

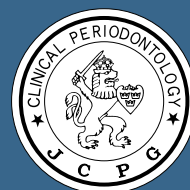
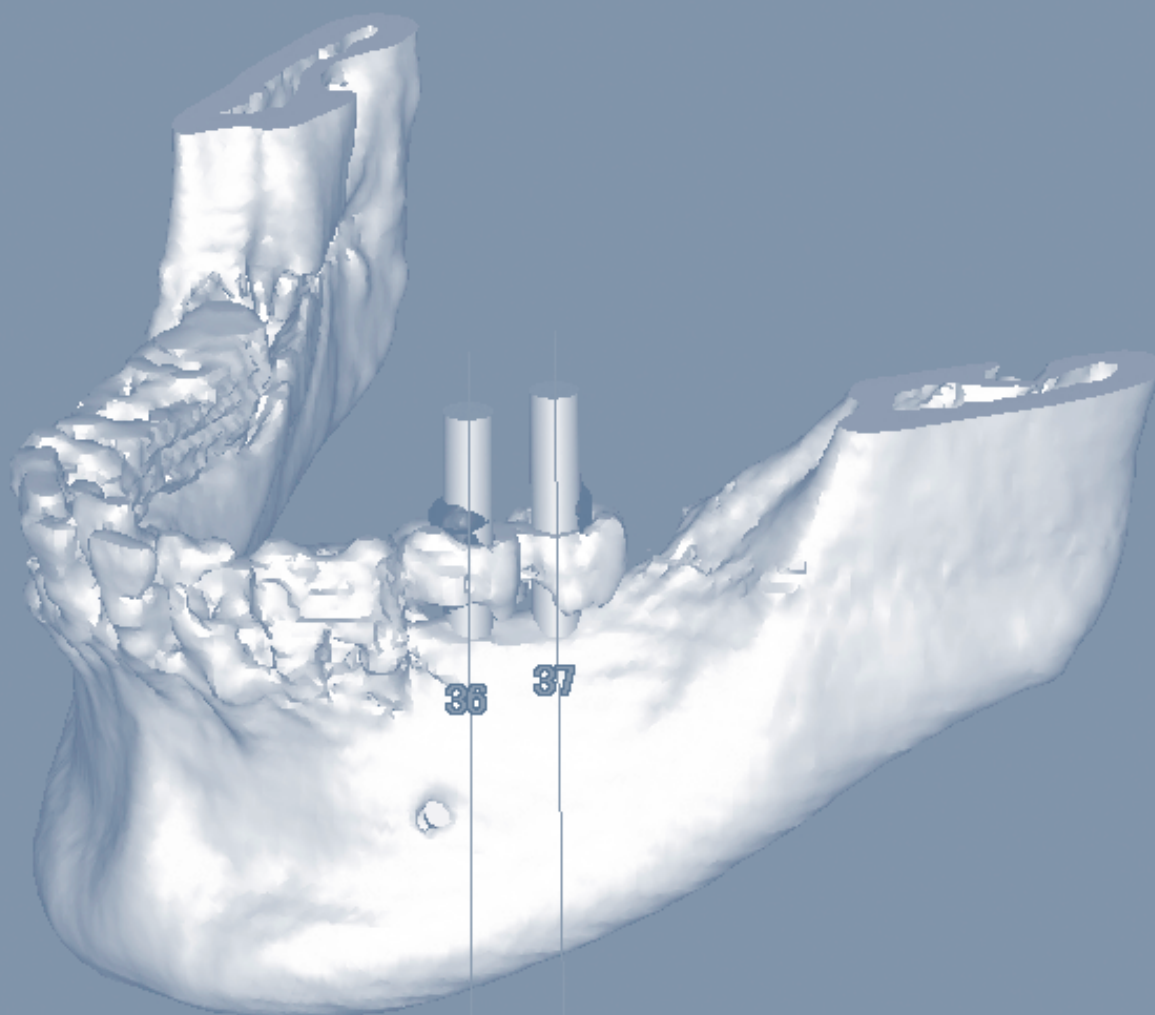
JCPG

会報

Proceedings

JAPAN CLINICAL PERIODONTAL GROUP

Vol.21 October 2007



日本臨床歯周療法集談会

会員諸君，誇りを持ってお互いを刺激し高め合おう

私たちはしばしば比喩的に“無から有をつくる”といいます。しかしこれは比喩的な表現であって、本当になんにもない「無」から何ものかを生み出すことなんておよそ不可能でしょう。私たちは人間の英知が生み出した科学文化の数多の知識や技術，経験などを上手に利用して，豊かな生活をもたらすためにさまざまな工夫を凝らしているのです。まさに有から別の有を創り出しているといえるでしょう。こんなことを考えたのは，歯科医療が人間の生活の質（QOL）を高めるきわめて創造性に満ちた分野の仕事ではないかと考えるからなのです。問題はこちら側にそのような意識があるかないかのちがいでないでしょうか。

たとえば，新宿副都心のまん中にある西口公園になぜ人は集まらないか，と考えてみます。思うに，そこには空虚しかないからではないかというのが私の考えです。行ったことのある人はお分かりと思いますが，たしかに多くの樹木があって木々の葉は青々と繁っています。でも，何か索漠として身の置き所がない感じなのです。高層ビル群だけだと殺風景で非人間的な都市空間だと批判を浴びるかもしれないことを恐れた当時の担当者たちが，お役人的発想でニューヨークのセントラル・パークをなぞったつもりで作ったのがこの西口公園なのではないかと，私はひそかに想像しています。作る人に真のホスピタリティに基づいた想像力がなければ，見かけはどんなに立派でも，サービスを装っただけの空虚な空間にしかなりえないのです。そんなところに人が集まるはずはありません。

私たちの歯科医院における患者さんへの対応も，一歩まちがえると同じ轍を踏まないとも限りません。あらゆる患者さんの歯科的な訴えにきちんと対応できるだけの技術や知識を持たなかったら，どんなに患者サービスに努めると言っても説得力を失ってしまいます。ホスピタリティに富んだ「医療」の姿を歯科医療は本来的に持っているわけですから，このことを深く自覚し誇りを持って自己研鑽することが必要です。むろん過剰に患者さんに媚びる必要は毫もありません。

現在，歯科医療をめぐる状況はひどいものですが，私たちが誇りを失って自己研鑽をやめてしまったら，そのときこそ，私たちは自らの手によって未来を閉ざしてしまうのです。JCPGに集う歯科医師と歯科衛生士およびスタッフの皆さん，患者さんから信頼され，患者さんと息長く付き合う歯科医院となるために，本会での研鑽を通じてお互いを刺激し合い，高め合うことを再確認しましょう。

日本臨床歯周療法集談会会長 小林 和一

JCPG会報 Vol.21

Oct. 2007

Proceedings of JAPAN CLINICAL PERIODONTAL GROUP

Contents

【巻頭言】

会員諸君，誇りを持ってお互いを刺激し高め合おう 小林 和一 1

【特集】ペリオとオクルージョンを考えた治療計画

咬合崩壊を防ぐ力の評価法 亀田 行雄 6

歯周組織の残存量と咬合接触様式 松島 正和・清水 宏江 8

私の臨床での力のコントロール 中田 秀邦 10

自家歯牙移植成功のためのエッセンス 齋間 直人 12

【講演傍聴記】

「歯科臨床における食事指導の可能性を求めて
—歯周病治療から学校における保健指導までのあゆみ」を聴いて 谷本 亨 14

「歯周治療における今後の課題」を聴いて 永淵康太郎 16

「歯周治療の本質を再考する」を聴いて 畑中 秀隆 18

「愛・歯周博」を聴いて 居樹 秀明 20

【ポスターセッション1 歯科医師】

アンテリアガイダンスを考慮した1症例 畑中 秀隆 22

3Dリンガルアーチについて 本郷 拓 24

インプラント治療の導入に際して構築した当院の治療システム 武居 純 26

自然挺出を用いて2壁性の垂直性骨欠損に対応した一症例
—挺出の有用性について 横田 悟 28

自家歯牙移植により大臼歯部咬合支持を獲得した一症例	栗林 拓也	30
---------------------------	-------	----

【ポスターセッション2 歯科衛生士】

機械的歯面清掃を取り入れませんか？	青木 俊子	32
-------------------	-------	----

隣接面着色物の効率的な除去について —改造電動フロスホルダー—	小林美和子	34
---------------------------------	-------	----

歯周治療における歯間ブラシの重要性	添田 夏世	36
-------------------	-------	----

アンケート調査に基づく患者さんの本音	大野綾子・布瀬川和恵・牧 宏佳	38
--------------------	-----------------	----

歯周治療における“根面カリエス”を防ぐサリバテストの勧め方	椎名 希	40
-------------------------------	------	----

歯ブラシの特徴を活かした磨き方	中村 真奈	42
-----------------	-------	----

【編集後記】	吉田 秀人	
---------------	-------	--

[特集]

ペリオとオクルージョンを考えた 治療計画



咬合崩壊を防ぐ力の評価法

亀田 行雄



歯周組織の残存量と咬合接触様式

松島 正和・清水 宏江



私の臨床での力のコントロール

中田 秀邦



自家歯牙移植成功のためのエッセンス

齋間 直人

咬合崩壊を防ぐ力の評価法

亀田 行雄 [埼玉県川口市 かめだ歯科医院]

■はじめに

歯周疾患の原因は細菌感染による炎症であり、外傷(力)ではないことが言われてきた。そのためプラークコントロールを徹底することが第一であり、反論の余地はない。しかし臨床においては、炎症と力の共同破壊で歯周病が進行することも多い。今回、オクルージョンの問題を抱えた歯周疾患症例を提示し、ペリオとオクルージョン両面からの治療計画について考察する。

■症例：過度のアンテリアオーバージェットをもつ歯周疾患症例

患者：61歳、男性

主訴：左下臼歯が痛くて噛めない（ $\overline{17}$ 急性発作）

右下Cr脱離（ $\overline{61}$ 歯根破折）

全身的既往歴：特記事項なし

① ペリオの問題点（図1～図4）

- ・プラークコントロールの不良
- ・浮腫性の歯肉炎
- ・中等度の歯周疾患
- ・水平性の骨吸収

② オクルージョンの問題点（図2, 3）

- ・過度のアンテリアオーバージェット
- ・アンテリアガイダンスの欠如
- ・臼歯部咬合支持の減少

いわゆる咬合崩壊が始まった症例に対しては、ペリオ(炎症)とオクルージョン(力)両面からの対策が必要になる。特に力を評価する指標は少なく、捉えにくいため注意を要する。そのような症例では、ブラキシズムなどの過剰な咬合力が関係するのか、あるいは咬合力自体はさほど強くないが受容側の歯周組織が脆弱なためなのかという評価が必要となる。前者の場合、いくら理想的なオクルージョンを再構築しても、全体的な力が強く破折など一次性咬合性外傷を起こしかねない。また後者のように咬合力が通常であれば、適切なオクルージョンにより力の分散を図ることで、咬合崩壊を少しでもくい止めることができる。

では、具体的な指標が定まっていない力をどのように評価するかは、以下の現症を総合的に勘案すること

が適切と考えている。

1) 力の評価（過剰な咬合力か受圧側が脆弱なのか）

過剰な咬合力による現症は以下の項目がある。

1. 過度な歯の咬耗
2. 生活歯・失活歯の歯根破折やセメント質剥離
3. 修復物の頻繁な脱離
4. 頬粘膜の白線、舌圧痕
5. 骨隆起
6. 咬筋の肥大、下顎角の張り
7. TMD症状

本症例では、上記2と3の歯根破折や修復物の脱離の既往はあったが、これはアンテリアガイダンスの欠如による臼歯部負担過重の影響が強いと推測できる。他の項目に関する所見はないため、咬合力は通常であるが、受圧側が脆弱のため咬合崩壊が進行したと診断した。

以上のことから、ペリオに対してはプラークコントロールを徹底すること、オクルージョンに対しては、ブラキシズムなど過剰な咬合力はないため、アンテリアガイダンスを確立し臼歯部の咬合支持を増やすことで力の分散をはかることを計画した。

2) 治療計画

- ・歯周初期治療
- ・保存不可能な歯の抜歯（ $\overline{17}$, $\overline{61}$ ）
- ・不適合補綴物の除去
- ・根管治療
 $\underline{11}$, $\underline{11}$ の抜歯後、 $\underline{3+3}$ のBr
 $\underline{11}$, $\underline{11}$ を $\overline{61}$, $\overline{71}$ 部へ歯牙移植
- ・補綴
- ・メンテナンス（SPT）

■結 果

1) ペリオに対して

1. プラークコントロールを継続することで非外科的に対応することができた。
2. 歯根近接に対しMTMを行うことで清掃性が改善できた。
3. 過度なアンテリアオーバージェットを改善すること



図1 初診時正面観
61歳、男性。プラークコントロールは不良であり、浮腫性の歯肉炎が観察される。



図2 初診時前歯の被蓋関係
過度のアンテリアオーバージェットがあり、アンテリアガイダンスは欠如している。

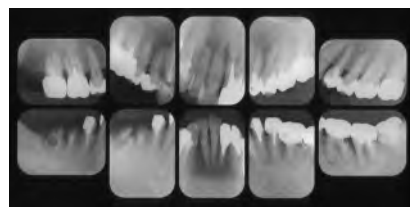


図3 初診時X線写真
中等度の歯周疾患による水平性の骨吸収がある。17と61は保存不可能と診断した。



図4 初診時歯周検査
歯周初期治療を行う。歯根近接の改善および歯の長軸方向へ咬合力を誘導するためMTMを予定した。



図5 プロビジョナルレストレーション
61、71欠損に対して11、12を歯牙移植し、白歯部咬合支持を増やした。



図6 ゴシックアーチ
中心位を再確認するためゴシックアーチを描記し、同時にChBを採得した。



図7 メインテナンス時
アンテリアガイダンスを付与することで白歯離開を可能にした。

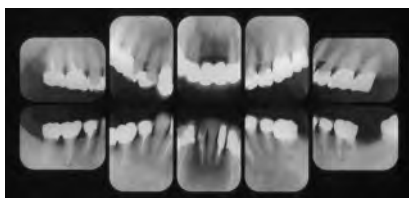


図8 メインテナンス時のX線写真
歯周疾患に対しては、非外科的なスクレーピング、ルートプレーニングのみで対応した。

で、口唇が閉じやすくなり、唾液による自浄作用が改善した。

が歯の長軸方向へ加わるようにした。

2) オクルージョンに対して

1. 白歯部咬合支持は歯牙移植を行い増加した。
2. 咬合高径は適切と診断し、変えなかった。
3. 下顎位はプロビジョナルレストレーション時に、中心位で安定することを確認した。その後Go-Aを描記し、中心位の再確認と顎運動が円滑であることを確認した。また5mm偏心位にてチェックバイトを採得し、半調節性咬合器にて補綴物を製作した。
4. アンテリアガイダンスは補綴により確立し、白歯離開を可能にした。
5. 咬合平面が許容範囲内となるよう修正した。
6. 歯軸の傾斜に対してはMTMにより修正し、咬合力

■考 察

咬合崩壊が始まった症例に対しては、歯周環境の整備が重要であると共に、歯列に加わる力の診断が重要となる。その際ブラキシズムなど過剰な咬合力が関係する症例なのかを見極め、その上で綿密なオクルージョンの確立が必要となる。本症例では過剰な咬合力は加わっていないと診断し、咬合力の分散を目的としたオクルージョンを付与した。反対に過剰な咬合力による咬合崩壊の症例では、咬合力自体を弱めるような対策（自己暗示療法、周囲筋肉のリラクゼーションなど）や、咬合力からの保護（ナイトガードなど）を主眼におくべきであると考えている。 □

