

講演抄録

60周年記念講演	2
韓国招待講演	3
特別講演	4
シンポジウム	6
認定研修会	12

一般研究発表

口演発表

日韓若手セッション：AE 1～8	13～20
第1日目B会場：B 1～8	21～28
第2日目A会場：A 1～13	29～41
第2日目B会場：B 9～19	42～52

ポスター発表

韓国：KP1～19	53～71
第2日目：P1～144	72～215

食育は噛むことから始まる ～味覚は心と気持ちを豊かにする～

オテル・ドウ・ミクニ

三國清三

歯で「噛む」ことが「食べる」ことの出発点。私は料理人として、「なぜ歯があるのか？」を考えます。自然のものは固く薄味が多い。それを噛み砕くために丈夫な歯があり、噛み砕いたときに食材から出るエキスを、舌や口の中の味覚のセンサーがキャッチして、「甘い、酸っぱい、しょっぱい、苦い、うま味」の5味を感じます。つまり料理のおいしさも「噛む」ことから始まるのです。

「甘いもの、やわらかいもの」が好まれる最近では、味覚の幼児化もみられます。「歯をくいしばって働こう」という感覚もないし、「歯をくいしばる」という言葉さえ聞かなくなっています。ネズミを使った実験で、固いエサを食べているネズミは何度でもチャレンジして出口にたどり着くが、やわらかいエサしか食べていないネズミは途中でへばってしまうという結果も出ているようです。これは人にも当てはまるのではないのでしょうか。

イタリアの「スローフード」。これは消えつつある郷土料理や質の高い小生産者の食品を守ること。質の高い素材を提供してくれる小生産者を守ること。子どもたちを含めた消費者全体の味覚を守り、教育するための活動です。

フランスには「味覚の週間」があります。これは行政とプロの料理人が手を組み、子どもの味覚教育のために行っている活動です。それを受け私も、2000年から小学生を対象に全国で味覚の授業を行っています。「甘い、酸っぱい、しょっぱい、苦い、うま味」、この5味を小学校6年生くらいまでにしっかりと認識させることにより、「見る、聞く、嗅ぐ、触る、味わう」の5感が開花します。

子どもたちは人のことをよく見て心配するようになります。「今日は悲しそうだね？ 嬉しそうだね？ 何かあったの？」それが気付きの芽生える瞬間です。人のことを気付き、思いやりの心をもつようになります。

日本フランス料理技術組合を作り6人で始めたこの活動も、今では60人まで増えました。今でも、年に2回ですが全国の小学校を廻っています。活動を始めた2000年頃は小学校から家庭科教室がなくなり、代わりにパソコン教室が増えていきました。学校からも「食育なんか」と抵抗がありましたが、1校やり2校やりと継続しているうちに、今では行政が後押しするようになり、全国各地の学校から依頼がくるまでになりました。今後も仲間たちとともに、続けられるかぎり食育活動に励みたいと思います。

Introduction of NDBE (National Dental Board Examination) of Korea

Department of Conservative Dentistry, College of Dentistry, Dankook University

Dong-Hoon Shin

Way of modern dental education has been changed from the old-fashioned cramming system to self-leading mode. Furthermore, its goal moves from the concept of “What do you know?” to that of “What are you able to do?”. That is called as “competency-based learning”. We believe that the educational quality will be raised and the new accreditation system we’ve got will be well-balanced through these kinds of changes.

Dental licensure is intended to ensure that only qualified individuals are licensed to provide dental treatments to the public. Applicants should demonstrate clinical knowledge, skills and abilities necessary to safely practice dentistry.

NDBE in Korea is enforced in the form of paper test only. Because it is only possible to evaluate applicants whether they know fragmentary understanding or not, it is unjust to label this kind of examination as a real qualifying examination. Therefore, it is considered that another type of examination should be adopted to complement the weakness of paper test, for example, data-presenting type and case-based questions. Additionally, clinical performance examination is going to be introduced in a near future.

Nowadays, two-step tests were imposed to the applicants who qualified as a dentist at foreign countries, after evaluating whether they learn adequate dental curriculum corresponding to national dental education: first one for basic dental knowledge, second one for clinical performance competency. After then, they have the same chance to take a NDBE like the Korean dental school graduates.

