

楽しく語ろう
クリニカル&マテリアル
39

- ゲスト 谷口威夫 先生 Takeo TANIGUCHI
1942年生まれ
長野県長野市開業「谷口歯科医院」
- ゲスト 和泉雄一 先生 Yuichi IZUMI
1953年生まれ
東京医科歯科大学大学院 歯学総合研究科
生体硬組織再生学講座歯周病学分野教授
- 司会 中川孝男 先生 Takao NAKAGAWA
1958年生まれ
東京都港区開業「中川歯科クリニック」
- ジーシー 赤羽正治 Shoji AKAHANE
1954年生まれ
株式会社ジーシー 研究所担当取締役

あらためて歯周病を考える

——歯周病の原因と効果的な臨床を探る——

アメリカで歯周病と死亡率の関係を検討した論文が1998年に発表され、同時に“Floss or Die”というセンセーショナルな言葉が話題となりました。それから約10年、歯周病に関する研究も進み、さまざまなエビデンスが発表されてきました。歯周病に対する臨床スタンスも変わってきているようです。そこで今回は、これからの歯周病治療をテーマに東京医科歯科大学大学院歯学総合研究科生体硬組織再生学講座歯周病学分野の和泉雄一教授と、長野県で開業されている谷口威夫先生をお迎えしてお話を伺いました。

細菌叢の存在様式が 分かってきた

中川 臨床でもっとも目にする疾患が歯周病だと思います。罹患率は歯肉炎も含めると国民の70%以上だそうです。今日、審美的修復に高いニーズがあるのですが、その前に歯周病をコントロールしていくことが歯科医療では大切です。

近年、歯周病に対する研究も大きく前進しました。そこで今回は、これからの歯周病への取り組みということで基礎的あるいは病因的側面と臨床的側面からお話を伺いたいと思います。ゲストは東京医科歯科大学大学院歯周病学分野の和泉雄一教授と、長野県で開業され40年来歯周病に取り組みNPO日本臨床歯周病学会の理事長に就任されました谷口威夫先生です。

ゲスト・谷口威夫 先生



さて、歯周病の発症のメカニズムやリスク因子について、まずはその中で細菌学的なことについて和泉先生からご解説をお願いしたいのですが。

和泉 歯周病のリスク因子としては、細菌性因子、生体応答因子、環境因子がありますが、その中で最近、歯周病に関連する細菌の存在と病原性の違いがかなり分かってきました(図1)。皆さんご存知かと思いますが、歯周病原細菌として*P.g.*菌、*T.f.*菌、*T.d.*菌、*A.a.*菌、*P.i.*菌、*F.n.*菌などが知られています。

これらの細菌の存在様式が分かってきて、例えば*A.a.*菌は重症な歯周病局所から出てくる細菌で、早期発症型や侵襲性の歯周病にも強く関与する細菌だと言われています。また、*P.i.*菌は妊娠性の歯周疾患によく認められます。*F.n.*菌が検出されると必ず*P.g.*菌と*T.f.*菌も検出されるという特徴もあります。なかでも病原性が強いのは*A.a.*菌で、この菌が検出されたら外科処置や抗菌療法も併せて考える必要があるのではないかと、大学では考えています。

中川 ということは、これからは歯周病治療では細菌検査も必要になるということですね。

谷口 そうですね。私の医院でも重度の患者さんには細菌検査を行います。和泉先生がおっしゃられたように、検出される菌によっては抗菌療法も行うなどの必要がありますし、治療途中の再検査で改善状態も確

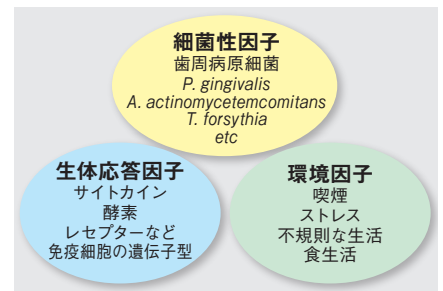


図1 歯周病の3つのリスク因子。

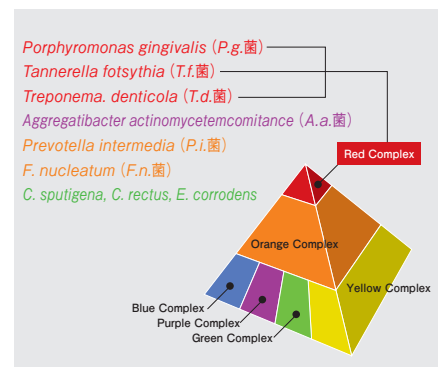


図2 おもな歯周病原細菌。重度の歯周病に関連があるといわれている*P.g.*菌、*T.d.*菌、*T.f.*菌の3つはレッドコンプレックスと呼ばれている。

ゲスト・和泉雄一 先生



認できるので、ひとつの目安にはなると思
います。

ところで和泉先生にお聞きしたいので
すが、歯肉炎の人でも必ずしも歯周炎になっ
ていかない方もいますね。

和泉 そうですね。若い時から歯肉炎で高
齢まで悪化しない方もいらっしゃいますし、
歯周炎に移行する方、急激に骨吸収まで進
む重度歯周炎になる方、この3つのパター
ンがあります。近年まで、どうしてなのかよく
分からなかったのですが、細菌学的研究か
ら細菌叢の違いが関与していることが分か
りつつあります。P.g.菌、T.f.菌、T.d.菌はレッ
ド・コンプレックスと呼ばれるグループで
すが、これらが優勢になると重度の歯周炎に
移行しますし、A.a.菌に感染すると急速に
進行してしまう。そして、あとは疾患感受性
ですね(図2、図3)。

