世界の顎関節症治療について

未だに日本の顎関節症治療は混乱しています。かみ合わせを直して顎関節症を治療することを専門としている歯科医院のホーム page を見ます。

本当にかみ合わせを直すと顎関節症は治るのか、顎関節症の原因はかみ合わせの不具合なのか。そのように考えられていたのは 30 年以上前の話です。しかし、現在も、歯科医師も含めて医療関係者、マスコミも顎関節症はかみ合わせの不具合からという昔話から抜け出せません、従って、患者さんがそのように思うのは仕方ないですね。

いろいろな忖度があってか、かみ合わせが原因でないとは言えないらしいが、比重はかなり低く、歯を削ったりしてかみ合わせを変える治療はなるべくしないようにと言われています。

世界で初めて、上記の考えが公開されたのは、2010 年、米国歯科研究学会 AADR が当時の臨床試験、実験研究、疫学研究の証拠に基づく TMD 治療に関する声明でした。(AADR 顎関節症(TMD)声明　1996、2010．2015 改訂、再確認　参考資料1))

特筆されたことは、TMD の自然経過が Self-limited で時間の経過とともに改善または消失する傾向である事、従って、歯を削ったり、手術したりせずに保存的、可逆的、かつエビデンスに基づいた治療法を行うことを強く推奨した事でした。

その後、約 15 年経過し、多くの臨床的データ、疫学研究により 2010 年の TMD 声明に書かれていたことがより確かなものであることが支持されています。しかし、冒頭に書いたように、未だに TMD はかみ合わせの異常であるとか、咬合治療を最優先させる古い考えが残っています。

この度、このような状況を更に改善する事を目的に、米国歯科研究学会 AADR 単独では無く、国際歯科研究学会(IADR)INfORM グループが踏み込んで、現在の標準的 TMD 治療の 10 の重要なポイントを提案した次第です(参考資料2)。この10個のポイントが臨床的に非常に有用です。

2026年4月に米国歯科口腔頭蓋顔面研究学会(The American Association for Dental, Oral, and Craniofacial Research:　AADOCR、旧米国歯科研究学会、The American Association for Dental Research AADR)が2010年に公開した「AADR 顎関節症(TMD)声明」の改訂版として顎関節症(TMD)に関する立場表明(公開日:2026 年 4 月 7 日)を公開しました。

強調されていることは、「TMD は慢性口腔顔面痛の最も一般的な原因です。さらに、TMD は全身疾患と関連している可能性があり、他の重複または併存する痛みの状態(併存疾患)と関連している可能性が高いです。慢性 TMD は、より痛みが強く障害と関連しており、生活の質に大きな影響を与えます。」と慢性痛に言及している事です。

2024年 IADR の INfORM ネットワーク発行の参考資料2の内容もふまえて、「TMD 管理に関する標準治療推奨事項（現在の標準的 TMD 治療の 10 の重要なポイント）」が再確認されています。2010年声明同様に、「TMD 患者の治療は主にセルフケアとして、保存的、可逆的、エビデンスに基づいた治療法を行うことを推奨しています。TMD 治療は痛みを下げ、機能障害を減らし、その影響を最小限にすることを目標とするべきです。」と強調しています。さらに、「TMD の自然経過に関する研究は、TMD 症状は時間の経過とともに改善または解消する傾向があることを示唆しています。具体的には、軟組織および関節内の硬組織の状態の約 70 パーセントは時間の経過とともに安定してきます。」と述べています。つまり、70％は Self-limited であり、不可逆的な治療をしてはならず,残りの30％は慢性化する可能性が高いために特別な注意が必要であることが強調されている。そして、AADOCR は、この慢性的 TMD の多因子的な性質に対処する、歯科だけではなく学際的な教育と研究の取り組みを促進することに尽力していると書かれている。

