

第3回京都洛西地域医療フォーラム

医科と歯科のペアリングを目指して

記録集

目次

- 1、趣旨、フォーラムポスター
- 2、講演1要旨 岸本 裕充 先生(兵庫医科大学歯科口腔外科教授)
- 3、講演2要旨 立入 久和 先生(たちいり整形外科 院長)
- 4、ディスカッション(テーブルライト)
立入 久和 先生 (整形外科医師 骨粗鬆症専門の立場で)
岸本 裕充 先生 (口腔外科教授 歯科合併症治療の立場で)
伊藤 照明 先生 (内科医師 在宅医療に関わる立場で)
堤 直哉 先生 (歯科医師 一般開業歯科医師の立場で)
川添 チエミ 氏 (嵯峨野病院居宅介護支援事業所ケアマネジャー・
看護師・在宅高齢者支援の立場で)
- 司会 小室 元 先生
- 5、アンケート調査結果
- 6、総括
- 7、編集後記

主催：小室整形外科医院

協賛：フィリップスエレクトロニクスジャパン

後援：右京医師会 右京歯科医師会

2017 年4月1日(土)

於：ハートピア京都大会議室

京都市中京区竹屋町通烏丸東入ル清水町 375

1、趣旨

【医科と歯科のペアリングを目指して】

医科と歯科は同じ患者さんに関わることが多いにもかかわらず、情報交換が十分でない現状があります。一つの理由には『顔がみえる連携の場』がないからではないでしょうか。日常診療の場で歯科の先生の名前、医科の先生の名前は患者さんの口を通じて出てくるものの、何を専門科にされているのか、互いにあまりにも知らない現状があります。

すぐに思い浮かぶ共通のキーワードとして、糖尿病や関節リウマチなどの全身疾患と口腔ケアの問題、通院できない患者さんへの訪問診療の問題、骨粗鬆症薬や抗凝固薬と歯科治療との関連などが挙げられますが、話題を共有してお互い理解する段階まで至っていません。

京都洛西地域医療フォーラムは、学術的な話し合いだけでは解決しない、医療と介護の問題を話し合う場として開催しています。平成27年度の1回目は、「地域の医療資源について」、地域医療連携室同士のディスカッションを、平成28年度の2回目は、「学童期の体の使い過ぎで起こる疾病について」、学校医、整形外科医、学校の先生、養護の先生に集まって討議していただきました。今回、平成29年度3回目として、医科と歯科、そして介護現場や行政など幅広い分野の方にご参加いただき、「医科と歯科の顔の見える連携について」本音でディスカッションできる場をもうけたいと思います。

私は、地域医療を担う医師として、歯科との連携と情報交換の必要性を常に感じています。会のあと名刺交換と懇親の場を設けたいと思います。実際に地域医療を担う医師、歯科医師が集まり顔を見ながら議論していただけると、ますます必要になってくる地域医療ネットワークの充実につながるのではないかと思います。

京都市の、右京医師会と右京歯科医師会の後援により開催される本フォーラムへの皆様のたくさんのご参加をお願いする次第です。

医療法人社団 小室整形外科医院
院長 小室 元



京都洛西地域 医療フォーラム

医科と歯科のペアリングを目指して

2017年

開場14:40

4月1日 土 15:00～18:00

ハートピア京都 大会議室 京都市中京区竹屋町通烏丸東入ル清水町375
TEL:075-222-1777

第1部

15:00～15:45

「医科での投薬治療を歯科がサポート ～顎骨壊死の予防を例に～」

講師：岸本 裕充 先生（兵庫医科大学歯科口腔外科教授）

座長：小室 元 先生（小室整形外科医院 院長）

第2部

15:50～16:35

「なぜ今、医科歯科介護の地域連携プレーが求められているのか？
骨粗鬆症への対応から」

講師：立入 久和 先生（たちいり整形外科 院長）

座長：荻野 秀樹 先生（右京歯科医師会 会長）

第3部

16:45～17:45 「パネルディスカッションと医科歯科介護の情報交換会」

立入 久和 先生（整形外科医師 骨粗鬆症専門の立場で）

岸本 裕充 先生（口腔外科教授 歯科合併症治療の立場で）

伊藤 照明 先生（内科医師 在宅医療に関わる立場で）

堤 直哉 先生（歯科医師 一般開業歯科医師の立場で）

川添 千工ミ 氏（嵯峨野病院居宅介護支援事業所ケアマネジャー・看護師
在宅高齢者支援の立場で）

司会 小室 元 先生

※名刺交換など顔がみえる連携の機会をつくりたいとおもいます。

ご予約
お問い合わせ
FaxまたはE-mailで
申し込み

主催：医療法人社団 小室整形外科医院

協賛：株式会社フィリップスエレクトロニクスジャパン

後援：右京医師会、右京歯科医師会

第3回京都洛西地域医療フォーラム事務局

（運営：オルモックメディカルコンセプト 担当：吉村）

E-mail:info.koc21@gmail.com

TEL:075-871-0551 FAX:075-871-0552

2、講演1 要旨

医科での投薬治療を歯科がサポート ～顎骨壊死の予防を例に～

兵庫医科大学歯科口腔外科教授

岸本 裕充

ビスホスホネート薬(BPs)による「重大な副作用」の1つとして、難治性の骨露出を特徴とする BRONJ が注目されるようになった。当初は、がんの骨病変に使用される BPs 注射薬にほぼ限定されたもの、と考えられていたが、骨粗鬆症に対する BPs 経口薬の低用量投与でも BRONJ が多く発症することが明らかになってきた。さらに、BPs とは異なる機序で骨吸収抑制作用を示す denosumab でも顎骨壊死を生じることが報告され、2016 年 8 月に改訂されたわが国のポジションペーパー(PP)では BRONJ から ARONJ(anti-resorptive agent-related osteonecrosis of the jaw; 骨吸収抑制薬関連顎骨壊死)へと呼称が変更された。

わが国での 2 度の全国調査の結果から、BRONJ 患者は 10 倍程度に増加しており、それぞれの発症頻度が異なるものの、患者数ではがんの骨病変と骨粗鬆症とがほぼ同程度である。いずれも投与開始から BRONJ 発症までの期間は長期化しており、BPs の骨への沈着はリスク要因と考えられる。Denosumab による DRONJ の患者もいるが、投与されている症例数が BPs に比較して圧倒的に少ないためか、現時点ではまだ多くない。

骨吸収抑制薬を使用中の患者に対しては、顎骨への外科的侵襲をできるだけ避けることが推奨されてきた。しかしながら、ARONJ の予防・治療に関する知見は深まりつつあり、治療においては外科療法の必要性を支持する研究が多くなっている。一方、予防において口腔衛生管理の重要性を否定するものはないが、慢性炎症の原因となる歯周炎に罹患した歯の処置については議論がある。すなわち、一部では顎骨への外科的侵襲という点で抜歯が避けられる傾向にあった。しかしながら、抜歯の既往がないにもかかわらず、歯周炎に罹患した歯に隣接して ARONJ を発症する症例が少なくないことから、骨吸収抑制薬を使用中であったとしても ARONJ を予防するための抜歯は必要であろう。

PP の改訂前から、休薬できる患者は限定的であったにもかかわらず、多くの誤解の末、「抜歯難民」という悲劇も生じている。抜歯適応の歯を無理に保存すればどうなるか、は想像に難くない。医科と歯科の連携の面からは、骨吸収抑制薬を投与開始前もしくは開始から日が浅いうちに、歯科での専門的評価を受け、近い将来に抜歯が必要となりそうな歯を早い目に抜歯しておくことが望ましいと思われる。

改訂された PP を熟読し、適切な医科歯科連携が進むことを切に望む。

■参考文献 クインテッセンス出版「MRONJ・BRONJ」



**薬剤・ビスフォスフォネート
関連顎骨壊死 MRONJ・
BRONJ**

最新 米国口腔顎顔面外科学会と
本邦の予防・診断・治療の指針

¥6,480

(本体6,000 円・税8%)

■顎骨壊死検討委員会ポジションペーパー2016
ダウンロード

http://www.perio.jp/file/news/info_160926.pdf

3、講演 2 要旨

なぜ今、医科歯科介護の地域連携プレーが求められているのか？

骨粗鬆症への対応から

医療法人 たちいり整形外科院長

立入久和

[Ⅰ]骨粗鬆症治療の重要性

近年日本の総人口は減少に転じているが、高齢化率は増加し、2040 年までは高齢者の増加が見込まれている。また高齢者の増加に伴い、大腿骨近位部骨折の発生が増加し社会問題になっている。大腿骨近位部骨折の多くは骨粗鬆症を基盤とすることが多いが、受傷前に骨粗鬆症治療を開始されているのは約 10%と言われている。一方、骨粗鬆症治療を介入すると骨折予防効果は薬剤にもよるが約 50%もあることから多くの人に治療介入する必要がある。現在、骨粗鬆症推定患者は 1300 万人、治療患者数は 200 万人と言われている。

