



ご当地 大場さん 茨城

No.602

茨城県歯科医師会

Ibaraki Dental Association

August&September

2019

令和元年

8・9

茨 歯 会 報





Contents

デンタルアイ	1
森永 和男	
新役員紹介	3
会務	7
理事会報告	10
会務日誌	13
地域保健委員会だより	17
学校歯科委員会だより	25
センターだより	28
専門学校だより	31
地区歯科医師会だより	33
人見 智行	
山田 浩之	
川崎 陽子	

表紙写真について

「ロック・イン・ジャパン・フェスティバル」 (ひたちなか市)

今年20周年を迎えた国内最大のロックフェス。
8月3、4日と10～12日の5日間、250
組が出演した。

30万人以上の人々がひたちなかの地に集結した。
(社) 珂北歯科医師会 成井 敏幸

会長五期目の決意



会長
森 永 和 男

第166回茨城県歯科医師会定時代議員会において、私が選任致しました理事候補16名全員が選任され、5期目の執行を担うこととなりました。これもひとえに会員の先生方のご厚情と感謝申し上げます。

思えば、平成23年に当選させて頂いてまもなく、まだ私の執行前の3月11日に想定外のあの東日本大震災を被り、前途多難な出航となりました。当時は理事候補者でありながら結束力と行動力によってなんとか切り抜けた事が思い出されます。4月の第一回目の理事会の時はずでに1年も前から執行しているような気がし、逆に一つの目的にすべての理事がスムーズに行動が移されていた感じでした。

当時は茨城県歯科医師会も内向きで、閉ざされた会という感がありましたので、なんとか開かれた茨城県歯科医師会を目指して努力して参りました。

手始めに、どんなところにも出向き茨城県歯科医師会の現状を、なすべき事を説明し、歯科医療の重要性を訴える毎日でした。これを当時の理事の先生に協力して頂き、結果として現在は四師会共同体が確立し、茨城県の健康維持のための施策が相互理解の元に発展してきております。

更に、近年の超高齢社会に向かったの「生活を支える医療」に対する国、県の考え方で歯科医療の重要性の認識も県民の間でも深まってきていると感じております。また、東日本大震災以来の念願であった44市町村との災害防止協定も完結を見たこともうれしく思っております。また、私の会長就任以来のライフワークでもあります「県民のための健康キャンペーン」においても参加者が年々増加していることも心強く感じております。

国の骨太の方針においても2017年に初めて「歯科健診の充実、入院患者や要介護者に対する口腔機能の推進など歯科医療の充実に取り組む」と明記され、2018年、2019年と連続して歯科医療の重要性が記載されたことは、私にとっても強い後押しになっていることに意を強くしている所であります。結果として、医療審議会等の公の場においても歯科の存在をアピールできていると感じております。

一昨年11月に懸案でありました口腔センター土浦が開設の運びとなり、県民のための2次医療機関としての機能の充実を図り、口腔センター水戸との連携によって障害者に対する口腔健康維持増進に寄与していると確信しております。

しかし、この8年間の会長活動の中で感じたことは政治力の必要性を痛感させられた事です。更に茨城県歯科医師会が発展するためには政治家と密接にコンタクトを取り、理解をして頂く事、則ち、ロビー活動の重要性を感じております。茨城県歯科医師会と茨城県歯科医師連盟のあり方が今後の歯科医師会の活動に大きく左右されることは明らかであります。何故なら保険医とは国との約束の元、契約を交わし、これを担保として国民の健康維持を託されているからであります。私たち歯科医師一人一人がこの事をしっかりと自覚し行動しなければなりません。これを達成するためには会と連盟

が一体とならなければなりません。この信念から今回茨城県歯科医師連盟の会長にも就任させて頂きました。

残りの2年間で会員に納得して頂ける改革を目指して頑張って参りたいと思っております。

以前にも申し上げましたが、超高齢社会を迎えた今が口腔医療を含めた口腔健康管理を県民にご理解を頂き、飛躍させる最大のチャンスであり、この方向を誤るとこれからの歯科界の将来はないと考えております。

これまでの経験を生かし、この道を切り開く事がまさに私に課せられた使命と感じております。

株式会社岩瀬歯科商会

昭和の幕開けと共に栃木県で創業した弊社は、今年で90年目を迎えます。皆様方への感謝を忘れず、未来を見据えた歯科ディーラー像を創造して参ります。

イワセオリジナルユニット
**SIGNO
NEXT**

こだわりと好みをひとつずつ反映しながら、ワンランク上のラグジュアリー空間と心地よさを演出します。

■ 社名
株式会社岩瀬歯科商会
■ 代表取締役
岩瀬 浩二
■ 本社
〒321-0800 栃木県宇都宮市大宮2-1-1
■ 電話
028-613-5858

製造販売・製造
株式会社モリタ東京製作所
本社 埼玉県さいたま市中央区上落合2-1-24 TEL:048-880-1815
伊勢工場 埼玉県北足立郡伊勢町小室7129 TEL:048-723-2021

発売
株式会社モリタ
大阪本社 大阪府吹田市豊水區3-33-18 TEL:06-6380-2525
東京本社 東京都台東区上野2-11-15 TEL:03-3834-6161



事業所案内

本社	台東区台東2-23-7	TEL:03-3832-8241
宇都宮支店	宇都宮市平出工業団地37-6	TEL:028-613-5858
水戸支店	水戸市白梅2-8-18	TEL:029-225-6543
松戸支店	松戸市幸谷観音下159-1	TEL:047-345-3131
千葉支店	千葉市中央区浜野町879-1	TEL:043-305-1182
上野支店	台東区台東2-23-7	TEL:03-3832-8241
古河支店	古河市下山町9-60	TEL:0280-30-1582
福島支店	福島市鎌田字卸町4-1	TEL:024-552-1161
世田谷支店	世田谷区玉川台2-11-17-101	TEL:03-5491-7595
練馬営業所	練馬区豊玉北4-14-11	TEL:03-5912-1180
横浜支店	横浜市栄区小菅ヶ谷1-28-9-101	TEL:045-895-3808
5月GW明け以降	横浜市磯子区中原2-1-19	NEW TEL:045-770-4182
前橋支店	前橋市紅雲町1-22-2	TEL:027-243-8241
5月GW明け以降	高崎市京目町176-2	NEW TEL:027-350-8241
厚木支店	厚木市酒井2087-14	TEL:046-228-5550
大宮支店	さいたま市見沼区東大宮7-41-1	TEL:048-688-1740
盛岡支店	盛岡市上堂1-6-5	TEL:019-648-2777
東大和支店	東大和市立野3-640-1	TEL:042-590-5770

新 役 員 紹 介

会 長 男
森 永 和



副会長
黒 澤 俊 夫



副会長
征 矢 亘



専務理事
渡 辺 進



常務理事
海老原 一 芳
(会計)



常務理事
村 居 幸 夫
(総務、口腔センター)



常務理事
大 字 崇 弘
(医療管理)



常務理事
榊 正 幸
(社会保険)



常務理事
岡 崎 恵 一郎
(専門学校)



理 事
飯 島 清 人
(IT)



理 事
小野寺 鏡 子
(介護保険)



理 事
北 見 英 理
(地域保健)



理 事
今 湊 良 証
(学術)



理 事
柴 岡 永 子
(広報・マスコミ)



理 事
沼 田 裕 之
(厚生)



理 事
鶴 屋 誠 人
(学校歯科)



監 事 之
鈴 木 伸



監 事 夫
野 堀 幸



監 事 律
小 林 不



代 議 員 会

議 長
小 澤 一 友



副議長
青 木 秀 史



地 区 会 長 紹 介

日立地区
間 宮 高 弘



珂北地区
小 林 克 男



水戸地区
大 澤 賢 祐



東西茨城地区
伊 藤 幸 夫



鹿行地区
大 貫 英 敏



土浦石岡地区
荻 野 義 重



つくば地区
横 張 雅 彦



県南地区
兼 久 大 輔



県西地区
青 木 秀 史



西南地区
橋 本 正 一



各部委員会

(1) 学術委員会

部 長	今 湊 良 証	(東西茨城)
委 員 長	安 藤 和 成	(鹿 行)
副委員長	毛 利 環	(つ く ば)
〃	上 野 卓 也	(水 戸)
委 員	須 田 聡	(日 立)
〃	阿 部 英 一	(珂 北)
〃	菊 池 正 浩	(東西茨城)
〃	福 田 真 之	(土浦石岡)
〃	山 崎 貴 也	(県 南)
〃	中 川 威	(県 西)
〃	八木原 淳 史	(西 南)

(2) 厚生委員会

部 長	沼 田 裕 之	(鹿 行)
委 員 長	米 川 久	(水 戸)
副委員長	高 野 秀 勝	(鹿 行)
委 員	畑 中 秀 隆	(日 立)
〃	平 田 輝 行	(珂 北)
〃	松 井 慎太郎	(東西茨城)
〃	荒 川 幸 治	(土浦石岡)
〃	伊 澤 武 志	(つ く ば)
〃	山 田 雄	(県 南)
〃	中 山 映 志	(県 西)
〃	渡 辺 潔	(西 南)

(3) 医療管理委員会

部 長	大 字 崇 弘	(県 南)
委 員 長	奥 田 雅 人	(東西茨城)
副委員長	篠 塚 浩	(鹿 行)
〃	坏 宏 唯	(珂 北)
委 員	和 田 勉	(日 立)
〃	馬 場 耕 平	(水 戸)
〃	山 口 孝 之	(土浦石岡)
〃	磯 山 真 也	(つ く ば)
〃	大 貫 範 生	(県 南)

委 員	渡 邊 伸 哉	(県 西)
〃	川 俣 光 司	(西 南)

(4) 広報委員会

部 長	柴 岡 永 子	(珂 北)
委 員 長	小 野 道 範	(西 南)
副委員長	富 田 浩 之	(県 南)
委 員	滝 靖 宗	(日 立)
〃	成 井 敏 幸	(珂 北)
〃	加 藤 毅	(水 戸)
〃	石 本 崇 子	(東西茨城)
〃	出久根 亮 一	(鹿 行)
〃	大 木 勝 生	(土浦石岡)
〃	坂 入 正 彦	(つ く ば)
〃	古 橋 仁	(県 西)

(5) 総務委員会

部 長	村 居 幸 夫	(水 戸)
委 員 長	津 田 哲	(県 西)
副委員長	三 浦 雅 美	(西 南)
〃	小 泉 雄二郎	(珂 北)
委 員	北 見 修 一	(日 立)
〃	村 田 智 明	(水 戸)
〃	玉 川 台 俊	(東西茨城)
〃	林 寿	(鹿 行)
〃	幕 内 宏 則	(土浦石岡)
〃	横 張 雅 彦	(つ く ば)
〃	清 原 秀 樹	(県 南)

(6) 地域保健委員会

部 長	北 見 英 理	(日 立)
委 員 長	土 屋 雄 一	(土浦石岡)
副委員長	深 谷 聖	(水 戸)
〃	大 里 一	(県 南)
委 員	佐 藤 慶 尚	(日 立)
〃	葛 城 康 維	(珂 北)
〃	鈴 木 聡 美	(東西茨城)

委員 石崎雄司 (鹿行)
 “ 久松雅彦 (つくば)
 “ 柴崎 崇 (県西)
 “ 鈴木哲之 (西南)

(7) 介護保険委員会

部長 小野寺 鏡子 (西南)
 委員長 土子吉久 (東西茨城)
 副委員長 神田 稔 (水戸)
 委員 今川 隆 (日立)
 “ 高橋 健 (珂北)
 “ 丸山 憲一 (鹿行)
 “ 野木 隆久 (土浦石岡)
 “ 加園 真樹 (つくば)
 “ 堤 浩一郎 (県南)
 “ 三木 次郎 (県西)
 “ 保科 守 (西南)

(8) 学校歯科委員会

部長 鶴屋 誠人 (土浦石岡)
 委員長 原田 和弥 (県西)
 副委員長 高木 幸江 (土浦石岡)
 委員 薄井 克巳 (日立)
 “ 青砥 聖二 (珂北)
 “ 関根 靖浩 (水戸)
 “ 國府田 美葉 (東西茨城)
 “ 内堀 史朗 (鹿行)
 “ 高田 将生 (つくば)
 “ 櫻井 英人 (県南)

委員 長澤 篤 (西南)

(9) 社会保険委員会

部長 榊 正幸 (水戸)
 委員長 大野 勝己 (つくば)
 副委員長 酒井 一範 (土浦石岡)
 “ 森田 広 (西南)
 委員 大平 章裕 (日立)
 “ 山口 昌宏 (珂北)
 “ 松尾 裕之 (水戸)
 “ 長谷 哲郎 (東西茨城)
 “ 岩間 英明 (鹿行)
 “ 小原 俊彦 (県南)
 “ 鶴見 毅 (県西)
 予備委員 黒澤 教昭 (日立)
 “ 浅香 康仁 (珂北)
 “ 尾山 正洋 (水戸)
 “ 長谷部 正朗 (東西茨城)
 “ 新堀 敏也 (鹿行)
 “ 加藤 富志雄 (土浦石岡)
 “ 小林 之直 (つくば)
 “ 山田 知範 (県南)
 “ 鬼澤 徹 (県西)
 “ 長野 泰弘 (西南)

(10) 情報管理委員会

部長・委員長 飯島 清人 (県南)
 委員 大字 崇弘 (県南)
 “ 岡崎 恵一郎 (水戸)



