



公益社団法人 日本口腔インプラント学会 関東・甲信越支部

第4回 学術シンポジウム

メインテーマ

**インプラント治療のリカバリーを
考える：あなたならどうする？**

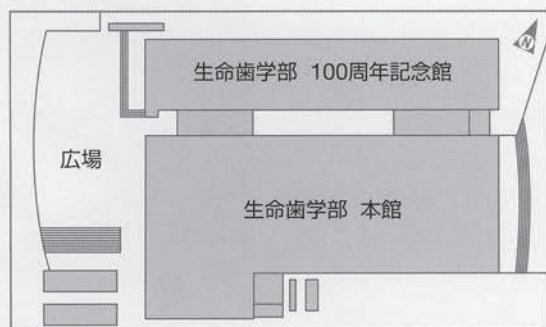
日時 平成25年8月4日（日）

場所 日本歯科大学生命歯学部 富士見ホール

■ アクセス



JR総武線	「飯田橋駅」下車	西口改札出口
東京メトロ東西線	「飯田橋駅」下車	A3～A5出口
東京メトロ有楽町線	「飯田橋駅」下車	B2a出口
東京メトロ南北線	「飯田橋駅」下車	B2a出口
都営地下鉄大江戸線	「飯田橋駅」下車	A4出口
東京メトロ東西線	「九段下駅」下車	1番、7番出口
都営地下鉄新宿線	「九段下駅」下車	1番出口
東京メトロ半蔵門線	「九段下駅」下車	1番出口



生命歯学部、附属病院とも 敷地内禁煙

本学では全学をあげて禁煙支援をおこなっています。本学周囲の飯田橋・富士見地区は、千代田区生活環境条例により路上喫煙・吸い殻のポイ捨て等の禁止区域となっており、違反した場合には罰金が科せられます。

今後、医療人である歯科医師等に対して、非喫煙者であることがより強く求められる時代が訪れます。タバコを覚えない、タバコを早い時期に止めることを推奨しています。



キャンパス禁煙支援委員会

タイムスケジュール

メインテーマ：「インプラント治療のリカバリーを考える：あなたならどうする？」

9:00 開会の辞，挨拶 大会長 高森 等
支部長 築瀬武史

インプラント手術に関連するリカバリー

セクション 1

(座長：矢島安朝先生)

9:10~9:35 山田一穂先生（新潟再生歯学研究所）
ガイドドサージェリーにおける失敗とリカバリー

9:35~10:00 古谷義隆先生（東京歯科大学）
神経損傷に対するリハビリ

10:00~10:25 高橋恭久先生（日本歯科先端技術研究所）
上顎洞底挙上術に関するリカバリー

10:25~10:50 ディスカッション

10:50~11:05 休 憩

セクション2

(座長：井汲憲治先生)

11:05~11:30 山口葉子先生（昭和大学歯学部インプラント歯科学講座）
インプラントの埋入トルクと初期固定を再考する

— スクリュー型インプラントの癰を知る —

11:30~11:55 水澤伸仁先生（日本インプラント臨床研究会）
異物誤飲の偶発症例と予防と対策について

11:55~12:10 ディスカッション

12:10~13:30 昼食

補綴・メンテナンスに関連するリカバリー

セクション 1

(座長：塩田 真先生)

13:30~13:55 黒田真司先生（東京医科歯科大学）
インプラント補綴による機能・審美リカバリー ～Br? IOD?～

13:55~14:20 上田一彦先生 (日本歯科大学新潟病院 総合診療科 口腔インプラント
センター)

上部構造の破折から良好なLONGEVITYを考察する

14：20～14：45 勝沼孝臣先生（埼玉インプラント研究会）
患者の経年変化に対応したリカバリー

14:45~15:05 ディスカッション

15:05~15:20 休憩

セクション2

(座長：小田 茂先生)

15:20~15:45 関 啓介先生（日本大学歯学部附属歯科病院 歯科インプラント科）
長期メンテナンスにおけるリカバリー インプラント周囲炎に対する
アプローチ

15：45～16：05 西方 淳先生（新潟再生歯学研究所）
ブレードインプラントの長期的フォローアップから視えてきたこと；
インプラント治療の成功基準の変遷と現在我々がすべきことを考える

16:05~16:20 ディスカッション

16:30～ 閉会の辞 副大会長 奥森直人



ご挨拶

「インプラント治療のリカバリーを 考える：あなたならどうする？」

公益社団法人日本口腔インプラント学会 関東・甲信越支部
第4回学術シンポジウム 大会長 高森 等

関東・甲信越支部では、平成22年から学術シンポジウムを開催し、今回で第4回になります。このシンポジウムは2月中旬開催される支部学術大会までの間に会員の先生方のインプラント治療に対する研鑽のモチベーションを維持する目的で企画されました。第3回目からは前支部長相浦州吉先生の提案により会員の若い先生が中心となって運営を行い、演者も実際に臨床や研究を行っている若手の先生にお願いし、できるだけ実践に即した内容が選ばれました。また、講演会では演者には「本音」を講演して頂き、活発な討論を通して会員の先生方が持っている疑問点などを少しでも解消しようとする本当の意味でのシンポジウムを目指してきました。内容も充実し、当初考えていた以上の盛り上がりを見せています。これは前支部学術委員長の東京医科歯科大学小田 茂先生をはじめ、実行委員および関係された各研修施設の先生方のお蔭です。

第4回目を迎える今回は支部学術委員長に指名されました高森 等が大会長、日本先端技術研究所の奥森直人先生が副大会長、日本歯科大学附属病院の小倉晋が実行委員長を務めることになりました。昨年12月末の支部役員会でメインテーマを決め、1月に各研修施設長に若手の先生方を実行委員として推薦して頂き、本年2月の支部学術大会の際に第1回の実行委員会を開催し、内容のアウトラインと演者のリストアップを行いました。それをもとに4月中旬に学術委員会との合同の打ち合わせで内容の詳細と演者の確認を行い、下旬の第2回の実行委員会で最終調整しました。

最近、マスコミ等によるインプラント治療のマイナス面ばかりが強調されております。治療において「100%上手くいく」ことはなく、時にはトラブルを生じることもあります。そのような場合にリカバリー法を知っておくことは治療の安全・安心を得るうえでは非常に重要であり、患者の信頼に答えることになります。そこで、今回のメインテーマは、「インプラント治療のリカバリーを考える：あなたならどうする？」としました。午前中は「インプラント手術に関連するリカバリー」と題し、セッション1ではインプラント手術に関連したトラブルに対するリカバリーについて、新潟再生歯学研究所山田一穂先生、東京歯科大学古谷義隆先生、日本歯科先端技術研究所高橋恭久先生に講演をお願いし、東京歯科大学の矢島安朝先生に座長をして頂きます。セッション2では手術に関連した問題点とトラブルについて昭和大学山口葉子先生、日本インプラント臨床研究会水澤伸仁先生にお願いし、日本インプラント臨床研究会の井汲憲治先生に座長をして頂きます。午後は「補綴・メンテナンスに関するリカバリー」と題し、セッション1では補綴処置に関連したトラブルのリカバリーについて東京医科歯科大学黒田真司先生、日本歯科大学新潟生命歯学部上田一彦先生、埼玉インプラント研究会勝沼孝臣先生にお願いし、東京医科歯科大学塩田 真先生に座長をして頂きます。セッション2ではメンテナンスと関連したトラブルのリカバリーにつて日本大学歯学部関 啓介先生、インプラント除去後のリカバリーについて新潟再生歯学研究所西方 淳先生にお願いし、東京医科歯科大学小田 茂先生に座長をして頂きます。それぞれのセッションにおいてディスカッションの時間を十分に設けてありますので活発な討論をして頂きたいと思ひます。

8月初旬の夏の一番暑い時に開催しますが、多数の会員の先生に参加して頂いて、暑さを吹き飛ばす討論をして頂きたいと思ひます。



ご挨拶

公益社団法人 日本口腔インプラント学会 関東・甲信越支部
支部長 築瀬 武史

本年、2月に開催された第32回関東・甲信越支部学術大会も1300名の参加を得て、盛会裏に終了することができました。これは支部会員の皆様のご協力の賜物であり、平素の関東・甲信越支部へのご理解も合わせて、篤く御礼を申し上げます。

社会的には、インプラント治療の有用性と同時に問題点も指摘されていますが、学術団体である公益社団法人日本口腔インプラント学会はその評価や風説に右往左往することなく、患者主体のエビデンスのあるインプラント治療の模索とその確立に真摯に取り組んでいかなければなりません。

