



歯周基本治療 -進め方とポイント-

日本歯周病学会では、45歳以上の国民の半数以上が罹患し、歯の喪失原因の1位である歯周病の予防と治療の重要性を国民に伝え、全ての患者さんが適切な歯周病の治療を受けることができる様に、歯科医師に歯周病治療（開始時に行う治療を歯周基本治療という）の再教育を行う必要があると考えました。大きな治療効果が期待できる歯周基本治療を確実に行うために、以下の2項目についての基本事項をまとめました。

1. 歯周基本治療の進め方
2. 歯周基本治療のポイント

本資料を参考に、歯科医師が適切な歯周基本治療を実施するとともに、より高度な知識と技術を必要とする歯周外科治療に関しては、専門医への紹介も含めた適切な判断を下せることが重要になります。本資料が多くの歯科医師にとって、歯周基本治療の指南書となることを期待しています。

より詳細な情報につきましては、各種ガイドライン・資料をご覧ください。

<https://www.perio.jp/publication/guideline.shtml>

1. 歯周基本治療の進め方

歯周基本治療の必要性

- 45歳以上の約5割が歯周ポケット（4 mm以上）を有する

2016年 歯科疾患実態調査（厚生労働省）

- 歯周病は永久歯の主要な抜歯原因である（歯周病 37.1%，う蝕 29.2%）

2018年 永久歯の抜歯原因調査（公益財団法人8020推進財団）

歯周基本治療前



歯周基本治療後



歯周基本治療（原因・リスク因子の除去）はすべての患者さんに必要です！
大きな治療効果が期待できます！

歯周炎の特徴

- ・罹患率が極めて高い
- ・自覚症状に乏しいことが多い

➡ 予防・早期発見・早期治療が重要

- ・原因因子とリスク因子が影響する
- ・個人ごとに疾患感受性が違う
- ・活動期と休止期がある
- ・進行度に部位特異性がある
- ・咬合性外傷を併発すると急速に進行する
- ・原因除去によって改善または進行停止する