谷口 疾患感受性も大きいでしょうね。

和泉 はい。有名なのはサイトカインのひ
とつであるIL-1の多型で、あるタイプのIL-1
遺伝子を持っていると炎症反応時に過剰に
IL-1が産生され、炎症が進みやすくなる。そ
こに喫煙が加わるとさらに重症化すること
が分かっています。その他にもさまざまな
疾患感受性にかかわる遺伝子レベルでの
解析が進んでいます。私どももFPR1という
白血球の走化能(細菌に対して遊走する能
力)にかかわる遺伝子と侵襲性歯周炎との
関連を見つけました。

中川 では、遺伝子を調べれば歯周病にな
りやすいかも分かるのですか。

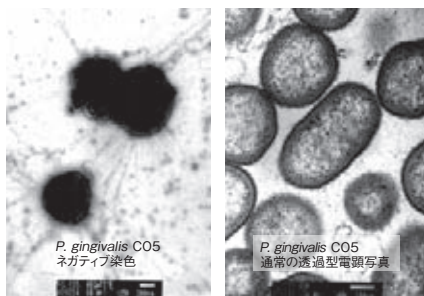


図3 P.g.菌の電子顕微鏡写真。P.g.菌などには線毛があり、この線毛を使って上皮細胞間隙や歯肉組織中に入り込んでいく。

和泉 将来的には、そのようなレベルにな
ると思います。とくに重症化している人には
遺伝子検査も必要になると考えています。

解明されつつある 歯周病と全身疾患のかかわり

中川 そこで、最近話題の全身とのかかわ
りなのですが。

和泉 その前に、歯周病の発症と進行で
すが、プラーク細菌には歯面にしっかり付着
するものと、その周辺に存在している非付
着性のものがあります。歯周病原細菌はグ
ラム陰性嫌気性細菌で、非付着性のものが
主体でポケットの中に潜んでいます。強い
P.g.菌などには線毛があり、線毛を使って上
皮細胞間隙や歯肉組織中に入り込みます。
その刺激によって歯肉上皮細胞はIL-1やIL-8
のサイトカインを産出します。なかでもIL-8
などは好中球やマクロファージを集積させ
るので、白血球がポケット壁まで遊走する
ようになります。このバリアで守られている

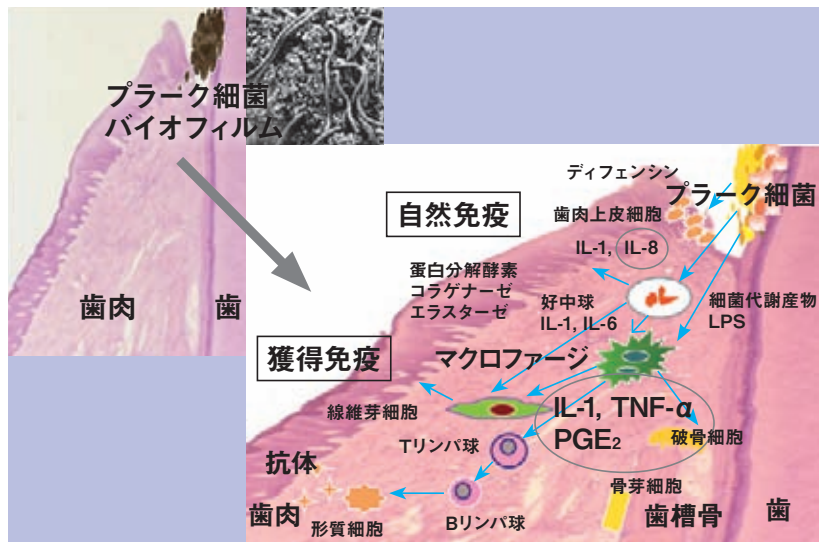


図4 歯周病の発症と進行。



司会・中川孝男 先生

うちはまだいいのですが、これを突破する
と生体防御細胞との相互作用が開始され、
遊走した細胞が集積して明確な炎症反応
が起こります。その結果、IL-1、TNF- α や
PGE₂など破骨細胞を活性化させるサイトカ
インやプロスタノイドが産生され、歯周局所
で歯槽骨の吸収につながります。さらに、炎
症が進むとリンパ球の活性化が起こり、歯周
病原細菌に対する抗体を産生して、それが
血中に入って全身に廻っていきます(図4)。

