



第1回日本先進インプラント医療学会(AIM) 総会・学術大会 最新かつ臨床に即した実践的内容が大好評！ 今後の学会活動、AQBへの期待高まる

去る8月24日(日)、東京都千代田区の東京商工会議所で第1回日本先進インプラント医療学会(AIM) 総会・学術大会が開催されました。「歯科医療の新時代を開く」をメインテーマに、国内有数の研究者、臨床家を講師に迎え、レベルの高い講演、シンポジウムが続き、第1回学術大会に相応しい中身の濃い大会になりました。今回は、満席となった会場が終止熱気に包まれた大会の概要をお伝えします。

インプラント医療に一石を投じ 毎日の診療にも有益な情報を発信

日本先進インプラント医療学会は、本年1月、前身のIAI研究会が設立10周年を迎えたのを節目に、学際的な活動を通して高度なインプラント医療を国民に広く認知して欲しいとの強い願いを名称に込めて、学会としてスタートしました。会員数は1200名を超える大きな学会として活動を開始しております。その第1回学術大会はメインテーマを『歯科医療の新時代を開く』とし、設立総会に相応しい盛りだくさんの内容で開催されました。



大会長・AIM理事長
千葉 博茂先生

8月24日(日)の第1回日本先進インプラント医療学会総会・学術大会の冒頭、本大会を主催する千葉博茂先生(AIM理事長・東京医科大学口腔外科学講座主任教授)は開会の挨拶で、今

大会の設立総会としての意義を強調され、次いで「今後とも、本学会が日本におけるインプラント医療に一石を投じ、毎日の診療にも学会として有益なインフォメーションを提供できるように努めて参りたい」と所信を表明されました。

今回の学術大会では、京都大学大学院医学研究科整形外科学・中村孝志教授から、特別講演「人工骨の開発と臨床応用」と題して人工骨の開発状況と今後の臨床応用について最新情報が供覧され、午後の教育講演では、朝日大学歯学部口腔解剖学・江尻貞一教授から「骨粗鬆症と顎骨動態」と題して、最近歯科領域で患者が急増しているビスホスホネート投与による顎骨壊死の細かなメカニズムを解説していただきました。また、シンポジウム1では、『インプラント埋入法を探



有益な講演、発表が続きました(上)。大会当日は、AQBの専門書「AQBインプラントの基礎と臨床」基礎編の発売が開始となりました(右・関連記事5頁に掲載)



る』として、AQBインプラントの開発テーマとも関連した1回法、2回法の選択や評価について、さまざまなインプラントシステムをご使用の講師から忌憚のない意見をいただき、シンポジウム2では、



会場はオリンピック最終日にもかかわらず、9時半スタートの時点で、朝早くから駆けつけていただいた先生でいっぱいになりました。

『インプラント埋入時の医療事故をいかに防ぐか』と題して、偶発症回避のための診断や工夫を披露してくださいました。別会場で行われたポスター発表も、会場を埋め尽くす盛況ぶりでした。「基礎から先端の話まで幅広く勉強できた」「今回レベルの大会を維持して欲しい」と参加された方々から賞賛の言葉を数多くいただき、第1回を飾るに相応しい大会になりました。



第1回日本先進インプラント医療学会

理事会・評議委員会・設立記念パーティー



学会大会に先立ち前日夕方から理事会を開催。今後の活動方針などが話し合われました。



AIM第1回評議委員会。今回は初顔合わせで、46名の評議員の先生がお集まりになりました。



AIM設立記念パーティー。学会員の他、学会大会での講師の先生もご参加、盛大な会になりました。

学会大会・特別講演

「人工骨の開発と臨床応用」



京都大学大学院医学研究科
感覚運動系外科学講座整形外科教授
中村 孝志 先生

学会大会・シンポジウム 1

座長：白川 正順先生 黒山 祐士郎先生

「インプラント埋入法を探る」 —1回法か2回法かの選択は必要か—



Maxis Implant Institute
主幹
波多野 尚樹 先生



杵渕歯科医院院長・
東京医科歯科大学非常勤講師
杵渕 孝雄 先生



三井記念病院
歯科・歯科口腔外科部長
津山 泰彦 先生

学会大会・教育講演

「骨粗鬆症と顎骨動態」



朝日大学歯学部口腔構造機能発育学講座
口腔解剖学分野教授
江尻 貞一 先生



UCデンタルインプラントセンター所長
東京医科歯科大学臨床教授
菅井 敏郎 先生



神奈川歯科大学顎口腔機能
修復科学歯科補綴学講座准教授
北條 了 先生



学会大会・シンポジウム 2

座長：杵渕 孝雄先生 宮澤 利明先生

「インプラント埋入時の医療事故をいかに防ぐか」 一下顎管や上顎洞底への穿孔防止、安全な埋入術式の工夫—



中谷歯科医院副院長・
大阪大学歯学部臨床教授
堀内 克啓 先生



日本歯科大学附属病院
インプラント診療センター長
高森 等 先生



医療法人社団 健歯会
飯野歯科医院院長
梶岡 宣好 先生



東京医科大学
医学部口腔外科学講座講師
松尾 朗 先生



午後になっても 場内

会総会・学術大会 大会記録

開催模様を
写真でご紹介します

ご講演いただいた先生から、学会にお祝いの言葉をいただきました

患者さんのQOLを高めたい
積極的なご活動を期待しています。

京都大学大学院医学研究科
感覚運動系外科学講座整形外科教授

中村 孝志 先生



アクティブで意欲のある先生が多い
学会だと実感しました。

朝日大学歯学部
口腔構造機能発育学講座口腔解剖学分野教授

江尻 貞一 先生



本日は第1回の学術大会開催、おめでとうございます。

現在、医科分野においても人工関節などのインプラントの研究が進んでおり、新しい技術も開発されておられます。歯科分野においても今後ますますデンタルインプラントに関する期待が高まっていくと考えます。患者さんが喜び患者さんのQOLに貢献できる医療の提供のために、日本先進インプラント医療学会の今後のご活躍を期待しております。

講演中、演壇から客席を拝見して、アクティブで意欲のある先生が多いと実感いたしました。歯科における新しい技術応用は、開業されている専門医の先生が大学の臨床に積極的に取り入れられる傾向があります。AQBIは施術がシンプルで、臨床に使い易いと聞いていますが、それだけに安全な医療提供や長期予後を得るために、学会のフォローは重要になっていくでしょう。指導医や若手の先生の育成など、今後の学会のご活躍を期待しております。

総 会



活動方針の報告をする理事長の千葉博茂先生。



認定医制度についてご説明される委員長の白川正順先生(日本歯科大学教授)。



宮澤利明先生(東京香川歯科院長)はAIM運営予算について報告されました。



来年のAIM総会・学術大会の大会長は山下敦先生(岡山大学名誉教授)に決定。



AIM総会の司会は堤義親先生(外務省歯科診療所所長)にお務めいただきました。

ポスター発表



今回のポスターセッションは12名の先生がご参加。ポスター発表会場では、日頃の臨床成果を聞こうと場内は大盛況。ご発表される先生に疑問・質問が続きました。



進 行



大会長の千葉先生のご挨拶で大会が始まりました。



来年の大会も盛大に行うことを約束し、閉会の辞を述べられる内田稔先生



今回のAIM総会・学術大会の総合司会、黒山祐士郎先生にお務めいただきました。



引は参加者の会員の先生でいっぱい、今回の大会への関心の高さが伺えました。

*The First General Meeting
of Japanese Society for
Advanced Implant Medicine*



第1回日本先進インプラント医療学会

■総会・運営方針、次年度計画

インプラント医療の地位向上めざし、研修委員会設置 地域支部を活用し、勉強会の拠点に活用

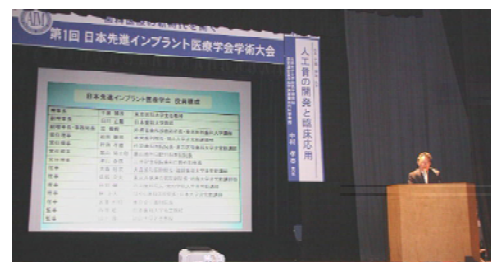
午後から行われた第1回日本先進インプラント医療学会総会では、理事長の千葉先生から将来の法人化に向けた定款の設置と役員構成(下表)に関するご説明のあと、本年1月に発足した学会のこれまでの活動報告とともに今後の活動方針が報告されました。

「AIMは、前身のIAI研究から発展的に学会としてスタートいたしました。口腔インプラント医療が国民に認知され、医療として確固たる地位を占めて欲しいとの願いから、本学会でも着実な学際的な活動が求められています」