歯周組織の残存量と咬合接触様式

松島 正和・清水 宏江 [東京都千代田区 神田歯科医院]

■はじめに

補綴治療の予知性を大きく左右する2大要件として、力のコントロールおよび細菌への対応があげられる。日常臨床の場合において、あらゆる基礎治療から丹精込めて治療を施してきた最後の詰めは術者が補綴物によって付与する咬合接触様式、ならびに咬合面形態である。またこれらは、今後その歯列を支えてゆく残存組織の支持能力に応じたものでなければならない。

進行した歯周疾患では歯牙支持組織の残存量が少なく、補綴治療の原則である「残存組織の保全」「機能回復率の向上」および「審美性の回復」を行うことは決して容易ではない。

今回、重度の歯周疾患に罹患し咀嚼障害および審美障害を伴う症例に対して、力のコントロールの観点から、その咬合接触様式に前方歯誘導型のリングライズドオクルージョンを付与し良好な結果が得られたので報告する。

■症 例

患者：53歳 女性

主訴：歯肉が腫れている。うまく咬めない。

既往歴：特記すべき全身症状なし。

現病歴：約5年前より全体的に歯肉の腫脹と疼痛を繰り返して来たが放置していた。数カ月前より出血がひどくなり来院。

診査・診断：歯周組織検査，X線診査，咬合診査，および顎関節診査より病態の把握を行い，本症例が重度の歯周組織の破壊により咬合支持能力が著しく減少していると診断し，治療を開始した。

■治 療

歯周組織における炎症のコントロール，適切な咬合支持，および審美性の回復を目的とし，治療開始初期においては，TBI，SC，SRP，感染根管処置，予後不良歯の抜歯，プロビショナルレストレーションによる歯周組織の炎症のコントロール，および咬合力のコントロールを行った。さらに，上下顎とも軟組織，およ

び硬組織のオギュメンテーションの後，下顎にはインプラントを用いたボーンアンカーブリッジ，上顎では骨の平坦化がどうにか得られ，クロスアーチブリッジで治療を行った。そして，最重要課題である力のコントロールに対しては，最終補綴物に前方歯誘導型のリングライズドオクルージョンを付与した。

術後，約5年半が経過したが，炎症のない歯周組織と安定した咬合状態は維持されており，咀嚼パターンは垂直的に変化し，患者の満足度も良好である。

■考 察

進行した歯周疾患を伴ったりハビリテーション症例における予知性を考える際に，力のコントロールは極めて重要なテーマとなる。また，歯周補綴治療のほとんどの失敗は力学的要素に関連しているとの報告も多数認められる(Kois, 1992)¹⁾。さらに，インプラント治療が加われば，その複雑性はますます増してくる。また，Messermann等のスタディーによると，健全な天然歯と比べて歯周疾患などで骨吸収が歯根長の2/3認められるケースでは，垂直方向では1/10以下，水平方向では1/100以下に低下することが報告されている(図7)。本症例に必要な咬合接触様式とは，咀嚼パターンが垂直的に変化し，機能時に生じる垂直的，水平的な咬合力が小さく食品粉碎能力の高い咬合接触様式である。今回の前方歯誘導型のリングライズドオクルージョンは極めて有効であり，力のコントロールの役割をなしていると考える。今後，本症例を含め，特殊な条件が整い有歯顎にリングライズドオクルージョンを付与した症例の経過をまた報告したい。 □

参考文献

- 1) Kois JC, Spear FM : Periodontal prosthesis: creating successful restorations. J Am Dent Assoc 123(10):108-115, 1992.



図1 初診時の正面観 歯肉の著しい炎症が認められる。

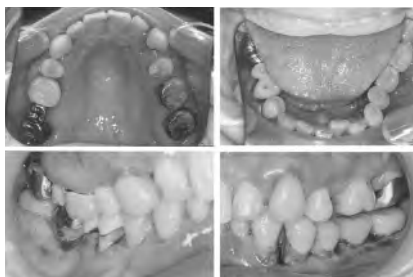


図2 初診時の咬合面および左右の側方面観 咬合支持能力の著しい低下が認められる。

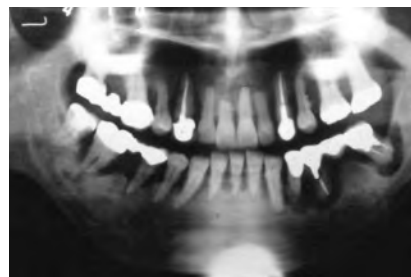


図3 初診時のX線写真. すべての歯牙に中等度以上の歯槽骨吸収が認められる。



図4 治療終了時の正面観. 歯周組織における炎症のコントロール, 適切な咬合支持および審美性の回復が得られ, 患者の満足度も良好である。

オクルーザルコンタクト



図5 治療終了時の咬合面観およびオクルーザルコンタクト 後方へのブレイシングコライザーが付与された前方歯誘導型のリンガライズドオクルージョン



図6 治療終了時のX線写真. 歯槽骨レベルは平坦化が得られ安定している。

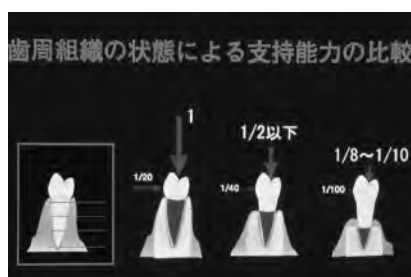


図7 歯周組織の状態による支持能力の比較 歯槽骨吸収が歯根長の2/3進めば歯牙の支持能力は垂直方向では1/10以下, 水平方向では1/100以下に低下する。



図8 5年6カ月後のリコール時の正面観. 炎症のない歯周組織と安定した咬合状態が維持されている。



図9 臼歯部に付与された咬合面形態 機能時に生じる重直的, 水平的な咬合力が小さく食品粉碎能力の高い咬合面形態

私の臨床での力のコントロール

中田 秀邦 [東京都千代田区 中田歯科医院]

■1. 治療後の力のコントロール

健康維持のためのメンテナンスの重要性は言うまでもない。力のコントロールはスプリントに頼るところが大きい。これを効果的に行うのは難しい。その主な原因はスプリントの違和感と、導入の困難さだと考えられる。

私はスプリントの形態と導入のためのモチベーションによりこの問題に対処している。そこでコントロールが難しく、80%の人がしているとも言われる睡眠中のブラキシズムへの対応について症例を交えて報告する。

■2. ブラキシズムへの対応の基本姿勢

ブラキシズムはその原因も、その意義さえも明確でない(図1)。そこでスプリントにより力をコントロールして顎口腔系に伝え、スプリント上でスムーズなブラキシズムが行える状況を確認するという道を選択している。

■3. スプリントの形態

生体に優しく、違和感を抑え、力をコントロールするため次の3点を心がけて作製、調整している(図2・図3)。

- (1) 外形：口蓋粘膜も被覆し、転覆・離脱に対応する。
- (2) 厚さ：使いやすく、下顎頭位を変えないため極力薄くする。穴が開いても歯牙同士が接触しなければ問題ない。
- (3) 咬合関係：咬んだ時には対合歯と均等接触し、偏心運動時には速やかに臼歯部が離開するようにする。

■4. スプリントの導入(モチベーション)

私のモチベーションのポイントは次の3点である。

- (1) 自分で気付く：日中に何気なく歯を接触させたり、食いしばったりしていることがある。それを意識的に観察させ、力の影響に自分の体験を通して気付いてもらう。
- (2) 力の弊害の理解：歯が軽く接触しているだけでも閉口筋は持続的な収縮を強いられ、そこに突発力

が加わるとさらに閉口してしまうのも問題である。また側方圧、過剰な垂直圧も問題である(図4)。これらの理屈をわかりやすく説明する。

- (3) 力のコントロールの体験：歯の接触到気付いたら安静位空隙を意識して設けるように指示する。覚醒時の力はこれだけでコントロールできることを体験してもらう。

その上で睡眠中はスプリントを入れるだけで簡単にコントロールできることを説明し導入していく(図5)。

■5. 応用症例

- (1) 患者：31歳 男性(会社員)

主訴：右上臼歯部口蓋側歯肉の腫脹。1週間ほど前に自発痛があった(図6)。

- (2) 所見：所々に垂直性骨吸収がある。スピーのカーブが強く、上下前歯は咬頭嵌合時に接触せず、アンテリアガイドも喪失していた。全顎的に咬耗の跡が著明である。

- (3) 診断：外傷性咬合を伴う広汎型侵襲性歯周炎。

- (4) 治療経過：

- ① 初期治療：歯周基本治療と並行して咬合調整、ストレッチ指導、アンテリアアプライアンス装着を行った。
- ② 歯周外科治療：ストレッチ指導、アンテリアアプライアンスの装着と観察・調整を繰り返しながら全顎的にエムドゲインを用いた歯周再生外科治療を行った。
- ③ 修復治療：犬歯にコンポジットレジンにて側方運動のガイドを付与した。その後薄い全歯被覆型スプリントにより、予防的に就寝時のブラキシズムに対応した(図7)。
- (5) X線写真：垂直性骨吸収の改善傾向が見られた(図8)。

スプリントの効果を客観的に示すことは困難である。私は、治療後のスプリントは危機管理の手段と考えている。現症や経過などから総合的に考えて、術者が危険であると判断した場合は入れてよいと思う。だからこそ生体にやさしい形態を基本とすべきである。

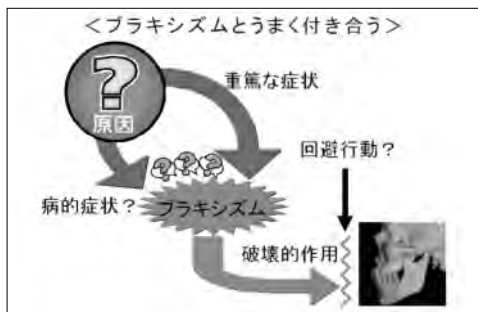


図1 ブラキシズムは病的症状なのか、より重篤な症状の回避行為なのかも明確ではない。



図2 咬んだ時に均等接触し、偏心運動時は臼歯離開する。穴があいても構わない。



図3 なるべく薄くし咬合挙上量を少なくし、下顎頭位を変えない。



図4 姿勢維持、カメラの三脚、釘抜き時のジグリングなどを例に力の弊害を説明する。

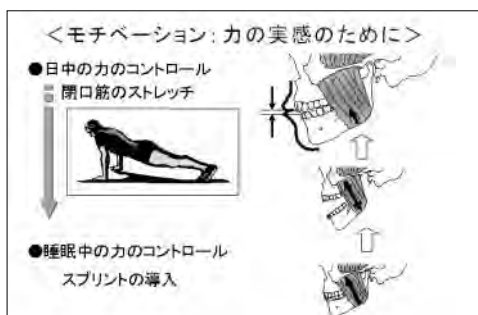


図5 安静位空隙を維持するためには力を感じたら大開口してストレッチすることが大切。



図6 6]の腫脹。口蓋に大きく腫脹している。アンテリアガイドが喪失している。



図7 コンポジットで犬歯誘導を付与し、スプリントを併用してメンテナンスしている。

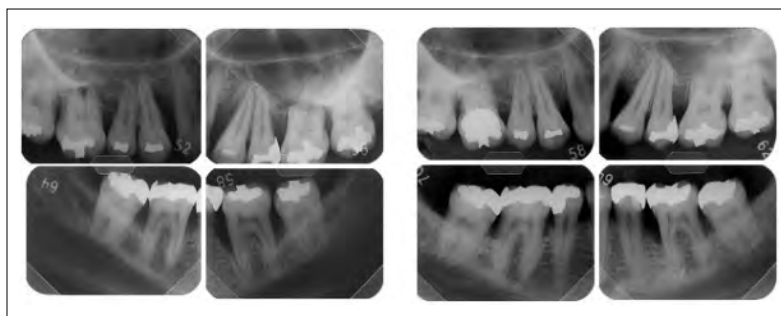


図8 垂直性骨吸収は改善傾向を示した。スプリントは危機管理のため必要と判断した。

■6. まとめ

治療後の力のコントロールも治療中のそれ同様、とても重要である。良好にメンテナンスするためのスプリントに関する要点をまとめる。

(1) ブラキシズムは除去するのではなく、うまく付き

合う。

(2) 患者の自発的なスプリントの使用が成功の鍵。

(3) スプリントは薄くし、下顎頭位をなるべく変えない。



自家歯牙移植成功のためのエッセンス

齋間 直人 [横浜市金沢区 さいま歯科医院]

■はじめに

第23回JCPG学術大会において、「ペリオとオクルージョンを考えた治療計画」と題してリレー講演が行われた。筆者は自家歯牙移植の前処置として、ドナー歯にExtrusionを行う方法の有用性について症例と文献から報告し、あわせて歯周病患者への治療計画の中で、咬合支持回復のために自家歯牙移植を用いた症例を提示した。

■自家歯牙移植成功のためのエッセンス, Extrusion

自家歯牙移植の前処置として、ドナー歯にExtrusionを行う方法は林によって報告されている¹⁾。はじめに、その有用性を示唆する文献を紹介したい。

まず、自家歯牙移植術の成否を決定する要因のひとつとして、ドナー歯の歯根膜の温存が挙げられることにはコンセンサスが得られていると言えよう²⁾。Andreasenら³⁾のサルを使った実験では約2mmの幅の歯根膜の喪失を新付着で修復できる可能性を示しているが、それ以上の喪失はアンキローシスを起こす危険性を意味している。術前処置としてドナー歯にExtrusionを行うことは、ドナー歯の歯根膜を伸張させ、結果的に歯根膜が損傷剥離することを防いでいるメリットがある。また、実際の抜去時にはドナー歯が緩んだ状態となっており、根の破折といった偶発症も防いでくれる。

高橋ら⁴⁾のイヌを使ったExtrusion時の血管鋳型標本では伸張した歯根膜内に毛細血管が豊富に含まれていることを示している。このことは移植後の治癒過程に有利に働くであろうことを伺わせる。

村松⁵⁾は特殊な染色をすると細胞が青く染まる近交系マウスを用い移植後の治癒過程において、ドナー側およびレシピエント側の細胞の動態を観察している。その実験を踏まえ、追加実験と他文献の参照から、移植前処置としてExtrusionを行うことの有用性についていくつかの考察をしている。そもそもExtrusion時の組織変化は、矯正移動時の牽引側のそれにあたり、牽引側に見られる組織の増殖および増殖能が通常時の約6倍であるとするGouldらの論文と細胞増殖のマーカーで

ある増殖細胞核抗原(PCNA)の高値発現を挙げている。先のAndreasenらの報告では、ドナー歯根とレシピエント側の距離が近いとアンキローシスを起こしやすくなることが言われており、このことからExtrusionによって歯根膜の量を増やしていることのメリットを挙げている。また、牽引側には骨形成タンパクBMP-4およびストレスタンパクHSP 25が発現することも見出している。

■症 例

患者：73歳 男性

主訴：全体的に診査してほしい

全身的既往：特記事項なし

歯科的既往：10年以上前に下顎左右臼歯部を抜歯した。同部に両側性部分床義歯を製作するも本人は装着を受け入れられず、その後左下にBrを装着した。右下臼歯部欠損については現在まで放置している。