中川 そこまで行くと全身疾患へのかかわ
りが出てくるということですね。

和泉 はい。細菌が増えると血行を介して
心内膜に細菌が付着して感染性心内膜炎
を起こすことが分かっています。また、歯周
組織内で産生されたサイトカインやプロス
タノイド、細菌あるいは代謝産物や内毒素に
よって、心臓・血管系の疾患、糖尿病、早産・
低体重児出産、細菌性肺炎などに影響して
くることが分かってきました(図5)。つまり、
歯周病原細菌や内毒素が血管に入ると血
管壁に付着することでアテロームを形成し
て、血行が悪くなり、狭心症や心筋梗塞を起
こす原因にもなりかねないのです(図6)。

ジーシー・赤羽正治



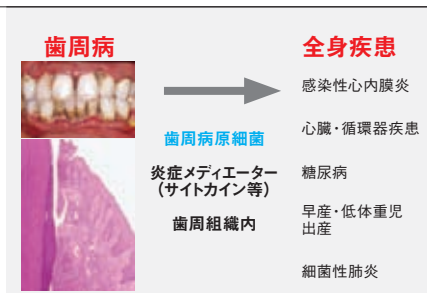


図5 歯周病の全身への影響。歯周組織内で増殖、産生された歯周病原細菌や代謝産物、内毒素(LPS)が血中に入り、それが全身疾患の要因となる。

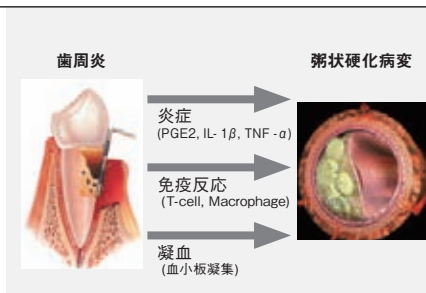


図6 粥状硬化病変にかかわる歯周病因子。歯周組織内で産生されたサイトカインやプロスタノイドなどの炎症メディエーターが血中に入り、炎症、免疫反応、凝血などによりアテロームを形成し、血行が悪くなりさまざまな心臓・循環器系疾患のリスクを高める。

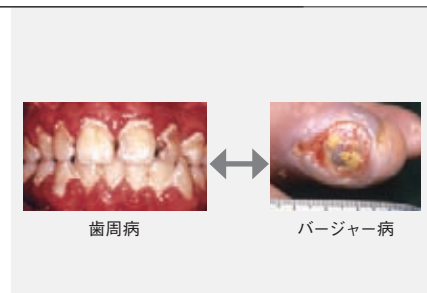


図7 従来の研究から歯周病原細菌が高頻度にパーリジャー病患者の閉塞した動脈から検出され、とくに *T.denticola* (85.7%), *P.gingivalis* (35.7%), *P.intermedia* (14.3%) が検出された。(Iwai T et.al. J Vasc Surg 42: 107-115, 2005)

石川前教授のご研究ですが、パーリジャー病という病気があります。これは末梢の血管が詰まり足趾や指に疼痛が生じ潰瘍・壊死に至る疾患で、20~40歳代の喫煙男性に発症する難病です。その患者さん14名の血管手術サンプルを検査すると、DNAレベルで全員に *P.g.* 菌や *T.d.* 菌が検出されました。口腔内は中程度から重度の歯周病でももちろん同じ細菌が検出されています。ですから、口腔内の細菌の影響が末梢にまで及ぶということです(図7)。

赤羽 糖尿病との関与は随分言われていますね。

和泉 糖尿病には、大きく1型と2型に分けられます。とくに2型と歯周病の関係が注目されます。歯周病局所で産生されたサイトカインのTNF- α が血中に入ると、インスリンの作用を阻害するので糖尿病が悪化しやすくなります。また、糖尿病だと生体防御機能が低下し、好中球の機能も減退するので歯周病に罹患しやすくなります。実際に糖尿病患者と健康な人を比べた時に、糖尿病の方は2~3倍高い歯周病罹患率を示しています。したがって、医科との連携も含めて糖尿病と歯周病の両方をコントロールする必要があるということです(図8、図9)。

中川 谷口先生の患者さんでも糖尿病に

罹患されている患者さんはいると思います。が、どのような対応をされていますか。

谷口 通院中の方で糖尿病の方もいらっしゃいます。ただ、皆さん糖尿病を自覚されて病状をコントロールされていますので、歯周病治療で特別なことは行ってはいません。ですが、患者さんの糖尿病コントロール記録を確認しながら治療を進めたり、創傷が治りにくいので外科処置は慎重に行うなどの配慮も必要かと思います。

全身疾患と歯周病の関連は、今後より明確になってくると思うのですが、まだまだ日本におけるエビデンスは少ないと思います。糖尿病と喫煙、低体重児出産、誤嚥性肺炎などは今後エビデンスがでてくると思います。他のケースについては、開業医では対象となる患者さんも少ないと思いますが、私たちは医療を行っているわけですから常に全身との関係を考えながら知識を集積しておくことは必要です。

和泉 そうですね。私も鹿児島大学在籍中に鹿児島市立病院総合母子産産期センターの波多江部長と早産や低体重児出産のお母さんを歯周病との関連で調査しました。そうするとお母さんの歯周組織の健康と早産・低体重児出産とが密接にかかわっていることが明らかとなりました。妊産婦

