ISSN 1346-8111　平成24年5月9日発行　昭和58年11月21日学術刊行物認可903号
第32巻　2012年5月

THE JOURNAL OF THE ACADEMY OF CLINICAL DENTISTRY

日本顎咬合学会誌

2012年 第30回学術大会

プログラムおよび講演抄録集

平成24年6月9日(土)・10日(日)　東京国際フォーラム

Vol.32
特別号



特定非営利活動法人
日本顎咬合学会
THE ACADEMY OF CLINICAL DENTISTRY

次回「第31回学術大会」のご案内



テーマ：「新・顎咬合学 ―その魅力と可能性 ―」

次期理事長・大会会長：渡辺　隆史

開催日時　2013年6月29日（土）・30日（日）

会　　場　東京国際フォーラム

特別講演　Dr. Baldwin Marchack

第31回日本顎咬合学会学術大会のテーマは「新・顎咬合学－その魅力と可能性－」です。

日本顎咬合学会学術大会では、一口腔単位で治療を行う上で咬合が最も重要な分野であるという観点から、あらゆる角度で咬合学を追求してきました。その集大成が、今回行われます30周年記念大会です。

第31回学術大会では、一口腔単位で歯科をとらえる臨床から一歩踏み出して、かみ合わせと咀嚼、脳や栄養素、消化管、免疫、運動機能、摂食、嚥下などなど、口腔と全身、特にかみ合わせと全身との関わりをより一層科学的に解明し、隣接医学とも連携して、一全身単位で歯科臨床をとらえる臨床にスポットをあてて見たいと思います。

近年の歯科における技術革新には、凄まじいものがあります。インプラントは欠損補綴の治療手段として、診断と方法さえ間違わなければ最も予知性の高い治療の一つになりました。ジルコニアの開発によってメタルの呪縛が取り払われようとしています。接着技術が確立して、より低侵襲な歯科治療が可能になりました。CBCT やマイクロスコープの普及は、正確な診断と精度の高い治療を可能にしています。再生技術が進歩して、骨だけでなく歯も作れる時代もそう遠くはないのかもしれません。これら歯科の将来を担う臨床技術もテーマとして取り上げてまいります。特別講演の演者には、南カリフォルニア大学（USC）の教授で著名な臨床医であるBaldwin Marchack 先生を招聘致しました。

最新技術を取り上げるだけでなく、クラウンブリッジ、デンチャー、エンド、歯周病治療など、ベーシックな歯科臨床を繰り返し見直すことも重要です。ベーシックテーマを取り上げ、若い先生方を一流の臨床医に育てていくことも、日本顎咬合学会の重要な目的の一つであると考えています。

また第31回学術大会は、日本顎咬合学会「認定歯科技工士・認定歯科衛生士」が誕生して始めての学術大会になります。三位一体の学会として、歯科技工士・歯科衛生士向けのテーマもパワーアップして取り上げてまいります。

歯科口腔保健法の制定によって、国民の口腔の健康に対する関心度はますます高くなるでしょう。国民が歯科医療の恩恵を享受して健口長寿をまっとうできるように、我々は日々研鑽を積まなくてはなりません。第30回学術大会に引き続き、奮ってご参加くださいますようお願い申し上げます。

「新・顎咬合学」 乞うご期待下さい。

第31回日本顎咬合学会学術大会会長　渡辺 隆史

目次 CONTENTS

◆大会会長挨拶 …… 2
◆会場へのアクセス …… 3
◆東京国際フォーラム全体図 …… 4
◆東京国際フォーラム平面図 …… 5
◆理事長招宴のご案内／表彰者一覧 …… 6
◆参加者の皆様へ …… 7
◆座長の皆様へ／依頼講演、一般口演発表者の皆様へ …… 8
◆ポスター発表者の皆様へ …… 9
◆第30回日本顎咬合学会学術大会・総会 スポンサード企業 …… 10
◆賛助会員企業展示リスト …… 11
◆展示ホールのご案内 …… 12
◆日本顎咬合学会 平成24年度行事 …… 13

◆プログラム

講演
6月9日 …… 14
6月10日 …… 16
テーブルクリニック …… 18
一般口演
6月9日 …… 19
6月10日 …… 21
ポスター発表
6月9日 …… 27
6月10日 …… 29

◆抄録

特別講演 …… 31
指定講演 …… 33
有料ハンズオン …… 83
認定医教育セミナー …… 85
テーブルクリニック …… 87
一般口演 …… 121
ポスター発表 …… 167

大会会長挨拶



日本顎咬合学会理事長
第30回日本顎咬合学会学術大会・総会 大会会長

南 清和

心をひとつにして30周年記念大会を成功させよう!!

日本顎咬合学会（英語名The Academy of Clinical Dentistry)は、歯科医学・医療にたずさわる臨床歯科医師をはじめ歯科技工士、歯科衛生士、賛助会員の方々の集まりで、2012年（平成24年）4月現在会員7,115名を擁しています。

昨年3月11日14時46分18秒に宮城県牡鹿半島の東南東沖130㎞を震源として発生した観測史上最大のマグニチュード（Mw）9.0を記録した東日本大震災（東北地方太平洋沖地震）は未曾有の地震と津波により多くの方々が被災され尊い命が失われたことに未だ心がさける思いであり、深い哀悼の意を捧げます。一日も早い復興を心から願っております。今回の学術大会も昨年に引き続き東日本大震災復興チャリティーと致します。

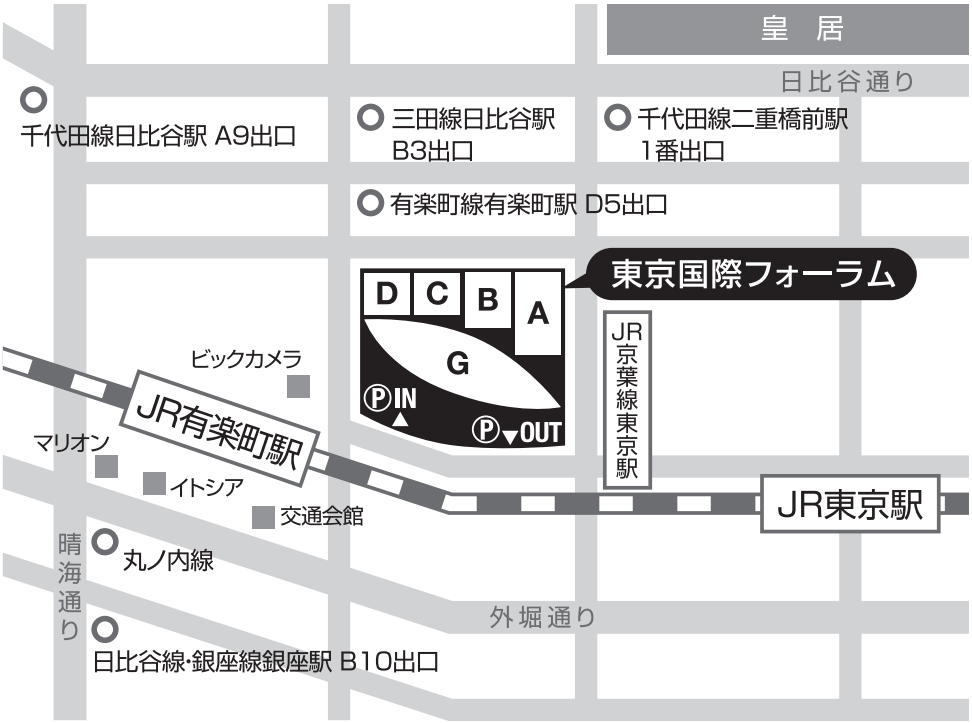
今年の日本顎咬合学会学術大会・総会は、30周年記念大会です。テーマを全ての復興そして歯科界向上の気持ちも込めて『夢のある未来に向けて ―日本顎咬合学会30年からの飛躍―』として開催いたします。30周年とのことで、演者・座長とも歯科医師は全員が学会員つまりオール日顎で企画致しました。

プログラムは、特別講演として米国より補綴臨床医で著名なFrank Spear先生が来日されます。記念講演セッションとして顎咬合学の歴史を回顧する『日本顎咬合学会30年の叡智を学ぶ』、6月10日（日）の午後には、ホールCにて本学会のこれからのキーワードである『健口長寿』をテーマとした一般の方は参加無料の公開フォーラム『命の入り口 心の出口 ～健口長寿～』を予定しております。この公開フォーラムはこれからスタートします認定歯科衛生士・認定歯科技工士資格取得の為の研修とさせて頂きます。

そして学会初の試みのライブプレパレーションを開催、審美歯科治療のオーソリティー土屋賢司先生に支台歯形成の実技をライブにて披露して頂きます。その他多くの依頼講演、60題のテーブルクリニックなど臨床力アップに役立つ企画をいたしました。会員発表も日頃の研鑽発表の場として口演176 題、ポスター86題のご応募を頂きました。今学術大会では、非会員の歯科医師の方も参加できるオープン参加形式としております。大変活気ある大会になることと思います。

お知り合いをお誘いの上、奮ってご参加を宜しくお願いいたします。

会場へのアクセス



東京国際フォーラム

〒100-0005　東京都千代田区丸の内3−5−1
TEL. 03-5221-9000

JR線

有楽町駅より徒歩1分
東京駅より徒歩5分 (京葉線東京駅とB1F地下コンコースにて連絡)

地下鉄

有楽町線：有楽町駅とB1F地下コンコースにて連絡
日比谷線：銀座駅より徒歩5分/日比谷駅より徒歩5分
千代田線：二重橋前駅より徒歩5分/日比谷駅より徒歩7分
丸ノ内線：銀座駅より徒歩5分
銀座線：銀座駅より徒歩7分/京橋駅より徒歩7分
三田線：日比谷駅より徒歩5分

首都高速道路

霞ヶ関出口から晴海通り
神田橋出口から日比谷通り
宝町出口から鍛冶橋通り
京橋出口から鍛冶橋通り

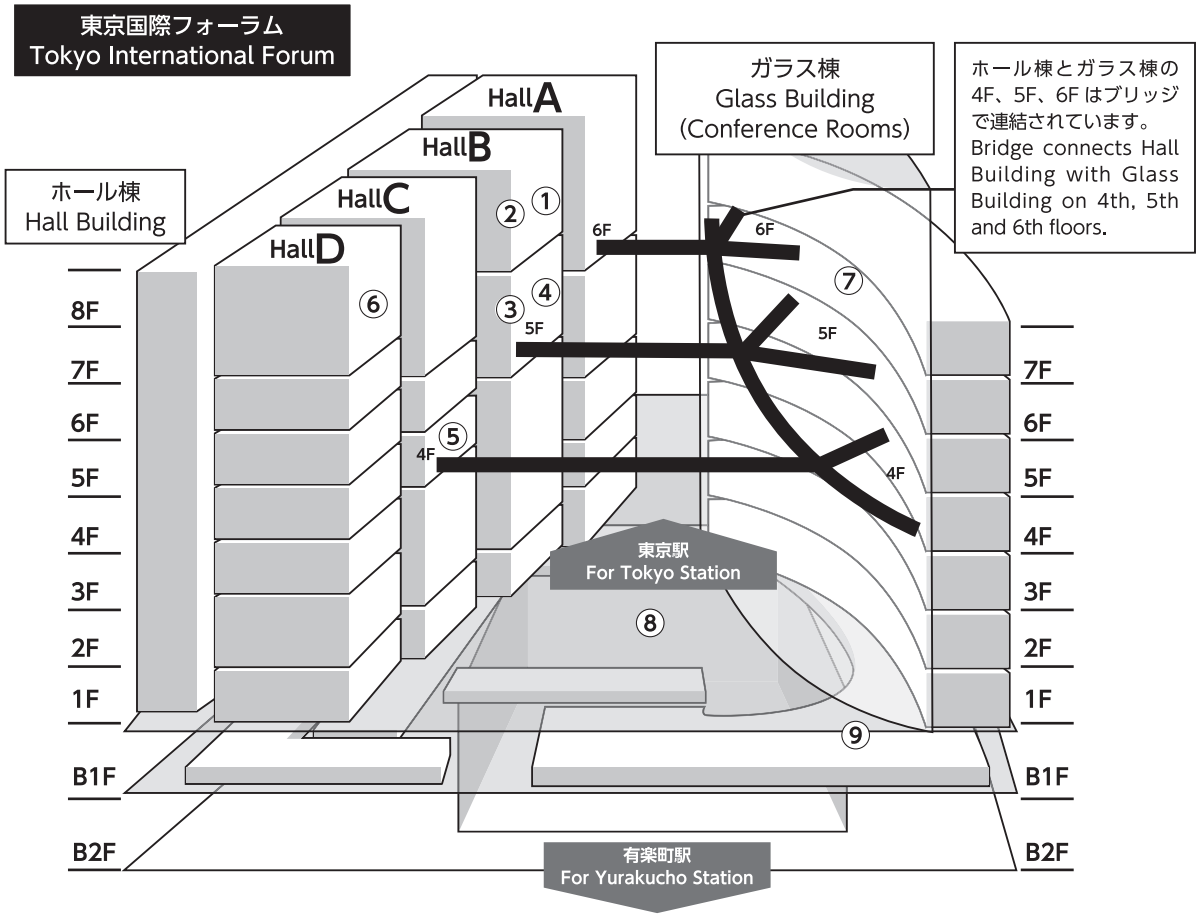
成田空港から

リムジンバス 東京駅まで80〜90分
JR成田エクスプレス 東京駅まで53分

羽田空港から

モノレール浜松町駅まで23分
JR浜松町駅より有楽町駅まで4分

東京国際フォーラム全体図



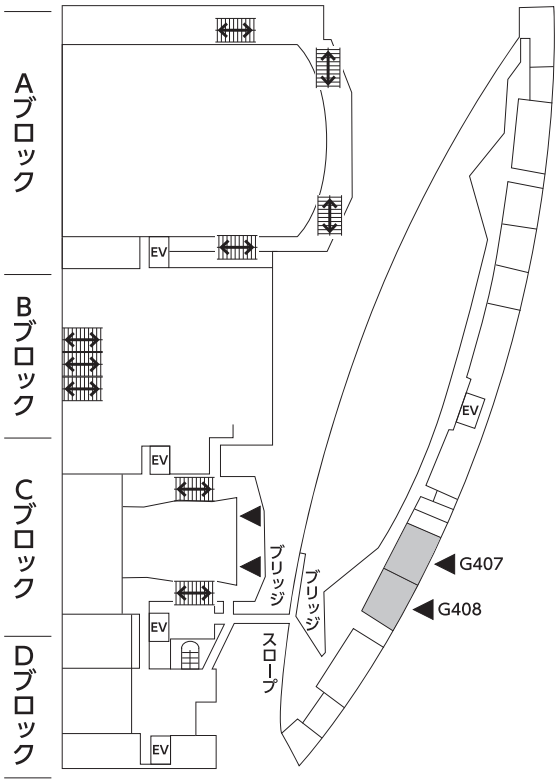
① Hall B7（1）…… 7F
② Hall B7（2）…… 7F
③ Hall B5（1）（皇居側）…… 5F
④ Hall B5（2）（ガラス棟側）…… 5F
⑤ Hall C …… 4F
⑥ Hall D7 …… 7F
⑦ ガラス棟 …… 5F
Glass Building

⑧ 展示ホール（1）…… B2F
Exhibition Hall 1
●企業展示（Supporting Member Exhibition）
展示ホール（2）…… B2F
Exhibition Hall 2
●テーブルクリニック（Table Clinic）

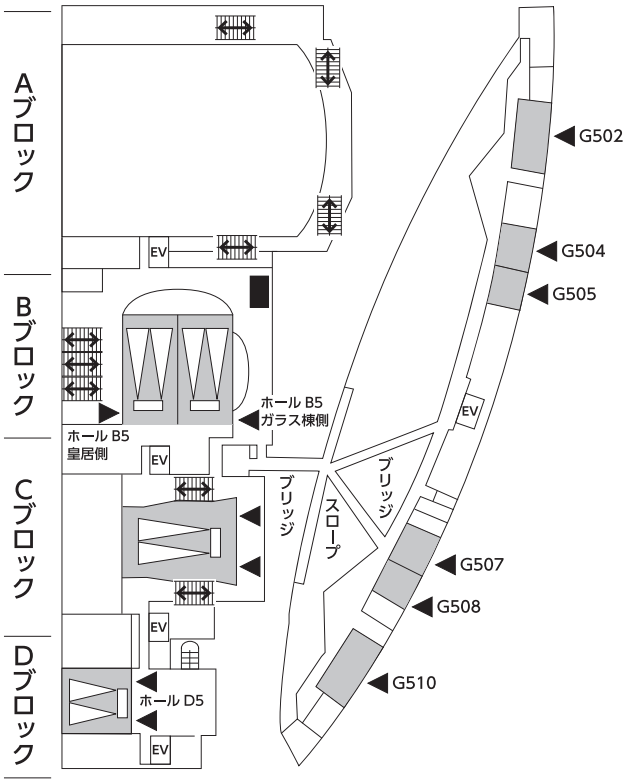
⑨ 総合受付・インフォメーションデスク …… B1F
Registration / Information Desk

東京国際フォーラム平面図

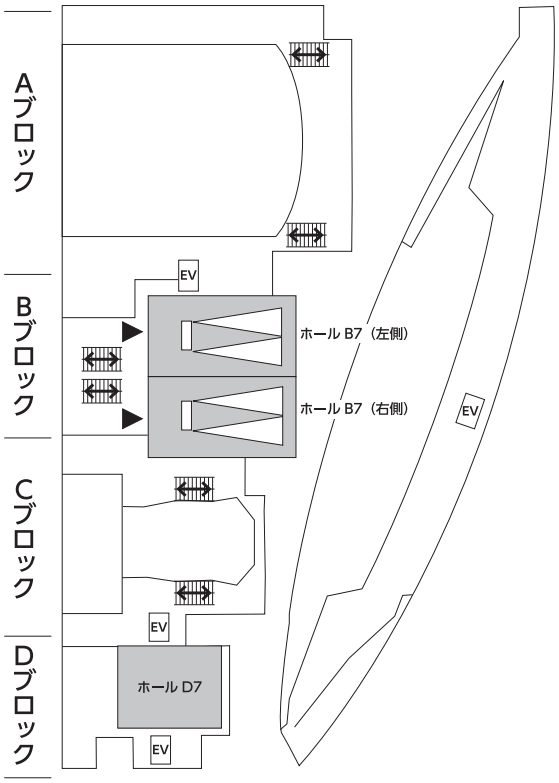
4階



5階



7階



会員発表（口演）

G407	9日	O-1 ～ O-10
	10日	O-61 ～ O-80
G408	9日	O-11 ～ O-20
	10日	O-81 ～ O-99
G504	9日	O-21 ～ O-30
	10日	O-100 ～ O-119
G505	9日	O-31 ～ O-40
	10日	O-120 ～ O-138
G507	9日	O-41 ～ O-50
	10日	O-139 ～ O-157
G508	9日	O-51 ～ O-60
	10日	O-158 ～ O-176

理事長招宴のご案内

前回大会の会員発表優秀者、学会誌優秀論文賞、今大会のカボデンタル賞、モリタ賞の表彰を行います。軽食とお飲み物をご用意しておりますので、皆様のご参加をお待ちしております。

日時：6月9日(土) 17:30 ~ 19:30
会場：展示ホール

表彰者一覧

学会誌優秀論文賞受賞者

	発表者	職種	共同発表者	演題テーマ
学会誌優秀論文賞＋モリタ賞	俵木 勉	歯科医師	重田 浩貴，新居 智恵，町野 守	CTを用いた下顎オトガイ孔部の骨断面形態および下顎管の走行形態の観察
学会誌優秀論文賞	藤野 茂	歯科医師	古屋 延明，渡辺 浩，松島 弘季，杉山 和孝	HAコーティングインプラントの10-13年間の臨床評価
該当者なし		歯科技工士		
該当者なし		歯科衛生士		

第29回学術大会優秀発表者（口演）

発表者	カテゴリー	演題タイトル
市川 正人	歯科医師	床離脱牽引力測定試験からみた下顎総義歯の後縁部、舌側後方部および舌側後縁部における床外形線設定位置
石橋 貴樹	歯科医師	咀嚼機能の改善目指した咬合再構成 -日常臨床における咀嚼運動解析の応用法-
多胡 親孝	歯科医師	過蓋咬合へのアプローチ
本多 孝史	歯科医師	金属床義歯装着により金属アレルギーが判明した一症例 ～ A case to appear metal allergy after metal plate denture placement ～
河合 竜佐	歯科医師	咬合平面の再構成を行い治療したHigh Angle classⅡopen bite症例
安達 恵利子	歯科衛生士	これからの歯科衛生士の課題
江本 寛	歯科医師	「調和のとれた前歯部審美修復」
鷲野 崇	歯科医師	コンポジットレジン修復の考察～テクニック向上のためのトレーニングに関する一案
青木 聡	歯科医師	インプラントによる咬合再構成をするときの再現性の高い下顎位・咬合高径決定基準について
石幡 伸雄	歯科医師	部分床義歯の維持に必要な「把持力」とは

第29回学術大会優秀発表者（ポスター）

発表者	カテゴリー	演題タイトル
三好 瑠美	歯科衛生士	リコールとSPTの違いについて
末次 亜衣	歯科衛生士	歯科医院における感染予防対策
足立 和嘉子	歯科医師	インプラント術前処置としてMGSを行い口腔環境の向上をはかった症例
坂口 雄一	歯科医師	院内改革プロジェクトその１
増井 健志	歯科医師	プレパレーションにおけるガイドグループの重要性

参加者の皆様へ

■当日参加登録受付

場　　所 ： 東京国際フォーラム ガラス棟地下 1 階 ロビーギャラリー
受付時間 ： 平成 24 年 6 月 9 日（土）8:00 ～ 17:00
　　平成 24 年 6 月 10 日（日）8:00 ～ 15:00

■当日参加登録の方

当日参加登録受付にてお手続きをお願い致します。
会員の方は抄録集をお忘れなくご持参下さい。お忘れの場合は総合案内にて 1 部 1,000 円での販売となります。
※第 30 回学術大会に限り新規入会（平成 24 年 1 月 1 日～ 6 月 10 日までのご入会）の方は、参加費より入会金分（4,000 円）が割引となります。
入会お手続き完了後、参加登録を行ってください。

会員歯科医師	27,000 円	非会員歯科医師	31,000 円
会員歯科衛生士	12,000 円	非会員歯科衛生士	15,000 円
会員歯科技工士	12,000 円	非会員歯科技工士	15,000 円
歯科助手	12,000 円	臨床研修医	5,000 円
学生	1,000 円		

■ネームカードをお受け取り済みの方

お手元に届いておりますネームカードをネームホルダーに入れて首から掛けていただき、そのまま各会場へお入りください。
※コングレスバッグはガラス棟地下 1 階ロビーギャラリーでお渡ししております。
※会員の方は抄録集をお忘れなくご持参下さい。お忘れの場合は総合案内にて 1 部 1,000 円での販売となります。
※事前参加登録後のキャンセルはお受け出来ません。予めご了承ください。

■認定単位申請について

認定医の単位申請につきましては、地下 1 F の総合案内に設置されておりますパソコンのバーコードリーダーに会員カードをかざして申請をしてください。

■有料ハンズオン受講について

有料ハンズオン受講票（事前送付）をご持参いただき、地下 2 階セミナー室 2 まで直接お越しください。
なお、当日枠はございませんのでキャンセル待ちの方には事前にご連絡をさせて頂きます。

■認定医教育セミナー受講について

認定医教育セミナー受講票（事前送付）をご持参いただき、地下 2 階セミナー室 2 まで直接お越しください。
なお、当日枠はございませんのでキャンセル待ちの方には事前にご連絡させて頂きます。

■新入会、年会費について

インターネットから常時お手続きが可能です。（http//www.ago.ac/）
また、学術大会当日は日本顎咬合学会事務局デスクにて承ります。
≪入会金≫ 4,000 円
≪年会費≫ 15,000 円
※第 30 回学術大会に限り新規入会（平成 24 年 1 月 1 日～ 6 月 10 日までのご入会）の方は、参加費より入会金分（4,000 円）が割引となります。入会お手続き完了後、参加登録を行ってください。

座長の皆様へ

当日は、座長用リボン「CHAIRMAN」を付けて頂きます。
事前参加登録の場合→ネームカードと一緒に発送。
当日参加登録の場合→総合案内もしくは会場にてお渡し。

【1】依頼講演、一般口演発表座長

ご担当セッション開始 15 分前までに、各会場内に設けてあります『次座長席』までお越し頂きご着席になってお待ちください。

【2】ポスター発表座長

ご担当セッション開始 15 分前までに、展示ホール入口『ポスター発表受付』にお越しください。

【評価表について】

一般口演は座長席に、ポスター発表はポスター発表受付に「評価表」を準備しております。
発表者の評価をしていただき、セッション終了後は会場内スタッフ（ポスター発表はポスター発表受付）にお渡しください。

依頼講演、一般口演発表者の皆様へ

当日は、講演・発表者用リボン「SPEAKER」を付けて頂きます。
事前参加登録の場合→ネームカードと一緒に発送。
当日参加登録の場合→総合案内もしくは会場にてお渡し。

【1】発表時間について

依頼講演については、各自お送りしてます依頼状をご確認ください。
一般口演発表については、発表時間 15 分、質疑応答 5 分です。
時間厳守でお願い致します。

【2】データ受付について

発表の 30 分前に各発表会場のオペレーター席（会場前方左手）まで各自の PC をご持参いただき、受付を行ってください。オペレーターがデータ出力の確認を致します。日曜日の**午前中**発表の方は、土曜日 17：00 ～ 17：20 でも可能です。
※ＰＣのご用意は**各自でお願い致します。学術大会事務局での用意はありません。**

【3】発表について

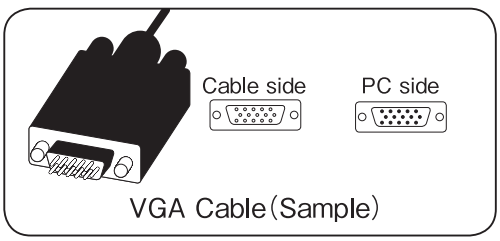
発表は原則として、PC プレゼンテーションのみとなります。スライドに動画を挿入している場合は、動画データも必ず一緒にお持ちください。会場内のスクリーンは４：３のスクリーンを 1 面のみ使用可能です。

【4】PC について

PC 本体の機種については、Windows、Macintosh のどちらでも可能です。

＜ PC 本体持込みの注意点＞

出力コネクターとの接続は、「D-Sub ミニ三列 15 ピン型（５個のピン穴が３段になっているもの）」（右図参照）を用意しております。これ以外のコネクター形状をお持ちの方は、変換コードをご用意ください。また、パソコンのＡＣアダプターは必ずご持参ください。



VGA Cable（Sample）

ポスター発表者の皆様へ

当日は、発表者用リボン「SPEAKER」を付けて頂きます。
事前参加登録の場合→ネームカードと一緒に発送。
当日参加登録の場合→総合案内もしくは会場にてお渡し。

【1】会場

展示ホール内　※受付は展示ホール入口にございます。

【発表時間について】質疑応答併せて４分

【2】スケジュール

掲示可能時間：６月９日（土）10：00 ～ 12：00（可能な限りこの時間内に貼り出しをしてください。）
ポスター掲示の際は、パネルの前にある画鋲をご使用ください。
※ポスターは２日間に渡り掲示させていただきます。

発表日時　：①６月９日（土）14：00 ～
②６月 10 日（日）10：00 ～
発表の際はセッション開始時間の 15 分前までに､各自掲示してあるポスター前で待機してください。

撤去　　：６月 10 日（日）16：00 ～ 17：00
※撤去時間後も掲示されているポスターについては、事務局にて処分させて頂きます。

【3】カボデンタル賞について

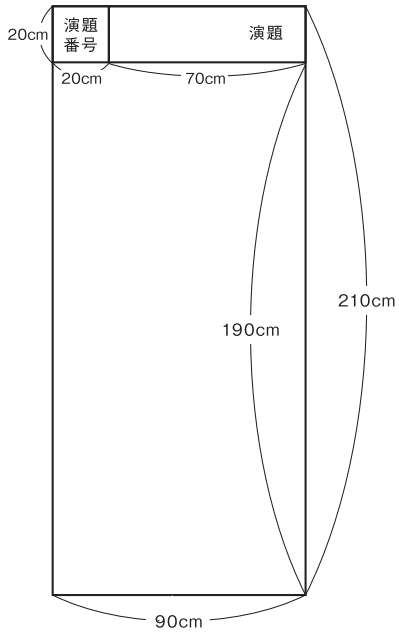
卒後 10 年程度の若手歯科医師で「咬合」が含まれたポスター発表の中から 最優秀発表者１名にカボデンタル賞が贈られます。優秀カボデンタル賞を受賞された方は学会誌での投稿および理事長招宴での受賞を義務とします。

副賞：プロター evo7・ARCUS フェイスボウ　【カボデンタルシステムズジャパン株式会社提供】

【4】モリタ賞

会員の中から、平成 23 年度発行の学会誌より優秀論文賞受賞の歯科医師１名、第 30 回学術大会ポスター発表の中より歯科技工士１名に贈られます。

【5】ポスターサイズ

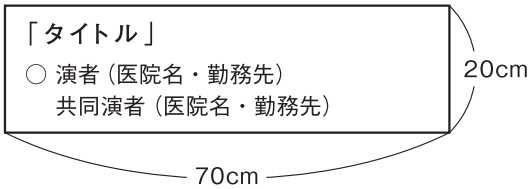


左記サイズのパネルをご用意いたしますので、規格内のサイズでポスターのご準備をお願いします。

① 20cm × 20cm の演題番号は事務局にてご用意いたします。

② 70cm × 20cm の演題（タイトル部分）は各自でご用意ください。

（例）



③ 90cm × 190cm のスペースにポスターを貼付してください。

＜注意＞
会場でのポスター修正・印刷は出来ません。予めご了承ください。
パネル内におさまれば、ポスターの形状・サイズは問いません。

第30回日本顎咬合学会学術大会・総会 スポンサード企業

メーカーシンポジウム	グラクソ・スミスクライン株式会社 株式会社ジーシー 株式会社モリタ
ランチョンセミナー	株式会社カイマンデンタル カボデンタルシステムズジャパン株式会社 ストローマン・ジャパン株式会社 スリーエムヘルスケア株式会社 ノーベル・バイオケア・ジャパン株式会社 株式会社白鵬
テーブルクリニック	Ivoclar Vivadent 株式会社 カボデンタルシステムズジャパン株式会社 京セラメディカル株式会社 株式会社トクヤマデンタル 株式会社マイクロテック 株式会社茂久田商会 株式会社モリタ 株式会社ヨシダ
コングレスバッグ	カボデンタルシステムズジャパン株式会社
ネームストラップ	フィード株式会社
ポケットプログラム	シロナデンタルシステムズ株式会社
HPバナー広告	グラクソ・スミスクライン株式会社



にちがく 日顎基金からのお願い

第30回学術大会参加の皆様へ

学術大会開催中、患者様から寄付された撤去冠や不要となった指輪、
イヤリングなどの貴金属等をお引き受け致します。
僅かでも結構ですので、皆様からの御協力をお願い致します。
展示ホールにて基金事業協力賛助会員の

相田化学工業株式会社
日本メディカルテクノロジー株式会社
アサヒプリテック株式会社

各ブースにお気軽にお立ち寄りください。



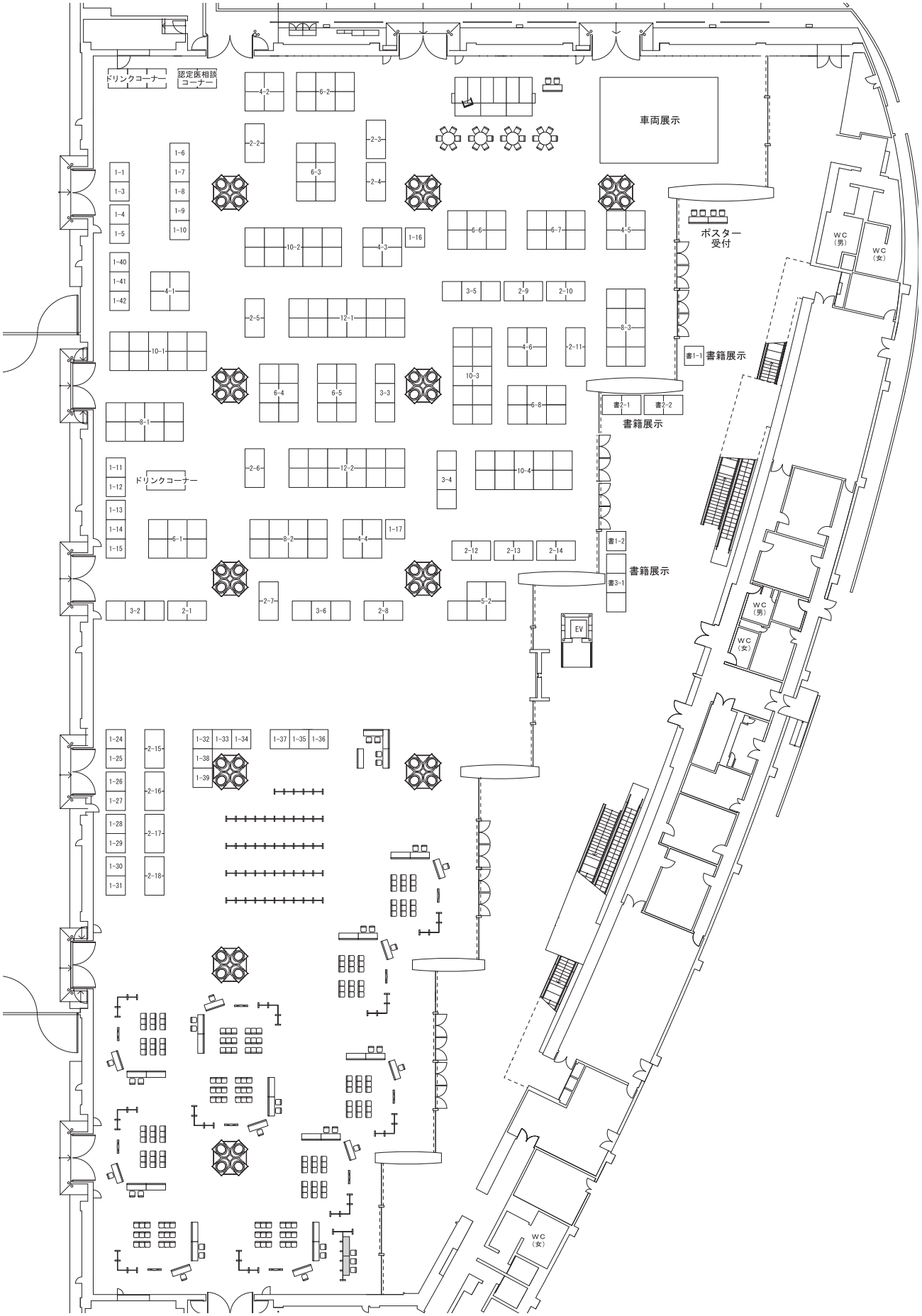
賛助会員企業展示リスト

	企　業　名	小間番号
ア行	株式会社アイキャスト	1-32
	相田化学工業株式会社	1-17
	株式会社アイディエス	1-36
	株式会社アイデンス	1-4
	株式会社浅野歯科産業	1-7
	アサヒプリテック株式会社	1-12
	アストラテック株式会社	4-1
	株式会社アルタデント	2-3
	アロマスター株式会社	2-10
	医歯薬出版株式会社	書2-1
	伊藤超短波株式会社	2-11
	Ivoclar Vivadent株式会社	2-4
	株式会社インプラテックス	3-3
	ウエルテック株式会社	1-34
	株式会社OSSTEM JAPAN	6-4
	株式会社オーラルケア	10-1
カ行	株式会社カイマンデンタル	4-3
	カボデンタルシステムズジャパン株式会社	10-2
	キユーピー株式会社	1-8
	京セラメディカル株式会社	8-1
	クインテッセンス出版株式会社	書3-1
	グラクソ・スミスクライン株式会社	1-15
	クロスフィールド株式会社	1-9
	コアフロント株式会社	2-6
	株式会社コムネット	1-16
サ行	サイブロン・デンタル株式会社	1-10
	佐藤歯材株式会社	3-2
	サンスター株式会社	1-14
	有限会社サンフォート	1-25
	サンメディカル株式会社	2-1
	株式会社歯愛メディカル	3-6
	株式会社ジーシー	8-2
	歯科医院経営研究会	1-5
	ジャパンライム株式会社	1-26
	株式会社松風	6-5
	シロナデンタルシステムズ株式会社	6-3
	ストローマン・ジャパン株式会社	2-8
	株式会社スマートプラクティスジャパン	10-4
	スリーエムヘルスケア株式会社	6-7
	株式会社ソニックテクノ	2-12
タ行	大成建設ハウジング株式会社	1-1
	タカラベルモント株式会社	6-2
	株式会社デンタルダイヤモンド社	書2-2
	デンツプライ三金株式会社	6-6

	企　業　名	小間番号
タ行	10DR JAPAN 株式会社	2-13
	株式会社東京歯材社	1-24
	株式会社東京リサーチコンサルタント	車-1
	トーシンデンタル株式会社	2-14
	株式会社トクヤマデンタル	2-5
	株式会社トライマント	1-27
ナ行	株式会社永末書店	書1-1
	株式会社ニッシン	1-33
	株式会社日本歯科商社	1-35
	日本スリービー・サイエンティフィック株式会社	1-28
	日本パラメディック株式会社	1-29
	日本ビスカ株式会社	2-15
	日本メディカルテクノロジー株式会社	1-30
	日本メディカルネットコミュニケーションズ株式会社	2-2
	ニューデンタルリサーチ株式会社	1-31
	ノーベル･バイオケア･ジャパン株式会社	4-2
ハ行	バイオメット3iジャパン株式会社	1-40
	白水貿易株式会社	5-2
	株式会社白鵬	8-3
	有限会社ハッピーハンズラテックスグローブス	4-6
	パナソニックヘルスケア株式会社	1-3
	株式会社日向和田精密製作所	1-41
	ヒューフレディ・ジャパン株式会社	4-5
	株式会社ヒョーロン・パブリッシャーズ	書1-2
	フィード株式会社	10-3
	株式会社フォレスト・ワン	4-4
	株式会社フリーセル	1-11
	株式会社プロシード	2-16
	ペントロンジャパン株式会社	3-4
マ行	株式会社マイクロテック	6-1
	株式会社マテリアライズ デンタル ジャパン	2-9
	マニー株式会社	1-42
	株式会社みんれび	1-6
	明海大学歯学部　生涯研修部	1-37
	メディア株式会社	1-13
	有限会社メディア・レフ	2-7
	株式会社メディカルエイペックス	2-17
	株式会社茂久田商会	3-5
	株式会社モリタ	12-1
ヤ行	株式会社ヨシダ	12-2
ラ行	ライオン歯科材株式会社	1-38
	リングアンドリンク株式会社	1-39
ワ行	株式会社YDM	6-8
	和田精密歯研株式会社	2-18

展示ホールのご案内

9日（土）12：00 ～ 19：30
10日（日）9：00 ～ 16：45



日本顎咬合学会 平成24年度行事（一部抜粋）

●第13回 咬合フォーラム

テーマ	咬合平面の臨床的意義を探る！
日時	2012年9月30日（日）10：00～16：30（開場9：40）
会場	東京国際フォーラム
座長	菅野 博康 先生（宮城県仙台市開業）
演者 （登壇順）	今井 俊広 先生（鳥取県米子市開業）「動的咬合と咬合平面とのかかわり」 松本 勝利 先生（福島県南会津郡開業）「生体調和を考えた機能的咬合平面について」 内藤 正裕 先生（東京都港区開業）「咬合の全体像と咬合平面」

●海外研修ツアー

「American Academy of Esthetic Dentistry 37th Annual Meeting」
（アメリカ審美歯科協会）

■会場：THE RITZ-CARLTON in Naples, Florida

恒例のAAED（アメリカ審美歯科協会）での海外研修です。著名な臨床家が集まるこの機会にぜひ生の講演を聴講してみませんか。詳細は5月中旬発行予定のニュースレターでご確認ください。

●第22回日本歯科医学会総会への参加について

日本顎咬合学会では、平成24年11月9日（金）～ 11日（日）に大阪で開催されます第22回日本歯科医学会総会に認定分科会として参加致します。皆様ぜひご参加ください。

日本顎咬合学会分科会プログラム

開催日 11月11日（日）14：00 ～ 17：00

演題

ライフステージに応じた口腔機能の回復で幸せな人生を過ごす。

■演者：上濱 正、増田 純一、河原 英雄

■座長：渡辺 隆史

日本顎咬合学会分科会プログラムに参加した場合は、10単位が取得できます。会員カードをお持ちいただき日本顎咬合学会分科会プログラム会場前（11月11日（日）14:00 ～ 17:00の間）にてご申請ください。事後の単位申請は認められません。必ず、会場前にご申請にお越しください。

講演　6月9日（土）

	ホールC	ホールB7左側	ホールB7右側	ホールB5皇居側	ホールB5ガラス棟側
AM	9:00 ～ 9:15 Dr. DH DT 開会式 9:30 ～ 12:00 特別講演 1 **A 30 year retrospective on prosthodontic success and failure** Frank Spear（150分） 【座長】南 清和				
PM	13:30 ～ 16:30 Dr. DT **多数歯・無歯顎インプラント補綴の咬合** 2 多数歯欠損症例におけるインプラントの治療指針 ―顎咬合学会で教わったこと 顎咬合学会で伝えたいこと― 小川 洋一（45分） 3 多数歯欠損におけるインプラント上部構造の材料選択と咬合 夏堀 礼二（45分） 4 審美領域でのインプラント補綴形態を考える 林 揚春（45分） 5 無歯顎インプラント補綴における構造力学的考察 伊藤 雄策（45分） 【座長】細山 愃	13:30 ～ 16:30 Dr. DT 記念講演 **日本顎咬合学会 30年の叡智を学ぶ①** 6 ナソロジーの果してきた貢献 波多野 泰夫（25分） 7 咬合学の変遷、そしてこれからの修復治療 桑田 正博（25分） 8 何故 M・T・Rの繰り返しのリマウントが必要だったのか 菅野 博康（25分） 9 顎咬合学分野での歯科技工の役割 齊木 好太郎（25分） 10 咬合は臨床の要 鈴木 尚（25分） 11 Immediate side shiftに関する論議 ―その経緯とEvidence― 小林 義典（25分） 【座長】南 清和、加々美 恵一	13:30 ～ 16:30 DH **これからの歯科衛生士が学ぶべきこと** 12 歯科衛生士ミッションを再考する ～今後　歯科衛生士に求められることとは…～ 村上 恵子（50分） 13 歯周治療から考える歯科衛生士の未来 鍵和田 優佳里（50分） 14 これからの歯科衛生士が学ぶべきこと ～メインテナンスの今まで、そしてこれから～ 小林 明子（50分） ディスカッション（30分） 【座長】小林 和一	13:30 ～ 15:00 Dr. DT メーカーシンポジウム① **健康なかみ合わせを考える ―その診断と治療―** 15 咬合接触・咬合力からみた咬合診断 ―バイトアイとオクルーザーの応用― 渡邉 誠 16 咬頭嵌合位の重要性 本多 正明 【座長】久保田 智也 株式会社ジーシー 15：00 ～ 16：30 17 超高齢社会に対応した歯科医療 高橋 英登 【座長】久保田 智也 グラクソ・スミスクライン株式会社	14:00 ～ 16:30 Dr. DT 特別講演 18 **Diagnosing, treatment planning, and treating both Esthetics and Function in patients with severe tooth wear** Frank Spear（150分） 【座長】内藤 正裕

Dr. 歯科医師　DH 歯科衛生士　DT 歯科技工士

※プログラムは予告なく変更になることがあります。最新情報はHPでご確認ください。http://www.ago.ac/30th/

	ホールD7	ガラス棟G502	ガラス棟G510	セミナー室1	セミナー室2
AM					
PM	13:30 ～ 16:30 Dr. DT **歯科医師・歯科技工士の究極のコラボレーション** 19 「高まる審美と機能の調和」 ―アクティブシニアの求める義歯製作― 阿部 二郎、小久保 京子（60分） 20 普遍的な咬合、補綴を求めて 普光江 洋、榊原 功二（60分） 21 Absolute Collaboration 日髙 豊彦、高橋 健（60分） 【座長】齋藤 善広、田村 勝美	13:30 ～ 16:30 Dr. DT **各種パーシャルデンチャーによる機能回復** 22 咬める！守れる！パーシャルデンチャー!! 俵木 勉（50分） 23 コーヌス義歯を再考する。 黒岩 昭弘（50分） 24 1本のインプラントで変えるパーシャルデンチャー 亀田 行雄（50分） ディスカッション（30分） 【座長】稲葉 繁	13:30 ～ 16:30 Dr. DH **接着を活かした審美修復治療の実際** 25 審美領域におけるDirect Bondingとセラミック修復 大谷 一紀（50分） 26 CRによる接着審美修復 ～中長期症例に学ぶその勘所～ 泥谷 高博（50分） 27 Initial introductionを考えた時短で行える審美充填テクニックについて 松本 勝利（50分） ディスカッション（30分） 【座長】松本 勝利	13:30 ～ 16:30 Dr. DH DT **東日本大震災から、歯科医師が成すべきことを考える** 28 宮城県における歯科的身元確認の取り組み 柏崎 潤（45分） 29 東京電力福島第一原発事故の現状と今後の対応について 藤田 富夫（45分） 30 地域歯科医療の復興を目指して ～岩手県での対応～ 西尾 俊彦（45分） 31 東日本大震災への宮城県の取り組み ―その教訓を今後に生かすために― 木村 純子（45分） 【座長】木村 純子	13:30 ～ 16:30 DH 有料ハンズオン① 《事前参加登録制》 H-1 **ここから始めよう シャープニング・スケーリングテクニック** 鈴木 朋湖（180分） ※初心者向け 臨床歴3年以内の方対象

講演　6月10日（日）

	ホールC	ホールB7左側	ホールB7右側	ホールB5皇居側	ホールB5ガラス棟側
AM	9:15 ～ 12:00 Dr. DT **コンプリート デンチャーのすべて 超高齢社会に備える** 32 全部床義歯臨床に必要な顎関節の生理的変化と病態 松島 正和（30分） 33 今後増加が予想される上顎総義歯補綴における難症例について 上濱 正（45分） 34 全部床義歯の臨床を総括する―特に下顎の難症例の診査診断から治療，さらに定期健診まで― 小出 馨（45分） 35 総義歯の咬合を考える～顎位、咬合採得、咬合調整も含めて～ 村岡 秀明（45分） 【座長】佐藤 勝史	9:15 ～ 12:00 Dr. DH DT **審美と機能の調和を考える** 36 審美性と機能性　両立の要点 大村 祐進（50分） 37 Predictable esthetic success in the full mouth rehabilitation ―the interdiciplinary approach 全顎治療における予知性の高い審美回復を目指して―包括的なアプローチ 李 志如（50分） 38 複雑な補綴のマネージメント 山﨑 長郎（60分） 【座長】脇本 貢	9:15 ～ 12:00 Dr. DH DT **患者さんを幸せにする法則** 39 たった一度の歯科衛生士人生を充実させるために必要な３つの習慣 濵田 智恵子（35分） 40 楽しくコーチング～いつもと違うワタシに会える～ 坂口 雄一（35分） 41 皆さんにお伝えしたい幸せの法則 木下 晴弘（80分） 【座長】石原 研	9:15 ～ 12:15 Dr. DH メーカーシンポジウム② **～これからの超高齢社会に向けて～「従来型修復治療から、新たな予防的修復治療への転換」（生涯歯を守り、長持ちさせる為の提言）** 42 咬合崩壊を防ぐ予防的修復治療 柏田 聰明 43 メインテナンスに必要な修復治療とは？ 田上 順次 44 メタルフリー時代に求められる修復治療のマネジメント 加藤 正治 【座長】石上 和紀 MORITA 株式会社モリタ	9:15 ～ 12:00 Dr. DT 記念講演 **日本顎咬合学会 30年の叡智を学ぶ②** 45 ナソロジーとの出合いと衝撃！―咬み合わせの科学は面白い― 普光江 洋（25分） 46 インプラントの咬合 河津 寛（25分） 47 日本顎咬合学会に参加する喜び（日常臨床に安心と責任を求めて） 吉木 邦男（25分） 48 歯の価値を啓発する歯科保健・医療と医療経済 富野 晃（25分） 49 私が考える歯科医師の原点 林 崇民（25分） 50 炎症と力のコントロールを目指して（すべてはナソロジーとの出会いから） 上野 道生（25分） 【座長】岩田 健男、普光江 洋
			12:30 ～ 13:30 ランチョンセミナー① 66 Bone Level Implantがもたらす審美領域におけるアドバンテージ 中田 光太郎 【座長】田ヶ原 昭弘 straumann ストローマン・ジャパン株式会社	12:30 ～ 13:30 ランチョンセミナー② 67 デジタル印象と高透過性ジルコニアのインプラントへの応用 夏堀 礼二、十河 厚志 【座長】挽地 俊哉 3M ESPE スリーエムヘルスケア株式会社	12:30 ～ 13:30 ランチョンセミナー③ 68 インプラントにおけるCGFの有効性 林 揚春 【座長】吉竹 弘行 HAKUHO 株式会社白鵬
PM	13:50 ～ 16:30 Dr. DH DT 公開フォーラム **命の入り口心の出口 ～健口長寿～** 72 ライフステージに応じた口腔機能の回復で幸せな人生を 上濱 正（40分） 河原 英雄（40分） 増田 純一（40分） ディスカッション（40分） 【座長】小林 義典 認定歯科衛生士・認定歯科技工士認定研修Ⅰ	13:50 ～ 16:30 Dr. **Live Preparation 審美の真髄をリアルタイムで学ぶ** 73 修復治療を成功に導く第一歩を学ぶ支台歯形成及びプロビジョナルレストレーション 土屋 賢司（160分） 【座長】北原 信也	13:50 ～ 16:30 Dr. **現代歯周治療のトレンド** 74 歯周治療におけるオフィス・マネージメントを考える 有田 博一（50分） 75 歯周領域における審美治療 陳 柏堅（50分） 76 歯周組織再生療法の可能性 木村 英隆（50分） 【座長】申 基喆		13:50 ～ 16:30 Dr. DT 記念講演 **日本顎咬合学会 30年の叡智を学ぶ③** 77 中心位を咬合の基準点として解ったこと 小嶋 壽（25分） 78 重度歯周病患者の顎位が急激に変化した19年経過症例 小林 和一（25分） 79 昭和から平成に至るDental Implantの臨床―40年の経験より― 小嶋 榮一（25分） 80 日顎30周年記念―もう30年にもなるのか～― 菅崎 直身（25分） 81 日本のナソロジーの夜明を語る。 伊藤 雄策（25分） 82 顎学に燃えた志高き人々 国際ナソロジー学会アーカイブ画像 舘野 常司（25分） 【座長】山地 良子、上田 秀朗

Dr. 歯科医師　DH 歯科衛生士　DT 歯科技工士

※プログラムは予告なく変更になることがあります。最新情報はHPでご確認ください。http://www.ago.ac/30th/

	ホールD7	ガラス棟G502	ガラス棟G510	セミナー室1	セミナー室2
AM	9:15 ～ 12:00 DT **近未来の歯科技工を語る** 51 私の考える メタルセラミックス（色調編） 小田中 康裕（40分） 52 Artificial gingiva Procedure 志田 和浩（40分） 53 セラミック修復物を 天然歯に調和させる ための要件と製作の実際 湯淺 直人（40分） 54 デンタルカンファレンス ～治療ゴールを共に考える 大切さ～ 桜井 保幸（40分） 【座長】山田 和伸	9:15 ～ 12:00 Dr. DH DT **包括的歯科治療における インプラント** 55 包括的治療における インプラントの 診査・診断と治療戦略 田ヶ原 昭弘（40分） 56 包括歯科臨床の実際 ～審美的で機能的な 咬合再構成を求めて～ 上田 秀朗（40分） 57 機能と審美における セレンディピティー 行田 克則（40分） 58 矯正とインプラント治療の 包括的アプローチ 金城 清一郎（40分） 【座長】細川 隆司	9:15 ～ 12:00 Dr. DH **マイクロスコープを用いた 精密歯科治療** 59 About SMILE technique 松川 敏久（55分） 60 歯牙を診て根管を診る 小林 実（55分） 61 日常臨床における マイクロスコープの活用 ―修復・エンドから インプラントまで― 岡口 守雄（55分） 【座長】別部 尚司	9:15 ～ 12:00 Dr. DH DT **ここから30年 元気な歯科医院を目指して！** 62 インプラントによる これからの歯科医院経営 髙田 浩行（40分） 63 スタッフと共に討ち死に覚悟で 不況に立ち向かおう！ 角岡 秀昭（40分） 64 医院経営の見える化と 自立型スタッフ育成論 領木 誠一（40分） 65 古希を越え ますます使命感に燃えて 鶴丸 髙久（40分） 【座長】夏見 良宏	9:15 ～ 12:30 Dr. 認定医教育セミナー 《事前参加登録制》 N-1 **咬合診断の 基本としての 咬合器の使用法** 田端 義雄（165分） 協賛企業： 株式会社浅野歯科産業 カボデンタルシステムズ ジャパン株式会社 株式会社日本歯科商社 フィード株式会社 株式会社茂久田商会 株式会社 ロッキーマウンテンモリタ （五十音順）
		12:30 ～ 13:30 ランチョンセミナー④ 69 カボシステムによる 究極の総義歯 稲葉 繁 【座長】登内 敏夫 KaVo. Dental Excellence. カボデンタルシステムズジャパン株式会社	12:30 ～ 13:30 ランチョンセミナー⑤ 70 BioHorizons Laser-Lok Implant Systemのすべて 松島 正和 山下 トミー 恒彦 【座長】俵木 勉 Caiman Dental 株式会社カイマンデンタル	12:30 ～ 13:30 ランチョンセミナー⑥ 71 ガイデッドサージェリーが 可能にする安全・確実な インプラント修復 ～すべての症例への有効活用法 三好 敬三 【座長】髙田 浩行 Nobel Biocare ノーベル・バイオケア・ジャパン株式会社	
PM	13:50 ～ 16:30 Dr. **臨床家が目指すべき 歯内療法** 83 咬合を基軸とした歯内療法 ―診断、治療計画、 処置を検証する― 平井 順（50分） 84 抜歯となる歯は、無髄歯に 多くないでしょうか？ 「咬合と根管処置の関連は…」 山田 邦晶（50分） 85 Longevity ―咬合と歯内療法から 包括治療における永続性を 考える― 吉川 宏一（50分） 【座長】市村 賢二	13:50 ～ 16:30 Dr. **矯正(MTM)の 有効性を考える** 86 包括的歯科診療において、 歯列不正の改善を どのように治療計画に 組み入れるか 渡辺 隆史（45分） 87 GPのGPによるGPのための 矯正治療とは 徳永 哲彦（45分） 88 Using Temporary Anchorage Devices to Expand the Limitation of Limited Orthodontic Treatment (テンポラリーアンカレッジデバイスを 用いた限局矯正治療のさらなる治療限界の拡大) 胡兆仁（45分） ディスカッション（25分） 【座長】松崎 浩成	13:50 ～ 16:30 Dr. **CTの現状と未来に向けて** 89 歯内療法における CT画像診断について 下川 公一（40分） 90 日常歯科臨床における 歯科用CTの活用 寺西 邦彦（40分） 91 CTの落とし穴 何がわかって、何がわからないのか？ 野阪 泰弘（40分） 92 顎関節症のCT像 ―種々の臨床データの中での活用― 筒井 照子（40分） 【座長】下川 公一 17:00 ～ 総会	13:50 ～ 16:30 Dr. **これからの 時代を見据えた 歯科診療哲学とは** 93 ～明日から未来へ～ 『今解決すること、準備して おくこと。』 吉永 勉（50分） 94 経営センスup ―人の歯科医師としてよりも 一人の日本人として 久保田 智也（50分） 95 歯と体を考えた 笑顔と健康の総合歯科 37年を振り返って 平岩 慎次（50分） 【座長】三輪 一雄	13:30 ～ 16:30 Dr. 有料ハンズオン② 〈事前 参加登録制〉 H-2 **THE 縫合** 白石 和仁（180分）

テーブルクリニックのご案内

会場	9日 sat		10日 sun			
B2F 展示ホール	セッション1 13:30～14:40（70分）	セッション2 15:10～16:20（70分）	セッション3 9:30～10:40（70分）	セッション4 11:10～12:20（70分）	セッション5 13:30～14:40（70分）	セッション6 15:10～16:20（70分）
テーブル1	T-1 **そこが知りたい！ホームケア用品の基礎知識と臨床応用** 大野 真美	T-11 **補綴修復物へのSRPとメインテナンス** 加藤 久子	T-21 **臨床での読みとる力を養おう** 石原 美樹	T-31 **歯科衛生士専用チェアーの在り方** ―私のこの人、この時、この活用― 安生 朝子	T-41 **歯内・歯周複合病変の診断と治療のポイント** 高橋 慶壮	T-51 **歯周病患者へのインプラント治療** ～安心・安全を確立するために～ 伊藤 公一
テーブル2	T-2 **生体との調和を求めた補綴物形態** 藤本 光治、藤尾 明	T-12 **無歯顎の歯槽Axisから人工歯排列の咬合ベクトルを考察** 佐藤 幸司	T-22 **保険総義歯の人工歯排列** 松岡 金次、河原 英雄	T-32 **上顎中切歯形態再現** 片岡 繁夫	T-42 **オールセラミックスの接着を再考する** 高橋 英登	T-52 **歯周外科の基本；フラップ手術の術式** 内田 剛也
テーブル3	T-3 **咬合安定** ～咬合のリスク診断により変わる治療計画～ 大森 有樹	T-13 **生理機能との調和を求めて（顆頭位と咬合位を考える）** 吉木 邦男	T-23 **機能咬合論に基づいた臨床診断の実際** ～咀嚼・発語・顔貌・姿勢からどう診断するか～ 永井 省二	T-33 **さわる咬合 さわらない咬合** 今井 俊広	T-43 **日常臨床に応用する顎機能検査** 稲葉 繁	T-53 **シリコンカットを用いた咬合分析法** 武井 順治
テーブル4	T-4 **これだけは押さえておこう！ポーセレン・ラミネートベニア修復** 荒木 秀文	T-14 **顎骨の狭い症例に対するインプラント治療の一方法（OAM法）について** 田端 義雄	T-24 **低侵襲インプラントでどこまで可能なのか** ―長期的成功を得るためのキーポイント― 西原 茂昭	T-34 **骨をほとんど削らない患者さんにやさしいインプラント埋入法** ―狭窄骨、脆弱海綿骨に対するインプラント埋入 鈴木 光雄	T-44 **患者主体のインプラント補綴実践講座** ～その効果、成果～ 中山 隆司	T-54 **安全、確実なインプラント埋入を可能にするガイド手術の実際（初級・未導入の先生方へ）** 佐藤 孝弘
テーブル5	T-5 **内部ステインテクニックによるインプラント上部構造の色調再現** 渡邉 一史、紀野 仁志、荻原 拓郎	T-15 **これからの総義歯治療の考え方** 中村 順三	T-25 **吸着義歯の概念と技法の導入でここまで変わった私の義歯臨床** 松下 寛	T-35 **SHILLA systemにおけるエステティックフェイスボウの意義** 大澤 一茂	T-45 **顎機能と患者の評価を高めるために必要な機能解剖学的知識** 阿部 伸一、菊池 龍介	T-55 **なるほどできる下顎総義歯・吸着印象の実演** ―舌と口腔粘膜の動きを学んで確実な吸着を！― 佐藤 勝史
テーブル6	T-6 **症例の分類と治療計画について** 櫻井 健次	T-16 **Bonded Restoration in the Anterior Dentition** 天川 由美子	T-26 **審美修復治療へのアプローチ 予知性の高い歯冠形成法** ～美しく、効率的な形成をマスターする論理的テクニカルポイント～ 小林 守	T-36 **各シーンで解説する再生療法** 水上 哲也	T-46 **日常臨床におけるマイクロスコープの有用性** 勝部 義明	T-56 **なぜレーザー照射によって骨が増えるか？** ―レーザー照射と骨細胞、基礎と臨床 横瀬 敏志
テーブル7	T-7 **圧下（Intrusion）** ～挺出歯や咬合平面のコントロール～ 米澤 大地	T-17 **口から脳を活かす歯科治療** ～脳機能分析から分かった咬合の整え方～ 荒井 正明	T-27 **スケルトンタイプの拡大装置を用いた口呼吸の改善法について** 保田 好隆	T-37 **歯科医師のためのコンサルテーション入門** ―あなたの院長が望んでいることは！― 榊 恭範	T-47 **診査診断（咬合と審美を再考する）診断用ワックスアップの重要性** 寺本 清峰、相宮 秀俊、橋本 雅人	T-57 **歯内療法・成功へのカギ** 倉富 覚
テーブル8	T-8 **下顎位について 森 克栄先生と語る** 平井 順	T-18 **根管治療で大切な基本と感性** ―JHエンドシステムよりわかること― 金沢 紘史、岸本 英之、平井 順	T-28 **歯科医院における院内感染予防対策の重要性とその実践** 長谷川 雄一、國生 亜衣	T-38 **乳歯列期および混合歯列期における歯科矯正的介入について** 髙橋 正光	T-48 **体験しませんか** ―「咬合診断・咬合採得」PartⅡ 菅野 詩子	T-58 **総義歯治療において咬合採得の確実性を高める治療義歯活用法** 平河内 禎彦
テーブル9	T-9 **～パーシャルデンチャーにおける支台装置の軸壁をコントロールする～** 〈サベイドクラウンからバーアタッチメントまで〉 奥森 健史 株式会社茂久田商会	T-19 **咬合が引き起こすカリエス** 小嶋 壽 カボデンタルシステムズジャパン株式会社	T-29 **審美性の高いコンポジットレジン修復のテクニック** 成功するコンポジットレジン修復のテクニックの実際 宮崎 真至 Ivoclar Vivadent株式会社	T-39 **豚顎骨を使用した炭酸ガスレーザーデモンストレーション** インプラント・歯周外科治療における炭酸ガスレーザーの合理的活用法 青井 良太 株式会社ヨシダ	T-49 **多数歯欠損補綴における新しいHOCK-Type オーバーデンチャー** 松本 勝利 株式会社マイクロテック	T-59 **日常臨床における矯正治療の応用** 中島 稔博
テーブル10	T-10 **自己血によるGRF（成長因子濃縮フィブリン）の臨床応用** 中川 孝男 株式会社モリタ	T-20 **CT診断で診る新しい歯科診療へのアプローチ** 濱本 和彦 株式会社モリタ	T-30 **総義歯難症例への緊急対応** ～即日改造義歯テクニックと弾性裏装材の使い方～ 田中 五郎 株式会社トクヤマデンタル	T-40 **歯科用CTは導入すべき？** 柳 智哉 京セラメディカル株式会社	T-50 **歯周にやさしいインプラント技工** ～カスタムアバットメントの必要要件と術式について～ 遊亀 裕一 京セラメディカル株式会社	T-60 **再根管治療を成功に導く為の除去法** ～特にポスト、GP除去について～ 坂東 信

一般口演

会場：G407・G408
G504・G505・G507・G508

6月9日（土）

会場 G407

座長　辰巳 順一　水上 哲也

13：30-13：50	O-1	西岡 健一	把持効果が期待出来る局部金属床の適合精度における考察
13：50-14：10	O-2	村田 彰弘	デジタル技工とアナログ技工
14：10-14：30	O-3	中谷 哲好	構造・機能を考慮したボーンアンカードブリッジの製作手順と注意点
14：30-14：50	O-4	三浦 康志	インプラントブリッジにプレスセラミックを用いて補綴を行った症例
14：50-15：10	O-5	若井 友喜	CT 画像による下顎位診断とリポジショニング

座長　西上 堅二　岡野 弘幸

15：10-15：30	O-6	佐野 和也	「Gingival Chracterization における光重合型レジンと義歯床用アクリル系レジンの結合強度に関する研究」
15：30-15：50	O-7	中村 浩明	審美的要素を考慮した補綴物　～スマイルラインとの調和～
15：50-16：10	O-8	横川 修平	前歯部補綴作製における必要資料
16：10-16：30	O-9	宇佐美 孝博	咬合治療におけるロングスパンブリッジのワンピースキャスト法とその簡易計測検証
16：30-16：50	O-10	又口 公人	顎位是正のためのアプライアンス作製

会場 G408

座長　青木 四郎　深水 皓三

13：30-13：50	O-11	神田 亨	当医院における総義歯の一症例
13：50-14：10	O-12	宮本 容正	インプラント埋入を断念した下顎のシングルデンチャーの症例
14：10-14：30	O-13	白石 康博	下顎高度顎堤吸収に伴いオトガイ孔および下顎管の裂開部の出現を認める上下総義歯症例
14：30-14：50	O-14	石黒 雄人	下顎位が不安定な患者に対し上顎臼歯部にフラットテーブルを使用した有床義歯補綴治療
14：50-15：10	O-15	木村 貞久	ハイドロキャストプログラムを改良した義歯製作について

座長　糸瀬 秀成　津田 幸夫

15：10-15：30	O-16	岩城 謙二	デンチャーベース・カラーリングにおける表面性状に関する研究（第１報）
15：30-15：50	O-17	久保田 紘基	カスタムカラーテーブルの作製方とその臨床活用法
15：50-16：10	O-18	河村 雅広	コバルトクロム合金のクラウン・ブリッジへの可能性１
16：10-16：30	O-19	重村 宏	コバルトクロム合金のクラウン・ブリッジへの可能性２
16：30-16：50	O-20	杉元 敬弘	コバルトクロム合金のクラウン・ブリッジへの可能性３

会場 G504

座長　永井 省三　重田 幸司郎

13：30-13：50	O-21	中村 昭二	夢ある“いわゆる生体咬合”を考える。 その１　新しい咬合学概念“頭頸部ファンクショナル・セオリー”の提唱
13：50-14：10	O-22	石崎 晴彦	咬合呪縛に苦しむ
14：10-14：30	O-23	宮田 匡人	咬合呪縛に苦しむ②
14：30-14：50	O-24	橋本 正隆	咬合呪縛に苦しむ③
14：50-15：10	O-25	辻 博之	咬合崩壊を治療した症例

座長　小林 実　安光 秀人

15：10-15：30	O-26	中島 圭治	咬合再構成において、咬合平面を整える重要性
15：30-15：50	O-27	上川 明久	有歯顎症例に対する SHILLA　SYSTEM の活用
15：50-16：10	O-28	園田 晋平	全顎補綴後 17 年経過症例の考察と咬合調整
16：10-16：30	O-29	菅原 啓	適正な顎位を考え全顎的な補綴治療を行った一症例
16：30-16：50	O-30	米須 敦子	フルマウス・リコンストラクション ―フルプロビジョナルレストレーションが装着された状態から―

一般口演

会場：G407・G408
G504・G505・G507・G508

6月9日（土）

会場 G505

座長　吉川 宏一　石田 博也

13：30-13：50	O-31	椋 秀雄	基礎資料を再考する
13：50-14：10	O-32	岩城 秀明	より良い根管治療をめざして
14：10-14：30	O-33	松木 良介	当院における歯内療法の取り組み
14：30-14：50	O-34	中尾 伸宏	日常臨床に CEREC をシンプルに取り入れて
14：50-15：10	O-35	樋口 惣	矯正的挺出により歯頸ラインを整えた前歯部修復症例

座長　湯田 宏　酒井 和正

15：10-15：30	O-36	金澤 憲孝	前歯部審美修復における一症例　～補綴前処置から再考する～
15：30-15：50	O-37	中島 隆喜	インプラント上部構造に対する私の取り組み
15：50-16：10	O-38	筒井 祐介	自然挺出を用いた歯周炎への対応
16：10-16：30	O-39	瀬戸 泰介	歯周組織改善への道
16：30-16：50	O-40	桃園 貴功	自然挺出を用いた骨縁下欠損へのアプローチ

会場 G507

座長　高木 幸人　田ヶ原 昭弘

13：30-13：50	O-41	浅香 美由紀	デンタルフロスを用いたジンジバルプラークコントロールについて
13：50-14：10	O-42	志田 夕季	症例に合った歯ブラシの選択方法を考察する
14：10-14：30	O-43	大坂 舞	インプラント手術における感染予防対策
14：30-14：50	O-44	野口 のぞみ	歯科医院におけるビジネスマナー
14：50-15：10	O-45	日栄 綾乃	舌・口唇癖、態癖が歯列に影響を及ぼすことに気付かされた当院の症例

座長　村上 和彦　佐藤 敬一郎

15：10-15：30	O-46	都田 綾	歯科衛生士として
15：30-15：50	O-47	舟田 優	歯科恐怖症患者様に対して衛生士が行えること
15：50-16：10	O-48	丸山 葉子	衛生士業務を円滑に進める為に
16：10-16：30	O-49	大浦 夏奈	メインテナンスしやすい歯周環境の整備
16：30-16：50	O-50	小川 早由美	義歯装着者における口腔管理

会場 G508

座長　小原 俊彦　田村 大蔵

13：30-13：50	O-51	馬越 智弘	インプラントを用いた咬合再構築
13：50-14：10	O-52	西谷 寿夫	咬合崩壊をインプラントを用いてリコンストラクションした一考察
14：10-14：30	O-53	土田 雅人	インプラントアタッチメントデンチャーを用いて咬合高径を回復した一症例
14：30-14：50	O-54	金丸 順策	インプラント支台の義歯 ―咬合を極める―
14：50-15：10	O-55	松下 泰子	ＭＴＭ・インプラント治療による咬合再構成

座長　河原 三明　陳柏堅

15：10-15：30	O-56	鄭文彦	Soft Tissue Management around Anterior Immediate Implantation in Intact Extraction Socket 健全な抜歯窩の前歯即時埋入インプラントにおける軟組織マネジメント
15：30-15：50	O-57	鄭鴻麟	ロケターインプラントアタッチメントにおける RPD の応用
15：50-16：10	O-58	劉致遠	Implant site development in severely atrophied alveolar ridge
16：10-16：30	O-59	林有恆	Periodontal plastic surgery　歯周審美外科
16：30-16：50	O-60	吳錫堯	リンガルブラケット矯正法の過蓋咬合の改善

一般口演

会場：G407・G408
G504・G505・G507・G508

6月10日（日）

会場 G407

座長　添島 正和　長阪 信昌

9：10- 9：30	O-61	荻原 拓郎	調整量の少ない補綴物を目指した技工術式について
9：30- 9：50	O-62	内堀 真美子	審美性・清掃性を両立した上顎フルマウスインプラント上部構造の症例報告 ～第一報　歯科衛生士としてのアプローチ～
9：50-10：10	O-63	紀野 仁志	審美性と清掃性を両立する上顎フルマウスインプラント上部構造の症例報告 ～第二報　歯科衛生士としてのアプローチ～
10：10-10：30	O-64	小林 貞則	歯科訪問診療における閉口機能印象用各個トレーの製作法と 完成義歯形態に関する報告
10：30-10：50	O-65	常松 克也	フレンジテクニックを活用し審美、機能の回復を図った義歯

座長　中山 隆司　林 美穂

10：50-11：10	O-66	中山 浩之	戦略的抜歯と Submerged Root Pontic を行った 抜歯即時インプラント審美修復
11：10-11：30	O-67	二宮 隆明	より安定したインプラント周囲組織獲得を目指して ―上顎大臼歯部に GBR を併用したインプラント治療―
11：30-11：50	O-68	宮崎 裕基	前歯部インプラント治療に苦慮したケース
11：50-12：10	O-69	東 修平	長期安定性を考慮したシングルインプラント
12：10-12：30	O-70	飯干 光男	対合歯の状況を考慮し、多数歯欠損をインプラントを用いて治療した症例

座長　春藤 憲男　吉永 修

13：30-13：50	O-71	坂中 幸誠	正中離開におけるラミネートベニアの有用性
13：50-14：10	O-72	上村 貴世史	前歯部審美修復における要点
14：10-14：30	O-73	福山 房之助	審美修復を考察した一症例
14：30-14：50	O-74	池村 仁克	限られた条件下での前歯部審美修復治療
14：50-15：10	O-75	金澤 尚義	審美治療におけるラボコミュニケーションの大切さ

座長　武井 賢郎　神田 省吾

15：10-15：30	O-76	小林 英史	調和のとれたスマイルライン獲得への審美補綴治療
15：30-15：50	O-77	松岡 力	Consideration of Compromised Esthetic Dentistry
15：50-16：10	O-78	飯田 真也	コンポジットレジンを用いた審美的改善の考察
16：10-16：30	O-79	田辺 達彦	ダイレクトボンディングによる前歯部修復
16：30-16：50	O-80	大井 慶介	部分矯正と前歯部歯冠修復により、歯列不正および審美性を改善した一症例

一般口演

会場：G407・G408
G504・G505・G507・G508

6月10日（日）

会場 G408

座長　西野 博喜　櫻井 健次

9：10- 9：30	O-81	三浦 宏之	ナノジルコニアを応用した 新しいジルコニアオールセラミックブリッジの臨床
9：30- 9：50	O-82	佐藤 洋司	高度骨吸収を伴う前歯 1 歯欠損へのアプローチ法の検討
9：50-10：10	O-83	安藤 智也	歯科用 CT と CAD ／ CAM の融合 ～インプラント治療における診断の到達点～
10：10-10：30	O-84	武井 賢郎	再修復デンチャー RID の臨床　第 2 報
10：30-10：50	O-85	山本 朋章	歯科用 CT について ～診えなかったものが診えてきた～

