章予, 安沢 美紀, 小口 優子, 大須賀幸子

[東京都新宿区 河津歯科医院]

■目 的

う蝕の再発が原因で歯科治療を何度となく繰り返している患者、途中で治療を中断する患者に対して口腔内の健康の重要性を食習慣指導や口腔衛生指導の中で伝えるが改善の得られない症例は少なくない。う蝕の再発、進行を防ぎ、さらにう蝕の予防を行う場合、患者の協力なしでは成り立たない。

そこで、患者自身の口腔内の情報を提供し患者の口腔領域への関心ならびにデンタル I Q の向上を目的にサリバテストを取り入れ患者の指導に活用した。臨床的にその有用性を認めたため報告する。

■症 例

今回紹介する Y・M さんは以前、他院を訪れた際に、「どうしてこんなになるまで放っておいたの」と言われ、自分自身で口腔内の環境が悪いことは理解していたが痛みが無くなると通院を止めてしまった経緯がある。

患者：Y・M さん 女性 初診時 22 歳 職業 フリーター
主訴：カリエス処置を希望

現在歯数：28 本（上下顎とも 7 番から 7 番まで残存）
（図 1）

生活習慣に関する問診では、幼少時から甘味物が大好きで小学校低学年時から治療経験が多かった。特に中学、高校の時期では間食や外食の回数が増加傾向にあり、現在、飲食店でアルバイトし不規則な食事が多い。

まず、早急な対処が必要な箇所を治療した後、彼女の治療に対してのモチベーション向上と口腔内の現状把握の重要性を目的に、サリバテストを取り入れた。

■Saliva Test方法

まず、Saliva Testを含めた各検査項目の臨床的意義を理解し患者にわかりやすく伝えることが大切である（表 1・表 2）。

- ① 受診者に唾液用スピッツにロートをつけてもたせる
- ② ガムを噛ませながら 5 分間唾液を採取し、唾液量を測定する
- ③ 唾液スワブの綿球を 10 秒間浸し、チューブへ移す

- ④ 唾液に PH 試験紙を浸し、唾液量の欄に結果を記入する

- ⑤ 残った唾液は破棄する（図 2）

- * 採取した唾液は検査機関に郵送し分析する（BML）
- * 検査するにあたって、術前にいくつかの注意が必要であるため検査日は患者に負担をかけない日を選ぶ

■総合検査結果の分析と指導内容（表 3・表 4）

う蝕は①う蝕原因菌、②砂糖、③菌質、④時間の 4 つの因子（図 3）のうち、ひとつだけでも改善できればう蝕発生を予防できるということを説明し検査結果から生活習慣の改善を試みた。

【細菌】ミュータンス菌と総レンサ球菌の比率は 0.8% と注意が必要であり、口腔内にも多量のプラークの付着がみられたため、手鏡を用いて付着部位を確認した。特に 2+2 の菌肉の発赤、腫脹は患者自身も気にしていたので、マージン部分に歯ブラシの毛先を当て、バス法にて指導。また、フロスの使用を 1 日 1 回は必ず行うように指導した。

【砂糖】【時間】間食、甘味飲料での砂糖摂取が多く時間も不規則であった。飲食後、唾液の PH は酸性に傾くためダラダラと間食や甘味飲料を口にするのは酸性に傾いた PH が元に戻らずう蝕の原因になることを説明。キシリトールの摂取によりミュータンス菌の減少を期待し、キシリトール入りのガムを勧める。砂糖の摂取について禁止はしないが制限し、規則正しく採ることをこころがけるよう指導した。唾液分泌量は 3 ml と成人女性の基準値（10 ml）より少ないが、治療中に唾液は充分に分泌されていた。検査の緊張のため唾液量が減少した可能性があると考えた。

【菌質】菌質の強化のために定期的な PMTC の際のフッ素塗布を行い、セルフケアではフッ素入りの歯磨きペースト、洗口剤の使用を指導した。

■指導後の変化

食習慣に対しては①間食の減少 ②甘味物の摂取減少 ③代用甘味料での甘味の摂取と変化してきた。口腔内に対しては①ブラッシングの徹底 ②菌肉の炎症

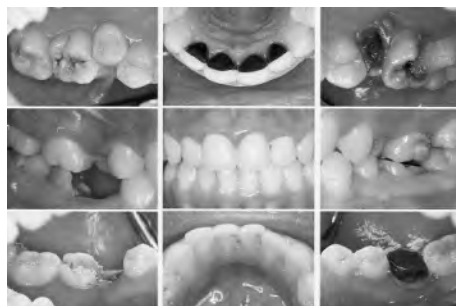


図1 症例患者の初診時口腔内
口腔内全体にプラーク付着 51, 15 は残根状態にあるので抜歯。



図2 Saliva Testの事前に行う注意事項
実際に唾液を採取している。

各検査項目の臨床的意義

- ・ 飲食回数→飲食回数の増加は継続的なPH低下を継続させ酸腐時間を延長させる。
- ・ フッ化物の使用→繰り返し使用することで歯質を強化する。再石灰化を促す。
- ・ プラークの付着状況→口腔内の清掃状況を示す。まだう蝕の発症を予測するのに有効。

表1 各検査項目の臨床的意義Ⅰ
生活習慣からなにがわかるのか、患者に説明し、関心を高める。

- ・ DMF-歯数→過去のう蝕経験を調べることで、現在リスクが高くても口腔内の改善された環境が長続きしない可能性があることを意味する。過去を知ることでの後の変化を予測する。
- ・ 唾液量→唾液中には抗う蝕作用があるため、分泌量が少なければう蝕になりやすくなる。
- ・ PHの測定→唾液のPHが低いほど口腔内が酸性に傾きう蝕になりやすくなる。
- ・ LB数→う蝕の進行に関与する。象牙質う蝕のう蝕、硬化象牙質から高顕微鏡で検出される。
- ・ SM値比率→う蝕原因菌、酸を発生する。

表2 各検査項目の臨床的意義Ⅱ
唾液を調べることでなにがわかるのか明確にする。

Saliva testの結果

唾液の量	3ml
PHの測定	7.4
乳酸桿菌数	48000/ml
う蝕菌比率	0.8%

・ 唾液量が少い→治療中、唾液は十分に分泌されていないため、薬剤検査
・ PHの測定→正常値
・ 乳酸桿菌数→正常範囲内
・ ミュータンス菌と酸レンサ菌の比率→やや低い
★唾液の本質に大きな問題は認められない★

