

インプラント治療の流れと期間の目安

下記 STEP1 ～ 8 までを踏むことで長期安定性の高い、インプラント治療を行うことができます。患者説明から埋入手術までの期間は基本治療の程度

により差異が生じますが、埋入から最終補綴まで期間は、おおむね 2 ～ 6 か月程度と考えておくといでしょう。

STEP 1 患者説明 (通院 1 回)

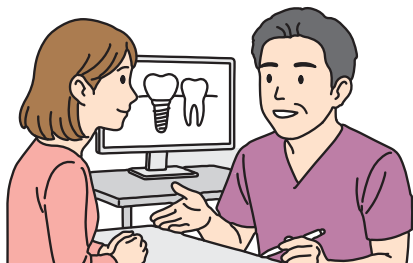


図 1 患者さんにインプラント治療におけるメリット・デメリットを説明する。この際に治療費の説明も行い、その後の問題が起きないようにする。

STEP 2 基本治療 (通院数回)



図 2 歯周病やう蝕がある場合には、基本的に事前に治療を行う。とくに歯周病の治療は重要であり、歯周病既往はインプラント周囲炎の最大のリスクになる。また、禁煙指導、糖尿病などの治療も患者さんに薦めよう。

STEP 4 STEP 6 免荷期間 3 ～ 6 か月程度

STEP 5 抜糸・経過観察 (通院数回)

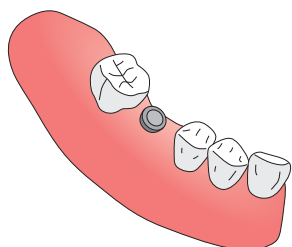


図 5 術後 10 ～ 14 日程度で抜糸を行う。この際に術後感染や創部哆開があれば適切に対応する。

STEP 6 印象採得 (通院 1 回)



図 6 3 ～ 6 か月程度の免荷期間後に印象採得を行う。印象採得の詳細については **6-2** をご一読いただきたい。

インプラント治療は、すでに欠損になっている部位に埋入するケースと、抜歯を行ってから埋入するケース、もしくは抜歯即時埋入のケースがあります。ここではすでに欠損になっているケースについて順を追って説明します。



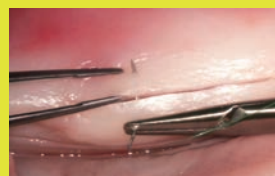
術前準備からインプラント埋入、そして縫合に至る一連の流れを動画でチェック！



動画1 顔面消毒とドレーピング（再生時間：1分26秒）。



動画2 インプラント埋入手術（再生時間：2分5秒）。



動画3 単純縫合（再生時間：1分49秒）。

STEP 3 精密検査（コンサルも併せて通院2回）

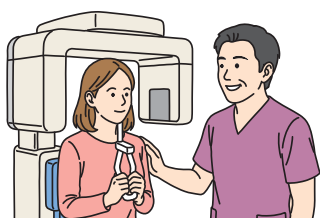


図3 欠損部位をX線やCTなどで検査し、歯肉の状態も確認する。IOSで印象採得を行い、シミュレーションソフトでインプラントの直径・長さ・術式を決定し、患者へ治療計画と費用を説明する。

