中岳

第200号記念号

Top contents

令和４年度熊本市歯科後方支援病院連絡協議会……3
令和４年度熊本市歯科医師会第２回学術講演会……5
第53回十三指定都市歯科医師会役員連絡協議会……8
令和４年度第２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…10
令和４年度第２回歯周病対策プロジェクトセミナー……12
中岳200号記念特集……25

熊本市歯科医師会会誌

第200号

CONTENTS

巻頭言…… 有働　秀一常務理事 1
会長指針…… 2
令和４年度熊本市歯科後方支援病院連絡協議会…… 3
令和４年度熊本市歯科医師会第２回学術講演会…… 5
第53回十三指定都市歯科医師会役員連絡協議会…… 8
令和４年度第２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 …… 10
令和４年度第２回歯周病対策プロジェクトセミナー…… 12
第23回九州歯科医療管理学会…… 15
令和４年度医療対策講演会…… 18
歯磨き巡回指導…… 22
救急蘇生法講習会…… 23
中岳200号記念特集
・歴代理事のお言葉
監　事・元広報委員会理事…… 蔵田　幸一…25
監　事・元広報委員会理事…… 古川　猛士…25
副会長・元広報委員会理事…… 田中　弥興…26
広報委員会前理事…… 温　　永智…27
広報委員会理事…… 飯田　誠治…28
・かめる会
わが心のかめる会　～過去・現在・未来～…… 29
・あつまるデンタル…… 35
スタディー
30年経過した自家歯牙移植の１症例…… 木村　浩幸…36
下顎第三大臼歯の歯根完成歯の自家歯牙移植の長期的観察…… 36
二三乃会…… 41
スポーツの広場…… 42
会務報告…… 43

編集後記

表紙のことば

中岳 200 号ということで、表紙は熊本城が良いだろうと思い、久しぶりに天守閣まで登って来ました。見晴らしサイコーでした。

(S. I)

巻　頭　言

会員に役立つ事業活動と無駄のない予算計画を目標に

有働　秀一
常務理事

年号が令和に変わり早５年目を迎えました。令和４年は野球では熊本出身の村上宗隆選手が年間のホームラン日本人最多記録を樹立し最年少３冠王、サッカーではワールドカップで日本がドイツ、スペインを破りあと一歩でベスト８というところまで上り詰める活躍で、良いニュースずくめで１年を締めくくりました。熊本では藤崎宮秋の例大祭が台風14号の影響で延期もありましたが３年ぶりに開催されました。コロナ感染症は、まだまだ収束の気配がありませんが、ワクチンや治療薬の開発で、間違いなく前に進んでいることを実感します。

本会の事業活動を見てみるとコロナの流行後２年ほどは計画通りに会務が進まない状況でしたが、ワクチン接種も進み、社会情勢もWithコロナということで、厚生事業の新年パーティー、ビアパーティー、「歯の祭典」の開催、さらに口腔外科ベーシックセミナーなどの各種講演会は多くの参加者のもと感染に注意して開催されました。また自立支援型ケア会議等に出務するなど、行政そのほか外部の会議も少しずつ開催されるようになってきています。また一時中断していた小学校のフッ化物洗口、歯磨き巡回指導はやり方を工夫しながら順次再開されています。

今回のコロナ騒動でウェブ上での会議が浸透し今後の活動にプラスに働いていくと思いますが、やはり実際に集まって対面で会議をすると、パソコン上では伝わらないものがあり有意義さを感じます。

会計関係では、現在、理事・委員の先生方の努力により、無駄を省きながら必要な事業はしっかり行うことが出来ています。新入会員も毎年順調に増加し、本会として会計のバランスが取れてきちんと会の事業が予算内で運営出来ている状況です。それを踏まえて令和４年４月から委員会委員の出務費の値上げに加え、長い間据え置きされていた役員報酬の見直しも検討され、昨年７月より施行されました。また現在熊本市から委託されている各検診事業に加えて、現在検討中である各診療所でのフッ化物塗布事業が実現すれば妊娠時期から口腔ケアの重要性の周知に、小児時期からのう蝕予防に、さらに高齢者においてはオーラルフレイルの予防につながり、各年齢層で歯科の手厚い関与ができます。今後も熊本市に市民のためになる歯科の事業への働きかけを行政に対して行っていきたいと考えていますし、行政のみならず、歯科技工士会、歯科衛生士会、8020推進員とのこれまで以上の共働も不可欠と考えます。それがひいては各診療所の増患・増収にもプラスに働くことになると思われます。

今後も会員に役に立つ事業は積極的に取り組み、正しく有益な会費の使い方を模索、検討していきたいと思いますので変わらぬご指導のほどよろしくお願い致します。

会長指針

祝、中岳200号

令和５年が始まりました。思い返すと、新型コロナウイルス感染症が国内に蔓延しだしてから丸３年が経とうとしています。今までもエイズ、SARS、エボラ出血熱等、新型の感染症が騒がれる事はありましたが、今回のように長期に社会生活を制限するような感染症は、近年はありませんでした。私も当初はここまで長引くとは思っておりませんでした。

私の子供もそうでしたが、学校行事が制限され、卒業の時にアルバムに載せる写真がないという嘆きの声を聞きました。また、大学生は入学以来、リモート授業ばかりで学校に行くことがなく、当然友人もなかなか出来ず、一人暮らしにもなじめずに退学に至ったという話も聞きます。未知のウイルスでしたので、発症当初の対応は仕方がないにしても、今後の対応は、十分に検証されるべきだと思います。事実、作年末に盛り上がりましたサッカーワールドカップを見ていても、マスクをしている人はほとんどおらず、超満員のスタジアムで、みんな大声で応援していました。ゼロコロナを謳っていた中国でさえ、国の方針を大きく転換させています。Withコロナと言いながら、なかなか社会制限を解除できない日本ですが、２類相当から５類への見直しもやっと進みそうな気配ですので、もちろんケースバイケースで高齢者や基礎疾患のある方などは別として、インフルエンザ並みの感染症として扱える日が１日も早く来ることを個人的には願っております。本会の行事等も早くコロナ前の状態に戻したい所です。

さて、本号で中岳が200号となりました。発行責任者としまして大変嬉しく思うとともに、本号まで発行に携わっていただいた多くの方々に感謝申し上げます。ありがとうございました。中岳は、私の代になりまして、熊本市歯科医師会のホームページの会員のページの中に第１号から掲載しておりますので、ぜひお時間がある時に覗いてみて下さい。懐かしいお名前やお顔がたくさん出てくると思います。中身を見てみますと、1967年７月に緒方益夫会長の元、「熊本市歯科医師会会誌」として創刊されています。私が1964年生まれですので、改めてその歴史に感慨深いものがあります。緒方会長のご挨拶の中に「全身的疾患の一分症として口腔内に現れてくる疾病が最近いかに多いか、又共に相携えて患者の全快を計るケースが増加しているかを少しでも学んでいただきたいと希望するほかありません」という言葉がありました。まさに、今、我々が対峙している課題と全く同じです。55年前に同じ問題意識を持って歯科医療に取り組んでおられた先達の見識の高さに感心すると共に、その意思を継承していく大切さを再認識させられました。その後、中根俊吾会長時代の平成元年４月発行第65号で現在の「中岳」としてリニューアルされました。この時から表題の中岳の字は会長が書くことになり、私も会長に就任して最初の仕事がこの題字を書くことで、なかなか思うように書けず、50枚以上書いたことを懐かしく思い出されます。

最近はスタディの写真をカラー化して、よりわかりやすい紙面になるように改善されていますし、記事の内容もさらに充実するように広報委員会が頑張ってくれています。中岳は会員みんなで作る広報誌です。本号から中岳のサイズをＢ５からＡ４にサイズアップして、より見やすい紙面となりました。昔のものを見返してみると、多くの個人投稿も掲載されています。これを機に、より多くの方に参加していただき、内容もさらに充実させていく所存ですので、会員の皆様のご協力をよろしくお願いいたします。

各病院の現状をふまえた医療連携の発展を

令和４年度熊本市歯科後方支援病院連絡協議会

久しぶりの開催となりました

令和４年11月14日（月）19時半より県歯会館３階市会議室１において、歯科後方支援病院連絡協議会が開催された。

出席者は、熊本市歯科医師会より宮本格尚会長、田中弥興副会長、髙松尚史専務理事、医療管理委員会より髙橋禎理事、関喜英委員長、他委員４人、熊本大学病院より中山秀樹教授以下３名、国立病院機構熊本医療センターより中島健歯科口腔外科部長以下２名、熊本市立熊本市民病院より太田和俊歯科口腔外科部長以下２名、鶴田病院より松岡祐一郎歯科口腔外科部長、総勢17名で、髙橋理事の司会進行により進められた。

活発な意見交換を

はじめに熊本市歯科医師会宮本会長より、コロナ禍のためこの協議会も数年ぶりの開催となったが、病診連携を深めていくためにも、各病院の現状を聞かせてもらいながら活発な意見交換の場にしていきたいという挨拶があった。

熊本大学病院の先生方

次に、出席者紹介が行われた後協議へ入った。

①口腔外科ベーシックセミナーについて

毎回100名を超える参加者が集まり、人気のセミナーを開催できていることに感謝を申し上げ、来期も年３回の開催をお願いした。

また、セミナーを会員に期間を限定して配信を行うための撮影録画の許可を頂いた。

- 次年度（令和５年度）開催時期に関して
  - ５/17㈬　鶴田病院　松岡先生
  - ９/21㈭　国立病院機構熊本医療センター
  - ２/22㈭　熊本大学病院

熊本医療センターの先生方

②コロナ禍における、後方支援病院の現状について

熊本大学病院、国立病院機構熊本医療センター、熊本市民病院、鶴田病院ともに外来に関しては人数制限等は行わず、紹介患者に関しては通常診療を行なっている。

ただコロナ陽性者に関しては診療できないし、外来外科手術も感染対策をとりながらの対応となっており、まだまだ予断を許さない状況であることに変わりはない。

熊本市民病院の先生方

③熊本大学病院集学的痛みセンターに関して

厚生労働省のモデル事業としてセンターが設置されたが、まだ実態としては、いままでのペインクリニックとあまり変わりはなく、口腔関連痛などで歯科との連携、受け入れ態勢は現状まだできていない。

④その他

国立病院機構熊本医療センターの中島先生、熊本市民病院の太田先生から、2月11日(土)に熊本大学で行われる歯科口腔外科研修会に関する案内があった。

鶴田病院の松岡先生

これからもよろしくお願いします

最後に熊本市歯科医師会田中副会長から閉会の辞を述べ、活発な意見交換が行われたことに感謝し、今後ますます病診連携をよりよく行なっていくために、協力していくことを確認し、閉会となった。

（医療管理　宮崎　康弘）

「歯科・口腔領域の画像診断　～パノラマX線画像を中心に～
令和４年度熊本市歯科医師会第２回学術講演会

令和４年11月12日(土)15時より、県歯会館３階市会議室において、熊本市歯科医師会学術講演会が開催された。今回は、「歯科・口腔領域の画像診断 ―パノラマエックス線画像を中心に―」とういう演題で、医療法人伊東会伊東歯科口腔病院画像診断部長の瀬々良介先生の講演が行われた。宮本会長の開会挨拶の後に講演が開始された。

はじめにレントゲンに関する歴史として、1895年11月８日にW. レントゲンによりエックス線が発見され、1949年にPaateroによってパノラマが考案された。1972年にハウンズフィールドが臨床用CTを開発した。1980年代初頭にラウターバーマンスフィールドによりエックス線を用いないにMRIを開発し普及させた。また、1992年には新井嘉則先生が歯科用CTを開発させ、2000年３月に㈱モリタ製作所による世界初の歯科用CTが薬事認可された。

正確な画像診断を得るためには、①パノラマ撮影法の原理の理解　②診断に耐える画像を得ること　③パノラマエックス線写真の正常像を知ること　④病変の特徴的な所見を理解することが重要であると述べられた。

パノラマエックス線写真の理解しておくべき解剖として、翼口蓋窩、鼻涙管、眼窩下管、頬骨弓下縁、外耳孔、茎状突起、耳垂、軟口蓋、硬口蓋、鼻中隔、下鼻甲介、舌骨、パノラマ無名線、上顎洞後壁を挙げられ、それらが画像にきちんと描出されているか確認を心がけることが大事であるとのことであった。

また、パノラマエックス線画像内で描出される部位の特徴として、頬骨弓はパノラマ無名線の下方と連続して頬骨弓下縁が描出される。眼窩下管は眼窩下管の壁を示す線が眼窩から上顎洞に重なるように描出され、鼻涙管は鼻腔壁と眼窩側壁間に描出される。気道および軟組織は鼻腔気道陰影、口腔気道陰影、咽頭気道陰影が顎骨で重なるように描出される。下顎管は写し出される像が第二大臼歯付近から近心にかけて下顎管の上縁が不明瞭になる傾向があるとのこ

正確なレントゲンで正しい診断を

とであった。

次にパノラマエックス線装置の原理について説明された。撮影される画像の断層幅はそれぞれ前歯部の断層幅・約５㎜、小臼歯部の断層幅・約10㎜、大臼歯部の断層幅・約15㎜であり、撮影時の断層域は決まっているので断層域に撮影対象を正確に入れることを留意して撮影に臨むべきである。そのためには正中、フランクフルト平面、上顎犬歯あたりに３つの基準線を確実に合わせるべきである。例えば正中矢状面が左側に移動すれば右側が大きく撮影されてしまったり、口角部の位置付けの不備により指定された位置から前方に移動すれば前歯部は縮小する。また、フランクフルト平面の位置付けが不良であれば画像が上または下を向いてしまうことを画像を示しながら説明された。

