

中岳



Top contents

通常総会	3
審議会	6
労務管理研修会	13
平成30年度 第3回学術講演会	15



CONTENTS

巻頭言	古川 猛士監事	1
会長指針		2
通常総会		3
審議員会		6
医歯連携セミナー		9
平成30年度第2回国立病院機構熊本医療センター開放型病院連絡協議会		11
労務管理研修会		13
平成30年度第3回学術講演会		15
睦月会		20
スタディー		21
新入会員		28
スポーツの広場（ゴルフ・熊本城マラソン）		29
会務報告		34
編集後記		

表紙のことば

阿蘇大明神が阿蘇開拓と農耕の道をひろめた神徳をとなえ、秋の豊作を祈る年に一度の神事「御田植神幸式」通称「おんだ祭」です。厳粛な雰囲気の中で神々の昼飯持ちである全身白装束の宇奈利（うなり）と呼ばれる女性たちの行列を見ていると、神の存在と古代のロマンを感じてしまいます。（宮本 格尚）

巻 頭 言

本会事業について、 行政に理解を求めよう！



古川 猛士 監事

皆様ご存知の通り、2025年問題、すなわち、いわゆる団塊の世代が後期高齢に移行する時期について世論を騒がせています。社会保険であるとか、年金であるとか種々の課題が浮き彫りにされているところです。本会においてもその年齢構成が、徐々に高齢化しつつあるのは事実であります。それに伴い、今後第1種会員が減少することが考えられます。そのことをふまえて、今期初頭に会費の値上げがなされたところです。

あわせて日歯はすでに終身会員の該当年齢を引き上げましたが、本会も終身会員の年齢引き上げについて検討を始めたところです。

会計などを見ていくという立場から考えますと、会費の値上げや終身会員の年齢引き上げもさることながら、そろそろ本会の事業の見直しも必要ではないかと思えます。

いま頭に浮かぶ、本会の事業で、言葉は悪いのですが、費用対効果の低いものとして、すでに20年以上にわたって本会が行ってきている、市内小学校の歯磨き巡回指導、歯たちの健診などがあります。これらの事業は、すべて本会の経費のみで行われています。行政の担当部署に機会があるたびに、これらについて予算立てするよう提言、または委託事業にできないかなど、訴えてきましたが、いまだにその気配さえありません。行政は我々の尻馬に乗って、胡坐をかいている状態と言えます。まあ、担当部署と言っても、職員そのものは数年経過したら、移動があるために、本腰を入れて働こうという人が少ないのかもしれないかもしれません。繰り返しになりますが、費用対効果を考えるときにかなり低いものと言わざるを得ません。

また、今後成人歯科検診が新たに導入されることになります。ようやく行政が重い腰を上げてきたということでしょう。しかしながら導入にあたっては、事業内容、実施方法などなど、決定する前にすり合わせたり、検討を重ねたり、ということが大切です。担当部署との話し合いをこれから続けていかないとはいけません。

トランプ政権ではありませんが、苦しい台所から、わざわざ自腹を切ってまで血を流すことはやらなくてもいいのではないかと個人的には思います。先輩の先生方とともに、これまで培ってきた行政との関係性を否定するつもりはありませんが、会員の会費で成り立っているという原点を見据えて、自腹を切る事業を押さえて、委託事業とか、最低でも補助金などの交付を訴えていくなど、今後も考えていく必要があると思います。

成人歯科検診が始まります



現在の熊本市の歯科検診事業は、1歳半、3歳半、幼稚園・保育園、小・中学校、高校、妊婦があります。また、広域連合からの委託をうけて、後期高齢者歯科健診があります。これを見ても、妊婦健診を除くと学校卒業から後期高齢者になるまでの間は、歯科の検診がまったくありません。（一部の企業では企業健診を行っている所があります）8020達成者が5割を超えたとはいえ、歯を失う原因である、う蝕や歯周病は進行すると後戻りできませんので、早期に発見して対処する必要があります。

熊本市は政令指定都市になりました。毎年、政令市の歯科医師会が集まる会議に参加しておりますが、他都市では40歳から、5歳刻みや10歳刻みで成人歯科検診が行われています。熊本市ではそこがすっぽりと抜けていましたので、我々は事あるごとに成人歯科検診の必要性を訴えてまいりました。その結果、やっとこの3月の市議会でそれに対する予算が付く事になりましたので、成人歯科検診がスタートすることになります。

今回は、事業立ち上げの部分から、本会が関与しておりますので、是非ともこの事業を大きく育てて行きたいと思っております。どのような形式にするかは現在、行政と話し合いを進めている所ですが、秋ぐらいからは実施できるようになるかと思っております。本会への委託事業となりますので、妊婦歯科健診や後期高齢者歯科健診に準ずる形になるかと思えます。

熊本は県民性もあるのか、検診事業に対する参加率が他県に比べて低いそうです。これは歯科だけではなく、医科の様々な健診にも共通する悩みだそうです。その様な中で、今回立ち上げる成人歯科検診を盛り上げて行くのは決して簡単な事ではありません。行政の様々な事業は、結果が出なければ予算の減額や事業そのものの廃止が簡単に行われますので、それを防ぐには会員の協力が必要不可欠です。

歯周病と全身の様々な疾患に深い関係性がある事は、世間にもかなり浸透してきました。医科の理解も深まり、県歯の連携事業も益々盛んになって来ています。また、口腔内に問題があると、総医療費が多くなる事も周知の事実となりました。加えて、日本が超高齢社会に入的过程中で介護の問題が大きくなって来ています。そのため、フレイルの時点で対処する事が重要視されています。全身のフレイルに先立ってオーラルフレイルが発症している事がわかって来ましたので、オーラルフレイルの段階で我々歯科が積極的に関与すれば、全身のフレイルやその先にある要介護の状態へ移行する事を防ぐ、あるいは遅らせることができます。これは大変大きな事だと思います。成人歯科検診の段階で、口腔内の問題点を早期に発見し、対処できればオーラルフレイルに移行する事も防ぐ事ができると思います。

なるべく多くの人に受診していただけるように、現在行政と実施内容や方法の話し合いを行っております。検診事業が始まりましたら、より多くの会員のご協力をよろしくお願いいたします。

新年度の予算及び事業計画承認される

平成30年度 一般社団法人熊本市歯科医師会 通常総会



終身会員の年齢引き上げが話し合われた

3月28日(木)19時30分より、県歯会館3階市会議室にて、一般社団法人熊本市歯科医師会通常総会が開催された。

1. 開会

渡辺 洋常務理事

2. 議長及び副議長選出

議長 片山晃紀先生

副議長 齊藤忠継先生

3. 議事録署名人選出

有田俊昭先生

松田 恵先生

4. 物故会員に対する黙祷

元島博信先生

赤崎幸太先生

5. 会長挨拶

皆様、こんばんは。年度末の大変お忙しい中、またお仕事の後お疲れの中、このようにお集ま

り頂き、ありがとうございます。東京はもう開花宣言が出ているようで、若干先を越された感もあるのですが、熊本も週末にはきれいな桜が見られるのではないかと思います。

本日は、来賓として県歯より、浦田会長にお越しいただいております。浦田会長は今期で会長職を勇退されます。長い間、大変お疲れ様でした。熊本地震の時をはじめ、今まで数多くの場面で手腕を発揮して来られました。今後我々も見習って行きたいと思っています。また、4月からは口腔保健センターに、常勤の歯科医師と歯科衛生士を雇用できることになり、念願の体制になったことも、浦田先生の御手腕によるものと思います。今後は少しごゆっくりして頂き、外から見える事を、われわれ市歯科医師会にご意見として頂ければと思っておりますので、今後とも宜しくお願い致します。

本日は、平成最後の総会ということになります。内容は年度末ということで、会計的なこと、また次年度の新規事業の事等もございます。最後まで慎重な審議の程、宜しくお願い致します。



慎重審議をお願いします

6. 来賓挨拶 浦田県歯会長

皆様、こんばんは。本日は通常総会の開催、誠にありがとうございます。合わせて、お招き頂きまして本当にありがとうございます。

ただいま宮本会長より過分なるご挨拶を頂きまして、ありがとうございます。任期はあと3ヶ月程残っておりまして、それまではもう少し頑張っていこうと思っております。いま宮本会長から御案内がありましたように、口腔保健センターでの障がい者診療に、県の理解を得て予算を頂くことができました。常勤歯科医師1名、衛生士2名で約1,700万程の予算をつけて頂くことになっており、当初は基金から、その後は県費で事業が継続できるという確約も頂いておりますので、安心して取りかかれるかと思えます。また、徐々にではありますが、麻酔医との連携も進めていきたいと考えています。

終身会員の件ですが、県のほうは、終身会員70歳のままにして、会員の先生方の会費を月1,000円程度上げさせて頂くことを考えています。そのほうが会員それぞれの負担が少なくて済むという計算結果が出ておりまして、6月の通常代議員会で承認が得られましたら、議案として提出させて頂きたいと考えております。

時期執行部は、伊藤先生が会長ということで、会長予備選挙で決定させて頂きました。6月に新役員が決まることになります。今まで以上に、新執行部にご協力、ご指導の程宜しくお願ひしたいと思っております。

後、事務局のことで報告させて頂くことがありまして、澤田局長が今月をもって退職という

ことになりました。後任を、県の健康福祉部から、田原局長に来て頂くことになりました。優秀、また温厚な方でありますので、是非宜しくお願い致します。熊本の医療行政に尽力されてこられた方ですので、そのような方が県歯に入って頂けるのは、我々にとっても非常にプラスになるのではないかと考えております。

また、4月1日から、事務局をフレキシブルタイム制の出勤にすることを考えております。残業を減らし、無駄な時間を無くすという考えからですので、会員の先生方には最初にご迷惑をかけることがあるかもしれませんが、宜しくご理解を頂ければと思います。

なにはともあれ、この10年間、色々のご指導を頂いて、なんとか会長職を務めさせて頂くことができました。今後益々歯科医師会が発展することを期待しながら、私も陰から応援をしていきたいと思っておりますので、今後ともどうか宜しくお願い致します。



10年間ありがとうございました

7. 報告

1-1) 会務報告 高松尚史専務理事

1-2) 庶務報告 渡辺 洋常務理事

1-3) 会計現況報告 小野秀樹常務理事

1-4) 監査報告 蔵田幸一監事

2) 理事会決定事項報告 高松尚史専務理事

・国立病院機構熊本医療センターの中島 健先生、谷口広祐先生の市歯科医師会への入会に関して解説があった。

・物故会員であられる、赤崎幸太先生の会員種別に関して解説があった。

3) 審議会報告 秋山 清議長



審議委員会の報告がなされる

8. 議事

- 第1号議案 平成31年度熊本市歯科医師会事業計画案の承認を求むる件
- 第2号議案 平成31年度熊本市歯科医師会一般会計予算案の承認を求むる件
- 第3号議案 平成31年度熊本市歯科医師会収益事業会計予算案の承認を求むる件
- 第4号議案 平成31年度熊本市歯科医師会弔慰金制度会計予算案の承認を求むる件
- 第5号議案 平成31年度熊本市歯科医師会会費及び負担金の賦課徴収方法の承認を求むる件
- 第6号議案 次期役員選挙に伴う理事数の承認を求むる件

第1号議案から第6号議案まですべて可決承認された。

- 第7号議案 熊本市歯科医師会会長予備選挙に関する件

選挙管理委員会委員長の寺本豊徳先生より、推薦候補の宮本格尚先生が、十分な審議の元、熊本市歯科医師会会長予備選挙において無投票当選となった事が報告された。

その後、宮本格尚先生に、当選証書の授与が行なわれた。



当選証書の授与

9. 協議

1. 終身会員の年齢引き上げについて

執行部により、第1種会員が毎年5名ずつ入会すると仮定しても、終身会員へ10～20名の種別変更が行われるので、第1種会員の減少は避けられないことが解説された。

解決策の1案として、会員を医院単位として扱う案が提示された。

その他

- ・今後の歯科医師会館の修繕費用等に関して
- ・90周年記念事業に関して
- ・放射線漏洩測定システムに関して

以上、会員からの質問も含め、執行部より解説、及び現在の見解の説明があった。



放射線測定の意味について意見

10. 閉会 渡辺猛士副会長

(広報 境 大助)

