

# 中岳



## Top contents

第55回十三指定都市歯科医師会役員連絡協議会専務理事会議.....	2
令和6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 ....	3
令和6年度第1回歯周病対策プロジェクトセミナー.....	5
令和6年度第2回口腔外科ベーシックセミナー .....	10
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 .....	13
医歯連携セミナー .....	17



# CONTENTS

巻頭言.....	山口 英司学術担当理事	1
第55回十三指定都市歯科医師会役員連絡協議会専務理事会議.....		2
令和6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.....		3
令和6年度第1回歯周病対策プロジェクトセミナー.....		5
国立病院機構熊本医療センター開放型病院連絡会.....		8
令和6年度第2回口腔外科ベーシックセミナー.....		10
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.....		13
令和6年度点数改定説明会.....		15
医歯連携セミナー.....		17
新入会員オリエンテーション.....		20
かめる会.....		23
スタディー.....		28
新入会員.....		43
スポーツの広場.....		44
会務報告.....		45
編集後記		

## 表紙のことば

十三指定都市歯科医師会役員連絡協議会専務理事会議に出席された専務理事の先生方です。熊本城天守閣をバックに良い写真が撮れました。

(S. I)

# 巻 頭 言

## LET'S STUDY



山口 英司  
学術担当理事

渡辺執行部がスタートして1年2カ月が経ちました。会員の皆様にはいつも歯科医師会の活動へのご協力に感謝申し上げます。私は第5期宮本執行部から学術委員会理事を拝命し、2期日もようやく半ばを終えたところです。先輩理事や事務局に支えられながら何とか頑張ってきたと思います。

さて、学術委員会の最も大事な仕事は学術講演会の企画だと考えています。すべての市歯科医師会会員のニーズに答えることは難しいかもしれませんが、最新のトピックスやベーシックな内容、保険診療に導入された分野などできるだけ偏りがないように企画を心掛けています。私が理事就任後に企画したテーマは「ラバーダム防湿と歯内療法」、「細菌学の話」、「う蝕治療」、「画像診断」、「顎関節症の外科的療法」、「お砂糖博士®の砂糖の話」、「義歯補綴の技工士の話」、「プレオルソ（小児矯正）」となります。今後開催が決まっている講演会は11月16日（土）「IOSの基本原則」笹田雄也先生（福岡市開業）、令和7年5月31日（土）「歯髄温存療法」泉英之先生（滋賀県長浜市開業）となっております。また、昨年より講師の了解が得られたもののみ学術講演会の動画配信も行っております。ただ、皆さんもご経験かと思いますが、画面越しに勉強するのと実際に会場にて講師の話を生で聴くことでは、実りが随分違うと感じます。是非会場へ足を運んでいただき、講師の生の声を聴いていただきたいです。（動画配信につきましては講師の都合上、毎回配信できるとは限りませんのでご了承下さい。）

また新しい企画として、令和4年度より県歯の歯周病対策プロジェクトのもと、市歯科医師会でも東克章先生による年に3回のセミナーも開催しております。東先生とともに市歯科医師会でも「熊本を歯周病治療が一番進んでいる地域にしたい」との思いで企画しております。具体的には「中等度歯周炎までなら会員のどの歯科医院に行っても同じように治せる」というのが目標です。毎回少しずつ内容を変えながら、大切なことは繰り返し勉強できる内容になっておりますので、是非自院の歯科衛生士と一緒にご参加いただくと幸いです。先日当院の患者から院内に掲示しているスタッフの歯周病対策プロジェクトセミナー修了証を見て「私たちのために毎年勉強していただいているんでしょう。ありがとう」と感謝の言葉を頂き、改めて市民や患者への情報発信の大切さを感じました。皆さんも学術講演会や歯周病対策セミナーを是非ご活用下さい。

もう一つの企画として、以前より不定期に開催しておりました会員発表会を今年度も2月8日（土）に開催予定です。今回は九州大学の鮎川保則教授の基調講演と会員発表を予定しております。私が先輩方より教わったことで一番実感していることは「自分の患者が最良の教科書」ということです。自分が直面し、治療し、経過を観察して得た経験こそが次の患者の治療に繋がると信じています。よって若い会員の先生方にはご自身の経験した症例をご発表いただくことで自身の成長にもなりますし、受講する先生方はその症例を疑似体験することができ、次の類似症例の治療に繋がっていくと思います。これからも2年に1回は企画しようと思いますので、奮ってご参加下さい。

以上、最近の学術委員会の活動をご報告しました。今後とも会員の皆様に喜んでもらえる企画を考えていきたいと思っておりますので、ご意見ご指導宜しくお願いいたします。

## 熊本市での開催間近に迫る

### 第55回十三指定都市歯科医師会役員連絡協議会専務理事会議



熊本市での初めての開催です

7月20日(土)14時より、KKRホテル熊本にて、第55回十三指定都市歯科医師会役員連絡協議会専務理事会議(以後、専務理事会議)が開催されました。この十三指定都市歯科医師会役員連絡協議会(以後、協議会)は、全国に20市ある政令指定都市のうち、市レベルで歯科医師会がある18の歯科医師会の中で13の歯科医師会が加盟する協議会です。

大阪市・京都市には、市歯科医師会がありません。



情報の共有を

残りの非加盟歯科医師会は、相模原市・浜松市・静岡市・堺市であり、千葉市は今年10月に再加盟の予定です。この協議会では、政令指定都市という特殊な制度により都道府県と同等な活動を求められる中で、情報共有し切磋琢磨しながら、有意義な歯科医師会活動に反映させていく議論が行われます。協議会は、毎年10月に各市の担当により行われていて、今年で55回となる歴史あるものです。熊本市歯科医師会が協議会に正式加盟して10年になりますが、今回初めて、協議会開催の担当となり、1年前より準備を進めてきました。

専務理事会議は、10月開催の協議会の内容のすりあわせとなる重要な会議と位置づけられて

います。今回は、前述のように千葉市歯科医師会から再入会の希望があり、事前に協議会加盟歯科医師会との意見交換を行いました。協議会当日には、全会一致で再入会が認められるものと考えています。さらに協議会では、2人の特別講師(厚生労働省大臣官房参事官(医療提供体制改革担当)高宮裕介様・日本歯科医師会会長高橋英登様)をお招きし、その講演に関連して、災害対策や地域包括ケアシステムの今後について、会場で協議する予定です。関連した事前アンケートを各歯科医師会にお願いしていましたので、その内容の確認作業も行いました。専務理事会議は、白熱した3時間となりました。



白熱した会議となりました

その後、初めて熊本にいらっしゃった専務理事が半数であり、おもてなしとして馬肉を堪能していただきました。本会理事が同伴し、遅くまで熊本の夜を散策したようです。

(専務理事 高松 尚史)

## 更なる連携を図って

### 令和6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



更なる医科歯科連携を

令和6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8月20日(火)19時より、県歯会館3階市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、副院長日高道弘先生と宮成信友先生、臨床研究部長富田正郎先生、統括診療部長菊川浩明先生、歯科口腔外科部長中島健先生、救命救急センター長渋谷崇行先生で、市歯会からは会長渡辺猛士先生、副会長田中弥興先生と小野秀樹先生、専務理事高松尚史先生、医療管理理事高橋禎先生と医療管理委員長関喜英でした。



これからも連携をよろしく願います

まず熊本医療センターに対し、市歯会会長の渡辺猛士先生より、これまでの医科歯科連携に対する感謝の意が述べられ開会となりました。次に、熊本医療センター院長の高橋毅先生が、市歯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、熊本医療センターの現状についてのお話がありました。

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令和6年度の実績に関して、以下のような報告がされました。

- ・歯科紹介率は54.8%で、過去5年で最も多かった。周術期の患者が最も多く、他には難抜歯、顎骨壊死などが多かった。
- ・歯科地域医療支援病院紹介率は58%で過去5年で最も多かった。
- ・歯科紹介患者数は毎月70～80人で予約が3週間待ちとなっているため、患者数をやや制限している。予約がやや取りにくい現状があるが、なるべくたくさんの患者を診ていく方針である。

次に、救命救急センター部長の渋谷崇行先生より、歯科救急医療の利用状況について、以下のような報告がされました。

- ・毎月の受診者数は10名前後で、半数以上が外傷で下顎骨骨折、歯の脱臼、口唇の裂傷の順に多い。月に2、3名下顎骨骨折で入院している。
- ・医科からの紹介がほとんどで、歯科からは月に1名いるかいないか程度である。

その他、熊本医療センターの登録歯科医が減少傾向にあり、何か方法がないかと地域連携室長から話がありました。会員には10数年前に一

度告知をただけだったので、再度会員に告知していくことになりました。後日会員に登録案内を配布する予定です。また、今年の夏はかなり暑い日が続いている状況で、例年に比べ熱中症がかなり多いとのことでした。



紹介ありがとうございます

今年度熊本医療センターで行われる今後の歯科医師研修ですが、11月7日(木)に救急蘇生法講座(定員50名)が新館6階のスキルアップラボセンターで行われます。毎年治療中に起きる緊急時の対応に関する講演とマネキンを使った救急蘇生実習があり、大変好評です。スタッフと一緒に奮ってご参加ください。また、熊本摂食・嚥下リハビリテーション研究会の特別講演が10月8日(火)に、セミナーが令和7年2月18日(火)に開催される予定です。医歯連携セミナーは来年も予定通りに開催する予定です。

最後に閉会の辞を田中副会長が述べた後、今年も懇親会を行い盛り上がりました。

(医療管理 関 喜英)



# 「歯周病とは何か もう一度組織学的に考察する」

講師 東歯科医院 院長 東 克章 先生

## 令和6年度第1回歯周病対策プロジェクトセミナー



毎年大好評です

7月4日(木)県歯会館4階ホールにて、「歯周病とは何か もう一度組織学的に考察する」と題し、東歯科医院の東克章先生をお招きして、令和6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た。会長挨拶の後、講演開始となった。

まずは一見、健康そうに見えるけれど、少し炎症初見のある口腔内写真を提示され、細かい部分まで観察することの大切さについて示された。次に歯周組織の健康像を提示して、唇側歯肉の薄さ、解剖学的な特徴について示された。



プラークコントロールが一番大事です

次に歯周組織の構造的な特徴について説明され、ここでは付着やシャープピー繊維のことなど

に触れられた。そして歯周病は骨の病変ではなく、歯肉—結合組織の病変であることについて説明された。

次に東先生は、歯肉炎について、その基本的な病態を説明された。

ここでは、歯肉炎の発生と進行のメカニズムは以下のステップによるものであることを解説された。

- ①プラークが付着するグラム陰性菌の内毒素が侵入。
- ②細菌の生産する有害物質(内毒素など)が歯肉に侵入する
- ③歯肉に炎症が生じる
- ④炎症性細胞浸潤→歯肉(仮性)ポケット形成
- ⑤歯肉線維の消失と上皮突起の増殖(側方と根尖側へ)

歯肉炎の原因はプラークであり、それを証明した実験を提示された。その学生実験によると、プラークがつけば歯肉はそれに対して炎症が惹起され、逆にプラークがつかないようにすれば、本来の健康な状態に復元することが示された。そしてこれらの過程は、プラークの付着から2週から3週で起こっていることを解説された。



今日も勉強になりました

続いて東先生は、歯周病は慢性、急性を繰り返す疾患である事、病変の流れに沿って必要性に応じて適宜必要な対応を行うことが重要である事。

歯周炎に至るまでは、プロービングデプスの増加、付着の喪失、歯肉の退縮、歯の移動、歯槽骨の吸収(喪失)、動揺度の増加といった臨床所見が認められる事を示された。

歯肉炎から歯周炎に移行するのは30代くらいからと言われており、歯周病の進行のメカニズムは以下のステップにより起こることを、シェーマを用いて説明された。

- ①接合(付着)上皮の根尖側移動(歯肉線維の消失による)
- ②接合(付着)上皮がセメント質から剥離することにより歯周ポケットが形成される
- ③深部歯周組織へ炎症の波及とポケットの深化
- ④歯槽骨の吸収
- ⑤歯根膜の変性

ここでは、「歯周病は歯肉結合組織に起こる病変であり、骨の病気ではない」ということを強調して説明された。

ここでプラークと咬合について触れられた。「歯周疾患は、歯肉縁下プラークと密接に関連している」ということに関して、Lindheの研究文献を提示され、あらゆる歯周治療の基本はプラークコントロールにあり、プラークコントロールこそが最も重要な歯科医療および予防のコンセプトであることを述べられた。

次に東先生は、外傷性咬合と咬合性外傷との関係について説明された。外傷性咬合とは、病変を起こす原因となるような咬合状態のことであり、咬合性外傷とは、それにより引き起こさ



質疑する谷口先生

れた病変や結果であることを述べられた。また骨の吸収は炎症によってのみ起こり、外傷によっては起こらないことを説明された。歯牙は頬舌側の方向に動揺するため、基本的に咬合性外傷は頬舌側方向に生じること、隣接面の楔状骨欠損は外傷ではないこと、おわん型の骨吸収であれば外傷を疑っていいことなどを示された。

