

九州歯科学會雜誌

The Journal of The Kyushu Dental Society

Vol.79 | No.4 | December 2025

第79巻 第4号 令和7年12月 ONLINE ISSN : 1880-8719 PRINT ISSN : 0368-6833



【総説】

今こそ学びたい ポジショニングの基礎知識 :
歯科医療における新しい支援のかたち

石田 力大

【臨床報告】

咬合治療と全身の統合医療により咬合不調和と
全身症状の改善がみられた1症例

倉田 洋史

【トピックス】

研究者・分野紹介 (第4回)
今日までを振り返って

村岡 宏祐

Tips for Our Readers (第5回)
歯周病の新分類について

中村 太志

複写をご希望の方へ

九州歯科学会では、複写複製、転載複製及び AI 利用に係る著作権を一般社団法人学術著作権協会に委託しています。当該利用をご希望の方は、(社)学術著作権協会 (<https://www.jaacc.org/>) が提供している許諾システムを通じてご申請下さい。

How to Obtain Permission

The Kyushu Dental Society authorized Japan Academic Association For Copyright Clearance (JAC) to license our reproduction rights, reuse rights and AI ML rights of copyrighted works. If you wish to obtain permissions of these rights in the countries or regions outside Japan, please refer to the homepage of JAC (<http://www.jaacc.org/en/>) and confirm appropriate organizations to request permission.

九州歯科学会雑誌投稿規定

九州歯科学会雑誌(以下、本誌)は、基礎・臨床研究および歯学・医学教育に関連した総説、原著、臨床報告(症例報告および症例シリーズ)、教育報告、トピックスおよびその他に分類される論文や記事を掲載します。論文は複数の査読者による査読を受け、最終的に編集長が掲載の採否を決定します(トピックスとその他は査読なし)。論文が掲載決定(承認: アクセプト)されたら、順次J-Stageにオンライン掲載されます。

冊子体としては、年4回(1号: 3月25日, 2号: 6月25日, 3号: 9月25日, 4号: 12月25日)発行されます。発行日までにオンライン掲載された論文と記事は、1つのPDFファイルにまとめられ、学会雑誌として会員へメール送付されます。

本誌へ投稿するには、すべての著者が本学会会員である必要があります(依頼原稿は除く)。内容は未発表の和文または英文とします。所定のカバーレターと図を含むWord原稿ファイルをメールにて投稿してください(雑誌事務局: kds.zasshi@gmail.com)。原稿ファイルが大きすぎて送信できない場合はカバーレターのみ送信し、原稿ファイルの送付方法について雑誌事務局と相談してください。郵送での紙面原稿は受け付けません。

本誌へ投稿を考える際には、カバーレターと各種論文テンプレート(ひな形)を学会ホームページから事前にダウンロードしてください。コピー & ペーストではWord書式が崩れやすいので、テンプレートに直接書き込むようにしてください。学会ホームページの「投稿の手引き」および「患者プライバシー保護に関する指針」に必ず従ってください。ヒト実験および動物実験では、それぞれヘルシンキ宣言とNIHガイドラインに準拠し、各所属研究機関の倫理委員会にて承認を得ていないといけません。許可番号やインフォームドコンセントについて必ず論文に記載してください。

初回投稿に不備があった場合は原稿が差し戻されますので、訂正して投稿をやり直してください。不備がないと原稿は受付され、論文番号が付与されて編集長、共同編集員、査読者へと原稿が渡されていきます。受付され

てから責任著者への査読コメントが返って来るのに3週間は要します。査読コメントの内容によって2週間から半年の返答(リバイス)期限が設定されます。期限内に修正し、再投稿してください。掲載が承認されると10日程で校正用PDFが届きますので、48時間以内に返信してください。校正は1回のみで、内容の大幅な変更は認められません。不備なくメール投稿された日付を受付日とし、掲載承認のメールが送付された日付を受理日とします。

校正後の確定ページ数を基に、事務局から掲載料(APC: Article Processing Charge)を請求いたします。指定の銀行口座へ迅速に振り込んでください。振込確認後、J-Stageに論文が公開されます。依頼原稿に関しては、規定のページ数までは原則無料です。超えたページ数に関しては、掲載料が発生することがあります。著者は、セルフアーカイブポリシーに基づき、掲載論文の最終出版版を、本誌での掲載後すぐに(エンバーゴ期間なし)、所属機関のリポジトリや公共リポジトリ等に公開することができます。

本誌は、2026年より、オープンアクセス方針としてクリエイティブ・コモンズ・ライセンスのCC BY-NC 4.0を採用します。該当日以降に投稿・受理された論文は、事前の許可なく再利用が可能です。著作権は本誌に帰属します。CC BY-NC 4.0ライセンスは、著者名・論文タイトル・掲載誌名・DOI等の適切な出典表示を行い、非営利目的である限り、複製・頒布・再利用が自由に可能です。一方、2025年以前に掲載された論文の著作権は本誌に帰属し、再利用等には本誌への事前承諾が必要です。ただし、著者自身による再利用については、本誌への申請は不要であり、著者の裁量で行うことができます。事前承諾は、学会ホームページから転載許可申請書をダウンロードし、必要事項を記入して雑誌事務局にメール送信し、承諾を受けた後に再利用することができます。

本投稿規定は、編集委員会で審議の上、理事会で承認されたものです。

九州歯科学会雑誌

第 79 巻 第 4 号

(令和 7 年 12 月)

目 次

総説

今こそ学びたい ポジショニングの基礎知識：歯科医療における新しい支援のかたち (RV00015)

..... 石田 力大

臨床報告

咬合治療と全身の統合医療により咬合不調和と全身症状の改善がみられた 1 症例 (CR00003)

..... 倉田 洋史

トピックス

研究者・分野紹介 (第 4 回)

今日までを振り返って (TS00013)

..... 村岡 宏祐

Tips for Our Readers (第 5 回)

歯周病の新分類について (TS00014)

..... 中村 太志

The Journal of the Kyushu Dental Society

Vol. 79 No. 4

Review

Fundamentals of Positioning: A New Perspective on Support in Dental Care (RV00015)

..... Chikahiro Ishida

Clinical Report

A Case Report of Systemic Symptom Improvement Following Comprehensive Occlusal and Integrative Treatments (CR00003)

..... Hiroshi Kurata

Review (総説)

Fundamentals of Positioning: A New Perspective on Support in Dental Care

今こそ学びたい ポジショニングの基礎知識 ：歯科医療における新しい支援のかたち

Chikahiro Ishida

石田 力大

Department of Dentistry and Oral Surgery, Tobata General Hospital, Fukuoka.
戸畑総合病院歯科口腔外科, 福岡.

Received: 24 Oct. 2025 Accepted: 5 Nov. 2025 Published online: 26 Nov. 2025

Corresponding: Chikahiro Ishida (E-mail: pop.chika.a.go.go@mac.com)

1-3-33, Fukuryugi, Tobata-ku, Kitakyushu, Fukuoka 804-0025, Japan

〒804-0025 福岡県北九州市戸畑区福柳木1-3-33

With the progression of population aging, the importance of dental care in home medical settings and long-term care facilities has been increasing. In particular, addressing issues such as dysphagia and oral care requires perspectives and collaborations that go beyond the conventional framework of dentistry. Within this context, "positioning" has recently been gaining attention in the field of dental medicine. Positioning refers to a supportive technique that arranges the patient's body in an appropriate posture in order to maximize physical functions.

This article outlines the basic principles and practical considerations of positioning in dental practice, both in bed and in wheelchairs, and introduces actual support cases. Special emphasis is placed on specific methods of assistance and postural adjustments in nutritional support and oral care, organized from both general and practical viewpoints. Furthermore, this article discusses new roles that dental professionals can play in improving oral and systemic functions through appropriate positioning.

Keywords: Positioning, Feeding and Swallowing Support, Oral Care, Home-based Dental Care, Interdisciplinary Collaboration

高齢化の進展に伴い、在宅療養や介護施設における歯科医療の重要性が高まっている。とりわけ、摂食嚥下障害や口腔ケアといった課題に対応するには、従来の歯科医療の枠組みを超えた視点と連携が求められている。その中で、近年、歯科医療の分野への「ポジショニング」が重要視されてきている。ポジショニングとは、対象者の身体を適切な姿勢に整え、身体機能を最大限に引き出すための支援技術である。

本稿では、歯科医療の現場におけるベッド上および車椅子上でのポジショニングの基本原則と工夫、さらに実際の支援事例を紹介する。特に食支援や口腔ケアにおける具体的な支援方法や姿勢調整の工夫について、総論および各論の観点から整理し、歯科医療従事者が果たすべき新たな役割について提案する。

キーワード: ポジショニング, 摂食嚥下支援, 口腔ケア, 在宅歯科医療, 多職種連携

1. 諸言

ポジショニングとは、対象者の身体を適切な姿勢に整え、その人が持つ身体機能を最大限に引き出すための支援技術である。看護やリハビリテーションの分野で発展し、褥瘡や拘縮の予防を目的とした体位調整が出发点で

あった¹⁾。しかし近年では、ポジショニングは単なる「安楽な姿勢の保持」を超え、「呼吸や嚥下、消化、会話など、日常機能を支えるための基盤」として再認識されている。介護現場では、「動かすケア」から「整えるケア」への転換が進み、全身の生活機能を支援する重要な手段として、多職種間で共有されるようになってきた²⁾。

