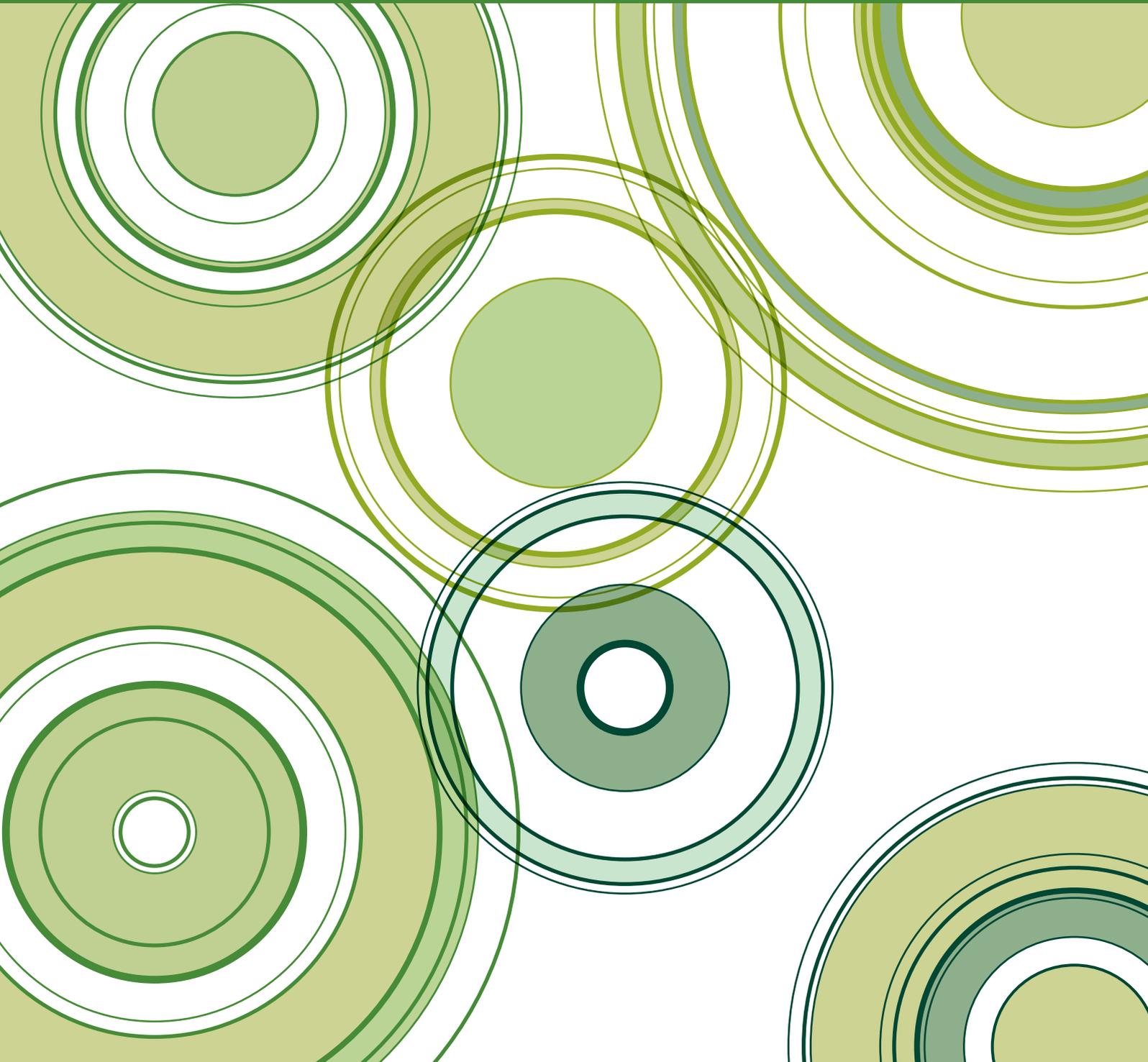


九州齒科學會雜誌

The Journal of The Kyushu Dental Society

Vol.69 | No.2 | June 2015

第69卷 第2号 平成27年6月 ISSN 0368-6833



九州齒科学会
Kyushu Dental Society

九州齒会誌
J Kyushu Dent Soc

複写をご希望の方へ

九州歯科学会は、本誌掲載著作物の複写に関する権利を一般社団法人学術著作権協会に委託しております。本誌に掲載された著作物の複写をご希望の方は、(社)学術著作権協会より許諾を受けて下さい。但し、企業等法人による社内利用目的の複写については、当該企業等法人が社団法人日本複写権センター（(社)学術著作権協会が社内利用目的複写に関する権利を再委託している団体）と包括複写許諾契約を締結している場合にあつては、その必要はございません（社外頒布目的の複写については、許諾が必要です）。

権利委託先 一般社団法人学術著作権協会
〒107-0052 東京都港区赤坂9-6-41 乃木坂ビル3F
FAX : 03-3475-5619 E-mail : info@jaacc.jp

複写以外の許諾（著作物の引用、転載、翻訳等）に関しては、(社)学術著作権協会に委託致しておりません。直接、九州歯科学会へお問い合わせください（奥付参照）。

Reprographic Reproduction outside Japan

Making a copy of this publication

Please obtain permission from the following Reproduction Rights Organizations (RROs) to which the copyright holder has consigned the management of the copyright regarding reprographic reproduction.

Obtaining permission to quote, reproduce; translate, etc.

Please contact the copyright holder directly.

→Users in countries and regions where there is a local RRO under bilateral contract with Japan Academic Association for Copyright Clearance (JAACC)

Users in countries and regions of which RROs are listed on the following website are requested to contact the respective RROs directly to obtain permission.

Japan Academic Association for Copyright Clearance (JAACC)

Address 9-6-41 Akasaka, Minato-ku, Tokyo 107-0052 Japan

Website <http://www.jaacc.jp/>

E-mail : info@jaacc.jp Fax : +81-33475-5619

九州歯科学会雑誌

第69巻 第2号

(平成27年6月)

目 次

総説

財団法人九州歯科医学専門学校を支えた人々	鱒見 進一・遠山 敏夫・久保田浩三 三浦 彰・牧 憲司・吉野 賢一 小野堅太郎・永松 浩	19
難症例義歯治療の有効ポイントと近年の動向	皆木 省吾	29
顎補綴治療におけるポイント	楨原 絵理	34
訪問診療における義歯治療のポイント	河内 太吉	43

The Journal
of
the Kyushu Dental Society

Vol. 69 No. 2

Reviews

The people who supported The Incorporated foundation Kyushu Dental College Shin-ichi Masumi, Takao Tohyama, Kozo Kubota, Akira Miura, Kenshi Maki, Kenichi Yoshino, Kentaro Ono, and Hiroshi Nagamatsu.....	19
Points for the treatment of difficult complete denture case Minagi Shogo.....	29
Keys of maxillofacial prosthetics Eri Makihara	34
The key to denture treatments at the home-visit medical service Takichi Kawauchi	43

財団法人九州歯科医学専門学校を支えた人々

鱒 見 進 一^{1,2}・遠 山 徹 夫^{1,3}・久保田 浩 三^{1,4}
三 浦 彰^{1,3}・牧 憲 司^{1,5}・吉 野 賢 一^{1,6}
小 野 堅太郎^{1,7}・永 松 浩^{1,8}

¹九州歯科大学創立百周年記念誌事業部会

²九州歯科大学歯学部歯学科口腔機能学講座顎口腔欠損再構築学分野

³北九州市開業

⁴九州歯科大学歯学部口腔保健学科口腔機能支援学講座

⁵九州歯科大学歯学部歯学科健康増進学講座口腔機能発達学分野

⁶九州歯科大学歯学部口腔保健学科口腔保健管理学講座

⁷九州歯科大学歯学部歯学科健康増進学講座生理学分野

⁸九州歯科大学歯学部歯学科口腔機能学講座総合診療学分野

平成27年5月20日受付

平成27年7月7日受理

The people who supported The Incorporated foundation Kyushu Dental College
Shin-ichi Masumi^{1,2}, Takao Tohyama^{1,3}, Kozo Kubota^{1,4}, Akira Miura^{1,3}, Kenshi Maki^{1,5},
Kenichi Yoshino^{1,6}, Kentaro Ono^{1,7}, and Hiroshi Nagamatsu^{1,8}

¹Editorial committee of the commemorative publication of the 100th anniversary commemorative projects

²Division of Occlusion and Maxillofacial Reconstruction, Department of Oral Function, School of Dentistry, Faculty of Dentistry, Kyushu Dental University

³General practitioner in Kitakyushu City

⁴Department of Oral Functional Management, School of Oral Health Sciences, Faculty of Dentistry, Kyushu Dental University

⁵Division of Developmental Stomatognathic Function Science, Department of Growth and Development for Function, School of Dentistry, Faculty of Dentistry, Kyushu Dental University

⁶Department of Oral Health Management, School of Oral Health Sciences, Faculty of Dentistry, Kyushu Dental University

⁷Division of Physiology, Department of Growth and Development for Function, School of Dentistry, Faculty of Dentistry, Kyushu Dental University

⁸Division of Comprehensive Dentistry, Department of Oral Function, School of Dentistry, Faculty of Dentistry, Kyushu Dental University

Abstract

The editorial committee of the commemorative publication of the 100th anniversary commemorative projects edited The Kyushu Dental University 100 years History in the end of 2014. As there was an opinion that it was difficult to understand the trend in the era of The Incorporated foundation Kyushu

Dental College, we decided to arrange it about the flow from the start of the foundation in 1921 till the dissolution of the foundation in 1945 and people who supported the foundation.

In this investigation, the history was able to write the facts and the interesting human relations that we were not able to write down in The Kyushu Dental University 100 years History.

Key words : The Incorporated foundation Kyushu Dental College / Tomoaki Yoshida / Mihosaburo Beppu / Kaiichiro Suematsu

抄 録

九州歯科大学創立百周年記念事業部会は、2014年末に「九州歯科大学百年史」を編纂し発刊したが、財団法人九州歯科医学専門学校時代における法人の動向が理解しにくいとの意見があったことから、今回1921(大正10)年の財団法人設置から1945(昭和20)年の財団の解散までの流れと、これに関わった人々について整理することにした。

今回の調査において、九州歯科大学百年史には記せなかった事実や興味深い人間関係も垣間みることができた。

キーワード : 財団法人九州歯科医学専門学校 / 吉田鞆明 / 別府三穂三郎 / 末松偕一郎

I. はじめに

2014(平成26)年5月11日に九州歯科大学は創立百周年を迎え、その記念事業の一環として我々九州歯科大学創立百周年記念誌事業部会は「九州歯科大学百年史」を編纂し、2014年末に発刊にたどり着いた。

発刊後に多くの方々からお褒めの言葉を頂戴したが、財団法人九州歯科医学専門学校時代の法人の動きが理解しにくいとの意見があったことから、今回1921(大正10)年の財団法人設置から1945(昭和20)年の財団の解散までの流れとこれに関わった人々について整理することにした。なお記載方法としては、理事長ごとに項目立てし、その時代に関わった人々について記述した。

II. 財団法人九州歯科医学専門学校時代の流れとこれを支えた人物

A. 國永正臣理事長時代(1921年～1928年)

私立九州歯科医学校は國永正臣校長による個人経営であったが、私立學校令(明治三十二年八月三日公布 勅令第三百五十九號)第二條之二(明治四十四年七月三十一日改正 勅令第二百十八號)において「私人ニシテ中學校又ハ専門學校ヲ設立セムトスルトキハ其ノ學校ヲ維持スルニ足ルヘキ収入ヲ生スル資産及設備又ハ之ニ要スル資金ヲ具ヘ民法ニ依リ財團法人ヲ設立スヘシ」と規定されていたため、九州歯科医学専門学校は財団法人として経営する必要があった。1921(大正10)年7月19日の文部大臣の専門学校設置認可と同時に財団法人九州歯科医

学専門学校が発足した^{1,2)}。

設置当時の組織は、理事長として國永正臣氏、理事として清水精一氏、福永完治氏、林 茂氏、亀島京太郎氏の4名、監事として溝口喜六氏、斎田耕陽氏の2名という構成であった(図1, 2)。國永氏および清水氏については九州歯科大学百年史に詳細に記述してあるので参考にされたい。福永、林、亀島の3氏はいずれも日本勧業銀行員(福岡支店)であり、福永氏が國永氏と同郷であることから理事となり、福永氏が林、亀島兩名を勧誘したらしい^{1,2)}。

監事の溝口喜六氏は、1876(明治9)年佐賀県杵島郡に生まれ、1900(明治33)年第三高等学校岡山医学部卒業後、翌年から東大外科で研修を積み、1903(明治36)年九州大学外科教室で実地研修後、1906(明治39)年ドイツのウルツブルク大学医学部に留学して学位を受けている。1909(明治42)年福岡市須崎土手町80番地(現在地)に溝口外科医院を開業し、1919(大正8)年に医学博士、福岡県医師会長となっている。したがって、監事を引き受けられている当時は、福岡県医師会長であったと考えられる(図3)³⁾。1927(昭和2)年に医専設立を企画して九州医学専門学校(現久留米大学)を創立、委員長となり、翌年、初代理事長兼教授となった。1942(昭和17)年には南方派遣診療団(69名)の団長として、スマトラ島パレンバンで診療と熱帯医学研究に活躍した。1945(昭和20)年6月空襲により医院を消失。1946(昭和21)年、久留米医科大学初代学長に就任し、その後久留米大学名誉学長の称号を受けた。1953(昭和28)年に逝去された。



図1 國永正臣氏



図3 溝口喜六氏(久留米大学にある溝口氏の銅像)



図2 清水精一氏

もう一人の監事であった斎田耕陽氏は、朝倉郡御笠村阿志岐の出身で、1885(明治18)年から約2年間、長崎街道が日田街道に丁字形に突き当たった二村の敬止義塾の門弟となっている。1913(大正2)年当時は、福岡日日新聞社(現西日本新聞)の外勤で教育方面の取材担当をしており、後に事業部長となったという記録が残っているが、監事を引き受けていた当時のことは定かでない^{4, 5)}。

なお、財団法人の監事に関する記録は、設立当時の2名のみでそれ以降は残されていない。

財団は世襲校主制をとることが規定されており、國永氏以外の理事も保証金として寄付金を出資することになったが、亀山氏がこれを拒み、村上千次郎氏(日本勧業銀行員)が代わりに出資した^{1, 2)}。