の重度の歯周病罹患するには注意していただくことが重要です(図10、図11)。

谷口 私もそう思います。私の医院でも先ほどお話ししましたように、重度でポケットが7mm以上あるような患者さんには細菌検査を行いますし、今後は血液検査で抗体を調べる検査も予定しています。とにかく重症の患者さんには、細心の配慮で取り組むことが大事です。

低年齢化が進む歯周病予備軍

赤羽 近年、う蝕は減少傾向で歯周病の罹患率が高くなっていますね。

和泉 平成17年度の5歳から85歳以上までの歯科疾患実態調査で、歯周病の兆候がある方は約70%で、特徴的なのが中・高校生頃から歯肉炎の罹患率が上がってきていることです。将来、歯周炎に移行しやすい予備軍が増えているのです。歯周炎としては30~60歳代が高く80%を超えています。

谷口 歯肉炎の低年齢化は実感します。それは、う蝕罹患率と関係があると思います。つまり、小学生頃までは家庭で子供に虫歯に罹らないように母親から管理されていた。ところが、中学校に入り家庭の目が届かないようになるとスナック菓子やドリンクを自らが摂るようになる。その結果が歯肉炎の増加に現れているのだと思います。だから、歯科医や歯科衛生士が歯周コントロールの意味を患者さんにしっかり伝え、必ずホームケアを行うように習慣づけられれば、この歯周病予備軍はコントロールできるのです。

和泉 そうです。いま約70%と言いましたが、私が強調したいのは本当に歯周治療が必要な人はそのうちの10~20%位だということ

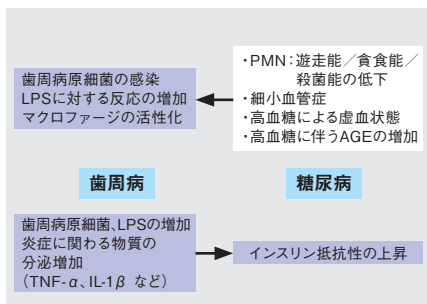


図8 歯周病と糖尿病の関係。歯周病局所で産生されたサイトカイン(TNF- α)が血中に入ると、インスリンの作用を阻害し糖尿病が悪化しやすい。

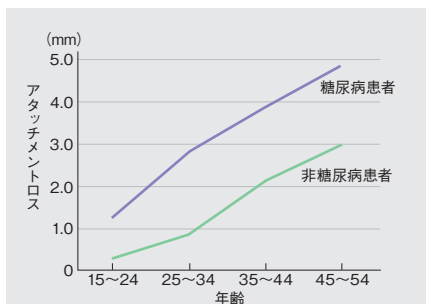


図9 歯周病の重症度と糖尿病の関係。糖尿病患者とそうでない患者でアタッチメントロスを比べると糖尿病患者のアタッチメントロスが大きいことが分かる。

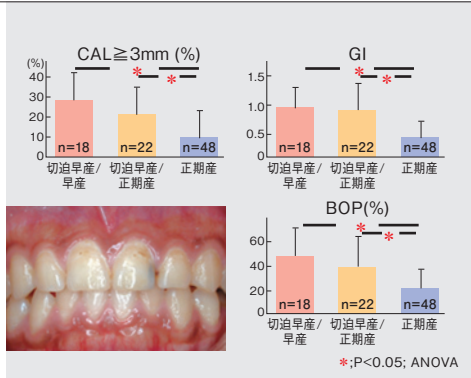


図10 早産と歯周病パラメーター(CAL, GI, BOP)の比較。

	出産時の 妊娠日数	IL-6	IL-8	TNF- α	IL-1 β
出産時の妊娠日数	—	0.128	↓ -0.457***	0.151	↓ -0.542***
歯周組織破壊 (%)	↓ -0.229*	-0.066	↑ 0.359**	-0.170	0.208
プラークの付着	↓ -0.288**	0.048	↑ 0.360**	-0.031	↑ 0.248*
歯肉の炎症	↓ -0.252*	-0.040	↑ 0.351**	-0.066	↑ 0.278*
歯肉の出血 (%)	↓ -0.324***	0.014	↑ 0.347**	-0.075	↑ 0.274*

*: P<0.05, **: P<0.01, ***: P<0.001 (Pearsonの相関分析)

図11 歯周病パラメーター、血清サイトカインレベルと出産時の妊娠日数との相関分析。歯周組織破壊、プラークの付着、歯肉の炎症、歯肉の出血と妊娠日数に負の相関があり、歯周病が出産時の妊娠日数を短くしていることが分かる。

ことです。つまり、歯周ポケットが6mm以上のグループで、このグループには再生治療、歯周外科や抗菌療法が必要になる。4~6mmなら口腔清掃やスクレーリング、ルートプレーニングで歯科衛生士の役割が重要になってくる。残りの80~90%のグループは定期的に歯科医院でチェックを受けてブラッシングをきちんと行っていれば改善するわけです(図12)。

