



## 第1症例 審美障害の既修復歯(1)の再修復治療

### Lesson 3 最終的な補綴処置に移行するためのプロビジョナルステージの段階的評価

First clinical case  
Restorative renewal of restored tooth for aesthetic deterioration

Lesson 3  
Different phased evaluation of the provisional stage in transition to the final restoration

#### Case presenter

川里邦夫 Kawasato Kunio  
川里歯科医院  
〒536-0014 大阪市城東区鶴野西3-6-26  
Phone : 06-6965-5546 Fax : 06-6965-5590  
E-mail : kawasato@mve.biglobe.ne.jp

1962年 愛媛県出身  
1988年 徳島大学卒業  
1993年 現在の歯科医院開設

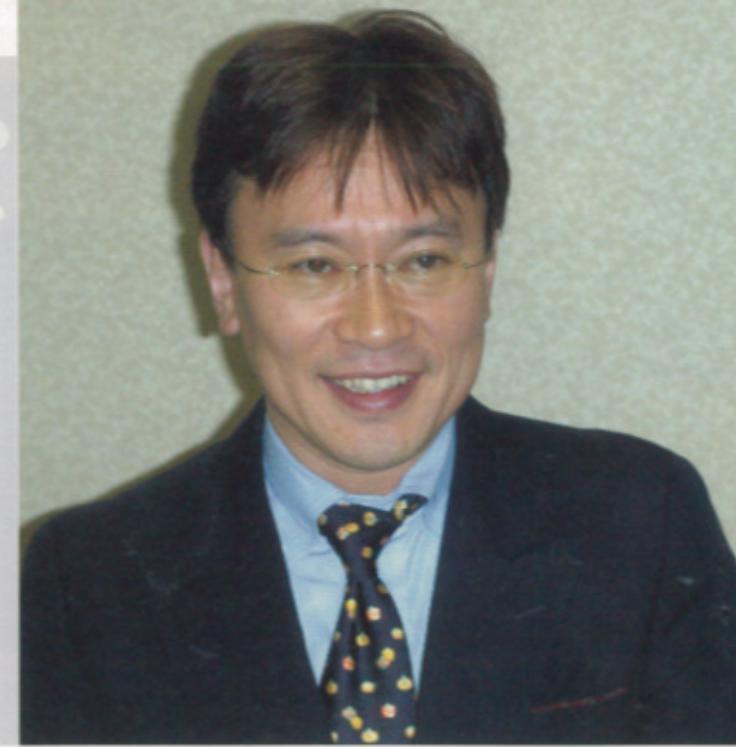
補綴治療を行う際に考慮すべき要素は、行う補綴治療の安全性や確実性、さらには行った治療の術後診断を明確にするなどの観点から多くのことが整理されてきました。本コラムでは、これまでにはっきりとしてきたことは具体的にどのようなことか、それを整理することを目的として、誌上において polyclinic を行うものです。

<編集部>

#### Adviser

茂野啓示 Shigeno Keiji  
北山茂野歯科医院  
〒603-0000 京都市北区北山通り府立資料館前中西館3階  
Phone : 075-722-8833 Fax : 075-702-8840  
E-mail : mail@shigeno-d.com

1956年 和歌山県出身  
1981年 岐阜歯科大学卒業  
1989年 現在の歯科医院開設



### Lesson 2の概略<茂野>

Lesson 1にて立案された治療計画は、プロビジョナルレストレーションを装着する前段階で変更をされた。すなわち、1はエクストルージョンされ、また、歯肉縁を根尖側に移動するための apically positioned flap が行われた。その原因は、1に歯冠修復物を維持させるだけの十分な歯質が存在していないと判断され、その確保が目的とされたからである。これらの処置を行う前に、それが必要か否かを判断するうえで、本来はプロビジョナルレストレーションを装着して評価をする必要があった。

しかし、すでに上記の処置は行われており、この処置後に装着されたプロビジョナルレストレーションを通して評価を行ってゆくことが本レッスンのテーマとなった。このプロビジョナルレストレーションを装着して行われるべき評価は右記のとおりである。

#### プロビジョナルレストレーションを装着した状態



#### プロビジョナルレストレーションを装着して行うべき評価

- ① プロビジョナルレストレーションの形態修整  
(歯頸部を絞り、歯冠輪郭を1と調和させる)
- ② プロビジョナルレストレーションのフィニッシュラインの位置を歯肉縁上に変更する
- ③ 1歯冠材料を近心寄りへ修正する  
(歯冠頸部の獲得、2歯冠形態の2との調和)
- ④ 212 近心に1歯冠形態と調和したコンポジットレジン修復をする
- ⑤ 患者に再確認をして前歯部のホワイトニングを行う

## 歯肉の炎症のコントロールと 1.2 歯間部のメンテナンススペースの獲得

川里 プロビジョナルレストレーション装着した時点の状態、その形態そのもの、装着のためのフィニッシュラインの設定位置などに適切さを欠いていたこと、それに、1 歯肉の炎症をコントロールすることもできていませんし、1.2 歯間部に十分なメンテナンススペースを獲得するという、歯冠を装着する以前の支台歯周辺環境整備が行われていないという指摘を受けました。

これらの茂野先生の指摘を基に、プロビジョナルレストレーションの形態修正とリマーキング、1 歯軸の遠心傾斜を修正して、これらの問題に対して対応をしてゆきました。

### プロビジョナルレストレーション修正の目標と修正箇所

川里 1 歯軸の遠心への傾斜を修正するための近心への傾斜移動を行うことができるように、1 プロビジョナルレストレーションの近心を0.6mm程度削除しました。それに対応して歯冠の左右幅径があまりバランスを欠かないように、遠心もわずかではありますが削除しました。また、同時に1.2 歯間部歯間乳頭歯肉のスペースを確保するために、歯頸部遠心隅角も削除しています(図21, 22)。