千葉先生は本主旨に基

づき、学会内に『研修委員会』の設置を、第2回総会・学術大会、認定医試験の実施とならぶ次年度の活動の主眼として提示されました。

「IAI時代に発足した地域の支部が各地の学会活動の拠点となり、学会主催の研修会や勉強会等が行えるよう充実していきたい」と付け加えられ、会員の期待を集めていました。



AIM第1回総会において活動方針などをご説明される理事長の千葉博茂先生

最後に、総会議長の堤先生から、第2回総会・学術大会の大会長候補者として、山下 敦先生が理事会、評議員会の承認を得た旨が報告され、総会でも満場の拍手で承認されました。

「第1回大会に負けない充実した内容にするためご協力をお願いします」

山下先生はこう挨拶され、来年度も一層有益な大会にすることを誓っていました。

日本先進インプラント医療学会 役員構成

理事長	千葉 博茂	東京医科大学主任教授
副理事長	白川 正順	日本歯科大学教授
副理事長・事務局長	豊 義親	外務省歯科診療所所長・東京医科大学講師
常任理事	植田 聡明	徳島大学歯学部教授・岡山大学非常勤講師
常任理事	若菜 孝雄	新潟県立医療センター・新潟医科大学非常勤講師
常任理事	黒山 祐士郎	黒山歯科口腔外科医師院長
常任理事	津山 孝彦	三井記念病院歯科・歯科口腔外科部長
理事	大森 桂次	大森歯科医院院長・福岡医科大学非常勤講師
理事	佐野 次夫	東京歯科大学新富校舎院長・明治大学非常勤講師
理事	丹羽 貴	丹羽歯科院長・愛知学院大学非常勤講師
理事	林 正人	札幌医科大学歯学部教授・日本大学非常勤講師
理事	宮澤 利明	東京歯科大学歯学部教授
理事	内田 裕	日本歯科大学名誉教授
監事	山下 賢	岡山大学名誉教授

■ AIM指導医、専門医認定試験合格者発表

指導医5名、専門医30名の先生が 認定試験に合格

AIM総会・学術大会の当日正午、ポスター発表の会場にて第2回AIM指導医認定試験、第4回専門医認定試験の合格発表が行われました。

総会では、合格者の名前を確認し名簿とともに記念撮影をする先生の姿も見受けられました。

「AIM専門医認定医試験は、IAI研究会の認定医制度をそのまま継続したも



合格者の名前を確認し名簿とともに記念撮影をする先生の姿も見受けられました。

ので本年5月27日に書類診査、ついで6月22日に筆記試験を行いました。今回は、指導医試験8名、専門医試験38名の先生が受験申込をされましたが、指導医5名(合格率62.5%)、専門医30名(合格率79.0%)の先生が合格されました。合格された先生方は今後、学会の活動にご尽力いただくとともに、患者さんのために大いに貢献していただきたいと願っています」

次回以降のAIM専門医認定医試験については、このAQB新聞やホームページなどでインフォメーションさせていただく予定です。

AIMインプラント指導医ならびに専門医合格者	
第2回 指導医合格者	
茨城 渡邊 八州郎	神奈川 西村 耕三
埼玉 鹿島 健司	大分 松本 恭宣
東京 西條 英人	
第4回 専門医合格者	
北海道 縣 潔	神奈川 中村 秀範
北海道 前田 静一	神奈川 星 晴大
秋田 田原 孝之	神奈川 山口 琢央
宮城 金野 俊之	長野 高見澤 紳治
茨城 小林 良誌	長野 中塚 敏弘
群馬 大竹 克也	新潟 鷺見 浩平
埼玉 大橋 英夫	静岡 鈴木 一成
埼玉 松本 学知	静岡 鈴木 康仁
千葉 東 壽一郎	愛知 吉木 洋二
東京 柏田 陽平	兵庫 橋村 孝次
東京 河合 毅師	福岡 秋本 啓治
東京 塩路 昌吾	熊本 新名 正明
東京 中川 孝男	鹿児島 小松 俊博
神奈川 小谷 岳司	鹿児島 原園 聖一
神奈川 田尻下 和子	鹿児島 藤村 卓生

■ A Q B の専門書発売開始

「AQBインプラントの基礎と臨床 基礎編」

AQB学術研究会編

発売開始

■ A4・192頁・オールカラー
 ■ 定 価 ~~12,000円~~
 9月末まで発売記念価格 **10,000円**

兼ねてからAQBユーザーの先生方のご要望を強くいただいていたAQBの専門書「AQBインプラントの基礎と臨床 基礎編」がAIM総会・学術大会当日発売開始となりました。会場にお越しの先生の60%がさっそくご購入、関心の高さが伺えました。9月末までは発売記念特別価格で販売いたします。ぜひこの機会にAQBのバイブルともいえる本書を日頃の臨床にお役立てください。

- インプラント周辺の学術情報を網羅
- 各分野のオーソリティーが執筆
- インプラントロジスト必須のバイブル!

※AQBのHPからお申込みできます→ <http://aqb.jp/>



Contents & Authors

第1部 インプラントの概念と歴史

臨床器材研究所 川原 春幸・川原 大

第2部 インプラントにおける基礎歯科学

東京医科歯科大学大学院准教授 寺島 達夫

第3部 インプラントと臨床歯科学

東京医科歯科大学大学院教授 和泉 雄一・荒川 真一・高崎アリストオ淳志

三井記念病院部長 津山 泰彦

岡山大学名誉教授 山下 敦

東京医科歯科大学大学院教授 嶋田 昌彦

鶴見大学歯学部教授 深山 治久

物質・材料研究機構生体材料センター主任研究員 末次 寧

物質・材料研究機構生体材料センター名誉フェロー/医工連携コーディネーター 立石 哲也

東京医科歯科大学生体材料工学研究所教授 塙 隆夫

第4部 AQBインプラントシステムの概論

AQBインプラント開発・治験チーム

AQB研修会講師チーム

第5部 インプラント治療と法律関係

永松法律事務所弁護士 永松 榮司

お問合せ ■ A Q B 学術研究会 (A Q B 事業部内) ■

〒103-8354 東京都中央区日本橋小舟町5番7号 TEL:03-3667-8797

Series of Simple Implant AQB新聞 連続紙上講座

「診断と治療方針の立案 ③」

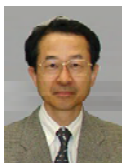
GPのための1ピースAQB講座 ● その4

For Relief and Safe Dental Treatment

日本先進インプラント医療学会常任理事
杵渕歯科医院院長・東京医科歯科大学非常勤講師
杵渕 孝雄 先生

PROFILE

杵渕 孝雄先生
Kinebuchi Takao



東京医科歯科大学歯学部卒業。歯学博士。三井記念病院歯科・歯科口腔外科科長、東京医科歯科大学非常勤講師(兼務)などを経て、現在、杵渕歯科医院院長。

杵渕孝雄先生の新連載【GPのための1ピースAQB講座】、第4回目は、診断と治療方針の立案③「欠損様式と咬合状態を考慮した治療方針—中位から多数歯欠損—」です。

治療から20年近く1ピースAQBを施術され多くの症例をお持ちの杵渕先生ならではのご経験に基づくポイントと創意工夫が満載です。AQB1ピースインプラントを、より安全に!

より確実に! そして予後良好に!

明日からの臨床に、ぜひご活用ください!!



欠損様式と咬合状態を考慮した治療方針

GPのための1ピースAQB講座(表1)の1.「診断と治療方針の立案」の3回目となるが、今回は欠損様式と咬合状態を考慮した治療方針(表2)の少数歯欠損を取り上げ、その場合に関連すると思われるさまざまな考慮すべき要因(1)~(12)(AQB新聞No.22,P.6)を考察し、臨床例として植立方向を意図した症例と時間差植立(AQB新聞No.22,P.7)の症例を供覧した。今回はEichnerの分類B2,B3,B4,C1など中位から多数歯欠損を取り上げ、その場合に関連すると思われる考慮すべき要因の考察と臨床例の供覧を行う。

中位から多数歯欠損

インプラントの治療計画で重要なことは、まずはその患者の欠損様式と咬合状態を詳しく観察し、その患者に相応しい理想的な咬合を模索して治療方針を立案することであると思う。Eichnerの分類B2,B3など「4つの支持域のうち2つまたは1つにしか咬合接触がない場合」には一般に低位咬合の傾向があり、咬合高径を幾分挙上する計画を組む必要がある。また分類B4の「前歯部(支持域外)の対合接触しかない場合」や分類C1の「上下顎に残存歯はあってもすれ

GPのための1ピースAQB講座(表1)

