

THE JOURNAL OF THE ACADEMY OF CLINICAL DENTISTRY

日本顎咬合学会誌

2013年 第31回学術大会

プログラムおよび講演抄録集

平成25年6月29日(土)・30日(日) 東京国際フォーラム

Vol.33

特別号



新・顎咬合学

— その魅力と可能性 —

次回「第32回学術大会」のご案内

テーマ

新・顎咬合学 一口腔単位から一全身単位へ

開催日程：2014年6月14日(土)・15日(日)

会場：東京国際フォーラム

特別講演：Dr. Pascal Magne

平成25年度の日本顎咬合学会行事予定（一部抜粋）

●第14回 咬合フォーラム

日程：2013年10月20日(日)

テーマ：「咬合・咀嚼と全身の関わりを紐解く」

会場：朱鷺メッセ（新潟県）

座長：細山 愼先生

演者：山田 好秋先生、筒井 照子先生、小出 馨先生（登壇予定順）

●海外研修ツアー

日程：2013年11月9日(土)～10日(日)

研修先：中華民國顎咬合学会（台湾）

参加費：20,000円（大会参加費、懇親会費込）※現地までの交通費、宿泊費その他費用は別途

申込方法：HPをご覧ください。

※口演発表者募集。詳細は、HPをご覧ください。



にしがく 日顎基金 からの お願い

第31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いたします。

僅かでも結構ですので、皆様からのご協力をお願いいたします。

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。



目次 CONTENTS

◆大会長挨拶	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
◆賛助会員企業展示リスト	10
◆展示ホールのご案内	11
◆プログラム	
講演	
6月29日	12
6月30日	14
テーブルクリニック	16
一般口演	
6月29日	17
6月30日	19
ポスター発表	
6月29日	24
6月30日	25
◆抄録	
特別講演	27
指定講演	29
テーブルクリニック	75
一般口演	107
ポスター発表	143
◆指定講演・テーブルクリニック索引	164
◆第31回日本顎咬合学会学術大会・総会 プログラムスポンサー企業	165

大会長挨拶



日本顎咬合学会理事長
第31回日本顎咬合学会学術大会・総会 大会長

渡辺 隆史

31回大会に寄せて

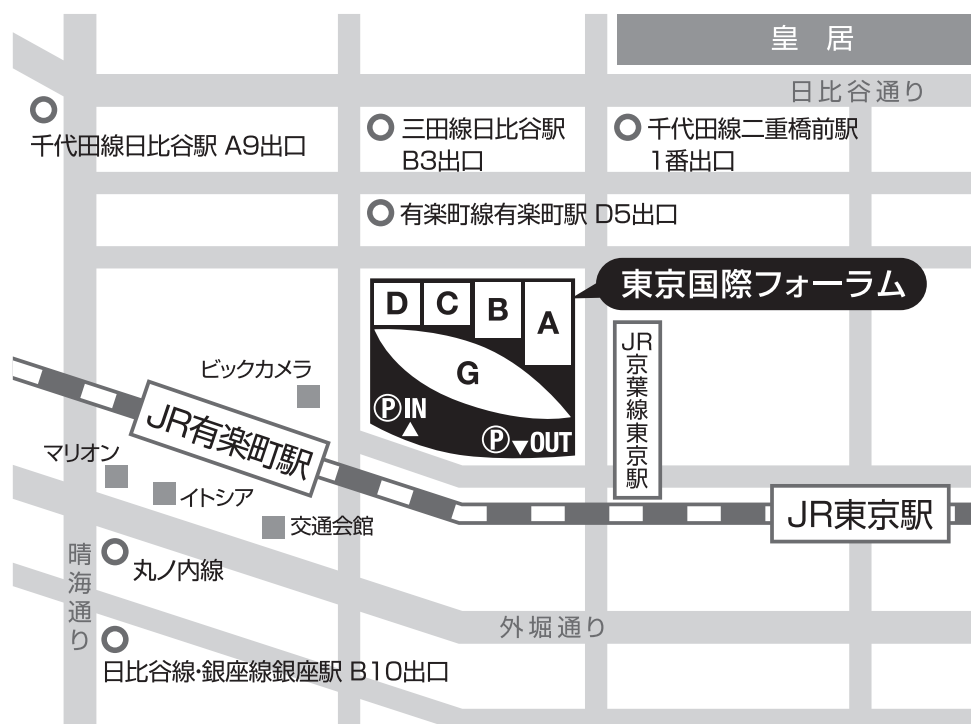
臨床医が創る臨床医のための学会として何をすべきか考えたとき、日本顎咬合学会の目的は、患者利益の向上のため、「いかに良質な医療を提供できるか」の一言に尽きると思います。時代が変化するなかで、何が患者利益のために重要なのかということを考えていく必要があります。素晴らしい研究や最先端の器材があっても、臨床医がそれを具現化しなければ患者利益には通じません。そして臨床医は、その成果を公表すべきです。公表された臨床成果を皆で共有し切磋琢磨することで、多くの患者がその恩恵に与ることができるようになるからです。

設立30周年の節目を終えて、我々は次のステージへ踏み出しました。今年のテーマは「新・顎咬合学 ―その魅力と可能性―」です。咬合を従来の一口腔単位でとらえるだけでなく、一全身単位でとらえていくテーマを多く取り上げました。もちろん咬合をベースにした最先端の歯科医療を取り上げたテーマも盛りだくさんです。今年の特別講演の演者は、ジルコニアに造詣が深い、USC 教授の Baldwin W. Marchack 先生とアメリカで No.1 の呼び声が高い、歯科技工士の吉田明彦（アキヨシダ）先生を招聘しました。Marchack 先生にはインプラント上部構造とジルコニアの最新知見をまとめていただき、吉田明彦先生には、歯科医師と歯科技工士のコミュニケーションを中心に世界の歯科技工の最先端技術を披露していただきます。どうぞご期待ください。

また、これからの歯科界を担う若手歯科医師のためのテーマを新たに企画しました。これから何を目標にしていくべきか、長い歯科医師人生の羅針盤となり、ステップアップするための登竜門となるような内容にできればと考えています。

歯科臨床はチーム医療です。歯科衛生士・歯科技工士との三位一体のテーマもさらにパワーアップして企画されています。スタッフをお誘いの上、ふるってご参加ください。

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

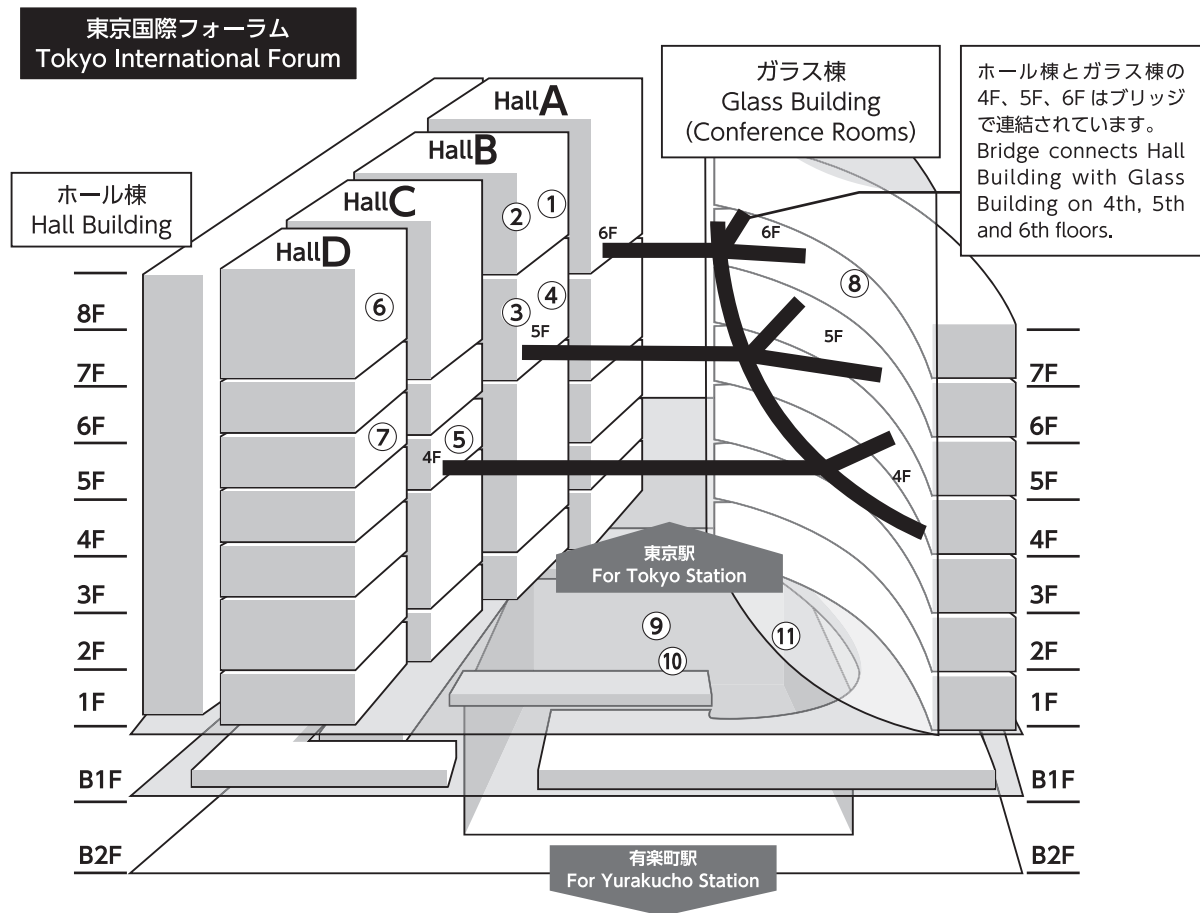
成田空港から

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

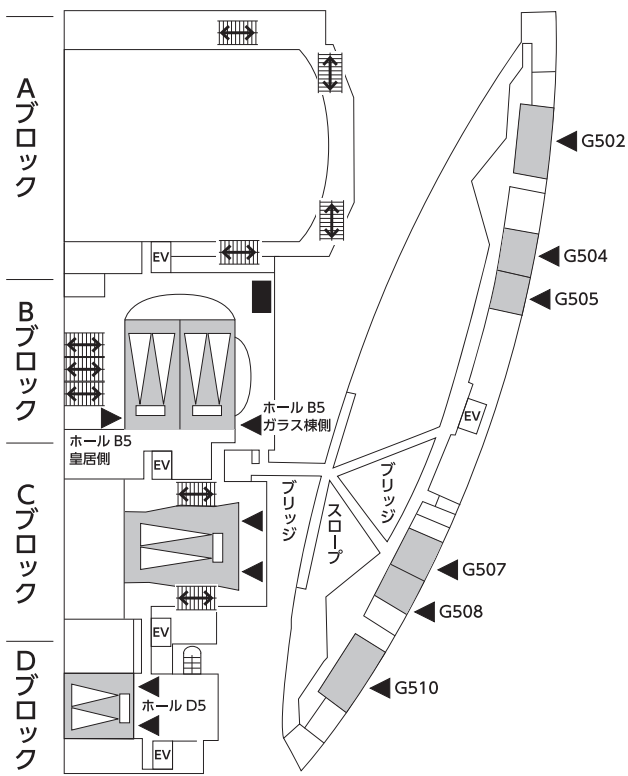
東京国際フォーラム全体図



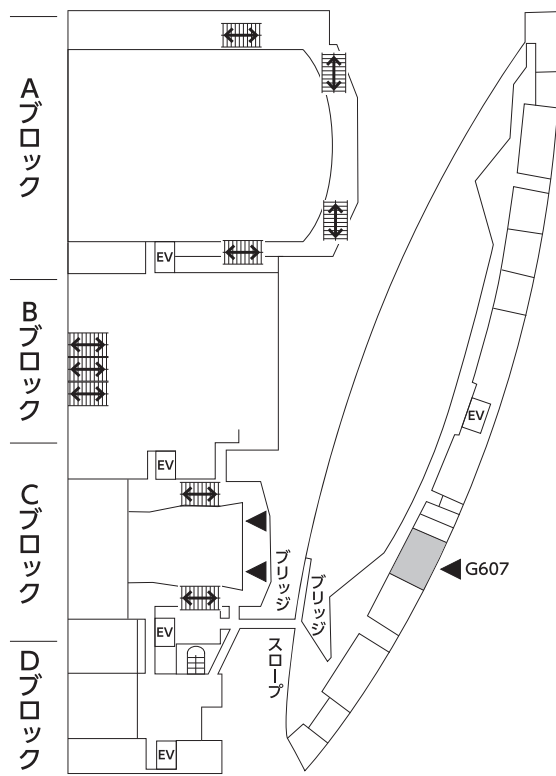
- | | | | |
|-----------------------------|----|--------------------------------------|-----|
| ① Hall B7 (1) | 7F | ⑧ ガラス棟 | 5F |
| ② Hall B7 (2) | 7F | Glass Building | |
| ③ Hall B5 (1) (皇居側) | 5F | ⑨ 展示ホール (1) | B2F |
| ④ Hall B5 (2) (ガラス棟側) | 5F | Exhibition Hall 1 | |
| ⑤ Hall C | 4F | ●企業展示 (Supporting Member Exhibition) | |
| ⑥ Hall D7 | 7F | 展示ホール (2) | B2F |
| ⑦ Hall D5 | 5F | Exhibition Hall 2 | |
| | | ●テーブルクリニック (Table Clinic) | |
| | | ⑩ セミナー室 1・2 | |
| | | Seminar Room | |
| | | ⑪ 総合案内・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

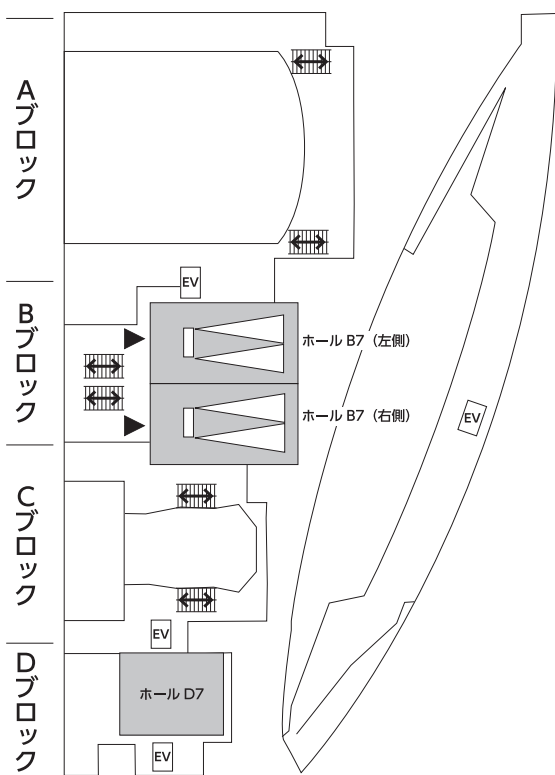
5階



6階



7階



会員発表 (口演)

G504	29日	0-1 ~ 0-10
	30日	0-51 ~ 0-69
G505	29日	0-11 ~ 0-20
	30日	0-70 ~ 0-89
G507	29日	0-21 ~ 0-30
	30日	0-90 ~ 0-109
G508	29日	0-31 ~ 0-40
	30日	0-110 ~ 0-124
G607	29日	0-41 ~ 0-50
	30日	0-125 ~ 0-139

理事長招宴のご案内

学会誌優秀論文賞、第30回学術大会優秀発表者、矢澤一浩賞、カポデンタル賞、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皆様のご参加をお待ちしております。

日時：6月29日(土) 17:15～18:15
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	カテゴリー	共著者	テーマ
優秀論文賞 +モリタ賞	神田 省吾	歯科医師部門	江原雄二、大西吉之、高石佳知、安光秀人、桑原明彦、江原大輔、山上哲賢	歯槽骨骨密度評価装置の臨床的評価
優秀論文賞	阿部 恵	歯科衛生士部門		Communication Style Inventoryを用いた医療コミュニケーション向上への試み
優秀論文賞	森永 純	歯科技工士部門		総義歯製作における咬合器装着によって発生する誤差に関する実験的考察

第30回学術大会優秀発表者（口演）

発表者	カテゴリー	演題
白石 康博	歯科医師	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
佐藤 博宣	歯科医師	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
赤松 由崇	歯科医師	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
石黒 雄人	歯科医師	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
日栄 綾乃	歯科衛生士	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
松延 允資	歯科医師	当院におけるSocket Preservationへの取り組み
小川 早由美	歯科衛生士	義歯装着者における口腔管理
若井 友喜	歯科技工士	CT画像による下顎位診断とリポジショニング
黒木 道明	歯科医師	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エルの応用
鄭鴻麟	歯科医師	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

第30回学術大会優秀発表者（ポスター）

発表者	カテゴリー	演題
藤岡 直也	歯科医師	低侵襲なソフトティッシュマネジメントを目指して
森川 秀典	歯科医師	CBCTで診る歯内療法の治療戦略
武田 尊浩	歯科医師	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～
溝淵 宏幸	歯科医師	永久歯 先天性欠如症例の咬合再構成
清水 純恵	歯科助手	よりよい歯科医院にするための接遇

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：2013年6月29日(土) 8:00～16:30

2013年6月30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いたします。
会員の方は抄録集をお忘れなくご持参ください。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。

会員歯科医師	27,000円	臨床研修医	5,000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	学生	無料

※臨床研修医は事前参加登録に限り無料

非会員参加者の方については、当日参加登録受付にてお渡しいたします。

■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ください。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・返金はお受けできません。予めご了承ください。

■撮影・録画について

講演会場内は写真撮影・録音は一切お断りいたします。

著作者に許可のない録音・録画及び写真撮影は著作権法違反となります。

場内で見かけた際はお声掛けをさせていただきますので、予めご了承ください。

なお、記録として学術大会事務局で撮影・録音をさせていただく場合がございます。

■認定医単位申請について

認定医の単位申請につきましては、地下1階の学会受付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。当日会場にてご申請いただけないと単位は付与されません。

■認定研修 I について

認定歯科技工士・認定歯科衛生士を目指される方は、学術大会に参加し認定研修 I の受講が必須となっております。認定研修 I の会場で出席確認をいたしますので、会員カードを忘れずにご持参ください。

■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いただきます。

■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いただきます。

■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

座長の皆様へ

当日は、座長用リボン「CHAIRMAN」を付けていただきます。

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』までお越しいただ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」を付けていただきます。

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、各自お送りしてまず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。

時間厳守でお願いいたします。

【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）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いたします。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いたします。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。

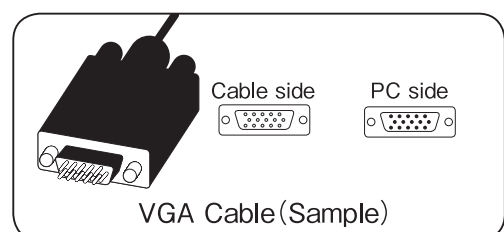
【4】PC について

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形状をお持ちの方は、変換ケーブルをご用意ください。また、パソコンの AC アダプターは必ずご持参ください。



ポスター発表者の皆様へ

当日は、発表者用リボン「SPEAKER」を付けていただきます。

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29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鋏をご使用ください。

※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29日（土）14：00～

②6月30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30日（日）16：00～17：00

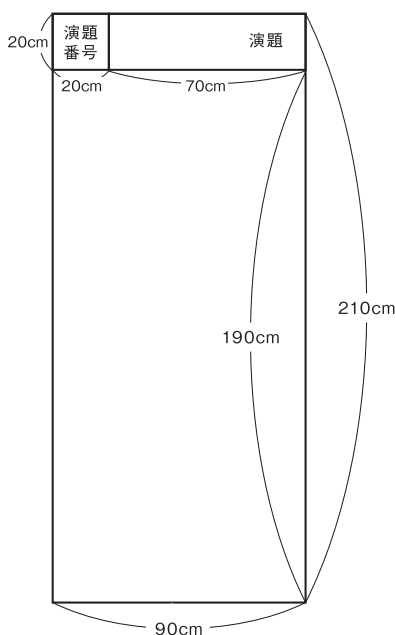
【3】カボデンタル賞について

発表カテゴリーに「**咬合**」が含まれた第31回学術大会ポスター発表の中から卒後10年程度の若手歯科医師1名に最優秀発表「**カボデンタル賞**」が贈られます。カボデンタル賞を受賞された方は理事長招宴への出席、学会誌への論文投稿を義務とします。

【4】モリタ賞

平成24年度発行の学会誌より優秀論文賞の歯科医師1名、第31回学術大会ポスター発表の「**咬合**」が含まれた発表の中から最優秀発表者の歯科技工士1名に「**モリタ賞**」が贈られます。

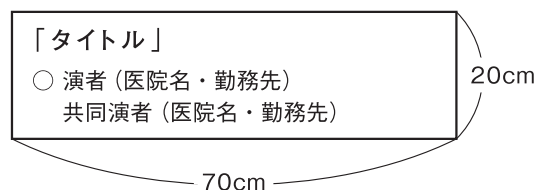
【5】ポスターサイズ



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。
- ③ 90cm × 190cm のスペースにポスターを貼付してください。

(例)



<注意>

会場でのポスター修正・印刷はできません。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。

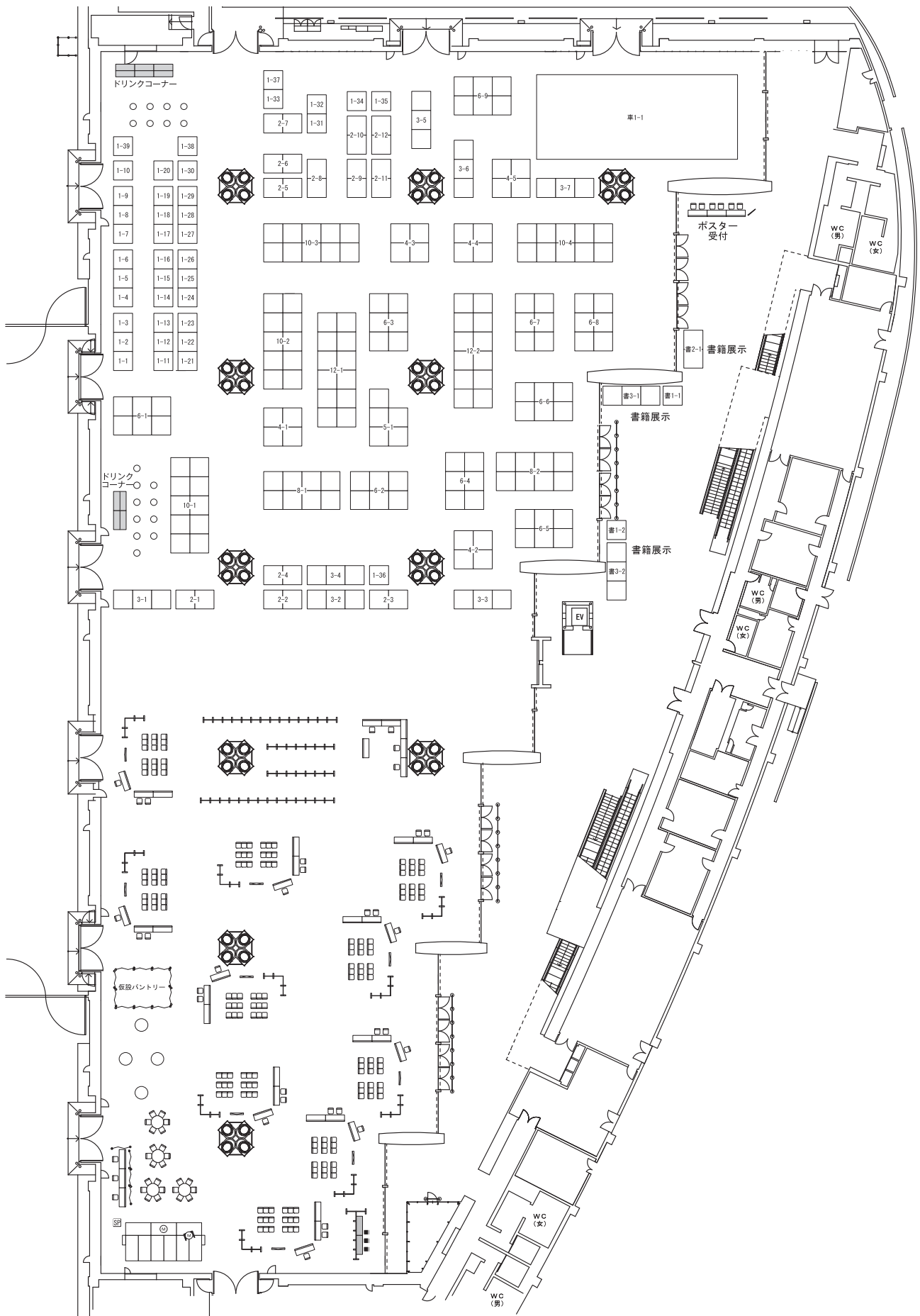
賛助会員企業展示リスト

企業名	小間番号
ア行	
株式会社アイキャスト	1-9
相田化学工業株式会社	1-31
株式会社アイディエス	1-13
株式会社アイデンス	1-8
株式会社アクション・ジャパン	1-12
アサヒプリテック株式会社	1-15
アロマスター株式会社	2-10
医歯薬出版株式会社	書3-1
伊藤超短波株式会社	2-6
Ivoclar Vivadent株式会社	6-5
株式会社インプラテックス	3-2
ウエルテック株式会社	1-2
株式会社ウエルネスジャパン	2-2
ULTRADENT JAPAN株式会社	2-1
株式会社エイ・アイ・シー	1-18
株式会社オーラルケア	10-1
株式会社OSSTEM JAPAN	2-3
カ行	
株式会社カイマンデンタル	2-4
カボデンタルシステムズジャパン株式会社	12-2
キューピー株式会社	1-37
京セラメディカル株式会社	6-2
クインテッセンス出版株式会社	書3-2
グラクソ・スミスクライン株式会社	1-16
クロスフィールド株式会社	1-17
株式会社コムネット	1-34
サ行	
佐藤歯材株式会社	5-1
サンスター株式会社	1-24
サンメディカル株式会社	2-5
株式会社歯愛メディカル	3-6
株式会社ジーシー	8-1
歯科医院経営研究会	1-35
ジャパンライム株式会社	1-1
株式会社松風	4-5
シロナデンタルシステムズ株式会社	6-6
ストロマン・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	10-2
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	2-7
タ行	
大成建設ハウジング株式会社	1-5
タカラベルモント株式会社	6-1
株式会社デンタルダイヤモンド社	書2-1
デンツプライIH株式会社	6-9
デンツプライ三金株式会社	6-4
10DR JAPAN 株式会社	1-33

企業名	小間番号
タ行	
株式会社東京歯材社	1-20
株式会社東京リサーチコンサルタント	車1-1
トーシンデンタル株式会社	2-11
株式会社トクヤマデンタル	2-12
ナ行	
株式会社永末書店	書1-1
株式会社ニッシン	1-10
株式会社日本歯科商社	1-11
日本スリービー・サイエンティフィック株式会社	1-26
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	3-5
ニューデンタルリサーチ株式会社	1-27
ノーベル・バイオケア・ジャパン株式会社	2-9
ハ行	
株式会社バース	1-29
バイオメット3iジャパン株式会社	1-3
白水貿易株式会社	4-1
株式会社白鷗	6-3
有限会社ハッピーハンズラテックスグローブス	8-2
株式会社日向和田精密製作所	1-14
ヒューフレディ・ジャパン株式会社	4-2
株式会社ヒョーロン・パブリッシャーズ	書1-2
株式会社ファンケル	1-28
フィード株式会社	10-4
株式会社フォレスト・ワン	4-3
株式会社フリーセル	1-7
株式会社プロシード	4-4
株式会社分子栄養学研究所	1-38
ペントロンジャパン株式会社	3-3
マ行	
株式会社マイクロテック	6-8
株式会社マテリアライズ デンタル ジャパン	3-7
マニー株式会社	1-19
株式会社みんれび	1-4
明海大学歯学部 生涯研修部	1-21
株式会社メディアアート	1-6
有限会社メディア・レフ	1-32
株式会社メディウィル	1-22
株式会社メディカルエイベックス	1-23
株式会社茂久田商会	3-4
株式会社モリタ	10-3
ヤ行	
株式会社ヨシダ	12-1
ラ行	
ライオン歯科材株式会社	1-36
リングアンドリンク株式会社	1-25
ワ行	
株式会社YDM	1-39
和田精密歯研株式会社	3-1

展示ホールのご案内

29日(土) 12:30 ~ 19:00
 30日(日) 9:00 ~ 16:45



講演 6月29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
A M	<p>Dr</p> <p>カテゴリ 特別講演</p> <p>テーマ 1</p> <p>インプラントの上部構造 9:30 ~ 12:00</p> <p>ALL-CERAMIC SUPERSTRUCTURES: CONTEMPORARY OPTIONS FOR DENTAL IMPLANTS Baldwin W. Marchack (150分)</p> <p>座長: 渡辺隆史</p>				
	<p>Dr DT DH DA</p> <p>カテゴリ 公開フォーラム</p> <p>テーマ 2</p> <p>「ためしてガッテン流 わかる!できる!! 健康情報の伝え方」 ~お口の健康とメタボ対策で、二度おいしい極意~ 13:30 ~ 16:30</p> <p>北折 一 (NHKディレクター) (120分)</p> <p>ディスカッション (60分)</p> <p>パネリスト: 赤石健司 油井香代子</p> <p>座長: 夏見良宏</p>	<p>Dr DT DH</p> <p>カテゴリ 歯科衛生士シンポジウム</p> <p>歯科衛生士の立場から「力の問題」を知ろう 13:30 ~ 16:30</p> <p>3 気づくことができた徴候・見逃してしまった徴候 品田和美 (50分)</p> <p>4 現症観察から見える力の兆候 熊谷真一 (50分)</p> <p>5 衛生士さんの咬合論 ~「力のコントロール」とは何をどうすればいいのだろう~ 筒井照子 (50分)</p> <p>ディスカッション (30分)</p> <p>座長: 村上恵子</p>	<p>Dr</p> <p>カテゴリ インプラント</p> <p>一口腔一単位の考えのもとでインプラント修復を考える 13:30 ~ 16:30</p> <p>6 ペリオリスクを踏まえたインプラント治療 水上哲也 (60分)</p> <p>7 包括治療のなかでのインプラント処置 貞光謙一郎 (60分)</p> <p>8 フルマウスリコンストラクションにおけるインプラント戦略的マネジメント 南 清和 (60分)</p> <p>座長: 細山 愼</p>	<p>Dr DT</p> <p>カテゴリ 特別講演</p> <p>9 シルコニア 13:30 ~ 16:30</p> <p>THE USE OF ZIRCONIA IN DIGITAL CLINICAL DENTISTRY Baldwin W. Marchack (180分)</p> <p>座長: 鈴木玲爾</p>	<p>Dr DT</p> <p>カテゴリ 最新トピックス</p> <p>スポーツ歯学 13:30 ~ 16:30</p> <p>10 咬合は全身のバランスに影響するか、高齢者の転倒に関連するか? スポーツ歯学からわかること 前田芳信 (90分)</p> <p>11 スポーツ歯学を取り巻く現状と課題 松本 勝 (90分)</p> <p>座長: 石上和紀</p>
P M					

	ホールD7	ホールD5	ガラス棟 G502	ガラス棟 G510	セミナー室 1	セミナー室 2
A M						
P M	Dr. DT	Dr. DT DH	Dr.	Dr. DH DA	Dr. DT DH DA	Dr.
	<p>新・顎咬合学 健口長寿に貢献するための顎咬合学 ～新しい歯科医療の姿～ 13:30～16:30</p> <p>12 咬合力・咬合接触から見た新しい歯科医療の姿 渡邊 誠 (60分)</p> <p>13 咀嚼機能の客観的な診断と根拠に基づいた咬合の基準 小林義典 (60分)</p> <p>14 咬合治療と顔貌の変化 下川公一 (60分)</p> <p>座長：吉木邦男</p>	<p>ベリオ 歯周病治療における診断と歯周基本治療の重要性 13:30～16:30</p> <p>15 歯周治療患者さんに磨く自覚をもたせるには 清水雅雪 (50分)</p> <p>16 歯周基本治療成功の鍵は患者カウンセリングにあり 若林健史 (50分)</p> <p>17 歯周基本治療～ブラークコントロール以外に必要な処置は何か～ 林丈一朗 (50分)</p> <p>ディスカッション (30分)</p> <p>座長：小林和一</p>	<p>若手発表 若手歯科医師の登電門支部選抜発表 13:30～16:30</p> <p>18 咬合崩壊を堰き止める 北海道：柳 智哉 (25分)</p> <p>19 片側Scissors Biteを伴う欠損歯列に対し、咬合再構成をはかった一例 東 北：佐藤洋司 (25分)</p> <p>20 顎咬合学をベースとした審美修復治療 関 東：小林英史 (25分)</p> <p>21 咬合再構成症例～最後方臼歯の重要性を考察する～ 近 畿：櫻井健次 (25分)</p> <p>22 咬合位を改善し顎口腔系機能回復を行った一症例 中 部：松岡 力 (25分)</p> <p>23 包括歯科治療におけるインプラントの役割について 九 州：田中憲一 (25分)</p> <p>総括 (30分)</p> <p>座長：依木 勉 審査員：菅崎直身、谷口威夫</p>	<p>小児歯科 生涯の健康長寿に重要な乳幼児期・小児期の口腔機能 13:30～16:30</p> <p>24 口腔の機能と形態の発達-ヒトの進化から考える- 有田憲司 (60分)</p> <p>25 命の入り口・心の出口 -30・60・1200- 増田純一 (60分)</p> <p>26 乳歯列期の口腔の機能と形態への成育的支援について 有田信一 (60分)</p> <p>座長：山地良子</p>	<p>若手向き 若手歯科医師がおさえておくべき診査・診断のポイント ～咬合編～ 13:30～16:30</p> <p>27 下顎位の重要性について臨床的に考察する 加々美恵一 (50分)</p> <p>28 咬合再構成の留意点「咬合」というリスクを見抜く！ 上田秀朗 (50分)</p> <p>29 個性正常咬合と治療咬合 田ヶ原昭弘 (50分)</p> <p>ディスカッション (30分)</p> <p>座長：上野道生</p>	<p>有料ハンズオン① エンド <<事前参加登録制>> 13:30～16:30</p> <p>30 臨床にすぐに役に立つ実践的歯内療法～JHエンドシステム～ 平井 順 (180分)</p>

講演 6月30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
A M	<p>Dr. DT DH</p> <p>カテゴリ テーマ</p> <p>認定研修 I 「咬合・咀嚼が創る健康長寿」を基礎と臨床の立場から解析する 9:15 ~ 12:00</p> <p>31 咀嚼を咀嚼する 山田好秋 (60分)</p> <p>32 咀嚼と咬合の科学 小林義典 (100分)</p> <p>座長: 上濱 正</p>	<p>Dr. DT</p> <p>歯科技工士</p> <p>33 審美補綴のエビデンス 9:15 ~ 12:00</p> <p>アキヨシダ (吉田明彦) (165分)</p> <p>座長: 村上和彦</p>	<p>Dr. DT</p> <p>咬合</p> <p>咬合の基礎と臨床 ~咬合精度の高い歯科臨床を追求する~ 9:15 ~ 12:00</p> <p>34 補綴治療と咬合精度の関連性 大村祐進 (55分)</p> <p>35 生体にとって精度の高い咬合とは 今井俊広 (55分)</p> <p>36 集約されてきた“臨床咬合論” ナノロジー Vs P.M.S → F.D. オセオリー 桑田正博 (55分)</p> <p>座長: 菅野博康</p>	<p>Dr. DT DH DA</p> <p>メーカーシンポジウム 9:15 ~ 12:00</p> <p>37 小児歯科における接着の応用 -外傷と歯内治療- 宮新美智世</p> <p>38 接着で進化する歯内療法の新たなステージ 林 正規</p> <p>座長: 田端義雄</p> <p>MORITA 株式会社モリタ</p>	<p>Dr. DT DH DA</p> <p>インプラント</p> <p>医科と歯科のはざままで ~現代の歯性上顎洞炎~ 9:15 ~ 12:00</p> <p>39 現代の歯性上顎洞炎 ~医科と歯科のはざままで~ 佐藤公則 (105分)</p> <p>40 歯性上顎洞炎におけるインプラント治療 林 揚春 (55分)</p> <p>座長: 林 揚春</p>
	<p>ランチョンセミナー</p> <p>ランチョンセミナーは協賛企業のプログラムです。各プログラムお弁当付となりますが、お弁当の数には限りがありますので予めご了承ください。詳細は各協賛企業へお問い合わせください。</p>	<p>ランチョンセミナー①</p> <p>54 カボシステムによる究極の総義歯 12:10 ~ 13:00</p> <p>稲葉 繁 (50分)</p> <p>座長: 大林 敏</p> <p>KaVo. Dental Excellence. カボデンタルシステムズジャパン株式会社</p>	<p>ランチョンセミナー②</p> <p>55 審美領域少数歯欠損における診査・診断と治療選択肢 12:10 ~ 13:00</p> <p>梅津清隆 (50分)</p> <p>座長: 河原昌二</p> <p>IGI 株式会社ジーシー</p>	<p>ランチョンセミナー③</p> <p>56 New Concept メタルフリーマテリアル 12:10 ~ 13:00</p> <p>高橋英登 (50分)</p> <p>座長: 中川孝男</p> <p>3M ESPE スリーエムヘルスケア株式会社</p>	
P M	<p>Dr.</p> <p>カテゴリ テーマ</p> <p>Liveエンド</p> <p>60 臨床家のための実践的歯内療法システムチェックなJHエンドシステム 13:15 ~ 16:30</p> <p>平井 順 (195分)</p> <p>座長: 高橋慶社</p>	<p>Dr. DT</p> <p>総義歯</p> <p>若手とベテランがともに学ぶ総義歯 診査・診断 若手・ベテランの見る目 13:15 ~ 16:30</p> <p>61 デンチャースペースをみる目 村岡秀明 (45分)</p> <p>62 下顎総義歯の吸着を達成するための重要ポイント 阿部二郎 (45分)</p> <p>63 臨床解剖学に即した無歯顎総義歯治療-高度吸収顎堤への挑戦- 市川 淳 (35分)</p> <p>64 患者が満足する義歯形態を考える-若手歯科医師の見方- 白石康博 (35分)</p> <p>ディスカッション (30分)</p> <p>座長: 深水皓三</p>	<p>DH</p> <p>歯科衛生士</p> <p>認定歯科衛生士 ここが知りたいQ&A 13:15 ~ 16:30</p> <p>65 ライフステージによる歯周組織の変化 伊藤公一 (70分)</p> <p>66 ライフステージによる口腔の変化 阿部伸一 (70分)</p> <p>Q&A, ディスカッション (55分)</p> <p>座長: 小林明子 鍵和田優佳里</p>	<p>Dr. DT DH DA</p> <p>メーカーシンポジウム</p> <p>IPS e.max in JAPAN - CAD and Press - 13:15 ~ 16:30</p> <p>67 迷いなき選択 -IPS e.max CAD- 草間幸夫</p> <p>68 IPS e.max Pressが切り開く未来-現状と可能性- 大河雅之</p> <p>69 IPS e.maxシステムの優位性 コーディネーター: 貞光謙一郎</p> <p>座長: 挽地俊哉</p> <p>ivoclar vivadent Ivoclar Vivadent株式会社</p>	<p>Dr. DT DH DA</p> <p>高齢者</p> <p>生活に密着した歯科医療 その1 歯科訪問診療 13:15 ~ 16:30</p> <p>70 摂食・嚥下障害の評価と訓練の実際 戸原 玄 (90分)</p> <p>71 食べること 生きること ~地域ではじめる食支援~ 五島朋幸 (90分)</p> <p>座長: 中村順三</p>

※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/31st/

	ホールD7	ホールD5	ガラス棟 G502	ガラス棟 G510	セミナー室 1	セミナー室 2
AM	Dr. エンド 歯髄を守る 9:15 ~ 12:00 41 抗菌剤による 感染歯髄保存の試み -そのメカニズムと実際 岩久正明 (55分) 42 MTAを用いた 歯髄保存の臨床 岡口守雄 (55分) 43 歯髄創傷治療の舞台裏 井上 孝 (55分) 座長：市村賢二	Dr. DT DH 新・顎咬合学 口腔からの若返り Well Aging 9:15 ~ 12:00 44 姿勢、噛み方、 飲み込み方の科学 -口腔からウェルエイジング- 阿部伸一 (75分) 45 「噛んで」「咽って」 「笑って」「若返り」 -口腔からの若返り- 河原英雄 (90分) 座長：久保田智也	Dr. 開業学 医療訴訟に備える 9:15 ~ 12:00 46 医療現場における 法的紛争から見た 歯科の将来と価値の創造 ~新しい歯科開業学の羅針盤~ 永松榮司 (90分) パネルディスカッション (60分) パネリスト：長阪信昌 太田拓哉 座長：横山敏秀	Dr. 保存修復 The 接着 9:15 ~ 12:00 47 これで納得！ 歯質接着最前線 -臨床における 重要ポイントをおさえる 宮崎真至 (55分) 48 歯科接着の基礎から 臨床の新展開 桃井保子 (55分) 49 メタルフリー時代に即した 接着臨床 高橋英登 (55分) 座長：俵木 勉	Dr. DT DH 矯正 一般臨床医が 知っているべき 矯正の基礎知識 9:15 ~ 12:00 50 矯正治療の可能性と限界 宮下邦彦 (55分) 51 不正咬合の基礎としての 咬合平面の動態と 不正咬合治療 佐藤貞雄 (55分) 52 矯正治療を助けるTAD (Temporary Anchorage Device) と再石灰化促進処理 池森由幸 (55分) 座長：山地正樹	Dr. 認定医教育セミナー 認定医教育セミナー 《事前参加登録制》 9:15 ~ 12:30 53 咬合に強くなるセミナー 岩田健男 (195分)
			ランチョンセミナー④ 57 ~ Digital Waterfall ~ 歯科医療を取り巻く New Technology 12:10 ~ 13:00 市岡千春 (50分) 座長：黒岩昭弘 sirona シロナデンタルシステムズ株式会社	ランチョンセミナー⑤ 58 BioHorizons Laser-Lok® で変わるこれからの インプラント治療コンセプト 12:10 ~ 13:00 松島正和 (50分) 座長：脇本 貢 Caiman Dental 株式会社カイマンデンタル	ランチョンセミナー⑥ 59 インプラント オーバーデンチャーを 再検証する 12:10 ~ 13:00 中田光太郎 (50分) 座長：湯田 宏 straumann ストローマン・ジャパン株式会社	
PM	Dr. DT PD 「パーシャルデンチャー の現在」 ~今、守るべきこと、 攻めるべきこと~ 13:15 ~ 16:30 72 講演主旨 守るパーシャルデンチャー 攻めるパーシャルデンチャー 鈴木 尚 73 支台歯(鉤歯)と連携して より動きの少ない パーシャルデンチャーを 目指す 菅崎直身 (45分) 74 キャスト パーシャルデンチャーの 実力と永続性 川島 哲 (45分) 75 咬合圧と義歯の動態 森本達也 (45分) ディスカッション (45分) 座長：鈴木 尚	Dr. DT 歯科技工士 歯科医師、 歯科技工士向け ~臨床家のための The 咬合学~ 13:15 ~ 16:30 76 咬合崩壊症例に対する 考え方とアプローチ 普光江 洋&榊原功二 (65分) 77 咬合調整のより少ない 修復装置を求めて 齊木好太郎 (65分) 78 咬頭嵌合位を再考する 菅野博康 (65分) 座長：稲葉 繁	Dr. DT DH DA 隣接医学 歯科医療従事者として 知っておきたい 最新の知識 13:15 ~ 16:30 79 粘膜免疫と プロバイオティクス について 鶴 純明 (120分) 80 口腔がんの発生・進展に 関する知識 -最近の知見から- 草間 薫 (75分) 座長：上濱 正	Dr. 顎関節 顎関節症の 基礎から臨床 13:15 ~ 16:30 81 顎関節の発生と加齢変化 中村雅典 (55分) 82 顎関節症患者のための 病理検査 顎関節洗浄液で分かる 病態の多様性 三上俊成 (55分) 83 顎関節症の症型分類 -病態と徴候を読み解く- 小出 馨 (55分) ディスカッション (30分) 座長：松島正和 総会 17:00 ~	Dr. DT DH DA 接遇 あなたの生き方で、 患者様の心をつむ。 最高接客で「伝説の歯科 医院づくり」を目指そう 13:15 ~ 16:30 84 最後の決め手は、人間力！ 「接遇の神髄」を伝授する 藤田 薫 (195分) 座長：鶴飼 誠	Dr. 有料ハンズオン② スクーリング 《事前参加登録制》 13:15 ~ 16:30 85 ペリオドンタル インスツルメンテーション ：基本スキルの力 薄井由枝 (195分)

テーブルクリニックのご案内

会場	29日 sat		30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 拡大して おさらいしてみよう シャープニング・スケーリング 鈴木 朋湖	T-11 メンテナンスメニュー - その方の加齢とともに - 安生 朝子	T-21 口～健康～食医 夏見 真美	T-31 当院における 歯科衛生士の役割 ～小児の臨床現場から～ 青木 薫	T-41 患者さんの願いと 医療者の思いをつなぐ 架け橋となるために 高森 愛子	T-51 診査から始まる 「力(ちから)」の問題整理 村上 恵子
テーブル 2	T-2 生体と調和した 機能的咬合面形成法 田村 勝美 赤坂 政彦	T-12 順次誘導咬合による WAX UPの要点 榊原 功二	T-22 インプラント周囲組織に やさしい技工を目指す 遊亀 裕一	T-32 Current of Esthetic Ceramic Restoration utilizing CAD/CAM System (CAD/CAM Systemによる セラミック修復) 山下 恒彦	T-42 ファンクショナル ワクシングテクニック ～ペイン法～ 松本 真司	T-52 次世代の コンポジットレジンによる インプラント上部構造の製作 渡邊 一史
テーブル 3	T-3 咀嚼運動からさまざまな 咬合理論を見直す ＝歯科診療における 咀嚼運動改善の重要性＝ 永井 省二	T-13 治療の基準位を 知ることが 咬合治療のスタートだ! 普光江 洋 武井 順治	T-23 まる覚え! 咬合と顎関節 -補綴物の破折を防ぐ 基礎知識- 松島 正和	T-33 歯列弓形態から 咬合を読む 酒井 志郎	T-43 患者さんの理解を配慮 した咬合診査の要点 三輪 一雄	T-53 重度顎関節症例における 顎頭誘導装置を用いた 治療法 井上 正敏
テーブル 4	T-4 口腔内光学スキャナーで拡がる デジタルデンティストリーの世界 夏堀 礼二	T-14 サクセスフルエイジング のための インプラント治療 林 揚春 安達 恵利子	T-24 サイナスリフト ～易しい方法はないか?～ -クラスターアプローチでラテラルアプローチ みたくに挙がる方法をご覧ください (秘密だよ) 嶋田 淳	T-34 ピエソサージェリー ～骨外科への 新しいコンセプトと臨床応用～ 小川 勝久	T-44 インプラントを用いた 咬合再構成のガイドライン -審美と機能を両立するための 3Dリポジショニング- 小川 洋一	T-54 今こそ再考、 インプラント治療 林 美穂
テーブル 5	T-5 インプラントオーバー デンチャーの勘どころ 亀田 行雄	T-15 上下顎同時印象による 究極の総義歯 稲葉 繁	T-25 総義歯治療の実践 深水 皓三	T-35 吸着下顎総義歯の 印象実演 -辺縁封鎖溝浅部の 探索法と対処法- 佐藤 勝史	T-45 総義歯をイメージする。 (形態と人工歯排列についての考察) 須藤 純 松岡 金次	T-55 ギーゼも喜ぶ ゴシックアーチの フル活用 小林 隆 堀田 太
テーブル 6	T-6 咬合の出発点「中心位」 小嶋 壽	T-16 チームで取り組む 予防とメンテナンス 小牧 令二 小合 いずみ 岩田 裕衣	T-26 エステティック ダイレクトボンディング時に おけるKey point! 松本 勝利	T-36 歯内療法を 必ず成功させる 3つのポイント 小原 俊彦 石田 博也	T-46 歯周外科処置; 基本中の基本 辰巳 順一	T-56 MTM症例の 難易度判別に必要な 矯正診断のポイント -セファロトレース活用法- 松崎 造成
テーブル 7	T-7 CTで検証する インプラント外科の 落とし穴 野阪 泰弘	T-17 SR Nexco の可能性 -次世代の歯冠修復レジン- 若竹 哲也 Ivoclar Vivadent株式会社	T-27 インプラタイトス、 歯周治療の口腔病原細菌 に対する漢方薬の応用 鈴木 光雄	T-37 包括的アプローチ STOP & GO ～長期経過からみた 落とし穴とリカバリー～ 内田 剛也	T-47 Social 6と Digital set upについて 高橋 正光	T-57 ガイドドサージェリーを 用いたインプラント治療の 実際 (治療計画～補綴) 高田 博雅
テーブル 8	T-8 歯内療法 の「ここだけは」 倉富 寛	T-18 歯周外科の基本手技を マスターしよう! ～切開、剥離、 Debridement、骨外科、縫合～ 中島 稔博	T-28 診査診断 (咬合と審美を再考する) プロビジョナル レストレーションの臨床応用 橋本 雅人	T-38 Esthetic Implant Restoration -1本から始めよう インプラント審美修復- 鈴木 玲蘭	T-48 咬合が引き金となる カリエスとその治療法 小嶋 壽 カポデンタルシステムズジャパン株式会社	T-58 信頼をかちとる コンサルテーション術 ～笑顔があふれる医院をめざして～ 石原 研 神田 真帆 今井 美樹
テーブル 9	T-9 マイクロ併用した Er:YAGレーザーの有効利用 Er:YAGレーザー臨床テクニックの全て 永井 茂之 株式会社モリタ	T-19 臨床成績に差がつく マイクロスコープの徹底活用術 ～診査・診断からサージェリーまで～ 千 栄寿 岩泉 理沙 株式会社モリタ	T-29 安心・安全な 歯内療法を求めて ～JHエンドシステムを 取り入れた私の臨床～ 石川 洋子	T-39 "Partial denture & implant over denture" ～ここで決まる、軸壁・角度の コントロールとその設定～ 奥森 健史 株式会社茂久田商会	T-49 臨床必携 簡単! 高精度の 咬合接触検査法の活用 玉置 勝司 株式会社ジーシー	T-59 前庭切開骨膜下トンネル アクセス法(VISTA)を用いた 審美インプラント治療 佐藤 明寿
テーブル 10	T-10 クラウンブリッジの 新しい選択肢、フチ自費診療 "セルゴン2冠スタンダード" 小林 平 デンツプライ三金株式会社	T-20 CAD/CAMインプラント ブリッジISUS 寺西 邦彦 デンツプライ三金株式会社	T-30 3Shapeデンタルシステム によるカスタムメイド インプラント治療 辻 秀憲 デンツプライ三金株式会社	T-40 義歯吸着を得るための 印象採得 ～その実際～ 村岡 秀明 株式会社トクヤマデンタル	T-50 半焼結ジルコニア カービング&ステイン デモンストラーション 上原 芳樹	T-60 臨床における歯槽骨 骨密度評価の有効性 大西 吉之

※テーブル9-3石川洋子先生とテーブル8-5小嶋壽先生が入れ替わりになりました。

一般口演

会場：G504・G505・G507・G508
G607

6月29日（土）

会場 G504

座長 菅井 敏郎 岡口 守雄

- | | | | |
|---------------|-----|--------|-----------------------------------------------------------------|
| 13:30 - 13:50 | ○-1 | 吉嶺 真一郎 | 安全安心な上顎臼歯部インプラント治療を目指して |
| 13:50 - 14:10 | ○-2 | 森田 美弥子 | Systematic review for various prosthesis restoration of implant |
| 14:10 - 14:30 | ○-3 | 泉 加奈江 | 当医院における全身管理の意義 ～インプラント手術を中心に～ |
| 14:30 - 14:50 | ○-4 | 三浦 康志 | 下顎におけるボーンアンカーブリッジ補綴の症例報告 |
| 14:50 - 15:10 | ○-5 | 村田 彰弘 | フルマウスインプラント症例における、様々な補綴物作製法について |

座長 小松 智成 白石 和仁

- | | | | |
|---------------|------|-------|---------------------------------|
| 15:10 - 15:30 | ○-6 | 佐原 由起 | ハイジニストからみた TMJ の基礎知識 |
| 15:30 - 15:50 | ○-7 | 谷山 香織 | 小児の健全な口腔機能を完成させるための歯科衛生士の関わり方 |
| 15:50 - 16:10 | ○-8 | 都田 綾 | 患者様と共に |
| 16:10 - 16:30 | ○-9 | 志田 夕季 | 口腔衛生指導におけるモチベーションを高めるための媒体活用 |
| 16:30 - 16:50 | ○-10 | 村田 千佳 | 口腔ケアにおける姿勢の確保 ～内視鏡による評価から学んだこと～ |

会場 G505

座長 石川 洋子 蒔田 真人

- | | | | |
|---------------|------|--------|--------------------------------------|
| 13:30 - 13:50 | ○-11 | 林 智恵子 | TCH (Tooth Contacting Habit) 是正指導の実際 |
| 13:50 - 14:10 | ○-12 | 丸山 葉子 | 様々な患者様に対するメンテナンスを考える |
| 14:10 - 14:30 | ○-13 | 小林 由弥子 | 当院でのホワイトニングの症例の実際例 |
| 14:30 - 14:50 | ○-14 | 坪田 知佳 | 歯科衛生士としての新たな啓発への取り組み |
| 14:50 - 15:10 | ○-15 | 岡本 愛 | 患者に適した清掃用具の選択 |

座長 村上 和彦 林 美穂

- | | | | |
|---------------|------|--------|----------------------------------------------------|
| 15:10 - 15:30 | ○-16 | 野口 紗希 | 患者様の背景を考えた上での歯科衛生士業務について |
| 15:30 - 15:50 | ○-17 | 久保田 麻弓 | Tooth wear ～酸で歯が溶ける～ |
| 15:50 - 16:10 | ○-18 | 井村 恭子 | 咀嚼回復を通して患者様を健康長寿へと導くために ～歯科衛生士の役割～ |
| 16:10 - 16:30 | ○-19 | 小池 優美子 | プラークコントロールの重要性
～縁上のコントロールから SRP へ移行するタイミングについて～ |
| 16:30 - 16:50 | ○-20 | 大坂 舞 | インプラント治療における歯科衛生士の役割 |

会場 G507

座長 脇本 貢 中山 隆司

- | | | | |
|---------------|------|--------|----------------------------------|
| 13:30 - 13:50 | ○-21 | 宇佐美 孝博 | 下顎位の誘導を伴う全顎補綴症例からの考察 |
| 13:50 - 14:10 | ○-22 | 若井 友喜 | 咬合再構成における補綴設計と指標の重要性 |
| 14:10 - 14:30 | ○-23 | 野澤 康二 | 調整の少ない咬合床を目指して ～義歯製作の咬合採得に関する調査～ |
| 14:30 - 14:50 | ○-24 | 中村 浩明 | 審美領域における辺縁歯肉へのアプローチ |
| 14:50 - 15:10 | ○-25 | 藤本 光治 | 前歯部修復治療における歯冠長決定要素 |

座長 川崎 俊明 加藤 厚

- | | | | |
|---------------|------|-------|-----------------------------------------------------------|
| 15:10 - 15:30 | ○-26 | 荻原 拓郎 | ステイン法によるプレスセラミックインレーの色調再現 |
| 15:30 - 15:50 | ○-27 | 足立 哲也 | 審美修復を行うにあたってのラボとクリニックのコミュニケーション |
| 15:50 - 16:10 | ○-28 | 松山 真也 | 前歯部症例へのアプローチ |
| 16:10 - 16:30 | ○-29 | 伊藤 健太 | 歯肉へのアプローチを考えた前歯部修復 |
| 16:30 - 16:50 | ○-30 | 岩城 謙二 | デンチャーベース・カラーリングの表面性状に関する研究
- 第2報、歯肉色ハイブリット型硬質レジン内部観察 - |

一般口演

会場：G504・G505・G507・G508
G607

6月29日（土）

会場 G508

座長 西上 堅二 石川 明

- | | | | |
|---------------|------|--------|-----------------------------|
| 13:30 - 13:50 | O-31 | 森 勇人 | ジルコニアの特性と臨床への応用 |
| 13:50 - 14:10 | O-32 | 西尾 修一 | フレームデザインの工夫でポーセレンの破折が防げるのか？ |
| 14:10 - 14:30 | O-33 | 臼田 賢二 | コバルトクロムが及ぼす陶材への影響について |
| 14:30 - 14:50 | O-34 | 上野山 明寛 | 今、脚光を浴びている陶材焼き付け合金への取り組み |
| 14:50 - 15:10 | O-35 | 紀野 仁志 | 審美的・解剖学的基準を用いたインプラント上部構造の製作 |

座長 津田 幸夫 西野 博喜

- | | | | |
|---------------|------|--------|---------------------------------------------------------|
| 15:10 - 15:30 | O-36 | 平松 大輔 | 歯周組織に調和する補綴物を目指して |
| 15:30 - 15:50 | O-37 | 横川 修平 | 半透明ジルコニアの可能性 |
| 15:50 - 16:10 | O-38 | 松田 健嗣 | 天然歯を目指して |
| 16:10 - 16:30 | O-39 | 久保田 紘基 | 色調再現に於けるアプローチについて |
| 16:30 - 16:50 | O-40 | 森永 純 | 総義歯製作における咬合器装着によって発生する誤差に関する実験的考察
第二報 石膏の熱膨張による誤差の発生 |

会場 G607

座長 吉田 秀人 石原 研

- | | | | |
|---------------|------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 13:30 - 13:50 | O-41 | 金丸 順策 | 咬合を考慮した総義歯とインプラント補綴 |
| 13:50 - 14:10 | O-42 | 西山 孝樹 | 咬合の考察（私自身 2 級 1 類ケース） |
| 14:10 - 14:30 | O-43 | 西山 和彦 | Dr.Schuyler から発展した Functionally Discluded Occlusion by Kuwata
生体力学的咬合論の試み
第 2 報 咬合力による顎顔面頭蓋骨の変化について |
| 14:30 - 14:50 | O-44 | 畑中 豊美 | |
| 14:50 - 15:10 | O-45 | 國廣 順之 | TMD 症状を伴う咬合崩壊症例に咬合再構成を試み寛解した一症例 |
- 座長 吉永 修 辰巳 順一
- | | | | |
|---------------|------|--------|-----------------------------|
| 15:10 - 15:30 | O-46 | 鵜飼 誠 | 下顎位不安定における咬合再構成の一症例 |
| 15:30 - 15:50 | O-47 | 藤岡 直也 | フルマウスリハビリテーションにおける診査・診断の重要性 |
| 15:50 - 16:10 | O-48 | 前田 武将 | 咬合崩壊を治療した一症例 -咬合接触状態から考察する- |
| 16:10 - 16:30 | O-49 | 石井 彰夫 | 上下顎歯列弓の不正関係是正への包括的アプローチ |
| 16:30 - 16:50 | O-50 | 長谷川 雄一 | 咬合再構成における審美性と機能性の獲得 |

一般口演

会場：G504・G505・G507・G508
G607

6月30日（日）

会場 G504

座長 重田 幸司郎 佐藤 敬一郎

- | | | | |
|---------------|------|--------|------------------------------------|
| 9:10 - 9:30 | ○-51 | 野村 陽介 | オールセラミックスを用いた臼歯部審美修復症例について |
| 9:30 - 9:50 | ○-52 | 竹中 崇 | 矯正的挺出法を用い、生物学的幅径の回復を図り、歯冠修復を行った一症例 |
| 9:50 - 10:10 | ○-53 | 大塚 浩司 | 下顎臼歯部におけるインプラント周囲角化歯肉不足への対応 |
| 10:10 - 10:30 | ○-54 | 北原 光一郎 | 前歯部審美修復に苦慮した症例 |
| 10:30 - 10:50 | ○-55 | 山本 真道 | 当院での二次齲蝕への対応 |

