

中 岳



Top contents

通常総会	平成28年度 一般社団法人 熊本市歯科医師会 通常総会	3
審議員会	平成28年度 一般社団法人 熊本市歯科医師会 審議員会	6
特別寄稿	国立病院機構熊本医療センター 谷口広祐	11



CONTENTS

巻頭言	渡辺 洋 理事	1
会長指針		2
平成28年度 一般社団法人熊本市歯科医師会 通常総会		3
平成28年度 一般社団法人熊本市歯科医師会 審議委員会		6
医歯連携セミナー		9
特別寄稿	国立病院機構熊本医療センター 谷口広祐	11
開放型病院連絡会		20
医事功労者県知事表彰		22
平成28年度第4回学術講演会		23
社保勉強会		26
スタディー		27
新入会員		32
スポーツの広場		33
熊本城マラソン2017		34
会務報告		37
編集後記		

表紙のことば

ソメイヨシノの寿命は60～100年という。
この桜は今までに何を見て、また、これから
何を見ていくのだろうか。
一刻も早い復興を祈ります。

田中 弥興

巻 頭 言

適正な評価と裁量権を



渡辺 洋 理事

世界情勢が混沌としてきた。イギリスのEU離脱に端を発し、一国の指導者が替わりその国のみならず周辺の国々や全く離れた国々にもその余波が打ち寄せている。独裁者におびえる国や大統領が罷免され方向性を見失った国、垣根越しに見れば他人事のように思えるがこれを我が歯科界に置き換えればどうであろうか？医療費の基本となる点数改定は偶数年に行われる。毎回、我々の希望とかけ離れた改定に一喜一憂し、理解に苦しむ内容を何とか咀嚼して運用していることが実態である。近年の改定に見られる顕著な動向は一連の作業を包括化しその評価に応ずる点数を課するという形式。管理する側には非常に都合の良いやり方に思える。当事者からすれば成功ありきの方式であり医療という塩梅の部分が明らかに欠落している。塩梅の部分とはそれぞれの医師がそれぞれの患者に対し裁量をもって治療を施すということにある。が、しかしながら現状のルールにおいて我々の裁量権が発揮できる部分はどの程度であろうか？成功か否か結果結論の有無にて点数を拾うありさまである。最大の問題はこの点数配分の基礎となる技術料のあまりの低さである。この部分が改善されない限り、周り名札の付け替えが繰り返されるだけで本質はなにも変わらない。我々歯科医師に求められることは、適切な診療をするために日々研鑽をつみ、確実な診療を提供することにある。厚労省は『正しい診断に基づく恒久的かつ安価な治療を行うこと』を求める。どの歯科医師たちもこのことを念頭に置き日々努力を行っているはずである。年齢を重ねるに従い保険への受け取り方や関心が変わってきている。これもまた事実である。長たらしい名前で、いったい何を算定するのかわからない処置や同一の処置にもかかわらず、届出認可により点数が異なるもの等多数。健全な発想からの点数配分ではなく、予算総額ありきのつぎはり分配方式は何年たっても変わらない。出ては消え、消えては現れる新しいと称される診療点数や包括点数。いったい何パーセントの人間が運用し、どの程度の患者が満足しているのだろうか、はなはだ疑問に思われる。やらなければ、取り残されて収入が減少する、使わない機材をそろえ、講演会を聞き届出を満たす。結局実務で得られた増点ではない。諸処置一つ一つにそれなりの重さの点数を与えてくれればやりがいや、充実度もおのずと変わってこよう。将来を見据えた社会情勢に添う点数改定を日歯は考えてくれていると思う。超高齢化や2025年問題を見据えることは重要だが加えて、我々歯科医師の本分である個々の技術に対する適正な評価と医師としての裁量権を強く訴えて頂きたい。

会長指針



「熊本市歯っぴー39チャレンジ」というテーマを御存じでしょうか？多分、初めて聞く方がほとんどではないかと思えます。これは、

昨年行われました熊本市歯科保健推進協議会で決まったものです。この会議は私が議長を務めていて、熊本市の口腔行政の方向性を検証するもので、歯科が唯一イニシアチブをとっている会議です。参加団体は当会の他に、熊本県歯科衛生士会、熊本大学歯科口腔外科、市民病院歯科口腔外科、熊本市医師会、熊本市薬剤師会、熊本県看護協会、熊本県栄養士会、熊本市地域包括支援センター連絡協議会、熊本市小学校長会、熊本市PTA協議会、熊本市私立幼稚園協会、熊本市保育園連盟、熊本市手をつなぐ育成会、熊本市食生活改善推進員協議会、熊本市8020健康づくりの会、市民代表公募委員があります。

さて、このテーマは熊本市における3歳児のむし歯の無い子供の割合を9割にするという目標が表現されています。ご存じの方も多いかと思いますが、熊本市は全国に20あります政令指定都市の中で1歳6か月児のむし歯保有率がワースト2位、3歳児のむし歯保有率がワースト1位と言う大変不名誉な結果となっております。この現状を何とかしないといけないという事で、皆様に現状を意識していただくために前述のテーマを作成し、多職種が協力し合って取り組んで行こうという事になりました。

この問題を考えてみますと、一見歯科の努力不足のようにも見えますが、現実的に歯科を初

めて受診するのがおおむね3歳前後ではないかと思えます。外傷等を除けば1歳6か月で子供を歯科に受診させる方はそう多くはないと思います。DMFTではう蝕に罹患した歯はカウントされ続けますので、最初に歯科にかかる前の段階での予防が大変重要になってきます。その段階で子供に一番接する機会が多いのが小児科であり、親への啓発を促す意味では産婦人科も含めて医科の協力が必要不可欠となります。先日、行政主催の研修会で熊本県小児科医会会長の杉野茂人先生に歯科に関してのご講演をいただきました。小児科医会の全面協力も言うていただきました。また、講演後に引き続き多職種が参加してのグループワークを行いました。その場では各職種の方々が自分たちには何ができるかという事を真剣に考えていただき、多くの有意義な意見が出ました。これを単発で終わらせることなく、継続していく事が大切であると感じました。また、熊本市薬剤師会からは、昨年熊本市健康づくり推進課が作成しました、通称ローソカードと呼ばれる無料検診券付きの歯科啓発カードを会員の薬局に置いていただけることになりました。このカードは各区役所等でも積極的に配布して行くとの事でしたので、今後歯科検診の依頼が増える事が予想されます。

報酬はありませんが、歯科の敷居を低くするという意味でご協力をよろしくお願いいたします。もちろん、疾患があれば治療に移行していただいて構いません。

繰り返しますが熊本の子供たちの歯を守るため、また、不名誉な現状を打破するためにもチーム熊本で取り組んで行きたいと思えますので、会員の皆様のご理解とご協力をよろしくお願いいたします。

会費の均等割り一本化いよいよ開始

平成28年度 一般社団法人熊本市歯科医師会 通常総会



防犯カメラと医療券が協議された

3月23日(木)19時30分より、県歯会館3階市会議室にて、平成28年度一般社団法人熊本市歯科医師会通常総会が開催された。

1. 開会 小野秀樹常務理事
2. 議長及び副議長選出
議長 片山晃紀先生
副議長 斉藤忠継先生
3. 議事録署名人選出
萱野至仁先生
井口泰治先生
4. 物故会員に対する黙祷
H28. 9.13逝去 出口瑞男先生(東部3)
5. 会長挨拶 宮本格尚会長



昨年通った議案を実行します

【要旨】

本日は診療後のお忙しい中、またお足下の悪い中通常総会にお集り頂きありがとうございます。昨年はなんと言いましても、熊本地震に尽きると思います。浦田会長におかれましては、会の為に地震発生直後からご尽力頂き誠にありがとうございます。グループ補助金等をはじめ、まだまだ道半ばだとは思いますが引き続きよろしく願います。

さて、本日の総会ですが、昨年の6月に大変大きな議案をすべて通して頂く事ができました。今年はいよいよそれを実行する年となります。まずは4月から会員種別の変更と会費の均等割一本化が始まります。均等割一本化になりますと、会の収入としましては少し今よりも下がってしまいます。その大変厳しい財政の中で、皆様方からお預かりしました大切な会費を無駄にする事無く、只会員の為には積極的な行事を行う様各理事にお願いしている所であります。また、7月1日より支部の変更が行われます。長年慣れ親しんだ現支部に手を加えます事は断腸の思いでは有りましたが、熊本市の政令指定都市移行に伴い行政との事業連携を円滑にするためにも今回実行させて頂く事になりました。ぜひ新支部の方も盛り上げて頂く様、引き続き御協力をお願いします。それでは本日の審議、よろしくお願いします。

6. 来賓挨拶 浦田健二県歯会長

【要旨】

皆さん今晚は。本日は熊本市の通常総会にお招き頂きましてありがとうございます。今、宮本会長からも話が有りましたが、平成28年度と言うのは、歯科医師会にとりましても会員の皆様にとりましても一生忘れられない一年になったのではないかと思います。



市歯会から様々なご意見を賜りたい

平成29年に入りまして、本格的な復旧・復興が進められておりますが、被害を受けられた先生方の所にもまだまだ手つかずの所があるとお聞きしております。今からまた一步一步対応して行きたいと思いますので、どうか今後ともご協力をお願いしたいと思います。

それから日本歯科医師会におきましては、年が変わりまして会長予備選挙が行われました。現堀会長が98%を超える支持で再任をされました。日本歯科医師会もあの難局から一步一步立ち上がっていているところで、我々も胸を撫で下ろしているところです。

熊本に於きましても、この3月で地域医療構想がまとめられます。今回の地域医療構想では、区割りの面で熊本市と上益城が一体となります。そういう意味では今までの2次医療圏が変わったという事でありまして、平成29年度からは30年度に改訂されます第7次医療計画、これも区割りは地域医療構想と同じ熊本市と上益城が一体の2次医療圏という事で計画されるようになります。その中で第7次医療計画というのは熊本県が作る訳ですけども、それぞれの地域での意見聴取等も有りますので、そういう意味では熊本市と上益城郡が一体となって構想を練るとい

う所もあると思います。歯科医師会も郡市を超えての意見出しもよろしくお願いします。平成30年に向けてこの29年度は、それ以外にも21ヘルスクラブ等、5つも6つも熊本県の医療関係の改訂が行われます。そういう意味でも熊本市から様々なご意見を賜りたいと思っています。それに伴いまして、我々も対応出来ます様しつかりと準備を進めているところでございます。先ほどご案内が有りました様に、次期会長予備選挙で私一人が立候補ということで御承認頂いて次の2年間勤めさせて頂く事になると思います。いろいろご協力賜りたいと思います。熊本市引き続き歯科医師会がますます発展する事をお祈り申し上げましてご挨拶とさせていただきます。

7. 報告

- 1-1) 会務報告 高松尚史専務理事
- 1-2) 庶務報告 小野秀樹常務理事
- 1-3) 会計現況報告 古川猛士常務理事
- 1-4) 監査報告 蔵田幸一監事
- 2) 理事会決議事項報告 高松尚史専務理事
- 2) 審議会報告 秋山清審議会議長

8. 議事

- 第1号議案 平成29年度熊本市歯科医師会事業計画案の承認を求むる件



質問される伊東隆利先生

Q. フッ化物洗口の最近の状況はどんなでしょうか？（伊東隆利先生）

A.（執行部）保育園に関しては50%、小学校に関しては9校（1割程度）です。

- 第2号議案 平成29年度熊本市歯科医師会一

般会計予算案の承認を求むる件
第3号議案 平成29年度熊本市歯科医師会収
益事業会計予算案の承認を求む
る件

第4号議案 平成29年度熊本市歯科医師慰弔
金制度会計予算案の承認を求む
る件

第5号議案 次期役員選挙に伴う理事数の承
認を求むる件

第6号議案 熊本市歯科医師会会長予備選挙
に関する件

第1号議案から第6号議案まで全て承認可決
された。

9. 協議

(執行部より報告)

(1) 熊本県警より防犯カメラを設置していた
だくと街の環境が良くなるという事で、で
きれば病院に防犯カメラを設置して頂けれ
ば幸いですということでした。もし防犯カ
メラをご自宅、病院に付けているのであれ
ば、それを少し道側に向けて下さいという
ふうにお願ひがありました。