参考資料1　AADR 顎関節症（TMD）声明 1996、2010．2015 改訂、再確認

米国歯科研究学会（American Association of Dental Research：AADR）は、顎関節症（TMD）は顎関節（TMJ）、咀嚼筋、および関連するすべての組織に影響を及ぼす筋骨格系および神経筋系の疾患群であると認識しています。これらの疾患に伴う徴候と症状は多岐にわたり、咀嚼、発話、その他の口腔顔面機能の障害などが挙げられます。また、急性または持続性の疼痛を伴うことが多く、患者は他の疼痛性疾患（併存疾患）を抱えていることも少なくありません。慢性的な TMD 疼痛は、仕事や社会との交流を阻害し、生活の質を全体的に低下させる可能性があります。
臨床試験、実験研究、疫学研究の証拠に基づくと、以下のようにまとめられます。

1. TMD または関連する口腔顔面痛の鑑別診断は、主に患者の病歴、臨床検査、そして必要に応じて顎関節放射線検査やその他の画像検査から得られる情報に基づくことが推奨されます。補助的な診断法の選択は、診断の有効性と安全性を示す公表済みの査読済みデータに基づくべきです。しかしながら、現在利用可能な TMD の技術的診断装置に関する最近の科学文献のコンセンサスは、様々な画像診断法を除き、いずれも健常者と TMD 患者を区別したり、TMD のサブグループを区別したりするために必要な感度と特異性を示していないというものです。現在、同様の整形外科的、リウマチ性、神経学的疾患の評価に用いられる標準的な医学的診断検査や臨床検査は、TMD 患者にも適応できる場合には利用できます。さらに、標準化され検証された様々な心理検査を用いて、各患者の TMD 問題の心理社会的側面を評価することができます。
2. 具体的かつ正当な理由がない限り、TMD 患者の治療は、まずは保存的、可逆的、かつエビデンスに基づいた治療法を行うことを強く推奨します。多くの TMD の自然経過に関する研究は、TMD

が時間の経過とともに改善または消失する傾向があることを示唆しています。特定の治療法が一様に効果的であると証明されているわけではありませんが、多くの保存的治療法は、咬合治療、外科的手術などの侵襲的治療と同等以上の症状緩和効果があることが証明されています。これらの治療法は不可逆的な変化をもたらさないため、有害事象のリスクははるかに低くなります。専門的な治療は、患者が自分自身の疾患について、そして症状の治療方法を学ぶホームケアプログラムによって補完されるべきです。

参考資料2　国際歯科研究学会（IADR）INfORM グループは、現在の標準的 TMD 治療の 10 の重要なポイントのリストを提案しました。

Temporomandibular disorders: INfORM/IADR key points for good clinical practice based on standard of care　CRANIO®: THE JOURNAL OF CRANIOMANDIBULAR & SLEEP PRACTICE 2024 年 10 月

2010 年に米国歯科研究学会 AADR が当時の臨床試験、実験研究、疫学研究の証拠に基づく TMD 治療に関する声明を出しました。特筆されたことは、TMD の自然経過が　Self-limited で時間の経過とともに改善または消失する傾向がある事、従って、保存的、可逆的、かつエビデンスに基づいた治療法を行うことを強く推奨した事でした。

その後、約 15 年経過し、多くの臨床的データ、疫学研究により 2010 年の TMD 声明に書かれていたことが確かなものであることが支持されています。しかし、一方では未だに TMD はかみ合わせの異常であるとか、咬合治療を最優先させる古い考えが残っています。

この度、このような状況を更に改善する事を目的に、米国歯科研究学会 AADR 単独では無く、国際歯科研究学会（IADR）が踏み込んで、現在の標準的 TMD 治療の 10 の重要なポイントを提案した次第です。

1. TMD を治療するには、患者中心の意思決定と患者の関与および視点が重要であり、治療は病歴から検査、診断、そして具体的な治療へと続くプロセスです。症状を制御および治療し、個人の日常生活への影響を軽減する方法を患者自身が学ぶことに重点を置く必要があります。

2. TMD は、口腔顔面痛や筋骨格系に起因する機能障害などの兆候や症状を引き起こす可能性がある一連の疾患です。

3. TMD の病因は生物心理社会的かつ多因子的です。咬合異常の比重は低い。

4. TMD の診断は、訓練を受けた診断医が患者の視点に基づいて実施する、標準化され検証された病歴聴取と臨床評価に基づいています。

5. 画像診断は特定の症例で有用であることが証明されていますが、慎重な病歴聴取と臨床検査の必要性に代わるものではありません。軟部組織の場合は磁気共鳴画像診断 MRI が、骨の場合はコーンビーム コンピューター断層撮影 CBT が現在の標準です。画像診断は、診断または治療に影響を与える可能性がある場合にのみ実施する必要があります。画像診断のタイミングは重要であり、コスト、利点、リスクのバランスも重要です。

