

中岳



Top contents

令和4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	3
施設基準届出に係る研修会	8
令和4年度第2回口腔外科ベーシックセミナー	10
令和4年度医専連市民講座・医専連シンポジウム	15
第84回医歯連携セミナー	23



CONTENTS

巻頭言	大塚 昭彦 常務理事	1
会長指針		2
令和4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		3
令和4年度第1回歯周病対策プロジェクトセミナー		5
施設基準届出に係る研修会		8
令和4年度第2回口腔外科ベーシックセミナー		10
令和4年救急歯科医療協議会・ 伊東歯科口腔病院との開放型連絡協議会		12
令和4年度医専連市民講座・医専連シンポジウム		15
第84回医歯連携セミナー		23
スタディー		
歯の形成障害について		
ー局所的なエナメル質形成不全歯とMIHー		
…………… 深水 篤・吉武 義泰・伊東歯科口腔病院		25
新入会員		32
スポーツの広場		33
会務報告		34
編集後記		

表紙のことば

まだまだ暑い日が続いていましたが南阿蘇外輪
山俵山からは阿蘇山、九重連山がうろこ雲と雲
海に挟まれ綺麗な景色でした

ススキの穂も出て山の上では秋を感じました

(H. O)

巻 頭 言

「相互扶助の精神」



大塚 昭彦
常務理事

昨年より2期目の常務理事を担当しております大塚です。会員の皆様におかれましては平素より本会の事業にご協力いただき誠にありがとうございます。先生方のお役に立てているのか自問自答しながら、日々会務運営に取り組んでおります。

常務理事となり、行政主催の会議や、県歯科医師会との会議へ出席する機会が増えました。会議に出席すると、初めて聞く内容や、何となく聞いたことがある内容等が多数あり、自分の無知さに当惑しております。

先生方は、“健康増進法”をご存知でしょうか？厚労省が2000年に制定した「21世紀における国民健康づくり運動」(健康日本21)を具体化する法律で、2003年5月から施行されました。目的は、「国民の健康の増進の総合的な推進に関し基本的な事項を定めるとともに、国民の健康の増進を図るための措置を講じ、国民保健の向上を図る」とあります。そもそも法律とは非常に抽象的なので、少し勉強してみました。この健康増進法に基づき策定された熊本県の健康づくりの基本計画が、熊本県健康増進計画(くまもと21ヘルスプラン)、熊本市の基本計画が、熊本市健康増進計画(健康くまもと21)です。これら基本計画の中には、我々歯科医師が関与する内容が多数あります。

健康くまもと21の基本目標として、①健康意識の醸成：自らの健康は自らで守るという観点のもと、個人の健康意識を高め、自己管理能力の向上を目指す。②健康分野における地域コミュニティづくり：地域や職場等における支援等、地域社会が取り組む環境づくりを目指す。③健康寿命の延伸：高齢になっても元気に活動できる期間を延ばすことを目指す。以上の3項目があげられており、それぞれに具体的な対応が数多く行われています。我々、歯科医院が対応している熊本市からの委託事業もこれらのごく一部となります。これらの目標を達成するには、市民一人ひとりが健康に関する知識や情報を取得し、実践して行くことが必要不可欠で、また、市民、関係機関・団体や行政などがそれぞれの立場で、その役割を担うことが大切です。特に私たちには、この高齢化社会において、他人事が自分事になったときのことも考慮し、“相互扶助の精神”をもって地域のかかりつけ歯科医としての支援、多職種との連携が求められていると思います。

さて、会員の皆様もご存知の通り、政府は全ての国民に毎年の歯科健診を義務づける「国民皆歯科健診」の導入に向け検討する方針をまとめました。さらに、先般の参議院選挙での山田宏氏の当選は、明らかに歯科界に追い風が吹いており、各個人での力は小さくても、会員の皆様が一致団結、相互協力していけば、未来は開けてくると思います。

様々な問題提起を頂き、それを解決できるように努力してまいりますので、今後ともご指導、ご協力よろしくお願いいたします。

8020運動の今後を考える



平成元年に始まった「8020運動」は既に世の中にしっかりと定着し、多くの方が理解する所となりました。8020達成者も今では5割を超えて、「8020は当たり前」と言われる時代です。

私も開業以来、何の迷いもなくこの標語を唱え続けて参りました。ただ、日本が超高齢化社会に突入する中で、自分の臨床の中にも様々な問題点が浮かび上がって来ています。

20本以上、歯が残っているということは、常にカリエスや歯周病のリスクを抱えている事になります。かかりつけ歯科医院へ定期メンテナンスに通えているうちはまだいいのですが、諸般の事情で通えなくなった時に様々な問題が浮上してきます。

高齢になれば、口腔機能も落ちてくるので唾液の分泌が低下してきます。さらに、多種の薬を服用している人が多く、その副作用でさらに唾液が出にくくなります。ご存じのように口腔内は唾液で守られていますので、その作用が弱まると一気に疾患が進行します。また、介護が必要な状態になったり認知症を発症したりすると十分なセルフケアができず、通院によるプロフェッショナルなケアも受けられなくなる事が、さらに拍車をかけます。オーラルフレイルから全身のフレイルに移行し、その先には要介護状態が待っています。

この負の連鎖を断ち切るためには、問題が口腔内に留まっているうちに何とか積極的な対応を行っていく必要があります。

私の患者さんで、少し前に熊本市の8020表彰を受けられた患者さんがいました。その後、軽度の脳梗塞による麻痺と認知症を発症されて投薬も増え、ブラッシングもなかなかうまくいか

ずプラークも多く、あつという間に多数歯カリエスが発症してしまいました。奥様と二人暮らしで少し離れたところに住んでおられたので、なかなか通院もままならず、苦肉の策で痛みのない歯はサホライドでコントロールするしかなく、来院のたびに歯牙破折されており、義歯の修理で何とか食事ができる状態を維持しておりましたが、その後、転倒で頸椎を骨折されて下半身不随となり、もちろん通院不能となり、先日、残念ながらお亡くなりになりました。かかりつけ歯科医として、もっと何かできなかったのか、自問自答の日々です。ずっと定期メンテナンスに通われていた高齢の患者様の通院が途絶えたときに、同じような状況になられているのではないかと考えてしまいます。

歯科はどうしても回数のかかる治療が多く、通院等の条件が制約されてくると、なかなか十分な処置ができません。極端な話、上下FDの方ならば要介護状態になっても比較的容易に修理、再製、ケアはできます。逆に、残存歯の処置に対しては麻酔や拔牙、形成、印象など非常に気をつかわないといけません。「この歯が無かったら…、せめて無髄歯だったら…」ということも多々あります。

生涯、自分の歯で美味しく食べられるのが理想ですが、そうならなかった場合にどのように対応して行くのか、考えておく必要があります。現在、小児へのフッ化物塗布や洗口への取り組みが積極的に行われていますが、根面カリエスなどの問題を考えますと成人や高齢者へのフッ化物の積極的な使用も組織をあげて取り組んで行く必要性を感じる今日この頃です。

社会構造が変化している今、我々も歯科医療に携わる責任者として、柔軟に変化、対応して行く必要性と責任を感じております。

熊本医療センターとのますますの連携を 令和4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



熊本医療センターとの医科歯科連携に感謝しています

令和4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7月25日(月)19時より、県歯会館にて開催されました。出席者は熊本医療センターから、院長の高橋毅先生、副院長の橋本伸朗先生と日高道弘先生、臨床研究部長の富田正郎先生、統括診療部長の宮成信友先生、歯科口腔外科部長の中島健先生と救命救急センター長の櫻井聖大先生で、熊本市歯科医師会からは会長の宮本格尚先生、副会長の田中弥興先生と渡辺猛士先生、専務理事の高松尚史先生、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。



宮本会長のあいさつ

まず熊本医療センターに対し、市歯会会長の宮本先生より、これまでの医科歯科連携に対する感謝の意と、先日3年ぶりに開催された医歯連携セミナーに関しての話がありました。次に、高橋毅先生が、市歯会の先生方に日頃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、空いている病床が無いことや職員が不足していることによって、重症者以外の救急患者を受け入れられないような状況があったという、熊本医療センターの現状について話がありました。



国立病院機構熊本医療センターの方々

続いて協議に入り、中島先生より以下のような報告がありました。

- 歯科紹介率は51.5%で、過去5年で最も高かった。
- 歯科地域医療支援病院紹介率は50.4%で例年と同程度であった。
- 歯科紹介患者数は新型コロナの発生以来、減少してきたが最近は回復傾向にある。
- 紹介内容は智歯の抜歯が最も多く、その他は重度の炎症や顎骨壊死も多い。

次に救命救急センター長の櫻井先生より、本年の歯科関連の救急外来受診に関する以下のような報告がありました。

- 救急外来受診患者数は歯科も医科も年々減少傾向にある。
- 軽症の搬送者が少なくなり、新型コロナによる影響もあると考えられる。
- 受診内容は抜歯後の出血、顎骨骨折、炎症、義歯誤飲(インレーやクラウンも含む)が多い。
- 誤飲した物は内視鏡で取る事例が多い。

今後の歯科医師研修については、11月10日



熊本医療センター高橋院長

(木)に救急蘇生法講座が新館6階のスキルアップラボセンターにて定員50名で昨年と同じ形式で行われる予定。さらに、現在行われている歯科口腔外科ベーシックセミナーが大変好評で、今後も力を入れていく、とのことでした。

最後に田中副会長から、今後も国立病院機構熊本医療センターと市歯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)

(追記) 副院長の橋本先生は、先日、ご逝去されました。謹んでご冥福をお祈り申し上げます。

『歯周組織検査に基づいた患者個別の将来予測』 令和4年度第1回歯周病対策プロジェクトセミナー

講師 東歯科医院 院長 東 克章先生



93名が会館にて参加

7月7日(木)19時30分より、県歯会館4階ホールにて令和4年度第1回歯周病対策プロジェクトセミナーが開催され、93名が拝聴しました。さらに本セミナーは東先生のご厚意により、来年1月まで熊本県歯科医師会ホームページの歯周病対策プロジェクトという項目より入っていただきますと、Webで聴くことができるようになっておりますので是非スタッフの方とともにお聴き下さい。

題目は「歯周組織検査に基づいた患者個別の将来予測」で、東歯科医院の東克章院長先生にご講演いただきました。セミナーは市歯会学術

委員の竹中誠一郎先生の司会のもと、市歯会会長宮本格尚先生の挨拶で始まりました。

山田宏議員が当選した今、“国民皆歯科健診”事業を進めていく方向で歯科医療を進めていくのが良いと考えています。そこでわれわれが行うべき治療はSPTです。SPTを行うには検査をすべきで、歯周検査によって歯周病の状態を把握し治療を行うことによって、さまざまな疾患、医科的疾患に対応できる歯科医療体制の確立につながっていくと考えます。