	推定患者数	治療患者数
高血圧	4000万	1000万
骨粗鬆症	1300万	200万
糖尿病	1000万	300万
関節リウマチ	100万	30万

◀骨粗鬆症と他疾患の推定患者数

[Ⅱ]2 次骨折予防の重要性

骨粗鬆症治療は初回の脆弱性骨折を予防することも重要であるが、一度骨折を生じてしまった後の次の骨折を防ぐことが国際的にも重要視されている。このような続発する骨折をドミノ骨折(2 次骨折)といい、大腿骨近位部骨折を生じると 5 年間で続発する骨折が通常の 17 倍、椎体骨折を生じるとなんと 5 人に 1 人が 1 年以内に続発する骨折を生じると言われている。脳卒中や心筋梗塞後に再発予防のための薬剤を投与するのと同様に、骨粗鬆症性脆弱(ぜいじゃく)性骨折後には再発予防のための骨粗鬆症治療を行うという共通の認識が必要である。しかし、残念ながら大腿骨近位部骨折を生じた 1 年後の骨粗鬆症治療状況は 20%に届かないのが実情である。

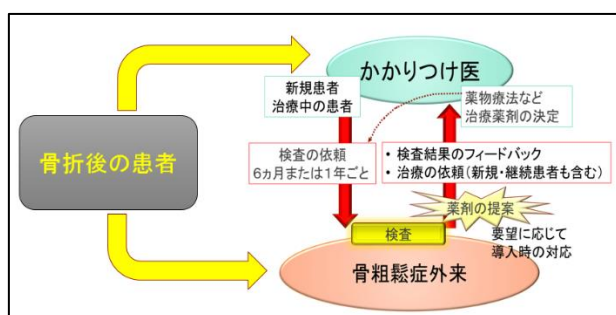
その対策には、医師だけの頑張りでは限界があり地域連携・多職種連携が必須となる。

[Ⅲ]地域連携・多職種連携

前述の 2 次骨折の観点からいうと、脆弱性骨折を生じた場合の多くは整形外科で治療を行うが、骨折の治療が終了すると通院治療が終了となることが多いのが実情であり、骨

粗鬆症治療の介入を逃してしまっている。そこで脆弱性骨折後は、かかりつけ医であっても、介護福祉関連の職種であっても、歯科医院であっても、保険調剤薬局であっても、骨粗鬆症治療が開始されているかを確認し、骨粗鬆症難民を出さないように治療ができるように地域医療連携をしなければならない。かかりつけ医で骨粗鬆症検査ができない場合には、整形外科または骨粗鬆症外来などと連携することも一案である(一例を図示する)。そして、検査や薬物治療などの情報は、簡単なツール(例えばお薬手帳)を用いて多職種で共有することも重要である。

また、骨粗鬆症治療には服薬継続率の悪さが問題となる。治療開始から半年間継続できる確率は約 50%と非常に低いため、1 つの薬剤に偏ることなくライフスタイルに応じて薬剤を変更し、治療継続率をあげることも多職種サポートの力量に関わる場所である。



◀地域医療連携の一案

[IV] 医科歯科連携

近年、骨粗鬆症と顎骨壊死(顎骨骨髓炎)の関連が混乱している。要点は、2012 年の BP 関連顎骨壊死ポジションペーパーでは歯科治療前後の休薬が推奨されるような解釈であったが、最新のポジションペーパー2016 年では、

1. 原則として休薬は行わず、感染対策をした上で歯科処置を行う。
2. BP 関連薬剤が 4 年以上継続されている場合は、リスク因子のある患者に歯科処置を行う場合、可能であれば 2 ヶ月の休薬を考慮する。

となっています。詳細は兵庫医科大学 歯科口腔外科学講座 岸本裕充教授が述べられているので参照していただきたいと思います。ここでは、医科歯科連携の観点から、医科の先生にお伝えしたいことは以下の通りです。

1. 安易に休薬に応じて、その後延々と中断が続くことだけは避ける。
2. 口腔内状況と保清のための歯科連携をすすめる(一例を図示)。

今回のフォーラムのような医科歯科連携の会などを通して、いち早く相談できる歯科医と協力できる関係作りが大切と考えます。



骨粗鬆症治療薬を
投与している方へ



骨粗鬆症治療薬を投与している方は、
口腔内の衛生を保つことが非常に重要となり
 ます。
 かかりつけの歯科医院に**口腔内のチェック**を
 してもらいましょう。

投与薬剤: ゾラリド
 投与開始日: 2015. 7月～



たちい整形外科
 院長 立入 久和

◀医科から歯科への簡易メッセージカードの一例

4、ディスカッション(テーブルライト)

「パネルディスカッションと医科歯科介護の情報交換会」

立入 久和 先生（整形外科医師 骨粗鬆症専門の立場で）

岸本 裕充 先生（口腔外科教授 歯科合併症治療の立場で）

伊藤 照明 先生（内科医師 在宅医療に関わる立場で）

堤 直哉 先生（歯科医師 一般開業歯科医師の立場で）

川添 チエミ 氏（嵯峨野病院居宅介護支援事業所ケアマネジャー・看護師・

在宅高齢者支援の立場で）

司会 小室 元 先生

司会 第三部は「パネルディスカッションと医科歯科介護の情報交換会」でございます。パネリストの先生方をご紹介します。たちいり整形外科医院、立入久和先生、兵庫医科大学歯科口腔外科教授、先ほど講演いただきました岸本裕充先生、イトウ診療所医師、伊藤照明先生、堤歯科医院院長、堤直哉先生、それから嵯峨野病院居宅介護支援事業所ケアマネジャーで看護師の川添チエミさんでございます。司会是小室整形外科医院院長の小室元先生です。よろしくお願い申し上げます。

（司会：小室先生）

司会 引き続き司会をさせていただきます。6時まで時間はとってありますので、できる限りディスカッションをしたいと思います。そのあと今日は歯科医師の先生が29名、医師が25名来られていますので、せっかくですのでこのディスカッションが終わったら少し後ろのスペースをあけまして、5時半ごろまで場所はあいていますので、名刺交換をしながら雑談の時間ということで、ぜひ顔の見える連携をやってから帰っていただきたいと思います。

ではディスカッションに入りたいと思います。最初に登壇していただいている方々のご紹介ですが、まず立入先生は骨粗鬆症の専門の立場で、岸本先生は歯科合併症治療の立場で、伊藤先生は在宅医療に関わるお立場で、堤先生は一般開業歯科医師の立場で、川添さんは居宅介護支援事業所のケアマネジャー・看護師ということで、在宅高齢者支援の立場でお話していただきますように。どうぞ拍手をお願いします。（拍手）

実はこのフォーラムは、僕が知らないことを勉強したいということでいつもテーマを選んでいまして、僕は勉強させていただいているのでありがたいのですが、医学部と歯学部はぜんぜん学部が違うこともありまして、堤先生は高校の同級生ですが、僕たち医師が全然知らない基本のキをまず聞きたいので、ちょっとご説明いただきたいと思います。

歯科の保険診療と保険外診療とか、あるいは歯科口腔外科とか矯正歯科とか科がありますよね。それから歯科のインプラントというのが最近はありますし、「審美歯科」という言葉

もあります。医科はこういう分類について全然知らないと思いますので、ちょっと簡単にご説明いただけるとありがたいと思います。よろしくお願いします。

堤 右京歯科医師会の堤です。今日は小室先生の同級生ということでここに上がらせてもらっていますけれども、どちらかというとコーディネーター的な立場でということでお考えください。ひとまず歯科の保険診療、保険外診療ということで、私も専門家ではありませんのであまり詳しいことは申し上げられませんが、単純に疾病に対する治療という意味での国が認めた保険診療というところと、例えば保険外診療でいうといちばん一般的なのが歯列矯正なり歯科のインプラントなりというところで、そこは医科と同じで厚労省が保険改正のたびに変わるわけですが、いわゆる審美的なところも含めて歯科というのは人工材料をたくさん使います。その部分で国が材質の制限をしている分として、それを越えたものは保険外診療という形になったり、見た目を改善する治療としての矯正治療は保険外診療であったり、今のところインプラントはすべて保険外診療であったりということで、この線引きはなかなか私たちでもどこで線を引くかというのは曖昧なところでもありますので難しいのですが、単純に言うと、疾病であったり社会的にこれは必要である治療と国が考えたところは保険診療。この保険診療の件で何か一言お願いできますでしょうか。保険の理事の米沢先生、お願いいたします。

米沢 保険診療と保険外診療ということですが、おっしゃる通り保険診療というのはあくまでも疾病給付というところで、疾病がない限りは保険外診療になるかと思われます。下に書いてあるインプラントとかいわゆる審美歯科と言われるもの、見た目なりを改善する目的の場合は保険外診療というところかと思います。

司会 すみません、虫歯の治療って全部保険診療なのですか。

米沢 そうですね、今までは完全に虫歯…削らないといけないような虫歯に関しては保険内という形で、予防的にフッ素を塗布するかっていうのは、これまでは保険外という形の扱いではあったのですが、最近ようやく虫歯の予防的な要素が歯科にも入ってきたかなというところではあります。先ほど聞いていて、整形の方では予防的にそういう投薬とかが可能というのは、ちょっと歯科とは違うところかなと感じております。

司会 要は一般の歯科診療所で保険外診療ってどんなことをされるのでしょうか。その辺のところを少し分かりやすくご説明いただけますか。

堤 例えば虫歯・齲蝕治療で、その歯の形を補強して被せにするという場合、前歯、小臼歯、大臼歯とあるのですが、基本的に臼歯は金属の冠を被せるという保険の適用がありましたが、そこから例えば外側の頬側は白い樹脂を貼ったような被せが今回の保険改正で可能になったりということで、そこは正直難しいところなのですが、例えばセラミックは今すべて保険外診療ですし、部位部位によって保険が認められる認められないの細かい取り決めがありまして、なかなか一言で言いにくいのですが、要は金属のメタルを使ったというのがもととベースにあって、時代によって徐々に見た目を改善…外側だけ白い樹脂を貼ったり、セラミックとの間ぐらいの材質のものが認められるようになったりというような方向になっておりま

