

# HOME DENTIST PROFESSIONAL



ホームデンティスト プロフェッショナル

## 歯周病の病因論と 歯周治療の考え方

著

岡 賢二  
藤木省三



# 序

## 地域の歯科医院が行う歯周治療とは？ その本質を模索し続けた臨床の旅

筆者らが開業した35年前、歯科医師はう窩や欠損、骨吸収などへの治療に追われていました。「過去に対する治療」が主流の時代です。私達も当初は何の疑問もなくそれを行っていました。

その後、歯周治療に関してはスクレーピング、ルートプレーニング（SRP）とメンテナンスが最も基本的で重要な治療であることを学び、診療室の方針を切り替えていきました。同時にすべての患者の口腔内写真、エックス線写真を規格的に撮り、データベース化し、症例の行く末を検証し始めたのです。メンテナンスでは患者のライフステージに合わせ、う蝕予防にも取り組みました。

5年、10年と記録をとり、治療結果の検証を続ける中で私達が見たものは、適切なSRPとメンテナンスによる歯周病の素晴らしい経過でした。この体験の連続により、歯周病そのものに対する見方が変わっていきました。同時に「歯周外科は何だったのか」「歯周治療の主体とは何か」との疑問が沸いてきたのです。

その中で私達がだした結論は、歯周外科は「疾患」そのものへの治療ではなく、「疾患によって破壊された歯周組織の修復」が目的であること、「疾患」そのものの発症や進行、再発防止に必要な本質的な治療は、SRPとメンテナンスであるということでした。

それでも、なおSRP中心でなぜ改善するかの科学的な説明はつかないままでした。さらに進み方も人により異なる、かつプラーク・歯石の量だけで説明のつかない患者達がありました。臨床で見る歯周病の実態は、色々な要因に左右される実に多様なものでした。「歯周病とは一体、何か？」私達の旅はまだ続きます。

さらに10年の月日が流れ、ようやく喫煙が歯周炎

の大きなリスクであること、歯周炎は生体の防御と細菌の攻撃の均衡が崩れた時に進行することが科学的に解明されました。それにより明らかになった歯周病の姿は、私達が臨床で見続けてきた実像と、まさに一致していました。臨床の疑問がようやく解けた瞬間です。歯周病の本当の姿が見えたのです。同時に病因論をふまえた臨床こそが、口腔を歯科疾患から守り、患者の健康を維持するための本質であると確信しました。これはう蝕についても同じです。

## 歯科疾患そのものに フォーカスをあてた新しい臨床の展開を

だからこそ、歯科医師と歯科衛生士は病因論そのものを正しく学んでおかねばなりません。それにより、歯科医師と歯科衛生士とのチーム医療の重要性をより深く理解することができるようになるでしょう。また、歯科疾患の本質を学ぶことで、患者を受け入れ、時間軸で考えつつ臨床を行うこと、その経験を蓄積・検証し、臨床判断の引き出しを増やしていくことに価値を見出せるようになっていくはずで

す。糖尿病の専門医が「糖尿病」そのものに働きかけ、チームで仕事をするように、私達歯科医師もう蝕や歯周病など「歯科疾患」そのものにチームで働きかける。そして、プロローグで後述する「過去に対する治療」と「未来に対する治療」をバランス良く行う。これがこれからの歯科臨床の本道と考えています。

本シリーズではホームデンティスト・プロフェッショナルに必要な考え方と実践方法を、知識だけではなく、これまでの経緯も含めて述べてみたいと思います。本シリーズが多くの患者の幸福に繋がることを願っています。

# シリーズ紹介

## 第1巻

歯周病の病因論と  
歯周治療の考え方

ホームデンティスト・プロフェッショナルとして歯周治療とメンテナンスを行う際に理解しておくべき病因論を中心に解説します。病因論は頭に入れておけばよいと考えられる方が多いようですが、大切なことは病因論を毎日の臨床に落とし込むことです。第1巻では、病因論を基に、歯周病患者をどのように診ていけばよいかに重点をおいて解説しています。