この関東・甲信越支部学術シンポジウムは相浦洲吉前支部長（現 学会専務理事）がややもすれば若い先生方にとって敷居が高く感じる学術大会とは異なる開催方式にて、インプラント臨床技術に特化することなく、基礎も含めてわかりやすく、本音で語り、インプラント治療への啓発活動を行うことを提唱し、開催されるようになりました。

インプラント治療を習得し、より高度な臨床技術を身につけようと意欲的な時ほど、アドバンスなケースやチャンピオンケースに講演会や研修会で触れてしまうとチャレンジしたくなってしまう。その時に基本を忘れ、思わぬ落とし穴に遭遇してしまいがちです。

また、完璧と思われる診療計画 診療技術の下でもその対象がヒトである限り、予測不可能な偶発症や予後に出会うこともあります。

本年は「インプラント治療のリカバリーを考える あなたならどうする？」というテーマで高森等大会長、奥森直人副大会長、小倉晋実行委員長、樋口大輔副実行委員長により開催されます。また、実行委員も在関東・甲信越支部すべての大学系・臨床系研修施設より推薦された先生方で構成されています。本年のテーマは実行委員会で熱論が交わされ、またセクションも議論の末に決定された小テーマとなっています。

本シンポジウムでは施術時から予後において起こりうるトラブルへの対処がすべて網羅されていると言って過言ではありません。

お盆休み前のお忙しい時期ですが、多くの支部会員が集い、学ぶ、熱い一日となることでしょう。

末筆になりましたが、本シンポジウム開催のためにご尽力された高森等大会長以下実行委員の先生方には深甚なる謝意を表します。



祝 辞

公益社団法人 日本口腔インプラント学会 関東・甲信越支部
理事長 渡邊 文彦

平成22年12月に国民生活センターよりインプラント治療に対するトラブルが多く報告されたことはすべての人が知るところである。これを受け、NHKを始め多くのマスコミがインプラント治療は高いQOLを達成できる治療法であると認めながらも、歯科医師のモラルや倫理、治療技術の不足等を報じました。この報道は一旦沈静化したかのように思えましたが、また再度使い回しや治療費の前払いと倒産が報じられネガティブな状況となっております。本年3月31日に日本口腔インプラント学会、日本歯科医師会、日本歯科医学会が主催で、日本口腔外科学会、日本補綴歯科学会、日本歯周病学会、日本顎顔面インプラント学会が後援し、現状のインプラント治療に対しての改善、また現状に対する関連機関の対応について市民フォーラムを開催致しました。この中で、日本歯科医学会で行った調査からインプラント埋入時の麻痺、感染、上顎洞へのインプラント体の迷入などを起こす歯科医師は、インプラント治療を始めようとする初心者だけではなく、インプラント治療を以前より行っている方が多いことが報告されました。これはインプラント治療に慣れてくることにより、自分の技術を過信し、十分な診査、検査を行わず、経験的な思い込みで手術を行ったこと、また綿密なインフォームドコンセントをつい忘れてしまった場合に起因していると推測致します。口腔インプラント治療に携わる歯科医師が市民の目線に立ち、安心して受診できるインプラント治療を提供すべく、これから初心に帰りもう一度インプラント治療のリスクを考え、確実な治療を行わなければ国民、患者さんの信頼は取り戻せません。インプラント治療を受けたが、審美的問題がありこの回復を希望する、不適切なインプラント埋入位置、方向で除去、再治療が必要である患者さんもおられます。さらに上部構造のデザインから良く噛めない、またインプラント周囲炎で骨吸収を生じているなど、外科、補綴、歯周に関する、連携した治療が必要となります。公益社団法人 日本口腔インプラント学会関東・甲信越支部では毎年2月に支部学術大会、8月には学術シンポジウムを開催しています。今回第4回目となる学術シンポジウムは「インプラント治療のリカバリーを考える：あなたならどうする？」をメインテーマに高森 等大会長、小倉 晋実行委員長のもとで開催されます。開催にあたり日本口腔インプラント学会を代表し、お祝いとお礼を申し上げます。本企画運営は昨年より臨床系の研究機関、大学系の研修機関で活躍する若手の先生方が行います。第4回目となる今回はインプラント手術に関して、補綴メンテナンスを2つのセクションに分けシンポジウム形式で行われます。国民に信頼される安全・安心そして確実な口腔インプラント治療を提供するためにはどのようにすればよいのか、是非多くの先生方に参加して頂き活発なディスカッションを期待致します。

Morning section

9 : 10～10 : 50



インプラント手術に関連するリカバリー

セクション1 座長

矢島安朝
(東京歯科大学)

インプラント治療は、歯科界において「20世紀最大の発明」であるといわれているにもかかわらず、インプラントの医療事故の報道が盛んに流されていることにより、インプラントに対する社会的評価は大きく負の方向に振れすぎてしまっているように感ずる。このままでは、インプラント治療が国民の健康増進に寄与できないといった、大変矛盾した治療方法に成り下がってしまうことが懸念される。

ところで、インプラント手術の事故・トラブル発生件数をゼロにすることは、どのような手段を用いても不可能であろう。であるならば、「起こってしまったトラブルを的確にリカバーすること」が患者中心の医療の本質であり、現在のインプラント治療に対する社会的評価を再構築するためにも有効な方略であろう。

そこで今回のシンポジウムでは、山田先生からガイドドサージェリーに関する失敗とそのリカバリーを、古谷先生からは神経損傷のリカバリーを、高橋先生からは上顎洞底挙上術に関するリカバリーを、経験豊富な3名の先生方の「あなたならどうする？」を、多くの臨床症例を用いてご発表いただく予定である。私たち聴衆は、「わたくしだったらどうする？同じことができるだろうか？」を考えながら、討論に参加できることを楽しみにしたい。



カイディッドサージェリーにおける失敗 とリカバリー

新潟再生歯学研究会
新潟大学医歯学総合病院インプラント治療部

山田 一穂

私がガイディッドサージェリーと初めて出会ったのは、2007年にラスベガスで行われたノーベルバイオケア社主催のワールドカンファレンスにおいてであった。1万5千人を収容するアリーナをメイン会場とし、毎日衛星中継で世界各国から著名な先生によるライブオペが中継されていた。中でもNobelGuide®によるフラップレスAll-on-4と即時荷重が数多く中継されており、手術開始から約1時間後には、固定性の歯（プロビジョナル）を装着した無歯顎患者が、術者とともにシャンパンで乾杯し、リンゴをかじって笑っていた。インプラント治療経験の浅かった私にとって異次元の治療であり、大きな衝撃を受けた。

インプラント治療において「ガイディッドサージェリー」とは、CT撮影で得られた画像データをPCに取り込み、インプラントシミュレーションソフト上で立案されたインプラント埋入計画を実際の手術に反映させることである。光造形製のガイドが用いられることが多く、当時各社から様々なガイディッドサージェリーは存在していたが、ドリル径に応じてガイドを複数個用意し、術中交換しなければならない煩雑であることから、興味を持っていなかった。それに比較しNobelGuide®は、ひとつのガイドで埋入窩形成～埋入まで行うことができ、さらにガイドを元に術前にプロビジョナルを完成させ、即時荷重を可能とする当時としては画期的なものであった。ラスベガスの感動を自分の手で実現させたい思いから、その後も様々な講習会に参加し準備を進め、2008年からガイドサージェリーを開始した。

しかし症例を重ねていくうちに、手術時間の延長、初期固定不足、インプラント体の脱落、上部構造の不備、清掃性の不良などを経験し、NobelGuide®は完成されたシステムと言いつつも、細かな注意点が存在することにも気付かされた。現在ではより多くの患者をラスベガスで出逢った素晴らしい笑顔に導くべく、症例に応じてガイドシステムを使い分けて治療に当たっている。