表3 Saliva Testの結果
着眼点：唾液量3ml, う蝕菌比率0.8%

その他の諸検査結果

飲食回数	4回/日
フッ化物使用状況	なし
プラークの付着状況	口腔内全体に多く付着
DMF歯数	18本
ブラッシング回数	2回/日
補助用具の使用	なし

表4 問診、口腔内の状態を知ることで生活習慣やこれまでの治療経過がわかる。

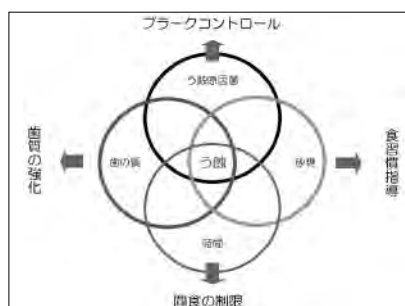


図3 う蝕の発生要因の関わり (Newbrun et. al.1978)
患者にう蝕はどのようにして発生するか説明するツール。

消失 ③口臭消失がみられた。特に、2+2 と 51, 15 の抜歯後の両隣在歯の指導に注意したため、ブラッシングによるプラーク除去が確実にできるようになり、ブラッシング時の出血が減少したことで患者自身が自覚をもてるほどに歯肉も変化してきた。セルフケアにより改善できることを学び治療に対し積極性が増し意欲的になった。

■ま と め

慢性感染症のう蝕や歯周病は生活習慣病といっても

過言ではない。しかし生活習慣病自体は臨床上、改善が困難であるのが現状である。今回は、Saliva testを含めた口腔内諸検査から、生活習慣における問題点が顕在化され、的確な指導を行うことができた。加えて、リスクレベルを提示することにより、理解が容易に得られ、生活習慣に関する改善傾向がみられ、初期のモチベーション向上に役立つ有効なツールとなった。患者の状況を考慮した上で予防対策を提案し、患者自身が予防に取り組む行動をおこせるよう、効率的で有効なう蝕予防プログラムを今後も立案していきたい。 □

歯科衛生士に必要な咬合と歯周—その診査・診断

島田 和歌子 [東京都千代田区 神田歯科医院]

■はじめに

私達歯科衛生士が患者様の口腔内を長期的にメンテナンスしていく際、通常のスケーリングやプラークコントロールだけでは改善されにくい咬合の問題が関与しているケースに直面する事は少なくありません。今回はその様な場合に必要診査・診断の一例を紹介したいと思います。

■経過

患者：38歳 女性

主訴：右下の一番奥の歯牙に違和感があり、食後に痛みを感じる

図1・図2は初診時の状態です。特に既往歴・現病歴もなく、一見したところでは下顎右側臼歯部に歯牙や歯肉の異常所見は見当たりませんでした。また、プラークコントロールは悪い方ではないように思われましたが、全歯牙にわたり咬合面の咬耗が認められ、ブラキシズムの存在が疑われました。同部位のプロローピング値はほとんどが2~3mm以内で正常範囲内でした。しかし71遠心頬側のポケットのみが5mmと深くなっている所がありました(図3)。

さて、ここで私達は何を疑い、何を診査するべきなのでしょう？はじめは71遠心に81が埋伏しているためにポケットが深いのかとも思いましたが、レントゲン写真上では81を確認する事ができませんでした(図4)。また、ポケットは遠心というより頬側の遠心部が深いのです。なぜでしょうか？他に何か原因があるのではないかと、もう一度歯牙と歯周組織をじっくりと観察してみました。すると、同歯牙の頬側遠心部にクラック(亀裂)が認められました。私は咬み合わせに問題があり、咬合性外傷を引き起こしている可能性を疑いました。

次にこの状況を担当医に伝え、歯科医師による精密な咬合診査を行いました。赤い咬合紙の印が中心咬合位(図5)、青い咬合紙の印が側方運動時の印です(図6)。側方運動時、犬歯が誘導し上下の臼歯はすぐに離開する事が理想ですが、71では青い印が中心窩より遠

心頬側に向かって続いています。側方運動時に71は常に咬頭干渉をおこしたまま下顎は左側に移動し続けているのです(図7)。そして側方運動時の青い印のついた、まさにその直下の遠心頬側部のポケットが特異的に深くなっている事から、咬合性外傷が引き金となり、アタッチメントロスがおきていると思われました。咬頭干渉が生じた原因としてブラキシズムによる咬頭の磨耗、特に側方運動時にガイドとなる犬歯の先端の咬耗が大きな要因と考えられます。これにより患歯にバランスングコンタクトが生じているのです。バランスングコンタクトとは側方運動時の平衡側に生じる咬頭干渉の事で、特に大臼歯部に生じている場合、時として歯周組織に過大な損傷を与える外傷性咬合となります(1,2)。

本症例ではこの側方運動をガイドする犬歯の咬耗が進み、臼歯部にバランスングコンタクトが生じ咬合性外傷となったのです。処置としては、本来なら患者様のチューイングサイクルに対してアプローチすることが必要であると思われますが、今回は13の先端を形態回復させる事で緊急避難を計りました。犬歯の形態回復を補綴物で行った後の側方運動時の写真です(図8)。犬歯の形態を本来の形に戻した事により症状の原因となっていたバランスングコンタクトが改善され、側方運動時に臼歯部に隙間が生じ71への側方圧がなくなりました(図9)。その間歯科衛生士はスケーリング・プラークコントロールのみを行いました。術後のプロローピング値では歯周ポケットの数値が3mmと、正常範囲以内に帰り歯周組織に改善が認められ、患者様の痛みも消失いたしました。

■おわりに

今回のケースは患者様の「違和感がある」「食後に痛みを感じる」と言った主訴から①視診、②プロローピング診査、③レントゲン診査、④咬合診査を行い、A：歯周病の可能性、B：81が埋伏している可能性、C：根の破折の可能性、D：咬合に問題がある可能性、E：患歯特有の解剖学的形態に問題がある可能性、などを



図1 初診時口腔内



図2 初診時の71



図3 初診時のブローピング値

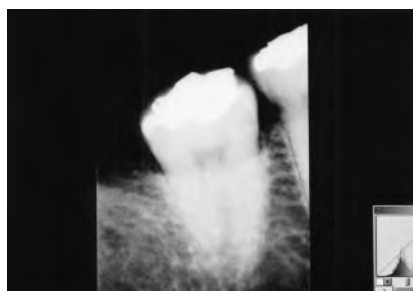


図4 71のレントゲン像

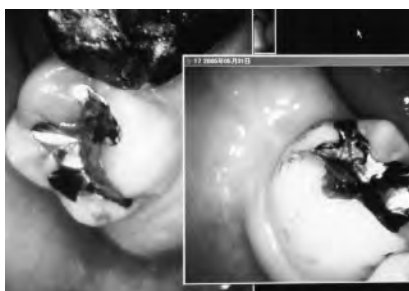


図5 中心咬合位の咬合紙の印



図6 側方運動時の咬合紙の印

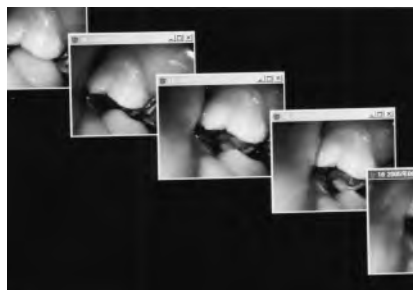


図7 側方運動時の様子



図8 術後の左側方運動時の正面観

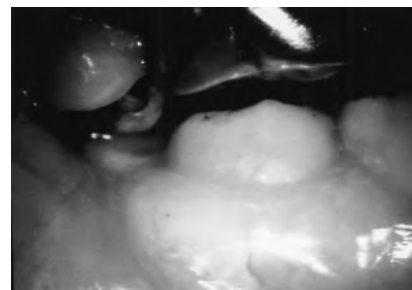


図9 術後の側方運動時の様子

考えました。そしてその結果、咬合に引き金となる問題がある事が診断されました。特に咬合性外傷の場合プラークコントロールが不良であると歯周病の病状は急速に進行してしまいます3,4)。今後私達歯科衛生士はスクーリングやプラークコントロールのみで歯周治療を行うのではなく、咬合に関しての問題点について常に目を向け、広い視野を持ち、患者様の口腔内を観察し、咬合の問題に関しては早め早めに歯科医師と