## 第2巻

チーム医療で取り組む  
歯科医院づくりの実践

ホームデンティスト・プロフェッショナルは、歯科医師一人で実践できるわけではありません。診療室単位で目的やシステムを明確にし、かつ優秀なスタッフを育成することが不可欠です。また、それぞれの歯科医院は地域や環境などが異なるため、診療室の正しいあり方は、決して一つではありません。自分の医院のあり方を環境や変化に応じて自分で考えていくことが大切です。第2巻では、30歳代、40歳代という若い世代の歯科医師にも協力を得て、どのようにして診療室をつくりあげるかをわかりやすく解説しています。

## 第3巻

歯周基本治療の  
エッセンスとノウハウ

最も有効な歯周治療は、発症させないことです。しかし、現実には多くの患者が歯周病に罹患しています。ホームデンティスト・プロフェッショナルでは、「過去のための治療」すなわち歯周基本治療を正しく、的確に行わねばなりません。それには、豊富な知識と繊細な技術、患者への配慮が不可欠です。第3巻では20年以上の経験を持つ歯科衛生士による解説を中心に現場で役立つ情報を満載しています。

## 第4巻

メンテナンスの  
エッセンスとノウハウ

歯周基本治療は言わば「過去に対する治療」であり、ゴールではありません。その終了時がその患者にとって「未来に対する治療」、すなわちメンテナンスのスタートです。歯周基本治療により改善された生体と細菌の均衡のバランスを維持することが主な目的ですが、単にバイオフィルムの破壊だけでは成功しません。10年、20年と経過すると加齢の影響だけではなく、患者の人生にも大きな変化が見られることもあります。そのような患者の人生を受け入れつつ、健康な歯周組織を維持するためには、考え方や技術、人との関係等あらゆることを考えていかねばなりません。そして、それを実践することこそが、実は歯科医院を成長させていくこととなります。第4巻では、メンテナンスの考え方、時間軸に沿った見方を満載しています。

## 第5巻

最新科学が変える  
う蝕治療の  
コンセプトと実際

歯周治療の考え方が、歯周ポケットや骨欠損の除去から歯周組織と細菌との均衡の回復と維持に変わってきたように、う蝕治療の意味も、う窩の修復から脱灰と再石灰化の均衡の改善へと変わってきました。今までう蝕予防と言われてきたことが、本来のう蝕治療と考えられるようになりました。第5巻では、う蝕の病因論の変遷と共にホームデンティスト・プロフェッショナルとして診療室単位で行うべきう蝕治療の考え方と実践方法を解説します。

# 目次

Prologue.....	8
「病因論」を歯科臨床の基盤に据える.....	10
「人」としての患者を診る.....	12
時間軸で歯科疾患を診る.....	13
経験を蓄積し検証する.....	14
「過去に対する治療」と「未来に対する治療」.....	15
歯周治療こそがホームデンティストの重要な仕事.....	16

## PART 1 最新科学で学ぶ歯周病..... 18

[第1章] 著者と一緒に辿る 40年の歯周治療の旅.....	19
1970's 歯周病と言えば「全顎FOP」と「骨切除整形」だった.....	20
1980's 「あなた方はオーバートリートメントの傾向にあるようですね」.....	22
Ramfjordが一掃した歯周治療の10のドグマ.....	26
歯周病の多様性とSRPの威力を実感.....	38
1990's 喫煙のもたらすリスクに気づく.....	44
2000's 最新の科学が臨床の疑問を解いてくれた.....	53
[第1章のまとめ] 現在の視点で歯周病の病因論を整理してみよう	
—「科学」の変遷で学ぶ21世紀の歯周治療の考え方—.....	58
1950's 歯石が原因説.....	60
1960's 非特異的プラーク説.....	62
1970's 特異的プラーク説.....	66
1980's 宿主と細菌の関係.....	67
1990's 宿主と疾患修飾因子.....	69
2000's バイオフィルムによる内因性感染.....	74

## PART 2 歯周治療のコンセプトと実際..... 78

[第1章] 臨床判断はこう変わる 歯周治療の実際.....	79
KEY1: 歯周病の見方その1 時間軸で考える 一歯周病は過去から現在の問診、考察が重要—.....	80
KEY2: 歯周病の見方その2 患者の感受性を考慮する 一年齢と破壊の程度に関する情報が、術後経過の推察に重要—.....	84
KEY3: 歯周病の見方その3 患者の生活習慣を考慮する 特に喫煙の状況を把握する —現在の喫煙や過去の喫煙歴は重要な問診事項である—.....	86
KEY4: 歯周病の見方その4 患者は時間軸と共に変化する 一歯周治療では、患者に寄り添う姿勢が重要—.....	90
[第2章] 地域の歯科医院としてのコンセプトと目標.....	92
KEY1: ホームデンティスト・プロフェッショナルとして 初期から中等度歯周炎は確実に治そう.....	94
KEY2: 若い人の歯周炎の発症を防ぐことに力を注ごう.....	95
KEY3: 医院力の育成と熟成に尽力しよう.....	100