座長 矢野 尚一 金城 清一郎

- | | | | |
|---------------|------|-------|----------------------------------------|
| 10:50 - 11:10 | ○-56 | 樋口 克彦 | 総義歯に取り組んで |
| 11:10 - 11:30 | ○-57 | 白土 徹 | 上顎前歯欠損部へのティッシュマネージメントによって審美的な改善を行った一症例 |
| 11:30 - 11:50 | ○-58 | 椋 誠二 | インプラント埋入に於ける、そのタイミングについての一考察 |
| 11:50 - 12:10 | ○-59 | 青木 裕司 | 理想的な CR 充填を目指して |
| 12:10 - 12:30 | ○-60 | 坂口 雄一 | ペインレス治療を目指して |

座長 甲斐 康晴 田中 憲一

- | | | | |
|---------------|------|--------|------------------------------------------|
| 13:30 - 13:50 | ○-61 | 井上 弘子 | 当院における歯周外科治療を再考する |
| 13:50 - 14:10 | ○-62 | 荒木 淳 | 当院における歯内療法への取り組み |
| 14:10 - 14:30 | ○-63 | 吉本 新一郎 | 当医院における資料採得について再考する |
| 14:30 - 14:50 | ○-64 | 三宅 宏之 | 下顎総義歯の吸着に影響を及ぼす、レトロモラーパット前縁部付近に見られるスジの解剖 |
| 14:50 - 15:10 | ○-65 | 園田 晋平 | 成人矯正治療後のフルマウスリコンストラクション |

座長 吉川 宏一 立和名 靖彦

- | | | | |
|---------------|------|--------|--------------------|
| 15:10 - 15:30 | ○-66 | 源 弘行 | 当院で行う根管充填法 |
| 15:30 - 15:50 | ○-67 | 宮崎 鉄也 | 治療戦略における CBCT の有用性 |
| 15:50 - 16:10 | ○-68 | 柴原 由美子 | 感染根管治療を再考する |
| 16:10 - 16:30 | ○-69 | 土肥 博幸 | 重度歯周炎患者に対する総合的治療 |

一般口演

会場：G504・G505・G507・G508
G607

6月30日（日）

会場 G505

座長 吉竹 賢祐 篠原 俊介

- | | | | |
|---------------|-------|--------|------------------------------|
| 9:10 - 9:30 | □O-70 | 大野 幸恵 | インプラント周囲のセルフクリーニング |
| 9:30 - 9:50 | □O-71 | 竹川 綾香 | アジスロマイシン投与後における菌叢再発についての考察 |
| 9:50 - 10:10 | □O-72 | 小原 佳与 | デンタルスタッフが行うコンサルテーション |
| 10:10 - 10:30 | □O-73 | 米沢 望 | アタッチメントレベル測定的重要性 ～歯肉の外と内を診る～ |
| 10:30 - 10:50 | □O-74 | 浅香 美由紀 | 軽度歯周炎患者への歯周基本治療 |

座長 山地 良子 中島 稔博

- | | | | |
|---------------|-------|--------|------------------------------------------|
| 10:50 - 11:10 | □O-75 | 徳久 幸司 | マウスピースアプライアンスを用いて抜歯矯正を行った一症例 |
| 11:10 - 11:30 | □O-76 | 谷山 隆一郎 | 矯正治療を併用した場合におけるインプラント埋入位置の検討 |
| 11:30 - 11:50 | □O-77 | 保田 好隆 | 学童期におけるスケルトン拡大装置の効果 |
| 11:50 - 12:10 | □O-78 | 江口 英利 | 咬合異常をもつ小児にスケルトン型拡大装置を用いて対応した症例 |
| 12:10 - 12:30 | □O-79 | 白数 正義 | チタンニオブ（TiNb）合金を左側、MEAW を右側に用いて治療を行った開咬症例 |

座長 田中 秀樹 樋口 琢善

- | | | | |
|---------------|-------|-------|-----------------------------------------------------------------|
| 13:30 - 13:50 | □O-80 | 秋山 博道 | Esthetic treatment produced by communication
～満足度の高い審美をめざして～ |
| 13:50 - 14:10 | □O-81 | 中橋 佑介 | 歯冠長延長術により歯肉ラインの不調和を改善させた一症例 |
| 14:10 - 14:30 | □O-82 | 鈴木 篤史 | シェードテイキングにおけるデジタルカラーマネージメントの応用 |
| 14:30 - 14:50 | □O-83 | 土田 雅人 | 補綴処置におけるプロビジョナルレストレーションの重要性 |
| 14:50 - 15:10 | □O-84 | 奈佐 浩史 | 前歯部審美修復～フェイシャルカスプラインとの調和～ |

座長 榊 恭範 河原 三明

- | | | | |
|---------------|-------|--------|-------------------------------------|
| 15:10 - 15:30 | □O-85 | 蘇 東平 | Pedicated CT におけるインプラント治療の応用 |
| 15:30 - 15:50 | □O-86 | 宮崎 裕基 | 上顎臼歯部インプラント治療を行いインプラント周囲炎について考えた一症例 |
| 15:50 - 16:10 | □O-87 | 虻江 勝 | サイナスリフトにおけるリスク回避の重要性 |
| 16:10 - 16:30 | □O-88 | 吉野 晃 | 歯科における低出力超音波パルス療法（LIPUS）－その臨床と検証－ |
| 16:30 - 16:50 | □O-89 | 戸渡 孝一郎 | マイクロ波による露出チタンアバットメント窒化処理と審美回復に関する研究 |

会場 G507**座長 倉富 覚 天川 由美子**

9:10 - 9:30	○-90	吉見 二郎	スマイルラインを考慮した前歯部修復
9:30 - 9:50	○-91	高津 充雄	根拠に基づくコンポジットレジン修復
9:50 - 10:10	○-92	飯田 真也	コンポジットレジンを用いた審美的改善への考察
10:10 - 10:30	○-93	小黒 一郎	湾曲根管に対する有効な根管内壁拡大・形成法
10:30 - 10:50	○-94	久野木 克典	難治性根尖性歯周炎のエンド

座長 吉木 邦男 須藤 純

10:50 - 11:10	○-95	高村 昌明	長期に及ぶ咀嚼障害を呈していたシングルデンチャー患者に対する有床義歯補綴治療
11:10 - 11:30	○-96	天野 晃	長期経過したフルデンチャーの咬合とリベース症例
11:30 - 11:50	○-97	前沢 宙	上顎全部床義歯においてブランチングテクニックを用いた一症例
11:50 - 12:10	○-98	山崎 史晃	ゴシックアーチとワックスバイトによる咬合採得の再現性についての検証
12:10 - 12:30	○-99	遠藤 義樹	無歯顎の閉塞型睡眠時無呼吸症候群患者への歯科的対応

座長 亀田 行雄 須呂 剛士

13:30 - 13:50	○-100	石幡 伸雄	片側がみ、奥がみと前がみ
13:50 - 14:10	○-101	宮崎 功一	発達期の早期咬合治療 - II級不正咬合、ローバーティカル症例に対するアプローチ
14:10 - 14:30	○-102	遠山 敏成	Crown Contour の臨床研究 ~ MMP バーティカルガイドラインの観察~
14:30 - 14:50	○-103	高久 勝太郎	有歯顎者の咬合高径について CT 画像から得られた所見
14:50 - 15:10	○-104	堀 洋一	患者固有の 4inch 球面を付与する診断用 Wax up 法

座長 湯田 宏 楠 高伸

15:10 - 15:30	○-105	清水 敦	舌側矯正後にウツ症状の発症を見た症例 - 側方頭部 X 線規格写真の分析
15:30 - 15:50	○-106	松井 雅俊	MTM により対応した若年者の上顎前歯欠損症例
15:50 - 16:10	○-107	金澤 尚義	Direct Composite を用いた審美修復の一症例
16:10 - 16:30	○-108	堀口 靖史	顎顔面矯正の効果
16:30 - 16:50	○-109	西原 克成	純金の人工歯根の開発と歯科と整形外科インプラントの致命的欠陥について

一般口演

会場：G504・G505・G507・G508
G607

6月30日（日）

会場 G508

座長 佐藤 孝弘 添島 正和

9:10 - 9:30	○-110	櫻井 善明	TCH (Tooth Contacting Habit) の現状を考察する
9:30 - 9:50	○-111	岡田 和子	ブラキシズムに対してのボツリヌストキシンの応用
9:50 - 10:10	○-112	中山 浩之	一般歯科における健康長寿 ～当院の取り組み、小児から高齢者まで～
10:10 - 10:30	○-113	福山 房之助	上顎中切歯審美修復において支台歯形成量から修復マテリアルを考慮した一症例
10:30 - 10:50	○-114	仲筋 宣子	歯周病の基本治療におけるコラーゲン・亜鉛配合ゼリー摂取の効果 －無作為化プラセボ対照比較試験－

座長 武井 賢郎 神田 省吾

10:50 - 11:10	○-115	越智 信行	補綴形態がもたらす歯周組織への影響について
11:10 - 11:30	○-116	輿石 大介	残根を利用した補綴治療の長期経過
11:30 - 11:50	○-117	河島 紘太郎	前歯部補綴修復処置への取り組み
11:50 - 12:10	○-118	芳野 博	補綴前処置の重要性について
12:10 - 12:30	○-119	加藤 泰二	咬合状態を考慮し MTA を用いて歯牙の保存を考えた症例

座長 吉松 繁人 山崎 一人

13:30 - 13:50	○-120	石崎 晴彦	咬合機能困難加算+大誤算
13:50 - 14:10	○-121	宮田 匡人	咬合機能困難加算+大誤算②
14:10 - 14:30	○-122	宮地 浩徳	咬合機能困難加算+大誤算③
14:30 - 14:50	○-123	松村 圭一朗	咬合機能困難加算+大誤算④
14:50 - 15:10	○-124	徳富 亘	All-on-4 の失敗症例

会場 G607

座長 永井 省二 酒井 和正

9:10 - 9:30	○-125	森田 憲司	矯正治療後の修復治療 ～一般歯科医として考える～
9:30 - 9:50	○-126	西 耕作	前歯部と臼歯部のバランスを考慮した咬合
9:50 - 10:10	○-127	木下 俊克	SMC 分類とストマトロジーをベースにした咬合再構成
10:10 - 10:30	○-128	栗田 恒雅	GNATHOLOGY 咬合理論の正当性 ～臨床的裏付けと予期せぬ経過を回避するために～
10:30 - 10:50	○-129	櫻井 直樹	顎関節症治療における筋肉位の重要性

座長 林 佳明 田ヶ原 昭弘

10:50 - 11:10	○-130	須藤 哲也	CAD/CAM による Fixed Removable IOD の設計と可能性
11:10 - 11:30	○-131	齋藤 善広	Fixed Removable IOD のための義歯設計と埋入位置
11:30 - 11:50	○-132	小野寺 良修	インプラント周囲粘膜炎の治療について
11:50 - 12:10	○-133	中山 隆司	多数歯欠損インプラント補綴の治療計画
12:10 - 12:30	○-134	李 明科	ティッシュマネージメントを伴うインプラント周囲環境修復

座長 菅野 詩子 内山 秀樹

13:30 - 13:50	○-135	甲斐 智之	咬合再構成 - 適正下顎位を考える
13:50 - 14:10	○-136	辻中 健二郎	Angle III 級の患者に咬合再構成を行った一症例
14:10 - 14:30	○-137	小笠原 久明	Horizontal Axis を使った Remount、咬合調整のいない Full Mouth Reconstruction
14:30 - 14:50	○-138	渡邊 拓朗	力の対応に苦慮した一症例
14:50 - 15:10	○-139	井筒 大輔	既存の犬歯関係を保存して咬合を再構築した一症例

ポスター発表

会場：展示ホール

6月29日（土）

座長 高木 幸人 水野 博之

14:00 - 14:04	P-1	文山 和美	ダメージの歯に着目!! ～表面性状改善について～
14:04 - 14:08	P-2	原野 晶代	マイクロスコープで変わる日常臨床 ～ハイジニストの立場から～
14:08 - 14:12	P-3	水口 理砂	重度歯周病患者に AGC ブリッジを用いる有意性 ～ハイジニストの立場から～
14:12 - 14:16	P-4	山本 満里奈	治療を成功に導く為に
14:16 - 14:20	P-5	大塚 沙紀	当院における母親教室への働きかけ
14:20 - 14:24	P-6	和田 加奈子	患者様の笑顔のために
14:24 - 14:28	P-7	高木 明日香	Perio-power type への取り組み
14:28 - 14:32	P-8	石田 明	オベイドポンティックへの挑戦
14:32 - 14:36	P-9	村田 享之	グラスファイバー補強ハイブリッド型レジンブリッジの物性評価
14:36 - 14:40	P-10	太田 史明	咬合再構成における実践的歯科技工

座長 平河内 禎彦 岩坂 仁

14:00 - 14:04	P-11	鈴木 淳	プレスシステムの材料特性を活かしたステイニングテクニック
14:04 - 14:08	P-12	齋尾 歩	私たちの考える口腔機能評価のポイント
14:08 - 14:12	P-13	齋藤 千咲	小児歯科における衛生士の役割～歯科治療が苦手な子どもにどう対応するか
14:12 - 14:16	P-14	高槻 直子	酸蝕症について ～歯科衛生士の視点から診る～
14:16 - 14:20	P-15	渡邊 未紀	受付から始まる医療面接
14:20 - 14:24	P-16	杉本 江美	共に歩む医院づくり～世界を目指して～
14:24 - 14:28	P-17	西海 香屋子	院内での連携について
14:28 - 14:32	P-18	島田 真由美	歯科医院におけるアロマセラピーの応用
14:32 - 14:36	P-19	勝部 義明	咬合再構成における精度の高いインプラント埋入
14:36 - 14:40	P-20	菅崎 紳	客観的評価を取り入れる –ゴシックアーチ描記法の活用–

座長 松島 正和 森永 博臣

14:00 - 14:04	P-21	岡原 健至	補綴主導型インプラントの実践 ～簡易的なステントの作製から埋入～
14:04 - 14:08	P-22	白数 信明	セファロを用いて咬合設計を行った無歯顎即時修復症例
14:08 - 14:12	P-23	長岡 英之	崩壊歯列に対する一症例
14:12 - 14:16	P-24	筒井 祐介	機能運動咬合器を用いた咬合面形態の考察（咀嚼運動への対応）
14:16 - 14:20	P-25	上田 和茂	開業医でもできる！ 水平埋伏抜歯
14:20 - 14:24	P-26	田代 芳之	生活習慣（態癖）指導と可撤性矯正装置による小児咬合誘導について
14:24 - 14:28	P-27	渡邊 祐康	天然歯とインプラントに AGC コーヌスを応用した一症例
14:28 - 14:32	P-28	杉本 一樹	咬合干渉を考慮した修復処置
14:32 - 14:36	P-29	平岩 裕一郎	からだと口元がつながる視診のすすめ
14:36 - 14:40	P-30	亀井 麻人	歯周組織を考慮したカスタムバットメント

座長 木村 純子 川上 清志

14:00 - 14:04	P-31	川野 瞬	最大開口運動初期における下顎頭の移動量および回転角についての検討
14:04 - 14:08	P-32	杉山 豊	外科的矯正処置後の Closed lock に対してスプリントにより改善した一症例
14:08 - 14:12	P-33	廣田 哲哉	CBCT を用いた 3 次元的咬合平面決定法
14:12 - 14:16	P-34	谷尾 和正	ラミネートベニアを用いた審美修復
14:16 - 14:20	P-35	若菜 健弘	審美性を考慮したリジッドサポート義歯補綴
14:20 - 14:24	P-36	吉野 晃	咬合崩壊を伴う歯周病患者に対する咬合再構成
14:24 - 14:28	P-37	荒井 正明	脳機能分析から解った顎関節症の問題点 ～口から脳を活かす歯科医療～
14:28 - 14:32	P-38	樋口 琢善	3 次元的咬合平面決定法を用いたフルマウスリコンストラクション
14:32 - 14:36	P-39	松村 健司	咬合崩壊を防ぐ欠損補綴
14:36 - 14:40	P-40	政廣 明徳	先天性多数歯欠損の咬合再構成をした一例

6月30日 (日)

座長 松崎 浩成 上川 明久

10:00 - 10:04	P-41	久保 達也	Treatment for occlusal reconstruction based on the cause of disease I
10:04 - 10:08	P-42	久保 達也	Treatment for occlusal reconstruction based on the cause of disease II
10:08 - 10:12	P-43	覚道 芳宏	顎関節部の画像診断 - 矯正治療と顎関節の関係 -
10:12 - 10:16	P-44	齋藤 善広	クローズドロック症例の咬合接触点の評価と顎関節の変化
10:16 - 10:20	P-45	清水 俊克	生理的治療顎位を模索した一症例
10:20 - 10:24	P-46	木村 彰利	上顎右側第二大臼歯におきた歯内歯周病変とブラキシズムとの観察
10:24 - 10:28	P-47	佐藤 奨	矮小歯を伴う歯列不正を改善した一症例
10:28 - 10:32	P-48	藤本 直史	マウスピースアプライアンスを用いて上顎に遠心移動を行った一症例
10:32 - 10:36	P-49	堀内 晃	中学生の日常姿勢、荷物の持ち方と顎偏位、形態変化との関係について
10:36 - 10:40	P-50	新居 智恵	地域医療における総合病院歯科の役割 ～パイロットスタディーとして1か月患者実態調査～

座長 河原 太郎 小林 英史

10:00 - 10:04	P-51	野口 三智子	日常歯科臨床におけるマイクロスコープの活用
10:04 - 10:08	P-52	土井 博史	基礎資料収集の重要性
10:08 - 10:12	P-53	鏡 智雄	インプラント前処置としての LOT の有用性
10:12 - 10:16	P-54	船木 弘	数字で診るオッセオインテグレーションの獲得 ～骨造成部位の骨とインプラントの評価～
10:16 - 10:20	P-55	林 協興	Leaderguide システムにより全顎インプラント治療の応用
10:20 - 10:24	P-56	南 康朗	インプラントを併用して咬合回復を行った一症例
10:24 - 10:28	P-57	坂田 純一	臼歯欠損のため咬合崩壊が予見され、インプラント補綴と矯正治療で改善した症例
10:28 - 10:32	P-58	高橋 恵一朗	前歯部抜歯即時インプラントにおけるピエゾサージェリーの有用性
10:32 - 10:36	P-59	谷本 博則	インプラントを用いた前歯部審美回復
10:36 - 10:40	P-60	重田 浩貴	メタルフレーム形態の違いがセラモメタルの強さに及ぼす影響

座長 宇津 照久 小笠原 久明

10:00 - 10:04	P-61	市川 正人	歯科適合試験用材料を用いた下顎総義歯粘膜面の適合検査と評価基準についての研究
10:04 - 10:08	P-62	松井 泰隆	コンポジットレジン修復を再考する
10:08 - 10:12	P-63	岸田 紘一	接着と長期安定性を考慮したセラミックスインレー
10:12 - 10:16	P-64	岸本 省三	マイクロ・スコープの臨床応用 パート3
10:16 - 10:20	P-65	鈴木 慧	歯根破折を防止するための要点
10:20 - 10:24	P-66	宮崎 啓	CBCT 画像診断に基づき外科的歯内療法を行った一症例
10:24 - 10:28	P-67	樋口 一敏	抜歯が不可避と思われた歯牙に対して再生療法を行った一症例
10:28 - 10:32	P-68	宇根岡 大典	ティッシュマネジメントの必要性とその考察
10:32 - 10:36	P-69	吉田 美香子	低位乳歯による歯列不正への対応
10:36 - 10:40	P-70	黒岩 昭弘	総義歯の就寝時装着の実態調査

特別講演

6月29日(土)

**ALL-CERAMIC SUPERSTRUCTURES:
CONTEMPORARY
OPTIONS FOR DENTAL IMPLANTS**

Baldwin W. Marchack

座長：渡辺隆史

ALL-CERAMIC SUPERSTRUCTURES: CONTEMPORARY OPTIONS FOR DENTAL IMPLANTS



Baldwin W. Marchack

1971年 南カリフォルニア大学歯学部ハーマン・オスロー校卒業

1989年 UCLA アンダーソン校経営大学院にて MBA 取得

APS 元会長、AAED 元会長、ACP 名誉会員

南カリフォルニア大学歯学部ハーマン・オスロー校評議委員、非常勤教授

ALL-CERAMIC SUPERSTRUCTURES: CONTEMPORARY OPTIONS FOR DENTAL IMPLANTS

When Professor Branemark restored his first implants, the focus was on the totally edentulous jaw. Today as practicing dentists we are faced with restoring all the way from one single implant to the full arch of implants. In the evolution of implant superstructures we have seen the use of a variety of materials: resin, titanium, non precious metals, gold alloy, and zirconia. This presentation will discuss the most contemporary options and the advantages and disadvantages of the various materials and designs.

EDUCATIONAL OBJECTIVES:

By the completion of this course each participant should be able to:

- ・ Diagnose and treatment plan fixed implant solutions with confidence
- ・ Communicate implant prosthesis designs to the laboratory effectively
- ・ Understand the biomechanics of teeth and Implants
- ・ Communicate desired occlusal schemes for implant restorations with lab
- ・ Consistently create ideal, esthetic and functional implant restorations with healthy gingival tissue

オールセラミック上部構造：デンタルインプラントにおける現代的選択肢

ブローネマルク教授による最初のインプラント治療時、その焦点は完全無歯顎にありました。今日歯科医として我々は、一本のインプラントから全顎補綴に至るまで、そのすべてに向き合っています。インプラント上部構造の進化において、我々は、樹脂、チタン、非貴金属、金合金、ジルコニアなど様々な材料の使用を経験してきました。このプレゼンテーションでは、最も現代的な選択肢と様々な素材やデザインの利点と欠点についてお話しします。

教育目標：

参加者は、本講演終了時には、次のことが可能になります。

- ・ 自信を持って診断およびインプラントの治療計画の決定を行う
- ・ 歯科技工室に効果的にインプラント補綴設計を伝える
- ・ 歯とインプラントの生体力学を理解する
- ・ インプラント治療のための望ましい咬合スキームを歯科技工室に伝える
- ・ 健康な歯肉組織とともに理想的、審美的かつ機能的なインプラント治療を一貫して行う

指定講演

No.2 ~ No.85

ためしてガッテン流 わかる！できる！！ 健康情報の伝え方 ～お口の健康とメタボ対策で、二度おいしい極意～



北折 一 (日本放送協会 科学・環境番組部)
 1987年 名古屋大学文学部(社会学専攻)卒 NHK入局
 1989年 静岡放送局ディレクター
 1993年 東京に戻り、科学番組部ディレクター
 1995年 「ためしてガッテン」立ち上げに参加
 2000年 マスコミ界初の「消費生活アドバイザー(経済産業大臣認定)」資格取得

過当競争による大淘汰時代。歯医者さん・歯科衛生士さんにとっては、大変な時代になりましたね。生き残れるかどうかの決め手は、「ウチをかかりつけ歯科医にしてくれる人」をどう確保するか。だからこそ、患者さん(または未来の患者さん)に対する情報発信力、すなわち「伝える能力」が、いま問われています。ホームページや広告で、単に「優れた設備や技術」を訴えたり、クチコミで「やさしい」と評判になるだけが選択の基準ではありません。「本気で歯を守るための情報」を提供・共有できるかどうかこそがカギになるのです。

私が担当して19年目になるNHK「ためしてガッテン(水曜夜8時～総合)」でも、何度か歯周病やむし歯、口腔ケアについて取り上げてきました。ただ、この手の番組は制作する立場からするとじつはとても難しい。なぜなら、結論は「よく歯をみがきましょう」くらいしかないから。これじゃ全然おもしろくない。どうしたら、「よく歯をみがきましょう」とは言わない方法で、番組を見た人の「みがきかた」を変えられるのか。七転八倒して考えた「伝わる伝え方」についてお話しするのが、今回の私の役目です。

一方の患者側からすれば、「自分の歯を本気で守ってくれる人」を選ぶ時代。では、どんな情報をもとに歯医者さんを選べばいいのでしょうか？ 歯科スタッフ側と患者さん側、両者が集う「市民講座」の会場で、私なりのチョー簡単なポイントもご紹介したいと思います。インターネットの「クチコミ情報」よりもあてになるかも！？ 選びたい人も、選ばれたい人も、ぜひ最後まで、どうぞ。

さて…。じつは少し前にガッテンで放送した「むし歯予防」の番組では、全国の歯医者さんから何件かクレームが来ました。その理由は、ちょっと過激なタイトルをつけたから、です。「常識逆転！○○で虫歯を治す法」…この「○○」にはいる言葉はなんでしょうか？ ヒントは、「漢字2文字」。もちろん専門用語ではありませんよ。…この答えも、会場で！ これまでの常識にとらわれない、「ガッテン流の伝え方」、どうぞお楽しみに。もちろん、私が開発した「ガッテン流ダイエットの極意」もバッチリご紹介しちゃいます！

歯科衛生士の立場から「力の問題」を知ろう

気づくことができた徴候・見逃してしまった徴候



品田 和美 (黒田歯科医院)
 1977年 アポロ歯科衛生士専門学校卒業
 1980年 黒田歯科医院勤務 現在に至る
 2008年 日本歯周病学会認定歯科衛生士
 2011年 日本臨床歯周病学会認定歯科衛生士

臨床では患者さんの状態を把握して原因の除去をしていきますが、歯周病や齲蝕の問題だけでなく、強く噛みしめるクレンチングや睡眠中のブラキシズムなど過剰な力が歯や歯周組織、筋肉、顎関節にかかっていると疑われる症例もあります。また、さほど大きな力がかかっていなくても歯周病の進行により残存している歯周組織が少なく、生体側がそれを受け止められないために力が脅威となっている症例もあります。

これらの「力の問題」は、患者さんが無意識である場合がほとんどで、問題を未然に防ぐことは簡単ではありません。また、メンテナンス中に力の関与が疑われる変化や問題が起きたときに、過去の口腔内写真やX線写真などの資料を見直してみると、すでに以前から「徴候」が現れていたことに気づき、見逃していたと反省することがあります。

患者さんと接する時間が長い歯科衛生士としては、口腔に現れている現象やさまざまな習癖を見逃さない〈観察眼〉と原因を探るために患者さんとの会話から〈情報を得る〉ことが求められていると思います。歯周病や齲蝕のコントロールだけでは歯を守ることは難しく、力による問題を最小限にとどめられるよう歯科医師と共に対応できるように歯科衛生士としての役割を考えていきたいと思っています。

現症観察から見える力の兆候



熊谷 真一 (くまがい 歯科クリニック)
1991年3月 日本大学歯学部卒業

細菌感染に対する診断と対応はある程度確立し、その効果は炎症のコントロールによる関連疾患の減少、歯の喪失の減少として現れています。このような中で、リスクとしての「力」の問題がクローズアップされるようになりました。

力の問題は、力の大きさ、集中、癖、さらには患者さんの心身の状態、ストレスなどの患者背景が相互に影響しています。その影響は顎口腔系のさまざまな変化としても現れるため、現症の観察はこの問題の把握の第一歩となります。

しかし、それが加齢によるものか、機能の中で生じているものか、ブラキシズムや悪習癖によるものなのか、簡単に判別することができません。さらに、いま生じている最中なのか、過去に生じた結果なのかという要素も加わります。そして力と病態の因果関係を考える場合、適応しているのか、危険なのか、という力を受ける組織の状態、個性の見極めも困難です。

以上のように、力は個人差などの影響が大きいためにエビデンスとしては確立されておりません。しかし、経過観察の中で「力」に関する情報が積み重ねられていることも事実でしょう。そこで本講演では「力」によって生じたと思われる変化を提示させていただき、力の兆候をクローズアップしてみたいと考えています。力の兆候を見つけ、「力」のマネジメントに役立てていただければ幸いです。

衛生士さんの咬合論

～「力のコントロール」とは何をどうすればいいのだろう～



筒井 照子 (医療法人筒井歯科・矯正歯科医院)
1970年 九州歯科大学卒業
1970年 九州歯科大学矯正学教室在籍 (～1975年)
1975年 北九州八幡西区にて開業 現在に至る
1980年 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 顧問、咬合療法研究会・JACD 主宰

「咬合論」といえば大半の方が「咬合器が出て来て、補綴をするために咬合をどう造るか」と捉えていると思います。この「補綴学的咬合論」は勿論、当然必要ですが、以前よりこれだけでは口腔の崩壊は解決しないことを感じていました。

数年前に石原寿郎先生の「臨床家のためのオクルージョン」を再読し、やっと納得出来ました。咬合論は2つ必要だったのです。

石原先生は「口腔が壊れた原因を探し、どう立て直したら良いか」を考える咬合論と「自然治癒しない歯牙を歯列を含めて元の形に戻し、咬合させるにはどう補綴物を作ったら良いか」を考える咬合論と「2つ必要」だと書かれています。

「そしてこの2つの咬合論が1つになった時に咬合学が完成したと言えるでしょう」と示唆されていました。前者が「生理学的咬合論」後者が「ナソロジーを中心とした補綴学的咬合論」です。衛生士さんには臨床の現場で、「生理学的咬合論の臨床応用」が必要だったのです。

それを私は「咬合療法」と名付けました。

口腔が壊される大きな原因は「炎症と力による破綻」です。歯科界、細菌由来の2大疾患はすでに手中に入っていますが、力がまだ十分に理解されていません。

具体的に「力を読み、コントロールする」とは何をどうすればよいのか、皆様とともに考えたいと思っています。

ペリオリスクを踏まえたインプラント治療



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
 1987年 九州大学歯学部第一補綴科助手
 1989年 西原歯科勤務
 1992年 水上歯科クリニック開業
 2007年 九州大学歯学部臨床教授

インプラント治療が歯周病に罹患した患者の欠損補綴に多大な恩恵をもたらしている一方で時折発症するインプラント周囲の炎症に悩まされる。この10数年のインプラントの改良や進化において審美性への追求は重要なテーマとなってきた。骨レベルでのインプラント埋入やラフサーフェスのレベルアップ等の改良はインプラント初期骨吸収の軽減と審美性の向上を主目的として行われてきた。しかしながら、その一方でこれらの変化がひとたびインプラント周囲に炎症が及ぶと治療が困難となってしまうことは皮肉な事実である。

インプラントの合併症には外科的な合併症や補綴的な合併症を含む構造的な合併症、そしてインプラント周囲炎が挙げられる。Schwarzによればインプラント周囲炎は主要因であるプラーク(バイオフィルム)と、その他の2次的要因に大きく分けられる。2次的要因には、ペリオリスク、全身疾患、インプラント表面性状、周囲粘膜、埋入時の骨の状況、骨造成の成否や咬合過剰負担などが挙げられる。また余剰セメントの問題も重要な課題である。

今回の講演ではこれらの原因因子について、今一度検討したうえで、上記のペリオリスクの高い患者へのインプラント治療の再検討を行っていききたい。

包括治療のなかでのインプラント処置



貞光 謙一郎 (貞光歯科医院)

1989年3月 朝日大学歯学部卒業
 1993年3月 朝日大学大学院補綴第2講座卒業
 1998年2月 奈良市 開業
 日本顎咬合学会指導医・日本審美学会認定医
 大阪 SJCD 副会長、S.A.D.A 主宰

歯牙の喪失がおこると、我々歯科医師はブリッジ、デンチャー、インプラントのいずれかをもちい実質欠損を補うこととなりますが、咬合力を分散するという点ではインプラント修復のみが可能であるということから、現在一般臨床のなかで幅広くもちいられています。

しかしながら、その一方で患者さんとのトラブルも耳にするとともに、インプラント治療後の予後経過不良で来院されることも増えています。

これは、歯牙欠損部の歯牙が喪失した原因を追及することなく簡単にインプラントを埋入することが、インプラントの予知性や永続性を低くしている原因となっているのではないかと考えています。

当医院ではインプラント修復を一つの処置と捉え、欠損ができた原因を考察し一口腔単位で口腔内を観察ながら治療を施すことを心がけており、良好な治療結果を得ています。今回は当医院での取り組みをみていただければと思います。

フルマウスリコンストラクションにおけるインプラント戦略的マネジメント



南 清和 (医療法人健志会ミナミ歯科クリニック)
1986年3月 城西歯科大学(現 明海大学歯学部)卒業
1990年7月 医療法人 健志会 ミナミ歯科クリニック開設
2012年4月 明海大学臨床教授
日本顎咬合学会前理事長
大阪 SJCD 相談役

1913年にBB.McCollum「あなたはいつから一口腔一単位の治療を始めますか？私は今日から始めます」の名言があり、それは一世紀前のことである。欠損補綴においてインプラントを用いる事は補綴治療において優位と言える。何故ならインプラントを用いることにより欠損歯列でなくなり、歯列弓の連続性が保たれる事が治療の予後には最も優位である。

患者は歯周病の進行により全顎的に骨欠損が進行していたり、多数の不良補綴物の存在により咬合崩壊にいたる。そして咬合崩壊症例は局所的治療対応であれば治癒することはない。そのため、治療のための咬合を与えなければならない。治療のための咬合とは、1. TMJの安定、2. 適正なアンテリアガイダンスの付与、3. 適正な咬合高径、バーティカルストップの設定確立、4. 神経筋機構との調和 これらの4項目を踏まえた咬合再構成を達成することである。それに加え審美的顔貌の回復も伴わなければならない。

若い歯科医師には基本、基礎として学んで咬合再構成の診断(中心位採得、咬合高径の決定など)、術式を実践、対応出来る事が重要であると考え。インプラント埋入、骨造成技術を学ぶことも必要だが、まずは補綴修復治療の基本および一口腔一単位の治療が重要であることを認識して頂きたい。

THE USE OF ZIRCONIA IN DIGITAL CLINICAL DENTISTRY



Baldwin W. Marchack (海外)

1971年 南カリフォルニア大学歯学部ハーマン・オスロー校卒業

1989年 UCLA アンダーソン校経営大学院にて MBA 取得

APS 元会長、AAED 元会長、ACP 名誉会員

南カリフォルニア大学歯学部ハーマン・オスロー校評議委員、非常勤教授

THE USE OF ZIRCONIA IN DIGITAL CLINICAL DENTISTRY

Digital Clinical Dentistry is everywhere. There is no escape. Today's restorative dentist is faced with a vast array of ceramic solutions for natural teeth and implants, and whether we realize it or not, if all we ever did was to prescribe and cement a zirconia based crown, we practiced digital clinical dentistry!

This presentation will focus on clinical and laboratory procedures and the different features and properties of various ceramic and CAD/CAM systems. The basic criteria for choosing one material over another, or one system over another, will be discussed. Zirconia crowns, Zirconia CAD/CAM abutments, and other fixed dental prostheses for teeth and implants have been available for years, but can we provide quality same day dentistry for implants the way we provide quality same day dentistry for natural teeth? This presentation will explore the most recent advances that make practicing digital clinical dentistry fun.

デジタル歯科臨床におけるジルコニアの使用

デジタル歯科臨床は至る所で行われており、逃げ道はありません。今日の修復歯科医は、天然歯やインプラントに無数のセラミックを用いており、自覚の有無を問わず、ただジルコニアベースのクラウン（冠）のセメント接着を処方しただけでも、デジタル歯科臨床を実践したことになるのです。

このプレゼンテーションでは、臨床的および技工的手技、そして各種セラミックの機能や特性の違いと CAD/CAM システムに焦点を当てます。また、材料やシステムを選択する際の基準についてもお話します。歯やインプラント用ジルコニアクラウン、ジルコニア CAD/CAM アバットメント、およびその他の固定式補綴装置は何年も前から利用されていますが、我々は天然歯のために行われているような質の高いセイムデイ・デンティストリー（「日帰り」歯科）をインプラントにおいても提供することができるのでしょうか？このプレゼンテーションでは、デジタル歯科臨床を楽しく実践する最新歯学の進歩を探っていきます。

咬合は全身のバランスに影響するか、高齢者の転倒に関連するか？

スポーツ歯学からわかること



前田 芳信 (大阪大学大学院歯学研究科顎口腔機能再建学講座 歯科補綴第二教室)
 1977年3月 大阪大学歯学部卒業
 1981年3月 大阪大学大学院歯学研究科修了
 1997年8月 大阪大学歯学部附属病院口腔総合診療部教授
 2007年6月 大阪大学大学院歯学研究科顎口腔機能再建学講座 歯科補綴第二教室 教授

スポーツ歯学が対象としていることのなかには、マウスガードをはじめとする外傷や脳震盪の予防や、外傷発生時の適切な処置などのほかに、咬合と全身の運動との関係があげられる。

なかでもこれまでの研究結果から、「咬合は全身のバランスに影響を与える」ことが明らかにされつつある。

そのことから現在問題となりつつある「高齢者の転倒」との関連も考えられ、現在日本スポーツ歯科医学会としてのプロジェクト研究を進めているので、その成果を解説するとともに、日常の診療にも役立つヒントを紹介したい。

スポーツ歯学を取り巻く現状と課題



松本 勝 (明海大学歯学部社会健康科学講座スポーツ歯学分野)
 1988年3月 城西歯科大学(現 明海大学歯学部)卒業
 1988年4月 明海大学歯学部 口腔衛生学講座 入局
 1999年4月 明海大学歯学部 口腔衛生学講座 講師
 2006年4月 明海大学歯学部 社会健康科学講座 スポーツ歯学分野 准教授
 2006年6月 日本スポーツ歯科医学会認定医

我が国の健康づくり対策は、「栄養」、「運動」、「休養」が健康増進の3要素であるという観点に立って展開されている。歯科領域においても8020運動、健康日本21、新健康フロンティア戦略などにおいて歯の健康づくり対策が実施されてきている。さらに昨年施行されたスポーツ基本法でも国は、医学ばかりでなく歯学においてもスポーツに関する実際のおよび基礎的な研究を推進するとしている。

スポーツ歯科医学の役割は、歯科領域からスポーツを支援していくものと考えられており、①スポーツによる国民の健康づくりの支援、②顎顔面領域でのスポーツ外傷予防、③スポーツ競技力の維持向上に寄与する、の3つがあると言われている。これらは、トップアスリートばかりでなく、小児から成人・老人に至るまでの生涯スポーツをも支援し、さらに学校安全教育においてもスポーツ時の口腔外傷予防(マウスガード)を通じての安全意識の向上にも寄与できるものと考えられる。このセッションにおいては、スポーツ歯科医学の現状、スポーツ基本法およびスポーツ基本計画とのかかわり、平成25年度から開始される日本体育協会公認スポーツデンティスト養成講習会などについて言及したい。

咬合力・咬合接触から見た新しい歯科医療の姿



渡邊 誠 (東北福祉大学)
 1971年3月 東北大学歯学部卒業
 1975年3月 東北大学大学院医学研究科修了
 1975年4月 東北大学医学部助手
 1991年8月 東北大学教授 (歯学部)
 2000年3月 東北大学大学院教授 (歯学研究科)

分子生物学、コンピューターサイエンス等の科学の発展が歯科医学を取り巻く研究環境に変化を齎し、歯科医学・医療は着実に進歩し近年、多様性に富んだ研究成果が得られている。これを受け、日本学術会議歯学委員会は「報告：歯学分野の展望、2010年」「報告：歯学分野の展望－課題とアクションプラン－、2011年」を取りまとめ、中期的な歯科医学の発展と課題を分析し公的に提言した。本講演ではこの提言について俯瞰する。次に、顎口腔機能の健康維持に咬合、なかでも噛み合わせが大切であるので、歯科医学の発展の例としてコンピューター技術を活用した噛み合わせ測定器とその臨床的成果について講演する。内容は正常者の咬合力、咬合接触面積・点数を測定し、健康な噛み合わせとは何かを追及した。また歯の欠損によって生じる短縮歯列の例や顎関節症患者などの被験者の歯列上咬合力、咬合接触面積・点数を評価した。これらの結果、正常有歯顎者では歯列上咬合力、咬合接触の両者で、歯列の左右的均衡と歯列の前後の均衡を定量的に認めた。歯列上に認められるこれらの均衡は被験者群、個人においても規則的に認められ、ヒトの噛み合わせの正常者像として結論される。また、噛み合わせ測定器による咬合接触面積・点数の測定では偏位した顎位と生理的な顎位での評価ができ、早期接触、前後左右的均衡の乱れを診断、治療することができる利点があり、早期の臨床応用が期待される。

咀嚼機能の客観的な診断と根拠に基づいた咬合の基準



小林 義典 (日本歯科大学)
 1971年 日本歯科大学大学院歯学研究科修了
 1981年 日本歯科大学歯学部教授
 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)
 2012年 日本歯科大学名誉教授

歯科臨床の主な目的は、咀嚼機能の回復とその維持であり、健全な咬合が前提となる。

しかしながら、半世紀近く咬合学を構築してきた Ash は、近年咬合の evidence が明確ではないと総括しており、権威ある American Academy of Restorative Dentistry も、神経生理学的な研究が足りないことを指摘している。

語り、過去半世紀以上にわたり主に下顎限界運動に焦点が当てられて云々されてきた咬合論に変え、咀嚼に代表される機能、また破壊的な影響を及ぼす増大、持続した睡眠時ブラキシズムに代表される睡眠障害などに対応でき、さらに TMD や筋障害を惹起させない科学的な根拠に基づいた咬合論が必要であり、それには第1に、客観的な診断が必須である。

そこで、講座が40余年間進めてきた解剖学的、X線学的、疫学的、神経生理学的な研究から、咀嚼機能の客観的な診断と根拠に基づいた咬合の基準について、あらましを説明したい。

咬合治療と顔貌の変化



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
北九州歯学研究会会員
九州歯科大学臨床教授

上顎骨歯槽弓は、本来、顔面頭蓋の所定の位置に、三次元的に左右対称な形で存在していなくてはならない。ところが、天然歯は必ずしもそのような位置に正しく萌出してくるとはかぎらないために、非対称となっていることが多い。発育過程のなかで、さまざまな原因により起こってくる歯列不正は、顔面頭蓋と上顎骨歯槽弓との間に三次元的な「ずれ」や「ゆがみ」を生じさせる。このゆがみは、顔面頭蓋に対する下顎位の異常として現れてくる。

したがって、咬合に異常があり、さまざまな症状が現れている患者さんに対しては、上顎骨歯槽弓を三次元的に顔面頭蓋の正しい位置に修復するための歯牙移動を行わなくてはならない。そのうえで、上顎の歯列に対する適正な下顎位を探るべきである。

演者の咬合治療の目的は、このような概念に基づきその人が本来もっている最も美しい顔貌を取り戻し、その結果、咬合に起因するさまざまな不定愁訴を取り除くことにある。このような考え方で行われる咬合治療においては、顔面頭蓋に対する適正な上下顎の位置関係はもちろんのことであるが、その人に最もふさわしいチューイングサイクル、アンテリアルガイダンスとの相関関係を診断し、パラファクションへの対応をしていかななくてはならない。

今回は、その様な考え方で今行っている咬合治療の臨床結果を呈示して解説してみたい。

歯周病治療における診断と歯周基本治療の重要性

歯周治療

患者さんに磨く自覚をもたせるには



清水 雅雪 (清水歯科)
1946年 三重県生まれ
1970年 愛知学院大学歯学部卒業
1973年 名古屋市にて開業
1980年～ スウェーデン、イエテボリ大学のリンデ教授、ニーマン教授、奥羽大学の岡本浩教授に教えを受け現在に至る

歯周病の85パーセントまでが、十分なプラークコントロールとスケーリング・ルートプレーニングを主体とした歯周初期治療で改善することが明らかにされている。

しかし、日常臨床では残念ながら、なかなか理論どおりにはうまくいかず、知識があるからといって問題が解決するわけではなく、そこに悩みが生まれてくるわけである。

歯周治療は原因除去治療でその3割が医療側で、あとの7割は患者のブラッシングで治る。

だから患者自身が実際にやらなければいけないと感じないうちは、医療者のできることはほとんどないと言っても良さそうである。

そういう意味から、なぜ磨かなければいけないか、いかに患者さんをやる気にさせ、意識改革するかということである。

患者さんにブラッシングを押し付けずに、やる気を引き出すにはどのようにしたらよいかを話してみる。

歯周基本治療成功の鍵は患者カウンセリングにあり



若林 健史 (医療法人社団真健会若林歯科医院)
 1982年3月 日本大学松戸歯学部 卒業
 1989年9月 若林歯科医院 開院

歯周治療の特徴として、患者が行う毎日の口腔清掃が歯周治療の成功の良否を左右しています。つまり患者の歯周病への理解と自らが健康になりたいと願う強い気持ちが無くては歯周治療を成功に導くことは出来ません。そこで、患者の意識改革を行うためのカウンセリングがとても重要になります。カウンセリングには色々な方法がありますが、やはり言葉のみで説明するよりも、図や実際の患者さんの口腔内の写真を見せて説明する方法がわかり易いと思われれます。また、説明する場所も重要でチェアサイドで行うよりも、他の患者さんのことが気にならない別の場所で行う方が良いでしょう。

そこで、今回は歯周治療を進める上で、どのように患者さんにアプローチしたら良いのか、またスタッフとしてはどのような心構えを持ったら良いのか、そして歯周治療を成功に導くためのシステム作りとして、スタッフ教育とカウンセリングをどの時点でどのような方法で行うのが効果的なのかを、当医院を例にとりご紹介しながら解説したいと思います。

歯周基本治療

～プラークコントロール以外に必要な処置は何か～



林 丈一朗 (明海大学 歯学部 口腔生物再生医工学講座 歯周病学分野)
 1990年3月 九州大学歯学部 卒業
 1995年3月 東京医科歯科大学大学院歯学研究科 修了 博士(歯学)
 1999年2月 米国スクリプス研究所免疫部門 日本学術振興会海外特別研究員
 2001年4月 明海大学歯学部歯周病学講座 講師
 2007年4月 明海大学歯学部口腔生物再生医工学講座歯周病学分野 准教授

歯周病は、主な原因はもちろんプラークであるが、それ以外にもプラーク増加因子、外傷性因子、全身性因子など、様々な病因因子とリスクファクターが関与して発症する多因子性疾患である。歯周基本治療の第一の目的は、患者によって異なる病因因子とリスクファクターを明確にし、それらを可能な限り排除することである。また、歯周外科治療やインプラントも含めた口腔機能回復治療が成功するか否かは、この歯周基本治療でいかにその準備が整えられているかが鍵となる。したがって、多くの病因因子が関与した症例、重症な症例、あるいは口腔機能回復治療が必要なケースでは、歯周基本治療において必要となる処置も多岐にわたる。しかしながら、歯周基本治療におけるプラークコントロール以外の処置についてはエビデンスが乏しく、教科書等にもあまり具体的に記載されていないため、とまどいを感じながら手さぐりで行っているところも多いのではないだろうか。

本講演では、歯周基本治療において、プラークコントロール以外に必要な処置について症例を提示しながら考えていきたい。

咬合崩壊を堰き止める



柳 智哉 (滝川歯科医院)
 1996年3月 東京歯科大学 卒業
 1999年4月 日本顎咬合学会認定医 取得
 2003年4月 日本歯科補綴学会専門医 取得
 2006年1月 日本口腔インプラント学会専門医 取得
 2009年4月 近未来オステオインプラント学会認定医 取得

I 目的:

臼歯部の咬合支持が喪失した症例は咬合高径の低下や歯列不正を引き起こし、炎症(歯周病等)や力(咬合習癖等)によって、さらに欠損が増加傾向となり咬合崩壊へと導かれて行く。

今回は、天然歯の保存と咬合支持の回復を目的としてインプラント治療を行ない、咬合崩壊への一連の流れを堰き止める事が出来た症例について報告する。

II 症例の概要、方法の概要:

症例は53歳男性、咬合崩壊への不安を主訴として平成19年10月に当院に来院した。口腔内所見、X線検査ならびに歯周ポケット検査の結果から立案した治療方針を説明した結果、インプラントを用いた臼歯部欠損補綴治療を行なう事で同意を得た。

III 考察および結論:

本症例において、臼歯部の咬合支持を回復するためインプラントを用いた治療を行なった結果、予後が不安であった天然歯の保存および全身症状の改善が認められた。臼歯部の咬合支持が喪失した場合、早期に小白歯部や前歯部への過負荷が生じ始める。また、義歯による補綴治療を行なった場合でも支台歯への過負荷が生じてしまい、結果欠損が増加する場合がある。今回報告した症例は、インプラントにより咬合支持を回復し、咬合崩壊への流れを堰き止める事が出来たのではないかとと思われる。咬合支持の回復が必要である治療を行なう場合、インプラントによる咬合支持の回復は、天然歯を守る上でも有効である事が示唆された。

片側 Scissors Bite を伴う欠損歯列に対し、咬合再構成をはかった一例



佐藤 洋司 (さとうデンタルクリニック)
 1997年3月 岩手医科大学 卒業
 1997年4月 秋田大学附属病院 口腔外科入局
 2004年11月 さとうデンタルクリニック 開院

①右で咬めない②前歯の見た目が気になるという主訴で来院した患者に対し、包括的治療を行い良好な結果を得たので報告する。

右側の咀嚼障害に対しては、Scissors Bite, crowding の改善および space close を目的として TAD を用いた MTM を行い、右上の欠損部への対応としては Implant 治療で補うこととした。

また、上顎前歯部審美障害に対しては、歯頸ラインを揃える目的で歯周形成外科 (Root coverage) を施行している。

今回、患者の希望により全顎的な矯正治療を行わず片顎の MTM で対応したが、不動固定源として TAD を用いたことで大掛かりな装置を最小限にすることができ、治療期間の短縮化されるので有効な手段の一つと考えられる。

また、根面被覆した部位においても、Scissors Bite を改善したこととナイトガードを装着したことにより2年経過しているが歯肉退縮等認められていない。今後、長期的な予後も注意深く観察し経過を追っていくつもりである。

顎咬合学をベースとした審美修復治療



小林 英史 (医) 馨祐会本厚木小林歯科医院

2003年3月 神奈川歯科大学 卒業

今までの歯科医療では齲蝕歯には修復治療、軽度から中等度の歯周病には歯周治療、重度の歯周病によって歯を失った場合には歯周補綴や義歯によって対応してきた。

近年ではその対応にインプラントが加わり、患者はさまざまな治療オプションの中から自らが受けたい治療を選択することが可能になってきた。現在、人びとは自身の歯の(口腔内の)大切さに気が付き始め、齲蝕や重度歯周病は確実に減少し、噛むのに困らない比較的健康な口腔内の維持に成功してきている。

このような疾病構造の変化に目を向けると、従来の咀嚼機能の改善を求めただけでなく、今後はそれに加え機能以外の見た目のQOLを求めるといった歯科医療構造(矯正治療や審美治療の需要の増加)に、いっそう変化していくように思われる。

しかしながら、歯科医師や患者がどの治療オプションを選択するにせよ最終的に「咬合の安定」が健康な口腔内の維持に重要であることに異論の余地は無く、咬合の再構成に迫られる症例では、安定した中心位咬合・パーティカルストップ・アンテリアガイダンスとそれに伴う臼歯離開咬合・適切なアンテリアカップリングの獲得を第一の治療目標とすることは、これからの歯科医療にとっても不変であるものと考えている。

今回、長期的に偏った噛み癖により顎位の病的変位をきたした患者に対し、咬合治療に焦点をあて、必要最小限の歯質の切削で顎位の改善を行い、良好な結果が得られたので報告する。

咬合再構成症例

～最後方臼歯の重要性を考察する～



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

2006年9月 西宮市にて開業

日々の臨床において我々は主訴の改善のみだけでなく、一口腔一単位で口腔内の診査診断をし、包括的な治療計画をたてて治療を行う事が重要であると考えている。

また治療計画を立てるにあたって基礎資料を採得し、その資料を分析し、診査診断をする事が予知性の高い治療となることから当院では応急処置をおこなってから包括的な歯科治療の必要性を患者さんに説明して納得、同意していただくから治療を行っている。

例えば臼歯部が咬合崩壊した患者さんには咬合の再構成を行わなければならない、その際には前歯の誘導路の確立と、臼歯部の咬合接触の確保、また顎関節の安定と神経筋機構の調和を考え修復処置を施術しなければならない。

特に臼歯部の補綴処置においては最後方臼歯のあり方について考察を行ったので述べたいと思う。また咬合には咬頭嵌合位である静的咬合と、咀嚼運動である動的咬合があるが、両者が安定していることが口腔内の永続性に関わるのでそちらの観点からも考察を行ったので述べたいと思う。

咬合位を改善し顎口腔系機能回復を行った一症例



松岡 力 (リキデンタルオフィス)

1996年3月 朝日大学歯学部卒業

2002年10月 開業 愛知県一宮市

日本顎咬合学会 認定医

国際口腔インプラント専門医学会(ICOI) 指導医

PGIクラブ 会員

症例は主訴がセカンドオピニオンであったが、転院治療希望となった事例。以前の歯科受診主訴である顎関節部の不具合の症状は、前医の処置により徴候は見受けられない。しかし、現状の口腔内は高く設定された疑いのある咬合関係であり、そのことが原因と思われる咀嚼筋群の触診時疼痛やテンポラリーの繰り返される破損などが認められる。これらに対する処置を考えたとき、現状の咬合高径について、症状と徴候から現症の背景を考え、診査診断において現状における問題点より、顎頭位を考えた咬合位における顎間関係改善治療のアプローチに苦慮した。

顎関節症が主訴の症例は、初めに同症状が咬合由来か否かの鑑別診断をする必要がある。それが咬合由来であると診断された場合、治療において咬合を考えたとき、顎口腔機能の調和に関わる顎関節の状態と機能を考慮しなければならない。そしてこのことにおいて、咬合をさわるべきか否かを判断するときは、様々な観点から包括的に考察しなければ、処置によっては好ましくない予後となる。

症例において、顎口腔機能の不調和により、長い年月にわたり咬合高位のままの状態において、適応してしまった顎関節部と、代償を負った口腔機能に対して、両者の調和を術者なりに考慮したアプローチはどのような予後を導き出すのか、今後の経過を注視したい。

包括歯科治療におけるインプラントの役割について



田中 憲一 (田中歯科医院)

1997年 岩手医科大学歯学部卒業

1997年 守口歯科クリニック勤務 (岩手県)

2002年 徳永歯科クリニック勤務 (福岡県)

2003年 田中歯科医院勤務 (福岡県)

2011年 田中歯科医院開業 (福岡県)

欠損補綴の1オプションとしてインプラントを用いる場合、術前に考えておくべき多くの事があります。その中でも私が特に重要と考えている事項は埋入位置です。すべてがトップダウンの概念で治療を行えるわけではありませんが、診査・診断の時点でトップダウンとボトムアップの両側面から考えるように心がけています。願わくば術前の治療計画に沿って、適確な治療をおこないたいところですが、治療のボリュームが大きくなればなるほど、不確定要素も増し高いスキルが要求されてきます。そのような中で包括歯科治療を行う上で、プロビジョナルレストレーションは欠かせない重要なチェックポイントになります。インプラントを用いて欠損補綴を行った症例を通して考察を述べさせていただきます。

口腔の機能と形態の発育

- ヒトの進化から考える -



有田 憲司 (大阪歯科大学小児歯科学講座)

1980年3月 大阪歯科大学卒業

1984年3月 大阪歯科大学大学院修了

1991年11月 徳島大学歯学部助教授

2007年4月 徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部准教授

2011年10月 大阪歯科大学主任教授

歯の発生は、胎生7週頃乳歯胚とその舌側の永久歯原基を形成から始まり、摂食・嚥下機能の発育も胎生の早期から認められ、口腔についても魚類からの系統発生を繰り返して発育します。

赤ちゃんは、まだサルに近く哺乳反射による母乳保育から離乳食をへて約1年でヒト特有の呼吸を止めて摂食する成人嚥下を体得します。また、乳歯の萌出によりは咀嚼運動を学習します。出生時、脳はどの動物より未完成ですが、感覚は全て機能しており、できるだけ赤ちゃんの動きたい、知りたい衝動に委ね、口と手による感覚・運動体験により脳を発育させる必要があります。また、この時期はまだ動物と変わらないので、3歳くらいまでは人間としての基本機能を育成させることが大切です。

乳歯列と混合歯列時と永久歯列期ではそれぞれ形態的および機能的に大きな違いがあり、脳感覚、運動領域の発育と同じで幼児期、学童期を通して徐々に成人型になり、ヒトとしての食べる機能の完成は14~15歳まで待たなければなりません。

本講演では、胎生期から学童期までの“食べる機能の発育”と“口腔の形態の発育”との関連性に光を当て解説いたします。

結論としては、我々はいまだ子どもの口腔の機能と形態の成長・発達について十分知識を持っていないので、少なくとも口腔の発達途上である学童期までは、過度な人工的介入(治療)は慎んで、自然な発育を支援するという消極的姿勢が好ましいと考えます。

命の入り口・心の出口

サンゼロ ロクゼロ イチニゼロゼロ

- 30・60・1200 -



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開業

1999年11月 佐賀県武雄市にてマスダ小児矯正歯科開業

命の入り口・心の出口

-30(サンゼロ)・60(ロクゼロ)・1200(イチニゼロゼロ)-

ホップ 30 (サンゼロ) 3歳までむし歯ゼロ

ステップ 60 (ロクゼロ) 6歳臼歯を萌出から3年間はむし歯ゼロ

ジャンプ 1200 (イチニゼロゼロ) 12歳で永久歯のむし歯ゼロ

離乳期から3歳頃までに咀嚼の学習とトレーニングが行われます。咀嚼機能が未熟のままであると、口唇、舌、咀嚼筋が協調せず、不調和な動きとなります。噛み合わせは不安定になり、口唇や口元がなんとなくかわります。咀嚼運動の阻害因子としては、むし歯、悪習慣などが考えられます。なかでも、むし歯は大きな咀嚼運動阻害因子です。3歳までに沢山のむし歯になると、その子本来の美しい顔、表情が失われます。

3歳までむし歯ゼロでしっかり噛むことができるようになれば、4、5歳になっても小さいむし歯ですみ、その子本来の口機能を維持できます。

6歳になると、6歳臼歯が生えてきます。6歳臼歯は、歯のなかで最大、最強の咀嚼力があります。この歯が出てきて3年間はむし歯にしないことが大切です。6歳臼歯が大きなむし歯になったり、傾いたりすると顔がゆがんだり、姿勢が悪くなったりします。

10歳頃には6歳臼歯のかみ合わせと上下の前歯がそろい、その後、側方歯が生えてきて、乳歯が全部永久歯に生えかわります。

12歳の頃には永久歯のむし歯ゼロとなり調和のとれた機能と形態が可能になります。

乳歯列期の口腔の機能と形態への成育的支援について



有田 信一（ありた小児矯正歯科）
 1977年3月 福岡県立九州歯科大学卒業
 1977年4月 福岡歯科大学矯正歯科学教室入局（助手）
 1980年11月 ありた小児矯正歯科開業
 2000年 博士（歯学）学位取得（福岡歯科大学）

乳歯列咬合の形態と機能の基礎的部分は、ほぼ3歳で完成に至ります。その後は、乳歯列咬合の機能の成熟過程に入ります。

その乳歯列の形態と機能は日常生活の影響を大きく受けますので、1歳の時期から、子どもたちの生活習慣の改善のアドバイスを行い、正常な乳歯列咬合の形態と機能の発育を促すように努めています。これを「育児支援型予防矯正プログラム」と呼んでいます。

当院の矯正プログラムは、1) 予防矯正プログラム1（生活支援型予防矯正プログラム）、2) 予防矯正プログラム2（機能成育ホームケア型予防矯正プログラム）、3) 予防矯正プログラム3（機能トレーニング型予防矯正プログラム）4) 早期機能的顎矯正プログラム（乳歯列期、ⅢA期）、5) 全顎的矯正プログラム（マルチブラケット、外科矯正など）の5段階のプログラムで構成されており、育児支援型予防矯正プログラムはその第1段階に当たるプログラムです。

育児支援型予防矯正プログラムのキーワードは、1) 地域すべての人を対象とする 2) 口の機能の正常な発育を支援する 3) 子どもの心の発達過程を支援する 4) 子どもの生活を支援する 5) 親と子どもの関係を支援するの5つで、来院する全ての子どもたちが対象です。

今回は、育児支援型予防プログラムと乳歯列反対咬合と乳歯列叢生などへの取組みを紹介します。

若手歯科医師がおさえておくべき診査・診断のポイント ～咬合編～

下顎位の重要性について臨床的に考察する



加々美 恵一（カガミ歯科医院）
 1980年3月 大阪歯科大学卒業
 1989年 カガミ歯科医院開設
 日本顎咬合学会副理事長、プログラム委員長

われわれが携わっている歯科医療の最終形は咬合である。咬合が最も重要な事柄の一つである事には誰も異存は無いであろう。歯科臨床において咬合再構成を行なう場合、最も鍵となるポイントは適切な下顎位を求める事である。適切な下顎位を求められれば口腔内の力学的バランスは安定し、この下顎位で咬合再構成する事により、患者さんは快適で長期的に安定した口腔内環境を手に入れる事ができる。すべての歯科医療の中で下顎位の安定をまず第一に考えるべきである。それ故、歯科医師はここに自身の全エネルギーと知識、集中力を注ぎ込む必要がある。しかし適切な下顎位を探し出す事は言葉で言うほどそうたやすい事ではない。