1921(大正10)年9月1日、福岡市因幡町の九州歯科医学学校の校舎を引き継ぎ、九州歯科医学専門学校が開校した。学生は入学すると、九州歯科医学専門学校は文部大臣からの指定を受けていないために卒業後無試験開業ができないことを知り、その怒りは1922(大正11)年6月6日に同盟休校という形で表面化し、國永氏に「隠退決議文」を手交したが、國永氏は「学生の勧告に応ずる意思はない。」と強い姿勢で挑んだ。進藤篤一氏(解剖学担当、当時九州大学教授、後に福岡県立医学歯学専門学校の校長となる。詳細は九州歯科大学百年史参照)の斡旋により同月12日に円満落着した(図4)^{1, 2)}。

1923(大正12)年1月の福岡市東中洲の大火により國永氏は診療所を失い、校主として新規の学校建設費を負担できるような余裕は全くなくなっていた。國永氏と清水氏の対立は激しくなったが、負債を抱え資金を一切提供できない國永氏に分はなく、福永氏と林氏の意見により清水氏が常務理事となった^{1, 2)}。

1923(大正12)年6月に附属病院が落成して今泉での外来受付が開始された。1924(大正13)年10月25日の新



図4 進藤篤一氏

校舎での理事会にて正式な九州歯科医学専門学校今泉移転が確認された。翌年11月16日の「寄付行為変更認可申請の件」として九歯第60号をもって文部大臣に財団事務所の位置変更を申請した。1924(大正13)年11月7日に亀島氏が理事を辞し、村上氏が理事に就任した^{1,2)}。

1925(大正14)年9月時点の組織は、理事長として國永正臣氏、校長兼常務理事として清水精一氏、理事として福永完治、林 茂、村上千次郎の各氏で構成された。1926(大正15)年4月7日、福永氏と林氏が理事を辞任し、同年9月12日に林 彌平次氏と長野盛義氏が後任理事の専任を受けたが、就任の事蹟は残っていない^{1,2)}。なお、林氏と長野氏に関して調査したがどこにも記録が見当たらなかった。

B. 清水精一理事長時代(1928年～1929年)

1927(昭和2)年12月27日に國永氏は理事辞任を提出し1928(昭和3)年2月11日に理事会にて承認された。同年6月25日に後任として東京都四谷区大番町35番地の末長一三氏が理事に就任した。さらに12月2日に福岡市東湊町の安東重文氏と福岡市大名町156番地の吉田頼明氏が理事の選任を受け、同月15日に理事互選の結果、理事長に清水氏が、専務理事に村上氏が就任したのに併せ、さらに西川虎二郎氏が新しく理事に選任された。同日、財団の寄付行為を変更して理事定員を「5名」から「5名以上8名以内」として現状6名の理事数に合わせた^{1,2)}。

1928(昭和3)年12月時点の組織は、理事長として清水精一氏、専務理事として村上千次郎氏、理事として末長一三、安東重文、吉田頼明、西川虎二郎の各氏で構成されていた。末永氏および安東氏に関する記録は残されていないが、吉田氏は、その職業として福岡毎日新聞社社長、衆議院議員、頭山精神躬行会と記されている⁶⁾。1930(昭和5)年4月に西口紫溟氏(後に映画館「日活館」社長、福岡花月劇場社長、九州地方劇団協会会長、福岡ペンクラブ会長)と「福岡毎日新聞」を創刊、1932(昭和7)年の第18回衆議院総選挙に福岡1区から当選(犬養毅内閣：立憲政友会)、著書に「巨人頭山満翁は語る」(感山荘、1939年)という記録が残されている⁷⁾。したがって、吉田氏は財団の理事長を辞した後、政界で活躍されたことがわかる。

西川氏は、福岡県出身で1867年9月28日(慶応3年9月1日)西川与一氏の二男として生れ、1889(明治22)年陸軍士官学校(旧11期)を卒業後、近衛歩兵第2連隊付となっている。1891(明治24)年陸軍戸山学校を卒業、1897(明治30)年陸軍大学校(11期)を卒業した。1899(明治32)年参謀本部員となり、1900(明治33)年には二度清国に派遣されている。1902(明治35)年陸大教官を兼務、イギリスに派遣されている。日露戦争では大本営兵站監部参謀となり、1905(明治38)年鴨緑江軍参謀として出征、さらに遼東兵站監部参謀長を務めている。同年11月関東総督府参謀となり、陸大教官、第3師団参謀長などを経て、1913(大正2)年陸軍少将に進級。歩兵第19旅団長、関東都督府参謀長、参謀本部第4部長を歴任。1917(大正6)年陸軍中將となり、陸軍歩兵学校校長を経て、1918(大正7)年第13師団長に親補されシベリア出兵に従軍後、第1師団長に就任。1922(大正11)年8月待命となり、翌年3月予備役に編入され、1944(昭和19)年8月18日に逝去されたという記録が残っている⁸⁾。しかしながら、財団の理事時代にどのような身分であったかは定かでない(図5)。

1929(昭和4)年10月14日、福岡市開業の三浦丈八氏(九州歯科医学校卒業生)が清水氏を背任横領罪で告訴し、同月23日4学年合同クラス会は、清水氏に対して校長辞職や校友会費の所在等を含む要求を行った。同年11月9日、清水氏は理事と校長の辞職願を提出した。同月21日に35歳の永松勝海氏が校長事務取扱に就任、翌12月には吉田氏が理事長に就任した^{1,2)}。

C. 吉田頼明理事長時代(1929年～1930年)

1929(昭和4)年12月時点の組織は、理事長として吉



図5 西川虎二郎氏

田鞆明氏，専務理事として村上千次郎氏，理事として末長一三，安東重文，西川虎二郎の各氏で構成されていた。

1930(昭和5)年2月3日，福岡市議会協議会は廃校の上新しい学校を起こすという案を廃して，負債20余万を整理して更生を図ることを決定した。この情報が村上専務理事により旧理事団へ事前に伝わり，旧理事団は財団破産により自分たちに負債が回ってくることを知ったため國永，清水，福永，林(茂)の4氏は理事会に戻って自らけりをつけようと，秘密裡に新理事と入れ替わりを交渉した。同年2月20日，理事の末永氏と西川氏に代わり旧理事が理事として復活する理事会決議録が作成され，26日に登記された^{1,2)}。

1930(昭和5)年2月時点での組織は，理事長として吉田鞆明氏，専務理事として村上千次郎氏，理事として安東重文，國永正臣，清水精一，福永完治，林 茂の各氏で構成されていた。吉田理事長は弁護士を立てて旧理事4名の職務執行停止処分を行った。また，同年5月26日，吉田理事長と安東理事は村上専務理事を収入の独断処分で告訴した。これに対抗して旧理事団は吉田氏と安東氏の重要決定権停止の仮処分を申請した。同年8月27日，福岡区裁判所より財団は破産宣告を宣告され，6名の理事は理事報行権停止の仮処分を受けた。これを受けて永松勝海氏は，上京して文部省に事情を説明した。帰福後，同郷のつてにより当時人見喜三郎氏を会長とする京都府伏見市の公益社団法人伏見一六会を紹介され，京都で伏見一六会の人見会長ならびに別府三穂三郎氏と面会した。2週間後に，伏見一六会から「融資見込みをつけたが，定款にある営業地域の定めにより商工省の許可が下りなかった」との返事を受け，永松氏は商工省と直接交渉するために再び上京した。しかし定款に従う商工省の態度は硬く，文部省専門学務課長と共に小倉の代



図6 永松勝海氏

議士である末松偕一郎氏を訪れ，商工大臣との交渉を依頼し，その結果，伏見一六会が損をしないという条件付きで融資を黙認してもらうこととなった。11月12日破産宣告が取り消され，財団法人九州歯科医学専門学校は奇跡的に破産確定を免れた。同月15日に伏見一六会の別府氏が，12月13日には永松氏が理事に加わり，國永，安東，吉田の各理事が辞任した。さらに同月26日には福永，清水，村上，林(茂)の各理事が辞任した。同年12月17日，永松氏は財団法人九州歯科医学専門学校の理事に就任し，以後学校長を兼務した(図6)^{1,2)}。

ここで，一連の出来事に関わっている人物と背景について触れたい。まず，永松氏が融資に奔走している折に出逢った伏見一六会は，1895(明治28)年2月に創始者人見喜三郎氏が中心となり，16名の青年に協力を呼びかけ設立された公益社団法人であり，貯金部と教育部から発展して伏見図書館，伏見実習学校(後の伏見商業学校，現京都市立桃山中学校)，伏見商業夜学校，無料診療所済生園，公益質屋，伏見十六会館を設立した。1927(昭和2)年からの金融恐慌のあおりで1934(昭和9)年経営に行き詰まり破産した会社である⁹⁾。

つぎに，永松氏が人見会長とともに面会した別府三穂三郎氏は，1878(明治11)年10月15日に父別府又十郎，母セツの三男として福岡県築上郡三毛門村に生まれている。1900(明治33)年第五高等学校卒業，1904(明治37)年東京帝国大学政治学科卒業，1906(明治39)年門司貯蓄銀行(門司市本川町二丁目)取締役・頭取，1907(明治



図7 別府三穂三郎氏

40年～1909(明治42)年韓国興農株式会社(大分県宇佐郡四日市町)取締役, 1908(明治41)年～1909(明治42)年門司船渠株式会社(東京麹町區内幸町一丁目)監査役, 翌年同取締役, 1909(明治42)年扶桑新聞(名古屋市新町二丁目樹五番地)編集担当, 1911(明治44)年門司貯蓄銀行取締役, 1917(大正6)年～1918(大正7)年西丹貯蓄銀行(兵庫県氷上郡幸世村香良)取締役・副頭取, 1924(大正13)年～1926(大正15)年新舞鶴棧橋倉庫株式会社(京都府加佐郡新舞鶴町字濱)取締役, 1926(大正15)年～1927(昭和2)年皇国銀行(東京神田區鍋町)監査役, 1935(昭和10)年3月12日逝去という記録が残っている¹⁰⁾。また, 1928(昭和3)年学士会発行の学士会会員氏名録によると別府氏の住所は京都市伏見区深草稲荷神社境内と記されている¹¹⁾。したがって, 別府氏は皇国銀行監査役を経て伏見一六会に入り, 1930(昭和5)年から逝去される1935(昭和10)年まで財団法人九州歯科医学専門学校の理事および理事長として活躍されたと考えられる(図7)。

もう一人, 永松氏が商工大臣との交渉を依頼した末松偕一郎氏は, 1875(明治8)年6月18日小倉藩医・末松玄洞の三男として築上郡友枝村東上で生まれた。豊津中学時代, 4年生から5年生に進学の時は平均点96点, 100点が8科目あった稀に見る秀才であったという。第五高等中学校を経て, 1902(明治35)年7月, 東京帝国大学法科大学法律学科(独法)を卒業したが。その前年

の1901(明治34)年11月東大法科3年生の時に, 高等文官高等試験に合格している(日本人初)。1903(明治36)年12月静岡県参事官に就任し, 同県事務官・第二部長, 福岡県第三部長, 同第二部長, 内務書記官, 清国政府聘用(自治局顧問), 山梨県警察部長, 法制局参事官などを歴任している。1915(大正4)年3月徳島県知事に就任。1917(大正6)年9月台湾総督府財務局長となり, さらに内務局長を務め, 1922(大正11)年11月まで在任している。翌年10月滋賀県知事に就任し, 茨城県知事, 広島県知事を歴任して1927(昭和2)年11月に退官し, 東京向島に転居する。この間1924(大正13)年には別府に「末松文庫」という別荘兼小図書館を設立し, 一般市民にも開放していた。1928(昭和3)年2月第16回衆議院議員総選挙で福岡県第4区に立憲民政党から出馬し当選し第17回総選挙で再選されたが, 1932(昭和7)年2月の第18回総選挙で落選した。その後, 第18回総選挙補欠選挙で返り咲き, 1937(昭和12)年4月の第20回総選挙まで連続して当選し, 通算5期務めた。浜口内閣および第2次若槻内閣では1931(昭和6)年4月から同年12月まで鉄道政務次官を務めた。その後, 1942(昭和17)年10月から1946(昭和21)年10月まで大分県別府市の市長を務めた。その他, 弁護士, 明治大学・拓殖大学の各講師, 奉天法制学堂教授, 九州歯科医学専門学校理事長などを務めた。1947(昭和22)年6月26日逝去。享年72歳であったと記録されている^{12), 13)}。したがって, 永松氏が商工大臣との交渉を依頼した頃は, 末松氏は衆議院議員であったことがわかる。また, 別府氏とは郷里も同じで第五高等中学校から東京帝国大学と同時期に同じ進路を歩んでおり, おそらく繋がりがあったものと思われる(図8)。

D. 別府三穂三郎理事長時代(1931年～1935年)

1931(昭和6)年3月5日, 旧制福岡高等学校校長の秋吉音治氏が理事に選任され, 別府氏が理事長に就任, 永松氏が文部大臣の許可を得て校長となった。当時の組織は, 理事長として別府三穂三郎氏, 理事として秋吉音治氏, 永松勝海氏の3名で構成されていた。しかしながら, いつまでも融資の償還が得られない伏見一六会は, 会長の弟である人見敬二氏を理事として推薦し, 就任させた。八方塞がったところで, 末松偕一郎氏から小倉市への移転を提案され, 財団は小倉市と非公式に交渉を始めた^{1), 2)}。

1933(昭和8)年9月30日, 理事会は福岡市今泉から小倉市板櫃への移転を決議し, 12月20日, 校地を小倉



図8 末松偕一郎氏

市板櫃616番地へ変更を文部省へ認可申請を提出した。さらに同月28日には、小倉市の校地予定地を7,435円(坪単価5円)で九州歯科医学専門学校に売却し、移転開始の年から2年間で等分支払するという覚書が小倉市と財団で交換された。このような中、経営不振に陥っていた伏見一六会が破産し、1934(昭和9)年3月に人見氏は理事を辞した。1935(昭和10)年3月、京都の自宅にて喉頭がんで臥していた別府氏が逝去した^{1,2)}。

ここで、旧制福岡高等学校校長の秋吉音治氏について触れてみたい。秋吉音治氏は、1876(明治9)年10月1日福岡県京都郡豊津町で生まれ、豊津中学、第五高等学校を経て1901(明治34)年東京帝国大学文科大学国文学科卒業後、真宗京都中学、島根第三中学、福岡県立中学明善校の教諭、福岡県立朝倉中学校校長、大阪府立市岡中学校校長、県立第一鹿児島中学校校長を歴任し、新設の福岡高等学校(福岡市中央区六本松にあり、後に九州大学に継承)長に抜擢されて赴任した。1937(昭和12)年7月に逝去されている¹⁴⁾。