## Epilogue..... 102

「疾患概念」 う蝕も歯周炎も疾患概念は同じである.....	104
「治療手段」 歯周基本治療が最も効果的な治療である.....	108
「結論」 歯周治療に魔法の弾丸はない.....	109

## 歯周病のすべてがわかる！ 掲載症例一覧

<b>Case1</b> 33年前に治療を行い、経過良好 当時は外科処置の結果と思い込んでいた	24
<b>Case2</b> なぜ、部位特異的に歯周病が起こるのか？	28
<b>Case3</b> なぜ他と同じ処置をしても、この人だけ歯がなくなるのか？	30
<b>Case4</b> なぜ、プラーク、歯石の量が関係する人とならない人がいるのか？ a. プラークの総量さえ減らせば、改善は難しくなかった例から	34
<b>Case5</b> なぜ、プラーク、歯石の量が関係する人とならない人がいるのか？ b. 歯石やプラークがなくても、重度になっていた例から	36
<b>Case6</b> 著しい炎症でも、ブラッシング指導、SRPのみで劇的に改善することを体験	40
<b>Case7</b> 11mmの歯周ポケットでも、 SRPが適切であれば効果を発揮することがわかった	42
<b>Case8</b> 完璧なプラークコントロールをしていて、きちんとメンテナンスしていても 歯が失われるのは、喫煙の影響としか思えない	46
<b>Case9</b> 重度歯周炎の人でも禁煙できれば 無事メンテナンスできることがわかった	48
<b>Case10</b> メンテナンスに来院しなかったが、 禁煙を続けていたため、歯周病の進行は最小限ですんだ	50
<b>Case11</b> 歯周治療は、均衡理論で考える その典型例から a. 重度歯周炎で、非喫煙者	54
<b>Case12</b> 歯周治療は、均衡理論で考える その典型例から b. 重度歯周炎患者の家族	56
<b>Case1(別視点から)</b> 良好な経過は歯周外科の効果ではなく、SRPと感染性不良肉芽組織の除去だった a. 当時外科処置が正しいと思っていたが……	61

<b>Case13</b> プラークの量は、歯肉の炎症と関連する	63
<b>Case14</b> ルートプレーニングの効果は絶大である	68
<b>Case15</b> 喫煙などのリスクがないのに、初診時末期の歯周炎だったハイリスク症例	70
<b>Case10、16</b> 一卵性双生児でも大きな差が出るほど、喫煙の影響は大きい	72
<b>Case17</b> 均衡の回復と維持が長年とれている例 =これこそが歯周治療の現在の姿である	76
<b>Case18</b> 20年間で均衡回復→維持→来院中断・悪化→再度回復・維持を経験した例	82
<b>Case19</b> 多量の沈着物があり、破壊が進行していた例	88
<b>Case20</b> 患者の人生には色々なことが起き、それが口腔に影響してくるものである	91
<b>Case21</b> 発症直後の侵襲性歯周炎の例 a. 若いうちから対応し、結果は良好でも、ストレスなどの影響は逃れない。 メンテナンスの重要性を感じる例	96
<b>Case22</b> 歯周治療を受けられなかった侵襲性歯周炎の例 b. うまく維持はできているが、もっと早期に歯周治療ができていればと思う例	98
<b>Column</b> 筆者が熱心に読んだ本	39
歯科衛生士のSRPの技術力向上、「チーム」のメンテナンスも重要	41
なぜ、歯周病からカリオロジーの勉強に移行したか	52
外科手術の目的を混同しない	61
喫煙と歯肉着色	87