続いて東先生は、歯周病の原因について述べられた。

1. 細菌因子としては初期付着細菌群や後期付着細菌群、そして浮遊性細菌群、に分けられることを示した後、この中でも1950年代からの非特異的プラーク、そして1970年代からの特異的プラーク説への変化について触れられ、レッドコンプレックスについて示された。細菌については全てがわかっているわけではないが、プラークをコツコツと継続的に除去し続けることで進行を止め、確実に改善が認められることがわかっていることを示された。そして継続的な管理の必要性について、述べられた。
2. 宿主因子としてあげられたのは、局所性修飾因子としての炎症性修復因子(プラークリテンションファクター)であり、口呼吸、咬合異常、歯列不正、歯周ポケット、根分岐部病変などがこれに含まれることを示された。また全身性修飾因子として年齢や遺伝因子(ダウン症、パピロニルフェブル症候群など)、代謝性疾患(低ALP症)、糖尿病などの全身疾患について述べられた。
3. 環境因子としては、喫煙、ストレス、栄養障害、肥満、薬物などを述べられた。

ここで東先生は30年経過症例を提示された。2症例提示されたが、長期的な歯周病の管理が成功した要因として、

1. インфекションコントロールのため、清掃指導をし続けたこと、
2. 年齢が上がっても、SPTで定期的に来院されていること、
3. 高齢になっても清掃能力が落ちていないことなどを挙げられ、歯科医師の診断のもとで、

常に担当の歯科衛生士がSPTにあたっていることを述べられた。

治療においては歯科医師は治療計画を立てる必要があるが、その後治療の進行を歯科衛生士に任せきりにするのではなく、患者さんと会話をして個別対応を意識していく必要がある。

講演終了後には質疑応答が行われ、盛況のうちに閉会となった。

(学術 藤岡 洋記)



# 開放型病院共同指導の活用を！

令和6年度第1回(通算53回)  
国立病院機構熊本医療センター開放型病院連絡会



会場は満員

9月9日(月)19時よりホテル日航熊本にて、国立病院機構熊本医療センター開放型連絡会が開催された。

はじめに国立病院機構熊本医療センター副院長日高道弘先生より開会挨拶が行われた。



熊本医療センター副院長日高道弘先生

院長高橋毅先生が救急医療功労者として厚生大臣表彰を受けるために不在であったため、高橋先生からの挨拶文を代読され、日頃の病病連携、病診連携に対する感謝を述べられた。その

後、熊本市医師会会長で、国立病院機構熊本医療センター開放型病院運営協議会委員長でもある園田寛先生よりご挨拶があり、コロナ禍以来減少している共同利用をより積極的に利用して欲しいと述べられた。

続けて、国立病院機構熊本医療センター開放型病院運営協議会委員である熊本市歯科医師会理事の緒方一朗先生と国立病院機構熊本医療センター副院長である日高道弘先生のお二人が司会をつとめられ総会がはじまった。

熊本医療センターからの病院報告事項として、消化器内科部長 立山雅邦先生より「熊本医療センター消化器内科の紹介」という演題で、実際の処置動画等を交えながら、肝臓から消化管など幅広く対応されている現状を説明された。

次に地域医療連携センターからのお知らせとして、地域医療連携センター長の菊川浩明先生より国立病院熊本医療センターの現状の説明があった。開放型病院登録医は医科1,432名歯科377名の合計1,809名の登録があり、昨年から約



熊本市医師会会長園田寛先生

100名ほど増加した。年間約14,000名の入院があり、約80%が紹介患者だった。共同指導算定件数の推移、紹介患者数の推移を説明され、紹介患者の情報交換として、返書を確実に返していることや、りんどうネットワークの活用についてお話しされた。



熊本医療センター消化器内科部長立山雅邦先生

次に紹介予約センターからのお知らせとして、副地域医療連携センター長である富高悦司先生から紹介予約センターの利用状況の説明があり、令和6年も毎月約800件以上の利用があることに感謝を述べられた。そして、ホームページにも載っている紹介から診療の流れを改めてご説明された。予約のなかった場合は、返書の際に、予約センターの案内書を同封しているとのことで、今後も紹介と予約をお願いされた。

総会の最後に、熊本市歯科医師会会長渡辺猛士先生から挨拶があり、日頃の感謝を述べるとともに、医科歯科連携の重要性を改めて訴えられた。



今後もよろしくお願いいたします

国立病院機構熊本医療センター副院長宮成信友先生が閉会の辞を述べ、連絡会は閉会となった。

(医療管理 宮崎 康弘)

# 顎関節症を診ることが出来るように

令和6年度第2回口腔外科ベーシックセミナー



多数参加の先生方

9月19日(木)19時30分より、県歯会館4階ホールにおいて、令和6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、「顎関節症は怖くない！顎関節症・顎関節疾患について」という演題で、熊本市立熊本市市民病院歯科口腔外科医長の竹下直志先生の講演が行われた。まず渡辺会長が「自医院でも、顎関節症を診ることが出来るように、しっかり勉強して帰りたい」と挨拶された。次に、高橋理事より講師の略歴が紹介され、講演が開始された。



顎関節症を学びましょう

まず顎関節症の概念と診断について説明があった。顎関節症とは、顎関節や咀嚼筋の疼痛・関節雑音・開口障害あるいは顎運動異常を

主要症候とする障害の包括的診断名であり、その病態は咀嚼筋痛障害(I型)、顎関節痛障害(II型)、顎関節円板障害(III型)、変形性顎関節症(IV型)に分類される。顎関節症と診断するには、①顎関節や咀嚼筋等の疼痛、②関節雑音、③開口障害ないし顎運動異常の①～③の主要症状のうち少なくとも1つ以上を有する事が必要条件である。また、鑑別診断に際しては、まず顎関節の疾患か否かを鑑別する必要がある。そして、顎関節の疾患と判断したならば、顎関節症以外の顎関節疾患と鑑別する必要がある。

次に顎関節症の病態分類について詳しく説明があった。

## ・咀嚼筋痛障害(I型)

咀嚼筋痛とそれによる機能障害を主徴候とするもので、主な病態は局所筋痛と筋・筋膜痛である。

## ・顎関節痛障害(II型)

顎関節痛とそれによる機能障害を主徴候とするもので、顎関節円板障害、変形性関節症などによって顎運動時の顎関節痛や顎運動異常が惹起された状態である。

## ・顎関節円板障害(III型)

関節円板の位置異常ならびに形態異常に继发する関節構成体の機能的ないし器質的障害

で、開口時に関節円板が復位するもの(a: 復位性関節円板前方転位)と復位しないもの(b: 非復位性関節円板前方転位)に大別される。

a. 復位性顎関節円板障害(Ⅲa型)

開口時にクリック音を生じて、下顎頭が関節円板の後方肥厚部を乗り越えて中央狭窄部にすべり込んで下顎頭-関節円板関係は正常に戻るものの、閉口していくと円板が再び転位してしまうもの。

b. 非復位性顎関節円板障害(Ⅲb型)

どのような下顎運動を行っても関節円板が前方に転位したままであり、それにより下顎頭の運動制限が生じると開口障害が生じるもの。

・変形性顎関節症(Ⅳ型)

退行性病変を主徴候とした病態で、関節雑音(特にクレピタス)、顎運動障害、顎関節部の痛みのうちいずれか1つ以上の症状を認めるもの。



顎関節症は恐くありません

次に検査と診断について説明があった。まず、症状発現場所の確認を行い、痛みの状態を検査し、次に下顎運動の検査(開閉口路の計測、開口距離の計測、側方・前方運動量の計測)を行い、そして顎関節雑音の検査、さらに咀嚼筋(咬筋・側頭筋)や顎関節部の触診を行う。診断に関しては、「一般社団法人日本顎関節学会」のホームページに記載してある「診断決定樹」に沿って診断するとの事であった。

顎関節症の治療では、保存療法(可逆の治療)であるスプリント療法、理学療法(習癖の除去、開口訓練)、薬物療法(NSAIDs、筋弛緩薬

など)そして物理療法(マイオモニター、ソフトラレーザーなど)が主体であり、その他マニピュレーション(徒手の円板整位術)、関節穿刺法(関節腔内洗浄、薬物注入)や外科的療法がある。また、非可逆的療法である咬合調整、矯正治療や補綴処置による咬合再構成は、容易に選択してはいけないとの事である。具体的な治療の進め方では、Ⅰ型およびⅡ型は、薬物療法、理学療法およびスタビライゼーション型スプリントによる筋のリラクゼーションや顎関節の負担軽減を行う。Ⅲa型は、薬物療法やスプリント療法を行い、クリック音のみで関節痛やクローズドロックが伴っていないければ経過観察を行う。Ⅲb型は、まず薬物療法を行い、その後パンピングマニピュレーションを行う。Ⅳ型では、クレピタス音のみでほかの症状が無い場合は治療の対象外で、関節痛や開口障害が有るものは、薬物療法、スプリント療法や薬物の関節腔内注入などを行う。次に、それぞれの治療法について解説が行われた。まずスプリント療法について、主にスタビライゼーション型スプリントを使用し、臼歯部の歯はすべてスプリントに垂直的に接触し、前歯部は全く接触させない(講師は犬歯誘導を付けないとの事)ように調節する。その主な効果としては、パラファンクシオンに対して顎関節部や筋の安静をはかる事である。次に薬物療法について、よく使われるものとして非ステロイド性消炎鎮痛薬(NSAIDs)や中枢性筋弛緩薬(塩酸エペリゾン「ミオナール錠」)がある。さらに理学療法では、顎関節可動化訓練、円板整位運動療法、マニピュレーション(徒手の円板整位術)、関節穿刺法などについてそれぞれ解説が行われた。

次に顎関節症以外の顎関節の主な疾患について説明があった。まず顎関節脱臼では、出来るだけ早期に整復(現在ではほとんど Hippocrates 法で行われている)し、一定期間の固定を行う。関節突起骨折では、下顎正中は患側へ偏位し、患側臼歯での早期接触が生じ開咬となり、「かみ合わせ」がおかしくなる。また関節突起骨折は、見落としやすいので注意が必要との事であった。その他、顎関節炎と顎関節腫瘍について説明があった。

最後に、質疑応答が行われた。2名の先生か



ご講演、ありがとうございました

ら、クレピタス、スタビライゼーション型スプリントや治療中に起こる顎関節脱臼について等、沢山の質問あったが、講師はそれぞれの質問について、丁寧に答えられていた。今回のセミナーは、明日からの診療に直結する、有意義な時間となった。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)

## 心を震わすシネマワールド

### 『始皇帝暗殺』

監督 チェン・カイコー

脚本 チェン・カイコー  
ワン・ペイコン

公開 1998年 日本・中国・仏・米制作

ジャンル 歴史・人間ドラマ

音楽 チャオ・チーピン

出演者 チェン・カイコー

コン・リー

チャン・フォンイー

リー・シュエチエン

「風蕭蕭として易水寒し壯士ひとたび去って復還らず」これは史記に記された有名な漢詩で、二度と会うことのない別れや二度と帰ってこない決心を言う時に使われます。その語源は中国を歴史上初めて統一した始皇帝を暗殺しようとした刺客の荆軻が易水のほとりと一緒に行く仲間の刺客を待っていたが来ず、急がされて舟に乗る前に詠ったものです。

始皇帝も皇帝になる前までは理想に燃え法の支配のもと国家を統一し、言語と貨幣を統一し平和な世界を目指したのは歴史に描かれています。しかし一度権力を握ると死に物狂いでその地位を守ることに全力を上げ、自分の都合の悪い思想や書物や学者を抹殺し最後は永遠の命を探し求めます。このように始皇帝は最初の理想を忘れ、それ故に人心の離反を招き命を狙われるようになったのは必然だったと思います。

この映画はほぼ史実に沿って物語が進行しますが、始皇帝の出自や荆軻の人間関係などを脚本し直し、スケールも大きくエンタメ性も高めています。暗殺に赴いた事情やラストの献上した地図の中に仕込んだ匕首による暗殺も史実通りに描かれ史実通り終わります。歴史は繰り返すと言いますが、永遠の命がない限り現代においても独裁者は同じようなことを行い、また同じようなことに遭遇するのではないかと思います。

この映画は第52回カンヌ国際映画賞フランス映画高等技術委員会賞を受賞しています。

(温 永智)

## 病院歯科の負担減のため、会員のみなさんのご協力を 令和6年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



病院歯科の負担軽減を

7月26日(金)19時30分より市歯会会館第1会議室において歯科救急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医長谷口広祐先生、熊本大学歯科口腔外科外来医長川原健太先生、病棟医長平山真敏先生、熊本市民病院歯科口腔外科部長太田和俊先生、医員竹下尚志先生、伊東歯科口腔病院から理事長・病院長伊東隆三先生、副医局長永井伸生先生、総務主任蟻川裕介様、熊本市歯科医師会からは、高松尚史専務理事、有働秀一常務理事、高橋禎医療管理委員会理事、関喜英医療管理委員長でした。

まず、高松専務理事が開会の挨拶で、休日対応と救急医療を依頼している4つの病院へ感謝の意が述べられました。

協議題では、各医療機関より令和6年度の救急医療の状況が報告されました。

国立病院機構熊本医療センターでは救急外来から院内紹介された歯科救急患者数は、昼間(8時半～17時)が16例、夜間が82例の計98例(男性48名、女性50名)で、年齢別には、80代が最も多かったです。診療内容は外傷、炎症、抜歯、顎関節脱臼などでした。なお、年末年始(12/30～1/3)の急患診療状況は合計11名でした。

熊本大学病院では平日昼間は68名、夜間は53

名、合計121名(男性67名、女性54名)でした。年齢層は、60代から80代が多く来院されました。診療内容は外傷、炎症、抜歯が多かったです。年末年始の急患診療状況は合計5名でした。

熊本市民病院では、平日昼間は121名、夜間は13名、合計134名(男性65名、女性69名)でした。内容は外傷、炎症、顎関節疾患、抜歯が多く、その他に抜歯後出血(ワーファリン服用)なども数例ありました。年齢別では80代が25名で他の年齢層よりも多かったです。年末年始の救急診療は3名でした。

