

# 歯科診療所における 院内感染対策に関する手引き

編集 (一社) 大阪府歯科医師会

発行 大阪府

## はじめに

昨今、メディアの多様化によって情報を得る機会が広がり、医療分野においても感染症の発生や院内感染問題に関するニュースを目にすることが多くなってきました。また、診療所側からもホームページをはじめとした様々な情報を発信する試みがなされています。こうした状況において、歯科診療所における感染対策に関してこれまで以上に多くの関心が寄せられています。

本手引きは大阪府からの委託を受け、(一社)大阪府歯科医師会により大学有識者の監修のもと編纂されたものです。歯科診療所における感染対策をわかりやすく解説しています。

本手引きが皆様方の診療所における院内感染対策の向上に役立ちましたら幸いです。

# 目次

第1章 院内感染対策の基本的な考え方	1
1. スタンダードプレコーション	2
2. 感染の成立	3
3. 感染への配慮が必要な病原体	3
第2章 洗浄・消毒・滅菌に関する知識	4
1. 洗浄の目的	5
2. 一次消毒の弊害	5
3. 洗浄剤	7
4. 手洗い洗浄時の注意	7
5. 超音波洗浄	7
6. 消毒	8
7. スポルディングの分類	8
8. 消毒・滅菌と薬剤、微生物の消毒剤抵抗性との関係	9
9. 高水準消毒薬	10
10. 熱水消毒	11
11. 次亜塩素酸ナトリウム	11
12. 医療現場における滅菌	11

第3章	高圧蒸気滅菌	12
1.	高圧蒸気滅菌の原理	13
2.	高圧蒸気滅菌の滅菌条件	13
3.	空気除去	13
4.	重力置換サイクル	14
5.	プレポストバキュームサイクル	15
6.	使用する水について	15
第4章	ハンドピースの滅菌	16
1.	タービンハンドピースの動作原理	17
2.	サックバック現象	17
3.	注油洗浄	18
4.	ハンドピースのメンテナンス手順	18
第5章	印象体の取扱い	19
1.	印象体および石膏模型の汚染状況	20
2.	印象体の洗浄・消毒手順	21

# 第1章

## 院内感染対策の基本的な考え方

平成 19 年の第 5 次医療法改正により歯科診療所を含む全ての医療機関に対して、医療安全管理体制の確保が義務付けられました。医療安全管理の項目には、「医療安全管理体制の整備」、「院内感染対策」、「医薬品の安全管理体制」、「医療機器の安全管理体制」がありますが、本手引きでは「院内感染対策」について解説します。

## 1. スタンダードプレコーション

スタンダードプレコーションとは、アメリカ疾病予防管理センター（CDC）が提唱した院内感染対策の基本となる概念です。「**全ての患者さんの汗以外の湿性生体物質（血液・便・尿・喀痰・膿）、粘膜、傷のある皮膚**」を感染の**可能性があるもの**として取り扱う考え方です。つまり、感染症の有無によって感染対策を変えるのではなく、全ての患者に同じ感染対策を行います。病原体の伝播・感染リスクを減少させることを目的として以下の項目があります。

### ①手指衛生

医療行為前後の手洗い、グローブ着用

### ②個人防護具の使用

マスク、ゴーグル、フェイスシールド、グローブなどの着用

### ③使用後の器具の取扱い

適切な洗浄、消毒、滅菌

### ④周辺環境整備

デンタルユニット周りの感染対策

### ⑤血液媒介病原体曝露防止

注射針をリキャップしない、注射針や刃を耐貫通性容器に入れる

## 2. 感染の成立

感染は病原体が侵入し、増殖することにより発生します。「感受性のある宿主」、「病原体」、「病原性」、「病原体の量」、「伝播経路」、「侵入門戸」の各要素が全て揃うことによって感染が成立します（図1）。院内感染対策とは、これら要素のいずれかの連続性を断ち切ることともいえます。



図1 感染の成立に必要な要素  
(日本環境感染学会教育ツール Ver.3.2 より引用)

## 3. 感染への配慮が必要な病原体

歯科診療所において感染への配慮が必要な病原体として、結核菌、**HBV**、**HCV**、**HIV**、ヘルペスウイルス、インフルエンザウイルス、風疹ウイルス、ムンプスウイルス、ノロウイルスなどが挙げられます。これらのうち、血液を媒介して感染を生じる **HBV**、**HCV**、**HIV** に対して特に配慮が必要です。