歯科医療従事者が、その理解と実践を求められる場面は、主に「食支援」と「口腔ケア」である。

適合の良い噛める義歯を作ることは、歯科医師の基本的な責務である。しかし、超高齢化社会に足を踏み入れた今、もはや「良い義歯」を作ることだけでは、対象者の「食べる」を十分に支えることはできない。例えば、高齢者の多くに見られる円背(脊柱後弯)は、前傾を引き起こし、体幹の軸が崩れやすい。頭頸部の位置異常は舌骨の位置にも影響し、舌や喉頭の動きが制限されやすくなる。その結果、下顎が相対的に前方へ突き出し、開口動作が困難となることもある。食事を安全かつ効率よく摂取するには、体幹の安定、頸部の角度、視線の確保といった条件が必要であり、姿勢を整えるだけで食事摂取量が改善したという事例も少なくない^{3,4)}。義歯の機能を十分に活かすには、こうしたことを考慮した「噛める姿勢」を調整してこそ初めて義歯が機能するといえる。つまり、「食支援」において、補綴とポジショニングは表裏一体の関係にある。

「口腔ケア」の場面でも同様に、姿勢が不安定であれば、処置中に顔がぐらついたり口が開けづらくなったり、ケア中に誤嚥を来す危険が高まる。とくに頸部後屈は、気道開大不良を招き、誤嚥リスクが高まる。反対に適切なポジショニングにより無理なく開口が保てられれば、ケアの安全性・効果・快適性は大きく向上する。そしてその積み重ねが、誤嚥性肺炎の予防にもつながる。

ポジショニングは「特別な技術」ではなく、「その人がその人らしく生きるための基礎環境」である⁵⁾。我々歯科医療従事者もまた、この視点を持ち、現場において実践していくことが求められている。

2. ポジショニングの実際

良好なポジショニングは、骨盤が立ち、体幹と大腿部が安定しており、顎が自然に引かれている状態である⁶⁾(図1左)。椅子に深く腰掛け、足底がしっかりと床に接している。これにより、嚥下や咀嚼がスムーズに行える頭頸部のアライメントが確保されている。一方、不良なポジショニングでは、背中が丸まり(円背傾向)、顎が突き出て、足底が床から浮いており、体幹とテーブルの距離も遠くなる

(図1右)。こうした姿勢は、誤嚥や開口困難、食事量の低下を引き起こす要因となる。とくに回復期や生活期の患者は、ベッド上や車椅子上で過ごすことが多く、この基本に沿って応用する必要がある。

1) ベッド上でのポジショニング

ベッド上では、褥瘡予防と身体安定の両立が図られなければならない。仰臥位、側臥位、ファウラー位などを適切に選択し、組み合わせることにより、関節拘縮の進行や圧迫による循環障害を防ぐ。特に骨盤などの骨突出部にはクッションを適切に配置し、体圧を分散させる。身体安定には最低限の体幹支持力が必要であり、背もたれやクッションによる補助があり、かつ頭部や上体が左右に大きく崩れず、視線を前方に保つ必要がある。この条件を満たせない場合は、むしろ側臥位や仰臥位を基本としたケアポジションの方が、安全で快適な姿勢を確保できる。

加齢や神経疾患によって、座った状態でのバランスを保つことが難しい高齢者も少なくない(バランス障害)。自力での姿勢保持が保てず、わずかな重心移動でも傾きや転倒のリスクが生じる。関節拘縮を有する患者は、骨盤の後傾や側彎や上下肢の異常な緊張により体幹が崩れやすく、ベッドの背を上げただけでは安定した座位を保てない。

以下に、ベッド上でのポジショニングの要点(図2A)についてまとめる。

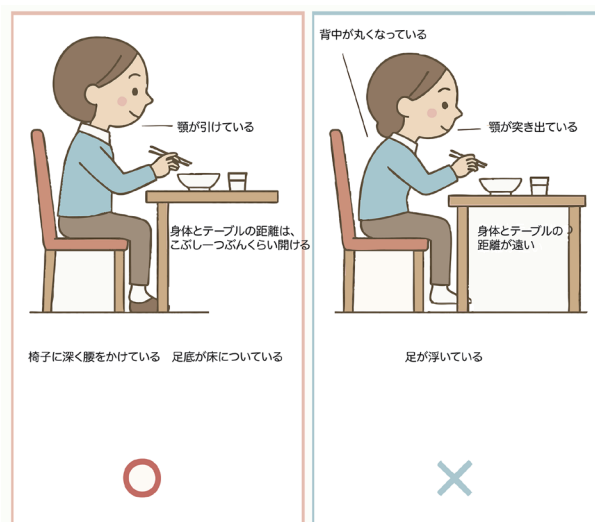


Figure 1 : Comparison of Appropriate and Inappropriate Positioning During Mealtime. The left illustration shows proper positioning, while the right illustration demonstrates inappropriate positioning.

- ① 背部にタオルやクッションを詰めて、体幹が丸まらずに真直ぐに起きた「体幹伸展位」を作る。呼吸・嚥下の安定にも寄与するため、骨盤から支持して全身の軸を保つことが重要である。
- ② 側方にクッションやバスタオルを巻いたポジションニングピローを配置し、体幹の側方崩れを防ぐ。
- ③ 頸部が前屈・後屈しないよう、頭部支持を調整する。円背では頭部が前方に突き出しやすくなり、後屈により気道確保や口腔操作が困難になる。背部全体に緩やかな支持を加えて胸郭を開き、自然な頭部位置へ誘導する。
- ④ 骨盤後傾を最小限にするため、坐骨下に浅めのクッションを挿入するか、膝下をやや高くして仙骨荷重を避ける。
- ⑤ 上下肢の拘縮の際は、無理に伸ばさず、できるだけ生理的角度に近い姿勢を心がける。肘関節は、軽く屈曲させることが望ましく、肘下にフェイスタオルを2～3枚程度折りたたんだものや、小型クッションを挿入する。その位置は肘の真下ではなく、やや前腕寄りにずらして肘を浮かせず自然に前腕を支持する。これにより肩や首の余分な緊張を解き、姿勢が安定する。
- ⑥ ベッド上でのポジションニングでは、足底の接地が見落とされがちである。足底が軽く接地することで、下肢から骨盤、体幹へと力が連動し、姿勢の安定性が飛躍的に高まる。足台やステップを用いるなどの工夫が望ましい。

ベッド上では、テーブルが高すぎたり遠すぎたりすると、腕を伸ばす動作が不安定になり、肩や首に負担をかけてしまう。テーブル高さは肘が自然に曲

がる位置に合わせ、食器に無理なく手が届く距離感を調整する。テーブル全体を患者の視野に収まる位置に配置し、患者本人の「選んで食べる意識」を引き出させる。

ただし、転倒予防のサイドレール(柵)がベッドに設置されていることが多く、これが適切なオーバーテーブルの配置を妨げてしまうことがある。テーブルが斜めになり過度に離れていると、患者は身体をひねって手を伸ばすことになる。よって、安全性を確保したうえで、食事中は一時的に柵を外すなどの柔軟な対応も検討すべきである。

2) 車椅子上でのポジションニング

車椅子を使用できるかどうかは、患者の体幹支持力および座位保持能力に大きく左右される⁶⁾。手の支持が不要で長時間座位保持できる『Hands-free Sitting』から、手の支持がなければ座れない『Hand-dependent Sitting』、さらには全身の支持が必要な『Propped Sitting』へと段階化されている⁷⁾。患者の段階に応じて追加対応をすることで、適切なポジションニングをとることが重要である。座面・背面に加えて、場合によっては側方からの物理的な支持を組み合わせる必要がある。バランス障害や強い拘縮のある場合はベッド上でのポジションニング処置をとった方がよい。

車椅子は移動手段として利用されているものであり、食事や口腔ケアのためにポジションニングを考慮されて設計されているわけではない。多くの車椅子は座面が布など柔らかい素材でできており腰が沈み込みやすく、骨盤が後傾して体幹の安定が得られにくい。よって、座面に硬めの板や専用の支持クッションを敷くことで、骨盤の座りをしっかりと保持し、

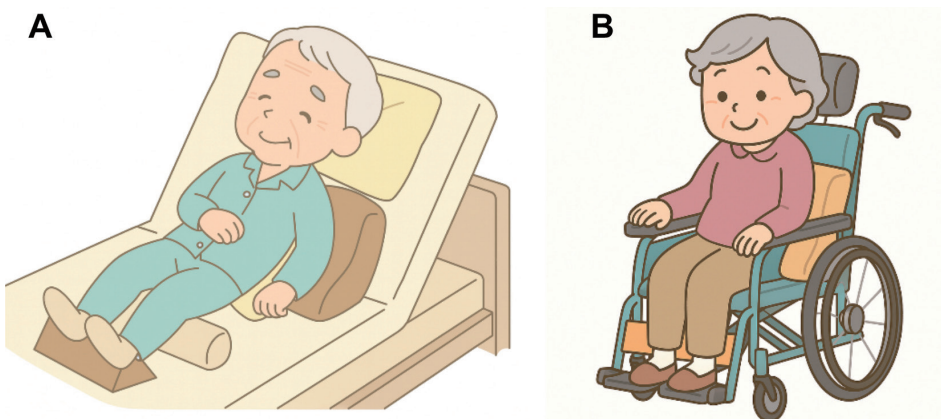


Figure 2: Bedside and Wheelchair Positioning Techniques. A: Bedside position a lateral support pillow to prevent the torso from collapsing sideways. B: Pelvic stability takes the highest priority. Reinforce the seat surface with non-slip material and firmness to create a "trunk extension position."

