

# UCLA 西村 一郎先生 講演会 開催のお知らせ

主催：ITDN-Tokyo (Implant Tissue engineering Dental Network-Tokyo)

## 歯科骨補填剤に未来はあるのか



### 西村一郎教授

UCLA 歯学部教授 / ワイントローブ再生体工学研究所  
NIH 歯科学専門医・PhD プログラム, UCLA ディレクター  
UCLA 工学部生体工学 NeuroEngineering 系大学院コディレクター

1956年東京都生まれ。

東京歯科大学卒業、ハーバード大学大学院修了(医学博士)。ハーバード大学医学部細胞生物学研究員を経て、同歯学部助教授に就任、再生体工学研究室を主宰。ハーバード/マサチューセッツ工科大学(MIT)生体材料系大学院ディレクターなどを歴任。1997年、ワイントローブ再生体工学研究所長としてUCLAに転任。ハリウッド映画関係企業、NIH(米国公衆衛生院)からの資金援助を獲得。

2002年にワイントローブ研究所をオープン。

2004年には、国際歯科医学会より最高賞であるディスティンギッシュド・サイエンティスト・アワードを受賞。

2017年にAmerican Association for Advancement of Science(AAAS,世界最大の科学団体)からフェローに任命。

2018年にハーバード大学からディスティンギッシュド・アルミナス・アワード。

2021年にゴールドヘイバー研究賞を受賞。ワイントローブ研究所で生体工学、ナノテクノロジー、バイオテクノロジーの研究に従事する。

現在、UCLA終身雇用教授。ワイントローブ再生体工学研究所、カリフォルニア・ナノサイエンス研究所、ジョンソン総合がん研究所研究員。東京歯科大学客員教授、京都府立医科大学客員教授。

### 講演要旨

紀元前2000年頃、アルメニアの先住民は頭蓋骨欠損部に動物由来の骨片を移植していたという。現在知られる範囲で最古のXenograft骨補填手術である。旧約聖書にはイブはアダムの肋骨から生まれたというが、これはAllograftに当たるかもしれない。石器時代のペルーでは頭蓋骨欠損を金板で補填したあとがあり、ギリシャ神話には、ゼウスが象牙製の肩の骨を作らせ、タンタルスの息子ペロプスに移植したとしている。Synthetic graftそしてZirconia Implantの走りだろうか。

古い歴史があり、考古学的には「成功」した形跡のある骨補填術が、未だ歯科医療で問題視されている。整形外科と歯科医療の骨補填術の過去、現在を検討しながら、歯科医療の持つ特異性とチャレンジを定義していきたい。

Autograft, Xenograft, Allograft, Synthetic CaP Apatite, Growth Factorsと歯科医療現場を通り抜けていった歯科骨補填剤は、患者個人のクオリティ・オブ・ライフ向上に寄与しているのだろうか。そして歯科骨補填剤に未来はあるのか。骨免疫、歯肉線維芽細胞、口腔粘膜バリアー免疫、そして口腔バリアー破骨細胞といった「役者」たちに焦点を当てて、口腔環境、歯槽骨環境からリバース・エンジニアした歯科骨補填剤の新しいコンセプトを議論したい。

### 日時

2023年9月22日(金)  
17:30 ~ 19:30

講演終了後、場所を改め懇親会の予定があります。

### 会場

庭のホテル東京 2F “燦”

東京都千代田区神田三崎町 1-1-16  
TEL: 03-3293-0028  
JR 水道橋駅 4分

### 参加費 (消費税込)

開業医・一般: 6,000円 勤務医: 3,000円 研修医/スタッフ: 1,000円  
懇親会: 6,000円

振込先: 西武信用金庫 中目黒支店 (普) 2024346

有限会社ITDN-Tokyo (アイディーディーエヌトウキョウ) 加藤英治

下記の参加申込書にご記入の上、メールまたはFAXにてお申し込み下さい。

前日までに、上記口座へ会費及び懇親会参加の方は、懇親会費用を合わせてお振り込み下さい。

なお、振込手数料は各自ご負担いただきますようお願いいたします。

### お問い合わせ・お申し込み

ITDN Tokyo 加藤歯科

〒153-0051 東京都目黒区上目黒 1-26-1 ANNEX209

TEL: 03-3714-1313 FAX: 03-3714-1515

E-mail: kato.itdn@gmail.com

西村 一郎先生 講演会 参加申込書 (2023年9月22日)  
FAX:03-3714-1515 / E-mail:kato.itdn@gmail.com (ITDN-Tokyo)

フリガナ		フリガナ	
ご氏名		貴医院名	
ご住所	〒		
<input checked="" type="checkbox"/> して下さい	<input type="checkbox"/> 歯科医師	<input type="checkbox"/> 勤務医	<input type="checkbox"/> 研修医・スタッフ
		<input type="checkbox"/> 懇親会に参加します	<input type="checkbox"/> 懇親会に参加しません
TEL		FAX	e-mail