

質問番号	講習内容	内容	回答
1	がん治療総論	現在、紙巻タバコを吸っている方は減少し、電子タバコに移行している方が増加していると思います。電子タバコによるがんの罹患率等は、紙巻タバコと比較して変化してきているのでしょうか。	電子タバコは、国内で販売されておらず、わが国で普及しているものは加熱式タバコです。 加熱式タバコは、喫煙者の20%以上が使用しています。中でも、若い喫煙者では加熱式タバコを使用する人が多く、20～30代では男性で約40%、女性で約50%に達しています。なお、この割合には、紙巻タバコと加熱式タバコの両方を喫煙している約5%の人を含みます。加熱式タバコの登場と普及は、喫煙率が下げ止まり傾向を強めてきた理由の1つである可能性があります。 なお、現時点では、加熱式タバコによるがん罹患に及ぼす因果関係等の科学的根拠率などのデータは、得られていない状況です。
2		5年相対生存率とはいつからでしょうか。がんと診断された日からか、治療が終わった時からでしょうか。	5年相対生存率とは、ある病気(がん)の診断から5年後に生存している人の割合を表す指標(生存率)の1つです。診断されてから5年後の実測生存率(死因を問わない場合の生存率)を、対象者と同じ特性(年齢、性別、地域など)を持った一般集団(一般の日本国民)の生存率(期待生存率)で割って計算します。相対生存率は、対象の病気(がん)以外による死亡の影響を小さくして適正な値に近づけた指標として広く用いられています。 (がん情報サービスより)
3		パネル検査して治療法が見つかった場合、その成功率はどのようなものなのでしょうか。また、ピンポイントの治療になるため副作用が少ないと聞きました。口腔内発生頻度(副作用)はどうでしょうか。	パネル検査で遺伝子変異に合致する治療薬があった場合も、完治というよりは病勢を抑え、残された時間を延長し苦痛少なく過ごしていただく延命が目的となります。その有効性もさまざまで、一概に述べらるものではないのが現状です。 標的を絞ったピンポイントの治療とはいえ、副作用が無いわけではなく、口腔粘膜炎などの口腔の副作用も出ることもあります。
4		PDFページP12およびP13 スライドNo.13の性別年齢調整死亡率の推移の男女別の表を合成するとスライドNo.11の粗死亡率の推移となると思われるが、そのように見えないのはなぜですか。	年齢調整死亡率のグラフは、特別な計算で年齢による影響(高齢化による影響)を除外して算出されたものですので、男女を合計しても粗死亡率と同じにはなりません。
5	がん手術と口腔健康管理	がん手術時、全身麻酔の挿管を行う時、動揺歯がある場合マウスガードの装着が有効とありました。実際必要があり、マウスガードを作製した場合、保険適用となるか、また傷病名はどうなるか伺いたいです。	本件に関しましては、保険の適用があります。 病名は「気管内挿管時の口腔内装置必要状態」となります。 印象採得:42点、口腔内装置3(気管挿管時の歯の保護用)650点+装着料30点の680点となります(2024年時)
6		歯の保護のために上顎歯列にシリコン性のマウスガードを製作されましたが、これは保険適用があるのでしょうか。もしあればどのような病名をつけたらよいのでしょうか。	
7		周術期口腔機能管理後手術加算を算定するために医科と連携を築くためのヒントを教えてください。	まずは医科側の理解(病院事務サイドも含め)を深めることが重要と思われます。その上で負担の少ない形の連携システムを構築して頂ければと存じます。
8	がん薬物療法を受ける患者の口腔健康管理	拔牙後等の消毒(翌日等)は何で行うのが推奨されていますか。	拔牙後創処置の目的は創傷治癒の促進です。そのためには口腔免疫の機序を最大限に利用することが重要です。細胞障害性の消毒薬(ポビドンヨードやクロルヘキシジンなど)を用いても口腔内を無菌状態にすることは不可能です。また無菌状態であることが組織治癒を促進するわけではありません。細胞障害性の消毒薬は組織治癒に働く生体側の細胞も障害しますので原則禁忌となります。拔牙後創処置を行う際には局所感染の原因となる壊死物質や余剰な血餅、汚染物などの除去を行うことが重要であり、その際には為害性の乏しい生理食塩液の使用が望ましいと考えられます。