本シンポジウムでは、無歯顎および多数歯欠損症例において、私が経験したガイディッドサージェリーに関する失敗とそのリカバリー、そして改良点についてお話しさせて頂く。

Lecture

2



神経損傷に対するリカバリー

東京歯科大学口腔インプラント学講座

古谷 義隆

インプラント治療は予知性に優れた治療として認められ、歯を失った患者のQOL向上に広く貢献している。しかし、インプラント治療は外科処置を伴うことから、一瞬にして重篤な偶発症が発生するリスクがある。インプラント外科処置に伴う重篤な偶発症には、血管損傷、神経損傷、粘膜損傷があるが、2012年に公益社団法人日本顎顔面インプラント学会がインプラント手術関連の重篤なトラブルについての調査を行い、その中で神経損傷に伴うものが最も多かったと報告している。神経損傷はインプラント外科処置に限らず、抜歯や顎変形症治療などでも生じる可能性があるが、損傷した神経の病理組織学的な状態や臨床現場での対処方法について広く認識されているとは言い難い。大学病院のインプラント外来を訪れる患者で、インプラント治療後の神経損傷と思われる者の中には、「そのうち治ります」との説明のみで、受傷後半年～1年以上経過してしまっていることもある。

末梢神経損傷の機械的損傷としては、Neurapraxia(一過性局在性伝導障害)、Axonotmesis(軸索断裂)、Neurotmesis(神経幹断裂)がある。このうちNeurapraxiaについては神経に対するインプラント接触などによる局所の阻血状態であり、原因が除去されれば数週間程度で回復する。Axonotmesisは神経に対する持続的圧迫や挫滅によって軸索が断裂しているものの、髄鞘は保持されている状態であり、原因が除去されれば数ヶ月から半年程度で回復する。Neurotmesisは神経束の一部もしくは全てが断裂している状態であり、神経縫合などの外科処置をしなければ回復は難しい。

いずれの状態にしても、神経損傷が疑われる場合には、インプラントと神経の位置関係を明らかにするために、CT撮影は必須である。また、SW知覚テスターなどによる知覚検査によって、神経損傷の程度や治療経過を把握する。その上で、インプラント除去や知覚麻痺に対する薬物療法、星状神経節ブロック、神経縫合術などを行う必要がある。

神経損傷を起こさないようにすることが最も大切であるが、インプラント治療は神経損傷をきたすリスクもあるので、具体的な対応方法を十分に把握しておきたい。

Lecture 3



上顎洞底挙上術に関するリカバリー

日本先端技術研究所, AOS Japan

高橋 恭久

元来、インプラント手術における上顎洞挙上術は、顎顔面外科領域における特別な手術技法として、大学施設において行われるべき手法の一つとされてきた。しかし近年、インプラント治療が急速に普及して広まり、患者の上顎臼歯部へのインプラントニーズが強まることで、一般開業医でも施行することのできる、確実性の高い手術器材が、幾多のメーカーから続々と開発されてきている。例えば、骨のみを切削し、洞底粘膜を損傷する危険性が低いピエゾエレクトリックサージェリーや、特殊なバーインスツルメントの誕生は、上顎洞挙上手術をこれから手がけようとする歯科医師を後押しする形として急速に広まっている。また、インプラントフィクスチャーもスレット間距離の小さいデザインのものが主流となり、骨高径が足らない上顎洞への同時埋入なども安定した植立が可能となっている。すなわちそれは、従来型の概念や手技における手術適応水準から外れるものであり、コンセンサスの得られていない方法論も多く存在している。こうした簡便で確実性の高いとされる方法論は、今後まだ十分に検討される必要があるだろう。上顎洞挙上手術に対する技術革新がみられる中で、一方では、上顎洞挙上手術に関する失敗事例もその分激増しており、その対処法についての情報は乏しいのが現状である。今回、私たちが経験した上顎洞挙上手術のリカバリー症例の中から、上顎洞底粘膜の穿孔、上顎洞内インプラント迷入、上顎洞炎に罹患したサイトへの上顎洞挙上、上顎洞挙上手術後極度に骨吸収した上顎洞への再挙上など、様々な対処法について紹介し、今後起こりうる上顎洞挙上手術に関するトラブルに対してどのようにリカバリーすべきなのか、また、現在行われている手術技法について考察したい。

Morning section

11:05~12:10



インプラント手術に関連するリカバリー

セクション2座長

井汲 憲治

(日本インプラント臨床研究会)

治療の安心・安全はインプラント治療を受ける患者と、治療を行う歯科医師の双方が強く願うところです。また、審美的な治療結果や長期間に渡って機能することも、現在のインプラント治療における重要な要件となっています。

一方、歯科用CTやそのデータを基にした医用画像、コンピュータ・テクノロジーの発達により、それらの要件をクリアすることを支援するために開発された治療技術が近年急速に普及してきています。それに伴って、我々はこれらの新しい技術を習得することも必要になってきています。

しかし元来、手術や処置とは極めてアナログ的な行為であり、それにデジタル技術が融合したとしても、いきなり手術が簡便・簡素化するわけではありません。そればかりか、術者にはかなりのコンピュータ・リテラシーが要求されてきます。本来、治療の安全のために開発された先端技術も、間違った使用法により、危険な道具となりかねないことに注意しなければなりません。

ところで、ハインリッヒの法則は、米国の技師が1929年に発表した労働災害の原因分析に関する経験則で、1件の重大事故が発生する背景には、それと同じ原因での29件の軽い事故があり、300件のヒヤリ・ハットの体験があるという法則です。具体的な数値はともかく、重大なアクシデントには必ず事前に小さなインシデントが存在するという意味で、リスクマネジメントの分野においても重要な意味をもっています。

人間は100%完全でない以上、そこから求められることは、大きなミスを事前に防ぐこと、小さなインシデントを分析しそれを学ぶことでありましょう。

今回の“インプラント手術に関連するリカバリー・セクション2”においては、より確実に安全なインプラント治療を目指すために、インプラントの臨床において発生しうる問題点を皆さんで学び、その適切な解決法をディスカッションしていきたいと考えています。

Lecture 4



インプラントの埋入トルクと初期固定を 再考する – スクリュー型インプラント の癖を知る –

昭和大学歯学部インプラント歯科学講座

山口 葉子

2010年3月31日に放送されたNHKのためしてガッテンで「ねじの極意」が取り上げられ、その冒頭でねじは40万種類以上あり、そのなかにはチタン製のねじもあり、それがインプラントの土台として使われていることが紹介されました。しかし、歯科の臨床家や研究者の人たちは日常インプラントをねじとはあまり意識していません。そのため国際的な学術雑誌にまで誤った内容が掲載されてしまいました。はじめにそのような例を紹介しながら、ねじの構造が持つ特徴や、インプラント体やアバットメントスクリューが咬合力でなぜ緩むのかを考えてみたいと思います。

インプラントの臨床的な成功には十分な初期固定を得ることが大変に重要な要因であり、その初期固定の評価法にもいろいろありますが、今回は評価法の1つであるトルクを取り上げました。臨床家にとってトルクはトルク計が装備されたエンジンを使って20～40Ncmの範囲の埋入トルクを得るための目安にしかすぎないかもしれません。ここでは、やや大型のトルク計を用いて模擬骨にインプラント体を埋入するシミュレーション実験を行い、得られたトルクとトルク曲線を紹介しながら初期固定の評価について再考してみたいと思います。

初期固定に影響する因子の中からインプラント体のスレッドの長さ、テーパーの有無とテーパーの形状などを選び、それらがトルクにどのように影響するかを見ていきます。

また、得られたトルクは40Ncmといった数値で示されるので極めて定量的な評価法ですが、臨床的な評価との関係がやや曖昧な点は否定できません。今回新しく考案した模擬骨の分割ブロックを用いた埋入試片によって、インプラント体と骨との接触界面をin situ の状態で肉眼的に直接観察、解析することが可能となりました。その結果トルクという抽象的であった数値を、骨に働く力の大きさや力の働く部位を肉眼的に特定できる具象的な画像で示すことができるようになりました。

以上のような内容の話をつたき台として、インプラントの初期固定の評価法としてのトルクならびに模擬骨を用いたシミュレーション試験などについて皆様とディスカッションできたらと考えています。



異物誤飲の偶発症例および予防と 対処法について

松和会 池上総合病院歯科口腔外科

水澤 伸仁

歯科治療に携わるわれわれ歯科医師は、常に落下事故の危険性と隣り合わせで診療を行っているため、ヒヤリ・ハットを経験することも少なくないであろう。アンケート調査によると歯科医師の60%以上は、誤飲または誤嚥の経験があると報告されている。異物誤飲は一般歯科医院だけでなく総合病院、老人ホーム、介護施設、家庭内でも遭遇しており死亡事故につながるケースも少なくない中で、65歳以上の高齢者人口は総人口の23.2%（総務省：平成23年4月推計）と、これからは更に超高齢化社会に対し必要とされるインプラント治療を提供していかななくてはならないであろう。しかしインプラント治療が普及するにつれ、落下事故や異物誤飲の危険性は高まると推測される。

