

セッション	講師・演者	質問内容
特別講演Ⅱ	矢部 大介 先生	欧米や欧州の方が肥満や暴飲暴食などのDMリスクが高いように感じるが、アジアで全世界の5割を占めるのは、なぜなのでしょう。遺伝的な背景が関与していることはありますか。
		<p style="text-align: center;">回答</p> アジア人ではインスリン分泌能、特にブドウ糖負荷後初期のインスリン分泌能が低いことで糖尿病発症します。インスリン分泌能を規定する何らかの遺伝子変異は明確ではありませんが、糖尿病発症と関連するグルコキナーゼの一塩基多型がアジア人で多く認められるなどの報告もあります。
セッション	講師・演者	質問内容
シンポジウムⅢ	児玉 利朗 先生	海外では咬合が歯周組織のアタッチメントロスに及ぼす影響は極めて限定的であると言われていますが、咬合性外傷にどのように考え、対応しているのか教えてください。
		<p style="text-align: center;">回答</p> 先生のご指摘のように海外では咬合性外傷についてはあまり議論されておりません。しかしながら日本人の解剖学的な特徴である歯根の長さや固有歯槽骨の菲薄さを考えた場合、欧米人より外傷性因子を受けやすいことが考えられます。そのため日常臨床においても重症化した部位ではその影響が否定できません。また、私見ですが外傷性因子による歯の摩耗から支持骨の喪失に伴う歯の移動への過程が日本人では早いのではないかと思います。これらの臨床背景としては、欧米での抜歯基準レベルの相違や咬合様式(チョパータイプかグラインディングタイプ)等も関連しているかもしれません。対処法としては、常に咬合管理とフレミタスによる確認をしておりますが、少なくとも炎症の強い部位では歯の移動が大きく認められ、SPT期には小さな歯の移動が歯列不正部で生じやすいことを前提に、外傷性因子の早期チェックをしております。
	不島 健持 先生	<p style="text-align: center;">質問内容</p> 歯列不正と歯周病の進行に因果関係は成立しないのではないのでしょうか。エビデンスを教えてください。
		<p style="text-align: center;">回答</p> 添付論文ご参照ください。 Alsulaiman AA, Kaye E, Jones J, Cabral H, Leone C, Will L, Garcia R (2018) Incisor malalignment and the risk of periodontal disease progression. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics 153: 512-522. Abu Alhajja ES, Al-Wahadni AM. Relationship between tooth irregularity and periodontal disease in children with regular dental visits. J Clin Pediatr Dent 2006;30:296-8. Ngom PI, Diagne F, Benoist HM, Thiam F. Intraarch and interarch relationships of the anterior teeth and periodontal conditions. Angle Orthod 2006;76:236-42.

セッション	講師・演者	質問内容
認定医・専門医教育講演	辰巳 順一 先生	根分岐部の形態はcranzzaと日本人ではくぼみの差はどのくらいありますか。
		回答 根分岐部の形態に関しては、Bower(1979)、国内文献では上條(1962)が調査した文献が多く引用されています。 日本人との陥凹程度の差異をみた文献は知りませんが、私の日常臨床の経験値ではあまり差異がないと感じています。 欧米人では日本人と比べ歯根長や歯冠高径がやや大きいと思われませんが、検査やSRPを行う際には解剖学的特徴を理解したうえで、行うことは肝要と思います。
		質問内容 診断経過はどのように追っていったら良いのでしょうか。
		回答 歯周組織では、基本治療ではPISA値、平均PPDやCALの経時的変化、平均MBL(marginal bone level)を指標にし、インプラント周囲組織では特にインプラントプラットフォームからのPDの変化量を計時的に見ることが大切であると思います。
		質問内容 歯周病新分類におけるグレードにおいて、リスク因子(糖尿病等)が基準値を超えた時点でグレードCと表記するのでしょうか。
		回答 糖尿病が進行していてもPGが良好で歯周疾患が進行していないケースもあります。ですから、HbA1c=8.0の方が全員Grade Cになるのではなく、Grade Bの方で血糖コントロール出来ていない糖尿病の患者はリスクが高いということで、Grade Cにするといった考え方です。
		質問内容
セッション	講師・演者	質問内容
歯科衛生士教育講演	椎名 美佳 先生	よく噛むことを指導する際に野菜などを大きめに切ることを進めていました。食材の大きさはあまり関係ないでしょうか。
		回答 食材の大きさを大きくすることで、噛む回数は増える傾向にありますので、そのような指導は適していると思います。 とくに、小さなお子さんをお持ちの保護者の方はよかれと思って小さく切っている方も多いです。お子さんの咀嚼力をつけるためにも少し大きめに用意することをおすすめします。但し誤嚥・誤飲には注意が必要です。

