

歯を喪失した後は、奥歯で噛めないこと、前歯では見た目や息がもれてしまうことが主要な問題になります。

歯を喪失する原因は何か？

歯を喪失するところから咬合崩壊病が始まるとすれば、その原因にはどんなものがあるかが重要になります。咬合崩壊病の原因と言っても良いわけです。というわけで、歯の喪失原因について簡単にまとめてみましょう。

まず、虫歯と歯周病が進行して“う蝕症 4 度 (C4)”とか、“歯周病 3 度 (P3)”と診断された場合、“もうこの歯は抜くしかありません”と宣告を受けて抜歯になります。こうして**歯牙欠損症 (MT)**となる人は大変多くいます。その結果が先ほどのグラフに示されているわけです。しかし、歯周病を放置する人の中には、歯科医に抜歯されるのではなく自然に抜けてしまう（自然脱落）場合もありますが、その数はそれほど多くはないと考えられます。

次に多いのは**歯牙破折**です。歯の折れ方にもいろいろありますが、**歯根まで縦に割れてしまう場合**などの、保存治療が困難と診断される場合には、やはり抜歯を宣告されることになります。歯が折れる原因を考えると、それは何らかの力が加わったからに違いありません。具体的には咬合力、咀嚼力、歯ぎしり、食いしばり、打撲、転倒などの力が考えられます。

一方、折れる歯の方が弱くなっていたということもあります。虫歯で穴があいたり、抜髄（いわゆる歯の神経をとる処置）をした歯で、もろく折れやすくなっていたなどの条件も考える必要があります。

歯が悪くなるのは**虫歯と歯周病が 2 大原因**とされています。乳幼児から若年者では虫歯が原因で、中高年になると歯周病が原因で悪くなる場合が多いことも一般によく知られていると思います。

虫歯と歯周病の治療に始まり、進行すると抜歯されて義歯治療になるという一般歯科治療の中に隠れている大きな矛盾とは一体何でしょう？ 話しが少し込み入って難しくなるかもしれませんが、できるだけ分かりやすくお話ししましょう。

結論を一言で言えば、虫歯も歯周病も歯があるときに起こる病気ですから、抜歯をして歯が無くなると病気も消えてしまう、というマジックのような問題です。治ったのだから消えてもいいのではないですか、と思うのが落とし穴なのです。**抜歯して虫歯や歯周病が消えても、原因の歯垢（細菌叢）は口の中に残されており、治ったわけではないことがさらに問題なのです。**

これをできるだけ分かりやすく説明しようと思いますが、少し専門用語が増えますからそのつもりで注意を集中して読み進めて下さい。

虫歯（う蝕）は、Caries（カリエス＝虫歯）の C をとって C1、C2、C3、C4 と表記し

ます。学校の歯科検診で聞いたり見たりした人も多いと思います。一方、歯周病は Periodontitis（ペリオドンチーティス＝歯周病）の P をとって P1、P2、P3 と表記します（昔は P4 まで分類していましたが、今は 3 段階の表記になり P3 まで）。また、歯周病の前段階である歯肉炎を Gingivitis（ジンジヴィーティス）の G と表記していますが、ここでは P の初期段階に含めておきます。C も P も早期に受診すれば、初期段階からの治療が始まるわけですが、進行して C4 や P3 と診断される段階では、歯科医はこれを抜歯することになります。歯科業界では、C4 と P3 の診断は“抜歯病名”と言われていて、高血圧などの全身状態を理由に抜歯ができない場合を除いては、**C4、P3 と診断した歯を抜歯しないと逆に咎められてしまいます。**

その先、抜歯した後の歯肉の状態は、歯牙欠損症、Missing teeth (MT) と表記されます。虫歯や歯周病の歯は取り除かれ、病巣も無くなったわけですから、虫歯（う蝕）という病名も歯周病という病名も抜歯された歯と共に無くなってしまいます。ここに誰もが誤解を招きやすい大きな問題点があると私は指摘したいのです。実は抜歯に限らず、虫歯（う蝕）の C 病名（C1、C2、C3）も、詰めたり冠クラウンをかぶせたりした治療の後では、病名が消失してしまうのですが、それも抜歯の場合と基本的には同じ間違を含んでいると言えます。**根本的な原因である歯垢が消えたわけではないからです。**

