

パーシャルデンチャーの 現状と将来

大阪歯科大学 欠損歯列補綴咬合学講座
講師 兼平 治和



はじめに

我が国は極めて短期間の間に世界一の長寿国となった。元来、長寿社会の創造は人類が初めて経験する21世紀最大の事業と言われ、我が国はその最先端にいる。今、世界は長寿世界一を達成した我が国を注視しており、我々は未来長寿社会を創造していくべき責務を担った。

健やかなる長寿社会の創造に重要な3大要因は運動・栄養・休養と言われる。その中でも栄養はほとんどを食事によって摂取されており、咀嚼機能が大きく貢献しているのは間違いない。歯科領域においてもこれに対応すべく、高齢者の治療あるいは研究が進められている¹⁾。中でも補綴学は歯の欠損により失われた機能と形態の回復を主な目的とする、高齢者との関連が深い領域である²⁾。即ち、高齢化とともに欠損歯数が増加することで、クラウンからブリッジおよびパーシャルデンチャーを経て最終的にはフルデンチャーに至る補綴物が必要となっているのが現状である。しかし一方では、“8020運動”の推進により高齢者において残存歯数が増加しているのも事実であり、生涯自分の歯で口腔機能を保持する傾向も認められる。このことは補綴学の動向にも影響し、疾病構造が変化したことが容易に推察される^{2,3)}。

今を去ること20数年前、恩師三谷春保教授（現名誉教授）は「パーシャルデンチャーの現状と将来」と題して「保険による医療給付は、義歯に関して、患者の口腔衛生指導とアフターケアに重点をさしやるべきではないかとさえ思われる。・・・（中略）・・・歯科医師自身が、長期展望と社会的使命感に立って、歯科医療の質的転換と効率化をはからなければ、歯科医療の存在意義は低下の一途をたどると考えられる」と述べられている⁴⁾。まさに先見の明には敬服する次第ではあ

るが、あらためて尊敬の念を持って同じ題目にて、我が国の高齢社会の現状と歯科補綴学の動向、特にパーシャルデンチャーについて近年の報告を中心に述べてみたい。

パーシャルデンチャーの現状

補綴物としての支持と維持を共に残存歯に求めるパーシャルデンチャーにおいては、残存歯の増減がその可否を決定すると言っても過言ではない。平成17年歯科疾患実態調査⁵⁾によると、過去3回の調査（平成5・11・17年）から一人平均現在歯数は65歳以上全ての年齢階級において、急速に増加しているのがわかる（図1）。さらに8020運動の柱である現在歯20歯以上の者の推移は、調査年次が進むほど、その割合の増加傾向は著しく、次回平成23年の調査では8020は達成されそうな勢いさえ感じられる（図2）。一方、その対極にある無歯顎者率の推移は各年齢階級ともに減少の一途をたどり、最高齢85歳～のグループにおいても平成17年は約40%と、半数以上が1本以上の歯を有する有歯顎者であることを示している（図3）。

このような現在歯数の増加傾向は、補綴学の動向にどのような影響を与えているのであろうか。その影響を検討する目的で、著者ら⁶⁾は本学附属病院において装着された全ての補綴物、即ちクラウン、ブリッジ、パーシャルデンチャーおよびフルデンチャーの装着時の患者平均年齢を統計的に解析した（図4）。その結果、装着時の患者平均年齢はクラウンとパーシャルデンチャーでは経年的に有意に増加したが、ブリッジとフルデンチャーでは変化を認めなかった。この結果は、現在歯数の増加と相まって、患者の高齢化と共にクラウンとパーシャルデンチャーによる補綴が増加していることを示している。

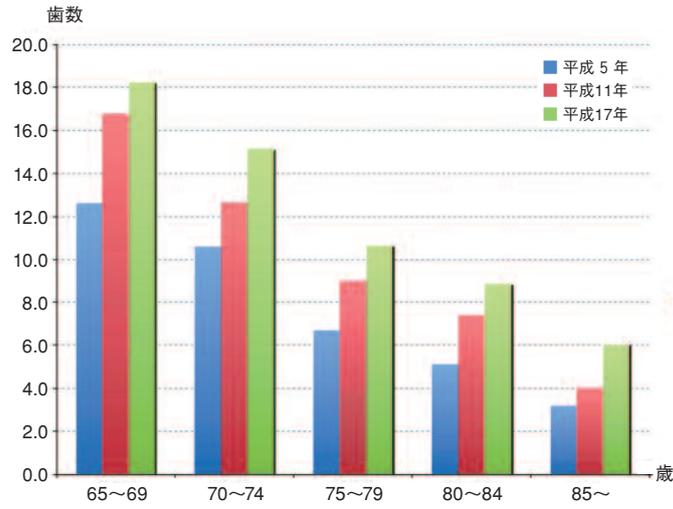


図1 一人平均現在歯数 (文献5より引用、改変)

