

第 26 回感染症予防歯科衛生士講習会 質問内容と回答について

令和 5 年 7 月 30 日(日)、9 月 3 日(日)に開催した本講習会における質問と講師からの回答です。

| | |
|------|---|
| 質問 1 | 野崎先生の印象物の消毒のお話の際に「次亜塩素酸」と出てきました。次亜塩素酸ナトリウムなのか次亜塩素酸水のどちらなのでしょう？通常であれば次亜塩素酸ナトリウムと思いますが、弊院では取り扱いなく次亜塩素酸水を使用しているので気になりました。 |
| 回答 | 今回お話したのは、補綴学会の感染対策指針に示されている 0.1～1.0%次亜塩素酸ナトリウム溶液に 15～30 分間浸漬する方法です。一方、私自身は使用したことがありませんが、次亜塩素酸水が印象物の消毒に有効であるという文献がございますので、正しく使えば、こちらも有効であろうと思います。 (野崎剛徳先生) |
| 質問 2 | 私の勤務している歯科医院では、患者さんごとにグローブを替える事はしていません（コストがかかるから）。グローブの上から、石鹸で洗浄、アルコール刷り込みをして次の患者さんに対応しているのですが、それでは感染予防として不十分でしょうか？ |
| 回答 | 患者さんごとのグローブの交換が原則とされている理由としては、手洗い・消毒が不十分となった場合に交差感染が起こる危険があること、グローブには少なからずピンホールのあるリスクがあること、連続使用することで破れのリスクが高くなることなどが挙げられます。感染対策はコストとの戦いになりますので気持ちとしては分かるのですが、上記の理由から、患者さんをまたいでの連続使用は、原則的には推奨されません。(野崎剛徳先生) |
| 質問 3 | 当院では治療前にリステリンを薄めてうがいをしてもらってから治療をしています。コロナが 5 類になってからうがいの必要性をあまり感じないという意見もありました。私達はフェイスシールドをしており、最初に受ける患者さんからの口臭も軽減されるためこの習慣は変えたくありません。ほんの少しかもしれませんが呼気から受ける影響等について教えていただけたらと思います。 |
| 回答 | リステリン等の洗口剤で治療前にうがいをしてもらってお口の中の細菌数を減らすと、治療時のエアロゾルや飛散物中の口腔内微生物量が減少することが研究で示されています。それゆえ治療前の洗口剤によるうがいは、飛沫感染対策として、また診療室の環境を清潔に保つための簡便な手段として推奨されています。(野崎剛徳先生) |
| 質問 4 | 埋伏智歯は腫れるものだと思っていました。感染しなければ、腫れないのでしょうか？どこが感染への経路なのか、チームで話し合います。 |
| 回答 | ご質問ありがとうございます。まったく感染していなくても、メスで歯肉を切れば生体の炎症反応は起こります。炎症反応の中には発赤と腫脹があります。なので、仮に感染がまったくゼロだとしてもまったく腫れないとは言えません。しかし、ご質問の意図は「埋伏智歯レベルの抜歯侵襲ならば必ず顔かたちが変わるほど腫れる、と言うわけではないのか？」だと思いますので、そこにポイントを絞ってお答えします。「バーの清潔度」や「外科器具の滅菌レベル」と言った「当然の前提」はすべて省きます 1. 術前の口腔内の(舌と咽頭を含めた)清潔度・・・術直前に舌と咽頭を含めたプロフェッショナルクリーニングを行っているか |