# 1970's

## 第1章 著者と一緒に辿る 40年の歯周治療の旅

### 歴史を紐解くとペリオの真髄が見える

本章では、「歯周病を臨床体験から学ぶ」をテーマに、過去30年間の日本の臨床現場の空気、現在の認識に至るまでの筆者の「歯周治療の旅の過程」をご紹介します。歯周病とは本来、どのような疾患かをお伝えしていきたいと思えます。

今日、歯周病に関する情報が多々ありますが、逆に「何が真実か」が見えにくくなっていると思います。本章の記述は、大変個人的なものです。読者が情報を正しく読み解き、適切な歯周治療を理解することに役立てば幸いです。

先人達が苦労して考え、見つけてきた科学的な事実や臨床の知恵を改めて見直し、これからの歯科臨床がさらに進んでいけばと思う次第です。

# 1970's

## 歯周病と言えば 「全顎FOP」と「骨切除整形」だった

### 一診時代、歯周病には、 「全顎FOP」!

1970年代は、筆者の学生、一診、補綴科在籍の時代でした。当時は、歯周治療学の講義は非常に少なく、教科書も皆無でした。一診で受け持った患者は、今なら中等度、ないし一部重度歯周炎でしたが、ライターが全顎のFOPを行い、それを見学したものです(1976年)。当時の手術は、Neuman変法と呼ばれ、全部層で歯肉弁を反転し、骨切除整形をするというものでした。

### 術後の歯肉退縮・歯根露出も歯を残すために 仕方がないとされていた

結果として著しい歯肉退縮と歯根露出が起きました。その後の経過は見えていませんが、審美障害のみならず、後に知覚過敏や根面う蝕のために、歯内療法が行われていたと思います(当時は知覚過敏を恐れ、しばしば事前に抜髄もされていました)。卒後補綴科に残りましたが、歯周外科を受けた患者の著しい歯肉退縮を時折見た記憶があります。当時は歯を助けるため、仕方がないと思われていたのです。

補綴科在籍中は、歯周治療学を学ぶことはほとんどありませんでしたが、総義歯学の書には、顎堤保存のために歯周病進行歯(場合により中等度でも)は、抜歯すると書かれていた時代でもあります。

### だが、世界はすでに 特異的プラークの時代に移行していた

筆者の知る範囲では、当時の臨床現場では、病因論も疾患概念もなく、いかにポケット除去・骨切除整形

を行うか、どんな外科術式を使うかが論争的でした。

しかし、この時期、世界の病因論はすでに、1950年代の歯石、1960年代の非特異的プラーク説から、1970年代の特異的プラーク説の時代に移行していました。ミシガン大学のS.Ramfjordが部分層歯肉弁を用いたModified Widmanの外科術式をすでに発表していた時期でもあります。適応症の違いはあるものの、このような侵襲の少ない手術を現場ではどう捉えていたのかと後年、考え込んでしまいました。

### 外科が主流の中、ブラッシングの重要性に 着目した横浜臨床座談会

一方、こういった外科的な議論以外に、ブラッシングの重要性を説く人達がありました。ローリング法全盛期に、「毛先磨き」などを熱心に研究した横浜臨床座談会の仕事です。適切に磨けばいかに歯肉が健康になるかを多数の実例で示し、日本の歯科臨床に大きな貢献をしました。また、マスコミで歯磨きを重視した「歯無しにならない話」が大きく取り上げられたこともありました。ずいぶん前からブラッシングや食生活を重んじていた歯科医師をとりあげたものです。今でも歯周治療においてブラッシング偏重の臨床家はいませんが、その背景にはこの考え方があるようです。個人的には偏りすぎと思います。