中川 歯周病予備軍を歯科医院に来てもらうようにすることが大事ですね。

和泉 そうなったら現状の歯科医院数では足りないと思います。したがって、歯周病に真摯に取り組むことが、これからの歯科医療では非常に大きなテーマだと思います。

歯周病の征服は 根分歧部病変の征服

中川 谷口先生は歯周病治療でも多大な実績を残しておられるのですが、患者さんにはどのような接し方をされているのですか。

谷口 私は、初診の患者さんが来られた時には、主訴をできるだけ早く解決してあげることが一番大切だと思ってやってきました。

その後、患者さん了解の下でスクリーニングの検査を行い、1時間以上は患者さんの健康状態についてお話しさせていただきます。そこで、患者さんが歯周病に罹患していれば、歯周病のお話をする。その時に、患者さんの模型でどの部位がとくに危ないかというのを指し示し、それを絵に描きながら説明します。患者さんにとってはご自分の口腔内の模型ですから切実感があり、熱心に聞いていただけます。そうすると面白いもので、患者さんは次回来院時には必ず問題箇所をしっかりと磨いてきます(図13)。

中川 ブラッシング方法も教えるのですか。
谷口 いや、できるだけ歯ブラシの使い方を教えないようにしています。患者さんは私から話を聞いて、その気になっていますので患者さん自らが考えて磨いてくれます。もちろんその患者さんの担当歯科衛生士がそれを確認しますが、「歯周病は自分で治せる病気」ということを気づかせてあげることが一番大切なモチベーションで、強要させるような指導は結局長続きしないと思います。

また、カウンセリング時に口腔内だけでなく食生活や日常生活など全体的な話し

ます。それで「自分の一生のことを考えてくれる歯科医なんだ」と患者さんが分かってくれば、患者さん自らが一生懸命やってくれます。

中川 谷口歯科では、そのような患者さんへの対応や口腔内の評価、SRPの技術についての歯科衛生士への教育はどのように行っているのですか？

谷口 これといって特別なことは行っていませんが、毎週欠かさず水曜日2時~4時の間に歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士全員参加で、症例発表会を行っています。臨床ケースを発表しながら、治療内容と結果、今後の対応などを話します。臨床経験の豊富なベテランが過去の症例からアドバイスを言ったり、SRPなどは症例模型を使って指導したりしています。歯科衛生士が、歯科技工士に補綴物の形態の要望を伝えたり、逆に歯科技工士が確認したりしているので、そういう連携も重要だと思います。

中川 なるほど。画一した勉強会ではなく、その担当者が臨床で困っていることや上手くいったことから知識や技術を習得するというのはスタッフのモチベーションにもい

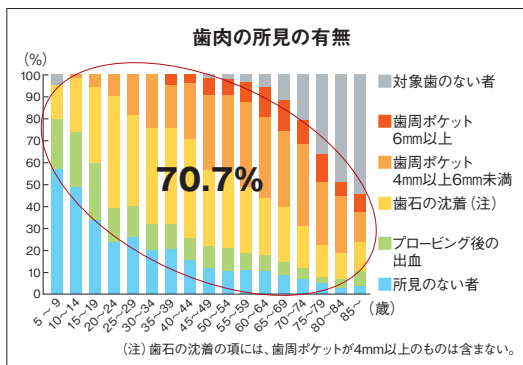


図12 歯肉の所見の有無。(平成17年度歯科疾患実態調査結果から)

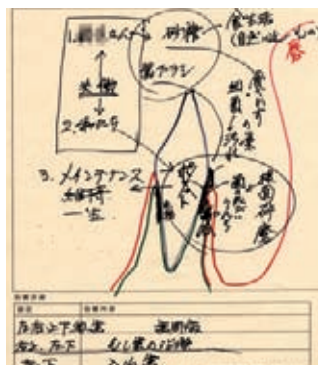


図13 インフォームドコンセントには、模型やイラストを使い、病状や治療方法を説明する。この説明で「歯周病は自分で治せる病気」であることを理解させる。



図14 歯周基本治療やホームケアをしっかり行うことで、3ヶ月で10mmのポケットが3mmとなり、歯周基本治療やブラッシングの効果をあらためて実感した。

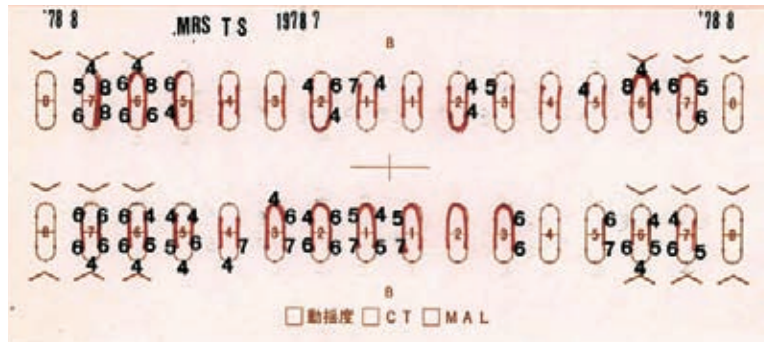
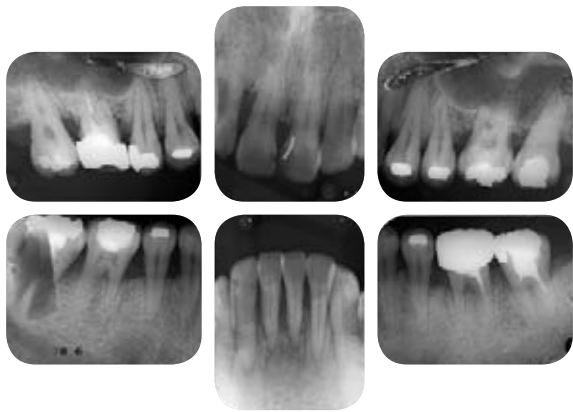