When think about the possibility of personal interchange, there comes a time for the cross recognition of qualified professional manpower. If so, international accreditation of the dental curriculum and globalization of the NDBE will be needed.

痛みへの対応～痛みの診断・治療のスペシャリストになるために～

日本大学松戸歯学部付属病院顎脳機能センター，脳神経外科

日本大学松戸歯学部頭頸部外科学教室

牧山康秀

1. 痛みとは何か，その機能は何か

国際疼痛学会は痛みを「不快な感覚と感情を経験することであり，組織の損傷が起きるか，あるいは起きえるような状況にともない，また，そのような損傷について記述される」と定義している。すなわち，痛みは単なる信号ではなく，「経験」である。

痛みはその原因により侵害受容性疼痛，神経障害性疼痛，心因の関与の強い疼痛と分類されるが，本来の機能である生体に対する警告としての痛みは侵害受容性疼痛の一部にみられるのみであり，そのほかの痛みはいわば非機能性疼痛といえることができる。したがって，それらの痛みは不要のものであり治療の対象とされる。

2. 痛みの診断そして治療

初めに，侵害受容性疼痛の有無を診断し原因疾患の除去では除痛が達成できないことを確認する。当施設のような痛みの専門外来では，各専門診療科でこのプロセスがほぼ終了してから受診するので，小見山准教授ら痛み外来の歯科スタッフが歯原性疼痛機序の関与がないことを今一度確認し，また必要に応じて医科が加わって，例外的な機序で生じた痛みでないかについて検討確認する。

非歯原性疼痛の受診者がほとんどであるが，代表的疾患として筋・筋膜痛症状群，非定型歯痛，医科の関与が必須のものとして口腔内灼熱症候群（BMS：burning mouth syndrome，舌痛症），三叉神経痛（まれに舌咽神経痛），非定型歯痛/顔面痛，まれに群発頭痛，各種の三叉神経ニューロパチー，身体表現性障害（身体症状症）が挙げられる。この領域では腫瘍性病変や悪性疾患が一定数含まれることが繰り返し強調されているので，画像診断を中心とした診断の裏づけが必須となる。また三叉神経痛のうち症候性のものは，症状からだけでは診断不可能である。

痛みの原因診断に加えて，当該の痛みが患者に与えている生活上の不自由，精神的負担の大きさを半定量的に評価することが必須である。慢性の疼痛での治療目標は痛みの完全な除去ではなく，またその達成は非現実的である場合が多いこと，一方，疼痛の一定程度の軽減により患者の生活上の不自由と負担が著明に軽減される例が少ないことを説明して理解を得る。患者・治療者間での治療目標の共有を図ることは，中等症以上の例では不可欠である。疼痛の完全な除去を目標とすることは，良好な予後に結びつかないことが多い。

3. 痛みの診断・治療のスペシャリストを目指して，明日からどうするか？

当施設では，心療歯科を含む各専門歯科，歯科麻酔，脳神経外科，耳鼻咽喉科，精神神経科のスタッフをそろえた包括的な痛み診療が可能となっている。しかし，当施設を訪れるような疾患の患者は通常の歯科大学の付属病院や総合病院，歯科オフィスで日々経験される場所であり，当初診断に難渋することとなりやすい。

特に顎顔面領域の神経障害性疼痛（舌痛症，非定型歯痛/顔面痛，三叉神経痛，舌咽神経痛，三叉神経ニューロパチー）では，歯科領域での診断の方向性がおおむね決まる段階で医科の併診が必要となろう。一般に慢性疼痛はペインクリニック，神経内科，脳神経外科で扱うことが多いので，各施設では平生から地域で信頼できる専門医とコミュニケーションをとり，共通のterminologyを構築する必要がある。この場合，非定型歯痛，舌痛症などは疾患名さえもはじめて聞くという場合が少なくないので，当初は紹介状への総説の添付なども有効である。

また近年では画像診断センターをもつ地域も増えてきているので，これらに依頼するのも一法である。口腔顔面領域の疼痛の原因検索のために，具体的な疑い診断名とともに三叉神経の全走行を含む検索を要する旨を明らかにして画像診断を依頼すると，意思の疎通が容易となろう。このような依頼は，悪性疾患による三叉神経ニューロパチーが否定しえない場合には特に必要となる。