はじめに インプラント治療の一連の流れ

1. 診断と治療方針の立案①~④
2. 植立手術
3. 術後処置と管理
4. 暫間被覆冠
5. 最終補綴と咬合調整
6. 補綴後の口腔清掃
7. トラブル時の対応

違い咬合の場合」には前歯部のflare outを伴った低位咬合となっている症例が多く、第一段階で有床義歯による適正な咬合高径と上下歯列弓のより好ましい咬合関係の回復を図ったのち、第二段階としてそれを通常の咀嚼に使用しながら部分的に何段階かに分けて1ピースAQBのCr-Brに置き換えるのが安全であると思う。

中位から多数歯欠損といってもかなり幅があるが、程度の差こそあれ低位咬合を改善させる必要があり、有床義歯で咬合を確保しながらAQBを植立することになるので、考慮すべき要因で特に関係するのは、(7)有床義歯から1ピースAQBのCr-Brに置き換える場合の綿密な治療順序の検討である。その他の要因は多くを前号で述べてはいるが、今回も関連するものに関して言及しようと思う。

欠損様式と咬合状態を考慮した治療方針(表2)

歯牙の欠損様式といえば、Eichnerの分類を思い出す(AQB新聞No.21・7P)。その分類を拝借して欠損様式に見合った治療方針をまとめると次のようになるとと思われる。

①分類A2,A3B1の「4つの支持域のうち全部または3つに咬合接触がある場合」

→ そのまま残存歯の咬合に調和するように植立、補綴

② 分類B2,B3など「4つの支持域のうち2つまたは1つにしか咬合接触がない場合」

→ 一般に低位咬合の傾向があり、咬合高径を幾分挙上する計画を組む必要

③ 分類B4の「前歯部(支持域外)の対合接触しかない場合」

分類C1の「上下顎に残存歯はあってもすれ違い咬合の場合」

→ 前歯部のflare outを伴った低位咬合となっている症例が多く、第一段階で有床義歯による適正な咬合高径と上下歯列弓のより好ましい咬合関係の回復

→ 第二段階としてそれを通常の咀嚼に使用しながら部分的に何段階かに分けて1ピースAQBのCr-Brに置き換える

④ 分類C2の「片顎無歯顎」、分類C3の「上下顎無歯顎」

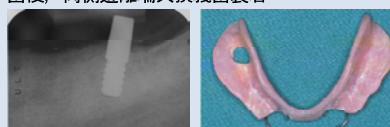
→ 必要な場合は、適正な咬合高径と上下歯列弓のより好ましい咬合関係の回復のため有床義歯の再製作

→ 必要かつ可能な部位に分類B4,C1に対するものと同様に治療方針を立てる

患者の経済力を考慮し、必要最小限に植立し、部分床義歯と併用するという治療も考える必要がある。両側遊離端義歯の7、7部にAQBを植立して冠が入り、それが鈎歯となって臼歯部が中間欠損義歯に変わっただけでも異和感が減り、遊離端義歯の時より硬い食物が食べられるようになった症例。



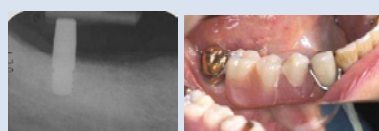
【1999/08/31】保存困難な両側第1小臼歯を抜歯後、両側遊離端欠損義歯装着



【1999/09/28】7部に5MSを植立し、義歯の相当部を丸く削除し咀嚼に使用



【1999/12/27】7に冠を装着し、レスト付き二腕鈎を既存の義歯に取り付け修理



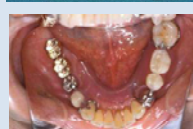
【2000/06/19】7部に5SMを植立し、冠を装着したのち、レスト付き二腕鈎を同様に取り付け修理



【2008/04/15】遊離端義歯から中間義歯に変わって8年経つが、7、7は健全で、その咬合支持により下顎6前歯は健全さを保っている。



【2000/02/23】上顎左側臼歯部の床を切除してAQB植立



【2001/06/27】下顎右側大臼歯部の床を切除してAQB植立、冠装着



【2007/06/13】臼歯4ブロックを順次AQBの冠に置き換えて7年後。もともといわゆる悪性ペリオ患者であったが、大臼歯部がAQBで咬合支持され、残存歯もきわめて安定している。

中位から多数歯欠損の場合の考慮

考慮すべき要因の(3)植立サイズと方向は、咬合挙上の場合できるだけ直径が太く根部も長いに越したことはない。また方向も対合歯機能咬頭の方向を意識した方が咬合性外傷を避ける意味で有利である。(6)補綴物の種類と形態は中位から多数歯欠損では大半の臼歯部に欠損があり、インプラントで挙上した咬合を支持しなくてはならず、大臼歯部で直径5mmが植立できれば単冠でもよいが、直径4mmしか植立できない場合は連結冠やブリッジ、直径3mmの場合は間引かずに、かつ植立間隔を詰めて植立し、補綴物は連結冠にする必要がある。

多数歯欠損をインプラントで補綴する場合、どうしても本数が多くなりがちであるが、(11)経済的要因の考慮で、AQB新聞No.19やNo.21でも述べたように、患者の経済力を考慮し、必ずしも欠損部すべてをインプラントで補綴するのではなく必要最小限に植立し、部分床義歯と併用するという治療も考える必要がある。異和感が強く、咬合支持能力の弱い遊離端欠損義歯に対して、7、7部にAQBを植立して冠が入り、それが鈎歯となって臼歯部が中間欠損義歯に変わっただけでも異和感が減り、遊離端義歯の時より硬い食物が食べられるようになるということはインプラントの大きな恩恵である。これは鈎歯となっても耐えられる高い咬合支持能力のあるAQBインプラントの強みであると思う。

分類B2,B3で、4つの咬合支持域のうち1つまたは2つで咬合接触し、あまり咬合挙上が必要なさそうに見える場合は、少数歯欠損に準じて植立し、補綴物作成時に疲弊した天然歯の咬合支持部の負担を軽減する

つもりで、インプラント部でやや挙上した補綴物を装着すればよいと思われる。臼歯部でわずかにでも挙上した場合、前歯部の咬合接触が弱くなるが、もともと臼歯部の喪失によるflare outによるover jetなので、短期間で前歯部歯軸が改善してup rightし、対合歯切端と接触してくるが普通である。(7)有床義歯から1ピースAQBのCr-Brに置き換える場合の綿密な治療順序の検討では、適正な咬合高径として新作あるいは修理した有床義歯を通常の咀嚼に使用しながら部分的に何段階かに分けてAQBのCr-Brに置き換えることになるが、その部分や段階で、いろいろ工夫する必要がある。

分類B4で臼歯部の咬合支持が失われ、前歯部のみで咬合接触している場合でも前歯部のflare outがない場合は、分類B2,B3に準じてよいが、ほとんどは前歯部のflare outを伴った低位咬合となっており、まずは咬合を安定させる必要性からも両側臼歯部の有床義歯を作成する。その場合、残存歯の中で前歯部でも臼歯部でも保存不能歯がある場合、患者の便宜を考えると、保存不能歯の抜歯と同時に装着する即時義歯が好ましい。またいくらflare outを伴った低位咬合とはいえ、一気に咬合挙上すると前歯部の咬合接触がなくなり、患者が適応できないことがあるので、ほどほどの挙上に留めておく方がよい。義歯で安定した咬合状態で咀嚼できるようになってはじめて1ピースAQBの植立が可能となる。とにかくその義歯に適応して通常の咀嚼に使えるようになることが大切で、インプラントの植立は急いではない。1ピースAQBを植立した後、植立部の床をコの字形や円形に切除や削除して義歯を使えるように修正するのであるが、床の切除や削除はその分義歯の安定性を悪くするが、

それにもかかわらず骨結合前のAQBに外傷性要因を与えない程度の義歯の安定性が維持され、植立したAQBが無事に骨結合してくれることが最も重要である。その意味からも植立前にはしっかりとなじんだ義歯となっている必要があるわけである。

また、AQB植立部の安静を図るには、部分的に何段階かに分けて植立することが重要である。すなわち(4)植立順序は有床義歯のクラスプの位置を考慮して、植立後も義歯の安定性をできるだけ維持しやすい部位からという観点で順序を決めることが重要である。遊離端欠損義歯が入っている場合は、その遊離端部から、中間欠損義歯が入っている場合は義歯の維持に重要な方のクラスプを残してそれ以外の部位からクラスプと床を部分切除して植立してゆくのがよいと思われる。