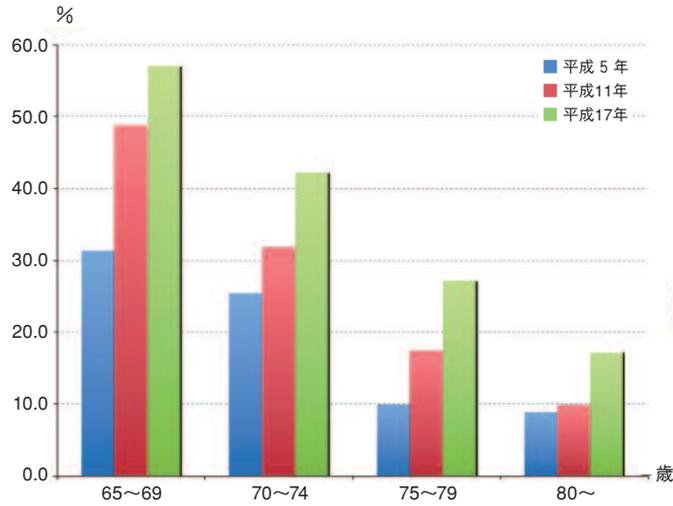


図2 現在歯数20本以上の割合 (文献5より引用、改変)

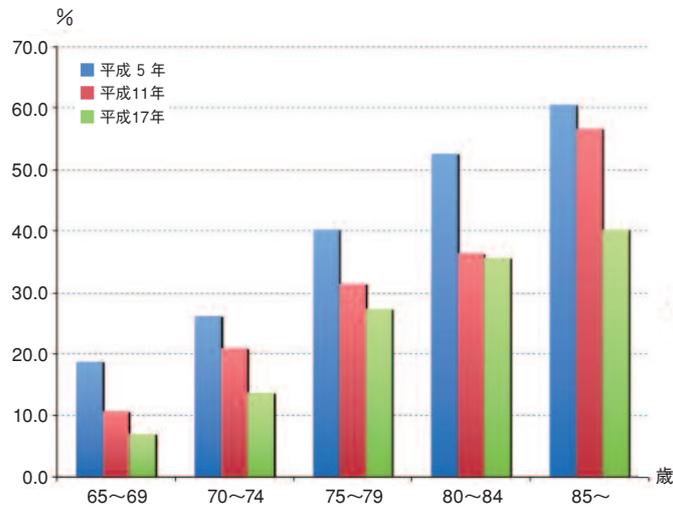


図3 無歯顎者の割合 (文献5より引用、改変)

パーシャルデンチャーの将来

金谷ら⁷⁾は、ブリッジと有床義歯数の将来予測を行い、今後20年（2000年から20年）で高齢者が使用するブリッジ総数は2.0倍に、有床義歯数は1.5倍に増加し、特にこの傾向は後期高齢者において著しいと報告している。当然、この有床義歯の増加はフルデンチャーの減少と相まって、パーシャルデンチャーによることは想像に難くない。しかし、このような補綴物の動向が必ずしも歯科疾患

全体の受診率と一致していないとの指摘がなされている⁸⁾。一般的に受診率が低下を開始するのは、歯科疾患では70～74歳であるのに対して、外来の総数、耳疾患および皮膚疾患では80～84歳、眼疾患では85歳以降となっており、歯科疾患が最も早いとされている（図5）。加齢とともに蓄積される喪失歯（欠損）は要補綴となるはずであるが、他の疾患より早く歯科疾患の受診率の低下する原因はどこにあるのか。これは①加齢によるADL

