

熊本市歯科医師会会誌

第 51 号



昭和59年度 熊本市歯科医師会通常総会
医療「いま医師と考える」NHK・TVより
熊本市健康都市宣言 5 周年記念「健康展」

表紙の写真 “陽春”

市広報委員 寺脇 博

目 次

昭和59年度 熊本市歯科医師会通常総会	2
シリーズ医療「いま医師と考える」	関 剛一 6
健康展開催さる	田島 宗穂 13
フォーラム「すこやかに老いるには」	鈴木 勝志 14
「心疾患」	伊東 隆利 15
学術講演会「成人の歯牙小移動」	岩村 泰行 20
本日休診「スイスを訪ねて」	添島 義和 22
勉強部屋「歯性病変と上顎洞」	伊東 隆利 26
宗兄弟と走った	奥田 良樹 32
新樹会例会	37
新入会員紹介	38
会務報告	40
編集後記	41

昭和59年度 熊本市歯科医師会通常総会



昭和59年度、社団法人熊本市歯科医師会総会は昭和59年3月28日(木)午後7時30分より熊本県歯科医師会館3Fホールで行われた。

開会、物故会員に対する黙禱に続き、川崎正士会長の挨拶、議長に元島博信先生を選出、し総会は進行された。

会務報告、会計報告、監査報告、代議員会審議経過報告に続き議事がすべて承認されましたのでここに報告致します。

庶務報告 S60.2.28現在

1. 現在会員数	253名
一般会員	209名
親子会員	13名
終身会員	25名
勤務会員	2名
特別会員	4名

2. 入会者

西田宗剛	熊本市清水町新地1831	北部2
御任弘玄	熊本市新市街12-21	中央
清川恵治	熊本市尾ノ上2-5-12	東部4
上原凡由	熊本市出水1丁目4-1	東部2
遠山啓介	熊本市健軍町鉄砲塚	東部3
	2305-398	
鳥巢直	熊本市横手3丁目1-22	西部
安田伸行	熊本市健軍町小峯	東部3
	2606-8	
青山雅子	熊本市春日2丁目3番31号	南部
緒方孝成	飽託郡北部町鹿子木83-5	小島

吉良裕明 飽託郡天明町錢塘六町 小島
新開2144-3

井上熊男 飽託郡北部町鶴羽田 小島
1044-3

池上富男 熊本市花畑町4-1 中央

3. 物故者

枋原義人 熊本市下通1丁目
10番28号

相賀春暢 熊本市京町2丁目
6番35号

坂梨秀喜 熊本市若葉2丁目
5番18号

箕輪益子 熊本市京町2丁目
14番14号

原熊男 熊本市川尻町21

出口繁男 熊本市国府1丁目
18番26号

4. 退会者

出来田悌吾 熊本市黒髪町2丁目
16番15号

片岡祐吉 熊本市内坪井2-5

宮本正己 熊本市二本木4丁目6-4

5. 総合病院代表歯科医変更

御幸病院 市来裕二 → 笹原慎一郎

杉村病院 三角洋介 → 矢島裕子



昭和59年度 熊本市歯科医師会 歳入歳出現況

(歳入の部) 収入済額 25,996,558 支出済額 20,159,664 残高 5,836,894 S 60.2.28現在

款 項	費 目	予 算 額	収入済額	未 収 額	備 考
1	会 費	10,299,179	10,215,844	83,335	
	1 均 等 割	2,396,000	2,437,000	△41,000	
	2 保険診療負担金	7,903,179	7,778,844	124,335	診療報酬 $\frac{1}{1000}$
	3 入 会 金	別途会計			11名入会 11,000,000
2	寄 付 金	1,000	0	1,000	
3	過年度会費				
4	雑 収 入	7,708,700	7,329,267	379,433	
	1 預 金 利 息	341,000	282,440	58,560	2月決算利息 肥後 126,268 富士 29,363
	2 雑 入	7,367,700	7,046,827	321,883	生命保険事務手数料など
5	前年度繰越金	7,714,024	8,451,447	△ 737,423	
	計	25,722,903	25,996,558	△ 273,655	

☆保管区分☆普通預金(肥後) 10,478,580 当座預金 4,820,889 預 り 金 1,434,503
 " (") 2,744,073 定期預金 42,597,978 有形固定資産 884,100
 " (富士) 3,363,164 現 金 86,691 未 収 入 金 188,260

(歳出の部)

款 項	費 目	予 算 額	支出済額	予算残高	備 考
1	事 業 費	11,009,000	9,397,868	1,611,132	
	1 学 術 費	2,200,000	2,131,827	68,173	講演会 4回 1,775,127
	2 口 腔 衛 生 費	1,074,000	1,175,410	△ 101,410	フッ素塗布薬品費等 250,000
	3 社 会 保 険 費	675,000	592,240	82,760	「社保だより」印刷 211,000
	4 医 療 管 理 費	1,200,000	1,233,835	△ 33,835	講演会 2回 301,405 デンタルアシスタントマニュアル 450,000
	5 広 報 費	2,100,000	1,035,716	1,064,284	「会誌」印刷代 680,000
	6 厚 生 費	2,500,000	2,323,460	176,540	レクリエーション119,300 バレーボール大会622,380 新年パーティー 1,289,370
	7 学 校 歯 科 費	760,000	635,380	124,620	研究大会141,240 歯磨指導128,000
	8 各 種 委 員 会 費	200,000	120,000	80,000	資格審議会 7回
	9 医 政 費	300,000	150,000	150,000	市保険医療専門国体連合会分担金
2	事 務 費	8,140,320	6,751,614	1,388,706	
	1 渉 外 費	500,000	205,840	294,160	
	2 俸 給	2,152,800	1,995,200	157,600	
	3 諸 給 与	1,365,520	1,386,436	△ 20,916	夏・冬期ボーナス他
	4 旅 費	300,000	140,800	159,200	九州八市役員会
	5 需 用 費	1,500,000	1,217,613	282,387	郵送費、電話代、文具費
	6 事 務 所 費	522,000	66,000	456,000	
	7 備 品 費	100,000	0	100,000	
	8 雑 費	1,700,000	1,739,725	△ 39,725	S58年度法人税1,247,600 税理士顧問料
3	会 議 費	3,877,000	3,305,700	571,300	タクシー代、理事会旅費等
4	職 員 厚 生 費	763,586	704,482	59,104	
	1 退 職 積 立 金	360,000	330,000	30,000	
	2 厚 生 費	403,586	374,482	29,104	事業主保険料
5	予 備 費	1,932,997	0	1,932,997	
	計	25,722,903	20,159,664	5,563,239	

監 査 報 告 書

昭和59年度決算ならびに昭和59年度上半期（昭和59年 8 月31日現在）の監査を施行し、立派に整理されていることを報告いたします。

昭和59年 9 月27日

監 事 山 隈 龍 祥

監 事 河 野 好 孝

昭和59年度下半期（昭和60年 2 月28日現在）の監査を施行し立派に整理されていることを報告いたします。

昭和60年 3 月13日

監 事 山 隈 龍 祥

監 事 河 野 好 孝

昭和60年度 熊本市歯科医師会 歳入歳出予算(案)

(歳入の部)

款 項	費 目	本年度予算額	前年度予算額	比 較		備 考
				増	減	
1	会 費	10,744,173	10,299,179	444,994		
1	均 等 割	2,465,000	2,396,000	69,000		一般10,000×208 親子5,000×13 勤務10,000×3 終身4,000×29 特別50,000×4
2	保険診療負担金	8,279,173	7,903,179	375,994		診療報酬 $\frac{1}{1000}$
3	入 会 金	別 会 計				
2	寄 付 金	1,000	1,000	0		
3	過年度会費	50,000	0	50,000		御幸病院 50,000
4	雑 収 入	9,964,727	7,708,700	2,256,027		
1	預 金 利 子	2,343,481	341,000	2,002,481		㊦256,000 ㊧2,087,481
2	雑 入	7,621,246	7,367,700	253,546		
5	前年度繰越金	4,635,043	7,714,024		3,078,981	
	計	25,394,943	25,722,903		327,960	

(歳出の部)

款 項	費 目	本年度予算額	前年度予算額	比 較		備 考
				増	減	
1	事 業 費	11,526,000	11,009,000	517,000		
1	学 術 費	2,250,000	2,200,000	50,000		
2	口 腔 衛 生 費	1,260,000	1,074,000	186,000		
3	社会保険費	600,000	675,000		75,000	
4	医療管理費	1,450,000	1,200,000	250,000		
5	広 報 費	2,100,000	2,100,000			
6	厚 生 費	2,500,000	2,500,000			
7	学 校 歯 科 費	866,000	760,000	106,000		
8	各種委員会費	200,000	200,000			
9	医 政 費	300,000	300,000			医専連 150,000
2	事 務 費	8,195,408	8,140,320	55,088		
1	渉 外 費	500,000	500,000			
2	俸 給	2,086,800	2,152,800		66,000	
3	諸 給 与	1,434,608	1,365,520	69,088		
4	旅 費	300,000	300,000			
5	需 用 費	1,500,000	1,500,000			
6	事 務 所 費	522,000	522,000			光熱水費、清掃料など
7	備 品 費	100,000	100,000			
8	雑 費	1,752,000	1,700,000	52,000		
3	会 議 費	4,199,000	3,877,000	322,000		
4	職員厚生費	793,094	763,586	29,508		
1	退職積立金	360,000	360,000			
2	厚 生 費	433,094	403,586	29,508		
5	予 備 費	681,441	1,932,997		1,113,296	
	計	25,394,943	25,722,903		327,960	

□シリーズ 医 療



「いま医師と考える」

N.H.K総合T・Vより

広報担当理事 関 剛 一

昭和57年、熊本市医師会は熊本市の医療担当従事者に呼びかけ「医療専門団体連合会」（医専連）を設立した。その趣旨は多くの医療担当従事者と地域住民との密接な心のふれ合い、病気も心も患者と医師との協同作業により治癒せねばならないという所にあった。今回3月16日(土)17日(日)にわたり熊本市健康都市宣言5周年記念の一環として県立劇場にて健康展が開催され、多くの地域住民の参加があり成功裏に終了した事はまことに喜ばしい事である。

この様に地域住民の医療に対する関心の深さを見て、私は改めて医師の立場というものを再認識させられたのである。

折しもN.H.K総合T.VではAM8:30~AM9:28まで「いま医師と考える」というテーマで医療という問題をシリーズで月曜から土曜まで一週間放映されたのであるが非常に我々歯科医も考えさせられた点が多く、又反省させられる点多々あったのでここに報告したいと思う。

先ず上記のマークであるがこれはオランダの医学団体が作製したシンボルマークであり「医療は医師と患者との協同作業である」と

いう事にある。気付かれた様に医師と患者とが同じ高さの同じ椅子に座って対面しているのが解る。

1. 患者からの問いかけ

患者から医師への訴えは大きく分けて2点があると思う。

1点は医師と患者との人間的な心のふれ合いからくるもの。

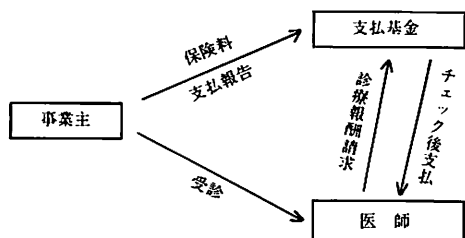
2点は診療費にからむ経済的不信感からくる訴え。患者からの声あまり医師に伝わらないのではなかろうか、又医師は患者の声を真剣に聞こうとしないのではないか。

