

## ＜要介護におけるインプラントの考え方「AKIBA コンセンサス 2017」＞

1. 口腔のケア、オーラルフレイル予防の重要性を意識する。
2. 咀嚼機能の回復・維持により健康寿命延伸につなげる。
3. 変化に対応できるスクリュー固定が推奨される。
4. 時期をみてインプラントオーバーデンチャーへの設計変更を検討する。
5. 介護者・多職種への情報提供、連携、インプラント手帳を活用する。
6. 口腔衛生環境や介護状況、病状などを考慮し、ライフステージに合わせた対応をする。
7. 最後まで寄り添う、治し支える医療を目指す。

### 付帯事項

- ・診療室からシームレスな対応が求められ、Back off procedure（撤退戦略）をも選択肢に入れ考える。
- ・設計段階で長寿を迎えた将来に設計変更が必要になる可能性を予めお伝えする。
- ・メンテナンスの確立により予後を確かなものにし、インプラントに対する国民の信頼を勝ち得る。

# 第1回 要介護におけるインプラントを考える会 ～要介護におけるインプラントの是非と対応法～

超高齢社会を迎え、要介護認定者数が600万人をこえました。  
介護に携わる方の悩みに口腔清掃や口腔機能管理があります。  
要介護者におけるインプラントの是非と対応法を  
みなさんと一緒に考えていきたいと思ひます。  
シンポジストによるディベートもお楽しみください。



開会講演  
田中譲治先生



基調講演  
萩原芳幸先生



特別講演  
米山武義先生



教育講演  
井汲憲治先生



教育講演  
武内博朗先生



シンポジスト  
守口憲三先生



シンポジスト  
小林真理子先生



シンポジスト  
山口千緒里先生



シンポジスト  
角田宗弘先生



## 2017.10.29(日)

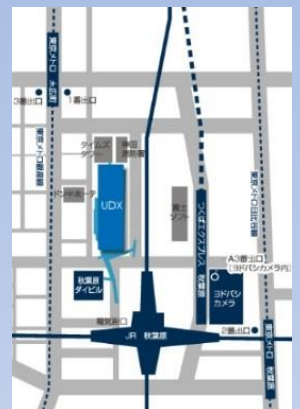
大会長 田中譲治 実行委員長 笹谷和伸

10:00～17:20 開場 9:30 定員 180名

参加費：歯科医師 12000円 コ・メディカル 5000円  
申し込み確認後、振込先をご案内します。

※定員になり次第締め切りますのでお早めにお申し込みください。

会場：秋葉原 UDX 千代田区外神田 4-14-1 TEL03-3254-8421



一般社団法人 日本インプラント臨床研究会 主催  
CLINICAL IMPLANT SOCIETY OF JAPAN (<http://www.cisj.org>)

※演題は変更する場合があることをご了承ください。

## 開 会 講 演

- ・要介護におけるインプラントの問題点と対処法 ～IODへの設計変更NSO評価について～  
日本インプラント臨床研究会 会長 田中讓治先生

## 基 調 講 演

- ・超高齢社会におけるインプラント治療を再考する ～フレイルを念頭に置いた歯科治療へのパラダイムシフト～  
日本大学歯学部付属歯科病院 診療教授 萩原芳幸先生

## 特 別 講 演

- ・患者さんと国民に支持される長寿社会におけるインプラントと口腔管理の近未来  
静岡県開業 米山歯科クリニック院長 米山武義先生

## 教 育 講 演

- ・超高齢社会におけるインプラント治療の課題と展望  
日本インプラント臨床研究会 前会長 井汲憲治先生
- ・欠損歯列の回復から代謝・体組成を改善する歯科補綴への取り組み  
～歯科インプラントの健康増進効果とは～  
鶴見大学歯学部臨床教授 武内博朗先生

## シ ン ポ ジ ウ ム

- ・高齢者のインプラントの上部構造について  
日本訪問歯科協会 理事長 守口憲三先生
- ・要介護時代のインプラント上部構造を再考する  
汐田総合病院歯科・口腔外科 小林真理子先生
- ・インプラント患者における訪問口腔ケアを考える  
ブローネマルク・オッセオインテグレーション・センター歯科衛生士 山口千緒里先生
- ・要介護高齢者の口腔機能保持に効果的なインプラントを考える  
日高病院歯科口腔外科医長 角田宗弘先生

下記の申込み欄にご記入の上、FAX(送信先:03-3668-2790)していただくか、またはメール(送信先:cisj@comfort-tk.co.jp)にて、件名を「10月29日大会申し込み」とし、メール本文に下記の申込み欄と同内容を記載いただき、お申し込み下さい。お申し込み受付後、振込先等をお送り致します。お申し込み後10日以内に本会受付事務より何も連絡ない場合は、恐れ入りますが再度ご一報ください。

お名前	フリガナ	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> コ・デンタル <input type="checkbox"/> コ・メディカル	
		e-mail	@
勤務先 (ご連絡先)	<input type="checkbox"/> ご開業	ご連絡先TEL	ご連絡先FAX
	<input type="checkbox"/> ご勤務		
ご住所	〒	<input type="checkbox"/> ご勤務	
		<input type="checkbox"/> ご自宅	

ご記入いただいた個人情報は、今後よりよいセミナーを提供するため、また今後のセミナー情報の案内のために使用させていただきます。