The Nippon Dental Review
日本歯科評論
2026年2月11日発行（毎月1回11日発行） Vol.86（2）／通刊第1000号（再刊第958号） ISSN 0289-0909

2
February 2026
NO.1000 VOL.86（2）

通刊 NO.1,000 特別記念号

通刊1,000号記念 特集1
『歯科評論』と私

通刊1,000号記念 特集2
歯科界の“行方（10年先）”を探る

Er:YAGレーザー アドベールSHを用いた ディスラプティブ イノベーション歯科診療
山本敦彦

メタルフリー材料を用いたブリッジ治療
新谷明一

IOS 臨床アプローチの実際
インプラントへの応用
森本昌孝

根管洗浄
——複雑な根管形態への対応を考える
前田英史

HYORON
https://www.hyoron.co.jp

1,000号記念特集

特集1 『歯科評論』と私

特集2 歯科界の“行方（10年先）”を探る

通刊 No.1,000 特別記念号

本誌は，この２月号をもって通刊1,000号に達しました．毎号の奥付に記した創刊からの変遷をみるように，ここに至るまでには数多の曲折がありましたが，常に歯科界の向上・発展と国民の歯科保健・医療の向上・増進を思索する誌面づくりに務めてまいりました．

今日までの節目となる号においては

400号（1976年２月号）：医療と社会

500号（1984年６月号）：咀嚼系の老化をめぐって

600号（1992年10月号）：歯科医療における技術料を考える

700号（2001年２月号）：21世紀の課題（その１）介護保険
—歯科の現状と問題点，改善への課題—

800号（2009年６月号）：インプラント治療，その光と影の交錯
—効果的なインプラント治療を根づかせるために—

900号（2017年10月号）：歯科に関わる診療報酬・介護報酬の改定を考える
—次期改定，そして将来への課題—

と題する特集を組み，好評を得てまいりました．

そして1,000号である本号では，上記した２つの特集を企画しました．「特集１」は本誌との“長いお付き合い”からのお言葉，「特集２」は“これから10年先の行方”です．現在は紙媒体がとかく敬遠されがちな時代ですが，“雑誌でなければ意を尽くせない”誌面づくりに，さらに励みたいと思います．今後ともご愛読くださるよう，よろしくお願い申し上げます．

株式会社ヒョーロン・パブリッシャーズ

特集1 『歯科評論』と私

高橋英登（東京都杉並区開業）／中道　勇（富山県富山市開業）／木ノ本喜史（大阪府吹田市開業）／坪田有史（東京都文京区開業）／村岡秀明（千葉県市川市開業）／倉富　覚、（福岡県北九州市開業）／菅原祐樹（東京都中央区・経営コンサルタント・（有）エソール）

特集2 歯科界の“行方（10年先）”を探る

国民皆保険を維持するために
……中村秀一（（一社）医療介護福祉政策研究フォーラム　理事長／国際医療福祉大学大学院客員教授／日本福祉大学客員教授）

歯科診療所経営を維持・安定させるために
……高橋英登（日本歯科総合研究機構 機構長）／恒石美登里（同主任研究員）

歯科における AI 活用の行方——10年先を見据えて
……赤司征大（WHITE CROSS 株式会社 CEO ／東北大学特任教授）

歯科医療機器研究開発の行方
……馬場俊輔（大阪歯科大学歯学部　口腔インプラント学講座／大阪歯科大学 医療イノベーション研究推進機構）

歯科医院の承継と存続の行方
……尾﨑哲則（（一社）日本歯科医療管理学会　理事長／日本大学　客員教授）

歯科訪問診療（在宅診療）の行方——在宅歯科が，食支援のまちづくりの主役となるために
……矢澤正人（（一社）日本在宅ケアアライアンス事務局長）

歯科技工の行方
……末瀬一彦（（公社）日本歯科医師会　常務理事／（一社）日本歯科技工学会　顧問）

『歯科評論』と私

高橋英登
井荻歯科医院
〒167-0023　東京都杉並区上井草1-31-3

本を読むことの必要性

私は大学を卒業後25年間にわたって大学で教職にあった．私の後輩に対する教育方針の主体は「まずは本を読め！」であった．われわれは患者さんを相手にする職業である．患者さんとのコミュニケーションが上手い，下手で，その人の歯科医師としての評価が決まってしまう．いくら腕が良くても，患者さんとの信頼関係の確立ができなければ医療人として不適格である，と言わざるを得ない．