STEP 4 埋入手術（通院1回）

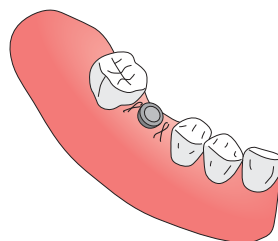


図4 埋入シミュレーション通りに手術を完遂するために静的ガイドや動的ガイドを用いて手術を行う。2回法の場合、免荷期間後に二次手術を行う。

STEP 7 暫間補綴（通院1回）

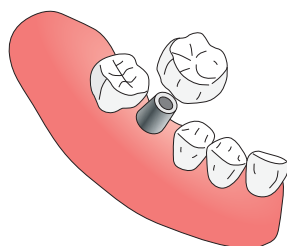


図7 暫間補綴にて、咬合、審美、機能評価を行う。暫間補綴での観察期間は数週程度行い、患者さんの清掃状態などの確認も行う。

STEP 8 最終補綴（通院1回）

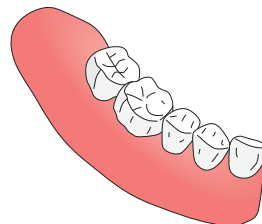


図8 暫間補綴で問題がなければ最終補綴装置作製に移行する。暫間補綴の形態を忠実に再現するため、現在では光学印象を行い、CAD/CAMにてセラミックスを削り出すことが多くなっている。

参考文献

1. 口腔インプラント学会（編）. 口腔インプラント治療指針 2024. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.shika-implant.org/shika/wp-content/uploads/2024/03/shishin2024.pdf](https://www.shika-implant.org/shika/wp-content/uploads/2024/03/shishin2024.pdf) (2026年6月1日アクセス).

1-1 インプラント治療とはどのようなものですか？



歯の欠損を補う治療法には、インプラント、ブリッジ、床義歯などがあり、それぞれにメリット・デメリットがあるため、患者の状態やニーズに応じた選択が必要だと聞きました。インプラント治療とは具体的にどのようなものなのでしょうか？