座長　山崎 一人　松川 敏久

10：50-11：10	O-86	富士田 謙介	単独欠損歯にインプラントを用いて捕綴を行った症例
11：10-11：30	O-87	谷尾 和正	インプラントを用いた咬合再構成
11：30-11：50	O-88	谷本 博則	インプラント周囲におけるティッシュマネージメント
11：50-12：10	O-89	山田 潤一	コンピューターガイドを用いて上顎無歯顎に対して行った インプラント即時荷重 100 症例の検証
12：10-12：30	O-90	洪 性文	Lateral approach を再考する ～サイナスアプローチの New コンセプト　Hybrid Sinus Approach Technique ～

座長　榊 恭範　川嵜 俊明

13：30-13：50	O-91	加藤 嘉哉	PRGF を用いてインプラント周囲炎を治療した一例
13：50-14：10	O-92	鈴木 郁夫	静脈鎮静法下に行ったインプラント手術において 多発性の心室性期外収縮が認められた症例
14：10-14：30	O-93	桑原 明彦	ソケットリフトの臨床的検討
14：30-14：50	O-94	佐藤 博宣	ミニスクリューを用いた、サージカルガイド安定への試み
14：50-15：10	O-95	宇根岡 大典	無歯顎へのインプラント

座長　杉山 豊　倉田 芳孝

15：10-15：30	O-96	安光 崇洋	コンポジットレジンの色差について
15：30-15：50	O-97	谷本 幸司	歯内療法にマイクロスコープを取り入れてみて
15：50-16：10	O-98	久野木 克典	低侵襲を重視した保存歯科治療
16：10-16：30	O-99	虻江 勝	歯牙移植の優位性を探る

会場 G504

座長　吉松 繁人　脇田 雅文			
9：10- 9：30	O-100	大林 敏	オーバーデンチャーの臨床応用
9：30- 9：50	O-101	齋藤 善広	咬合接触状態の評価と臨床的意義 ―とくに顎関節症患者のマニュピレーション前後の比較―
9：50-10：10	O-102	河原 優一郎	CBCT によるフェースボウトランスファーの再現性の評価
10：10-10：30	O-103	高橋 純一	生活を踏まえた咬合附与（FGP 法を再考する）
10：30-10：50	O-104	西山 和彦	咬合調整（削合・研磨）過程における Dimensional change ―その考察―
座長　英保 裕和　吉竹 賢祐			
10：50-11：10	O-105	松本 篤樹	コーヌステレスコープデンチャーを用いて咬合再構成を行った一症例
11：10-11：30	O-106	西山 孝樹	模型上での診断後、咬合調整を行った一症例
11：30-11：50	O-107	武内 久幸	25 年の臨床から側方ガイドを再考する
11：50-12：10	O-108	森田 憲司	咬合高径と顎口腔系の健康を考える
12：10-12：30	O-109	渡辺 伸哉	インプラントを用いたオーラルリハビリテーションにおける 術中咬合管理について
座長　内山 秀樹　土岐 覚			
13：30-13：50	O-110	前田 武将	咬合崩壊が進行している一症例
13：50-14：10	O-111	井筒 大輔	エイジングを考慮した咬合再構成
14：10-14：30	O-112	島田 卓也	年齢を考慮して行った咬合再構成
14：30-14：50	O-113	関 喜英	全顎的な咬合崩壊に対して フルマウスリコンストラクションを行なった一症例
14：50-15：10	O-114	加藤 泰二	固定式と可撤式を併用した補綴処置
座長　小林 隆　中川 豪晴			
15：10-15：30	O-115	竹田 岳史	補綴設計に苦慮した一症例
15：30-15：50	O-116	生方 真人	下顎両側遊離端欠損に対しインプラント補綴を用いて 咬合再構成を行った一症例
15：50-16：10	O-117	西 耕作	ブラキシズムにより咬合崩壊した症例へのアプローチとメインテナンス
16：10-16：30	O-118	赤松 由崇	インプラントを用いて既存の咬合状態の確保を図った一症例
16：30-16：50	O-119	金光 泰典	ブラキシズムに対する補綴物の選択

一般口演

会場：G407・G408
G504・G505・G507・G508

6月10日（日）

会場 G505

座長　矢野 尚一　加藤 泰二			
9：10- 9：30	O-120	菊地 晶	濃縮血漿と三次元連通気孔構造ハイドロキシアパタイトを用いた骨造成術
9：30- 9：50	O-121	墨 尚	審美領域への陽極酸化処理を施したアバットメントの応用
9：50-10：10	O-122	小野寺 良修	インプラント周囲疾患治療の考察
10：10-10：30	O-123	坂田 晋也	Immediate Implant を用いた前歯部補綴
10：30-10：50	O-124	木村 好秀	清掃性を考慮したクラウン製作の取り組み
座長　野田 邦治　吉田 秀人			
10：50-11：10	O-125	園田 哲也	上顎総義歯における金属床のススメ
11：10-11：30	O-126	湯田 亜希子	歯科訪問診療における吸着印象法を用いて製作した 全部床義歯の使用率に関する報告
11：30-11：50	O-127	熊谷 正浩	顎関節に器質的な異常が認められた二症例
11：50-12：10	O-128	高橋 敏	診療室、訪問診療で今日から出来るタブレットタイプ IT の活用
座長　矢野 尚一　宮本 容正			
13：30-13：50	O-129	藤田 大樹	インプラント周囲炎の正体とその対処法
13：50-14：10	O-130	小林 友貴	インプラント補綴周囲における非可動性角化粘膜の獲得
14：10-14：30	O-131	永原 櫻子	アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼアイソザイムキットを用いた インプラント治療の臨床例
14：30-14：50	O-132	栗田 恒雅	私の考える部分床義歯の到達点　開業医歴 36 年にして到達した部分床義歯
14：50-15：10	O-133	西野 博喜	歯科用「刃物」のメインテナンス ～エキスカベーターからハサミまで
座長　永江 正廣　清藤 堯士			
15：10-15：30	O-134	石橋 貴樹	機能咬合論に基づいた咬合再構成　1 レジンシェルの使用方法と使用時期に関して
15：30-15：50	O-135	黒木 道明	機能咬合論に基づいた咬合再構成　2 第１段階治療でのレジンシェルの応用
15：50-16：10	O-136	濱川 悦郎	機能咬合論に基づいた咬合再構成　3 第３段階治療でのレジンシェルの応用
16：10-16：30	O-137	永井 省二	機能咬合論に基づいた咬合再構成　4 ―メインテナンスにおけるレジンシェルを用いたリカバリー―
16：30-16：50	O-138	林 聡	機能咬合論に基づいた TMD 治療 レジンシェルを応用した治療例を中心に

会場 G507

座長　清水 雅雪　大池 清照			
9：10- 9：30	O-139	枡田 里加	二人三脚　～患者さんと医療従事者を繋ぐコーンビーム CT ～
9：30- 9：50	O-140	稲田 明子	プラークコントロールの改善が困難な患者への対応についての検討
9：50-10：10	O-141	西田 恵	BP（ビスホスホネート）製剤服用患者における歯科治療の留意点
10：10-10：30	O-142	佐原 由起	患者満足度を上げるメインテナンス
10：30-10：50	O-143	坂中 亜衣	禁煙指導と口腔内に対するアプローチ　～私たちの取り組み～
座長　大石 暢彦　加藤 厚			
10：50-11：10	O-144	東條 貴代美	前歯部審美領域におけるホームケアとプロケアの必要性―臼歯部との比較―
11：10-11：30	O-145	土田 郁恵	ライフステージに合わせた口腔衛生指導の概要
11：30-11：50	O-146	佐々木 國子	治療計画からメインテナンスまでの一症例 ～担当 DH の関わりについて～
11：50-12：10	O-147	吉田 真帆	当院における治療計画のコンサルテーション
12：10-12：30	O-148	谷山 香織	歯周矯正治療中におけるプラークコントロールについて
座長　小板橋 誠　川上 清志			
13：30-13：50	O-149	大川 秀樹	広汎型重度慢性歯周炎患者に対して Er.Yag レーザーと電解機能水を用いて対応した一症例
12：50-13：10	O-150	吉野 浩正	ラット頭蓋冠上の骨増大術モデルにおける HA 処理の骨誘導効果の検討
14：10-14：30	O-151	松延 允資	当院における Socket Preservation への取り組み
14：30-14：50	O-152	仲筋 宣子	重度歯周病治療においてサプリメントゼリー摂取の併用が有効であった症例 ―当院での患者への栄養指導と現実―
14：50-15：10	O-153	芳野 博	重度歯周病患者に咬合再構成を行った症例
座長　小松 智成　松田 究			
15：10-15：30	O-154	渡邉 拓朗	自家歯牙移植の一症例
14：30-15：50	O-155	柴原 由美子	歯内療法～治療経過から学んだこと～
15：50-16：10	O-156	東 宗弘	日常臨床下での嫌気的根管内細菌培養検査を応用した症例
16：10-16：30	O-157	古川 尊寛	抜歯か？保存か？　～その診断基準を考える～

一般口演

会場：G407・G408
G504・G505・G507・G508

6月10日（日）

会場 G508

座長　戸渡 孝一郎　山地 正樹			
9：10- 9：30	O-158	石井 彰夫	Utilization of TADs（Temporary Anchorage Devices）in the Recovery Cases
9：30- 9：50	O-159	中 智哉	小児の咬合誘導 ～今やるべきこと～
9：50-10：10	O-160	山添 清文	上顎前歯部のフレアアウトを伴うアングルⅢ級不正咬合症例
10：10-10：30	O-161	津覇 雄三	一般歯科医としての矯正治療の併用
10：30-10：50	O-162	谷山 隆一郎	早期矯正治療により不正咬合になりえる因子を取り除く為のアプローチ
座長　可知 和之　金沢 紘史			
10：50-11：10	O-163	森 克栄	残根の矯正的挺出について ―予後 10 年から 25 年の症例を通して伝えたいこと―
11：10-11：30	O-164	堀口 靖史	不正咬合を予防する
11：30-11：50	O-165	川崎 宏一郎	成長因子を応用したインプラント治療と矯正治療により 咬合再構成した一症例
11：50-12：10	O-166	酒井 志郎	成長発育期の咬合誘導
12：10-12：30	O-167	三木 津佳奈	自家歯牙移植と歯科用インプラント埋入を同時に行った症例
座長　溝渕 宏幸　加藤 寛			
13：30-13：50	O-168	谷本 亨	歯牙挺出の有用性を再考する
13：50-14：10	O-169	味岡 武志	P.D. を用いて咬合再構成を行った症例
14：10-14：30	O-170	石川 健	低位咬合に咬合再構成を行った一症例
14：30-14：50	O-171	飯田 倫太郎	下顎吸着義歯をつくる　～ 治療の時間＝命の時間 ～
14：50-15：10	O-172	大西 正嗣	日常臨床の見直し ～一口腔単位を見つめて～
座長　鵜飼 誠　楠 高伸			
15：10-15：30	O-173	小池 陵馬	一臨床症例
15：30-15：50	O-174	石幡 伸雄	骨植不良歯を維持歯として利用する一法
15：50-16：10	O-175	奈佐 浩史	上顎前歯部欠損歯列において部分床義歯を用いて咬合再構成を行った症例
16：10-16：30	O-176	山崎 史晃	インプラントを用いてフルクラムラインを改善させた 下顎少数歯残存の一症例

ポスター発表

会場：展示ホール

6月9日（土）

座長　河原 太郎　小林 英史

14：00-14：04	P-1	楠井 崇介	咬合再構成における治療経過
14：04-14：08	P-2	松村 健司	多数歯欠損症例における咬合採得
14：08-14：12	P-3	寺崎 恵多朗	咬合再構成におけるレジンシェルの応用について
14：12-14：16	P-4	原島 厚	遊離端欠損を伴った咬合再構築の一症例について
14：16-14：20	P-5	溝渕 宏幸	永久歯　先天性欠如症例の咬合再構成
14：20-14：24	P-6	相宮 秀俊	ゴシックアーチを用いた義歯臨床
14：24-14：28	P-7	三宅 正純	顎関節症治療における咬合治療の役割−1
14：28-14：32	P-8	中村 昭二	夢ある“いわゆる生体咬合”を考える　その2 新しい咬合概念の総論と各論の紹介
14：32-14：36	P-9	中村 昭二	夢ある“いわゆる生体咬合”を考える　その3 精密咬合紙の透過像診断の重要性（1）…咬合関連症候群およびプロスポーツ選手
14：36-14：40	P-10	星河 晴美	夢ある“いわゆる生体咬合”を考える　その4 精密咬合紙の透過像診断の重要性（2）…バイオパワースケーリング時の診査法

座長　大林 敏　岡本 和彦

14：00-14：04	P-11	加藤 寛	人工歯配列に苦慮したインプラントオーバーデンチャー
14：04-14：08	P-12	久保 達也	リスクの高い患者に対する咬合再構成
14：08-14：12	P-13	岡原 健至	カリエスから始まる咬合崩壊が予想される一症例
14：12-14：16	P-14	高尾 洋平	骨縁下欠損を有する歯の保存を試みた症例
14：16-14：20	P-15	島田 成章	重度歯周炎による咀嚼障害を有する患者に対して咬合再構成を行った一症例
14：20-14：24	P-16	松原 明日香	咬耗が著しいブラキサーに咬合再構成を行った一症例
14：24-14：28	P-17	藤井 元宏	BPS（Biofunctional prosthetic system）を用いた咬合平面の再考 （カンペル平面との比較）
14：28-14：32	P-18	覚道 芳宏	下顎位の評価における顎関節部ＣＴ撮影の重要性
14：32-14：36	P-19	太田 史明	AGC を用いた術者可撤式クラウンの優位性
14：36-14：40	P-20	貝沼 公仁	患者さんのために義歯もエステティックにしませんか

座長　蒔田 眞人　石川 洋子

14：00-14：04	P-21	中谷 朋世	咬合と補綴形態を考慮したメインテナンス
14：04-14：08	P-22	高槻 直子	ホワイトニングのケアについて
14：08-14：12	P-23	福岡 真弓	審美性を考慮した歯周組織の環境改善
14：12-14：16	P-24	大郁 恵理	予防歯科に関する患者関心度調査と当院の取り組み
14：16-14：20	P-25	久保田 由美	リスク評価を活用した当院健診センターでの取り組み
14：20-14：24	P-26	奥田 唯	当院におけるインプラント患者のメインテナンス方法について
14：24-14：28	P-27	寺戸 あや	検診まで診るために
14：28-14：32	P-28	岡川 かおり	患者さんと歯科衛生士
14：32-14：36	P-29	木村 宏子	PMTC ～歯質を考慮した研磨剤の選択方法～
14：36-14：40	P-30	世良 千枝	スタッフとともに創る歯科医院 ～スタッフの離職率低下をめざして～

ポスター発表

会場：展示ホール

6月9日（土）

座長　池 潤　岩坂 仁

14：00-14：04	P-31	新井 千裕	インプラント周囲炎にさせないための当院での取り組み
14：04-14：08	P-32	山本 満里奈	SRP を始める前に
14：08-14：12	P-33	神田 真帆	「診る」「読む」「伝える」～炎症と力をどう読むか～
14：12-14：16	P-34	東越 瑞絵	食生活改善による歯肉の変化
14：16-14：20	P-35	遠藤 美鈴	東日本大震災による診療体系の変化　～福島第一原発事故を踏まえて～
14：20-14：24	P-36	遠藤 千晶	歯科衛生士歴３年のスキルで重度歯周病にどう向き合うか
14：24-14：28	P-37	河内 志帆	患者調査を行った結果
14：28-14：32	P-38	高木 明日香	ホワイトニング症例
14：32-14：36	P-39	竹永 薫	ホワイトニングを併用し、歯周治療を行った一症例
14：36-14：40	P-40	坂本 菜緒	継続して PMTC を行う理由とその効果

6月10日（日）

座長　宇津 照久　小笠原 久明

10：00-10：04	P-41	西海 香屋子	矯正治療における歯科衛生士の役割
10：04-10：08	P-42	中島 千佳	インプラント手術成功へのアシスタントが出来る大きな役割～準備と滅菌～
10：08-10：12	P-43	古瀬 裕美	患者様が安心できるより良い環境づくり
10：12-10：16	P-44	清水 純恵	よりよい歯科医院にするための接遇
10：16-10：20	P-45	花 早苗	口腔内に合わせた PMTC
10：20-10：24	P-46	藤岡 直也	低侵襲なソフトティッシュマネジメントを目指して
10：24-10：28	P-47	岸本 省三	マイクロ・スコープの臨床　パート２
10：28-10：32	P-48	森川 秀典	CBCT で診る歯内療法の治療戦略
10：32-10：36	P-49	川野 瞬	スプリント療法により復位性関節円板前方転位が改善した一症例
10：36-10：40	P-50	帆足 亮太郎	より円滑な歯内療法を目指して ―ステンレスファイルとニッケルチタンファイルを併用した根管形成―

座長　篠原 俊介　倉富 覚

10：00-10：04	P-51	太田 拓哉	顎関節症Ⅳ型下顎頭の重度骨吸収を保存療法にてリモデリングを観察した症例
10：04-10：08	P-52	清水 俊克	インプラントにより咬合支持能力を高めた一症例
10：08-10：12	P-53	平岩 裕一郎	快適診療姿勢のコツとストレッチ
10：12-10：16	P-54	尾田 昌之	「再植」　～その可能性と意義～
10：16-10：20	P-55	山本 真道	当院におけるより良い印象採得への取り組み
10：20-10：24	P-56	吉見 二朗	補綴前処置における歯周外科についての考察
10：24-10：28	P-57	山本 寿則	被災地から歯科医師として伝えたい事
10：28-10：32	P-58	越智 信行	ミニインプラント矯正を用いた一症例
10：32-10：36	P-59	高橋 一人	シュウ酸を主成分とした１液性知覚過敏抑制材料を応用した オールセラミックス修復における術後不快症状の研究
10：36-10：40	P-60	真鍋 直	歯周形成外科により口腔内環境の改善を行い、補綴治療を行った一症例

座長　佐藤 善徳　森永 博臣

10：00-10：04	P-61	大川 将義	コンピュータガイデッドサージェリーを利用した一症例
10：04-10：08	P-62	重田 浩貴	新しいメタルフレーム形態がインプラント補綴物の強さに及ぼす影響
10：08-10：12	P-63	吉田 雅幸	インプラントを用いて咬合を再構築した一症例
10：16-10：20	P-65	石田 明	カスタムアバットメントの製作と選択
10：20-10：24	P-66	平松 大輔	加圧成形用セラミックにおけるインゴットの比較・検討
10：24-10：28	P-67	鈴木 淳	e.max プレスシステムによる変色歯へのアプローチとその可能性
10：28-10：32	P-68	谷口 之規	ホック型アタッチメントを用いた義歯臨床
10：32-10：36	P-69	奥山 千恵	義歯装着が呼吸に及ぼす変化について
10：36-10：40	P-70	浅井 崇文	咬合の安定を目指した効率的な治療用義歯の作製法

ポスター発表

会場：展示ホール

6月10日（日）

座長　水野 博之　中島 稔博			
10：00-10：04	P-71	原 精一郎	外傷 10 年経過の前歯部審美症例
10：04-10：08	P-72	坂田 憲彦	前歯部審美補綴　～歯周組織との調和をめざして～
10：08-10：12	P-73	平木 智光	ＭＴＭを用いた前歯審美症例
10：12-10：16	P-74	中橋 佑介	上顎前歯部審美修復におけるプロビジョナルレストレーションの重要性について
10：16-10：20	P-75	本木 萌洋	歯槽堤増大術を応用した前歯部ブリッジ補綴
10：20-10：24	P-76	宮崎 鉄也	審美修復治療における診断用ワックスアップの重要性
10：24-10：28	P-77	吉田 朋洋	予知性と審美性を考慮した臼歯部ＣＲ充填症例
10：28-10：32	P-78	三留 弘之	一般臨床におけるレジン修復治療について
10：32-10：36	P-79	佐藤 健仁	コンポジットレジン修復による天然歯再現へのアプローチ
10：36-10：40	P-80	村井 宏隆	積層充填におけるオペーク色の効果について
座長　岩渕 良幸　初谷 宏一			
10：00-10：04	P-81	吉田 美香子	多数歯にわたる乳歯早期喪失後に小児義歯を応用した一例
10：04-10：08	P-82	武田 尊浩	咬合高径を考慮した混合歯列期の咬合育成　～叢生度の変化～
10：08-10：12	P-83	佐藤 奨	上顎前方牽引装置を用いた反対咬合へのアプローチ
10：12-10：16	P-84	山田 明子	インプラントアンカー（ミニスクリュー）を使用した部分矯正 ～下顎大臼歯の直立（upright）～
10：16-10：20	P-85	白数 明義	GUMMETAL ワイヤーを用いて咬合再構成を行った High Angle Class Ⅲ顎偏位症例
10：20-10：24	P-86	北村 茂	MTM を行った一症例

特別講演

6月９日(土)

A 30 year retrospective on prosthodontic success and failure

Frank Spear

座長：南 清和

1	会場：ホールC	6月9日(土)

A 30 year retrospective on prosthodontic success and failure



Frank Spear

Dr. Frank Spear is one of the premier educators in esthetic and restorative dentistry in the world today. He earned his dental degree and an MSD in Periodontal Prosthodontics from the University of Washington. Dr. Spear is an Affiliate Professor in Graduate Prosthodontics at the University of Washington and maintains a private practice in Seattle limited to esthetics and fixed prosthodontics. He is founder and director of Spear Education.

Dr. Spear has presented more than 2,000 days of continuing education in North America, Europe and Asia. He has received the Christensen Award for Excellence in Restorative Education, the American Academy of Cosmetic Dentistry Achievement Award, the Schluger Award for Excellence in Diagnosis and Treatment Planning, and the American Academy of Esthetic Dentistry President's Award for Excellence in Dental Education.

Spear 先生は審美歯科、歯冠補綴学の第一人者であり、ワシントン大学歯学部を卒業し、同大学補綴科で MSD を取得。 ワシントン大学で客員教授を務め、シアトル市内で審美歯科、補綴専門医として開業し、また Spear Education を設立し卒後研修を行っている。 北米、ヨーロッパ、アジアにおいて 2,000 日以上におよぶ講演を行ってきた。 Christensen Award, Schluger Award,を受賞し American Academy of Cosmetic Dentistry, American Academy of Esthetic Dentistry からも受賞している。

Abstract:

Prior to the early 1980's, before endosseous implants had arrived, all fixed prosthetic restorations relied on teeth to serve as the abutments. In the almost 30 years since, tooth replacement with implants has taken over the field of prosthodontics. So much so that it is possible to find some clinicians who view the placement of a conventional fixed prosthesis about as appropriate as using gold foil. Yet the world of implants is not always a predictable one, especially when it comes to anterior esthetic outcomes. This presentation will look at the role of conventional fixed prosthodontics in today's world, and identify when it may still be the preferable treatment alternative. In addition it will look back at what we learned about the success and failure of conventional approaches to fixed prosthodontics by reviewing multiple cases from the pre-implant era and how they have done over the last 25 years. In the end the audience will have a better understanding of how to predict if a conventional tooth supported approach may be preferred, and how to understand the risk of future failure, and when an implant supported approach may clearly be the better choice.

You will learn:

When a conventional approach is esthetically superior to an implant supported fixed prosthesis.
What to evaluate in assessing the risk of future failure when considering a conventional vs an implant supported fixed prosthesis.
When it may be appropriate to use a combined tooth and implant supported prosthesis even today.

歯科補綴の成功と失敗：30 年の回顧

骨内インプラントが導入される前、すなわち 1980 年代初頭までの固定式修復物による補綴治療は、すべて歯を支台歯として使用するものであった。その後ほぼ 30 年間にわたり歯に代用するものとしてインプラントが普及し、歯科補綴の主流として定着した。一部の臨床家の間では従来の固定式修復物を金箔充填のような古典的な術式とみなす者さえ現れた。しかしインプラント補綴は常に必ずしも予知性が高い治療とは言えず、特に審美性が要求される前歯部においては慎重な配慮が求められる。

本講演では現代社会における従来型の固定式修復物の役割を検討し、現時点においても望ましい治療方針として適用される場合について解説する。さらに固定式修復物に対する従来の治療方針の成功と失敗を分析する。

インプラント導入以前からの症例を提示し、この 25 年間の基本的な治療について検証する。すでに確立されている歯支持型の固定式補綴物が適用となる症例を特定し、将来の失敗のリスクを把握する。さらにインプラント治療が明らかに最良の選択肢である症例を特定する。

学習目標

従来型の固定式修復処置がインプラント補綴よりも審美的に優れている場合の判断基準
従来型とインプラント支持型の固定式補綴物における将来の失敗のリスク判定に当たって評価すべき要点
歯牙支持型とインプラント補綴の併用が現在でも有用である場合の判断基準

指定講演

No.2 ～ No.95

多数歯・無歯顎インプラント補綴の咬合

2 | 会場：ホールC | 6月9日(土)

多数歯欠損症例におけるインプラントの治療指針
―顎咬合学会で教わったこと　顎咬合学会で伝えたいこと―

小川　洋一（東京インプラントセンター®）
1990年　明海大学歯学部　卒業
1990年　河津歯科医院　勤務
1997年　小川歯科医院　開設
2003年　東京インプラントセンター®　主宰
2010年　東京ステーション歯科クリニック　開設

インプラント治療の結果を予知性の高いものとするためには、顎咬合学に基づく一口腔単位の診査診断が必要である。とくに広範囲に欠損がおよぶ症例では、顎口腔機能を包括的に考えた治療指針が無ければ治療結果の長期的な安定は望めない。すなわち欠損部のみを診て単純にインプラントを考えるのではなく、残存歯を含む、咬合平面、下顎位、下顎運動といった、顎咬合学の基本を応用しインプラント治療を行うことが必須となる。

また近年では、治療結果に審美的要素を考える事は全ての症例で必要な項目となっている。広範囲に欠損が進行した症例では、顔貌の変化が生じている場合が少なくない。すなわち歯列のリポジショニングは、顔貌から考えた審美性の獲得の成功の鍵であると言えよう。

本講演では広範囲欠損による咬合崩壊症例において考えなければならない審美性とは何かを考えたい。そのうえで顔貌から考えた審美性を、咬合再構築を行うことによって獲得するための治療術式を提唱したい。

同時に、治療結果の長期な安定は患者が最も望むことであり、治療方針を決定する際には最も優先順位の高い項目である。このことからも、高い審美性と適切な機能性を併せ持つ全顎的な治療指針が今日のインプラント医療にとって求められる治療指針であると考えて疑わない。

このことから、今まで顎咬合学会で学んだ事を基本に、インプラント臨床を通して解った事を会場の諸氏に伝えたいと思う。

多数歯・無歯顎インプラント補綴の咬合

3 | 会場：ホールC | 6月9日(土)

多数歯欠損におけるインプラント上部構造の材料選択と咬合

夏堀　礼二（医療法人　夏堀デンタルクリニック）
1986年3月　岩手医科大学歯学部卒業
1992年7月　青森県八戸市開業

オッセオインテグレーションインプラントの予知性を高くするには、口腔清掃や埋入するための骨組織・軟組織などの口腔内環境の改善だけではなく、咬合に対する考え方、上部構造の装着時のみならず変化する口腔内環境に応じて、継続的に咬合調整や修正、修理等が必要になるため上部構造の設計や咬合面の材質も考慮しなければならない。

周知の通り、インプラントには天然歯のように歯根膜は存在しない。そのためその被圧変位量と被圧変位特性が全く異なる。そのため、単独歯欠損と無歯顎または多数歯欠損ではインプラント上部構造を咬合させるか否かも異なるし、多数歯欠損においても天然歯の残存形態によっても異なるし、対合がインプラントか天然歯なのかによっても考え方を変えなければならない。上部構造の咬合面材料にしても、義歯用人工歯、ポーセレン、ハイブリッドセラミック、メタルなど患者の要望のみならず、ブラキシズムや強い咬合力の疑われる症例では、術者側でそれを考慮しなければならない。また、インプラントの上部構造に用いる材料や設計もCAD-CAMの進歩により変化してきている。そこで今回は多数歯欠損のインプラントの咬合と上部構造の設計および材料について考察したい。

多数歯・無歯顎インプラント補綴の咬合

4 | 会場：ホールC | 6月9日(土)

審美領域でのインプラント補綴形態を考える。

林　揚春（優ビル歯科医院）
1979年3月　　日本大学松戸歯学部卒業
1979年～1983年　国際デンタルアカデミー勤務
1986年　　優ビル歯科医院開業
現在　医療法人社団秀飛会理事長、前日本顎咬合学会副理事長、指導医
　　日本大学客員教授

審美領域におけるインプラントの失敗は、主に術後の歯肉退縮、金属色の透過などがあげられる。それらのリスクを避けるために、GBR法などのハードティッシュマネジメントおよびCTGなどのソフトティッシュマネジメントが行われているのが現状であり長期の治療期間を要する。審美的に完成させたインプラント周囲組織を長期的に維持するには、様々な外科的ティッシュマネジメントよりもインプラントの埋入位置と方向が重要である。そして天然歯と異なる歯肉縁頂部のエマージェンスプロファイルを変えた非外科的なティッシュマネジメントにより、歯肉の性状の影響を受けずに、長期的にも術後の歯肉退縮や歯肉透過のない審美的なインプラント補綴が可能となる。今回は、文献ならびに上顎前歯部インプラントの長期経過症例を供覧し、審美領域でのインプラント唇側補綴形態に言及し審美的評価を検討する。

多数歯・無歯顎インプラント補綴の咬合

5 | 会場：ホールC | 6月9日(土)

無歯顎インプラント補綴における構造力学的考察

伊藤　雄策（伊藤歯科医院）
1975年　東京歯科大学卒

インプラントを用いることにより患者が得る恩恵は多大なものであり、その患者の人生を幸せに導く結果をもたらすかも知れない。しかし、その反面患者にもたらす不利益をもあることを知っておかなければならない。もちろん、高度吸収顎堤においては外科的な困難と制約をもたらすため、時としては患者に不幸をもたらす結果になる場合が報告されているのも事実である。インプラントの外科的手技が成功裏に終わったとしても、インプラントにて補綴することにより、今まで受圧環境であった顎堤は加圧環境に変化するため、対合歯の状態によってその様相は一変し、場合によっては思わぬ骨吸収を招く原因ともなりうる。たとえば、両側遊離端欠損Kennedy Class Ⅰ・アイヒナーの分類B4の場合、臼歯部における咬合支持が無いため、パーシャルデンチャーで補綴された場合の下顎臼歯部は受圧環境となり顎位の維持に困難をきたすが、インプラントを植立することにより咬合支持を回復し、アイヒナーの分類A2又はB2に改善することが可能となる。しかし、その結果は圧倒的な加圧環境に変化し、骨質の弱い上顎臼歯部支持骨に多大なる異害作用をもたらしはしないであろうか。

今回は、これらのことを演者そして、参加された皆様と共に考えデスカッションが出来れば幸いに存じます。

日本顎咬合学会 30 年の叡智を学ぶ①

6 | 会場：ホールＢ７左側 | ６月９日(土)

ナソロジーの果してきた貢献

波多野　泰夫（日本歯科大学生命歯学部 歯科補綴学第 2 講座）
1975 年 3 月　日本歯科大学卒業(歯学士)
1979 年 3 月　日本歯科大学大学院修了(歯学博士)
1981 年 4 月　日本歯科大学歯学部 講師(歯科補綴学第 2 講座)
2001 年 1 月　日本歯科大学歯学部 助教授
2006 年 4 月　日本歯科大学生命歯学部 准教授

日本顎咬合学会の歴史は 30 年ですが、それに先立つ 1979 年には、国際ナソロジー学会アジア部会が設立されています。また、その 10 年以上前から、保母須弥也先生や末次恒夫先生らにより日本へのナソロジーの導入が開始されています。

ナソロジーは 1921 年のヒンジ・アキシスの発見を嚆矢として南カリフォルニアのスタディクラブの活動から派生し、幾多の調節性咬合器と時代ごとの下顎運動測定装置を生み出してきました。1962 年頃からは全米規模にその影響が及ぶようになりました。そして、その後、いつの時代にも世界の補綴・修復系歯科臨床のリーダー達の多くが顎咬合学の基本原理に基づいた治療を行っています。

演者自身は 1973 年に初めてナソロジーの講演を受講し、難解と言われながらも、ひとつひとつ地道に知識と技術を積み上げれば、誰にでも(若者にも)登れる場所だと認識し、また、情報交換に必須である英語能力の習得への良いモチベーションとなりました。

この講演では、演者の知る、1973 年からの 25 年間のなかでの、顎咬合学の日本の歯科界や社会への貢献、変化、環境についてお話しさせていただきます。また、1979 年の国際ナソロジー学会アジア部会設立前後の先人たちの活躍についても改めて紹介させていただきます。

日本顎咬合学会 30 年の叡智を学ぶ①

7 | 会場：ホールＢ７左側 | ６月９日(土)

咬合学の変遷、そしてこれからの修復治療

桑田　正博（クワタ・カレッジ／愛歯技工専門学校）
愛歯技工専門学校　学校長
クワタカレッジ　校長
ボストン大学歯学部　客員教授
アメリカ歯科審美学会（AAED）ライフフェロー
アメリカ歯科補綴学会（AP）オーナラリーフェロー

機能的な咬合面形態、咬合面だけが特別に語られることもあったが、今日では咬合面、歯冠側面、そして Emergence Profile も同次元で語られる。修復治療とは「力と炎症をコントロールすること」コンセンサスも得られてきている。歯列歯冠形態は、頬筋、唇、舌と機能的な接触接近度合いを保ち、健全な唾液の分泌と食物の流動そして嚥下に至る生理的な機能を満たす。それら生物学的要件を保証することで、綺麗な発声と審美性をも叶え、患者の肉体的、精神的満足を得ることができる。

オクルージョンとは、上下歯の当て方と離れ方の学問

適正な咬合とは、顆頭安定位(CR)において、上顎歯に対する下顎歯の機能的な接触と接近度合いを計画することにある。偏心運動時においては、適正なアンテリアガイダンスに基づいて臼歯部のディスクルージョンアングルを個別適正に計画し、上下顎歯の機能的な接近度合いを保証することにある。

Functionally Discluded Occlusion

1960 年代のアメリカでは、ナソロジー学派、生理学派を問わず修復歯の咬合面はメタルで製作するのが主流であったが、われわれが経営していたラボ「CERAMICAST」においては、自らが開発した PFM クラウンの要望が飛躍的に伸びていた。1960 年の中ごろには、1 日の製作本数が 80～110 本にも上っていた。そこで Dr.Katz は、修復物を依頼してくる歯科医師(大学、学派)ごとに、術後の経過を検証しデーター化することを私に求めた。

グループファンクションから FDO に至る経緯についても触れてみたい。

日本顎咬合学会 30 年の叡智を学ぶ①

8 | 会場：ホールＢ７左側 | ６月９日(土)

何故 M・T・R の繰り返しのリマウントが必要だったのか

菅野　博康（すがの歯科医院）

1965 年　東京歯科大学卒業
　　福岡市　北歯科医院勤務
1968 年　仙台市　すがの歯科医院開設
　　現在に至る

保母須弥也先生は、1966 年の「金属焼付ポーセレン実習コース」に次いで翌年「オクルーザル・リハビリテーション実習コース」を開催された。同年 11 月 5 日、受講生が集まり保母研修同好会の設立総会が日本工業倶楽部で開催され、213 名の参加（会員 322 名、賛助会員 13 名、予算 160 万円）で盛大かつ華やかな集まりとなった。以来年一回の保母研修同好会では、咬合に関わる講演と会員発表が行われるようになり、現在の日本顎咬合学会へと進化してきた。

当時、外国人講師は素晴らしい臨床例を提示しながら、ヒンジ・アキシスと再現性のある下顎位の重要性を力説された。咬合再構成の症例は、メタル・テンポラリー・レストレーション（M・T・R）を 1 年ほど仮着し、その間に数度のリマウントを繰り返す内容であった。治療過程でのエラーを解消するためのリマウントにしては回数が多すぎることに当時は疑問を抱きながら、しかし数度の受講で自分なりの結論に達した。

安定していると思われる咬頭嵌合位で機能し始めると、咀嚼関連筋群のバランスが改善され、咬頭嵌合位における下顎位にわずかな変化が生じるため、リマウントでさらに安定した咬頭嵌合位を付与する。これを繰り返すことで、次第にリマウント上の咬頭嵌合位の歯牙接触に変化のない下顎位が再現され、この安定した下顎位でファイナル・レストレーションの治療が進められる。

この考えは、オクルーザル・スプリントの調整にも応用することができ、現在も活用している。

日本顎咬合学会 30 年の叡智を学ぶ①

9 | 会場：ホールＢ７左側 | ６月９日(土)

顎咬合学分野での歯科技工の役割

齊木　好太郎（ラボラトリー・オブ・プリンシピア）

1964 年　東京医科歯科大学歯学部付属歯科技工士学校実習科卒業
1967 年　保母研修会インストラクター
2004 年　日本歯科審美学会副会長（現在）
2005 年　日本顎咬合学会理事（現在）
2008 年　日本歯科技工学会会長(現在)

体系だった咬合については、1967 年より東京で開催されていた保母須弥也研修会のインストラクターとして在職していた頃、オーラルリハビリテーションコースを通じて「Gnathology」の概念、術式を学んだのが最初と記憶している。その後、それを臨床の場で実践すると共に、石原寿郎教室をはじめとする国内の研究成果や川村洋二郎教授の著書等で学ぶことにより、それらがその後の私の咬合(顎咬合学)を理解、咀嚼、実践する潜在的原点となっている気がする。

歯科領域内でその根幹をなす咬合(顎咬合)を補綴学的に見ると、下顎位、下顎運動、上下歯牙の接触とに分類できるとされている。歯科医療の一翼を担う歯科技工分野からそれらをみれば、失われた下顎位の再現や安定させるための嵌合関係の確立、下顎運動を適正に誘導するための上下前歯部関係からなるガイダンス、上下歯牙の嵌合時の接触関係や運動時の接触、離開状態など、それらを歯冠形態の再現作業をとおしてより具体的に確立すべく大変重要な分野ではないだろうか。

そこで、45 年近い歯科技工士経験を通じて感じた「顎咬合学分野」での歯科技工の役割と重要性をお話しさせて頂きます。

日本顎咬合学会 30 年の叡智を学ぶ①

10 | 会場：ホールＢ７左側 | ６月９日（土）

咬合は臨床の要

鈴木　尚（ナオ歯科クリニック）
1967 年　日本大学歯学部卒業
1973 年　現地に開業
1975 年　包括歯科医療研究会設立
1997 年　東京都日本橋歯科医師会学術委員長
2001 年　明海大学歯学部臨床教授

私は 1967 年、大学卒業と同時に奇しくも「ナソロジー」と遭遇することになった。

そのきっかけは全くの偶然ではなかったが、「ナソロジー」を探していたわけでもなかった。ただどうしても短期間で立派な臨床医を目指したいと願っていた。ちょうど国試の発表が終わり就職先を探していた時、つまり昭和 42 年の初夏「歯界展望 8 月号」を読みはじめて間もなく一編の論文に出会ったのである。それは「補綴」という特集に収載されていた海老沢嗣郎先生の「これからの補綴臨床とナソロジカルインスツルメント」という論文であった。バラ色の将来像に出会った気がした。そして院内生の時に単なる興味で入手した HANAU H2-O 咬合器がその論文にも紹介されていた。そのことにも興奮し、その学問がどのようなものなのか？に、なお一層興味を持つことになった。丁度時を同じくして大学の先輩に当たる保母須弥也先生がインディアナから帰国されて、コースを開かれた。早速、焼き付けポーセレンのコースを受講してその講義に圧倒された。なんとあのナソロジーという今までに聞いたことも無いニューロジックが披露されたのであった。そして即座に保母研修同好会に入会した。そのナソロジーは今なお私の臨床の中で、十分に咀嚼され、咬合学として歯科治療の「要」となっている。その一端を「咬合性外傷」を中心にお話ししてみたい。

日本顎咬合学会 30 年の叡智を学ぶ①

11 | 会場：ホールＢ７左側 | ６月９日（土）

Immediate side shift に関する論議
―その経緯と Evidence―

小林　義典（日本歯科大学生命歯学部）
1971 年　日本歯科大学大学院歯学研究科修了
1991 年　アジア頭蓋下顎障害学会会長
1997 年　日本補綴歯科学会会長
2000 年　日本学術会議会員（第 18，19 期）
2005 年　日本歯科大学大学院歯学研究科長

Gnathology の学理の根本は、Hinge axis 理論にあるといっても過言ではないと説明されている。その特徴は、Terminal hinge axis を咬合の原点として、Pantograph を用いて下顎限界運動を全調節性咬合器に再現することを基盤にしている。端的に言えば、Immediate side shift に代表される Bennett's movement の重視と強調である。この Gnathology の金科玉条ともいえる Immediate side shift について、日本顎咬合学会学術大会長や評議員をされた故・田中良種名誉会員（長く UCLA 東京エクステンション副所長もされた）は、1978 年（34 年前）に市販雑誌上で「CO と CR とのずれの筋記憶の投影」であり、損なわれた顎機能の咬合治療により消失するという極めて異端な思索的見解を論じた。類似する症例は、同時期に Torino 大学歯学部の Mongini らが詳細に報告しており、下顎頭―円板の非協調性を伴う TMJ 内部障害に起因することを科学的に明らかにしている。一方、Michigan 大学歯学部の Clayton の指導の基に修士論文を作成した Simonet（以前に日本顎咬合学会学術大会の特別講演者として来日）は、逆に TMD 患者の治療後の好転が Immediate side shift を増大させると報告している。

これらの論争の顛末について、論争以前より多数例の定量的な研究を進めてきた演者らの客観的なデータから説明してみたい。

12 | 会場：ホールＢ７右側 | ６月９日（土）

歯科衛生士ミッションを再考する
～今後　歯科衛生士に求められることとは…～

村上　恵子（村上歯科医院）
1986年　Cerriots College 歯科衛生士科卒
　　Henry Takei　& Gary Kitazawa　歯周専門医　フリーとして勤務
1989年　有楽歯科医院　勤務
1990年　村上歯科医院　勤務
　　歯周病学会認定歯科衛生士　臨床歯周病学会認定歯科衛生士

日本顎咬合学会が発足した30年前と比較すると、現在の歯科衛生士の守備範囲は、目覚ましく広がってきた。

歯周病における「炎症のコントロール」を目的とした歯周基本治療とその後に再発防止・病状安定をはかるために継続して実施するメインテナンスやＳＰＴにおいてはすでに欠かせない歯科医療メンバーである。

また、生涯にわたるカリエスフリーを目指すための予防歯科の担い手として、インプラント埋入後の炎症のコントロール役として、あるいはホワイト二ングなど高い審美性を求める患者さんの治療のコーディネーターとして様々な形で患者さんと関わるようになってきている。歯周病においても「炎症のコントロール」のみならず、咬合に関連した力の影響を察知し対応できる「力のコントロール」能力が期待されるようになってきた。

それはとりもなおさず、患者さんにとってより身近な存在である歯科衛生士の役割が、子供の咬合育成から、高齢者の咀嚼や嚥下といった、幅広い年齢層に応じた関わり方をしていく存在であることを意味している。そのため、歯科医師、歯科技工士と共に患者さんが健康な口腔を育て、維持できるようにするために患者教育をし、良きサポーターとしての知識や技術を身に着けていることが求められるであろう。

本シンポジウムでは、歯科衛生士として今後求められる姿を皆さんと考えてみたい。

13 | 会場：ホールＢ７右側 | ６月９日（土）

歯周治療から考える歯科衛生士の未来

鍵和田　優佳里（医療法人社団馨祐会小林歯科医院）
東京都世田谷区　小林歯科医院勤務
湘南短期大学　客員教授
日本歯周病学会　認定歯科衛生士
日本臨床歯科衛生士　認定歯科衛生士
日本インプラント学会　インプラント専門歯科衛生士

歯周治療は、患者さんが行うセルフケアと私達が行うプロフェッショナルケアによるプラークコントロールが基盤です。近年では炎症の改善、再発の予防だけではなく、治療によって出現した歯間空隙に対して、審美的な回復を求める患者さんも多くなりました。また、欠損した部位に義歯ではなくインプラント治療を希望する患者さんも増えています。しかし、どのような治療を行ってもプラークコントロールができていなければ治療後の良好な状態を維持することはできません。その意味では歯周治療は全ての歯科診療の基盤であるといえます。今回の講演では、プラークコントロールを維持しやすい口腔内に整えるために歯科衛生士はどのような視点を持って歯周治療に関わるのか、また、これからの患者さんの治療に対する要望にどのように対応するのか、お話しさせていただきたいと思います。

これからの歯科衛生士が学ぶべきこと

14		会場：ホールＢ７右側	６月９日（土）

これからの歯科衛生士が学ぶべきこと
～メインテナンスの今まで、そしてこれから～

小林　明子（小林歯科医院）
1976 年　東京歯科技工専門学校卒業　同校講師
1990 年　小林歯科医院勤務
1996 年　日本医学院歯科衛生士専門学校卒業
2009 年　人間総合科学大学人間科学科卒業
　　日本臨床歯周病学会認定歯科衛生士取得

メインテナンスを当たり前のように歯科衛生士が担当するようになって久しくなります。

歯科分野においては、歯周治療・修復・補綴治療が終了しいったんは治癒した口腔組織や咬合も管理が不十分だと容易に再発するという特徴があるため、長期的に良好な状態を維持させるためにはメインテナンスを行うことが重要であると定義されてから、歯科衛生士への期待が大きくなってきました。しかしメインテナンスを行うことで治療を長期的に成功させ安定・保持していくということは、歯科衛生士にとっては大変難しい仕事になってきたことを感じざるを得ません。長期的に見れば人は成長と衰退の変化があり、生活のバックグランドを時間軸で考慮しなければならず、単に疾患中心的な考えでは対応することができないということに気づいたからです。そして、現在私たちは疾患重視のメインテナンスから人を見ていくその人重視の観点へとシフトしていくことの必要性を感じています。その時その人その口腔内状況に応じた行動計画を立て実行するということです。

提供された治療と時間的なその人の変化を見極めながら質の高いケアを提供するためにはどのような知識、技術、判断力が必要なのでしょうか。今までのメインテナンスを見直し、これからのメインテナンスを提案してみましょう。

健康なかみ合わせを考える　～その診断と治療～

15	株式会社ジーシー	会場：ホールＢ５皇居側	６月９日（土）

咬合接触・咬合力からみた咬合診断　―バイトアイとオクルーザーの応用―

渡邉　誠（東北福祉大学）
1971 年 3 月　東北大学歯学部 卒業
1975 年 3 月　東北大学医学研究科生理学 修了
1991 年　東北大学歯学部 教授
2010 年　東北福祉大学 教授

これまで、健康なかみ合わせとは何かとの問いに明確な答えがなされていない。その大きな原因はかみ合わせを科学的に測定する機器、つまりは「物差し」がなかったことによる。そこで我々は上・下顎歯間に生じる咬合力を測定する咬合力測定器オクルーザー、咬合接触面積・点数を瞬時に測定をするための咬合診断装置バイトアイを開発した。バイトアイとオクルーザーを用いて咬合力、咬合接触面積・点数から健康なかみ合わせとは何かを追及した。さらに、短縮歯列や顎関節症患者など異常者の咬合力、咬合接触面積・点数の特徴を精査した。

その結果、正常有歯顎者の咬合力、咬合接触の両者で、歯列の左右的均衡と前後的均衡が認められた。これらの均衡は被験者群、個々人の両者で規則的に認められヒトのかみ合わせの正常者像として結論される。咬合力測定と咬合接触測定には顎位の観点から極めて大きな其々の特徴があることが判明した。咬合力測定では上・下顎歯間に物理的「力」が発揮され、それが咬合力として捉えられるので、顎位異常者では正常な顎位での咬合力を観察することが容易ではない。一方、バイトアイによる咬合接触測定では、正しい顎位で咬合を診査することができ、日常の歯科臨床に極めて有効で、簡便であることが判明した。本講演では、バイトアイとオクルーザーによる科学的成果を提示し、その臨床的価値について話題提供する。

16 | 株式会社ジーシー | 会場：ホールＢ５皇居側 | ６月９日(土)

咬頭嵌合位の重要性

本多　正明（本多歯科医院）
1970年３月　大阪歯科大学　卒業

歯科治療が成功したか否かは、長期に渡って、顎口腔系の健康維持が、どれくらい出来ているかで決まる。端的にいえば、炎症のコントロール（う蝕・歯周病）と、力のコントロール（咬合安定・構造力学的安定）が、的確に行われているかどうかである。この中の力のコントロールについて、キーワードと考えているものは“歯列弓の保全”と“咬頭嵌合位の安定”である。この二つのキーワードの達成が、咬合の長期安定に大きく関わる。“歯列弓の保全”においては、上下歯列弓連続性の確立が重要であり、そのために欠損歯列の診断と対応をいかに的確に行うかがポイントとなる。また、症例によっては動揺歯への対応も重要になる。一方、咬頭嵌合位の安定については、咬頭嵌合できる臼歯の位置と咬合面形態、および顎関節の安定と筋肉の安静が重要なポイントになる。今回は、“Longevity”の観点から「咬頭嵌合位の安定」について咬合接触点を軸に咬合安定について考察したい。

17 | グラクソ・スミスクライン株式会社 | 会場：ホールＢ５皇居側 | ６月９日(土)

超高齢社会に対応した歯科医療

高橋　英登（井荻歯科医院）
1977　日本歯科大学歯学部　卒業
1987　日本歯科大学歯学部歯科補綴学教室第２講座　講師
1993　日本補綴歯科学会指導医　認定
2010　日本接着歯学会　副会長
2011　日本歯科大学生命歯学部　客員教授

我国の平均寿命はいまや90歳に迫ろうとしている。歯科医療の進展と国民の予防意識の浸透により、生体と共に歯の寿命も延び、現在は「老人多歯（残存）時代」ともいえる。寿命が短かった時代は、治療を施された歯（修復・補綴物）は生体とともに天寿を全うできたかもしれない。しかし現在では生体と歯の寿命の延びに呼応した修復・補綴処置が求められる時代となったのである。

生体が経年的に変化することはいうまでもないが、患者さんに対し、年齢を考えた修復・補綴処置をしていたであろうか。「永久補綴」という大義のもと、どの年齢の人にも同じ強さ、同じ物性をもつ修復・補綴物を歯牙や骨の経年的な変化を考慮することなく装着していたのではないか。

修復・補綴治療を見直してみると、いくつかの問題点がみえてくる。ここ数年来、インプラント治療の台頭が著しいが、オッセオインテグレーションが生じているインプラント体の上部構造体と経年的に変化する顎骨との調和を考慮した材料選択や設計がなされているかとの懸念が解消されたとはいいがたい。また、高齢者の残存歯が増えたことにより Tooth Wear（歯牙の異常な摩耗・咬耗）が顕在化し、修復・補綴物もそれに対応する必要に迫られている。

以上のような背景を鑑み、本講演では超超高齢社会を迎えた現在の我が国において、いかにして高齢者にやさしい生体調和性を考慮した歯冠修復が可能かについて論じてみたい。

Diagnosing, treatment planning, and treating both Esthetics and Function in patients with severe tooth wear

Frank Spear

Synopsis: Patients with significant tooth wear present clinicians with some of our greatest challenges both Esthetically and Functionally. The number of teeth needing treatment, whether vertical dimension needs to be altered, the risk of future wear and failure, are just some of the many questions that we must address when managing a patient with significant wear. This program will address the etiologies of wear and how to differentiate the risk factors for future failure. A step-by-step methodology of treatment planning the wear patient, including when and how a new vertical dimension should be established to optimize the final Esthetic and Functional result will be presented. In addition the different occlusal schemes that need to be considered depending upon the etiology and patterns of wear will be addressed. All will be illustrated with multiple patient examples.

You will learn:

The various etiologies that produce wear and what that means to the risk of future failure

How to differentiate the etiologies clinically

How to logically organize the treatment plan of a patient with significant wear, to get an excellent Esthetic and Functional result

When and how to alter vertical dimension in patients with significant wear

The role of orthodontics and crown lengthening in wear patients

What occlusal schemes to consider for patients with significant wear

重度の歯牙磨耗をともなう患者に対する審美と機能の回復：診断と治療計画

講演要旨

咬耗が進行した患者の審美と機能の回復は、臨床家にとっての最大の試練のひとつとみなしてよい。
治療を必要とする歯の数、咬合高径の変更の是非、あるいは将来の磨耗や失敗のリスクなど実に多様な問題を考慮して治療に当たらねばならない。本講演では歯の磨耗の原因を解析し、将来の失敗につながるような危険因子を特定し、治療計画立案の術式を段階的に提示する。
特に治療後に最適な審美と機能を付与するにはいつ、どのように咬合高径を変更すべきかを解説する。更に咬耗の原因やそのパターンによって適用される咬合様式が異なることに配慮する。症例を引用しながら解説する。

学習目標

咬耗の発症原因と将来の失敗の危険因子としての意義

発症原因の臨床的な鑑別

重度の咬耗を呈する患者の審美と機能の回復を目的とした論理的な治療計画の立案

このような患者の咬合高径の変更の是非と術式

咬耗が進行している場合の歯科矯正と歯冠延長術の適用

咬耗が進行している患者で特に考慮すべき咬合様式

19 | 会場：ホールＤ７ | ６月９日(土)

「高まる審美と機能の調和」　―アクティブシニアの求める義歯製作―

阿部　二郎（阿部歯科医院）
1981　３月　東京歯科大学　卒業
1982　７月　阿部歯科医院　開業
2006　３月　Japan Denture Association 代表
2008　12月　BPS International Clinical Instructor
2012　３月　東北大学大学院歯学研究科　卒業

小久保　京子（エースデンタル）
1976年　３月　東邦歯科専門学校　卒業
1982年　４月　エースデンタル有床部　主任
2001年　４月　GC 下顎総義歯吸着セミナー　Technical Instructor
2010年　３月　BPS International Technical Instructor

歯科医師や歯科技工士がハイレベルな治療を目指そうとする志は，医療人としての抑えることのできない欲望である．

これまでの日本の保険義歯は，機能最優先で作られてきた．しかし，世界はすでに，オールセラミックス補綴やコンポジットレジン修復のように，審美を基本とした治療が主流となっている．そして，無歯顎者における総義歯治療も例外ではなく，歯肉や人工歯にカラーリングを行う機会も増加した．特に，裕福で元気な高齢者，アクティブシニアと呼ばれる患者をターゲットとした歯科医療の向上は，質の高い義歯を提供することにもつながり，高度な治療技術と義歯製作テクニックが要求される．また，最適な義歯を作ろうとする術者側の努力が診療報酬にも反映し，歯科医院のみならず歯科技工所の経営にも大きな影響を及ぼしている．

そこで今回は，世界で認められている義歯製作システム BPS を用いた高機能審美義歯の製作について話をし，皆さんの明日からの診療のお役に立ちたいと思う．

20 | 会場：ホールＤ７ | ６月９日(土)

普遍的な咬合、補綴を求めて

普光江　洋（普光江歯科医院）
1976年　城西歯科大学（現、明海大学歯学部）卒業
1986年　高知県安芸郡田野町に普光江歯科クリニック開設
2007年　神奈川歯科大学成長発達歯科学講座に社会人大学院生として入学
2011年　博士号取得
2012年　日本顎咬合学会会員、認定指導医、同評議委員、日本矯正学会会員

榊原　功二（(有）榊原デンタルラボ）
1974年　東京都日本橋　矢澤歯科医院入社
1994年　オーストリア、ウィーン大学留学（短期）
1997年　ウィーン大学公認指導技工士
2001年　日本技工士会認定講師
2009年　日本顎咬合学会編集委員

平線咬合器の原型（J.B. Gariot：1805）が作られたのは今を遡る 207 年前である。その約 50 年後、W. G. A. Bonwill がボンウィル三角と両側咬合平衡理論に基づく解剖学的咬合器を開発したことが、咬合論と咬合器が Link した近代歯科学の端緒となった。当時の咬合論は総義歯主体のものであったが、さらに 50 年後の 1900 年には Snow が天然歯と義歯の咬合は異なることを記述し、その 50 年後に H. Stallard がミューチュアリー･プロテクテッド・オクルージョンを提唱していることは咬合論が有歯顎主体となった時代の変遷を考える上で興味深い。H. Stallard は gnatho（顎の接頭語）と physiorogy（生理学）を結び付けた造語である Gnathorogy（ナソロジー）を誕生させ、B. B. McCollum と共にアメリカン・ソサエティを創設（1926 年）しているが、その考え方は *C. E. Stuart* や *P. K. Thomas*、保母須弥也らによって日本に伝承され現在に至っている。このように考えると、歯科においては 50 年がひとつの時代単位、あるいは進化に必要な時間に思えるが、さらに 50 年を経た 2000 年の日本と歯科界を振り返ると産業界では IT 革命が流行語になった年で、この年の 1 月 30 日発行の顎咬合学会誌をみると佐藤貞雄氏が「顎関節と咬合、その不可解な関係」を特別寄稿されているが、この問題は現在も私たちの臨床の中に立ちはだかっている。

今回は過去のナソロジーから学んだ教訓を「生理的な咬合のルールとは」という原点に立ち返り、治療を進めるにあたっての基準（ルール）を歯科医師と歯科技工士で共有しておこなった症例を呈示したい。

歯科医師・歯科技工士の究極のコラボレーション

21 | 会場：ホールＤ７ | ６月９日(土)

Absolute Collaboration

日髙　豊彦（日高歯科クリニック）

1982　鶴見大学歯学部卒業
1986　日高歯科クリニック開設
2006　鶴見大学第２総合診療科臨床教授
2011　東京医科歯科大学歯学部口腔保健学科口腔保健工学非常勤講師
2011　東京 SJCD 会長

高橋　健（スマイル・エクスチェンジ）

1995　東北大学歯学部付属歯科技工士学校卒業
1997　東京医科歯科大学歯学部付属歯科技工士学校実習科卒業
1997　日高歯科クリニック勤務
2006　Smile Exchange 開設
　　東京医科歯科大学歯学部付属歯科技工士学校非常勤講師

修復治療を完結するにあたり、現代では、患者の審美的要求に答えることが当たり前のこととなってきましたが、審美歯科とは特別な歯科医学ではなく、妥協せず、細微に至って問題を解決しようとする歯科医学のことだと考えています。古くから、歯科医療は疾病を治すと同時に、下顔面の審美性を構築することを目的として臨床を行ってきました。現在では、硬組織、軟組織の再生治療、造成治療、インプラント治療、修復材料や診断機器の開発により、高い治療結果を得られるようになりました。

本講演では、診査診断から治療計画の立て方、術式および修復材料の選択に関して、患者と歯科治療チームがどのように情報を共有し、コミュニケーションのとれた診療を進めるかについて臨床例を通して解説すると共に、コンピューターソフトの有効な利用法を提示し、ディスカッションしたいと思います。

各種パーシャルデンチャーによる機能回復

22 | 会場：ガラス棟Ｇ502 | ６月９日(土)

咬める！守れる！パーシャルデンチャー！！

俵木　勉（医療法人いづみや歯科）

1982 年　城西歯科大学卒業
1986 年　城西歯科大学大学院歯学研究科修了　歯学博士
1986 年　城西歯科大学歯科補綴学第Ⅱ講座　助手
1988 年　埼玉県狭山市にて　いづみや歯科開設
　　日本顎咬合学会　指導医　常任理事

「部分義歯をいれたんだけど痛くて噛めない。」「カギをかけた歯が揺れてきてついには抜けてしまった。」このような訴えをする患者さんがいます。

改めて、パーシャルデンチャーの役割を考えてみます。当然、咬めない義歯では意味がありません。初め咬めても、その義歯のせいで歯を失っても良いでしょうか。さらなる歯の喪失を避ける！欠損歯列を重症化させない！これらは、補綴治療に際して必ず心しておかなければいけない事と思います。

パーシャルデンチャーには、従来からの維持装置を用いるもの、コーヌスクローネに代表されるテレスコープデンチャー、アタッチメントを用いるもの、そして、インプラントを維持装置とするものなど、その構造から、材料から、補綴物で一番広い選択肢があります。

今回、従来からの維持装置を用いる義歯においても、種々の精度を上げることにより、目標である咬める義歯、歯を守れる義歯は可能と考え、考察してみたいと思います。

各種パーシャルデンチャーによる機能回復

23 | 会場：ガラス棟G502 | 6月9日(土)

コーヌス義歯を再考する。

黒岩　昭弘（松本歯科大学歯科補綴学講座）

2000年4月　明海大学歯学部非常勤講師
2003年4月　松本歯科大学歯学部歯科補綴学第一講座教授，副学生部長
　　日本補綴歯科学会代議員
2011年4月　松本歯科大学歯学部歯科補綴講座主任教授，副病院長
　　日本顎咬合学会常任理事・副編集委員長、臨床研究推進委員

部分床義歯は口腔内に装着されると、生体に異害作用を示さず適切に口腔内の一部として機能する必要があり、それは動きが少なく(支台歯・顎堤の保護)、シンプルな形態(予防歯学的配慮)、壊れないこと(経済性)などである。合理的にこれらの事を満足させる補綴装置として考えられるのがコーヌス義歯である。しかしながらコーヌス義歯の調整は困難である。初期に発生するのは維持力のコントロールが難しいこと、次いで支台歯と顎堤への力のコントロールをバランスさせることによって良好な経過を辿る補綴装置となる。本装置は壊れにくいので状況によっては十数年保つものも少なくない。講演ではコーヌス義歯の適応症を考えながら後の本装置の行く末を再考する。

各種パーシャルデンチャーによる機能回復

24 | 会場：ガラス棟G502 | 6月9日(土)

1本のインプラントで変えるパーシャルデンチャー

亀田　行雄（医）かめだ歯科医院）

1988年　東北大学歯学部卒業
1994年　埼玉県川口市にて開業

無歯顎患者における下顎に2本のインプラントを埋入したインプラントオーバーデンチャー（IOD）は，国内外における様々な研究で評価され，信頼性の高い治療法として普及してきています．

今回提示するパーシャルデンチャーの床下にインプラントを埋入するIODは，未だエビデンスの高い方法と言うことはできません．

しかし私たちの臨床において，患者さんの満足が得られずに苦慮することがあります．

例えば上顎シングルデンチャー下顎が前歯部残存の遊離端義歯があります．そのような症例では，前噛み習慣がついていることが多く，義歯は不安定な環境となります．

その様な場合に，たった1本のインプラントを埋入することができれば，義歯の挙動が大きく変わり，たとえオーバーデンチャーであっても，確実な咬合支持として効果を発揮することができます．

今回は最少の本数のインプラントで，最大の義歯の効果が期待できる，インプラント支持パーシャルデンチャーについて症例を提示します．

接着を活かした審美修復治療の実際

25 | 会場：ガラス棟G510 | ６月９日（土）

審美領域における Direct Bonding とセラミック修復

大谷　一紀（大谷歯科クリニック（台東区）　青山ホワイテリア（港区））

1997 年　日本大学歯学部卒業
日本歯科補綴学会 専門医
スタディーグループ Esthetic Explorers 会長

歯冠修復処置にはいくつかの処置法・修復材料がありますが、直接修復で保存的なアプローチである Direct Bonding と審美歯冠修復時に行う代表的な間接修復法であるオールセラミック修復の二つの処置法について解説する。

＜ Direct Bonding ＞
コンポジットレジン材料および接着材料は飛躍的な理工学的進化を遂げ、これら接着修復材料を駆使することで修復治療の幅は広がっている。さらにコンポジットレジンのシェードのレパートリーが増えたことにより、それらを積層することで優れた色表現が可能になった。本講演では、短時間で高い自然感を得るための　①シェードテイキングの勘所　②シンプルなクラスⅣの積層コンセプト　③表面性状の与え方　について前歯部のクラスⅣ症例を中心に多くの臨床症例とともに術式を紹介する。

＜セラミック修復＞
低侵襲で自然感のあるセラミック修復を成功させるための　①色の表現から考える支台歯形成量の考察　②プロビジョナルレストレーションを用いた歯頚線のコントロール③歯間乳頭のコントロール法　についての臨床術式を紹介する。

接着を活かした審美修復治療の実際

26 | 会場：ガラス棟G510 | ６月９日（土）

CR による接着審美修復　～中長期症例に学ぶその勘所～

泥谷　高博（ひじや歯科）

1991 年３月　九州大学歯学部　卒業
1991 年４月　九州大学歯学部歯科放射線学教室　入室
1996 年７月　ひじや歯科医院　開業

私の臨床経験の中でＣＲというテーマに取り組み始めたここ 10 数年、コンポジットレジン修復は審美性、予知性の面において格段に進歩してきた。

その背景には接着システム、コンポジットレジンの物性の進化、様々な臨床テクニックの進歩などがあげられよう。コンポジットレジン修復の寿命に関するリサーチによれば、平均５～６年というデータがほとんどである。その事をふまえて５年程度を中期、10 年程度を長期症例と位置づけすると、私の浅い臨床経験の中でも、そのようなケースが観察できるようになってきた。

コンポジットレジン修復の予知性を左右する因子の中でも最も重要なものは、やはり接着と考えている。また審美性を左右する因子としては色合わせ・形態・歯肉との調和が重要と考えている。それらをより確実に達成できるためには、それらを考慮した臨床上のポイントがある。今回の発表では私の経験の中で私なりに学んだそれらの勘所（ポイント）を紹介していきたいと思う。

接着を活かした審美修復治療の実際

27 | 会場：ガラス棟G510 | 6月9日(土)

Initial introductionを考えた時短で行える審美充填テクニックについて

松本　勝利（医）社団慈愛恵真会　あらかい歯科医院　）

1987年3月　明海大学歯学部卒業（12期）
1987年5月　医療法人　那由多会　井上歯科医院勤務
1989年9月　医療法人　慈愛恵真会　あらかい歯科医院（福島県南会津郡）開業
1998年　GLOBAL DENTAL SYSTEM 主宰
2011年　日本顎咬合学会　理事

ダイレクトボンディング治療は、複雑な治療技術を駆使して行われ、歯牙の長期延命に大きく関与しているにも係らず、それらの事柄は多くの患者さんには正しく伝わっていない環境の中であると思われます。このような状況の中で日常臨床に審美充填を取り入れて行くには、治療のポイントを適確に押さえ、治療成績結果を落とすこと無く、より簡便にそして、より時間短縮を考えた充填方法を採用して行くことが先ずは必要であると考えられます。

これらを具現化し、結果を出すには前歯部では的確なシェードテイキングとシンプルな充填方法の確立、臼歯部においては咬合調整時間が少なくて済む咬合面形態の作製方法とバルクフィリング（一塊充填)、そして2級窩洞のボックス部分のスピーディーで確実な充填方法の確立がされることが必要であり、かつより確実でスピーディーな研磨方法が望まれます。

昨今の接着技術および周辺機器の発展によりこれらが可能となってきており、今回はそれらのポイントについて解説していきたいと思います。

東日本大震災から、歯科医師が成すべきことを考える

28 | 会場：セミナー室1 | 6月9日(土)

宮城県における歯科的身元確認の取り組み

柏崎　潤（旭ヶ丘　ジュン歯科）

1989年　岩手医科大学歯学部卒業
1989年　岩手医科大学歯科補綴学第1講座
1994年　旭ヶ丘ジュン歯科開業 現在に至る
2000年　東北大学大学院歯学研究科　入学
2004年　東北大学大学院歯学研究科　卒業

東日本大震災では､津波によって多くの死者･行方不明者が発生した。宮城県内の死者数は3月1日現在で9512名、行方不明者数は1754名となり、検死済遺体の96%以上の身元が判明している。身元確認においては人相、着衣･所持品、指紋、DNAそして歯科記録を採取し、個人識別の基礎資料となる。宮城県において作成された口腔内チャートは約5000件となり、歯科記録採取に携わった歯科医師は1日最大66名で、のべ1992名にのぼる。震災後から宮城県歯科医師会の他に、東北大学、日本歯科医師会、法医学会の多くの歯科医師の協力によってその体制を維持することができた。検案所数は発災当初最大13箇所であった。遺体の身元確認のために本県では歯科記録は口腔内チャートの作成、口腔内写真の撮影、エックス線撮影を行い、資料採得に必要な機材は一括してパッケージ化し、機動的に運用した。データは宮城県警察本部鑑識課にすべて集約・一元管理され、これに基づき宮城県歯科医師会身元確認班を中心に照合鑑定が行われている。この作業の迅速化・効率化のために、東北大学情報科学研究科の協力のもと口腔内チャートスクリーニングシステムが稼働している。宮城県では、歯科的資料採得のための機材のパッケージ化、作業のマニュアル化、さらには、ITを駆使した大規模データの整理・分析の導入によって、効果的な身元確認体制を確立するよう努めたのでこの機会に報告する。

東日本大震災から、歯科医師が成すべきことを考える

29　会場：セミナー室１　６月９日（土）

東京電力福島第一原発事故の現状と今後の対応について

藤田　富夫（翠和会藤田歯科医院）
一般社団法人　郡山歯科医師会　会長

東日本大震災による地震、津波、原発事故の惨状は世界中に衝撃をあたえ、一年を経過した現在もなお依然として復興への道程は険しい状況にある。主に被災した岩手、宮城、福島、三県の中で福島県は東京電力福島第一原発事故による放射能汚染と、それに伴う風評被害による「四重苦」に苦しみ福島県民の怒りと不安は収まる事はない。原発事故が時事刻々と深刻化するなか、福島県民は、特に福島県の地域歯科医師会員はどのように行動し、いかに対応したのか。また国、県、市町村はどのような施策や対応をしてきたのかを述べてみたい。

「福島の復興なくして日本の復興はない」と宣言したこの国のリーダーの言葉を信じたい。

一方的な原発事故の終息宣言により、やがて福島が国民の意識から遠く離れて行くことが県民にとって最も憂うべきことである。

復興の展望もみえない中で、長期にわたり放射能汚染と風評被害にさらされながらも、福島の再生を願い、希望を持って前を向いて進んで行きたい。その為にも福島原発事故の現状について報告し、歯科医師としていかに対応すべきかを考えてみたい。

東日本大震災から、歯科医師が成すべきことを考える

30　会場：ガラス棟G510　６月９日（土）

地域歯科医療の復興を目指して　～岩手県での対応～

西尾　俊彦（にしお歯科クリニック）
1993年　３月　岩手医科大学歯学部卒業
1993年　４月　岩手医科大学歯学部歯科保存学第二講座　勤務
1996年　４月　両川歯科医院開設
1999年　11月　にしお歯科クリニック開設
2009年　７月　医療法人ＩＩＣ　にしお歯科クリニック　みきデンタルクリニック開設

東日本大震災による岩手県の死者は4671人、行方不明者1249人（３月現在）未だ６万人もの人が仮設住宅や不安定な暮らしをしている。

岩手県歯科医師会は震災直後より県歯科医師会会長の命のもと「岩手県歯科医師会東日本大震災対策本部」を設置し「被災会員対策班」「歯科医療対策班」「避難所対策班」「身元確認対策班」各班による会員の安否確認、物資の手配、支援物資の整理、引き渡し、診療車の手配、避難所対策と、順次、会員のため、県民のために対応していった。

身元確認作業においては、本県では平成１７年より大規模災害、事故を想定し身元確認作業研修会を行っている。震災翌日より岩手県警察と岩手県歯科医師会の間で結ばれている「覚書」に基づき身元確認の作業にすばやくとりかかった。

沿岸部は更地の風景が広がりまだまだ復旧、復興も初期段階であり今後も長期的な支援は必要である。大規模震災を経験すると個人の力はとても小さく感じる。しかし個人の力が集結し系統立てて対応していく歯科医師会のような組織が機能していくことが復興へ前進していくこととなると思う。岩手県歯科医師会において震災対応の実務を担当されている岩手県歯科医師会専務理事　大黒英貴先生によるレクチャーをもとに大規模災害時、歯科医師そして歯科医師会が何をすべきか考えてみたいと思う。

東日本大震災から、歯科医師が成すべきことを考える

31 | 会場：セミナー室１ | ６月９日（土）

東日本大震災への宮城県の取り組み　―その教訓を今後に生かすために―

木村　純子（桃李園歯科医院　宮城県歯科医師会大規模災害対策本部副長）

1981年　奥羽大学歯学部卒業
1985年　宮城県仙台市に桃李園歯科医院開設
1999年　日本顎咬合学会指導医
2011年　日本顎咬合学会常任理事、東北支部支部長

東日本大震災は、宮城県沖地震が30年以内に起こる確率が99％といわれていた状況の中で発災した。宮城県歯科医師会は震災に対するマニュアルを作り、県とは医療救護活動を行うための協定書を結び、年１回の防災訓練に参加し万全の準備を整えてきた。ところが実際に起こったのは、その想定をはるかに超える未曾有の津波災害であった。

総務情報班、医療救護班、会員救護班、身元確認班により必死の災害対策活動を行ったが、インフラが壊滅状態であるために情報の収集に困難をきたし、道路の損壊、ガソリン及び食料不足がさらに拍車をかけた。32万人を超える避難者と1,200か所に及ぶ避難所が作られたが、宮城県の被害は死者9,509名、行方不明者1,754名、歯科医師会員1,142名の内、死者６名、診療所・自宅の全・半壊は342名と余りにも甚大な被害数であった。

この混乱の中、全国の歯科医師会と歯科医師、歯科衛生士会、歯科技工士会、大学、県行政、厚労省の連携協力のもとに、避難所での被災者へ行った歯科医療救護活動、誤嚥性肺炎の予防・口腔ケア活動について報告する。この活動は長期に渡り、非常に苦しい震災との戦いであった。起ってからでは全てが遅すぎるということも反省している。今後このような大災害は日本国中何処にでも起こる可能性があるため、この非常に悲惨で困難な経験を教訓として、災害時の国民の健康のために歯科医師として平時より何をするべきかを警告したいと思う。

コンプリートデンチャーのすべて　超高齢社会に備える

32 | 会場：ホールＣ | ６月10日（日）

全部床義歯臨床に必要な顎関節の生理的変化と病態

松島　正和（神田歯科医院）

1990年３月　日本歯科大学歯学部卒業
1992年３月　神田歯科医院開設
2003年12月　医学博士号取得

補綴治療の原則は残存組織の保全、機能回復率の向上及び審美性の回復です。

私たち誰もが全部床義歯治療のゴールと考えている「機能的で、永続性を備える義歯」というスローガンを日常臨床の中で具現化していくためには顎関節と咬合の関わりあいを詳細に理解することが必要となります。

また、「咀嚼、食べる」という視点から無歯顎患者の全部床義歯を考えてみると、生命維持のための単なる栄養補給に使用する補綴物ではなく、「身体的、精神的な健康状態を維持する機能」を担う、まさに生活の質、人生の質に直結する極めて重要な役割を全部床義歯が担っていることが解ります。

今回の講演では、全部床義歯臨床を行うに当たり歯科医師が理解しておかなければならない

・顎口腔系を機能から見た臨床的な解剖
・顎口腔系の経年的、特徴的な変化
・顎関節、脳神経系の臨床的なしくみ

などについて動画等を用いて分かりやすく解説したいと思います。

コンプリートデンチャーのすべて　超高齢社会に備える

33 | 会場：ホールC | 6月10日（日）

今後増加が予想される上顎総義歯補綴における難症例について

上濱　正（ウエハマ歯科医院　日本歯科大学生命歯学部歯科補綴学第１講座）
1977年３月　日本大学理工学部薬学科（現 薬学部）卒業
1989年３月　日本歯科大学歯学部卒業
2005年４月　日本歯科大学生命歯学部歯科補綴学第１講座講師
2006年４月　明海大学歯学部臨床教授
2009年１月　日本咀嚼学会評議員

下顎の総義歯の難症例とともに上顎総義歯の難症例も増加傾向にある。上顎総義歯における難症例は、高度な顎堤吸収（長さ、幅、高さの吸収）が進行して、総義歯の維持、支持が不安定になるとともに、下顎からの突き上げで下顎位が不安定となり、咀嚼障害、審美障害を生じる。コンビネーションシンドロームはその代表的な症例である。

患者は、はずれる（維持不足）、痛い（支持不足、切歯窩からの上顎神経の露出による圧迫）、噛めない（下顎位、下顎運動、咀嚼運動の不安定）、見た目が悪い（リップサポート不足、低位咬合、咬合平面の不正）の主訴を訴え続けるため、術者は総義歯の後縁の封鎖やリベースを試みるが良好な結果が得られないことも多い。これらを解決するために、Ｗａｔｔ＆ＭａｃＧｒｅｇｏｒは、「デンチャースペースを総義歯によって完全に満たすこと、すなわち喪失した天然歯ならびに歯槽骨が占有していた口腔内のスペースを満たすこと」、この基本的な考えに立ったうえで総義歯の機能的な設計要素を（１）維持、（２）筋平衡、（３）支持、（４）咬合平衡の４つに分けて、これに総義歯の審美性を加えて設計を行うとしている。この際、頬筋（口輪筋を含む）が重要な筋肉とされている。さらに解明されつつある頬筋の走行形態、筋線維特性やオトガイ筋、上咽頭収縮筋などの機能時の特徴を理解し臨床に生かすことで上顎総義歯の難症例の解決策を示してみたい。

コンプリートデンチャーのすべて　超高齢社会に備える

34 | 会場：ホールC | 6月10日（日）

全部床義歯の臨床を総括する
―特に下顎の難症例の診査診断から治療，さらに定期健診まで―

小出　馨（日本歯科大学新潟生命歯学部歯科補綴学第１講座）
1979年３月　日本歯科大学新潟歯学部卒業
1983年３月　日本歯科大学大学院修了（臨床系歯科補綴学専攻）
1988年５月　トロント大学歯学部補綴学教室客員教授
1989年４月　日本歯科大学新潟歯学部歯科補綴学教室第１講座助教授
1998年４月　日本歯科大学新潟生命歯学部歯科補綴学第１講座主任教授

今後15年間にわたり有床義歯の患者数は1.5倍にまで増加し，25年後までその状況が継続する．特に無歯顎者にとっての全部床義歯は，咀嚼，嚥下，呼吸，発音，口腔感覚，姿勢維持，審美性等の回復はもとより，前頭前野をはじめとする脳機能の活性化，生きることへの意欲の回復，精神・心理状態の改善にまで関わり，人生の満足度の観点からも極めて大きな役割を果たしている．近年では，患者さんから全部床義歯治療に対する機能と審美に関する具体的で高度な要望がはっきりと提示されるようになってきており，患者さんの義歯に対する意識が大きく変換してきていることを実感させられる．

臨床の現場では，全部床義歯の特に下顎の難症例への対応に苦慮しており，完成義歯の装着当初は吸着するが，使っているうちに咬合時痛が発現してよく噛めず，調整を繰り返すうちに吸着もしなくなってしまうことが多い．無歯顎者の下顎は上顎と異なり，顎堤吸収が進行するにつれて残遺歯肉を歯槽骨に繋ぎとめている膠原線維性結合組織が失われ，歯槽頂付近の狭い範囲以外は浮動粘膜になるといった様々な問題が存在する．

今回の私の担当は，そんな下顎の難症例に対する診査診断から治療，さらに定期健診までを的確に行うための要点を臨床に即して示すことである．これが分かると全部床義歯の臨床が楽しくなる．

コンプリートデンチャーのすべて　超高齢社会に備える

35 | 会場：ホールC | 6月10日（日）

総義歯の咬合を考える
～顎位、咬合採得、咬合調整も含めて～

村岡　秀明（村岡歯科医院）
1972年3月　神奈川歯科大学卒業
1980年1月　千葉県市川市で開業
現在　日本顎咬合学会指導医

総義歯をうまく作るコツをひと言で表せないかと考えてみました。「動かないようにしたら、動かさないようにしろ」ではないかと思いました。義歯が動かないような印象が採れたら、義歯を動かさないような咬合を与えろ、という意味です。素晴らしい印象が採れて、理想的な形をした総義歯ができあがっても、咬合が悪いと義歯は外されてしまいます。また、逆に、印象が良く採れて義歯がピッタリできていればいるほど、義歯の当たりが出やすいということもあります。これは、ピッタリしているが故に、わずかな咬合による動きに粘膜が傷つけられてしまうためと思われます。旧義歯はぐあいが良くなかったけど、痛くはなかったぞ、などと言われてしまうのもここら辺に原因がありそうです。咬合とひと口に言っても、顎位、咬合採得、人工歯の接触関係、そして咬合調整まで多岐にわたっていて、そのバランスをとることが、外れない痛くないよく噛めるという結果に反映されてくるのだと思います。私は、誘導して顎位を求めます。与える咬合はリンガライズドにしてフルバランスにします。わずかな咬合調整は口腔内でもできますが、総義歯は動くのでリマウントしないと解決しないこともあります。これらについて、診療室で撮影したムービーを中心に、私のやり方考え方を見ていただきたいと思っています。

審美と機能の調和を考える

36 | 会場：ホールB７左側 | 6月10日（日）

審美性と機能性　両立の要点

大村　祐進（おおむら歯科医院）
1985年3月　福岡歯科大学卒業
1985年4月　下関市畑島歯科医院勤務
1989年4月　現在地にて開業

補綴治療においては、機能性と審美性が求められる。これら双方に、歯および顎骨の形態が関係する。

口腔の代表的な機能のひとつが咀嚼である。咀嚼運動は、前頭面から観察すると、開口時に咬頭嵌合位から作業側に向かって外下方へ下降し、閉口時にはその外側を通って上昇し、食物を粉砕しながら再び咬頭嵌合位にもどる。矢状面における作業側の観察では、開口時に咬頭嵌合位から下降し、閉口時にはその後方を通って上昇し、食物を粉砕しながら再び咬頭嵌合位にもどる。咀嚼運動の軌跡は、咬筋、内側翼突筋などの咀嚼筋の方向に一致するが、歯列は咬合弯曲をもって咬合圧に対向する。

咬合弯曲は、各歯牙の解剖学的形態と、顎骨に対する植立位置および植立方向により形成される。同時に、これらは歯軸も決定する。整った歯軸は、審美性を獲得するための要件のひとつである。上顎前歯の歯軸は、中切歯から犬歯にかけて近心傾斜がより強く、臼歯の歯軸も同様に傾斜して、正中に対して線対称となれば審美的である。

しかしながら、犬歯を急傾斜にしすぎると、偏心運動時の臼歯離開の量が増大し、咬合弯曲を強調しすぎると、臼歯離開量が減少して咬頭干渉を引き起こす原因となるため注意を要する。

今回は、補綴治療をおこなう際に、審美性と機能性を両立させるために押さえておくべきポイントについて整理してみたい。

審美と機能の調和を考える

37 | 会場：ホールＢ７左側 | ６月10日（日）

Predictable esthetic success in the full mouth rehabilitation – the interdiciplinary approach

全顎治療における予知性の高い審美回復を目指して　－包括的なアプローチ

李志如（台湾）

Japanese Society of Aesthetic Dentistry, Taiwan Division Director
Japan Academy of Gnathology, Instructor
Taiwan Academy of Aesthetic Dentistry, Past President
The Association of Gnathology in R.O.C., Past Vice President

For many years of dental practice, we are searching for the right answer with regard to how patients should be treated. Since 1985, we began to apply interdisciplinary treatment in our daily practice together with dental specialists from all dental fields. Most importantly, clinical judgment is base on years of clinical experience to form a predictable long-term treatment plan. The following basic principles must be considered for a long-term therapeutic success.