### 外科こそが根治療法であると 皆が思い込んでいた

1970年代の臨床現場には図1-1-1の思い込みがありました。

# 2000's

当時の疑問

Case 4

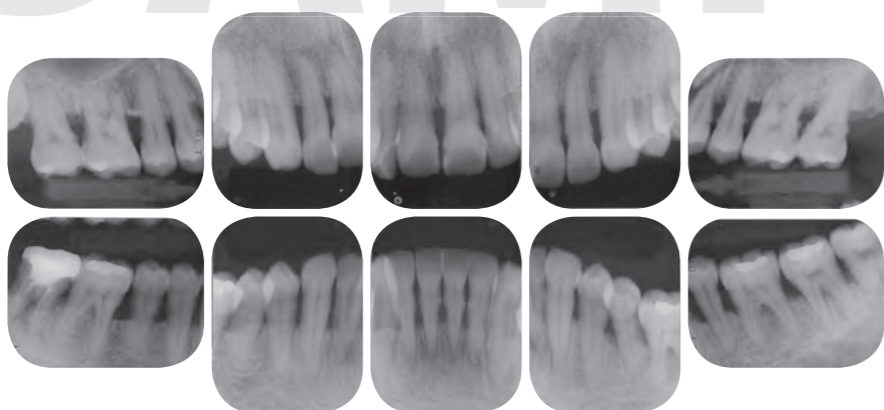
なぜ、プラーク、歯石の量が関係する人とならない人がいるのか？

a. プラークの総量さえ減らせば、改善は難しくなかった例から

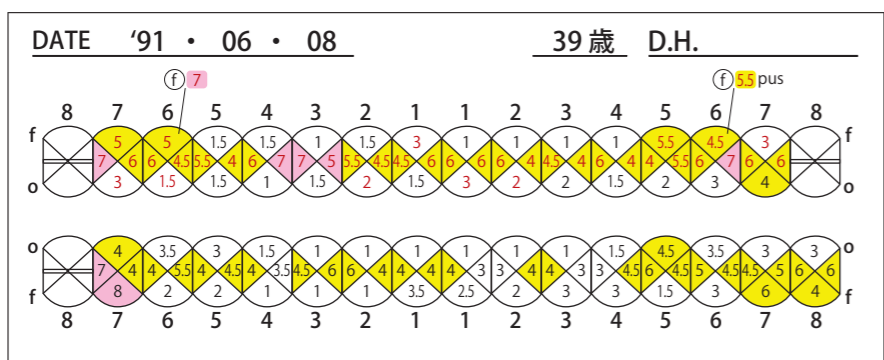
1991年(39歳)



1991. 5. 25



1991. 5. 25

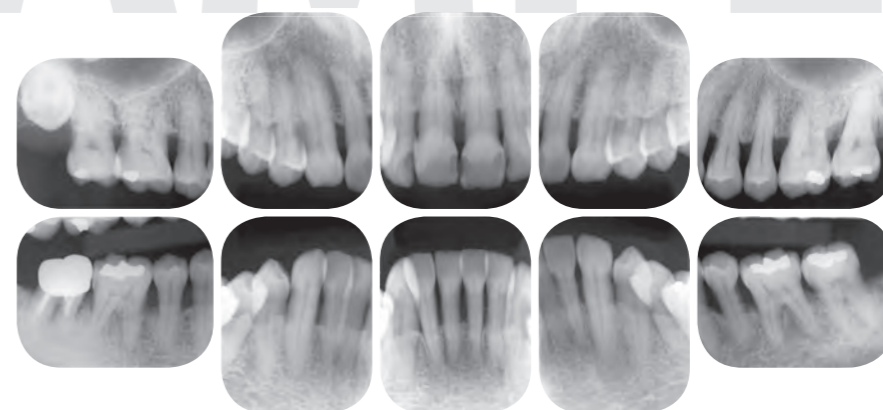


1991. 6. 8

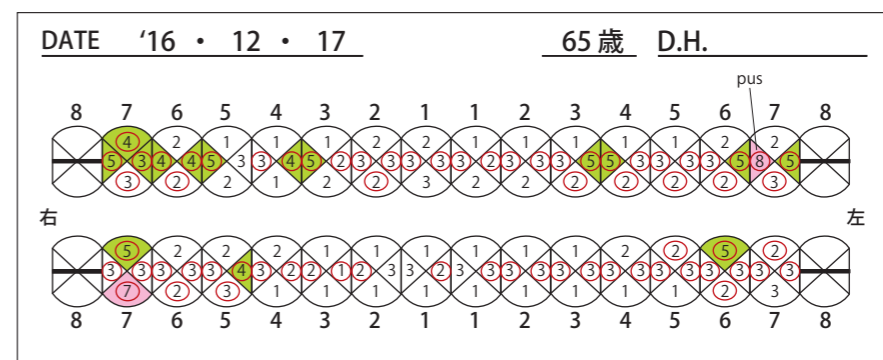
2013年(61歳)