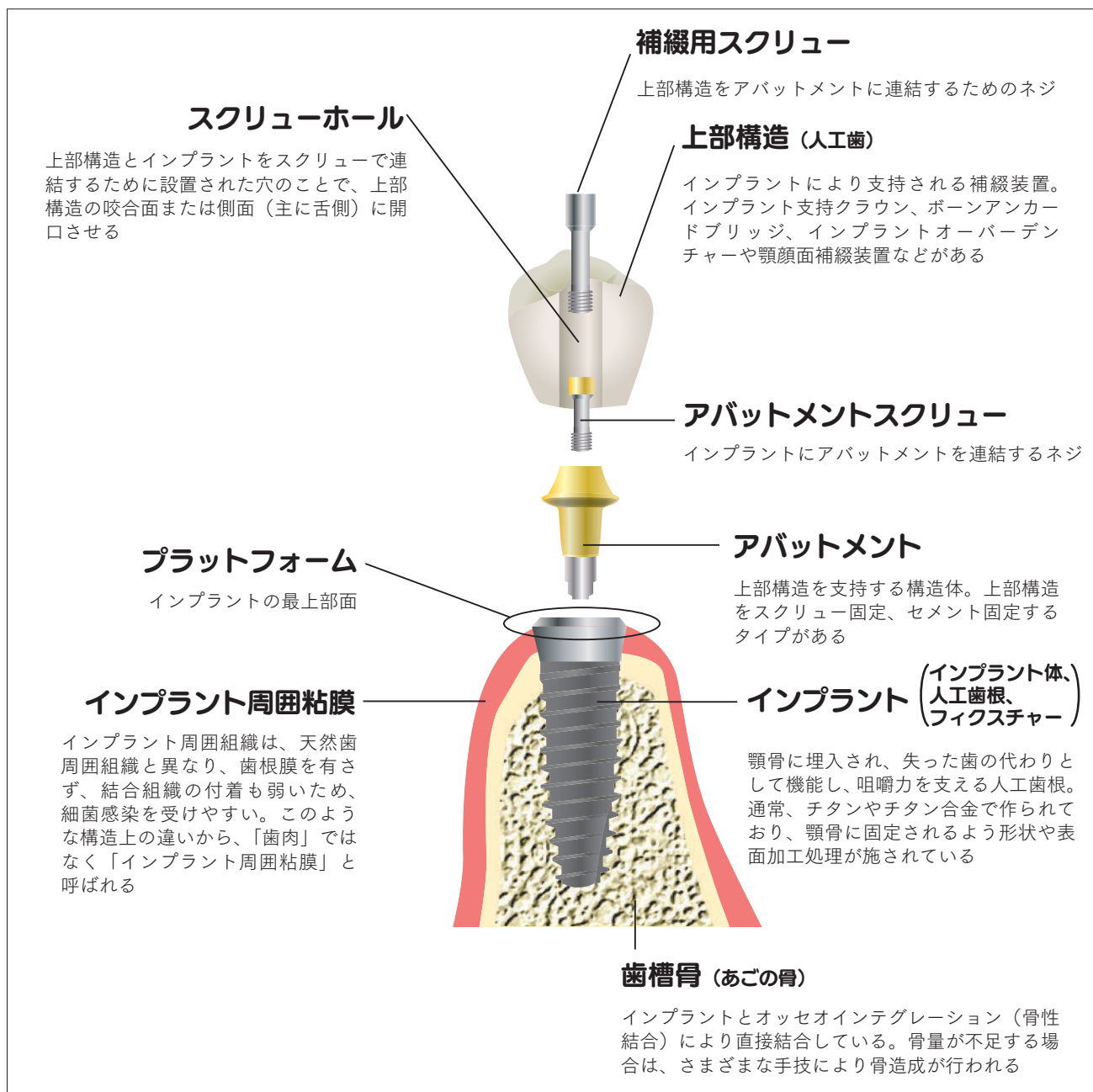


図 1-1-1 インプラントの構造。骨と結合したインプラントによりアバットメントを介し上部構造を支え、咀嚼力を担う (図は参考文献 1、P69、図 8-2 より引用改変)。

A 他の歯に負担をかけない欠損補綴治療です。

インプラント治療は、インプラントが骨と直接結合することにより、隣在歯に切削や咬合力の負担をかけず行える治療法です。そのため、生存率、咀嚼効率の面で他の治療より優れています。

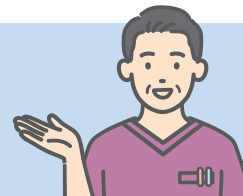
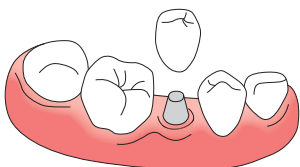
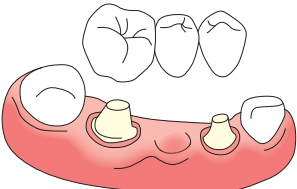


表 1-1-1 歯の欠損を補うための治療法

補綴治療方法	インプラント	ブリッジ	義歯
イメージ			
生存率	10 年後の生存率 90%以上	10 年後の生存率約 80%	10 年後の生存率 60%以下
生存率に影響を与える要因	患者の口腔衛生、喫煙、骨の質、インプラントの種類など	隣在歯の健康、咬合力、患者の口腔衛生状態など	患者の適応能力、口腔内の変化、定期的な調整やメンテナンス
咀嚼効率 (天然歯と比較)	80 ~ 100%	60 ~ 80%	20 ~ 30%
主な併発症	インプラント周囲炎、神経損傷、オッセオインテグレーションの喪失、インプラントの破損	支台歯へのダメージ（カリエス、歯周病、歯根破折）、ブリッジの破損	義歯の破損、顎堤吸収、粘膜の炎症
メリット	隣接歯に負担をかけない。自然な見た目と機能	比較的短期間で治療が完了。自然な見た目	非侵襲的で、手術が不要。低コスト
デメリット	手術が必要で、費用が高い。骨の質や量が不足している場合、追加の手術が必要	支台歯に負担をかける。隣在歯の健康状態に依存。骨の吸収を防ぐ効果がない	骨の吸収を促進する可能性がある。適応が難しい場合があり、安定性に欠けることがある

単独歯欠損補綴方法の特徴。メリット、デメリットを説明し患者にインフォームドコンセントを得る必要がある。

参考文献

1. 一般社団法人日本インプラント臨床研究会（編），田中譲治，井汲憲治，岩野義弘，塩田真，若井広明，水口稔之，熱田互，芦澤仁（編集委員），インプラントの“ヒヤリ・ハット”“あるある”，これを知らずして治療するべからず！，東京：クインテッセンス出版，2021。