われわれは本当に多種多様な患者さんと向き合わなければならない．１人として同じ人はいない．そのためには“ありとあらゆるジャンル”の，そして“生き様の異なる”方々と話をしなければ，成り立たない職業なのである．

本を読むこと！　それはその人の人間としての，また医療人としての幅を広げることに直結する，と今でも確信している．

私の一番の悪い趣味は，書店に行ってありとあらゆる本を乱読し，これはいい本だ！　と思ったら，その本を他人に読ませるように強要すること（相手によっては迷惑千万と思われたかもしれないが），私自身も，どんなに疲れていても，必ず１日に１冊の本を読むことは欠かさずやっている生活習慣である．女房に説かれる「あんた地震が来たら本に潰されて圧死だね！」，自分の寝床の周囲には本の壁ができており，女房の言うことはまんざら嘘ではないと思っている．

そこで，最近危惧していることの１つに若人の“活字離れ”がある．現代には即していないかもしれないが，活字は本で読め！　が私の主張である．タブレットやスマホの電子媒体で本を読むな！　本は活字だ！　が，若人への私からのアドバイスでもある．

私の方からお願いして毎号掲載されている『歯科評論』のコラム「今月の本棚―歯科医師が読んでおくべき本―」も今年で10年，通算120回になった．これは執筆に協力していただいている家田隆弘先生（前東京都品川区歯科医師会会長）のお力添えなくしては成し得なかったことで，このコラムも医療人として「本を読むことの重要性」を知っていただくための欄だと思っている．

よくぞ続いた1,000号

さて，現代のような紙媒体離れの時代にあって，雑誌主体のヒョーロン社が大きな後ろ立てを持たずにここまで潰れずに来られたのは，あの「髙津社長」の特異な性格．また，ひつこい（ねばり強い）性格．人に書くことを強く求める人柄

『歯科評論』と私
――歯科医療費低迷の原因を解明

中道　勇
中道歯科医院
〒730-0106　富山市高木2366-1

私が大学を卒業後，恩師総山孝雄先生の教室での６年半の研究生活を終え，現地で開業したのは昭和58（1983）年10月で，診療報酬改定に関しては，すでに不合理な医科歯科の格差が始まっていた．それでも，その当時は小・中学生のう蝕有病者率は90％以上と子供たちのむし歯が多く，学校検診が終わると多くの生徒が来院した．歯科診療所数も今より少なく（43,115施設），歯科診療所の経営は今ほど厳しくなかった．

『歯科評論』との付き合い

その後，『歯科評論』の「特集：歯科保険点数はどうあるべきか」（No.578）をみて，歯科医療費問題が大変なことになっていることを実感した．個人的に，昭和２年からの社会保険関係の資料も含め，新医療費体系が始まる前後からの実証分析に必要な資料を集めていたので，自分の考えをスタディーグループ「火曜会」で講演する機会があった．その時に『歯科評論』から執筆の依頼を受けて以来，付き合いが始まった．

平成３（1991）・４（1992）年（No.588～592）にかけての「歯科医療費問題を考える」に始まり，その後，No.600の「“技術料”の考え方とその位置づけ」，No.609～612の「良質で効率的な歯科医療とは何か」と立て続けに書くことになり，それが契機となってNo.615～650の「北緯36°43′東経137°10′からの手紙」，No.651～806のコラム「視点　POINT OF VIEW」，No.807～818の「ヒョーロン　歯科医療白書」と，1994～2010年までの16年間，毎月コラムを書いてきた．その後も，「平成24年度歯科診療報酬改定の内容分析と評価」（No.834）に始まり，平成26年度改定（No.858），平成28年度改定（No.882），平成30年度改定（No.906），令和２年度改定（No.930），令和４年度改定（No.954），令和６年度改定（No.978）と，改定ごとに診療報酬改定の影響率の分析を書かせてもらった．

思い出に残る記事

思い出に残る記事としては，「“技術料”の考え方とその位置づけ」（No.600），「緊急提言　歯科の適正医療費は４兆円!!」（No.805，東京医科歯科学大学新田　浩准教授との共著），「歯科医師過剰問題は解決したか？―適正歯科医師数は10万500名程度―」（No.886），「2024年度診療報酬改定に向けて　歯科の適正医療費は４兆3,800億円である！― その１～６―」（No.963～968）等である．33年かけて，影響率分析という方法で歯科医療問題の結論が導き出せた．悲しい歯科の歴史の探訪の旅は終わった．歯科医療問題で常に目を通すべ