す。

司会 インプラント治療というのは、普通の歯科医院で割とやっておられるのですか。

堤 正直申し上げて、私もはっきりとしたデータは申し上げられませんが、右京歯科医師会会長の荻野先生、その辺の数字はどうでしょうか。

荻野 僕もそれは分からないので、ここで歯科医師の先生にまず手を挙げてもらって、インプラントをやっていない先生は手を降ろしてもらいましょうか。やっている先生はそのまま…3～4割の感じです。

司会 なぜお尋ねしたかという、先ほどの顎骨壊死と関係するのですけれども、やっぱりインプラントというのは異物じゃないですか。整形外科領域でいうと人工関節やインプラントは非常に感染に注意しないといけないので、顎骨壊死とも関連してインプラントもかなり感染に注意しないといけないと思うのですけれども、その辺どのように対処されているのか分からないので、お聞きしたいと思います。まず、インプラントってだいたい何歳ぐらいからされるのでしょうか。例えば整形外科の人工関節は熟年以上といいますか、早い人だったら50代でやりますけれども、やはり60歳とか70歳…80代ぐらいだったら人工関節ということなので、歯科のインプラントって何歳ぐらいからされるものなのでしょうか。

堤 ここは左京の口腔外科専門医の森先生、お願いします。

森 左京の下鴨で開業しております森と申します。よろしくお願いします。私は阪大の口腔外科にいたのですけれども、唇裂口蓋裂のお子さんと骨移植をしたあとにインプラントを入れるというようなケースがあるので、年齢幅としたら…そうですね、データは出ていないのですけれども、経験的にはだいたい10代後半ぐらいからのケースはあったように思います。お年を召された方でも、自分自身の経験であれば70代…80手前ぐらいの方まではしたことがありますけれども、90代の方でインプラントを打ったという方は私は聞いたことがないです。やっぱりいろんな薬を飲まれていることが多いので、すごく躊躇するところではあります。具体的なデータがなくてちょっと申し訳ないですが、以上です。

司会 立入先生は整形外科ですが、人工関節は感染率とかあるじゃないですか。それから10年生存率というのが結構高いと思うのですけれども、今のお話を聞いていて歯科のインプラントの生存率ってどんなものかなという疑問があるのですが、その辺、整形外科の現状を言っていただけますか。

立入 人工関節で私がしたのは肩だったので、ちょっと…

司会 丸太町病院の整形の先生がせっかくいらっしゃっていますので、例えば現状、人工関節の生存率とか感染に気をつけていらっしゃるかどうか教えていただけますか。

末原 丸太町病院の整形の末原です。僕も年間150例ぐらいは手術しますが、一番気を使うのが感染です。だいたい一般的な説明として感染率は0.5～1パーセント。表層感染を合わせてですけれども、100人、200人に1人ぐらい起こっているといわれています。

非常にものも良くなったので、今は20年～25年ぐらいはもつのではないかということできています。確かに感染が怖いので、当院では手術場は4部屋ありますけれども、一番クリー

ンのクラス 100 の部屋を1つ作って、宇宙服と言っていますけれども、ヘルメットまで被って朝いちばんに手術をするという状況です。当院では僕が赴任して7年目になりますけれども、今のところ感染はゼロです。それぐらいいろいろ気を使って手術をしているというのが現状です。

司会 整形外科でも非常に人工関節は普及している制度ではありますよね。歯科でもインプラントというのは、普及というか安全というふうな感じで考えてもいいのでしょうか。その辺はどういう捉え方をされていますか。

堤 左京の森先生、どうでしょうか。

森 このあいだ千里中央で岸本先生も出られていた SAFE というセミナーがあったのですが、トラブルをリカバリーすることというのはすごくいろんなテーマになっていまして、正直なところいろんなトラブルがあります。原因もいろいろあって、今まさにトピックスの骨粗鬆症がらみの投薬によるトラブルであるとか、患者さんのメンテナンス不足によるトラブルというのがありますが、うちの親父たちがインプラントが始まったころのインプラント世代になりますが、その当時のインプラントのインプラント自身の5年生存率と今のインプラントの5年生存率は大分変わってきていますので、正直マニアックな言葉でいうと、アクロバチックなことをしなければ、適応をきちんと診て患者さんのメンテナンスのお手伝いを我々ができるような状況であれば、かなり安心できる治療法の1つであるとは思いますが、以上です。

司会 整形外科でのインプラントと一緒に、全身状態というのはやっぱり大事ですよ。そういう意味でも、歯科の先生から全身状態を聞いていただくというのは大事なかなと思うのですが、岸本先生どうでしょうか。補足の説明があればお願いします。

岸本 いまお話があったようなところで、患者さんからすればインプラントを入れてもらって5年とか 10 年ということでは、整形外科の人工関節みたいに 0.何パーセントということは、逆に 99.5 パーセントは成功かということ、もう少し落ちます。それも下顎と上顎では少し違って、下顎であれば 95～98 パーセント、上顎はもう少し落ちて 90 何パーセントとか言いますが、五五分とか 8割とかよりは良い成績を残せるようになっています。

そして年齢も、骨の成長が止まったらできますし、高齢の方はやっぱり 80 歳を超えてくると難しいのかもしれませんが、80 歳になっても自分の歯みたいに噛みたいと希望される方はいらっしゃる。私の講演の中で言いましたが、一時、歯を抜いたり骨に侵襲を与えるということで、インプラントなんかはまさに骨にドリルで穴をあけて埋め込みますので、これは非常に顎骨壊死という点では危険な行為ではないかと。侵襲的歯科処置というふうに言われていましたが、この顎骨壊死の問題が分かってきたのが、その症例が 2003 年で、日本でも先ほど言ったように 2005 年とか 2006 年ぐらいだったのです。その間その方面の情報があっても知らずに世界中で山ほどインプラントの埋入手術というのは行われていたのですけれども、埋入手術そのものの侵襲で顎骨壊死になった人は相当少ない。ですから埋入そのものは必ずしも危険じゃない。むしろ骨粗鬆症でビスフォスフォネートを使わずに手術をした方が成績は悪いかもしれないということで、手術そのものは大丈夫かもしれないです。

ただ、先ほど言いましたが、インプラントも印象的には5年 10 年全然ぐらぐらもしな

い、患者さんも調子よく噛めていますというインプラントも、古くなってくるとだんだんインプラントの周りに感染というか、インプラントの歯周病みたいな状況になってきます。そうなってくると、その人たちみんな危ないわけではないのですが、そこにビスフォスフォネートとかが重なってくると、インプラント周囲炎になったところから顎骨壊死というふうなことで、先ほど私が話したような症例ですね。もうすでにお隣の韓国は、女性の方でも美容整形をものすごくされて、インプラントなんかのハードルもすごく低くて、日本よりもインプラントをされる患者さんとか歯科医院も多いのですが、その中に粗悪なインプラント、ひどいインプラントも多いといわれています。そうすると韓国の口腔外科の知り合いとかに聞くと、インプラントがらみの顎骨壊死がいっぱいやって来ているということなので、日本も何年か経てくると、手術のときは問題ないのだけれども、昔入っていたインプラントにビスフォスフォネートが乗っかってきて、そのところから顎骨壊死という症例が増えてくるような…。特に在宅とかで寝たきりになっている人のインプラントをどうするのかというのはすごく大きな課題なのですけれども、そのケアは非常に難しく、そういうふうなことが重なってくると非常に社会問題になってくるだろうというふうに予測しているので、寝たきりになる前にこのインプラントをどうするのかということを考えておかないといけないだろうというふうに私は思っています。

司会 ありがとうございます。勉強になりました。では韓国の方が整形したら、もしかしたら何年か経ったら下顎が崩れている人がいるかもしれないですね。

では次に今日の講演のテーマですが、顎骨壊死についての見解は結局どうしたらいいのかということで、もう一度立入先生と岸本先生に整理していただきたいと思います。結局休薬は、骨粗鬆症がひどくて無理ならしくていいということで考えてよろしいでしょうか。

岸本 ポジションペーパーは大きく変わったという見方もあるかもしれませんが。いろいろ賛否両論書かれるようになって、1つは休薬というのはいらないという意見、休薬はしたほうがいいという意見が出ました。そこにおいても客観的に読めばですけれども、十分に連携して、必要であれば休薬という選択もありですが、この評価は骨密度であったり立入先生からあったように今までの骨折のヒストリーであったりとかいろんなことを総合的に処方している先生が判断するということになるのではないかと。歯科医師ではその休薬するかどうかということの判断は難しいと思います。休薬するかどうか、つまり骨折のリスクが高いか低いという判断は歯科医師には難しいので、整形の先生にそこは委ねる。この人はビスフォスフォネートとかデノスマブを休薬すると危ないから続けてほしいと言われたら、歯科はその範囲でなんとかする。そこで抜歯するか抜歯せずに他の方法でいくかというのは、これは整形とかの先生には分からないので、歯科医師がなんとかそのリスクを避けながら、もしこれが私たちの病院なら、そんなに特殊な方法で抜歯しているわけではないのですけれども、そこは説明とかいろんなことを含めて慣れているので、兵庫県では心配であれば私たちが休薬なしでいくらでも抜歯できますからどうぞ送ってくださいと言って、それで1例も顎骨壊死を起こさずに安全に抜歯はできています。そういう実績は私たちは持っています。

