

参加者  
募集中

# 歯科医師・歯科従事者が 知っておくべき、がんのすべて

東京大学医学部附属病院放射線腫瘍学講座特任教授  
厚生労働省「がん対策推進企業アクション」議長

## 中川 恵一氏

Zoomセミナー日時(録画)

1月26日(日) 13:00~14:00

2月 2日(日) 13:00~14:00

2月 9日(日) 13:00~14:00

### 中川恵一氏プロフィール

東京大学医学部医学科卒業後、東京大学医学部放射線医学教室専任講師などを経て現職。東京大学医学部附属病院 初代緩和ケア診療部長を歴任。放射線治療部門長を歴任。

- ・厚生労働省「がん対策推進企業アクション」議長。
  - ・日本経済新聞でコラム“がん社会を診る”を連載中(10年目)。
  - ・これまで数多くのメディアに出演(世界一受けたい授業、news zero、news every、ZIP!など)。
- 『日本における、がん死亡者数を減らす』をミッションに、がんの正しい知識を全国に広める活動を行っている。



※セミナー情報の動画・静止画・音声記録及び転載の禁止。  
著作権及び肖像権侵害となります。

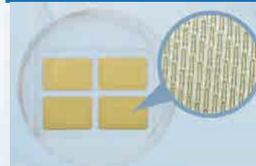
参加費  
無料

事前申込制



保険  
個別相談  
特典

アネスパッチ



主催：ノイシュタットジャパン(株) 問合せ：neustadtjapan.cc@gmail.com

# 病変象牙質をめぐるダブルスタンダード

## エンド VS CR カリエス処置の切削基準のブレの謎

カリエス処置	エンド
外側からの象牙質アプローチ	内側からの象牙質アプローチ

象牙質の厚さはせいぜい3~4ミリ。

内外象牙質に大きな違いはない。

カリエス処置	エンド
病変軟化部位は全てとる	病変象牙質を6層に分けて云々
感染処置だからスメア防止して注水下で1回で除去	スメアしつつ数回に分けてかつどこまで病変部位を取るかの基準はない
細菌検査などしない	菌がいるか云々で検査。検査精度は不明。菌存在部位も内視鏡で特定できず
貼薬しない	貼薬する
日本の保険コストに合った方法を考え出した！ <u>日本発</u>	米国の高額コスト方法をそのまま流用している

エンドも、日本発の大谷先生理論を、ハンドではなくハンドピースで行えばいい。

# 同じ象牙質病変に対して、なぜこんなにも発想が違うのか？

## 感染病変も非感染病変も区別せず病変象牙質は全て除去がカリエス処置の基本

感染病変、非感染病変ではなく細菌検査を優先がエンド。

ではその細菌はどこに生息していて、その検査精度は？と聞くと不詳。

(大腸ガンでさえ、検便の精度は分かっている、かつ陽性なら内視鏡で部位まで調べる)

- メディカル基準で感染処置は、病変部位は感染途中でも取り除く。数回に分けず1回で行う。という基準があるのに、唯一エンドだけがこれを基本にしていません。
- 歯牙の象牙質病変形態が外側のう蝕と内側の根治でどう違うのか？
- 感染済象牙質と感染途中象牙質を感染症から見たらどう処置区分するのか？
- マクロ的な感染象牙質病変をカリエスとエンドでどう捉えるのかを考察せずに、セクショナリズムですりあわせをおこたっていない？
- 米国で行われている高額な自費治療根治法をそのまま流用していないか？