協力して治療を行っていくことが必要であると考えます。 □

参考文献

- 1) 福島俊士, 古屋良一, 平井敏博: 臨床咬合学. 医歯薬出版, 東京, 1992.
- 2) 水谷 紘, 中野雅徳 (編著): 犬歯. 日本歯科評論別冊, 1989.
- 3) Lindhe, J, Ericsson, I: J Periodontol, 53: 562-567, 1982.
- 4) Polson, A: J Periodontol, 54: 586-591, 1983.

PMTC——歯科衛生士が行うMIコンセプトの実践——

天本 直美 [埼玉県熊谷市 ろくごう歯科医院]

■はじめに

近年、予防に関連した言葉を聞く機会が増え、口腔内への関心が高まった患者さんが多く見られるようになりました。口腔は消化器官のスタートとして重要であり、多数歯が欠損すると咀嚼や嚥下が円滑に行われないだけでなく、全身の健康にも影響を及ぼすと言われています。したがって、予防や疾病の治療および健康維持が不可欠になります。最近では、MI（ミニマル・インターベンション）という新しい予防的な治療の概念が重要視されるようになりました。MIとは正しい診断から治療計画をたて、出来るだけ歯牙への侵襲の少ない処置を行うことです。その為には患者個人のリスクを把握し、継続的な管理と予防処置により健全な口腔を作り維持していくことが必要です。そこで私たち歯科衛生士の果たす役割は大変重要であると考えています。MIコンセプトの一つであるPMTCはバイオフィルムを除去することで、齲蝕・歯周病の予防や進行の抑制に極めて有効な手段であり、そして長期にわたり患者管理をしていくことで健康維持にも生かされると思います。当医院では、メンテナンスに重点をおき、定期的にPMTCを行います。プロフェッショナルケアは、口腔内の状態や生活環境の管理、ホームケアでは、患者個人にあったプログラムをたてて、患者さんにも協力していただいています。PMTCを活用して、MIへとつながるように、臨床に取り組んできたことを紹介します。

■オリジナルモチベーション

PMTCを臨床に取り入れていくには、患者さんの理解や協力が必要です。当医院では多くの患者さんがPMTCを受け入れやすいようにPMTCを『歯のエステ』と名付けています。エステについて、詳しい説明をDVD・ポスター・パンフレットで紹介しています。DVDはすべてのユニットに備え付けのパソコンで上映し、治療中いつでも見ていただけるようにしています。ポスターは色彩を豊かにし、わかり易い簡単な説明にしました。ポスター・パンフレットは待合室に掲示し、待ち時間を利用して患者さんに見ていただけるように

しています。

■プロフェッショナルケア

エステ（PMTC）ステップ

- ①ブラークの染め出し
- ②フッ化物入り研磨剤塗布
- ③隣接面の清掃研磨
- ④頬舌側面・咬合面の清掃研磨
- ⑤ポケット洗浄
- ⑥フッ素塗布

■ホームケア

個人にあったプログラム作り（図3）。

■おわりに

近年の歯科医療は『削って詰める』時代から『出来る限り歯質を保存する』時代へと変わってきています。このような中でMIコンセプトが重要視されるようになり歯科衛生士が行うPMTCは必要不可欠となりました。当医院では歯のエステと名付けて導入し、オリジナルモチベーションを行なう事で、気軽に受け入れてもらえるようになりました。実際にPMTCを受けた患者さんからは『舌触りがツルツルですっきりした。』『歯が以前より白くなった。』『またして欲しい。』などと、嬉しそうに話される方がほとんどです。その後もホームケアをよりいっそう努力され定期的に来院していただきます。その結果として患者さん自身が歯の健康に高い関心を持つようになりました。長期間経過観察をしていくことでコミュニケーションがとれるようになり担当の歯科衛生士との信頼関係ができ、不安を持たずに来院される患者さんが増えました。当医院においてPMTCはリコールのモチベーションを高める効果があり、治療後の口腔内を維持していくには欠かすことの出来ないものになりました。定期的に来院されることで予防的な治療ができ、PMTCによってホームケアで困難な箇所を確実にケアすることでMIへと繋がるのではないかと考えます。□



図1 医院内の風景 (DVD上映)



図2 ポスター・パンフレット

ホームケア

プログラム作り

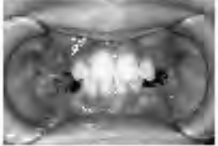
※基本ステップと個人のリスクに合わせたオプションを選択し、組み合わせます。

基本ステップ	+	オプション
清掃道具の選択 歯ブラシ 歯間ブラシ デンタルフロス タンデックス・ソロ その他		フッ素 フッ素入り歯磨剤 フッ素ジェル
		MIペースト エナメル質の脱灰抑制・再石灰化促進 乳歯列期・混合歯列期・永久歯列完成期・知覚過敏・矯正治療中 ドライマウスの方に使用
		リカルデントガム エナメル質の脱灰抑制・再石灰化促進 お菓子の代用としてお勧めしている
		CHX 歯周病予防 殺菌効果で口腔内の細菌を減少

図3 ホームケア

初診時： 6Y10M 男の子
 所見： 乳歯すべてがカリエス、永久歯は不正歯列あり

矯正治療をしながら定期的にPMTCで管理した。矯正第一期終了後、永久歯は健全のまま維持されている。


➡


初診時
(6Y10M)

矯正第一期終了
(8Y6M)

図4 PMTC継続中の症例



図5 8年間PMTCを継続中の80歳女性の口腔内

咬合の再構築を目的とし歯周治療及びインプラント治療を行った一症例

根岸 尚美 [埼玉県さいたま市浦和区 入江歯科医院]

■目 的

本症例は欠損歯が14歯あり、咬合が安定せず歯周病及び広範囲にわたる咬合性外傷が認められました。そのため、欠損部位の補綴と歯周治療が必要とされました。咬合の再構築を目的とし、欠損部位にインプラントを用い、歯周治療を併行した一症例を報告いたします。