歯周病治療を盛り上げていきましょう



セミナーは県歯のHPにアップしています

そのためには、何をおいても歯周検査が必要です。しかし、従来の歯周検査は古い。歯周病

は慢性と急性を繰り返す疾患で、段階的に進行し、部位によってその進行具合が異なる疾患です。Gingival indexを重視し、プロービングにより歯肉から出血・排膿する場合には、若年期であっても歯周病治療を開始するべきです。そこでわれわれの基本セットにはプローブ(ストレートのプローブ、できれば分岐部用プローブも)を入れておくべきです。すぐに歯肉をプロービングし、治療を行います。歯周病治療は、検査やって掃除、検査やって掃除の繰り返しになりますが、これだけでは患者さんはいなくなります。東先生は40年間歯周治療に特化した歯科治療を行っていますが、患者さんには受診して良かった、と思ってもらえる言葉を言ってあげることが大切です、とおっしゃっています。そうしないと患者さんは来てくれなくなってしまう。良い言葉をかけると、患者さんは継続的に受診してくれます。

一方でわれわれ歯科医師は歯科衛生士を育てることも大事な仕事です。『歯科衛生士は歯を残す人』という概念を患者さんにもってもらえるよう言葉をかけ、患者さんに信頼される歯科衛生士を育成することも大事な役目になります。歯周病は進行・再発しやすい疾患であるから継続的にSPTを行い、疾患管理を行い、長く歯を持たせるんだ、という考えを持つことが肝要です。



SPTを行うには歯周検査が必要です

歯周病では固有歯周組織(セメント質・歯根膜・固有歯槽骨)が失われ、その部分は再生しないのです。再生するのは顎骨であって、歯を喪失すると固有歯周組織がなくなってしまうのです。歯周炎の原因病原菌は歯肉に感染してい

るのであり、骨に感染しているのではありません。歯周病は骨の疾患ではなく、歯肉結合組織の慢性炎症性疾患なのです。一方、インプラント周囲炎は骨の疾患です。

続いてSPT管理に関してです。毎日の診療のなかでTBIや歯周病検査を行い、患者に歯周治療を行っているのですが、プロービングで重要なpointはProbing depth/Pocket depthではなく、BOPです。プロービングして出血するところだけSRPする、それがSPTで、出血する部位に対して縁上・縁下のプラークを除去する、これが大切なのです。BOPだけに目を向けた治療をする、それぐらいの気持ちで良いのです。ただ6mm以上のpocketは出血しなくても悪い状態です。スカンジナビア学派では、①歯周疾患は歯肉結合組織(軟組織)の炎症性疾患であり、骨の疾患ではない。②歯周疾患の第1の特徴は、付着の喪失である。③部位特異的な疾患である。1歯毎に診断し、1本1本1歯面毎に治療をしていく疾患である。と考えている。したがって、健診事業が始まって、プロービングをするようになると疾患部位を見つけることができるようになります。ガンガンみつけてSPTすることで、慢性疾患が減ってくることにつながる訳です。



多数の参加ありがとうございます

ここから、歯周治療の実際、というお話に入っていきます。

1. 医療面談(患者さんの意見をよく聞いたうえで、検査・診断を行います。)
2. 病状の説明(検査の結果だけでなく、いまだどんな状況で、今後どうなっていくのか、について患者さんに説明します。患者さん

に、“また歯磨き指導か”と思われたらいけません。今後どんな治療をすすめていくのか、患者個別の対応が必要になってきます。みんな同じ対応だったら患者さんは、“飽きる⇒受診しなくなる”、というサイクルに入ってしまい、残念な結果になってしまいます。)

3. さまざまな情報提供を行います。
 4. 患者さんは何を求めて受診しているのか、患者の希望を読み取り、術者の考える治療を提示し、治療を開始していきます。
- 以上が歯周病治療の開始になります。

さらに東先生は実際の歯周病治療を開始するにあたってのコツをお教えてくださいました。患者さんのモチベーションをあげるような“つぶやきテクニック”や病態説明における言い回しなど、患者さんの方からこちらに向かってくるような関係づくりを行うことが大切であることを改めて教えて下さいました。人間の行動基本

パターンをよく理解し、患者に行動をおこさせるような診療を行うことが大事である、ともおっしゃいました。本当に東先生の人としての魅力、カリスマ性、あるいは老練さを感じることができ、とても共感できる講演でした。



本日は大変勉強になりました

これからも歯周病対策プロジェクトセミナーは続きますので楽しみに。

(学術 吉武 義泰)



診療報酬の取り忘れに注意しましょう

施設基準届出に係る研修会



2日間で114名の参加

8月30日(火)20時と8月31日(水)20時より、社会保険、学術、医療管理、地域学校歯科保健委員会合同にて施設基準届出に係る研修会を、熊本市歯科医師会主催で歯科医師会館4階ホールにて開催いたしました。



新興感染症対策が加わりました

研修項目として、令和4年度診療報酬改定により初診料の注1に規定する施設基準の研修項目に追加された新興感染症対策を含めた初診料の注1に係る研修をはじめ、外来環、歯援診、か強診の届出に係る内容を2日間にわたり開催し、30日は87名、31日は27名の先生方にお集まり頂くことができました。

会では、両日とも宮本格尚会長の開会・挨拶

の後、以下の内容にて研修会を行いました。



講師の山口理事

〈8月30日〉

I. 初診料の注1に規定する施設基準(歯初診)に係る研修

- 院内感染防止対策、新興感染症対策

講師：学術委員会 山口英司理事

- 届出にあたっての留意事項

講師：社会保険委員会 井口泰治理事

井口泰治理事より、各医院の施設基準届出受理状況の確認方法やEシステムでの「初診の注1」研修受講方法についても説明がありました。



講師の井口理事

Ⅱ. 歯科外来診療環境体制加算に係る研修

- 緊急時の対応、医療事故

講師：医療管理委員会 高橋禎理事

- 届出にあたっての留意事項

講師：社会保険委員会 井口泰治理事



講師の高橋理事

〈8月31日〉

Ⅲ. 在宅療養支援歯科診療所に係る研修

- 在宅歯科診療及び口腔機能向上、高齢者の心身の特性、緊急対応、在宅医療及び介護における多職種連携、口腔機能継続管理、口腔機能発達不全症及び口腔機能低下症

講師：地域学校歯科保健委員会 後藤俊秀理事



講師の後藤理事

Ⅳ. 認知症対応力向上研修

- 認知症の基礎知識、対応力向上、認知症高齢者へのかかりつけ歯科医院の役割等

講師：地域学校歯科保健委員会 後藤俊秀理事

- 届出にあたっての留意事項

講師：社会保険委員会 井口泰治理事



大変お疲れさまでした

Ⅴ. かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所に係る研修(歯科疾患の継続管理)

- エナメル質初期う蝕管理、歯周病重症化予防におけるSPT

講師：学術委員会 山口英司理事

- 届出にあたっての留意事項

講師：社会保険委員会 井口泰治理事

会は両日とも田中弥興副会長より閉会の言葉をいただき盛況のうちに終了しました。

(社保 福田 勇人)



知らないとホントに怖い!! 顎口腔領域感染症の見方

令和4年度第2回口腔外科ベーシックセミナー



多くの先生が参加

9月15日(木)19時30分より、県歯会館4階ホールにおいて、令和4年度第2回口腔外科ベーシックセミナーが開催された。今回は、「知らないとホントに怖い!! 顎口腔領域感染症の見方」という演題で、国立病院機構熊本医療センター歯科口腔外科医長谷口広祐先生の講演が行われた。宮本会長の挨拶の後、講演が開始された。



本日は感染症について大いに勉強しましょう

歯性感染症の多くは、歯槽部に炎症が局限し切開・排膿などの適切な外科的治療および抗菌薬投与が行われれば数日で軽快することが多い。しかし時として、初期治療の遅れにより、蜂窩織炎、壊死性筋膜炎など極めて重篤な感染症に発展することがあるため、適切に診断し、最適な治療を考え、必要に応じて高次医療機関に相談することが重要である。そこで今回の講演で

は、顎口腔領域の感染症の診察方法(主に所見の取り方)について、①顎口腔領域感染症の怖さを知る、②顎口腔領域感染症の波及の流れを知る、③緊急性が高い症例を見分けるには、の3項目に分けて分かりやすく説明が行われた。



講師の谷口広祐先生

最初に、顎口腔領域感染症での死亡率が示された。その死亡率は、蜂窩織炎(口底): 0~10%、壊死性筋膜炎: 19~40%、壊死が縦隔に及ぶ場合: 44%であり、想像以上に高い死亡率に驚かされた。また、入院日数を見てみると、術後合併症として嚥下障害を認めた場合は、平均163.3日(半年程)と長期の入院が必要となってしまう、消炎出来れば退院というわけでは無いとの事であった。

次に顎口腔領域感染症の波及の流れについて説



質問する谷口守昭先生

明があった。口腔内に原因となる疾患(P、Per、インプラント周囲炎など)があり、顎骨内に進めば骨髓炎、顎骨周囲に進めば骨膜炎となる。それから、軟組織(組織隙)に波及し、蜂窩織炎を引き起こし、さらに糖尿病などのリスク因子が重なると壊死性筋膜炎へと発展し全身(敗血症)へと進んでいく。

続いて、緊急性の高い症例を見分けるポイントについて説明があった。最初に全身をみてバイタルサインのチェックを行い、次に軟組織の腫れ等のチェック、次に顎骨をみて、最後に歯・歯周組織をみる、という順番で診察してほしいとの事であった。最初にバイタルサインをチェックすることにより、敗血症の有無を確認し重症者を見逃さない事が大事との事である。次に軟組織(組織隙)の所見のポイントについて説明があった。組織隙とは、筋肉群間および骨との間を満たした疎性結合組織であり、炎症の進展する道筋となるもので、進む場所によって様々な症状が認められる。その中でも、顎下隙・翼突下顎隙・側咽頭隙に進展した場合は、開口障害と嚥下痛が認められ緊急性が高い。開口障害と嚥下痛が認められた場合には、すぐに(その日のうちに)高次医療機関に紹介してほしいとの事であった。続いて、顎骨所見のポイントについて説明があった。骨膜炎は、顔面の腫脹・発赤・熱感が認められるので、蜂窩織炎との鑑別が必要である。また、骨髓炎や上顎洞炎では、顔面の腫脹・発赤・熱感はあまり認められないが、骨髓炎ではワンサン症状・弓倉症状などの特徴的な症状が、上顎洞炎では鼻症状(鼻汁・鼻閉感・後鼻漏)が認められる事が多いと

