

idi info

季刊誌

2025
秋
AUTUMN
VOL.017

■iDiメッセージ

鴨井 久一 iDi 歯科医療情報推進機構 理事長
藤木 敏 iDi 歯科医療情報推進機構 理事

■iDiセミナーレポート

2025年 iDi歯科学会
社会のニーズを背景に歯科医療の未来を考える
ー口腔と全身の関係からみえてくる歯科医療の重要性ー

誤嚥性肺炎を予防するための実践講習会
～あなたは誤嚥性肺炎の予防に自信がありますか？～
DAY2 介護施設にて実践演習

■iDi認定歯科医師インタビュー

武田 直也 たけだなおや歯科クリニック(東京都)

idi Institute of
Dental
Information

特定非営利活動法人
歯科医療情報推進機構

私たちは新たな付加価値を創造し、
モノにもう一度「命」を吹き込む会社です。

Make things regenerate.

We create and add extra values, in order to breathe “life” into matters once again.



Recycle

貴金属分析・精錬

自社工場にて高精度な分析精錬を行い、使用済の貴金属を 1g たりとも無駄にする事なく回収いたします。回収した貴金属はインゴットとしてだけでなく、歯科用合金「キャストマスター」や、貴金属粘土「アートクレイシルバー」としても生まれ変わります。



Clean

産業廃棄物適正処理

第三者評価機関として都が指定した公益財団法人東京都環境公社より、優良性基準適合の認定（産廃プロフェッショナル）を取得しております。全国の事業所につきましても同様の基準で産業廃棄物を適正処理する体制を構築しております。



Support

歯科研修会場 DHA

歯科医師・技工士・衛生士の皆様の学究活動にお役に立つことを第一義とし、個人・スタディグループ・学会等、主催を問わず会議・講習会・実習会など多目的に有効利用してください。



- ◆ISO9001認証取得
- ◆ISO14001認証取得
- ◆LPPM認証取得
- ◆JAPHIC認証取得



相田化学工業株式会社

歯科営業部

〒183-0026 東京都府中市南町 6-31-2

TEL : 042-366-1201 FAX : 042-366-3101

札幌・仙台・新潟・郡山・埼玉・千葉・神奈川・東京・甲府
長野・静岡・名古屋・大阪・兵庫・広島・香川・福岡・鹿児島



iDi 理事メッセージ

藤木 敏

Satoshi Fujiki

iDi 歯科医療情報推進機構 理事



1974年 日本大学歯学部 卒業
 1979年 日本大学歯学部病理教室 学位取得
 1981年 宮崎県立宮崎病院 口腔外科勤務
 1987年 厚生省 指導医療官
 2013年 厚生労働省 指導医療官 退職

iDi 設立22周年にあたって

このたび、iDi 歯科医療情報推進機構の理事に就任しました藤木です。厚生労働省退職後、早いもので10年が経ちました。思い起こせば、22年前（2003年）のiDi 設立時は、どれほど大変で多くのエネルギーを必要としたか、いま改めて実感しています。

当初の基本方針として、①医療安全管理、②感染対策管理、③患者主体の治療、④診療の質、⑤総合的な管理の5つの視点から歯科医療機関を審査・認証する制度を構築し、国民（患者）に対して情報を発信することを目指しました。評価項目も188件以上に及びました。「安心・安全で適切な歯科医療情報を広く国民に提供する」。そして患者さんから「私にとってかけがえのない歯医者さん」と呼んでもらえる歯科医院を目指して！

これらの理念を、専務理事の松本先生と2人で考え、行動に移しました。多くの専門分野の方々に相談し、iDi 理事会も厚生省・大学（学識経験者）・健保組合（保険者）・マスコミ関係者の四者構成で組織。設立の2年前から関連シンポジウムを数回開催し、サーベイヤーの研修などにも多くの時間と労力を注ぎました。

とくにiDi が長年にわたり提言してきた院内感染防止の重要性は、歯科外来診療において高く評価され、保険診療の点数化にも反映されました。5年前の新型コロナ感染拡大時、歯科独自の感染対策によってクラスターの発生が見られなかったのは、決して偶然ではないと考えています。

また、iDi は「歯を診ることは口腔全体を診ること」であり、「口腔の健康が全身の健康に深く関わる」ことに着目し、医科歯科連携をベースとしたこれからの歯科医療を目指しています。

これからの各歯科医院では、患者さんのライフステージに合わせた口腔内の継続的管理を行ない、公的医療保険の充実と適正な運用に協力しながら、医院経営の質を高めていくことが求められます。同時に、医療法・歯科医師法・療養担当規則などの関連法令を順守し、地域医療提供体制の中で歯科医療機関が主体的に参画していくことが重要です。

最後に、厚生労働省（指導医療官）を退職して10年が経ちましたが、専務理事の松本先生のお勧めもあり、再び現場（iDi）に戻ってまいりました。これまでの経験を活かし、iDi 会員の先生方のお力になればと考えています。様々な問題や質問などがありましたら、お気軽にご連絡ください。何かお役に立てることがあるかもしれません。今後とも、どうぞよろしく願いいたします。

iDi 理事長メッセージ

鴨井 久一

Kyuichi Kamoi

歯学博士、医学博士

iDi 歯科医療情報推進機構 理事長



1979年 日本歯科大学歯周病科教授
 1995年 日本歯科大学付属病院長
 2001年 日本歯科大学大学院長
 2004年 日本歯周病学会理事長
 2005年 日本歯科大学名誉教授
 2006年 ウィーン大学再生医療研究所客員教授
 2010年 カンテプール歯科大学客員教授
 2013年 瑞宝中綬章受章