司会 そうすると立入先生にお聞きしたいのですけれども、歯科医師の先生から休薬できま

すかと聞かれたら、どうされますか。骨粗鬆症のお薬は、先ほど先生は非常に重要というお話をされていました。骨粗鬆症の薬は二次的には要するに生命予後の治療ということですが、一次的にはそれが例えば1カ月止まったら、直ちに死に直結するわけではないですね。その辺、例えば歯科医師の先生からそういう話が来たときにはどういうふうに対処したらよろしいでしょうか。

立入 そこがたぶん一番難しいところだと思います。やはり歯科の先生と共通の理解が得られているかというところが大変重要だと思います。なので西京でも中京でもそうなのですが、歯科医師連携の会というのを単発でやっておりまして、そこで同じ情報というか、こういうケースはどうしようとかそういう連携の場ですね、顔が見える関係をもたないと、私はこう思いますとかそういう紙だけのやり取りにどうしてもなってしまうので、それではうまく連携ができないかなと思います。一応紙だけでは連携はしていますけれども、治療に関してはその患者の背景とかいろいろ情報を加味した上で、この人は続けてください、この人はお薬の投与期間がまだまだ短いので問題ないですよとか、この人は5年以上経っているのでちょっと落ち着いているから少しは構わないでしようとか、そういう形で一応報告はしております。

その中で一番やってはいけないのは、やはり医科と歯科の連携が高じて喧嘩になったりとか患者に不信感が出ると、歯科の治療が終わったあとその治療をされないのです。ですからある程度歯科の先生の言うことに柔軟に対応はしていくと、僕の中では思っているのですが、伝わっているかどうかはちょっと分からないですけれども。

司会 顔の見える関係を作るためにこうやって集まってもらっているわけですから。どうぞ先生。
堤 いま立入先生がおっしゃったように、今回この会をされるということ、小室先生から右京の医師会にいただいて、今日お越しになっていない方もたくさんおられるとは思いますが、これから骨粗鬆症薬を始めますのでという連絡を何人かからいただいていますので、まず関心を持っていたということを実感しているということ。歯科の中でも、今日の講演を聞かれた方はポジションペーパーの実際の部分と休薬に関する考え方とかっていうのは、今の現時点で理解していただいているとは思いますが、例えば先ほど岸本先生がおっしゃったように、この BRONJ というのが出だしたところというのは、いわゆる抜歯をすることの傷を与えることがより BRONJ の発症リスクになるというようなイメージを持っていた人も、たぶん割合的には多かったと思うのです。ですから炎症があるのに抜歯という傷を与えることが、より BRONJ リスクを高めるということの誤解がまずあったということと、それと今日持ってきているのですが、いわゆるビスフォスホン系を飲まれている患者さん自身が患者カードというのを持ってこられるのですけれども、その文言が「顎骨壊死、顎骨骨髓炎が現れることがあるので、抜歯等の侵襲的歯科処置はできる限り避けてください」と書いてあるのです。それを患者さんは当然見られますよね。そして患者さんが勝手に判断して、あっ私は歯科治療を受けてはいけないのだというふうな誤解も何名か私も経験していますし、その侵襲的に歯科処置以外の歯科処置すべて、よく「私はこの薬を飲んでるので、歯科治療は受けられないのでどうしよう」みたいな相談もありましたし、この誤解は正直、結構浸透してしまっ

いるような気がします。

今はたぶん文言が変わっていて、「これはビスフォスゲートです。歯科口腔外科の先生へ」ということで、「これはビスフォスゲートです」という文言で終わっていたと思います。ただ、製薬メーカーの方も今日はお越しになっていると思うのですけれども、調剤薬局でもおそらく古い説明書きとかカードをそのまま渡されているのもあるのかもしれないのですが、去年の例でもそういう文言がまだあるものを患者さんを経由して私たちが受け取ると。やっぱり患者さんも見られるので、私は歯科治療を受けられないのですよねと。普通の虫歯治療なのですが、そういうこともたくさんありましたから、ちょっと混乱している大きな原因になっているのかなと思います。

司会 先ほど立入先生がスライドでお示しされていましたけれども、この骨粗鬆症治療をこれから始めますとか、これを投与しますとか、そういうのが別に紹介状でなくても何らかの方法で伝われば、それは歯科の先生にとっては有効ということですね。先ほどあったようなお薬手帳に書くとかシールを貼るとかすごくいいなと思って、さっそく試してみたいなと思いますが、そういうのが非常に有効ですよ。立入先生、それで歯科の先生が実際に見られているというリアクションはありますか。

立入 歯科の先生からはありがたいという話はありませんけれども、実際に見たよという話はあまり聞かないのです。

司会 逆に歯科の先生から内科の先生にそういうのを聞くというのは、何かハードルはありますか。どうでしょうか、右京の歯科の先生もいらっしゃっていますが。

堤 では地域連携の西川先生、一般論でいいとは思いますがどうでしょうか。

司会 歯科の先生からの問い合わせがあるというのは、ないことはないのですが結構少ないと思うのです。

西川 垣根は高くないと思うのですけれども、こういう血液関係のお薬であったりビスフォスゲートに関しては最近情報がありますので、相談なしに、ただ何かあった場合は第二次医療機関にご紹介させていただきますというふうに言って治療させていただいておりますけれども、患者さんが不安をもたれた場合には、やっぱりその旨主治医の先生にはご連絡させていただくようにはしております。

司会 患者さんで歯科治療と顎骨壊死、骨粗鬆症治療を不安に思っている方は結構いらっしゃいますよね。実際、先ほど言われた製薬メーカーの方が作られている注意書きの文言で不安に思われる患者さんとか、結構多いということですね。それって最近では改まってきているのでしょうか。製薬会社の方もたくさん来られていますが、どうなのでしょう。誰か1人教えてもらえませんか。中外製薬の方とか来られていると思いますが、どうですか。

〇〇製薬 確認しています。

岸本 製薬メーカーの人たちは結構厳しい基準に置かれているので、薬剤添付文書を超えた以上のことは、基本的にインフォメーションできないことになっているんです。だから添付文書なんです。添付文書は厚労省が管轄で作っていて、それも3、4回変わっていて少し

ずつ表現は変わっていますが、もともと顎骨壊死というのがあまりよく分からなかったときのエキスパートオピニオンというか、専門家ですね、まさにポジションペーパーを作ったような先生たちがこうだと。口腔外科医とかいろんな人間が、これは歯を抜くことが危ないのでということで、たぶん歯を抜くようにしたらインプラントは危ないぞと。だからそういうふうにして、そこは本当にエビデンスなくポツとエモーションで乗っちゃってしまったのですね。

その乗ったものを今度取り消すというのはすごく大変で、先ほど私は顎骨壊死が骨粗鬆症で起こってくるのは 1,000 例に1例だと思っていたと言いましたが、私の経験の 200 本ぐらい抜いて1例も起こってないということは、もしかしたら、あつすごいなと思われた方もいるかもしれないかもしれませんが、考えようによったら 1,000 回に1回しか起こらないわけですから、200 回連続で1回も失敗しなかったというのは、ある意味ごくごく普通のことですよ。ですから私が本当にエビデンスでいくといえば、5,000 人ぐらい私の兵庫医大の方法で抜歯して1例も起こらなかったら、世の中で 1,000 回に1回のことが私たちなら 5,000 回やってもということで、そのぐらいやらないと証明できないんです。そこまでやったら、ちゃんと添付文書に抜歯はそんなに危なくないと書いてくれるかもしれないですけども、1回載ってしまったものを変えるというのは非常に難しく、そこをもうちょっと何とかしてくれということは私たちも言っているのですけれども、私の声は小さいのでなかなか添付文書を変えるというところまで届くには、もう少し偉くならないと無理なのかなと思っています。

司会 危ないからやめろと言うのは簡単ですけども、先ほどのお二人の先生の話から総合するに、要は骨粗鬆症の治療で、抜歯を控えて却って感染が進んで顎骨壊死が起きたりするわけだから、必要な治療はちゃんとやらないといけない。要はそこをちゃんと連絡合ってたらいいいのだということでよろしいですね。どうもポジションペーパーだけを読んでいると、休薬の日数とかばっかりに目がいってしまってそこを説明しがちなので、ちょっとそこを確認したかったわけです。はいどうぞ。

堤 私のような一般歯科の開業医が、いわゆる BRONJ リスクがある患者さんが来られたと。そのときに自院でその方の抜歯というのは、侵襲的歯科処置・抜歯といってもピンからキリまでであると思うのです。いわゆるどのレベルまではリスクが低くて、どのレベル以上はいわゆる病院口腔外科に送るかという基準というのは、まだまだ自己裁量でやっている部分があります。私のイメージとしては、一般の抜歯を考えたときに、いわゆる骨面の露出も含めて治癒不全が起りやすそうな場合は、やはり BRONJ リスクもあると考えてよろしいでしょうか、岸本先生。