# 第2章

## 洗淨・消毒・滅菌に関する知識



## 1. 洗浄の目的

洗浄の目的は、汚れと有機物を除去することです。汚れには血液や唾液などが該当し、これらは主にタンパク質から構成されています。洗浄では、**タンパク質を適切に処理すること**がポイントになります。消毒・滅菌を重視するあまり、洗浄が軽んじられることもありますが、洗浄操作は必須です。

## 2. 一次消毒の弊害

洗浄前に消毒することを一次消毒と呼びますが、現在では一次消毒は推奨されていません。一次消毒による洗浄障害についての論文報告をもとにその理由を解説します。

図2は、実験に使用した洗剤の浸漬洗浄力を調べた結果です。洗浄評価用インジケータ（ヒト血漿タンパク質と同成分になるように調整した精製牛血液）を1%酵素洗剤またはアルカリ性洗剤に浸漬し、すすいだ後にアミドブラック10Bで染色した結果を示します。両洗剤ともに洗浄力が強く、20分間の浸漬でタンパク質が完全に分解・除去出来ていることがわかります。

時間 \ 洗剤	酵素洗剤	アルカリ性洗剤
10分間		
20分間		

図2 実験に使用した洗剤の浸漬洗浄力（伏見, 2008）

図3は、洗浄評価用インジケータをグルタール（グルタールアルデヒド）に30分間浸漬した後、1%酵素洗剤またはアルカリ性洗剤に浸漬し、すすいだ後、同様に染色した結果を示します。本来は20分間の浸漬でタンパク質を分解可能な両洗剤において、洗浄前にグルタール消毒することにより、タンパク質が分解されずに残存していることがわかります。また、グルタールに限らず、過酢酸・フタール・その他多くの消毒薬においても同様の結果が示されています。

実際の例として、血液の付着した鉗子など外科用器具を洗浄せずにグルタールに浸漬すると、血液中のタンパク質がグルタールと反応して変性し、器具表面に固着します。固着したタンパク質で覆われた微生物は、その後の洗浄で除去することが困難なため、滅菌が不十分になる可能性があります(図4)。このように消毒薬の多くはタンパク質を変性し、固着させる作用があるため、一次消毒を行うべきではありません。






消毒薬	グルタールアルデヒド	
消毒薬浸漬後		
洗剤	酵素洗剤	アルカリ性洗剤
時間		
10分間		
20分間		

図3 消毒薬処理後の浸漬洗浄成績 (伏見,2008)

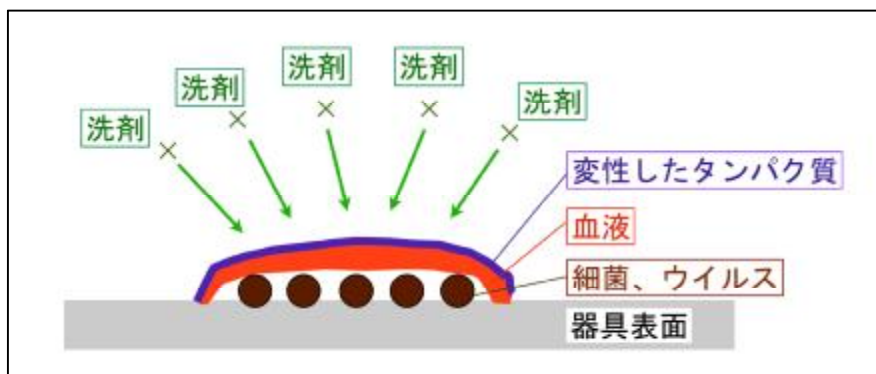


図4 一次消毒による洗浄障害の模式図

### 3. 洗浄剤

洗浄剤は酵素系洗浄剤と酸性・中性・アルカリ性洗浄剤に分類されます。酵素系洗浄剤には、タンパク質分解酵素や汚れを浮かす作用のある界面活性剤などの酵素などが含まれています。酵素活性は温度に依存するため、40℃前後での使用が効果的です。