第166回定時代議員会報告

第166回定時代議員会日程

日時：令和元年6月20日（木）午後2時

場所：茨城県歯科医師会館 会議室

氏 名 点 呼

- | | | |
|-----------------------------|---|-------|
| 1. 開 会 の 辞 | 副会長 | 黒澤 俊夫 |
| 1. 叙 勲 | | |
| （1）叙 勲 | | |
| 1. 議事録署名人指名 | | |
| 1. 物 故 会 員 黙 祷 | | |
| 1. 会 長 挨 拶 | 会長 | 森永 和男 |
| 1. 来 賓 挨 拶 | 茨城県歯科医師連盟会長 | 高野 一夫 |
| 1. 議 長 挨 拶 | 議長 | 小澤 一友 |
| 1. 報 告 | | |
| （1）議事運営特別委員会報告 | 委員長 | 渡邊 昌勇 |
| （2）日本歯科医師会代議員会報告 | 日歯代議員 | 黒澤 俊夫 |
| （3）事業報告（H30年4月1日～H31年3月31日） | 専務理事 | 渡辺 進 |
| 1. 議 事 | | |
| 第1号議案 | 公益社団法人茨城県歯科医師会会員共済規則・共済細則の一部を改正する規則案に関する件 | |
| 第2号議案 | 公益社団法人茨城県歯科医師会平成30年度決算に関する件 | |
| | 【監査報告】 | |
| 第3号議案 | 役員の選任に関する件 | |
| 第4号議案 | 日本歯科医師会代議員・予備代議員選挙に関する件 | |
| 1. 閉 会 の 辞 | 副会長 | 征矢 亘 |

紙面の関係で議案書は茨歯会資料室「代議員会」のページ、第166回定時代議員会資料に掲載されております。ご参照ください。

令和元年6月20日（木）14：00より、第166回定時代議員会が開催された。氏名点呼、黒澤副会長の開会の辞に続き、瑞宝双光章の栄に浴された高島昭一先生（日立市）、竹内昌司先生（水戸市）に対する顕彰が行われた。続いて平成30年6月以降亡くなられた先生方に弔意を表す黙祷を捧げた。森永会長挨拶の後、来賓挨拶、議長挨拶、議事運営特別委員会報告、日歯代議員会報告、事業報告（H30年4月1日～H31年3月31日）についての報告がそれぞれ行われ、これらに対する質疑応答があった。続いて議事に移り、第1号議案から第4議案までの全議案が、原案どおり可決された。休憩の後、事前質問7題に関する活発な質疑応答が行われ、征矢副会長の閉会の辞により全日程を終了した。

森永会長挨拶

早いもので、この2年間が終わりまして、これが今期最後の代議員会になるわけですが、この2年間、先生方にご指導いただきまして、無事、4期目もつつがなく果たそうとしております。これも先生方の誠意あるご協力のたまものと、改めて感謝を申し上げたいと思っております。

この2年間、いろいろな面で感じることは、世界を見ますと、トランプ大統領の特異的な行動、言動等によって起こる様々な問題、これは我々にとっても遠いものではないという感じがします。イランの問題、EUの問題、イギリスの離脱の問題、それから、米中の貿易戦争というか摩擦などは、我々としても気がかりでございます。

また、日本においては、自民党の安定期として政権が安定することは非常に良いことだと思います。しかし、一強時代によって、どうもたがが緩んでいるのかなという感じはあります。今回の働き方改革においても、医療界にとって本当にこれが良いのかどうか。余り詮索せずに4月に法律が決まってしまったのではないかと思います。

というのは、医療法の中では、我々は患者を断るわけにいかない。いつも診なさいと言いながらも、働き方改革の中では時間を設定する。ましてや、医師会は3年の猶予がある。しかし、歯科医師会はこの4月から施行になる。どこに差があるのだろうかという疑問さえ思います。

今、問題になっているのは、病院の中の歯科の先生です。歯科はこの猶予の期間がないのです。これをどのように扱ったらいいのか。それも含めてこれから検討していかなければならないだろうと思っております。

また、加計学園、森友学園、それから公文書の改ざんといったもの、去年は非常に話題になっておりましたが、どうも何も変わっていないのではないかというのが私の考えです。結果的に、参議院議員の選挙にしても、衆議院議員の選挙にしても、ものを申すことができる議員を我々は選ばなければならないだろうと考えております。

それから、歯科界全体はどうか。平成時代から令和の時代に入り、平成時代の30年を振り返って我々は本当に幸せだったのか。氷河期とは言いませんが、非常に苦勞した平成の30年間ではなかったかと思えます。

これはどこに原因があるのかと考えたときに、皆さんもご存じのように、あの臼田事件以来、我々は非常に苦勞した。臼田先生自身が悪いのではなくて、結局、あの時の保険の中の再診料の差があまりにも大きすぎて、考えなければならなかった。考えたのはいいが、その手法が間違っていたと私は思うのです。やはり目先だけで国に訴えても余り効果はないだろうというのが今の反省です。

その後、元の大久保歯科医師会会長が、いろいろなものはエビデンスからという考え方で、生活を支える医療という面から一生懸命やってくださった。この面についてはある程度評価に値するものではないかと私自身は考えております。



この30年間、平成元年に8020運動が始まり、予防の重要性ということを訴え続けてようやく追い風が吹き、光が見えてきたと思います。

ただ、それで喜んでいいのかどうか。これからの令和の時代に、我々が真剣にそこを突いて、しっかりと国民、県民に理解を得られるような歯科医師会の行動が大事になってくると思います。超高齢化社会はある程度の追い風になっているかもしれませんが、これからの解決が大変だ



ということもあります。

今日、健保協会の方にお会いして、健保協会の中でも、歯科の重要性、特定健診の重要性をお話しさせていただいて、健保協会との連携・締結も今月中には行っていきたいと思っています。

我々が、医科歯科連携の重要性、歯科保健の重要性をしっかりと進めていかなければなりません。そして、県民に歯科医師の本当の姿を理解してもらいたいと思っています。

理事会報告

第4回理事会

日 時 令和元年6月20日（木）午後6時15分

場 所 茨城県歯科医師会館 役員室

報告者 柴岡永子

小林 不律

承認、確定。

1. 開 会

2. 挨 拶

3. 協議事項

(1) 代表理事である会長及び業務執行理事の選定について

会 長 森永 和男

副 会 長 黒澤 俊夫

(学術、厚生、医療管理、地域保健、学校歯科、介護保険)

征矢 亘

(広報、総務、社会保険、専門学校)

専務理事 渡辺 進

常務理事 海老原一芳（会計）

村居 幸夫（総務）

大字 崇弘（医療管理）

榊 正幸（社会保険）

岡崎恵一郎（専門学校）

理 事 飯島 清人（情報管理）

小野寺鏡子（介護保険）

北見 英理（地域保健）

今湊 良証（学術）

柴岡 永子（広報）

沼田 裕之（厚生）

鶴屋 誠人（学校歯科）

監 事 鈴木 伸之

野堀 幸夫

(2) 入会申込書の受理について

松村 治先生 つくば地区 1種

岩医大歯卒 承認

宮田 祐介先生 つくば地区 1種

日歯大卒 承認

遠藤 天満先生 つくば地区 1種

奥羽大歯卒 承認

4. 報告

○行事予定について

7月18日（木）

12時30分～14時 第5回理事会

14時～15時 第167回臨時代議員会

第5回理事会

日 時 令和元年7月18日（木）午後12時30分

場 所 茨城県歯科医師会館 会議室

報告者 柴岡永子

1. 開 会

2. 会長挨拶

3. 報 告

(1) 一般会務報告

(2) 開業予定の歯科医院について

(3) 疾病共済金の支払いについて

日立地区 1名 33日

県西地区 1名 29日

東西茨城地区 1名 31日

西南地区 1名 30日

つくば地区 1名 32日

(4) かすみがうら市医療福祉費支給制度（市単独事業分）の対象範囲の拡大に伴う取扱いについて

承認

(5) 「珂北歯科医師会主催講習会」後援名義の使用許可について

承認

(6) 「難病フェスタ2019」の後援のお願い（茨城県難病団体連絡協議会）

例年通り後援することとした

(7) 茨城県言語聴覚士会主催「市民公開講座」

後援名義の使用許可について

例年通り後援することとした

(8) 「茨城における小児の発達を支える地域リハビリテーションを考える会 令和元年度総会・研修会」後援名義の使用許可について
例年通り後援することとした

(9) 「認知症の人と家族への援助をすすめる第35回全国研究集会」に対する後援名義使用のお願い
例年通り後援することとした

(10) 第23回茨城県総合リハビリテーションケア学会学術集会への後援・単位認定及び周知について
例年通り後援することとした

(11) 各委員会報告について

医療管理委員会、広報委員会、地域保健委員会、社会保険委員会、専門学校

4. 協議事項

(1) 入会申込書の受理について

及川布美子先生 珂北地区 1種
神歯大卒 承認

大場 祐輔先生 つくば地区 1種
日大歯卒 承認

小野寺博子先生 西南地区 2種
東歯大卒 承認

(2) 各委員会委員の委嘱について

①常任委員会委員

②茨城歯科専門学校運営委員会委員

③（公社）茨城県歯科医師会口腔センター運営委員会委員

④（公社）茨城県歯科医師会口腔センター管理委員会委員

⑤茨城スポーツ・健康づくり歯学協議会プロジェクトチーム委員

⑥医療事故処理委員会委員

①②③④⑤⑥すべて承認

(3) 第167回臨時代議員会について

第1号議案 代議員会議長及び副議長の選出に関する件

第2号議案 議事運営特別委員会委員の選出に関する件

第3号議案 裁定委員会委員の選任する件

第4号議案 選挙管理委員会委員の選任に関する件

第5号議案 公益社団法人茨城県歯科医師会役員選挙規則の一部を改正する規則案に関する件

第1号議案から第5号議案まですべて承認

(4) 令和元年度第1回地区会長協議会提出議題(案)について

承認

(5) 令和元年度関東地区歯科医師会役員連絡協議会について

出席者

第1分科会 森永会長、渡辺専務、小林監事、海老原常務

第2分科会 北見理事、小野寺理事、沼田理事

第3分科会 黒澤副会長、榊常務、鶴屋理事

承認

(6) 茨城県がん診療連携協議会との医科歯科連携に関する包括協定について

承認

(7) 電話相談事例集の作成について

事例集作成でなく講習会を増やすなどして対応することとする

(8) 総務委員会統括マネージャーの任命について

飯野守康先生を任命することで承認

(9) 健康診断に係る学校医等の職務について
継続審議(10) 第58回全日本学校歯科保健優良校の推薦について
承認(11) 介護職員初任者養成研修事業規程の一部変更について
承認(12) 第74回国民体育大会ドクターズ・ミーティング開催に伴う後援名義使用について（公益財団法人日本スポーツ協会）
承認(13) まつりつくば2019への協賛と事業補助について（つくば歯科医師会事業補助申請）
承認

(14) その他

茨城県歯科医師会と茨城県歯科医師連盟との連絡強化を図るため本部役員の交互派遣等の提案があり協議した

○行事予定について

8月22日（木）

14時～ 第6回理事会

16時30分～ 第1回地区会長協議会

19時～ 納涼会（水戸京成ホテル）

9月18日（水）

16時～ 第7回理事会

9月19日（木）

13時～ 関東地区歯科医師会役員連絡協議会（横浜ベイホテル東急）

会務日誌

7月18日 第5回理事会を開催。入会申込書の受理、各委員会委員の委嘱、第167回臨時代議員会、地区会長協議会提出議題（案）、関東地区歯科医師会役員連絡協議会、茨城県がん診療連携協議会との医科歯科連携に関する包括協定、電話相談事例集の作成、総務委員会統括マネージャーの任命、健康診断に係る学校医等の職務、第58回全日本学校歯科保健優良校の推薦、介護職員初任者養成研修事業規程の一部変更、第74回国民体育大会ドクターズ・ミーティング開催に伴う後援名義使用、まつりつくば2019への協賛と事業補助について協議を行った。

出席者 森永会長ほか18名

7月18日 第167回臨時代議員会を開催。代議員会議長に小澤一友氏、副議長に青木秀史氏を選出し、議事運営特別委員会委員の選出、裁定委員会委員の選任、選挙管理委員会委員の選任、茨城県歯科医師会役員選挙規則の一部を改正する規則案に関する件について議事を執り行った。

出席者 小澤代議員会議長ほか61名

7月18日 第1回医療事故処理委員会を開催。副委員長に黒澤俊夫氏、征矢亘氏を選出し、医療事故処理状況について協議を行った。

出席者 森永医療事故処理委員長ほか21名

7月18日 第2回議事運営特別委員会を開催。委員長に仲田豊氏、副委員長に真中信之氏を選出した。

出席者 仲田議事運営特別委員長ほか14名

7月18日 第2回学術委員会を開催。委員長に安藤和成氏、副委員長に毛利環氏、上野卓也氏を選出し、令和元年度事業計画及び予算について協議を行った。

出席者 今湊学術部長ほか7名

7月18日 第2回厚生委員会を開催。委員長に米川久氏、副委員長に高野秀勝氏を選出し、令和元年事業計画及び予算について協議を行った。

出席者 沼田厚生部長ほか10名

7月18日 第1回医療管理委員会を開催。委員長に奥田雅人氏、副委員長に篠塚浩氏、坪宏唯氏を選出し、委員会の事業内容、委員会の連絡方法の説明を行った。

出席者 大字医療管理部長ほか10名

7月18日 第4回広報委員会を開催。委員長に小野道範氏、副委員長に富田浩之氏を選出し、令和元年度事業計画及び予算、委員会メーリングリスト、茨歯会報作成手順、委員会年間スケジュール立案、次回8・9月合併号について協議を行った。