聖路加看護大学学長 日野原 重明氏

患者から医師に問いかける隙間があまりにも忙がしい医師の方がない。本当は看護婦、保健婦、ソーシャルワーカーが忙がしい医師を助けなければならない。その為に医療保険の仕組を患者はよく理解した上で自分の取るべき行動を考える必要がある。

国立公衆衛生院社会保険室長 前田 信雄氏

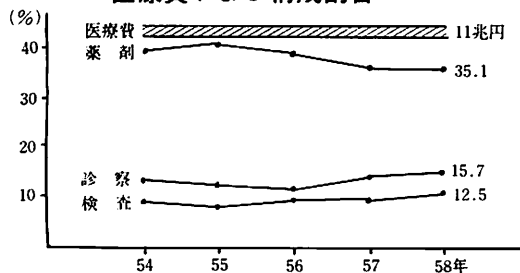
(医療保険のしくみ)



市立泉佐野病院院長 藤原 二郎氏

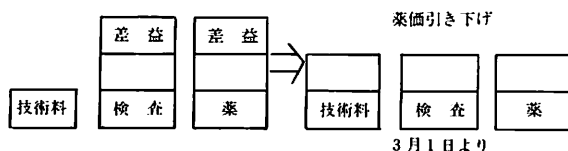
昭和58年度725自治体病院の内347病院が赤字経営である。昭和59年度はさらに赤字病院が増加している。特に今回の保険改正でさらに増加するだろう。

医療費および構成割合



薬価を引き下げたために病院ではさらに薬を多く出す傾向も出て来るのではないかと、ただ単に薬価を下げるという事でなく薬を使用しなくてよい様に又薬に患者がたよらなくてよい様に技術料をアップして患者に対して指導に時間をかける様にする。

今回の改正はおもに下図の様に薬価を下げるその差益を少なくし、検査料についても一部見なおしその分技術料を再評価、患者指導を重視して医薬分業の方向にもっていかうとしたものである。



そこで薬価引き下げによりどのような変化が

おこって来たか、ある内科医は

1. 医療に専念出来る、本来の医師の仕事が出来る様になった。

2. 患者の費用負担が多くなった。

院内

○処方料 120円
○調剤料 内服薬 90円

院外

○処方せん料 620円
○基本調剤料 330円
○調剤料 1剤×50円×投薬日数

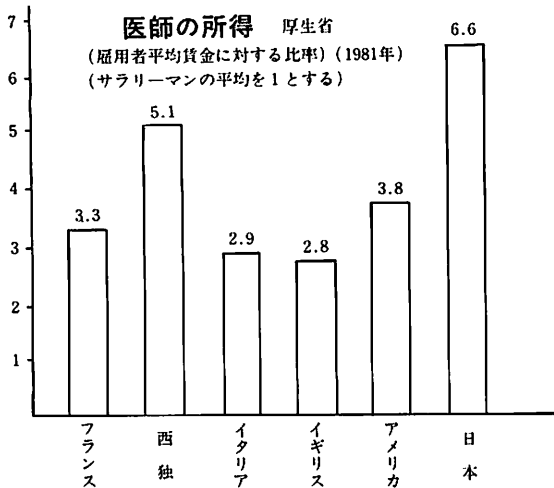
3. 患者情報が院内薬局では把握出来る。即ち医師と患者とが密接にコンタクト出来るが院外薬局ではただ一片の処方せんが薬剤師の方に行くのであるから患者に対するくわしい情報が不足しがちになる。医師と薬剤師とがよりよく密接にコンタクトせねばならない。処方せんを出す事により患者は自分の飲んでいる薬の種類をより知る事が出来る。

患者の医師への不信感、不安感をなくすために医者には心のふれ合いが最も必要である。近年患者は医師を指名制にする傾向にある。即ち患者が医師を選ぶ時代に来ている。しかし患者は家庭医を転々と変えるのも問題であり、患者からのニーズに全面的に答えるのが必ずしも良い医師像とはいえない。ここには患者は医師を信頼する事にかけ、甘えがあるのではなかろうか。

医療とは医学の上に立っているものである。又医師と患者との関係に立って成立しているものである。その両者が理解し合ってこそ医療はよくなるのではないだろうか。その為には患者に接する医師の時間がより多く必要となって来る。

2. これでよいのか医師づくり

医師国家試験の為の予備校・医科大学入学の為の予備校が紹介され、学生に対して医師志望の動機をインタビューされた。学生の多くは医師の社会的地位、経済的安定に魅力を感じている様である。



川崎医科大学学長 紫田 進氏

医師にとってもっとも大切な事は奉仕の精神である。自分もやがては患者になる、患者になった時にこうしてほしいという事を患者にやってあげる。医師とは人よりいかに精神的苦痛が多いかという事を理解してほしい。より良い医学生を育成するのに高校の進学率が良い、その為には医学部に多く入学させるという進学指導に問題があると思う。必ずしも医師になる為には非常に頭の良い者になる必要はない。学力優秀者が医師になるという考えは間違っている。医学教育をする上では普通の学力があれば充分である。医学部は理料系ではなく文化系の大学でありはるかに人間的である。

大学入学後の医師づくりが大切であり、医学に対する動機づけを早く身につけさせる為に

入学してすぐに患者に接する事も大切であり、疾患中心でなく患者に前進的医療をする、肉体も心もというのがプライマリーケアの精神である。医学というものは大学の講義だけで身につくものではなく、実際に実習してこそ身につくものであり医師に必要な人を作る事も臨床実習を通じて医師とはどうあるべきかを体得する事が必要である。

大阪大学教授 中川 米造氏

医師となる為の人間性は短時間のペーパーテストでは理解出来ない。医師に向く人間は長い時間をかけて観察せねばならないし、医学生が医師としての教育を受ける時期、又教育と研究・診療の比重は各医科大学まちまちである事は問題である。医師急増により大学の教育方針にも問題がある。

氏は大阪市民3,000人に理想的医師像という事にアンケートを取られ、それを紹介された。

良い医師とは	良くない医師とは
1. 患者の立場	1. 営利主義的
2. 研究熱心	2. 技術拙劣
3. いつでも診療	3. 薬・注射乱用
4. パーソナリティ	4. 患者差別
5. 営利的でない	5. 説明しない
6. より説明する	6. 誤診する
7. 技術優秀	7. 話を聞かない
8. 薬を乱用しない	8. 事務的
9. 誤診しない	9. 不勉強
10. 親切	10. わからない説明

又紫田氏は

新設大学は卒前教育も卒後教育も自分の附属病院でせねばならないが旧設大学では卒前教育だけを研究の合い間にやって卒後教育はその大学のジッツ（縄張り病院）に出せばよい。しかしそのジッツと呼ばれる巨大な病院がはたして卒後教育をやっているかということ

問題である。そして卒後教育がアルバイト的で真剣に打ち込んで卒後教育がなされていない点が日本の教育の最大の欠陥である。

この様に現代の医師づくりの為の教育、高校、医科大学、特に医科大学の卒前・卒後の教育方針の格差が指摘された。

3. 求められる医師の再教育

東京慈恵会医科大学学長 阿部 正和氏

基本的には医師たるものはすべて生涯を全うするまで勉強し続けなければならない職業である。大学病院・大病院に居る間は勉強する機会に恵まれているが、開業すると色々な事情によりなかなか勉強出来ない。ところが医学の進歩は急速であるがゆえになお勉強せねばならない。そうしないと患者に信頼を失って脱落してしまうのではないか。

医業は商売ではない。使命感を持って診療にはげまなければならない専門職である。患者の立場に立ち思いやりの心で接し、病気だけを診るのではなく、病に悩む人間を診る、これが私達の願いである。

この様に卒後教育・研修の重要性が指摘されたが一方医師会・歯科医師会が行っている研修、講演会の内容について、

浜松医大教授 植村 研一氏

第一線の開業医に役立つ研修が少ない。開業の経験のない大学教授が医師会の講演会に依頼されると学会で使用した講演内容、スライドをそのまま使用しては開業医には理解出来ない点も多い。大学と第一線の開業医との間にピントが合わないし互いに別世界で議論している傾向にある。今や有名な大学教授の講演、有名な本で勉強する時代ではない

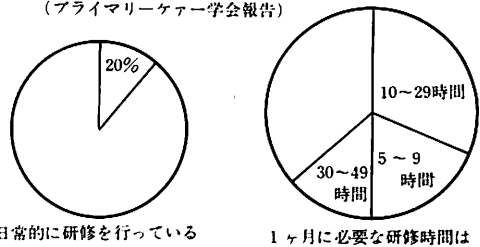
のでないか、と指摘する。

千葉県医師会副会長 渡辺 武氏

開業医が研修会を敬遠するのは1つは忙がしさにあると思う。医業本来の仕事で忙がしいのであれば結構だが今の医療事務の複雑さは目を覆うばかりである。

全国1,012人の内科医アンケート

(プライマリ・ケア学会報告)



市歯科医師会も学術委員会を中心として各種研修会・講演会を行っているのであるがその講師を選択するのにひとしおである。

又講演会に出席される会員の先生方の顔ぶれが何時も同じ様な傾向にあるのは淋しい。我々は生涯研修という事を再認識する必要があるのではなかろうか。

日本医師会は生涯教育推進会議を作り生涯教育の制度化を検討する委員会を作った。

それには3つの骨子があり4月1日より実施するそうである。

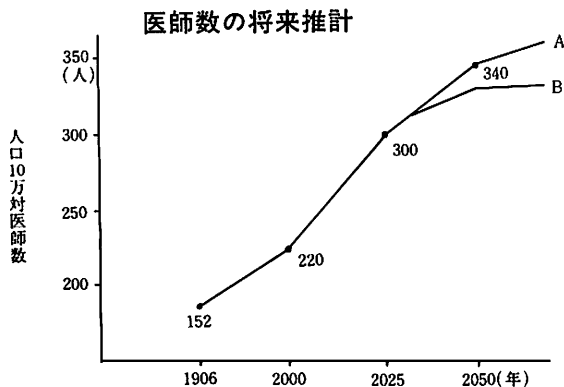
1. 勉強出来る様な環境づくり、条件づくりを日本医師会は努力する。
2. 開業医と病院との連携を重視して開業医は病院内で体験学習をする。
3. 勉強した事に対する評価を委員会で考える。
4. 医師の過剰はほんとうか

人口10万人対比の医師の数(59年)

180人以上 石川・東京・京都・鳥取・岡山
徳島・福岡

100人以下 埼玉・岐阜・千葉・沖縄

100～180人 上記を除く全県
昭和58年 医師数 18万1,100人
人口10万人当たり 152人



厚生省医事課長 横尾 和子氏

地域の医師数の少ない昭和45年に厚生省では医師不足の対策として昭和60年までに人口10万に対して医師数を150人にするという推計を立てた。その為医科大学の増設をはかって来たのであるが予定より早く昭和58年には人口10万に対して152人とその目的は果たされた。昭和59年には8,000人の医師が増加し、昭和63年には8,400人の医師が増加する事になり、今の現状から、さらに医師数は人口10万対比300～340人となるだろう。厚生省としては340人では多すぎるという結論である。医師を1人育てるのに600万円の国家経費を投入しているのであるがそれだけ経費を投入しても医師として十分な活動が出来なくなるのは問題である。医療は経費のかかるものであるが全体として医師、経費を負担する人、患者にとっても一番よい緯線を見つける事、その接点を見つける事が必要である。