酸性洗浄剤は金属に対して腐食性があるため、推奨されません。アルカリ性洗浄剤にはタンパク質分解作用があります。

また、食器用洗剤は、油汚れやでんぷんなどを除去する洗剤なので、タンパク質の付着した器材の洗浄には不向きです。

### 4. 手洗い洗浄時の注意

洗浄時には血液や体液が飛散することがあるため、ゴーグル、マスク、プラスチックエプロン等の個人防護具を着用し、また、鋭利な器具による針刺しを防止するために厚めのゴム手袋を使用するなど、防御対策をしっかりとしましょう。蛇口下で直接洗浄すると、血液や体液がかかる可能性が高くなります。器具が十分に浸かる深さの洗い桶を用意して、洗い桶の中で流水下にて洗浄するようにしましょう。

### 5. 超音波洗浄

超音波洗浄とは、キャビテーション作用により汚染物を吸引・剥離する洗浄方法です。キャビテーションとは、液体に超音波を照射した時に圧力差によって生じる真空の空洞のことです。超音波洗浄は、微細な構造を持つ器材（切削粉の付着したバー・ポイント・ファイルなど）や管腔構造を持つ器材（バキュームなど）の洗浄に適しています。また、手洗い洗浄による針刺しのリスクを減らすために、鋭利な器具の洗浄にも用いられます。

バーやポイントなどを超音波洗浄する際に網かごが使用されることが多いのですが、構造的に網かごは超音波洗浄に不適です。論文報告をもとにその理由を解説します。図5のグラフは、異なる網目ピッチのバスケットを使用した時のキャビテーションの透過率を調べた結果です。縦軸はキャビテーションの透過率（％）を、横軸は網目のピッチ(間隔：mm)を表します。網目のピッチが1mmの場合、キャビテーションの透過率は、振動数28kHzでは

約 40%、振動数 20kHz では約 20%に減弱しています。これらの結果から網目ピッチの小さい網かごはキャビテーションを減弱させるため、超音波洗浄に不適であることがわかります。

また、材質的にプラスチック製品は超音波を減弱させてしまうために不適です。超音波洗浄ではガラス製または金属製ビーカーを使用しましょう。

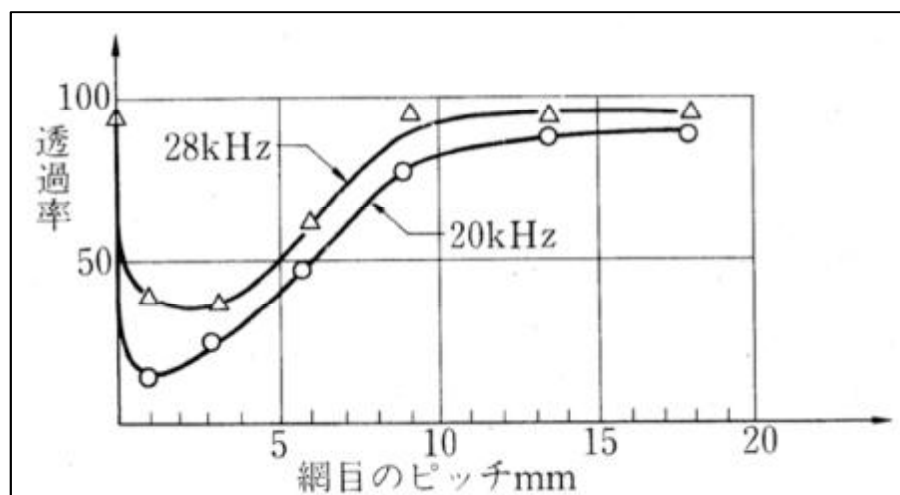


図5 異なる網目ピッチのバスケット使用時の超音波の透過率(白井, 1983)

## 6. 消毒

消毒とは、芽胞を除く微生物を感染可能な水準以下に殺滅または不活化することです。消毒はその効力から、高水準消毒・中水準消毒・低水準消毒に分類されます。洗浄後の器材はス波尔ディングの分類に従って、消毒または滅菌を行います。

## 7. ス波尔ディングの分類

ス波尔ディングは器材の消毒・滅菌処理に関して、皮膚や粘膜に対する感染リスクの程度によって、クリティカル・セミクリティカル・ノンクリティカルに分類しました。無菌域の組織や血管内に挿入する器材は、芽胞を含むあらゆる微生物で汚染された場合に感染の危険性が高いため、『クリティカル』であり、滅菌を行います。粘膜または傷のある皮膚は、芽胞には抵抗性がありますが、結核菌やウイルスなどの微生物に対しては感受性が高いため、『セミクリティカル』であり、高水準または中水準消毒を行います。傷のない皮

