

中岳



Top contents

令和3年度熊本市歯科後方支援病院連絡協議会.....	3
令和3年度熊本市歯科医師会第2回学術講演会.....	5
令和3年度第1回国立病院機構熊本医療センター・熊本市歯科医師会連絡協議会.....	8
令和3年度第2回口腔外科ベーシックセミナー.....	10
第22回九州歯科医療管理学会総会・学術大会.....	13



CONTENTS

巻頭言	渡辺 猛士 副会長	1
会長指針		2
令和3年度熊本市歯科後方支援病院連絡協議会		3
令和3年度熊本市歯科医師会第2回学術講演会		5
令和3年度第1回 国立病院機構熊本医療センター・熊本市歯科医師会連絡協議会		8
令和3年度第2回口腔外科ベーシックセミナー		10
第22回九州歯科医療管理学会総会・学術大会		13
令和3年度中島学園熊本歯科技術専門学校との協議会		16
熊本医科歯科病診連携事業説明会		18
救急蘇生法講習会		20
新入会員オリエンテーション		23
二三乃会		24
祝 歯科保健事業功労者厚生労働大臣表彰 宮本格尚会長		25
スタディー 広汎型 慢性歯周炎 ステージⅢグレードC患者に対して 全顎的治療を行った症例	東鹿医院 東 克匡	26
新入会員		30
スポーツの広場		31
会務報告		32
編集後記		

表紙のことば

撮影時の気温-2℃、ミルクロードはチェーン規制の表示が出ていましたが、バイクも走ってきていたので、登ってみました。

(S.I)

巻 頭 言

「気概 持つ 歯科保健 推進」



渡辺 猛士
副会長

昨年暮れのローカル新聞紙上に熊本市学童のむし歯保有率が、20ある政令指定都市の中でワースト2であるという内容が掲載されたことについてはご存じの方も多いかと思えます。

ここ2年程新型コロナウイルス感染症の蔓延により対面型の会議がことごとく中止になり、同様に本会地域学校歯科委員会が衛生士会とともにやっている小学校における歯磨き巡回指導(口腔清掃啓発事業)も一時中断した状態になっております。また、やっと軌道に乗り始めた学校におけるフッ化物洗口事業も中断してしまった所もあるようで、今後の社会動静を見据えての事業再開と安定した継続が望まれるところです。

この、学童におけるむし歯保有率については平成の時代より熊本市は全国のはぼ真ん中ぐらいの順位であり、熊本県内では熊本市のむし歯保有率は少ない方、そして熊本県は全国では比較的むし歯が多い方であったのですが、当時この状況を踏まえて熊本市歯科医師会は躍起になって学校におけるフッ化物洗口事業を開始するべく熊本市に働きかけたり、その礎となる歯科保健推進条例を制定するよう働きかけていました。

なぜなら近い過去において罹患率が全国ワースト1だった佐賀県は学校におけるフッ化物洗口を開始したことにより、その約5年後には少ない方から数番目に躍進するという快挙を成し遂げていました。そして当時各自治体でこのことに理解が得られ始めて、条例の制定や学校におけるフッ化物洗口が開始される所が増えてきていました。つまり、このまま熊本市が手をこまねしていると早晚全国で齲蝕罹患率の高い自治体に転落することが予測されていました。そうこうするうちに熊本市は町村合併により政令指定都市になったのですが、丁度そのころ熊本県が学校におけるフッ化物洗口事業をスタートさせることが決まりました。つまり熊本県下において熊本市を除く(熊本市は政令指定都市ですので県の事業の範囲に入らない)各都市でフッ化物洗口事業が開始されることになったわけです。ということは熊本市においてこのままフッ化物洗口事業を開始せずに推移すると近い将来熊本市は県下においてワースト1になりかねず、全国的にもむし歯保有率の高い都市になってしまうことが目に見えていました。

そこで、当時熊本市における歯科保健政策のプランを決める歯科保健推進協議会において強力にこの問題について注意喚起し、フッ化物洗口の速やかな開始を進言しました。しかしながら当時の参加団体、学校側などからはこの事業に賛成できないという意見もあり、丁寧に誠意をもって説明してもネット上や巷のエビデンスのないフッ化物の毒性やアレルギーなどを振りかざし反対意見を述べる立場の方もありました。そこで業を煮やして「ここで科学的裏付けのない反対意見を述べている皆さん方は、5年後、10年後の本市学童の歯牙疾患について責任を持ってもらえますか？」という旨の発言をした覚えがあります。

あまり大声を出して歯科医師会が扱いにくい奴だと思われるのは避けなかったのですが、みすみす熊本市がワースト1になるのを看過するわけにはいかず、つい大声を出してしまいました。その後時がたち、市長も変わり、この会議自体も健康くまもと21という会議に包含されるようになったのですが、遅ればせながら無事学校におけるフッ化物洗口も開始され、歯科保健推進条例も制定される運びとなりました。

話は冒頭の新聞記事に戻りますが、そういうわけで熊本市の学童におけるむし歯保有率はこのままフッ化物洗口事業が続いて行けば心配するような状況になることはないであろうと静観しております。歯医者が虫歯をなくしてどうするの?という笑い話もありますが、世界で歯科医が尊敬される職種である根源はその歯科疾患を根絶させるべく努力をして行く姿勢にこそあります。我々も口腔衛生を通して社会に貢献できる唯一の立場であることを再認識して今後とも絶ゆまぬ努力を重ねて行かねばならないと思っております。学校歯科医の先生方はもとより、その他の先生方も、どうかこの事業に賛同いただき実施にあたっての協力をお願いするところでございます。

年頭所感



2022年が始まりました。遅ればせながら、あけましておめでとうございます。本年もよろしくお願いいたします。今年はお正月から天気恵まれて、熊本は穏やかな年明けとなりました。私も家の近く

でご来光を拝むことができました。美しい陽光を眺めながら、今年こそ良い年になるように心の底から願ったところです。

今年の干支は、壬寅(みずのえ・とら)となります。この干支がどんな年になるのか調べてみますと「陽気を育み、春の胎動を助く」という意味になるそうです。冬が厳しいほど乗り越えた春の芽吹きは生命力にあふれ、華々しく生まれるという事を表しています。昨年は、新型コロナウイルス感染症の影響で色々と不自由な生活を強いられてきましたが、「壬寅」の年は、厳しい寒さを耐えれば命の芽吹く春がやってくるという事を表していますので、今こそ自分磨きに時間を使い、大きな花を咲かせる準備をしたい所です。

この原稿は正月に書いておりますが、昨年秋に収束の兆しを見せていたコロナも、年明けからは世界的なオミクロン株の流行が日本にも入ってきて、予断を許さない状況です。熊本市歯科医師会としても、約2年間にわたり、様々な行事等が延期や中止に追い込まれておりますので、今年こそはコロナ前の状況に戻したいと強く思っている次第です。国産のワクチンや治療薬の開発もあと一步の所まで来ているようです。コロナが完全に無くなる事はありませんので、早くインフルエンザ並みの感染症に落ち着いてくれることを願うばかりです。会員の皆様にはもうしばらくご不自由をおかけいたします

が、干支でも示されているように昨年まで耐えて来た分、大きな花を咲かせたい所です。コロナの感染拡大当初は最も感染リスクの高い職種の一つに数えられていた歯科ですが、皆様の努力により未だ、歯科でのクラスターは出ておりません。世間の歯科に対する見方も変わってきております。この状況を維持するためにも油断することなく、引き続きスタンダードプリコーションの維持継続をよろしくお願いいたします。また、口腔ケアがコロナの感染予防や重症化防止につながることも証明されています。この事がまだまだ世間一般に知られていない所もありますので、積極的にアピールして、今こそ社会貢献をしていきたい所です。

山田宏議員を中心とする国民皆歯科健診実現議連(国会議員158名所属)の働きかけにより、自民党の公約の中に初めて「国民皆歯科検診」という項目が盛り込まれました。具体的にどのような形で実現していくのかは、これから検討されて行くと思いますが、この公約が実現しますと歯科の存在意義が益々高まることは間違えありません。我々も、今からそれに対応するだけの準備をしていく必要があります。今後も何か情報が入りましたら逐次会員の皆様にはお伝えして行きますので、会からの発送物等には必ず目を通していただくことをお願いいたします。

最後になりますが、今年1年が会員の皆様にとりまして実り多き1年になりますことを祈念申し上げます。

後方支援病院とのさらなる繋がりを目指して 令和3年度熊本市歯科後方支援病院連絡協議会



病院との繋がりが大事です

11月24日(水)19時30分から、県歯会館3階市歯会議室にて、令和3年度熊本市歯科後方支援病院連絡協議会が開催された。



後方支援ありがとうございます

出席者は、熊本大学病院歯科口腔外科から中山秀樹教授、永田将士病棟医長、川原健太外来医長、国立病院機構熊本医療センターから中島健歯科口腔外科部長、谷口広祐歯科口腔外科医員、熊本市立熊本市市民病院から太田和俊歯科口腔外科部長、町田李菜歯科口腔外科医員、鶴田病院から中元雅史歯科口腔外科部長、熊本市歯科医師会から宮本格尚会長、田中弥興副会長、高松尚史専務理事、高橋禎医療管理理事、関喜