興味深いことは、秋吉氏は豊津中学～第五高等学校～東京帝国大学と末松氏と進路がまったく同じであり、別府、末松、秋吉3氏の深い繋がりが想像できる(図9)。

E. 末松偕一郎理事長時代(1935年～1944年)

1935(昭和10)年10月、それまで永松氏の相談役を担っていた末松氏が理事長に就任し、金田栄太郎氏と助川直人氏が理事に加わった^{1,2)}。当時の組織は、理事長として末松偕一郎氏、理事として秋吉音治氏、永松勝海氏、金田栄太郎氏、助川直人氏で構成されていた。



図9 秋吉音治氏

同年11月12日、新しい理事団で小倉市移転が再確認され、12月30日、建築資金の援助をした野口 遵(したがう)氏の別府市別邸にて行われた理事会で、翌年7月に移転を執行することが決まった。1936(昭和11)年1月に新校地の地鎮祭、5月に建築起工式、9月には竣工し、9月30日に財団事務所を小倉市板櫃616番地に変更する寄付行為変更を行うことを理事会で決定した。10月10日に学生700名の引っ越しが完了し、10月17日には新校舎において初めて理事会が開催された。文部大臣に寄付行為変更を申請し、11月25日に認可を受けた^{1,2)}。

1937(昭和12)年7月1日、秋吉氏が死去したため、財団組織は、理事長の末松氏ほか永松氏、金田氏、助川氏3名の理事で構成されることとなった。

金田英太郎氏は、1865(慶応元)年3月15日徳川将軍の近侍金田日向守正心の長男として江戸本所区に生まれた。明治維新により旧領地の坂祝村に移住し、1884(明治17)年7月岐阜県華陽学校師範学部を卒業後、養心学校に勤務した。1886(明治19)年11月滝田簡易小学校に転勤した後、富田小学校で定年まで勤めた。1906(明治39)年多年教育に尽瘁せるを以て文部省より表彰、1909(明治42)年文部省より優良小学校として表彰される。1921(大正10)年4月定年退職し、1926(大正15)年4月に富田村長(岐阜県)に就任した。その後、1930(昭和5)年広島東洋工業株式会社監査役に就任し、1935(昭和10)年同取締役、1944(昭和19)年取締役辞任、1949(昭

和24)年7月10日に逝去されている¹⁵⁾。したがって、財団の理事時代は広島東洋工業株式会社の取締役であったと思われる。もう一人の理事である助川直人氏については調査したが記録が見つからなかった。

理事会の場を提供した野口 遵氏は、1873(明治6)年7月26日金沢の貧しい士族の家に生まれ、東京師範学校附属小学校(現・筑波大附属小学校)を経て東京府中学校(現・都立日比谷高校)、成立学舎を経て1888(明治21)年第一高等中学校に入学した。1896(明治29)年東京帝国大学工科大学電気工学科(現・東京大学工学部電気工学科)を卒業後、1898(明治31)年シーメンス東京支社に入社した。1903(明治36)年仙台で日本初のカーバイド製造事業を始め、1906(明治39)年曾木電気を設立し、鹿児島県の大口に曾木水力発電所を開設、翌年には日本カーバイド商會を設立し、熊本県の水俣でカーバイドの製造を始めた。1908(明治41)年曾木電気と日本カーバイド商會を合併して日本窒素肥料を設立した。1914(大正3)年広島電灯(現・中国電力)の取締役に就任、また東洋コルク工業(マツダの前身)などの支援や福屋デパート創業にも参画した。1923(大正12)年宮崎県の延岡で、カザレー法(Luigi Casaleが開発したアンモニアの新しい製造方法)によるアンモニア製造を開始し、1926(大正15)年には朝鮮水力電気(朝鮮水電)と朝鮮窒素肥料の2社を設立した。1929(昭和4)年に日本ベンベルグ絹糸(現・旭化成)を設立、1932(昭和7)年に京城府本町(現・ソウル特別市中区明洞)に半島ホテル(現・ロッテホテル)を開設した。1940(昭和15)年に京城で脳溢血に倒れ実業界から引退後、翌年科学振興・朝鮮教育振興のため私財3000万円を投じて、2,500万円 で野口研究所を設立、500万円を朝鮮奨学会に寄付した。1944(昭和19)年1月15日に逝去されている¹⁶⁾。したがって、1935(昭和10)年当時の野口氏は朝鮮半島の事業王と言われるほど事業で成功した頃である(図10)。興味深いことに、末松偕一郎氏の孫にあたる大野真理子氏がその著書「オーマイ・パパ」の中で父末松経正氏(末松偕一郎氏の三男)について以下のような記載があった。「外交官試験不合格一父(経正氏は当時東京大学在学中、1938(昭和13)年卒業)はこの不本意な結果を、箱根仙石原のホテルにて避暑中だった祖父(偕一郎氏)に報告に行った。祖父は有無を言わず父を、やはり仙石原の別荘に静養で来ておられた野口 遵氏の所に連れて行った。日本窒素への入社を依頼したのである。野口氏は父を大歓迎し、二つ返事で入社させてくれた。」¹⁷⁾。また、末松偕一郎氏の二男である満氏の奥様は野口氏のご令嬢である。このような



図10 野口 遵氏

ことから、末松氏と野口氏が親密であったことが理解でき、理事でもない人物が理事会の場を提供したことが理解できる。

1943(昭和18)年12月、福岡県は、新設県立医科専門学校校舎として九州歯科医学専門学校を県に移管するよう財団の事務局長である喜久田健三氏を通じて末松理事長に働きかけ、12月14日に理事会ならびに緊急校友会幹事会を開催し、財団と校友会との間で審議した。この時、校友会会長であった清永盛樹氏は財団の理事も兼任していた。審議の結果、県立医学専門学校設置のため、条件付きで財団法人九州歯科医学専門学校を県に移管する方針を固めた^{1, 2)}。

1943(昭和18)年12月当時の財団組織は、理事長として末松偕一郎氏、理事として永松勝海氏、清永盛樹氏、金田栄太郎氏、助川直人氏の4名、事務局長として喜久田健三氏で構成されていた。

1944(昭和19)年1月11日、福岡県は正式に文書をもって財団に資産一切の寄付に関する内諾書を求めた。1月17日、財団は寄付願を県に提出した。続いて財団は2月15日に書面にて理事会を開いて九州歯科医学専門学校を廃校し、職員生徒を福岡県立医学歯学専門学校へ引き継ぐことを可決した。福岡県は同年2月17日に財団に対し寄付を受ける方針を示し、翌日、財団は文部大臣宛に専門学校廃止を申請し、3月6日に文部大臣は財団の解散認可と基本財産の処分を承認した。3月20日、財団は寄付採用願を県に提出し、3月31日にその受納が決まった。寄付した総資産は1,610,443円95銭であった。同月31日、文部大臣により廃校が認可され、財団法人九州歯科医学専門学校は開校から波乱の23年を終えた。財団解散に伴う清算は戦禍激しい中、清算人となった末松偕一郎氏、清永盛樹氏、喜久田健三氏によって行



図11 財団解散の記念写真。
中央：末松偕一郎理事長，右：永松勝海校長 左，清永盛樹理事



図12 1947年(昭和22)年6月の福岡県立高等学校開校記念式の写真。左から6番目が喜久田健三氏

われ，終戦後の1945(昭和20)年11月12日に終了し，文部大臣に提出された(図11)^{1, 2)}。

事実背景を辿ると，末松氏は理事長に就任した頃は国会議員であり，また財団が解散する頃はすでに別府市長に就任されていたことになる。

一方，事務局長の喜久田健三氏は，1920(大正9)年の台湾総督府職員録系統(台湾史研究所発行)によると，末松氏と同じく台湾総督府財務局に所属している¹⁸⁾。また，前出の「オー・マイ・パパ」の中で，末松経正氏が旧制福岡高校時代(1930(昭和5)年頃)に色々と面倒を

見てくれたとの記載があり，当時の職は大分日赤病院事務長と記されている¹⁷⁾。さらに，1947年(昭和22)年6月の福岡県立高等学校開校記念式の写真(図12)には福岡県立歯科医学専門学校事務長と記載されている²⁾。以上の背景から，喜久田氏は台湾総督府時代から末松氏と親しく，1930(昭和5)年頃は大分にいながら末松氏のご子息の面倒を見られ，1935(昭和10)年に末松氏が理事長に就任されてからは，おそらく末松氏に誘われて財団事務局長となり，財団解散後は末松氏とともに清算人となり，さらに福岡県立歯科医学専門学校となってから

も事務長として在職されていたことがわかる。

Ⅲ. ま と め

財団法人九州歯科医学専門学校時代の法人の動向について、歴史的事実ならびにこれに関わった人物について検討を加えた。今回の調査において、九州歯科大学百年史には記せなかった事実や興味深い人間関係も垣間みることができた。本総説を九州歯科大学百年史とともに読んで戴き、本学の百年の歴史を感じて戴ければ幸甚である。

謝 辞

本総説を執筆するにあたり、貴重な資料を提供して戴いた元公立大学法人九州歯科大学理事・久留米大学名誉教授大家重夫氏に衷心より御礼申し上げます。

本総説に関して、開示すべきCOI関係にある企業などはない。

文 献

- 1) 九州歯科大学五十年史編史委員会編：九州歯科大学五拾年史。中越印刷製紙株式会社北九州工場，北九州，1967，p.32-297
- 2) 九州歯科大学創立百周年記念誌事業部会編：九州歯科大学百年史，株式会社アークマウントコーポレーション，北九州，2014，p.46-78
- 3) 医療法人溝口外科整形外科病院：沿革 <http://www.mizoguchi-hp.jp/enkaku.html>
- 4) 萬漫評編：敬止義塾。夢の久作をめぐる人々 杉山茂丸伝記抄。 <http://www1.kcn.ne.jp/~orio/main/shigemaru/shigemaru14.html>
- 5) 九州大学附属図書館編：九大コレクション：黒田静男。 <http://catalog.lib.kyushu-u.ac.jp/image/fukuoka/0193.html>
- 6) 徳富蘇峰記念館編：略年譜 吉田鞆明 <http://www.soho-tokutomi.or.jp/db/jinbutsu/353>
- 7) 九州大学附属図書館編：九大コレクション：西口紫溟。 <http://catalog.lib.kyushu-u.ac.jp/image/fukuoka/0427.html>
- 8) 上法快男監修，外山 操編：陸海軍将官人事総覧，陸軍篇，芙蓉書房，東京，1981，p.88.
- 9) 井上英之：戦前の地域づくりの典型「伏見十六会」のこと。 京 都 自 治 体 問 題 研 究 所 編。 <http://www.asahi-net.or.jp/~PN8Y-NRKN/kurashi-jichi/logfile/2010/05/backlog10-5-4.htm>
- 10) ブログZaq編：blog「小野一雄のルーツ」。 別府三穂三郎 <http://www.ktb.zaq.ne.jp/gfajc605/b03-03-1.html>
- 11) 国立国会図書館：近代デジタルライブラリー 学会会員氏名録。 昭和3～4年用 <http://kindai.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/1454875/461>
- 12) 松井義宏：評伝 満州の星・下村信貞をめぐる人々 (13)。 耶馬台 193：58-65，2014.
- 13) 岡崎 晃：ふるさと豊前・人物再発見No.69夏目漱石の小説モデル候補の末松偕一郎氏。 豊教だより 90：1，2010.
- 14) 九州大学附属図書館編：九大コレクション：秋吉音治 <http://catalog.lib.kyushu-u.ac.jp/image/fukuoka/0253.html>
- 15) 渋沢社史データベース：東洋工業(株)『東洋工業株式会社三十年史』(1950.01) http://shashi.shibusawa.or.jp/details_nenpyo.php?sid=6580&query=金田栄太郎
- 16) 公益財団法人野口研究所：創設者野口 遵について http://www.noguchi.or.jp/about_noguchi.php?lang=ja
- 17) 大野真理子：オー・マイ・パパ。 文芸社，東京，2003，p. 44，p. 52-53.
- 18) 臺灣史研究所編：台湾總督府職員録系統：臺灣總督府；財務局(大正9年) http://who.ith.sinica.edu.tw/s2s.action?viewer.q_fieldStr=dcYear;orgName;dcYear;orgName;%24&viewer.q_opStr=AND;AND;OR&viewer.q_valueStr=192008;臺灣總督府；財務局 &pager.ObjectsPerPage=25&viewer.q_dtdId=000088&viewer.q_viewMode=ListPage&pager.whichPage=1

難症例義歯治療の有効ポイントと近年の動向

皆 木 省 吾

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科咬合・有床義歯補綴学分野

平成27年6月22日受付

平成27年8月19日受理

Points for the treatment of difficult complete denture case

Minagi Shogo

Department of Occlusal and Oral Functional Rehabilitation Graduate School of Medicine,
Dentistry and Pharmaceutical Sciences, Okayama University

はじめに

超高齢社会である現在の義歯ニーズには、過去の成書に記載されている標準的な方法(通法)のみでは対応できない場面が多く含まれている。それは、いわゆる『通法』がその時代の代表的な症例に適するよう確立されているからであると考えられる。30年前における有床義歯難症例は、主に顎堤性状の特性に由来するものだったかもしれないが、現在ではそれ以外の因子も深く関与しており、それらを理解して対応することが社会的にも要求されている。認知症、多発性脳梗塞など多様な背景を有する現在の日本の義歯治療にはそれに見合った論理概念と具体的対応手法(ノウハウ)が必要と考えられる。いうまでもなく、これまでの通法どおりで十分に対応できる症例もあるが、そのような症例に関しても、患者の体位保持能力などを勘案すれば、処置に必要とされる具体的なスキルを体得した術者が短時間で正確に処置を行うことが期待される。さらに治療の質について社会的に期待される点としては、高齢化や種々の障害のために義歯への適応力が低下した患者であるにも関わらず、義歯調整であれば処置の即効性と永続性が望まれ、義歯作製であれば患者が短期間で適応しやすい義歯の作製が望まれる。

本稿ではこのような環境で応用できる具体的手法のいくつかを紹介し、また義歯治療法の習得に関わる状況について考察したい。

上顎総義歯の易脱離に対する抵抗形態の付与

上顎義歯の易脱離の主たる原因は、多くの場合は不適切な咬合によるものである。特に上顎小臼歯部から前歯部にかけて、下顎歯から強い力を受けることによって上顎義歯が脱離する機会が多いことは良く知られている。しかし、これらを改善してもなお上顎顎堤条件が特に不良な場合などにおいては、上顎臼歯部頬側研磨面に機能的維持形態を付与する必要がある。図1に頬側研磨面の維持形態の例を示す。上開きの面を頬側研磨面に付与することによって、患者は頬筋の力を利用して義歯脱離を防ぐことができる有効な方法である¹⁾。