図15 初診時(1978年)。PPDも4~8mmがある臼歯部を中心とした中等度歯周炎。プラークコントロールも不十分である。歯周基本治療とブラッシングを行う。

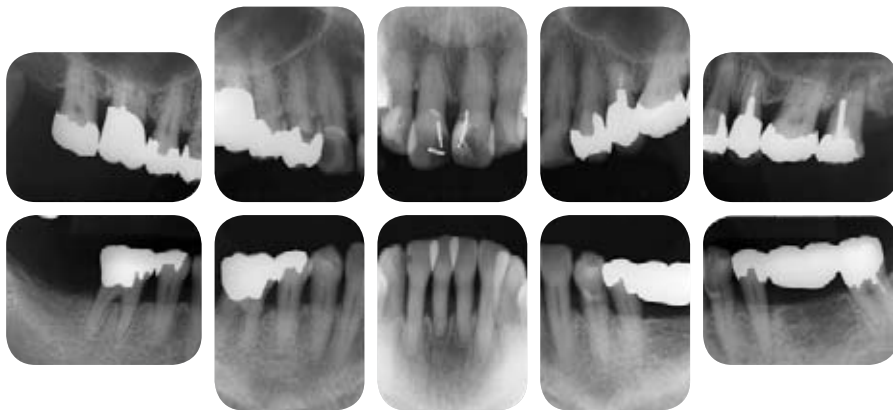


図16 2006年現在。28年が経過したが、セルフケアと定期メンテナンスを継続し、根面の露出はしているものの、PPDはすべて3mm以下となり歯肉の炎症もなく健康な状態を維持している。



図17 2009年現在。ブラッシングも行き届いており、PPDも3mm以下で健康な歯肉を維持している。

いですね。そんななかでも、先生は基本治療をすごく大事にされていらっしゃるんですね。

谷口 そうです。実は1975年にヘンリー・ゴールドマン先生が来られた時にレクチャーを受けました。そのとき先生が見せてくれたイニシャル・プレパレーションを目指そうと思い、患者さんに実践しました。すると、3ヶ月で10mmあったポケットが3mmになったと歯科衛生士から報告がきたのです。ものすごく感激しました(図14)。

和泉 そうですね。歯周病で80%近い患者さんは日頃のプラークコントロールで改善できます。

歯周病治療は、古くは対処療法から始まり、原因除去そして再生療法の時代に移ってきたわけですが、先生は重度の場合にはどのような取り組みをされていらっしゃる

ますか。

谷口 7mm以上の歯周ポケットがあっても、キュレットがアクセスできルートプレーニングが行えて、患者さんがプラークコントロールをしっかり行ってくれば、大半のポケットは3mm以下に改善します。ただ、ブラキシズムがある場合はその改善も必要です。歯周外科では、私は不良肉牙を除去するフラップ手術は基本的に行いません。炎症がなくなれば元に戻るからです。しかし、歯肉が邪魔でポケットが4mm以上残る場合にはアクセスフラップ術は行います。ですから、単根ではほとんど開けることがありません。

でも、根分岐部病変に関してはそんなにうまくいかない。トンネル形成や歯冠形態修正も行いましたが、良い結果になるとは限りません。分割しても弱くなるので決め

手がない。そんななかで、全く触らなくても根面のプラークコントロールがしっかりできていれば、保ってくれる根分岐部病変もあることに気がつきました。水平的なポケットがあっても垂直的なポケットをコントロールすることでかなりの維持ができます。歯周病は根尖方向に病変が進行するものですから、根尖方向に注目していくことが大事だと思いました。私の経験から、歯周病の征服は根分岐部病変を征服することだと考えています(図18~図20)。そういった意味を含めて、私が期待しているのは再生療法です。

和泉 たしかに根分岐部病変を征服することは歯周病の征服につながります。再生療法を考えた場合、大きく水平的に吸収した歯槽骨の場合には無理ですが、垂直性の骨欠損では再生の可能性があります。

**歯が機能している限り
保たせてあげる**

中川 ところで、谷口先生は歯周病でやむなく欠損したときにインプラント治療は選択肢ですか。

谷口 歯周病からいえばインプラントを立てることで他の歯を守ることができる場合は有効な手段だと思います。例えば、重度の患者さんに義歯を入れる必要が生じ、しかも遊離端で大きな義歯の場合は片側にインプラントを入れることにより残存歯は守れます。ただ、私の医院では抜歯してインプラント治療というケースは少なく、最初から欠損している場合がほとんどです。