平成最後の審議会、新たな時代を見据えて

平成31年度 一般社団法人熊本市歯科医師会 審議会



活発なご意見、質問をお願いします

3月22日(金)19時30分より審議会が、県歯会館3階市歯会議室にて行われた。

議長 秋山 清先生

副議長 松田 恵先生

1. 点呼 渡辺 洋常務理事

2. 開会 渡辺 洋常務理事

3. 議事録署名人選出

中央区第3支部 大川智弘先生

中央区第3支部 吉崎久次先生

4. 物故会員に対する黙祷

東区第2支部 元島博信先生

平成30年8月2日 御逝去

南区第1支部 赤崎幸太先生

平成30年11月10日 御逝去

5. 会長挨拶 宮本格尚会長

〔要旨〕

改めまして皆さまこんばんは。本日は、お忙しい年度末の中お集まりいただき、ありがとう

ございます。本日は平成最後の審議会となりますし、やがて新元号も発表されるものと思われますので楽しみにしているところです。

どうぞ最後までよろしく願いいたします。

審議会に入る前に、ご報告事項がありまして熊本市健康推進の一つのトピックとして、次年度から成人歯科検診が始まる事となります。

熊本市においては、現在、小学校検診、妊婦検診、後期高齢者検診が施行されておりますが、実は政令指定都市においては、成人歯科検診を行わなければならないと規定されております。熊本市では種々の事情にて成人歯科検診が現在まで行なわれずに経過しておりましたが、



成人歯科検診にご協力を

次年度から実地される事となり、実際には秋ごろから妊婦歯科健診と類似したような形で施行されるのではと予想されます。従いまして、熊本市歯科医師会としましては皆様の御協力を仰ぎ、この事業を盛り上げて行こうと思います。詳しくは後日、ご報告できると思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

本日の審議員会では、年度末ということもあり、会計及び次年度事業計画についての審議になりますので、どうぞ審議員の先生方の活発なご意見、ご質問をよろしくお願いします。

6. 報告

- 1) 会務報告 高松尚史専務理事
- 2) 庶務報告 渡辺 洋常務理事
- 3) 会計現況報告 小野秀樹常務理事
- 4) 監査報告 古川猛士監事
- 5) 理事会決議事項報告
高松尚史専務理事

7. 審議事項

- 1) 平成31年度熊本市歯科医師会事業計画案について
- 2) 平成31年度熊本市歯科医師会一般会計予算案について
- 3) 平成31年度熊本市歯科医師会収益事業会計予算案について
- 4) 平成31年度熊本市歯科医師弔慰金制度会計予算案について
- 5) 平成31熊本市歯科医師会会費及び負担金の賦課徴収方法について
- 6) 次期役員選挙に伴う理事数について

高松尚史専務理事

〔要旨〕

総務からの事業計画案において注目すべきは熊本市の口腔保険条例設定であり、議員より本年の9月には成立させるとの言葉を受けているので期待して待ちたい。

また次年度より始まる成人歯科検診は40歳と60歳が対象となっており、それぞれの検診のや



口腔保健条例に期待したい

り方をどのように行うか煮詰めていきたい。

Q. (中央区第3支部 大川智弘先生)

医療管理において質問します。保健所での歯科相談において、対応される方はどの程度のレベルの知識があるのですか。

A. 執行部より

看護師3人で対応されていますが、歯科的な知識においては十分とは言えない状況ですので、引き続きレベルを上げていただく必要があります。

A. 執行部より

歯科知識においては、どうしても不足する感じが否めませんので、出来るだけ歯科医師会の医療相談の方に相談していただくように、働きかけていきます。

Q. (中央区第1支部 西野隆一先生)

まずは、フッ化物洗口事業の今後の展望について、お聞きしたい。

もう一つはお願い事です。診療施設基準における、か強診と歯援診について、忘れていらっしゃる方が多いと思いますので改めて詳しく会報



会員に周知して頂きたい

等にて会員に伝えて頂きたい。

A. 執行部より

フッ化物洗口の実地については、ここ数年、熊本市の行政が歯科医師会に相談することなく動いているのが現状です。

これに関しては、行政に対し行動する前に事前に歯科医師会に相談するよう何度も提言しているのですが、これに応じていません。従いまして、現在、行政が行なっているフッ化物洗口事業について、歯科医師会は、十分な納得はしておりません。

現在、行政における子供達のフッ化物洗口事業は8020推進委員とシルバー人材センターが受け持っています。

この二団体が区別に有料にて対応しているのですが、フッ化物洗口事業のモデルとして発足した小学校(10校)では、今でも無料で行なわれており、他の小学校では有料という不公平な状態が続いています。また、8020推進委員は歯科的な知識を得た上で活動していますが、シルバー人材センターは歯科的知識が乏しい状態で活動していましたので、研修を受け知識を得たうえで活動するよう要請し、これからも途切れることなく継続する事業として存在するよう行政に訴えています。

A. 執行部より

診療施設基準における、か強診と歯援診については来年の3月までに据え置かれた状況です。クリアしなければならない条件は多岐にわたり複雑なものですので、理解しやすくまとめ、会員の皆さんに可能な限り早期に周知できるようにしたいと思います。

8. 協議

1. 終身会員の年齢引き上げについて

(執行部より)

現在58歳10ヶ月が、熊本市歯科医師会会員の平均年齢です。

60歳代が一番多く、終身会員は今後、毎年約10人ずつ増加し、これに伴い第一種会員の数が減少していく状態が予想されます。

第一種会員からの会費は歯科医師会の運営費の多くを占めており、同種会員の減少が歯科医師会の運営予算に負の影響を及ぼす事は避けられないでしょう。

いずれ歯科医師会としましては、この負の流れに対して何らかの対応をしなければなりません。

終身会員の年齢引き上げも一つの案ですが、やはり、会員を増やすことが必至となります。福岡市歯科医師会では個人では無く病院単位で入会していただく形にしています。例えば同じ病院にて代替わりする場合などには入会費は無料とする事により、歯科医師会に所属する病院数を維持していくよう勤めているようです。しかし、熊本では親子会員があるために、このやり方を導入するのは難しいのが現状です。

(中央区第1支部 西野隆一先生)

終身会員が多くなるのは、仕方の無い事だと思います。今後、あと取りのいない歯科医院は廃院される所が増え、居ぬきで開業される先生が多くなる事が予想されます。その先生方が、会員権を買うようなシステムにする方が、うまく回っていくのではないのでしょうか。

9. 閉会 田中弥興副会長

(広報 濱坂 上)

正しい知識を持って骨粗鬆症患者に向き合おう

第80回医歯連携セミナー

2月21日(木)国立病院機構熊本医療センター
2階地域医療研修センターにて20時より第80回
医歯連携セミナーが開催された。開会に先立っ
て熊本市歯科医師会 宮本格尚会長よりご挨拶
頂いた。次に熊本県歯科医師会学術委員会 井
上裕邦理事座長のもと薬剤関連顎骨壊死の現在
とこれからと題し、医療センター歯科口腔外科
部長 中島健先生より御講演頂いた。



局所感染させないことが大事である

・ARONJの増加

顎骨壊死をおこす薬剤の多くはBMA (Bone modifying agents)、ビスホスホネート製剤(BP製剤)およびデノスマブ製剤(分子標的薬)である。骨吸収抑制剤関連顎骨壊死をARONJとよぶ。2003年アメリカにて、日本では、2006年に最初の報告があった。2010年ポジションペーパーでBP3年以上服用で休薬が必要と発表し、2016年には、休薬のエビデンスなしと発表した。日本でのARONJの増加は、5年で18倍となった。

・骨吸収剤について

日本骨粗鬆症学会の調査によると、歯科医師が顎骨壊死と関係のない骨粗鬆症治療薬に対して休薬を求める事がしばしばあり、歯科医師から休薬依頼のあった薬剤のうち30%近くはBPとデノスマブ以外の薬剤であることが報告されている。骨粗鬆症治療薬のファーストチョイ

スはBMA製剤である。医療センターにて2016-18年の2年でARONJを起こした薬剤として、骨粗鬆症では、アクトネル・フォッサマック・ベネット・プラリア・ボナロン・ボノテオ・ボンビバ・リカルボン、悪性腫瘍では、ゾメタ・ランマークが挙げられる。休薬の際には、常に代替薬のことも、考えなければならないが、骨粗鬆症性骨折は、5年生存率30%と予後が悪いので休薬できないのではないかと。

・ARONJの診断と原因について

ARONJの診断として1. 現在あるいは過去に骨吸収抑制薬か血管新生阻害薬による治療歴があること 2. 口腔・顎・顔面領域に骨露出か骨壊死、もしくは口腔内外の瘻孔からプローブなどで骨の触知が可能な状態が8週間以上持続して確認されること 3. 顎骨への放射線照射履歴がなく、明らかな顎骨へのガンなどの転移がないことなどが挙げられる。検査は、問診と口腔内診査・単純レントゲン撮影・CT・MRI・シンチグラム検査がある。原因としては、1. 骨代謝回転抑制作用 2. 血管新生抑制作用 3. 口腔内細菌感染。骨粗鬆症におけるARONJ発生頻度は、経口・静注により0.001～0.01% 最大に見積もっても0.1%程度。抜歯後の発症頻度は1.7% 100人に1～2名。抜歯をしなくても多く発症し、歯がない所でも発症する。抜歯をせざるを得なくなるような局所炎症が原因であり、抜歯前からARONJが発症している。歯科では定期的な管理が必要であり侵襲的な治療では、局所感染をさせないことも重要である。発症する患者の特徴としては、易感染性・免疫力の低下・口腔管理不足であり、いったん感染すると重篤になることが多い。

・ARONJの治療と結果

保存的もしくは外科的治療に分けられる。保存的治療は、腐骨分離して自然排出されるまで

待ち、可能であればBMA休薬、壊死骨上の粘膜、歯牙を除去して、徹底的に洗浄する。抗生剤長期投与、高圧酸素療法も行う。外科的治療は、保存的治療を3カ月してから、腐骨分離しない場合に行う。治療成績としては、悪性腫瘍患者で治癒22%、治療継続53%、骨粗鬆症患者で治癒50%、治療継続35%であった。保存治療において歯科クリニックとの連携が不可欠であり、常に洗浄を心掛け、腐骨の鋭縁は削合し、分離した腐骨は除去する。

ARONJ治療中に休薬することにより、脊椎骨折・大腿骨骨折のリスクは増大する。2016年ポジションペーパーによるとARONJ確定診断された場合は治療が完了するまでの間、休薬が望ましいと記載があるが、治癒率向上に寄与する結果は得られなかったと報告がある(長崎大学口腔外科学 梅田正博教授)。

・ARONJの予防について

2016年版ポジションペーパーでは、感染予防が極めて効果的、重要であることが示唆される。また顎骨壊死が確定診断された場合は治療が完了するまでの間、ゾメタ・ランマークの休薬が望ましい。大切なことは医科歯科連携の欠如によって患者が適切な歯科治療を受けられず、不利益をこうむることを防止しなければならないと記載がある。ARONJの予防に休薬すべきかについて、2016年顎骨壊死ガイドラインでは、休薬のエビデンスなし。

2015年骨粗鬆症ガイドラインでは、骨粗鬆症

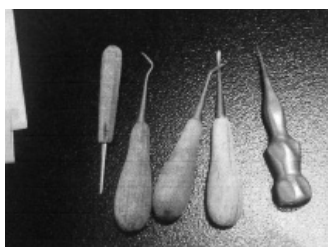
は生活機能やQOLを下げるだけでなく、長期的には骨折の有無にかかわらず、死亡リスクを有意に上昇させる。高齢者の骨粗鬆症性骨折をした患者の5年生存率は30%である(Johnell O, et al)。以上の事から休薬すればARONJが免責されるような風潮は良くない。熊本県における統一指針案(歯科医師サイド)では、BMA投薬中でも、原則的には休薬せずに抜歯などの外科処置を行なう。ARONJを発症したら可能であれば休薬が望ましいが、骨折のリスクが高い患者は処方医と相談する。抜歯については感染予防に努めると案が出された。予防するためには処方前の医歯薬連携が必要であるが熊本では未実施である。そのためにはまずは歯科での統一プロトコルが必要ではないか。最後にBMA休薬なしでの抜歯時の注意事項について説明があった。治癒不全であれば、口腔外科に情報提供して頂き、通常の抜歯であれば歯科クリニックで行って下さいとの事でした。熊本市歯科医師会医療管理委員会 有働理事より謝辞を頂き閉会となった。

日常臨床の中で骨粗鬆症の患者の歯科治療の機会が数年前より格段に増えてきました。常に情報にアンテナを伸ばし正しい知識を持って臨床に向き合っていきましょう。

第82回医歯連携セミナーは、8月22日整形外科医長 福元先生に御講演頂く予定です。

(医療管理 町田宗一郎)