伊東歯科口腔病院では、昼間は867名、夜間は1,483名、合計2,350名でした。年齢は50代以下の若年層が多かったです。内容は、昼夜ともに炎症、根治、抜歯、再セット、顎関節疾患などが多くなっていました。また、年末年始は電子カルテ入れ替えのために休診でした。

歯科医師会(休日当番医)においては、昼間(10時～16時)が254名、夜間(18時～23時)が131名、合計385名でした。年齢別では0歳～9歳が多かったです。内容は炎症、脱離物の再セット、C処置、抜歯やSPが多かったです。年末年始の救急診療状況は、昼間が300名(昨年度207名)、夜間が106名(昨年度81名)の合計406名でした。年末年始の急患が昨年度よりも増加したのは、伊東歯科口腔病院が休診だったことが原因の一つと考えられます。

今後も病院歯科の先生方の負担を減らすために、前回と同様に年末年始の患者対応方法について担当歯科医に文書で通知することになりました。

最後に有働秀一常務理事が、各医療機関に対し改めて感謝の意を述べ、閉会となりました。



休日救急対応ありがとうございます

続いて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が行われました。伊東歯科口腔病院は24時間365日救急患者を受け入れており、救急処置後は治療の継続のために患者居住地近くの連携歯科医への逆紹介を行っています。令和6年度現在で連携施設は391施設、連携歯科医は465名で、連携歯科医の集いを71回開催し、連携歯科医の先生方による共同診療に対する発表も行なっているとのことでした。

患者紹介率は41.71%、救急患者逆紹介率は83.8%で、入院患者の紹介に関しては、紹介率56.0%、歯科からの紹介率は54.0%でした。紹介の入院患者数は620人、連携医からの紹介患者数は484人で、共同診療の件数は8件でした。外来、紹介患者は女性の方が多く58.7%で、年齢別では20代が21.3%と最も多くなっています。これはこの年代の智歯抜歯や矯正治療の紹介が



地域歯科診療を担います

多いことが理由となっています。疾患別では智歯抜歯が40.7%、C/P処置が18.5%、炎症が8.7%で多く、その他の疾患としては外傷(骨折)、顎関節症、静脈内鎮静法下での処置、有病者歯科治療、矯正治療などでした。入院患者の年齢別では20歳代が20.0%と最も多く、この年代は顎変形症の治療が多かったとのこと。疾患別では智歯抜歯28.3%、インプラント関連処置が21.0%、顎変形症9.3%、C/P処置5.1%、炎症0.8%で、その他は骨折などの外傷や入院しての集中的な治療などで35.4%となっております。

今後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ました。また、紹介の患者さんの共同診療を行うことは、患者さんとの信頼関係も強まるし非常に喜ばれるので、紹介される際には積極的な参加も検討してみてくださいとのことでした。

(医療管理 関 喜英)

# さあ皆さん今回の改定どう思いますか？

～ 令和6年度点数改定説明会 ～



今年の点数改定は大変です

7月3日(水) 20時より、令和6年度点数改定説明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。

個々の改定内容や新設された「ベースアップ評価料」について、また、施設基準に関わる内容など、多くの先生方に対面で分かりやすい説明を心がけての進行となりました。

説明会は、市歯会渡辺猛士会長の開会・挨拶の後、以下の内容で行われました。



複雑な改定です

## I. 点数改定説明

市歯社保委員会井口泰治理事より、基本診療料の改定内容や、在宅医療、リハビリテーション等の変更点の説明がありました。

今回の改定では賃上げを考慮した点数の改定が多く含まれており、基本診療料をはじめとした歯科での改定率が+0.57%となりました。

また、地方厚生局への定例報告も例年の「7月

1日現在」から「8月1日現在」と変更となり注意喚起も行われました。

## II. ベースアップ評価料

市歯社保委員会添島英輔委員長より、ベースアップ評価料の試算や届出方法などの説明がありました。

今回の改定で多くの事前質問を頂いた内容であり、ベースアップI、IIの違いや賃上げ率の計算、計画などの疑問点にも触れ、届出時のメール使用など、これまでとは大きく違う点に重点を置き説明がありました。



変更点に注意

## III. 施設基準

市歯社保委員会宇都和寿副委員長より、施設基準について、特に口腔機能管理についてや医療DX推進体制整備加算など、変更や新設された内容も加わり届出の必要有無、経過措置期間について説明がありました。特に口管強加算に

については変更点があり詳しく説明がありました。

#### IV. 質疑応答

今回は事前質問にお答えするという形で市歯  
社保委員会江頭優委員より説明がありました。  
ベースアップ評価料や、歯リハ3など新設され  
た内容に関するものが多くありました。算定時  
の条件や、か強診から口腔管理体制強化加算と  
変更となり施設基準を満たすための内容や検査  
等多くの質問をいただきました。

最後に熊本市歯科医師会小野秀樹副会長が閉  
会の言葉を述べられ、盛況のうちに終了しまし  
た。



わからないところは社保委員会に質問して下さい

(社保 河野 克明)



# 口腔・顎領域の症状と全身疾患について

～ 第88回 医歯連携セミナー ～



多数の参加がありました

7月11日(木) 20時より国立病院機構熊本医療センター 2F地域医療研修センターにて第88回医歯連携セミナーが開催された。まず、田中弥興市歯会副会長の挨拶の後、高橋禎医療管理理事の座長のもと「口腔・顎領域の症状と全身疾患について」と題し、国立病院機構熊本医療センター総合診療科の辻隆宏先生を講師として講演が行われた。

今回は、総合診療科に紹介いただいた歯科口腔外科領域の症状を来した全身疾患を大きく6つに分けて、その中のいくつかを症例を交えながら説明があった。



全身疾患について説明します

## ① 口腔粘膜障害と全身疾患

梅毒：軟口蓋部や舌根部や口唇部のびらん、皮疹、外陰部潰瘍などの症状を第Ⅱ期に呈してくるため診断がつくことが多い。

ベーチェット病：膠原病の1つで、口腔粘膜の再発性アフタ性潰瘍、結節性紅斑、ぶどう膜炎、外陰部潰瘍などの症状を呈する。

メトトレキサート関連リンパ増殖性疾患：膠原病の1つで、関節リウマチにてメトトレキサートを服用している方は口内炎をよく起こすが、まれに病理組織的にはびまん性大細胞型B細胞性リンパ腫の1つであるメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患という病態がある。

DPP-4阻害薬関連粘膜類天疱瘡：DPP-4阻害薬は、インクレチンを分解する酵素であるDPP-4を阻害することでインスリン分泌を促し、血糖を低下させる糖尿病治療薬であるが、粘膜に類天疱瘡を併発することがある。類天疱瘡とは、表皮基底膜抗原に対する自己抗体により水疱形成やびらん性病変が粘膜優位に生じる自己免疫性水疱症で、主に口腔粘膜や眼粘膜にびらん性病変を呈する。

PFAPA(Periodic Fever with Aphthous Pharyngitis and Adenitis)：周期性発熱・アフタ性口内炎・咽頭炎・リンパ節腫脹のことで、診断基準としては、5歳までに発症して周期的に発熱を繰り返す。上気道炎症状を欠きアフタ性口内炎、頸部リンパ節炎、咽頭炎の3つのうち少なくとも1つの臨床所見を有し、間欠期には全く症状を示さない。小児領

域の病気だが、最近では成人で発症する例や思春期を過ぎても自然寛解しない例もみられるとのことであった。

## ②口腔乾燥症と全身疾患

口腔乾燥症の原因としては、疾患(唾液腺疾患、シェーグレン症候群、糖尿病、口腔周囲の放射線治療)、薬剤(抗うつ薬、鎮痛薬、血圧降下薬、抗ヒスタミン薬、抗パーキンソン薬)、身体的変化(加齢による唾液分泌機能の低下、咀嚼筋の萎縮、自律神経障害)、生活習慣(口呼吸、飲酒、喫煙)がある。

シェーグレン症候群：口腔内乾燥症状、乾燥性角結膜炎、自己抗体(抗SS-A抗体、抗SS-B抗体)の出現を認める自己免疫性疾患である。シェーグレン症候群の約5%に悪性リンパ腫がみられ、その発症リスクは健常人の44倍である。口唇生検は必須ではないが病態把握に有用であるとのことであった。

## ③味覚障害と全身疾患

味覚障害の主な原因は、特発性(18%)、心因性(18%)、薬剤性(17%)、亜鉛欠乏性(13%)、感冒後(12%)、全身性(6%)、医原性(5%)、鉄欠乏性(4%)、外傷性(3%)、その他(4%)となっている。

悪性貧血：胃切除やビタミンB12欠乏によりおこるハンター舌炎(舌の乳頭が萎縮したり、赤く変色する)を伴う大球性貧血(平均赤血球容積；MCVが100以上の貧血)である。



座長の高橋理事

## ④唾液分泌異常・嚥下障害と全身疾患

真正唾液分泌過多症は、実際に唾液分泌量が多いという病態であり、脳性麻痺、パーキンソン病、てんかん、口やのどの神経麻痺、発作性交感神経過活動(外傷性脳損傷、くも膜下出血、無酸素脳損傷、脳内出血)、薬物

中毒(麻薬など)、水銀・ヒ素中毒、入れ歯の不具合、口内炎が背景にある。仮性唾液分泌過多症は、客観的には唾液分泌量は多くはないが多く感じてしまう病態であり、心因性(強迫的、ストレス、うつ病、不安障害)や環境の変化(妊娠、出産、進学、就職)、嚥下障害、口腔異常感症、顔面神経麻痺、巨舌症、口腔・咽頭の炎症や腫瘍が背景にあり、高齢者や重度心身障害者などにもみられる。大半はこちらの仮性唾液分泌過多症である。

摂食・嚥下機能障害を来す疾患としては、中枢神経障害(脳梗塞や脳出血後)、神経筋接合部障害(重症筋無力症)、末梢神経障害(糖尿病やギランバレー症候群など)、筋障害(多発性筋炎、皮膚筋炎、封入体筋炎)、腫瘍などによる物理的障害、心因性障害(神経性食思不振症、転換性障害)、加齢等がある。

クレンベルグ症候群(延髄外側症候群)：延髄外側の外傷により呈する神経症候をまとめた症候群であり、めまい、嘔声、構音障害、嚥下障害、ホルネル徴候、失調、頭痛、同側の顔面感覚障害・対側の四肢温痛覚障害を引き起こし、後下小脳動脈の梗塞によって起こることが多い。原因としては血栓症が多いが、若年者では、椎骨動脈解離の頻度が高い。又、急性期では、約40%で頭部MRIにて偽陰性と報告があるとのことであった。

筋萎縮性側索硬化症：主に中年以降に発症し、一次(上位)運動ニューロンと二次(下位)運動ニューロンが選択的にかつ進行性に変性・消失していく原因不明の疾患で、症状としては、上肢麻痺(多くは指先の麻痺で、手の萎縮で発症)、下肢麻痺(初期には歩行時につっぱりが多くみられ、進行すると麻痺や筋委縮)、球麻痺(顔・舌・のどの麻痺や筋委縮により嚥下障害)、呼吸障害がみられる疾患である。初発症状としては、25～30%に摂食・嚥下障害を含めた症状が生じるとのことであった。

## ⑤顎関節・下顎部痛と全身疾患

Numb chin syndrome：三叉神経の第3枝の分枝である脳神経が単独に障害されることで口唇・下顎のしびれを来す、まれな症候群で悪性腫瘍に合併することがある。原因で多いのは歯・顎・顔面領域の治療や歯性感染



お集り頂きありがとうございます

で、その他に膠原病、糖尿病、感染症、薬剤、悪性腫瘍がある。悪性腫瘍では、乳がんやリンパ系腫瘍が多く、ビスホスホネート製剤による顎骨壊死と関連したものが最近増えてきているとのことであった。

びまん性硬化性下顎骨骨髓炎：診断基準としては、臨床的に顎骨の腫脹または疼痛を認めるが排膿や膿瘍形成が認められず、発作と寛解を繰り返して下顎骨内をびまん性に広がるX線像を示す。病理組織学的には非特異的な慢性硬化性骨髓炎の像を示す。又、6か月の治療(抗菌療法、外科療法など)で治癒しない状態である。ビスホスホネート製剤による治療が疼痛には有効であるとのことであった。

巨細胞性動脈炎：通常50歳以上の患者に発症する大動脈あるいはその主要分枝に起こる肉芽腫性血管炎で、大多数の例では頭部症状(頭痛、頭皮の圧痛、下顎跛行・複視・視力消失)や発熱、リウマチ性多発性筋症の症状などで発症する。



質問する谷口先生

#### ⑥感染性心内膜炎と歯科治療

感染性心内膜炎：弁膜や心内膜、大血管内膜に細菌集簇を含む疣腫を形成し、菌血症、血管塞栓、心障害などの多彩な臨床症状を呈する全身性敗血症性疾患。診断には、身体診察に加えて血液培養と心エコーが必要である。発症リスクの高度リスク群(生体弁、機械弁による人工弁置換術者、弁輪リング装着者、感染性心内膜症の既往のある患者、複雑性チアノーゼ性先天性心疾患、体循環系と肺循環系の短絡造設術を実施した患者)の抜歯などの菌血症を誘発する歯科治療は特に注意が必要であると言われていて、術前の予防的抗菌薬投与を強く推奨する。