膚に接触する器材は、ほとんどの微生物に対して効果的な防御壁として作用するため、『ノンクリティカル』であるため、低水準消毒を行います（表1）。

分類	定義	具体例	処理
クリティカル	無菌域の組織や血管内に挿入する器材	外科用器具、チップ、バー・ポイントなど観血的処置に使用される器材	滅菌
セミクリティカル	粘膜または傷のある皮膚と接触する器材	印象用トレー、咬合紙ホルダー	高水準消毒または中水準消毒
ノンクリティカル	傷のない皮膚に接触する器材	X線撮影用コーン、血圧計	低水準消毒

表1 スポルディングの分類

\*器具によっては再使用禁止の製品もあります。  
添付文書の指示に従って消毒・滅菌を行ってください。

## 8. 消毒・滅菌と薬剤、微生物の消毒剤抵抗性との関係

図6に消毒・滅菌と薬剤、微生物の消毒剤抵抗性との関係を示します。左列の上から順に滅菌、高水準消毒、中水準消毒、低水準消毒を記し、中央列に左列の各項目に分類される薬品名等を、右列には消毒剤抵抗性の大きい微生物を上から順に記載しています。

高水準消毒にはグルタラール、フタラール、過酢酸、熱水消毒が該当し、効力として右列の芽胞以外の微生物に対して有効です。中水準消毒薬には次亜塩素酸ナトリウムとアルコールが該当します。次亜塩素酸ナトリウムは**HBV**に対して有効ですが、アルコールは**HBV**に対して有効ではありません。そのため、血液の付着した器具の感染対策では、スタンダードプレコーションの概念に従うと、次亜塩素酸ナトリウム以上の効力をもつ消毒・滅菌を行う必要があり、アルコールは不十分となります。低水準消毒薬にはクロルヘキシジン、塩化ベンザルコニウム、塩化ベンゼトニウムが該当します。



図6 微生物の消毒剤抵抗性と消毒・滅菌との関係

## 9. 高水準消毒薬

表2に高水準消毒薬の特性一覧を示します。グルタラルール、フタラルールはともに材質を傷めにくいのですが、タンパク質と結合しやすいため、洗浄時にタンパク質を確実に除去しておく必要があります。過酢酸はタンパク質との結合性はないですが、金属に対する腐食性があります。これらの高水準消毒剤は消毒効果が強い反面、人体への影響も強いいため、使用の際には、ゴーグル、マスク、プラスチックエプロン、ゴム手袋などの個人防護具を着用し、換気にも十分に気をつけましょう。

	特徴	長所	短所
グルタラルール	ホルマリンの類似化合物	材質を傷めにくい 金属腐食性なし	タンパク質と結合する蒸気が眼や呼吸器系粘膜を刺激する
フタラルール	ホルマリンの類似化合物	材質を傷めにくい 金属腐食性なし グルタラルールより刺激臭が弱い	タンパク質と強固に結合する蒸気が眼や呼吸器系粘膜を刺激する
過酢酸	強力な酸化作用 市販の消毒剤で最も強い	タンパク質と結合しない 分解産物が無害（酢、水および酸素に分解）	金属腐蝕性あり 蒸気が眼や呼吸器系粘膜を刺激する

表2 高水準消毒薬の特性一覧

## 10. 熱水消毒

熱水消毒とは、ドイツ連邦保険局(BGA、現 **RKI:Robert-Koch-Institute**)により確立された熱水を用いた消毒方法です。消毒効力としては高水準消毒に分類され、日本では **RKI** が規定した **93℃**、**10** 分の条件が多く用いられています。熱水消毒を行う器械はウォッシャーディスインフェクターと呼ばれ、強力な加圧水流が被洗浄物に噴射されることにより洗浄し、また、循環水を加熱することで熱水消毒を行います。ウォッシャーディスインフェクターは洗浄から消毒、乾燥までを全自動で行うので、手洗い洗浄と異なり、洗浄時の感染リスクを防止することができます。表3にウォッシャーディスインフェクターの利点・欠点を記載します。

利点	欠点
高水準消毒 洗浄効果が一定 洗浄時の感染リスクを防止 有効に時間が使える 消毒剤不要、節水 環境に優しい 洗浄から消毒・乾燥まで全自動	導入コスト 設置スペース 時間がかかる(90分～) 器具の回転が遅くなる 動作音