2013. 4. 27



2013. 4. 27



2016. 12. 17

多量のプラークと歯石、炎症も顕著な慢性歯周炎です。この症例には、プラークの総量が問題という非特異的プラーク説が当てはまりそうですね。必要なのは、プラークの総量を減らす、沈着物をスケーリング、ルートプレーニングして除去することです。ただし、この人のホームケアは、なかなか改善しませんでした。今でも磨き残しがあったりします。しかし、大きな問題はなく、26年が経過しました。今後は、露出根面のう蝕にも注意が必要です。

# 2000's バイオフィームによる内因性感染<sup>8)</sup>

## 当時の病因論

### バイオフィーム/Red Complex、 均衡維持がキーワードに

デンタルプラークがバイオフィームの性状を持つこと、つまり細菌は単体で存在しているのではなく、一

つの大きな社会を作り、ネットワークを持ちながら存在していることが示されました。さらに、これまで歯周病原性細菌とされてきたred complex (*P.gingivalis*, *T.forsythia*, *T.denticola*) が常在細菌と考えられるようになってきました<sup>8)</sup>。

## 現在の見方

### 最新の病因論に基づく歯周治療は 「病気の根絶ではなく、歯周組織と細菌の均衡の回復と維持」

私達の多くは歯周病原性細菌を持っていますが、必ずしも歯周炎を発症するわけではありません。細菌の攻撃と宿主の防御の関係は、局所の感染状態とリスクファクターなどが複雑に絡み合い、均衡が維持されたり、破綻したりしています。その結果を私達は臨床所見として見ているわけです<sup>8)</sup>。

また、*P.g.* 菌などが軟組織のみならず細胞内にも侵入することが示されました<sup>8)</sup>。こういう形で細菌感染が存在するのであれば、時には骨欠損内の感染性不良肉芽組織を除去しなければならない場合もあります<sup>6)</sup>。

ここまでの病因論の進化により私達の行う歯周治療は、「細菌を0にするわけではない」、抗菌薬で細菌を除菌することはできないし、しようとしてはなりません。「プラークを0にするわけではない」、プラークの量も質も重要ですが、プラークコントロールは、歯周治療の1つの要素です。

結局のところ、歯周治療とは、

- ① 質の高い歯周基本治療により、「局所の感染の除去を可能な限り行う」こと
- ② プラークコントロールを適切にすること
- ③ 喫煙はしない
- ④ メインテナンスを行うことにより、生体が細菌の攻撃に耐えて均衡を維持できるよう手助けをする

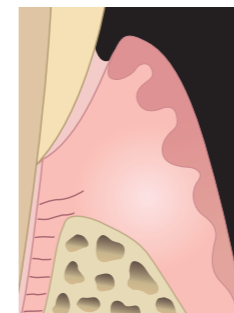
ことと考えられます。病因論の進化により歯周治療は、

**「病気を根絶するのではなく、均衡を回復し、維持すること」**

と考えるようになっているのです (図1-1-9)<sup>20)</sup>。その典型例、すなわち、長年にわたり均衡を維持できている症例 (Case 17) を見てみましょう。

## 現在の歯周炎の概念

健康

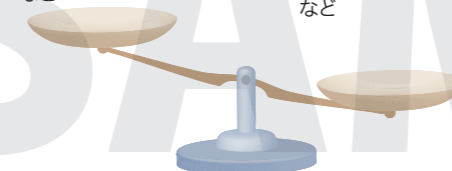


### 生体の防御

- 感受性
- 喫煙
- 糖尿病
- ストレス
- 加齢
- など

### 細菌の攻撃

- プラークの量
- バイオフィームの質
- など



歯周治療 = 生体の防御 < 細菌の攻撃

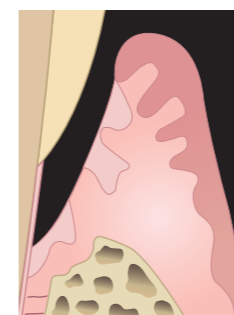
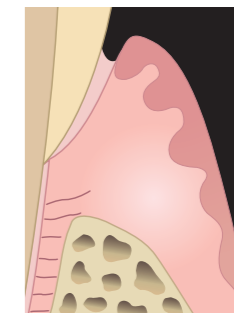