口腔機能低下症の背景を探る

2018年、口腔機能精密検査として、咬合力・舌圧・咀嚼機能能力などの7項目が検査項目として導入された。その背景には人口動態の推移がある。高齢化社会（65歳以上の高齢者の割合が人口の7%を超える社会）から、2025年の現在では超高齢社会となり、高齢者の割合が29.3%を占めるに至った。高齢者の口腔への対応が施設や居宅でいかにあるべきか、老年医学会を中心に検討会がもたれ、在宅や施設での口腔機能をいかに維持し、生活のQOLを高めるかが重要な問題として提起されてきた。

オーラルフレイルの概念はFrailtyモデルとして報告され、硬い食べ物が噛めない、滑舌が悪い、残存歯数の欠如、口臭、むせなどが日常生活の中で見られるようになり、組織的な検査と対応の必要性が生じてきた。そのような背景のもとに、口腔機能低下症検査として7項目の検査法が策定され、医科歯科連携・多職種連携の絆となることが期待されている。

口腔機能低下症の7項目の検査法は次の通りである。

- ① 口腔衛生状態：舌苔の付着程度50%以上
- ② 口腔乾燥度：粘膜湿潤度27未満、唾液量2g／2分以下
- ③ 咬合力低下：咬合力検査200N未満（プレスケール）、500N未満（プレスケール・フィルタなし）、350N未満（プレスケール・フィルタあり）、残存歯数20歯未満
- ④ 舌口唇運動機能低下：オーラルディアドコネシス（口唇「パ」、舌前方「タ」、舌後方「カ」の発音チェック）
- ⑤ 舌圧低下：舌圧検査30kPa未満
- ⑥ 咀嚼機能低下：咀嚼能力検査100mg/dL未満、または咀嚼能率スコア法（スコア0～2）
- ⑦ 嚥下機能低下：嚥下スクリーニング検査（EAT-10）で3点以上、自記式質問票でA項目が1つ以上、該当項目が3項目以上あれば「口腔機能低下症」と診断する。

嚥下機能低下は高齢者だけでなく、40～50代の年齢層でも2～3割前後に見られており、壮年期の検査項目としても重要である。以上7項目の検査方法を提示したが、これは歯科医療の中で検査の重要性を示唆するものであり、高齢者だけでなく小児期から高齢期に至るまで、検査の見直しを提言したい。多くの検査法の活用が医科歯科連携をはじめとする医療関係者の理解を深め、口腔病態の在り方をよりの確に把握することにつながると考えている。



講演1

星 旦二

東京都立大学 名誉教授、
元放送大学客員教授

**かかりつけ歯科医のみを持つことと、
QOL、生存維持、要介護予防との因果構造**

今日は「かかりつけ歯科医」と健康長寿の因果の話を、できるだけわかりやすくお伝えします。まず結論から。統計だけ眺めると、かかりつけ「歯科医のみ」がいる人は、生存率が高く、要介護になりにくい——この関連は確かに出ます。ただし、ここに強い交絡があります。つまり、その人たちは総じて学歴と収入が高く、病気が少ないので内科の主治医を必要としない、という基盤がある。生活習慣が“良い”人が長生きするという有名な知見も、学歴・収入・身体・社会・心理の要因を同時に入れて解析すると、生活習慣そのものの直接効果はほぼ消えます。原因と結果の両方に影響する“交絡要因”を見落とさないことが肝心です。

では歯科の価値は幻想かといえば、逆です。歯科による予防・メンテナンスに通う人は、フロスや歯間ブラシの使用、口腔清掃状態、主観的健康感、食生活の豊かさが一体となって良好で、これらが間接的に健康長寿へ波及している構造が見えてきました。誤嚥性肺炎や心血管リスクにも口腔の炎症・菌血の関与が示唆されます。ですから「歯科だけあれば長生きする」ではなく、「歯科を軸に予防行動や社会参加を促すと、間接効果の鎖が延びる」が正確な理解です。

地域差にも触れます。寒さや住環境、標高、空気汚染などの環境要因、ベッド数の多寡が寝たきりや寿命に影響します。医療資源が多ければ自動的に長寿、ではありません。私の推奨はシンプルです。①定期的な歯科



講演2

鴨井 久一

iDi理事長、
日本歯科大学 名誉教授

医科歯科二元性から見た口腔医療の在り方

今日は、医科と歯科がどう分かれ、これからどう結び直すのか、私の歩みも交えてお話しします。江戸では「口中医」。明治に入り医師法・歯科医師法ができ、歯科は「歯を抜く・詰める・被せる」へと狭く定義されました。戦後は米国型の二元制が定着し、完全に分離。良し悪しは別にして、これが出発点です。一方ヨーロッパにはストマトロジー、つまり医学の中の口腔学という流れがあり、私もウィーンでその空気を実感しました。体は一つ、口も全身の中にあるのだと。

臨床では歯周病学が専門医制度を押し広げ、同時に「診断・治療ガイドライン」を積み上げてきました。歯周病と全身の健康、糖尿病、インプラント、抗菌療法、高齢者対応——冊子は増えたものの、専門家の手元にどまりがちです。本来はもっと平易に、誰もが使える形で現場へ届かせたい。ガイドラインは“儀式”ではなく“道具”であるべきです。

1990年代以降、ペリオドンタル・メディスンが示したのは決定的でした。P. gingivalis をはじめとする歯周病原性細菌が炎症を介して、糖尿病のコントロール悪化、心血管イベント、誤嚥性肺炎、早産などへ関与する。歯槽膿漏だから抜いて入れ歯、の時代は終わり、「歯を残し、炎症を制

受診とプロケア、②毎日のフロス・歯間ブラシ、③噛める口腔機能の維持で栄養を支える、④外出・地域活動で「主観的健康感」を高める、⑤骨盤底筋群のトレーニングで失禁を防ぎ在宅生活を延ばす、⑥冬は住環境を暖かく安全にする。こうした複合が、結果として要介護予防と生存維持に効いてきます。