我々は現在、医師数が多過ぎる、過剰であるという。しかし今から15年先には現在の50%の医師数の増加、40年先には現在の2倍の

医師数となる事は必至である。その時の医院経営を考えると不安ばかりであるがその点、徳島県上矢作病院院長 大島 紀玖夫氏は

厚生省が医師の数だけを増やした事に無計画があったのではない。数だけでなく医師の質を考えるべきである。

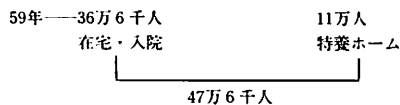
自治医科大学学長 中尾 喜久氏

医師を急ピッチで増加するのは、それを受け入れる社会慣習からそれを吸収して能力を発揮させるだけの受け入れる社会の準備が追いつかないのではない。しかしながら医学を学んだ者の働く社会の視野を広げ将来に希望を持って医学を学ぼうとする若者に医学はもういないという間違った考えを引きおこす考えは現在我々はつつしむべきである。医療が誤解を受けている様に商売的な職業ではないかという事があまりにも外に出ている。しかし医の倫理の意識を強くもてば医学を学び医業を行う事は自分の為でなく社会の為であり多くの人々の健康をとおしての幸福感を増進する事が医師の本務であるという意識を強く持つ事が基本的に必要であり将来の過剰時代に望む医師像である。

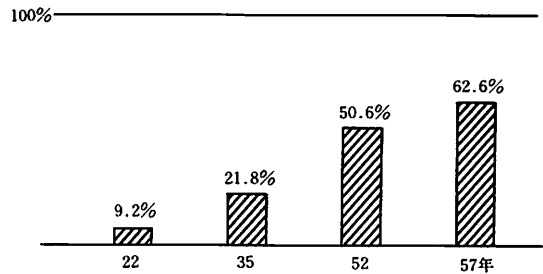
佐賀医科大学学長 古川 哲二氏

医師の数が増加するに伴い医師の偏在、即ち増々専門分化が激しくなる専門分野の偏在、もう一つは地域の偏在を見直す事が必要となって来る。又医師の質の低下の恐れもある。

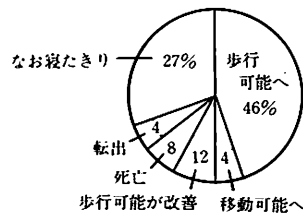
我々歯科医師数の増加により医院経営に不安は隠しきれないのであるが各先生の発言の様にもう一度医の倫理を強く再認識したい。そうしないと現代社会から取り残されるのではない。又歯科の分野に小児歯科・矯正歯



施設内死亡の割合



寝たきり老人の訪問看護の成果

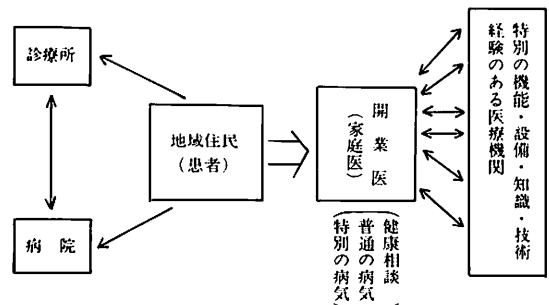


6. どうするこれからの医療

日本病院会会長 諸橋 芳夫氏

第一線の開業医は患者の家族歴から病歴まで知って診療に当る方に優れている。第一線の医療を担当するのは診療所であり開業医である。病院は重傷の人、十分な検査をする必要のある人が来ていただき、病院と診療所とが密接な連携の基に診療をする事が日本の医療にとって最も必要になって来た。これに伴い地域医療のシステム化が確立されようとしている。

地域医療システム化（機能分担）



今回の保険改定の中に診療情報提供料（入院患者紹介料）（退院患者紹介料）が新設されたのも注目すべき事である。

厚生省健康政策局長 吉崎 正義氏

増々大きくなり、多様化し、高度化する健康に対する需要に答える為に厚生省は組織を変えて取り組んでいる。これまでの医療は決して悪くない。平均寿命、医師にかかり方、乳児死亡率を見ても世界最高の水準にある。しかし問題がないかという非常に多くの問題が残されている。それが今回指摘されたと思う。厚生省も各方面と対話を重ねて新しい道を進もうとしている。

厚生省ではこれからの医療を目ざす為に次の3つの要素を掲げた。

より良い医療の三つくし

○個々の医療の三要素

（最高の水準・説明と同意・人間をみる）

○全体としてめざす三つの安心

（患者・医師〈医療関係者〉・国民）

○三つの安心を実現するための三目標

（包括性・継続性・効率性）

↳（健康増進からリハビリまで・福祉・環境）

最後に諸橋芳夫氏は医師の立場からの良い医師像として次の項目をあげられた。

1. 患者の話を聞き、ていねいに診察、よく説明する。
2. 自分の家族をみる気持で診察する。
3. よく勉強する。
4. 診療時間を守る。
5. 患者ばなれがよい、専門医に紹介する。
6. 保険以外の薬を使いたがらない。
7. 領収書を出す。
8. 受付・看護婦が長い間変らない。
9. 待合室が適当ににぎわっている。
10. 不動産・株など投資に熱中しない。

以上6回にわたり大きな意味での医療の中で我々が今後どのような方向に向かって進むべきかを考えさせられる番組であった。今一度、医の倫理を踏まえた上で将来に向かって出発したい。

熊本市健康都市宣言 5 周年記念

考える健康展開催さる

口腔衛生担当理事 田 島 宗 穂

去る3月16、17日熊本県立劇場にて熊本市並びに地域住民と熊本市歯科医師会が参加するところの医療専門団体連合会による考える健康展が2日間にわたり開催されました。

本会は医専連発足当初より健康教育のパブリシティーを行う上で、医師会及び薬剤師会と共に医療関連の団体と協力し、口腔衛生思想の普及につとめてまいりました。

此所で簡単に医専連の活動状況を報告しますと、昭和56年秋、熊本市地域医療専門団体の懇談会として設立準備がはじまりました。57年11月、第一回代議員会が行われ、12月21日正式に熊本城内五峯閣にて医専連発会式を開催しました。58年10月30日より11月3日までテクノポリスフェア'83において、第4エリア、メディカルオートメーション分野で、医療機器の展示および健康診断を行ない大成功のうちに、各団体が力を合わせると、たい

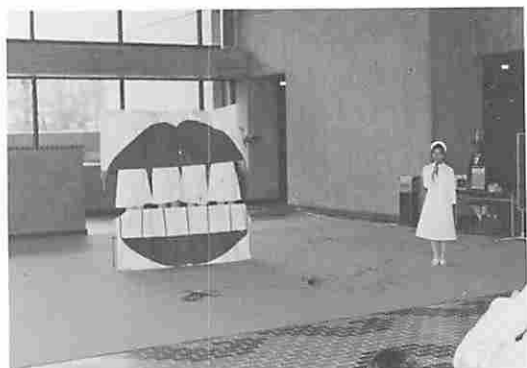
ていの事は可能であると自信を深めました。

今回熊本市の健康都市宣言5周年記念に働きかけ実行開催にこぎつけたわけです。

健康フォーラムに於て鈴木勝志理事による歯科一般「すこやかに老いるには」でホームケアの必要性を話され、多くの聴衆を魅了しました。又、伊東隆利先生の「心疾患と歯の治療」では口腔領域の重要性をとかれ、大いに関心を深めました。医専連総会に於て、川崎正士歯科医師会会長および熊本市医療専門団体連合会副会長の開会の挨拶により盛大に開催されました。田島宗穂理事による活動報告も行なわれました。

健康相談コーナーに於ては、熊本県歯科衛生士会と共に熊本市口腔衛生委員会の方々による歯の健康診断と刷牙指導が行われ、2日間で200名を越える検診をしました。特にふれあいの広場では衛生士会による人形劇は参





加者も多く、口腔衛生思想の普及に大きな役割を果たしました。最後に川崎正士会長によるフォーラム、及び展示会場の公表があり、万歳三唱が行われ、衛生士会諸氏と感激の中にさやかに終了致しました。

他の団体と協力しての事業でありましたの

で、歯科医師会の名称が充分記載されない面もありましたが、我々が医療の一端を確かにになっているという実感を益々重く感じますと共に使命感が新たにわきあがって来ます。会員各位の御理解と御協力をつつしんで感謝致します。



熊本市健康都市宣言 5 周年記念

健康展フォーラム“すこやかに老いるには”

歯科一般の発言要旨抄録

発言者 鈴木 勝 志

すこやかに老いるには私は歯科の立場から毎日の生活の中でどんな事を考え、どう実行してゆけばよいのか、口腔の重要性がややもすると忘れがちな口腔について考えてみたいと思います。歯が悪くて困っているが今のと

ころ痛くないからほっています。良く耳にする事であります。歯も水や空気と同格になり痛みがなければ咬合なんかどうでも良いと考えているむきがあります。もう歯科医院の門をたたいても手遅れで二度と帰る事のない大切な

歯を失ってしまう結果になってしまうのです。

それは口腔に対しての認識不足からくる事であって、よく口腔の事を知り口腔の病気を理解し対応する手段と心を養う事こそ大切な事ではないでしょうか。早期発見、早期治療という事は当然の事です。

では、あなたは口臭があると感じたり人から云われた事があると思います。口臭の原因は

1. 口腔内の原因

- a) 歯垢や食物残渣などが停滞して、その部に口腔内の嫌気性菌が繁殖をきたし、分解腐敗を起して悪臭を発する場合。歯および口腔の不完全な清掃、不適合金属冠および充填物下縁、清掃不十分な義歯床、歯肉の退縮による先天的不潔面の増大、重症な高熱疾患などにさいして、しばしば悪臭を発する。
- b) 滲出物や壊死組織に2次的口腔嫌気性菌の繁殖をきたして悪臭を発する場合で、開放性歯髄エソ、排膿ある深い歯齦のう、エシ性潰瘍性歯肉炎および口内炎(水癌)、潰瘍形成をともなう悪性腫瘍、感染した抜歯創、エソ性骨髓炎、複雑骨折などに起る。

- c) 唾液の分泌減少、エソ性扁桃炎などの場合にも起る。

2. 口腔外の原因

- a) 咽喉疾患慢性咽頭炎、乾性咽頭炎、咽頭エソなど。
- b) 気道や肺の疾患、臭鼻症、慢性鼻炎、副鼻腔のチクノウ症、腐敗性気管支炎、気管支拡張症、肺エソなど。
- c) 食道および胃の疾患、食道憩室、食道狭窄、潰瘍を形成する食道癌または肉腫、胃癌特に潰瘍をともなうもの、慢性胃拡張など。
- d) 悪性貧血、萎黄病、尿毒症、糖尿病など。
- e) 悪臭を発するニンニク、タマネギなど。