こうして施設内や地域での各専門家との意思疎通が可能になれば，スペシャリストを目指す＜基礎作り＞をしたといえるのではないだろうか。

痛みへの対応～痛みの診断・治療のスペシャリストになるために～

日本大学松戸歯学部顎口腔機能治療学講座

小見山 道

歯科医師の一般臨床で、最も多く対峙する患者の深刻な訴えは歯痛である。歯科医師はこの問題を解決するために、日々診療を行っている。しかし数パーセントの割合で、疼痛軽減を目的とした歯科治療に対してほとんど良好な反応を示すことのない症例を経験する。ほとんどの歯痛は歯髄炎や歯周炎が原因であるが、近年、歯および歯周組織に原因がないにもかかわらず歯に痛みを感じる状態、すなわち非歯原性歯痛と呼ばれる病態の存在が明らかになってきた。ここで注意したいのは、原因不明の歯痛のほとんどは心身医学的問題から発症するのではなく、歯以外の場所に明らかな病態を伴う歯痛の原因疾患が存在するという事実である。そこで日本口腔顔面痛学会は、活動の一環として非歯原性歯痛の診療ガイドラインを作成し、広く臨床に供すべく発刊した。これまでは、非歯原性歯痛は従来の歯科的知識にはなかったために正式な歯痛の分類になく、また学部教育でも言及されないため、診断法・治療法について全く情報がなかった。このガイドラインは、歯科診療にかかわるすべての医療関係者を対象に、非歯原性歯痛に関する基礎的知識から治療体系までを呈示した。そのなかで、非歯原性歯痛の原疾患は、①筋・筋膜性歯痛、②神経障害性歯痛（三叉神経痛、帯状疱疹、求心路遮断性疼痛など）、③神経血管性歯痛、④上顎洞性歯痛、⑤心臓性歯痛、⑥精神疾患による歯痛（身体表現性障害、統合失調症、大うつ病性障害など）、⑦特発性歯痛（非定型歯痛を含む）、⑧その他のさまざまな疾患により生じる歯痛のグループに分類し、それぞれの診査・診断から治療までを網羅した。

今回の講演では、まず非歯原性歯痛のなかで最も頻度の高い、筋・筋膜性歯痛の臨床例を紹介する。筋・筋膜性歯痛は、主として咀嚼筋の筋・筋膜痛が原因となり関連痛としての歯痛を生じる病態である。咬筋では上下顎臼歯部に関連痛を生じ、側頭筋では上顎臼歯部に発生することが多い。原因筋の触診で、当該歯に誘発痛を生じることで診断し、治療としては原因筋に対する理学療法やホームケアで対処する。

また根管治療に対して執拗に抵抗する歯痛には、神経障害性疼痛と感作の概念を知る必要がある。神経障害性疼痛（neuropathic pain）は、1994年に国際疼痛学会（International Association for the Study of Pain：IASP）によって「神経系の損傷や機能不全が原因となって生じる痛み」と定義され、さらに2008年に「体性感覚伝導路の損傷や病変によって直接に引き起こされる痛み」と再定義されている。新しい定義では、神経障害性疼痛は「炎症や外傷に伴う強い侵害刺激の負荷によって惹起される痛覚伝導系の感受性増大（感作）による痛み」と明確に区別された。抜髄後に痛みが遷延するが根管になんら問題が見当たらない場合は、まずはこれらの可能性を検討する必要がある。治療としては、神経障害性疼痛を適応とする薬剤の投与や中枢に対する疼痛抑制のための投薬となる。

関連して、ガイドラインのなかで紹介されている特発性歯痛（非定型歯痛）であるが、現在では Persistent Dento-Alveolar Pain Disorder：PDAP という定義に変化した。PDAPの診断基準は、①持続性：少なくとも1日8時間、月に15日以上疼痛が3カ月以上存在する、②疼痛：IASPの基準により定義される（感覚異常を含む）、③局在：最大疼痛は解剖学的領域に規定される、④検査を追加しても特定されない（歯科、神経学的検査+/-口腔内CTやMRIによる画像検査）である。疫学に関するシステマティックレビューでは、根管治療（歯内療法）に継発する歯に原因を認めない疼痛の頻度は3.4%との報告がある。また末梢の体性神経支配に対する局所麻酔ブロックにより、PDAP患者の半数は有意な疼痛の減少がなく、その多様性から鑑みて、PDAPは末梢および中枢神経機能双方における神経機能の異質な変化を含む可能性がある。治療としては、症例集積研究が、抗てんかん薬や三環系抗うつ薬の経口的な薬物療法による疼痛抑制の有効性を示唆している。