訂正とお詫び



前回中岳184号26ページ写真のキャプションが間違っていました。

訂正してお詫び申し上げます。

(正)永田信先生が使われていた木製の柄のエレベーター

広報委員会

明日の医療の動向について

第2回国立病院機構熊本医療センター開放型連絡会



毎回多数の参加者が集まります

2月23日(土)18時30分より国立病院機構熊本医療センターにて平成30年度第2回国立病院機構熊本医療センター開放型連絡会が開催された。開会にあたり、まず国立病院機構熊本医療センター 高橋毅病院長より現状報告および疾病・病診連携への支援に対する感謝の言葉が述べられた。

次に、開放型病院運営協議会委員長で熊本市医師会 園田寛会長よりご挨拶を頂き、開放型連絡会の目的について述べられた。

続いて、連絡会に移り熊本市医師会 家村昭日朗理事と国立病院機構熊本医療センター 大塚忠弘副委員長の司会のもと、2例の症例提示が行われた。



開放型連絡会にご協力を

まず歯科口腔外科部長の中島健先生より「誤嚥性肺炎の予後因子としての不顕性誤嚥」の演題で発表が行われた。誤嚥性肺炎患者に咳テストを行い、不顕性誤嚥が検出された場合、生命予後が不良である可能性があり、日常生活動作の向上や口腔衛生ケアが重要であることが示唆された。咳テストのような簡便な方法で、誤嚥性肺炎の予後がわかる事は、治療法やケアの方法などの選択のために有意義であると述べられた。不顕性誤嚥が疑われる場合、口腔ケアを徹底し、ADLをあげ、離床を進める。食事前は、後の吸引をしっかりすること、また食後は30分睡眠時も10-15度のギャジアップしておく。

次に、救命救急センター長 原田正公先生より「心肺停止患者に対する水素ガス吸入療法」の演題で発表が行われた。水素ガス吸入治療は、虚血性心疾患や虚血性中枢神経疾患に効果があるかもしれない。心停止蘇生後症候群においては、現在広く行われている体温管理療法に水素ガス吸入治療を併用することでさらなる予後改善効果が期待される。現在、心停止後症候群に対する水素ガス吸入治療は先進医療として臨床試験が進行中である。

地域医療連携室からのお知らせとして、地域連携室長の渡邊健次郎先生より、登録医数1872名で増加しており、ご紹介患者さんの情報交換には、りんどうネットを積極的な活用をお願いされた。携帯電話やスマートフォンで診察のお呼び出し状況が確認できるサービスを始めたという報告があった。

続いて、地域医療連携副室長の菊川浩明先生より紹介予約センターの利用状況について、365施設、累積1365件となった。初めての際は紹介状を持参して頂き、治療終了した方は地域の先生方にご紹介をしています。ご予約が済んでいない場合は、返書の際に案内書を同封していますと報告があった。

最後に熊本市歯科医師会 宮本格尚会長より挨拶があり、誤嚥性肺炎は、口の中の細菌に起因すること、骨粗鬆症や誤嚥性肺炎などみても、医科と歯科の連携が重要であると述べられた。



中島健先生による御講演

引き続き家村昭日朗理事を座長に厚生労働省医政局医療経営支援課長 樋口浩久先生より「明日の医療の動向について」と題して特別講演が行われた。

① 医師の働き方改革関係について

時間外労働規制の対象とするが、医師法に基づく応召の義務等の特殊性を踏まえた対応が必要である。長時間要因として、緊急対応や手術・外来対応の延長、自己研鑽のほか、時間外での患者説明等。改革の今後の進め方として、今後目指していく医療提供の姿、医師の特殊性を含む医療の特性、時間外労働の上限時間数の設定など制度上の論点を年度内に検討していく。

② 働き方改革関係

労働者がそれぞれの事情に応じた多様な働き方を選択できる社会を実現する働き方改革を総合的に推進するために、長時間労働の是正、多様で柔軟な働き方の実現、雇用形態にかかわらず公正な待遇の確保等のための処置を講ずる。医師においては、改正後施行5年後に、時間外労働の上限規制を適用する。時間外労働の条件について、月45時間、年360時間を原則とする。10日以上有給休暇が付与される労働者に対し、5日について、毎年、時季を指定して与えなければならないこととする。

③ 国による支援

都道府県 医療勤務環境改善支援センター・いきいき働く医療機関サポートWebなど活用して頂く。

④ 地域医療構想について

2025年の医療需要と病床の必要量について、高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と病床の必要量とする。目指すべき医療提供体制を実現するための施策する。機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整していく。



医科歯科連携が大事です

最後に座長の家村昭日朗先生の挨拶で開放型連絡会は閉会となった。

(医療管理 町田宗一郎)

働き方改革やハラスメントなどを講演 労務管理研修会

1月25日(金)熊本県歯科医師会館3階市会議室にて、51名の参加者を集めて、労務管理研修会が開催された。講師は藤枝社会保険労務士事務所特定社会保険労務士の藤枝雅喜先生。内容は働き方改革関連法案について、パワーハラ・セクハラ・マタハラ問題の実態、最近の労働事情に関してなどであった。



働き方改革関連法案を説明

まずは働き方改革関連法案に関して。働き方改革とは、

1. 長時間労働の解消
2. 非正規雇用者と正規雇用者の格差是正
3. 高齢者の雇用促進(定年の延長)

などを目的としている。働き方改革関連法案の中で、我々に最も関係の深い部分是有給取得の義務化である。これは、2019年4月1日から、使用者は有給休暇が年10日以上ある労働者に対し、毎年5日間、時期を指定して年次有給休暇を取得させることが義務付けられたという内容である。ただし、労働者が自ら有給休暇を取得した場合や、年次有給休暇の計画的付与制度により有給休暇を取得させた場合は、その日数分は上記の義務を免れる。有給休暇の付与日数のうち5日を除く残りの日数について、全社一律か個人ごとに休暇取得日を指定することのできる制度が年次有給休暇の計画的付与制度である。これを実施するには、労使協定を結ぶ必要があり、付与日数のうち5日は、個人が自由

に取得できる日数として必ず残しておかなければならない。つまり、社員自らが取得した休暇や、計画的付与制度による休暇を合計して5日に満たない場合は、その残りの日数について社員の意向を聞いた上で、事前に「〇月〇日に休暇を取得してください」と指示することが必要になる。2019年4月以降は、最低5日は休暇を取らせなければ労働基準法違反となり6ヵ月以下の懲役または30万円以下の罰金が課せられることとなる。



今後も定期的に労務管理セミナーを開催

次に、パワーハラスメント防止に関して。まず、パワーハラスメントは線引きが難しく、明確な定義がまだない。概念としては、同じ職場で働く者に対して、職務上の地位や人間関係などの職場内の優位性を背景に、業務の適正な範囲を超えて、精神的・身体的苦痛を与える、または、職場環境を悪化させる行為をいう。必ずしも上司から部下に向けたものだけではなく、先輩後輩間や同僚間、部下から上司に対して行われるものもある。また、個人の受け取り方によっては、業務上必要な指示や注意、指導を不満に感じたりする場合でも、これらが業務上の適正な範囲(表現、回数、態様等)で行われている場合には、パワーハラスメントには該当しない。では、どのような行為がパワーハラに当たると言えるか、例えば、

1. 身体的な攻撃(頭を小突く、胸ぐらを掴む、

髪を引っ張る、物を投げつける等)

2. 精神的な攻撃(人前で大声で叱責する。「死ね」「クビだ」と脅かす、「バカ」「給料泥棒」など人格を否定するような言葉で執拗に叱責する。)
3. 人間関係からの切り離し(日常的に挨拶をしない。会話をしない、医院全体の食事会などに誘わない。)
4. 過大な要求(明らかに達成不能なノルマ、一人では無理な仕事を強要する、終了間際に過大な仕事を毎回押し付ける。)
5. 過大な要求(毎日のように草むしりや倉庫整理をさせる。コピーなどの単純作業しか与えない。)
6. 個の侵害(個人の宗教や信条について公表し批判する。しつこく結婚を推奨する。)

などである。ただし、これ以外は問題ないと言うことではない。パワハラ防止のための我々の役割としては、働きやすい環境に対する配慮(日頃からの適切なコミュニケーション、大きな問題に発展する前に迅速な対応をとるなど)、職場における相談対応、パワハラにならないような指導などである。この、パワハラにならないための指導のポイントとしては、

- ①叱る前に一呼吸置く
- ②指導が必要な具体的な行動に焦点をあてる
- ③性格の非難や人格の否定はしない
- ④指導がどう伝わったかを確認する

などである。そして職場内に、パワハラについての院内の取り組みを宣言することも大事である。これは、スタッフの目に着くところに掲



田中副会長による挨拶

示しておく。

セクシャルハラスメントや、妊娠・出産に関するハラスメントに関しては、残念ながら時間の関係でさわりだけであったが、パワハラと同様にハラスメントに対する取り組みを院内向けに宣言することが大事であるということであった。

最後に最近の労働事情に関してであるが、ハローワーク熊本における平成30年11月の求人・求職、賃金状況や、平成30年3月の新規卒業就職者初任給情報などについて資料をもとに説明があった。また、事前に寄せられた種々の質問に対し、人件費や賞与、昇給、退職金などの決め方に関して、具体的な数字を示しながら説明があった。しかし、これらは明確な基準があるわけではないので院長の裁量で決めれば良いが、制度として作成した場合はきちんと支払わなければならないということである。

以上が今回の講演会の概要であるが、2時間の講演時間では収まりきれないほど豊富な内容であり、我々が経営者として知っておかなければならないことがたくさんあると感じた。働き方改革や、様々なハラスメントの問題など、過去にはあやふやにされて来たことが、現在の社会では通用しなくなって来ている。我々と一緒に働いてくれているスタッフが自院で働くことにやりがいを感じ、共に幸せになれるような職場環境作りをする為にも、今後も更に労務管理の勉強をしていかなければならないと感じた。医療管理委員会では今後も定期的に労務管理セミナーを開催していく予定であるので是非多くの先生方のご参加をよろしくお願い致します。

(医療管理 関 喜英)

「補綴を考慮した歯内療法」

平成30年度熊本市歯科医師会第3回学術講演会



4時間に渡るデモを交えた有意義な講演会だった

2月16日(土)熊本県歯科医師会館3階市会議室において、第3回熊本市歯科医師会学術講演会が開催された。講師に川崎市御開業の平井順先生をお招きし、「補綴を考慮した歯内療法」と題してご講演いただいた。宮本格尚会長の開会の挨拶後、講演が始まった。



宮本会長による感謝の挨拶

歯内療法はあくまでも補綴のためのイニシャルプレパレーションであり、理想的な歯内療法が施されたとしても、その後の補綴処置によって予後は決まる。歯内療法の真の目的は、歯の長期保存を考慮した補綴設計の基で、完成度の高い土台作りを行うことにあるが、大切なことはその目的を果たすために何を使ったか、手段ではなく、どのような好結果が残せたかである。

そのためには、歯内療法の高い技術力と共に、たとえ一歯治療の症例であっても、リポジショナー型スプリントを作製し、水平的、垂直的に患者本来の下顎位を模索して得られた安定した顎位の元で、バランスのとれた機能咬合を与えることが重要であり、「歯科治療は咬合に始まり咬合に終わる」と歯科治療の考え方を示された。そして今回これらを前提とした歯内療法の臨床についてデモを交えお話しされた。

抜去された歯牙の歯髄の状態を調べると圧倒的に失活歯が多く(無髄・根充あり47%有髄38%無髄・根充なし17%)根管治療が施された歯はされていない有髄歯よりも、高頻度に抜歯に至ることが報告されている。つまり歯牙の長期的な保存のためには、有髄であること再治療のない歯内療法を行うことが大切で、「患者が痛みを訴えているから、カリエスが大きいから」といった安易な抜髄はしてはならない。可逆的歯髄炎であれば症状があっても歯髄の保存は可能である。また、麻酔を行うと診断のための情報が何も得られなくなるため、診断が確定するまでは麻酔をしてはならない。露髄しそうな場合や露髄した場合、歯髄保存療法として間接、直接覆髄処置(水酸化カルシウムで覆髄し、漏洩防止のため接着性材料で封鎖)を行い

出来る限り歯髄の保存に努めなければならない。

〔歯髄保存不可の指標(麻酔すると診断がつかない)〕

- ・露髄した歯髄の色が悪い
- ・出血した血液が鮮血でない
- ・露髄面の止血ができない
- ・歯髄診断器にて歯髄の応答がない(壊死している)
- ・露髄しても出血がない(壊死している)