上半身を起こしやすくする。

以下に、車椅子上でのポジショニングの要点についてまとめる。

- ① 骨盤安定を最優先とする。座面に滑り止めと硬さを補強し、仙骨座りを防止して、背筋が自然に伸びた「体幹伸展位」を得る(図2B)。
- ② 体幹の左右の傾きを支えるため、車椅子背面にL字型の側方支持クッションを配置する。
- ③ 円背の場合は、背もたれの上部にやや厚みのあるクッションを挿入し、上背部を支えて胸郭を起こし、頭部が前に出すぎないように補正する。同時に、頸部が無理に屈曲しない範囲で視線が前を向くように支える。場合により、ヘッドサポートや後頭部・側頭部の軽い支持を行う。
- ④ 腕、特に肘の位置も安定姿勢の鍵となる。肘が空中に浮くと、肩がすくみ、上肢全体に緊張が生じる。肘が自然に屈曲し、前腕が車椅子のアームサポートやテーブル面に軽く乗るように調整することで、肩周囲の筋緊張が緩み、食事動作や口腔ケアが飛躍的に安定する。
- ⑤ 足底が確実に床やフットプレートに接地するように、足台の高さと角度を左右別々に調整する(図2B)。足が届かずに浮く場合には、厚手の本や硬い板、小型の踏み台などを差し込み、仮設の足台として安定を確保する。

車椅子用テーブルや食堂テーブルは、個々の体格や座面の高さに対して適正でない場合が多い。肘が自然に曲がる高さにテーブルを調整し、前腕をリラックスして置ける状態を目指す。また、車椅子がテーブルに深く入るよう工夫することで、対象者が身体をひねらずに食器に手を伸ばせるようにする必要がある。

3. 実際の支援例に学ぶ

症例1：片麻痺と拘縮のある患者

80代女性。脳梗塞の既往があり、右片麻痺と上下肢の拘縮を有し、主にベッド上で生活している。体幹支持力が弱く、車椅子座位では右側に崩れやすい。口腔ケア時に頭部後屈により口が開けにくく、処置が困難である。

＜ベッド上での対応(図3A)＞

- ・大きめのクッションを右側に配置(側方支持)
- ・小型の円筒クッションを後頭部に配置(前屈保持)
- ・上肢をタオルで支持し、拘縮部に無理な伸展を強いないように配慮

＜車椅子上での対応＞

- ・右坐骨下に厚みを調整したクッションを敷設
- ・L字型クッションで側方支持(脊柱の正中位)
- ・ヘッドサポートの角度を調整
- ・足台の高さを左右別に設定し、足底接地を確保

＜達成結果＞

ポジショニングにより座位が安定し、口を開けやすくなることで口腔ケアが可能となった。このポジショニングを介助者(家族および介護職)に伝えることにより、食事時の誤嚥回数が減少し、介助者の負担が軽くなった。また、継続的なポジショニング支援が実現できた。

症例2：重度拘縮と認知症患者

90代男性。認知症と脳血管障害の既往があり、四肢に強い拘縮を有し、体幹に側彎がある。頸部が過前屈する傾向にある。常時ベッド上で生活し、自力での体位変換は困難。意思疎通は不明瞭であるが、介助中に身体を強張らせて拒否反応を示すことが多い。

＜ベッド上での対応(図3B)＞

- ・右体幹に大きめのクッションを配置し、左に開いた姿

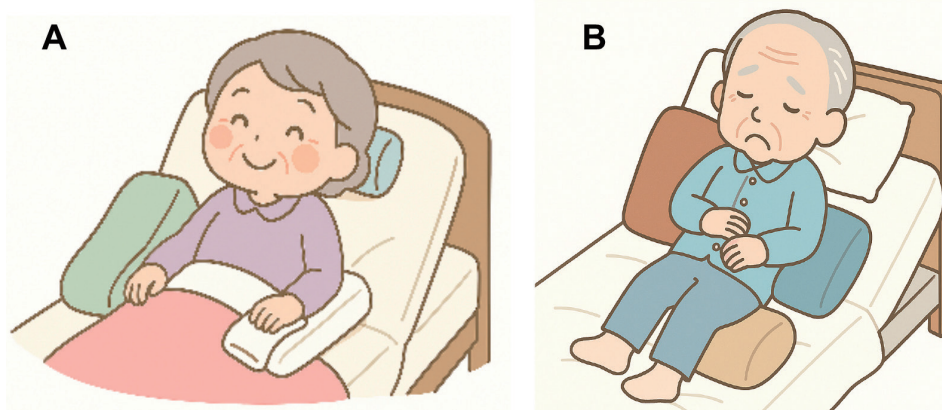


Figure 3 : Case Studies. A (Case 1): Place a cushion on the right side (lateral support) and a cylindrical cushion behind the occiput (to maintain forward flexion). Support the upper limbs with towels and avoid forcing extension on contracted areas. B (Case 2): Place a right-sided trunk cushion to secure an open posture toward the left. Place a cushion under the knees to maintain a natural flexed position.

勢を確保

- ・頭部下にタオルを折り重ねて挿入し、無理のない顎引き角度を保持
- ・膝下に円筒クッションを入れて自然な屈曲位を保持
＜口腔ケア時の対応(図4)＞
- ・介助者2名体制で体幹と頭部の支持を確保
- ・ゆっくりとした声かけと動作の一貫性を徹底し、不安を軽減

＜達成結果＞

ポジショニングにより身体緊張が軽減し、ケア中の拒否反応が明らかに減少した。褥瘡リスクが低下しただけでなく、介助者負担も軽減され、継続的かつ安定した支援体制が構築できた。

4. 保険点数請求について

現在、ポジショニングそのものに対する明確な算定項目は歯科保険には存在しない。しかしながら、今後訪問診療や口腔機能管理の一環として助言を求められる機会も増えると思われる。その場合、在宅療養支援歯科診療所では、訪問歯科診療料・居宅療養管理指導料・口腔衛生管理加算などを準用することになる。また、食事の際の姿勢を整えることは、摂食嚥下訓練の導入・準備段階の一環として位置づけることができ、摂食嚥下リハビリテーションの加算対象として算定が可能な場合もある。

ポジショニングによって嚥下の安全性が高まることは明白であり、医科歯科連携の現場では、医師・言語聴覚

士・看護師らとともに姿勢調整の計画に関与し、必要に応じて記録・評価を共有することが求められる。たとえば、摂食嚥下支援加算(医科)の導入を視野に入れた多職種連携の中では、ポジショニングを含めた姿勢調整の評価も議論されつつある。今後、歯科医療従事者が姿勢・食支援に関与する機会はさらに増加する可能性が高く、制度の動向にも注視が必要である。

5. 結論

ポジショニングは、単なる姿勢調整の技術ではなく、対象者の生活機能を支える「環境づくり」の根幹である。歯科医療の場面においても、適切な姿勢が咀嚼や嚥下、口腔ケアの質を左右し、対象者の生命予後やQOLに大きな影響を与える。とくに高齢者や障害を持つ方では、姿勢不良が日常的に見過ごされやすく、それによってもたらされる機能低下は深刻である。したがって、歯科医療従事者が「姿勢を診る視点」を持ち、実際の現場でその知識を活かしていくことは、今後の歯科医療、特に在宅医療において極めて重要な役割を担う。

今後は、ポジショニングに関する教育・研修の体系化、他職種との連携を前提とした実践知の共有、そして臨床成果に基づく保険制度上の評価が求められるだろう⁸⁾。また、科学的根拠に裏付けられた効果的な支援方法を明らかにするための研究も進められるべきである。本稿を通じて、読者自身の臨床現場で“姿勢を整えること”の意義を再認識し、より良い支援につなげていただけることを心より願っている。

謝 辞

本論文に関して利益相反はない。図のイラストはChatGPT 5により生成された。本稿をまとめるにあたり、ご指導いただいた日本赤十字広島看護大学名誉教授の迫田綾子先生に、心より感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 内海優子: 急性期脳卒中看護におけるポジショニングの実践に関する文献検討. 帯広大谷短期大学紀要 60: 19-25, 2023. https://doi.org/10.20682/oojc.60.0_19
- 2) 迫田綾子: 図解 誤嚥を防ぐポジショニングと食事ケア—食事のはじめからおわりまで(第2版) 三輪書店2025.
- 3) 小山珠美: 口から食べるリハビリテーション, 日本静脈経腸栄養学会雑誌 30(5):1113-1118, 2015. <https://doi.org/10.11244/jspen.30.1113>



Figure 4 : Oral care with Appropriate Positioning.

- 4) 木林身江子, 秋山みゆき: ポジショニングによる動きの支援の効果 — 特別養護老人ホームにおける事例研究 —. 静岡県立大学短期大学部紀要, 24, 13-22, 2010.
<https://oshika.u-shizuoka-ken.ac.jp/media/201004151814321018066733.pdf>
- 5) 大久保暢子, 牛山杏子, 鈴木恵理, 佐竹澄子, 小板橋喜久代. 看護における「ポジショニング」の定義について 日本看護技術学会誌 10(1): 121-130, 2011.
https://doi.org/10.18892/jsnas.10.1_121
- 6) 藤巻涼司: 車椅子・シーティングの対象者へのアプローチ. 日本義肢装具学会誌 35(3):173-179, 2019
<https://doi.org/10.11267/jspo.35.173>
- 7) 厚生労働省 (2021): 高齢者の適切なケアとシーティングに関する手引き.
<https://www.mhlw.go.jp/content/12304250/000944040.pdf>
- 8) 迫田綾子, 原田裕子: 看護における食事時のポジショニング教育と汎用化に関する検討. 日本摂食嚥下リハビリテーション学会誌 22(3): 249-259, 2018.
https://doi.org/10.32136/jsdr.22.3_249

筆頭著者



最終学歴: 九州歯科大学 (1996年卒)
博士号: なし
専門分野: 老年歯科学



Clinical Report (臨床報告)

A Case Report of Systemic Symptom Improvement Following Comprehensive Occlusal and Integrative Treatments

咬合治療と全身の統合医療により咬合不調和と全身症状の改善が みられた 1 症例

Hiroshi Kurata

倉田 洋史

Frontier Dental Clinic, Hiroshima.