国民皆保険を維持するために

中村秀一
（一社）医療介護福祉政策研究フォーラム　理事長
国際医療福祉大学大学院客員教授
日本福祉大学客員教授

国民皆保険の達成

2025年は「戦後80年」であり，筆者も日本記者クラブに求められて「戦後80年の社会保障」と題する講演を行った．戦後80年の社会保障の歩みで，1961年の国民皆保険の達成は，最も輝かしい成果であった．同じ年には国民皆年金も達成されたのであるが，年金制度が本格的に整備されるのは（給付水準の改善と物価スライド・賃金スライドの導入），福祉元年といわれた1973年まで待たねばならなかった点で，皆保険の達成と同様に評価することはできない．

医療保険の歩み

1．皆保険達成後の課題

皆保険達成後の医療保険の歴史は決して平たんなものではなかった．皆保険達成時の国保と被用者保険の家族の給付率は５割で，給付の改善が課題となった．また，被用者保険と国保が分かれ，多数の小規模の保険者が分立したままであり，制度間・保険者間の格差が問題となった．

また，政府管掌健康保険は赤字が続き，財政対策として提出された健保法改正法案は，「値上げ法案」であり，与野党の対決法案とされ，しばしば強行採決が行われた．

2．福祉元年の給付改善と第二臨調下での見直し

1973年は福祉元年といわれ，70歳以上の老人医療費の無料化，被用者保険家族の給付率７割への引き上げ，高額療養費制度の創設が行われた．

老人医療費の無料化の影響は大きく，老人医療費が急騰し，国保財政がひっ迫することになった．これ以降，老人医療費をいかに支えるかが，政管健保の赤字問題とともに，医療保険をめぐる大きな課題となった．

1980年代前半には第二臨調による行政改革が行われた．かねてから，健康保険は，国鉄，米（食糧管理制度）と並んで，その赤字が政治的にも問題となっていた（当時，３Ｋと称された）．このようなことから，社会保障は行政改革の主要分野の一つと位置付けられ，一連の改革が実施された．

1982年に老人保健法が制定され，老人医療費が再有料化（定額一部負担の導入）されるとともに，70歳以上の老人医療は医療保険全制度で支え合うことになった（拠出金制度）．1984年には健康保険法の改正が行われ，健保本人に１割負担が導入された．さらに1985年には医療法が改正され，病床規制制度が導入された（第一次医療法改正）．

歯科診療所経営を維持・安定させるために

高橋英登[1]　恒石美登里[2]
日本歯科総合研究機構　1 機構長　2 主任研究員

歯科医師が減少し始めた

歯科医師数は医師・歯科医師・薬剤師統計調査が開始されて以来，令和４年調査において初めて減少に転じた．従来は人口10万対歯科医師数の全国値が取り上げられることが多く，主に供給数の過剰感が議論されてきた．しかし，その状況が大きく変化している．特に人口減少局面を迎えるなかで，地域における持続的な歯科医療提供体制の確保に関して，さまざまな懸念が生じ始めている．

図１には，人口10万対医療施設従事歯科医師数（「令和４年医師・歯科医師・薬剤師統計」より作成）を，都道府県別に多い順に色分けしたグラフを示した．赤枠で囲んだのは歯学部・歯科大学が所在する都道府県である．これらの都道府県が上位を占めており，下位３分の１は歯学部・歯科大学のない都道府県となっている．最も多い東京都や徳島県および福岡県は100を超えており，最も少ない青森県の約２倍となっている．

図２には，人口10万対歯科診療所数（「令和５年医療施設静態調査」より作成）を都道府県別に多い順に色分けして示した．人口10万対歯科診療所数をみると，人口10万対医療施設に従事する歯科医師数とは異なる様相を示している．つまり，歯学部・歯科大学がある都道府県でも，下位３分の１に位置する都道府県が存在している状況である．

歯科医師の主たる業務をみると，昭和30（1955）年頃には歯科診療所の開設者や法人の代表者が75％を占めていたが，令和４（2022）年には54％へと減少しており，増加傾向にあるのが勤務者である．勤務者は昭和30年には約13％であったものが，令和４年には32％にまで増加している（**図３**）．これらの背景には，さまざまな要因があると思われるが，その一つに女性歯科医師の増加が挙げられる．現在では，歯学部・歯科大学における女性比率は半数を超える，といわれている．

図４には，平成14（2002）年と令和４（2022）年との20年間で，男女別および管理者・勤務者別の比率がどのように変化したかを年齢階級別に示している．平成14年では，管理者・勤務者ともに最も人数が多い年齢が「44歳」であるのに対し，20年経過した令和４年には「63歳」へと高齢化している．年齢別の人数分布の形も，右に裾の長い形態から，さらに右方向へボリュームが移行していることがわかる．また，女性の比率は15.8％から24.2％へ増加している．