今回の講演で改めて口腔・顎領域の症状を呈する全身疾患が多数あり、患者さんが訴える症状や病態の診査・診断の重要性を再認識し、日々の診療を行っていく必要性を痛感させられる講演会となった。

(医療管理 赤城 忠臣)

# 新入会員オリエンテーション

医療相談の現状、診療報酬改定、個別指導に係る内容について



会長による開会の挨拶

7月6日(土)の15時より、新入会員に係る研修会を市歯会館3階市会議室にて、医療管理・社会保険委員会合同、熊本市歯科医師会主催で開催いたしました。内容は医療相談の現状、診療報酬改定、個別指導に係る内容などについてです。

渡辺猛士市歯会会長の挨拶の後、以下の内容にて研修会を進行しました。

## I. 医療相談に係る研修

今回の講演のポイントは

- ①医療苦情、医療相談がどの様にして発生するのか、
- ②過去の様々な事例から学ぶことで医療苦情の発生を抑える、
- ③発生した医療苦情に対してどのように対応するか、であった。

まず、熊本市保健所の医療対策課医療相談窓口に寄せられた過去6年間の相談の内訳と推移が紹介された。医療苦情や医療相談で多く上がる項目は、治療行為、治療内容、コミュニケーション、医療機関の紹介である。歯科医師会に寄せられるものも同様で、他には治療費用、接遇、患者対応、医療スタッフの業務範囲、医療安全、プライバシーの保護に関するものなどがある。

①の医療苦情、医療相談はどの様に発生するのかに関しては、治療や患者対応などにおい

て、患者の期待水準よりも低かった時に不満が生じる。不満の一つ一つは小さくともそれが蓄積すれば明確な苦情として現れる。潜在的な不満や不快の段階で誰かが気付いて対応することができるのが理想的だが、顕在化した些細な不満も疎かにせず、患者の立場に立って対処することが大事である。これをハインリッヒの法則になぞらえ、1件の重大な苦情の背景には29件の軽度の苦情があり、さらにその背後には300件の潜在的な不満が隠れていると言うことができる。苦情が発生しやすい環境として、次の2つの要素が関係していると言われる。(1)欠如してはいけない要素(コミュニケーション、知識)(2)過剰にあるとマイナスに作用する要素(ストレス、経験による慣れ)である。従って、管理者はその様な観点から職場環境の整備やスタッフ教育を行う必要がある。

②の過去の事例から学び、医療苦情や医療相談の発生を抑える、では、過去に歯科医師会に実際に寄せられた様々な事例を紹介し、それぞれを検証していった。多く見られるのが、医療者側と患者側とのコミュニケーションの齟齬である。医療者側が説明した内容に関して患者側の受け取り方が正しくなければ、トラブルの元になる。同様に患者側の話の真意を医療者側が正しく受けとっているとも限らない。医療者側は患者の立場に立ってわかりやすい言葉で丁寧

に説明し、しかし説明することに重点を置き過ぎず、患者の話をよく聞く、患者のことをよく見るという姿勢が大事である。



何でも相談して下さい

トラブルを起こしやすい患者さんには次の様な誤解があることが多い。

1. 治療すれば必ず治る、
2. 病気の原因は必ず突き止めることができる、
3. 歯科医師は完全に治す義務を負っている、
4. 治療薬は誰に対しても同じ結果をもたらす、
5. 歯科医師の治療に患者は協力する必要はない、
6. 歯科医師はどの様な患者でも診療を拒否できない、
7. ネットなどの偏った浅い情報を鵜呑みにし自己診断する。などである。

また医療管理、医療安全に関して、医療管理安全対策書を活用し、普段から医院で一丸となって取り組むこと、記録や報告書をきちんと残して、それらを院内で共有していくことの重要性を述べられた。

③の発生した医療苦情にどう対処するか、では、苦情やクレームに対する基本的な対応の仕方や、最近社会的にも増加傾向にあるクレーマーやモンスターペイシエントの特徴とその対処法についての話があった。クレームに関して実際は正当なものがほとんどで、悪質なものは1%程度と言われている。どの様な場合でもまずは謝罪をし、相手の話を聞く誠実な対応が重要である。良質な医療苦情への対応のゴールは、患者が継続的に来院してくれることである。ただし、悪質なものに対しては毅然とした態度で臨み、1人で対処することが難しい場合は歯科医師会に相談する方が良い。過去の事例としては、実際に関委員長が自院で経験した悪質なモンスターペイシエントとのやり取りを細かく再現してその対応の検証を行った。

これら医療苦情や医療相談は、社会背景の変

化に伴い、寄せられる内容や対処の仕方が、徐々に変化していくと思われる。普段から院長を中心に医院全体で取り組み、常にアップデートしていくことが重要である。そのために歯科医師会では医療安全、医療管理に関する研修会を年に数回行っている。是非スタッフとともに参加し、医療管理、医療安全に対する取り組みを医院の強みとすることを目指されてはどうか。

(講師：市歯医療管理委員会 関喜英委員長)

## II. 診療報酬改定に係る研修

- ・点数改定と施設基準の要点
- ・届け出にあたっての留意事項とE-systemを活用した研修について

今回の改定で新しくできた項目や今までのものが2つに分かれたりと自身の関わりのある施設基準をしっかりと把握しておく必要あり。また届出に必要な研修をE-systemをうまく活用することによりスムーズに行うことができる

(講師：市歯社会保険委員会 福田勇人副委員長)



E-systemでの研修をお願いします

## III. 個別指導に係る研修

- ・新規個別指導の流れについての説明

カルテ内容を充実させることはもちろん患者さんへの提供文書や技工指示書、納品書等の整理整頓を常日頃から心がけておく  
(講師：市歯社会保険委員会 江頭優委員)



社保委員会を活用して下さい

#### IV. 質疑応答

(市歯社会保険委員会 井口泰治理事)

#### V. 熊本市歯科医師会からのお知らせ

・活動内容等についての説明

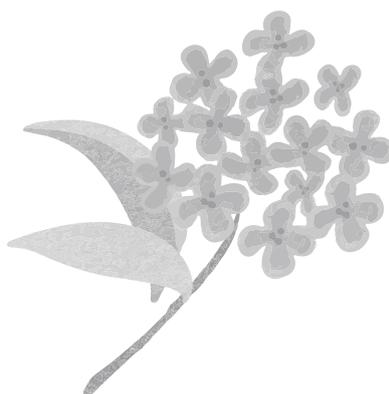
(熊本市歯科医師会 有働秀一常務理事)

最後に熊本市歯科医師会田中弥興副会長が閉会の言葉を述べられ、会は盛況のうちに終了しました。



新入会員の皆様お疲れ様でした

(医療相談 関 喜英・社保 大嶋 寛之)



## 第54回 かめる会



9月3日(火)から14日(土)まで、熊本市中央区の画廊喫茶「オアシス」におきまして、第54回熊本県歯科医師会芸術同好会「かめる会」が開催されました。

かめる会は50年以上の歴史を数える会ですが、現在では15名の会員を擁し、今回も30点近い作品を展示致しました。その内容は、絵画、写真、クラフト等多岐に及び、画廊喫茶「オアシス」自慢のコーヒーと共に芸術に触れる午後をご提供できたものと出品者一同思っております。

毎度申し上げますが、かめる会は、芸術、創作を愛する方であれば、どなたでもご参加を歓迎しております。

来年の第55回かめる会には、どうぞ我々と一緒に作品を出品してみませんか？

心よりお待ちしております。

かめる会幹事 前田歯科医院 鈴木 憲久



「ほおずき」 田中 弥興



「ミモザ」 田中 弥興



「春を待つ」 永田 省藏



「早春賦」 千場 正昭



「花瓶に挿したバラを貴方に」 春野 惟一



「刺繍のピアス」 池松 恵実



「インクアート」 井上 泰子



「阿蘇の野焼き」 千場 正昭



「彼女の秘密」 鈴木 憲久



「招福開運」 鈴木 憲久



「天使」 鈴木 憲久



「天妖狐」 鈴木 憲久



「タティングレースのディリー」 池松 恵実



「ガクアジサイ」 伊藤 道子



「ガクアジサイ」 伊藤 道子



「健軍神社」 鬼塚 啓史



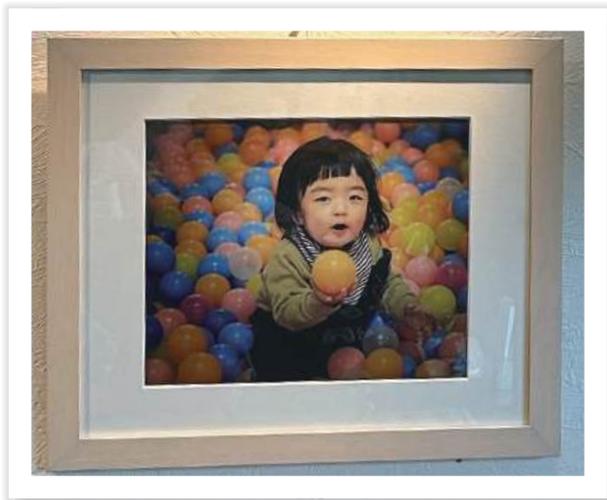
「ひとときの交流」 藏田 和史



「ミモザ」 伊藤 道子



「踊り子草」 増田 憲元



「どうぞ」 井上 泰子



「日の出前」 田中 弥興



「出水神社」 鬼塚 啓史



「大矢野の夕暮」 伊藤 道子



「花明かり」 井上 泰子



「梅雨の頃」 田中 弥興

※素人撮影のため、ライト、影等写り込んでいますが、  
ご容赦ください。

## 令和5年度口腔外科ベーシックセミナー総集編

令和2年度からはじまりました、熊本市歯科後方支援病院連絡協議会が企画しました口腔外科ベーシックセミナーですが、令和5年度も引き続き盛況に開催されました。我々開業医におきましても、臨床の場での外科的な対応は注意が必要です。最新の情報にアップデートし、繰り返し復習していく必要があります。

今回のStudyでは、令和5年度に開催された3回分の講演を各先生方にまとめていただきましたので掲載致します。ぜひご自身の臨床にご活用下さい。

(学術理事 山口 英司)

第1回：令和5年5月17日(水)

「有病高齢者の歯科医療における基本  
～GPこそ知っておきたい～」  
鶴田病院 歯科口腔外科部長  
松岡祐一郎 先生



第2回：令和5年9月21日(木)

「即実践！顎口腔領域の炎症リスク  
マネージメント」  
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



第3回：令和6年2月22日(木)

「抜歯の基本手技とトラブルシューティング」  
熊本大学大学院生命科学研究部  
歯科口腔外科学講座  
病棟医長・助教 平山 真敏 先生



# 有病高齢者の歯科医療における基本 ～GPこそ知っておきたい～

医療法人社団鶴友会 鶴田病院歯科口腔外科 松岡祐一郎

## はじめに：超高齢社会に求められる歯科医師とは

わが国では総人口が減少局面に移行した中、長寿化が年々進行し、「人生100年時代」と呼ばれるかつてない超高齢社会を迎えている。2065年には総人口が9,000万人を割り込み、65歳以上の人口割合である高齢化率は38%台の水準になると推計されている。世界の高齢化率の推移でも先進国、アジアの新興国においても高齢化は進んでいるが、その中でも比較して日本は極めて高い高齢化率を認めている。

寿命が延長している高齢者の特徴として、複数の疾患に罹患し、複数の薬剤を内服していることが挙げられる。そして、歯科診療所を受診する高齢者65歳以上の患者は平成17年の29%から平成29年の約52%と大きく上昇し、65歳以上の高齢患者の割合は年々増加している。また、介護保険制度が始まった2000年における要支援・要介護認定者は220万人であったが、2010年には500万人を超え、2021年には690万人を超えている。今後も要支援・要介護認定者数は増え続けると考えられている。歯科医院には疾患が多岐にわたり、多数の薬剤を服用している、介護度も高い高齢患者が多く受診するという現状がすでに目の前に存在している。

このような患者に対し抜歯や侵襲的歯科治療などの臨床判断をする場合、全身的なリスクについてかかりつけの医師と相談しなければならない。それが、医科歯科連携である。つまり、歯科治療の知識・技術だけではなく、高齢患者の疾患を聴取し、その疾患を理解する、そして患者へ起きうるリスクを下げることができる、こうした歯科医師が求められている。

## 1. 問診の重要性

有病高齢者の歯科治療を開始する前に、求められる歯科医師の対応として診療の基本である問診が大切になる。口腔内症状の把握のみならず、全身疾患に関する問診を行い、その情報をもとに歯科治療の事前に対策を検討できることが重要なスキルとなる。

- ✓ バイタルサインの確認
- ✓ 既往歴の聴取
- ✓ 服薬の確認(問診票に記載していない可能性があるため必ずお薬手帳を確認)
- ✓ かかりつけ医院の確認(担当医を含めて)
- ✓ 必要な場合、医科への対診(診療情報提供の依頼)

続いて、医科疾患や注意すべき薬剤について述べていく。

医科疾患におけるそれぞれ具体的な治療薬は、「今日の治療薬」南江堂出版などを参照いただきたい。

## 2. 高血圧症

- ・高血圧治療ガイドラインでは高血圧は140/90以上と定義、我が国の高血圧患者数は約4,300万人と推定される。
- ・高血圧症は、至適血圧(収縮期血圧120未満かつ拡張期血圧80未満)を超えて高血圧が持続すると脳卒中、心臓病(冠動脈疾患・心弁膜症・左室肥大など)、腎臓病(腎硬化症)および大血管疾患のリスクや死亡リスクが高くなる。
- ・「高血圧緊急症」は一般の高血圧症とは異なる概念で、急激な、あるいは一時的な血圧の異常高値により、脳、心、腎、および大血管などに急性臓器傷害が生じている状態のことを指す。症状としては、頭痛や視力障害、悪心などや他覚症状として痙攣、意識障害、発汗、低酸素血症など。対応として、水平位にし、バイタル測定を行い、酸素投与、必要時にはニフェジピン10mg内服を行う。

