

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;"><b>回答</b></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;"><b>回答</b></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(チョーパータ입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;"><b>質問内容</b></p> 歯列不正と歯周病の進行に因果関係は成り立た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;"><b>回答</b></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 Alhaja 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cranzaと日本人ではくぼみの差はどのくらいありますか。
		<b>回答</b> 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るですが、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。
		<b>質問内容</b> 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。
		<b>回答</b> 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。
		<b>質問内容</b> 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。
		<b>回答</b> 糖尿病が進行していてもPC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。
		<b>質問内容</b> プロービング圧等の手技の補正のときの秤は、写真では電子秤を使用しておりましたが、一般の歯科診療所でも容易に導入できるものでしょうか？
		<b>回答</b> アスクルやカウネットでも、安価で手に入ります。
		<b>質問内容</b> 大学で画像一括管理しているのは市販の管理ソフトを用いているのでしょうか？もしくは大学独自に開発したものでしょうか？
		<b>回答</b> 今回は大学と企業協賛で作成しています。検査データと画像管理が総括できるソフトウェアが市販されていますが、予算の関係でこのようにしました。
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。
		<b>回答</b> 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
歯科衛生士シンポジウム	中澤 正絵 先生	菌血症に配慮したSRPとは抗生剤の術前投与などでしょうか？
		<b>回答</b> ご質問ありがとうございます。炎症状態つまり血管拡張状態の易出血部位にスケーラーなどの刃物を挿入しないということです
		<b>質問内容</b> 質問失礼します。口腔内の炎症が落ち着いてから縁下歯石の除去をされるとのことでしたが、それまではどのくらいのペースでTBIをされているのでしょうか？
		<b>回答</b> ご質問ありがとうございます。当院の予約状況の都合で1か月に一回のペースでご来院いただいておりますが、理想的には患者の歯磨き状況や歯ブラシの交換時期などを見計らって予約し来院いただくのが理想だと思います。
	山本 裕子 先生	<b>質問内容</b> ご講義していただきありがとうございます。盲腸を切除している方は、短鎖脂肪酸の吸収は悪くなりますか？盲腸を切除していても吸収率は、変わらないのかを御教授いただきたいです。宜しくお願い致します。
		<b>回答</b> ご質問ありがとうございます。げっ歯類の場合は盲腸が腸内細菌による短鎖脂肪酸産生と吸収のメインとなっております。ヒトの場合は盲腸が退化しており、短鎖脂肪酸産生のメインは大腸となっております。よってヒトの場合、盲腸を切除していることが短鎖脂肪酸の産生・吸収に影響を与えることはあまり考えられないと思います。大腸からの短鎖脂肪酸の吸収に関わっているのは、私のネズミを使用した実験の結果では、内容物の水分量と重量、大腸(盲腸)の表面積でした。
セッション	講師・演者	質問内容
歯科衛生士特別セミナー	平山 みゆき 先生	グルコーススパイクに関する質問です。糖尿病、糖尿病予備軍以外の方でも起こりうる症状と考えられますがチェアサイドでの会話のなかでこの方ではないかと思われるキーワードはございますでしょうか。又身近に管理栄養士の方とネットワークはございますでしょうか。
		<b>回答</b> チェアサイドでの聞き取りキーワードといたしましては、食後の急激な眠気・倦怠感、なぜかイライラしてしまうなどが挙げられるかと思えます。中には私と同じように、食後に震え・冷や汗などの症状が出てある方もいらっしゃいます。このような方は食後高血糖を起こしているとは思ってらっしゃらないので、受診の助言は貴重だと思います。病院に行くことに躊躇される方には、食後1時間くらいに、尿糖試験紙で調べていただいてもいいかと思えます。尿糖試験紙であれば手軽に食後高血糖を起こしているかの確認が可能です。また、管理栄養士のネットワークに関して、通念の栄養に関しては栄養士会もありますので情報の共有は可能ですが、糖質制限食を共有するネットワークは構築しておりません。今後糖質への関心が高まれば変わってくると思います。
セッション	講師・演者	質問内容
一般演題口演	田中 慧介 先生	素晴らしいご発表をありがとうございます。接合上皮細胞が存在する部位については何か特徴はございましたでしょうか？小腸のように様々な幹・前駆細胞が特定の場所に存在するのでしょうか？
		<b>回答</b> ご質問頂き有難う御座います。接合上皮細胞の経時的な系譜解析から、接合上皮のエナメル質から最も離れた外側基板から徐々に単一細胞由来のクラスターが拡大している事を確認しております。しかし、場所を特定する実験的手法が無いため特定に至っておりません。
	松尾 一朗 先生	<b>質問内容</b> Pg由来LPSはTLRリガンドですが、βアドレナリン受容体を介した心筋細胞の繊維化を引き起こすメカニズムはどの程度分かっているのでしょうか？TLRシグナルを介しているのでしょうか？
		<b>回答</b> 心筋細胞の脱落により生じた間隙を補填するために心臓線維芽細胞の遊走と増殖することで心臓線維化が形成されます。どのようなメカニズムで心筋細胞の脱落が生じるかに関しては十分解明はされてはいませんが、βアドレナリン受容体シグナルの活性化は心臓線維化を誘導する重要なメカニズムの一つである研究成果を報告いたしました (PLoS One 14, e0215539, 2019; J Clin Invest 124, 2785-2801, 2014; Circulation 116, 1776-1783, 2007)。もう一つのご質問であるTLR4シグナルとβアドレナリン受容体シグナルとの関連性についての報告はございません。しかしながら周病患者では、β1-AR自己抗体陽性率がきわめて高いこと (Exp Physiol 97, 1030-1039, 2012)、突然死や心筋梗塞後の予後判定に有用なHeart rate variabilityが低値を示す (J Oral Pathol Med, 41, 242-248, 2012) という先行研究がございます。また本研究を開始するにあたり行った予備実験からマウスに低容量 (0.8mg/kg/day) のPG由来のLPSの慢性投与で心機能障害、心筋細胞の脱落と心臓線維化が誘導されるという知見が得られました。そこで我々は「β-ARシグナルとTLR4シグナルはクロストークしている」という仮説をたて本研究を開始いたしました。詳細なメカニズムに関してはまだまだ不十分でございます。新しい知見が得られましたら当学会で発表させていただきたいと考えております。