のことであった。しかし、いずれにしても開口障害・嚥下痛・呼吸苦は認められないため、緊急性はそれほど高くないが必要に応じて高次医療機関に紹介する必要があるとの事であった。そして、最後に口腔内の所見を取り、歯の歯髓症状・歯の動揺・歯周ポケットなどを確認し原因菌を探る。この様にして所見を取ることで、緊急性の高い感染症を、取りこぼしなく見つけることが出来るとの事であった。また、顎口腔領域感染症は、85%が歯源性であるため多くの場合、歯・歯周組織に原因を見つけることが出来る。しかし、原因が見当たらない場合には、所見を取る時とは逆に「歯・歯周組織→顎骨→軟組織」と見ていくとの事であった。顎骨に原因がある場合は、プレート感染・エナメル上皮腫などの腫瘍・顎骨内嚢胞・術後性上顎嚢胞などが考えられる。次に、軟組織に原因がある場合は、咬傷による傷への細菌感染・唾石・頬粘膜の憩室・唾液腺腫瘍・扁桃周囲膿瘍などが考えられるとの事であった。そして、本日の講演の「まとめ」が行われ終了となった。



必要があればすぐ紹介しましょう

最後に、質疑応答がおこなわれた。歯性感染症における進行のスピードに関する質問では、口腔内細菌(レンサ球菌等)が原因の場合は、非常に早く、1、2日で重症化するため早めに紹介してくださいとの事であった。紹介に関する質問では、土日曜や夜間においても、必要があれば紹介しても大丈夫との事で、われわれ開業医にとっては、心強い言葉を頂いた。最後に、田中副会長による、挨拶があり講演会は閉会となった。

(医療管理 片山 晃紀)

密な医療連携と機能分担のために 令和4年救急歯科医療協議会・伊東歯科口腔病院との開放型連絡協議会



休日対応と救急医療を依頼している病院に感謝

8月26日(金)19時30分より県歯会館市会議室において救急歯科医療協議会及び伊東歯科口腔病院との開放型連絡協議会が開催されました。

出席者は国立病院機構熊本医療センター歯科口腔外科部長中島健先生、熊本大学歯科口腔外科教授中山秀樹先生、外来医長川原健太先生、病棟医長平山真敏先生、熊本市市民病院歯科口腔外科部長太田和俊先生、伊東歯科口腔病院病院長伊東隆三先生、口腔外科・手術部長中井大史先生、総務主任蟻川裕介氏で、また、熊本市歯科医師会からは、専務理事高松尚史先生、医療管理委員会理事高橋禎先生と副委員長の私、森野茂でした。



高松先生の挨拶

まず、高松先生より開会の挨拶があり、休日対応と救急医療を依頼している4つの病院へお礼を述べられ、歯科医師会も日曜、祝日昼間の休日診療を会員全員の輪番制にして稼働していることや会員の医院でもコロナ陽性者が増加していることを述べられました。

つぎに協議題に入り、各医療機関より1年間の救急医療の報告をして頂きました。

まず、各医療機関での救急医療状況について協議し、国立病院機構熊本医療センターでは令和3年度に救急外来から院内紹介された歯科救急患者数は、男女半々で昼間(8時半～17時)は26例で、夜間は106例で、計132例でした。救急性においては救急性ありが76名、なしが56名でした。内訳は例年と変わらず、外傷、炎症、顎関節脱臼が多かったです。年齢別では、30代から70代が多かったです。年末年始(12/30～1/4)急患診療状況は合計2名でした。今年度は例年に比べてかなり少なかったです。

熊本大学病院では令和3年度の平日昼間は86名、夜間は61名、延べ147名でした。その内、女性が83名で多く、内容は外傷(骨折)、炎症が多かったです。特殊なもので、顎関節脱臼や腫

瘍部位からの出血もありました。年齢別では70～80才代が多く全身疾患の状態が悪い方も多かったそうです。救急性においては救急性ありが59名、なしが88名でした。年末年始の急患診療状況は合計1名でした。

熊本市民病院では、令和3年度の平日昼間は129名、夜間は14名、延べ143名でした。男性、女性が半々で、内容は外傷(骨折)、炎症が多かったです。顎関節疾患も13名と多く、出血性疾患患者の出血もありました。年齢別では70～80才代が多く全身疾患の状態も悪い方が多かったそうです。救急性があるものは65名、ないものは78名でした。年末年始の救急診療はなしでした。



熊本医療センターの中島先生

伊東歯科口腔病院において令和3年度では2,510名でした。その中での昼間の初診の人数は626名で、再診は450名でした。また夜間の初診は1,028名で、再診は406名でした。月別に見ると、12月、1月、4月が多かったです。治療内容は、昼間は炎症、投薬、根治が多く、拔牙、再セットC処置が続いていました。夜間では炎症が多いのは昼間と変わらないのですが、外傷や拔牙、根管治療が昼間よりかなり多い結果でした。年代別に見ると幼少～20才代の夜間が最も多かったです。救急性があるのは1,624名で、なしが886名でした。

年末年始の診療状況は241名でした。今年は例年と比べて少なかったです。内容は約60%以上が炎症でした。そのほかC処置、再セットが約8%ずつでした。

歯科医師会においては、令和3年度の日祝日の昼間(午前10時～午後4時)の当番医診療状況

は、多い月では23件で、少ない月は9件で、合計190件でした。夜間(午後6時～午後11時)では多い月で17件、少ない月で1件あり、全体で102件でした。トータルで見ると292件でした。内容は炎症での投薬が最も多く45件でした。また、再セット、抜髄・感根処、SPが多かったです。顎関節疾患は0件でしたが、これはほかの医療機関で対応してもらっているものと考えられます。昼間の年齢別では幼少と20～50才代が多い状況でした。今年度も90才代が1名いました。年末年始の状況は昼間92名、夜間65名の合計157名でした。



熊大の先生方

例年課題になる話ですが今後、何を基準に救急性があるものとみなすのかが課題として挙げられました。各病院歯科の対応状況を共有できたことには意味があったと思われます。コロナ禍で受診控え等の理由で例年より少ない傾向があったと考えられるとの意見も上がりました。

続いて、コロナ感染者が増えている中での各医療機関の状況の説明が行われたので以下に示します。

・国立病院機構熊本医療センター

職員の感染者、濃厚接触者が日々出ており、職員が少ない状況で診療しており、歯科口腔外科の診療室では感染者の診療できる環境ではないので、救急治療室に出向いて診察することもある。

・熊本大学病院

同じく職員の感染者も出ており、症例検討会や会議は集まる事なくWebで行なっている。

・熊本市民病院

国立病院機構熊本医療センターと同様に歯

科口腔外科診療室ではコロナ感染者の診療できる環境にないために、コロナ病棟に向いて抜歯等の処置を行っている。産科ではコロナ陽性の患者さんは、手術室の導線も完全に分けて対応している。

・伊東歯科口腔病院

職員も初期症状がある段階ですぐに検査するようにしており、発熱がある患者さんなど疑わしい患者さんは、車内で問診、診断などを行っている。

・歯科医師会

会員の感染者も増えてきている。当番医の先生も感染した例もある。講演会もWebで行うことも多くなったが、Webに対応できない会員もいるので、ハイブリッド開催も多くなった。

最後に、高松先生より、熊本市歯科医師会は、会員に対し救急歯科に対する現状や対応方法を伝え、コロナ陽性者、濃厚接触者の受診に関しての案内を会員全員に周知していく必要があると述べられ閉会となりました。



熊本市市民病院の太田先生

続いて行われた伊東歯科口腔病院と熊本市歯科医師会との開放型連絡協議会の報告です。

令和3年度現在で連携施設は390施設、連携歯科医は463名で、連携歯科医の集いは71回開催しています。患者紹介率は36.7%、救急患者逆紹介率は80.7%でした。入院患者の紹介に関しては、紹介率49.0%でした。歯科からの紹介は46.2%でした。外来、紹介患者は女性が60.1%で、顎矯正等の紹介で年齢は20代が最も多く、熊本市内からが55.9%で、県外からが0.6%でした。

また、昨年同様、コロナ禍の影響で共同診療の利用が少ない状態でした。令和3年度の共同診療先生は6名で、件数は10件でした。令和元年度は延べ50人前後だった事から、コロナ終息後に増加する可能性があると言われました。



伊東歯科口腔病院の先生方

これからも開放型病院とかかりつけの先生との医療連携を密に行うことによって、地域の拠点病院となるように機能分担を行っていき、地域歯科診療支援病院、開放型病院として、患者中心の地域歯科医療を担っていきたいと述べられて閉会となりました。

(医療管理 森野 茂)



コロナ時代の感染対策 ～各種医療機関のそれぞれの立場から～

令和4年度医専連市民講座・医専連シンポジウム



多くの市民が熱心に聴講

10月1日(土)14時より、熊本市医師会館2階講堂にて令和4年度医専連市民講座・医専連シンポジウムが開催された。年齢・性別・職種を問わず多くの市民が参加され、十分な感染対策がなされた上での開催となった。シンポジウムのテーマは「コロナ時代の感染対策～各種医療機関のそれぞれの立場から～」であり、市民が熱心に聴講されている様子を拝見すると、テーマに対する市民の関心の高さが伺い知れた。

このシンポジウムは、医師会、薬剤師会、歯科衛生士会、歯科医師会でシンポジウムを行い、それぞれの立場から医療機関が普段行っている感染対策や効果などをご紹介いただくことで、市民の皆様が安心して受診していただくことにつながるような機会となることを意図して開催された。

コロナ禍になり当初は医療機関への受診を抑える報道もあったが、治療に対する必要性があるにもかかわらず、感染への懸念や、医療従事者への負担軽減を考慮され受診控えをしている方が多いと思われ、このシンポジウムを通じて市民の医療機関に対する理解と安心が深まった

ことと思う。シンポジウムの構成は基調講演の第1部とシンポジウムの第2部の2部構成であった。第1部からお伝えしたい。



司会の緒方先生

第1部は市医師会理事・緒方一朗先生の司会のもと、市医師会会長・園田寛先生のご挨拶ののち開催された。国立病院機構熊本医療センター感染症内科部長・小野宏先生を講師に迎え「COVID-19 Updates ～新型コロナウイルス感染症COVID-19診療の手引き ver. 8.0のその先へ～」を演題に基調講演が行われた。以下にその内容を詳述する。