## 3. II型糖尿病

- ・平成28年「国民健康・栄養調査」の結果では、糖尿病有病者と糖尿病予備軍は、いずれも推計で約1,000万人がいるとされている。また、糖尿病である認知の有無に関わ

らず未加療の糖尿病患者が23%存在している。

- ・3大合併症である網膜症、腎症、神経障害に加え、脳卒中、虚血性心疾患、末梢組織壊死なども続発する。そのため、歯科治療戦略を立てる上で問診によって合併症の有無を把握することが大切となり、合併症に対する薬剤などを想定しなければならない。

- ・糖尿病患者の歯科治療のポイントとして  
イ)腎不全がある場合：抗菌薬や消炎鎮痛薬は腎毒性の低いもの、腎機能を考慮して選択(eGFRやクレアチニン・クリアランスを把握する)

ロ)診療時間：歯科治療が食事や投薬時間の妨げにならないよう配慮

ハ)低血糖発作：歯科治療後の経口摂取困難などにより低血糖症状をきたす可能性、そのため、多部位をまとめて治療することは出来るだけ避け、経口摂取困難が予想される場合には血糖降下薬の調整を依頼する

ニ)易感染性：観血的処置の際は局所の消炎処置を徹底、術前の抗菌薬投与を検討

- ・糖尿病患者における歯科用X線やCT撮影時の留意点

- ✓ 近年、糖尿病患者でインスリンポンプや持続グルコース測定器を使用している場合がありCTやMRIの磁場により機器の故障が生じるため、歯科用デンタルX線やパノラマX線撮影時においても同様にポンプや測定器を外すべきとされる

- ・血糖降下薬ビグアナイド系薬剤とヨード造影剤の併用禁忌

- ✓ 上記併用により乳酸アシドーシスを起こす危険性がある、2日前より薬剤の投与を中止し、検査後48時間以降に再開する(緊急時はそのリスクを考慮)

#### 4. 慢性腎臓病

- ・慢性腎臓病には、慢性糸球体腎炎、糖尿病性腎症、腎硬化症などの種々の腎臓病が含まれる。慢性腎臓病は心筋梗塞や脳血管障害の発症率が約3倍になると言われている。また、腎機能が低下により透析が必要となる。



日本糖尿病協会 HP より引用

- ・2020年時点で我が国の末期腎不全患者による透析患者は34万人を超え、超高齢社会の進行に伴い年々増加の一途を辿っている。また、その予備軍である慢性腎臓病の患者数は約1,300万人と推定される。我が国では糖尿病性腎症から透析療法に移行する患者が40%と半数近く占めている。
- ・腎機能低下(eGFR60未満)がある場合、NSAIDsや抗菌薬投与時には減量の考慮が必要である。「薬剤性腎障害診療ガイドライン」などを参照して投薬を行う。

#### 5. 肝炎

- ・我が国の肝炎(ウイルス性肝炎)の持続感染者は、B型が110万人～120万人、C型が90万人～130万人存在すると推定。感染時期が明確ではないことや自覚症状がないことが多いため、適切な時期に治療を受ける機会がなく、本人が気づかないうちに(肝臓は「沈黙の臓器」とも呼ばれる)肝硬変や肝がんへ移行する感染者が多く存在することが問題となっている。
- ・B型肝炎：ウイルスを完全に排除する治療法がなく、新規治療法・治療薬の開発が求

められている。

- ・ C型肝炎：平成26年9月より直接作用型抗ウイルス薬によるインターフェロンフリー治療が慢性肝炎や代償性肝硬変に保険適用となり、現在、95%以上のウイルス学的著効達成(Sustained Virological Response)率が得られ、平成31年2月には非代償性肝硬変に対してもインターフェロンフリー治療が保険適用された。
- ・ 肝疾患患者の歯科治療のポイントとして
  - イ) ウイルス性肝炎患者の感染対策：スタンダードプリコーションの徹底、医療従事者のB型肝炎ワクチン接種
  - ロ) 出血性素因への対応：凝固因子は肝臓で産生される、血小板5万/ $\mu$ l以上での観血的処置実施
  - ハ) 投薬の注意：肝臓への負担の少ない(肝代謝ではない)薬剤を選択
  - ニ) 術後感染の予防：肝障害によるアルブミン減少が創傷治癒遅延に繋がる、抗菌薬投与を考慮
  - ホ) 食道静脈瘤への配慮：肝硬変へ進行すると肝臓への血液の流れが悪化し、肝臓を迂回して心臓に戻る経路で食道静脈へ流れ込む事で食道静脈瘤ができる、破裂により多量出血を生じてショックとなり得る、過度の腹圧やストレスを避ける
  - ヘ) インターフェロン治療：副作用で白血球減少による易感染性と血小板減少による出血傾向に留意

## 6. 心疾患

- ・ 厚生労働省が3年ごとに実施する「患者調査」では、心疾患の総患者数は173万2,000人とされる。心筋梗塞、狭心症が含まれる虚血性心疾患の医療費は7,499億円であり、そのうち65歳以上にかかった割合は89%を占める。
- ・ 心疾患患者では、治療薬として抗血栓薬を服用している場合がある。抜歯や外科処置の際に出血を恐れるあまり安易な中止をせず、抗血栓薬の投与の根拠となっている基礎疾患の重要性を認識し、かかりつけ医と歯科医師の十分なコミュニケーションが必須となる。

- ・ 抗血栓薬は抗血小板薬と抗凝固薬に分類される。さらに、抗凝固薬は、ワルファリンカリウム(ワーファリン)と直接経口抗凝固薬(DOAC)に分けられる。
- ・ 抗血栓薬服用患者の歯科治療のポイントとして
  - イ) 歯科処置は出血リスクが低い処置に分類され、多くの場合休薬の対象にならない
  - ロ) アスピリンは原則として継続する
  - ハ) ワルファリンのコントロールは非弁膜症心房細動の場合PT-INR1.6から2.6の間、僧帽弁狭窄や機械弁の場合PT-INR2.0-3.0のコントロールが推奨されており、処置前のINR値を確認しておく
  - ニ) DOACは重度の出血を起こさないといわれているがエビデンスに乏しい、しかしワルファリンと比較すると抜歯後出血の頻度は少ないとする報告もある
  - ホ) 抗血小板薬2剤以上の内服、抗凝固薬の併用などの多剤内服患者は止血への対応に十分配慮する
  - ヘ) 抗血小板薬は適正薬用量をモニタリングできないため、時には血小板凝集能が非常に強く抑制されている患者が存在する
  - ト) 休薬せずに抜歯した場合に抜歯後止血困難になることがある、出血に備え縫合・酸化セルロース・ゼラチンスポンジ・止血用のシーネを常に準備するなど局所止血に十分配慮する
- ・ 感染性心内膜炎：弁や人工弁・人工血管に疣贅を形成し、それが原因で脳梗塞などの全身血栓症を生じる、また弁破壊が進むと心不全を生じて死に至ることがある重篤な疾患である。
  - ✓ 先天性心疾患や弁膜症などの心臓に基礎疾患を持つ患者に発症、特に人工弁や人工血管を使用している患者は要注意
  - ✓ 起炎菌として口腔内レンサ球菌の関与、口腔内が感染経路となる認識が非常に重要

## 7. 副腎皮質ステロイド服用患者

- ・ 副腎皮質ステロイド薬は、優れた抗アレルギー作用、抗炎症作用、免疫抑制作用を有

するため多くの疾患に対して投薬されている。

- ・膠原病、自己免疫系疾患(関節リウマチ、全身性エリテマトーデス、特発性血小板減少性紫斑病など)、アレルギー性疾患(気管支喘息)、炎症性疾患(クローン病、Bechet病、間質性肺炎、ネフローゼ症候群など)、臓器移植後、神経疾患(多発性硬化症、重症筋無力症など)
- ・副腎皮質ステロイド薬の容量や投与期間によって注意すべき副作用がある。主な副作用として、高血糖、高血圧、骨粗鬆症、易感染性、消化管潰瘍、急性副腎不全がある。以下のように、各々の副作用に意識を向けた治療戦略が必要となる。

副腎ステロイド薬の主な副作用	歯科的対応
高血糖	(親血的処置時) 抗菌薬の予防投与
高血圧	処置中のモニタリング
骨粗鬆症	BP製剤やデノスマブ製剤による顎骨壊死に注意
易感染	日和見感染(カンジダやヘルペス)の発症に注意
消化管潰瘍	鎮痛薬の処方注意
急性副腎不全	ステロイドカバー

## 8. 骨粗鬆症

- ・骨強度が低下し、脆弱性骨折を起こしやすく、骨折を繰り返すと寝たきりの要介護に移行する。我が国では推定1,300万人が発症している。
- ・骨粗鬆症は骨折するまで無症状であることから治療を受けているのは20%程度であるとされる。
- ・骨粗鬆症が進行すると、脆弱骨である大腿骨骨折が生じるリスクが高くなる。大腿骨骨折の術後生存率に関して5年生存率は63%と報告する文献もあり、がんの5年生存率より低く、起こしてはならない病態であることがわかる。
- ・日本では年間約12万人の大腿骨近位部骨折が新規発生しており、大腿骨近位部骨折に関わる年間の医療・介護費用は約7,000～8,000億円と推計されている。歩行または自立生活ができていた患者の半数が骨折後自立して歩けなくなり、最終的に1/3以上で介護度や施設入所のリスクが高まる。この予防のためにも**ビスホスホネート治療薬が使用されるという社会的、医的背景を**

**把握することも大切**である。

- ・骨粗鬆症治療薬服用患者のチェックポイント
  - イ)ビスホスホネート製剤は1ヶ月、6ヶ月、12ヶ月ごとの使用製剤があるので注意が必要
  - ロ)ステロイド服用などによる続発性の骨粗鬆症治療を行なっていることもある
  - ハ)がんの骨転移に対しては、ビスホスホネートやデノスマブ製剤の注射薬が使用
  - ニ)注射薬はお薬手帳に記載がないこともある
  - ホ)骨吸収抑制薬投与患者への外科処置(侵襲的歯科治療)の対応として、日本口腔外科学会熊本支部の統一指針があるのでそれを参照願いたい

## 9. がん

- ・厚生労働省によると2019年の全国がん患者は約100万人が登録されている。部位別に口腔咽頭領域では、男性約16,000人、女性約7,200人とされている。
- ・近年は医療の進歩や支援体制の整備などによって働きながらかん治療を受ける患者も少なくない。がんになっても働く患者が増えており、がん治療中の患者が歯科医院へ受診する機会は増加しているため、がん治療前、治療中の限られた期間内で可能な限りの歯科的対応がしばしば求められる。
- ・こうした背景をもとに、「各種疾患の治療・周術期に口腔機能管理を行うことにより有害事象や合併症の予防及び軽減、栄養状態の改善により、治療成績の向上、医療費抑制を図ることと、患者のQOLを維持改善することを目的とする」周術期における口腔機能管理が創設、導入された。対象の拡大や増点が保険改訂でもなされており、国の方針としてもその意義は高まっている。
- ・周術期等口腔機能管理の実際(症例供覧)
  - 主訴：化学療法およびゾレドロン酸水和物投与前の口腔内精査依頼
  - 症例：72歳、女性
  - 原疾患：子宮頸がん、多発骨転移、多発肺転移、肝臓転移、傍大動脈・骨盤内リンパ節転移

- ✓ 既往が多岐に渡るが、疾患や内服薬を把握して治療戦略を立てる
- ✓ 前提として医科でのがん治療がスムーズに開始されるよう、感染源の除去を念頭に治療計画を進める
- ✓ ADL自立、がん治療で化学療法をこれから継続していく、骨痛のためゾレドロン酸水和物を早期に使用したいケース  
以下のように治療方針を立てる
  - ①化学療法による免疫抑制、ゾレドロン酸水和物によるMRONJのリスク、肝臓転移による肝機能障害の有無などを考慮する
  - ②早期のがん治療が開始できるよう、はじめに全顎的に歯周治療を行い口腔内環境の改善に努める
  - ③同時に、感染源となる歯(症例ではPer症状のある2本)の抜歯を行う
  - ④がん治療開始後も全身状態に合わせ必要なら蝕・歯周治療を継続、MRONJ発症リスク低減や化学療法での菌性感染症予防のため患者教育を行う



## 10. 経口避妊薬・低用量ピル

- ・合成エストロゲンとプロゲステンの配合剤であり、合成エストロゲンの量により、50  $\mu\text{g}$ の中用量ピル、50  $\mu\text{g}$ 未満の低用量ピルに分類される。本法では、避妊目的として自費診療で用いる場合を経口避妊薬、月経困難症や子宮内膜症の治療として用いる場合を低用量ピルという。
- ・経口避妊薬・低用量ピルの内服により静脈血栓症のリスクは3～5倍に増加し、7～10例/1万人の発症頻度と報告されている。
- ・各種経口避妊薬・低用量ピルの添付文書には、「手術前4週間以内、術後2週間以内、産後4週間以内および長期間安静状態の患者」は禁忌が明記されている。若年、成人女性の服用患者の増加があり、そのため全