①根管拡大もカリエス処置と同じように、病変軟化部位は全て取り除く。

②感染処置なので拡大は1回で完了させる。貼薬は不要。

③治療間隔は根管内菌感染が拡大しないように3日以内で行う。

④高価な米国の根治技法がそのまま日本で流用できるかを考える。

これが年間100万症例以上臨床開業医で行われている日本式高速ファイリングエンドです。

この方法が、患者さんの医師、薬剤師、看護師に1番明快だと言われました。

従来のエンドの解説で、医師、薬剤師、看護師、機械工学専門家が納得するでしょうか？



# これからは『根管治療を、感染症の治療』という基本を大前提に、医師、薬剤師、看護師に対峙できる理論レベルに上げる。

感染症の根治は、レジンと同じように米国ではなく、日本のコストに合う方法に同様にすべきです。

- ① 急性虫垂炎の手術でも同じように、病変部位の切除は数回にわたらずに1回で終わらせる
- ② 病変部位には、感染済み部位と感染途中部位があり、これらはともに速やかに取り除く
- ③ 切除時には感染部位のコンタミ（雑菌混濁）を防ぐ

を基本にして、医師、看護師の患者さんを増やしましょう。

実際、たった4ミリも隔てていない外側象牙質病変のカリエス処置では、1回で軟象を全て、タービンの注水下で、貼薬もせず、細菌検査さえ行わず、処置していますね。

この薄っぺらい象牙質の向こう側とこっち側で、なぜこうも考えが違ったのか？レジン日本発、エンドは米国の流用。

感染可能性のある根管壁除去について考えたら、（麻酔も感染炎症による可能性があるかと推察さえできていない。）必然的に感染処置ルールに戻るはずでした。すなわち

- ① 根管拡大は1回でやり切る。（感染処置ルール）
- ② 軟化象牙質は病変部位として全て取り除く。（感染処置ルール）
- ③ 感染歯質コンタミ（雑菌混濁）を防ぐために、同時洗浄しスミア切削粉を根管壁に塗り付けない。
- ④ レジンと同じように、日本で採算の合う日本式根治法に移行する

が、最低限の基本。

（くり返しますが、たった4ミリも隔てていない外側象牙質病変のカリエス処置では、1回で軟象を全て、タービンの注水下で、貼薬もせず、細菌検査さえ行わず、処置しています。

この薄っぺらい象牙質の向こう側とこっち側で、なぜこうも違ったのか？）セクショナリズムの弊害  
レジン日本で考えられた方法。エンドは高額な米国式をそのまま流用。  
エンドも日本式にしませんか？

**感染症は、1回で、迅速に、綺麗に軟象を、感染、非感染を問わず、病変部位として全部取り除く！  
無論、高額なアメリカ式自費治療とは、臨床医は住み分ける。**

# スメアだスミアだと大した語学力もない我々が 発音にはうるさいけれど、いざ英語で“SMEAR” という意味を調べたりしない。(なすりつけ)

SMEARは【塗りつける、擦り付ける】という意味だと教えてくれたのは、帰国子女の患者さん。これじゃあ、医療、大卒に説明付かないはずだ。

『擦りつけ層！！塗りつけ層！！』と毎日連呼していたら、きっともっと早く塗りつけないように拡大と同時に、洗浄と消毒を使っていたはずです。

かつてレジン充填黎明期には、ボンディング剤無しで、直接乗っける時代がありました。この時1年もしないで茶色の変色域が充填面に起きました。この原因をはっきりさせずに、ボンディング剤を間に挟んで、結果よとしました。これも今では大きな反省点です。

MTAセメントは根管壁からの水分で固まることはよく知られています。では固まった後は根管壁からのタンパク質を含む体液の滲出は止まるのでしょうか？これが再感染の原因と考えたのでしょうか？

染み出す水分が原因とは考えないのでしょうか？その浸出液シールはしなくていいのでしょうか？

また感染根管拡大時に感染根管壁は、根尖だけ？根管口だけ？にみられますか？

臨床経験では、根管壁全域に感染が広がっています。

そのためにサハライドがあるんだ！そうなんです。昔の人は賢かった。細管シールまで気がついていました。象牙細管シールのために作られたフッ化ジアンミン銀は、やりすぎて歯牙が黒くなったりして廃れました。なので、我々はとりあえず根管壁にボンディング剤を塗っています。