英医療管理委員長の13名であった。協議に先立って、熊本市歯科後方支援病院連絡協議会実施要項に則り、鶴田病院歯科口腔外科中元雅史部長を今回からこの協議会の新しい構成員とすることが承認された。



熊大病院の先生方

今回の議題は①口腔外科ベーシックセミナーについて②後方支援病院への患者紹介確認と会員への周知について③後方支援病院の機能について、であった。

①口腔外科ベーシックセミナーについて

令和2年度、3年度共に会員に好評で、会員が100人前後参加している。今後も基礎的な内

容を中心に継続して行っていく。今回は、2月3日(木)に熊本大学大学院生命科学研究部歯科口腔外科学講座准教授の吉田遼司先生に、「骨吸収抑制薬関連顎骨壊死について」という演題で講演していただく。来年度は、5月に熊本市立熊本市民病院の町田李葉先生、9月に熊本大学病院の永田将士先生、2月に国立病院機構熊本医療センターの先生(未定)に講師を担当してもらい、開催する予定となった。



熊本医療センターの先生方

②後方支援病院への患者紹介確認と会員への周知について

それぞれの後方支援病院で紹介患者の予約方法が異なるので、整理して改めて会員にお知らせする。



市民病院の先生方

③後方支援病院の機能について

口腔外科疾患の患者を中心に従来通り受け入れていく。その他では、感染症の患者は、例えばHIV感染症は最近是全国的に一般の歯科医院で治療することが多くなってきている。障害者の患者は口腔保健センターで治療している。また、熊本市立熊本市民病院では全麻が必要な治療以外は紹介元に返すようにしている。認知症の患者や治療に協力的でないような患者は難しく、できる範囲での治療となったり、受け入れない場合もある。訪問歯科の後方支援については、顎骨壊死、炎症、悪性腫瘍等の相談をメールでも受け付けている。ということであった。



鶴田病院の中元先生

以上のような内容で、三つの議題に関して約1時間半にわたって協議を行った。熊本市歯科医師会としては、一般会員の歯科口腔外科分野の知識や技術を向上させる機会を設け、日常臨床で、より専門的な治療が必要な場合には後方支援病院にスピーディー且つスムーズに患者紹介ができるよう、一般会員と後方支援病院との繋がりを作っていく取り組みを続けていくこととし、閉会となった。

(医療管理 関 喜英)

明日から始められるラバーダム防湿と 歯内療法のポイントと接着修復の臨床

令和3年度熊本市歯科医師会第2回学術講演会



多くの先生方が参加された

令和3年11月6日(土)15時より県歯会館3階市会議室にて、令和3年度熊本市歯科医師会第2回学術講演会が開催された。講師には辻本デンタルオフィス院長 辻本 真規先生を迎えご講演いただいた。宮本格尚会長の開会の辞に続き、「明日から始められるラバーダム防湿と歯内療法のポイントと接着修復の臨床」という演題で講演が始まった。



ラバーダムについて、しっかり学びましょう

まず初めにラバーダム防湿の基礎についてお話があった。ラバーダム防湿は歯内療法と小児

歯科治療で活用されているイメージが強いが、その他にも直接修復、間接修復などの様々な場面で使用可能であるとのことだった。ラバーダム防湿の目的は、①唾液による術野の湿潤・感染防止、②切削片・壊死物質・除去金属などの誤飲・誤嚥防止、③機械・器具等の誤飲・誤嚥防止、④薬液の漏出による口腔粘膜の障害防止、⑤切削器具による口腔軟組織の障害防止、⑥術野の明視と操作性の容易化・術式の合理化、⑦嘔吐反射を助長しない、⑧開口の補助、⑨患者の治療への不安感排除、⑩患者・術者の疲労緩和、⑪歯肉の排除、⑫歯肉溝浸出液による術野の浸潤・汚染防止、と多岐にわたる。さらにラバーダム防湿は、唾液や血液のコンタミしたエアロゾルや飛散を最小化させることが可能であり、歯科医院におけるCOVID-19の感染予防にも一役買っている。2021年の日本歯内療法学会会員でラバーダムをいずれかの症例で使用している割合は74.0%、日本歯内療法学会専門医では81.2%であり、使用率は年々増加傾向でラバーダムの有用性が改めて再認識されている。

ラバーダムを実際に用いる際に患者に問診しておくべき事項としては、ラテックスアレルギーの有無、ラバーダム防湿を用いた治療を今まで受けたことがあるか、鼻呼吸が可能か、などである。また、ラバーダムをいきなり使用すると戸惑ってしまう患者が少なからずいるため、ラバーダムを装着する前に必ず説明しておくことが重要である。ラバーダムの写真だけ見せても理解しにくいので、辻本先生の医院では30秒程度の短くまとめた動画を見せてラバーダム装着の理解を得るように工夫されていた。

クオリティーの高いラバーダム防湿を行うためには、ある程度道具も使用しやすいものを用いたほうが良い。様々な道具を使用した辻本先生がお勧めするコストパフォーマンスと機能を両立したラバーダム防湿セットは、ラバーダムパンチ：スプリングクロー(Ciメディカル、6,700円)、クランプフォーセップス：YS型(YDM、14,000円)、ラバーダムフレーム：ヤングフレーム大人用(YDM、1,550円)、ラバーダムクランプ(有翼鉤)：9 (デンテック、1,500円)、201・202・206・207 (YDM、2,050円)、ディスタルクランププラスト(日本歯科工業社、3,390円)、ラバーダムクランプ(無翼鉤)：B1・B2・B3 (コルテンジャパン、1,950円)、である。ラバーダム防湿セットは、大体4万あれば一式揃うためそれほどコストはかからないとのことだった。ラバーダムシートは1枚19円～300円程まであり、大きさ、厚み、色など様々な種類が出ている。こちらもそれほどコストは高いものではなく、エンドでは一番安い19円のもので十分である。ラテックスアレルギーがある患者では1枚200円程度のノンラテックスを使用する。なお、多数歯防湿を行う場合は締め付けが強いものを使用したほうが良い。フロスの種類は、アンワックス、ワックス、テフロンがあり、歯間に通すときはワックスタイプを使用し、結紮の際にはテフロントypesのフロスを使用すると操作しやすいとのことであった。ラバーダムクランプは有翼鉤・無翼鉤のどちらを使用しても良いが、有翼鉤を使用する場合は部位によって

舌に当たることがあるため、その時は無翼鉤にする。また、7番の遠心カリエスを削る際にクランプのスプリングがタービンヘッドやバーに干渉して操作を邪魔することがあるため、このときはディスタルクランプを使用する。

具体的な操作方法としては、最初に患歯を必ず確認し、フロスを一度通しておく。クランプの試適を行う際は、片側のピークを適合させて動かさないように固定した後にもう片方のピークを歯面に滑らせるようにして適合させる。このときの一連の操作は必ずゆっくり行い、痛みがあるかどうかを確認する。クランプを外すときも疼痛を与えないようにゆっくりと操作する。テンプレートをを用いてシートに穴をあけ、クランプにシートをかけるときは歯列の向きに平行になるようにしておく。歯に装着するときはラバーシートを近遠心に引っ張りながら装着させる。フレームを装着、レジン充填器と探針を用いてウイングからシートを外し最後にフロスを通す。ラバーダムの装着時間は単歯で1～2分、多数歯で5分以内を目標にトレーニングする。なお、排唾管は必ずしも全症例使用する必要はなく、唾液が少ない高齢患者では口腔乾燥が強くなってしまうため、唾液が溜まったときにその都度吸引するようにする。



ラバーダムの需要が高まっています

講演の後半からは歯内療法についてお話いただいた。

歯内療法で大切なことは、「極力抜髄を回避すること」である。抜髄を回避することは、歯質の損失を回避することができ、歯根破折のリス

ク軽減につながる。このため、可能ならばなるべく直接覆髄をトライしてみて抜髄を回避するように心掛ける。

次に「失敗の原因を理解すること」が重要である。根管治療中に感染の機会が生じる原因として、う蝕の取り残し、唾液のコンタミ、不衛生な器具による根管治療、閉鎖性の不良な仮封、などが挙げられる。さらに、補綴後に根管の感染が生じる原因として、う蝕の取り残し、不適合補綴物による漏洩、二次カリエス、などが挙げられる。特に、根管治療に先立つ修復物の除去は「Tooth investigation」と名付けられている。これは修復物除去により細菌の侵入経路がすべて排除されるだけではなく、歯質の量・質について視覚的な評価が可能となる。辻本先生は、要根管治療歯を治療される際は必ずTooth investigationを行い、抜歯 or 根管治療の判断を行っているとのことだった。

最後に「根管解剖の理解をすること」が重要である。提示いただいた文献では、根管の見落としがある歯根に根尖病変が存在する確率は82.8%もあったとの報告や、CBCTで撮影された1,137本の歯のうち根管が見逃されていたものは262本(23.04%)もあったとの報告があった。さらに、下顎6、7番126本中107本(85%)に根尖から5mmにかけてイスマスを認めたとの文献もあった。このため、日頃から根管内のイメージをしながら、また、イスマス・フィンを意識しながら治療することが重要であるとのことだった。