X線写真上で、根尖部に透過像をみとめる(失活している)

などの場合は、抜髄処置となる。

診断においては、歯髄の状態を診るだけでなく、歯内療法が原因なのか、咬合面の形態、楔上欠損の有無、歯列、咬合平面などから早期接触や干渉の有無、レントゲン像などから咬合の問題なのか、また潜在していないか？常に全体(咬合)を診る必要がある。



どのような好結果が残せたかが大事

根尖病変とは根尖歯周組織に細菌的、化学的、物理的刺激が加わって発現した歯槽膿漏、歯根肉芽腫、歯根嚢胞など根尖性歯周組織疾患の総称である。すなわち根管内の微生物やその生産物、あるいは歯髄の変性・歯髄壊死が抗原となって根尖歯周組織を刺激すると、根尖歯周組織では免疫応答が起こり、生体の防衛反応として炎症性肉芽組織の形成が始まる。それに伴って根尖歯周組織では結合組織や骨組織の破壊が起こりX線透過像を認めるようになる。根尖の病変は根管充填によって治るのではなく、根管の拡大(感染歯質は根管内壁表層に局在している)による細菌やその生産物、あるいは壊死物質の除去や消毒によって根尖の病変が消退して、治癒に向かうことになる。つまり根管内の起炎因子や感染源の徹底的な除去が必要である。

根管治療において、まず天蓋の除去であるが、その際、象牙質の上蓋を切削し、髄角を含めてスムーズに必要な最小限の外開き形態とし、現状の咬合維持(挺出の防止や下顎位、垂直顎間距離を変えない)のため、咬頭は削合しない(急性症状があっても削合しても歯根膜の肥厚分だけにとどめる)また、JHオリフィスバー#8を用いて幅2mm幅テーパー逆6度のポスト形成を行うことによって、根管充填後にポスト形成が必要のない補綴への移行を考慮した“根管内壁拡大形成法”を行うことができる。

根管内壁拡大形成の目的は根管内の起炎因子や感染源の徹底的な除去と根管充填が可能な器作りである。

〔根管内壁拡大形成法(JHエンドシステム)の特徴〕

オリジナルの根管形態を保持しつつ根管充填に必要なフレアー形成を付与できる根管形成法であり、ジッペラー社とマニー社の2種類のKファイルを使用した手用ファイリング法で、最終的にポスト形成がされている形にする。

従来の根管から逸脱することを最小限にして根管拡大形成するために、根尖の湾曲部の形成には、しなりのあるジッペラー社のKファイルを用い、回転トルクをコントロールすることが重要であり、エアースケーラーにマニー社のKファイルを取り付け、ファイルをしならせて先端部分を下から上へと削合し、フレアー形成と根管洗浄を同時に行う。その際根管の4隅角を意識したファイリングを行う(4隅角ファイリング)。また、根管中央部および歯冠部の直線部分の形成にはJHエンドバーを使用する。

アピカルシートの形成では、ジッペラー社のKファイルを用いるが、長くやると削片を根尖部に押し込むことになるので短時間(3秒以内)で行わなければならない。

エアースケーラーの水を使用することによって根尖部の目詰まりを取り除き、内壁をいかにきれいにするかがポイントである。

そして側方加圧充填法が可能な状態に根管内壁を拡大する。根管貼薬剤は使用せず、治療期間中は歯根膜、歯槽骨の活性化の維持と顎位の偏位防止のため咬合させた状態で行う。

また、根管長測定器(新型ジャスティ3.5ヨシダ)による根尖孔穿通の確認は、リーマー先端

部のD1で行い、根尖オーバー+2メモリ(0.3mmオーバー)の位置を根尖孔穿通ラインとし、根尖の残髄や目詰まりの可能性を少なくする。

〔根管充填〕

根管充填の目的は、漏洩防止のための根管口の封鎖と根尖周囲組織との交通を遮断するための根尖孔の封鎖である。

根管充填には側方加圧根管充填(ラテラルコンデンセーション)と垂直加圧根管充填(パーティカルコンデンセーション)がある。ほとんどの根管に対して正しく根管形成されていれば、いずれの方法でも緊密な根管充填が可能である。根管の複雑さを考慮した場合、垂直加圧根管充填は主根管以外の側枝の充填にも優れ、根未完成歯、内部吸収を有する患歯および槌状根にも対応できる。平井先生はJHアピキャリアによる垂直加圧根管充填(パーティカルコンデンセーション)を行っている。

〔JHアピキャリアによる垂直加圧根管充填〕

従来の垂直加圧根管充填の問題点として、根管充填の器作りのための過剰拡大や、根管充填時の根尖組織への圧力、根尖孔外へ根充材の流出、根管充填時の長さのコントロールなどがあったが、この根管内壁拡大形成後の根管は、オリジナルの根管形態を保持したまま適度なフレアーが付与されていることや、辺縁封鎖性の高い低温融解性のナチュラルガッタとJHアピキャリアの使用により、ナチュラルガッタを無圧状態で根充できることによって改善されている。また根尖孔外に出たナチュラルガッタは吸収される。



真剣な眼差しでデモを見つめる

【JHエンドシステムのデモ】

1. 外形線の設定、天蓋除去、髄室開拓

①外形線の設定 歯頸部横断面の相似形の縮小形

②天蓋除去 カーバイトバー サージカルレンジス #1557

(前歯、下顎小白歯、単根歯)

カーバイトバー #1557

(上顎小白歯) #1558 (大白歯、複根歯)

③髄室開拓 JHO1 (前歯、下顎小白歯、単根歯)

JHO2 (上顎小白歯、大白歯、複根歯)

2. 根管内壁拡大形成

(ナチュラルチャネルプレパレーション)

①テストファイルおよび根管長測定

#15KFileを基準とし、根管長測定器JUSTYとX-RAYにて決定

②ファイル域の根尖孔の穿通および拡大

#20KFileを基準とし、File先端DI部の抵抗感を参考にする30°のねじれと1~2mm掻き上げ操作を行う

③ファイル域のアピカルシートの形成(第1回目)

#25KFileから-1mmを作業長とし#30KFileまでは30°のねじれと1~2mmの掻き上げ操作、#35KFileは18°のねじれと1~2mmの掻き上げ操作により形成

e.g. #06~#30までは30°、#35は18°のねじれと1~2mmの掻き上げ操作により形成

e.g. #25KFile④→⑤→⑥、#30KFile→④→⑤→⑥、#35KFile→④→⑤→⑥

e.g. #35KFile形成終了は次の#40のKFileが作業長-1mmの位置まで到達時とする

④ファイルによる機械域のKaVoエアースケーラーによる根管内壁拡大・清掃およびフレアー形成

マニー#25、30のKFileのヘッドを45°かたむけ、Fileの先端のみを使用し、4隅角円周ファイリングを行う

⑤リカプチュレーション

#15KFile(根尖孔の1サイズ下の号数)を30°のねじれと1~2mmの掻き上げ操作により根尖孔の清掃と根尖孔が目詰まりしていないことを確認

- ⑥ファイルによる機械域のKaVoエアースケーラーによるイリゲーションおよび根管内壁拡大・洗浄

マニー #25および#30のKFileのヘッドを45°傾け、Fileの先端のみを使用して、4隅角円周ファイリングを行う

- ⑦JHエンドバーによる湾曲点より歯冠側機械域のアクセスオープン

空気圧を0.5kg/cmの超低速にしたKaVoタービンジェントルフォース7000を用いる。JHエンドバーの先端の豊隆部のみを使用し、根尖側から歯冠側へ螺旋を描きながら根管内壁の隅角を研磨するような感覚で行う

- ⑧根管口入口付近のスムーズ化

マイクロモーターを2000r.p.m.の低速にした等速のイントラを用いる。JHオリフィスバー #3もしくは#4の先端の豊隆部のみを使用し、根管口付近から歯冠側までの隅角を移行的なスムーズな形に隅角を研磨するような感覚で整える。

- ⑨アピカルシートの形成(第2回目)

根管長 - 1mm を作業長とし#50まで根管内壁拡大形成を行う

e.g. #40は12° #45は10° #50は4° #55は3°のねじれと1~2mmの掻き上げ操作により形成

e.g. #40KFile→④→⑤→⑥、#45KFile→④→⑤→⑥、#50KFile→④→⑤→⑥

e.g. #50終了時 #55 KFileが作業長 - 1mmの位置まで試適可能であること

- ⑩根尖孔が目詰まりしていないことを確認、清掃、消毒、乾燥

最終のリカプチュレーションおよび根尖孔の確認は#15の次に#20の順に行い、⑥の後エンドサクソンにより乾燥し、次にペーパーポイントで乾燥および根尖孔からの出血がないことを確認する。

3. 根管充填(JHアピキャリアによるパーティカルコンデンセーション)

- ①ガッタパーチャポイントの試適

形成できた最終号数のガッタパーチャポイントが作業長まで試適できることを確認する(通常は#50を基準とする)

- ②JHアピキャリアの選択(金色側)および指摘、試適

①で決まった号数と同じサイズのJHアピキャリアを選択し、根管内に試適し根管長 - 3mmの位置まで抵抗なくスムーズに挿入できることを確認および根管内へ挿入できるように湾曲の調節を行う

- ③ナチュラルガッタJHの選択

①で試適できたサイズと同じ号数のナチュラルガッタJHを選択する

- ④ナチュラルガッタJHの接続

③にて決定したナチュラルガッタJHをガラス練板の上に置きピンセットで固定する

②で試適調整ができたJHアピキャリアの先端を火炎の還元炎内で2秒間温めた後、ナチュラルガッタJHをJHアピキャリアの先端に接続する

- ⑤長さの決定

④にて接続されたナチュラルガッタJHの先端からストッパーまでを根尖孔までの長さ(根管長)に設定する

- ⑥ナチュラルガッタJHの軟化

JHアピキャリアの先端に接続されたガッタの半分程が還元炎の中を通すように手首のスナップを使い回転させながら3回行う

- ⑦軟化したナチュラルガッタJHの調整

JHアピキャリアの軸を床と垂直にし、3秒間維持し、軟化したナチュラルガッタJHと接続されたJHアピキャリアが一直線になるように調整する

- ⑧温めたナチュラルガッタJHの先端1/3をユーカリソフトプラス(東洋化学)に0.5秒間浸した後、滅菌化繊ガーゼでガッタの先端の余剰ユーカリ泥を拭いながら、ガッタを引きながら真っ直ぐになるように整える

- ⑨第1段目のガッタパーチャコーンによる根尖孔の閉塞

⑧で軟化されたナチュラルガッタJHの先端を根管口の中央に位置付けし、1. 2. 3. 4のリズムで速やかにアピカルシートの上をガッタパーチャコーンで突くような感覚でストッパーの位置まで挿入する

- ⑩フレキシブルプラグー(銀燭側)によるコンデンス

⑨により根尖孔の閉塞後、ガッタパーチャコーンの歯冠側部を根管側へ広げるように“の”の字を描きながらコンデンスを

する

⑪X-RAYによる確認

X-RAYにて根尖孔および根管系の閉塞の確認を行う

⑫加圧調整による根尖孔閉塞

X-RAYにて確認後、もしもアンダーであれば、JHアビキャリアの銀色側(ブラガー)を用いて、アンダー分の長さを先端からストッパーに同調させ、その長さの分だけガッタの上を押しながら根尖孔の不足量の調整を行う

⑬歯頸部および髓床底上部までのコンデンス

根尖孔の閉塞が確認できたら、側枝、髓管へ対応するため、歯頸部までナチュラルガッタJHを積層し根管充填を終了する。なお、2段目からはユーカリソフトプラスに浸す必要はない

⑭根管充填終了後、経過観察を行う場合は、ベースセメントを併用した二重仮封による根管内への微少漏洩に対する防衛策をとること

⑮支台築造を行う際には、ガッタは根尖孔から最低5mmの位置までは残すようにする



スライドを見てデモに移る

[すべての歯科治療は咬合に始まり咬合で終わる]

最後に、完璧な歯内療法が施されたとしても、顎機能障害やそれが潜在していると思われる症例の治療咬合は、咬頭嵌合位で補綴処置を行うと咬合の安定が得られず、歯科治療は成功したとは言えない。咬合の安定とは安定した顎位の元でバランスのとれた機能咬合を与えることである。