口の中には歯が並んでいますが、一体何本あるのが正常かご存じでしょうか？

正解は、上顎に 14 本、下顎に 14 本、**合計 28 本**です。ただし、これは親知らずを数に入れない本数ですから、上下顎左右の一番奥にすべて親知らずが生えている人は、プラス 4 本の 32 本になります。親知らずは、生える順番が最後（年齢が遅い）である上、全く生えない人や、顎の骨に埋まったまま生える途中で止まってしまう人も多いため、基本的な本数に入れない習慣になっていますが、大切な命の一部であることには変わりはありません。

ですから検査で撮影した X 線写真に写っているというだけで抜きましょうという診断には私は賛成しません。**親知らずの存在が、明らかな問題の原因になると分かってはじめて抜歯を検討すべきです。**まだ白黒はっきりしない段階であるならば、その時点では経過観察とすればよいのです。

高齢になって、嚥下機能や咳反射が低下すると、正常に吐き出すことができずに、気管に入り込んだ食べ物や唾液や口腔内の細菌などがそこにとどまり、やがて肺まで細菌が繁殖して炎症を起こす結果を招きます。これを誤嚥性肺炎といいます。

誤嚥性肺炎を予防するには、

(1) 口腔内を清潔に保つ

虫歯や歯周病の原因になる細菌だけではなく、口の中に住み着いている常在菌であっても、

肺の中に誤嚥されれば炎症を起こしたり、悪化させたりする危険性があります。**食後や就寝前の正しいプラークコントロール**を身につけましょう。歯と歯肉だけでなく、舌苔や口腔粘膜、義歯を使っている方は、義歯の清掃も重要です。

(2) 嚥下反射や咳反射の強化訓練をする

嚥下運動にかかわる舌や口腔周囲筋の体操は、唾液分泌の促進や脳の活性化という効果もあります。**意識的にゴクンと唾を飲み込む運動や、咳をする運動**も反射運動にかかわる筋や動作の訓練になります。また、辛い物や酢などは、のどを刺激する作用があり、咳反射を起こしやすい性質がありますから、上手に使うとトレーニングになります。

(3) 食事に注意を集中する

おしゃべりに夢中になったり、テレビに気を取られたりしながら食べることは、嚥下機能などの低下した高齢者には誤嚥するリスクを高めます。口に入れる一口の量や塊の大きさにも注意し、乾燥したり粉っぽい食品は必ず汁物で湿らせて口に入れましょう。

(4) 顎を引いて食べる

顎を引いて少し前かがみで口を閉じてゴクンと飲み込みましょう。上を向くとか、姿勢が悪いと誤嚥しやすくなります。寝たきりやベッドの人の食事介助のときにも注意が必要です。

歯垢（デンタルプラーク）

歯垢は、口腔内常在菌が繁殖して歯の表面に膜のように付着した状態（バイオフィーム）であると理解することが重要です。バイオフィームは、流しの排水口や風呂の浴槽に付いてくる“ぬめり”と同じだという分かりやすいと思います。もちろん中に繁殖する細菌の種類は歯垢とは異なりますが、細菌の集合体、塊であることは同じです。ブラッシングが正しくできていれば、磨いたあとの歯の表面の舌触りはツルツルしています。この感触を覚えることがとても重要です。歯垢が取れて“ぬめり”がなくなったことを意味するからです。

このとき、指や手で歯ブラシの柄の角度を意図的に変えようとするのではなく、首の方を少しずつ回すことによって歯並びや歯面の角度を調整するようにしてみてください（107 ページ図 21 参照）。振動させている毛先の角度が常に直角に歯面に当たりながら、自然に歯列の湾曲に沿って少しずつ移動していくのを、親指と人差し指で軽く支えているという感覚で行うようにできると良いのですが、コツをつかむまでは少し練習が必要です。生活習慣のルーティーンを変えるのは、そう簡単なことではありません。