➡ 適切な診断・治療が必要

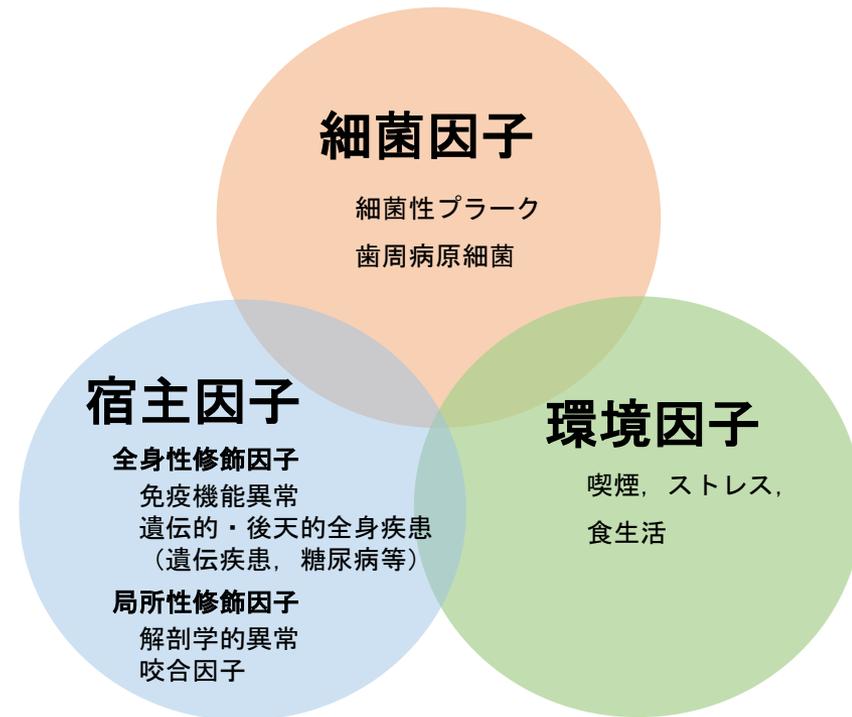
- ・再発の危険性が高い

➡ 生涯にわたるSPT・メンテナンスが不可欠

歯周基本治療とは

1. 原因因子（細菌因子）の除去
2. リスク因子（宿主因子・環境因子）の把握と改善

- 1) 患者の積極的な治療への参加
 - 十分な説明，予防と治療の重要性の認識
 - 適切な口腔衛生指導
- 2) プラークコントロールの確立
- 3) プラークリテンションファクターの除去
- 4) 咬合の安定，咀嚼機能の回復
 - 外傷性因子の除去
 - 暫間固定，歯周治療用装置の使用
- 5) 原因除去が原則である（対症療法を慎む）



歯周治療（歯科治療）の流れ

医療面接・歯周病検査

歯周病診断

治療計画立案

歯周基本治療

再評価検査

歯周外科治療

再評価検査

口腔機能回復治療

再評価検査

メンテナンス/SPT/歯周病重症化予防治療

- ・ 全身疾患への配慮
- ・ 診断と病態に基づく治療計画
- ・ 患者への説明と同意

- ・ 適切な歯周治療
➔ 歯科治療の成功
- ・ 個々の患者に合った患者教育
➔ 生涯の口腔機能維持

**歯周基本治療を
確実に行いましょう！**

歯周基本治療の進め方

1. 医療面接

- 主訴と全身的・環境リスク因子の把握
- 医科との連携

2. 歯周病診査・検査

- 視診（口腔内写真を活用）
- 歯周病検査
- エックス線検査
- 咬合診査
- スタディモデルによる診査

3. 診断

- 原因による分類
- 1歯単位の診断
- 個人レベルの診断

4. 治療計画立案

- 治療内容と治療順序の立案
- 患者への説明

5. 歯周基本治療

- 患者教育，口腔衛生指導，スケーリング，SRP，抜歯，咬合調整，う蝕治療，暫間固定

6. 再評価検査

- 歯周病検査
- 治療計画の見直し

病状の把握と
リスク因子の
把握



リスク因子の
除去

1. 医療面接

- 主訴， 一般的事項の確認
（現病歴， 全身疾患， アレルギー， 内服薬等）
- 歯周病のリスク因子の把握
 - ① **全身的风险因子**（宿主因子）
 - 遺伝的因子
 - 年齢， 性別
 - 歯周病に関連する全身疾患
 - ② **環境リスク因子**（環境因子）
 - 社会的因子： ストレス
 - 生活習慣因子： 喫煙， 食生活， 飲酒など

必要に応じて
医科と連携

2. 歯周病検査

進行程度や原因を把握し、

「正しい診断」と「適切な治療計画立案」のための情報を得る

① 細菌感染と炎症：

プラークコントロールレコード，歯肉炎指数，プロービング時の出血，細菌検査

② 歯周組織破壊：

プロービングデプス，クリニカルアタッチメントレベル，骨吸収度，根分岐部病変

③ 咬合：

動揺度，早期接触，悪習癖（ブラキシズム等）

※ エックス線画像

デンタルエックス線画像10枚法（14枚法）

パノラマエックス線画像

- ・ 歯槽骨レベル
- ・ 歯石の沈着
- ・ 根分岐部病変
- ・ 歯根膜腔の拡大
- ・ 根尖病巣※
- ・ う蝕

【歯周精密検査の保険算定要件】

- ・ 4点以上のプロービング
- ・ プロービング時の出血
- ・ 歯の動揺度
- ・ プラークチャートを用いたプラーク付着状況

※歯内歯周病変は歯内治療を優先する

☞歯周治療の指針2015 P58

☞歯周治療のガイドライン2022 P27, 28, 29

3. 歯周病の診断

- ・ 日本歯周病学会による歯周病分類システム（2006）
 - ・ 歯周炎を侵襲性歯周炎と慢性歯周炎の大きく2つに分類
- ・ アメリカ歯周病学会（AAP）・ヨーロッパ歯周病連盟（EFP）による歯周病の新分類（2018）
 - ・ 侵襲性歯周炎と慢性歯周炎の区別をなくし歯周炎に統一
 - ・ 歯周炎の重症度・複雑度を4つのステージに分類
 - ・ 歯周炎の進行リスクを3つのグレードに分類
（喫煙や糖尿病をリスクファクターとして勘案）