1. Good patient management and care
2. Interdisciplinary team approach
3. Good periodontal health
4. Adequate tooth position
5. Adequate posterior support
6. Dedicated maintenance

Planning for esthetic predictability and success in full mouth rehabilitation represents a great challenge for the dental team. This presentation will show you how to use an interdisciplinary treatment approach to create the optimal esthetic result.

審美と機能の調和を考える

38 | 会場：ホールＢ７左側 | ６月10日（日）

複雑な補綴のマネージメント

山﨑　長郎（原宿デンタルオフィス）

1970年　東京歯科大学卒業
1974年　原宿デンタルオフィス開院

現代の歯科修復治療には、マテリアルの革新・開発により大きな変化がもたらされている。しかも、その発展と進歩の速度は、われわれ歯科医・歯科技工士の予想を遥に超えるものとなっている。また、患者サイドにおいても、さまざまな媒体・分野からの情報・知識により、従来の修復治療に、よりさらに高いレベルの審美性を望む声が高まっている。

しかしそれは一方、ある種の危険性を孕んでいる。つまり審美性を追求するあまり、治療の本質を歪めかねない、と言う事である。審美修復治療と言えども、機能・構造力学・生物学等考察を合わせ持つ物でなければ真の修復治療とは言い難い事は自明の理である。

それゆえ、今こそ、これらを踏まえた審美修復治療の臨床的基準を確立する必要があり、同時に、症例が複雑で困難になる程、修復治療の前、中、後、おのおののステップにおける、各分野（矯正・歯周・インプラント等）との連携が肝要となる。より洗練された審美修復治療達成の鍵を握るのは、各専門医との、綿密・詳細な診断治療計画の練り合わせなのである。

今回は、Dr Kay の Altered Dental Esthetic Classification を私なりに再構成し、症例の区分・分類法を新たに加え、あわせて、最新のマテリアルをその使用方法と共に解説しようと思う。

患者さんを幸せにする法則

39 | 会場：ホールＢ７右側 | ６月10日（日）

たった一度の歯科衛生士人生を充実させるために必要な３つの習慣

濵田　智恵子（有限会社エイチ・エムズコレクション）

1991年３月　東京都歯科医師会付属歯科衛生士専門学校卒業
1991年４月　東京都、中沢歯科医院・中沢顎関節研究所に勤務
1998年４月　フリーランスとして２件の歯科医院で勤務
1999年　　有限会社エイチ・エムズコレクション入社
2002年　　同社 取締役就任　現在に至る

歯科衛生士人生の成人式（20年）を越えてしまいました。出産前後約１年間を除いて常にクリニックの中で活動してきました。あと20年は活動予定ですので【丁度折り返し地点】と思っています。
私の活動範囲は全国区です。各地区でよく聞かれるのが【今までに辞めたくなったことは？】。答えは【ＮＯ】です。大変なことはありますが、しかし何度振り返っても【仕事に飽きる】【嫌いになる】ということは一度もありませんでした。歯科衛生士人生を楽しんでいる人には共通の秘訣がありました。

秘訣１：【私たちの仕事は、誰かの幸せを創造することが出来る】という大きいミッションとの出会い。
秘訣２：「患者さま」「恩師」「同志」など大切な人との出会い。毎日が同じじゃないという奇跡的な出会いの積み重ねでした。
秘訣３：そして・・・・
丁度20年を超えた今、私が無意識の中で大切にしてきた３つめの習慣が見ええてきました。

誰もが一緒ではないけれど、でも誰にも役立つかもしれないことを信じて・・自ら選んだ職業をかけがえのない日々に充実させるための３つの習慣（秘訣）をご紹介させていただきます。
【あとちょっと】が雲泥の差＝もったいない人生にならないよう。
たくさんのみなさまへの未来への明るいヒントが提供出来たら嬉しいです。
短い時間ではありますが、みなさまにお会いできるのを楽しみにしております。

患者さんを幸せにする法則

40 | 会場：ホールＢ７右側 | ６月10日（日）

楽しくコーチング ～いつもと違うワタシに会える～

坂口　雄一（坂口歯科クリニック）

1991年３月　大阪歯科大学卒業
2000年３月　神戸市にて坂口歯科クリニック開設
　　所属スタディーグループ　神戸ケアクラブ・Re-act など

「先生！やっぱりこの歯は抜かないとダメなの？」「衛生士さん！歯石は取らないとダメなの？」「最近メインテナンスに来るのをサボっていてすみません」・・・。こんな会話をよく耳にします。冷静に聞くと少し違和感を覚えませんか？主語がすべて患者さん自身ではなくなっています。更に「以前に通っていた医院で知らないうちに何本か抜かれてしまったわ・・」とか「あと何回来ないといけないの？」とか・・。私は最高の結果が創られる患者さんと医療従事者とのキーワードは「脱依存」だと見ています。（これは院長とスタッフ、医院内の先輩と後輩）においても同様です。）

多様化する価値観の中で「これがあなたの幸せです」といった価値の指導（押し付け）でなく、その人が本来の幸せに気付き行動する事を支援（サポート）する事こそが大きな結果に繋がると考えています。しかしながら歯科医院に来られる患者さんは不安であったり心配や抵抗感・拒絶感があったり、受身で依存的な事がよくあります。患者さんが自分の健康に責任を持ち治療に主体的かつ積極的に取り組んで頂けるためのコミュニケーションスキルとして「コーチング」という関わり方が昨今、各方面で機能しています。本講演ではこのコーチングというセンスの「やり方」ではなく「在りかた」についてご紹介したいと思います。

患者さんを幸せにする法則

41		会場：ホールＢ７右側	６月10日（日）

皆さんにお伝えしたい幸せの法則

木下　晴弘（株式会社アビリティトレーニング）

学生時代の塾講師経験から教育の素晴らしさを知る。
同志社大学卒業後、一度は銀行に就職するが、退職して同塾の専任講師になる。
生徒・保護者からの圧倒的支持を得て、多数の生徒を灘高校等の超難関校合格へといざなう。
その後、進学塾の設立に役員として参加。講師・広報・渉外・講師研修など様々な業務を経験。
2001 年　株式会社アビリティトレーニングの代表取締役に就任

偏差値 70 超えの難関校に安定的に生徒たちを合格させるには、勉強だけの指導ではなく、彼らの人生と保護者の人生に向き合う必要があった。それらと向き合う中で私たちはいくつかの法則に気づいていく。その気づきの中から「幸せな人生実現」に大きく寄与してくれる可能性の高いものをストーリー仕立てでお伝えする。

①目的が変われば人生は変わる法則～目的とは「何のために」目標とは「何を目指す」
②与えたのもが返ってくる法則～それを手に入れるにはもらう側ではなく与える側に
③ be → do → have の法則～成功には順序がある。ボタンを掛け違えないために
④許しと感謝がもたらす法則～特に感謝には３つのレヴェルがあることを知る
⑤課題不可避の法則～人は直面する課題は全て自分自身の課題であることに気づかない

～これからの超高齢社会に向けて～「従来型修復治療から、新たな予防的修復治療への転換」（生涯歯を守り、長持ちさせる為の提言）

42	株式会社モリタ	会場：ホールＢ５皇居側	６月10日（日）

咬合崩壊を防ぐ予防的修復治療

柏田　聰明（恵愛歯科）

1969 年３月　東京医科歯科大学歯学部卒業
1969 月４月　東北大学歯学部助手
1976 年１月　東北大学歯学部講師
1978 年７月　東京都新宿区にて開業
1999 年１月より　東京医科歯科大学歯学部臨床教授

森田ら（1995）は，修復物の脱落に関する疫学調査で，第一の原因が二次齲蝕であることを示している．Axelsson ら（2004）は，長期にわたりメインテナンスプログラムを施した患者で，歯の喪失の最大の原因は歯根破折であったと述べている．治療した歯を長持ちさせ，生涯自分の歯で噛めるようにするには，二次齲蝕と歯根破折の予防が重要である．演者は，そのために AD ゲルと接着を応用し，臨床で大きな成果をあげてきた．

二次齲蝕を予防するには，歯質と修復物の界面を細菌と咬合力による破壊から守る必要がある．界面を確実に封鎖するとともに応力集中の起こらない設計を考慮し，加えて象牙質にフルオロアパタイトの耐酸性層を形成して歯質を改質することで，二次齲蝕は皆無に近くなっている．

一方，歯根破折の原因は種々考えられるが，無髄歯が破折しやすいことは，多くの疫学調査が証明している．破折を防ぐには歯髄を可及的に保存すべきであるが，悪条件下にある歯髄でも，直接覆髄法や断髄法の術式を工夫することで救える例が増えている．また，象牙質知覚過敏に対しては，重度でも確実に抑制する方法を考案して，抜髄症例を大幅に減少させている．

最近では，患者の高齢化に伴いエナメル質の高石灰化による剥離や亀裂等が歯冠の破折につながる危険性のある症例が増えおり，その予防を目的にジルコニアセラミッククラウンで修復する方法も導入している．

咬合崩壊を起こしてから咬合再建を行うのではなく，崩壊を未然に防ぐための，予防的修復治療の実際を紹介する．

～これからの超高齢社会に向けて～「従来型修復治療から、新たな予防的修復治療への転換」（生涯歯を守り、長持ちさせる為の提言）

43	株式会社モリタ	会場：ホールＢ５皇居側	６月10日（日）

メインテナンスに必要な修復治療とは？

田上　順次（東京医科歯科大学歯学部）

1980年３月　東京医科歯科大学歯学部卒業
1984年３月　同上大学院修了（歯学博士）
1984年４月　同歯学部　助手
1994年４月　奥羽大学
1995年４月　東京医科歯科大学

これまで世界でどこも経験したことのない超高齢社会を迎える我が国において、健康な口腔状態を維持していくために、我々歯科医療人に課せられた責任は大きい。う蝕と歯周病の予防は最も基本的なところであるが、これまでう蝕の予防、管理については若年者を対象にしたプログラムが中心であった。高齢者の場合には当然、根面う蝕、二次う蝕への対応が重要となる。高齢者では生体反応の低下だけでなく、循環器系の疾患の既往者も多く、より非侵襲的で簡便な修復処置が求められる。そのための修復材料として、より簡便な操作性でかつ高性能な接着材も登場してきた。同時に二次う蝕や修復物の破折に際して、修復物にも接着させる補修修復にも対応が可能となってきている。非う蝕性あるいは非細菌性の硬組織欠損の予防や修復の必要性も高くなってきている。ホームケアとしてのう蝕予防、歯質強化とともに、メインテナンスにおけるう蝕や咬耗・摩耗の予防、さらには予防的な修復により、健全な口腔内の状態を維持させることが我々の使命である。高齢者への対応だけでなく、だれもが迎える高齢期の口腔内の状況を想定して早期から対応することも求められる。多様化する病態に対する、さまざまな予防的修復の臨床例を、最新の科学的な裏付けとともに提示する。

～これからの超高齢社会に向けて～「従来型修復治療から、新たな予防的修復治療への転換」（生涯歯を守り、長持ちさせる為の提言）

44	株式会社モリタ	会場：ホールＢ５皇居側	６月10日（日）

メタルフリー時代に求められる修復治療のマネジメント

加藤　正治（高輪歯科）

1990年３月　東北大学　卒業
1991年４月　鶴見大学歯学部歯科理工学 専攻　学位取得（1997年）
1998年４月　高輪歯科 DCC（Dental Care Center：診療部門）開設
　　鶴見大学歯学部歯科理工学講座 非常勤講師
2010年　　高輪歯科 DSS（Dental Science Studio：研究部門）併設

歯のロングライフ化が求められている今日，修復治療に対してもマネジメントを考える必要がある．とくにメタルフリーレストレーションにおいては，ボンディング剤，レジンセメント，ジルコニア，ファイバーポストなどの新しいマテリアルが充実し，審美性と機能性を兼ね備えた魅力的な提案が可能となった一方で，患者のニーズや治療法の選択肢も多様化してきている．ハイドロキシアパタイトによる究極の歯面修復からボンディングシステムをフル活用した直接修復，そしてジルコニアセラミックスによるフルマウスリコンストラクションに至るまで「予防」と「審美」の両立によってウェルエイジングをサポートしていくことがこれからの修復治療のテーマとなるであろう．しかしながら，治療を施した歯のロングライフ化は，われわれ術者の判断やテクニックあるいは医院のサポート体制の影響を強く受けることも事実である．

本講演では，修復治療を「患者のエイジマネジメント」と「歯科医院のマネジメント」の双方の視点から考察し，予防的修復治療を実践するための診療体制と臨床上のポイントについて述べてみたい．

日本顎咬合学会 30 年の叡智を学ぶ②

45 | 会場：ホールＢ５ガラス棟側 | ６月10日（日）

ナソロジーとの出合いと衝撃！
―咬み合わせの科学は面白い―

普光江　洋（普光江歯科クリニック）

1976 年　城西歯科大学（現、明海大学歯学部）卒業
1986 年　高知県安芸郡田野町に普光江歯科クリニック開設
2007 年　神奈川歯科大学成長発達歯科学講座に社会人大学院生として入学
2011 年　博士号取得
2012 年現在　日本顎咬合学会会員、認定指導医、同評議委員、日本矯正学会会員

1976 年に歯科大学を卒業したのち、総合歯科学講座の助手として大学に在籍し学生たちの臨床実習を担当していたある日、同僚の通う研修機関（初代顎咬合学会会長となる保母須弥也先生が所長の国際デンタル・アカデミー）で学ぶことになった。初めて知ったアメリカン･ナソロジーのシステマティックな考え方にショックを受けただけでなく、学生に教えている立場に疑問を持ち、そのまま研修所に勤務させて頂いたことは、今思えば歯科人生で最も幸運な瞬間でした。それからの素晴らしい人との出会いと学びは走馬燈のよう。第一回学術大会から毎回にように口演発表やテーブルクリニックに立たせて頂き、咬合の面白さを会員の先生と共有できる喜びを感じています。

「咬みあわせの科学」は学会誌の名称であると共に、私のライフワークです。

これからも開業医が臨床をいかに深く掘り下げて取り組んでいるのかを学会の内外にアピールしていきたいと思っています。

日本顎咬合学会 30 年の叡智を学ぶ②

46 | 会場：ホールＢ５ガラス棟側 | ６月10日（日）

インプラントの咬合

河津　寛（河津歯科医院）

1976 年３月　城西歯科大学卒業
1976 年４月　国際デンタルアカデミー　入所
1986 年　河津歯科医院開設（現在に至る）
1999 年４月　明海大学歯学部臨床教授、生涯研修部長（現在に至る）
2003 年～2005 年　日本顎咬合学会理事長

インプラント補綴の予後を観察すると、インプラント補綴部位に隣接した天然歯との間にスペースが生じ食片圧入が起きる。遊離端症例においてはインプラント補綴部位が低位咬合になりいわゆる顎関節症様症状を呈する。またエックス線所見では下顎無歯顎症例においてオトガイ孔間にインプラントを埋入したいわゆるボーンアンカードブリッジ症例においては臼歯部の骨の形態が変化する等、天然歯の補綴とは異なった変化が認められる。

ブロネーマルクらは補綴物が装着されるとインプラント周囲の顎骨は安定状態に達するまでの数年間、リモデリングし続けると思われると述べている。

また Reddy らはオトガイ孔間に 5～6 本のインプラントを埋入した症例において下顎骨に著しい骨のリモデリングが認められ（基準：7.25 ± 0.25 mm、4 年経過後：8.18 ± 0.1 mm：P = 0.05）。下顎骨の垂直的高径の変化は、機能圧を加え始めてから 1 年間のあいだに発現し、この変化は Wolff の法則に従っていると述べている。

このようにインプラント補綴装着後、顎骨の形態は変化する。したがってインプラント補綴の咬合は変化するものと考えられる。

今回演者はインプラント補綴に起こる骨のリモデリングと咬合の関係について考察を加え報告する。

47 | 会場：ホールＢ５ガラス棟側 | ６月10日（日）

日本顎咬合学会に参加する喜び
（日常臨床に安心と責任を求めて）

吉木　邦男（医）デンタルハート　　吉木デンタルクリニック）

1974 年３月　日本歯科大学歯学部卒業
1974 年５月　国際デンタルアカデミー　全日制研究生
1981 年３月　国際デンタルアカデミー　退社
1984 年11月　名古屋市にて吉木デンタルクリニック開院

臨床 37 年目を迎え振り返ってみると、日本顎咬合学会に参加した事は歯科医人生をより魅力的な職業にしてくれた。
歯科医療の進化は目覚ましく新情報は洪水の様に押し寄せ、10 年前の常識は覆され歯科先進国や東京・大阪で行われている最先端臨床はタイムロスなく地方都市にも伝えられ、焦りや戸惑いを感じる事も多々ありました。また医療制度や患者意識の高まりなど私達を取り巻く医療環境は大きく変化してきた。
歯科医療は治療との大義で患者の心や口腔内を傷つける側面を持っております。人が人を診る難しさに幾度となく己の限界や歯科医療の困難さを感じる事は臨床医である以上必然である。 そんな時に助けられるのは、
悩みや疑問をぶつけ語りあえる良き同僚
迷い立ち止まった時優しく肩を押してくれる尊敬できる先輩
疲れ立ち止まりそうになる時活力をくれる若き仲間
日本顎咬合学会は臨床医による臨床医のための学会で、咬合学を中軸に多方面の有益な情報を提供してくれ、まさに日常臨床における羅針盤となってくれる。
今後日本は今だかって経験した事のない高齢化社会を迎え、患者ＱＯＬ向上のため病を治す医療から人を治す医療へとますます歯科臨床への期待は高まってくる。
今回の発表で日本顎咬合学会で教えて頂いた事、感じた事、経験した 30 年関の学会の叡智を若い先生方にお伝えしたく纏めてみた。

48 | 会場：ホールＢ５ガラス棟側 | ６月10日（日）

歯の価値を啓発する歯科保健・医療と医療経済

富野　晃（山の手パール歯科クリニック）

1972 年３月　日本大学歯学部卒業
1972 年４月　北海道大学歯学部第二補綴科（クラウン･ブリッジ）在籍(医局長)
1975 年４月　国際デンタルアカデミー在籍（教育部長）
2006 年４月　北海道歯科医師会　会長（現職）･日本歯科医師連盟　副会長(現職)
2010 年４月　日本歯科医師連盟　理事(現職)

一人の歯科医師として地域歯科医療に励むことそのものは社会貢献といえる。
また、歯科医師会という組織が地域社会と連携しながら、より公共性・公益性の高い事業を行うことも社会貢献といえる。
昨今の若き歯科医師の歯科医師会未入会率の増加はより良き歯科医療の充実・発展を阻害する大きな因子となるかもしれない。つまり、歯科医療を良くも悪くもするのは国との交渉力にかかっているからで、組織の弱体化は国民の口腔健康力を減退させることになる。組織は常に強力なものでなければならない。
国民に対し歯の価値を啓発するための様々な歯科保健・医療政策が十分な効力を発揮するためには、そこに医療経済なる実証分析が欠かせない作業となる。歯科領域で進んでいない医療経済に敢えて挑戦するのは、将来の歯科界に必ず医療経済という嵐が攻めてくると認識するので、それへの準備を促したいからである。

１．歯の価値（値段）
２．国民医療費
３．会員の反論
４．歯・口の健康と全身の健康との関係
５．定期ケアが総医療費を低くする
６．歯数と健康度との関係（医療費で見た場合）
７．そもそも医療経済学とは何か
８．国の歯科保健政策（事業）の税金分配（投入）
９．国の歯科診療への医療費の分配（投入）
10．私の考える歯科保健・医療の目指すべき３点セット

日本顎咬合学会 30 年の叡智を学ぶ②

49 | 会場：ホールＢ５ガラス棟側 | ６月10日（日）

私が考える歯科医師の原点

林崇民（林崇民牙医診所）

1972 年　台北医学大学歯学部卒
1979 年　東京歯科大学大学院歯学研究科終了　歯学博士
1986 年　国際顎咬合学会アジア部会より Master of Gnathology、 Peter K. Thomas Award 授与
1988 年　国際歯科学士会 Fellow
　　中華民國顎咬合学会初代会長、中華審美牙医学会初代会長、台北医学大学、国立陽明大学助教授

30 数年前に日本の諸先達のお力添えのもと台湾に小さな種が宿った。1981 年１月に台湾で Study Group が発足、続いて顎咬合学会、審美学会が成立し、ついに台湾で国際学術会議が開かれるに至った。いまでは 40 以上の歯科医学会がある。台湾の歯科医療が順調に発展を続けてこられた裏には黙々と支援をしてきて下さった日本の先達方の無私な心があった。無償の善意と強い発心を堅持し続けて下さった結果、30 年後の今日、見事に実を結び、いまでもその心は脈々と引き継がれている。その例をいくつかご紹介する。

台湾の路竹医療和平会は 1995 年学業を終えたばかりの若き歯科医の善意から成立した。毎月の国内無償医療、隔月の海外無償医療サービスを間断なく継続してきた結果、18 年間で 10500 人に及ぶ医療スタッフたちが世界的な NGO 活動に従事する規模に至った。

また、同じく約 20 年前に卒業したばかりの歯科医が台湾の生態保護を訴え台湾荒野保護協会を成立させ、現在では 15000 世帯に及ぶ家庭が世界中でボランティア活動を展開している。

1966 年、27 歳の若き尼僧が失明や精神異常に喘ぐ無一文の夫婦を見て発心し、病に苦しむ人々を救おうと仏教慈済基金会を成立した。５銭、１元の募金活動を通して人々の奥に宿る慈悲の心を呼び覚まし、いまでは一千万人以上の会員が宗教や国境、人種を越えた慈善活動を 72 か国で繰り広げている。東日本大地震でいち早く被災地に駆けつけたのは慈済の救援隊であった。

己の善意や発心を堅持してこそ始めて人の心が動き、やがて社会が少しずつ変わり始める。重要なのは己の発心を堅持することだ。歯科医は柔軟な心が備わってこそ人の痛みが分かり、心から患者に寄り添うことができる。そうして医者自身の心も安らぎ幸せを感じるのである。日本の先達方が台湾に播いてくれた種が開花したようにその種がまた日本の次の代に宿っていくことを切に祈る。

日本顎咬合学会 30 年の叡智を学ぶ②

50 | 会場：ホールＢ５ガラス棟側 | ６月10日（日）

炎症と力のコントロールを目指して
（すべてはナソロジーとの出会いから）

上野　道生（上野歯科医院）

1976 年　九州歯科大学卒
1976 年　北九州市八幡東区秋野歯科医院勤務
1978 年　北九州市八幡西区医生ヶ丘にて開業
　　北九州歯学研究会、福岡豊歯会、日本審美歯科協会、ＡＡＥ

昭和５３年７月、卒業僅か２年で同級生の妻と共に開業して臨床開業医としての歩みを始めました。翌年２月、九歯大同窓会学術講演会に参加して、強い衝撃と感銘を受けたことが、私達の歯科臨床への取り組みを大きく変えることになりました。ホームドクターとしての幅広い学識・技術の習得の必要性を痛感せずには要られませんでした。歯内・歯周・補綴等の各分野に合格点のとれるバランスのとれた家庭医を目標にしてみようと考えたのです。まず一本の歯に全力投球し、エンドを中心に自分の臨床の経過観察を行なってくると、それまで根充などごく簡単なものと考えていたものが、根尖付近までガッターパーチャーを充填するだけのごく単純で初歩的なことを確実に行い、良好な結果を得ることが思ったほどに生易しいものではないことに気付くのに、そう時間はかかりませんでした。

やがて臨床の目は歯周治療へと向けられるようになり、そんな時親友でありライバルでもあった故岡松清人君に勧められ、IDA の研修に技工士と共に参加し、保母須弥也先生（ナソロジー）との出会いが、終生研修への始まりとなりました。それ以後「炎症と力のコントロールを目指して」、歯科医である私とパラデンタル・スタッフ全員が心を一つにして、患者さんの健康の回復とその維持に熱い思い入れをもち、常に技術及び人間性等の研鑽に励む姿勢を持ち続け、患者さんに信頼を持っていただくよう努力を重ねてきました。

近未来の歯科技工を語る

51 | 会場：ホールＤ７ | ６月10日（日）

私の考えるメタルセラミックス（色調編）

小田中　康裕（oral design 彩雲）
1986年　IDA ラボテックスクール入社
1993年　Will Geller 氏のラボ （oral design CENTER DENTAL-LABOR W.GELLER）留学。スイス
1996年　上北沢歯科勤務
1998年　有限会社バーレン開業
2011年　oral design 彩雲 開業

審美補綴と言えば、最近ではオールセラミックスが代名詞になっており、オールセラミックスの利点だけが取沙汰されるが、私は、オールセラミックスにはまだ問題点があると考えている。その問題点はメタルセラミックスの問題点と比べても臨床に置いてはメタルセラミックスの補綴の方に選択する優位性があり、メタルセラミックスでは、オールセラミックスよりも劣ると言われているメタルセラミックスの色調は、まだ開発の余地があると考えている。

技工料金ではメタルセラミックスの技工料金と、オールセラミックスの技工料金とではトータル的には開きがある。これは決して、歯科技工士の技術が向上したから技工料金が上がったのではなく、単なるコーピング料金が上乗せされているだけである。そこで、もしあなたがメタルセラミックスの色調を開発し築盛することによって、この技工料金の開きを技術料で埋める事ができるならば、歯科医師、歯科技工士、患者にとってもいろんな意味で満足が得られるはずである。

そこで臨床的にどのような点に気をつければオールセラミックスと遜色のないメタルセラミックスが製作できるのかを皆さんと考察したいと思う。

近未来の歯科技工を語る

52 | 会場：ホールＤ７ | ６月10日（日）

Artificial Gingiva Procedures

志田　和浩（株式会社 PREF）
1983年　東北歯科技工専門学校卒業
1985年　国際デンタルアカデミー卒業
1986年　河津インプラント研究所入社
1993年　株式会社 PREF 設立

プロセラインプラントブリッジ固定式補綴物を用いた Edentulous case の上部構造の歯肉形態の復元と技工術式の考え方について。顎堤が垂直的にも水平的にも骨吸収している場合には、硬組織及び軟組織の再生療法が必要となるが、複雑な外科術式、治療期間、患者個々のバイオタイプ、審美的問題などには、諸問題を完全に解決できるとは限らない。

今回は CAD/CAM プロセラインプラントブリッジを用いたインプラント上部構造の Artificial Gingiva（人工歯肉形態）の付与とその形態、清浄性などに焦点を当て、歯科技工士が初期の治療計画の立案からどのように関わっていくかを考えたいと思う。

近未来の歯科技工を語る

53 | 会場：ホールＤ７ | ６月10日（日）

セラミック修復物を天然歯に調和させるための要件と製作の実際

湯淺　直人（大谷歯科クリニック勤務）

2004年　東邦歯科医療専門学校専攻科卒業
2004年　医療法人社団新芽会近藤歯科勤務
2010年　大谷歯科クリニック勤務
　　東邦歯科医療専門学校非常勤講師
　　株式会社ノリタケデンタルサプライ公認インストラクター

歯牙形態の再現と密接な関係を持ち、前歯部セラミック修復物製作時に考慮しなければない要件として天然歯様の色調再現が挙げられるが、個々の天然歯に観察される個性的色調を正確に再現することは容易ではない。さらに、単冠上顎中切歯修復に代表される隣接する天然歯が健全な色調の少数歯修復などでは、僅かな色調の差が許容されない状況になる可能性が高まり、自ずと製作の難易度も上がる。しかしこのような前歯部の色調再現において、インターナルステインを用いる手法にはそのストレスを緩和してくれる点が数多くある。今回は、その利点を生かし、精度の高い色調再現を行う上で重要となるいくつかの要点と修復物の製作理論を解説する。

近未来の歯科技工を語る

54 | 会場：ホールＤ７ | ６月10日（日）

デンタルカンファレンス　～治療ゴールを共に考える大切さ～

桜井　保幸（有限会社　ファイン）

1983年3月　新大阪歯科技工士専門学校　卒業
1983年　　本多歯科勤務
1984年　　木原歯科勤務
1990年　　有限会社ファイン　設立

インプラント上部構造への審美性や機能性に対する要求も高まり、それらを満足する治療ゴールを獲得するために包括的歯科治療の必要性が周知の事実となり、実践されている臨床家も多くなってきた。ラボサイドにおいては、CAD/CAMを利用してのアバットメントやフレームの作製、セラミックスやハイブリッドレジンに加えジルコニアを使用した上部構造の作製も可能となり、より高品質で適合の良い補綴物の作製が出来るようになってきた。

チェアサイドからは、高度な審美性を求められる粘膜貫通部周辺や天然歯と異なる周囲支持組織を有するがゆえに考慮しておかなければならない咬合への影響など、以前にも増して上部構造の配慮と工夫が求められてきている。構造や材質の選択に与える因子は多岐に渡り短絡的にどれが良いと言うことが言えず、さらにベストなものは無い中で術後リスクや欠損状態を考慮し優先順位をつけなければならない。

今回は、ラボサイドに必要な情報とは、リスクを考慮した補綴構造や形態、マテリアルセレクションの考え方について報告させて頂きます。

55 | 会場：ガラス棟G502 | 6月10日（日）

包括的治療におけるインプラントの診査・診断と治療戦略

田ヶ原　昭弘（歯科サンセール）
1986年3月　九州歯科大学卒業
1986年5月　青森県清藤歯科勤務
1991年5月　愛知県名古屋市清水歯科勤務
1991年7月　愛知県豊田市さなげ歯科勤務
1993年5月　愛知県名古屋市歯科サンセール院長

インプラントが必要になる症例というのは、歯の欠損がある、あるいは抜歯になる歯があるわけであるから、まず初めに考えなければならない事は、インプラントの直径や長さではなくて、歯が欠損になった原因を究明することであるはずである。その原因に対する方策がなければインプラントも失敗に終わる可能性がある。そのため一口腔単位での診査・診断が必要であり、時には矯正学的な診断も必要になる。

そして包括的歯科治療が必要な症例においては、アンテリア・ガイダンスの診査が重要で、そのためには模型診査が有効である。これによって矯正治療の治療方針やインプラントの埋入部位、そして矯正治療とインプラント埋入のタイミングなどを決定するための有益な情報が得られる。

今回は、包括的治療における診査・診断のポイント。その中でも特に模型診査で矯正治療が必要かどうかを判断する方法と、審美と機能を両立する咬合平面の決定法、そしてインプラントの埋入位置の決定法について解説する。

また、治療戦略として、矯正治療とインプラントのタイミングについて、実際の症例を通してお話してみたい。

56 | 会場：ガラス棟G502 | 6月10日（日）

包括歯科臨床の実際
～審美的で機能的な咬合再構成を求めて～

上田　秀朗（（医）うえだ歯科医院）
1983年3月　福岡歯科大学卒業
1983年4月　福岡歯科大学口腔外科第二講座研究生
1987年5月　北九州市小倉南区にて開業
2007年5月　北九州市小倉北区に移転
2010年1月　福岡歯科大学臨床教授

包括歯科臨床において求められるものは、生体に対し必要最小限の侵襲で、生体の治癒を導くことにある。単にカリエス・エンド・ペリオに罹患した歯や、欠損補綴が必要な部位などの処置に終始するのみでなく、現在の状況に至った原因を診査・診断し、その問題を取り除く事によって、安定した口腔内環境を長期間維持させることにある。

包括歯科臨床を行うには、適正な下顎位の下で咬合平面を是正し、左右シンメトリックな歯列を構築し、審美的で機能的な咬合再構成を行うことが重要であるが、さらに態癖や中枢からのストレスブレーカーであるパラファンクションなどの顎口腔系に加わる非機能的な力を可能な限り取り除くことも必要となる。

このような考えの下に治療を行うためには、まず最初に得られる全顎的な資料に基づいて現状を把握し、最終的なGoalを明確にイメージして治療を進めていかなければならない。

今回は、歯列不正、歯周病、多数歯欠損にわけて包括歯科臨床を行った症例を提示し、初診時からどのようなGoalをイメージし治療計画を立て、どのようにアプローチしたかを具体的に述べ、その着眼点と治療の手順について解説していきたい。

包括的歯科治療におけるインプラント

57 | 会場：ガラス棟G502 | 6月10日（日）

機能と審美におけるセレンディピティー

行田　克則（上北沢歯科）

1982　日本大学歯学部卒業
1986　日本大学大学院歯学研究科卒業
1986　日本大学歯学部兼任講師
1988　上北沢歯科開設

骨にチタンが結合するという発見はある意味 serendipity（予期せぬ発見を見いだす能力）の産物と言える。反面、天然歯とインプラントの差異の象徴として歯根膜の有無が広く取り上げられてきた。臨床におけるインプラントの機能を渉猟する限り歯根膜の有無は凌駕されている感もある。つまり臨床的な広がりから考えると歯根膜の有無はインプラント機能の決定的な弱点とは言えないだろう。しかし最近は別の弱点としてペリインプランタイティスが議論されている。ペリインプランタイティスの原因はアバットメントの粘膜貫通部が有機的に結合しないことに起因している。天然歯では歯根膜の存在が粘膜とセメント質の有機的結合を促し、細菌感染の防御に寄与していることを考慮すると、ペリインプランタイティスの予防には粘膜つまり上皮付着部における有機的な結合方法が発見されることに期待するしかない。また審美補綴においてインプラント周囲組織が不安定な状態となりパピーラが喪失することも同様の理由からである。インプラント治療は機能に対しては骨結合が奏功したと言えるが、歯根膜の欠如から随伴するペリインプランタイティス、そして審美性に関わる軟組織の喪失を改善するには未だゴールが見えていない状況である。今後は粘膜に対する serendipity に期待したいところである。講演では現状で考えられる審美性獲得のための粘膜貫通部への配慮についてのいくつかのオプションを報告したい。

包括的歯科治療におけるインプラント

58 | 会場：ガラス棟G502 | 6月10日（日）

矯正とインプラント治療の包括的アプローチ

金城　清一郎（泊ヒルズ歯科）

1986年3月　徳島大学歯学部卒業
1988年4月　徳島大学歯学部文部教官助手（口腔外科学第一講座）
1990年8月　泊ポート歯科開設
1996年9月　テキサス大学歯学部サンアントニオ校歯周病科留学
2005年8月　泊ヒルズ歯科開設

包括的歯科臨床におけるインプラントの果たす役割は、単に修復処置のオプションとしてだけではなく、大きな欠損補綴では、失われた顎堤の回復、保全、ひいては、顎顔面の再建といったデントフェイシャルなリハビリテーションとしての意義も大きいと思われます。

しかし、咬合の再構成が必要なアドバンスなケースでは、歯槽堤の前後的、水平的なディスクレパンシーを伴うことも多く、矯正治療によるアーチレングスとボーンハウジングの改善が無ければ、インプラントを理想的な位置に埋入することはできず、メインテナンスの観点からも、歯列の永続性は見込めません。

一方、矯正治療の結果、しばしば発生する、歯肉の退縮やブラックトライアングルといった歯肉歯槽粘膜の問題の解決に、歯周形成外科や歯周再生療法が適用されることも多く、近年これら再生療法を矯正治療に積極的に併用することにより、治療期間の短縮や、難症例への対応に効果的であることが示されています。

このように、包括的歯科治療における矯正とペリオ、インプラント治療は密接な関係にあり、より自然観のある審美性を回復するうえでは欠かせないものと考えます。

今回、歯根膜が介在する天然歯と、存在しないインプラントにフォーカスし、それらの特徴をうまく使い分け、よりよい結果を導き出し、調和させていくことが可能なのか、いくつかの症例を供覧し、考えてみたいと思います。

59 | 会場：ガラス棟G510 | 6月10日（日）

About SMILE technique

松川　敏久（松川歯科医院）
1990年　大阪歯科大学　卒業
1994年　東大阪市本多歯科医院勤務　本多正明先生　Dr. Shanelec師事
2001年　奈良県橿原市にて松川歯科医院　開業
2003年　大阪SJCD副会長　兼インストラクター　ＭＴＩＪ講師
2010年　大阪SJCD会長

インプラントを用いた前歯の審美修復は様々な方法が確立しつつある。抜歯後即時に埋入するのか待時して埋入するのかの議論もつきない。患者サイドからみれば結果が良好であれば治療期間は短く、外科的な侵襲も少ない方が良い。即時埋入時、拡大視野にて精密な治療を行なうことでその成功率は格段に上がっているように思われる。

今回、私の師事するマイクロサージェリーの第一人者であるDr. Dennis Shanelecの考案したSMILE Techniqueを紹介する。このメソッドの適応や当医院で行なった症例を通して前歯部のインプラント即時埋入の考察を行う。

60 | 会場：ガラス棟G510 | 6月10日（日）

歯牙を診て根管を診る

小林　実（こばやし歯科クリニック）
2004年3月　大阪歯科大学卒業

マイクロスコープの有効性はもはや周知の事実になっています。生体に低侵襲の施術を行いたい場合､肉眼の限界､術野の光量の確保が問題になってきます。マイクロスコープ下で光量が確保され、拡大された術野は一つ一つの施術をより確実な行為に変化させると思います。特にエンド領域におけるマイクロスコープ下での治療の有効性は言うまでもありません。盲目下での手探りの治療は、術者の経験、スキルの差で治療の成果の違いに大きく変わってしまいます。しかしながらマイクロスコープ下で根尖部近くまで根管内の状態が確認出来るということは、今まで見落としていた未処置部分の確認や、歯牙の状態（亀裂、破折等）をより的確に確認出来、治療の確実性を向上させます。しかしながら、マイクロスコープ下で治療を行っても上手くいかない場合があります。それは、実際立体的な根管を二次元で表現される視野において処置してしまうと効果が発揮されない場合があるからです。そのため術前にCTにおいて患歯の形態を三次元的に診断し根管の位置等を近遠心、頬舌的に確認ができれば、その立体的形態がイメージし易くなります。そのイメージを持ってマイクロスコープを覗くと治療がより効果的に行えます。今回私が根管形成において重要だと考える原理原則において、いかに有効的にニッケルチタンファイル、マイクロスコープ、歯科用CTを臨床で使用しているかをご紹介したいとおもいます。

マイクロスコープを用いた精密歯科治療

61 | 会場：ガラス棟G510 | ６月10日（日）

日常臨床におけるマイクロスコープの活用
―修復・エンドからインプラントまで―

岡口　守雄（岡口歯科クリニック）
1986年　岩手医科大学歯学部卒業
1993年　東京都千代田区にて開業
日本顎咬合学会指導医
東京SJCD理事
AMED会員

我々歯科医師の日常臨床は、常に歯や歯周組織など、非常に微細で鋭敏な器官を対象としています。故に、治療時にも常に精密で、繊細な手技が求められています。

しかし、人の肉眼にはおのずと限界があり、マイクロスコープは安定した明るい拡大視野をもたらしてくれます。

この歯科用マイクロスコープを用いることにより、より精緻な処置が可能となりました。コンポジットレジンを用いたダイレクトボンディングや部分的にセラミックを用いた修復治療や補綴治療など、より天然歯に近い修復・補綴処置が可能となりました。

以前では、抜歯の対象となったエンド病変の歯も、明視野下で根管内の感染源を除去してあげれば、治癒するようになりました。又、インプラントの治療においても、より天然の歯や歯肉に近づけるためにはさまざまなテクニックが必要となります。より審美的に仕上げるためには、マイクロスコープは有用なツールとなるでしょう。

今回、日常臨床で用いられるさまざまな症例を紹介し、有用性についてお話ししたいと思います。

ここから30年元気な歯科医院を目指して！

62 | 会場：セミナー室１ | ６月10日（日）

インプラントによるこれからの歯科医院経営

髙田　浩行（医）秀英　たかた歯科医院）
1989年　福岡歯科大学卒業
1995年　開業
2005年　ニューヨーク大学インプラント科卒業

インプラントが臨床に応用されてから50年が経過しようとしているが、現在は材料学的な進歩により永続性のあるインテグレーションが得られ、予知性のある治療計画の立案は可能となった。また様々な手技が紹介されていることからインプラントの適応症はひろがり、欠損歯列をもった大部分の患者に対応できるようになり、当医院でも年間1000本余りのインプラントの埋入をおこない良好な治療結果を得ているとともに当医院の経営においては無くてはならないものとなっている。

そこで今回は患者の高齢化が進み、歯科医師は更に増えて行く今の歯科医院経営にインプラントをどう活用していくかを、臨床例を使って紹介し、現在の我々の医院のシステムをもちい、どのように経営を成熟させていくかを考えてみたい。

ここから30年元気な歯科医院を目指して！

63 | 会場：セミナー室１ | ６月10日（日）

スタッフと共に討ち死に覚悟で不況に立ち向かおう！

角岡　秀昭（かどおか歯科医院）
1982年３月　九州歯科大学卒業
1989年４月　ICCMOメンバーシップ

コンビニ約４万６千軒、歯科医院開業医約７万軒。
大変な時代に突入したものです。厚生労働省は、医療費と歯科医師数の削減に必死になっています。聞くところによれば、国家試験の合格率が上位から６割までとか。これからは、無事卒業できても国試に合格する保証はありませんし、不況で子息に多大な投資をしても元が取れない時代となりました。
歯科大学の入学者の数もジワリと減ってきてますし、歯科大学の合併、閉鎖、入学金の大幅削減など取りざたされています。また今後レセプトのオンライン化により国から兵糧攻めにされる事は確実です。これからの生き残り戦略の３要素は仕事への情熱、技術力、そしてコミュニケーション能力です。
表面では、患者に優しく、丁寧ですがスタッフを馬車馬のように使っている先生は、スタッフの態度や病院の雰囲気にそれがすぐ表れ、最終的には生き残れなくなっていきます。また技術向上への先行投資をせずに時代についていくことはできません。
これから院長は討ち死に覚悟で、スタッフと共に地道に勉強し、接客、技術向上に励み、患者が「また来たい」と思えるような病院の雰囲気作りをしていく必要があると思います。
今回、病院のシステム、スタッフの教育などお話しさせて頂き、皆様方と一緒にこれからの歯科医院経営について考えてみたいと思います。

ここから30年元気な歯科医院を目指して！

64 | 会場：セミナー室１ | ６月10日（日）

医院経営の見える化と自立型スタッフ育成論

領木　誠一（医療法人誠仁会りょうき歯科クリニック）
1987年３月　城西歯科大学歯学部卒業（現、明海大学歯学部）
1993年　　りょうき歯科クリニック開設
2001年　　品質管理の国際基準ISO9001-2000年版取得
2011年　　南カリフォルニア大学歯学部（USC）客員研究員

私が約19年前に大阪の郊外で開業し、今日その当時と比べるとかなり我々の歯科業界環境がパラダイムシフトしたように思いますが唯一、変化しない基本的考えは「良質の医療を患者に届ける。」これに関しては今後も変化のない概念ですが、昨今のようにITが国民に普及し、ソーシャルメディア環境が向上している中で患者にどの様にしてその医療を提案し、受け入れてもらい、届け、その後のメインテナンスを継続し、一生涯に渡ってお付き合いしていただけるかは、スタッフが自立し、管理職業務がこなせる様になる事で実現していくと考えます。当然院長一人の力では実現が不可能です。
よって院長をトップとする「鍋蓋型」から「逆ピラミッド型」の組織形態の構築を目指さなければならないと考えます。その為には中間管理職層のスタッフが自分の得意分野を伸ばしつつ、プライベートにおける時間のマネジメントも含め、明確なライフスタイルの構築が重要と考えます。またその実践がスタッフのQOLの向上にもつながるでしょう。
まさしく「院長不在でも医院が自立しているシステム」で時代の波に乗りたいと考えます。今やテクニカルスキル、マネジメントスキルだけでなくマーケティングスキルまでもが求められる時代で、且つ院長にしかできない業務に専念できる当院での具体的な取り組みを発表させて頂きます。

65 | 会場：セミナー室１ | ６月10日（日）

古希を越え　ますます使命感に燃えて

鶴丸　髙久（医療法人鶴丸会　鶴丸歯科医院）

昭和 42 年３月　九州歯科大学卒業
昭和 42 年６月　鹿児島大学歯科口腔外科入局
昭和 44 年10月　鹿児島ビル歯科医院開業
平成 18 年10月　鶴丸歯科医院と改める

早朝の６時半頃、妻の運転する車の中でつねづね話すことは、医院の理念である「患者様のために何ができるか」ということです。

古希をこえてもなお患者数は増え、治療への情熱を傾け続けられるのはなぜか。開業以来看板も出さず、ビルの６階に表札だけの医院になぜ患者様が途切れることなく来院して下さるのか？私には、それは“高い患者満足度”に他ならないという信念があります。三重や広島などの遠方からでも来院してくださる方が「距離ではない、信頼関係です」とおっしゃって下さることこそその証左と誇りに感じています。

平素より「さらに高度、高質」という思いをもって、治療技術のレベルアップ、ブラッシュアップを図っています。また、一番の理解者である妻は治療体勢を支えるスタッフに対する教育や私が治療に専念できるよう経営面等に尽力してくれています。

２週間の実習受け入れでも、衛生士という役割を担う人としての心構えなどを教育します。終了日に実習生の誰もが「もっといたい」と涙を見せ、卒業式当日には全員が報告にきてくれるといったことが私どもの姿勢を証明してくれているのだと自信を深めています。

以上のことは「患者様のため」という理念が全スタッフの実践で裏打ちされているからこそなのだと思うのです。私の歯科医としての歩みは、単なるビジネス的成功ではなく、人生そのものの成功を得るために使命感に燃え続ける日々といえるのです。

66 | ストローマン・ジャパン株式会社 | 会場：ホールＢ７右側 | ６月10日（日）

Bone Level Implant がもたらす審美領域におけるアドバンテージ

中田　光太郎（医療法人社団洛歯会　中田歯科クリニック）

1990 年３月　福岡県立九州歯科大学　卒業
1992 年　　中田歯科クリニック　開業
1995 年　　医療法人社団洛歯会　中田歯科クリニック　開設

今日本は明らかにインプラント治療の転換期を迎えようとしている。インプラント治療が普及し成熟するに従い、治療の完成度の点で十分な価値を伴う結果を得ることを求められるようになってきた。そこで、我々臨床家は信頼性の高いシステムを選択し、継続した教育を受け、診断から治療、そしてメインテナンスにおける一連の流れをスムーズに履行しながら、日々臨床に向き合う。

Straumann Implant System に Bone Level Implant のラインナップが登場してはや１年になる。特に審美領域においては、周囲組織保存のための最新のメカニズムを搭載した Bone Lebel Implant は、従来型のシステムに比べて予知性や審美的な完成度において大きなアドバンテージを示す。今回その臨床例を通して、そのアドバンテージについて検証する。

審美領域においては、インプラント治療における審美性の獲得が非常に重要なテーマである。治療のプロトコールについても単独歯欠損のインプラント治療であればほぼ出そろった感があり、正しい診断の上でインプラント治療を選択した場合、結果を出す必要に迫られる。審美性の獲得のための様々なファクターの中で最も重要なことは周囲組織を保存、または造成した場合には造成組織の長期的な維持である。そのために Bone Level Implant を選択し、審美領域のインプラント治療をいかにシンプルにまた患者満足度の高い結果を得ることができるか、考察するつもりである。

67	スリーエムヘルスケア株式会社	会場：ホールＢ５皇居側	６月10日（日）

デジタル印象と高透過性ジルコニアのインプラントへの応用

夏堀　礼二（夏堀デンタルクリニック）
1986年　岩手医大歯学部卒
1992年　青森県八戸市にて開業
1999年　日本顎咬合学会認定医
2002年　口腔インプラント学会専門医
2011年　ＯＪ会長

十河　厚志（デンテックインターナショナル株式会社）
1985年　大阪歯科学院専門学校卒業後、CDT資格修得
1989年　渡米　DenTech International,Inc. 入社
1992年　帰国 デンテックインターナショナル株式会社設立　社長就任
2001年　日本歯科技工士会生涯研修認定講師
2009年　大阪大学招聘教員

歯科業界にデジタル化の波が現れて久しいが、今なお印象は印象材を用いてアナログで行い石膏をスキャナーにかけデジタル化する方式が多い。しかし、最近、印象からデジタルで行う方式が世界的に話題となっている。また、高透過性ジルコニアも開発され、築盛なしのフルジルコニア補綴物や、高透過性のフレームを活かして築盛した補綴物の作製も行われている。

そこで、デジタル印象と高透過性ジルコニアについての歯科医師および歯科技工士からの見解を紹介したい。

68	株式会社白鵬	会場：ホールＢ５ガラス棟側	６月10日（日）

インプラントにおけるＣＧＦの有効性

林　揚春（優ビル歯科医院）
1979年３月　日本大学松戸歯学部卒
1979年～1983年　国際デンタルアカデミー勤務
1986年　優ビル歯科医院開業
現在　医療法人社団秀飛会理事長、前日本顎咬合学会副理事長、指導医
日本大学客員教授

現在、血小板濃縮フィビリンゲルを使用したインプラント処置は、インプラント処置を行う臨床家の間では着実に増加している。過去において使用されたPRPとの違いとして、抗凝固剤、トロンビン、CaCl2、などの添加剤を使用せずに完全自己血のみの使用で、短時間で１回の遠心分離により作製出来るため、感染のリスクが少ないことやランニングコストの削減が挙げられる。

今回、抜歯即時インプラント埋入症例、ならびに上顎洞の垂直骨量が少なく頬舌径が広い症例に行ったサイナスフロアエレベーションにCGF（Concentrated Growth Factor）ならびにAFG（Autologous Fibrinogen Glue）と混和させた骨補填材を使用したVertical window approach症例を供覧し、その有効性について解説する。

69	カボデンタルシステムズジャパン株式会社	会場：ガラス棟G502	6月10日（日）

カボシステムによる究極の総義歯

稲葉　繁（稲葉歯科医院）
1964年　日本歯科大学卒業
1968年　日本歯科大学大学院修了 歯学博士
1972年　日本歯科大学補綴学教室助教授
1992年　日本歯科大学教授 高齢者歯科学
2005年　IPSG包括歯科医療研究会代表

これまで総義歯の維持安定には様々な技術が行われてきた。しかしいずれの方法も上下顎の印象を採り、それを咬合採得により上下を固定する方法である。その結果印象は開口印象となり、顎が機能した時とは違う形態となり口腔周囲の筋肉の働きを形態に表すことは出来ないとともに上下の印象圧力に差が出てしまう結果となる。上下顎の咬合は開放型の関節と言われるように、上下歯列を一塊として印象し、その情報を正確な咬合器にトランスファーし、咬合器上で上下を分割する方法が確実である。さらに印象時に圧力は上下均等に入るとともに、印象時に閉口しているために嚥下運動などの機能が出来、その時の口腔周囲筋の印象を採得することが可能となる。これらの操作を可能にしたのがカボ咬合器システム、アルクスフェイスボウ、トランスファースタンド、人工歯排列のためのテンプレートなどの一連の器材である。その結果確実な総義歯の安定を得ることが出来る。もちろん下顎の義歯の吸着と安定は当然のことである。今回のランチョンセミナーでは一連の操作を動画を中心に述べる予定である。

70	株式会社カイマンデンタル	会場：ガラス棟G510	6月10日（日）

BioHorizons Laser-Lok Implant System のすべて

松島　正和（神田歯科医院）
1990年3月　日本歯科大学歯学部卒業
1992年3月　神田歯科医院開設
2003年12月　医学博士号取得

山下トミー恒彦（デンティックインターナショナル株式会社）

現在インプラント治療は数多くのエビデンスによって安全性、予知性が確立され、歯科医師および患者様の関心事はより審美的で永続性のあるインプラント補綴へと向けられています。

2011年6月8日BioHorizons Laser-Lok Implant Systemは、日本のインプラント市場に流通を開始しました。

現在までの様々な研究によってBioHorizons社のLaser-Lok Implant Systemは天然歯にみられるような生物学的幅径様の構造を持つ可能性を示しており、現在天然歯に一番近い、まさに科学的根拠に基づいた機能と審美を長期にわたり維持できるインプラントシステムと考えています。

今回のランチョンセミナーでは、このBioHorizons Laser-Lok Implant Systemの魅力である、

・バイオホライズンズ・インプラントシステム外科および補綴処置
・今、注目のバイオホライズンズレーザーロック機構
・ＵＳＡにおけるインプラント上部構造のトレンド最前線

等についてくわしく紹介したいと思います。

71 | ノーベル・バイオケア・ジャパン株式会社 | 会場：セミナー室１ | ６月10日（日）

ガイデッドサージェリーが可能にする安全・確実なインプラント修復 ～すべての症例への有効活用法

三好　敬三（三好デンタルクリニック/インプラントセンター 21）

1986 年　昭和大学歯学部 卒業
1999 年　インプラントセンター 21 開院
2003 年　三好デンタルクリニック 開業

インプラント治療を始めた当初は難症例と思われる症例のみ CT 撮影をして診査・診断を行っていた。2003 年に初めてコンピュータ・シミュレーション・システムを導入し、骨支持タイプのガイド手術も取り入れたが、当時は無歯顎症例をはじめとする難症例だけに使用していた。

2006 年には院内にコーンビーム CT を導入し、CT 撮影とコンピュータ・シミュレーションの使用頻度が飛躍的に高まり、同時に 3 次元的な診査・診断・治療計画の重要性を痛感する症例に多く出会ってきた。

自分自身のガイデッドサージェリーにおける習熟曲線の高まりとともに PC やソフトウェア、そして、ガイドシステムなどの進化により、現在ではインプラント臨床の全ての症例において CT 撮影と 3D プランニングを実行し、約 9 割近くの手術をガイデッドサージェリーで行うようになった。

ガイデッドサージェリーの臨床応用は、術者が陥りやすい過信によるテクニカルエラーや術後の合併症を最小限に抑えることはもちろん、グラフトレスコンセプトや MI コンセプトのインプラント治療を実践するうえで欠かすことのできないツールであると確信する。

本講演では、実際のガイデッドサージェリーによる臨床例を提示し、安全・確実に行うための注意点や対処法について解説したい。

命の入り口　心の出口　～健口長寿～

72 | | 会場：ホールＣ | ６月10日（日）

ライフステージに応じた口腔機能の回復で幸せな人生を

上濱　正（ウエハマ歯科医院）

1977 年３月　日本大学理工学部薬学科（現 薬学部）卒業
1989 年３月　日本歯科大学歯学部卒業
2005 年４月　日本歯科大学生命歯学部歯科補綴学第１講座講師
2006 年４月　明海大学歯学部臨床教授
2011 年６月　日本顎咬合学会副理事長

河原　英雄（歯科河原英雄医院）

1967 年　九州歯科大学卒業
1968 年　福岡市にて開業
2002 年　大分県佐伯市に移転、開業
　　日本顎咬合学会元会長

増田　純一（マスダ小児矯正歯科医院）

1967 年３月　九州歯科大学卒業
1982 年９月　福岡市中央区にてマスダ小児歯科医院開業
1999 年６月　日本顎咬合学会指導医
1999 年11月　佐賀県武雄市（生家）にてマスダ小児矯正歯科医院開業
2005 年12月　日本小児歯科学会専門医

「噛んで食べること」が生涯にわたり脳全体を活性化し、唾液と食物を混ぜて消化吸収し新陳代謝をすることが健康長寿の源であることが証明されつつあります。小学校の教科書やＮＨＫ「ためしてガッテン」でもわかりやすく解説されています。すなわち「咬合・咀嚼で創る健康長寿（健口長寿）」です。「歯科口腔保健法」もこれらの概念をベースにしています。口腔機能が生涯にわたる健康の源とする歯科医療従事者は、これらを理解し実践し国民を健康長寿に導く責務があります。そこで、小児歯科の立場から咀嚼機能の獲得からう蝕などによる機能への影響、乳歯列期の機能と形態の重要性について増田純一が、高齢者の有病者（脳血管障害、痴呆、呼吸器障害など）を「食事による総義歯治療」で治癒させ健康長寿を達成した症例を河原英雄が、ともにビデオにより解説いたします。

その科学的根拠を上濱　正が解説します。これからの歯科衛生士、歯科技工士は「う蝕、歯周炎などの組織の健康」や「歯牙、歯列、咬合などの器官回復」から全身の健康の源である「ライフステージに応じた顎口腔機能と全身との関係」を理解し、日常臨床に生かすことが大切です。「健康長寿」に我々が深く関与している素晴らしい職種であることを誇りに思い、国民とともに学び、健康長寿を達成したいと思います。また、これらの概念の提唱者である小林義典教授からも座長として追加のご発言をいただきます。

LivePreparation　審美の真髄をリアルタイムで学ぶ

73　会場：ホールＢ７左側　６月10日（日）

修復治療を成功に導く第一歩を学ぶ支台歯形成及びプロビジョナルレストレーション

土屋　賢司（土屋歯科クリニック＆ｗｏｒｋｓ）

1984年　日本大学歯学部卒業
1989年　千代田区麹町に土屋歯科クリニックを開業
1996年　土屋歯科クリニックを法人化
2003年　千代田区平河町に土屋歯科クリニック＆ WORKS オーラルケア・エステティック・インプラントセンターを設立
　　日本顎咬合学会指導医

補綴治療を手掛けるにあたり、私の日々の臨床においてその約７０％近くが支台歯の形態修正とプロビジョナルレストレーションの製作や調整であろうといっても過言ではないくらい必要不可欠な治療手段である。歯周・咬合治療はもちろんのこと、審美性･発音･外科手術等の対応にも富み、包括的歯科治療を行なうにおいて現在なくてはならない治療ステップであり、以前よりはるかに価値の高いものとして認知されてきている。一方、精度の高い修復物や歯周組織との調和を高いレベルで求められてきている中で支台歯形成やプロビジョナルレストレーションの役割も非常に重要であり、それらを具現化すべく手技を求められ、それらのマネージメントに長時間を要すことも事実である。しかしながらそのように試行錯誤しながら長期間にわたり作り上げてきた支台歯形態やプロビジョナルレストレーションは必ずや最終補綴物に反映するだろうと確信している。

今回支台歯形成とプロビジョナルレストレーションをチェアーサイドで実際に製作し、その各ステップの有効な方法、手技を解説することで補綴治療における日常臨床の一助となれば幸いである。

現代歯周治療のトレンド

74　会場：ホールＢ７右側　６月10日（日）

歯周治療におけるオフィス・マネージメントを考える

有田　博一（有田歯科医院）

1982年　日本大学松戸歯学部卒業
　　日本歯周病学会歯周病専門医、指導医、評議員（2007～2012）
　　日本臨床歯周病学会指導医、副理事長（2011～2013）
　　日本歯科審美学会認定医、評議員（2004～2011）
　　目白歯周病学研究会　代表

日常、歯周治療のために多くの患者が来院するが、はたしてその中で何人の患者が再び健康な口腔を取り戻すことが出来るのだろうか？治療を中断してしまう患者、いったん治っても再発を繰り返す患者の多いことに悩んでいるのは私だけではないはずだ。ましてや、メインテナンスを継続する患者の数はそう多くはない。それは、我々の間違った診断や歯周治療の手技の未熟さなどに問題があるのではなく、歯周病患者のマネージメントに問題があるように思う。すなわち、患者の歯周病への認識不足、何よりも歯周治療を行っていく上での前提となるプラーク・コントロールという治療を患者自身に実行してもらわなければならないこと、メインテナンスを継続することの困難さ、治療期間が長期にわたることなど、患者自らが積極的に歯周治療に参画しなければ、歯周治療は成功しないからだ。つまり、歯周治療を成功に導くための方程式には患者と言う変数が存在することを忘れてはならない。患者のマネージメントをできずして歯周治療の成功はありえない。

そこで今回、心身ともに病んでいる患者が初診から長期間の治療を乗り越え、無事、メインテナンスまで継続して来院するようにするための、患者教育、システム創り、医院経営、いわゆるオフィス・マネージメントについて話してみたい。

75 | 会場：ホールＢ７右側 | ６月10日（日）

歯周領域における審美治療

陳柏堅（柏堅牙医診所）
日本顎咬合學會指導醫
美國 Tufts 大學 Periodontal Certificate
前中華審美牙醫學會理事長
BJ Dental Clinic in Taipei，Taiwan

Esthetic Dentistry is the ultimate goal of clinical dentistry.
To reach the goal, it has been divided to white esthetic and pink esthetic two parts.

Pink esthetic is controlled more by dentist , on the other hand , white esthetic is controlled more by dental technician.

To reach soft tissue esthetics, certain classification, surgical techniques and concept had been introduced.

Clinician needs to justify it and use it properly to get esthetic result.

My presentation will discuss my clinical experiences of seeking esthetic periodontal result.