岸本 そうですね、レントゲンとかを見られて、逆に歯周病でブラブラの歯を抜歯してなるというのは、抜かなくても勝手に抜けたところは治らずに顎骨壊死と分かった症例もいくつもあるので、連携するときにこうやったら絶対に顎骨壊死を起こさずに済むということは、残念ながら無理です。どんな簡単な歯でも、すでに骨が壊死している状況のところの歯を抜いたら、顎骨壊死に先生が抜いたあとになりましたということがあり得ると思うのです。私が言っているのは、抜歯という侵襲が原因で起こるということも、動物実験で私たちは証明しているのです。抜歯では絶対ならないというわけではなくて、抜歯で顎骨壊死を起こすということは動物実験

でも作ることは成功しています。その場合は抜歯にプラス糖尿病が乗っかっているとか、薬の量がすごく多いとか、あるいは抜歯のときにゴリゴリ削らないといけないような、抜歯のときに患者さんも痛い、腫れたりというような難しい抜歯はやはり起こりやすいと思いますから、もし一般歯科でされるというのだったら簡単そうな抜歯、あるいは糖尿病とかステロイドとかビスフォスフォネートにプラスして関わるような要因がないような歯であれば、先生方が抜歯してもいいのではないかなと。ただ、いくら気をつけてもなるときはありますので、患者さんへの説明です。ね。こういうようなことが 1,000 例に1例は起こることがあります。私たちが病院でやっているような説明をした上であれば、ぜひ抜歯されたいのかというふうに思います。

因みに私は週に1回、兵庫医大のOBが開業している開業医の先生のところにパートで行ってやるのですけれども、そこに行くときは私も1勤務医ですが、兵庫医大でやっているような抜歯の技術と同じで、おそらく兵庫県の開業医の中ではいちばんたくさんビスフォスフォネートの抜歯をしているのですけれども、そこでやっても1例も起こらないという、そんな状況です。

司会 ありがとうございます。ビスフォスフォネートを飲んでいる人の抜歯に対する恐怖がちょっと低くなったような気がしないでもないです。今の岸本先生のお話で、糖尿病とかの合併症の話が出てきましたけれども、素直な質問なのですが、歯科の先生は採血とかはしてもいいのですか。歯科で採血というのは、例えば糖尿病の人で。

岸本 あまりないと思いますけれども、歯科で採血というふうなことはそれ自体は認められていますし、糖尿病の疑いとか、それは病名がないと、病院ではヘモグロビン A1c を何もなしで付けると査定の対象になってくるので、手術をするのだからと言ってもまず糖尿病の疑いということであれば採血はできます。B 型肝炎とか C 型肝炎がどうかということを調べるとかいろんな意味でやりますけれども、開業歯科の先生は局所の麻酔は別として、採血するとか何か注射するということに余り慣れておられないし、病院だったら看護師さんに採血しておいてと先生がお願いできるような場面においても、ほとんどの歯科医院に看護師は勤務しておりませんので、するとしたら口腔外科とか歯科麻酔とかで研修した経験のあるような先生が自分でやらないといけないということで、なかなか一般的ではないと思います。耳たぶでの出血時間測定とか血糖測定みたいにピッと針で突いてやるということを応用してされている歯科医院も少しずつは増えていますが、がっつり採血してということをされているところは非常に少ないです。

堤 いま岸本先生がおっしゃったように、歯科でも先ほど標榜のことがありましたけれども、標榜の仕方として「歯科」「小児歯科」「矯正歯科」「歯科口腔外科」、この4つですね。一般歯科といわゆる口腔外科、特に矯正歯科という分野というのは意外と区別されていて、歯科の中でも紹介し合ったりというような感じなんですね。その辺の違いというのが医科の先生はもう1つ分かりにくいかもしれないのですが、意外とその辺は細分化されている部分がありまして、私たち一般歯科の中でも、例えば親不知の抜歯なり、全身的リスクも含めて偶発症の可能性とかいろんな基礎疾患のこととかを考えたときに、やはり口腔外科にお願いしてというようなことを普段からしますし、例えば矯正治療も私はしておりませんので、矯正治療は

矯正の専門医に紹介してと。もちろんそれぞれを開業医の先生が全てされている方もおられるとは思いますが、全てのエキスパートという方はまあおられないだろうというふうに思いますから、それぞれの専門の中でいわば紹介をしながら分担しているというところですよ。

先ほど矯正歯科の話があったので、三重県からお越しの菊池先生、ちょっと矯正歯科について簡単に紹介していただいてよろしいでしょうか。

菊池 矯正歯科は基本的に、先ほど見栄えの良くなる治療というような話でおっしゃっていましたが、一応全身の咬合を改善するということで、実は保険の適用の部分もあるのです。それはどういうことかという、例えば思いっきり受け口である人とか、先ほど骨切りの話をしましたが、ああいうふうな場合と併用する矯正歯科は保険が適用になり、それ以外は保険適用になりません。

それで我々矯正専門で開業していますと、歯並びの治療だけ行っていますので、虫歯の治療は一般の先生に、そして先ほどありました親不知の抜歯とかは口腔外科にと。どうしても歯科の分野でも専門化されているので、連携しながら治療しているという感じです。

司会 それはかかりつけの歯科の先生に相談したら、一応しかるべきところに送っていただけるということですか。

堤 そうですね、通常そういうふうになっています。

司会 例えば僕ら医科がこの方は感染症を持っているなという場合に、採血すると例えばCRPとか上がっていたりするわけです。その場合、虫歯が患者さんにあるといった場合にそれがどれくらい影響するかというのが非常に分かりにくいのですけれども、歯科で口腔内感染症を定量化するような方法って何かあるのでしょうか。採血とか見た目とかでチェックされているのでしょうか。ちょっと質問が当たっているかどうか分かりませんが。

堤 その感染の度合いをどういうふうに私たちの中で検査しているか、ということですか。

司会 そうです。あまり採血はされないという話でしたが、

堤 一般歯科ではほとんどしていないと思います。そういう場合はもうすぐに歯科病院、口腔外科にお願いすることになっています。

岸本 虫歯と歯周病とは違うのですけれども、虫歯が進んで神経が壊死して骨の中に…全部骨髓炎とは限らないですけれども、慢性の骨髓炎という、レントゲンを撮ったらこういう影がというのでは、CRPとか白血球もほとんど動かない。これが顔がボンと腫れてとかいうときは、熱も38度39度出るときもあるし、CRPも3とか5とか。20も30にもそれだけではならないですけれども。そして歯周病は歯周病で、結構歯茎が真っ赤で腫れていて膿もずるずるというのでも、CRPが2も3にもそれであるというのは慢性の状況ではまずないんです。しかし結構そこが腫れてというときには稀にあります。だからCRPを見て、先生方は感染源が口の中のものでもあるというふうに考えているので、術前に歯の治療をされておく方がいいと思うのですけれども、しかしCRPを見て歯科にどうこうというようなことは現状ではちょっと難しい。

今はアークレイという会社から「スポットケム」という唾液を検体とするような検査機器が出ているので、そういうものでうちでは検証しているのですけれども、例えば患者さんに医科で唾

液を採ってもらってやってみると、口の中が結構汚いと。そういう数値を見て、「あなた、口の中が悪そうだからかかりつけの歯科があれば行ったら」というような、そういう促しにするようなものは、あるとしたら唾液が割と手近なところなのではないかと思います。そういうものは機器として出ているので、それを使ってやっている医師の先生も、少ないですけども出てきています。

司会 先ほどおっしゃったように例えば人工関節であるとかリウマチで免疫抑制剤をやっているとか、そういう人に手術をするときに、口腔内のケアというのは非常に重要だと思うのですけれども、口腔内感染症があるかないかをどうやって分かったらいいのかなというのはすごく難しい。歯科に行って診てもらってという話だけでいいのかなと思ったのです。

岸本 だから受ける方も、これは整形ではあまり普及していないんですけれども、がん患者さんなんかの術後肺炎を少なくしようとか、骨髄移植とか心臓外科の弁置換とかそんなことに対して、術前から口の中をちゃんとチェックして、必要であれば歯科治療をするというのは平成 24 年に手術口腔機能管理というので保険に通ったのです。私はその通ったときに厚労省に加わっていたので、文言で見ると、整形の人工関節を手術する前は適応できないということで、京都は分からないですけれども、ガンとかでないと言っている都道府県もたくさんありますけれども、兵庫県では私が基金の審査員をしているので通しているのです。ですから人工関節の前に口の中を手術口腔機能管理ですというのは、これはすごくいいことだからやりましょうというふうにやっています。だからここは本当はよくないのですけれども都道府県格差があって、厚労省も兵庫県で僕たちがしているということは知っているけれども、黙認するというか、そこからデータが出てきたらそれも保険に通すようにやっていこうということなのだろうなと。それは隠れてそこそそしているのではなくて、堂々と入れさせてもらっているということです。

司会 ではちょっと話題を変えて、介護のケアマネジャーから事例紹介がありましたのでご説明していただけますか。先ほどのフィリップスの話もそうですが、摂食嚥下障害というのも歯科のほうと関係があるということですね。では川添さんから事例を紹介してください。

川添 この方は要介護5で、食事ができず胃ろう造設されている方です。口腔内を見ますと歯は1本もないということで、私たちの居宅介護支援事業所が担当してまして、私が直接の事例ではないのですが、介護者は奥さまです。口腔ケアをするときに指を強く吸い付くのでということで、奥さまからは嚥下訓練をすれば口から食べられるようになるのではないかといいうふうに希望されたということでした。