今後、AAP・EFPの新分類への移行が図られます

👉 歯周治療のガイドライン2022 P29-31

👉 歯周病の新分類に対する日本歯周病学会の対応

http://www.perio.jp/file/news/info_191220.pdf

4. 治療計画立案

患者に適した治療の内容と順序を立案する

【考慮する事項】

- 患者の主訴や希望
- 患者背景や全身状態
- 診断結果
- 病因因子とリスク因子
- 必要な治療や予後
- 歯周基本治療で重点を置く項目
- 術者の技術力

治療内容と計画について十分な理解と同意を得ましょう

5. 歯周基本治療の内容

- 患者教育・口腔衛生指導
- 歯肉縁上スケーリング
- スケーリング・ルートプレーニング（SRP）
- 咬合調整
- 暫間固定
- 抜歯
- プラークリテンションファクターの改善
（歯石，不良修復・補綴物，う蝕・くさび状欠損など）
- 悪習癖の修正（ブラキシズム，口呼吸など）
- 全身性疾患の把握（医科との連携）
- 環境因子の改善（禁煙指導，生活習慣の改善など）

セルフケアは最優先事項

☞ 歯周治療のガイドライン2022 P40-54

☞ 糖尿病患者に対する歯周治療ガイドライン改訂第2版

☞ 歯周病と全身の健康

☞ 歯周治療における禁煙支援の手順書

http://www.perio.jp/publication/upload_file/position_paper_20181228.pdf

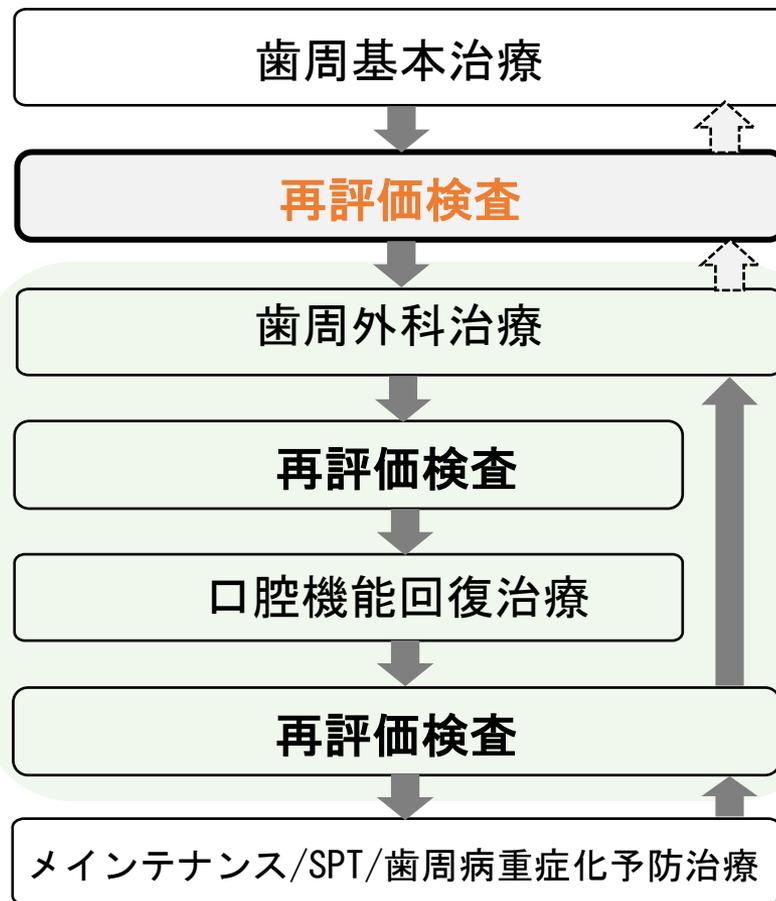
6. 再評価

歯周基本治療が終了した時点で、歯周病検査を行い、
治療前後を比較して効果を判定する
(参照：2. 歯周病検査)

