



井上 孝 先生

略歴

- 1978年 3月 東京歯科大学卒業
- 1983年 9月 カナダ・トロント大学歯学部客員助教授（昭和60年 8月まで）
- 1990年 3月 口腔病理専門医。指導医（第29号）
- 2001年 5月 東京歯科大学教授（現臨床検査病理学講座）
- 2003年 1月 日本口腔インプラント学会指導医（第5号）
- 2005年 5月 日本口腔検査学会理事長・口腔検査認定（第1号）
- 2009年 4月 東京歯科大学口腔科学研究センター所長
- 2010年 6月 東京歯科大学大学院研究科長
- 2013年 6月 東京歯科大学千葉病院病院長，同衛生士専門学校校長
- 2014年 9月 FDI理事（アジア太平洋地域代表）
- 2017年 4月 日本歯科医学会連合副理事長，日本歯科医学会副会長

歯科医科連携の共通言語は検査値

東京歯科大学臨床検査病理学講座
井上 孝

インプラントの問題点は、1980年以来、非自己が内部環境と外部環境を貫き口腔内で機能を求められることにあることは変わらない。つまり、研究者は非自己として認識され排除されないようなインプラントを研究作製し、臨床家は、排除されない確実な適応症の選択および正確な技術および管理をする治療と言える。研究領域では、osseointegrationの改善を目的に多くの表面性状・形状、多様な処理が行われてきたが、未だに内部環境と外部環境の間にある、天然歯の付着上皮様の構造再生研究は多いとは言えない。その結果、歯周病と同じく、インプラント周囲炎は続発症の中で最も多いものに位置づけられている。臨床的にはと言えば、多くの技術革新が行われ、様々な症例に対応できるようになった。

このようなインプラント治療であるが、今後数十年は超高齢化社会に対応するインプラントの方向性を模索する必要がでてきた。つまり、基礎疾患や多くの薬の副作用、老化による機能・形態の変化、さらには病態の多様性に追随し、要介護患者への対応も重要な課題となっている。医科との連携なくして、インプラント治療が成功に導かれるか基礎と臨床で真摯に見直す必要がある。

医師は、数値化された臨床検査値により、診断し、治療そして予後判定を行う。眼科医や耳鼻科医でさえ、どの程度見えて、どの程度聞こえているか、そして治療の効果は数値で判断する。翻って、歯科医師は、いかなる時も数値を用いてこなかった。う蝕、歯周病、口内炎は視覚的に、そして咬合力は患者の主観にゆだねていたからである。医科・歯科連携が叫ばれる超高齢社会において、臨床検査値は医療従事者間での「言語」なのである。

今回のシンポジウムでは、これらの事をふまえ今後のインプラント治療の有るべき姿を述べる。



小方 頼昌 先生

略歴

- 1984年 日本大学松戸歯学部卒業
- 1988年 東京医科歯科大学大学院歯学研究科修了
- 1988年 日本大学助手松戸歯学部歯周病学講座
- 1991年 日本大学講師松戸歯学部歯周病学講座
- 1992～1993年 カナダトロント大学歯学部歯周生理学部門 研究員
- 2001年 日本大学教授松戸歯学部歯周病学講座
- 2005年 日本大学教授松戸歯学部歯周治療学講座

- 2002年 日本歯周病学会指導医
- 2003年 日本歯科保存学会保存治療指導医
- 2004年 日本臨床歯周病学会指導医
- 2014年 日本臨床歯周病学会歯周インプラント指導医

インプラント周囲疾患の罹患率とリスク因子について

日本大学松戸歯学部歯周治療学講座
小方 頼昌

インプラント周囲疾患は、インプラント治療後の合併症の中で最も多く、インプラント周囲粘膜炎とインプラント周囲炎に分けられる。過去の報告では、インプラント周囲粘膜炎の罹患率は、19～65%で平均43%、インプラント周囲炎の罹患率は、1～47%で平均22%である。

日本でのインプラント周囲粘膜炎とインプラント周囲炎の罹患率とリスク因子に関する詳細な報告が過去に無いため、日本歯周病学会指導型研究として「歯周病患者におけるインプラントの実態調査」を行った。対象は、日本歯周病学会会員の診療施設で歯周治療終了後にインプラント治療を行い、治療終了後3年以上経過して調査期間（2012年10月～2013年9月）中にインプラントメンテナンスを受診し、本調査の主旨を説明して同意が得られた患者である。

調査項目は、①年齢、性別、喫煙、飲酒、投薬、全身疾患の有無 ②インプラント治療前と現在の歯周病検査、抜歯の原因、X線写真、口腔内写真 ③インプラントの種類、手術形式、補綴様式、治療終了からの期間 ④インプラント周囲溝のプロビング深さ（PD）とBOP、角化粘膜幅と可動性の有無、改良型Plaque Index、改良型Sulcus Bleeding Index、排膿および動揺 ⑦同一口腔内のインプラントと残存歯の最深PD部の歯周病原菌検査 ⑧指尖血清抗体価検査である。