義歯咬合高径のまま最終補綴するのなら、骨結合したAQBから順次、最終補綴物にかえ、場合によりそこにワイヤークラスプを増設して義歯を安定させながら、次のブロックの植立に進むという手順で徐々に小さな有床義歯に変えつつ、欠損部をAQBのCr-Brに置き換えていくということになる。最終補綴で義歯の咬合高径よりさらに挙上したい場合で、片側ずつ行うことは、骨結合の得られたAQBに挙上した冠を装着時、反対側の義歯人工歯にレジニアップして対応することになる。両側同時に行うことは、先に骨結合した片側のAQBには挙上前の高さのTek(レジン冠)を装着しておき、最終補綴物で両側同時に咬合挙上したCr-Brで仕上げることになる。

今回は欠損様式と咬合状態を考慮した治療方針における、分類C2の「片顎無歯顎」、分類C3の「上下顎無歯顎」を取り上げる予定である。

Series of Simple Implant AQB新聞 連続紙上講座

サイナスリフト法② 骨移植や人工骨移植をしないサイナスリフト法

AQBインプラント植立のテクニック ● 応用編
vol.6

Advance Course for Best Implant

日本先進インプラント医療学会常任理事
三井記念病院 歯科・歯科口腔外科部長

津山 泰彦先生

PROFILE

津山 泰彦先生
Tsuyama Yasuhiko



九州大学歯学部
卒業、東京大学医
学部口腔外科助
手、近畿大学医学部形成外科講師
などを経て、現在、三井記念病院歯
科・歯科口腔外科部長。日本口腔
外科学会認定医・指導医。

今回は、骨移植や人工骨移植をしないサイナスリフト法について掲載します。
先に行われた第1回AIM学術総会シンポジウムでも、本講座の講師、
三井記念病院 歯科・歯科口腔外科部長 津山泰彦先生は今回のテーマのご発表
を盛り込み、会場の先生方の注目を集めていました。
それでは、津山先生、お願いします。

■ サイナスリフト法② 骨移植や人工骨移植をしないサイナスリフト法

1. これまでのサイナスリフト法の課題

サイナスリフト法に関する大きな課題は、上顎洞粘膜を挙上した空間を何で埋めるか、経年的吸収にどう対応するか、この2点だと思います。まず、空間を何で埋めるかについては、自家骨が最も適していることに意見の一致をみっていますが、自家骨を採取する部位が問題になります。私の経験では片側のサイナスリフトでは、おおよそ大きなスプーン3杯の移植骨を必要とします。オトガイ孔間や下顎枝からの採取だけではこれを満たすことは不可能です。そのため、全身麻酔下に腰骨から骨を採取し移植している施設もあります。また、口腔内から採取した骨に人工骨を混ぜて量を増やして移植している施設もあります。それぞれの施設において、これまでの術者の経験や知見で移植材を選択しているのが現状です。しかしながら、移植骨採取に際しては、患者の負担が増えることは明らかであり、さらに、さまざまな合併症の可能性が残ります。例えば、オトガイ孔間からの採取ではオトガイ神経麻痺、下顎枝からの採取では開口時の突っ張り感などです。そのため、骨を移植しないでサイナスリフトができるということはわれわれインプラントロジストにとって最大の目標になっているのです。

移植骨の経年的吸収に関しては、さまざまな論文で報告されています。私の症例をみてください。写真①は右側上顎臼歯部にサイナスリフトを行い、上顎洞粘膜を挙上した空間に腰骨を移植し、同時にAQBインプラント1ピースを植立したところ。写真②は1ヵ月後、写真③は2年後のレントゲン像です。インプラント体周囲を十分な骨が覆っています。写真④は術後5年目のレントゲン像です。骨はインプラ

AQBインプラント植立のテクニック ● 応用編

■ GBR

- ① 減張切開と縫合のポイント
- ② 骨移植のポイント

■ ソケットリフト

- ① AQB オステオトームを用いた方法
- ② ドリル貫通法による方法
- ③ ソケットリフト中止の基準と再ソケットリフト法

■ サイナスリフト

- ① 基本手技について
- ② 骨移植や人工骨移植をしないサイナスリフト法
- ③ 隔壁のある症例への対応
- ④ サイナスリフト法成功のポイント
- ⑤ 術後管理と合併症への対応

■ 抜歯即時埋入

- ① 1ピースを用いた方法
- ② T-typeを用いた方法
- ③ 2ピースを用いた方法

ト体底部まで吸収され、上顎洞粘膜がインプラント体底部付近にあることが確認されました。このように移植した骨は経年的に吸収されることが分かっています。私の経験ではインプラント体に応力がかかる部分の吸収は少ないが、応力がかからない部分の骨は吸収がより進むような知見を得ています。

このように自家骨だけの移植では吸収は避けられず、そのため、人工骨を混ぜるという考えもありますが、それでも完全に吸収を防ぐことは不可能です。さらに人工骨に関しては、その安全性、日本での認可の有無、人工骨周囲の繊維芽細胞の存在、長期予後など多くの問題点があり、現時点では可能な限り使用したくないというのが私の考えです。

2. 再結晶化HAの骨誘導能を最大限に発揮するために

このような観点から骨移植や人工骨移植をしないサイナスリフト法はできないものかと考えていましたが、AQBインプラント1ピースが解決してくれました。

これまでの経験からAQBインプラント1ピースで初期固定が不良な症例でも、2ヵ月間固定を行なうことで骨と結合することが分かっていました。そこで、再結晶化

■ 骨移植や人工骨移植をしないサイナスリフト法のポイント

- ① AQBインプラント1ピースの強固な固定
- ② 挙上した上顎洞粘膜を維持できるように1歯1本の植立
- ③ 十分な空間をつくるための上顎洞粘膜口蓋側の剥離挙上
- ④ 禁煙
- ⑤ 固定期間は4ヵ月を目安に
- ⑥ 仮歯装着には細心の注意を



HAの骨誘導能を利用できないかという点に着目しました。骨誘導能を最大限に発揮するためには、以下の3点が重要なことだと考えています。

一つ目は、HAが動かないという点です。これまでサイナスリフト同時植立ではインプラントに加わる微小振動をいかに防止するかが重要であるといわれてきました。そのため、1ピースインプラントは禁忌とされ、2ピースインプラントが選択され、さらにチタンプレートなどで2ピースインプラント間を固定することが推奨されていました。そこで、私は発想を逆転させ、1ピースインプラントだからこそこできる口腔内での確実で強固な固定を行なうことでHAが動かない環境をつくることに着目しました。2ピースインプラントを埋入し、粘膜下でスリーピングさせても、粘膜を通しての微小振動は防ぐことはできない、それならば、1ピースインプラントを植立することで患者さんにインプラントを自覚してもらい咬まないようにすれば、微小振動は防ぐことができますと考えたのです。

二つ目は挙上した上顎洞粘膜が落下しないように挙上した位置で上顎洞粘膜を維持させる点です。骨移植や人工骨移植を行なう理由の一つもこれにあると思います。そのためにも、できるだけ直径5mmのインプラントを植立し、1歯1本の植立を行なうように配慮することが重要です。これまでの経験から上顎洞粘膜が落下しやすいところには骨はできないことが分かっています。最後方部のインプラント遠心部がこれに相当します(写真⑤)。

3つ目は、十分な空間をつくる点です。上顎洞粘膜を緊張状態で挙上させるのではなく、十分な弛みを持たせて挙上させることがポイントです。そのためには、口蓋側の上顎洞粘膜を十分剥離することを心がけてください。前回号に上顎洞粘膜剥離の手順を記載しましたが、最初からいきなり口蓋側を剥離すると破損しやすいため、まず、後方、洞底、前方、最後に口蓋側と全体として剥離するようにしてください。1箇所だけ深く剥離することで上顎洞粘膜が破損しやすくなることを忘れないでください。

3. 骨再生までの期間と仮歯装着

レントゲン像でインプラント体周囲に骨硬化像が出現するには、2ヵ月～4ヵ月間を要します(写真⑥、⑦、⑧)。残存上顎骨量の差によりその期間に差があるのでないかと考えています。残存上顎骨が多いほど期間は短くなる傾向にあります。固定期間は4ヵ月を目安にしていますが、レントゲン像で骨硬化像が確認された場合には、固定を解除し、仮歯での咬合付与を行なうようにしています。

仮歯装着に際しては、以下の点がすべてクリアされていることを確認してください。

1. 動揺がない。インプラントの打診音が破裂音(カンカン)である。
2. インプラント周囲に骨硬化像が確認できる。
3. 仮歯を装着し、咬合した時に違和感がない。