本講演が、マイクロスコープにより根管治療の精度が格段に向上した現在においても混迷を極める、原因不明の歯痛に対する解決のヒントを提供し、日本保存学会の先生方の日常臨床での悩み深い症例への対応の一助になれば幸甚である。

シンポジウム開催のねらい

東京医科歯科大学 (TMDU) 大学院医歯学総合研究科 口腔機能再構築学講座 歯髄生物学分野
日本歯科保存学会理事長

興地隆史

日本歯科保存学会は1955年の設立以来60年間にわたり、修復・歯内・歯周三領域の専門家が一致協力しながら、「歯を保存し機能させる」ための総合的取り組みを行う学会として活動を続けてまいりました。この間本学会が、三領域での研究・臨床・教育活動などを通じて国民の口腔保健の増進に多大な貢献を果たしたことは疑いありません。

ところが社会構造や疾病構造はこの間大きく変貌を遂げており、本学会にも時代の潮流に即した取り組みが従前以上に求められています。その一つのトピックとして、「医療の専門性」のあり方を挙げることができます。

すなわち、「専門性の追求」というまでもなくこれまでの医療界全体における主要な潮流であり、歯科保存学領域においても、三領域それぞれの粉骨砕身ともいうべき努力の賜物として高度の専門分化が図られつつ今日にいたっています。この動向は社会の要請を背景としており、また高レベルの医療の提供が社会に多大な貢献を果たしていることもいうまでもありません。ところが近年では、高度に専門化・細分化された現代の医療体系を見つめ直した結果として、「総合診療専門医制度の構築」などを含めた「専門医制度の見直し」がしばしば話題になることも周知のとおりです。このような趨勢からは、本学会では今後、歯科保存学三領域間の連携を推進することが従前以上の意味合いをもつようにも思われます。

本シンポジウム「保存治療のスペシャリティの追求」では、60周年記念大会にふさわしい内容として、また上述の背景を踏まえつつ、歯科保存学領域での専門性のあり方をさまざまな視点からご講演いただきます。すなわち、和田康志先生（厚生労働省医政局歯科保健課）には、「歯科医療の専門医制度の政策」と題して今後の専門医制度構築についての情報をご提示いただいた後、住友雅人先生（日本歯科医学会会長）からは、「日本歯科保存学会専門医の立場」と題して本学会の専門性のあり方へのご提言を頂戴いたします。さらに宮崎真至先生（日本歯科保存学会）、寺内吉継先生（日本歯内療法学会）、栗原英見先生（日本歯周病学会）からは、修復・歯内・歯周三領域の専門的医療の最前線をご披露いただきます。

日本歯科保存学会が、歯科保存学三領域の共同体という独自の「スペシャリティ」の下、歯科界のなかでいかなる役割を果たすべきかについて、本シンポジウムを通じて議論が高まることとなれば幸いです。

講演1：日本歯科保存学会専門医の立場

日本歯科医学会

住友雅人

厚生労働大臣が受理し、広告ができる専門医の資格を、日本歯科保存学会専門医は有していない。

日本歯科保存学会の専門医資格申請の審議結果は、平成18年2月21日付で学会長に提出された。その報告書では、「昨今の高齢者化社会に伴う処置が困難な齲蝕や歯内疾患の増加と患者のニーズの高度化に対して、高い技術力をもって対処できる専門医は必要ということになる。専門医の数は限られているため、それらの症例に対してすべて専門医自身が対応することはできず、専門医には一般臨床医を直接的、間接的に支援するという重要な役目も課されている。専門医と一般臨床医との間の連携を積極的に作るよう指導する。こうしたシステムを構築することによって、齲蝕や歯内治療の予防、治療、術後管理に関して全体的なレベルの向上を図りたいとしている。（抜粋ママ）」が評価され『可』となった。

しかし平成18年12月21日付の日本歯科医師会からの厚生労働省への回答は、「国民の視点に立つと、この資格名を広告すると一般の診療所の歯科医師と専門医との判別がつき難く、これによる医療現場と国民の混乱が予想されることから了承しかねる」であった。