茂野 プロビジョナルレストレーションの形態としては、1に比して歯冠幅径がありましたので、これで、1.1同名歯の形態のバランスも取れたこととなりますね。

川里 図22のように1 プロビジョナルレストレーションの形態修正を行った後、約1週間、歯軸の傾斜の修正を行いました。1.1にあったスペースが閉じたところを目標としています。また、2.1と1.2の歯頸部歯間空隙とが同等になることも、当然、目標としています。

ここで、どうしても確認しておきたいことがあります。エクストルージョン時の方向設定のミスや歯周外科処置を行ったことにより失われてしまった

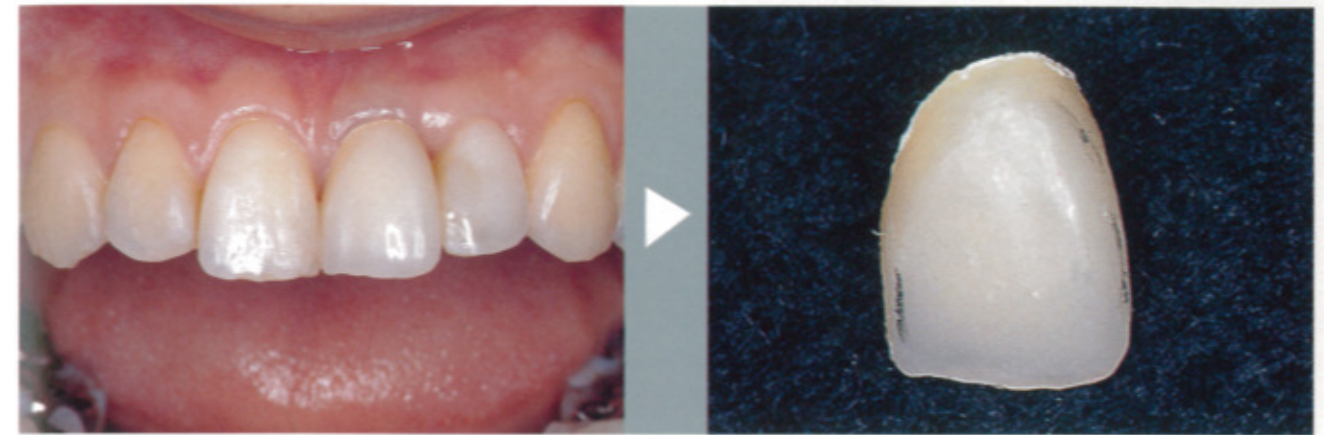
1.2 歯間乳頭歯肉は、このようにスペースを確保すれば回復してくるかということです。いかがでしょうか。

茂野 川里先生のおっしゃりたいことは、最近よく話題にされる、歯間乳頭歯肉の形態がブラックスペースを閉鎖する程度に回復するかどうか——主に審美性の点に関する質問ですね。

川里 そうです。2.1と1.2の歯間乳頭歯肉の高さを揃え、また、それと同時にブラックスペースを閉鎖することにより審美性を得たいということです。さもないと、1 プロビジョナルレストレーションの歯冠形態をハーフポンティックのようにして、これにより閉鎖をするしかないか考えたものですか……。

茂野 川里先生の気持ちはよくわかります。しかし、まず考えなければならないことは、歯間乳頭歯肉を回復させることではなく、あくまでも、歯根近接をしてメンテナンスが難しい1.2歯間部に、今よりも確実なメンテナンススペースを獲得することです。これを行うことができ初めて、歯間乳頭歯肉が回復できるかどうかの審美上の診断を行うことができるのではないのでしょうか。

その点から少し解説をしてみます。まず、川里先生が修正された1 プロビジョナルレストレーション、歯頸部遠心隅角は反対側の1に比較してかなり絞り込んでありますね(図22)。歯冠形態が左右側同名歯で違うというのは、歯冠修復としては本質的におかしなことです。これは、1と同じ隅角形態としなければなりません。このことを第一に考えなければならぬはずで、そして、次に1.2歯間のスペースを獲得する方法を考える。そのためには、歯軸の傾斜を修正するのみならず、歯体移動を行えばよかったと思います。そうすれば、1.1の歯冠形態を調和させることができたうえに、1.2歯間部の清掃性も向上させるという治療上の最大の二要素を獲得することができるはずで、



A: 修正前のプロビジョナルレストレーションが装着された状態

B: 鉛筆にてマーキングされたプロビジョナルレストレーションの修正部分

図21 プロビジョナルレストレーション修正の目標<川里>



A: 歯軸傾斜修正前

B: 歯軸傾斜修正後

図22 修正されたプロビジョナルレストレーションを装着したうえでの1の歯軸傾斜の修正前後<川里>

もう一つ、川里先生はハーフポンティックテクニックを誤解しているようです。歯肉に圧を加えたからといって、歯肉は風船やゴムマリのようにどのようにも形を変えるものではありません。付与した歯肉溝内の歯冠形態により歯肉に加わる、というより歯肉を支える圧力が生理的な範囲であるとしたならば、歯肉は近遠心的に多少は形を変えますが、歯冠方向、垂直的に歯肉の形態を変えることはありません。ましてや、その圧が生理的な範囲を越えている

場合は、歯肉に損傷を与えてしまいます。しかも、「フィニッシュライン下の歯根面から移行する歯冠修復物の形態は、絶対に移行的」にしなければいけません。このことは銘記しておいて下さい。