全体の口腔内写真、デンタルレントゲン、およびポケットチャートを図1～図3に示す。プラークコントロールの不良から全顎的にポケットとBOPがみられた。18には歯根破折が見られ、また、16にI度、17にII度の根分岐部病変、6に口蓋根の歯根露出が見られた。顎位は右側についても幸いなことに4と8で上顎とのヴァーチカルストップが得られていた。ICPとRPは、ほぼ一致していた。ガイドは、右側は切縁で、左側はM型の犬歯誘導であった。

治療計画としては、歯周初期治療、根管治療のうち、6、16、17を歯根分割抜歯し、根露出および根分岐部病変の解決を図る。18の歯根破折については抜歯とし、あわせて対合歯の18についても延出による前方誘導時の咬合干渉の防止のため抜歯とし、それぞれの歯根を5・6・7の欠損部に移植し、咬合支持の改善を図ることとした。なお、顎位とガイドについては、現状を維持することとした。

治療経過として、図4～図6に術後16カ月経過の資料を示す。プラークコントロールも定着し現在のところ良好に経過しているが、今後も注意深く見守って行きたい。



図1 初診時口腔内写真

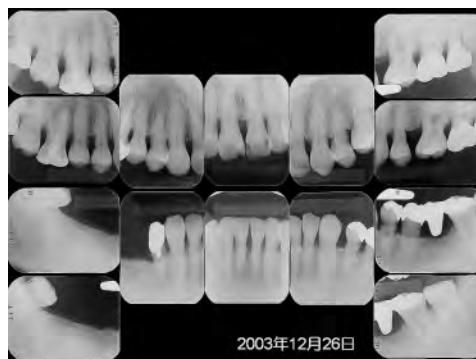


図2 初診時デンタルX線写真

Pocket Chart

平均	15	10	5	0	計測者	長谷川
上顎前	0	0	0	0		
上顎中	0	0	0	0		
上顎後	0	0	0	0		
下顎前	0	0	0	0		
下顎中	0	0	0	0		
下顎後	0	0	0	0		

図3 初診時ポケットチャート



図4 術後16カ月経過時口腔内写真

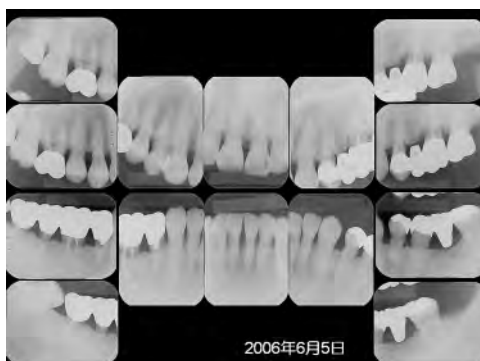


図5 術後16カ月経過時デンタルX線写真

Pocket Chart

平均	15	10	5	0	計測者	長谷川
上顎前	0	0	0	0		
上顎中	0	0	0	0		
上顎後	0	0	0	0		
下顎前	0	0	0	0		
下顎中	0	0	0	0		
下顎後	0	0	0	0		

図6 術後16カ月経過時ポケットチャート

■おわりに

歯周治療は炎症と力のコントロールによって歯根膜を温存し活かしていく行為とも言える。その治療計画において、歯根を歯根膜と共に移植し咬合支持の回復を行う選択肢の有意性は高いといえないだろうか。今回はその自家歯牙移植を成功させるエッセンスの一つとして術前処置としてのドナー歯のExtrusionについて紹介させていただいた。また、前処置としてExtrusionを行う有用性は意図的再植術にも適応となる。 □

参考文献

- 1) 林 治幸：矯正移植 - 自家歯牙移植を確実に成功させるために。砂書房, 東京, 2005.
- 2) 月星光博 編著：自家歯牙移植. 28, クインテッセンス出版, 東京, 1999.
- 3) Andreazen J O & Kristerson L : The effect of limited drying or removal of the periodontal ligament. Periodontal healing after replantation of mature incisors in monkeys. Acta Odont Scand, 39: 1-13, 1981.
- 4) 松尾雅斗, 川戸二三江, 高橋和人：微小循環からみたエクストルージョン. 日本歯科医師会雑誌, 57(3), 2004.
- 5) 浜野弘規, 林 治幸, 村松 敬, 丸森英史, 下野正基：シリーズ 臨床実感を検証する 移植前処置としてのエクストルージョン - 移植歯の治療過程と歯根膜の役割. 歯界展望, 108(3): 469-496, 2006.
- 6) 齋間直人：意図的再植. JCPG会報, 18: 20-21, 2004.

「歯科臨床における食事指導の可能性を求めて —歯周病治療から学校における保健指導までのあゆみ」を聴いて

—丸森英史先生・鈴木祐司先生・石原寛巳先生講演

谷本 亨 [埼玉県川口市 かめだ歯科医院]

■はじめに

昨今、生活習慣病への注意を促すためかメタボリックシンドロームという概念が提示され、テレビや新聞等のメディアでこの文字を見ない日はないほどの関心を集めており、食習慣を見直された方も多くいることだろう。

一方、歯科において食事指導というと、カリエス予防というアプローチで糖質の摂取制限や代用甘味料の応用が真っ先に思い付くが、近年は、歯周病予防も含めた口腔全体の健康への影響が本日の演者である丸森先生の著書などでも数多く提示されている。このような背景とも相まって、本講演は非常に興味深く、来場者の関心も一段と高いものであった。

■丸森先生のご講演

丸森先生のご講演では、まず原点である問題意識から始まった。

- ・何故こんなに上手にブラッシングをやっているのに悪くなるのだろうか
- ・何故こんなに次から次へとむし歯や根面カリエスが出来るのか
- ・何故こんなにブラッシングで傷が出来やすいのか
- ・何故こんなに歯肉が赤みを帯びているのだろうか
- ・何故こんなに簡単にプロービングすると出血しやすいのだろうか

歯周ポケットも浅いしわずかなプラークしかないのに

皆が日々感じている疑問であるが、われわれは果たしてどう対応しているであろうか？ 技術の向上に切磋琢磨するのか、はたまた患者さんの怠慢という自己防衛的な思考回路が働くこともあるであろう。ここで丸森先生は数多くの症例を検討すると、背後には必ず食事が出てきて、治療方法よりも本当の意味での原因、つまり甘い物の摂取を控えることがむし歯をなくし歯肉を治癒させると結論付けている。具体的な目標は、砂糖摂取量を1日40gにし、食事は主食、主菜、副菜をバランス良く3食きちんとリズム良く摂るとされ、これには間食を減らし生活習慣病も同時に予防できる効果もあると説明された。

■鈴木祐司先生のご講演

鈴木先生は、“食事が歯肉の抵抗力をつける”と題し、実際に食事指導を行った症例を交えて講演された。

昭和46年に丸森賢二先生が創設されたむし歯予防研究会において、当時はむし歯が多すぎて歯科医師にはとうてい処理しきれないため、子供達のむし歯を治さないで新しいむし歯を作らないようにしようという提言がことの始まりであったようだ。具体的には、歯が生える前の離乳食の時代から甘い物を控えることで味覚を赤ちゃんにインプットし、良い味覚を持った子供に育てる。甘い物を食べることは好き嫌がなく何でも食べられることを邪魔する、と同時に一度好きになってしまった子供に指導することは非常に困難であり、個別指導が必要になってくるそうだ。離乳食での母親指導は一律で行いやすく効果も大きいとのことで、会員の先生方がまず自分の子供で試し研究会で報告していたというエピソードを紹介された。

自院では、栄養士でもある奥様の鈴木和子先生とともにむし歯予防教室に取り組み、現在では当時通っていた子供達が親になり、むし歯が減少したために教室の必要もなくなったとのことである。

その後提示された症例には、ブラッシング指導を繰り返しても改善が見られない患者さんに甘い物を減らすよう指導した結果、粘膜と歯周組織の境界が明瞭なつやのある歯肉に一変した症例や、食生活の異なる2人の子供に対してブラッシング指導をした結果、歴然とした差が生じてきたなど、食生活の改善が歯肉の回復に重要であることが示されていた。

何よりも秀逸なのは、そのように教育されて来た子供達には食事を分析する能力があり、自分で食事を選ぶ知識と行動が身に付いているため、自分で原因が判断でき、再発が少ないとのことであった。そして先生が指導された患者さんは、口々に“もっと早くから食事とブラッシングの重要性を知りたかった”と言われるそうで、それこそが鈴木先生の治療スタイルの正当性を実証していると私には感じられた。

■石原寛巳先生のご講演

石原先生は愛知県の小学校の校医として2年3カ月間取り組まれたことを基に、食生活の重要性をご講演された。



図1 丸森英史先生は「3食をきちんと摂り、間食を減らせば生活習慣病も同時に予防できる」と説く。



図2 鈴木祐司先生は奥様の鈴木和子先生とともに、むし歯予防教室に取り組み、理想的な地域医療を達成された。



図3 石原寛巳先生は小学校での食事指導に取り組むことにより、クラス全体の学習態度にも大きな変化が生じたと報告された。



図4 歯科を歯科医院の外からの視点でとらえることも大事であることを実感！

担当された4年生のクラスは風紀が乱れており、初回の検診では非常に歯肉炎が多い印象を持たれたようだ。先生は学校に対し、“食を整えることにより

- ① 健康の増進
- ② 情緒の安定
- ③ 学力の向上

を計ることが出来る”ことを提案され、栄養士、町役場の保健士、歯科衛生士と協力して徹底した食事指導を行われた。具体的には、食生活についてのアンケートを取り、その結果を子供達に分析させ、食の必要性を理解させる。この取り組みを繰り返すことで、子供達は自分の食生活が正しいのかどうかを判断し、問題点を抽出することが出来るようになっていく。そして食生活が整ってくると、子供達の学習態度に変化が生じしっかりした意見を持つようになり、クラスがまとまってくる。食を通してクラスに1本の柱が出てきたと担任教師が感想を持たれていた。

このように食を通して自分の体、健康に関心を持つことは、歯周病も含め生活習慣病の予防には最も効果的であろう。人格形成に重要な小学生時代にこのような教育を1人でも多くの子供達に提供することも、わ

れわれ歯科医師の大きな責務であると感じられた。

最後に丸森先生は、メタボリックシンドロームの概念の重要性を基に、今後の歯科の方向性を提示された。メタボリックシンドロームとは、内臓脂肪の蓄積によりインスリンの働きが低下し、糖代謝異常、脂質代謝異常、高血圧などの動脈硬化の危険因子が集積し、将来虚血性心疾患を発症するリスクが非常に高い状態である。これを薬で対応するのではなく、その上流に存在する生活習慣の偏りを是正することで、その下流の複合型リスクを一挙に改善することこそが効率の良い予防医学であり、口の健康においても同様なことが言えるとの提案であった。

■おわりに

3名の先生方に共通して言えることは、歯科医師として口の中だけにとらわれず、全身の健康状態にフォーカスを当てていることであろう。目の前の問題だけでなくその上流・背景にある問題点を見据えていくことこそ、これからの歯科医師に課された大きな課題であり、存在意義なのではないかと考えさせられるすばらしい講演内容であった。 □

「歯周治療における今後の課題」を聴いて

—辰巳順一先生講演

永瀨 康太郎 [神奈川県横浜市 永瀨歯科医院]

大会2日目、午前・午後2回に分ける形で明海大学准教授・辰巳順一先生の講演が行われた。標題にかかわるすべてを語るとなると膨大な内容になる。そこで今回はSystematic review（系統的総括）を交えながら

- 1) 糖尿病と歯周治療
- 2) インプラント周囲炎

に絞った話となった。

話の流れとして、文献検索と明海大学における調査および症例の解説という構成であった。

■午前の部：糖尿病と歯周病の関連性

まず午前中は、糖尿病と歯周治療の話から始まった。糖尿病と歯周病の関連性に関する文献検索と調査においては、

- ① 糖尿病は歯周病のリスク因子である。
- ② 歯周疾患患者に対して歯周初期基本治療を行うことによって、おそらく糖尿病患者の血糖コントロールを改善するであろう。
- ③ しかし、それが患者教育の結果、患者自身が節制した結果によるものなのか、口腔内の強い炎症病変の改善によるものなのか、あるいはそれぞれがどの程度影響しているのかは未だ不明である。

④ その点は、今後さらに検討を重ねる必要がある。という内容で、この問題の難しさを示した。

症例の解説の前に糖尿病についての説明があり、中でも日本人の成人6.3人に1人が糖尿病である（40歳以上は5人に1人）という報告には驚かされた。

また、糖尿病患者の歯周組織の特徴として

- ① 歯肉の強い炎症
- ② 深い歯周ポケット
- ③ 急激な骨吸収
- ④ 頻繁な膿瘍形成

が挙げられた。

明海大学の症例の解説では、まず糖尿病の状態をしっかり把握していなかった2型糖尿病の35歳の男性で、Ⅶの抜歯により感染症を起こし口腔底部蜂窩織炎

により気管切開等の処置が必要となったケースが挙げられた。その一方、同じく2型糖尿病で57歳の男性のケースでは、内科との連携のもと血糖コントロールを行いながら歯周組織再生療法およびインプラントを含めた治療を行っており、共に糖尿病患者でありながら明暗を分けた症例提示となった。

治療に際しては、

- ・糖尿病が歯周病を悪化させる。
- ・歯周病が糖尿病を悪化させる。
- ・血糖コントロールが悪いと歯周治療をしても良くならない。
- ・血糖コントロールが悪いと術後感染を起こす危険があるので、観血処置は行えない。
- ・血糖コントロールが良ければ歯周治療によって、歯周病変は改善する。

といったリスクマネジメントを行うとともに、糖尿病患者への説明と患者教育を欠かさないことが大切である。これによって患者さんが全身の健康を見直すきっかけになることは間違いないと強調され、午前中の講演は終了した。

■午後の部：インプラント周囲炎

午後の講演のインプラント周囲炎は、単独歯インプラントの10年生存率が、ブリッジ1歯欠損に比べてきわめて高い数値を示し、有用な治療手段であるというデータ提示からはじまった。

しかし、いくつかの問題点も指摘された。

- ① インプラント周囲の状態は、プロービングでは把握しにくい。
- ② インプラント周囲炎の予知は研究を要する。
- ③ 治療法についても具体的内容はまだ確立されていない。
- ④ 一度汚染されたインプラントが、骨再結合することはない。

といった事柄を列挙した上で、まずは、インプラントへの歯周病原性細菌の感染を予防することが先決であり、そのためには何といたっても残存歯の歯周治療を行



図1 辰巳順一先生は、午前の中で歯周医学の観点から糖尿病と歯周病の関連性について、午後の中でインプラント周囲炎についてじつに簡潔にわかりやすくまとめてくださった。



図2 辰巳先生の素晴らしい講演に聴き入る会員達。ぜひまた機会を作って拝聴したい内容であった。

い、口腔内から感染源を除去することが大切である。そして

- ・インプラント周囲に深いポケットができないようにする。
- ・表面が滑沢なアバットメント、インプラントを用いる。
- ・口腔清掃状態を良好に保つ。
- ・喫煙など歯周疾患のリスク因子を排除する。

などの事柄を遵守するためにも、生涯のメンテナンスを実施する必要があるという結論となった。

■質疑応答

講演の後、質疑応答が行われた。

インプラント周囲炎に関連して、リコールの期間についての質問があった。

これに対し、プラークコントロールは歯周治療と同様な内容が必要であり、3カ月以内のリコールが望ま

しいという返答があった。

第2に、講演では酸性水が感染予防にある程度有効であるという話があったが、器具の腐食の問題にはどのように対処しているのか？という問いがあった。

辰巳先生は、これに対して長時間作用させず正しい使い方をすれば問題はないとの回答であった。しかし明海大学では今後、酸性水の使用をやめる方向で行くとの見解も示していたので、これからどのような手法を採るのか知りたいと思った。