当初の治療計画の遂行または
計画の修正・見直しを行う

以下を考慮しましょう

- 原因因子，リスク因子の改善状態
- 治療反応性（効果の出やすさ）
- 治療に対するモチベーションや理解度



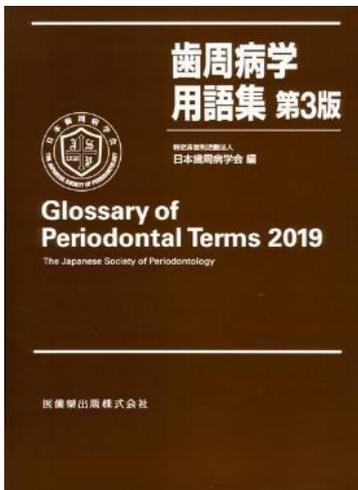
歯周基本治療で十分な治療効果が得られない場合

- ・ 歯周外科治療の適応症例（歯周基本治療の限界）
深い歯周ポケット，垂直性骨欠損，根分岐部病変など
- ・ 歯肉・歯槽粘膜の異常がある場合
付着歯肉が少ない，小帯高位付着
- ・ 歯肉増殖や歯肉縁下う蝕がある場合
- ・ 中等度から重度進行症例（AAP/EFP新分類でステージⅢ-Ⅳ相当症例）
口腔機能回復治療として，広範囲な歯周補綴や矯正治療等が必要
- ・ 疾患感受性が高いと判断される場合
歯周病の進行スピードが速い，
プラーク付着量に対して炎症や組織破壊の程度が強い など