(2) 生活保護の医療券に関しまして、今年の
1月から熊本市のシステムが変わりました。

新患で来られる場合、医療券と医療要否
意見書の2つが送られてきます。3ヶ月以
内で治療が終了する事が分かっている場合、

担当の区の福祉事務所へ3ヶ月以内に治療
終了見込みである旨を連絡して下さい。そ
うすれば医療要否意見書の記載は不要です。
ただ行政的には意見書を発行したので、そ
れに関する返答が欲しいという事で白紙の
意見書をFAXして下さい。

もう1点変わりました。何も言わなけれ
ば次の月も医療券は継続で発行されます。
ただ、継続の場合、今まで通り1枚で発行
されるのではなく再診月の場合は来ている
人数分だけ一覧表で来ます。その時に次の
月から要らないという人があれば左端に
『不』と書いてFAXで返送して下さい。
そうすれば翌月から発送されません。

(3) 4月1日から会費が均等割りとなります。
自分の種別が分からない先生は事務局まで
ご連絡下さい。

旧支部は6月末をもって解散となります。
7月1日のビアパーティーは新支部での席
次となります。

放射線漏洩測定器は4月から6月末まで
は旧支部で回します。7月1日からは新支
部で回します。先生方では支部によっては
ダブってしまう所がありますので、その
所は医療管理で調整します。

10. 閉会 渡辺猛士副会長

(広報 鯨川正和)



均等割り一本化、新支部割り、新会員種別の実施へ

平成28年度 一般社団法人熊本市歯科医師会 審議委員会



全員出席の審議委員会

3月17日(金)19時30分より、県歯会館3階市会議室にて、平成28年度一般社団法人熊本市歯科医師会審議委員会が開催された。

1. 点呼

小野秀樹常務理事

2. 開会

小野秀樹常務理事

3. 議事録署名人選出

北部1支部 田ノ上輝先生

小島支部 萱野至仁先生

4. 物故会員に対する黙祷

東部3支部 出口瑞男先生

平成28年9月13日御逝去



忌憚のないご意見をお願いします

5. 会長挨拶 宮本格尚会長

【要旨】

みなさんこんばんは。本日は多数の方にご出席いただきありがとうございます。平成28

年度を振り返りますと、何と言っても熊本地震に尽きるかなと思います。地震発生から11ヶ月経過して市内はほぼ平常を取り戻していますが、至る所で家屋やビルの取り壊しが行われ更地が増えています。熊本が完全な復興を成し遂げるにはまだまだ時間が掛かると思いますが、少しずつでも前に進んでいただきたいと思っています。私としても何かお手伝いができるような事があれば、微力ながら協力していくつもりです。

本会につきましては昨年の6月に重要な議案を全て可決して頂き、今年はそれを実行していく年になります。4月には会費の均等割りへの一本化が始まり、これに伴い会費の収入が現行より減ってしまいます。その為、我々執行部も皆様方から預かった大切な会費に無駄がでないように、予算案を検討して参りました。予算案に何かお気付きの点がありましたら、ご指摘宜しくお願い致します。また、7月からは支部割りが変わります。皆様方には、新支部が今以上に盛り上がるようご協力して頂きたいと思っています。本日は忌憚のない意見を頂きながら、スムーズな進行にご協力を宜しくお願い致します。

6. 報告

1-1) 会務報告 高松尚史専務理事

1-2) 庶務報告 小野秀樹常務理事

1-3) 会計現況報告 古川猛士常務理事

Q: 会計から見ると、ポータブルユニットの貸し出しがあまり行われていないのではないですか? (北部2 西野隆一先生)

A: 数はそんなに少なくはないと思いますが、貸し出しの単価が安いので会計上の額は多くはありません。ただ、もっと増えるように会員の皆様に告知していきたいと思います。(執行部)



フッ化物洗口の進捗状況は

1-4) 監査報告 稲葉逸郎監事

2) 理事会決議事項報告 高松尚史専務理事
定款第16条第3項にある期間内において、支払い義務を6ヶ月を超えて履行しない場合は、会員としての権利を制限する事と会員のマイナンバーの取り扱いについて説明があった。

7. 審議事項

1. 平成29年度熊本市歯科医師会事業計画案について

Q: フッ化物洗口の進捗状況はどのようになっていますか? (北部2 西野隆一先生)

A: 地震の影響などもあり難しいところではあります。次年度は学校、行政に働きかけていきたいと思っています。(執行部)

2. 平成29年度熊本市歯科医師会一般会計予算案について

Q: 予算案の入会金収入が1千万円になっていますが根拠を教えてください。また、熊本市は未入会の先生が増えていますか? (北部3 谷口守昭先生)



予算案の入会金収入の根拠は

A: 入会数や入会金を分割で払うか、一括で払うのかというところの予測が中々難しいところがあります。現状では昨年と一昨年の実績を考慮して決めています。今後も検討が必要かもしれません。未入会の方は1割程度だと思います。ただ、今後も未入会対策はしていきたいと思います。(執行部)

3. 平成29年度熊本市歯科医師会収益事業会計予算案について

4. 平成28年度熊本市歯科医師会慰労金制度会計予算案について

5. 次期役員選挙に伴う理事数について

8. 協議

1. 熊本県警察からの防犯カメラ設置協力について

犯罪の防止のため、診療室や自宅外部に防犯カメラを設置していただけないかとの依頼がありました。補助等はありません。



理事会決議事項を報告

2. 生活保護に関する新システム導入にあたっての変更点について

医療券及び医療要否意見書の発行に関し
てと、医療券の様式及び返送について変更
がありましたのでご注意ください。医療券
と変更内容が記載された用紙を一緒に郵送
していただくよう、保健福祉部保護課に依
頼しています。期間は2月より半年程お願
いしたいと思っています。また、生活保護
に関する医療券の細かな内容やシステムに
関して、保護課がマニュアルを作りました。
これを、市歯のホームページに載せる予定
ですので確認をお願いします。

3. 新支部移行について

4月の支部分担金は交付しません。7月
1日に新支部長に分担金を交付します。

Q：新支部長立ち上げに際して負担金をい
ただけないでしょうか？

(北部3谷口守昭先生)

A：予算的に難しいところです。(執行部)

9. 閉会

田中弥興副会長

(広報 飯田誠治)



『有病者への対応を再認識』

医歯連携セミナー



不測の事態に対応を

2月16日(木)20時より国立病院機構熊本医療センターにて医歯連携セミナーが開催された。熊本県歯科医師会井上裕邦学術担当理事の司会のもと、「有病者における口腔外科手術up-to-date～注意すべき検査値・薬剤などについて～」と題し、熊本医療センター歯科口腔外科の谷口広祐先生を講師として講演が行われた。講演内容を以下に示す。

有病者について

有病者の割合

急性新生物162万人

糖尿病316万人

心疾患、虚血性疾患118万人

有病者の考慮すべき3つのポイント

①出血コントロール

②疼痛コントロール

③感染コントロール

①出血コントロールについて

1. 出血コントロールを考慮すべき代表疾患

原疾患：血友病、特発性血小板減少性紫斑病、重度肝機能障害者、コントロール不良な高血圧

薬剤性：心筋梗塞、心不全、不整脈、心臓弁膜症、脳卒中、透析患者

2. 抗血栓療法の使い分け

動脈血栓症：血栓形成に血小板の関与が大きい→抗血小板療法

静脈血栓症：血栓形成に凝固因子の関与が大きい→抗凝固薬

3. 抗血小板薬の対策

単剤（バイアスピリンのみ）→そのまま継続

2剤併用（バイアスピリン＋プレバックスorプレタール→内科対診し1剤に減量できるか確認もしくはそのまま継続

抗血小板薬＋抗凝固薬（バイアスピリン＋ワーファリン）→PT-INRを確認、どちらも継続

4. 抗凝固薬の対策

ワーファリン（ワーファリン）→内科に対診しPT-INRを確認、高ければ減量依頼

DOAC（プラザキサ、エリキュース等）→ワーファリンに準じて継続下で抜歯を行う

5. 透析患者の対策（ヘパリン使用）

透析日は基本的に処置を行わない。

観血処置後の菌血症でシャント内感染をおこす可能性があるため抗菌薬の術前投与が必要。

②疼痛コントロールについて

1. 疼痛コントロールに関する代表疾患

局所麻酔薬に関わる疾患：局所麻酔アレルギー、コントロール不良な高血圧、心不全等
鎮痛薬に関する疾患：喘息、腎疾患、胃潰瘍等

2. 局所麻酔薬（キシロカインカートリッジ）の極量

健康成人：11本まで

高血圧（軽度～中等度）：2本まで

高血圧（重度）：1本まで

3. 局所麻酔薬アレルギーの特徴
メチルパーパラベンによるアレルギーが最も多い

パラベンフリー：オーラ注、キシロカイン（2005年より）

局所麻酔薬アレルギーを訴える患者のほとんどが心因性の迷走神経の心因性の迷走神経反射による脳貧血

4. 局所麻酔薬の推奨
健常者：キシロカイン、オーラ注が第一選択
妊 婦：キシロカインが第一選択、シタネストオクタプレシンは禁忌
小 児：30分以内の処置ならばスキन्दネスト

5. 喘息時の鎮痛薬
アセトアミノフェン500mg以下、リン酸コデイン等

6. 小児の鎮痛薬
基本的にアセトアミノフェン
体重1kg当たり1回10mg～15mgを使用する。使用間隔は4～6時間以上、1日総量60mg/kg。

7. 妊婦の鎮痛薬
基本的にアセトアミノフェン、ただし妊娠後期（12週以降）は動脈管収縮を起こす報告があり禁忌である。

NSAIDsは禁忌。

8. 腎機能、肝機能障害患者の鎮痛薬
病状によりかかりつけ医と対診し用量の調整を行う。

1. 感染コントロールについて

1. 感染コントロールを考慮すべき代表疾患
原疾患：糖尿病、腎肝機能症患者、心臓弁膜症
薬剤性：BP製剤服用患者、ステロイド服用患者、化学療法患者
2. 抗菌薬の使い分け
感染がない場合の外科処置（口腔内）→ペニシリン系（サワシリン）
感染がない場合の外科処置（口腔外）→セフェム系（セファゾリン）
軽度～中等度の感染がある場合→第3セ

フェム系（トミロン、フロモックス、メイアクトetc）、ニューキノロン系（クラビット）

重度の感染がある場合→リンコマイシン系（ダラシン）、カルバペネム系（メロペン）

3. 感染性心内膜炎の予防投与
成人：アモキシシリン2g 処置1時間前に投与
小児：50mg/kg処置30分前に投与
*ペニシリンアレルギーの患者
成人：アジスロマイシンorクラリスロマイシン500mg処置1時間前
小児：アジスロマイシンorクラリスロマイシン15mg/kg処置1時間前

4. 糖尿病患者への対応
HbA1c8.4%（できれば7%）未満にかりつけ医に術前にコントロールしてもらう。必要に応じて抗菌薬の術前投与、術後はやや長めにする。

5. BP製剤患者への対応
2016年ポジションペーパー
1. BP投与前の歯科治療：投与2週間前に終えておく
2. BP投与中の歯科治療
基本的にBP製剤休薬でMRONJ発症リスク減少にならない。
ただし、BP製剤内服4年以上でMRONJ発症リスクが上昇。
→2ヶ月前後の休薬、再開は創部の上皮化が終了する2週間を待って感染がないことを確認する。

*外科処置を行う場合は術前抗菌薬投与+完全閉鎖

高齢化社会の現在、来院される患者さんが有病者であることが多いと思います。会員の先生方も有病者に対する歯科医療の知識を整理し、不測の事態を未然に防ぐ知識を身につけて頂ければと思います。

医歯連携セミナーは年3回行われ、歯科に関連づけた医科の話しを分かりやすく聞くことができますので、ぜひ積極的にご参加ください。

（医療管理 森野 茂）

有病者における口腔外科手術 up-to-date

～注意すべき検査値・薬剤などについて～

国立病院機構 熊本医療センター 歯科口腔外科 谷口 広祐

はじめに

有病者とは、何らかの病気を持った人のことで、厚生労働省が発表したH26年総患者数においては、悪性新生物162万人、心疾患170万人、脳血管疾患118万人、糖尿病316万人、高血圧性疾患に至っては1,010万人とされており、もはや有病者は避けて通れない時代に突入している。有病者の治療をより困難にさせている理由の一つがその複雑性にある。1人の有病者が罹患している疾患は1つとは限らず、むしろ複数存在することのほうが多い。さらに、同じ疾患であっても患者の全身状態によって処方される薬剤がそれぞれ異なるため、その組み合わせを考慮するともはや天文学的数字になる。このような有病者に対して安全安心な医療を提供するためにはどういったところに注意をしなければならないか、そのポイントを数回に分けて紹介する。