つまり、歯間乳頭に接する歯冠形態(プロキシマルロングコンタクト)を変更し、その歯冠形態により歯間部のブラックスペースを閉鎖し、さらに歯間乳頭歯肉が支えられ、その形を維持できるような歯冠形態を作ることをハーフポンティックテクニッ

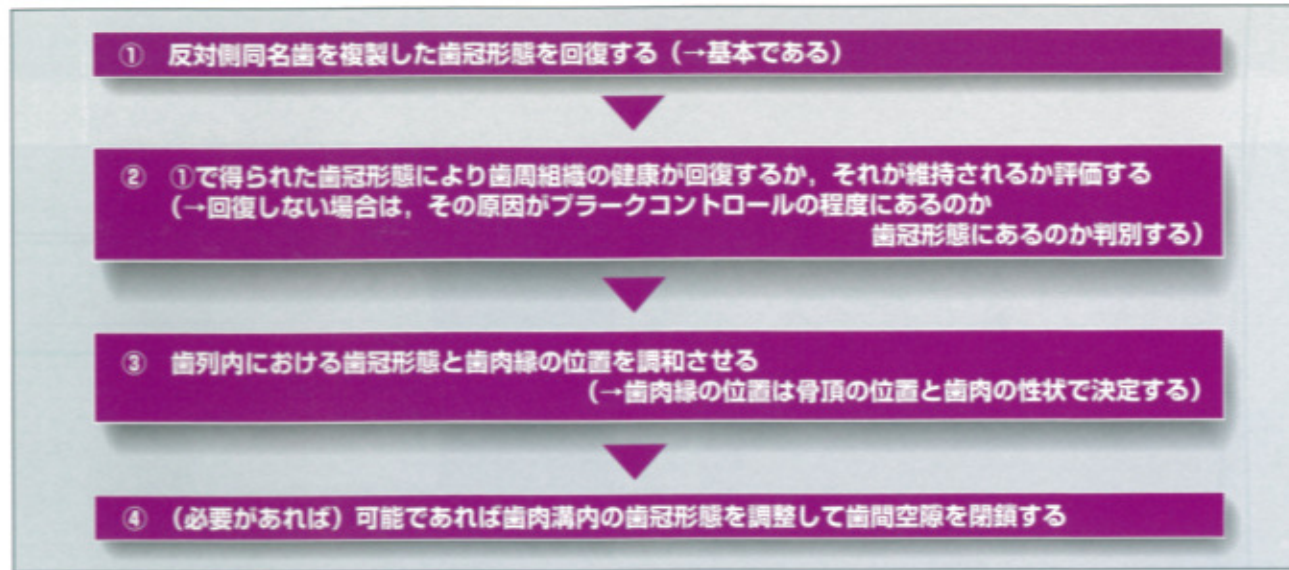


図23 プロビジョナルレストレーションの修正における優先順序と目標&lt;茂野&gt;

クと呼ぶのです。

川里 大変な勘違い、思いこみをしていました。以前読んだ記事に、歯間乳頭歯肉は圧を加えると、あたかも風船のように3次的に形を変えることができるかとあったものですから……。

茂野 例えば、1つの基準としてプロビジョナルレストレーションや歯冠修復物を試適した際、その歯冠形態により圧迫され歯肉に貧血帯が見られたとしても3~5分くらいで回復するのであれば、そこで生じた圧は生理的な範囲の圧と考えられます。これが臨床的な基準としてあります。このように適切にハーフポンティックテクニックが応用されたのでしたら近遠心的な方向に関しては、歯肉の形態を多少は変化させることは可能です。しかし、このような歯冠修復物の形態評価もせずにハーフポンティックテクニックで歯間乳頭歯肉の形態を変化させようと思ひこんでクラウンを装着したならば、歯肉を潰してダメージを与えるだけで、もちろん、ブラックスペースを解消することもできません。

また、適切にハーフポンティックテクニックにより作製された歯冠修復物であっても、歯肉を歯冠方向、垂直的に持ち上げることは不可能です。川里先生に限らず、このことは、よく尋ねられることなのです。それだけ、誤った情報が広がっていることな

のでしょう。以後、頭に入れておいて下さい。ハーフポンティックテクニックはティッシュサポーターイングカントウア (tissue supporting contour) とも呼称されていることを思い出せば、このテクニックの意味が理解しやすいのではないですか。歯冠形態で歯肉を支持するだけの機能なのです。

川里 そうしますと、私のプロビジョナルレストレーション修正の基準があいまいであったということになりますね、何となく目標はもっていたのですが……。

茂野 目標ははっきりとしていなければなりません。一度処置された生体は、基本的には元には戻らないと考えておかなければなりませんから、そして、その目標を設定してから、どのような方法で、何を、どこまで処置していったらよいか、具体的に目標となる状態を設定するのです。何となくというのは、過剰な処置となりやすいので注意して下さい。

この場合でしたら、図23に示すような優先順位と目標となる状態を設定しておけばよかったですか。

### マージンの修正を行うことができる環境にはなかったが……

川里 プロビジョナルレストレーションを修正す



図24 歯根側1/3から切端にかけてコンポジットレジンを追加して修正が終了した最初のプロビジョナルレストレーション&lt;川里&gt;

る際にもう一つ考慮すべき要素であった、マージンの設定位置を歯肉縁上に再設定し直したうえで歯肉の炎症をコントロールするというのは……、1の歯軸傾斜の修正に伴ってブラッシングを丁寧に行ってもらっていましたが、図24くらいに改善はしてきました。

結局は、すでにフィニッシュラインが歯肉縁下0.5mmくらいに設定されていたし、歯肉縁を根尖側に移動する必然性もありませんでしたので、この歯肉の状態をもって、最初のプロビジョナルレストレーションのステージを終了してもよいのではないかと判断しました。