| | |
|------|---|
| | <p>2. 施術に由来する菌血症への投薬対策…どのタイミングで抗菌薬を飲むのが効果的かについてはすでに答えが出ていますが、健康保険制度との関係がありますので別の機会に譲ります</p> <p>3. タービン由来の水とエアからの雑菌(ホース内面のバイオフィルムの堆積とコンプレッサータンク内の汚染物の増加)による汚染…実験的にデータを採取し証明することはほぼ不可能ですが、外科を得意とする多くの開業医の「臨床実感」として「開業当初と比較すると(同じ術者が同じスキルで施術をしても)治りが遅いとか術後発熱したなどの患者さんが増えた」と感じる歯科医師が多いです</p> <p>4. 腫脹が少なくなる縫合法</p> <p>5. 術後の口腔内の清潔度</p> <p>6. エナメル質の削片・微粒子(象牙質ではなくて)を軟組織・創面にばらまかない…エビデンスとなる論文の有無は不明ですが、「骨削除や歯牙分割は骨ノミとマレットで行う」や「切開は小さく」や「術時間を短く」などの「昔から言われている腫れない技」はこの6番3番に関連するのもかも知れません。以上の様に「腫れる原因」には感染以外にもいくつかあります。今回の私の講演では、その中の3番について問題提起をさせていただいたとご理解ください。</p> <p>3番5番の要素(原因)がゼロになれば(感染の原因がゼロになれば)腫れ方はそれなりに少なくなります。1番~6番の要素すべてが満足できれば腫れ方は劇的に少なくなります。(磯谷一宏先生)</p> |
| 質問 5 | タービン等の使用後のフラッシュについてどの位の時間必要ですか、又それについての研究論文はありますか？ |
| 回答 | <p>論文の有無については「歯科 ユニット 水 水回路 汚染 CFU 従属栄養細菌」などのキーワードで検索するとヒットするかも知れません。(私の開業当初は数本ヒットしました) あくまでもご自身で論文を探す入口の参考として、今ネット検索でヒットしたモノを記しておきます。(掲載内容の真偽や信頼性、ご質問への回答が記載されているか否か、今回の講義内容や私の考え方に合致するか否かは一切不明です)</p> <p>https://www.jsdmd.jp/publication/file/de207/p223_yamada.pdf</p> <p>https://www.jstage.jst.go.jp/article/jjh/75/0/75_19021/_pdf</p> <p>「最低限どの程度の秒数が必要か」「多めに何秒位フラッシュすればより安全と言えるか」については、そのユニットごとに違う(水圧・流水量・ホースの長さ・太さ・水路内の ONOFF 弁の位置・水路内の曲がり角の多い少ない・水路内のバイオフィルム堆積量)はずなので、「決まった数値はそもそも得られない」と考えた方が賢いかも知れません。</p> <p>講演中にお観せした動画で「何秒たったら色水が出なくなったか」を思い出していただく事も参考になると思います。さらに、「自院で最も信頼できるデータ」は、市販の色付きのうがい薬を濃い目に調合し、お観せした動画にならって「自院で意図的にサックバックを起こして実験する」ことで得られると思います。ただし、水路内に長年堆積したバイオフィルムから少しずつちぎれて出て来るプラークに関してはブラックボックス(どこがどれ位汚染されているのか調べようが無い)状態なので、専門業者に水質検査を依頼する以外には「フラッシュ秒数の決定」は出来なさそうです。</p> <p>(休み明けの朝一番にシリンジやタービンホースから水を少量採取して、それを指で自分の上口唇に擦り付けてみれば<臭気=汚染の指標 患者さんは毎回治療時にそれを感じています>を調べる事はできます)(磯谷一宏先生)</p> |