表3 ウォッシャーディスインフェクターの利点・欠点

## 11. 次亜塩素酸ナトリウム

次亜塩素酸ナトリウムは中水準消毒に該当します。「食」「呼吸器」に関する器材や水道水、プール水などの消毒などに用いられています。長所は低残留性で、タンパク質と反応して食塩になります。短所は金属腐食性が強く、有機物（汚れ）が存在すると効力が著しく低下します。特徴として強アルカリであるため、タンパク質を分解する作用があります。

## 12. 医療現場における滅菌

滅菌とは、全ての微生物を殺滅することです。医療現場においては、滅菌後の微生物汚染の水準が  $10^{-6}$  以下であることが求められており、この水準を無菌性保証水準(**sterility assurance level: SAL**)と呼びます。

# 第 3 章

## 高压蒸气灭菌



## 1. 高圧蒸気滅菌の原理

水は 1 気圧では 100℃で蒸発を始め、蒸気を発生します。水の蒸発温度は圧力と関係し、圧力変化によって蒸発温度も変化します。例えば、富士山山頂では気圧が低いため(0.63 気圧)、87℃で蒸発することが知られています。反対に気圧が高ければ、2 気圧で 121℃、3 気圧では 135℃で蒸発します。高圧蒸気滅菌では、加圧することによって蒸発温度の高くなった蒸気を利用して滅菌を行います。高圧蒸気滅菌処理に用いられる装置はオートクレーブと呼ばれます。

## 2. 高圧蒸気滅菌の滅菌条件

高圧蒸気滅菌において、無菌性保証水準を達成する温度と時間の組み合わせを表 4 に示します。

滅菌温度	保持時間
121℃	15 分
126℃	10 分
134℃	3 分

表 4 高圧蒸気滅菌条件(ISO/TS 17665-2)

## 3. 空気除去

高圧蒸気滅菌では空気が存在しない状態が理想的です。空気が残存すると熱伝達が悪くなり、蒸気浸透の妨げとなります。チャンバー内の空気除去方式の違いによって、オートクレーブは重力置換サイクルとプレポストバキュームサイクルに分類されます。

## 4. 重力置換サイクル

重力置換サイクルは従来から使用されているオートクレーブの方式で、蒸気と空気の重さの違いを利用してチャンバー内に残存する空気を除去します(図7)。チャンバー内で水を沸騰させると、蒸気はチャンバー上方から順に満たされていき、空気は蒸気に押し出されるかたちで下方から排出されます。

乾燥工程におけるチャンバー内の温度に注意が必要です。重力置換サイクルでは、乾燥にかかる時間が短くなるように温風で乾燥しているため、チャンバー内は約 **170~180℃**の高温になっています。髪を乾かす時にドライヤーの温風を利用した方が早いのも同じ原理です。乾燥工程を行う際には、被滅菌物の添付文書に記載されている耐熱温度に十分に注意しましょう。タービンなどハンドピースの滅菌で乾燥工程を行うと、ハンドピース類の耐熱温度(135℃)を越えてしまうために故障の原因になります。そのため、ハンドピースの滅菌を行う際は耐熱温度を越えないようにするため、乾燥工程を省きましょう。