口臭の原因が上のような事であるならば歯科の治療と予防ということで口腔内の原因があるものは解決するはずであります。

医療がメディカルケアとホームケアの二本立てならば前者は治療で後者は予防であります。80年代予防医学の時代といわれています。健康という事を自ら考え勉強し、これからの健康生活の中で実行してゆくならば、すこやかに老いるのも困難な事ではないのではないのでしょうか。



健康展フォーラム「心疾患」

伊 東 隆 利

去る3月17日、県立劇場で行なわれた「健康展」で、医療専門団体連合会(医専連)が中心となって企画した「心疾患」フォーラム

で「心疾患と歯の治療」というテーマで発表する機会がありましたので、その発表内容を寄稿させていただくとともに、発表後、助言

者の宮内好正熊大教授（第一外科・心臓外科）よりいただいたコメントを追加発表させていただきます。

「歯の治療」というとすぐに「こわい」「痛い」と、私達歯科医の努力のわりにはかばしくない答えが返ってきます。

そこで、ついつい早く治療すれば痛くなく、しかも簡単に治療できるものを手遅れになり、痛い、時間のかかる複雑な治療へと追い込まれてしまいます。根気のある方はそれでも最後まで治療しますが、忙しいとか、ナマケたりしますと途中で終ることが多く、後日、一念発起して来られたときは、「それはもう——ア—無情、オーミゼラブル……」となる訳です。

しかしですね、多くの歯科医院で「いつ、注射したの?」「もう終わったの」とおっしゃる患者さんだって、たくさんおられるのです。

また治療の途中、気持ちがよいのか眠りかぶって治療の邪魔になったり……。最近の歯科治療技術も進歩してきましたので「痛い」「こわい」ばかりが挨拶ではありません。

さて、全身的にいわゆる持病というものを持っておられる方は、その持病をおもんばかりに、またムシ歯治療に対する偏見を持っておられることが多いので、早期治療どころか、手遅れ治療をせざるを得ないことが多々あります。

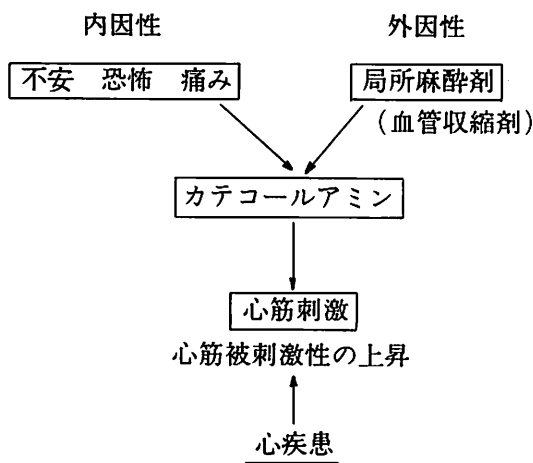
今日はテーマが「心疾患」ということですので「狭心症」「心筋梗塞」「先天奇形」「心臓手術後」「ペースメーカー」を入れておられる方が、「歯が痛い」「歯ぐきが腫れた」とい

うことで歯科医院を受診されときの注意事項についてお話ししてみたいと思います。

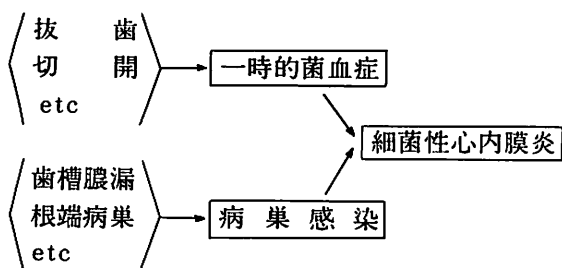


私達歯科医にとって心疾患患者に歯科治療を行う適否について判断することはむづかしい問題ではありますが、その病状の重症度、病期からいってどういう時期なのか、またどんな治療（手術）を受け、どんなお薬を使っておられるのか、主治医の先生はどなたか？を知ることから始まります。

さて、歯科の治療上問題となる点を2、3あげますと、まず歯科の治療に対する「不安」「恐怖心」「痛み」によって副腎髄質からアドレナリン、ノルアドレナリンなどのカテコールアミンが分泌されます。また一般的に使用される歯科用局所麻酔剤には血管収縮剤としてのカテコールアミン類が含まれており、この内因性、外因性のカテコールアミンが、心疾患によって被刺激性の高まった心筋にどのように作用するか要注意であります。この問題に対する歯科医としての対応策は①患者との間に充分なラポールを確立する、つまりコミュニケーションをはかり信頼し安心した状態で治療を受けさせること。②精神安定剤の前投薬、術中は笑気吸入鎮静法、あるいは精



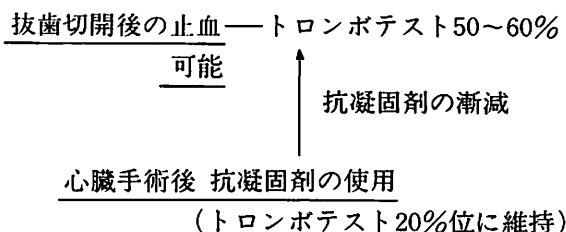
神安定剤を利用した静脈内鎮静法によって、患者の Relaxation を計ること。③カテコールアミン類を含まない局所麻酔剤の使用、あるいは心筋刺激のない血管収縮剤の使用、注射にあっては無痛注射法などの工夫を考えねばなりません。次に抜歯や切開を行いますと一時的に菌血症の状態が起きますが、心疾患のある方の場合、細菌性の心内膜炎を起こすことが予想されます。一方これはずい分昔からある考えですが、歯槽膿漏症や、根端の病巣があれば、遠隔の臓器に、特に心内膜や、関節などに病巣を作るという説もあり、口腔内の慢性炎症や外科処置が心内膜に悪く影響することは明らかのようにです。特に心臓手術前には、これらの治療が必要となってきます。



これに対する歯科医の対策としては①抜歯前日よりペニシリン系、セファロsporin系抗生剤を50~100mg/kg/day投与、②抜歯直前より抗生剤の点滴静注を行う。③少なくとも術後5~7日間、抗生剤を投与。④常日頃より、根端病巣、歯槽膿漏にならない為の非観血的な予防的治療を行なっておくこと。

次に抜歯後の出血の問題があります。特に心臓手術後の場合、心疾患患者の動脈硬化予防のため抗凝固剤を使用しておりトロンボテストで20%位で維持されておりますが、抜歯後止血のためには50~60%が必要で、その為には服用を中止なり、また急激に止めるとreboundして逆効果になりますので漸減する必要があります。

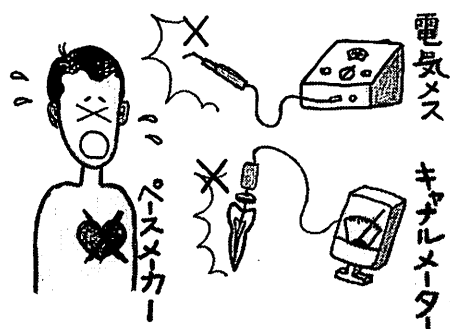
出血



一方、歯科的な工夫で、入れ歯型の床副子で圧迫止血を考えることも必要です。次にペースメーカーを植え込んでいる方への注意ですが、歯科の治療室内にはたくさんの電気機器が使用されています。つばをとったり、歯を削ったり、入れ歯を調整したりする器械は高周波を発生します。影響を受けるペースメーカーがあるかもしれません。

最近よく使われている器械に、歯ぐきの切除などに用いる小型の電気メス、歯の根の長

さを計るキャナルメーター、あるいは歯髄診断器、イオン導入器などは、体内に別の電気回路を入れこむことになりますので、その使用は禁忌であります。よくその旨を申し出て下さることが必要です。



以上のような事を考えるに当たり、患者さんのみならず、主治医の先生に連絡して指示を受け、密接な連絡を保ちながら、私達歯科医は心疾患患者が安心して治療を受けられるように努力するのです。

さて、症例をお見せいたします。

この女性は26歳女性で右上奥歯が腫れて痛い、うみも出る、ということで私共の医院に来院した患者さんですが、既往歴の中に先天性心奇形、ファローの四徴症で、21歳時、23歳時に某大学で心臓手術を受け、現在まで、ワーファリンを服用中であります。胸痛はありませんが、時に息切れがあり、内出血がでやすいということでした。

私共の検査の結果、右上奥歯の2本は抜歯を必要とすると診断しましたので、58年7月7日手術を受けた大学へ問い合わせたところ、抜歯は可能であると思われるが、トロンボテストで6.2%なので、ワーファリンを漸減します、との返事でした。8月24日41%、9月

5日51%になりましたので、抜歯を行うことにしました。抜歯の前日より、ペニシリン系抗生剤、精神安定剤を内服投与し、直前に血管確保後、ホリゾン側管より注入し、静脈内鎮静法下に血管収縮剤を含まない局所麻酔剤を用い、抗生剤を点滴静注しながら、手ぎわよく抜歯し、術後は入れ歯型の床副子にて圧迫止血をしました。

術中術後を通して、血圧の大きな変動もなく、発熱、後出血、心不全症状などもなく、無事に治療を終了しました。この症例は抜歯までに長い時間を要しましたが、一般的には3～4日の内服中止後、抜歯が可能のようであります。

次の症例は、おやおや、大変な口の中ですね。歯ぐきが腫れて、うみが出たり出血したりします。この人は、半年前に心筋梗塞をおこした人で、日常生活はいいが、過度の運動や労作で、息切れや胸痛、狭心症が起こるということで、主治医と相談の上、歯ぐきの手術を見合わせた方です。一般的に、心筋梗塞をおこした方は、6ヶ月は外科的処置は禁忌であります。ですから、私達の考え方としては、非観血的処置に徹し、歯みがき指導、うがい、歯石除去、抗生剤の投与を行う方針をたてました。また患者さんもよく応じて涙ぐましい努力をしていただきました。そして6ヵ月後の口の中がこれです。全く別人かと思う位です。いかに毎日の歯みがきや予防処置が有効であるかの証拠症例のようなものです。歯をみがくという習慣は、人間を心身共に健康な方向に導くものです。口の中をきれいに出来るか出来ないか、その人の健康のバ

ロメーターを示します。

最後に、日本歯科医師会のスローガン、「生涯自分の歯で食べよう。生涯自分の歯で食べよう」と呼びかけて私の責任を終らせていただきます。

宮内熊大教授のコメント

只今のお話の中に、非常に大切なことが含まれていましたが、2つの点に分けられるかと思います。

1つは、細菌性心内膜炎の問題で、歯科的な処置によって、一時的な菌血症が起こっていますので、そのあと心内膜炎を惹起することがあります。また歯科的な疾患が病巣感染ということで心内膜炎を起こすこともありま

す。歯科の治療を行なう時は、主治医と密接な連絡の上で行なう必要があります。

もう1つは、弁置換術、A-Vバイパス手術 etc の手術を受けた患者さんの出血の問題です。心臓手術後は抗凝固剤ワーファリンを使用し、トロンボテストで20%位におさえられています。これでは、切開や、抜歯後に止血をいたしませんので、3日位のワーファリン服薬中止後、4日目位には抜歯が可能です。急ぐときには、ビタミンKを静注しますと、ワーファリンを中和しますので、もっと早く外科処理が可能です。