今回のメインテーマである「インプラント治療のリカバリーを考える」中での私のテーマは「異物誤飲の偶発症および予防と対処法について」であるが、インプラント関連の医療事故は異物誤飲だけでなく、動脈性出血、口底浮腫、神経損傷、上顎洞迷入、洞内迷入およびsinus lift等による上顎洞炎等多数あり、対応を誤ると重篤な経過を招くことがある。当科開設10年（平成15年4月～平成25年3月末まで）で、歯科関連の異物誤飲で来院し当院消化器内科にて内視鏡的異物摘出症例や摘出困難な症例、またそれに伴う重篤な合併症例（縦隔気腫や小腸および食道穿孔）について供覧し、誤飲予防と対策について諸先生方とともに考えてみたいと思います。我々歯科医師は患者の安全・安心を確保する責務があるため、常日頃より異物落下などが起こるであろうと想定した訓練を行うことが大切であるとともに、医療事故に備え、誠意ある迅速な対応と患者や医療連携病院との信頼関係を築いておく事が大切である。インプラントパーツは小さく、ヒーリングキャップやアバットメントの取り外しも多く落下し誤飲する危険性が高いため、通常の歯科治療より充分注意を払わなければならない。歯科インプラントトラブルが急増しているという報道を逆手に、インプラント治療が普及したことにより異物誤飲が減少しているとクーズアップされるよう、本講演が患者の安心・安全に少しでも寄与できれば幸いである。

Afternoon section

13 : 30 ~ 15 : 05



補綴・メンテナンスに関するリカバリー

セッション1 座長

塩田 真
(東京医科歯科大学)

歯科インプラントの残存率が10年で98.8%であるといった非常に高い値が報告されるようになり、インプラントの長期安定性が明らかとなる一方で、インプラントの併発症が問題となってきている。インプラントに生じる併発症は大きく生物学的併発症 (biological complication) と技術的併発症 (technical complication) に分けられ、さらに機械的併発症 (mechanical complication) が加わることもある。2012年のEAOコンセンサス会議の議事録では、これらの併発症が生じていないインプラント患者は5年経過時で66.4%しかおらず、最も多い併発症が前装材の破折 (13.5%) であり、インプラント周囲疾患 (8.5%) がそれに続いていた。インプラント補綴材料の劣化や口腔内環境の変化がインプラントの長期安定性と齟齬を生じていることが、パラドキシカルなかたちでクローズアップされてきたわけである。とくに補綴的な問題はインプラント患者の機能や審美に直接的に関わってくるために即刻のリカバリーが必要となる。また当然のことながら、問題の原因を追求して、その発生をなるべく減少させる取り組みもなされる必要がある。

翻って、インプラントの長期安定性はインプラント患者の高齢化と表裏の関係にある。インプラント患者の高齢化はインプラント周囲の変化だけでなく身体機能や行動特性の変化ももたらす。歯科インプラントとその構成要素は不変であることが理想であり基本条件であると考えられてきたが、ここに至って患者の変化に追従する可変性が求められるようになったわけである。すなわちリカバリーのやり易さから考えた補綴設計を考慮し、高齢化したインプラント患者との共存を真剣に考える必要が生じてきたことが理解できる。

今回担当させて頂くセッションでは、黒田真司先生、上田一彦先生、勝沼孝臣先生のお三方にそれぞれの立場からインプラント補綴に関わるリカバリーを考察頂き、プラクティカルな解決を述べて頂く予定である。

Lecture 6



インプラント補綴による機能・審美リカバリー ～Br? IOD?～

東京医科歯科大学 大学院 医歯学総合研究科
インプラント・口腔再生医学

黒田 真司

多数歯欠損補綴に際しては、治療計画のスタンダードとして可撤性床義歯を作製することが多いが、近年、そのような多数歯欠損治療にインプラント補綴装置を選択することが増えてきている。これはインプラント体の生体親和性、強度、骨結合能力や操作性などの向上、中間構造・上部構造の材質の向上、そしてCAD/CAM技術によって補綴装置の設計幅が広がったことなどが、インプラント補綴の増加の要因として挙げられる。一方では、不十分な診断からインプラント補綴を選択して治療を進めてしまった結果、機能・審美などQOLが獲得できないケースも否定できない。インプラントを希望する患者においては、補綴治療の選択肢から可撤性義歯を除外していることも多いが、歯科医師一患者ともにインプラント補綴に連結冠やブリッジなどの固定性補綴装置を第一選択する傾向がある。しかしながら、顎骨・歯槽骨吸収やそれに伴う角化上皮粘膜、特に付着上皮粘膜の減少が見られる場合、固定性インプラントブリッジでは審美回復が困難となるだけではなく、インプラント体の埋入位置や埋入方向の制限の中で付与された咬合では十分な機能回復が得られないことも多い。一方で、implant-supported overdenture (IOD) あるいはimplant-supported partial denture (ISPD) は、人工歯の配列位置そして床形態において自由度が大きく、特に顎堤吸収が著しい場合には、床による形態回復や中間構造であるアタッチメントによって強い維持・支持・把持が得られるため、審美や機能の向上が期待できる。また一部粘膜負担であること、あるいは残存歯を鉤歯とすることから、固定性補綴装置に比較してインプラント体やその周囲骨に対する応力を軽減できる。そしてISPDにおいては初期の診断・治療計画を十分にすることによって、将来的に残存歯数が減少した場合でも、ISPDの修理・調整あるいは再作製のみで対応できる可能性が高い。さらにはIODやISPDは、患者・術者ともに口腔内の衛生管理が比較的容易である。今回の発表では、著しい歯槽骨吸収や咬合関係の困難性から、固定性補綴装置の作製が非常に難しかった症例、および可撤性補綴装置 (IOD, ISPD) によって機能・審美が回復した症例を取り上げる。そして、これらの症例における患者の主訴、診断、予想される結果、および現在の経過について補綴によるリカバリーを考察し、皆様からご意見を頂けたら幸いである。



上部構造の破折から良好なLONGEVITYを考察する

日本歯科大学新潟病院 総合診療科 口腔インプラントセンター

上田 一彦

現在、インプラント治療は欠損修復法の一つとして、広く一般臨床でも応用されている。その結果、機能的、審美的回復が可能となり、患者のQOL向上に貢献している。

しかし、一方でインプラント治療後、神経麻痺やインプラント体の上顎洞内への迷入、さらに重篤なものとして、インプラント埋入手術時の患者死亡事例なども報告されている事実がある。また、オッセオインテグレーション獲得後は長期経過が得られるがゆえに、上部構造に関するトラブルも生じる場合が少なくない。

一言に上部構造といえども多種多様で、形状においては、クラウン、ブリッジおよびボーンアンカードブリッジなどの固定式のもの、オーバーデンチャーなどの可撤式のものがある。さらに、それらを構成する材料も多くの種類が存在し、構造的にもシンプルなものから、中間構造体を用いた複雑なものまで多種多様である。そのため症例ごとに、トラブルの状況も様々で、各々の異なる原因を考察し、それらを改善した上でリカバリーをおこなう柔軟な対応が求められる。

言うまでもなくインプラント治療は、インプラント埋入後、上部構造が装着された時点が治療のゴールではない。むしろ上部構造が装着された時点が、口腔機能回復のスタートとも言える。上部構造破折の裏側には、必ず原因が存在しており、その原因を明確にせずに小手先だけの上部構造の修理や、単なる再製作を行ったとしても、再度同様なトラブルを引き起こす可能性が高いと考える。また、上部構造の破折に止まらず、インプラント体自体の破折を起こしてしまったものに関しては、破折インプラント体の除去後、再度インプラントによる欠損修復を行うのであれば、インプラント上部構造の設計はもちろんのこと、一口腔単位でのパラファンクションの有無など、インプラント体の破折に至った原因を明確にし、詳細な治療計画の再考が必要となってくる。

本シンポジウムでは、日本歯科大学新潟病院口腔インプラントセンターにおいて、上部構造の破折を起こしてしまった症例を提示し、トラブルが惹起された原因と、どのようにリカバリーを行ってきたかを示し、良好なLONGEVITYを得るための上部構造を製作する上で、どのような考慮が必要かを考えてみたい。



患者の経年変化に対応したリカバリー

NPO法人埼玉インプラント研究会 さいたま市開業

勝沼 孝臣

現在の歯科インプラントの概念は、Brånemarkの研究と成果を語ることなしに理解することはできない。現在の歯科インプラントの隆盛はBrånemarkによるオッセオインテグレーションの概念によってもたらされたといっても過言ではなからう。