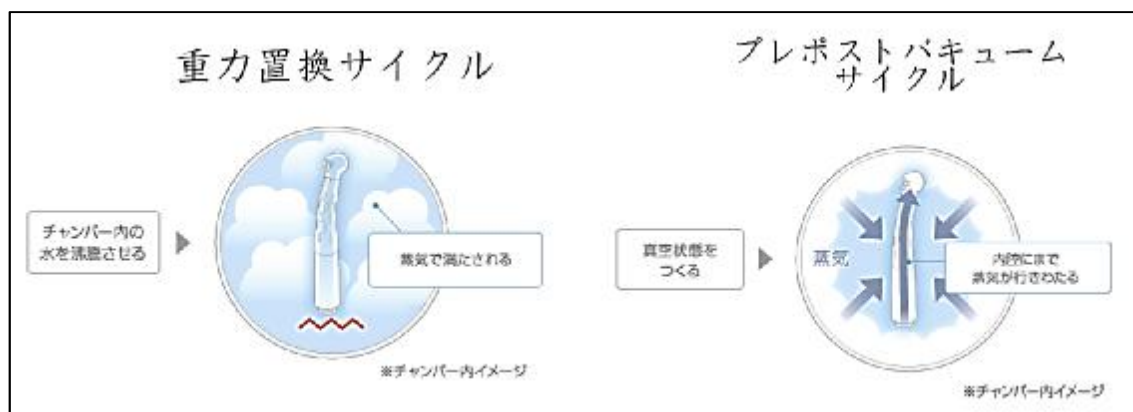


図7 重力置換サイクルとプレポストバキュームサイクル

オートクレーブ BC-17(モリタ)カタログより引用

## 5. プレポストバキュームサイクル

プレポストバキュームサイクルは真空ポンプを利用してチャンバー内の空気を除去します(図7)。重力置換サイクルと比べて空気をより効果的に除去することができます。乾燥工程では、真空状態で乾燥を行います。圧力低下に伴う沸点低下を利用することによって、重力置換サイクルよりも低い温度(135℃以下)で乾燥することができます。プレポストバキュームサイクルでは、ハンドピースの耐熱温度を超えないため、乾燥工程まで行っても問題ありません。

## 6. 使用する水について

オートクレーブ機器には水道水と精製水の両方が使用できる機器がありますが、精製水の使用が望ましいです。水道水には様々な成分が含まれています。蒸気になった際に、水道水に鉄が含まれていると錆が生じ、もらい錆やチャンバー内面の汚れの原因になります(図8)。



図8 除去用バーに生じたもらい錆

# 第4章

## ハンドピースの滅菌

## 1. タービンハンドピースの動作原理

図 9 にタービンハンドピース内の回転中の空気の流れを示します。チェアユニット側から給気管路を通して供給された空気は、翼車を回転させて排気管路へ流れ、同時にベアリングの冷却エアとして外部へ流れます。

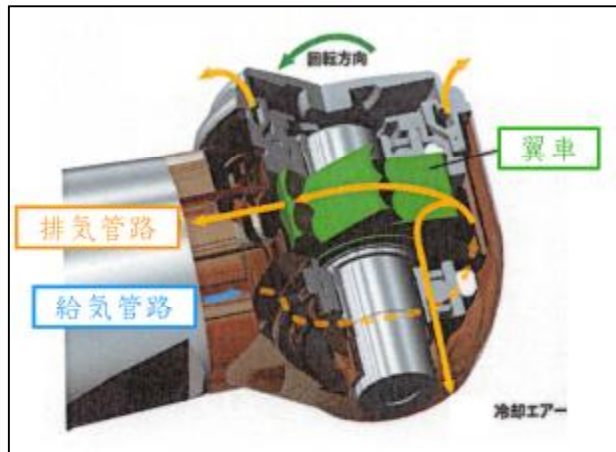


図 9 回転中の空気の流れ (図はモリタ製作所より提供)

## 2. サックバック現象

図 10 にタービンハンドピース停止時の空気の流れを示します。給気管路から空気の供給がストップすると、翼車が停止するまでの間に慣性回転し、換気扇のファンのように働いてタービンヘッド外部の空気がタービン内部に吸い込まれます。これをサックバック現象といいます。サックバック現象によって口腔内の唾液や血液、切削粉がタービン内部に吸い込まれる可能性があります。各メーカーは様々なサックバック防止対策を施し、サックバック現象はかなり低減されています。しかし、完全にサックバック現象を防止することは困難であるため、患者毎のハンドピースの滅菌が必要になります。

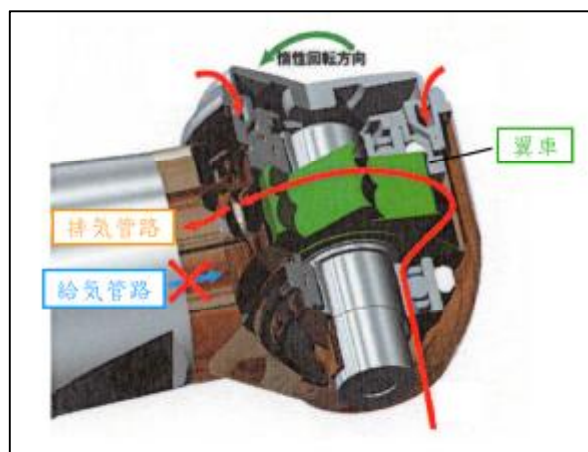


図 10 停止時の空気の流れ (図はモリタ製作所より提供)