身麻酔対象症例では多職種での問診で把握漏れを防ぐ必要がある。服用把握漏れのケースでは、麻酔科医師の判断により全身麻酔が延期となる事例もある。

## 11. サプリメント

- ・厚生労働省「令和元年国民健康・栄養調査報告書」によると、日本のサプリメント摂取者の割合は約3人に1人で、20代から70代以上まで幅広い年齢層で利用されている。また、内閣府発表の「消費者の健康食品の利用に関する実態調査(アンケート調査)」によると、サプリメント利用者のうち2～4種類を摂っている者が最も多く53.8%、5種類以上の6.8%と合わせると約6割の者が複数のサプリメントを利用している。
- ・サプリメントのため問診を行っても申告がない場合が多くあり、米国麻酔学会患者向けパンフレットには手術前の問診においてサプリメントの話を行うよう注意喚起されている。以下の影響が報告されているため、原則、周術期の休薬が推奨されている。
  - ✓ 麻酔作用の延長：朝鮮人參、ウコン
  - ✓ 出血リスクの増加：イチョウ葉エキス、ニンニク、ビタミンE、EPA(イコサペンタエン酸)やDHA(ドコサヘキサエン酸)
  - ✓ 他薬物との相互作用
  - ✓ 心疾患イベントのリスク

## 12. お薬手帳の重要性

- ・繰り返しになるが、問診やお薬手帳の確認をすることで疾患・病態の把握、推察を行い、治療戦略を立てていくことが重要である。
  - ✓ 歯科治療に際して注意が必要な薬のチェックができる
  - ✓ 処方されている薬剤から疾患の推定・推察ができる
  - ✓ 処方医の情報も確認できる
- ・そのため歯科受診に合わせてお薬手帳を必ず持参してもらう。また、医療DX推進に伴い、マイナンバーカードでの検診歴や病院受診歴、服薬状況の把握を行う。

## 13. 医科歯科連携(医歯薬連携)の重要性

- ✓ 患者の全身健康の維持：

医師、歯科医師、薬剤師が連携することで、患者の全身の健康を総合的に管理できる。

- ✓ 治療の最適化：
 

医科疾患の治療、がん治療(化学療法、放射線治療など)と歯科治療の計画を統合することで、互いの治療が干渉しないように調整できる。また、薬剤師の関与により、薬物治療の適切な管理と副作用の軽減が図れる。
- ✓ 副作用の管理：
 

がん治療による副作用(口内炎、ドライマウス、感染症など)の管理には、歯科医師の専門的なケアが不可欠である。
- ✓ 患者教育とサポート：
 

患者が自分の治療について理解し、適切なセルフケアを行うためには、医師、歯科医師、薬剤師の協力による包括的な指導が重要である。
- ・ こうした際には診療情報提供書を記載する必要がある。この時、「診療情報連携共有料(120点)」が保険医療機関ごと、3ヶ月に1回算定可能である。
- ・ 診療情報提供の依頼書の書き方
 

歯科医師が医科の治療の詳細が分からないのと同様に、医師のほとんどが歯科治療内容の詳細については知識が少ない可能性を前提に手紙を作成する。
- ・ 診療情報提供依頼書の記載例
 

症 例：77歳、女性  
 主 訴：r8の疼痛、抜歯依頼  
 既往歴：Ⅱ型糖尿病、高血圧症  
 内服薬：ジャヌビア錠®50mg(血糖降下薬)、  
 グリミクロン錠®40mg(血糖降下薬)、  
 アムロジピン錠®5mg(降圧薬)

問診で得られた情報：

  - ✓ HbA1cの値は？⇒現在、7.8%くらい
  - ✓ 最近低血糖症状はないか？⇒なし
  - ✓ 普段の血圧は⇒140/90mmHgくらい(バイタルサインの測定を行うと确实)
  - ✓ 以上より、血糖降下薬を2種類服用中で、HbA1cもやや高くコントロール状況がよくない可能性、また糖尿病性腎症がある可能性が考慮される

## 診療情報提供依頼書の記載例

患者  
#左側下顎智歯周囲炎(r8智歯周囲炎)

目的  
左側下顎智歯周囲炎に対して抜歯を予定のため診療情報提供依頼

内容  
平素より大変お世話になっております。  
 患者様は、左側下顎智歯周囲炎のため抜歯を予定しています。  
 抜歯は、時間30分程度、出血は少量、骨削合あり、侵襲は軽度と想定し、局所麻酔薬は1/8万アドレナリン含有2%キシロカイン3.6ml使用予定です。  
 術後アモキシシリン250mg 3C分3 2日分、ロキソプロフェン60mg 3C分3 5日分を投与予定です。  
 つきましては、血圧、血糖のコントロール状況、腎機能の状況及び上記抜歯時の留意点についてご指示をお願い申し上げます。

## 診療情報提供依頼書に対する返書

- ✓ 2か月前に血糖降下薬が追加となり、現在血糖コントロールはHbA1c 7.8%とやや高値
- ✓ 術後感染に留意してください
- ✓ 腎機能は正常範囲であるがやや低下するため、薬剤の長期投与は留意してください
- ✓ 血圧は内服で130-140/90mmHg台でコントロール、安定しています

## 14. 終わりに

一言に有病高齢者と括っても、それぞれの疾患の状態や背景は千差万別であり、一人として同じ状況は存在しない。日進月歩、日々進化する歯科医療を患者に提供するべく、本稿を参考に患者の全体的背景、医科疾患を把握し、歯科治療に従事いただけると幸いです。

稿を終えるにあたり、今回このような執筆の機会をいただいた熊本市歯科医師会執行部ならびに会員の先生方に深謝致します。

## 15. 参考文献

- 内閣府 令和3年版高齢社会白書
- Forman *et al* : AJCC 71(19) 2149-61, 2018
- 厚生労働省 令和2年社会医療診療行為別統計の概況
- 厚生労働省 令和2年(2020)患者調査
- 日本高血圧学会 高血圧症治療ガイドライン2019年版
- 厚生労働省 令和元年国民健康・栄養調査
- 厚生労働省 令和2年患者調査
- 厚生労働省 令和4年肝炎治療戦略会議議事録
- 2020年JCSガイドラインフォーカスアップデート版冠動脈疾患患者における抗血栓療法
- 感染性心内膜炎の予防と治療に関するガイドライン(2017年改訂版)
- 金丸ら, 整形外科と災害外科, 2010
- 原田ら, 日老医誌, 2005
- 内閣府 平成24年消費者の『健康食品』の利用に関する実態調査(アンケート調査)

# 口腔外科ベーシックセミナー

## ～即実践！顎口腔領域の炎症リスクマネジメント～

国立病院機構熊本医療センター 歯科口腔外科 谷口 広祐

臨床所見をきちんと確認するために

顎口腔領域の感染症で最も大切なことは“きちんと臨床所見を確認して治療方針を考えること”である。これはともすればすべての歯科治療において基本的であり当たり前のことなのだが、日々の忙しい臨床を繰り返していくうちについ“なんとなく”の治療を行ってしまうことも多いのではないと思われる。この“なんとなく”が取り返しのつかない事態にまで発展してしまうこともありうるため、常日頃から備えておくことが重要である。本稿では、顎口腔領域感染症の臨床所見を整理し、診断に応じて高次医療機関を紹介すべきかどうか一目でわかるようにした診断フローチャート(Fig.1)を用いて実際の症例を検討していくことにする。



### 顎口腔領域感染症の炎症波及の流れ

顎口腔領域の感染症は、まず歯や歯周組織からの感染から始まる。炎症が顎骨内に波及すれば骨髓炎、顎骨周囲の骨膜に炎症が及ぶと骨膜炎となる。上顎であれば上顎洞に炎症が及ぶと歯性上顎洞炎となる。さらに、組織隙に感染が拡大すると蜂窩織炎となり、免疫能の低下を伴うような患者や高齢者では、壊死性筋膜炎が起りうる。壊死性筋膜炎にまでなると敗血症や敗血症性ショックを引き起こし、極めて重篤な状況に陥ってしまう。

### 顎口腔領域感染症の所見の取り方と紹介の是非

顎口腔領域感染症の所見の取る手順としては、

- ①全身所見
- ②軟組織

### ③顎骨

### ④歯・歯周組織

の4つに分けて考える。以下に順に説明する。

### ①全身所見

手っ取り早く全身を確認するにはバイタルサインをみるとよい。バイタルサインを確認し敗血症や敗血症性ショックになっていないかを確認することは非常に重要であり、実際にはqSOFA (quickSOFA) (Fig.2) や早期警戒スコアNEWS (National Early Warning Score) (Fig.3) を使用する。qSOFAは呼吸数・意識レベル(GCSで評価)・血圧を測定し、2項目以上陽性の場合には敗血症を疑うというスクリーニングツールである。NEWSは呼吸数、SpO<sub>2</sub>、酸素投与、体温、収縮期血圧、脈拍、意識状態の7項目を確認し、7点以上あれば高リスクと判断され、緊急対応が必要な可能性が高くなる。基本的にこの段階で異常があれば速やかに高次医療機関を紹介するのがよい。

	qSOFA (quickSOFA)	基準値の目安
意識レベル	神経反射の減衰 (GCS<15)	意識レベル (GCS≦4: GCS=15)
呼吸数	≥22 回/分	12-18 回/分
血圧	収縮期血圧 ≤100 mmHg	130 mmHg未満 (収縮期) / 85 mmHg未満 (拡張期)
脈拍	—	60-100 回/分
体温	—	36-37℃

2項目以上陽性の場合にはqSOFA陽性→敗血症を疑いSOFAスコアを算出する  
※ qSOFAは診断基準ではない！あくまでスクリーニング！

項目	3	2	1	0	1	2	3
呼吸数	<8	9-11	12-20			21-24	>25
SpO <sub>2</sub>	<91	92-93	94-95	>96			
酸素投与		あり		なし			
体温	<35.0		35.1-36.0	36.1-36.9	37.0-38.0	>38.1	
収縮期血圧	<90	91-100	101-110	111-119			>220
脈拍	<60	61-80	81-90	91-100	101-130	131-130	>140
意識状態				覚醒			意識喪失

中リスク：5点～6点もしくはred Scoreが1つでもある場合、要注意  
高リスク：7点以上、緊急対応と集中治療エリアへの移動を推奨

### ②軟組織

軟組織の臨床所見の取り方としては、組織隙に対応した部位に腫脹・発赤・熱感を認めるため、軟組織を見てどの組織隙に炎症が波及して

いるかを考えるとよい(Fig.4)。

Fig.4



すなわちオトガイ部に腫脹発赤を認めた場合はオトガイ下隙、頬部に腫脹発赤が認められる場合は頬嚢、耳下腺咬筋部に腫脹発赤があれば咬筋隙に感染が及んでおり、蜂窩織炎を起こしている可能性が高いと判断する。顎口腔領域の組織隙の中で特に緊急性が高い部位は、顎下隙、翼突下顎隙、側咽頭隙である。これらの隙に炎症が及ぶと開口障害や嚥下痛といった機能障害を引き起こす(Fig.5)。このため、開口障害と嚥下痛を認めた場合は、すぐに高次医療機関に紹介するのが無難である。

Fig.5 軟組織(組織隙)の臨床所見

炎症領域	発赤	熱感	腫脹	圧痛	自発痛	開口障害	嚥下痛
オトガイ下隙	+++	+++	+++	+++	+++	-	-
舌下隙	+++	-	+++	+++	+++	-	-
頬嚢	+++	+++	+++	+++	+++	±	-
咬筋隙	+++	+++	+++	+++	+++	+++	-
顎下隙	+++	+++	+++	+++	+++	+	++
翼突下顎隙	+	+	+	+++	+++	+++	++
側咽頭隙	++	++	++	+++	+++	++	+++

※ 緊急性が高い所見

### ③顎骨

顎骨の臨床所見は炎症の主座の部位により所見が変わる(Fig.6)。

Fig.6 顎骨の臨床所見

炎症領域	発赤	熱感	腫脹	圧痛	自発痛	開口障害	嚥下痛
顎骨内(骨髄)	±	-	±	-	++	±	-
顎骨外(骨膜)	++	++	++	++	++	+	-
顎骨外(上顎洞)	-	-	-	±	+	-	-

骨髄炎はワンサン症状・弓倉症状、上顎洞は鼻症状を顕著する

すなわち、顎骨周囲の骨膜に炎症が起きている場合は、顔面の腫脹・発赤・熱感が顕著にあらわれ、一見すると蜂窩織炎のようにも見える。骨膜炎か蜂窩織炎かを鑑別する方法は造影CTで組織隙に膿瘍貯留があるかどうかで判断

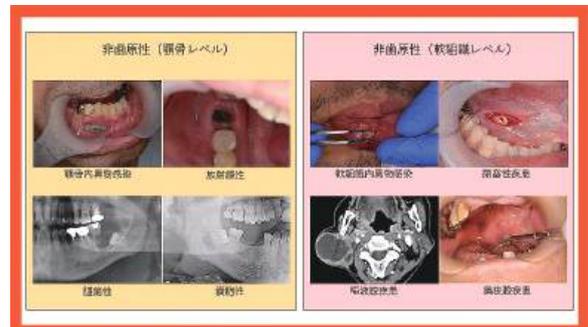
できるが、臨床所見のみでは判断はつきにくいので高次医療機関に紹介したほうが無難である。一方、骨髄炎や上顎洞炎では顔面の腫脹・発赤・熱感あまり認められず、その代わりに骨髄炎ではワンサン症状・弓倉症状を認めることがある。上顎洞炎では鼻症状(鼻汁・鼻閉感・後鼻漏)が特徴的な所見である。いずれも開口障害や嚥下痛を認めることは少ない。口腔外科の経験がある歯科医師であれば自院の外来で骨髄炎や上顎洞炎を治療することは可能ではあるが、基本的には高次医療機関に紹介した方がよい。