最後に座長の湯田先生からリコール率を上げる上でのコツについて質問があった。辰巳先生は患者さん自身に宛名書きをさせ、担当医の箱に投函させることでリコール率を上げているという説明があった。

辰巳先生の講演は、膨大な量のデータを手際よくまとめられ短い時間にもかかわらず素晴らしい内容であった。また機会を作っていただき、違うテーマでの講演をお願いしたい。 □

「歯周治療の本質を再考する」を聴いて

—伊藤公一先生講演

畑中 秀隆 [茨城県日立市 アン歯科クリニック]

■まさしく“BACK TO THE BASIC!”に沿った内容

日本大学歯学部歯周病学講座教授であるとともに付属病院長でもある伊藤先生のご講演は、私たちが日常臨床の中で直面する事柄ばかりでとても参考になる内容であり、今回の学術大会のテーマである、「BACK TO THE BASIC!」に沿った内容であった。

あらためて述べるまでもなく、歯周病はプラーク中の細菌によって起こる感染症であり、炎症型歯周病は進行の度合いにより歯肉炎と歯周炎に大別される。歯肉炎は非特異的な細菌、歯周炎は特異的な細菌によって発症する。よって、感染源であるプラーク中の細菌を抗生剤や殺菌剤を使用することで除菌すれば、臨床的な治癒が期待できるものと思われる。しかしプラーク中の細菌はバイオフィルムを形成し、生体防御機能の障害となるばかりでなく、抗生剤や殺菌剤の作用をも阻害する。

歯周炎は細菌と生体応答との均衡が崩れることによって生じるが、日常の生活習慣、特に食生活、喫煙などが影響を及ぼすことがわかっている。口腔内に慢性病変があると全身の各臓器に影響を及ぼすことが古くから知られているが、最近の研究によれば、とりわけ歯周炎が心臓血管障害、糖尿病、低体重児早産、誤嚥性肺炎などに関連のあることがわかってきた。

歯周治療の原則は、原因除去を基盤とした病変の早期発見、早期治療である。生涯にわたって危険因子を低レベルにコントロールすることで、病変の進行を抑制するか予防することが可能である。生涯にわたり自立した日常生活動作が行えるような質の高い生活を送るためには歯や口腔ならびに全身の健康づくりはきわめて重要であり、そのためには歯周病予防と歯周治療は不可欠であると結論づけることができる。

今回はこのような内容をわかりやすく解説いただいた。近年歯周治療の発達により歯周組織再生療法などが進歩してきた。その結果、従来では抜歯の適応になっていた歯が保存でき、患者利益をもたらす結果となっている。「最先端技術と人に優しい歯科治療」が大切だと教えていただいた。歯周治療のMIつまり低浸襲治

療が大切だということである。

■“Kiss Theory”

また、“Kiss Theory”という言葉を見せていただいた。これはKeep it simple and safetyという頭文字をとった言葉で、医療の本質といえる言葉である。

治療をsimple and safetyに行うためには、私たちの技術の向上はもちろん、患者様の生活背景を考慮した治療が大切だと感じた。つまり、歯周病をテーマに健康づくりを行うことで、患者様に正しい知識を提供し、患者様自身が治してもらいたいという感覚になるように導くことである。このKiss Theoryという言葉を見せていただき、まさしく演題の通り、歯周治療の本質が込められている言葉であることを実感した。

現在健康づくりの概念が変化してきて、患者様が満足すればいいといわれている。つまりホスピタリティ・マインドという言葉に代表されるよう、医療のホスピタリティは第一に医療技術であることはもちろんだが、患者様との良好な人間関係が大切だと思う。

今回、伊藤先生の講演を拝聴させていただき、まさしく歯周治療の本質を教えていただいたと思う。さまざまな気づきを与えていただいたことを心から感謝したい。 □



図1 伊藤公一先生はJCPGにとり、かけがえのない講師のお一人である。今回も“Kiss Theory”という歯周治療の本質が込められている印象深い言葉を教えてくださいました。



図2 伊藤先生のご講演を一言も聞き逃すまい耳を傾けていた会員達。



図3 座長の花村裕之先生は、絶妙な進行と講演に盛り込めなかった点を伊藤先生から引き出してくださいました。

「愛・歯周博」を聴いて

—清水雅雪先生講演

居樹 秀明 [岡山県岡山市 すえき歯科医院]

JCPGの顔のお一人、清水先生の講演は「愛・歯周博—長期経過から見た歯周病の問題点」と題して行われた。標題の「愛・歯周博」は、清水先生の地元の愛知県で開催された万国博覧会の「愛・地球博」から援用したものである。もちろん、清水先生は単なる駄洒落で主題としたわけではない。歯周治療は歯科医師とスタッフ、患者さんが力を合わせて進めていくもの、すなわち愛が必要なのである。なるほどそういうことだったのかと、演題にまで気を利かせた清水先生のセンスに思わず最初から引き込まれてしまった。

■歯周病の診査、診断—特に、早期発症型歯周炎は要注意

歯肉縁下の細菌による感染症である歯周病の治療には、臨床をトータルに捉えた診査、診断、治療計画が必要とされる。そしてDr.Lindheの見解を紹介されながら、治療計画は10年後を見据えて立案することが必要であると強調された。

歯周病の診査、診断においてまず注目すべきは患者の年齢と病態である。患者の年齢が若いと歯周病の感受性は高い。また、楔状骨欠損、根分岐部病変（Ⅱ～Ⅲ度）の有無が歯周病の病態として重要で、これは根の解剖学的形態が影響するということがあった。

歯周病の分類でわれわれにとって重要なのは、

TYPE I：破壊進行性歯周炎（約8%）

TYPE II：慢性歯周炎（約90%）

の2つである。

歯周病は中等度までは問題ないが、それ以上になると問題になってくる。特にTYPE Iの早期発症型歯周炎は要注意である。いわゆる若年性歯周炎といわれるもので、急速に炎症が進行し遺伝傾向がある。限局型で中切歯や第一大臼歯の骨吸収が進み、なぜか左右対称性に発症することが多い。

■歯周組織からの咬合崩壊—特に根分岐部病変について

多くの場合、咬合崩壊は咬合支持歯の欠損から始ま

る。とりわけ歯周疾患が原因になって咬合崩壊が引き起こされることは、日常臨床においてしばしば経験するところである。

とりわけ咬合崩壊に大きく関与しているのは根分岐部病変である。臨床において最も頻度の高いのが、第一大臼歯が根分岐部病変に罹患したために喪失するというケースで、その結果、咬合の低いブリッジを入れたため第二大臼歯がだめになり、咬合崩壊へと進んでいくのが典型である。

根分岐部病変への臨床的対応としてはルートセパレーションがしばしば行われる。清水先生も十数年前まではよく行っていたが、今はあまり行わないようだ。なぜなら、その多くが歯根破折を起こし、歯を喪失することにつながったからである。下顎の第一大臼歯を根分割する場合、咬合している第二大臼歯がないと予後はよくない。いいかえれば、ルートセパレーションも症例を選ばないと意味のないものになってしまう。

根分岐部病変の対応は非常に難しい。歯牙の形態や状況によって対応法が違ってくるため、こうすればよいという単純な法則はない。歯牙の形態で重要なのはルートトランクの長さとの根の離開度である。ルートトランクが長いと根分岐部病変になるまで時間はかかるが、罹患するとだめになるまでが早い。短いと根分岐部病変にかかりやすいが、根分割をして残しやすい。下顎の場合第二大臼歯は前者が多く、第一大臼歯は後者が多い。また根の離開度であるが、上顎の口蓋根の場合、離開度が大きいと骨が薄いので早くだめになる。

根分岐部病変は、病態が進むにつれ対応は難しくなる。また、再発の危険度も増す。根分岐部病変Ⅰ度までの段階でいかに対応を図るかが、咬合崩壊を防ぐ第一歩となる。そしてプラークコントロールが充分にできること、咬合に参加できる根はどれかなど、よく検討して補綴処置を進めなければならない。

■歯周病と補綴処置

歯周病に罹患している歯を補綴処置する場合、側方力を生じさせないようにしなければならない。そのた



図1 JCPGの顔でもある清水雅雪先生は「術後10年を経過する頃から、いろいろと問題が起こってくる」とご自分の豊富な臨床経験から解説された。次々に紹介される症例は、臨床のあらゆる問題点が集約されているので、本当に勉強になる。



図2 臨床の玉手箱のようなプレゼンテーションにただただ圧倒され感銘を深くする。感謝。

めには咬頭を低くしたり、咬頭頂で咬合接触させる。前歯部では、アンテリアガイダンスの角度や被蓋の量を少なくする。また、中心咬合位で前歯が接触すると側方力が生じるため、Lingual ledgeを形成し、歯列全体に垂直で均等な力が加わるようにする。

■難症例

難症例となるのは、多くの場合下顎歯の欠損が進み、歯列の対向関係が保てなくなるケースである。特に上顎、下顎と別々に考えて治療を進めていくと下顎が先にだめになって結果的に難症例となることが多い。したがって、常に下顎が有利になるような補綴設計をすることが重要である。

下顎で前歯のみ残存している症例は連結しないこともたないことが多い。また、下顎のみ総義歯のいわゆるシングルデンチャーは破折してくる。そのため金属床義歯にすると残りの上顎の歯牙がだめになってくる。

清水先生は、どんなに歯周治療がうまくいってプラークコントロールがよく、メンテナンスを続けていても、治療後10年以上経過すると、1～2本はだめになってくることが多い、と強調しておられた。10年以上の長期症例を次々と目の前で解説していただくと、なるほどとうなずかずにはいられない。清水先生のパソコンがまるで臨床の玉手箱に見えたのは私だけではないだろう。 □

アンテリアガイダンスを考慮した1症例

畑中 秀隆

[茨城県日立市 アン歯科クリニック]

■はじめに

咬合力が強いであろうと予測できる患者さんの治療、特に欠損部補綴を計画する際、従来の固定性ブリッジでは歯根破折を起したり、脱離を繰り返すことがある。そのような時、欠損部にインプラント修復を有効的におこなうことで、支台歯の保護につながると考えている。しかし、インプラント修復においては側方力への対応が重要であることはいままでの間もない。

今回当初、私の安易な治療計画のゆえに支台歯の歯根破折を招いてしまう結果となった。そこで、アンテリアガイダンスを考慮し再度治療をおこなうこととした。こうして良好な結果が得られたので、その1症例を報告する。

■症例

患者：59歳 女性

主訴：右上がおかしい

歯科の既往歴：当院にて⑤④③のブリッジを装着。その1年後に⑤の歯根破折。

全身状態：特記事項なし

診断：⑤歯根破折

⑦遠心部に6ミリのポケットが認められたが、過去に⑧抜歯の既往によるものと考えられる。患者のブラークコントロールは良く、歯周病の問題はほとんどない(図2)。

下顎骨舌側部に著明な骨隆起が認められ、特に前歯部にアブフラクションが認められる。このような所見からブラキシズムが疑われた。よって治療計画は炎症のコントロールと咬合(力)のコントロールに分けて立案した(図3)。

■治療経過

炎症のコントロール

歯周初期治療、⑤の抜歯、③・④・⑤・⑦の根管治療、再評価後⑦にはフラップオペレーションをおこなった。再評価時の歯周組織検査は⑦の遠心部に4

ミリのポケットが残ったが、それ以外はすべて3ミリ以下であった。

■咬合(力)のコントロール

ファセットレジンをを用いたスプリントによりブラキシズムの診断をおこなった。その結果夜間のブラキシズムが確認できた(図4)。

スプリントを使用し咬合高径の修正をおこなった。

今回TEK装着時、プロビジョナルレストレーション装着時および装着3週間後のゴシックアーチによるapexとタッピングポイントの比較をおこなった。その結果、日を追うごとに近似してきているのが観察できる(図5)。

プロビジョナルレストレーションを装着後、約3カ月間の経過観察後、クロスマウントをおこない最終補綴装置の製作へと移行した。(図6・図7)

アンテリアガイダンスにおいては前方運動時、犬歯の近心面が滑走し、切歯が滑走する形とした。側方運動時において右側方運動はミュチュアリープロテクテッドオクルージョン、左側方運動はグループファンクションとした(図8)。

■おわりに

今回は当初の失敗を踏まえた治療計画を立案し、特に力の分散という点でアンテリアガイダンスを十分に考慮し治療をおこなったことで良好な結果が得られたと考えている。

ブラキシズムが認められる患者さんにインプラント修復をおこなうことに不安は捨てられないが、ブラキシズムの質、強さを理解し、それに対応した生物学的配慮や補綴設計をすることで対応できると考えている。

また長期にわたって補綴装置を維持、安定させるためには定期的に歯周組織、咬合の状態を注意深く観察していく必要があると考える。 □



図1 口腔内写真（治療前）

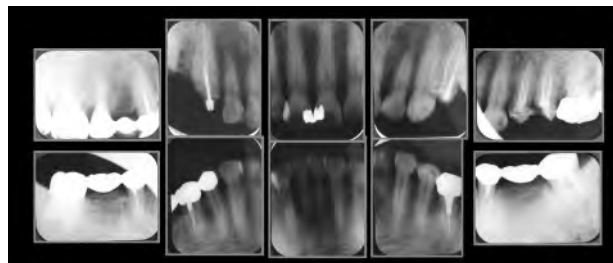


図2 デンタルエックス線写真（治療前）



図3 治療計画

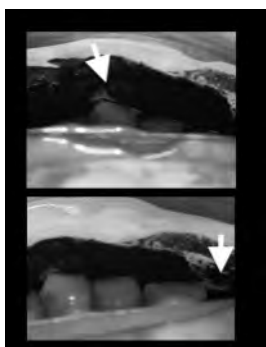


図4 ファセットの診断



図5 ゴシックアーチ描記

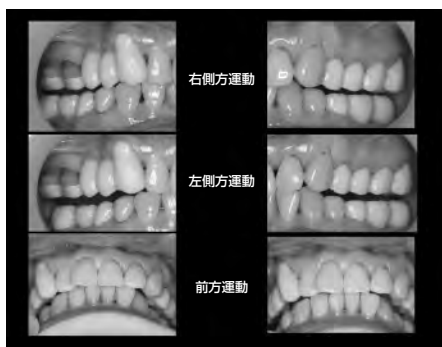


図6 プロビジョナルレストレーション装着時

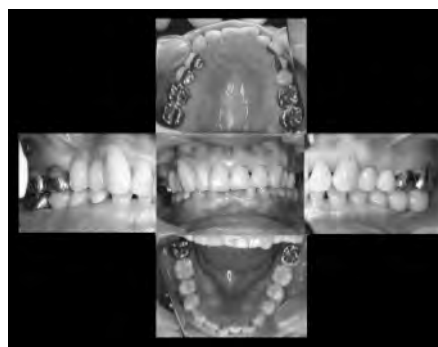


図7 最終補綴装置装着時

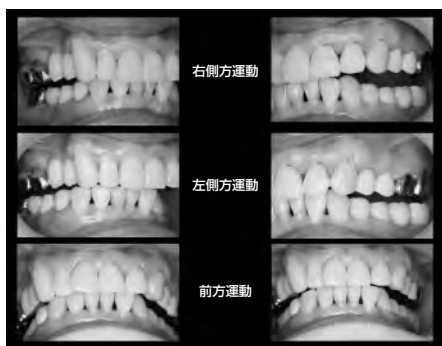


図8 最終補綴装置側方運動時

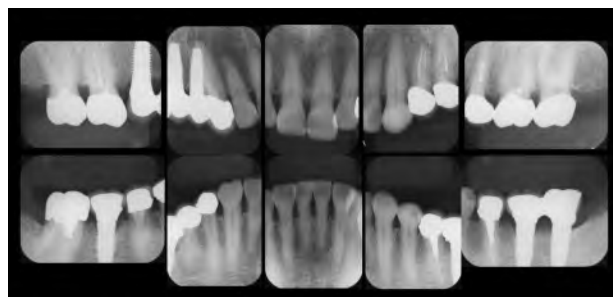


図9 デンタルエックス線写真（治療後）

3Dリングルアーチについて

本郷 拓

[東京都国立市 国立デンタルオフィス]