4-1 全身検査に加え、インプラントの術前にどのような検査をすれば良いですか？



インプラントの手術前は、全身的には既往歴や服薬状況の確認したり、局所的には口腔内の状態やX線・CTで骨の様子を調べたりする必要があると聞きます。局所的検査においてはどのようなことを行うのでしょうか？

局所的検査のポイント

局所的検査の目的は、“インプラントを安全かつ適切な位置に埋入するために、骨・粘膜・隣接歯・咬合などの条件を三次元的に把握すること”にある。単なる“骨の厚み測定”ではなく、軟組織・硬組織・咬合・歯周組織の状態の総合的診断として行うことが必要といえる。

STEP 1 視診・触診



図 4-1-1 視診・触診により粘膜の厚み、可動部・非可動部の境界、付着歯肉の幅、歯槽頂の形態を観察する。

STEP 4 CBCT 画像による検査

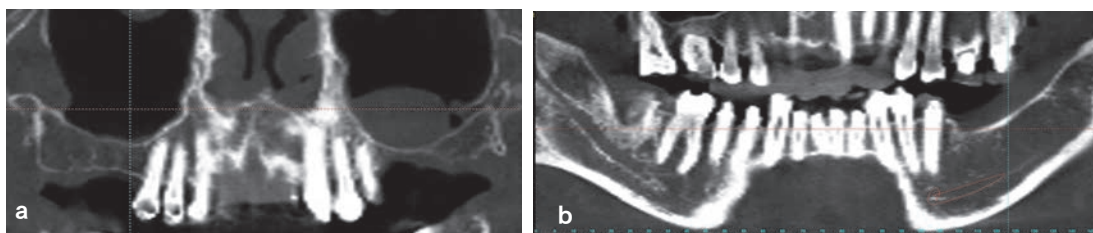
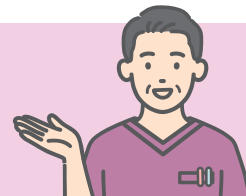


図 4-1-4a,b パノラマX線写真では把握できない頬舌の厚みや解剖学的構造（下顎管、オトガイ孔、上顎洞、鼻腔底、後上歯槽動脈の走行、下顎骨舌側の下顎孔の存在など）や病変（上顎洞炎、嚢胞など）を立体的に評価できる。骨高・骨幅・皮質骨の厚み・海綿骨の密度などから、インプラント埋入の可否と手術法（フラップレス可否、骨造成の要否）を判断する。

A

補綴後の結果をも見据えた局所的検査をする必要があります。

将来の補綴装置の審美性や機能性を想定した補綴主導型の治療計画が重要であり、局所的検査においては、通常の補綴や歯周の検査の他に、インプラント・シミュレーションにおける検査と診断がとくに重要です。ここでは局所的検査を中心に解説します。



STEP 2 パノラマX線検査



図 4-1-2 顎骨の全体像を把握するためのパノラマX線写真を行う。

STEP 3 歯周検査



図 4-1-3 歯周組織の状態はインプラントの予後に大きな影響を及ぼすため、歯周検査、口腔衛生状態のチェック、細菌検査等を行う。

STEP 5 シミュレーション検査

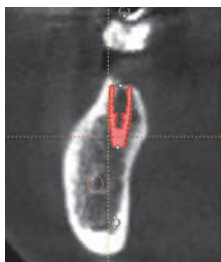


図 4-1-5 インプラントの埋入の可否、上部構造を考慮したインプラントのサイズや位置・方向、下顎管や上顎洞との距離、GBRなどの骨造成の必要性を診査する！。

STEP 6 補助的な検査



図 4-1-6 補助的に歯列模型・咬合記録・顎運動検査等も必要である。白歯部にサージカルステントを用いる場合には、開口量や対合歯間距離もチェックしておく。

参考文献

1. Mandelaris GA, Degroot BS. The evolution of imaging and associated applications for implant surgery. In : Nevins M, Hom-Lay W. Implant Therapy. Chicago: Quintessence Publishing. 2019: 91-114.