### ④歯・歯周組織

歯・歯周組織の臨床所見の取り方は先生方が普段治療する際に行う診察方法と特に変わりはない。歯では歯の破折が無いか、打診痛の有無、歯髓症状(冷温水痛)、歯周組織ではPPD、BOPの有無、歯の動揺度の確認などを行う。高次医療機関に紹介する必要はないが、症例によってはもちろん紹介を検討しても問題ない。

最後に、顎口腔領域の炎症を引き起こす原因の確認を行うが、基本的には菌性感染が8割以上である。しかしながら非菌原性の炎症もあり、顎骨レベルでは、外傷性、異物感染、腫瘍性、嚢胞性、放射線性、などがあり、軟組織レベルでは、外傷性、異物感染、唾液腺疾患、扁桃腺疾患、唾石などによる閉塞性疾患などが挙げられる(Fig.7)。原因歯が見つからない場合は、非菌原性の感染である可能性があることを考慮しておく必要がある。

Fig.7

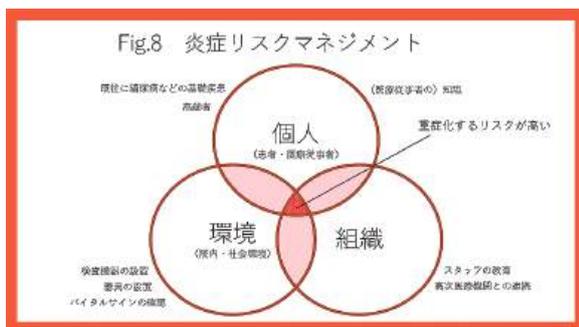


### 炎症のリスクマネジメント

壊死性筋膜炎を起こした症例の文献調査を行ったところ、死亡率は2~4割<sup>1)</sup>、壊死性筋膜炎が縦隔に及ぶとなんと約5割<sup>2)</sup>にも達する。さらに、重度炎症症例の術後合併症を見ると、

誤嚥・嚥下障害が3割で生じ、術後の癒痕もかなり強く残ってしまう<sup>3)</sup>。このため、炎症を悪化させてしまう前の段階で消炎させ、重症化を未然に防ぐことが重要である。そのため、歯科診療の最前線で活躍されておられる先生方に自院で治療できる患者と高次医療機関に紹介する患者を適切に見極め、対処していただくことが必要である。

一般的に医療事故の起きる要因として、個人(患者・医療従事者)の因子、環境(院内・社会環境)の因子、組織の因子の3つがあり、1つの因子でも医療事故は発生するが、リスク因子が2つもしくは3つ重なるとさらに発生しやすくなる。炎症も同様に、蜂窩織炎や壊死性筋膜炎といった重度炎症が発生する要因もこの3つが関係しており、それぞれのリスク因子からアプローチする(Fig.8)。



個人因子では、既往に糖尿病や慢性腎不全、肝不全といった基礎疾患がある場合や、高齢で体力があまりない患者は重症化しやすいことを意識しておく必要があり、たとえ軽度であっても油断しないように注意深く経過をみていく必要がある。また、開口障害や嚥下痛といった臨床所見を認めた場合は、速やかに高次医療機関に紹介する必要があることを覚えておく必要があり、医療従事者が知っているか知らないかで患者の重症化にかなり影響すると思われる。

環境因子では、顔貌腫脹を認めた患者が院内に来た場合は、まず速やかにバイタルサインを取れるような設備や器具(具体的には、体温計、パルスオキシメーター、血圧計、場合によっては心電図モニターなど)をそろえておくことが重要である。患者の住んでいる場所にも注意しておく必要があり、医院から近場に住んでいれば頻繁に経過を見ることが可能であるが、遠方から来院されている場合はあまり見ることが出来ないため、場合によっては高次医療機関や近

隣の内科に紹介し、最初から抗菌薬内服ではなく点滴を検討してもよい。

組織因子としては、スタッフ教育が重要で、顔貌腫脹を認めた患者が院内に来た場合に院長が指示せずともスタッフがすぐにバイタルサインを取る仕組みを作ったり、少しでも患者の症状に違和感を感じた場合は院長に報告・相談しやすい雰囲気を作っておくことが重要である。また、紹介する高次医療機関と普段から顔の見える関係を作っておけば、何かあった時に気軽に相談でき、早めに紹介することも可能となる。国立病院機構熊本医療センターでは、年2回紹介医の先生方をお招きし、近況を報告する開放型連絡会・懇親会を行っている。日頃からの連携が、患者の重症化を防ぐことにも大いに役立つ。

## 症例提示

### 症例1 (Fig.9,10)



Fig.10 症例1の診断フローチャート

炎症反応の強さ	① 所見	② 原因	紹介目安
全身	qSOFA 0点、NEWS 1点 白血球: 10000/μL、CRP: 154mg/dL	(基礎疾患: 糖尿病)	必須
局所(口腔)	嚥下困難あり 開口障害・嚥下痛なし 病巣に局限化しない(CT)		必須
局所(口腔)	ワンサン注射・局所麻酔なし 右下7歯肉腫脹(歯肉)に炎症反応あり	右下7歯肉腫脹があるが骨髄化膿はない(CT)	要検討
局・近所(口腔)	右下7歯肉腫脹(歯肉)に炎症反応あり	右下7歯肉腫脹 (パノラマX線)	検討可

臨床診断 下顎骨髄炎 膿瘍性(右下7番)

年齢: 58歳 女性

主訴: 歯肉が腫れている

現病歴: 当院受診2日前から右側頬部の急激な腫脹を自覚し、翌日かかりつけの歯科医院を受診したところ緊急性が高いと判断されたため当院に紹介となった。

既往歴: 統合失調症

現症: 意識レベルGCS15点、血圧103/76mmHg、呼吸数15回/分、脈拍86/分、体温37.9℃、酸素飽和度97% (room air)

qSOFA: 0点

# Study

NEWS：1点(低リスク)

口腔外所見：右側頬部腫脹あり、開口障害・嚥下痛なし

口腔内所見：ワンサン症状・弓倉症状なし、右下7番歯肉に発赤腫脹あり

画像所見：パノラマX線画像で右下7番周囲の骨吸収あり。また、CT画像では右頬隙に膿瘍形成は認めなかった。

血液検査所見：白血球：10,000/ $\mu$ l、CRP：1.54 mg/dl

臨床診断：右下7番が原因の右下顎骨骨膜炎  
治療および経過：抗菌薬点滴のみで1週間で治癒した。

本症例は蜂窩織炎と下顎骨骨膜炎との鑑別をする必要があるため、いずれにしても高次医療機関に紹介する方が良いであろう。

## 症例2 (Fig.11,12)



年齢：57歳 男性

主訴：下唇が腫れている

現病歴：当院受診1週間前から下顎前歯部の腫脹を自覚しかかりつけの歯科医院を受診したところ、抗菌薬と鎮痛薬を処方されて経過観察していた。症状改善がないため近隣の内科を受診し当院に紹介となった。

既往歴：糖尿病(病院に行くお金がなかったためそのまま放置しており未治療状態だった)

現症：意識レベルGCS15点、血圧73/48mm Hg、呼吸数20回/分、脈拍112/分、体温39.2℃、酸素飽

和度98% (酸素4ℓ)

qSOFA：1点

NEWS：9点(高リスク)

口腔外所見：両側顎下部・頸部に発赤腫脹あり、開口障害・嚥下痛あり

口腔内所見：ワンサン症状・弓倉症状なし、全顎的に歯肉の発赤腫脹あり、口腔清掃状態不良  
画像所見：パノラマX線画像で多数の残根あり。また、造影CT画像にて両側顎下部・頸部に膿瘍形成を認めた。

血液検査所見：白血球：25,540/ $\mu$ l、CRP：38.5mg/dl  
HbA1c：14.9%

臨床診断：菌性感染が原因の両側深頸部膿瘍、壊死性筋膜炎の疑い

治療および経過：即日入院し同日緊急で全身麻酔下に口腔外切開排膿消炎術を施行した。術中、浅頸筋膜炎の壊死を認めたことから病理組織検査を行い、壊死性筋膜炎の診断がついた。術後3日目に左側頸部の皮膚がほぼすべて壊死したため、第42病日にDP皮弁再建と植皮を行った。ある程度落ち着いた後、局所麻酔下に残根抜歯を行い、第81病日に退院となった。

本症例は緊急性が非常に高いため、バイタルサインを確認した時点でこちらで救急車を呼ぶ準備をしても良いかもしれない程の状態である。決してそのまま帰宅させないように説明するのも歯科医師としての責任であろう。

## 症例3 (Fig.13,14)



年齢：22歳 男性

主訴：息が苦しい

現病歴：数日前からのどの腫れと痛みを自覚し倦怠感があったため仕事を休んでいた。その後、左下顎が腫脹し40度の発熱を認め体動困難であったため母親が救急要請した。

既往歴：なし

現症：意識レベルGCS15点、血圧89/69mmHg、呼吸数24回/分、脈拍178/分、体温39.3℃、酸素飽和度99%（酸素5ℓ）

qSOFA：2点

NEWS：12点(高リスク)

口腔外所見：左側顎下部・頸部に発赤腫脹あり、開口障害・嚥下痛あり

口腔内所見：ワンサン症状・弓倉症状なし、左下8番歯槽粘膜に発赤腫脹なし

画像所見：造影CT画像にて左側顎下隙・側咽頭隙に膿瘍形成を認め、気道狭窄も認めた。

血液検査所見：白血球：9,640/ $\mu$ ℓ、CRP：25.5 mg/dℓ

乳酸：4.4

臨床診断：扁桃周囲炎が原因の顎下隙・側咽頭隙に及ぶ蜂窩織炎

治療および経過：耳鼻科にコンサルトし、入院同日に局所麻酔下に切開排膿を行い、1週間退院となった。いつも歯に意識がいくと扁桃や唾液腺、鼻、眼などの非菌原性感染を見落としがちである。歯に異常がないからと言って安心してはいけない。やはりバイタルサインがおかしいときには違和感を感じて紹介も検討すべきである。

#### 症例4 (Fig.15,16)



年齢：85歳 女性

主訴：顔と舌が腫れてきた

現病歴：顔面腫脹と舌浮腫を認めたため近くの耳鼻科を受診したが改善ないためかかりつけの



内科を受診。内科で何らかのアレルギー反応の可能性が疑われたため当院救急外来を受診された。

既往歴：高血圧症、狭心症

現症：意識レベルGCS15点、血圧151/92mmHg、呼吸数23回/分、脈拍92/分、体温37.9℃、酸素飽和度90%（酸素2ℓ）

qSOFA：1点

NEWS：8点(高リスク)

口腔外所見：右側顎下部に発赤腫脹あり、開口障害・嚥下痛あり

口腔内所見：ワンサン症状・弓倉症状なし、右下顎臼歯部の歯肉に発赤腫脹なし

画像所見：パノラマX線画像で歯や顎骨内に異常所見は認めなかった。造影CT画像にて右側顎下隙・側咽頭隙に膿瘍形成を認め、右側顎下腺のび慢性腫脹を認めた。

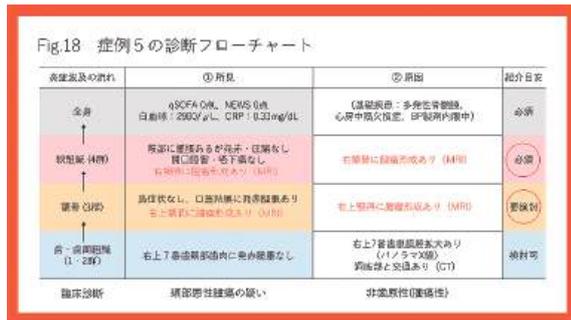
血液検査所見：白血球：25,100/ $\mu$ ℓ、CRP：18.2 mg/dℓ

臨床診断：右側顎下腺炎が原因の蜂窩織炎(顎下隙・側咽頭隙)

治療および経過：即日入院し同日緊急で全身麻酔下に気管切開、口腔外切開排膿消炎術を施行した。術後は経鼻経管栄養を行い、第13病日に気管カニューレを除去後VEで嚥下評価を行い、経口摂取開始とした。第27病日で退院となった。

#### 症例5 (Fig.17,18)





年齢：67歳 女性

主訴：10日前から歯肉に少し痛みがあり、腫れてきた

現病歴：多発性骨髄腫のため12年前から当院の血液内科で抗がん剤治療を受けていた方で10日前から右の臼歯部に楊枝を入れた後から歯肉腫脹を自覚したため、当院血液内科から当科にコンサルトとなった。

既往歴：多発性骨髄腫、心房中隔欠損症(ワーファリンとアレンドロン酸内服中)

現症：意識レベルGCS15点、血圧145/71mmHg、呼吸数15回/分、脈拍62/分、体温36.2℃、酸素飽和度97% (room air)

qSOFA：0点

NEWS：0点(低リスク)

口腔外所見：右側頬部腫脹あるが発赤・圧痛・自発痛なし、開口障害・嚥下痛なし

口腔内所見：鼻症状なし、右側上顎臼歯部の口蓋歯肉に発赤腫脹あり

画像所見：パノラマX線画像で右上7番歯根膜腔の拡大があり。また、CT画像上右頬隙および右上顎洞内に膿瘍形成あり。

血液検査所見：白血球：2,900/ $\mu$ l、CRP：0.33mg/dl

臨床診断：右側頬部蜂窩織炎の疑い、右側菌性上顎洞炎の疑い

治療および経過：外来局所麻酔下に口腔内切開排膿術を行ったところ膿汁というより出血を多量に認めたことから、臨床診断が間違っている可能性があると考えられた。そのため、すぐさまMRIに