市医師会会長園田先生

・第1部基調講演

バイデン大統領のチーフメディカルアドバイザーであるアンソニー・ファウチは「これからもコロナウイルス感染症は続く」と言っている。ウイルスの持つ高度の伝染性とワクチンあるいは感染既往による免疫誘導が一過性であることから、世界中からSARS-CoV-2を根絶することはできないとも明言。背景には晩秋あるいは初冬のBA.2.75.2の台頭の可能性、米国におけるワクチン接種率の依然とした低迷(全国民の67%で接種歴があり、ブースター接種はその半分にとどまる)を懸念しての明言であった。

ウイルスを理解するには、3つのファクターで考えるとわかりやすい。ウイルス(SARS-CoV-2)の要因、環境(接触・空気など)の要因、ヒト(感染者・非感染者)の3つである。

感染者の咳・くしゃみなどで放出されたウイルスを含む飛沫が非感染者の鼻口などから侵入し気道に感染する飛沫感染、飛沫が空中を浮遊する間に蒸発し、飛沫核(エアロゾル)となって空中を漂い、非感染者がこれを鼻口から吸引し気道に感染する空気感染、感染者が放出した飛沫に非感染者が触れて、これを鼻口等に取り込んで感染する接触感染(この感染経路による症例は現時点では未確認)が3つの要因であり、これらがヒト、ウイルス、環境の中で行われている。

ウイルスについてまずは考えてみる。ウイルスは細胞を持たないため、他の細胞に入り込んで複製し、これを破壊し放出して同じウイルスを増やす。増殖するときに遺伝子のコピーミス



講師の小野先生

が起こることで変異株(バリエーション)ができる。ウイルスは飛沫感染が主体である。変異でいわれるのはSタンパク(スパイクタンパク)が変わってきていることである。オミクロンバリエーションの登場が多くの方にとって身近なウイルスかと思う。オミクロンバリエーションの特徴としては、変異の多さと性質の変化により免疫回避が起こることを抑えておきたい。また、免疫が低下した人への感染と変異を繰り返すことも特徴である。発生セオリーとしては、一部集団での変異と放出が挙げられ免疫不全者体内での長期存在と変異がある。動物を介した変異もあり、オジロジカなどがある。2種類のコロナウイルス感染と変異もある。

次に環境に対する考察をしたい。まず患者と濃厚接触者の定義をする。患者は①SARS-CoV-2のPCR検査陽性②症状+SARS-CoV-2の抗原検査陽性(ここでの症状は急性発症の発熱と咳漱あるいは次の3つ以上の症状：倦怠感・頭痛・筋肉痛・咽頭痛・鼻炎・呼吸困難・食思不振・嘔気嘔吐・下痢・精神変容)③無症状+SARS-CoV-2の抗原検査陽性+コロナ疑いあるいはコロナ確定患者との接触である。一方、濃厚接触者の定義は患者と過去48時間以内に6 feet(約1.8m)で15分以上の接触である。

サージカルマスクの能力と感染リスクについても触れておきたい。20分間の対面会話における感染リスクは、感染者・非感染者の使用しているマスクの状況により異なり、サージカルマスク同士でも10.4%に上がることが示されている。また、いずれかがフィットした医療用マスクを

装着することで感染リスクは1.5%以下になる。なので、会話を要する状況では、サージカルマスクどうしを想定した対応が必要ということになる。

環境に関する研究はさまざまあり、会話、歌唱、咳時の飛沫の飛び方の比較、カラオケボックスにおけるリスク評価と対策について、タクシーにおけるリスク評価と対策、マスク素材違いによる影響、野外活動におけるリスク評価と対策、通勤列車におけるリスク評価と対策などがあり、いくつか興味深い研究結果についての解説があった。

最後にヒトに関する考察が紹介された。集団にヒトは属しており、集団の心理学から見たわかりやすさが存在する。集団で行動すると恐ろしい行動をとることがあり、これには3つの理由がある。①我々の私益のために彼らを犠牲にして行動するのは合理的だから ②集団の中に入ると、人間は匿名的な存在になり、個人の責任をごまかしやすいから ③集団になると、個人としての自己意識や、自分なりの道徳観念が薄れるからなどである。対処方法として、集団内でも自己の道徳基準を積極的に省みることが「群集心理」の影響を弱めるのに役立つとのことだった。

医学的なわかりやすさもある。糖尿病と腎臓病の患者さんはわかりやすく、認知症の患者さんでもわかりやすい。重症度は酸素飽和度を見て判断されるのだが、オミクロン期では基礎疾患の重症度を勘案する必要性があり、酸素飽和度のみでは判定困難で現場での混乱を来すこととなった。小児と妊婦についても解説があった。小児は罹っても重症化せず、妊婦についても妊娠していることがわかりやすさや、重症化の理由にはならないということだった。ただし、妊娠後半期に感染する場合には早産率が高まり、患者本人も重症化しやすいとの特徴がある。

発症する3日前から10日長くても20日目ぐらいで感染しやすく、その時々に応じた薬物が存在する。検査に関しては、抗原検査、定性検

査、PCR検査、遺伝子検査が主流とのことだった。ワクチンに関しても解説があった。100%オミクロン株に変わってきているが、その中でもBA5は頭打ちになってきているとのことだったが、その代わりとしてBA4.6の増加が懸念される。このためその株に応じたワクチンが必要になってくるが、ワクチン効果としては接種者のほとんどに対して全てのバリエーションによる重症化阻止に寄与しているとのことだった。

最近のワクチン接種者におけるブレークスルー感染報告は一般化しつつあり、いくつかの研究報告からはワクチン接種者のブレークスルー感染がさらなる防御能を付加する可能性を示唆している。①非ワクチン接種者がオミクロンバリエーションに感染した場合、オミクロンバリエーションに対してのみ免疫を発揮 ②ワクチン接種者がオミクロンバリエーションに感染するブレークスルー感染を経験した場合、全てのVOCsに対して免疫を持つことが判明し、バリエーションを越えた感染予防能力cross-variant protectionを獲得することが示された。3回のワクチン接種後にオミクロンバリエーションに感染することが最強のBA.1ならびにBA.2に対する中和抗体能力を有する。このため、2回あるいは3回ワクチン接種後にブレークスルー感染を経験した場合、上気道のT細胞は感染バリエーションのすべてを認識しうる可能性が示唆されるが、今後の大規模研究が必要とのことだった。

続いて、高齢者に打たせる理由をワクチン効果のスライドを示して解説された。現実問題として4ヶ月後にはワクチンを打たないといけない現状があり、高齢者だけでなく、肥満は危険因子であることも示された。

退院基準が改定されている。2022. 9. 7に大幅に療養期間解除基準が改訂され、発症日・検査確定日を0日目として有症状者(入院)：発症10日経過後かつ症状軽快72時間、有症状者(入院以外)：発症7日経過後かつ症状軽快72時間、無症状者：7日経過後、5日目検査陰性で5日経過後ということだった。

濃厚接触者検疫解除基準も改定されておりご

紹介があった。濃厚接触者の待機期間も短縮、最終接触日あるいは感染対策を講じた日を0日目として5日経過後。エッセンシャルワーカーの場合には、最終接触日を0日目として3日間連続で検査陰性を確認、最終接触日を0日目として1日、あるいは2日間外出を控え、検査各2回、1回陰性の場合最終接触日を0日目として5日間経過後ということだった。

コロナの後遺症の解説もあった。200種類以上あり神経精神症状が出るものもある。脱力感・思考力の停止、慢性疲労症候群が主なものである。12週間を超えてこのような症状が続く場合、コロナ後遺症と呼ぶ。比較的オミクロンになってきてからは後遺症を起こさなくなっており、ワクチンを打っていると後遺症を起こしにくいと言われる。罹患後症状のマネジメントという診療の手引きがあり、ご興味がある方は参照されたい。

豊富なエビデンスをもとにわかりやすく解説をされ、テレビでは得られない貴重な情報を参加者は得られ、コロナウイルスにまつわる最新の知識がアップデートされたことと思う。



座長の山口理事

第2部シンポジウムの内容を詳述する。久木田大学術委員の司会進行のもと、第2部がはじまった。宮本格尚会長の挨拶の後、山口英司学術理事の座長によりシンポジウムは始まった。演者は4名でそれぞれの立場での新型コロナウイルスの取り組みについて講演があった。以下より詳しくお伝えしたい。



宮本会長の挨拶

・演者1：藤井 慎嗣先生

(熊本地域医療センター呼吸器内科部長)

「新型コロナウイルスに対する感染対策 病院の立場から」をテーマに講演が行われた。

新型コロナウイルスの主な感染経路は、飛沫あるいはエアロゾルの吸入、目・鼻・口の粘膜への飛沫の付着、ウイルスが付着した種子による粘膜の感染がある。実際感染すると3日ぐらいで発症。長くて10日ぐらいで発症する。症状が出てから10日ぐらいで退院となる。オミクロンの感染力のある期間が症状が出る2日前から感染力があるので、このことがオミクロン株を封じ込めるのが難しい理由である。病院や介護施設でクラスターが発生する要因として以下のことが挙げられる。診断の有無に関わらず、コロナ患者が運ばれてくる、多くの人が生活を共にしている、たくさんのスタッフが関わっている、感染に対する抵抗力がない脆弱な人が多い、看護や介護など密な接触が必要な人が多い、マスクができない人も多い、難聴の方が多く、耳元で大声で話すことも多いなどである。

病院での感染対策として以下のものがある。病院職員の新型コロナウイルス感染対策としてユニバーサalmasking、標準予防策の徹底(確実な手指衛生、適切な个人防护具)、共有物・環境清掃、換気、体調管理(体温計測、微熱、上気道症状あれば出勤停止、積極的検査)、食事はできるだけ個食、黙食、家族以外との会食は4人まで(今年の6月から)である。

病院ではゼロコロナ。外来患者に対しては、発熱、上気道炎症状あれば発熱外来対応。救急

患者には、診断のための検査に加え、コロナの検査も行う。一般の入院患者、手術、内視鏡検査予定の患者にはコロナ検査後入院をしていた。濃厚接触者及びその疑いの場合には、個室対応、必要時个人防护具、健康観察を7日間、7日目コロナ検査後解除を行っている。また、面会制限もある。原則、状態の悪い患者を除き面会禁止、個室の患者のみ洗濯物等の受け渡しはスタッフが行っている。iPadを用いたりリモート面談は行っている。外出、外泊は原則禁止で、入院中に発熱したらコロナ検査を行う。転院の際にコロナ検査を要請されることもある。