また同時に、下顎位を考えるにあたり、顎関節を詳しく診査診断する必要がある。顎関節下顎頭の偏位量と方向、変形吸収の度合い、関節結節の形態のチェックなどにより、下顎位の偏位方向及びその症例の予後、難易度などを術前にある程度把握する事ができる。そのためには顎関節を撮影することのできるCTは必須のものと考えている。

咬合のバランスが破壊されると、我々歯科医師が作り上げた審美を始め、その他全てのものが破壊されていく。今回は症例を交えながら、咬合のポイントとなる下顎位の重要性について語ってみたいと思う。

咬合再構成の留意点

「咬合」というリスクを見抜く！



上田 秀朗 (医療法人 うえだ歯科医院)

1983年3月 福岡歯科大学卒業
 1984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1月 北九州市小倉北区に移転
 2010年4月 福岡歯科大学総合歯科学臨床教授就任

咬合再構成するうえで、欠損補綴に先立って歯列不正や歯周病等の問題を解決しなければいけないケースは多い。臨床において一見咬合の問題がなさそうに見えても、フェイスボウトランスファーを採得し精査してみると、咬合平面の乱れが診断されるなど、歯周環境のみならず、咬合の観点からも環境を整備しておく必要のある症例は少なくない。咬合の安定における最も重要な要素は、まず適正な下顎位の下で咬合平面を是正し、左右シメトリックな歯列を構築することであり、またそうすることで長期に安定した咬合関係を維持出来ると考える。さらに態癖や中枢系からのストレスブレイ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。実際、患者が顎関節の痛み等の臨床症状を認識していないとしても、顎関節のダメージを受けている症例が存在することも事実であり、多くの場合「咬合」というリスクが潜んでいる。今回は、咬合再構成を行った症例において、初診の段階でいかに鑑別診断し、どのように潜んでいる咬合の問題を解決したかについて、その着眼点とアプローチを具体的に説明していきたい。

個性正常咬合と治療咬合



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

患者が咬合の不調和を主訴として来院した場合は、もちろん咬合の改善を行うことにはなりますが、少し咬合のことがわかってくると、まだ患者が自覚はしていないけれど、咬合の改善を行った方が良いのではないかと思う症例に出会います。しかし、理想的な咬合ではないかもしれないけれど、個性正常咬合と考えてもよいのではないかと思えるものまで咬合治療を行っている症例を目にします。その場合には咬合治療を行うに足る十分な理由付けが必要です。なぜなら咬合を変化させる事には必ずリスクが伴うからです。今まで患者は何も咬合に不調和を自覚していなかったのに、歯科治療をしたら症状が出てきたということになれば、最悪の場合訴訟になることも考えられます。ですから、我々歯科医師は本当に咬合治療を行った方がいいのか？また、その場合にはたくさんの健全な歯を削らなければならないなど犠牲がどれくらい必要なのか？などを良く考え、他の治療の選択肢とリスクとベネフィットを比較検討する必要があります。その上で患者にわかりやすく説明し治療の同意を得なければなりません。我々が行う咬合治療は時として不可逆的な変化をもたらすことがあるということを念頭に慎重に治療計画を考える必要があります。今回はそのディシジョン・メイキングについて私の考えをお話ししたいと思います。

臨床にすぐに役に立つ実践的歯内療法 ～JHエンドシステム～



平井 順 (平井歯科)
 1977年3月 日本大学歯学部卒業
 1982年7月 第4回日本歯内療法協会において
 Dr.W.T.WAKAI 記念学術賞受賞
 1985年4月 第42回米国歯内療法学会(AAE)のTCにて
 JHエンドバーを用いた根管内壁形成発表
 1991年3月 歯学博士：日本大学第4146号
 2006年11月 明海大学歯学部臨床教授就任



高橋 慶壮 (奥羽大学歯学部教授)
 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)
 1993年 英国グラスゴー大学歯学部
 (Prof. Denis F. Kinane に師事)
 1999年 明海大学歯学部講師
 2007年 奥羽大学歯学部教授 現在に至る

「歯内療法は難しい」「苦手だ」という声がよく聞かれます。その原因は、主となる治療の根管の内壁拡大形成が極めて狭い特殊な範囲の中で行われることに集約されます。これを成功に導くためには、根管を三次元的に正しくとらえた上で根管固有の形を崩さずに新たに理想的形態を作り上げることに尽きます。歯内療法の近年の発展の歴史の中では、これを実現するために数多くの器具や機械が開発されました。特にNI-TI ファイルに代表される根管形成用の器具の開発は、歯内療法の流れを大きく変えたといえます。しかし、機械はあくまでも機械でしかありません。まず、術者にはこれ等を自由に使いこなす技量が要求されます。そして最終的には、器具や機械と術者の手指をいかに協調させ、一体となって進めて行けるかということが問われます。今回は短い時間ではありますが、臨床の中でも特に欠かすことのできない重要なポイントに的を絞って、オリジナルの透明模型を使用し、器具の特性、手指の感覚、それを活かした手技を実習して頂きます。

「咬合・咀嚼が創る健康長寿」を基礎と臨床の立場から解析する

咀嚼を咀嚼する



山田 好秋 (新潟大学副学長)
 1974年 新潟大学歯学部卒業
 1978年 新潟大学大学院歯学研究科(口腔生理学専攻)修了 歯学博士
 1981年 長崎大学歯学部 助教授(～1993年)
 1993年 新潟大学教授
 2012年 新潟大学理事・副学長、日本咀嚼学会理事長

私の基礎医としての mission は臨床家が治療を通して見いだす法則に科学的裏付けを与えることと考えて、主に補綴の先生方とともに顎反射を研究してきました。時代を経て、咀嚼から嚥下にテーマをシフトしたが、高齢者の嚥下障害を観察する過程で咀嚼の重要性を再認識しています。最近自身年を取り、反射が咀嚼運動に及ぼす影響が少し理解できたと考えています。教科書的には咀嚼は脳に基本的な運動プログラムが存在し、周期的な開閉運動は脳幹だけで実行できます。しかし、咀嚼・嚥下は栄養摂取を目的とした摂食行動の一部であり、常に食物が運動負荷として介在します。しかも、咀嚼の進行と共に負荷としての食物の物性は刻一刻と変化し、その状況は粘膜や歯根膜を介して脳幹や大脳皮質に伝えられます。その結果運動プログラムが修飾され、上位脳を介してスムーズな咀嚼運動が可能となります。しかし、咀嚼過程は直接目で見ることではできません。そこで、レントゲンビデオでの研究を進めてきました。今回、咀嚼と脳の関係、ならびに高齢者の咀嚼について私自身の経験を交えてお話しします。

咀嚼と咬合の科学



小林 義典 (日本歯科大学)

1971年 日本歯科大学大学院歯学研究科修了
 1981年 日本歯科大学歯学部教授
 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)
 2012年 日本歯科大学名誉教授

現代の激変した社会環境を背景に、人の健康にとって不可欠な行動である咀嚼が疎かにされている。特に、食事時間が短く軟らかいファーストフードやサプリメントの摂取過多、小児や若年者の朝食の欠食率の増加や家族と食卓を囲み食事をする頻度の減少、多くの病院や老人ホームなどで高齢者個々の摂食機能を考慮した食事形態がとられていないことなどの不十分な咀嚼は、成長過程の小児や若年者の口顎顔面頭蓋の発育を遅らせ、特に顎の狭小化に伴う歯や舌の位置の不正に起因する口呼吸が、虚弱体質を形成するとともに、顎関節症、口顎顔面痛、種々な耳鼻咽喉科疾患、姿勢障害、重篤な睡眠障害などを発症させやすくし、唾液分泌を抑制し、健康の保持を阻害する。これは、成人や高齢者でもいえ、種々な生活習慣病や重篤な疾患を発症または増悪させたり、老化を促進させる。

近年の研究では、食の文化に基づいた歯応えのある食物の十分な咀嚼は、三叉神経を介した強力な感覚刺激が脳皮質、小脳、線条体、大脳辺縁系、視床下部、扁桃体などに入力され、脳の活性化やリラックス作用、神経系の賦活化、生体恒常性の維持などを向上あるいは促進させることが明らかにされている。もちろん、その前提として今、咬合機能が健全でなければならない。本研修では、今後の健康、医療、福祉における咀嚼と咬合の重要性のあらましを説明する。

審美補綴のエビデンス



アキ ヨシダ (吉田 明彦)

1983年 日本大学歯学部付属歯科技工専門学校卒業。同年、田中歯科医院(港区青山、田中 宏院長)に勤務
 1991年 渡米、アメリカ補綴界の権威 Dr.Lloyd L. Miller に師事
 1994年 Tufts 大学補綴大学院非常勤講師
 1999年 ノリタケデンタルサプライテクニカルインストラクター
 2001年 UCLA Center for Esthetic Dental Design 非常勤講師
 2004年 Gnathos Dental Studio オーナー

補綴物修復における審美性への要求は、近年ますます高まる傾向にあります。しかし、色調、形態、表面性状、マテリアルの選択など審美性を左右するこれらの要素が、補綴物製作時に正確に伝達されているかという点で少し疑問であり、大抵の場合は十分に吟味されないまま術者の個人的嗜好が補綴物に反映されているのが現状であると言えます。

より洗練され、それぞれの患者に最適に調和させるためにカスタムデザインされた審美補綴物の製作を可能にするためには、これら曖昧な要素に基準を設け、歯科医師、歯科技工士、そして患者間のコミュニケーションをとる必要があります。今回は、私が日々の臨床で実践している、より簡素化し明確な伝達が可能になる具体的な方法について説明していきたいと思っております。

補綴治療と咬合精度の関連性



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

術者にとっては、調整を行うことなく、支台歯、隣接歯、対合歯に正確に適合する補綴装置を装着することが理想的である。そのような補綴装置を作製するためには、精度の高い印象採得と咬合採得が行われなければならない。

補綴治療においては、多くの材料が組み合わされて使用されるが、それらは各々が寸法変化を生じるため、支台歯の形態、大きさ、隣接歯および対合歯との位置関係を、模型上に正確に再現することは不可能である。口腔と模型の咬合の誤差は、手技的な問題だけでなく、材料自体の寸法精度や使用法に起因するものもある。

これらの誤差を解消するために、歯列内で咬合関係が保たれるような少数歯の補綴治療においては、口腔内で咬合の微調整を行うことができる。しかしながら、フルマウスリコンストラクションのように、口腔内に咬合の基準がない症例においては、咬合調整は不可能なために、咬合器を用いた精密な咬合付与が不可欠である。口腔と咬合器との誤差は、リマウントを繰り返すことにより収束され、咬合調整が不要な高精度の補綴治療が可能となる。

今回は、咬合精度を高めるために当医院で行っている、印象採得、咬合採得、咬合器の使用法などの補綴治療のシステムについて説明したい。

生体にとって精度の高い咬合とは



今井 俊広 (今井歯科クリニック)
1979年3月 奥羽歯科大学

生体にとって精度の高い咬合とは？何をもって精度が高いと判断するのだろうか。

咬合は静的咬合と動的咬合を考慮しなければならない。静的咬合では咬頭嵌合位が生体にとって適正な状態か？生体にとって精度が良い位置か？動的咬合では生理的機能（咀嚼・嚥下・会話）が生体にとって快適かつ円滑な下顎運動でなされているか？生体にとって精度の良い動きが来ているか？などである。そして、動的咬合時に顎口腔系組織に加わる力は適正か？それともメカニカルストレスとなって顎口腔系組織に有害な影響を及ぼす状態なのか？多くの顎口腔系の咬合の問題は、動的咬合によるメカニカルストレスが要因となる。しかし、動的咬合の収まる場所、すなわち静的咬合の位置が生体にとって適正な位置でなければ、動的咬合の安定を得ることは困難である。

歯と歯（修復物）の咬合精度、顎口腔系にとっての咬合精度、生体にとっての咬合精度など、我々が治療に当たり配慮しなければならない問題点を考察していきたい。

集約されてきた“臨床咬合論”

ナソロジー Vs P.M.S → F.D.O セオリー



桑田 正博 (クワタ・カレッジ/愛歯技工専門学校)

1956年3月 愛歯技工専門学校 卒業

1962年10月 愛歯技工専門学校より米国へ派遣留学

1962年11月 Dr.Katzらの金属焼付ポーセレン開発チーム研究員

1981年4月 ボストン大学歯学部客員教授就任

1981年5月 Academy of Prosthodontics Honorary Academy FELLOW に推挙

1960年代、ナソロジーの躍進があったその頃、同じく飛躍的進歩のあった精密鑄造技術がナソロジー理論に基づく臨床術式を進展させた。クラウンの適合と精密な咬合面形態の付与 (Cusp ridge waxing) その技法 (Drop wax cone technique) を開発した Dr.E.V.Payne も 歯科史に名を留めている。それを卓越した能力を有し3点接触咬合 (tripodism)などを提唱した Dr.P.K.Thomas らが臨床術式として広く世界に伝えていった。

勿論ナソロジー学の祖、Dr.B.B.McCollum,Dr.H.Stallard,DrC.E.Stuart,Dr.E.R.Granger その後に続く Dr.Guichet,Dr.F.V.Celenza そして日本の Dr.S.Hobo ら、まさしく「人が歴史を創り、歴史は人によって引き継がれる」彼らがそれを実証している。一方、Dr.L.D.Pankey,Dr.A.W.Mann らが提唱するオクルーザリコンストラクション (1961) の考えに、咬合理論の父といわれる Dr.C.H.Schuyler が、アンテリアガイダンス、エリアオブセントリックの概念をもって参加したところから、生理学的咬合論として体系付けられ“P.F.M テクニック”として進化させてきた。修復治療とは「天井と底の計画を明確にすること」天井とは「咬合」であり、底とは「Emergence Profile」である。Dr.Schuyler,Dr.Thomas,Dr.Wagman そして Dr.Stein らと臨床を共にする中で、彼らの臨床的な要求に応えるために工夫し進化させてきた咬合の臨床術式が Functionally Discluded Occlusion (F.D.O)である。

小児歯科における接着の応用—外傷と歯内治療—



宮新 美智世 (東京医科歯科大学歯学部附属病院小児歯科外来)

1981年3月 東京医科歯科大学歯学部歯学科卒業
 1981年10月 東京医科歯科大学歯学部附属病院医員
 1990年7月 東京医科歯科大学歯学部助手
 2007年4月 東京医科歯科大学歯学部附属病院助教 (呼称変更)

小児歯科領域の治療対象は、ことのほか小さく限られているため、接着性材料は外傷歯治療や歯内療法済歯、動揺歯の固定に重要とされてきたが、近年、その応用範囲はさらに拡大しつつある。

まず外傷歯治療に関しては、見逃されやすかった微細な損傷、不完全破折の治療に接着性材料が応用される一方、乳歯の修復に関しては、より広範囲の修復に対して接着性材料が応用され、既成金属冠に代わり、審美性も向上させた。これは、接着性材料が無髄歯の破折を予防し、コンポジットレジンの中に、乳歯を過度に咬耗させない材品が開発されたことに依るものである。

また、固定において重要なのは固定性能と耐久性であるが、清潔でコンパクト、自然な色で除去も容易であることも求められる。最近では、接着性材料は歯周組織の被覆保護にも有用であることが示されたので、これが固定法にも応用されている。

さらに、歯内療法に関しては、接着性シーラーが開発され、歯根未完成歯の開いた根尖からの逆根充に用いられている。除去可能である材料は、将来再修復がありうる小児患者には特に有用であろう。他方、進行性歯根吸収を阻止するための外科的歯内療法において、吸収窩の封鎖に接着性材料が活用され、無髄歯の二次的破折の予防にも、接着性材料の適切な利用が必要であることが示されている。

このように、子どもの体と心にやさしい快適な治療は、接着性材料とともに進化し続けている。

接着で進化する歯内療法の新たなステージ



林 正規 (林歯科医院)

1979年3月 日本大学松戸歯学部卒業
 1983年9月 米国歯内療法学会 Active member 取得
 1999年3月 東京医科歯科大学歯科同窓会 CDE 実習コース講師
 2012年1月 日本歯内療法学会副会長・認定審議会委員長
 2013年6月 恵那歯科医師会会長

抜髄・感染根管治療は「根管内病原の除去処置」ならびに「二次感染の防止処置」から構成されています。そして、根管清掃、つまり根管の拡大・形成や根管薬液洗浄といった「根管内病原の除去処置」が病変を治す主力です。一方、隔壁、ラバーダム、仮封および根管充填といった「二次感染の防止処置」が治る環境を保持しています。そのため、高いレベルの根管清掃がなされたとしても、仮封が不十分であれば、次の治療時まで二次感染がおきるので「根管内病原の除去」はできず、結果的には病変を治すことができません。

手際の良い除痛と予後成績の良い抜髄・感染根管治療をおこなうためには、とかく軽視されがちな隔壁、ラバーダムならびに仮封といった「二次感染の防止処置」が大切な鍵となっていることを今一度、認識する必要があります。また、現在、加圧根管充填が推奨されていますが、加圧すればするほど封鎖性が向上するわけではありません。根管封鎖性はシーラーの封鎖性能に依存するため、根管象牙質のみならずガッタパーチャとも接着し、さらに細菌の増殖を抑制する接着性レジンシーラーが最適な材料といえるでしょう。

本講演会では、歯内療法の基本コンセプト、抜髄・感染根管治療の随所で活かされる接着技法ならびに新しい接着性根管充填材について解説します。材料が変われば方法が変わるのです。より簡便により確実に、歯内療法をグレードアップする道を考えてみませんか。

現代の歯性上顎洞炎

～医科と歯科のはざままで～



佐藤 公則 (佐藤クリニック耳鼻咽喉科・頭頸部外科・睡眠呼吸障害センター)

1983年3月 久留米大学医学部医学科卒業

1987年3月 久留米大学大学院医学研究科博士課程卒業

1992年1月 佐藤クリニック耳鼻咽喉科・頭頸部外科 院長

2000年4月 久留米大学医学部耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座 客員助教授

2009年4月 久留米大学医学部耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座 客員教授

近年歯性上顎洞炎の病態・診断・治療は大きく変化している。病態に関しては未処置の齶歯が原因歯になることはまれになり、歯科治療後の歯が原因歯になる例が多くなった。また歯科インプラント治療に伴う上顎洞炎も最近増加傾向にある。診断に関してはコーンビームCTの出現により歯性上顎洞炎の病態と診断がより正確に行えるようになった。治療に関しては保存的治療に抵抗する歯性上顎洞炎(歯科インプラント治療に伴う上顎洞炎を含めた)は内視鏡下副鼻腔手術の良い適応になった。歯肉(犬歯窩)切開による上顎洞根治手術は、耳鼻咽喉科・頭頸部外科では1990年代から行われなくなった。低侵襲で手術時間が短く、患者の負担が少なく、術後合併症が少ない内視鏡下副鼻腔手術が標準術式である。また歯科インプラント治療に伴う上顎洞迷入インプラント摘出術も内視鏡下手術の良い適応である。一方で原因歯の治療に関しては、治療方針に一定の見解は得られていない。

たとえ歯性のあるいは歯科治療に伴う上顎洞疾患でも上顎洞は副鼻腔の一部であり、副鼻腔疾患として診療される必要がある。しかし歯性上顎洞炎あるいは歯科治療(インプラント治療を含めた)に伴う上顎洞合併症の治療に関しては、医科と歯科で治療法が大きく異なっている。

本講演では現代の医療水準・エビデンスに基づいた歯性上顎洞炎の病態・診断・治療を内視鏡下鼻副鼻腔手術のビデオも交えて講演する。

歯性上顎洞炎におけるインプラント治療



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

2006年 日本顎咬合学会指導医

2006年 日本大学客員教授

2008年 ICOI(国際インプラント学会)指導医

上顎臼歯部へのインプラント治療では、垂直骨量が少ないために上顎洞底挙上が必要な症例が多い。中でも上顎洞粘膜に肥厚が認められる症例や歯性上顎洞炎が疑われる症例では、安易な洞底挙上と思わぬ炎症の波及によって重篤な副鼻腔炎を併発することが多い。このような状況を打破するために我々歯科医師は、上顎洞だけでなく鼻腔、副鼻腔全体の状態を判別出来る知識を身につける必要性に迫られている。現在では、CBCTの普及によって歯性上顎洞炎の原因歯の同定、洞底粘膜肥厚の状態、上顎洞形態、鼻腔形態の異常を精査することが出来る。今回、垂直骨量が少ない種々の症例を提示しCBCTでの精査により、安全な上顎洞底挙上術について考察する。

抗菌剤による感染歯髄保存の試み

—そのメカニズムと実際



岩久 正明 (博愛歯科)

1962年3月 東京医科歯科大学歯学部卒業、5月・同文部教官

1982年11月 新潟大学教授・歯学部

2001年4月 新潟大学大学院教授・医歯学総合研究科

2003年3月 新潟大学定年退官、4月・日本歯科大学客員教授(～2012年3月)、博愛歯科院長

元日本歯科保存学会、日本歯科審美学会、日本歯科人間ドック学会会長

これまで保存困難と云われてきた感染歯髄を、若干の症例でも抜髄から守ろうとする試みです。メカニズムは、う蝕患部細菌を従来と違った培養法で調べ、その圧倒的多数はこれまで発見されなかった偏性嫌気性菌であることが判明しました。そこで、それらを死滅させる抗菌剤を見つけて患部に使い、かなりの症例で抜髄が避けられています。しかし、歯髄の感染の程度、活性、患者の年齢などにより効果は異なり、特に、根尖未完成の症例では歯髄の血流が多くて殺菌後の循環障害が改善されやすいため、若年者ほど成功率が高いようです。また、う蝕治療は患部の殺菌だけでなく、修復物の保持や漏洩防止などのため歯も削りますし、患者が処置後口腔清掃を怠れば、う蝕は再発することを患者に知ってもらわねばなりません。

この度は、抗菌剤(旧:3Mix)の根拠となる基礎的・臨床的研究の概要とそれらの結果に基づく効果的で簡便な臨床的用法について、適応症例の選択、感染象牙質・歯髄の処置法、また、本法を行なう場合の歯科医師法、薬事法、健康保険法上の留意事項などについてお話しする予定です。

「参考資料」

1. 抗菌剤による新しい歯髄保存法：日本歯科評論社、1996
2. 感染症としてのう蝕への対応—抗菌剤による感染歯髄保存の試み—、東京都歯科医師会誌、45(6)、375～388、1997

MTAを用いた歯髄保存の臨床



岡口 守雄 (岡口歯科クリニック)

1986年3月 岩手医科大学歯学部卒業

1993年 東京都千代田区にて岡口歯科クリニック開業

歯髄保存は歯の保存に大きく関わる。残せるものであればその努力を惜しんではならない。抜髄に至る臨床症状は自発痛、冷、温痛、打診痛など様々なものがあるが、その歯の状態を見極め、診断と戦略をたてることが最も重要である。日々の臨床において、抜髄を行うか否かの臨床判断(カットオフ値)は個人によっても大きな違いがあるが、従来の水酸化カルシウムを主体とした覆髄処置からマイクロスコープとMTAを用いた方法に転換した事で、私自身の基準が大きく変わってきている事を実感している。拡大視野下にて過不足無くピンポイントでカリエスを除去し、覆髄材としてMTAを用いる事で、今まで歯髄を残す事をあきらめていたようなケースでも保存が可能となってきている。今回、私の日々行っている臨床ケースから、歯髄保存をどのように行っているか紹介したい。

歯髄創傷治療の舞台裏



井上 孝 (東京歯科大学 臨床検査病理学講座)
 1978年3月 東京歯科大学卒業
 1983年8月 カナダトロント大学留学 (~1985年8月)
 2001年5月 東京歯科大学教授 臨床検査病理学講座主任教授
 2009年6月 東京歯科大学口腔科学研究センター所長
 2010年6月 東京歯科大学大学院歯学研究科長

歯髄は象牙質に囲まれた疎性結合組織で、現在では多くの幹細胞が存在していると注目を集めています。歯髄は、疼痛を感知し、免疫応答細胞が細菌に抵抗し、歯に加わる刺激に対して第三象牙質をつくり防衛機能を持っています。しかし、一度歯髄に炎症が起こると、その臨床症状は疼痛と言う形で現れ、歯科医師はどの程度歯髄が障害を受けているか知る術は未だにありません。その結果、抜髄という最終手段が最良の治療法であるかのような錯覚を覚えているのではないでしょうか。また、生活歯の処置を行う時に血管収縮薬を含む局麻剤を使用することの是非、直覆剤に接着性レジンを使えるのか、知覚過敏症にレーザーは効果があるのか、老若男女で歯髄の反応は違うのか、さらに歯髄の幹細胞からiPS細胞は作れるのかなど臨床の疑問はつきませんが、その適切な解答は得られていないように思います。今回は、歯髄の創傷の治療というテーマの中で、Bench to Clinicを病理病態的な立場から考えてみたいと思います。

口腔からの若返り Well Aging

姿勢・噛み方・飲み込み方の科学

—口腔からウェルエイジング—



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終了(歯学博士)
 1998年9月 台湾 台北医学大学口腔医学院 臨床教授
 2010年9月 東京歯科大学解剖学講座教授
 2012年4月 韓国 延世大学歯学部 外来教授

若々しく、健康に、そして穏やかに年を重ねていく“ウェルエイジング”な考え方を身につけることはとても重要である。このためにストレスを除去していく、サプリメントの摂取など多くの事が考えられるが、実は普段の食事の習慣、噛み方、飲み込み方、食べるもの、食べる量を少し工夫すれば体は自然と“ウェルエイジング”に向かう。“ウェルエイジング”のkey pointは口腔にある。すなわち、必要な栄養を良く噛んでゆっくり摂り、量を制限すると、体には長寿につながる多くの神秘的現象が起こるのである。補綴治療は、それをサポートするための治療でもあることを理解していただきたい。さらに本講演では、正しく「噛むこと」、そして「飲み込む」ということが「姿勢」に大きな影響を受けることを解説に加えたい。また、正しく「噛むこと」、そして「飲み込む」ということは成長期にきちんと習得する重要性があること、そして中高年以上ではその習慣を維持することが“ウェルエイジング”につながるということを歯科から発信する必要性について述べたい。

「噛んで」「唄って」「笑って」「若返り」 —口腔からの若返り—



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
元日本顎咬合学会会長

若返りとは実に曖昧な言葉であり歯科臨床の場で科学的評価することは困難と考えている。超高齢社会において高齢者の生きる喜びは「健康で」「若々しく」「清潔で」「美しく」「心豊かに」「生き甲斐ある人生を送る」ではなかろうか。それらを満たすものとして「食事がおいしく出来ること」「楽しく語らうこと」等々で代表される。そして我々臨床家はその現場でそれら高齢者に直接遭遇する立場におかれている。今回私の臨床において「生活の医療」を思考しながら高齢者の口腔からの若返りについて顔貌、咬合高径、表情筋、皺といった各々の形態の変化そして噛むことによる顔貌、行動、生活など機能との関係を観察したものを報告する。

医療訴訟に備える

医療現場における法的紛争から見た歯科の将来と価値の創造 ～新しい歯科開業学の羅針盤～



永松 榮司 (永松・横山法律事務所)
1970年3月 中央大学法学部法律学科 卒業
1979年4月 弁護士登録 (日本弁護士連合会会員番号 16727号)
1990年6月 学校法人朝日大学 監事 (現在に至る)
1998年3月 学校法人明海大学 監事 (現在に至る)
2000年4月 東京弁護士会 監事 (～2001年3月)

裁判で歯科医師に求めている医療水準が“診療当時のいわゆる臨床医学の実践における医療水準”であることは判例で確立している。これは、当該医療機関の場所・規模・性質(先端的病院、大規模病院、診療所など)に応じた患者・疾病(しっぺい)との相対的な関係での、“あるべき”医療水準にほかならない(最高裁平成7年6月9日)。もっとも、歯科医師には治療の自由裁量が認められ、診療当時の“通常求められるあるべき医療水準”に画一的な基準があるわけではない。しかし、最近では学会等より様々な医療ガイドラインが発表され、これが臨床現場の歯科医師に、かつ裁判の現場でも“あるべき”医療水準として求められている。

ここ数年の急激な医科・歯科の発展・進化、これに連動した“あるべき”医療水準を羅針盤とした医科・歯科の過誤事件、直近のインプラントの不具合による紛争と訴訟、そしてその対価をめぐる混合診療の問題から、「新しい歯科開業学の羅針盤」の創造を見る。この出発点は、医療に関する身体(からだ)と精神(こころ)の健康(権利)の保持という“医療人権”の認識の共有化にある。そしてそのツールは医科・歯科一元論(連携)に基づく「疾病が医療人権の侵害者」「患者が主治医」「医師・歯科医師が医療人権の擁護者(支える医療)」の構築にある。国民の現在“与えられた医療”から将来の“選択する医療”への医療関係者の啓蒙と実践に期待したい。

これで納得！歯質接着最前線

—臨床における重要ポイントをおさえる

**宮崎 真至** (日本大学歯学部 保存学教室修復学講座)

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、博士(歯学)

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 講師

2005年11月 教授

コンポジットレジン、歯質接着システムと併用することによって、機能とともに審美性とを両立させた歯冠修復処置を可能としている。このように、コンポジットレジン修復の対象が前歯あるいは歯頸部の小窩洞に局限したことから、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へも適応範囲が拡大した背景には、歯質接着性の向上という技術革新が存在している。歯質接着技術は、日本が世界に誇るものであり、現在も発展と成長を続けている。

市販されている接着システムの種類は多いが、臨床操作の点からはそれぞれの特性を引出すための考慮事項がある。もちろん、歯質接着の基本理論を理解することが重要となるが、臨床では被着体に対する接着強さに影響を及ぼすテクニクセンシティブ因子を考慮することが重要となる。このテクニクセンシティブ因子とは、材料因子、環境因子およびこれを扱う術者の製品に対する理解度や技術などの因子に大別して考えることができる。これらを理解することで、機能と審美を満たすコンポジットレジン修復が可能となるのである。ここでは、接着理論の基礎を振り返るとともに、歯質接着技術を生かしたコンポジットレジン修復の実際について、その臨床テクニクとともに考えてみたい。

歯科接着の基礎から臨床の新展開**桃井 保子** (鶴見大学歯学部保存修復学講座)

1976年3月 鶴見大学歯学部卒業

1976年4月 鶴見大学歯学部第一歯科保存学教室助手

1983年4月 鶴見大学歯学部第一歯科保存学教室講師

1991年1月 英国ニューキャッスル大学歯科材料科学部門研究員

2003年3月 鶴見大学歯学部保存修復学講座教授

歯科の接着とMI (Minimal Intervention) の理念の融合は、現在、最善のう蝕治療を成立させている。MIとは、歯質への切削介入を最小限にして最大の効果をあげようとするコンセプトであり、これを確実に実践するためには歯科接着を知ることが極めて重要である。本講演では、「歯科接着の基礎から臨床への新展開」をお話する。1978年、日本において接着性モノマーを配合した歯質接着レジンが世界に先駆けて登場した。この接着テクノロジーは歯質削除を最小限にしたう蝕治療技術を誕生させた。それから30年余、歯質に対するレジンの接着強さと耐久性は確実に増し、接着治療は「悪いところだけを痛くなく削って、歯と同じ色のものを詰めて元通りにする」という、人々が夢見る歯科治療を現実のものとしてきた。今や日常臨床において接着性材料は無くてはならないものとなり、接着は当たり前の治療技術となった観すらある。しかし、果たしてみなさんは、多種多様な市販製品を材料学的に正しく理解し、それぞれの製品の性能を最大限に活かして使っておいでだろうか？本講演ではこんな具体的な疑問に答えながら、接着を生かした臨床のための正しい基礎知識や、ここまでできるという接着治療の新展開を、症例とともに目につけたい。加えて、MIと接着歯学の融合から生まれた日本歯科保存学会が示すう蝕治療ガイドラインについても言及したい。

メタルフリー時代に即した接着臨床



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
 2007年 東京都杉並区歯科医師会 会長
 2011年 日本接着歯学会 副会長
 2012年 日本歯科大学生命歯学部 客員教授

最近、多くの臨床家の先生方は、メタルを用いた歯冠修復が減少しつつあることを感じておられるのではないのでしょうか。事実、いくつかのデータから見てもメタル修復の頻度は下がっており、その分、セラミック系の歯冠修復の頻度は確実に上昇しています。

そのような背景から、診療の現場では修復物にメタル→メタルボンド→オールセラミックという流れがあります。オールセラミックといっても近年ではポーセレンのみでなく、CAD/CAMを用いたジルコニア、プレスシステムを用いた二ケイ酸リチウムガラスを主成分としたガラスセラミックス、さらにCAD/CAMや築盛で製作されるハイブリッドセラミックなどが臨床応用されています。支台歯に関しても従来のメタルコアやハイブリッドセラミックスのみでなく、グラスファイバーを使用した、いわゆるファイバーコアも一般的になりました。

私たちにとって、臨床での選択肢が多くなるのは歓迎すべきことです。しかし接着操作に関しては、それだけ多くの被着体を相手にしなくてはならない結果となりました。そこで本特集では、最新の各種歯冠色修復システムを使用する場合に適した接着材の選択を中心に、その診療の成否に大きく影響する臨床応用上のポイント等について解説します。

一般臨床医が知っているべき矯正の基礎知識

矯正治療の可能性と限界



宮下 邦彦 (宮下矯正歯科医院)

1976年3月 日本大学歯学部卒業
 1981年6月 UCLA 歯学部歯科矯正学グラジュエートコース修了
 1982年5月 宮下矯正歯科医院開業(東京、新宿区)
 1985年8月～ UCLA 歯科矯正学客員教授
 1996年6月～ Case Western Reserve 大学客員教授

不正咬合の成人患者が来院された時、治療の可否について、どのように判断するのでしょうか。多くの場合不正咬合の治療結果について何らかの方法でイメージできる事が、次のステップに進むエネルギーとなります。治療後の明白なイメージがなければ、それは治療方針だけでなく治療も困難になります。矯正治療は子供だけのものと考えられていた時代とは異なり、現代は成人矯正の需要が急激に増加しており、今後は高齢者症例の増加も予想されます。しかし、成人矯正は矯正の基礎知識に加え、歯周補綴処置など幅広い知識と経験を基に個々の症例に合った治療法が求められ、なかなか治療予後イメージできない事があります。加えて治療中予期しない事態に遭遇する事もあり、この事が治療をさらに困難なものにさせます。そこで、本講演では今後増加すると考えられるさまざまな成人症例の可能性と注意点等について、数多くの症例を提示しご説明したいと思います。

不正咬合の基礎としての咬合平面の動態と不正咬合治療



佐藤 貞雄 (神奈川歯科大学)
 1971年3月 神奈川歯科大学歯学部 卒業
 1991年9月 日本 MEAW 研究会 会長 (~2000年)
 1996年9月 神奈川歯科大学 教授
 2001年10月 オーストリア・ドナウ大学 客員教授
 2010年4月 神奈川歯科大学 学長 (現在に至る)

すべての医療は原因が明確になってはじめて予防法が確立され真の医学となる。原因の分からない病気の予防は不可能である。予防法が確立されない医療は経験に頼る対症療法的医療に頼らざるを得ない。はたして不正咬合は予防できるかというテーマは咬合学を基礎とする歯科医学の根底をなす課題である。不正咬合の予防や治療のためにはまず不正咬合の発現機序を探る必要がある。不正咬合の成長過程を注意深く観察すると、その多くに垂直的な高径の過剰や不足が認められ、咬合平面の動態が不正咬合のタイプによって異なっていることが認められる。また成長期にこれらの不正に対して予防咬合学的に垂直的高径の改善を試みると咬合不正が改善することも確認できる。これらのことは不正咬合の発現において垂直的高径や咬合平面が重要な要因となっていることを示している。したがって不正咬合を理解するためには各種の不正咬合における咬合平面の動態と下顎の反応を知ることが重要であり、さらに不正咬合の治療のためには咬合平面の治療的コントロールを計画することが肝要である。本講演ではこれらの点を一般臨床医が知っているべき矯正の基礎知識として解説する。

矯正治療を助ける TAD (Temporary Anchorage Device) と再石灰化促進処理



池森 由幸 (いけもり矯正歯科)
 1979年3月 愛知学院大学歯学部 卒業
 1979年4月 愛知学院大学歯学部 歯科矯正学講座在籍 (~1985年7月)
 1985年7月 いけもり矯正歯科開設、1990年日本矯正歯科学会認定医、1991年同指導医取得
 1999年2月 愛知学院大学歯学博士学位取得
 2006年7月 日本矯正歯科学会専門医取得

近年の矯正歯科臨床を助けるエポック的ツールとして各種の矯正歯科固定源 (TAD: Temporary Anchorage Device) が挙げられるが、これらは長年、薬事法上適応外使用であったため歯科医師個人の裁量と個人責任として患者の同意の下で用いられていた。そこで、日本矯正歯科学会では現状追認のため、厚生労働省医薬食品局、独立行政法人医薬品医療機器総合機構での審理を求め、その結果、歯科矯正用アンカースクリューと言う一般的名称が官報第5851号: 2012年7月27日にて認められ、順次複数の企業が薬事承認を受けつつある状況である。これらは多くの種類があり臨床面で各種の取り組みがされている。今回は、その中でも特に固定源が強固であるミニプレートを用いた歯科矯正用アンカースクリューを用いて歯列全体を牽引した場合に生じる力学的な特異な移動様式について説明する。また、重度な狭窄歯列を有する成人患者の上下顎骨側方拡大をサージカルアシストを併用して行った症例を紹介する。これらは、口腔外科専門医との綿密な医療連携が成功の鍵である。

また、別のエポックとして、矯正歯科臨床における予防歯科的処置の取り組みについて説明する。これには矯正歯科専門医療機関内での歯科衛生士とのチームワークが必須であるのでオフィスマネジメントが重要な要素となる。今回、その一例として歯科衛生士の積極的なピアサポートの取り組みと再石灰化促進処理について簡単に説明したい。

咬合に強くなるセミナー



岩田 健男 (医療法人健歯会東小金井歯科)
 1976年3月 大阪歯科大学卒業
 1980年6月 米国インディアナ大学大学院補綴科卒業
 1983年8月 医療法人社団健歯会理事長
 1999年3月 デンタルヘルス アソシエート代表

小川 洋一 (東京ステーション歯科クリニック)
田村 勝美 (総合歯科補綴研究所有限会社ハイテックデント)
岩田 卓也 (医療法人健歯会東小金井歯科)

これからの歯科医師と歯科技工士は咬合について習熟しておくべきでしょう。咬合の知識は補綴、矯正、インプラント、歯周をはじめとするほとんどすべての歯科臨床を上手に達成するのに重要で有効な糧になります。また、咬合に関するハウツウに習熟することは治療結果の耐久性の決め手になり、患者様からの信頼を勝ち取る大きな武器になるといっても過言ではありません。さらに、これから増加傾向にある歯科生活習慣病である咬合病(顎関節症)に対処できることは、歯科医院の生き残りとしてグレードアップに必須の条件になります。

このセミナーでは、日常臨床で活用頻度と利用価値の高い咬合のノウハウについて実習を通してマスターします。

ランチョンセミナー①

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 IPSP 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動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。

ランチョンセミナー②

55

株式会社ジーシー

ホールB5皇居側

6月30日(日)

審美領域少数歯欠損における診査・診断と治療選択肢



梅津 清隆 (歯科オーシーキューブ日比谷・日比谷インプラントクリニック)

1997年3月 日本歯科大学歯学部 卒業

2003年 米国ロマリンド大学歯学部インプラント科卒業

2005年 米国インプラント学会 ABOI 認定医取得

2008年 米国歯科 Master of Science 学位取得

2012年 東京都千代田区にて歯科オーシーキューブ日比谷・日比谷インプラントクリニック開業

歯科医療技術と情報伝達手段の発展と共に、様々な情報が患者に入るようになってきた。それにともない、術者側の情報と同様に患者側の情報も多くなり、さらには患者側の要望も高くなって来た。術前の治療方針と方法がより具体的になって来ている昨今、治療方針の決定はどのように進めるべきなのか。審美領域への治療は患者と術者のコンセンサスを得る事が困難な場合があり、歯科医師、歯科技工士、歯科衛生士のクリニック一体で患者への要望を確実にとらえなければいけない。そうした要望を的確に判断する為には診査・診断に基づく治療計画が礎となっている。審美領域の治療計画を決定するなかで、どのように診査・診断を進め治療方法を選択するか解説する。

ランチョンセミナー③

56

スリーエムヘルスケア株式会社

ホールB5ガラス棟側

6月30日(日)

New Concept メタルフリーマテリアル



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

2007年 東京都杉並区歯科医師会 会長

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

「あなたは御自分の口の中に金属を入りたいですか？」との問いかけに肯定的な返事をする人は少ないでしょう。誰もが自分の口腔内に、金属イオンの溶出する可能性が否定できない不良な金属修復物など装着したくないのです。しかし、我が国の現行公的保険制度の下では、主に経済的理由から12%しか金が含有していない「金パラ」を使用して歯冠修復を行うことが主流です。一方、多くの患者さんがリーズナブルな自己負担でメタルフリーの歯冠色修復を望んでいます。ここに歯科医療の需要があるのです。今回の講演では、多岐にわたるメタルフリー歯冠修復システムの中から新たに上市されるチェアサイドで完結する全く新しいコンセプトのハイブリッドセラミックス系メタルフリー歯冠修復材料を紹介いたします。

ランチョンセミナー④

57

シロナデンタルシステムズ株式会社

ガラス棟G502

6月30日(日)

～Digital Waterfall～ 歯科医療を取り巻く New Technology



市岡 千春 (医療法人社団明徳会 市岡歯科医院)
 1986年 東日本学園大学(現北海道医療大学) 歯学部卒業
 1987年 北海道大学歯学部歯科補綴学第一講座 研究生
 1991年 市岡歯科医院開業

『歯科医療を取り巻く環境は日々進歩しており、Sirona社製CTとCAD/CAMを利用して得られるデジタル情報を、我々歯科医師が臨床に有用なツールとして活用する方法を臨床例と共にお伝えいたします。』

コンピュータ技術の発展により、私たちの日常においてもあらゆる分野でその技術は活用されている。もはや、コンピュータとの関わりはなくてはならない時代になってきた。歯科医療においても近年、コンピュータ技術を応用し、生体からの多岐にわたる情報をデジタル処理し、専用ソフトウェアを活用する事で診断から治療に幅広く導入されるようになった。現在では、画像診断においてはコーンビームCT、補綴治療においては光学印象とCAD/CAMを使用した補綴物の作製、さらには顎運動の分析等が既に臨床応用され、歯科治療の効率化と精度の向上に寄与している。今回の講演ではCAD/CAMのなかでCEREC systemを使用したデジタル印象と修復治療の臨床および、CAD/CAMを使ったデジタルワークスアップとコーンビームCTのデジタル情報の重ね合わせによる診断(CEREC meet GALAXIS)とインプラント手術におけるSurgical Guide(SiCAT)の応用と有用性に関して臨床症例を含めご紹介させていただく。

ランチョンセミナー⑤

58

株式会社カイマンデンタル

ガラス棟G510

6月30日(日)

BioHorizons Laser-Lok[®]で変わるこれからのインプラント治療コンセプト



松島 正和 (神田歯科医院)
 1990年 日本歯科大学卒業
 2003年 医学博士号取得
 日本顎咬合学会会員
 日本歯科大学新潟生命歯学部補綴学教室非常勤講師
 日本大学医学部病理学教室特別研究員

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、予知性が確立されており、適切に治療されたのであれば、長期にわたり患者さまのQOLの維持に貢献する事ができます。

Biohorizons社(USA)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インプラントシステムと考えられています。

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
 - ・これまで実現不可能とされていた軟組織とフィクスチャーの結合を可能としたレーザーロック機構
- 等についてくわしく紹介したいと思います。

現在インプラントシステムの導入を検討されている先生方や、すでにインプラント治療を導入なさっている先生方の臨床に役立てば大変うれしく思います。

インプラントオーバーデンチャーを再検証する



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

無歯顎患者に対する補綴治療のベースは、過去も現在も変わらず総義歯である。しかしながら、総義歯臨床においては、よくも悪くも術者の技術、経験が大きく治療結果に反映することを知っている。そしてその臨床の大家でさえも、難症例と位置づける症例があることも事実である。他方近年インプラントによる補綴治療の大きな進展により、無歯顎患者に対するインプラント支持 FPD (固定性歯科補綴物) あるいはインプラント支持オーバーデンチャーは、とくに下顎において従来の総義歯に比較して患者満足度を増加させるという研究報告がある。(Meijer、その他、2003)。

そこで今回患者満足度が高く、比較的負担の少ないインプラントオーバーデンチャーにフォーカスを当ててその臨床的有効性を検討してみたいと思う。オーバーデンチャーの維持機構は主に粘膜支持、粘膜/インプラント支持、インプラント支持に大別される。様々な維持機構が開発、臨床応用されてその都度支持のメカニズムも変遷してきた。そこで、今回はインプラントオーバーデンチャーについて再検証しその臨床的意義を考察したいと考えている。

Live エンド

臨床家のための実践的歯内療法 システムチックな JH エンドシステム



平井 順 (平井歯科)

1977年3月 日本大学歯学部卒業

1982年7月 第4回日本歯内療法協会において Dr. W. T. WAKAI 記念学術賞受賞

1985年4月 第42回米国歯内療法学会(AAE)の T.C にて JH エンドバーを用いた根管内壁形成発表

1991年3月 歯学博士：日本大学第4146号

2006年11月 明海大学歯学部臨床教授就任

8020 社会を達成するには、旧来のう蝕治療法からの脱却と同時に、新たに MI (Minimal Intervention) の理念を基本としたう蝕治療法を取り入れる必要がある。これは歯内療法の分野にも及ぶことである。“歯髄は最高の根管充填材である”と言われているように、抜髄をしなくて済み、歯髄を温存することができれば、歯の延命に大きく有利であることは言うまでもない。また止むを得ず根管治療が必要となった場合、更に新たな再根管治療を招くことが無いように持てる能力の全てを尽くして治療に当たるべきである。日本人の歯髄腔は欧米人より大きく湾曲根管が多くみられる。ペリオは歯根の表面のルートプレーニングにより効果を得ているが、根管治療における根管形成は根管内壁のルートプレーニングとも言えるだろう。今回、便宜抜歯が必要な成人矯正の患者様にご協力を得ることができた。そこで、抜髄処置が必要となった症例を想定した上で、外科医による麻酔後、抜歯までの間を利用してライブを行う予定である。下顎第一小白歯は歯冠が歯軸より舌側へ傾斜しており、歯髄腔に頬舌的な幅があるこのような症例はとくに臨床においてレジヤや残髄などのトラブルが起き易い。こうしたことを考慮しての根管内壁拡大形成のファイル操作から Wash テクニックによる緊密な垂直加圧根管充填法による直抜即時根管充填まで、術式を通してそのポイントを解説したい。

デンチャースペースをみる目



村岡 秀明 (村岡歯科医院)
 1972年4月 神奈川県川崎市にて開業
 1972年4月 神奈川歯科大学 卒業
 1980年1月7日 千葉県市川市にて開業

デンチャースペースを回復するというをわかりやすく表現すれば、天然歯の無くなったところを人工歯で、失われた歯槽骨をピンクのレジンで補うということである。しかし、義歯を入れていない状態では、その空間は存在しない。術者がみる目を持ち、それにとまなう手技がなければ、デンチャースペースは適切に回復されない。総義歯というと、下顎の吸着ばかりに興味が集まりやすいが、実は上顎のデンチャースペースが適切に回復されないと、臼歯部人工歯の排列位置に影響を及ぼし、下顎総義歯の維持安定が阻害されてしまうのである。今回は、私がデンチャースペースをどのように考え、どのような手技で回復しているのかを、診療室で撮影したムービーでみていただきたいと考えている。

下顎総義歯の吸着を達成するための重要ポイント



阿部 二郎 (阿部歯科医院)
 1981年3月 東京歯科大学 卒業
 2005年7月 日本顎咬合学会 評議員
 2006年4月 Japan Denture Association 会長
 2011年4月 東北大学大学院歯学研究科 臨床教授
 2012年12月 神奈川歯科大学 客員教授

無歯顎者における総義歯使用の患者満足度を向上させるためには、快適な咬合高径の範囲で適正な水平下顎位を定めると同時に、下顎義歯の維持安定を確実に得ることが第一である。著者は、術前に、義歯装着後の下顎位の変位に対し治療義歯が必要か否かの判定をTMJレントゲン撮影にて行い、それを基に治療計画を作成し、患者に説明している。

また、下顎総義歯の安定に関しては、下顎総義歯の吸着技術を中心にシステマティックな義歯製作システムBPSを用いた臨床を行っている。総義歯の吸着を達成するための絶対条件は上顎、下顎に関わらず、義歯床縁の全周囲を可動粘膜によって封鎖することである。上顎総義歯の口蓋部にバーで穴を開ければ義歯が落下するように、下顎総義歯の吸着もどこか一カ所でも空気が入り出す場所があれば、その封鎖は破壊されて浮き上がる。特に、下顎で封鎖の難しい場所は、舌下ヒダ部とレトロモラーパッド周囲である。舌下ヒダ部に唾液腺が豊富なスポンジ状の軟らかい組織が存在すると封鎖が容易になるが、逆にスポンジ状組織が乏しく、開口時に無意識に舌を大きく後ろに引くタイプでは舌側部の封鎖が難しくなってしまう。また、レトロモラーパッド部の封鎖において大切なことは、義歯床内面とレトロモラーパッド粘膜面の密着封鎖を達成することである。

本講演では、上記の内容をお話し、皆様の明日からの臨床のお役に立ちたいと思う。

臨床解剖学に即した無歯顎総義歯治療

—高度吸収顎堤への挑戦—

**市川 淳** (市川歯科医院)

2000年3月 東京歯科大学 卒業
 2004年3月 東京歯科大学大学院(解剖学専攻) 卒業
 2004年4月 東京歯科大学解剖学講座 研究助手 (~2005年3月)
 2007年6月 銀座深水歯科勤務 (~2012年3月)
 2012年4月~ 市川歯科医院副院長

総義歯患者において上顎歯槽突起、下顎歯槽部にとどまらず、上顎骨骨体部、下顎骨基底部にまでおよぶ骨吸収の症例は稀ではなくなっている。

その要因として、咬合崩壊による負担過重歯や歯周病による重度骨吸収歯の抜歯、インプラントの失敗、また義歯形態不良による不安定からくる顎骨への力の不均衡などが挙げられる。

このような難症例に対しては、総義歯製作ではなく、総義歯治療が必要となる。

高度骨吸収顎堤に対して安定する義歯形態を与えるには、口腔周囲の解剖学的形態を把握し、周囲組織との調和が必要不可欠となる。高度骨吸収を認める難症例では、維持力・支持力に利用できる顎堤面積が著しく狭い。総義歯の安定に周囲筋を関与させ、適正な調和が成功へのカギとなる。

主要な筋は、頬筋、舌が挙げられる。頬筋は前方に筋束を伸ばし口輪筋となり、後方では、翼突下顎縫線を境に咽頭収縮筋と連結している。つまり、口腔は筋肉の袋で囲まれ、これらの筋肉は嚙下時の収縮により義歯を押さえ込む力として働く。舌も力の強い筋肉の塊であり義歯安定に大きく貢献できる組織である。

骨吸収による実質欠損形態を義歯で回復させることで、周囲組織による辺縁封鎖が可能になるとともに、周囲筋のリハビリテーション・トレーニングが喚起され、機能の回復が促される。

解剖学的形態を把握、意識することで若手が、ベテランの先生の義歯形態に近づけるか検討してみたい。

患者が満足する義歯形態を考える

—若手歯科医師の見方—

**白石 康博** (日本大学歯学部歯科補綴学第Ⅱ講座 (非常勤医員))

2005年3月 日本大学歯学部卒業
 2005年4月 日本大学歯学部歯科補綴学第Ⅱ講座入局
 2010年7月 日本顎咬合学会認定医
 2011年4月 日本補綴歯科学会専門医

補綴歯科治療を進める際、治療を必要とする原因と問題点を分析するとともに、患者自身の治療に対する要望、価値観、身体社会的条件、精神医学的条件など口腔の形態と機能だけでなく総合的な要素を把握することがきわめて重要である。これを怠ると、たとえ適切な治療を行おうとも、十分な患者の満足を望めない。

特に有床義歯治療では患者自身が手に取って義歯形態を観察できるという特性から多種多様な要望を患者が訴えることがある。このような時、臨床経験の少ない若手歯科医師は適切な診断ができないと、どこまでも患者に迎合した治療になってしまい、患者も術者も満足な結果を得ることができないと思われる。そうならないためには、術者は義歯に必要な基本的な形態に即しながら患者の要望も踏まえた治療を行う必要がある。

今回、咀嚼障害および審美障害を主訴に来院した患者に対して、治療用義歯を製作し機能の向上とともに義歯形態および顔貌の回復を行った症例に沿って患者の満足する義歯形態について考えてみる。

ライフステージによる歯周組織の変化



伊藤 公一 (日本大学歯学部)
 1976年3月 日本大学大学院歯学研究科 修了
 1980年 米国インディアナ大学歯学部留学 (~1983年)
 1999年4月 日本大学 教授 (歯周病学担当) (~2013年3月)
 2009年 日本歯周病学会理事長 (~2011年)
 2013年4月~ 日本大学 特任教授

現在、私たちがこの世に生を受けてから乳・幼児期、学齢期、成人期、高齢期を経て死に至る過程は、約80年と考えて良いでしょう。人生80年の時代において、それらの過程と就職、結婚、妊娠、出産、子育て、あるいは定年退職などの人生の節目によって変わるライフステージがあります。歯科衛生士の皆さんは、来院した患者さんのライフステージ別に口の中、とりわけ歯周組織に起こりうる疾患(歯肉炎、歯周炎、咬合性外傷、特殊な歯周病)やリスクファクターを含む種々の問題点など(細菌因子、環境因子、生体因子)があることを知る必要があります。特に女性の患者さんでは、初潮、妊娠、出産、閉経と男性の患者さんとは大きく異なるライフステージがあることは皆さんよくご存知のとおりです。そこで、今回のセッションでは、日常臨床の中で、各ライフステージに起こりうる事項を歯科衛生士としてどう捉え、どう理解したらよいのかをQ&A形式で解説をすることに致します。

ライフステージによる口腔の変化



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 大学院終了 (歯学博士)
 1998年9月 台湾 台北医学大学口腔医学院 臨床教授
 2010年9月 東京歯科大学 解剖学講座 教授
 2012年4月 韓国 延世大学歯学部 外来教授

口腔領域の老化は、特に歯の喪失と密接な関係がある。本講演では、歯を喪失した場合の顎骨および口腔粘膜の形態変化について解説する。日常の臨床テクニックと重ねて解説していくことで、基礎的な解剖の知識の重要性を認識していただきたいと考えている。さらに、筋機能の低下による口腔、咽頭領域の様々な問題について解説する。摂食・嚥下機能の基本的なメカニズムを理解していただき、筋機能が低下した場合、どこにどのような問題を引き起こすかについて機能解剖学的な見地から解説を加える。演者自身によって作成された、これまでにない術者の目線からの解剖写真、新鮮遺体を用いた動画などによって、歯科衛生士の方々の口腔・咽頭領域の機能解剖に対する3次元的な理解が深まると確信している。

迷いなき選択

—IPS e.max CAD—

**草間 幸夫** (西新宿歯科クリニック)

1979年 城西歯科大学(明海大学)卒業

1991年 西新宿歯科クリニック開設

2011年 Ivoclar Vivadent IPS e.max ローカルオピニオンリーダー

ISCD セレクトレナー (JSCAD 会長)

日本口腔インプラント学会専門医/日本顎咬合学会認定医

オールセラミック修復はその高い生体親和性と審美性から、セラモメタルを含む鑄造歯冠修復に替わって臨床に多く取り入れられるようになった。加工方法やマテリアルが進化をする中で、CAD/CAM の効率性と Press の生産性に Layering の芸術性をあわせたオールセラミックシステムが注目されている。それが IPS e.max システムだ。

私のパートではシステムの中でも、CAD/CAM オールセラミックの選択基準や臨床応用への注意点、また今後の可能性について症例を通して供覧したい。

IPS e.max Press が切り開く未来

—現状と可能性—

**大河 雅之** (代官山アドレス歯科クリニック)

1987年 東北歯科大学(奥羽大学)歯学部卒業

2001年 代官山アドレス歯科クリニック開設

2011年 Ivoclar Vivadent IPS e.max ローカルオピニオンリーダー

東京 SJCD 理事 (SJCD インターナショナル学術委員長)

日本審美歯科学会認定医/日本顎咬合学会認定医

審美修復治療は、バイオミメティクスアプローチという考え方の浸透、接着技術と疾患の原因に対するアプローチが進んだ現在、必要最小限の処置で適切な効果をあげる治療が目指されている。技術的にはマイクロスコープの応用や IPS e.max system などセラミックスマテリアルの進歩により高い精密性と予知性が得られてきている状況にある。特に IPS e.max Press の二ケイ酸リチウムは以下の点において優れている。1. 高い適合性 2. 辺縁部を薄くつくりすることができる。3. 高い光学的特性と色調再現性 4. 強化セラミックスに匹敵する強度 5. 高い接着性 これらのアドバンテージにより MI 審美治療における歯肉縁上マージンや色調不全歯においても最小限の歯質削除で対応することが可能である。つまり現在、世界的潮流である MI でありながら高い審美性と予知性を同時に可能にするのが IPS e.max Press である。また、そのフューチャーとして IPS e.max system のマイクロセクショナルベニアやインプラント上部構造への応用についても考えていきたい。

本講演では主に IPS e.max system を使用し、MI を考慮した審美修復治療について臨床症例を通して解説する。

IPS e.max システムの優位性



貞光 謙一郎 (貞光歯科医院)
 1989 朝日大学 歯学部卒業
 1997 貞光歯科医院開設
 大阪 SJCD 副会長・インストラクター
 日本顎咬合学会指導医・常任理事
 日本審美歯科学会認定医

オールセラミックスが登場し、天然歯を模倣した自然感のある修復治療が可能となりました。その中で、Ivoclar Vivadent 社は、IPS Empress、IPS Empress II の時代より、世界の先駆的役割を担い、オールセラミックス修復の歴史を築いてきたと言っても過言ではないと思います。また、近年の IPS e.max システムは、異なるセラミック材料を一つのシステムの中に集約し構築した先進のシステムであると考えています。今回は、CAD/CAM の権威である草間幸夫先生と、世界的に活躍する審美修復のスペシャリストである大河雅之先生に IPS e.max を用いた審美性の再現について講演していただきます。

また、私は IPS e.max システムの優位性について、科学的根拠と日本人の歯牙解剖をもとにまとめたい。

生活に密着した歯科医療 その1 歯科訪問診療

摂食・嚥下障害の評価と訓練の実際



戸原 玄 (日本大学歯学部摂食機能療法学講座)
 1997年 東京医科歯科大学歯学部歯学科卒業
 1999年 藤田保健衛生大学医学部リハビリテーション医学講座研究生 (～2000年)
 2001年 ジョンスホプキンス大学医学部リハビリテーション科研究生 (～2002年)
 2005年 東京医科歯科大学歯学部附属病院高齢者歯科 助手 (～2007年)
 2008年～ 日本大学歯学部摂食機能療法学講座 准教授

“老人の友”と呼ばれる肺炎を直接引き起こす摂食・嚥下障害は外部からの観察が難しく、その状態を正確に把握するためには精査が必要である。しかし、全ての患者に対して検査環境が整っているとは言いがたいのが現状であり、特に通院できない患者への対応を困難としている。

摂食・嚥下障害への対応の第1歩は職種間で共有すべき知識をもつことにあり、ここには問診・診察・スクリーニング・精査・そして訓練的な対応への知識にあわせて、一連の専門用語の理解が不可欠となる。そのような知識を一通り得た上で医療連携チームの編成を考えてゆくが、ここでは trans-disciplinary team approach の概念を押さえておくことが大切である。これは、利用できる職種で必要な医療的介入を職種間で柔軟に手分けするといった考え方である。