歯内療法時のラバーダム防湿では、「髄腔開拓はラバーダム防湿すると歯軸が分からない」「残根状態でクランプがかけられない」「隔壁が外れてしまう」といったような質問がよくあるようだが、処置に合わせて作業領域を考慮しながら多数歯防湿を行えばある程度解決でき、また隔壁作製でも接着操作をしっかりと意識しながら行えば問題ないとのことだった。

補足として、患者のラバーダムに対する意識調査としては実に9割の患者が行ってほしいと

回答したという報告もあり、ラバーダムの需要は今後も高まっていくと思われる。ラバーダムを行うことによる他院との差別化は、数百万円するような高価な機器を揃えるよりもよほど安



御講演ありがとうございました

価で実用性に優れており、大変有用である。

世界的にはラバーダムを使用した根管治療が常識となっているが、日本では導入している歯科医院は未だに少ないのが現状である。今回の講演を聴いて、歯内療法におけるラバーダム防湿は患者、歯科医師の双方を守るものであり、今後必ず取り組まなければならないものであると考えられた。

講演は合計3時間にわたり行われ、講演の後、熊本市歯科医師会学術委員の久木田委員の司会のもと質疑応答が行われた。直接覆髄をする際には消毒を確かかどうかという質問があり、先生は基本的に消毒せずにMTAセメントを置いているようだが、場合によっては1%の次亜塩素酸で消毒してMTAセメントを置いているとのことだった。

最後に、「基本的なことを一つずつしっかりと行うこと」という先生の言葉が、時間に追われる日々の診療において最も忘れてはならないことであると改めて再認識させていただいた。質疑応答後、熊本市歯科医師会学術委員会理事の山口英司理事の閉会の挨拶をもって講演会を終了した。

(学術 谷口広祐)

新型コロナウイルス蔓延下に合わせた医療連携を計る

令和3年度第1回

国立病院機構熊本医療センター・熊本市歯科医師会連絡協議会



12名の参加

令和3年度第1回国立病院機構熊本医療センターと熊本市歯科医師会との連絡協議会が令和3年12月13日(月)19時より、熊本医療センター会議室にて開催されました。出席者は熊本医療センターから、院長高橋毅先生、副院長橋本伸朗先生、臨床研究部長富田正郎先生、統括診療部長宮成信友先生、歯科口腔外科部長中島健先生と救命救急センター長櫻井聖大先生でした。熊本市歯科医師会からは会長宮本格尚先生、副会長渡辺猛士先生・田中弥興先生、専務理事高松尚史先生、医療管理理事の高橋禎先生と医療管理委員長である私、関喜英でした。

まず熊本医療センターに対し宮本会長より、これまでの医科歯科連携に対する感謝の意を述べられ、今後も熊本市歯科医師会と熊本医療センターとが積極的に協力し、会員と地域医療に貢献していきたいと話されました。次に高橋毅院長より、熊本市歯科医師会の先生方に日ごろの患者紹介に対するお礼を述べられ、新型コロナウイルス蔓延という状況下での熊本医療センターの診療状況について話されました。熊本市



医科歯科連携ありがとうございます

の新型コロナウイルス患者が減ったこともあり、新型コロナウイルス病床は11月中旬に閉鎖してはいるが、今後の患者数増加に対応できるように病床は確保している、とのことでした。

続いて協議に入り、中島歯科口腔外科部長より以下のような報告がされました。医科歯科共、紹介率・地域医療支援病院紹介率・紹介患者数が令和3年度は減少している。10月までの歯科紹介率は46.8%であった。歯科口腔外科は比較的余裕のある状況であり、入院患者の誤嚥性肺

炎予防のための口腔ケアも積極的に行っている。院内患者は数に入らないので、院内患者が増えると紹介率は下がることになり、そのため歯科紹介率は医科の紹介率より低い値になる。因みに令和3年度の医科紹介率は83.6%で、医科・歯科合計紹介率は80.3%となっている。

次に櫻井救命救急センター長より、本年の歯



患者紹介ありがとうございます

科関連の救急外来受診に関する説明がありました。それによると、新型コロナの状況で外出が減ったためと考えられるが、事故や転倒による顎顔面等の外傷はこの2年減少している。歯科口腔外科関連の救急患者数は令和3年11月までで145件であった。義歯(FMCやBrも含む)の誤飲などは月数件はあり、内視鏡で取る事が多い、とのことでした。

今後の行事予定については、令和3年度第2

回熊本医療センター開放型病院連絡会が、2月26日(土)18時30分より熊本医療センター2階地域医療研修センターにて開催されます。内容は、症例呈示2例、地域医療連携室からのお知らせ、紹介予約センターからのお知らせ、厚生労働省保健局の原澤朋史先生から診療報酬改訂についての講演、などが予定されています。



外傷や誤飲などの救急が多いです

最後に、歯科での歯科衛生士、歯科技工士不足、医科での看護師不足の話があり、熊本市の現在の看護師不足は1,500人で、2025年には3,500人になる見込みとのことでした。

田中副会長から、今後も国立病院機構熊本医療センターと熊本市歯科医師会の連携を深めていきたい、と閉会の挨拶があり協議会は終了となりました。

(医療管理 関 喜英)



抜歯の勘どころ 抜歯前の準備から抜歯後のマネジメントまで 令和3年度第2回口腔外科ベーシックセミナー



感染対策をしっかり行い開催された

令和3年11月10日(水)19時30分より、県歯会館4階にて第2回口腔外科ベーシックセミナーが、熊本市歯科後方支援病院連絡協議会主催で感染防止対策を行い開催され、参加者は総勢83名でした。今回は、「抜歯の勘どころ 抜歯前の準備から抜歯後のマネジメントまで」という演題で、鶴田病院 歯科口腔外科の中元雅史先生を講師にお招きし、医療管理委員会 高橋禎理事の進行のもと、熊本市歯科医師会 宮本格尚会長の挨拶の後、講演が始まりました。



抜歯についてしっかり学びましょう

1) 抜歯前準備

一般的な抜歯適応歯としては、縁下カリエス、歯根破折、重度歯槽骨吸収、水平埋伏歯など機能せずに感染源となっていて、隣在歯に悪影響を及ぼす歯が考えられる。抜歯を躊躇して

しまう要因としては、解剖学的位置関係(下顎埋伏歯の下顎管近接や上顎臼歯の上顎洞底近接など)や基礎疾患(骨粗鬆症で骨吸収抑制剤服用中、虚血性心疾患、糖尿病、慢性腎不全、膠原病等)や高齢(患者さんの耐術能、骨癒着)などの要因がある。抜けない原因と対策としては、術前の評価不足にはX線写真読影を行い、視野確保不足には術者や患者の姿勢の改善やフラップの挙上を行う。また、出血を伴う視野確保不足にはしっかりとした止血操作を行い、器具が届きにくい場合には用途に合った使いやすい器具を準備し、骨癒着や根湾曲や根肥大には動かすスペースを作るなど様々な要因や場面に対応する準備が必要となるとの説明があった。



抜歯前準備が大切です

術前の評価としては、しっかりと問診(主訴、現病歴、既往歴、内服薬、最近増えてきているプラリアなどの注射薬)を行い、年齢やアレルギーや局所麻酔薬の使用の有無等を確認する。次に診査・診察を行い、X線写真撮影を行うが場合によってはCT撮影が必要で、パノラマX線写真で読み取れることは、上顎臼歯と上顎洞底との位置関係、歯根の状態、歯根膜腔の有無、智歯の埋伏状態と下顎管の位置、下顎頭の形態等があり、下顎下縁部分の皮質骨の厚みで骨粗鬆症のスクリーニングに利用できる場合もあるとのことであった。口腔外診察では顔貌、顎関節症状の有無、下顎角等を診察し、口腔内診察では歯肉の状態や発赤の有無、骨隆起や口蓋隆起の有無等を確認しておく。器具選択時の留意点としては自分に合ったものを選択し、破損した器具や削れないバーは力で削ることになり骨外へ抜けたり、発熱して組織損傷のリスクがあるため使用してはならないと述べられた。

2) 抜歯における勘どころ

術者と患者さんの姿勢などできる限りの環境を整えて、直視・直達できるようにすることが大原則であり、局所麻酔は注射針で骨の状態や注入した際の排膿の有無を確認し、麻酔した後は5分程度時間を置くようにする。効果がない場合には伝達麻酔を行うが、下顎孔の位置等の解剖学的理解が必要となる。翼突下顎隙に入れば十分ではあるが、逆流がないかは確認する必要がある。この際、場所が不適切であれば舌神経麻痺のリスクとなり得るため注意が必要であり、抗血小板薬や抗凝固薬を内服している方には伝達麻酔は行わないとのことであった。

見えるためにすることとしては、視野確保のための切開は、必ず骨の裏打ちのある場所に設定し、フラップは血流維持を考慮して基部を広く設定すること。また、止血のための十分な時間を取ることが大事であり、抜歯に際しては鉗子で把持できるものは鉗子を使う。ヘーベルは鉗子で把持できない場合や近遠心的に歯根が湾曲した歯に使い、かける位置としては隅角部にヘーベルの先端の軸と歯軸を一致させるイメー