中川 最近、インプラント治療が普及してい



図18 根分岐部病変治療。37歳男性。初診時(1974年)。重度の歯周炎であり、骨吸収、動揺も大きい。



図19 2004年現在。SRPなどの定期メンテナンスとプラークコントロールを継続により、30年経過した現在、骨は造成され、固有歯槽骨も形成され安定している。プラークコントロールも充分に行われている。

ンプラント周囲炎も問題になってきていますが、その対応はどうでしょうか。

谷口 私の医院ではインプラント周囲炎はほとんどありません。もちろん、病的には小さな炎症は起きているのですが、問題が起きるようなケースはありません。

私は、歯周病をコントロールした上でインプラント治療の選択であれば、インプラント周囲炎はそんなに起きないと思います。まだ頑張れば保つ歯を簡単に抜いてインプラントを入れるのは間違いです。歯周治療は歯科治療の基礎です。基礎がしっかりできていればインプラント周囲炎などによる治療の失敗もほとんど起きないと思います。

和泉 谷口先生のおっしゃる通りだと思います。インプラントは生体の連続性を遮断するもので、しかも口腔外に突き出ています。インプラント周囲は天然歯と比べて解剖学的に感染に弱いと考えられています(図21)。歯周病をコントロールしないで埋入した場合には、残存している歯周病罹患歯から細菌が感染して、インプラント周囲粘膜炎やインプラント周囲炎を起こし、悪化すると抜去のケースもあります。ですか

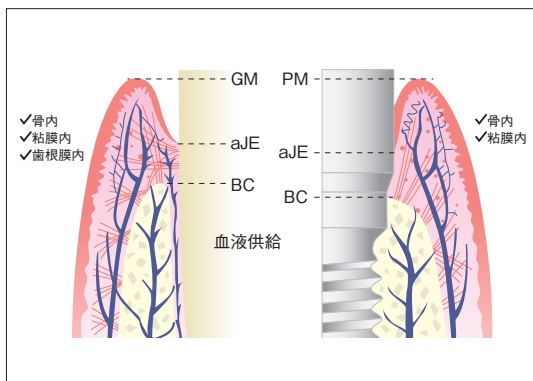


図21 歯周組織とインプラント周囲組織の違い。歯根膜内にあたる血管走行がないインプラント接合面では、血液の供給が少なく歯肉繊維の走行がインプラントと平行になり、歯周病原細菌への対応力が弱くなる。

ら、歯周病をきちんとコントロールした上で行うことが条件となります。

中川 谷口先生にとって歯周治療のゴールはどのようにお考えでしょう。

谷口 人間のどの器官でも寿命まで機能すればいい。歯も同じで、1日でも長く1本でも多く歯が機能している限り保たせてあげるとというのが究極のゴールだと思います。だから、ポケットがあってはいけないうちで考えていませんでしたので、ポケットがあるままでも機能していれば、その歯を維持する。重度の歯周病でも機能している歯であれば最期まで残すというのが私の考えです。抜歯基準も同じで機能していれば残す。機能しなくなったときに考えればいい。

私たちが行っているのは医療です。例えば眼科で、緑内障といわれて最後は失明かもしれないけれど、まだ見えるうちに目を除去することはないわけです。歯も同じです。

開業して最初の患者さんで、2本だけどうしてもだめになりましたが、いまだに機能されている方がいる。また、37歳で来られて34年間通われている方もいます。初診時から歯周病が進行していたのですが、今70歳を過ぎててもあまり進行せずに保っている患者さんもいる。このように長い付き合いの患者さんに共通していえるのは、必ず定期検診にお見えになるし、プラークコントロールを一生懸命にしてください。この2つをしっかりと行っていると「歯ってこんなに保つものかな」と自分ながらびっくりしています。よく高齢の患者さんから同窓会に行ったら皆が入歯で苦労しているなかで「自分が入歯がなく本当に幸せだ」という声を聞き

長年の歯周治療で患者さんの口腔内から教わったこと

1. 根面がプレーンになって、患者さんがプラークコントロールをきちんとしてくれたら、ほとんどの歯周病は治る。
2. 根分岐部病変を征することは、歯周病を制する。
3. いじったからといって良い結果になるとは限らない。
4. 根分岐部病変は、水平的なポケットがあっても、垂直的なポケットをコントロールすること。

図20 長年の臨床経験から得られた歯周治療の基本的な考え方。

ます。ですから、歯周病をコントロールする仕事はこんなに大事なんだと、今さらながら思います。

歯周病治療の中核となる専門医、認定医、認定歯科衛生士

中川 ところで、NPO日本歯周病学会に専門医制度がありますが大学に所属していないと取得できないのですか。

和泉 もちろん、開業されている先生でも大丈夫です。谷口先生はNPO日本歯周病学会で専門医委員会の委員長をされていますから、谷口先生から伺ったほうがよしいと思います。