その他職種間の調整のみならず患者の環境を考えて、病棟、病院、地域などそれぞれの形にあった協働作業を行えるように設定できるかどうか摂食・嚥下リハの成功の継続化を左右する。

食べること 生きること

～地域ではじめる食支援～

**五島 朋幸** (ふれあい歯科ごとう)

1991年 3月 日本歯科大学歯学部卒業

1993年 日本歯科大学歯学部歯科補綴学教室第1講座助手

2003年 12月 ふれあい歯科ごとう代表

人間の口の機能はいくつかあります。食べること、話すこと、息をすること。いずれも人間が人間らしく生きるために必要不可欠な機能です。しかし、これまでの医療は口を大切にしてきたでしょうか。病気ばかりに目がいき、“ひからびた”口にしていなかったでしょうか。口を粗末にするということは生活を粗末にするということです。生活を軽んじた医療が人に優しい医療であるはずがありません。口を大切にす医療、ケアこそが日本の高齢社会に明るい光を照らすかもしれません。

口腔ケアとは単に口をきれいにするものではありません。なぜ口腔ケアによって誤嚥性肺炎が予防できるのか、なぜ口腔ケアによって食べられる人が出てくるのか。口腔ケアから始めて胃ろうを抜去した人もいます。口腔ケアをしたその瞬間から食べ始めた人もいます。口腔ケアの意義と価値を歯科医療従事者がしっかり理解することが「歯科」の社会への貢献につながるでしょう。

また、新宿では2009年7月、「最期まで口から食べられる街、新宿」をモットーに新宿食支援研究会を結成しました。在宅療養者の「口から食べたい」という欲求を満たすためにチームで働きかけ、最期まで口から食べられる楽しみ、満足感を与えることが、重要な使命です。そのために、介護現場から専門職へと向かうネットワーク構築を目指しています。今回、口腔ケアの意義と効果を中心に、新宿の食支援についてもお話ししていきます。

「パーシャルデンチャーの現在」～今、守るべきこと、攻めるべきこと～

守るパーシャル・デンチャー、攻めるパーシャル・デンチャー**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 中央区にて開業

1975年 包括歯科医療研修会設立

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

企画主旨

言うまでもなく今日の補綴臨床を概観すると、インプラント補綴に大きな偏りを感じる。

若手の歯科医師の中には、とにかくインプラント治療をマスターすることが最強の歯科医師になれると考えている臨床家が多い。しかし時代のトピックスだけに流されていると決して万全の歯科医療はできない。事実多くの患者さんの願いはインプラントだけに向かっているわけではなく、欠損補綴治療は自分の個性や希望にあった方法を選択したいと考える傾向が強い。超高齢化へと進む時代にあって、安全と安心の歯科医療をベースにグローバルな要望に応えるだけの知識と技量を備えておくことは歯科医師の責務であろう。この企画は100年近くに渡って培われてきたパーシャル・デンチャーの基本を学びつつ、新しい視点によって進化するパーシャル・デンチャーを学んでほしいと考えられたものである。

・はじめに

可撤性補綴であるパーシャル・デンチャー、利点もあれば欠点もある。

取り外せることは不人気の理由の一つだが、逆に清掃が行き届くといった利便性もある。鉤歯の予後が悪いのは何故か?の検証も必要で、そのために何をすべきなのだろう。

装着感の悪さは改善の余地はないのだろうか? などなどパーシャル・デンチャーに対する様々な問題を再考し、患者さんにとって価値あるものへと進化させるべきではないか…。

支台歯（鉤歯）と連携してより動きの少ないパーシャルデンチャーを目指す



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 仙台市青葉区開業
 1997年 日本顎咬合学会認定医取得
 1999年 日本顎咬合学会指導医取得
 1999年 日本顎咬合学会東北支部長（～2005年）

欠損部顎堤と現存歯という被圧変位差の生じる環境下で装着されるパーシャルデンチャーの支台歯との連結方法には、過去には緩圧の考え方もあったが、現在では概ね非緩圧の考えの下に行われているものと思われる。

非緩圧ということは、義歯と支台歯との連結を強固にすることで、義歯の垂直方向に対する沈下防止や、側方方向に対するブレの防止などを支台歯に大きく依存しながら、現存歯列との一体化を図っていることになる。

クラスデンチャーにおいては、コースデンチャーほどの非緩圧、一体化を期待することには無理があるものの、支台歯の形態を、より強固なレストや、マイナーコネクター、ブレーシングアーム、隣接面板などを受け入れられるように工夫することで、極力義歯の動きを抑え、所期の目的に近付けられるようにする。

一方、欠損部顎堤と支台歯との間に生じる圧変位差については、それを補正する印象法として、可動性粘膜との調和を図りながら、より広い床域を求め、アルタードキャストテクニックを応用し、より望ましい咬合支持を求めるようにしている。

このようにして、支台歯と義歯とが連携することにより、より動きの少ないパーシャルデンチャーが得られ、より望ましい予後を目指せるものと思ひ、実践してきた。

症例を供覧し、ディスカッションに臨みたい。

キャストパーシャルデンチャーの実力と永続性



川島 哲（有限会社ユニデント）
 1976年3月 東邦歯科医療専門学校 歯科技工科卒業
 1976年8月 有限会社ユニデント開設
 1991年7月 (PSD) 日本補綴構造設計士協会 理事長

パーシャルデンチャーの現在は、高齢化社会を背景に、未曾有の対応が補綴の専門家に求められています。そのことは、パーシャルデンチャーをフルデンチャーに決してさせないとの強い決意が今求められていると思います。

万一、パーシャルデンチャーが短期に失敗したとする、だからと言って、その後のオプションとしてフルデンチャーが、あたかも当然の様に有ると思っはいけないはず。フルデンチャーは歯科治療の敗北の結果と真剣に捉えて欲しいと思います。現実には、8020運動を再認識するならば、残存歯保護は歯科医療の原点であります。

ましてや、患者の切実な歯牙保存の要求を無視し、補綴の専門家達が患者の心に不適なセオリーを押し付けてはいけないと考えます。

あくまでも、患者の主訴に配慮しながら、パーシャルデンチャーを活力ある“生命維持装置”としてデザインすることが大切です。

術者の思いは、あくまでも患者中心の口腔模倣学として進められるべきと思います。

今回は多数歯欠損、いわゆる少数残存歯の保護を目的とし、粘膜の持つ生体センサーを活用した欠損補綴デザインにフォーカスし、臨床例を示しながらパーシャルデンチャーの“実力”と“永続性”を供覧いたします。

キーワード 残存歯保護・生命維持装置・口腔模倣学・欠損補綴デザイン・パーシャルデンチャーの実力

咬合圧と義歯の動態



森本 達也 (森本歯科医院)
 1984年 日本大学歯学部卒業
 東京都中央区 (ナオ歯科クリニック) 勤務
 1994年 静岡県富士宮市 (森本歯科医院) 勤務
 1996年 静岡県富士宮市にて開業

臼歯部遊離端欠損は後方の咬合支持がなく、受圧条件も悪いため、パーシャルデンチャーを装着しても、義歯の沈下により下顎位はもちろん、義歯、床下粘膜、支台歯にトラブルが起きやすく、その対応としてインプラントを用いる場合もある。

その中には、両側にインプラントを埋入したにもかかわらず、トラブルが同じ部位に集中する症例が観察された。又、臼歯遊離端欠損症例のトラブルが起きた部位を観察すると、片側臼歯遊離端欠損では安定した咬合支持が確保されている、非欠損側の臼歯にトラブルが多く観られた。

このような結果から、咬合圧は前後左右均等に加わるわけではなく、代償性機能の影響もあるのか、咬合圧の偏在が起こっていると考えられた。この事から、咬合圧の集中という加圧条件も義歯の安定に影響し、対応として力が加わる事が予想される部位に注意や補強が必要になると考えている。

今回は、咬合圧の偏在により義歯の動態が影響を受ける事に着目し、対応を試みた症例を提示する。

歯科医師、歯科技工士向け ～臨床家のための The 咬合学～

咬合崩壊症例に対する考え方とアプローチ



普光江 洋 (普光江歯科医院)
 1976年 城西歯科大学卒 (現・明海大学歯学部)
 総合歯科学教室助手
 1978年 国際デンタルアカデミーにて
 保母須弥也先生に師事
 1986年 普光江歯科クリニック開設
 2007年 神奈川歯科大学大学院
 2011年 学位取得



榊原 功二 ((有)榊原デンタルラボ)
 1968年 愛歯技工専門学校卒業
 1974年 東京都日本橋 矢澤歯科医院入社
 1986年 東京都目黒区にて開業
 1997年 ウィーン大学公認指導技工士
 2009年 日本顎咬合学会編集委員

咬合崩壊症例を精査すると、歯周疾患や不良補綴物、食や喫煙を含む生活環境など、複数の要因が絡み合っていることは事実であるが、近年の研究からストレスによるオーバーロード (パラファンクション) が咬合崩壊と密接に関係していることが明らかになってきているが、それに対する明確な治療法は確立されていない。今回は同じような条件を持った口腔内環境であるにもかかわらず健全に咬合が維持されているケースと、咬合崩壊が進行中のケースを対比させることで咬合崩壊に至る原因を考察すると共に、補綴的アプローチに必要な診断から治療に至る過程とラボワーク、特にバーチカル・ストップと咬合誘導路の与え方をワクシング・テクニックを使って解説したい。

咬合調整のより少ない修復装置を求めて



齊木 好太郎 (ラボラトリー・オブ・プリンシピア)

1964年3月 東京医科歯科大学歯学部附属歯科技工士学校実習科卒業
 1967年4月 保母研修会インストラクター
 1995年4月 ラボラトリー・オブ・プリンシピア代表取締役
 2005年4月 日本顎咬合学会理事
 2008年4月 日本歯科技工学会会長

顎口腔系機能の再建、維持安定を図るためには、適正な咬合の確立が重要な要素となる。

その咬合確立のために、歯科医師、歯科技工士は歯科医師の指示のもとそれぞれのフィールドでその役割を担い、求める咬合を間接法により構築されるよう努めている。

しかしながら、最終的に口腔内で意図とした咬合が得られず、多量の咬合調整、幾度かのリマウントやリメイクに至るときもある。

その原因として、大きくは間接法の誤差、生体の持つ粘弾性、技術的なエラーなどが考えられ、歯科医師、歯科技工士それぞれの担当ステップに係わってくる。

そこで、その原因を検証しより咬合調整の少なくなる対応策などを述べさせていただきます。

咬頭嵌合位を再考する



菅野 博康 (すがの歯科医院)

1965年3月 東京歯科大学卒業
 1965年4月 北歯科医院(福岡市)勤務
 1968年11月 すがの歯科医院(仙台市)開設
 現在に至る

安定した下顎位と安定した咬頭嵌合位は、咬合を考える際に第一に取り上げられるべきことである。咬頭嵌合位は、上下顎の歯が最大面積で接触し、最も安定した咬合位と言われ、咀嚼の終末位として、習慣性開閉口運動の終末位として、生理的な噛みしめ位として重要な咬合位である。咬頭嵌合位の下顎位が、安定した下顎位でなければ、顎口腔系に多くに問題を起す可能性がある。

望ましい咬頭嵌合位は、神経筋機構の調和がとれ、咬合力は前後的、左右的均衡が得られている咬合位といわれ、一方、安定した下顎位は、左右の咀嚼関連筋群の生理的緊張のバランスのとれた下顎位、すなわち下顎安定位といえることができる。下顎安定位で咬頭嵌合位が構築されれば、安定した顎口腔系の維持が可能となる。

安定した下顎位に安定した咬頭嵌合位の構築は大変と思われるが、日常歯科臨床でしばしば対応する最後臼歯を支台歯とするワンユニットブリッジの治療の際に、反対側の早期接触、咬頭干渉を下顎安定位で咬合調整することができれば、それほど難しいことではない。

下顎位は力によって容易にその位置を変えてしまうため、下顎の誘導・咬合採得には、力を加えないで誘導、咬合力が生じないように、顔面・頭部なるべく触れない、咀嚼関連筋群のリラクゼーションが図られていることに留意する必要がある。

一見安定しているように思える現在の咬頭嵌合位に、多くの問題が隠されていることがある。

粘膜免疫とプロバイオティクスについて

鶴 純明 (分子整合栄養医学協会)
 1952年3月 九州大学医学部研究科終了
 1960年4月 防衛医科大学校助教授
 2004年4月 分子整合栄養医学協会副理事長

口腔は消化器系や呼吸器系の入り口として重要な役割を果たしているだけでなく、粘膜組織として腸管などの粘膜免疫に依存する共通粘膜免疫の実行組織として働いている。口腔における粘膜免疫の理解には、腸管の粘膜免疫機構の理解が重要である。腸は免疫系や神経系をもち、自ら考え行動する。そのため第二の脳と呼ばれている。ヒトの腸は最大の免疫機関で、腸から全身に抗体が送られている。抗体産生細胞はホーミングにより腸管全体に分布して腸の防御機能を担っている。また、腸内細菌との共生の破綻が病気を招くことが理解されはじめ、プロバイオティクスによる腸内環境の改善によって病気を予防・治療することがホットな分野の一つとなっている。口腔では、口腔粘膜免疫の中心的な役割をはたす唾液IgAについては、齲蝕や歯周病で多くの研究がなされてきたが明確な結果は得られていないのが現状である。そこで、歯面の結合部位栄養源で競合する菌や、過酸化水素を産生する菌をブレンドしたプロバイオティクスを用いることで、口腔内環境の乱れを改善し、口腔内常在菌のバランスを保ち、病原菌の増殖を抑制する方法も考えられている。プロバイオティクスを用いることは、齲蝕や歯周病の予防・治療だけでなく、口臭抑制、ステイン除去などの効果も期待できる。

口腔がんの発生・進展に関する知識

—最近の知見から—



草間 薫 (明海大学歯学部病態診断治療学講座病理学分野)
 1979年3月 日本大学歯学部卒業
 1979年5月 日本大学助手 (歯学部病理学教室)
 1985年4月 日本大学講師専任扱 (歯学部病理学教室)
 1989年7月 日本大学専任講師 (歯学部病理学教室)
 1998年12月 明海大学教授 (歯学部口腔病理学講座) (現歯学部病態診断治療学講座病理学分野)

悪性新生物(がん)は本邦の死因の第1位を占め、年々増加傾向にある。口腔がんの罹患者も同様に増加傾向にあるものと考えられる。口腔がんの9割以上は口腔粘膜上皮に由来する扁平上皮癌である。がんは遺伝子の変異に基づく消耗性の遺伝子病であるという認識が現在なされているが、演者らは口腔の上皮性異形成を經由してがん化に至り、進展する dysplasia-carcinoma sequence における早期にがん抑制遺伝子である p53 の変異が生じていることを示している。他のがん遺伝子やがん抑制遺伝子の変異も当然のことながら蓄積していくと考えられる。

慢性炎症/感染症とがんとの関連は古くからいわれているが、近年、胃、肝、大腸における慢性炎症/感染症からのがん発生機序として異所性の遺伝子編集酵素 (activation-induced cytidine deaminase: AID) 発現の関与が報告されている。

口腔がんの原因としてまずは、タバコ、アルコールがあげられるが、尖った齲歯、不適合な補綴物、歯周病、ヒト乳頭腫ウイルスなどの関与も考えられている。本講演では、著者らが明らかにしてきた歯周病と口腔がんとの関連、dysplasia-carcinoma sequence における podoplanin や AID 発現などについて概説する。

顎関節の発生と加齢変化



中村 雅典 (昭和大学歯学部口腔解剖学講座)

1981年3月 東北大学歯学部卒業

1985年3月 東北大学大学院歯学研究科修了

1985年4月 東北大学歯学部助手 (口腔解剖学第二講座)

1996年10月 東北大学大学院医学研究科准教授 (発生生物学分野)

2001年10月 昭和大学歯学部教授 (口腔解剖学講座)

下顎骨は下顎突起に出現するメッケル軟骨周囲の間葉組織から膜性化骨によって形成される。メッケル軟骨の後部からは耳小骨であるツチ骨とキヌタ骨が形成され、中耳の鼓室に取り込まれることとなる。両生類や爬虫類ではツチ骨とキヌタ骨の間で顎関節が形成されるため、ヒトの顎関節は二次的に形成される構造である。したがって、顎関節の発生過程も他の関節と異なった形成過程となる。下顎頭は二次軟骨あるいは Chondroid Tissue と呼ばれる組織に分類される。Brian Hall によれば、物理的刺激に対して容易に形態を変化させることの出来る軟骨組織となる。本講演では、顎関節の組織発生ならびに歯牙喪失と顎関節の形態変化について述べる。

顎関節症患者のための病理検査

顎関節洗浄液で分かる病態の多様性



三上 俊成 (岩手医科大学病理学講座病態解析学分野)

2001年3月 岩手医科大学歯学部 卒業

2005年3月 岩手医科大学大学院歯学研究科博士課程 修了

2005年4月 岩手医科大学歯学部病理学講座 助手

2008年10月 スウェーデン カロリンスカ研究所 研究員 (~2009年8月)

2010年7月 岩手医科大学病理学講座病態解析学分野 講師

一般に病理検査といえば、腫瘍や粘膜病変の一部を切除して組織標本作製し、顕微鏡を使って腫瘍細胞や炎症について調べて確定診断を行うことです。医科領域においては喀痰、尿、胸水、腹水など、浮遊細胞を含む様々な液状検体からも標本作製して診断が行われています。そこで我々は、顎関節症患者へのパンピングマニピュレーションや関節洗浄に用いられた洗浄液から標本作製し、細胞レベルで関節局所の病態を調べる検査方法を考えました。

この方法により、関節局所における炎症性変化(急性・慢性)、石灰化物(異物)の存在、骨のリモデリングなどについて知ることが可能になり、他の検査所見と併せれば症状の原因を探る大きな手がかりとなります。実際の分析例では、臨床所見がほぼ同じ患者どうしであっても、関節局所の病態は大きく異なっている場合が少なくありませんでした。また、発症初期の結晶性関節炎や滑膜軟骨腫症などの関節疾患では、臨床所見が似ているため顎関節症と誤診されることもよくあります。しかし、関節洗浄液の病理検査を行うことで初期においてもそれらの疾患との鑑別が可能になります。

この検査方法の利点は、特別な検査手技や器具を必用としないこと、検査目的で患者に新たな負担がかからないことです。本講演では関節洗浄液を用いた病理検査の実際についてお話しします。

顎関節症の症型分類

-病態と徴候を読み解く-



小出 馨 (日本歯科大学新潟生命歯学部 歯科補綴学第一講座)

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(歯学博士)

1988年5月 トロント大学歯学部補綴学教室客員教授(～2006年)

1998年4月 日本歯科大学新潟生命歯学部歯科補綴学教室第1講座主任教授

1998年4月 日本歯科大学大学院新潟生命歯学研究科機能性咬合治療学教授

顎関節症を治療するうえでの注意点として、症状や徴候の改善と病態とが必ずしも相関しないことが挙げられます。つまり、臨床症状が改善したとしても病態は改善しておらず、むしろ悪化している場合があるということです。したがって臨床では、症状や徴候のみに捕らわれることなく、まず病態診断を的確に行うことが大切です。

また顎関節症は、治療を行わずに放置しても疼痛や開口障害などの症状が、7カ月程度で約7割の患者さんで、日常生活に支障のないレベルまで緩解する self-limiting な疾患でもあります。しかし、ここで注意しなければならないのは、残りの患者さんでは継続的に日常生活に支障をきたし、症状がさらに増悪する場合があるということです。放置して症状が緩解する患者さんであるか否かの間違いのない判断は、まず不可能だということを、しっかりと認識しておくことが大切です。

顎関節症治療の目標とするところは、「顎関節症の徴候や症状が生活に支障のないレベルまで軽減、あるいは消退し、その患者さんが健康で長生きして、亡くなられるまで症状が再発しない状態にまで顎口腔系を整えること」です。そして、顎関節症の臨床で最も大切なことは、治療に必要な不可欠な3つの診断、すなわち現状把握のための『病態診断』、再発防止のための『発症メカニズムの診断』、予後を見据えた最良の治療目標を定めるための『エンドポイントの診断』をいずれも的確に行うことです。

あなたの生き方で、患者様の心を掴む。最高接客で「伝説の歯科医院づくり」を目指そう

最後の決め手は、人間力！「接遇の神髄」を伝授する



藤田 薫 (ケイ・グローバルコンサルタント株式会社代表取締役社長)

1972年 同志社大学文学部英文科卒業

日本航空(株)にて客室乗務員として勤務後、1975年から主に海外支店(アジア・ヨーロッパ・アメリカ)で異文化マネジメントの体験を積む

1982年 University of California, Berkeley, MBA 修了

1983年 New Yorkにて日本企業現地法人責任者としてビジネスの立ち上げから黒字化まで担当

1985年～ 組織開発コンサルタントとして大手コンサルタント会社で活動。2001年ケイ・グローバルコンサルタント(株)を設立。OD(組織開発)コンサルタントとして現在に至る

この講座では、サービスビジネスとして歯科医院を考え、「歯科医院におけるサービスとは何か」を学び、「自医院のブランド力」を高める方法を学びます。

最先端のテクノロジーを取り入れ、技術力の研鑽を積み、最高の医療を提供する環境が整ったとしても、歯科医院として繁盛するためには、「お客様に評価されること」が不可欠です。

「人が人に感動を与えられなければ評価されない」。どんなに技術力が高くても、それを「伝える力」が無ければ、繁盛しない。繁盛していなければ、ビジネス社会での存在意義そのものを問われるのです。サービスビジネスとは、お客様に「選ばれる歯科医院」になることです。それが無ければ、生き残ることは難しいのです。

本講座では、顧客=患者様が、自分の目的にあった医療サービスを受けることができ、満足とともに今後も安定的に通院する=リピーターとなってくれるために、今後何をやる必要があるか..を学習します。そして院長・ドクター・歯科衛生士・歯科技工士・受付など、そこにいる全てのスタッフが、「チームとして一体感」を持って最高のサービスを提供する方法を学びます。

講義だけでなく「信頼感・高い品質・誠実・暖かさ・親しみ易さ」を表現できる「接遇の神髄」を実際に動きながら、身に付けて行く参加者参加型の講座です。

ペリオドンタルインスツルメンテーション：基本スキルのか



薄井 由枝（東京医科歯科大学大学院高齢者歯科学分野）

1996年6月 東ワシントン大学歯科衛生学部卒業

1999年6月 ワシントン大学歯学部大学院口腔生物学修士課程修了

2005年3月 東京医科歯科大学大学院高齢者歯科学分野博士課程修了

私たちは、幸運にも歯科衛生士という職業に就くことができました。疾患の予防やケア、健康維持および増進が社会的ニーズとなってきている昨今、まさに私たちが日々行っている口腔疾患予防業務こそ、本来の歯科衛生士“力”のみせどころと言っても過言ではないでしょう。

今回は、その業務の中心をなす歯周ケアを成功させるために、エキスプローリングテクニックを含めたインスツルメンテーションスキルの基本を振り返りながら、効果的なインスツルメンテーションのポイントをご紹介します。効果的なインスツルメンテーションを日常的に行うと、私たちの職業病的な身体の痛みや痺れなどの症状の軽減やそれを予防することができます。

最初から基本を学びなおしたい方、今一度自分の手技をフィードバックしたい方、歯科衛生士をライフワークと考えていらっしゃる方など、一緒にスキルアップしましょう！

テーブルクリニック

T-1 ~ T-60

拡大しておさらいしてみよう

シャープニング・スケーリング



鈴木 朋湖 (フリーランス)

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 本多歯科医院 勤務

1999年4月 フリーでの活動を始める

炎症のコントロールは、縁上・下の細菌のバランスが重要です。スケーリングは縁下細菌の温床となる歯石や沈着物を取り除く為に行い、そのスキルは取り除く事のみでなく組織を労る事が大切です。その為きちんと研げたスケーラーを使用し、きちんとした使い方をしないと炎症があり病的になっている組織を傷めてしまいます。スケーラーは様々な形態やシャンクの曲がり方に違いはありますが、基本的にエッジの部分を研ぐ時には一定の法則に沿って行います。スケーリングストロークも効率的な動かし方には基本的な法則があります。必要最小限の処置で効果を得る為、それを見直してみましょう。スケーラーの形を知りましょう。シャープニングやスケーリングの基本的な方法をスライドで見ながら、原則を文書で見て頂き、拡大鏡を使ってエッジを確認してみましょう。

生体と調和した機能的咬合面形成法



田村 勝美 (ハイテック・デント)

1968年3月 九州歯科技工専門学校 卒業

1981年4月 国際デンタルアカデミー副所長

1992年4月 総合歯科補綴研究所(有) ハイテック・デント開設

2007年4月 デンタルヘルスアソシエート(D.H.A)技工担当講師



赤坂 政彦 (テクノアート デンタルリサーチセンター)

1981年3月 日本歯科大学付属歯科技工士科卒

1983年3月 国際デンタルラボテックスクール卒

1990年4月 テクノアート デンタルリサーチセンター開設

補綴学的理想咬合とは、顎口腔系にとって咀嚼効率が優れ生理的にも異常がなく、しかも審美的に良好な咬合と定義づけられています。そこでこれらの事項を補綴物に与えるための条件として、可及的小さな垂直的応力で高い咀嚼効率をあげること、及び側方的応力をおさえ咬頭干渉のない咬合面形態の再現が重要です。

そしてその咬合を与える前段階として、ワックスアップが大切となってきますが、しかもワックスアップの作業中は明確な理論的背景に基づくものでなければなりません。

そこで今回は、これらの条件を満たすための機能的でしかも生理的にも快適な機能が保証される咬合面形成法について述べたいと思います。

咀嚼運動からさまざまな咬合理論を見直す

= 歯科診療における咀嚼運動改善の重要性 =



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

1988年4月 国立都城病院歯科口腔外科勤務

1991年4月 永井歯科医院開業

現在知られている特殊な咬合器や検査機器を駆使した咬合理論は、とても論理的で説得力があり魅力的です。近年では生理的な面からの研究も盛んになり、咬合が全身との関係から生理的に幅広い意味合いを持つことが少しずつ解明されつつあります。しかし、咬合理論はよくわからなくても、高価な咬合器やME機器はなくても、毎日患者さんの口腔内を治療し、全体的にせよ局所的にせよ咬合を扱わなくてはいけない現状があり、それでもその時はあまりトラブルなく経過していると感じているのも事実です。

当院ではここ数十年、患者さんの咀嚼運動や発語運動を中心としたいわゆる“機能咬合論”に基づいた歯科医療を実践しています。さまざまな患者さんの咀嚼や発語機能を分析することで、先人たちの構築してきた基本的な咬合の基準や、近年脚光を浴びているいくつかの咬合理論が、かなり機能的にも理にかなっているものだとすることを痛感しています。逆にこの理論はどうしても日本人には合わないだろうと感じる場合もあり、それぞれの理論の垣根を越えて、東洋人に共通した咬合の考え方が必要ではないかと考えています。

今回は、さまざまな咬合理論の歴史を簡単に振り返りつつ、近年の代表的な咬合理論を機能という視点から見直すことで、その共通した素晴らしさを検証し、私たちの日々の臨床で考えておかななくてはならない咬合に関する基本的な事項に関して、簡単にお話をしたいと思います。

口腔内光学スキャナーで広がるデジタルデンティストリーの世界



夏堀 礼二 (医療法人 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

本邦における、ロストワックス法によるCr-Brの精度と同等のCAD/CAMによる補綴物は2000年頃よりスタートした。しかし当時は石膏模型をスキャナーでスキャンし、さらにwax-upしたクラウンまたはアバットメントをスキャンし、CADで修正を加えていた。その後ソフトウェアの進化に伴い、CADのみで形態のみならず隣接接触点および咬合接触点のデザインまで可能となり、ほぼ技工士はCAD/CAMのオペレーターを行いセンターで加工し製品の模型適合の調整を行うことでコーピングが完成される。しかし、石膏模型までは、従来通りシリコーン印象材にて印象採得を行い、石膏模型の作製トリミングまではアナログ法である。

しかし昨今更なるデジタル化が進み、口腔内光学スキャナーによるデジタル印象が今後主流になることを予感するほどの進歩を遂げている。そこで今回は天然歯補綴ならびにインプラント上部構造、その臨床における実際と今後の展望について解説する。

インプラントオーバーデンチャーの勘どころ



亀田 行雄 (医) かめだ歯科医院

1988年 東北大学歯学部卒業

1991年 東京医科歯科大学歯学部高齢者歯科学講座在籍 (～2002年)

1994年～ 埼玉県川口市にてかめだ歯科医院開設

2011年～ 日本顎咬合学会副理事長、編集委員会委員長
JCPG 副会長

多数歯欠損症例における補綴方法が、義歯にするか固定式インプラントにするかの選択だけではなく、少数のインプラントを用いた義歯、つまりインプラントオーバーデンチャー (IOD) という選択肢が注目されている。

特に近年では欠損の大きな症例は高齢者であることが多い。多数のインプラントを埋入するボーンアンカードブリッジは、外科的侵襲の大きさや、高額な治療費等から適用できない場合が多い。また要介護となった時のメンテナンスのしやすさから、可撤式義歯が求められてきている。

しかし従来型の義歯で対応することが困難な症例に遭遇することもある。そこでもう一つの選択枝として、IODが有益となってくる。

IOD治療における成功の秘訣は、患者の機能に調和した義歯を製作することと考えている。義歯のクオリティーをあげることは、決して簡単なことではないが、下顎総義歯における吸着義歯という考え方を応用することで、必要なポイントが見えてくる。

今回、模型実習を通して、シンプルでエラーの少ないIOD義歯製作法を提示する。数に限りはあるが実際のIODを製作した石膏模型の複製を配布し、各個トレーの外形線記入等の実習を行う予定である。IODの機能に調和した義歯を製作する考え方は、日常臨床においてパーシャルデンチャーの義歯印象法にも通じる、応用の幅が広がる手法である。

咬合の出発点「中心位」



小嶋 壽 (小嶋歯科クリニック)

1971年3月 日本大学歯学部卒業

1971年6月 東京京橋 村岡歯科医院勤務

1984年8月 東京中央区にて小嶋歯科クリニック開業
日本顎咬合学会評議員

筆者が中心位を目にしてから42年になるが、その間様々な機械、器具、考え方や方法論が出たにもかかわらず、咬合器は変わらずに依然として使われている。しかし多くの歯科医師は、いまだに一本単位の仕事をしており、「はい、噛んでください」と患者様に命令してマッシュバイトを採得している。多数歯補綴の際にも、個々にマッシュバイトを採って次々に作っている。もし咬合器を使ったら、中心位レコードを使ったら、一度に印象して一度に修復物が作れるのである。しかし中心位は目で見ても解らないし、習熟するのに時間もかかる。そして、今採った中心位レコードが正しいのかどうかは、臨床ではほとんど確認されずに次のステップに進んでしまう。最後に出来上がったあとで違っていたでは、済まされないのが臨床の厳しさである。これでは、出来上がった後で振り出しに戻らねばならない、ということで全く臨床からかけ離れてしまう。日常臨床で大切なことは、いつでもチェックをするということである。今やった仕事は正しく進行しているかどうかを、ステップごとに確認しながら進めることが、臨床では最短距離の仕事につながっていくのである。できる限りダブルチェックをし術者が確認をしたのち、次のステップへ進むということである。このようにして作られた修復物は、時間と手間がかからずすんなりと装着ができる。「急がば回れ」で、上手いと下手の差はダブルチェックの差かもしれない。

CTで検証するインプラント外科の落とし穴



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卒業
 1995年 名古屋大学医学部口腔外科学講座・文部教官助手
 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

インプラントは補綴治療であるにもかかわらず、インプラント体を顎骨内に埋入する手術が不可欠という特徴があります。また、歯槽骨の骨量が不足している症例では骨造成術が必要となり、さらに専門的な外科的知識と技術が要求されます。一方、インプラント体の骨結合や骨造成術は生体の反応を利用しているため、術後の経過を正しく理解していなければ、安全な治療法を確立できないと思われます。つまり、インプラント外科は異物を生体に埋入するため、安易な術式は大きなトラブルに発展する可能性があり、インプラント治療におけるトラブルは社会問題にもなっています。

近年、コーンビームCT(CBCT)が開発され、撮影範囲を限定すれば低被曝で鮮明な画像が得られるようになりました。CBCT画像によって同一個体の同一断面を経時的に観察することが可能になり、従来のX線写真ではわからなかった生体の反応を正しく検証できるようになりました。

本講演では、CBCTで判明したインプラント外科の落とし穴について検証し、安全で確実な手術について考察する予定です。

歯内療法の「ここだけは」



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
 1998年2月 木村歯科医院勤務
 2003年2月 くらとみ歯科クリニック開業

CBCTやマイクロスコープの普及により、歯内療法の概念と術式は飛躍的に発展した。特に診断と術後の評価において、CBCTが今までの概念を根底から大きく変えたといってもよい。しかし、CBCTが歯内療法をやってくれるわけではなく、あくまでも術者が確実な手技を身につけていなければ、その価値は半減する。歯内療法の原則は言うまでもなく、根管内起炎因子を徹底的に除去し、無菌的な状態で根管を封鎖することである。しかし、この当たり前のことをできているつもりでいて、残念ながらできていないのが現実である。根管内の起炎因子を除去するためには、歯の解剖学的形態の特徴を熟知し、的確な診査・診断を行うことが不可欠となる。また、そのための手段として、機械的清掃が最も有効であると考えますが、ただやみくもにファイルを根管内で回してみても、起炎因子の除去は図れない。緊密な根管充填を行い、規格性のあるデンタルX線写真で予後の経過観察をするなかで、自分の診断、手技を評価することも非常に重要である。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。歯内療法における一連の流れのなかで、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あると考える。今回は中～長期の術後症例を通じて、歯内療法のポイントを提示させていただく。

マイクロ併用した Er:YAG レーザーの有効利用

～Er:YAG レーザー臨床テクニックの全て～



永井 茂之 (永井歯科診療室)

1987年3月 大阪歯科大学 卒業

歯科においても多くのレーザーが利用される時代ですが、皆様、それぞれの波長の根本的な差異を理解されてご使用になっておりますでしょうか？

使用方法の如何によっては、レーザーは高度な医療をもたらす機器にも、大きなリスクを抱える機器にもなり得ます。

また、マイクロスコープによる明視下での治療、これは長年の経験で培われた勘や、ご自身の努力で磨いてきたセンスをも凌駕するものだと考えます。

歯科医院を成功させるためには、私たち歯科医師が正しく治療機器を理解し、細かく診断をし、患者さんとの信頼関係を築くことが不可欠です。

今回はEr:YAGレーザーとマイクロスコープを併用し、より高精細な歯科医療を目指すための実習を行いたいと思います。

水への吸収効率が大変高く、組織深部への影響が比較的少ないEr:YAGレーザーは、他のレーザーよりも繊細な医療を患者さんに提供できます。

しかしながら、チップの操作や適応などに多少のスキルも必要です。

マイクロスコープだからこそ見つけられるスキルポイントを、皆様と共有したいと考えています。

クラウンブリッジの新しい選択肢、プチ自費診療“セルコン[®] 冠スタンダード”



小林 平 (日本大学松戸歯学部)

2001年 日本大学松戸歯学部 総合歯科診療学講座 講師

2003年 Faculty of Dentistry McGill University Visiting Professor

2005年 日本大学松戸歯学部 歯科臨床検査医学講座 講師

2006年 日本大学松戸歯学部 クラウンブリッジ補綴学講座 助教授

2007年 日本大学松戸歯学部 クラウンブリッジ補綴学講座 准教授

CAD/CAM(Computer Aided Design/Computer Aided Manufacture)の出現により、熟練の歯科技工士に頼っていた操作が簡略化され、またさらなる開発によって適合精度も向上するとともに、セラミックコーピングにジルコニアを応用することで、歯冠修復治療における修復材料の臨床的選択基準が大きく変化している。ジルコニア応用のオールセラミッククラウンはメタルセラミッククラウンのメタルに相当するコーピングを高強度のジルコニアで作製して陶材を築盛していたが、熱係数の観点からチッピングや破折のトラブルは避けられない問題であった。新しく開発されたセルコン[®]冠は、1200MPaの高強度を持ち、従来のジルコニアより高い光透過性を有する、3種類のジルコニアブロックを使用することにより、陶材を築盛することなく同一の素材で補綴装置の製作が可能となった。セルコン[®]冠は、色調の選択方法によりスタンダードとプレミアムの2種類が用意されており、幅広い料金設定となっている。

今回のテーブルクリニックでは、セルコン[®]冠の特徴と臨床応用の注意点等について述べさせていただきます。

メンテナンスメニュー - その方の加齢とともに -



安生 朝子 (藤橋歯科医院)

1982年 栃木県衛生福祉大学校歯科技術学部歯科衛生士学科卒業
 1989年～ 藤橋歯科医院勤務現在に至る
 1986年 スタディグループ「DHパトスの会」結成 現在顧問
 2005年 (株)ジョルノ起業

わたくしは「歯科衛生士が行うメンテナンス」としてこれまでに多くの症例を報告して参りました。

メンテナンスにおいて必要な

- ①コミュニケーション能力
- ②インターバルの決め方
- ③プログラム立案
- ④テクニックの確かさ
- ⑤インフォメーション技術などがあります。

今まではこれらのことを「診療室で患者さんをお迎えして」長期継続して来ました。しかし近年さらに必要なことが見えはじめたのです。それは「高齢現象」におけるこれ以外の歯科衛生士視点、感性、経験です。患者さん個々人の加齢に伴う全身疾患の有無と治療、処方薬の把握、その方の生活スタイル(家族同居、独居、老人ホーム入居)などが間接的に口腔健康の変化や時に問題につながります。入院生活でどのような口腔ケアを受けているのか? 老人ホームではそれを誰がおこなうのか? 私自身の介護経験がそれらを考えるきっかけになりました。歯科衛生士が診療室で出来るメンテナンスにはいずれ終りが来ます。その時誰がどこでどのようなメンテナンスを実施できるのでしょうか? 待つ歯科衛生士から出かけて行く歯科衛生士に。一緒に考えましょう。

順次誘導咬合による WAX UP の要点



榊原 功二 (榊原デンタルラボ)

1968年 愛歯技工専門学校卒業
 1974年 東京都日本橋 矢澤歯科医院入社
 1986年 東京都目黒区にて開業
 1997年 ウィーン大学公認指導技工士
 2009年 日本顎咬合学会編集委員

順次誘導咬合は1987年にウィーン大学のスラビチェック教授が提唱したもので、この理論はヒトの乳歯の萌出から永久歯列完成にいたる成長発育過程を、顎頭蓋の発達とリンクさせた生理的咬合理論であり、咬合構築の上下顎関係はアングルⅠ級咬合の獲得を目指し、前歯部には下顎運動に調和したガイダンスを付与すること、臼歯部では咬頭嵌合時の下顎のサポート(支持)と、顎位の維持安定のためにオクルーザル・コンタクトポイントを確立する事が重要である。また前歯部、臼歯部それぞれが持つ咬合誘導路は、天然歯列の順次性を再現し、咬合様式の基本としてのミューチュアリー・プロテクション(相互保護)を構築する必要があるとも考えている。

このワクシング法の基本はⅠ級咬合のマスターであることに間違いはない。今回は基本であるⅠ級咬合の順次誘導咬合のワクシング法とナソロジカル・ワクシング(ドロップコーン・テクニック)ワクシング法との相違点、及びディスクルージョンに関するモデル実験データと併せて述べたいと考えている。

治療の基準位を知ることが咬合治療のスタートだ！



普光江 洋 (普光江歯科クリニック)
 1976年 城西歯科大学卒(現・明海大学歯学部)
 1986年 普光江歯科クリニック開設
 2007年 神奈川歯科大学大学院
 2011年 博士(歯学)



武井 順治 (武井歯科医院)
 横浜市開業
 CF Network (YS2)
 顎咬合学会認定指導医

咬合治療を成功させるためには基準位を理解しなければならない。しかし全ての患者さんが健全な顎関節を有しているわけではなく、むしろ下顎頭と関節円板の位置関係に問題のあるケースの方が多いと考えて診断と対峙すべきである。

このような顎関節においては多くの場合、関節円板の転位に伴う顎偏位(DRP:ディレンジド・リファレンスポジション)が認められることから下顎の回転中心(TH A:トランスバース・ホリゾンタルアキス)を求めることは容易ではない。しかし、このTHAを決定できなければ下顎頭が関節円板に復位する位置、すなわち下顎頭の本来あるべき生理的位置(PRP:フィジオロジカル・リファレンスポジション)を求めることも、治療位(TRP:セラピューティック・リファレンスポジション)を設定することもままならないわけで、咬合治療の成否は「術者が基準位を求めることができるかどうか」に委ねられている。

今回は被験者を使って、実際に基準位をどのように採得し、どのように治療位を設定するかを実演する。

サクセスフルエイジングのためのインプラント治療



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
 2006年 日本顎咬合学会指導医
 2006年 日本大学客員教授
 2008年 ICOI(国際インプラント
 学会)指導医



安達 恵利子 (医療法人社団秀飛会
 ポートスクエア歯科クリニック)
 1993年3月 新東京歯科衛生士学校 卒業
 1993年4月 医療法人社団秀飛会 上志津中央歯科入社
 2004年 医療法人社団秀飛会 ポート
 スクエア歯科クリニック勤務
 2011年 FIDI 講師

今まで私達は咀嚼機能が回復し、よく噛めるようになった時点が治療のゴールで、あとは長期的に維持していくための定期的な咬合調整や清掃がメンテナンスであり、歯の健康を守るのが歯科医療の役割だと思っていました。

しかし、現在では超高齢化が進み低栄養、骨粗鬆症といった要介護に起因する疾病やメタボリックシンドローム、生活習慣病の患者が増加を続け、膨大な医療費や社会保障費に日本の財政が圧迫される状況になっています。

更に日本は人類史上類を見ないスピードで超超高齢化社会に突き進んでいます。この社会情勢の変化に伴い、今後の歯科医療は歯の健康だけでなく、そこから全身の健康を考えたメンテナンスをしていく必要があります。噛める機能が整った時点は健康を得るためのスタート地点なのです。病気の予防の鍵を握るのは毎日の食事にあります。咀嚼機能の回復と維持が毎日の食事に繋がり毎日の食事が体を作り、全身の健康に繋がっていることを患者に認識させていくことが今後の歯科医療の最大の役割ではないかと思えます。

現在クリニックでは高精度体成分分析装置、超音波骨密度測定装置を導入し、様々な角度から患者の体を分析し、生活習慣改善のための動機づけをおこない、年齢に応じた生活指導、食事指導などを行っています。

今回は患者のサクセスフルエイジングを目指してクリニックでおこなっている取り組みをご紹介します。

上下顎同時印象による究極の総義歯



稲葉 繁 (稲葉歯科医院)

1968年 3月 日本歯科大学 大学院修了
 1992年 10月 日本歯科大学教授 高齢者歯科学
 1998年 4月 日本歯科大学補綴学第3講座教授
 2007年 3月 日本歯科大学退職
 2005年 11月 包括歯科医療研究会代表

従来から一般に行なわれている上顎下顎を別々に印象する方法は印象する圧力が均等に加わらず、術者の腕の圧力で患者の筋肉の圧力ではない。従って装着後に咬合力は歯槽堤に均等に伝わらず術後の調整が必須である。

今回の究極の総義歯では、SIS バイトトレーによりスタディーモデルを中心位で咬合器に付着し、個人トレー、ゴシックアーチトレーサー、フェースボウトランスファーの準備を行う。その後口腔内で咬合高径のチェック、ゴシックアーチトレーサーの後、上下顎を同時に閉口印象を行い、さらに口腔周囲筋の印象を行い、それを直接アルクスフェースボウにより咬合器にトランスファーを行うため全く誤差を生じる事は無く、上下の位置関係とともにデンチャースペースが再現される。その後印象周囲のコアを製作し義歯の形態を決定する。

人工歯排列はオルソシット人工歯を使用しテンプレートをを使いフルバランスで排列を行い、試適後イボカップシステムにより重合完成する方法である。この方法により下顎の吸着はもちろんの事、上下の安定した義歯を作る事が出来、まさに究極の装着後に義歯である。この方法を動画と模型を使用してデモを行う予定である。

チームで取り組む予防とメンテナンス



小牧 令二 (美江寺歯科医院)

1981年 3月 愛知学院大学歯学部卒業
 1986年 6月 美江寺歯科医院開設
 2004年 12月 Göteborg 大学 PG コース
 修了



小谷いずみ
(美江寺歯科医院)



岩田 裕衣
(美江寺歯科医院)

診療室において予防やメンテナンスを行う上で、歯科衛生士の役割は欠かすことができません。しかし、良好な結果を得るためには、歯科衛生士の技量だけでなく、チーム医療として歯科医師や歯科技工士との連携が重要となります。

チーム医療を行う上で、歯科医師(院長)と歯科衛生士の間には次の3つの関係が存在します。①経営者とスタッフ、②歯科医師と歯科衛生士、③チームの一員として、これら3つの関係は、三角形のピラミッドの形で構成されます。底辺となる①の関係、中間の②の関係が良好に保たれて初めて、③の関係が成り立ち良好なチーム医療が行えます。

今テーブルクリニックにおいて、チーム医療を行う上での要点を解説して、デモンストレーションを通して、実際にどのようなやり取りがなされているのかみていただきます。

SR Nexco の可能性—次世代の歯冠修復レジン—



若竹 哲也 (デンタルラボ GROW)

1981年 東北歯科技工専門学校卒業

2005年 デンタルラボ GROW 開業

昨年11月、Ivoclar Vivadentは「Next composite」の意味を持つ歯冠修復レジン、SR Nexcoを発売した。この材料はどの光重合器も使用できるという利便性だけでなく、審美性を考慮した新しいフィラー、マイクロ オパールフィラーの採用により、より簡単に天然歯のような審美性を得ることができる。保険適用材料ではあるが材料も豊富であり、SR Nexcoの優れた物性により様々な修復物への可能性を感じる。Ivoclar Vivadent製の人工歯、SR フォナレスIIのキャラクタライゼーションや、昨年10月に発売した義歯重合装置、イボベース システムで製作した義歯床用レジンにも対応している。本テーブルクリニックでは、この次世代の歯冠修復レジンの可能性についてデモを交えて詳述したいと思います。

歯周外科の基本手技をマスターしよう！

～切開、剥離、Debridement、骨外科、縫合～



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 北九州市ヤマヂ歯科クリニック 勤務

1999年4月 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なかしま歯科クリニック開院

日常臨床において、歯周基本治療や盲目下のルートプレーニングのみでは歯周ポケットが改善しない場合、また生物学的幅径を侵襲し歯肉の炎症が消退しない場合など、歯周外科処置を行うことにより改善を図る必要がある症例は少なくない。しかし、いざ歯周外科処置を行うと、思うように歯肉弁が展開しない、切開、剥離後に出血が多くdebridementに苦慮する、縫合時にうまく歯肉弁が閉鎖しない、術後の治癒が悪いなどのトラブルは、若い歯科医師や歯周外科に取り組み始めたばかりの術者はよく経験するのではないだろうか。そこで今回は、歯周外科における基本である全層弁を中心に、診査、術式の選択、切開、剥離、debridement、骨形態修正、縫合の一連の手技について各ステップを動画を交えて解説し、できるだけトラブルの少ない歯周外科処置を行うためにはどのような配慮が必要かを考えてみたい。少しでも明日からの先生方の臨床の一助となれば幸いである。

臨床成績に差がつく マイクロスコープの徹底活用術

～診査・診断からサージェリーまで～



千 栄寿 (せん 歯科医院 Implant&Esthetic Microscopedentistry)
1991年 神奈川県川崎医科大学歯学部卒業
CID-club (Center of Implant Dentistry) 理事
Tokyo SJCD (Society of Japan Clinical Dentistry) メンバー
ITI (International Team for Implantology) メンバー
AMED (Academy of Microscope Enhanced Dentistry) アクティブメンバー



岩泉 理沙 (麻布十番商店街歯科)
2003年3月 昭和大学歯学部 卒業
CID-club (Center of Implant Dentistry) アクティブメンバー
ITI (International Team for Implantology) メンバー
AMED (Academy of Microscope Enhanced Dentistry) メンバー

近年、より審美的で、より低侵襲な精度の高い治療結果を得るため、マイクロスコープを用いた治療が普及しつつある。拡大された明るい視野の確保により情報の量と質が向上し、外科分野のみならず歯内、保存、補綴、予防の分野でも肉眼で行う治療と比較してより予知性のある治療が可能となった。今回、マイクロスコープを初導入し「今まで見えていなかったこと」「見えていたつもりだったこと」を再確認した症例を通じて、臨床導入する意義をマイクロスコープ初心者立場から発表する。(岩泉 理沙)

臨床家の大きな関心事の中に、1. 正しいエビデンスの選択と、2. 確実な臨床結果の追求の二つがある。この後者を実践してゆく上でマイクロスコープは有用なデバイスとなる。我々はインプラントに関連する外科処置の限界点を変える為にマイクロサージェリーを取り入れた経緯があるが、現在では歯科処置全般に应用をしている。私共の臨床チームにとって、この日常臨床に欠かせないマイクロスコープは多くの良い結果をもたらしている。本講演ではインプラントマイクロサージェリーの一端をご紹介します。そして、聴講された皆様において、明日の臨床の励みになれば幸いである。(千 栄寿)

CADCAM インプラントブリッジ ISUS



寺西 邦彦 (寺西歯科医院)
1979年 日本大学歯学部 卒業
1980年 阿部晴彦先生に師事
1982年 南カリフォルニア大学歯学部留学
1983年 東京都港区赤坂に開業

我が国にオッセオインテグレイテッド・インプラントが臨床導入されてから25年以上が経つが、この間様々な改良がおこなわれ、各インプラントシステムにおいて高い成功率が示され現在では欠損補綴治療の代表的な選択肢となっており、短期的な失敗症例は極めて稀となってきていると思われる。一方インプラント症例の長期予後においては、インプラント・ユニットの緩みや破折等の力学的な偶発症やインプラント周囲炎に代表されるインプラント周囲粘膜病変等が頻繁にみられるようになってきているのも事実であろう。

アバットメント・スクリューそしてゴールド・スクリューの緩みや破折等の問題は PassiveFit すなわち上部構造の良好な適合が達成できていない場合に起こりやすい。しかし従来から行われている歯科技工システムである鑄造や鑲着術式において良好な PassiveFit を達成することは容易なことではない。またボーンアンカー・フルブリッジ等に代表される広範囲のインプラント補綴においては天然歯列における時よりも強大な咬合力が発揮され、場合によってはフレーム・ワークの破折といった問題も生じてくる。これらの力学的なトラブルを防止する方法として、現在は従来からの鑄造法に替り CAD/CAM 技術が用いられるようになってきた。

今回のテーブルクリニックでは CAD/CAM システムの一つである ISUS による上部構造製作についてその優位性や臨床上の注意点を考察していきたいと思う。

口～健康～食医



夏見 真美 (夏見歯科医院)

1993年5月 瀬戸内短期大学歯科衛生学科 卒業

2008年4月 野菜ソムリエ取得

2012年2月 漢方臨床指導士取得

2012年7月 養生薬膳アドバイザー取得

中国には古来より「食は医なり、食間違えば病発病す。食正しければ病治す。即ちこれ医食同源なり」と言う言葉があり「食は医なり」と言う格言があります。ここ数年、口の健康が全身の健康と大きく関わっていることを私たち歯科医療従事者は勿論のこと、一般の方にも広く認識されるようになってきました。

このような中で歯科衛生士は口腔ケアだけではなく食をとおして体質改善、生活改善に繋がるような「食医」としての役割が求められているように思います。

今回のテーブルクリニックでは、問診(カウンセリング)に始まり舌診、脈診、医食同源における五行の考えを取り入れた食養生の実践について症例をとおしてお話したいと思います。

インプラント周囲組織にやさしい技工を目指す



遊亀 裕一 (有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

1988年1月 横浜市にて(有)山手デンタルアート開業

2004年4月 日本歯科色彩学会評議員

2005年4月 日本顎咬合学会会員、日本歯科審美学会会員、日本臨床歯科補綴学会

2006年4月 明倫短期大学臨床教授就任(現在に至る)

インプラント治療は見た目だけの審美的な目標を達成できれば成功とは言えません。トロント会議で提唱されたインプラント成功基準の4項目が高いレベルで達成出来なければ成功とは言えないのです。特に現代では、歯科技工士に対してインプラント周囲の健康維持を意識した技工が求められるため、インプラント埋入条件による生存率へも配慮しなければなりません。しかし、それらを高いレベルで達成するには、石膏模型とだけ向き合う技工では情報不足なのは明白です。特に、インプラントの埋入条件に応じた技工上の注意を考えた場合はなおさらです。

そこで今回は、インプラント周囲組織にやさしい技工を目指すにはどのような情報や注意が必要なのか私の考えを述べ、皆様のインプラント技工のお役に立ちたいと考えています。

まる覚え！咬合と顎関節

-補綴物の破折を防ぐ基礎知識-



松島 正和 (神田歯科医院)

1990年 日本歯科大学卒業

2003年 医学博士号取得

日本顎咬合学会会員

日本歯科大学新潟生命歯学部補綴学教室非常勤講師

日本大学医学部病理学教室特別研究員

補綴治療の原則は残存組織の保全、機能回復率の向上、そして審美性の回復です。

歯科治療の分野はいろいろありますが、治療結果の最終目標は顎関節に適切に機能してもらう事です。いくら、ありとあらゆるアカデミックな治療が口腔内に施されていても、肝心の顎関節がうまく機能しないのでは目も当てられません。そのために、私たち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。

今回のテーブルクリニックでは

- ・顎口腔系を機能から見た臨床的な解剖！
- ・顎関節、筋、靭帯の臨床的なしくみ！
- ・なぜ壊れるのか、顎関節と補綴物！

などについて動画等を多数用いて分かりやすく解説したいと思います。皆さんの明日からの臨床に役立てば大変うれしく思います。

サイナスリフト～易しい方法ないかなあ？～

クレストルアプローチでラテラルアプローチみたいに挙がる方法ご覧に入れます (秘密だよ)



嶋田 淳 (明海大学歯学部 病態診断治療学講座 口腔顎顔面外科分野1)

1980年3月 城西歯科大学歯学部歯学科卒業

1989年4月 明海大学歯学部講師 (口腔外科第1講座)

2004年4月 明海大学歯学部教授 (口腔外科第1講座)

2005年4月 明海大学歯学部病態診断治療学講座口腔顎顔面外科分野1教授

現在に至る

サイナスリフト、特にラテラル法(開窓法)は手術侵襲が大きいこと、洞粘膜損傷による上顎洞炎などの継発症が危惧されることなどから、取り組みにくい術式である。しかし、洞底部に存在する骨高径が4mm程度以下の少ない症例ではインプラントの成績を上げるために必要な術式である。一方、ソケットリフトは術式が低侵襲で簡単で利点の多い術式であるが、洞底粘膜が確認できないこと、挙上量に限界があることなどの欠点がある。

ソケットリフト時の粘膜損傷は、挙上器具による穿孔と断裂、あるいは剥離が不十分な洞底粘膜下への補填材の詰め込みすぎによる。

ストッパー付きのシーケンシャルドリルによる洞底骨削除と水圧による広範囲の洞底粘膜剥離を行う器具を使用すると・・・表題みたいなことができます。・・・デモもやりましょう！

総義歯治療の実践



深水 皓三 (銀座深水歯科)
1974年3月 日本大学歯学部大学院歯学研究科修了

総義歯治療とは、器質欠損部を有歯顎時のマウスボリュームに回復した治療用義歯を製作し、痛みのない安定した状態を作りだし、意識下、無意識下で使用してもらうことにより、リハビリトレーニングを行う。

そして喪失した歯牙の歯根膜による感覚を、残された顎堤や口唇・頬・舌などの粘膜と筋肉の感覚受容器を活性化して代替し、失われた器質の人工的修復と機能改善をするという治療法である。

治療用義歯は残された器質欠損部の顎堤に対して、力学的に安定しうる咬合平面と口腔器質に対しては、生理学的に受け入れられる形状を人工的に修復し、義歯床面及び辺縁に対してはティッシュコンディショナーなどを裏装し、十分な時間と適切な調整を加えながら、患者に合った受け入れられる顎位へと復位させることにより、口腔領域の機能と形態を非生理的状況から生理的状況へと導くものである。術者がティッシュコンディショナーのメイキング、すなわち形態改善を加えると共に咬合調整を行うことで、患者の機能が改善される。ここで重要なことは、義歯の粘膜面と咬合面は一体であり、必ず両者を共調して調整しなければならない。そのことにより、粘膜はより機能的生理的性状と形態へとコンディショニングされる。この形態を治療用義歯のティッシュコンディショナーがさらに転写し、より良い機能へと導かれる。治療用義歯は、術者と患者が共に用いる治療器具と言える。

エステティックダイレクトボンディング時における Key point!