ポイントは3つのコントロール

有病者の治療を行うにあたり、注意すべきポイントを3つに分けて考えると理解しやすい。つまり、

- ①出血のコントロールができるかどうか
 - ②疼痛のコントロールができるかどうか
 - ③感染のコントロールができるかどうか
- である (Fig. 1)。

Fig.1 3つのコントロール

① 出血コントロール

原疾患 vs 薬剤性 (抗血小板薬・抗凝固薬・ヘパリン)

② 疼痛コントロール

局所麻酔薬 vs 鎮痛薬

③ 感染コントロール

感染性心内膜炎 vs 原疾患 vs 薬剤性

この概念は、それぞれの疾患ごとに気を付けなければならない点は多々あるものの、ポイントを3つに絞ることで簡便にスクリーニングを行う感覚でチェックできることや、患者の注意すべき点が大局的に把握できるというメリットがある。多忙極める日常の診療時間中に一人の有病者の一つ一つの疾患に対して逐一調べる時間や余裕は勿論なく、かといって有病者が来院されても突き返すことはできず、そのジレンマを抱えながら治療されている先生方も少なからずおられるのではないと思われるが、そういった際には是非活用していただきたい考え方である。

出血コントロール (原疾患vs薬剤性)

出血コントロールを考慮する際には、原疾患そのもので出血傾向になっているのか、それとも薬剤により出血傾向になっているのかをチェックする。原疾患そのもので出血傾向をきたす疾患の例として、血友病、特発性血小板減少性紫斑病、重度肝機能障害患者、コントロール不良な高血圧、などが挙げられる。血友病Aは第Ⅷ因子製剤、血友病Bは第Ⅸ因子製剤の輸血¹⁾を、特発性血小板減少性紫斑病や重度肝機能障害患者であれば血小板5万/ μ L以下で血小板輸血を考慮しなければならず、肝機能障害でaPTT、PT時間の延長を認めるようであれば新鮮凍結血漿製剤の輸血をしなければならない²⁾。コントロール不良な高血圧患者は、治療の緊急性が低いのであればまずかかりつけの内科に行ってもらい血圧のコントロールを行ってもらう必要がある。このように、原疾患そのもので出血傾向にあるものは、血液検査や輸血、原疾患に対しての治療といった内科医との連携が必要不可欠であることから、外科処置が必要と判断した場合、高次医療機関に紹介したほうが良いかと思われる。

一方、薬剤により出血傾向をきたす疾患は、心筋梗塞、心不全、不整脈、心臓弁膜症、脳卒中、透析、などが挙げられる。これらの疾患で最も使用頻度が高い薬剤は、動脈血栓症に対して用いられる抗血小板薬、静脈血栓症に対して用いられる抗凝固薬である。代表的な抗血小板薬³⁾は、低コストでスタンダードなバイアスピリン[®](一般名：アスピリン)、脳梗塞再発リスクが高い場合に用いられるプラビックス[®](一般名：クロピドグレル)、抗凝固薬や他の抗血小板薬と併用する際によく用いられるプレタール[®](一般名：シロスタゾール)、が挙げられる (Fig. 2)。

Fig.2 抗血小板薬の比較

商品名	バイアスピリン*	プラビックス*	プレタール*
一般名	アスピリン	クロピドグレル	シロスタゾール
休業期間	7~14日	7~14日	3日
特徴	低コスト、他の抗血小板薬をアスピリンを上回る脳梗塞再発リスクが低いため、抗凝固薬との併用が適当な理由がないとき	アスピリンを上回る脳梗塞再発リスクが低いため、抗凝固薬との併用が適当な理由がないとき	出血リスクが低いため、抗凝固薬との併用が適当な理由がないとき
コスト (1錠)	5.6円	201円	144円

抗血小板薬内服患者に対して外科処置を行う際は、基本的にそのまま継続して行ってもよい。抗血小板薬を2剤併用している場合は、処方医に診し1剤に減量できるかどうか確認してもよいだろう。抗凝固薬のうちワーファリン[®](一般名：ワルファリン)と併用している場合は、PT-INRを必ず確認する。

抗凝固薬には、ワルファリンと新規経口抗凝固薬であるトロンビン阻害薬、Xa阻害薬がある。以前は新規経口抗凝固薬をNOAC (Novel Oral Anti-Coagulants) と呼んでいたが、発売開始が2011年であり、もはや「新規」ではなくなりつつある。このため、2015年国際血栓止血学会は直接作用型経口抗凝固薬DOAC (Direct Oral Anti-Coagulant) と呼ぶよう提唱しており⁴⁾、本編でも以降はDOACと表記させていただく。ワルファリンとDOACの違い⁵⁾は、お互いの長所と短所がリンクする関係になっている (Fig. 3)。

Fig.3 ワルファリンとDOACの比較

	ワルファリン	DOAC
長所	薬価が安い 1日1回の内服 モニタリング法が確立している 中和薬がある	効果がワルファリンと同等以上 薬物相互作用が少ない 食事制限が不要 頻回の採血が不要
短所	効果・副作用でDOACに劣る 薬物相互作用が多い 食事制限が必要 頻回に採血が必要	薬価が高い 1日2回の内服 モニタリング法が未確立 中和薬がない

つまり、ワルファリンのメリットは薬価が安く1日1回の内服でよいこと、モニタリング法 (PT-INR) が確立していること、中和薬 (ビタミンK製剤) があることが挙げられる。デメリットとしては、薬物相互作用が多く、食事制限が必要 (納豆や緑黄色野菜など)、頻回の採血が必要、などが挙げられる。一方のDOACは、効果がワルファリンと同等かそれ以上で薬物相互作用が少なく食事制限や頻回の採血が不要であることがメリットである。デメリットとしては薬価が高く、1日2回の内服が必要でモニタリング法が確立されておらず、中和薬がないことが挙げられる。代表的なDOAC⁶⁾は、最初に登場したDOACで腎排泄が高いプラザキサ[®] (一般名：ダビガトラン)、2番目に登場したDOACで1日1回の服用でよいイグザレルト[®] (一般名：リバーロキサバン)、腎排泄が低く高齢者や腎機能低下例にも安全に使用できるエリキウス[®] (一般名：アピキサバン)、全身性塞栓症を有意に予防し整形外科領域で手術時の深部静脈血栓予防に投与されているリクシアナ[®] (一般名：エドキサバン)、などが挙げられる (Fig. 4)。

Fig.4 DOACの比較

製品名	プラザキサ*	イグザレルト*	エリキウス*	リクシアナ*	ワーファリン*
薬品名	ダビガトラン	リバーロキサバン	アピキサバン	エドキサバン	ワルファリン
標的因子	トロンビン	第Xa因子	第Xa因子	第Xa因子	VKエポキシド還元酵素
半減期	12~14時間	5~13時間	8~15時間	10~14時間	40時間
最高血中濃度到達時間	0.5~2時間	0.5~4時間	1~4時間	1~3時間	4~5日
腎排泄	80%	36%	27%	50%	なし
内服回数	1日2回	1日1回	1日2回	1日1回	1日1回
採血によるモニタリング	×	×	×	×	○
中和薬	開発中	開発中	開発中	開発中	あり
コスト (1錠)	232円	372円	272円	545円	9.7円

ワルファリンの併用禁忌薬剤は、フロリドゲル[®]（一般名：ミコナゾール）、併用注意薬剤（ワルファリンの作用増強のため）は、ペニシリン系・セフェム系・マクロライド系・ニューキノロン系・テトラサイクリン系・アゾール系抗真菌薬・アセトアミノフェン・NSAIDsであり、普段我々が使用する薬剤がほぼ含まれていることに注意しなければならない。一方、DOACの併用禁忌薬剤は、アゾール系抗真菌薬、併用注意薬剤（DOACの作用増強のため）は、マクロライド系・NSAIDsであり、ワルファリンと比較するとかなり少ない。

抗凝固薬内服患者に対して外科処置を行う際、基本的にそのまま継続して処置を行う⁷⁾が、ワルファリンの場合は少なくとも72時間以内のPT-INRを確認する必要がある。万が一数値が高ければ外科処置は中止し処方医に減量依頼を行う。当科では処置当日に採血を行いPT-INRを確認するようにしている。なお、PT-INR簡易迅速測定装置（コアグチェックXS Plus[®]など）が販売されているため、PT-INRを測定できない環境にいて、かつ外科処置を行いたいというのであれば揃えておいたほうが無難である。一方のDOACについては十分なエビデンスが未だ確立していないため、ワルファリンに準じて継続下で処置を行う。いずれの場合も止血対策は万全に行う必要がある。

透析患者の場合は、透析日の確認を行い基本的に透析日は処置を行わないようにする。透析翌日であればヘパリンの効果は消失し、出血コントロールはそれほど問題にならない。また、透析患者のほとんどがどちらかの前腕にシャントを作成しており、シャント測での血圧測定はシャント閉塞の恐れがあるため禁忌であることから必ず確認を行う。

口腔内での主な止血方法は、局所止血薬（スポンゼル[®]・アビテン[®]）、軟膏ガーゼや止血シーネを用いた圧迫止血、電気メス、縫合、アドレナリン含有局所麻酔、歯周パック、などが挙げられる。止血を行ううえで最も大事なことは、出血点がどこなのかを確認してから止めにいく

ことであり、やみくもにガーゼで圧迫しても止まらない場合があるので注意が必要である。出血点は大きく分けると、骨髓からの出血と骨膜からの出血に分けることができる。骨髓性出血であれば圧迫することが最も有効であるため、スポンゼル[®]、アビテン[®]を置いて上からガーゼで圧迫止血する。一方、骨膜性出血であれば単に圧迫してもなかなか止まらないことがあるため、出血している骨膜を直接電気メスで焼くか、アプローチが困難な部位ではアドレナリン含有局所麻酔薬を局注したのちに圧迫する。歯頸部歯肉の毛細血管性の出血であれば、縫合後に歯周パックで圧迫すると有効である。

以上のように出血コントロールでは、原疾患そのもので出血傾向になっているのか、それとも薬剤により出血傾向になっているのかを確認し、原疾患そのもので出血傾向にある場合は、高次医療機関に紹介するが多い。薬剤により出血傾向になっているものは、高次医療機関に紹介しなくても処置可能な場合と紹介したほうが良い場合がある。このため、まずは処方医に対話し出血コントロールができるかどうか判断し、止血困難な状況が予想される場合は高次医療機関に紹介すべきである。

疼痛コントロール（局所麻酔薬vs鎮痛薬）

疼痛コントロールを考慮する際は、術中の局所麻酔薬に問題があるのか、それとも術後に使用する鎮痛薬に問題があるのかをチェックする。局所麻酔薬に問題がある疾患の例として、心不全、狭心症、糖尿病、コントロール不良な高血圧、局所麻酔薬アレルギー、などが挙げられる。局所麻酔薬に添加されるアドレナリンの作用としては、 α 作用による末梢血管収縮、 $\beta 1$ 作用による心拍数上昇・心収縮力増加、 $\beta 2$ 作用による気管支拡張、その他に血糖値上昇などがある。このため、キシロカインカートリッジの添付文書では、心不全、血管攣縮の既往のある患者、糖尿病患者で原則禁忌と記載されている。しかしながら、経験上カートリッジ1本（1.8 ml）程度であれば慎重投与でさほど問題になら

ない。また、アドレナリンの極量として健康成人であればキシロカインカートリッジ（1.8ml）を11本使用可能だが、軽症～中等症の高血圧では2本まで、重症では1本まで⁸⁾と制限がかかるので注意する。