このきっかけとなったのは、右京区でやっております在宅療養研修会のときに歯科医の先生から、こういうときにはぜひ衛生士を使うといいよというような助言がありまして、ここでは「右京訪問口腔センター」となっていますが、実は右京歯科医師会というふうに名称は変わっております、ここに歯科衛生士を依頼したというような経過です。

その結果、京都府歯科医師会の口腔サポート事業プロジェクトチーム・チームリーダーの水野昭彦先生という先生をご紹介いただいて、嚥下機能について診ていただくことになった

ということです。まだこの事例は4月から本格的に歯科の先生と水野先生と、それから週に1回歯科衛生士という形で訪問が始まる事例です。

この方は当院の嵯峨野病院のショートステイを毎月定期的に使われていますので、すでにこちらでも言語聴覚士が嚥下について評価をしておりました。ですから今後嚥下についても歯科医の水野先生と言語聴覚士と連携をしながらやっていくというような事例です。

司会 摂食嚥下障害というのは結構高齢者にとっては重要な問題ではあると思うのですが、けれども、どの職種がリーダーシップを取るべきなのでしょう。川添さんと伊藤先生、どうですか。

伊藤 イウ診療所の伊藤です。やはり全部の在宅患者さんに歯科医師が入ってるわけではないので、まずはケアマネジャーが訪問いただけるなら訪問の医者になるのかなと思います。

司会 川添さんからお聞きしたのですけれども、歯科のことになるとうまくケアマネジャーさんが、業務の専門職ではないにも拘らずいろいろ走り回らないといけないことがあるというふうにお聞きしたのですけれども、例えば在宅医療の先生から歯科の先生に振っていただくという話にはならないのですか。

川添 そうですね、この事例に限った話ではないのですが、当然ケアマネジャーは、この方も主治医がおられますので主治医に相談をします。口から食べられるようにならないだろうかというようなことです。この方は元々のかかりつけの歯科医の先生もおられるのですが、歯が1本もないということで、歯が問題ではないというふうに思いますと、歯科医に相談をするというのは違うのではないかと思ったようです。そしてその先生が今の状態では無理だよと言われることに對して家族が納得されればいいのですが、それでもやはりこの方のように強い思いがあるといったときに、じゃあ違う手段で何かないかなということをケアマネジャーは探るわけです。そしてこういうふうに右京歯科医師会の衛生士さんに派遣を依頼したらどうかという情報を得ましたので、連携を図ってみたというようなことで、なんとかその家族さんの納得がいくように、ここに聞いてみたけどだめだったとか、この先生はこういうご意見だったとか、そういうふうに返していくしか私たちは方法がないのかなと思っています。

司会 伊藤先生、例えば右京で在宅医療をされている先生も結構いらっしゃると思いますけれども、摂食機能障害ということに関して、わりと在宅の先生はそこは関わっていらっしゃるものなのでしょうか。

伊藤 その辺は考え方だと思いますけれども、食べられなくなったらそこまで老衰ではないかという考え方もありますし…。在宅で嚥下機能を診られたということは、水野先生は内視鏡をされたということですか。

川添 河村さん、どうぞ。

河村 嵯峨野居宅の河村といいます。水野先生にいらしていただいたときは内視鏡まではしていただかなかったのですが、胸の音を聴診器を当てて聴いていただきまして、口腔内のケアをしていただいて、実際どれだけの力かということで、舌を押し上げる動きとか吸い付く動

きを診ていただいたり、そういった面で診ていただいたということです。

伊藤 では客観的ではなくて、水野先生の主観的な評価ということですね。

河村 そうですね、造影とかそういう手段ではなかったです。

伊藤 そうするとなかなか客観性がないので、やはり専門性ということで一部の先生に限られるのかなと思います。その辺がこの在宅で行う評価の難しさかなと思います。

司会 要はどこに相談すればいいかなというのは、例えば我々整形外科が診ている患者さんから相談を受けた場合とか、家族さんから相談を受ける場合もありますし、それをどうしたらいいかなということでちょっとお聞きました。

では時間がなくなってきましたのでちょっと飛ばしまして、訪問歯科診療というのは今どこまで進んでいるというかできることなののでしょうか。お教えいただきたいのですが。

堤 右京口腔センターの中村先生。

中村 訪問診療ですけれども、右京口腔サポートセンターというところの一応窓口となっております。表に「私の町の歯医者さん 右京区デンタルマップ」というのを今日は置いていますが、その一番裏面に「口腔ケアと訪問診療の勧め」ということで、こういうパンフレットを出させていただいています。訪問診療を希望された場合は、電話とファックスどちらでも対応しております。882-8040 に電話あるいはファックスをしていただければ訪問歯科診療を受け付けております。

どこまでできるかというのは…

司会 僕は素人のイメージなのですが、歯科診療台に乗って治療を受けるのに訪問でどこまでのことができるかというのが、すごく疑問なのです。

中村 そうなのです。やっぱり機材がないと、なかなか歯を削るということは難しいのです。今まででしたら、80歳でやっぱり8本ぐらいとか総入れ歯になっている入れ歯の患者さんが多かったのですが、最近では80歳でもかなり歯がたくさん残っている患者さんが多いので、そうすると出かける方もそれに対応しなければいけないということで、訪問診療を専門に近い形でやっておられる先生は、訪問診療でも機材を持って行って削っておられる先生もいらっしゃいます。しかし大多数の先生は削る治療は難しいと。ですのでやっぱり入歯の調整とか入歯を作ったりとか、そういう治療がメインになってくると思います。

堤 右京でも訪問歯科の数をかなりこなしておられる原田先生、どうでしょうか。

原田 右京歯科医師会の原田と申します。いま中村先生がおっしゃられたように、訪問診療でどこまでするかというのは個人の歯科医師の裁量権といいますか、どこまで機材を準備するかというのが大きく影響してくるので、例えば僕は毎日お昼休みを使って訪問診療にお伺いさせてもらっているのですが、うちの場合でしたらポータブルの診療台にあたる削る機械を準備していますし、レントゲンシステムだとか持ち出せるものは全部用意はして行っています。

例えばそれはドクター側の準備としてどこまでできるかということで、できる範囲は全部しようというのを基本で行くのですが、それがすべての患者さんに対して実際に治療できるかという

と、やっぱり患者さんの状態によるところがかなり大きくて、例えば普通にお口を開けるだけでも困難な方もおられれば、しっかり外来の病院でやってもらえることは全部やってほしいと言われる方もおられます。あるいは水が出るだけでもむせて長時間できない方もおられますので、個人個人のケースに対してどこまでできるかということに対して、ドクターも含め患者さんも含めスタッフも含め、1ケース1ケース考えながらやっていっているというのが現状です。

実際の準備としてどこまでできるかというと、保険診療ということではないですけれども、虫歯の治療とか神経を取ってケアをするという基本的に痛みを止めるための治療に関しては、全部準備させてもらっています。

司会 ありがとうございます。例えば整形外科の医療の部分であれば、高齢者で自己通院できない方ですね、ADL が落ちている方に対しては、通所リハビリテーションというのが介護保険では認められていますけれども、通所歯科診療というのはないのでしょうか。迎えに行ったら歯科診療をやったら楽かなと思ったのですけれども、それはないのですね。

ではあまり時間がないので、もうあと1つ2つだけ伺います。僕も経験があるのですけれども、金属アレルギーについて質問を受けたことがあります。歯科で治療をする場合、金属アレルギーが結構問題になることがあるみたいですが、その辺実際は医科の方で調べることになると思いますが、金属アレルギーの検査というのは簡単にできて、割りとちゃんと答えが返せるものなんでしょうか。どうでしょう松木先生。

松木 右京医師会の皮膚科の松木です。金属アレルギーは基本的にパッチテストでやると思うのですけれども、その試薬を揃えていないとできないんです。右京区だったら限られていまして、河合皮膚科は結構精力的にやられていて、ほぼ全部揃えておられます。ただ貼るのに結構マンパワーがいりますので、やっぱり病院が一番。市立病院とか府立医大に口腔歯科領域がありますので、その辺は連携しています。基本的に開業医で皮膚科で金属パッチテストをやるというのは、手間がかかります。どこに紹介したらいいかが分かっただけということで、以上です。

司会 ありがとうございます。紹介するところがわかるだけでも大事かなと思います。

ではあとは、歯科と医科との交流の方法ですけれども、この辺は最後に右京医師会長の福州先生にご挨拶いただきますのでまた考えていただくことにいたします。とりあえずこのフォーラムの後で、せっかくですから後ろにスペースを設けていますので、ちょっとお互いにご挨拶をして帰っていただければと思います。講演会とか忘年会とかお互いに先生が行ったらいいのかなと思ったりもしていますけれども、それは僕が言うことではありませんので、皆さん考えてください。

今日は皆さん非常に長い時間お付き合いいただきましてありがとうございます。医科と歯科の連携が非常に大事だということはよく分かったと思います。僕自身、歯科の先生に聞いたことがたくさんありましたし、歯科の先生から逆に、これ聞いてくれたらちゃんと答えは全部返すのにな、という機会はたくさんあります。患者さんの治療がずっと進んでから、実は歯科でこういう話になっていましたというのが結構あるのです。それは僕の怖い顔を見て言いにくい患