時は経ち、平成24年8月9日に開催された学会専門医制在り方第4回打ち合わせ会の記録は次のとおりである。「保存は歯周、歯内、充填となっているのだが、歯周が先に広告可能な専門医を取得してしまったこと、また歯内も専門医を希望しているので、保存の専門医は何かという問題があり、接着や審美等とともに整理が必要」「専門医制度の構築については、各専門医の専門範囲を明確に提示できることが重要」「歯科総合医と専門医の二層制案を提案する。歯科総合医という一層部分には保存、補綴、歯周、外科に入ってもらう必要がある」「専門医認定という第三者的な機関で評価を得ていることが大変重要であり、国民の信頼感にもつながる」などである。

これらの考え方は現執行部も引き継いでおり、医科の専門医制度が整ってきたこともあり、学会ではより具体的な検討が行われている。また、厚生労働省に設置された歯科医療の専門性に関するワーキンググループの第1回の会議が平成27年4月23日に開催されたところから舞台はそこに移された感はあるが、本分科会の専門医は、現在、医科で進められている総合診療専門医を目指す専攻医の指導医およびプログラム総括責任者の立場が望ましいと考える。

講演2：歯科医療の専門医制度の政策

厚生労働省医政局歯科保健課

和田康志

わが国では、保健・医療・福祉の連携の下、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきた。その一方、急速な少子高齢化、国民意識の変化等、大きな環境の変化に直面しており、医療保険制度や介護保険制度等の社会保障制度を将来にわたり持続していくため、さまざまな対応を図ってきた。

歯科保健医療を取り巻く状況は、子どものむし歯の減少や8020達成者の増加等にみられるように歯および口腔の健康状態は着実に改善している一方で、高齢化の進展に伴い、患者像も全身疾患を有するケースや寝たきりで外来に受診できないケースなど多様化してきている。こうした状況に対応するために、卒前教育から生涯研修までの一連の過程を通じて、歯科医師の資質向上を行っていくことが重要である。

併せて歯科医療の提供体制も従来の歯科医療機関内で完結する歯科医療に加えて、医科医療機関や介護保険施設等とも連携を図りながら歯科医療を提供していく形態が求められている。

こうした状況を踏まえて、歯科医師の資質向上等について多方面から検討を行うため、2015年1月に「歯科医師の資質向上等に関する検討会」を設置し、歯科医師の需給問題、女性歯科医師の活躍、歯科医療の専門性について、各ワーキンググループにおいて議論を開始したところである。

このなかで、歯科医療の専門性に関するワーキンググループについては、

1. 国民が求める歯科医療の多様化に対応しつつ、安全・安心な歯科医療を提供するために、すべての歯科医師に求められる要件等について
2. 歯科医療のなかですでに位置づけられている専門医について
3. 専門性についての情報の在り方について

という論点を明示し議論を行っているところであり、こうした動向等について概説する。

講演3：保存修復の最前線

日本大学歯学部保存学教室修復学講座

日本歯科保存学会

宮崎真至

齲蝕に対する積極的介入としての歯質切削については、これを行う前に考慮すべき事項がある。すなわち、齲蝕とは脱灰と再石灰化を繰り返すプロセスであり、そのバランスが脱灰に偏った状態が長期にわたって継続することで齲窩が形成される。そこで、齲蝕治療の第一の原則は、脱灰と再石灰化とのバランスをコントロールすることと認識されている。そのためにも、カリエスリスクファクターを把握するとともに、齲蝕の自然史を理解することによって「齲蝕の過程に対する治療」としての予防処置を行うことが肝要となる。歯質の石灰化促進を有するものとしては、バイオアクティブガラスやペプチドなどが検討されており、一部は臨床応用されている。また、歯磨剤にもフッ化物以外に再石灰化促進作用を発揮する物質を含有させるなど、多くの検討がされている。さらに、バイオアクティブな機能を発揮する修復材なども市販され、その効果について基礎および臨床的検討がされている。