治療に際し、咬合異常や、顎機能障害と不定愁訴との因果関係を診断することから始まる。その方法として可逆的スプリント療法から始め

ている。それにより咀嚼関連筋群をはじめ間接的に咬合に関与している筋群のリラクゼーションが促進され、全身の不定愁訴を緩和させることができる。(下顎と胴体の骨格間の非生理的な位置関係があると、筋肉が安定を保てず筋の緊張が生じ様々な咬合異常の原因となる)。

その後、咀嚼関連筋群が生理的緊張を保ち、なおかつ術者の誘導のない状態で、患者自身の自然な開閉口筋活動によるタッピング運動がゴシックアーチのアベックス付近でポイントセントリックとして一点に集中することで、顎位の評価を行う。こうして獲得できた顎位が最低でも6ヶ月以上安定していることを確認する。この顎位を平井先生はNatural Relax Position(N.R.P)と呼び“真の中心位”と呼んでいる。

そして、精密なスタディモデルの印象を行い、フェイスボウトランスファー後、ゴシックアーチを用いて石膏で咬合採得し、正確に咬合器にマウントして、咬合器上で顎頭位と歯牙位との評価を行う。それを元にスプリントの咬合調整や診断、治療計画の立案などを行う。



大塚理事より感謝状

平井先生のお話を聴きながら、私たち歯科医師は当たり前のように日々歯内療法を行っているが、根充後のX-RAYで終わりといった感があったことに、自分自身反省させられた。また歯科治療の目的である「咬合の安定」のための歯牙の長期保存と補綴処置への土台作りが歯内療法の目的であり、また安定した顎位での治療がいかに重要か気づかされた。4時間に渡るデモを交えた大変考えさせられる有意義な講演会であった。(参加者47名)

(学術 清水幹広)

カルテや資料などを保管する重要性を確認

～睦月会～



第三者からの指摘は大事です

1月19日(土)「睦月会」が行われました。今回、開業2、3年目の歯科医師が対象で参加者は全部で6名でした。

まず医療管理委員会の有働理事より、カルテ記載の重要性及び法で定められている事項(無資格者の診療、スタッフの就業の在り方、接し方等)などの徹底について説明があり、そのあと添島歯科クリニック院長 添島正和先生に御講演頂きました。



参加者は6名でした

添島先生の講演はカルテ記載、資料保存の重要性から年齢にとらわれず勉強し続ける姿勢まで幅広い内容を限られた時間でわかりやすく講演され、あっという間の時間でした。

私事でいうと開業2週間たらずで熊本地震が起こり、その後何とか新規指導を受け、開業時の慌ただしさが少し落ち着き、今後スタッフとともにきちんとしたシステム作りを見直している時期でした。そんな時期に今回の睦月会に参加することができ、とすると近視眼的になりがちな日々の診療から、患者の全身の状態まで配慮する大切さ、きちんとした資料をとり保管する重要性を再認識することができました。大変良い機会を頂き感謝しております。

(厚生 川野智美)

薬剤関連顎骨壊死の現状とこれからについて

国立病院機構熊本医療センター 歯科口腔外科 中島 健

第7回日本口腔外科学会熊本支部研修会
(2019年2月2日)の際に提案されました熊本大学
歯科口腔外科中山秀樹教授を中心に策定した
統一指針案について、若干の修正を行い熊本県

内の口腔外科専門医の先生方に承認されました
ので、中岳の紙面をお借りしまして、広報いた
します(図1)。

(1) 骨粗鬆症患者に対する経口および静注BPの場合

(2) 骨粗鬆症患者に対するデノスマブの場合

(3) 悪性腫瘍患者に対する静注BPおよびデノスマブの場合

上記(1)～(3)のいずれの場合においても、原則、休薬は行わずに外科処置を行う。

一方、デノスマブの血中半減期は約1か月であり、投与間隔が3か月と6か月の場合がある。よって、可能な場合は投与後1か月以上経過して処置を開始し、次の投薬日の1か月前までに処置を終了するようにする。

「外科的処置を行う場合は、患者に(1)骨吸収抑制薬を投与して治療を行う場合と中止して行う場合の両者のリスクについて、(2)手術を行うリスクと病巣を放置することによって骨壊死を起すリスクについて、十分な説明を行い同意を得る。」「拔牙前の予防的抗菌薬投与についてはエビデンスが高い報告はないので治療医の判断に任せる。」

「周術期の徹底したプラークコントロールを励行する。」

「閉鎖創、開放創いずれが好ましいか一定の見解は得られていないが、ポジションペーパー (2016)では閉鎖創を推奨しており可能であればこれに従う。」

【外科処置後に休薬する場合】

治療後の休薬の有無についてはエビデンスレベルの高い報告はないので治療医の判断に任せる。休薬するのであれば、現状ではポジションペーパー (2016)を遵守して、「骨吸収抑制薬の再開は、基本的には十分な骨性治癒が見られる2か月前後が望ましい。投与の再開を早める必要がある場合には、2週間後の投与を目安とする。」

【骨吸収抑制薬関連顎骨壊死(ARONJ)が発生した場合】

ARONJ治療が完了するまでの間、BPあるいはデノスマブの休薬が可能であれば望ましい。ただし骨折のリスクの高い患者では投薬医と相談し、休薬中は代替薬による治療も考慮する。治療はポジションペーパー (2016)のStage別治療指針に従い、問題がある場合は治療医の判断に任せる。

【補足】

*侵襲的歯科治療(拔牙、歯科インプラント埋入、根尖外科手術、歯周外科など)

図1 骨吸収抑制薬投与患者への外科処置(*侵襲的歯科治療)の対応日本口腔外科学会熊本支部の統一指針(案)

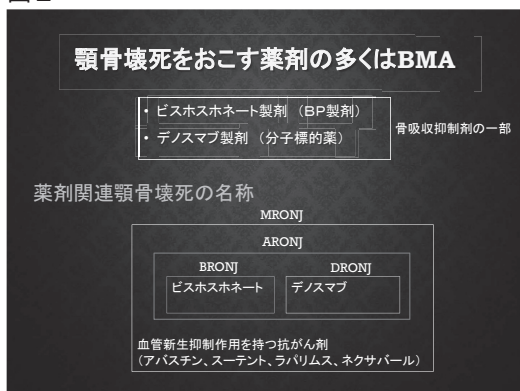
【はじめに】

超高齢社会となり悪性新生物患者160万人、骨粗鬆症患者1300万人が存在している現在、その治療薬剤の副作用である骨吸収抑制薬関連顎骨壊死(Anti-resorptive agents-related Osteonecrosis of the Jaws: ARONJ)を避けては通れない時代となっている。ARONJの増加をくい止める方法は唯一、医歯薬連携による投与時からの予防であると考えられる。今回、ポジションペーパー2016に基づき作成された熊本県の統一指針案の背景を含めて、ARONJの現状とこれからについて報告する。

【ARONJの診断名】

2003年アメリカにてビスフォスホネート(BP)製剤による顎骨壊死(Bisphosphonate-related ONJ: BRONJ)が初めて報告されて以来、15年以上経過した。その間、2012年に発売されたデノスマブ製剤によっても顎骨壊死が発生することが確認され、これらの骨代謝調節薬(Bone Modifying Agents: BMA)による顎骨壊死はARONJと呼ばれている。そのほか少数であるが、血管新生抑制剤によって発症する顎骨壊死も併せて薬剤関連顎骨壊死(Medication-related ONJ: MRONJ)とも呼ばれることがある(図2)。

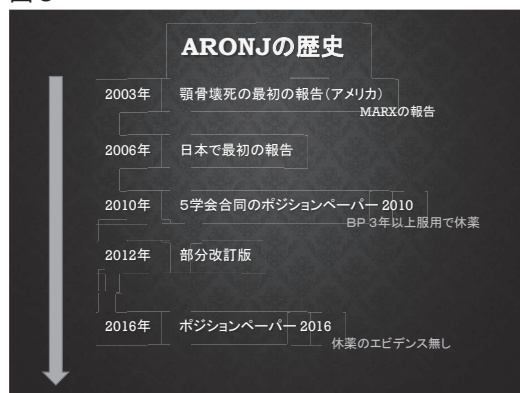
図2



【ARONJの歴史】

2006年には日本で最初の報告(28例)があり、その4年後にはポジションペーパー2010が発行され、根拠はないもののBP製剤服用3年以上の患者の抜歯前の休薬が多く施設で行われるようになった。2016年にはポジションペーパー2016が発行され、侵襲的歯科治療前の休薬による顎骨壊死予防のエビデンスがないことが明記されている。さらに休薬による骨粗鬆症の悪化や骨折発生の増加やQOLの低下がおけると記載されている(図3)。

図3



日本でのARONJの増加は5年で18倍と爆発的に増加している。その後はBP製剤の予防的休薬が多く施設で行われるようになったにもかかわらず、さらに顎骨壊死の増加傾向の報告がある。当院においても、この5年で3倍以上増加しており、特に骨粗鬆症の患者さんでは、顎

骨壊死の新患受診が4倍以上に増加している(図4、5)。長期にわたりQOLの低下をきた

図4

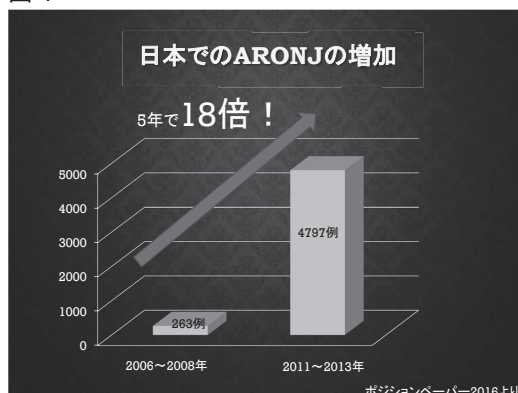
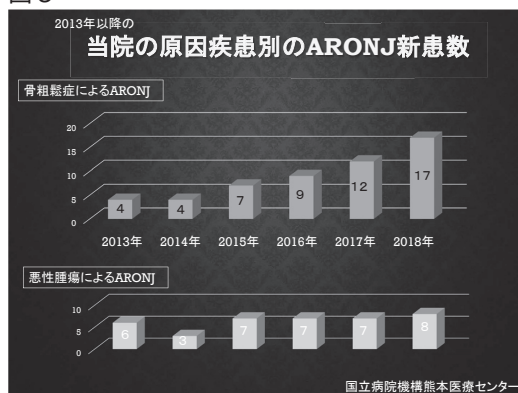


図5



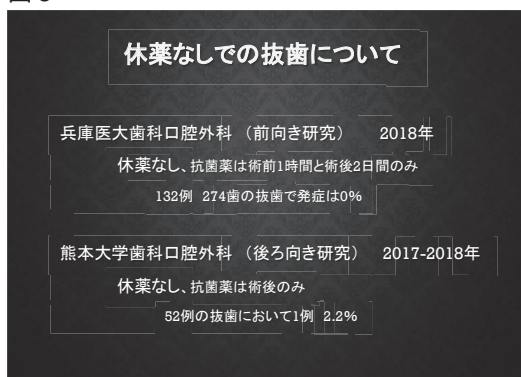
している患者も増加しており、迅速な対応が必要と考えている。

【BMA服用患者の抜歯の注意と予防的休薬について】

熊本県独自の取組みとして、BMAについて予防休薬と治療休薬についての歯科医師サイドの対応を一本化するため、熊本県の口腔外科専門医の意見を集約した統一指針を作成した(図1)。熊本大学口腔外科や当院歯科口腔外科では現在、予防休薬は行わずに侵襲的歯科治療を行っている。当院と熊本大学では、予防休薬なしの侵襲的歯科治療による顎骨壊死の発症率の増加はみられないとの見解で一致している(図6)。

休薬を行わない最大の理由は、休薬して顎骨壊死発症が予防できるエビデンスがないことである。その他の理由としては、予防休薬しても

図 6



各施設で顎骨壊死が増加していること、抜歯後に発生するとされていた顎骨壊死は抜歯前からの炎症により既に顎骨壊死が発症している場合が多いこと、短期の休薬でも誤解した患者さんが服薬をやめることがあること、さらに休薬で待機中に菌の感染が進展するリスクなどが挙げられる。

また、内科や整形外科の先生方から歯科での休薬の対応について、各歯科医院や口腔外科での侵襲的歯科治療時の休薬への対応が施設により統一されていないことへの疑問の声があり、歯科での対応の統一化は早急な課題である。