76 | 会場：ホールＢ７右側 | ６月10日（日）

歯周組織再生療法の可能性

木村　英隆（木村歯科歯周研究所）
1990 年 3 月　九州大学歯学部卒業
1990 年 4 月　船越歯科歯周病研究所就職
1999 年 1 月　船越歯科歯周病研究所退職
1999 年 2 月　木村歯科歯周研究所開業

歯周病は細菌感染による進行性の慢性疾患です。歯周ポケットに永続的に存在するデンタルプラークによって、歯周組織に炎症を惹起し歯槽骨が吸収していきます。歯周疾患が進行し歯周組織の喪失を招いた口腔内では、歯周ポケットの深化による付着の喪失によって歯槽骨あるいは歯肉組織は減少し歯周疾患は重篤化していきます。特に歯周ポケットが深いのみならず歯肉退縮を呈している歯では、臨床的アタッチメントレベルは大きく減少し歯の予後は著しく低下します。

歯周治療の目標は、第一に進行性疾患である歯周病の進行を止めることです。通常の歯周外科手術では切除療法が治療の基本となりますが、歯周組織の喪失が著しい歯周病罹患歯に対して切除療法は適応症を逸脱する場合もあります。

歯周治療の理想的な目標は、失われた歯周組織を再生することです。すなわち再生療法によって歯周ポケットを減少し歯槽骨を再生すること、更に審美性を考慮するならば辺縁歯肉および歯間乳頭の消失を最小限に抑制することが究極の治癒像と考えられます。

そこで今回、重度に進行した歯周病罹患歯に対して、歯槽骨の再生および歯肉組織の温存を達成するためにエナメルマトリックスデリバティブを応用した歯周組織再生療法および歯周形成外科手術を供覧し、天然歯保存はどこまで可能なのかを検討したいと思います。

日本顎咬合学会 30 年の叡智を学ぶ③

77 | 会場：ホールＢ５ガラス棟側 | ６月10日（日）

中心位を咬合の基準点として解ったこと

小嶋　壽（小嶋歯科クリニック）
日本顎咬合学会評議員
日本顎咬合学会　指導医
アメリカン　アカデミー　オブ　ナソロジック　オーソペディクス会員
東京都中央区開業

上下に歯がそろっている場合、人は誰でも嵌合する場所を持っている。その数が多ければ多いほど安定した嵌合位を持つことになり、噛み合わせるたびに同じ嵌合位へぴたりと止まることができるのである。そのため多くの歯科医師は「はい、噛んでください」といって嵌合位のマッシュバイトを採ることができるのである。一方私は、その昔大学を卒業した瞬間からナソロジーの洗礼をまともに受け、咬合器を使って診査診断、修復物製作、リマウントして咬合調節、総義歯では術前の上下総義歯を咬合器に付着して診査、咬合調節、中心に咬合の付与、総義歯製作時には試適アポイント時の咬合チェック（咬合器上と口腔内が同じ位置づけになっているか？）、レジン重合直後のリマウントでの咬合調節総義歯セット後のリマウントなど、いつの場合でも咬合器を使った臨床を心掛けてきた。そもそも咬合器では、上顎模型はフェイスボウトランスファー操作により付着するが、フェイスボウの後方基準点こそは中心位の回転軸を基準にしているのであることを忘れてはいけない。そうなれば下顎模型は中心位の咬合採得をして付着するしかない。つまり上顎が中心位で付着されたのであれば下顎も同じである。咬合器を使おうというときはいつでも、初診時以外はすべて患者様の咬合状態は中心位咬合になっていなければならないという原則が成り立つ。テンポラリークラウンを中心位咬合にする、咬合調節で合わせておくのである。

日本顎咬合学会 30 年の叡智を学ぶ③

78 | 会場：ホールＢ５ガラス棟側 | ６月10日（日）

重度歯周病患者の顎位が急激に変化した 19 年経過症例

小林　和一（医療法人社団　馨祐会　小林歯科医院）
医療法人社団 馨祐会 小林歯科医院　院長
明海大学付属明海大学病院臨床教授
日本顎咬合学会 監事
日本臨床歯周療法集談会（JCPG）会長
てんとうむしスタディグループ主宰

歯周補綴を長期間良好に維持するためにはプラークコントロールが必須である．私たちは患者が容易にプラークコントロール出来る口腔内に，メインテナンスに入る前に処置しておかなければならない．当然，咬合性外傷などの力のコントロールに対する処置も同様である．

歯周病の歯槽骨における病態には垂直性の骨欠損と水平性の骨吸収がある．垂直性の骨欠損を水平性の歯槽骨にすることでメインテナンスしやすい状態になるが，その方法には歯周外科，自然挺出，エクストルージョン，アップライト，再生療法などがある．

今回重度歯周病患者を水平性の歯槽骨にし，又歯周初期治療中の急激な顎位の変化に対応し処置した 19 年経過症例を提示し，顎位の安定と骨のレベリングがいかに重要かお話したい．

日本顎咬合学会 30 年の叡智を学ぶ③

79 | 会場：ホールＢ５ガラス棟側 | ６月10日（日）

昭和から平成に至る Dental Implant の臨床
―40 年の経験より―

小嶋　榮一（小嶋歯科クリニック）

1962 年　日本大学歯学部卒業
1970 年　小嶋歯科クリニック開業
東京大学医学部口腔外科研究生
防衛大学校元非常勤講師（口腔外科）
日本大学歯学部元兼任講師（歯周病科）

私が歯科大学を卒業して今年で 50 年、Dental Implant 治療を始めて 40 年になります。歯科医師としての師匠、故・村岡博先生に Dental Philosophy を学び、指導され、修業をして来ました。その一つに先生から『歯医者は“いれば”義歯が上手くないとだめだぞ－』又、『能書きでは入れ歯は入れられない』。そして、尊敬する銀座スタディグループ二火会 会長金田義夫先生から（今年百歳・現役です）、『榮ちゃん、Implant を埋入した…！やった！やった…！の症例報告ではなく、Implant 治療を受けた患者さんが 10 年経過し、良い状態で喜んでいますと云う、経過報告をするようになりなさい』と云われました事を、今でも私は肝に銘じています。Implant の師匠、故・乙部朱門先生には『（インプラント臨床を）やらないで能書きばかりたれる奴は一番駄目だ！又、金儲けの道具にしてはいかん！』と、大先輩の方々から臨床歯科医学一筋の教育を受けて来ました。今回は『歯科開業学－親父の小言に学ぶ－』の出版物より解答し、開業医として歯科界のリーダー達が“親父の小言”として長年の経験から得た色々な Dental Implant の症例を供覧したいと思います。

1．最高の師匠を選ぶ
2．尊敬する先生から学べ
3．海外研修の意義
4．年に一回位は海外の学会に参加しよう
5．学会は聞きに行くよりも発表する所
6．新技術の開拓・海外で勉強
7．学会・講習会・研修会マニア・勉強は投資

日本顎咬合学会 30 年の叡智を学ぶ③

80 | 会場：ホールＢ５ガラス棟側 | ６月10日（日）

日顎 30 周年記念
―もう 30 年にもなるのか～―

菅崎　直身（かんざき歯科医院）

1970 年 3 月　日本歯科大学歯学部卒業
1973 年 8 月　仙台市にて開業

1983 年 6 月 12 日，第 1 回日本顎咬合学会が東京半蔵門の東條会館で開催された．

役員の方々が手分けして全国から 4 名を選んだとのことで，不肖私も会員発表という形で発表する機会を与えられた．1 日限りのスケジュールのため特別講演と同じように参加者全員の前での会員発表だったこと，また発表にも自信がなかったことから足や声も震えての 10 分間だったことを今でも記憶している．

それ以来，一人での診療，症例作りは力を伸ばすことが難しく，意見を交わしあう仲間が必要と考え，1984 年 4 月にスタディグループ月一会を結成し，今に至っている．

また，1995 年学会が咬合の知識を広げようと各地方において地区研修会を開催したが，それに刺激され翌年月一会会員が世話役となり，全国に先駆けて日顎東北地区学会を立ち上げた．それ以降月一会会員や主だった人達が中心となり，昨年は東日本大震災のため中止せざるを得なかったものの，毎年支部学会を開催し，一昨年まで 16 回を数えるまでに至り，活発に活動している．現在では多くの東北支部会員が支部の活性化は本部学会の活性化につながるとの意識を持って参加・活動している．

日顎学会が設立されて 30 年を経た今，自分が必要とした意見を交わしあう仲間の輪が広がり，活発な活動をしていることに，アーもう 30 年にもなるのか～と感慨深いものがある．

過去を振り返りながらこれらについて話させていただきます．

日本顎咬合学会 30 年の叡智を学ぶ

81 | 会場：ホールＢ５ガラス棟側 | ６月10日（日）

日本のナソロジーの夜明を語る。

伊藤　雄策（伊藤歯科医院）
1975 年　東京歯科大学卒

本会にて日本顎咬合学会も 30 年を迎えることとなった。

元は、保母研修同好会を基盤として始まった訳であるが、第１回より本学会に係わり、その歴史を目の当たりにしとても感慨深いものがある。ピーター K、トーマス・チャーリー、スチュアート等、若い会員先生方には名前は知られているが、その業績はあまり知られていないのが現実である。

私は、咬合学を知るためには、ナソロジーの歴史を知ることが最も早い近道であると考える。

今回、諸先輩方を差し置き、恐縮ではありますが、そのナソロジーの歴史を時間の許す限りお話したいと思う。

日本顎咬合学会 30 年の叡智を学ぶ

82 | 会場：ホールＢ５ガラス棟側 | ６月10日（日）

顎学に燃えた志高き人々
国際ナソロジー学会アーカイブ画像

舘野　常司（George Dental Clinic）
1960 年　日本大学歯学部卒業
1961 年　日本大学大学院歯学研究科入学
1961 年　アメリカ臨床留学
1963 年　東京にてエンパイア歯科開業
1974 年　熱海にてジョージ歯科開業

日本顎咬合学会は国際ナソロジー学会の孫学会として生まれた経緯がある。

ナソロジーは 1920 年代初頭、Dr.B.B.Mc Collum が天然歯の咬合面形体の持つ科学的解明に興味を抱き、矯正専門医 Dr. Harvey Stallard と共同研究を始めたところに端を発する。

Dr. Charles Stuart は彼らの意を得て、個人の顎運動のプレイバックを可能にする全調節性インスツルメントを開発する。1926 年、彼らは志を同じくする歯科医師 25 名と California Gnathological Society を結成する。

「歯科医師は口腔の医師であらねばならない」を合言葉に、彼らの研究は当時の歯科医師を職人から科学者としての高みへ導くものであった。

Dr. Thomas はアメリカ西部、東部、アラスカ、メキシコでのスタディクラブ創設に手を差し伸べ、1964 年、サンディゴの Dr.Charles G.Eller 夫妻と 4 人のメキシコ・スタディークラブらにより International Academy of Gnathology が創設される。American section に次いで Latin、Australia、Europe 各セクションが生まれ 1981 年、アジアセクション、そしてその部会として日本顎咬合学会が創設された。

日本顎咬合学会 30 年の節目を迎えるにあたり、国際ナソロジー学会および日本顎咬合学会の歴史を刻んだ、顎學に燃えた志高き世界の同志たちを私が撮りためた写真で紹介したい。

83 | 会場：ホールＤ７ | ６月10日（日）

咬合を基軸とした歯内療法
―診断、治療計画、処置を検証する―

平井　順（平井歯科）
日本大学歯学部卒業
歯学博士
明海大学歯学部臨床教授
米国歯内療法学会アクティブメンバー
米国歯周病学会会員

いかに安定して長期保存できるか、歯内療法の理想を実現することは容易いことではありません。特に痛みや不快感を主訴とする歯内療法の症例は、まずその症状を緩和することを優先する余り、事前の情報が不十分であったり、治療計画がお粗末なまま、整理された合理的な治療システムが無いまま、複雑な迷路に入り込んだように、軽減しない諸症状と悪戦苦闘を強いられることになります。怖いのは、こうして目の前の症状に目を奪われ、いたずらに時や回数を重ねてしまうことにあります。当然のことですが、その結果歯の挺出や移動、顎の偏位という現象が現れ、これらは長引く治療時間の経過と共に悪化の方向に進行して行きます。生体と調和した咬合の再構築という歯科のどの分野にも共通し、治療のベースとなる方針は日々の臨床の核をなし、最終の目標でなければなりません。治療の初期段階から、このことが十分に意識され徹頭徹尾貫かれている必要があります。長期的保存を目標とするために私が日常の臨床で行っている症例を通してお話し致します。

84 | 会場：ホールＤ７ | ６月10日（日）

抜歯となる歯は、無髄歯に多くないでしょうか？
「咬合と根管処置の関連は・・・」

山田　邦晶（かおり歯科医院）
1980年　岐阜歯科大学卒業・歯学博士
現在 京都市開業
日本歯内療法学会（ＪＥＡ）専門医・指導医・理事
東京歯科大学歯内療法講座 非常勤講師
朝日大学歯学部口腔病態医療学講座 非常勤講師

臨床における抜歯を振り返って見みると、補綴処置された無髄歯が圧倒的に多く感じます。なぜだろう？症例を振り返りると、抜歯となる歯は、脆弱化や無歯髄となったことにより二次ウ蝕などの刺激などへの反応低下が、大きな原因の一つであるとも考えられますが、抜髄処置による問題のみが原因しているあるわけでもない、なぜなら、臨床にて、問題を起こさずに長期的に安定している症例がほとんどであり、長期経過報告などからみても納得できることであります。「抜髄処置の原因」はと言うと、大半がウ蝕処置の手遅れから食生活まで脅かす為、仕方なくと言うのが一般的と考えられます。臨床では、ウ蝕でも何でもない健全歯でも、歯・歯髄と歯周組織が弱く咬合性外傷が加わると1. 歯が痛い 2. 歯がしみる 3. 歯冠破折 4. 歯肉退縮 5. 骨吸収 6. 深いポケット形成 7. 膿瘍形成などが起こりうる。抜髄処置の原因は、他分野との関連も検討する必要がある。特に、咬合性外傷との関わりを理解することは、歯髄を残す上で重要な因子となり避けて通るわけにもいかないと考えられます。今回、臨床の中から私なりに歯髄の大切さやこれからの根管処置に目を向けて、「補綴歯喪失率の原因」と「咬合性外傷」についてお話しさせていただきます。

臨床家が目指すべき歯内療法

85 | 会場：ホールＤ７ | ６月10日（日）

Longevity ―咬合と歯内療法から包括治療における永続性を考える―

吉川　宏一（医療法人　吉川デンタルクリニック）
1980年３月　岐阜歯科大学卒業（現 朝日大学）
1980年４月　加納歯科医院（大阪市梅田）勤務
1983年11月　烏丸鞍馬口にて開院
2004年１月　現在地（烏丸御池）に移転

歯科医療の目的は、患者さまの口腔内の健康回復と、良好な治療結果を患者さまと一緒に永続的に維持していくことであると考える。ところが充填や修復処置において、治療技術を研ぎ澄まして治療精度をかなり上げていかないと、この目的には到達出来ない。なぜならば歯科治療において疾病で失われた物は人工的な物で回復しないといけないという宿命があり、その治療の技術や技工物の精度によってどれだけ長期に永続性を保てるか決まるからである。

根管治療においても根管形成と根管充填を確実にしなければならない。幸いエンド治療において、近年新しい器材やテクニックによって確実な治療が効率良くできるようになり、その結果、治療の成功率を上げ治療の永続性を高めることができるようになった。

私は臨床に携わって三十二年を経験し、そして二十年以上エンドセミナーの講師を続けさせて頂いている。 その私が今まで多くの臨床セミナーや学会で諸先輩先生方に教えて頂き、臨床で実践してきた「誰でも同じ良好な結果が出せる」まさに科学性のある方法や考え方を症例を通して提示して伝えていきたいと考えている。

そして、包括歯科治療の中で、最も基本になるベースの治療で、かつ最も重要な治療としてエンド治療を捉えて、そのことで先生方の患者さまの１本でも多くの歯を救うことが出来て、そして先生方のエンド臨床が少しでも楽しく、やりがいのある物になれば幸いと考えている。

矯正（ＭＴＭ）の有効性を考える

86 | 会場：ガラス棟Ｇ502 | ６月10日（日）

包括的歯科診療において、歯列不正の改善をどのように治療計画に組み入れるか

渡辺　隆史（小滝歯科医院 ）
1982年３月　城西歯科大学（現 明海大学歯学部）卒業
1988年11月　小滝歯科医院開業（福島県いわき市）
現　日本顎咬合学会次期理事長・指導医・認定医
日本口腔診断学会認定医
日本歯内療法学会認定医

一口腔単位の包括的歯科診療を行う上で，歯列不正の改善が治療の予後を左右することは疑う余地がない．しかしながら，矯正治療の特殊性からか，まだまだ一般臨床に矯正治療を活かしきれていないのが実情である．

包括的な治療を必要とするような口腔内の状態は，進行した歯周病，固定源となる臼歯の欠損，低位咬合や前歯欠損など，矯正治療の妨げになることが多く，どのように矯正治療を取り入れたら良いか頭を悩ます．また，矯正治療のメカニクスは正しい矯正診断のもとに選択することが基本原則であるが，一般臨床医が手がける限局矯正（M.T.M.）においては，矯正診断がないがしろにされてしまう傾向がある．さらに，矯正専門医に矯正治療を依頼する際には，一般的な診断と矯正診断が共通言語となって包括的歯科診療が成立するわけだが，相互間の知識と経験不足から連携治療に問題が生じることが懸念される．

そこで今回，包括的歯科診療において，歯列不正の改善をどのように治療計画に取り入れたらよいか，矯正診断を含めた包括的な診断・治療順序・メカニクスの選択・固定源の確保・歯周疾患に対する対処・M.T.M.と全顎矯正の選択基準など，矯正治療を活かすための治療計画立案方法を提示してみたい．

GP の GP による GP のための矯正治療とは

徳永　哲彦（徳永歯科クリニック）
1989 年 3 月　朝日大学歯学部卒業

日常臨床において、「この歯を少し動かせたら抜髄しなくていいのに」とか「少し隙間をつめてあげられたらきれいになるのに」など、ほんの少しの歯牙移動ができないことを悔やむ場面は少なくありません。

矯正専門医に紹介しようとしても都市に集中しているため近くにいないとか、全顎矯正を前提としているために、ちょっとした MTM をお願いするのは心苦しいという場合も多いようです。

そこで、矯正治療の講習会に参加して技術を会得しようとすると、これまた都会でしかやってないとか、専門的すぎてついていけなかったといったことを耳にします。しかし、だからといって諦めてしまってはいないでしょうか。

患者さんの立場で考えた場合、GP は地域の患者さんの「かかりつけ医」として、一般歯科だけでなく簡単な歯牙移動ができる必要があるはずです。特に歯周病に罹患した歯の歯牙移動や、小児の咬合誘導などは矯正専門医の仕事というよりは、GP の重要な仕事だと思います。

今回は、最小限の知識と道具で、GP だからこそできる矯正治療を行えるようになる事を目標に、その考え方を症例をとおして一緒に考えたいと思います。

Using Temporary Anchorage Devices to Expand the Limitation of Limited Orthodontic Treatment

（テンポラリーアンカレッジデバイスを用いた限局矯正治療のさらなる治療限界の拡大）

胡兆仁（台湾）
Ph.D., Dental School, Kyushu University
Associate professor, National Yang-Ming University, Taiwan
Clinical professor, Taipei Medical University
Orthodontist, Dr. Lin &Partners Dental office
President (2011-2012), Taiwan Academy of Aesthetic Dentistry

At the time before 21st century, both orthodontists and patients were suffered from the problems that complicated mechanics and appliances were needed to increase the anchorage control for better tooth movement. Through the introduction of temporary anchorage devices (TADs), it has resulted in tremendous changes in orthodontic treatment. For orthodontists, TADs increase their ability to control the 3-dimensional tooth movement better than ever, and for patients, less appliances and cooperation are required to achieve their demands. TADs are used not only in the comprehensive orthodontic treatment alone, but the so called “minor tooth movement (MTM)” or “limited orthodontic treatment (LOT)” can also benefit from. With absolute anchorage becoming a reality, the number of teeth needed for braces is reduced, and much less side effects would be expected. Moreover, the limitation of limited orthodontic treatment is widely expanded. The lecturer will make a brief introduction of the TADs' history, and the basic mechanics that should be noticed for the treatment. The major concern will be placed on the pre-prosthetic orthodontic therapy through cases presentation, including molar uprighting, forced eruption, molar intrusion, space redistribution, re-establishment of occlusal relation, and the esthetic management of anterior teeth. Potential implant site development with TADs will also be reviewed.

ＣＴの現状と未来に向けて

89 | 会場：ガラス棟G510 | ６月10日（日）

歯内療法におけるＣＴ画像診断について

下川　公一（下川歯科医院）
1968年３月　福岡県立九州歯科大学卒業
1968年７月　北九州市小倉北区開業
1991年４月　平成３・４年度日本歯科医師会生涯研修セミナー講師
1993年４月　福岡県立九州歯科大学口腔病理学教室非常勤講師
2004年９月　福岡県立九州歯科大学臨床教授

歯科用ＣＴ画像診断が保険導入された事によって、診断レベルが著しく高くなった。今までのデンタルＸ線やパノラマ診断画像と比較すると、全く画像の診断レベルが違ってきた。特に、エンドでの今までの様な様々な二次元画像での診断では、術者の経験の中から想像できる様々な診断を立てて治療をし、ある程度の治療経過を経て最終診断を下していた。そしてそれが正しいとは限らない場合もあり、経過観察の中での確認作業をしなくてはならない事を度々経験している。特にエンドでは、大臼歯部の根尖病変をデンタルＸ線画像で確認してきたが、病変が確認出来ないのに自覚症状を訴える様な症例が時々あり、その処置に不安を募らせたことがあった。そのようなケースにＣＴ撮影を行ってみると、実は結構な根尖病変の存在が映し出されて驚かされる。昔から云われていた、失活歯のコンデンシング - オスティアイテスの原因が、理解できるのである。今回は、エンドに対する歯科用ＣＴの画像診断とその対応について発表させて頂き、私見を述べてみたい。

ＣＴの現状と未来に向けて

90 | 会場：ガラス棟G510 | ６月10日（日）

日常歯科臨床における歯科用 CT の活用

寺西　邦彦（寺西歯科医院）
1979年　日本大学歯学部卒業

ここ数年の、歯科用コーン・ビーム CT の普及には目を見張るものがある。各メーカーともに様々な機種が開発、発表され、また価格においてもようやく現実的なものになってきたようである。ただ従来の歯科用 CT の活用、すなわちインプラント臨床における術前診断、治療計画のためだけと考えた場合は、まだまだ高価な歯科機械という範疇から逸脱しないものと考えられる。

しかしながら実際には、歯科用 CT の登場は、それまで、X 線写真、プロービング・データ等の二次元的データを分析し、治療対象物である歯根、根管そして骨等の立体的イメージを頭の中で構築し、診断そして治療を行ってきた従来の歯科治療を一変させるものであり、日常歯科臨床における、診断において大きな役割を果たすものと言えよう。デンタルカリエスの診断から、歯内療法、歯周治療、欠損補綴、顎関節、口腔外科分野、そしてインプラント治療に至るまで幅広く活用できるものであろう。

そこで今回は「日常歯科臨床における歯科用 CT の活用」というテーマで現在演者が行っている歯科用 CT の活用法について、症例を交えながら述べさせていただきたいと思う。

91 | 会場：ガラス棟G510 | ６月10日（日）

CTの落とし穴　何がわかって、何がわからないのか？

野阪　泰弘（野阪口腔外科クリニック）
1985年　大阪歯科大学　卒業
1989年　大阪歯科大学大学院（口腔外科学専攻）終了
2000年　神戸市立西市民病院・歯科口腔外科医長
2005年　野阪口腔外科クリニック・院長
2010年　名古屋大学医学部・非常勤講師

近年、歯科用コーンビームＣＴ（ＣＢＣＴ）が開発され、歯科領域に大きな革命が起こったといっても過言ではない。しかし、ＣＴはあくまでもＸ線透過性の差を画像にしているだけで、物体そのものが判るわけではない。たとえば、インプラント治療において、骨の形や量を評価するためにＣＢＣＴは大きな威力を発揮するが、Ｘ線不透過物は必ずしも骨とはいえないことを認識すべきである。特に、人工骨を用いて骨造成術を行った場合、人工骨が示すＸ線不透過性を骨が形成されていると判断するのは危険で、実際にはインプラントを支えるための十分な強度がないこともある。つまり、Ｘ線不透過像は必ずしも骨とはいえないのである。一方、自家骨やβ-ＴＣＰを用いた骨造成術の術後をＣＴで評価すると、２～３年は活発なリモデリングが続き、最終的には皮質骨様と海綿骨様のＸ線不透過像を呈することが判明した。ヒトの骨組織をＣＢＣＴで観察すると、均一なＸ線不透過像ではなく、皮質骨様と海綿骨様のＸ線不透過像に分れている。したがって、骨造成部が皮質骨様と海綿骨様のＸ線不透過像に分れていれば、骨が形成されたと判断しても良いと考えられる。

本講演では、ＣＢＣＴによってわかることとわからないことを整理し、誤診あるいは誤解を如何に回避するかについて考察する予定である。

92 | 会場：ガラス棟G510 | ６月10日（日）

顎関節症のＣＴ像
―種々の臨床データの中での活用―

筒井　照子（筒井歯科医院）
1970年　九州歯科大学卒業
1970年～75年　九州歯科大学矯正学教室在籍
1975年　北九州市八幡西区にて開業　現在に至る
1980年　学位取得　日本矯正歯科学会専門医・認定医　昭和大学歯学部兼任講師
筒井塾・日本包括歯科臨床学会（咬合療法研究会・ＪＡＣＤ）主宰

歯科界にCTが活用されるようになると、従来のXray写真で診断されるよりも、「顎関節症Ⅵ型、変型性顎関節症」は非常に多く診断されるであろうと予測していました。顆頭は骨組織です。関節内にクッション役の円板などの組織はありますが、その限界を越えた時、力のひずみを受けると吸収細胞が出て顆頭は変形していきます。又、空隙が出来ると造骨することが基本です。

実際にCTで関節をとりだして７年になります。多用しだしてから４年になりますが、前述の仮説通りでした。

顎関節は非常に早期に力の影響を受け、エロージョンなど変形を起こしていました。

Xrayのシュラー法や顎関節部の断層Xrayでは解明出来なかった世界です。

一方、歯科界では永い間、下顎位を顆頭中心で考えて来ました。CRが顎関節窩の中で後ろだの前だのと議論して来ました。

しかし､その顆頭が顎関節症状を全く訴えない患者も吸収を起こしていることが多々あることが分かって来ました。

現在は関節症状のある方は出来るだけMRIや、CTを撮像するようにしています。

その中での多様な顎関節像が見えて来ました。

咬合とは顎関節も含めた咬合であり、下顎位は関節主導ではなくて、スパズムのとれた筋肉位だと考えています。

御理解いただければ幸いです。

これからの時代を見据えた歯科診療哲学とは

93 | 会場：セミナー室１ | ６月10日（日）

～明日から未来へ～『今解決すること、準備しておくこと。』

吉永　勉（医療法人吉永歯科医院）
1988年３月　松本歯科大学卒業
1988年４月　父親の吉永歯科医院を継承

まずはじめに、第30回日本顎咬合学会学術大会の開催をお祝い申し上げます。

未来のことは、怪しい預言者や占い師でなければ、誰にもわかりません。わからないが故に不安や迷いを生じ、それらが必要以上に大きくなると、時に精神や肉体に不調を引き起こします。

ここ数十年の長引く不況も、そのような不安感がさらに回復を遅らせれていると言われています。

未来を完全に知ることは不可能でも、予想したり感じたりすることは可能です。そしてその動きや流れである変化に対応するためには、「今解決すること」「準備していくこと」そして、「心のおき方」を知ることが大切だと考えております。

それらについて、私なりに感じている思い込み（？）や未来予想図等をお伝えしたいと思います。

当日お会いできることを楽しみにしております。

これからの時代を見据えた歯科診療哲学とは

94 | 会場：セミナー室１ | ６月10日（日）

経営センスup　一人の歯科医師としてよりも一人の日本人として

久保田　智也（クボタデンタルオフィス）
1983年３月　慶應義塾大学　経済学部卒業
1989年３月　日本歯科大学　歯学部卒業
1991年４月　千代田区麹町にて開業
2005年６月　歯学博士号取得
2006年４月　日本歯科大学講師

今回はあえてお金の話に絞ります。「お金ばかりが人生じゃない」「お金で幸福は買えない」などなど、そんなことは百も承知です。でも「人はお金のない人の話なんか聞かない」のも事実です。

あなたは一生涯かけて、いくらの買い物まで出来ますか？１億円？３億円？１０億円？もっと？それはどういう理由で？考えたことがありますか。“現時点”でのあなたの“この答え”を出してみましょう。あくまでも“現時点”での“答え”です。でも“この答え”は自分の力で変えられます。

その為には

①マクロ→ミクロ

②長期→中期→短期

という方向の発想（◎◎）とその逆方向の実行力（◎◎◎）が何よりも大切です。

・いかに儲けるか

・いかに使うか

・いかに形を変えるか

・いかに残すか

知ると知らぬでは大ちがいです。是非一度ご一緒に考えてみましょう。そして、それは豊かな診療生活にも必ずつながるはずです。

歯と体を考えた笑顔と健康の総合歯科37年を振り返って

平岩　慎次（西春歯科・平岩咬合医学研究所）

1975年３月　愛知学院大学歯学部卒業・同大学病院矯正歯科学講座入局
1977年11月　西春歯科・平岩咬合医学研究所開設
1986年11月　国際顎咬合学会マスター認証（第５回アジア大会・台湾）
1990年12月　医学博士号の学位授与（名古屋市立大学医学部より）
2009年７月　尾張中央ロータリークラブ会長（2009～2010年度）

初診で顎や咬合関連の体の痛みで患者さんが来院されたら、笑顔になって帰っていただけますか？顎咬合学会の30年と私の臨床37年は重なり、長期予後から咬合は健康に大きなカギを握っていると実感している。私は '73年大学５年時に特殊義歯を完成し '75年大学矯正、神経・筋機構、審美歯周や咬合歪みでUSCの故Drキム、故Dr保母や故Drパンキーらに師事した。'81年インプラントX-Rayオペ室や立体モアレ装置を設備し、同時に咬合と体を研究する為に名古屋市大立医学部で解剖学を学んだ。健康番組では脳・血圧・腰痛等の８～９割が原因不明で症状は咬合関連症とほぼ重なるのに、多くが心的ストレスと片付けられる為に最近は機能構造の体操、柔整等に進歩してきた。この生体メカニズムはクレーン先に異常力（咬合不全）がかかると支点と反対側のワイヤー（後頸筋）が引かれ支柱（頸・脊椎）が捻られ、神経筋が圧迫され多くの症状が同時に噴出する。この理論で噛むだけのシリコンカムラックは、初診当日に咬合不全や首肩腰、冷え、バランス等の様々な関連症状で困窮する人々を救っている。歯を治せば胃腸が良くなる様に多数の国民は体も改善する事を知っており、鍼灸・柔整を含め総合的な「あなたと私」の少人数感動診療を楽しんでいる。若返りの流れや体調の改善に素早く対応できるホリスティックな平岩流咬合医学が、国民の健康と歯科の夢ある未来への飛躍にお役にたてば幸いです。

MEMO

有料ハンズオン

H-1 ～ H-2

有料ハンズオン（事前参加登録制）

H-1		会場：セミナー室２	６月９日（土）

ここから始めよう　シャープニング・スケーリングテクニック

鈴木　朋湖

1986年３月　大阪府歯科医師会立歯科衛生士専門学校卒
1989年１月　東大阪市　本多歯科医院勤務
1999年４月　フリーでの活動を始める

ここから始めましょう。衛生士として仕事を始めて新しい事ばかりの毎日ですね。患者さんの事を“知る”事はできていますか。患者さんの気持ちは受け取れていますか。患者さんと向き合う経験は皆さんに取って大切な事ですね。その中でも、学生の時には経験した事が無いインスツルメンテーションがあります。幾つものインスツルメントを使って実際に患者さんの口の中を触らなければなりません。違和感無く触れているだろうか。気持ちよく受け取られているだろうか。毎日インスツルメントを持つ度にドキドキしている事でしょう。インスツルメンテーションはわずかに触る事でも変化が出て、それは患者さんにとって良い結果でなければなりません。でもインスツルメンテーションは、私達自身がすぐにその変化を実感でき回数を重ねる事で満足感が増えていくものでもあります。その経験からもっと患者さんにとってプラスに成る事は無いか、与えられる事は無いかと“知る”事を始めるのではないでしょうか。もう一度始めましょう。インスツルメントを良く知って、上手く使って、効果が上がる様に。今回のハンズオンでは基本を大切にし、そこからの見直しをしたいと思います。

1. インスツルメントを良く知ろう
2. インスツルメントをシャープニングする
3. スケーラーの使い方基本
4. 探知の感覚を経験しよう

今後出会う多くの患者さんの組織に負担をかけず、良い結果を出す事を目標にしてみませんか。

有料ハンズオン（事前参加登録制）

H-2		会場：セミナー室２	６月10日（日）

THE 縫合

白石　和仁（白石歯科医院）

1987年３月　福岡歯科大学卒業
1987年４月　福岡歯科大学補綴第２講座入局
1989年４月　熊本市鳥取歯科医院勤務
1992年４月　福岡県北九州市にて開業

歯周疾患の病態は多様である。それに対応するために歯周外科にも実に多くの術式が存在する。外科の手技は切開・剥離・デブライドメント・縫合といった４つの項目に大きく分けられる。良好な治癒を導くためにはどれも重要ではあるが、最重要項目であるデブライドメントを除けば演者は特に縫合に多くの時間を割くようにしている。というのも、もともと器用なほうではなく、術前準備を周到に行うほど几帳面でもないため以前は切開線の設定も術直前に決めていたせいで切開・剥離でよく失敗を招いていた。苦肉の策として最後の縫合で何とか辻褄を合わせようと悪戦苦闘してきた結果、ある程度のリカバリーは縫合によって可能であると考えるようになった。現在では切開・剥離もきちんと行うようにしているが、少し進歩して同じ切開・剥離を行ったとしても縫合糸と縫合方法を変えるだけで違った治癒経過を辿るのではないかと感じている。そんなのは僅かな差であり単純縫合だけで十分だ、絹糸だけでも十分だ、糸の太さなど取るに足らないことだと言われる方もいらっしゃるが、演者の臨床実感では予後を左右する大事な因子であると断言できる。冒頭でも述べたように術式は多種多様である。故に、どの縫合方法にも意義があり、理解し使い分けることでそれに対応することが可能となると考えている。今回は演者が臨床で実際に行っている多数の縫合方法を体験していただくことで、少しでも先生方の日常臨床のお役に立つことができれば幸いである。

認定医教育セミナー

N-1

N-1		会場：セミナー室２	６月10日（日）

咬合診断の基本としての咬合器の使用法

田端　義雄（霞ヶ関歯科）
1976 年　城西歯科大学卒業

田端義雄　岡本和彦
上濱　正　岸本英之　小原俊彦　松島正和　久保田智也
石田博也　小林　隆　杉田裕一　半田　功　岩崎貢士
波多野泰夫　（認定医運営委員会、審議会）

診断の基本は、患者さんの注意深い観察にあることは言うまでもないことである。特に、修復治療や咬合治療では、口腔内や全身状態、さらに精神的な状態まで精査することが望まれるが、顎咬合学的な診断方法として、咬合器上での観察は、診断の基本である。そこで、本セミナーにおいては、調節性咬合器の使用においての基本事項について実習を中心に習得するセミナーとして開催する。

（研修事項）
1　スタディーモデル作成の基本
2　フェイスボートランスファー法とその問題点
3　中心位誘導法
4　中心位採得法
5　咬頭嵌合位の重要性
6　咬合器上での模型観察

協賛企業
株式会社浅野歯科産業
カボデンタルシステムズジャパン株式会社
株式会社日本歯科商会
フィード株式会社
株式会社茂久田商会
株式会社ロッキーマウンテンモリタ
（五十音順）

テーブルクリニック

T-1 ～ T-60

T-1		会場：テーブル１	６月９日（土）

そこが知りたい！ホームケア用品の基礎知識と臨床応用

大野　真美（カガミ歯科医院）
1992 年　西日本歯科衛生士学院専門学校卒業
2000 年　カガミ歯科医院勤務

「私には、どんな歯磨き粉が良いですか？」と聞かれた時、どの程度の知識を持って、選択をされていますか？
個人の口腔内の状態によって違うニーズ、そして個人の考え方によってもニーズが異なるため、歯磨き粉メーカーは、様々な有効成分の研究、開発を行ったり、身体に優しい成分を求める時代の流れから、より自然な成分のものを提供したりと、これまで多くの商品が誕生しました。このことは、患者さんの口腔内の状態やニーズに応じて適切なものを選択出来るようになったということでもあるのですが、歯磨剤の種類の多さに加え、使用される成分がそれぞれによって異なる為、膨大な成分の内容は、もはや歯科衛生士が把握することは困難という状況にもなりました。
また、歯磨剤にはそれぞれに特徴があり、中には使用上の注意を要するもの、また組み合わせに注意を要するものもあります。フッ化物においては、年齢に応じた使い方があります。頭の中を整理しないと、正しい情報に基づいて選択出来ない状況です。
冒頭の質問に答えることの大変さ、奥深さは、私自身が感ずる所で、メーカーに電話をして情報を頂いて理解したことも多々あります。
今回のテーブルクリニックでは、歯科衛生士が知っておくと良いと思う情報や、必要だと思われる内容を、ポイントを絞って分かりやすくお伝えします。
明日からの臨床にすぐに役立つ内容を、皆様と楽しく学べる場にしたいと思います。

T-2		会場：テーブル２	６月９日（土）

生体との調和を求めた補綴物形態

藤本　光治（医療法人　健志会　ミナミ歯科クリニック）
1985 年 3 月　日本歯科学院専門学校卒業
1993 年　医療法人　健志会　ミナミ歯科クリニック勤務
2000 年　大阪セラミックトレーニングセンター週末コースインストラクター
2007 年　新大阪歯科技工士専門学校専攻科非常勤講師
2008 年　大阪 SJCD テクニシャンコースインストラクター・大阪 SJCD 理事

藤尾　明（本多歯科医院）
1995 年　兵庫歯科学院専門学校技工科卒業
1997 年　カミムラ歯科医院勤務
2004 年　本多歯科医院勤務
2007 年　新大阪歯科技工士専門学校専攻科非常勤講師
2008 年　大阪 SJCD テクニシャンコースインストラクター

近年の歯科補綴修復治療、特に審美補綴の分野においてのテクニックやマテリアルの進化は目覚ましいものがあります。
しかしながら補綴物の具備すべき条件としての Esthetic（審美性）はもちろんの事、それ以外に Function（機能性）・Biology（生体親和性）・Structure（構造）を兼ね備えていなければ長期的な安定を維持する事はできません。また歯科治療において最も大切とされる２大コントロールとは、炎症のコントロール（対カリエス・対ペリオ）と力のコントロール（咬合）であり、炎症のコントロールには補綴物の軸面形態が力のコントロールには補綴物の咬合面形態が大きく影響を及ぼします。本テーブルクリニックでは軸面形態と咬合面形態それぞれのパートに分けて解説し、それらを融合させた生体に調和する“クラウンフォーム”作製時の考え方をお話させて頂きたいと思います。

T-3		会場：テーブル３	６月９日（土）

咬合安定　～咬合のリスク診断により変わる治療計画～

大森　有樹（大森歯科医院）
1999年３月　九州歯科大学　卒業
2005年９月　大森歯科医院　開設

口腔内に起こるトラブルの原因は、カリエス・ペリオ・医原性と並んで力（咬合）が挙げられる。臨床でよく症例を観察していると、意外と純然たるカリエス・ペリオの患者は少ないということに気付く。つまり力が関与しているケースが非常に多いのである。

多数歯に補綴が必要なケースは必然的に治療咬合を与えるのだが、少数歯欠損・補綴のケースは、力によってトラブルが起きている（病的咬合）のかそうでない（生理的咬合）のかによって咬合治療が必要かどうかが変わってくる。

つまりこの力・咬合による問題があるのかないのかを見極めるために咬合のリスク診断が必要であり、その咬合のリスク診断の結果によって治療計画が大きく変わってくるのである。

口腔の健康を回復・維持するためには、真の原因を追求し対策を練らなければならない。

そこで今回は症例を通じて、力・咬合のリスク診断の方法と咬合治療の実際を供覧しディスカッションしていきたいと思う。

T-4		会場：テーブル４	６月９日（土）

これだけは押さえておこう！ポーセレン・ラミネートベニア修復

荒木　秀文（荒木歯科医院）
1989年３月　福岡歯科大学卒業
1989年５月　財）日本歯科研究研修協会　本科生
1992年10月　福岡県春日市にて開業

ラミネートベニアの起源は1930年代にChales Pincusらにより、ハリウッドスターの映画撮影用に応用されたのが始まりとされる。後にBuonocoreの酸エッチング法とBowenのBis-GMAの開発により直接法のレジンラミネートベニアが可能となり、その後間接法のレジンラミネートベニアをへて1980年代にＰＬＶ（ポーセレンラミネートベニア）が行われるようになった。ポーセレンとの接着を可能としたものが、酸処理（Calamia,Simonsen）とシラン処理（Horn）である。当時のボンディングシステムでもエナメル質との接着は強く、現在でもその術式は応用されている。しかし接着面が象牙質となると話は別で、当時ＰＬＶがセンセーショナルな登場から急速に下火になった一因が、まさに象牙質面接着不良による脱離なのである。

今日、接着歯学の進歩とともにこの象牙質接着の問題は解決されつつある。ボンディング材の選択のみならず、エナメル質を残すことや形成限界と象牙質面との関係を考慮したプレパレーションデザインも重要である。治療の成功は形成・前処理・接着によって左右される。現在、これらを実践することで、脱離等の問題もなく良好な経過をたどっている。接着処理はやや煩雑であるため、今回、シェーマや動画を用いわかりやすくまとめた。これから始められる方や脱離等でうまくいかない方、アシスタントの方にも必見です。

T-5		会場：テーブル５	６月９日（土）

内部ステインテクニックによるインプラント上部構造の色調再現

渡邉　一史（河津歯科医院）
1992 年３月　東邦歯科医療専門学校卒業
1995 年２月　河津歯科医院入社
2003 年　青嶋ゼミ２期生（Perla group member）
2011 年　「モリタ技工フォーラム」「HMPS（ハワイ）」登壇
2011 年　エステニア　コンテスト、林直樹賞受賞

紀野　仁志（河津歯科医院）

荻原　拓郎（河津歯科医院）

インプラント補綴は無歯顎症例においても、なくてはならない術式となっている。固定性の補綴物における装着感、噛み心地は勿論のこと、固定性の補綴物は患者に誇りや自信を生み、精神的にも大きな利点がある。それだけに、上部構造に対する審美的な要求も高くなり、近年では特に自然感の再現が重要になっているように感じている。上部構造に使用するマテリアルは、大別してセラミックやハイブリットセラミックス（レジン系）になるが、セラミックの場合、自然感を再現するために複雑な築盛法を用いたのでは技術的に困難である。しかし、内部ステインテクニックを用いることによって、確実に色調再現が可能であり、患者固有の個性的なキャラクタライズも可能である。ガム部においても、生命感を意識した色調再現も可能である。ハイブリットセラミックスの場合はセラミックよりも築盛は容易であるが、この場合においても内部ステインテクニックを用いることで、より生命感のある色調再現が可能である。シンプルで効果的な築盛法、内部ステインテクニックによる色調・キャラクター再現の実演を中心に、ハイブリットセラミックスによるフルマウスインプラント上部構造の内部ステインを絡めた築盛ステップ、プレスセラミックのステイン法を用いた色調再現法をステップバイステップで解説したい。

T-6		会場：テーブル６	６月９日（土）

症例の分類と治療計画について

櫻井　健次（さくらいデンタルクリニック）
1999 年３月　大阪歯科大学卒業
大阪 SJCD
SADA
歯庵

一歯単位でなく、一口腔一単位で治療をおこなっていますか？
単なる主訴の改善ではなく、全体像から診た治療計画をたてていますか？
予知性や永続性を考えた歯科治療をおこなうにあたってまず、一歯単位の治療に専念することなく、なぜ治療の介入が必要になったかという経緯を知る必要があり、それには歯牙、歯周組織はもとより、歯列、咬合、顎関節、顎骨の形態までを観察することにより形態的な異常や機能的な異常等を把握し、一口腔を一単位と考えながら治療を遂行し、さらには患者の顔貌も考慮した全身状態をも把握する必要がある。
これらを把握するには各種資料採得が必要不可欠となり、その採得した資料を詳細に分析し、診査診断をおこなったうえで治療計画を立案し、患者とのコンサルテーションをおこない同意が得られた上で実際の治療を遂行することが必要となってくる。
なかでも、機能的な面においては、実際の治療に際して患者固有の咬合を維持したまま修復処置をおこなうか、患者固有の咬合からより良い咬合状態に変更する、いわゆる咬合再構成にて修復処置をおこなうかの選択にあたっては日常臨床において非常に悩むところである。
そこで今回、各種資料採得の必要性とその読み方、そして機能的な診断の方法などを交え、個々の患者に合わせた治療計画の立て方と治療時の注意点等について、実際の症例を交えながら説明していきたいと思う。

T-7		会場：テーブル７	６月９日(土)

圧下（Intrusion）
～挺出歯や咬合平面のコントロール～

米澤　大地（米澤歯科醫院）
1993年３月　長崎大学　歯学部卒業
2003年　　西宮市に開業

欠損補綴において、たとえば下顎臼歯部にインプラント治療を行うとき、対合歯が挺出歯している時の対処は、①咬合調整　②抜髄＋クラウン　③歯周外科後、抜髄＋クラウンが考えられる。しかし、妥協的な治療であり、理想的な処置は挺出歯の圧下である。今回その圧下をどのような手順で行うか、また気をつけなければいけない項目、それらの限界をまとめてみたいと思う。

また、全顎の矯正治療を行う際に、咬合平面のCANT（左右の傾斜）は下顔面の変形や下顎位の偏位をもたらし、咀嚼筋力のバランス、表情筋のバランスに悪影響を及ぼす。以前であればLefort外科手術の適用であり、通常上下顎の外科手術を必要とする。しかし、TADs（ミニスクリュウによる固定元）を使用することで、低侵襲のうちに上顎のCANTを改善することができる。問題は、スクリュウの埋入部位であるが、解剖学的に有利な部位と矯正学的に必要な部位がある。そのスクリュウの適用部位と方法を示してみたい。

最後に上下的な問題として、ガミースマイルの治療法では、一般的には上顎前歯根尖部にスクリュウを用いるが、さまざまな問題と、理論上逆の咬合平面の動き（アンチクロックワイズ）をするため推奨されない。咬合的問題になりやすいオープンバイトの改善に、臼歯部の圧下がどのような結果をもたらすか、オープンバイトの是正の可能性についても症例を用いて説明してみたい。

T-8		会場：テーブル８	６月９日(土)

下顎位について森 克栄先生と語る

平井　順（平井歯科）
日本大学歯学部卒業
歯学博士
明海大学歯学部臨床教授
米国歯内療法学会アクティブメンバー
米国歯周病学会会員

安定した下顎位のもとで、補綴を行うことが歯の長期的予後を可能にする重要な要素であるとして、それに向かうプロセスの１つにこれまでリポジショナーとしてのスプリントの応用とその効果について述べてきました。そこで今回は、I.B. Benderのエンドドンティックスの正当な継承者である森克栄先生を会場にお招きし、先生が唱えられる『包括歯科医療における歯内療法』の観点から会場の皆様と一緒に理想的な安定した下顎位について考えてみたいと思います。

今回森先生には、本日より約8ヶ月前から私の考えるJHリポジショナーを装着していただき、その後N.R.P(ナチュラル・リラックス・ポジション)にて咬合採得をし、一度リマウントをして咬合調整を行い今日に至っています。森先生には、患者様の立場で体験して頂き、ご自身がこの期間に体験されたことをもとに中心位(安定した下顎位)についてディスカッションをしてみたいと思います。

T-9	株式会社茂久田商会	会場：テーブル９	６月９日(土)

～パーシャルデンチャーにおける支台装置の軸壁をコントロールする～
〈サベイドクラウンからバーアタッチメントまで〉

奥森　健史（有限会社　デンタル・プログレッシブ）
2000年　(有)デンタル・プログレッシブ開設
現在　咬合、補綴治療計画セミナーインストラクター
大阪大学歯学部付属病院　歯科技工スーパーバイザー
日本補綴構造設計士協会　副理事長
K.S.I. 研修企画、奥森セミナー主催

パーシャルデンチャーを実際にマスターモデルにて立体化する上で、“機能と構造力学”が重要となることは、言うまでもない。また欠損歯列に対してのアプローチの中で、前歯部に欠損が混在している場合には、審美的な考慮も必要となる。

欠損部に対し口腔模倣を原則とした咀嚼ユニット{人工歯・義歯床からなる部分}を回復するが、それらを、生理的機能を担保とした“力”に対し口腔内にてどう維持・安定させるかがポイントとなる。とくに可徹性装置ともなれば上下顎の欠損状態からアイヒナーの分類などでも表されているように、欠損の長さやその部位によって咀嚼ユニットが機能時にどの方向に歯列から外れようとする力がかかるのか？と言う部分から逆算すると、それらに抵抗する維持機構を設けることが、その欠損歯列に即したデザインとなる。

そこで、今回のテーブルクリニックでは、欠損歯列における“支台歯への力学的考察”と“義歯の動きをコントロール”ターゲットをしぼって考察したい。日常臨床にて使用するサベイヤーやミリングマシーンにて維持装置の軸壁をどうコントロールするかという部分を臨床ケースを用いて紹介したい。

T-10	株式会社モリタ	会場：テーブル10	６月９日(土)

自己血によるGRF（成長因子濃縮フィブリン）の臨床応用

中川　孝男（中川歯科クリニック ）
1982年３月　福岡歯科大学卒業
1994年９月　中川歯科クリニック　開業
日本顎咬合学会指導医
日本口腔インプラント学会専門医
日本先進インプラント医療学会インプラント医療専門医

口腔機能の回復を図る方法として、インプラントや骨補填材等の人工材料を組織の代替として臨床応用されている。あるいは、自家骨を採取し組織再生療法に用いられている。自己組織による再生療法は親和性に優れ良好な結果か期待できる。しかし、ドナーサイトの制約(部位や採取量、侵襲の程度など)により必ずしも第一選択とはならない。そのため、自己血液中にある成長因子を選択的に抽出し、移植材と混和、あるいはそれ単体による組織再生の試みがなされている。1998年には採血した自己血液を２回遠心分離機にかけ、成長因子と濃縮フィブリンを抽出、トロンビンを加えゲル化させるPRPが紹介された。その後、遠心分離機の遠心力やガラス試験管を改良した方法により、１回の遠心分離で、成長因子を含んだジェルの抽出が可能となる。またこのフィブリンジェルは成長因子を一定期間放出されることが証明されている。今回はこの次世代成長因子濃縮フィブリンの臨床応用についてご覧頂きたい。

T-11		会場：テーブル１	６月９日(土)

補綴修復物へのＳＲＰとメインテナンス

加藤　久子（プレミアムデンタルケアー）

1995年６月　ノースイースタン大学歯科衛生士学科卒業
1995年６月　Forsyth Scool For Dental Hygienists. Advanced dental hygiene science
1995年～1999年　C ommunity H ealth C enter　勤務
2000年　歯科エージェンシー勤務
2011年　プレミアムデンタルケアー勤務

日々の診療で遭遇する歯科衛生士の業務でもっとも重要とされるＳＲＰやメインテナンス。天然歯でも近接根、分岐部など歯科衛生士のＳＲＰやメインテナンスのチャレンジはつきません。

患者さんの口腔内には、補綴物が装着されていることが多いのが現状ですので、補綴修復物のＳＲＰやメインテナンスの難しさを感じている歯科衛生士も多いと思います。

特に審美補綴やインプラントなどは、補綴物の形態、素材が多種多様である事から、歯科衛生士は、患者一人ずつに適したバイオフィルムのコントロールを選択しなければなりません、そのためには、患者さんの補綴物の形態、ポンテックの形態の種類、歯間鼓形空隙の相違などの補綴物の知識を持たなければなりません、

これらの事を理解し把握した後、バイオフィルムの除去に効果的なＳＲＰやメインテナンスのスケーリングテクニック、ホームケアーでの清掃用具の選択、使用方法の指導が、適切に行うことができます。

この講演では、日々の診療で、補綴修復物のＳＲＰやメインテナンスの難しさを感じている歯科衛生士の方々に参考になるように、私が米国で教育を受けた補綴修復物のＳＲＰやメインテナンスでの器具の操作、ホームケアー注意事項やポイント等をイラストや実際の患者さんの口腔内写真を使用しお話させて頂きます。

T-12		会場：テーブル２	６月９日(土)

無歯顎の歯槽 Axis から人工歯排列の咬合ベクトルを考察

佐藤　幸司（佐藤補綴研究室）

1975年３月　大分県歯科技術専門学校卒業　納富哲夫先生に師事
1985年12月　佐藤補綴研究室開業・日技生涯研修認定講師
1996年４月　愛知医科大学病院歯科口腔外科非常勤
2003年４月　明倫短期大学臨床教授
2010年４月　大阪大学歯学部付属病院招聘教員

我が国も、超高齢化社会に突入し、無歯顎者の比率も増加傾向にある。そこで生体に調和した人間歯科学（ヒューマンデンティスツリー）に基づいた生命の質（Q、O、L、）を求めた、健康的で年齢を感じさせない生き生きした活力のある、二義的人工臓器義歯の製作へとパラダイム・シフトの波が押し寄せている。補綴臨床技工も日進月歩のなか、臨床経験値のみによる歯科技工から、先端技術の新素材によって品質管理された根拠ある臨床術式のコンセプトが求められる。無歯顎補綴の咬合も症例に沿った種々の咬合様式があるが、患者の健康回復を目的とした咬合システムへ移行し、それぞれの価値観に調和させた咬合へと質の転換をもたらしつつある。すなわち単純な咬合様式から患者の生体を理解した、力学的・生理学的な咬合の考察が重要である。

そこで今回、日本顎咬合学会学術大会のテーブルクリニックでは、歯槽軸に対して咬合平面のテンプレートを三次元的に設定し、咬合設定と排列ゾーンの臨床的ポイントについてアプローチし考察してみたい。

T-13		会場：テーブル３	６月９日(土)

生理機能との調和を求めて（顆頭位と咬合位を考える）

吉木　邦男（医）デンタルハート　吉木デンタルクリニック）
1974年３月　日本歯科大学歯学部　卒業
1974年４月　国際デンタルアカデミー　全日制研究生
1981年３月　国際デンタルアカデミー　退職
1984年11月　名古屋市にて吉木デンタルクリニック開院

日本顎咬合学会が発足し30年､この間歯科治療はインプラント･セラミック補綴など新技術や材料､マイクロスコープ・CAD/CAM・歯科用CTの臨床応用など驚く程のスピードで進歩しましたが、その恩恵をいかに治療に生かすかは歯科医師の叡智に係っております。元来歯科治療の多くは補綴処置による機能回復を目的にしており、その診断基準を顆頭位（中心位）に求めて治療を行ってきました。しかし中心位で咬合再構成治療は患者に多くの苦痛を強いることになり、一見不適切と思われる咬合位（咬頭嵌合位）にも咬合面に刻印された咬耗が姿勢・職業・生理機能に適応している場合もあります。そこで補綴処置を行うにあたり理想的な治療計画だけでなく、患者の生活環境を考慮した治療計画を立案することが高度に進歩したモダンデンティストリーに望まれることです。今日本は超高齢化社会へとむかっており、患者にいつまでも健康長寿で暮らしていただくため歯科治療ができればと思います。

健康な咬合位と顆頭位は患者の口腔環境を健康に保ち
健康な口腔環境は健康な生理機能を維持し
健康な生理機能は健康長寿に貢献します

歯科治療のゴールは患者QOL向上にあり、これからの高齢化社会における歯科治療は機能回復と同時に生理機能回復を目指し健康長寿に貢献しなければなりません。そこでこの機会に顆頭位と咬合位について考えてみました。

T-14		会場：テーブル４	６月９日(土)

顎骨の狭い症例に対するインプラント治療の一方法（OAM法）について

田端　義雄（霞ヶ関歯科）
1976年　城西歯科大学卒業

インプラント治療は固定式という快適性が支持され、欠損補綴の有力な選択肢として普及している。一方で、残念なことに多くの問題のある治療の報告もある。インプラント治療の適応を広げてゆくと、上顎洞や下歯槽管に近接する骨高の不足するケースや狭窄した骨の症例に遭遇する。したがって、上顎洞挙上法や垂直骨増多、硬組織、軟組織の移植による準備が必要になるが、オペが複雑になり高度なスキルも必要で、患者さんにとっても歯科医師にとっても容易なことではない。できれば、最小の侵襲で目的の治療を成し遂げたいと思うのは必然である。そこで、狭窄した骨に対して行われる、いわゆるスプリットクレスト法において、骨をできるだけ削除しないで骨幅を広げる方法が考案されている。この方法は削除によるダメージも少なく、裂開などの偶発状態にも有利に遂行できる大きな利点がある。うまく利用すれば、インプラント治療を、より安全に行える一方法となる。演者はこの方法を臨床に応用して数年ではあるが、顎骨の狭い症例には、極めて有効と考えて応用してきた。今回はその応用法について、臨床例を提示すると共に、豚骨を用いたデモにより、その概要について解説させていただく。実際に器具を手にとって手技を習得していただきたい。

T-15		会場：テーブル５	６月９日（土）

これからの総義歯治療の考え方

中村　順三（医療法人社団中村歯科医院）

1973 年　神奈川歯科大学卒業
1975 年　札幌市にて開業、現在に至る
　　北海道大学歯学部第二補綴非常勤講師
　　日本顎咬合学会常任理事、北海道支部支部長

長い間、歯科臨床に携わってきて、年齢を重ねて自分も高齢者の領域に足を踏み入れてみると、若い時分に考えていた歯科臨床とは変わってきたことに気付かされる。

歯科治療を受けた患者が高齢化してくると、何かしらの疾患を有するようになる。それも複数の疾患を有する患者が多くなる。そして、ついには脳血管障害等で要介護状態になり寝たきりになって来院できなくなる。現在の日本では、高齢者である 65 歳以上の約８％が要介護状態である。

総義歯を例にとると、若くて健康な時は吸着の良い義歯の方が良いが、年を取った有病者や、要介護者には、年齢と健康状態に見合った自分で着脱できるような義歯が相応しくなってくる。

私たちは若い時分に「年を取ったらゆっくり旅行でもしようね」という会話を妻や夫と交わすことが多い。しかし若い時には誰もが「年を取ると何らかの疾患や障害を抱えて歩行困難になること」など微塵も考えていない。人間は遅かれ早かれ何らかの疾患を抱えていつかは通院不可能になる、と言っても過言ではない。

上記のことを踏まえて、高齢者の総義歯はどうあるべきかを考えてみたい。

T-16		会場：テーブル６	６月９日（土）

Bonded Restoration in the Anterior Dentition

天川　由美子（天川デンタルオフィス外苑前）

1994 年３月　鶴見大学歯学部　卒業
1999 年３月　鶴見大学大学院　修了
2007 年３月　港区　天川デンタルオフィス外苑前　開設

近年、審美的な材料の開発とデンティンボンディングの進展によって、審美修復治療は特別な治療ではなくなってきている。しかし一方で、残念ながらただ色が歯冠色に近いというだけの、不十分な治療を目にする機会も増していると聞く。審美修復治療は、歯・歯列や歯周組織だけではなく口元や顔貌などの診査が必要である。そして、これら総合的な診査の後、患者の生活習慣や希望なども考慮し、順序・形成・材料などの治療計画を立案する。また、患者や技工士との信頼関係を構築し治療を慎重にすすめていくことが、トラブルを防ぐことにもつながる。

現在の審美修復治療として応用されているコンポジットレジン・ラミネートベニア・オールセラミッククラウンは、接着を活かしたボンディッドレストレーションである。すなわち審美修復治療を成功させるためには、患者との良好な関係はもちろん、治療計画に沿った正確な接着ステップも大切なのである。

今回、前歯部における審美修復治療の治療計画、特に治療の流れと接着を活かすためのポイントについて解説したいと思う。

T-17		会場：テーブル７	６月９日(土)

口から脳を活かす歯科治療
～脳機能分析から分かった咬合の整え方～

荒井　正明（口腔生体医学研究所）
1984年３月　明海大学歯学部　卒業
1990年９月　ロイヤル歯科医院開業
1993年３月　（医）社団　博明会　理事長
2008年10月　ロイヤル歯科医院　顧問
2008年10月　口腔生体医学研究所　代表

「呼吸と咀嚼が正しく行なわれるならば、百歳まで生きられる」これは『黄帝内経』という東洋医学の最古の古典に書かれている言葉とそして、「咀嚼の乱れが体のバランスを損ない、その影響は全身に及び、寿命を縮める」という認識の中で「ひと口30回噛みましょう」と言われていますが、その前提として、正しい噛み合せ・正しい姿勢・そしてバランスよく噛む事が大切である。

身体を支えているのは体幹ですが、バランスを保持し維持する上で重要なのは下顎位そして上下顎の噛み合わせである。体のバランスの歪みから下顎位に変化を起こしたり（上行性）逆に下顎位の歪みから体に歪みを生じたり（下行性）していることなど口腔領域と全身との関わりが言われている。

また、歯科医師の役割としては、正しい咀嚼、咬合機能を実践できるように口腔機能及び全身の環境の整備をし、上下顎の生理的関係を保全し　頭―顎―肩―背骨―四肢　の生理的機能の維持を図るために咬合機能を回復または創造する事ではないかと考える。

この様な中で、ペンフィールドの脳地図から推察されるように体の各部分特に口・手・足を使い訓練、学習することでより良い口腔領域の環境が構築できるだけでなく脳の活性化に役立つことを脳機能画像とまじえてその具体的手法を提示し、歯科的介入が脳機能に与える影響を御報告させて頂く。

T-18		会場：テーブル８	６月９日(土)

根管治療で大切な基本と感性
―JHエンドシステムよりわかること―

金沢　紘史（金沢歯科）
1986年３月　新潟大学歯学部　卒業
現在　東京都江戸川区　開業

岸本　英之（岸本歯科クリニック）
1997年３月　日本大学歯学部　卒業
現在　東京都中央区　開業

平井　順（平井歯科）
1977年３月　日本大学歯学部　卒業
現在　神奈川県川崎市　開業

私たちが日常の歯科臨床で最終的に目指すものは、安定した咬合関係が長期に渡り維持され、機能することにあると思われる。そして直間接的に心身の健康に寄与できることであればより望ましい。

安定した咬合を築くためには、温存できる対象歯が多数あればそれに越したことはない。それゆえ治療計画を立案するにあたり、根管治療の予後の良好さは大切な要素となる。

根管内の起炎因子をしっかり除去することはもちろんだが、補綴的側面を考慮した拡大形成でなければならない。本来の根管内面の形態を維持しながら、かつ感染歯質を除去するという作業は当然、術者の手指の微妙な感覚の範囲内で行なわれるがゆえ、対象となる歯牙の解剖学的理解と使用する器材の特徴の熟知、そして経験則を踏まえ自らに予知性の高い治療の基準を作ることが大切と思われる。

ＪＨエンドシステムでは、これらの事を踏まえて術式のステップを着実に積み重ねていけば長期的に良好な結果を得られることを示してくれ、根管治療の基本を再認識し、根管治療での感性が変わることを演者らは感じている。今回、症例を通して臨床でのポイントを岸本、金沢が報告し、さらに考案者の平井　順先生を招きデモンストレーションを通して特に若い先生方にＪＨエンドシステムの根底にあるものを感じとって頂ければと思う。

T-19	カボデンタルシステムズジャパン株式会社	会場：ホールＢ５ガラス棟側	６月９日（土）

咬合が引き起こすカリエス

小嶋　壽（小嶋歯科クリニック）
日本顎咬合学会評議員
日本顎咬合学会　指導医
アメリカン　アカデミー　オブ　ナソロジック　オーソペディクス会員
東京都中央区開業

歯科大学を卒業し臨床歯科医師になって、早くも 40 年が過ぎてしまったが、その間徹底して咬合の出発点として「中心位」を基準とした診査を最初に行っていた。最初に解ったことは、患者様に噛みぐせがあると、噛みぐせと反対側に中心位の早期接触が現れるという現実である。この時には、総じて機能咬頭内斜面に早期接触が現れることが一般的である。これが、様々な問題を引き起こそうとするのである。中心位の早期接触が機能咬頭内斜面に出ている場合、その上下の臼歯は五重苦のうちの三重苦をまともに持っているということになってしまう。

つまり、最初に中心位の早期接触を持っていること、それが機能咬頭内斜面にあれば反対側で噛みぐせがあるときにバランシングコンタクトを 100 パーセント持つことになること、また嵌合するときその早期接触の場所から窩の方へ滑って嵌合すること、この三つの咬合接触で三重苦ということになる。ちなみにあと前方運動時と、側方運動作業側で咬頭干渉を起こしてくれば全部で五重苦になるのである。この三重苦以上の悪い咬合接触があると、歯にひびが入ってヘアラインクラックや破折の原因を起こし、カリエスや歯髄炎をも引き起こすことになる。

T-20	株式会社モリタ	会場：テーブル10	６月９日（土）

CT 診断で診る新しい歯科診療へのアプローチ

濱本　和彦（濱本歯科口腔外科クリニック）
1995 年３月　大阪歯科大学　卒業
2004 年４月　大阪歯科大学　口腔外科学第２講座　助手
2006 年４月　神戸市立医療センター西市民病院　歯科口腔外科　副医長
2008 年１月　野阪口腔外科クリニック　勤務
2010 年４月　濱本歯科口腔外科クリニック　院長

今日まで、歯科疾患の診断においては、パノラマやデンタルなどの X 線写真での診断が確定診断となっていたが、3 次元的には複雑な病態が存在し、X 線写真ではわからない患者の痛みに遭遇することも少なくなかった。そのため、的確な診断を得るためには CT による診断が必要になる。しかし、医科用の CT では歯牙周囲の組織を診断できるだけの画像を得ることは難しかった。このため歯牙周囲の組織も描写できる歯科用 CT が開発された。その特徴は、①解像度が高い②撮影時間が短い③被曝線量が少ない④金属によるアーチファクトが少ないなどがあげられる。一方、医科用 CT と比較し①軟組織の描写能が低い、骨密度の定量性が無いなどの欠点もある。当初はインプラント治療目的の使用で導入されることが多く、歯科治療に応用する歯科医師が少なかったが、最近では的確な診断を重視する歯科医師も増え、保険導入されたこともあり、さらに普及すると思われる。

今回、一般歯科診療の中で当クリニックが行っている CT の臨床応用について講演する。

T-21		会場：テーブル１	６月10日（日）

臨床での読みとる力を養おう

石原　美樹（フリーランス）
愛知学院歯科衛生士専門学校卒業
月星歯科クリニック勤務
月星歯科クリニック退社　フリーランスとなる
名古屋歯科医師会附属歯科衛生士専門学校非常勤講師
スタディーグループ KOKO 設立

歯周治療が臨床に浸透し、歯科衛生士に対する医院そして患者さんへの重要性は大きくなっています。しかし残念なことに歯周治療そのものがシステムの一環となってしまい、治療の流れで治療は進んでいき、流れの中でＳＰＴへと進んでいくケースが増えているように思います。歯周治療に携わる以上、歯科衛生士も卒後研修が必須だと考えています。歯周治療は知識・技術そして人間性の３本柱のどれもかかすことが出来ない要素と教えられてきました。そして自分自身が長く歯周治療に携わり、さらに、歯科衛生士も専門家として病気を診る力や健康観を育てる力なども養わなくてはいけない力だと痛感しています。歯周治療においては歯科衛生士が中心となり患者さんを見ていくことが多く歯科衛生士にも歯肉を読みとる力やレントゲンを読みとる力そして、変化を感じる力が求められていると思います。今回は毎日の臨床の中で私が見て感じていることや見方のポイントなど症例を交えてお伝えしたいと思います。

T-22		会場：テーブル２	６月10日（日）

保険総義歯の人工歯排列

松岡　金次（ヴィーナスデンタル松岡）
1973 年３月　九州歯科技工士学校卒業

河原　英雄（歯科河原英雄医院）
1967 年　九州歯科大学卒業

現在日本では超高齢社会を迎え、総義歯の需要も多いのですが、現行の保険制度下で作製されるものでは必ずしも十分機能する総義歯になっていないような現状です。私たちは以前、デンタータス咬合器を使用して総義歯を作製していましたが、昨年コンライダータイプのスペイシー咬合器スマートが発売されました。前方調節ネジがありますので１ミリ単位で側方、前方運動の調節が出来て、フルバランスドオクルージョンの咬合が出来るようになりました。保険適用の総義歯でも多くの患者様に噛める喜び、健康の喜びに光を当てることができたと思います。また、ろう堤は患者様の顔を見て作っていますので歯槽頂間線法では作製していません。上顎前歯の中切歯はビーバータイプ（若々しく見えるように）で排列しています。人工歯は咬頭傾角 20 度を使用していますので、臼歯の排列は上顎法でまた、舌房を広くとるために頬舌径は小さめの人工歯を使用しています。スペイシー咬合器スマートを使用した総義歯製作テクニックをご覧いただきたいと思います。

T-23		会場：テーブル３	６月10日（日）

機能咬合論に基づいた臨床診断の実際 ～咀嚼・発語・顔貌・姿勢からどう診断するか～

永井　省二（医療法人永仁会永井歯科医院）

1983年３月　福岡歯科大学卒業
1988年３月　鹿児島大学歯学部大学院修了（口腔外科）
1988年４月　国立都城病院歯科口腔外科勤務
1991年４月　永井歯科医院勤務

患者さんがよく噛めるようにすることは歯科医療の主たる治療目標であり、単に咬ませるだけでなく、よく咀嚼できる環境をいかに構築するかが重要である。機能咬合論は、口腔機能の中で特に“発語機能・咀嚼機能・平衡機能”に注目した咬合理論で、その治療目標は姿勢や顔貌などの改善の見られるバランスのとれた下顎位で、良い口腔機能（咀嚼機能・発語機能）を営ませ、それを維持させようとするところにある。機能咬合論に基づいた臨床診査には、全身健康調査票や生活問診票・抹消血液循環検査などを用いた生活環境や自律神経活性度の診査、姿勢や顔貌・セファロ・CT検査などからの骨格のずれや態癖の診査、口腔内写真やスタテディモデルの分析・顎運動解析器による検査（発語や咀嚼運動検査）からの顎偏位や咀嚼側の診査などがあり、それらの結果を総合的に診断することでその患者さんの状態を把握し治療方針を立案している。今回は実際の細かな診査方法や診断の仕方を提示し、それに基づいた治療計画と治療の進め方をわかりやすく解説する。さらにはその治療計画に基づいた実際の治療結果とその予後に関して、臨床統計も加えながら紹介したいと考える。

T-24		会場：テーブル４	６月10日（日）

低侵襲インプラントでどこまで可能なのか
―長期的成功を得るためのキーポイント―

西原　茂昭（医療法人　西原歯科医院）

1978年３月　日本歯科大学歯学部卒業
　　東京医科大学口腔外科学教室入局
1983年３月　東京医科大学医学研究科博士課程修了
1985年１月　現在地にて開業

低侵襲インプラントの最大の利点は患者さんの負担を軽減し、術者のストレスも解消できる点にある。しかし、その長期的予後の確立は、尚、不充分である。

代表的な低侵襲インプラントであるショートインプラント、ナローインプラントの臨床例を通して成功に導く鍵となる点について述べてみたい。

審美性の獲得については硬組織、軟組織のマネージメントによって安定的な結果が得られることは間違いないが、今回は、低侵襲コンセプトに基づく矯正的挺出とソフトティッシュレベルインプラントによる対処法について触れる。

また、IOD（インプラントオーバーデンチャー）は、それ自体が低侵襲と言えるかもしれないが、ショートインプラントを用いた例について供覧し、その要点を述べる。

低侵襲インプラントは、安全、安心を提供するツールではあるが、審美、確実という点では不利な側面もある。全ての例を低侵襲で行う事は出来ないし、適切でもない。患者さんが何を求めているのかを的確に把握し、それぞれに最適な治療計画を立案する事が重要であり、その時こそ「低侵襲インプラント」は強力なオプションとなり得る。

T-25		会場：テーブル５	６月10日（日）

吸着義歯の概念と技法の導入でここまで変わった私の義歯臨床

松下　寛（まつした歯科）

1982年３月　東北大学歯学部卒業
1986年３月　東北大学大学院歯学専攻科修了
2005年　　まつした歯科開業

演者は阿部二郎氏が提唱した「下顎総義歯の吸着理論」に則り、ここ数年来自らの義歯臨床を展開させてきました。下顎総義歯が吸着することで咀嚼運動は明らかに安定することがわかりました。さらに患者さんに問診してみると、下顎総義歯が吸着することで安静時の緊張の緩和、発音の明瞭化、装着時の違和感の減少などの口腔機能全体のＱＯＬの向上に寄与していることが推測されました。言いかえれば下顎総義歯の吸着理論に則って作製された総義歯は付随的な効果として、患者さんの本来の口腔機能をより発揮させる可能性があるでしょう。

演者はさらにこの下顎総義歯の吸着理論を部分床義歯の領域にも応用できないかと考え、下顎遊離端欠損の症例について印象採得の技法・外形線・義歯研磨面の設定基準について改変をおこないました。また吸着理論に近似した印象外形が採取できるような部分床義歯用の印象採得用トレーも改造を試みました。

その結果、吸着は当然ながら得られないものの、装着後の違和感の減少は明らかに見られ、義歯についての患者さんの受容率が高くなったものと考えられました。

本テーブルクリニックでは上記の経過に基づいた臨床例の提示、印象採得の概念の従来法からの変遷と具体的な手技の違い、外形線の設定基準の変化などをお伝えします。

T-26		会場：テーブル６	

審美修復治療へのアプローチ　予知性の高い歯冠形成法
～美しく、効率的な形成をマスターする論理的テクニカルポイント～

小林　守（小林歯科医院）

大阪市平野区開業
大阪SJCD研修会　レギュラーコース　バイスディレクター
　　ベーシックコース　ディレクター
日本臨床歯周病学会　認定医

近年、MI治療、予防歯科等の非侵襲治療が脚光を浴びて来ているが我々一般開業医にとって支台歯形成は避けては通れない手技である。１日としてタービンを持たない日はない。それは再介入治療が多いからである。再介入の原因の中で修復物の適合不良によるものはかなりの割合を占めている。

最近、綺麗な前歯の修復物が毎月雑誌の紙面を飾っている中で前歯の支台歯形成もよくみかける。

臼歯部修復に関しては、支台歯形成も前歯部と同様に大切である。ただ前歯部に比べて視野が制限される分、難易度が増す。

現在の修復物は目的に応じて多種多彩でも形成の基本的要件は変わらない。スムーズな面形成と明確なフィニッシュライン、必要最小限の削除量、適正な歯軸傾斜角等々いくつかある。

理想的な形態をイメージできたとしても実際イメージ通りに形成できない場合がほとんどである。器用、不器用、物造りのセンス、表現力等個人差はあるが、習得する為の早道は常にイメージを忘れず反復練習する以外ないのである。

今回は支台歯形成に於ける基本的な考え方を前歯から臼歯まで含めて再確認し、臨床で陥り易い基本的ミス（形成面の荒れ、削除不足や削除過多、歯軸の誤認等）原因を検証し、それを防ぐ方法として単に理論の提示だけでなく忘れてはいけない技術的な要点についても解説したいと思う。