出席者 柴岡広報部長ほか9名

- 7月18日 第1回総務委員会を開催。委員長に津田哲氏、副委員長に三浦雅美氏、小泉雄二郎氏を選出し、令和元年度事業計画、相談者への対応について協議を行った。
出席者 村居総務部長ほか7名
- 7月18日 第1回学校歯科委員会を開催。委員長に原田和弥氏、副委員長に高木幸江氏を選出し、令和元年学校歯科委員会年間スケジュールについて協議を行った。
出席者 鶴屋学校歯科部長ほか9名
- 7月21日 日本歯科医師会主催「嚥下機能評価研修会～嚥下内視鏡検査実習～」が国立国際医療研究センター病院（新宿区）にて開催された。
出席者 今湊理事
- 7月21日 口腔ケア講習会を開催し、「命を守る口腔ケア…誤嚥性肺炎予防から摂食嚥下まで」の演題で、歯科衛生士による実技指導を交えて、神田稔介護保険副委員長が講演を行った。
受講者 64名
- 7月21日 第1回介護保険委員会を開催。委員長に土子吉久氏、副委員長に神田稔氏を選出し、令和元年度事業計画及び予算について協議を行った。
出席者 小野寺介護保険部長ほか9名
- 7月22日 県総合リハビリテーションケア学会第23回学術集会第1回実行委員会が県総合福祉会館にて開催され、第23回学術集会開催要綱ほかについて協議が行われた。
出席者 黒澤副会長
- 7月23日 第1回茨城型地域包括ケアシステム推進センター運営協議会が県医師会にて開催された。
出席者 森永会長
- 7月24日 全国健康保険協会茨城支部（協会けんぽ）と本会との間で、健康づくり推進に向けた包括的連携に関する覚書を締結し、その調印式を行った。
出席者 森永会長ほか2名
- 7月24日 労働保険適正加入推進員研修会がホテルレイクビュー水戸にて開催された。
出席者 須能
- 7月24日 WEB会議（Webex）説明会が日歯会館にて開催され、WEB会議用ソフト「Webex」の使用方法、生涯研修セミナー（サテライト形式）の設営について協議が行われた。
出席者 今湊理事ほか1名
- 7月25日 第4回歯科助手講習会を開催。消毒、滅菌の必要性をテーマに「室、手指、器材、材料の消毒」「歯科診療補助の実際」について講義を行った。
受講者 47名
- 7月25日 第3回日歯理事会在日歯会館にて開催された。
出席者 征矢日本歯科医師会理事
- 7月26日 いきいき茨城ゆめ国体・大会実行委員会第4回総会が水戸プラザホテルにて開催され、平成30年度事業報告ほかについて議事が執り行われた。
出席者 森永会長
- 7月30日 県医療審議会及び保健医療計画部会が県薬剤師会館にて開催され、医師確保計画の策定、

地域医療構想の進捗ほかについて審議が行われた。

出席者 森永会長

7月31日 第1回茨城県国民健康保険運営協議会が県庁舎にて開催され、茨城県国民健康保険特別会計に係る令和元年度当初予算等ほかについて協議が行われた。

出席者 森永会長

7月31日 県認知症施策推進会議が県庁舎にて開催され、本県の認知症対策ほかについて協議が行われた。

出席者 森永会長

7月31日 歯科専門学校にて第1回体験入学を実施。学校施設説明などを行い、歯科衛生士科に43名、歯科技工士科には11名の参加があった。

8月1日 第3回厚生委員会を開催。県歯ゴルフ大会確認事項及び打ち合わせ、ソフトボール大会の進捗状況について協議を行った。

出席者 沼田厚生部長ほか8名

8月1日 学校歯科保健研修会をヒロサワシティ会館（県民文化センター）にて開催。「動物の口はふしぎがいっぱい」と題して国立モンゴル医学科学大学客員教授の岡崎好秀先生が講演された。

受講者 200名

8月1日 施設との連絡調整会議を開催。入所・入院する者等の実態の把握、対象施設の選定について協議を行った。

出席者 小野寺介護保険部長ほか1名 根本県老人福祉施設協議会理事ほか1名

8月1日 県歯科衛生士会による県の委託事業である「令和元年度茨城県障害者等歯科医療技術者養成事業」の事業内容及び実習の進行管理等に関する会議が開催された。

出席者 黒澤副会長

8月1日 第3回いばらきスポーツ・健康づくり歯学協議会運営委員会を開催。委員長に荻野義重氏、副委員長に千葉順一氏を選出し、ドクターズ・ミーティング、国体・大会の開・閉会式、ブース出展の出席、国体へ向けた講習会・研修会の内容及び役割の確認、国体開会式での四師会啓発ブース、救護所への物品の輸送方法について協議を行った。

出席者 荻野いばらきSHP委員長ほか10名

8月5日 第1回茨城県医療審議会医療法人部会が県庁舎にて開催され、医療法人の設立認可ほかについて審議が執り行われた。

出席者 森永会長

8月7日 保険医療機関に対する個別指導が厚生局茨城事務所にて実施された。

対象医療機関数 4

8月8日 第5回歯科助手講習会を開催。消毒、滅菌の必要性をテーマに「保守管理、共同動作、医療安全、情報処理」について講義を行った。

受講者 47名

8月8日 県口腔保健支援センター運営委員会が県庁舎にて開催され、令和元年度口腔保健支援セン

ター事業ほかについて協議が行われた。

出席者 森永会長ほか2名

8月 8日 第3回地域保健委員会を開催。委員長に土屋雄一氏、副委員長に深谷聖氏、大里一氏を選出し、令和元年度事業計画・年間スケジュール、各事業の担当、高齢者よい歯のコンクール予備審査・訪問インタビューについて協議を行った。

出席者 北見地域保健部長ほか11名

8月20日 摂食嚥下研修会の第2回目を開催し、「哺乳・離乳・自食機能の発達とその障害」について研修を行った。

受講者 82名

8月21日 第4回社会保険正副委員長会議を開催。第5回委員会、指導、理事会、審査内容、社会保険指導者研修会、審査委員連絡協議会について協議を行った。

出席者 榊社会保険部長ほか2名

8月21日 第5回社会保険委員会を開催。疑義、社会保険指導者研修会、審査委員連絡協議会について協議を行った。

出席者 榊社会保険部長ほか21名



第43回日本労働衛生研究協議会の総会 および学術大会に参加して

地域保健担当理事 北見 英理

令和元年6月29日（土）・30日（日）、愛媛県歯科医師会館にて行われた標記の協議会に、産業口腔保健統括マネージャーの戒田敏之先生と参加しましたので報告いたします。2日間にわたって行われ、講演4つ、会員発表5つがあり、茨城県歯科医師会から私が「茨城県における歯科医師による特殊健康診断への取り組み」について発表しました。

《6月29日（土）》

◆講演Ⅰ

演題：化学物質のリスクアセスメントに必要な
基礎知識 一定性法・有害性を中心にー

演者：COH労働衛生コンサルタント 矢崎 武

内容：

①リスクアセスメントの義務化

リスクアセスメント義務化に際して厚労省が示した「化学物質のリスクアセスメント指針とその解説」が非常に難解なものであったことが、リスクアセスメントのスタートダッシュにブレーキをかけ、その後の普及においても障害要因の一つになっていたように思われる。

②その後のリスクアセスメント

化学物質のリスクアセスメントは有害性と危険性について行われています。有害性についての手法は、基本的に「化学物質のハザードレベル×ばく露の程度」をリスクとする考え

方で安定してきました。これに対して、危険性については、未だ、考え方も手法も一つの形に定まることなく推移しているようにみえる。

③これから

厚労省は、旧来の作業環境測定から個人ばく露量測定へと舵を切りました。これにより、有害性リスクアセスメントの定量法は個人ばく露量測定が基本法となります。定性法については、コントロールバンディングの発想が基本になっていますが、手法的には多種多様なものが示されています。リスクアセスメント手法は、多くの事業所が大きな負担なく行えるものであることが第一の要件ですので、定性法は今後も有用な手法として存続して行くものと思われる。

◆講演Ⅱ

演題：第13次労働災害防止計画について

演者：厚生労働省 労働基準局 安全衛生部

安全衛生部長 椎葉 茂樹

内容：

計画期間…2018年4月1日～2023年3月31日

計画目標…①全体 死亡災害（15%以上減少）、
死傷災害（5%以上減少）

②死亡重点業種：建設業、製造業、
林業

- ③死傷重点業種：陸上貨物運送事業、社会福祉施設、小売業、飲食店
- その他…①建設業：死亡災害の4割が、墜落・転落による（安全帯・フルハーネス型）。
- ②製造業：はさまれ・巻き込まれ災害が多い。機械設備による災害が2割強。設置から20年以上経過した生産設備が約3割（経年設備の点検推進）。
- ③林業：伐木作業中の災害防止（安衛則改訂予定・伐倒方法や下肢防護衣など）。
- ④陸上貨物運送事業：死亡災害は、交通労働災害が最多。荷役作業時の死亡労働災害の約8割は、荷役5大災害（墜落転落、荷崩れ、フォークリフト使用時の事故、無人暴走、トラック後退時の事故）が占める。
- ⑤陸上貨物運送事業及び第三次産業の腰痛による死傷災害を5%以上減少。
- ⑥休業4日以上死傷災害においては、転倒災害が最多（50歳以上の女性の転倒予防が重要・第3次産業がターゲット）。
- ⑦小売業、飲食店：転倒災害が最多。死亡災害を5%以上減少。
- ⑧職場での熱中症による死亡災害を5%以上減少。
- ⑨化学物質対策：ラベル表示と安全データシート（SDS）の交付を行っている化学物質譲渡・提供者の割合を80%以上に。
- ⑩メンタルヘルス対策に取り組んでいる事業場の割合を80%以上に。

- ⑪仕事上の不安・悩み・ストレスについて、職場に事業場外資源を含めた相談先がある労働者の割合を90%以上に。
- ⑫ストレスチェック結果を集団分析し、その結果を活用した事業場の割合を60%以上に。
- ⑬建築物の解体、改修等における石綿ばく露対策（2030年ころピーク）。
- ⑭受動喫煙の防止と助成金について。
- ⑮外国人労働者
- i) 労働災害被災時は、国籍地域及び在留資格を報告。
- ii) 理解できる標識・掲示・安全衛生教育を実施。
- ⑯労働安全衛生に関する優良企業公表制度。

◆講演Ⅲ

演題：働き方改革と今後の労働衛生行政

演者：衆議院議員 元厚生労働大臣 塩崎 恭久

内容：

I. 日本の経済社会の現状と課題

日本の人口は、2008年をピークに減少局面に突入。高齢者人口（65歳以上）は、2042年にピークを迎える。日本は、「胴上げ型」から「肩車型」社会（65歳以上1人に対し20～64歳は、1950年…10人、2000年…3.6人、2050年…1.2人）へと変化する。2025年以降の現役世代の急減という新たな局面における社会保障改革の課題として、①社会の活力維持向上（多様な就労・社会参加の促進、健康寿命の延伸）、②労働力の制約が強まる中での医療介護サービスの確保（テクノロジーの活用等による医療・福祉サービスの改革）などが示された。さらに、雇用状況の変化・非正規雇用の増加（平成1年…19.1%→平成30年…

37.9%)や外国人労働力などについても説明があった。



II. 日本の「働き方」の特徴

日本は欧米諸国と比較して、生産性（1時間あたり付加価値）が低いことや年平均労働時間が長く、週49時間以上働いている労働者の割合（20.1%）が高い。

III. 「一億総活躍社会」と「働き方改革」

平成27年9月、安倍総裁が、「一億総活躍社会」（50年後も人口1億人を維持、誰もが活躍する社会へ）を目指すとの決意を表明した。平成28年6月に閣議決定された「ニッポン一億総活躍プラン」において、「希望を生み出す強い経済（戦後最大の名目GDP600兆円）」「夢をつむぐ子育て支援（希望出生率1.8）」「安心につながる社会保障（介護離職ゼロ）」の3つの目標に向けた「新・三本の矢」が掲示された。働き方改革は、成長と分配の好循環を形作っていくための新・三本の矢を貫く横断的な課題であり、最大のチャレンジと位置づけられている。平成28年9月「働き方改革実現会議」が設置され、平成29年3月に取りまとめられた「働き方改革実行計画」では、メンタルヘルス対策や治療と仕事の両立支援などの産業保健関係の取組を含む、数多くの具体的施策を掲示している。本実行計画を踏まえ、平成30年6月に働き方改革推進法が

成立した。「時間外労働の上限規制」「時季を指定した有給休暇の付与」「正規雇用労働者と非正規労働者の間の不合理な待遇差の禁止」「産業医・産業保健機能の強化」など、多くの重要事項が盛り込まれ、その一部は本年の4月1日から施行されている。

IV. 働く人々の健康と労働法制の改革

1. 労働契約法、労働安全衛生法（企業が社員の健康に責任を負う日本の労働法体系）

①労働契約法 第5条（労働者の安全への配慮）

使用者は、労働契約に伴い、労働者がその生命、身体等の安全を確保しつつ労働することができるよう、必要な配慮をするものとする。

②労働安全衛生法 第3条（事業者等の責務）

事業者は、単にこの法律で定める労働災害の防止のための最低基準を守るだけでなく、快適な職場環境の実現と労働条件の改善を通じて職場における労働者の安全と健康を確保するようにしなければならない。

2. 産業保健、産業医、健康診断制度等の各国比較

①産業医の選任義務：日本、ドイツ、フランスはあり。※日本のみ、小規模事業場は選任義務なし。アメリカ、イギリスはない。

②健康診断制度

i) 一般健康診断：日本のみ（フランスは労働者の就労判定に限定）

ii) 有害業務健康診断：日本、ドイツ、フランス、アメリカ、イギリス

このように、日本の事業者が最も「社員の健康」に義務を負っているが、実際の履行状況はどうかというと、第2の電通

事件（平成28年）などが起こり社会問題となった。過労死等を防止するための取組を強化する観点から、働き方実行計画及び働き方改革推進法（労働安全衛生法の改正も含む）に、「産業医・産業保健機能の強化」が盛り込まれた。具体的には、産業医の独立性・中立性の強化や産業医に必要な情報が提供される仕組みの整備、産業医の権限の明確化など、産業医が活動しやすい環境を整備するとともに、面接指導の拡充や産業医の勧告の実行性確保、健康情報の取扱ルールの明確化・適正化、労働者が産業保健スタッフに健康相談できる環境整備などにより、労働者の健康確保対策を強化することとしている。