一方で，女性管理者の比率は平成14年の5.3％に対し，令和４年では6.3％と１％しか増加していない．また，令和４年の図からは，若い年齢層

Special Focus In

IOS臨床アプローチの実際 インプラントへの応用

もりもとまさたか
森本昌孝
もりもと歯科医院
〒839-0865　福岡県久留米市新合川 2-111

はじめに

筆者が口腔内スキャナー TRIOS3（3shape）を臨床応用開始して７年になる．その契機は，インプラント治療に応用するためであった．2017年に EAO（ヨーロッパインプラント学会）が採択した，インプラント治療におけるデジタルとコンベンショナルアプローチの選択基準（**図１**）において，治療の多くの場面においてデジタルを推奨していたことから，効率的で安心・安全な治療を提供したいと思い口腔内スキャナーを導入することを決断した．

開業当初からインプラント治療に取り組んでおり20年近く経過したが，口腔内スキャナー導入前はアナログ的な治療計画で臨機応変に埋入手術を対応してきた．その曖昧な治療計画と埋入位置が，その後の補綴装置製作を難しくさせ，ましてや予後に不安が残る治療結果となってしまったことを経験した．

しかし，口腔内スキャナー導入以降，治療計画から埋入手術，補綴治療まで予定どおりに推移し，予後が安心できる治療結果を得ることが多くなったので，その経緯について症例を通して解説したい．

根管洗浄

――複雑な根管形態への対応を考える――

前田英史（まえだ ひでふみ）

九州大学大学院歯学研究院　口腔機能修復学講座　歯科保存学研究分野　教授
〒812-8582　福岡県福岡市東区馬出3-1-1

はじめに

イニシャルトリートメントの成功率は，2002年以前には平均で85%だったが，近年では93%に向上した[1,2]．また，非外科的再治療については，近年では87%の成功率となっている[3]．根管治療のステップは，昨今の根管治療に関わる情報や機器の進歩によってシステマティック化されており，治療成績の向上に繋がっていると考えられる．しかしながら，根管は，彎曲や，アンダーカット・フィン・イスマス（**図1**），側枝・髄管・根尖分岐などの副根管に加えて，入り組んだ走行を示すなど，その形状が複雑であるため（**図2**）[4]，機械的拡大・清掃が行える範囲は，根管の約60%であるといわれている[5]．また，デンタルエックス線写真上で調べた彎曲根管の割合は，すべての根管の80%以上を占めており[6]，程度の差はあるが，ほとんどの根管が彎曲根管であると捉えなければならない．

さらに機械的拡大形成後には，根管壁にスミヤー層が形成される（**図3**）．スミヤー層については，1975年に根管拡大後の根管壁にはスミヤー層が形成され，これはそれまで用いられてきた次亜塩素酸ナトリウム（NaOCl）と過酸化水素（OX）による洗浄では除去できず，エチレンジアミン四酢酸（EDTA）を用いることで除去が可能になることが発表された[7]．このスミヤー層には，根管象牙質の切削片の他，細菌や

デジタルアレルギーの歯科医師へおくる

頑張りすぎないデジタル入門とデジタル技工の現在

林（はやし）　大悟（だいご）

医療法人社団昴会　南青山林歯科クリニック
〒107-0062　東京都港区南青山 2-24-10 ヒロビル 3F

はじめに

歯科におけるデジタル化は「必要性を感じない」「導入のハードルが高い」と敬遠する医師も少なくない．筆者自身も数年前まではその一人で，むしろ“デジタルアレルギー”の状態であった．しかし実際には，われわれの意思にかかわらずデジタル化は進んでおり，特に歯科技工の分野での進展は目覚ましい．歯科技工士数の減少[1)]という課題も背景に，令和７年12月にはデジタル技術を活用した総義歯における３次元プリント有床義歯が保険収載された．この潮流はラボサイドだけでなくチェアサイドにも必ず及ぶ．

そこで本稿では，**「頑張りすぎないデジタル化」**を実践中の筆者の経験も交えながら，チェアサイド・ラボサイド双方におけるデジタル化の現状と活用を，できるだけ敷居を下げて共有したい．

チェアサイドでのデジタル化の恩恵

１．施術支援・説明ツールとしてのデジタル機材の活用

チェアサイドにおけるデジタル化は画像検査分野が一番身近かもしれない．デジタ