局所麻酔薬で厄介な問題となるのが局所麻酔薬アレルギーではないかと思われる。これは一般的にエステル型で多く認められ、アミド型では少ないといわれており⁹⁾、現在日本で歯科用に販売されている局所麻酔薬はすべてアミド型で、リドカインそのものでアレルギーと診断されることは非常に稀である。局所麻酔薬アレルギーの直接の原因となりやすいものは、防腐剤として添加されるメチルパラベンである。ただし、オーラ注[®]はパラベンフリーのリドカイン製剤であるし、2005年にはキシロカイン[®]もパラベンフリーとなった。光畑ら¹⁰⁾によると、局所麻酔薬でのアナフィラキシーショックの頻度は0.0007%と報告している。では、局所麻酔薬アレルギーを訴える患者は一体何かというと、そのほとんどが心因性の迷走神経反射による脳貧血である。ただし、アナフィラキシーショックを起こす可能性が少しでもあると判断した場合は、局所麻酔薬アレルギー検査¹¹⁾を行う必要がある。これはモニター下にプリックテスト、皮内反応試験、チャレンジテストを順に行うものであるが、高次医療機関でなされる検査なので、この場合は紹介したほうが無難である。

局所麻酔薬の適応は、まず健常者であれば、キシロカイン[®]、オーラ注[®]が第一選択であろう。妊婦であってもキシロカイン[®]が第一選択であるし、喘息があっても問題ない。高血圧があるときは、血圧上昇作用が少ないシタネストオクタプレシン[®]に変更してもよい。ただし、軽度の子宮収縮作用と分娩促進作用があるため妊婦に対しては禁忌である。小児で30分以内の処置であれば、スキャンドネスト[®]が良い適応¹²⁾となる。これは添加剤が全く入っていないため安全であることに加え、小児でよく見られる術後の咬傷を予防する効果が期待されるためである（Fig. 5）。

Fig.5 局所麻酔薬の比較

商品名	麻酔薬	血管収縮薬	防腐剤	緩化防止剤
キシロカイン [®]	2%塩酸リドカイン 36mg	エピネフリン 0.0225mg	2005年より追加されていない	ピロ亜硫酸ナトリウム
オーラ注 [®]	2%塩酸リドカイン 36mg	酒石酸エピネフリン 0.045mg	なし	ピロ亜硫酸ナトリウム
シタネストオクタプレシン [®]	塩酸プロピロカイン 54mg	フェリプレシン 0.0540	メチルパラベン	ピロ亜硫酸ナトリウム
スキャンドネスト [®]	塩酸メピバカイン 30mg	なし	なし	なし

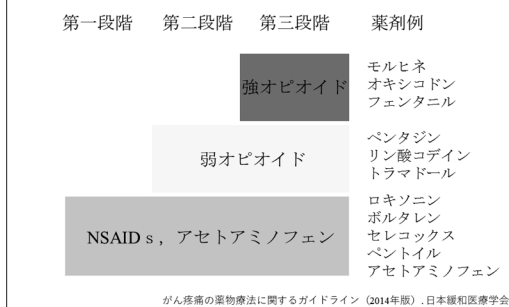
健常者：キシロカイン[®]、オーラ注[®]が第一選択

妊婦：キシロカイン[®]が第一選択、シタネストオクタプレシン[®]は禁忌

小児：30分以内の処置ならばスキャンドネスト[®]

鎮痛薬の使用方法はWHO除痛ラダー¹³⁾に従って考えると理解しやすい（Fig. 6）。

Fig.6 WHO除痛ラダー



すなわち、第一段階では、アセトアミノフェンやNSAID s といった非オピオイド鎮痛薬を使用し、これだけで疼痛コントロールが難しいようであれば第二段階の弱オピオイドを追加、それでもコントロールができないようであれば第三段階の強オピオイドを使用するという方法である。元々この考え方は、癌性疼痛に対して提唱されたものであるが、通常の外来診療や病棟での疼痛コントロールにおいても使用できる非常に有用なツールである。

さて、鎮痛薬を使用する際に注意すべきは、喘息、小児、妊婦、腎機能障害、肝機能障害、などがある患者である。喘息では、本邦で唯一ペントイル[®]（一般名：エモルファゾン）がアスピリン喘息に禁忌でないNSAIDsとして存在したが、2016年で生産中止となったため、現在ではアセトアミノフェン（1回500mg以下）やCOX 2 選択阻害薬であるセレコックス[®]（一般名：セレコキシブ）、弱オピオイドのソセゴン[®]、

ペンタジン[®]（一般名：ペンタゾシン）などを使用する。カロナール[®]やセレコックス[®]の添付文書を見るといずれも禁忌となっているが、喘息予防管理ガイドライン2015では¹⁴⁾慎重投与すれば使用可能となっている。なお、成人気管支喘息の約20%がアスピリン喘息を合併するといわれ¹⁵⁾、そのほとんどの症例で好酸球性副鼻腔炎が認められると報告¹⁶⁾されている。このため喘息を既往にもつ患者が来院された場合は、必ず好酸球性副鼻腔炎がないかを確認しておく。

小児の鎮痛薬の使用方法は、2段階除痛ラダーを採用する¹⁷⁾。すなわち、第一段階でアセトアミノフェンを使用し、疼痛コントロールが得られなかった場合、次に使用するのは強オピオイド、すなわちモルヒネになることに注意する。NSAID sはReye syndromeを引き起こす可能性があるため禁忌である。

妊婦の鎮痛薬は、ほとんどの薬剤が添付文書上で「治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ投与される」という記載があるので、この記載に従えばほとんどの薬剤は妊娠中・授乳中の女性に使用することができず現実的ではない¹⁸⁾。そこで、基本的にはアセトアミノフェンが第一選択であり、通常量の短期使用であれば安全性が確認されている。ただし、2012年より妊娠後期に動脈管収縮を起こす報告があり、妊娠後期で使用禁忌となったため妊娠時期は必ず確認する。催奇形性の可能性がある時期は妊娠4週～15週の器官形成期であり、特にこの時期での鎮痛薬使用は控える必要がある。また、NSAID sは胎児毒性（動脈管収縮、新生児肺高血圧症）があるためすべての時期で禁忌である。

腎機能障害がある場合は、かかりつけ医に相談し、クレアチニンをクリアランス（CCr）を確認し、CCrの数値に従って用量を調整する。用量調整については、薬剤ごとにそれぞれ異なるため、普段から使用する薬剤については必ず一度ガイドラインで確認しておくべきである¹⁹⁾（Fig. 7）。

Fig.7 腎機能と鎮痛薬の用量調整

一般名	商品名	CCr>50 ml/min	10<CCr<50	CCr<10	腎臓透析（CAPD）	透析（HD）
アセトアミノフェン	カロナール	300～1500mg 4～6回以上	300～600mg 4回以上	300～600mg 4回以上	300～600mg 4回以上	300～600mg 4回以上
チアミドド酢酸塩	ソランタール	150～100mg 5～12回 4回未満	禁忌	禁忌	禁忌	禁忌
ロキソプロフェンナトリウム	ロキソニン	60～180mg 3回以上	禁忌	禁忌	禁忌	禁忌
ジクロフェナク	ボルタレン	25mg 1回3回	禁忌	禁忌	禁忌	禁忌
メフェナム酸	ボンタール	1500mg 4回 1500mg 4回 250mg、最大15回2回まで、投与間隔は2時間以上	禁忌	禁忌	禁忌	禁忌
セレコキシブ	セレコックス	200～400mg 3回	禁忌	禁忌	禁忌	禁忌
エトドлак	ハイベン	400mg 3回	禁忌	禁忌	禁忌	禁忌
トラマドール	トラマセット	150～450mg 3回 150mg 3回	1/2に減量	1/2に減量	1/2に減量	1/2に減量
ベンタゾン	ソセボン [®] 、ベンタジン [®]	150～50mg 3回～5回	正常と同じ	正常と同じ	正常と同じ	正常と同じ
アプレノール	レバネン [®]	1500～2000mg 3回～4回 12時間以上	正常と同じ	正常と同じ	正常と同じ	正常と同じ

薬剤性腎障害診療ガイドライン2016, 日本腎臓学会58(4), 477-555, 2016

なお、NSAIDsは腎毒性が強く禁忌である。この理由として、NSAIDsは腎血管拡張作用があるプロスタグランジン産生を低下させ、腎血流量低下を引き起こすからと考えられている。一方、肝機能障害患者におけるNSAIDsやオピオイドの使用に関するガイドラインは存在しない。使用量の減量・投与頻度を減らすことが推奨²⁰⁾されるのみであるため注意する必要がある。

以上のように、疼痛コントロールができるかどうかは、術中の局所麻酔薬に問題があるのか、それとも術後に使用する鎮痛薬に問題があるのかをチェックし、局所麻酔薬や鎮痛薬の種類の変更、用量調整を行う。それができないと判断した場合は、高次医療機関に紹介すべきである。

感染コントロール

（感染性心内膜炎vs原疾患vs薬剤性）

感染コントロールの主人公となるのが抗菌薬である。このため感染コントロールを理解する上では、抗菌薬治療の考え方を知らなければならない。抗菌薬の大原則²¹⁾は、①感染臓器はどこか、②原因菌は何か、③重症度はどれほどか、を診断することである。これが分かれば抗菌薬を、①どこの臓器に、②どの細菌に対して、③どの程度効かせればよいのか、が分かるわけである。例えば、感染がない口腔内の外科処置では、口腔内常在菌である連鎖球菌を主体としたグラム陽性球菌をカバーすればよいのでペニシリン系の内服でよい。重度の感染がある場合は、原因菌がグラム陽性球菌から嫌気性菌主体のグラム陰性桿菌にシフトしているため、嫌気性菌キラーと称されるダラシン[®]（一般名：クリンダマイ

シン) とグラム陰性桿菌をカバーするセフェム系第三世代を併用し点滴すればよいわけである。

感染コントロールを考慮する際は、心臓弁膜症で感染性心内膜炎の予防をしなければならない場合、DM、腎機能障害、肝機能障害といった原疾患そのもので易感染性の状態となり感染予防しなければならない場合、BP製剤やステロイド剤使用患者、化学療法施行中の患者といった薬剤性により感染予防をしなければならない場合、などが挙げられる。感染性心内膜炎の予防投与をする際には、口腔内常在菌である連鎖球菌を叩けばよいと、ペニシリン系を使用すれば良い。具体的には、アモキシシリン 2gを処置1時間前に内服、経口投与ができない場合は、アンピシリン 2gを処置30分前に点滴する。ペニシリンアレルギーがある場合は、マクロライド系やクリンダマイシンを使用する^{22) 23)} (Fig. 8)。

Fig.8 感染性心内膜炎の予防投与

対象	抗菌薬	成人	小児
経口投与可能	アモキシシリン	2gを処置1時間前に投与	50mg/kgを処置1時間前に投与
経口投与不可	アンピシリン	2gを処置30分前に投与	50mg/kgを処置30分前に投与
ペニシリンアレルギーがあり経口投与可能	アジスロマイシン or クラリスロマイシン	500mgを処置1時間前に投与	15mg/kgを処置1時間前に投与
ペニシリンアレルギーがあり経口投与不可	クリンダマイシン or セファゾリン	600mgを処置1時間前に投与 1gを処置30分前に投与	20mg/kgを処置1時間前に投与 25mg/kgを処置30分前に投与
	クリンダマイシン	600mgを処置30分前に投与	20mg/kgを処置30分前に投与

感染性心内膜炎の予防と治療に関するガイドライン (JCS2003)

DMがある場合は、かかりつけ医に対診し、血糖コントロール状況を確認する必要がある。HbA1cは8.4%未満、空腹時血糖160mg/dl未満、出来ればHbA1c 7%未満、空腹時血糖130mg/dL未満が良いとされている²⁴⁾。血糖コントロールが悪く緊急性が低い場合は、処置をしばらく延期し血糖コントロールを優先する。緊急性が高い場合は、内科医のもとで入院下に血糖コントロールを早急に行ってもらようよう依頼する。また、糖尿病腎症や動脈硬化性疾患などの合併症がないかの確認とその程度を把握する必要がある。処置の際は、抗菌薬の術前投与を行い、術後はやや長めにする。