■方 法

患者：66歳，男性（職業：無職）

初診：2004年 3月16日

主訴：咀嚼障害

初診時のオルソパントモです（図1）。保存不可能な「2」，「8」は抜歯。骨再生期間を利用し、歯周治療を開始しました。初診時に測定した精密検査の結果です。（図2）歯周ポケットは8mm，10mmと深く全体に出血が見られ、「1」は動揺度がⅡ度ありました。これらを基にスケーリング，ルートプレーニングを行いました。その間、赤染め，TBIを行い患者のモチベーションを高めていきました。欠損部位に骨が再生されたことをレントゲンで確認した後、一次手術前に採血，サージカルステントの製作を行いました。歯周病，咬合性外傷によって歯牙を失ったケースは骨幅が著しく減ることが多いので、歯槽骨測定鉗子（図3）で骨の幅の厚みを測定し確認します。以前はCTを撮りに病院へ行っていただいたのですが、患者の負担を考えこれを使っています。

その後1次手術を行います。埋入した13本のインプラントはブローネマルクタイユナイトマークⅢです。1次手術の前には通法に従って歯科衛生士が口腔内写真の撮影をし、感染予防のため、舌を含めた口腔内外の消毒を行います。オッセオインテグレーション後2次手術を行い、アバットメントの交換，精密印象を経て、咬合採得，そしてプロビジョナルレストレーションを装着し、約1カ月をかけて咬合・形態・清掃性をチェックし、ハイジーンスペースの確保を行い歯科医師，歯科技工士，歯科衛生士，患者の納得を得てから上部構造製作へのプロセスをとり，最終補綴製作時にはフレーム試適段階で歯科衛生士による歯間ブラシの

チェックも綿密に行い上部構造仮着に移りました。補助清掃道具は天然歯に合わせ、臼歯部にはアポテック0.7，前歯部にはアポテック0.4を使用（図4）。1週間後，咬合・清掃性に問題がなかったため合着しました（表1）。

■結 果

治療後の精密検査の結果です（図5）。初診時と比較すると歯周外科・永久固定を行わなかったにもかかわらず歯周ポケットはほとんど2mmになり，動揺度がⅡ度あった「1」はⅠ度になりました。知覚過敏も出ず，出血もほとんどなくなりました。

患者は欠損歯が多く，長期にわたり咬合が安定せずに食生活も乱れがちでしたが，歯周治療を経てインプラント上部構造装着後，食の喜びを得るとともに以前に比べ体調も良くなり，大変満足しております。なお，今回の症例の審美性については，患者が残存歯の治療を希望しなかったので，治療介入はしませんでした（図6）。

■考 察

多数歯欠損の患者にはブランクコントロールの重要性を説明し，常にモチベーションを高めていかなければなりません。インプラント上部構造製作において，最大の長所はハイジーンスペースを意図的に作れるということです。この症例は部分欠損の状態のため，残存歯のハイジーンスペースに合わせて上部構造を製作しました。その結果，補助清掃道具の種類を少なくし，容易にブランクコントロールが続けられる環境を作っていくことが出来ました。この患者においては，単純な歯周病というだけでなく，多数歯欠損による咬合性外傷を伴った症例と考えられ，したがって，インプラントを用いて咬合の再構築を行ったことにより，歯周病の回復も著しいものとなったと思われます。また，天然歯及びインプラントを失うことのないよう定期的にメンテナンスを行っていく事に患者の同意を得る事ができ，今後1カ月後，3カ月後のメンテナンスを経て，半年に1回のメンテナンスを予定しております（図7）。 □

インプラントの治療過程	ポイント
診査、診断	採血、サージカルスタントの作製、骨幅の測定
1次手術	埋入順序① 76 ② 5431 ③ 567 ④ 57
2次手術	
アバットメント交換・精密印象	アバットメント交換した後、精密印象を行なう
咬合採得	
プロビジョナルレストレーション装着	Dr.DT.DHで形態、発音、咬合、清掃のチェック 天然歯と合わせアボテックO. 7. O. 4に統一させた
フレーム試着	
上部構造仮着	
上部構造合着	

表1



図1 初診時のオルソパントモX線写真

動揺度																		動揺度
EPP (mm)	8	4				12			4	4	10	2						EPP (mm)
PCR	10	7	6			6			6	4	5	7						PCR
	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7				
EPP (mm)			8	6	8	8	4	8		10	8	6	6	4				EPP (mm)
PCR			6	6	4	5	3	3		7	8	6	6	5				PCR
動揺度							II		III	II								動揺度

図2 初診時精密検査結果



図3 歯槽骨測定鉗子による測定

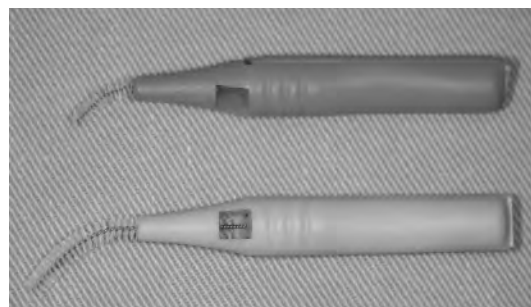


図4 補綴物装着時のチェック用歯間ブラシ

動揺度																		動揺度
EPP (mm)	2	2	2	△	△	2	△	△	2	2	2	2	△	△	△			EPP (mm)
PCR	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7				PCR
EPP (mm)	△	△	2	2	2	2	2	4	△	△	2	2	2	△	△			EPP (mm)
PCR			2	2	2	2	2	4			2	2	2					PCR
動揺度							I											動揺度

図5 治療後の精密検査の結果



図6 患者が希望しなかったため、審美的な治療介入はしなかった。

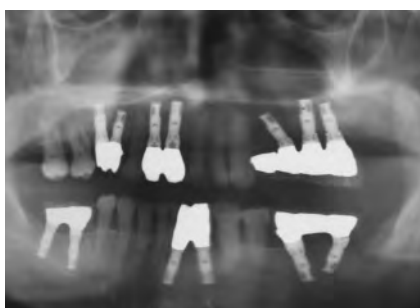


図7 半年に1回のメンテナンスを予定している。

歯周治療を進めていく中で、患者さんから得たこと

添田 夏世 [神奈川県厚木市 小林歯科医院]

■はじめに

歯周治療を進めていく中で、症例によっては1回目のSRP後に良好な結果が得られなくても、原因を追究し再度TBI, SRPを行うことによって良好な結果が得られることがある。