ジで挿入する。下顎の場合は危険なため舌側には挿入しないようにする。また、ヘーベルがかけられない歯については、歯根膜腔が不明瞭で歯質崩壊歯の場合には骨にグループ形成を行い、歯質に十分な硬さがあり骨を削りたくない場合には歯にグループ形成を行う事が効果的である。更に、複根歯の場合は鉗子やヘーベルを使い、動かないときには迷わず分割して抜歯することが近道である。下顎智歯抜歯のポイントは直視・直達のために術者は見える位置を確保して、歯冠分割の際の分割線を幅広くとり、歯が動くスペースを確保するために確実な歯冠分割、骨の割合(舌側は舌神経が近位にあるため行わない)、歯根分割、骨や歯のグループ形成を行うことで脱臼させ抜歯する。上顎智歯抜歯のポイントとしては下顎に比べ直視が難しく危険であり、分割することでヘーベルをかける歯質がなくなり歯の向きがわからなくなることから、可能な限り分割はせずに骨ノミを使用し、水平方向からヘーベルをかけて頬側に引っ張り出すことであるとの説明があった。

3) 抜歯にまつわる合併症

下顎神経麻痺は歯根分割時や骨削除時の圧迫や切断、歯根脱臼時の圧迫、不適切なヘーベル操作による圧迫や切断等により起こり、神経自体を損傷していなければ保存療法で回復が見込める場合もあるが、個人差があるとのことであった。これを回避する方法は骨にグループ形成する頬側グループや、背面の骨を削除後に根にグループ形成する背面グループを行い、骨を支点にヘーベルにて脱臼、抜歯を行う。次に、舌神経麻痺は舌神経が画像検査ではどこにあるかわからないため、抜歯時には舌側に舌神経がある可能性を認識しておく必要がある。ハイリスク要因としては、下顎枝前縁に近い、臼後部が狭い、舌側傾斜歯等がある。原因として伝達麻酔時、下顎智歯抜歯時の遠心切開時、下顎智歯歯冠分割時の損傷、舌側骨壁の骨折があげられる。これを回避する方法は遠心切開線を必ず骨の裏打ちのある部分に設定し、頬側に向かって切開を入れ、頬側歯冠を先に除去することで

あるとの説明があった。次に、上顎洞穿孔は上顎臼歯抜歯の際に多く、まずは保護床等にて経過観察し、上顎洞炎がある場合は抗生剤と上顎洞洗浄で経過観察し、強く鼻をかまないよう指示する。自然閉鎖が見られなければ瘻孔閉鎖術を行う必要があるとのことであった。また、気腫は組織間隙に空気が入り込むことで起こり、腫脹部を押すとプチプチとした捻髪音がある状態である。原因としては下顎埋伏智歯の歯冠分割(最多)及び縁下カリエス処置時のタービン、根管乾燥や歯周ポケット測定時のエアースリッジ、スケーラー、レーザー(近年増加)、根管洗浄(NC+OX洗浄による発泡)により起こる。まれに縦隔まで及ぶ縦隔気胸では呼吸困難、胸痛、血圧低下や徐脈や頰脈などの循環動態への影響をきたす可能性があるため十分注意を払う必要がある。起きてしまつて判断がつかない場合は、迷わずに二次医療機関や高次医療機関へ紹介するように説明があった。



質問する谷口先生

4) 抜歯後のマネージメント

智歯抜歯後の予防投与は、ペニシリン系のアモキシシリン(サワシリン)分3を2日分(腎代謝)処方し、アレルギーの既往のある方には、リンコマイシン系のグリンドマイシン(ダラシン)分3を2日分(肝代謝)処方しており、侵襲の低い抜歯であれば1日分で十分とのことであった。感染性心内膜炎予防のための抗菌薬投与は(発症したら致死率が高いため行う)、経口投与の場合は処置の1時間前にアモキシシリン

2g(8C)またはグリンドマイシン600mg(4T)を投与する。

併用注意の薬剤は

- ①ペニシリン系、セフェム系、マクロライド系
抗菌薬+ワーファリン→ワーファリンの作用増強
- ②NSAIDs+ワーファリン→ワーファリンの作用増強
- ③NSAIDs+ニューキノロン系抗菌薬→重篤な瘵攣発作

併用禁忌の薬剤は、フロリドゲル+ワーファリン→ワーファリンの作用増強による重篤な出血があるため注意が必要な事が説明された。後出血の原因としては、不良肉芽の残存、骨髄からの出血の見落とし、患者本人も把握していない血液疾患等がある。対応としては、基本は圧迫止血(必要に応じボスミンガーゼ使用)し、凝血塊を形成している場合は一度完全に除去する。ワーファリン等の抗凝固剤を内服中であれば、術前に止血床を準備しておく。ワーファリンはPT-INR3.0以下であれば止血可能だが、その他のダビガトラン(プラザキサ)等の抗凝固薬はPT-INR数値は計測されていないため注意が必要で、出血性素因が疑われる場合は、専門機関への紹介が必要になるとの説明があった。ドライソケットについては、ある程度の頻度で起こるため、対応としては再搔爬は行わずにキシロカインゼリーを抗生剤の軟膏と混ぜて抜歯窩に填入し、鎮痛薬を処方すると述べられた。

最後に、熊本市歯科医師会田中弥興副会長の挨拶により閉会となった。今回の講演会は、抜歯という日常の臨床で頻繁に行う治療行為であり、大変有意義な講演会となった。

今回の第3回は2月3日(木)19時30分より県歯会館4階にて熊本大学大学院 生命科学研究所 歯科口腔外科講座准教授 吉田凌司先生をお招きし、「骨吸収抑制薬関連顎骨壊死について」という演題で講演していただく予定である。

(医療管理 赤城忠臣)

鹿児島よりWEBで開催！

第22回九州歯科医療管理学会総会・学術大会

令和3年12月19日(日)10時より、九州歯科医療管理学会主催で九州歯科医療管理学会総会学術大会IN鹿児島が鹿児島県歯科医師会館にてWEBでのハイブリッド方式で開催された。

まず、日本歯科医療学会の尾崎哲則理事長、鹿児島県歯科医師会の伊地知博史会長、九州歯科医療管理学会の比嘉良喬会長より挨拶があり、講演が始まった。



講師の杉浦先生

講演1：切っても切れない口腔と老化・全身のつながり

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科
顎顔面疾患制御学分野

杉浦 剛先生

まず初めに医療における歯科の地位の低下に対する問題提起があった。超高齢化社会における口腔に対するニーズは低く、結果的に歯科医は歯だけを見ることに成り下がっている。口腔はCOVID-19、超高齢社会、全身疾患とも関連が深く、歯科医療界、研究は社会問題と有機的にリンクさせる必要があると述べられた。

1. 口腔細菌叢と全身のがんの相互関係

エピジェネティックな遺伝子異常(遺伝子の傷)が重複するとがんになってしまう。ならば、エピジェネティックな変化を抑えれば発がんは予防できる。化学的刺激、物理的刺激、生物学的刺激を減らすことはそれに当たる。肥満は二次的胆汁酸産生菌の増加を介し

て肝がん、大腸がんの発症を促進する。口腔細菌叢は腸内細菌叢に影響を与えるので大腸がんの発生、進行にも関与しているということになる。今後唾液を用いた細菌叢解析により大腸がん診断およびリスク診断法の確立の可能性がある。また歯科介入によって大腸がんの予防、進行の抑制もできるかもしれない。口腔がんと関連があると報告されている細菌叢もある程度特定されている。出生時から母親の羊水から口腔内細菌叢は形成されている。口腔細菌叢は母親の口腔細菌叢に影響され生後3日で急激に変化する。口腔細菌叢形成は食事開始により変化し疾患の原因となる。つまり良質な細菌叢形成の鍵は親・乳児～小児期にあり、細菌叢維持には絶え間ない口腔管理が鍵となる。がん予防は歯科から行うことができる。

2. 大規模コホート研究：口腔と全身疾患の関連・オーラルフレイルがフレイルに及ぼす影響

社会問題となっている認知症の増加に対してはその前の軽度認知障害でストップをかけることが重要である。また口腔機能低下症もフレイルやサルコペニア、軽度認知障害と同様に疾患の前段階と考えられ、早期発見、早期介入は価値がある。垂水市におけるコホート研究で次のことが明らかになった。呑み込みの異常があるとフレイルになる可能性が2.6倍。咬合力、舌圧の低下は認知症になる危険性が1.5～1.8倍になる。老いは口からはじまる。早期に口腔機能の低下に介入することは健康寿命延伸に寄与する。フレイル、認知症予防は歯科から行うことができる。

3. 変容する歯科医療安全の問題

今後予想されることとして医科歯科連携だけでなく多職種連携が加速し、歯科医師が担

当する業務が多様化する。既に水面下で発生しているだろう問題として歯科診療所におけるインシデント管理、訪問歯科診療におけるインシデント発生、感染防御対策などが挙げられるが歯科ではインシデントが把握されていない。要介護者に関して歯科治療が必要な64.3%のうち実際に歯科治療をうけた要介護者は2.4%でありまだまだ足りないのが実情である。訪問歯科診療は医科からでなく、個人的もしくは施設からの依頼で開始され、医療情報が十分に共有できていない状態で行われていることが多く危険である。歯科医師が情報から孤立してしまうと安全の担保ができない。医療事故情報収集等事業に参加している歯科医院は全国で23医院のみである。歯科医院版のヒヤリハット事例収集事業を構築中である。教育こそが予防になる。親、教師、歯科医、医師、医療者のリテラシーが必要というメッセージを残し講演は終了した。