新規

新規

質問番号	講習内容	内容	回答
9	がん薬物療法を受ける患者の口腔健康管理	抜歯が必要な方への抗生剤の前投薬はどの抗生剤をどのくらい(期間・投与量)が望ましいでしょうか。また、抜歯後はどのくらい投薬が必要となるでしょうか。肝障害・腎障害がある場合とない場合でそれぞれ期間等についても併せて教えてください。	抜歯後感染予防に関する抗菌薬の投与に関して、下顎智歯を除く抜歯に関しては局所および全身の感染症の予防に関する効果を証明できる論文は渉猟し得ませんでした。免疫能が正常な患者における抜歯の際には術前および術後投与も含めて抗菌薬は原則的に不要と考えますが、投与を否定するものではありません。白血球数の低下や高難易度の智歯抜歯等に関して投与する場合は全身及び局所状態を考慮の上必要最小限とすることが望ましいと考えます。
10		抜歯だけではなく根管治療で鎮痛剤はNSAIDsよりアセトアミノフェンが選択されておりますが、カロナール(アセトアミノフェン)だけで鎮痛コントロールができない場合は何を使用したら良いでしょうか。(保険適応内で処方するため)	NSAIDsは抗炎症、解熱、鎮痛作用を併せ持ちます。炎症は侵襲に対する生体の防御反応と定義されますので、抗炎症作用は手術後の治癒経過において不利に働く可能性があります。そのため手術後の鎮痛には抗炎症作用を有さないアセトアミノフェン(カロナール®)が推奨されます。しかしNSAIDsの処方否定するものではありません。アセトアミノフェンの鎮痛効果は比較的弱く強力な鎮痛作用を要するものとしてトラマドール塩酸塩とアセトアミノフェンの合剤であるトラムセットがあります。トラムセットの健康保険の適応としては歯科領域では抜歯後疼痛のみになります。根管治療などの痛みへの対策としては局所および全身状態を考慮したうえで保険適応のある他のNSAIDsを用いることが必要になると思います。
11		OAGとROAGでは、どちらの信頼性が高いですか。あるいは推選されますか。	OAGおよびROAGとも声、嚥下、口唇、歯・義歯、粘膜、歯肉、舌、唾液の8つの項目に関して、例えばROAG嚥下スコア3:嚥下できない、と唾液スコア3:抵抗が増しミラーが粘膜につく、両者は同じスコア3の評価であっても口腔機能全体に及ぼす影響力は異なると思います。合計点数で評価するためには各項目の重みづけについての統計学的に証明されたタリフが必要となりますが、OAGおよびROAGともにタリフはありません。そのため両ツールとも重みづけの違うものを同一なものとして合計点数で重症度の評価に用いていることに注意が必要です。用途として臨床的に用いる場合には、合計点による重症度よりも項目ごとに評価を記録し、申し送りを行うことの方がより客観性が高く重要と考えます。スコア評価に関しては職種間や同一職種においても評価者によって異なりますので勉強会などで目合わせをすることにより信頼性は向上すると考えられます。また統計学的解析に用いる場合には合計点数やスコアをそのまま順序尺度として用いることには議論の余地があると考えます。上記に関して十分な配慮がなされていればOAGあるいはROAGのいずれも有用なツールと考えます。
12		テキスト60ページに「口腔粘膜炎症時にはヨード製剤など、組織への刺激・為害性のある含嗽剤は避ける」とありますが、根拠となる論文はありますか。	感染防止効果としてのヨードを推奨する論文はあるものの、創傷治癒については触れられておらず創面の培養結果が陰性であったことのみを根拠としている論文以外は渉猟しえませんでした。また化療後の粘膜炎に対しヨード製剤(あるいは組織障害性消毒薬)を積極的に用いないことを推奨する論文もネガティブを証明するスタディデザインがないため否定の根拠となる論文も渉猟しえませんでした。化療後の口腔粘膜炎は活性酸素によって生じた組織破壊の結果としての創傷と考えられます。創傷の治癒機転を考慮した場合、創傷ガイドライン https://www.dermatol.or.jp/uploads/uploads/files/guideline/wound_guideline.pdf にもありますように、現在は著しい創傷などがない場合には創傷に対して組織障害性を有する薬剤の使用は推奨されておられません。このようなことから現在では抜歯後翌日などの処置においても壊死組織の除去など治癒促進環境を整えることが主体となり、細胞障害性消毒薬を用いないことがほぼ常識的となってきました。このような観点からの記載とさせていただきます。もちろん著しい感染がある場合など臨床的判断により使用が考慮されるケースは存在すると思います。やや誤解を生みやすい表現だったかもしれません。ご検討よろしくお願いします。

