

# 超高齢社会における デンタルインプラント治療の光と陰

愛知学院大学歯学部高齢者歯科学講座口腔インプラント科  
特殊診療科教授

村上 弘

## はじめに

近年、日本は超高齢社会を迎え、平均寿命は男性で約80歳、女性で約86歳になり今でも伸び続けています。それに伴い、要介護者や寝たきり老人、重度の全身疾患等を有する患者が増加し、歯科医療における患者層や疾病構造が大きく変化しつつあります。それらに対応するためには幅広い知識と高いスキルを持つ歯科医師が必要で、効率の良い教育体制の構築が急がれます。一方、自分自身で咀嚼し、自然の食物から栄養素を摂取することは健康長寿を全うする必須条件であり、高齢者の咬合の維持や回復がきわめて重要です。

## 人口推計の概要

総務省統計局の人口推計の結果概要や厚生労働省の生命表を閲覧すれば、総人口やその構成、平均余命（寿命）などを知ることができます。

平成21年10月現在、総務省統計局の人口推計の結果概要では日本の総人口は1億2751万人、その内、高齢者（65歳以上）の推計は約2900万人で、人口の約23%を占めています。さらに、75歳以上は約1371万人（約11%）、80歳以上も800万人以上となっています。世界的（2009年）に見ても、総人口に占める高齢者人口の割合はドイツ20.4%、イタリア20.1%、アメリカ合衆国13.0%、韓国10.7%などで、日本は22.7%と他の国々に比較して高いだけではな

く、世界でも最も早く高齢者の割合が21%以上の超高齢社会になりました。

## 超高齢化社会の二つの側面

超高齢社会には二つの側面があります。一つは、高齢者の割合が増加する社会的側面です。もう一つは高齢まで生きることができる個人的な側面です。

人間は加齢に従って、免疫などの抵抗力が少しずつ生理的に減衰します。それに加え、職場や余暇、老人施設での人間関係や飲酒や喫煙、働かないことによる生活習慣の乱れ、睡眠不足、運動不足などの外的要因、疾病などによって加速度的に低下します。その結果、各個人の寿命やその病態に大きな偏差が現れ、疾病診断を困難にします。同時に多様で高度な治療が求められます。

## 超高齢社会と デンタルインプラント

インプラント治療をする上で、超高齢化社会はどのような意味があるのでしょうか？ 高齢者の割合が増加すれば、高齢者にインプラント治療を施術する機会が増えることとなります。この場合は全身的风险を把握した上で治療を行うため、大きな問題になることは少ない。一方、長寿になると、インプラントを施術後、メンテナンス・リコールを重ねている間に高齢化します。すなわち、インプラント施術時には考慮すべき全身的风险がなかったが、リコール中に糖尿病や心疾患、骨粗鬆症

などの全身的风险が生じたり、長期的経過により補綴的合併症が増加します。

## デンタルインプラント治療 の光と陰

「光」：高齢者の多くは顎堤が大きく吸収して平坦となり、全部床義歯が不安定になります。その結果、食事がうまく摂れなくなります。その際、数本のインプラントを下顎前歯部に埋入することで義歯が安定し、食事が摂取できるようになります。インプラントの普及はこのような高齢者にとって、自立した生活を送るための有益なツールとなり得ます。

「陰」：若いときにインプラント治療を受けた患者は数年から十数年間はその施術医の下でメンテナンスを受けられます。インプラント施術医は豊富な経験を持つ歯科医が多く、当然患者より高齢な場合が多いため、その担当医が死亡、あるいは廃業すれば、それ以降うまくメンテナンスを受けることができません。インプラントのサバイバルレートが高くなればなるほど、その施術医が最後まで、メンテナンスができる可能性はほとんどなくなります。

一方、世界のインプラントメーカーは100社を超え、各社が数種のインプラントシステムを持っています。海外でインプラント治療を受け、帰国後にトラブルを抱えるケースも多くなっています。また、高齢者になっても仕事をし、転勤などで生活の場が変化したり、子どもを頼って転居したり、老人施設に入所したりする人など、老後の生活状態は様々で高齢者の移動が起きています。

これらの事項を考え合わせると、インプラント治療を受けた患者が生涯にわたって、その施術医にメンテナンスを受けことはほとんどなく、とくに海外赴

任時にインプラント治療を受けた患者はその施術医と再会することはほとんどありません。また、寝たきりになったり、介護施設に入所し、インプラント周囲炎や破折などのトラブルが起こった場合などでは、その施設の担当歯科医がインプラントに詳しいとは限らず、困惑することも多いと言われています。さらに、日常口腔ケアを担当するヘルパーや介護士などは、インプラントのメンテナンスに対する知識やスキルがほとんどないため、施術医院に電話やファックス、メールなどで連絡することもあるかもしれません。インプラント治療はいわゆる「やりっぱなし治療」なのです。

## 今後のインプラント治療の あり方への提言

現在、上部構造の維持方法の多くはセメント固定です。術者が除去できるよう仮着セメントを使用することが多いと思われませんが、多数歯補綴では撤去が困難だったり、撤去時に破折したりすることもあります。また、施術医は治療経過を熟知しているため、撤去することも容易ですが、他の歯科医はインプラント体や上部構造内部がどのようなシステムになっているか不明であり、撤去時の破折やその後の修理の困難さなどを考慮して、できるだけ触れたがりません。スクリー固定はセメント固定に比較して撤去しやすく、補綴装置の修理・調整がしやすい。また、寝たきりや認知症になった場合にも、上部構造を固定性から、ヒーリングアバットメントや根面板、根面アタッチメントに変更し、可撤性にすることも可能です。可撤性補綴装置に変更することで、家族や介護関係者が口腔ケアしやすくなると考えられるので、スクリー固定法を推奨します。