仮歯装着後2～4週間でのレントゲン撮

影も忘れないようにしてください。咬合力過大による骨吸収をチェックするためです。

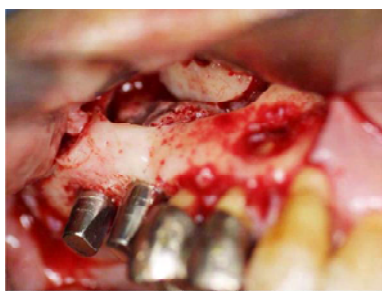
4. 困難な症例

この治療法が困難な症例もあります。それは、AQBインプラント1ピース植立後の固定源がない症例です。このような症例は難症例だと判断してください。固定源がない場合には、HAが動くこととなりますので、骨はなかなか再生してきません。固定源があるかないかの見極めは重要なポイントになります。通常は隣接歯が生理的動揺度内であるか、隣接歯がない場合には植立したインプラントのどれかが固定源となるか、固定源用のチタンミニインプラントが必要かなど術前に精査しておきます。

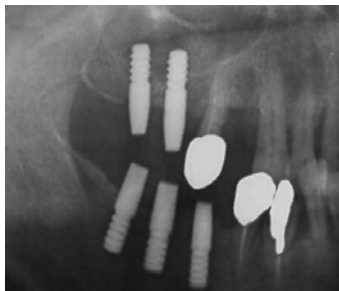
喫煙は骨再生に不利に働きます。私の症例でも、喫煙者で骨が全く再生せず、抜去になった症例があります。喫煙とインプラント予後に関する論文は多数ありますが、そのほとんどは予後に影響を与えることを報告しています。喫煙と骨再生の関係は明らかではありませんが、この治療法では喫煙は禁忌と考えています。私はスーパーボンドで固定を行なっていますが、喫煙している場合には、スーパーボンドに着色がみられますので本当に禁煙しているかどうかの一つの判断材料になります。

固定がすぐに外れてくる症例では、インプラント植立部で咬んでいる可能性があります。反対側で咬める環境があるか、再度確認してください。患者にインプラント植立部で咬合しないように説明し、実践してもらうことは成功のカギだと思います。

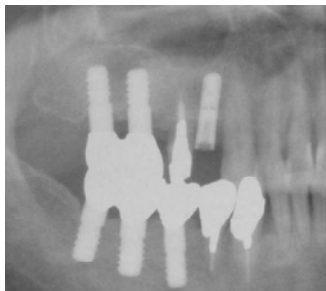
骨移植や人工骨移植をしないサイナスリフト法



写真①腸骨移植と同時AQBインプラント1ピース植立



写真②植立後1ヵ月目のレントゲン像



写真③植立後2年目のレントゲン像



写真④植立後5年目のレントゲン像



写真⑤インプラント最後方部遠心部には骨がでにくい



写真⑥植立直後



写真⑦植立後4ヵ月目



写真⑧植立後8ヵ月目

Series of Simple Implant AQB新聞 連続紙上講座

咬合の正常・異常・天然歯とインプラントの相違点

AQBインプラント咬合・補綴講座
vol.3

For Relief and Safe Dental Treatment

日本先進インプラント医療学会監事
岡山大学名誉教授・大阪歯科大学客員教授
山下敦先生

PROFILE

山下 敦 先生
Yamashita Atsushi



大阪歯科大学卒業。岡山大学歯学部歯科補綴学初代主任教授などを経て、現在岡山大学名誉教授、大阪歯科大学客員教授、山下歯科医院院長。国際顎頭蓋機能学会(ICOMO)副会長、同日本支部(ICOMO Japan)会長、日本補綴歯科学会・日本顎関節学会・国際歯周内科学研究会の名誉会員など所属学会多数。

インプラント治療における咬合・補綴講座 3回目の今回は『咬合の正常、異常』

「天然歯とインプラントの相違点」について取り上げます。

天然歯にあり、インプラントに欠如している歯周靱帯はどのような働きをしているのか
また、インプラントには咬合にどのような差異が生じてくるのか……

優れた骨結合を特長とするAQBの良好な予後を得るための咬合のポイントと極意を、
AIM理事で補綴分野で咬合におくわしい

岡山大学名誉教授の山下敦先生にうかがいました。

インプラントに正しい咬合を 与えるための基礎を理解する

インプラント治療には、まず機能的咬合系(図1)への理解が重要であることを前回述べた。機能的咬合系においては、主たる構成要素である咀嚼筋、歯・歯列、顎関節は互いに関連しあい、脳・中枢からの神経的控制を受け確固たる咬合が確立されている。例えば、食べ物は上下歯間に介在され、咀嚼筋の収縮、弛緩の繰り返しにより粉碎され嚥下される。このとき歯根膜や顎関節に存在する感覚受容器からは食物の性状や下顎位の情報が刻々と中枢神経系に送られ、そこで調整統括されて効果器である咀嚼筋にどのように咬むべきか等が指令される(運動ニューロンの活動)。咀嚼運動だけでなく発音、下顎安静位、開口反射等もこの反射機構でつかさどられる。ご飯の中の石や毛の異物が感知されるのもすべて神経筋系の働きによる。すなわち、咬合は能動的部分、受動的部分、フィードバック機構など多くの構成要素に対する中枢神経系の統合の上に成り立っている。機能的咬合系の構成要素のうち下顎を動かす源となるのは咀嚼筋である。咀嚼筋だけが中枢からの運動出力(motor output)を受け取り、下顎運動が起こる。すなわち、歯と顎関節は中枢から直接指令を受け取ることなく、種々の感覚受容器(sensory input)からの情報のみを中枢へ送っている。ここで重要なことは、頭蓋と下顎の位置関係である。下顎は頭蓋に対してスプリングに置き換えられる咀嚼筋によって吊り下がった状態にある。

頭蓋に対して正しく位置づけられた下顎の位置を最も変化させやすいのは歯であり、咀嚼筋がそれに続く。歯と歯列は例え現在健全であっても、う蝕や歯周病で脱落したり、歯ぎしりなどで過度に摩耗し、下顎の解剖学的、生理学的位置関係が狂ってしまう。

このように歯は三要素のうちで最も変化しやすい構成要素で、その変化は下顎を偏位させやすいにも関わらず、咀嚼筋は上

AQBインプラント咬合・補綴講座予定

1. 総論
「咬合の理解と実践が長期予後の要」
2. インプラントの咬合と機能的咬合系
3. 咬合の正常・異常、天然歯とインプラントの相違点
4. 単独Imp.と遊離端部Imp.の咬合
5. 前歯Imp.と総義歯Imp.の咬合
6. 歯ぎしりとインプラントの咬合

【機能的咬合系】 (Functional Occlusion System)



(1972・河村 洋二郎)

(図1)

下歯列間に食物を介して営まれ、口が機能を果たす上で歯列はその作用点となる。上下歯列が接触すればそこで下顎運動は停止する。頭蓋に対し下顎位が正しくても、逆に偏位していても、現存する咬合状態で口は機能しなければならず、咬合状態が不健全であれば、他の構成要素である咀嚼筋と顎関節に無理(負荷)がかかった状態で、それに順応しなければならぬ。この意味で、歯(歯列)はdominator(支配者)であり、咀嚼筋と顎関節はaccommodator(適応者)である。患者はこの異常な咬合状態への推移を自覚することができないことが多い。したがって、咬合を理解することの第一は、頭蓋に下顎を正しく位置づけるべきものは歯であるということ。また、歯の咬合接触は変化しやすく、その変化は咀嚼筋と顎関節に何らかの影響を与えるという理解をもつことである。

第二は、歯の変化がどの程度に咀嚼筋と顎関節に影響を与えているかを検査で知ることである。

第三は、それをどう治療するかということである。第一を理解し、第二の検査情報を読むことが咬合を理解したことにつながる。

『適正咬合』の面からインプラント治療を見ると、重要なのは以下の要素である。

- インプラント側
 - ・埋入部位と方向
 - ・確実な骨結合
 - ・インプラント同士の連結
- 上部構造
 - 咬合面形態および咬合接触

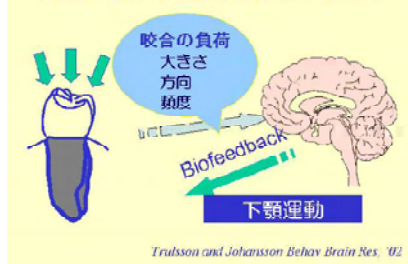
AQBインプラントは、早期かつ確実なインテグレーションが得られるが、インプラントをより長期間(少なくとも20年以上)機能させるには咬合を十二分に考慮した治療を行うことが重要である。では、どのような咬合を与えればよいのか。その点に触れる前に、天然歯とインプラントの根本的な相違について述べる。