次にエックス線画像における病変および異常像について述べられた。

用語の説明として、蜂巣状(鑑別診断：エナメル上皮腫、顎骨中心性血管腫)、石鹸泡状（エナメル上皮腫、歯原性角化嚢胞、脈瘤性骨嚢胞、巨細胞肉芽腫、ケルビズム)、テニスラケット状(歯原性粘液腫)、ホタテ貝状、弧線状（エナメル上皮腫、歯原性角化嚢胞、単純性骨嚢胞)、鉛筆で書いた下絵状(単純性骨嚢胞)、浮遊歯(辺縁性歯周炎、歯肉癌の骨浸潤、他の悪性腫瘍)、ナイフエッジ状(エナメル上皮腫など)、虫食い状(歯肉癌の骨浸潤、転移性悪性腫瘍、顎骨中心性悪性腫瘍、慢性化膿性骨髄炎)、綿花状(線維性(骨)異形成症、骨ペー

ジェット病)、斑紋状(セメント質骨形成性繊維種、線維性(骨)異形成症)、すりガラス状・オレンジの皮状(線維性異形成症、セメント質骨性異形成症、骨ページェット病、腎性骨異栄養症)、旭日像・陽光状(骨肉腫)、タマネギの皮状(慢性骨髄炎、ガレーの骨髄炎)について画像を通して説明された。

画像診断は難しいので大いに勉強しましょう

続いて病変や異常像の解説として、①上顎洞やその周囲の病変や異常像について②パノラマエックス線写真で偶然発見される石灰化像について③顎関節症について④炎症について、それぞれ述べられた。

①上顎洞やその周囲の病変や異常像について

パノラマエックス線写真での正常な上顎洞は、内側壁(鼻腔側壁)、下壁、後壁、上壁(眼窩底壁)が描出されており、パノラマ無名線は眼窩外側壁からまっすぐ降りている白線で「J」の字をしている。上顎洞の異常所見には、上顎洞壁に連続性がない(破壊、消失、断裂)、上顎洞の不透過性の亢進、石灰化や石灰化様像、上顎洞のドーム状不透過像、洞底壁の挙上、上顎洞の矮小化、上顎洞壁の断裂や液体様物貯留などが所見として出現する。

次に異常像として、

1．上顎洞壁に連続性がない(破壊、消失、断裂)場合は悪性腫瘍を疑うこと。副鼻腔に発症する悪性腫瘍の80%は上顎洞に発症、その内80%は扁平上皮癌であること。
2．上顎洞の不透過性の亢進(洞壁は正常で粘膜の肥厚、滲出液の貯留)を認める場合は上顎洞炎が疑われ、さらに石灰化や石灰化像が内部に認められる場合は、真菌性副鼻腔炎や好酸球性副鼻腔炎、慢性炎症も鑑別診断として重要である。
3．石灰化や石灰化像(上顎洞の不透過性の亢進がない場合は)上顎洞骨隆起(外骨症)が疑われる。
4．上顎洞のドーム状不透過像(周囲に白線なし)は粘液貯留嚢胞であること
5．上顎洞壁の挙上(周囲に白線あり)の場合は歯根嚢胞
6．上顎洞の矮小化は術後性上顎嚢胞
7．上顎洞壁の断裂や液体様物貯留がある場合は骨折が疑われる

と述べられた。

②パノラマエックス線写真で偶然発見される石灰化像について

パノラマエックス線写真の中で石灰化像が顎骨内にないものは唾石が疑われ、顎骨内にあるものは内骨症、内骨腫、突発性骨硬化が疑われる。また時に下顎骨部に石灰化物を認めることがあるが、活膜性骨軟骨腫を認めることもある。他に発見される石灰化物としては血管腫や骨種、セメント質骨性異形成症、歯牙腫がある。

石灰化物に限る事ではないが、上顎の診断を向上させるための撮影上の工夫として、舌を口蓋にできるだけ付けて撮影することで、上顎における撮影画像が明瞭に写ることがあるので一つのポイントとして覚えていただけると良いとのことであった。

③顎関節について

最初に顎関節の解剖を示された後に、変形性顎関節症に特徴的な吸収性骨変化(erosion)、骨棘増生(osteophyte)、萎縮性変化(atrophy)を示されこれらの３つに加えて軟骨化嚢胞、硬化性変化が認められる場合に変形性顎関節症と診断されると述べられた。

またMRIによる関節腔の診断として、顎関節に痛みがある場合は関節液が貯留していることが多いため、T2強調画像で診断を行うことが多いとのことであった。

④炎症について

歯科において顎骨とその周囲の炎症の原因は歯性感染が最も多く、歯性感染の波及経路として、顎骨内に拡大進展していくと、骨髄炎、骨

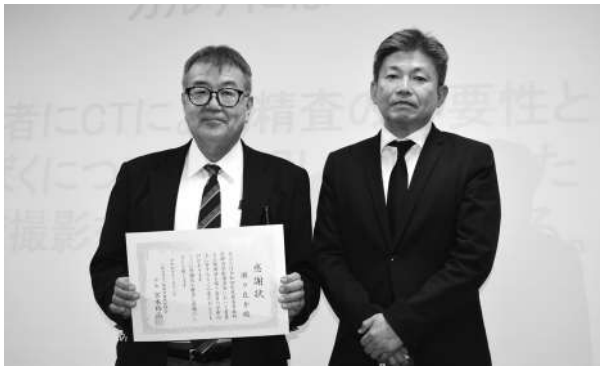
膜炎となり、軟組織や周囲の隙に拡大する場合は、膿瘍や蜂窩織炎へと進行する。

顎骨骨髄炎の場合、急性期の画像初見として、初期(不顕期)にはエックス線上には特徴的な所見は認めないが、感染後10日ごろに境界不明瞭なエックス線透過像として現れてくる。そのため、急性期の場合はMRIが有効であると述べられた。

また、慢性骨髄炎の場合の特徴的な画像初見として、エックス線透過像(骨融解性変化)とエックス線不透過像(骨硬化性変化)の混在像や皮質骨の断裂、骨膜反応や腐骨形成と分離があると説明された。

更に掌蹠膿疱症や関節炎を伴う場合はSAPHO症候群を鑑別に加えて診断した方が良いと述べられた。

Synovitis(滑膜炎)、Acne(ざ瘡)、Pustulosis(膿疱症)、Hyperostosis(骨化症)、Osteitis(骨炎)



貴重なご講演ありがとうございました

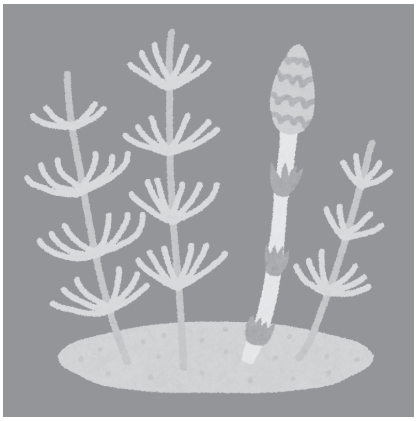
他にも顎骨壊死についても述べられた。顎骨壊死、特に骨吸収抑制剤関連顎骨壊死(ARONJ)／薬剤関連顎骨壊死(MRONJ)の場合は腐骨形成や骨膜反応像を呈する。また放射線性骨壊死(骨髄炎)の場合は通常の骨髄炎と比較し骨破壊所見が主であり、骨膜反応像は乏しいとのことであった。そして骨破壊の進行、腐骨形成、分離、病的骨折などの初見を呈することも示された。

顎骨周囲の軟組織の炎症で歯性感染が波及しやすい隙には咀嚼筋隙や顎下隙、舌下隙、また傍咽頭隙があるが特に傍咽頭隙は注意すべきである。

傍咽頭間隙から咽頭後間劇や内臓間隙、頸動脈隙、更に縦隔洞へ波及する場合は危険を伴うので注意が必要であると述べられた。

最後に学術担当理事の山口英司先生のご挨拶の後、盛会のうちに閉会した。

(学術　竹中　誠一郎)



３年ぶりに新潟市で開催

第53回十三指定都市歯科医師会役員連絡協議会

人数制限で例年の半分約 60 人の会議です

令和４年10月22日（土）14時30分より、新潟市ホテルイタリア軒において、令和元年の横浜市開催から３年ぶりの協議会が開催されました。新潟市歯科医師会は、新型コロナウイルス感染症の社会状況により、毎年のように、開催の可否を判断していましたが、念願の開催となりました。今回はまさにこれまでの期間を象徴した「新型コロナと歯科医療～最前線の我々はいかにコロナと向かい合ってきたか～」のテーマのもとに、全国20政令指定都市のうち、13市が参加しました。基本的に各歯科医師会からの出席は３名に制限され、例年の半分程度の約60名での会議となりました。本会からは、宮本会長・渡辺副会長・私の３名で出席しました。

今回は、例年と異なり、講演を２題もうけてあり、それにより、ディスカッションを少なくしてありました。まず、日本歯科医師会堀会長の特別講演が行われました。堀会長は、「日歯ビジョンについて　健康寿命の延伸にむけて　歯科医療の過去・現在・未来」という演題での講演です。歯科界のこれまでの取り組みと日本歯科医師会としての現状認識、そして将来の歯科医療のあるべき姿について、３年前の横浜市での協議会開催時の講演を踏まえての継続的な内容となりました。

今回は３名での出席です

その後休憩をはさみ、新潟市保健衛生部医監山崎哲先生より、「新潟市における新型コロナウイルス対応」と題して、基調講演が行われました。新潟市でも、熊本市同様に、県市が一体となって施策を推進して、良い結果がうまれたようです。

次に協議に移ります。通常であれば、各都市からの活発な意見が展開される場となりますが、今回は、発言を限定したかったのか、司会からの指示による発言のみとなっています。各都市、コロナ禍で活動が制限されているため、大きな内容となるものはありませんでしたが、行政との連携をそれぞれに工夫されていたことがうかがえました。

今回の協議会は、３年間新型コロナウイルス感染症の社会状況に翻弄されながら、悲願と思

日本歯科医師会堀会長

えるような実開催となり、新潟市執行部の喜びがみえ、さらに、来年の川崎市の開催へとつながる盛会となりました。

終了後は、同じホテルにて、米どころならではの日本酒飲み比べもある懇親会が行われました。新潟をホームとするプロサッカーチーム、アルビレックス新潟が、前週にＪ１昇格を決めており、その話題も出ながら盛り上がった懇親会となりました。

（髙松　尚史専務理事）

更なる連携強化を目指して

～令和４年度第２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～

今後も連携を深めていきます

令和４年度第２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４年12月13日(火)19時より、国立病院機構熊本医療センター３階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、院長の髙橋毅先生、副院長の日高道弘先生、副院長代行の宮成信友先生、臨床研究部長の富田正郎先生、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、副会長の渡辺猛士先生と田中弥興先生、専務理事の髙松尚史先生、医療管理理事の髙橋禎先生と医療管理委員長である私、関喜英でした。

今は重症者以外の救急は受け入れられません

まず熊本医療センターに対し、宮本会長より、日頃の医科歯科連携に対する感謝の意を示し、亡くなられた橋本伸朗前副院長への哀悼の言葉を述べられました。次に、髙橋毅院長が、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ました。12月13日現在で、新型コロナウイルスが再び蔓延してきており、重症者以外の救急患者を受け入れられないような状況だということでした。

続いて協議に入り、熊本医療センター歯科口腔外科部長の中島先生より以下のような報告がされました。

- 歯科紹介率は52.3％で、過去５年で最も良かった。
- 歯科地域医療支援病院紹介率は51.3％で例年と同様であった。
- 歯科紹介患者数は新型コロナの発生以来減少したが、800人から950人ほどで横ばい傾向にある。
- 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されました。

- 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。
- 受診内容は転倒による顔面の外傷が多かった。
- 義歯誤飲(インレーやクラウンも含む)などもいる。誤飲した物は内視鏡で取る場合、開腹

する場合、出てくるのを待つ場合がある。

歯科医師関連の研修については、11月10日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で定員30名程度で行われました。

日頃の医科歯科連携に感謝します

また、２月25日（土）18時30分から熊本医療センター内の地域医療研修センターにて、開放型病院連絡会を開催するとのことで、内容は、総会と、医療従事者の働き方改革に関する講演となっています。

最後に、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くことを確認し、協議会は終了となりました。

（医療管理　関　喜英）

『歯周組織検査に基づいた歯周炎の診断と治療計画の立て方 ～歯科医師の役割～』

令和４年度第２回歯周病対策プロジェクトセミナー

熱心に聴き入る参加者

令和４年10月６日(木)19時30分より県歯会館４階大ホールにて上記演題によるセミナーが開催された。

宮本会長の挨拶の後、東先生のセミナーが開催された。セミナーの内容を以下に詳述したい。

「歯周炎の特徴　歯周炎とは何か？」をまずは詳述する。セメント質、歯根膜、歯槽骨が壊れていくのが歯周炎である。骨の吸収は歯周炎の特徴ではなく、付着の喪失が主たるものである。骨の病変ではなく付着の喪失が病態であるから、骨を安易に削ってはいけない。ICT(炎症性結合組織)と言われる炎症層があり、ここを改善することが肝要である。歯肉に炎症があることが歯周炎の初期の兆候であるが、付着の喪失が起きることでポケットが形成される。付着の喪失とはセメント質についている歯根膜線維が壊れてくるということである。歯根膜は一体化しているので内掘れに吸収されてくる。歯周炎の二次的な兆候として歯槽骨の吸収と動揺度の増加、歯の移動が起こる。つまり炎症が先に起こるのであって、咬合の問題が先に起きるのではない。