V. 治療と仕事の両立支援

近年の診断技術や治療方法の進歩により、かつては「不治の病」とされていた疾病が「長く付き合う病気」に変化しつつあり、病気の治療を受けながら仕事をしている方は、労働人口の3人に1人と多数を占める。しかしながら、病気を理由に仕事を辞めざるを得ない方々や、仕事を続けていても職場の理解が乏しいなど治療と仕事の両立が困難な状況に直面している方々も多く、社会全体で治療と仕事が両立可能な環境の整備を進めていくことが喫緊の課題となっている。このような現状を踏まえ、実行計画では、大きく2つ「会社の意識改革と受け入れ体制の整備」及び「トライアングル型支援などの推進」に取り組んでいくこととしている。参考資料として、事業場における治療と職場生活の両立支援のためのガイドライン（平成28年作成）、企業・医療機関連携マニュアル（平成31年3月時点）、両立支援コーディネーターの養成（2020

年度までに2,000人養成）などの紹介があった。



《6月30日（日）》

◆講演Ⅳ

演題：職場におけるメンタルヘルスとは～ストレスチェックについて～

演者：COH労働衛生コンサルタント

大阪歯科大学口腔衛生学講座

非常勤講師 安田 恵理子

内容：

平成30年8月9日、厚生労働省が労働安全衛生規則の一部改正・施行した結果、必要な研修を修了した歯科医師と公認心理士が、労働安全衛生法に基づくストレスチェックの実施者に加わることになりました。「働き方改革」が進められ、社会が大きく変化していく中で、今後の歯科医師に求められていることは何かを考え、研鑽していく必要があります。産業保健にあまり関わりのない歯科医師は、労働安全衛生規則第52条の10第1項第3号の規定に基づき、厚生労働大臣が定める研修（ストレスチェック実施者養成研修）（研修実施主体：中央労働災害防止協会、株式会社ウェルネット、日本精神保健福祉士協会、一般社団法人メンタルヘルス協会、一般社団法人日本遠隔カウンセリング協会、一般社団法人日本産業カウンセラー協会など）を受講することや、労働衛生コンサルタント試験を受験することでスキルアップする必要があると

思う。また、大阪歯科労働衛生コンサルタント協議会と株式会社ヘルスウェイブとの連携事業（健康経営トータルサポートサービス・ストレスチェックサービス）の取り組みについて説明があった。

◆会員発表

①演題：「茨城県における歯科医師による特殊健康診断への取り組みについて」

演者：茨城県歯科医師会地域保健担当理事
北見 英理

②演題：「私の歯科特殊健診の取り組み」過去7年間の健康診断表の推移を中心として

演者：愛媛県 野間歯科医院 野間 道博

③演題：「高知市における産業歯科の取り組み」

演者：高知県歯科医師会 沼田 和治

④演題：「現場で労働衛生コンサルタントに必要なもの」

演者：愛知県 鈴木労働衛生コンサルタント事務所 鈴木 史香

⑤演題：「医療・介護職場における腰痛予防対策」

演者：東京家政大学健康科学部 久篠 奈苗

【抄録「茨城県における歯科医師による特殊健康診断への取り組みについて」北見 英理】

茨城県歯科医師会では、平成8年より歯科医師による特殊健康診断が始まり、平成15年に開催された産業保健フォーラムをきっかけに、産業歯科保健活動が活発になりました。平成17年頃より県歯では、産業歯科保健活動を進めるにあたり、産業歯科医という概念について会員の先生方に正しい情報を発信し歯科特殊健康診断の質を高めるとともに、診断料の適正化を図ることなどが課題となっていました。平成25年11月、産業歯科保健について全会員にアンケートを実施したところ、「日本歯科医師会産業歯科医研修が歯科特殊健康診断の実施につなげていない」、「歯科特殊健康診断を実施するための解説書や事前研修が必要」などの意見が寄せられました。そこで平成28年4月から、会員の先生方の参考となり実地的な歯科特殊健康診断について理解いただくための「産業歯科保健マニュアル―法に基づく歯科特殊健康診断を行うために―」を作成し、真の産業歯科医の育成をめざし「歯科特殊健康診断認定歯科医師制度」をスタートしました。今回本県歯の取り組みについて、「なぜ、このような制度が必要になったのか」「実施したこと」「歯科特殊健康診断の統計と今後の課題」の3部に分けお話をします。

I. なぜ、このような制度が必要になったのか？

①診断結果の異常な有所見率（例：平成23年30.2%、平成24年16.5%）

i) 問題点1 歯科医師側：歯科医師の診断・指示のところに、歯周疾患・う蝕ありと記入し、有所見者と見なされた。

ii) 問題点2 事業者側：50人以上の事業者は1年に1度、一般健康診断報告書に、歯科医師による特殊健康診断の報告義務があるが、間違えて歯周疾患検



診を報告してしまい、有所見者数が増えてしまった。

②酸蝕症の多様化（産業・生活・年齢・疾病等）による確定診断の精度管理の必要性

・今までの歯科医師による特殊健康診断にて有所見者はいなかった。

・作業環境・作業管理とも、産業医巡視にて異常はない。

→なぜ、急に有所見者が見つかったのか？労働災害では？対処法を相談したい。

→特殊健診を実施する歯科医師がいつも違っていた。

年2回（6か月に1回）、1回は東京からの派遣で、歯科医師がいつも違った。2回目は地元の歯科医師。今回の問題は、1回目の歯科医師でおきた。

◎対策

i) 歯科医師を統一して、経時変化を診ること

ii) デジカメによる前歯部撮影

iii) 最低1年に1度の職場巡視

③診断料の適正化

物価・人件費の上昇があるにもかかわらず、料金の改定が行なわれていなかった。平成17年頃の理事会にて、2,000円→3,000円（税別）が決定していたが、実施されなかった。その後、リーマンショックや東日本大震災等の影響で、現状のまま経過している。

④事務局の対応改善と歯科医師のマネジメント力向上

事務局が、歯科医師と企業への連絡、日程調整、器材準備、請求と送金など、すべてに関与していた。歯科医師は、健診し報告書を提出するのみであった。

→i) 事務局は、認定歯科医師に事業者か

らの健診事業について、斡旋はするが、交渉・契約については関与しない。よって、健診に対する責任は、実施者にある。

ii) 担当歯科医師が事業者と直接契約する。

iii) 歯科医師会は器材の貸し出しは行わない。実施する認定歯科医師が準備する。

iv) 歯科医師会は、相談・トラブルなどには対応します。

⑤特定化学物質（フッ化水素・第3類物質）の健診実施者及び内容の確認

特定化学物質障害予防規則において、塩酸、硝酸、硫酸、亜硫酸は特定化学物質第3類に分類されている。第3類物質は、通常は医師による健康診断の対象ではなく、大量漏洩などの事故があったような場合に医師による健康診断が行われることになっている。この空白を補う形で歯科医師による歯の酸蝕症などを対象とした健康診断が設置されている。

フッ化水素は第2類物質であり、医師による一定の特殊健康診断が行われる。黄りんと亜硫酸については、行政指導によって医師による健康診断が行われる。すなわち、フッ化水素、黄りん、亜硫酸については、歯科医師だけではなく、医師によっても口腔を含めた診査が行われることになっている。

⑥化学物質のリスクアセスメントの義務化

危険性・有害性のある物質に対する法的規制の強化（国家賠償をなくし、事業者責任の強化）、平成28年6月1日より、義務化になる。現在、茨城県でも、各労働基準監督署より、5年以内に化学物質を取り扱う事業場の指導強化が行なわれている。

Ⅱ. 実施したこと

- ①産業保健のスペシャリストの任命（平成25年7月～）→戒田敏之先生

平成15年度の産業保健フォーラム開催以来、産業保健関連機関へ挨拶回りを実施し密接な関係を築いていた。

◎産業口腔保健統括マネージャーの職務

- i) 茨城産業保健総合支援センター運営協議会委員

- ii) 労働局局長・安全衛生課長、医師会会長・副会長、県保健福祉部長、基準協会連合会、作業環境測定士会、コンサルタント会、労災病院長、企業代表、連合委員長などとコンタクトする
- iii) 講習会の依頼（支援センター・企業）、安全衛生大会での展示、特殊健診の問い合わせ、地域産業保健センターとの連携等

- iv) 産業保健、地域保健、口腔衛生、コンサルタント関係学会での参加発表

- ②産業歯科保健アンケート実施（平成25年11月）

- ③産業歯科保健マニュアル作成（平成28年3月）

- ④歯科特殊健康診断認定歯科医師制度（平成28年4月～）

Ⅲ. 歯科特殊健康診断の統計と今後の課題

- ①統計（茨城県の歯科特殊健康診断の実施人数、実施施設数）

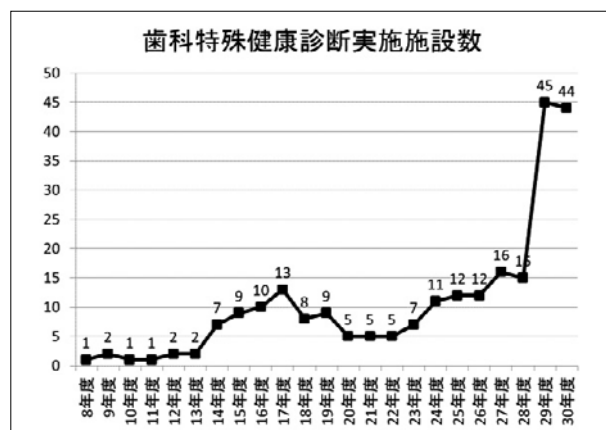
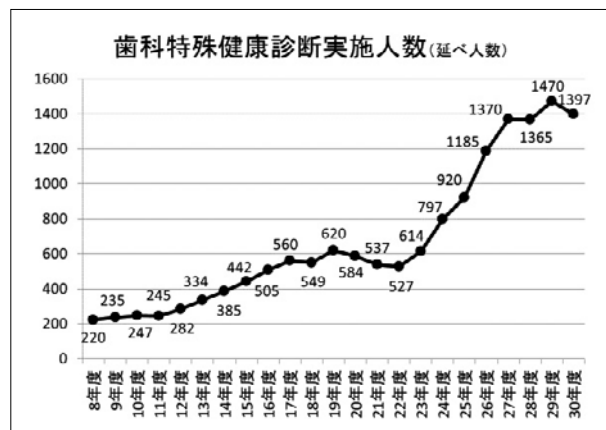
- ②今後の課題と対策

- i) 契約 健診未受診者の依頼だけもある

- ii) 回数 年1回の事業場もあった

- iii) 対象 作業場ではなく、酸を取り扱っている人のみ受診する

→事業者には改善するよう指導する。歯科医師の知識も必要。



- iv) 内容

- ・う蝕や歯周病をみてしまう傾向がある
- ・巡視をしないで診断している
- ・事業所や支援センターへ個人的に行動する

→産業保健において健診は治療管理ではない。3管理を常に頭に入れ、化学物質管理、健康管理であり、診断区分（異常なし、要観察、要治療）就業区分（通常勤務、就業制限、要休業）を判断するためであることを理解する

→歯科医師のモラルやスキルアップの必要性

- ③産業歯科医制度について

「日本医師会認定産業医」制度は、医師会主導で実施している。

- i) 産業医学基礎研修50単位以上

ii) 認定証は有効期間5年間

iii) 産業医学生涯研修20単位以上

を修了した医師について更新ができる。一方、産業歯科医制度は、2日間の講習会のみで、更新制度也没有ありません。

→制度の見直しが必要ではありませんか？

日本歯科医師会or都道府県歯科医師会の対応

④産業保健のスペシャリストの追加任命

産業口腔保健統括マネージャー 戒田敏之先生（平成25年7月～）

産業口腔保健マネージャー 伊藤博明先生（令和元年7月～）

→新規の事業所へは、極力マネージャーが訪問or同行する

以上、報告いたします。

今後、産業歯科保健は、化学物質のリスクアセスメントの義務化や働き方改革などにより、ますます重要になると思われます。会員の皆様方のご理解とご協力をよろしくお願いいたします。

令和元年度 学校歯科保健研修会報告

学校歯科委員会 青砥 聖二

令和元年8月1日、ザ・ヒロサワ・シティ会館小ホールに於いて、令和元年度学校歯科保健研修会が開催されました。講師に国立モンゴル医学・科学大学歯学部、客員教授の岡崎好秀先生をお迎えし、養護教諭、保育士、看護師等200名の方々にご参加いただきました。

森永会長のご挨拶、鶴屋理事の趣旨説明の後、岡崎先生のご講演に入りました。演題は「動物の口はふしぎがいっぱい」です。岡崎先生は卒後42年になります。今回のご講演は、卒業当時の小児や障害者の歯科診療のお話から始まりました。

1. 1970年代後半

1970年代後半の日本は高度経済成長を迎え、むし歯の知識もなく、お菓子で子守をする時代。乳歯を削って詰めても、永久歯でも似たような状態になり、定期検診の必要性を強く感じた。

また、歯科治療で泣く子供たちがたくさんいた。泣く子供は次回の治療で更に泣き、続くと歯科医院に来なくなる。大人になると歯科恐怖症となり、口腔内は悪化する。子供たちを笑顔で帰すことが大切である。

2. 先天性心疾患患者の心臓手術前の歯科治療

心疾患のある子どもはむし歯が多かった。泣いた時にチアノーゼが強く現れる。そのため親は泣かれることを恐れ、子供に甘いお菓子を与えていた。心臓手術が成功しても、むし歯の病原菌が心

膜炎を発症させ、死亡するケースもあった。そのため、むし歯予防が大切である。

むし歯予防は全ての子供に必要なことであるが、ただブラッシングを教えるだけでは身に付かない。子どもや保護者の「心を動かす」ことが重要。歯の大切さを理解するから歯磨きの大切さを理解し、行動に移すことができる。つまり、「行動」させるには「理解」が必要であり、毎年、全学年の児童・生徒への講話を続けている。その中で、共通して興味のあることは「動物の話」である。