フロンティア歯科クリニック (開業医), 広島.

Received: 29 Aug. 2025 Accepted: 17 Sep. 2025 Published online: 10 Oct. 2025

Corresponding: Hiroshi Kurata (E-mail: info@frontier-shika.com)

Frontier Dental Clinic, 9-4 Saijoshomamachi, Higashihiroshima, Hiroshima, 739-0014, Japan

〒739-0014 広島県東広島市西条昭和町9-4 フロンティア歯科クリニック

This case report describes the resolution of systemic symptoms in a patient through comprehensive dental treatment targeting occlusal dysfunction and incorporating integrative medical approaches. A 57-year-old woman presented with occlusal discomfort accompanied by various systemic symptoms, including neck and shoulder pain, numbness in the arms, headaches, insomnia, xerostomia, and frequent urination. Clinical evaluation identified bilateral anterior disc displacement of the temporomandibular joints and mandibular deviation due to premature contact on the left mandibular second molar. Stepwise occlusal adjustment was performed based on diagnostic models and wax-up analysis. In addition, integrative body alignment therapy and lifestyle modification were provided. Following occlusal stabilization, all systemic symptoms showed marked improvement. No recurrence was observed after final prosthetic restoration. This case suggests that the combination of occlusal therapy and integrative postural treatment may contribute significantly to the improvement of systemic symptoms.

Keywords: malocclusion, temporomandibular disorder, systemic symptoms, integrative medicine

咬合異常が全身症状に影響を及ぼした一患者に対し、包括的な歯科治療によって症状の改善が認められた症例を報告する。50歳代女性、咬合違和感を主訴に来院し、首・肩の痛み、腕の痺れ、頭痛、不眠、口腔乾燥、頻尿など多岐にわたる症状を訴えていた。臨床検査により、両側顎関節円板前方転位および下顎左側第二大臼歯の早期接触による下顎偏位が確認された。診断用模型による咬合診査とワックスアップを基に、段階的な咬合調整を行い、体の統合的調整および生活習慣指導も併用した。その結果、咬合の安定とともに、上記の全身症状は顕著に改善された。最終補綴処置後も安定が維持され、症状の再発は認められなかった。本症例は、咬合治療と身体統合調整の併用が、全身症状の改善に寄与する可能性を示唆している。

キーワード：咬合異常，顎関節症，全身症状，統合医療

1. 諸言

現在の歯科医療は医科と分断されている側面があり、身体の不調が関与する歯科症状が見過され、原因不明として対症療法に終始することがある。藍および佐々木らは、顎機能異常に耳・鼻・喉・肩などの症状を伴うことがあると報告している^{1, 2)}。しかしながら、歯科治療

と全身症状との関連についての報告は少なく、咬合との因果関係も明確ではない。咬合を顎機能障害の二次的因子とする見解もある一方³⁾、日常臨床では咬合治療により全身症状が改善する例も認められる。本症例報告では、咬合異常と全身症状の関連が示唆された一例に対し、咬合治療と統合医療により症状改善を得た経過を報告する。

2. 症例

患者：50歳代 女性

主訴：下顎左側臼歯部の補綴処置後より咬合違和感を自覚し、「右ではまったく噛めない」「うまく噛み合わない」と訴えて来院した。

現病歴：数年前より他院で補綴治療を受けており、6か月前に下顎左側第一および第二大臼歯に補綴処置を施された。以後、咬合違和感が出現し、咬合痛を伴うようになった。

既往歴：急性腰痛症と左側上肢の痺れ。脂質異常症と更

年期障害があり、ロスバスタチンとメノエイドコンビパッチを常用していた。

口腔内所見：口腔内写真および診断用模型を図1に示す。下顎両側第一大臼歯に咬合痛を認めた。また、下顎左側第一大臼歯遠心にデンタルX線にて中等度の歯槽骨吸収を認めたが、う蝕および歯根膜腔の異常は認められなかった。

顎関節・咬合診査：CTにて両側下顎頭に骨吸収像(erosion)を認めた(図2)。顎関節の触診より開口時に両側とも関節雑音(early click)を認め、下顎最前方位から開口時にクリック音が消失した。右側が左側よりコンプレッションしている。オクルーザー 709により著しい咬合力の低下(198.3N)を認めたが、左右のバランスに問題は認めなかった(図3)。

全身症状：右股関節痛、右肩関節周囲炎、右肘・手首の痛みおよび痺れ、左頸部の腫脹感、肩こり、後頭痛、不安感、不眠、頭痛、眼精疲労、口腔乾燥、頻尿、夜間尿、



Figure 1 : Intraoral photograph and study models standardized on the horizontal, frontal, and sagittal planes at the initial visit.

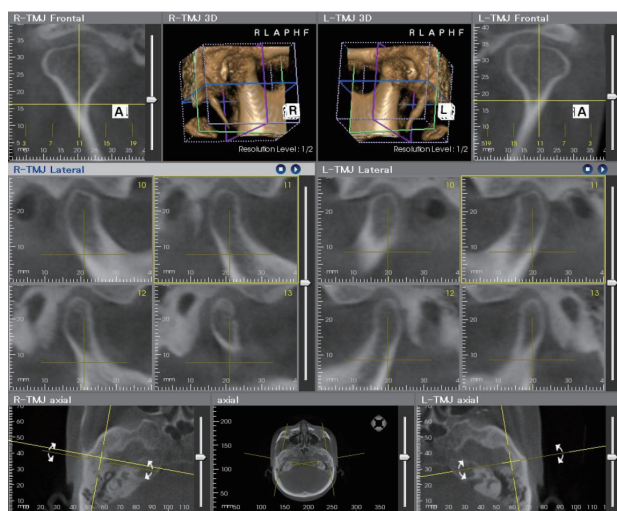


Figure 2 : CT images of the temporomandibular joints at the initial visit. Bone resorption (erosion) was observed in the mandibular condyles on both sides.

頭部左回旋制限など、多岐にわたる症状を認めた(図4)。

診断：顎関節円板前方転位(左右)、下顎左側第二大臼歯の早期接触による右側後上方への下顎偏位および左側後方偏位。

治療方針：規格化診断用模型に基づき、偏位因子およびファセットを同定する。統合医療(身体の構造調整、生活習慣指導)を併用し、最小限の咬合調整により下顎を本来の顎位へ誘導する。顎位安定後に最終補綴処置を施行して咬合支持を確保し、再発予防を図る。治療計画に関しては患者に十分説明した。

処置：本症例に対し、まず下顎偏位の原因となっている咬合接触部位の診断を行うため、規格化された診断用模型を用いて早期接触ファセットを同定した。規格化により水平面・咬合平面・歯軸の傾き、歯槽骨のなびき、下顎の偏位、ファセットの傾き、噛み癖、咬合高径の計測

値や方向を正確に診断することが可能となる。初回処置では、下顎左側第二大臼歯のインレー舌側遠心内斜面のファセットを、撫でる程度に軽度削合した(図5)。その結果、咬合時の違和感は消失し、「しっくり噛める」との自覚的改善が得られた。

1週間後、左右での咀嚼が可能となるも、左側ですり潰しが困難であった。下顎左側第一大臼歯の咬合痛は持続していたが、右側咬合痛は消失した。今回は左下第一および第二大臼歯の同部ファセットを軽度削合した。

2週間後、左側に違和感が残存していたが、全身の統合医療として、生活習慣指導やカイロプラクティックなどを並行して実施した。

1か月後、咬合違和感は消失したものの、下顎左側第一大臼歯に軽度の咬合痛および腫脹感が認められたため、左側への偏位を助長していた下顎右側第一大臼歯の

頬側面溝のファセットを削合した。また、口腔乾燥症状に対して東洋医学的問診を行い、ツムラ製剤の桂枝茯苓丸を処方した。

2か月後、左側でのすり潰しは不完全ながらも寛解した。これに伴い、頭痛、頸部痛、腕の痺れや痛み、眼精疲労が改善し、肩こり、後頭痛、股関節痛は軽減した。不眠も解消し、口腔乾燥感の減少、頻尿や夜間尿も減少した。頭位の左回旋も容易となり、頸部左側のしこりも消失した(図6)。

下顎偏位の改善後、研究用模型上で診断用ワックスアップを行い、最終補綴修復を行った(図7)。

3. 考察

本症例は、補綴処置後に生じた咬合異常が下顎の偏位を引き起こし、顎関節および全身の筋・神経系に影響を

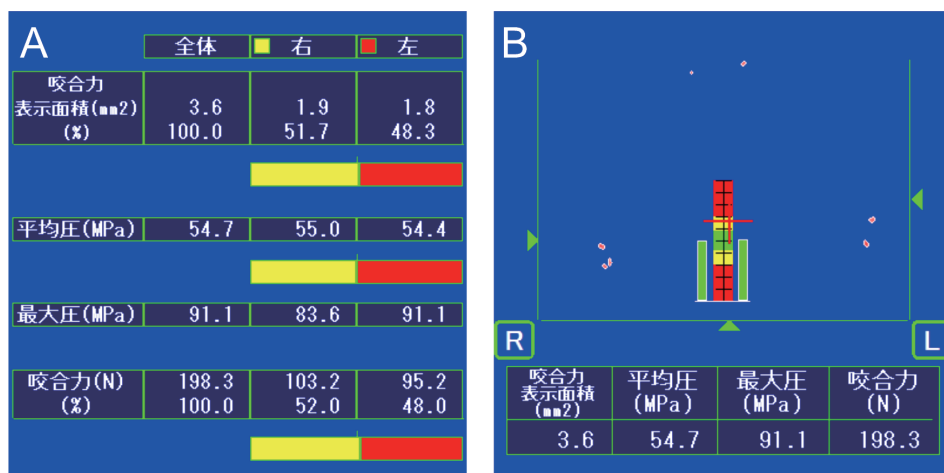


Figure 3 : Occlusal examination at the initial visit. A. Although bilateral balance was present, the occlusal force was weak, resulting in poor masticatory function.