歯科は予防のフロントとして「測れる共通言語」を医科と共有しましょう。唾液細菌検査、歯周出血、嚥下所見と、医科側のCRP・栄養・服薬情報を往復させる。第二に、自治体は“歯科アクセス×社会的脆弱性”を重ね、支援を先回りする。第三に、エビデンスを太らせる。歯科主導で10年規模の追跡や介入（口腔ケア強化群 vs. 通常群）を全国で回し、QOL・要介護・生存の因果連鎖を可視化する。口から始まる予防は、個人の努力ではなく、社会条件を含む“環境×行動×医療”の総合戦です。かかりつけ歯科医を入口に、その連鎖を設計していきましょう。

最後をお願いします。歯科の効果を“もっと正確に”示すため、大規模で長期の追跡研究が必要です。歯科医・衛生士の診断データ、セルフケア、受診行動、社会経済要因、環境要因をひとつの枠で追う。エビデンスが整えば、歯科の役割は国民にもっと届きます。歯科は予防の要です。思い込みではなく因果で語れる土台を、皆さんと一緒につくっていきたいと思います。



講演2

鴨井 久一

iDi理事長、
日本歯科大学 名誉教授

医科歯科二元性から見た口腔医療の在り方

御し、全身を守る」へ。唾液中細菌の測定や出血指数など、客観指標で評価し、セルフケア（歯間ブラシ・フロス）とプロケア（スケーリング、PMTC、3～6カ月のメンテナンス）を地に足つけて回す。私たちはその実務を“普通の診療”にしたいのです。

では二元性を超える実装は何か。共通言語です。歯科は歯周出血や嚥下所見、唾液検査。医科はCRPやHbA1c、服薬情報。お互いの数値が往復すれば、診療は連続体になる。加えて粘膜免疫（IgA）や口ー腸ー脳の回路も視野に入れ、プロバイオティクスや食の指導まで含めて“口から始まる全身医療”を設計する。地域では、歯科アクセスと社会的脆弱性を重ねて支援を先回りし、誤嚥性肺炎の予防や栄養の立て直しを多職種で仕組みにする。

結局、医科歯科の境目は人が作った線です。線をなぞるより、患者さんの中の「炎症・栄養・機能・生活」を一本の矢印にする。わかりやすいガイドライン、共有できる指標、定期メンテナンス、そして連携。二元性の歴史を踏まえつつ、“体は一つ”を実務に落とす——それが私の考える口腔医療の次の姿です。

2025年iDi歯科学会

**社会のニーズを背景に歯科医療の未来を考える
ー口腔と全身の関係からみえてくる歯科医療の重要性ー**

大会長 矢島安朝

2025年「iDi 歯科学会」における各講演の要旨をお届けします。

9月7日（日）、毎年恒例の「iDi歯科学会」が東京・新橋の「AP新橋」会場と、オンラインによるハイブリッド形式で、iDiの矢島安朝理事を大会長として開催いたしました。今年のテーマは「社会のニーズを背景に歯科医療の未来を考えるー口腔と全身の関係からみえてくる歯科医療の重要性ー」と題し、厚生労働省をはじめ歯科医療界で活躍する7名の先生方に講演いただき、様々な提言がなされました。また、講演後は総合討論（ディスカッション）が行なわれ、活発な意見交換がなされました。

iDiでは、今後も歯科学会をはじめ、様々な研修会・講習会を開催してまいります。是非、多くの方々の参加をお願いいたします。





特別講演

小嶺 祐子

厚生労働省 医政局 歯科保健課長

**最近の歯科保健医療の動向
～各地域で求められる歯科医療提供体制の構築に向けて～**

本日は「最近の歯科保健医療の動向」について、2040年を見据えた視点でお話しします。今後、高齢者は増え続けますが、生産年齢人口はより早く減る。しかも地域差が大きい。東京のようにこれから入院需要が増える所もあれば、既にピークを越えて減り始めた所もある。全国平均の処方箋ではなく、地域ごとの現実に合わせて歯科医療提供体制が必要です。

85歳以上が増えると入院像も変わります。手術中心の急性期だけではなく、誤嚥性肺炎や感染症・骨折が増え、早期リハ・在宅復帰を見据えた対応が重要に。そこで国は「入院だけ」でなく外来・在宅・介護、人材確保までを含む新しい地域医療構想に舵を切りました。診療報酬でも地域包括医療病棟を評価し、リハ×栄養×口腔の一体的取り組みを加算で後押し。歯科側も回復期等の口腔管理を評価し、医科歯科連携を制度面から支え始めています。

足元のデータでは、歯科の患者総数は微減傾向でも高齢者比率は上昇、レセプト1件あたりは医学管理等で持ち直し。訪問歯科は件数が増える一方、実施医療機関の割合は頭打ちで“やる所に集中”。病院歯科の在宅対応は約1割にとどまります。歯科医師は地域間のばらつきが大きく、地方・中山間部ほど高齢化が進行。衛生士・技工士は就業率が低く、偏在

と高齢化が深刻です。

だからこそ、地域で「誰が何を担うか」を見える化し、機能分担と連携を設計する段階に入ります。外来中心の診療所、在宅・施設対応の拠点、病院歯科、口腔リハの要、地域連携のハブなど、それぞれが役割を明確にし、不足機能は育成・配置・派遣・巡回で補う。あわせて人材確保は“数”だけでなく働きやすさの設計が要。衛生士・技工士の業務の見直し、キャリアと賃金、DXによる業務効率化をセットで進めます。予防・重症化予防は最も投資効率の高い領域です。地域保健や職域保健との接続を強め、定期管理と口腔機能維持を標準化しましょう。

骨太の方針には「不足地域の分析と適正配置の検討」が明記されました。いま国は、歯科医師・衛生士・技工士の必要数と偏在、地域の機能配置を具体化する作業に入っています。そこをお願いします。現場の先生方には、自院の強みを「地域の役割」に翻訳し、在宅・施設・病院との連携に自院をどう位置づけるかを考えていただきたい。地域差は課題であると同時に設計の余地です。限られた人材で最大の健康利益を生むには、予防を底に、リハ・栄養・口腔を束ねる連携を常態化させること。国も制度とデータで後押しします。未来の当たり前を、各地域で一緒に作っていきましょう。