て画像撮影を行ったところ、右側頬部、上顎洞内に腫瘍性病変があることが分かった。臨床診断を頬部悪性腫瘍の疑いと改め、耳鼻科にコンサルトしたところ、内視鏡検査で鼻腔内に張り出した腫瘍を認めた。生検を行った結果、多発性骨髄腫の再発と最終診断された。すぐに当院血液内科で放射線化学療法を行ったが、残念ながら治療開始1か月後に亡くなられた。

頬部が腫れているからと言ってもそれが菌性感染かどうかは分からない。いつも丁寧に臨床所見を取っていき、逐次診断を軌道修正していきながら治療を考えていく必要がある。

終わりに

本稿では、顎口腔領域感染症の診察において、バイタルサインのチェックから始めて、問診、視診、触診を行い、高次医療機関に送るべきか一目でわかる診断フローチャートを用いて症例提示を行った。ただし、症例5のように、その時の臨床診断が必ずしも正しいというわけではないため、実際には追加の画像検査や処置を行いながら予測した臨床診断が正しいのか常に検討しながら最終診断に至る。本稿を参考に臨床所見を丁寧に取得し、診察・診断して頂ければ幸いです。

参考文献

- 1) Dhaif G, Al-Saati A, et al : Management dilemma of cervicofacial necrotizing fasciitis. J Bahrain Med Soc 21 : 223-227, 2009.
- 2) Banerjee AR, Zbären P, et al: Cervical necrotizing fasciitis: a distinct clinicopathological entity? J Laryngol Otol 110 : 81-86, 1996.
- 3) 園山卓、谷口広祐、他：頸部壊死性筋膜炎の術後に嚥下障害を合併した高齢患者に対し、多職種連携による早期介入を行った1例。老年歯学37:25-33, 2022.

# ＝ 令和5年度 第3回口腔外科ベーシックセミナー ＝

## 抜歯の基本手技とトラブルシューティング

熊本大学大学院生命科学研究部 歯科口腔外科学講座 平山 真敏

### はじめに

抜歯は切開、剥離、骨削合、縫合と口腔外科手技の基本が詰まっております。「口腔外科手術は抜歯に始まり、抜歯に終わる」と言われています。われわれ歯科医師にとって避けては通れない処置である抜歯を習熟することは、その他の口腔外科処置のレベルアップにもつながります。本セミナーでは、単抜歯や埋伏歯について、抜歯のコンセプトや実践的なポイント、勘所を講演したいと思います。

また、抜歯中や抜歯後のトラブル(出血やドライソケット、神経損傷、皮下気腫など)についても、その対応や予防法についても講演したいと思います。

### 1. 鉗子抜歯について

鉗子抜歯のポイントを下にまとめます。

1. 歯頸部を確実に把持する。
2. 歯頸部にフィットする鉗子を使う。
3. 焦らない。頬舌的にゆっくり倒す。
4. →歯槽骨を広げて、歯根膜の緩みを作る。
5. (ストレッチのイメージ)
6. 歯が動いてきたら、捻りを加える。
7. 動きやすい方に大きく動かす。

抜歯の基本は鉗子抜歯です。掴める歯質がある場合は、まずは鉗子を使うと考えてください。



### 2. ヘーベル抜歯について

ヘーベル抜歯のポイントを以下にまとめます。

1. いきなりヘーベルで脱臼しようとしな。まずは歯槽窩の中でゆっくり歯を揺らす。
2. 歯根膜に入るために、フィットするヘーベルを使う。
3. 歯が動いてきたら、ヘーベルを奥に進める。
4. 動きやすい方に動かしながら脱臼させる。
5. ヘーベルだけで抜こうとしない。掴める状況になったら鉗子で掴む。
6. ヘーベルがかかりにくい時は、かかりやすい条件を作る。

ヘーベルは歯根膜に挿入して使用する道具です。もしヘーベルが歯根膜に挿入しにくい場合は、歯と歯槽骨の間に溝(グループ)を形成するか、歯を分割してヘーベルを挿入するスペースを作ってください。

もしグループが形成しにくい場合は、歯肉の切開・剥離を行う方が、創がきれいで処置時間の短縮につながることもあり、結果的に患者さんの侵襲が少ない場合があります。

### 3. 下顎の埋伏智歯抜歯について

下顎の埋伏智歯抜歯は以下の手順があります。

- ①歯肉の切開・剥離
- ②骨の削除
- ③歯冠分割
- ④歯根の抜去(歯根分割)
- ⑤止血
- ⑥閉創

#### ①歯肉の切開・剥離のポイント

- ・骨膜剥離は歯肉頬移行部側から開始。
- ・歯肉溝切開を加える。
- ・遠心切開は自分の方向に向かって切るイメージ。
- ・可動粘膜を切る時は、粘膜にテンションをかける。

舌神経の損傷を避けるために、遠心切開の方向が舌側に向かわないように注意が必要です。

## ②骨の削除のポイント

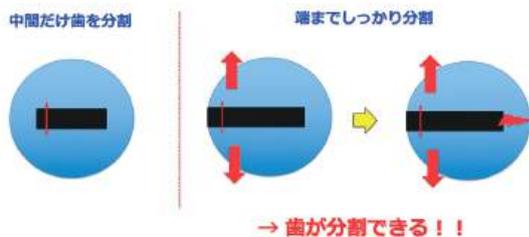
- ・ 歯冠の最大豊隆部を明示できるように骨の削除を行う。

骨を削除し、埋伏の状態を簡単なものにするイメージです。

## ③歯冠分割のポイント

- ・ バーの先端を直視しながら分割する。バーの方向や分割の幅を意識する。
- ・ 中間だけ歯を削合しても歯は割れない。端までしっかり分割する。
- ・ もし舌側の分割が見にくい場合は、頬側の歯冠だけ除去すると視野が確保できる。

### 歯の中間だけ切れていても、歯は割れない



## ④歯根の抜去(歯根分割)のポイント

- ・ グループを歯根の横や背面に形成。
- ・ ヘーベルで歯根を押し込まない。前に歯を引き出すイメージで抜歯。

## 4. 抜歯時のトラブルシューティング

### ①歯が動かない！

まずは原因を探りましょう！そのためには、よく見る、見えるようにすることが大事。

- ・ 洗って、血液を除去して、よく見る
- ・ フラップを起こす（見えるようにする）

歯が癒着している場合や歯根が弯曲している場合は、グループを形成する。歯根を分割することが大事。

### ②出血が止まらない！

口腔外科の手術は圧迫止血が基本です。

- ・ 局麻を積極的に行う(止血効果もある！)。
- ・ よく洗って、出血点を探す。
- ・ 出血点をピンポイントで探して、そこを圧迫する。
- ・ ちょこちょこ圧迫を解除しない。

(少なくとも15分くらいは押さえる)

以上の内容を、動画を交えながら講演させて頂きました。

## 謝辞

稿を終えるにあたり、今回このような執筆の機会を頂いた、熊本市歯科医師会執行部の先生方に深謝するとともに、日々、日常臨床・研究を支えてくれている熊本大学歯科口腔外科学講座の教員・医員・大学院生の皆様に心より御礼申し上げます。

# 新人です！よろしくお願ひします

## 新 入 会 員 紹 介



氏 名 渡辺 裕文(第1種会員・中央区第1支部)

診療所名 わたなべDental Clinic

(診療所) 〒860-0862

熊本市中央区黒髪2丁目19-7-1F

電 話 / 096-341-0001

FAX / 096-341-0002

生年月日 昭和49年12月9日

趣 味 貯金

好きな言葉 元気があれば何でもできる byアントン





# スポーツの広場



## あつまるデンタルゴルフ会

7月7日(日)

(13名)

		OUT	IN	GRO	HD	NET
優勝	竹下憲治	42	48	90	25	65
2位	松本信久	38	42	80	12	68
3位	石井洋一	53	55	108	37	71
4位	三隅晴具	43	41	84	11	73
5位	田村実雄	48	44	92	18	74
B. B	安田光則	53	49	102	17	85

8月4日(日)

(11名)

		OUT	IN	GRO	HD	NET
優勝	合澤康生	46	48	94	21	73
2位	三隅晴具	40	45	85	11	74
3位	田村実雄	46	47	93	18	75
4位	北川隆之	44	42	86	11	75
5位	安田光則	45	54	99	17	82
B. B	明受清一	59	51	110	24	86

9月1日(日)

(11名)

		OUT	IN	GRO	HD	NET
優勝	竹下憲治	51	45	96	25	71
2位	奈良健一	45	46	91	19	72
3位	松本信久	39	48	87	12	75
4位	市川康裕	58	55	113	38	75
5位	北川隆之	43	47	90	11	79
B. B	石井洋一	66	56	122	37	85

## 理 事 会

月 日	協 議 題
7月25日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・会務、会計、庶務報告、協議</li> <li>・会務、会計、庶務報告、協議</li> <li>・会務、会計、庶務報告、協議</li> </ul>
8月29日	
9月26日	

## 厚 生 委 員 会

月 日	協 議 題
7月18日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ビアパーティー反省会</li> <li>・若手会について</li> <li>・十三指定都市会議について</li> <li>・若手会について</li> <li>・十三指定都市会議について</li> <li>・新年パーティーについて</li> </ul>
8月22日	
9月27日	

## 医 療 管 理 委 員 会

月 日	協 議 題
7月17日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新入会オリエンテーションについて</li> <li>・医歯連携セミナーについて</li> <li>・救急歯科協議会について</li> <li>・国立協議会について</li> <li>・シティFMについて</li> <li>・救急歯科協議会について</li> <li>・国立開放型協議会について</li> <li>・医療管理学会会議について</li> <li>・国立開放型連絡会について</li> <li>・シティFMについて</li> <li>・口腔外科ベーシックセミナーについて</li> <li>・歯科後方支援病院協議会について</li> <li>・国立開放型連絡会について</li> <li>・シティFMについて</li> <li>・口腔外科ベーシックセミナーについて</li> <li>・歯科後方支援病院協議会について</li> <li>・救急蘇生法講習会について</li> <li>・入院入所者歯科診療委員会について</li> <li>・医療管理学会について</li> </ul>
8月23日	
9月19日	

## 広 報 委 員 会

月 日	協 議 題
7月2日	・中岳レイアウト
7月16日	・中岳第1校
7月23日	・中岳第2校
8月27日	・日程決め
9月24日	・中岳ペーパーレス化について ・100周年の年表作成について

## 地域学校歯科保健委員会

月 日	協 議 題
6月14日	・歯の祭典 アンケート集計 ・歯の祭典 反省会
7月23日	・歯磨き巡回指導日程 ・歯磨き巡回指導報告 ・健康フェスティバルについて ・障がい者歯科健診事業について
8月26日	・8020健診について ・歯磨き巡回指導について ・シティFMについて ・健康フェスティバルについて
9月30日	・来年の歯の祭典について ・歯磨き巡回指導について ・健康フェスティバルについて ・シティFMについて ・障がい者歯科健診について ・歯の祭典イベント企画

## 社 保 委 員 会

月 日	協 議 題
7月24日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 令和6年度点数改定説明会についての総括</li> <li>・ 令和6年度新入会員オリエンテーションについて</li> </ul>
8月28日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療DX推進体制整備加算、医療情報取得加算の見直しについて</li> <li>・ 施設基準説明会について</li> <li>・ 審査会報告</li> <li>・ シティFM出演、内容についての検討</li> </ul>
9月27日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 返戻再請求のオンライン化について</li> <li>・ 施設基準説明会について</li> <li>・ 外安全、外感染等の説明会について</li> <li>・ 審査会報告</li> </ul>

## 学 術 委 員 会

月 日	協 議 題
7月9日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 役割分担確認(中岳原稿について)</li> <li>・ 理事会での報告内容の共有</li> <li>・ ケアマネ向けささえりあ講演会の日程調整</li> <li>・ 秋冬講演会の役割確認</li> <li>・ 歯界展望連載打ち合わせ</li> </ul>
8月6日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 10/10 東先生講演会役割確認</li> <li>・ 11/16 学術講演会発表者確認</li> <li>・ 1/9 東先生講演会役割確認</li> <li>・ 2/8 会員発表発表者確認</li> <li>・ 2/13 ウェルパルでの講演会決定</li> </ul>
9月24日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 10/10 東先生講演会役割分担確認</li> <li>・ 11/16 学術講演会役割分担確認</li> <li>・ 2/8 講演会会員発表演者決定の報告</li> <li>・ Q&amp;A 中岳スタディの原稿担当者の確認</li> <li>・ 歯界展望記事投稿内容の確認</li> </ul>

---

---

編	集	後	記
---	---	---	---

---

---

10月に入り、朝夕が涼しくなって過ごし易くなってきました。まだまだ昼間は暑いですが風が気持ちいいです。世間では、新しい首相が決まって間もないのに、衆議院選挙の日程まで決まってしまいました。どこの政党が政権を取るかわかりませんが、診療報酬の賃上げやマイナ保険証システムの熟成などをしっかりやってもらいたいものです。物価も上がり続け、世知辛い世の中ではありますが、皆様くじけずに頑張りましょう。(Y. O)

熊本市歯科医師会会誌

第207号

発行日 令和6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

発行者 渡辺 猛士

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