しかし、この形態を付与する手法について、成書を探しても明瞭な記載は見当たらない。フレンジテクニックを模して、「イ」と「ウ」の発音を交互に行っても術者が本質を理解していなければ必ずしも適切な形態は形成されない。図2に示すように、軟化したイソコンパウンドを上顎臼歯部歯列頬側に置いてこの構音運動を行ってみれば良く分かるが、単純な交互発音では必要とされる

責任者への連絡先: 皆木省吾

〒700-8525 岡山市北区鹿田町2-5-1

2-5-1 Shikata-cho, Kita-ku, Okayama 700-8525

TEL: 086-235-6685

E-mail: minagi@md.okayama-u.ac.jp

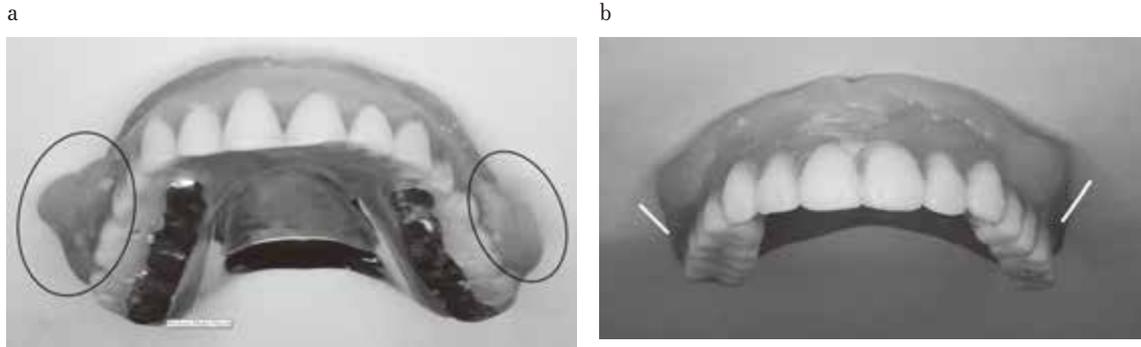


図1 頬側研磨面に付与した機能的維持形態の例. a) 左右側で形態が異なっているが良好に機能している b) 頬側維持形態の前面面観(別症例). 第1大臼歯部を中心として上開きの研磨面形態が付与されている (文献1から引用)



図2 上顎臼歯頬側に軟化したイソコンパウンドを置いて「イ」と「ウ」を交互発音した場合の機能的形成面. a, bに示すように交互に発音するだけでは, 頬筋に力を入れてみても, cに示すように下開きの形成面しか得ることができない. (文献1から引用)

形態は得られない.

正しく形態を付与するためには, 筋の走行と機能をうまく利用する必要がある. 図3に示すように, 「ウ」と発音し, そのまま口角の位置を変えないように(口角をひろげないように)「イ」と発音させる. これは簡単な指示なので高齢者でも容易に行わせることができる. 頬筋の上半分は筋が斜走しており, 下半分は水平方向に筋繊維が走行している. 上記の手順で「ウイ」と連続発音させることによって, 頬筋下半分の水平方向に走行する部分上端に「力こぶ」が形成される. 引き続き「イー」と強く発音させることで, この力こぶは大頬骨筋によって上方に引き上げられるので, 頬側面に効果的な維持形態が印記される. 一連の発音(動き)としては, 「ウイー」である. この口の動きはいわゆる「美味しい口」の形であり, 日常的に使っている筋肉の動きであるため, 義歯がはずれそうになったときには高齢者でも容易にかつ自然に使える動きである. 上顎臼歯頬側に軟化したイソコンパウンドを置いて上記の発音と動きを行った結果が図3fであるが, 明瞭な上開きの形態が記録されている. 図2と図3は同一の被検者による印象結果である. この印象法は, 新義歯作製時にでも, 脱離して困る義歯の形

態修正にも使うことができる¹⁾.

下顎義歯の浮き上がりを改善する床形態の修正

超高齢社会においては, 超高齢者の生活条件を考慮した義歯の作製や調整が必要である. 認知症高齢者や脳血管障害を有する高齢者が食介助を受ける場面においても使える義歯の概念は, 健常高齢者の口腔内で安定して機能する義歯の概念とも一致するものである. 基本的に「床縁を可及的に長く」と多くの成書で表現されてきたことが高齢になって適応力が低下した患者の義歯治療を混乱させている. これは長い床縁に機能的に適応する能力を有する若い無歯顎患者においてのみ真実である. もちろん長い短い, 定性的な表現でありどう受け取るかは歯科医師の個人差は大きい. 下顎において, 義歯による疼痛発現には咬合の問題が大きく関与しているが, 下顎義歯の動揺や浮き上がりについては, 多くの場合には下顎唇側床縁の過長と, 下顎第1小臼歯と下顎前歯の人工歯が機能運動時の下口唇によって押し上げられることに由来している. 図4はスプーンを用いて食介助を受けるときの口唇の動きを示している. 患者自身が自分でスプーンを使う時とは異なり, 介助者が差し出すスプーンを唇



図3 上顎義歯の頬側研磨面の機能的維持形態の付与方法. 上顎臼歯頬側に軟化したイソコンパウンドを置いて「ウ」と発音し(a), そのまま口角の位置を変えないように「イ」と強く発音する(b). これによって, 頬筋の水平方向に走行する部分の「力こぶ」を形成し大頬骨筋によって上方に引き上げる. f)形成された上開きの維持形態. (文献1から引用)

で迎えに行かなければ円滑に食物を口の中に受け取ることができないため, 下口唇がスプーンを迎えに行くような動きになる. 下顎唇側床縁や人工歯排列位置がこの動きに適合していなければ下顎義歯が浮き上がり, ますます口腔内への食物の取込も咀嚼も困難になる.

「2横指3秒ルール」¹⁾として知られているように, 2横指の開口を3秒間持続している間に下顎義歯が浮きあがらないようにすることは, 使える義歯の必須の条件であるといえる. この診断は, 図5に示す領域別に義歯床縁の過長診断と調整を行うことによって容易にしかも確実にチェアサイドで実現できる. 診断・調整は舌側を最初に, その後に唇頬側について行う. 例えば下顎前歯

部については, 図6に示すように下口唇を術者が指で排除して2横指開口させてそのまま開口状態を維持させる. この状態で3秒間義歯が浮きあがらなければ, 前歯部に床縁の過長がある, あるいは下顎前歯人工歯の排列位置が唇側にありすぎることが明示される. 床縁過長の部位が明らかになれば, 同部の床縁を, 「2横指3秒ルール」に合致するまで削除調整することによって義歯の機能は格段に向上する.

なお, 床縁の過長の調整は, 「All or None」(全か無か)の原則に従うことに注意が必要である. 上記の調整によって下顎義歯全周の過長が改善されなければならないが, それによって即時に安定した下顎義歯床縁形態を



図4 食介護を受けるときの口唇の動き。患者自身が自分でスプーンを使う時とは異なり、介助者が差し出すスプーンを唇で迎えに行かざるを得ない。下顎唇側床縁や人工歯排列位置がこの動きに適合していなければ下顎義歯が浮き上がり、ますます口腔内への食物の取込も咀嚼も困難になる。(文献1から引用)

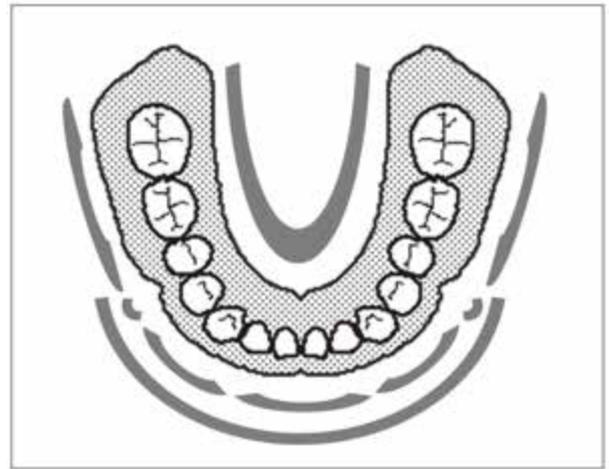


図5 下顎義歯の床縁過長チェックセグメント (文献1から引用)

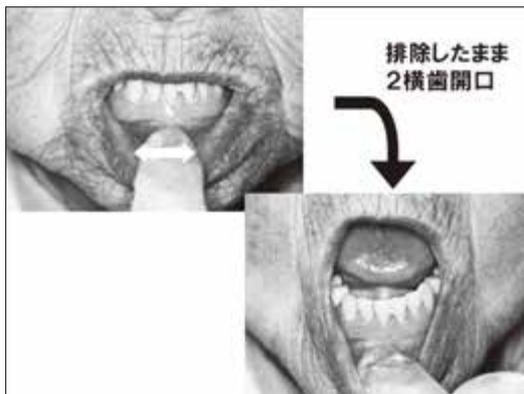
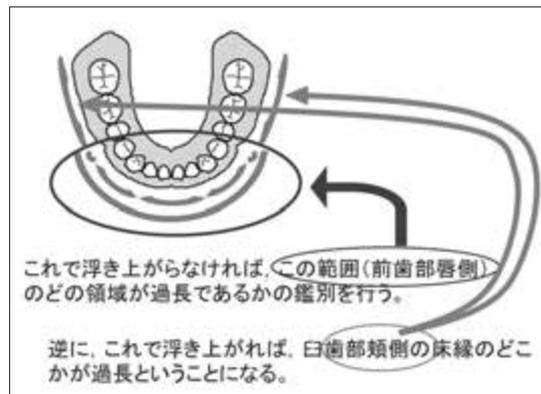


図6 簡単な下顎前歯部唇側の床縁過長診断。下口唇を術者が指で排除して2横指開口させてそのまま開口状態を維持させる。これで3秒間義歯が浮きあがらなければ、前歯部に床縁の過長がある、あるいは下顎前歯人工歯の排列位置が唇側にありすぎることが明示される。(文献1から引用)



獲得することができる。

総義歯に関わる臨床背景の時代的变化

義歯治療に関する学習環境は近年大きく変をしている。患者の高齢化によって、義歯に対する患者の適応力が低下している事も含めて、義歯の難症例化が進行している。したがって、若い歯科医師が総義歯について平易な症例で十分な経験を積む機会はずいぶん減少していると感じられる。過去に我々の世代の多くの歯科医師が行ってきたような、典型症例を主眼として確立された「通法」を成書から学習し、目の前の患者に対してケース・バイ・ケースで各症例の特徴を観察し、トライ・アンド・エラーを繰り返しながら上達してゆくといった学習手法では若

い歯科医師が治療に熟達することが困難な時代になったと考えられる。このような症例傾向は今後もさらに進行するものと考えられる。

この現状に対応できる学習環境を整えるには、診断・治療の本質を集約し、義歯そのものの良好な形態を確実に再現する手法が確立されなければならない。その上に加えて、はじめて摂食咀嚼嚥下に関する機能的側面に焦点を合わせることが可能となると考えられる。本稿では実際の臨床現場に即した重要な手法を幾つか紹介した。若手歯科医師、義歯を専門としない歯科医師をはじめ高齢者の食に関わる診療に従事する方々の治療に寄与することができれば幸いである。

参考文献

ル, 学術研究出版,2015.

- 1) 皆木省吾. 写真と図で使える超高齢者総義歯座右マニュアル

顎補綴治療におけるポイント

楨原 絵理

九州歯科大学顎口腔欠損再構築学分野

平成27年7月21日受付

平成27年8月17日受理

Keys of maxillofacial prosthetics

Eri Makihara

Division of Occlusion & Maxillofacial Reconstruction, Department of Oral Function, Kyushu Dental University,
Kitakyushu, Japan

Abstract

The degree of difficulty of maxillofacial prosthetic treatment depends greatly on the presence or absence of trismus and remaining teeth and the state of the surrounding soft tissue. The size of the bone defect, the presence or absence of any connection to outside the oral cavity, and the presence or absence of skin grafting are major factors in maxillary defects, while mandibular continuity and deviations are additional major factors in mandibular defects.

The primary objective of prosthetic treatment for maxillary defects is closure of the bone defect, but highly accurate impressions need to be taken of areas surrounding the bone defect when manufacturing maxillofacial prostheses, so care must be taken to safely remove the impression material after hardening.

Meanwhile, the primary objective in the case of mandibular defects is ensuring occlusion. Mandibular continuity of the defective area is restored using metal plates, autologous bone, or other materials, and the lower alveolar ridge is surgically reconstructed in a proactive manner using a skin flap. However, recreating the original jaw and masticatory movements that existed before surgery is extremely difficult.

We are endeavoring to take impressions using different materials depending on the area, and to fabricate prostheses that are in harmony with the dynamics of the movements of the tongue and surrounding tissues.

This kind of treatment can be followed by a relatively good postoperative course, although a lack of continued oral health care can lead to loss of remaining teeth over time, changes to occlusion, and a requirement for re-fabrication of the prosthesis. Maxillofacial prosthetic treatment therefore requires thorough postoperative management of the patient together with treatment policies decided at preoperative conferences using a team-based approach, including dental hygienists, dental technicians, and speech

責任者への連絡先: 楨原絵理

〒803-8580 北九州市小倉北区真鶴2-6-1

九州歯科大学顎口腔欠損再構築学分野

TEL : 093-582-1131

FAX : 093-582-1140

E-mail : maki-eri@kyu-dent.ac.jp

therapists, as well as prosthetic and oral surgeons.