歯周靱帯の欠如

インプラントでは、天然歯にある歯周靱帯(歯根膜)が欠如している。つまり、感覚受容器と緩衝機構がないということである。

天然歯の歯根膜に分布する神経は、触覚、圧覚、痛覚をつかさどり顎運動の調節に役立っていると推察されている。このように歯根膜には咬合力に対する緩衝作用のほか咀嚼、嚥下などの感覚運動を反射的に調性するほか、下顎運動の終末位を決定する要素として口腔機能においてきわめて重要な働きをする(図2)。咬合(負荷)の大きさ、方向、頻度を脳・中枢に送り、脳・中枢はこれをフィードバックし下顎運動がスムーズに行われる。

【歯周靱帯の感覚受容器の働き】



(図2)

では、歯周靱帯のないインプラントではどうか。インプラントに作用した負荷を直接認識はできない。下顎運動があくまで周囲の天然歯から得た間接的な情報によって営まれる。

歯周靱帯には弾力性がある。これにより動的負荷が作用すると靱帯はダンピング効果を示し、静的負荷が作用した時には靱帯は軟らかく作用する。インプラントには歯周靱帯がないのでその作用がない。

力の方位によっても両者は異なる伝達方法をとる。

垂直的な負荷

垂直的な負荷に対する天然歯とインプラントの力の伝達の差異は、ラバーボール

【天然歯とインプラントの力の伝達方法】(表1)

天然歯は弱い力(~100g)で大きく変位しその後は、ゆっくりと変位する。
(天然歯の変位はまず歯根膜の変形に依存し、それから骨の変形に依存する)

インプラントは力に比例して変位していく。
(インプラントの変位は骨の変形に依存する)

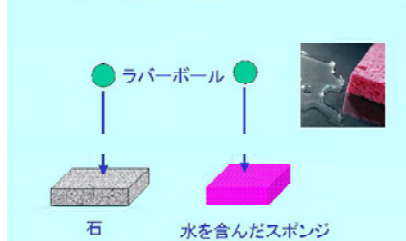
天然歯は根尖方向に 28 μm 動く (Parfitt, J Dent Res '60)

インプラントは根尖方向に 5 μm 程度しか変位しない



を石と水を含んだスポンジに落とした実験にたとえることができる(図3)。

【歯根膜の粘弾性の特性】



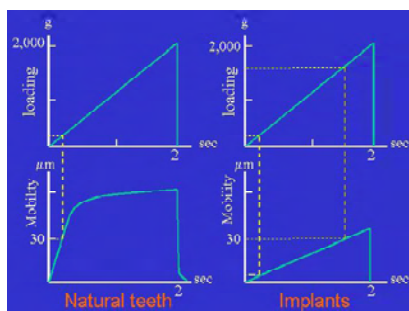
(図3)

石に落ちたラバーボールは衝撃をもちに受け大きく跳ね返るが、水を含んだスポンジが緩衝材となりボールは大きく跳ねることはない。

天然歯とインプラントの垂直的な弾力性を測定したのが図4である。実際の数値でみると、天然歯は垂直的に25~100 μm の移動するのに対し、インプラントは3~5 μm の沈下にとどまる(図5)。インプラントには、周囲の歯槽骨がダイレクトに垂直的な負荷を受けることになる。

側方向からの負荷

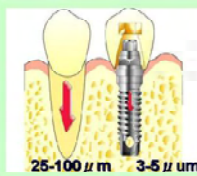
天然歯は歯軸に作用する垂直的な負荷には強いが、側方、回転的力には極め



(図4)

【歯周靱帯の欠如】

- ・ Mobility difference
- Natural tooth: axial 25~100 μm
- Implant: 3-5 μm
- ↓
- Movement phases
- Functional adaptation

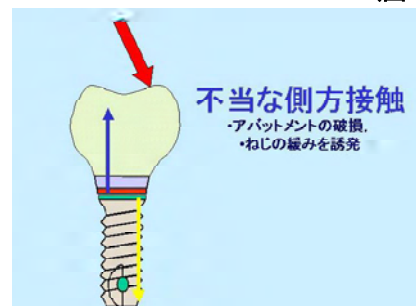


(図5)

【天然歯の垂直、側方での回転的負荷】



(図6)



(図7)



Change from other Implants to AQB

AQB に変えました

「AQB に変えて

中止していたインプラント治療を AQB で再開



高西 正人 先生

兵庫県姫路市で 23 年間診療を続けられている高西正人先生がインプラント治療を始められたのは、今から 20 年ほど前でした。高西先生は、古くはサファイア、ブレードタイプのインプラントも施術されたご経験があります。

「チタン系の B、I も経験しましたが、術式の煩雑さや成功率、コスト等の面から、インプラント治療は 10 年ほど中止していました。あの頃はまだ、誰にでもできる治療ではなく、ごく一部の人達が、かなりのリスクを負って行うものでした。簡単に言えば、完成されたシステムではなかったということです」

そんな先生は 2 年前、AQB 研修会を受講されたことがきっかけで AQB を導

入されました。

「ちょうどインプラント治療を再開しようと、さまざまなメーカーの研修会を受け、検討していたところに AQB の営業マンが訪れ、研修会に参加しました。導入の決め手は、術式のシンプルさと再結晶化 HA コーティングでした」

施術されたご感想をお伺いしました。

「AQB は骨との結合が良く、リカバリーに強いのが大きな利点ですね。もはやインプラントは純チタンから HA の時代になったのだと実感しています。また、シンプルな構造ゆえに、術式だけでなく、コスト面でも優れています。以前は術式・補綴と



医院ロゴはアカハシウシツツキです (右)。スタッフのみなさん (左)。



地元の患者さんに愛される、地域の歯医者さんです。

も複雑、かつコストも高額でした。インプラントは奥が深い治療です。日々勉強は怠ってはいけません。色々な研修会に出て、知識を得ることは大事だと思っています」

豊富なご経験がありながらさらに治療に真摯に向き合う先生のもとへは、昔からの地元の患者さんが多く訪れます。

「鼻水垂らして来ていた子が親になり、今度は鼻水垂らした子を連れて来ますからね (笑)。これからも地域のかかりつけ医として、患者さんとの温かいつながりを大切にしていきたいですね」

こう笑顔で語ってくださいました。

●福岡県福岡市● 堤歯科医院



福岡市内の住宅街、白い建物が目を引きます。

「一番最初にブレードタイプ、次にチタン系の P を何年か使っていました。しかし、チタン系インプラントは骨誘導はしても骨との結合はあり得ない。リコール時に、もしかすると緩んでいないか、そんな不安を抱えるインプラント治療に行き詰まりを感じていました。そんな時、先に AQB を導入していた知り合いの先生からの紹介で AQB を知ったのです」

こうお話されるのは、福岡県福岡市の堤歯科医院・堤俊之先生です。先生はこう続けてくださいました。

シンプルで付きのよい AQB は安心して使えます

「実際に使っているユーザーの先生の話は、下手にメーカー側の話を聞くよりも信頼性が高いですからね (笑)。よい評判を聞き、早速導入を決めました」

導入後のご感想をお聞きしました。

「まだ施術後の症例は補綴まで進んでいないのですが、骨と完全に結合する AQB は安心感がありますね。術式がシンプルでシステム化されているので、オペ時間も短縮され、患者さんには自信を持って勧められます。テクニカルエラーも起きにくいですし、サポート制度も充実しているので、これならインプラント



堤 俊之 先生

が初めての先生方にも導入しやすいのではないのでしょうか」

うれしいお言葉をいただきました。ご開業されて 25 年、最近ではインプラントを希望し訪れる患者さんも多いそうです。今後についてお伺いしました。

「この地域でも、毎年 1,2 件は新しく歯科医院が開業しているのですが、長年の患者さんの他、口コミで来ていただける方も多く、大変ありがたいですね。インプラントは、良好な咬合を回復した時の患者さんとの信頼関係が、保険診療とは格段に違うと感じます。今後、AQB で患者さんの笑顔のために、よりよい治療をご提供していきたいと思っています」



スタッフの方々と一緒に。



患者さんに「もう被せるの？」と驚かれました



大竹 克也 先生

群馬県前橋市にある大竹歯科口腔外科クリニックは、すぐ近くに群馬県済生会前橋病院があり、さまざまな診療科から患者さんがご紹介で来院されることも多いそうです。院長の大竹克也先生にお話を伺いました。

「もともと、チタン系のIを8年ほど使っていて、特に不満は感じていませんでした。しかし、兄（大竹克巳先生、茨城県牛久市）からAQBを紹介され、治療期間が短期間であることと、話をしてくれた営業がとても熱心だったこともあり、導入を決めました。実際に、補綴物装着までIの約半分の期間で済み、治療した患者さんにも『もう被せるの?』と驚