質問番号	講習内容	内容	回答
13	がん薬物療法を受ける患者の口腔健康管理	口腔粘膜炎に対し、組織刺激の強い含嗽剤の使用は避けるとの事ですが、ネオステリグリーン等に代表されるベンゼトニウム塩化物程度の含嗽薬であれば使用しても差し支えないでしょうか。	ベンゼトニウムも細胞障害性のため原理から考慮すると使用は差し控えた方がよいと思います。除痛に関して主体的な役割を果たしているキシロカインを生理食塩液や精製水などで調整することもあると考えます。
14		口腔粘膜炎の対処に関する問題点で、アフタとは全く異なった病態であり、ステロイド含有軟膏の適応とはならないとあります。いわゆる抗がん剤の副作用とアフタ性口内炎とは異なるということだと思いますが、臨床的には局所の消炎、摂食痛緩和には有効だと思います。アズノール含嗽剤などが適応なののでしょうか。口腔粘膜炎の対処法、適応薬剤がありましたら教えてください。	マスキング効果としての疼痛緩和にはステロイド軟こうは有効と思います。化学療法後の口腔粘膜炎は活性酸素によって生じた組織破壊の結果としての創傷と考えられます。炎症は侵襲に対する防御反応ですので、炎症により肉芽形成が促進(消炎により抑制)されます。そのため一時的な症状改善のために積極的にステロイドを用いるのは好ましくないと思います。このような基本的概念からの考察によればアズノールも消炎に働きますので積極的に推奨はいたしません。最も組織為害性が少ないのは生理食塩液です。また生食氷を口腔内に含んでおくことも有効です。エピシルなどの粘膜保護材、キシロカイン水溶液による含嗽などは創傷治癒に影響を及ぼさないため使用しやすいと思います。もちろん臨床の現場においてはステロイドを使用せざるを得ない状態も考慮されますのでステロイドの投与も完全には否定しませんが、化療後の粘膜炎には偽膜も多く存在します。副作用として菌交代症によるカンジダの発症も考慮して慎重な判断が必要になるとと思います。
15		口腔粘膜炎の疼痛緩和の場合、第一版において「アズレン・リドカイン口腔液」の処方がありましたが、第二版においてはありませんでした。処方ではハチアズレ5包、グリセリン60ml、4%キシロカイン5mlまたは10mlとありましたが、近頃グリセリンの処方をしないと聞きました。標準的な処方を教えてください。また、薬局へ処方箋を出して調薬してもらえるのでしょうか。もしダメであれば医院の方で調薬しても合法で投薬できるのでしょうか。どうすれば良いか教えてください。以前、がん患者に投与しようと思った時、困りました。	アズレン・リドカインの処方が削除されていたことに関して、ご指摘ありがとうございます。意図的に削除ではなく、編集段階での誤りかも知れません。お詫び申し上げます。また『グリセリンを最近では処方しない』との情報は持ち合わせておりません。処方に関しては厚生労働省の重篤副作用疾患別対応マニュアル 抗がん剤による口内炎 平成21年5月(令和5年4月改定)P14表4 https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1109-r05.pdf をご参照いただければと存じます。自院での調合あるいは薬局に処方すれば対応いただけるものと考えます。
16		口腔乾燥し、味覚異常を呈した患者様2名を診させていただいて、病診連携し、味覚検査、保湿、栄養指導などしましたが、症状改善が難しい状況です。何か他の方法があれば教えていただけますか。	全身的には原疾患の、局所的には唾液腺機能の改善等の原因療法が基本となりますが、ご指摘のごとく口腔乾燥、味覚異常は原因療法が困難で対症療法に頼らざるを得ない症例が多くを占めると思います。対症療法としては人口唾液、保湿ジェルの使用や患者さんにペットボトルに水分を持参していただき少量づつ口に含んでもらうなどが現実的な対応になると思います。
17		口腔内の保湿について何か投薬できる薬がありますか。また、(口腔保湿薬など)保険請求は可能でしょうか。	直接口腔内に用いるものとしては人口唾液サリベートがあります。保険適応としては1. シェーグレン症候群による口腔乾燥症 2. 頭頸部の放射線照射による唾液腺障害に基づく口腔乾燥症となります。内服薬ではピロカルピン製剤、セビメリン製剤、アネトールリチオンなどがありますが、投与に当たっては適応を確認することと、原疾患や全身状態に関して医科主治医と密接に連携することが重要です。
18		口腔乾燥により剥離上皮膜、痰などによるバイオフィilm除去を効率的に可能とするオーラルリンス様の液体は、何が良いのでしょうか。	剥離上皮膜およびバイオフィilmの両者とも除去のためには機械的清掃が基本になると思います。口腔細菌叢や誤嚥した際の肺などへの影響を考慮すると薬剤の使用は必ずしも有益とはいえず、湿润状態にするためには生理食塩液が最も安全かつ合理的と考えます。