茂野 フィニッシュラインが歯肉縁下に設定されていなかったならば、この段階で設定されていた位置を基準に、歯肉の反応を評価しながら歯肉縁ギリギリの、ベストポジションに設定し直すことができたのですが、かえすがえすも残念なことでしたね。川里先生の計画ではオールセラミッククラウンを接着することが計画されていたのですから、歯肉縁下にフィニッシュラインを設定してしまっていたということは、言い換えれば「少しオーバートリートメント」と言われても仕方ありません。

これからは、診断に基づいて治療計画が決まったら、その治療に際して行う処置の目標をしっかりと決定して下さい。そうしませんと、アンダーでもオーバーでもない合理的な処置ができません。この適

切な処置の積み重ねが、患者に対して安全な、目標とする効果的な治療を生むのです。

川里 オーバートリートメントの跡を受けても仕方ありません。それだけ、必要もなく歯質を削ってしまったのですし、しかも歯冠修復処置後の歯肉のメンテナンスを難しくしてしまったのですから。

ただ救われることは、患者さんがブラッシングをよくしてくれまして、1の歯肉の炎症もコントロールされている状態になっているということです(図24)。

茂野 侵襲を与えても、それなりに軟組織は回復をします。しかも患者さんの努力が加われればなおさらです。しかし、何度も言うようですが、不要な処置は行わないこと、そして、予知性が不確実な処置も、決して行ってはいけないということです。とりわけ、川里先生が気にしている審美性という点で、歯肉縁の位置と形態は重要な構成要素のほうです。しかもこの症例の歯肉はthin-scalloped typeで、刺激があると退縮しやすい歯肉と診断できます。それならば、プロビジョナルレストレーションで確認ができて、しかもリカバーができる範囲内の処置とはどの程度かということをよく考えてから処置を行うようにして下さい。

川里 これまでの治療も同じだったのでしようが、私の治療は、一つひとつの処置に対する評価を確実に行わないうちに次の処置に移行してしまっていたようです。大いに反省させられます。

## 第2次プロビジョナルレストレーションの装着・修正と評価

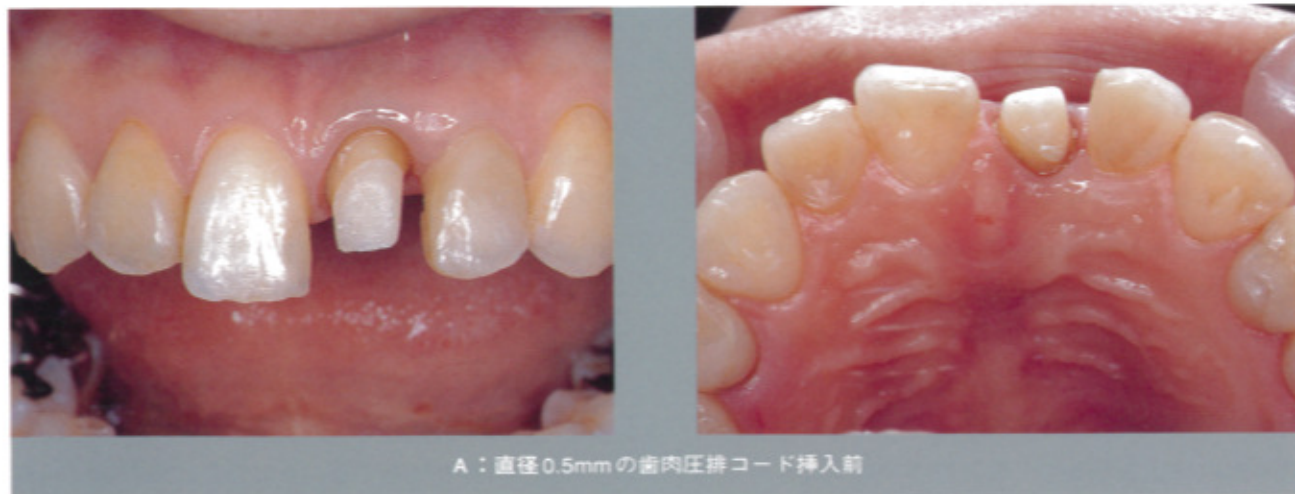
### 第2次プロビジョナルレストレーション製作のためのフィニッシュラインの位置と形態

川里 図24の状態が、歯周外科処置を行ってから3カ月くらい経過したところでもあります。第1段階、第1次プロビジョナルレストレーションにおいて行うべき処置、行うべき評価がすんで、最終的な歯冠修復物を製作・装着するために第2次プロ

ビジョナルレストレーションの製作に移りました。

まず、歯肉縁とフィニッシュラインの位置関係を把握するために0.5mm径の歯肉圧排コードを挿入してみました(図25)。弱々しい歯肉かとも思っていたのですが、歯肉圧排コードを挿入しようとすると抵抗がありました。それだけ、歯肉の状態は改善しているとも思えるわけです。