次に炎症性疾患を詳述する。ポケット内に潰瘍があって出血する。このため原因除去が大切である。最初は原因除去としてプラークを取れば良く、それだけが大切ということである。そして肝心なことは、歯周病は治らないということを認識しておきたい。再生療法をやっても変わらない。再生療法をやるとちょっとは若返るということである。このためずっとSPTを実施していき、維持していかないといけない。具体的には歯肉縁上は歯ブラシをする。その他にはSRP、歯肉縁下の歯石もとるということである。歯周基本治療のことを欧米では原因除去治療と定義されることを確認しておきたい。

SPTの主体は歯科衛生士であり、歯科衛生士が生涯にわたって診ていかないといけない。

ここで大切なことはセルフケアである。そのためには生涯にわたって通ってくることが大切である。このため東先生は外科をやる機会が顕著に減ったとのこと。

歯肉炎は歯肉に炎症があることであり、歯周炎は付着の喪失であると定義される。

歯周病とは歯肉結合組織の炎症性病変であり、まずは炎症のコントロールが大切である。

炎症をとること、それが何よりも先に優先される。

炎症をとる過程でよく遭遇することに咬合調整がある。咬合調整の適応はどうなのか？

患者さんが痛がらなかったら、削って調整する必要はない。動揺があったとしても、「この状態で噛めていますか？」と聞くと良い。聞い

てみると「結構大丈夫だよ」と言ってくれることが多い。咬合調整をするかどうかのコツは、患者さんに聞いてそれから判断することである。

歯周病の性質は、炎症性の疾患であって骨の疾患ではないことである。歯周組織を作るのはとても難しい。GBRよりGTRはより難しい。再生療法を実施するとレントゲン上は治っているように見えるが、それは再生ではなくて修復である。歯周疾患の第一の特徴は付着の喪失であり、部位特異性の疾患であることを忘れてはならない。

歯周病は SPT で維持することが大切です

- 歯周治療の実際を次に述べる。患者さんは大体の場合、自分が歯周病であることを知らない。

なぜかというと症状が出ないからである。いきなりあなたは歯周病ですよと言われても説得力がない。このため、歯周病であることを患者さんにどのようにわかってもらうか？そのポイントとして「検査している時から動機づけが始まっている」ことを記憶に留めておきたい。以下にそのことを詳しく述べる。

まずは歯周病検査の１回目を実施する。これは６点法で行い、そして診断する。

次にレントゲン、口腔内写真、マルモの採得を行う。これらの資料がとれない時は歯周治療の対象から外れると思って良い。検査をするときに次のことを伝える。「歯と歯肉の間の隙間を測ります。これは歯周病をみる大事な検査です。場合によっては痛みを伴いますが、慎重にやりますので、頑張っていきましょう」

次に東先生が出てきて、検査の内容を患者さんと共有する。この際に「原因は何か？これを放置したらどうなるか？等々」を伝える。そして基準を与える。青信号は３㎜まで、黄色信号は４㎜、５㎜、赤信号は６㎜以上になる。これを前もって伝えることで、検査のたびに数値を読み上げる際に患者は目の色が変わる。検査の後に、現在の状況と今後どうしたら良いのかを伝える。今がどういう状況かを患者さんに客観的に伝える。「汚れている」とかは決して言ってはいけない。合わせて主訴はいつまでも記憶に残しておかないといけない。これをいつも考えながらしないといけない。この後に歯科衛生士とバトンタッチする。この時に歯科衛生士の名前と経歴（上手ですよ）など一言添えると良い。このような些細なことが後で大切になってくることがわかる。

- モチベーションの実際を以下に述べる
  1．人間の行動は欲求や不安や恐怖によって動く。それを検査で与える。
     測っていくときに数値を読み上げることで現在の状態を言ってあげる。
     あなたが悪いから歯周病になったのだとは言ってはいけない。
  2．プラークが悪いと伝えて行動してもらう。
  3．到達目標を伝える。
  4．メインテナンスの必要性を伝える。
- 動機づけを行う上での注意点を述べる。
  1．治療を始める前に正しい情報を提供する。
  2．情報を与える際には、その患者にとって何が重要なのかを強調する。
  3．やさしく、簡単な言葉を使用する。
  4．部分的にもう一度適切に説明する。
  5．何度も繰り返し行う。
  6．患者が正しく理解できたかどうかを確認する。
- 歯周病変の診察は、ポケットとBOP、根分岐部病変と動揺度の診査が大切である。動揺度というと、患者さんが咬合調整しないと噛めない場合があるが、この場合は連結を考慮するが、実際には咬合調整も連結もあまりやらないことが多い。合わせて大切なのは、X線レントゲン診査である。歯肉については出血で診る。プローブを入れて出血するのが歯周病。よくなってきていることを言ってあげるのが大切であり、よくなってきていることは言ってあげないといけない。しかし付着が変わってきているわけではない。ICTがなくなると、プローブが入りにくくなってくる。

ICTがあるときは通常よりも２㎜深くポケットが深くなる。大切なことはプロービング診査の際にはポケットの値を主に見るのではなく、プラークとBOPを診ることである。

ここでプロービングの目的を確認しておきたい。ポケットの深さを診ているのではなくて「どの辺まで炎症が波及しているのかを診ている」ということである。歯にタッチしながらプローブは挿入していく。歯に平行に挿入するのではない。炎症が根尖側のどの位置まで波及しているのかを診る。

次にX線レントゲン検査。歯槽骨はレントゲンの分析によって診るのだが、レントゲンを診るときには骨のラインを診る。最初は水平的に減ってくる。末期の根尖端付近になって楔状になってくる。両側に楔状の欠損があるときには力の問題と言えるかもしれないが、片方の場合はそうではない。歯槽骨頂から３㎜ぐらいにポケット底があるとみて良い。骨の形態によって垂直か水平かがきまる。次に動揺度を考えるが、１度、２度はまだ歯根膜が残っていることを示す。この際の動揺度は頬、舌的な動きで診ていく。

大変勉強になりました

検査の時に一番難しいのは、根分岐部病変である。分岐部が１度か、２度か、３度かはどうでもよいことである。分岐部があるかどうかが肝心である。上顎の近心から、下顎の６番の遠心から、時々遠心２根がある。根分岐部病変があると、大方は歯周病は進行する。東歯科医院では分岐部病変への治療は基本治療で行う。この治療の結果として長く持つことが実感としてある。

分岐部がある人はずっとメインテナンスを続けていく。分岐部の大半は、遠心の分岐部で開いているところから進行する。左右対称に分岐部は存在することがわかっている。このため分岐部がどこにあるかを見つけることが大事である。模型か何かで各歯科医院で検討することが大切である。

診査をした後に診断をするが以下のことを考える。まずは１歯ごとの診断をしたら３つに分類する。１．どの歯を残すか　２．どの歯を抜歯するか　３．経過観察の歯はどれか？（歯周基本治療後にこの歯は１か２に振り分ける）また、審美的に重要な歯はどれか？歯列内配列上重要な歯はどれか？咬合する上で重要な歯はどれか？以上の結果から仮の計画を立案する。

計画後治療に入るが、治療後再評価を行う。再評価の本当の結果が出るのは基本治療が終わってから３ヶ月たった時がそうである。よって早い段階の再評価で結果が悪かった場合には再評価の「時期が早いだけ」という可能性があることを忘れてはならない。

本日最後に伝えたいのは、歯周治療に関して、歯科医師にも関わってほしいことである。

また患者さんと相対するときには明るく接していただきたい。患者さんにかける言葉としては、「よくなってきましたよね。でももうちょっとココが良くなると良いですよね。」という一言添える配慮が大切であることを最後に強調しておきたい。

講演は約１時間半にわたって行われ、参加者一同が普段臨床で行っている歯周治療に関しての知識の研鑽になっただけでなく、日々の診療業務の改善を考える良いきっかけになったことと思う。また、医療人としてどのように患者さんに相対するべきかを考える機会にもなったことと思う。

（学術　澤幡　佳孝）

大会テーマ
「災害対応　これまでと　これからと　－災害への各種取り組みを考える－」
第23回　九州歯科医療管理学会

安心・安全・信頼の歯科医療の提供のために!!

令和４年11月13日（日）９時30分より佐賀県歯科医師会館１階ホールにて、参加者約40名のもと第23回九州歯科医療管理学会が開催された。初めに、佐賀県歯科医師会常務理事で大会準備委員長の梅津哲夫先生の挨拶により開会した。

まず、日本歯科医療管理学会理事長の尾崎哲則先生より「安心・安全・信頼の歯科医療を提供するために　－新型コロナウイルス感染症への対処を例に－」と題して基調講演があった。新型コロナウイルス感染症（Covid－19）が日本国内で明らかな流行が始まった2020年４月以降、歯科受診状況が変わったことは様々なデータからも明らかです。何故、歯科への受診行動が変わったかを東京都を例にしてみていくと、Covid－19の流行下での歯科受診は出来れば控えたいという人がいくつかの国民意識調査にて60％以上であり、それを裏付けるように医療保険種別ごとに見ても来院患者が2020年４～７月で前年同月比の国保で約63％、社保で約73％、後期高齢者で約74％となっており、収入別にみてみても収入の少ない家庭に特に歯科の受診抑制がみられた。また、歯科での飛沫感染への懸念がマスコミを中心に報道され、国民へ間違った意識を植え付けた部分があった。歯科診療機関からのクラスター感染事例は極めて少なく、この背後にはどのようなことが考えられるのかを再度検証していくことが重要である。

また、口腔外バキューム装置については現在、「歯科外来診療環境体制加算」における施設基準の装置とされ、かなりの歯科診療所（全国で６割近く）に設置されてきており、有害物質を除去するための「局所排気」に特化した装置であり、内部のHEPAフィルターにより局所のエアロゾルを防ぎ、視野確保、義歯等補綴物切削時の切削片の除去、院内の臭気低減を行うため安心・安全・信頼の歯科医療には欠かせない装置になっているとのことであった。

大会会場前にて

次に、福岡県歯科医師会の太田秀人先生より「災害時の歯科保健医療支援の経験と課題－何ができ、何ができなかったのか？」と題して講

演があった。足立らは、阪神淡路大震災での「関連死の24％を占めた肺炎」を再考察し、「口腔ケアを中心とした歯科保健」を新たな役割に加えた。この教訓が中越地震（2004年）に活かされ、関連死の肺炎は15％に減少した。しかし、広域・複合災害となった東日本大震災（2011年）では関連死の肺炎の割合が31％となり、歯科支援活動の評価票や活動記録票などの未統一が問題化し、宮城県気仙沼市において、大東らにより「発災後２週間の間に肺炎が急増し、肺炎を発症し入院した場合の死亡率は、避難所からより介護施設や自宅からの方が多い」と報告があり、発災直後から特に介護施設や在宅の災害要配慮者に対する対応が課題となった。「肺炎による関連死を防止するには、基礎疾患の増悪やフレイルによる不顕性誤嚥や、免疫力の低下と低栄養の予防などが必要」として、「歯科支援、医療支援、リハビリ支援、食支援などで多職種連携が必要」と提唱した。

熊本地震（2016年）では、今までの教訓を活かかし考案された全国統一版「歯科口腔保健アセスメント票」が初運用され、実施例として南阿蘇地区での口腔機能支援について実際行った多職種連携等の報告があり、呼吸器疾患は（肺炎等）28％であった。今後、歯科では災害歯科保健医療体制研修会（2018年～）などが開催され日本災害歯科支援チーム（ＪＤＡＴ：Japan Dental Alliance Team）が誕生する。課題としては、災害現場の疑似体験可能な研修会、災害歯科コーディネーター育成、平時の地域包括ケアシステムでの介護職との連携、医科との周術期管理や糖尿病連携、大学との病診連携等で得た知識やつながりを災害時にも活かしていくことが重要とのことであった。

災害時の肺炎予防は重要です

次に、シンポジウムとして３名の先生方の講演があり、最初に宮崎県歯科医師会の後藤大先生より「宮崎県歯科医師会の災害対策－これまでとこれから－」と題して講演があった。2021年に南海トラフ巨大地震が40年以内に90％の確率で発災すると上方修正された。これによる被害は、宮崎県内26市町村のうち13市町は震度７に、それに伴う津波により15,000人の人的被害が想定され、1週間後の避難者は37,000人を予測し、長期避難生活を見据え準備する必要がある。宮崎県歯科医師では、大規模災害マニュアルの作成、備蓄品の拡充（事務用品、PC機器、衛生用品、生活用品などの初動パッケージ）、アクションカードの利用などを行い、行政担当部署や他の災害支援団体との合同研修会や訓練を行う事で異業種間の連携を深めているとのことであった。

次に、鹿児島県歯科医師会の濱崎慎先生より「鹿児島県の災害対応」という演題で講演があった。鹿児島県では、特に桜島大規模噴火を想定した取り組みを行っており、鹿児島県歯科医師会警察歯科医会を発展させ鹿児島県歯科医師会会長直轄の災害時対策・警察歯科総合検討会議を立ち上げた。ここでは、災害時には多職種との顔の見える関係を築くことが重要となるため毎年、鹿児島県警、第十管区海上保安本部、鹿児島県医師会、鹿児島大学、行政関係者と協議会や身元確認業務等実地研修会を実施し、歯科医師の意識の向上を図っている。又、鹿児島県が保有していて歯科医師会が活用している移動診療車を、現在は健診事業や無医村地区などの診療に使用しているが、今後は災害時にも活用できるように検討しているとのことであった。

次に、大分県歯科医師会の和田孝介先生より「大分県歯科医師会の災害対策の現状と課題」と題して講演があった。大分県歯科医師会も今後起こりうる南海トラフ地震での被害想定をしており、最大で20,000人の人的被害の試算がでている。これまでに災害対策マニュアル作成、県行政や歯科衛生士会との協定締結、また県が主導する災害医療対策協議会への参加、警察嘱託歯科医会への参加を行ってきているが、まだ実質的な活動を行う上で多くの課題がある。現在、災害対策本部の整備、マニュアルの見直し、会員の安否確認は緊急メール配信システム