我々はいついつい枝葉にこだわって、スメアが塗りつけ層の意味だと分からずに発音に血道をあげたり、3ミリ程の薄い象牙質を縦割り学問の弊害で象牙質の外側と内側でバラバラに研究して、薄っぺらい象牙質の外側と内側の感染だという大局を忘れて、枝葉の蘊蓄に陥ってしまいました。

患者さんとのやりとりで、“SMEAR”と英語を使ったり、contamination（コンタミ）の原則を知らなかったり、根治は感染処置なので迅速に、かつ1回で全て拡大きるという基本認識を欠いた根管処置法を、特に医学部、工学部出身の患者さんの前で説明するのは歯学の権威のためにも絶対にさけるべきです。

少なくとも、来院なさる医師、薬剤師、看護師、帰国子女、に説明できるレベルにしましょう。

ましてや保険で行う方法と、自費でお金と時間をかける方法をごちゃまぜは、よろしくないはず。

校正協力 ■ 神奈川県 カワシマ歯科医院 川島和夫先生 / ■ 長野県 丸山歯科医院 丸山貴先生 / ■ 愛知県 たかはた歯科 高畑圭輔先生

<< 詳細は、セミナーで。 >>

全国主要都市にて、最先端根管治療セミナーを開催しています。科学的拡大法の実際がわかります。

※3,000円/人（税込）

※キツキコントラ以外にも、新製品/キツキタービン/キツキツイストコントラ

新開発品情報/アフターキツキ情報等あり

※右記二次元コードからお申し込み可能です。



# 住み分けの必要性。

なぜ 1.35 ミリストロークのファイリングコントラキツツキが生まれたのか。  
大谷先生のおっしゃった 5,000 回ファイリングを機械でやればいいと、ふと気がついたからです。

そうなんです。スタートは単純でした。

5,000 回ファイリングを機械でやれば、時短になるし、米国のような高額根治を真似しなくても済む。  
まさに日本の根管治療になると気付いたのがきっかけでした。

その結果、根管治療は、感染症処置の基本である「**コンタミを起こさずに、1回で除去し切る**」  
事も学びました。

時短、かつ、安価、アメリカ追随をやめられる。がファイリングコントラキツツキのメリットです。

そもそも自費あるいは専門医が行っている技法が臨床開業医に応用できないという指摘も以前から  
ありました。

開業医の大多数が、難しい根治だからといって、  
「はい保険効かないから 5 万円！ね。」「難しい根管治療だから 1 回 1 時間はかかるね。」  
とはそう簡単には言えませんね。

日本の開業医にとって有意義な技法は、基本、保険の範囲内で、時間をかけずに、簡単にできる  
レジンと同様に日本の状況に合わせた、日本オリジナルの方法ではないでしょうか？

## まとめ

- ① 1 根管 5 万円以上も徴収するアメリカ型根治技法を流用しても、時間、コストで日本の  
臨床医にはそのまま流用できないことは、以前から問題だった。
- ② 自費で行われている根管治療法、専門医が行う根治を開業医が保険診療の参考にはでき  
ません。  
自費は自費の技法、保険は保険の技法と使い分ける方法が出来上がった。

**考えたら、全て自費で徴収するアメリカの根治を真似しても、日本じゃあコスト、時間面で使えないんだよな。**

校正協力 ■宮崎県 あさお歯科 板谷麻生先生

確実な全周拡大力を持つ機能ゆえ、キツツキコントラは6冠達成しています。

東京都主催の世界発信コンペティションにてベンチャー技術大賞  
機械振興協会の審査委員長特別賞を大学と共同受賞  
りそな財団の産学連携特別賞  
東京都輸出公社による選定品指定  
日本デザイン振興会のグッドデザイン賞受賞  
第10回技術経営・イノベーション大賞 選考委員特別賞



<https://www.neustadtjapan.com/>