～前歯部色調再現方法および臼歯部充填時における形態作製のポイントとコツ～



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

日常臨床における審美治療においてダイレクトボンディングによる治療は接着技術の飛躍的な向上により重要な治療技術の一つとなってきている。そして近年のコンポジットレジンの物性などの向上により、前歯部においては色調再現方法がより簡便化され、臼歯部では耐摩耗性が向上し、その適応症例の範囲が広がっている。

今回は、接着時における留意点および、よりスピーディーにエステティックを確立する充填技法をご紹介します。

インプラタイティス、歯周治療の口腔病原細菌に対する漢方薬の応用



鈴木 光雄 (デンタル デザイン クリニック)

1982年3月 神奈川歯科大学卒業

1982年4月 矢澤歯科医院勤務 (中央区日本橋)

1991年5月 デンタル デザイン クリニック (渋谷区渋谷) 開設

1998年3月 デンタル デザイン クリニック (港区北青山) 移転

近年、インプラント治療が日常において広く用いられるようになってきたが、その反面インプラント周囲炎（インプラタイティス）は増加の一途をたどっている。インプラタイティスに対する治療方法は器械的な清掃、抗生物質や洗口剤、外科手術によるデブライメントなどがあげられる。しかし抗生物質の多用は耐性菌を生み、長期に大量に使用することができない。そこでわれわれは漢方薬に注目し、特に真菌、芽胞菌まで効果のあるハスとグレープシードエッセンス、破骨細胞を抑制する鶏血藤、歯周病菌に効果のあるマステックを配合した漢方薬を調合し臨床に役に立てている。使用方法是直接患者さんに手渡し歯磨き粉代わりに使用したり、塗布してそのまま寝たり、または院内でデスポーサブルのシリンジに入れポケット内に直接挿入したりしている。さらに高周波を併用することによって効果を倍増させている。対象となる症例はインプラタイティス、歯周病、外科手術の術後の塗布、抜歯時の抜歯窩に直接塗布、潰瘍など用途は多種に上る。院内の感染制御では安定化次亜塩素酸塩、オゾン水の利用も成果を上げている。それらをご紹介しながら歯科においていかにわれわれは細菌やウイルスに対処すべきかを微生物学も加味しながら説明していきたいと思う。

診査診断（咬合と審美を再考する）プロビジョナルレストレーションの臨床応用



橋本 雅人 (双峰歯科クリニック、

医) 正眼堂 疋田歯科医院)

2004年3月 愛知学院大学歯学部 卒業

2004年4月 東京都立豊島病院 歯科研修医

2005年4月 東京医科歯科大学 全部床補綴学 専攻生

2007年4月 医) 志蒨会 原歯科勤務

2010年4月 双峰歯科クリニック、

医) 正眼堂 疋田歯科医院勤務

相宮 秀俊 (二村医院)

寺本 清峰 (てらもと歯科医院)

吉木 雄一朗 (Y's デンタルクリニック)

白石 大祐 (白石歯科医院)

鬼頭 寛之 (CURA)

藤井 元宏 (藤井歯科医院 畑江分院)

近代歯科治療は新しいエビデンスの紹介や材料・技術の向上から急速な進化をとげています。今、求められる補綴物は機能回復のみでなく生理機能に適応する事が必要で、いかに適切な診査・診断であっても咬合器上だけの情報では補綴物製作はできません。

私達は予知性が高く患者から喜んで頂ける治療を行うために、2009年より診査診断（咬合と審美を再考する）をテーマに中部支部の若手メンバーで発表させていただいてきております。第1回は『模型診断から咬合器装着まで』、第2回は『下顎位の分析と下顎模型の装着』、第3回は『診断用ワックスアップの重要性』とシリーズで発表してまいりました。

今回は診断用ワックスアップから得られた情報を口腔内に再現し、患者の機能回復と生理機能の調和を図る『プロビジョナルレストレーションの臨床応用』をテーマに製法から調整のポイント「特性を生かしたマテリアルの選択、効率的な形態修正を行うための使用器具、審美性や清掃性を高めるための研磨・表面処理」などを発表させていただきます。

安心・安全な歯内療法を求めて

～JHエンドシステムを取り入れた私の臨床～



石川 洋子 (前嶋歯科診療所)
1995年3月 日本大学歯学部 卒業
現在 前嶋歯科診療所 勤務

歯内療法の目的は、治療により患歯を安定した状態で保存し、一口腔単位の中で永く機能させることにあります。生体の自然治癒力をスムーズに促し予後を良好に導くためには、治療における各々のステップをまず安全に、そして着実に進めて行くことが重要と考えます。

根管治療においてトラブルを未然に防ぎ、効率性を上げるためには、医院の治療環境やシステムにかかわらず、術者自身の基本的スキルの向上が必須と考えられます。日常臨床で遭遇するさまざまな病態・履歴のある患歯に対して常に解剖学的イメージを持ち、使用する器具の性質を熟知し適切にコントロールできれば、おのずとその成功率を高められるのではないのでしょうか。

また、治療後の歯を永く機能・維持するために歯質の削除を最小限におさえ、極力生体に侵襲を与えない器具、材料を使用する「安心・安全な歯内療法」はいま、患者と術者に求められていると感じております。

JHエンドシステムを臨床に取り入れ10年を超えるようになりましたが、振り返ると、根管治療のシステム化で安全性が増し、以前はあった術中・術後の疼痛や不快感は皆無となり術者自身も安心感を持って処置できるようになりました。

今回の発表ではより安心・安全に歯内療法を行うために自分が実践している臨床上のポイントを日々の症例を通してお話させていただきます。諸先生方のご意見をいただければ幸いです。

3Shape デンタルシステムによるカスタムメイドインプラント治療



辻 秀憲 (千葉歯科クリニック)
2005年 旭川歯科学院専門学校技工科 卒業
2006年 マスターセラミストスクール (5期デイクース) 卒業
2006年 東京都中野区 shu dental lab 勤務
2009年 東京都港区南青山 Dent Craft studio 勤務
2012年 北海道札幌市 千葉歯科クリニック 勤務

近年の歯科医療におけるCAD/CAMの普及には目覚ましいものがあり、それは歯科医師や歯科技工士にメリットをもたらすと同時に、患者のQOLをより高いレベルで満たすことが可能になってきている。

また、インプラント補綴においては、CAD/CAMによるテーラーメイドのカスタムアバットメントの製作によって、正確かつ精密に、そしてプロセスを簡略化して審美性の高い上部構造を製作することが可能になり、トータルのコストメリットも得ることができるようになってきている。

本講演では、歯科用CADシステム「3Shape デンタルシステム」を使用して製作するカスタムアバットメントの特徴と、臨床において注意すべき内容について触れ、臨床例を交えてこれからのCAD/CAMの可能性について紹介したい。

当院における歯科衛生士の役割～小児の臨床現場から～



青木 薫 (医療法人社団仁慈会クラジ歯科医院)
 1991年3月 新東京歯科衛生士学校卒業
 1991年4月 医療法人社団仁慈会クラジ歯科医院勤務 現在に至る
 2006年 日本歯周病学会認定歯科衛生士取得
 2008年 岡山高等歯科衛生専門学院客員教諭

歯と口は生涯にわたって健康を支えるということは、一般にも広く認知されている事実です。健康な口腔を手に入れるためには、乳歯時代から健康な歯と口を育てることが大切です。当院では長年にわたり「美しい乳歯列が美しい永久歯列をつくる」を信念に、子どものう蝕予防、子どもの顎の骨の発育に力を入れた小児歯科診療を行っています。う蝕予防では母子を対象にリスクに基づいた予防を15年前から実施、顎の骨の発育に大切な食生活や生活習慣の指導も、院長が長年取り組んでいる「子育てに視点を当てた指導」を中心に行っています。本講演では、当院の小児歯科での取り組み、実際の臨床での子どもと保護者への対応の工夫、そしてそれをサポートする当院の歯科衛生士としての役割をご紹介しますと思います。

Current of Esthetic Ceramic Restoration utilizing CAD/CAM System (CAD/CAM Systemによるセラミック修復)



山下 恒彦 (デンテック インターナショナル株式会社)
 1984年3月 大阪歯科学院専門学校 卒業
 1988年3月 大阪セラミックトレーニングセンター 終了
 1988年4月 米国にて DenTech International, Inc. 開業
 1991年8月 日本にてデンテック インターナショナル株式会社 開業
 1999年9月 USC 歯学部ポストグラジュエート生涯研修科専任講師

審美歯科が歯科治療の一カテゴリーとして認知されるようになって久しい今日、その治療にCAD/CAM System が加味されたことで Esthetic Zone への審美補綴に於いて、強度や色調表現等で驚異的な発展を遂げ、精度や使用する材料についても現在進歩し続けている。また、スキャニング方法や補綴物の加工方法でも、口腔内デジタル印象や3Dプリンター等の登場により、補綴手法自体に変化を与えるようになってきている。

また審美インプラント治療に於いても審査診断の治療計画段階から最終補綴物装着に至るまで、以前より行われてきた経験だけを頼りにしたアナログ的インプラント治療とは一線を隔し、CAD/CAM テクノロジーを駆使することで患者に対してより正確で、外科侵襲の少ない所謂ミニマルインターベンションコンセプト治療が行われるようになり、より審美的なセラミック修復がおこなわれてきている。

本講演ではCAD/CAM System を用いた審美歯科治療の現在と、近未来に行われるであろう治療体系についての解説をおこない、Digital Esthetic Dentistry の将来性について検証していきたい。

歯列弓形態から咬合を読む



酒井 志郎 (さかい 歯科)
1992年 朝日大学歯学部 卒業
1998年 さかい 歯科開業

咬合再構成が必要な症例では、元来の歯の位置が不良であることが多いことから良好な咬合関係を確立するためには補綴処置の前処置として、矯正治療による咬合関係の改善が必要な症例が多く、またその改善が治療の予後を大きく左右することに疑う余地はない。しかし、矯正治療を一般歯科医が治療に取り入れる場合、矯正医とのコミュニケーションの不足や矯正医との治療ゴールの設定の相違により矯正治療後の補綴処置に苦慮する症例が数多くみうけられる。そこで補綴医と矯正医が最終的な治療ゴールのイメージを共有できるかが重要となるが、その為にはある程度の矯正治療に対する知識が必要になると考える。

今回は、包括的歯科治療を行う場合の診断において一般歯科医が知っておくべき矯正歯科の知識を解説し、咬合高径、咬合平面の変化が顎骨の水平的位置関係、敷いては歯列弓形態にどのように影響を与えているかを確認していただけたらと考える。また、顎顔面の成長発育を歯列弓形態より理解することが成人歯科治療における咬合再構成を考えるうえで重要な手助けとなることを述べ、皆さんにご意見がいただけたらと思います。

ピエゾサージェリー

～骨外科への新しいコンセプトと臨床応用～



小川 勝久 (医療法人社団 清貴会 小川歯科・天王洲インプラントセンター)
1982年3月 城西歯科大学 (現・明海大学 歯学部) 卒業
1992年8月 東京都品川区・天王洲アイルにて小川歯科開院
2012年4月 神奈川歯科大学 顎口腔機能修復学講座 クラウンブリッジ補綴学分野 客員教授

従来、骨への外科用エンジン・ハンドピースを用いて行われ、特に、自家骨移植時では、トレファンバーや外科用のマイクロソーによって、下顎枝前縁やオトガイ部から骨が採取され行われてきた。しかし、これらの外科器具は効果的に骨の切除や採取が行える半面、器具の振動から患者への外科的不快感や精神的なストレスも大きく、さらに、近接する軟組織への裂傷やの合併症を引き起こす危険性もはらんでいた。

近年・開発されたピエゾサージェリー (Piezosurgery) による骨への外科処置では、24.7～29.5KH_zの低周波で20～60umの微振動から繊細な骨切除や骨整形が行え、なおかつ、周囲の軟組織に損傷を与えないという安全性をも有している。

また、目的に応じて、適応するチップに多くの形状や種類がある事から、口腔内の深部でも正確な骨切りや骨切除が行えるだけでなく、歯周外科からサイナスリフトや抜歯・根管治療等にも応用できる優れた外科機器といえる。

そこで今回では、このピエゾサージェリーを用いた骨外科への新しいコンセプトとその臨床的応用について解説する。

吸着下顎総義歯の印象実演

—辺縁封鎖漏洩部の探索法と対処法—



佐藤 勝史 (佐藤歯科医院 ラ・フランスオフィス)
 1989年 昭和大学歯学部卒
 2004・2005年 日本顎咬合学会 一般口演優秀発表賞受賞
 2007年 日本顎咬合学会 テーブルクリニック (～2012年)
 2009年 日本顎咬合学会 有料ハンズオン
 現在 日本顎咬合学会 指導医、常任理事 GC 総義歯セミナー講師

従来、下顎総義歯の吸着は困難とされてきた。しかし、1999年に、阿部二郎氏が、世界に先駆け「下顎総義歯の吸着のメカニズム」を理論的にまとめ上げ公表した。

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った。そのため、困っている無歯顎患者に福音をもたらすものとして、この臨床テクニックが種々の媒体により紹介されていった。

それから15年の歳月を経て、いよいよ日本全国に認知され、また日本発の歯科技術として世界にも広まりをみせている。

上下の総義歯が吸着すると、安心して会話が楽しめ、食卓のバリエーションが豊かになり、食事もリズムカルにできるので、家族や友人との団らんが輝いたものとなる。

下顎総義歯の吸着は、床縁全周を辺縁封鎖されることによって可能となる。逆に言うと、どこか一カ所でも封鎖もれを起こせば吸着しない。

「下顎総義歯吸着システム」に則って、義歯を製作したにもかかわらず、吸着が得られない場合には、自転車のタイヤのパンク箇所を見つけるがごとくその箇所を捜さなければならない。

そこで今回、無歯顎患者においでいただき下顎総義歯吸着印象法を実演し、吸着下顎総義歯の辺縁封鎖漏洩部の探索法とその対処法について述べさせていただきたい。

歯内療法を必ず成功させる3つのポイント



小原 俊彦 (おばら歯科クリニック)
 1992年3月 明海大学卒業
 1992年4月 明海大学歯学部歯周病学講座入局
 1996年4月 茨城県開業

石田 博也 (石田歯科医院)
 1998年3月 日本大学歯学部卒業
 1999年 静岡市・敬天堂歯科医院勤務
 2004年 石田歯科医院勤務
 2009年 石田歯科医院院長

咬合を考えた補綴処置を行うために、再治療が多い現在の臨床では良質な歯内療法が不可欠である事は言うまでもありません。自信を持った歯内療法はある1本の歯の保存のみならず、患者との良好な関係の構築に役立つことと信じます。しかし実際に直視しにくい根管には、様々な歯内療法を困難にする状況が存在します。例を挙げると、未処置歯であれば根管の解剖学的形態や象牙粒などの根尖孔へのアクセスを困難にする要因、既処置歯であればポストなどの築造物や根管充填材など根管拡大形成に対して障害になる要因、などがあります。それらを上手に克服しながら処置を進めることにより歯内療法は成功に導かれます。

今回のテーブルクリニックではJHエンドシステムを用いてその具体的な根管拡大形成法を、1)尖通、2)フレアー形成、3)アピカルシートの、3つのポイントにまとめてみました。各々について不可欠な事柄を症例の中で提示し、歯質の削除を最小限にとどめた安全で効率的な歯内療法を行うテクニックについて、実際の器具を用いてご説明を致します。

包括的アプローチ STOP & GO

=長期経過からみた落とし穴とリカバリー=



内田 剛也 (医療法人社団 内剛会 内田歯科医院)

1986年3月 日本大学歯学部卒業
 2002年7月 日本顎咬合学会咬み合せ指導医 (第742号)
 2003年10月 日本歯周病学会指導医 (第154号)
 2006年4月 日本補綴歯科学会専門医 (第1861号)
 2011年4月 日本歯周病学会専門医委員会 委員

包括治療とは、口腔内環境をより長く安定的に維持させるための取り組みであると考えます。しかし、安易な取り組みでは単なるオーバートリートメントになる危険性もはらんでいます。主訴への対応を図るために、現状において問題のない歯への処置を行う場合があり、積極的かつ拡大的な処置によって健全な歯にトラブルが拡大した場合は、患者さんの信頼を損なうことにもつながります。

包括治療を行う以上、その利点が欠点(危険性)を大幅に上回る必要があり、適応条件はさらに厳しくなると言えます。

本発表では、初診時の所見やデータが持つ意味を解説、歯周基本治療後も改善しない原因、予後不良歯の抜歯のタイミング、大小のトラブルを生じた10~15年経過症例のリスクファクターについて皆様と検討したい思います。

Esthetic Implant Restoration

-1本から始めようインプラント審美修復-



鈴木 玲爾 (明海大学歯学部明海大学病院PDI診療センター)

1996年3月 明海大学歯学部 卒業
 2003年4月 明海大学歯学部附属明海大学病院PDI診療センター医局長
 2006年 UCLA Dental School Visiting Scholar (Section of Periodontology) (~2008年)
 2011年12月 博士(歯学)取得(明海大学歯学部 口腔生物再生医工学講座 歯周病学分野)
 2012年4月 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 講師 現在に至る

骨接合型インプラントが臨床に応用されてから半世紀近くが経ち、顎口腔系の機能回復を行ううえで、臨床その有用性が認められてきています。元来、無歯顎患者の補綴物を維持安定させるための装置として応用された骨接合型インプラントは、その高い有用性から、単独および複数の部分欠損へ、そして近年では審美修復部位にも応用されるようになってきています。

しかし審美修復エリア、特に上顎前歯部におけるインプラント審美修復は難易度が高く失敗が多いのも事実ではないでしょうか。術前の診査・診断から正確にケースセレクションをするのが重要であるのはもとより、術式および細部におけるテクニックが重要になります。さらに診断用ワキングから最終補綴装着におけるすべてのステップにおいて正確さが要求されます。多数歯欠損症例にチャレンジする前に徐々ステップアップしていく必要があると思います。

今回演者は、上顎前歯部インプラント修復における必要な診査事項を提示し、単独欠損症例に対しインプラント修復を行う際、周囲歯周組織を保存し、周囲歯周組織と調和したインプラント審美修復を行うためのテクニックを紹介します。

Partial denture & implant over denture

～ここで決まる、軸壁・角度のコントロールとその設定～



奥森 健史 (有限会社デンタル・プログレッシブ)
 2000年 有限会社デンタル・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
 K S I 研修企画・奥森セミナー 主宰
 大阪大学歯学部付属病院 歯科技工スーパーバイザー
 日本歯科技工士会認定講師

パーシャルデンチャーやインプラントを含むオーバーデンチャーを立体化する上で、“機能と構造力学”が重要となることは言うまでもない。欠損歯列に対しアプローチする上で残存歯、インプラントアンカーなどの固定源をどうデザインするかで永続性が左右される。

欠損部に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、上部構造体} を適正なポジションに回復し、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。患者可徹性装置、術者可徹性装置、いずれにせよ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が、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?を逆算し、それらに抵抗する維持機構を設けることが欠損歯列に即したデザインとなる。

今回のテーブルクリニックでは、“支台装置への力学的考察”と“咀嚼ユニットの動きのコントロール”を考察したい。

歯を復元させるプロセスには、“色”“形態”という目に見える部分と、歯列として一体化しそこへ加わる機能的考察すなわち“力”をラボサイドにてマスターモデル上で押さえておくことが最重要ではないだろうか。

日常臨床においてサバイヤーやミリングマシンを使用し維持装置の軸壁をどうコントロールするのかをデモンストレーションを交え臨床ケースを用いて紹介したい。

義歯吸着を得るための印象採得 ～その実際～



村岡 秀明 (村岡歯科医院)
 1972年4月 神奈川歯科大学 卒業
 1980年1月7日 千葉県市川市にて開業

「総義歯には総義歯の形がある」という言葉があります。私は、総義歯を製作していく上で一番大切なのはまず形である、と初めに教わりました。粘膜面の適合も大切ですが、それだけではなく、周囲組織に包みこまれるようにして、総義歯は維持安定されています。印象採得は、その周囲組織に包みこまれるような形を求める作業です。となれば、大前提として、その形がどのようなものであるかを知ることが大切です。今回は、私のアルジネート印象法を通じて、総義歯とはどのような形なのか。どのようにしてそれを求めるかを、診療室で撮影したムービーを通して、お話しさせていただきます。

患者さんの願いと医療者の思いをつなぐ架け橋となるために



高森 愛子 (細山歯科医院)

1974年3月 歯友会歯科高等専修学校卒業

1974年4月 細山歯科医院勤務

2008年3月 日本歯科人間ドックコーディネーター

2011年11月 日本インプラントコーディネーター協会講師

患者さんがより良い歯科医療を選択するというには大きな価値があります。それは歯科医療によってもたらされる患者さんの豊かな生活です。例えば美味しく食事ができる。笑顔が素敵である。表情が明るく若々しい。歯をくいしばって頑張ることができるなどの価値を良質な歯科医療によって獲得できます。

医療者が医療内容をすすめる背景には健康の獲得が第一にあります。治療費について考える時、患者さんの経済状況や反応、価値観の違いなど患者さんごとに異なります。患者さん個々の期待や歯科医療への希望があるわけです。患者さんごとに異なる価値観を理解し、その期待をかなえるようなアドバイスが必要とされています。治療選択は患者さんを誘導することなく患者さんのニーズにかなった形で行わなければなりません。治療の選択や同意に対して適切な捉え方をし、患者さんの願いを引き出すためのスキルや正しい判断力を持って対応することが医療者に求められてきています。

これらを専門とするコーディネーターとして、治療の選択や同意をどう捉えていかなければならないのでしょうか。また、どのような資質が求められるのでしょうか。このたびのテーブルクリニックではコーディネーターの在り方についてお話をさせて頂きたいと思います。

ファンクショナルワクシングテクニック

—ペイン法—



松本 真司 (トータルセラミック (株))

1976年3月 愛歯技工専門学校 卒業

1976年4月 大内歯科技研 入社

1978年4月 ホテツセンター 入社

1988年3月 トータルセラミックス 開設

1. はじめに

補綴物が長期的に安定し機能していく為には、生理的に顎機能と調和した咬合を付与することが必要とされます。精密なオクルーザルコンタクトを付与し、歯牙の頬舌的安定(ABCコンタクト)と、近遠心的安定(XYZコンタクト)を考慮した設計にする事が重要であると思われま

2. 方法

カリフォルニア州ロスアンゼルス市のEveritt V. PAYNE先生により、初めてワックスを添加していく機能的ワックスアップ法が紹介されました。

このテクニックを用いることで精密な咬合付与が具体化されます。

3. 結果

この方法は、教育方法としては優れた方法であり、歯科医師、歯科技工士の両方が学ぶ事により日常臨床における咬合に対する理解がより深まると思われます。

患者さんの理解を配慮した咬合診査の要点



三輪 一雄 (双峰歯科クリニック)

1979年3月 愛知学院大学歯学部 卒業

1982年1月 愛知県豊明市 双峰歯科クリニック 開業

日本顎咬合学会指導医 常任理事 中部支部支部長

東海歯科医療専門学校 顎口腔機能学 担当講師

NOAH 名古屋咬合臨床研究会 主宰、名古屋 SJCD メンバー

咬合診査 Occlusal Examination とは包括歯科医療 Comprehensive Dentistry を行う上で欠かすことのできない大切な診査の一つである。ペリオ診査なども重要な診査の一つであるがこれと比較した私の所感では咬合診査は患者さんにとって専門的かつ複雑すぎて分かりにくいように思われる。咬合の場合は歯列不正などは模型で見やすいところもあり顎関節はレントゲンもしくは咬合器で見える部分もあるがどうしても間接的にしかいえないことが多く表現しにくく思われる。ましてや筋肉などは視覚的に見ることはできず、せいぜい筋触診による患者さんの自覚と反応に訴える方法しかないのが現状である。患者さんにモチベーションを与えるためには共同診査 Co-Diagnosis という手法があるがそれを十分に活かすためにもっと咬合のことを身近に分かりやすく説明できることが望ましいと考えている。私は常々何とか患者さんにより効果的かつ視覚的にアプローチできないかと試行錯誤していたが改良を加えていくうちに現在の診査並びに評価する方法に落ち着いた。ともすれば自覚症状も少なくエビデンスに乏しくなってしまうがちな咬合診査のハンディキャップを解消シクローズアップしていくための工夫した点について御紹介すると共に御批判やアドバイスを仰ぎたい。患者さんの理解のためかつ咬合の重要性と価値観を認識していただくための臨床の一助になれば幸いである

インプラントを用いた咬合再構成のガイドライン

-審美と機能を両立するための3Dリポジショニング-



小川 洋一 (東京ステーション歯科クリニック)

1990年3月 明海大学歯学部 卒業

1990年4月 河津歯科医院 勤務

1997年9月 小川歯科医院 開業

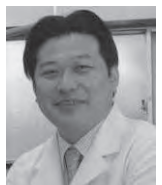
2010年4月 東京ステーション歯科クリニック 開業

インプラント治療の成功とは、安定した咬合と良好な審美が共存し、永続性を持った長期予後の獲得にあると考えられる。この2つを両立させることは顎咬合学の基本概念をインプラント治療に応用することによって具現化する事で可能となる。このことは、顎口腔系の全体を考え治療ゴールを決定することに始まる。

欠損が広範囲に及ぶ場合は咬合崩壊が生じている場合が多く、この際に具現化しなければならないことは、咬合機能の再構築機と審美の調和である。これは顔貌と調和した歯のリポジショニングであり、顎咬合学に基づく一口腔単位の治療を行うことで具現化する事ができる。

本講演ではインプラント治療を行う際に考慮しなければならない機能性と審美性とは何かを考え、成功させるための治療術式を症例を提示しながら考察したい。

総義歯をイメージする。(形態と人工歯排列についての考察)



須藤 純 (旭歯科医院)

1995年 明海大学歯学部卒業
 1997年 明海大学 PDI 歯科臨床研究所修了
 1997年 河津歯科医院
 2004年 旭歯科医院
 2013年 歯学博士 (明海大学顎顔面外科分野)

松岡 金次

1973年3月 九州歯科技工工学校卒業

高齢化社会を迎え、無歯顎患者の総数は増えている。現代の無歯顎症例像は、Gysi や Pound などのいわゆる総義歯補綴学の治療原則を決定した Classic article が対象としていた無歯顎患者の平均的な症例像とは大きく変わり、著明な顎堤吸収、菲薄な床下粘膜、唾液の減少など総義歯製作に不利な条件が多く、術者側が治療に苦慮する場合が少なくない。総義歯治療を開始するにあたり、診査、診断のポイントとして、まず、旧義歯で噛めなかった原因を探す。義歯床の形態、咬合の高さ、顎位のずれ、咬合平面や前歯部の排列の適否、舌房を侵害するような狭い歯列弓になっていないかどうかそれらを観察することにより治療方針を決定する。咬める義歯には共通した形があり、個々の症例はそのバリエーションであるといえ、どのような形になるべきかのイメージが大切である。そのためには、周囲組織が床翼を包み込むような形態を印象する方法、機能的咬合採得法が特に重要である。今回、この二つの方法を中心にお話しさせていただく。

歯周外科処置；基本中の基本



辰巳 順一 (明海大学 歯学部 口腔生物再生医工学講座 歯周病学分野)

1990年3月 明海大学 大学院 歯学研究科 修了
 1994年7月 日本歯周病学会 専門医取得
 1997年4月 明海大学 歯学部 講師
 2003年7月 日本顎咬合学会 指導医
 2006年4月 明海大学歯学部 准教授

近年、歯周組織再生療法やインプラント治療に伴うさまざまな外科テクニックが紹介されています。これら素晴らしい症例を目の当たりにして、実際に自身で外科処置をしようと思ってみてもなかなか踏み切れない、また行ったとしてもなぜかきれいに治癒しない・・・などといったことを経験する場合があります。

そこでこのテーブルクリニックでは、これから歯周外科処置をより安心、安全、確実に実施しようと考えている若い歯科医師を対象に、歯周外科をおこなうための基本中の基本について講演・実演します。まずはどのような症例を選択するのか、どのような器具を準備するのか、どのようにアシスタントと連携してスムーズな外科処置を行うのか・・・などといった、座学で得た知識と先生が思い描いた歯周外科処置との隙間を埋めるために必要な事項についてそのハウツウを述べます。また日常臨床において、歯周外科処置を敬遠されている先生にも、参考にしていただけます。基本が理解できれば、あとは先生方の工夫次第で必ず上達いたします。

Social 6 と Digital set up について



高橋 正光 (高橋歯科矯正歯科)

1889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)就職
 1990年4月 日本大学大学院松戸歯学研究科歯科矯正学専攻入学
 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
 1995年5月 高橋歯科矯正歯科開設

一般的に多く挙げられる不正咬合としては反対咬合、上顎前突、叢生、開咬等があると思われる。反対咬合や上顎前突は水平的な、開咬は垂直的な骨格の不正に起因するものが多いため、全顎的な矯正治療が必要となる場合がほとんどである。

それらに比較して、叢生は単純に顎と歯の大きさの不正によるものも多く、また、その主訴の多くは前歯部における排列不正に集中していると思われる。

今回、演者は Social 6 という前歯部に特化した限局矯正について、その概念、適応症、方法について述べさせていただく予定である。この Social 6 という概念が一般開業医の先生方に広く認識されることにより、既存の患者の満足度は向上し、さらに、より重度の不正咬合患者(抜歯症例や骨格的な不正を含んだもの)の矯正治療に対する社会的認知度を上げる大きなツールになるものと考えている。

また、現在は CAD、CAM の発達により矯正治療における結果をあらかじめコンピューター上において構築し予測できるだけでなく、使用するワイヤーやブラケットまでも患者個人の歯列や歯の形態に応じてカスタマイズして作成され提供することが可能となった。これらの技術の発達により、一般開業医でも今まで以上に安全で効率的な全顎的矯正治療を、より容易に手間をかけることなく患者に提供することが可能になってきたと言える。今回はこれらの技術についても紹介させていただく予定である。

咬合が引き金となるカリエスとその治療法



小嶋 壽 (小嶋歯科クリニック)

1971年3月 日本大学歯学部卒業
 1971年6月 東京京橋 村岡歯科医院勤務
 1984年8月 東京都中央区にて開業

咬合とカリエス(虫歯)とは全く次元の違う分野だ、と考えるのが一般的であるが、果たしてそう断言できるだろうか?例えば歯がしみるという主訴で来院した症例に対して、一般的には歯頸部に薬を塗ったり、コーティングしたりしている。この時是非、咬合を診査してもらいたい。ちょっと患者様の下顎を中心位に誘導して、どの歯が早期接触を起こしているかを見てもらいたい。それが機能咬頭の内斜面に出現している場合、その歯と対合歯の歯は確実に100パーセント咬合からの問題を抱えており、少なくとも三重苦または五重苦で苦しめられており、そのためにしんでいるのである。しかしその歯を口腔内小型カメラで近づいてもっと良く見ると、噛み合わせの軌跡に沿ってヘアラインクラックが入って、今にも割れそうな状態になっている。肉眼では見えなくても、小型カメラやマイクロスコープで診査すると、クラックだけでなくチップ、クレバス、ブロック剥離、凱旋門クラック、クラックから始まった歯髄炎などを起こすようになってくる。無髄歯は割れやすいではなく、クラックが入っていることに気づかず歯内療法をした結果、後になって割れたという結果の話なのである。その咬合の軌跡上にインレーがあると、悪い咬合のため形成限界上にカリエスを作ってしまうのである。

臨床必携 簡単！高精度の咬合接触検査法の活用



玉置 勝司 (神奈川県立歯科大学顎口腔機能修復科学講座有床義歯補綴学分野)

1982年3月 神奈川県立歯科大学卒業

1982年4月 神奈川県立歯科大学補綴学第三講座助手

2000年4月 神奈川県立歯科大学補綴学第三講座講師

2011年4月 神奈川県立歯科大学顎口腔機能修復科学講座有床義歯補綴学分野准教授

2012年4月 神奈川県立歯科大学顎口腔機能修復科学講座有床義歯補綴学分野教授

神奈川県立歯科大学咬み合わせリエゾン診療科には咬合に関する訴えをもって来院する患者が多く来院し、患者は咬合が安定しない、どこで咬んだらいいかわからない、咬み合わせが低い感じがする、咬み合わせが滑る感じがする、なんとなく咬み合わせがおかしい、歯の当たりが弱い感じがするなど様々な訴えをする。このような場合、通常咬合紙を使用し咬合の状態を検査するが、口腔内の唾液の介在や補綴物の材質の問題から、咬合接触を正確にかつ再現性高く把握することは困難であった。

当診療科ではこれまで、このような患者に対して、「バイトアイ BE-I」を使用し、臨床的に極めて有用な咬合接触状態の評価が可能な装置であることを実感し、また患者の満足度も得られている。

「バイトアイ BE-I」の特徴

1. チェアサイドで咬合接触の評価ができる。
2. 咬合接触面積、咬合接触点数が数値化できる。
3. 咬合接触の左右のバランスがわかる。
4. 咬み合わせの悪いところが一目でわかる。
5. 咬み合わせの状態を記録、保存できる。
6. 経時的に咬み合わせを比較できる。
7. 咬合調整のシミュレーションができる。

今後、歯科治療における術前、術中、術後の咬合接触検査として必要不可欠な検査になるであろう。また、補綴装置の咬合接触の教育(有歯顎、無歯顎)にも導入を検討中である。

半焼結ジルコニア

カービング&ステイン デモンストレーション



上原 芳樹 (有限会社ファイン)

1995年3月 日本歯科学院専門学校 卒業

1996年3月 大阪セラミックトレーニングセンター 卒業

1996年4月 有限会社ファイン 入社

2001年 Auceram (アメリカ/ロサンゼルス) 勤務 1年半 (~2002年)

2004年 有限会社ファイン 取締役

半透明ジルコニアの登場で、ますますジルコニアという材料が注目を浴びている。そして、その透明感はまだまだ天然歯には近づかないものの、その透明感、強度、という点などから臼歯部にジルコニア無垢のクラウンを製作する機会が増えてきている。

しかし、ジルコニア無垢のクラウンを普通に作製したのでは、天然歯の形態、色調を再現することは非常に難しいのが現状ではないだろうか。皆さんもお分りの通り焼結後のジルコニアは非常に硬く、特に咬合面の形態修正には困難を要する。そして、色調に関しても色々な色調のジルコニアが各社メーカーから出されているが、それをそのまま使用するのでは天然歯の色調に近づけることは非常に難しい。

そこで今回は、それらの問題を少しでも解決するために私が日々の臨床の中で行っている、半焼結状態でのジルコニアの形態修正、半焼結状態での着色方法を実際のサンプルをご覧いただき、デモ通してその審美的可能性を体感していただければ幸いである。

診査から始まる「力（ちから）」の問題整理



村上 恵子 (村上歯科医院)

1986年 California Cerritos College 歯科衛生士科卒業

Henry Takei & Gary Kitazawa 歯周病専門医 他フリーとして勤務

1990年 村上歯科医院 勤務

日本歯周病学会認定歯科衛生士

日本臨床歯周病認定歯科衛生士

昨今、歯科衛生士が主に関わる基本治療やSPT・メンテナンスでも、「炎症のコントロール」と「力のコントロール」が必要であるといわれています。

同じプロービングの数値やプロービング時の出血、歯の動揺度であってもそれが細菌による炎症だけのものなのか、リスクファクターとして力の関与が大きいものなのかを判断したうえで、治療に当たることが求められます。そのためには現状を把握するための診査力を上げることが、まず第一になると考えられます。

今回のテーブルクリニックでは、治療を進める際に欠かせない基本的な診査、すなわち歯科衛生士が行うアセスメントについて、既往歴や現病歴などを問診表からどのように読み取り確認するか、口腔内・外診査、歯周組織検査などをどのような流れで行い、そこから何を読み取るかをお話します。

それから、これからはぜひ知っておきたい「力」の問題について、歯科衛生士の立場から、そのみかたと対応方法をできるだけ整理してお話させていただきます。

次世代のコンポジットレジンによるインプラント上部構造の製作



渡邊 一史 (河津歯科医院)

1995年2月 河津歯科医院入社

2005年7月 青嶋ゼミ アドバンスコース終了

2009年1月 月刊「歯科技工」～基礎から始める内部ステインテクニク～連載中

2011年2月 第9回 モリタ技工フォーラム登録

2011年3月 HMPS (ハワイ) 登壇

現代日本は超高齢社会を迎え、欠損補綴に対する有効なオプションの一つであるインプラント治療のニーズが今後高まると考えられる。

筆者は院内ラボで17年以上インプラント技工とメンテナンスに関わり、上部構造の経年変化を観察してきたが、歯根膜が存在しないインプラントは通常のクラウンブリッジに比較してポーセレンの破折等、トラブルが多いことを実感している。

確かにポーセレンはプラーク、歯石が付着しづらい利点を持っているが、レジジン系の修復物でも適正に材料を扱い、患者がセルフケアをしっかりと行うよう指導すれば問題なく経過することも事実である。また、リペアの面から言っても、遥かに行いやすい大きな利点がある。レジジンに関しては、ハイブリットレジンが最も優れるイメージがあるかもしれないが、艶落ち、着色がしづらいという点においてはコンポジットレジンの方が優れている。また、次世代のコンポジットレジンは一重重合したものを粉碎している有機無機複合フィラーが含まれているため、耐摩耗性にも優れている。オパール効果も非常に美しく、シンプルな築盛でも審美的である。デモではサンプルで製作したフルマウス インプラント上部構造の一部のクラウンの築盛を、内部ステインを交えて行いたい。加えて、次世代のコンポジットレジン操作性を生かし、セグメンタルビルドアップによるライナーを使用したエナメルクラックの付与の仕方も実演したい。

重度顎関節症例における顎頭誘導装置を用いた治療法



井上 正敏 (井上歯科医院)

1986年3月 日本大学松戸歯学部卒業

1994年3月 神奈川県大和市にて開業

日本顎咬合学会 認定医

ICOI 指導医、認定医

PGI CLUB 副会長

顎関節に異常が認められる症例に対して、病態の解明を顎関節造影法や解剖学的研究、顎機能の解析等によって実証され、顎関節内障の概念が我々歯科医に浸透した。そして顎関節症の診断と分類分けにより、我々歯科医間における情報伝達や1次診断における原因部位の特定が行いやすくなった。

臨床において同症例における治療は、対症療法的治療と原因除去療法とが考えられる。対症療法的治療としての、薬物療法やスプリント療法等では、効果を認められるもの、中には効果が認められないものもある。

それに対し、原因除去療法としては、外科的手法や咬合の関与するものによってアプローチの仕方は変わってくる。

顎機能障害の中でも、咬合が関与すると思われる顎関節内障症例において、診査、診断、治療計画から考える原因除去療法のステップにおいて、顎機能の回復を捉えたとき、適切な顎頭位はなおざりにできない。

今回はこの機能回復において、歯と筋肉の調和が顎口腔機能の正常化した咬合関係を構築するため、偏位した顎頭位に対して、顎頭誘導装置(コンダイルリポジショナー)を用いる目的と意義、そして臨床例からみる有意性を紹介したい。

今こそ再考、インプラント治療



林 美穂 (歯科・林美穂医院)

1992年3月 日本歯科大学歯学部卒業

歯科インプラントは、咬むという機能重視の時代を経て、審美性や治療期間短縮という迅速性まで要求される時代になってきた。

そのような中、インプラントに関するトラブルや、事故、訴訟問題などが新聞やテレビなどのマスメディアで報じられるようになり、患者さんのインプラントに対するイメージも数年前までとは異なってきていると言える。

一般開業医でインプラント治療が当たり前のように受けられる時代の到来と共に、多くの患者がその恩恵を受けたことは紛れもない事実であるが、反対に患者を不幸にするためのインプラントが患者を不幸にらしめるものであれば本末転倒である。

そこで、自分が行ったインプラント治療を振り返り、我々歯科医師がこれからも患者に喜ばれる歯科治療を提供していくために、インプラント治療を見直し、再考し、整理してみたいと思う。多くの先生方からのご意見が戴ければ幸甚である。

ギージーも喜ぶゴシックアーチのフル活用



小林 隆 (小林歯科医院)
1999年3月 日本大学歯学部卒業



塩田 太 (スマイル歯科クリニック)

1901年ギージー先生がゴシックアーチを制作して100年余り経過していますが、ゴシックアーチ描記法(以下GoAと記す)は日常の歯科診療に活用されている頻度は、非常に少ないと思います。

歯科医師がGoAを臨床に取り入れようとするとき、従来通りの解説では、ほとんどの歯科医師は諦めてしまうと思います。

その理由として考えられるのは、GoAは作るのが面倒な割に、どれだけのメリットがあるのかがほとんど分からないからやらないのではないかと思います。

以前の私がそうでありましたが、GoAにより得られる情報はこんなにあるというのを知ったときは目からうろこでした。

これを是非とも知って頂いて、患者さんと共に、さらに健康な咬み合わせを構築してください。

今回は、簡単にできるGoA作成のデモと、GoAの活用法(総義歯のみならず、有歯顎にも活用できる)を動画を用いて解説させていただきます。

MTM 症例の難易度判別に必要な矯正診断のポイント

—セファロトレース活用法—



松崎 浩成 (松崎歯科)
1989年3月 明海大学歯学部卒業
1989年4月 静岡市オリエント歯科勤務
1994年12月 松崎歯科(水戸市)

本学会向こう5年間のテーマである、「新・顎咬合学」は、上下顎の単なる噛み合わせを追求することではなく、顎口腔領域、更には、脳機能を含めた全身のあらゆる機能との調和を図り健康の保持・増進に深く関与する重要な分野になっていくと思われる。

これらに異常が発生した場合、疑われる疾患の診査・診断に近年CTをはじめとする様々な画像診断が有効に活用されている。

その中でも、セファロ分析法は、80年近い年月のもと積み上げられたデータより得られる、正確性の高い臨床学上の項目の多い、非常に価値のある診断方法である。

更に、セファロ分析法は、矯正治療のみならず、小児歯科、口腔外科、形成外科、更には神経外科領域においても有用であり、冒頭で述べた全身と顎口腔領域との有効な治療にとっても重要な鍵となると言っても過言ではないと考える。

よって、歯科医療に携わるものにとって、この分析を理解することは実際に治療するしないに関わらず計り知れない価値を持つものである。今回 Ricketts 分析法を用い、MTMを行うにあたり、症例の難易度判別のポイントを解説し、日常臨床での応用に繋がればと思う。

ガイドドサージェリーを用いたインプラント治療の実際 (治療計画～補綴)



高田 博雅 (医療法人和光会 高田歯科医院)

1994年3月 日本大学歯学部卒業

1994年4月 河津インプラント研究所

1999年8月 高田歯科医院 現在に至る

インプラント治療を手がけるドクターが全体の二割を超えるまでになった現在需要の増加に伴い数多くのメーカーからその治療に纏わる計り知れないほどのマテリアルが生まれ、手法、エビデンスも数多く蓄積されてきた。

その中でIT技術の革新による治療法の進化には目がはなせない。特にCAD.CAMによって製作されたサージカルガイドによるガイドドサージェリーは基本的にフラップレス、即時荷重と低侵襲であり機能的審美的な要件を即座に回復させるものであるが、これにも賛否両論がある。しかし診査診断を行い適した症例を選択し、正しいルールや手法のもと忠実に行っていけば、より安全でスピーディー、満足度の高いインプラント治療が可能になる。これを診査診断～補綴治療まで症例から示していきたい。

信頼をかちとるコンサルテーション術

～笑顔があふれる医院をめざして～



石原 研 (歯科石原医院)

1994年4月 朝日大学歯学部卒業

2000年4月 UCLA-kawazu

Dental Study Club

2007年4月 大阪歯科大学非常勤講師



神田 真帆

(歯科石原医院)



今井 美樹

(歯科石原医院)

毎日のように医院に自費率を上げるセミナーの広告が届く。参加したことはないが私達の目的は自費率を上げるのではない！

とは言っても質の高い歯科医療を提供するには、デンタルスタッフの協力、設備投資、技術・知識の習得をするための健全な医院経営が不可欠である。

歯科医療の目的は、患者によく噛んでいただき、患者自身でQOLを向上させる事であると考え、治療のみならず、噛むことの重要性、歯の大切さを伝えることが我々の重要な役目だと当院ではスタッフと認識を共有している。少なからず患者もそれを求めて医院を訪れる。患者は、歯科衛生士が中心となるペリオ治療、また一口腔でのインプラント治療など、我々任せでなく自分自身の健康の為に自費治療を決断する。そういった行動・決断をしてもらえるコンサルテーションを今回の講演で歯科衛生士と共に皆様にお伝え出来れば幸いである。

おそらく自費率を上げるセミナーとは切口が違うのでは？

前庭切開骨膜下トンネルアクセス法(VISTA)を用いた審美インプラント治療



佐藤 明寿 (南青山インプラントセンター)

1993年 日本大学歯学部卒業

1995年 河津歯科医院勤務

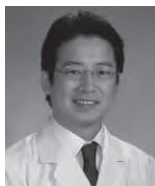
2002年 南青山インプラントセンター開設

前庭切開骨膜下トンネルアクセス法(VISTA法)の正式名称は Vestibular Incision Subperiosteal Tunnel Access で、Dr.Homayoun H. Zadeh により考案された Minimally Invasive Surgical Procedure である。前庭部の上唇小帯から切開し、骨膜下にトンネルと大きなエンベロープ形成を行い、そのスペースに結合組織や骨補填材などの移植材を填入することを特徴とする。

利点としては1)フラップ形成を行わず、小さな切開線よりアプローチが可能なので、外科的侵襲が少ない。2)硬組織、軟組織どちらの Site Development も可能である。3)フラップを開かず閉鎖空間内での処置なので移植材やメンブレンの露出や歯肉の壊死が生じにくい。4)上下顎どの部位でも応用が可能である。

歯肉退縮による根面露出のリカバリー症例や、インプラント症例における唇側面への CTG や Bone Graft など、応用範囲が広いのもこの術式の特徴である。今回は特に審美領域におけるインプラント治療に応用したケースをもとに症例供覧を行い、VISTA法の適応症やその利点と欠点などについて考察を加える。

臨床における歯槽骨骨密度評価の有効性



大西 吉之 (大西歯科医院)

2001年3月 愛知学院大学歯学部 卒業

京都インプラント研究所 所員

骨粗鬆症は骨密度の低下を特徴とし骨折リスクが増大しやすくなる骨格疾患であり、国民の健康にとって大きな脅威の1つとなっている。我が国では骨粗鬆症患者は1200万人いるとされ、大腿骨頸部骨折は年間に12万件を超え、その約10%は一年以内に死亡し、約30%は日常生活動作能力が低下すると言われている。しかし我が国における骨粗鬆症検診の受診率は5%ときわめて低く十分な対策が実行されているとは言えないのが現状である。

支持歯槽骨の海綿骨部分である歯槽骨骨密度は腰椎の骨密度と正相関が認められることから、一般歯科臨床で使用されているデンタルエックス線撮影画像の濃淡度を補正してヒストグラムで表示することによって、被曝量も少なく、安価で簡便に歯槽骨骨密度を評価することができ、それが全身の骨密度に反映できる。それによって我々歯科医師が医科と連携することで、全身性の骨粗鬆症検診の受診率を上げることにつながれば社会に貢献できることになる。

骨粗鬆症の現状およびその予防・対策について解説する。

一般口演

0-1 ~ 0-139

0-1

安全安心な上顎臼歯部インプラント治療を目指して

吉嶺 真一郎¹

牧角 新蔵²

- 1) 吉嶺歯科
- 2) 仲町歯科クリニック

I. 目的：最近のインプラント治療は特に安全安心な治療が望まれている。その反面、早期の審美的改善や咬合機能回復も要求される。特に上顎臼歯部は上顎洞が近接し、歯槽骨形態が複雑なために治療計画に苦慮することが多い。今回、歯科用 CBCT を用いて抜歯前から同部位の解剖学的特徴を把握することで良好な結果が得られた一症例を報告する。

II. 方法：患者は 66 才女性、右頬部腫脹、疼痛を主訴で来院。同部 3、5 番の歯根端切除術の予後不良が原因と考えられた。3、5 番は保存不可能と診断し、インプラントによる欠損補綴を計画した。

III. 結果：暫間インプラント使用による早期の機能回復と、抜歯前 CBCT 検査による抜歯窩周囲の既存骨の保全により、既存骨内に補綴主導型インプラント埋入が行えた。

IV. 考察：安全安心なインプラント治療には、既存骨や良好な軟組織の存在が欠かせないことを再認識した。

0-3

当医院における全身管理の意義 ～インプラント手術を中心に～

泉 加奈江¹

藤田 典秀¹、南 清和¹

- 1) 医療法人健志会ミナミ歯科クリニック

超高齢社会をむかえた現在、歯科においても患者の高齢化は著しく、抗凝固剤服用患者をはじめとした複雑な全身管理を必要とするケースが今後ますます増加するのは間違いない。しかし、モニタリング下での歯科治療が普及しているとはまだまだ言いがたい。当院では、特にインプラント手術においては、術前管理、モニタリング、静脈確保、局所麻酔、術中術後管理までを麻酔専門医に一任し、多様な内科疾患にも対処できる体制を整えている。今回は具体的にどのような内容で全身管理を行ってきたのか、麻酔方法についても言及し、考察を加えて発表したい。

0-2

Systematic review for various prosthesis restoration of implant

森田 美弥子¹

城戸 政彦²、前田 奈津美³

- 1) もりた歯科医院
- 2) きど歯科医院
- 3) ヤマチ歯科クリニック

Objective

Recently, there were various prosthodontics restoration of implant.

This study of present systematic review was evaluate the for various prosthesis among esthetic prosthesis of implant.

Material & Method

In this study, we investigated the various prosthodontics restoration of implant in 100 individuals who presented to our clinics.

Result

This report describes that 3types of structure, cement retained, screw retained, and removable cement retained. then relationship of regarding the differentiate types of material feature that prosthesis restration.

Conclusion

There were not decide on which is more better prosthodontics, because difficult to patients and dentist in both to satisfy such needs and to meet requirements of the implants for prosthesis.

0-4

下顎におけるボーンアンカー ドブリッジの症例報告

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

近年、インプラント補綴は、CAD/CAM の普及により、従来までの鋳造法とロウ着とを併用する手法でなくとも、より高い精度で複数のインプラント体の上部構造を、ワンピースで作製できるようになった。そのフレーム上にどのような材料を用いるかにより、作製するフレーム形態の設計を考えなくてはならないが、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、リスクが非常に高いと考えられる。そこで、フレームにはジルコニアを用いて歯肉部はオーバープレスをし歯冠部には一歯ずつ 400Mpa を有するプレスクラウンを作製し修復する ツーピースタイプの構造を選択した。

今回、下顎 6 本のインプラントにボーンアンカーブリッジを用いた症例で良い結果が得られているので報告したい。

0-5

フルマウスインプラント症例における、 様々な補綴物作製法について

村田 彰弘¹

1) 株式会社LAZARUS

歯科医療において多種多様のマテリアル・術式が存在する昨今、我々術者には無数の選択肢があるといっても過言ではない。インプラント技工においてはその傾向が特に顕著であり、インプラントが歯科治療において一般的なオプションとなった今、その選択肢を整理するのは、マテリアルの知識に明るい者でも容易ではないと推測できる。

また、CAD/CAMが歯科の臨床に取り入れられるようになり、ますます選択肢が広がると同時に、劇的に技工作業が変化したことは言うまでもない事実である。

今回、フルマウスのインプラント技工において当ラボで行っている、「アバットメント&セメント固定クラウン」・「術者可撤式インプラントブリッジ」・「従来のインプラントブリッジ」・「インプラントオーバーデンチャー」の4種類の方法のそれぞれのメリット・デメリットを、実際のケースを交えながら供覧したい。

0-7

小児の健全な口腔機能を完成させるための 歯科衛生士の関わり方

谷山 香織¹

谷山 隆一郎¹

1) 谷山歯科医院

予防歯科の概念が定着して久しい。カリエスフリーを目標に定期健診をする事により、小児患者における齲食はますます減少していく。それに伴い、保護者の目は咬合異常に向くようになり、小児期において咬合管理を行う目を持つ事も私たち歯科衛生士の担う役割の1つとなってきている。

早期に咬合異常を発見しアプローチをする事で、将来複雑な矯正歯科治療を回避できる可能性が高くなる。歯科医師と同じ目線で咬合異常になりえる因子を歯科衛生士も発見する事ができれば、より理想的な口腔機能を維持する事ができると考えられる。

その為には咬合異常について十分に理解し、高いコミュニケーション能力が必要である。また幅広い知識や見識は、口腔内の成長発育に携われる事への喜びを味わうこともでき、仕事に対するモチベーションを高める上でも必要である。

今回、小児の健全な口腔機能を完成させる為の歯科衛生士の役割について考えてみたい。

0-6

ハイジニストからみたTMJの基礎知識

佐原 由起¹

加々美 恵一¹

1) カガミ歯科医院

今年度から認定歯科衛生士制度が立ち上がり日本顎咬合学会に所属しているハイジニストとして歯科医師の咬合治療における診査診断の手助けに何が出来るのか考えました。歯科医師が咬合を診査診断するためには顎関節の状態を把握しておく必要があると言う事です。そのため、当院では顎関節のCT撮影に力を入れてきました。歯科医師が診断をしハイジニストはそれを補助するために顎関節に対する最低限の基礎知識を身につけておく必要があると思います。歯科医師は様々な資料を集めて咬合診断を行うわけですが、顎関節のCTもその中の一つであり歯科医師が患者様に状態を説明します。その中で歯科医師が全てを説明するのですが、患者様によっては一回で理解されない場合もありその時はハイジニストが補助として顎関節の状態を説明する事があります。今回の口演ではハイジニストサイドから顎関節のお話と、当院で撮影したCT画像を見て頂きたいと思います。

0-8

患者様と共に

都田 綾¹

1) 医療法人 タニオ歯科クリニック

～う蝕予防とプラークコントロールの徹底～
歯を失う原因の1つは虫歯といわれています。長期的に歯を守る為には毎日のブラッシングや歯科医院による定期健診でのケアが大切になります。

ご来院される患者様の中で、特にカリエスリスクの高い方に着目しう蝕とプラークとの関係性、又その方が摂取されている嗜好品がどの様に歯に影響を及ぼしう蝕を進行させているか、よく理解しておく必要があります。

そして、う蝕になりにくい口腔環境を維持していくには、歯科医院での指導や予防法、ホームケアの徹底がとても重要になります。

これらを踏まえた上で、症例を通して報告したいと思います。

0-9

口腔衛生指導におけるモチベーションを高めるための媒体活用

志田 夕季¹

1) 河津歯科医院

I. 目的：口腔衛生指導をする際には、いかに分かりやすく説明し、患者に理解してもらえるかが重要になってくる。口頭で指導するだけでは伝わりづらく、指導をする者と患者とで異なった捉え方をする場合もある。媒体を活用することで患者のモチベーション向上を目指す。

II. 方法：顎模型、位相差顕微鏡、歯周病やう蝕、ブラッシング、フロスの使用方法を説明したパワーポイント等を用いて患者に口腔衛生指導を行い、どの程度理解したのか確認するための簡単なアンケートを実施した。

III. 結果：様々な媒体を活用することで、患者のモチベーションを向上、維持させることができた。

IV. 考察：媒体を用いて口腔衛生指導を行うと、視覚的に情報を伝えることができる。そのため患者との食い違いも少ないため、媒体を活用することで有効に口腔衛生指導をすることができる。さらにデンタルI Qを高め、長期的なモチベーションの維持と歯科疾患の予防にも繋がってくると考える。

0-11

TCH (Tooth Contacting Habit) 是正指導の実際

林 智恵子¹櫻井 善明¹

1) ネクスト・デンタル

Tooth Contacting Habit (上下歯列接触癖、以下TCHと略す)は近年、さまざまなマスメディアにおいて取り上げられ、徐々に注目されてきてはおります。しかしながら国民的認知度はまだまだ低く、多くの患者さんが「原因不明の痛み」や「治らない痛み」に不安を感じられている事と思われまます。

また、TCHと言う概念は比較的新しく、多くの歯科医師、歯科衛生士が正しい認識、対処法を持たれていないのが現実ではないでしょうか。今回の我々のTCHに関する研究からTCHは是正指導を行う事で睡眠時ブラキシズムなどのパラファンクシオンの改善にも繋がる可能性がある事が示唆されました。

TCHは是正指導は歯科医師のみならず、私たち歯科衛生士の新たな役割としても注目されております。そこで、歯科衛生士としてどのようにTCHに関わっていったら良いのかを、当院におけるTCHは是正指導の実際から、諸先生方とともにディスカッションさせていただきたいと思っております。

0-10

口腔ケアにおける姿勢の確保 ～内視鏡による評価から学んだこと～

村田 千佳¹南 清和¹

1) 医療法人健志会ミナミ歯科クリニック

厚生労働省平成24年度人口動態統計によると肺炎が脳卒中を上回り、死因別死亡数が第3位になったと発表された。誤嚥性肺炎の予防の一つに口腔ケアの有効性が認知されつつあるが、口腔ケアを行う時に生じる誤嚥のリスクも問題視されている。口腔ケア時に誤嚥が生じた場合、健常者であれば咳嗽反射がおこり、異物を吐き出す防衛反応が働く。しかし、高齢者、脳血管障害、ならびに意識障害がある場合、咳嗽反射が起きにくいと言われている。今回は内視鏡を使用し、口腔ケア時の姿勢を変えることにより誤嚥のリスクに差異はないのか実験を行った。この実験の結果から誤嚥の誘発を防止する有効な姿勢が確認できたため、報告したい。

0-12

様々な患者様に対するメンテナンスを考える

丸山 葉子¹

1) タニオ歯科クリニック

現在の歯科医院に勤務して5年が経つ。その間、多くの患者様に携わることができ、定期健診へ移行された患者様も増えてきた。

中には、様々な自費の補綴物を有する方も多く、歯科衛生士として個人個人に合ったメンテナンスを行えなくてはならない。

補綴の形態を確認した上で、それぞれのメンテナンス法を歯科技工士として勉強した経験を生かして自分なりに考えて臨床の場で実践してきた。

今までのメンテナンスによる経過と、今回学んだことにより新たに実行していきたい事を発表させて頂きたいと思う。

当院でのホワイトニングの症例の実際例

小林 由弥子¹

1) 中川歯科医院

近年、歯科の審美領域に対する認識の向上により、ホワイトニングを希望される患者が増加傾向にあります。当院では歯科医師の治療計画に基づき、歯科衛生士が実際に担当する機会が多くなってきたため、歯科衛生士に課せられた役割はきわめて大きく、対応能力の向上とスキルアップが要求されるようになってきました。ただ単に“歯を白くする”だけではなく、個々の口腔内を十分に把握し、カウンセリングを行うことが患者に納得していただける第一歩と考えます。患者の生活背景や趣味・趣向をインタビューすることで、術後のクレームはほとんどなくなりました。また、ホワイトニングを行うことにより患者の齲蝕や歯周疾患に対する予防の意識を高め、セルフケアや定期的なメンテナンスのモチベーション向上にも繋がるということがわかってきました。

今回、当院で行っているホワイトニングの実際内容を報告したいと思います。

患者に適した清掃用具の選択

岡本 愛¹

1) カツベ歯科クリニック

患者個々の口腔内リスクに合わせて清掃用具を選択することはとても大切である。歯周治療の成功は患者のセルフケアなしでは成しえない。しかし、患者に行動変容を求めるだけではプラークコントロールはなかなか改善されない。画一的な指導法ではなくその方に適した用具・方法を私たち歯科衛生士が見極め伝えていく必要があると考える。

今回は多くの患者が使用している歯磨剤の成分に注目し実験を行い、それを通じて学んだこと、これからどう患者に伝えて行くべきなのかを報告させていただきます。

歯科衛生士としての新たな啓発への取り組み

坪田 知佳¹

1) 中川歯科医院

誤嚥性肺炎に対する口腔ケアの効果に関する報告が多くなされ、全身管理における口腔ケアの重要性と必要性が認識されるようになってきました。

また、口腔ケアを行うことで、心疾患の予防や認知症の予防に効果があり、発熱の頻度や、肺炎のリスクを減らすことができ、ADLの改善にも寄与できると考えています。集中治療室（ICU）へ入室する手術予定患者に、周術期口腔ケアを行うことは、在院日数の短縮と術後発熱の管理に有効であると示唆されています。

今回、歯科衛生士の立場から病院の看護師に対して、口腔ケアの実習を混じえた講義を行いました。その際の事前準備、講義内容、実習内容、アンケート結果、問題点、改善点等を報告するので、参考にしていただけると幸いです。

患者様の背景を考えた上での歯科衛生士業務について

野口 紗希¹

1) カツベ歯科クリニック

円滑な歯科治療を行っていく上で、患者様の協力は不可欠です。その患者様からの協力を得る為には苦痛を感じさせない治療の技術を提供し、歯科に通って頂きやすくする必要があります。しかし歯科衛生士になって1年目の私にはベテランの歯科衛生士と同じ技術を提供するのは難しいです。では新人の歯科衛生士が患者様との信頼関係の確立を行うことはできないのでしょうか。

勉強と反省の毎日ですが、患者様に信頼して頂ける歯科衛生士になっていけるよう日々の診療をおこなっております。そこで歯科衛生士歴1年目の私の症例を通して、患者様の背景を考えた上での歯科衛生士業務の大切さを考察し発表させて頂きたいと思っております。

O-17

Tooth wear ～酸で歯が溶ける～

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

近年、Tooth wear（酸蝕歯）が増加傾向にあり、歯科疾患の中で、齲蝕、歯周病に続き、第三の疾患とも言われてきています。

このTooth wearとは、歯が酸蝕状態になっているときに咬耗、摩耗、Abfractionが加わり歯が実質欠損した状態のことをいいます。

歯がしみる場合もありますが、ほとんど自覚症状がなく、気が付くと一部が脱灰していたり、凹みが起きていたりします。症状が重篤になると交合崩壊を起こすこともあります。

その原因は食生活や職業、嘔吐さらには全身疾患まで関与しています。

そのため、個々の症状に合わせ、生活習慣を変えてもらい、予防するセルフケアがとても重要になってきます。

今回はTooth wearの原因について考え、歯が溶けないようにする予防法、セルフケアの方法について発表いたします。

O-19

プラークコントロールの重要性 ～縁上のコントロールから SRP へ移行するタイミングについて～

小池 優美子¹

1) カツベ歯科クリニック

歯周基本治療において SRP への移行のタイミングは非常に重要である。

3つの症例を通し、歯肉縁上のプラークコントロールの重要性と SRP へ移行するタイミングについて考察する。

歯肉縁上のプラークコントロールは歯肉縁下の細菌叢の改善に役立ち、SRP に先立ち行うべきである。

さらに処置終了後も継続してプラークコントロールの維持が出来ていないと、BOP やポケットの改善量も少なく、SRP 後にはいったん歯肉縁下の細菌叢は減少するが、後戻りをきたす。

歯肉縁上のプラークコントロールは歯肉縁下の処置後の成績に大きな影響を与えるため、SRP へ移行するタイミングの見極めが非常に重要である。

O-18

咀嚼回復を通して患者様を健康長寿へと導くために～歯科衛生士の役割～

井村 恭子¹

1) 医) 恵翔会 なかやま歯科

I. 目的：
歯科衛生士業務といえば口腔内の健康状態を維持するための予防、う蝕や歯周病のリスクコントロールまでがゴールとっていました。しかし、それだけでは患者様を健康に導くために行っているとは言えません。心身ともに健康になれるような食事指導や生活習慣の改善をサポートし、サクセスフルエイジングを目指すことが目的です。