Key words : maxillofacial prosthesis, maxillary defect, mandibular defect, team approach

抄 録

顎補綴治療の難易度は、開口障害、残存歯の有無、周囲軟組織の状態に大きく作用される。上顎欠損では、欠損腔の大きさや口腔外との交通の有無、皮膚移植の有無、下顎欠損では、下顎の連続性、下顎偏位なども大きな因子となる。

腫瘍摘出後に生じた上顎顎欠損に対する補綴的対応の主な目的は欠損腔の封鎖であるが、顎補綴装置の製作に際して、欠損腔以外の領域は精度の高い印象採得が必要であり、欠損腔部位は、印象材硬化後に安全に撤去できるよう配慮しなければならない。さらに、可動性皮弁による口蓋閉鎖が行われている場合には、皮弁部に支持を求めることは難しく、筋圧維持などを考慮した義歯研磨面形態を決定する必要がある。

一方、下顎の場合は咬合の確保が大きな目的であるため、下顎骨欠損部は金属プレートや自家骨などを用いて下顎骨の連続性を修復し、その上部は皮弁を用いた外科的顎堤再建が積極的に行われているが、術前と同様の顎運動や咀嚼運動を再現することは非常に困難である。また、皮弁のボリュームや被圧縮性が過大な場合は義歯の装着に大きな障害となり、口腔周囲組織の力学的動態にも大きな変化が生じていることが多い。

我々は、部位により異なる印象材を用いた印象採得を行うとともに、フレンジテクニックを利用してこれらの動態に調和した顎義歯床縁形態、床研磨面形態を付与した顎義歯製作を心がけている。このような処置を行うことで比較的良好な術後経過をたどることもあるが、術後管理を適切に行わなければ、経時的に残存歯の移動、顎堤形態や咬合の変化が起これ、支台装置の破損などにより補綴装置を再製する場合が少なくない。したがって顎顔面補綴治療においては、補綴科医、口腔外科医だけでなく、歯科衛生士、歯科技工士、言語聴覚士などのチームアプローチにより、術前カンファレンスで治療方針を決定するとともに徹底した患者の術後管理を行うことが必要である。

キーワード : 顎顔面補綴, 上顎欠損, 下顎欠損, チームアプローチ

緒 言

顎顔面補綴治療の目的は、腫瘍や外傷、炎症、先天性奇形などにより生じた口腔・顎顔面領域の欠損を対象に、顎補綴装置やエビテーゼ(顔面補綴装置)などの人工物で修復し、失われた咀嚼・嚥下・発音機能ならびに審美性を回復することである。しかしながら、原疾患がさまざままで欠損形態も多種多様であるため、一般歯科補綴治療と比較して治療が難しいことが大きな特徴である¹⁾。

厚生労働省発表の平成23年度患者調査(疾病分類編)²⁾によると、全悪性新生物患者の中で頭部、顔面および頸部リンパ節の続発性悪性新生物患者数は2000人で、齶蝕患者が194万人であることから考えてもかなり少ない。さらに、顎顔面補綴患者の概要をみていくと、顎顔面補綴の症例分布では、上顎、下顎のいずれか一方の欠損を有する患者が大半を占めている。また、各障害の出現頻度では、顎顔面領域の欠損を伴う症例では咀嚼機能や発音機能に大きな障害が生じやすく、特に下顎偏位による咬合不全を伴いやすい下顎欠損および外傷患者では

咀嚼障害が、顔面欠損患者では審美障害が高頻度で生じやすいことが報告されている。さらに複数の障害を伴う症例が約7割にものぼることが報告されている³⁾。このことは、顎顔面補綴症例では欠損部位によって生じる障害が異なり、一般補綴症例と比較してその障害が複雑で重篤な場合が多いという現状を表しているといえる。

顎顔面補綴治療の難易度は、全般的に開口障害や残存歯の有無、周囲軟組織の状態に大きく作用される⁴⁾。開口障害は放射線療法や外科的療法を行い、瘢痕収縮や無理な創の閉鎖などが生じている患者に多くみられる。十分な開口量が確保されなければ、支台歯形成、印象採得、咬合採得など、補綴治療のあらゆるステップでの障害となってしまう。そのため顎運動プログラムを早期に開始し、開口障害を軽減することが最も効果的な方法といえる。また、残存歯がある場合は顎補綴装置の維持源としての利用が可能となるが、無歯顎の場合一般的な総義歯症例と異なり辺縁封鎖を行うことによる陰圧を利用した義歯の維持は全く得られないという問題が生じる。

今回は、顎顔面補綴患者の中で大半を占める上顎およ



図1 症例1の口腔内所見

び下顎欠損を伴う顎補綴治療の特徴を挙げ、その治療のポイントと今後本学で顎補綴治療を行っていく際の課題について紹介したい。

I. 上顎欠損を伴う顎補綴治療の特徴

上顎顎補綴治療は、術後に生じた欠損腔の封鎖が目的となる。しかしながら、上顎骨欠損は多様な形態をしており、欠損腔が大きくなるほど維持源としての残存歯にかかる負担は大きくなり、残存歯部歯槽骨の吸収、動揺が生じやすくなる。欠損腔が口腔外と交通している場合は鼻咽腔閉鎖不全による鼻漏や不明瞭な発音を有することとなる⁵⁾。さらに、上顎切痕まで欠損が及ぶと開閉口時にその欠損形態が変化し、補綴装置による完全な封鎖も困難となってしまう⁶⁾。実質欠損が顔面に及ぶ場合は審美性も著しく損なわれ、それに伴う精神的な苦痛などによりQOLは大きく低下する⁷⁾。

そこで栓塞子によって顎欠損部を封鎖するが、容易に挿入できるものは脱離しやすいという問題がある。一方で、欠損腔内部の粘膜は脆弱で複雑なアンダーカットが存在していることから⁸⁾、深部にまで印象材が入り込むと印象材を撤去する際に疼痛や大出血を引き起こしたり、印象材が残留したりすることがあり、注意深く印象採得を行う必要がある。また、移植皮弁による外科的な口蓋閉鎖処置が行われることがあるが、患者の心理面からも臨床的意義がある反面、柔らかな移植皮弁は義歯床下粘膜の咬合力負担などの支持能力に欠けるばかりでなく、補綴装置の脱離に抵抗する維持機能の妨げとなる場合もある⁹⁾。そのため、可動性の高い皮弁部に大きな咬合力を負担させないような咬合バランスを付与し、デンチャースペースを充分考慮して義歯床研磨面形態を決定する必要がある。

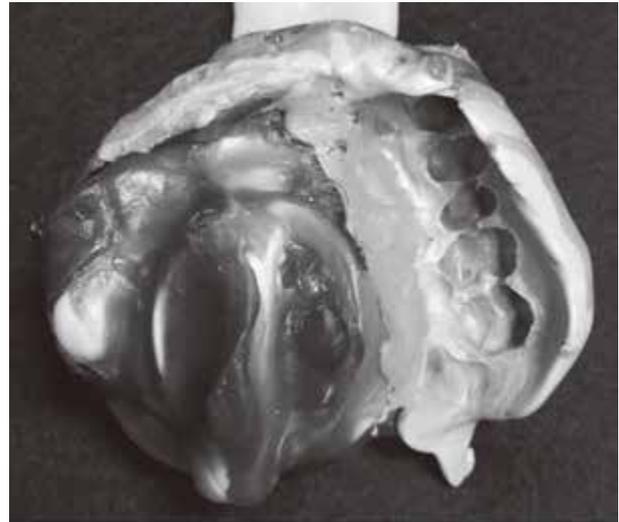


図2 症例1の精密印象

A. 症例1：術後大きな欠損腔を有する患者に対する顎補綴治療

患者は51歳の男性で、上顎左側悪性腫瘍の診断のもと悪性腫瘍外科の手術が施行された(図1)。顎欠損部に対しては適度なアンダーカットを付与できるようにパテタイプのシリコン印象材およびソフトプレートワックスを用いて対応することとした。一方で、高い印象精度を求められる残存歯部に対してはインジェクションタイプ、顎堤粘膜部はレギュラータイプのシリコン印象材を用いた連合印象を行い、部位によって印象精度を変更し対応することとした(図2)。

栓塞子部は重量軽減のため中空型とした。さらに、軟性材料を用いてリラインを行うこととした。しかしながら、やみくもに軟性裏装材を使用すると重量がかさみ、不必要なアンダーカット部に材料が充填されると顎補綴装置の着脱が困難となる。そこで、裏装前にソフトプレートワックスを用いて嚥下時の鼻漏と発音時の息漏れの部位を確認後(図3 a, b)、最終的な補綴装置の形態を決定した(図4)。

B. 症例2：術後著しい開口障害を有する患者に対する顎補綴治療

患者は64歳女性で、医療機関にて上顎左側全摘出術後、本大学附属病院義歯科を紹介され来院された。上顎歯槽頂から下顎前歯の切端までわずか13mmで重度の開口障害を有していた。欠損腔を含めた個人トレーは高さがかさばり、一度に印象採得するのは困難であると判断した(図5)。そこで、左右の分割トレーを作製し(図6)、それぞれのトレーに印象材を築盛し、まず患側トレーから口腔内に挿入し、口腔外に付与した左右のスリットを

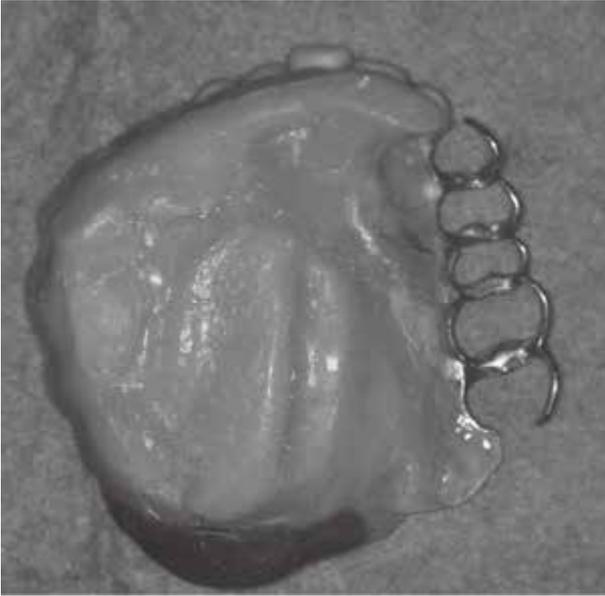


図3a：水嚥下時の鼻漏部位の確認と修正

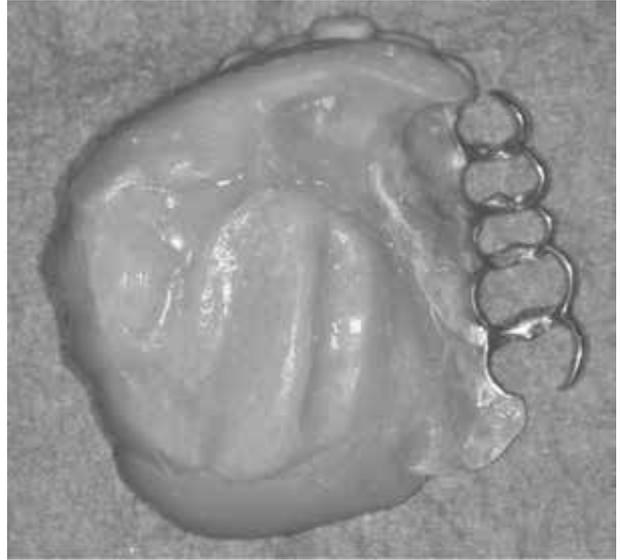


図4 形態決定後の最終顎補綴装置

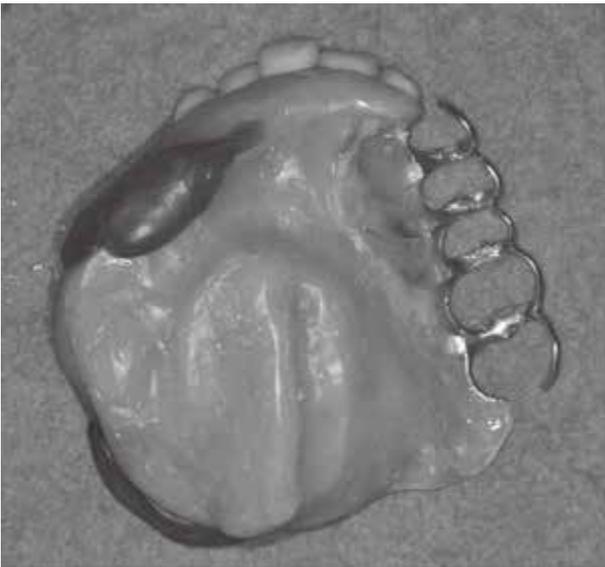


図3b：発音時の息漏れ部位の確認と修正



図5 症例2の口腔内所見

応用し、口腔内での連結が可能となるようにした(図9 a, b).

II. 下顎欠損を伴う顎補綴治療の特徴

合わせて2つのトレーを連結した。印象材硬化後、口腔内より同時に撤去した(図7)。

無歯顎患者の場合、欠損腔内のアンダーカットを維持源として利用するだけでは不十分であるため、蠟義歯試適時にソフトプレートワックスを用いて歯肉フレンジを行い、二次的な維持力を確保することとした(図8)。これにより大開口を行っても上顎補綴装置が脱離することなく補綴装置の安定が得られたと考えられる。さらに、重度の開口障害を有していたため、栓塞子と顎補綴装置は分割型とし、それぞれの連結に磁性アタッチメントを

下顎顎補綴治療の場合は咬合の確保が大きな目的となる。下顎骨の切除を行った場合には、下顎の連続性を失い下顎偏位をきたし不調和で異常な運動をするようになる。術側の咀嚼筋の付着は喪失しているため、閉口時にはまず非切除側において咬合接触が生じる。さらに咬合力が増大することで下顎は咬合接触点の周りを支点とした回転運動が生じ、切除側の歯牙はさらに離開してしまう¹⁰⁾。外科切除による癒痕収縮、無理な創閉鎖や筋肉の不均衡はすべて下顎偏位を助長させ、その程度が患者ひとりひとりで大きく異なることも治療を難しくしている