しかし、現在のようなオッセオインテグレーションタイプのスクリーインプラントが主流になる以前には様々なインプラントが臨床応用されていたことも事実である。

歯肉内インプラントや骨膜下インプラントは別にして、骨内インプラントでは、特に日本において多くの臨床応用がされた人工サファイアインプラントや、ブレードタイプのインプラント、また中空シリンダータイプのインプラントなどは現在でも顎骨内で機能している症例が少ないが存在する。また、オッセオインテグレーションタイプのスクリーインプラントでも、長期経過の過程では、上部構造の破折や維持構造の破壊など、インプラント本体の破折やインプラント周囲炎、また残存天然歯の喪失など、様々な問題が発生してくることが少なくない。

私達歯科医は、そのような様々な臨床的な諸問題に対応していかなければならないが、その方法には色々な選択肢があろう。もちろん、究極の選択肢は撤去して再埋入かもしれないが、その選択を決定するには、術者の経験や技術、医院の設備などはもちろんのこと、患者の口腔内および全身状態、またその要求や経済的負担などにも対応しなくてはならない。

そこで今回は、ブレードタイプや中空シリンダータイプのインプラントの破折などに対するリカバリーの症例や、隣在歯の喪失に対してインプラント埋入後に既存のインプラントの上部構造と連結した症例などを含めて、私の短い臨床経験の中ではあるが、比較的長期の症例を中心に供覧し、ご意見を頂きたく、また、それが皆様の臨床の一助になれば幸甚に存じます。

Afternoon section

15 : 20 ~ 16 : 20



補綴・メンテナンスに関するリカバリー

セクション2座長

小田 茂

(東京医科歯科大学)

4回目となるシンポジウム「インプラント治療のリカバリーを考える：あなたならどうする？」の最後のセクションは、「メンテナンスに関連するリカバリー」というテーマで、日本大学歯学部附属歯科病院歯科インプラント科の関 啓介先生と新潟再生歯学研究所の西方 淳先生にご講演を頂きます。

近年、インプラント治療は、日常臨床に広く行われるようになってきている。それは、インプラント治療の成功率や確実性が認められてきたからと考えられる。しかし、インプラント治療の普及とともに、それに伴いインプラント治療における合併症も多く見られるようになってきている。多くの場合は、天然歯とインプラントが一口腔で共存するために、その合併症も一口腔で対処しなくてはならないと考える。つまり、Peri-implant diseases (インプラント周囲粘膜炎とインプラント周囲炎) の対応やインプラント・天然歯のメンテナンスが重要となってくる。Peri-implant diseasesは、現在、その原因と対処法が論議されている状態で、臨床現場では最も対応に苦慮するものの一つと考えられる。また、インプラント治療後、長期にわたるメンテナンスを行っても、リカバリーが必要となってくる場合も少なくなく、インプラントと残存歯列の長期安定化の条件が求められている。

そこで、本セクションでは、関先生に、「長期メンテナンスにおけるリカバリー：インプラント周囲炎に対するアプローチ」という演題で、その発症頻度、診断基準や対処法などについて考察して頂き、インプラントを長く保たせるために、どのようにアプローチすべきか、または何が重要であるかを討論して頂きます。

西方先生に、「ブレードインプラントの長期的フォローアップから視えてきたこと：インプラント治療の成功基準の変遷と現在我々がすべきことを考える」という演題で、インプラント治療の成功基準の変遷、ブレードインプラントのリカバリーのためオッセオインテグレーションタイプのインプラントを用いて対処した症例を通じて我々がなすべきことについて討論して頂きます。



長期メンテナンスにおけるリカバリー インプラント周囲炎に対するアプローチ

日本大学歯学部附属歯科病院 歯科インプラント科

関 啓介

インプラント治療はその高い成功率と確実な予知性で、国民の健康に大きな恩恵をもたらし、歯科治療において重要なポジションを占めることに疑う余地はない。また世界のなかでもいち早く超高齢化社会に突入した日本は、今後も健康寿命が更新されていくであろう。

インプラントの長期的予後と国民の長寿化で今後増えていく問題とは？インプラントのメンテナンスやインプラント周囲炎への対応が、我々歯科医師にとって重要なポイントとなろう。

そもそもインプラント治療の対象とは欠損部位であり、歯の喪失理由は歯周病がその大半を占める。口腔機能回復治療における補綴的選択肢の一つとしてインプラント治療が開始されていく一方、長期的にこれを安定させ良好に維持するためには術者と患者の双方が努力を継続しなくてはならない。歯周病治療におけるSPTの考えや手法を当てはめて考えれば、おおよそその対処はできるであろうが、注意しなければいけない点も多々ある。

現在インプラント周囲炎には様々な診断基準や対処法があり、いまだ完全なコンセンサスが得られているとは言い難い。実際のところ、インプラント周囲粘膜炎やインプラント周囲炎など関して多くの研究がなされているが、どれだけの割合で発症しているかは各々の調査において診断のクライテリアに一貫性がなく確定的でないため不明である。近年のレビューでも、インプラントに対する支援的な治療によってインプラント周囲炎の発症を抑えることができ、治療開始時に患者のインフォームドコンセントを得る際にも、メンテナンス治療が不可欠であると十分説明しておく必要がある、としている。

口腔内に存在するインプラントが長期的経過を辿るほど、我々がインプラント周囲炎に対してリカバリーを迫られる機会は多くなる。今回のシンポジウムでは、インプラントを長く保たせるために、どのようにアプローチすべきか、または何が重要であるかに関して皆様と討論できたら幸いである。



ブレードインプラントの長期的フォローアップから視えてきたこと；インプラント治療の成功基準の変遷と現在我々がすべきことを考える

新潟再生歯学研究会

西方 淳

現在我々が使っているオッセオインテグレーションタイプインプラントは1965年にBranemarkにより臨床応用され現代に至るが、それ以前から1941年スウェーデンのDahlに始まる骨膜下インプラント、1968年にLinkowが発表したブレードインプラントなどが、日本でも多くの患者に応用されてきた。

私は歯科医師として3代目であり、父が埋入した骨膜下・ブレードインプラントの症例も多く抱えている。その多くは予後が安定してるが、最近リカバリーを要する症例も少数ながら散見されるようになった。

インプラント治療は1978年の「NIHハーバード会議」からインプラント成功基準に関するガイドラインが設定され、現代は1998年の「トロント会議」における成功基準がある、誰もがその成功基準を目指して臨床を行っている。ただ残念なことに一生維持できるインプラントシステムはこの現在においても無い。

超高齢化社会を迎えた日本で、私たちが当時あるいは現在正しいと診断し行っている治療が時が経つとともに患者の負担となり、リカバリーの必要となる症例は今後も増えていくと思われる。そういった症例は自院あるいは他院で対処していくわけだが、その内容はインプラント体の撤去あるいは上部構造の修理・新製など多岐にわたる。この度、当医院で埋入し22年間機能してきたブレードインプラントが感染したため撤去を余儀なくされ、そのリカバリーのためオッセオインテグレーションタイプのインプラントを用いて対処した症例を通じ我々が考えなければならないこと、すべきことについて皆様とともに討論したい。

第4回 学術シンポジウム実行委員

大会長	高森 等	日本歯科大学附属病院インプラント診療センター
副大会長	奥森 直人	日本歯科先端技術研究所
支部長	築瀬 武史	日本歯科先端技術研究所
副支部長	塩田 真	東京医科歯科大学
副支部長	井汲 憲治	日本インプラント臨床研究会
実行委員長	小倉 晋	日本歯科大学附属病院インプラント診療センター
副実行委員長	樋口 大輔	昭和大学歯学部インプラント歯科学
アドバイザー	小田 茂	東京医科歯科大学
	玉置 幸道	昭和大学歯学部
	江黒 徹	日本歯科先端技術研究所
	笹谷 和伸	日本インプラント臨床研究会
	則武加奈子	東京医科歯科大学
実行委員	村山 大吾	埼玉インプラント研究会
	竹島 明道	日本歯科先端技術研究所
	植松 裕雅	ユニバーサルインプラント研究所
	奥寺 俊允	東京形成歯科研究所
	鈴木 善晶	インプラント再建歯学研究会
	浅賀 知記	日本インプラント臨床研究会
	松井 新吾	総合インプラント研究センター
	古川 達也	新潟再生歯学研究会
	本間 慎也	東京歯科大学口腔インプラント学
	関 啓介	日本大学歯学部歯科インプラント科
	石浦 雄一	昭和大学歯学部インプラント歯科学
	片岡 有	昭和大学歯学部歯科保存学
	上野 大輔	鶴見大学歯学部附属病院口腔顎顔面インプラント科
	廣安 一彦	日本歯科大学新潟病院口腔インプラントセンター
	片岡 利之	東京女子医科大学
	黒田 真司	東京医科歯科大学インプラント外来
	玉木 大之	日本大学松戸歯学部口腔インプラント学講座
	田村 暢章	明海大学歯学部第一口腔外科
	高田 匡基	松本歯科大学病院
	小田切 憲	神奈川歯科大学顎口腔機能修復科学講座