濃厚接触者の待機期間は2020年2月現在までに、14日間から5日間まで自宅待機期間が短くなってきている。現在は5日間の自宅待機期間であるが、2、3日目に検査陰性で3日間とさらに短くなっている。

家庭内感染による濃厚接触者になった職員に対しては、ホテル宿泊で隔離する場合は病院が一部負担し、自宅では感染者以外の家族に対しても感染対策を行う。7日間の自宅待機後にコロナ検査をしている。まとめとして、新型コロナウイルスの侵入を防ぐことは困難であり医療施設では、新型コロナが広がりやすいことは確かである。このため医療施設では新型コロナウイルスの感染対策が重要で、いわゆる5類相当になったとしても、医療施設での感染対策は継続する必要があるとのことであった。

・演者2：石橋 卓也先生

(熊本市薬剤師会副会長)



薬局の感染対策を説明

コロナ時代の薬局の感染対策について、ご講演があった。薬局では、職員の健康管理・感染防止、薬局内での感染対策を行っているが、これらを具体的に書いていく。

- ・職員に対して、勤務外においても密閉空間、人が密集する場所、密接な場面を避けるよう指導する。
- ・勤務前に検温を行う。
- ・職員(及び職員の同居者)に発熱(37.5℃以上の場合、または37.5℃未満でも平熱よりも明らかに高い場合)や感染が疑われる場合、風邪様症状がある場合、新型コロナウイルス感染症患者と濃厚接触がある場合などは、薬局の管理者に報告するよう指導し、その職員は出勤を行わない。
- ・職員の感染が疑われる場合に関しては、速やかに医療機関を受診させる。
- ・職員(及び職員の同居者)が新型コロナウイルス感染症に罹患したことが判明した場合は、薬局の管理者へ報告させ、出勤を行わないことはもちろん、地域の保健所へ連絡を取り、指示に従うといった対応が必要である。職員の感染防止対策には業務中はもちろんのこと、マスクの着用や咳エチケットの徹底を指導し、飛沫感染対策を講じる。また、日常からの手洗いやアルコール消毒など手指衛生の徹底についても指導し、接触感染対策を講じる。

次に薬局内での感染対策は、職員・患者等の手が触れる部分につき、定期的かつこまめに消毒を行う。金銭の授受は可能な限りコイントレーなどを介して直接の接触がないように行う。投薬カウンターにはパーテーション・防護シート等を設置し、飛沫感染対策を図るなどをされているとのことだった。また、発熱患者が来局した場合、他の患者との接触を避けるために動線や時間を分けるなどといった対策を予め講じる。患者待合室、OTC販売スペース等においても職員・患者等の手が触れる部分は、定期的に消毒を行う。薬局の入り口には、手指消毒用アルコールの設置を図り、来局時の手指消毒の

徹底を来局者に求める。薬局内の換気は、常時するとともに、入り口や窓などの開放(1時間に2回以上、1回につき5分間以上)、換気扇の使用などにより、2方向からの換気を講じる。また、CO₂モニターの設置による換気状況の確認やサーキュレーター、空気清浄機を併用した換気をする。湿度については一定程度(40%)以上まで加湿する。トイレについても、手が触れる部分につき、定期的に適切な手法で消毒を行うとともに、ペーパータオルなどを設置して、共用タオルは使用しないなど徹底されておられた。

市民が薬局でできることとして、いろんなところを触らない、触った手は消毒し顔を触らない、処方箋を持参した場合は、できるまでは薬局内で待つのではなく、車や薬局外で待つ、問診や薬の説明等は携帯電話でしてもらう、薬ができたなら連絡してもらい受け取るなど、実践的なお話が伺えた。

演者3：上村 由貴先生

(伊東歯科口腔病院歯科衛生士部長)



さまざまな感染予防対策をしています

「歯科衛生士としての感染予防対策の取り組みについて」という演題で、勤務先である伊東歯科口腔病院の感染予防対策についてのご講演があった。

まずはスタッフへの感染対策として、出勤時の手指消毒、午前午後の検温(記録用に記入)、体調不良の場合は自宅待機した状態で上司に連絡などがあるが、上司に連絡の際には院長に報告の後、指示を仰ぎ必要であれば病院受診を行っている。ユニフォームの交換も感染対策で

行っている。患者への感染対策としては院内入口にて体温測定、手指消毒の徹底、新型コロナウイルス感染症に関連する問診票の記載をお願いしている。

院内の環境整備には、各所手指消毒剤の設置、待合室の雑誌類の撤去、1時間に2回以上の換気の徹底、館内(特にドアノブやチェア、手に触れる箇所)の薬液による清拭を行っている。病棟・入院患者への対応としては、入院患者は入院当日、午前中に連絡先の病院で抗原検査を行なってもらう。結果が陰性なのを確認後入院となる。病棟に上がる外来患者様はピンクリボンをつけ入院患者との差別化をしている。

診療室での対策としては、スタンダードプリコーションの徹底をしている。マスク、ゴーグル着用、手洗い、患者様へうがいの徹底、エアロゾル感染や飛沫感染の防止、患者の入替時に使用したユニットや周囲を、アルコール清拭によって接触感染の防止を行っている。歯科医院といえば、エアロゾル感染防止が重要になってくるが、この具体策として口腔外バキュームを活用している。

歯科訪問診療時の対策としては、訪問先でも、入れ歯などを削る作業が行われるが、広範囲に粉塵が飛散しないよう、術者の手元をビニール袋で覆い作業しているとのことだった。

・演者4：吉武 義泰先生

(伊東歯科口腔病院 総合歯科診療部部长)



安心して受診して下さい

「コロナ禍でも大丈夫、歯科医院を受診しよう!!」という演題でご講演があった。全身の一部としての口腔という認識が昨今わかってきて

おり、歯周病と全身との関わりについてご紹介があった。歯周病に罹患し、歯周組織による歯周病原菌感染による持続した炎症、すなわち、慢性感染症が存在すると、さまざまな炎症性サイトカインやケモカインが放出され続けることになる。その結果、全身にさまざまな影響を及ぼすことになるため歯周病を放置することは全身の健康をも害したりする可能性があることをご紹介いただいた。歯周病はそうした全身の炎症ともかかわるものであるが、歯科医院にて歯周治療を受けて継続したコントロールを行えば、心配はいらないといった具体的なお話があった。

後半は、新型コロナウイルス感染症と口腔の関係についてご紹介いただいた。

伊東歯科では2019年に始まるコロナによるパンデミックが始まってすぐの頃から、コロナ対応の問診票を作成し、全患者に問診・検温を実施し消毒を強化されていた。コロナ対策問診票も厚生労働省などの発令のもとに改変していきながら運用しているとのこと。

2020年3月に国際歯科医療安全機構より、「歯科医院から広げないための8つの提言」が発表されこの提言に沿ってCOVID-19対策を行っている。8つの提言は1. 標準予防策(スタンダード・プリコーション)の徹底2. 再診・初診問わず、感染を想定した問診と体温計測を受付で

患者に行い3. 症状がある場合は、歯科治療を延期する4. 全ての処置前後に手洗いとうがいの励行、マスク、ゴーグルの着用必須5. 職員に症状があれば、自宅待機させる6. 大規模な集会や食事を伴う会合を極力主催しない、参加しない・させない7. 特に高齢者、喫煙者、糖尿病、呼吸器疾患などの基礎疾患のある患者さんに厳重注意8. 次亜塩素酸水などによる消毒体制の確立である。

口腔内でのACE2の発現とSARS-CoV-2の感染について続いて解説があった。口腔内、とくに舌背や歯肉にACE2が高発現しており、S-CoV-2が感染する可能性がある。さらに、唾液中にもSARS-Co-2が含まれているため、飛沫感染やエアロゾル感染の原因になると考えられる。

最後に大阪府知事のコメント「大阪には5500もの歯科医院があるがクラスター発生はゼロ。感染対策の賜物と思うが何かある」を引用された。歯科医院はコロナ禍でもコロナが収束した後でも安心して受診できる医療機関であり、安心して受診して健康な生活を謳歌していただいているように願っていることを伝えた。

市民向けの講座としては2時間半の長丁場であったが、市民からの反響はよかったと思われる。渡辺猛士副会長のご挨拶の後、盛会のうちに閉会した。

(学術 澤幡 佳孝)

心を震わすシネマワールド

『ソイレント・グリーン』

監督 リチャード・フライシャー
脚本 スタンリー・R・グリーンバーグ
公開 1973年 アメリカ映画
ジャンル 近未来・ディストピア(反ユートピア)
原作 ハリィ・ハリスン「人間がいっぱい」
出演者 チャールトン・ヘストン(ソーン刑事)
エドワード・G・ロビンソン(ソル)
チャック・コナーズ(タブ)

映画の設定は、くしくも今年と同じ2022年。私がこの映画を見たのは50年以上も前で、高校生の時見たラストの衝撃を今も覚えているところを見ると、当時相当のショックを感じたのだと思います。

映画上の2022年は格差社会で気候も変動し本物の食物はなく、世界最後の植物が1本大事にドームの中で育てられているような社会です。

人々はソイレント社が海のプランクトンから作ったという合成食品を食べて生きていました。ソイレント社は新たに新製品「ソイレント・グリーン」を開発するがそれにまつわる殺人事件が起こり、それを調査するためソーン刑事が、この事件の鍵を握る老人ソルに接触し事件の解決を図ります。しかしソルは秘密を抱えたまま、その当時合法化されていた安楽死を選び、美しい風景の映像に囲まれ、クラシック音楽を聴きながら命を絶ってしまいます。それを見届けたソーン刑事は、遺言によりその後も調査を続け、暗殺の危機に会いながらもやがて驚愕の真実にたどり着きます。

この映画は近未来ものですが、気候変動、人口爆発、食糧危機など今現代世界で叫ばれているものが、すでに50年前に警告されており単にフィクションとは言えないような示唆を含んでいます。50年以上前からこれらの危機が叫ばれていたのに2022年の現代でも事態は好転が見えず、人類と文明はこの先どうなるのでしょうか？

この映画は1974年アヴォリアッツ国際ファンタジック映画祭でグランプリを受賞しています。
(温 永智)

糖尿病についてー糖尿病治療の課題と新薬への期待ー

第84回医歯連携セミナー

国立病院機構熊本医療センター糖尿病・内分泌内科部長 西川 武志先生



3年ぶりの開催

7月14日(木)20時より国立病院機構熊本医療センターにて第84回医歯連携セミナーが開催された。高橋禎医療管理理事の座長のもと、「糖尿病についてー糖尿病治療の課題と新薬への期待ー」と題し、国立病院機構熊本医療センター糖尿病・内分泌内科部長西川武志先生を講師として講演が行われた。講演の内容を以下に示す。