■はじめに

W.L.Wilsonによって考案された3Dリングルアーチは補綴の前準備や咬合誘導などにおいては、その目的に合わせてさまざまな効果を得ることができる矯正装置である。

■3Dリングルアーチの作用

- ・ 固定
- ・ 前後的な歯列弓長の増加
- ・ 大白歯の3次元的なコントロール
- ・ 小白歯の位置や傾斜の修正
- ・ 前歯の多少な叢生の修正
- ・ その他、各症例に応じた適用

■特色と治療効果

- ・ 3Dリングルアーチの形態はアダプター、アクチベーター、フリクションロック、エクステンダーの4部分から構成されていて、既製品化されている(図1)。
- ・ 術者可撤式装置であるため操作も比較的単純で簡単である。
- ・ 短期間で確実に目的とする治療効果を得ることができる。
- ・ あらかじめ大白歯の舌側にのみ3Dリングルチューブ(図2)をロウ着させたバンドを装着するだけでよい。
- ・ アタッチメント部はツインポストで摩擦力により保持され、装置の脱着は垂直的にスムーズに行える。
- ・ アクチベータには5つの角があり、その部分を操作することによって調節や調整が可能である。

■臨床例

- ・ 患者：64歳 男性(職業：自営業)
- ・ 主訴：左下奥歯の違和感(Ⅰ6：移植歯) 動揺，排膿ともあり
- ・ 既往歴・現病歴・，家族歴：特記事項なし
- ・ 喫煙習慣：なし
- ・ 現症：Ⅰ7，Ⅰ7がカリエス
- ・ 咬合状態：左右とも犬歯ガイド

- ・ ブラキシズムの有無：なし
- ・ Ⅰ7，Ⅰ7が交叉咬合になっている。
- ・ Ⅰ7，Ⅰ7の問題：交叉咬合によりブラークコントロールが困難。顕著な歯の動揺はないが、咬合干渉により不定愁訴(肩こり，耳鳴り，偏頭痛など)が生じる原因の一つとなっていると思われる。

■治療計画

- ・ Ⅰ6 抜歯し，インプラント埋入
- ・ Ⅰ7，Ⅰ7 交叉咬合改善(インプラントを固定源：MTM)
- ・ Ⅰ7，Ⅰ7，Ⅰ6 補綴

■治療計画の検討

Ⅰ7，Ⅰ7に顎間ゴムをかけるだけでMTMは可能か？
顎間ゴム単独のみで交叉咬合を改善しようとする場合治療期間が長期に及び、患者の協力が困難となる場合がある。今回のケースでは固定源になるインプラントを使用することができるので、治療期間短縮のためにⅠ7，Ⅰ7の顎間ゴムのコンビネーションを用い、セクショナルで術者可撤式の3Dリングルアーチを使用した。また、咬合干渉を最小限にするために夜間はナイトガードを装着した。

■治療経過

Ⅰ6 抜歯，約3カ月のⅠ6相当部にITIインプラント(4.1φ×8mm)を埋入し，約2カ月後にⅠ7，Ⅰ7の交叉咬合を改善するためにインプラントを固定源にしてMTMを開始した。MTMの際にはプロビジョナルクラウンにあらかじめ3Dチューブをロウ着しておき，3Dリングルアーチ(3Dセクショナルユニット)を模型上で合わせておく。次いで，口腔内に装着し，3週間に1回調整した。また，治療期間短縮のためにⅠ7，Ⅰ7にはリングルボタンをつけて顎間ゴムを使用し，夜間はナイトガードを装着してもらった。MTMの終了後，Ⅰ7，Ⅰ7，Ⅰ6の最終補綴に移行した。動的期間は約6カ月を要した。

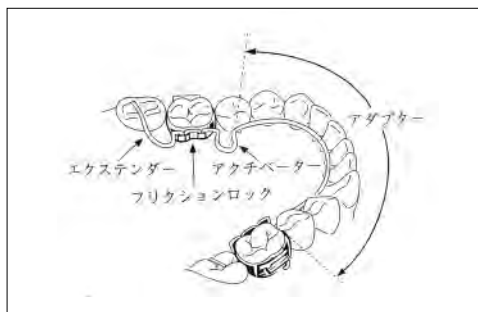


図1

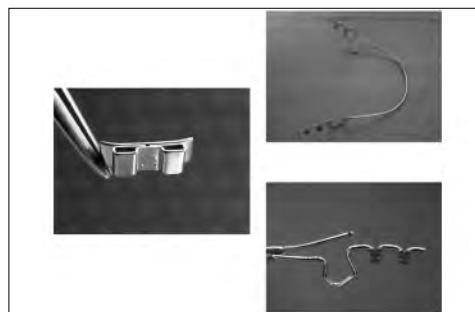


図2



図3

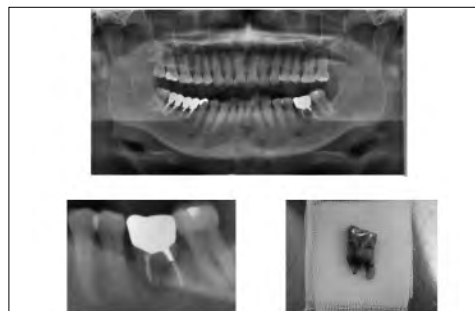


図4



図5



図6



図7



図8

■考察

- ・固定源を有効に利用して期間短縮がはかれた。
- ・顎間ゴムを併用しなくてもうまくいったのではないか。
- ・装置付近のプラークコントロールが難しいのは欠点。
- ・もともと挺出傾向にあった $\overline{7}$ を歯列に戻すと、矯正力はさらに挺出を促す方向に作用するため、上下の

咬合関係に問題が生じることが予想された。今回のケースでは補綴処置（有髄歯のまま）により改善が可能であった。

- ・今回使用した3Dセクショナルは、3Dリングルアーチの変形であるが、単純な歯牙移動から、複雑な歯牙移動にいたるまで、広い範囲をカバーする作用を有する。 □

インプラント治療の導入に際して構築した当院の治療システム

武居 純

[神奈川県横浜市 タケス工歯科医院]

■1. 緒 言

インプラント治療は、そのめざましい発展と普及により、一般患者からの需要も増え続けてきている現状にある。実際にインプラント治療は、今まで義歯で悩み続けてきた多くの患者を救い、また少数歯中間欠損症例などでも、隣在歯を削ることなく、さらには隣在歯に応力を負担させることがないため、結果として残存歯列の寿命を延ばすことになるという有用性も備えている。故にわれわれ臨床医としては、インプラント治療はすでに避けては通ることのできない選択肢のひとつとなってきた。

しかしながら、現実として、不徹底な診査や、不適切な治療環境、さらにはメンテナンス不足などの原因により、さまざまなトラブルも生じているのは実に悲しいことである。

筆者は、長年における準備と訓練期間を経て、昨年より当院においてもインプラント治療を導入したわけだが、実際にインプラントをやるからには、あらゆるリスクを回避して、信頼性の高い治療を提供していきたいと常々考えていた。

そこで当院では、インプラント治療を始めるにあたり、下記のシステムを確立させた。ここでは、この中で特に重要と考えている3つの項目について紹介し、皆様のご指導を賜りたい。

初診から1次オペまでの流れについて—当院のシステム

- 1) 初診： 問診，口腔内診査，診断
- 2) 口腔内清掃状態の把握，モチベーションの有無
- 3) 内科主治医との連携
- 4) 各種書類の説明（インフォームドコンセント）
- 5) 術前処置
- 6) 口腔内清掃状態の向上
- 7) サージカルステント作成
- 8) SimPlantによる画像診断
- 9) フィクスチャーの決定
- 10) 手術内容の説明
- 11) 一次オペの日時の決定
- 12) オペ器具の消毒，準備
- 13) 一次オペ

■2. 各種書類の説明—インフォームド・コンセント

われわれ歯科医師が患者に対して、インプラント治療の効果，危険性，その後の予想や治療費などについて，十分かつ，わかりやすい説明をし，そのうえで治療の同意を得ることを徹底して行っている。

さらに，実際に口頭で説明した内容を文書にし，それに署名をしていただいたうえで手渡すことによって，患者に信頼と安心を与えるだけでなく，われわれにとってもリスク回避になるという重要なステップでもある。

■3. 口腔内清掃状態の向上

天然歯以上に歯周組織を良好な状態で維持することが難しいインプラントでは，術前にあらかじめ口腔内清掃状態を改善しておくことが必須である。

その際，当院では患者主導型の指導を目指すようにしている。

まずは正しいブラッシング法を患者自身に身につけていただくことによって，自分自身で口腔内の環境改善とその維持ができることを体感していただくことが前提となる。さらには患者の生活背景にも目を向け，必要であれば改善すべき食生活や生活環境を見直していただくことも大切である。

そのうえでわれわれが行うべき通常の歯周治療を遂行していくことによって，歯周環境の改善を目指すこととなる。

インプラント治療を機に，一口腔単位のみではなく，結果として全身の健康状態を向上させる良い機会になっていただくことを目標として指導を行っている。

■症例：58歳 女性

上顎前歯の不良補綴物による審美障害と発音障害を主訴に来院。ブリッジを切断し，将来的にはインプラントまたはコーヌス義歯を選択する方向で治療を始める。

初診時は中度の慢性成人性歯周炎に罹患しており，口腔内の清掃状態も不良だったため，歯周初期治療の中で徹底したプラークコントロールおよび食事指導を行い，比較的良好な状態にまで改善することができた（図1・図2）。



図1 初診時



図2 歯周治療後

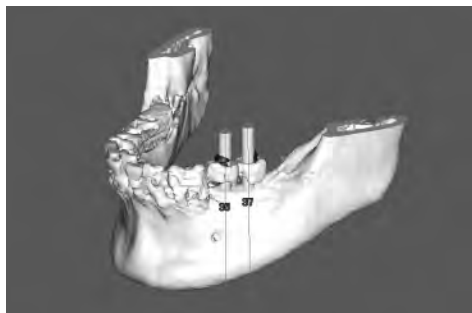


図3 3D画像

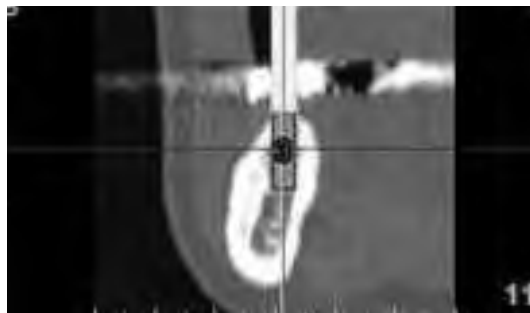


図4 Cross-Sectional View

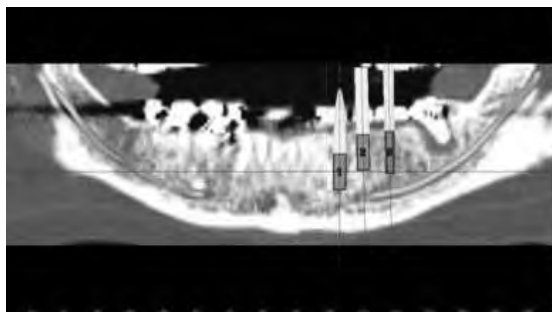


図5 Axial View

■4. SimPlantによる画像診断 (図3~図5)

当院では、術前の周囲歯槽骨の診査として、SimPlantによる画像診断をルーチンとして行うことにしている。SimPlantによる画像診断シミュレーションソフトでは、以下のような利点があり、術前情報を最大限に活用することができると考えている。

① パントモやデンタルでは正確に表すことのできない歯槽部骨量や下顎管、オトガイ孔の位置を、正確に把握することができる。

② CTイメージに基づくシミュレーションソフトを用いることによって、2次元/3次元イメージはもちろん、神経管位置の自動検索や骨密度測定、さらにはフィクスチャー埋入シミュレーションを行うことも可能となる。

③ 実際に画像診断結果を患者に説明する際に、患者の理解度を大幅にアップさせることができ、信頼関係をさらに高める結果にもなりうる。

■5. ま と め

インプラント治療がここまで一般に普及してきた以上、われわれ歯科医師の担う責任は今後ますます大きくなっていくであろう。安易にインプラント治療を進めてトラブルを起こした際には、患者の期待が大きかっただけに失望も大きくなる。結果として確実に患者はインプラント離れをおこし、また歯科医療に強い不信感をもつことにもなりかねない。

故に、われわれ歯科医師がインプラント治療を行う際には、術前にできうるあらゆる準備を行い、情報を最大限に収集して、リスク回避に努める必要があると思われる。今回紹介させていただいた項目を遂行することは、われわれの身を守るだけでなく、患者との間の信頼関係を確立させ、さらには患者に安心感を与えることにもなるのではないだろうか。

当方は、インプラント治療の経験はまだ十分あるとは言えず、今後さらなる鍛錬と努力が必要である。皆様からのご指導とご助言をいただければ幸いに思う。□

自然挺出を用いて2壁性の垂直性骨欠損に対応した一症例

—挺出の有用性について

横田 悟 [東京医科歯科大 歯周病学教室]

■はじめに

垂直性骨欠損への対応として幾つかの方法が考えられる。歯周初期治療で改善する垂直性骨欠損もある、一般的には困難な場合が多いと思われる。オープンキュレターも基本的には歯周初期治療と同じ結果になる事が多いようである。次に挺出を用いる方法がある。これには、外科的なもの(再植、骨外科)、矯正力を用いる方法、自然挺出させる方法がある。いずれの場合でも、歯根の長さや形態・隣在歯・対合歯との関係ですべての症例に対応することは難しいが、垂直性骨欠損の有効な改善方法と考えられる。

最後に再生療法である。現在、歯周組織の再生に用いる材料の開発も盛んで、垂直性3壁性骨欠損に対して、第一選択とされる方法である。

以上の方法の中から今回は、挺出を用いて垂直性骨欠損へ対応した一症例を報告する。

■患者情報

患者: 52歳 女性

主訴: 歯が動く・下前歯の痛み・歯茎からの出血

口腔内診査:

レントゲン写真とポケット診査より 3] に大きな骨欠損と歯の動揺があり、10 mm以上のポケットが存在する(図1~図3)。また、初診時のP・C・R検査の結果、唾液中の総菌数に対するP.g.の割合は0.05%以下で、歯周組織破壊に関わる細菌的なリスクは低いと考えられ、細菌感染と外傷性咬合による骨破壊が起こっていると判断した。今回は 3] に対する処置を中心に経過を追って紹介する。