講演5

泉福 英信

iDi理事、日本大学松戸歯学部
感染免疫学講座 教授

令和に必要な口腔から始まる全身の健康とは何か？
個から集団感染症制圧のために貢献する歯科医療の新たな役割

今日は「個の口腔」から「集団の感染制御」まで、歯科が担える現実的な役割をお話します。2002年SARS、2009年新型インフル、2012年MERS、そしてCOVID-19。特徴は無症状でも拡がること、つまり「誰が感染者かわからない」まま飛沫・エアロゾルが口から出入りすることでした。歯科はタービンや超音波で「飛ぶ」ため一時は制限されましたが、標準予防策と口腔外バキューム、換気、アイプロテクションの徹底でクラスターは稀。日本の現場はこの数年で確実に進化しました。だからこそ「終わったから元に戻す」ではなく、平時にルーティンとして続ける。これが次のXデーへの最大の備えです。

感染はワクチンだけでは止まりません。口腔は“出入口”であり“盾”でもある。唾液の自浄作用、口腔常在菌のバリア、そして清潔なバイオフィルム環境が働けば、病原体は増えにくい。鍵の一つが「ストレプトコッカス・サリバリウス」。これは舌や粘膜に多い善玉で、う蝕原性菌のグルカン生成を邪魔しつつ（結果的にプラークを脆くしつつ）、ワクチン後の中和抗体誘導を後押しする可能性が示されています。言い換えれば「常在菌を殺し尽くさないケア」が重要。強すぎる殺菌連発より、機械的清掃と保湿、唾液分泌を促す習慣（咀嚼、こまめな水分、適度な無糖ガム等）で“良い叢”を守る視点です。

生活習慣も小さな味方になります。濃いめのコーヒーに含まれるクロロゲン酸、シナモンやミント精油などにウイルス付着抑制のデータがあり、唾液分泌も兼ねて日常に取り入れやすい。ただし「魔法の弾丸」ではありません。土台は毎日の歯みがきと専門的口腔ケア、義歯・舌清掃、そして誤嚥を招かない口腔機能の維持です。

高齢・要介護の現場では、ディスバイオシス（細菌叢の乱れ）からカンジダやブドウ球菌が増え、誤嚥性肺炎の火種になります。手術や長期臥床でも口腔の真菌量は跳ね上がる。だから歯科は院内だけでなく、施設・在宅での口腔ケア手順書、評価（舌・粘膜・唾液・プラークの見える化）と、看護・介護職への共有を“セット”で届ける必要があります。これは個人の重症化を防ぐだけでなく、施設全体のアウトブレイク抑制にも効きます。

まとめますと、①標準予防策・口腔外バキューム・換気・眼防護を平時運用に固定化する。②機械的清掃＋保湿＋唾液促進で常在菌バリアを守るケアへ発想転換（“除菌至上”からの卒業）。③要介護領域では誤嚥・真菌対策を核に、多職種で同じ手順を回す。④日常の小さな習慣（咀嚼、濃いめのコーヒー等）を足し算する。口は最前線です。個の健康を守ることが、次の流行期に地域全体を守ることに直結します。歯科はその“入口の番人”として、令和の標準を作っていきましょう。



講演6

平野 浩彦

東京都健康長寿医療センター 歯科口腔外科部長、
日本老年歯科医学会 理事長

高齢期の口腔機能管理の視点：オーラルフレイル

今日は「オーラルフレイル」について臨床の肌感と研究の裏付けを交えてお話します。簡単にいえば、老化や生活習慣、病気や薬などが重なって、口の小さな不調がじわじわ積み上がる段階です。放っておくと「口腔機能低下症」、さらに「摂食嚥下障害」へと坂道を転げ落ちる。だから“些細なうちに気づく”が肝心です。その入口に置いたのが5つの質問、いわゆるO-FIVE。①歯の本数 ②硬い物が噛みにくい ③飲み込みにくい ④口が渇く ⑤滑舌が落ちた——このうち2つ以上でオーラルフレイルを疑います。ここで止めずに評価へ進めるのが今の標準で、2018年に保険病名になった「口腔機能低下症」は、舌・嚥下・咀嚼・咬合力・唾液・舌圧・清掃の7項目のうち3つ以上で診断します。装置がなくても取れる指標もありますし、数値化して患者さんに可視化（レーダーチャートなど）すると合意形成が早い。厚生省も「疾患管理＋機能管理」を明確に打ち出しており、歯科の役割は確実に広がっています。

臨床の実感を2例挙げます。ひとつは「入れ歯が合わない」。基礎改修だけでなく、頬・舌・咀嚼の簡便トレーニングを足すと、咬合力や咀嚼能率、/p t k/の発音が目に見えて改善します。もうひとつは、一見元気で「しゃべりにくい」方。咬合や咀嚼は保たれているのに、嚥下だけが急峻

に低下していた。全身検索でALSが見つかりました。口の機能を系統立てて測ることが、医科歯科の枠を越えて病の早期発見につながる——これが可視化の力です。

研究側からも一言。地域高齢者では、口腔機能低下症の有病は後期高齢で4割超、85歳では7割に達します。前向きデータでは、オーラルフレイル群は2～4年内のフレイル・サルコペニア・要介護・死亡のリスクが約2倍。要介護者では、うがい・口唇舌運動・水飲みテストの不良が1年死亡の強い予測因子になります。誤嚥性肺炎の病棟でも、徹底した口腔衛生管理だけで喉頭所見が短時間に改善する場面を何度も見えています。つまり「口を整えること」が全身の転帰に波及するのは、今や現場の常識です。