34医療機関で267症例の実態調査を実施し、その内訳は男性110名、女性157名、平均年齢62.5±10.7歳、残存歯数20.9±5.9本、インプラント埋入数は3.8±3.2本であった。インプラント周囲粘膜炎とインプラント周囲炎の診断基準は、軽圧でのプロビング時に出血を認める場合をインプラント周囲粘膜炎、インプラント周囲骨の吸収とプロビング時の出血（または排膿；必須ではない）を認める場合をインプラント周囲炎とした。インプラント周囲粘膜炎およびインプラント周囲炎の割合は、患者単位で33.3%および9.7%であり、リスク因子を解析した結果、口腔衛生状態とインプラント治療前の歯周炎の程度がインプラントの予後に関係する結果となった。

本シンポジウムでは、「インプラント治療の長期安定性」「インプラント周囲組織の健康維持」「これらを達成するための問題点やその解決法」について、「歯周病患者におけるインプラントの実態調査」の成果を踏まえて、お話ししたいと思います。



高橋 慶壮 先生

略歴

1988年 岡山大学歯学部歯学科卒業
1992年 岡山大学大学院歯学研究科修了 博士（歯学）
1993年 英国グラスゴー大学歯学部（Prof. Denis F. Kinaneに師事）
1996年 岡山大学歯学部助手
1999年 明海大学歯学部講師
2006年 明海大学歯学部助教授
2007年 奥羽大学歯学部歯科保存学講座歯周病学分野教授 現在に至る

日本歯周病学会常任理事（口腔インプラント委員会委員長）
日本歯科保存学会常任理事
日本顎咬合学会指導医

実践知から考える口腔インプラント治療の将来展望

奥羽大学歯学部歯科保存学講座歯周病学分野
高橋 慶壮

口腔インプラント治療は何らかの原因で歯を失った患者に対して適応されるが、原因と考えられる外傷、歯根破折、医原病、う蝕および歯周病に対する治療や予防を実践しなければ合併症を生じる確率が上がる。歯周病患者に対してインプラント治療を適応する頻度が増すにつれて、インプラント周囲疾患、とりわけインプラント周囲炎が社会問題になっている。インプラント周囲炎の病因、定義、分類および治療が世界中で検討されているが、コンセンサスを得るには至っていない。インプラント周囲炎を歯周炎と同様に感染性疾患として捉える学派がいる一方、異なる見解も報告されている。

医科と歯科における疾患の定義は「实在論」でなく「唯名論」的に行なわれ、原因が明らかではない疾患を症候群的に分類し、診断と治療のエビデンスが試行錯誤を繰り返しながら積み上げられている。コンセンサスレポートが数年ごとに発表されるが、インプラント周囲炎の定義さえ確立されていない。演者は歯周炎やインプラント周囲炎のような多因子性の慢性疾患は「複雑系」として捉え、ビッグデータの集積が不可欠と考えている¹⁾、これまでの要素還元主義的発想では、疾患の予防や治療に有効な手段は見出せないであろう²⁾。

複雑系とされる天気の変動や地震の予知は現在でも難しく、人間は複雑系の最たる対象といえる。医学や歯学は「人間を扱う科学」であり、科学が苦手とする複雑系で説明される領域と考えられることから「未成熟科学」に定義されている。観察結果と各種検査結果から蓋然性の高い原因を推論するが、不確実性が常に存在する（前後即因果の誤謬）。

疫学は原因が不明瞭な現象に対して統計を利用して可能性の高い原因を絞り込み、対策を提言する試みで、インプラント周囲炎の診断と治療法の確立にも有効である。もっとも、臨床の場では、インプラント治療を行う部位の3次元の形態や骨質、術者の治療レベルおよび補綴装置の精度など不確実性が残る。インプラント周囲炎の病因には医原病も関わると考えられるため、適切な指導者のもとでトレーニングを受けて治療の「暗黙知」を習得すること、さらに習得した治療技術や感覚を「形式知」に転換して継承する教育システムの構築が望まれる。

大学病院では、補綴科、口腔外科、歯周病科あるいはその他の診療科が連携して治療するケースが多く、分業の利点よりも欠点が懸念される。演者らは歯周病患者の口腔インプラント治療を歯周病科単科で実践しており、上部構造装着後の観察結果から、過去の報告と同様に生存率は99%と高いが、合併症も経験する。現在、疫学研究を通して各種リスク因子を評価しつつ、合併症を起こした症例からは人工骨を用いた骨増大術、スレッドの露出、咬合力の問題およびインプラント体の表面性状の関与について省察・検討している。

1) 高橋慶壮 日歯周誌 55：121-31, 2013.

2) 高橋慶壮 日歯周誌 58：236-53, 2016.