質問番号	講習内容	内容	回答	
19	がん薬物療法を受ける患者の口腔健康管理	末梢神経障害による知覚過敏処置に対して、局所処置は不要とのことですが、例えば漢方の立効散を用いて少しでも症状の緩和をはかってあげたりすることは有効と思われますが、いかがでしょうか。	症状緩和の可能性を否定はできませんが、末梢神経障害による知覚過敏に対する薬剤に関してエビデンスレベルの高いランダム化比較試験に基づいた論文は渉猟し得ませんでした。また立効散の効能効果は拔牙後の疼痛、歯痛とされており、本病態に対して投与した場合は適応外使用となるため推奨することはできません。	新規
20		患者さんが化学療法後、何を口に含んでも「ジワーツ」と激しくしみるわけではないがしみると言っていることがあります。粘膜代謝の問題でしょうか。対症療法としては保湿で良いのでしょうか。生食あるいは含嗽剤でおすすめはありますか。	ご高見の如く粘膜代謝の問題に加えて、神経障害による異感覚の可能性も考慮されます。生理食塩液や微温湯による含嗽やクライオセラピー（氷を口に含む）なども一考かと思いますが、他覚的に異常所見が認められない場合に、有効な対症療法は見出しづらいと考えます	
21		局所の口内炎（薬物療法等による）に対する治療としてレーザー照射の有効性はありますか。 また、多発性口内炎に対する含嗽剤で局所麻酔薬等を使用する場合の一般的な処方内容を知りたいです。（薬局への処方の場合も含む）	厚生労働省重篤副作用疾患別対応マニュアル、抗がん剤による口内炎（令和5年4月改定）に以下が記載されています。 1. 低出力レーザーに関して 『低出力レーザーを口腔内に使用すると、その特性から深部では吸収だけが起こり表層で強い拡散が起こるため、口腔内に露出した部分（口腔粘膜）にのみ効果が得られる。低出力レーザーは、細胞の活性化やコラーゲン新生の促進、血流改善や血管新生の促進などに関与し疼痛緩和効果をはじめ抗炎症効果、鎮静効果、創傷治癒促進効果がみられ口内炎治療に応用されている。』 これは海外の論文と機序に基づいて記載されたものであり、がん薬物療法に低出力レーザーを用いることは国内においては承認適応外使用となるため推奨はできません。 2. 含嗽剤における局所麻酔薬の使用に関して 『リドカイン塩酸塩ビスカス2% 50mL、アズノールうがい液 4%（25～35 滴、主成分として 20～30mg）、精製水（加水全量500mL）で適宜含嗽する。』が記載されています。	新規
22	頭頸部放射線療法、化学放射線療法患者への口腔健康管理	放射線療法術後の歯科治療で、感染根管治療に関しては説明がありましたが、抜髄処置はいかがでしょうか。 また、歯周治療におけるSRP時の浸麻やポケット搔爬（そうは）・フラップ手術に関して説明をお願いいたします。	抜髄処置も、放射線性顎骨壊死のリスクとはならないと考えられます。 どこまでの歯周治療が許容されるかは、明確なエビデンスはございませんが、歯槽骨に直接侵襲が加わるような治療は、リスクになりうると考えられます。	
23		放射線治療後のORN発生のリスクは時間が経過しても変化しないのでしょうか。（照射後何年たってもずっとリスクがありつづけるのでしょうか。）	経時的にリスクの程度の変化はあるかとは思われますが、原則としてリスクは半永久的であり、現時点の認識としては、照射後何年経過すると安全に拔牙できる、というものではございません。	
24		放射線治療後というのは、いつの時期のことをいうのでしょうか。術後どれくらいの間、治療に注意が必要なのでしょうか。口腔内照射であれば、術後継続かまたX線（レントゲン）は照射可能でしょうか。レントゲンは、そこまで気にしなくてよいのでしょうか。	放射線治療後の晩期障害（放射線性顎骨壊死）のリスクは半永久的と考えられ、治療後何年経ったら大丈夫、とは言えないのが現状です。また診断のためのレントゲンやCTの撮影は、問題なく可能です。	新規
25		〈頭頸部放射線治療の患者が歯科医院を受診した際に確認すべき項目〉の中に放射線治療を行った時期があるが、下顎骨への照射量が65Gy以上でも一定程度時間がたてば、拔牙後のリスクは少なくなるでしょうか。また、そうであればその期間はどれくらいでしょうか。	残念ながら放射線治療による顎骨への影響は半永久的であり、〇年経過すればもう拔牙のリスクは大丈夫、とは言えません。	
26		頭骨への放射線治療後の影響はどのくらい続くものなのでしょうか。ほぼ一生涯でしょうか。	頭頸部放射線治療による急性障害の影響は、治療後数週間で落ち着きますが、顎骨や唾液腺への影響（晩期障害）は半永久的であり、〇年経過すればもう大丈夫、とは言えません。	