7-3 インプラントのセルフケアは天然歯と同じ方法ですか？



定期的に歯科でのメンテナンスを受けながら、毎日のセルフケアがちゃんとできるかどうかで長持ちするかが変わりますが、インプラントのセルフケアは、天然歯と同じやり方で良いですか？

ブラッシング指導時の染め出し



図 7-3-1 染め出しによりインプラント周囲のプラーク付着部位を可視化する。患者と共有することで清掃状態を確認し、ブラッシング指導やセルフケア改善につなげる。

歯ブラシの場合



図 7-3-2 セルフケアの基本は、天然歯と同様にブラッシングである。しかし、インプラント上部構造はカントウが強く、プラークが残りやすい特徴がある。毛先の形状が工夫されたインプラント用歯ブラシを用いることで、清掃効率の向上が期待できる。また、電動歯ブラシは、手用歯ブラシと比較して高いプラーク除去効果を示す¹との報告もあり、患者の清掃能力や口腔内状況に応じて使用を検討する（図は参考文献2、P96、図7より流用）。

フロス・スーパーフロスの場合

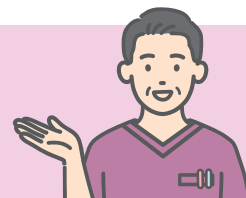


図 7-3-3a、b 歯間部や連結された上部構造下など、歯ブラシが届きにくい部位にはフロスを使用する。中央部がスポンジ状のスーパーフロスは、インプラント周囲や基底面の清掃に有効である。一方で、フロスの繊維がラフサーフェスに絡みつき、炎症の原因となる可能性が報告³されているため、使用方法には注意を要する。

A

基本的には同じですが、補綴形態に応じた清掃用具の選択が重要です。

インプラントのセルフケアでは、ブラッシングを基本として、歯間部や上部構造下など清掃が困難な部位に応じてフロスなど補助的の清掃用具を併用します。清掃部位の特徴を理解し、無理なく継続できる方法を選択することが重要です。



歯間ブラシの場合



図7-3-4a,b 歯間の広い部分に関しては、フロスよりも歯間ブラシの方が清掃性に優れる。歯間ブラシはテフロンやプラスチックコーティングされたものの方が、インプラントに傷をつけにくいとの報告⁴もある。

ワンタフトブラシの場合



図7-3-5a, b インプラントの根元部分やボーンアンカーブリッジ等の狭い空隙部分、インプラントの歯頸部付近等、細かい部分にはワンタフトブラシが有効である。

参考文献

1. Yaacob M, Worthington HV, Deacon SA, Deery C, Walmsley AD, Robinson PG, Glenny AM. Powered versus manual toothbrushing for oral health. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Jun 17;2014(6):CD002281.
2. 清水里香. 治療①インプラント周囲粘膜病への対応: 歯科衛生士の立場から. In: 沼部幸博, 岩野義弘, 山口文誉 (監著). 別冊 ザ・クインテッセンス. YEARBOOK2026 これ1冊ですべて学べる! インプラント周囲疾患対応ビジュアルガイド. 最新エビデンスに基づく基礎知識, 検査・診断, 予防, 治療, メインテナンス. 東京:クインテッセンス出版, 2026, 94-9.
3. van Velzen FJ, Lang NP, Schulten EA, Ten Bruggenkate CM. Dental floss as a possible risk for the development of peri-implant disease: an observational study of 10 cases. Clin Oral Implants Res. 2016 May;27(5):618-21.
4. Gulati M, Govila V, Anand V, Anand B. Implant Maintenance: A Clinical Update. Int Sch Res Notices. 2014 Jul 9;2014:908534.