T-27		会場：テーブル７	６月10日（日）

スケルトンタイプの拡大装置を用いた口呼吸の改善法について

保田　好隆（保田矯正歯科）

1985年３月　大阪歯科大学　卒業
1985年４月　大阪大学歯学部歯科矯正学講座　入局
2000年２月　大阪大学歯学部歯科矯正学講座　助教授
2003年９月　同　退職
2003年10月　保田矯正歯科　勤務

混合歯列期あるいは永久歯列期前期の患者の多くに“アデノイド”の腫脹とそれに伴う“気道の狭窄”がセファロレントゲン等で認められます。そのような環境では、ヒトは、自然に“口呼吸”を行なうようになります。そして、“舌位”や“下顎位”に関しては、“口呼吸”が容易に行えるような位置へと変化し、そして結果的に、“舌位”や“下顎位”の変化が、さまざまな咬合異常を生じさせていると考えております。またその状態を、永久歯列完成後あるいは、成長終了後まで放置しておくと、遺伝的な要因にはなかったと考えられる重篤な咬合異常が惹起され、永久歯を正しい咬合状態に配列するためには、非常に複雑かつ高度な治療が必要となることが予想されます。すなわち、私どもは、“口呼吸”が咬合異常の主たる後天的な原因の１つと考えており、“口呼吸”を“鼻呼吸”へと早期に改善することが、永久歯列期の治療をより容易にするものと捉えています。そして“口呼吸”を“改善させるための装置として、当院では“スケルトンタイプの拡大装置”を用いて治療をしております。

今回、“スケルトンタイプの拡大装置”を用いた治療方法と効果についてお話したいと考えております。

T-28		会場：テーブル８	６月10日（日）

歯科医院における院内感染予防対策の重要性とその実践

長谷川　雄一（河津歯科医院）

2007年３月　明海大学歯学部　卒業
2009年３月　明海大学ＰＤＩ埼玉歯科診療所　臨床研修　修了
2009年４月～　明海大学ＰＤＩ埼玉歯科診療所　臨床系
2011年４月～　河津歯科医院

國生　亜衣（歯科河原英雄医院）

2008年３月　福岡歯科衛生士学校　卒業
2008年４月～　明海大学ＰＤＩ浦安歯科診療所
2011年４月～　河津歯科医院
2012年１月～　歯科河原英雄医院

医療従事者として「清潔であること」は常識であり、最新のテクニックやマテリアルだけでは真の医療は行えないのではないだろうか。

最良の治療を行う為には、感染予防対策は徹底されていなければならない。

感染予防対策に対する考え方は時代と共に大きく変化し、ディスポーザブルの手袋はもはや常識である。社会問題としても感染症は多く取り上げられており、感染予防の重要性は認識されてきているものの、どの程度の予防策を行なっているかは病院や診療所によって違いがあり、未だに十分な予防策をとれていない施設もあるのが現状である。

歯科医療現場においてもインプラント治療をはじめとする外科的処置が普及し、血液との接触による感染のリスクが高い処置が日常臨床において増加傾向にあると考えられる。

更に超高齢社会に伴い、高齢者や易感染性患者が増加し、より感染予防策は重要視されている。

感染予防の基本として「すべての患者の体液、排泄物は感染の可能性があるものとして取り扱う」とする標準的予防策（スタンダードプレコーション）の考え方がある。

今回演者は、歯科医院内における院内感染予防の重要性と、スタンダードプレコーションを基本とした、実際に日常臨床で行っている予防策の実践について発表する。

皆様の医院内における、感染予防対策の見直しのきっかけになれば幸いである。

T-29	Ivoclar Vivadent 株式会社	会場：テーブル９	６月10日（日）

審美性の高いコンポジットレジン修復のテクニック

成功するコンポジットレジン修復のテクニックの実際

宮崎　真至（日本大学歯学部）

1987年３月　日本大学歯学部 卒業
1991年３月　日本大学大学院歯学研究科歯科臨床系 修了
1991年４月　日本大学助手（歯学部保存学教室修復学講座）
2003年４月　日本大学講師（歯学部保存学教室修復学講座）
2005年11月　日本大学教授（歯学部保存学教室修復学講座）

歯冠修復処置において、その適応症は前歯あるいは歯頚部の小窩洞に限局したものから、歯冠破折などを含めた比較的大型の窩洞や臼歯部の隣接面窩洞とあらゆる範囲に拡大している。その背景には、歯冠修復材の機械的性質の向上とともに歯質接着技術の進歩が重要な因子となる。このような確実な接着技術を背景として、今日のコンポジットレジン修復が発展し、臨床テクニックにも反映されてきた。

審美性の高いコンポジットレジン修復を行うには、その材料特性を知ることが重要である。その知識があるからこそ、適切な材料選択が可能となるからである。とくに、レイヤリングテクニックにおいては、明度をコントロールすることが重要となるが、そのためにもコンポジットレジンの光学的性質を知る必要がある。さらに、修復にあたっては、コンポジットレジンのハンドリングあるいはインスツルメンテーションの実際についても熟知する必要がある。

ここでは、コンポジットレジンの性質として抑えるべきポイントを概説し、製品特性を引き出すポイントについて考えてみたい。さらに、模型を用いたデモンストレーションを行うことによって、臨床で遭遇する様々な症例について、テクニックの実際とそのポイントについて解説を加える予定である。

T-30	株式会社トクヤマデンタル	会場：テーブル10	６月10日（日）

総義歯難症例への緊急対応

～即日改造義歯テクニックと弾性裏装材の使い方～

田中　五郎（田中歯科医院）

1988年３月　東京歯科大学卒業
1988年４月　加藤歯科医院（院長　加藤武彦先生）勤務
2000年10月　田中歯科医院院長

超高齢社会の無歯顎患者さんの特徴は、全身疾患の影響によって、粘膜の状態が悪かったり、口腔の機能に障害があったり、合っていない義歯の長期使用による、顎堤の極端な吸収が多くの患者さんで見られることある。そのような無歯顎患者さんに対して総義歯を製作する場合には、いきなり新製義歯を製作するのでは無く、今使っている義歯を改造した治療用義歯を作ったり、新規に治療用義歯を製作して、咀嚼や発音と言った日常生活や口腔周囲筋のストレッチ、咀嚼筋の訓練等を積極的に行ったりして、いわゆるリハビリテーションの期間を設けて、口腔周囲筋や顎位や口腔運動を正常に近い状態に戻す事が必要となるし、異常な吸収があり、また全身疾患によって、粘膜の状態が良くない患者さんには、軟性裏装材が欠かせない事がある。今回は、チェアサイドで出来る床の改造と、軟性裏装材を利用した難症例への対応を、ビデオを交えて詳しく発表させて頂きたいと思う。

T-31		会場：テーブル１	

歯科衛生士専用チェアーの在り方
―私のこの人、この時、この活用―

安生　朝子（藤橋歯科医院）

1982年３月　栃木県立衛生福祉大学校歯科技術学部歯科衛生士学科卒業
1982年４月　開業医勤務
1986年　　スタディグループ「DHパトスの会」設立、現在顧問を務める
1989年３月　藤橋歯科医院勤務　現在に至る
2007年２月　株式会社ジョルノ起業　代表取締役

自分自身の「歯科衛生士専用デンタルチェアー」を持っておられる方、または今後その予定のある方に理想も含めての質問です。
Q1 患者さんのご予約は順調ですか？
Q2 １日何人のご予約を頂いていますか？
Q3 １人の予約時間はどれくらいですか？
Q4 １人の一部負担金は平均おいくらですか？
Q5 その方から新規ご紹介はありますか？

自分自身の「歯科衛生士専用デンタルチェアー」の業務内容について質問です。
Q1 歯科医療面接？
Q2 歯周基本治療？
Q3 歯科メインテナンス？
Q4 歯科カウンセリング？
Q5 自費歯科診療の計画と提案？

私は歯科衛生士として30年の臨床経験を持ちます。今から27年前、歯科医師から歯科衛生士専用チェアーを預かりチームの一員として歯科診療を行ってまいりました。
意識、知識、技術、経験を重ね「質の高い歯科医療の提供」と「信頼関係の構築」に努めることが歯科衛生士の本望と考えております。
本会におきましては、以前お話しすることのなかった「歯科医院経営」にも意識した歯科衛生士の在り方について私の考えとその実際を述べさせていただきます。

T-32		会場：テーブル２	６月10日（日）

上顎中切歯形態再現

片岡　繁夫（大阪セラミックトレーニングセンター）
1972年３月　行岡医学技術専門学校歯科技工科卒業
1984年４月　大阪セラミックトレーニングセンター開校
1989年　　有限会社片岡セラミック開業
1994年　　大阪セラミックトレーニングセンター宮崎校　開校
2006年４月　有限会社 ZERO publishing 設立

自然で美しい調和の取れた顔貌および口腔を作るためには、天然歯の「形態」と「色彩」を再現することが必要である。歯牙形態においては、歯牙の大きさ、長さ、歯列での歯牙の位置関係及び個々のスマイルラインに調和した歯列が重要である。さらに歯牙の「表面性状」を再現することは、『質感』を表現する上で最も大切である。

審美的歯牙形態の再現は、対話距離においての口元が審美的に見えることが大切であるが、基にある個々の天然歯牙形態が再現されていることが重要である。

患者の顔貌に調和する歯牙形態およびスマイルライン（歯牙の位置関係）は一つのパターンに限られたことではなく、様々な組み合わせが考えられる。最終補綴物の決定は、診断用模型およびプロビジョナルレストレーションにおいて検討をかさね顔貌との自然な調和を作り出すことが、審美補綴において最も大切である。

色彩表現は天然歯にみられる、層構成による色彩を知ることが大切であり、象牙質とエナメル質の層構成を再現することで、歯牙の色彩は再現できる。テーブルクリニックにおいて、審美歯科を構成する上で最も大切と思われる、天然歯牙形態の再現をデモにて行う。

T-33		会場：テーブル３	６月10日（日）

さわる咬合　さわらない咬合

今井　俊広（今井歯科クリニック）
1979年　奥羽歯科大卒業
1979年　原宿デンタルオフィス勤務　山崎長郎先生に師事
1984年　米国L.Aにて Raymond.L.Kim 先生に師事
1987年　鳥取県米子市にて今井歯科クリニックを開業現在に至る

咬合の不備による問題が顎口腔系に生じていれば、原因を探し出し治療が必要であろう。また、顎口腔系に問題を引き起こす咬合の不備がわかれば、咬合の問題を引き起こさないような治療の配慮ができる。快適で安定した咬合と円滑な下顎運動は、歯、咀嚼筋、顎関節が不調和な状態では達成できない。しかし、人間には適応能力があり、ある程度の不調和は、順応して不快症状がでることもなく日常をすごしていることが多い。それでも生体にとって耐久の限界はある。

近年は顎口腔系に不調を訴えている TMD や咬合感覚異常の治療において、咬合調整や補綴治療のような可逆的治療をしない方がよいと示唆されている。それも症例によっては正解である。しかし、TMD の有無にかかわらず、補綴治療の必要性は、我々の日常臨床で大きな位置をしめている。私は「咬合をさわるなら」の How to を多く書いてきたが、臨床でさわらない症例も多々ある。我々臨床家は、今、目の前にいる患者に必要な治療を探していかなければならないのである。

T-34		会場：テーブル４	６月10日（日）

骨をほとんど削らない患者さんにやさしいインプラント埋入法
―狭窄骨、脆弱海綿骨に対するインプラント埋入―

鈴木　光雄（デンタルデザインクリニック）
NPO 日本・アジア口腔保健支援機構　理事
日本顎咬合学会　指導医
iaaid Asia 国際先進学際歯科学会アジア部会　　理事
ドイツアルタテックバイオテクノロジー社公認　カムログインプラントシステムオフィシャルインストラクター
OAM 先進インプラント公認インストラクター

今から 30 数年前にブローネマルクインプラントが日本で初めて導入されて以来、一貫して行われているのは、インプラント埋入窩を作るためにドリリングをおこなうことである。しかしモンゴロイドである日本人の骨はアングルサクソンやゲルマン人と異なり、下顎骨の埋入部位が狭窄骨であったり、上顎骨においてはほそぼその脆弱骨であったりすることが多くある。このような時にドリリングを行ってしまうと、骨を飛ばしてしまいファクスチャーの初期固定が困難になったり、露出してしまうことになりかねない。オステオトームと OAM オーギュメーターという特殊な装置とジグリングフォースを使うことで、ドリリングの弱点を改良して安全に確実にインプラント埋入を行うことが可能になった。この方法だとほとんど骨を削らないで済み、さらにフィクスチャーのボリュームの容積分の骨を側方に移動させることができる。このテクニックをうまく使うことによって GBR や無駄な自家骨移植をしなくても骨を移動したいところに移動でき骨造成が可能となってきた。さらに応用として抜歯即時インプラント埋入にも利用できる。また、サイトプラスト（非吸収性メンブレン）や CRF（血小板濃縮による骨成長因子製法）を併用することによってさらにインプラント埋入に信頼性が出てきた。今回は新しい狭窄骨、脆弱海綿骨に対するインプラント埋入方法の解説とサイトプラスト、CRF の活用方法を多くの症例を提示しながら説明させていただく。

T-35		会場：テーブル５	６月10日（日）

SHILLA system におけるエステティックフェイスボウの意義

大澤　一茂（大澤一茂歯科医院）
1983 年３月　城西歯科大学（現・明海大学）卒業
1983 年４月　城西歯科大学歯周病学教室勤務
1989 年５月　茨城県水戸市開業

咀嚼器の診査・診断、再構築を行う際、基本となるのは咀嚼器の理想像である。理想的咀嚼器の具備条件として①咬合平面が左右同高・同傾斜②歯列が左右対称③咬合が均衡接触④真前方、左右対称の下顎滑走運動が可能⑤スマイルラインは下唇上縁と平行、歯軸は左右対称⑥咬合様式はミュウチャリー・プロテクテッド・オクルージョンが考えられる。従来、行なってきたフェイスボウ・トランスファーでは、生体のＨＴＡポイントが左右対称、同高でないため、生体で左右同高な咬合平面が咬合器上では左右同高示さず、生体の正中と咬合器の正中は合致しない。このことは、審美補綴臨床はもとより咀嚼器再構築においても不備を招くことになり、これを解消するためには正中矢状面と基準とするフェイスボウ・トランスファーが必要となる。今日、正中線を基準とするシステムが多々発表されているが３次元的な診査・診断、構築を行う臨床を全うするには困難を生じる。また、正中矢状面を基準とするフェイスボウ・トランスファーを行っても咬合器上に正中矢状面を基準とする座標が具現化できなければ、臨床的効果はない。正中矢状面を基準とする SHILLA SYSTEM はこれらの問題を生体に合致した座標があるため客観的に解決でき、その最初のステップとしてエステティックフェイスボウによるトランスファーがある。今回、従来のＴＨＡポイントを基準としてきたフェイスボウ・トランスファーと対比して解説したい。

T-36 | 会場：テーブル６

各シーンで解説する再生療法

水上　哲也（医療法人水上歯科クリニック）
1985 年　九州大学歯学部卒業
1985 年　九州大学歯学部第１補綴学教室文部教官助手
1989 年　西原デンタルクリニック勤務
1992 年　福岡県宗像郡（現在の福津市）にて開業

歯周治療の充実による天然歯の延命・保存とインプラント治療は並行して進まなければならない。

重度の歯周病により進行したポケットデプスや骨縁下欠損を有する状況下では患者の年齢･全身疾患の既往に加え、根分岐部を含めた骨欠損の形態や粘膜の厚み、付着歯肉の幅などの諸条件を総合したうえで再生療法の適応が選択される。

近年、再生療法における技術の向上はめざましくノウハウの蓄積とともに病変のパターンにより異なったアプローチが行われてきた。パターンとしては骨欠損の形態や骨壁の数、歯根間距離や歯根、根分岐部の形態、そして軟組織の厚みや付着歯肉の幅などが挙げられる。また同時に術前診査から切開、剥離、掻爬と進み縫合、術後管理にいたるまで再生療法の各ステップでの手技の充実は術後の成果に大きな影響を与える。

今回のテーブルクリックでは、骨欠損のパターンにするアプローチの違いに対する考え方を整理するとともに再生療法における各ステップを検証し、VTR をおりまぜながらその手法を解説してゆきたい。

T-37 | 会場：テーブル７

歯科医師のためのコンサルテーション入門
―あなたの院長が望んでいることは！―

榊　恭範（榊デンタルクリニック）
1983 年　福岡歯科大卒業
1983 年　九州大学歯学部第２保存科入局
1987 年　榊歯科医院勤務
1994 年　さかきデンタルクリニック開業
2006 年　さかきデンタルオフィス開業

コンサルテーションは、まずは歯科医師自身が行えなくてはなりません。コンサルテーションに慣れるまでは、まずは自分が行ったコンサルテーションをビデオで録画する、メモを取るなどして、反省と改善を繰り返し、トレーニングすることが必要です。そうした実践の後に担当医、担当歯科衛生士、歯科技工士、受付、助手に見せて、聞かせて、覚えてもらうということになります。

当院でも、当初は院長である演者がコンサルテーションを行い、その姿をスタッフにも見せつつ、内容を進化させてきました。患者さんのブラッシングではありませんが、できているつもりと効果的に出来たかどうかは全く違うのですから、客観的にみることが必要です。

その結果、現在の当院では、スタッフに対して、院内ミーティングで患者さんごとのコンサルテーションの内容の検討、指示を行い、患者さんには、院長である演者からの説明は、全体像を示すごく短時間で簡単なものとなっています。そして、たとえば「検討結果の詳細は、スタッフから説明を受けてください」と、バトンタッチがスムーズにできるようになりました。かつてのように時間をかけて演者が行うことは少なくなり、その分、治療に専念することができるようになっています。

そこで、今回は当医院の取り組みをまとめてみました。スタッフの皆さん、参考になれば、明日から取り入れてみてください。院長は必ず、喜んでくれると思います。

乳歯列期および混合歯列期における歯科矯正的介入について

髙橋　正光（髙橋歯科矯正歯科）

1989年３月　日本大学松戸歯学部卒業
1989年４月　早川歯科医院（東京都）勤務
1994年３月　日本大学大学院松戸歯学研究科歯科矯正学専攻卒業
1994年４月　日本大学松戸歯学部矯正学講座研究生
1995年５月　髙橋歯科矯正歯科開設

乳歯列期および混合歯列期における矯正治療は第Ⅰ期治療と呼ばれ、主に患者の成長能力を利用して顎関係の水平的、垂直的不正の改善を試みることである。とはいえ、実際には上記内容にとどまらず、補隙や筋機能訓練などの内容も含まれ、その範囲は多岐にわたるといえる。実際の臨床の場でこの時期に行われる矯正的介入はその効果において疑問を感じる場合も多く、積極的に勧めることがためらわれる場合も多い。とはいえ、保護者の不正咬合に対する意識はここ数年の間に非常に高くなってきていることは事実であり、その疑問に答え、適切な時期に矯正的介入を行えるだけの知識や技術が必要であることは言うまでもない。今回のテーブルクリニックにおいては、各時期（年齢等）における成長発育の基礎知識を踏まえたうえで、介入の必要性の有無の判断のための診断基準を示し、もし介入する必要性があると診断された場合においても、なぜその装置を使用すべきかについて文献的考察を踏まえたうえで演者なりの基準を示していきたいと思う。また､各種不正咬合の様相によっても時期や介入手段は変化するものであり（例えば上顎前突や反対咬合など）、それらについても解説を加えていきたいと思う。

T-39	株式会社ヨシダ	会場：テーブル９	６月10日（日）

豚顎骨を使用した 炭酸ガスレーザー　デモンストレーション

インプラント・歯周外科治療における炭酸ガスレーザーの合理的活用法

青井　良太（あおいデンタルクリニック）

1994 年３月　朝日大学歯学部卒業
1999 年　医療法人 貴和会 新大阪診療所勤務
2002 年～2008 年　ＪＩＡＤＳ講師（エンド・ペリオ・インプラント）
2007 年　あおいデンタルクリニック　麻布十番ペリオインプラントセンター開業
2009 年　Ｓｕｒｇｉｃａｌ　Ｂａｓｉｃ　ｃｏｕｒｓｅ　（SBC）設立

現在の歯科用レーザーの発展は目覚ましく、Ｒ＆Ｄのデータによると国内の販売実績の６割以上が炭酸ガスレーザーとなっている。

私の臨床においても炭酸ガスレーザーの使用頻度は非常に高く、抜歯時の血液凝固、歯肉切除、根管治療などの日常臨床からインプラント、歯周外科治療に至るまで炭酸ガスレーザーを活用しており、なくてはならないものになっている。

炭酸ガスレーザーには下記の特徴がある。
①歯科用レーザーの中で唯一、遠赤外線領域に属し、水分に吸収される波長特性をもつ。
②軟組織の蒸散能力に優れ、周囲組織への熱侵襲が極めて少ない。
③止血・血液凝固作用が大きく、出血をコントロールしやすい。
④照射距離、出力を調整することで、細胞に与えるエネルギーをコントロールできる。

今回はインプラント、歯周外科治療において、今まで行ってきた外科処置と炭酸ガスレーザーを併用することで、患者さんの術後の疼痛、治癒までの不快感をいかに軽減するか、豚顎骨を使用したライブオペ形式で具体的に解説していきたい。

■ライブオペ・DVD 内容
A. インプラント２次オペ時の歯肉のパンチアウト
B. 小帯切除
C. 歯肉整形
D. 術後の歯肉のメンテナンス（術後照射）
E. ロールテクニック時の上皮の蒸散
F. GBR や根面被覆後などで歯肉の裂開が起こった時の裂開部の閉鎖
G. FGG、CTG 時のドナーサイトの血液凝固 等

T-40	京セラメディカル株式会社	会場：テーブル10	6月10日（日）

歯科用CTは導入すべき？

柳　智哉（滝川歯科医院）
1996年3月　東京歯科大学　卒業
1999年7月　日本顎咬合学会　認定医
2001年5月　東京歯科大学大学院歯学研究科 修了
2003年4月　北海道医療大学歯学部非常勤講師
2010年4月　日本歯科理工学会 理事

数年前、当院で使用中だったX線機器もついに交換部品が生産中止との通達があり、いよいよデジタル化に動き出す事となりました。デジタルX線機器は各社様々な機種が発売されておりますが、性能の比較検討を行いつつ、さらに院内デジタル化を効率よく行うための情報にもアンテナを張っておりました。

その情報の中から当院での診療形態に合わせ、CT、パノラマ、セファロの機能が備わった複合機導入を検討し始めました。CT機能が備わるだけで価格は倍以上となります。しかしながら、これから私の医院経営の方向性を考えた場合、CT導入は不可欠との結論に達したのですが、問題は導入のタイミングでした。歯科用コーンビームCTが国内販売され数年が経ち、様々な特徴を持ったCTが販売されはじめ、各社一通り出そろった感があります。その中でCT市場の動向や、今後の経済状況などを考慮し、タイミングは今しかないと重い腰を上げました。

CT導入後、今までの私の臨床症例の問題点も多々見えてまいりましたため、今後はインプラント治療のみならず一般診療においてもCTを有効活用する事が必要だと感じているとともに、訴訟問題の増える昨今、今まで以上に安全な歯科治療を目指さなければならないとも考えております。

今回は当院がなぜCTを導入したのか？また、その経緯と選択基準、そして導入後のCTを活かした臨床について発表させて頂きたいと思います。

T-41		会場：テーブル1	

歯内・歯周複合病変の診断と治療のポイント

高橋　慶壮（奥羽大学歯学部歯科保存学講座歯周病学分野）
1988年　岡山大学歯学部歯学科卒業
1992年　岡山大学大学院歯学研究科修了　博士（歯学）
1996年　岡山大学歯学部助手
2006年　明海大学歯学部助教授
2007年　奥羽大学歯学部教授　　現在に至る

学会や学術講演会で歯周病学と歯内療法学における「誤謬」と「パラダイムシフト」に関して話すことが多いのですが、「エンドで悩んでいる先生は多い。ペリオをやらない先生は多い。」ように感じます。おそらく、歯内疾患と歯周疾患とが複合的に関わる「歯内・歯周複合病変」の診断と治療法について詳しく知りたいという先生は多いのではないでしょうか。患歯が「複根歯」の場合、「根分岐部病変」に罹患していることも稀ではなく病態をより複雑にします。演者は歯内・歯周複合病変を新しい視点から捉えた「エンド・ペリオ病変の臨床　歯内―歯周複合病変　診断と治療のストラテジー」を出版し、歯内・歯周複合病変に対する診断と治療戦略をまとめました（2009年）。

歯科医療における診断と治療においては常に「不確実性」と「リスク」とが内在します。既存の診断技術の限界と病態を生物学的な視点から捉えた研究がまだ不十分であることが要因の一つだと考えます。本講演では，歯内・歯周複合病変の診断における「不確実性」と治療における「リスク管理」の重要性について解説し、明日からの臨床に役立つヒントを提示したいと思います。

T-42		会場：テーブル２	６月10日（日）

オールセラミックスの接着を再考する

高橋　英登（井荻歯科医院）
1977 年　日本歯科大学歯学部　卒業
1987 年　日本歯科大学歯学部歯科補綴学教室第 2 講座　講師
1993 年　日本補綴歯科学会指導医　認定
2010 年　日本接着歯学会　副会長
2011 年　日本歯科大学生命歯学部　客員教授

わずか数年前まで審美歯冠修復の主流はP.F.M.（いわゆるメタルボンド）であった。しかし、現在はCAD/CAMを応用したオールセラミックスにその座をあけ渡した感は否めない。

フレーム素材の材料学的進展、CAD/CAMを中心とする技工術式の改革、そして接着補強効果をもたらす臨床術式の進歩により、ジルコニアフレームを応用したオールセラミックス修復法は今や歯冠色修復法のデファクトスタンダードといえよう。

金属酸化物系セラミックスである酸化ジルコニウム（ジルコニア）は従前より臨床応用されているSi系セラミックスを対象とする接着系では対応できず、金属酸化物に反応する機能性モノマーを含有する接着系の存在が不可欠である。

そこで今回のテーブルクリニックでは、オールセラミックス修復を施すに際し、その成否を左右するともいえる接着術式について、臨床的観点から接着材料の選択基準、そして広義の意味でのオールセラミックス材料に対する表面処理剤の使い分け等について詳説する。

T-43		会場：テーブル３	６月10日（日）

日常臨床に応用する顎機能検査

稲葉　繁（稲葉歯科医院）
1964 年　日本歯科大学卒業
1968 年　日本歯科大学大学院終 歯学博士
1972 年　日本歯科大学補綴学教室助教授
1992 年　日本歯科大学教授 高齢者歯科学
2005 年　IPSG 包括歯科医療研究会代表

歯科医療の目的は顎口腔機能の健全を目的にし、日常生活において快適な食生活や人とのコミュニケーションを営む事が出来るように保つことである。そのためには如何に顎口腔系を健康に保つことができるかが鍵となる。有歯顎における咬合診断はもちろんのことインレーやクラウンブリッジ、欠損補綴におけるパーシャルデンチャー、無歯顎における総義歯などあらゆる場面に必要不可欠な診療の基準は全身に対する口腔の三次元的な位置関係を基準に診断すること、すなわち咬合診断を行うことである。言い換えれば咬合診断のなき歯科医療は考えられないと言えるのである。

咬合診断は口腔内での診断は限界があるため、歯列の状態を模型に現わし、それをフェースボウにより３次元的な頭蓋との位置関係を咬合器に付着し、その接触関係や梃子現象の診断、さらに顎機能検査をを行うという一連の咬合診断が有効であり、歯科医療を正確かつ精密に進め、成功に導くものである。とくに咬合器の中核となるものであり、咬合診断には欠かす事は出来ない。またチェアーサイドにおける患者へのプレゼンテーションのツールとして治療への理解を深めるとともに、その後の治療を成功に導くものである。今回はこれらの顎機能検査機器の使用方法についてデモする。

T-44		会場：テーブル４	６月10日（日）

患者主体のインプラント補綴実践講座　～その効果、成果～

中山　隆司（医）恵翔会　なかやま歯科）

1997年３月　九州歯科大学　卒業
　医）健志会　ミナミ歯科クリニック　勤務　　南清和先生に師事
2002年１月　なかやま歯科　開業
2006年７月　医）恵翔会　なかやま歯科　開設

咬合支持の質と量が著しく低下した多数歯欠損患者に対してのインプラント補綴は抜本的な顎口腔機能の再建治療となる．失った歯列を再建することで患者の生涯を通しての咀嚼機能を維持し，さらにそこへ食育を併せることで健康長寿，医療費の削減に大いに貢献できる．まさに今学術大会のテーマ，夢ある未来に向けての歯科治療とも言える．ただし，全ての症例を確実に成功に導くためにはCT診査，診断用ワックスアップを含めた治療計画，外科処置，プロビジョナルレストレーション，補綴処置，メインテナンスといった各ステージを的確に行うことが条件であり，キーポイントとなる．また，臨床医としては外科的侵襲の軽減，治癒期間の補綴の快適性を向上させることも必須である．

今回は症例を通して以下の視点から講演する．

①病態として連続性のある慢性疾患とも言える欠損歯列の拡大は，圧倒的に上顎から進行する傾向が強い．このことから，外側方に開かれる力に抵抗すべく上顎前歯部の咬合支持を守ることの重要性．すなわち，『上顎優先のインプラント治療』
②上下顎の対向関係，天然歯喪失原因による『インプラント上部構造，設計，マテリアルの選択基準』AGC3-unit Bridge,Crown Bridge，Over Dentureの使い分け
③『低侵襲かつ確実性』を目標としたサイナスアプローチのトレンド
④『患者の健康長寿へとつなげるインプラント治療』の実践．歯科衛生士，スタッフとの取り組み．

T-45		会場：テーブル５	６月10日（日）

顎機能と患者の評価を高めるために必要な機能解剖学的知識

阿部　伸一（東京歯科大学 解剖学講座）

1989年３月　東京歯科大学 卒業
1993年３月　東京歯科大学 大学院修了（歯学博士）
1994年８月　ドイツ ベルリン自由大学 留学
1999年４月　東京歯科大学 解剖学講座 助(准)教授
2010年４月　東京歯科大学 解剖学講座 教授（現在）

菊池　龍介（東京歯科大学　解剖学講座）

1984年３月　九州歯科大学卒業
1988年４月　キクチ歯科医院開設
2007年４月　東京歯科大学 解剖学講座 専攻生（現在）

現在の補綴治療は、コンピューターに支援されたものに変わりつつある。しかし、治療の過程で患者が体験したこと、考えていることは想像の域を出ていない。高度化する治療と患者の評価を結びつけるには、機能解剖学の知識と理解が必須である。

今回、上下総義歯治療を経験された60歳の患者（気象・自然環境の研究者）からいただいた治療報告書をもとに機能解剖学的な考え方を話したい。報告書には、顎口腔系は「視覚」の外にあるという視点から、治療過程の詳細な感想と考察が記載されていた。また治療で使用した歯科用CT、顎運動解析装置や筋電計、歯科用CAD/CAMといった支援機器に対する見解も興味深い。報告書の検証は、機能解剖学的な見解を加えつつ進める。総義歯治療において、我々は患者から『痛くない。外れない。噛める。見た目がよい。』という言葉が出ると安心するが、患者個々で到達目標の異なる『適切な機能』が加わることで、ようやく必要十分条件が満たされる。さらに、視覚外の総義歯治療によって、失われた形態が回復する過程で生じる機能の変化を、脳の作用と合わせて考えることも必要になるであろう。

本テーブルクリニックでは、報告書の一部を抜粋し、生理学的背景も加味した機能解剖学的な解説を行いながら、患者本人との実際の対談を披露したい。例として、顎運動解析装置による診査の実際と患者の感想に機能解剖学的な解説を加える、等々を予定している。

T-46		会場：テーブル６	６月10日（日）

日常臨床におけるマイクロスコープの有用性

勝部　義明（医療法人 幸恵会 カツベ歯科クリニック）
1997年３月　城西歯科大学（現明海大学）卒業
1997年～2003年　ミナミ歯科クリニック勤務 南清和先生に師事（大阪市）
2003年　カツベ歯科クリニック開業

日常臨床において、より低侵襲で精度が高く、さらに審美的な治療技術が求められるようになってきた現在、拡大視野での治療、とくにマイクロスコープを用いた歯科治療は必須なものとなってきている。

しかし、マイクロスコープを用いるだけで高度な結果が得られるというわけではなく、大切なことはベーシックな技術を用いて一つひとつのステップを適切な診断をくだし確実にこなしていくことだと考えている。

今回、最もベーシックとなるタービンの持ち方、いわゆるグリップ＆レストの方法、そして一歯単位での支台歯形成における各ステップから、根面被覆等のマイクロサージェリー、低侵襲で確実なミニマムサイナスリフトなどアドバンスな内容まで、自身の日常臨床へのマイクロスコープの活用法を、実際の口腔内で撮影した動画を用いて解説する。

「マイクロスコープの導入を検討している。」または「導入したものの活用の仕方が分からない。」「歯科治療の基本を学びたい。」そんな先生方の参考となれば幸いである。

T-47		会場：テーブル７	６月10日（日）

診査診断（咬合と審美を再考する）診断用ワックスアップの重要性

寺本　清峰（てらもと歯科医院）
2004年４月　愛知学院大学歯学部第一補綴学講座　専攻生　非常勤助手
2007年４月　大府市松下歯科医院　勤務

相宮　秀俊（二村医院）

橋本　雅人（双峰歯科クリニック）

南沢　英樹（Dental Lab. SCALA）

三浦　大輔（小野寺歯科）

中部支部と新潟の若手メンバーを中心にテーブルクリニックを行う機会を頂き、今回で三回目となります。

一回目の題名として形態的基準と審美的な観点からの上顎模型のマウントについて、二回目の題名として咬合位と顆頭位を考慮した下顎模型のマウントについて発表させて頂きました。

今回は診査診断（咬合と審美を再考する）診断用ワックスアップの重要性という題名で発表します。

診断用ワックスアップとは歯科医師と歯科技工士との共有のアイデアが必要不可欠であり最終補綴を成功に導くナビゲーターです。

この診査診断無くして機能的な咬合も審美的な状態も把握することは難しく、治療のゴールを見据えることはできません。

まだまだ臨床経験も不足した若輩者たちですが、だからこそ感じている日頃の臨床での疑問に思う事や大切にしている事を歯科医師と歯科技工士の双方の立場から発表させて頂きたいと思います。

T-48		会場：テーブル８	６月10日（日）

体験しませんか　―「咬合診断・咬合採得」Part Ⅱ

菅野　詩子（すがの歯科医院）
1997年　3月　東京歯科大学卒業
1997年　4月　すがの歯科医院勤務

このテーブルクリニックでは、先生方に実際に「体験」していただき、「咬合診断」・「咬合採得」をより身近に感じていただければと考えております。前回同様に、咬合採得法にはチンポイント変法を、下顎位の評価には変位の有無・変位量・変位方向を診ることが可能な咬合器をスプリット・キャスト・テクニックとともに用いておこないます。

下顎位は、左右の咀嚼関連筋群の生理的筋の緊張のバランスの保たれた状態が望ましいことから、歯牙位、下顎頭位からではなく、筋肉位から求められたものが生体にとって最も安定した下顎位となるものと考えられます。現在（治療前）の咬頭嵌合位が、筋肉位による下顎安定位とどのような位置関係にあるのかを診ることが、その先の治療を進める上で非常に重要となります。

プロビジョナル・レストレーションやトリートメント・デンチャー、症例によってはスプリントを調整し安定した下顎位が得られたと思われた際、まずその下顎位を評価する必要があります。下顎位を変化させることなく再現（咬合採得）することが下顎位の評価、更には最終補綴装置による咬合再構成をより的確な方向へ導いてくれるものと考えております。下顎運動を評価することは下顎位を評価することには至りません。

「百聞は一見に如かず」から「百見は一体験に如かず（？）」となっていただければ幸いです。

T-49	株式会社マイクロテック	会場：テーブル９	６月10日（日）

多数歯欠損補綴における新しいHOOK-Type オーバーデンチャー

松本　勝利（医）社団慈愛恵真会　あらかい歯科医院　）
1987年３月　明海大学歯学部卒業（12期）
1987年５月　医療法人　那由多会　井上歯科医院勤務
1989年９月　医療法人　慈愛恵真会　あらかい歯科医院（福島県南会津郡）開業
1998年　　GLOBAL DENTAL SYSTEM 主宰
2011年　　日本顎咬合学会　理事

総義歯や局部床義歯の床内面部にインプラントや天然歯を利用してオーバーデンチャー形式とし、局部床義歯においては義歯の沈下を抑えることにより残存歯の延命をはかり、総義歯においては咀嚼能率の向上をはかることは患者さんのQOL向上に寄与する。しかし、総義歯においては、そもそも落ち着かない義歯にこれらの技術を適応するとオーバーデンチャーの支台に過大な応力が発生してしまい長期的な予後に不安を残しかねない。これらを解消し、長期的予後を確立するためには、適正なオーバーデンチャーの設計はもちろんのことであるが、正確な垂直的、水平的な顎位の設定、確実なニュートラスゾーンへの人工歯の配置、通常の総義歯においては動いているが、支台が組み込まれているために動かなくなっている総義歯への咬合付与の設定を行っていく必要がある。

また、局部床義歯においては垂直力をオーバーデンチャー部でコントロールすると同時に義歯全体での把持効果を考慮した設計および作製をしていく必要がある。今回はこれらを具現化するためのHOOK-Type オーバーデンチャーの設計についてお話し、皆さんと一緒に考えていきたいと思う。

T-50	京セラメディカル株式会社	会場：テーブル10	6月10日（日）

歯周にやさしいインプラント技工
～カスタムアバットメントの必要要件と術式について～

遊亀　裕一（有限会社山手デンタルアート）
1977年3月　日本大学歯学部付属歯科技工専門学校　卒業
1988年1月　有限会社山手デンタルアート開業
1996～1999年　社団法人神奈川県歯科技工士会学術理事
2001～2011年　横浜市歯科技工士会学術理事

現在のインプラント補綴は、単に機能回復の達成だけでは成功とは言えず、審美性の回復と歯周組織との生理的調和が天然歯と同様高いレベルで求められています。また歯冠部の機能・審美性の回復と共に、軟組織のマネージメントを考慮した歯肉貫通部の形態も重要となっています。

それらを達成するには、埋入されたインプラントのプラットフォームから上部構造マージン部までの範囲で、適切な歯肉貫通部の形態を付与する必要があり、その達成度を高めるには、プラットフォーム付近から自由に形態付与できるカスタムアバットメントが有効です。

インプラント補綴においては、固定方式や構造的に様々なコンポーネントがあるため、各症例に応じて適切な設計を行うことは重要ですが、それらを適正に選択し使用する技術も重要となります。

そのなかで、金合金のゴールドコネクター上に鋳接することができるUCLAタイプのアバットメントは、形態的自由度が高いため多くの症例に使用することができます。

本テーブルクリニックでは、『POI-EXインプラント（京セラメディカル社製）』で、これらを実践するための必要用件、及び各コンポーネントと使用材料の使い分けを解説します。なかでも、形態的自由度が得られる鋳接タイプのキャスタブルゴールドの有効性を述べ、それらを達成するための注意点や技工行程を臨床提示しながら述べたいと思います。皆様の日常臨床のお役に立てれば幸いです。

T-51		会場：テーブル1	

歯周病患者へのインプラント治療　～安心・安全を確立するために～

伊藤　公一（日本大学教授）
1972年　日本大学歯学部卒業
1976年　日本大学大学院歯学研究科修了
1980年11年～1983年8月　米国インディアナ大学歯学部留学　Master of Science in Dentistry 取得
1984年　日本大学助教授
1999年　日本大学教授　　現在に至る

近年歯科インプラント学の進歩には目覚ましいものがあり、科学的論拠に基づいた予知性のある新しいテクニックが臨床で応用されている。インプラント治療において、欠損部顎骨にインプラントを正確に埋入することが長期にわたりインプラントを成功させるうえで重要である。高い予知性に裏付けられたインプラント治療は、無歯顎患者のみならず部分欠損症例や単独歯欠損までにまで応用されるようになった。そのため、正確な診査、診断は言うに及ばず適正な埋入手技が不可欠となる。しかし、歯の喪失によって顎骨は吸収、退縮すると共に、角化粘膜を含む周囲軟組織も狭小化し、正常な形態を喪失することが多く、プラークコントローも困難となることが少なくない。そのためにインプラント周囲粘膜炎やインプラント周囲炎が惹起され、インプラントの生存率や成功率を脅かすことになる。そこで、インプラント埋入から上部構造物の設置に際しては、硬・軟両組織をいかにマネジメントするかが、インプラント治療の予知性を左右する因子の一つとなる。本テーブルクリニックでは、歯周治療の基本的概念とテクニックをいかにインプラント治療に応用したらよいのかを解説する。

T-52		会場：テーブル２	６月10日（日）

歯周外科の基本；フラップ手術の術式

内田　剛也（内田歯科医院）
米国歯周病学会インターナショナルメンバー
日本歯周病学会指導医（第 154 号）
日本歯周病学会専門医委員
日本補綴歯科学会専門医（第 1861 号）
日本顎咬合学会指導医（第 742 号）

フラップ手術は、歯肉や粘膜を歯および骨膜より剥離し、病因因子の除去を明視下にて行う方法です。歯肉縁下 4㎜を超える深いポケットに対しては器具の到達性に問題があり、根面をルートプレーニング出来る限界は術者の技術にもよりますが完全な歯石除去は困難です。従って、フラップ手術の目的は器具の到達性の確保と明視下での病因因子の完全な除去にあります。このフラップ手術の術式は、ほとんどの歯科医師が最初に学ぶ歯周外科手術の基本術式の一つであり、さまざまな歯周外科手術の応用への基礎でもあります。

今回のテーブル・クリニックではフラップ手術の基本術式である、切開線の位置、全部層弁と部分層弁の適応、それぞれのステップにおける留意点や使用器具について解説を加え、皆様と一緒に再確認をしてみたいと思います。

T-53		会場：テーブル３	６月10日（日）

シリコンカットを用いた咬合分析法

武井　順治（武井歯科医院）
1978 年３月　日本歯科大学歯学部卒業
1980 年４月　横浜市神奈川区にて開業
2009 年　　学位取得（神奈川歯科大学 成長発達歯科学講座 矯正学分野）

近年、ブラキシズムやクレンチングなどの「力」が及ぼす歯科疾患が問題と考える歯科医師も多いのではないだろうか。この「力」の影響として咬耗、歯冠・歯根破折、知覚過敏、楔状欠損、補綴物の破壊、う蝕や歯周病の進行など実に多くの問題が発生している。なぜこのような破壊的な行為を行うかについて Slavicek らは、人間はブラキシズムやクレンチングを行うことで精神的なストレスを発散している。つまり、咀嚼器官はストレス発散器官でもあると述べている。

これらの「力」による歯科疾患の防止を考える際、下顎運動時の歯の接触部位を調整することによって筋活動量が減少し、顎口腔系にかかる力が少なくなることが分かっている。すなわち、ブラキシズム・クレンチングによる力はコントロールできるということである。このコントロールを適切に行い、顎口腔系の問題を未然に防ぐことも我々歯科医に求められていることではないだろうか。

そのためには、フェイスボウにて咬合器に付着した模型からいかに多くの情報を引き出し、治療計画に反映させることが出来るかが重要である。フェイスボウはただ単に模型を付着する道具ではない。咬合分析を行う際に患者個人のデータと標準的なデータとを比較するための大切なツールである。

今回、フェイスボウとシリコンカットを用いた咬合分析の基本と、実際の症例における用い方について実技も交えてお話しさせていただく予定である。

T-54		会場：テーブル４	６月10日（日）

安全、確実なインプラント埋入を可能にするガイド手術の実際（初級・未導入の先生方へ）

佐藤　孝弘（医療法人 olive dental house）
新潟大学大学院歯学研究科修了（歯学博士）
ITI フェロー
OJ 正会員，理事
日本顎咬合学会指導医
日本補綴歯科学会専門医

安全，確実にインプラントを埋入できる術式としてガイド手術がインプラント界を賑わしています．しかし導入するには費用が相当かさみますし，本当のところメリットはどのくらいあるのだろうか？と悩んでいる先生もおられるでしょう．または導入してやってみたけど上手く使いこなせないと困っている先生もいらっしゃることと思います．そもそもガイド手術は，誰もが簡単に迅速に埋入できるものではないというのが世界的なコンセンサスです．

本テーブルクリニックでは，コンピューターによる埋入計画とガイド手術に関して，特にその問題点をエビデンスに基づき明らかにしたいと思います．そしてその解決策になるであろう手法や工夫，システムを実演を交えてご紹介いたします．ガイド手術というとなぜか無歯顎症例ばかりがクローズアップされていますが，欠損治療のほとんどは部分欠損症例であるはずです．ガイド手術を行うために抜歯して無歯顎にする様なことはあってはなりません．

小さいケースしかやらないからガイド手術までは必要ないと思われている未導入の先生，あるいは導入はしたものの上手く使いこなせていない先生に対して，現在主要のガイドシステム数社の特徴を供覧した上で，先生方が今後ガイド手術を導入する大きなきっかけになるセミナーになれれば幸いと思います．

T-55		会場：テーブル５	６月10日（日）

なるほど できる下顎総義歯・吸着印象の実演
―舌と口腔粘膜の動きを学んで確実な吸着を！―

佐藤　勝史（佐藤歯科医院 ラ・フランス オフィス）
2004 年　　日本顎咬合学会学術大会　一般口演優秀発表賞受賞
2005 年　　日本顎咬合学会学術大会　一般口演優秀発表賞受賞
2007 年～　　日本顎咬合学会学術大会　テーブルクリニック
2011 年　　（2009 年の有料ハンズオンをはさむ）
2012 年 11 月　第 22 回日本歯科医学会総会　テーブルクリニック予定

ここ最近，総義歯に関する書籍が多数出版されてきています．また，世界のインプラントの潮流も，フルブリッジの反省から，可撤性の義歯に興味が移ってきているようです．

このような時代の潮流をふまえ，新しい総義歯の理論「下顎総義歯吸着メカニズム」とそのテクニックを学んでいただき，明日の診療からすぐ取り組めるようなテーブルクリニックをおこないたいと思います．

従来，下顎総義歯の吸着は困難とされてきました．しかし，1999 年に阿部二郎氏が，世界に先駆け「下顎総義歯吸着メカニズム」を理論的にまとめ上げ公表いたしました．

臨床において，その理論に基づき総義歯を製作すると，確かに多数の症例で下顎の吸着が可能となりました．これは，咀嚼しやすくなり，安心して会話が楽しめ，困っている無歯顎患者に福音をもたらすこととなります．

そのため，この臨床テクニックが種々の媒体により紹介され，日本全国，そして世界に広まりつつあります．

この吸着を確実に得るためには，舌や口腔粘膜の動きを学んでおくことが重要です．口腔生理と義歯床形態との関連性を提示し，具体的な義歯の形態をご紹介いたします．

そして，実際に無歯顎者においでいただき，その口腔内をいっしょに観察し，吸着印象法を目の前で実演させていただきます．

T-56		会場：テーブル６	６月10日（日）

なぜレーザー照射によって骨が増えるか？
――レーザー照射と骨細胞、基礎と臨床――

横瀬　敏志（奥羽大学歯学部歯科保存学講座）

1992年　米国NASAに研究員として派遣
2005年　奥羽大学歯科保存学講座教授
日本歯科保存学会　指導医、専門医
日本病理学会　口腔病理専門医
日本歯科東洋医学会　認定医

骨組織はモデリング、リモデリングによって日々吸収と形成が行なわれている動的な組織です。生体の運動を支える組織として骨組織とメカニカルストレスとの関係については、Wolffの法則とFrostの理論によってそのメカニズムがの概要が明確になりました。さらにこれらの考えに基づいて、細胞レベルでの機能解析の結果、メカニカルストレスと骨組織の関係には骨細胞の機能が重要であることが分かりました。一方、我々はレーザー照射が骨に与える影響を分子生物学的に解析してきましたが、レーザー照射がこの骨細胞に直接作用して破骨細胞や骨芽細胞の機能をコントロールしていることを突き止めました。すなわちレーザー照射がメカニカルストレスとして作用することを明らかにしました。そこでこれらの結果を踏まえて、いよいよレーザー照射を骨再生に臨床応用する最終ステップとしての照射法の確立に至りました。今回はレーザーと骨組織の関係をWolffの法則とFrostの理論から分かりやすく解説し、実際の臨床応用例を提示して、レーザーが持つ“magic inducer”の魅力について皆さんと考えたいと思います。

T-57		会場：テーブル７	６月10日（日）

歯内療法・成功へのカギ

倉富　覚（くらとみ歯科クリニック）

1996年３月　九州大学歯学部卒業
1996年４月　山内歯科医院勤務
1998年２月　下川歯科医院勤務
2003年２月　現在地にて開業

CBCTやマイクロスコープなどの先進機器の登場により，歯内療法の概念と術式は飛躍的に発展している．特に診断と予後の評価において，CBCTは今までの概念を大きく変えるものであった．歯内療法で良好な結果を得るためには，的確な診断を行い，無菌的かつ確実な手技のもとに，根管内起炎因子を徹底的に除去し，緊密な根管充填を行えばよいことは誰しも理解していることであろう．しかし，歯内療法のゴールはそこではなく，規格性のあるデンタルX線写真で経過観察を行い，予後とともに自分の診断，手技を評価することが重要である．一連の流れを文字にすると，いかにもシンプルに思えるが，それぞれの過程で押さえておかなければならないポイントと盲点がいくつもあると考える．そのポイントを理解していなければ，いくらCBCTやマイクロスコープを持っていても，それは無用の長物である．現在，根管拡大や根管充填に関して，さまざまな概念と術式が提唱されている．しかし，それらは細かい枝葉の部分の違いであって，本質的な幹の部分は同じはずである．その本質的な部分さえ踏み外さなければ，我々一般臨床医でも，ほとんどのケースで良い結果が得られると考えている．今回は中～長期の予後を追うことができた症例を通じて，臨床における歯内療法の成功のカギは何かを提示させていただきたい．

T-58		会場：テーブル８	６月10日（日）

総義歯治療において咬合採得の確実性を高める治療義歯活用法

平河内　禎彦（上杉サダデンタルオフィス）
1994年３月　東北大学歯学部卒業
2002年４月　上杉サダデンタルオフィス開設
2006年３月　東北大学大学院歯学研究科社会人大学院修了

総義歯治療において咬合採得は、治療結果を左右する大きな要因の一つである。この咬合採得を成功に導くためには、下顎位の安定が重要となる。総義歯治療における下顎位の安定は咬合接触、神経筋機構、顎関節、骨格、口腔軟組織などの調和の上に成り立つが、実際の臨床では、すでに調和が失われている症例も多い。そのような場合、治療義歯の活用が有効となる。

具体的には、適正と思われる咬合平面を設定すると同時に下顎臼歯部にフラットテーブルを付与した治療義歯を患者に一定期間装着し、フラットテーブル上に印記される咬合接触の変化、ファセットなどを指標に調整を行いながら下顎位の安定を図るのだが、この調整過程で下顎位が比較的容易に安定する症例と、どうしても安定が得られない症例を経験する。

最終義歯を製作するための咬合採得を行うに当たり、治療義歯にて下顎位の安定が得られた症例と得られない症例では、その難易度に大きな差を生じることになるが、治療義歯による情報から、それぞれの症例の咬合採得の難易度があらかじめ予測できるとも言え、咬合採得の確実性の向上に繋げられる。

今回、総義歯治療における咬合採得の確実性を高める治療義歯の活用法について、その製作や調整の勘所、および調整過程より得られる下顎位の安定度についての情報を、いかに最終義歯の咬合採得にフィードバックさせ、その確実性を高めるか等について、デモを交え解説したい。

T-59		会場：テーブル９	

日常臨床における矯正治療の応用

中島　稔博（なかしま歯科クリニック）
1995年３月　福岡歯科大学卒業
1995年４月　北九州市小倉北区　ヤマヂ歯科クリニック勤務
1999年４月　福岡県行橋市　さかきデンタルクリニック勤務
2002年１月　北九州市若松区にて開業

補綴治療の永続性を高めるために、事前の環境整備が必要なことは周知の通りである。これに際しては、歯周組織や歯槽骨、咬合関係のマネジメントはもちろん、残存歯の保存可能性の精査や、その位置が歯列に対して適切か否かの判断など包括的な診断や手技が必要となる。

また同時に、インプラント治療が全盛を迎えている昨今ではあるが、その一方で天然歯の保存を重要視する声も日増しに高まってきており、可及的に残存歯を生かした補綴治療も求められるようになってきていることも押さえておくべきトピックであろう。

こうした中、補綴前処置としてよりいっそうの価値を示しつつあるのが「MTM」（Minor Tooth Movement）である。これを用いて天然歯を生かし、複雑になればなるほどリスクが増大する補綴装置をよりシンプルに設計することができれば補綴治療の永続性はより高められるといえよう。そこで本稿では、補綴処置をより簡便なものにするためのMTMについて、その必要性、診査、適応症、実際の方法などについて私見を述べてみたい。

T-60		会場：テーブル10	６月10日（日）

再根管治療を成功に導く為の除去法　～特にポスト、ＧＰ除去について～

坂東　信（坂東歯科医院）

1987年　東日本学園大学（現 北海道医療大学）歯学部口腔外科第一講座勤務
1990年　坂東歯科医院勤務
1998年　坂東歯科医院院長
2010年　北海道医療大学非常勤講師
　　日本歯内療法学会専門医

再根管治療は適切な診査、診断の後に補綴修復物や根管充填物の除去によって、確実に感染が除去されるべきです。しかし、日常臨床において、それらの除去は極めて困難な手技であり、臨床上永遠の悩みと思われます。そこで、今回はマイクロスコープ下における除去法及び症例に加えて、私の考える除去方法を紹介致します。

・サージカルバー
材質がカーバイドのロングバーのため根管内に残るポストなどの除去も可能で、ネックがロングテーパーになっていることから、顕微鏡下で視野を確保し、異物を確認しながら除去を行います。

・超音波用ダイヤファイル・エンドファイル
ファイルの線材が0.8mmと細いため、顕微鏡下での視野が確保でき、異物を確認しながら除去を行います。

・マイクロファイル＆エンドホルダー
手用タイプですが、顕微鏡下でも視野が確保でき、取り残した異物を確認及び仕上げ除去を行います。

・提案器具
マイクロファイルを改良し、除去を試みたものをご紹介致します。このファイルは、エンドホルダーに装着するもので、スプレッダータイプを改良（先端にエッジを付与）したものです。除去したいGPを先端のエッジで引っ掛け、GPを引き抜きます。GPを削り取るのではなく、ＧＰの固まりごと抜き取ることで、効率良く除去できないかを提案したいと思います。

MEMO

一般口演

O-1 ～ O-176

O-1

把持効果が期待出来る局部金属床の適合精度における考察

西岡　健一[1]

谷本　英延[2]、小渕　匡清[3]

1）(有)サンジョー
2）(有)dcl タニモト
3）新宮小淵歯科・矯正歯科

金属床義歯の安定要素は、維持、支持、把持であるが、その骨格になる金属床フレームを製作する際にシリコンにより鋳型模型材を製作して鋳造を行うが、模型材の膨張や金属の凝固収縮により本模型対して適合精度が劣る傾向にある。

それらを改善する為の一つの方法として、鋳型模型材自身の操作や環境による変形も考えられる事から、鋳型模型材を重力のコントロールにより均一な方向に膨張させる事で相似拡大が可能な精度の良い鋳型材の製作が可能になると考えられる。

その結果鋳型模型材と金属取縮率が同じ値の比率であれば、適合精度の良い金属床フレームは歯面に均一に当接され義歯の水平的移動に於いて把持効果が十分に期待出来る構造に加え、金属連結効果により安定した義歯に仕上げられる。

O-2

デジタル技工とアナログ技工

村田　彰弘[1]

1）ＬＡＺＡＲＵＳ

昨今の歯科技工業界におけるデジタル化の流れはすさまじく、保険外技工（一部保険技工においても）には、もはやデジタルというものは欠かせない時代になっている。筆者のラボも例外ではなく、日に日に補綴物全体のデジタル技工の占める割合が増えてきているのが現状である。しかし全てをデジタルで賄うことが出来るわけではない。現時点ではデジタルでは不可能な形態があったり、金額的・納期的にCAD だと不利になる場合も多々ある。

筆者のラボでは出来るだけバランス良くデジタル技工とアナログ技工を使い分けるようにしているのだが、今回はどのようにその使い分けをしているかを見ていただきたい。

O-3

構造・機能を考慮したボーンアンカードブリッジの製作手順と注意点

中谷　哲好[1]

中谷　哲好[1]

1）（有）神戸デンタルアートスタジオ

近年、CAD ／ CAM の普及により、より高い精度で製作できるようになった無歯顎へのインプラント上部構造であるが、的確な設計や作業を怠ると破折やフレームの不適合、粘膜面の清掃性の問題など多くのトラブルが発生する。

今回は、主にハイブリットレジン築盛タイプのインプラント上部構造のフレーム形態について、個々の顎位やインプラント植立状況に合わせ、咬合力に対応した構造、粘膜面、発音など製作過程において考慮しなければならない箇所や、CAD/CAM インプラントブリッジのシステムを使用する際の注意点などを発表したい。

O-4

インプラントブリッジにプレスセラミックを用いて補綴を行った症例

三浦　康志[1]

南　清和[1]

1）医療法人健志会ミナミ歯科クリニック

CAD/CAM を用いて作製されたジルコニアインプラントブリッジと、プレスセラミックを組み合わせたインプラント上部構造(下顎６本のインプラント)の、作製方法についてよい結果が得られました。これまでの鋳造法や鑞着では、上部構造において、高い精度を達成することは困難だと思われます。

そこでCAD/CAM を用いることで、その問題点を解決しようと試みました。また、PFM タイプのワンピース構造では破折の際のリペアが難しく、リスクが非常に大きいため、ツーピースタイプの構造に400Mpa を有するプレスセラミッククラウンを組み合わせました。今回は上顎フルデンチャー、下顎にインプラントブリッジ６本の症例を報告いたします。

O-5

CT 画像による下顎位診断とリポジショニング

若井　友喜[1]

1）株式会社カリス

咬合再構成が必要なケースでは、新たな下顎位で補綴物を作製していくわけであるが、歯科医師によって採得された CR バイトが適正であるのか客観的に評価する術がなく、プロビジョナルから患者の反応を頼りに下顎位を模索してきた。

今ひとつ非科学的であった下顎位であるが、CBCT の普及で顎関節の撮影も容易になり、視覚的、客観的な分析も可能になり得るのではないかと思う。

顎関節 CT 撮影の画像診断により、顎偏位症例を適正下顎位にアプローチしていった症例を紹介したい。

O-6

「Gingival Chracterization における光重合型レジンと義歯床用アクリル系レジンの結合強度に関する研究」

佐野　和也[1]

1）株式会社サヤカデンタル事業部

今日、義歯による審美修復において Gingival Chracterization（以下 GinC と表記）が１つの方法として地位を確立したと言える。GinC 材料として、アクリルレジン系と光重合レジン系の２種に大別される。アクリルレジン床に対して、アクリルレジン系の GinC 材は結合するが、光重合型レジンは、アクリルレジンの表面をプライマーにより処理しないと結合しない。

近年、アクリルレジン床に対して、歯肉色光重合型レジンが GinC 材として用いられているが、アクリルレジン床に対してどの位の強度で結合しているかは明確にされていない。そこで、今回、表面処理材による義歯床用アクリルレジンと光重合型レジンの結合強度の違いを調べるために、加熱重合レジンに光重合型レジンを盛りつけ、試験片を作成し、せん断試験を行なった。

実験結果から臨床上どのような結合強度を有しているかを考察し、報告させて頂く。

O-7

審美的要素を考慮した補綴物 ～スマイルラインとの調和～

中村　浩明[1]

南　清和[1]

1）医療法人健志会ミナミ歯科クリニック

前歯部補綴において、審美的要素を考慮し、患者が喜び、満足する美しさを獲得することは重要な要素である。

６前歯など多数歯に及ぶ補綴の場合、シングルセントラル症例のように明確な指標があるわけではなく、補綴物の製作においてある程度の自由度がある。

しかし、自由度がある中でも、顔貌・口唇との調和、そして後続歯への形態変化のルールを守り、個々の基本的な歯牙形態を付与し、患者それぞれに合った理想的なスマイルラインを表現しなければ満足する美しさを獲得することはできない。

全体の調和がとれた補綴物を製作するには顔貌から診査・診断し技工士サイドからどのようにアプローチするか症例を通して報告したい。

O-8

前歯部補綴作製における必要資料

横川　修平[1]

1）（株）ファインロジック

歯科技工士が日々の臨床の中でより良い補綴物を製作する為には、作業模型だけで読み取ることのできない情報が多くある。よってチェアサイドから頂く情報がとても重要となってくる。

私の仕事環境から、チェアサイドに立ち会うことが少なく、宅急便やメール、写真などを用い情報交換を行っているのが主である。そのなかで、治療ゴールを明確にし、チェアサイドと共通認識のもと情報を共有することが重要であり、少なすぎる、多すぎる情報はお互いにストレスとなり、継続することは難しいと考える。

ラボサイドが本当に必要な情報とは何か、その情報が正しく交換されているか明確にする必要がある。

そこで今回、前歯部の審美エリアにおける補綴物を製作するにあたり、適切な口腔内環境を構築し患者さんの満足を得るために私が日々の臨床で行っている方法を紹介したいと思う。

O-9

咬合治療におけるロングスパンブリッジのワンピースキャスト法とその簡易計測検証

宇佐美　孝博[1]

1）（株）ユーエスデンタルラボラトリー

咬合治療では、全顎的補綴が必要となる場合が多くなり、その設計においては、ロングスパンの連結やブリッジになることも少なくない。日常の臨床において、ロウ着のリスクを考慮すると、ワンピースのキャストは有効であるが、それを適合させるのはかなり難しい。実際我々も以前は、成功する確率が低く、再製作や切断してロウ着という作業を繰り返していた。しかし今回紹介する術式を取り入れてからは、飛躍的に改善し、ほとんど失敗することが無くなった。この術式に至る考え方、具体的な技工手順、症例を発表する。また今回は、独自に確立した簡易計測システムによりそれを検証してみたい。この簡易計測システムは2点間距離を正確に測ることにより、あらゆる条件での膨張、収縮の様子を数値で見ることができ、さまざまな場面での応用が期待される。

これらのシステムにより、“適合”を“模型への適合”に止まらず、“生体への適合”へ導きたい。

O-10

顎位是正のためのアプライアンス作製

又口　公人[1]

杉元　敬弘[2]、椹木　良平[1]

1）（有）E．Sデンタルラボラトリー
2）医療法人 幸加会 スギモト歯科医院

補綴処置が必要な口腔内、特に咬合再構成を必要とする環境において高い確率で顎偏位による機能不全を伴うことが多い。これを放置したまま補綴処置を行うことは処置の予後を不確定にするだけでなく処置そのものの難易度を高くすることは周知の事実である。この顎偏位の原因は臼歯部の欠損によって咬合高径が部分的に低下して起こる場合や、臼歯部の挺出や咬合の高い不良補綴物によって引き起こされるなどさまざまであるが日常臨床においては頻繁に観察できる。しかしながらブラックボックスと表現されるように顎偏位を外観から診断することは非常に困難であり多くの臨床家を悩ますこととなっている。

今回そのような顎偏位を是正するために口腔内に装着するアプライアンス作製の一つの方法として、臨床症状の精査と咬頭嵌合位でのX線画像の診断から理想的な下顎位を咬合器上で設定し作製する術式を提示してみたい。

O-11

当医院における総義歯の一症例

神田　亨[1]

土肥　博幸[2]、奥村　朋治[3]

1）かんだ歯科
2）どひ歯科クリニック
3）おくむら歯科

今日、インプラントを用いた歯科治療は、一般的なものとなってきた。したがって、無歯顎の患者にも、様々な補綴の様式が選択出来るようになってきた。しかしながらその一方で、全身的な疾患が原因で外科処置が行えない場合や、経済的な問題などで、インプラントを用いた歯科治療が行えない患者がいる事も事実である。その様な場合は、総義歯による補綴を選択する事となる。

私は、総義歯の製作にあたっては、
よく噛める事。
発音の妨げにならない事。
総義歯装着時の口元の自然観。
美しいスマイルライン。
以上の点に注意し製作している。

今回は、当院における総義歯の製作過程を動画を用いて紹介したいと思う。

O-12

インプラント埋入を断念した下顎のシングルデンチャーの症例

宮本　容正[1]

1）宮本歯科医院

無歯顎患者に治療を施す上で、正しい診断とゴールは一つである。口腔内の事だけを考えれば治療方法は可撤式義歯かインプラント支持の修復となるが、健康状態や年齢その他のことを考慮すると選択肢はより狭められる。無歯顎患者の持っている問題を簡単に列挙すると、高齢であるが為に余命が短い、重度な生活習慣病に罹患している、経済的な余裕が少ないなどが考えられる。このような条件下でも患者が我々に望むことは、安定して噛める修復物である。

特に、難症例の可撤式義歯の作製に際しては、一つ一つの工程でヒューマンエラーを起こさないように細心の注意を払う必要がある。今回、コントロールされていない高血圧を有する患者で顎堤が高度に吸収を起こしている部位と顎骨はあるものの、残存歯がホープレスで無歯顎とした症例を経験した。食欲と睡眠に関する分子レベルの文献的考察も交え報告いたしますので皆様のご意見ご教示をいただければ幸いです。

O-13

下顎高度顎堤吸収に伴いオトガイ孔および下顎管の裂開部の出現を認める上下総義歯症例

白石　康博[1]

岩崎　貢士[2]、赤田　尚久[2]、橋本　真[2]、高村　昌明[2]
西野　綾子[2]、篠塚　光久[2]、上濱　正[2]

1）日本大学歯学部歯科補綴学教室Ⅱ講座
2）先端口腔機能研究所

近年、下顎高度顎堤吸収の無歯顎患者に対し two implant overdenture にて対応することが推奨されつつある。特に米国補綴専門医学会「無歯顎ガイドライン」において、Class Ⅲに相当する患者に対してはさらに顕著な傾向にある。しかし、インプラントのみに支持・維持を求めるような義歯形態では予後が不良になるケースが散見される。また、超高齢社会に伴い、全身疾患等によりインプラントを選択できないことも多々ある。そのような症例に対しては、インプラントに頼らない義歯形態の習得が必須となり、従来通りの総義歯にて対応せざるを得ない。

今回、下顎高度顎堤吸収に伴いオトガイ孔が顎堤頂上に露出し、下顎管の裂開部の出現を認める患者に対し、顎堤粘膜全体を支持域として取り込んだ治療用義歯を用いることにより、義歯の支持・維持・筋平衡・咬合平衡を獲得し良好な結果が得られた上下総義歯症例を報告する。

O-14

下顎位が不安定な患者に対し上顎臼歯部にフラットテーブルを使用した有床義歯補綴治療

石黒　雄人[1]

石黒　雄人[2]、中島　亨[3]、菊池　龍介[3]、金子　豊[3]
涌島　豊[3]、秋山　浩教[3]、土田　正広[3]、上濱　正[3]

1）くにのべ歯科
2）マリンデンタルクリニック
3）先端口腔機能研究所

高度顎堤吸収を伴う無歯顎患者や咬合支持のない少数歯残存患者は下顎位が偏位もしくは不安定な場合が多い。この場合、上下無歯顎患者に対しては通常下顎にフラットテーブルを使用した治療用義歯を製作し下顎位の安定を図ることが一般的である。

しかし、下顎臼歯部少数歯残存症例等の場合、通法通り下顎にフラットテーブルを使用することができないことがある。また、8020 運動に伴い残存歯数が増加し欠損形態が複雑化しているため、治療法も多様性を持って対応する必要がある。

今回、上顎の支持、維持獲得が困難である総義歯患者に対して、下顎臼歯部に少数残存歯があるため上顎臼歯部にフラットテーブルを使用した治療用義歯を装着し、リハビリ、トレーニングを行った。その後、下顎位の安定を認め、良好な結果が得られた症例について報告する。

O-15

ハイドロキャストプログラムを改良した義歯製作について

木村　貞久[1]

1）新札幌木村歯科診療室

現在、日本は急速に高齢化が進んでおります。厚労省の統計によれば、65 歳以上の高齢者の割合は、平成 15 年で 5 人に 1 人、平成 26 年で 4 人に 1 人、平成 30 年には 3 人に 1 人、平成 60 年には約 4 割が高齢者となるというデータが出ています。

さて、歯科の方に目を向けますと、日本国民全体の約 4 人に 1 人が義歯使用者で、そのうち 1000 万人以上が、総義歯を使用していると言われています。今後、どんどん増えてくる義歯患者のために、私たち歯科医師はそのニーズになるべく応えられるよう治療技術を上げていく必要があると思います。

今回、アメリカで開発された義歯製作法である「ハイドロキャストプログラム」に改良を加え、高性能な義歯の製作法を学ぶ機会を得ました。従来の術者主導型の義歯製作法と違い、治療用義歯を用いて義歯完成までを行った症例を供覧させて頂きます。

O-16

デンチャーベース・カラーリングにおける表面性状に関する研究（第 1 報）

岩城　謙二[1]

水口　俊介[2]、角　保徳[3]、井上 実[4]

1）Ｉ．Ｄ．Ｔ．デンタルラボラトリー
2）東京医科歯科大学大学院　全部床義歯補綴学分野　教授
3）国立長寿医療センター病院先端医療部口腔機能再建科　医長
4）東京医科歯科大学大学院　全部床義歯補綴学分野　大学院

Ⅰ．目的：デンチャーベース・カラーリングは義歯の審美性を高める技法である。しかし、従来から行われているカラーリング材を加圧せずに積層する方法では、2～3 年で材料劣化による変色が起きるといわれている。この劣化の原因の一つとしてカラーリング材内部に発生する架橋密度の違いが考えられる。

そこで今回、重合促進剤の異なる 2 種類のカラーリング材と加圧下で硬化させる方法によるカラーリング部の内部状況について比較検討を行った。

Ⅱ．実験装置：波長走査型光干渉断層画像装置（Santec HSL・2000）

Ⅲ．実験方法：ステップ毎に 5 分間で重合する条件と 2 種類のカラーリング材について、製作した厚さ 5mm の規格試験片の表面から 3mm までの計測部位、合計 240ヶ所の測定を行った。

Ⅳ．結果・考察：加圧下でカラーリング材を硬化させる方法は、従来法と比較して内部密度を高めると同時に、気泡を縮小させる働きがあることが明らかになった。

O-17

カスタムカラーテーブルの作製方とその臨床活用法

久保田　紘基[1]

1）小野寺歯科

患者に最良の医療を提供する為の大きな要素のひとつに、色調再現がある。その色調再現のアプローチに伴う基本的な知識の獲得が重要であると考え、ハイブリッドレジンのカスタムカラーテーブルの作製を行い、また、それを色調再現に活用することを試みた。

カスタムカラーテーブル作製の最たるポイントは、臨床的な築盛スペースに即したタブを規格的に作製することにより、発色を目視により確認することを可能にする点である。その中でも、ステインの発色に関するカスタムカラーテーブルの利用は臨床上非常に優位性が高いと考える。同色、同量のステインの上に厚みの異なる透明レジンを築盛することによる発色の差異を検証することにより、築盛スペースの少ないケースであっても比較的容易に対応することが出来るようになった。本講演では、カスタムカラーテーブルの作製方法と臨床での活用方法について報告したい。

O-18

コバルトクロム合金のクラウン・ブリッジへの可能性 1

河村　雅広[1]

重村　宏[2]、杉元　敬弘[3]

1）有限会社ケイズデンタルラボラトリー
2）Japan　Prostetic Dental　Laboratry
3）スギモト歯科医院

歯科界の厳しい状況は、近年の金属価格の高騰によってさらに追い打ちをかけることになっています。それが、補綴物作製に大きなひずみを生じさせ、大きな問題となっています。このような中、現在注目を集めつつある合金としてコバルトクロム合金が挙げられると思います。過去において貴金属合金と比較してもこの合金が歯科用材料として優れていると思われ多くの期待を集ることになりましたが、様々な欠点もあり結局金属床などでの限局された使用にとどまってしまった。しかし、歯科界の厳しい現状の中でもう一度この合金を見直そうという流れが起こり始めています。そこで、文献や多少の実験を通してコバルトクロム合金の可能性について述べてみたい。

O-19

コバルトクロム合金のクラウン・ブリッジへの可能性 2

重村　宏[1]

杉元　敬弘[2]、河村　雅広[3]

1）Ｊ．プロソ
2）スギモト歯科医院
3）有限会社ケイズデンタルラボラトリー

近年の金属価格の高騰は、保険適用の補綴物だけでなく自費補綴物においても高コストをもたらし作製に大きなひずみを生じさせているのが現状です。このような中、現在注目を集めつつある合金としてコバルトクロム合金が挙げられると思います。

周知のごとくこの合金は主に金属床に用いられていたものであり、クラウンブリッジやインプラント補綴への応用は技術的に問題点が残されており、この部分を解決できればコバルトクロム合金の持つ生体親和性や強度など優れた面を引き出すことができると思います。「モノづくりの重要性」を訴える立場から現時点での補綴物作製の状況を提示してみたい。