として構築し安否確認訓練を行っているが、課題は山積みであり他団体との更なる連携構築が最重要課題とのことであった。

その後、沖縄県歯科医師会専務理事・学術理事の渡慶次彰先生が座長を務められ３名の先生方と会場の先生方とのディスカッションが行われ、災害支援について各県ともこれから行政等との連携を深めていく必要があることや、JDATをもっと認識してもらうことが必要なこと、災害対応として各県医療計画に必ず歯科を入れてもらうことなど活発な意見交換が行われた。最後に佐賀県歯科医師会実行委員長の宮原昭先生の挨拶で閉会した。

今回の学会で、災害が起こる前の平時に県単位での行政や多職種の方々との連携の構築をしっかりおこなっておくことが重要であると再認識させられる学会となった。

（医療管理　赤城　忠臣）

心を震わすシネマワールド

『アルジャーノンに花束を』

監　　督　ラルフ・ネルソン
公　　開　1968年　アメリカ映画
ジャンル　SF・ヒューマンドラマ
原　　作　ダニエル・キイス 「アルジャーノンに花束を」
出 演 者　クリフ・ロバートソン(チャーリイ)
　　アルジャーノン(ハツカネズミ)
　　クレア・ブルーム
　　レオン・ジャニー
　　リリア・スカラ

邦題は「まごころを君に」で日本で公開されたが、この映画に関しては「アルジャーノンに花束を」がこの映画の最後を締める台詞でもあり、まさにこの言葉に収束される感動に泣かされる作品です。いろんな思惑があったと思いますが、ここは原題通りが良かったと思います。

主人公のチャーリイには知的障害があったが、賢くなって皆と仲良くなりたいという、心優しい青年でもありました。ある時開発されたばかりの脳手術でハツカネズミのアルジャーノンが驚くべき変化を遂げたのことで、周りの人に進められてこの手術を受けることになります。手術は成功しIQも天才クラスに上昇します。しかし心は幼いままで、それ故今まで自分が受けていた扱いに気づき、また賢くなったが故に逆に周りを見下すようにもなり、様々な軋轢が生まれます。そんな中、先に手術をしていたアルジャーノンに変化が現れます。天才となったチャーリイはそれを打開するため自ら研究に努めますが…。

この映画はいくつかの国でリメイクされ、また日本でも二度ほどテレビドラマ化され、また何度も舞台化されています。映画を見終わった後、主演したクリフ・ロバートソンはなんて素晴らしい俳優だろうと思っていたら、この作品で第41回アカデミー主演男優賞を受賞しています。その熱演を見ると誰もが涙し納得します。原作はSF界の最高峰ヒューゴー賞を受賞しており、読んでみるのもいいかと思います。

（温　永智）

―患者さんと医療者が幸せになるために―
令和４年度　医療対策講演会「困った患者さん」の見方とその対応

おもしろい内容に会場は満員でした

令和４年11月６日（日）９時30分から、医療対策講演会が県歯会館４階大ホールにて、県歯医療対策委員会・市歯医療管理委員会合同講演会として開催された。

講師は医療法人社団グリーンデンタルクリニック理事長　島田淳先生で「困った患者さん」の見方とその対応という演題でご講演頂いた。

司会進行は熊本県歯科医師会椿賢理事と熊本市歯科医師会髙橋禎理事の二人が務め、熊本県歯科医師会伊藤明彦会長の開会の挨拶の後、講演がはじまった。

以下、講演内容に関して概要を報告する。

患者さんは「苦しみに耐え、我慢している人」であり、医療者に助けを求め困っている患者さんを助けるのが仕事であるのに、どうして医療従事者にとって困った患者さんになってしまうのか？

困った患者さんの生態

- クレームを繰り返す
- こちらの説明に対する理解度が低い
- 執拗に症状を訴える
- 不安傾向を示す挙動がある
- 自分の希望する治療法を術者に強要する
- 非常に詳細な現病歴や書類や絵などを持参する
- 症状に関し、些細なことまで強迫的なこだわりを持っている
- 話が長い、話を聞かない
- 神経質で非常に細かい
- 他の部位にも様々な愁訴がある

困った患者さんがもっている誤解

- 医者にかかれば、病気は必ず治る
- 診察や検査で病気の原因は必ず突き止めることができる
- 医師は病気を完全に治す義務を負っている
- 治療や薬は誰に対しても同じ結果をもたらす
- 患者が医師の診療に協力する必要はない
- 医師はどのような患者でも診療を拒否できない

一般的にいう「医学の不確実性」という現実を理解しておらず、医療に対する患者さんの誤解も背景にあるといわれている。

困った患者さんとは？

1．精神疾患、精神遅滞（知的障害）、認知症
2．パーソナリティ障害、性格、人格、気質
3．心理社会的問題（ストレスなど）、心身症
4．慢性痛
5．機能性身体症候群（医学的に説明困難な症候群）→痛覚変調性疼痛
6．モンスターペイシェント・クレーマー

伊藤会長の開会挨拶

困った患者さんかどうかを評価するのは医療者医療従事者の問題

１．医療者の知識・技術の問題（医原性）
２．医療者のコミュニケーション不足
３．医療者の対応の問題

医師は病気を「疾患（desease）」として捉えるが、患者にとって、それは「病い（illness）」であるというアーサー・クライマンの言葉を紹介され、患者さんが来院する理由は不安だからであって、人は必ずしも合理的に物事を考えている訳ではない。患者さんの考えと医療者側の考えの齟齬が生じていると問題が起こりやすい。

顎関節症にはSimple caseとComplex caseがあり、Simple caseは主訴と客観的所見が一致するもので、Complex caseは主訴と客観的所見の不一致がみられ、慢性疼痛としての顎関節症や痛覚変調性疼痛としての顎関節症などがあり、よく医療面接を行い、認知行動療法的治療や運動療法で対応する場合や、医科との集学的治療が必要な場合も多い。歯科的に問題がなく、歯科的治療の限界を感じる場合は、睡眠や全身的な問題、生活支障度の低下などについて医科に対して紹介をすることは必要で、治らない症状が睡眠時無呼吸や認知症などが原因となっていることもある。

一般歯科開業医は一人の患者を総合的に診ることが求められていて、顎顔面領域の痛みに関して、歯科的疾患の鑑別判断は歯科医師にしかできないし、歯原性歯痛、非歯原性歯痛・顎関節症様症状の鑑別診断能力も必要で、鑑別するための広い知識が求められている。

SOAP診療システムではS（Subjective）自覚症状、O（Objective）他覚症状、A（Assessment）評価、診断P（Plan）治療計画からT（Treatment）手技があってR（Result）結果があるというもので、歯科の場合は、結果が出なかった場合に、やり方、手技が悪かったのではないかという所に考えが及びやすいが、本来は診断・評価の部分に立ち戻ることが大事である。歯科医師は歯科疾患ばかりをみて、疾患を持つ人（患者）をみていないことが多い。よい治療というものは医療者にとってなのか、患者さんにとってなのかということを考える必要がある。多種多様な患者を画一的として捉えてしまうとおしつけの医療に終始してしまいがちであるので、患者の特性、行動様式、態度をよく知ることで、患者を悩みを持った人として認知することができる。

感情とプロフェッショナリズム

医療者と患者さんの相互作用から生まれる感情、カーッとなってしまう事で、誤診や訴訟のリスクが上がる部分もある。感情に振り回されないということは大切で、自分の感情を使いこなす能力やスキルを高め、自己洞察を深め、ナラティブを感受できる能力を磨くことが大切である。コミュニケーションとは、結果を出すことであるので、医療では患者さんが納得して行動してくれる、診療を進めさせてくれるということである。コミュニケーション上達のコツとしては、事実を起点に話を始め、論点（終点）を明確化した上で会話を進め、会話をしながら頭の中で常に論理を組み立てることが大切である。

モンスターペイシェントやクレーム

「医療従事者や医療機関に対して自己中心的で理不尽な要求、果ては暴言・暴力を繰り返す患者やその保護者など」のことで、トラブルを引き起こす患者さんには医学の不確実性を理解しておらず誤解が生まれる背景がある。クレーマーへの対処法としては、①言動や行動は詳細にカルテ記載、目撃者も記録②院長には早期に連絡して組織的に対応してもらう③当方に落ち度がある場合は、素早いお詫び（限定的謝罪）、確実な実態把握、組織的な対応がいる。

クレームをいう人の中で本当に悪いクレーマーは１％で、良質なクレームの方が圧倒的に多い。厄介なことが起きたと思っているのは患

者さんの方で、クレームは処理するものではなく、対応するもので、クレームから逃げない勇気と自分事と捉えて向き合う強い心が大切。

自分の常識や価値観を物差しにしてクレーム対応をしない。

事実確認と要望確認は重要で、いつどこで、なにがあって、何に対して怒っていて、どうしたいのかを患者さんの言葉そのまま記録するメモは重要である。

解決策はどう出すかが大切で、説得ではなく納得になるように心がけ、最後にお礼の言葉を述べるということを忘れないようにしたい。

疾患ではなく人をみることが大事　講師の島田淳先生

医療における主導権の存在

患者さんが自分を優位にするために行うパターンは３つあり、①医療者を暴力や暴言で威圧する②医療者にクレームや難癖をつけて要求を通そうとする③医療者を持ち上げ、特別扱いしてもらおうとするというものがある。共感や受容を行いながらも、状況を俯瞰して相手と対峙し、患者さんに入り込みすぎないことは大切で、心理的な距離を保ち、特別扱いもしない。

治療ゴールの考え方

治らない時にゴールをどう考えるのか。まずは、診断に立ち戻ることが必要で、睡眠や歯科以外の症状を見つけた場合は医科との連携を考える。歯科的な症状については歯科で継続的に診ていく必要があり、治療ゴールは痛みの改善ではなく、ADL/QOLの向上にあると考える事で、慢性の問題に対応していく。

こころの病気

脳の働きが変化して生じる病気として、精神疾患、心身症と言われている。精神疾患を有する患者は約40人に１人が該当し、生涯有病率は約20%である。こころの病気と関係する歯科疾患としては舌痛症、口臭恐怖症、顎関節症、咬合違和感症候群、歯科恐怖症など。

司会進行の髙橋理事

日常臨床において心理療法を行う事は可能か

限られた時間をいかに心理療法的なものにするかという考えは重要で、初診にかけた時間は報われる。ていねいに患者さんの話を聞き、そのつらさをねぎらうという、技法以前の要因、すなわち支持的精神療法が大きく効いていると言われる。支持的精神療法としては傾聴、共感、受容、支持、保証があり、精神療法を行う人の人柄の影響も大きく、人柄精神療法とも言われる。

また、患者さんの満足度には治療効果ではなくコミュニケーションが多大に影響を与えている。「他に何かいいたいこと、聞きたいことはありませんか」といったドアノブ質問は特に有効である。

人は治る

医療の本来の役割は、患者さんの自然治癒力・適応能力をいかに引き出し、早期に日常生活に支障のない状態にもっていくかという事。プラセボ効果も重要で、医師への信頼、医療への期待感がもたらす治癒力は大きく、誰が治療するかということによっても変わる。

心理社会的要因は患者さんの許容範囲を超えると、過敏性が増し、症状の慢性化、難治化しやすくなる。歯科における心理社会的要因としては、歯科医院、治療、歯科医師に対する不安そのもので、心理的安全状態でなければ、治療はうまくいかない。心理安全性が確立できれば、医療のパフォーマンスは上がり、患者も思っ

た事を安心して相談できる。

また、運動の鎮痛効果は非常に有効で、そこには脳活動が関係しているといわれるが、運動は身体のどの部位を動かしても鎮痛効果がある。

脳機能で考える痛みは急性痛では感覚部分であるが、慢性痛では情動部分に変わっている。

困った患者さんへのチームでの対応

受付、歯科助手、歯科衛生士、歯科医師での情報の共有は大切。患者さんを知ることは口腔内を知ることだけではなく、患者さんの背景などを多面的に捉えることが患者さんを支えることになる。メインテナンスで長期的に関わりながらの変化や、受付での態度、発言など、チーム全体で共有することで、患者とのより良好で深い信頼関係が構築される。

まとめ

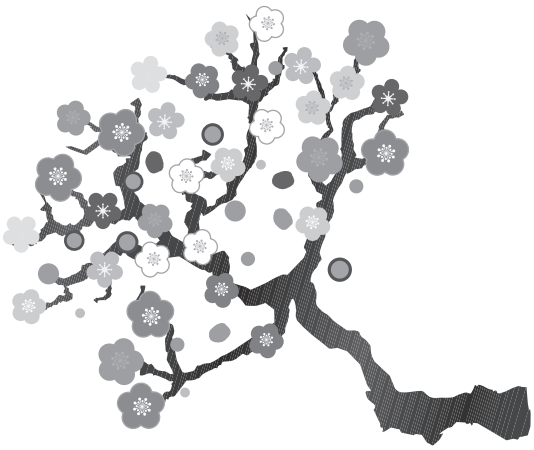
1．対応できる困った患者さんと対応できない困った患者さんがいる
　どのような困った患者さんがいるかを知ることは大切
2．患者さん側の問題と医療者側の問題がある
3．対応できないと思った場合は一人で対応しない　情報共有
4．心理的安全性　安心感を与えるように考える
5．患者さんを知ることは自分のスキルアップにつながる
6．メタ認知　３人称で考える
7．歯科におけるCureはCareになる

いくつもの、実際の困った患者さんの臨床例を提示されながら、その対応と経過をお話しされ、医療は人と人のつながりが大切で、そこに面白さも大変さもあるという事を感じる講演会であった。