しかし予防的休薬を行わないだけでは、ARONJは減少しないであろう。実際、ARONJが増加するのではないかと危惧する意見も多々ある。

ポジションペーパー 2016にあるように、顎骨壊死の予防のために最も必要なことは歯科と医科および薬科との連携であり、具体的には処方前の患者説明、薬剤服用中の口腔機能管理の継続にあると考えている(図7)。処方時の連携はいまだ十分であるとは言えず(図8)、今後は、歯科サイドの統一見解を掲げて連帯して、医科や薬科と処方前からの連携をルーチンに行える環境づくりを目指したいと考えている。

【ARONJ治療中のBMAの休薬について】

ARONJを発症した患者さんの対応については、主治医に対診して、可能であれば休薬が望ましいとしている。ただ、がん患者や骨折のリ

図 7

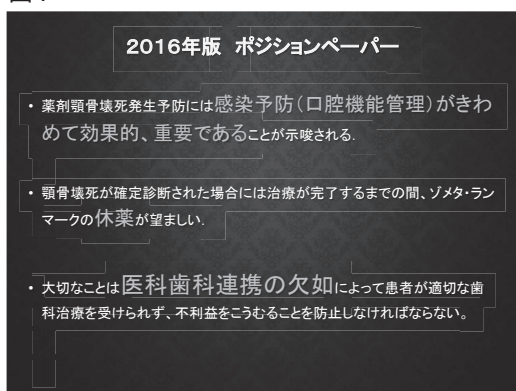
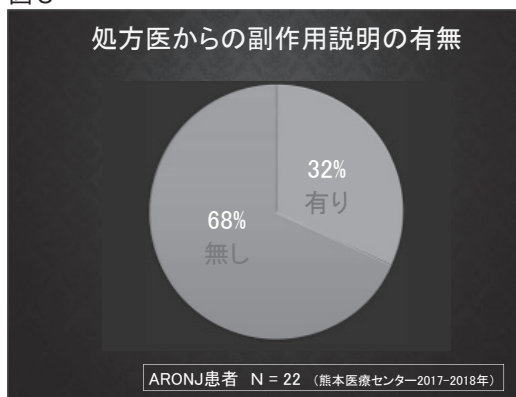


図 8



スクが高い患者に関しては処方医と相談が必要である。ただ、多くの患者さんはリスクが高いためにBMAが処方されており、長期の休薬は注意が必要である。もちろん、長期の休薬の際は必ず、代替薬の検討をするべきであり、歯科医サイドでの勝手な休薬は許されるものではない。がんの骨転移はもとより、骨粗鬆症性骨折後の患者の生命予後は脊椎骨折で5年生存率30%、大腿骨骨折で40%と大きく低下することに加え、QOLの大幅な低下を加味すると、休薬にはかなり慎重になるべきと考えている。このことは休薬を行わない抗凝固剤と比較すると理解しやすい。つまり脳卒中患者の5年生存率は50%と骨粗鬆症より高いにもかかわらず、抗凝固剤の休薬は行わないことも考慮に入れなければならない(図9)。

歯科側からの説明のみで抜歯に際して過度に顎骨壊死を恐れた患者や家族が自己判断で休薬

図9

脳卒中と骨粗鬆症				
	予防薬	5年生存率	予防薬投与時の 投与時の休業	患者数
脳卒中	抗凝固薬	50%	休業しない	120万人
骨粗鬆症 性骨折	BMA	30%	休業?	1300万人

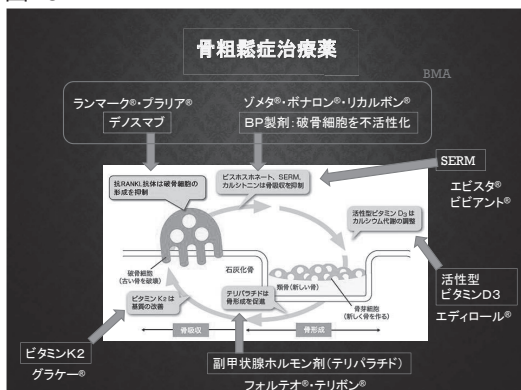
より予後の悪い骨粗鬆症の予防薬は、休業できないのではないか。

を行い、椎体骨折を起こした症例をわれわれは経験しており、BMAのベネフィットとリスクについて十分な知識や患者説明が重要であり、そのためには代替薬の特性についても良く理解しておくべきである。骨転移や骨粗鬆症のファーストチョイスがBMAであることを念頭に置き、患者の利益を最優先に考える。

【BMAの代替薬について】

がん治療での骨転移についてのBMAの代替薬はないため、休業できない場合が多い。骨粗鬆症の場合、BMAの代替薬として骨吸収抑制剤としての選択的エストロゲン受容体作動薬(Selective Estrogen Receptor Modulator: SERM)と骨形成促進剤としてのテリパラチドが代表的な薬となる。どちらも、制約や副作用があるため、薬剤の特性を知っておくことが重要である(図10)。

図10



まず、女性ホルモンのエストロゲンに似た作用があるSERMの代表としてエビスタ®やビビアント®があり、閉経後の50～60代の女性に適用される薬で、静脈塞栓症の副作用があるため、高齢者やADLの悪い患者には使用が難しい。

副甲状腺ホルモン剤であるテリパラチドはフォルテオ®とテリボン®という皮下注射薬がある。顎骨の腐骨を除去した後にテリパラチド用いると、著明な骨再生がみられるとの報告がある。ただ、長期使用により骨肉腫を起こすリスクがあり、2年までの使用に制限されている。

骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン(2015年版)には、骨粗鬆症に対する薬物の効果に対する評価一覧がある。BMAの多くは骨粗鬆症性椎体骨骨折や大腿骨頸部骨折に対し、A評価(抑制する)であるが、SERMやテリパラチドは大腿骨頸部骨折に対しC評価(抑制するとの報告はない)となっていることにも注意が必要である。

【ARONJの画像診断】

ARONJの評価はなかなか難しく、デンタルやパノラマX線写真やCTでの骨硬化像による評価があり、腐骨の分離などでは非常に有用である。ただ、初期では病変の範囲などや程度がわからないことも多い。一方、MRIや骨シンチでは骨髓炎の評価が可能であり、とくにポジションペーパー2016にも記載されているように骨シンチの断層画像であるSPECT画像とCTを組み合わせたSPECT/CT画像は外科治療には有用である(図11)。今後、このSPECT/CT画像



が初期診断にも応用可能であるかの評価が行われる。また、骨髓浮腫を描出するソフトを用いたDual Energy CTの画像によって骨髓の評価が可能な場合があり、MRIが撮れない患者さんの骨髓の評価に応用できる可能性がある。

顎骨壊死の疑い症例において抜歯前に顎骨壊死について画像診断ができれば、患者への情報提供や患者の同意を得ることも容易になるであろう。

【ARONJの治療について】

ARONJの治療については、通常、3か月間は保存治療を継続して骨の状態を評価する。腐骨分離をすれば、腐骨除去(保存的外科手術)を行う。腐骨分離が進まない場合も、全身状態が良く、画像で手術が可能と判断した場合、周囲骨を含めた侵襲的外科手術を行うことがある。

当科での現在までの治療成績を(図12、13)に

図12

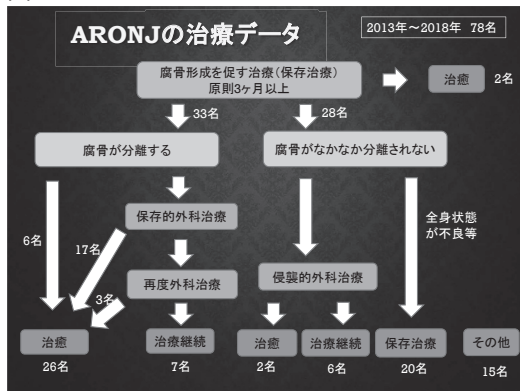
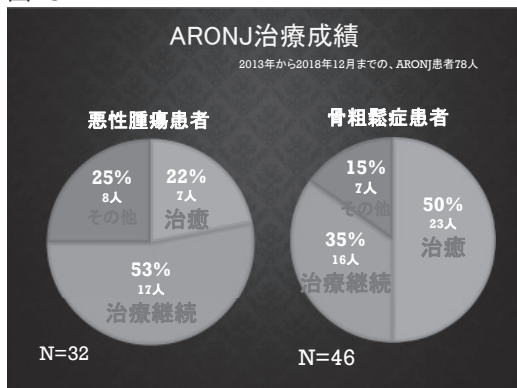


図13



示す。現在も治療中の患者もいるが、大まかには腐骨を形成すると治療の確率が高まるといえる。腐骨形成を促進させるため、頻繁な洗浄やミノマイシンの長期投与、高圧酸素療法などを行っている。また外科処置の範囲を決めるために、術前には前述のSPECT/CTやMRI検査などを行い、術中は口腔内蛍光観察装置(VELscope®)を用いて顎骨壊死部位を確認して切除部位の判断を行うことがある。

【医歯薬連携と今後の方針について】

ガイドライン2016にあるように、ARONJの予防には感染予防(口腔機能管理)がきわめて効果的で重要であると考えられる。現在は侵襲的歯科治療前後の休薬を行うことでARONJが発症しても免責されるような風潮があるが、全くエビデンスがないのであれば、BMA投与からの医歯薬連携を強化することによって口腔機能管理と患者教育を行っていくことこそが最重要である。つまり、骨粗鬆症性骨折と薬剤関連顎骨壊死の両方を防ぐためには、BMA服用を続けながら口腔機能管理を行っていく体制にシフトすべきである。そのためには、歯科医師会と口腔外科専門医が中心となり、歯科医師が一致団結して医師会や薬剤師会へ働きかける必要があると考えている(図14、15)。

図14

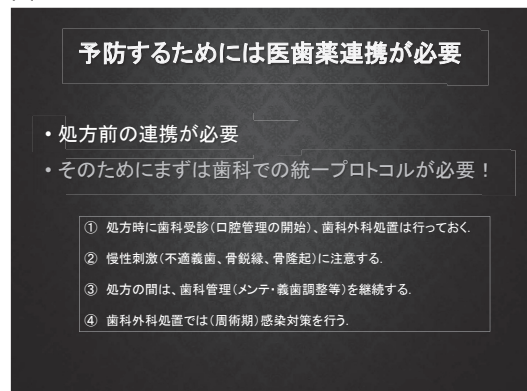


図15

**ARONJを予防するためには
休薬ではなく、投与開始時の医科歯科連携**

骨粗鬆症性骨折		VS.	ARONJ	
多い(50万人)	頻度		少ない(1~2万人)	
悪い	予後		比較的良い	
薬	予防法		口腔管理	

休薬ではなくて口腔管理の徹底を！

【実際のBMA処方患者への侵襲的外科治療について】
上記のことを踏まえて、BMA処方患者の抜歯の際の注意事項は以下の通りである。

1. 患者説明をしっかりと行い、できれば同意書をとる

抜歯をしなくても、感染源が残存することによって顎骨壊死が発症するリスクが高まることについても十分な説明が必要である。さらに、顎骨壊死のリスクだけでなく、服用や注射をやめることによるリスクについても話しておく必要がある(図16)。

図16

骨吸収抑制剤の服用患者への説明

- ・ 歯科疾患管理料 総合医療管理加算(50点)を算定する。

BMAはARONJの副作用があることを伝える。
BMAを休薬すると、骨折を起こすことがあり、骨折によりADLの低下、致死率が上昇する。
口腔内が不潔になると、ARONJ発症の可能性が高くなり、口腔機能管理が重要である。
慢性刺激を受ける義歯の不適合箇所や骨鋭縁、骨隆起からの発症リスクがある。

パンフレットで説明することが有効である。厚生労働省が出している「重篤副作用疾患別対応マニュアル」のうちの「骨吸収抑制剤に関連する顎骨壊死・顎骨骨髓炎」をインターネットから印刷して、クリアファイルにいれ患者に伝えるツールとして使用する方法もある(図17)。

図17

重篤副作用疾患別対応マニュアル
厚生労働省

- ・ 骨吸収抑制剤に関連する顎骨壊死・顎骨骨髓炎

クリアファイル使用例

患者さんに伝えるツールとして使える
(写真あり)

ネットからPDFを印刷可能 平成30年6月版

2. 休薬なしでの抜歯を行う

プラリア®の場合のみ、投与後1カ月経過してから治療を行う。

3. 抗菌薬の投与を行う

通常通り、術後にペニシリン系抗菌薬(サワシリン®、オーグメンチン®等)を2~3日間投与する。術前投与はエビデンスがないが、リスクが高い場合は、抜歯の1時間前に投与する。耐性菌の発生を防ぐために、それより前からの抗菌薬の処方是可以及的に避ける。