3. アフリカで見た象

象の臼歯は上下左右1本ずつ、大人の靴の大きさで、歯の生え変わりは6回、下からではなく、奥から生え変わり前方へ移動する。アフリカで見た象の頭蓋骨の臼歯は磨り減っていた。この象は歯が磨り減って、物が咬めなくなり、餓死した。



「咬めない」ことは、人間以外の動物では「死」を意味する。

4. 入れ歯を入れたロバ

歯が悪いことが原因で死にそうになったロバ（人間の年齢で90歳程度）。入れ歯（故石上健次先生製作）を入れた数分後に、痛みも訴えずに、草を食べ始めた。入れ歯が入ったことで食欲が増し、健康を取り戻した。

5. 右側を下にして食べていた日本最高齢のベンガルトラ

トラの咬合は、ヒトとは異なり上下の臼歯が噛み合っていない。トラの臼歯は裂肉歯といい、この歯でハサミの様に肉を切って食べる。このベンガルトラは亡くなる前は右側を下にして食べていた。牙が歯周病で脱落し、左側で咬めなくなったためである。

6. 動物園の高齢化～バンダリートレーニング・口腔疾患の増加～

現在、動物園の動物たちは高齢化が進んでいる。高齢化対策として動物園では、肉食の大型動物などに対し、全身麻酔下で健康診断を行っている。しかし、高齢動物への全身麻酔は負担が大きい。そこでバンダリートレーニング（受診動作訓練）。採血や検温といった健康管理、緊急時の治療や投薬がしやすい体勢を取ることを覚えさせる動物の健康管理のための訓練。このトレーニングで動物の負担を減らすことができる。健康診断が増加したことで動物園では、10年前までは考えもしなかった病気が増えている。多くは口腔疾患。飼育環境や餌の良質化により、高齢化した動物園の動物は、歯石が多量に付着し、歯周疾患が進んでいる。

また、動物は突然死ぬ。体が弱っているところを最後まで見せない。肉食動物に悟られると殺さ



れるためである。食欲や体重の低下は、物言わぬ動物からのSOSサイン。飼育担当者は、最初に口腔内をチェックし、体調変化に気を配る。

7. 歯グキが腫れて体調を崩したカバ

カバは草食動物で、餌は水草。牙は長く、顎がよく動かない。舌や頬を上手く使い、飲み込む。体調を崩したカバは、牙が外傷性咬合を起こし、歯グキが腫れていた。カバの臆病かつ獰猛な習性に注意しながら咬合調整をしたり、口腔清掃をしたりして状況を改善した。カバの世界でも口腔ケアは大切である。

8. サルの歯

動物園のサルは、春と秋にむし歯になりやすい。理由は行楽シーズン。行楽客が甘いお菓子を与えることが、サルのむし歯を引き起こす。最近ではマナーの改善とともに、サルのむし歯は減少している。

しかし、サルの歯周病が増えている。柔らかく加工された餌を与えられているサルの口腔内は、歯石でいっぱいである。

9. 種vs.実 どちらを食べるのか？リスザルの実験

リスザルは、かぼちゃもパパイヤも種から食べる。サルは栄養豊富な部分を本能的に知っている。

る。種は命を繋ぐもので、栄養価が高く、消化されないように硬い。動物が種を食べ、遠くで糞をして発芽する。そして生育地域を広げる。植物が生き残る作戦である。

10. ドングリやクルミを食べる動物

大型の雑食動物（イノシシ、アライグマ、鹿、たぬき等）は、硬い殻を咬み割って食べるための臼歯を持っている。小型のげっ歯類（ネズミ、リス等）は前歯の先が尖ってノミ状の形態をしているため、クルミを割ることができる。げっ歯類は、顎を前後に動かして硬い種をかじる。そのため咬合面は、洗濯板のように頬舌方向に溝が走っ

ている。

今回、様々な動物の口にまつわる話を通じて、私たちの歯と口の健康について考える良い機会となりました。

ご講演中、岡崎先生は会場に質問をします。大体が三択問題です。会場は一旦緊張から解放され、同時に一体感も生まれます。聞き手の疲労感も緩和され、再度、講演に惹き込まれます。講演全体を通して、岡崎先生の話は聴きやすく、誰もが「理解」しやすい内容でした。あとは「行動」するだけです。



(公社) 茨城県歯科医師会主催 第1回障害児・者歯科講演会報告

(公社) 茨城県歯科医師会 口腔センター水戸

関口 浩、森永 和男

令和元年7月7日(日)に、(公社) 茨城県歯科医師会主催の第1回障害児・者歯科講演会が開催されました。今回は「地域で摂食嚥下障害患者を支援する ～食べる支援～」と題して、磯野 敦先生(口腔センター水戸非常勤言語聴覚士)にご講演いただきました。本講演会には歯科関係者以外に障害児者に携わる多職種の方および患者家族など65名の受講者の皆様にご来場いただき、熱心に拝聴されていました。講演終了後には参加者と活発な質疑応答が交わされ、盛会のうちに終了しました。本講演会について、アンケート結果をもとにご報告します。



講師 磯野 敦 先生

講演内容の要旨

摂食嚥下障害者や摂食嚥下困難者も高齢となりサルコペニアや高血圧、糖尿、認知症などの疾患も併発し嚥下障害の症状も多種多様な状態になっ

ています。そのような現状で医療・介護・福祉分野で勤務されている職員や在宅で介護を行っている方は、日々誤嚥性肺炎のリスクを考えながら支援を行っているかと思います。また、地域で摂食嚥下障害者を支えるのは主に訪問看護や訪問リハ、訪問介護でしたが、最近では居宅介護支援事業所、通所介護、特別養護老人ホーム、訪問薬剤、訪問栄養などの事業所も障害に対してのアドバイスや支援を行っていると聞いております。そして、地域で生活されている方は地域の健康予防教室(お口の体操教室)に参加して、お口の体操や口腔内の観察など関心が高く、摂食嚥下に関しての情報を得る機会も多くなっております。教室では、お茶や汁物のむせ、口腔内の乾燥、舌のもったり感に対しての不安を訴える方がいます。独居の方は会話の相手が少ないことを訴え、口を動かす機会が少なく、食事に関しては簡単に済ませてしまい栄養バランスの偏りが不安に思う方もいます。

障害に対しての考えとして機能的にみた嚥下の問題、孤食のような心理的要素の高い摂食の問題、栄養の偏り問題、食形態の問題、そして、認知面の低下から食事ペースや一口量、経口拒否や異食等の問題まで多岐にわたる分野での知識が必要になります。

講義では、機能障害に対しての支援テクニックや認知に問題がある方の支援についてお伝えしま

す。また、地域の事例として多職種で関わり摂食嚥下障害についての情報共有を試みた事について提示したいと思います。

今回地域で摂食嚥下障害に関わる方々と本人を中心として多職種で関わる模式図を使って、今後の地域における「食べる支援」について皆様と考えたいと思います。

アンケート集計結果

受講された方々には所定のアンケート用紙に無記名で記載をお願いし、会終了後に回収しました。アンケートを集計し、その結果をまとめたので報告します。

1) 受講者数とアンケート回収率

受講者数は65名であり、アンケート提出者数は59名で回収率は90.8%でした。

2) 性別・年齢

性別は女性55名（96.5%）、男性2名（3.5%）でした。年齢は40歳代が19名（32.2%）と最も多く、次いで、50歳代が16名（27.1%）、20歳代が11名（18.6%）、60歳代7名（11.9%）、30歳代6名（10.2%）、の順でした。

3) 職種

受講者の職種の一覧を表1に示します。

4) 受講者の評価

「非常に良かった」が33名（56.9%）、「良かった」が25名（43.1%）であり、「良くなかった」はなかった。

受講者の感想・意見

- ・身近なものを使用した訓練の方法を知ることができて良かったです。
- ・具体的な内容でとても参考になりました。
- ・実際の映像もあり、とても分かりやすかったです。
- ・多職種連携、信頼関係の大切さを改めて考えさせられました。

表1 受講者の職種

職 種	名 (%)
歯科衛生士	27 (56.2)
保育教諭・保育士	7 (14.6)
看護師	3 (6.2)
言語聴覚士	3 (6.2)
歯科医師	2 (4.2)
生活支援員	2 (4.2)
養護教諭	1 (2.1)
管理栄養士・栄養士	1 (2.1)
介護福祉士	1 (2.1)
患者家族	1 (2.1)
計	48 (100)

表2 受講者による評価

評 価	名 (%)
非常に良かった	33 (56.9)
良かった	25 (43.1)
計	58 (100)

- ・事例をわかりやすく説明していただき、理解しやすかったです。
- ・紙コップ1つでさまざまな強化につながることで勉強になりました。子供の場合、母親も気づいていないこともあるので、話のきっかけにしたいと思います。
- ・仕事に直結した内容で、興味深く聞けました。
- ・今回の研修で学んだことを他のスタッフや保護者にも伝えたいと思います。
- ・実際に私たちがやれることを分かりやすく明日やってみます。
- ・歯科医院だけでなく、地域で歯科衛生士が関わることができ、そういう場所が増えることを願います。
- ・障害分析をきちんとして、アプローチしたいと

と思いますが、分析は正しい知識がないと難しい面もあったと思います。

- ・連携できるとよりご本人、ご家族の精神面、機能の向上になると思いますが、医療と福祉の間の壁の高さを感じています。
- ・本人の意識改革をしっかりとしないと継続は難しいです。興味を持たせて持続させることの難しさを痛感しています。



参加者との質疑応答



【栄美通信進学説明会タイアッププロジェクト】

5月28日（火）水戸プラザホテルには、午後から多くの高校生が集まり、進学相談会を目的とした栄美通信進学説明会タイアッププロジェクトが開催されました。

一階に進学説明会の会場を設け、二階には、いばらき専門カレッジリーグ（県内5校の専門学校）の特設会場を設けて、それぞれの専門学校の特徴を体験してもらいました。

歯科技工士科では様々な技工物を展示し、歯科材料を使用したキーホルダー作りを体験してもらいました。初めてマイクロモーターを手にしたの操作に苦戦しながらも、非常に興味を示し夢中になって取り組む姿が見られました。高校生たちは、自分で作り上げた作品を嬉しそうに持ち帰りました。



歯科衛生士科では、位相差顕微鏡による口腔内細菌の観察や、顎模型を使ったブラッシングやス

ケーリングなどを体験してもらいました。歯科衛生士の仕事に興味を示す高校生も見受けられ、参加した本校の学生に授業や学校生活の様子などを質問する姿も見られました。



本校ブースには、両科で22名と多くの高校生が参加してくれました。今後、目的意識を持って本校を志願してくれることを期待しております。

（文責 根目沢）

【歯科衛生士科宿泊研修 第37回日本顎咬合学会学術大会に参加して】

6月23日（日）から25日（火）において、歯科衛生士科の宿泊研修が実施されました。1日目は歯科技工士科とともに東京国際フォーラムで開催された「第37回日本顎咬合学会学術大会」に参加しました。（歯科衛生士科3年生39名、歯科技工士科2年生8名、1年生8名）

学会において多数の講演や発表があり、プロフ

ェッショナルとして歯科の魅力について各々が最新の知識を吸収出来たのではないかと思います。

大会終了後、上濱正先生（薬理学講師）、権暁成先生（小児歯科学講師）を囲んで全員で記念撮影をしました。



その後、歯科衛生士科は新幹線で大阪へ向かいました。2日目はU S Jでの自由行動でしたが、ニュースでも大きく報道されていた大阪のG20サミット開催のための事前警備と重なり、朝の集合時間のホテルはとても多くの警察の方と遭遇し圧倒されました。大柄の体格の警察官の中、本校の学生が埋もれてしまう状況はとても微笑ましく、また貴重な経験をしたような気がしました。



最終日には京都の北野天満宮へ39名全員で国家試験合格祈願としてご祈祷をしてきました。御札と鉛筆を頂き、国家試験に向けて意気込みを感じることができました。

日頃の臨床実習の緊張から解放され、学校では見られない笑顔で皆が楽しんでいたのが印象的でした。また、学校生活だけでは学ぶことのできない団体行動や、仲間の大切さ、思いやりなど新たな一面を学ぶ機会となり、学生生活での思い出の1ページになったのではないかと思います。



（文責 庄司）



鹿行歯科医師会 睡眠時無呼吸症講演会報告

「睡眠医学における歯科の役割と 口腔内装置（OA）作製法の実践」

講師：東京医科大学茨城医療センター歯科口腔外科学教授 松尾 朗 先生

(社)鹿行歯科医師会 学術委員 人見 智行

令和元年6月29日（土）潮来市中央公民館において東京医科大学茨城医療センター歯科口腔外科学講座教授であります松尾朗先生をお招きしまして「睡眠医学における歯科の役割と口腔内装置（OA）作製法の実践」という演題でご講演いただきました。以下にご講演内容を要約して報告させていただきます。



睡眠学における歯科の役割とは、歯科は治療が主体で診断が弱いことがある。睡眠医療は基本的に医科の領域。睡眠障害という医科疾患を扱う。口腔内装置を入れて治療結果が得られなかった場合、色々とトラブルが生じやすい。日本睡眠歯科学会では医科との連携を重視している。

「人間の三大欲求」

- ・睡眠欲
- ・食欲
- ・排泄欲（性欲）

「不眠と断食」

断食最長記録は382日に対し不眠記録は11日だが健康への害が指摘され不眠記録のギネス記録は現在掲載していない

「睡眠の役割」

- ・睡眠は日中の活動による疲労を回復する（リフレッシュ）
- ・体の休息と心の休息
- ・体温調整
- ・ホルモン分泌
- ・記憶や感情の整理整頓
- ・自律神経調整
- ・免疫機能

「睡眠と哲学」 ニーチェ

「睡眠と芸術」

- ・文学：シェークスピア/真夏の夜の夢、ロミオとジュリエット
- ・音楽：チャイコフスキー/眠れぬ森の美女

ワーグナー/ワルキューレ

西洋では中世から近代、そして現代において綿々と「眠り」に対して芸術を創造してきた。

「睡眠の科学」

- ・睡眠と覚醒（ホルモン調節）

睡眠と覚醒は脳内における

1) 覚醒システム（コルチゾール）

2) 睡眠システム（メラトニン、セロトニン）

という、2つの相反するシステムが相互に働くことによって調節されている。通常人が眠る時、覚醒システムの働きが弱まり、睡眠システムの働きが優位になることで、眠ることができるようになる。