質問番号	講習内容	内容	回答
27	頭頸部放射線療法、化学放射線療法、患者への口腔健康管理	放射線治療後の抜歯で、動揺が大きい歯でも抜歯を行わず自然脱落まで待った方が良いのでしょうか。著しい疼痛がなければの場合ですが、いかがでしょうか。	難しい問題でケースバイケースとして言えないのですが、当院の状況を申しますと、著しい疼痛がなくても、動揺が大きく経口摂取に不具合が生じているのであれば(かつ患者さんの希望があれば)抜歯をおこなうケースが多いかもしれません。患者さんの意向や局所リスクにより抜歯を避ける場合は、歯冠を切断、歯根だけの状態にして 当該歯の動揺による不具合の緩和に努めるケースもあります。
28		下顎骨への照射量が55Gy未満でも化学療法を併用している場合には抜歯を避けた方がよろしいのでしょうか。	リスクがないとは言えませんが、抜歯は不可能ではないと考えます。
29		①放射線治療後の感染根管治療の歯肉切除は、骨への影響が極力少ない形であれば可能でしょうか。 ②放射線治療後の骨髄炎と考えられる患者がいます。急性期ではないためフォロー中ですが、急性期でなければフォローアップで可能でしょうか。	①骨への直接の侵襲がない処置であれば、リスクはゼロとは言えませんが施行可能と考えます。 ②病勢の抑制、新規病変の抑制などを目的に、ぜひ保存的な管理でフォローを継続頂ければと存じます。症状の出現などあった際は口腔外科にて外科的なアプローチも検討頂きたいと存じます。
30		放射線治療に伴う晩期障害の患者の周術期管理における口腔ケアスケジュール間隔を決める時の主要因は何になりますか。	患者さんの口腔内の状況(清掃状況や、歯科疾患の重症度)と、ケアに対する認識、受け入れの度合いがスケジュール間隔を決定する主要因となると思われます。
31		放射線性う蝕への対応として定期的なフッ素塗布が有効とのことでしたが、患者自身にフッ素洗口をすすめることは控えた方がいいのでしょうか。クロルヘキシジン、ヨードなどの洗口とは目的が違いますが粘膜への刺激がどうなのか教えていただきたいです。また、フッ化物配合歯磨剤についても同様に教えていただきたいです。ゲル状の刺激の少ないものなどであれば使用可能でしょうか。	患者さんご自身によるフッ化物の使用は、推奨されます。クロルヘキシジン、ヨードなどの洗口は禁忌ではございませんが、粘膜への刺激や長期使用による常在菌叢の変化などを考慮する必要があるかもしれません。フッ化物配合歯磨剤は、ゲル状のものも含め使用が推奨されます。
32		radiationのスペーサーの費用算定の基準について、お教え下さい。	口腔内が照射野内に含まれる症例においては算定可能と考えます。
33		舌がんの治療に放射線治療を受けられる場合、下顎大臼歯部にスペーサーを作製することは、インプラント植立部位の保護に寄与しますか。有効であれば、学会に提案いたします。	舌がん組織内照射等では、スペーサーは顎骨への照射量を減弱させ、インプラント植立部位の保護に寄与する可能性は十分考えられると思われます。
34		照射中の口内の部位保護のためのスペーサーの材質は何を使うのか、名を教えてください。	当院ではポリオレフィン系の軟質マウスガード材料を使用しています。EVA、ポリオレフィン系など、放射線治療の妨げとならない、軟性の材質が推奨されます。
35		テキスト118ページの＜う蝕充填処置＞で、レジンよりもグラスアイオノマーが望ましい理由を教えてください。	放射線治療後のう蝕原性の高い口腔内への対応として、F徐放性、接着性などの観点から、グラスアイオノマーでの充填を推奨する報告があります。これはレジン充填を否定するものではありませんので、各症例の状況に応じて選択いただければと思います。

質問番号	講習内容	内容	回答
36	頭頸部放射線療法、化学放射線療法の患者への口腔健康管理	口腔癌に対する放射線療法の後、歯髄壊死を起こすことはありませんか。以前、舌癌の為放射線療法を受けた患者さんで、口腔清掃を非常にまじめに続けていた方が、術後1年半頃いきなり左側下顎大・小臼歯根尖部の腫脹をきたしました。感染根管処置をするも結局抜歯をせざる負えない状況になりました。炎症が顎骨に拡大する前に抜髄を済ませておいた方がよかったかと思っています。	歯髄のみならず、歯質そのものも放射線の影響を受けて変性・変質する可能性が報告されております。放射線照射を受けた歯髄がすべて壊死してしまう訳ではないものの、影響はあるかもしれません。ただ抜歯と異なり、抜髄処置・感染根管処置そのものは顎骨壊死のリスク因子ではないと考えられております。
37		放射線性顎骨壊死が生じた場合、局所と広範囲(顎骨片側に及ぶ)の管理の具体例を知りたいです。	放射線性顎骨壊死のステージが上がるにつれ、外科的対応の必要性が上がります。2026年には放射線性顎骨壊死のガイドラインが発刊される予定ですので、詳細はぜひそちらをご参照ください。
38		ハチアズレ+グリセリンの含嗽剤作製にあたっては、処方箋により薬剤師へ依頼するのでしょうか。自院あるいは患者自身で作製させるのかを知りたいです。自院で作製するとすればグリセリンの入手は可能なのでしょうか。また、処方箋での薬剤師への作製依頼、処方方は可能なのでしょうか。	処方箋による処方が可能です。薬局で調剤、もしくはご自宅で患者さん自身に作成いただきます。内容は以下の通りです。 Rp)ハチアズレ 5包 グリセリン 60mL 上記を混和、500mlとなるよう水で希釈し、含嗽用として使用
39		ハチアズレ+グリセリンやキシロカインアズレンが含嗽薬として使われると思いますが、保険病名は口内炎で問題ないのでしょうか。	保険病名は口内炎・口内痛にて問題ないと思われます。
40		うがい薬を製作するのにハチアズレ+グリセリンを使用するとのことですが、グリセリンはどのようなものを多く使用されているのかご教示いただきたいです。(メーカー及び商品名)	グリセリン液は処方できる薬剤です。当院ではグリセリン液「ケンエー」を採用しております。
41		講習会テキスト113ページ、1%のフッ化ナトリウム(10000ppm)を毎日5分間も口腔内に入れても大丈夫なのでしょうか。	ご提示の例は海外での報告例であり、おっしゃる通り日本ではこれほどの高濃度のフッ化物の提供は困難かと思われます。日本で提供可能な濃度での対応をお願いいたします(現時点では保険適用外の対応となるかと思います)
42		インプラント埋入部位に対する頭頸部放射線療法について、散乱線による粘膜炎の増強リスクはあるのでしょうか。また、インプラント周囲の顎骨壊死のリスクはあるのでしょうか。	おっしゃる通り、理屈の上からはいずれもインプラント周囲の増強リスクはあると考えられますが、天然歯と比較し有意な差をもって発症するかを明らかにしたエビデンスはまだないかと存じます。
43		テキスト94頁「リスクのある歯の処置」に含まれるのは、どんな状態でしょうか。	説明が不足しており申し訳ありません。がん治療中に急性症状を起こしたり、感染源となるリスクが懸念される歯を指しております。急性化を繰り返している根尖病変、制御できていない重度の歯周病などが該当するかと存じます。
44		金属冠は問題のない場合でも照射野に入る場合、除去しTecに置き換える等の対応が必要でしょうか。	金属冠の除去は、その後のQOLや抜歯を余儀なくされるリスクを考えると、可及的に避けることも重要です。可能であれば金属冠を除去せず対応できることが望ましいと考えます(口腔内装置により金属からの散乱線による粘膜障害の軽減を図るなど)
45		ジルコニア冠は散乱線が生じるのでしょうか。	散乱線は、程度の差こそあれ、密度の高い硬い物質であれば認められます(天然歯からも発生はしています)。ジルコニア冠からも多少の発生はあるかと思われますので、口腔内装置などの作成が望ましいと考えます。
46		テキスト126頁の愛護的な抜歯操作のイメージがわかりません。具体的にどのような操作でしょうか。	周囲組織を挫滅させることのないよう、力任せの抜歯操作を避けることを指しております。(ヘーベルでこじるなど)