講師の千堂先生

講演2：口腔顔面痛の地域連携

いまきいれ総合病院麻酔科歯科

口腔外科 千堂良造先生

痛みとは実際の組織損傷もしくは組織損傷が起こりうる状態に付随する、あるいはそれに似た、感覚かつ情動の不快な体験と定義づけられる。生物学的要因だけでなく心理社会的要因に対してもアプローチしていく必要がある。

1. 咀嚼筋障害(筋筋膜性口腔顔面痛)

治療法として最初に行うのは「患者教育・セルフケア指導」である。抗不安薬、筋弛緩薬は依存性があるので数週間以内の使用に留

めるべき。スプリント療法は痛みの治療というよりは歯の保護の意味合いが強い。TCHに対する行動変容法も有効。歯科医師がブラキシズムを患者に指摘すると患者が気になりはじめ痛みを訴えることがあるので注意が必要である。トリガーポイント注射は深部の筋の痛みにも有効。初期対応で気をつけることは治療を長引かせないことが重要。不十分な患者教育、不用意な薬物療法で本来患者が持つ回復力を低下させる恐れがある。痛みは傾聴してはいけない。苦悩の吐露に傾聴することは苦悩の一時的軽減をもたらすが痛みを傾聴すると痛みの訴えの増加を招く。

2. 三叉神経痛

診断基準としてトリガーゾーンの存在、発作性の激痛、カルバマゼピンが奏功することなどがある。MRIの信頼性は不十分なのでそれを中心に診断しない。通常は50歳以上で発症することも診断の助けとなる。治療はカルバマゼピンを用いた診断的加療の後、微小血管減圧術、神経破壊の神経ブロックがある。

3. 神経損傷

治療には神経縫合、ビタミンB12製剤、星状神経節ブロック、ステロイド、ATP製剤、低出力レーザーなどがある。積極的治療の開始が早ければ早いほど予後は良好である。

4. 非定形型歯痛(持続性特発性歯痛・顔面痛：PIDAP・PIFP)

痛みの局在が極めて明瞭であり患者は原因歯の部位に対する確信があるが、すぐに治療介入することは控える。機能性身体候群に罹患している患者はこれを併発しやすいので注意する。基本治療法はない。10~20%は精神科の診断や治療サポートが必要なケースである。

歯科治療で痛みは改善するかわからない症例に対し安易に治療介入をしてしまい痛みが治まらずドクターショッピングが始まること

がある。オーラルペインクリニックを利用し
てそのようなことが起きないようにしていく
必要がある。症例の相談も受けるので気軽に

相談してくださいとお話され講演は終了し
た。

(医療管理 山田宗敬)

心を震わすシネマワールド

『ショーシャンクの空に』

監督：フランク・ダラボン
原作：スティーブン・キング
公開：1994年アメリカ映画
ジャンル：ヒューマン・ドラマ
出演者：ティム・ロビンス
モーガン・フリーマン
ボブ・ガントン
ウィリアム・サドラー

怪物や幽霊が出てこない、いわゆるホラーでないスティーブン・キングの作品には名作が多く、これはその代表的な作品である。ちなみにホラーでない作品を挙げれば「スタンド・バイ・ミー」「ミザリー」「グリーン・マイル」、前に紹介した「デッド・ゾーン」などがあります。いずれもどこかで聞いた覚えがある作品だと思います。

この映画の中で印象的なのは、主人公の冤罪の鍵を握る、チャライチンピラが「あの人(主人公)は何の罪で捕まったんだい？」と仲間の囚人に聞いて、そのあと事情を知った時の一瞬の顔の表情の変化が印象的でした。昔収監されていた別の刑務所で自慢げにその犯行をしゃべっていた囚人のことを思い出し、冤罪に違いないと確信したその表情、このテイクに何回かかったのだろうかと思ってしまう。俳優とは凄い人たちだと思いました。余談ですが、似たような表情の変化ですごいと思ったのは「ベンハー」で、十字架を背負いゴルゴタの丘にひかれていたキリストを後ろから鞭で叩いた無知な兵士が、前に回ってキリストの顔を見たときの驚きの顔、「ああー自分は何んということをしてしまったのだろうか」という、驚き、後悔、畏怖、この顔の表情のシーンに何回テイクを撮り直したのだろうかと思いました。

物語は、冤罪で刑務所に収監された主人公が、その優秀さと、優しさで周りの囚人の信頼を得て、皆を助け助けられるが、私腹を肥やす所長や看守の蓄財の手伝いをさせられ、冤罪と分かっていながら、釈放したら自分たちの犯罪や殺人が分かってしまうので、いつまでも再審させない、観客をイライラさせる設定。しかし最後はもう再審は無理と判断し、自分の知識を総動員して脱走して別人になり、しかも所長や看守に打撃を与えるラスト、そして作中で脇を固めるモーガン・フリーマンとの再会など、これほどカタルシスがあり、満足する終わり方はないと思います。とてもホラー作家の作品とは思えません。これは1995年の第67回アカデミー賞では7部門でノミネートされるも残念ながら受賞は逃しました。

(温 永智)

最重要課題である歯科衛生士不足はいつになれば解決されるのか？

令和3年度中島学園熊本歯科技術専門学校との協議会



今年度初めての協議会

令和3年度中島学園熊本歯科技術専門学校との協議会が令和3年12月7日(火)19時30分より県師会館3階にて開催された。出席者は中島学園熊本歯科技術専門学校からは、校長中島英男様、歯科技工士科主任金子裕子先生、歯科衛生士科主任徳永亜紀先生の3名であった。熊本市歯科医師会からは、会長宮本格尚先生、副会長渡辺猛士先生・田中弥興先生、専務理事高松尚史先生、医療管理委員会委員長関良英先生と私、医療管理理事高橋禎の6名であった。



衛生士不足は深刻な問題です

まず初めに宮本会長の挨拶があり、慢性的な衛生士不足の問題が続いており、また歯科技工士も年々卒業生が減ってきている状況で、今後歯科界にとって大きな問題になると話された。続いて、中島英男校長の挨拶があり、学生確保の問題に対して、今いろんな方面からできるこ

とにチャレンジしていると述べられた。

そして、協議に入り、中島学園の衛生士科、技工士科の現状について報告してもらった。まず入学状況であるが、ここ5年、衛生士科は定員50名に対し26~45名程度、技工士科は定員35名に対し15名~28名程度で、両方とも定員割れの状況が続いている。(熊本歯科衛生士専門学院は、46名~60名入学)。また、中途退学も数名出ている。理由は病気や金銭面もあるが、現実逃避だったり、コロナで不安になったりしての理由もあった。入試においては、AO入試はしていないとのことであった。

学生確保の取り組みとして学内では年9回のオープンキャンパスや保護者対象進学相談会を年3回行い、またナイトオープンキャンパスを年2回行っている。学外では高等学校訪問(県下全域、島原・出水等)を行い、進学ガイダンス等への参加を行っている。高校訪問では、熊本市外では定員数が少ない学校もあり、定員数の多い熊本市内の高校に積極的に行っている。ただ、高校に訪問しても高校の進路指導主任にしか話すことができず、生徒に直接アプローチはできないので、学校の考えや思いを伝えることができないとのことである。また、リクルートやマイナビ等の進学ガイダンスでも、ブース

で来る生徒を待っている受け身の状態なので、なかなかこちらから積極的にアプローチすることが難しいとのことであった。これに対し、今年、熊本市歯科医師会は、歯科衛生士の認知度を上げるために衛生士啓発ポスターを作成し、会員に配布した。待合室に掲示することで、学生本人へのアプローチだけでなく、母親などその家族にアピールしたい思いで作成した。

ただ、一般の方は歯科診療所の中では、歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士、歯科助手という職種があることをほとんど知らないのが現状である。特に歯科技工士は目にする機会がほぼないため知られていない。認知度を上げるために、歯科医師が補綴物を装着するときに、患者に補綴物を見せて「歯科技工士さんが作りました」とか、受付に「当医院では、〇〇技工所が補綴物を製作しています」などの掲示物を作ってみてはどうかという案も出た。技工士会も認知度向上のため同様に啓発ポスターを作成し、歯科医師会会員に配布している。

また、歯科衛生士・歯科技工士は国家資格であることをしっかりアピールするべきだと思われる。資格を取れば免許更新もなく日本全国で使える資格ということを知ってもらい必要があるという意見が出た。まずは、高校生が将来の職業を決めていくときに、歯科衛生士や歯科技工士という職種がほかの職種と同じ土俵に立てるよう継続して啓発していくことが重要だと思われた。

専門学校は大学等と違い、国からの助成金がないために、学生から集めたお金でやりくりしなければならず、あまり大きなことができないのが実情である。補助金・奨学金に関しては、熊本歯科衛生士専門学校と同様、高等教育修学支援制度の対象校になっており、該当学生には入学金や授業料の減免を行っている。また、日本学生支援機構などの奨学金制度にも対応しているとのことであった。

その他、中学生へのアプローチとして、熊本市の中学校ではナイスライという職業体験があるので、その中に歯科医院を入れてもらうの



学生の確保に取り組んでいます

はどうだろうか、高校のインターシップを活用できないかという意見やマスメディアを利用するのはどうかという意見も出た。また、衛生士への道として、女子高校生だけでなく、男子高校生や社会人、歯科助手からの発掘も考えてはどうだろうかという意見もあった。歯科医師会から協力できることは、行政へのアプローチや会員への告知などである。これをうまく活用できる方法があればそれを使ったほうが良いと思われる。