専門的歯周治療が必要と判断される際には，歯周病認定医・専門医
または高次医療機関への紹介もご検討ください



特定非営利活動法人 JAPANESE
日本歯周病学会 SOCIETY OF
PERIODONTOLOGY



👉 各種ガイドライン・資料

<https://www.perio.jp/publication/guideline.shtml>



特定非営利活動法人 JAPANESE
日本歯周病学会 SOCIETY OF
PERIODONTOLOGY

- ・ 歯周病についてより深く学びたい
- ・ 歯周病の認定医取得に興味がある



学術大会への参加・認定医取得を
ご検討ください！

👉 日本歯周病学会 ホームページ

<http://www.perio.jp/>

👉 学術大会案内

<http://www.perio.jp/meeting/>

👉 認定制度 - 認定医, 歯周病専門医, 認定歯科衛生士について

<http://www.perio.jp/member/certification/>

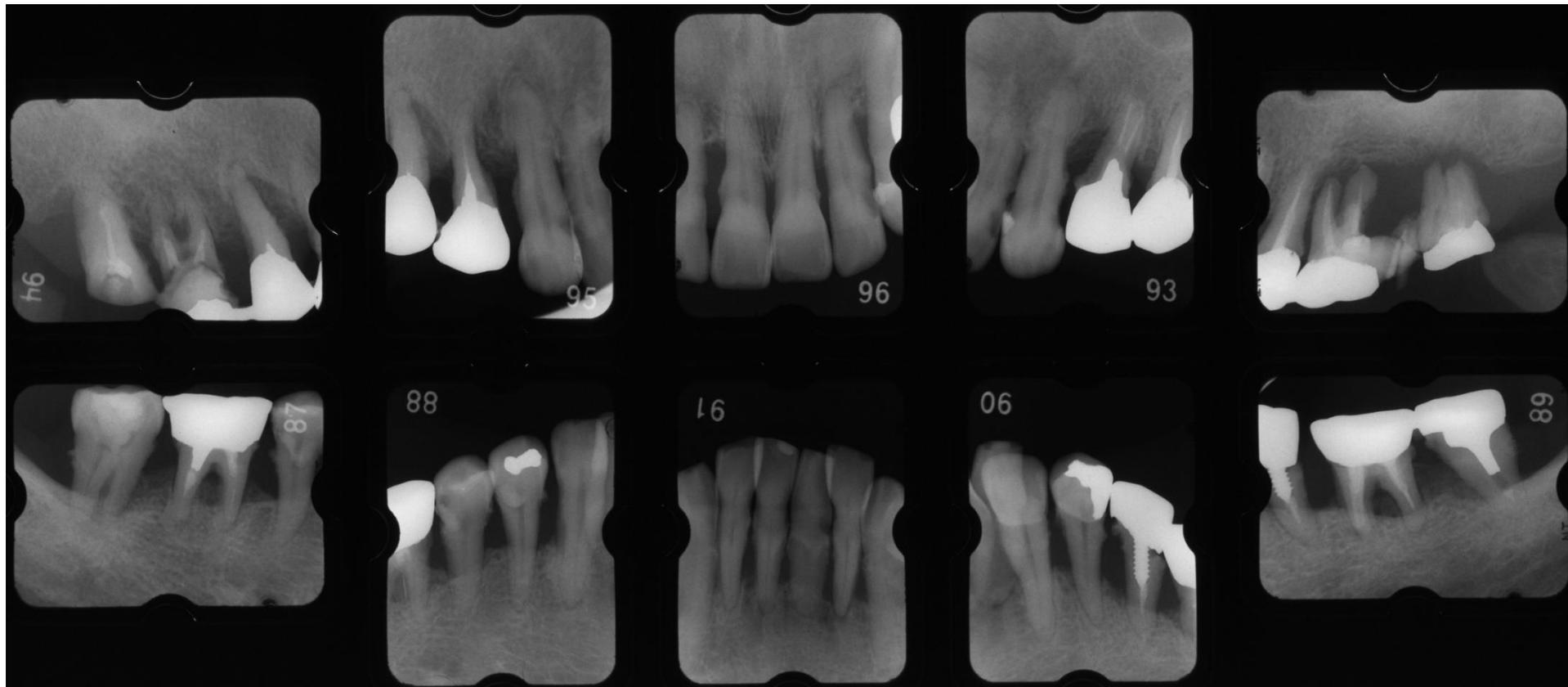
2. 歯周基本治療のポイント

初診時 口腔内写真



- 治療記録として、患者説明や治療前後の比較（治療評価）に有効
- 写真を見て治療必要箇所気づくこともある

初診時 エックス線画像



- 全顎的な歯槽骨の吸収程度を把握
- 1歯ごとの骨吸収形態や病変の有無を把握

エックス線画像で読影すべき事項

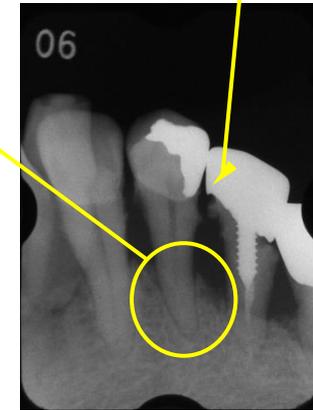
歯石



歯根膜腔拡大



不適合補綴装置



垂直性骨吸収



根分岐部病変



初診時 歯周病検査

PCR : O'Leary 動揺度 : Miller 根分岐部病変 : Lindhe & Nyman PPD 赤字= BOP(+) 黄背景= 排膿

PCR		[Red background]														ステージ	初診時																												
動揺度		1	2	2	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	3	検査日	2020/10/14																												
根分岐部病変			II													現在歯数	28																												
PPD	B	7	7	6	7	6	9	9	5	11	7	4	8	9	3	8	8	6	10	9	6	3	3	3	7	8	4	10	7	3	8	9	3	7	7	2	4	6	8	7	9	7	6	インプラント数	0
	P	7	6	7	7	4	6	7	7	9	6	4	8	7	6	6	9	2	8	9	4	4	3	3	6	6	3	7	6	6	7	7	6	7	8	4	6	5	6	9	5	5	6	PPD平均	5.9mm (168点)
		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	1-3mm	25 (14.9%)																										