伊東先生の発表をみまして、今後、心疾患患者の治療に当って、いろんな科の横のつながりが必要だということがお解りかと思います。



学術講演会

「成人の歯牙小移動について」 に出席して

岩村 泰行

学術委員会ではかねて診断学の一貫として福岡市で御開業の野尻寛先生に、表題のテーマで御相談していましたが、去る2月22日金曜日にその講演を実施するに至りました。

2月の中端頃は寒さもややゆるぎ暖かく感じておりましたが、寒の戻りと言うべきか又寒くなり、又当日は厚生省の監査、県の集団指導等もあり出席を心配しておりましたが、それぞれコートの衿を立て身を縮めて、参々伍々参集され定刻よりやや遅れて始められました。テーマがテーマだけに話される方も、その対象となる私達のレベルがわからず、やりにくい点が多かったのではないかと心配しておりましたが、多くの症例、スライドで親切に説明解説され流石ベテランの感じがしました。その要点を述べてみますと私共歯科医療の中で歯周病、歯内療法、又咬合理論に立脚した総合的な処置をやっていく必要があること。又歯牙移動に当っては矯正学的知識並びに必ず「スペース」があること、歯根の傾斜方向を確認してやること、そして何より大事なことは患者の理解と協力が必要であることこれは全てに通じて言えることだと思います。又ブラークコントロールしやすい様な補

綴物にすること、先生自身指先で前歯歯面をこすり、マイクを通じてその擦過音を聞かせる等患者に云う前に自らがその範を示さなければ患者を納得させることは出来ない。

正にその通りで、「我が身をおさめて然る後に人をおさめよ」であろうと思います。

歯科は職人でなければならない。その理論を解し技を磨かねばならない。自らその技を磨くことによって医の論理も成り立つであろう。今回の保険法改正でもかなり高度の医療を求められています。お互いに研修に努め自らのレベルアップに努めましょう。只ここで言えることは一般国民の理解と協力なくしては一方通行に陥る恐れもあり、各診療室に於いて啓蒙に努めると共に国民に歯科医療の何たるかを知らしめる必要があるのではないのでしょうか。講演開始と同時に、博多天神に於ける診療所の数を提示され厳しい環境の中での診療であると言われていましたが、歯科医師数の増加その他諸々の厳しさの中にあって私共が生き残り生き抜く為にも、そして国民のニーズに応える為にも一層の努力が必要であろうと思います。

午後9時半過ぎまで続き博多っ子の神髓をいかに発揮された講演に時間の経つのも



忘れて聞き入っていた様です。

終りに2・3の質問があって終わりました。
外に出ると思わず夜空を眺めて身を縮めて帰路についた次第です。

追記 小生質問要旨

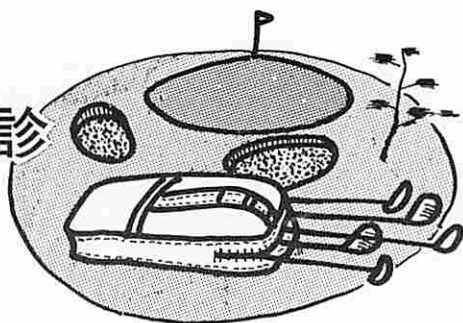
私共臨床の中であって皆それとなく感じて

いることがあろうと思います。出たところ勝負の一歯単位から口腔単位更に総合口腔単位とも言うべく時代と共に推移していると思います。即ちお話の様に歯周病、歯内療法、或いは咬合理論を加味した診療体系を確立して行くべきであろうと考えます。然し乍ら患者の求めるものは単に疼痛の除去、或いは審美的なもの、或は咬合の回復を求めるものが大半を占めておるものと思います。そこで私共は患者の身になって専門的考察を加えてアドバイスしてより良い口腔環境の維持、保全をなして健康の回復、維持増進を計らねばなりません。そこで次のこのをお尋ねします。

- 1) 患者教育に当って最も大事な点或いは注意すべき点について、
- (2) MTMを行うに当って矯正学的診断処置(セファロ分析)を行うべきか？

街灯の光り薄く寒夜かな
小走りに背を丸くして寒夜かな
岩村 記

本日休診



『スイスを訪ねて』

添 島 義 和

私にとって二度目のスイスは、新鮮な驚きの連続であった。ITI（国際インプラント学会）に出席するためチューリッヒで飛行機をすてて、高速バスで北西へ向った。ルツエルン湖畔で中食をとりアイガー、ユングフラウを背に走ること2時間40分、目的地のリースタルは、西ドイツとフランス両国境に近い町である。

近くには、ライン川畔に広がる有名なバーゼルの町もある。2月のスイスだけに1面の銀世界だろうと思っていた。リースタルは名スキー場が近くにあるだけに、ひそかに一すべりできる余得を期待していたわけだ。

ところが、チューリッヒを出ても一向に雪にお目にかからない。平地はともかく、山合いに入っても岩陰に少しアクセントをいどにいただけであった。家のまわりや庭の芝も青々としている。聞くと4～50年ぶりの暖冬だとのこと、これでスキーの楽しみは霧消してしまった。いつもならリースタル1.5メートル

くらいの雪に覆われ、カラフルなスキーウェアの人々で埋めつくされているだろうに、この時だけは雪がない静けさであった。

リースタルはドイツ語と似たスイス古語圏に属しているので、日本人のわれわれにはまったくドイツ語に聞こえる。スイスは5ヶ国に接しているためか、4ヶ国語ぐらい話す人はザラだそうで、日本語と熊本弁しかいかな私にとってはうらやましいかぎりである。

そんなことを考えているとやがてリースタルの宿舎であるホテル、エンゲル前についた。ホテルは町をとりまく中世の城郭の正門の外に建っている。1820年に造られたそうで、日本歴史なら文政3年だ。細川11代斉樹のころで、まだ頑として生き続けてわれわれを迎え入れる“家”のたくましさ后感嘆した。

ホテルは5階建てで、切妻破風の大屋根の下には、縦横の柱が表面に出され装飾となっている。まったく17世紀のドイツの民家造りであった。こんな家にはハデなスイスの民族衣



ホテル エンゲル全景

装が良く似合う。私はうれしくなった。

玄関の石段横には、家紋の旗も立っていて由緒を物語っている。かつては貴族なども泊まったとみえて、脇部屋のついた大きな部屋やバスはもちろんシャワーもない召使い用の部屋などさまざまな約40室がある。和歌山か



ホテルエンゲルより城郭の一部

ら参加された成川先生が、この貴族の豪華ルームに当たった。ベッドは4本の柱に屋根がついている例のルイ王朝風の典型的なモノ。広さが4帖半もある。ここにはキッチンもあり、先生は朝は5時半に起き、日本から持参の米、ミソで朝食を作られた。私なんぞ、行く先々の食べ物とプラスアルファをやってやろうという輩だけに、先生の姿勢には驚ろかされる。

経営は50代の夫婦と22、3歳の可愛い娘と息子それぞれにおばちゃんで行っている。半地下にあるレストランのシェフは親父さんで、サービスは母娘ですするという家族的な雰囲気、これも心暖まった。ご自慢は、自家製のチーズ、パン、ワインで「どこにも負けん」とウインクする。

私の部屋には風呂がなく幸いシャワーはついていて、日ごろ湯舟に首までどっぷりつかっているのが、体が暖まるまでの時間の長いことには閉口した。ドアを開けて中に入ると一種独得の臭い—チーズというかカビくさい臭いが充満している。これが外国人のニオイだ。だけど、口の中に入れるとジワッと溶けるチーズとハウスワインは文句なしに美味かった。

ホテル、エンゲルからさらに山に向って30分ばかり登ったワルデンプルグ・ホテル、ペーレン（5つ星マーク。スイス政府が商店、レストラン、クラブ、ホテル等の一つ星から五つ星まで等級をつけている）で、晩餐会が行われた。I.T.I.学会を主催したストラウマン研究所の社長であるドクター、ストラウマン博士の招待である。ここもホテル、エンゲルと同じような石と煉瓦と木造で、ドイツ中



ホテル ベーレン

世風な山荘造り、ホテルの角には回教風な尖塔が立ち、中世の古城と民家を巧みにミックスした造りで、歴史がせまる。スイスにはその背景となった民族の文化遺産がいたるところに生きている。それが旅人になによりも“旅”を実感させる。近代という名でコンクリートの塊の味も素気もない建物とは大違いだ。

外の門柱の中にはランプがゆらめきわれわれを歓迎した。石の階段を上がると、50人ぐらいがゆっくり会合できるロビーがある。内部は円型の天井飾りがあって、宗教画が描いてあった。両側は中二階の張り出しが設けられ、映画に出て来る中世の室内楽の会場にびつたりである。

ここでもサービスは四チャンで、アットホームな感じだった。広間には歴代の当主の肖像画が飾られており、ご主人の奥さんの顔にそっくり。ここが女系家族であることが一目だ。マントルピースの上壁には楯と剣が、ロ

ビーには鉄のヨロイが並べられている。ちょうどハムレットか何かのように一瞬タイムトンネルをくぐりぬける。トイレはほとんど石造り、広さは4畳半もあろうか、時代がかった石の便器には常時水が流れている。窓は二重張りで、外の物音も寒さも入ってこない案配である。トイレの床には石造りのフラワーボックスも置かれ、冬の花が咲いていた。

ここにはかつてナポレオン、ボナパルトも国境を越えて毎年泊りに来たと云う。遺品なども残されているそうで、皇帝が泊った寝室を見のこしたのは残念である。

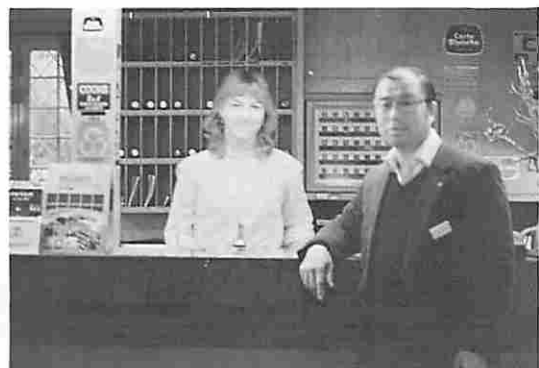
ナポレオンは、カモ料理が大の好物だったそうで、同ホテルのスパイスのきいたタレと肉をよく食うたらしい。その肉料理は、薄切



ホテル ベーレン ロビー

りの牛肉をタマネギとジャガイモと一緒にワインと油でサッと炊めたもの。カモ肉に独特のタレをかけると、別の料理の味がしたのにはうなった。

順序は①ワインとチーズ②パン③肉のタタ



ホテルエンゲル フロントの娘さん

キ④炭焼き肉⑤野菜の炊めもの⑥生野菜⑦前述の肉のワイン炊め⑧ケーキとヨーグルト⑨アイスクリームとコーヒー⑩果物⑪ワインとブランディそれに桜んぼで作った果実酒

見るもの食べるものに満足して広間を出たら、1階におばあちゃんが待ち構えており、1人1人に、「今晚も料理はいかがでしたか。」と聞き見送った。ここらにスイス人の誇りと律気さがあってまた感心させられた。