講師の西川先生

まず、最新の糖尿病治療ガイドを示されて、目標として糖尿病のない人と変わらない寿命とQOLを目標に、その為に糖尿病患者の血糖、血圧、脂質代謝の良好なコントロール、適正体重の維持、禁煙の遵守が重要であると示された。

糖尿病の合併症として、急性合併症に高血糖緊急症、ケトアシドーシス、高血糖高浸透圧性症候群、低血糖症、急性感染症等があり、慢性合併症に主に細血管合併症(網膜症、腎症、神経障害)、大血管合併症(脳血管障害、虚血性心疾患、末梢血管障害)があり、その他で歯科と関わるものに歯周病、睡眠時無呼吸症候群が挙げられる。



医療センター中島先生の挨拶

合併症予防の為にHbA1c7%未満、対応する空腹時血糖値130mg/dl未満、食後2時間血糖値180mg/dl未満の管理が求められているが、糖尿病患者の約半数のコントロールが達成でき

ていない状況である。

加齢によりインスリン分泌不全や体脂肪の増加に伴いインスリン抵抗性の増加が起こり、高齢化社会に伴い、高齢2型糖尿病が増加している。糖尿病によりフレイルが1.48倍、サルコペニアが1.53倍起こりやすいという報告もあり、そこから死亡率、QOL低下、認知機能障害、要介護のリスクを上昇させることにつながる。また、2型糖尿病患者で重症低血糖の発現の83.4%が65歳以上で、中央値が77歳であり、重症低血糖の合併により、認知機能障害、血管合併症、死亡などの発現率を上昇させることから、高齢2型糖尿病の低血糖には特に注意する必要がある。

糖尿病治療の現在のガイドラインとしては、初診時に急性代謝性失調や尿ケトン体陽性などの重度の所見がある場合は、十分な水分補給とインスリン治療、HbA1c9%以上で病態や合併症を考慮して食事療法、運動療法、生活習慣改善を行いながら低血糖リスクの少ない経口血糖降下療法等を選択する、HbA1c9%未満で症状や合併症に沿った食事療法、運動療法、生活習慣改善を行いながら血糖コントロールといった流れとなる。



座長の高橋理事

2型糖尿病の経口血糖降下薬は、現在、大きくインスリン分泌非促進系とインスリン分泌促進系に分けられる。インスリン分泌非促進系には①腸管での炭水化物の吸収分解遅延による血糖上昇抑制を行う α グルコシダーゼ阻害薬(グ

ルコバイ錠等)②腎臓でのブドウ糖再吸収阻害を行うSGLT2阻害薬(カナグル錠等)③骨格筋・肝臓でのインスリン抵抗性改を行うチアゾリジン薬(アクトス錠等)④肝臓での糖産生抑制を行うビグアナイド薬(メトグルコ錠等)がある。インスリン分泌促進系には血糖依存性の①血糖依存性インスリン分泌促進を行うイメグリミン(ツイミーグ錠)②GLP-1分解抑制により血糖依存性インスリン分泌促進とグルカゴン分泌抑制するDPP-4阻害薬(マリゼブ錠等)③GLP-1作用増強により血糖依存性インスリン分泌促進とグルカゴン分泌抑制するGLP-1受容体作動薬(リベルサス錠等)、血糖非依存性で低血糖のリスクを伴う④インスリン分泌促進するスルホニル尿素薬(オイグルコン錠等)、⑤速やかにインスリン分泌促進するグリニド薬(スターシス錠等)がある。特にイメグリミン(ツイミーグ錠)は昨年承認されたばかりの新薬である。

高血糖による糖尿病合併症の発症機序で、細胞内のミトコンドリア由来活性酸素増加(mtROS)が糖尿病合併症や低血糖に関わっている可能性がある。



久しぶりに開催できて良かったです

糖尿病患者は歯科治療でもよく遭遇する疾患であるので、新しい薬などの知識をアップデートしていくことや高齢者の低血糖にも対応できるよう医院で取り組んでいく必要があると感じた。

(医療管理 森野 茂)

歯の形成障害について

—局所的なエナメル質形成不全歯とMIH—

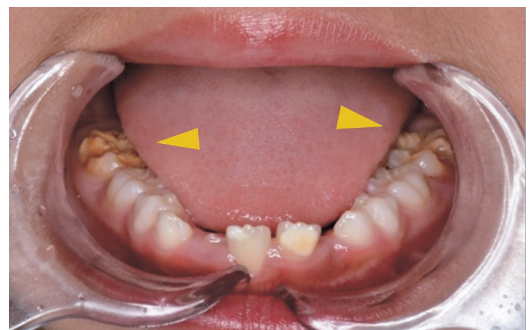
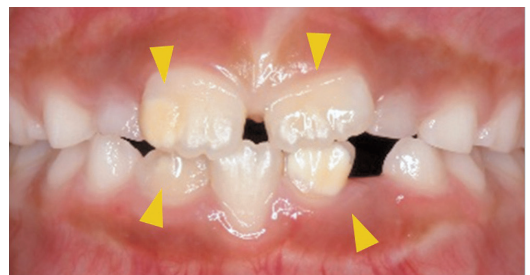
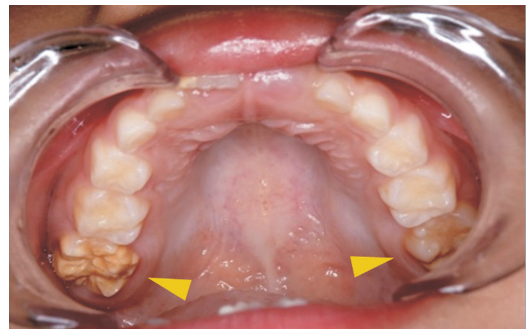
深水 篤 (日本小児歯科学会 専門医)

吉武義泰 (日本口腔外科学会指導医・専門医)

医療法人伊東会 伊東歯科口腔病院

【緒言】

歯の形成障害は、小児の歯科診療においてよく遭遇する先天異常である。歯質の形成異常はエナメル質に最も多く起こり、ほとんどの場合、歯の萌出する小児期に明らかとなる。エナメル質形成障害の原因を大別すると、遺伝子に起因するもの(遺伝的要因)と遺伝子に起因しないもの(全身的要因、局所的要因)に分かれる。前者は遺伝性エナメル質形成不全症であり、全乳歯ならびに全永久歯にみられる。後者は、エナメル芽細胞の機能が障害されたため引き起こされるエナメル質減形成(エナメル質の量の障害)あるいは石灰化不全(エナメル質の質の障害)のことを言い、総じてエナメル質形成不全と呼ばれている¹⁻³⁾。全身的要因のものには、先天性梅毒により第一大臼歯に発症するエナメル質形成不全としてフルニエ歯、前歯に発症するハッチンソン歯があり、また、過剰なフッ化物摂取による斑状歯が挙げられる。そして、局所的要因のものとしては、乳歯の根尖性歯周炎により発症するターナー歯が挙げられる^{1, 2, 6)}。ここで、原因不明のものとして、Molar Incisor Hypominerization(以下MIHと省略)が挙げられる。MIHは、第一大臼歯はじめこれらの歯に限局して発症する(図1)という点で、これまでに知られていたエナメル質形成不全症や局所的原因によって生じるエナメル質形成不全とは異なるものであり、近年注目されている^{3-5, ~8)}。



(図1 MIH：切歯と第一大臼歯にエナメル質形成不全を認める)

MIHという病名は、2001年にWeerheijm⁹⁾らによって用いられたものであるが、その定義については現在も議論がなされている¹⁰⁾。MIHの症状は、切歯と大臼歯部に限局したエナメル質形成不全であり、変色や歯質欠損の重症度は左右非対称であること、知覚過敏が代表的な症状

である。MIHの原因については種々の報告があるが、まだ明らかになっていない。出現頻度は本邦では凡そ10人に1人とされており、比較的多い疾患である。MIHは、萌出直後は変色のみで歯質欠損のない歯であっても、対合歯との接触などにより歯質欠損を認めるようになり、放置すると歯冠破折やう蝕へとつながり、歯質欠損の範囲が広範囲に及ぶ(図2)と、やが



(図2 広範囲に実質欠損を認める下顎第一大臼歯)では不正咬合を来することになる^{3~5, 7, 8, 10)}。

また、審美障害や疼痛が患者やその家族の生活に影響を及ぼすこともある。したがって、歯科医師は、一時点の現症に対して断片的に対応するのではなく、患者の成長発育に合わせた長期的かつ定期的な管理と加療を行う必要がある^{3~8, 10)}。

今回筆者は、当院で口腔健康管理を行った、歯の形成障害を有する小児患者の2症例について報告する。今回の報告にあたり、患児の保護者から書面で同意を得ている。

【症例】

症例1：ターナー歯

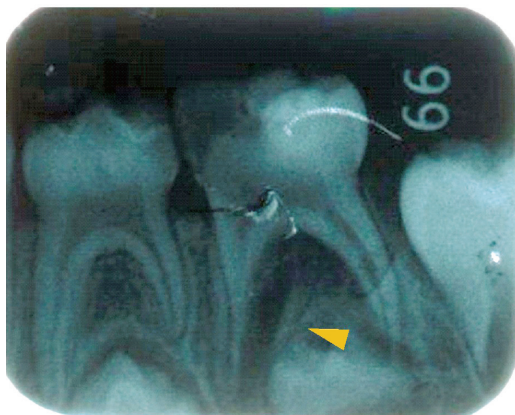
5歳7か月男児。主訴：齲蝕治療を希望し来院。

現病歴：全顎的にう蝕を認めたため、近医を受診するも、歯科治療に対する恐怖心が強いとため治療が困難であったため当院を紹介された。

既往歴：自閉スペクトラム症。

家族歴：特記事項なし。

経過：保護者と相談の上、全身麻酔下で集中歯科治療を行った。下顎左側第二乳臼歯はデンタルエックス線写真から、歯髄に達する透過像を認め、分岐部から近心根にかけて透過像を認めた(図3a)。



(図3a 症例1 下顎左側第二乳臼歯は近心根から分岐部に透過像を認める)