■問題点と治療計画

不良補綴物を除去し、TEKにより咬合改善を行う。本人も自覚しているブラキシズムに対してはナイトガードを早期に用いて診査・対応を行う予定。歯周組織の腫脹にはプラークコントロールの改善で対応し、禁煙指導なども計画した。3]の垂直性骨吸収に対してはまず、自然挺出を行いその後、残ってしまったポケット・骨吸収に対して、歯周再生外科を予定した。

■初期治療終了時

初診から約6カ月後の歯周初期治療を行った結果、咬頭削除にて自然挺出を行ったが、まだ約8 mmのポケットが残存していた。

■歯周外科治療

ここで歯周再生療法(EMD併用)を計画し、手術を行ったが、オペ中に口蓋側の骨吸収が大きな2壁性であることが判明し再生は難しいと判断し、オープンフラップに変更した(図4・図5)。

■再度の自然挺出、補綴治療

歯周外科後まだ6 mmのポケットが残存していたため抜髄を行いさらなる挺出を計った。約7カ月の自然挺出を行い、ポケット・審美性・骨形態・歯冠歯根比の改善を行った。その後、4カ月のTEKで咬合関係の調整を試みてから、右側方運動時 3], 4], 5] のグループファンクションになるように、ハイブリッドCrにて補綴した。3]もポケット3 mm以下となり経過は良好である(図7~図9)。

■おわりに

歯周病原性細菌検査の結果、歯周組織の破壊に関わる細菌学的なリスクは低いと考えられる。このことより、パラファンクションも関与が大きいと考え、TEKによる咬合関係の修正・ナイトガードの使用・自己暗示療法による対応も行った。左側の咬合支持域の不足は、短縮歯列で十分対応できると考え、インプラント治療は行わない予定である。

再生療法の難しい2壁性骨欠損に対し、自然挺出を用いて審美性・歯冠歯根比・咬合関係の改善をし、良好な結果が得られた。

しかし、支持歯槽骨のレベルは平坦化できたものの、増大したわけではなく、今後もメンテナンスを通じて、口腔内環境の変化を観察してゆく必要があると考えられる。 □



図1 初診時正面観(2004.12.23)



図2 初診時右側方面観(2004.12.23)

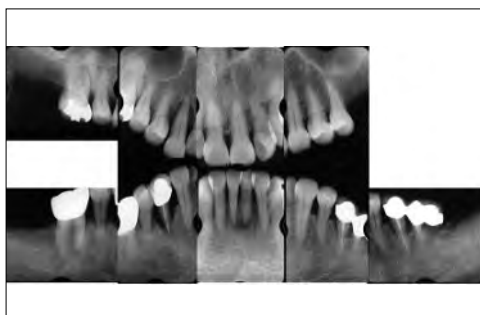


図3 初診時レントゲン写真(2004.12.23)



図4 ③歯周外科処置後
(2005.6.20)



図5 ③レントゲン写真
(2005.6.20)



図6 ③自然挺出7カ月後
(2006.3.23)



図7 ③自然挺出7カ月後
レントゲン写真
(2006.3.23)



図8 補綴治療後 正面観(2006.1.13)



図9 補綴治療後 右側方面観(2006.1.13)

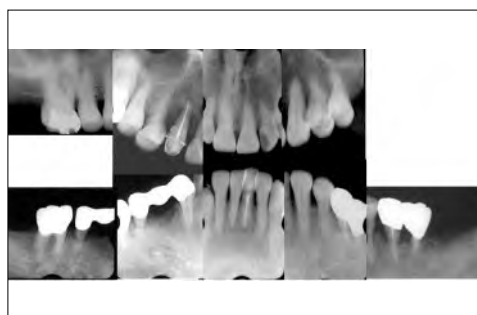


図10 補綴治療後 レントゲン写真
(2006.1.13)

自家歯牙移植により大白歯部咬合支持を獲得した一症例

栗林 拓也 [東京都江戸川区 中田歯科医院]

■はじめに

歯周炎や齲蝕により、抜歯に至った大白歯遊離端欠損部位には、患者様が固定性の治療法を選択した場合、インプラント治療を行うのが第一選択であると考えられる。しかし、コスト・上顎洞との近接・時間的制約などの問題から、インプラント治療を選択できない場合、自家歯牙移植も選択肢の一つとなりえる。今回大白歯遊離端欠損部位に自家歯牙移植を行い、小白歯とのブリッジによって対応した一症例について報告する。

■症例

患者：45歳 男性（職業：学校職員）

初診：2006年1月19日

主訴：⑦⑥⑤ブリッジの脱離（図1）

初診時の印象としては、修復物の脱離や偏心運動時の臼歯離開不足が見受けられ、臼歯部の負担過重が予測された（図2）。既往歴は特にない。⑦には骨縁下に達する深い齲蝕があり、それに伴う歯周炎が存在し、非作業側で干渉もみられる（図3）。また、⑦⑥部には上顎洞が近接している。⑦は抜歯対象であるとお話したところ、患者様の要望として固定性の補綴装置を希望したので、インプラント治療のお話しをした。しかし、サイナスリフトをしなくてはならないこと、天然歯との連結ができないため埋入本数が2本になること、コストの問題、時間的制約などがネックとなり、インプラント治療は選択されなかった。

そこで、インプラント治療と比較し、生存率の報告には賛否両論はあるが、それらの問題点を多少カバーできる、自家歯牙移植のお話しをしたところ、了承を得ることができた。⑧を⑦移植し、⑤とのブリッジにより、欠損部に対応していこうと計画した。また、偏心運動時臼歯離開不足、修復物脱離、⑦非作業側の干渉などから予測できる⑦⑥⑤ブリッジにかかる水平方向の力の除去も目的とした。

■治療経過・治療に際し注意した点

⑦は骨縁下に達する深い齲蝕だったため、既存骨をなるべく温存するよう、慎重に抜歯を行った。抜歯と同時に移植を行わなかった理由としては、テクニカルエラーを避ける・感染部位への移植を避ける・骨芽細胞の旺盛な時期に移植を行いたかった、などが挙げられる。また移植歯に関しては、歯根膜を温存するために、2週間前から⑦、⑧間にモジュールリングを入れ、ジグリングをかけておく。炎症性吸収を避けるために、細心の注意を払い移植歯の抜歯を行い、移植2週間後から、水酸化カルシウムの貼薬により、根管治療を行った（図4）。歯根膜が骨縁上1mmになるよう、埋入深度を決定し、傾斜角度にも配慮した。置換性吸収を避けるため、移植4週間後にテンポラリーブリッジにより機能を開始した。偏心運動時の臼歯離開の獲得と非作業側の干渉がないよう調節を行い、最終的な形態へ近づけていった。移植部位の歯肉が落ち着き、動揺も生理的な範囲内にあることを確認してから印象採得を行い、最終補綴装置を装着し、異常機能活動の予防としてナイトガードの作成も行った（図5・図6）。

■考察とまとめ

自家歯牙移植の利点の一つとして、歯根膜が存在するために天然歯と連結できるということが挙げられる。そのため、本症例のように大白歯遊離端欠損部位においても、自家歯牙移植は、有効な治療法として考えることができる（図7）。しかし、初診時同様最遠心部へのブリッジという形態となったため、①非作業側の干渉を排除、②偏心運動時の臼歯離開獲得、③異常機能活動への予防としてナイトガード併用、などの配慮が必要であると考えられる（図8）。補綴装置脱離の原因の一つと推測される水平方向の力の成分を減らし、歯牙長軸方向に力を集約することで、現在の状態を長期間維持しようと考えている。現在6カ月メンテナンスを行っているが、術後経過良好である。□



図1 初診時咬合面観 ⑦⑥⑤ブリッジの脱離で来院.

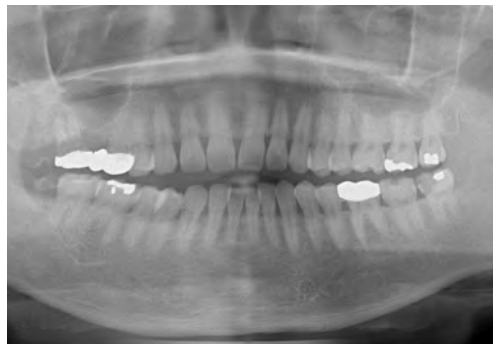


図2 初診時パノラマ 修復物の脱離などから、臼歯部の負担過重が予測された.

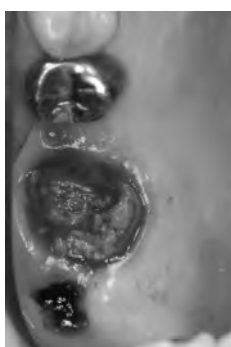


図3 初診時 7] 骨縁下に達する深い齲蝕が存在.



図4 7] 移植歯 移植2週間後根管治療開始、4週間後機能開始.



図5 印象採得前咬合面観 動揺が生理的な範囲内にあることを確認し、印象採得を行う.



図6 セット時咬合面観 偏心運動時の臼歯離開獲得と、非作業側干渉の排除.



図7 セット時パノラマ 移植歯と天然歯のブリッジにより臼歯咬合支持回復.



図8 ナイトガードセット咬合面観 異常機能活動の予防としてナイトガードを装着.

機械的歯面清掃を取り入れませんか？

青木 俊子 [(株)ヨシダ 機械営業本部 開発部]

■はじめに

「機械的歯面清掃を日々の臨床に取り入れませんか？」と歯面清掃器具を提案させていただいたこともありますが、現在ではPMTCとして皆様の臨床の場でとても身近なものではないのでしょうか？

しかし、PMTCと言ってもさまざまなメーカーから多様な情報が溢れており、臨床の場では何をすればPMTCなのか？ PMTCの目的は？ と惑わされることも多いと思います。今回の学術大会の総合テーマ「Back to the basic! 溢れる情報に惑わされないために」とありますように、ヨシダからはPMTC=口腔内バイオフィルムの除去というはっきりとした目的を示し、口腔内バイオフィルムをより短時間で効果的に除去する器材を順に紹介いたします。

■PMTCの前に、まず「ブラークサーチ」

PMTCを行う前に、まず、患者様自身に口腔内プラークの付着状況を伝えます。この際、プラークの付着によってホームケアの不備を指摘するという赤染め法ではなく、口腔内管理をプロケアとホームケアに役割分担する必要性を伝えることができる「ブラークサーチ」の使用を提案します。この「ブラークサーチ」は比較的新しいブラークは赤、12時間以上経過して成熟したブラークは青に染まります。したがって、口腔内に停滞しているプラークの新旧が一目で把握でき、患者様には継続したプロケアの必要性を確実に、かつ優しく伝えることができます。

■PMTCの実施

プラークの染め出しにてPMTCを要する箇所を確認の後、広範囲におけるステインおよび歯石の除去をします。この際には注水下で除去できる超音波スクレーパー「プチピエゾ」やエアースクレーパー「SALLY」を使用すると効率的です。また、噴射口が小さく、目的部位のみクリーニングできる歯面清掃器「クイックジェットM」はヘッド部が360°回転する特徴があります。

■研磨ペーストの選択

次に、PMTCに使用する研磨ペーストを選択します。研磨ペーストは飲食物のステインやプラークの除去時に生じる摩擦熱の予防や含有されるフッ化物による抗菌・歯質の強化作用を目的に使用します。ヨシダのプロフィーペーストはRDA（Radioactive Dentin Abrasion）という研磨用ペーストで摩擦力の強さを示した数値によって分類されています。RDA250はADAで認可された最も摩擦力の強い口腔内用の研磨ペーストです。数値が小さくなるほど摩擦力は小さくなりますが、RDA170で一次研磨をし、RDA120で二次研磨すなわち仕上げをすることが主流のようです。荒い研磨ペーストを使用した後は順に細かいペーストで仕上げ、プラークなどが再付着しにくい環境をつくりあげます。

■プロフィーカップの選択

適切なペーストの選択をしたら、次はプロフィーカップの選択をします。ヨシダでは機械的歯面清掃は歯間部のみならず、歯面・歯肉溝内へのアクセスも必要と考えています。そのため、歯肉溝内や隣接面、歯面へフィットしやすいプロフィーカップの使用をお勧めいたします。中でもピンク色のプロフィーカップ#104スクエアリープ&ウェブはラバーの伸びがよいので多様に使えるオールマイティータイプとして非常に好評です。このプロフィーカップがアクセスできない歯間部などにはプロフィーポイントやデンタルフロスなどを使います。なお、これらのカップはPMTC専用のハンドピース8MⅡを使用することをお勧めします。低速回転である800~1200回転で使用するため、患者様がPMTC時に感じる摩擦熱に特別な注意を払うことなくゆとりある施術ができます。8MⅡの外観はヘッド部がスリムでラウンドタイプなので患者様の頬粘膜などの軟組織にも安全です。

■おわりに

冒頭にも申し上げましたが、PMTCの目的は口腔内



図1 超音波スケーラー「プチビエゾ」にて広範囲に及び歯石・ステインを除去



図2 新しいプラークは赤、12時間以上経過したプラークは青に染まり分ける「プラークサーチ」



図3 ラバーの伸びのよさの比較。
左：ヨシダのプロフィーカップ 右：他社製品



図4 歯間部にプロフィーポイントをアクセス。イエローの固めのポイントで歯肉溝内もクリーニング可能。



図5 プロフィーポイントがアクセスできない部位にはデンタルフロスを使用。



図6 PMTC専用のハンドピース（左）なら口腔内の狭窄部にも簡単にアクセスできる。



図7 ソニックアーエリートにミニブラシが登場。

バイオフィルムの除去です。この概念のもと、口腔内バイオフィルムを効果的に除去し、再付着を防ぐための器具を紹介いたしました。その再付着防止目的に患者様にはホームケアにてソニックアーエリートを使用していただくことで健康状態を維持していただけます。昨年4月には日本の歯科専門家待望のミニブラシが登場し、ますます多様な患者様にお使いいただいております。

プロケアとホームケアの両立ができる機械的歯面清掃の器具は患者様の審美的要求のみならず、治療や予防の観点からも皆様の日々の診療で生かしていただける器材です。現在、ヨシダにはこれらの器材を提案する歯科衛生士が全国で12名在籍しております。私たちの提案を医院様にて説明させていただきシステムがあります。ぜひ、お気軽にご相談ください。 □

隣接面着色物の効率的な除去について

—改造電動フロスホルダー—

小林美和子 [東京都世田谷区 土岐歯科医院]

■1. はじめに

患者の希望による歯牙のクリーニングにおいて、唇面および舌面の着色物を効果的に除去、清掃、研磨することは比較的容易にできる。しかし、隣接面および隅角部のクリーニングは困難であることが多い。

当医院では、当初、隣接面のクリーニングにはフロスと研磨剤を用いて手指で行っていたが、効果を上げるにはかなりの労力と時間を強いられた。唇面、舌面および、隣接面をチップ、ラバーカップにて、着色物除去した歯面も拡大写真で見ると、隣接部分に残っていることが分かる(図1)。この部分をフロスにより仕上げるのであるが、フロスを動かす速度を速くすれば時間が短縮されるので効率が上がる。そこで、前後運動をする電動歯ブラシを改造(以下、電動フロスホルダー)することにより、効果を上げることができたので、報告させていただく。

■2. 方法, 器具

1) 方法

- ① 歯面清掃機 (PROPHY Frex2 KaVo社製) および、一次研磨 (ラバーカップ, 隣接面チップ使用) を済ませた歯面を対象とする。
- ② 使用するフロス類の選択と、本数の比較検討
- ③ 電動フロスホルダーと手動の比較検討

2) 器具

- ① デンタルフロス (ジョンソン&ジョンソン社) ワックス付き, アンワックス, ホワイトニングフロス(研磨剤付き)
- ② デンタルテープ (ジョンソン&ジョンソン社)
- ③ スーパーフロス オーラルBスーパーフロス
- ④ 研磨剤 プロフィレッド (RDA250) プロフィグリーン (RDA170)
- ⑤ 電動フロスホルダー
電動歯ブラシ (ドルツ, National製) と矯正用 Reducer (TP Orthodontics製) を改造

■3. 電動フロスホルダーの作成, 使用方法, フロスの

かけ方

電動歯ブラシのブラシ部分を切断し、矯正用のレデューサーを即重レジンにて固定。フロスを架けるために1mm径矯正用ワイヤーを鑲着する(図2)。フロスを架けて使用する(図3)。

自動的にフロスが前後運動するが、加えて手指にて電動フロスホルダー自体も前後方向にゆっくり動かす(図4)。

■4. 使用するフロス類の選択

3種類のフロスとテープ, スーパーフロスを手動にて使い比べた。ワックス付きフロスは滑る感触があり、着色物との抵抗が少なく効率が悪い。逆にアンワックスは抵抗感があり、除去効率が良い。研磨剤付は研磨剤の粒子が粗いため、フロスが切れやすく、厚みのある着色物を取りきれない。研磨剤の歯面に与える影響も心配される。歯面を必要以上に傷つけば回復困難となり、再付着を助長させる原因となる。また、テープは厚みがあり、きつめの隣接面には入らない。スーパーフロスは通常の隣接面には挿入不可能だが、空隙のある場合には使いやすい。

■5. フロスの本数を比較検討

上記の結果、効果的なフロスはアンワックスであることがわかったのでそれを電動フロスホルダーに付け、1本~4本で試みた。本数が多いと研磨面が広くなり、効率が良かったが、隣接部の接触度が強いと挿入不可あるいは可動性に欠けるので、結果的に3本が効率的で使いやすいことが分かった。

■6. 電動と手動の比較検討

了解を得られた40名の患者の下顎前歯部において、電動フロスホルダーと手動の場合の比較をした。それぞれ異なる隣接部で30秒ずつ行い、着色物の残り具合を唇側および舌側より確かめた。結果的に同じ時間で行った場合、電動で行った方が手動より取り残しが少なかった(図5)。



図1 隣接部には着色物が残っている.