### 3. 注油洗浄

ハンドピースの注油洗浄には、オイルによる潤滑作用以外に、ハンドピース内部の汚れ、摩耗粉排出の役割もあります。注油洗浄はカップリング部（ハンドピース接続部）とチャック部（バー着脱部）の両方から行う必要があります。カップリング部から注油洗浄を行うことにより、サックバック現象によって内部に入った汚れが排出されます。チャック部からの注油洗浄には、摩耗粉の排出、バーとの擦れによる摩耗低減、バーとの固着を防止する効果があります（図 11）。カップリング部及びチャック部からの注油洗浄後は、ヘッド内の余剰オイルを排出するために空回転を行います。各メーカーから自動で注油・洗浄・排出を行う自動注油洗浄機器が発売されています。

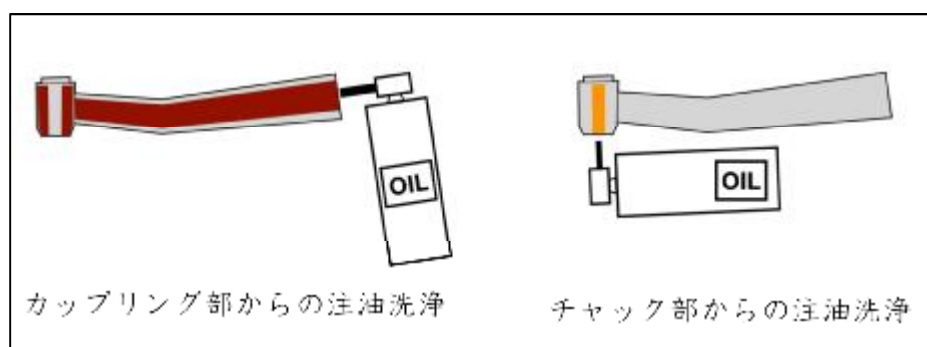


図 11 カップリング部及びチャック部からの注油洗浄

### 4. ハンドピースのメンテナンス手順

#### ① 外表面の洗浄

切削粉を流水で洗い流します。血液や唾液等の付着があればタンパク分解酵素などで清拭します。または、ウォッシャーディスインフェクターを使用します。

#### ② 注油洗浄

カップリング部及びチャック部から注油洗浄を行い、オイルが出なくなるまで空回転を行います。または自動注油洗浄機器を使用します。

#### ③ オートクレーブによる滅菌

ハンドピース類の耐熱温度を超えないように注意しましょう。

# 第 5 章

## 印象体の取扱い

## 1. 印象体および石膏模型の汚染状況

図 12 は患者からアルジネート印象を採得し、印象体表面に存在する細菌や真菌を菌検出寒天培地に転写して、汚染状況を可視化した結果です。寒天培地上にさまざまな大きさ、色、形状の微生物コロニー群を認め、印象体表面がさまざまな微生物によって汚染されている状況が確認できます。

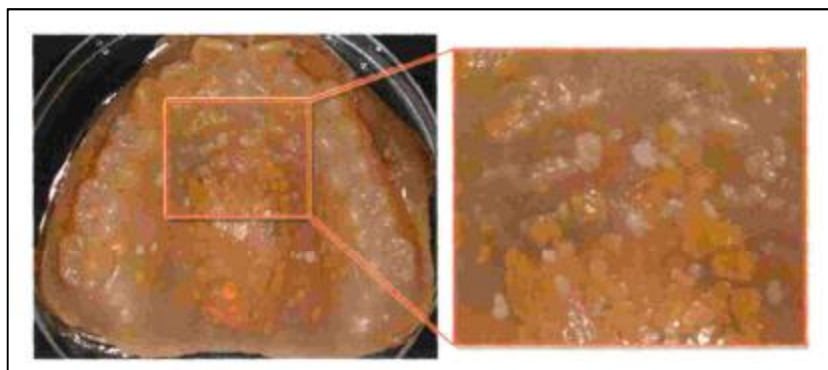


図 12 印象体表面に潜在する微生物コロニー群  
(インプレッション培養法. Egusa, 2008)

図 13 は、印象体の消毒処理を行わずに作製した石膏模型の汚染状況を調べた結果です。寒天培地上に微生物コロニー群を認め、石膏模型も汚染されている状況が確認できます。