		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	4-5mm	35 (20.8%)																										
PPD	L	7	9	4	4	6	8	7	6	6	6	5	5	9	3	4	4	3	4	6	5	4	4	3	6	6	3	6	5	5	6	7	6	6	6	6	8	7	7	9	7	4	6	6mm以上	108 (64.3%)
	B	7	3	6	3	3	8	7	5	7	6	6	7	9	3	5	5	3	6	6	3	3	4	3	6	6	7	6	4	7	6	5	6	5	3	8	5	4	9	9	2	5	BOP(+)	160 (95.2%)	
根分岐部病変			III																																							PISA	3880.2mm ²		
			III																																						PESA	3995.9mm ²			
動揺度		2	1	2	2	0	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	PCR	98.2%				
PCR		[Red background]																																											

- エックス線画像と比較しながら（歯周ポケットの深い部位を予測しながら）プロービングを行うとよい
- 根分岐部病変の診査も忘れずに！

日本歯周病学会チャート作成プログラム

日本歯周病学会の会員以外でも利用できます

- PPD平均値, BOP(+)率, PCR値, PISA値, PESA値が自動で算出されます
- 認定医, 専門医, 認定歯科衛生士申請時にそのまま使用できます

👉 JSP-Chart (日本歯周病学会チャート作成プログラム)

https://www.perio.jp/member/certification/recognition/application_new.shtml

歯周基本治療の実際 1) プラークコントロール

歯周治療の成否に大きく影響する重要かつ効果絶大な治療

- **患者が行う**
ブラッシング (=セルフケア) が主体
- 歯肉縁上スケーリング
- 機械的歯面清掃
- スケーリング・ルートプレーニング (SRP)

プラークコントロールの
効果を実感する重要な
患者教育の機会は**初診時**

洗口剤や抗菌薬はあくまでも補助的に使用する

(原則) 抗菌剤軟膏の局所投与は歯周基本治療後に改善が見られない場合に行う



歯周基本治療前



TBI, 歯肉縁上スケーリング後

歯周基本治療の実際 2) 咬合性外傷に対する処置

1. 炎症のコントロールを優先

炎症の消退により歯の動揺や位置異常の改善が期待できるため

2. 外傷性の咬合力に対する治療

咬合調整, 連結固定, 治療用義歯による咬合回復,
悪習癖 (ブラキシズム等) の修正, ナイトガード

* 但し, 咀嚼障害や二次性咬合性外傷のリスクが大きい場合は,
炎症除去より先に咬合調整や連結固定を行う場合もある

機能時動揺と歯根膜腔の拡大所見に注意する
(咬合性外傷歯の診断)