感染根管治療即日根管充填を行い、乳歯用既製金属冠で修復した(図3b)。



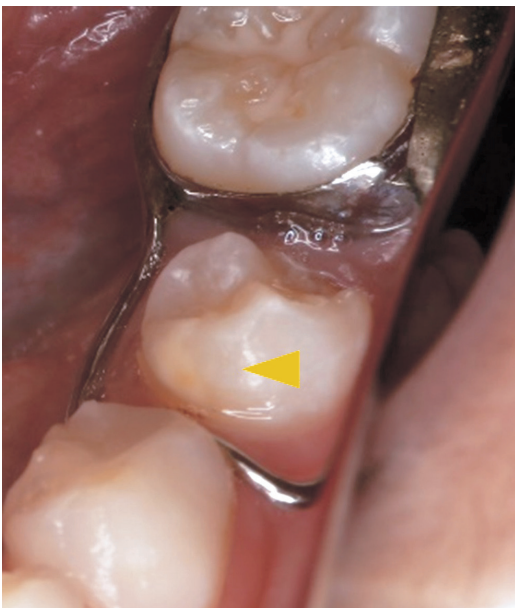
(図3b 感染根管治療施行後、経過観察を行った)

術後3年経過し、分岐部相当部にfistelが出現した。デンタルエックス線写真からは近心根はほぼ吸収しており、分岐部病変は拡大し、後継永久歯胚の回避現症を認めた(図3c)。



(図3 c 感染根管治療後3年経過。歯根は吸収し、後継永久歯には回避現象がみられたため、第二乳臼歯を抜歯し、保障して経過観察した)

下顎左側第二乳臼歯は抜歯し、下顎左側第一大臼歯にバンドループを装着し抜歯部を保障した。抜歯後1年が経過し、下顎左側第二小臼歯が萌出したが、頬側面近心側に実質欠損を伴わないyellow opacityを認めた(図4)。



(図4 抜歯後1年経過し、下顎左側第二小臼歯が萌出したが、頬側面にyellow opacityを認めた)

先行乳歯の根尖病変の位置と後継永久歯のエナメル質形成不全部の位置が一致することからターナー歯であると診断した。エナメル質形成不全部は平滑面にあり、実質欠損を伴わないため経過観察とした。

症例2：MIH

初診時3歳9か月男児。

主 訴：前歯の変色に対する精査加療を希望し来院。

現病歴：2週間前に転倒し前歯を打撲した。数日前上顎左側乳中切歯が黒っぽく変色したことに気づいて来院した。

既往歴：特記事項なし。

家族歴：特記事項なし。

現 症：上顎左側乳中切歯は変色を認め、デンタルエックス線写真から根尖病変を認めた。歯髄電気診には反応がなかった。

経 過：上顎左側乳中切歯は感染根管治療を行い(図5)、経過観察を行った。



(図5 感染根管治療後)

処置後2年が経過し、上下左右第一大臼歯が萌出を開始したが、いずれの歯にも咬合面および頬側面に実質欠損を伴わないyellow-brown opacityを認めた(図6)。



(図6 第一大臼歯咬合面にyellow opacityを認めた)

同歯にはそれぞれフィッシャーシーラントを行い(図7)、引き続き経過観察を行った。



(図7 第一大臼歯にはフィッシャーシーラントを行った)

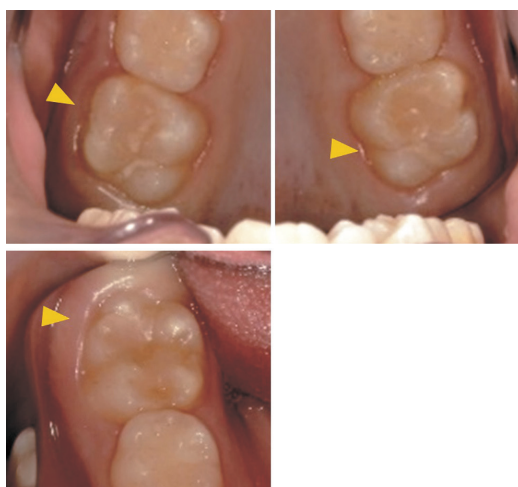
その後、切歯が交換し、上顎左側中切歯の切縁にはわずかにwhite opacityを認めたが、先行乳歯の根管治療を行わなかった上顎右側中切歯唇側面にもwhite opacityを認めた(図8)。

全ての第一大臼歯および切歯部にエナメル質形成不全を認めたことからMIHと診断した。上顎両側中切歯は経過観察とした。フィッシャーシーラント処置後2年が経過し、上顎両側第一大臼歯および下顎右側第一大臼歯はシーラント周囲のyellow-brown opacity部に実質欠損を



(図8 切歯部にwhite opacityを認めた)

認めたため、コンポジットレジン修復を行った(図9)。



(図9 上顎両側第一大臼歯および下顎右側第一大臼歯にコンポジットレジン修復を行った)

その後も経過観察を続け、上顎両側側切歯にも唇側面にwhite opacityを認めた。初診から8年、MIHの管理を開始して4年経過し、現在上顎前突に対して咬合治療を行いながら(図10)、引き続き切歯および第一大臼歯のエナメル質形成不全について経過観察中である。

【考察】

エナメル質形成不全の原因は、遺伝子に起因するものと遺伝子に起因しないものに分けられる。遺伝子に起因するもの、すなわちエナメル質形成不全症は、3型に分類され、伴性遺伝や常染色体優性遺伝、常染色体劣勢遺伝を示すものが報告されている。本疾患は、エナメル芽細胞の障害により生じることから、その異常はエ



(図10 MIHの管理を開始して4年経過し、現在上顎前突に対して咬合治療中である)

ナメル質に局限し、象牙質、セメント質などの間葉系組織は正常である。エナメル質の形成不全は全乳歯ならびに全永久歯にみられる¹⁾。遺伝子に起因しないものの中には、局所的な要因として、乳歯の外傷や乳歯の根尖性歯周炎、小児期の慢性化膿性顎骨炎、骨折が挙げられる。全身的原因のものとしては、母体の栄養障害や疾患(重症の代謝障害、妊娠初期の感染、特定薬物の長期使用など)、児の栄養障害(カルシウム、リン、ビタミンA、ビタミンC、ビタミンD欠乏など)、幼少時、特に生後1年以内の高熱や発疹性疾患、内分泌異常(甲状腺機能疾患、副甲状腺機能疾患など)、風疹などの感染、早期産児(代謝障害、低酸素症、新生児重症黄疸、栄養障害、血漿カルシウム低下)、歯のフッ素症(斑状歯)が挙げられる^{1~3, 6, 8)}。その他に、原因不明のものとしてMIHがある。MIHは第一大臼歯と切歯に局限して発症するという点に

おいて、これまでに知られていた遺伝性エナメル質形成不全症やエナメル質形成不全とは異なるものである^{3~5, 7~10)}。その代表的な症状は、第一大臼歯と切歯に局限して発症すること以外に、変色や歯質の実質欠損の重症度が左右非対称であることと知覚過敏である。MIHの発症の原因については、さまざまな要因について調査されているが、いまだどれも確証は得られていない^{3~5, 7~10)}。MIHの罹患率は、諸外国の調査では5~25%と報告されている。わが国におけるMIHの罹患率に関する大規模調査は、2012年に千葉県八千代市で7歳~12歳の児童2,121人を対象に行われたものと、第10回アジア小児歯科学会で日本小児歯科学会が発表した4,916人を対象とした調査したものがある。その結果、わが国におけるMIHの罹患率は、前者では11.9%であり、後者は20.4%であり、諸外国のものと同程度であった^{3, 7)}。

MIHを発症させる原因については、諸外国における実態調査に合わせて検討がなされている。妊娠中の母親の疾患や服薬、出産時の障害、早産、生後1~3年以内の疾患や疾患に伴う抗菌薬(アモキシシリン)の投与、フッ化物の利用などが原因として挙げられてきたが、どれも確証は得られていない^{3, 6, 7)}。

本邦でもMIHの発症や重症度に影響を与える因子の解析が試みられた^{3, 7)}。

発症率については、普通分娩で出生した児童でMIHの罹患率が高い傾向があり、帝王切開で出生した児童は罹患率が低い傾向にあったがいずれも有意差はなかった。また、低出生体重児でMIH罹患率が高くなっているが、対象者が少ないため統計学的な有意差はなかった。乳幼児期の抗菌薬の服用については、抗菌薬の種類を具体的に調査できなかったため統計処理をするための対象者数が十分得られなかった。

また、重症度については、児童において、フッ化物配合歯磨剤使用者は重度MIH罹患率が低かったのに対し、フッ化物ジェルを使用者は重度MIH罹患率が高いという一見矛盾した結果が得られた。低年齢児、特に2歳未満でのフッ

化物利用状況に着目して重度MIHの発症との相関を解析したところ、フッ化物配合歯磨剤を2歳未満から使用していた場合、有意差はないが重度MIH罹患率が高くなる傾向がみられた。また、フッ化物ジェルについては、2歳未満から使用していた対象者が少ないものの有意に重度MIH罹患率が高かった。歯科医院でのフッ化物塗布は重度MIHの発症に影響するという結果は認められなかった⁷⁾。

新谷^{3, 7)}は、この調査結果をもって、フッ化物の使用によってMIHが発症すると考えるのは早計であり、MIHの発症、重症化に関与する因子の一つとしてフッ化物の利用状況が挙げられる可能性があるが、これまで挙げられている他の多くの要因も合わせて考える必要があると述べている。

MIHは齲蝕とは異なり、断続的に歯質の実質欠損も生じることから、コンポジットレジンなどによる部分的な修復で良好な予後が得られるとは限らず、とくに第一大臼歯では、実質欠損の範囲や深さによっては早期に既製金属冠等による全部被覆を考慮する必要がある。また、実質欠損を伴わない白濁や変色の状態でカリエスリスクが低い患者であっても重度の歯質崩壊や齲蝕に進行させないようにメンテナンス間隔を2ヶ月間隔と短期間に設定し、長期的な経過観察を行うことが重要である³⁾。子どもの健全な口腔を育成していくためには、エナメル質形成不全のような先天的な疾患に対して早期に発見し、患者と保護者へ情報提供し、しっかりと理解してもらい、適切な時期に必要な最小限の介入を行いつつ長期的に口腔管理を行うことが必要である^{1~3, 5)}。

今回、筆者が経験した症例1では、乳歯の慢性化膿性根尖性歯周炎により後継永久歯がターナー歯となった。患児は、既往に自閉スペクトラム症を有しておりホームケアが困難であり、さらにエナメル質形成不全歯を有することから、1から2ヶ月毎の口腔健康管理が必要であり、このことを保護者に十分に理理解させる必要があった。根管治療を行うにあたり、事前に