Digital Dentistry by Nobel Biocare

治療プロセス全体にデジタルの共通プラットフォームを

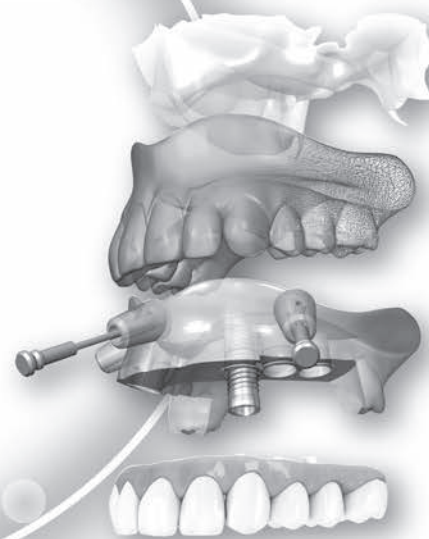
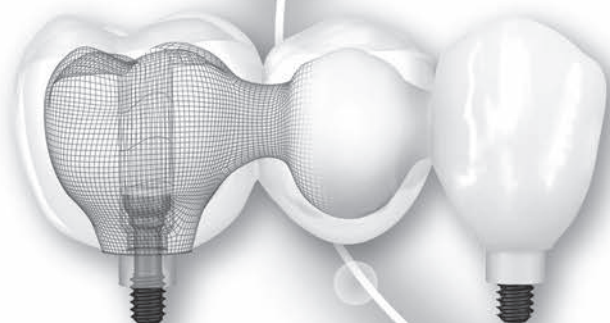
ノーベルクリニシャン ソフトウェア

CTデータを取り込み、
立体の骨画像による
診査・治療計画から
外科用コンポーネントの
オーダーまでを
ひとつのソフトウェアで



ノーベルプロセラ システム

個々の症例に合わせて
CAD/CAM技術でカスタム作製する、
審美性に優れた補綴物



ガイディッド・サージェリー

治療計画をもとに症例に合わせて
サージカルテンプレートをカスタム作製、
安全なインプラント埋入をサポートする
ノーベルガイド・コンセプト

ノーベルバイオケアはデジタル・デンティストリーのコンセプトを通じて、一人ひとりの患者様の治療に沿ったソリューションを提供いたします。ノーベルクリニシャン・ソフトウェアを用いれば、立体の骨画像をもとに診査、シミュレーション、補綴主導型の治療計画が行えます。個別製作のサージカルテンプレートによるガイディッド・サージェリーにも応用ができ、治療プロセス全体をシーム

レスにサポートします。骨移植を伴う症例から即時負荷まで全ての症例に適用可能です。さらに、ノーベルプロセラシステムと連携すれば、CAD/CAMテクノロジーによる機能性と審美性に優れた最終補綴物が提供できます。

すべては、患者様の笑顔のために ——

Their smile, your skill, our solutions.

詳細な情報については、当社のウェブサイト www.nobelbiocare.co.jp をご覧ください。

ノーベル・バイオケア・ジャパン株式会社 TEL 03-6717-6191 (代表)

〒108-0075 東京都港区港南 2-16-4 品川グランドセントラルタワー 8F



Geistlich
Bio-Oss®

非吸収性骨再生用材料 高度管理医療機器

ガイストリッヒ バイオオス

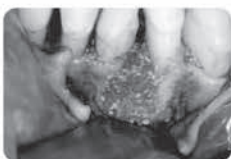
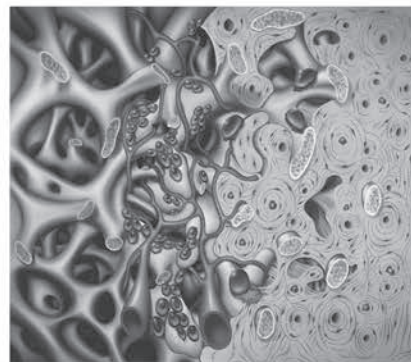
医療機器承認番号：22300BZ100026000



Geistlich

Biomaterials

ガイストリッヒ ファーマAG (スイス)



臨床写真提供： Prof. Dr. St. Hägewald, Dr. J.-P. Bernimoulin, Charité, Berlin, Germany
Dr. H. Wachtel, Dr. M.B. Hürzeler, Munich

**SUPERIOR
HYDROPHILICITY**

優れた親水性により
血液が素速く浸透します。

**UNIQUE
TOPOGRAPHY**

独特のマイクロ孔、マクロ孔
構造により赤血球や蛋白が
粒子内に取り込まれ、効率的な
オッセオインテグレーション
が得られます。

種類 5種類



S 顆粒サイズ: 0.25-1mm

内容量

0.25g

0.5g

2.0g



L 顆粒サイズ: 1-2mm

販売業者: **株式会社 デンタリード** 東京都千代田区神田小川町 1-11
TEL 03-5217-4080 (バイオマテリアル) 千代田小川町クロス 12F

製造販売業者: **白水貿易株式会社** 大阪市淀川区新高 1-1-15

フリー
FAX

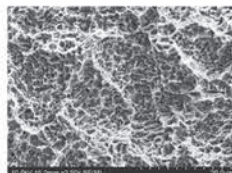


24時間 おやくに

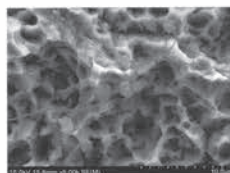
0120-24-0892

骨が効果的に誘導される新表面性状 “Anchor surface (アンカーサーフェス)”

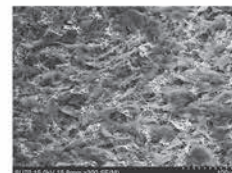
より良好なオッセオインテグレーションを得るために開発した独自の表面性状『Anchor surface: アンカーサーフェス』が話題です。“Anchor surface”は、独自の処理技術でマクロとミクロの二重凹凸構造を形成、10～20μm レベルのscaffold (足場) に効果的に細胞をトラップさせ細胞分裂を促進します。



新表面性状「Anchor surface (アンカーサーフェス)」(マクロとミクロの二重凹凸構造)。



血小板とフィブリン繊維の付着。



骨芽細胞の増殖。

“Anchor surface”で、
良好なオッセオインテグレーションを獲得。
ジーシー インプラント Re GENESiO Plus / SETiO Plus。

IN GENESiO Plus
ジェネシオ Plus ストレート/テーパー 各1本¥23,000

eX SETiO Plus
セティオ Plus ストレート/テーパー 各1本¥23,000

高度管理医療機器 22300BZX00099000 ジーシー スクリュー インプラント Re V

好評
発売中



GC IMPLANT Re

株式会社 ジーシー

DIC (デンタルインフォメーションセンター) お客様窓口 ☎ 0120-416480 受付時間 9:00a.m.～5:00p.m. (土曜日、日曜日、祭日を除く) www.gcdental.co.jp/
東京都文京区本郷3-2-14 ☎113-0033 ※アフターサービスについては、最寄りの営業所へお願いします。

支店 ●東京 (03)3813-5751 ●大阪 (06)4790-7333 営業所 ●北海道 (011)729-2130 ●東北 (022)207-3370 ●名古屋 (052)757-5722 ●九州 (092)441-1286

掲載の価格は2013年6月現在の希望医院価格です。(消費税は含まれておりません)

1から始める インプラント治療

患者説明／画像診断／器具準備／外科処置／埋入術式／補綴処置／手紙作成
完全マニュアル

小川勝久 著

**インプラントロジストが本当に知りたかった
“臨床の裏側”を全掲載！**

インプラント治療に必要な不可欠な知識と技術が、1症例の治療の流れに沿って着実に学べる。診査・診断、外科処置、埋入術式、補綴処置、メインテナンスの基本事項に加えて、患者説明の細かなポイントも実際の書類を例示しながらわかりやすく掲載。インプラント治療を手がける歯科医師はもちろん、院内のスタッフや歯科技工士まで、すべての歯科医療従事者が明日からの臨床に生かせる情報が詰まっている。