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こなっていますか。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。
		<p align="center"><b>回答</b></p> <p>わたくしの場合ですが、一回のケ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。</p>
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。
		<p align="center"><b>回答</b></p> <p>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。</p> <p>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っております。貴重なご意見、誠にありがとうございました。</p>
		<p align="center"><b>質問内容</b></p> <p>3か月後に治癒の判定をしていますが、治癒の基準を教えてくださいませんか。エックス線写真で骨欠損改善を指標とするには早すぎると思われますので、プロービングデプスが浅くなったということでしょうか。</p>
	<p align="center"><b>回答</b></p> <p>ご質問ありがとうございます。本研究での治癒の判定はご指摘の通り、プロービングデプスが浅くなったことで判定しております。エンド由来のエンドペリオ病変は、エンド治療により歯根面に沿っての排膿路がなくなり治癒します。</p>	
	野田 めぐみ 先生	<p align="center"><b>質問内容</b></p> <p>喫煙有無とPISAは調べなかったのですか？</p>
		<p align="center"><b>回答</b></p> <p>データ抽出の作業効率上、本研究においては喫煙習慣とPISAの検討には至りませんでした。今後の検討課題にしたいと思います。</p>
<p align="center"><b>質問内容</b></p> <p>歯周精密検査日とHbA1c採血日は何日程度開きがありますか？</p>		
<p align="center"><b>回答</b></p> <p>本研究では、歯周精密検査データおよびHbA1c申告値は2019年の最終記録を採用しましたので、年内のタイミング開きは検討できておりません。</p>		
原田 佳代 先生	<p align="center"><b>質問内容</b></p> <p>対象者は2型だけですか？</p>	
	<p align="center"><b>回答</b></p> <p>企業健保に集積される情報から構成されるデータベースを研究に用いており、1型、2型糖尿病の診断に関わらず、健診データのHbA1cの値でのみ分類しております。</p>	
	<p align="center"><b>質問内容</b></p> <p>喫煙有無等の解析はしなかったのですか？</p>	
<p align="center"><b>回答</b></p> <p>今回の発表内容には含まれませんが、企業健診における問診「現在、たばこを習慣的に吸っている」についての解析も実施しており、別途発表しております。</p>		

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	<p>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。</p> <p style="text-align: center;"><b>回答</b></p> <p>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。</p>
	白井 敏彦 先生	<p style="text-align: center;"><b>質問内容</b></p> <p>#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。</p> <p style="text-align: center;"><b>回答</b></p> <p>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ませんが。</p> <p>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。</p>
	二宮 雅美 先生	<p style="text-align: center;"><b>質問内容</b></p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;"><b>回答</b></p> <p>サイトラシグラニュール(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ルメント用いて骨欠損部に補填しました。</p>
	小川 智久 先生	<p style="text-align: center;"><b>質問内容</b></p> <p>コーンビームCTの有効性は理解できましたがリグロス単一使用について、他の先生方のご発表における、充填剤等の併用について先生のご意見をうかがえれば幸いです。よろしく願い申し上げます。</p> <p style="text-align: center;"><b>回答</b></p> <p>本症例は骨欠損形態は歯根を取り囲むように骨壁が存在するため、足場である移植剤は必要ないと判断してリグロスのみで対応しました。</p>
	渡辺 智良 先生	<p style="text-align: center;"><b>質問内容</b></p> <p>移植片の固定にワイヤーを使っておられますが根尖側はフリーなんですか？ どうやって抑えてあるのですか？</p> <p style="text-align: center;"><b>回答</b></p> <p>ご質問ありがとうございます。移植片の固定はワイヤーではなく、吸収性糸です。部分層弁で剥離していますので、根尖側の骨膜をすくって舌側へと懸垂縫合しています。部分層弁の部分は薄いので歯肉が切れないように慎重に針ですくいます。</p>
	今村 琢也 先生	<p style="text-align: center;"><b>質問内容</b></p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;"><b>回答</b></p> <p>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年間後位にようやく挺出が止まり、クラウンの再作をした事があります。正しいかどうかわかりませんが、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。お答えになったのでしょうか？</p>

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。
		<p style="text-align: center;"><b>回答</b></p> 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 システマ SP-TガーグルとSP-Tジェルを処方いたしました。