| | |
|------|--|
| 質問 6 | <p>私は30数年総合病院の口腔外科に勤務しておりましたので細部にわたり感染対策がなされた現場で働いておりました。退職後、知り合いの歯科医院をお手伝いする機会がありますが、タービンヘッドやコントラはアルコール綿で清拭のみ、器具の洗浄もたんぱく除去剤ではなく食器洗い洗剤を使用しています。行政が感染対策のラウンドをするなど歯科医院の感染対策の改革が必要と思いますが先生はどのようにお考えでしょうか。従業員である歯科衛生士は院長に改革を求めるのはなかなか困難です。国レベルで変える必要があると思います。</p> |
| 回答 | <p>長年実践されてきた「当然そうあるべきもの」のご経験と他の医療現場との違いに驚き当惑困惑されているご様子、さらに「正しいことを伝える事とそれを実現する事の間にあるハードル」に苦勞されているご様子、その両方が目に浮かびます。講演でお話した内容を再掲します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染対策に「完成」「完璧」はありません ・感染のリスクは目に見えません ・仮に感染が発生しても「院内で感染したことの証明」は 極めて困難です ・だから「やらなくてもよい」のか、だからこそ「やる」のか、は 医療人のモラル・プライドの問題です <p>プライドとは自分の中に抱き時間をかけて培うものなので(その医療現場での共通認識=風土・文化なので)、単なる知識供与や行政による制度設計では、一朝一夕には真に実効性のある実践継続は得られないだろう、が私の認識です。「世の中で正しいことをそのまま書いたり言ったりしてほめられるのは試験の答案くらいです。実社会でそれをやると人間関係が壊れます」とは、私が通った大学受験予備校の数学講義での年配講師(大変難しい数学入試問題を出すことで当時有名だった大学の先生)の言葉です。私が歳をとるごとに、様々な会議を経験するごとに、いろいろな組織集団の変革にたずさわると共に、言葉の正しさとそれを予備校生世代の私達に説いた先生のありがたさを再認識します。</p> <p>「これで完成。カンペキ!」といった感染対策は、そもそも存在しません。常にブラッシュアップが必要です。医科とは異なる歯科治療の特性を踏まえて、歯科として独自に、それぞれの医療機関ごとに、試行錯誤しながら進化させてゆくことが重要だと考えています。感染対策の(単なる知識ではなくて)実践継続については「上を見ればきりが無く、下を見ればきりが無い」と考えています。(磯谷一宏先生)</p> |
| 質問 7 | <p>私は現在町役場の歯科衛生士として働いていますが、献血業務にも従事しており献血数日前に歯科医院で治療を受けたかどうかという問診項目があります。歯科治療は感染リスクが高いと世間に思われているのだと感じ残念です。</p> |
| 回答 | <p>私も「残念である」反面、「意識が高い担当者が作った問診票を使っている」とありがたく思いました。A「感染性病原体が血液に侵入する」→B「それが体内で増えて症状をあらわす(感染が成立する 患者となる)」→C「さらに別の個体にも感染させる(自分が感染源となる)」このA→B→Cには時間差があり、個体差があります。Aで止まる人も居ればCまで進む人も居る事はコロナで経験済みだと思います。歯科治療は「おおよそすべてが外科的処置」です。ブラッシングのみでも菌血症となるリスクがあるとの海外論文は私でも知っています。(『感染性心内膜炎の予防と治療に関するガイドライン 2017年改定版』で検索して出て来る日本語 PDF の P52~P54 が参考になります)</p> <p>「献血数日前に外科的治療(外科での治療)を受けましたか?」の問診文面では、献血者は歯科受診まで想定できないと思いますので、もしも私とその部門の担当者であったならば、献血前のスクリーニングとしては適切妥当な問診事項と考えます。</p> <p>いただいたコメント(ご質問)の意味は「歯科治療によって、歯科治療を媒介として、C が発生すると世間</p> |

に思われているのは残念だ」なのだろうと推察しますが、私が説明したいのは A の段階での話です。歯科治療によって菌血症状態となり(A の状態本人は無症状でかつ感染もしない)、普段は口腔内に居て本人にとっては無毒かも知れないが他者にとってはそうとは限らない病原性微生物が、本人の血液内に入っている状態(日数がたてばやがて本人の血液内からは居なくなってしまう)。この様な「本人は無自覚だがいつもとは違う血液状態」「他者には病原性を有するかも知れない血液状態」での献血はしない方が良からう、という意味で有意義な問診項目だと考えます。(磯谷一宏先生)