O-20

コバルトクロム合金のクラウン・ブリッジへの可能性 3

杉元　敬弘[1]

重村　宏[2]、河村　雅広[3]

1）スギモト歯科
2）Japan　Prostetic Dental　Laboratry
3）有限会社ケイズデンタルラボラトリー

近年の歯科医療の現場での厳しい現状の問題として高コストの体質が挙げられると思う。特に近年の金属価格の高騰は、補綴治療に大きなひずみを生じさせ、大きな問題となっている。このような中、現在注目を集めつつある合金としてコバルトクロム合金が挙げられる。過去において貴金属合金と比較してもこの合金が歯科用材料として優れていると思われ多くの期待を集ることになったが、様々な欠点もあり結局金属床などでの限局された使用にとどまってしまった。しかし、歯科界の厳しい現状の中でもう一度この合金を見直そうという流れが起こり臨床応用もヨーロッパから始まっているようである。そこで、現時点においてコバルトクロム合金による補綴治療をいかに行っているかを提示して将来の可能性について考えてみたい。

O-21

夢ある“いわゆる生体咬合”を考える。その１　新しい咬合学概念“頭頸部ファンクショナル・セオリー”の提唱

中村　昭二[1]

松久保　隆[2]

1）医）エヌアール日本生体咬合研究所
2）東京歯科大学衛生学講座

これまでに咬合関連症候群患者等の5000名を超える資料を採得・診断し、咬合治療を行なってきた。そして、全身症状の改善が難しかった患者に対して、頭関節を中心とした遠隔咬合治療を行なった結果、さらなる症状改善が得られるようになった。頭関節は、左右環椎後頭関節、左右外側環軸関節、前後の正中環軸関節の６関節より構成。
目的；咬合と頸椎の関連を報告する。
方法；長期に及ぶ学術・臨床報告等を集大成する。
結果；顔面頭蓋頸部機能は、生体力学的に４大機能システム（頭関節、顎関節、咬合、筋肉）と５大機能軸（頭関節；頭頸部機能軸、左右顎関節；下顎運動機能軸、左右オクルーザルパワーゾーン；咬合機能軸＝上顎56重心）により構成される。
結論；上記４大機能システム・５大機能軸を総括し、頭頸部ファンクショナル・セオリーを提唱したい。現在の顎関節中心とした咬合学を、さらに頭関節を中心とした咬合学として再検討していく必要性を感じる。

O-22

咬合呪縛に苦しむ

石崎　晴彦[1]

1）石崎歯科医院

歯科臨床を行い８年目になる。
去年と同じ抄録の始まりである。
日本顎咬合学会で発表させていただくのが今回で４回目になるが、毎年自分の臨床を振り返る良い機会となっている。またこの緊張感を味わえることが毎年の快感となっている。今回発表させていただく症例は、下顎両側にポジションが悪いインプラントが過去に埋入されており上顎は右側のみ保存可能な歯牙が残存している症例である。
患者は左上の歯牙の動揺を主訴に来院されたが、初診時には左上歯牙の保存は困難であった。患者の年齢が高齢ということもありインプラント処置は避けたいという希望から最終補綴をどのような設計にするか非常に悩んだ。結果として上顎にコーヌス義歯、下顎にはインプラント再補綴を選択することにした。私自身、明確な答えのないまま修復処置を終えた。患者には最終補綴設計に関してのリスクを把握していただいたうえで同意をしていただき進めた症例である。

O-23

咬合呪縛に苦しむ②

宮田　匡人[1]

1）坂口歯科クリニック

気づいたら歯科臨床７年目に入り日本顎咬合学会での発表も３度目である。３年前から全顎の診査診断を考慮した治療を行うようになっており、現在、終了したケースや治療途中のケースで試行錯誤している日々を送っている。
その中でも今回の症例は咬み合わせ不良を訴えセカンドオピニオンで来院された患者さんである。一見問題のないように見え、不定愁訴だと捉えがちな症例でもある。しかし、患者さんの話を真摯に受け止めていくと、口腔内に問題が生じていることが推測でき、治療に踏み込むことにした。なぜ現在の口腔内に陥ったかを踏まえた診査診断、下顎位と顔貌の変化に着目し咬合再構成を行っている。
現在治療途中ではあるが、良い方向に進んでいる。また自分なりの治療介入基準を報告したいと思う。

O-24

咬合呪縛に苦しむ③

橋本　正隆[1]

1）学園前山田兄弟歯科

歯科医師になって４年目になる。同じ勉強会の偉大な先輩方が去年日本顎咬合学会で発表している中、登録が遅れ発表できなかった私だが、今年念願の発表をさせていただける次第となった。
研修医の頃、歯を抜きたい、詰めたい、削りたいとばかり思っていた。目の前の部分的な処置を必死に修復する毎日を送っていたが、最近になって『なぜ』こんなに失活歯が多いのか、『なぜ』ここだけ歯が欠損しているのかということを考えるようになった。
今回のケースは若くして口腔内の状態が悪く、子供ができて頻繁に治療に来られない状況の中で、『なぜ』今の状態になったのかを考え、診査診断、治療計画を立て、治療を進めていった。
患者さんのモチベーションの維持に苦慮し、共に頑張っていくということの難しさを痛感し、私なりに考察、反省を行っているので御指導頂ければ幸いである。

O-25

咬合崩壊を治療した症例

辻　博之[1]

1）デンタルクリニックツジ

症例は、46歳男性、臼歯部咬合崩壊をきたし顎関節症を併発している患者様です。臼歯部インプラントを用いて咬合を回復し、顎関節症状の改善を目的に、テンポラリークラウンを修正しながら咬合高径を調整していくのだが、その際のシンプルな方法でチェアータイムを少なくする工夫を発表していきたい。

臨床経験14年、開業6年目です。本学会で初めて発表させて頂きます。

O-26

咬合再構成において、咬合平面を整える重要性

中島　圭治[1]

1）中島歯科医院

日常の臨床において、全顎的なものを見ずに局所的な治療を繰り返し、徐々に歯を失い、咬合平面は乱れ、治療を続けているにも関わらず、審美も機能も失われているということを見る事は少なからず見かけます。

患者は、数年にわたり他院にて治療をうけ全顎的な治療を終えたが満足が得られずに来院。診査・診断を行い、再度、全顎的な治療を勧め、審美の基準となる上顎フェイシャルカスプライン、機能を左右する下顎の咬合平面を整えることで、審美と機能の回復を目指した症例を報告します。

O-27

有歯顎症例に対するSHILLA SYSTEMの活用

上川　明久[1]

阿部　晴彦[2]、高橋　徹次[3]

1）上川歯科医院
2）阿部晴彦歯科診療所・総義歯研究所
3）高橋徹次歯科診療所

優れた臨床・技工結果を期待するのであれば、生体と同じ三次元的座標関係が咬合器上に正中矢状面を基準に移行され、治療の最終イメージが、診査・診断から評価・設定・構築へとビジュアライズドされながら進行していくことが望ましい。

顔貌全体と調和した機能・審美的咀嚼器の再構築を実践するには、咬合器上に口腔外の審美指標としての左右同高性を示す瞳孔間線・スマイルライン・正中線などの生体と同じ座標関係が具現化されることがいかに有効かを考察したい。諸賢のご意見を受け賜われば幸甚である。

O-28

全顎補綴後17年経過症例の考察と咬合調整

園田　晋平[1]

吉永　修[1]、永井　孝信[1]

1）医）徳治会吉永歯科医院

Monsonの球面学説をはじめとして、Bonwill,Spee等に代表される学説は現在も咬合学の根幹をなしており、補綴治療においては無視できない原則である。当医院にて17年前に全顎補綴治療を行った患者の口腔内を診査し、これらの原則と照らし合わせ検証した結果、現在まで良好に経過してきた理由がある一方で、これからの予後に問題が生じる咬合状態であることが判明した。今回、Group Functioned Occlusion（Clyde H. Schuyler）を基礎とし、それを進化させたFunctionally Discluded Occlusion（桑田正博）の理論をもとに咬合調整を行ったので、検証結果と合わせて報告する。

O-29

適正な顎位を考え全顎的な補綴治療を行った一症例

菅原　啓[1]

1）リキデンタルオフィス

患者の中には主訴の部分のみ修復を行うだけで正常な機能を果たすようになることは少なく、ましてや高齢者で欠損部がありこれまで多部位に処置を受けてきた人には、一歯単位の治療ではなく全顎的な処置が必要になってくることが多い。また顎関節に異常をきたしている症例も多くみられる。頭では分かっていてもいざどうするかとなると悩んでしまい、咬合全体をさわるのは怖い気がしてしまう。

今回、日常臨床でよく目にする、下顎両側臼歯部遊離端欠損により咬む位置が分からなくなっている症例に対して、咬合の模索を行いながら再根治、カリエス処置、歯周処置、補綴処置を行った。どういった方法でどこを基準に咬合をみつけていくか。最終的なゴールへ患者により効率的、効果的に方法を選択して行っていくことの重要性。場当たり的な治療しか行ったことの無かった私は身をもって感じることとなった。初めて体験した全顎的治療の一連の流れをみていただく。

O-30

フルマウス・リコンストラクション ―フルプロビジョナルレストレーションが装着された状態から―

米須　敦子[1]

1）米須歯科医院

「口腔機能の回復」医師の中で唯一それを可能にできるのが歯科医師である。

４年間で東京、熊本そして沖縄の歯科医院で治療をうけ本医院で 16 軒目という患者さんが来院された。

フルプロビジョナルレストレーションが装着された状態で、それも３度作り変えた経験がある、咬合診査も受けた、顎が開かなくなり大学病院で治療を受けた、英語の歯科文献も読んだ、顎模型も購入したなど多くの歯科既往歴があり、治療費、交通費はすでにかなりの負担をしているという。

一見「モンスターペイシェント」「ドクターショッピング」などが浮かぶ状況であった。しかし、果たしてそうなのか。

患者さんから、「咬合って確立されていないのですね」「歯科医師はセンスですね」「ディスカッションのできる歯科医師がいなかった」耳の痛い言葉が出てくる。自分は果たしてどうなのか？

「命の入り口　心の出口」を実感しながら治療を行っている症例について発表します。

O-31

基礎資料を再考する

椋　秀雄[1]

1）歯科緑ヶ丘クリニック

本来歯科治療は口腔内写真、X 線写真、模型等の基礎資料を採取して、それを基に診査・診断、治療計画の立案、治療期間の設定等を行うべきであると考える。そして治療の各ステップで再び基礎資料を採取し再評価を行い、その結果によっては部分的に再治療を行う等の過程を踏んでゴールに到達する事で、より良い治療が行えると考える。

しかし、撮影精度の低い口腔内写真からでは採れる情報が少ない。実際に自分の臨床を振返ると、X 線写真、模型による情報のみで診査を行い、治療計画を立案するケースが多く、撮影した口腔内写真は役に立たない事が多かった。

そんな現状を打破すべく口腔内写真を始めとする基礎資料の精度を上げ、幅のある、より良い治療を行えるよう、また１つ１つの症例を「経験」として積み上げて行けるよう行った、当院での取り組みを報告させて頂く。

O-32

より良い根管治療をめざして

岩城　秀明[1]

1）上田塾

根管治療を成功に導く３大要素として①根管の拡大・形成②根管の清掃・消毒③根管の緊密な充塞が挙げられる。その中でも、根管の拡大・形成は最も時間がかかり、難しいステップである。

難しさの一因として湾曲根管の存在がある。湾曲した根管に器具を入れて不用意に拡大・形成を行うとオリジナルの根管形を逸脱した根管形態を作る。この場合、健全な根管壁を削ってしまうだけではなく、ジップやレッジ、穿孔が生じ易くなり、根管内の感染源の除去が不完全なものとなってしまう。

本発表では臨床でのより良い根管治療を目指して根管拡大・形成に関する基本的手技を見直した。今回は特に湾曲根管の根管拡大・形成に焦点をあて、透明歯牙レジン模型と抜去歯牙を用いて再検討、改善を試みた。諸先生方のご意見ご指導があれば幸いである。

O-33

当院における歯内療法の取り組み

松木　良介[1]

1）まつき歯科医院

歯内療法への取り組みは、臨床医のステップアップに際し、避けては通れない関門の一つだと思います。その歯内療法において最も重要なことは、的確な診査、診断に基づいて、治療を行うことです。近年、歯内療法においてはCTやマイクロスコープを用いることにより、より精度の高い診断や治療が行えるようになってきたと言われていますが、単にこれらの機器を用いさえすれば治療成績が向上するということではないと思います。他の治療と同様に、基本的な治療ステップが確実に達成されてはじめて高度な治療も可能になると考えています。

そこで今回は歯内療法のレベルアップを図るために、診査、診断から根管充填にいたるまでの各ステップをもう一度確認致しました。ご指導を頂ければ幸いです。

O-34

日常臨床にCERECをシンプルに取り入れて

中尾　伸宏[1]

1）戸畑駅前なかお歯科クリニック

当院では２年前にＣＥＲＥＣを導入して以来、ＣＡＤ／ＣＡＭの利点を生かしたオールセラミック修復を日常の臨床に活かしてきている。

導入当初は誰でも簡単に同じような治療が行えるのかと思っていたが、実際はそれほど簡単ではなく、うまく使用するには知識、慣れ、経験が必要である。

今回は、ＣＥＲＥＣを使用する上で実際に習得してきたコツ、ＣＥＲＥＣを使用することでできるようになったことについて、症例とともに提示し考えていきたいと思う。

O-35

矯正的挺出により歯頸ラインを整えた前歯部修復症例

樋口　惣[1]

1）朝日クリニック樋口歯科

近年、患者の審美的意識が向上することにより、我々歯科医師はそれに応えるための知識と技術が求められてきている。審美修復処置は見た目だけを美しくするものではなく、機能の回復と長期的永続性が求められる。そのためには、補綴前処置として歯周基本治療や歯内療法などの初期治療が重要である。さらに限局矯正によって生物学的幅径を獲得し、歯頸ラインを整えることで、審美的だけではなく、歯周組織も回復させ、メインテナンスが容易となることで、長期的永続性を得ることができると思われる。

今回、上顎前歯部の歯頸ラインの不調和を訴える患者に対し、初期治療を行ったあとに、矯正的挺出とテンポラリークラウンのサブジンジバルカントゥアーの調整により、歯頸ラインを整えた症例を発表させていただく。

O-36

前歯部審美修復における一症例 ～補綴前処置から再考する～

金澤　憲孝[1]

1）かなざわ歯科クリニック

修復処置を行う際に機能性だけでなく審美性が求められる時代になって久しいが、生体や病態に処々の問題を抱えている場合には悩まされるケースが少なくない。

特に上顎前歯部などの審美領域では、高い審美性を求められるがゆえに、それを獲得するために様々な治療オプションが求められる場面に遭遇する。

術者サイドの技術レベルや、患者サイドとのコミュニケーション、治療オプションの受け入れの問題など、理想通りに進行せず苦慮するケースも多いが、通常の補綴修復処置だけではなく、MTMや外科処置などを用いて、与えられた条件の中で対応していかなければならない。

今回は症例を通じてこれらの点を踏まえ振り返りながら、皆様のご意見を賜りたいと思う。

O-37

インプラント上部構造に対する私の取り組み

中島　隆喜[1]

1）中島歯科医院

インプラント治療に対する患者のニーズは、機能回復にとどまらず、審美的回復の要求度も高まっている。

これらを達成するためには、インプラントの上部構造をより天然歯に近い状態にすることで予知性の向上も図れるのではないかと考えており、その為には、診査・診断をした後に、外科手技の選択、埋入深度やポジション、周囲組織との関係・アバットメントの選択・上部構造の形態を決定し、色調を調和させるなど、さまざまな項目を考慮する必要がある。

“インプラント修復のゴールは天然歯列の再現である”と言われている。

今回は、インプラント周囲組織と上部構造における留意点を整理しながら、私なりにインプラント上部構造がより天然歯に近くなるよう取り組んだ症例と経過を反省点を述べながら提示したいと思う。

O-38

自然挺出を用いた歯周炎への対応

筒井　祐介[1]

1）筒井歯科病院

現在デンタルＩＱの向上、プラークコントロールの浸透などにより重度の歯周疾患は減少していると考えられる。

しかしながら、私の開業している地域では歯周炎の病態が進んだ状態で来院する患者も少なくない。

そのような場合、高度の骨吸収が見られ特に垂直性の骨縁下欠損を伴っているケースも多い。

垂直性の骨縁下欠損を伴う歯周炎に対して、プラークコントロール・スケーリング・ルートプレーニングに代表される歯周基本治療を経て歯周外科処置を行うことが一般的であるが、私は初期治療としてそれに自然挺出を用いる事がある。

自然挺出を用いる事によって、デブライドメントを行う際の深い骨欠損に対する器具の到達性を向上させる事ができ、また歯冠歯根比の改善、歯根膜の状態が良好であれば歯槽骨の再生も期待できる。

歯周炎に対する自然挺出の有用性をケースを通じて考察してみたい。

O-39

歯周組織改善への道

瀬戸　泰介[1]

1）白石歯科医院

近年、わが国の急速な高齢化が歯科界に与える影響は大きい。平成 17 年度歯科疾患実態調査によると、20 歯以上を有する者の割合は 40 歳以上の全ての年齢階級で増加しているが、80 代の一人平均歯数は 8.9 本であることから加齢に伴い喪失歯も増加するのは明らかである。歯周病はその原因の大半を占め、実際に我々歯科医師は高齢者の重度歯周疾患のケースによく遭遇する。そのような歯周組織を改善するのに CT、エムドゲイン、インプラント等は一見有効に思えるが、それらは基礎的治療の延長線上にあり、安易に選択しても基礎的治療を怠ればそれは砂上の楼閣にすぎない。また、それら最新の機器・材料は高価なため必ずしも全ての患者が望むとは限らず、むしろ郊外の歯科医院では安価な保険診療を望む患者の方が多いかもしれない。そのような現状の中で、歯周組織改善のために保険診療の範囲内で行える基礎的治療で対応したケースを提示するのでご教示頂きたい。

O-40

自然挺出を用いた骨縁下欠損へのアプローチ

桃園　貴功[1]

1）ももぞの歯科クリニック

骨縁下欠損が生じている歯に対して、歯周組織の改善をし、歯の延命を図る為の治療方法としては、自然挺出や矯正的挺出等を用いる歯牙移動での対応か、切除療法、保存療法及び再生療法での外科的対応、及びそれらのコンビネーションが挙げられると思う。

治療方法の選択基準は、骨欠損の形態（水平性、垂直性、１～3 壁性、囲繞性、複合性）はどのようなのか、範囲が 1 歯なのか、数歯に及んでいるのか、スケーラー等の器具の到達性はどうなのか（部位、幅、深さ）、処置後の歯冠歯根比はどのようになるのか、また、審美的に問題が生じない部位なのかを考慮して決める必要があると思う。

その中で、自然挺出によるアプローチは、歯周外科と併用することで骨縁下欠損の改善に有効な手段の一つであると感じている。

そこで今回は自然挺出に焦点を絞り、自然挺出のメカニズムや利点、欠点など考察を含めた当医院での症例を供覧し、皆様のご意見を伺いたい。

O-41

デンタルフロスを用いたジンジバルプラークコントロールについて

浅香　美由紀[1]

1）河津歯科医院

う蝕および歯周病の発症は、口腔内細菌によって形成される歯垢に起因しており、いずれも適切なプラークコントロールを習慣づけることにより予防することが出来る。2005 年歯科疾患実態調査からも毎日歯を磨く者が 90％を越える中、歯間清掃用具を使用する者は 20％にも満たない。通常使用する歯ブラシでは隣接面のプラークを完全に除去することが出来ないために、この部位から歯肉の炎症が生じ歯周病へと移行することが多い。このことから歯間清掃用具のデンタルフロス、歯間ブラシなどを使用する必要がある。しかしその重要性を認識していない患者が多いのが現状である。また歯間清掃用具の中でも特にデンタルフロスの重要性を理解し、活用することで隣接面のう蝕予防と歯周病予防が可能である。そこで当院における口腔衛生指導を含め、特にデンタルフロスに注目したジンジバルプラークコントロールについて考察を加えて報告する。

O-42

症例に合った歯ブラシの選択方法を考察する

志田　夕季[1]

1）河津医科医院

ブラッシングの目的は、プラークの除去であり、う蝕や歯周病を予防する事である。

叢生等の歯列不正をはじめ、プラークの付着状況など、患者一人一人の口腔内の状態は異なっており、それを踏まえた上で状態に合った口腔衛生指導を実施することが重要である。

更に、ブラッシング時の癖を口腔内の状態から読み取り、歯肉のバイオタイプなどを考慮して、適切な歯ブラシを選択し、患者に指導することも重要である。

当院では、ラバーチップ付きの歯ブラシ、超軟毛歯ブラシ、エンドタフトブラシなどを含め 6 種類ほどの歯ブラシを使用しており、この 6 種類の歯ブラシの中から症例に応じて歯ブラシを選択し、口腔衛生指導を行っている。

今回演者は当院で使用している歯ブラシの毛先の形、柔らかさ、列の数、ヘッドの大きさなどの特徴を挙げ、それぞれの歯ブラシを比較、検討し、症例を踏まえて、患者に合った歯ブラシの選択方法を、考察を加えて報告する。

O-43

インプラント手術における感染予防対策

大坂　舞[1]

1）河津歯科医院

インプラント埋入手術を施術するにあたり、術後感染を予防するためには、口腔内の炎症を無くしておく事が重要である。

歯の喪失原因の多くは歯周病であることは周知の事実であり、Baelum らによる歯周治療の経験があるインプラント患者を対象とした 14 年間の追跡調査から、歯周治療の既往を有する患者は、合併症の頻度が高く、成功率は低いことが明らかとなった。この結果から、インプラント手術を行う前に口腔内から歯周病原細菌を可能なかぎり減らしておく必要がある。

当院では、インプラント手術前に口腔内環境改善のために、唾液検査、口腔内清掃指導、スケーリング、ルートプレーニング等の歯周基本治療と、手術一週間前から自宅でグルコン酸クロルヘキシジンを用いた含嗽をすることで口腔内の改善に努めている。

今回演者は、当院でのインプラント手術における、術前の感染予防対策について考察を加え報告する。

O-44

歯科医院におけるビジネスマナー

野口　のぞみ[1]

1）河津歯科医院

日々の診療の中で患者に接する際、全ての対応が医院の印象へとつながってくる。患者は「身だしなみ」「態度・動作」「言葉づかい」「声のトーン」などを通して、その人の印象をとらえている。印象が悪ければ、患者に受け入れてもらえることはできず、信頼関係をつくることはできない。第一印象は後々までひきずるものでもあるため、そこで悪いイメージをもたれた場合、患者は嫌な印象を抱えたまま治療を受けることになる。

患者のことを考えた言動であっても、それを患者の心に届けることは難しくなってしまう。

ビジネスマナーはコミュニケーションをとるうえでも重要であり、医療人として患者に信頼感や安心感を持って頂くためには、さまざまな場面で気を配ると共に、より良い印象を与えるビジネスマナーが求められる。

そこで今回は、当院で実践しているビジネスマナーの主な内容とその重要性を、考察を加えて報告する。

O-45

舌・口唇癖、態癖が歯列に影響を及ぼすことに気付かされた当院の症例

日栄　綾乃[1]

中山 浩之[1]

1）公園前中山歯科

患者の口腔を診て、歯並びや咬み合わせに異常のある場合は矯正や補綴治療で、以前は「治せば済む」という考えであったが、沢山の患者を診るうちに、「なぜ歯並びや咬み合わせが悪くなったのか」と疑問を持つようになった。同時に、患者の普段の何気ない癖や生活習慣が、歯並びや咬み合わせを悪くする原因となっていることに気付いた。それからは、患者にその悪い癖や習慣が歯並びや咬み合わせを悪くすることを気付いてもらい、今後悪くならないように指導している。

これらを通して私は、現在だけを診るのでなく、過去から現在に至った経緯を知り、そして、将来悪くならないよう、患者に口の健康が体の健康へ繋がることを知ってもらい、その健康が少しでも永く保てるように指導していくことが大切であると思った。

今回、そのことについて実際患者に指導した結果と気付いたことを発表する。

O-46

歯科衛生士として

都田　綾[1]

1）タニオ

近年、自由診療・インプラント・オールセラミックを応用した審美修復が盛んに行われる中、患者様の審美に対する意識も年々高まっているように感じる。臨床で歯科衛生士として勤務する中、審美的な補綴物、美しい口腔環境を長期的に守っていくためには、セルフケアと合わせて院内でのプロフェッショナルケアを患者様に受けて頂くことが重要になる。ただ目の前、歯科衛生士業務を行うだけでなく、患者様の美しい口腔環境、長期安定を目指して今の自分にできることを基に臨床での取り組みを報告させて頂きたいと思う。

O-47

歯科恐怖症患者様に対して衛生士が行えること

舟田　優[1]

1）タニオ歯科クリニック

多くの歯科恐怖症の患者様の場合治療が複雑で困難、もしくは治療時間を要する段階になってから来院される。

もっと初期段階での治療を可能にするにはどうすればよいのかが、常に歯科医院の課題である。

治療が遅れれば遅れるほど恐怖心は増す。

患者様は痛みをともなってから来院される。

歯科医院が生活の一部となり身近なものとなるよう願っている。

定期検診は恐怖心をなくするのに不可欠であると実感した。

数年前に来院されてから中断を繰り返し現在も治療中の女性患者様の治療過程を報告させていただきたいと思う。

O-48

衛生士業務を円滑に進める為に

丸山　葉子[1]

1）タニオ歯科クリニック

日々、私達は医療従事者の一人として、衛生士として、数々の業務に奮闘しています。

当然ですが、誰一人として同じ口腔内の患者様はいません。同じ性格や考え方の患者様もいません。

では、どのようにすればより円滑で効果的な治療ができるのか？　または、できたのか？

その為には何が必要なのか…。

5年目に突入したばかりのまだまだ未熟な私ですが、症例を通じて反省し考察した事をご報告させて頂きます。

O-49

メインテナンスしやすい歯周環境の整備

大浦　夏奈[1]

1）阿部歯科医医院

歯周炎の定義は，「歯肉に炎症があってアタッチメントロスのあるもの」である．歯周治療によってバイオフィルム除去を行った後，一度は健康な歯周組織を取り戻すものの，清掃しにくい歯肉形態が残り予後が不安定になる場合がある．患者自身がセルフコントロールしにくい環境は，患者の歯周コントロールのモチベーションが低下すると，再び悪化の道をたどりやすい．私達は，歯周治療の経過観察を通じて，プラークコントロールの遵守に加え，歯周組織の磨きやすい環境整備も歯周組織の長期安定に欠かせない大きなファクターとなっていることを学んだ．

そこで今回は，私たちの歯科医院の症例を提示し，セルフコントロールの充実に目標を変えた長期安定の歯周治療を提示したい．

O-50

義歯装着者における口腔管理

小川　早由美[1]

1）阿部歯科医院

高齢者の増加に伴いパーシャルデンチャー，全部床義歯，インプラントオーバーデンチャーなどの義歯装着者が増加している．しかし，支台歯の保護や義歯の清掃が患者の健康に大きな影響を与えるにも関わらず，おろそかにされている傾向がある．その結果，齲蝕，歯根破折，セメント質剥離，歯の喪失，そしてインプラント周囲炎ばかりでなく，義歯に付着したバイオフィルムが誤嚥によって肺炎を起こすケースも多いと聞く．

当歯科医院では，歯科衛生士がメインテナンスを充実させるために、それぞれの患者の状況に応じた対応を行っている．そして，それに関するマニュアルは，私達の職場には存在しない．患者の微妙な変化に対応することを難しくするからである．

今回は私が担当している患者のメインテナンスについて紹介し、皆様の明日からの診療のお役に立ちたいと考えている．

O-51

インプラントを用いた咬合再構築

馬越　智弘[1]

1）あさひ歯科

長期にわたる咬合崩壊症例では，齲蝕，歯周炎，補綴物の脱落や歯牙の喪失などにより歯列不正が生じ放置した結果，咀嚼障害に陥っている．このような症例に対して咬合再構築治療を施すには原因を追究し，対策を立てるために術前の総合的な診査・診断が重要である．その重要な項目には治療下顎位や咬合高径，咬合平面，咬合様式の設定があり，これらを考慮し再構築された咬合は，患者個人に適合した機能的なものでなければならない．そのためには客観的な資料の収集を行い，診断と治療計画の立案を行っていく必要がある．

今回，咬合崩壊症例に対して咬合再構築治療を行っていく上で，側方頭部エックス線規格写真や下顎運動計測装置などを利用して診査し，堅固な咬合支持を得るためインプラントを用いて治療を行い，適切なアンテリアガイダンスを付与した補綴装置を作製したところ，良好な結果を得たので報告する．

O-52

咬合崩壊をインプラントを用いてリコンストラクションした一考察

西谷　寿夫[1]

南　清和[2]

1）西谷歯科クリニック
2）医療法人健志会ミナミ歯科クリニック

現在、インプラント治療は Top Down Treatment が主流となってきている。そしてこの手法を実践するには、診断用 WAX　Up を行い、それに基づいた診断用テンプレート及び治療用義歯を用いることで、顎位・咬合高径を模索し、顎関節部の異常・顔貌なども観察する必要がある。さらにバーティカルストップの確立・アンテリアガイダンスの付与・神経筋機構との調和・顎関節の安定などの治療咬合を与えることで、診査・診断・治療計画等を再度考察する必要がある。これは従来の可撤性義歯においても同様の事が言える。今回、臼歯部欠損のため前歯がフレアーアウトし咬合崩壊した患者に対して、インプラントを用いフルマウスリコンストラクションすることにより良好な結果が得られたので報告する。

O-53

インプラントアタッチメントデンチャーを用いて咬合高径を回復した一症例

土田　雅人[1]

南　清和[1]

1）医療法人健志会ミナミ歯科クリニック

近年、インプラントによる咬合の回復は非常に有益なものとなり、欠損部補綴においては第一選択となりつつある。

無歯顎、及び多数歯欠損症例の咬合を回復させる事において、非常に有効であるのがデンチャーであるのは疑いないが、顎堤がない状態での安定性にかけるなど問題も多い。それに対し、インプラントを用いてアタッチメントを取り付け、最小限の維持装置で粘膜支持のデンチャーより維持力を持たせる事が可能なものがインプラントアタッチメントデンチャーである。

最近では対応するインプラントメーカーのものも増え、バータイプのものよりメインテナンスが簡便になったボールタイプや磁性のものが主流となってきている。

今回、重度歯周病により咬合が崩壊された患者をこの方法でリハビリテーションし、良好な結果を得る事が出来たので報告する。

O-54

インプラント支台の義歯―咬合を極める―

金丸　順策[1]

1）金丸歯科医院

義歯の不調としての多くは「痛い」「外れる」「噛めない」という訴えで表現されるが、この義歯の不安定要素の大部分は粘膜面ではなく中心位の早期接触であり、義歯が回転、転覆する結果、粘膜へのあたりとなる。

昨今、インプラント支台の義歯を見ても義歯をリジッドに固定させるという事だけが先走り、正確なオクルージョン及び口腔内で調和のとれたデンチャースペース確保することなく上下の顎堤に乗っているだけの小さく、貧弱な義歯が多く見られる。

義歯の臨床では、正確なオクルージョンと口腔内に調和したデンチャースペースを確保することが最も重要である。

故に、パイロットデンチャー（仮義歯）を作成し、咬合の三要素（中心位咬合、咬合平面、咬合高径）を確立させた後に最終補綴物へと移行する。更に再度咬合器にリマウントし、より精度の高い咬合関係を与える義歯臨床症例を報告する。

O-55

MTM・インプラント治療による咬合再構成

松下　泰子[1]

佐藤　洋司[1]、高橋　正[1]、阿部　公人[1]

1）さとうデンタルクリニック

歯牙欠損に対する歯科的対応として，ブリッジや義歯による補綴治療が一般的である．しかし，これらの治療方法は不可逆的侵襲が必要となり，支台歯や鉤歯となる歯牙が健常天然歯である場合には歯質保存という観点から最良の選択肢とは言い難い．また，処置の対象となる歯牙が補綴装置の設計に支障をきたす場合には，より侵襲の大きい処置が必要になる事がある．このような症例に対し今日では，インプラントによる治療が有効であることが認知されてきている．インプラントは歯牙への不可逆的侵襲を回避する事ができる．

また，適切な咬合接触関係を付与し前処置としてMTMを効果的に用いる事で歯牙欠損以前に比べ，より患者の口腔環境に調和した治療を行う事ができる．当医院では歯列不正を伴う歯牙が欠損する症例に対し，MTMを併用したインプラント治療を行う事で，優れた機能性，審美性の獲得により患者のQOLを向上させ，また良好な予後を得たので報告する．

O-56

Soft Tissue Management around Anterior Immediate Implantation in Intact Extraction Socket
健全な抜歯窩の前歯即時埋入インプラントにおける軟組織マネジメント

鄭文彦[1]

1）鄭文彦牙医診所

Immediate implantation with immediate provisional restoration in anterior esthetic-concerning area is an important issue to patient's daily social activity. And precisely transferring the soft tissue around implant in anterior esthetically concerning area is demanded after soft tissue remodeling process done. Many authors tried to shape and/or preserve an ideal soft tissue around implant. After tissue matured, how to transfer such tissue to master cast for technician is an important issue in esthetic implantation. Methods have been published for such purposes. Is there any easy way to approach this goal? An easy method with step-by-step procedures is introduced in the following case report to make immediate provisional restoration, to preserve the soft tissue around immediate implantation in intact extraction socket and to precisely transfer the soft tissue around implant for esthetic implantation.

O-57

ロケーターインプラントアタッチメントにおける RPD の応用

鄭鴻麟[1]

1）聯合牙醫診所

The Locator implant attachment applied in RPD have so many advantages including

(1). increased RPD retention,

(2). better esthetics,

(3). enhanced function &comfort,

(4). decreased the clasp forces on the natural teeth,

(5). slowing down the bone resorption.
Especially, the surgery procedure is not so critical and very easy maintenance.

O-58

Implant site development in severely atrophied alveolar ridge

劉致遠[1]

1）主采牙醫診所

The patient we facing in our daily practice does not always have the perfect bone condition. In this presentation, I will share my experience in using bone spreading technique, bone splitting technique to solve the problem, and how to deal with the severely atrophied alveolar ridge.

O-59

Periodontal plastic surgery 歯周審美外科

林有恆[1]

1）翰佑牙醫診所

A wide variety of periodontal plastic surgical procedures have been described to correct mucogingival problems and to cover denuded root surfaces. The purpose of this presentation is to discuss their clinical applications and to provide therapy which results in better aesthetics.

O-60

リンガルブラケツト矯正法の過蓋咬合の改善

吳錫堯[1]

1）登七美牙科

“Overbite correction” was always a big issue in orthodontic treatment. In this presentation, the biomechanic difference between lingual and labial orthodontic will be mentioned. The method to correct deepbite in lingual treatment will be discussed.
A “Gummy Smile” patient with 100% deep bite treated by lingual orthodontic will also be presented.

O-61

調整量の少ない補綴物を目指した技工術式について

荻原　拓郎[1]

渡邉　一史[1]、紀野　仁志[1]

1）河津歯科医院

歯科技工士にとって、クラウンの咬合精度の追及は歯科医療の一端を担う者として当然の使命であり、必須命題である。なぜなら、精度の低いクラウンは生体に悪影響をもたらし、貴重なチェアタイムをいたずらに浪費するからである。

しかし、実際の臨床においてクラウンの隆線がなくなってしまうほど調整されてしまうことがある。この最も大きな原因は、生体と模型の違いによるものと考えられる。チェアサイドで咬合調整の少ない補綴物を作るためには、歯根膜がある生体と石膏模型の違いや、開口時下顎骨が正中に対して内側へたわむ事を理解し、バイト材を活用し、石膏模型を噛みしめ時の接触状態と近似させるための模型調整が必要である。

そこで今回は、石膏模型と口腔内の咬合接触状態を近似させるための技工のステップとして行う「模型調整法」を、日々の臨床のケースを通して、演者の見解と若干の考察を加え報告する。

O-62

審美性・清掃性を両立した上顎フルマウスインプラント上部構造の症例報告 ～第一報　歯科衛生士としてのアプローチ～

内堀　真美子[1]

1）河津歯科医院

義歯やブリッジに代わり機能性、審美性に優れたインプラントの需要が増加しつつある昨今、インプラントの長期的維持は確実に期待されている。

インプラント治療における失敗原因は咬合と感染であり、歯科衛生士に最も関係が深いのはインプラント周囲炎である。

インプラント上部構造は天然歯と形態が異なる為、歯科衛生士はその形態に合わせた清掃用具や使用方法を考慮し、患者に指導する必要がある。

清掃が困難な場合には上部構造の形態修正を行い、患者が自分自身でしっかりと清掃できるようにすべきである。

もちろん清掃性だけでなく、審美性も充分に考慮する必要がある。

インプラント治療を成功へと導く為には、歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士、そして患者自信の協力が必要不可欠である。

そこで今回は、審美性と清掃性を両立させた上顎フルマウスインプラント上部構造の症例を考察を加えて報告する。

O-63

審美性と清掃性を両立する上顎フルマウスインプラント上部構造の症例報告 ～第二報歯科技工士としてのアプローチ～

紀野　仁志[1]

荻原　拓郎[1]、渡邉　一史[1]、内堀　真美子[1]

1）河津歯科医院

インプラント上部構造を製作するにあたり、症例によってインプラントの埋入本数、位置、角度等は異なり、特に上顎フルマウスインプラント上部構造では、審美性や発音、装着感を考慮すると清掃性が悪くなりやすく、清掃性を考慮すると発音障害や食片が詰まる等の問題が出ることがある。

審美性、機能、清掃性を両立させるには、プロビジョナルレストレーションを用いて、リハビリテーションを行いながら経過観察する必要がある。

その評価をするにあたっては、患者を中心として歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士がコミュニケーションをとり合い、最終補綴物の形態に反映させていかなければならない。

そこで今回、プロビジョナルレストレーションの経過を観察し、患者、歯科医師、歯科衛生士の意見を取り入れて製作を行った上顎フルマウスインプラントの症例を考察を加え報告する。

O-64

歯科訪問診療における閉口機能印象用各個トレーの製作法と完成義歯形態に関する報告

小林　貞則[1]

1）ウィルデンタルラボ

当ラボにおいて、従来のコンパウンド印象法から阿部二郎氏の提唱する吸着機能印象法を歯科訪問診療に用いた結果、被験者 109 名における義歯使用率は 88％となり、患者の義歯装着状況は飛躍的な変化を遂げた。一方、実際に得られる印象形態は、健常な無歯顎者のものとは大きく異なるものが観察されているのが現状である。

訪問歯科医療の機能印象に関する歯科技工士としての最も重要な仕事は、閉口機能印象時に用いるロウ堤付き各個トレーの製作であろう。各個トレーの形態が最終的な印象形態を導き出すからである。したがって、訪問診療における歯科医師と歯科技工士の十分な連携は、成功するためには欠かせない key である。

そこで本発表では、歯科訪問診療における無歯顎症例を通し歯科医師側からの情報を活用した当ラボにおける印象用各個トレーの製作方法を紹介すると同時に、最終的に得られた様々な印象形態と完成義歯を紹介する。

O-65

フレンジテクニックを活用し審美、機能の回復を図った義歯

常松　克也[1]

佐藤　健仁[2]

1）サンライト・デンタル・ラボ
2）佐藤歯科医院

高齢化社会が急速に進みつつある昨今、インプラントを応用した義歯が注目を浴びていますが、誰しもが受け入れられる治療ではないかと思う。

今回一連の義歯製作過程において、フレンジテクニックを用いて口腔周囲筋と調和のとれた、人工歯のポジションをモデファイトＢＰＳで決定し、排列を行った。また犬歯ガイドを付与することにより臼歯のディスクルージョン量のインデックスを採取してバランシングコンタクトを与えることにより、臼歯機能咬頭の保全を考慮した義歯設計を提示したいと思う。

O-66

戦略的抜歯と Submerged Root Pontic を行った抜歯即時インプラント審美修復

中山　浩之[1]

1）公園前中山歯科

診査診断し治療計画を立案する時、先ずエナメル質や歯の保存等を考えるが、治療終了後の状態、その予後や患者の希望(精神的な満足感・経済性)を鑑みて戦略的に抜歯するケースや戦略的に保存するケースがある。患者の希望は別として、本来、臨床医は歯を残すことが臨床のゴールではなく、歯のことで不自由せず快適な生活ができるようにサポートすることがゴールであると考える。それ故、戦略的抜歯が有益と判断できた場合、臨床医は積極的に戦略的抜歯という選択肢を患者に説明する必要性がある。

今回、戦略的抜歯と戦略的保存(submerged root pontic)を行った抜歯即時インプラント審美修復を発表する。治療の難易度、予後、患者の希望により戦略的抜歯を行い、歯肉縁形態の保存や患者の精神的苦痛軽減に有効な抜歯即時インプラントで審美修復を行った。また、従来の欠損部ポンティックを submerged root pontic を用いることで硬組織・軟組織の保存を図った。

O-67

より安定したインプラント周囲組織獲得を目指して —上顎大臼歯部に GBR を併用したインプラント治療—

二宮　隆明[1]

1）宮前通り東歯科

近年、欠損補綴の第一選択としてインプラント治療が選択されることが多くなってきた。また、GBR などの技術が向上し、補綴主導型の考え方が定着すると共にインプラント治療の適応症も拡大してきている。今回、上顎大臼歯部頬側の大きな骨欠損をきたした症例において良好なインプラント周囲組織を獲得することができたので報告する。

治療内容

保存不可能な左上 68 を抜歯後、大きな骨欠損を認めた為同部に GBR を行った。４ヶ月後、骨内長 10mm のフィクスチャーを２本埋入し、約１年後、２次手術時にインプラントの頬側に遊離歯肉移植を行い周囲組織の改善を図り、最終補綴をおこなった。

結果と考察

抜歯後の骨欠損が大きい場合、そのまま補綴をしても清掃性や歯冠形態等問題が生じることが多い。本症例では GBR および２次手術時に行った遊離歯肉移植により顎堤形態が改善され、より安定した予知性のあるインプラント周囲組織を獲得できたと考えられる。

O-68

前歯部インプラント治療に苦慮したケース

宮崎　裕基[1]

1）左京山歯科クリニック

前歯部のインプラント補綴は審美的な要求が高い治療であるが、欠損部位の骨量が乏しい症例においては骨造成などの歯周組織の環境改善が必要不可欠であり機能的な要素もふまえると難易性が高い治療であります。

今回提示いたします症例は、歯冠崩壊した右上中切歯に対し保存不可能と判断し、抜歯即時インプラント埋入による治療を計画しました。しかし、診査診断において周辺歯との歯肉レベルの問題、抜歯予定歯の骨量の問題から、周辺軟組織との調和とインプラントを埋入できる骨量を確保するための前処置を行ってから、インプラントを埋入し、プロビジョナルレストレーション後、最終補綴を行いました。治療後約３年の予後を迎え、現時点では特に問題はみられない症例でありますが、演者にとって前処置における問題点から、治療ゴールに少し不満が残る結果となったため、その問題点と治療のアプローチについて考察したいと思います。

O-69

長期安定性を考慮したシングルインプラント

東　修平[1]

1）東歯科医院

現在、1歯欠損補綴ケースにおける治療において、インプラント治療が第一選択肢である事は言うまでもない。機能・審美・恒常性等、全てを確立させる為にはトップダウントリートメントが必要となってくる。

今回、上顎4番・1歯欠損ケースにおいて、歯根破折をきたし、抜歯不可避の症例に対し、自分なりにインプラントの治療に取り組んだケースにおいて、術前の診査・診断、術中の術式・手技・マテリアルの選択、最終補綴作製の為の自分なりに考え工夫した点を重点に発表したいと思う。

O-70

対合歯の状況を考慮し、多数歯欠損をインプラントを用いて治療した症例

飯干　光男[1]

1）医療法人アサップ足立の森ひかり歯科クリニック

多数歯欠損をインプラントを用いて全顎的に補綴する場合、その本数や、埋入位置の決定には、様々なことを考慮する必要がある。

残存する骨量はCTにより、術前に診断することが可能となり、骨造成するのかその部位は避けて埋入するか等を決定することができる。

しかし、構造的、機能的な長期的予後を得るためには、「咬合力」を考慮した対向する構造物の状況も重要だと考えられる。

つまり、対合歯がインプラントなのか天然歯なのかもしくは遊離端のポンティックになっているのか等である。

今回、対合歯の状況を考慮し、下顎犬歯部のみ天然歯で、他はインプラントにて補綴を行った症例を報告したい。

O-71

正中離開におけるラミネートベニアの有用性

坂中　幸誠[1]

1）さかなか歯科

昨今、口腔内において審美的に何かしら悩みを抱えてる患者は少なくはない。歯牙の色、形、ポジションなど以前と比較すると審美における患者の意識は格段に向上していると考えられる。そのなかでも本発表では正中離開に着目した。正中離開を改善するにはダイレクトボンディング、矯正、補綴などいくつかの方法が挙げられると思うが、今回は実際にポーセレンラミネートベニアによって改善した2つの症例をもとに再考察したいと思う。

O-72

前歯部審美修復における要点

上村　貴世史[1]

1）うえむら歯科クリニック

昨今、修復治療において、マテリアルや接着技術の向上により機能的な点だけではなく、患者からの審美的な要求も高まりつつある。特に審美領域である上顎前歯部においては、その傾向が顕著である。一歯欠損であれ、多数歯欠損であれ、術前の診査、診断を的確に行い、治療計画を十分に検討することが治療の成功の鍵になるのはいうまでもない。歯肉縁の左右対称性、歯牙の幅径や長径のバランス、隣在歯との色調の調和などの歯列の問題のみならず、口唇や顔貌との調和もとれなければ、審美修復治療は成功とは言い難い。

そこで今回は、抜歯処置をともなう、前歯部審美修復治療において様々な点から考察し、術者患者ともに満足のいく結果を得ることができたオールセラミックスの一症例を報告したい。

O-73

審美修復を考察した一症例

福山　房之助[1]

1）福山デンタルクリニック

近年、患者の審美に対する要求度は高まってきているのは言うまでもない。前歯部においては、その美しさから「オールセラミックスでおねがいします」と患者から言われることもしばしばである。しかしながら、オールセラミックスには数種類あり、その選択に迷うところである。各種パンフレットにおいては差がないように感じるのであるが、支台歯の形状に左右されるのが現実である。そこで、今回２種類のオールセラミックスによって前歯部を修復した１症例について得られた所見を述べたいと思う。

O-74

限られた条件下での前歯部審美修復治療

池村　仁克[1]

1）まさき歯科

審美修復治療において、理想的な結果を得るためには様々な条件が満たされていることが必要となる。しかしながらそれは、術者と患者双方の都合により条件が限定されてしまうことも少なくない。

そのような条件下でこそ、理想的なゴールに近づけていくための術前の分析や、歯科医師と歯科技工士との間での意思疎通が重要となる。

今回のケースでは限られた期間において重度の正中離開を、MTM、オールセラミッククラウン、ラミネートベニア、コンポジットレジンの複合修復により改善を試みた。

O-75

審美治療におけるラボコミュニケーションの大切さ

金澤　尚義[1]

村田　彰弘[2]

1）ブリエデンタルクリニック
2）LAZARUSU

（患者を）健康で審美的な口腔環境へ導くためには、歯科医師と患者だけの相互理解だけでは難しい。歯科衛生士・歯科技工士・歯科助手や受付などスタッフとのチームアプローチが大切である。特に多数歯にわたる修復治療となった場合、歯科技工士とのディスカッションが必須なのは言うまでもない。

今回、前歯部の審美修復治療を行うにあたり歯科医師と歯科技工士の視点の違いを痛感した。歯科医師・歯科技工士やコ・デンタルスタッフ、そして患者が同じ満足を得るために必要な事は何なのかを皆様とディスカッションしたいと思う。

O-76

調和のとれたスマイルライン獲得への審美補綴治療

小林　英史[1]

1）医療法人社団馨祐会　本厚木　小林歯科医院

近年ホワイトニングやオールセラミックスを用いた審美治療は、世間でも幅広く認知され、それらの治療を求めて来院する患者も急速に増え続けている。それに伴い、「審美治療」を「ただ単に白いものを被せて終える治療」と誤解して訪れる患者がいるのもまた事実である。たとえ単独歯であっても、ただ被せて終わる審美「修復」ではなく、その補綴物や患者の口腔内が永続的に安定するよう環境を整備した後の審美「治療」を念頭に置き、見た目はもちろんのことブラッシングのしやすさ、機能面をもっと考え、歯周形成外科や矯正治療などを含めた口腔内の環境改善を行ってこそ本当の審美歯科だと考えている。

本症例では審美的なスマイルラインの獲得に焦点をあて、Ridge　Augmentation によるティッシュマネージメント（環境改善）や筋肉トレーニングを絡めた審美治療を行い、患者の満足を得て治療を終える事ができたので報告する。

O-77

Consideration of Compromised Esthetic Dentistry

松岡　力[1]

1）リキデンタルオフィス

「審美」この言葉の定義は、“自然な美を的確に見極める、美の本質・現象を研究すること”とされている。それゆえ、歯科分野において、審美治療は包括的な観点から的確に処置された上で達成されるものであり、日進月歩で紹介される様々な材質や手法はこの定義においてより活かされる。

審美を主訴とした症例では、硬組織、軟組織はもとより、生体における機能と調和を考えた環境改善が必要なものもある。しかし、患者の理解度や経済的背景等の理由より、理想的な治療を叶えられず、妥協的な選択をせざるを得ないこともある。

今回、生体の機能や調和をなおざりにして、見た目を主眼とした化け学への高額な治療行為というものを鑑み、審美治療の範疇で、出来る限りミニマムに、審美を考察した私の臨床症例を紹介したい。

O-78

コンポジットレジンを用いた審美的改善の考察

飯田　真也[1]

1）いいだ歯科医院

コンポジットレジン材料の進歩は目覚ましく、従来間接修復を行っていた症例も即日修復が可能となってきた。患歯に対する影響も低侵襲かつ審美的であり、再修復も容易といったMIの理念にも沿う素晴らしい修復技法であるといえる。

もちろんすべての症例に適用できるわけではないため、その使用には適応症の確認、術前の診査が大切である。また術者の技量が多いに影響を及ぼす処置でもある。物性に置いても間接修復に劣る面はあるが適応症例を選択すれば、最小限の侵襲でその歯を審美的かつ機能的に回復することができ、患歯にとって大変有意義なことであると考える。

今回はこのようなコンポジットレジンの利点を活かして、審美的改善を行った症例を提示したいと思う。

O-79

ダイレクトボンディングによる前歯部修復

田辺　達彦[1]

松本　篤樹[1]、鈴木　玲爾[1]、荒木　久生[1]

1）明海大学機能保存回復学講座オーラル・リハビリテーション学分野

近年、審美修復の進歩には目を見張るものがあり、マテリアルの選択肢も増えたことで患者の要望に対応する事が可能になってきている。その中でも、ダイレクトボンディングによる修復は、Minimal Interventionの観点だけではなく「歯に調和した形態や色調を与えることができる」という審美修復の観点からも患者の満足を得る事ができる修復方法である。しかし、ダイレクトボンディングにはテクニックセンシティブの要素が多分にあり、修復範囲が大きくなればなる程、難易度が高い修復法となる。また、すべての歯冠修復処置に使用することは現時点では適切ではなく、材質的な限界を理解した上でマテリアルを選択する必要がある。今回、演者は上顎前歯部のう蝕に対して修復前処置としてホワイトニングを行った後、歯の解剖学的形態を再現するためにシリコンインデックスを採得し、ダイレクトボンディングによる修復を行い良好な結果が得られたので報告します。

O-80

部分矯正と前歯部歯冠修復により、歯列不正および審美性を改善した一症例

大井　慶介[1]

1）医療法人恵翔会　なかやま歯科

審美修復治療の成功は，術者満足ではなく患者満足が全てである，と考えている．

前歯部を修復治療するにあたり，審美的・機能的問題に直面することが多い．すべてが理想的に治療を行えたらいいが，臨床においてその様なケースに直面することは稀であろう．

患者サイドの審美的・時間的・経済的制約という与えられた条件の中で，的確な診査・診断，治療計画を立案し，可及的に予知性のある修復治療を行わなければならない．

今回は術者・患者双方が夢のある未来にするため，診査・診断および診断用ワックスアップを用い，それによって導かれた治療計画のもと，部分矯正を行い，オールセラミックスにて前歯部を修復し，患者満足が得られた一症例を報告する．

O-81

ナノジルコニアを応用した新しいジルコニアオールセラミックブリッジの臨床

三浦　宏之[1]

1）東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科摂食機能保存学分野

歯冠補綴材料として従来，金属が広く用いられてきましたが，最近では審美的な要求やアレルギー回避等の観点から，メタルフリー修復がすでに多くの臨床に取り入れられ，高い関心を集めています．ナノジルコニアは今までのイットリア系ジルコニアに比べて破壊靱性値が３倍で，水熱劣化もなく優れた特徴を有しています．破壊靱性値が強いため，コーピングの厚みをメタル同様の 0.3mm にすることが可能で，ショルダー部から軸面にかけて曲面で移行する様に形成する以外，舌側のフィニッシュラインはライトシャンファー形成で良く，通常のメタルボンド同様の支台歯形成が可能です．本講演では，当教室でこれまで行ってきたナノジルコニアに関する基礎研究データーと臨床例をお示し，最新のメタルフリーの考え方と応用の実際，臨床経過などを整理しながら，ナノジルコニアを応用した最新のオールセラミックブリッジについて考えてみたいと思います．

O-82

高度骨吸収を伴う前歯１歯欠損へのアプローチ法の検討

佐藤　洋司[1]

高橋　正[1]、松下　泰子[1]、阿部　公人[1]

1）さとうデンタルクリニック

歯根破折や歯周病、外傷などで失った前歯部審美領域の歯槽骨を再建しインプラント治療を行う場合、外科的侵襲、感染、治療期間、審美性、長期安定性などに配慮した治療計画が必要不可欠だと思われます。

当院では、今回のテーマである高度骨吸収を伴う前歯１歯欠損症例に対して、この５つの要素を踏まえケースに応じて①チタンフレーム入非吸収性メンブレン＋骨補填剤②ＣＧＦ、もしくは吸収性メンブレン＋骨補填剤③チタンメッシュ＋骨補填剤の３つのアプローチ法で対応しております。

それぞれの利点、欠点、選択基準さらに今後の展望について皆さんでディスカッションできれば幸いです。

O-83

歯科用ＣＴとＣＡＤ／ＣＡＭの融合 ～インプラント治療における診断の到達点～

安藤　智也[1]

1）安藤歯科医院

近年、インプラント治療において歯科用ＣＴを利用したガイデッドサージェリーは目覚しい発展を遂げてきた。それにより今日では、歯科用ＣＴを用いた精密な診断と、その治療計画をそのまま移行できるサージカルガイドにより、安全で正確な手術が可能になっている。

また、今までインプラント治療の中で、ＣＴは診断と治療計画の立案、ＣＡＤ／ＣＡＭは最終補綴と全く別のものと考えられていたが、今後はＣＴとＣＡＤ／ＣＡＭとを融合させることで最終補綴のみならず、術前においても精度の高い診断が可能になり、真のトップダウントリートメントが実現していくであろう。

今回は、症例を通して術前におけるＣＴとＣＡＤ／ＣＡＭの両者を用いた診断、治療計画、サージカルガイドシステムによる手術、ＣＡＤ／ＣＡＭを用いた補綴の流れを紹介するとともに、今後のガイデッドサージェリーの展望についてお話ししたいと思う。

O-84

再修復デンチャーＲＩＤの臨床　第２報

武井　賢郎[1]

1）たけい歯科クリニック

欠損部を補綴修復する方法には、可撤性義歯、ブリッジ、インプラントがあり、欠損歯数や欠損部位、欠損形態、残存歯や対合歯の状態により適応方法が決定される。修復方法のオプションとして、予知性に不安がある天然歯をも支台として利用することが出来るリングとフレームで補強されたリインフォースド･リング･デンチャーの臨床応用を昨年報告した。今回、リングとフレームをプロビジョナルレストレーションに応用し、強度が大幅に増したことで多数歯欠損症例の咀嚼や発音等の機能性や審美性が長期にわたり維持され、プロビジョナルの脱離や破損等のトラブルを回避することができた。適応範囲が広いリインフォースド・リングの臨床応用について診査診断、作製方法等症例を提示し、考察を加えたい。

O-85

歯科用 CT について～診えなかったものが診えてきた～

山本　朋章[1]

1）D2 クラブ　山本歯科クリニック

当院では 2010 年 12 月に歯科用 CT 装置を導入しました。それまではパノラマ X 線写真や医科用 CT（ヘリカル CT）で撮影診断し、インプラント治療を行ってきましたが、歯科用 CT の導入で当院のインプラント治療は飛躍的に進化しました。その後 2011 年 10 月に、金属アーティファクト除去、CT 値変換技術などを搭載した CT 再構成ソフトを追加導入し、当院のインプラント治療は更にバージョンアップすることができました。この２つを取り入れたことにより、当院のインプラント治療がどのような進化を遂げたのか、具体的な症例をいくつか供覧いただきながら発表させていただきます。

O-86

単独欠損歯にインプラントを用いて捕綴を行った症例

富士田　謙介[1]

1）富士田歯科医院

歯牙が喪失に至る原因として、齲蝕、歯周疾患、根尖性歯周炎、歯根破折等がある。

１歯でも歯牙の欠損が生じると、両隣在歯の傾斜移動、対合歯の挺出により咬合の不調和が起こる。

その対応策としてブリッジ、部分床義歯、インプラント、移植等による欠損補綴が考えられる。

欠損部に対する補綴処置の選択基準として両隣在歯の状態（天然歯か補綴歯、生活歯か失活歯、歯牙の動揺度、歯周ポケットの状態）、対合関係、欠損部位、患者の全身状態、患者の審美的欲求、経済的問題、術者の技術、移植歯に関してはドナーサイトの問題を考慮し、抜歯に至った原因を追究し、なるべく再発、欠損の拡大を防ぐ治療戦略を考える必要がある。

隣在歯の保護を考えた場合、移植が第一選択と考えるが、今回はドナーサイトの関係からインプラントを用いて単独歯欠損補綴処置を行った症例を発表させて頂きます。

O-87

インプラントを用いた咬合再構成

谷尾　和正[1]

1）タニオ歯科クリニック

日常の臨床の中で多数歯における臼歯部欠損、不良補綴物など様々な理由により、咬合再構成を必要とする患者様が多く見られます。

優れたテクニック、マテリアルが報告されている中、インプラント治療は予知性の高さから、欠損補綴治療において必要不可欠な物となってきました。

治療の最終目標は、患者様の口腔内を機能的且つ審美的に導き、またそれを長期的に維持させる事だと考えております。

その目標を達成する為に、患者様のニーズをしっかりと把握した上で、資料収集、治療計画の立案、それに基づいた治療を行なう必要があると考えます。

今回は一症例を通じて、どのように治療を行なったかをご報告致します。

O-88

インプラント周囲におけるティッシュマネージメント

谷本　博則[1]

荒木　久生[1]

1）明海大学歯学部機能保存回復学講座オーラル・リハビリテーション学分野

インプラントの予後に周囲組織の状態が大変重要である．今回演者はテッシュマネージメントを考慮してインプラント補綴を行ったので考察を加え報告する．

症例：患者は右下が痛むことを主訴に来院した 34 歳の男性である．来院半年前に職場の検診で，46 の根尖病巣を指摘されたが症状がないため放置．来院直前になり同部位に咬合痛を認めたため本診療所に来院．

治療方針：主訴である 46 の感染根管治療を行ったが，症状の改善が認められないため抜歯し，インプラント補綴を行うこととした．

治療方法：抜歯窩周囲の骨壁が 2 壁性でフィクスチャー周囲に十分な骨幅得られないため，Staged Approach にて guided bone regeneration（以下 GBR）を行い，フィクスチャーの埋入後，2 次手術時に free gingival graft（以下 FGG）を行った．

考察：Staged　Approach で GBR と 2 次手術時に FGG を行ったことで，予後の向上を計ることができたと考える．

一般口演

O-89

コンピューターガイドを用いて上顎無歯顎に対して行ったインプラント即時荷重100症例の検証

山田　潤一[1]

郡　英寛[2]、松下　恭之[2]、築山　能大[2]、古谷野　潔[2]

1）福岡天神インプラントクリニック
2）九州大学大学院歯学研究院口腔機能修復学講座インプラント・義歯補綴学分野

上顎無歯顎に対する固定性補綴装置によるインプラント即時荷重の生存率は、Gallucci らのシステマティックレビューにて 95.4〜100% と報告されている。また、コンピューターガイディッドサージェリーは、低侵襲・短時間で正確なインプラント埋入が可能であると言われている。今回演者らは、上顎無歯顎に対してコンピューターガイドを用いてインプラントを埋入し即時過重を行った 100 症例の治療結果の評価を報告する。2008 年 9 月〜2012 年 3 月の間に当院を来院した上顎無歯顎患者のうち選択基準を満たす 100 名の患者を対象に、コンピューターガイドシステムを用いて 4 〜 6 本のインプラントによる即時過重を行い、その後の治療成績および手術時間、患者満足度の調査を行った。その結果、生存率は 98.3%、平均手術時間は 24 分、術後の痛みの VAS 値は平均 19.2 であり、術後の腫脹が見られた患者はいなかった。以上より、本手法は成功率が高く有効であることが示唆された。

O-90

Lateral approach を再考する ～サイナスアプローチの New コンセプト Hybrid Sinus Approach Technique～

洪　性文[1]

1）吉祥寺セントラルクリニック

一般開業医においてクレスタルアプローチを低侵襲とうたう傾向にある。

なぜならラテラルアプローチは、侵襲が大きく合併症を引き起こすリスクが高いという理由からである。しかし、ラテラルアプローチを選択せざるをえないケースが臨床上あるのも現実である。

それでは、低侵襲で確実なアプローチ法はないのか？自分の臨床結果をもとに工夫を加えたアプローチ、それが HSA アプローチである。今回、私なりのサイナスアプローチ法について述べさせていただく。

O-91

ＰＲＧＦを用いてインプラント周囲炎を治療した一例

加藤　嘉哉[1]

1）加藤歯科クリニック

現在、インプラント治療は従来に比べ適応症の拡大やインプラント表面性状の改良によってオッセオインテグレーションを早期に獲得できるようになってきた事などに伴い欠損補綴治療の選択肢として広く浸透してきた。

しかしインプラント治療の普及に伴い、治療後の様々なトラブルも増加している。

今回はその中の一つであるインプラント周囲炎を治療した一例を報告したいと思う。

報告を通してインプラント治療における長期的な予後の安定について考察したいと思う。

O-92

静脈鎮静法下に行ったインプラント手術において多発性の心室性期外収縮が認められた症例

鈴木　郁夫[1]

下川原　裕介[1]、丸山　啓介[1]、杉山　由起[1]
鈴木　佐栄子[1]

1）鶴見中央歯科クリニック

近年の急速な高齢化社会における口腔インプラント手術では、基礎疾患の罹患率の高い高齢者が患者となることが多い。また、手術に一般的に使用される歯科用局所麻酔薬にはアドレナリン（Ad）などの血管収縮薬が添加されており、Ad はカテコールアミン受容体を介した循環への作用を有するため、循環系疾患患者に対する影響に対して、注意深い監視をする配慮が必要であると考える。

今回の発表は、麻酔医のモニター監視下で静脈鎮静法を併用して行われた高齢者の患者に対する下顎に 6 本のインプラント体を埋入しフルブリッジで補綴した症例である。術前検査時のモニタリングについては、心電図に異常を認めなかったが手術の際に局所麻酔薬として日常ルーティンに使われている２％リドカイン塩酸塩（12.5 μｇ/ｍＬ Ad 添加）の使用直後に、多発性の心室性期外収縮（ＰＶＣ）が誘発されたと考えられたため内科医に対診の上、それに対処した症例について報告する。

O-93

ソケットリフトの臨床的検討

桑原　明彦[1]

江原　大輔[1]、安光　秀人[1]、大西　吉之[1]、江原　雄二[1]
神田　省吾[1]、山上　哲賢[1]

1）京都インプラント研究所

Ⅰ目的：
従来より骨内インプラントは骨内長 10mm 以上の埋入が必要とされてきたが，上顎洞や下顎管などの位置によっては骨内長 10mm が埋入できないことがある．今回，演者らはソケットリフトの臨床的評価をおこなったので報告する．

Ⅱ材料と方法：
対象は 1992 年から 2011 年までに来院した患者でソケットリフト 150 名，181 本を対象とした．方法は，埋入したインプラントサイズと埋入部位，埋入から現在まで，あるいは除去までの期間，補綴様式について調査した．

Ⅲ結果：
ソケットリフトは 150 名 181 本中，除去本数は 6 本でサバイバルレイトは 96.7%であり，ソケットリフトの補綴物は単独植立 16 例，連結冠 118 例であった．

Ⅳ考察および結論：
ソケットリフトの補綴物は単独植立が 16 例あるにもかかわらずサバイバルレイトは 96.7%と良好な値を示したが，上顎洞迷入した症例が存在した．

O-94

ミニスクリューを用いた、サージカルガイド安定への試み

佐藤　博宣[1]

藤田　大樹[2]

1）ウィステリアデンタルクリニック
2）エド日本橋歯科

昨今インプラント治療において、CT データからの治療計画、様々な Gide Surgery が普及しつつあります。そんな中、無歯顎インプラント症例においてはＣＴ撮影時の診断用ステントとオペ時の外科用ステントの位置再現性が乏しく、治療計画と異なる位置にインプラントを埋入してしまうという問題があります。そこで、ミニスクリューを用いてステントの安定を試みた手法を提言します。

ステントの位置再現性を向上することで、CT 撮影時の診断用ステントとオペ時の外科用ステントの位置を一致させることができ、その結果、計画した位置にインプラントの埋入が可能となります。

臨床例を通じてその方向性を探ります。今回の提案が今後の無歯顎インプラント治療の一助となれば幸いです。

O-95

無歯顎へのインプラント

宇根岡　大典[1]

1）うねおか歯科クリニック

欠損補綴における治療のオプションとして，インプラントは特別なものではなく，むしろ治療法の第一選択として挙げられる．

現在，日本は超高齢社会へと突入したが，歯の寿命は生命ほど長くなっておらず，多数歯欠損への対応と QOL の向上は非常に重要である．

そこで，今回上下無歯顎患者に対して，上顎を優先した治療計画を立案し，上顎 AGC，下顎インプラント維持のオーバーデンチャーにて，治療を行った症例を報告させて頂く．

O-96

コンポジットレジンの色差について

安光　崇洋[1]

1）やすみつ歯科クリニック

歯質の削除量を極力少なくし、最小限の侵襲で歯科治療を行うミニマルインターベンション（MI）という修復法が 2000 年に国際歯科連盟より提唱され、一般開業医にも広く浸透している。そのなかでコンポジットレジン充填は、感染した歯質のみを除去して修復を終える事の出来る MI コンセプトに合致した唯一の処置である。

しかし、各メーカーから発売されているレジン充填材料の色調については、メーカーよりシェードガイドが発売されており、各メーカー間にどのような知覚的な色の差、いわゆる色差があるのか等々が明らかではなく、選択に迷うところである。

そこで今回各メーカーのレジン充填材料の色の特徴を把握するため、直径 10㎜厚さ 1㎜の円柱金型窩洞に充填した円盤状のレジンブロックを製作し、その色調について考察を加えたので報告する。

O-97

歯内療法にマイクロスコープを取り入れてみて

谷本　幸司[1]

1）デンタルオフィス谷本

2011年5月、歯内療法に使用する目的で歯科用顕微鏡を設置して1年程が過ぎた。短い期間でもあり顕微鏡に関しては全くの初心者であるが、この間に経験したこと、考えたことをお話しすることで、マイクロスコープの導入を検討している方の参考になれば幸いだ。

顕微鏡を臨床で使用してみると、「見る」ということだけでも下準備や技術が必要であり、「見える」ことと「治療を行う」ということは全く別の問題であることを実感した。治療対象や疾病の原因を「見る」ことが出来ても、アプローチ法がわからないことが多々有り、従来肉眼での治療に使用していた器具が使いにくかったり、使用に耐えない場合があることも経験した。

しかし、見ることに慣れ、治療器具を充実させていくに従い肉眼で行なっていた治療に比べて、はるかに低侵襲で、確実な処置を行える可能性があることがわかってきた。今では、毎日の臨床になくてはならないツールとなっている。

O-98

低侵襲を重視した保存歯科治療

久野木　克典[1]

1）久野木歯科クリニック

歯科治療において重視しなければならないことは低侵襲の治療である。

その代表は齲蝕治療におけるダイレクトボンディングで、最小限の硬組織の切削によるコンポジットレジン充填処置を行う。

それは歯周治療、歯内療法においても同様のことがいえよう。これら3分野に共通するキーワードは、最小侵襲による患者本位の治療である。

今回、これらの3分野において低侵襲の治療を実践した症例を報告させていただきます。

O-99

歯牙移植の優位性を探る

虻江　勝[1]

1）みさと歯科

予後不良な歯を抜歯した抜歯窩や既に歯を喪失した欠損部に自家歯牙移植を行う際、移植歯として智歯が利用されることが多い。しかし、移植歯となる智歯の大きさ、根形態、萌出位置や移植歯を受容する移植床の状態は個々の症例において一様ではない。そのため、智歯のサイズが大きい、あるいは智歯の根形態が複根や湾曲している場合に、移植する智歯と受容側の移植床の適合が困難となることも少なくない。

今回、自家骨移植を併用して矮小歯の智歯を唇側に骨壁のない前歯部に移植した症例、複根の大きな智歯を抜歯窩に移植床の拡大形成を行い移植した症例等を報告する。歯科インプラントが普及した現在、自家歯牙移植を選択することでインプラント植立では得られない恩恵が得られる症例も多いと考える。短期の経過ではあるが、皆様にご供覧していただき、ご意見、ご指導を頂ければ幸いである。

O-100

オーバーデンチャーの臨床応用

大林　敏[1]

1）鴻之台歯科診療所

近年高齢化社会を迎え歯科医療の現状は大きく変わってきている。

要介護者や寝たきりの人に対する清掃管理の利便性を考えるとメインテナンスも簡便でなくてはならない。そのような中で、オーバーデンチャーは一般的に歯肉粘膜や天然歯あるいはインプラントに維持され着脱可能のため清掃性に優れているため有用であると考えられる。

今回紹介する義歯は維持装置にアタッチメントを応用し、比較的簡便で、調整が可能で、かつ修理にも対応しており様々な欠損パターンにも対応可能なものである。テレスコープタイプのシステムには種々な様式があるが、可撤性補綴物の機能的保持法の中で、支持力・維持力・保持力を持つ。臨床例として天然歯残存のオーバーデンチャー・インプラントオーバーデンチャーそして主に天然歯とインプラント混在の咬合崩壊の症例を報告し、本維持装置の有用性を示唆する。

O-101

咬合接触状態の評価と臨床的意義 —とくに顎関節症患者のマニュピレーション前後の比較—

齋藤　善広[1]

1）くにみ野さいとう歯科医院

近年，藍色シリコンバイト材とカメラ付きPCによる咬合接触の分析装置が開発され，日常臨床において誰にでも簡便で客観的な評価が可能となった．

臨床的に咬合接触は，歯牙単位で適正に存在し，歯列上にバランスよく分布していることが理想と考えられるが，やはり，天然歯列者の咬合接触は補綴治療者と比べるとバランスが良くランクが高かった．また，健常歯列者と補綴治療後の患者において，開口障害を伴う顎関節症患者が来院したため，マニュピレーションによる開口量の改善を図ったところ，治療前後での咬合接触が変化していた．このことより，咬合接触は，現状の咬合状態を反映するものの，顎関節の状態によって変化することが示唆された．

包括的な歯科治療においては，さまざまな治療背景を集約し，結果として咬合接触が表現されていると考えられる．今回，本分析装置による咬合接触の臨床的意義について考察してみたい．

O-102

CBCTによるフェースボウトランスファーの再現性の評価

河原　優一郎[1]

中山　毅[2]、吉野　晃[3]、上川　明久[4]、大澤　一茂[5]

1）河原歯科医院
2）アクト・デンタルスタジオ　中山
3）吉野デンタルクリニック
4）上川歯科医院
5）大澤一茂歯科医院

上顎歯列模型を咬合器に装着する際，フェースボウを使用することは，広く認知されているが，フェースボウによって咬合器に装着された上顎歯列模型の正中矢状面と，咬合器上弓の正中矢状面とのズレが評価されることは少ない．今回，スライドマチックフェースボウと，阿部晴彦のSHILLA SYSTEMエラステイックフェースボウを使用して，上顎歯列模型を咬合器へ装着して，それぞれの上顎歯列模型の正中矢状面と咬合器上弓の正中矢状面とのズレを評価した．さらに，フェースボウを使用せず，CBCTデータから直接咬合器上弓へ上顎歯列模型を装着する方法を考案したので紹介する．そして考案した方法において，FH等の水平基準平面を最初に設定し，それに咬合器上弓を重ね合わせする一般的な方法より，最初に正中矢状面を設定し，それに重ね合わせる方が合理的であることを示し，フェースボウによって，何をトランスファーするのか，その意義について考察した．

O-103

生活を踏まえた咬合附与 (FGP法を再考する)