II. 方法：
患者様の口腔内の状態や体脂肪率などを参考にし、将来的に罹患する可能性がある全身疾患や病気を予測し、食育指導や生活習慣の改善を推進しています。

III. 結果：
咀嚼回復が「生活習慣の改善」、「健康寿命」に大きく関わっていきます。
ここで重要なのは咀嚼回復により、「体重の増加」、「体脂肪率の増加」が問題になります。
そこで患者様の年齢にあった食育や運動指導が大切と考えました。

IV. 考察および結論：
咀嚼回復を通して患者様を健康長寿へと導くことは、これからの歯科衛生士の役割の一つと考えています。

O-20

インプラント治療における歯科衛生士の役割

大坂 舞¹

1) 河津歯科医院

I. 目的：インプラント治療における歯科衛生士の役割を再考する事。

II. 方法：当院にて行っているインプラント治療の流れに沿って、歯科衛生士が行っている内容についてまとめる。

III. 結果：初診時から患者とコミュニケーションを図り、患者が歯を喪失した経緯や、インプラント治療に対しどのような考えを持っているか等の患者の背景を理解し、信頼関係を築きながら歯科医師と患者の架け橋になる事、インプラント治療の正しい知識の提供、手術までの口腔内環境の改善、手術時の患者に対するサポート、メインテナンスに至るまで、歯科衛生士が担う役割はとて多い。

IV. 考察：数ある歯科医院、インプラント治療の情報の中で、患者は歯科医院を選び、不安感や恐怖心を持って来院する。歯科衛生士としてインプラント治療についての正しい知識を学び、患者に伝えることはとても重要であり、インプラント治療が成功する鍵を握るのは歯科衛生士といっても過言ではないと考える。

下顎位の誘導を伴う全顎補綴症例からの考察

宇佐美 孝博¹井上 正敏²、重村 宏³

- 1) (株)ユーエスデンタルラボラトリー
- 2) 井上歯科
- 3) Japan Prosthetic Dental Laboratory

咬合治療においては、症状や兆候を見極めながら段階を踏んでの治療が必要となる。まずは、初診時の顎位での安定を図りソフトスプリントでの筋の安静、早期接触の除去、咬合接触点の追加などを行う。そこで改善が見られない場合は、咬合高径を上げるなど顎位の変更を伴う治療に移行するわけであるが、推測や経験に頼ってきたこの部分を、経頭蓋X線規格撮影法やCTによる断層画像を計測、診査することにより、明確にすることが可能となった。今まで試行錯誤に要していた時間を短縮し、また診断根拠、治療結果を可視化することにより、インフォームドコンセントを容易にした。その後、画像診断により下顎位を設定した位置に誘導する訳であるが、今回の発表では、ある一つの症例を紹介することにより、その術式であるハードスプリント、ダイレクトスプリント、プロビジョナルタイプのアプライアンスの技工的要件を表し考察したい。

調整の少ない咬合床を目指して
～義歯製作の咬合採得に関する調査～野澤 康二¹

- 1) (株)シンワ歯研

I. 緒言：咬合支持が減少した義歯補綴において、適性下顎位の決定は義歯の機能を大きく左右する重要な条件である。下顎位決定の記録器具として、調整量の少ない咬合床製作を目的とした咬合支持別調査を行い、問題点の要因を考えてみたい。

II. 方法：義歯製作症例をアイヒナーの分類でB群C群について3つの調査を行った。(①3000症例の義歯製作工程で人工歯排列後の再バイト率②咬合採得時の記録器具③義歯完成時の咬合高径を前方基準点で計測)

III. 結果と考察：義歯製作工程でC2、C3が人工歯排列後の再バイト率が14.9～17.3%あり、記録器具として多く用いられるのはB3～C3で咬合床が最も多く、咬合高径の調査ではB群でばらつきが出たのに対しC群では40mm付近に集中する値となった。C2、C3でエラーのリスクが高く、咬合床との関係性からロウ堤の高径設定において方法の一つとして仮バイトによる患者固有の咬合高径の情報の必要性が考えられた。

咬合再構成における補綴設計と指標の重要性

若井 友喜¹

- 1) 株式会社カリス

近年、インプラントや審美修復治療など、歯科治療は急速に発展し、中でもCAD/CAMなどデジタルデンティストリーの進歩は、極めてめまぐるしい。

しかしながら、臨床では、それとは対象的に咬合再構成の補綴治療を進めていく中で、咬合高径や下顎位の決定などの咬合治療は、アナログ的な試行錯誤の連続ではないでしょうか。

今回は、歯科技工士という立場から、補綴的観点からみた咬合高径と、CTによる顎関節の画像診断からみた下顎位を提示し、不定愁訴がある顎偏位の症例を、術者の客観的評価、患者の主観的評価ともに満足できた症例を報告したい。

審美領域における辺縁歯肉へのアプローチ

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

前歯部修復においては顔貌を含む審美的要素を考慮した上で患者に満足していただける美しさを獲得することは重要な要素である。そして歯冠部はもちろんのこと補綴物と歯周組織との調和を図り歯肉部を含めた審美性を求める必要があると考える。

補綴物においてはサブジンジバルカントウアの調整により辺縁歯肉をクラウンカントウアがサポートすることにより歯肉の健康を維持するのに大きな役割を担っている。

今回、プロビジョナルレストレーションのステージにおいて経過観察をおこない補綴物形態の与え方を考え辺縁歯肉へのアプローチを試みた症例を報告したい。

前歯部修復治療における歯冠長決定要素

藤本 光治¹南 清和¹

1) 医療法人健志会ミナミ歯科クリニック

前歯部を含む補綴修復治療において、日常臨床では多種多様な症例がみられます。生理的咬合の範囲の中での前歯部の審美改善症例、あるいは病的咬合において咬合再構成が必要と判断された症例などがあります。咬合再構成症例においては歯科医師、歯科衛生士によるペリオコントロールおよび適切な補綴物軸面形態による炎症のコントロール、および臼歯部パーティカルストップの確立による咬頭嵌合位の安定、および適切なアンテリアガイダンスの確立による確実な臼歯部離開咬合の付与、それらを顎関節および神経筋機構と調和させる力のコントロール、これらを達成したうえでさらに審美性のコントロールが必要となります。いずれの症例においても診査・診断に始まるシステムティックな補綴マネージメントが必要となります。

その中で本講演では、様々な症例における前歯部の歯冠長決定要素について当院の症例に照らし合わせながらお話させていただきたいと思っております。

審美修復を行うにあたってのラボとクリニックのコミュニケーション

足立 哲也¹

1) 株式会社 LAZARUS

昨今、機材の進歩による精密化や技工材料の品質向上、さらに歯科技工士の技術も向上しているが、忘れてはいけないのはチェアサイドとラボサイドとのコミュニケーションではないだろうか。我々歯科技工士はつい机にしがみついでしまいがちだが、ドクターとのディスカッションを怠り、ドクター、患者と最終イメージを共有する事なく補綴を作ってしまうと、三者の納得できる補綴は製作できない。

当ラボでは、インターネットツールを使用した情報共有は不可欠であり、ドクターと情報を共有し同じ目線に立ちゴールを決定していく事で良好な臨床結果を残している。

やはり同じイメージをもって最終補綴物を製作する事で、三者納得の結果が得られるのではないだろうか。

今回はどのようにコミュニケーションをとり、どのようにディスカッションし、そしてどのように最終補綴物が製作されていったかを、実際の症例を通じて発表させて頂きたい。

ステイン法によるプレスセラミックインレーの色調再現

荻原 拓郎¹渡邊 一史¹、紀野 仁志¹、長谷川 雄一¹

1) 河津歯科医院

I. 目的：
プレスセラミックは単一構造で強度があり、ロストワックス法で製作できるため、耐火模型法に比べて短時間で製作可能である。ただし色調面に関しては、単一色であるため、耐火模型法に比べ調和させるのに困難な面がある。インゴット選択やステイン法の工夫で、審美的に十分な成果を得られないかと考えた。

II. 方法：
プレスインゴットのそれぞれの種類の特性を知ると、残存歯質に調和するインゴットの選択のため、抜去歯を形成し、プレスセラミックインレーを製作。臨床のケースでは、患者の残存歯質を模倣した支台を製作し、ステインする。

III. 結果：
審美的に十分な成果を得ることが出来た。

IV. 考察および結論：
単一色なので、完璧な色調を再現するには限界があった。しかし、インゴットを何種類か試した事、抜去歯にあわせてのステインや擬似支台の情報を得ることで、ステインする際の基準ができ、プレスセラミックの色調の精度をあげることができた。

前歯部症例へのアプローチ

松山 真也¹

1) 株式会社 LAZARUS

近年、前歯部における補綴治療は、機能性だけでなく高い審美性が要求されるようになった。とくに前歯部補綴の中でも、多数歯に及ぶ補綴の場合は明確な指標がなく、非常に難しいと感じている。

しかし、顔貌、口唇との調和などのルールを守ることにより、安定的に患者の満足を得られると考えている。また患者それぞれの顔貌、口唇に調和させるためには、作業模型だけでなく、チェアサイドからいただく情報がとても重要になってくる。

そこで今回、前歯部の多数歯の補綴における基本的なルールとチェアサイドからの必要な情報とは何か、またそれをどのようにラボサイドで補綴物に反映させるのかを、症例を通じて紹介したいと思う。

歯肉へのアプローチを考えた前歯部修復

伊藤 健太¹

1) 医療法人昌学会まさき歯科

前歯審美領域において天然歯及びインプラントの補綴における良好な審美的結果を達成するには、歯肉を積極的にコントロールすることが非常に重要なポイントになる。歯頸ラインの適切な位置とスキヤロップが、中切歯から犬歯まで連続した調和を得ることにより歯冠の審美的な外形を決定させ、それが審美補綴の大きな決定要素になる。

今回供覧する症例は歯頸ラインの不揃いな前歯審美修復で、天然歯とインプラントの混在する高度な歯肉コントロールが必要とされる症例である。まず審美性を満足させる歯冠長を診断用ワックスアップから求め、そこから求められる理想的な歯頸ラインを設定する。そして歯冠長延長術を行いプロビジョナルで経過を見て、ファイナルの補綴を行った。今回このような経験から、審美性の達成においての歯肉コントロールの重要性について考察したいと思う。

ジルコニアの特性と臨床への応用

森 勇人¹

1) エムズデント

近年、貴金属価格の高騰により自費補綴物作製においてジルコニアフレームレイアリングクラウン、フルジルコニアクラウン、プレスクラウンなどのオールセラミッククラウンやコバルトクロム合金を使用したメタルボンドクラウンへと材料の転換期を迎えている感がある。今回は、その中でもジルコニアにスポットをあて考察してみる。

CAD/CAMの精度も臨床上十分使用できるまで向上しているが、取り扱い方を間違えて破折・クラック等のトラブルをおこした経験がある。テクニシャンが材料の基本的な特性や物性を知ることでテクニカルエラーを防ぐことができるのではないかと考える。

又、臨床へ応用するために他のオールセラミック材料との比較、筆者なりの使い分けの選択基準を報告していきたいと思う。

デンチャーベース・カラーリングの表面性状に関する研究 —第2報、歯肉色ハイブリット型硬質レジン内部観察—

岩城 謙二¹

水口 俊介²、井上 実²

1) I.D.T デンタルラボトリー
2) 東京医科歯科大学大学院 全部床義歯補綴学分野

I. 目的：デンチャーベース・カラーリング技法術式の問題解決法として、硬化時の気泡発生を加圧による着色防止策や材質の劣化による変色防止策には、モノマーに含まれる重合開始剤をバルビツール酸誘導体からなる3元系触媒にすることで改善を図った。今回は、歯肉色ハイブリット型硬質レジンを用いたカラーリング材の表面性状について検討を行った。

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：ステップ毎に重合する条件で厚さ5mmの規格試験片の表面から3mmまでの計測部位について測定を行った。

IV. 結果・考察：新規開発された歯肉色ハイブリット型硬質レジン、従来の歯肉色ハイブリット型硬質レジン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。

フレームデザインの工夫で ポーセレンの破折が防げるのか？

西尾 修一¹

1) アーネットプラス

毎日ジルコニアクラウンを製作しているが、ポーセレンの破折で再製作する事がある。最近ではフルジルコニアクラウンの製作も増えてきました。理由は「壊れにくいから」です。

しかし、フレームデザインの工夫でポーセレンの破折が防げるのではないのでしょうか。

そこで、4種類のフレームデザインにて、ポーセレン破折試験を行いました。

右側第一大臼歯にジルコニアクラウンを製作。

まずは垂直に力を加えて、次に頬側内斜面に斜めより力を加えて試験をしました。

2つの試験結果より、フレームデザインについて考察いたします。

コバルトクロムが及ぼす陶材への影響について

白田 賢二¹上野山 明寛²

- 1) ケンデント
- 2) 株式会社上野山デンタルラボラトリー

I. 目的：
ボンダー陶材はコバルトクロム合金使用時、色調への酸化膜の影響を抑制する目的で用いられる。はたしてその効果はどれ程のものか、また、焼き付け強度へはどのように影響するのかを検証した。

II. 方法：
試験片としてオペーク陶材のみを築盛したもの、ボンダー焼成後オペーク陶材を焼成したものを準備した。分光測定器を用いて試験片の色調を計測した。焼き付け強度試験に関しては、3点曲げ装置を用いボンダーの有無によるはく離・クラック発生強さを計測した。

III. 結果：
色調はボンダー有りでは明度が僅かに上がり、色相は青緑色系に変化した。ボンダー無しでは明度が下がり、色相は緑色の強い青緑系に変化した。また、焼き付け強度はボンダー使用時、わずかに低くなった。

IV. 考察：
色調への効果はあると感じられた。焼き付け強度の低下が数値で認められたが臨床的にどれ程の影響を及ぼすものかは、さらなる検証が必要と考える。

審美的・解剖学的基準を用いたインプラント上部構造の製作

紀野 仁志¹荻原 拓郎¹、渡邊 一史¹、長谷川 雄一¹

- 1) 河津歯科医院

I. 目的：上顎フルマウスインプラントの上部構造を製作するにあたり、審美性と機能性を獲得する為には歯科医師との連携が必要となる。システム化された手法に沿って、審美的、解剖学的基準を用いて製作を行った結果、良好な審美と機能の回復を得たので症例に考察を加え報告する。

II. 方法の概要：歯科医師により決定された、上顎中切歯の位置を基準に、顔貌から決定された上顎中切歯の大きさと形態で、黄金比率を用いて前歯部の製作を行う。

III. 結果：審美的、機能的に回復され患者の満足が得られた。

IV. 考察および結論：システム化された手法により審美的、解剖学的基準を用いることで比較的容易に審美性を獲得することができ、時間の短縮にもつながる。また、中切歯の大きさは平均的な大きさを用いることもよいが、より患者の個性を引き出すために顔の大きさから中切歯の大きさを決定することも非常に有効である。

今、脚光を浴びている陶材焼き付け合金への取り組み

上野山 明寛¹白田 賢二¹

- 1) 株式会社上野山デンタルラボラトリー

I. 目的：
陶材焼き付け用金属として、コストの低さからコバルトクロム合金が目玉されているが、その適合精度、ロウ着作業の煩雑さなどから導入に懸念を抱く術者は少なくない。そこで、コバルトクロム合金はどの程度の適合を得ることが可能であるのか、また、効率的かつ精度の高いロウ着作業はどのように行えば良いのかを検証した。

精度に関しては4社（A社、B社、C社、D社）の埋没材を使用し支台歯での適合状態を比較した。ロウ着に関してはレーザー溶接機を仮着機として使用し、赤外線ロウ着機でロウ着した。

II. 結果：
鋳造物は一様にマージン先端部の不適合を示した。ロウ着に関しては高い適合精度を示した。

III. 考察：
高膨張率の埋没材を用い、あらかじめ支台歯調整を施すことにより適合感はかなり改善される。また、ロウ着はとて高温での作業となるため、レーザー溶接機の併用は有効である

歯周組織に調和する補綴物を目指して

平松 大輔¹

- 1) ミナミ歯科クリニック

歯周組織は歯肉、歯槽骨、歯根膜及びセメント質から構成され、歯牙を保持しその機能を営む役割を果たしている。その中でも歯肉は、歯牙を含む組織を、外部の侵襲から防御する役割を担うが、同時に細菌や物理的刺激、補綴物の形態の影響により炎症を起こしやすい領域である。そこでわれわれ歯科技工士は、その事を十分に理解し、歯科医師、歯科衛生士によるペリオコントロールが行われたうえで、適切な軸面形態を付与し、歯周組織との調和、清掃性に優れた補綴物の製作を目指さなくてはならない。その考察を症例と共に報告したい。

半透明ジルコニアの可能性

横川 修平¹

1) (株) ファインロジック

CAD/CAMの急速な発展に伴い、ジルコニアという材料が登場し7年、審美的で生体的親和性に優れ、曲げ強度・破壊靱性が極めて高いという点から歯科業界に一気に浸透した。約3年前からは半透明ジルコニアが登場し、フレームデザインを工夫することで臨床的应用範囲がより広がった。

今日、多彩なカラーバリエーションも登場し、臼歯部における半透明ジルコニアを用いたフルクラウンタイプのジルコニアも多く誌面等で目にする機会が多くなった。今後様々なジルコニアディスクが登場するのは周知の事実であろう。透明性、カラーバリエーションが複雑化する中で、ジルコニアディスクの選択基準、臨床での応用の仕方など今後のジルコニアの可能性を、私の臨床経験を通じてお話したい。

色調再現に於けるアプローチについて

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は様々ある中、基本的な知識の獲得が重要であると考え、陶材のカスタムカラーテーブル作製を行い、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、ステイン発色に関するカスタムカラーテーブルの利用は临床上非常に優位性が高いと考える。さらに、临床上よく使用する配合したパウダーのタブを作ることでレシピ作成に要する時間が減り、配合比率による色の変化を明確に確認できた。

本発表では、作業工程と共に色調再現に於けるアプローチについて報告したい。

天然歯を目指して

松田 健嗣¹

1) 小野寺歯科

近年、セラミックワークにおいてCAD/CAMやプレス技法など材料の幅が広がり、内部ステイン法や外部ステイン法など術式も様々である。患者の満足する補綴物が望まれることから、自然な歯牙形態の再現や色調再現には天然歯の構造を理解することが必要と考える。

そこで今回、天然歯のもつ様々な構造、形態、色彩を解剖学的に観察し、文献と照らし合わせながら把握する方法として歯根付ポーセレンを製作し、内部構造の再現、形態の模刻、色彩の表現を行った。その結果、歯牙の仕組みを確認することができた。

以上の考察を踏まえ、歯根付ポーセレンの製作手順と共に、歯牙の構造、形態、色彩の確認から臨床へのアプローチを報告したい。

総義歯製作における咬合器装着によって発生する誤差に関する実験的考察 第二報 石膏の熱膨張による誤差の発生

森永 純¹

1) 有) ライズ・デンタルコミュニティー

I. 背景：第一報ではマウンティング石膏の硬化及び吸水膨張によって、咬合器上の上下顎間関係は切歯指導釘の浮き上がりとして現れる誤差の発生メカニズムを報告した。ところが、咬合器上の作業模型及びマウンティング石膏を熱湯等で加熱すると、切歯指導釘は再び浮き上がる。

II. 目的：熱膨張が原因と考えられる咬合器上の上下顎間関係の誤差の分析、及び誤差の抑制方法を検証することを目的とした実験報告である。

III. 実験方法：咬合器上の誤差は、切歯指導釘の浮き上がりとして現れる為、その浮き上がり量を咬合器上の石膏の乾湿状態及び加熱温度を変化させ、それぞれ測定した。

IV. 実験結果：加熱時の咬合器上の石膏の環境によって誤差量のばらつき、または加熱温度による誤差の抑制方法が実験結果によって明確となった。

V. 結論：口腔内の再現が前提の咬合器上で作業する歯科技工士にとって、誤差を発生させない条件を遵守することがいかに重要であるかを報告する。

O-41

咬合を考慮した総義歯とインプラント補綴

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、臨床の間では嵌合位ではよく咬合しているように錯覚してしまい義歯内面をガリガリ削ってしまう。この義歯の不安定要素の大部分が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。総義歯の場合、有歯顎時代の個人の嵌合位を想定することができないため顎位を基準点として使わざるを得ない。この無限に存在する顎位の中で臨床上再現性がある信頼度の高い顎位が中心位の顎位である。

今回、デンチャーとインプラントの混在する一口腔単位で、パイロットデンチャーを作成し、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とインプラント臨床症例を報告する。術前術後の顔貌の審美的変化にも注目してほしい。

O-43

Dr.Schuyler から発展した Functionally Discluded Occlusion by Kuwata

西山 和彦¹⁾

1) あい歯科クリニック

Dr.Schuyler は Anterior guidance, Long centric, Groupfunctioned occlusion, FGP technique を骨子とする Oral rehabilitation 術式を確立した歯科医であり、大学で教え、Dowson, Ramjord らに影響を与え、「咬合理論の父」と称されているが、現在日本では Panky-Mann-Schuyler technique にその名を知る程度の認識しかない様に思われる。

最近、私は 1947, 1961, 1963 の論文を読み、その卓越性に驚愕したので、そのエッセンスを紹介し、実際の臨床ケースを示す。また、Gnathology との比較も試みたい。

さらに、Schuyler より理論の伝承を託された桑田はその後、自身が開発した金属焼付ポーセレンを長期保存させるためもあり、Schuyler が論文で明文化できなかった Disclusion を確実に実現させるための原則・技工術式 (Functionally Discluded Occlusion) を確立した。そこで、Schuyler 理論から変化した点も述べる。

O-42

咬合の考察 (私自身 2 級 1 類ケース)

西山 孝樹¹⁾

1) はなのき歯科

歯科医師が、自身の考えに基づいて様々な咬合採得の方法を選択し、顎位を決定する。しかしながら、これぞという最善の方法は未だ存在しない。

臨床経験が浅い私は、盲信的にアンガイド法で咬合採得を行っているが、未熟さゆえのテクニカルエラーがでていたのではないかといつも気になっていた。

今回のケースは、私自身が被験者となり、いくつかの採得法を行いながら、比較検討した。更にスプリントによる顎位の変更を行い、処置前後のゴシックアーチの変化を考察した。

O-44

生体力学的咬合論の試み 第 2 報 咬合力による顎顔面頭蓋骨の変化について

畑中 豊美¹⁾

1) 畑中歯科矯正歯科

咬合論は総義歯補綴もしくは技工の間接作業から芽生えたとされる。あるべき姿としての咬合論は観念的で、カンベル平面や HIP プレーンの左右差や長期的な変化などの実像を軽視する傾向にある。「パウチャー無歯顎患者の補綴治療」によると咬合の 3 要素として①歯列②神経筋機構③頭蓋-顔面構造が記載されている。咬合の 3 要素を①歯②筋肉③顎関節とする一般的な概念は具体的ではあるが、長期安定性から見れば致命的な欠陥がある。それは咬合の基盤である骨つまり頭蓋-顔面構造の弾性変形や生物学的な変化を無視もしくは軽視していることである。上下顎骨を含む頭蓋骨を暗黙裏に剛体と仮定した論文が多いが、むしろ剛体ならば長期の咬合力には適応できない。特に歯根膜に期待できないインプラント補綴に著明である。

第 2 報では、長期の咬合力によって下顎骨はねじれ偏位を起こし、外後頭隆起は変化し、頭蓋骨全体が生体力学的に適応するという報告をする。

O-45

TMD症状を伴う咬合崩壊症例に咬合再構成を試み寛解した一症例

國廣 順之¹

1) くひろ歯科医院

日常臨床において咬合崩壊をおこし TMD 症状を伴う患者に遭遇することは珍しくない。咬合崩壊を起こした症例に対し、治療をおこなううえで大切なことは、顎位の診査・診断である。いかにして適正な顎位で咬合再構成を行うかが最も重要である。

正常な咬合機能は、機能的咬合系を構成している歯、歯列・顎関節・咀嚼筋の3つの機能ユニットが互いに協調して初めていとなまれるものである。歯列にとって最適な下顎位は上下の歯が最大接触面積で嵌合する咬頭嵌合位、顎関節にとっては中心位あるいは顎頭適正位、咀嚼筋にとっては筋肉位である。

それらの点を考慮し今回、本来の顎位を精査するために、スプリント、ME 機器、ビデオを用いて診査・診断し、咬合再構成を試みた。その結果、TMD の症状が寛解し良好な経過を得たので報告する。

O-47

フルマウスリハビリテーションにおける診査・診断の重要性

藤岡 直也¹

1) 医) 恵翔会なかやま歯科

I. 目的：
病的咬合を呈している患者への治療を成功に導くためには、適確な診査・診断が重要となる。今回は、日々の臨床に必要な診査と診断、またそれに基づいた治療の流れを提示する。

II. 方法：
Lytle & Skyurow による修復治療分類の Class III 症例において、包括的な診査をもとに診断し、中心位における診断用ワックスアップ、治療計画立案、プロビジョナルレストレーション、最終補綴と治療を進めていく。

III. 結果：
生理的な水平的顎位
早期接触のない均質な上下歯の接触と適正な咬合高径アンテリアガイドランスの確立を考慮に入れた治療咬合を与えることができた。

IV. 考察及び結論：
フルマウスリコンストラクションにおいては、あらゆる角度・分野から分析し、診断用ワックスアップで治療のゴールを明確にする。そしてプロビジョナルレストレーションからの情報を綿密に検討し、再評価したうえで最終補綴治療へと進めていくことが重要である。

O-46

下顎位不安定における咬合再構成の一症例

鶴飼 誠¹

1) ウカイ歯科クリニック

問診により、咀嚼障害、顎関節痛などの訴え、左肩首こり、頭痛、右肩運動障害、不眠などといった不定愁訴があった。

このような症状のある患者さんは、顎口腔系から起因している事も多く、実際には顎口腔機能の改善により、不定愁訴が無くなる事もある。

今回は左上、右下臼歯部の欠損、全顎にわたり多数の補綴処置がなされていて咬合平面の乱れと臼歯部咬合崩壊が認められた。度重なる部分的補綴治療により、水平、垂直的に顎位の偏位も起きていると思われる。

そこで、口腔周囲筋のリラクゼーションと顎位の模索を目的にスタビリゼーションスプリントにて顎位の変化を観察しながら、咬合再構成すべく、インプラントや矯正治療などを用い、プロビジョナルレストレーションにより、長期間経過観察を行い、顎位の安定を図った症例について現時点における考察を述べたいと思う。

O-48

咬合崩壊を治療した一症例 —咬合接触状態から考察する—

前田 武将¹

1) MAEDADENTALCLINIC

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の咬合再構成に取り組むにあたり、術中の各ステージのプロビジョナルや最終補綴物の咬合接触点の評価を歯接触分析装置を用いて確認を行った。現在まで臨床においては一般的に咬合紙やワックスの印字から咬合接触点の評価を行ってきたが、今回は客観的な評価が可能な歯接触分析装置を用いたことで今までにはなかった咬合状態の評価が可能になったのではないかと考えており、若干の知見を得たので報告する。

O-49

上下顎歯列弓の不正関係是正への包括的アプローチ

石井 彰夫¹

1) 石井歯科クリニック

機能障害の改善のためオーラルリハビリテーションが必要なケースにおいて、上下歯列弓の不正関係の問題解決には、多くの治療選択肢（形態修正、整位、修復、外科治療など）が考えられ、慎重な検討を行うことが求められる。そして、重度な歯列弓の不正関係が存在する場合においては、上下顎の骨格型にディスクレパンシーが認められ、既存の基底骨を変えずに歯槽骨内の歯の移動で安定した咬合関係を獲得できるか否かの判断に苦慮する場面に遭遇する。今回、TADs（Temporary Anchorage Devices）としてミニスクリューや暫間インプラントを使用し非外科による矯正治療にて上下歯列弓の不正関係を是正した後、インプラントを利用した全顎的な補綴を行って機能回復したケースを何例か供覧し、治療前後での歯・歯列弓と歯槽突起との位置関係についてのCTによる検証を行い、歯列弓の不正問題へのアプローチ法の外科・非外科のボーダーについて考察してみたい。

O-51

オールセラミックスを用いた臼歯部審美修復症例について

野村 陽介¹

1) うえだ歯科医院

近年、口腔領域における審美的要求は高まり、既存の金属色修復物（アマルガムやメタルインレー）の歯冠修復物への置換（コンポジットレジン、セラミックインレー）が進むなど、患者の要求や関心は変化してきている。また金属アレルギーの為、メタルインレーが入られないという患者も少なくない。

修復物の変遷に伴い、形成デザインも以前のセメント合着による維持力を考えたものから、接着性レジンセメントによる化学的接着によるMIを考えたものへと変化してきており、接着材料も年々改良が進みより良いものになってきている。

今回は当院でオールセラミックスを作製する際に行っているシステムを用いた臼歯部審美修復症例を治療の手順を追って提示したい。諸先生方の御指導・御鞭撻をいただければ幸いである。

O-50

咬合再構成における審美性と機能性の獲得

長谷川 雄一¹紀野 仁志¹

1) 河津歯科医院

I. 目的：咬合再構成を行う際、審美性と機能性を獲得する為に、システム化された手法に沿って治療を行う。

II. 方法：患者は、インプラント治療を希望され来院された52歳男性。上顎はフルマウスのインプラント補綴。下顎はクラウンブリッジによる補綴を計画し、治療を進めた。咬合採得時に、初めに前歯部のポジションを決定し、それを基準にプロビジョナルレストレーションを作製した。プロビジョナルレストレーションにて顎位の変化に対応し、安定したポジションを確認した後、最終補綴へと移行した。

III. 結果と考察：審美的かつ機能的に十分な患者の満足が得られた。

システム化された手法を用いることにより、比較的容易に審美性を獲得する事ができ、更には時間の短縮にもつながる。そして何より、プロビジョナルレストレーションを利用し、十分に時間をかけて調整、評価をする事で、咬合再構成における審美性と機能性を兼ね備えた最終補綴を作製できると考える。

O-52

矯正の挺出法を用い、生物学的幅径の回復を図り、歯冠修復を行った一症例

竹中 崇¹

1) 竹中歯科医院

歯冠修復を行う際、その長期安定性を担う項目の一つとして、適合精度が挙げられる。良好な適合を獲得する為には、フィニッシュラインが明確な印象採得が必要となる。

一方、齶蝕が骨縁付近まで達しているケースも少なくない。この状況下では歯牙の生物学的幅径が侵害されており、的確な印象採得が困難な場合が多いと考える。修復物および周囲組織の長期安定を求めるとすれば、失われたそれを回復させる必要があると考える。その手段として骨割合のみで対応した場合、健全な隣在歯の支持骨をも犠牲にせざるをえない場合もある。これを回避する方法として歯牙挺出が挙げられる。

今回、骨縁付近まで齶蝕がある歯牙に対し、矯正の挺出法を用い生物学的幅径の回復を試みた。その後歯冠修復を行った症例について発表したい。諸先生方の御意見・御指導頂ければ幸いである。

O-53

下顎臼歯部における インプラント周囲角化歯肉不足への対応

大塚 浩司¹

1) ヒロ歯科クリニック

インプラントを長期的に機能させるには好ましい環境が必要であるが、インプラント埋入を行う部位に好条件が揃っていることは稀である。粘膜の状況は、角化歯肉の減少・喪失をきたしている場合が多い。インプラントの長期安定の要因の一つであるインプラント周囲にしっかりとした角化歯肉が必要である条件を満たすためには遊離歯肉移植術・結合組織移植術・歯肉弁根尖側移動術などの術式を用いて角化歯肉を獲得しなければならない。下顎臼歯部においては角化歯肉の喪失をきたしていることがあり遊離歯肉移植術を用いることが多くなる。

今回、角化歯肉の喪失をきたしている下顎臼歯部に埋入したインプラントの2次手術において、インプラント舌側にも角化歯肉の獲得を目的に遊離歯肉移植術を試みた一症例を報告させていただきます。

O-55

当院での二次齶蝕への対応

山本 真道¹

1) ナルトミ歯科医院

開業して約10年も経過しましたが、自分が治療した患者さんの口腔内を再び見る機会が増えて来ました。もちろん経過良好なケースもありますが目を覆いたくなるケースもあります。その中で特に二次齶蝕に罹患した修復歯は抜髄や抜歯を余儀なくされることも少なくありません。

二次齶蝕の原因は様々ですが原因を一概に患者さんのブラークコントロールの責任にする事は出来ません。多くの場合は、マージンの不適合など修復物作製までの治療ステップにおける不備などの自分自身の責任がほとんどではないかと考えています。

そこで今回の発表では、二次齶蝕になりにくい適合のよい修復物を装着し、より良い治療結果を得るために当院で行なっている取り組みを供覧して頂き、ご指導ご批判を賜りたいと思います。

O-54

前歯部審美修復に苦慮した症例

北原 光一郎¹

1) 医療法人慶光会きたはら歯科医院

口腔内における審美に対する要求は高まり、会話の際に皆が目にする前歯部、特に上顎前歯部に関しては、目の大きさや、鼻の高さ、また顔面パーツのシンメトリー等のコンプレックス要因になっているといっても過言ではない。この部位をいかに審美的かつ機能的に環境改善できなければ、審美修復治療は成功とは言えない。

今回提示する症例は、上顎前歯部審美修復を様々な観点から診査・診断し、現在自分に可能な手技やマテリアルの選択を考え、苦慮した一例であるが治療ゴールに不備が残る結果となった。

今回その問題点について考察したいと思う。ご指導、ご批判の程、宜しく願いいたします。

O-56

総義歯に取り組んで

樋口 克彦¹

1) ひぐち歯科クリニック

高齢化社会と言われておりますが、私の開業している地域でも高齢化の波は押し寄せており、総義歯の患者さんも年々増加しているように感じております。

総義歯作製において経験とコツが必要であるとよく耳にしますが、経験の少ない私でもなんとか患者さんにある程度満足させられる義歯を作ってみたくて常日頃から考えておりますし、また開業している地域柄、その必要性にも迫られております。

総義歯作製には、診査診断、印象採得、咬合採得、人工歯排列、総義歯装着、調整等のステップがあります。各ステップを自分なりに考え治療を行っているのですが、患者さんの顎堤の状態、咬合などによっても、良好な結果が出たり出なかったりと試行錯誤の連続です。

そこで今回、当院で取り組んでいる総義歯治療を見ていただき、ご指導頂きたいと考えております。

O-57

上顎前歯欠損部へのティッシュマネージメントによって審美的な改善を行った一症例

白土 徹¹

1) 白土歯科医院

近年、歯科治療の進歩によって患者の審美に対する要求度が高くなり、その内容も多様化してきている。その中で、上顎前歯部に欠損が存在し、過去の治療でブリッジによって修復がなされた患者が審美障害を訴えて来院された場合、術者は治療方法・手技の選択を含め複雑なマネージメントを強いられることも少なくないを考える。そのようなケースにおいて治療計画を立案する際には、まず審美的な要望を満たすためのゴールを設定し、顔貌・口唇と歯列・歯牙との関係や歯肉のレベル、既存の硬組織・軟組織の状態を診査・診断したうえで、適切な治療オプションを選択する必要がある。

今回、上記のような主訴で来院された患者の上顎前歯部一歯欠損に対して、欠損部のティッシュマネージメントを行い、ブリッジのポンティックサイトをオバイド形状にすることによって審美的な改善を行った症例を提示し、考察してみたい。

O-59

理想的なCR充填を目指して

青木 裕司¹

1) あおき歯科医院

臨床医として八年が経過した。振り返ってみると、以前自分が治療した症例において再治療を必要とする歯も最近見受けられるようになってきた。

特にコンポジットレジン修復においては、二次カリエス、褐線の出現、表面の摩耗や脱離といったトラブルが見受けられるようになった。

しかし、この八年間でレジンの飛躍的な機械的性質の向上や接着技術の高まり、また充填器等の器材も増え臨床的応用範囲も広がった。

そこで、現在ではコンポジットレジン修復においてより良い術後の経過が得られるようになりたいと考えている。今回は症例を通して基本的事項の再確認と、現在の取り組みを述べてみたい。稚拙な症例ではあるが、御指導いただければ幸いである。

O-58

インプラント埋入に於ける、そのタイミングについての一考察

椋 誠二¹

1) むくのき歯科医院

近年、インプラント治療による欠損修復は日常臨床において非常に身近になってきている。自院でもインプラント治療を取り入れ約9年が経過し、少しずつ埋入手術に対する苦手意識は薄れて来た。しかし治療の手札が増え、内容が複雑になってくると、治療行程のどのステージでインプラントを埋入すべきか悩む事が多い。

そこで本発表では、自身の臨床におけるインプラント埋入のタイミングについて、行った症例を交え、自分なりの考察を述べたいと思う。

O-60

ペインレス治療を目指して

坂口 雄一¹

1) 坂口歯科クリニック

もし歯科治療が全く痛みを伴わないものであったなら……。歯科疾患を有するほとんどの患者さんの願いであるように思う。「疾患を作った患者さんに責任があるため歯科治療は痛みがあっても仕方がない」「多少痛みを伴った方が次から疾患を作らないように気を付けるだろう」といった考え方もあると聞くが果たしてそれでよいのであろうか？ そういった考えが受診を遠ざけ悲惨な咬合崩壊へとつながっているように思う。本発表では咬合崩壊に至った患者さんとの携わりを通じて我々が歯科医療従事者として大切にしたいものは何か？、明日から出来ることは何か？を考えていきたい。更に痛みを感じない歯科診療が当然である時代を作りたいと切に願って止まない。

当院における歯周外科治療を再考する

井上 弘子¹

1) 井上歯科医院

私は大学卒業後歯周病学を学ぶため4年間ペリオの大学院に残りました。修了後、父の病院に勤務するようになり、大学で臨床を行っていた頃よりもたくさんのお客さんを診るようになりました。歯周初期治療終了後も深いポケットが残存している重度の歯周病患者さんに対しては歯周外科治療を行います。しかし、自分が行った治療の経過をみていくと、治っていくお客さんもいれば、再発してくるお客さんもいます。

歯周外科治療には治療経過や目的によって、切除療法、組織付着療法、再生療法などの方法があります。自分のいままでの治療をふりかえると、きちんと目的を考えた処置が出来ていなかったのではないかと思います。

今回、最近行っただけいくつかの歯周外科の症例を提示させていただき、何故治らない症例があるのか、自分なりに反省点、改善点を考察してみました。未熟な臨床ではありますが、諸先生方のご意見ご指導頂ければ幸いです。

当医院における資料採得について再考する

吉本 新一郎¹

1) もみの木歯科クリニック

歯科診療における資料採得には、口腔内写真、模型、X線写真などありますが、規格性のある資料を取る事は、診査・診断を正しく行うために重要なことだと考えています。

その中でも特に口腔内写真はデジタルカメラを使用することにより、パソコン上で、画像を拡大して確認でき診断等において有効な資料だと思います。また術中や術後に口腔内写真を確認することで、自分の知識や技術力不足を認識することができ、新しい課題なども見つけることにつながると思います。

そこで、今回は口腔内写真について再考してみたいと思います。

今までほとんどカメラの知識のないまま、口腔内写真を撮影してきましたが、規格性のある写真が撮れていないと反省することが多く、カメラの使用法や撮影法についての再確認を行いました。

規格性のある写真を撮ることで、今後の診療に生かしていきたいと思い、私の口腔内写真の取り組みについて発表させていただきます。

当院における歯内療法への取り組み

荒木 淳¹

1) 荒木歯科医院

歯内療法は、日常臨床のなかで頻度の高い処置であるが、歯科治療のベースとなる重要なパートである。

近年、様々な先端機器やマテリアルの進化により多様な治療法がもたらされている。しかし、上部構造をどのような補綴方法で行ったとしても、基本的な治療である歯内療法が不十分であれば、長期安定性のある治療とはなり得ない。

当院における歯内療法について、診査、診断から拡大、形成し根管充填へと至る中で、各ステップを確実にこなせるよう基本的手技から見直しを行った。特に根管上部の健全歯質削除量を最小限にしつつ、スムーズなファイル操作が行えるような形成に取り組んだ症例を、過去の反省を踏まえて提示させていただく。諸先生方のご指導を頂ければ幸甚である。

下顎総義歯の吸着に影響を及ぼす、レトロモラーパッド前縁部付近に見られるスジの解剖

三宅 宏之¹

1) 三宅歯科医院

I. 目的：下顎総義歯吸着の成功は義歯床全周囲辺縁封鎖にあり、特にレトロモラーパッド部に存在するスジの存在は、辺縁封鎖を阻害する因子と考えられている。スジが小帯状に発達したケースでは、その部位を避けることによって下顎総義歯の吸着を優位に獲得できることが多い。そこで今回は、その組織像の実態を明らかにすることを目的に、とある大学の大学院解剖学教室の協力の元、数体の解剖観察を行った。

II. 結果：レトロモラーパッド頬側基底部の深部にコラーゲン線維が収束しているケース、頬筋の走行とは異なるレトロモラーパッド基底部に向かう筋の走行が観られたケース、また腱組織が存在するケースが観察された。

III. 結論：レトロモラーパッド頬側基底部の小帯様組織、いわゆるスジの発現は、翼突下顎縫線部の頬筋と上咽頭収縮筋の結合状態の違いにより大きな影響を受けていると思われる。

O-65

成人矯正治療後の フルマウスリコンストラクション

園田 晋平¹

1) 吉永歯科医院

矯正治療において可能な事は、歯牙のポジションと歯軸の設定である。歯牙の longevity を保障するためには力のコントロール、即ち適切な咬合の付与が必要となるが、矯正治療のみでこれを達成することは困難であると考え。何故なら、咬合の安定に必要な歯牙の接触点の設定や臼歯の離開などは歯牙の形態、特に咬合面形態が影響するからである。よって、矯正治療後の咬合を安定させるためには、最小限の咬合調整や歯冠修復が必要であると考え。今回、成人矯正治療後に、咬合の安定と審美的な改善を目的として桑田の提唱する functionally discluded occlusion の理論に基づきフルマウスリコンストラクションを行った症例を紹介する。

O-67

治療戦略における CBCT の有用性

宮崎 鉄也¹

1) カツベ歯科クリニック

インプラント治療が予知性の高い治療法として確立されている昨今、安易に天然歯の抜歯が選択され、インプラントに置き換わっている症例に対し、日々天然歯の保存に努めている臨床家の中には違和感を感じる方もいるのではないかと。

しかし、予後不良な残存歯が、治療後にトラブルを引き起こし、術者や患者に不利益を与えうるのもまた事実である。

近年歯科用機器の発展は目覚ましく、それにより以前より多くの情報を手にすることが出来るようになった。歯科用 CT の普及はその代表とも言えるのではないかと。

今回は、歯科用 CT がもたらす情報が残存歯の予後の判定や、治療戦略において、より正確に現状を捉え、天然歯の保存に貢献できると言うことを、症例を通して考察したいと思う。

O-66

当院で行う根管充填法

源 弘行¹

1) 医療法人 清雅会 ダイワ歯科

根管充填は側方加圧充填と垂直加圧充填が一般的によく行われている充填方法です。自身は臨床医二年目までは側方加圧充填をしていました。そのときに感じたことは時間がかかることと緊密に加圧できているかが不安ということでした。臨床医三年目からは垂直加圧充填を中心に行っており時間の短縮化が来ておりますが予後に関しては疑問が残ります。自身が行っている垂直加圧充填は時間が短縮でき、オーバー根充にならないように考えた方法です。これからは予後をもてどちらの根管充填がいいかを模索している状態です。

今回は症例を通して根管治療の流れ、根管充填、自身の考えを発表させていただきたいと思います。臨床医四年目ではありますがご指導いただければ幸いです。

O-68

感染根管治療を再考する

柴原 由美子¹

1) くらとみ歯科クリニック

近年、CBCT やマイクロスコープなど最新機器の普及により、感染根管治療のコンセプトや術式が大きく変化しつつあるが、感染根管治療の要は起炎因子の徹底的な除去であるということに変わりはない。その除去をどういったコンセプトで、どのようなツールを使って、どのように行うかは千差万別である。自身の臨床においても、従来のデンタルエックス線写真のみの診断に加え、CBCT を用いることで皮質骨が厚い臼歯部や診断が困難な場合には CBCT 画像診断は有用であり、より精度の高い治療を行うための一助となることを経験した。

私はこれまで、自分の信じるコンセプトで治療を行い、そのなかで治療経過を客観的に評価するよう努めてきた。長期にわたり予後を経験していくことで初めて、その治療の是非が問われると考えている。今回は、治療経過から私の行ってきた感染根管治療を再考し、先生方にご指導を賜ることが出来れば幸甚である。

重度歯周炎患者に対する総合的治療

土肥 博幸¹

1) どひ歯科クリニック

歯周炎に罹患した患者においては、多様な骨吸収や歯の欠損、移動による位置異常、顎位の変化に審美障害等、多くの問題を抱えていることで、総合的な治療が必要になることは言うまでもありません。近年、このような症例に対して従来の基本的治療に加え、再生療法、インプラント治療を併用することで、以前では困難であったろう口腔内環境の改善が可能となってきました。しかし、その一方で、実際治療を行う医療者側の技術、知識、経験等の差が、治療計画、結果に大きく影響するのも事実です。昨今の再生療法、インプラント治療の予知性の向上とともに、たとえば抜歯一つをとっても、その基準が明確とは言えず、自身の技量と相談しつつ残すべきか抜歯すべきか、日々悩みながら治療を行っているのが実情であります。今回、そのような私の臨床を提示させていただき、皆様の御批判を仰ぎたいと存じます。

アジスロマイシン投与後における菌叢再発についての考察

竹川 綾香¹

塚本 高久¹

1) 塚本歯科クリニック

近年、アジスロマイシンは歯周病に対して投与されることが多くなってきている。当医院でも歯周病患者にこれを投与し非常に良好な結果を得ている。この治療効果の判定の一つとして位相差顕微鏡を用いているが、投与後の菌叢の変化は、活動性の高い状態から低い状態へと著しく変化し短期間で歯周病の改善がみられる場合が多い。しかし、一部の患者においては、治療後に菌叢が活動性の低い状態から再び高い状態になる菌叢再発が見られる場合がある。そこで当医院ではアジスロマイシン投与後、定期検診に来院した患者147名に対し、菌叢再発とその傾向について考察するために調査を行い、菌叢再発を防ぐためには、ブラッシングおよび定期健診が重要であることが示唆されたので報告する。

インプラント周囲のセルフクリーニング

大野 幸恵¹

1) 医療法人昌学会まさき歯科

インプラントは、大切な治療のオプションです。そのインプラントを長期にわたり維持し、快適な生活ができることを望みます。そのサポートのためには、どこの何を診ていくのか、何をしていくのかを考察します。

初期治療時に歯磨き指導をしていた頃の患者は、熱心に日々努力しプラークの残存も少なくなって歯肉の状態も向上しました。しかし、インプラント処置・補綴し治療は終了した後にチェックをするとインプラント周囲にプラークが残存していることがあります。中には、インプラント粘膜炎やインプラント周囲炎を起こすことも稀にあります。

セルフコントロールの甘さやモチベーションの低下だけでなく、インプラント周囲の清掃の困難にする要因が様々あります。それぞれの要因を引き出し、常に確実なプラーク除去のために、患者に注意喚起をするだけでなくなぜそこにプラークが残るのかを解明して患者指導にあたる必要があると考えます。

デンタルスタッフが行うコンサルテーション

小原 佳与¹

坂口 雄一¹

1) 坂口歯科クリニック

コンサルテーションの重要性が見直されている昨今、資格を有さないデンタルスタッフだからこそ機能するコンサルテーションにチャレンジしている。普段の診療の中でお会計の時に、先生には聞けないけど治療あと何回くらいかかるかちょっと聞いてみようかな。

治療が終わってエプロンを外す時に、そんなにたいしたことはないけど、ちょっと違和感があることを言ってみようかな。痛くないけどこの歯の色がちょっと気になっている。そんな「ちょっと」を聞くことがある。「ちょっと」から治療内容や順番が変わる場合もある。

口腔内に触れないから、言葉で伝えて頂ける。患者さんに寄り添う存在で居るから、相談して頂ける。

資格を有さないデンタルスタッフだからこそ機能するコンサルテーションがある。

普段行っている私なりの秘訣をお話します。

O-73

アタッチメントレベル測定的重要性 ～歯肉の外と内を診る～

米沢 望¹

1) 清歯会 浅井歯科医院

日々の臨床で私達歯科衛生士は多くの歯周病患者と関わり、歯周治療を進めています。

角化歯肉が多い=付着歯肉が多い、というわけではありません。

長期メンテナンスを継続するためには、歯肉の外側だけではなく内側を診る目も必要です。

SRP 後ポケットが浅くなっていたとしてもそれが本当に長い上皮性付着の獲得によるポケットの改善なのか、それとも歯肉退縮によるポケットの改善なのか。

それらを知る有効な手立てとしてアタッチメントレベルの測定が不可欠です。

治療形態の違いによって今後の関わり方を考える必要があります。

今回、症例を通してアタッチメントレベルを測定し、その重要性を感じましたので臨床においての生かし方、SRP 後の治療形態について、そして付着歯肉との関連について考察、発表します。

O-75

マウスピースアプライアンスを用いて 抜歯矯正を行った一症例

徳久 幸司¹藤本 直史¹、佐本 博²

1) 青山アール矯正歯科大阪

2) 青山アール矯正歯科

I. 目的：近年、マウスピース型矯正装置は難易度が高いと考えられてきた小白歯抜歯症例においても成功症例が報告されてきている。しかし、マウスピース単独での治療戦略は未だ検証段階であり、従来型の矯正装置を併用して治療するケースが多い。そこで我々がマウスピース矯正を補助する目的で開発した舌側犬歯牽引装置を併用して治療を行い、良好な結果を得られたので報告する。

II. 方法：上下顎前歯の叢生を主訴に来院した患者の上下顎右側第一小白歯を抜歯し、舌側犬歯牽引装置を使用して犬歯の遠心移動を行った。その後米国製のマウスピース型矯正装置を使用して空隙の閉鎖を行った。

III. 結果：マウスピース型矯正装置による抜歯部位の空隙閉鎖、良好な咬合関係を得ることができた。

IV 考察：重度叢生による抜歯を伴う矯正治療において、補助的な装置を併用することでマウスピース型矯正装置による治療の予測実現性が向上すると示唆された。

O-74

軽度歯周炎患者への歯周基本治療

浅香 美由紀¹

1) 河津歯科医院

I. 目的：軽度歯周炎患者に対し、口腔衛生指導、歯周基本治療、力のコントロールを行うことにより口腔内環境の改善と、患者のモチベーションを向上させ、それを維持すること。

II. 方法：患者の口腔内の資料をとり、時間をかけて状態の説明を行った。患者のモチベーションの向上と共に、口腔衛生指導、スケーリング、ルートプレーニングを行い、再評価を行った。

III. 結果：軽度歯周炎の改善とモチベーションの向上を確認することができた。

IV. 考察：今回、軽度歯周炎患者に対して歯周基本治療を行うことにより、状態の改善とモチベーションの向上を達成することができた。

歯の喪失原因の一つとしての歯周炎は、未だに日本人の約8割が罹患しており、重度歯周炎に移行し、抜歯に至るまでには必ず軽度歯周炎の過程がある。患者が歯科医院に来院した際には歯周基本検査を行い、歯周炎を早期発見し、基本治療を行うことはとても重要であると考えられる。

O-76

矯正治療を併用した場合における インプラント埋入位置の検討

谷山 隆一郎¹

1) 谷山歯科医院

欠損歯列においてインプラントが優れた治療方法の手段である事は疑う余地はない。しかしながら、欠損=インプラントという方程式は万能ではなく、様々な条件を満たす事により成立する。残存歯において、先天的に不適切な歯の位置や後天的に咬合関係の変化による歯の移動によってインプラントの埋入位置を苦慮し、やむなくブリッジや固定性義歯を選択する事も少なくない。また、残存歯の位置の問題を考慮する事なくインプラントの埋入を行えば術者、患者ともに後々大きなストレスを抱えることになる。この問題を回避するには、矯正歯科治療を併用して適切な位置に残存歯を移動し、環境を整えてからインプラントを埋入する事がいかに重要であるかが理解できる。

今回は中間歯欠損、遊離端欠損において矯正歯科治療を併用する事により欠損スペースの過不足をどのようにコントロールしていくのかについて考えてみたい。

学童期におけるスケルトン拡大装置の効果

保田 好隆¹

土持 朝清²

- 1) 保田矯正歯科
2) 土持歯科クリニック

I. 目的：学童期における咬合異常の原因の1つとして口呼吸があげられる。口呼吸を改善し鼻呼吸できるようにすることで、健やかな顎顔面の成長が期待できる場合も多いと考えている。そこで、口呼吸を有する児童2名に対してスケルトンタイプの拡大装置を用いて、緩徐拡大にて上顎を拡大した。それらの患者に対して、拡大前後にコンビームCTを撮影し気道の変化を観察したので報告する。

II. 方法：口呼吸と咬合異常が認められた学童期の患者に対してスケルトンタイプの拡大装置を用いて緩徐拡大にて治療を行った。拡大前および拡大後2か月時にコンビームCTを撮影し気道の体積の計測を行った。

III. 結果：スケルトンタイプの拡大装置を用いて上顎を拡大することで気道の拡大が認められ、術前に最も狭い断面積を呈して部位の面積の拡大が認められた。

IV. 結論：スケルトンタイプの拡大装置が口呼吸の改善に有効であることが示唆された。

チタンニオブ (TiNb) 合金を左側、MEAW を右側に用いて治療を行った開咬症例

白数 正義¹

白数 明義¹

- 1) 白数デンタルオフィス

I. 目的：開咬症例の矯正治療にはMEAW (Multiloop Edgewise Archwire) が効果的であることが知られている。チタンニオブ (TiNb) 合金ワイヤーは極めて大きい弾性変形能をもつにも関わらず自在に屈曲できるという特性がある。チタンニオブ (TiNb) 合金ワイヤーを用いることで水平ループを付与しなくてもMEAWと同等の治療効果を発揮できるのではないかと考えた。

II. 症例の概要：初診時年齢24歳の女性。主訴は前歯部の開咬。骨格性II. 級開咬と診断した。

III. 経過：左側にパーティカルループを付与したチタンニオブ (TiNb) 合金ワイヤー、右側にMEAWを用いた。両ワイヤーを正中部でレーザー溶接し、クリンバブルフックで補強したもので治療を行った。動的治療期間は8.5ヶ月であった。

IV. 考察および結論：左右側における治療の経過および結果に大きな有意差は見られなかった。口腔内の違和感の軽減や清掃性の向上などにおいてチタンニオブ (TiNb) 合金ワイヤーはMEAWに比べ患者さんに有益であると考えられた。

咬合異常をもつ小児にスケルトン型拡大装置を用いて対応した症例

江口 英利¹

保田 好隆¹

- 1) えぐち歯科医院

I. 目的：口呼吸と咬合異常を有する学童期の児童に対してスケルトンタイプの拡大装置を用いて治療を行った10名に対して、治療前後の変化について報告する。

II. 方法：口呼吸と咬合異常が認められた当院初診の患者のうちスケルトンタイプの拡大装置を用いて治療を行った10名について、初診時および拡大後に保護者へ聞き取りを行った。また拡大前後の模型を用いて予想されるアーチレングスディスクレパンシーを算出した。

III. 結果：保護者への聞き取りより口呼吸が減少していることが認められた。また、アーチレングスディスクレパンシー量の減少が認められた。

IV. 結論：スケルトンタイプの拡大装置を用いることで、アーチレングスディスクレパンシーの減少が認められた。また本装置が口呼吸の改善に有効であることが示唆された。

Esthetic treatment produced by communication ~満足度の高い審美をめざして~

秋山 博道¹

- 1) 医療法人社団アップル歯科クリニック

日々の臨床の中で、患者さんの審美的要求というものは多種多様であり、さらにそれぞれのケースにおいて満足度の高い治療結果が求められている。

満足度の高い審美治療を行うためには、高度な治療技術だけではなく、歯科医師、歯科技工士、患者とのコミュニケーションが非常に重要であり、お互いに共通認識を得る事が不可欠である。

そこで、今回は前歯部審美エリアのケースを通して、私が用いている共通認識を得るためのツールと、その活用方法について紹介したいと思う。

実際の臨床において、コミュニケーションから生み出される治療というものは、その成果や患者満足度に大きな差をつけることがわかった。

なお、コミュニケーションを通して相互により影響を与え合うことができれば、それぞれのレベルアップをさらに加速させる事ができると実感できた。

O-81

歯冠長延長術により歯肉ラインの不調和を改善させた一症例

中橋 佑介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、歯に対する患者の意識がますます高まり、審美的なことを主訴に来院する患者が多く、そのような審美的要求の高い患者を満足させるための知識と技術が求められてきている。特に前歯部に関しては、いずれの症例・手法であっても治療ゴールには機能的・構造的・生物学的要素に加えて高い審美性が要求される。

今回、上顎前歯部の不良補綴物、歯肉ラインの不調和を主訴に来院した患者に対して、初期治療をおこなったのちに、歯肉ラインの不調和を改善するために補綴前処置として歯冠長延長術を施術し、補綴処置にて審美障害を改善することで患者の満足を得られた一症例を報告する。

O-83

補綴処置におけるプロビジョナルレストレーションの重要性

土田 雅人¹南 清和¹

1) 医療法人 真和会 土田歯科医院

今日、前歯部の補綴処置において、補綴物と歯周組織をいかに生理的、及び審美的に調和させるための歯周組織のコントロールはもはや必須事項になってきている。そのためのプロビジョナルレストレーション（以下、プロビジョナル）の役割は非常に大きく、治療の成功を決定づけるといっても過言ではない。

また、治療のゴールを目指して行く上で、プロビジョナルでの診査、診断を踏まえ、口腔内に永続性の高い補綴処置を行うために、テクニシャンとの連携は非常に大切である。

今回、前歯部インプラント補綴を行う上でカスタムインプレッションコーピングを用い、プロビジョナルの重要性を再確認した一症例を報告する。

O-82

シェードテイキングにおけるデジタルカラーマネージメントの応用

鈴木 篤史¹

1) サクラ堂歯科医院

I. 目的：シェードテイキング時にチェアサイドで撮影した画像を、ラボサイドで色調を完全に再現するために、カラーマネージメントの手法を応用した。
II. 方法：チェアサイドの環境光とラボサイドの環境光を統一し、使用する全てのPCのモニタとプリンタのキャリブレーションを行い設定を一致させた。撮影時にはカメラのホワイトバランスを環境光に準じた設定を行い、JPEGではなくRAWデータで撮影した。また被写体とカラーチェッカーを同時に撮影し、モニタ上でRAWデータ画像の色調補正を行い現像した。画像を印刷し、PCと印刷物の双方で色調の確認を可能にした上で、補綴物の製作を行った。
III. 結果：今回の方法を行うことで、シェードテイキング時の情報がラボサイドでも高い次元で再現され、満足度の高い補綴物の製作に至った。
IV. 考察：デジタル機器をシェードテイキングに活用するためには、カラーマネージメントの手法がきわめて有用であると考えられる。

O-84

前歯部審美修復 ～フェイシャルカスプラインとの調和～

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

前歯部の補綴処置において、審美性の回復が重要であることはいうまでもない。そのためには顔貌・口唇との調和、正中線、切縁レベル、歯軸、歯肉レベル等の診査・診断が求められる。そして、診断用ワックスアップを作製することで、問題点を抽出し、治療のゴールをみすえることができるようになる。

今回の症例では、不良補綴物、乳歯の晩期残存、歯軸傾斜、切縁レベルの不調和等の問題をかかえていたため、インプラント、オールセラミックスクラウンによる補綴、歯の形態修正が必要となった。初期治療が終了し、インプラント埋入後に、審美性を評価するため、診断用ワックスアップを作製した。そして、プロビジョナルレストレーションを装着し、機能・審美を再評価し、修正を繰り返し、最終補綴物へと近づけた。最終補綴物を装着し、機能・審美ともに患者様の満足を得ることができたので、ここに報告したい。

O-85

Pediculated CT における インプラント治療の応用

蘇 東平¹

1) 光遙歯科医院

Achieving ideal esthetics in the maxillary anterior zone is always a great challenge. After tooth loss, the bone resorption occurs. There are a lot of ways to re-establish bone volume, yet we also need to improve soft tissue esthetics. Cases will be used to demonstrate the

O-87

サイナスリフトにおけるリスク回避の重要性

虻江 勝¹

1) みさと歯科

近年、歯科用 CT の普及と共に上顎臼歯部にサイナスリフトを併用したインプラント埋入手術が普及している。しかし、上顎洞の形態や後上歯槽動脈の走行は様々であることから、骨切削に時間を要したり粘膜や動脈の損傷を招くことも少なくはない。このようなリスクを回避するために本症例では CT でのシミュレーションに加え、以下の3つの手法を取り入れた。骨モデルでの確認、超音波骨切削機器、同軸ライト付き拡大鏡の使用である。これにより、事前に上顎洞の形態と切削する骨の厚さ、後上歯槽動脈の走行が正確に把握でき、理想的な骨切削部を決定することができた。そして、ソフトに骨切削ができただけでなく、骨切削時あるいは粘膜剥離時には洞底粘膜の状態が確認でき、盲目的な手術を回避できた。このことから、サイナスリフトにおいてリスクを回避した安全で低侵襲な手法は重要であると考えられた。皆様のご意見を頂ければ幸いです。