今回はそのような症例を報告する。

■症 例

患者：53歳 男性（職業：左官業）

主訴：左下奥歯が動いて痛む

喫煙歴：当院に来院する数日前から禁煙（以前は1日に約1箱喫煙）

口腔内所見（図1）：

- ・歯肉の発赤・腫脹
- ・プラーク、歯石の付着
- ・上顎前歯部のフレアアウト
- ・下顎骨隆起

歯周組織診査及びX線写真所見（図2・図3）：

- ・4mm以上のプロービングデプス
- ・BOP(+)
- ・歯の動揺
- ・根分岐部病変
- ・前歯部に水平性骨吸収
- ・臼歯部に垂直性骨欠損

■歯周疾患に対する治療計画

1) 歯科医師により指示された治療計画

- ・水平性骨吸収部位—歯科衛生士によるSRP
- ・垂直性骨欠損部位—歯科衛生士によるSRPで炎症が改善しない部位は、歯科医師による歯周外科と咬合治療

2) 歯科衛生士の考えた処置計画

- ・ブラッシングによる歯肉の改善—急性炎症改善まで軟らかめの歯ブラシを使用し、臼歯部は歯間ブラシを使用
- ・急性炎症改善後、SRP開始

■処置内容

はじめに、炎症のコントロールを目的とした歯周基本治療を行った。TBIでは歯肉の急性炎症が改善される

まで、軟らかめの歯ブラシを使用していただいた。患者さん曰く「仕事で疲れてしまい、帰宅後にブラッシングする時間がつくれない。」とのことだった。患者さんのモチベーションを高める目的も兼ね、ブラッシングの重要性を理解していただき、まずは1日1回時間をかけてブラッシングしていただくよう指導した。患者さんの協力もあり、ブラッシングにより歯肉が少しずつ改善し、急性炎症も消退してきたためSRPを開始した。

再評価時（初診から約3カ月半後）（図4）、初診時に比較し歯肉の発赤・腫脹・ブラッシング時の出血が軽減してきたため、歯ブラシはふつうの硬さのものに変更していただいた。ふつうの硬さの歯ブラシのほうが、毛先にこしがありプラーク除去の効率が良いと考えたためである。ところが、特に下顎前歯部においては、1回目のSRP後に期待通りの改善が得られなかった（図5）。なぜ、炎症が残っているのか原因を追究してみると、歯肉縁下歯石がまだ付着していたこと、さらに歯が離開している部位に歯ブラシが当てにくかったことが考えられた。

そこで歯肉の状態や歯石の付着程度を考慮し、ブレードの大きいキュレットから小さいキュレットへ変更し、再度ルートプレーニングを行った（図6）。また、通常前歯部のブラッシングについては、歯間乳頭歯肉を再生させるために歯間ブラシは使用しないが、この患者さんは歯が離開し接触していないことから、歯間乳頭歯肉の再生よりも清掃性に重点をおき、歯ブラシだけでなく、歯間ブラシを通していただくよう指導した。

その結果、歯肉の発赤は消退し、再評価時と比較すると、炎症は改善された（図7・図8）。現在はプラークコントロールも安定している。

■おわりに

口腔内の環境は患者さんによって異なり、またその環境は様々な要因が重なった結果の現れである。このような口腔内の変化の原因を歯科医師と共に追究し、その患者さんに適した指導や処置を行うことは、患者さんの口腔の健康を永く維持するためにきわめて重要であると考えます。 □



図1 初診時口腔内所見

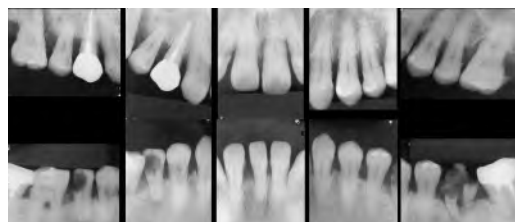


図2 初診時X線写真

赤字 出血部位

× 測定不可

無記入 3mm以下のPD

分岐部 病変																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

図3 初診時歯周組織検査結果

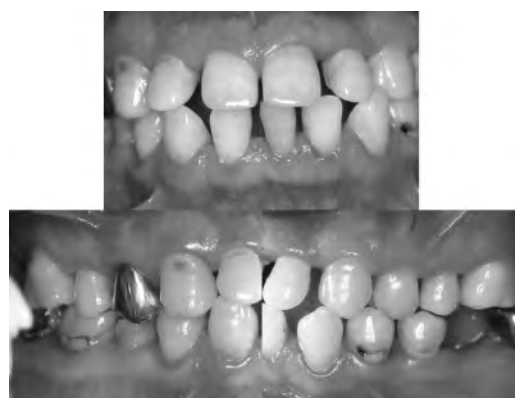


図4 再評価時の口腔内所見（初診時より約3カ月後）

歯牙		出血部位																測定不可		無記入 3mm以下のPD	
分岐部	病変																	B I			
動揺		m1																m1			
ポケット			0	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
BOP			1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
		7	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
ポケット		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
BOP		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
動揺		m1		m1														m2			
分岐部	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ		
病変	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ		

図5 再評価時の歯周組織検査結果（初診時より約3カ月後）

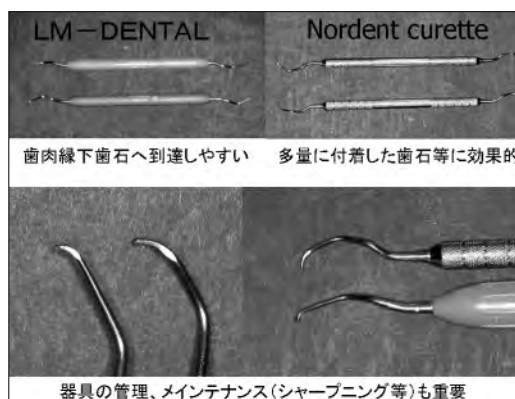


図6 キュレットのブレードの比較

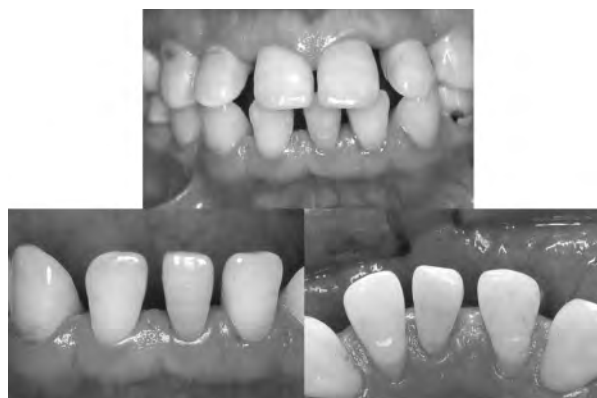


図7 再SRP後の口腔内写真.

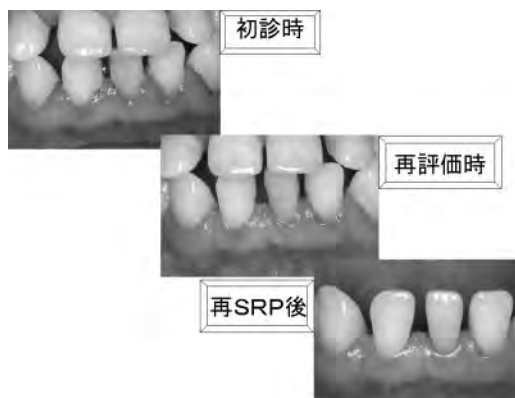


図8 下顎前歯部の歯肉の変化.