「体温と眠気の関係」

体温はメラトニン分泌と反比例している。（体温のリズムと眠気のリズム）

「睡眠の種類①：レム睡眠」

- ・急速眼球運動（Rapid Eye Movement, REM）を伴う睡眠である。
- ・骨格筋が弛緩状態にあり、身体はほとんど動かない。
- ・脳波はシータ波が優勢で覚醒時と同様の振幅（脳は覚醒状態）。
- ・夢を見るのはレム睡眠中であることが多く、この期間に覚醒した場合、夢の内容を覚えていることが多い（ノンレム睡眠中の夢の内容はほぼ記憶されない）。
- ・バッド睡眠、金縛りなど

「睡眠の種類②：ノンレム睡眠」

- ・浅睡眠と深睡眠
- ・身体・脳の両方が活動を休止
- ・ノンレム睡眠の最中に強制的に起こされると、人体はすぐさま活動することができない。いわ

ゆる「寝ぼけた」ような行動。

睡眠中、ノンレム（90分）とレム（20～30分）は交互に現れる。

レム睡眠が先に来る場合は病気のサインである。

「概日（サーカディアン）リズム」

- ・人間の体内時計は1日25時間（1日1時間ずつずれていく）である。
- ・メラトニンは朝日を浴びてから（外に出ないとダメ）14～16時間後に分泌開始することにより、サーカディアンリズムを調整している。
- ・朝、目覚めたら曇っていても外に出て日光（紫外線）を浴びる。光に当たってリセット。

「加齢による睡眠時間の変化」

加齢とともにレム睡眠の時間が減少していく。

メラトニンの分泌減少により、睡眠の質は年齢が上がる毎に悪くなる。

睡眠障害の分類（ICSD-3）

- ・不眠症 20%
- ・睡眠関連呼吸障害 3～22%
- ・中枢性過眠症 0.16～0.59%
- ・概日リズム障害 0.13～0.40%
- ・睡眠随伴症 0.96～1.80%
- ・睡眠関連運動障害 土井由利子 保健医療科学 科学61(1), 3-10, 2012-02

睡眠時無呼吸症は睡眠障害のわずか2割程度である。

いびきがあるからと言って診断を疎かにして睡眠時無呼吸症の治療を行うと、他の睡眠障害の原因を見落とし、結果予後不良になる危険性もある。必ず医科と連携して治療を行う（歯科のみの診断で自費治療はしない）。

「睡眠時無呼吸症ではない睡眠障害」

- ・ナルコレプシー

原因：視床下部から分泌される神経伝達物質のオレキシンの欠乏

－ 4 大症状－

1) 昼間の耐え難い眠気（睡眠発作）

本人の意志に関係なく突然眠り込んでしまう。

2) 情動性脱力発作（カタプレキシー）

興奮するとガクッとくるが、発作中意識はしっかり保たれている。

3) 睡眠麻痺

寝入りばなや目覚めた直後に金縛りにあう（最初からレム睡眠）。

4) 入眠時幻覚（入眠時に幻覚をみる）

「概日リズム障害（睡眠時間の昼夜逆転など）」

- ・睡眠相後退症候群
- ・非24時間睡眠覚醒症候群
- ・睡眠相前進症候群
- ・不規則型睡眠覚醒パターン

「レストレスレッグス症候群（restless legs syndrome：RLS）」

- ・就寝時や中途覚醒時に足が「ムズムズする」「虫が這うような感じがする」。
- ・二次性：腎不全（特に透析患者）、パーキンソン病、脊髄疾患、妊娠に多い。

「周期性四肢運動障害（periodic limb movement disorder：PLM）」

- ・足がびくびく動く。
- ・睡眠中に下肢に周期的に不随運動をする。

日本人は睡眠時間が短い（睡眠不足症候群）

「適正な睡眠がとれないと起こりうる障害」

- ・2型糖尿病の発症リスクが高い。

- ・高血圧発症リスクが高い。
- ・うつ状態が多い。
- ・脂質異常症発症リスクが高い。
- ・肺炎罹患リスクが高い。
- ・寿命の短命率が上がる。

適切な睡眠時間は6～10時間（長すぎてもダメ）、平均7時間を維持することが理想的

「睡眠負債（Sleep debt）」

- ・日々の睡眠不足が借金のように積み重なり、心身に悪影響を及ぼすおそれのある状態。
- ・わずかな睡眠不足が積み重なり「債務超過」の状態に陥ると、生活や仕事の質が低下するだけでなく、うつ病、がん、認知症などの疾病に繋がるおそれがある。
- ・成人日本人のおよそ4割は睡眠時間が6時間未満で、睡眠不足の状態にある。
- ・睡眠負債のリスクを取り除く根本的な方法は、不足している睡眠時間を増やすことである。ただし週末などの「寝だめ」は概日リズムを崩すことになり、逆効果となる。

「睡眠と大事故」

- ・スリーマイル島で起きた原子炉爆発事故（1979年）
- ・アラスカ沖巨大タンカー座礁事故（1989年）
- ・スペースシャトルのチャレンジャー号爆発事故（1986年）
- ・関越自動車道バス事故（2012年）
- ・軽井沢バス事故（2016年）

睡眠時無呼吸症患者は交通事故の確率が健常者の7倍である。

日本では2003年に起きた山陽新幹線の事故をきっかけに睡眠時無呼吸症（OSA）が広く知られるようになった。

「睡眠時無呼吸症患者の生命予後」

1 時間に20回以上無呼吸がある人では明らかに予後が悪く、8年後の生存率は約63%。

「何故、成人における睡眠時無呼吸症候群の診断と治療が必要なのか」

- 1) 労作中の居眠り、特に運転手の居眠り事故を誘発。
 - 2) 認知機能、労作能力、精神機能への影響。
 - 3) 循環器系障害のリスク増大。
 - 4) 内分泌系、代謝系への影響。
- つまり、OSAは医科的疾患である。

「いびき患者の訴え」

- ・旅行でいびきを指摘された
- ・いびきがうるさくてベッドパートナーが寝られない
- ・昼間が眠い

「脳波と音」

安静、閉眼、覚醒状態では後頭部を中心に α 波が多く出現する。→心地よい音楽でリラックス→ α 波の出現。

α 波は開眼、光、音刺激などで抑制される→不快な音（雑音）で α 波は抑制。

「いびきのメカニズム」

- ・開口や口呼吸等により上気道狭窄部位（軟口蓋や舌根部）が舌根沈下などにより完全に閉鎖しない状態。上気道が完全に閉塞した状態＝無呼吸
- ・いびきは男性に多く、女性は少ない（ただし女性も更年期以後、女性ホルモンの減少により急激に悪化する）

「哺乳類の中で人間だけが睡眠時無呼吸症になる」

- ①直立二足歩行と言語、道具の獲得により無呼吸になり易い気道へ変化を遂げた＝咽頭の発達

（気道は曲がったつぶれやすいチューブ）

②文明による食生活の変化（顎の退化と肥満）

高度な文明、文化→食生活の変化（軟食加工食品）
顎の退化、肥満→睡眠時無呼吸症リスク

東洋人は欧米人よりOSAになりやすい要因として、顎顔面形態の影響が大きい（骨格的に顎が小さい）
欧米人は奥行きがあり気道も太いのに対し、東洋人は扁平な顔面と細い気道である。

骨格と軟組織の関係（ミートアンドコンテナ理論）

- ・軟組織は正常でも顔面骨格が小さい（小顔）と気道は狭窄する。
- ・顔面骨格が正常でも軟組織が多い（肥満）と気道は狭窄する。

「自己チェック」

自己チェック① 身体、いびきの評価

マランパチの分類

座ったままなるべく正面を向き口ををできるだけ大きく開けて、ペロをできるだけ前に突き出す。
アーと声を出さない。

クラス1：扁桃、口蓋垂、および軟口蓋が完全に見える。

クラス2：硬口蓋および軟口蓋、扁桃の上部、ならびに口蓋垂が言える。

クラス3：軟口蓋および硬口蓋、ならびに口蓋垂の基部が見える。

クラス4：硬口蓋のみが見える。

クラス、3と4が陽性

自己チェック②

眠気の質問表（ESS）

- 1.（読書）座って本などを読んでいる時
- 2.（テレビ）くつろいでテレビを観ている時
- 3.（会議）劇場や会議でただ座っている時
- 4.（乗車）1時間くらい車に乗せてもらって

る時

5. (昼寝) 昼下がりに横になってくつろいでい

る時

6. (談話中) 座って誰かと話している時

7. (昼食後) 昼食後に静かに座っている時

8. (運転中) 車を運転中、ちょっとした停止の間

全く眠くならない…0点、ほとんど眠くならない…1点、時々眠くなる…2点、いつも眠くなる…3点

評価：質問1～8の合計点数が9点以上だと無呼吸症である。

正常 5.9+/-2.2, 2-10

いびき症 6.5+/-3.0, 0-11

無呼吸症 11.7+/-4.6, 4-23

「OSAの診断」(歯科は診断できない。必ず医科で) 終夜睡眠ポリグラフィー (PSG)

脳波、眼電図、筋電図、心電図、血圧、血中酸素濃度。呼吸状態、胸郭の動き、気流などを測定する。

無呼吸 (Apnea) とは、睡眠中10秒以上、気流が停止すること。

低呼吸 (Hypopnea) とは、気流が半分以下 (血中の酸素濃度が3～4%以下)。

血中に酸素が行き渡らないということは窒息と同じである。

「無呼吸・低呼吸指数 (Apnea Hypopnea Index, AHI)」

睡眠1時間あたりの無呼吸と低呼吸の回数

「OSAの定義」

AHI $\geq$ 5であり、日中過眠もしくは閉塞型無呼吸に起因するさまざまな症候のいくつかを伴うもの

・睡眠中の窒息感やあえぎ

・睡眠中の頻回の覚醒

・熟睡感の欠如

・日中の倦怠感

・集中力の欠如

「OSAの重症度」

軽 度：AHI=5～15

中等度：AHI=15～30

重 度：AHI=30～

「無呼吸の種類」

・閉塞型 (睡眠中に上気道が閉塞して気流が停止するもの)

・中枢型 (呼吸中枢の機能異常により呼吸筋への刺激が消失し無呼吸となる)

・混合型 (中枢型無呼吸で始まり、後半になって閉塞型無呼吸に移行)

「姿勢 (体位依存性)」

仰臥位の姿勢は気道閉塞を起こしやすい。

OSAは循環器に悪影響を与える。

OSAの治療により、心血管系合併症による死亡率は有意に低下する。

OSAにより血流の酸素濃度は低下する。

「血中酸素の評価法」経皮的動脈血酸素飽和度 (SpO₂)

パルスオキシメーターで測定

正常値 (成人97～98%、高齢者94～95%)

90%以下：低酸素症

「睡眠時無呼吸症における歯科の役割」

・診断：顎顔面形態の分析

・治療：口腔内装置 (OA)、顎顔面外科手術、矯正治療

・連携：適切な関連医科との連携

「顎顔面形態の分析」

睡眠時無呼吸症候群におけるセファロ分析

分析項目：顔面骨格、軟組織（計測点による距離、面積の測定）

OSAの治療：持続陽圧呼吸療法（主に医科が行う）

「CPAPの健康保険の適用基準」

1. PSG検査で $AHI \geq 20$ 、昼間の眠気などの自覚症状がある場合
2. 簡易検査で $AHI \geq 40$ 、自覚症状がある場合
CPAP購入は50万円以上、保険適用は貸し出しで利用可能（月一回来院、1万円程）

「CPAPの効果」

1. 無呼吸といびきの消失
2. 徐波睡眠の増加
3. 日中傾眠の改善
4. 高血圧の改善
5. 認識力・記憶力・集中力の改善
6. 生命予後の改善

「CPAPの欠点」

1. 装置が煩雑
2. 毎月1回必ず病院に通う必要がある
3. $AHI 20$ 回/h以下の患者は保険適用がない
4. 使用をやめる人が多い（コンプライアンスが悪い）

「もう一つの有力なOSAS治療法」

口腔内装置 Oral appliance (OA) 歯科医が施行
利点

1. 製作が簡便
2. 取り外し可能（携帯性が良い）
3. 問題があっても取り外すだけで解決する
4. 他の方法との併用も可能
5. さまざまな種類がある（FDA認可43種）

日本睡眠学会JASMS：歯科専門医

日本睡眠歯科学会：認定医、指導医

「手術療法」

装置からの開放

- ・口蓋垂軟口蓋咽頭形成術（UPPP）
主に耳鼻科が施行する（成功率50～60%）
- ・過剰軟組織の減量（喉の手術）
- ・上下顎同時移動術（MMA）顔面骨格の拡大
歯科医が施行する（成功率88.9%）



「OA作製の手順」

OSA患者の歯科治療における保険上のルール（OAに関して）。

医科からの紹介が必須。

再評価は医科が行い、経過観察は歯科から医科へ報告する。

銚子市 島田総合病院

旭市 国保旭中央病院

神栖市 白十字総合病院

鹿嶋市 小山記念病院

「閉塞性睡眠時無呼吸症に対する口腔内装置に関する診療ガイドライン（2017年改訂版）日本睡眠歯科学会」

- ・OAは有効であること。
- ・OAを作成する際は下顎を前方移動させるべきである。
- ・下顎挙上法、もしくは、あご先挙上法（救急蘇

生法)にて咬合を決定する。

・僅かな変化では改善しない。

「標準的なOA（一体型、モノブロック）」OAの適応

- ・装置を維持可能な歯が存在する。
- ・顎関節に問題ない（口が十分に開く、下顎が前に出る）。

作製の前に、パノラマ撮影行い、口腔内に病変が無いチェック。

「作製について」

印象採得後、上下装置を作製し、前方移動量を決めてから、チェアサイドにてタイトレーションを行い、上下装置固定する方法と印象採得後、タイトレーションを行い、そのまま技工所に発注完成の方法がある。