CONTENTS

- ① 正しい診査・診断と患者説明
- ② 治療計画立案後に行った矯正の挺出とCT画像診断
- ③ コンピュータガイドシステムによる術前シミュレーションとモデルサージェリー
- ④ 術前に準備すべき器具・器材と院内のチームワーク
- ⑤ 骨移植の基本手技と基礎知識
- ⑥ 軟組織移植の基本手技と基礎知識
- ⑦ インプラント埋入の術前・術中・術後に必要な処置と作業
- ⑧ 二次手術と印象採得
- ⑨ プロビジョナルレストレーションの製作と試適
- ⑩ アバットメント製作と技工操作
- ⑪ 最終補綴物の製作と装着
- ⑫ メインテナンスの手順と必要事項
- ⑬ 特講：歯科医師が患者さんに詫びるとき



●サイズ:A4判変型 ●152ページ ●定価:8,400円(本体8,000円・税5%)

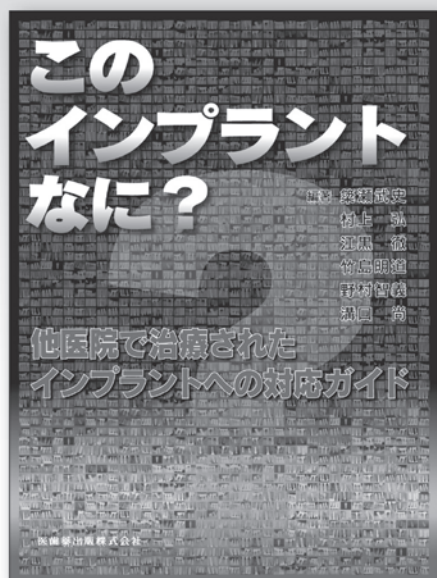


クインテッセンス出版株式会社

〒113-0033 東京都文京区本郷3丁目2番6号 クイントハウスビル

TEL. 03-5842-2272 (営業) FAX. 03-5800-7592 <http://www.quint-j.co.jp/> e-mail mb@quint-j.co.jp

国内で使用されてきたインプラントシステムの
形態・形状からエックス線像までの特徴を掲載した
インプラントのエックス線鑑別診断書



このインプラント なに？

他医院で治療されたインプラントへの対応ガイド

【編著】

築瀬武史 (公社)日本歯科先端技術研究所会長／ヤナセ歯科医院

村上 弘 愛知学院大学歯学部 口腔インプラント科教授

江黒 徹 (公社)日本歯科先端技術研究所／江黒歯科クリニック

竹島明道 (公社)日本歯科先端技術研究所／竹島歯科医院

野村智義 (公社)日本歯科先端技術研究所／尾澤歯科医院

溝口 尚 (公社)日本歯科先端技術研究所／溝口デンタルオフィス

- ▶ 類似したシステムは比較エックス線像を用いてその違いを解説することで、インプラントシステムの特定をサポートしています。
- ▶ 来院した患者さんが他医院で既にインプラント治療を受けているケースや、他医院で受けたインプラント治療にトラブルが生じて来院したケースなど、口腔内に埋入されているインプラントシステムの特定が難しい場合に役立つ歯科医院必携の一冊です。
- ▶ 来院されてからの診査・診断、リカバリー、再治療などについても簡潔に解説しています。

CONTENTS

1 インプラント治療を受けたあるいは受けている患者が来院したら

チェアサイドにおける歯列診断
インプラント部位に主訴がある場合
上部構造やコンポーネントに問題がある場合
補綴コンポーネントやインプラント体に問題がある場合
インプラントの隣在歯に問題がある場合
情報収集の基本は患者への医療面接
有効な手がかりを求めて上部構造を撤去する
インプラントシステムの特定ができたなら
再補綴処置
上部構造の破折を繰り返す症例への対処法

2 インプラント治療におけるリカバリー処置

特にインプラント体およびアバットメントスクリューの
さまざまな撤去方法について
インプラント体撤去に有効なツールとその使用法の実例
アバットメントスクリューの撤去あるいはリカバリーに
有効なツールとその使用法
撤去に代わる代替策の応用

3 インプラントの形態分類

Parallel walled, Tapered anatomic, Cylinder screw,
Cylinder, Others, One-piece,

■A4判変型／244頁／オールカラー ■定価 10,500円 (本体 10,000円＋税5%) ISBN978-4-263-44340-8

インプラント治療・こんなときどうする？

術後のトラブル編 インプラント埋入手術編

インプラント治療前処置編 治療期間中のトラブル編 補綴処置編

築瀬武史・村上 弘 ほか編

■A4判変型／オールカラー

8月末発行予定！

(仮題)



医歯薬出版株式会社

〒113-8612 東京都文京区本駒込1-7-10 TEL.03-5395-7630 FAX.03-5395-7633
<http://www.ishiyaku.co.jp/>



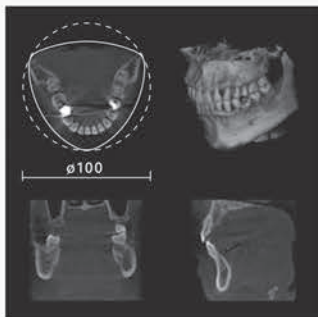
Thinking ahead. Focused on life.



Veraviewepocs 3Df

New Frontier of the X-ray

Ø40x40の局所領域からØ100相当x80のフルマウスまで対応する、撮影領域。
CT、パノラマ、セファロ撮影までカセット交換不要の、CMOSセンサー内蔵式。
パノラマ画像撮影後のフォーカス微調整を可能にした、可変断層パノラマ機能。
関心領域のクリックによりCT撮影の位置付けを自動で行う、パノラマスカウト。



Dental-Arch FOV (歯列弓型撮影領域) を新搭載

より少ない照射線量で全歯列の撮影を可能にする新搭載のDental-Arch FOV。歯列がちょうど収まるØ100相当の撮影を行うことを可能にしました。

発売 株式会社 モリタ 大阪本社: 大阪府吹田市垂水町3-33-18 〒564-8650 TEL 06-6380-2525 東京本社: 東京都台東区上野2-11-15 〒110-8513 TEL 03-3834-6161
製造販売 株式会社 モリタ製作所 本社工場: 京都府京都市伏見区東山町680 〒612-8533 TEL 075-811-2141 久御山工場: 京都府久世郡久御山町大字市田小字新珠城190 〒613-0022 TEL 0774-43-7594
販売名: ベラビュー エポックス 標準価格: 3Df-40 16,800,000円~ (消費税別)、3Df-100 19,800,000円~ (消費税別) 2012年12月1日現在 一般的名称: アナログ式歯科用パノラマ・断層撮影X線診断装置
機器の分類: 管理医療機器 (クラスII) 特定保守管理医療機器 医療機器認証番号: 20900BZZ00259000

www.dental-plaza.com

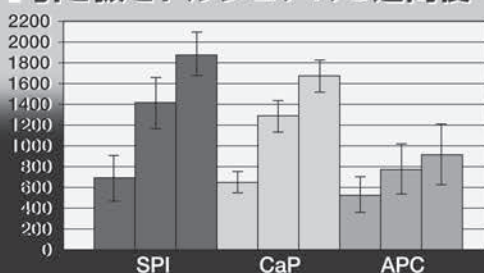
精緻を極める「匠の技」

SPI[®] System
Swiss Precision Implant

SPI for Simplicity

インプラント治療をより確実なものとするために
オッセオインテグレーション能力を強化した表面性状!