この様子からフィニッシュラインの位置は、歯肉



A: 直径0.5mmの歯肉圧排コード挿入前



B: 挿入後

図25 第1次プロビジョナルレストレーションを装着して必要な処置や評価を行った後で、フィニッシュラインの位置を確認する<川里>

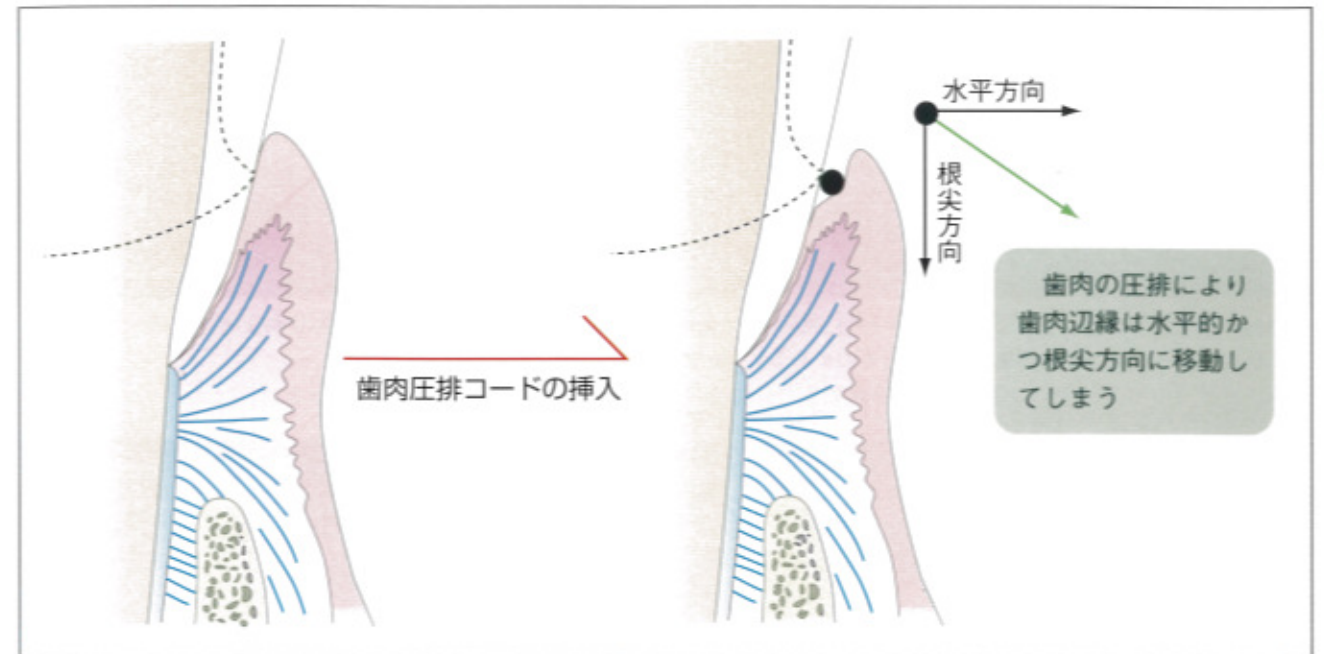


図26 歯肉圧排コードを歯肉溝内に挿入すると歯肉縁は水平かつ根尖方向に移動する。したがって、「歯肉縁から何ミリ」という表現は、フィニッシュラインの設定位置を規定する基準とはならない<茂野>

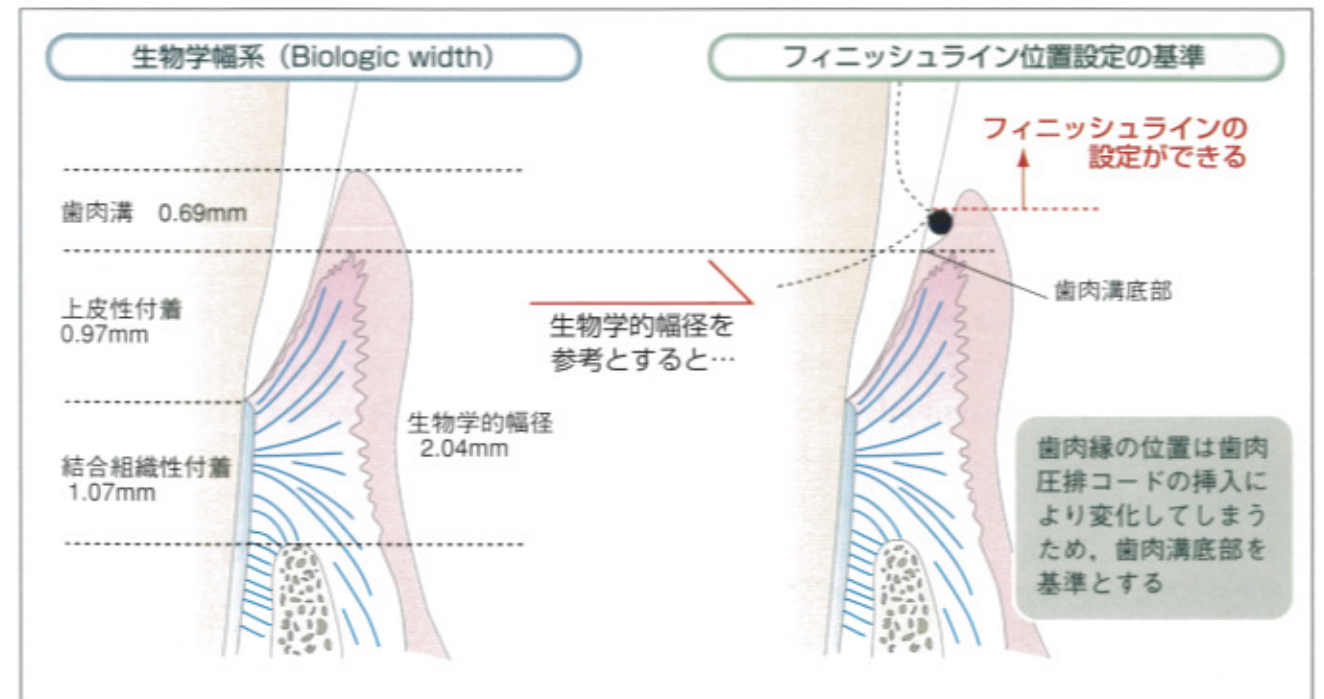


図27 フィニッシュラインは骨頂を基準とした生物学的幅径を侵襲しない位置に設定されなければならない。その場合、健康な歯肉であれば、歯肉溝底を参考として、そこに0.5mmの歯肉圧排コードを接触して挿入すれば、歯肉圧排コード上部から歯肉溝底部までは0.5mmの距離を確保できたことになる。これは変動のない、はっきりとしたフィニッシュライン設定の基準となる<茂野>