ご講演ありがとうございました

講演後、熊本市歯科医師会宮本格尚会長から謝辞を述べ、閉会となった。

（医療管理　宮崎　康弘）



２年半ぶりの開催

令和４年度歯磨き巡回指導

令和４年度歯磨き巡回指導は、11月に４校、龍田西小学校、城南小学校、出水小学校、山本小学校で行いました。

コロナ禍で２年半中止していたので、指導内容を少し変更して衛生士会熊本支部の協力を得てDVD作成を行い児童に見てもらって学習するようにしてみました。

児童数が多い小学校ではDVDをみてもらい、むし歯になる原因のプラークの状態とプラークを除去するブラッシングのやり方の２本立てです。

山本小学校は、児童数が少ない(18名)ので従来とおりDVDの１部を見てもらい、その後に染め出し剤を用いてブラッシング指導を行いました。学校歯科医及び同伴の衛生士さんの協力があったので実習形式でできました。

参加された学校歯科医及び同伴の衛生士さんご協力ありがとうございました。

（地域学校歯科　井手　裕二）

龍田西小学校へ歯磨き巡回指導に行ってきました。

歯磨き巡回指導は３年生を対象にした歯と口の衛生に関する知識と技術の習得を目的とした熊本市の事業です。コロナ禍となりしばらく中止になっていましたが、今年度から再開しました。いままでは染め出し液を用いて鏡を見ながらブラッシングを行っていましたが、感染拡大防止のため、事前にDVDを作成し座学を中心にう蝕の成り立ちと、ブラッシングのしかたについて学習していただきました。徐々に保護者による仕上げ磨きから手が離れる年代ですので、この事業を通して、少しでもう蝕罹患率の低下に寄与できれば良いと思います。

（地域学校歯科　後藤　俊秀）

出水小学校

山本小学校

城南小学校

龍田西小学校

医院全体で取りくむ救急蘇生
令和４年度救急蘇生法講習会

みなさん熱心に聞きいっていました

令和４年11月10日（木）19時30分より35名の参加者のもと、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て、感染対策を十分に行いながら救急蘇生法講演会が開催された。初めに、市歯会会長宮本格尚先生より挨拶が行われ、その後、今回は国立病院機構熊本医療センター麻酔科部長瀧賢一郎先生、麻酔科王子維蘭先生、口腔外科前田顕誠先生の講演が行われた。

毎年、講演・実習ありがとうございます

最初に、瀧賢一郎先生より「救急蘇生法2022」という演題で講演が行われ、BLS（Basic Life Support）一次救命処置は、High performance（quality）CPRを意識して胸骨圧迫、人工呼吸を10分間交代で継続して行う事が出来るようになることが重要で、突然倒れたり呼びかけにも反応がない人には、心停止を考慮して助けを呼びAEDを持ってきてもらい、躊躇なく胸骨圧迫を開始する。AEDは、極端に言えば誰に貼ってもよく、勝手に電気ショックが流れるわけではないので、判断に迷うような場合はAEDを使用することが重要とのことであった。反応がない（失神）ということはどういうことなのか？

ここで、王子維蘭先生より「失神と心電図」という演題にて講演が行われ、まず失神、気絶とは突然起こる短い時間の意識の消失で、短時間でも脳全体の機能が大きく障害されて起こる現象である。原因としては、自律神経障害や心疾患、特に不整脈が多く、心臓から脳への血流量が減ることで起こる。不整脈を知るために心電図を知ることが必要で、心電図によりわかる洞性徐脈、洞性不全症候群、房室ブロック、心室頻脈、心室細動などの不整脈により失神を引き起こすことが多く、治療としてはペースメーカーやICDを使用する事も多いとのことであった。

一次救命処置が重要です

ここで、前田顕誠先生より「除細動とペースメーカー」という演題で講演が行われた。除細動とは動きに乱れがある心臓を正常なリズムに戻すことで、カウンターショックとは心臓を正常なリズムに戻すために行う電気刺激のことである。AEDやICD(植込み型除細動器)などの適応となる致死性不整脈に対して行うものを電気的除細動といい、頻脈性不整脈に対して行うものをカーディオバージョンという。ペースメーカーの適応としては徐脈性不整脈に使用し、種類としてはリード式ペースメーカー、リードレスペースメーカー、CRT-D(除細動付き両心室ペースメーカー)などがあり、ICDは、体内に除細動装置を直接埋め込めるようにした小型の装置である。種類としては、S-ICD(皮下植込み型除細動器)などがある。AED(自動体外除細動器)は2004年に一般の方でも使用できるよう規制が緩和され、現在では色々なところに設置されている。適応としては、心室細動や無脈性心室頻拍といった心停止で痙攣した心臓を正常に戻す役割があり、心臓が完全に停止する前にAEDを使用することが重要とのことであった。

AED が大切です

ここで再び瀧賢一郎先生より心肺蘇生法の講演があり

手順１：反応があるかどうかの確認

手順２：119番通報とAEDの手配

手順３：呼吸確認

手順４：ただちに胸骨圧迫を強く(胸が少なくとも５㎝沈むように)速く(１分間あたり100～120回)絶え間なく(中断は最小に)行い、人工呼吸は気道確保のため下顎挙上を行い、胸骨圧迫30回で人工呼吸２回(１回１秒かけてゆっくりと)を交互に繰り返し行う。この時、だんだん疲れがでて胸骨圧迫が浅くなったり、もどすという除圧がおろそかになったりするとHigh performance(quality)CPRを継続して行うことが難しくなり、意識が回復したとしても高次脳機能障害が起きやすいため意識して行う事が重要とのことであった。

手順５：AEDが到着したら電源を入れて音声ガイドに従い使用し、電気ショック後は直ちに心肺蘇生を再開する。

除細動とペースメーカーについて講演

講演後は５つのグループに分かれて、バックバルブマスクの装着方法及び胸骨圧迫とAEDの操作方法の実習が行われ、麻酔科及び歯科口腔外科の先生方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でいただいた。日々の診療で何が起きるかわからない中、院長をはじめスタッフも救急蘇生の講習会を受けることで常に情報をアップロードし、いざというときにHigh performance CPRを実践できるように医院でチームとして日々研鑽を積むことが重要であることを再認識させられる講習会となった。

チームとして日々研鑽しましょう

(医療管理　赤城　忠臣)

中岳200号記念特集

今回中岳が200号を迎えるにあたり、100号から200号までを担当した歴代広報委員会担当理事の先生方にお言葉をいただきましたので、掲載いたします。

監事
蔵田　幸一

委員の時に中岳が誕生

私が広報担当理事を務めたのは、中根元会長の３期目から関元会長の１期目の合わせて２期６年(当時は１期３年)でした。中根元会長の１期目の時、故寺脇広報理事のもと、委員会に入り２期委員をしました。その時に現在の中岳が誕生したのでした。

それまでは熊本市歯科医師会会誌というタイトルで64号までありました。記念すべき中岳の第１号は会誌の65号にあたりますので、そのまま中岳第65号として発刊になりました。その65号は私が委員会に入って間もない頃で、寺脇理事から「蔵ちゃんあんたが中岳65号ば担当しなっせ」と言われましたが、私には無理ですと断わりました。しかし「皆が加勢するけん大丈夫、やりなっせ」ということで担当者となりました。当時は委員が順番に中岳作成の担当者になっていました。思い起こせば34年程昔のことになります。大変な思いをして作成したのを今でも覚えています。それから９年程経った時、私が広報担当理事を務めていた時に中岳第100号記念誌を発刊することになりました。

それから25年経った今日、中岳第200号の発刊ということで中岳も長く続いているなあと思っています。因みに中岳の文字はその時代の歴代会長の直筆です。

中岳の内容に関してはその時々の理事、委員が工夫して作っております。

これからもこの中岳作成に携わる関係者の方々にエールを送りたいと思います。

監事
古川　猛士

回想

昭和63年、昭和が終焉を迎えるときに開業した私です。翌年、平成となり、しばらくして平成３年に大学の先輩である永野忠先生から誘われて、市歯会広報委員に加わりました。

開業してまだ日が浅く、右も左もわからない私を、中根会長、寺脇広報担当理事が育ててもらいました。当時は任期が１期３年でありました。開業してすぐに義父母が病に倒れ、家内が看病に追われることとなり、合わせて厄入りの頃に私が狭心症の疑いで検査をしたりすることもあったために、１期だけ委員を辞めることにしました。ちょうど、寺脇先生、永野先生が県歯会の理事となり、蔵田先生が広報担当理事になってしばらくしたころのことでした。義父が亡くなり、わたしの体調も心配するほどではなくなったところで、蔵田理事が執行部に入ることになり、広報担当理事のお鉢がわたしに回ってきました。

それまで、蔵田理事の下、長年国保の審査員をされていた吉川先生の従軍体験の話をまとめた「あの日がわたしの第２の誕生日」を中岳連載、その後別冊として出したこと(従軍歯科医師として帝国

海軍空母に乗艦し、ミッドウェー海戦を体験された貴重な証言)、また全国初の公的デイサービスセンター内の歯科室の設置(長寿の里歯科室)、在宅寝たきり者の歯科保健推進事業の活動報告などを紙面で紹介したりしたものでした。この事業は平成13年県知事表彰、平成14年厚生労働大臣表彰を受けたのでした。平成17年、介護保険の開始によりこの事業は終了、長寿の里歯科室が閉院となりましたことは残念でありました。

理事になってすぐに、関会長、古賀専務の指導で、「熊本市歯科医師会創立70周年記念事業」が企画・執行されました。平成12年８月26日、ニュースカイホテル「玉樹の間」で盛大に開催されました。「70周年記念誌」もなんとか体裁を整えて刊行しました。

何しろ編集とか構成とかは素人の集まり。知り合いの熊日の編集の方に広報委員会に講習をしてもらったこともありました。これは永野先生が広報委員の時にやはり熊日の「広報誌コンクール」担当の方を呼んで講習をされたことがあったことが記憶に残っていたためにやったのでした。ずっと広報畑で会の仕事を手伝ってきましたが、一番の悩みは「中岳」の表紙写真。季刊ということもあり、季節を先読みしたり、イベントの記録であったり、当時は熊本市内であることを唯一の縛りにして都度写真を撮ったものでした。広報担当理事として平成19年まで６年間勤めてまいりましたが、その間会館の移転、事務局の引っ越しと創立70周年記念事業の２点が記憶に残る事柄でした。

本会の歴史に触れて

副会長
田中　弥興

200号刊行おめでとうございます。これもひとえに広報委員会各位、日々の努力の賜物と思い、お祝い申し上げます。

私は、清村正弥会長執行部発足時、医療管理委員会に長年携わっていましたが、広報担当理事への移籍の要請により就任しました。一中岳読者という立場で広報という仕事が全く白紙状態の私を当時の委員の皆様が支えて頂き、職務を全うすることができたことは良い思い出になっています。その他、編集時には委員会以外の先生方にも校正をお願いし、また表紙の写真も提供いただき、つつがなく中岳、かわら版などの発行ができましたことに感謝で一杯です。

私が携わった中岳は、第145号から161号までの４年間でした。その間、本会は、熊本市の政令指定都市への移行の時期でもあり、内部的には法人改革などへの対応で難しい時期でありました。

対外的あるいは会員向けに現状を正確に伝えるという広報の仕事の重要性を感じてきていたころ、150号記念誌作製に携わり、光栄に感じそして大変緊張して編集に当ったことを思い出します。

100号からの中岳や70周年記念誌など過去の記事に触れ、参考にして年表をまとめ、本会の歴史を調べたことにより、私自身の中岳に対する見方を変えさせて頂き、先達の委員会や本会業務の携わって頂いた先生方のご苦労を感じたことでした。またこの本会の歴史に触れる経験が、一昨年90周年記念誌作製の折には大変役に立ちました。

その時の冷や汗もののエピソードを１つ、印刷が出来上がりチェックすると本綴じ用の穴が文字の部分に位置し、読みにくいのがわかりました。そしてあわててそのページを修正印刷・差し替えしたのをなつかしく思い出されます。

いろいろと編集の上ではアクシデントもありますが、この200号より、Ａ４版冊子に改定され、将来的にはデジタル化され進化していくことでしょう。そういう時代でも委員会の皆さんの原稿依頼から編集・校正という作業は大切な過程であることにはかわりないと思います。頑張ってください。

最後に、私の好きな言葉に「温故知新」があります。中岳の役割は、会活動の記録誌であり、後世に伝えるために重要なツールであり、創立100周年時には重要な資料にもなりますのでより一層に充実をお願いいしつつ、広報委員会の皆様の今後のご健闘をお祈りいたします。宜しくお願いいたします。

前理事
温　永智

あっという間の６年間

中岳200号発行おめでとうございます。

私が理事としてこの中岳に携わったのは162号から185号の６年間でした。それまでは旧鹿本郡市の会員だったので、この中岳の存在を知らず植木町が熊本市に合併してから読むようになりました。そして熊本市の広報委員の経験がなく、突然市の広報理事になりましたが、それまでの広報の経験としては、熊歯会報に６年間、熊本県の大学同窓会の広報に３年間、歯科医師会野球部の部誌発行に10年間、大学準硬式野球部の部誌発行に15年程携わっていたので、大体のノウハウは分かっていました。特に熊歯会報以外は一人で原稿依頼し、写真を撮りレイアウトし校正して発行していたのがいい経験になったと今となっては思います。