当院での歯周治療

笹 知美, 成田 佳子 [青森県弘前市 あべ歯科医院]

■はじめに

当医院は青森県弘前市に開業し、歯科医師4名、歯科衛生士10名、ほか総勢34名で成り立つ歯科医院です。

地域密着型の歯科医院を目指し「患者さんのためのあべ歯科医院」をモットーに日々診療にあたっています。次に二つの症例を掲げ当院での歯周治療事情を報告致します。

■症例1 (図1～図4)

患者：52歳 女性

主訴：左上の動揺

歯科既往歴：歯周治療の経験はなく「歯が動いたら抜く」の繰り返し。

診査・診断：レントゲン検査・歯周組織検査の結果、重度の歯周病と認められるが、本人にほとんど歯周病の自覚はない。

さらに歯科治療に対し非常に恐怖心が強く外科処置が行える状態ではない。

治療計画：繰り返しSRPを行い、その都度モチベーションを高めてもらうことで歯周治療に対する意識の高揚を図る。そのために、じっくり時間をかけて患者さんの意識変容を待つことから始めることにする。

治療経過

17, 14は抜歯をしましたが、16は何としても残そうと患者さんと約束をしました。16は根管治療後、分割し清掃性の良い形態とし自然挺出を行いました。その間、生活背景や精神面を十分に考慮しTBI, SRPを行いました。

初診から約1年後、予想以上に歯周組織の改善が見られたため、現在は16の自然挺出を行っています。

症例1のまとめ

このように歯科恐怖症の患者さんの場合、まず恐怖心を和らげることを目標にしています。そのためにはコミュニケーションをよくとり、患者さんと友達になることを心掛けています。この症例は、患者さんの背景（経済面・精神面）に目を向けて自然挺出を中心とした「待ち」の治療を進める事で重度の歯周病が非外

科処置で歯周環境を整えることができたケースです。

■症例2 (図5～図8)

患者：30歳 女性

職業：事務職

主訴：61インレー脱離

前歯の歯肉が腫れている。歯を磨くとどこともなく出血する。

全身的既往歴：特記事項なし

歯科既往歴：数年前に歯周病であると言われたが、特に治療はしなかった。

口腔内所見：浮腫性の歯肉、プラークが歯面全体に見られる。

歯肉の腫脹が著しく易出血性にある。

診査・診断：レントゲン検査・歯周組織検査の結果、重度の歯周病と認められる。

治療計画：初期治療終了後再検査し外科処置へと移行する。

治療経過と症例2のまとめ

この患者さんを担当するにあたり、若い女性であるにもかかわらず歯面清掃が不十分でした。口腔への関心が低くモチベーションを行いにくいのではないかと推測したのですが、短期間で外科処置へと移行することができました。その要因の一つに母親の存在が大きかったのではないかと考えています。それは元々この患者さんの母親がメンテナンスで来院していたからです。恐がりで歯科嫌いな母親が快くメンテナンスに応じている姿を見ているうちに、この患者さんは自然とモチベーションがなされていたのでしょうか。その後、父親、妹と、今では家族中でメンテナンスに応じていただいています。

外科処置後は、浮腫性の歯肉のために歯肉退縮させないことを第一に考えTBIを行いました。下顎前歯部には多少の歯間空隙が見られますが、フレアアウトしていた状態から戻っているのがレントゲン写真からも伺えます。TBIはタンデックスSを中心に使用してもら



図1 初診時パノラマ



図2 初診時



図3 自然挺出中

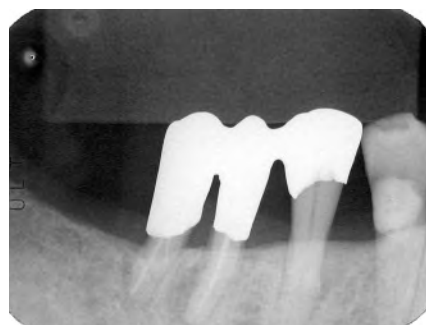


図4 補綴後

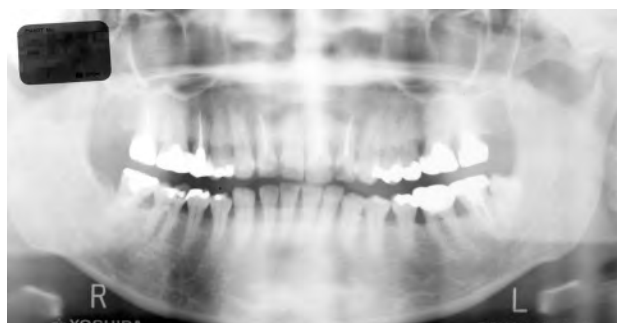


図5 初診時パノラマ

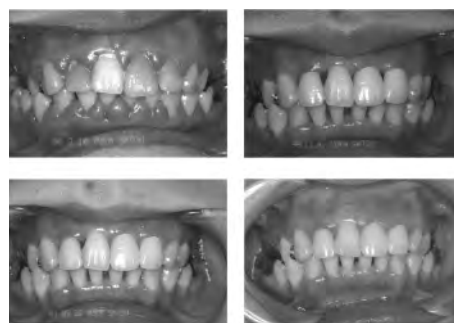


図6 左上：初診時 右上：2年後
左下：3年後 右下：5年後

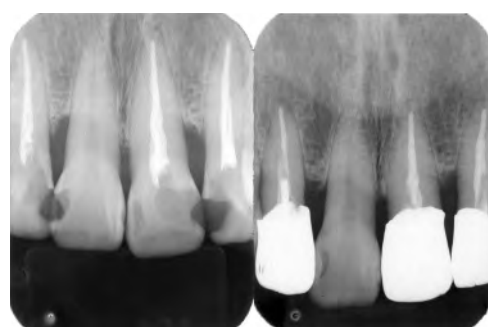


図7 左：初診時 右：5年後

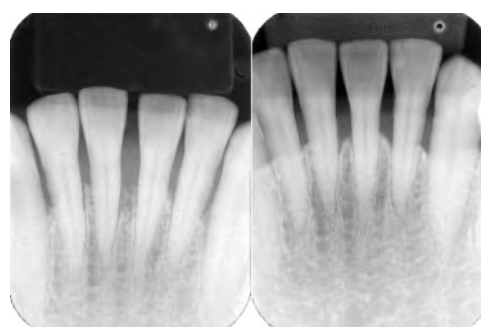


図8 左：初診時 右：5年後

い、さらにジェルコートとコンクールを併用し現在の状態を維持しています。

外科処置を行って歯周環境を整え、理想的にメインテナンスを進められたケースです。

■おわりに

歯周治療は患者さんの性格や背景を掴むところから

始まります。患者さんの傍らで手を差しのべ、ともに歩んで行けるよう患者さんそれぞれに合わせた歯周治療の進め方を模索していきたいと考えています。ある患者さんから「歯を磨くために生きているのではなく、生きるために歯を磨くのだ。」と言われました。この言葉を肝に銘じて診療にあたりたいと思います。 □