6. 通常の標準治療を超えての介入や新たな器具を用いた治療を実施する前に、その根拠となるエビデンスを慎重に検討する必要があります。この分野の開発に関する知識は最新の状態にしておく必要があります。現在、筋電図活動測定、コンピュータでの顎の動きの追跡、重心の揺れ評価などは支持されていません。

7. TMD 治療は、痛みの影響を軽減し、機能制限を減らすことを目標とすべきです。治療結果は、症状悪化因子の除去と悪化の治療方法と生活の質の向上に関する教育との関連で評価する必要があります。

8. TMD 治療は、主に、主治医の指導のセルフケアの励行と、認知行動療法や理学療法などの保存的なアプローチに基づく必要があります。セルフケアをサポートする第 2 選択の治療には、理学療法、薬物療法、暫定的および期間限定のスプリントの使用が含まれます。外科的介入が必要とされるのは、ごくまれで、非常に限られたケースのみです。

9. 不可逆的な修復治療や咬合、下顎頭の位置の調整を目的とした大がかりな治療は、ほとんどの TMD の治療には適応されません。例外となるのは、歯科治療の直後に TMD のような症状が現れる、不適切な高すぎる充填やクラウンなどによる咬合の急激な変化とリウマチ、下顎頭疾患により咬合が緩除に進行する変化だけです。

10. 身体の広範囲にわたる痛みや併存疾患が同時に発生している場合、中枢感作の要素、長期にわたる痛み、または以前の治療の失敗歴など、予後が不確かな複雑な臨床症状がある場合は、TMD または非 TMD の痛みの慢性化が疑われます。そのため、適切な口腔顔面痛専門医への紹介が推奨されます。すべての国に口腔顔面痛の専門医がいるわけではないため、専門医は地域によって異なります。

参考資料3　顎関節症（TMD）に関する立場表明　公開日：2026 年 4 月 7 日

米国歯科口腔頭蓋顔面研究学会（The American Association for Dental, Oral, and Craniofacial Research：AADOCR、旧米国歯科研究学会、The American Association for Dental Research AADR）は、顎関節（TMJ）、咀嚼筋、および関連組織を含む神経回路によって調節される筋骨格系の疾患群として、顎関節障害（TMD）を認識しています。TMD は、歯原性ではない口腔顔面痛の中で最も一般的なタイプです。これらの疾患に関連する徴候と症状は多様で、痛み、関節音、機能制限として報告される場合があります。

TMD は慢性口腔顔面痛の最も一般的な原因です。さらに、TMD は全身疾患と関連している可能性があり、他の重複または併存する痛みの状態（併存疾患）と関連している可能性が高いです。慢性 TMD は、より痛みが強く障害と関連しており、生活の質に大きな影響を与えます。

強力な方法による研究の結果、TMD の病因と病態生理の理解が進み、咬合因子と顎の関係に焦点を当てたメカニズム的見解を越える事によりこの分野が進歩しました。米国科学・工学・医学アカデミー（National Academy of Sciences, Engineering, Medicine: NASEM）は、2020 年に TMD 研究とケアの優先事項に関する報告書を公開し、研究、治療、トレーニング、教育にわたる 11 項目の推奨事項を発表し、この分野の進歩と継続的なニーズの両方を強調しました 3。

TMD が多因子で複雑な疾患であり、生物心理社会フレームワーク内で理解されるという確かなエビデンスがあります。したがって、複数の因子と併存疾患に対処するには、行動的アプローチで補完された、歯科と医学を統合した学際的な管理が必要です。管理は、患者中心で、保存的で、可逆的で、エビデンスに基づいた手法に従うべきで、痛みを軽減し、機能を再確立し、生活の質を向上させることに焦点を当てる必要があります。IADR の INfORM ネットワークから、AAOP ガイドラインに準拠した TMD 管理に関する標準治療推奨事項（現在の標準的 TMD 治療の 10 の重要なポイント）が普及のために公開されている。