腎機能障害がある場合は、抗菌薬の用量調整を行う¹⁹⁾ (Fig. 9)。

Fig.9 腎機能と抗菌薬の用量調整

一般名	商品名	CCr>50ml/min	10<CCr<50	CCr<10	健康者例 (CAMP)	備考 (注)
アモキシシリン	サリシリン	1日 250mg 6~8回	1日 250mg 8~12回	1日 250mg 12回	1日 250mg 12回	4日投与、4日投与
セファロリン	セファロリン	750~1500mg 分3	750mg 分2	500mg 分2	500mg 分2	500mg 分2、4日投与、4日投与
セフトキシム	セフトキシム	300~450mg 分3	200mg 分2	100mg 分1	100mg 分1	100mg 分1、4日投与、4日投与
セフトキシム	セフトキシム	300~450mg 分3	200~300mg 分2~3	100~200mg 分1~2	100~200mg 分1~2	100~200mg 分1~2
セフトキシム	セフトキシム	200~300mg 分2~3	200~300mg 分2~3	100~200mg 分1~2	100~200mg 分1~2	100~200mg 分1~2、4日投与、4日投与
セフトキシム	セフトキシム	150~400mg 分3	150~400mg 分3	100~200mg 分1~2	100~200mg 分1~2	100~200mg 分1~2、4日投与、4日投与
ミノサイクリン	ミノサイクリン	150mg 分2	正量と見し	正量と見し	正量と見し	正量と見し
アジスロマイシン	アジスロマイシン	500mg 分1	正量と見し	正量と見し	正量と見し	正量と見し
クラリスロマイシン	クラリスロマイシン	400mg 分2	200~400mg 分1~2	200mg 分1	200mg 分1	200mg 分1
レボフロキサシン	レボフロキサシン	500mg 分1	正量と見し	正量と見し	正量と見し	正量と見し
イナキサラン	イナキサラン	200mg 分1	正量と見し	正量と見し	正量と見し	正量と見し

薬剤性腎障害診療ガイドライン2016, 日腎会誌59(4), 477-555, 2016

これは、鎮痛薬と同様にCCrの数値に応じて用量調整を行う必要があるため、かかりつけ医に対診し直近のデータを確認する。肝機能障害がある場合の抗菌薬の使い方は、鎮痛薬と同様に調整方法はほとんどないため、なるべく肝代謝の抗菌薬を用いないか投与量を変更する。

BP製剤については2016年にポジションペーパーの改訂があった²⁵⁾。大まかな内容としては、BP製剤投与前の歯科治療は投与開始2週間前までに終えておくこと、BP製剤投与中の歯科治療では、BP製剤内服4年以上でMRONJ発症リスクが上昇するためその場合は2ヶ月前後の休業、再開は創部の上皮化が終了する2週間を待って感染がないことを確認すること、としている。近年、MRONJ stage 2以上の症例で保存治療を行い改善が認められない場合は、積極的に外科処置を行い、良好な経過を得た報告が散見されるようになった^{26) 27)}。MRONJの外科治療やBP製剤使用中で外科処置を行わなければならない場合、抗菌薬術前投与と創部の完全閉創が必須である。

化学療法中の患者は、化学療法後1週から2週間後で白血球数が最低値 (Nadir) となる²⁸⁾。このため、基本的には化学療法前に口腔内の感染源となるものはすべて排除しておく必要があるが、万が一外科処置が必要となった際は、白血球2,000/ μ L以上、好中球1,000/ μ L以上であることを確認し抗菌薬の予防投与を行ったうえで行う。白血球2,000/ μ L以下、好中球1,000/ μ L以下の場合は、外科処置はもちろん歯科治療も避けるべきである。

ステロイド剤使用患者は、ステロイド性糖尿病やステロイド性骨粗鬆症がないか確認する。また、外科処置に伴うストレスの程度を勘案し、ステロイドカバーが必要かどうか検討する。処置の際は二次感染予防のため、術前より抗菌薬の予防投与を行い、術後も長めに投与する。

以上のように感染コントロールでは、感染性心内膜炎の予防をしなければならない場合、原疾患に問題があり感染予防しなければならない場合、薬剤に問題があり感染予防をしなければならない場合があり、症例ごとに抗菌薬を①どの臓器に、②どの細菌に対して、③どの程度効かせればよいかを考慮する。それでも感染コントロールに難渋すると判断した場合は、高次医療機関に紹介すべきである。

症例 1

患 者：71歳 女性

初 診：2016年X月。

主 訴：右下奥歯の疼痛。

家族歴：特記事項なし。

現病歴：右下 6 番が何度も疼痛と腫脹を繰り返すのでかかりつけ医を受診し、精査加療目的に当科紹介となった。

既往歴：冠攣縮性狭心症で 1 年前から 1 ヶ月に 1 回ニトロベン舌下錠を使用、喘息があり 2 年前からレルベア（ステロイド含有 β 2 作動薬）・メプチンエアー（ β 2 作動薬）吸入、骨粗鬆症でベネットを約 5 年間内服。

現症

全身所見：栄養状態良好。

口腔外所見：顔貌は左右対称。所属頸部リンパ節の腫脹圧痛は認めなかった。

口腔内所見：右下 6 番は Br が装着されており、同部の粘膜は発赤腫脹や瘻孔形成など認めなかった。下唇オートガイ部の知覚異常は認めなかった。

画像所見：パノラマ X 線画像で右下 6 番の根尖部に境界明瞭な類円形のエックス線透過像を認めた (Fig. 10)。

臨床診断：右下 6 番歯根嚢胞。

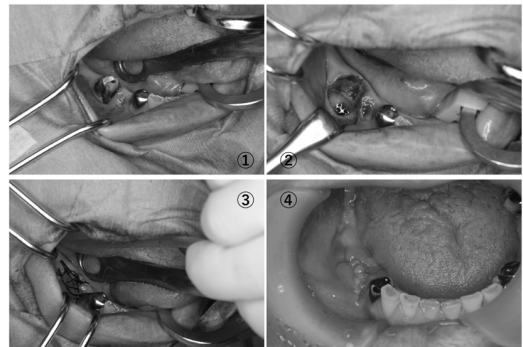
処置および経過：あらかじめ Br を除冠し (Fig.

Fig.10 症例1 パノラマ画像



11①)、全身麻酔下に右下 6 番抜歯、歯根嚢胞摘出術を施行した (Fig. 11②)。創部はフラップを減張切開し完全閉創にした (Fig. 11③)。術後、顎骨壊死を起こすことなく創部は上皮化したため、終診とした (Fig. 11④)。

Fig.11 症例1 経過



症例 1 の問題点の抽出とその対策

<出血コントロール>

なし。

<疼痛コントロール>

喘息があるため、鎮痛薬を頓用でカロナール (200) 2 T で対応した。

<感染コントロール>

ベネットを 4 年以上内服しているため、処方医に診し休薬を 2 カ月間行った。外科処置を行う際は、抗菌薬の術前投与としてサワシリン (250) 1 T、術後抗菌薬はサワシリン (250) 3 T 分 3 を 1 週間、創部は頬側の粘膜骨膜弁を用いて完全閉創した。

なお、ステロイドの吸入薬を使用していたが、手術の侵襲程度とステロイドの用量を勘案しステロイドカバーは行わずに施行した。

症例 2

患者：80歳 男性

初診：2016年X月。

主訴：歯がぐらぐらするので抜歯してほしい。

家族歴：特記事項なし。

現病歴：心臓弁膜症により当院循環器内科受診中で、今後心臓外科にて弁置換術を行う予定のため、周術期口腔維持管理依頼で当科コンサルトとなった。

既往歴：大動脈弁閉鎖不全症、高度三尖弁閉鎖不全症、うっ血性心不全、慢性心房細動によりリクシアナ30mg内服。

現症

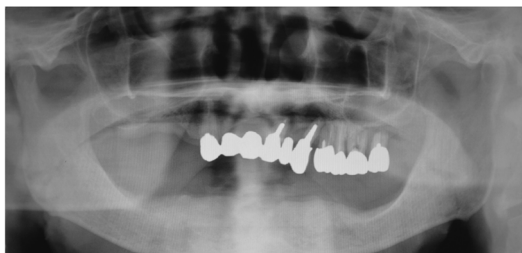
全身所見：栄養状態良好。

口腔外所見：顔貌は左右対称。所属頸部リンパ節の腫脹圧痛は認めなかった。

口腔内所見：下顎は無歯顎、上顎の残存歯はすべて動揺度3度で保存不可であった。

画像所見：パノラマX線画像で上顎前歯部にBr、左上臼歯部に残存歯があるものの、いずれも歯槽骨吸収が中等度から重度で認められた (Fig. 12)。

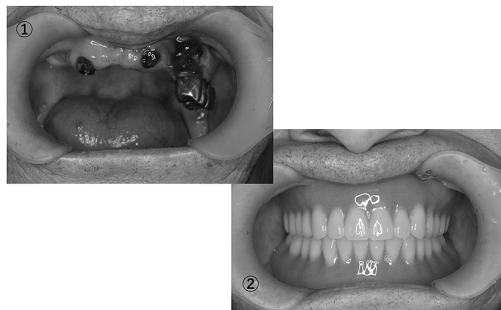
Fig.12 症例2 パノラマ画像



臨床診断：重度歯周炎。

処置および経過：入院下に局所麻酔下で数回に分けて抜歯を行った。なお、本症例では抜歯直後の止血は良好であったものの、翌朝創部から後出血を認めた (Fig. 13①)。このため、再度創部を搔爬し緊密に縫合しなおしたところ完全に止血できた。弁置換術の手術後に上下義歯を新製し終診とした (Fig. 13②)。

Fig.13 症例2 経過



症例 2 の問題点の抽出とその対策

<出血コントロール>

リクシアナを内服しているため、薬は継続のまま入院下で抜歯を施行。止血はスポンゼル填入、ガーゼで圧迫後、縫合を行い可及的に創部を寄せた。

<疼痛コントロール>

心不全があるため、局所麻酔薬は1回の処置につき、キシロカインカートリッジ1本までとした。

<感染コントロール>

心臓弁膜症があるため、感染性心内膜炎の予防投与を施行。抗菌薬は、サワシリン (250) 6 Tを処置開始1時間前に内服させた。

終わりに

有病者は、疾患の種類やその治療薬を含めて考えると、非常にバリエーションが豊富で複雑である。しかしながら、今回提示した3つのコントロールを順に検討していくことで、複雑な事象を単純化することができ、問題点を把握しやすくすることが可能である。多忙極める日常臨床の中で本概念を活用いただければ大いに光栄である。

参考文献

- 1) 藤井輝久、天野景裕、他：インヒビターのない血友病患者に対する止血治療ガイドライン：2013年改訂版。血栓止血誌24(6)：619-639、2013。
- 2) 西田次郎：内科系「肝臓疾患のある患者に