かれるくらいです」

他にもメリットがあるとお話しくさいます。

「医科から紹介されて来る方はさまざまな合併症を持った患者さんも多く、そういった症例に対してもAQBならシンプルで付きがいいので対応がしやすいですね。1ピースなので、ネジの緩みや破折の心配が不要になったのも大きなメリットです。以前は、緩みや破損の経験

●群馬県前橋市● 大竹歯科口腔外科クリニック



クリニックには、車で来院される方のために広い駐車場も完備されています。



大竹先生とスタッフのみなさん。

は一切なかったにも関わらず、いつ起きるかわからないという不安はいつも持っていました」

以前、群馬大学医学部歯科口腔外科の助教授も務められていた大竹先生は、長い間、医科と連携した歯科治療を行われてきました。

「私自身は歯科という領域で診療を行っていますが、患者さんの治療に取り組む上では、医科も歯科も同じだと思います。インプラントを含め、これからも、口腔に関してさまざまな知識と技術の修得に努め、患者さんのために貢献していきたいと思っています」

豊富なご経験がありながらもなお、患者さんのために向上心を忘れない先生のお姿が印象的でした。

「10数年前Iインプラントを使っていました。手技が複雑なシステムで4年で撤退した経過があります。しばらくインプラント治療から遠ざかっていたんです」

こうお話される愛知県知多市・医療法人皆川歯科医院の皆川象洋先生は、歯科医師会のご友人のお薦めもあって、AQBを導入、インプラント治療を再開しました。半年前のことです。

「AQBは術式がシンプルなのがいいですね。比較的簡単といわれる単独欠損症例などから施術を再開しましたが、口腔外科が専門でなくても扱いやすい

●愛知県知多市● 医）皆川歯科医院



入り口には先生の似顔絵も貼られています。

院内DVDを流してから患者さんの質問が増えました



皆川 象洋 先生

など実感しました。1ピースだとオペも一回で済みますし早期負荷が可能です。これまでのAQBを用いた症例では術後の痛みもほとんどなく予後も良好。患者さんからも『こんなに簡単なんですか?』と喜んでいただいています」

最近、歯科医師の年収平均の統計が雑誌（アエラ、朝日新聞社）で発表され、話題になりました。

「我々歯科医にとって、非常に厳しい時代ですね。自由診療をやっていない医院さんは今後大変でしょうね。同じく自由診療の矯正治療は治療期間が非常に長い。その点、インプラントの中でもAQBは1~2ヵ月で補綴完了、6ヵ月ほど経過

観察、あとはリコールです。終着点がある治療として、歯科医師としてのやりがいを感じます。仲間『一日一本インプラント!』を合い言葉に、がんばっています」

先生はAQBアドバンスコースにもチャレンジ、骨造成法などについても積極的に勉強され、手技向上に取り組んでいらっしやいます。

「AQBのDVDも待合室に流しています。けっこう患者さんは見てくれているようですよ。質問も増えました。患者さんの負担を少しでも少なく、よりよい治療を提供したい。そのために今後も慎重かつ積極的に治療に取り組んで行きたいと思います」



皆川先生とスタッフのみなさん。

●AQBサポートシステムのご紹介

Introduction of the AQB leader

課題解決、手技向上に役立つサポートシステム、AQBならではの充実した内容でお届けします。

AQBインプラントシステムはユーザーの先生を強力にサポートして下さる臨床経験豊富な先生が沢山いらっしゃいます。今回は宮城県大崎市で開業、昨年のIAI研究会学術大会でポスター発表もされた柳澤一郎先生をご紹介します。

Q: 先生は発売開始当初からAQBをお使いいただいているそうですね。

柳澤先生 AQBが発売開始された平成6年(1994年)に、仙台市内で行われたAQB研修会に出席したことがきっかけで導入に至りました。あの頃はまだ研修会への参加者もそう多くはなく、知名度も低いAQBでしたが、再結晶化HAの優れた特性と1ピースの優位性にひかれ、導入を決めました。導入して14年目になりますが、10年を超える長期症例を、いくつも経験しています。

Q: 昨年はIAI研究会第10回記念学術大会においてポスター発表もされていらっしゃいますね。

柳澤先生 下顎無歯顎症例に対し4本のAQB1ピースインプラントと、ドルダーバータイプの可撤式オーバーデンチャーを用い、咬合回復を図った例を発表させていただきました。ドルダーバータイプの上部構造体については具体的に記述されている文献が少ないため、少しでも他のユーザーの先生方の臨床の参考になればと思います。

Q: AQBのメリットはどのような点とお考えですか。

柳澤先生 1ピースゆえにオペが1回で済むこと、それと再結晶化HAによる早期初期固定、緩めの植立でもきちんと骨と固着する結合力ですね。私のと

←昨年開催のIAI研究会学術大会・ポスター発表における柳澤先生のご発表



医療法人 星陸会
柳沢歯科医院(宮城県大崎市)
理事長/院長 柳澤 一郎先生

■PROFILE

東北大学歯学部卒業。医学博士。日本先進インプラント医療学会評議員・専門医、DGZ国際インプラント学会認定医、日本歯科医療管理士、社団法人日本糖尿病協会歯科医師登録医。

ここでは、天寿を全うされ、植立したインプラントをお墓まで持っていかれた長期症例の患者さんいらっしゃいました。まさに一生使ってくださった感があり、施術した身としてはありがたい話ですね。

Q: 先生方にメッセージをお願いします。

柳澤先生 まず、術前の施術計画とシミュレーションは十分すぎるほど慎重に行い、ご自身で施術の感覚を身につけていくことが成功の秘訣です。AQBはサポート制度が充実していますので、少しでもリスクだと思ったら信頼できる先生に納得いくまで助言をもらってください。基本的な症例を確実に行うことから始め、それなりの覚悟を持ってオペに臨めば、患者さんのCS(Customer Satisfaction)が十分に得られる治療となるでしょう。

今回の柳澤先生への術前診断の内容をお伝えします

専門医の診断

依頼内容 患者さんは上顎右側456欠損で、インプラント植立をご希望です。適応サイズや施術の際の留意点などをお教えてください。

柳澤先生 パノラマX線写真画像を見ると、上顎洞底までの骨の厚さに比較的に恵まれているようですので、被覆部10mmサイズのものが使用できるでしょう。したがって、サイズは3本とも4MSが適当だと思います。オペの際は、恐怖心から植立窩を浅く形成しがちですが、ドリリングの際には最初のセッティングを被覆部より長い12mmとし、インプラント体のHAコーティング部分が完全に骨内に埋入するよう注意します。3本の植立間隔をあまり狭くすると、将来的にペリオに罹患しやすいので、教科書通りに3mm間隔で植立するよう心がけてオペをしてください。



安心、安全の「AQBサポートシステム」が評判です

AQBインプラントシステムにはAQBインプラントに精通した臨床医の先生を派遣したり、ネット上でサポートを受けられる、独自のシステムがあります。

AQB
オンラインサポート、
またはお電話にて
お問合せください。



初めてのオペが不安。
診断は正しいかな...
難しい症例だ...



認定医にご依頼

▼こんなこと引き受けます

- 術前診断
- スタッフ指導
- 手術環境、手術器材の指導
- 出張オペ
- 施術後のアフターフォロー
- 特殊器材の使用に関する指導
- 投薬に関する指導
- 補綴に関する指導
- その他



サポートシステムに関するお問い合わせ

●AQB事業部●

TEL03-3667-8797

E-mail aqb@advance.jp

臨床に基づいた詳しく丁寧な講義が人気!