どのような電動歯ブラシをお薦めですか？

—エビデンスに基づく音波歯ブラシ・ソニックアーエリートの特徴

青木 俊子 [東京都台東区 (株)ヨシダ]

■はじめに

近年のマスメディアの普及や様々な情報が入手しやすい環境の中で、健康への関心度が高まっているような気がします。健康状態を維持するために様々なサプリメントを服用し、年齢・性別を問わずに生活習慣を見直し改善を奨励する情報が多く、また、歯科におきましては口腔内清掃のプロケアとホームケアの役割分担が重要視される中で、数多くの口腔ケアグッズを見かけるようになってきました。

皆様は患者様にどのようなホームケアをお薦めでしょうか？ここではチェアサイドで口腔ケアグッズを紹介する一つの選択肢として、音波歯ブラシ・ソニックアーを紹介申し上げます。

■ソニックアーエリートの特長

ソニックアーエリートの特長には従来の電動歯ブラシと同様に、機械的刷掃効果を期待したバイオフィルムの除去法が挙げられます。それだけではなく、毛先が届きにくい歯間部や歯周ポケット内のバイオフィルムを効果的に除去するという、他の電動（音波）歯ブラシにはないダイナミックフルイドアクション（液体流動力）といった特許技術を持ち合わせた音波歯ブラシです。

ダイナミックフルイドアクションとは、空気中で泡を発生させ、その泡が流れる時に生じる力のことを言います。ダイナミックフルイドアクションを音波歯ブラシで活用するにはブラシの振動数と毛先の振幅が関与します。数ある音波電動歯ブラシの中でソニックアーのみが持つ特許技術がこの効果です。

■応用部位

ダイナミックフルイドアクションによって生じた「流れる泡」を歯周ポケット内の嫌気性菌に作用させることで、その活動を抑制させることが可能となります。また、歯間部、ブリッジボンティック基底面や、ブラケット周囲などの毛先が直接届きにくい箇所のバイオフィルムを水流の力で掻き出します。よって、ソニッ

クアーは従来の電動歯ブラシでは得られなかった二次的な効果を期待することができる音波歯ブラシです。

さらに、異なった3種類のブラシの毛の柔らかさを活用し様々な部位への対応が可能です。例えば、歯ブラシのつま先である若干硬めの素材でできた部分を最後臼歯遠心にアプローチさせればワンタフトブラシの働きをすることが可能ですし、一見、「山切カット」に見えがちなヘッド全体の形状も、実は臼歯部歯面の形態に沿いやすい形状をしています。

■臨床効果

電動歯ブラシと聞くと、真っ先に歯肉や歯面に対する為害性が懸念されがちです。ソニックアーにおきましては従来の電動歯ブラシとは異なり、リニアモーターカーと同じ原理を使用した磁石の力（リニア技術）で振動しています。この磁力よりも強い力（100g以上の圧力）が加わりますと、振動が弱まる仕組みです。手用の歯ブラシで平均200～250gの圧力をかけてブラッシングしていますので、ソニックアーの100g以下の圧力がいかに優しいものかお分かりいただけます。

多くの臨床データを持ち、手用歯ブラシでは成し得ない毛先の超高速振動による機械的なバイオフィルムの除去と、特許技術ダイナミックフルイドアクションによるさらなるバイオフィルムの除去、これらの効果が歯面や歯周組織に優しい圧力で効果が得られることから、歯周治療の世界的権威であるDr.ネビンスやDr.リンデも注目されている電動歯ブラシがソニックアーです。

数ある口腔ケアに関する情報の中で、私たち（株）ヨシダに在籍します11名の歯科衛生士は自信を持ってソニックアーを紹介、推奨しております。私たち一人ひとりが歯科衛生士というライセンスに責任を持ち、歯科臨床の場で活躍される皆様のお役に立ちたいと考えています。□



図1 ソニックアーエリートのイメージポスター.



図2 ダイナミックフルイドアクションの様子.
水面下で無数の泡が発生しています.



図3 ソニックアーエリート患者様向けリーフレット.



図4 ソニックアーエリート標準セット.



図5 家電量販店で見ることができる電動歯ブラシの種類.



図6 ソニックアーが特許をとった液体流動力を発生させるゾーン.



図7 Dr.リンデ Dr.ネビンス
平成17年日本臨床歯周病学会に來日された時のものです.



図8 ソニックアーの効果を試験する擬似バイオフィルムを作る装置.

JCPG会員募集のお知らせ

JCPG（日本臨床歯周療法集談会）は、歯周治療に関心をもっている歯科医師、歯科衛生士などの集まりです。年に一度開かれる学術大会においては、歯科医師、歯科衛生士、一緒に講演を聞くことのできる数少ない勉強会です。JCPGでは、歯周治療に関心のある歯科医師、歯科衛生士の方々から、広く会員を募集しています。是非一緒に勉強しませんか。会員になると、下記のような特典があります。

またJCPGでは、会員の先生方のご意見、要望をできる限り反映させ、大会（学会）をより良いものにしていきたいと考えています。ぜひ聞いてみたいと思う講演テーマや講師、歯科治療における基礎知識や臨床例等に関する新しい企画及びご意見をどしどし発言して下さる方をお待ちしております。共に学びJCPGの発展のためにご協力ください。

会員特典

- ① 歯科衛生士研修会に参加できる（ベーシックコース、アドバンスコース）。
 - ② 学術大会参加費の割引。
 - ③ 歯科医師・歯科衛生士に役立つ講習会への参加。
 - ④ 会報誌の発送。
 - ⑤ 症例相談が受けられる。
- （① ② ③ は有料、④ ⑤ は無料）

入会の手続き方法

入会申込書にご記入のうえ、JCPG事務局へ郵送あるいはFAXしてください。事務局から銀行自動引き落とし用の書類をお送りします。この銀行手続き終了をもってJCPG正会員とさせていただきます。

（現金での入会費および年会費の支払いは取り扱っておりませんのでご了承ください。）

【会 費】

入会費：無料

年会費：歯科医師 6,000円

歯科衛生士：歯科医師会員のところに勤務する歯科衛生士は無料です。

フリーランスや個人歯科衛生士の場合のみ3,000円となります。

【申込先】 JCPG事務局

〒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：jcp@cello.ocn.ne.jp

入会申込書

年 月 日

フリガナ	職業	歯科医師・歯科衛生士
氏名	出身大学	昭 平 年卒
	所属（スタディーグループなど）	
生年月日	昭和 年 月 日生	紹介者
勤務先医院名	自宅	
住所 〒 -	住所 〒 -	
TEL FAX	TEL FAX	
E-mail:	会報送付先	勤務先・自宅

JCPG会員の症例相談システム

【申込・相談の手順】

1. 症例相談者はまず下記の申込先（JCPG 事務局）に電話する。
↓
2. 申込事務局でその症例に対する担当アドバイザーを決定し、その担当アドバイザーから相談会員に直接電話がいく。そして、そのときの内容に応じて必要資料の確認を行う。
↓
3. 資料を担当アドバイザーへ郵送（紛失防止のため、会員は送った資料の控えを保管すること）。
↓
4. 具体的な相談の開始。
↓
5. 相談終了後、アドバイザーは預かった資料を相談会員に返送。

ケース 1 — 1～2 歯についての相談の場合

- デンタルフィルム
- ポケット測定値と出血の有無（BOP）

ケース 2 — 多数歯あるいは全顎的歯周治療についての相談の場合

- デンタルフィルム 10 枚法～14 枚法あるいはパノラマ
- ポケット測定値と出血の有無（BOP）
- スタディーモデル

【申込先】

JCPG 事務局

〒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 : jcp@cello.ocn.ne.jp

【アドバイザー】

岡本 浩，牛島 進，小林和一，清水雅雪，吉田秀人，染谷成一郎，
阿部二郎，菊池 哲 ほか

歯科衛生士・歯科医ともに学べる学会

Back to the basic!