図28 第2次プロビジョナルレストレーションのために製作された診断用ワックスアップ（この資料は第2次プロビジョナルレストレーションを製作後に手にしたものである）＜川里＞

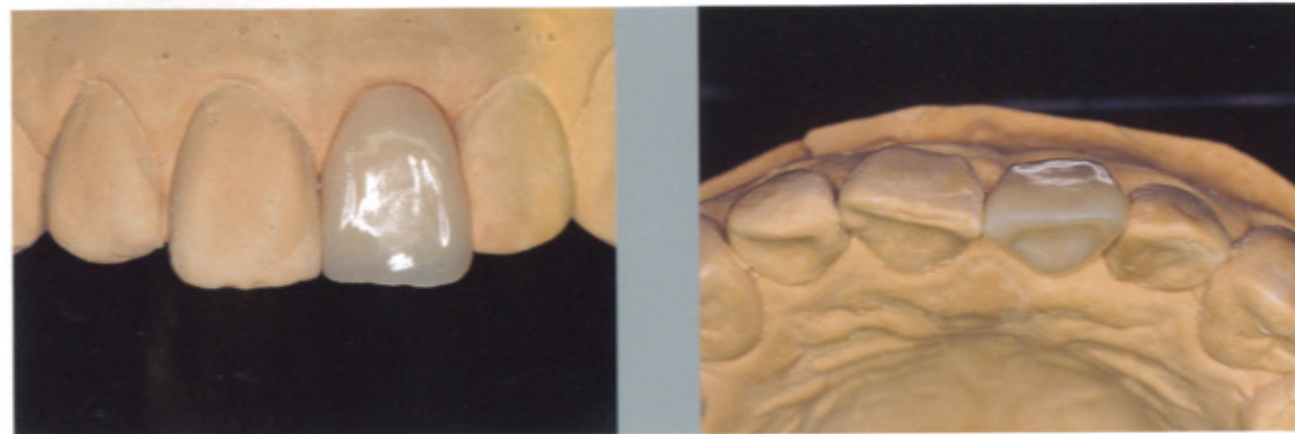


図29 完成した第2次プロビジョナルレストレーション＜川里＞

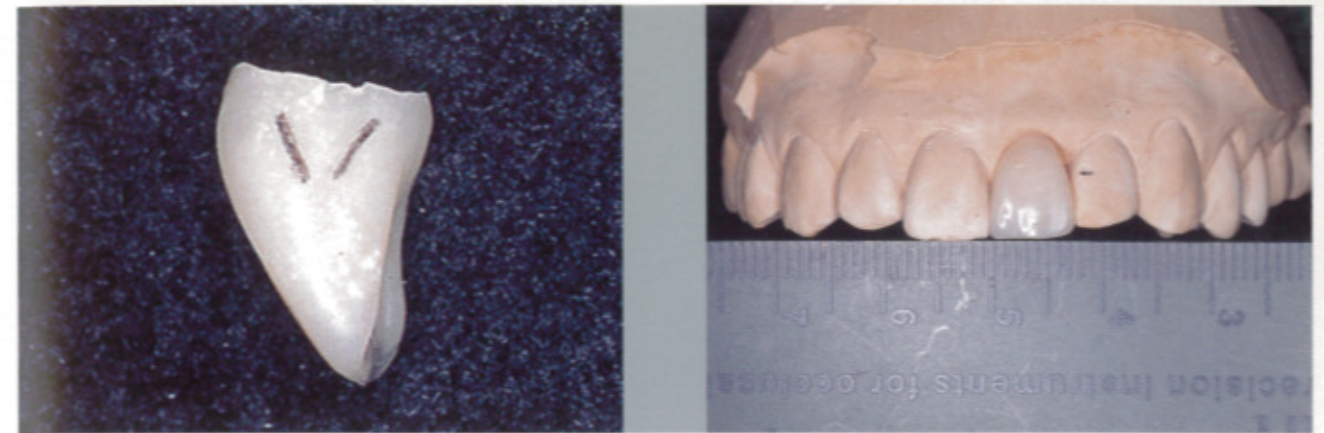
縁を基準として、近心では1.0mm、遠心で0.5mm、唇側中央部で0.5mmくらいであろうと推測しました。

**茂野** もう少し深いのではないのでしょうか。と言うのも、歯肉圧排コードを歯肉溝内に挿入することは、歯肉縁は水平かつ根尖方向に移動をします。そのため、歯肉圧排コードを挿入した時点での歯肉縁の位置は、フィニッシュラインの位置設定の基準にはならないのです（図26）。

歯肉溝内のフィニッシュラインの位置の基準は、骨頂の位置を基準とする解剖学的な構成要素——すなわち「結合織付着」と「上皮付着」に対して為害作用を与えないように、歯肉溝底を参考にすればよいのです。つまり、健康な歯肉であれば、歯肉溝底

に接触させて0.5mm径の歯肉圧排コードを挿入すると、コードの上部から上方の歯肉溝内のスペースは、骨頂からの距離が十分に確保された、フィニッシュラインを設定することが可能なスペースと言えます（図27）。