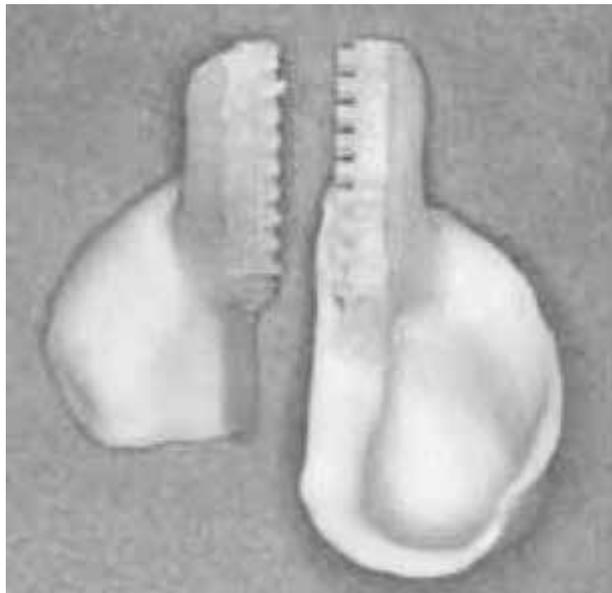


図6 分割トレー

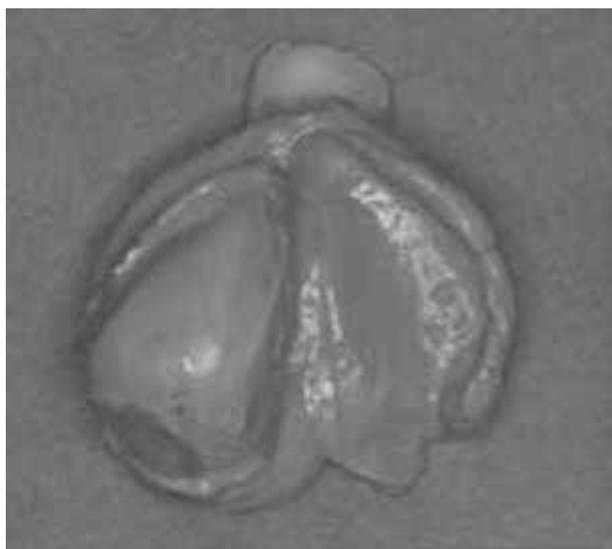


図7 症例2の精密印象

要因となっている可能性が高い。そのため、顎運動機能の点のみならず補綴装置製作の上からも、下顎骨の連続性は非常に重要となる。やむを得ず分断した場合には可能な限りセグメントを連結することが望ましい。しかしながら、自家骨のみの移植は経時的に移植骨の骨吸収により、歯列弓の縮小化、残存歯の移動、顎堤や咬合の変化などが生じ、結果的に支台装置が破損したり、補綴装置の再製を必要となったりする 경우가多々ある¹¹⁾。また、再建された下顎が術前と同様の顎運動や咀嚼運動を再現することは非常に困難で、術前・術後の機能時における口唇圧、頬圧および舌圧にも変化があるため、顎義歯を

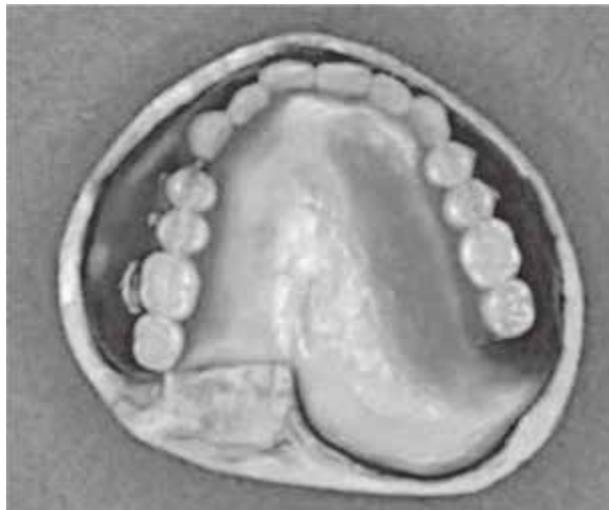


図8 歯肉フレンジ

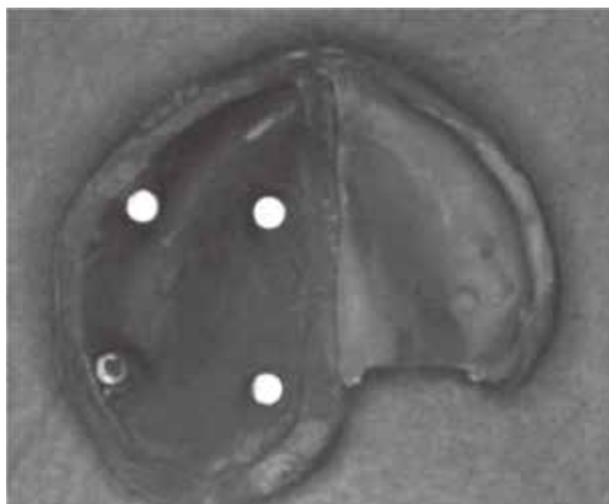


図9a 磁性アタッチメントを付与した顎補綴装置

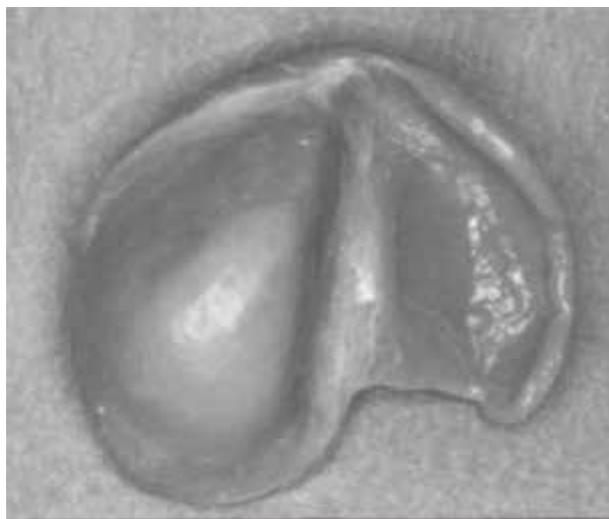


図9b 磁性アタッチメントにより連結された栓塞子部



図10 症例3の口腔内所見

製作するには機能時における再建部顎堤粘膜，舌，周囲軟組織の動態を注意深く観察しなければならない⁴⁾。

また，舌切除を併用した場合には，皮弁を使って再建がされていることが多いが，術前と比較するとその舌機能はかなり低下している。そのため，分泌された唾液を口腔後方へスムーズに流すことができず，唾液のコントロールが困難となり流唾が生じる場合も多く観察される。

A. 症例3：術後に生じた下顎偏位を有する患者に対する顎補綴治療

患者は58歳女性で，両側頸部リンパ節転移を伴う下顎右側歯肉悪性腫瘍の診断のもと，顎骨区域切除，自家骨による再建後，顎堤形態異常のため顎堤形成術，舌伸展術が施行された。術後の瘢痕収縮により完全な口唇閉鎖は不能で，開口障害も有していた。また，下顎偏位を伴う発音・咀嚼障害および舌運動制限を有しており，顎堤形態の著明な変形が認められた(図10)。そこで，開口訓練および舌運動訓練を行いながら，フランジテクニクを応用して補綴装置を作製することとした。

通法に従い，習慣性閉口位にて咬合採得を行い上下顎の位置関係を記録した。デンチャースペース採得時には咬合高径を保持しておかなければ適切な採得が不可能になってしまうため，下顎右側臼歯部にはレジンポストを製作し，左側は残存歯同士を接触させることで咬合高径の保持を確保した¹²⁾。下顎咬合床にソフトプレートワックスを築盛し，ウォーターバス内で均等軟化した後咬合床を口腔内に挿入して，嚙下，発音，開閉口運動および舌運動を行わせ，デンチャースペースが正しく採得されていることを確認後，下顎咬合床を口腔外に取り出した。次に採得したデンチャースペースの石膏コアを作製し，生じたデンチャースペースの空隙内に人工歯を排列した(図11)。さらに，蝨義歯試適時に歯肉フレンジを行い，機能的な歯肉形成を行った。これにより，大開口や舌の



図11 デンチャースペース内に人工歯を排列



図12 症例4の口腔内所見

突出運動を支持しても脱離することなく，術後の顎口腔機能に調和した補綴装置を作製することができたと考えられる。

B. 術後に口唇閉鎖不全・流唾が生じた患者に対する顎補綴治療

患者は58歳男性で，下顎悪性腫瘍の診断により医療機関にて下顎骨部分切除後，自家骨移植による再建を行われていたが，術後に移植片の吸収による歯列弓の狭小化と残存歯の舌側傾斜が生じており(図12)，下口唇の内翻と口唇閉鎖不全による流唾を有していた(図13a, b)。まず，最終補綴装置が完成するまでの期間，下顎歯列弓の狭小化を防止する目的でレジンスプリントを作製し，脆弱な移植皮弁粘膜の疼痛を緩和するためプリント粘膜面には軟性裏装材によるリラインを行った(図14)。残存歯にはコーヌス冠を利用し，コーヌス外冠と金属フレームを一体化させて作製することで，補綴装置



図13a 内翻した下口唇

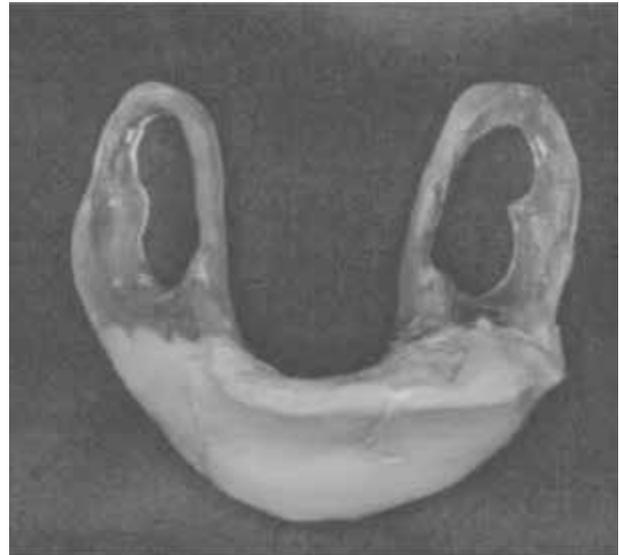


図14 作製したレジンプレート



図13b 口唇閉鎖不全



図15 連結したコーヌス外冠とメタルフレーム

の強度増大を期待した(図15)。さらに、フレンジテクニクを応用してデンチャースペース内に人工歯を排列し、顎補綴装置を完成させ、義歯床粘膜面は疼痛を緩和させることを目的に軟性裏装材でリラインを行った。補綴装置を装着させ、可及的に下口唇を唇側に出すことにより上下口唇の位置関係を修正し、口唇閉鎖が可能となり流唾が改善された(図16)。

Ⅲ. 今後の顎補綴治療の課題

A. 口腔ケアの実施

以上のように、術後に生じた障害に対し補綴治療を行うことである程度まで改善は期待できる。しかしながら、腫瘍治療の一環として放射線療法や抗癌剤をはじめとす

る化学療法を併用されている場合は、その副作用により口腔内環境を良好に保つことが難しく、予後が不良となる場合も多くみられる(図17)。このような状況を防ぐためには、放射線治療を開始する前に齶蝕の有無のチェックや予防的処置などの口腔ケアが非常に重要となる。また、適切に口腔内の清潔を保ち、歯科処置の際にも適切な感染予防と創のケアを行うことで骨壊死はある程度予防できのではないかともいわれている¹³⁾。さらに、周術期における口腔管理は、術後感染を予防するという面からもとても重要な意味があり¹⁴⁾、入院期間の短縮にもつながると考えられる。しかしながら、患者自身による完全なプラークコントロールは難しいため、ガンの治療前から歯科医師や歯科衛生士によるPMTCを行いながら患者教育を行う必要がある。また、治療中や治療後には、手術や放射線治療、化学療法による粘膜炎のため

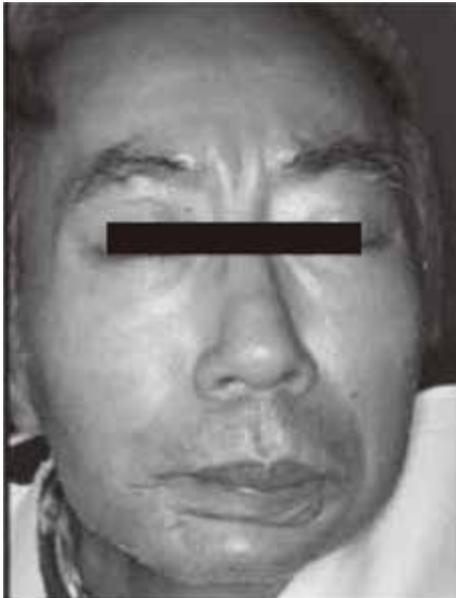


図16 補綴装置を装着することで改善された口唇閉鎖不全



図17 各種腫瘍治療により起こる口腔内のトラブル

患者自身による口腔ケアが困難な期間も生じるため、看護師やその他の医療スタッフによる口腔ケアも必要となると考えられる。

B. Immediate surgical obturator : ISOの装着

Immediate surgical obturator : ISOは止血と創部の保護を目的に装着される。一般に創部の状態が安定したことを確認後、最終補綴装置の製作を開始する。そのため、最終補綴装置完成までには腫瘍摘出後から数ヶ月を有することが多く、その間患者の機能障害は改善されないままであることは患者のQOLを考慮しても大きな問題である。そこで、患者に術前より義歯科を来院してもらい、口腔外科の診断を基にISOを製作しておくことで、腫瘍摘出術と同時にISOを装着することができる。また、ISO装着により術後に生じた機能障害を最小限に

留めることができるとともに新たに作製する顎補綴装置に対する慣れにもつながり、大きなメリットがあると思われる。

C. 多科にわたる術前・術後症例カンファレンスの実施

多科にわたって術前より症例カンファレンスを実施することにより、患者の情報を多く共有することが可能となり、術前からの一貫した口腔ケアの実施、術後早期からの摂食嚥下機能訓練の開始、メンテナンスの継続が容易となると考えられる。また、術前の顔貌および咬合状態の確認ができることは補綴治療をする上でも大きな手助けとなると考えられる。

結 語

1980年頃より画像診断と治療方法が発達して治療成績が向上し、悪性腫瘍からの生還患者が増加したことによって、患者の社会復帰が治療の課題となった。そのため、従来のように切除後に補綴治療を考慮するのではなく、術前から顎顔面補綴治療を腫瘍治療の確たるステップの一つとする流れを構築し、積極的に再建を行っていく必要があると考える。また、医師や歯科医師だけでなく、看護師、歯科衛生士、歯科技工士、言語療法士など、患者をとりまくすべての医療スタッフの積極的な介入が必要であると考えられる。

引用文献

- 1) 谷口 尚：顎顔面補綴とチーム医療。顎顔面補綴の臨床 咀嚼・嚥下・発音の機能回復のために。(大山喬史, 谷口 尚編) 第1版, 医学情報社, 東京, 2006, 6.
- 2) 厚生労働省：平成23年度厚生労働省患者調査(疾病分類編). www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/10syoubyo/d/h23syobyo.pdf
- 3) 大山喬史, 石橋寛二, 大橋 靖, 瀬戸皖一, 坂東永一, 平井敏博, 古田 勲, 大西正俊, 大畑 昇, 岡部貞夫他：全国顎顔面補綴患者の実態調査とその診断・治療体型確率の検討. 顎顔面補綴 18: 43-69, 1995.
- 4) 鱒見進一：コンベンショナルな顎補綴治療—補綴の立場から—. 顎顔面補綴 32: 86-69, 2009.
- 5) Makihara, E., Masumi, S., Arita, M., Kurogi, T.: Clinical application of magnetic attachment for retention and connection of maxillofacial prosthesis to an intraoral prosthesis. Prosthet Res Prac 7: 60-63, 2008.
- 6) 大山喬史：顎補綴患者の社会・臨床心理学的考察. 日本歯科評論 541: 107-114, 1987.
- 7) Vickery, L. E., Latchford, G., Hewison, J., Bellew, M., Feber, T.: The impact of head and neck cancer and facial disfigurement on the quality of life of patients and their partners. Head Neck. 25: 289-96, 2003.