今回は初めての会議ということだったが、いろんな意見が出され、学校の現状がどういう状態なのかを把握することができた。特に、歯科衛生士と歯科技工士との認知度の差もあり、それぞれのアプローチが必要だと思われる。特に、歯科技工士は、一般人は接する機会がかなり少ないので、より多くの方法が必要であると思われた。



いろいろとアピールしています

最後に副会長の田中先生が、歯科医師会として、協力できることは行っていきたいと述べられ閉会となった。

(医療管理 高橋 禎)

今後も緊密な連携を 熊本医科歯科病診連携事業説明会



多数参加の先生方

令和3年11月30日(火)19時30分より熊本医科歯科病診連携事業説明会が県歯科医師会館3階研修室において開催された。参加者は熊本市内が20名、市外が5名の25名であった。

まず、熊本市歯科医師会宮本格尚会長の挨拶があり、この病診連携事業は平成26年から始まり、連携病院も増えてきていると話された。続いて、病診連携事業について、熊本県歯科医師会医療連携委員会理事の三森康弘先生から説明があった。

この事業の基本方針として、この連携により入院患者の口腔疾患の改善、口腔ケアなど、その後の医療を円滑に行うことに貢献するとともに、摂食嚥下障害など専門的な医療対応を病院の医師やほかのスタッフの協力を得て行い、患者のQOLに貢献することであると話された。次に、病診連携システム・訪問診療の基本的な流れについて説明があった。連携病院から県歯科医師会に依頼があると、登録している歯科医師が病院と打ち合わせをして訪問歯科診療をする。退院や転院で治療が継続できなくなった場合は、地域の歯科医師会から歯科医師を紹介し、



病診連携事業への参加をお願いします

最初にこの連携事業も平成26年の開始からの件数は約4200件になるとのことである。



事業について説明する三森先生

継続して治療を行っていくシステムになっている。続いて、登録歯科医になった場合、診療にあたる前の注意事項の説明があった。診療依頼の時、病院側は歯科の時間を優先するので、変更の場合は早めに連絡してほしいとのことだった。また、診療当日は初診時の場合、スタッフ等と共有するため治療計画書の作成と、注意点の指示、そして、診療後には、訪問歯科連携センターにて処置内容や次回の予定を記入すること、診療後の廃棄物はすべて持ち帰ることなどのお願いがあった。また、歯科受診に際して、治療費の支払いや、退院後の歯科治療や受診について詳しく説明があった。

次に、熊本市歯科医師会会員・熊本県歯科医師会会員としての心得、細則の説明について、熊本市歯科医師会高松尚史専務理事から説明があった。

今回の連携事業のマニュアルはあるが、各病院で微妙にやり方が違うので、それぞれの病院で対応してもらいたいと説明があった。連携事業における診療依頼の件数は、現在のところ、新型コロナの影響があるものの、月20件ほどの依頼があるとのことである。ただ、これから連携医療機関も増えているので依頼も増えていく



追加説明する高松専務理事

だろうと話された。

次に、熊本医科歯科病診連携事業細則の説明があった。特に第4条を守ってもらうように述べられた。連携病院からのクレームもあり、不適當と認められた場合には協力医を取り消される場合もあるため、歯科医師会会員として、倫理規範や基本理念を守ってもらいたいと話された。鶴田病院においては、病診連携を12月下旬に締結するので、1月になってから訪問診療が始まるとのことであった。また、各病院からのクレームの話があり、内容は県歯科医師会の医療苦情に送られてくる内容と似ており、例えば、時間について(遅れてくる・急な変更)、治療場所(予定と違う場所で診療)、治療内容(家族等に説明不足)に関する事例であった。事業細則の第4条に書いてあるように、歯科医師会会員として病院、患者、家族へきちんとした対応を



是非、協力して下さい

とるように話された。

最後に、熊本市歯科医師会田中弥興副会長が参加者にぜひ協力していただきたいと述べられて閉会となった。

(医療管理 高橋 禎)

緊急時には迅速かつ正確に対応を 救急蘇生法講習会



コロナ対策しての開催

令和3年11月4日(木)19時30分～21時30分、国立病院機構熊本医療センター6階のスキルアップセミナー室において救急蘇生法講習会が開催された。参加者は36名であった。今回は、前半に3名の先生による講演が行われ、その後6班に分かれ実技が行われた。

最初に、歯科口腔外科の衛藤理先生により「当院での救急外来について～炎症症例～」という演題で講演が行われた。熊本医療センターの救急外来受診理由は、炎症・骨折が多く、その他口腔内出血や顎関節脱臼などである。今回は、炎症の症例に焦点をあて発表があった。菌性感



炎症症例を発表

染症は、1群の菌周組織炎、2群の菌冠周囲炎、3群の顎炎、4群の顎骨周囲の蜂巣炎の4つに分類される。その中で、入院となる症例は、ほとんどが4群に属する蜂窩織炎や壊死性筋膜炎であったとの事である。今回は、2020/1/1～2021/8/31の間に救急外来を受診した炎症症例の中で、全身麻酔下での消炎手術適応となった7例について説明があった。その全ての症例に、開口制限と嚙下痛が認められ、7例中5例には呼吸困難も認められた。さらにその中で、炎症が浅層筋膜まで波及し急激に壊死が進行していく壊死性筋膜炎を発症していた症例が2例認められ、どちらの症例にも既往歴として糖尿病があったとの事である。糖尿病は、炎症増悪のリスク因子であるため、コントロール不良の糖尿病患者の場合は小さな虫歯や根尖病巣であっても骨髓炎や蜂窩織炎へ移行する可能性を考慮しておく必要があるとの事であった。最後にまとめとして、菌性感染症は、はじめは軽微な炎症であっても、急速に全身に炎症が波及していく可能性があり、特に既往に糖尿病がある場合は炎症増悪のリスクが高いため、問診時に糖尿病の



恐怖心や不安・緊張を最小限に

既往や、そのコントロール状態を確認しておくことが重要である。また、著明な腫脹、開口障害や嚥下痛は周囲組織への炎症の波及が疑われるため、このような所見を認めた時には相談してくださいとの事であった。

次に、歯科口腔外科の中川文雄先生より「歯科外来 鎮静法下治療」という演題で講演が行われた。

精神鎮静法(psychosedation)とは、歯科治療に対する恐怖心や不安・緊張感を最小限に抑制し、快適かつ安全に治療を施行するために、薬



AED の操作法等を説明

物を使用して患者管理を行う方法である。その適応としては、歯科治療恐怖症・血管迷走神経反射や過換気症候群を起しやすい患者・嘔吐反射が強い患者・循環動態の安定を必要とする患者・脳性麻痺患者やParkinson病患者、そして侵襲度の高い処置を受ける患者などである。

次に、静脈内鎮静法・静脈麻酔の内容について説明があった。使用薬剤としては、ミダゾラム・プロポフォールそして、最近よく使われているプレセデックスなどが使用されている。ま

た、それぞれに長所短所があるため、ミダゾラム+プロポフォール、ミダゾラム+プレセデックスなど、併用して使用しているとの事である。熊本医療センター歯科口腔外科では、後者のミダゾラム+プレセデックスを多用しており、一泊入院下で行っているとの事であった。また、静脈内鎮静法・静脈麻酔の実際には、2014年4月から2021年10月までに行った鎮静法下治療の合計339件で、年々増加傾向であり鎮静法下治



救命処置を体験

療を希望される紹介も増えてきている。2021年度は、100件を超えそうなペースで推移しているとの事である。患者の平均年齢は44.39歳、男女比では1：2で女性に多く、また30代・40代が多い傾向にあった。また処置に関しては、智歯抜歯が最も多く、その他腫瘍嚢胞摘出、腐骨除去、根切、切開などであった。最後に、鎮静法下による症例数は年々増加し、さらに多様な症例で経過は良好で、高い患者満足度がある。そこで演者は、歯科治療「怖い・キツイ」には、もっと広く鎮静が適用されて良いのではないかと話され講演は終了となった。

次に、麻酔科の瀧賢一郎先生より「救急蘇生法2021」という演題で講演が行われた。まずBLSについての解説が行われた。心停止に対して何もしないと、1分経過するごとに救命率は7～10%ずつ低下し、5分経つと50%しか救命出来ない。心停止かどうかの判断に自信が持てない場合でも、心停止でなかった場合を恐れずに、直ちに胸骨圧迫とAEDの使用を開始する。そして、自己心拍再開(ROSC: return of

spontaneous circulation)が認められるまで蘇生処置を続けることが重要との事であった。最適な胸骨圧迫とは、強く(約5 cmで6 cmを超えない)、早く(100回~120回/分)、絶え間なく(中断を最小にする)行い、かつ圧迫と圧迫の間の解除を完全にする。さらに、人工呼吸の準備ができれば、30：2の割合で胸骨圧迫に人工呼吸を加えるとの事であった。

講演後は、6つのグループに分かれて、AEDの操作方法・バッグバルブマスクの装着方法および胸骨圧迫と人工呼吸について実習が行われた。実習では、2人一組で麻酔科および歯科口腔外科の先生の熱の入った指導の下、専