引き抜きトルク2、4、8週間後



文献: Ferguson SJ, Langhoff JD, Voelter K, von Reichenberg B, Schwarnweber D, Bierbaum S, Schnabelrauch M, Kautz AR, Frauchiger VM, Mueller TL, van Lenthe GH, Schlottig F. Biomechanical Comparison of Different Surface Modifications for Dental Implants. Int J Oral Maxillofac Implants 2008; 23: 1037-1046

● 一般的名称 / 歯科用骨内インプラント材 ● 販売名 / SPI システムインプラント
● 医療機器承認番号 / 22000BZX01433000 ● 医療機器の分類 / 高度管理医療機器 (クラスII)

THOMMEN
Medical

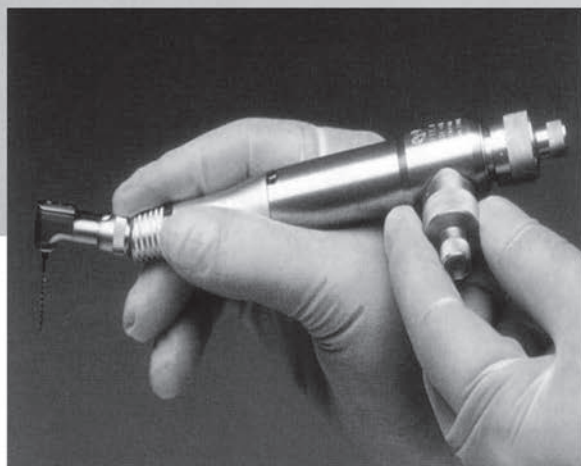
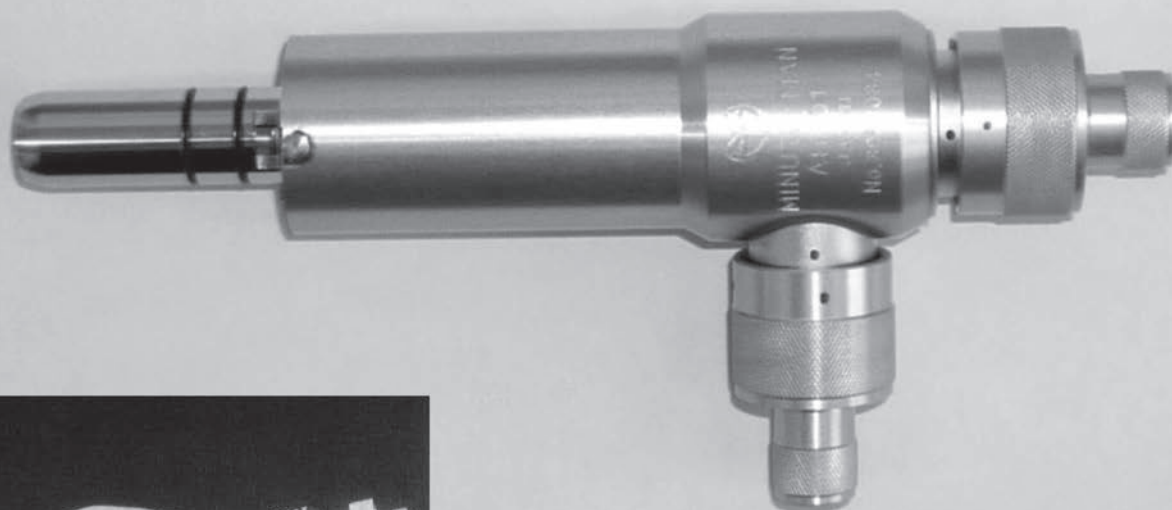
製造販売 株式会社モリタ

大阪本社: 大阪府吹田市垂水町3-33-18 〒564-8650 TEL:06-6380-2525
東京本社: 東京都台東区上野2-11-15 〒110-8513 TEL:03-3834-6161

www.dental-plaza.com

ハンドピース用手動ドライバー
ミニットマン

Bravi



各社のストレートハンドピースやコントラアングルハンドピースに装着でき、手動で回転させることができます。

販売元

株式会社 **ハセガワメディカル**

〒113-0034 東京都文京区湯島 2-16-10

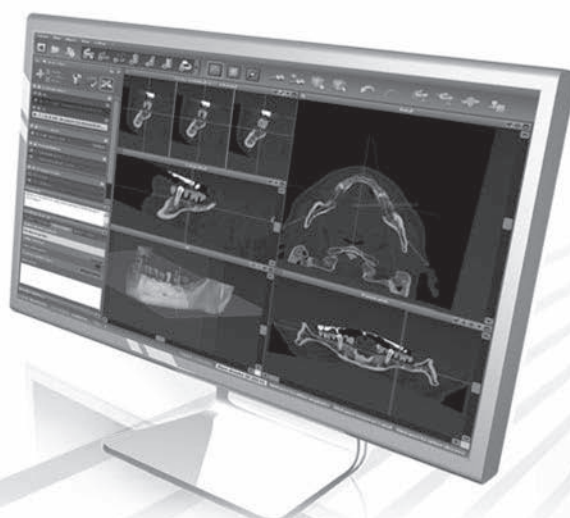
TEL: 03-5684-9251 FAX: 03-5684-9252

<http://www.bravi-hasegawa.co.jp>

製造販売元 (株)堀口製作所

straumann

STRAUMANN® CARES® GUIDED SURGERY



- 精度の高いテンプレートを
歯科技工所が製作
- 歯科医師、技工士、および患者様との
円滑なコミュニケーション



販売名:
ストローマン サージカル インスツルメント(ガイドッド用)
ストローマン gonyXテンブリックス
ストローマン gonyXドリル
ストローマン gonyXエンジン

分類:
一般医療機器
一般医療機器
一般医療機器
一般医療機器

届出番号:
138IX10163000172
138IX10163000173
138IX10163000174
138IX10163000175

ストローマン・ジャパン株式会社

〒100-0005 東京都千代田区丸の内1-7-12 サピアタワー16階

[コールセンター] TEL. 0120-418-995 FAX. 0120-418-089

TEL受付時間: 平日9:00~17:30

COMMITTED TO
SIMPLY DOING MORE
FOR DENTAL PROFESSIONALS

『患者さんの健康』それがテーマです。



総合デンタル
ラボラトリー 株式会社 杏 友 会
本社 03(3334)2621 神奈川支社 042(740)3200

杏 友 会
営業担当 ケーオーデンタル株式会社
本社 03(3333)8141



公益社団法人日本口腔インプラント学会 第33回関東・甲信越支部学術大会

健康長寿につながる インプラント



会 期：2014年2月8日(土)～9日(日) 大 会 長：加藤 仁夫

会 場：京王プラザホテル
(〒160-8330 新宿区西新宿2-2-1)

副大会長：浅賀 寛

実行委員長：村上 洋

主 管：日本大学松戸歯学部 口腔インプラント学講座

www.c-linkage.co.jp/jsoi33kk/



主 管
日本大学松戸歯学部口腔インプラント学講座
〒271-8587 千葉県松戸市栄町西2-870-1

運営事務局

株式会社コンベンションリンケージ内 〒102-0075 東京都千代田区三番町2 三番町KSビル
TEL：03-3263-8688 FAX：03-3263-8693 E-mail：jsoi33kk@c-linkage.co.jp

演題募集期間：2013年8月1日(木)～10月4日(金)

事前参加登録期間：2013年8月1日(木)～12月13日(金)

歯科医院で働く方のための求人サイト

JobTimes for Dental

歯科医療に
特化しているから、
すぐに決まった。



歯科専門

求人サイト

歯科医療従事者に特化してるから
採用マッチング率が向上し、
情報の閲覧がしやすい。

掲載&登録

完全無料

無駄な費用をかけさせないよう
採用が決定するまでは、
何度でも無料です。

完全 成果報酬

面接後採用が確定するまでは
一切費用が発生しません。

[料金プラン]

成果報酬プラン

非常勤衛生士	75,000円
常勤衛生士	125,000円
助手・受付	20,000円
非常勤歯科医師	125,000円
常勤歯科医師	175,000円
非常勤技工士	75,000円
常勤技工士	125,000円

※マッチング時に発生する料金です。※別途消費税がかかります。
※各種求人マッチング時にはプランにあわせた祝い金がかかります。

祝い金プラン(一例)

プランA(歯科医師)	100,000円
プランB(衛生士)	50,000円
プランC(助手・受付)	20,000円

※プランAから順に求人掲載順位の向上、ピックアップ求人への投稿が優遇されます。

- ・実際にかかる費用は採用した職種+祝い金です。
- ・祝い金は各医院で設定出来ます。
- ・お祝い金設定の相談承ります。お気軽にご相談ください。

祝い金は10,000円～任意で設定出来ます。
上記のプランは各職種毎にもっとも選ばれています。

[登録から採用までのSTEP]

登録者フェーズ(約3日)



採用フェーズ



お電話からのお問い合わせ

0120-281-452 [営業時間] 平日9:00～20:00(土日祝は受付のみ)

WEBからのお問い合わせ

<http://www.job-times.com>

[JobTimes運営会社]

GENOVA