「自院での製作」

1. トリミングと空気溝の設定
2. シート（ハード厚さ1.5～2mm）
3. フォーマーにて圧接
4. 口腔内で上下顎位の固定（レジン：スーパーボンドクイック）

「どれくらい前方移動すればいいのか？」

タイトレーション（前方移動量の決定）最大前方距離の50～70%

正確に前方移動量を計測する器具（Sommugage George gauge）

「OAの成功率は約70%」

「OAの合併症（事前に十分説明する）」

- ・歯の違和感、特に上下顎前歯 33%
- ・顎関節痛、筋痛 12.5～33%
- ・口腔乾燥 28～46%

・唾液分泌（流涎） 38～50%

・歯肉刺激 20%

・ブラキシズム 12.5%

効果判定が非常に重要である。

効果がないまま装着を続けると、合併症のみ発生してしまう。

「効果が不十分な場合」

- ・下顎の前方移動量を増加
- ・就寝時の体位をアドバイス（特に体位依存性OSA）
- ・舌の挙上訓練（筋機能訓練）

「経過観察が重要」

1. チェックしなければならない項目

- ・使用出来ているか
- ・歯が動いていないか
- ・歯肉の状態
- ・顎関節の状態

2. 効果が続いているか（太ったら効果半減）

3. 製品の劣化など

再評価は半年に一回は必ず行うこと。

患者さんに睡眠日誌をつけてもらう（どのくらい装着したか、何回起きたか、など）。

あいうべ表情筋体操と口閉テープで舌位の改善と唾液分泌促進

「OAの保険請求」

医師からの紹介が必須

- ・カルテの適応欄に紹介所の医院名を必ず記載（AHIもしくはRDI（呼吸障害指数）を記載）

- ・病名：睡眠時無呼吸症候群

装置再製は製作後6ヶ月以降

1日目：診断（口腔内装置1）加熱重合レジン

2回目：印象230、咬合283点

3回目：装着3000+300点

X日目：調整（タイトレーション量の変更）120点
（1回のみ）

X日目：経過観察 特定疾患指導料150点/月2回

1日目：診断（口腔内装置2）その他

2回目：印象230点

3回目：装着2000+300点

X日目：調整（タイトレーション量の変更）120点
（1回のみ）

X日目：経過観察 特定疾患指導料150点/月2回

分離型OA

・ソムノデント（オーストラリアで開発）

（利点）

- ・口が開けられる
- ・上顎無歯顎でも作製可能
- ・前方移動量が自由に変えられる（約6mm）

（欠点）

- ・高価（自費診療）

「全身的な合併症への対応（OSA患者はさまざまな全身的な疾患を有している）」

1. 歯科医がOAなどのOSA治療の依頼を受けた時、患者の有する全身的な問題を把握する。
2. 経過観察中に生じる全身状態の変化を把握し、適切な医科機関へ問い合わせる。

重度の肥満にはOAは効果が薄い

「OA作製する際の注意点まとめ」

- ・医科と必ず連携する（いびきの患者が来たら、まず睡眠医療を取り扱う医療機関に紹介）。
- ・50～70%の前方移動を行う。
- ・OA治療は必ず成功するわけでない（70%程度）。
- ・OAには副作用がある。
- ・術後の評価を必ず行う。
- ・定期的な経過観察を行う。
- ・慣れるまで高額な自費OAに手を出さない。（混

合診療できないので、医科に戻せず術後の再評価は歯科医が自分でしなければならない）

「小児の閉塞性睡眠時無呼吸症」

診断基準（ICSD-3）：以下の1つを満たす

- ・いびき
- ・睡眠中の努力性、奇異または閉塞性呼吸
- ・眠気、多動、行動、学習の問題がある

「小児OSAの治療法」

- ・アデノイド
アデノイド切除術、口蓋扁桃摘出術（ほぼ全例で著効）
- ・上顎側方拡大装置（矯正治療）

茨城県歯科医師会睡眠ネットワーク

ibashi-suimin@googlegroups.com



「質疑応答」

Q1) OA使用して4年8ヶ月の患者、OAの効果あり。睡眠時無呼吸症が改善し本人も満足しているのだが、起床時から夕方になるまでの顎位は前方位、臼歯部が離開している状態。夕方になってやっと食べやすくなるというが、中心咬合位ではない不安定な咬合で食事を摂られている。引き続きOAを使用させてもよいものなのか。

OAの使用をやめてもらう方向になった時、代わりのものになる装置を教えて欲しい。

A1) 装着時最初から患者になるべく後ろで噛むよう、中心位で噛むように癖をつけるように指示する。起床直後は前方位で咀嚼するが、意識して徐々に努めてもらう。咬合再構成を行う場合もある。まずは、後ろで噛ませるトレーニング。

OAをやめさせるタイミングに関しては、歯科医師が判断するのではなく医科へ相談。他の装置、サード・ライン的な方法としてナステントTM（快眠鼻チューブ）を選択する場合も、まずは連携している耳鼻科医へ相談。ナステントも効果率はあまりよくない。歯科医師が判断して行わないほうが賢明。

Q2) 簡易検査と精密検査の違いについて、より詳しく教えて欲しい。

A2) 精密検査は入院（一泊）前提の検査。簡易検査は業者が出張で行うため入院の必要はない。簡易検査は精密検査と比べ、RDI、AHIが低く出やすい。

入院1泊は患者にとってハードルが高い。簡易診断でもOAは作製可能。いびき症に関してはAHI5以下なので保険適用にならず、自費になる。

茨城・県西歯科医師会 学術講演会

見えない大きな力と補綴について



(社)茨城・県西歯科医師会 学術委員 山田 浩之

日本大学松戸歯学部有床義歯補綴学講座准教授の飯島守雄先生をお招きして、令和元年5月29日に講演していただきました。

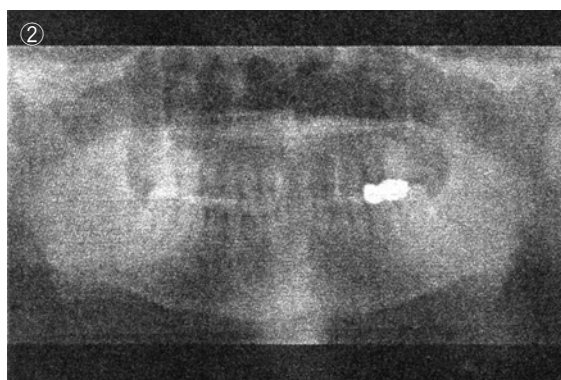
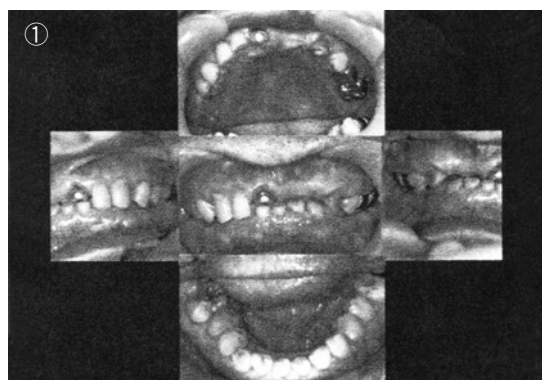
先生が日々臨床において悪戦苦闘している例について、どう対処しているかの説明がありました。

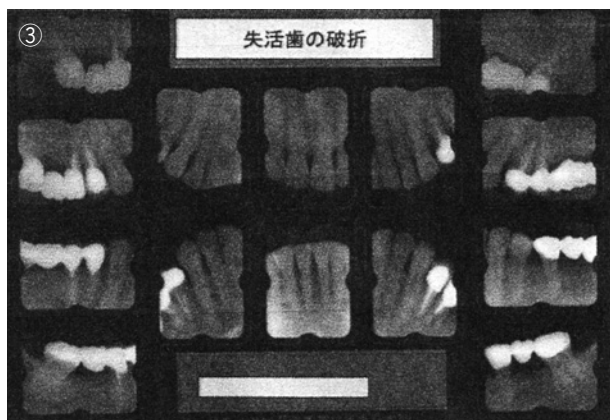
(1) 咬合が強いと思われる例

①下顎は咬耗があり前歯部は顎堤に当たっている。

②③顎の突出している例

下顎角が下に突出しており、ナイトガードを使

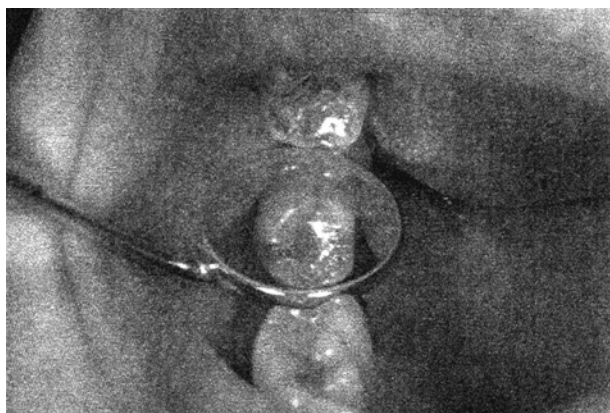




って咬合を分散したけれども失活歯が破折してしまった。

(2) 60歳女性

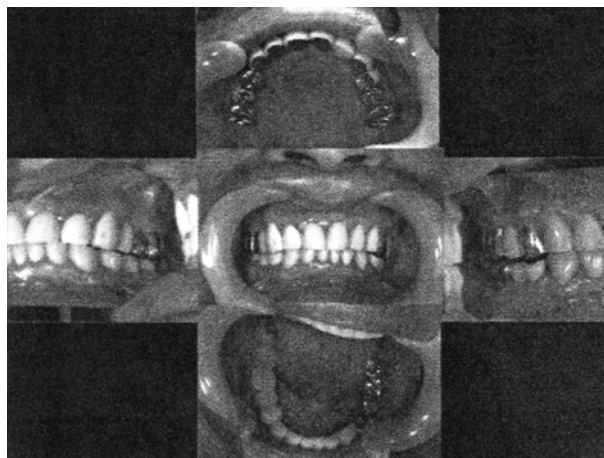
左下7番がしみるということなので、FMCを勧めたが拒否され、その後生活歯が破折して、麻酔抜髄して、レジン系の補綴物を入れた例。



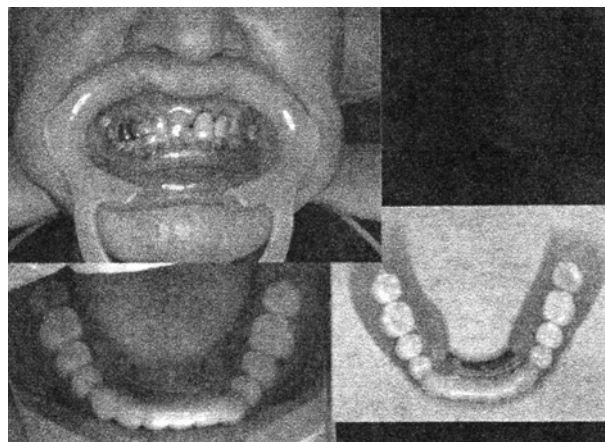
咬合が強いため、金属系だとまた破折する恐れがあるので、あえてレジン系の補綴物にしたとの事でした。

(3) 前歯部の見た目を改善したいとの事で来院されたが、ブラキシズムがすごく、結果的にフィステルが出来てしまい、グループファンクションにしても、思うようにいかなかった例。

顎関節症で、前歯部は歯ぎしりもするため、レジン系にして咬合圧のことを考えてDentureを入れて拳上し、前歯部のBrは修理できるように、カル



ボキシセメントにワセリンを配合して対処している。また、ナイトガードでしのいでいる例。



(4) ブラキシズムを疑う患者に対するインプラントオーバーデンチャーの症例

患者：60歳 男性



2006年7月頃から上顎左側大臼歯および下顎右側小臼歯の動揺と疼痛を覚え、咀嚼困難は以前から自覚していた。

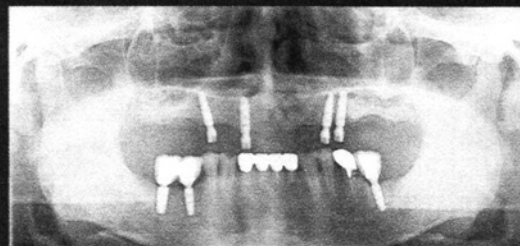
ブラキシズムがあり、4 インプラント破折後、2 追加埋入し、6 破折後、4 相当部にインプラントを追加埋入し、5 破折後、6 相当部にインプラントを追加埋入し、バーアタッチメントで対処し、2010年6月10日に6 2 相当部破折後の追加埋入した。左に負荷がかかることによって何回もインプラントが破折するため、ナイトガードも2ヶ月で穴が開いてしまう。アクリックレジン歯を用いることによって、インプラントの破折はしなくなったとのこと。

このようにブラキシズムの影響により

- ①歯の咬耗
- ②ポーセレンの破折
- ③歯根破折
- ④インプラントの破折、脱落
- ⑤補綴物の破損、脱離などがあり、その対処法として
 - ・スプリント対症療法
 - ・認知行動療法（昼間に咬まないようにと、何回も思い続けることにより、夜間にブラキシズムに改善あり）
 - ・睡眠の質の改善（C-PAP、スプリント）SB（睡眠時ブラキシズム）
 - ・薬物療法（クロナゼペム抗痙攣薬、クロニジン降圧剤、ボトックス）などがあります。