用の人形を用いた実技を体験し、理論だけではなく実際に救命処置を体験し、いざというときに何をすべきかを実践的に学んだ。胸骨圧迫の実習では、100回~120回/分の早さで絶え間なく圧迫を続けることの大変さを実感した。受講者は、息が上がり、汗ばむ方も散見された。日々診療中に何が起るかわからない、院長だけではなくスタッフも含めて救急救命の研修を受けることは必要である。また、日常で倒れている人や事故、災害時に家族を助ける可能性もあり、緊急時に迅速に正確に対応することは、医療従事者として重要である。

(医療管理 片山晃紀)



なんでも気軽に相談してください

新入会員オリエンテーション



10名の新入会員の先生方に説明があった

令和3年10月14日(木)20時より熊本県歯科医師会館3階市会議室にて「新入会員オリエンテーション」が10名の新入会員の先生方の参加のもと開催されました。熊本市歯科医師会社会保険委員会井口泰治理事の司会のもと、宮本格尚会長の挨拶で始まりました。



会長からも経験談を話された

医療管理委員会高橋禎理事から「医療相談の現場について」という講演がありました。患者さんとのトラブルについて実際に会員の先生からの相談があった事例を紹介されて、それに対する対応策などを詳しく説明して頂きました。また最近に従業員との労務のトラブルも増えて

きているようで就業規則の作成の必要性なども話されました。トラブルが発生した際は医療相談委員までお気軽に御相談して下さいという心強い言葉で終了しました。



個別指導の総論的な話

講演後補足として宮本会長から御自身の経験談やテープレコーダーや防犯カメラの有効性などのお話もありました。次に社保委員会宇都和寿副委員長から「審査と個別指導について」という講演がありました。レセプトについては返戻、査定、再審査請求、取り下げ願いなどについて分かりやすく説明がありました。個別指導については目的や実際の流れ、持参物や注意点など

の説明がありました。



個別指導の目的について話された

質疑応答の後、指導医療技官で支払い基金の審査員もされています木村洋先生からのお話もありました。審査や個別指導の総論的な話からカルテの書き方や取扱いなど新入会員の先生方に分かりやすくアドバイスをされました。また9月からレセプト審査がAIで行われるように

なったことについての最新のお話もして頂きました。最後に熊本市歯科医師会田中弥興副会長の閉会の辞で閉会となりました。2時間ほどのオリエンテーションでしたが新入会員の先生方は熱心に聴講されていました。



閉会の挨拶

(社保 栗原健一)

なんでも相談して下さい 二三乃会

令和3年10月29日(金)、入会2・3年目の会員を対象にした「二三乃会2021」が紅蘭亭下通本店にて開かれました。理事会からは会長、両副会長、専務、社保・医療管理・厚生理事、厚生副委員長が参加。「二三乃会」は新入会員を入会1年目のオリエンテーションのみならず2・3年目もフォローする為のイベントです。その主旨に則り会長からは歯科医師会へ遠慮なく相談・利用する様に挨拶があり、さらに専務から鹿児島大学風の自己紹介マナーについて説明・

指導があり、会は賑やかにはじまりました。社保・医療管理の理事からは昨今、他県で起きた労務トラブル、請求に関する最新情報やココだけの話を通して大いに盛り上げていただきました。熊本市歯科医師会のフレンドリーな雰囲気が入会2・3年目の会員に十分に伝わったと思います。さらに勉強熱心な参加者は田中弥興副会長主催の楽しい補修授業を受講した様です。

(厚生 嶋田英敏)

祝 歯科保健事業功労者厚生労働大臣表彰



宮本 格尚 会長

多年にわたり歯科保健事業に携わり、地域における公衆衛生の向上のために著しい功績があったということで、宮本 格尚 会長が歯科保健事業功労者厚生労働大臣表彰を受けられました。

おめでとうございます。

広汎型 慢性歯周炎 ステージⅢ グレードC 患者に対して全顎的治療を行った症例

東歯科医院 東 克匡

【はじめに】

2018年6月、アメリカ歯周病学会(AAP)・ヨーロッパ歯周病連盟(EFP)が中心となって新しい歯周病の分類を公表した。具体的には、歯周炎の重症度・複雑度は4つのステージ(ステージⅠは軽度、ステージⅡは中等度、ステージⅢは重度、ステージⅣは進行性)が設定され、歯周病の進行リスクは3つのグレード(グレードAが最も低いリスク、グレードCが最も高いリスク)に分けられた(表1、2)¹⁾。

表1 歯周炎の新分類 ステージ分類

歯周炎のステージ	ステージⅠ	ステージⅡ	ステージⅢ	ステージⅣ
重症度	歯周ポケット深さ<3mm	歯周ポケット深さ3-5mm	歯周ポケット深さ>5mm	歯周ポケット深さ>5mm
炎症の上昇	炎症が軽度	炎症が中等度	炎症が重度	炎症が非常に重度
歯肉の状態	歯肉が正常	歯肉が軽度腫脹	歯肉が中等度腫脹	歯肉が重度腫脹
特徴	歯肉が正常	歯肉が軽度腫脹	歯肉が中等度腫脹	歯肉が重度腫脹
リスク	低い	中等	高い	非常に高い

表2 歯周病の新分類 グレード分類

歯周病のグレード	グレードA	グレードB	グレードC
炎症の程度	軽度	中等	重度
歯肉の状態	正常	軽度腫脹	重度腫脹
特徴	歯肉が正常	歯肉が軽度腫脹	歯肉が重度腫脹
リスク	低い	中等	高い

たことであるが、歯周炎新分類のステージⅠ、Ⅱに該当すると考えられる歯周炎患者は、全歯周炎患者の7～8割を占めており、歯科衛生士が中心となって治療できる。一方、ステージⅢ、Ⅳに該当する歯周炎患者は2～3割であり、歯科医師の精密な診断と治療計画のもとで、歯科医師と歯科衛生士および歯科技工士が協力して治療を行う必要がある。

特に、上記の新分類でステージⅢ、グレードCに分類される歯周炎患者は、日常臨床においては比較的数量多く見受けられるものの、歯周治療、根管治療、補綴治療など様々な治療が必要となり、治療が困難で複雑となる。今回、ステージⅢ、グレードCと診断された進行リスクの高い重度歯周炎患者に対して、全顎的な治療を行った症例を報告する。

【症例】

・症例の概要

患者：64歳 女性

初診日：2016年10月17日

主訴：41が抜けそう。歯肉がよく腫れる。

現病歴：20年ほど前から歯肉の腫脹と歯の動揺を自覚し始めた。次第に症状が悪化してきたため、10年前から他院にて歯周治療を開始した。保存的にクリーニングやスケーリングを行ってきたが、41の動揺が大きく、前歯部で咬めなくなってきた。当院に通院中の患者の紹介により当院を受診。

全身既往歴：糖尿病：8年前にかかりつけの内科クリニックで境界型II型糖尿病と診断され、投薬(テネリア：血糖降下薬)により治療を行っている。現在、HbA1cは6.5。

家族歴：母親は50歳頃から上下顎総義歯を使用していた。父親は部分床義歯を使用していた。

また、1980年代に、日本²⁾、スウェーデン³⁾、タンザニア⁴⁾等で行われた疫学調査から判明し

・初診時資料

図1 2016. 10. 17 初診時口腔内写真



図2 2016. 10. 17 初診時デンタル10枚法

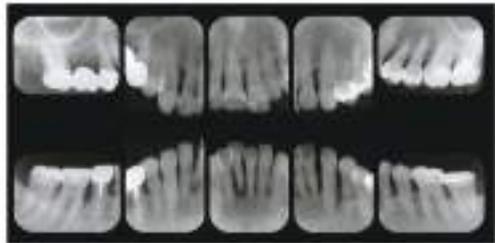


図3 2016. 10. 17 初診時歯周病組織検査表

PCB	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
歯根長	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0
歯肉腫脹	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
歯石	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
歯肉退縮	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
歯肉出血	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
歯肉色	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
歯肉質	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
歯肉厚	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
歯肉弾力	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
歯肉温度	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
歯肉湿度	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
歯肉臭	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
歯肉色	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
歯肉質	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
歯肉厚	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
歯肉弾力	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
歯肉温度	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
歯肉湿度	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
歯肉臭	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

・初診時検査所見

肉眼所見：全顎的に歯肉の発赤、腫脹を認める。また舌側を中心にプラークと歯石の沈着を認める。

歯周組織検査所見：6mm以上の歯周ポケット、BOP(+)の部位を多く認める。

デンタルX線所見：ほとんど全ての歯で歯根長の1/3を超える骨透過像を認める。

17、13、33、46に楔状骨欠損を認める。

41は根尖まで及ぶ骨透過像を認める。

・診断：広汎型 慢性歯周炎 ステージⅢグレードC

・初診時治療計画

歯周基本治療：TBI、スケーリングとデブラ

イドメント、41抜歯、33根管治療

歯周外科治療：12～17、21～24、26、27、31～37、42～47ウイドマン改良フラップ手術

矯正治療：アライナー（マウスピース）による前歯部と小白歯部の歯列矯正治療

最終補綴：上顎：⑰⑱⑲ブリッジ、⑭⑬⑫⑪⑮⑯⑰⑱⑲⑳連結冠

下顎：④⑤⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑲⑳ブリッジ

・治療経過

歯周基本治療：初診時治療計画での治療に加えて、47根管治療、47遠心根分割抜歯を行った。抜歯した41部は人工歯を隣在歯に暫間固定した。

図4 2019. 5. 13 歯周基本治療終了時口腔内写真



図5 2019. 5. 13 歯周基本治療終了時デンタル10枚法



図6 2019. 5. 13 歯周基本治療終了時歯周組織検査表

PCB	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
歯根長	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
歯肉腫脹	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
歯石	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
歯肉退縮	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
歯肉出血	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
歯肉色	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
歯肉質	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
歯肉厚	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
歯肉弾力	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
歯肉温度	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
歯肉湿度	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
歯肉臭	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