歯周基本治療後 口腔内写真

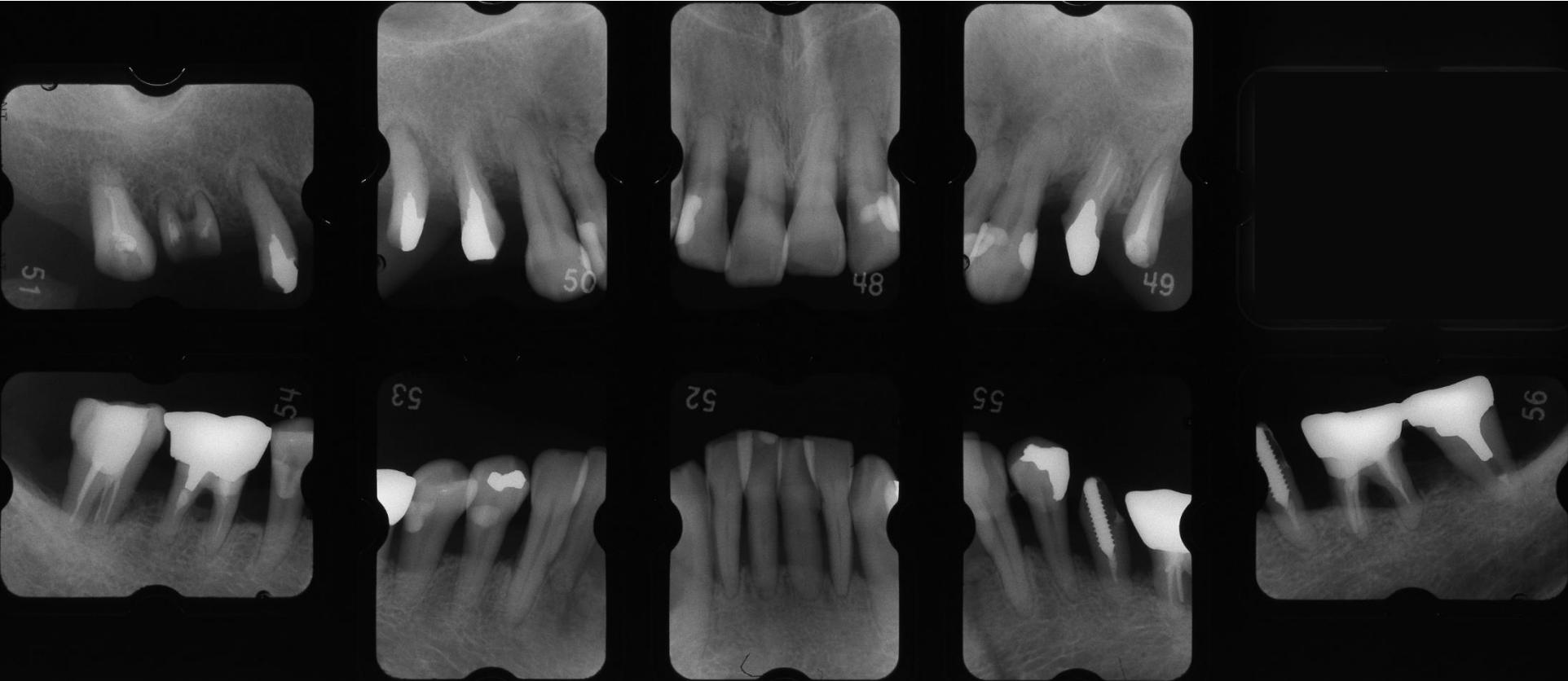


治療前の口腔内写真と比較する：

歯肉の炎症状態，プラークの付着状態，咬合関係の変化等を確認

➡ 改善しない要因（リスク因子）および今後対応すべき問題点を考える

歯周基本治療後 エックス線画像



治療前のエックス線画像と比較する：
歯石の除去状態，歯槽硬線の明瞭化，歯根膜腔拡大の改善，等

歯周基本治療後 歯周病検査

PCR																			ステージ	基本治療終了時																				
動揺度		1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1						検査日	2021/01/14																				
根分岐部病変				II															現在歯数	26																				
PPD	B	4	4	3	3	3	1	2	1	5	3	2	5	3	1	2	3	1	4	4	1	1	1	1	2	2	1	1	3	2	1	3	3	1	3	2	1	1	インプラント数	0
	P	5	4	4	3	1	2	4	1	5	2	3	3	3	3	3	1	4	4	1	3	2	1	2	2	1	3	3	2	3	5	3	3	3	1	1	PPD平均	2.3mm (156点)		
		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																					1-3mm	139 (89.1%)	
		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																					4-5mm	17 (10.9%)	
PPD	L	3	5	2	2	3	3	3	1	2	3	2	3	3	1	2	2	3	3	2	3	4	3	3	2	4	3	2	3	3							6mm以上	0 (0.0%)		
	B	3	1	2	2	1	2	3	1	1	1	3	3	2	2	1	2	2	2	3	1	1	2	2	2	2	3	1	2	2	3	3	1	3			BOP(+)	10 (6.4%)		
根分岐部病変				III																																		PISA	110.3mm ²	
				III																																		PESA	1129.7mm ²	
動揺度		2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0																						PCR	2.9%	