O-86

上顎臼歯部インプラント治療を行い インプラント周囲炎について考えた一症例

宮崎 裕基¹

1) 左京山歯科クリニック

今回提示いたします症例は10年前に抜歯を行い、その後は欠損部を放置し骨量が少なくなった状態でソケットリフトを行いインプラントの埋入を行った症例です。骨量が少ない状態での埋入でどうしても歯冠が長くなり清掃性が悪くなると考えたため、できる限り上部構造の清掃性を考慮しインプラント周囲炎を引き起こさない努力を行いました。当院でも他の医院でインプラント治療を行ったがインプラント周囲炎でフィクスチャーの撤去を余儀なく行った症例が数例あります。インプラント治療の予後をいかに長く安定的に保つかはインプラント周囲炎を予防する事が大きな鍵となってくると考えます。

今回の自分の上顎のインプラント治療を通してインプラント周囲炎についても考察したいと思います。

O-88

歯科における低出力超音波パルス療法 (LIPUS) —その臨床と検証—

吉野 晃¹河原 優一郎²、渋谷 辰之進¹、有田 幸代¹、佐竹 一貴¹1) 吉野デンタルクリニック
2) 河原歯科医院

I. 目的：超音波骨折治療法（以下、LIPUS）とはパルス化した微弱な超音波刺激を非侵襲的に生体外から対象骨に照射することで骨折の治癒促進と治療期間を短縮するための技術として医科・整形外科で多く用いられる物理刺激療法の一つである。歯科領域においては、2004年にLIPUSがインプラント治療における治癒促進、治療期間の短縮に有効であることが報告され、現在の臨床普及に至っている。

II. 方法：横瀬らは、骨細胞に注目しLIPUSがメカニカルストレスとして生体に作用することを示唆しているが、LIPUSが生体で効果を発揮する機序は未だ明らかでない部分も多い。現在報告されているLIPUSの基礎的側面を改めて検証するとともに、臨床結果から、その使用法、効果を再考する必要がある。

III. 考察および結論：今回、LIPUSをインプラント治療に応用し若干の知見を得たので骨代謝学の視点から検証し報告する。

O-89

マイクロ波による露出チタンアバットメント窒化処理と審美回復に関する研究

戸渡 孝一郎¹

1) 医療法人信成会戸渡歯科診療所

インプラント手術では、フィクスチャーの埋入部位及び角度によってチタンアバットメントの金属色が薄い歯槽歯肉を透過して審美的な問題を起こす場合がある。特にインプラント長期症例においては歯肉退縮によりアバットメントの露出による審美障害が起こっている。従来、これらの問題を改善するためにチタンアバットメントの製作時に陽極酸化処理や窒化処理により着色したり、ジルコニヤアバットメントが使用されてきた。現在使用されている窒化装置は、プラズマ法、ガス窒化法など大型で高価な装置のため治療現場での導入が難しい。今回使用したマイクロ波はこれらの方法と比較すると、豊富にある空気中の窒素を窒素源として使用し真空での雰囲気調整を必要としないので簡単に小型化され、小規模技工所や歯科治療室でも30分ぐらいの待ち時間で窒化が完了し患者に満足を与えられる。

O-91

根拠に基づくコンポジットレジン修復

高津 充雄¹

1) カツベ歯科クリニック

歯科における二大疾患は齲蝕と歯周病である。その、歯科における最重要疾患のひとつである齲蝕の治療について、MI (Minimal Intervention) の理念を基盤として科学的根拠に基づいたコンポジットレジン修復を行っているか、基本に立ち返り、再検討したい。

特に、コンポジットレジン修復を行うにあたり、齲蝕をどこまで削るのかがまず大切であり、齲蝕検知液の使用法、着色象牙質の除去についてエビデンスを確認していき、臼歯部修復においてコンポジットレジン修復とメタルインレー修復との臨床成績の違いも検討していく。

さらに、歯に調和した形態を与えるために探針を使用した充填方法を、抜去歯牙を用いて解説し、実際に基本手技を確認しながら治療を行った症例を報告する。

O-90

スマイルラインを考慮した前歯部修復

吉見 二郎¹

1) ミナミ歯科クリニック

近年、歯科に求められる患者様のニーズが多様化しており、それにともなって、様々な治療プランを考えなければならなくなった。審美領域である、上顎前歯部の治療において、スマイルラインを考慮した処置は必須である。今回発表する症例は、上顎前歯部が歯周病と咬合の問題によりフレアアウトしており、スマイルラインの不調和が認められる。術前の診査・診断によって矯正治療が必要と診断されたが、患者様に受け入れてもらえなかった。そのため、歯周治療後にスマイルラインを考慮した補綴処置を行った。歯科医師、歯科技工士、歯科衛生士が三位一体となった症例を報告したい。

O-92

コンポジットレジンを用いた審美的改善への考察

飯田 真也¹

1) いいだ歯科医院

「審美」という概念はいまや歯科治療においてなくてはならない要素の一つであろう。コンポジットレジン治療においても例外ではなく、より審美的な充填が求められるようになってきた。材料の進歩に伴いコンポジットレジンには多種多様なシェードがあり、それらを駆使すれば患者の審美ニーズに答えることも可能である。しかしながら、その術後の仕上がりには術者によって大きな違いの起こりうるセンシティブな治療法でもある。私の考えるコンポジットレジン治療を審美的に成功させるために重要なポイントは色調再現と形態付与であり、その善し悪しこそが審美的な結果に大きく影響すると考えている。

前年度は私のコンポジットレジン臨床について主にその適応症を中心に発表を行ったが、今回はより細かな手技、前述の色調再現と形態付与についての工夫していることについて述べたいと思う。

湾曲根管に対する有効な 根管内壁拡大・形成法

小黒 一郎¹

平井 順²

- 1) おぐろ歯科医院
2) 平井歯科

湾曲根管の根管拡大・形成を行うために、リーマー・ファイルを回転操作すると、根管によって曲げられた器具が元の形に戻ろうとするため、形成される根管が直線化を起し、オリジナルの根管系から逸脱してしまいます。J字状の湾曲根管で根管偏位が発生すると、根尖から湾曲点までの内湾側根管壁に感染源が残り、難治性疾患に移行することがあります。

しかし、性質の異なる2種類のKファイル（柔軟性のあるKファイルと剛性の強いKファイル）を併用し、前者のKファイルをねじれを与えてかき上げる、そして後者のKファイルをしならせて根管内壁をかき上げるという独特のファイル操作法が、日常の臨床で最もよく遭遇するJ字状の湾曲根管において、根管偏位を抑えた根管拡大・形成することを可能にします。当日は、そのメカニズムと、この操作法で湾曲根管を根管拡大・形成する場合の臨床手技と注意点についてご説明したいと思います。

長期に及ぶ咀嚼障害を呈していたシングルデンチャー患者に対する有床義歯補綴治療

高村 昌明¹

白石 康博¹、赤田 尚久¹、岩崎 貢士¹、中島 享¹、秋山 浩教¹、橋本 真¹、菊地 龍介¹、土田 将広¹、篠塚 光久¹、上濱 正¹

- 1) 先端口腔機能研究所

有床義歯治療に際し、片顎総義歯いわゆるシングルデンチャーにおける治療は対顎が有歯顎であることから治療そのものが簡単であると安易に考えられていることがある。しかし、対顎の歯列の咬合平面や歯の位置、形態などによっては咬合バランスを保つことが困難となり、特に下顎では非常に難しい症例となりやすい。さらに、超高齢化社会に伴い外出する機会の多い高齢者が増加していることでQOLの向上には機能のみならず審美的要素もより重要な課題となってきている。

今回、不適切な義歯を長期に渡り装着したことにより下顎顎堤の吸収状態に左右差が認められるシングルデンチャー装着患者に対し、治療用義歯を用いてリハビリ、トレーニングを行った。これにより旧義歯の情報をリセットし口腔機能および審美的性の改善を図った。機能と審美的性の改善を確認後、治療用義歯の情報を再現した最終義歯を装着し、良好な結果が得られた症例について報告する。

難治性根尖性歯周炎のエンド

久野木 克典¹

山口 麻美¹

- 1) 久野木歯科クリニック

近年、歯内療法における治療器具や薬剤の進歩により以前では抜歯となった歯も保存可能になってきている。歯内療法分野における医療技術の進歩は目覚ましく、難治性と診断された根尖性歯周炎の治療成績を飛躍的に向上させている。今回我々は他院で長期にわたり根管治療を繰り返し受けるも症状が改善しない下顎小白歯の根尖性歯周炎に対してCT撮影を行い、手術用顕微鏡下で歯科用レーザーを使用して根管治療を行い良好な経過を得た症例を報告する。もう一つの症例においても同様に他院で保存困難とされた歯性上顎洞炎を続発している上顎小白歯の根尖性歯周炎に対して外科的歯内療法を行い良好な経過を得た症例を報告する。

術前、術中に患歯をCT撮影することにより根管の詳細な解剖学的形態やその周囲の歯槽骨の欠損形態を正確に把握できるようになり、それらの情報を基に手術用顕微鏡下で治療を行うことは確実性の高い処置を行うために有効であった。

長期経過したフルデンチャーの咬合とリベース症例

天野 晃¹

- 1) 天野歯科医院

私はフルデンチャーを作る際には、現在患者様が使用している義歯を改変して治療用義歯にしていきます。機能する床縁形態を持ち、なおかつ適切な咬合の三要素（咬合平面、咬合高径、中心位咬合）を兼ね備えたものへと治療用義歯を完成させていきます。時間をかけて慣らされた治療用義歯をもとにしてフルデンチャーを作製しています。

15年前に装着した上下顎フルデンチャーの患者様が10数年ぶりに来院しました。「義歯が不安定になったので診てほしい。」とのこと。自ら手掛けたフルデンチャーを咬合面の修正と共に改床した症例を報告します。

O-97

上顎全部床義歯においてブラッシングテクニックを用いた一症例

前沢 宙¹南 清和¹

1) ミナミ歯科クリニック

歯科医療従事者であるわれわれ歯科医師にとって、総義歯製作は非常に難易度の高いものの1つと考えられる。

総義歯の構成要素は外形・スペース・上下顎の位置からなり、それらの高い精度が口腔機能の向上には必須である。それらを得るために、患者は多数抜歯し大きな義歯に移行するといった口腔内の劇的な変化に対応できず、戸惑うことが多いと考えられる。

そこで今回義歯の床縁を少しずつ大きくし、適切な咬合高径・咬合および顎運動・審美面などの回復、また骨形態修正のための外科処置をおこない治療用義歯より試行錯誤し、そののちに最終義歯へと移行し患者の満足の得られた一症例を報告したい。

O-99

無歯顎の閉塞型睡眠時無呼吸症候群患者への歯科的対応

遠藤 義樹¹

1) よしき歯科クリニック

I. 目的:

睡眠時無呼吸症候群の9割以上を占める閉塞型(Obstructive Sleep Apnea-Hypopnea Syndrome, 以下OSAHS)において、その治療法の一つとして口腔内装置(Oral Appliance, 以下OA)の装着が高い評価を受けているが、無歯顎患者での報告は少ない。今回、無歯顎のOSAHS患者におけるOA治療例から、その歯科的対応に関して考察したので報告する。

II. 方法:

対象は、終夜睡眠ポリグラフ検査(polysomnography, 以下PSG)の結果、専門医によりOSAHSの診断を受けてOA装着を依頼された無歯顎患者とした。新義歯ならびにOA装着後にPSGにより評価し、無呼吸・低呼吸指数(Apnea Hypopnea Index, 以下AHI)を術前後で比較・検討を加えた。

III. 結果と考察:

新義歯を装着した状態でのAHIは減少傾向にあるが、患者によっては変化を認めない者もいた。新義歯上にOAを装着すると、すべての患者でAHIの減少を認めた。総義歯患者においてもOA装着が有効であることが示唆された。

O-98

ゴシックアーチとワックスバイトによる咬合採得の再現性についての検証

山崎 史晃¹

1) やまざき歯科医院

患者満足度の高い全部床義歯を作製するために、もっとも大切な要因は上下の顎関係である。しかし、一般に日常臨床で行われている咬合採得法は、ワックスバイトであり、ゴシックアーチ法で行われる症例は、残念ながら少ない。今回、ワックスバイトとゴシックアーチの再現性について検証を行った。

I. 方法: 同一患者に、ワックスバイト並びにゴシックアーチにて2回づつ咬合採得を行い、その差異を比較した。

II. 結果: ワックスバイトは、ゴシックアーチに比べ、エラーが多く再現性が低いことが分かった。この結果から、再現性が劣る咬合採得に、歯科技工士がいくら良い材料でレベルの高い仕事を行っても患者満足度の高い義歯を作製することはできない。患者満足度の高い全部床義歯を作製するためには、ゴシックアーチによる咬合採得を行うか、完成後に、リマウントし咬合調整を行い、咬合採得時の誤差を修正する必要があると考えられる。

O-100

片側がみ、奥がみと前がみ

石幡 伸雄¹石幡 一樹¹

1) いしはた歯科クリニック

I. 目的:

顎口腔系に有害な物のかみ方は、かみ癖の固定化による「片側がみ」や「奥がみ」があった。今回、中高年のインタクトな歯列保持者で、症状の有無の比較検討により、かみ癖の固定化し難い物のかみ方の存在の調査。

II. インタクトな歯列保持者及び方法:

調査対象は、無症状群(A群、13名)、有症状群(B群、17名)とした。

方法: 1. B群の症状とかみ癖側、2. 空口時にかんだ顎位、3. 左右側方運動、4. 臼歯部の咬耗等の診査を行った。

III. 結果:

1. B群の症状側とかみ癖側は一致。2. A群は前方位での下顎保持が12名、B群は17名全員が咬頭嵌合位で保持。3. 左右側への大きな側方運動をA群では全員、B群ではほぼ不能。4. A群はほぼ均等な咬耗、B群は7番の咬耗が多かった。

IV. 考察・結論

下顎頭の運動が良い人は、下顎の制御が上手く、かみ癖が固定化し難いもののかみ方をすることが示された。

O-101

発達期の早期咬合治療 —Ⅱ級不正咬合、ローバーティカル症例に対するアプローチ—

宮崎 功一¹

1) 秦泉寺歯科医院

ヒトは出生時、鼻でしか呼吸できない。しかしながら、現代日本人はかなりの割合で口呼吸を有している。そして、実に成人のおよそ9割は低位舌である。低位舌は、口呼吸のはじまりとも考えられ、正常な顎口腔機能の成長を妨げる。正常嚥下と鼻呼吸が顎口腔機能の健やかな成長の必要条件であるが、多くの患者がMFTからドロップアウトしてしまうのが現状ではないだろうか。今回、姿勢の不正と咬合の不調和を有するⅡ級不正咬合患者に対し、矯正学的手法を用いて分析した結果、咬合高径の不足と狭窄歯列弓の傾向があり、これらに起因する咬合の異常が姿勢に関わっているのではないかと考え、乳歯列に対し積極的にアプローチしたところ短期間で著しい姿勢の改善が得られた。成長不足の原因と考えられる態癖と低位舌に対し、当院でおこなったオーバーレイを用いた治療法の経過と低位舌治療を含めた今後の展望について報告する。

O-103

有歯顎者の咬合高径について CT画像から得られた所見

高久 勝太郎¹

1) 鳩ヶ谷歯科医院

咬合高径の解剖学的な評価方法としてセファロ分析法がある。

今回、歯科矯正治療等を希望する有歯顎者(N=60)の頭蓋CT画像により、咬合高径(N-Me)に関する三次元セファロ分析を行った。

Nを基点とするPo-Orに平行な線をX軸、それに上下的、前後的に直交する線をY軸、Z軸、としたときのMeの位置は、N-Xi-Meのなす角とX軸とN-Meのなす角が等しくなる位置にもっとも多く存在することがわかった。

また、Meのその位置における顔貌所見は、VTOの評価により、他の位置と比較して好ましい状態となることが明らかになった。

以上のことから、三次元セファロ分析によるこの計測基準は、咬合高径を評価する際の新たな指標になると同時に、矯正ならびに美容歯科分野においても大変重要な要素となることが示唆された。

O-102

Crown Contour の臨床研究 ～MMP パーティカルガイドラインの観察～

遠山 敏成¹

1) 医療法人社団スターティス マイスター春日歯科クリニック

歯科治療における成功のカギは「炎症」と「力」のコントロールである。

また、補綴治療を行う上で留意すべき点は生体の自然な動きを妨げない事であり、生体の動きに調和する補綴物の製作をする事である。

口腔筋機能に適応し、咀嚼運動をスムーズに行う事の出来る補綴物の重要な要件の中に、Crown Contour (歯冠形態) が挙げられ、その設定には多くの基準が用いられている。その一つに桑田正博氏が提唱する「MMP パーティカルガイドライン」がある。これは、上下顎臼歯の歯頸最大豊隆部を結んだラインから Crown Contour は越えないとするものであるが、生体には許容範囲があるものと考えらる。

今回の臨床研究では、無作為に選んだ上下顎臼歯の Crown Contour (輪郭) の破壊されていない天然歯において、「MMP パーティカルガイドライン」を越えている歯と越えていない歯の歯肉退縮の有無を調査し、また、越えた長さを計測しその関係性について検証した。

O-104

患者固有の 4inch 球面を付与する 診断用 Wax up 法

堀 洋一¹

1) 医) 誠心ほりデンタルクリニックホワイトエッセンス

一般に知られている咬合様式は、① Group functioned occlusion ② Full balanced occlusion ③ Mutually protected occlusion があげられます。修復治療を成功させる為には、適切な歯周治療、歯内治療を終えた患者に、適合の良い補綴物と生理的に調和のとれたオクルージョンを与えることが重要と考えられます。修復治療を進めていくには、その設計図にあたる Diagnostic wax up で指針をたてるのが肝要です。1962年にアメリカで Porcelain fused metal (陶材焼き付け冠) を開発し、世界中にPFMを広げ、近代歯科治療の最前線を歩んでこられた桑田正博先生が唱えられる咬合様式である、Dr. スカイラーらの Group functioned occlusion を進化させ、生理的に調和のとれた FDO (Functionally discluded occlusion) を、桑田正博先生に学びました。今回、桑田正博先生に学んだ患者固有の 4inch 球面を付与する Diagnostic wax up について報告させていただきます。

O-105

舌側矯正後にウツ症状の発症を見た症例 一側方頭部 X 線規格写真の分析

清水 敦¹

1) 清水歯科医院顎咬合研究所

I. 目的：精神神経系と咬合との関連にはまだわからない部分が多くある。また、身体表現性の不定愁訴として表れる場合も見られるという。今般、矯正術後にウツ症状とともに、各種不定愁訴を抱えた患者の診療を担当し、前医のセファロ X 線写真との比較分析をすることができたので報告する。

II. 方法：X 線写真は前医の術前後と当院来院時との比較分析をおこなった。

III. 結果：1) S 点前方部、蝶形骨の沈下。2) 上顎骨前方部の下方への変位。さらに、後方部 PNS は術後上方への変位も、来院時は下方へ変位していた。3) 下顎骨は、わずかな後下方への変化から後方への変位。4) 舌骨は前上方への変位から、来院時に後方へ変位。5) 舌の挙上不良、等の変化を認めた。

IV. 考察：下顎骨及び舌骨の引き込みと咬合のずれが重なり、不安定な状態となり、上顎への咬合圧の不足、さらには頭蓋底部への機能圧の不足へと至ったのであろうことが推測された。

O-107

Direct Composite を用いた 審美修復の一症例

金澤 尚義¹

1) ブリエデンタルクリニック

近年 Direct Composite 修復を多用する時代になってきた。

セミナーを受講したりした事で以前に比べて MI を理解し自分のクリニックでも臨床への利用が多くなった。

また近年の金属の高騰や CR の予知性も認知され歯科会全体に浸透しつつあると感じる。

今回患者は、失活歯の変色と天然歯の白濁を主訴に来院された。今までであれば生活歯の白濁という主訴に対してどうアプローチしてたであろうか？

様々な考えの中から白濁に対して Direct Composite を選択し、変色歯に対してはオールセラミックスクラウンを用いて 4 前歯の修復治療を行った。MI と補綴修復それに対するラボコミュニケーションを提示し皆様に御教授いただきたい。

O-106

MTM により対応した 若年者の上顎前歯欠損症例

松井 雅俊¹

1) 松井歯科クリニック

歯牙欠損に対し加療する場合は、ブリッジ、義歯、インプラントあるいは歯牙移植による補綴治療が考えられます。

しかし、今回ご供覧頂く若年者で上顎前歯欠損を伴う審美障害を訴える症例に対しては、その代償の大きさからいずれの方法も選択に躊躇せざるを得ませんでした。

幸いな事に、上顎前歯正中部に過剰歯が存在したため、これに MTM を応用し歯列の連続性の確保、アンテリアガイダンスの確立、審美性の回復等を目的として加療しました。患者さんやその家族には感謝されましたが、矯正を応用しなければ成立しない治療法であります。

マルチディシプリナリーアプローチであろうが、インターディシプリナリーアプローチであろうが、GP にとって矯正治療をルーティンワークとする有用性を感じましたので、ご報告したいと思います。

ご意見、ご指導を頂けますと幸いです。

O-108

顎顔面矯正の効果

堀口 靖史¹

1) 堀口歯科医院

不正咬合の予防は、かかりつけ歯科医としての立場として、機能の異常をなるべく早期にみつけだし、修正し、本来の正しい成長発育のカーブにのせる事が大事である。

哺乳、離乳の失敗等で乳児期での機能獲得がうまくいかない結果、形態として上顎骨の劣成長が生じる事が多いと考えられる。

早期に上顎骨の劣成長を修正出来れば、機能と形態の悪循環をふせぎ、不正咬合を予防出来ると思われる。具体的に、効果のある術式として、上顎骨の劣成長を顎顔面矯正の手段を用いて、早期に改善し、呼吸機能の改善を図り、その事で鼻呼吸できる環境を作る事が、機能の獲得、筋機能、舌位の改善、につながる。今回は、不正咬合を予防する為に、急速拡大装置を用いて、鼻上顎複合体の縫合部を離開させ、口呼吸の改善を図った症例を提示する。

O-109

純金の人工歯根の開発と歯科と整形外科インプラントの致命的欠陥について

西原 克成¹手島 通雄²

- 1) 西原歯科口腔外科診療所
- 2) 手嶋歯科クリニック

著者らが釘植型の人工歯根を実用化してすでに久しいが、この度純金の人工歯根を開発したので報告する。15年前に植立したこれらの予後、アパタイトやチタンのそれらと比較して純金製が極めて良好だったためである。今日の骨癒着型のインプラントは、植立周囲骨の鉍物質（硬組織）が反復荷重下でリモデリング出来ないために、生きながら脱灰して結合組織のみとなる。臨床例で歯肉を剥離手術にて観察すると、植立周囲骨は完全に脱灰し細菌感染しており、局所麻酔が無効である。成犬に同タイプを植立しX線にて観察し、晒し骨にして比較すると滝壺状の骨欠損が見られるが、X線では明らかではない。骨の実質欠損とX線所見の不一致を調べるために狐の顎骨の脱灰と非脱灰標本のX-Pを比較し、これを検証した。骨癒着型の剛対剛の結合様式は、機械工学理論では80年前に完全に否定されており、現実社会で実施しているのは歯科と整形外科（医業界）のみである。

O-111

ブラキシズムに対してのボツリヌストキシンの応用

岡田 和子¹

- 1) 医療法人 祐歯会 新武雄あおぞら歯科クリニック

(緒言)

美容業界では、咬筋肥大の審美的改善を目的にボツリヌストキシンが一般的に用いられている。

ボツリヌストキシンは医科では、整形外科領域における痙性斜頸、脳神経外科領域における上・下肢痙縮、眼科領域における眼瞼痙攣などで保険診療の項目にも入り、近年その存在感を増している。

歯科ではボツリヌストキシン治療は従来用いられてこなかったが、我々はブラキシズム治療の一つの選択肢として、ボツリヌストキシンの有用性を検討したいと考えている。

(検討項目)

- ・薬理学的な作用機序の整理
- ・筋電図における咬筋出力変化の評価が可能かどうか
- ・被験者へのアンケート調査

未だ評価法を模索している段階ではあるが、皆様にもご意見賜りたい。

O-110

TCH (Tooth Contacting Habit) の現状を考察する

櫻井 善明¹林 智恵子¹

- 1) ネクスト・デンタル

I. 目的:

近年、顎顔面領域の不定愁訴やトラブルにおいて、Tooth Contacting Habit (上下歯列接触癖、以下 TCH と略す) が関与していると言われるようになってきた。そこで、我々は TCH を有すると思われる患者に対し、統計学的アプローチを行い、今後の歯科臨床に役立てていきたいと考えた。

II. 方法:

TCH に関連した診査記入用紙、質問票などを用意し、9 医院にて昨年 7 月から今年 2 月までの約半年間、TCH を有するとみられる約 160 名の患者に対し口腔内診査およびアンケートを実施し、統計学的処理を行った。

III. 結果:

特徴的な口腔内所見のほか、睡眠時ブラキシズムや仕事、趣味など日常生活におけるいくつかの項目で関連性がある事が解った。

IV. 考察および結論:

TCH の是正により顎顔面領域のさまざまな不定愁訴や痛みの改善に関与するとも言われている。今回の研究で口腔内診査や医療面接などから TCH 是正に必要な重要なヒントが得られたので報告したいと思う。

O-112

一般歯科における健康長寿～当院の取り組み、小児から高齢者まで～

中山 浩之¹

- 1) 公園前中山歯科

歯科臨床の目的は、正しい口腔機能を獲得し QOL の維持向上や健康長寿を目指すことにある。一般歯科臨床医は、審美性・機能性・永続性などの Clinical Guideline (臨床的指標) を追求するために・歯内・歯周・矯正・インプラント・補綴など、全ての分野の知識と技術のある一定レベル以上に習得し治療してきた。また治療終了後を予防メンテナンスのスタートとして定期健診を欠かさず行っている。しかしながら、それだけでは真の意味での歯科臨床の目的は達成されにくい。歯科の分野は、人が健康に生きていく上で必要不可欠な『食べる・寝る・動く』ことに密接に関連し、一歯単位から一口腔単位へ、そして一全身単位から一生涯単位へと視野を拡げた歯科臨床が求められて来ている。今回は、QOL の維持向上や健康長寿と歯科の関連を整理し、スタートしたばかりであるが当院の取り組みを発表したい。

O-113

上顎中切歯審美修復において支台歯形成量から修復マテリアルを考慮した一症例

福山 房之助¹

1) 福山デンタルクリニック

前歯部の歯冠修復を行うにあたり、特に形態や色調などの審美的な要因が求められる。その製作には、歯科技工士が機能的かつ審美的な形態を与えるのであるが、歯科医師は歯冠修復物の作製に必要な削除量を支台歯形成として与えなければならない。

しかし、日本人の上顎中切歯はコーカソイドに比べ小さいのは言うまでもなく、特にセラミックマテリアルをもちいた歯冠修復においては、その強度および形態や色調などの審美的要因を考慮する必要があり、そのためには十分な形成量をとらなければ満足いく修復をおこなうことは難しくなる。

そこで今回、十分な形成量を得るにはいくつかの規制がある上顎中切歯において、マテリアルセクションやプレパレーションを工夫することにより審美的に良好な修復物を得ることができたので報告する。

O-115

補綴形態がもたらす歯周組織への影響について

越智 信行¹

1) 医療法人蓮華友愛会 れんげクリニック

補綴物周囲の歯肉の炎症の原因について幾つか考えられる。

補綴物の形態、マージンの設定位置、適合精度、材料、補綴設計、歯肉の性状、プラークコントロール、生活習慣等、歯周組織に影響を与える因子は様々である。

咬合力と細菌による炎症のコントロールを行い易い環境を付与するためにはどのような項目について留意しなければならないのだろうか。

今回、前医によってなされた補綴形態、補綴設計を見直し、診査・診断し、コンサルテーションを行った上で患者様の主訴を含め総合的に治療計画立案し、治療介入した一症例を提示し、補綴物が歯周組織に与える影響について考察したい。

O-114

歯周病の基本治療におけるコラーゲン・亜鉛配合ゼリー摂取の効果 -無作為化プラセボ対照比較試験-

仲筋 宣子¹仲筋 耕作¹、北澤 高志²、南 清和¹1) 麻布なかすじデンタルクリニック
2) 株式会社ファンケル総合研究所学術研究室

昨年の本学会学術大会にて、歯周病の再発と寛解を繰り返す患者に、治療とともにコラーゲン・亜鉛配合ゼリーを摂取させたことで、繰り返していた症状の改善と効果実感が得られたケースを報告した。

この経験から、歯周病治療における標題のサプリメントの併用効果を検証するために、プラセボを対象とした無作為化並行群間比較試験を行い、治療前と治療後および治療後観察期における調査項目について観察した。

結果として、治療終了時に減少していたプロービング時の出血率が、治療後観察期においてプラセボ摂取群は有意に増加したのに対し、サプリメント摂取群では維持されていた。

このことから、本サプリメントの摂取が、歯周病治療後のメンテナンス中における再発のリスクを減少させることが示唆された。

O-116

残根を利用した補綴治療の長期経過

輿石 大介¹

1) 輿石歯科医院

残根は一般的に抜歯される頻度が高いが、もし保存することが可能であれば補綴設計をより有利な条件で行うことができる。

残根が抜歯される理由は、劣化の程度が不明であり保存できたとしても予知性に乏しいこと、補綴を行う上で補綴前処置が煩雑なことなどが考えられる。さらに、健全歯質が連結の場合には8mm、単独の場合などには10mmを保存の限界とし、これに関連して歯冠/歯根比も考慮しなくてはならない。

概念的に残根と言った場合、歯冠部歯質が全て歪状になくなったものから一部残存したものまでを指し、非常に曖昧で残根に対する明確な定義や分類は見当たらない。しかし補綴物の長期予後考えた際、歯肉縁上残存歯質はフェルル・エフェクトの観点からも重要になると思われる。そこで、残根に関する文献的考察を加えながら、当院における残根を取り入れた補綴治療の長期経過を報告したい。

O-117

前歯部補綴修復処置への取り組み

河島 紘太郎¹

1) ごこちデンタルクリニック

近年の各種 CAM/CAM システム、ジルコニアやセラミックなどのマテリアルの技術革新には目を見張るものがあり、より高い審美性を求める患者さんにも、可及的に天然歯に近似する補綴物を提供することが可能となりつつある。しかしながら、根管治療、歯周治療、支台築造、支台歯形成、印象採得、など基本的な処置を怠れば、如何に綺麗な補綴物を装着したとしても砂上の楼閣となりかねない。加えて審美部位であるがためシビアに歯頸ラインの整合性を得るためには、トゥースポジションを変更するための部分矯正や各種歯周形成外科も必要となることがある。また補綴物と歯肉との調和も求められ、プロビジョナルレストレーション、最終補綴物に与えるカントゥアにも十分に配慮しなければならない。今回、当院における前歯部補綴修復治療における取り組みを提示させて頂き、各ステップにおける留意点について考察してみたいと思う。

O-119

咬合状態を考慮し MTA を用いて歯牙の保存を考えた症例

加藤 泰二¹

1) だいき歯科クリニック

歯牙の永続性を考えると歯列および咬合状態を考慮しなければならず、歯列矯正を含む修復となればすべての患者が受け入れてくれるとは限らない。

しかしこれに対して、咬合崩壊が認められず現状で安定していると考えられる患者においては、現状の持ち合わせている咬合をできるだけ保存し修復処置を行う必要性も考えなければならない。

そこで、その様な患者において、保存不可能と考えられた歯牙に対してインプラントやブリッジではなく、MTA を用いることにより歯牙を保存し良好に経過している症例をいくつか呈示することによって MTA の有用性が見いだせたので報告したい。

O-118

補綴前処置の重要性について

芳野 博¹南 清和¹

1) ミナミ歯科クリニック

日々の臨床において、補綴物が永続的に口腔内で維持安定し、生体と調和する為には補綴治療を前提とした歯周治療、矯正歯科治療、咬合治療が重要である。

とりわけ、前歯部に関しては審美性も要求される為、処置の複雑さも増す。

今回は、不良補綴物や二次カリエスが原因で臼歯の咬頭嵌合位が不安定で、前歯に対してのオーバーロードによりフレアアウトを起こしてしまった症例に、前歯部を含め咬合再構成をし、安定が得られた症例を通して補綴前処置の重要性についての考察を交えて報告したい。

O-120

咬合機能困難加算＋大誤算

石崎 晴彦¹

1) 石崎歯科医院

歯科臨床を行い9年目になる。

日本顎咬合学会で発表させて頂くのは今回で5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。今回発表させて頂いた症例は、インプラント治療を希望し色々な病院を巡りインプラントの料金を調査しているという名目で来院された。しかし私には「金額」ではなく自分に合った病院を探しているように感じた。色々な経緯を経て当院で治療を希望されることになったが治療開始までに1年弱かかった。また治療期間も約1年であり、インプラント治療は一切行わず、義歯による治療を選択された一症例である。治療方法としては多くの選択肢があるが患者さんは何を信頼し、どのような治療方法を選択するかは、担当の先生のコンサルテーションに由来するものであることを改めて痛感させられ勉強させていただいた症例である。

O-121

咬合機能困難加算十大誤算②

宮田 匡人¹

1) 宮田歯科医院

気づいたら歯科臨床8年目に入り日本顎咬合学会での発表も4度目である。一般講演での発表が梅雨明けにも感じるようになってきた。

現在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、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崩壊した2級2類咬合である。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。何よりも苦労したのは激しいブラキシズムであった事だ。治療終了後患者さんは何でも噛めると喜んで頂いた。

しかし予知性の高い治療かと考えるとブラキシズムに悩まさせられ2級2類の難しさを知る症例となった。

今回顎位の修正を行い咬合再構成を行ったが予知性というところで考えさせられる。未熟ではあるが私の日々の臨床での取り組みを述べさせていただき、御指導、ご鞭撻いただければ幸いです。

O-123

咬合機能困難加算十大誤算④

松村 圭一朗¹

1) すずき歯科クリニック、グリーンクラブ

日常診療のすべて症例で、アイディアルトリートメント（矯正・インプラントを含む自費治療など）となるわけではないだろう。費用や時間的なことだけでなく、患者さんの生活背景や治療への希望などを考慮し、相談して治療計画を決定していくことは現在では当然のことである。そのため、個々のリスクを患者さんといかに共有し、メンテナンスを継続し、また不具合が出た箇所についてどうリカバーしていくかを治療計画の段階でよく考える必要がある。

今回の症例は、反省すべき点が多い。資料不備だけでなく治療の進め方についても疑問が残る点があるが、今回は包み隠さず発表し、一から考え直すことをテーマにしたい。まさに日々の臨床における内容を供覧し、厳しいアドバイスを頂ければ幸いです。

O-122

咬合機能困難加算十大誤算③

宮地 浩徳¹

1) ゆら歯科クリニック

臨床を行い3年目になります。歯牙の喪失を伴い咬合崩壊を起こした症例を日常臨床で目にする機会が増えてきました。

今回発表させて頂くのは、白歯部欠損によるパーティカルストップを失い、ブラキシズムにより残存歯の咬耗、歯牙の喪失による顎位の変位を起こしており、咬合崩壊に至っている症例です。

普段は一歯単位の治療を行っており、咬合崩壊をしている全顎的な治療は初めてです。診査、診断、治療計画、そして手技ともに未熟ですが、これからの臨床のために勉強させていただきたいと思いません。よろしくお願ひします。

O-124

All-on-4 の失敗症例

徳富 亘¹

1) 徳富歯科医院

インプラントが様々なに応用されるようになってくるが、その中でも特色ある治療法の一つに Dr. マローが開発した All-on-4 があげられる。

全顎的な上部構造を4本～6本のインプラントで支えてしまうという、とても興味深い方法であり、最近しばしばこの方法を取り入れたインプラント治療を行ってきた。

抜歯即時埋入即時負荷という事をやるため、患者さんには大変驚かれる事が多い割には失敗の少ない良い方法だと思っていたが、近ごろ珍しい失敗をしてしまったので、何かのお役に立てればと思い、ご紹介させていただく。

症例

初診：2009年7月22日

患者：63才女性

主訴：ちゃんと咬めない、上顎に入れ歯は嫌で、インプラントが欲しい。下顎の歯はできるだけ残したい。

O-125

矯正治療後の修復治療 ～一般歯科医として考える～

森田 憲司¹

1) フォレスト歯科矯正歯科

昨今、一般歯科開業医院においても全顎矯正治療を望まれる患者さんは多く、包括的な視点で治療計画を立案し、治療に当たることが必要不可欠となって久しい。そしてその中にはただ審美的な希望で来院される方もいれば、カリエス、歯周疾患、欠損歯を含む咬合崩壊の回復を主訴としたもの、多くの不定愁訴、顎関節症状の改善を主訴としたもの等、内容は多種多様である。

今回、一般歯科開業医として、これらのさまざまな主訴に対して、全顎的に矯正治療を含むアプローチをした後の顎口腔系の安定の獲得と維持について自分が常日頃配慮している点を再考し、現在の自分の臨床を整理してみたい。

O-127

SMC 分類とストマトロジーを ベースにした咬合再構成

木下 俊克¹

1) きのした歯科クリニック

咬合再構成を必要とする治療に当たる際、Stomatology（口腔医学一病態に陥った原因を探し、取り除き、手を貸し、生態の治癒能を引き出す）とDentistry（歯科修復学）を治療の根幹としている。

そして、Skeletal Pattern (S) 一骨格系、Muscle Pattern (M) 一筋肉系、Chewing Pattern (C) 一咀嚼運動は個体差があり、病態の成り立ちに大きく影響をする。

また、下顎の変位や、歯牙の破折、歯牙の形態の変化にパラファンクションや態癖が原因となっている症例も多く見られるため、日常臨床においては、審査項目に加え、診断の一助としている。

今回は上記の事項を念頭において、咬合再構成を行った症例を提示し、皆様のご指導を賜りたい。

O-126

前歯部と臼歯部のバランスを考慮した咬合

西 耕作¹

1) 医療法人恵愛会西耕作歯科医院

補綴治療を行う最終目的は長期安定である。そのために我々は術前審査・診断を重視することが必要になる。

Arch Form, Tooth Form, Oral Composition この3つのポイントを治療開始から我々は常に意識して最終ゴールを目指すことが大切になる。

今回、50代女性の患者に対し、上顎は矯正治療を行い咬合平面、歯軸を改善し、下顎臼歯部はインプラントを用い咀嚼回復を計画し治療を行った。

現在は顎関節ポジションの改善があり、前歯部のアンテリアガイダンス、臼歯部のパーティカルストップを付与し良好な状態を維持している。

それぞれの歯牙の役割を考え炎症のコントロールと、オーバーロードにならない力のコントロールを目指した症例を今回提示したいと思う。

O-128

GNATHOLOGY 咬合理論の正当性 ～臨床的裏付けと予期せぬ経過を回避するために～

栗田 恒雅¹栗田 俊臣¹

1) 栗田歯科医院

開業38年、GNATHOLOGYの理論術式を通し数多くのFull Mouth Rehabilitationを行ってきた。それら症例を振り返ると、局部床義歯を除くFixed Crownによる治療は必ずしも自身の予測する経過を辿っているとは思えないことが多い。このことがGNATHOLOGYが批判される標的の1つであったと考えられる。しかしながら、700近くの症例を通してみるとGNATHOLOGYは必ずしも、その理論術式を否定するにあたらぬ。問題は、顎位の変化すなわち、顎関節内は経年的に変化することが多く、変化の量・時間の経過が想定できず、咬合力のコントロールが難しいことにあったと予測される。

このことを1つの症例を通し、報告すると共に私自身がどのように対応してきたかを提唱したく思う。

O-129

顎関節症治療における筋肉位の重要性

櫻井 直樹¹

1) 藤が丘駅前さくら歯科クリニック

咬合において診断や治療するにあたり基準となる顎位が必要である。顎関節症の場合、有効な顎位は筋肉位となる。一般臨床において顎関節症治療の第1選択がフラットなスプリントであるのは有害な干渉や早期接触を無くし筋肉位に近い位置を再現できるからである。

ではスプリントで効果が得られない場合が多々あるのは何故か？これはエンGRAMと呼ばれる下顎位の記憶とROLL,PITCH,YAWと呼ばれる下顎位の3次元的な沈み込みに原因があると考えられる。これらに対応できる下顎位は筋肉位の中でもニューロマスキュラーポジションと呼ばれる特殊な筋肉位で特殊な器材がなければ導き出すことは出来ない。今回はSCANと呼ばれるデータを基に何故3次元的な顎位の対応が必要なのかを症例を通して検討する。

O-131

Fixed Removable IOD のための義歯設計と埋入位置

齋藤 善広¹

須藤 哲也²、齋藤 みずほ¹

1) くみ野さいとう歯科医院
2) Defy

I. 目的：予後の良くないインプラントオーバーデンチャー (IOD) の経験から、きちんとした義歯を製作することが大事だといわれている。症例を通じて「きちんとした義歯」の要件について述べてみたい。

II. 概要：片側性バランスの獲得こそが義歯の傾斜に抵抗する手段でとるため、人工歯排列の位置が重要であるが、明確に水平的基準を述べている記述は少ない。今回、大野の台形法 (Trapezoidal Method) を用い、人工歯とインプラント埋入の位置を術前に診査し、CAD/CAMにより Fixed Removable IOD を施術した。

III. 経過：施術側ばかりでなく対合義歯の動揺も少なくなり、良好に咀嚼機能が得られた。

IV. 考察：咀嚼圧に対しインプラントが支持として機能するよう計画することが重要であり、台形法は、術前診査で補綴位置と外科位置を明確化するのに有効であった。また、複数本を正確に連結するためにはCAD/CAMの応用と正確な技工操作が必須であると考えられた。

O-130

CAD/CAM による Fixed Removable IOD の設計と可能性

須藤 哲也¹

齋藤 善広²

1) Defy
2) くみ野さいとう歯科医院

多数歯欠損への Bone Anchored Bridge の問題点として、高度顎提収症例など失われた口腔組織のボリュームを適切に回復できないことが挙げられる。それに対し Implant Over Denture (以下 IOD) は、歯肉部のアーチフォームの再現が可能で、審美性や、咀嚼、嚥下、発音などの機能性の回復に有利である。

近年、CAD/CAM の技術進歩により、複数本のインプラントをミリングフレームにより連結し、ミリング面に適合するメタルフレームを内蔵した Fixed Removable IOD (固定式に近い可撤式インプラントオーバーデンチャー) の臨床応用が日本でも可能となった。

この方法は、十分な支持、把持が得られ、最小の維持力で固定性が得られる利点があり、フィメール破損や維持力の調整などの点でも有利であると考えられる。

今回、2症例に対して Fixed Removable IOD を製作し良好な結果を得たので、その製作方法の概要を報告する。また、今後の可能性についても考察したい。

O-132

インプラント周囲粘膜炎の治療について

小野寺 良修¹

1) 小野寺歯科

I. 目的：インプラント周囲粘膜炎の治療は、歯肉炎の治療と同様に可逆的治療で治療は容易とされている。本当に治療は容易なのであろうか、当院でどのような治療結果がでているのかを検証して考察してみたいと思う。

II. 方法：いろいろな清掃器具による、インプラント構造物に付着したバイオフィーム除去効果の観察。

III. 結果：インプラント周囲粘膜炎に対する治療法は多く報告されているが、上部構造を外さないで行う縁下のバイオフィーム除去は、上部構造やアバットメントの形態により、除去するのが困難である事がわかった。

IV. 考察：縁下の完全なバイオフィーム除去は困難であるが、環境の改善は確認出来た。この状況で治療させていくには、患者の縁上のプラークコントロールが特に重要であると思われる。治療後の PD、BOP の改善が認められないときには上部構造やアバットメントを外して確認することが重要であると考えられる。

O-133

多数歯欠損インプラント補綴の治療計画

中山 隆司¹

1) 医) 恵翔会なかやま歯科

I. 目的：
無歯顎患者へのインプラント治療を安定して成功に導くためには、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・メンテナンスといった各ステージを着実に行うことが重要となる。しかし、治療計画は術者により様々であり基準が明確とは言えない。

II. 方法：
上下顎の対向関係・天然歯喪失原因（ペリオ・パワー・カリエスタイプ）による治療法選択基準のもと、上部構造体の設計・インプラントのポジショニング・補綴マテリアルの選択を行い、CT 診査・診断用ワックスアップにより計画し治療を行なった数症例を報告し、筆者らが臨床に用いている治療法選択基準を提示する。

III. 結果：
治療期間、メンテナンスともに安定した経過をたどった。

IV. 考察及び結論：
インプラント治療は炎症と力のコントロール、唇頬側の十分な骨と角化歯肉の確保が重要であることは言うまでもないが、術前の十分な診査・治療計画が重要となる。

O-135

咬合再構成—適正下顎位を考える

甲斐 智之¹

1) (医) 社団翔己会かい歯科

歯牙の喪失、咬耗、摩耗、不適切な補綴により下顎が不適切な位置に偏位し、本来あるべきポジションからズレた位置に余儀なく落ち着いている口腔内に度々遭遇する。下顎が不適切な位置にあることにより歯牙歯周組織、筋、顎関節には過剰な負担がかかる。筋、顎関節への過剰な負担は関節円板転位を引き起こし、やがて下顎頭の形態変化が生じる。様々な兆候がありながらも無症状なことが多く、偏位した下顎頭は周囲の外側靭帯、関節包と調和し、一見安定していることが多い。従ってそこを適正下顎位と診断し、咬合採得、最終補綴作製をしているケースも多く存在していると考えられる。CT 画像による分析により顎頭の形態変化、下顎窩と顎頭との位置関係は格段に分かるようになった。適正下顎位を模索する際、一般的な補綴治療に顎関節情報を取り入れることで、より確実に迅速なアプローチができる。症例を通して具体的な咬合再構成ステップを報告する。

O-134

ティッシュマネージメントを伴うインプラント周囲環境修復

李 明科¹

1) 麗康牙醫診所

機能的、審美的な治療結果を導くためにティッシュマネージメントは必要不可欠である。ハード・ソフトティッシュマネージメントにおいて、健康で審美的な組織を長期的に維持させるためには、角化歯槽粘膜の幅と厚みが必要である。もし、インプラント間の組織を十分に再生することができれば、より天然歯に近い治療ができると思われる。今回は組織の再生とインプラント治療の向上について発表させて頂きたい。

O-136

Angle Ⅲ級の患者に咬合再構成を行った一症例

辻中 健二郎¹

南 清和¹

1) 医療法人健志会ミナミ歯科クリニック

カリエスや不適合クラウンなどの問題で全顎的な補綴治療を行う場合、中心位における適切なパーティカルストップとアンテリアガイドを付与することが、予知性の高い治療を行う上で重要となる。

咬合再構成を行うにあたっては、先ず顔貌などの評価から上顎中切歯の切縁の位置を決め、上下中切歯の長さや被蓋の量を定めることで、垂直的顎位を決定する。前歯の被蓋の深さは、前後的な水平的顎位によって制限される。とりわけ前歯の被蓋が浅いケースにおいて、側方運動時に十分な臼歯離開を与えるためには、咬合面形態にも工夫が必要である。

今回、Angle Ⅲ級で被蓋が浅い患者に対し、適切なアンテリアガイドを付与し、咬合再構成を行ったので報告する。

O-137

Horizontal Axisを使った Remount、咬合調整のいらない Full Mouth Reconstruction

小笠原 久明¹

1) 小笠原歯科診療所

I. 目的：効率的な歯冠修復の実施
 II. 方法：Hinge Axisを測定し、Axis-Orbital Planeが水平な姿勢で座らせ、皮膚上の Needle 位置を Horizontal Axis：HA とし、下顎閉口運動時の軌跡を耳珠前方皮膚面に描き、HA から4mm 下前方の点を HA と結び、先の AOP とが作る角度を前方顎路角として、Face Bow Transfer します。この姿勢で L と R を反対側の lateral Guidance Angle に採用して、SAM II 咬合器に顎路角を10% 減らして設定し、切歯路角:IGA は指導板の角度を $(122 \div X \times 0.125 + 1) \times (L + R) \div 2$ で算出します。X は咬合器上での下顎中切歯切縁の顎頭間軸との水平距離:mm です。L と R は左右の顎路角です。SAM II 咬合器上で順次誘導咬合に Cone Technique で歯冠製作します。
 III. 結果：全寒天印象法で模型製作した歯冠修復物は合着時に即時に合着可能で咬合調整は不要です。
 IV. 結論：この術式で1995年2月以来18年間に322症例の咬合再構成を実施して良好な結果を得ている。

O-139

既存の犬歯関係を保存して咬合を再構築した一症例

井筒 大輔¹

1) 井筒歯科クリニック

咬合崩壊した症例を咬合再構成していく際、的確な資料採得とそれら資料の分析が必要になってくる。しかしながら、集められた資料は膨大な量となり、それらの断片的な情報を整理し分析することは困難である。

そこで私は、包括的な治療を行う際に、患者さんの口腔内を大きく8個の項目で評価し整理することにより、患者の口腔内を客観的に評価し、診査・診断に応用するという方法をとっている。

今回は健全な状態の犬歯を大きく補綴せずに咬合を再構築した一症例を通して、そのような私の診断方法、治療の流れを解説していきたいと思えます。

O-138

力の対応に苦慮した一症例

渡邊 拓朗¹

1) 一ツ橋歯科クリニック

開業医で勤務医を行い6年目になります。患者さんを一口腔一単位で見たと時に臨床医が行う範囲がこれほど多岐に渡るとは学生の時には思いもしませんでした。今回発表する症例はカリエス、ペリオ、MTM、パーシャルデンチャー、インプラント、歯牙移植、クラウンブリッジ、これらの処置を一口腔で行っています。そのため、GPは広い範囲の歯科知識、技術が要求されるものだと感じます。

しかし、さらに歯科治療を複雑にするのは患者個人が持つ習慣、習癖が加味される事です。この要素を併せて診る事により、個別対応ができ臨床診断に一步近づくのだと思います。今回は一症例を通して初診からメンテナンスにおける自分の考えの変遷を発表させていただきます。

ポスター発表

P-1 ~ P-70

P-1

ダメージの歯に着目!! ～表面性状改善について～

文山 和美¹

大野 真美¹、加々美 恵¹

1) カガミ歯科医院

近年、審美に対する意識が高まっています。『歯を白く保ちたい』と思う意識の高まりは強いブラッシング圧、研磨力の強い歯磨剤の使用、過剰なホームホワイトニング、という行為に繋がる可能性があります。実はこれらが原因で気付かないうちに歯がダメージを受けている場合があります。ダメージを受けた歯は表面の粗さが増すため色素沈着しやすくなったり、知覚過敏の症状などが現れやすくなります。

私はダメージを受けた歯の表面性状を回復するためにブラッシング方法、食生活の指導、ホームホワイトニングの使用頻度、ホームケアグッズの把握などあらゆる観点から問診を行った上で患者に適していると思われるプロフェッショナルケアを行い、セルフケアをもコントロールし、サポートをしています。

今回はダメージを受けた歯の表面性状の改善の具体的な取り組みについて発表したいと思います。

P-3

重度歯周病患者に AGCブリッジを用いる 有意性 ～ハイジニストの立場から～

水口 理砂¹

1) 医療法人 恵翔会 なかやま歯科

I. 目的：
インプラント治療を受けられる重度歯周病患者への初期治療におけるプラークコントロール、モチベーションの安定維持は後のメンテナンスに大きく関わる。AGC (AGC3unitブリッジ)を用いた患者のメンテナンスまでの経過を評価した。

II. 方法：
モチベーション上昇の為にNLP (神経言語プログラミング)を用い、患者に適した言語や文献を用いたそしてインプラント上部構造では、十分なメンテナンスが行えるようAGC装着者のメンテナンス方法を、利点や欠点をまとめて報告する。

III. 結果：
上記事項より、治療計画を立案し進行。担当医との連携にて平行治療となる。長期治療において、歯科衛生士側は歯周基本治療、メンタルサポート、AGC装着者のメンテナンスプログラム立案を必要とする。

IV. 考察及び結論：
重度歯周病患者がインプラントを長期使用出来る為の上部選択の必要性、プラークコントロール安定維持の重要性が成功へ導くと考えられる。

P-2

マイクロスコープで変わる日常臨床 ～ハイジニストの立場から～

原野 晶代¹

1) 医療法人 恵翔会 なかやま歯科

I. 目的：
身近になったマイクロスコープ。
未経験な立場から縁下の世界に踏み入れ、歯科衛生士として向上を目指し、患者へのアプローチとして利用する。

II. 方法：
日常で行うメンテナンス、SRPにおいてマイクロスコープを使用し、残存する縁下プラークや縁下歯石の有無を確認する。
そして患者に映像として提示し、コミュニケーションの一環として使用する。

III. 結果：
自分が思っていたよりも“縁下”は広い世界であった。縁下に潜むプラーク、歯石、残留セメントなど肉眼で見えていたものとは違い、『取れた』と『取れている』の違いを知ることとなる。
また、口腔内を映像化することで患者へのインフォームドコンセントに有効な役割を果たしている。

IV. 考察：
実際によく“見る”という事が歯科衛生士の精度を上げ、患者への侵襲を少なくする。

P-4

治療を成功に導く為に

山本 満里奈¹

1) カツベ歯科クリニック

治療を成功に導く為には、何が必要だと思われませんか？私は歯科衛生士、一人の力では治療を成功に導く事は不可能だと思います。どのようにして治療を成功に導くのかと言うと私は患者の協力、信頼関係や歯科医師との連携が必要不可欠だと考えます。今回は症例を通して、どのようにして歯科医師と連携を取ったのか、どのようにして患者の生活変容ができたのか、何を伝え、どのように指導したのかを発表させていただきます。

当院における母親教室への働きかけ

大塚 沙紀¹

1) 中川歯科医院

当院で1～4歳までのお子さんをお持ちの母親を対象に、年3回市内の児童センターにおいて歯科衛生士が幼年期のお子さんの口腔内の特徴などについて母親教室を開催しています。

母親教室の実施内容は、母親に対してはフッ素塗布や悪習癖、齲蝕好発部位、仕上げ磨き等のスライドを製作し知識の普及と動機づけを行っています。お子さんに対しては、歯の話を題材とした人形劇、紙芝居を行い楽しく齲蝕、歯磨きの大切さを伝えています。

この時期は、乳歯の萌出し始めや永久歯の歯胚の働き始める重要な時期であるため、歯科検診の機会の拡大や齲蝕予防、口腔清掃の動機づけや正しい食習慣の定着などの普及啓発を行っております。

今回、実施にあたっての問題点、改善点などを報告させていただきますので、皆様の参考にしていただけると幸いです。

Perio— power type への取り組み

高木 明日香¹

児玉 恵理子¹

1) 久保デンタルクリニック

歯周病の直接の原因ではありませんが、『歯ぎしり』をする方は歯周病の進行が早くなり、より症状が重症化するとされています。歯周治療に携わらせてもらうことはもちろん大切ですが、そのような悪習癖があることを患者様にお伝えし、気付いていただくことも、歯科衛生士の役割です。しかし、音がしない歯ぎしりの方が多く、患者様ご自身は無意識・睡眠時に行っているため、理解していただくことが難しいと日々感じます。

今回の症例は、歯周治療を行うなかでどのように力のコントロールの必要性を患者様にお伝えし、理解していただければゴールに向かったかという経緯を報告させていただきます。

患者様の笑顔のために

和田 加奈子¹

1) 久保デンタルクリニック

日常的に「審美」という二文字が取り沙汰されている近年、

患者様の関心もそれに伴い高まっています。

その中でも、歯並びの大切さが、深く認識されるようになってきました。

しかし、まだまだ歯列不正の患者様も多く、それに影響した口腔疾患を併発しているのも現状です。

今回、小児は歯列不正の原因（舌癖、指しゃぶりなど）それに対する患者様が自ら行える改善方法として、MFT（筋機能訓練）成人はガミースマイルについて焦点を置き、報告させていただきます。

オベイドポンティックへの挑戦

石田 明¹

1) カツベ歯科クリニック

近年のポンティック形態といえば、リッジラップ型、完全離底型、そしてオベイド型の3つが代表される。その中でもオベイドポンティックは、適切な粘膜への加圧によりプラークが侵入しにくく、自浄性や清掃性に優れ、尚かつ他のポンティック形態と比較して審美的に有効と言える。前歯部ブリッジのポンティック基底面において、補綴装置と歯周組織をいかに生理的かつ審美的に調和させていくか？そしてかぎられた条件の中どのようなステップが鍵となり得るかを、症例を通して歯科技工士の視点で述べさせていただきます。

P-9

グラスファイバー補強ハイブリッド型 レジンブリッジの物性評価

村田 享之¹町田 大樹¹ 上野 貴之¹

1) 株式会社ジーシー

歯科補綴治療に使用される金属材料は、機械的強度に優れているが、金属イオンの溶出により金属アレルギーが引き起こされることが問題となっている。そこで弊社では、メタルフリー治療として使用できるグラスファイバー補強ハイブリッド型レジンブリッジ材料の開発を行った。今回はこの材料の機械的強度や熱劣化による影響について検討を行ったので報告する。

ハイブリッド型硬質レジンにグラスファイバーで補強して三点曲げ試験及び破壊靱性試験を行ったところ、硬質レジン単体と比較してどちらの強度も大きく向上した。また、サーマルサイクル後に三点曲げ試験を行ったところ、サーマルサイクル前の曲げ強度と有意な差は見られなかった。これらの結果から、このグラスファイバー補強ハイブリッド型レジンブリッジ材料は高い機械的強度を有しており、熱劣化による影響を受けにくい材料であると考えられる。

P-11

プレスシステムの材料特性を活かした ステイニングテクニック

鈴木 淳¹

1) カッパ歯科クリニック

歯科材料の急速的な発展が著しい昨今、プレスセラミックスもそのひとつで、今までのプレスシステムの欠点であった強度の向上や透過率の異なるプレス材が誕生したことにより適応範囲が大幅に拡大した。無論、プレスセラミックスの特徴でもある高い透過率を考慮し製作にあたる必要があるため支台歯環境や補綴スペースの確認を怠ってはならないが、各プレス材の透過率を把握し、尚且つ明度調整を確実にこなうことができれば天然歯牙に近似した透過性を有するプレスシステムは色調再現面において有効的である。プレスシステムの製作方法には①レイヤリング法、②カットバック法、③ステイニング法の大きく3つに分類され中でもステイニング法の需要は増加傾向にある。しかし、ステイニング法は色調再現面において色調に深みを出すことが困難となる。そこで今回はプレスセラミックスの特性を活かしたステイニングテクニックを紹介したい。

P-10

咬合再構成における実践的歯科技工

太田 史明¹

1) arist japan

現代歯科医療にとって咬合崩壊、欠損の拡大を防ぎ、また、進行を少しでも緩やかにするべく、咬合再構成に対して、いかに取り組むべきか。歯科技工士としての立場から考察したい。さまざまな材料が混在する昨今、材料は材料として考え、1口腔1単位としてのアプローチは当然であるが、いかに長期予後良好といえる最終補綴物にたどり着くか。力のコントロールと炎症のコントロールを軸に治療を進めていきますが、今回はキーワードとして、診断用ワックスアップ、プロビジョナルレストレーションズ、再評価、歯牙ポジション、cusp to fossa を中心に発表させて頂きたい。

P-12

私たちの考える口腔機能評価のポイント

齋尾 歩¹西田 恵¹ 今中 悦子¹ 南 清和¹

1) 医療法人健志会ミナミ歯科クリニック

超高齢社会をむかえ、健康であり続けることは誰もが望んでいることと思います。

健康であり続けるためには食事が摂れることが大切であり、食事を摂るためには口腔機能が健全であり続けなければなりません。摂食・嚥下に関わる機能には、歯はもちろんですが、口唇、舌、頬も関わってきます。しかし、口唇、舌、頬というのはあまり診られていないのが現状です。

摂食・嚥下機能障害および機能低下は、今後増えてくることが予想されますので、それに対応しなければなりません。だからこそ、私達歯科医療従事者の立場から「健康な老い」へのアプローチをしたいと考え、口唇、舌、頬のそれぞれが持つ機能の役割について報告したいと思います。