- 対する歯科治療上で注意すべき点、知っておくべき点について教えてください。」歯科学報110(6)：791-792、2010。
- 3) 北島大輔、西山和利：抗血栓療法up date。杏林医会誌44(4)：201-207、2013。
 - 4) G. D. Barnes, et al：Recommendation on the nomenclature for oral anticoagulants：communication from the SSC of the ISTH. Journal of Thrombosis and Haemostasis 13(6), 1154-1156, 2015.
 - 5) 矢坂正弘：これからの抗血栓療法—ワルファリンと新しい抗血栓薬をどう使い分けるか？—。J. ELECTROCARDIOLOGY 33(2)：148-155, 2013.
 - 6) 三田村秀雄：新規抗凝固薬使い分けのポリシー。心臓47(2)：135-139、2015。
 - 7) Wahl MJ：Dental surgery in anticoagulated patients. Arch Intern Med 158. 1610-1616, 1998.
 - 8) 一戸達也：歯科麻酔系「アドレナリン添付リドカインとフェリプレシン添付プロピトカインの使い分けは？」。歯科学報109(4)：403-404、2009。
 - 9) 吉田和市、有坂博史：歯科用リドカインカートリッジに含まれる添加剤について。ORAL DENTAL TOPICS13：1-6、2003。
 - 10) 光畑裕正：アナフィラキシーの治療と機序—局所麻酔。薬アレルギーを中心に—。日歯麻誌31：235-244、2003。
 - 11) 岩本理恵、北條敬之、他：局所麻酔薬アレルギーが疑われ北海道大学病院歯科麻酔科外来を受診した症例の検討—当院における20年前の検討報告との比較—。北海道歯誌34：114-119、2014。
 - 12) 後藤早智、茂木瑞穂、他：小児歯科治療における歯科用局所麻酔剤スキャンドネスト？の臨床的評価—他局所麻酔剤との比較—。小児歯科学雑誌50(3)：193-201、2012。
 - 13) 太田恵一朗、他：WHO方式がん疼痛治療法とは；がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン2014年版、金原出版、2014、37-41。
 - 14) 日本アレルギー学会：喘息予防管理ガイドライン2015、協和企画、2015。
 - 15) 後藤隆志、一戸達也：気管支喘息を有する患者に対する歯科治療時の注意点を教えてください。歯科学報112(4)：521-524、2012。
 - 16) 嘉数朝一：アスピリン喘息 (aspirin-induced asthma：AIA) とは？。沖縄医報44(2)：1-2、2008。
 - 17) 武田文和：WHOガイドライン病態に起因した小児の持続性の痛みの鎮痛薬による治療、金原出版、2013。
 - 18) 社団法人愛知県薬剤師会妊婦・授乳婦医薬品適正使用推進研究班：「妊娠・授乳と薬」対応基本手引き (改訂2版)、2012、8-11。
 - 19) 成田一衛、他：薬剤性腎障害診療ガイドライン2016。日腎会誌58(4)：477-555、2016。
 - 20) 肝硬変患者における鎮痛剤の投与—文献とエビデンスに基づく推奨。Hepat Mon 14：1-8、2014。
 - 21) 青木眞：感染症診療の基本原則：レジデントのための感染症診療マニュアル。第3版、医学書院、2015。
 - 22) 大木貴博：感染性心内膜炎とはどのような疾患で、歯科治療においてはどのような点に注意すれば良いでしょうか。歯科学報114(2)：177-179、2014。
 - 23) 宮武邦夫、他：感染性心膜炎の予防と治療に関するガイドライン (JCS 2003)。Circulation journal：official journal of the Japanese Circulation Society, 2003.
 - 24) 和田健、岡田定：代謝性疾患患者、糖尿病患者；歯科チェアサイドマニュアル有病者はこう診る。医歯薬出版、2016、87-91。
 - 25) 米田俊之、萩野浩、他：骨吸収抑制薬関連顎骨壊死の病態と管理：顎骨壊死検討委員会ポジションペーパー2016。
 - 26) 浜田智弘、馬庭暁人：ビスホスホネート系薬剤関連顎骨壊死 (BRONJ) に対する外科治療の検討。奥羽大歯学誌37(1)：35-42、2010。
 - 27) 浅香雄一郎、牧田浩樹：外科的治療が有効であったビスホスホネート関連顎骨壊死の1例。日口外誌55(7)：354-358、2009。
 - 28) 古河洋、松山賢治：抗がん薬の副作用と発現時期は？；外来がん化学療法Q&A—抗がん薬の適正・安全使用と副作用対策—。第2版、じほう、2010、111-113。

歯科口腔外科と医科との連携が重要

～開放型病院連絡会～

2月25日(土)18時30分から、国立病院機構熊本医療センター2階地域医療研修センターホールにて、平成28年度第2回(通算42回)開放型病院連絡会が行われた。



毎回大勢の連携医が参加します

連絡会は、国立病院機構熊本医療センター院長 河野文夫先生の開会の挨拶から始まった。先の熊本地震で、市民病院も被災し、救急患者は増加している中、国立病院機構熊本医療センターは、365日24時間どんな急患も断らないと挨拶をされた。次に、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・熊本市医師会会長 福島敬祐先生が挨拶をされた。熊本地震の際は、国立病院なしでは乗り切れなかったとのお話があった。また、開放型病院の歯科は県内386名が登録しているとの紹介もあった。

総会は、熊本医療センター開放型病院運営協議会委員・熊本市医師会理事 家村昭日朗先生と熊本医療センター開放型病院運営協議会委員・国立病院機構熊本医療センター副院長 高橋毅先生を総合司会に行われた。

最初に、歯科口腔外科部長の中島健先生が「歯科口腔外科と医科との連携について」と題して次のように述べられた。超高齢社会での医科歯科連携の中心は2つあります。1つは、口腔機能低下症に対する多職種の連携。もう1つは、口腔細菌叢の重要性と全身への影響、周術期口腔機能管理です。国立病院は、今後医科歯

科連携の窓口としての役割を果たしていきます。歯科口腔外科の医科歯科連携の方向性は、①口腔領域疾患 現在＝口腔領域の炎症、外傷、顔面痛の診断治療から、今後＝頭頸部腫瘍チームによる集学的治療へ ②口腔機能管理 現在＝がん患者・心臓血管外科の周術期口腔管理から、今後＝すべての疾患の集術期口腔管理へ ③摂食嚥下機能の評価 現在＝急性期の嚥下障害の評価(病棟)から、今後＝緩和ケア・誤嚥性肺炎への予防的対応へと移行していく。これらの



医科との連携を講演する中島健歯科口腔外科部長
ことを、国立病院での症例を通じて提示された。

次に、地域医療連携室長 清川哲志先生から、総合診療科の紹介があった。総合診療科では、発熱・痛みの診療を中心に、早く正確な診断と迅速な報告をモットーに皆様のニーズにお役に立てるよう精進しているとのことであった。またお知らせとして、家族性地中海熱の診断基準



歯科医師会を代表して謝辞を述べる

の説明があった。連絡会は、最後に熊本市歯科医師会会長 宮本格尚先生の挨拶にて閉会となった。

続いて、特別講演が行われた。特別講演は、「地域医療構想と地域包括ケア」と題して、厚生労働省大臣官房審議官 椎葉茂樹先生が講演を行った。社会保障制度改革国民会議報告書の

説明を中心に、地域包括ケアは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく必要があり、地域医療構想区域における医療機関の役割の明確化などについて見解を示された。

(医療管理 有働秀一)



医事功労者県知事表彰



今回は歯科関係者が多く表彰された

3月10日(金)15時より熊本県庁にて平成28年度熊本県医事・薬事・健康づくり功労者及び優良団体等知事表彰を受けてまいりました。今回は歯科関係者が多く受賞されて嬉しく思いました。受賞者は医事功労者として、伊藤明彦先生、清村正弥先生、古川由美子衛生士、三島良之市議、それに私、薬事功労者として粟津貴昭氏、健康づくり功労団体として熊本市8020健康づくりの会でした。

私の場合はまだまだ実績・経験ともに足りないのですが、執行部や会員、その他多くの皆様

に支えていただいたおかげの受賞だと思っています。この場をお借りしてあらためて感謝申し上げます。先日の熊本市歯科医師会通常総会において、寺本選挙管理委員長から会長予備選の当選証書をいただきました。6月の理事選挙を経ないと確定ではありませんが、次期も会長職をお任せいただいたら、今まで以上に粉骨碎身、頑張りたいと思っていますので宜しくお願い致します。

(会長 宮本格尚)



『歯列の予後をより良い方向に導くための補綴設計』

～平成28年度 熊本市歯科医師会第4回学術講演会～



多数の聴講者が集った

2月25日(土)15時より県歯会館3階市会議室にて、第4回熊本市歯科医師会学術講演会が開催された。講師に熊本市ご開業の永田省藏先生をお招きし「歯列の予後をより良い方向に導くための補綴設計」と題してご講演いただいた。開催に先立ち、宮本格尚会長から、開催の挨拶をいただき講演が始まった。

現在、日本の高齢化社会において多くの高齢者は少なからず歯を有しており、その欠損状態も様々である。そして、それらに対し私達歯科医師は欠損補綴を行っている。



宮本会長による開会の挨拶

前半は、日常診療の中で欠損があれば当たりまえのように安易に欠損補綴を行っているのではないかとその前に、しっかりと「欠損歯列の

診断」をすることが良好な予後につながるとお話された。

欠損歯列の診断

1. 生物学的診査 残存歯の病態
残存歯のカリエス→歯牙の崩壊度
歯周病→炎症の波及度
咬合性外傷→加わる病的な力の程度を把握する
カリエスタイプ、歯周病タイプ、パワータイプの見極めが大事である。
2. 力学的診査 咬合支持（支持域、支持数）
対向関係（受圧／加圧）
歯列の対称性

欠損歯列の臨床診断では、上顎、下顎といった片側の残存歯や欠損形態から診断することは難しい。そこで歯列の見方を切り替え、上下顎関係・対向関係をみる診査が必要である。

咬合支持による見方

顎位の崩壊度を診断する物差しとして、Eichnerの分類と咬合支持数による分類を行い、欠損歯列の位置を把握する。このような欠損の位置づけは、症例の現状の評価と予後を推測するために必要である。

[Eichnerの分類]

左右の大白歯群、小白歯群の4つの咬合支持域における、咬合支持の有無を基準とした欠損歯列の分類。上下顎の咬合支持を重視しているため、欠損歯列の病態把握に向いている。しかしEichnerの分類では、顎位の崩壊が上顎か下顎かの判断が出来ない。そこで上下顎歯列を左右の臼歯部と前歯部6ブロックに分け、その有無の組み合わせで欠損歯列を64パターンに分類した「Cummerの分類」も用いる。

[咬合支持数による分類]

実際の咬合状態にとらわれず、上下顎の同名歯を数え、0～14の15段階で表す（顎位の崩壊程度から予後予測の目安とする）

10以上 安全エリア

9～7 リスクエリア

6～5 ハイリスク

4以下 ソフトエンド

（咬合が崩壊した歯列として対応）

対向関係、残存歯の良否判断

（受圧条件と加圧因子）

受圧条件

欠損補綴側の条件で、片顎単位で遊離端欠損の数を数える。

良好（中間欠損）、普通（片側遊離端欠損）、不良（両側遊離端欠損）の3段階に分類。咬合の回復度を表す。

加圧因子

遊離端欠損に対向する残存歯をいい、歯列全体の性質として強いかわかりかを捉えることが出



しっかりした「欠損歯列の診断」が必要

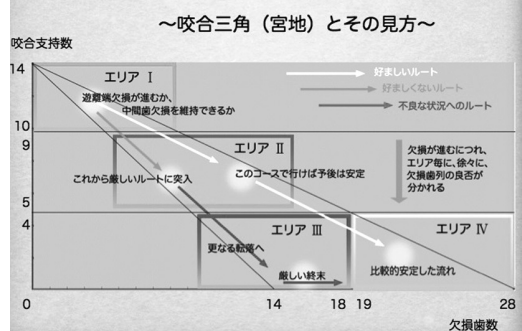
来る。遊離端欠損に対向する残存歯は、同顎にとってはサポートとして働くが、対顎にとっては加圧因子となり悪玉となる。咬合回復後の不安定の要因となる。また、歯と歯で咬んでいる歯はより多く、咬んでいない歯はより少ない方が予後は良い。



顎位の崩壊度の診断が重要

これらの歯列や残存歯の診断を行い、現在どの欠損レベル（咬合三角：宮地）にあるかを把握し、将来の欠損拡大のリスクを予測することが欠損症例において重要になる。そして、出来るだけ緩やかな角度（右側）で進行するように注意しなければならない。そのためには受圧、加圧のコントロールなど何らかの処置が必要となる。

欠損歯列の位置と流れ



欠損補綴の予後の良否には、補綴治療の技術や精度が重要であるが、それ以上に歯列の性質が関係している。「残る歯牙は残るべくして残る」つまり歯列の性質、歯列の傾向性が最も重要でありそのリスクを認識し、患者のタイプを見極め、予後を推測する事がポイントになると多くの症例を提示して話された。

後半は、欠損補綴の内容でパーシャルデンチャーの維持装置、一次固定と二次固定、AGCテレスコープデンチャーの利点（優位性）について解説された。

維持装置（クラスプ）の3要素

サポート（支持）：垂直的に伝わる機能圧に対する負担

ブレーシング（把持）：揺さぶりのような側方的な力に対する負担

リテンション（維持）：義歯の着脱への抵抗

両側性のクラスプ義歯では、頬側がリテンションアーム、舌側がブレーシングと機能を分離することで、義歯挿入時の維持歯の保護につながる。そのためには、クラスプが維持歯に挿入される際、頬側よりも舌側アームが先に維持歯に触れ、維持歯を支えることにより、アンダーカットに入っていく頬側アームの押す力に歯が揺さぶられずに装着出来るような配慮が必要となる。小臼歯など舌側が張り出している場合など、マウスプレパレーションが必要となる事が多い。