これから考えると、図25-Bではフィニッシュラインは歯肉圧排コード上部の上方に位置しており、この点では問題はありません。しかし、どう考えても、歯肉溝内にもう1本歯肉圧排コードが挿入できそうな、歯肉縁から0.5mm以上深い位置に設定されていますね。メタルセラミックスを装着することができそうな、フィニッシュラインの歯肉溝内の設定位置だと思っています。



A：1,2 コンタクトエリアを狭めて「ハ」の字状とした

B：切端の遠心隅角の張りを2と調和させるために丸くした

図30 完成した第2次プロビジョナルレストレーションを、まず模型上にて修正した＜川里＞

**川里** 本来は、歯肉縁下にフィニッシュラインを設定する必要はなかったのですね。歯肉縁上で……。

形態は、セメント・エナメルジャンクション（cement-enamel junction：CEJ）を参考とし、これに相似形になるように設定しています。もちろん、反対側同名歯である1の歯肉縁も参考としています。

**茂野** 形態には問題ありません。基本に忠実に成されていると思います。

### 診断用ワックスアップから第2次プロビジョナルレストレーションの製作

**川里** 続いて、第2次プロビジョナルレストレーションを製作する前に、歯科技工サイドで診断用ワックスアップを製作してもらいました（図28）。上下顎を閉口させて模型を見ると1は遠心が斜め上方に傾斜しているように見えますが、上顎を平らな板に置くと真っ直ぐなことがわかります。そして、完成した第2次プロビジョナルレストレーションが図29です。

**茂野** 図28、29を見ると、川里先生がずいぶん歯科技工士に助けられていることがわかります。図24の、川里先生が修正された第1次プロビジョナルレストレーションとは、明らかに形態が違います。歯頸部の絞り込みは再現されていず、切端の遠心隅

角の形態も、川里先生が修正した状態ではなく反対側同名歯と同じように張らせている。つまり、この第2次プロビジョナルレストレーションを製作した歯科技工士は、基本に則って、反対側同名歯の完全な形態的な模倣を行っています。基本はこれでもいいのです。模型上で見る限り、違和感がないですね。詳細な回復すべき歯冠形態以外の点については、第1次プロビジョナルレストレーションの段階でおおよその環境整備が終わっているからです。だから歯科技工士も、これだけ整った第2次プロビジョナルレストレーションの形態を回復することができたわけですね。

ただし、全く問題がないわけではないのですよ。しかしそれは、川里先生の手によって修正をされる範疇になるわけです。

### 第2次プロビジョナルレストレーションの修正と評価

**川里** 今の茂野先生のコメントをうかがってドキッとしたのですが……。まず修正を行った箇所は、2とのコンタクトエリアです。2,1に比較すると広すぎると判断しました（図30-A）。そして歯頸部の遠心隅角を少し絞っています。実は、このようにスペースを獲得しておいたのは、1,2歯間乳頭歯肉が



図31 修正後、口腔内に装着された第2次プロビジョナルレストレーション<川里>



図32 修正した第2次プロビジョナルレストレーションを口腔内装着後、4週を経過した状態<川里>



1週経過時

4週経過時

図33 修正した第2次プロビジョナルレストレーションを口腔内装着後、1週経過時と4週経過時の1,2 歯間乳頭歯肉の比較<川里>

### プロビジョナルレストレーション 装着時の問題

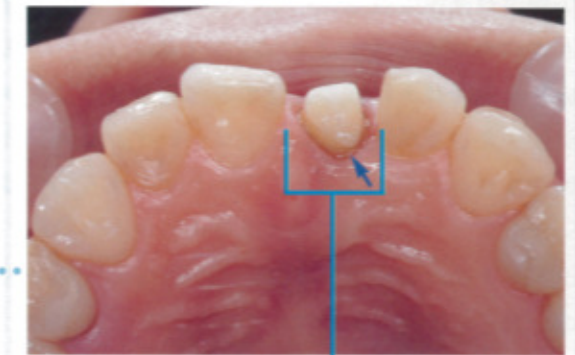
### 支台歯形態の問題

支台歯形成は  
完成する歯冠修復物の形態が考慮されなければならない



- ・1と2のエンブレジャーが狭く、また2+2 歯肉線の連続性が得られていない
- ・1の基底結節の位置が高く、これも2+2の連続性が得られていない

メンテナンスが行いにくい



- ・1支台歯の遠心隅角が張りすぎている
- ・1の基底結節に相当する部が高い

図34 忘れられがちな口蓋側の歯列の連続性。この部の形態はメンテナンスを行ううえで重要である<茂野>

回復した場合に反対側との調和を期待してです。切端の遠心隅角の張りは、2と調和をとるために落としています(図30-B)。

修正は以上の3箇所です(図31)。そして、これに歯肉がどのように反応してくるのか評価するために約4週間観察をしました(図32)。装着後1週経過時に比較すると4週経過時は、1,2 歯間乳頭歯肉の回復の度合いがわずかに進んでいるようです(図33)。

**茂野** 図32の状態でもわずかに1 歯肉に炎症が認められます。患者さんには、もう少しブラッシングがうまくできるような指導をして下さい。もう一つブラークコントロールに関連して、術者として行っておくべきことがあります。図31-B、図32-Bを見ていただくとわかりますが、1 基底結節の位置が1に比較して高いと思いませんか。しかも2との間

のスペースがあまりありませんね。このように歯列の連続性が絶たれてしまうと、ブラークコントロールに関する処置が非常にに行いにくくなります。

われわれモンゴロイド系は基底結節の位置が低いのです。したがって、歯冠修復物が装着されることを考えたならば、この部の歯質の削除は十分に行う必要があります。そのことは、図31-B、図32-Bの状態をよく観察して評価をしておかなければなりません。そして問題があれば、その状態を改善しておく必要があります(図34)。