谷口 専門医の資格は、大学院など研修機関として認めている所で5年以上研修を積み、NPO日本歯周病学会に3回以上出席して、症例10ケースのうち8ケースは歯周外科を行い、そのなかの1ケースが再生医療のものをケースプレゼンテーションしていただいて、審査によって取得していただきます。専門医は学会のみが出せるレベルの高いものですが、ある程度専門職の知識と技能を持っている先生たちに地域で活躍してもらいたいということから、歯周病認定医という制度も去年から立ち上げました。これは研修機関に3年間、ケースプレゼンテーションが1症例、あとは基本的な筆記試験で合格すると2年後に専門医の資格が得られます。専門医は現在約850名で、認定医は今年から誕生します。

中川 歯科衛生士さんの専門知識と技術の向上を目指した認定歯科衛生士制度もありますね。

谷口 4年前から立ち上げて、現在では約600名の認定歯科衛生士が活躍されています。認定を得るにはNPO日本歯周病学会に

5年所属していただき、患者さんの歯周病コントロールを5ケース提出、そのうち1ケースをケースプレゼンテーションしていただきます。

これらの申請をされる時にデータを出していただくので、歯科医師も歯科衛生士にしても、必要な検査はしっかり行っていただき、データを保存して患者さんの経過をきちんと追っていただきたいのです。データに関しては統一したデータベースが必要なので、ジーシーの歯周検査ソフトの『ペリオナビゲーション2』(図22)を基にして、日本歯周病学会専門医、認定歯科衛生士の申請ソフトをつくってもらいましたが、今では申請者全員が使っており、申請者も審査者も助かっています。

和泉 私の研究室でも使っています。検査の効率化やデータ管理にとっても便利です。

赤羽 ありがとうございます。普段の臨床からご使用いただければ、先生方や歯科衛生士さんも申請する際には便利だと思いますので、ご活用いただきたいと思います。

谷口 私たちも専門医、認定医、認定歯科衛生士といった人たちを中心に、少しでも歯周病に対する理解と情熱を広めていってもらいたいと考えています。

歯周病に取り組むことが患者増につながる

中川 谷口歯科医院では定期検診・SPTの患者さんは多いのでしょうか。

谷口 数千名いると思います。20年以上通われている方だけで500名以上です。多すぎてリコールのウエイティングもかなり長かったこともありました。もっと多くの歯



科医院でも歯周病に取り組んでいただきたいと思います。

中川 メンテナンスの患者さんを増やしたいと多くの歯科医院では考えているわけですが、お話を伺うと歯周コントロールに真摯に取り組むことが、結果的に患者さんを増やしていくことになりそうです。

谷口 そうですね。歯周病に取り組んで患者さんから支持されると非常に強いと思います。

中川 今後、歯周病治療は将来どのような方向に向かうのでしょうか。

和泉 歯周治療は、対処療法から始まり、原因除去療法、そして歯周組織再生療法まで来ていますが、いま盛んに研究されているのが細胞増殖因子を用いた歯周組織再生療法です。アメリカですでに販売されているGEM21Siは、 β -TCPと血小板由来増殖因子を使って歯周組織再生に有効だと言われています。また、私どもの教室でも取り組んでいますが必要な細胞を増殖させ、歯周組織の細胞移植の研究も進められています。やはり歯周治療のゴールは、歯周病によって失われた組織を元の健康な状態に戻し、長期間維持することです。そのためにさ

まざまな歯周組織再生療法が開発され、さらに効果的なメンテナンスプログラムが考案されると考えています。

赤羽 ジーシーでもメンブレンをはじめ再生の研究を行っていて、大学の研究用としての資材も提供させていただいています(図23)。ここ数年、歯周病に関する多くのことが解明されて、今後ますます新たな治療法も生まれてくると思います。そのようななかでジーシーも臨床家の皆様にとって活用しやすい検査機器や臨床器具の開発に力を入れてまいります。また、研究機関とも連携して先進的な再生医療の開発にも努めてまいります。

中川 ともすれば審美治療やインプラントにばかり注目が集まる昨今ですが、すべての治療は歯周コントロールができてこそだと思います。これからますますの高齢社会を迎えます。誤嚥性肺炎の問題や全身の健康も含めて歯周治療へのニーズはこれからが本番で、歯科医院を安定的に発展させていくためにも、もう一度歯周病治療を見直す時期に来ていると思いました。本日はお忙しいなか和泉先生、谷口先生にご列席いただき、本当にありがとうございました。

ペリオナビゲーション2を用いた歯周基本検査



図22 「ペリオナビゲーション2」とチャート。音声入力により、1人で効率よく歯周検査を行うことができる。また、記録チャートは歯周病専門医、認定歯科衛生士などの申請資料として活用することができる。

GC研究用スキャフォールド

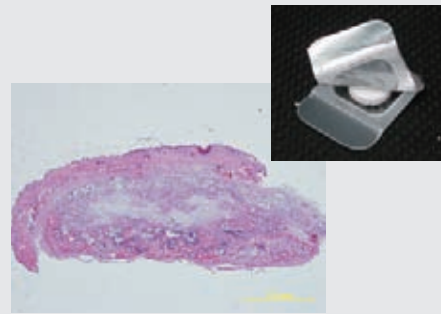


図23 GC研究用スキャフォールド。ジーシーメンブレンと同原料のスキャフォールド(右上図)。ヒト骨髄幹細胞とともにマウスに移植すると骨形成がみとめられた。