この中でも最初に入った県の広報で当時の永野忠理事が熊日新聞の編集局広報部長を招いて広報の研修を受けたのが、広報としてその後の編集指針に大きな影響を与えたと思っています。その編集局長曰く「この熊歯会報は、内輪の物ならこれでいいが、対外的に発行するには失格です」と言われたのがとてもショックでした。何故かというと「世に発行されている、ありとあらゆる本、雑誌、新聞、その他、キャプションのないものは無い」ということでした。言われてみればそうでして当時の熊歯会報にも写真にキャプションのないものがあり、それに誰も疑問を持っていませんでした。それで以後写真には必ずキャプションを入れるようにしました。考えてみれば読者は広報誌を見て最初の１ページから入るのではなく、まずページをパラパラ捲って目次のタイトルと中の写真を見て、気を引くタイトルと写真のキャプションがあればそれに興味を持って文章に入っていくのではないかと思います。それで私が理事の間は特に写真のキャプションに注意を払いました。

あと忘れられないのは担当した６年間にある会員より広報誌のスペースにイラストを入れるのは「広報の敗北です」と言われたのが心に残りました。イラストに関しては、他の発行物にもイラストが多々見られるので良しとしても、ただ全てのページを文章で埋めるのも息が詰まるので、どうしてもできたスペースには、その後遊びの場として日本や世界の諺、ジョーク、豆知識、映画紹介などを入れ私自身も少し遊ばせてもらいました。

このようにして６年の間委員の皆様とワイワイ言いながら中岳を発行し、６年間はあっという間に過ぎてしまったような気がします。私にとってとても楽しく有意義な６年間だった思います。何よりも委員会の雰囲気がよく、折角だからその当時の委員を最後に紹介したいと思います。

まず一番のベテランで委員会の生き字引でもある鬼木泰久委員長、非常に冷静沈着に校正を行う知識の深い鯵川正和副委員長、私の後を継いで理事になって頂いた飯田誠治委員、委員会一番のイケメンで留学経験もあり英語がペラペラで堪能な濱坂上委員、委員会のムードメーカーで、いつもいいグルメの店を紹介してくれる田尻征久委員、私の委員会への誘いを二つ返事で受けいれてくれて、入ってから逆にいろいろ人生を教えて貰った境大助委員、そして途中IT委員会から移籍してHPを担当してITを指導し、かつ委員活動もしてくれた甲斐田光委員がメンバーとしていました。皆に感謝したいと思います。また何よりも私を広報の理事に任命して頂いた宮本格尚会長に心より感謝したいと思います。いつも会長に会うたび「私の人生設計を狂わせてからに…」と冗談を言っていたのを笑って受け流して頂きありがとうございました。本当はとても感謝しています。とても楽しく過ごさせて頂きました。

最後になりますが、この中岳がこれからも300号、400号と未来永劫続いて記録を残し続け、現在の会員のみならず後世の会員の為にも役立つことを心から祈りたいと思います。

コロナ禍での発行

理事
飯田　誠治

11年間広報委員として中岳の編集に携わり、令和元年６月から広報担当理事を拝命し、186号から理事として発行を担当してきました。186・187号は手探りの状態でなんとか発行し、少し慣れたかなと思いながら188号の編集作業をしていた１月に、現在も猛威を奮っている新型コロナウイルスの国内初感染が確認されました。そして、その後感染が拡大し、令和２年に予定されていた歯の祭典、歯磨き巡回指導、熊本で開催予定であった九州八市歯科医師会役員連絡協議会など、数多くの事業が中止に追い込まれました。中岳もコンテンツが減り、薄い中岳になってしまいました。ただ、自粛生活が長く続いている中、７月のビアパーティーは開催され、会員の皆様にとっては久しぶり楽しい宴になったと思います。この時の会員皆様の写真はコロナ前と同じ笑顔で溢れていたことを覚えています。また、令和３年にはこの年最大のイベントであった熊本市歯科医師会創立90周年記念事業が中止になり、90周年準備委員会の一員として活動してきた身としては非常に残念な思いをしました。そして、このイベントを掲載する予定だった192号も非常に寂しい内容になり、近年では１番ページ数が少ない中岳になってしまい、落胆したことを思い出します。その後もコロナは続きますが少しずつ感染対策にも慣れていき、学術講演会や口腔外科ベーシックセミナー等の研修会や対外的な会議は、マスクを着け、人数制限を行い開催できたのは良い流れでした。令和４年(196号～)になるとWithコロナの考えがさらに浸透してきて、いろんな事業が開催され、ビアパーティーが２年ぶり、歯の祭典が３年ぶりに開催され198号の誌面を賑やかにしました。令和５年は更に平時に移行できることを期待しています。

また、少しずつですが誌面の改変にも取り組んできました。194号からはスタディー写真等、カラーにした方がわかりやすいものに関しては一部カラー化を実現し、200号からは時代の流れに沿ってＢ５版からＡ４版へ移行することになりました。そして、コンテンツも増やしていきたいと思っていますので、掲載希望の投稿等ありましたら遠慮なく事務局までご一報下さい。毎回映画視聴の感想を投稿してくださる広報委員会前理事の温永智先生には感謝しております。

今後も広報委員会一同、会員の皆様に有益となる情報を発信するとともに、多くの方に読んでいただけるような誌面を目指していきますので、201号からの中岳もよろしくお願いいたします。

昭和44年７月、故緒方益夫12代会長の発案により創刊号（熊本市歯科医師会会誌）が発行され、100号が平成10年３月に発行（関　剛一15代会長）、そして今回200号を迎えることができました。これもひとえに、歴代会長を始めとする役員の先生方、各委員会の先生方、会員の皆様のご尽力があった賜物と思っています。

掲載記事に関して、総会や審議員会などの会の運営に関わる記事や臨床、学術に関するものはもちろんのこと、会員相互のコミュニケーションの場であるという主旨のもと趣味やスポーツ大会等の記事も掲載してきました。以前は支部対抗のバレーボール大会、市歯会主催ボーリング大会等仕事以外での交流が盛んに行われてきましたが、最近では少なくなり少し寂しくなりました。そこで現在も趣味での交流を続けている「かめる会」と「あつまるデンタルゴルフ会」を特集いたします。

（広報委員会）

特集　かめる会

わが心のかめる会　～過去・現在・未来～

かめる会幹事　前田歯科医院　**鈴木　憲久**

画廊喫茶「オアシス」にて

古い雑居ビル、折れ曲がった階段を上った２階にその喫茶店はあった。

店の名は、画廊喫茶「セルパン」。

その古いサッシの窓際の席で、小さな水滴をびっしりとグラスに浮かべ、真紅のチェリーが鮮烈なミルクセーキを前に父に問う。

「かめる会ってどういう意味？」

父は口の端にくわえたパイプからもくりと煙を吐いて笑った。

「俺たち歯医者は毎日患者に聞くじゃないか？噛めるかい？噛めんかい？ってな」

熊本県歯科医師会絵画同好会「かめる会」は昭和44年（1969年）、当時の熊本市歯科医師会会長であった緒方益男先生を中心に画廊喫茶「セルパン」マスター、正木忠男氏のご好意で、第１回グルー

プ展が開催されたと聞いている。
　私は1970年生まれ、当時のことは知る由もない。だが、当時のチャーターメンバーの中に私の祖父、前田辰蔵もいた。
　祖父が他界した昭和48年(1973年)に、それまで、実は一時期画家を志し、実際その実力があったにもかかわらず、それまで絵を描くなどと歯科医師会では一度も言わなかったらしい父鈴木勝志が、それでは親父の代わりに私が来年から参加しましょうと出展することになったと後に父が語っていたのを思い出す。
　以来、セルパンと夏のかめる会、かめる会に行って正木マスターのミルクセーキを飲むのが子供の頃の楽しみだった。
　そんなセルパンが昭和63年(1988年)いっぱいで店を閉めることとなった。
　高校を出たばかりだった私は、88年のクリスマス、セルパンのカウンターに座って最後のミルクセーキを飲んだ。カウンターの上にはバラの花束。ガールフレンドにでも渡すのだろう、とマスターは思われたことだろう。
　別れ際に「メリークリスマス、マスター。ぼくはこのお店が好きでした」
　そう言ってその花束を渡した。
　翌年から、かめる会は画廊喫茶「三点鐘」に舞台を移し、その歴史を刻んでゆくこととなる。

「かめる会にお前も出品しろ」
　そう父から連絡があったのは、東京で口腔外科の医局にいた頃だろうか。
　私は、祖父や父と違って、自他共に認めて一切の画才はない。
　しかし、かめる会を含め、子供の頃から絵画はたくさん観てきた。だから目だけは良かった。父にそう声をかけられたとき、既に写真のキャリアは30年近かった。
「写真でよければ…」
　元は絵画サークルであったかめる会だが、今は熊本県歯科医師会芸術同好会「かめる会」として、絵画、写真、書、彫刻、クラフト…、自分で作ったものであれば何でもいい、もっと気楽に自分の作品をたくさんの人に見てもらいましょう、というスタンスに変わってきている。
　かめる会は2022年、コロナ禍による２回の休会を経て、52回の開催を数えた。
　今年より、長年お世話になった「三点鐘」から、画廊喫茶「オアシス」へ三度舞台を変え、更に歴史は続いてゆく。

　昨今、ネットの普及によりアマチュア作家の発表の場は拡大している。
　しかし、ネットではなくリアルに発表するというダイレクト感、それはリアルでしか得られないものであることは間違いない。
　かめる会は「自分で作ったものであればなんでも」という方針で、広く参加される方を募っている。
　たぶん、そこに必要なのはほんの少しの勇気。

　かめる会一同、いつでも皆様方のご参加を心待ちにしている次第である。

＊かめる会会員
伊藤道子、井上泰子、緒方　進、緒方優一、鬼塚啓史
蔵田和史、鈴木憲久、千場正昭、橘　俊光、田中弥興
永田省藏、前田久香、増田憲元
（50音順、敬称略）

「陽だまりの彼女」　鈴木　憲久

「神戸」　緒方　進

緒方　優一

「こもれ日」　田中　弥興

「かめるかい」　田中　弥興

「KUMO」　前田　久香

「深い森」　伊藤　道子

「夏空」　伊藤　道子

「RED SPIDER LILY」　伊藤　道子

「サルビアの咲く丘」　千場　正昭

「遥かな尾瀬」　千場　正昭

「夜明け前の青い時間」　井上　泰子

「夕陽」　井上　泰子

「初夏」　増田　憲元

「二人の娘」　永田　省藏

「ウクライナの祈り」　橘　俊光

「花の喜び」　橘　俊光

鬼塚　啓史

鬼塚　啓史

「非日常」　蔵田　和史

※素人の撮影のため、ライト、影等写り込んでいますが、ご容赦ください。

（撮影　広報委員会）

ゴルフ好きな方参加大歓迎
あつまるデンタルゴルフ会

楽しいですよ

昭和56・57年頃、トーナンレークカントリー倶楽部が開場してまもなく、城南町の故本田治央先生らを発起人、天草の故青木羣育先生を会長としてトーナンデンタルゴルフ会が発足しました。最盛期はメンバーも40人程の大所帯でした。その後、ゴルフ場の社名がトーナン産業からあつまるホールディングスに変わるに従って、会の名称もあつまるデンタルゴルフ会となり現在に至っています。

現在の会員数は16名で、月１回あつまるレークカントリー倶楽部にて例会を開いています。年会費は２万円で、賞品もあります。

参加、入会はゴルフ好きな歯科医師、歯科関係者であれば誰でも随時入会できます。下手な人ほど歓迎します。また、オブザーバーで、その時だけの参加も歓迎します（入会金は入りません）ので、ぜひ遊びにきて下さい。但し、オブザーバーの方は商品はありませんが……。参加希望の方はあつまるデンタルゴルフ会のメンバーにその旨伝えていただければ結構です。

（合澤　康生）

フルスイング!!

はずれろー（松田先生の心の声）

飛ばし屋中嶋先生

トップが決まっています

小ワザもうまいよー

「インプラントもできますが、移植もできます。どちらにされますか？」
―― 30年経過した自家歯牙移植の１症例 ――

医療法人社団　木村歯科クリニック　木村　浩幸

2015年７月のNHKの健康番組「チョイス」で自家歯牙移植のことが特集にされて、自家歯牙移植はブリッジ、義歯、インプラントの次にくる欠損部回復方法の４番目の選択肢として紹介されていました。しかも、インプラントよりも食べ物の食感や咬み心地がより味わえる近年注目されている治療法として取り上げられていました。私は昭和63年に開業して34年になりますが、開業して１年目に自家歯牙移植を行って以来、200症例以上を手掛けてきました。今でも歯根膜の機能をはじめ自家歯牙移植の治療法のメリットを実感している開業医の一人です。今回は開業当初行なった症例で30年以上経過した自家歯牙移植症例を紹介させていただきます。本症例は2019年11月、バンクーバーにおいて日本歯周病学会、日本臨床歯周病学会、アメリカ歯周病学会およびカナダ歯周病学会の合同で開催された歯周病学会で発表した症例を基に投稿し、Hindawiジャーナルに2021年暮に掲載されたものを日本語訳したものであります。今後の診療の御参考にして頂けたら幸いです。

一方、今やインプラントは市民権を得て広く利用されている予知性の高い歯列欠損回復方法の一つになっていることは周知のとおりです。しかしながら、患者によってはインプラントよりも自家歯牙移植が適応症と思われる患者に遭遇することも少なくありません。そこで、今後そのような患者に対して選択肢が広がるように４番目の選択肢として「インプラントもできますが、移植もできます。どちらにされますか？」と提示できるようになることがより患者の満足度と信頼関係を高めることにつながると考えています。そのためには自家歯牙移植に関する診断・技術力およびOpeやメンテスタッフを含めた診療レベルを引き上げる必要があります。そのことで院内の活性化にもつながると考えています。

また、熊本歯牙移植研究会では年４回、症例を通じて会員同士で勉強会を行っております。興味ある先生は熊本県歯科医師会のニュースレターに案内（今月は1月28日予定）していますのでふるってご参加下さい。問い合わせ先は以下の通りです。