上記に基づき：AADOCR は、TMD および関連する口腔顔面痛疾患の診断は、主に患者の病歴、臨床検査から得られた情報に基づいて行うべきであり、必要に応じて TMJ 画像またはその他の手順で補完すべきであると推奨しています。磁気共鳴画像法（MRI）とコーンビーム CT は、それぞれ軟組織と硬組織の評価における標準的な方法である。これらの画像診断は、臨床診断を確認するだけでなく、治療法を決定し、治療結果にも影響を与えるものでなければなりません。現在の診療室で使用される電子診断機器は、TMD の有無（症例群と対照群）を鑑別したり、TMD のサブ

グループ（疼痛性または関節内診断）を鑑別出来るほどの臨床的妥当性（感度と特異度）がありません。

整形外科、リウマチ科や、神経学的標準的な検査は TMD においても有用です、また検証済みの心理検査は心理社会的要因の評価に役立ちます。

検証済みの検査ツールは成人向けであり、小児および青年向けには別な検査ツールが推奨される。

重度の心理社会的障害のある患者を除いて、ほとんどの患者は積極的な治療なしで改善する傾向があるため、AADOCR は TMD 患者の治療は主にセルフケアとして、保存的、可逆的、エビデンスに基づいた治療法を行うことを推奨しています。TMD 治療は痛みを下げ、機能障害を減らし、その影響を最小限にすることを目標とするべきです。多くの TMD の自然経過に関する研究は、TMD 症状は時間の経過とともに改善または解消する傾向があることを示唆しています。具体的には、軟組織および関節内の硬組織の状態の約 70 パーセントは時間の経過とともに安定してきます。特定の治療法が効果的であることが証明されているわけではありませんが、多くの保存的アプローチは、診断と患者のニーズに合わせて調整された治療計画を立てて行われると、同じくらいに効果的であることが証明されています。

これには、患者が自分の障害と症状の管理方法について学ぶ患者教育と自己管理、安定化装置、薬物療法と理学療法が含まれます。2,3,10,22。一般的に、治療計画には、患者が口腔行動を認識し、修正することを目的としたカウンセリングと認知行動療法が含まれるべきである。23,24 顎関節手術は少数例に限定されており、25 そのほとんどは関節穿刺などの低侵襲的手法で管理可能である。26,27 これらの手法は侵襲的治療のように不可逆的な変化をもたらさないため、リスク・ベネフィット・コスト比が優れており、患者への害を軽減する。これらの治療概念は、全米歯科診療所ベース研究ネットワークの前向きコホート研究からの最近のデータによっても裏付けられている。28 この枠組みの中で、例えば咬合や顆頭の位置の矯正に基づく不可逆的な治療アプローチは推奨されない。注意喚起と倫理的配慮を優先すべきである。29

AADOCR はまた、同様の専門家の勧告に沿って、基礎研究と臨床研究を進め、口腔顔面痛に関する実践重視の教育を、学部課程と大学院課程の両方の歯科カリキュラム内で強化することを推奨しています。3,8,30,31 口腔顔面痛は、米国歯科医師会の専門分野認定要件に従って、歯科専門分野認定および認定委員会の全国委員会（NCRDSCB）により 12 番目の歯科専門分野として認められています。32 この勧告を満たすためには、学部課程を強化し、認定された口腔顔面痛

レジデンシー プログラムの数を増やして、医療従事者の専門知識を高め、TMD 患者がエビデンスに基づいたケアを受けやすくする必要があります。

AADOCR は、TMD の理解と治療を進めるために、幅広い学際的協力の重要性を強調しています。AADOCR は、TMD の多因子的な性質に対処する学際的な教育と研究の取り組みを促進することに尽力しています。多様な研究手法への投資は、発見を効果的かつ公平な医療へと迅速に結びつけることにつながります。AADOCR は、研究者、臨床医、教育者、そして地域社会の関係者間の連携を支援することで、予防、診断、管理、教育における進歩を通じて、顎関節症（TMD）に苦しむ人々の生活の質の向上を目指しています。

（2026 年採択）