スイスにはどこの家にも、核戦争を想定してシェルターが地下に作ってある。それは義務だそうで、中には2ヶ月の食料、水、医薬品、酸素ボンベが用意してあるという。シェルターの入口は家族だけの秘密で、どんなに頼んでも遂に見せてはくれなかった。公共

のシェルターでさえも、外国人には知らせないそうである。国民皆兵の国土防衛の意識は驚くばかりである。

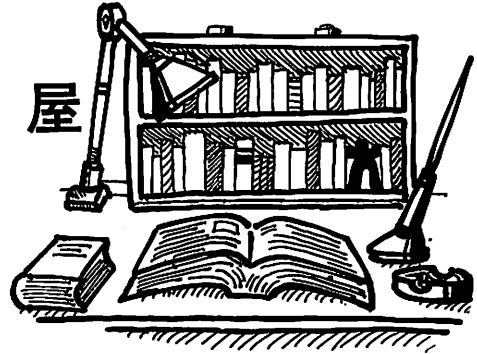
町を歩くと、古いホンダや三菱の自動車が行き交う。これに乗ることが青年らのステータスシンボルだと云う。かつて日本人が外国車に乗ることがそうであった時代を思うと隔世の感である。

夜の街でもバーなど10時にはしめてしまう。お嬢さんの歩いている姿も皆無。チャンとした家の娘は夜は外出しないのだそうだ。こんな所にも宗教とシツケが行きわたっている国の秩序が厳然としていた。スイスは小さいけれど、サンショは小粒でピリリと辛いのである。



ホテルエンゲル横で山根、三島先生と

勉強部屋



歯性病変と上顎洞との関わり合いと治療

伊 東 隆 利

はじめに

上顎臼歯は解剖学的な複雑性故に診断や治療に困難を伴うことは多くの成書にも記されているところでありますが、根尖が上顎洞と近接していることも多く、診断治療は更に困難性を増してきます。なかでも上顎洞が種々の疾患に罹患、あるいは根尖部病変、上顎骨内の病変の影響を受け、様々な像に変化を受けている場合は、困難をきわめることになります。

最近、包括医療、集学的治療、学際的治療などと、歯科学各科の横の連携医療が盛んに言われていますが、上顎臼歯の治療にあたり上顎洞まで及ぶ注意を持ち、エンド、ペリオ、口腔外科、あるいは耳鼻科との学際的アプローチが必要であると考え、当院においては昭和50年より、エンド、ペリオの処置と同時に症例によっては、口腔外科的に上顎洞を開洞し、一連の治療行為として一貫した包括治療を行ない好結果を得ていますので報告します。

上顎部と根尖の関係

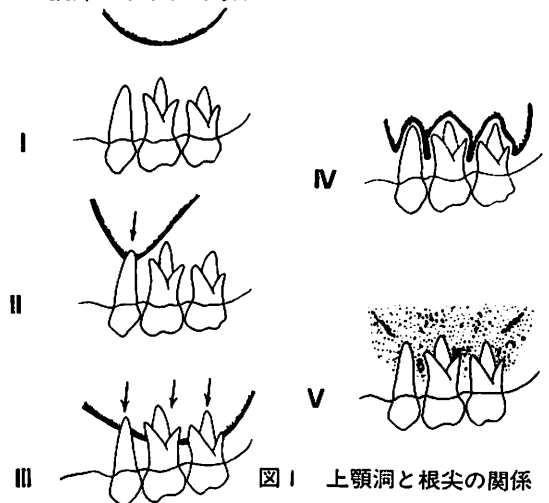


図1 上顎洞と根尖の関係

図1と以下の解説は保間論文よりの引用になりますが、上顎臼歯と上顎洞の関係を示すものです。I型は洞底と根端の間に健康な骨質が存在する正常型で歯牙と全く関係ないもので、II型は根端ロート状低下型と言われるもので、このような場合根端に慢性病変があり上向性に炎症が波及し、洞底線が根端の方向にロート状に吸収したもので歯性上顎洞炎と言われるもの、III型は全体に洞底線が低下す

る大ロート状低下型で鼻の方に問題があり、炎症は下向性で洞底線の位置が大きく低下しており歯髄は壊死あるいは退行性変化を伴うことが多いもの、Ⅳ型は根間ロート状低下型で鼻の方に問題があり、洞底部の趨粗な骨組織のみが吸収され、根端周囲の緻密骨が残っている場合で、歯牙は健全な場合が多い。Ⅴ型は洞底線不明型で慢性根尖病巣を鼻性上顎洞炎、あるいは上顎洞が何らかの病変によって変化を受けているため、洞底線が離断したり、肥厚しているもので、我々にとって最もやっかいなタイプであります。

以上五型に分類されるものの、更に上顎洞が単一空洞でなく多室状であったり、また更にいろいろな病変で変化を受け複雑さを増すことも多いのであります。

上顎洞が変化を受けていく様子

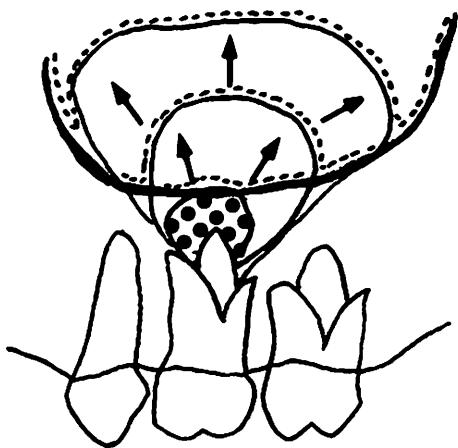


図2 上顎洞が変化を受けていく様子
(歯根嚢胞による)

図2は歯根嚢胞によって上顎洞が変化を受けていく過程を示しますが、骨内で嚢胞が形成されて行くには相当の時間がかかると思わ

れますが、一旦洞底線を突破するとそこは軟組織によって境されている空間ですから、急速に増大し上顎洞内を充満することになります。



図3 上顎洞が変化を受けていく様子
(濾胞性歯嚢胞による)

図3は同じように濾胞性歯嚢胞によって上顎洞が変化を受けていく過程を示しますが、埋伏歯が上顎洞に近接している場合は容易に上顎洞内に拡大していくことが想像されます。

この他、術後性頬部嚢胞、歯源性角化嚢胞あるいは上顎洞由来の各種の病変によって上顎臼歯根端と上顎洞の関連は複雑さを増し、患者は歯科を訪れたり、耳鼻科を訪れたり、それでも腫脹、疼痛が消退しないことで数ヶ所の医療機関を廻ることもめずらしくありません。

臨床例

症例1 患者は14歳男性で右上臼歯部歯肉の腫脹(写真1)を主訴として来院したものです。既往歴、特に鼻の疾患の既往はありません。現病歴としては2ヶ月前より右頬

部に有痛性腫脹を感じ、某歯科受診。X線検査の結果、6の根尖が上顎洞と交通している

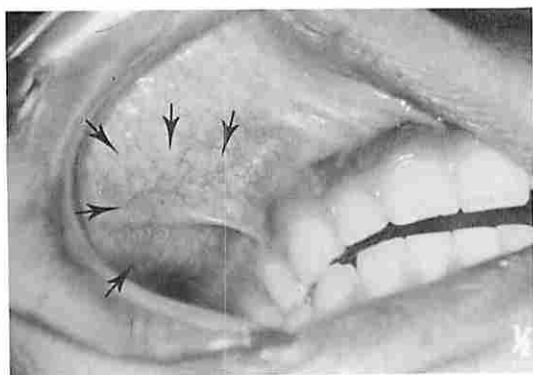


写真1 初診時口腔内所見



写真2 初診時デンタル写真

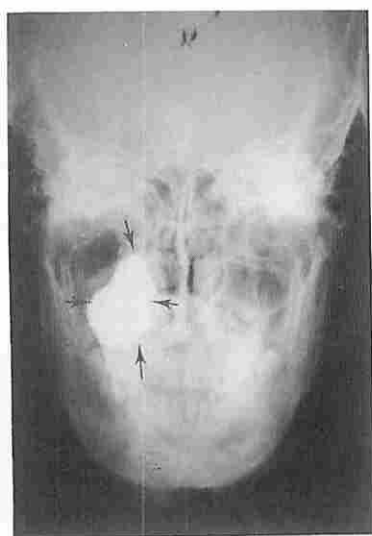


写真4 嚢胞造影写真

ということで当院を紹介されたものです。

経過、初診時デンタル写真(写真2、3)によると32部に過剰埋状歯を認め、その歯冠側から遠心に向い嚢胞を形成している事が認められます。試験穿刺を行ないコレステリン結晶を含む帯黄色透明液を吸引し、40%モルヨードルにより嚢胞造影撮影を行なうと、洞内に充満している嚢胞を認めることができます(写真4)。手術に先立ち嚢胞摘出時にその根尖を傷めるおそれのある2～5の抜髄根管充項を行ないました(写真5)。全身麻酔下に嚢



写真3 初診時デンタル写真



写真5 根充時デンタル写真



写真6 手術時所見



写真7 摘出物



写真8 術直後デンタル写真



写真9 1年後デンタル写真

胞摘出、埋伏歯の抜歯を行ない、下鼻道側壁に対孔を形成し、口腔内は一次的に閉鎖し手術を終了しました(写真6、7、8)

術後経過は良好で1年後のデンタル写真(写真9)では5-2の根尖周囲は新生骨で被われ、6の抜歯窩も新生骨で満たされています。

症例2 患者は33歳男性で左上顎臼歯部歯肉頬移行部の腫脹と疼痛を主訴として来院したものです。既往歴としては20年前に両側蓄膿症の手術を受けています。

現病歴としては4ヶ月前より同部の有痛性腫脹があり、某歯科にて切開排膿、消炎処置を受けていますが、再燃をくり返し、切開創が上顎洞に交通している疑いがあるとして紹介により来院したものです。

経過、既往歴、口腔内所見、X線所見(写真10)、造影撮影所見より左上顎、術後性頬部嚢胞と診断しました。手術に先立ち、保存不可の6を抜歯、345は保存か抜歯が迷った末、後日の補綴処置を考えた時、不可欠の歯牙であると判断し、歯内療法、歯周療法を行な

いました（写真11）。全身麻酔下に嚢胞摘出、洞内よりの根端切除術、上顎洞根治手術に準じて下鼻道側壁に対孔を形成し手術を終了しました。

術後経過は良好で、術直後のデンタル写真（写真12）と比較すると、術後1年後には根尖周囲に一層の緻密骨を認め、動揺もおさまったので最終補綴物を装着しました（写真13）。



写真12 術直後デンタル写真



写真10 初診時デンタル写真

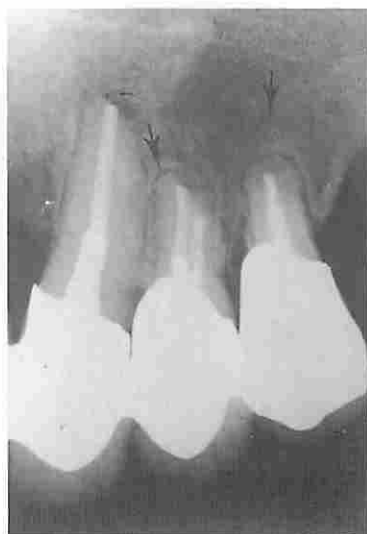


写真13 1年後デンタル写真



写真11 根充時デンタル写真

考察

上顎洞存在の故に上顎臼歯部の診断。治療に難渋させられることが多々あると考えられます。今回上顎洞内に充満した濾胞性歯嚢胞、し線上複雑な様相を呈した術後性頬部嚢胞の2例を示しましたが、このような症例に、歯内療法、歯周療法を無視して単に、口腔外科的あるいは耳鼻科的アプローチのみを行なったとすれば、この2例に示されるような好結