4. 創部の感染源を取り除き、骨の鋭縁が残らないようにして縫合する

創が治癒せず、骨の露出が数週間続く場合、顎骨壊死を疑い、二次医療機関(大学病院歯科口腔外科、病院歯科口腔外科)に紹介する。

5. 侵襲的歯科処置前に顎骨壊死になっている可能性が高いと診断した場合は、術前に二次医療機関で診断を受けることは可能である。

【ARONJを発症した場合の歯科医療連携について】

1. 二次医療機関にて診断をうけ、治療計画をたてる。

ARONJの診断においては、悪性腫瘍との鑑別も必要となるため、早期に二次医療機関を紹介して診断と治療計画の立案を行なうことが重要である。また、かかりつけの医療機関とも連携して、休薬の是非、代替薬などの検討を行う。

2. 急性期は二次医療機関での治療を受ける。

顎骨壊死を生じると、炎症が急速に拡大す

ることも多いため、急性期には早期に顎骨壊死の病態がわかる二次医療機関での治療を受けることが重要である。

3. 慢性期は歯科クリニックと二次医療機関での連携が重要

慢性期には、急性炎症を行さないように時には頻繁に定期的な歯周病管理(歯面清掃等)や創部の洗浄(生食水等)を行いながら二次医療機関と密に連携を取り合い、腐骨分離を促すように治療を継続する。最近では外科治療の有意性が高まっており、適正な時期での治療を行うために定期的な二次機関での診察は必須である(図18、19)。

図18

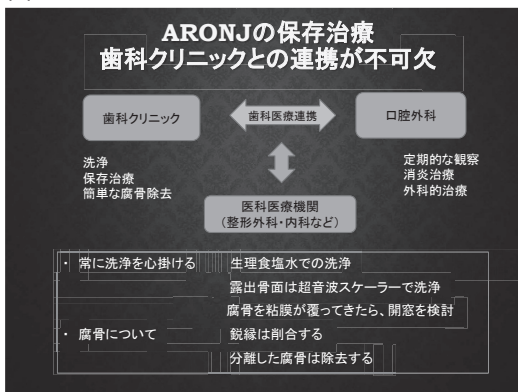
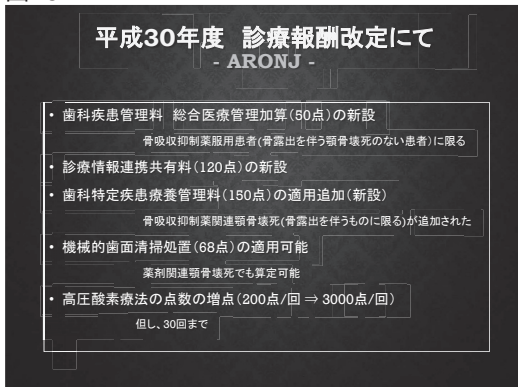


図19



【終わりに】

国立病院機構熊本医療センターで年3回行われている医歯連携セミナーが第80回という節目を迎えることになり、宮本会長のご指名により、

顎骨壊死についての現状とこれからについて講演する機会をいただいた(2019年2月21日)。この拙文が、歯科医師会の皆様の参考となれば大変光栄である。

(文責 中島 健)

【参考文献】

- 1) 顎骨壊死検討委員会. 骨吸収性薬関連顎骨壊死の病態と管理: 顎骨壊死検討委員会ポジションペーパー 2016. (http://www.perio.jp/file/news/info_160926.pdf)
- 2) 骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン作成委員会編集. 骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン作成2015年版. (<http://jsbmr.umin.jp/pdf/GL2015.pdf>)
- 3) Marx RE. Pamidronate (Aredia) and zoledronate (Zometa) induced avascular necrosis of the jaws: a growing epidemic. J Oral Maxillofac Surg. 61 (9): 1115-1117 : 2003
- 4) Yoshiga D, Sasaguri M, et al. Intraoperative detection of viable bone with fluorescence imaging using Visually Enhanced Lesion Scope in patients with bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw; clinical and pathological evaluation. Osteoporos Int 26 : 1997-2006 : 2015
- 5) 岸本裕充, 高岡一樹. 骨吸収抑制薬関連顎骨壊死の最新情報. 日口腔インプラント誌. 30 (3): 191-199 : 2017
- 6) 宗圓 聡. 骨粗鬆症治療薬のエビデンスとその使い分け. 実験医学 32 : 1166-1171 : 2014
- 7) 竹末芳生, 岸本裕充, 他. 日本化学療法学会, 日本外科感染症学会術後感染予防抗菌薬適正使用のための実践ガイドライン作成委員会. 術後感染予防抗菌薬適正使用のための実践ガイドライン. 日化療会誌 64 : 153-232 : 2016
- 8) Miyashita H, Shiba H, et al. Clinical utility of three-dimensional SPECT/CT imaging as a guide for the resection of medication-related osteonecrosis of the jaw. Int J Oral Maxillofac Surg 44 : 1106-1109 : 2015

新人です！よろしくお願ひします

新 入 会 員 紹 介



氏 名 中村修一郎(第1種・中央区第1支部)

診療所名 京町歯科クリニック

(診療所) 〒860-0081

熊本市中央区京町本丁10-13

電 話／ 096-312-6480

FAX／ 096-312-6481

生年月日 昭和48年5月6日

趣 味 映画

好きな言葉 一期一会



氏 名 助廣 都祈(第1種・東部2区)

診療所名 すけひろ歯科・kidsデンタルクリニック

(診療所) 〒861-8039

熊本市東区長嶺南1-6-5

電 話／ 096-237-6479

FAX／ 096-237-6478

生年月日 昭和57年4月17日

趣 味 野球

好きな言葉 成せば為る何事も

日本のことわざから

○下手な大工でのみ一丁

酒を飲むだけで何の取り柄もないということ。大工道具の「鑿」と「飲み」を掛けたしゃれ

○錦に勝る麻の細布

日常生活には丈夫な着物のほうが立派な着物より役に立つということ

○赤子のうちは七国七里のものに似る

赤ん坊の顔は父親似か、母親似か議論されるがあちこちの誰にでも似ているということ



スポーツの広場



あつまるデンタルゴルフ会

1月20日(日)			11名				
			OUT	IN	GRO	HD	NET
優勝	奈良	健一	45	44	89	19	70
2位	北川	隆之	42	42	84	13	71
3位	三隅	晴具	44	41	85	14	71
4位	合澤	康生	46	46	92	20	72
5位	田村	実雄	46	53	99	24	75
B.B.	明受	清一	55	56	111	30	81

2月10日(日)			15名				
			OUT	IN	GRO	HD	NET
優勝	原田	雅史	43	45	88	20	68
2位	奈良	健一	44	42	86	17	69
3位	濱坂浩一郎		47	56	103	30	73
4位	三隅	晴具	39	47	86	13	73
5位	寺島	貴史	53	47	100	26	74
B.B.	合澤	康生	52	52	104	20	84

3月10日(日)			16名				
			OUT	IN	GRO	HD	NET
優勝	合澤	康生	47	48	95	20	75
2位	田村	実雄	53	46	99	24	75
3位	明受	清一	51	56	107	30	77
4位	奈良	健一	45	49	94	17	77
5位	青木	道育	54	46	100	20	80
B.B.	北川	隆之	50	46	96	12	84

デンタルゴルフコンペ

2月24日(日)			12名				
			OUT	IN	GRO	HD	NET
優勝	帛谷	真	41	44	85	16.2	68.8
2位	小柳	一哉	48	47	95	24.6	70.4
3位	甲斐	利博	52	44	96	23.4	72.6
4位	稲葉	逸郎	41	43	84	10.5	73.5
5位	本田	亘	54	55	109	34.7	74.3
6位	河野	哲朗	48	51	99	24.0	75.0
7位	大嶋	健一	45	45	90	14.9	75.1
8位	神戸	威	50	58	108	29.5	78.5
9位	三笥	司	47	49	96	14.7	81.3
10位	渡辺	洋	46	56	102	20.4	81.6
11位	内田	隆	61	50	111	25.8	85.2
B.B.	千場	正昭	54	57	111	23.3	87.7

熊本城マラソン2019



無事に責務を果たしました

井手 裕二

今回の熊本城マラソン大会は、ファンラン(3キロ)終了後に最終ランナーがゴールするまで、フルマラソンゴール地点の二の丸広場での待機サポートとなりました。

渡辺隊長が、「待機場所にテントと石油ストーブを準備してもらえることになったけん、ヤカンばもって行ってくれん。お湯を沸かして珈琲でも飲もうや」と……

いつもは、AEDを入れている赤いリュックサックにヤカンを入れてサポートしていました。休憩中に珈琲を飲んでいると、女性の方が「スミマセン、赤ちゃんのミルクにお湯をもらっていいですか?」と。

ヤカンが役にたった熊本城マラソンでした。

井原功一郎

マラソン歴 4年 タイム 4時間30分

50歳から走ることをはじめて、今年で4年になります。熊本城マラソンは、救護ランナーで参加するようになって4年連続で出場させていただいています。タイムはほとんど伸びず、4時間から4時間半程度で走っています。マラソンは、快適に走れている序盤(~20km)は楽し

いのですが、惰性で走っている中盤(~30km)、気合と気力で足の痛みに耐えながら走る終盤(~42.195km)と段々辛くなります。これを楽しめるのには、奥田大先生が言われるように日々の練習しかありませんが、日に10km、月に300km走るのは並大抵のことではありません。還暦までには、サブフォーを達成できるように日々精進していきたいと思います。

小野 秀樹

マラソン歴 7年 タイム 4時間8分

熊本城マラソンと共に始めたマラソン。今回もメディカルランナーとして参加しました。

メディカルに慣れてきたのか周りに気を配るようになりました。それと共に最低限いざという時の救護が出来る余裕を残して走るようになりました。他の大会とは違って熊本城マラソンは特別な大会で、このようにボランティアとして走るのも楽しいものです。毎年、マラソン大会事務局より10名程度のメディカルの募集があります。ご希望の先生は是非ご一報ください。

温 永智(62歳7か月)

フルマラソン 4回目 タイム 5時間6分

今年は何としてでも5時間切りしたかったのですが、またまた足がつり、最後の熊本城の坂を上るとき、あと少しで5時間が切れるとわかっていたのですが、その時私の体のどこを探しても根性の「こ」の字も見つかりませんでした。残念でしたが、これで目標ができたので楽しみは来年に取っておきたいと思います。ちなみにサブフォー(4時間切り)は特別の尊敬を受け、サブファイブでやっと普通の市民ランナーです。

甲斐田 光

マラソン歴 7年 タイム 5時間13分

熊本城マラソンを機に始めましたが今年で8回目。一般ランナーだったり救護ランナーだったりしてますが、どうにか毎年完走しています。もともと持久走は遅く、走るのも嫌いだったのですが、熊本城マラソンはとても楽しいので続いているのかなと思います。

今年は5時間13分。レベルは低いですがまずは5時間きりたいです。あと体重を2、3キロ落としたいかな。ダイエットと練習どちらががんばります。

関 勝宏

マラソン歴 3年 タイム 5時間55分

毎年クリニックのスタッフと熊本城マラソンに参加していたのですが、今年は何と落選してしまい、初めてメディカルランナーとして副院長とスタッフの3人で参加させていただきました。

走る前は自分だけサラッと走って終わろうと思っていたのですが、やはり職業柄で困っているランナーを放っておくことはできませんでした。足がつった方の足をのばしたり、つらそうな方に声をかけたりしながら走りました。過換気症候群の若い女性に遭遇し、息堪えと私のスマイルで安心感を与えることで落ち着いていただき、こちらもホッとしました。何事もなく無事に完走することができましたが、普通に走るよりも2時間程度長く走ったので脚の回復がと

ても遅いです。来年も落選したらまたメディカルランナーとしてランナーの皆様のお役に立てればと思っております。



メディカルランナーのチーム関です

田中 弥興

今年で8回目となる熊本城マラソンに参加して、また平成最後という節目に参加できて感慨がひとしおでした。天候にも恵まれ、担当の3キロ復興チャレンジファンランも例年通りコスチュームのオンパレード、楽しみながら恙無く終了。