新規

質問番号	講習内容	内容	回答
47	薬剤関連顎骨壊死(MRONJ)の予防と治療	BMAの開始前の患者の根尖病巣について、小さな根尖病巣で進行性でない判断できるものであれば、経過観察としてきましたが、判断基準等どうされていますか。	per病態が小さいからと言って治療回避にはならないと考えます。要は菌性感染症を惹起する可能性があるか否かです。ご指摘のように小さな病態だったとしても、一般的には感染リスクが低いとしても、BMA投与患者では免疫機能も落ち感染を起こす可能性もあります。 処置についてですが、菌性感染の危険がある歯はすべてが抜歯とは限りません。程度によっては感染根管治療を先行し保存することも一法です。症例に応じて処置を選択してください。 perを放置することは適切ではないと考えます。
48		BMA投与前のインプラント周囲炎に対してはどのように対処するのでしょうか。インプラント周囲炎の中でもグレードにより抜歯か保存か、どういう基準で対処できるか、ご教授いただきたいです。	インプラント周囲炎に対する基準が該当します。BMA投与だから余計に評価基準が厳しくなるとは言えませんが、ARAの類、抗スクレロシン抗体等は注意が必要です。より密なメンテナンスが必要だと考えます。
49		BP使用中の患者の難抜歯(骨を削合する抜歯)は可能でしょうか。内服薬のみの方と注射薬でのBP投薬の方でどのように対応するべきでしょうか。例えば残根状態および水平埋伏歯の骨削合するための抜歯の可否や投薬、抜歯可であれば時期等をご教えてください。	将来菌性感染症を惹起する危険があれば、残根、難抜歯、骨削去等は関係なく施行すべきと考えます。完全埋伏歯で、pericoの既往がない症例では敢えて抜歯する必要はないと考えます。抜歯の時期は全身状態が良好で、局所感染のない病態、そして事前の抗菌薬投与が妥当でしょう。
50		BP薬休止した後、どのくらい期間をあげたら抜歯は可能でしょうか。また、抜歯前の抗生剤前投与は必要でしょうか。必要であれば期間・投与量を教えてください。術後の投薬についても教えてください。	MRONJ発症のない、BP製剤の予防的な休薬は再考すべきと2023年版ポジションペーパーでは提唱されました。術前投与は、「術後感染予防抗菌適正使用のためのガイドライン」に則ってご検討ください。通常は処置前1時間の服用で、術後2-3日間の通常量投与となります。 https://www.jsoms.or.jp/medical/pdf/2023/0217_1.pdf
51		MRONJのリスク因子の上昇で抜歯がありますが、例えば重度Pで骨から離脱した歯の抜歯の場合、骨に触らないのでリスクが低いかと思いますが、その後の抜歯窩の搔把に関して、骨面に少し触れるくらいなら大丈夫なものでしょうか。	症例の病態によって異なると考えます。X線画像検査を施行し、骨硬化所見などが観察されれば万全を期して搔把が必要でしょう。『MRONJリスクに抜歯がある』ではなく、感染源が病因であることが新規ポジションペーパーでは提唱されています。積極的な菌性感染源の除去が重要です。
52		P141「BPが休薬できる場合は可能であれば2ヶ月以上が望ましい」とありますが、現在でもそうでしょうか。3ヶ月は休薬から休薬しなくてもよいなどこの頃の勉強会で聞いたことがあると思うのですが。	2023年の日本版ポジションペーパーから抜歯時の予防的休薬は原則として不要となりました。 以前から高用量の骨吸収抑制薬では、抜歯時の予防的休薬は推奨されていなかった経緯があります。低用量ではエビデンスは乏しいものの、短期間の休薬でMRONJ発症が減少することが期待されていましたが、予防的休薬の有効性(MRONJ発症の減少)を示すエビデンスがないことが検証されました。待機中に菌性感染症の悪化や、顎骨骨髓炎から顎骨壊死への懸念(休薬には歯科的なデメリットもある)があります。
53		MRONJ発症のリスク因子において、BMAの投薬を受けたが中止してからの期間にはリスク因子は関与しないのでしょうか。(内服中止からの経過期間でリスクはかわるのでしょうか)	BMAの種類によって異なります。BPは骨質に10年以上蓄積されると言われていますので、中止期間の影響は受けにくいと考えます。BPの場合は投与期間の方が予後に与える重要な因子です。デノスマブでは血中半減期が1か月なので、2か月以上の休薬では効果があると考えます。
54		MRONJ治療時の口腔ケアの頻度について教えてください。	局所の洗浄(口腔内外の瘻孔)は感染巣か否かでも異なります。急性炎症なく外来通院であれば2-3週間毎に行っています。OHAT評価が悪くなければ、2-3か月に一度の口腔ケアを考えています。
55		MRONJ予防目的に抜歯の際、術前抗生剤投与は有効でしょうか。	有効とするデータが多いようです。「術後感染予防抗菌適正使用のためのガイドライン」をご参照ください。