難しいすれ違い咬合では、受圧条件の改善として、片側性を両側性に、加圧因子の改善として義歯床内に歯を入れるなど、補綴する際は受圧、加圧を常に考えなければならない。



大塚理事より感謝状

AGCテレスコープ（二次固定）

〈特長 利点〉

1. 極めてリジットな支持 超精密な適合性
咀嚼の回復効果大
2. 清掃性・支台周囲環境が良好
3. 動揺歯に対する二次固定効果
4. 術後の変化やトラブルへの対応性

5. 審美性

外せることが最大の利点になる。そしてメジャーコネクターがない可撤性義歯で、出っ張りが無いことから、患者からの評判が大変良くリカバリーも対応しやすい。また二次固定であるため、一次固定のようなセメント合着は行わず、応力の集中化や、二次カリエスや歯根破折など一次固定と比べて少ないなど、利点は多い。



講演を終えられて

今回、歯列の性質を把握してはじめて、歯列の予後のよい補綴設計が決まるということ、欠損補綴（パーシャルデンチャー）の基礎から、AGCテレスコープデンチャーまで説明され、高齢化社会などの時代背景も考慮しつつ、保険—自費、固定性—可撤性といったことなく、何が患者さんにとって一番大事なのか、私達がすべきことは何なのか、考えさせられた大変有意義な講演会であった。

最後に大塚昭彦学術理事より、永田先生へ感謝状の贈呈を行い閉会となった。

（学術 清水幹広）

カルテの正しい記載方法を研修 平成29年度 社保勉強会

4月5日(水)19時30分より、今年度より指導医療官の交代に加え厚労省と熊本県による共同指導が7月20日(木)・21日(金)に開催されることに先立ち、社保委員会による勉強会を歯科医師会館4階ホールにて開催いたしました。平成27年度に集団的個別指導を受講された先生方を中心に、会員の先生方全員を対象として開催し、112名の先生方にお集まり頂くことができました。

宮本会長の挨拶に続き、社保委員6名により、カルテの正しい記載方法など個別指導に向けて気をつけることについて以下に挙げることを中心に説明を行いました。

- ・ 個別指導の選定方法について
- ・ 個別指導時の準備事項及び携行品について
- ・ 院内掲示の必要な届け出事項の確認（県歯科医師会会員専用ホームページに雛型がある）
- ・ プリントアウト後のレセコン上での訂正は、カルテ上では手書き（二重線）で訂正する
- ・ 未収金の管理に気をつけること
- ・ 保険治療の補綴で、TeC代を自費でもらってはいけない
- ・ 購入伝票では、金パラや傾向的に出てくる処置の使用材料等の購入履歴が確認されることがある
- ・ カルテ、技工指示書、納品書が一致しているか必ず確認すること
- ・ カルテの記載は、診療行為の手順に沿って記載すること
- ・ カルテには処置内容だけでなく、診断や診療行為の根拠となる症状・所見及び処置後の経過を十分に記載すること
- ・ 歯周治療においては、X線所見と検査結果及



活発な質疑応答が行われた

- び治療内容が、しっかり整合性がとれているかが大事である
- ・ X線の所見など、算定にあたってはカルテに要点等を記載することと青本に書いてある場合で、そのカルテ記載がない場合は、返還になりやすい
 - ・ 再指導になる最大の要因として、架空請求・付増請求・振替請求・二重請求といった不正請求が疑われる重大な過ちを犯した場合があげられる
 - ・ 歯科疾患管理料及び歯科衛生実地指導の算定における、提供文書の書き方について（患者が貰って役に立つ文書を作成する事が原則）
 - ・ 歯科疾患管理を行う場合は、症状経過、検査結果に基づいた治療方針、及び指導内容を記載するとともに、継続性のある指導管理を行う
 - ・ 支払基金の審査と個別指導の相違について
- 以上を中心とした説明の合間にも、活発な質疑応答が行われ、随時渡辺理事からの補足を行いながら説明会は進行し、会は盛況のうちに2時間15分ほどで終了しました。

(社保 福田勇人)

重度歯周病患者へインプラントを用いて 咬合再構成を行った1症例

医) まえじま歯科医院 前嶋 和幸

〔はじめに〕

重度歯周病患者においては臼歯部咬合崩壊、
歯牙欠損、歯牙挺出といった状態がみられ咬合
の再構築を行っていく上で非常に困難なケース
が多い。

今回はそういった症状を有する患者に対して
インプラントを用いて咬合再構成を行った症例
を報告する。

〔初診〕

患 者：M.N 男性

年 齢：54歳

初診日：H19. 1. 10

主 訴：前歯部の動揺が気になり来院

既往歴：特記事項なし

喫煙歴：なし



写真 1



写真 2



写真 3

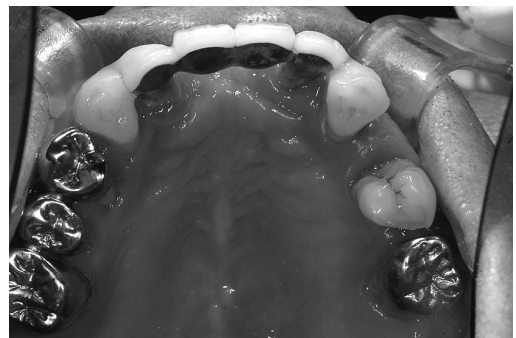


写真 4



写真 5

写真 1～6、写真12、図 1

〔診査 検査所見〕

初診時口腔内写真より数多くの不良補綴物、
咬合平面の乱れ、残根状態、歯周病による歯牙
挺出が確認でき、欠損も認められる。またパノ



写真12

Probing depth

	645	544	433	346	676		676	779	667	788	
	6	5	4	3	2		2	3	4	6	
	634	444	433	335	665		666	668	565	866	
	778	978	566	322	323	233	322	433	454	667	
	7	5	4	3	2	1	1	2	3	5	7
	678	886	656	323	323	332	323	333	556	766	

図 1

ラマX線写真より多数歯にわたる垂直性骨吸収が確認でき、プロービングチャートでは深い歯周ポケットが多く存在する。顎関節等に異常は認めなかった。

[診断]

広汎性慢性歯周炎

[治療計画]

- 1、初期治療
- 2、6 4 インプラント埋入
- 3、4 6 インプラント埋入
- 4、1|2 4 インプラント埋入
- 5、3|6 インプラント埋入
- 6、6 4 インプラント埋入
- 7、プロビジョナルレストレーション
- 8、最終補綴

[治療経過]

今回のケースにおいて患者より人前で話す機会が多いという事であったためインプラント処置に関しては分けて行い、また抜歯予定の残根はインプラントのインテグレーションが獲得出来るまでは暫間補綴の維持として使用していき

残根部へのインプラント治療を行う際には抜歯即時埋入を行っていく事とした。



写真 6



写真 7

写真 6、7

右下 4 番の抜歯即時埋入、6 番の成熟側埋入。7 番は最終的には抜歯であるがインテグレーションの獲得までの固定に用いる事とした。



写真 8

写真 8、9

左下 4 番、6 番の成熟側埋入。埋入トルク値もよくペリオテスト値も低かった為即時負荷をかける事とした。



写真 9



写真13



写真10

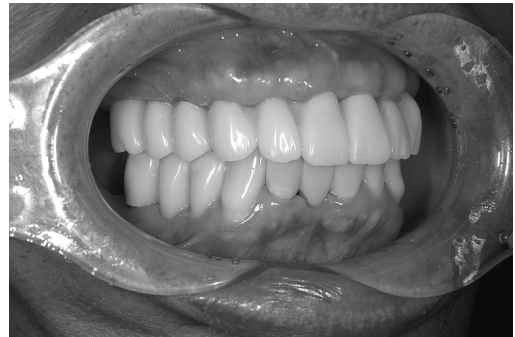


写真14



写真11



写真15

写真10、11

上顎へのインプラント埋入に関しては抜歯後の骨吸収を考え口蓋側より低位に埋入する事とした。

写真13、14、15

プロビジョナルレストレーションにより顎位、機能的、審美的問題がないか確認する。

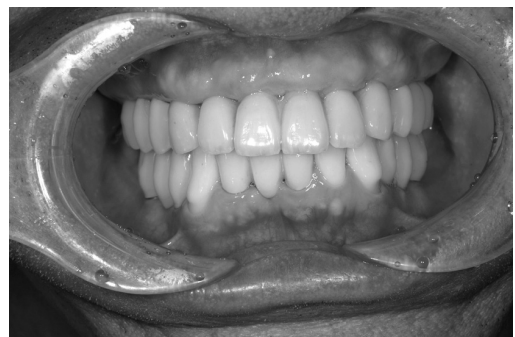


写真16



写真17

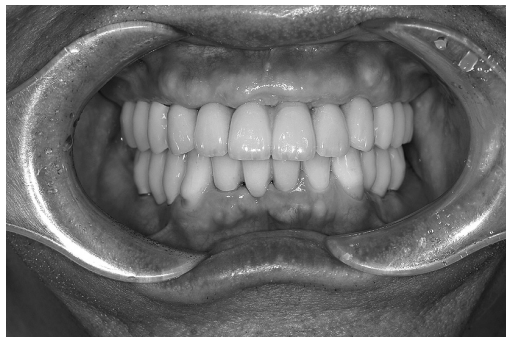


写真21



写真18

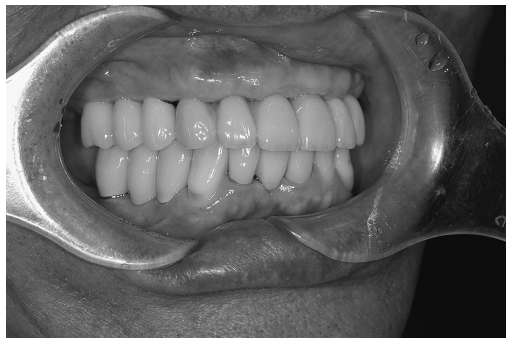


写真22



写真19



写真23



写真20

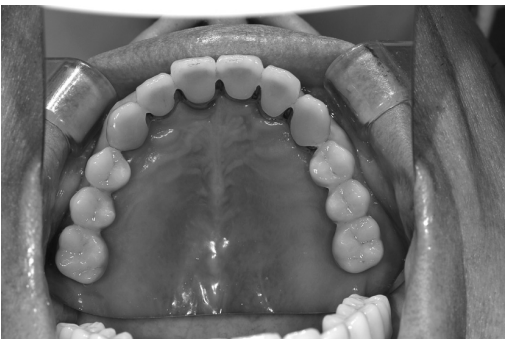


写真24

写真16、17、18、19、20
最終補綴物装着時。



写真25

写真21、22、23、24、25

現在術後6年経ちメンテナンス中であるが、何の問題もなく経過している。

[考察]

重度歯周病患者においては最初に述べた通り、様々な臨床症状がある状態で来院する。さらに上下顎の位置関係、咬合状態をしっかり把握した上で診断し、治療計画を立案して治療に入っていかなければ、治療途中において苦慮する場合もでてくることがある。インプラントによってしっかりとしたパーティカルサポートを獲て臼歯部咬合関係を確立し、プロビジョナルレストレーションを用いて顎位、顎関節への問題、審美性、口腔機能の問題等経過観察後に最終補綴物へ移行することが重要な要素であると考えている。



新人です！よろしくお願いします

新 入 会 員 紹 介



氏 名 八田 知之
診療所名 はった歯科・
小児歯科クリニック
(診療所) 〒860-0079
熊本市西区上熊
本 2 丁目18-1

電 話／096-342-4699

FAX／096-342-4699

生年月日 昭和52年 5 月21日

趣 味 スポーツ、買物

好きな言葉 鬼手仏心





スポーツの広場



あつまるデンタルゴルフ会

1月22日(日)			14名				
			OUT	IN	GRO	HD	NET
優勝	本田	治夫	48	48	96	29	67
2	中島	健	46	49	95	27	68
3	北川	隆之	39	45	84	15	69
4	佐藤	弘法	44	46	90	19	71
5	古賀	明	47	46	93	22	71
B.B.	寺島	美史	57	58	115	37	78