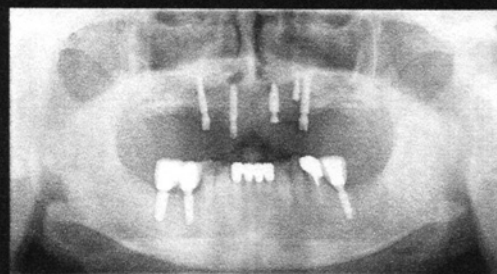
今回、飯島先生の講演を聞いて、大変参考になりました。

インプラントオーバーデンチャー装着時の
オルソパントモグラフィ



2008.2.22

4相当部インプラント破折後、2追加埋入



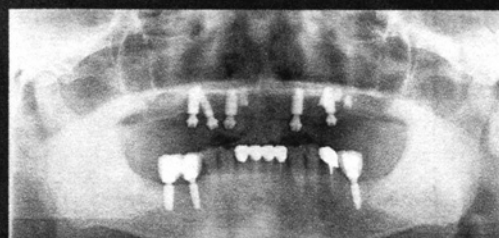
2008.12.05

6破折後、4相当部追加埋入



2009.12.02

6 2 相当部破折後の追加埋入



2010.06.10

(社) 茨城西南歯科医師会学術講演会

「歯周治療 インプラント治療への Critical Thinking」

～ そこから考える診査診断と処置 ～

講師：医療法人あさひ会理事長 ファミリー歯科医院 八木原 淳史先生



(社) 茨城西南歯科医師会 川崎 陽子

去る令和元年7月7日（日）古河市福祉の森会館にて令和となって初めての学術講演会が開催され、ファミリー歯科医院 八木原淳史先生より上記演題にてご講演いただきました。インプラント治療は一昔前に比べるとポピュラーな治療の一選択肢となり、日々多くの先生方がその施術に当たられていらっしゃいます。その中で、当たり前とっていたことが実は認識にずれが生じたり、学生時代や昔に学んだ知識も時代とともにその概念が変わったりすることがあるため、Critical Thinkingを念頭に臨床と向き合うことは技量を向上させる上で重要なポイントとなります。

今回のご講演では、歯周病学会専門医・指導医でいらっしゃる先生より、ペリオ・インプラントの概念を中心にインプラントにまつわる様々な情報の「真偽」についてエビデンスを交えて検証し、豊富な症例とあわせてご提示いただきましたのでご報告いたします。

歯周病とインプラントの接点

開発当初、インプラントは補綴の先生方が中心となり、どのように咬合を作り上げるかといった視点から考えられ、またその埋入方法が話題の中心であった。その後安定した予知性が得られるようになると、実は骨だけでなく歯周組織が重要であることが明らかになってきたことから、海外の



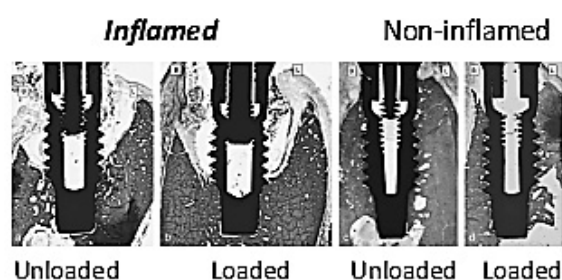
歯周病学会でも盛んに議論されているところである。

咬合を歯周治療の観点から考える

日本口腔インプラント学会から出されている口腔インプラント治療指針2016によると、「上部構造に側方ガイドを付与するとインプラント頸部に過重負担によるインプラント周囲骨吸収などの発生リスクを増大させる。」とされている。

歯周病学において、天然歯周囲の骨吸収を引き起こす歯周病の原因となるのはプラークであり、あくまで咬合（荷重）はその増悪因子である。そして整形外科の領域では荷重が骨を増生させるとする論文が多くあり、また、ある程度の荷重を加えると骨が増幅するというWolfの法則が知られている。

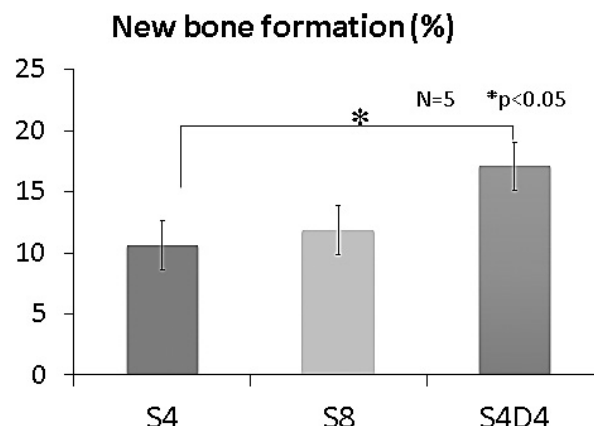
では、インプラントにおいて咬合負荷と炎症、骨吸収の関係はどうか。2007年に発表された Kozlovsky Aら¹⁾の論文でカニクイザルを用いた split-mouthの実験がある。両側下顎臼歯部にインプラントを片側4本ずつ埋入し、一方はインプラント周囲に炎症のない状態、もう一方では炎症のある状態を作り出し、両側においてインプラントの半数に荷重をかけ、それぞれのインプラントへの炎症・荷重の有無による骨吸収の状態がどのようなであったかを比較している。



Kozlovsky A et al. Impact of implant overloading on the peri-implant bone in inflamed and noninflamed peri-implant mucosa. Clinical Oral Implants Research 2007;18:601-610.

その実験結果を見ると、炎症があると荷重の有無にかかわらず骨吸収が見られるが、炎症がなければたとえ荷重負荷があっても骨の吸収は見られていないことがわかる。つまり、骨吸収は炎症が原因であることが推測される。

また2016年に今回の講師である八木原ら²⁾により、インプラントにかかる側方力が骨にどのような影響を与えるかを実験調査した論文が発表されている。研究デザインとして、ラットの脛骨にシリンドertypeのインプラントを埋入し、側方静荷重のみ4週間加えた群(S4)、側方静荷重をさらに4週間加えた群(S8)、側方静荷重4週間に加え側方動荷重を4週間加えた群(S4D4)に分け、インプラント周囲骨の状態について比較している。



それによると、いずれの群においても実験終了時点で骨増加が見られ、特に新生骨の増加量は有意差を持ってS4D4群で多くなり、またインプラント引き抜き時の力の強さにおいても有意差を持ってS4D4群でより大きな力が必要であったことが報告されている。つまり、ある程度の荷重にて骨が新生することは確実であり、適切な荷重であれば側方力も同様であると考えられる。

これらの論文や実験結果より、骨吸収を防ぐ上で重要なのは炎症のコントロールであり、咀嚼に準じた荷重であれば側方荷重も問題ないことが推測される。

インプラント長期安定に必要なこと

口腔インプラント治療指針2016によると、「インプラント体はできるだけ径と長さの大きいインプラント体を用いるべき。」とされている。指針に沿うよう治療をすすめることが理想であるが、患者様の状態はそれぞれ異なり、その解剖学的制約より適切な位置、方向、深度にインプラントを埋入することが困難となるケースがある。

では実際、臨床の中でインプラント長期安定の為にどのような選択をしていけばよいか。

・インプラントの長さについて

これまで、インプラントの長さ別の生存率を調

査した論文は多数報告されているが、ショートインプラントの累積生存率については2000年を過ぎた頃から変化が見えてきている。2000年Daniel Brocardら³⁾のレビューでは、8 mm以下のインプラントに対して、埋入後5年で92.4%、7年で80.3%の生存率が示されている。その後、2008年Paul.Aら⁴⁾による報告では、上顎臼歯部における6～9 mmのインプラントにおいて、5年、7年で共に98.9%と言う非常に高い値が示されている。また、2012年Mohammd.Aら⁵⁾によると、8年で97.9%の生存率が報告されている。これより統計学的に判断しているわけではないが、インプラントの長さは一定以上であれば大きな問題にはならないことが推測される。

また、年々ショートインプラントの予知性は向上しており、メーカー側によるインプラント体の表面性状や形状の工夫に寄るところが大きい。ただ、いずれの報告でも長さが7 mm以下では生存率が低下する為、使用するケースは限られ注意が必要である。

C/I ratio	Mean M-D bone loss (mm)	SD	n
< 1.00	0.88	0.74	30
1.00 to 1.20	0.75	0.71	70
1.21 to 1.40	0.73	0.58	58
1.41 to 1.60	0.77	0.71	29
1.61 to 2.00	0.66	0.54	39
> 2.00	0.62	0.76	8
Total	0.74	0.65	234

No significant differences were found between the groups ($P = .290$).
M = mesial; D = distal.

ショートインプラントを使用する際、問題となるのがクラウン・インプラント比 (C/I比) であるが、2009年に報告されたC/I比の違いによるインプラント周囲骨吸収を比較したBlanesら⁶⁾の論文によると、C/I比が2以上であっても周囲の骨吸収は増加していない。インプラント体の骨との生着は強固であり、生着自体に問題が無ければC/I比は深刻にとらえなくても良いと思われる。

・インプラント径と植立位置について

ショートインプラントでは物理的に骨接触率は少なくなるが、骨接触率の向上を目的としたショートワイドインプラントを用いるべきかどうか。2012年のMohammd.Aら⁴⁾による双方の生存率を調査した統計報告によると、5年生存率がショートインプラント98.9%に対し、ショートワイドインプラント (径4.8mm以上) は98.6%となっており、その生存率に差を認めない。これは、ショートワイドインプラントを用いることにより、歯槽骨や歯肉といった歯周組織の厚みが取れなくなる為である。歯肉の厚みがなくなるとその厚さを確保するため骨吸収が引き起こされたとする論文もあり、歯肉の厚みが骨の予知性を左右している可能性がある。

その歯肉と歯槽骨の厚みを確保するために、インプラント径と植立位置が重要になってくる。

ポイントとして、1、インプラントの埋入位置が隣在歯の唇側最大隆起部を結んだ線を超えないようにするため、口蓋側や内側寄りに埋入する。2、やや径の小さなインプラントを用いる。3、軟組織造成・骨造成を行う。4、アバットメントのサイズを小さくする。といったことが挙げられる。

インプラントの失敗の中で最もリカバリーが難しいのは埋入位置の不良であり、診査診断に最も時間をかけるべきである。

インプラント植立時期

抜歯後舌側口蓋側の皮質骨は1週間ほどで吸収が落ち着くが、唇側は8週間まで大幅に皮質骨が吸収されるため、その後の植立が推奨される。

European Academy for Osseointegrationでも抜歯後3～6か月待つことが推奨されており、ITIでは基本的に下顎では3か月待つようコンセンサスレポートが出されている。

移植 再植

インプラントは予知性が高く、症例によっては手技も簡便であり、ドナーとなる移植歯を探す必要がない。

しかし、移植・再植は歯根膜が存在することから、1、生体に馴染みやすい 2、吸収されやすい頬側歯槽骨の保存が可能 3、8 mm以下の埋入深度でも可能 4、骨の削合が不要 5、精密な診査不要 6、年齢（未成年）の制約が少ない 7、特別な材料や器具の購入が不要・安価 といった利点がある。自身の歯を可能な限り使用できるよう、治療の選択肢の一つとして積極的に移植・再植を検討しても良いと思われる。

最後は歯周外科に関して、その治療法の選択、具体的な器具・手技を豊富な画像や症例を交えて教えてくださり、質疑応答ののち講演は盛況のなか閉会となりました。講演会では休憩中にも八木原先生へ質問に向かう先生もいらっしやり、また講演のビデオを借りられないかといったお話もあるなど、聴講された先生方の関心の高さが窺えました。

今回の講演を通して、インプラント治療を行う上での疑問点が払拭され理解が深まったと共に、常に情報を鵜呑みにすることなく真偽を検証していくことの大切さを教えていただきました。

参考文献

1) Kozlovsky A et al. Impact of implant overloading on the peri-implant bone in inflamed and noninflamed peri-implant mucosa. Clinical Oral Implants Research 2007;18:601-610.



- 2) Yagihara A, Kawasaki R, Mita A, et al. Impact of dynamic and static load on bone around implants: an experimental study in a rat model. Int J Oral Maxillofac Implants 2016;31:e49-e56.
- 3) Brocard D, et al.: A multicenter report on 1,022 consecutively placed ITI implants: a 7-year longitudinal study. Int J Oral Maxillofac Implants. 15(5):691-700, 2000.
- 4) Fugazzotto PA.: "Shorter implants in clinical practice: rationale and treatment results. Int J Oral Maxillofac Implants. 23(3):487-496, 2008.
- 5) Atieh MA, Zadeh H, Stanford CM, Cooper LF.: Survival of short dental implants for treatment of posterior partial edentulism: a systematic review. Int J Oral Maxillofac Implants. 27(6):1323-1331, 2012.
- 6) Blanes RJ.: To what extent does the crown-implant ratio affect the survival and complications of implant-supported reconstructions? A systematic review. Clin Oral Implants Res. 20 Suppl 4:67-72, 2009.

みんなの写真館

Photo
Gallery



ロックフェス熱い、暑い5日間の一コマ
(社) 珂北歯科医師会 成井 敏幸

みんなの写真館写真募集！

このページには皆さんからの写真を掲載できません。表紙写真に関連した写真、ご自宅の古いアルバムに埋もれた写真などをお送り下さい。

1種会員 1,152名
2種会員 65名
終身会員 125名
準会員 6名
合計 1,348名

会 員 数

令和元年7月31日現在

地 区	会員数(前月比)	
日 立	116	
珂 北	146	
水 戸	156	
東西茨城	73	+1
鹿 行	106	+1
土浦石岡	179	
つくば	131	+3
県 南	176	-1
県 西	154	
西 南	105	
準 会 員	6	
計	1,348	+4



Ibaraki Dental Association

公益社団法人 茨城県歯科医師会

茨 歯 会 報

発行日 令和元年 8・9 月

発 行 茨城県歯科医師会 水戸市見和 2 丁目 292 番地

電 話 029(252)2561~2 FAX 029(253)1075

ホームページ <http://www.ibasikai.or.jp/>

E-mailアドレス id-05-koho@ibasikai.or.jp

発行人 渡辺 進

編集人 柴岡 永子



この会報には、環境に配慮して植物油インキを使用しております。