P-13

小児歯科における歯科衛生士の役割 ～歯科治療が苦手な子どもにどう対応するか

齋藤 千咲¹⁾

1) 小滝歯科医院

子どもはどのようにして歯科治療が嫌いなのでしょう。子どものほとんどが歯科治療に対して『怖い』『痛い』『嫌い』というイメージを持っています。中には大泣きして、治療が困難な子どももいます。子どもが一度泣き出してしまうとそれを食い止めるのは至難の業です。私たち歯科衛生士が、これら治療困難な子どもに対して治療をスムーズに行えるようにすることは、とても重要な役割の1つです。

今回、小児歯科における歯科衛生士の役割として、歯科治療が苦手な子どもにどう向き合ったらよいか、若干の私見を含め報告します。

P-15

受付から始まる医療面接

渡邊 未紀¹⁾

1) 小滝歯科医院

受付は、事務的な役割だと思われる事が多いだろう。しかし、患者が最初に接する受付こそが、重要な『医療面接』の場である事を忘れてはならない。医療面接は問診とは違う。問診は問一答形式で、YESかNOで回答を求める直接的な質問（閉鎖的質問）の事を言い、医療者の都合を優先し、診療に必要な情報のみを引き出す事である。一方、医療面接は問診に加え、患者の心配や不安、疑問点を聞く役割にまわる事である。

初診時、患者は、歯科治療に対する不安や恐怖感を持って来院する。その為、最初に患者と対応する受付の役割は重要で、医療面接を通してコミュニケーションを取り、患者との信頼関係を築いていく事が必要になる。受付から始まる医療面接で、多くの情報が医師に伝わってれば、正確な診断が導かれ、治療を円滑に進める事ができ、医療事故やヒヤリハットを防ぐ事が出来ると考えられる。

今回、当院における医療面接のあり方について報告する。

P-14

酸蝕症について ～歯科衛生士の視点から診る～

高槻 直子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

齲蝕・歯周病に次ぐ第三の歯科疾患として酸蝕症が上げられます。日本人の六人に一人が酸蝕症であると報告されています。（文献：ToothWearと象牙質知覚過敏、医歯薬出版株式会社）

酸蝕とは化学的な原因により歯質が溶解することであり、飲食物に含まれる酸や嘔吐した時の胃液などが関係します。酸蝕症は男女、年齢を問わずに発症し、歯の摩耗や咬耗を促進させたり知覚過敏などの症状をもたらします。また、進行すると咬合関係の不調和にも至ります。私達は酸蝕症の原因となる飲食物に着目しました。毎日摂取している飲食物において、身体に良いものでも歯に良いものとは限りません。飲食物に含まれる“酸”はエナメル質を軟化させ、歯質を損失しやすい状態にさせます。

今回、スタッフの唾液を使用して身近にある飲み物を飲んだ時の唾液のPHの変化について実験を行いました。その結果をふまえて酸蝕症の対処法を歯科衛生士の視点から診て報告します。

P-16

共に歩む医院づくり～世界を目指して～

杉本 江美¹⁾

1) カツベ歯科クリニック

当院は理念に則り、私たちに関わる全ての方々に、笑顔あふれる幸せで楽しい生活を提供します。そのためには、高度な治療技術はもちろん、院内の環境を整えることが欠かせません。それは決して1人ではできません。1人の人間にできることには限りがあります。当院は、お互いを尊重し合い、支え合い、感謝し合い、全員体制で医院づくりを行い、少しずつ確実に世界に向けて前進しています。

一致団結した医院づくりの秘密とは・・・

情報の共有や伝達手段などスタッフ間コミュニケーションの効率化を図った取り組み等について発表します。

世界に向かって共に歩む院長とスタッフの医院づくりの軌跡をご紹介します。

院内での連携について

西海 香屋子¹

南 清和¹、岡部 香菜子¹、清水 純恵¹、江川 絵里花¹

1) 医療法人健志会今津ステーション歯科クリニック

私たちは日々限られた時間の中で患者様に満足して頂かなければなりません。

患者様にストレスなくスムーズに診療を受けて頂くために、私たちスタッフ間は密に連携をとらなければなりません。そうしなければ、患者様の要望に十分に応えられなかったり、受付での待ち時間が発生したりしてしまいます。

そこで私たちの歯科医院では、インカムを使用して患者様の情報・状況をスタッフ同士で共有し、患者様の情報を記したカルテ等を使うことにより、スタッフ間の連携をとるよう心がけています。患者様が満足できるような歯科医院にするため、私たちが普段おこなっている院内での連携について紹介すると共に考察を交えて発表したいと思います。

咬合再構成における精度の高いインプラント埋入

勝部 義明¹

1) カツベ歯科クリニック

インプラントは骨さえあれば三次元的にどの位置でも埋入することができるが、トップダウンリートメントの観点から考えると、理想的な咬合接触点を与えるためには適正な位置へのインプラント埋入が必要となる。また埋入方向も重要で、インプラントの軸方向に力がかかるようなポジションに埋入することもインプラント治療の予知性に関わると考える。

特に顎位にずれが生じていて全顎的な咬合再構成が必要なケースにおいては、術前の咬合診断のもと最終のゴールをイメージした位置へのインプラント埋入が鍵となる。精密で正確なポジションへのインプラント埋入を行い理想的な咬合接触点を与えたケースを治療手順を交えながら述べたいと思う。

歯科医院におけるアロマセラピーの応用

島田 真由美¹

古瀬 裕美¹南 清和¹

1) 医療法人健志会ミナミ歯科クリニック

こわいイメージのある歯科医院をどのようにすれば患者様に良いイメージを与えることができるのでしょうか。

私達は、その手段の一つとして「アロマセラピー」を活用した空間づくりに着目しました。アロマセラピーとは、ハーブなど芳香植物から抽出された精油「エッセンシャルオイル」を使って心と体を癒し、健康や美容に役立てる植物療法で、芳香療法ともいわれています。エッセンシャルオイルには、様々な種類・効能があり、その中にはリラックス作用をもたらすものだけでなく、殺菌・抗菌作用をもたらすものもあります。

そこで今回はリラックス作用に加え、殺菌・抗菌作用のあるエッセンシャルオイルをどのように用いると効果的であるかを文献から調査しました。この調査をもとに、当院におけるアロマセラピーを用いたリラックスできる空間づくりおよび感染予防を報告したいと思います。

客観的評価を取り入れる —ゴシックアーチ描記法の活用—

菅崎 紳¹

1) かんざき歯科医院

日常臨床では、術者側の経験や患者さんの感覚に大いに頼ってしまっていることが非常に多いが、その中に客観的評価を取り入れ、治療効果や方向性を確認することは非常に有意義なことである。咬合崩壊症例における顎位の設定や顎機能評価についてもその一つであり、近年では三次元的な診査診断が可能なCADIAXの使用報告等も散見される。それに対し、ゴシックアーチ(GoA)描記法は二次元の顎機能検査ではあるが、簡便かつ安価に行える方法であり、約100年前にGysiにより提唱されて以来、主に無歯顎の水平的顎位を決定するのに用いられてきた。今回、咬合崩壊した有歯顎症例の咬合再構築の際に、水平的顎位の決定のみならず、治療前後における顎機能評価を目的としてGoA描記法を有効活用した症例を経験したので、若干の考察を加え報告する。

補綴主導型インプラントの実践 ～簡易的なステントの作製から埋入～

岡原 健至¹

1) 医療法人和田歯科医院

インプラント治療における治療計画は、外科的な観点からだけでなく歯列、咬合、補綴物、軟組織などを総合的に考慮した診断用 WAX UP のもと立案しなければならない。診断用 WAX UP で想定された咬合を口腔内で再現するには、歯根やインプラントフィクスチャーのポジションが重要になってくる。診断用 WAX UP からインプラントのポジション・角度が決定されその範囲内に埋入されなければならない。

今回は、私のようなインプラント埋入の経験の浅いドクターがインプラント埋入を行うにあたって、診断用 WAX UP をもとにした X 線用ステントを利用して CT 撮影し、同じステントを用いて埋入を行い、最終補綴に至るまで、実際に当院で行っている症例を報告する。

崩壊歯列に対する一症例

長岡 英之¹

1) 長岡歯科

崩壊歯列の治療に対して適正な咬合平面の設置、顎位を決定することがまず重要である。また、これらの設定した情報を歯科技工士と共有することによりスムーズな咬合再構築が可能となる。本症例は模型付着に際し、正中矢状面を基準とし、垂直座標、水平座標、矢状座標、側方座標、前後座標を正確に具現化し、技工士と共通の基準をもった共通の情報の中で咬合再構築を行った。

臼歯部には予知性の高いインプラント治療を施し、強固なパーチカルストップの確立により、前歯部との良好な相互関係が確立され、弱体化した前歯部の保存が一次的ではあると思うが、可能となった。良好な咬合関係を付与することにより、より保存的に崩壊歯列の治療を行った症例を報告する。

セファロを用いて咬合設計を行った 無歯顎即時修復症例

白数 信明¹

白数 明義¹、白数 正義¹、政廣 明德²

1) 白数デンタルオフィス

2) 政廣デンタルオフィス

I. 目的：近年、無歯顎患者に対する即時修復は多く行われているが、上部構造への咬合付与形式に関する考察は少ないように感じる。今回、下顎無歯顎患者にセファロを用いて咬合設計を行った一例を紹介する。

II. 症例：患者は 63 歳、女性。インフォームドコンセントを行った結果、上顎は総義歯、下顎はインプラント固定性義歯で治療を行う事となった。顎機能検査器、セファロ X 線を用いて咬合器のセッティング、補綴設計を行った。下顎はインプラント埋入後即時修復を行い、プロビジョナルにて経過観察を行った後、最終上部構造を作製した。

III. 結果：上部構造装着後、顎機能に問題はなく、良好に経過している。

IV. 考察：顎機能検査器、セファロ X 線を用いて咬合設計を行うことにより、顎機能に調和がとれ、長期的に安定した上部構造を作製することが出来ると考える。

機能運動咬合器を用いた咬合面形態の考察 (咀嚼運動への対応)

筒井 祐介¹

1) 筒井歯科病院

日々の診療の中で「咬合」に関する処置は非常に多いと感じている。フルマウスリコンストラクションのような大掛かりな治療だけでなく、ペリオのための咬合調整、1 歯の CK の装着など多岐に渡る。

咬合治療を成功に導くためには正しい顎位を模索し、アーチを整え、患者固有の咬合面形態を回復するという 3 要素が必要であると考えているが、その 3 要素の中で咬合面形態に焦点を当てて発表をしたい。「患者固有の咬合面形態」それは「患者固有の咀嚼運動に基づく咬合面形態」と言い換えられる。

咀嚼運動は基本的に咬頭嵌合位より後方で行われるものであり、従来の咬合器では前方への運動、特に限界運動路に即した動きしか見ることが出来なかった。

今回の発表では後方にも動かす事の出来る機能運動咬合器を用いて、咀嚼運動の中で咬頭干渉を極力排除した咬合面形態を模索し、良好な結果を得たので報告する。

開業医でもできる！水平埋伏抜歯

上田 和茂¹

1) 医) 上田歯科医院 上田塾

水平埋伏抜歯と聞くと、多くの一般開業医は「抜けなかったらどうしよう」「診療中、時間がかかりすぎて患者がどんどんたまってしまう」などのイメージから自院での処置を敬遠しがちである。

このような場合、口腔外科のある病院に紹介する、また大学から専門の先生に来てもらうのが多いと思われるが、それが患者の負担になることもしばしばあると思う。

抜歯を上達させて、患者からの評価を得るには、患者心理の理解、対応は言うまでもなく、抜歯における基本事項を熟知する事。

またなにより経験を重ねることが重要であると考えている。

今回一般開業医として診療に差しつかえることなく、どのような状況でも水平埋伏抜歯ができる方法を紹介する。

天然歯とインプラントに AGC コーヌスを応用した一症例

渡邊 祐康¹

1) わたなべ歯科

欠損の形態が変化していく中で、早期に少数のインプラントを使用して欠損の進行を止めることができればいいのだが、臨床ではすでに欠損が進行していることもあり、多種多様な欠損の形態が存在する。

欠損の進行が進むにつれ、ブリッジ1ユニットが他の部位のユニットとつながなければならない状態に陥り、キーティースを失うことでデンチャーに移行していく。個々の患者にとっての大掛かりな治療の介入は時期や手法も様々であり、戦略的抜歯により設計をシンプルにする手法も合理的ではある。

しかし、我々歯科医師は、残存歯も守りたいし、インプラント本数もできる限り少なくしたい。残存歯とインプラントを共存させるための手法として、今回はキーティースを喪失した中間欠損部にインプラントを埋入し、AGCとCADレーザーシンタリングフレームを用いて残存歯とインプラントに対して2次固定を行った症例を提示させていただく。

生活習慣（態癖）指導と可撤性矯正装置による小児咬合誘導について

田代 芳之¹

大塚 淳²、瀧本 恭子¹、田代 孝久¹

1) 田代歯科医院
2) 大塚矯正歯科クリニック

一般開業医の日常臨床では、小児から老人まで様々な世代の治療を行う。そのため、乳歯列期・混合歯列期の歯列不正に遭遇することがしばしばある。従来の矯正治療は、永久歯列期の完成を待って行われることが一般的であったため、歯列不正が重度になり、抜歯・外科処置など治療が長期にわたり、複雑になることが多かった。今回我々は、生活習慣（態癖）指導と可撤性矯正装置による非常にシンプルな治療で、歯列不正につながる原因（口呼吸・舌癖・態癖等）の除去を試み、良好な結果を得たので報告する。

咬合干渉を考慮した修復処置

杉本 一樹¹

1) 杉本歯科医院

セットした補綴物の脱離や歯質の破折を繰り返し、臨床において苦慮することがある。このような場合、原因の一つとして睡眠時のブラキシズムによる咬合干渉があげられる。

睡眠時ブラキシズムは生体のホメオスタシスを維持する咀嚼器官の重要な機能の一つであることが報告されている。

しかしブラキシズム運動時に臼歯が接触するタイプの咬合では、強大な筋活動が誘発され、結果として歯や歯周組織、顎関節などに破壊的影響を及ぼすことになる。

今回、右下7番の歯質の破折を繰り返す53歳女性患者に対して、フェイスボウトランスファーしたスタディモデルによる模型分析、コンダイログラフによる顎機能診査、セファロ分析を行った。これらのデータに基づいて総合的な診断を行い、治療計画を立案し、アンレーによる修復処置を行った。

からだと口元がつながる視診のすすめ

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

からだの一部として口腔は重要な役割があり、アンバランスは全身にも影響する。歯科医師の責任として、顎関節、咀嚼筋の状態を診察した上で、さらに日常的に使える全身バランスの視診のポイントを紹介する。

正面において重心線を挟んで顔貌、肩の高さの左右差、足の開き（股関節）。側面において重心線に対しての頭位、脊柱彎曲、骨盤の傾斜。さらに、それらを複合したからだの捻れを確認する。

正常なイメージを認識し、異常姿勢に対し直感的に反応できるようにトレーニングする必要がある。自分の目で見て見当がつく、「無形の医療」をものにすれば、どのような状況下でも対応の幅は広がる。そのために、もう一度機能的な全身の解剖、生理を確認し、歯を見る前に人を見るくせを付けることで、歯科の新しい価値の提供のきっかけとなる。

最大開口運動初期における下顎頭の移動量および回転角についての検討

川野 瞬¹

筒井 照子¹、筒井 祐介¹

1) 筒井歯科・矯正歯科医院

最大開口運動は下顎頭の滑走運動と回転運動で構成される。その開口初期（5mmと10mm）における下顎頭の滑走量と回転角について、顎関節正常者と顎関節症患者の比較を行った。一般的に開口初期は回転運動が主体といわれているが、私達の臨床例を検討したところ開口初期から滑走運動と回転運動をすることが分かったので報告する。

下顎頭の滑走量と回転角は3次元6自由度下顎運動測定器の3D Image Viewerを用いた。症例によって、回転運動が主なものを一部認め、また滑走量もばらつきがあり個体差が大きかったが、多くは開口初期より滑走・回転運動が併行して開口する。正常者と顎関節症患者との比較では、顎関節症患者の健側の滑走量が小さかったが、他に有意差は認められなかった。

個体差の大きさは円板の位置、状態によると推察されるが、円板また顎関節の状態に関わらず開口初期より滑走運動が行われていると考えられる。

歯周組織を考慮したカスタムバットメント

亀井 麻人¹

1) カツベ歯科クリニック

デジタル技工（CAD/CAM）が急速に発展している昨今、インプラント補綴もその一つで、我々歯科技工士は今後上手くツールを利用し製作にあたる必要性がある。しかし、現在のCAD/CAMでは限界があるのが実情で、やむを得ず鋳造によるアバットメント製作を求められるcaseがある。インプラント補綴長期安定させるためには生理的咬合の安定など様々な項目があげられるが、歯周組織との調和が最も重要なものの一つと考える。

そのため、今回は歯周組織を考慮し、どのようなステップが必要となるかを症例を用いて考察したい。

外科的矯正処置後の Closed lock に対してスプリントにより改善した一症例

杉山 豊¹

1) 杉山歯科医院

Class III症例に対して、外科矯正が選択されることが少なくない。Class IIIにおける外科矯正では下顎骨矢状分割法が用いられることが多いが、下顎頭部の固定は術者側のセットアップではなく、周囲筋によって固定されることが多い。

顎関節の位置は上下の歯牙による咬合接触関係によって支配される部分が多いため、きわめて精密な咬合接触関係が必須である。しかし、外科矯正において顎関節における下顎窩と下顎頭の位置関係を、マイクロ単位で再構成することは不可能に近いと考えられる。

今回演者は、外科矯正後の補綴治療を依頼された患者が、右側の closed lock を生じていたため、アキシオグラフによる診査を行った。その後、スプリントによる decompression を行い、正常な顎運動が可能になることを確認した。2段階の provisional restoration を経て、final restoration をセットし良好な予後を示しているので報告したい。

CBCT を用いた3次元的咬合平面決定法

廣田 哲哉¹樋口 琢善²

- 1) ひろた歯科医院
- 2) ひぐちファミリー歯科

咬合平面は機能的、審美的な回復のために重要な要素の一つである。

咬合平面の設定は、仮想咬合平面の設定、フェイスボウによる咬合器付着、歯科技工士による調整を経て行われている。

しかし、フェイスボウでは後方基準点の歪みや精度の問題により水平的基準を失うことも多く、身体のアライメントを正確に咬合器上にトランスファー出来ていないように思われる。

また歯科技工士に送られる情報は頭蓋に対する上顎模型の位置情報のみであり、それだけの情報から患者の全体像をイメージすることは難しい。

本法を用いると、患者の下顎骨の大きさや形状、左右差などの個体差を歯科医師、歯科技工士間で共有することが出来る。そうすることで比較的容易に咬合平面の設定が可能となることがわかった。

また、患者個体の情報を集積し評価することが出来るため、多数の歯科医師が本法を用いて下されば、新たな顎咬合学の未来が開けると考えている。

審美性を考慮した
リジッドサポート義歯補綴若菜 健弘¹荒木 久生¹

- 1) 明海大学 PDI 埼玉歯科診療所

I. 症例：患者は歯の尖っている部分が当たって痛むことを主訴に来院された76歳の女性である。患者は20年ほど前に下顎にコーヌステレスコープ義歯を作製した。来院前日に、内冠が3つ脱離し、歯根鋭端による疼痛を訴え本診療所へ来院。

II. 治療方針：プロビジョナルレストレーションを用いて咬合関係の評価を行った後に最終補綴物へ移行する。

III. 治療経過：歯周基本治療・歯周外科処置を経たのち、プロビジョナルレストレーションを用いて咬合関係を再評価し、歯周組織の安定後上顎には総義歯、下顎にはコーヌステレスコープ義歯を最終補綴物として装着した。

IV. 結論：一口腔内を総合的に診断し、機能と審美性を考慮した補綴処置をすることにより、より長期的な予後を良好なものにすることが出来ると思える。

ラミネートベニアを用いた審美修復

谷尾 和正¹

- 1) タニオ歯科クリニック

近年、前歯部に対し審美要求は高まっており、ラミネートベニア・オールセラミックス・インプラントなどさまざまな治療方法により対応できるようになってきた。その中、今回は前歯部審美障害を主訴に来院された患者様をラミネートベニアにて治療した症例を発表します。

患者様は歯牙の色調・歯周病中等度・歯列不正・カリエスと多くの問題が見られる。そのような患者様に対して治療の流れは難しく、各ステップを確実に行う必要があると考えられる。基本治療、矯正、ホワイトニングとなるべく歯牙の削合をしないよう治療を行なった。当院における治療内容を発表する。

咬合崩壊を伴う歯周病患者に対する咬合再構成

吉野 晃¹石渡 啓太²、上川 明久³、大澤 一茂⁴

- 1) 吉野デンタルクリニック
- 2) 石渡歯科医院
- 3) 上川歯科医院
- 4) 大澤一茂歯科医院

I. 目的：咬合崩壊を伴う歯周炎患者に対し、歯周外科処置により残存天然歯を可及的に保存し、正中矢状面を基準に咬合再構成した2症例について報告する。

II. 方法：症例1：患者は62歳、女性。歯肉の腫脹と咀嚼障害を主訴に来院した。全顎にわたる不良補綴物と一部垂直性を伴う全顎的な水平性骨吸収を認めた。

症例2：患者は65歳、女性。上下顎臼歯部の欠損と上顎前歯部の動揺を認めた。

III. 結果：可及的な天然歯の保存と長期安定を目標に、歯周外科的アプローチを基軸に残存天然歯の保存に努め、正中矢状面を基準にした咬合診断、再構築を行い良好な結果を得た。

IV. 考察・および結論：咬合崩壊を伴う歯周炎患者に対しては、炎症に対する歯周治療のアプローチは不可欠であるが、治療で得た結果を長期的に維持するためには安定した咬合関係の確立が重要であると思える。正中矢状面を基準とする咬合再構成は、理想的咀嚼器構築に有用であると考えた。

P-37

脳機能分析から解った顎関節症の問題点 ～口から脳を活かす歯科医療～

荒井 正明¹

1) 医療法人社団博明会

I. 目的：

咬合が脳機能に及ぼす影響を明らかにすること。

II. 方法：

健常成人 14 名と顎関節症例 1 名を対象とし、咬合力計を最大の咬合力で 3 秒噛む課題を行い、これを NIRS（近赤外分光法）で計測し脳血流量と酸素消費量を同時にベクトル解析して咬合中の脳活性を調べた。

III. 結果：

①健常成人 14 名の咬合中の脳反応は口腔運動領野において脳血流量と酸素消費量が増加した。

②左噛み右噛みの課題両方で右側の口腔運動領野に限局した酸素消費の増加量と咬合力には正の相関があった。

③顎関節症例（1 名）では片側性の脳活性を認めた。

IV. 考察および結論：

咬合力の出力に関係する口腔運動領野を機能的に同定できたと同時に咬合が誘発する脳機能の酸素代謝の側性化があることが解った。また、歯科疾患が脳機能の片側化を引き起こすことが示唆された。

P-39

咬合崩壊を防ぐ欠損補綴

松村 健司¹

1) 医) 幸恵会カツベ歯科クリニック

歯科医師に言われるがまま、悪い歯は削り、被せを入れ、それが悪くなれば抜歯。欠損部に部分床義歯を装着し、またその欠損部が拡大し最終的には総義歯になる。患者に非が無くても、こういう負の連鎖に導いてしまっていることが多いことに、私は歯科医師として責任を感じる。

今回は、度重なる治療を繰り返し咬合崩壊が進行している患者に対して、これ以上の咬合崩壊の進行を防ぐために全顎的な咬合再構成を行った症例である。永続性のある欠損補綴を行うために、顎関節周囲組織の調和、良好なアンテリアガイダンス、的確なパーティカルストップの確立が重要となる。その為の治療方法と手順について、考察を述べたいと思う。

P-38

3 次元的咬合平面決定法を用いたフルマウスリコンストラクション

樋口 琢善¹廣田 哲哉¹

1) ひぐちファミリー歯科

総義歯、フルマウスのボーンアンカードブリッジなどの全顎的治療を行う場合、咬合平面の設定は術者が任意に決めることが出来る。現在、咬合平面の決定については「左右の高さの位置は両瞳孔線と平行に、前後的傾斜はカンベル平面と平行に付与する」ことが一般的であると認識している。しかし本来は患者の骨格の個体差や、設定する咬合様式によってバランス良く設定しなければならない。

CBCT を用いた 3 次元的咬合平面決定法を用いることで、頭蓋に対する上顎骨の位置情報以外に、下顎骨の大きさや左右差、種々の水平基準面との関係など、様々な情報を歯科医師と歯科技工士で共有出来る。

機能的、審美的な咬合を構築していくにあたって、このことがどのように役立ったのか、当院での症例を用いて説明したい。

P-40

先天性多数歯欠損の咬合再構成をした一例

政廣 明德¹白数 正義¹、白数 信明¹、白数 明義¹

1) (株)デンタルオフィス・マサヒロ

I. 目的：日常臨床を行うなかで義歯の破折・審美性の不良・経年変化による再製作をする機会は少なくない。旧義歯に機能的な不具合があり再製作をするうえで咬合高径・咬合平面が参考にならない場合、セファロ・顎機能検査器を使い一定の指標を用いることで義歯床の破折や審美性を改善できるのではないかと考えた。

II. 症例：患者は 28 歳男性、先天性多数歯欠損症であり、義歯の破折修理を主訴に来院した。今回は患者の希望により上下顎総義歯にて咬合再構成を行うことにした。

III. 経過：顎機能検査機を用いて顎路角を計測、ツールヒンジにて義歯の模型をマウントし、口座印象とクロスマウントで顎堤の模型をマウントした。セファロを用いて咬合高径・咬合平面を設定し人工歯を排列、完成させた。

IV. 考察および結論：診査診断を歯科医師と十分に行い治療目標を設定することで良好な経過を得られた。

Treatment for occlusal reconstruction based on the cause of disease I

久保 達也¹

1) 久保デンタルクリニック

(カリエスリスクにより咬合再構成に至った一症例) 修復補綴治療に至る病因論はタイプ別リスクとして咬合、ペリオ、カリエスが主に挙げられる。特にカリエスリスクの高いタイプの患者様においては再治療の頻度が多くなる。その上で病因となった環境、宿主因子の改善は特に咬合再構成を行うプロセスでは重要となる。

今回、カリエスリスクにより咬合崩壊に至り、咬合再構成を行い良好な結果を得た症例をご報告する。カリエスリスクの改善をしない修復補綴治療は再治療を繰り返すことで咬合崩壊を招き歯科医療における不信にも繋がりがかねない。インプラント治療はカリエスリスクタイプの患者様には有効な治療かもしれないが、価値観の改善を伴わない治療はリスクを減らすことが出来ない。歯の保存につとめ、健康に対する価値観を向上させることで病因リスクを減らすことができればカリエスによる再治療、ペリオリスクや咬合リスクも回避出来ると考察する。

顎関節部の画像診断 —矯正治療と顎関節の関係—

覚道 芳宏¹

加々美 恵一¹

1) カガミ歯科医院

咬合治療や審美治療を行う上で矯正治療が重要な役割を果たすことは周知の通りであるが、その治療の経過と段階の評価において顎関節部のCT撮影が有効であるように思う。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治療の診断・評価の一助として活用している。

様々な症例において顎関節部のCT撮影を行ってきたが、とりわけ矯正治療の既往のある症例において顎関節部に変形や吸収などの像を認めることが多かった。

矯正治療で顎位を意図せず変化させない為にもCT撮影による顎関節部の評価を、従来の評価方法に加えて行うことが有効ではないだろうか。

その症例と撮影像について発表したいと思う。

Treatment for occlusal reconstruction based on the cause of disease II

久保 達也¹

1) 久保デンタルクリニック

(ペリオリスクにより咬合再構成に至った一症例) 修復補綴治療に至る病因論はタイプ別リスクとして咬合、ペリオ、カリエスが主に挙げられる。特にペリオリスクの高いタイプの患者様においては咬合崩壊を引き起す重篤なケースも日々の臨床で多々出会う。咬合崩壊に至った経緯と生活習慣を把握し口腔内の環境改善が必要となる。

今回、ペリオリスクが高いことにより咬合崩壊に至り、咬合再構成を行い良好な結果を得た症例をご報告する。

インプラント補綴は欠損歯に対する有効な治療であることに間違いはないが、原因となったペリオリスクの改善が出来ない場合、慢性的な病状の進行を止めることが出来ず、再治療もしくは歯の喪失を引き起こす。歯の保存につとめ、健康に対する価値観を向上させることで病因リスクを減らすことができれば再構成された口腔内環境を維持出来ると考察する。

クローズドロック症例の咬合接触点の評価と顎関節の変化

齋藤 善広¹

齋藤 みずほ¹

1) くにみ野さいとう歯科医院

I. 目的：クローズドロック症例において、ブルーシリコンバイトによる咬合接触点の評価を行いながら治療を行った結果、顎関節に大きな変化が見られた症例を報告する。

II. 症例の概要：患者は54歳の女性で顎関節の疼痛と開口障害を主訴に来院した。徒手的マニピュレーションで開口するようになり、咬合挙上を行い全顎的に治療した。

III. 経過：CT評価では、初診時の下顎頭の位置と形態、表面性状は、治療終了時にはいずれも改善していた。現在、部分床義歯を装着し、メンテナンス中であるが、十分な開口量が保たれ良好である。

IV. 考察および結論：いわゆる全顎的な咬合治療では、咬頭嵌合位の設定が重要である。しかし、咬合採得はまだまだ混沌としており、明確な指標や方法は確立していないように思われる。その理由として、顎関節の変動が大きく、不安定で、難解なことが挙げられるが、本症例はそのような背景を表現していると考えられた。

P-45

生理的治療顎位を模索した一症例

清水 俊克¹

1) 清水歯科医院

I. 目的：臨床において咬合を再構成する必要性が生じた際、治療期間や費用、満足度等様々な問題が発生する可能性がある。術前の審査診断・治療説明・咬合再構成をトラブルなく、効率的に進めるために、当院で行っている診療の流れを報告する。

II. 方法：審査診断の結果、咬合再構成が必要と考えられた患者様一名について、筋肉位および形態学的評価を参考にしながら生理的治療顎位を模索した。得られた顎位を参考に咬合再構成を行った。

III. 結果：当院におけるチーム医療・インフォームドコンセント・生理的治療顎位を参考にしながら、大きなトラブルを回避しつつ、咬合を再構成することができた。

IV. 考察：今回、筋肉位および形態学的評価を中心に、顎位の診査を行ったが、全体として効率良く、安全に治療を進めることが出来た。今後はこれまで蓄積してきた技術をより確実なものとしつつ、最新の診査機器を取り入れ、より精密な診査・診断を行っていく必要がある。

P-47

矮小歯を伴う歯列不正を改善した一症例

佐藤 奨¹笹村 ひかり¹、小野寺 夏美¹

1) 中央歯科クリニック

初診：2007年7月23日

患者：12才 女児

主訴：口蓋から歯が出てきた

問題点

1. 上顎左側側切歯の舌側転位（矮小歯）
2. 過剰歯
3. 歯列不正
4. 悪習癖（舌突出癖）

概要

初診時、過剰歯および矮小歯を伴う歯列不正が認められた。上下顎歯列において歯列はV字型を呈しており、側方歯群の近心傾斜等により永久歯の萌出スペースの獲得が出来ていない。そこで第一期治療の目標（仙台 Class III シンポジウムより）に努め床装置（MFT・タンクガード含む）、マルチブラケットを用い咬合再構成を行った。

まとめ

- ①正中線は一致し歯列不正は改善された。
- ②適切なアンテリア・ガイダンス（臼歯離開咬合）を得ることが出来た。
- ③ポステリアディスクレンパシーの問題は残っており、第3大臼歯の抜歯が必要と考える。
- ④矮小歯には歯牙切削を行わずラミネートベニアより修復処置を行うことが出来た。
- ⑤成長に伴う咬合への経過観察が必要と考える。

P-46

上顎右側第二大臼歯におきた 歯内歯周病変とブラキシズムとの観察

木村 彰利¹

1) 医) 木村歯科医院

我々が日常遭遇する歯周病・齲蝕・根尖病巣の主な原因は細菌感染である。

しかし、時に過剰な力が歯質や歯周組織に作用し、それらの疾患を誘発することもある。その最たる例としてブラキシズムによる咬合干渉があげられる。近年、ブラキシズムは日常生活のストレスに対する情動のコントロールを役割とした生理的運動であると報告されている。

しかしながら過剰なブラキシズムにより、様々な問題に直面する事も多い。

本症例では口腔内にいくつかのブラキシズムサインを認め、上顎右側第二大臼歯で起きた歯内歯周病変や他の部位に局限した歯周ポケットを認めた。

そこで本症例に対しシークエンシャル咬合に基づいた診査・診断を行い、ブラキシズムコントロールを考慮し上顎右側第二大臼歯の歯内歯周病変に対する処置をおこなったので報告する。

P-48

マウスピースアプライアンスを用いて 上顎に遠心移動を行った一症例

藤本 直史¹徳久 幸司¹、佐本 博²

1) 青山アール矯正歯科大阪

I. 目的：近年、上顎大臼歯の遠心移動装置としてペンデュラムやディスタルジェット、GMD、ヘッドギア、インプラントアンカーなど、様々なタイプの矯正装置が使用されている。これらの装置は患者にとって装置装着時の快適性に困難な場合が多い。本研究では取り外し式のマウスピース型矯正装置を用いて上顎大臼歯の遠心移動を行い治療の効果を検証した。

II. 方法：マウスピース型矯正装置を用い、大臼歯関係Ⅱ級の症例に対し、上顎第二大臼歯から順次歯牙の遠心移動を行い、大臼歯Ⅰ級関係を目指した。治療前治療後の顔貌写真、口腔内写真から遠心移動の評価を行った。

III. 結果：マウスピース型矯正装置を用いて上顎第二大臼歯から遠心移動を行い、上顎大臼歯の約6mmの遠心移動が認められた。大臼歯Ⅰ級関係が確立され、上顎前突が改善された。治療期間は2年6ヶ月であった。

IV. 考察：上顎大臼歯の遠心移動にはⅡ級ゴムを併用することが効果的であることが示唆された。

中学生の日常姿勢、荷物の持ち方と顎偏位、形態変化との関係について

堀内 晃¹堀内 礼子¹

1) 医療法人 永友会 堀内歯科

近年、軟食の影響で歯並びや咬合の関係の不調和が増加してきていると言われている。傾向的に細顔でいわゆるエラの貼っていない成長を遂げている子供が多い。加えて顎関節の異常を示す子供が多く、不可逆的病態を呈するほど放置されている場合も多々ある。今回、これを踏まえて同じ中学に通学している中学1年生から3年生の男女151人を対象に日常姿勢、荷物の持ち方と顎偏位、形態との関係を調査した。結果、荷物の持ち方、日常姿勢、寝方と顎形態、歯列形態との有意な関係が認められた。また、同校生徒の歯列形態、顎形態のずれにはある一定の傾向があることが認められた。

日常歯科臨床におけるマイクロスコープの活用

野口 三智子¹

1) 医) 恵翔会なかやま歯科

I. 目的：
近年、歯科光学機器の発展は目覚ましい。日常臨床において、より正確な診断、より精緻な処置に有用である。マイクロスコープの活用を具体的な臨床ケースを交えて報告し、皆様方のご意見を賜りたい。

II. 方法：
マイクロスコープを日常歯科臨床で使用した臨床ケースを提示、考察する。

III. 結果：
マイクロスコープを臨床で使用してみると、「見える」ようになった感動と共に、従来使用の治療器具では視野が妨げられるジレンマを痛感した。また、拡大視野下では高精細でテクニクセンシティブな技術が必須であるが、そのためにはレストを確実におくなどのベーシックな基本事項を確実に行う大切さを再認識した。

IV. 考察および結論：
拡大されることによるテクニクセンシティブな術式を理解すると共に、各ラーニングステージにおける基本事項を確実に行うことが必須である。

地域医療における総合病院歯科の役割～パイロットスタディーとして1か月患者実態調査～

新居 智恵^{1,2,3}

町野 守^{2,3}、俵木 勉¹、重田 浩貴^{1,2}、関根 真一²、粕谷 和枝²、栗原 千恵子²
1) 医療法人いづみや歯科
2) 石心会狭山総合クリニック
3) 明海大学歯学部総合口腔診断学分野

近年、厚生労働省は地域歯科医療における病院歯科の重要性をうたっている。その中、病院歯科は減少傾向にある。これは、病院歯科の収入が影響していると言われている。高齢化や有病者の増加にあり病院歯科は、どのような働きをしているのか、地域の一般歯科や患者さんから、どのような内容の歯科治療を求められているのか把握し、必要な対策を講じることが必要となってくる。

今回、埼玉県狭山市にある総合病院(全18科)、腎クリニック併設内の歯科室において平成25年2月の1ヶ月来院患者調査を行い、年齢、性別、主訴、治療内容、同総合病院他科への通院、現病歴、投薬状態を調査した。

大半の来院患者さんは、高齢であり同総合病院内の他科に通院し多くの疾患を持ち投薬を受けている。また、疾患、投薬を理由に一般歯科からの治療依頼を受けることもある。この調査を元に地域医療において病院歯科の現状と今後の役割を考察していきたいと思う。

基礎資料収集の重要性

土井 博史¹

1) 医) 恵翔会なかやま歯科

I. 目的：
フルマウス治療を要した一症例を通して、より正確な診査・診断を行うために行われる基礎資料収集について再考した。

II. 方法：
口腔内写真、顔貌写真、パノラマX線写真、デンタル14枚法X線写真、歯周ポケット検査、ICPバイトとCRバイト、スタディモデル、フェイスポートランスファー、CT撮影など、基礎資料収集から治療計画の立案を行った。

III. 結果：
一口腔一単位の観点での治療の流れの中で、まず初めの綿密な基礎資料収集というステップが、顕在する問題点と潜在するリスクを把握し、患者に伝えるための重要な作業であることを再認識した。

IV. 考察：
基礎資料を収集する目的の一つに、資料を用いて患者自身に自分の口腔状態の問題点をしっかり理解してもらい、術者、患者共に最終的なゴールを共有することで、患者満足度の向上、さらには治療終了後のメンテナンス率の向上にもつながってくるのではないだろうか。

P-53

インプラント前処置としての LOT の有用性

鏡 智雄¹

川邊 好弘¹ 荒木 久生¹

1) 明海大学 P D I 埼玉歯科診療所

今回、# 46 欠損部のインプラント処置に際し、前処置として # 47 の Limited orthodontic treatment (以下 LOT) を行ったので報告する。

I. 症例：患者は右下の疼痛を主訴に来院された 53 歳の女性。右下臼歯部には他院にて製作されたブリッジが装着されており、# 45 にはう蝕と歯髄症状を認めた。

II. 治療経過：# 45、47 の根管治療を行い、# 46 欠損部にインプラント処置を計画した。まず、歯周基本治療を行い、再評価後、埋入スペースの確保と歯軸の是正を目的として、# 47 のアップライトを行った。そして、# 46 欠損部にインプラント埋入を行い、プロビジョナルレストレーションを経て最終補綴へ移行した。

III. 結論：インプラント前処置として LOT を行ったことにより、埋入スペースの確保と隣在歯に安定した咬合接触を付与できた。

P-55

Leaderguide システムにより全顎インプラント治療の応用

林 協興¹

1) 品雅歯科医院

In this poster presentation, I will show a kind of surgical guide - Leaderguide, which is a semi-tubular continuous contact guide for dental implant, and that is quite accurate and easy to use. In the poster, the detail steps will be illustrated from laboratory to surgical procedure, and final prosthesis also.

P-54

数字で診るオッセオインテグレーションの獲得～骨造成部位の骨とインプラントの評価～

船木 弘¹

1) 日比谷歯科医院

埋入したインプラントがオッセオインテグレーションを獲得しているか否かの判断はエックス線診断や CT、打診等の診断方法があるがその多くは術者の経験的な判断に頼ることが多い。しかも骨質や喫煙の有無、患者の年齢など個体差もあるうえ、サイナスフロアエレベーションや GBR など骨造成をした部位に埋入したインプラントの場合はその判断はさらに複雑、困難なものとなる。また骨造成した部位の骨が咬合力に耐えうる状態なのかを客観的に判断するのも不可能と思われる。

つまりインプラントのオッセオインテグレーションの獲得や骨の成熟度を科学的に判断する方法は存在せず、術者の経験や勘による科学的根拠に乏しいものであった感は否めない。そこで今回は ISQ 値 (インプラント安定指数) という物を測定し埋入したインプラントと骨の関係、オッセオインテグレーションの進行を推測し、それにより得られた情報からインプラントと骨への対応を考察した。

P-56

インプラントを併用して咬合回復を行った一症例

南 康朗¹

1) みなみ歯科クリニック

I. 目的：臼歯部欠損において、従来より可撤性部分床義歯による回復が行われてきたが、長期間使用されていないケースも多い。今回上下顎臼歯欠損の患者にインプラントを併用して全顎的治療を行い、機能性、審美性の良好な結果を得たので報告する。

II. 方法：患者は 68 歳女性。X 線、歯周検査、CT 検査等を行って診査診断を行った後にインプラントを埋入し、プロビジョナルにて経過観察後、残存歯の補綴治療も含めて最終補綴へと移行した。

III. 結果：4 年経過後、患者は機能、審美共に満足しておりブラークコントロールも良好である。X 線においても顕著な骨吸収像や異常所見は観察されず、経過良好と判断した。

IV. 考察及び結論：欠損によって生じる残存歯への荷重負担を軽減するためにも、臼歯部へのインプラント埋入による咬合回復は有効であった。インプラントと天然歯との混在する環境においては、咬合状態も含めて今後さらに長期的な予後を観察していく予定である。

P-57

臼歯欠損のため咬合崩壊が予見され、インプラント補綴と矯正治療で改善した症例

坂田 純一¹

1) 医療法人社団さかた歯科医院

- I. 目的：
臼歯の欠損状態が放置されると、さらなる歯牙喪失を招き咬合崩壊が進行する。インプラント補綴により咬合の回復、矯正治療により審美的回復を図った症例を供覧する。
- II. 症例の概要：
患者は60歳代女性。40年程前に下顎左側臼歯3本を抜歯した状態で放置し、下顎前歯の叢生が顕著になった。義歯使用不可能のためインプラント治療を望まれた。施術前に口腔内資料及びX線写真等で硬組織・軟組織評価を行い、治療完了時を想定したセットアップ模型を製作し治療を実行した。
- III. 経過：
下顎前歯叢生改善のため、マイクロインプラント使用した矯正治療を行った。34番は抜歯し、34～37番欠損部にGBR併用のインプラント植立し補綴治療を行った。
- IV. 考察および結論：
片側遊離端欠損の状態が放置され欠損歯列の病態の重症化が懸念された患者に対して、インプラント補綴により咬合支持が回復し、QOLの向上に役立てたと考える。

P-59

インプラントを用いた前歯部審美回復

谷本 博則¹荒木 久生¹

1) 明海大学PDI埼玉歯科診療所

- インプラント治療は日常臨床に広く応用され治療の質も向上している。そのため患者の要求も機能回復だけでなくとどまらず、より天然歯に近い審美性を要求する。今回演者は21に対し、インプラント治療を行ったので報告する。
- I. 症例：患者は21周囲歯肉の腫れが気になることを主訴に来院した。68歳の女性である、一年前より同歯に動揺があったが放置、来院直前には歯肉の腫脹も認められ本診療所へ来院。
- II. 治療経過：21は予後不良と判断し、抜歯後インプラント治療を行うこととした。1次手術時にサージカルインデックスを採得し、2次手術時にプロビジョナルレストレーションを装着した。カスタムインプレッションコーピングを作製し、最終補綴に移行した。
- III. 結論：今回、最終補綴装着後18ヵ月間良好に経過し、満足を得られることができた。治療の最終目標である機能的かつ審美的な予後を今後とも長期に維持してゆきたい。

P-58

前歯部抜歯即時インプラントにおけるピエゾサージェリーの有用性

高橋 恵一朗¹

1) 高橋歯科医院/泉中央インプラントセンター

- I. 目的：ピエゾサージェリー（以下PS）が前歯部抜歯即時埋入インプラント術における有用性を症例を通して報告する。
- II. 方法：患者は10代後半女性、前歯部内部吸収歯による審美不調と動揺を主訴に来院。全顎的な診査診断CT撮影を行った。当該歯牙は保存不可能と判断されたが周囲骨の状態は健全と判断し抜歯即時埋入術を選択。PRP療法を併用し抜歯ならびにインプラント窩形成、埋入、GBR法を行った。免荷治療期間経過後プロビジョナルレストレーションを製作、最終補綴を行った。
- III. 結果：内部吸収歯の抜歯は周囲骨温存の観点から困難を極めたがPSを用いることで最小限の侵襲と出血量で行うことができインプラント窩形成においても理想的位置への埋入が可能となった。
- IV. 考察：PSを用いることで低侵襲で手術が可能となり術者の負担軽減につながると考えられる。インプラント窩形成においても切断面の骨へのダメージも最小限となり周囲組織の温存に寄与したと考えられた。

P-60

メタルフレーム形態の違いがセラモメタルの強さに及ぼす影響

重田 浩貴¹渡邊 一史²河津 寛²1) 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
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構造体を用いると、陶材部分が破折することがあるといわれている。本報告者の一人、渡邊一史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できることを提案した。そこで本研究は、メタルフレームの形態の違いが、陶材部破折に対する抵抗性に差があるかを検証するために行った。
- 本実験では陶材焼付用金合金を用いメタルフレームおよび台座固定部を一塊として作製し、渡邊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製し陶材を焼成した。試験片の切縁から舌側歯頸部1mm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10kgf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。また、荷重が70kgfをこえると陶材部の破折が見られた。

P-61

歯科適合試験用材料を用いた下顎総義歯粘膜面の適合検査と評価基準についての研究

市川 正人¹

1) 市川歯科医院

I. 目的：総義歯の粘膜面適合は維持、支持のほか、とりわけ下顎では疼痛の発生に係わってくる要件である。粘膜面適合は歯科適合試験用材料（試験材）を用いて検査するのが一般的であるが、その方法および評価は各術者に委ねられているのが現状である。そこで本研究では、下顎総義歯粘膜面の適合検査における試験材活用と評価に対する基準策定を試みた。
II. 方法：試験材として塗布ペーストとホワイトシリコーンを用い、各種適合検査を通して各々の特性を把握したのち、基準となり得る適合検査と評価方法について調査した。
III. 結果：ホワイトシリコーンによる印象面が適合の全体像把握に有効であり、適合良好の場合には共通の「3つの所見」が得られることが分かった。
IV. 考察および結論：粘膜面適合検査において、その印象面を先の「3つの所見」をもとに評価することに基軸をおき、その臨床局面に合致した適合検査方法で補うことが的確な診断に繋がると考える。

P-63

接着と長期安定性を考慮したセラミックスインレー

岸田 紘一¹

1) カツベ歯科クリニック

日々の診療においてセラミックスインレーにて治療する機会はよくあると思うが、セラミックスインレーセット後すぐに、脱離や破折などした経験はないだろうか。セラミックスインレーに限らず患者様が治療に求めるものは長期安定であると思う。その長期安定性をえるためには、窩洞の深さや外形、接着が欠かせないものであると思う。

そこで、症例を通して、長期安定性を考慮したセラミックスインレーで大きなウエイトを占める接着について報告しようと思う。

P-62

コンポジットレジン修復を再考する

松井 泰隆¹

増井 健志¹ 仲筋 耕作¹

1) ミナミ歯科クリニック医局

ミニマルインターベーション（MI）の概念が確立し、現在の歯科治療において、コンポジットレジン（CR）は非常に有効な材料として使用されています。なぜなら、CR 修復の有効な点は歯質と CR が接着することで、切削を感染歯質のみの除去にとどめ、遊離エナメル質を可能な限り保存する事により、MI を実践できる事にあるからです。かつての CR 修復ではエナメル質にのみ接着が局限されて象牙質への接着は確立されていませんでしたが、象牙質への接着が可能になった事により CR 修復への信頼性は大きく向上しました。

今日の日常診療において大きな比重を占めるこの CR 修復について、今回その接着システムについて着目し再考したいと思い、ここに報告します。

P-64

マイクロ・スコープの臨床応用 パート3

岸本 省三¹

1) 岸本歯科

根管治療という分野は歯周治療や補綴治療と比較して、目に見える成果がでにくい治療であるがゆえ、『エンドに自信がある』と言い切れる先生方が少ないのではないだろうか。以前は目に見えない3次元的な世界をデンタル X-線写真と自分の手指の感覚を頼りに治療を行っていたが、CT の出現により根管の形態・湾曲、根尖病変の広がり、フェネストレーションなど、2次元のデンタルでは限界のあった診査・診断がより正確で確実なものとなってきた。また、マイクロスコープでは目視下で以前は見えなかった根管内の起炎物質の取り残しやマイクロクラック、根管壁のパワーフォレーションなどが確認できるようになり、確実な治療及び抜歯保存の判断基準が明確になってきた。去年までのパート1、2に引き続き、根幹治療においてマイクロスコープ、CT を使用した症例を、呈示し御教授いただきたい。

P-65

歯根破折を防止するための要点

鈴木 慧¹

1) 小滝歯科医院

歯根破折は、治療の予後を左右する重要な問題である。歯根破折を引き起こす要因としては、①天然の歯牙形態に不調和な根管拡大、形成、②不適切なコア形成等によるパーフォレーション、③抜髄時の過剰な歯質の切削、等があげられるが、これらはいずれも失活歯に見られる特徴で、歯根破折を予防するには、生活歯のまま保存することが重要になる。

しかしながら、抜髄を余儀なくされた歯や、既に感染根管で失活している歯の治療においては、健康な歯質を削りすぎない配慮が必要となる。また、支台築造時のポストの幅径や使用する材料、さらに補綴物の咬合なども破折に関係してくる。

今回、歯根破折を起こした症例からその原因を抜粋して、さらに論文的な考察を交えて歯根破折を予防する為の要点を発表する。

P-67

抜歯が不可避と思われた歯牙に対して再生療法を行った一症例

樋口 一敏¹

1) 樋口歯科医院

今回、当初抜歯が不可避と思われていた歯牙に対して、歯周組織再生治療を伴う歯周治療によって保存する事ができた症例を経験したので、ご意見ご教授を頂きたいと思う。

I. 症例の概要：患者は57歳女性、白歯部の動揺を主訴に来院。喫煙歴なし。全顎的に歯肉に発赤、腫脹を認め、特に上顎大白歯部の動揺、腫脹は著明であった。口腔内は犬歯Ⅰ級、1歯対2歯咬合であるが、グループファンクションであり、レントゲン上で上顎白歯部に重度の骨透過像を認めた。

II. 治療経過：歯周基本治療にてプラークコントロール、咬合調整を行いながら、動揺度Ⅲ度の歯牙の抜歯を行い、16、15、14に関しては再生療法を行った。その後、最終補綴を行いSPTへ移行した。

III. 考察：診査診断に基づく適切な治療法し、患者との良好な信頼関係を築けた事で良い結果になったのではないと思われる。現在、歯周組織は安定しており、メンテナンスを行っていく予定である。

P-66

CBCT 画像診断に基づき外科的歯内療法を行った一症例

宮崎 啓¹荒木 久生²川邊 好弘²

1) 明海大学PDI埼玉歯科診療所

2) 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

I. 目的：患者は右上5の歯肉から膿がでることを主訴に来院された59歳の女性である。同部位は発赤、腫脹と根尖部の圧痛、瘻孔を認めた。デンタルX線写真より、右上6欠損部にまで及ぶ上顎洞の透過像を認めた。術前のCT検査所見で右上6欠損部まで上顎洞が介入していたが、一層の洞壁は認めた。根管は1根管性で、不十分な根管充填を認めた。根尖病巣は正円形を呈しており、頬側歯槽骨には開窓を認めた。

II. 方法：病巣と感染源を除去するために歯根端切除術を行うこととした。

III. 結果：歯周組織の形態を考慮し切開、剥離し、術中に根管拡大、根管洗浄、根管充填を行なった。嚢胞を一塊に摘出し、通法に従い逆根管充填を行った。現在、術後約1年6ヶ月後良好な経過を示している。

IV. 考察：上顎洞、根尖病巣および根周囲組織の形態を把握し、術式を検討することにより手術時間の短縮を含め、より確実な処置を行うことができたと考ええる。

P-68

ティッシュマネジメントの必要性和その考察

宇根岡 大典¹

1) うねおか歯科クリニック

歯周疾患、根尖病変、外傷、歯肉縁下齶蝕等様々な問題により、生じた歯周軟組織及び硬組織に対して、歯のみに対する治療や、欠損部に単純にインプラントを埋入するだけではなく、周囲組織に対する治療オプションをもつことが求められる。

そして、清掃性の高い生物学的原則に従った周囲組織を確立することにより、その治療を一時的なものではなく、長期的に維持、安定することが可能になり、患者満足を得ることができると考える。

今回、歯及びインプラント周囲の組織安定性を考慮した対応について、臨床例を交えて考察したい。

低位乳歯による歯列不正への対応

吉田 美香子¹

1) 明海大学病院

低位乳歯は、歯根と歯槽骨の癒着と隣在歯の萌出とによって生じる相対的な低位とされ、その影響として、永久歯の不正や後継永久歯の歯根形態異常などが報告されている。そのため、時期、状態、程度に応じて永久歯の萌出誘導を行う必要がある。今回、下顎第二乳歯の低位を認めた2症例を経験し、保隙、萌出誘導、拔牙を行った治療経過について報告する。

症例1は、7歳3か月男児。右下E萌出遅延のため、近医より紹介。右下6DCにセクショナルアーチを装着し、右下6整直後に右下Eを拔牙した。その後、保隙を行い右下5の萌出を経過観察している。症例2は、4歳9か月女児。右下E萌出遅延のため、近医より紹介。右下E拔牙後、右下Dクラウンループシューにて保隙を行い、右下Dの脱落に伴い可撤式保隙装置へ交換し、右下5の萌出を経過観察している。

総義歯の就寝時装用の実態調査

黒岩 昭弘¹

松山 雄喜² 高橋 正光³ 登内 敏夫³ 小川 洋一³ 海堀 直樹³
藤井 秀朋³ 西尾 俊彦³ 保田 好隆³ 村田 雅史³ 鈴木 尚³

1) 日本顎咬合学会 臨床研究推進委員会

松本歯科大学 歯科補綴学講座

2) 松本歯科大学 歯科補綴学講座

3) 日本顎咬合学会 臨床研究推進委員会

臨床研究推進委員会によって企画された「総義歯の就寝時装用の実態調査」を以下のような対象・目的にて行った。

I. 調査対象：総義歯（オーバデンチャーを含む）

II. 目的：総義歯の就寝時装用の実態調査とその理由を調査する。

III. 調査期間：平成24年11月1日～2月28日

締め切りまでに36施設で226名のアンケートが回収された。内訳は男性99名、女性124名、性別記入なし3名、年齢は45～94歳であった。学術大会にて得られたアンケートに関して分析した結果を報告する。

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、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をお願いいたします。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。来年以降は、この抄録集がスムーズに発行できますように、演題及び抄録の提出期限が1月程早くなっております。皆様のご協力をお願いいたします。

(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31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33巻
発行日：2013年5月13日

発行者：渡辺 隆史
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
Vol. 33, 13 May, 2013

Publisher : Takashi Watanabe
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.

指定講演・テーブルクリニック索引

アルファベット

Baldwin W. Marchack 28,34

あ

相宮 秀俊 89
 青木 薫 91
 赤坂 政彦 76
 アキ ヨシダ (吉田 明彦) 47
 安達 恵利子 82
 阿部 二郎 62
 阿部 伸一 53,64
 有田 憲司 42
 有田 信一 43
 安生 朝子 81
 池森 由幸 57
 石川 洋子 90
 石田 博也 93
 石原 研 104
 市岡 千春 60
 市川 淳 63
 伊藤 公一 64
 稲葉 繁 58,83
 井上 孝 53
 井上 正敏 102
 今井 俊広 48
 今井 美樹 104
 岩泉 理沙 85
 岩久 正明 52
 岩田 卓也 58
 岩田 健男 58
 岩田 裕衣 83
 上田 秀朗 44
 上原 芳樹 100
 薄井 由枝 74
 内田 剛也 94
 梅津 清隆 59
 大河 雅之 65
 大西 吉之 105
 大村 祐進 48
 岡口 守雄 52
 小川 勝久 92
 小川 洋一 58,97
 奥森 健史 95
 小原 俊彦 93

か

加々美 恵一 43
 亀田 行雄 78
 川島 哲 68
 河原 英雄 54
 菅崎 直身 68
 神田 真帆 104
 北折 一 30
 鬼頭 寛之 89
 草間 薫 71
 草間 幸夫 65
 熊谷 真一 31
 倉富 覚 79
 桑田 正博 49

小出 馨 73
 小嶋 壽 78,99
 小谷 いずみ 83
 五島 朋幸 67
 小林 平 80
 小林 隆 103
 小林 英史 40
 小林 義典 36,46
 小牧 令二 83

さ

齊木 好太郎 70
 酒井 志郎 92
 榊原 功二 69,81
 櫻井 健次 40
 貞光 謙一郎 32,66
 佐藤 明寿 105
 佐藤 勝史 93
 佐藤 公則 51
 佐藤 貞雄 57
 佐藤 洋司 39
 塩田 太 103
 品田 和美 30
 嶋田 淳 87
 清水 雅雪 37
 下川 公一 37
 白石 大祐 89
 白石 康博 63
 菅野 博康 70
 鈴木 朋湖 76
 鈴木 尚 67
 鈴木 光雄 89
 鈴木 玲爾 94
 須藤 純 98
 千 栄寿 85

た

高田 博雅 104
 高橋 慶荘 45
 高橋 英登 56,59
 高橋 正光 99
 田ヶ原 昭弘 44
 高森 愛子 96
 武井 順治 82
 辰巳 順一 98
 田中 憲一 41
 玉置 勝司 100
 田村 勝美 58,76
 辻 秀憲 90
 筒井 照子 31
 鶴 純明 71
 寺西 邦彦 85
 寺本 清峰 89
 戸原 玄 66

な

永井 茂之 80
 永井 省二 77
 中島 稔博 84
 中田 光太郎 61

永松 榮司 54
 中村 雅典 72
 夏堀 礼二 77
 夏見 真美 86
 野阪 泰弘 79

は

橋本 雅人 89
 林 丈一朗 38
 林 正規 50
 林 美穂 102
 林 揚春 51,82
 平井 順 45,61
 深水 皓三 88
 普光江 洋 69,82
 藤井 元宏 89
 藤田 薫 73

ま

前田 芳信 35
 増田 純一 42
 松岡 金次 98
 松岡 力 41
 松崎 浩成 103
 松島 正和 60,87
 松本 勝利 88
 松本 真司 96
 松本 勝 35
 三上 俊成 72
 水上 哲也 32
 南 清和 33
 宮崎 真至 55
 宮下 邦彦 56
 宮新 美智世 50
 三輪 一雄 97
 村岡 秀明 62,95
 村上 恵子 101
 桃井 保子 55
 森本 達也 69

や

柳 智哉 39
 山下 恒彦 91
 山田 好秋 45
 遊亀 裕一 86
 吉木 雄一朗 89

わ

若竹 哲也 84
 若林 健史 38
 渡邊 一史 101
 渡邊 誠 36

第31回日本顎咬合学会学術大会・総会 プログラムスポンサー企業

メーカーシンポジウム	Ivoclar Vivadent 株式会社 【抄録 P 65, 66】 株式会社モリタ 【抄録 P 50】
ランチョンセミナー	株式会社カイマンデンタル 【抄録 P 60】 カボデンタルシステムズジャパン株式会社 【抄録 P 58】 株式会社ジーシー 【抄録 P 59】 シロナデンタルシステムズ株式会社 【抄録 P 60】 ストローマン・ジャパン株式会社 【抄録 P 61】 スリーエムヘルスケア株式会社 【抄録 P 59】
テーブルクリニック	Ivoclar Vivadent 株式会社 【抄録 P 84】 カボデンタルシステムズジャパン株式会社 【抄録 P 99】 株式会社ジーシー 【抄録 P 100】 デンツプライ三金株式会社 【抄録 P 80, 85, 90】 株式会社トクヤマデンタル 【抄録 P 95】 株式会社茂久田商会 【抄録 P 95】 株式会社モリタ 【抄録 P 80, 85】
コンgres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