まとめますと、気づきはO-FIVE、確かめは7項目、伝えるのは可視化。介入は「基礎（修復・義歯・清掃）＋機能（頬・舌・咀嚼・嚥下の短時間トレーニング）＋多職種連携（栄養・看護・リハ）」をワンセットで。8020で“残す”は達成しました。これからは“使える口”を守り抜くこと。オーラルフレイルという合言葉で、患者さんの「今の小さな不調」を共有し、早く、具体的に、楽に始める——それが高齢期の口腔機能管理の新しい当たり前だと考えています。



講演3

和田 勝

iDi副理事長、元厚生省 審議官

歯科の重要性について
－患者の立場から－

今日は“患者の目線”で、歯科の価値と制度の課題をお話します。人口・疾病構造が大きく変わる中で、歯科の重要性は確実に増えています。20年前、松本先生から「患者が信頼できる歯科を選べる仕組みをつくろう」と声がかかり、iDi（歯科医療情報推進機構）が動き出しました。質を評価し見える化する——この方向は正しかったと思いますが、浸透は道半ば。もっと患者に届く情報に磨いていきたい。

政策の話も少ししますと、は厚生省で医療保険の大改正や介護保険創設を担当しました。昭和59年の定率負担導入では、歯科材料の差額を法的に位置づけ（現行の保険外併用療養費につながる発想）、患者の選択に応える道を開きました。いま政局では「保険料を下げろ」という議論が強い。しかし現実には、医療費の適正化、公費の配分、自己負担・給付範囲の整理を同時に進めないと、単純な値下げは難しい。OTC化や給付外しにも健康影響や線引きの問題がつきまといます。極端な処方箋は危うい、というのが私の率直な見立てです。

患者側の風景はどう変わったか。国民医療費に占める歯科の割合はかつて約11%でしたが、直近は7%を切る水準。少子化で小児の受療は減り、高齢者は増える。歯科診療所は全国で約6.8万とアクセスは良くなった一方、地域差と通院困難は現実です。だからこそ訪問歯科・在宅連携の

強化が要る。近年の歯科医療費の伸びは年平均2%程度で、物価・賃金上昇に追いつかない。質を落とさず持続するには、無駄の削減と評価の適正化をセットでやるしかありません。

ここで患者の関心が高い論点の一つ——インプラントです。技術は成熟し需要も大きいのに、全額自費が壁になっている。質の確保と負担軽減の両立を図るなら、公的保険での段階的な取り込み（適応や材料・術式の基準、自己負担の設計を含む）を正面から議論すべき時期ではないか。出産の保険適用をめぐる現在の議論と構図は似ています。全国一律点数の難しさは承知のうえで、患者利益からの制度設計が必要です。

最後に、iDiの役割ですが、患者が“選びやすく、選ばれやすい”歯科をつくるには、①質の指標（安全・説明・予防・メンテナンス・在宅対応）を明確にし、②見やすい評価と平易な言葉で発信し、③地域差・通院手段まで含めた選択情報にすること。制度は一朝一夕に変わりませんが、情報の力で患者の選択を賢くし、現場の改善を後押しすることは今日からできる。歯科は痛みを取るだけでなく、人生のQOLと自立を支える基盤です。患者の立場に立ち、持続可能な仕組みとわかりやすい情報で、その価値をもっと届かせていきましょう。



講演4

石田 瞭

東京歯科大学 口腔健康科学講座
摂食嚥下リハビリテーション研究室 教授

健康寿命・幸福寿命・貢献寿命と歯科医療との関わり

健康寿命・幸福寿命・貢献寿命と歯科医療。この三つを並べたのは、今の社会ニーズに歯科がどう応えるかを一步広く捉えたいからです。2025年問題といわれてきた波はもう現実で、75歳以上は2,000万人超。現場では要介護・認知症の方が増え、施設も在宅も人手不足。私の診療は水道橋から公共交通での訪問が中心で、ショルダーバッグ一つで嚥下評価と口腔ケアに入ります。老老介護のご家庭も多く、まず「安全に、疲れず、続けられる食」を整えることが要です。

嚥下の入口でつまずけば、健康寿命は縮みます。検診に載せやすい簡便評価としては、30秒で何回唾を飲めるかを見る反復唾液嚥下テストが有効です。水飲みテストや食品テストもありますが、まずは“準備なくできるもの”を。評価の次は支援です。姿勢（頸部の反り上がりを避ける）、一口量、介助ペース、食形態、とろみの有無。口腔衛生は誤嚥性肺炎予防の土台で、義歯装着の是非も毎食ごとに調整が要る。これらは歯科だけでは完結しません。ケアマネ、訪問看護、ヘルパー、主治医と情報を一枚にまとめ、家族の負担感も見える化して共有する……。ここまでが歯科の仕事だと考えています。

終末期に近づくほど「栄養100%」と「その人の幸福」は一致しない場

面が増えます。コンフォート・フィーディング（味わいを中心に、苦痛なく少量を安全に摂る）という選択肢を早期からチームで話し合う。家族は大切な代弁者ですが意思決定者ではない、という原則もていねいに伝える。ここで効いてくるのが「幸福寿命」と「貢献寿命」です。寝たきりでも、好きな味を一口味わえた、季節の行事に口から参加できた、家族の安心に「貢献」できた——そうした主観的満足や役割感、高齢期ほど保たれやすい。歯科はその達成を口腔機能の側から支える専門です。

まとめますと、①簡便な嚥下評価を健診や日常診療に組み込み早期介入、②在宅・施設での口腔衛生と摂食嚥下支援を標準化、③多職種連携の“共通言語”で介助条件を整える、④終末期はコンフォート優先の選択肢を提示、⑤健康寿命だけでなく幸福寿命・貢献寿命を成果指標に据える。歯科は痛みを取るだけの医療ではありません。口から食べ、味わい、誰かとつながる力を支えることで、人の最期までの「その人らしさ」に貢献できる——その実践をこれからの標準にしていきたいと思います。

