

深在性う蝕の生活歯髄療法を成功に導くために-The Latest Vital Pulp Therapy-

生活歯髄療法は、歯髄が生きている歯に対して行う治療の総称である。その中で、う蝕が歯髄に近接している、「深在性う蝕」の治療は、その治療選択が歯髄保存の様々な方法から、抜髄まで多岐にわたる。近年では、ケイ酸カルシウム系セメントや、拡大視野下の治療の普及により、歯髄保存の気運が高まっている。歯髄を保存することは、我々歯科医師にとって命題とも言える重要な治療の一つであるが、実際の臨床では、歯髄の診断、う蝕除去の基準、覆髄剤のマテリアル選択、術中の露髄面の取り扱いなど、様々な場面で明確な基準が存在せず、悩まされることが多い。また、歯髄・象牙質複合体を考えると、深在性う蝕は、すでに象牙質深くに進行し、歯髄の健全性は損なわれている可能性が高い。そのため、自分が選択した治療法が思わぬ結果となり、患者との信頼関係に悪影響を及ぼす場面も少なくない。一方で、深在性う蝕という患者にとっては大きく QOL を下げる状態の歯に対し、適切な診断、治療選択を行い、治療を成功に導くことは、患者の信頼を得る大きなチャンスの一つとも言えるだろう。明確な基準がないからこそ、現在までの研究で明らかにされていることや、適切なエビデンスをしっかりと頭に入れ、それらを臨床に落とし込めることによって、治療を成功に導くことが可能になる。

本講演では、深在性う蝕の生活歯髄療法において、術者の責任で行う「治療選択の意思決定」について、私が考案したディジョンツリーを元に、術前の歯髄の診断から実際の治療の場面まで、どの様に考え実行するか、最新のエビデンスとともに考察し、解説したい。さらに、各治療のステップでの、患者への説明にも着目し、深在性う蝕を治療することで、「患者との信頼関係をより高める生活歯髄療法」というものも考察したい。ご参加いただいた皆様の、明日からの生活歯髄療法の臨床を少しでも良いものにできる講演になれば幸いである。

[講師] 辺見 浩一 先生

1999年 日大歯学部附属技工士学校卒業
歯科技工士として仕事に従事
2008年 日本歯科大学卒業
東京医科歯科大学第2総合診療室研修医
2009年 東京医科歯科大学歯髄生物学入局
2010年 同教室医員
2012年 都内歯科医院勤務
2019年 恵比寿へんみデンタルオフィス開院
2022年 日本歯科大学歯内療法学臨床講師
2023年 東北大学歯学部歯科保存学分野社会人大学院



[日時] 2024年 5月 12日 (日) 10:00 ~ 16:30

[場所] 神奈川県歯科大学附属横浜研修センター7階講堂 もしくは WEB 参加

* 申し込み時に必ず選択してください。

[受講料] 神奈川県歯科大学同窓会会員および学生・本学研修医: 無料、一般: 8,000 円

WEB 視聴をお申し込みいただいた方には、メールにて詳しい受講方法をご案内致します。メール拒否設定をされている場合にメール受信ができない場合がありますので、ご注意ください。

(あらかじめパソコンの動作環境の確認を、お願いいたします。録音、録画はお断りいたします。)

本講演は日本歯科医師会生涯研修認定研修です。

* 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]

(お申込みはコチラ)



参加費：受講料(一般の方)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：2024年5月2日(木)(期限厳守:これ以降の申し込みは受け付けません)

振込先：りそな銀行横須賀支店 普通預金 1564472

(銀行振込を持って領収書とかえさせていただきます。領収書必要な方は、同窓会事務局にお問い合わせください。)

口座名：神奈川県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 神奈川県歯科大学同窓会事務局

【申し込み先、問い合わせ先】神奈川県歯科大学同窓会

〒238-8580 横須賀市稲岡町82 番地

電話番号:046-825-0524 FAX: 046-822-3538 メールアドレス ob-jimu@kdu.ac.jp

ホームページURL: <https://inaoka82.com/>

[申込書]

申込書 「深在性う蝕の生活歯髄療法を成功に導くために—The Latest Vital Pulp Therapy—」 辺見浩一先生

2024年5月12日(日)10:00~16:30 現地&WEB セミナー

*連絡用のメールアドレス(携帯キャリアメールを除く)及びそれらのフリガナを必ず明記ください。

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) : - -					
神奈川県歯科大学同窓会会員:		回生 / 昭和・平成・令和		年卒	
非会員:出身校		/ 昭和・平成・令和		年卒	
振込み額： <input type="checkbox"/> 無料(神奈川県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・大学院生) <input type="checkbox"/> 領収書必要な方はチェックを付けてください <input type="checkbox"/> 無料(神奈川県歯科大学 研修医)					
(フリガナ) 例) アイエズドット					
<u>メールアドレス</u>					
振込日：	月	日	(銀行	支店)
現金書留：	月	日	郵送		
視聴方法:	① 現地 (現在先着50名を予定しております)		② WEB		
*①又は②のいずれかに丸をつけてください。					
*Covid-19の状況により現地開催の中止、または人数制限により希望する視聴方法が選択できない場合がございますことを予めご了承ください。					

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. 申込後欠席なされる場合の返金はありません。

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()

** 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。