- 8) 田中貴信, 岸本康男, 石上友彦, 佐野恭之, 斎藤実, 日比野和人, 蛭川登夫, 朝倉由利子, 大崎千秋, 森 博史: 可動機構を備えた顎義歯についての臨床的検討. 顎顔面補綴 11: 45-54, 1988.
- 9) 石上友彦: 上顎腫瘍摘出後の補綴治療. 顎顔面補綴 30: 30-32, 2008.
- 10) Beumer, J. III., Curtis, T. A., Firtell, D. N.: 田代 英雄, 大山喬史訳: 顎顔面リハビリテーション 補綴的, 外科的対応. 初版, クインテッセンス出版, 東京, 1988, 105: Maxillofacial Rehabilitation, Prosthodontic and Surgical Considerations. 1st ed., The C. V. Mosby Co, Missouri, 1979.
- 11) Beumer, J.III., Curtis, T.A., Firtell, D.N.: 田代 英雄, 大山喬史訳: 顎顔面リハビリテーション 補綴的, 外科的対応. 初版, クインテッセンス出版, 東京, 1988, 131: Maxillofacial Rehabilitation, Prosthodontic and Surgical Considerations. 1st ed., The C. V. Mosby Co, Missouri, 1979.
- 12) 榎原絵理, 土生 学, 河野稔広, 鱒見進一, 富永和宏: 下顎歯肉悪性腫瘍切除後にフレンジテクニックを用いて補綴治療を行った一例. 顎顔面補綴 34: 66-73, 2011.
- 13) 米田俊之, 萩野 浩, 杉本利嗣, 太田博明, 高橋俊二, 宗圓總, 田口 明, 豊澤 悟, 永田俊彦, 浦出雅裕: ビスフォスフォネート関連顎骨壊死に対するポジションペーパー: ビスフォスフォネート関連顎骨壊死検討委員会. 日歯周誌 52: 265-269, 2010.
- 14) 大西徹郎, 島末喜美子: 周術期における口腔ケアの有用性についての検討. 看護技術 51: 70-73, 2005.

訪問診療における義歯治療のポイント

河内 太吉

宇佐歯科医院

平成27年7月27日受付

平成27年10月6日受理

The key to denture treatments at the home-visit medical service

Takichi Kawauchi

Usadentalclinic, Kokurakita-ku Kitakyushu-city, Fukuoka, Japan

緒言

訪問歯科診療とは要介護高齢者が通院困難になった場合に在宅や施設で歯科診療が受けられるものである。要介護高齢者の多くは歯科的な問題を抱えているにも関わらず、治療されず経過していることが多々ある。

要介護高齢者に対する歯科訪問診療においては義歯治療が多くのニーズを占めている。訪問歯科診療は、診療所で行う診療とは異なる点が多く、ほとんどの患者は全身的なリスクが高く、適切な診療姿勢の確保や長時間の診療が困難な場合が多いため、誤飲や誤嚥のリスクも高くなる。さらに、口腔内環境は劣悪であることが多く、居宅もしくは施設で診療を行うために周囲に対する配慮も必要となってくる。

今回、訪問歯科診療における考え方や義歯治療のポイントについて、これまでの臨床経験やアイデアから得たポイントを織り交ぜて解説していきたい。

I. 訪問診療に必要な総論的な知識

A. 訪問診療とは

在宅や施設などにおいて療養しており疾病、傷病のため(単独)通院による歯科治療が困難な患者でその患者

(患者家族)の求めに応じた歯科訪問診療で継続的な歯科診療が認められた患者に対して(往診との区別)その患者(患者家族)の同意を得て、患者の在宅など屋内で診療を行うものである。

B. 私が考える訪問診療の成功に重要な3つの「コ」とは

1. コンパクト

道具類、治療の範囲、訪問先の範囲など常にコンパクトに収めることを心がけている。ホームグラウンドで実施する外来診療とは違うので治療内容、訪問する範囲など大風呂敷を広げると收拾がつかなくなることがあるので注意を要する。訪問診療車については狭い道にも入っていけるコンパクトカーを用いている。また、ハッチバック式なので降雨時でも機材の準備時に濡れにくい利点がある。訪問診療の道具類についてもコンパクトにまとめて持ち運びしやすいようにしている。

2. 顧客満足

患者の介護には患者の家族、施設の職員、ケアマネージャーなど多職種が関与しており、患者の満足を満たさない場合は悪い評判が瞬く間に広がり訪問診療を継続することが困難となる。

3. コンプライアンス

訪問診療の保険点数は外来のものに比べ高くなってい

責任者への連絡先: 河内太吉

〒802-0016 北九州市小倉北区宇佐町1-8-17-1F

宇佐歯科医院

TEL: 093-647-8881

FAX: 093-981-3778

E-mail: takiti0128200@yahoo.co.jp

るので指導に備え日々コンプライアンスの順守に務める必要がある。

C. 訪問診療の特徴

対象者は基本的には要介護者であり全身疾患のある場合が多いため、外来診療と比較すると偶発症、医療事故が起こりやすいことが考えられる¹⁾。訪問診療で発生する医療事故、偶発症の例を以下に列挙すると神経性(疼痛性)ショック、過換気症候群、高血圧性脳症、狭心症、アナフィラキシーショック、喘息、脳梗塞、補綴装置や機材、印象材の誤嚥、誤飲、起立性低血圧などがある。また、訪問診療では治療に対する患者の希望を患者と歯科医師間、患者と家族間、家族と歯科医師間で十分に伝えることが困難であることがあるためクレームも起こりやすいと考えられる。このため、患者やその家族と話す機会の多いケアマネージャーなどとも合わせて十分にコミュニケーションをとる必要がある。

偶発症および医療事故を予防するための6つの項目を以下に列挙し要点を述べる。

1. 喉の反射の確認(誤嚥予防)

脳血管障害、パーキンソン病、筋ジストロフィー、筋萎縮性側索硬化症などの患者は口腔、咽頭の機能低下があり、気道を防御する機能そのものが低下している可能性があるので印象材やリベース材の誤嚥をおこさないよう十分気を付ける必要があり、うがいの際も誤嚥しないように注意する。患者の体調、練和時の水温、印象材のトレーの盛り方に配慮が必要である。

2. 診療時の体位の配慮(起立性低血圧を予防、ずり落ち予防)

長期間寝たきりの患者は体位の変換で低血圧になりやすく、パーキンソン病患者では起立性低血圧がみられる²⁾。水平位の診療では誤飲のリスクが高くなるため少しずつベットをジャッキアップしていく。座位においても目を離れた際、椅子から落ちる危険があるので目を離さない対応が必要となる。

3. 心理的な配慮(信頼関係、治療における質の向上、クレームを予防)

対象が要介護者であるため患者自身もその介助者もかなりのストレスを抱えていることが多いため、やさしい対応が必要となる。外来診療に比べ術者側にも通常の診療環境との違いからくるストレスや忙しさなどから、ついついこの対応を怠ってしまうと患者側の不安や不信感から事故が起こることがある。また、患者や家族が訪問歯科診療に過度な期待を抱く場合があるので治療に限界がある旨を最初から説明する必要がある。過度な期待を

抱いた介助者が胃瘻の要介護者に向かって「歯医者先生が来てくれるようになったから何でも食べられるようになるからね。」などという場合は決して治療は簡単ではないことを説明する必要がある。

4. 感染症(院内感染を予防、術者の身も守る)

高齢者施設や在宅医療で注意すべき感染症にはインフルエンザ、MRSA、結核、疥癬などがある³⁾。感染症対策としては、スタンダードプリコーションを導入し、スタッフ含め自分自身で身を守り、さらに感染症を拡散させないことが大切である。冬期ではインフルエンザのワクチン接種も必要と考える。在宅ではペットを飼っている場合もありノミやダニに刺されると数週間、術者としての能力が著しく低下することもあるので注意が必要である。

5. 生活環境の把握(治療における質の向上、クレームを予防)

どういう経緯で現在の要介護の状態に至ったのか、どういう経緯で現在の口腔内の状態に至ったのか、誰が主に介護しているのか、などただ漫然と口腔内を診るのではなくその患者の社会的背景に配慮することで患者側との信頼関係の向上ばかりでなく、治療における質の向上、クレームを予防することにも繋がってくる考える。

6. 2次医療機関との連携(医療事故を予防)

自分自身が在宅でできる能力の限界を知り、在宅で治療を行うにはリスクが高すぎると判断した場合は、無理に手を出さず、速やかに2次医療機関との連携を図ることが必要となる。例えば治療を開始してしまってからリスクに気づいたとしても、患者の身の安全を第一に考え行動することが大切である。

以上の6つの要点を押さえるためには訪問診療に着手する前に情報収集が重要である。診療の前に医科の主治医やケアマネージャーと連絡をとり患者の既往や生活歴、家族歴など分かることは全てを把握しておくことがポイントとなる。具体的にはケアマネージャーにフェイスシート、介護保険証、週間スケジュールをFAXしてもらおうとスムーズに診療が開始できる。

D. 訪問診療でよく起こるクレーム例

1. 義歯を作るとは聞いていなかったという家族からのクレーム
2. 下顎総義歯を作ったのに全然吸い付かないというクレーム
3. 器具の忘れ物
4. 請求に関するクレーム(費用が高すぎる)
5. 介護保険に関するクレーム(なぜ介護保険を使うの

か？)

6. 疼痛のある残根を抜かずに義歯装着時の痛みを取ってくれという無理難題
7. いつになったら治療が終了するのかというクレーム
これらのクレームを未然に防ぐ為には、キーパーソン（お金を支払う人）に対する緊密なわかりやすい説明が重要となる。

II. 訪問診療に必要な各論的な知識

外来診療室での診療はホームグラウンドでの試合に例えられる。外来診療の特徴はユニットでの診療で道具が全て揃っていて、基本的に健常者が対象となり、クリニックには虫などはおらず、エアコンが効いた室内で治療は行われる。これに対し、訪問診療の現場（アウェイ）では、診療はベッドかあるいは椅子で行われ、道具は必要最低限に限定され、介護者が対象となり、蚤やダニがいることもあり、夏は暑く、冬は寒く、部屋の中でも悪臭がするという状況も起こり得る。これらのことにより訪問診療はキャンプで作る料理のようなものとする。キャンプ場にはまずまともなキッチンがなく、食材を洗う炊事場と火を起こしているたき火は離れていて炭火やたき火に火をつけて安定した火力を得るのに手間がかかり子供が周りでちょろちょろしながらお腹が減っただのなんだの騒いでいて、慣れない料理をしているお父さんはだんだんいらいらしてくる。

そのため訪問診療を成功させるためには、手馴れる、準備を怠らない、忍耐力が大切になってくる。しかし、ただ大変そうに見えるが、治療がうまくいくと患者や家族から感謝の声をもらえることが多いことも事実である。また、訪問診療でも義歯は治せて当然という時代になってきており、その先の目標を設定する必要が出てきている。現在では以前と比べ、義歯を作りっぱなしではなく、義歯治療後のアフターフォローが重要になってきている。重要なアフターフォローについて以下に列挙する。

- ・食べることに関するフォロー
- ・審美的な点のフォロー
- ・日々の使い方に関するフォロー

A. 訪問診療における義歯診療の配慮ポイント

訪問だからといって特に目新しい技術があるわけではなく、義歯を製作する技術は外来と同様ではあるが対象が要介護者なので以下の6つの点を配慮する必要がある。

1. 口腔内の衛生状況
 - ・要介護者が対象なのでご本人やご家族は口腔内を清掃

したつもりでも磨けていないことがある。

- ・保険の外来診療と違い時間は十分あるのでどんな処置でも毎回口腔ケアをしてから治療を始める。
2. 新義歯を製作するのかどうか
 - ・安易に新製に走らず、旧義歯が問題なく使えるのなら旧義歯を使用する方向で説明する。新製しても適応力の問題などで調整に期間を要する場合があるし下顎顎堤がなくなっている場合は新製しても劇的な変化は望めないこと。
 - 不適合義歯であってもやみくもに新製は行わず、旧義歯のリベースなりで対応したほうが変な期待を抱かせずに済むケースも多いが、それでも新製の希望がある場合、もしくは預かり修理ができない場合は旧義歯の長所、短所を確認し患者側へ説明し、新製を行う。
 3. 設計に対する配慮
 - ・クラスプの位置や種類の配慮（麻痺がある方のクラスプの設計）
 - ・前歯部の排列に対する配慮（麺類が食べられるようにするなど）
 - ・義歯をよく紛失する方には（名前入れ）
 4. 製作期間
 - ・患者によって要望が大分異なるので可及的に寄り添う。
 - ・とにかく早急に作ってくれという希望もあれば（印象、バイト同日に実施）ゆっくりじっくり作ってくれという希望もある。可及的に寄り添うと前述したが、その結果に関しては当然だが責任を持たなければならないため、できないことはできない理由を丁寧に説明し患者側へ納得をしてもらおう。訪問治療に手馴れていないと訪問現場では、精神的にバタバタ、イライラしがちで安易に患者の無理難題を承諾してしまい、後になってトラブルになる傾向があるので注意を要する。
 5. 金銭的問題
 - 後期高齢者で3割負担の患者は訪問診療料の算定も可能なため、高額になることもあるので事前に説明しておかないとトラブルを引き起こす。また3割でレセプトを請求するところを、1割で請求すると返戻になり手間を要することがある。1割負担の患者でも義歯新製後、調整に期間を要すると負担が大きくなりトラブルに発展する可能性があるため注意を要する。
 6. 治療による肉体的な侵襲
 - ・印象採得をできる患者なのか？
 - ・義歯製作後使用できるのか？（作ってみたいとわからないところがある）