B. The premolars were not in occlusion, and the prosthetic treatment had also failed to establish occlusion in the molar region.



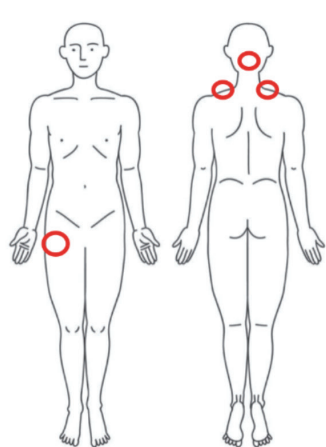
Figure 4 : Systemic condition at the initial visit.

与えたものと考えられる。両側顎関節に認められた関節雑音(early click)やCT所見での下顎頭吸収から、ブラキシズムや習癖により長期的に顎頭がコンプレッションしていた可能性がある。ただし、初診時には顎関節や咀嚼筋の圧痛以外に疼痛や開口障害は認められなかった。

顎関節・咬合治療では、マウスピースにより顎位を調整した後、矯正を経て最終的に補綴を行う場合がある。American Academy for Dental Research(AADR)



Figure 5 : Facet wear on the lower left second molar.



項目	自律神経	顎関節痛	もの忘れ	血圧
異常	イライラ	不安	うつ	頭痛
経過	神経痛	不眠	ふらつき	鼻血
1	神経痛	不眠	めまい	疲労
2	頭痛	ムチウチ	顎関節	肩凝り
3	難聴	鼻(アレルギー)	目眩	胃こり
4	歯の疾患	耳の疾患	三叉神経痛	胃腸痛
5	喘息	顎関節痛	アレルギー	気管支炎
6	甲状腺	喘息	バセドウ氏	胸のしびれ
7	動脈硬化	胃痛	心臓疾患	胸のしびれ
10	1	胸痛	風邪ひきやすい	どきどき
2	心臓	動脈硬化	母乳がでない	息がしにくい
3	肺病	経閉や閉経	肌荒れ	顔面がある
4	肝臓疾患	胃腸過多	糖尿病	尿糖
5	胃腸一般	下痢	尿糖	尿糖
6	胃の疾患	血酸	肝臓痛	尿糖
7	胃の疾患	胃潰瘍	食後不眠	胃痛
8	肝臓一般	糖尿病	消化不良	目の疲れ
9	小児癲癇	胆石	内臓下垂	身体機能低下
10	腎臓病	リウマチ	貧血	心臓病
11	腎臓病	貧血	下痢	尿糖
12	こけ(おけもの)	尿失禁	便秘	尿が重い
13	胃腸病	便秘	神経痛	皮膚炎
14	貧血	不妊	自律神経失調症	ホルモン不足
15	痔瘻疾患	月経異常	月経痛	尿道炎
16	便秘	腰痛	坐骨神経痛	膝関節痛
17	痔	下腿の痺れ	足腰の冷え	子宮疾患
18	姿勢のバランス	下腿の痺れ	不妊	歩行困難

項目	自律神経	顎関節痛	もの忘れ	血圧
異常	イライラ	不安	うつ	頭痛
経過	神経痛	不眠	ふらつき	鼻血
1	神経痛	不眠	めまい	疲労
2	頭痛	ムチウチ	顎関節	肩凝り
3	難聴	鼻(アレルギー)	目眩	胃こり
4	歯の疾患	耳の疾患	三叉神経痛	胃腸痛
5	喘息	顎関節痛	アレルギー	気管支炎
6	甲状腺	喘息	バセドウ氏	胸のしびれ
7	動脈硬化	胃痛	心臓疾患	胸のしびれ
10	1	胸痛	風邪ひきやすい	どきどき
2	心臓	動脈硬化	母乳がでない	息がしにくい
3	肺病	経閉や閉経	肌荒れ	顔面がある
4	肝臓疾患	胃腸過多	糖尿病	尿糖
5	胃腸一般	下痢	尿糖	尿糖
6	胃の疾患	血酸	肝臓痛	尿糖
7	胃の疾患	胃潰瘍	食後不眠	胃痛
8	肝臓一般	糖尿病	消化不良	目の疲れ
9	小児癲癇	胆石	内臓下垂	身体機能低下
10	腎臓病	リウマチ	貧血	心臓病
11	腎臓病	貧血	下痢	尿糖
12	こけ(おけもの)	尿失禁	便秘	尿が重い
13	胃腸病	便秘	神経痛	皮膚炎
14	貧血	不妊	自律神経失調症	ホルモン不足
15	痔瘻疾患	月経異常	月経痛	尿道炎
16	便秘	腰痛	坐骨神経痛	膝関節痛
17	痔	下腿の痺れ	足腰の冷え	子宮疾患
18	姿勢のバランス	下腿の痺れ	不妊	歩行困難

Figure 6 : Systemic condition at re-evaluation.



Figure 7 : Intraoral photograph after treatment.

2010年の基本声明では、顎関節症治療は保存的かつ可逆的な方法を第一選択として推奨している⁴⁾。また、Kandasamyは、顎関節症管理は医学的および生物心理社会的なケアモデルへと移行していると述べている⁵⁾。このように顎関節症や咬合異常を訴える患者に対して顎位を大きく変える治療法は、病態を悪化させるリスクを伴うと指摘されている。日本顎関節学会診療ガイドラインでは、天然歯の咬合調整は強く推奨されていない⁶⁾。藍は顎機能異常者の75%程度に咬合の関与が認められ、そのうち約36%に補綴装置が関与していたと報告している¹⁾。この報告は、咬合異常には補綴装置の影響が特に大きいことを示している。咬合調整は補綴装置の調整を優先し、天然歯の咬合調整は慎重に行うべきである。

本症例は、詳細な診断に基づき、補綴処置前の患者本来の咬合へと回復させる低侵襲治療計画を採用した。下顎左側大白歯のインレーにおけるファセットの段階的程度削合により、咬合違和感は緩解し、咬合痛も軽減した。興味深いことに、咬合の改善に伴って全身症状の大きな

改善が認められた。豊田は咬合干渉が自律神経に影響を与え、干渉除去48時間で回復することを報告しており⁷⁾、本症例と整合性がある。さらに顎関節には多様な刺激に反応する侵害受容器が多く存在し、下顎の右偏位による関節内の感覚受容器の刺激が自律神経機能に影響を及ぼしたことが考えられる⁸⁾。

本症例には全身の統合医療を並行して実施した。習癖(足を組む、頬杖、ガムの咀嚼、左下寝、水分摂取はコーヒーとお茶など)も、下顎偏位と体幹の歪み、自律神経

の不平衡を助長し、症状を複雑化させていた。そのため、
習癖の見直し・運動指導・食事指導などの生活習慣指導
や身体全体の統合的調整を行う必要があった。漢方薬桂
枝茯苓丸による東洋医学的介入も全身症状の緩和に有用
であったかもしれない。

本症例では、おそらく度重なる補綴治療によるタッピ
ングの不安定と左下第二大臼歯の早期接触が、下顎の右
側および後方への偏位を招き、咀嚼筋の過重負担により
顎二腹筋後腹部や右側側頭筋後部に圧痛を生じたのでは
ないかと考察する。また、両側顎関節のコンプレッショ
ンは後頭下筋群の緊張を高め、緊張型頭痛を誘発したと
推察される⁹⁾。さらに、右側への顎偏位は体幹の重心を
右側へ移動させ、右肩および頭位も右へ屈曲したと考え
られる¹⁰⁾。その代償として左肩が挙上し、持続的な筋緊
張が肩こりを引き起こしたのかもしれない。頸椎は左傾
斜し、また下顎後退位での噛み締めにより頭部も前方移
動し胸鎖乳突筋も過緊張状態になる¹¹⁾。頸椎偏位により
神経圧迫や、前・中斜角筋の緊張による神経血管系の圧
迫が、手のしびれや肩こりの原因となっていた可能性も
ある¹²⁾。また、筋の過緊張に伴う脳血流障害が、右上肢
の痺れや眼精疲労、不眠、頻尿といった交感神経優位によ
る多様な自律神経症状へと波及したのかもしれない^{13, 14)}。
タッピング運動が不安定であったのは、咬頭嵌合位と
タッピング終末位との不一致および咀嚼筋の過緊張に起
因しており¹⁵⁾、早期接触の除去によって両者が一致し、
運動機能の改善が得られた。