果は得られなかったと考えられるし、あるいは避けられるべき抜歯も必要以上に行なわれたかもしれないと想像されます。

症例1において543の根管処置は術中根尖部を搔爬し、後日、歯髄組織が壊死に陥り、感染源となることを予想し、予防的に行なったのですが、術後経過から新生骨の盛んな増生をみる時、適当な処置であったことが考えられます。

症例2において、歯科学の集学的治療により345を保存し得、それ故に予後良好の期待できる補綴物を装着し得たが、歯科医としての役割分担がなされないまま、一方的に手術的療法のみ行なわれていれば、その後この患者は総義歯を余儀なくされていたのではないかと想像されます。

一方、上顎洞まで病変が及んでいるにもかかわらず、歯牙、歯周組織の処置のみに終り予後不良で数ヶ所の医療機関を廻るようなことがあってはならないと思います。

いずれにせよ、上顎洞がらみの上顎臼歯部の診断治療にあたっては、GPとして、歯科医師として、口腔外科医、耳鼻科医と学際的アプローチを試みるのが肝要であり、各々

の役割分担を胆に銘じることが必要で、片手落ちの医療にならないように心すべきであります。

おわりに

1. 上顎臼歯部に主訴のある患者には必ず鼻の疾患の既往がないか聴取すること。

2. カリエスやペリオの問題がないのに激しい痛みや腫脹を訴える場合、あるいは治療を重ねるが予後が思わしくない時、デンタル写真上でみていると上顎洞が、果して上顎洞であるのか自問し、専門医に対診を求めること。

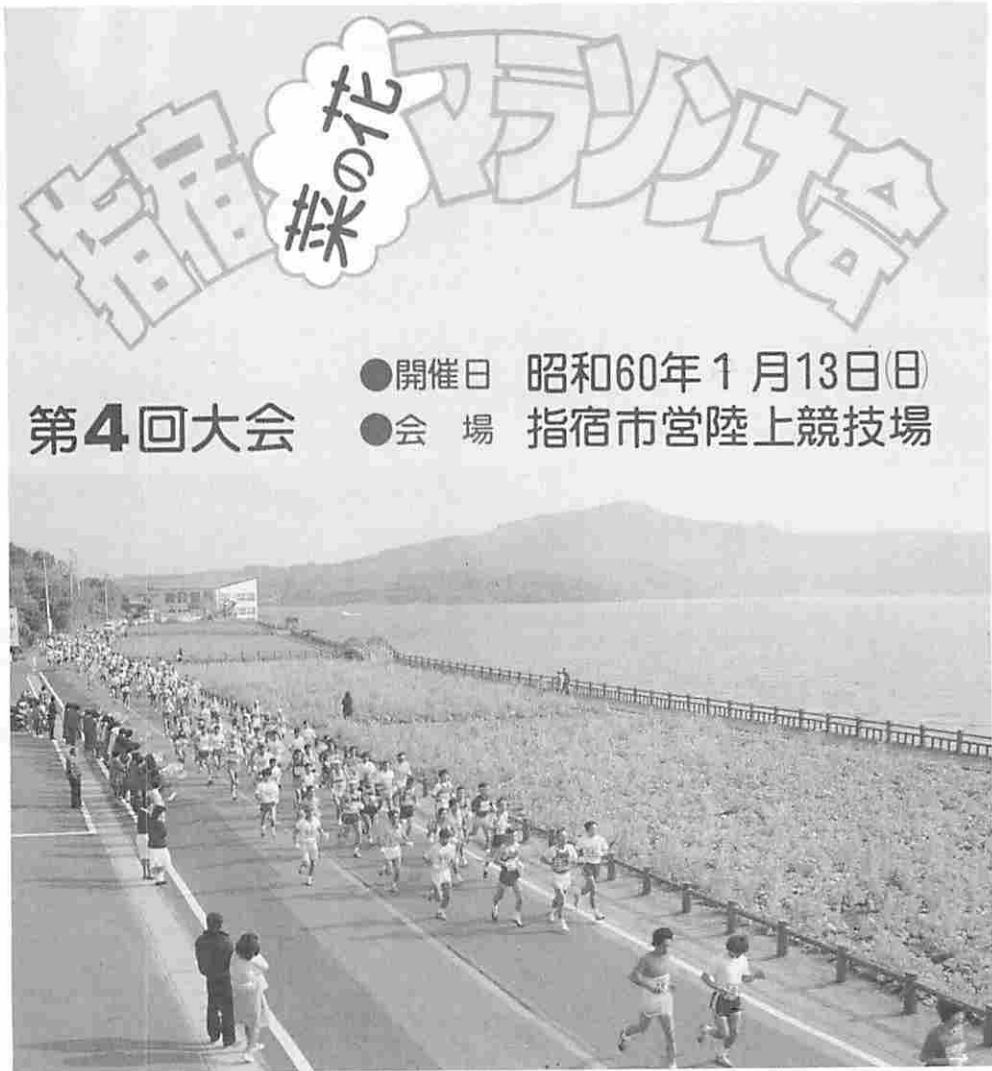
3. 処置にあたっては歯科学各分野の集学的治療が必要であるし、症例によっては耳鼻科との連携が必要であります。GPとして、歯科医師としての役割分担を自覚し、そのやりとりのタイミングを充分考慮すること。

4. 私達の行なう上顎臼歯部への歯科処置が上顎洞病変を起こしてはならない。また上顎洞の術後経過を考える上で私達の行なう歯科処置が大きな力になっていると考えています。

宗兄弟と走った！

(指宿菜の花マラソン60・1・13)

奥 田 良 樹



第4回大会

●開催日 昭和60年1月13日(日)
●会場 指宿市営陸上競技場

ところ是指宿にて1月13日(日曜)、宗兄弟と共にフルマラソンの42.195キロを走った。と書けば、ほとんど一緒に走ったようだが、並んでいたのはスタートライン上だけで、当然ながら、あとは離れていくばかり……彼ら

は軽く流して2時間20分程で1等賞、私は目をつりあげて走って3時間46分の271番目であった。

熊本にはトライアスロン(鉄人レースとも呼ばれ、水泳、自転車、マラソンをたて続け

に挑戦していく競技)を目標にしている熊本C・T・C(クレージー・トライアスロン・クラブ)という団体があり、小生もその末席をけがしている訳で、今回の指宿は、その連中の一部の約18名と出場することになり、小生の車に中年のオジサン2名とオバサン1名を乗せ6時間余りかけて新指宿ホテルにチェックイン。風呂も早々に宴会が始まり、酒盛となり大さわぎ。なにしろ皆、体を鍛えているのでガンガン飲み出して、たちまち持参の焼酎はからになる程であった。20歳~54歳までと巾ひろく、女性のフルマラソントライ組も4・5名いた。最後まで飲んでいたのは中年組ばかりで、若手の入賞をねらう組は早々と部屋に帰ってしまった。しかし10時には終って、ボタンキューで朝の7時まで熟睡した。

フルマラソンの勝負はその日の腹具合の勝負でもあり、大小便は完璧にコントロールしておかないとひどい結果になる。又、朝食はしっかり食べておかないと後半のスタミナに影響してくる。かといって下痢を誘発させる食事や、ガスの出やすいものは良くないし、自分の体調を整えるのが一仕事である。

という訳で、小生は朝起きてすぐ1回、朝食を2杯おかわりしてもう1回、スタート1時間前にだめ押しの1回と計3回も便器と御対面する。

天気は良好で真にマラソン日和。参加人員約500名で内女性は28名。指宿の市民会館から大型バス10台でスタート地点の池田湖まで移動。指宿菜の花マラソンという名の通り真冬だというのに池田湖の回りはいちめんの菜の花で美しい。

スタートは10時丁度。1発のピストルを合図に一勢に500名が走り、空にはヘリコプターが回り、写真とビデオを撮っていた。

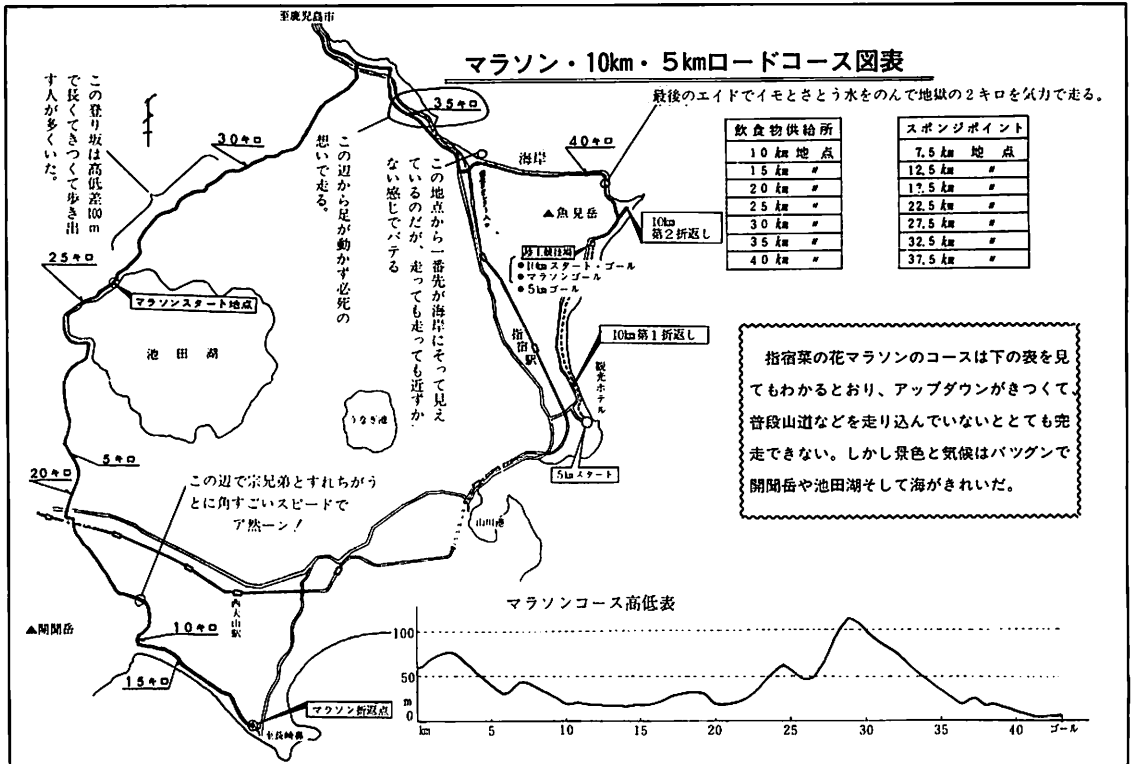
池田湖から長崎鼻を打ち返して再び池田湖に帰り、野を越へ、山を越えて指宿の市営グランドゴールのコースで、アップダウンがかなりあり、相当なハードなコースである。