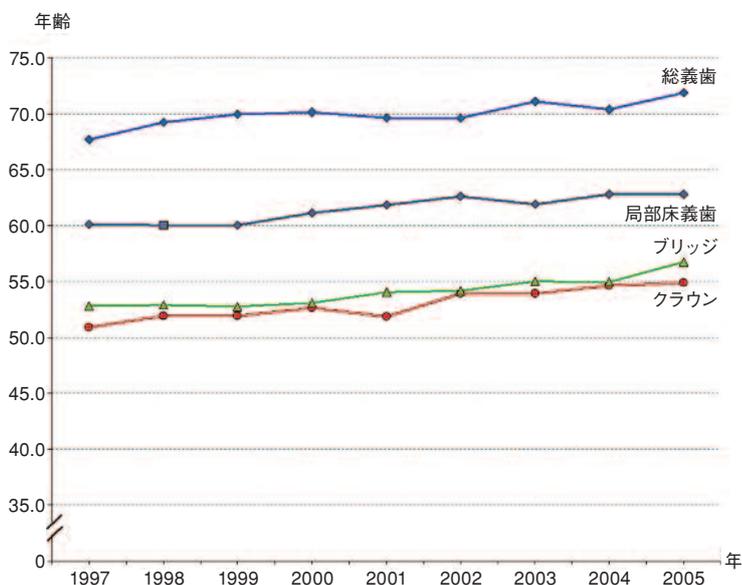


図4 補綴物別装着患者の平均年齢（文献6より引用、改変）

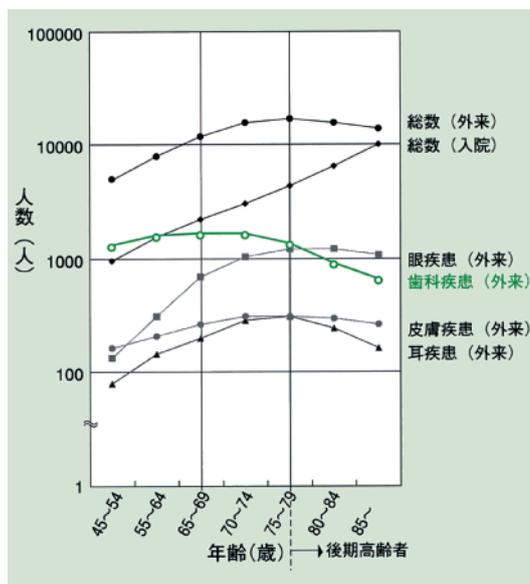


図5 疾患別受療率（出典／平成8年患者調査・文献8より引用）

の低下に伴う医療機関へのアクセスビリティの低下、②加齢による疾患の減少などが単なる原因ではないと推察される⁹⁾。宮武らは、補綴種類別装着状況と受診率との関係について、ブリッジとパーシャルデンチャーの装着率が減少し、フルデンチャーの装着率が増加する年齢階級が70～74歳であることから、フルデンチャーの増加が受診率を低下させること、さらにこの増減傾向と最も近似した指標はパーシャルデンチャーの装着率であることを示唆した(図6)¹⁰⁾。補綴の受診率は歯科疾患全体の受診率の中に占める割合が大きく、歯科疾患全体に与える影響も大きい。即ち、歯の残存、現在歯数の増加が歯科疾患全体の受診率を上昇させる⁸⁾。まさにDouglassが提唱した“more teeth, more disease”理論を検証したJoshiらの報告¹¹⁾を再確認したものと言える。

従来、形のある補綴物そのものに物質的価値があるかの如き錯覚が、歯科医師にも、患者にもなかったとはいえない。歯科医師の指示に基づく技工指示書により歯科技工士が口腔外で製作した補綴物は、歯科医師により口腔内に装着された後、生体への適応が獲得、維持されて初めて価値が生まれるのではないだろうか⁴⁾。宮地も継続的な対応に、「8020」達成の可能性を示唆している¹²⁾。

パーシャルデンチャーの長期維持管理のあり方、さらにそれ以前に行われる予防管理によって、歯がいかに残存するか、大きく左右されると言っても過言ではない⁸⁾。歯科医師が補綴物や咬合状態の長期維持管理を行う上で、自分自身の能力および患者のセルフケアを助長する指導技術に依存する部分の大きさに気づき、評価を求めるべきである¹⁰⁾。勿論、装着されるパーシャルデンチャーは的確な診査・診断に基づく設計、「動かない」「汚れない」「壊れない」の基本によるバイオロジカルコストの少ないものであることは論を俟たない^{13,14)}。さらに歯の喪失イコール補綴ではなく¹⁵⁾、咬合管理の視点からKäyser¹⁶⁾のいうshortened dental archも考慮されるべきである。理想的なパーシャルデンチャーはどうあるべきか¹⁷⁾。歯科医療の将来のためにも、衛生指導の重要性と患者側の責任、定期的診査による所要の調節を行う歯科医師の責任、再認識する時代ではないだろうか。歯科医師の本来の使命は、歯の保存、咬合の保持であることを忘れてはならない。65歳以上において無歯顎者率を諸外国と比較すると、我が国は世界でも最も低いグループに属しており¹⁸⁾、今後の長寿社会における歯科医療のトップランナーとしての役割が期待される。