者さんがいるのかもしれませんが、できるだけ医科と歯科のハードルを低くして、お互いの治療に生かせたらと思います。パネリストの先生ありがとうございました。

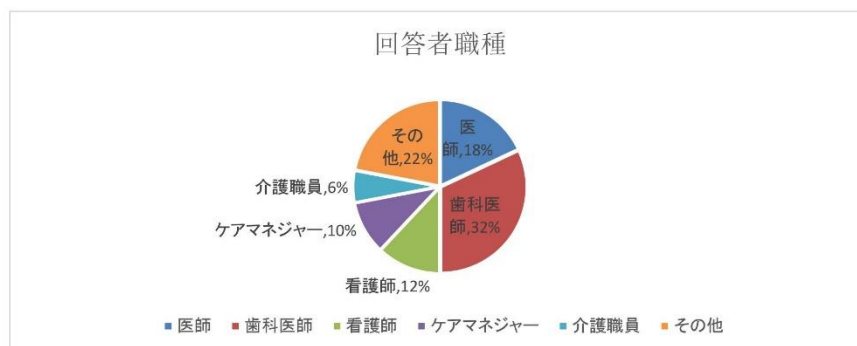
司会 ではこれでパネルディスカッションを終了させていただきます。先生方どうもありがとうございました。

5、アンケート調査結果

参加者 115 名 内アンケート回答者 49名

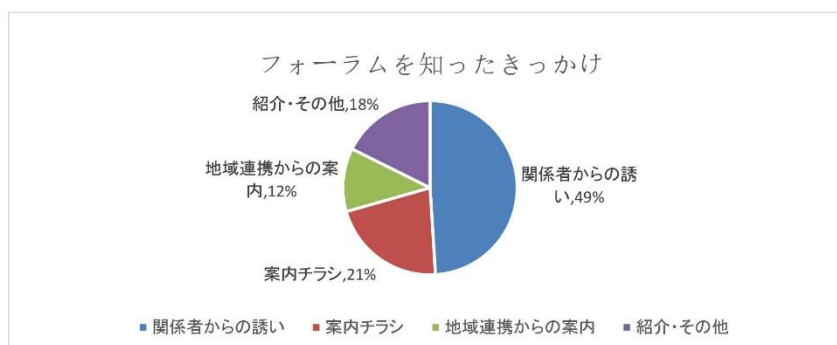
回答者職種

医師	9 名	18.0%
歯科医師	16 名	32.0%
看護師	6 名	12.0%
ケアマネジャー	5 名	10.0%
介護職員	3 名	6.0%
その他	11 名	22.0%
(複数回答あり)	TOTAL 50 名	



きっかけ

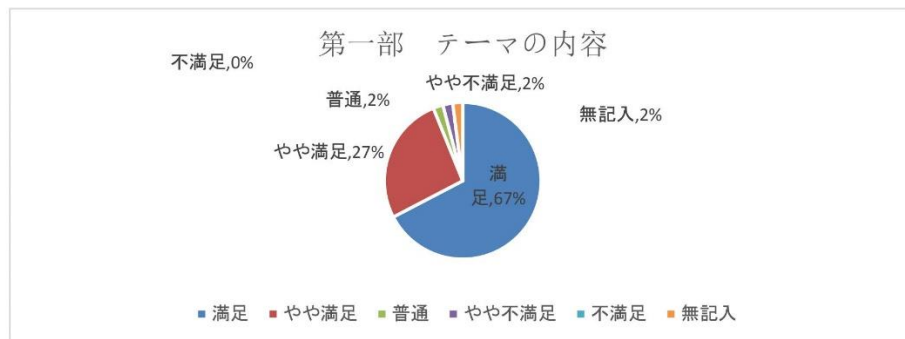
関係者からの誘い	25 名	49.0%
案内チラシ	11 名	21.6%
地域連携からの案内	6 名	11.8%
紹介・その他	9 名	17.6%
(複数回答あり)	TOTAL 51 名	



第一部講演について

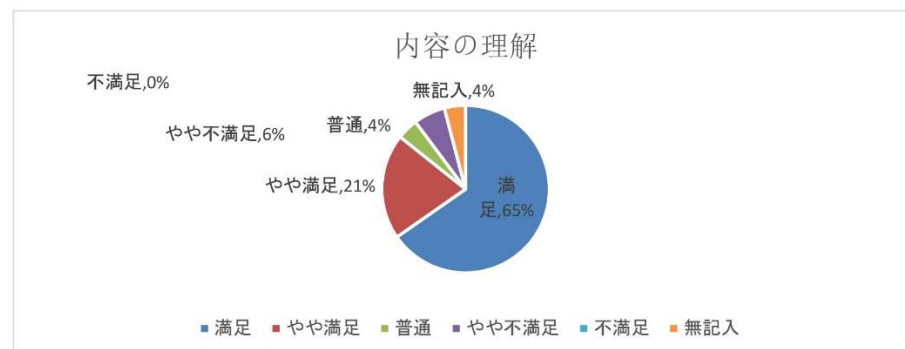
テーマの内容

満足	33 名	67.3%
やや満足	13 名	26.5%
普通	1 名	2.0%
やや不満足	1 名	2.0%
不満足	0 名	0.0%
無記入	1 名	2.0%
TOTAL		49 名



内容の理解

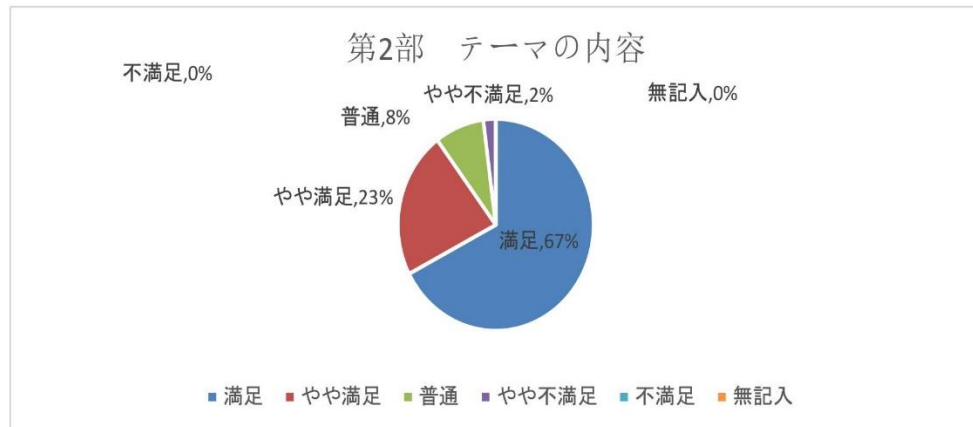
満足	32 名	65.3%
やや満足	10 名	20.4%
普通	2 名	4.1%
やや不満足	3 名	6.1%
不満足	0 名	0.0%
無記入	2 名	4.1%
TOTAL		49 名



第二部講演について

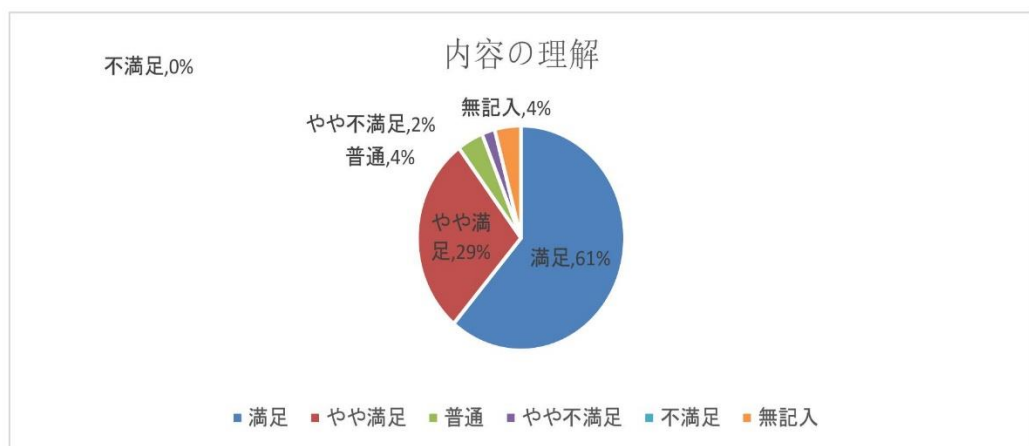
テーマの内容

満足	33 名	67.3%
やや満足	11 名	22.4%
普通	4 名	8.2%
やや不満足	1 名	2.0%
不満足	0 名	0.0%
無記入	0 名	0.0%
TOTAL		49 名