小生は昨年末、はじめてトライしたハワイでのホノルルマラソンでは30キロすぎで両膝をやられ、4時間38分というブザマな成績に終わったので、今回は1週間前左足首ねんざというダメージがあったが、どうせつぶれるならと、最初からビャンビャン飛ばして行った。5キロが24分、10キロが48分で通過。遅い小生としては理想の最高ペースで、息もあがらず疲労もなく、途中の応援にも大きく答えながら、1歩1歩確実に走る。

20キロが1時間40分で通過した時は思わず顔がゆるみ、うれしくなる。20キロでつぶれてもいいという気持ちで頑張っていたので、快調なペースで楽に、そしてこんなに速く走れるとは想ってもいなかった。ヨーシこれなら3時間30分の記録でゴールできる(なにしろこの記録を若い時、走ったりしたことのない人がやぶるということは、瀬古がオリンピックで優勝するのに等しい位である、と聞いたことがあから)と気合を入れなおして走る。

宗兄弟はとくにすれちがって、はるか彼方に消えてしまった。それにしても宗兄弟の走る姿も顔も実に美しい。やはり道を求め続けて努力している男の顔だと感じた……。

熊本C・T・Cの若手が5番、7番と頑張っていた。さすが速いもんだ。



折り返して小さな上り下りを何度も繰り返してやっと池田湖が見えてきた。この25キロ過ぎてからの登りがハードで、標高差100mも登り、皆あえぎあえぎ走っている。小生は早朝立田山ジョギングで鍛えに鍛えたので登りは少し自信があり、ここで頑張って10名程ぬく。途中のエイドでは、ふかしたサツマイモがあり、立ち止ってお茶をのみながら食べると、エネルギーが充電された様な気分になって力がわいてきた。こんどは長いダラダラの下りである。下りの走り方がむずかしく、昨年11月の杖立での20キロで左膝を痛めたことがあるので、いつもより歩幅を小さくして、慎重に下る。

35キロ地点のやっと平らな所で3時間3分。この頃からジワッと足が重くなってくる。30キロ地点のラップ・タイムを覚えていないの

は、ボーッとして気合だけで走っていたからだろう。

あと7.195キロ。普通なら35分ちょっとだから3時間40分はきれると最後の力をふりしぼって行こうと気持だけは先ばしるが、突然、両足が鉛を入れたように重くなり、足のつけ根、腰に時々痛みが襲ってくる。

またまたホノルルマラソンの時の二の舞で地獄である。長い海岩線で岬の先まで見えているのに走っても走っても距離が縮まらない。時間ばかり飛んで行くようであせるが、真に足が棒になっていてあがらず、2人、3人と抜かれてしまう。それでも歩かないで、走っているの5～6人の歩いている連中を抜いて行く。

やっと40キロ地点のエイドにたどり着く。へたり込みそうになりながらイモを食べサト

ウ水を飲み、目の前を抜いて行った黄色のハチマキの人に必死でついて行く。ラストの2キロはロスオリピックの女子マラソンのアンデルセンの世界で、ほとんどボーッとした状態でヨタヨタと足を運ぶ。

ついにゴールだ！ゴールが見えた！

ラストスパートだ——と思っても、とても足が動かない。1歩、2歩もう1歩と痛む足を進めゴール・イン。涙は出なかったが、充実



感で胸がいっぱいになった。神様ありがとう足さんありがとうと心から想った。1人の美しい娘さんがニコリと毛布につつんでくれた。かすれた声でやっとありがとうと答えるのがせいいっぱいで、ヨロヨロとたくさん倒れ込んでいる人々のすき間にバタン、キュー。

靴をぬぐと右足に大きなマメが出来ていた。少しやすんで回りを見ると、宗兄弟は軽快に動き回り、あちこちで写真撮影にひっぱり回されていた。我ら熊本C・T・Cのメンバーもいっしょに撮らしてもらった。

完走者にはサツマイモとオニギリとぜんざいが与えられ、このぜんざいがサイコーに美味であった。近くの旅館にて風呂に入って、汗を流し、ビールを飲むと生気がよみがえっ

てくる。が、足は棒のようと言うより、棒が足と言う感じで、ロボットが歩く様な歩き方で市民会館に行く。表彰式の後、ホノルル・マラソンへの無料招待の抽選会があったが、ハズレ。5時頃来た時のメンバーで帰る。

熊本に帰りついたのは11時頃で途中は雪が舞い吹雪の様であった。

家に着いて軽く一風呂あびて、体重を計ると全然やせていない……普通フルマラソンを走ると2・3キロは軽く体重が減ると言うのに。

よく考えてみれば、走り終って、目一パイ飲み食いし、夕食で再び、ビールと肉を食べる車の中でもオニギリ3ヶ食べていたのだからしょうがない。

後日談だが、その折、無理して走った為、左膝の滑膜に損傷を受けたらしく、2、3キロ走ると痛みが出てとても走れる状態ではない。

2月17日の大津白川ラインマラソン30キロ
2月24日横島いちごマラソン10キロ、3月10日天草パールラインマラソン20キロと全て申し込んでお金もすでに送っているのに、たぶんアウトだろう。

健康の為に走っていたのに、自らを悪くするようでは、まだまだ未熟です。皆様にも走ることをお進めしますが、くれぐれも私みたいに、無理しないようにして下さい。

私は今年は、水泳と自転車に変更して、トレーニング開始です。13万の競技用の自転車とユニフォームは昨年からそろえて時々乗っていました。空港通り、阿蘇、天草方面は私のトレーニングコースです。一見派手な姿で

プロ風にみえるが、ヨタヨタと自転車をこいでいるのは私以外にはあり得ないので声をかけて下さい。

最後に一言。歯科医は肉体労働者です。勉強も当然大切ですが、神様からいただいた肉体に感謝して鍛えることも、もっと大事だと想います。毎日30分でいいから体を動かし汗

を流しましょう。できれば朝に夕に2回やればストレスの入り込む余地はなくなり、快食快眠、快便のルンルン人生になること受け合いです。

昭和60年 2月 6日書

東部三 奥 田 良 樹

第一回新樹会例会開催される

合沢康生先生新議長任命後、初の例会が昭和60年3月6日、歯科医師会館に於いて、午後3時より出席者94名のもとに行われた。

新議長挨拶(合沢先生)、役員紹介(伊藤先生)、その後、社保の説明会。講師に社保担当委員長・甲斐利博先生、副委員長・宇治道孝先生をお迎えして3月1日からの保険の改正点の説明と質疑応答がなされた。

改正の趣旨

今回の改正は、「技術料の重視、プライマリー・ケアの推進、在宅医療の促進等、診療報酬の合理化を図り、当面合理化すべき事項

について実施する」というのが趣旨とされています。具体的には、

1. 再診の評価と、簡単な診療行為の包括化が行われた。
 2. 歯槽膿漏症の計画的指導管理の重点評価がなされた。
 3. 技術重視の観点から、歯内療法、手術、歯冠修復、及び欠損補綴の重点的引き上げと付随して行う医療行為の包括化が、行われた。
 4. 投薬・検査・歯科材料及び、歯科レントゲンの適性化が行われた。
- 等が主なものとなっています。

新入会員紹介



氏 名 吉 良 裕 明 昭和30年3月10日生

自 宅 熊本市島崎1丁目21-12-202

TEL096-353-0537

診療所 飽託郡天明町銭塘2144-3

TEL096-223-2133

趣 味 音楽、テニス、コンピュータ、天文学

好きなことば 自由

経 歴

昭和56年 九州歯科大学卒業、同大学付属病院入局

昭和57年 熊本鉄道病院勤務

昭和60年2月 個人開業

家族構成

吉 良 直 子 昭和29年2月6日生 妻

〃 健太郎 昭和57年12月9日生 長男



氏 名 橘 俊 光 昭和24年5月1日生

自 宅 大江6丁目25番25号 金子ビル71号

TEL096-363-7660

診療所 八王寺町878-1ティファニー八王寺2F

TEL096-378-2234

趣 味 絵画(油絵)、ゴルフ、麻雀

好きなことば 待てば海路の日和かな!

経 歴

昭和53年 日本大学歯学部卒

昭和57年 日本大学大学院歯学研究科博士課程卒

現 在 日本大学歯学部補綴学第2講座非常勤講師及び橘歯科医院開設

家族構成

橘 美 香 昭和34年7月29日生 妻
妊娠中（予定日：昭和60年3月29日）



氏 名 井 上 熊 男 昭和29年4月1日生

自 宅 熊本県飽託郡北部町鶴羽田1044の4

TEL096-345-1045

診療所 熊本県飽託郡北部町鶴羽田1044の3

TEL096-345-1045

趣 味 ゴルフ、読書

好きなことば 努力

経 歴

昭和56年 九州大学歯学部卒業後第一補綴学教室勤務

昭和57年4月 菊陽台病院勤務

同 11月 菊陽中央病院勤務

昭和60年1月 現在地に開業

家族構成

井 上 泰 子 昭和30年11月13日生 妻（歯科医師）

” 希維子 昭和7年2月28日生 母

” 寛 子 昭和37年7月19日生 妹

会 務 報 告

理 事 会

月 日	協 議 題
60. 2. 20	60年度予算案について、共済金規定について 各委員会事業計画
3. 28	各委員会事業計画

広 報 委 員 会

月 日	協 議 題
60. 2. 14	会誌50号最終校正、会誌51号原稿収集について
3. 11	会誌51号原稿内容検討
3. 22	会誌51号編集

口 腔 衛 生 委 員 会

月 日	協 議 題
60. 2. 15	健康展に関する件
3. 14	健康展の内容について

学 術 委 員 会

月 日	協 議 題
60. 3. 25	過去3年間の委員会活動の反省

社 会 保 険 委 員 会

月 日	協 議 題
60. 2. 15	診療報酬改定についての件 社保だより編集
2. 26	点数改正の資料検討

厚 生 委 員 会

月 日	協 議 題
60. 2. 27	過去3年間の委員会活動の反省
3. 14	過去3年間の資料整理及び反省

編集後記

厳寒の時期も過ぎ日に日に暖かく成ってきていますが、会員の皆様には如何お過ごしでしょうか。

昨年10月、今年3月の健保改正と益々我々歯科界にとって締めつけが強い今日この頃です。まさに冬の時代です。こういう時だからこそ会員が一丸となり、一致協力して事に当たり問題の解決をはからなければならぬと思われるこの頃です。

皆様方のこれらに対する御意見や御希望等有りましたら、御投稿の程お願いします。

市歯科医師会執行部もこの3月31日をもって任期切れとなりました。各委員会に対する会員皆様の御協力ありがとうございました。広報委員会も皆様に親しみのある会誌発行になお一層努力致すつもりです。御投稿していただいた先生方に感謝致します。 広報委員会

熊本市歯科医師会会誌

第 51 号

発行日 昭和60年3月25日発行

発行所 熊本市歯科医師会

熊本市坪井2丁目3番6号

TEL (343) 6669

発行責任者 川崎正士

印刷所 コロニー印刷

熊本市二本木3丁目12-37

TEL (353) 1291