**川里** フィニッシュラインの位置の設定ではオーバートリートメントで、基底結節の処置ではアンダートリートメントだったということですね。どちらも問題がある……。この場面で、オーバートリートメントとアンダートリートメントは、双方とも問題であることがよくわかりました。

## プロビジョナルレストレーションによるステージの最終評価と歯冠修復物の形態の決定

## 歯冠修復物の形態を決める支台歯形態の修正

川里 さきほど支台歯形態、とりわけ口蓋側を修正しなければならないとおっしゃられたのですが、基底結節を今以上に低く設定する、2となすエンブレジャーを広くすると、口蓋側においてフェルールの機能をもつ歯質がほとんど失われてしまうのではないかと思います（図35）……。

茂野 そのとおりです。口蓋側には1mmくらいの高さの歯質が残存する程度になってしまうでしょう。しかし、唇側にこれだけの幅と高さの歯質（図35）があれば歯冠修復物の維持としては十分だと思います。しかもオールセラミッククラウンが接着される、接着性レジン支台築造が行われているのですから、基本的なフェール効果を抑えたいうえで、局所の状態に応じて治療効果を考えることが大切です。つまりこの場合、患者さんがメンテナンスをしやすい環境を整えることのほうが重要なのではないですか。

川里 頭が固い、教条的すぎると言われそうですね。

茂野 よくわかりですね。教条的です。患者さんのブランクコントロールのレベルが低下すると歯

肉の状態も悪化する——その状態が予想されます。薄い、スキヤロップの強い歯肉ですから、メンテナンスサビリティーを高めておくことのほうが、大事です。

それと、図33でわかるように歯間乳頭歯肉は完全には治療していませんから、なおのこと重要になるのです。

## 歯冠修復物の形態はプロビジョナルレストレーションの複製でよいか

川里 第2次プロビジョナルレストレーションを装着して5週経過時の状態が図36です。歯冠修復物の形態は、この修正が終了したプロビジョナルレストレーションを複製すればよいのでしょうか。

茂野 基本はそうです。しかし、欲を言えば、遠心歯頭部の絞り込み具合は1に比べてきついですから、これは1の形態に調和させる。それにより、まだ治療過程の12歯間乳頭歯肉が、今後数カ月で回復してきたら、このスペースを閉鎖してくれるはずですよ。

それと切縁の形態はストレートになっていますが、1には少し凹凸が認められます。この形態を再現したほうが自然感が出るはずですよ。



図35 第2次プロビジョナルレストレーションの修正が終了した時点での支台歯の形態<川里>



図36 修正した第2次プロビジョナルレストレーションを口腔内装着後、5週を経過した状態。そろそろ歯冠修復物を製作してもよいと考えた状態<川里>

## 歯肉の着色の問題と再現すべき歯冠修復物の色調は

茂野 初診時の段階から問題となっていた1歯肉の着色ですが、これを取り除くために、さらに歯根のホワイトニングを行ってみましたか。

川里 実を言いますと、レジンコアを取り除いて

再チャレンジをしようとは考えたのですが、患者さんの反応ももう一つでしたので、残念ながら断念をしました。ただ、この着色の原因が歯肉そのものにあるかもしれないと思ひましてレーザーを照射してみました。結果的には効果は認められませんでした（図37）。レーザーは、余計な処置になってしまいました。

初めに歯根のホワイトニングを行ったときに、もっと徹底的に行っていたらと悔やまれます。

茂野 あえていえば、apically positioned flapを行うときに全層弁で歯肉を開いていたら、着色の原因が歯根か歯肉かの判別がはっきりしたでしょう。そうすれば、ホワイトニングをもっと徹底していたかもしれませんね。この場合もそうですけれど、同じ処置をするにしても、その目的と目標をはっきりさせておくことの必要性がわかります。しかし、第1次、第2次のプロビジョナルレストレーションを装着してのステージで、科学的な基盤に基づいて確実に治療は進んでいます（図38）。

歯科技工所には、どのような方法で情報を伝達するのですか。

川里 用意するものは、支台歯模型、プロビジョ



図37 歯肉の着色を取り除くためにレーザーを照射したが（A）効果は認められなかった（B）<川里>

## 第1次プロビジョナルレストレーション



## 第2次プロビジョナルレストレーション



図38 すべての順風満帆ではないが、第1次プロビジョナルレストレーションと第2次プロビジョナルレストレーションを通して、科学に裏付けられた治療が、評価の過程を経て進んでいる<茂野>

ナルレストレーションを装着した疑似歯肉模型、上下顎全顎の歯列模型、チェックバイト、写真、必要なメモ、……といったものです。シェードテイクをしてもらうこともあります。

**茂野** 歯科技工士のための写真を撮影する前にぜひ行っておいてもらいたいことがあります。プロビジョナルレストレーションもそうですが、天然歯の研磨が不十分で汚いです。歯冠修復物を装着するので、それを考慮して、PTCというレベルではなく、もっと高度に歯列の研磨を行って下さ

い。ダイヤモンドの入ったペーストを使用して、粗い→中→仕上げと段階的に行うだけです。完全に歯の光沢が変わってきます。

**川里** わかりました。今後私が行うことをまとめると図39のようになりますね。

**茂野** そうです。しかし、確実にフィニッシュに近づいています。後わずかで、患者さんにとっても川里先生にとっても納得のゆく、サイエンスを基本にした歯冠修復治療が完了します。もちろん、治療終了後のメンテナンスも重要です。

① 歯冠の研磨

② 1 支台歯形態の修正とプロビジョナルレストレーションの修正

③ 歯科技工士への情報提供

④ ビスケットバーク時の試適と修正

⑤ 完成歯冠修復物の評価と修正

図39 歯冠修復物の製作と装着に際して行うべきこと<川里>