佐藤歯科クリニック：TEL0964-22-5131,　FAX 0967-22-5132,　Mail s-s@mui.biglobe.ne.jp

下顎第三大臼歯の歯根完成歯の自家歯牙移植の長期的観察

木村浩幸[1], 濱田祐輔[2], 榮田太郎[1], 熊野毅[1], 岡村和俊[3], 横田誠[4]

1　医療法人社団　木村歯科クリニック・熊本市
2　インディアナ大学歯学校歯周病科
3　九州大学病院口腔画像診断科
4　横田塾主宰

自家歯牙移植は自分の歯牙を他の抜歯部位または外科的に創られた受容創へ置き換える処置である。自家歯牙移植の処置は文献においてよく論じられてきており、移植歯の生存率は10年後で90％以上と報告されている。しかしながら、自家歯牙移植は治療の選択肢として見落とされているように思われる。このケースレポートの目的は長期間（29年）にわたる成功と下顎第三大臼歯から第二大臼歯への自家歯牙移植の歯周組織の安定性を評価することである。患者は24歳の女性。⌉7の根尖部のX線透過像を伴う大きな齲蝕病変を伴って来院した。⌉7は抜歯され、歯根完成歯である⌉8から自家歯牙移植術の治療を受けた。自家歯牙移植後３ヵ月して根管治療が行われた。最終補綴は移植後６ヵ月後に装着された。患者の口腔内の清掃状態は良好で

定期的なメインテナンスのリコールに際しては高い予約のコンプライアンスを示してくれた。移植歯はなんら症状もなく今でも機能している。術後29年以上にわたって、X線的および臨床検査では安定した歯周組織および根尖状態を示した。このケースレポートでは閉鎖した歯根尖を伴った下顎第三大臼歯の自家歯牙移植の長期間の成功を示した。自家歯牙移植は適当なドナー歯が利用できる場合、抜歯後の咬合再構築をするのに利用するオプションになりうる。

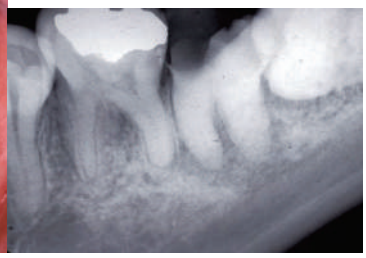
１．はじめに

歯科治療のゴールの一つは満足のいく機能と審美の成果を伴って、一部または全部の欠損歯を再構築することである。しかしながら、歯科用インプラントと固定性補綴は喪失歯の代わりとして利用されてきたが、自家歯牙移植は適当なドナー歯が利用できる時、安定した咬合を再構築ための利用可能な選択肢になりうる[１、２]。自家歯牙移植は自家歯牙を抜歯領域または外科的に創られた受容側に置き換えることである[３、４]。歯の移植は歯科用インプラントや固定性のブリッジと比較した場合、多数のメリットがある。そのメリットはその処置が顎顔面の成長が完成されていない子供や未成年者に対して適用されることである[５、６]。さらに移植歯は歯根膜の存在により萌出過程で歯槽骨の成長を刺激する。さらに、移植された歯はもし必要なら矯正治療によって理想的な位置へ移動させることができる[５、６]。しかしながら、結果に影響する多数の要因については、処置を行うにあたって考慮されなければならない。たとえば、外科的技術や知識、患者の選択、局所の炎症状態、歯内療法、そしてドナーと受容側両方の利用できる歯根膜組織である[7–10]。自家歯牙移植の治療法はよく論じられてきており、システマティックレビューやメタ分析では移植歯の生存率は10年以上で90％以上であったと示されている[８、11]。さらに、Machadoらによるシステマティックレビューでは長期間の予後を分析するためにフォローアップ６年以上の期間を含んだ研究を組み込んだ[７]。そのメタ分析では81％の生存率を示していた。この割合は自家歯牙移植の優れた長期間の治療の予後を示している。

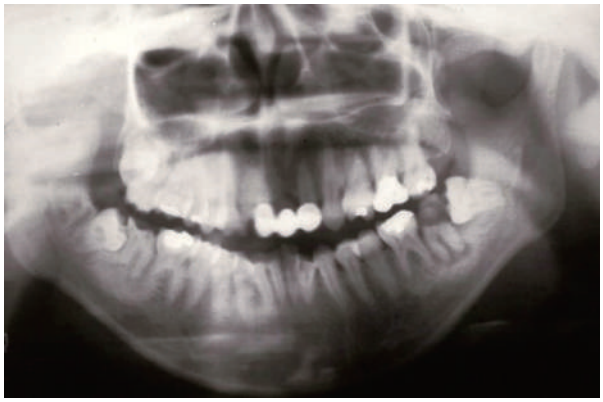
しかしながら、自家歯牙移植の大変永い期間の結果のエビデンスは未だに限られている。そこで、この症例報告は下顎の第三大臼歯を第二大臼歯への成功した自家歯牙移植の29年間のフォローアップを示すことを目的としている。

２．臨床所見

24歳の女性が1989年３月29日当クリニックを訪れた。彼女の主訴は左下の第二大臼歯の齲蝕治療だった。彼女はASAⅠに分類され、喫煙歴はなかった。左下第二大臼歯は臨床的および根尖部のX線学的にも修復不可能な歯であると診断された(図１、２)。パノラマＸ線写真では左下第二大臼歯根尖部に大きなX線透過像と比較的円錐状の歯根形態をした左下第三大臼歯を示していた(図３)。彼女はその当時歯科用インプラントには関心がなかったので、左下第三大臼歯を左下第二大臼歯への自家歯牙移植を選択した。

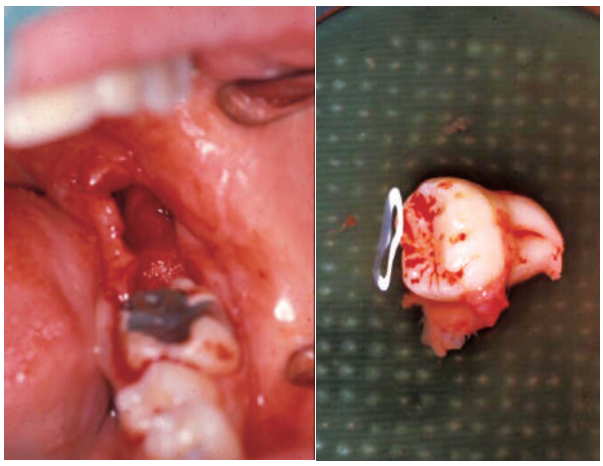


(図１、左)初診時|7歯肉縁下まで及ぶ深い齲蝕が認められた。
(図２、右)初診時の周囲骨のレントゲン写真。根尖部の大きなX線透過像が第二大臼歯に認められた。深部齲蝕はレントゲン写真上では歯槽骨の高さまで達していた。これは保存不可能と思われた。

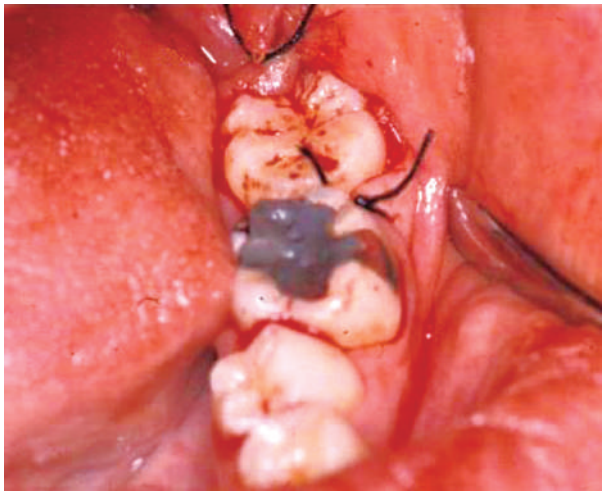


(図３)パノラマX線写真では|8の水平埋伏智歯が認められた。同部歯根形成が既になされている。

患者はすべての考えうる不利な点についての十分な説明を受け、術前に処置についての同意を得た。処置は1989年局所麻酔下で行われた。最初に、左下第二大臼歯は最小限の外科的侵襲で抜歯され、ソケット内のきめ細やかなデブライドメントが行われた。左下第三大臼歯の抜歯では歯周靱帯の保存に注意を払いながら行った後、0.9％の生理食塩水の入ったガラス製のシャーレに一時的に保管された(図４)。受容側は低速(20,000rpm)のカーバイドのラウンドバーをつけたハンドピースで十分な注水下で形成された。この作業は左下第三大臼歯の歯根形態が受容側に十分に適合するまで繰り返して行われた。移植歯は形成したソケットに挿入後動揺を示さなかったため４－０の絹糸で十字縫合を行って仮固定をおこなった。左下第三大臼歯の抜歯から受容側への移植までのトータルの時間(口腔外放置時間)は10分以内だった。移植歯の対合歯に対しては咬合しないように咬合調整がなされた(図５)。患者はバカンピシリン250mgとボルタレン25mgを一日３回３日分が処方され、食事時では左側は使わないように指示された。術後１週間後に抜糸が行われた。その後患者が未来院となり、再び来院したのは移植後約３ヵ月後で、移植歯の頬側の腫脹が顕著であった。移植歯は歯髄壊死と診断された。直ちに根管治療が行われた。移植後６ヵ月以内で十分に植立が安定してきたので最終補綴が1989年10月に装着された。

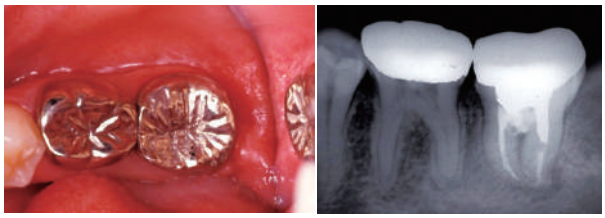


(図４)最小限の外傷による抜歯直後の⌉7と⌉8。
(左)⌉8は使用されるまで生理食塩水の中に保管された。(右)

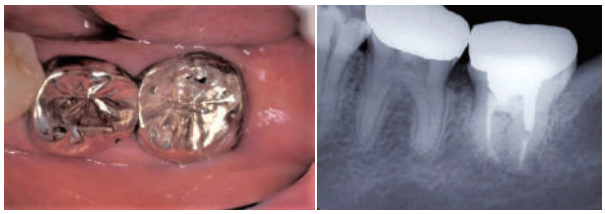


(図５)⌉8は⌉7部に移植された。交叉縫合が近心歯肉組織になされた。

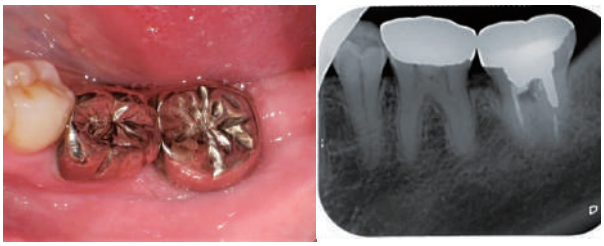
１年間の移植後の経過観察では、軽度の根尖部のX線透過像がまだ認められた。しかしながら、歯の症状はなく、プロービングの深さは３-４㎜以内であり、歯槽骨の吸収は認められない。術後１年からメインテナンスと口腔衛生プログラムが開始された。僅かに不十分な根管充填材料が移植歯の遠心根に認められた(図６)。術後10年経過では、根尖部のX線写真と臨床的検査においては根尖部のX線透過性の減少と歯周組織学的安定性を示していた(図７)。2017年28年経過観察において移植歯の周囲のプロービングデプスは３㎜以内でBOP(－)であり、歯間部の骨レベルはセメントエナメル境から２㎜以内であった(図８)。コーンビームCT(CBCT)では歯根吸収は認められず、移植歯の頬・舌側の骨の存在が示された(図９)。



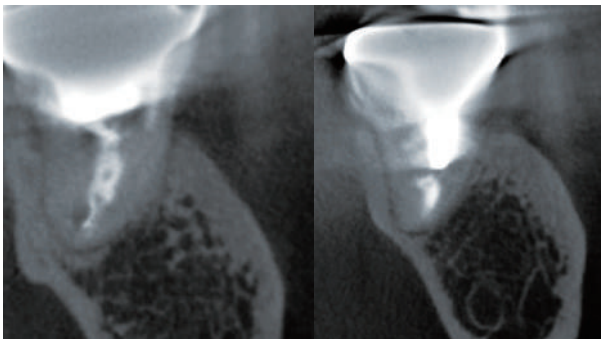
(図６)外科処置から１年後。軽度の根尖部のX線透過像が移植歯に認められた。軟組織の治癒は特に問題はなかった。軽度の不十分な根管充填が移植歯の遠心根に認められた。



(図７)移植後10年経過。根尖の透過像の大きさは１年後の経過から縮小している。

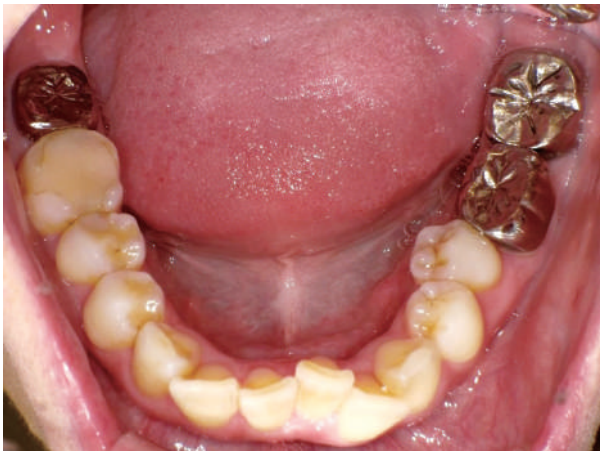


（図８）移植後28年経過。プロービングの深さは３㎜以内で歯肉の健康は安定している。移植歯周囲の骨吸収は認められない。X線透過像が分岐部領域に達する歯髄腔内に認められた。しかしながら、臨床的には異常な変化は認められない。