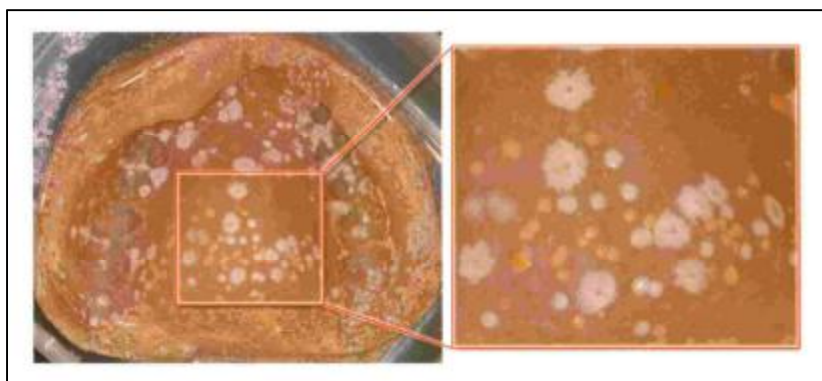


図 13 石膏模型に潜在する微生物コロニー群  
(インプリント培養法. Egusa, 2008)

このように**口腔内の微生物は印象体を介して石膏模型に移っています**。また、石膏模型は多孔質であり、加熱により物性低下、水に溶解するため消毒が困難です。そのため、印象体での適切な洗浄・消毒が必要になります。



## 2. 印象体の洗浄・消毒手順

印象体は、スποルディングの分類ではセミクリティカルに該当するため、高水準・中水準消毒が必要になります。日本補綴歯科学会感染対策指針では、次の方法での洗浄・消毒を推奨しています。

### ① 水洗

アルジネート印象体    **120 秒**

シリコーン印象体      **30 秒**

### ② 消毒

**0.1～1.0%次亜塩素酸ナトリウム溶液に 15～30 分浸漬**

**2～3.5%グルタラル溶液に 30～60 分浸漬**



印象体を蛇口下で水洗すると血液や体液が周りに飛び散る可能性があります。印象体が十分に浸かる容器を用いて、容器に水をため、ためた水に印象体を浸し、その上から流水洗浄すると、周りに飛び散りにくくなります。

## 参考文献

1. 歯科診療所のスタッフのための院内感染対策 発行:大阪府 編集:(一社)大阪府歯科医師会 平成 27 年 3 月
2. 歯科診療所のスタッフのための診療所における環境整備 発行:大阪府 編集:(一社)大阪府歯科医師会 平成 28 年 3 月
3. 改訂第 4 版 医療現場の滅菌 監修:(一社)日本医療機器学会 編集:小林寛伊 へるす出版 2013 年
4. 医療現場における滅菌保証のガイドライン 2015 監修:日本医療機器学会
5. 補綴歯科治療過程における感染対策指針. 発行・編集:(社)日本歯科補綴学会 平成 19 年 7 月
6. エビデンスに基づく一般歯科診療における院内感染対策実践マニュアル改訂版 監修:日本歯科医学会 永末書店 2015 年
7. 患者が求める「医療安全」「院内感染」対策. 編著:泉福英信 ヒョーロン・パブリッシャーズ 2014 年
8. 新・歯科における感染予防対策と滅菌・消毒・洗浄 編集:ICHG 研究会 医歯薬出版 2015 年
9. 江草 宏, 綿本隆生, 阿部桂子, 矢谷博文. 印象体の消毒をどうしていますか?. 歯界展望. 112(2):341-347, 2008
10. 松本和浩. 歯科領域における感染制御. 大阪歯科大学同窓会報. 193:33-41, 2016
11. 伏見 了. 洗浄の基本と注意点. イザイ 7号 8-11, 2008
12. 白井健至. 超音波洗浄. 真空: 26(11). 1983
13. Egusa H, Watamote T, Abe K, Kobayashi M, Kaneda Y, Ashida S, Matsumoto T, and Yatani H. An analysis of the persistent presence of opportunistic pathogens on patient-derived dental impressions and gypsum casts. *Int Prosthodont.* 21:62-68, 2008

大阪府歯科医療安全管理体制推進協議会委員（平成30年3月現在）

委員長	丹羽 均	大阪大学大学院歯学研究科口腔科学専攻 口腔機能学講座(歯科麻酔学教室)教授
副委員長	百田 義弘	大阪歯科大学歯科麻酔学講座主任教授
委員	永田 節子	大阪府歯科衛生士会副会長
委員	山下 茂子	大阪府歯科技工士会副会長
作業部会長	藪根 敏晃	大阪大学大学院歯学研究科臨床准教授
委員	辻坂 智矢	大阪府歯科医師会常務理事、歯科医業管理部部長
委員	小池 宏忠	大阪府歯科医師会理事、歯科医業管理部副部長