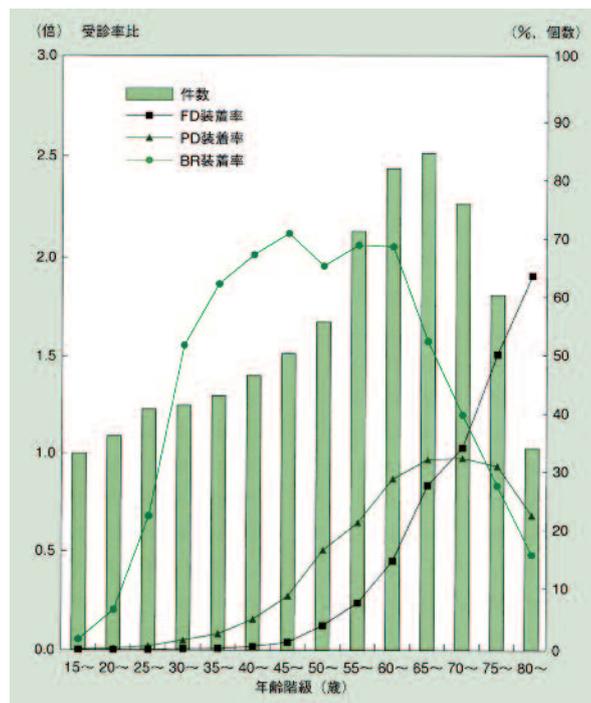


図6 補綴物別装着状況と受診率 (出典/文献10・文献8より引用)

最後に、恩師の言葉「パーシャルデンチャーの装着は、治療の始まり」を回想し、終わりとした。

稿を終えるにあたり、本寄稿の機会を与えて頂きました大阪歯科大学同窓会関係各位に心から御礼申し上げます。

参考文献

1. 井形昭弘. 長寿社会における健康. 老年歯学 2004; 19: 151-155.
2. 石井拓男. 8020運動の意味と問題点. 日本補綴歯科学会雑誌 2005; 49: 168-178.
3. 安井利一. 8020と補綴臨床の疫学. 日本補綴歯科学会雑誌 2005; 49: 179-189.
4. 三谷春保. パーシャルデンチャーの現状と将来. 藍 稔, 金子一芳編. 日本歯科評論別冊 パーシャルデンチャー. 東京: 日本歯科評論, 1981: 13-30.
5. 歯科疾患実態調査報告解析検討委員会. 平成17年歯科疾患実態調査. 東京: 口腔保健協会, 2007.
6. Kanehira H, Agariguchi A, Okuda H, Inoue H. Influence of aging in Prosthesis insertion age. J Osaka Dent Univ 2006; 40: 163-166.
7. 金谷 貢, 宮川 修. 高齢者ならびに要介護高齢者にかかわる欠損補綴の将来予測. 日本歯科評論 2001; 61: 91-96.
8. 和田康志, 小椋正之, 瀧口 徹. 歯科受診率は高齢者においてなぜ下がるのか. 日本歯科評論 2002; 62: 170-174.
9. 野村真弓, 尾崎哲則, 長田 斎. 日本の高齢者の口腔保健と老人医療制度の関係に関する一考察. 医療経済研究 2002; 12: 29-39.
10. 宮武光吉, 嶋村一郎, 棧 淑行, 佐々木好幸, 瀧口 徹, 鳥山佳則, 小椋正之, 石井拓男, 上條英之. 橋義歯(ブリッジ)および義歯の診療報酬評価の改善に関する研究. 医療経済研究 1998; 5: 31-46.
11. Joshi A, Douglass CW, Feldman H, Mitchell P, Jette A. Consequences of success: Do more teeth translate into more disease and utilization?. J Public Health 1996; 56: 190-197.
12. 宮地建夫. 欠損歯列への臨床的取り組み. 日本補綴歯科学会雑誌 2005; 49: 199-209.
13. 矢谷博文. 8020に対する歯科補綴学的文献レビュー. 日本補綴歯科学会雑誌 2005; 49: 190-198.
14. 前田芳信, 権田知也. 現在、そしてこれからの補綴を考える 第1部: 補綴物別: これからの補綴はどう変わっていくか? ②部分床義歯編. Quintessence of Dental Technology 2009; 34: 26-31.
15. Lyka I, Carlsson G E, Wedel A, Kiliaridis S. Dentists' perception of risks for molars without antagonists. Swedish Dental J. 2001; 25: 67.
16. Käyser A F. Shortened dental arches and oral function. J Oral Rehabilitation. 1981; 8: 457-462.
17. 山下 敦, 前田照太. 欧米におけるパーシャルデンチャー. 藍 稔, 金子一芳編. 日本歯科評論別冊 パーシャルデンチャー. 東京: 日本歯科評論, 1981: 137-155.
18. Peterson P E, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day Saskia, Ndiaye Charlotte. The global burden of oral diseases and risks to oral health. Bull World Health Organ. 2005; 83: 661-669. (<http://www.who.int/bulletin/volumes/83/9/661.pdf>)