総合討論

講演後には、登壇くださった石田瞭先生、平野浩彦先生を中心に、鴨井久一iDi理事長、鈴木仙一iDi理事、泉福英信iDi理事、佐藤明寿iDi理事、加藤仁夫iDi理事・座長の参加のもと、矢島安朝iDi理事が司会を務めて総合討論が開催されました。



矢島 それでは総合討論に入ります。まず各講演の要点だけまとめますと、鴨井先生は医科歯科の“壁”を越える具体策として、共通の検査値づくりなど実装型の連携を提案。和田先生は、痛みが消えると病気を忘れるという患者目線から、口腔ケアの重要性がまだ十分伝わっていない課題を指摘。石田先生は、要介護でも「その人らしく生きる」を歯科が支える役割を強調。泉福先生は、院内感染対策と一体化した口腔ケアが集団感染抑制に有効と示し、平野先生は、高齢期の口腔機能管理こそ社会のニーズだと明確にされました。それでは討論に入ります。ご質問・ご意見、どなたからでもどうぞ。

泉福 私から平野先生に質問です。先生のスライドだと、オーラルフレイルになると一気に状況が悪

矢島 高齢化・人口減少が進む日本で、移民に頼らず生産年齢人口を補うには、高齢者に働き続けてもらう社会設計が要る。社会参加は健康も、幸福寿命・貢献寿命も延ばします。歯科として「幸福に生き、幸福に逝く」をどう支えるか、示唆をください。

石田 介護施設の現場は疲弊しています。まずはケア側に過剰負担をかけない体制を作り、口のことは歯科が引き受けるという覚悟を示す。寝たきりの方にも「生きる意欲」を持つてもらえる関わり方を、歯科から提案するのが大事だと思います。

平野 生活の場で「死」を語れる土壌が必要です。国民一人ひとりが自分の死に方を選び、支える側と表で議論できる場が増えるの良いと思います。

矢島 では最後に、皆さまから一

化する印象でした。オーラルフレイルになる直前を捉える指標はありますか？

平野 あります。今は「Oral frailty 5 (OFI5)」を使います。5項目のうち2項目以上でリスク高と判定します。2019年に日本歯科医師会の先生方と作成した「OFI8」は8項目で口腔外の項目も含んでいますが、全身のフィジカルフレイル(5項目)と歩調を合わせて、残存歯数、基本チェックリスト由来の3項目、滑舌の計5項目に整理しました。昨年公表でまだ日が浅いものの、行政現場では活用が広がり始めています。

泉福 その指標で「陽性」となった方は、改善できますか？維持は可能ですか？

平野 オーラルフレイルは可逆性があり、基本的に改善可能です。ただし神経筋疾患の初発として口腔機能低下が出る場合もあるので、そこは歯科医師が精査して鑑別します。老化は右肩下がりですが、加

言ずつお願いします。

鴨井 フレイルの議論は教育の根幹まで掘り下げる必要があります。死の捉え方を含め、哲学的素養も備えた歯科教育を、次世代が新しい概念を携えて進めることに期待します。

石田 「生きる意欲」をどう支援するか。寝たきりの方にもその火を灯す関わりを、歯科が担う覚悟を新たにしました。

泉福 歯科は口から「おいしく生きる」を支えます。歯科医療の価値が正当に報われる制度設計を、業界一丸で訴えていきたいです。

速因子は共有・是正できます。管理トレーニングだけではなく、セーフティゾーンにいるかを定期評価し見守ることも含みます。医科で血液データを定点観測するのと同じ発想で、逸脱があれば介入、良ければ間隔管理。今回の改定で口腔機能管理にインセンティブも付きましたので、疾患管理と機能管理の両輪でいけます。

矢島 「柏スタディ」の頃は3項目で判定していた記憶があります。今回「2/5」を陽性にしたのは、感度を上げて幅広く拾うためですか？

平野 当時は評価法が異なり、より口腔機能低下症に近い概念で解析していました。今回の「ファイブ」は10年後データも踏まえ、アウトカム(低栄養・要介護・死亡)を指標に、感度重視のポピュレーションアプローチです。特異度は揺れますが、早期検出を優先しました。

矢島 関連して。国民皆歯科健診の議論で、厚労省幹部に「オーラルフレイルを早期検出すれば健康寿命が延び、保険財政にも効く」と話



くなっていく時代に、このオーラルフレイル対策の重要性を通じて、歯科の重要性を高め、医科と歯科がさらに連携していくことが大切だと思いました。

佐藤 私は普段はインプラントの勉強だけしておりますが、今回は講演者の方々の素晴らしいお話を聞けたことは、自分の見識が広がりましたし、大変勉強になりました。

加藤 本日の討論で、歯科の役割と口腔機能管理の輪郭がよりクリアになりました。来年も第一線の先生方をお招きし、議論を深めましょう。ありがとうございました。



したところ、「寿命も延びたら財政は変わらないのでは」と返されました。感覚として、寿命も延びると思いますか？

平野 延びると思います。ただ、私が重視しているのは「死に方」です。健康寿命は介護認定の有無と死亡時点で定義されますが、要介護でも生きる意欲を失わずQOLが高い方はいます。政策に載せるには「死に方」の議論を避けて通れません。社会全体での対話が必要です。

石田 老年医学会のサイトには「舌圧が低ければ舌訓練」などピンポイント指導が並びます。評価と現状把握の意義は賛成ですが、単

独訓練を推す形はどう見ますか？

平野 本質は「口の予備力」をセーフティゾーンに保っているかを俯瞰して診ることです。舌圧1項目で介入を決めるのではなく、生活背景も含めた複合評価で方針を立てるのが口腔機能“管理”。歯科にとって機能評価はまだ新しく、現場説明が「初手の訓練メニュー」から入ってしまいがちなのは反省点。批判を糧に改善します。