4. 結論

咬合異常が引き金となった下顎偏位は、顎関節・咀嚼
筋の障害に加え、自律神経系や体幹バランスにまで影響
を及ぼす可能性がある。本症例では、的確な病態診断と
保存的な治療方針のもと、歯科治療と全身の統合医療
により患者本来の安定した顎位に回復し、その顎位で最終
補綴装置製作をすることで全身的にも口腔の機能的にも
安定し、良好な結果を得ることができた。今後も、口腔
機能と全身状態の関連に注目した総合的治療戦略が求め
られる。

謝 辞

本論文に関して利益相反はない。

症例報告に関して患者からインフォームドコンセント
を得ている。

引用文献

- 1) 藍 稔: 補綴学領域における顎機能の異常に関する研究
口腔病学会雑誌1979; 46(1): 1-10.
<https://doi.org/10.5357/koubyou.46.1>
- 2) 佐々木啓一, 渡辺 誠, 田辺泰一, 稲井哲司, 菊池雅彦, 許
重人, 小澤一仁, 服部佳功, 目黒 修, 小野寺秀樹, 齊藤 寛,
高橋智幸, 後藤正敏. 顎関節症における各臨床症状の発現様
式とその関連性. 補綴誌 1992; 36(4): 791-798.
<https://doi.org/10.2186/jjps.36.791>
- 3) Leeuw R, eds. Etiology of TMD. Guidelines for Assessment,
Diagnosis and Management. 4th ed. American Academy of
Orofacial Pain: Chicago: Quintessence 2008: 132-142.
- 4) AADOC Science policy Temporomandibular Disorders
(TMD).
<https://www.iadr.org/AADR/About-Us/Policy-Statements/Science-Policy/Temporomandibular-Disorders-TMD>
- 5) Sanjivan Kandasamy, Donald J Rinchuse, Charles S
Greene, Lysle E Johnston Jr :Temporomandibular
disorders and orthodontics: What have we learned
from 1992-2022 American Journal of Orthodontics and
Dentofacial Orthopedics Volume 2022; 161(6): 769-774
<https://doi.org/10.1016/j.jado.2021.12.011>
- 6) 日本顎関節学会初期治療ガイドライン作成委員会, 顎関節
症患者のための初期治療診療ガイドライン3. 顎関節症患者
に対して、咬合調整は有効か 一般歯科医師編. 2012.
https://kokuhoken.net/jstmj/publication/file/guideline/clinicalGL_TMJ_patient_3.pdf
- 7) 豊田将盟. 顎口腔系の状態と全身状態との関連に関する研
究 -実験的咬合干渉が自律神経機能に及ぼす影響-. 補綴誌
1996; 40: 433-441. <https://doi.org/10.2186/jjps.40.433>
- 8) 岩山和志, 小野圭昭, 小正 裕. 咬合干渉付与時の自律神経
機能について. 歯科医学 2007; 70: 81-90.
https://doi.org/10.18905/shikaigaku.70.1_81
- 9) 作田 学: 頭痛(第2版) 日本医事新報社, 東京, 2008, 21-46.
- 10) 島田 淳. 顎口腔系の状態と全身状態との関連に関する研
究-水平的下顎位の変化が姿勢,特に重心動揺および抗重力
筋に及ぼす影響. 補綴誌 1991; 35: 501-514.
<https://doi.org/10.2186/jjps.38.952>
- 11) 関本智信, 河野正司, 澤田宏二, 湊 修. 下顎後方位における
噛みしめ時の胸鎖乳突筋の活動. 補綴誌 1999; 43: 568-574.
<https://doi.org/10.2186/jjps.43.568>
- 12) 日本循環器学会:末梢動脈疾患治療ガイドライン(2022年改
訂版)16章:胸郭出口症候群・鎖骨下動脈閉塞症. 2022;p111
https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2022/03/JCS2022_Azuma.pdf
- 13) 山中敏彰: 椎骨脳底動脈循環不全, Equilibrium Res 73:
117-126, 2014.
<https://doi.org/10.3757/jsr.73.117>
- 14) 豊浦麻記子, 木村重美, 豊田有子, 菊池 清: 概日リズム・
睡眠と自律神経機能. 脳と発達 2022; 54(6): 311-316.

<https://doi.org/10.11251/ojjsen.54.311>

- 15) 池田圭介, 河野正司, 土田幸弘, 松山圃士, 大竹博之. 顎頭安定位の立場から見たタッピング運動による水平的下顎位の検索. 補綴誌1996; 40: 964-971.

<https://doi.org/10.2186/jjps.40.964>

筆頭著者



最終学歴：九州歯科大学大学院(2008年卒)

博士号：博士(歯学)2008年

臨床経験：21年

所属するスタディーグループなど
口腔衛生学会認定医、経基臨塾会員、
日本臨床補綴学会会員、総合歯科学会
会員、歯科医師臨床研修指導歯科医、
志学会顧問、フロンティアセミナー主
催



的確な情報で研究をバックアップ

最適な研究環境をコンサルティング

ハイレベルな製品の提案

信頼のサポート体制

あらゆる分野における研究機関の環境づくりに
長年にわたって携わってきた実績から、
細かなニーズにお応えする提案力が

私たち「新興精機」にはあります。



株式会社 新興精機

〒812-0054 福岡市東区馬出6丁目14番17号

Tel : 092-624-8010 Fax : 092-624-8024

<http://www.shinkouseiki.co.jp>

佐賀営業所	〒849-0937	佐賀市鍋島3丁目9番6号
北九州営業所	〒807-0872	北九州市八幡西区浅川1丁目18番37号
熊本営業所	〒862-0950	熊本市中央区水前寺6丁目46-27
宮崎営業所	〒880-0929	宮崎市まなび町2丁目37番5号
鹿児島営業所	〒891-0113	鹿児島市東谷山5丁目35番12号
東京営業所	〒113-0033	東京都文京区本郷2丁目25番5号角地ビル



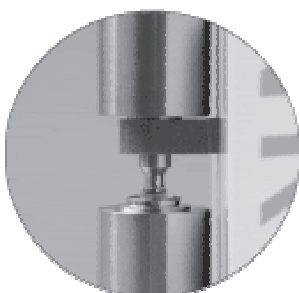
Technical Solutions Company

ISHIKAWA IRON WORKS

株式会社 石川鉄工所

曳糸性・牽糸性・凝固性測定装置

NEVA METER



Topics

研究者・分野紹介(第4回)

今日までを振り返って

村岡 宏祐(教授)

口腔保健学科 歯科衛生士育成ユニット 九州歯科大学

E-mail: muraoka@kyu-dent.ac.jp

〒803-8580 福岡県北九州市小倉北区真鶴2-6-1

Published online: 25 Dec. 2025



はじめに

院33期(46期相当)の村岡宏祐です。よろしくお願い致します。

1998年本学大学院歯科保存学第二講座に入学後、2003年九州歯科大学附属病院医員、2004年から歯科保存学第二講座、2016年クリニカルクラークシップ開発学分野を経て本年7月から歯科衛生士育成ユニットに所属し、21年弱奉職しております。この期間、研究、臨床、教育に携わっております。

1) 研究に関して

研究のテーマは、歯周組織の再生、歯周病罹患歯の病的移動によって生じる咬合力と機能的変化、歯周治療による歯周組織の治癒、咬合と脳機能の変化、歯周治療が患者に与える不安・ストレス、試験成績が学生に与える不安・ストレスなどです。メインの研究は、歯周病罹患歯の病的移動¹⁾(図1)と歯周治療と咬合状態²⁾と脳機能^{3, 4)}などの全身状態の変化についてです。これらの報告¹⁻⁴⁾から、歯周病罹患歯における従来全く捉えられていなかった病態生理、歯周治療から歯周治療罹患歯の治癒状態と脳機能へのメカニズムを明らかにしました(図2)。

さらに、歯周基本治療後に脳機能の賦活化を認めたことは、歯周病がアルツハイマー型認知症に影響を及ぼすメカニズムにも関連すると考えます。アルツハイマー型認知症に対する治療はなかなか奏功せず、家族も介護により疲弊している状態であります。一連の研究から、歯周炎の初期段階から専門的な治療を行うことにより、アルツハイマー型認知症の発症・進行に少しでも良い影響を与えることができれば、超高齢者になっても健康を維

持できるものではないかと考えます。

2) 臨床に関して

現在、第一総合診療科に所属し、日本歯科専門医機構が認定する歯周病専門医などを有していますので、歯周外科手術を含む歯周治療ならびに一口腔内単位の診療を行っております。

今日我が国は超高齢社会に突入し、歯周病の有病率や重症度、全身疾患の有病率が増加傾向にあります。全身疾患を有する患者の多くは、多種多様の薬剤を長期服用

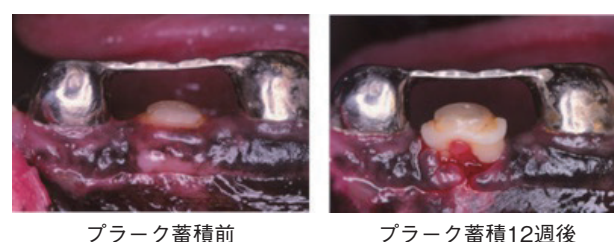


図1：実験的歯周炎による歯の挺出

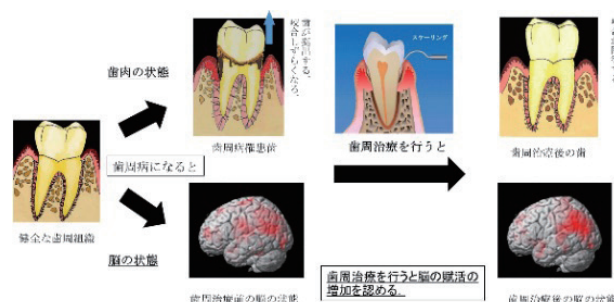


図2：歯周病罹患歯の歯の病的移動と歯周治療による咬合の改善と脳機能の影響のメカニズムについて

しています。その中で使用頻度が多いニフェジピンがあります。ニフェジピンの副作用の一つに薬物性歯肉増殖があります。この症状を認めた場合は、薬物の変更があります。しかし我々は、薬剤の変更の有無に関係なく、徹底的な歯周基本治療を行えば、同程度の歯周組織の改善をする報告をしました⁵⁾(図3)。