一方、積極的介入を伴う歯冠修復処置においては、齲蝕に関する知見の蓄積あるいは接着技術の飛躍的向上によって Minimal Intervention という明確な方向性が示されている。これに伴って、歯質接着性を有するコンポジットレジン臨床使用頻度が増加するとともに、これに関するエビデンスの蓄積が精力的に行われてきた。今日では、優れた歯質接着材を用いることによって、光重合型コンポジットレジンを用いた機能と審美とを両立させた歯冠修復処置を可能にしている。また、その適応症は前歯の小窩洞のみならず、歯冠破折などの比較的大型窩洞や白歯部咬合面あるいは隣接面を含む窩洞などへも適応範囲が拡大している。これまで、間接修復に頼っていたものが、コンポジットレジンシステムを用いることで即日修復が可能となったことは、特に患者にとっては大いなる福音である。

保存修復処置は、カリオロジーという理論的な学問体系の構築、歯質接着という基本技術およびこれを扱う臨床手技によって支えられ、発展してきた。すなわち学理の構築、材料の発展ならびに臨床技法の確立によって審美的歯冠修復処置が可能となっている。本講演では、齲窩を形成する前の処置に用いられる最新の器材とともに、齲窩を形成した場合の歯冠修復処置について、基礎研究とともに臨床テクニックの最前線について考えてみたい。

講演4：抜髄・抜歯しない歯内療法

医療法人社団インテリデント CT & 米国式根管治療センター
日本歯内療法学会
寺内吉継

日々の診療において、大変懸念していることがある。適切なペリオやエンド処置を行えば保存可能な歯に、抜歯・インプラントが施されているケースが激増しているのだ。同時に、上述のような歯の保存可否に関するセカンドオピニオンを求められる機会も増えている。こうした憂慮すべき状況は、一般的には、インプラントの利益率と成功率が保存治療のそれと比較して高いといわれていることに起因していると考えられる。特に、感染根管の処置は、抜歯と比べて大変高度なテクニックが要求されるにもかかわらず、診療報酬が著しく低く抑えられている点と大いに関係していると思われる。現状の診療報酬の下では、いかに高潔な倫理観をもった歯科医師でも、歯を保存する努力よりも安易な抜歯を選択するのは当然といえよう。

翻って90年代以降の歯内療法の環境を概観すると、歯科用実体顕微鏡とCBCTの普及、顕微鏡下で使用可能な多種多様なマイクロインストルメンツやMTAの開発、多くのリサーチャーからのエビデンス等により、難治性根尖性歯周炎の原因が解明されてきた。これにより歯内治療方法が飛躍的に改善し、インプラントに勝るとも劣らない予知性と高い成功率を誇るようになったのだ。

今回のシンポジウムでは歯内療法の原点に立ち返り、歯髄を保存することの重要性と難治性の根尖性歯周炎の原因についての的を絞り考察したい。また、抜髄しなければ感染根管に発展することはないため、歯髄保存のためのVital Pulp Therapyを本講演では臨床的にエビデンスベースに紐解いていきたい。さらに、感染根管治療が成功すれば抜歯は無用になる。1本でも多くの歯を救うために、困難な感染根管処置についても同様に取り上げていきたい。具体的には、①根尖まで穿通、または根管充填材が根尖まで到達していても治癒しない原因不明な難治性の根尖性歯周炎、②破折器具やレジンなどが存在するためその根尖側にある感染が除去できない場合の根尖性歯周炎等、難易度が高い症例を集めその解決方法を紹介する。これら難治性の根尖性歯周炎でも、適切なプロトコールの下で処置を進めれば長期保存可能であることも示していきたい。

もう安易な抜髄や抜歯は時代遅れなのだ。

講演5：歯周治療の最前線

広島大学大学院医歯薬保健学研究院 応用生命科学部門 歯周病態学研究室

日本歯周病学会

栗原英見

歯周治療の最前線というタイトルをいただいているので、「歯周病の診断」「歯周病治療」「歯周病学会の今後の方向性」のそれぞれについて論じたい。

1. 歯周病の診断

歯周病のなかでも、慢性歯周炎は歯周局所における歯周病関連細菌の感染に対する宿主応答の結果として歯周組織破壊が生じる、慢性炎症である。したがって、宿主応答に影響を与える因子を十分に診断できる能力が求められる。とりわけ、「環境因子・後天的な因子」は治療の対象となる因子であり重要である。糖尿病は感染に対する宿主防御能を低下させることから、この因子の代表であり、患者数も多い。また、歯周病原細菌の感染を把握するための、細菌検査や血清学的な検査についても十分な知識が求められる。