新規

質問番号	講習内容	内容	回答
56	薬剤関連顎骨壊死(MRONJ)の予防と治療	MRONJの抗菌薬の選択でセフェム系もありましたが、セフェム系の中で先生がよく使うものはどれでしょうか。予防(抜歯前等)のためにはペニシリン系を使うことをお勧めする薬剤師が多いと最近のセミナーで聞きました。私、個人的にはセフェム系をよく使います。	第一選択の薬剤はペニシリン系となります。PCアレルギーの方にはマクロライド、クリンダマイシンが選択されます。セフェム系では第一世代が候補となります。MRONJ治療目的の抗菌薬は長期に投与することが多いため薬剤耐性(AMR)の観点からも第一世代が推奨されます。
57		デノスマブ投与後のブリッジは可能でしょうか。	菌性感染症が注意すべき病態です。感染巣でなければ問題ないと考えます。
58		内服薬の中にフラジールがあったと思うのですが、フラジールはどういった場合に選択するべきでしょうか。	日本ではフラジールの適用はありません。2014年版アメリカ口腔外科学会ポジションペーパーの内容を引用したものです。混同を招く記載で申し訳ありません。MRONJに対する日本での第一選択はペニシリン系、次いでマクロライド系となります。局所消毒薬クロルヘキシジン濃度も0.12%は欧米で、日本では0.05%未満となります。
59	がん医療における緩和ケアと口腔健康管理	テキスト185ページの<口臭への対処法>で、揮発性硫化物をキレート化する口臭予防剤について具体的にどのようなものか教えてください。	具体的な商品の一つとして、ハイザックRシリーズなどがあるかと思います。
60		「脱水への対応で必ずしも輸液が有効とは限らない」とのことですが、尿路感染症との関連において何らかの指標はありますか。私も脱水に対する輸液の有効性よりも、浮腫やその他の症状が気になり、それを内科主治医に指摘したい時があります。しかし、非常に対応が難しいと感じています。	脱水に対して輸液を行うことは一般的には有効で推奨されます。しかし終末期においては、輸液を行うことは口渴感の改善につながりませんし、脱水改善目的で大量の輸液を行っても全身状態の改善や苦痛症状の緩和にも有効であることはほとんどなく、むしろ浮腫や口腔内分泌物の増加といった苦痛症状の原因となることが多いです。尿量が維持されることは尿路感染の予防につながりますので、「尿路感染症の予防」という点においては、輸液は有効だと考えられますが、上記のような理由から、終末期の患者に対して尿路感染の予防を目的とした輸液を行うかどうかはメリットとデメリットを勘案した上で決めるのが良いと思われます。
61		保湿剤の選択に苦渋する時がたまにあります。口腔内感覚が過敏になっているのか、「ねちゃねちゃする」、「味がキライorキツイ」等でどれも使えない、といった場面にあたった時どうすれば良いでしょうか。ジェルタイプ、リンスタイプ、無香料など・・・フローチャート的なものがあると助かります。支障ない範囲で具体的な商品名もそれぞれに対して教えてください。	個人の嗜好などもありますので一概には言及できませんが、経験上からは「ネチャネチャする」などテクスチャーの問題の際は、ジェルタイプよりフローのよいリンスタイプやスプレータイプが良いかと考えます。味の問題については、当院では試供品などで各種試してみて頂いて、最も受け入れ易いもの、好ましいものを患者さん自身に選択して頂いております。保湿剤の選択をフローチャート化することは難しいかもしれませんが、今後検討させて頂きたいと思います。
62		がん患者さんがなかなか食事がとれない中、ブドウ味のボール状のアイスキャンデーを本当においしそうに口に入っている映像をテレビで見ましたが、他の味含め、実際のいかがなものでしょうか。	一般的に冷たいものや喉越しの良いものが好まれることが多いのですが、人によっては冷たいものがしみてダメだという方もいらっしゃいます。患者さんの好みにあわせて試していただければと思います。
63		口臭への対応として、クリンダマイシンやメトロニダゾールは軟膏塗布での対応でよろしいでしょうか。	嫌気性菌による感染が原因の特殊な口臭への対策として、当科では内服で対応しております。軟膏など外用薬は保険上も使用が難しいかもしれません。