当社では、AQBの手技を修得していただくため、全国各地で研修会を開催しています。今回は8月10日(日)愛知県名古屋市で開催した研修会の模様をお伝えします。

- ベーシックコース研修会(2008年8月10日開催・愛知県名古屋市)
- 講師: 金森 公朗先生(金森歯科本院院長・日本先進インプラント医療学会専門医)



ベーシック研修会の内容

- 開発経緯、特長
- 治療計画と基本術式
- システム説明
- 臨床例
- 基本手技実習
- 質疑応答

研修会は、来年で発売開始15周年を迎えるAQBの開発の経緯、再結晶化HAコーティングに代表するAQBの特長から、治療計画と進みます。術前診断に関して金森先生は、「難しい症例では必ずCT画像による診断をお勧めします。CT自体は非常に高価ですが、大学の附属病院などでは必ず設置されており依頼して撮影することが可能です。特に歯科があるところでは話が通じやすい。私も朝日大学の歯学部において撮影していただいています。必ず埋入部位などの情報を

にAQBを導入された先生も、現在導入を検討中の先生も、さまざまな質問を講師の金森公朗先生(金森歯科本院院長・AIM専門医)に投げかけられ、また金

森先生もご自身の研究や臨床経験に基づく丁寧なお答えをされる対話型の研修会になりました。

研修会では時間の合間をみつけ、講師の金森先生に質問が続きました(左下)。講義は(下)様々な工夫をこらした資料が用いられ画像もふんだん(右)、先生方の気をそらせません

am10:00

対話型の研修会で理論習得

「対合歯とのクリアランスは、下顎7番にインプラントを植立する場合、どのくらいとればよいのでしょうか?」

「2mm以上は必要です。これは下顎に限りません。どの部位に植立するときも2mm以上のクリアランスが必要ですね」

これは、8月10日(日)に愛知県名古屋市・サンプラザシーズンズで行われたAQBインプラント研修

会ベーシックコースの一コマです。開催日が夏休み期間でもあり参加者数は通常より少なめではありましたが、それだけに参加された先生方は非常に熱心。すで



講師 ひとこと
interview

『まず簡単な症例からはじめ、
研鑽を重ねることが手技習得の近道です』

AQBは決して複雑なシステムではありません。まず、基本的なことを覚え、マニュアルに忠実に施術を行うことが成功の第一歩です。私自身、AQBインプラント研修会の講師を始めて一年になりますが、出席される先生の熱心さには頭が下がります。ただ一日の研修会ではなかなかインプラント治療のすべてを理解するまでには至らないでしょう。まず簡単な症例から手がけて、同時に他の先生のインプラントオペをライブで見学したりアドバンスコースなどにも出席し

様々な勉強の機会を重ねていけば、必ず自分のものになっていくと思います。私も、研修会に参加される先生方の臨床に役に立つ、分かりやすい講義をご提供できるよう、より充実した研修会を行っていきたいと考えています。



金森公朗先生

■PROFILE 東北歯科大学(現奥羽大学)卒業 東京医科大学附属霞ヶ浦病院口腔外科助手などを経て、1992年から現職。臨床器材研究所研究員。

症例紹介 AQB1ピースインプラントを用いた抜歯即時植立

研修会では臨床経験豊富な講師の先生が、難易症例やリハビリ症例も含めて様々な症例を数多く紹介してください。今回は金森先生がご紹介くださった症例の中から下顎小臼歯部の抜歯即時植立をご紹介します。

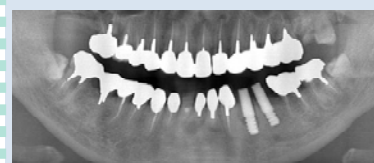


①左下45抜歯直後口腔内写真



②1ピース植立後骨補填剤を充填

患者: 42歳 女性
主訴: 頬側歯肉の腫れ、審美障害
経過など: 「4歯根破折、15根尖性歯周炎にて保存不可能と診断。歯槽骨の保存を優先するため抜歯即時埋入を選択した。」



③術直後パノラマ線写真画像



④術後3ヵ月後口腔内写真

明確にし依頼すると、通常のX線写真画像だけでは判断しにくい歯槽骨の状況がよく分かり、診断に貢献してくれます」

pm1:00

実習でAQBの手技を習得

講義はシステムの紹介の後、歯槽骨の感触に近いと言われる豚骨を用いたAQB1ピースの手技実習に入りました。

まず金森先生が、AQB専用ツールを用いて1ピース植立の手本を、細かな説明を加えながら披露。その後は、小班に分かれ実習を行いました。AQB営業担当がツールの特長などを補足説明をするなか、先生方はお一人ずつ

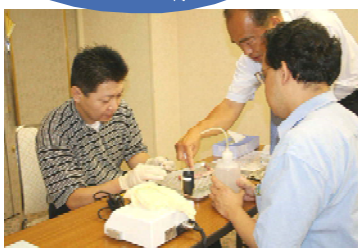
実際の感触を確かめながら手技を習得されていました。

AQB研修会ではさまざまな臨床例を講師の先生が紹介してくださるのが魅力の一つです。金森先生もリカバリー症例含め、多数紹介してくださいました。また今後症例を重ねて行くにあたり、手技の面で以下の点が重要であると先生は説明されました。

- 1 術式の遵守
- 2 埋入部位の観察と診断
- 3 リカバリーテクニック
- 4 安定した咬合状態の確立

「インプラント補綴においては、可撤性補綴物への変更は一見失敗ではありますが、最終的に固定製補綴を計ることができれば単なるトラブルです。施術を失敗に終わらせないためにも、リカバリーのテクニックを習得することも重要です」
安全安心の歯科医療提供のためにに必要な術者側の心構えとしては、

講師の金森先生の一举一動を見逃すまいと参加者の先生の真剣な眼が光ります（左）。ツールの説明を受けながら植立実習（下）。



研修会に参加された先生にお話を伺いました

■講師の先生に好感が持てる、良い研修会でした。



名古屋市 舟橋 隆俊先生(左)
名古屋市 磯貝 貴彦先生(右)

AQBがシンプルで複雑でないことがよく理解できました。講師の金森先生のお人柄かと思いますが、雰囲気の良い研修会

でしたね。インプラント治療は、必要と分かっているにもかかわらず、これまでもう一歩が踏み出せないでいました。今日、実際に豚骨に植立してみましたが、実際の口腔内に植立するまでには何度か研修会にでたり、初歩的な手技ビデオなどを繰り返してみ、眼で慣れて、頭の中にイメージをたたき込む必要があるように思いました。またベーシックコースと上級者向けのアドバンスコースの中間のクラスのコースがあると嬉しいですね。これからの歯科は、インプラントは不可欠だと認識していますので、今後も手技習得の機会をつくっていききたいと思います。

①十分なインフォームドコンセントによる患者さんとの信頼関係の確立 ②過剰な宣伝を避ける ③インプラント治療の効果性、非効果性を十分認識すること ④適応症を十分認識する ⑤選択にあたって慎重な態度を崩さないこと、を強調されました。

「初めてのオペの時には、誰でも緊張するものです。でも手術部位を想定したトレーニングを行い、休診日を手術日に当て余裕を持って簡単な症例から手がけることをお勧めします。なるべく、この研修会



金森先生は参加者の先生のご質問に丁寧に答えてくださいました。

終了後、期間を空けずにオペを行うといいですね。AQBはサポートシステムが充実している。経験豊富な歯科医師のアシストも受けながらぜひAQBを用いて術域の拡大を行ってってください」
金森先生のアドバイスをうなずく先生方の姿が印象的でした。

ぜひ、AQBインプラントをご体験ください……全国各地で研修会開催中！

当社では、毎週、全国各地で「AQBインプラント研修会」を開催しております。コースは、以下の通りです。
(コースの内容は講師によって若干異なります、この他ライブオペなどの特別研修会も、適宜、開催しております)

アドバンスコース

ベーシックを修了され、さらに手技を向上させたい先生のためのコースです。

【研修内容(2日間の例)】

- ▶患者さんへの説明及び契約書
- ▶現在のGBRの考え方と手法
- ▶GBRの臨床症例
- ▶抜歯直後インプラントの臨床症例
- ▶ソケットリフトの手法と臨床症例
- ▶サイナスリフトの手法と臨床症例
- ▶PRP応用の効用と臨床症例
- ▶骨造成法
- ▶1回法と2回法の使い分け

※顎模型を使った実習形式の講義です。

口腔外科コース

インプラント治療に必要な口腔外科の基本知識と手技を修得するコースです。

【研修内容】

- ▶インフォームドコンセントの方法
- ▶手術計画の立て方(術前診断)
- ▶全身疾患への対応及び麻酔
- ▶切開、剥離について
- ▶切開、剥離、縫合の上達のために
- ▶縫合について
- ▶術後処置及び合併症への対応

※ガム模型を使った実習形式の講義です。

2ピースコース

AQB2ピースの手技を修得し、術域を拡大されたい先生のためのコースです。

【研修内容(2日間の例)】

- ▶2ピース2回法インプラントの概説
- ▶2ピース2回法インプラント埋入の実際と留意点
- ▶アバットメント装着と補綴
- ▶2ピース2回法インプラントを用いたソケットリフト
- ▶2ピース2回法インプラントを用いたGBR
- ▶埋入実習

コーディネーター認定コース

インプラントコーディネーターに必要な知識を習得するコースです

【研修内容】

- ▶AQBインプラントの位置づけ
- ▶AQBの治療の流れ
- ▶AQBインプラント植立のためのアシスタントワーク
- ▶アシスタントの役割と必要手技
 - ・手洗い、手袋のつけ方、
 - ・脈の取り方、血圧測定
 - ・縫合のアシスタント

※今後の研修会開催予定は次頁の通りです。AQB-HPでも内容のご確認とお申込が可能です(<http://www.aqb.jp/>)