初診時の検査結果と比較する：

歯周ポケットが深い部位の変化とプロービング時の出血（BOP）の残存に注意して、治療計画の見直しを行う

➡ 歯周外科治療の検討

歯周基本治療で十分な治療効果が得られない場合、歯周病認定医・専門医または高次医療機関への紹介もご検討ください

歯周基本治療前



プラーク染色を用いた
口腔衛生指導



歯周基本治療後



歯周基本治療の成功のためには、
セルフケアによるプラークコントロールが必須です
口腔衛生指導を適切に行いましょう

アメリカ歯周病学会（AAP）・ヨーロッパ歯周病連盟（EFP）による歯周病の新分類（2018）

歯周炎のステージ		ステージI	ステージII	ステージIII	ステージIV
重症度	歯間部の最も大きなCAL	1-2mm	3-4mm	≥5mm	≥5mm
	X線画像上の骨吸収	歯根長1/3未満 (<15%)	歯根長1/3未満 (15-33%)	歯根長1/3を超える	歯根長1/3を超える
	歯の喪失	歯周炎による喪失なし		歯周炎により4本以内の喪失	歯周炎により5本以上の喪失
複雑度	局所	最大プロービングデプス4mm以内 主に水平性骨吸収	最大プロービングデプス5mm以内 主に水平性骨吸収	ステージIIに加えて： プロービングデプス6mm以上 3mm以上の垂直性骨吸収 根分岐病変2-3度 中程度の歯槽堤の欠損	ステージIIIに加えて： 複雑な口腔機能回復治療を要する以下の状態 咀嚼機能障害 二次性咬合性外傷（動揺度2度以上） 重度の歯槽堤欠損 咬合崩壊・歯の移動・フレアアウト 歯数20本（10対合歯）未満
範囲と分布	ステージに記述を加える	それぞれのステージにおいて拡がりをもつ限局型（罹患歯が30%未満），広汎型（同30%以上），または大白歯/切歯パターンかを記載する			

アメリカ歯周病学会（AAP）・ヨーロッパ歯周病連盟（EFP）による歯周病の新分類（2018）

歯周炎のグレード			グレードA 遅い進行	グレードB 中程度の進行	グレードC 急速な進行
主な 基準	進行の直接 証拠	骨吸収も しくは CALの経 年変化	5年以上なし	5年で2mm未満	5年で2mm以上
	進行の間接 証拠	骨吸収 %/年齢	<0.25	0.25-1.0	>1.0
		症例の表 現型	バイオフィルム蓄積は 多いものの、組織破壊 は少ない	バイオフィルム蓄積に 見合った組織破壊	バイオフィルムの蓄積 程度以上に組織破壊； 急速な進行and/or早期 発症を示唆する臨床徴 候（例：大白歯/切歯パ ターン、標準的な原因 除去療法に反応しない）
グレー ドの修 飾因子	リスクファ クター	喫煙	非喫煙者	喫煙者 1日10本未満	喫煙者 1日10本以上
		糖尿病	血糖値正常 糖尿病の診断なし	HbA1c7.0%未満の 糖尿病患者	HbA1c7.0%以上の 糖尿病患者

本資料作成ワーキンググループメンバー
(日本歯周病学会臨床研修委員会)

委員長 多部田 康一 (新潟大学大学院医歯学総合研究科 歯周診断・再建学分野)

副委員長 三谷 章雄 (愛知学院大学歯学部 歯周病学講座)

委員 新井 英雄 (国立療養所 大島青松園)

北後 光信 (朝日大学歯学部 口腔感染医療学講座 歯周病学)

勢島 典 (東京歯科大学 歯周病学講座)

土岡 弘明 (土岡歯科医院)

竹内 康雄 (東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 歯周病学分野)

野口 和行 (鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 歯周病学分野)

野中 由香莉 (新潟大学大学院医歯学総合研究科 歯周診断・再建学分野)

協力者 小松 康高 (新潟大学大学院医歯学総合研究科 歯周診断・再建学分野)