図1-1-9a

ホームケアの不良や生体の感受性が高い場合、喫煙によって生体の抵抗性が落ちることにより、均衡が崩れ歯周炎を発症する。

## 現在の歯周治療の概念

健康

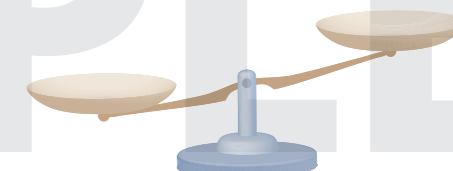


### 生体の防御

- 禁煙
- 糖尿病の治療

### 細菌の攻撃

- プラークコントロール
- SC、RP
- メインテナンス



歯周治療 = 生体の防御 > 細菌の攻撃

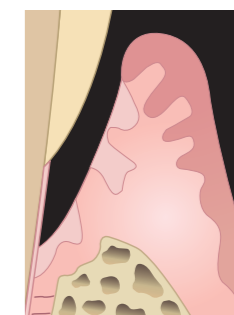


図1-1-9b

歯周治療は生活習慣の改善と適切な歯周基本治療、メインテナンスによって均衡を改善し、維持すること。

# PART 2

## 歯周治療の コンセプトと実際

PART1では、歯周病の病因論について過去を振り返りながら現在の考え方を整理してきました。しかし、頭で理解したことを臨床に応用する、言い換えれば臨床に落とし込まなければ何の役にも立ちません。

そこでPART2では、病因論を毎日の臨床に応用する際の考え方を、①診療室に必要な歯周病の見方と、②ホームデンティスト・プロフェッショナルだからこその診療室の役割に分けて解説します。

### KEY 1

歯周病の見方その1

## 時間軸で考える

歯周病は過去から現在の問診、考察が重要

PART1で述べてきたように、歯周病は私達に色々な顔を見せてくれます。それを解き明かす一つの方法が「時間軸で判断する」ことです。時間軸で判断する意味は、大きく分けて二つあります。

### ある時間断面だけで判断を下してはならない

一つは、ある時間断面だけで判断を下してはならないことです。後に述べる年齢と破壊の程度と密接に関係しますが、同じ6mmの歯周ポケットでも急に進行した場合と、10年、20年かけて進行した場合は、今後のリスクも異なってくると推測されます。

初診時の問診では、いつ頃から歯磨きの時に出血が見られたか、歯肉が腫れたり、歯が動いてきた時期などを詳しく聞いておく必要があります。それらの問診

や、歯周チャートなどの診査を基に診断・臨床判断を行います（図1-1-10）。

そして、データベースを用いて、初診の情報と共にその後の経過を蓄積していけば、症例が蓄積していくにつれて、大まかな傾向が理解できるようになります。つまり、医院に蓄積されたデータベースから得られた知見を利用することで、より正確に未来を予測できるようになるのです。

### 結果を長期にわたって見続けなければならない

二つ目の時間軸の意味は、結果を長期にわたって見続けなければならないということです。う蝕も歯周病も「細菌の攻撃と生体の防御の均衡の破綻」が発症の原因です。誰でも均衡が破綻し、その状態が持続すると「う窩」「付着の喪失」「骨吸収」を生じます。う窩を充填してもう蝕の原因がなくなるわけではなく、ポ

ケットが浅くなくても、ホームケアやメンテナンス不足により、歯周炎の再発や進行が起こります。ですから、う蝕も歯周病もある時点で治ったとは言えず、良い状態を長い時間軸で維持していくよう、メンテナンスをしなければなりません（図1-1-10）。



# KEY 2

歯周病の見方その2

## 患者の感受性を考慮する

年齢と破壊の程度に関する情報が、術後経過の推察に重要

### 年齢と破壊の程度を考慮する

1990年代に宿主と疾患修飾因子の関係が明らかになり、宿主の遺伝的なリスクファクター(感受性)が歯周病の進行に影響することがわかりました(図1-1-11)。初診時に患者の歯周病に対する感受性を判断するには、年齢と破壊の程度を考慮することが重

要です。

慢性歯周炎と呼ばれる歯周炎は、プラークや歯石が蓄積して生じるため、ある意味不潔病と言えるでしょう。おおむね35歳以上に発症するイメージです。以前は成人型歯周炎と呼ばれていましたが、もっと若い年齢でも生じるため、慢性歯周炎と分類されるようになりました(図1-1-12)。