2. 歯周病治療

「抜いて入れる」は歯周病罹患歯に対して古くから実施されてきたが、8020運動の進展や国民の健康意識の向上から、“歯を抜かない”治療が国民から求められている。歯周病治療の目的は、歯を保存し機能させることである。歯周病の病因・病態研究が進み炎症の除去だけでなく、サイトカイン療法や細胞移植療法などの分子細胞生物学を背景とした組織再生治療が臨床的に実施されるにいたっている。また、歯周病専門医には単に歯周病だけでなく、関連する全身的な疾患について十分理解し、内科医等との積極的な連携が要求される。さらに、日本歯周病学会では歯周病リスクを管理できる専門医による“残存歯を保存するための”インプラント治療を推進している。

3. 歯周病学会の今後の方向性

1) 歯周病予防の推進

歯周病が多くの全身的な疾患に関連し、歯周病治療が医療費の抑制に大きな役割を担うことが明らかになってきたことから、大学生、20歳代などの若年者への意識の改革を目指した予防活動が必要である。

2) 専門医の偏在解消と患者の高齢化への対応

日本歯周病学会員・歯周病専門医は歯科大学・歯学部がある地域に偏在しており、全国的にみると歯周病専門医へのアクセスビリティに大きな差がある。今後、高齢者の歯周病治療や医科歯科連携を強化していくには、この専門医偏在の解消がきわめて重要である。

3) 医科歯科連携の推進

歯周病専門医がさらに医科歯科連携を進めていくためには、全身管理を含めた内科的知識・技能の向上が必要である。また、慢性歯周炎の全身への影響の程度を、医師などほかの医療従事者に共通言語として提示できる指標作りが求められている。

日本歯科保存学会認定医を目指す（歯周病治療）

昭和大学歯学部歯周病学講座

山本松男

わが国における高齢化の進展や疾病構造の変化に伴い、国民の健康の増進の重要性が増大しており、健康づくりや疾病予防を積極的に推進するため、平成12年に国民健康づくり運動として「健康日本21」が開始された。平成14年には健康増進法が成立し、国家レベルで超高齢社会の時代での健康増進に取り組んでいる。昭和の時代には早期発見早期治療といわれていたが、さらに現在は予防、根本的な治療、再生医療へとより高い段階のゴールを目指している。歯科に関しては、平成元年に8020運動が提唱され健康に関する先取的な取り組みが開始された。前述の健康日本21に組み込まれ、歯科単独でなく健康行政全体の中での位置づけが明確になっていった。医療に携わるものだけではなく、国民全体にも歯や口腔に対する関心が増え、その結果きわめて短期間に一人平均現在歯数がどの年齢においても伸びている。また、中学生以下の年齢における一人平均むし歯数の急速な減少には目を見張るものがある。

しかし、諸手を挙げて喜ぶわけにはいかない。中高年における、処置の必要な歯の数や歯周疾患罹患率は上昇する傾向が続いている。歯や歯周組織を人生の終盤まで健康な状態で維持していくことには、それなりの努力と時間、経済的な負担が必要であることは疑いのないところである。また、歯周病などの慢性炎症を伴う疾患では、糖尿病を代表とする、いわゆる全身の状態との相互の関連が指摘され、それを裏付ける研究も広く進められている。さらに疫学的な研究によれば、残存歯数の減少と身体機能の低下や認知症なども関連性が指摘されたり、義歯により咀嚼機能が回復されたものでも摂取食品の変化などにより肥満が進むなどの報告もみられ、天然歯による咀嚼機能の維持はやはり尊いものであることが再認識される。歯を保存する歯科医療は、まさに健康を支える大きな使命を担っている。

日本歯科保存学会では、歯科保存学の専門的知識・臨床技術を高め、生涯にわたる研修を図ることを通して健康増進に寄与することを目的としている。本認定研修会では、本会認定医（歯周治療）を目指す若手歯科医師を想定し、歯周病の知識や技術に加え、歯周治療の特徴やいわゆる全身性疾患を有する患者さんや服薬中患者さんの治療における注意事項等について、一般歯科診療で遭遇する例や工夫事例を用いて概説する。認定医認定への申請の参考になるよう、口腔内写真の撮り方などについても触れる。