その後、今回は二の丸警備ということでコースに出ることがなく、また二の丸駐車場周辺担当でしたので帰り道を訪ねられたり、迷子のお世話をしたりとメディカルには関係のないことをしていましたが、走り終わった方々の清々しい顔を見ていると今年も問題なく終わるなど安堵していました。ところが撤収しようとしていると、意識混濁・嘔吐されている方がいるという連絡が入り、皆で急行、緊張が走りましたが、意識はあるが自力では動けない状況でしたので救急車にて搬送依頼をし任務終了となった。

最後まで気は抜けないと反省しつつ、打ち上げのビールを堪能しました。

来年(令和2年)はコースに出たいものですね。

古川 猛士(67歳)

マラソン歴5回目 タイム4時間半(参考)

去年から半分がいいよ、という枠ができてます。ま、せっかく年に1度だけ走るんだから、フルでいこうじゃないかと思ってましたが、今

回はもろもろあって、走り込みの時間が取れなかったこともあり、半分でやってみました。

半分の内訳は、スタートしてアクアドームまで、そこで待機して頃合いを見て二の丸ゴールを目指すというコース(結構上り、下りがある)と、初めからアクアドームで待機して、そこから走り始めてアクアドームまで戻る(ほとんどフラットな道)、という2通りのパターンがあります。わたしはスタートからアクアドームまでの方を走りましたが、結論から言うと、間で休憩をとるため完全に体が冷えてしまい、それとお腹がすいて後半は結局ボロボロで、二の丸の坂では沿道から「メディカル、頑張れー」と応援されたのでした。次回はできるだけ時間を見つけて練習を積み、フルにチャレンジするつもりですが、体が持つか心配なところです。

そうそう、半分しか走ってないけど、完走証と完走メダルはもらえました(笑)

宮田 正孝

マラソン歴7年 タイム4時間25分

スタート地点は我が家より歩いて行ける距離なのでなめ切った10分前に整列(^^;)

いつものように選手の多彩なTシャツを眺めながら進みます。エイドでワカシマイチゴ(八代産)も楽しみました。が…30km過ぎからフラハギにホラー映画のように虫が這いまわる感覚が起こり、痙攣へとつながりました。やはり最後は苦しいマラソンとなってしまいました。熊本城への最後の上り坂をスイスイと軽やかに駆け上れるよう来年へ備えます！

宮本 格尚

今年もAEDを担いで熊本城マラソンをサポートしてきました。

例年は前半の復興チャレンジファンランの後、自転車でフルマラソンコースに向かってサポートを行なうのですが、今年から後半は二の丸待機となりました。二の丸にはゴール付近に熊本医療センターのテントがありますので、当然ながら我々の仕事はほとんどなく、まったり

と時間を過ごしていました。終了後、撤収となつての帰り道、具合の悪い人に遭遇したので医療テントに連絡すると、既に撤収したという事で、救急車を手配するというおまけまでつきました(笑)

ほとんど活躍の場がなかったことを考えると、次年度はぜひ、元の形に戻してもらえばと思いました。

渡辺 猛士

今年もモバイルAED隊に参加しました。

本会担当の4キロファンランにおいては今年も特に支障なく順調な経過でした。しかしながら毎年熊本市の反省会で進言しているのですが未だに自撮り棒を持って走る人が後を絶ちません。今後も事故が起きなければいいのですがと思いつつ私にはそのランナーを止める権限がないのがもどかしいです。今年の反省会でも強く伝えることにします。また、今年は例年と違って本隊15名はファンランの後は二の丸公園での救急対応を依頼されました。おそらく去年数件の事故があって(心停止ではありませんが)救急対応がスムーズに行かなかったことがそういう流れになった原因だと思いますが、我々にはそれを拒む権利はありません。乞われた仕事をやるしかないので一日二の丸公園で過ごすことになりました。

気温が高かったこともあってか大変平和な一日となりました。何人道案内をして何人のシャッターを押したことでしょいか…。背中に担いだAEDのおかげで少しは運動になったかも知れませんが、役不足とはまさにこのことだなと痛感しました。大会終了後に一名救急搬送しましたが、低体温症で、救急本部と無線で相談してこのまま帰らせても一人暮らしで心配だったというのが一つの判断基準になりました。搬送後群衆の中に国立病院の救急部長を見つけて状況を説明しましたが、彼らは二の丸の救急拠点を終わってこれから病院に帰ってその方々の対応にあたるということでした。頭が下がる次第です。

渡辺 洋

タイム 3時間57分

マラソン 完走です！

私も数えること7年なんですか、壁にかけてる完走の紙切れ数えてみたら、今回で23枚目になりました。寄る年波に負けじと走ってるつもりですが、如何せん回を増すごとに遅くなってます！と言うか遅くなりました。今回は、4時間のペースセッターお天気お姉さんの栗原何ちゃらさんと残り10キロぐらい併走致しました。

平成大橋の登り始めから下り切るまで携帯電話を取り出し放送に返答しながら軽々と走られておられました。残り5キロくらいでは、4時間をともに切ろうと走る塊にでかい声で「ここからは気持ちの強い者だけが勝ちます！」と檄を飛ばされておられました！見た目とのギャップにウツトリ♡かくしてかろうじて3時間57分無事完走できました。

とても美しいスレンダーガールでした！

心を震わすシネマワールド

『未知への飛行』

監督 シドニー・ルメット

脚本 ウォルター・バーンスタイン

原題 FAIL-SAFE

製作 1964年

出演者 ヘンリー・フォンダ ダン・オハーリヒー ウォルター・マッソー

冒頭、アメリカ空軍のパイロットが、毎夜毎夜同じ悪夢にうなされるシーンから始まります。そして最後はこのパイロットが「私が見ていた悪夢の正体はこれだったのか」で終わります。この映画は音楽が一切流れず、場面はホワイトハウスと、ペンタゴン、そして水爆搭載の戦略爆撃機のコクピットの三場面しか出てきません。それがこの映画の緊迫感を際立たせています。

ストーリーはある日、突然ペンタゴンのモニターにソ連からのミサイルらしきものがアメリカに向かって飛来してくるのが映し出されます。即座に反撃のため5機の戦略爆撃機による核攻撃がモスクワに対して行われますが、やがてコンピューターの見誤りということが分かり、乱数表、暗号に基づいた爆撃機への中止命令が行われるのですが、妨害電波などで手間取り、やがて引き返すことのできないFAIL-SAFEを超えてしまいます。ここを超えるとあらゆる命令は無視することがマニュアルで記載されているため、機長は連絡を絶ってしまいます。アメリカは撃墜するジェット機を飛ばすも、追いつくためにはブースターを燃やして速度を上げたら追いつくも、燃料切れでアラスカの氷の海に墜落するとわかっていても命令し、結局失敗してアラスカの海に墜落してしまいます。頼みの通信もソ連の妨害電波で通じず、ホットラインのみが頼みの綱でソ連に爆撃機を撃墜するように頼むが、暗号などの軍事機密を教えろとソ連に言われ、渋る軍部を大統領が抑えて全て提供する。その結果4機は撃墜されるも、少し精神がおかしくなった機長が操縦する1機がモスクワ上空に達して、やがて……。

この後アメリカ大統領はソ連に驚くべき提案を行い、そして視聴者も冒頭の悪夢の意味を知ることになります。

(温 永智)

会 務 報 告

理 事 会

月 日	協 議 題
1 月31日	・ 会務、会計、庶務報告
2 月28日	・ 会務、会計、庶務報告
3 月18日	・ 会務、会計、庶務報告

厚 生 委 員 会

月 日	協 議 題
1 月10日	・ 新春懇親パーティーについて
2 月15日	・ 新年会反省会
3 月16日	・ 6 月合同委員会について ・ ビアパーティーについて

医 療 管 理 委 員 会

月 日	協 議 題
1 月25日	・ 働き方改革関連法案について ・ パワハラ、セクハラ、マタハラについて ・ 求人雇用の基礎知識について
1 月28日	・ 医療相談について
2 月15日	・ カレンダー作成の校正チェック
2 月21日	・ 薬剤関連顎骨壊死の現在とこれからについて ・ スタッフレベルアップセミナーについて ・ 国立病院開放型連絡会について
3 月20日	・ 年次有給休暇の配布資料の検討 ・ 医歯連携セミナーについて ・ 後方支援病院との連絡協議会について
3 月29日	・ 医療相談について

広 報 委 員 会

月 日	協 議 題
1 月 8 日	・ 中岳レイアウト
1 月22日	・ 中岳184号第 1 稿校正
1 月29日	・ 中岳184号第 2 稿校正
2 月26日	・ 中岳日程決め ・ 審議委員会、総会出務決め
3 月26日	・ 総会取材の件について ・ 中岳スケジュールについて ・ 編集後記について

地域学校歯科保健委員会

月 日	協 議 題
1 月17日	・ 障害者施設への歯科健診打合せ
	・ シティFM出演係決め
2 月13日	・ 障害者施設への歯科健診打合せ
	・ シティFM出務の件
	・ すくすくこども博の件
	・ 歯の祭典の件
3 月 4 日	・ H30年度学校歯科新任研修会報告
	・ 歯の祭典について

社 保 委 員 会

月 日	協 議 題
1 月23日	・ 10月、11月個別指導結果報告
	・ 12月個別指導立ちあい報告
	・ ささえりあ、歯科医師会との会議報告
2 月22日	・ 12月個別指導結果報告
	・ 施設基準説明会打合わせ
3 月25日	・ か強診と歯援診の猶予期間通知に関する打合わせ
	・ 受付マニュアル(仮)各担当内容を添削

学 術 委 員 会

月 日	協 議 題
1 月 8 日	・ 第3回学術講演会について
	・ 三歯会講演会について
2 月12日	・ 第3回学術講演会について
	・ 三歯会講演会について
2 月16日	・ 第3回学術講演会について
3 月12日	・ 6/12合同委員会について
	・ 次回学術講演会について
	・ 三歯会合同講演会について

編 集 後 記

- ◆委員に恵まれて、ワイワイと楽しく6年間この中岳の発行に携わってきました。皆でアイデアを出して、最近では効率よく発行できるようにもなりました。また、ここ1～2年少し遊びも入れてみました。協力して頂いた委員の皆様には、ただただ感謝しかありません。本当にありがとうございました。そして、会員の皆様方、今後とも「中岳」と来期の新理事と委員をよろしくお願い致します。(N・O)
- ◆今年もすでに4カ月を過ぎました。歳を重ねてくると時が過ぎるのが早く感じます。令和という新元号になり、新しい時代を迎えることになりました。この中岳を熊本市歯科医師会の歴史書にするくらい充実したものにしていきたいと思います。(Y・O)
- ◆今期も他の広報委員の方に支えられて無事務める事が出来ました。来期も引き続き広報委員を務めさせていただきます。会員の皆様に有益な情報をわかりやすくお伝えできればと思っています。(M・A)
- ◆あっという間にまた2年が過ぎてしまいました。その中で、台湾や鹿児島への楽しい旅行などもあり充実した時間を過ごす事ができました。ただ、残念な事に温理事が勇退されるという事で悲しい限りです。お世話になりました。(S・I)
- ◆広報委員会の委員として10年の活動期間を終えました。広報委員会は、理事も他のメンバーも皆、気さくでとても仕事のしやすい委員会だったと思います。このメンバーで平成の終わりを迎えられ感無量です。皆さんお疲れ様でした。(J・H)
- ◆今期も楽しいメンバーと楽しく委員会をさせていただきました。校正チェックの不備等で皆様には御迷惑をお掛け致しましたが、誠意をもって毎回対応させて頂きました。理事以下広報委員のメンバーには本当にお世話になりました。(T・M)
- ◆今期で、今まで長年お世話になった温理事が退任されることになりました。本当に寂しい限りですが、新理事の元、今後新しい広報委員会を盛り上げて(主に飲み会の席で)いきたいと思います。(D・S)
- ◆今期までは半広報委員でしたが、来期より正式な広報委員となります。まだまだわからないことが多く、ご迷惑をおかけしますが、広報委員会並びに会員の皆様の力になれるよう頑張ればと思います。(H・K)

熊本市歯科医師会会誌

第 185 号

発行日 令和元年 5 月 20 日発行

発行所 一般社団法人熊本市歯科医師会
熊本市中央区坪井 2 丁目 4 番 15 号

<http://kcd8020.com/>

[mail:kda8020@msg.biglobe.ne.jp](mailto:kda8020@msg.biglobe.ne.jp)

TEL (3 4 3) 6 6 6 9

FAX (3 4 4) 9 7 7 8

発行
責任者 宮 本 格 尚

印刷所 コロニー印刷
熊本市西区二本木 3 丁目 12-37
TEL 096-353-1291 FAX 096-353-1294