保護者に齲蝕治療後も定期的にデンタルエックス線写真により、根尖病変の拡大や後継永久歯胚の位置異常が起きていないか観察する必要があることと、予後不良であれば乳歯の抜歯が必要となること、そして、後継永久歯がターナー歯となる可能性があることについてインフォームドコンセントを行った。これにより、保護者が根管治療を行った乳歯は後継永久歯の交換まで観察が必要であることを理解し、定期的な口腔健康管理を継続できていることに繋がっているのではないかと考えられた。

症例2では、第一大臼歯の変色部は小窩裂溝部だけでなく咬合面に認めていたが、フィッシャーシーラントを施行し経過観察を行った。ブラークコントロールは良好であったため、3か月毎の定期管理を行っていたが、徐々にMIH部に実質欠損が認められるようになったため、同部から齲蝕が進行する前にコンポジットレジン修復を行った。引き続きMIH部について経過観察を行う予定である。

切歯のエナメル質形成不全への対応については、ラミネートベニアによる修復も報告されている¹³⁾が、本症例では、切歯のwhite opacity部については、実質欠損を認めなかったため、積極的に切削して充填することはせず、経過観察を行ってきた。近年、エナメル質形成不全歯への炭酸ガスレーザーや、Nd:YAGレーザーによる歯質強化¹⁴⁾や、低粘度コンポジットレジンによるコーティングも提案されており、当院でも導入を検討しているところである。

【結語】

今回、歯の形成障害の症例として、乳歯の根尖性歯周炎によりターナー歯となった歯を有する自閉スペクトラム症児1例とMIHを有する小児1例の口腔健康管理について報告した。乳歯の根管治療は予後不良となった場合、その根尖性歯周炎により、後継永久歯がターナー歯となることがある。乳歯の齲蝕治療および口腔健康管理は、個人の永久歯列咬合に導くこと(広

義の咬合誘導)が目的である。したがって、齲蝕治療が終われば管理は終了というのではなく、健全な永久歯列咬合が完成するまで長期的に定期的な口腔健康管理が必要であることを保護者と患者にも理解させる必要がある。

また、MIHは咬合の鍵となる第一大臼歯に現れ、萌出直後においては実質欠損のない変色歯と思われた歯が、対合歯との咬合接触などにより実質欠損を起こすことが多いことから、咬合状態を維持するために定期的かつ長期的な口腔健康管理が必要である。そして、実質欠損の範囲が広い場合には、歯列咬合の成長が完了した後に本格的な補綴処置が必要となる可能性がある。小児における長期的な口腔管理を行う上で念頭に置くべきことは、成長発達を阻害することなく、年齢に応じた正しい歯列・咬合の回復および安定につとめ、将来補綴処置を行うまでこれを維持することである。患者と保護者には、長期的な管理の必要性をしっかりと伝え、十分に理解してもらうことが必要である。

【参考文献】

- 1) 朝田芳信, 土屋友幸, 前田隆秀: 歯の発育と異常, 前田隆秀, 朝田芳信, 田中光郎, 土屋友幸, 宮沢裕夫, 渡部茂編, 小児の口腔科学, 学建書院, 東京, 2005, pp.80-114.
- 2) 鈴木康生: 歯の発育と異常, 赤坂守人, 西野瑞穂, 佐々龍二, 高木龍二, 田村康夫編, 小児歯科学 第3版, 医歯薬出版, 東京, pp.69-95, 2007.
- 3) 新谷誠康: かかりつけ小児歯科医が伝えた歯科のトピックス 歯の形成不全: 知っておきたいこと, やっておきたいこと, 小児保健研究, 76: 553-555, 2017.
- 4) 新谷誠康: MIH (Molar Incisor Hypomineralization), 田中晃伸, 牧憲司, 権暁成編. 小児歯科のレベルアップ&ヒント 珠玉のアイデア&テクニック第1版, デンタルダイヤモンド社, 東京, pp.86-87, 2019.
- 5) 朝田芳信: 小児期における口腔機能の育成について, 日補綴会誌, 13: 99-104, 2021.
- 6) 今井裕樹: 乳歯を保存(歯内療法)する時, 抜歯する時, 新谷誠康編, 乳歯の歯内療法, ヒョーロン・パブリッシャーズ, 東京, 2021, pp.19-24.
- 7) 桜井敦朗, 新谷誠康: エナメル質形成不全(MIH) —わが国におけるMIH発症に関する大規模調査から, ヘルスケア誌, 14: 6-12, 2014.
- 8) 杉山精一: エナメル質形成不全症(MIH) —症例と12歳での発現率について 杉山歯科医院における5年間の受診患者調査, ヘルスケア誌, 10: 24-30, 2008.
- 9) Weerheijm KL, Jalevik B, Alaluusua S: Molar-Incisor Hypomineralization. Caries Res, 35: 390-391, 2001.
- 10) 杉山精一: Crinical Caries Management 第9回MIH (Molar-Incisor Hypomineralization), ザ・クインテッセンス 2021, 40: pp.2022-2330, 2021.
- 11) Avery: 歯と支持組織の発生, 寺木良巳, 相山誉夫訳, Avery 口腔組織・発生学第4版, 医歯薬出版, 東京, 1997, pp.70-84.
- 12) Avery: 発生中の歯および骨に対する各種物質・薬剤の影響, 寺木良巳, 相山誉夫訳, Avery 口腔組織・発生学第4版, 医歯薬出版, 東京, 1997, pp.97-106.
- 13) 照井淑之, 藤澤政紀, 岡田治郎, 河瀬慎一郎, 菅野大輔, 塩山司, ほか: 審美障害を主訴としたエナメル質形成不全症例, 補綴誌, 47: 763-768, 2003.
- 14) 加藤純二, 守矢佳世子: 小児歯科領域におけるレーザー治療, 日レ医誌, 25: 307-312, 2005.

新人です！よろしくお願ひします

新 入 会 員 紹 介



氏 名 竹口 敦士(第1種会員・東区第1支部)

診療所名 熊本東たけぐち矯正歯科

(診療所) 〒862-0933

熊本市東区小峯2丁目7-30

電 話／096-288-6652

FAX／096-288-6653

生年月日 昭和63年6月17日

趣 味 旅行

好きな言葉 挑戦なくして成功なし





スポーツの広場



あつまるデンタルゴルフ会

令和4年7月10日(日)

(9名)

		OUT	IN	GRO	HD	NET
優勝	松本信久	44	40	84	12	72
2位	合澤康生	45	48	93	16	77
3位	三隅晴具	45	46	91	13	78
4位	田村実雄	48	47	95	17	78
5位	北川隆之	45	44	89	11	78
B.B.	石井洋一	69	54	123	35	88

令和4年8月11日(山の日)

(8名)

		OUT	IN	GRO	HD	NET
優勝	明受清一	44	45	89	23	66
2位	青木道育	45	47	92	25	67
3位	竹下憲治	48	46	94	24	70
4位	安田光則	46	49	95	22	73
5位	奈良健一	44	43	87	14	73
B.B.	合澤康生	46	44	90	16	74

令和4年9月11日(日)

(14名)

		OUT	IN	GRO	HD	NET
優勝	竹下憲治	49	45	94	22	72
2位	三隅晴具	41	45	86	13	73
3位	田村実雄	49	41	90	17	73
4位	安田光則	49	49	98	22	76
5位	北川隆之	42	46	88	11	77
B.B.	奈良健一	51	52	103	14	89

会 務 報 告

理 事 会

月 日	協 議 題
7月28日	・会務、会計、庶務報告
8月25日	・会務、会計、庶務報告

厚 生 委 員 会

月 日	協 議 題
8月19日	・1月新年会、開催について
	・二三の会について(2, 3年目の新人)
9月16日	・二三の会に厚生から出席する人員の確認
	・新年会の形式について
	・新年会の日本酒について

医 療 管 理 委 員 会

月 日	協 議 題
7月14日	・新人会員オリエンテーション、ビアパーティ報告
	・医歯連携セミナーについて
	・医療センターとの協議会について
	・医療管理講習会について
	・各郡市医療相談担当者会議について
	・歯科後方支援病院連絡協議会について
	・三歯会について
8月17日	・医療センターとの協議会報告
	・医療管理講演会について
	・三歯会について
	・施設基準研修会について
	・救急歯科協議会について
	・ベーシックセミナーについて
	・シティFMについて
	・歯科後方支援病院連絡協議会について
9月15日	・施設基準研修会報告
	・救急歯科協議会報告
	・口腔外科ベーシックセミナーについて
	・三歯会について
	・歯科後方支援病院連絡協議会について
	・医療管理講演会について
	・救急蘇生協議会について

広 報 委 員 会

月 日	協 議 題
7月26日 8月23日	・中岳198号第2稿 ・中岳199号目次決め ・シティFMについて
9月27日	・中岳200号企画について ・かわら版打ち合わせ ・中岳199号原稿について

地域学校歯科保健委員会

月 日	協 議 題
8月31日 9月21日	・障がい児(者)口腔ケアリーダー育成事業について ・歯磨き巡回指導会議について ・障がい児(者)口腔ケアリーダー育成事業について

社 保 委 員 会

月 日	協 議 題
7月27日	・施設基準研修会の実施について ・審査会報告
8月19日	・施設基準研修会の実施について ・近県歯科医師会社保担当者会議
9月28日	・施設基準研修会の報告 ・指導日程について確認 ・診療報酬請求方法確認アンケートの電話確認分担について ・後期高齢者の窓口負担割合の見直しについて ・オンライン資格確認の原則義務化について ・審査会報告

学 術 委 員 会

月 日	協 議 題
7月12日	・ 医専連シンポジウムについて サブタイトル「各種医療機関のそれぞれの立場から」 ・ 第2回歯周病セミナーの当番についての割振り ・ 第2回学術講演会についての当番の割振り ・ 第3回学術講演会のテーマ決め
8月9日	・ 10月1日 医専連打ち合わせ ・ 10月6日 歯周病プロジェクト(第2回)の担当割り振り ・ 11月12日 第2回学術講演会担当振り分け
9月12日	・ 医専連シンポジウムの講演会 シンポジスト4名決定 ・ 当日の準備の流れについて ・ 第3回学術講演会について



編	集	後	記
---	---	---	---

猛暑と言われた夏も過ぎ、ようやく朝晩は涼しくなってきました。
普段はお口の健康について、患者様に色々とお伝えしている立場ですが、自分の健康について考えることは後回しになっています。
そんな折、職場の健康診断のお知らせが届きましたので、行ってまいりました。
結果はまだですが、40歳を前に少しずつ自分のメンテナンスも始めたいと思う今日この頃です。
しばらくは寒暖差の大きい日が続くようですがどうぞご自愛ください。(K. K)

熊本市歯科医師会会誌

第 199 号

発行日 令和4年11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