新規

質問番号	講習内容	内容	回答
64	がん医療における緩和ケアと口腔健康管理	患者への苦痛のヒアリングの方法を教えてください。	「痛みはありますか?」のような質問では、特定の苦痛(つらさ)についてしか聞くことができません。「何か気になることはありますか?」とか「困っていることはありますか?」と言ったYes/Noでは答えることができない質問(オープン・クエスチョン)を試してみるのが良いと思います。また、何気ない日常会話の中から、患者さんのちょっとした苦痛を拾い上げ、それについて深く掘り下げていくのも良いと思います。
65		緩和ケアの新定義(WHO)で、スピリチュアルな問題を〜とありましたが、そこに対してどんなアプローチをするのか興味があります。往診をしているので、「生きる意味への問い」「死への恐怖」「自責の念」等に問われる場面もありましたが、すごく個人的でどの解答が適切かいつも迷います。	スピリチュアルペインの枠組みや、具体的なアプローチ方法については、例えば https://www.seikaisha.blue/item-88/ などの成書をご覧くださいとよいと思います。
66	療養中のがん患者さんの口腔の症状緩和と口腔健康管理	『口腔乾燥対策』として『唾液腺マッサージ』をご紹介されておられましたが、腺房内に貯留した唾液を排出させる効果はあると思いますが、マッサージが唾液腺を神経生理学的に刺激し、唾液分泌を促進するエビデンスがあり、その標準治療としてもグローバルに確立していて、本邦でも推奨されている状況なのでしょうか。ご教示よろしくお願い申し上げます。	テキストでご提案しております唾液腺マッサージは治療ではなくケアの範疇に入るかと思われ、その点ではエビデンスは少ないかもしれませんが、一部ガイドライン、ガイダンスには明記されている介入でもありますので、状況によって活用する意義はある、というスタンスかと存じます。
67		扁平苔癬にもハチアズレン+グリセリンのうがい薬は有効でしょうか。また、効率的なケアがあれば教えてください。	乾燥症状を併発しておられる患者さんには有効かもしれません。
68		がん治療中の患者さんは高い確率で口腔粘膜炎を併発する...私も往診の中で出くわすことがあります。この口腔粘膜炎に対してネオステグリンなどの組織治癒を阻害する傾向にある薬剤の使用は好ましくないとありましたが、では痛みと乾燥に対して口腔湿潤ジェルの使用にキシロカインジェルやスプレー等の混合で試してもよいものなのでしょうか。	ご提示の対応も、十分考慮できるものと考えます。
69	口腔がんについて	口腔がんが増加傾向な理由は何でしょうか。	この現象は日本に限ったことではなく、世界的なものです。食事、生活習慣、ウイルスなど様々な因子が挙げられます。検証はされていませんが、知らぬ間に暴露されている放射線や食品添加物なども関係しているかもしれません。そしてヒト寿命の高齢化です。特に日本では超高齢社会を迎えたため、がん罹患患者増大に拍車をかけたと考えます。
70		口腔がんは原発が多いか、転移が多いか教えてください。	口腔がんの90%以上は扁平上皮癌となり、多段階がん機序で発症します。原発癌がほとんどで1-2%が転移癌となり、乳がん、腎臓がん、大腸がんなどがあります。『口腔癌診療ガイドライン(2019年版)』をご参照ください。
71		口腔がんは種々の刺激より発がんすると思いますが、他の消化器よりも発癌率が低いと思われます。どのようなメカニズムが考えられますか。DNAへの異常が起り易い部位がありますか。スクリーニング(ゲノム分析)は進んでいるのでしょうか。	口腔がんの原因遺伝子は多数あり、乳がんのBRCA1のような強力候補はありません。言い換えるとポリクロナールな発症となり、エピジェネティックよりも後天的な遺伝子異常によって発症します。スクリーニング検査として有効なゲノム解析はあまり検証されていません。
72		以前、下顎骨癌の方にチタンプレートを作成し、腓骨を移植するOPEに携わせていただいたのですが、女性の方だったので顔貌の状態が悪くなり、精神的にサポートしましたが、なかなか難しかったです。最近、人のIPS細胞から下顎骨が再生されたとのことですが、大学等の病院では臨床症例が可能になりますか。	動物実験レベルであり、いまだiPS細胞からの顎骨再建報告はありません。胎生幹細胞などの応用例はありますが、どんな症例にも可能な域には至っていません。時期尚早が現状です。

新規

新規