一方、比率は少ないですが、20歳前後から20歳代で進行した歯周炎に罹患している人もいます。こちらは侵襲性歯周炎と分類されます。進行した部分と健康な部分が隣り合っているのが特徴的です(図1-1-13)。

このように、年齢と破壊の程度は、その人の歯周炎のリスクを総合的に表しているため、術後経過を推察するための重要な情報です。

歯周炎の罹病率については、40歳以上の集団では50%が中等度歯周炎、10%が重度と言われています。歯周炎の感受性が高い集団が10%、抵抗力の高い集団が10%、両者の中間の集団が80%とも言われています。

歯周炎は自覚症状が乏しく、進行して末期になるまでにはある程度の時間がかかるため、患者も歯科医院も放置している場合も多いでしょう。しかし、これだけの患者がいれば、非常に多くの歯周治療とメンテナンスが必要です。そのための対策を地域の歯科医院は考えねばなりません。まずは、自分の医院で適切な歯周治療を多くの人に提供するための医院作りが必要です。<sup>6,7)</sup>

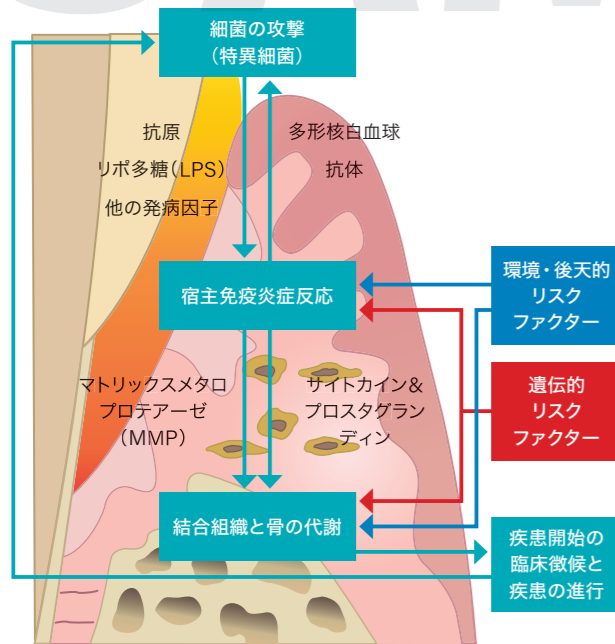


図1-1-11 1980年代に歯周組織の破壊の経路が解明され、1990年代には破壊の進行のスピードが宿主の遺伝的なリスクファクターや全身状態や生活習慣によって異なることが明らかになった。

## 「結論」

### 歯周治療に魔法の弾丸はない

#### 歯周治療は、地道な歯周基本治療とメンテナンスに尽きる

歯周炎が日和見感染ということは、ある薬を飲めば治るといふ「魔法の弾丸」はないということです。歯周基本治療を高い技術力で日々行い、良い状態を維持するために時間軸(過去、現在、未来)で考え、患者のライフステージに応じて、その時々の問題を改善す

るメンテナンスを続けることが最も効果的であること、これこそが、長年の歯周病の病因論の進化でわかったことなのです。これらを達成するには、歯科医師だけで行うのではなく、歯科医院のスタッフ全員で取り組まなければ成功しません。

#### 歯周治療は、地域社会の歯科医院の仕事である

別の見方をすれば、病因論の進化により歯周治療は、専門医のみが行う限定されたものではなく、地域社会の歯科医院でこそ行うべきものであると示しています。

ここまで歯周病の病因論を歴史を追いながら多くの症例とともに解説してきました。わかったつもりでも、頭で理解したことを毎日の臨床で実践するには別の難しさがあります。なぜなら、新しい修復材料や技術を始めるためには歯科医師一人で問題が解決可能ですが、これまで述べてきたように、歯周治療とメンテナンスをおこなうためには歯科医師と歯科衛生士がチームを組んで向上していかなければならないからです。つまり、「医院づくり」が不可欠です。医院づくりには、歯科医師とは別に院長としての役割を理解し、スタッフを育成していくことが欠かせません。第2巻では、多くの若い院長も加わって様々な地域で実践できるノウハウが掲載されますので、是非参考にいただければと思います。

第2巻～第5巻へ