欠損が改善している。

【考察】

冒頭で述べた通り、当院での歯周病治療の流れとしては、ステージⅠとⅡの歯周炎の場合、歯科衛生士が中心となって歯周基本治療を徹底して行い、再評価後SPTへと移行することを基本としている。一方で、ステージⅢとⅣの歯周炎患者に対しては、歯科衛生士による歯周基本治療の徹底を基本としつつ、歯周外科治療と口腔機能回復治療において、歯科医師が治療に参加する。

今回もその方針に則り、歯周病の新分類に基づいて、ステージⅢ、グレードCの歯周炎と診断された患者の全額的な歯周治療、矯正治療、補綴治療を行った。初診時、臼歯部の咬合は保たれていたものの、全顎的に歯根長の1/3を超える骨吸収を認めたため、当初の治療計画では多くの歯牙で歯周外科治療と連結固定による歯周補綴処置が必要であろうと考えていた。しかしながら最終的には、矯正後の動揺が大きく咀嚼が困難であった、下顎前歯部の、43、42、31、32、33、34を補綴装置により連結固定し、歯周補綴を行うだけにとどまった。これは、徹底したプラークコントロールを中心とした歯周基本治療を行うことにより、歯周外科処置と連結固定の範囲を最小限に抑えることができたためと考えている。上顎前歯部は一部の歯で動揺を認めるものの、咀嚼には支障なく、患者も補綴を希望しなかったため、補綴による連結固定は行わなかった。今後動揺が大きくなるようであれば、連結固定が必要になる可能性もあると考えている。

歯周基本治療、矯正治療に時間がかかったため、治療期間が長くなってしまったことは反省が残る。しかし、治療開始前に頻繁に生じていた歯肉の腫脹が、現在はほぼ起こらなくなったこと、歯列不正が改善したことにより、患者は治療後の口腔内の状態に満足しており、良好な結果を得ることができたと考えている。

今後は、多くの歯牙に歯肉退縮を認めるため、

根面カリエスの発生に注意しながらSPTを継続して行っていく必要があるだろう。現在患者には根面カリエスの予防のため、フッ化物高濃度配合(1450ppm)歯磨剤を使用してもらっており、今後も継続予定である。

また、近年歯周病と糖尿病は相互に悪影響を及ぼし合うことがわかってきている^{5)・6)}。患者は糖尿病に罹患しており、現在コントロール状態は良好であるものの、今後糖尿病の状態が悪化していないかについても、定期的にチェックする必要がある。

【参考文献】

- 1) 日本歯周病学会：歯周病の新分類への対応。2019年12月20日、(http://www.perio.jp/file/news/info_191220.pdf)
- 2) Okamoto H, Yoneyama T, Lindhe J : Methods of evaluating periodontal disease data in epidemiological research. J Clin Periodontol, 15 (7):430-439, 1988.
- 3) Hugoson A, Jordan T : Frequency distribution of individuals aged 20-70 years according to severity of periodontal disease. Community Dent Oral Epidemiol. 10(4):187-192, 1982.
- 4) Baelum V, Fejerskov O, Karring T: Oral hygiene, gingivitis and periodontal breakdown in adult Tanzanians. J Periodontol Res, 21 (3): 221-232, 1986.
- 5) Nishimura F, Terranova V, Foo H, Kurihara M, Kurihara H, Murayama Y : Glucose-mediated alteration of cellular function in human periodontal ligament cell. J Dent Res, 75 : 1664-1671, 1996.
- 6) Grossi SG, Skrepicinski FB, DeCaro T, Robertson DC, Ho AW, Dunford RG, Genco RJ : Treatment of periodontal disease in diabetics reduces glycated hemoglobin. J Periodontol, 68 : 713-719, 1997.

新人です！よろしくお願ひします

新 入 会 員 紹 介



氏 名 河野 克明(第2種会員・南区第2支部)

診療所名 医療法人社団 河野歯科医院

(診療所) 〒861-4115

熊本市南区川尻6丁目9-109

電 話 / 096-357-9256

FAX / 096-357-9256

生年月日 昭和61年7月30日

趣 味 スポーツ観戦、ドライブ

好きな言葉 全力投球





スポーツの広場



あつまるデンタルゴルフ会

令和3年10月10日(日)

(12名)

		OUT	IN	GRO	HD	NET
優勝	合澤康生	45	48	93	22	71
2位	田村実雄	43	47	90	18	72
3位	竹下憲治	50	47	97	24	73
4位	松本信久	42	43	85	10	75
5位	青木道育	51	46	97	22	75
B. B	寺島美史	62	57	119	37	82

令和3年11月7日(日)

(9名)

		OUT	IN	GRO	HD	NET
優勝	三隅晴具	41	42	83	11	72
2位	明受清一	47	45	92	20	72
3位	合澤康生	48	48	96	21	75
4位	青木道育	53	46	99	22	77
5位	竹下憲治	49	54	103	24	79
B. B	田村実雄	52	47	99	18	81

令和3年12月26日(日)

(17名)

		OUT	IN	GRO	HD	NET
優勝	合澤康生	47	49	96	21	75
2位	安田光則	49	52	101	22	79
3位	奈良健一	48	44	92	13	79
4位	北川隆之	44	45	89	9	80
5位	三隅晴具	45	47	92	11	81
B. B	寺島美史	61	69	130	37	93

会 務 報 告

理 事 会

月 日	協 議 題
10月28日	<ul style="list-style-type: none"> ・ 会務、会計、庶務報告 ・ 会務、会計、庶務報告 ・ 会務、会計、庶務報告
11月25日	
12月23日	

厚 生 委 員 会

月 日	協 議 題
10月22日	<ul style="list-style-type: none"> ・ 新年会について ・ 新年会について
11月17日	

医 療 管 理 委 員 会

月 日	協 議 題
10月15日	<ul style="list-style-type: none"> ・ 今後の日程について ・ 11/4 救急蘇生法講習会 国立病院 ・ 11/9 デンタルミーティング 山田宏先生 ・ 11/10 口腔外科ベーシックセミナー 鶴田病院 ・ 救急蘇生法講習会 参加者36名 ・ 口腔外科ベーシックセミナー開催 ・ 今後の行事について ・ 今後の日程について ・ 12/19 九州歯科医療管理学会総会・学術大会 ・ 1/15 新年会 ・ 2/26 開放型病院連絡会
11月4日	
11月10日	
12月17日	

広 報 委 員 会

月 日	協 議 題
10月5日	<ul style="list-style-type: none"> ・ 中岳195号レイアウト ・ 中岳195号第1稿校正 ・ 中岳195号第2稿校正 ・ 中岳195号反省会 ・ ホームページに発送物、かわら版掲載確認 ・ 次年度事業の確認 ・ 中岳レイアウトの日程について
10月19日	
10月26日	
11月19日	
12月21日	

地域学校歯科保健委員会

月 日	協 議 題
11月29日	・ 歯の祭典打ち合わせ

社 保 委 員 会

月 日	協 議 題
10月14日	<ul style="list-style-type: none"> ・ 新人会員オリエンテーションについて ・ 社会保険委員会報告 ・ 個別指導改善指摘事項について ・ 来年度改定説明会市主催の日程協議 ・ 訪問歯科診療を始めるにあたって ・ 個別指導について ・ 現在のカルテ相談についての検討 ・ 今後のカルテ相談対応について協議
10月27日	
11月26日	
12月10日	
12月10日	

学 術 委 員 会

月 日	協 議 題
10月12日	<ul style="list-style-type: none"> ・ 第2回学術講演会について ・ 第3回学術講演会のテーマ検討 ・ e-systemの活用法について ・ 講習会をハイブリッド形式で試みていくことの検討 ・ 第2回学術講演会について ・ 第3回学術講演会について ・ e-systemの活用法について ・ 第2回学術講演会開催 ・ 第3回学術講演会について ・ 東先生、歯周病講義3回コース(R4年度)について ・ 新年会について
11月2日	
11月6日	
12月14日	

編	集	後	記
---	---	---	---

皆さん、あけましておめでとうございます。

今年も広報委員会を宜しくお願い致します。

今年には熊本城から初日の出を久しぶりに見ることができ、非常に縁起の良い一年のスタートをきることができました。一年を通して、皆様にとっても良い一年で有りますように！

(M. T)

熊本市歯科医師会会誌

第 196 号

発行日 令和4年2月15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:kumamoto@kcd8020.com](mailto:kumamoto@kcd8020.com)
TEL (343) 6669
FAX (344) 9778

発行 宮本 格 尚
責任者
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