2月19日(日)			15名				
			OUT	IN	GRO	HD	NET
優勝	樋口	博一	45	45	90	20	70
2	安田	光則	44	48	92	21	71
3	三隅	晴具	41	45	86	14	72
4	本田	治夫	47	49	96	24	72
5	青木	道育	50	52	102	30	72
B.B.	奈良	健一	50	53	103	19	84

3月19日(日)			15名				
			OUT	IN	GRO	HD	NET
優勝	古賀	明	46	52	98	21	77
2	安田	光則	48	50	98	20	78
3	青木	道育	57	52	109	30	79
4	河野	敬明	55	50	105	26	79
5	山室	紀雄	51	54	105	25	80
B.B.	寺島	美史	60	69	129	37	92

熊本デンタルゴルフ会

3月26日(日)			12名				
			OUT	IN	GRO	HD	NET
優勝	渡辺	洋	44	50	94	21.2	72.8
2	千場	正昭	53	46	99	25.9	73.1
3	稲葉	逸郎	43	41	84	9.8	74.2
4	工藤	隆弘	48	48	96	20.8	75.2
5	椿	幸雄	53	53	106	30.7	75.3
6	神戸	威	49	50	99	22.8	76.2
7	大嶋	健一	47	45	92	13.5	78.5
8	甲斐	利博	51	47	98	18.3	79.7
9	本田	亘	52	56	108	27.4	80.6
10	内田	隆	52	58	110	26.3	83.7
11	上田	忠	51	53	104	20.0	84.0
12	小柳	一哉	62	57	119	20.0	99.0

デンタルコンペ

4月23日(日)			9名				
			OUT	IN	GRO	HD	NET
優勝	甲斐	利博	46	46	92	18.3	73.7
2	三笥	司	43	43	86	11.9	74.1
3	渡辺	洋	49	49	98	21.2	76.8
4	大嶋	健一	44	48	92	13.5	78.5
5	稲葉	逸郎	43	46	89	9.8	79.2
6	工藤	隆弘	53	51	104	20.8	83.2
7	添島	正和	50	55	105	20.6	84.4
8	内田	隆	56	55	111	26.3	84.7
9	小柳	一哉	48	57	105	20.0	85.0

熊本城マラソン2017



無事役目を終えたAED隊

2月19日(日)、熊本城マラソン2017が開催されました。

スタート時は少し寒く感じましたが、レース中は晴れて温かい一日となりました。

私はAEDを背負い、自転車で移動しながら、傷病者がいれば救護するモバイルAED隊として、熊本城マラソンに参加しました。本会からは宮本会長をはじめ、16名の歯科医師、歯科衛生士がモバイルAED隊員として集合しました。

当日までに、顔合わせミーティングやマラソンコース試走会を重ねました。また前日には、AEDや無線機の配布があり、翌日の本番へ向け、緊張が高まってきました。

当日は、朝7時に歯科医師会館に集合し、最終打ち合わせを行いました。そこで救護ランナーの方ともお会いし、私たちとは違った緊張感を感じました。

そして8時過ぎには歯科医師会館を出発し、決められた配置へとつきました。

私たちが、まず付き添うのは、復興チャレンジファンラン(約3キロ)のランナーです。ファ

ンランでは、上通り、下通りのアーケードを中高生、仮装ランナー等が楽しく駆け抜けていました。ランナーも残り少なくなってきたところで、サンプラザ中野さん、佐藤弘道お兄さん、間寛平さんが、沿道の観客と握手し、写真を撮られながら走ってきました。私も寛平さんに握手してもらいました。このように、復興チャレンジファンランは和やかな雰囲気の中、全員が完走されました。

ファンランの最終ランナーを見送った後、フルマラソンのコースに移動しました。

私は35キロ過ぎの平成大通りの登り坂辺りでランナーを見守っていました。さきほどまでのファンランの雰囲気とは違って、ランナーの方はどなたも体力の限界に挑戦しながら、気力をふりしぼって、坂道を駆け上がって行かれます。中には、当会から参加の救護ランナーの姿も見かけましたが、みな素晴らしい走りをしておられました。

そしてフルマラソンの最終ランナーが、自分の配置場所を通過すると、ランナーと一緒に私

たちもゴールの熊本城へと向かいました。

最終ランナーが、最後の熊本城の登り坂を上り切り、多くのランナーや観客が見守る中、感動のゴールをしました。ゴールしたランナーは皆、達成感にあふれているように見えました。

大会の最後に、大西市長が声を詰まらせながら、「地震があって、ここまでできるとは思いませんでした。」とあいさつされたのが、大変印象的でした。全国から多くの応援を頂き、熊本が元気をもらえたように感じました。

今年は暖かかったせいもあり、傷病者は少なかったようです。

夕方からは救護ランナーを務めた方々と一緒に打ち上げがありました。そこでは、マラソンの話に花が咲きましたが、お互い、来年の健闘を誓い合い、お開きとなりました。福井偉功人

温 永智 60歳 フルマラソン歴 2回目
ネット・タイム 6時間21分

舐めてました。去年の初マラソンが5時間31分だったので、今年はちょっと頑張れば5時間切れると思って走ったのですが、体調が悪かったせいもあるかと思いますが、20kmの時点で両足が攣り、残りの半分を歩いてゴールしました。6時間のペースメーカーが「6時間が通り過ぎまーす。そろそろ後ろを気にして下さいーい」と言って通り過ぎるのを見ても、どうすることもできず、悲しかったです。あと少しで関門に引っかかるころでした。

来年チャンスがあったら、今年のリベンジをしたいと思っています。



惨敗でした

宮田正孝 53歳 マラソン歴 6年
タイム 4時間44分

1日10kmの練習をして臨んだマラソンでしたが、30kmあたりで右ハムストリングが攣りペースダウン。その後、時折ヒクヒク不気味な筋痙攣を感じながら恐る恐る進みました。そして最後の登り坂でガツンと攣り伸ばしつつ歩きながらの苦しいゴールとなりました。楽しく爽やかに走り切るには練習方法を再考する必要を感じました。次回に向け開始します！

古川猛士 64歳 マラソン歴 3年(?)
(お城マラソンのみ3回目)

タイム 6時間25分24秒
(ネット・タイム 6時間12分56秒)

ファンランにスザンヌちゃんとかがいたので、みんなスタート時に見ていくのか、いままでより倍以上スタートラインにたどり着くのに関時間がかったのです。

サポートランナーでしたが、低体温症のじいちゃんを見つけて救護所まで付き添ったりして。自分のことでいっぱいいなのに。

後半はメディカルのビブスをつけてるのを忘れてエイドで食べまくったのです。臨港線折り返した後のタイピーエン、最後の1個を食べたのは私です。申し訳なし。

渡辺 洋 55歳 マラソン歴 6年
タイム 3時間44分41秒

今回もメディカルランナーとして参加させてもらいました。周囲を見渡す余裕もなくひたすら走りました。幸いなことにケガや負傷された方に出会うことなく、もしかすると気づくことなく走ったんだろうと思います。年々のスロウダウンは仕方がないとしても、周りへの余裕と気遣いを自覚して走らなければと反省しきりです。せめて、低体温用の銀紙ぐらゐは持って来年は走ろうと思っています。

小野秀樹 54歳 マラソン歴 6年

タイム 4時間8分42秒

熊本城マラソンに5回目の参加、救護ランナーとして2度目の参加でした。昨年もでしたが、2週連続のフルマラソンチャレンジです。

疲れも残っているので、今回は救護ランナーとしてボランティア精神を持って走ろうと心がけていました。走行中のトラブル遭遇は目の前でのランナー転倒くらいでした。すぐに復帰出来た様です。主催者が要望している様な一次救命を必要とするランナーに遭遇することはありませんでしたが、きつそうなランナーになるべく声をかける様にしました。当然、私もきついのですが笑顔でいられるだけの余裕を残しての走行です。周りを見ながら走るといろいろな発見がありました。20km過ぎると歩く方、屈伸する方が増えてくる。新港線は行きと帰りでランナーのスピードも顔の余裕も違う。ニュー

スカイ横まで歩くランナーは多いが白川を超えるとにわかには走り始める。声援の力か!?第一高校前のエイドで食べる人は少ない等々。救護ランナーとしての自覚が出てきたか?

町田宗一郎 47歳 マラソン歴 6年

タイム 3時間35分

1年前から始めた通勤ラン（1日12〜20キロ 週休2日）のおかげで体もスリム（体重8キロ減 体脂肪14%）になり記録も伸びた。

熊本城マラソンの一週間前に延岡西日本マラソン（フル3時間23分完走）に出て、まだ疲れも取れず無謀だと思いつつ救護ランナーとしてスタート。10キロ付近で既に足が痛く鎮痛剤の世話になりどうにか3時間35分、途中意識不明者などなく、ホッとしてゴール。今期5つフル（出水ツル・ホノルル・指宿菜の花・延岡・熊本城）に出走。さらなる目標（3時間15分）を持って走り続けたい。



会 務 報 告

理 事 会

月 日	協 議 題
1 月26日	会務、会計、庶務報告
2 月23日	会務、会計、庶務報告
3 月16日	会務、会計、庶務報告

厚 生 委 員 会

月 日	協 議 題
1 月11日 2 月27日	・新年会について ・合同委員会について ・ビアパーティーについて ・在宅支援ハンドブックについて
3 月22日	・新年会反省 ・合同委員会について ・ビアパーティーについて ・文月会について ・訪問診療について

医 療 管 理 委 員 会

月 日	協 議 題
1 月25日	・医歯連携セミナー打合わせ ・開放型病院連絡協議会打合わせ ・カレンダー作成 ・スタッフレベルアップセミナー打合わせ
2 月16日 2 月25日 3 月22日	・医師連携セミナー出務 ・開放型病院連絡協議会出務 ・医歯連携セミナー打合わせ ・合同委員会打合わせ ・ビアパーティー打合わせ ・スタッフレベルアップセミナー打合わせ

広 報 委 員 会

月 日	協 議 題
1 月 6 日 1 月20日	中岳レイアウト 中岳176号第1稿校正 シティFM出務決め
1 月27日 2 月28日	中岳176号第2稿校正 定款規則集の件 審議員会、総会取材打ち合わせ
3 月28日	中岳177号目次決め

地域学校歯科保健委員会

月 日	協 議 題
1 月12日	・酪農マザーズ企業検診について ・日銀企業検診について ・TKUすくすく子ども博について ・第3回学校保健理事会について ・歯の祭典について
2 月22日	・後期高齢者検診事業説明 ・日銀企業検診 ・熊本県障がい児（者）歯科保健推進協議会
3 月16日	・平成28年度学校保健会 ・酪農マザーズ企業検診 ・衛生士会熊本市支部より「平成28年度歯磨き巡回指導実施記録の冊子」 ・歯の祭典について

社 保 委 員 会

月 日	協 議 題
1 月25日	・2月指導出務先決め ・受付・事務請求マニュアル作製の延期について ・来期4月以降の個別指導に向けての対策について
2 月15日	・保険請求110番への解答について ・2月度 個別指導報告 ・4月以降の個別指導対策について ・疑義解釈についての各々の意見交換
3 月15日	・4月5日社保説明会内容打ち合せ
3 月29日	・4月5日社保説明会、式次第、担当決め ・4月5日社保勉強会内容協議

学 術 委 員 会

月 日	協 議 題
1 月10日	・学術講演会について
2 月14日	・学術講演会役割について ・来期1回目講演会について
2 月25日	・平成28年度熊本市歯科医師会第4回学術講演会
3 月14日	・来期第1回学術講演会日程調整

編	集	後	記
---	---	---	---

家の近くの桜がとても綺麗です。この桜だけを見ていると、1年前に熊本地震があったことを忘れそうです。

会員の中には、未だ完全復興ならずという先生もいらっしゃると思いますが、これからも明るい話題をお知らせできるよう頑張っていきたいと思っています。

(Y.O)

熊本市歯科医師会会誌

第 177 号

発行日 平成29年 5月12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:kda8020@msg.biglobe.ne.jp](mailto:kda8020@msg.biglobe.ne.jp)

TEL (343) 6669

FAX (344) 9778

発行
責任者 宮 本 格 尚

印刷所 コロニー印刷

熊本市西区二本木3丁目12-37

TEL 096-353-1291 FAX 096-353-1294