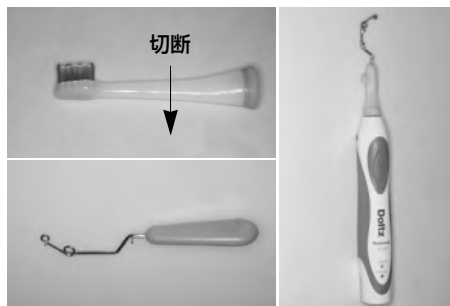


図2 電動ホルダー作成方法



図3 フロス (3本) の架け方

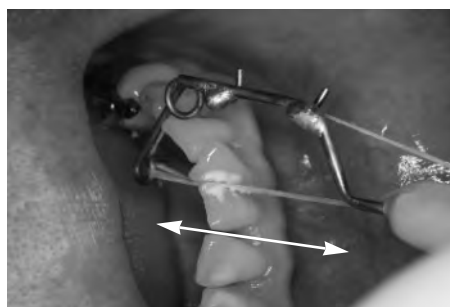


図5 電動フロスの使用方法

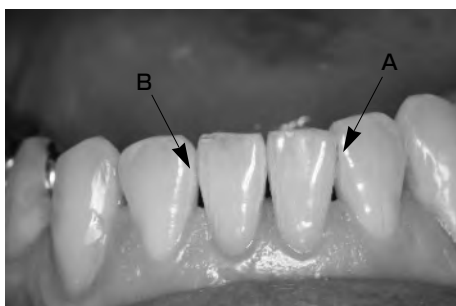


図5 A:手動 B:電動



図6 電動フロスのホルダーを用いて仕上げ研磨した隣接部

■7. 結果

電動にすることで効率的に除去できた。フロスはアンワックスを使用、研磨剤はRDA170程度が効率よい。喫煙による着色は落ちにくく、場合によってはRDA250を使用する(図6)。

■8. 考察

着色物は直接、疾患に影響はないが、現代社会においてコミュニケーションの上で影響が大きい。また審美性を追及することにより、ブラッシングの意識も向

上し、健康な口腔維持のためのモチベーションになると考えられる。限られた時間内で患者を満足、納得させるには隣接面および、隅角部を如何に効率よくクリーニングできるかどうかにかかっているのです。本法は有効性が高いと考えられる。

■9. 結論

電動フロスのホルダーを使用することにより、患者と術者の負担が軽減され、効率よくPMTCを行うことができた。 □

歯周治療における歯間ブラシの重要性

添田 夏世 [神奈川県厚木市 小林歯科医院]

■はじめに

健康な歯周組織の獲得は、補綴治療を行う上で不可欠である。当院では、通常、前歯部においては歯間乳頭を再建するねらいから歯間ブラシを使用しない。しかし、今回報告する症例では、不適合な補綴物を除去し、プロビジョナルレストレーションに置き換えた後、歯間ブラシの使用を中止したところ、歯肉が発赤・腫脹してしまった。そこで再度、歯間ブラシに重点をおいたブラッシング指導を行うことにより、歯間部の歯肉のみではなく全体の歯肉の改善が得られたので、若干の考察を含め報告する。

■症例

患者：57歳 女性（職業：豆腐製造業）

主訴：義歯を作り直したい

嘔むと顎が痛い

口腔内所見（図1）：

歯肉の発赤・腫脹

咬耗

不適合補綴物

■処置内容

- 1) 診査・診断
- 2) モチベーション
- 3) ブラッシング指導
- 4) SRP
- 5) 再評価
- 6) 歯周外科処置 (Fop)

図2は歯周外科後、プロビジョナルレストレーションを装着した状態である。歯周外科処置後、歯肉の炎症が改善されたため、歯間乳頭の再建を促すことから歯間ブラシの使用を中止した。しかし再び発赤・腫脹がみられたので、ブラークコントロールがしやすいように、歯科医師によってプロビジョナルレストレーションの調整を行った後、再度歯間ブラシを使用していただいた。

当院では通常、前歯部においては歯間乳頭の再建をねらい歯間ブラシは使用していただかないが、この患者さんに関しては、歯ブラシだけのプラークコントロールは困難と判断し、今回歯間ブラシSSサイズを使用していただいた（図3）。また、来院時には、歯科衛生士による術者磨きも行った。

歯間ブラシの使用を始めてから1週間後の歯肉の状態をみると、だいぶ歯肉が引き締まってきたため、下部鼓形空隙が目立つようになった（図4）。2週間後には、歯肉に張りが出て、若干、下部鼓形空隙が小さくなったようにみえる（図4）。

その後、炎症の改善を確認した後、最終補綴物へと移行した（図5）。補綴物を試適したところ、歯間乳頭にわずかな圧迫が認められたため、歯科医師による最終補綴物の調整が行われた（図6）。また、歯間乳頭を再建させるために、歯ブラシを使用した毛先磨きとともに、歯間ブラシを通さずに、その先端を使用したブラッシングを指導した（図7）。歯間乳頭のブラッシングに関しては、インタースペースブラシなどの使用も試してみたが、患者さんにとって一番行いやすい方法が歯間ブラシを用いる方法であった。

そして現在の口腔内の状態である（図8）。歯間乳頭は再建され、健康な歯肉が保たれている。

■おわりに

口腔内の環境を整えていくうえで、歯科衛生士は治療の流れに沿って、歯肉の状態や形態を考慮したプラークコントロールを患者さんに説明していかなくてはならない。歯間ブラシは、患者さんによっては前歯部においても、本症例のように治療期間中の変化していく状況に応じて、正しく使用していただくことにより、健康な歯肉の獲得と同時に、歯間乳頭の再建も期待できる、非常に有効かつ重要な清掃器具のひとつであると考えられる。 □



図1 初診時の口腔内写真



図2 プロビジョナルレストレーション装着時



図3 プラークコントロールを第一に考え、歯間部に歯間ブラシSSを通していただくよう指導した。

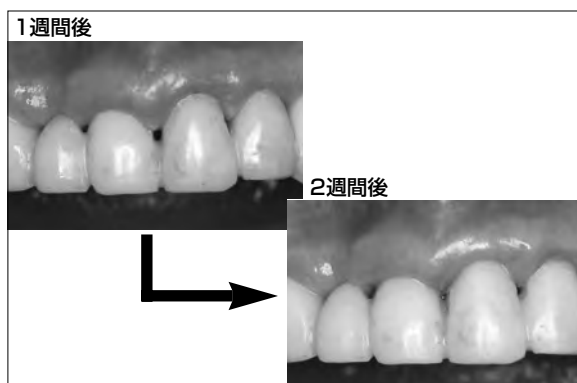


図4 歯間ブラシを使用して、1週間後・2週間後の歯肉



図5 最終補綴試適時

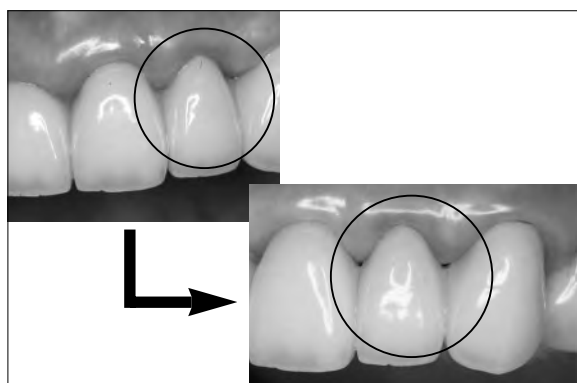


図6 補綴物により歯間乳頭がわずかに圧迫されているので、歯科医師による調整が行われた。



図7 最終補綴物装着後のブラッシング

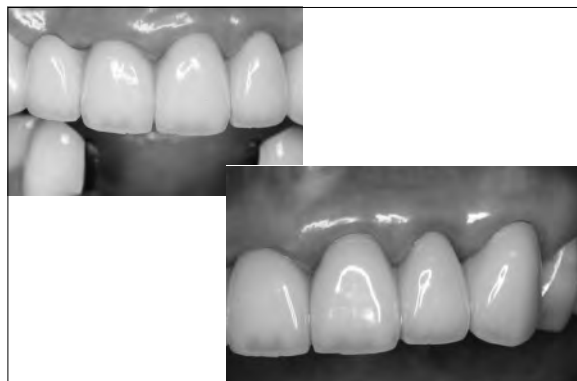


図8 現在の歯肉の状態

アンケート調査に基づく患者さんの本音

大野 綾子・布瀬川和恵・牧 宏佳 [東京都中央区 ナオ歯科クリニック]

■はじめに

皆さんは、患者さんのモチベーションを上げるために、様々な工夫をされていると思います。しかし、実際の臨床においては、歯周治療は思い通りに進むとは限りません。

そこで、今回は歯周病の認識度、モチベーションが上がったきっかけ、今後のセルフケアにおける患者さんの生の声を知るために、アンケート調査を行いました。

調査結果から、歯周治療に対する患者さんの本音を知ることができたので、その結果を報告します。

■対象およびアンケート内容

被験者は、歯周治療においてモチベーションが確立された患者36名を調査対象としました。

今回のアンケートは、モチベーションが確立されている患者さんを対象としているが、最初から確立されていたわけではありません。したがって、最初に来院した時点での歯周病に対する知識や関心度がどの程度なのか、あるいは使用ツールの理解しやすいものは何か、さらには、治療後の歯周病に対する患者さんの認識の度合いはどの程度かということもアンケートの内容に組み込みました。

■考察およびまとめ

歯周病という言葉は知っていても、どのような病気か？ という内容までの知識は低いのが現状でした(図1)。歯周病についての説明を行う際には、歯科医師からと歯科衛生士からの双方の説明が最も効果的でした。歯科医師の説得力の強さや、歯科衛生士ならではのやさしく丁寧な説明が上手く折り合い、このような結果を生み出したと思われます(図2)。また、説明時の使用ツールとしては患者さん自身のデータを用いることが最も理解しやすかったようです。X線写真を用いた説明は、見方が難しく、残念ながらこちらが思っているほどの効果は得られていませんでした(図3)。

理解を得られた患者さんは、セルフケアの重要性を

認識し、行動に移していることがわかりました(図4)。

しかし今後、歯科衛生士の継続した管理がなくても現在の健康な口腔内を保てるか？ という問いに対しては、意見が半分に分かれました(図5・図6)。このことから、改めてメンテナンスの本当の意味と、歯科衛生士の必要性について考えるきっかけとなりました。

■結論

今回のアンケート調査結果から、歯周病に対する認知度は低く、さらには患者さん自身が歯周病に罹患しているという認識も低いことがわかりました。しかし、熱心かつ丁寧な指導により歯周病への理解を深めることが可能であることも明らかになりました。

口腔内の健康を維持していくためには、歯科衛生士の継続した指導と管理が必要であるということは承知しているものの、半数の患者さんが歯科衛生士の指導がなくても、口腔内の健康を維持できているという意外な回答が認められました。自主的にメンテナンスに来院されている患者さんであっても、術者側が思っているほど管理の重要性が患者さん側に伝わっていないということが今回のアンケートを通じて浮き彫りになりました。

以上の結果より、歯周治療におけるモチベーションの維持、確立はやはり難しいという結論に至りました。

□



図1 “歯周病” 認知度は意外にも高かった。

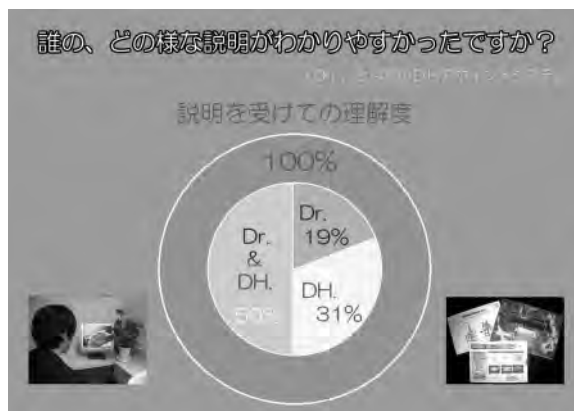


図2 歯科医師と歯科衛生士の双方の説明が理解を深めた。

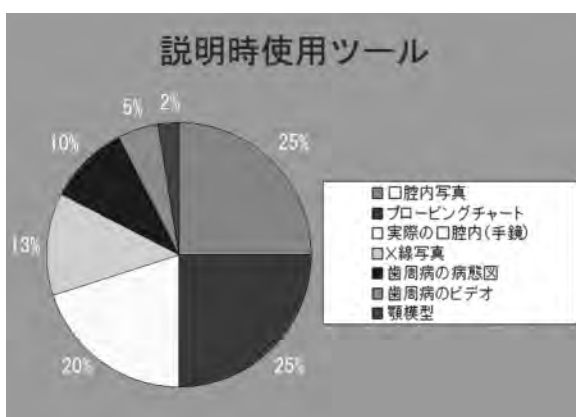


図3 X線写真は術者が思っているほどの効果は得られていない。

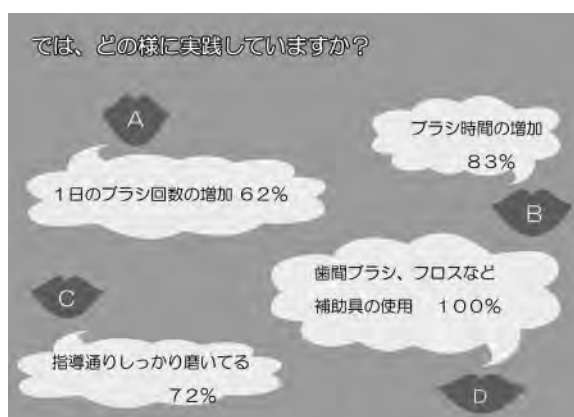


図4 説明後はセルフケアの向上がみられる。

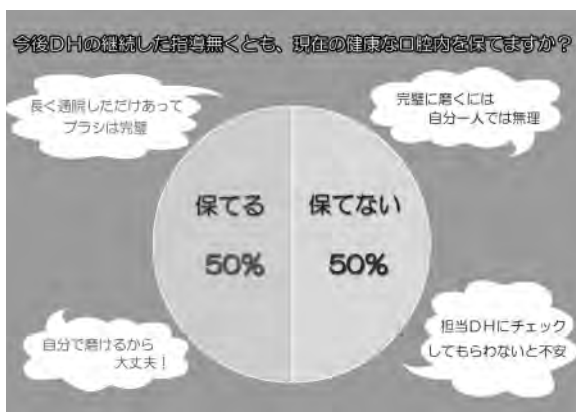


図5 これが患者さんの本音ではないでしょうか?