高橋　純一[1]

1）高知市あけぼのちょう高橋歯科　IMCD(近代臨床歯科研究会)

歯科開業医が基盤とすべき技術・知識の変遷や歯科医療に対する価値観や要求の変化は大きい。医療従事者が持つべき技術の習得、血の通った親切・献身と医療が本来持つべき誠実さや時代変化に対応する順応性が必要とされる。技術の進歩と共に心身管理の複雑化よってより多くの知識・勘所が必要となる。口腔内疾患も他の疾病同様、生活の中で病気になる要因が治癒する要因よりも多ければ悪化の一途を辿る。治療結果の成否が問われる時、治療前後の客観的評価が必要である。治療の成否の判断を客観的評価で行う事は、術者が必ず患者を救えると妄信してしまう救済幻想を戒める意味でも重要である。前回、咬合と頸椎の関係を考察した症例の続きとして、心身の変化を見極めFGP法とIPSインラインPOMを使用して歯冠修復を行う。客観的に心身管理を行う為の生活問診表は、日本歯科大学病院顎関節診療センターで丸茂義二名誉教授が考案した顎関節症診療予診表を使用する。

O-104

咬合調整（削合・研磨）過程における Dimensional change —その考察—

西山　和彦[1]

1）あい歯科クリニック

正常咬合の要件として，できるだけ多くの歯が顆頭安定位において均等な圧で接触することが求められる．臨床の実際では，咬合調整を効率よく，精確に，予測性をもって行うために日常使用している器材並びにバー・ポイントの接触圧において，どのくらいの削除・研磨量になっているかの基準をもつ必要がある．そのために以下の計測検査を行い興味ある知見を得たので報告する．

計測方法：
金銀パラジウムで被検材料を製作し，デバイスで固定，重量計にて削除圧を確認後
【切削材料】
[FG系]
ダイアモンドバーレギュラー，ファイン，スーパーファイン
[CA系]
カーボランダムポイント，シリコンポイント(白，茶，青)
【回転器械】
タービンハンドピース，エンジン5倍速ハンドピース，エンジン等倍ハンドピース
これらの組み合わせで，一定数回、削除・研磨した後，マイクロメーターにて計測し，それぞれの削除・研磨量の平均値を求めた．

O-105

コーヌステレスコープデンチャーを用いて咬合再構成を行った一症例

松本　篤樹[1]

鈴木　玲爾[1]、荒木　久生[1]

1）明海大学機能保存回復学講座オーラル・リハビリテーション学分野

歯周疾患により口腔内に様々な問題を抱えた患者に対し、一口腔一単位での包括的な治療を行い、長期的に良好な経過を辿るためには、炎症と力（咬合）のコントロールが不可欠となる。

今回私は、歯周疾患を有する患者に対し、まず基本治療を進めた後、下顎位の診査を行い、プロビジョナルレストレーションを作製し治療咬合を付与した。初期治療終了後の歯周組織の再評価時、上顎残存歯には 4 mm 以上の出血性のポケットが残存したため、歯周外科処置を行い歯周組織の改善を図った。補綴前再評価で歯周組織の状態が良好な事を確認し、上顎は残存歯の状態、配置からコーヌステレスコープデンチャーを選択し、歯周補綴を行なった。

術前に包括的な治療計画を立案し、炎症と力のコントロールを確実に行うことで、機能的にも審美的にも良好な状態が確立でき、患者満足が得られた。今後は定期的にメインテナンスを行い、注意深く経過観察していきたいと考える。

O-106

模型上での診断後、咬合調整を行った一症例

西山　孝樹[1]

1）はなのき歯科

ICP と筋肉位との不調和を診断するために、咬合器に装着した模型で早期接触や垂直的、水平的な顎位の変位を評価した。

あらかじめ模型上で早期接触などの問題点を抽出し、咬合調整する量をシミュレーションすることによって、患者さんの口腔内での咬合調整を最小限のものにし、症状を除去することができた。

日々の時間に追われる臨床の中で、疎かになりがちな診査診断でしたが、咬合器に装着した模型を活用することで、シミュレーション通りの調整を行い、想定されうる反応が起きたことで改めてその大切さを痛感した。今回はそのケースについて発表させていただく。

O-107

25 年の臨床から側方ガイドを再考する

武内　久幸[1]

1）壱番館デンタルオフィス

噛む事は動物にとって欠くべからざる事で、生命維持にとっても重要であることは言うまでもない。その噛み合わせは、三叉神経の固有性知覚が、脳の生命中枢である脳幹の中脳と直結されている。私はこの解剖的事実を重視して、25 年間臨床を行ってきた。その結果咬合の考えるべきポイントは、主に 5 つで①咬合高径②水平位③側方ガイド④咬合平面の方向⑤非機能時の力である。このうち昨年は①について発表させていただいた。今年は③の側方ガイドについて、従来より側方ガイド（犬歯ガイド）が大切だと言われてきた背景を論文（1987 年 Manns、2001 年玉置勝司）に臨床例を加えて発表したいと思う。側方ガイドを喪失した患者さんの咬合にガイドを付与すると、臼歯干渉がとれて全身的体調（自律神経的症状）まで改善していた。

O-108

咬合高径と顎口腔系の健康を考える

森田　憲司[1]

1）フォレスト歯科矯正歯科

顎口腔系を長期にわたり健全に保つためには、適正な咬合高径が保たれていることが必須であることは議論を待たない。日常臨床において、大掛かりな修復治療が施されていても、咬み合わせの不調を主訴として再修復を余儀なくされるケースに遭遇する。そのようなケースの大半は適切なメインテナンスをおこたり、適正な咬合高径が失われてしまっているように感じている。

今回、患者固有の適正な咬合高径を模索しながら修復処置をおこない、メインテナンスをとおして、顎口腔系の安定を目指している私の臨床への取り組みをまとめてみたい。

O-109

インプラントを用いたオーラルリハビリテーションにおける術中咬合管理について

渡辺　伸哉[1]

小山　浩一郎[2]、山口　康介[3]

1）渡辺富歯科医院
2）おやま歯科中通り診療所
3）こうすけデンタルクリニック

日常臨床において歯周疾患、長期にわたるカリエス治療、局所的な補綴治療の繰り返し、歯牙破折などにより臼歯部支持を失い咬合が崩壊していく、あるいは崩壊したと思われる症例を経験することも多い。

この様な症例に対し我々は、まず神経筋機構を考慮した適正な顎位を模索し安定化させることが治療の大切な最初のステップとなる。さらにバーティカルストップの確立、臼歯ディスクルージョンの獲得、アンテリアガイダンスの確立などを目標とし咬合治療を進めていく。

今回上顎両側臼歯部が欠損となり臼歯部咬合支持を失った同様な症例において、インプラント治療を応用し一口腔単位として全顎的な咬合再構成を行った症例を提示し、さらに考察、反省を加え報告いたします。

O-110

咬合崩壊が進行している一症例

前田　武将[1]

1）MAEDA DENTAL CLINIC

咬合崩壊した症例において、治療後の長期維持安定を計るためには、術前の正確な診査・診断とその診断に基づいた精密で確実な治療が求められる。
今回の発表では、咬合崩壊を起こした症例に取り組むにあたり、術前の診査で咬合器上において早期接触を確認。口腔内では中心位を模索するためにプロビジョナルレストレーションを３回装着、中心位の誘導には bimanual manuipulation により５回記録、採得し、さらにゴシックアーチ描記法でも確認を行った。今までは何となく咬合再構成を行っていたために、疑問に思うことも多々あったが、今回の症例にチャレンジし治療を行っていく中で、診査・診断をしっかり行うことにより病気の原因の確実な除去と各ステップで考えられるエラーを再評価することで取り除いていく大切さに気づかされた。

O-111

エイジングを考慮した咬合再構成

井筒　大輔[1]

1）井筒歯科クリニック

日常臨床において、診査診断の結果、大きな治療介入が必要と判断された場合、治療介入の大きさ、時期について頭を悩ますことは多いと思う。著しく低下した口腔内の健康状態を回復するには、インプラント、矯正治療、大掛かりな補綴処置というものが必要になることが多いが、インプラントには経年的なネック部の骨吸収や各パーツの劣化、矯正治療には後戻り、補綴物には経年的な劣化という問題がつきまとう。私たち臨床医は、これらのマイナス要素と、患者の年齢・全身状態・経済環境というものを考慮しながら、その人の人生という大きな時間軸の中で、どの時期に、どれだけの介入を、どれくらいの期間で行うのかという判断を下さなければならない。今回、咬合崩壊した80歳の女性に対して行った咬合再構成を通して、これらについて考察を加えたのでそれを報告する。

O-112

年齢を考慮して行った咬合再構成

島田　卓也[1]

1）島田歯科医院

中心位は修復治療を行う際に非常に重要な下顎位であるが、中心位と咬頭嵌合位とが通常一致することはないともいわれている。下顎位に咬頭嵌合位を選択するか中心位を選択するかのガイドラインを参考にしてみると、中心位の選択は減っているようにも思われる。

今回は術前の診査にて中心位と咬頭嵌合位との若干のずれが認められたものの、咬合高径の低下は認められないと診断し、治療期間の短縮および年齢的なことを考慮し、臼歯部インプラントにて咬頭嵌合位の下顎位を保ちながら、咬合再構成を行った症例を術後２年半の経過と共に報告したい。

O-113

全顎的な咬合崩壊に対してフルマウスリコンストラクションを行なった一症例

関　喜英[1]

1）せき歯科クリニック

患者は初診時、59歳の女性で、右上３、４、７、左上４、７、左下４、５、６、７、右下５、６、７が欠損し、咬合崩壊した不適切な顎位のままクラウンブリッジとパーシャルデンチャーによる補綴治療が施されていた。そのため、咀嚼障害と審美障害を訴え、欠損部にインプラント埋入と前歯部の修復処置を希望して来院した。

まずは不良補綴物をプロビジョナルレストレーションに置き換え、下顎両側臼歯欠損部にはパーシャルデンチャーを装着、咬耗、破折した前歯部切縁部をコンポジットレジンでビルドアップして顎位を模索していった。その後、欠損部にインプラントを埋入し、プロビジョナルレストレーションにて経過観察後、異常が認められなかったため、最終補綴物に移行した。現在、術後３年と短期間であるが、良好に経過している。

O-114

固定式と可撤式を併用した補綴処置

加藤　泰二[1]

1）だいき歯科クリニック・SADA

多数歯欠損補綴に対しては、義歯またはインプラントが用いられることが多いが、その多くは上下顎共に義歯またはインプラントというケースであると思われる。

しかし、患者の多くは可撤式より固定性の補撤物を選ぶことが多い中、インプラントを埋入するにはそれなりの骨量が必要であるが、骨量が極端に少ない場合には増骨する手法があるも患者がそれを望まない場合が多いため、上下顎共に固定性ではなく可撤性に頼らざるを得ない場合もある。

そこで、今回は下顎には十分な骨量があるにもかかわらず、上顎の骨量が乏しいケースで、しかもヘビースモーカーである患者に対して、可撤性と固定性を併用して咬合を回復したので報告したい。

O-115

補綴設計に苦慮した一症例

竹田　岳史[1]

1）竹田歯科医院

日々の臨床の場では、一つの問題のみでなく種々の問題点を抱えた症例に遭遇する事が多い。それに対して最小限の介入で最大の効果を得られる方法を選択したいと考える。そのためには、まず目の前にいる患者の口腔内に発現したトラブルの把握が必要になる。その原因は何なのか、それを追及したうえで、その原因に対する的確なアプローチが必要であると思われる。加わる力の要素、それぞれのバランスをどのように配分していけばよいのか。どうすれば長期的な予後が期待できるのか。また、起こりうるトラブルに対してどのように対応できるか。そのようなことを考慮しながら処置を進めていった症例を報告する。

O-116

下顎両側遊離端欠損に対しインプラント補綴を用いて咬合再構成を行った一症例

生方　真人[1]

荒木　久生[1]

1）明海大学歯学部機能保存回復学講座オーラル・リハビリテーション学分野

遊離端欠損症例において，長期予後を考慮し安定した咬合を与える事は重要である．今回，両側遊離端欠損症例にて，クロスマウント法を用いて補綴処置を行ったので報告する．

症例：患者は左下 67，右下 567 の欠損補綴処置を主訴に来院された 56 歳の女性．他院で局部床義歯を作製したが使用せず，欠損は 10 年程放置されていた．

治療経過：下顎欠損部にインプラント補綴を計画し，まず歯周初期治療と並行し治療用義歯を装着した．右上 12567，左上 167，左下 45 にプロビジョナルレストレーション（以下 PR）を装着し必要部位に根管治療を行った．下顎欠損部にインプラント１次，２次手術を行い，PR を装着した．上顎臼歯部に挺出があるためブロードリック咬合分析に基づき，PR の調整を行った．咬合の安定を確認後，クロスマウント法にて最終補綴物作製を行った．

まとめ：PR にて咬合の安定を確認した事から，最終補綴物へスムースに移行できた．

O-117

ブラキシズムにより咬合崩壊した症例へのアプローチとメインテナンス

西　耕作[1]

1）医療法人恵愛会西耕作歯科医院

補綴物を作製する際、審美的で長期維持・安定する補綴物を目指し我々は日々臨床に取り組んでいる。まず基礎資料より診査・診断を行い治療計画を立案しゴール設定を行う必要がある。

現状に至った経緯を聞き、問題点の改善を行わずして良い結果につながらない。

今回、上顎両臼歯部が欠損しブラキシズムをもつ60代女性患者に対し、基準点（正中、切縁、咬合平面、顎関節ポジション）をラボサイドと共有し、治療ゴールを設定した。

診断用ワックスアップより欠損部にインプラントを埋入した。そしてプロビジョナルレストレーションを装着し、機能・審美面の改善を得たケースについて治療ステップと最終補綴セット後のメインテナンス時のチェアーサイドでのチェックポイント（咬合接触関係）を提示したいと思う。

O-118

インプラントを用いて既存の咬合状態の確保を図った一症例

赤松　由崇[1]

1）あかまつデンタル

複数歯にわたる欠損や歯牙の著明な摩耗を生じている症例においては、もともとの顎位から変位している可能性が考えられる。そのような場合、既存の咬頭嵌合位で修復治療を行っていくか、あるいは中心位を模索して修復治療を行っていくべきか迷うことが多い。中心位を求めて修復治療を行う場合、その顎位に生体側が適応できるか、また適応するまでの時間がどのくらいかかるか予測がつきにくいことがある。一方で既存の咬頭嵌合位で修復治療を進める場合には、顎位が変わらない分治療期間の予測がし易い反面、理想的と思われる咬合状態の再現が難しいことがある。本症例では、著明な咬耗を認め強いブラキシズムを疑われる患者であったが、咬頭嵌合位と中心位のずれがないことを確認した上で、インプラントを用いて既存の咬頭嵌合位とアンテリアガイダンスの確保を図ったので報告する。

O-119

ブラキシズムに対する補綴物の選択

金光　泰典[1]

1）大崎ウエストシティタワーズ歯科

睡眠関連随伴症であり、反復性で相動的な咀嚼筋活動を特徴とした非機能的口腔運動であるブラキシズムは、歯牙、歯周組織、顎関節、筋肉への影響、さらには修復物など様々なところに影響を及ぼすため、我々の日常臨床において無視できない問題である事は間違いない。

しかしながら、ブラキシズムへの対応としては、ナイトガードや自己暗示法による負担軽減という対症療法に頼るしかない。

そこで今回、ブラキシズムによりアンテリアガイドが欠如した患者において、強い側方圧が加わったことにより生活歯が破折した部位に対しての修復処置を、長期の安定を図るべくマテリアルの観点から検討したので報告する。

O-120

濃縮血漿と三次元連通気孔構造ハイドロキシアパタイトを用いた骨造成術

菊地　晶[1]

1）きくち歯科医院

骨再生、骨造成が必要な症例において、濃縮血漿を使ったあるバイオテクノロジーを使用している。それは自己血を遠心分離し得られる血漿を濃度により分画し、濃い方は自家骨や骨補填材と混合、ゲル化させ、操作性の良い骨移植材となる。薄い方は血漿は同じくゲル化させることで自己フィブリンメンブレンとして使用する。これらによって骨形成速度を促進させ、軟組織の治癒を有利にする。そして濃縮血漿と混合する骨移植材として、歯科用として許認可を受けた新しいタイプの三次元連通気孔構造HAの骨補填材を併用することにより良好な結果を得ることができた。骨移植材として自家骨が有効であるが、患者の外科的侵襲も増し、量にも制限がある。HAは高密度焼結体でありこれらが骨に置換することはないと言われている。β-TCPは吸収速度が速すぎて必要な骨量が得られない場合もある。今回は特殊な構造をもつHAと濃縮血漿を使って骨造成させた症例を報告する。

O-121

審美領域への陽極酸化処理を施したアバットメントの応用

墨　尚[1]

竹市　卓郎[2]、池田　大恵[2]、犬飼　敏博[2]、加藤　大輔[3]

1）墨歯科医院
2）愛知学院大学歯学部冠・橋義歯学講座
3）愛知学院大学歯学部付属病院口腔インプラント科

Ⅰ．緒言
インプラントによる審美領域の修復において，チタンアバットメントを使用する際，インプラント周囲粘膜へのチタン特有の銀色の透過が問題になる場合がある．そこで，その透過を防止するため，アバットメントに陽極酸化処理を施し色調を金色に変化させ，インプラント周囲粘膜への色調の影響を防止する策を考案した．今回，Maynard の分類で４級に属し，粘膜が薄く，チタンの色調がインプラント周囲粘膜の色調に影響を与えることが危惧された患者に，そのアバットメントを使用し良好な結果を得たので報告する．

Ⅱ．被験者
48 歳女性．Maynard の分類では４級，上顎左側中切歯の欠損しており，両隣在歯は歯冠修復を施されているが，失活歯特有の黒変した歯根色が歯肉から透過している．

Ⅲ．結果と考察
陽極酸化処理を施すことにより金色を呈したチタン製のアバットメントの使用はインプラント周囲粘膜へのアバットメント色の透過を防止した．

O-122

インプラント周囲疾患治療の考察

小野寺　良修[1]

1）小野寺歯科

今、インプラント治療の大きな問題点として、罹患率の高いインプラント周囲疾患が取り上げられている。インプラント患者の増加は目覚ましい。当然だがインプラント周囲疾患患者も今後、激増していく可能性がある。研究結果も書籍、講演等で多く発表されるようになり、臨床応用出来るようになってきた。しかし、実際、臨床現場でどのような結果を出せているのであろうか？疑問に思われている先生は多いのではないだろうか。インプラント治療を受けた患者を術後、どのように診査して、どのように診断して、どのように治療して、どのような治療ゴールを目指しているのであろうか？それは臨床で可能な方法なのか？今回は、当医院でのインプラント治療後の取り組み方や、問題点を考察してみたい。

O-123

Immediate Implant を用いた前歯部補綴

坂田　晋也[1]

1）坂田歯科医院

近年、インプラント治療は日常臨床に広く応用され、確立された有効な欠損補綴の一手段となった。特に Immediate Implant（抜歯即時埋入法）は、治療期間が短縮でき、外科処置の回数も減少できることから、患者・術者にとって有益な術式と言える。しかし、抜歯処置により比較的短期間の間に歯槽骨の吸収が起こる事が知られているため、Immediate Implant は、抜歯後の最終的な歯槽骨、歯肉の形態を予測した位置に埋入することが重要である。

そこで今回は、Immediate Implant にて前歯部補綴を行った症例に対して、Immediate Implant の埋入ポジションを考察したので報告する。

O-124

清掃性を考慮したクラウン製作の取り組み

木村　好秀[1]

1）和田精密歯研株式会社大阪工場

クラウン製作時において、口腔内で長期的に維持や安定を計るためには、様々な要因に考慮しなければならない。その中でも清掃性に対する要因は特に重要であると考えている。

そこで今回は、支台歯の位置やコンタクトエリアを考慮した清掃性について、長期的予後安定を図ったクラウン製作におけるマージン位置からの豊隆の与え方について、未熟ではあるが私の日々の臨床での取り組みを通し述べさせていただき、ご指導、ご鞭撻いただければ幸いである。

O-125

上顎総義歯における金属床のススメ

園田　哲也[1]

1）園田歯科医院

日本は、高齢社会に入っており、無歯顎の割合は増加してきている。歯科疾患実態調査によると、65歳以上の高齢者の無視顎の割合は、全体の18%、後期高齢者は、31%を占めると報告されている。

今の治療のトレンドは、欠損部分に、インプラントを推奨する傾向にあるが、上顎は、ある程度の顎堤があり、適確な義歯を作れば、インプラントをしなくても、機能的には、十分満足のいく維持、安定が得られる。また、ボーンアンカーブリッジと比べると、審美の改善も容易である。

金属床の利点は、薄く、丈夫で、使用感に優れる点であり、何より、レジン床と、比べると、見た目の違いが、明瞭であるため、患者さんが付加価値を得やすく自由診療を選択しやすい。欠点は、リベースができない点が挙げられるが、これに関しては、適応を見極め、設計や、印象法を工夫すれば、クリアできると考えている。満足いく上顎総義歯の金属床を考えてみたい。

O-126

歯科訪問診療における吸着印象法を用いて製作した全部床義歯の使用率に関する報告

湯田　亜希子[1]

1）医療法人谷屋谷家歯科

Ⅰ．緒言：歯科訪問診療が適応となる高齢者は，全身疾患や認知症を持つ．また，体力低下を認め，治療は短時間が望ましい．これらの条件を満たす印象法は，従来の術者主導型の印象法よりも，患者の残存機能を用いた機能印象法の方が，時間的・技術的にも有利だと思われる．そこで歯科訪問無歯顎治療における機能印象法の有効性を知る目的で，術後の義歯使用率を調査した．Ⅱ．被験者：平成21年4月から平成24年1月まで当院訪問診療で，上下総義歯を作製した135名（回復期病院・施設・在宅における回復期～慢性期の患者）．Ⅲ．義歯製作方法：吸着機能印象法に則った個人トレーの作製、印象採得、義歯製作．Ⅳ．結果：作製義歯を使用して嚥下可能な食品を経口摂取できた割合を「義歯使用率」として評価し，高い使用率（88%）を認めた．Ⅴ．考察：吸着機能印象法に則した全部床義歯の作製は，歯科訪問診療において極めて有効であることが示唆された．

O-127

顎関節に器質的な異常が認められた二症例

熊谷　正浩[1]

1）東北公済病院歯科口腔外科

【緒言】：顎関節症様の症状を呈し、パノラマX線所見から他疾患と診断された症例2例を経験したので報告する。【症例1】患者：12歳、男性。主訴：口が開かない。現病歴：転倒し、オトガイ部を打撲した後、左側の顎関節部痛と開口障害を生じた。疼痛は軽快したが、開口障害が一時軽快した後に再燃してきた。パノラマX線所見：左側の関節空隙が一部骨で満たされていた。臨床診断：顎関節強直症。【症例2】患者：55歳、女性。主訴：口内の精査希望（乳癌化学療法前）。現病歴：数ヶ月前、一時期開口障害と咀嚼しづらい感覚を生じたが、その後自然に軽快してきていた。パノラマX線所見：左側下顎頭骨髄腔が膨隆し、一部皮質骨の連続性が失われていた。臨床診断：顎関節転移性腫瘍（乳癌）。【結論】パノラマX線所見は、顎関節症と類似の症状を呈し、かつ可及的早期に適切な治療を要すると考えられる顎関節強直症、転移性腫瘍の鑑別診断に有用だった。

O-128

診療室、訪問診療で今日から出来るタブレットタイプITの活用

高橋　敏[1]

1）高橋歯科医院

IT（Information Technology）は現在も目覚ましい進歩が見られ日々刻々と進化しているのが現実です。歯科界もここ10年位デジタル化の波が押し寄せています。歯科においてもより利便性が増し、あらゆる診療のシーンでビジュアルに分かり易くITの意味のごとく治療経過、説明を本人、家族、ケアマネージャー、施設の介助スタッフ等により簡単に出来る様になりました。今日では説明責任は当然で、今まで以上に詳しく要求される事が多くなるはずです。それらに対応出来る様にしなければならない世の中になりました。簡単なタブレットタイプIT、デジタルカメラ等を用いて臨床現場での経験の中で今日から利用できる簡単な方法を伝えたいと思います。

O-129

インプラント周囲炎の正体とその対処法

藤田　大樹[1]

1）エド日本橋歯科

昨年「インプラント周囲炎の正体とその分類」を発表し、臼歯部に起きた臼歯部のインプラント周囲炎の正体を考察しました。

その後の臨床研究からインプラント周囲炎の正体をより明確にすることができたので今年はこれをまとめ述べさせて頂きます。

そして、正体がはっきり見えてきた事でそれに対しての対処法を考察し、インプラント周囲疾患を起こさないために、我々歯科医師、歯科技工士、歯科衛生士ができる事は何か？インプラント治療患者のメインテナンスはどうすべきか？まで自身の考察を述べさせて頂きます。

皆様のご意見ご批判頂ければ幸いです。

O-130

インプラント補綴周囲における非可動性角化粘膜の獲得

小林　友貴[1]

1）医療法人社団 馨祐会　本厚木　小林歯科医院

インプラント補綴の予後を長期安定に導くためには，良好なプラークコントロールは不可欠であり，プラークコントロールを確実に行えるインプラント周囲の環境整備が重要である．特に，十分な広さの口腔前庭やインプラント体周囲の非可動性角化粘膜の獲得はプラークコントロールに有益であり，インプラント治療の予後を左右する大きな因子といえる．

そこで今回，二次手術時において，角化粘膜が顎堤上に十分ある場合は歯肉弁根尖側移動術を行い，角化歯肉がほとんど無い場合は口蓋より移植片を採取して遊離歯肉移植術を行った結果，インプラント周囲の角化粘膜の獲得により清掃が容易になり，良好なメインテナンスを実践することができたので報告する．

O-131

アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼアイソザイムキットを用いたインプラント治療の臨床例

永原　櫻子[1]

1）医療法人社団中川歯科医院

インプラント治療の長期メインテナンスにおいて問題となるのは、インプラント周囲粘膜炎やインプラント周囲炎である。

インプラント周囲における炎症の早期発見やその活動度の把握は、インプラント治療のメインテナンスにおいて非常に重要な要素となりうる。

今回、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ・アイソザイムキットを用いて、インプラント周囲の滲出液を採取し、炎症により破壊された組織から放出されるアスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ量を試薬溶液の色調変化時間により測定し、炎症状態を把握した上で、メインテナンスや後の治療方針決定に役立てた症例を発表するので、諸兄の御意見を伺いたい。

O-132

私の考える部分床義歯の到達点 開業医歴 36 年にして到達した部分床義歯

栗田　恒雅[1]

栗田　俊臣[1]

1）栗田歯科医院

若い先生の多くは部分床義歯の治療に対し大きな不安と苦手意識が強いと聞いている。確かに私にとっても、部分床義歯治療が他の修復処置と比べ、遥かに多くの技量と思考が必要であると実感している。このような中、再現性の高い咬合器を使用したナソロジーの理論に基づいた咬合を踏まえて、義歯を製作する。こうして出来た義歯は、患者にとって咀嚼に何等不自由なく、違和感もほとんど感じず、長期15～20 年以上も口腔内で機能している。今回、私の考える義歯を提唱するものである。

O-133

歯科用「刃物」のメインテナンス～エキスカベーターからハサミまで

西野　博喜[1]

1）ヒロキ歯科診療所

どの分野でも、一流の人ほど道具を大事にする。だが、歯科に目を向けると、常に器具を注意深く管理し、地道にメインテナンスを行うことは楽ではない。とりわけ手用切削器具では「鋭利に研ぐ」という作業に手間がかかる。

さて、以前誌上や本学会で、スケーラーを対象としたシャープニング・システムを報告させていただいた。本法の特徴は、微小なため不可視であった刃と砥石の接触状況を、三種の神器（①技工用エンジン②回転砥石③拡大鏡）によって可視化し、的確で素早い研磨作業を実現させることであった。

さらに今回は、この特異性を持つシステムがあらゆる歯科用「刃物」にも威力を発揮できることを解説する。実例ではスケーラー以外の切削器具（エキスカベーター、剪刀等）の研磨作業を紹介する。メインテナンスの手間が大幅に軽減されること請け合いである。

O-134

機能咬合論に基づいた咬合再構成　1 レジンシェルの使用方法と使用時期に関して

石橋　貴樹[1]

陶山　隆[2]

1）石橋歯科クリニック
2）陶山歯科医院

機能咬合論とは、口腔機能の中で特に“発語機能・咀嚼機能・平衡機能”に注目した咬合理論で、その治療目標は姿勢や顔貌などの改善の見られる下顎位で、良い口腔機能（咀嚼機能・発語機能）を営ませ、それを維持させようとするところにある。第一の目標である下顎位は、姿勢や顔貌、骨格系や解剖学的基準（頚椎の彎曲など）、発語運動の下顎の位置、筋肉の反応（アプライド･キネジオロジーなど）、そして自覚症状の変化などを参考に総合評価して決定し、その目標に向かって段階的な治療（第１段階～第４段階）を行っている。

今回は実際の治療の中で、顎位の維持やよい咀嚼運動の回復のために私たちが頻繁に使用しているレジンシェルに関して、その使用方法と使用時期を症例を通して簡単に紹介する。

O-135

機能咬合論に基づいた咬合再構成　2 第１段階治療でのレジンシェルの応用

黒木　道明[1]

永井　省二[2]

1）小松くろき歯科
2）医療法人　永仁会　永井歯科医院

機能咬合論に基づいた咬合再構成では、さまざまな条件（姿勢や顔貌、骨格系や解剖学的基準、発語運動の下顎の位置、筋肉の反応、自覚症状の変化）を総合評価して下顎位の決定を行うが、通常咬合崩壊を伴った症例では咬合を挙上させる場合が多い。しかし顎位が決定され、その下顎位でよい機能が確認されるまではできるだけ可逆的な治療が望まれる。

機能咬合論に基づいた第一段階の治療においては、歯周治療と保存治療をベースとして、咬合治療をしながら患者の反応をみる診断的治療の段階であるが、その中で私たちは可逆的な顎位決定治療の一つの手段としてレジンシェルを使用している。

今回は第一段階でのレジンシェルの作成方法と使用方法に関して症例を通して紹介する

O-136

機能咬合論に基づいた咬合再構成　3 第３段階治療でのレジンシェルの応用

濱川　悦郎[1]

濵田　眞人[2]

1）医）慧光会はまかわ歯科医院
2）はまだ歯科医院

機能咬合論に基づいた咬合再構成では、さまざまな術前の診査・診断をもとに段階的な治療手順を行なっている。その内容は歯周治療と保存治療をベースとして、咬合治療をしながら患者の反応をみる診断的治療の第一段階、さまざまな手術処置を中心にした第２段階、補綴物作成を目的とした第３段階、そしてメインテナンスを主体とした第４段階に分けられる。通常は、第１段階で下顎位の決定や顎関節周囲組織の条件を整えて次の段階に進むが、実際の臨床では補綴物作成の第３段階まで顎関節の症状が残存したり、下顎位が定まらなかったりすることがある。このような場合は再度スプリントを使用するなど、さまざまな工夫をして下顎位の再修正を行うが、その際もレジンシェルを応用している。今回は第３段階でのレジンシェルの使用例に関して紹介する。

O-137

機能咬合論に基づいた咬合再構成　4
—メインテナンスにおけるレジンシェルを用いたリカバリー —

永井　省二[1]

根井　俊輔[2]

1）医療法人永仁会永井歯科医院
2）ねい歯科医院

咬合再構成後のメインテナンスにおいて、補綴物の咬耗や破損、歯牙の破損（根破折など）や２次カリエス、歯周病など様々な問題が生じることがある。特に大きく偏位していた下顎位を修正して咬合再構成を行った場合では、新しい下顎位での適応による咬合離開（臼歯部咬合に隙間が空く現象）や逆に下顎位の後戻りや補綴物の過度の咬耗などが生じ、補綴物の再作製を余儀なくされることも時折経験する。

当院ではこのような場合、補綴物再作製までの暫間的な補綴物としてレジンシェルを使用したり、あるいはレジンシェルそのものを応用したリカバリーを行っている。今回はメインテナンスにおけるレジンシェルの使用方法に関して症例を通して紹介する。

O-138

機能咬合論に基づいた TMD 治療
レジンシェルを応用した治療例を中心に

林　聡[1]

1）はやしデンタルクリニック

機能咬合論に基づいたＴＭＤ治療においても、その治療目標は姿勢や顔貌などの改善の見られる下顎位で、良い口腔機能（咀嚼機能・発語機能）を営ませ、それを維持させようとするところにある。さまざまな症状を改善させるためスプリント療法を行うが、症状のとれた下顎位が適正かどうかの判断は、姿勢や顔貌、骨格系や解剖学的基準（頚椎の彎曲など）、発語運動の下顎の位置、筋肉の反応（アプライド･キネジオロジーなど）、そして自覚症状の変化などを参考に総合評価して決定している。そしてその下顎位に向かって段階的な治療（第１～第４）を行っていくが、特に不定愁訴の多い患者さんは、顎位や症状が安定し機能の改善が確認できるまでは、できるだけ可逆的な治療が望まれる。今回はこのようにデリケートな治療計画を要求されるＴＭＤ治療においてレジンシェルを応用した治療例を中心に紹介する。

O-139

二人三脚　～患者さんと医療従事者を繋ぐコーンビーム CT～

枡田　里加[1]

1）安賀歯科クリニック

当医院では診査・診断を行う材料としてレントゲン、歯周精密検査、口腔内写真、模型など採得し、それらを用い患者さんに説明していました。しかしながら患者さん自身に的確な理解を得ながら、正確に伝えることは難しく試行錯誤を行い説明していました。

歯科治療は『二人三脚』、つまり患者さんの協力が必要不可欠なことはいうまでもありません。二次元で診るレントゲンよりも患者さんの視覚に直接訴える事ができる三次元で診る CT 画像（高画質な３Ｄ画像）を使用する事が協力姿勢を向上させる強力なツールであると考えます。

そこで今回は、当院で CBCT を活用することで、より協力度が向上した患者さんに関して報告したいと思います。

O-140

プラークコントロールの改善が困難な患者への対応についての検討

稲田　明子[1]

吉川　沙絵[2]、入江　舞[1]、松本　智恵美[2]、藤田　絵美[1]
森川　紗里[2]、鶴田　美緒[2]、安里　愛子[2]、木村　徳子[1]
宮本　佳苗[1]、阪本　貴司[1]
1）医療法人 白鵬会 阪本歯科
2）大阪ペリオインプラントセンター

目的：プラークコントロール（PC）の確立が困難な患者への対応について検討した.

方法：当院歯周病科の患者で，PC の確立が特に困難であった 10 名の患者を対象とし，Plaque Control Record（PCR）を用いて PC の確立までの指導回数を調べた．PC の確立は PCR 値が 20%以下に達した時点とした．PC の確立までに 4 回以上の指導期間が必要であった患者を PC の確立が困難な患者とし，初診時，PC 確立時，メインテナンス開始時の PCR 値について検討した.

結果と考察：PC 確立までに要した指導回数は平均 5.0 回で，最多指導回数は 7 回であった．10 名全員が指導によって PC の確立を達成したが，10 名中 6 名はメインテナンス開始時には一旦確立した PCR が 20% 以上に戻っていた．PC の確立が困難な患者でも時間をかけて指導することで PC の確立は可能であると考えるが，一旦確立した PC も治療後に元に戻ってしまう事も予想され，そのため治療後も清掃指導は注意深く行う必要があると考えられた.

一般口演

O-141

BP（ビスホスホネート）製剤服用患者における歯科治療の留意点

西田　恵[1]

久保田　麻弓[1]、南　清和[1]

1）医療法人健志会ミナミ歯科クリニック

BP（ビスホスホネート）製剤は骨粗鬆症などにおいて有効な薬であり、骨の維持には欠かせない薬剤である。口腔内においてのBP製剤の副作用としてBRONJI(顎骨壊死)となるケースが多数報告されている。したがって、私達歯科医療従事者として、BP製剤を知る事はとても大切であり、これからの歯科ではより理解力のある歯科衛生士が求められていると考える。

そこで今回、私達はBP製剤について考察し、口腔内においてBRONJIを引き起こす事無くBP製剤使用患者への前向きな治療、SPTを体験しその過程と経過を報告する。

O-142

患者満足度を上げるメインテナンス

佐原　由起[1]

加々美　恵一[1]

1）カガミ歯科医院

現在、メインテナンスは大切な医療システムとして定着し患者様も認識が高まっていると思います。当院においてもメインテナンスシステムを確立しそのほんとんどをハイジニストが担当しています。

内容しては、リスク歯を把握し全体の診査診断、全身状態、縁上縁下スケーリング、PMTC等を行います。

院内勉強会で先輩から学んだ“自分本位ではなく患者様に満足して頂けるハイジニストワーク”をモットーにメインテナンスを行っています。

数ある歯科医院の中から当院を選んで下さった患者様のため、長いお付き合いをさせて頂けるよう長期メインテナンスを目指しています。

今回の口演ではその様な当院のメインテナンスシステムのご紹介し、そして実際に満足度を得られたハイジニストワークをお伝えします。

O-143

禁煙指導と口腔内に対するアプローチ～私たちの取り組み～

坂中　亜衣[1]

1）さかなか歯科

喫煙習慣が様々な全身疾患の発症や身体への悪影響を及ぼすことは種々の統計により広く知られており、問題視されている。しかし、世間一般には喫煙が歯科の疾患とも関連がある事はあまり認識されていないのが現状である。喫煙は歯周病の発症や進行に強い関係を持った危険因子の一つであり、歯周治療を行う上で様々な弊害をおこし、治療の成否をも決める原因となる。基本治療の成果を高める上で患者様自身による自己管理や禁煙への意識改善へとつなげる事はとても大切である。その為に当院では、禁煙の重要性を十分に理解して頂き、禁煙実行へと支援できるようサポートしている。今回は、その取り組みと口腔内に対するアプローチの仕方について報告したい。

O-144

前歯部審美領域におけるホームケアとプロケアの必要性 ―臼歯部との比較―

東條　貴代美[1]

1）医療法人社団馨祐会 本厚木 小林歯科医院

今日の前歯部における補綴治療は機能回復のみにとどまらず，高い審美性が要求されるようになった．特に前歯部の欠損補綴を行なう際には，ブラックトライアングルを作らず下部鼓形空隙を埋めることが重視されるが，同時に清掃性は低下する．審美の獲得には歯肉形態の維持，特に歯間乳頭を保存することが重要と考え通常，臼歯部隣接面に対するアプローチとは異なり前歯部では歯間ブラシを使用しないよう指導している．同時にホームケアだけではプラークコントロールに限界があることを説明し，定期的にプロケアを行うことにより，ホームケアの質を低下させず，またプロケアとの両立を図る事によって長期的に良好な状態を維持できていると考える．今回，前歯部のインプラント補綴とブリッジによる補綴を通して，治療からメインテナンスにおける当医院の歯科衛生士が担う役割を報告する．

O-145

ライフステージに合わせた口腔衛生指導の概要

土田　郁恵[1]

久保田　由美[2]、東　和美[1]、佐藤　雅美[1]、山本　有花[1]

1）医療法人社団健歯会　イイノ歯科医院
2）やわたメディカルセンター　健診センター

現在、口腔衛生指導は妊婦、母親、幼児、児童、学生、社会人、老人と様々なライフステージにあわせて行われている。中でも次世代の口腔内環境に影響を与える妊婦や母親に対する指導は特に重要であり一般的な指導となっている。このような現状の中で虫歯や歯周病を感染症という観点から指導内容を考察した場合、母親になる以前の思春期女性に対する指導の必要性が示唆される。

今回、歯科検診が義務づけられていない専門学校に着目し口腔衛生指導を実施した。対象者は総合美容とブライダルの専門学校における専科選択前の1年生50名（女性）。指導内容に専門学校の専門性を加味した内容を加え、各個人の口腔内環境や習慣を総合的に把握できるリスク評価システムを利用し行ったその概要を報告する。

O-146

治療計画からメインテナンスまでの一症例～担当DHの関わりについて～

佐々木　國子[1]

山本　朋章[1]

1）山本歯科クリニック

当院では、歯科衛生士は患者担当制になっており、予防管理、治療管理を担っています。

今回は初診時からどのようにコミュニケーションをとり、治療に対するモチベーションを上げていくか。どのように全顎的な治療計画のコンサルテーションをおこなっているのか。患者さんが思っている疑問点、長い通院期間に起きる患者さんの心の変化、治療終了時から継続的なメインテナンスに移行するまでをドキュメントにまとめ発表してみたいと思います。

O-147

当院における治療計画のコンサルテーション

吉田　真帆[1]

山本　朋章[1]

1）山本歯科クリニック

当院では全顎的な治療が必要な患者さん全てに、治療計画のコンサルテーションを実施しています。口腔内写真、エックス線写真、スタディモデル、顔貌姿勢写真、グラビコーダー、歯科用CBCT、ペリオリスク検査、唾液検査、歯周精密検査等の各種臨床検査後、患者さんのご希望を伺いながら歯科医師と歯科衛生士がカンファレンスを実施して治療計画書を共同作成しています。

患者さんにどのような治療が必要で、どのくらい費用がかかり、治療を受けるとどのように変化をするのかをイメージして頂けるように、工夫を重ねて現在の治療計画書になりました。

今回は、その内容を発表します。

O-148

歯周矯正治療中におけるプラークコントロールについて

谷山　香織[1]

1）谷山歯科医院

歯周病を進行させる局所的因子としては、炎症性因子と咬合性外傷因子が挙げられる。炎症性因子の原因としてはプラークが挙げられ、咬合異常とりわけ叢生の存在は、清掃性の低下によるプラークの停滞と関連性があるとされている。また、咬合性外傷因子の原因としては、早期接触が挙げられる。そのため、局所的因子を軽減する目的で、歯周病患者に対して矯正歯科治療を適応することは非常に有意義なことである。しかし、歯周病患者に対して、装置を装着し矯正力を作用させることによって、病態を悪化させる可能性は、低いものではない。治療を成功に導くためには、私たち歯科衛生士の担う役割は大きく、治療中の患者管理が十分行えるように、口腔内を観察する目を養う事は、必要不可欠であると考えられる。

そこで今回、当院での歯周矯正治療を通して、歯科衛生士の視点から得られた知見について報告する。

O-149

広汎型重度慢性歯周炎患者に対して Er.Yag レーザーと電解機能水を用いて対応したー症例

大川　秀樹[1]

神田　省吾[2]、江原　雄二[2]

1）いそ歯科医院
2）京都インプラント研究所

目的：歯周組織破壊が著しい広汎型重度歯周炎患者では一般的な慢性歯周炎と比べて歯周治療の反応が不良となる事が多い。そこで Er.Yag レーザーと電解機能水を用いて歯周治療を行うこと、また電解機能水をホームケアと SPT に用いることで歯周組織の改善をはかった。
結果：通常の初期治療後では「ＳＰＴ時のリスク評価」が高リスクであったが、Er.Yag レーザーと電解機能水を用いた初期治療後では中等度リスクに改善した。また細菌検査の結果、Er.Yag レーザーと電解機能水を用いた初期治療でも１部の歯周病菌しか抑制できなかったが２回目の SPT 時には Fn 菌以外は抑制できていた。
考察：広汎型重度歯周炎においても Er.Yag レーザーと電解機能水を歯周治療に用いること、また電解機能水を SPT とホームケアに用いることで抗菌剤を用いなくても歯肉縁下細菌叢を健全な状態に変化させ歯周組織を改善させる可能性が示唆された。

O-150

ラット頭蓋冠上の骨増大術モデルにおけるＨＡ処理の骨誘導効果の検討

吉野　浩正[1]

森田　聡[2]、石澤　正晃[3]、森　慎一郎[4]、高橋　慶壮[5]

1）ヨシノ歯科クリニック
2）森田歯科医院
3）いしざわ歯科医院
4）奥羽大学歯内・歯周療法学
5）奥羽大学歯内・歯周療法学教授

歯周疾患によって歯を喪失した患者に口腔インプラント治療を行う際には垂直的増大術が必要になる場合が多い。効率的な骨増大術の確立が望まれるが、骨再生の詳細な機序は明らかではなく、治療の難易度は高い。我々はラットの頭蓋冠上にチタン製キャップを設置して垂直的骨増大術の実験モデルを構築し、キャップ内の新生骨形成にかかわる機序を検討している。今回は、チタンキャップ内面にハイドロキシアパタイト（ＨＡ）コーティングした場合の新生骨誘導能を評価することを目的とした。ラット頭蓋冠上にチタンキャップを設置することで、キャップの内面に沿ってある程度の垂直的骨新生が可能であった。ＨＡ処理チタンキャップを用いた場合には骨新生量が有意に高かった（$p < 0.05$）。組織再生には細胞、足場およびシグナルが必要とされるが、足場の物性を考慮することで骨再生量を増大することが可能であると考えられる。

O-151

当院における Socket Preservation への取り組み

松延　允資[1]

1）松延歯科医院

抜歯後の形態変化については多くの論文があり，抜歯後歯槽堤は３ヶ月の間に約 50％（12.0～5.9mm）の頬舌的幅が減少するという報告もある．また，抜歯窩内においても窩洞本来の高さの約 50％が減少するとも言われている．その変化は骨壁の損傷度合いによって変化し，１または２つの骨壁が損傷すると線維性組織が窩洞の一部を占有しさらなる骨吸収が予測される．

この抜歯後の変化は，将来のインプラント埋入が困難になる，前歯部においてはポンティック部の審美障害を起こす，等の問題を引き起こす．

このような抜歯後に生じる問題への対応として，抜歯と同時に行う歯槽堤保存術が考案され，現在様々な試みが行われている．

今回，当院における Socket Preservation（歯槽堤保存術）への取り組みを，症例を通してお話ししたい．

O-152

重度歯周病治療においてサプリメントゼリー摂取の併用が有効であった症例 ―当院での患者への栄養指導と現実―

仲筋　宣子[1]

1）麻布なかすじデンタルクリニック

歯科治療における治療効果は、患者の栄養状態や生活習慣により影響されることは周知のことである。当院では治療の取り組みの一つとして、栄養学的な食事および生活習慣のカウンセリング指導を行っている。

しかし、指導にも係わらず、食事や生活の改善ができずに治療を繰り返す患者をよく経験する。そのような患者に、サプリメント摂取という手軽な指導により、繰り返していた症状の改善と患者自身が効果を実感したケースを経験したので報告する。

また、これらの経験から使用したサプリメントが重度歯周病の治療に併用することが有効と考え、その効果を検証するために臨床試験を企画・開始したので、臨床試験概要も合わせて報告する。

O-153

重度歯周病患者に咬合再構成を行った症例

芳野　博[1]

南　清和[1]

1）医療法人健志会ミナミ歯科クリニック

一口腔一単位で治療計画を立案する事は今や当然で、多岐にわたる治療方法の中から選択でき、材料は今後も急速に進化していくであろう。この莫大な情報量の中であっても、Morton Amsterdam 先生は正しい診断は一つであると言われている。この概念の下で治療に当たらず、予知性の低い治療を行えば、場合によっては医原性疾患をも引き起こし、口腔内は崩壊の一途を辿る事にもなり得る事を自覚しなければならない。それが歯周病の患者であればなおさら考慮しなければならない事、クリアしなければならない項目は数多くある。

今回は、重度歯周病で歯牙の動揺が著しく咬合力により、フレアアウトをおこし、咬頭嵌合位の定まらない状態から、初期治療、確定的外科処置を行い、プロビジョナルレストレーションによる長期観察によって得られた情報をもとに、補綴処置による咬合再構成を行った症例について発表したい。

O-154

自家歯牙移植の一症例

渡邉　拓朗[1]

1）一ツ橋歯科クリニック

右下６近心根抜去後の治療の続きという事で当院を来院された患者さんです。この方の近心根はなぜ抜根に至ったのか？治療の選択として何を適応するのがベストなのかを考えて、移植を選択したケースです。いざ、移植といっても術前、術中、術後と細かい所でみると手技もまちまちで、疑問も多く見受けられます。この症例では術前の診査の精度を高めるためにＣＴを活用しました。ＣＴ撮影がない当時はいろいろな工夫をこらして、術前の予測と準備をしていたと思います。しかしＣＴから得られる情報は膨大かつ有効で移植の成功率向上に大きく寄与していると考えます。今回は一つの症例を通して術前から術後、診査診断から補綴までを見直して発表させて頂きます。

O-155

歯内療法～治療経過から学んだこと～

柴原　由美子[1]

1）くらとみ歯科クリニツク

歯内治療を治癒に導くには、知識、技術、経験が必要である。私は卒後７年になるが、知識、技術はもちろん、経験の無さから治療の予後が予測できず、手探りの状態で治療を行ってきた。また、歯内治療の良し悪しは短期間で評価できるものではなく、その予後が重要である。そのため、経験値を高める目的で、自分の治療経過を客観的に評価できる資料として、規格性のあるデンタルエックス線写真を撮影するよう努めてきた。

今回は、治療経過を評価した際に学んだことと、下顎第二大臼歯の症例を提示させていただく。下顎第二大臼歯は、歯根形態、ペリオ、咬合負担の面から考えると問題が生じやすい歯である。治療の予後が予測できなかった樋状根や歯内－歯周病変を有する歯に対して行った治療経過を提示し、考察を行う。

卒後から現在に至り、歯科診療に奮闘した私の臨床記録として発表をさせていただき、先生方にご指導賜ることが出来れば幸甚である。

O-156

日常臨床下での嫌気的根管内細菌培養検査を応用した症例

東　宗弘[1]

1）中川歯科医院

日常臨床における、基本的の保存治療である根管治療においてチェアーサイドで行う嫌気的根管内細菌培養検査を応用した症例の報告をする。比較的頻繁にみられる根尖性歯周炎の原因となる感染根管治療において如何に効率よく、根管の無菌化を獲得するかは臨床家にとって重要な課題である。

嫌気的根管内細菌培養検査では、まず根管内容物の採取を行い、血液寒天培地への塗布をすることから始まる。次にチェアーサイドにて孵卵器に培地を入れコロニーの発育状態を観察する。多数コロニーを認めた場合、病変内の細菌構成物質感受性を抗菌性ディスクを用いて調べる。その結果を参考に、最も有効な抗菌剤の全身投与、局所投与を併用することによって根尖の無菌化を図り、再検査にて無菌性を確認した後に根管充填の検討を行うシステムである。根管治療器具が発達し技術革新が著しい昨今ではあるが基本的確認事項を怠ることなく臨床を進めていくことが重要である。

O-157

抜歯か？保存か？ ～その診断基準を考える～

古川　尊寛[1]

1）ふるかわ歯科

近年、欠損修復処置に、中でもインプラントの予知性が向上し、欠損補綴方法として第一選択となりつつある。そういった中で予知性の不確かな歯を保存するような治療方法を行うより、抜歯をしてインプラントをすることがよいと考えられる傾向にある。ただし最近の歯科雑誌などをみると、不適当な抜歯の診断により保存可能な歯まで抜歯となっているケースも存在することも事実である。

そこで今回、症例を交えて抜歯に対する判断基準を再考し、抜歯か保存かを診断する上で考慮すべき事項について考えたいと思う。

O-158

Utilization of TADs (Temporary Anchorage Devices) in the Recovery Cases

石井　彰夫[1]

1）石井歯科クリニック

臨床の現場では、リカバリーを余儀なくされた、あるいは必要である難しい状況に陥った患者を目の当たりにすることがある。

矯正治療後のリラップス、矯正治療中断（患者都合）や低品質な治療結果（審美障害、咀嚼障害）の改善のための再治療、矯正治療中の不測の事態（例：固定源のロス）への対応などが考えられる。

今回、抜歯スペース閉鎖後に歯列内全歯の同時移動をCW（Clockwise）またはCCW（Counter-clockwise）に行い、顔貌と上顎正中のずれを比較的早期に改善したケースを中心に、TADsのリカバリーケースへの有効活用について何例かご紹介できればと思う。

O-159

小児の咬合誘導　～今やるべきこと～

中　智哉[1]

1）医療法人信成会戸渡歯科診療所

咬合の長期安定のためには、適切なアンテリアガイダンスが必要不可欠であり、そのためには犬歯のⅠ級関係が必要である。そして、日常臨床では適切なアンテリアガイダンスの欠如により、術者・患者ともに苦労することが多いのが現実である。

そこで重要になってくるのが、乳歯列期から混合歯列期における咬合誘導ではないだろうか。この時期に適切な処置を施すことによって、高い確率でⅠ級関係を構築することができる。もちろん、骨格的要因により早期に完全が不可能なケースもあるが、多くの場合小児期からの咬合誘導により長期的な咬合安定のための条件を整えることができる。これは将来的にもMIにつながると私は考えている。

そこで今回は私が治療したケースを供覧し、小児に対する咬合誘導に関しての私見を述べさせていただく。ご指導、ご鞭撻いただければ幸いである。

O-160

上顎前歯部のフレアアウトを伴うアングルⅢ級不正咬合症例

山添　清文[1]

越知　佳奈子[2]

1）山添歯科医院・山添矯正歯科
2）新潟大学大学院医歯学総合研究科歯科矯正学分野

加齢に伴い多様化・複雑化した中年以降の全顎的な矯正治療は、治療方針の立案のみならず、動的治療中の管理、さらには保定後に生じる新たな問題にも苦慮する場合が多い。

供覧する症例は、初診時年齢49歳の女性で、上顎前歯部のフレアアウトが主訴であった。欠損は下顎右側第二小臼歯のみであったが、臼歯部咬合高径の低下とアングルⅢ級の咬合関係により、下顎前歯が上顎前歯を突き上げ、上顎前歯部はフレアアウトし、空隙と動揺が認められた。また、下顎左側第二小臼歯は著しく動揺し、保存不可能と考えられた。その他、歯内および歯周の問題も認められたため、初期治療後にコンサルテーションを行い、将来的な補綴処置に備える目的で小臼歯抜歯を伴う全顎的な矯正治療を行うことにした。現在動的治療終了後約3年を経過したが、本症例の治療経過につき私見を交え報告したい。

O-161

一般歯科医としての矯正治療の併用

津覇　雄三[1]

1）つは歯科医院

一般歯科医にとって歯列不正のある患者さんに対し、歯周治療、補綴治療、保存修復などを行うにあたり、プラークコントロールや咬合、審美的問題を無理な補綴治療や形態修正で改善をしようとしても予後にさまざまな問題をひきおこすことは誰でも日常臨床において理解していることである。そのため、より予知性を改善する為には LOT（Limited Orthodontic Treatment）、および全顎矯正は不可欠なオプションとして利用されている。

当医院においても、審美的目的、補綴前処置、歯周治療の一環としての LOT および全顎矯正を行っている。

今回は自分なりに一般臨床において補綴前処置として LOT、全顎矯正を取り入れた症例を提示し、考察を加え発表させていただく。

O-162

早期矯正治療により不正咬合になりえる因子を取り除く為のアプローチ

谷山　隆一郎[1]

1）谷山歯科医院

矯正治療の介入時期については議論のわかれるところである。永久歯列完成前、成長終了前に不正咬合になりえる因子を取り除く事は、それを放置した場合に起こる様々な問題を回避する事ができ、患者にとって非常に有益であると考えられる。また幼児期や学童期の患者に対する矯正治療の相談相手としては矯正歯科医ではなく、一般歯科医や小児歯科医がほとんどであり、相談を受けた歯科医師によって咬合異常に関するアプローチは大きく異なっているものと考えている。

早期に矯正治療を行う事で、その後の口腔器官の成長発育をよい方向に改善でき、結果としてより重篤な咬合異常にならぬよう配慮することが肝要であると考えている。さらに、一般歯科医においても矯正治療に対する正しい認識と知識、及び技量についての研鑽は不可欠なものであると考えている。

そこで今回、一般歯科に来院する小児患者に対してどのようなアプローチをすべきかを提案してみたい。

O-163

残根の矯正的挺出について　―予後 10 年から 25 年の症例を通して伝えたいこと―

森　克栄[1]

1）東京医科歯科大学卒業

Endodontic　Adjuncts の範疇に入る意図的挺出（Intentional　Extrusion）に関して分類整理してから代表的症例報告をします。

第１症例として、ポスト冠が脱落した残根の感染根管処置後、矯正的挺出を試み補綴したケース症例を提示します。

第２症例として人工歯冠の脱離による残存歯冠歯質が著しく崩壊していても、EPT（電気的歯髄診）による生活歯髄の保存を試みながら矯正的挺出を施したケースを提示します。その各々の治療過程における臨床上のヒントや興味あるエピソードを交えて諸先生と討論できればと思います。

なお、Endodontic　Adjuncts とは以下の様に分類されます。

① Intentional　Extrusion
a）矯正的
b）外科的
c）natural active Eruption
② Autogenous Replantation
③ Autogenous Transplantation
④その他

O-164

不正咬合を予防する

堀口　靖史[1]

1）堀口歯科医院・CDTC

包括的歯科治療の中で崩れた咬合を再構築する際には、全顎的矯正が必要である事が多いが、これは逆に言うと全顎的な歯列の乱れが咬合崩壊を招いている事が多いからだと考えられる。

故に包括的歯科治療以前に咬合を育成して、健全歯列を構築して行く事は予防的包括歯科治療と言う事が出来ると考えられる。

術者、患者双方に、大きな負担となる全顎的な治療をしなくてすむ。

ではなぜ、矯正が必要なのであろうか？　遺伝的な要因は確かにあるが、後天的な、環境要因が原因にある。悪い機能が、よくない形態を作る。その悪循環で、不正咬合は形づくられる。早期に不正咬合の芽を摘み取る事で、本来の正しい成長発育に戻す事ができれば、不正咬合は予防出来るといえよう。その為に、早期に関わることができる、かかりつけ医として、診るべきポイントをお話したい。

O-165

成長因子を応用したインプラント治療と矯正治療により咬合再構成した一症例

川崎　宏一郎[1]

1）川崎歯科・矯正歯科医院

近年複雑な問題を抱える患者には、専門性をもった歯科医師らが連携し治療に当たるインターディシプリナリーアプローチが必要であることは周知の事実となっている。しかしながらインターディシプリナリーアプローチによる治療において良好な結果を導くには、治療目標の確立、治療ゴールの想定、治療順序の組み立て、各専門分野の治療限界など多くのディスカッションが必要である。一方、一人の歯科医師が患者に対し総合的に診査・診断し治療に当たれば治療ゴールへの方向性をとりやすくブレが少ないと考えられる。また時間的、コスト的なパフォーマンスも良好であり患者にとっての負担も軽減できるものと思われる。今回、上下顎間関係の不調和を呈した欠損歯列に対し矯正治療、CGF（Concentrate Growth Factors）を用いたインプラント治療にて審美性・機能性の回復を行ない良好な予後を得たユニディシプリナリーアプローチ症例を報告する。

O-166

成長発育期の咬合誘導

酒井　志郎[1]

1）さかい歯科

成長発育期における動的咬合誘導の介入時期についてはエビデンスがなく個々に対処するしか方法がない状態である.

介入時期の選択基準のひとつとして将来本格矯正が必要になった場合の難易度を考慮することは重要であり特に左右非対称の歯列弓は顎位を変化させやすくまた顎骨自体も３次元的に歪んでいることが容易に推測でき本格矯正の難易度を上げてしまう.

今回骨格性２級，３級，骨格的１級ではあるが左右の対称性が無くなっている成長発育期の患者に対し早期に動的咬合誘導を開始し歯列弓の対称性を回復し良好な結果を得られることが出来た症例を報告させて頂きたい.

O-167

自家歯牙移植と歯科用インプラント埋入を同時に行った症例

三木　津佳奈[1]

大森　義弘[1]

1）医療法人社団中川歯科医院

自家歯牙移植の問題点を挙げるなら、インプラントのような規格性がないことが挙げられる。

自家歯牙移植自体の歴史は非常に古く、1950 年代より症例が報告され、以降数多くの長期的な経過報告が出されるようになってきた。

適応症を正しく選択し、移植歯歯根膜に不用意な損傷を与えなければ予後は非常によく、一つの治療法のオプションとして確立したものであると考えられる。

そこで今回は、移植により咬合を回復した症例と、インプラントを併用した症例を発表し、臨床的な視点からその利点欠点を検証したいと考えております。

O-168

歯牙挺出の有用性を再考する

谷本　亨[1]

1）タニモト歯科クリニック

私達歯科医師が、欠損のある口腔内を治療する際、欠損形態や残存歯の状態、炎症や力、患者の協力度など様々な要素を考慮してリスク評価を行い、治療計画を立てる。そして、計画の主役は無意識のうちにどう欠損を補うかに集約してくる。

残存歯を守りそれ以上の欠損拡大を阻止する、という本来の欠損歯列の治療目的に立ち戻ってみたい。

本症例では、可能な限り歯牙を保存しようという取り組みの結果生体の治癒反応をじっくりと観察する事ができた。

特に、歯根膜のもつ再生能力を最大限に活用した挺出による歯牙保存の試みは非常に有効であったと考える。加圧、受圧の問題点など、残した歯の予後に影響する要素についても若干の考察を加えてみた。

診査、診断、治療計画から治療結果に至るまで稚拙な内容ではあるが、忌憚ないご意見を頂ければ幸いである。

O-169

P.D. を用いて咬合再構成を行った症例

味岡　武志[1]

1）すずの木歯科室

患者は 65 歳女性。前歯がとれたという事を主訴に来院した。以前から当院に通院していたが、気になる部位のみの治療という対症療法的な治療が繰り返されていた。そこで資料採取後、口腔内の説明をし、同意が得られたため治療を開始した。

下顎は両側遊離端欠損で部分床義歯が装着されていたが、人工歯の摩耗等により前歯部のフレアアウトを伴い、咬合高径の低下が疑われた。

また、模型の診査においても同様に咬合高径の低下が疑われた。そこで治療用義歯を用いながら、咬合高径、咬合平面の適正な位置の模索をした。

最初、総義歯の製作にならい通法通り義歯を製作し、その後プロビジョナルを用いて口腔内で最適な顎位を模索した。同時に前歯部のフレアアウトについても、簡便な方法ではあるが部分矯正にて対応した。

治療の手順等に問題がないか、ご指導ご鞭撻頂けたら幸いである。

O-170

低位咬合に咬合再構成を行った一症例

石川　健[1]

荒木　久生[1]

1）明海大学ＰＤＩ埼玉歯科診療所

低位咬合症例に対し，スプリントおよびプロビジョナルレストレーションを用いて垂直的，水平的顎位の診査と咬合挙上を行い，咬合再構成を行ったので若干の考察を加え報告する．

症例：患者は，34 の修復物が脱離したことを主訴に来院した 53 歳の女性である．来院 1 週間前に同部位の修復物が脱離し，また 13 の違和感が気になるため，本診療所へ来院した．

治療方針：咬合の低下を認めたので，以前の咬合高径を再現するために，天然歯である 22，23，32，33 にワックスアップを行った．咬合挙上量と厚みを一致させたスプリントの使用により，下顎位の決定と咬合挙上量について診査し，咬合再構成のため，プロビジョナルレストレーションに置き換えた．上下顎の咬合関係の安定を確認し，最終補綴へ移行した．

考察：スプリントおよびプロビジョナルレストレーションを用いて下顎位の診査と咬合挙上を行うことで，安定した下顎位を獲得できたと考える．

O-171

下顎吸着義歯をつくる
～ 治療の時間＝命の時間 ～

飯田　倫太郎[1]

1）飯田デンタルオフィス

数年前までの私の臨床における下顎総義歯では、義歯内面を広く顎提に密着させ、耐圧面積を拡大することを目的とした作製方法を実践していました。

その後、日本顎咬合学会 佐藤勝史先生のハンズオンセミナー、某社主催 阿部二郎先生・亀田行雄先生の下顎総義歯吸着セミナー、某社主催 吉木邦雄先生の BPS 認定コース、日本臨床歯科補綴学会主催 小出馨教授の補綴基本 8ヶ月コースなどを受講し、てんとう虫スタディーグループにおいては、染谷成一郎先生や村岡秀明先生からのご教授や、仙台合宿での齋藤善広先生による下顎総義歯の吸着実習、その他、JDA セミナーや各種書籍など、数年にわたり様々な先生方から数多くの事を学ばせていただきました。

その結果、義歯全周が口腔粘膜に包み込まれ、吸着を目的とした下顎総義歯の作製方法へと私の臨床は変わりました。

今回、いくつかの症例をご提示させていただき、その結果を発表させていただきます。

O-172

日常臨床の見直し
～一口腔単位を見つめて～

大西　正嗣[1]

1）岡崎エルエル歯科・矯正歯科

我々の日常臨床において来院される患者においては、欠損部が長期的に放置されたままの口腔内の症例がよく見受けられます。この様な症例の治療は診査診断時に、単純に欠損部に対する処置で済むもの、顎位から改善が必要で全顎的に処置しなければならない場合もあります。後者の場合、治療計画における咬合高径を考慮した顎位と補綴設計は、治療後の予後に大きく関わることは周知のことです。

今回、自分自身の臨床手技を再度見直す事を含めた中、発表する症例は、咬合とパラファンクションにより、残存歯の磨耗が著しく見受けられる口腔内です。症例において「咬合高径を上げるべきか？否か？」、挺出を伴う咬耗における顎位の判断に苦慮する中、咬合平面、バーティカルストップ、アンテリアルガイダンス、そして天然歯の形態から見つめ直す審美など、基礎に基づいたそれぞれの手技を考察しながら、治療を行った症例をご報告したいと思います。

O-173

一臨床症例

小池　陵馬[1]

1）岡崎エルエル歯科・矯正歯科

昨今、欠損歯が存在する口腔内の治療において、インプラント補綴は欠損補綴治療の第一選択肢とされるようになっております。実際、インプラント補綴は、咬合と顎位の保持また残存歯、周辺歯周組織などの環境から考えると、有意な治療であることは周知のことであります。しかし、症例によっては患者の経済的背景によりインプラント治療を選択肢として取り入れることができない場合もあります。

このことをふまえた中、今回は欠損を有する歯列に対し、診査診断において、欠損部放置により起こった歯列の不調和や機能不全などの問題を捉え、はじめに部分矯正を行い、歯列を整えることで口腔内を単純化することを考えました。そして、患者の経済的背景も考慮する中で、アイデアルな治療にかわるプロセスよって、顎口腔系の審美的・機能的な改善を行なった症例を考察したいと思います。

O-174

骨植不良歯を維持歯として利用する一法

石幡　伸雄[1]

石幡　一樹[2]

1）東京医科歯科大学
2）いしはた歯科医院

近年、QOL の向上を目指して、欠損歯列に対してインプラントが多用されるようになって、ほとんどの人が義歯より良くかめる、違和感がないなどの良い結果が得られるようになってはきているが、昨今、一部新聞やテレビで取り上げられているように問題が表面化しているような状況にもある。インプラントには手術、短期間でメインテナンスを行わなければならないなどの性格上、切っても切れない問題なのかも知れない。

インプラントは欠損歯列が生じることによって使用されるものなのであって、これまで抜歯の対象とされてきた歯でも、何らかの方法を使って維持歯として使用できるようになれば、無理にインプラントを使用する機会も減るのではなかろうか。

そこで今回、演者の考案したこれまでは抜歯の対象とされてきた骨植不良歯をＰＤの維持歯として使用する方法について紹介する。

O-175

上顎前歯部欠損歯列において部分床義歯を用いて咬合再構成を行った症例

奈佐　浩史[1]

南　清和[1]

1）医療法人健志会ミナミ歯科クリニック

近年、欠損部への対処法として、インプラントを用いる症例が多くなってきています。一方、超高齢社会に突入し、部分床義歯に対するニーズも高まってきています。部分床義歯は、鉤歯の選択、人工歯の排列、顎堤の状態など、考慮しなければならない要素が多く、設計が難しいといわれています。

どのような治療法を選択するのか？それには患者の現状を考慮し、確固たる診査・診断の上、決定していく必要があります。そして、治療のゴールをはっきりさせ、一口腔一単位の治療を行うことが重要となります。

今回は、上顎前歯部少数歯欠損において、部分床義歯を用いて咬合再構成を行い、患者の満足が得られたので報告いたします。

O-176

インプラントを用いてフルクラムラインを改善させた下顎少数歯残存の１症例

山崎　史晃[1]

1）やまざき歯科医院

患者は、75 歳女性。上顎は無歯顎、下顎は左側に 4 歯のみ残存歯が偏在している為に、咀嚼が左側に偏り、義歯が安定しなかった。そのため、両側臼歯部の後ろ咬みを達成させ、下顎欠損補綴におけるフルクラムラインを安定させる事を目的に、下顎右側に 2 本のインプラントの埋入を行い、可綴式のインプラント支持を併用したデンチャータイプのオーバー局部床義歯を作製した。治療経過を比較すると、インプラント支持の併用、0 本よりも 1 本それよりも 2 本と、フルクラムラインの配置を改善させるほど、安定した後ろ咬みを達成することができ、患者満足度も高かった。可綴式の部分床義歯にインプラント支持を利用し、フルクラムラインの配置を改善させることは、強固な支持を回復させ、長期に渡る残存歯の保護と咬合の安定をもたらすことが示唆された。

MEMO

ポスター発表

P-1 ～ P-86

P-1

咬合再構成における治療経過

楠井　崇介[1]

1）カツベ歯科クリニック

咬合再構成が必要な症例について、咬合診断から治療計画を立て、プロビジョナルレストレーションまで装着した経過を報告する。

治療咬合の臨床的指標である、下顎位の安定、アンテリアガイダンスの確立、バーティカルストップの確立、神経筋機構との調和が、機能において大切なものと考え、本症例に取り組んでいる。

そして歯科治療において、最も大切なものは、確実な基礎資料収集による総合診断であり、基本的手技であると感じている。

P-2

多数歯欠損症例における咬合採得

松村　健司[1]

1）医）幸恵会カツベ歯科クリニック

インプラント全盛の時代だが、長期安定性を求めた治療を行うには、咬合の安定を築くことが大切であることは、今も昔も変わらない。特に多数歯欠損における咬合再構築時にはプロビジョナルレストレーションや義歯を入れて治療咬合を与え、顎位の安定をはかり、その上での適切なポジションへのインプラント埋入が必要となる。

今回の症例は、重度歯周治病を罹患しており、臼歯を喪失し咬合支持が無い状態であった。インプラント治療を希望しているが、初診時の状態では咬合が不安定で長期安定を望めない。そのため歯周治療を含めた咬合再構成が必要であると判断した。

初診時の顎位から、治療咬合を与えるにあたっての咬合採得に大変苦慮した。しかし、総義歯に準じた咬合再構成を行うことにでシンプルに対応することが可能であった。そこで症例を通して、多数歯欠損症例における咬合採得について報告しようと思う。

P-3

咬合再構成におけるレジンシェルの応用について

寺崎　恵多朗[1]

永井　省二[2]

1）寺崎歯科クリニック
2）永井歯科医院

咬合再構成の目標は、さまざまな条件の中からその患者さんに適した下顎位を決定し、その下顎位でよい機能を回復できる咬合関係を与えることにあると考える。患者さんに適した下顎位の決定は一つの方法にこだわるのではなく、患者さんの姿勢や顔貌、骨格系や解剖学的基準、発語運動の下顎の位置、筋肉の反応、自覚症状の変化などを総合評価して決定するよう心掛けている。しかし一旦決定した下顎位は長期にわたる治療の中で少しずつ変化することもあるため、適時再評価をおこなって修正する必要が出てくる。当院では再評価を行った後の下顎位の修正にレジンシェルを応用し、臨床上良好な結果を得ているので、今回その概要を報告する。

P-4

遊離端欠損を伴った咬合再構築の一症例について

原島　厚[1]

1）吉田歯科医院・明海大学歯学部機能保存回復学講座歯科生体材料学分野

目的：歯の欠損や歯冠崩壊により咬合支持を失っている症例では，三次元的顎位の再構成により咬合の安定を図ることが重要である．今回，不適合冠による口腔機能が悪化した症例に対し，インプラントを用いた咬合の再構成を行った．

症例：患者は詰め物が取れた，を主訴に来院した 50 歳女性である．初診時，不適合・破損冠による、咬合の不正・顎位の変位を認めた．治療方針として，欠損部にインプラントを用い顎位の修正を行い，垂直・水平的顎位の改善とガイドの確立を目的として，三次元的に咬合の再構成を行うこととした．スプリント装着，不適合冠の除去、インプラントを埋入後プロビジョナルにて垂直・水平的顎位を調整し、咬合と顎位の安定を図ったのち，最終補綴を装着した．

まとめ：咬合の再構成を行ったことで，本症例における問題点を解決することができ，患者の満足する機能的回復が得られたと考える．

P-5

永久歯　先天性欠如症例の咬合再構成

溝渕　宏幸[1]

1）溝渕歯科クリニック

目的：　永久歯　先天性欠如症例では、審美的、機能的障害が起きていることが多い。今回、咬合再構成により改善を行った一症例について報告する。
症例概要：　患者）17 歳男性　主訴）上顎前歯部の審美障害　現症）全顎に亘り多数（12 歯）の先天性欠如方法）歯列矯正により、歯軸、咬合平面、咬合高径の改善を行う。そして歯冠修復にてバーティカルストップの確立、アンテリアガイダンスの付与、審美的改善を行う。
結果・考察：　患者の主訴は、概ね改善できた。しかし、患者の年齢や生活の背景、希望も考慮し、術後が不安定な乳歯も残し治療。その為に、今後インプラント、その他の欠損補綴が必要である。