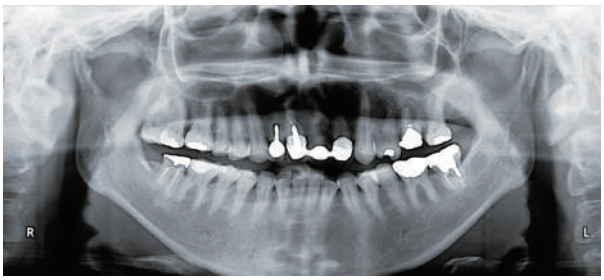


（図９）CBCTでは移植歯の近心根（左）と遠心根（右）の頬舌側の骨の存在が判明した。

移植後29年経過した、2018年２月、移植歯は現在でも違和感なく機能している（図10、11）。



（図10）移植後29年経過。この患者は良好な口腔衛生と歯肉の健康を維持している。



（図11）パノラマX線写真では移植歯における歯槽骨の吸収の兆候は認められない。この患者は初診後ほとんど30年近くすべての歯を維持している。

この患者は４～６ヵ月おきのメインテナンスプログラムに応じており、来院時、咬合のチェックや調整が必要に応じてなされた。患者はこれらの期間にわたる治療の結果について喜んでいた。

３．考察

この症例報告は移植歯の長期にわたる成功と歯周組織の安定を示した。抜歯後の左下第二大臼歯の部位に関して、たとえ患者の年齢と歯科インプラントの適応症を伴っていたとしても、自家歯牙移植は１回の外科的操作による処置であったため採用された；その歯はほとんど歯根完成歯ではあったが、ドナー歯として使用された歯は円錐状の歯根形態を示していたからである。自家歯牙移植のトータルのコストはインプラントのコストに比べて安くすることが出来る。というのも、１回の処置で行えて、補綴は症例によっては必要でないこともあるからである[12]。処置の予知性は治療の選択肢において考慮に入れなければならない。Fugazzottoは下顎第二大臼歯におけるインプラントの累積された成功率は85％であり、その割合は他の臼歯部よりやや低かった[13]。一方、自家歯牙移植のトータルの成功率は開いた根尖の歯牙において94％であったし、根尖が閉鎖したグループにおいては84％であった[14]。他の過去に遡った研究では歯根半分くらいの根未完成歯の自家歯牙移植歯の生存率では92％を示した[15]。この研究においては、その著者はもし必要なら、治癒の結果に反映させるために歯根表面にエムドゲイン®（EMD®）を利用している。付加的な生物学的修飾因子は再生治療において極めて重要な役割を果たすかもしれない。これらの過去に報告された高い予知性に基づいて自家歯牙移植は適当なドナー歯が利用できる時は治療選択肢の一つとして考慮されるべきである。しかしながら、自家歯牙移植の処置は合併症がないわけではない。不成功の自家歯牙移植はむしろ、移植時の過度な外科的侵襲や患者が40歳以上である場合や、ドナー歯の汚染、歯周組織のプロービングデプスが４㎜以上の歯牙と関連していることが多い[16]。過去に遡っての研究では自家歯牙移植の失敗の主な理由は歯周組織のアタッチメントロス（54.9％）、歯根吸収（26.5％）、う蝕（4.0％）、および歯根破折（2.9％）であったと報告している[17]。 この症例において、患者

は処置を受けた時期は24歳であり、歯周病の既往歴は存在しなかった。患者を選択する要因は安定した全身状態を含めて、優れた口腔衛生、そして咬合調整を含めた定期的な歯科クリニックへの来院を含めた高いコンプライアンスが理想的な結果を成し遂げるために重要な役割を果たす。

利益相反

この報告において、提供された症例に関しての利益の相関はない。

著者の貢献

Dr. 木村、榮田および熊野はこの患者のケアに従事した。Dr.濱田は文献的レビューを完結させ、その概念を発展させ、そして著述した。Dr. 岡村やDr. 横田は放射線的分析や概念貢献した。全ての著者らは論文の改正と最終に同意した。

References

［1］J. H. Bae, Y. H. Choi, B. H. Cho, Y. K. Kim, and S. G. Kim,“Autotransplantation of teeth with complete root ormation:a case series,” Journal of Endodontia, vol.36, no.8, pp.1422-1426, 2010.

［2］Q. Yan, B. Li, and X. Long, “Immediate autotransplantation of mandibular third molar in China,” Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics,vol. 110, no.4, pp.436-440, 2010.

［3］J. R. Natiella, J. E. Armitage, and G. W. Greene, “The replantation and transplantation of teeth: A review,” Oral Surgery, Oral Medicine, and Oral Pathology, vol.29, no.3, pp.397-419, 1970.

［4］M. Tsukiboshi, “Autotransplantation of teeth: requirements for predictable success,” Dental Traumatology, vol.18, no.4, p.157-180, 2002.

Figure11: Panoramic radiograph demonstrated the no sign of alveolar bone loss on the transplanted tooth. This patient has maintained all the teeth for almost 30 years from initial appointment. Case Reports in Dentistry 5

［5］S. Kvint, R. Lindsten, A. Magnusson, P. Nilsson, and K. Bjerklin, “Autotransplantation of teeth in 215 patients. A follow-up study,” Angle Orthodontist, vol.80, no.3, pp.446-451, 2010.

［6］J. O. Andreasen, H. U. Paulsen, Z. Yu, R. Ahlquist, T. Bayer,and O. Schwartz, “A long-term study of 370 autotransplanted premolars. Part I. surgical procedures and standardized techniques for monitoring healing,” European Journal of Orthodontics, vol.12, no.1, pp.3-13, 1990.

［7］L. A. Machado, R. R. do Nascimento, D. M. T. P. Ferreira, C. T. Mattos, and O. V. Vilella, “Long-term prognosis of tooth autotransplantation:a systematic review and meta-analysis,” International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, vol.45, no. 5, pp.610-617, 2016.

［8］K. Almpani, S. N. Papageorgiou, and M. A. Papadopoulos, “Autotransplantation of teeth in humans:a systematic review and meta-analysis,” Clinical Oral Investigations, vol.19, no.6, pp.1157-1179, 2015.

［9］E. Kim, J. Y. Jung, I. H. Cha, K. Y. Kum, and S. J. Lee, “Evaluation of the prognosis and causes of failure in 182 cases of autogenous tooth transplantation,” Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics, vol.100, no.1, pp.112-119, 2005.

［10］P. Ravi kumar, M. Jyothi, K. Sirisha, K. Racca, and C. Uma, “Autotransplantation of mandibular third molar: a case report,” Case reports in dentistry, vol.2012, Article ID629180, 5 pages, 2012.

［11］E. C. M. Rohof, W. Kerdijk, J. Jansma, C. Livas, and Y. Ren, “Autotransplantation of teeth with incomplete root formation:a systematic review and meta-analysis,” Clinical Oral Investigations, vol.22, no.4, pp.1613-1624, 2018.

［12］J. B. Baviz, “Autotransplantation of teeth: a procedure that gets no respect,” Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics, vol.110, no.4, p.441, 2010.

［13］P. A. Fugazzotto, “A comparison of the success of root resected molars and molar position implants in function in a private practice: results of up to15-plus years,” Journal of Periodontology, vol. 72, no.8, pp.1113-1123, 2001.

［14］T. Lundberg and S. Isaksson, “A clinical follow-up study of 278 autotransplanted teeth,” The British Journal of Oral & Maxillofacial Surgery, vol. 34, no.2, pp.181-185, 1996.

［15］C. Raabe, M. M. Bornstein, J. Ducommun, P. Sendi, T. von Arx, and S. F. M. Janner, “A retrospective analysis of autotransplanted teeth including an evaluation of a novel surgical technique,” Clinical Oral Investigations, vol.25, no. 6, pp.3513-3525, 2021.

［16］T. Sugai, M. Yoshizawa, T. Kobayashi et al., “Clinical study on prognostic factors for autotransplantation of teeth with complete root formation,” International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, vol.39, no.12, pp.193-1203, 2010.

［17］K. Yoshino, N. Kariya, D. Namura et al., “A retrospective survey of autotransplantation of teeth in dental clinics,” Journal of Oral Rehabilitation, vol.39, no.1, pp.37-43, 2012.

２・３年目の先生と親睦を
二三乃会

２年目、３年目の会員が集りました

令和４年11月19日、入会２・３年目の会員を対象にした「二三乃会（ふみのかい、と読みます。結構参加者の皆さん読み間違えていたようだったので）2022」が上通りのBISTRO A VIN PREMIERにて開かれました。

最新情報に耳を傾ける会員

２年目12名、３年目17名中９名の先生方、理事会からは会長、両副会長、専務、社保・医療管理・厚生委員会理事が参加されました。

「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・利用する様にとの挨拶があり、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おおいに盛り上げていただき、熊本市歯科医師会の雰囲気が入会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　長　忍）

スポーツの広場

あつまるデンタルゴルフ会

10月２日(日)　（11名）

		OUT	IN	GRO	HD	NET
優　勝	石　井　洋　一	51	53	104	35	69
２　位	安　田　光　則	47	44	91	22	69
３　位	松　本　信　久	44	42	86	12	74
４　位	田　村　実　雄	49	45	94	17	77
５　位	竹　下　憲　治	48	52	100	22	78
Ｂ．Ｂ	奈　良　健　一	51	47	98	14	84

11月13日(日)　（10名）

		OUT	IN	GRO	HD	NET
優　勝	松　本　信　久	41	40	81	12	69
２　位	明　受　清　一	44	43	87	17	70
３　位	三　隅　晴　具	43	43	86	13	73
４　位	合　澤　康　生	46	44	90	16	74
５　位	竹　下　憲　治	52	48	100	22	78
Ｂ．Ｂ	北　川　隆　之	47	49	96	11	85

12月11日(日)　（10名）

		OUT	IN	GRO	HD	NET
優　勝	三　隅　晴　具	41	41	82	13	69
２　位	安　田　光　則	45	49	94	19	75
３　位	合　澤　康　生	47	45	92	16	76
４　位	北　川　隆　之	45	46	91	11	80
５　位	田　村　実　雄	51	46	97	17	80
Ｂ．Ｂ	青　木　道　育	63	48	111	20	91

会　務　報　告

理　　事　　会

月　　日	協　　議　　題
9月29日	・会務、会計、庶務報告
10月27日	・会務、会計、庶務報告
11月24日	・会務、会計、庶務報告
12月22日	・会務、会計、庶務報告

厚　生　委　員　会

月　　日	協　　議　　題
10月21日	・新年会について
	・政令指定都市会について
11月11日	・新年会メニューについて
12月9日	・新年会内容変更について

医療管理委員会

月　　日	協　　議　　題
10月19日	・口腔外科ベーシックセミナーについて
	・医療管理講演会について
	・救急蘇生法講習会について
	・九州歯科医療管理学会について
	・二三乃会について
	・インボイスについて
	・セミナー動画について
11月10日	・医療管理講演会について
	・救急蘇生法講習会について
	・九州歯科医療管理学会について
	・歯科後方支援病院連絡協議会について
	・二三乃会について
12月21日	・九州歯科医療管理学会について
	・歯科後方支援病院連絡協議会について
	・二三乃会について
	・入院入所者歯科診療運営委員会について
	・熊本医療センターとの協議会
	・口腔外科ベーシックセミナーについて

広　報　委　員　会

月　　日	協　　議　　題
10月４日	・中岳199号レイアウト
	・理事会の見学について
10月18日	・中岳199号第１稿
10月25日	・中岳199号第２稿
12月27日	・中岳200号目次決め、写真選定
	・かわら版打ち合わせ

地域学校歯科保健委員会

月　　日	協　　議　　題
10月13日	・歯磨き巡回指導について
	・障害者施設への歯科健診
11月22日	・歯の祭典について
	・障害者歯科健診について
12月20日	・歯の祭典について

社　保　委　員　会

月　　日	協　　議　　題
10月28日	・個別指導について報告、検討
	・オンライン資格確認　導入義務化の周知、対応検討
	・審査会報告
11月25日	・オンライン資格確認　施設基準についての検討
	・カルテ相談対応について
12月23日	・新規指導日程について確認
	・保険診療確認事項リストについて
	・審査会報告

学　術　委　員　会

10月11日	・第２回、３回学術講演会の役割分担 ・東先生の第３回歯周病セミナー役割分担 ・各講演会での録画方法の検討 ・HIVの講演会の企画について
11月８日	・中岳study執筆依頼 ・エイズの講演会の企画について ・講演会の録画方法について ・第２回学術講演会の担当確認
11月12日	・第２回学術講演会 「歯科・口腔領域・画像診断 ～パノラマX線画像を中心に～」 講師：伊東歯科口腔病院　画像診断部 部長　瀬々良介　先生
12月13日	・東先生のセミナー日程確認、役割確認 ・エイズの講演会２/９(木)19：30～21：00 ・ビデオカメラ撮影の件について ワイヤレスマイク＋ビデオカメラ

編集後記

新年明けましておめでとうございます。
昨年末はコロナ感染症第８波や円安による物価高で、かなり生活費の負担増で大変でした。
それでもサッカーワールドカップでの日本代表チームの活躍を家族で観戦し、感激できたので楽しい年末でした。
「終わりよければ、全て良し」という言葉があるように一年間頑張ってきて、年内に仕事の区切りがつく事で、不安のない落ち着いた気持ちで新年を迎えることができたのが良かったです。
このような年末年始が、これからも続くと良いですね。　（Y. O）

熊本市歯科医師会会誌

第200号

発行日　令和５年 １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
　　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