・咬合採得の際に指示が通るのか？（とくに認知症患者の場合）

・残根を抜歯する体力があるのか？

B. 入院患者に対する対応

義歯装着者が脳血管障害などで入院あるいは手術後、義歯を装着していない期間が長期にわたると、その後義歯に慣れるまでに長期間かかる場合がある。また、鉤歯が傾斜し義歯の装着が困難になったり、義歯に対する適応力が低下し装着できなくなったりする場合がある。その他、天然歯が挺出してクリアランスが不足し装着不能になるなど、様々な問題が生じてくるので、急性期の入院時でも義歯を使えるようにする必要があるが、なかなか在宅で診ていた患者が急性期で入院した場合、入院先に歯科医師が介入していくことが困難であるのが現状である。

C. 訪問診療における義歯調整の特徴

現有義歯の不満を解消するための必要最低限の調整を手早く行うことが必要である。また現有義歯を長期間使用しているケースも多いため色々手を加えるとその変化に馴染めないことが多いため、調整は必要最低限で行うことを念頭に置いておく必要がある。患者の訴えによく耳を傾け、要点を見つけ手早く調整し改善することで容易にラポール形成ができ、その後の診療の流れがスムーズに行くようになる。

最後に義歯製作過程の印象採得、咬合採得時における注意すべきポイントについてふれる。

印象採得時のポイント

- ・印象材の口蓋後方の流れ込みに注意。
- ・座位で頸部前屈位(顎をひいてもらう)。
- ・印象材は固めに練り、少な目に盛る。

・可能な限り水平位はとらせない。

・ライトを使って直視し、もし流れ込みがあればスポンジブラシで掻き出す。手指で掻き出すとグローブに印象材が付着し、その後の処置に支障をきたすのでスポンジブラシで掻き出すのが好ましい。

咬合採得時のポイント

- ・火の使用を避け、お湯を使用する。
- ・ポットのお湯と水を用いて、適度な温度でワックスを軟化する。フレームワーク付きの咬合床を用いて咬合採得をする場合、メタルが熱くなるので患者の口腔内をやけどさせないように配慮する。

結 語

要介護高齢者に対する歯科訪問診療においては義歯治療が多くニーズを占めている。訪問歯科診療は、診療所で行う診療とは異なる点が多く、ほとんどの患者は全身的なリスクが高く、適切な診療姿勢の確保や長時間の診療が困難な場合が多いため、誤飲や誤嚥のリスクも高くなる。これらの点を踏まえ、あらゆるトラブルを回避し、治療を行っていかなければならない。また、訪問診療を成功させるためにも、歯科医師、歯科衛生士、ケアマネージャーの連携は必須なものと考えられる。

引用文献

- 1) 日歯医学会誌: 24, 61-70, 205.
- 2) 一般社団法人 日本神経学会ホームページ.
<http://www.neurology-jp.org/public/disease/memais.html>
- 3) Med safe. Net 医療安全推進者ネットワークホームページ.
<http://www.medsafe.net/contents/recent/62kourei.html>

編集委員

委員長	自見英治郎
副委員長	中島啓介
委員	瀬田祐司
委員	吉野賢一
委員	中本哲自

平成27年6月25日発行

発行所 九州歯科学会
〒803-8580 北九州市小倉北区真鶴2-6-1

九州歯科大学内

TEL・FAX 093-571-9555

E-mail: kds@y7.dion.ne.jp

URL <http://www.ac.auone-net.jp/~kds/>

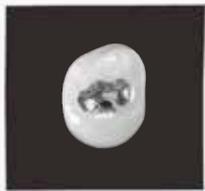
郵便振替口座 01700-5-32794

発行者 寺下正道

印刷所 (株)アークマウントコーポレーション

北九州市小倉南区沼南町3-10-5

TEL 093-475-3939



パラジウムインレー



金合金インレー



オールセラミックインレー

複数の補綴物の
メリット・デメリットを
比較説明できます。



スタンダード
メタルボンドポーセレン



レジン前装冠



カラーレス
メタルボンドポーセレン



オールセラミッククラウン

デンタル プロポーザル システム
Victory 
学ぶ、使う、結果が出る

患者さんへの正しい情報提供は
自由診療へとつながります。

患者さんのデンタル IQ が向上し、
質の高い治療への理解が高まります。

■標準価格 ¥299,000

■商品構成

スキルアップビデオ
提案型カウンセリングのノウハウをマスター

治療提案書作成ソフト
患者さんにお渡しする説明資料を作成

説明用模型
治療方法をビジュアル的に比較説明
(写真：説明用模型)



●仕様および外観は、製品改良のため、予告なく変更することがありますので、予めご了承ください。●価格は、2009年4月21日現在のものです。消費税は含まれておりません。
●ご使用に際しましては、取扱説明書を必ずお読みください。



西日本営業所 / 〒604-0847 京都市中京区烏丸通二条下ル秋野々町513
京都第一生命泉屋ビル8F TEL075-257-7255
東日本営業所 / 〒110-0016 東京都台東区台東4-14-8 TEL03-3836-3691

プロモーションビデオを配布中! まずはご請求ください。

ビクトリーワン

検索

Hotela 歯科用口内法X線フィルム

特長

- 高感度 (ISO Speed D)
- 高コントラスト
- 迅速定着性
- 各種・各サイズ品揃え
- 鉛ナンバー付き



Dex 現像(2分)
曝射 0.25秒
FFD 20cm
60kVp 10mA

インスタントフィルム

- 裏面含鉛ビニール
- インスタント現像、自現機汎用タイプ

- DIF (標準)
- DIC (小児)
- DIK (咬合)
- DIM (前歯)
- DICK (小児咬合)

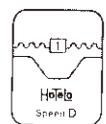
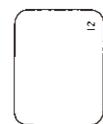


ブラックフィルム

- 鉛箔、黒紙入り
- 自現機、暗室等現像用
- コンパクトタイプ (標準・小児)

- B S/B W (標準)
- BCS/BCW (小児)
- BKS/BKW (咬合)

S: 1枚包 W: 2枚包



株式会社 阪神技術研究所

本社 〒662-0927 西宮市久保町4-18 ☎0798(33)6321代
東京支社 〒111-0054 東京都台東区鳥越1-32-5 ☎03(3866)0106代
九州支社 〒815-0082 福岡市南区大楠1-26-26 ☎092(522)1616代

カタログを準備
しています。

Spacy Articulator (Semi-Adjustable) Wing

スペイシー咬合器(半調節)ウイング

THE BEST PARTNER OF DENTISTS

YDM
CORPORATION

SINCE 1948

With the utmost care, and the most advanced manufacturing technology, our innovative products are designed and produced!

よりよい品質と
新たな信頼を求めて



- 開閉レバーにより、上顎弓の取外しが簡単です。
- 下顎フレームの後方スペースが広いので、作業がしやすくなっています。
- 上顎弓を開口した際、咬合器が後方へ転倒しづらい設計です。
- 咬合器を逆さにしても、上顎弓の3か所の突起により安定して置けます。
- 名前・番号などが記入できるプレートがついています。

【仕様】
 上下顎フレーム間距離 100mm
 ポンウィル三角の一边 110mm
 矢状軸路傾斜角 0~60° (5°刻み)
 側方軸路角(ベネット角) 0~30° (5°刻み)
 バルクウィル角 20°
 切歯路角 前方…10°・15°・20° 側方…0°・15°・20°

標準価格 ¥80,300

医療機器届出番号 11B1X1000668D005



株式会社YDM

〒114-0014 東京都北区田端8-5-20
 TEL03-3828-3161 FAX03-3827-8991
<http://www.ydm.co.jp/>



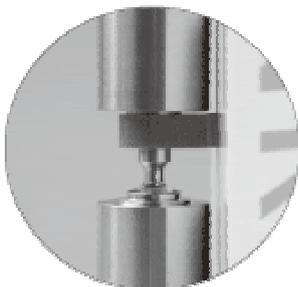
Technical Solutions Company

ISHIKAWA IRON WORKS

曳糸性・牽糸性・凝固性測定装置

NEVA METER

株式会社 石川鉄工所





Best Client

最高のお客様のために

Best People

最高のスタッフとともに

Best Work

最高の作品を創造します



総合印刷・製本・広告デザイン・動画制作



株式会社アークマウントコーポレーション

本社 〒800-0205 北九州市小倉南区沼南町3丁目10-5

TEL.093 (475) 3939 FAX.093 (475) 3300 <http://www.cyber-ark.co.jp>

Veracia SA



Veracia SA

【ベラシア SA】

健保適用品 硬質レジン歯



ベラシア SA アンテリア

1組・・・¥780 1箱16組・・・¥12,480

管理医療機器

医療機器認証番号 220AKBZX00078000



ベラシア SA ポステリア

1組・・・¥1,040 1箱12組・・・¥12,480

管理医療機器

医療機器認証番号 220AKBZX00079000

平均値咬合器「ハンディ咬合器IIA型」を使用して排列したベラシアSA(咬合未調整)
※写真は偏心運動をさせているところです。

排列するだけで
バランスドオクルージョンが
得られます。

2009年11月現在の標準医院価格(消費税抜き)です。



世界の歯科医療に貢献する

株式会社 松風

●本社:〒605-0983 京都市東山区福福上高松町11・TEL.(075)561-1112(代)

●支社:東京(03)3832-4366 ●営業所:札幌(011)232-1114/仙台(022)713-9301/名古屋(052)709-7688/大阪(06)6330-4182/福岡(092)472-7595

<http://www.shofu.co.jp>



マイクロエンドをはじめよう 超! 入門テキスト

北村知昭 編著

マイクロスコープは、もはや「特別」じゃない!
「特別な道具」ではなく「便利な道具」であるマイクロスコープを臨床に
取り入れる際の絶好の手引き書

◆本書では、マイクロエンド初心者がつまづいてしまいそうな点にフォーカスを
あて、マイクロエンドのトレーニングをするうえで押さえておきたいポイント
やコツを写真や図を多用してビジュアルに解説。

◆歯内治療をマイクロエンドに移行することで日々の臨床レベルが上がることを
実感してください。

■A4判変型/72頁/カラー ■定価:(本体4,000円+税) ISBN978-4-263-44388-0

非歯原性疼痛へのアプローチ

“原因のわからない” 痛みに悩む患者さんが来院したら

北村知昭・柿木保明・椎葉俊司 編著

“歯の痛みが消えません” という患者さんが来院した時にこの一冊!

非歯原性疼痛への対処を示した実践ハンドブック

■B5判/124頁/2色刷 ■定価:(本体4,000円+税) ISBN978-4-263-44351-4



医歯薬出版株式会社

〒113-8612 東京都文京区本駒込1-7-10
TEL.03-5395-7630 FAX.03-5395-7633

<http://www.ishiyaku.co.jp/>

GENESiO^{IN} / SETiO^{EX}

Internal implant / external implant



ジーシー インプラントシステム「Re(アール・イー)」は、ジェネシオ(インターナルタイプ)、セティオ(エクスターナルタイプ)の2つのシステムで構成されています。



straight taper

GC IMPLANT ^{アールイー} Re
internal implant external implant
GENESiO ■ SETiO ■

ジェネシオフィクスチャー(インターナルタイプ): ストレート14mm(φ3.8=5mm/φ4.4=5mm/φ5.0=5mm)、テーパー10mm(φ3.8=5mm/φ4.4=5mm)、各カバースクリュー付1本¥25,000
セティオフィクスチャー(エクスターナルタイプ): ストレート20mm(φ3.8=7mm/φ4.4=7mm/φ5.0=7mm)、テーパー10mm(φ3.8=5mm/φ4.4=5mm)各カバースクリュー付1本¥25,000

株式会社 ジーシー

高度管理医療機器 20500BZZ00868000 ジーシー インプラント / 高度管理医療機器 21400BZZ00102000 ジーシー スクリューインプラント Re / 高度管理医療機器 21400BZZ00068000 ジーシー インプラント Re

DIC(デンタルインフォメーションセンター)
東京都文京区本郷3-2-14 〒113-0033

お客様窓口 ☎0120-416480

受付時間 9:00a.m.~5:00p.m.(土曜日、日曜日、祭日を除く)
※アフターサービスについては、最寄りの営業所へお願いします。

www.gcdental.co.jp/

支店 ●東京(03)3813-5751 ●大阪(06)4790-7333

営業所 ●北海道(011)729-2130 ●東北(022)283-1751 ●名古屋(052)757-5722 ●九州(092)441-1286

※写真は印刷の都合上、実際の色と異なって見えることがあります。※製品の仕様および外観は、改良のためお断りなく変更することがあります。※掲載の価格は、2008年12月現在の希望医院価格です(消費税は含まれておりません)。

もっとやさしく、よりシンプルに。

チェアユニットの新基軸。

それは、機能はそのままに、可能なまで削ぎ落とされたカタチ。

Create a new standard series.

よりやさしく、より身近な存在になる。



凛とした存在感で、空間を創造する、これからのスタンダードユニット

CRANESSE

クラネス

チェア

「もっと優しく」を追求した
「心地よい安心感」



チェアのもっとも低い位置が40cm^{※1}で、段差もなく乗り降りが楽にできます。さらにもっとも高い位置が80cmですので、外科処置などに適しています。カンターチェアは、包み込まれるような新型パケット形状で優しくお迎えします。

※1 カンター・ステップなしの場合。
チェアタイプで最低位は40~49cmと異なります。

ユニット&アーム

洗練されたフォルムが生み出す
「すっきり快適なスペース」



チェアの下台をなくしたことにより、術者の足元がすっきりし、診療しやすくなっています。しかも、テーブルアームは、先生方の診療スタイルやお好みに合わせて4タイプからお選びいただけます。

テーブル

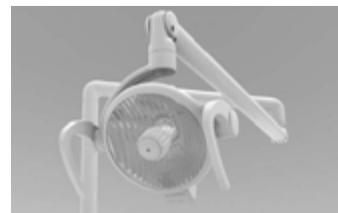
高機能なのにシンプルに感じる
「機能美」



テーブルのハンドルを左右両側に設置することで、どんなポジションからもテーブルを操作しやすくなりました。しかも、操作パネルを最小限にしていますので、シンプルで使いやすいデザインになりました。

無影灯

標準装備された明確な
「あかり」



新開発された「クラネスライトLED(非接触センサースイッチ方式)」を標準装備しています。クラネスライトLEDが、先生方の診療を明るくサポートします。

詳しくはクラネスウェブサイトをご覧ください。
<http://www.cranesse.com>

◎販売名:クラネス ◎一般的名称:歯科用ユニット

◎認証番号:224AKBZX00124000(管理医療機器 特管 設置) ●製造販売元:株式会社吉田製作所

●発売元:  株式会社 **ヨダ** 〒110-8507 東京都台東区上野7-6-9 TEL.03-3845-2941(診療機器部)

Happy Smiles &

Heartful Communication

健康な歯から、
素敵な笑顔が生まれます