歯周組織再生療法の保険診療で利用できる商品はリグロス[®]があります。この商品の第二相、第三相の治験から携わっており、非常に良い商品ですのでご使用をお勧め致します。

3) 教育について

今日までの教育は、歯周病学ばかりではなく、臨床能力の修得を目的としたスキルアップ実習、アーリーエクスプロージャーである臨床体験実習と病院実習も行っております。

試験成績が学生に与える不安・ストレスなどの研究を行いました。その結果、のんびり屋と神経質の学生さんは試験の成績が低い傾向があります。私が日本歯科心身医学会の指導医であるため簡易精神療法を持ちながら学生の成績向上に寄与していきたいと思っています。

まとめ

今後、歯学科、口腔保健科の学生を病院実習で今まで以上に担当するようになります。つまり両学科の学生を融合させ、多職種連携が出来るように指導していきたいと考えております。黎明期のため先生方には大変ご迷惑をおかけすると思いますが、何卒よろしくお願い申し上げます。

謝 辞

今日までご指導を頂きました、横田誠名誉教授、中島啓介名誉教授、久保田浩三元教授ならびに一緒に研究、臨床、教育を行いました先生方に感謝を申し上げます。

引用文献

- 1) 村岡宏祐, 久保田浩三, 田代芳之, 横田誠: イヌにおけるルートプレーニングが実験的歯周炎菌の挺出に及ぼす影響. 日本歯周病学会誌44(2): 148-158, 2002.
<https://doi.org/10.2329/period.44.148>
- 2) 牧野正敬, 村岡宏祐, 横田誠: 歯周基本治療における咬合状態の変化に関する研究, 日本歯周病学会誌, 49(1): 37-46, 2007.
<https://doi.org/10.2329/period.49.37>
- 3) Muraoka K, Oda M, Yoshino K, Tanaka T, Morishita M, Nakamura T, Kibune R, Sonoki K, Morimoto Y, Nakashima K, Awano S. The potential positive effect of periodontal treatment on brain function activity using functional magnetic resonance imaging analysis. J Dent Sci. 2024 Jul;19(3):1811-1818. <https://doi.org/10.1016/j.jds.2023.09.024>
- 4) Muraoka K, Oda M, Yoshino K, Tanaka T, Morishita M, Nakamura T, Yamaguchi S, Sonoki K, Morimoto Y, Nakashima K, Awano S. Brain activation generated by periodontal initial treatment. J Dent Sci. 2025 Oct;20(4):2348-2352.
<https://doi.org/10.1016/j.jds.2025.04.005>
- 5) 村岡宏祐, 貴船亮太, 徳永隼平, 栗野秀慈: ニフェジピン性歯肉増殖を伴う慢性歯周炎に対する歯周治療の効果-薬剤の変更の有無による歯周組織の反応性について-, 日本総合歯科学会雑誌, 10(1): 22-26, 2018.

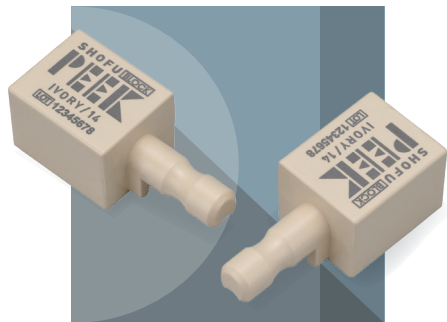


初診時

歯周基本治療終了時

図3: ニフェジピン非変更群の初診時と歯周基本治療終了時の口腔内写真





SHOFU BLOCK
PEEK

大 白 歯

強く、しなやかに



内面
処理

CAD/CAMレジン用
アドヒーズブ (内面処理加算45点)

管理医療機器 認証番号 304AKBZX00039000

※保険適用必須要件



セメント
塗布

ビューティリンク
SA

管理医療機器 認証番号 304AKBZX00032000

推奨レジンセメント

※接着性レジンセメント使用が保険適用必須要件



支台歯
処理

ビューティボンド
Xtreme

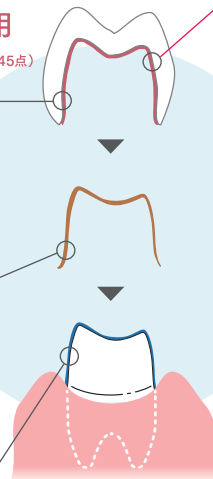
管理医療機器 認証番号 302AKBZX00026000

1液型のボンディング材

※より高い接着性能を発揮させるためご使用ください。

必ずサンドブラスト処理してください。

CAD/CAM冠用材料(V)の保険適用必須要件です。



PEEK
について
動画解説は
こちら▶



松風ブロック PEEK (CAD/CAM冠用材料(V))

[サイズ] 1種: サイズ14 [色調] 2色: アイボリー/ホワイト 5個入...¥28,000

販売名	一般的名称	承認・認証・届出番号
松風ブロック PEEK	歯科切削加工用レジン材料	管理医療機器 医療機器認証番号 303AGBZX00083A01

価格は2025年6月現在の標準医院価格(消費税抜き)



世界の歯科医療に貢献する

株式会社 松風

●本社:〒605-0983京都市東山区福福上高松町11 お客様サポート窓口(075)778-5482 受付時間8:30~12:00 12:45~17:00(土日祝除く) www.shofu.co.jp
●支社:東京(03)3832-4366 ●営業所:札幌(011)232-1114/仙台(022)713-9301/名古屋(052)709-7688/京都(075)757-6968/大阪(06)6330-4182/福岡(092)472-7595

医歯薬出版 ● 新刊案内

補綴臨床 別冊

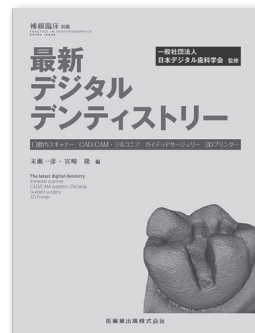
最新 デジタルデンティストリー

口腔内スキャナー, CAD/CAM・ジルコニア, ガイデッドサージェリー, 3D プリンター

末瀬一彦・宮崎 隆 編／一般社団法人 日本デジタル歯科学会 監修

CAD/CAM の現状, 口腔内スキャナーの応用,
インプラント治療におけるデジタル化など,
デジタルデンティストリーの最先端を豊富な症例とともにわかりやすく解説。

■A4判変型／168頁／カラー ■定価(本体6,500円+税) 注文コード:370640



臨床に役立つ材料選択と接着操作

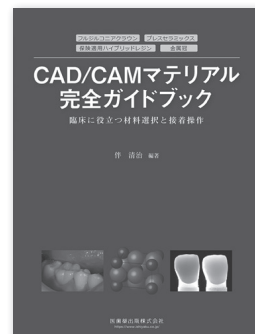
CAD/CAM マテリアル完全ガイドブック

フルジルコニアクラウン プレスセラミックス 保険適用ハイブリッドレジン 金属冠

伴 清治 編著

症例に対応したマテリアルの科学的選択と接着操作を成功に導く
歯科医師, 歯科技工士必携の最強コンサルト!

■A4判変型／96頁／2色 ■定価(本体4,800円+税) ISBN978-4-263-46420-5



医歯薬出版株式会社

〒113-8612 東京都文京区本駒込1-7-10 TEL03-5395-7630 FAX03-5395-7633

<https://www.ishiyaku.co.jp/>

Topics

Tips for Our Readers(第5回)

歯周病の新分類について

中村 太志(助教)

歯周病学分野 九州歯科大学

E-mail: r09nakamura2@fa.kyu-dent.ac.jp

〒803-8580 福岡県北九州市小倉北区真鶴2-6-1

Published online: 25 Dec. 2025



はじめに

歯周病分類の歴史は、病因理解と臨床運用性の向上を段階的に反映してきたものである。1989年の米国歯周病学会(American Academy of Periodontology : AAP)によるWorld Workshop in Clinical Periodonticsでは、発症年齢や進行速度を軸とする整理(成人性、若年性など)を提示した¹⁾が、境界の不明瞭さや再現性に課題を残した。1999年のAAPによるInternational Workshop for a Classification of Periodontal Diseases and Conditionsは、慢性歯周炎と侵襲性歯周炎の二分、壊死性歯周疾患、全身疾患関連、歯周・歯内複合病変を包括し、当時の標準を確立した²⁾。

だが、慢性歯周炎と侵襲性歯周炎の厳密な線引きは困難であり、喫煙や糖尿病といったリスク因子が歯周炎の発症・進行に強く影響することが確立し、分類は予後や治療計画と直結する実用的枠組みである必要が高まった。疫学・臨床研究・医療の質管理の観点からも、アタッチメントレベル、骨吸収量、罹患部位数など客観指標に基づく症例定義が要請され、インプラント治療の普及に伴い周囲粘膜炎・周囲炎の体系化も不可欠となった。