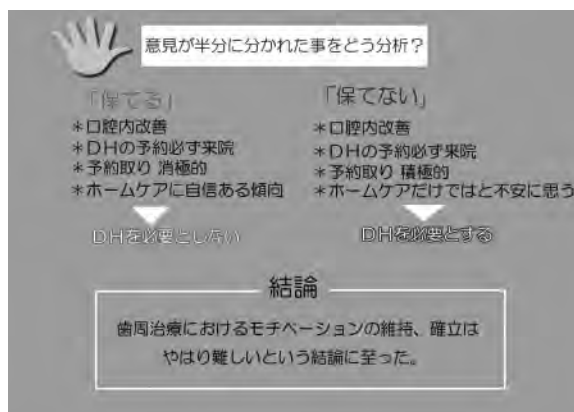


図6 歯科衛生士の今後の課題

歯周治療における“根面カリエス”を防ぐサリバテストの勧め方

椎名 希 [山形県東根市 佐藤歯科医院]

■1. はじめに

歯周治療終了後、メンテナンス期において特に気をつけなければならない項目として、“根面カリエス”があります。

歯周治療後に、“根面カリエス”になりやすい要因として、

- ① Critical PHが高い（酸で溶けやすい）
- ② 解剖学的なくぼみなどが多い（歯肉が下がるほどくぼみが強い）
- ③ 唾液の問題（加齢や咀嚼機能低下や薬の服用による分泌低下）
- ④ 口呼吸（花粉症などにより急に口呼吸になり前歯部が乾燥）
- ⑤ 飲食物の問題（時とともに内容と回数に変化）¹⁾

があげられます。

当医院においても、歯周治療途中で身体を壊して入院し、清掃不良で再来院したり、メンテナンス時に禁煙のため「のど飴」を常用し、短期間に“根面カリエス”を多発させてきた症例を経験しています。

そこで、この“根面カリエス”をはじめ、すべてのカリエスを予防するために、サリバテスト（唾液検査）をすすめ、その患者オリジナルの予防プログラムを作成するように取り組んでいます。

しかし、実際には、その必要性を短時間で納得していただくのは難しく、それを可能にするためには、説得力を持つインパクトのあるツールが必要となります。

そこで今回、当医院で製作し使用しているそのツールをご紹介します。

■2. 予防導入ツール

通常は、待合室の壁にA3のサイズにして貼って啓蒙しています。

そして、主訴を改善した後、または初診時など、時期を見計らってクリアケースに入れたA4サイズのツールを使って歯科衛生士がチェアサイドで説明いたします。

また、このツールは、栃木県宇都宮市で開業されて

いる松田 究先生のご指導のもとに製作しました。

■3. おわりに

当院においては、来院患者のほとんど全員に、このツールを使用して予防の導入を図り、高い賛同率をあげています。みなさんのご参考になれば幸いです。 □

参考文献

- 1) 山本浩正：ペリオのためのバイオロジー. 236-239,クインテッセンス出版, 東京, 2002.

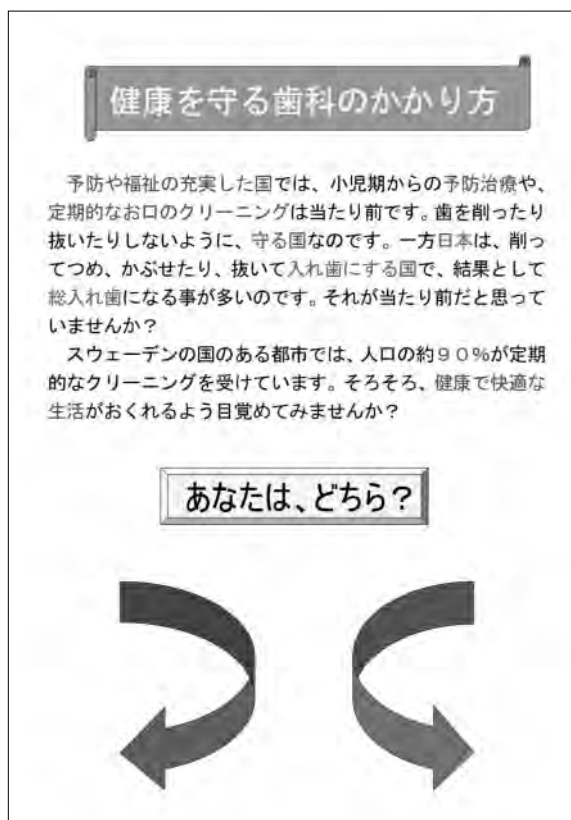


図1

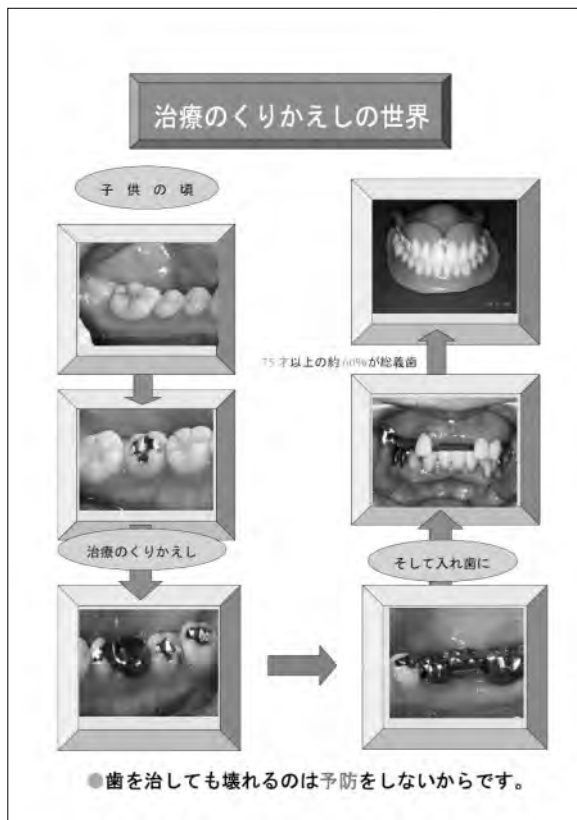


図2

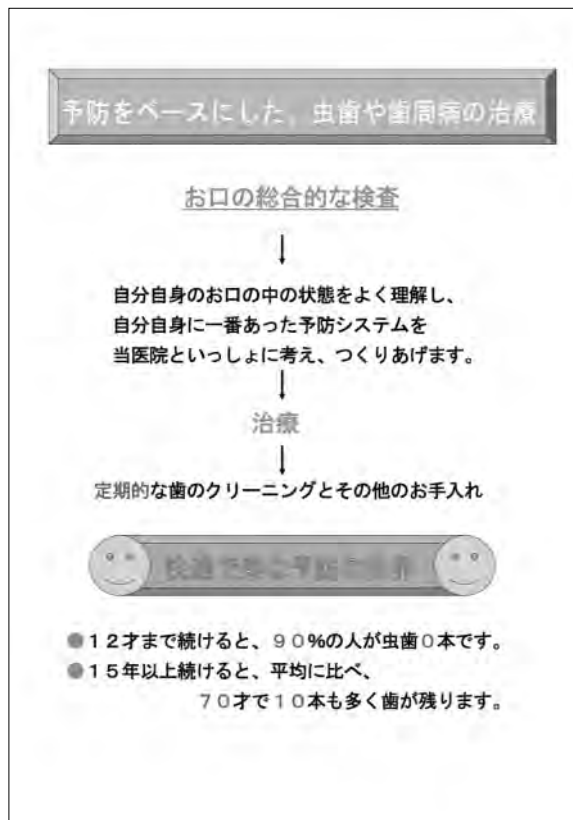


図3



図4



図5

歯ブラシの特徴を活かした磨き方

中村 真奈 [東京都世田谷区 小林歯科医院]

■目的

ブラッシング指導は臨床における歯科衛生士の最も大切な役割ですが、まず各種の違った形態・特徴を有する歯ブラシがあり、それらをどのように使用すればきちんとプラーク除去ができるのかを知ることは、患者さんを指導する大前提となります。それは各種の歯ブラシの特徴を活かした指導ができるようにするため不可欠です。

そこで、実際の歯ブラシの使用に即した実験を試みたところ、興味深い結果が得られましたので報告します。

■歯ブラシを選んだ理由 (図1)

実験に使った歯ブラシは3種類です。これらの歯ブラシを選んだ理由は、次の3つに要約できます。

- 1) Aの歯ブラシはとくに際立った特徴がなく、当院でブラッシング指導をする際に以前から使用しているから
- 2) Bの歯ブラシはAと全体の形態は似ていますが、歯ブラシの先端の植毛部が異なるため、それを活かした磨き方を考えたいと思ったから
- 3) Cの歯ブラシは、全体が段差植毛と、先端がとがっているという今まで使ったことがない形態をもっているため、Aの歯ブラシと比較したいと思ったから

■実験方法

実験方法は、3日間ブラッシングを中止後染め出しをして、それぞれの歯ブラシで横磨きと特徴を活かした磨き方を行いました。横磨きはもっとも単純な磨き方で、そのような磨き方をしている患者さんが多かったため取り入れました。特徴を活かした磨き方は、各歯ブラシの形態から筆者が考えた方法です (図2)。

■結果

① 横磨き

A・B：表面のプラークは除去しやすかったが、隣接面には磨き残しがありました (図3)。

C：A・Bと比較すると表面に多くの磨き残しがありました (図6)。

② 特徴を活かした磨き方

A：先端の植毛部が丸くなっているため、歯ブラシを縦にすることで、歯頸部が磨け、また、毛先を隣接面に入れることができるため、両者を共に磨くことができました (図4)。

B：Aとは違って先端の植毛部が平らになっているため、この部分を利用することで、最後臼歯の遠心面が磨きやすくなりました (図5)。

C：全体が段差植毛になっているため、加圧に注意してストロークの回数を増やし、時間を長めにするすることで、短い毛によって表面が磨け、長い毛が隣接面に入り込むことによって、共に磨くことができました。また、先端のとがっている部分ではタフトブラシのように部分的な指導もできます (図7)。

■考察

Aの歯ブラシは、横磨きでは歯頸部・隣接面にプラークが残りやすかったため、歯ブラシを縦にし、先端を利用した指導が必要です。

Bの歯ブラシは、先端の形態を利用した部分的な指導が有効です。

Cの歯ブラシは、横磨きでは歯頸部・隣接面のプラークが除去できるので誰にでも使いやすいといえます。しかし、ストロークの回数が少ないと磨き残してしまうため、指導するときに注意が必要です。また、先端を使った部分的な指導もできることがわかりました。

■まとめ

プラークは、カリエスや歯周病が起こる最大の原因なので、どのような治療を行う場合でもプラークコントロールの確立は不可欠です。しかし、来院される患者さんが持っている歯ブラシはいろいろな形態のものがあるので、それぞれの歯ブラシの形態や特徴をよく知ったうえで、それを活かせるようなブラッシング指導をすることが大切です。 □



図1 使用した歯ブラシ. 左からA, B, C.



図2 実験開始時.



図3 歯ブラシAの横磨き後. 表面は磨きやすいが隣接面には磨き残しがあった.



図4 歯ブラシAの特徴を活かした磨き方. 歯ブラシの先端で隣接面・歯頸部が磨ける.



図5 歯ブラシBの先端の形態を活かして, 最後臼歯の遠心面を磨くと効果的である.



図6 歯ブラシCの横磨き. A, Bと比較すると表面に磨き残しがあった.



図7 歯ブラシCの特徴の段差植毛によって, ストロークを増やすと隣接面にも毛先が入る.

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
	所属（スタディーグループなど）	年	卒
生年月日	昭和	年	月 日生
勤務先医院名	紹介者		
住所 〒 -	自宅		
TEL	FAX	住所 〒 -	
		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

学術講演の歩みと2007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
第24回	2007 (19)	10. 14 (日)	秋葉原 コンベンションホール	Dr.申 基喆／Dr.石原和幸 Dr.新田 浩／Dr.若林健史 Dr.行田克則 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、よろしくごお願い致します。

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

年会費：年間 ￥6,000

編集後記

セブンイレブンにローソン, am/pmにサンクス等々, 巷でよく見かけるコンビニ. とてもたくさん店があるように感じるが, じつは歯科医院の方がその数で上回っている.

そして, 最近はその数の上だけにとどまらず, サービスもコンビニに追いつき追い越せ. 日曜診療当たり前, 診療時間も夜遅くまで行っている医院が多くなってきたと思ったら, 24時間診療の歯科医院も出てきて, これぞ「開いて良かった!」のコンビニ歯医者 の出来上がりである. 歯科医療がサービス業であることは, いまは当たり前の考え方となったが, それをあるベクトルで突き進んでいくと, こういうかたちになるのかもしれない. ある意味でユーザーフレンドリーになったというべきか.

いまはコンビニ自身が, 経営効率の観点から24時間営業の見直しをしている. 歯科医療従事者としても, はたしてどこまで「開いて良かった」が必要なのか, あるいはサービスとして何が必要なのか再考する必要があるようだ.

最近, 出店淘汰が進むコンビニ業界. 「あれ? ここってローソン?? ファミマじゃなかったっけ?」というように, 居抜きでコンビニのブランドが入れ代わるのは当たり前の様相となったが, 撤退したコンビニの店舗を改装して歯科医院に仕立て, 備品込みで貸し出す商売が登場してきた. これも一種のコンビニ歯医者といえる. アクセスしやすい環境で駐車場完備, 建物の広さも適しているとしたら, 歯科医院としてもおいしい条件なのだろう. 歯科医院飽和状態のいま, 新規開業場所を探すのは容易なことではないから, 開業を目指す歯科医にとってありがたいサービスに違いない.

サービスは需要と供給のバランスが大切. でも, 需要は待っているばかりではなく, 積極的に開拓したり, 作ったりすることも可能なのである. コンビニでいえば, セブンイレブンのおでんがその好例といえよう.

医院の前に, コンビニよろしく「PTCはじめました!」等ののほりを掲げるのは憚られるが, 「開いて良かった」ではなく「ここはこんなこともやってるんだ」と興味をもってもらえる個性的なサービスを展開したいものである.

(吉田秀人記)

JCPG会報 Vol.21

2007年10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, 2007

●本掲載記事の無断転載を禁じます。

Printed in Japan