歯石（唾液中のカルシウムなどが歯垢に沈着して固くなり、歯にこびりついたもの）があ

る場合は歯科医院で診てもらい、取り除く必要がありますが、必ずしも取ってもらえば済むという問題ではありません。「私は定期的に歯石を取ってもらいに行っています」という人は、全て歯医者さんまかせになっていないかを反省する必要があります。

やはり、忘れてならない肝心なことは、**原因が歯垢病という生活習慣病**だということです。歯垢痛は歯垢を除去し、適切にコントロールしなければ治りません。進行をとめられないのです。歯垢をとるには歯垢の性質をよく知り、できるだけ着かないように、着いてしまったものは確実にとることです。部分入れ歯にも細菌は繁殖して歯垢が付着します。これを**デンチャープラーク**といいます。食後には外してブラシで清掃すること、寝る前にはブラシで清掃した後、入れ歯洗浄剤を使って毎日化学的洗浄も行なう必要があります。自分の歯も入れ歯も歯垢を正しくコントロールした清潔な状態で毎日を過ごすことです。

中高年の患者さんの場合、虫歯や歯周病あるいは歯の根が折れた（歯根破折）などの口の中の問題に対して、**抜歯してから入れ歯を入れるという診療計画を立てることは、ごく一般的で当たり前のこと**です。最初に抜歯という喪失体験があり、さらにそれによって咬み合わせ（咬合）の崩壊が進行し、機能的にも審美的にも状況は悪化してしまいます。抜歯した結果すれ違い咬合に移行したりすると、担当医の努力にもかかわらず、通常の部分入れ歯（床義歯）では満足な結果が得られないことが決して少なくありません。そうならないためにも、**最後まで抜歯せず**歯と咬み合わせ（咬合）を守る診療計画を基本に考えたいものです。

義歯は、大別すると「固定性義歯」と「可撤性義歯」の二つがあります。

固定性義歯は一般に**ブリッジ**と呼ばれ、歯にセメントで固定してしまうので、患者さんが自分で取り外すことはできません。歯と歯肉の健康を維持するためにブリッジのポンティックと呼ばれる部分と、その下の歯肉との隙間をきちんとプラークコントロールすることが重要です。手入れに使う道具は、歯間ブラシ、デンタルフロス、ワンタフトブラシなどですが、歯科医院で指導を受けて正しく行いましょう。

可撤か**つ**性義歯の可撤とは、取り外しできるという意味で、患者さんが自分で取り外しができる入れ歯です。

二つ（総入れ歯の場合は上下あるので、ふた組）の義歯を交互に取り替えて使う、というのは、先ほどお話しした患者さんとの体験を積極的に取り入れて実現したのですが、これまでの歯

科界の一般常識を覆すやり方だとも言えます。通常、二つの義歯を作っても全く同じに出来ることはないため、結果的に具合の良い方だけを使うことになってしまうので、無駄であると教えられてきました。確かに口腔内の感覚は非常に鋭敏で、咬み合わせたときの上下の歯は50ミクロン程度の厚さでも識別できるほど鋭敏です。そういう微細な精度で、二つの入れ歯をそろえて製作することには、それなりの高いハードルがあることは今日でも変わりありません。しかし、そのことを踏まえて製作工程を工夫改良し、患者さんとの共同作業も上手にできれば、実現することは可能になりました。胼胝べんち効果の患者さんは、こんな興味深い話もしてくれました。入れ歯には「同座のしびれ」というのがあって、しびれたときにもう一つの入れ歯に取り替えると、そのしびれが取れるということです。複数の衣服や靴などの着心地、はき心地の微妙な差にたとえられるところもあるかもしれません。

生える順番が一番最後で親知らずと名付けられるぐらい遅く生え、しかも顎の一番奥の狭いところしか場所が残っていない。