鈴木 海老名スタディの市民848人の調査で、無歯顎や義歯使用者の舌圧が意外と高かった。義歯を舌で押さえるなど「自然にペコパンダ状態」になっているのでは？

平野 臨床感覚として合っています。咬合が不安定だと顎の力が舌圧に伝わって高値になりやすい。だ

総括



松本満茂
iDi専務理事

皆さん、長時間にわたりありがとうございました。会場の皆さん、また、オンラインでお聴きの皆さん、ありがとうございました。

本日は、厚労省から来ていただいた小嶺先生をはじめ、7人の先生方には、本当に素晴らしい講演いただきました。ありがとうございました。

iDiは、昨年までは、国民皆歯科健診の実現に向けて様々なテーマで講演会や勉強会を行なってまいりましたが、今年からは「歯科の重要性」を国民に、iDiの名前にある通り、国民の方々にとって有益な情報を推進し発信していこうと取り組んでおります。

歯の健康が、全身の健康維持に対していかに大切かということを周知し、国民の方々が自分ごととして捉え、歯科医院に健診に来ていただくきっかけにしたいと考えております。

是非、引き続き皆さまのご協力をお願いいたします。

「やはり治療せずに済むことが基本の理念です。通ってケアする価値を患者さま自身に実感していただくことで、80歳でも普通に自分の歯で噛める方が確実に増えています」

診療体制は、同氏と共に、非常勤の口腔外科専門の歯科医師、歯科衛生士4名、歯科助手3名というスタッフニング。ユニット4台のうち、多くを歯科衛生士が運用する。

「自費診療を積極的に勧めることはありません。難易度の高い精密根管治療などは信頼できる連



各ユニットを反対側から見たところ。こちら側はスタッフ側の動線となり、患者側の動線と完全に切り分けることで、よりスムーズな診療を実現。同氏の理念に基づいた設計となっている。

仕組みが支える日常運用と、地域へ広げる歯科医療

携医を紹介し、患者に最適な治療を提供するのが基本です。自己満足に陥らず、患者さまにとって最良の道を選ぶのが臨床家としての矜持です」

院外では、訪問診療がもうひとつの柱だ。立川市の歯科医師会の有志が施設単位でチームを組み、週次でローテーションする「立川モデル」を構築。同じ立川市の「山下歯科診療所」の山下美登氏（※2025年春号にインタビュー記事掲載）と共に、そのシステムづくりに邁進してきた。現在、立川市歯科医師会の会員で、すぐに動ける体制を地域内で完結させているという。同氏自身は毎週水曜日の午後を訪問診療に充て、毎回約10名ほどの患者を担当。若手歯科医師にも積極的に声をかけ、育成を兼ねる運用を行なっている。



同氏の趣味でもある「海水熱帯魚」。待合室には水槽が置かれ、既に7年以上も長生きしている「ブルーフェイス・エンゼルフィッシュ」が悠々と泳いでいる。ここまで長生きするのは珍しいことだそうで、同氏の予防に対する信念とも通じるものがあるのかもしれない。



たけだなおや歯科クリニック
 東京都立川市柴崎町3-11-4 東京ロジテック千代田ビル1F
 042-522-1770
<https://www.takeda-dc.jp/>



「やったことがそのまま結果に返ってくる責任ある仕事をしたい」という同氏の信念通り、クリニック内の基本設計も同氏自身が行なった。4台あるユニットは個室化され、プライバシーにも配慮している。

「やったことがそのまま結果に返ってくる責任ある仕事をしたい」と、歯科への道を志したのは小学生の頃だったと語る武田直也氏。その直感に、新卒で勤務医として赴任した茨城の歯科クリニックで確信に変わった。1日100人以上が訪れる診療所で、「素早く、しかも正確な治療」を叩き込まれた。「目の回る忙しさでしたが、歯科医師としての基礎を学ぶことができました」

「開業を考えた時、都内の様々な場所の白地図を用意して、既存の歯科医院をプロットしました。率の高いクリニックの院長に若くして抜擢され、デンタルリテラシーの高い患者層に向き合いながら、インプラントなど先端技術を駆使し、説明力と治療精度を磨いた。茨城と赤坂という異なる歯科の土壌で得た感覚は、「治す医療」と「そもそも医療を必要としない予防」を両輪で捉える視点を育てたと語る。

「開業を考えた時、都内の様々な場所の白地図を用意して、既存の歯科医院をプロットしました。率の高いクリニックの院長に若くして抜擢され、デンタルリテラシーの高い患者層に向き合いながら、インプラントなど先端技術を駆使し、説明力と治療精度を磨いた。茨城と赤坂という異なる歯科の土壌で得た感覚は、「治す医療」と「そもそも医療を必要としない予防」を両輪で捉える視点を育てたと語る。

「開業を考えた時、都内の様々な場所の白地図を用意して、既存の歯科医院をプロットしました。率の高いクリニックの院長に若くして抜擢され、デンタルリテラシーの高い患者層に向き合いながら、インプラントなど先端技術を駆使し、説明力と治療精度を磨いた。茨城と赤坂という異なる歯科の土壌で得た感覚は、「治す医療」と「そもそも医療を必要としない予防」を両輪で捉える視点を育てたと語る。

「開業を考えた時、都内の様々な場所の白地図を用意して、既存の歯科医院をプロットしました。率の高いクリニックの院長に若くして抜擢され、デンタルリテラシーの高い患者層に向き合いながら、インプラントなど先端技術を駆使し、説明力と治療精度を磨いた。茨城と赤坂という異なる歯科の土壌で得た感覚は、「治す医療」と「そもそも医療を必要としない予防」を両輪で捉える視点を育てたと語る。