－あふれる情報に惑わされないために－



2006年11月18・19日/日本青年館

第23回 日本臨床歯周療法集談会 学術大会

11月18日 (土) 12:00開場			
国際ホール	501	301	302
13:00～17:00 ライフステージに応じた フッ化物応用の考え方 Prof. 眞木 吉信	SRP 実習 ベーシック	13:00～15:00 体は大きな頭脳体です 小澤 直子 氏 (ヨガインストラクター)	13:00～17:00 ペリオとオクルージョンを 考えた治療計画 Dr. 亀田 行雄 Dr. 松島 正和 Dr. 中田 秀邦 Dr. 齋間 直人
		15:00～17:00 アロマセラピーでストレスケア 小塚 友美 氏 (心理カウンセラー&アロマセラピスト)	コーディネーター Dr. 小林 和一
夜の分科会 (勉強会, 20:00～22:00)			

11月19日(日) 8:30開場			
国際ホール	中ホール	301	302
9:00～10:45 今だから歯周外科手術の基礎 Prof. 木下 淳博	9:00～10:30 歯科臨床における 食事指導の可能性を求めて Dr. 丸森 英史ほか	9:00～12:00 MTMでベストポジションへ Dr. 渡辺 隆史	9:00～12:00 〈愛・歯周博〉 Dr. 清水 雅雪
11:00～12:00 歯周治療における今後の課題 Assoc Prof. 辰巳 順一	10:30～12:00 術者磨きを科学する DH 遊佐 典子		
ポスターセッション			
13:30～14:30 歯周治療における今後の課題 Assoc Prof. 辰巳 順一	13:30～15:00 歯科用小型X線CT(3DX)の 基本性能と歯周病への応用 Prof. 新井 嘉則	13:30～15:00 歯周治療における 矯正治療の活用 Dr. 内田 剛也	13:30～15:00 Perio.をいかに捉えるか Dr. 牛島 進
14:30～16:30 インプラント審美修復における 生物学的比率の概念 Dr. 榎本 紘昭	15:00～16:30 歯周治療の本質を再考する Prof. 伊藤 公一	15:00～16:30 インプラント治療の アシスタントワーク DH 大須賀 幸子	15:00～16:30 NiTi製エンジン用ファイル Dr. 速見 勝彦

■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・相田化学工業株式会社内
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23回JCPG学術大会申込書		該当欄の□に✓をつけ、参加人数を記入してください。			
		参加内容	2日間コース	1日コース(19日のみ)	人数
ふりがな 氏 名:		歯 科 医 師	☐ 会 員 23,000円 ☐ 非会員 29,000円 (内訳:23,000円+入会費6,000円)	☐ 会 員 15,000円 ☐ 非会員 18,000円	名
医院名:		歯科衛生士 歯科技工士	☐ 会 員 13,000円 ☐ 非会員 16,000円	☐ 会 員 8,000円 ☐ 非会員 9,500円	名
住 所: □□□-□□□□	都 道 府 県	ルートトレーニング実習 (学会申込者に限り、定員40名)	+10,000円		名
TEL:		学 生 (当日、学生証が必要になります)	5,000円		名
E-mail:		※申込後の返金は致しかねます。			合計
☐ 入会を希望します(会費6,000円を合計金額に加算して下さい)					円

*入会手続きをされ年会費6,000円を納めていただくと、会員料金のお申込が可能となります。*院長先生が会員の場合、スタッフの方も会員料金となります。
*複数名でご登録の際は申込書をコピーの上、お名前、医院名などをご記入ください。

学術講演の歩みと2006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
第22回	2005 (17)	10. 9 (日) 10 (祭)	日本青年館	Dr.奥田克爾／Dr.井上 孝 Dr.坪田有史／Dr.日高豊彦 DH安生朝子 他
第23回	2006 (18)	11. 18 (土) 19 (日)	日本青年館	Dr.伊藤公一／Dr.眞木吉信 Dr.榎本紘昭／Dr.丸森英史 Dr.牛島 進 他

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

昨年から今年にかけて世の中を騒がせたマンションの耐震偽装問題は、まだ記憶に新しいことと思う。あの事件で思ったことは、不正や犯罪を防ぐためにいくら緻密な法律を作ったところで、人間が本来持つべきモラルが欠如しては、またたく間にその法律は形骸化してしまうということ。

そもそも全ての人にモラルがあれば法律など無用なのだろうが、世の中モラル無き者が少なからず存在するからこそ法律が必要となってくる。ところが、今回のように簡単に法の目をかいくぐる事が出来てしまっただけで、法は無力と言わざるを得ない。建築物の耐震強度の計算そのものが非常に専門性が高いことと、実際の強度が建物の外見からは全くわからないという、素人には全くのブラックボックス状態なのだから、専門家によるチェックが不可欠なのにこの有様である。今後法制度を強化したところで、イタチごっこになりそうな気がしてならない。

ここで私たちの仕事に目を向けてみよう。すると、歯科医療も同じようにブラックボックスだらけなのに気付かされる。口腔内に露出している補綴物については、素人でもある程度評価することができるが、根管治療や支台築造などはレントゲンでも撮らないかぎり、プロでも判断がつかない。そして、診断に対する処置内容のルールも、保険診療の上だけで存在する。歯科医師免許をもつ者は、領域は限られるものの自己責任の上であれば何でもアリなのである。もし、ここにモラルが欠如していたら・・・と考えると、背筋が寒くなるのは私だけではないはず。「どうせ見えないところだから・・・」という悪魔の囁きには耳を貸さず、真摯に歯の耐震強度を上げるべく日々努力したいものである。全ての歯科医療人のモラルとして、

(吉田秀人記)

JCPG会報 Vol.20

2006年8月発行

編集 吉田秀人・松田 究・塚原武典・佐藤勝史・村上 智・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 : jcp@cello.ocn.ne.jp

制作 佐山安夫

印刷・製本 株式会社ビィウエル

©JAPAN CLINICAL PERIODONTAL GROUP, 2006

●本掲載記事の無断転載を禁じます。

Printed in Japan