

神奈川歯科大学同窓会学術講演会 -Back to the basic-

「個々の患者ニーズに応える審美修復治療

ーダイレクトボンディングの勘所とジルコニアセラミックス修復ー

現代のコンポジットレジン修復（以下、CR 修復）には2つの役割があると考えられる。まずは、MI の概念に則ったカリオロジー的側面における役割があげられる。FDI が提唱する MI の概念により (1)健全歯質の可及的な保存が可能であり、(2)歯髄への刺激を軽減できることなどから、結果として「歯の延命」が可能になると考えている。

次に、審美・機能性回復の役割がある。コンポジットレジンの性能が進化した現在では、CR 修復であっても明度・形態・表面性状を調和させることで高い審美性の回復が可能となり、保険診療だけでなく自費診療で行うこともある。

本講演前半では、充填テクニックを中心に、自然感のあるダイレクトボンディングを成功させるための臨床術式および自費診療で行うダイレクトボンディングの導入についてお話したい。

また現在の自身の臨床において、自費修復治療（クラウンブリッジ・インプラント）の9割以上にジルコニアセラミックスを使用している。2000年頃より国内で臨床応用が始まったジルコニアセラミックスは高強度ではあったが透光性に乏しく、審美領域での使用は避ける事が多かったが、現在では高透光性のジルコニアセラミックスや、フルアナトミカルクラウンとしての使用を想定した高透光性マルチレイヤードジルコニアも上市され、あらゆる補綴症例に使用が可能となった。

そこで本講演の後半では、各種ジルコニアセラミックスの使い分けについて解説し、また前歯部欠損症例に対して近年積極的に臨床応用しているジルコニアセラミックスを用いた接着ブリッジについても紹介したいと思います。

① 自然感のあるダイレクトボンディング

② ジルコニアセラミックス修復

③ 接着ブリッジの可能性

*尚、当日はダイレクトボンディングのデモンストレーションを行います。

〔講師〕 大谷 一紀 先生

1997年 日本大学歯学部卒業

1997年 日本大学歯学部補綴学教室クラウン・ブリッジ学講座

2012年 大谷歯科クリニック院長

歯学博士

日本補綴歯科学会専門医

日本顎咬合学会認定医

日本歯科理工学会会員

スタディーグループ Esthetic Explorers 会長



〔日 時〕 2019年 4月 7日(日) 10時 ~ 16時 30分

〔場 所〕 神奈川歯科大学附属横浜クリニック 7F 大会議室：横浜市神奈川区鶴屋町 3-31-6

* 天候、災害などの影響により講演延期・中止せざるを得ない場合があること、また緊急連絡先にご連絡させていただく可能性があることをご了承ください。

〔受講料〕 神奈川歯科大学同窓会会員および学生：無料、 研修医・歯科衛生士・歯科技工士：4,000 円
一般：8,000 円

※ 会員院長の医院スタッフ(歯科衛生士・歯科技工士・歯科助手に限る)は3人まで無料

〔定 員〕 120名 * 先着順とさせていただきます。

日本歯科医師会生涯研修認定(生涯研修カードをご持参ください)

〔交 通〕 JR横浜駅西口より徒歩5分 (休日入館のため正面玄関裏側、教職員通用口よりお願いします)
詳細は、こちらをご確認ください (<http://www.hama.kdu.ac.jp/104access.html>)

* 準備などの都合により、やむをえない理由を除き、当日キャンセルはお控えくださいますよう、お願い致します。尚、キャンセルがあっても講演会費の払い戻しが出来ませんことを予めご了承ください。

[申込み方法]

参加費：受講料は銀行振込または現金書留でお送りください。

申込書：銀行振込の場合は、申込書を下記送付先まで FAX してください。

現金書留の場合は、現金と一緒に申込書を下記送付先まで郵送してください。



申込期限：2019年3月29日(金)

振込先：りそな銀行横須賀支店 普通預金 1564472

口座名：神奈川歯科大学同窓会学術委員会 山田良広

申込書送付先：〒238-8580 神奈川県横須賀市稲岡町 82 神奈川歯科大学同窓会事務局

【申し込み先、問い合わせ先】神奈川歯科大学同窓会

〒238-8580 横須賀市稲岡町 82 番地

電話番号:046-825-0524 FAX: 046-823-0510 メールアドレス ob-jimu@kdu.ac.jp

ホームページ URL: <http://inaoka82.com/>

[申込書]

申込書 「個々の患者ニーズに応える審美修復治療

—ダイレクトボンディングの勘所とジルコニアセラミックス修復— 大谷一紀先生

2019年4月7日(日)10時～16時30分 場所：神奈川歯科大学附属横浜研修センター・横浜クリニック

氏名		フリガナ		医院名	
ご住所	〒				
TEL:() —	FAX:() —				
<u>当日の緊急連絡先</u> (必須) : — —					
神奈川歯科大学同窓会会員:		回生 / 昭和・平成		年卒	
非会員:出身校				/ 昭和・平成 年卒	
振込み額： <input type="checkbox"/> 無料(神奈川歯科大学同窓会会員) <input type="checkbox"/> 8,000円(非会員) <input type="checkbox"/> 無料(学生) <input type="checkbox"/> 4,000円(研修医・歯科衛生士・歯科技工士) <input type="checkbox"/> 会員医院スタッフ(歯科衛生士・歯科技工士・歯科助手) 職種を○印で囲んでください (会員院長氏名: / 回生)					
振込日:		月	日	(銀行 支店)
現金書留:		月	日	郵送	

注1. 申込書は、お一人様につき一枚使用してください。

注2. 申込後欠席なさる場合の返金はできません。ただし、代理の方の参加は可能です。

注3. 領収書の宛名が上記と異なる場合の領収書の宛名はこちらにご記入ください()

注4. 昼食は各自でお願いいたします。

** この申し込み用紙を郵送される場合は、必ずこの面のコピーをお取りください。

** FAXで申し込みした受講生の方は当日 FAXの送信用紙を持参してください。