P-6

ゴシックアーチを用いた義歯臨床

相宮　秀俊[1]

1）二村医院

咬合崩壊を起こしている症例では、ゴシックアーチを用いた顎位の診断が有効です。
ゴシックアーチ診断のポイントは、ゴシックアーチの APEX の形態、タッピングポイントの二点です。APEX の形態は顎関節の機能障害がある場合には様々な形態を呈し、また、タッピングポイントは顎位が安定していなければ収束しません。
今回、診断と治療をスムーズに行うことを目的とした“ゴシックアーチ簡易診断フローチャート”を製作しました。このチャートを用いることで、トリートメントデンチャーでさらに顎位を模索する必要があるか、または最終補綴に移行できるのか、などの判断基準として活用することが出来ると考えています。
上下の顎位の決定は、人工歯配列の位置だけでなく、インプラントデンチャーにおける埋入位置に関しても影響があります。
以上の点を踏まえ、日常臨床にてゴシックアーチを用いる上で感じていることを発表させて頂きます。

P-7

顎関節症治療における咬合治療の役割-1

三宅　正純[1]

岩渕　良幸[2]、香宗我部　亜人[3]、波多野　一[4]、横山　徹[5]

1）あいび歯科・矯正歯科
2）岩渕歯科
3）こうそかべ歯科
4）波多野歯科
5）プラザ歯科

歯科医は咬合に目が行き、咬合で解決しようとスプリントを装着し、疼痛が解消すると原因が咬合だとし、存在する情緒的ストレス、行動、姿勢、頚部などが見過ごされているという。顎関節症の場合、開閉口時に疼痛、触診で圧痛が多少変化するので、開閉口時の疼痛、触診時の圧痛が変化しない場合は、顎関節症でないかもしれない。スプリントを中断して疼痛が再発すれば、咬合要因が強いことになる。咬合由来の顎関節症の考え方、CR への固執はされなくなり、咬合治療を行わないで、投薬、行動療法などのメディカルモデルの治療が取り入れられるようになった。しかし、矯正界では Roth、池田らの報告によって、顎関節症の原因は咬合であり、CR にこだわる考え方が根付いている。咬合は、顎関節症の関与因子であり、咬合治療が効果を示すのは、不正咬合、食いしばり、骨関節炎などに対してであり、スプリントで疼痛を緩和し、矯正治療を行うことができるのである。

P-8

夢ある“いわゆる生体咬合”を考える その２　新しい咬合概念の総論と各論の紹介

中村　昭二[1]

松久保　隆[2]

1）医）エヌアール日本生体咬合研究所
2）東京歯科大学衛生学講座

歯科医療には医科に行えない全身治療がある。それを未来の歯科医療と考えず学問にしてこなかった事が、現在の歯科医療の低迷を招いたと考えている。これまでに顎関節症、咬合関連症候群、むち打ち症、不正咬合患者の 5000 名を超える顎関節資料を採得・診断し咬合治療を行なってきた。そして、我々は咬合と脳血流、頭痛、聴力、顎関節症、頸椎、スポーツ運動能、重心動揺などの関係を長年の臨床研究から検証し、咬合重心（オクルーザルパワーゾーン）の存在を解明してきた。
目的：新しく頭頸部ファンクショナル・セオリー（5 大機能軸；頭関節を機能中心軸に、左右顎関節と左右オクルーザルパワーゾーンが機能）を報告し、さらに長年の我々の臨床研究の総括として、“いわゆる生体咬合”の総論；12 大項目とその各論；53 項目を提示したい。
まとめ：今回の生体咬合論が、夢ある未来の新しい咬合学の叩き台叩かれ台となることを切望する。

P-9

夢ある“いわゆる生体咬合”を考える　その３精密咬合紙の透過像診断の重要性（１）・・・咬合関連症候群およびプロスポーツ選手

中村　昭二[1]

星河　晴美[1]、松久保　隆[2]

1）医）エヌアール日本生体咬合研究所
2）東京歯科大学衛生学講座

従来の咬合紙は、咬合時歯牙に印記された咬合接触を診断し、咬合紙透過像の読影は重要視されてない。昨年マスコミで、歯根膜は、５ミクロン前後で反応し、脳にも影響を与えていることが報道された。我々は約 30 年前から、10 ミクロン前後の精密咬合紙を用いて、咬合紙上に印記された咬合接触インバランスを咬合調整することにより、多くの頭痛、肩こりなどの全身症状やスポーツ運動能を改善してきた。
目的；精密咬合紙（樹脂系フィルム）の使用法と読影法を紹介
材料；三色（赤、緑、青）の全顎精密咬合紙、咬合紙ホルダー、
咬合診査；
１．咬頭嵌合位（ハード・ソフトバイト）
２．下顎前後運動
３．下顎側方運動
４．下顎最後方位
５．右側・左側噛み締め（咬頭嵌合位）
６．三大機能反射
①姿勢反射（仰臥位、座位、立位、運動時）、②頚反射、③咀嚼反射
まとめ；精密咬合紙の選択・使用法・読影は、咬合治療の成功可否を決定する要因である。

P-10

夢ある”いわゆる生体咬合”を考える　その４精密咬合紙の透過像診断の重要性（２）・・・バイオパワースケーリング時の診査法

星河　晴美[1]

中村　昭二[1]、松久保　隆[2]

1）医療法人エヌアール　日本生体咬合研究所
2）東京歯科大学衛生学講座

バイオパワースケーリングとは、これまでの歯周治療の概念を越え、上下顎全体の歯周組織が改善・回復することにより、口腔のみならず、全身症状やスポーツ運動能力へも影響を与える治療法である。スケーリング後に、歯列全体の咬合変化が起きるのは自然である。
１．バイオパワースケーリングの治療効果
１）歯周病の改善
２）歯周組織の違和感
３）歯肉の血行改善
４）知覚過敏（余剰セメント残留や歯石由来）
５）補綴、矯正に対する歯周前後処置
６）咬合力の回復（咬合接触の三次元的変化）
７）頚椎をおよび生体の可動域の改善
８）スポーツ運動能の向上、全身の壮快さ
２．精密咬合紙の用い方
１）咬頭嵌合位；赤、側方運動；青、前方運動；緑を記録
２）咬合重心診査（オクルーザルパワーゾーン）
３）著しい咬合干渉や咬合障害を診査
４）キュアー（治療）ポイント発見
５）治療前・後の咬合接触状態の記録
まとめ：精密咬合紙は、歯周病治療の重要な診査資料である。

P-11

人工歯配列に苦慮したインプラントオーバーデンチャー

加藤　寛[1]

1）加藤歯科医院

インプラントオーバーデンチャー(IOD)は従来の粘膜支持義歯に比べよく噛めるが、対合歯に対する加圧因子に大幅な変化をもたらす。私は IOD に対して対合歯が通常のインプラント補綴及び天然歯は強い相手、床義歯は弱い相手と考える。また弱い方の力学的安定を優先した人工歯配列が義歯の安定、延いてはよく噛めることにつながると考える。よって臨床的には人工歯配列を、弱い方の顎の歯槽頂上に人工歯機能咬頭頂を位置づける等の、通常の粘膜支持義歯のように頬筋・舌筋のニュートラルゾーンにとらわれ過ぎない工夫が必要と考える。

P-12

リスクの高い患者に対する咬合再構成

久保　達也[1]

1）久保デンタルクリニック

緒言：カリエスリスクの高い患者さまの咬合再構成は治療上生活習慣の改善など基本的な指導の他、それを行うが故の注意が必要です。今回、そのような再構成の治療リスクを軽減する為、必要事項の考察を行いました。

症例：カリエスリスクが高い為引き起こされた、咬合崩壊症例について検討をおこなった。

結果：咬合再構成の後、現在は良好な経過である。

考察：崩壊に至った要素を排除し定期的なメインテナンス、咬合のバランスを保持することで再構成した咬合が維持できた。

P-13

カリエスから始まる咬合崩壊が予想される一症例

岡原　健至[1]

1）医療法人　和田歯科医院

歯を失う原因として、カリエスによるもの、歯周病によるもの、咬合力によるもの、もしくは、それらが複合したものが考えられる。さらに不良補綴物の存在はそれらの原因を助長している。

修復治療は審美性、機能を回復させ、構造力学、生物学的恒常性を満たすことで、術者が予測可能で、永続性のある治療へとつながる。

今回は、カリエスリスクが高く、不良補綴物が多数存在するため、将来、歯の欠損が予測されるが、幸いにもトゥースポジション、咬合高径、咬合平面といった歯牙の三次元的位置関係はそれほど問題ないと考えられる患者に行なった修復治療の１症例を報告する。

P-14

骨縁下欠損を有する歯の保存を試みた症例

高尾　洋平[1]

1）高尾デンタルクリニック

進行した歯周病における骨縁下欠損の原因はプラークだけでなく、外傷性の咬合力が増悪因子になっている可能性が高いと考えられる。

今回、右側上下第２大臼歯欠損状態で、保存困難と思われる右側上顎第１大臼歯の骨縁下欠損に対し治療を試みた。

まず、骨縁下欠損の改善のため、歯周基本治療の後、歯周再生療法を行うこととした。再生の条件を整えるため、創の完全閉鎖を意識して、粘膜骨膜弁の温存に努めた術式を選択した。再生療法により、骨の平坦化を目指しメインテナビリティを高め、補綴においては咬合力をコントロールするための咬合付与に配慮し、炎症をコントロールするため清掃性を意識した設計を行った。

以上のように、『炎症と力のコントロール』を念頭に置き治療を行った症例を提示する。

P-15

重度歯周炎による咀嚼障害を有する患者に対して咬合再構成を行った一症例

島田　成章[1]

松本　篤樹[1]、鈴木　玲爾[1]、荒木　久生[1]

1）明海大学機能保存回復学講座オーラル・リハビリテーション学分野

重度歯周炎患者の口腔内は、プラークコントロール(以下 PC)が不良で、動揺歯や移動歯が存在し、咀嚼時痛みを伴うことが多い。今回私は臼歯部欠損による咬合崩壊から、咀嚼時疼痛を訴えた患者に対し、歯周治療と咬合再構成を行った一症例について若干の考察を加え報告する。

患者は歯の動揺と咀嚼時疼痛を主訴に来院された63 歳男性。全顎的に PC が不良の上、中等度から重度歯周炎で、疼痛のため咀嚼障害を有する。全身疾患として糖尿病に罹患しており、HbA1c は 8.4 であった。

予後不良歯を抜歯し、治療用義歯の作製と並行して残存歯部に対して TBI、SRP を行う。粘膜調整を行い、安定が得られた後に最終補綴へと移行する。

治療用義歯と新義歯作製時にゴシックアーチを採得したことで、処置前後の顎機能の偏位の改善と下顎位の安定が確認でき良好な咬合関係が構成された。また、 HbA1c の低下が見られたことから、歯周基本治療がその一助になったと考える。

P-16

咬耗が著しいブラキサーに咬合再構成を行った一症例

松原　明日香[1]

1）松原歯科医院

咬合設定時の目的はただ単に理論的な咬合を作り上げるのではなく、個々の患者に対して生理的に適応する咬合を見つけ出すことにある。

今回、咬合崩壊をきたしたブラキシズムのある 75 歳の女性の患者に対し、パーシャルデンチャーを用いて咬合再構成を行った症例について報告する。しかし、順序立てた十分な計画も無く、オーバーレイの治療義歯で咬合高径を試行錯誤しながら顎位を決定後、最終補綴を装着した。

術後３年が経過したが現在のところ大きな問題は見受けられない。

よって自分が付与した咬合の妥当性について考察してみたい。

P-17

BPS（Biofunctional prosthetic system）を用いた咬合平面の再考（カンペル平面との比較）

藤井　元宏[1]

1）藤井歯科医院畑江分院

ＢＰＳは基本的に下顎法で咬合器にマウントする。下顎法は基準となる咬合平面が１つであるのに対し、上顎法においては、基準となる咬合平面はカンペル平面など複数存在する。下顎法は咬合器のボンウィル三角、バルクウィル角、顆路角に平均値でマウントされる。フェイスボウによる上顎法は、生体に近似したバルクウィル角、顆路角を設定できる。上顎法でカンペル平面に設定した咬合平面は、下顎枝と下顎体の長さによりカンペル平面と必ずしも平行になるとは限らず、微妙に変化することに気がついた。

今回、下顎法でマウントした場合の咬合平面は下顎枝と下顎体の長さに左右されないが、上顎法でマウントした場合の咬合平面は下顎枝と下顎体の長さに左右されることを述べたいと思う。

なお、今回は矯正のサッスーニ分類を改変して、カンペル平面と咬合平面の関係を９つの分類で表にしてみた。加齢的変化があると思うが、咬合平面の決定の参考になるのではないかと思う。

P-18

下顎位の評価における顎関節部ＣＴ撮影の重要性

覚道　芳宏[1]

加々美　恵一[1]

1）カガミ歯科医院

日常の臨床において顎関節に何らかの症状を抱えるケース、あるいは、顎位が変位していると思われるケースに遭遇することは決して稀なことではないように思う。

近年では病院の口腔外科などに限らず一般の歯科医院においてもエックス線断層撮影装置、とりわけコーンビーム型の CT 撮影装置が導入され普及してきている。

インプラント治療や歯内治療においてその有効性は広く認識されているが当院では前述の撮影、診断以外に顎関節部の撮影を行い、顎関節疾患のみならず咬合治療の診断・評価の一助として活用している。

とりわけ咬合治療においては、下顎位を変更する治療を行う場合があり、下顎位を評価するにあたり顎関節部 CT 撮影の重要性は高いと言えるだろう。

今回は咬合治療前後における顎関節部の CT 像の変化について発表したいと思う。

P-19

ＡＧＣを用いた術者可撤式クラウンの優位性

太田　史明[1]

1）ＡＲＩＳＴ　ＪＡＰＡＮ

現代のインプラント治療において上部構造体の固定法にはスクリュー固定とセメント固定があります。前者ではスクリューホールによる咬合の不備、審美性の低下、破折のリスク。後者においては、残留セメントの可能性、テンポラリーセメントの溶解、取り外しのリスクなど、様々な問題が混在する。セメントを介在させず、AGC の利点を生かした上部構造体により、メインテナンスや装着後の問題に対しての優位性を報告させて頂きたい。歯科技工士として製作したら終わりではなく、メインテナンスにも介入できるこのような方法論を考察したい。

P-20

患者さんのために義歯もエステティックにしませんか

貝沼　公仁[1]

1）Gerber denture service kainuma

セラミッククラウンの審美はいかに本物に近い形態であったり、自然感ある色であったりします、が現在の義歯はどうでしょうか？
単にピンクのレジン色でいいのですか？
繊維が入っただけでいいのですか？
歯肉形成だけでいいのでしょうか？
もしも義歯にステインができたならどうでしょう？
ならば義歯の審美も同じであっていいのではないでしょうか？
単にピンクのレジン色でいいのですか？
繊維が入っただけでいいのですか？
スキャロップがホワイティッシュからピンクのグラデーションであったなら？

ガムにステインができ安全（衛生的）で審美的な両方をもちあわせたエステティック　デンチャー　ステインで生命力のある義歯を患者さんにお届けしませんか？　きっと患者さんよろこびますよ！

P-21

咬合と補綴形態を考慮したメインテナンス

中谷　朋世[1]

1）医療法人幸恵会カツベ歯科クリニック

厚生労働省や日本歯科医師会により推進されている 8020 運動。

ですが、術者の知識不足やケアレスミスから大切な大切な一本の歯を抜歯せざるを得なくなる場合があります。失ってしまった歯牙は戻ってはきませんが、経過を考察することにより、貴重なデータとして活きています。

今回、大切な歯を守るための機械的プラーク除去法、科学的プラーク除去法に加えオーバーカウンツァのケア法、歯科衛生士にできる咬合の確認法を考察したいと思います。

P-22

ホワイトニングのケアについて

高槻　直子[1]

三好　瑠美[1]、南　清和[1]

1）医療法人健志会ミナミ歯科クリニック

近年、審美に対する意識が高まっている中、エステ感覚でホワイトニングを希望される患者が増えてきました。ホワイトニングを行う際に、ただ単に白くするだけでなく歯科医師と歯科衛生士が共に１人１人の口腔内を把握し、事前に説明を十分に行い納得して頂いた上で、その患者の希望に合ったホワイトニングを行う事が大切となります。より満足して頂く為にも、歯科医師と歯科衛生士が十分にサポートし不快感を取り除き、より美しい歯になるように導き、より良い手助けが出来たらと思います。

今回はホワイトニング開始から、ホワイトニング術中、およびホワイトニング後のメインテナンスについて報告したいと思います。

P-23

審美性を考慮した歯周組織の環境改善

福岡　真弓[1]

1）医療法人社団馨祐会本厚木小林歯科医院

歯周組織に病的変化を及ぼす要因として，プラークや不適合補綴物，口呼吸などの習癖，生物学的幅径の問題など様々な原因が挙げられるが，歯肉炎などの炎症はこれら複数の因子が複雑に絡み合って起こる場合も多い.

本症例は審美修復も兼ねての処置であり，審美性の獲得と歯周組織の改善を行うことが出来た１症例を発表する.

上顎右側１ラミネートベニア脱離を主訴に来院された患者に対し，発赤・腫脹，プラークコントロールの不良，口呼吸，不適合補綴物などの問題点が多く認められたことから，これらを改善し，オールセラミッククラウンにて補綴を行うこととした.

歯周初期治療にて多少の改善はみられたものの，前歯部に限局した帯状の炎症は消失しなかった事に焦点を当て，今回，生物学的幅径に起因するとみられる炎症の原因を歯科医師と連携し探ったので，若干の考察を加え報告する.

P-24

予防歯科に関する患者関心度調査と当院の取り組み

大邨　恵理[1]

1）小滝歯科医院

歯科治療において，予防歯科が重要な分野であることは言うまでもありません.

とりわけ，治療終了後に行うメインテナンスは治療の中長期的な予後を左右するため，歯科衛生士の果たす役割はとても重要です．当院では数年前に予防棟を増設し，年代に合ったメインテナンスコースを作り，PMTC や SPT に加えて細菌検査やレントゲン検査を含めたコースを増やし，予防歯科への取り組みを一新しました.

そこで患者様が予防歯科ついてどれくらいの認識を持っているか，当院のメインテナンスコースの認知度がどれくらいあるのかを，年代別，性別に調査を行いました.

この調査をもとに，当院における予防歯科への取り組みの問題点を整理して，今後への診療に活かしていきたいと思います.

P-25

リスク評価を活用した当院健診センターでの取り組み

久保田　由美[1]

土田　郁恵[2]、道辺　良美[1]、喜田　恵[1]

1）やわたメディカルセンター　健診センター
2）医療法人健歯会　イイノ歯科医院

口腔環境のリスク要因は生活習慣や全身の疾病状況等、特に歯周病リスクが心臓疾患に影響があるといわれている。健康支援を行っている当院健診センターで健康ドック、心臓ドック及び動機づけ支援として集団に行われている健康セミナー受講者に対し自己チェック及び指導により口腔環境と健康意識度の向上、リスクの軽減を目的とした指導を導入した取り組みを報告する。方法として対象者243人に個々が口腔内環境や習慣を総合的に把握できる「お口の健康バランスシート」を利用し口腔衛生指導を個別、集団に行った。リスク評価の結果から全身疾患や年齢、健康意識度が口腔内環境に影響をおよぼしていることが示唆される。健康支援としてのドックやセミナーで歯周病と全身疾患との関係を指導、啓蒙することが必須と考えられる。今後、治療サポートだけでなく医科と連携した口腔衛生指導、啓蒙の取り組みにおいて歯科衛生士の役割や活動の場が広がると考えられる。

P-26

当院におけるインプラント患者のメインテナンス方法について

奥田　唯[1]

1）中川歯科医院

チタン製の歯科用人工歯根としてのインプラント治療は、当初ブリッジ・義歯に代わる欠損補綴治療の一つのオプションとして位置づけられていた。しかし、近年では、欠損補綴治療の第一選択になってきており、当院でもインプラント治療を希望される患者が増加傾向にある。インプラントをより長期に安定した状態で維持していくためには、セルフケアだけでなく、歯科衛生士によるプロフェッショナルケアは必要不可欠となる。口腔内のケアを任せられる以上、私たち歯科衛生士は天然歯とインプラントとの周囲組織の違い、また、インプラントに起こりうるトラブルについて熟知しておく必要がある。そこで今回は、それらをふまえたうえで、当院ではどのようなプロフェッショナルケアを実施しているかを発表していきたい。

P-27

検診まで診るために

寺戸　あや[1]

1）自由が丘デンタルスタジオ

私たち歯科衛生士の仕事としてTBIは患者さんと接する重要な時間となります。医院のイメージともなるので患者さんに与える影響は大きいです。患者さんとの関わり合いの中で患者さんが望んでいる事や感じている事を日々汲んでいく必要があります。歯周治療をしていく上でそれがうまくいかないと来院が遠ざかってしまい、リコールに繋がらなくなってしまいます。今だけ口腔内を綺麗にするということではなく、これからも綺麗な状態を保つ為には定期的な長期の検診が重要です。その為には歯周病における患者さんの意識の改革やモチベーションの維持が必要です。今回は来院が途絶えてしまった患者さん、歯周基本治療を終えたが検診に至らなかった患者さん、3ヶ月ごとに検診に来て頂けている患者さんとを比べ、検診まで来て頂ける方と頂けない方を反省をふまえ、振り返ってみたいと思います。

P-28

患者さんと歯科衛生士

岡川　かおり[1]

1）自由が丘デンタルスタジオ

歯周治療は、虫歯治療と違い期間のかかる治療です。

私は、本院に入職して1年になりますが、本院ではP処をDHが担当制で行い、DH自ら治療計画を立て、Drと相談します。

レントゲンや検査より、Pの状態を正しく診断し治療計画を立てなければいけません。治療計画にそって治療を進めますが、患者さんの来院が続かなくてはP処の意味・効果は期待できません。

そこで、P処を継続して行うための必須条件は、患者さんとの「コミュニケーション」による「モチベーションの向上」だと私は思います。

上記の点に、日々悩みながらP処を行っています。

本症例は、患者さんとのコミュニケーションに時間がかかりました。その為、まだ治療途中の症例ですが、患者さんが耳を傾けてくれて、歯周治療を進めることが出来た一症例です。

P-29

PMTC～歯質を考慮した研磨剤の選択方法～

木村　宏子[1]

村田　千佳[1]、富本　里美[1]、南　清和[1]

1）医療法人健志会ミナミ歯科クリニック

私たちは今回、ＰＭＴＣについて考察し、その中でも特に研磨剤に重点をおきました。研磨剤に求められる役割は歯面を傷つけずバイオフィルムを除去し、歯面を滑沢化にする事です。しかし多様な商品が各社から販売されています。ＰＭＴＣペーストは種類が多く、その中から個々の症例に適したペーストを選択しなければなりません。そのため当院では、患者一人ひとりの口腔環境に合わせて研磨剤の種類を選択しています。今回は研磨剤の選択に際して考慮する点と、それぞれの特徴についてまとめましたので発表いたします。

P-30

スタッフとともに創る歯科医院 ～スタッフの離職率低下をめざして～

世良　千枝[1]

1）せら歯科医院

自院の組織創りにおいては、腐心していらっしゃる方も多いと思う。せら歯科医院も開業当初より試行錯誤を重ねたものの、スタッフとの意識のギャップは依然として大きく、開業５年間の離職率は約７１％にも上った。この５年間は、スタッフのみならず私自身にとっても、魅力のある職場とは、決して言い難い状況であった。スタッフの定着は、それだけで医院の信頼につながると考えている。スタッフの入れ替わりが激しければ、さまざまな支障をきたすだけではなく、場合によっては医院の存続さえも危ういものにしかねない。そこで、組織創りの第一歩としてまず行ったのは、お互いがよりよい関係を育むための場・機会の提供であった。良好な関係を構築するべくスタッフと共に努めた結果、離職率は約17%にまで低下した。今回は、この取り組みについて、組織の状況を把握するために行っている調査結果をもとに提示したいと思う。

P-31

インプラント周囲炎にさせないための当院での取り組み

新井　千裕[1]

1）やまびこ歯科診療所

インプラント治療を希望する患者さんが増えている中、インプラントのトラブルもまた増えています。その中にインプラント周囲炎というものがあり注目されていますが、インプラント周囲炎に対する決定的な治療法はないとされています。そのため、インプラント周囲炎にさせない必要があり、インプラントに対するメインテナンスが重要と考えます。私達が考えたメインテナンス方法、当院でのインプラントに対しての取り組みをご紹介したいと思います。

P-32

SRP を始める前に

山本　満里奈[1]

1）カツベ歯科クリニック

私はまだ、歯科衛生士３年目に突入したばかりです。SRP もまだ初心者に近い状態で、わからない事など沢山あります。まず、SRP を始めるにあたって大切な事を考えました。技術ももちろん大切ですが、技術の前に指の力が必要だと考えました。SRP 中に指が疲れてしまっては自分自身にも患者さんにも負担を与えてしまいます。そうならないために私は毎日、指のトレーニングをしています。そのトレーニングを今回の発表で紹介したいと思います。

P-33

「診る」「読む」「伝える」 ～炎症と力をどう読むか～

神田　真帆[1]

1）歯科石原医院

患者は十人十色。
日常臨床においてその人その人の性格、炎症、過剰な力などのサインを見逃さないことが、私たちＤＨに求められることだと考える。
「診る」患者一人一人の性格、悩み（心を診る）、口腔内に起こっていることを診ていくことが重要である。
「読む」それらを診ることで患者のリスクを把握し、そのリスクをもとに今後起こりうる症状、状態の可能性を予測すること。
「伝える」診て読んだことを患者に伝えモチベージョンを高めてもらい、信頼関係（ラポール）を築くことが治療を進めていくうえでは不可欠である。
今回は、すべての患者に「診る」「読む」「伝える」を行えるよう当院で工夫していることを、症例を交えながら発表していきたい。

P-34

食生活改善による歯肉の変化

東越　瑞絵[1]

1）医療法人社団馨祐会本厚木小林歯科医院

私はプラークコントロールが不十分でカリエスも多数存在する若い女性の患者様に出会いました．カリエスの治療と平行し，歯周初期治療を行いましたが，プラークの量に少しずつ変化は見られたものの，炎症の消失は見られませんでした．
ブラッシング指導を継続しながら，炎症を改善しない要因がまだ他にあるのかもしれないと考えた結果，今まで患者様と毎日どのような生活をし，どんな食事を摂っているのか，歯科治療以外で向き合ったコミュニケーションを取っていなかった事に気付きました．患者様との対話のなかで，毎日ジュースを飲んでいることや，食事を手軽な菓子パンで済ませていることが分かり，これらの事から糖質の摂り方が免疫力を低下させ，歯肉の炎症を改善しづらくさせてる要因の一つと考えられました．
今回食事指導を交え，私がどのように患者様にアプローチし，歯肉の変化に繋げていったのかを発表させて頂きたいと思います．

P-35

東日本大震災による診療体系の変化 ～福島第一原発事故を踏まえて～

遠藤　美鈴[1]

1）小滝歯科医院

2011 年 3 月 11 日の東日本大震災を経験した．震災当時，ライフラインが途絶えた中で診療を再開したが，思いがけず多くの患者が来院し，歯科が生活に密着した医療であることを実感した．
また，福島第一原発事故の被害も大きく出てしまい，震災後の過度な放射線報道による診療への影響など，診療体制も大きく変化した．
今回，東日本大震災により得られた経験をもとに，患者とのコミュニケーションの大切さ，緊急時対策の必要性，レントゲン被曝に対する配慮など診療体系の変化について報告する．

P-36

歯科衛生士歴 3 年のスキルで重度歯周病にどう向き合うか

遠藤　千晶[1]

1）小滝歯科医院

メインテナンスは，歯周病治療の一環として位置づけられており，不可欠なものである．つまり，時間をかけて行った歯周治療も，その後のプラークコントロールと適切な処置が継続されなければ歯周疾患の再発に繋がる恐れがある．
重度歯周病を伴った症例では初期治療，歯科医師による FOP 時，外科治療時，メインテナンス時の口腔内の状態にあったプラークコントロールが大変重要である．
特にメインテナンス期にある患者は歯周治療が終わったと思い込んでることも少なくない．したがって，リスクを残している部位などへの指導，モチベーションの強化が必要となる，
今回，重度歯周病患者２症例のメインテナンス記録を通して，その手技を検証し，患者の全身状態と口腔状態の関係，患者の生活環境を考慮した適切なオーラルケアの選択，またセルフケアの動機付けなど卒後３年目の歯科衛生士として充分な治療が出来ていたかを判定し報告する．

P-37

患者調査を行った結果

河内　志帆[1]

1）まめだ歯科医院

私は昨年歯科衛生士になり、今年で二年目になります。
一年間当院で働き、先生やスタッフ、患者様からたくさんの事を学ばせていただきました。
そこで、当院に通って下さっている患者様を調査し理解することで、もっと深く自分の働く医院を知ることができたらと思いました。
当院は「生涯歯科」という言葉を理念として、日々患者様と接しています。
これから「生涯歯科」において、歯科衛生士として何ができるのか、ということを含め、調査し分かったことを発表させていただきます。

P-38

ホワイトニング症例

高木　明日香[1]

細川　愛紗[1]、久保　達也[1]

1）久保デンタルクリニック

歯周病治療は必要性のある治療として一般に広く認知されつつあります。一方、審美領域であるホワイトニングは性別・年齢関係なく関心をもたれる方が多くなっていますが、歯周病の治療とは違って、絶対的治療ではないため、患者様、ご自身の希望を元に行う治療だと考えます。今回、歯周病治療を希望された患者様が、デンタルIQ・モチベーション共に上がり、意欲的になられ、歯周病治療終了後、ホワイトニングに至った症例を、当院で行っているホワイトニング治療の内容もふまえて報告させていただきます。

P-39

ホワイトニングを併用し、歯周治療を行った一症例

竹永　薫[1]

1）（医）ティースプランニング赤坂デンタルオフィス

歯周基本治療を行うにあたり、患者さまご自身のセルフケアが最も重要となります。私達歯科衛生士は、歯周治療に携わる為の知識や技術はもちろんですが、患者さまのモチベーションを上げるテクニックが必要になります。しかし、モチベーションの維持や継続が難しい場合もあり、悩む事もあります。
今回は、歯周治療にホワイトニングを併用したことで、患者さまのモチベーションが上がり、良い結果が得られたので症例を発表します。

P-40

継続してＰＭＴＣを行う理由とその効果

坂本　菜緒[1]

1）自由が丘デンタルスタジオ

私達、歯科衛生士が行う業務の中で予防はこれから重要な役割であり、その中でもＰＭＴＣを継続して行うことで高い予防効果にも繋がります。
そのＰＭＴＣを行うことでの効果というものが私達自身が理解していないと患者様にＰＭＴＣを勧めることもできません。
今回はＰＭＴＣを継続して行うための理由、術式をまとめてＰＭＴＣの効果を患者様に理解してもらうことでメインテナンスの重要性も同時に理解して頂くことができ、更にはリコール率も上がっていくと考えています。
また、適切なメインテナンスの管理をしていけば信頼度も高めることができます。私達ができること
予防・管理に繋げるための一症例を紹介します。

P-41

矯正治療における歯科衛生士の役割

西海　香屋子[1]

高橋　持賀子[1]、川嵜　智子[1]、渡邊　昌代[1]
南　清和[1]

1）医療法人健志会今津ステーション歯科クリニック

今日では小児だけでなく成人の矯正治療も増えてきていますが、矯正治療により、機能や清掃性の回復ができても、術中に起こる問題は無視できません。矯正治療中の歯牙には様々な装置が装着され、口腔内では清掃性の良くない状況が何年も継続するため、適切なメインテナンスを続けなければカリエス、および歯周病を引き起こしかねません。

私たち歯科衛生士は、矯正治療中に起こり得る問題を回避して、患者さんに満足していただけるよう、矯正治療中に患者さんに理解していただくべき事をしっかりとお話しし、患者さん自身によるプラークコントロールの確立とモチベーションの維持、そして適切なPMTCをおこなう必要があります。

今回、当医院の歯科衛生士が、矯正治療中の患者指導・PMTCに対してどの様な取り組みをおこなっているか報告します。

P-42

インプラント手術成功へのアシスタントが出来る大きな役割～準備と滅菌～

中島　千佳[1]

池田　杏[1]、泉　加奈江[1]、南　清和[1]

1）医療法人健志会ミナミ歯科クリニック

歯の治療は清潔な環境のもとで滅菌・消毒した器材を用いて行うが、とくにインプラントの治療はディスポーザブルの器材を多用するなど、徹底した衛生管理下で行う必要がある。

インプラント手術において『感染症』は最も避けなければならない偶発症の１つである。術部が感染すると、場合によってはインプラントを撤去しなければならなくなり患者に多大な負担をかけてしまう。そのため可及的な無菌的手術が不可欠になる。

これらのことをふまえ、インプラントアシスタントは手術の準備から術中のアシスタントワークにおいて、清潔・不潔の区別をしっかりと理解しておく必要がある。

そこで今回、当院で実際行っているインプラント手術におけるアシスタントの役割をまとめたので報告しようと思う。

P-43

患者様が安心できるより良い環境づくり

古瀬　裕美[1]

島田　真由美[1]、南　清和[1]

1）医療法人健志会ミナミ歯科クリニック

患者様に安心して治療を受けて頂くために、求められるものとは何か。

歯科医師、歯科衛生士の高度な医療技術や最新の医療設備、スタッフの接遇マナーはもちろん、落ち着いて過ごせる環境を整えることが必要と考える。

患者様がリラックスできる空間をつくり、不安感を取り除き、患者満足度を向上させることが、結果として医院と患者様の信頼関係を高める一因にもなりうるのではないか。

「くつろぎ」や「安心感」を与えるというメンタル面への心配りについて、当院で行っている取り組みを紹介したいと思う。

P-44

よりよい歯科医院にするための接遇

清水　純恵[1]

岡部　香菜子[1]、江川　絵里花[1]、南　清和[1]

1）医療法人健志会今津ステーション歯科クリニック

現在、歯科医業は「サービス業である」と定義され、コンビニエンスストアより多いと言われている。数ある歯科医院の中で患者様から選ばれる歯科医院を目指すためのよりよい接遇について考える。

待合室での数十秒の短い時間のコミュニケーションで、その医院の印象、雰囲気、好感度が人々に伝わる。心地よい礼儀正しさの雰囲気は、その先の治療のやりやすさにも繋がると考えられる。そこで重要になってくる接遇について、主にあいさつ、笑顔、言葉遣い、コミュニケーションのとりかた、信頼と好感のもたれる応対のしかたについて、文献からとスタッフの意見、医院の方針などを交えて考える。

日頃私たちが取り組んでいることや、気を付けていることを見つめなおし、今後の向上のために私たちが出来ることを発表したい。

P-45

口腔内に合わせたPMTC

花　早苗[1]

1）まめだ歯科医院

人によって口腔内の状態は様々であり、セルフケアのみでは生涯、自分自身の歯の健康を保つことが難しいのは明らかです。

当院では「生涯歯科」を掲げ、一生涯自分自身の歯で食事を、そして生活をしていただきたいと思い、毎日診療しています。

また近年では、インプラントを打たれた患者様が増えてきており、より細かい厳しいメインテナンスが重要と考えています。

今回は、普段行っているPMTCについて発表したいと思います。

P-46

低侵襲なソフトティッシュマネジメントを目指して

藤岡　直也[1]

1）医療法人恵翔会なかやま歯科

歯肉の性状が著しく薄く，咬合力，ブラッシング圧などの要因により退縮している根面に対して，歯肉のバイオタイプをthinからthickへと環境を整備することは，知覚過敏，補綴物のマージンラインの維持，またインプラントにおいては周囲の血液供給の確保に有効という認識は定着されつつある．日常の臨床において，そういった症例に遭遇するが，外科的侵襲性というデメリットで敬遠されがちであったのも事実である．

近年，マイクロスコープ及び専用インスツルメントの普及に伴い，極力低侵襲で施術できるようになってきている．当院ではエンベロープ，ランニングテクニックを有効に用い，歯科用顕微鏡下で患者の苦痛軽減を図ることが可能となってきた．歯槽堤増大術，根面被覆，歯間乳頭の再建などの応用例があるが，今回は根面被覆に焦点を絞り数症例を通して臨床結果を報告したい．

P-47

マイクロ・スコープの臨床　パート２

岸本　省三[1]

1）岸本歯科

マイクロ・スコープの導入により、トレーニングを身に付けることで、根管内側壁の起因物質（スメア層）をより確実に除去し、緊密に充填する事ができるようになってきた。それにより予知性の高い根管治療が可能となった。レントゲン所見のみでは、判別し難い破折やパーフォレーションにおいてもマイクロスコープを用いることで、歯牙保存の判断基準を明確にすることができる。

今回は、部位別に、CTを撮影し３次元的にシュミレーションする事により、マイクロスコープを使用した臨床ケースを提示したい。

P-48

CBCTで診る歯内療法の治療戦略

森川　秀典[1]

1）吉松歯科医院

近年、歯科用CBCTの普及が急速に進み、インプラント治療　歯内治療　歯周治療など多岐にわたって応用されている。さらにそれぞれの分野における診断方法についても確立されつつある。

CBCTの使用により、歯根・根管形態（形態・数・大きさ・位置）、歯根破折（部位・方向・状況）、周囲組織との位置関係（上顎洞・オトガイ孔・下顎管）、根尖病変（浸潤程度・歯内歯周病変）、根管治療の不備（パーフォレーション・根充不良）などが三次元的に把握することが可能となった。以上の項目の診査が歯内療法の治療戦略に反映されると考える。

そこで今回、当院のCBCT画像を用いて、CBCTにおける歯牙の解剖学的形態（根管数）に焦点をあて調査結果を報告するとともに、日常臨床の症例を供覧する。

P-49

スプリント療法により復位性関節円板前方転位が改善した一症例

川野　瞬[1]

帆足　亮太郎[1]、筒井　照子[1]、筒井　祐介[1]

1）筒井歯科医院

日常臨床で関節円板の位置異常を有する顎関節疾患を多く経験する。

その中で復位性関節円板前方転位を有する患者の頻度が高いように思われる。

今回、復位性関節円板前方転位患者にスプリント療法を行い円板の位置が改善した症例を経験したので報告する。

まず、顎関節の症状がみられた時点でのMRIを撮像し、円板の位置を特定した。スパズムを取り除いた筋肉位を参考にスプリントを作成し、狭窄した歯列をエクスパンジョンアーチにて拡大した。症状が軽減された後、再度MRIにて治療後の円板の位置を確認した。初診時にあった最大開口時の顎関節部疼痛、関節雑音は消失し、開口障害も改善した。また、MRIにて開口時における円板の前方転位が治療後には改善しcondyle上となった。

筋肉のスパズムを取り除いた下顎位でスプリントを調節することで、顆頭の後方へのコンプレスが開放され開口時における円板の前方転位の改善が認められた。

P-50

より円滑な歯内療法を目指して ―ステンレスファイルとニッケルチタンファイルを併用した根管形成―

帆足　亮太郎[1]

川野　瞬[1]、筒井　祐介[1]

1）筒井歯科医院

歯内療法は盲目的な作業であるためエラーが起きやすい。過度な根管形成はパーフォレーションや歯根破折のリスクが高まり、不足した根管形成はスムーズな根管へのアプローチができず起炎物質の取残しが危惧され、治療時間もかかる。

そこで本来の根管を逸脱しない拡大・形成と治療時間の短縮を目的としてニッケルチタン（以下、Ni-Ti）ファイルを導入し、ステンレスファイルと併用した根管形成法に取り組んだ。ヒト抜去歯を用いて、各ファイルの根管形成を行ったところNi-Tiファイルは短時間で根管形成ができるが側方拡大が不十分であることが分かった。適度な号数までNi-Tiファイルで拡大し、その後ステンレスファイルで側方拡大を行うことで移行的な根管形成が可能であった。ステンレスファイル、Ni-Tiファイルを併用した根管形成法を臨床で応用したところ、スムーズな根管拡大・形成が認められた。

P-51

顎関節症Ⅳ型下顎頭の重度骨吸収を保存療法にてリモデリングを観察した症例

太田　拓哉[1]

1）東京八重洲デンタルクリニック

矯正歯科治療後にidiopathic condylar resorption（ICR）と思われる下顎骨の後方回転を伴うoverjetの増加やoverbiteの減少を呈した症例が過去に報告されている。下顎頭の吸収が主たる理由であるとされているが、その発生機序に関しては、いまだ明らかではない。

今回、矯正歯科治療後に発症したと推定される顎関節症Ⅳ型（変形性関節症）に対して、保存療法を施行し咬合の安定を図った。その結果、下顎頭の骨吸収像の進行停止と修復機転をヘリカルＣＴにて経過観察した症例を報告する。

P-52

インプラントにより咬合支持能力を高めた一症例

清水　俊克[1]

1）清水歯科医院

臼歯部の欠損や不正咬合により、咬合支持能力が低下すると、その影響は残存歯・顎関節・咀嚼筋等、顎口腔系全体に及ぶ。現在、咬合支持能力を高める方法として、インプラントの応用が有効とされている。今回、下顎大臼歯部の欠損及び、小臼歯の鋏状咬合等の不正咬合により、咬合支持能力が低下した症例に対し、インプラントと矯正治療を併用することにより、咬合支持能力を高め、生理的な治療顎位を模索する機会を得たので、症例報告する。生理的な治療顎位を検討する過程において、確実な咬合支持が得られていることは、大変重要なことであると思われた。この度の発表を通じて、診査・診断や治療手技における様々な可能性について議論したいと思う。

P-53

快適診療姿勢のコツとストレッチ

平岩　裕一郎[1]

平岩　慎次[1]、平岩　和子[1]、平岩　輝彦[1]

1）西春歯科平岩診療室

術者自身が健康で快適な臨床を長期に行うにあたり、診療姿勢は重要である。毎日の診療姿勢が術者にの身体に及ぼす影響は大きく、肩こり、腰痛、手のしびれ等が発症する。慢性的な症状に悩まされる事が多いが、症状のメカニズムを理解すれば対応は可能であり、原因についても対策が可能である。

今回、運動学的に安定し負荷の少ない診療姿勢を維持する「こつ」、診療室ですぐにできるストレッチを紹介する。負荷の少ない姿勢により、集中力、効率、安全性の向上等のメリットも生まれる。症状の有る人には軽減のため、まだない人には予防として行っていただきたい。

また、自分の身体の状態を良く知ることで、口腔周囲筋と全身の関連を自身の体験に基づき理解を深めるきっかけとなれば幸いである。

P-54

「再植」　～その可能性と意義～

尾田　昌之[1]

1）まめだ歯科医院

まめだ歯科医院では「生涯歯科 8028」を理念に掲げ、「いかにして噛める歯を長く残すか」をスタッフ一丸となり考えて努力している。

この理念を貫くためには簡単に抜歯をしてはいけない。抜歯の診断を下すのが私自身である以上、100%抜歯だと考えて抜いた歯さえも歯根をみながら本当に抜歯しかないのかを再考する義務がある。そして1%でも残せそうだと思ったなら迷わず抜歯窩へ戻す。これが「再植」である。

まめだ歯科医院では、「再植」を一か八かではなく確実に歯を残すための手段として行っている。

P-55

当院におけるより良い印象採得への取り組み

山本　真道[1]

1）ナルトミ歯科医院

口腔内に補綴物を装着するためには、印象採得を行わなければならない。この印象採得時にできるだけ歯肉に炎症のない状態が理想である。そのためには口腔内に装着されているプロビジョナルレストレーションのマージンが支台歯に合っていることも条件の１つである。最近はカントゥアの調整方法に注目が集まるが『マージンが合っている』ことが前提の上での、より審美的な調整であると考える。今回はプロビジョナルレストレーションの調整方法から歯肉圧排、印象採得までの取り組みについて発表してご指導をいただきたい。

P-56

補綴前処置における歯周外科についての考察

吉見　二朗[1]

辻中　健二郎[1]、前沢　宙[1]、南　清和[1]

1）医療法人健志会ミナミ歯科クリニック

補綴物をより良い条件下で装着させる為に歯周外科が前処置として行われることは少なくありません。単に歯周外科といっても様々ありますが、中でもよく行われるのが臨床的歯冠長延長術です。補綴前処置として歯冠長延長術が施される目的は大きく分けて二つあります。一つ目は、補綴物の維持力を向上させることです。二つ目は、適切なフェルールを得て帯環効果をもたせることでコアの脱離を防止することです。これらの目的を達成するには、術前の診断において最終的な歯肉ラインを設定しなければなりません。今回、私たちは、術前の診断から得られた情報をもとに作成した外科用テンプレートを用いた歯周外科について考察しました。

P-57

被災地から歯科医師として伝えたい事

山本　寿則[1]

1）山本歯科医院

2011年3月11日の東日本大震災後におきましては、全国、全世界からたくさんの暖かいご支援を頂きましたこと、この場を借りて心から御礼申し上げます。

今後だれもがこのような経験をしないですむことを願いますが、もし起こってしまった時に今回私が報告させていただく事が少しでも役立てればと思います。また、医院などにおいての災害にあったときの対応方針などに少しでも役立てればと思います。

震災後、まだ医院が再開できるかどうかも分からない時の従業員の雇用に対する対応。医院が再開できないなかでの患者さんとの対応。テレビで被災者が「歯ブラシがしたい！」と報道された後の被災地の状況と、私が経験した結果等、被災地宮城県石巻市で経験した歯科に関する私の経験を報告させていただきます。

P-58

ミニインプラント矯正を用いた一症例

越智　信行[1]

1）れんげクリニック

補綴処置を行う上で、炎症のコントロールが行いやすい形態で、かつ咬合力をどのように分散し、特定の歯牙、粘膜、またはインプラント体に過度のストレスがかからないように考えなければならない。

１口腔１単位での力のコントロールはもちろんのこと、１歯単位での力のコントロールも考える必要がある。

今回、欠損部の放置により近心傾斜した歯牙の歯軸を修正した一症例を提示し、ミニインプラント矯正の簡便さとその有用性について報告したい。

P-59

シュウ酸を主成分とした１液性知覚過敏抑制材料を応用したオールセラミックス修復における術後不快症状の研究

高橋　一人[1]

澤　恵二郎[1]、須田　真人[1]、松尾　紘吾[1]、木村　麻子[1]
篠原　俊介[1]

1）シノハラ歯科医院

目的：即日オールセラミックス修復に対して、シュウ酸を主成分とした１液性知覚過敏抑制材料を用いることによって術後早期の不快症状を軽減することができるかどうかを検討することである。
材料と方法：窩洞形成直後にシュウ酸を主成分とした１液性知覚過敏抑制材料を応用した群を実験群、窩洞形成後処理を行わなかった群を対照群とした。なお対象歯の基準は、即日修復、生活歯、同一の接着性レジンセメントを用いた場合とした。術後の不快症状の評価のために、VASを用いて不快症状の数値化を行った。統計学的分析については、各群30歯に対して、対応のないノンパラメトリック検定を用いた。
結果：実験群において、術後の不快症状の軽減が認められた。
結論：即日のオールセラミックス修復に対して、シュウ酸を主成分とした１液性知覚過敏抑制材料を応用することにより、術後早期の不快症状を軽減することができた。

P-60

歯周形成外科により口腔内環境の改善を行い、補綴治療を行った一症例

真鍋　直[1]

1）医療法人社団ティースプランニング

臨床において、補綴治療を行う際、歯周組織は切っても切れない関係にある。

歯周組織と一言で言っても、歯肉のバイオタイプ、形態、歯肉歯槽粘膜境の位置、歯槽骨の状態等、様々である。

特に、審美領域においては、スキャロップの形態、歯間乳頭の形態等を考慮しなければ、補綴治療も良好な結果は得られない。

そこで、歯周形成外科は患者の理解も必要にはなるが、長期的な補綴治療、歯周病のメインテナンスを行い易くすることができる方法だと思われる。

歯周形成外科には、角化歯肉を確保し、プラークコントロールの改善を目的とした遊離歯肉移植術や、歯肉退縮に対する根面被覆術、歯肉縁下カリエスの治療を可能にすることができる歯冠長延長術などたくさんの術式が存在する。

本症例は、スキャロップ形態の改善を目的とし、歯冠長延長術を行った一症例である。

P-61

コンピュータガイデッドサージェリーを利用した一症例

大川　将義[1]

砂盃　清[1]、簡　伶絵[1]

1）医療法人 尚歯会 いさはい歯科医院

近年の歯科用 CT 撮影装置の普及とともに、インプラント治療において CT データを利用した三次元的な術前、診断が浸透してきている。コンピュータガイデッドサージェリーは低侵襲、また術者サイドにとっても安全で、手術時間の短縮ができるなど多くのメリットがある。

患者は 72 歳男性。上顎総義歯が良く噛めないことを主訴に来院した。

患者は、上顎のインプラント治療を希望し、コンピュータガイデッドサージェリーによる即時荷重にて対応することにした。

インプラント埋入をシミュレーションすることで、一度に多数のインプラントを短時間低侵襲でほぼ正確に埋入できるメリットは患者、術者ともに大きい。

ガイデッドサージェリー特有の手技など、誤差を少なくするための正確な術式、ガイドの正確な位置づけが重要であると考える。

今回は、一症例を通じてどのように治療を行ったかを報告する。

P-62

新しいメタルフレーム形態がインプラント補綴物の強さに及ぼす影響

重田　浩貴[1]

渡邉　一史[2]、俵木　勉[1]、河津　寛[2]

1）いづみや歯科
2）河津歯科医院

上顎前歯部インプラントの上部構造に陶材焼付鋳造冠を用いた時、陶材部の破折が発生することがある。この様な破折を防ぐ一つの試みとして、演者の一人、渡邉はメタルフレーム形態を変えることにより、従来型のメタルフレーム形態に比べ陶材部の破折を引き起こす咬合時の力を緩和することが可能になることを提案した。そこで本実験は、メタルフレームの形態の違いが、インプラント補綴物および陶材部破折に対する力学的抵抗性に差があるかを検証するために行った。陶材焼付用金合金を用い渡邉の提案する形態と従来型形態の２種類メタルフレームを作り、通法に従い外形が同じになるよう試験片を作製した。試験片の切縁から舌側歯頸部１ mm に歯軸に対して 45° をなす方向から万能試験機を用いて荷重負荷させた。実験により荷重が 5kgf を超えるとメタルフレーム形態の違いによりフィクスチャー部の変位量に差が認められた。

P-63

インプラントを用いて咬合を再構築した一症例

吉田　雅幸[1]

1）自由が丘デンタルスタジオ

目的：歯の欠損や歯冠崩壊により咬合支持を失っている症例では，三次元的顎位の再構成により咬合の安定を図ることが重要である．今回，歯周疾患による口腔機能が悪化した症例に対し，インプラントを用いた咬合の再構成を行った．症例：患者は歯がグラグラして痛い．を主訴に来院した 61 歳女性である．初診時，歯周疾患による、咬合の不正・顎位の変異を認めた．治療方針として，保存不可能歯の抜歯後欠損部にインプラントを用い垂直・水平的顎位の改善とガイドの確立を目的として，三次元的に咬合の再構成を行うこととした．治療用義歯を装着，インプラント埋入後プロビジョナルレストレーションにて垂直・水平的顎位を調整し、インプラント周囲の環境改善と咬合・顎位の安定を図ったのち，最終補綴を装着した．まとめ：咬合の再構成を行ったことで，本症例における問題点を解決することができ，患者の満足する機能的回復が得られたと考える．

P-64　取り下げ

P-65

カスタムアバットメントの製作と選択

石田　明[1]

1）カツベ歯科クリニック

近年、上部構造のコンピューター化が急速に発展しており、カスタムアバットメントを選択するだけでも、補綴オプションやコンポーネント、技工術式などが複雑である。

その中でもカスタムアバットメントの製作について発表させて頂きたいと思う。

この製作方法には、現在大きくわけて、(1)キャストタイプ、(2)プレッパブルタイプ、(3)CAD/CAMタイプの３つの方法が存在する。これら各々のカスタムアバットメント製作法の基本的な事柄を歯科技工士の視点で述べてみたいと思う。

P-66

加圧成形用セラミックにおけるインゴットの比較・検討

平松　大輔[1]

吉田　賢至[1]、南　清和[1]

1）医療法人健志会ミナミ歯科クリニック

近年、オールセラミックの材料の発展と普及は目覚しいものがあり、様々なマテリアルが開発されてきた。その中でも、加圧成形用セラミックスは最終形態をワックスアップで回復し、ロストワックス法で加熱・軟化したセラミックスを圧入して製作するもので、オールセラミックスの中でも熟練を要する築盛作業がなく比較的容易に強度と審美性を得ることができる材料である。

しかしながら、インゴットは多種類に及びメーカー指示のシェードガイドがあるものの、形成量や支台歯の色調的条件によっては、色調に少なからず影響する。そこで、どの程度の影響があるか、インゴットの透過性に観点をおいて、種類別に比較・検討した結果を報告する。

P-67

e.max プレスシステムによる変色歯へのアプローチとその可能性

鈴木　淳[1]

1）カツベ歯科クリニック

昨今、オールセラミックス修復においてプレスセラミックシステムを用いた審美修復が多く用いられている。

その特徴として、高い透過性・適合性を兼ね備えているが、透過率がジルコニア・アルミナフレームに比べ非常に高く、支台歯色の影響を強く受けてしまうため色調誤差を侵す危険性がある。

では、支台歯色の影響に左右されず、色調誤差を生じないために必要なフレームの選択・厚み・opacity control の重要性に焦点を絞り、マテリアルの特徴を活かしたテクニックの一つを述べていく。

P-68

ホック型アタッチメントを用いた義歯臨床

谷口　之規[1]

1）医）谷口歯科医院

少数歯残存症例などにおいては、しばしばオーバーデンチャータイプの義歯が選択されると思います。残存歯に維持力を求める場合様々な方法が考えられますが、当院では以前まではオーバーデンチャータイプの義歯にはリング型アタッチメント・磁性アタッチメント・コーヌス冠を用いていました。しかしその長期経過や維持力のコントロールという点においてしばしば問題を生じることもありました。そこで昨年より国内で入手できるようになった、維持力のコントロールが簡便なホック型アタッチメントを用いることにより良好な結果を得ているので、現在も行なっているリング型アタッチメントと磁性アタッチメントとの違いや、使い分けについて症例を提示して報告致します。

P-69

義歯装着が呼吸に及ぼす変化について

奥山　千恵[1]

1）湘南歯科医院

現在、日本では「義歯は外して寝てください」と歯科医師から指導されていたり、病院へ入院すると、義歯は口腔内から外した状態で管理されることが多く見られます。義歯を外す時間が長ければ長いほど、口腔周囲筋の筋力は低下し、摂食、嚥下、発音機能の低下を招く。

また、義歯を外すことにより、閉口時の口腔内の陰圧を保てなくなることから、鼻呼吸抵抗値が上昇し、鼻閉を生じ、口呼吸へ移行する。呼吸が変化すると、体内に取り込まれる酸素量も変化し、脈拍数に変化をもたらせると考えられる。

今回、パルスオキシメーターを用いて、義歯をはめた時と、外した時の酸素飽和度と脈拍数を計測して、比較を行った。口腔内の状態が、これらにどのような変化をもたらすのか検討し、考察を行ったので報告する。

P-70

咬合の安定を目指した効率的な治療用義歯の作製法

浅井　崇文[1]

越智　達也[1]、黒木　豊[1]

1）えびす歯科

目的：高齢化に伴い顎堤吸収が著しい患者の割合が増加し、難症例の患者に対し様々な治療法が模索されている。そこで我々はシリコーン印象材を用いて治療用義歯を作製し、その総義歯製作について検討した。

症例および概要：85歳、女性、上顎下顎ともに顎堤吸収が著しく、上顎はフラビーガムを呈していた。治療用義歯は旧義歯をもとにパテおよびインジェクションタイプのシリコーン印象材を用いて作製した。解剖学的メルクマールが十分に明示できるよう粘膜調整を行った後、治療用義歯を一定期間使用していただき口腔周囲筋のリハビリテーションを行い、咬座印象、仮床試適を経て総義歯完成とした。

結果および考察：治療用義歯の作製はシリコーン印象材を用いることにより効率的に行えた。さらに総義歯製作において、治療用義歯を一定期間使用することにより最終的な下顎位となったと同時に口腔周囲組織と均等な圧で接することにより総義歯の安定に繋がった。

P-71

外傷10年経過の前歯部審美症例

原　精一郎[1]

1）はら歯科医院

患者は32歳男性。約10年前、運動時左上１，２番を受傷。某歯科にて動揺を認めたため、固定処置を受けました。

平成23年９月同部の動揺を主訴に当医院受診されました。

左上１番２番ともに失活しており、感染根管処置を行いました。歯頸ラインを整える目的にて歯肉切除を行い、プロビショナルにて歯肉の調整を行いました。最終補綴物はオールセラミックスとしました。

P-72

前歯部審美補綴　～歯周組織との調和をめざして～

坂田　憲彦[1]

1）坂田歯科医院

近年、情報化社会に伴い患者さんの審美的要求はますます高まってきている。それに伴い、歯科医師はより高度な審美的要求に応えなければならない時代になってきている。つまり、単に色調や形態などの補綴物の美しさのみならず歯頸ラインの整合性や、補綴物と歯周組織の調和などの要件を満たしていなければ患者さんからの満足を得ることが難しくなっている。

本発表では、プロビジョナルレストレーションの調整により、補綴物周囲の歯肉の炎症のコントロールや辺縁歯肉の位置、形態の微調整を行い、前歯部を補綴修復した症例を提示したい。

P-73

ＭＴＭを用いた前歯審美症例

平木　智光[1]

1）ウカイ歯科クリニック

近年、患者さんからの審美的要求は高まってきている。補綴物マージンの露出、歯頸ラインの不揃い、補綴物周囲の歯肉の炎症等を主訴に来院される患者の期待に応えるためにもさまざまなことを考慮して治療していかなければならない。

よく不良補綴物を除去したり、補綴物が脱離した歯牙は歯質が薄くフェルールを確保できない場合が多く、再度補綴物を入れたとしても早期に同じ結果につながってしまう。

今回は矯正的挺出、歯周外科を行いフェルールを確保し歯頸ライン、歯肉縁下におけるクラウンカントゥアの調整を行い上顎前歯部の審美性を得たケースについて報告したいと思う。

P-74

上顎前歯部審美修復におけるプロビジョナルレストレーションの重要性について

中橋　佑介[1]

増井　健志[1]、中筋　耕作[1]、南　清和[1]

1）医療法人健志会ミナミ歯科クリニック

今日の歯科臨床において、最終的な補綴形態を作製するにあたり、プロビジョナルレストレーションを装着し、歯肉の状態や咬合の状態を考慮して、最終補綴物をイメージすることが大事になってきます。プロビジョナルレストレーションを作製するにあたり前歯部と臼歯部においては目的が異なってきます。臼歯においては機能が重要視されるのにたいして、前歯部においては審美性が要求されることになります。前歯部の審美性は個々の症例によって違いがあるため、前もってプロビジョナルレストレーションにより口腔内でシュミレーションを行い、機能とともに生物学的に調和しているかどうかを考察し、修正と調整を行い、審美性の確立に努めることが必要になってきます。今回は、前歯の審美障害において、プロビジョナルレストレーションを用いて、審美性の確立に努めた一症例を報告します。

P-75

歯槽堤増大術を応用した前歯部ブリッジ補綴

本木　萌洋[1]

荒木　久生[2]

1）明海大学ＰＤＩ埼玉歯科診療所
2）明海大学歯学部機能保存回復学講座オーラル・リハビリテーション学分野

前歯部の補綴処置において歯槽堤の形態は重要であり、特に抜歯後にブリッジ補綴を行う場合、吸収した歯槽堤は機能的、審美的な補綴処置を行う障害になる。今回、抜歯後歯槽堤増大術を行い歯肉の形態、ポンティック形態を考慮し、補綴処置を行ったので報告する。

症例：患者は 22 根尖部の腫脹を主訴に来院された 60 歳の女性である。X 線検査にて 22 に根尖病巣様透過像、側壁への穿孔が確認されたため抜歯を行い、ブリッジ補綴を行うこととした。

治療：22 抜歯後、歯槽堤の欠損が大きく、口蓋より採取した結合組織の移植を行った。暫間補綴物でポンティック形態を修正、歯肉との調和を図り、再評価の後、陶材焼付鋳造冠ブリッジを装着した。

考察：今回、歯槽堤増大術を行うことで、機能的、審美的な歯肉の形態、ポンティック形態を与えることができたと考える。

P-76

審美修復治療における診断用ワックスアップの重要性

宮崎　鉄也[1]

1）カツベ歯科クリニツク

審美歯科とは計測可能な確定的要素と、美的感覚、患者の主観などの不確定要素を統合した分野と言える。この二元性をもった領域の中で、術前に問題点を抽出し、治療計画を立て、それを元に診断用 WAX UP を作成し、プロビジョナルレストレーション、最終補綴物へと移行するステップを確実に踏む事が治療を成功に導く鍵となるのではなかろうか。

また歯科医師と歯科技工士（セラミスト）が共通の認識を持ち、試行錯誤を重ねながら治療を進めていく事が肝要である。

今回、そのためのツールとしての診断用 WAX UP の重要性をケースを通して述べたいと思う。

P-77

予知性と審美性を考慮した臼歯部ＣＲ充填症例

吉田　朋洋[1]

沖　斉賢[2]

1）吉田ともひろ歯科医院
2）なお歯科・矯正歯科クリニック

１級窩洞のカリエスの場合、メタルインレーやセラミックインレーなどの間接法インレーが一般的であったが、近年、接着システムの進歩やコンポジットレジンの材質の向上により『直接ＣＲ充填修復』が多く用いられるようになってきている。

また、『直接ＣＲ充填』の方が、簡便性・審美性にすぐれているという利点以上に、感染歯質を除去した後の便宜的歯質削除量がきわめて少量ですむので、『間接法インレー』よりも多くの天然歯質を保存できるというメリットもある。

今回、Ｉ級窩洞のカリエス処置について、従来の『咬合面レイヤリングコンポジット充填法』ではなく予知性と審美性を考慮して立体的に充填していく『３Ｄレイヤリングコンポジット充填法』を用いた症例を発表いたします。

P-78

一般臨床におけるレジン修復治療について

三留　弘之[1]

1）自由が丘デンタルスタジオ

レジン修復はMI治療の代表格だがドクターの知識、技術により臨床への取り入れ方が様々である。が、長期予後を望めない治療方法としてのイメージが強いのではないか？

補綴物と比較すると、
利点：色が歯に近いので見た目が良い。コストパフォーマンスが良い。治療回数が少ない。削除量が少ない。リペアしやすい。アレルギーがでにくい。
欠点：１回の治療時間が長い。技術の差が出る。変色する。強度が弱い。

確かにドクターの好みが別れやすいポイントが多く、最終的には好きか嫌いかに尽きると思われる。

もちろん修復治療全部をレジンに変える必要はないが、症例を選択し患者本人がメリットデメリットを理解していれば有益な治療であると言える。自分はレジンだけを選択しているわけではなく、それ以外の治療も行い並列診療もする。そんな一般臨床医としてのレジン修復治療の取り入れ方と症例を紹介したいと思う。

P-79

コンポジットレジン修復による天然歯再現へのアプローチ

佐藤　健仁[1]

松本　勝利[2]

1）佐藤歯科医院
2）あらかい歯科医院

現在う蝕治療の第一選択として前歯部、臼歯部問わず用いられているのがコンポジットレジン修復であるとおもわれる。

健全歯質の削除量が比較的少なく抑えられるため保存的であり、材料の飛躍的な進歩により質感、色調もより天然歯に近づけることが可能となった。

時とともに変化していく身体。

その関連性が現れる口腔内において歯槽骨、歯肉、歯列、隣在歯などが患歯の本来の在り方を導いてくれる。今回コンポジットレジン修復によって「自然感」というものをテーマに天然歯の再現にチャレンジした症例を提示してみたい。

P-80

積層充填におけるオペーク色の効果について

村井　宏隆[1]

逸見　恵理[2]、片山　直[2]

1）フリージア歯科
2）明海大学歯学部　機能保存回復学講座　保存修復学分野

半透明性材料であるコンポジットレジンはう窩の大きさ、窩底部の色などの影響、厚みにより色の変化が生じる。そのためオペークを使用して周囲の色の影響や厚みによる明度の低下を減少させるが、その変化の見極めが審美的な充填の技術の差になっている。

そこで今回オペーク色の影響を調べるため基礎的実験を行った。

コンポジットレジンA1、A2、A3色の厚さ1.5mmと2.0mm、オペーク色の厚さ0.5mmの試料、背景の色に白色、黒色と異なる５種類のグレー色を使用し、厚さ2.0mmの単層試料と積層試料を非接触型分光測色器にて測色した。

その結果、下層のオペークを使用する事によりL*値の変化よりもC*ab値の値を高くする効果が期待できるものと示唆され、下層試料にオペーク色を使用する事により、明度よりも彩度を変化させると思われた。

P-81

多数歯にわたる乳歯早期喪失後に小児義歯を応用した一例

吉田　美香子[1]

1）明海大学病院

近年、う蝕予防に対する意識が高まり、小児期において抜歯に至る重度う蝕は減少しているが皆無ではない。今回、当科外来において、ネグレクトにより広範性う蝕を生ずるに至ったと思われる症例に遭遇し、治療に際し小児義歯を応用したので報告する。

症例は、4歳0ヵ月男児で、口腔内所見は、現在歯20歯中、う蝕20歯を認めた。3歳時疼痛が見られ近医を受診したが、治療不能のため当科へ紹介となった。しかし、当科には受診せずそのまま放置された。1年後腫脹と疼痛が認められ、当科初診となった。家族歴より母親にうつ病が見られた。

患児は、始めは協力が得られず抑制具を使用したが、数回後通常治療が可能となった。う蝕治療後に小児義歯を装着し、その後患児は次第に閉鎖した態度を解き、術者の話しかけにも応じるようになり、患児の母親の態度にも改善がみられた。

今後は、ネグレクトにおける背景の把握など通常とは異なった配慮が必要である。

P-82

咬合高径を考慮した混合歯列期の咬合育成～叢生度の変化～

武田　尊浩[1]

白数　明義[2]

1）明神歯科・矯正歯科医院
2）白数デンタルオフィス

小児期の咬合は、歯の萌出による咬合高径の増加に対して下顎は前方回転による適応を繰り返し、二次的に下顎頭が成長しその結果、混合歯列初期にはⅠ級の咬合関係を獲得すると言われている。したがって、バランスの良い適応が行われれば叢生など咬合の不正は起こりにくいのではないかと考えられる。我々は、混合歯列期の小児に対して咬合高径のコントロールを重視した矯正治療を行っている。咬合高径を増加させることによって下顎の再適応が促されるとともに下顎前歯の歯軸に代償反応が生じると考えている。

今回提示する症例は、下顎切歯部に叢生を有する混合歯列期(Ⅲ B)の小児である。下顎乳臼歯にオーバーレイの硬質レジン冠を装着して咬合高径を増加させ、下顎の再適応を促した時の下顎切歯部の叢生度の変化について永久歯列咬合の完成期（Ⅳ A）まで経過観察を行ったので報告する。

P-83

上顎前方牽引装置を用いた反対咬合へのアプローチ

佐藤　奨[1]

笹村　ひかり[1]、佐藤　毅[1]

1）中央歯科クリニック

上顎前方牽引装置は19世紀後半にJarksonがチンキャップから派生させて考案した顎外固定装置の一つである。反対咬合治療において第一期治療の目的は、①被蓋の改善、②上下顎骨の不調和の改善であり、上下顎骨の大きさの不調和、相対的位置関係の異常を改善するための顎整形力として、安定した効果が期待できるものが、上顎前方牽引装置である。日本人の反対咬合の１／３は上顎骨の劣成長を伴っており、多くの骨格的反対咬合の第一期治療に適用される装置であろう。今回、反対咬合の女児に第一期治療として上顎前方牽引装置装置（フェイシャルマスク）を用い、形態的・機能的に良好な経過を得ているので報告する。

P-84

インプラントアンカー（ミニスクリュー）を使用した部分矯正　～下顎大臼歯の直立（upright）～

山田　明子[1]

1）医療法人浩生会山田歯科医院

日常臨床において、しばしば臼歯部の歯軸傾斜に遭遇する。その中でも、特に高頻度で認められるのは、下顎第一大臼歯の欠損を放置した結果おこる第二大臼歯の近心傾斜である。この臼歯部の近心傾斜がさまざまな問題を引き起こし咬合崩壊を起こす原因になることがある。

この近心傾斜した状態で補綴処置をおこなうと、歯質削除量が大きくなり抜髄の可能性も高まる。また、近心の垂直性骨吸収をひきおこす可能性もあり、歯と歯周組織に大きな負担をかけることとなってしまう。

そこで、今回は補綴前処置として、近心傾斜した下顎第二大臼歯を直立する部分矯正にインプラントアンカー（ミニスクリュー）を利用することで、歯牙に対して少ない装置で短期間に、他の歯牙に影響を少なく治療する事ができた症例に関して考察を行った。

P-85

GUMMETAL ワイヤーを用いて咬合再構成を行った High Angle Class Ⅲ顎偏位症例

白数　明義[1]

白数　明義[2]、武田　尊浩[3]

1）白數デンタルオフィス
2）白數デンタルオフィス　神奈川歯科大学成長発達歯科学講座
3）明神歯科矯正歯科医院

【目的】MEAW 装置は、咬合高径と咬合平面のコントロールを行う有用な道具である。また、GUMMETAL ワイヤーは、超弾性的性質と屈曲により加工硬化しない超可塑性を同時に実現した新素材ワイヤーである。このワイヤーは、MEAW のようなホリゾンタルループを付与することなく同じ治療効果が発揮されたので報告する。
【症例】患者は 26 歳の女性で右側顎関節の痛みと下顎前突を主訴に来院。大臼歯関係は両側とも Angle Class Ⅲで、骨格所見は High angle Class Ⅲであった。CADIAX 所見では、対称性の運動においてΔ Y が見られ下顎の偏位が認められた。ブラケットを装着し、側切歯と犬歯間以降の歯間部にバーティカルループを付与したデザインを主とする GUMMETAL ワイヤーを装着し、咬合再構成を行った。
【結果】動的治療期間は、11 か月で MEAW 装置と同じ効果が得られた。また、GUMMETAL ワイヤーは、MEAW 装置と比べ口腔清掃性の向上、口腔内の違和感の軽減が示唆された。

P-86

ＭＴＭを行った一症例

北村　茂[1]

1）医療法人社団ティースプランニング自由ヶ丘デンタルスタジオ

歯科診療を行うにあたり、矯正治療を治療計画に含めることで、その後に行なう修復処置の予後やう蝕および歯周病の予防に大きな影響をもたらします。
しかしながら、特に全顎的な矯正治療を行うには専門医と連携をするか、専門的な知識を身につけたうえで多くの経験を積む必要があります。また、多くの費用がかかることや治療期間が長いイメージがあり、患者さんにも敬遠されがちです。
それに対して、部分的な矯正治療は比較的短期間で高い効果が得られるため、患者さんにも受け入れられやすく、また患者さんが効果を実感してくれることで、全顎的な矯正治療への患者さんのモチベーションを高めることにも効果があると考えます。
今回、全顎的にも矯正治療の必要性があると思われる患者さんに対して、部分的な矯正治療を行うことで良好な結果が得られた症例を報告します。

編集後記

現在、学術大会の抄録集は学会誌の一環として発行しております。学術大会が始まる前に会員の皆様にお目通しいただけたなら、より一層講演を充実して聞くことができるのではないかと思います。そのため、限られた時間の中、学術委員、編集委員、プログラム委員共々、事前配布できるようにと頑張ってきました。なお、予備の在庫はございませんので、学会当日は必ずご持参いただく様にお願いいたします。また、今回ご発表いただく先生方は学会終了後にその講演内容を論文にまとめていただいて、本誌編集委員会まで投稿されますようお願いいたします。学会では今後とも学会誌、抄録集をより充実したものになるよう努力してまいります。来年以降もこの抄録集が事前配布できるように、なるべく早期の演題及び抄録の提出にご協力をお願いいたします。

会員の皆様のご意見をお待ちしております。

（学術委員長　上田　秀朗　記）

編集

日本顎咬合学会　学術委員会　委員長　上田　秀朗
プログラム委員会　委員長　加々美　恵一

第30回日本顎咬合学会学術大会　学術委員会
プログラム委員会

日本顎咬合学会誌　第32巻
発行日：2012年5月9日

発行者：南　清和
発行所：特定非営利活動法人　日本顎咬合学会
〒102-0093 東京都千代田区平河町1-8-2
山京半蔵門パレス201
TEL 03-6683-2069　FAX 03-6691-0261
E-mail：nichigaku@ago.ac
印刷所：錦明印刷株式会社

The Journal of The Academy of Clinical Dentistry
Volume 32, 9th May, 2012

Publisher : Kiyokazu Minami
Published by The Academy of Clinical Dentistry
Sankyo-Hanzomon-Palace Bldg. 201, 1-8-2 Hirakawa-cho,
Chiyoda-ku, Tokyo 102-0093, Japan
Phone : 81-3-6683-2069　Fax : 81-3-6691-0261
E-mail : nichigaku@ago.ac
Printer : Kinmei Printing Co., Ltd.