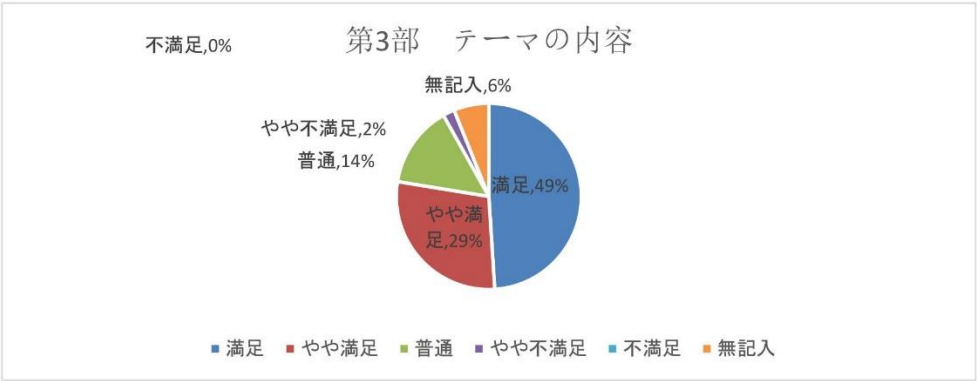
内容の理解

満足	30 名	61.2%
やや満足	14 名	28.6%
普通	2 名	4.1%
やや不満足	1 名	2.0%
不満足	0 名	0.0%
無記入	2 名	4.1%
TOTAL		49 名



パネルディスカッションについて

テーマの内容		
満足	24 名	49.0%
やや満足	14 名	28.6%
普通	7 名	14.3%
やや不満足	1 名	0.02041
不満足	0 名	0
無記入	3 名	0.06122
TOTAL		49 名



	医科
第一部講演について	非常に勉強になった
	顎骨壊死に関する知識が大変深まりました。
	歯科領域の講演は初めてでしたが、大変興味深かったです。
	歯科の中でもBP休薬に対してBRONJの治療に対しての考え方がいろいろあるのだと感じた。
	感染症は巣部を切除することが治療である。明快にわかった。
	歯科領域からの事が全く理解できてなかったが歯科の講演を聞いて、非常にわかりやすかった。
	じっくり聞けてはいませんが地域で連携を取り患者さんをサポートしていく必要性を通案しました
第二部講演について	PTの立場でも患者様の使用されている薬剤を把握し、リハビリを行う事の重要性を再確認しました
	テーマがずれていると思った。内容は理解しやすい。
	スライドがわかりやすくおもしろかったです。
	骨粗しょう症の基本的知識や治療、歯科との連携の必要性など非常にわかりやすかった。
	非常に勉強になった
	スライドは凝っていてキレイでした。内容は少し期待にそぐいませんでした…。
	一次予防・0次予防への取り組みに大変興味をもちました。ありがとうございました。
パネルディスカッションについて	お薬手帳に診断又は測定結果を記載されていると情報が共有できとても便利だと感じました。
	医師間での話の内容も多くやや難しく感じた
	可能であれば今後も出席させていただきたい。
	お手元が暗いです。パネルディスカッションは少しDr. サイドの話が多かったように思います。
	全体、特にパネルディスカッションが長すぎたように思います。ディスカッションのポイントがややunclearでした。でもそれなりに有意義でした。伊藤先生や川添さんの発言の機会をもう少し設けてもよかったかな、と思います。
	歯科のDr. 方の意見を聞くことが出来、大変良い機会となりました。ありがとうございました。歯科へのアプローチは、診察の合間にぜひしてみたいと思います。
	歯科インプラントは外部に触れるため感染リスクが常にある。整形リスクは創が治ればひとまず郭離されるため感染リスクが下がると思われる。
	素直な意見交換はよかったと思います。
	医師、歯科医師とでも、同じ医師でも感覚の違いがあるのを感じた。
	時間が足りなかった。もっとディスカッションしてほしかった。

	歯科
第一部講演について	もう少し詳しく聞きたかった
	非常に新しい知見を御教授頂けて大変参考になりました。
	大変わかりやすかった
	今までにも何度か岸本先生のお話を聞いていますが、聞くたびに新しい発見があります。今後もよろしくお願いします
	2回目の講演のせいか、わかりやすかった
第二部講演について	骨粗鬆症の治療患者が200万人、ARONJに発症報告数が2200人程度のため、発症率0.1%と考えられていると思いますが、全ての患者さんが抜歯等をされたことがないことを考えると発症率は0.1%を上回ると危惧しております。
	骨粗鬆症薬を投薬される患者が増えそうで不安
	医科のエビデンスがしっかりしていると感じました
	歯科医として他科の治療の様子を知る機会が今まで少なく不明な点が多かった様に思いますこれから情報提供をお願いします。
	癌のリスクと骨折のリスクとの対比等、明解な内容でした。
パネルディスカッションについて	一般的に患者さんとのコミュニケーションをとっている場合に骨粗鬆症の予防についてもう少しすすめて又、通院する気になるようにサポートが必要と考えます。
	時間が少なかった・会場がアットホームでよかった
	大変意義のあるフォーラムで良かったです。小室先生がおっしゃっていた様にもう少し時間があれば良かったです。
	小室先生の司会が良かった。もう少しレベルの高い歯科医が集まって欲しかった
	医科歯科で損根なしに話す機会がほとんどないので有意義な時間でした。ありがとうございました。
	医科のDr. が歯科治療に関して深く興味をもたれていることがよく分かりました。このような機会があれば積極的に参加します。
	今後も是非続けて頂きたい。
	医科、歯科連携の場を今後も作っていただきたい。
	もっともっと時間が欲しいです。
	素直に意見の言える場なので、また参加したい。

	介護・鍼灸院接骨院・その他
第一部講演について	介護職には高度な内容であった
	骨粗鬆症と顎骨壊死の関係性がよく分かりました
	専門的すぎて判断できません
	難しかったですけど・・「がん」や「骨粗鬆症」のお薬との関連があるんだと理解できました。
	やや専門性が強いお話で、薬の名前や、病名などわかりにくいことがありました
第二部講演について	予想外の医科・歯科連携の話でした
	骨粗鬆症の治療を受けている方の少なさに驚きました。介護では環境整備などで転倒リスクを抑制することを努めるのですがしっかり受診も勧めたいと思います。
	こちらは介護の現場でも、実際に目にする事でしたので、聞くこともし易いです。ただ人数については目にする数よりも、かなり多く感じました。お薬を飲まれている方も少ないと思います。
	骨粗鬆症の生命予後のデータを初めて見る事が出来驚きました。
パネルディスカッションについて	時間が足りなかった。内容については満足。
	地域医療、地域連携のディスカッションかと思っていました。川添さん伊藤先生の話がもっと聞いてみたかったです。
	介護職としては、骨粗鬆症も顎骨壊死もどちらも治療していただきたいです。骨密度が検査しにくいのはなぜなのでしょう？人数を考えたら、もっと簡単に検査が出来たら良いと思います。
	難しいお話もありましたが、今後利用者様とのかかわりに生かせればと思います。ありがとうございました。
	介護領域の者としては骨粗鬆症治療により歯科治療が制限されたり顎骨壊死が生じたりする可能性についての知識自体が無い、若しくは乏しいことの方が多いため参考になった。骨粗鬆症治療への多職種連携の必要性についても共有していきたい。

総括

今回、歯科医 16 名を含む 115 名の参加を得て第3回京都洛西医療フォーラムを無事終えることができました。普段医師と歯科医師が討論を交わす機会にはほばないのですが、本フォーラムでその機会を提供することができ、活発な議論がかわされたことで一応の目標を達成できました。第一演題演者の岸本先生からは顎骨壊死の現状とポジションペーパーの読み解きを平易に解説していただき、医師歯科医師とも理解不足であった点がわかりやすくなりました。第二演題演者の立入先生からは骨粗鬆症治療の重要性と多職種連携の必要性を説明していただきました。そしてディスカッションではお二人の演者と私に加え、在宅医療者の立場で伊藤先生、介護職の立場で川添氏、歯科医の立場で堤先生を交えて討論いたしました。フロア参加者からも発言が相次ぎ、医師から歯科医への疑問、歯科治療の現状や介護職からの提言など様々なディスカッションができました。この記録集を読んでいただければ論文からは読み取れない生の現場の声聞き取れるはずです。リスクを恐れ、治療待機をするために増加している「抜歯難民」と「骨粗鬆症難民」を少しでも少なく、適切な医療を提供するためには医師と歯科医師の協力、地域での「ペアリング」が必要です。本フォーラムが京都洛西地域での医科歯科介護の協力体制を活性化するきっかけとなることを願ってやみません。最後にフォーラムを開催するにあたって協力してくれた当院のスタッフ、家族、労務提供をしていただいた各社の皆様に深く御礼を申し上げます。ありがとうございました。

小室整形外科医院 院長

小室 元

7、編集後記

当院主催の京都洛西地域医療フォーラム開催は、今回で第3回目となりました。

「次のフォーラムのテーマはね。」院長は時々、聞き逃してしまいそうな声のトーンとタイミングで、とても重要なことを話します。(笑) 注意深く聞き逃さない当院の情熱スタッフでしかと受取り、準備が始まります。

いつもばたばた不器量で申し訳ありませんが、みな様のご協力をいただき、実現しております。回を重ねる毎に当フォーラムの趣旨に賛同してくださる方の人数、職種にかかわらず気さくに連絡を取り合えるお仲間が増えてきたことがなによりうれしいです。

今回は当日飛び入りの方も多くあり、ご参加者は115名。事務局担当者としてはこんなにやりがいを感じることはありません。ご協力、ご参加を頂きましたみな様に心より感謝申し上げます。

引き続きご指導いただけますよう、何卒よろしくお願いいたします。

地域連携室 吉村あすか

発行およびお問い合わせ先：小室整形外科医院 地域連携室

住所：〒616-8313 京都市右京区嵯峨野開町2-1

電話番号：075-871-0551 fax：075-871-0552

E-mail：info.koc21@gmail.com