セッション	講師・演者	質問内容
歯科衛生士口演	佐藤 由美 先生	マイクロでの歯周治療は一回どのくらいの時間で行なっていますか。 また、マイクロの扱いに慣れるまではどのくらい時間がかかりましたか。
		回答
		わたくしの場合ですが、一回のチェアタイムはメンテナンス、TBI、デブライドメント等のような歯周治療に対しても基本60分の予約になります。 マイクロスコープの扱いに関してですが、始めにきちんとした使い方を学んだ後に、日々臨床の中でマイクロスコープを意識して約2~3ヶ月位で使えるようになってきます。 使いこなすまでは、目視とマイクロスコープの見方が違う為、いろいろな工夫が必要になり、日々の診療で自分にあった使い方を見つけていき徐々に上達していきます。
セッション	講師・演者	質問内容
一般演題ポスター	小林 宏明 先生	前歯、小臼歯の歯槽骨レベルが根尖3分の1以下の場合には根管治療を行って、歯周治療を行った方が歯周ポケットが浅くなる臨床実感があるが、歯槽骨レベル・歯種はどうだったのでしょうか。
		回答
		ご質問ありがとうございます。 歯槽骨レベルは、患歯は根先まで骨吸収象のみられる歯内歯周病変歯を選択しておりますが、患歯以外の歯槽骨レベルは今回のデータには入っておりませんでした。 歯種の内訳は、前歯1本、小臼歯1本、大臼歯10本となります。 ただ、この前歯と小臼歯のどちらも歯内治療のみでは治癒しませんでした。 本研究では、歯内治療のみで改善する歯内病変由来の歯内歯周複合病変を細菌学的に評価しております。 今後は、歯内治療のみでは治癒しなかった歯内歯周複合病変に対して、歯周治療による治癒成績を調べていきたいと考えております。ご助言に従い、歯種と歯槽骨レベルでも解析をしていこうと思います。 貴重なご意見、誠にありがとうございました。

セッション	講師・演者	質問内容	
臨床(認定医・専門医) ポスター	江俣 壮一 先生	SPT時の口腔内写真から上顎前歯部と左上臼歯部咬合面にファセットが見られますが、ナイトガードは使用しておりますか、また、咬合調整はしていますか。	
		回答 ナイトガードは装着してません。咬合調整はSPT時行っています。	
	白井 敏彦 先生	質問内容 #47のアンレーの遠心頬側咬頭の形態不良のため#17の舌側咬頭との干渉のため再発したとは考えられないでしょうか。	
		回答 自分は単純にアンレーからのリーケージにより歯髄炎を起こしエンドペリオ合併症に移行したと考えていました。 ご指摘後、写真を再度確認したところ確かにアンレー上にシャイニングスポットが認められることからその可能性もあると思います。SPT時に咬合のチェックはしていたのですが、見落としていたのかもしれない。	
		今回のご指摘で、以前、米国補綴専門医の先生に下顎第2大臼歯の補綴時、パラファンクション回避のため遠心頬側咬頭をわざとフラットに仕上げる場合もある、と教えられたのを思い出しました。 今後の参考にさせていただきます。ありがとうございました。	
	二宮 雅美 先生	質問内容 補填材とリグロス混合のゲルですが、底部まで緊密に充填できている様に見られます。どのようなデバイスと方法にて充填されましたでしょうか。	
		回答 サイトラヌグラニュール(炭酸アパタイト)は、流動状にならないように数滴のリグロスと混和してジェル状にし、GC社のサージカルインストゥルメント用いて骨欠損部に補填しました。	
	今村 琢也 先生	質問内容 SPT中に歯の移動により早期接触が生じ、頻繁に咬合調整を行う症例はあるが、そのような症例では動揺がなく咬合性外傷がなくても固定した方が良いのではないのでしょうか。	
		回答 ご質問ありがとうございます。最後の考察のところの話かと存じ上げます。 いわゆる長期に渡る歯牙移動は、それをどう診断、考察して治療に活かせるかと考えています。すべての歯牙が歯牙移動を起こすわけではなく、やはり何か原因があって歯牙移動が起こっていると考えています。まだ治癒していない治療中と思って頂いても良いです。 何年も待つわけですからTekというわけには行かず、補綴を行って、SPTに移行しています。したがって、歯牙移動するから=固定するではなく、歯牙移動の原因(たぶんこの症例の場合、残存する歯周ポケット、平坦でない骨など)が解決するまで固定するべきでないと考えています。 今までの経験で申し訳ないのですが、自分の入れたクラウンを咬合調整し続けて、咬合面にコアが露出して、3年間後位によく挺出が止まり、クラウンの再作をした事があります。正しいかわかりませんが、現在私の臨床における永久固定は、支持骨が少なく、その歯牙だけでは咬合支持できない場合、もしくは動揺度が増加する場合のみ行っています。お答えになったでしょうか？	
	セッション	講師・演者	質問内容
	歯科衛生士症例ポスター	千葉 由利子 先生	ブラッシング時には洗口剤や歯磨剤や殺菌剤はお勧めし使用されたのですか。
			回答 ご質問ありがとうございます。ブラッシング時にはライオン システム SP-TガーグルとSP-Tジェルを処方いたしました。