これらを踏まえ、2017年のAAPと欧州歯周病連盟(European Federation of Periodontology : EFP)との合同で開催されたWorld Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditionsは、分類体系を根本的に再編した³⁾。慢性と侵襲性の区別を廃し、ステージ(I-IV)で「現在の破壊の程度と複雑度」、グレード(A-C)で「進行速度と将来リスク」を記述する二軸モデルへ移行した。ステージは欠損歯、骨

欠損形態、根分岐部病変、咬合の安定など治療難易度に直結する要素を含み、治療方針と予後説明に結びつけた。グレードは骨吸収量と年齢の関係、さらに喫煙・糖尿病などの修飾因子を加味し、患者固有の進行リスクを体系的に反映した。結果として、臨床は「いまの病勢」と「これからの進みやすさ」を一体で表現できるようになった。

質問 1

歯周病のステージ分類はどのように行うのか？

Answer: ステージ分類を表1に示す。歯周炎の症例定義を満たすことを確認したうえで、最も重症な部位の所見(歯間部の付着喪失(CAL)、歯槽骨吸収、喪失歯)から暫定的にステージを決める。

次に歯周病による喪失歯数と複雑性(歯周ポケット ≥ 6 mm、垂直欠損 ≥ 3 mm、根分岐部Ⅱ/Ⅲ度、咬合崩壊等)で上方修正を行い、最後に罹患範囲(局在型(罹患歯 $<30\%$) / 広汎型(罹患歯 $\geq 30\%$) / 大白歯-切歯パターン)を付記する。

質問 2

歯周病のグレード分類はどのように行うのか？

Answer: グレード分類を表2に示す。まず過去5年のCALまたは放射線学的骨吸収の変化による直接的証拠を最優先する。直接データが無い場合は代表部位の骨吸収年齢比による間接的証拠で推定する。

その後、喫煙、糖尿病といった修飾因子で上方修正(下方修正は原則しない)を行い、バイオフィルム量に見合う歯周組織破壊で整合性を確認する。

質問3

臨床において歯周病のステージ・グレード分類をどのように扱うべきか

Answer: 臨床では、ステージ＝現在の破壊・処置難易度、グレード＝将来の進行リスクとして用いる。ステージにより介入強度を段階化し、I-II＝非外科治療、III＝外科治療・歯周組織再生療法、IV＝補綴・矯正を含む包括的治療へと設計する。グレードはSPT間隔と行動介入（禁煙、糖代謝管理など）を規定し、必要資源の配分を最適化する。患者説明では「ステージ＝難易度」「グレード＝進みやすさ」を数値で可視化し、プロービング時出血・残存歯周ポケット・禁煙達成・HbA1c等の目標を共有し、再評価で計画を更新する。

引用文献

- 1) Proceedings of the World Workshop in Clinical Periodontics. Chicago: American Academy of Periodontology; 1989.
- 2) Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. Annals of Periodontology 1999; 4(1):1-6.
<https://doi.org/10.1902/annals.1999.4.1.1>
- 3) Caton JG, Armitage G, Berglundh T, Chapple ILC, Jepsen S, Kornman KS, Mealey BL, Papapanou PN, Sanz M, Tonetti MS. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions. Journal of Periodontology 2018; 89(S1):S1-S8. <https://doi.org/10.1002/JPER.18-0157>

Stage		I	II	III	IV
重症度	歯間部最大CAL	1-2mm	3-4mm	≥5mm	≥5mm
	骨吸収	歯根長1/3未満 (<15%)	歯根長1/3未満 (15~33%)	歯根長1/3以上	歯根長1/3以上
	歯周炎による歯の喪失	なし	なし	≤4本	≥5本
最大歯周ポケット深さ		≤4mm	≤5 mm	≥6mm	≥6mm
複雑性	骨吸収	水平性骨吸収	水平性骨吸収	垂直性骨欠損 (<3mm)	垂直性骨欠損 (≥3mm)
				根分岐部病変 (2, 3度)	2次性咬合性外傷 (動揺度: ≥2度)
	その他の因子			中等度の顎堤欠損	重度の顎堤欠損 咬合崩壊・歯の移動・フレアアウト 残存歯≤20本 (10対合歯)

表1：歯周病のステージ分類

Grade		A	B	C
直接	骨吸収もしくはCALの変化量 (5年間)	なし	2mm未満	2mm以上
	骨吸収年齢比	0.25未満	0.25~1.0	1.0以上
間接	ブラーク付着に対する組織破壊	少ない	普通	多い
	喫煙 (1日あたり本数)	非喫煙	<10本	≥10本
修飾因子		糖尿病 (HbA1c)	既往なし	<7.0%
				≥7.0%

表2：歯周病のグレード分類

九州歯科大学生の キャンパスライフを サポートしています



九州歯科大学後援会

KYUSHU DENTAL UNIVERSITY SUPPORTER'S ASSOCIATION

〒803-8580

北九州市小倉北区真鶴2-6-1 九州歯科大学 本館5階 後援会事務局

TEL・FAX (093) 581-7508 E-mail: k-kouenkai@wing.ocn.ne.jp



九州歯科大学学生限定の奨学金制度

返却時
無利子

永松奨学会

〒803-8580

北九州市小倉北区真鶴2-6-1

九州歯科大学内

一般財団法人 永松奨学会

TEL(093) 581-5077

FAX (093) 592-3632

※募集要項は九州歯科大学 学生課へ

奨学金の応募

対象：九州歯科大学学部学生・大学院生

- 貸与額：月額3万円もしくは5万円（無利子）
- 貸与期間：正規の最短修業年限を原則
- 募集期間：一般募集は毎年4～5月（提出締切6月末）
9月以降に緊急事項のあった学生には、翌年3月まで随時募集



提出書類

- | | |
|--------------------|------------------|
| 1. 願書 | 4. 学長推薦書 |
| 2. 保護者の所得証明（市町村発行） | 5. 新入生：在学証明書もしくは |
| 3. 連帯保証人・保証人の印鑑証明 | 在学生：成績証明書 |

寄付金のお願い（企業様・卒業生様へ）

本奨学会は、企業各社をはじめとして九州歯科大学卒業生の方からのご寄付で運営されています。
本奨学会活動にご賛同いただける方は一口（一万円）からのご援助をお待ちしております。

寄付金 西日本シティ銀行 室町支店（普通）0607661

振込口座 名義：一般財団法人永松奨学会 理事長 福田 仁一



編集委員

編集委員長	小 野 堅太郎
副編集長	秋 房 住 郎
副編集長	池 田 弘
編集委員	矢 田 直 美
編集委員	山 崎 亮 太
編集委員	近 藤 祐 介
編集委員	槇 原 絵 理

九州歯科学会雑誌

第79巻第4号

令和 7 年 12 月 25 日発行

発行所 九州歯科学会

〒803-8580 北九州市小倉北区真鶴2-6-1

九州歯科大学内

TEL・FAX 093-571-9555

E-mail: info@kyu-dent-soc.com

URL: <http://kyu-dent-soc.com/>

郵便振替口座 01700-5-32794

発行者 森 本 泰 宏

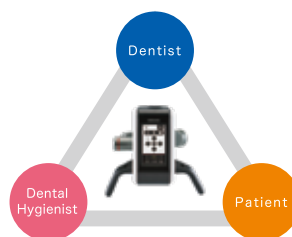
編 集 M's クリエイト

北九州市門司区社ノ木1-3-17

TEL 093-381-1762

YOSHIDA

よく見えると、よく伝わる。 歯科コミュニケーションを もっとインタラクティブに。



NV

Nextvision

口腔内を鮮明に捉える、4K80倍の高画質を実現。
わかりやすく、誰もが使いやすい操作性と、
幅広い場面に対応したユーザビリティを追求しました。
現代の歯科診療に求められる高い精度、
さらには、スタッフや患者さんとの
円滑なビジュアルコミュニケーションまで。
ネクストビジョンが新たな診療スタイルを提案します。

▼ネクストビジョン
特設サイトはこちら



高精細な治療に使う

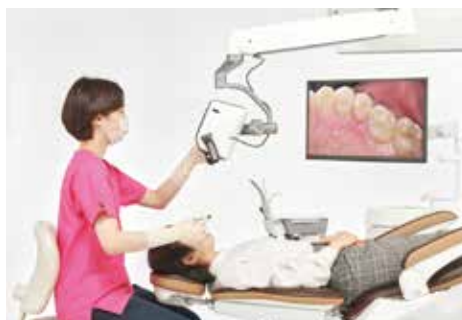
- 4K高画質×最高倍率80倍
- オートフォーカス・オートズーム機能
- 深い被写界深度

みんなで使う

- 簡単な位置づけ・直感的な操作
- 300-500mmのワーキングディスタンス
- 上下・左右反転機能

説明・教育に使う

- 理解度が高まる患者説明
- スタッフのスキルアップに
- 静止画・動画も簡単撮影



■ 一般の名称: 可搬型手術用顕微鏡、手術用顕微鏡、架台式手術用顕微鏡、歯科用口腔内カメラ(一般/特管/設置)
■ 医療機器届出番号: 13B1X00133000079 ■ 製造販売元: 株式会社吉田製作所(東京都墨田区江東橋1-3-6)

株式会社 **ヨシダ**

Happy Smiles &

Heartful Communication

健康な歯から、
素敵な笑顔が生まれます