「治療しないために通う歯科」という理念を形にする

iDi認定歯科医師インタビュー

「治療にならない」ために通う歯科へ

予防と連携で、地域と共に自分の歯を守る挑戦

たけだなおや歯科クリニック 院長

武田 直也

「削らない・抜かない・神経を取らない」。この“当たり前で難しい”ゴールを実現するために、たけだなおや歯科クリニックの武田直也氏は予防・メンテナンスを診療の中心に据え、患者の納得と行動変容に徹底して向き合ってきた。1日ごとの声かけと「口腔内の見える化」「3カ月サイクルのSPT運用」、そして訪問診療を軸にした「立川モデル」など、立川市歯科医師会理事として、地域の公衆衛生と臨床を地続きにする同氏の実践を追った。



立川市歯科医師会 理事
 公益社団法人 日本歯科先端技術研究所 会員

歯援診

口管強

外安全

歯初診

外感染

**在宅療養支援歯科診療(歯援診)並びに
口腔管理体制強化加算(口管強)に関する研修会**

歯科外来診療医療安全対策加算(外安全)に関する研修会

歯初診と歯科外来診療感染対策加算(外感染)に関する研修会

2025
12/7日

会場 御茶ノ水ソラシティ
カンファレンスセンター1階 Room C

〒101-0062
東京都千代田区
神田駿河台 4-6

会場 / オンライン開催

新型コロナウイルス感染症対策のため、本研修会は現地開催、及びオンライン配信のハイブリッドWEB方式で開催します。

講師:
森戸 光彦
鶴見大学 名誉教授

①在宅療養支援歯科診療(歯援診)
並びに口腔管理体制強化加算(口管強)
に関する研修会

10:00~12:00
(受付開始 9:30~)

研修会後に施設基準申請手続き
についてiDi事務局から連絡

12:00~

講師:
福田 謙一
東京歯科大学
口腔健康科学講座 教授

②歯科外来診療医療安全対策加算
(外安全)に関する研修会

13:00~14:30
(外安全のみ受講 受付開始 12:30~)

研修会後に施設基準申請手続き
についてiDi事務局から連絡

14:30~

講師:
泉福 英信
日本大学 松戸歯学部
感染免疫学講座 教授

③歯初診と歯科外来診療感染対策
加算(外感染)に関する研修会

14:50~16:20
(歯初診のみ受講 受付開始 14:30~)

研修会後に施設基準申請手続き
についてiDi事務局から連絡

16:20~

2026
2/8日

会場 御茶ノ水ソラシティ
カンファレンスセンター1階 Room C

〒101-0062
東京都千代田区
神田駿河台 4-6

会場 / オンライン開催

新型コロナウイルス感染症対策のため、本研修会は現地開催、及びオンライン配信のハイブリッドWEB方式で開催します。

講師:
森戸 光彦
鶴見大学 名誉教授

①在宅療養支援歯科診療(歯援診)
並びに口腔管理体制強化加算(口管強)
に関する研修会

10:00~12:00
(受付開始 9:30~)

研修会後に施設基準申請手続き
についてiDi事務局から連絡

12:00~

講師:
福田 謙一
東京歯科大学
口腔健康科学講座 教授

②歯科外来診療医療安全対策加算
(外安全)に関する研修会

13:00~14:30
(外安全のみ受講 受付開始 12:30~)

研修会後に施設基準申請手続き
についてiDi事務局から連絡

14:30~

講師:
泉福 英信
日本大学 松戸歯学部
感染免疫学講座 教授

③歯初診と歯科外来診療感染対策
加算(外感染)に関する研修会

14:50~16:20
(歯初診のみ受講 受付開始 14:30~)

研修会後に施設基準申請手続き
についてiDi事務局から連絡

16:20~

参加費用
(会場/
オンライン共)

	歯援診/口管強	外安全のみ	歯初診/外感染のみ	外安全/歯初診/外感染
一般(会員以外)	30,000円	20,000円	20,000円	30,000円
iDi/ISM認定会員	5,000円	3,000円	3,000円	5,000円

※災害や講師急病等やむを得ない事情で中止となった場合、参加費の全額返還、もしくは次回開催に振替させていただきます。但し中止によって生じた、旅費、宿泊費や届出の遅れによる逸失利益など、参加者各位の損害については補償できません。ご同意のうえお申し込みください。

参加をご希望の方は、
iDiホームページより
お申し込みください。

iDi 歯科


<https://www.identali.or.jp/>

研修会について
お問い合わせ

03-5842-5540

お預かりした個人情報、本研修会の運営並びにiDiから参加者への情報提供以外の目的には使用いたしません



ばりろく / PIXTA

On the Cover [今号の表紙写真]

日本の景勝地「御射鹿池(みしゃかいけ)」(長野県)

長野県茅野市の「御射鹿池」は、八ヶ岳中信高原国定公園内にあり、面積は約0.1ha、最大深度約8mの農業用の「ため池」。透明度が高いため、水面に周囲の風景が映り込み、幻想的な光景を生み出す。日本画家・東山魁夷の代表作「緑響く」のモチーフにもなったことでも知られる。その名の由来は、諏訪大社に伝わる神事で、神に捧げる鹿を射る「御射山御狩神事」にちなむといわれている。2010年、農林水産省の「ため池百選」に選定。

iDi info 2025秋号

企画・発行: 特定非営利活動法人 歯科医療情報推進機構
〒113-0033 東京都文京区本郷3丁目24-17ネクストビル403

編集: 庄司信晴(PAL)・松井英樹(PAL)
撮影: 小林伸
デザイン: 上野はじめ

Copyright © 2025 iDi All Rights Reserved.
●本紙掲載記事の無断転載を禁じます。

誤嚥性肺炎を予防するための実践講習会

～あなたは誤嚥性肺炎の予防に自信がありますか?～

DAY2 介護施設にて実践演習

7月27日(日)、2日間にわたって開催される「誤嚥性肺炎を予防するための実践講習会」の2日目のプログラム「相互実習」が、埼玉県川口市の特別養護老人ホーム「さくらの里」にて行なわれました。

まず、鴨田勇司氏による講義「チーム医療における歯科の役割」として「摂食嚥下チーム」「栄養サポートチーム」「呼吸サポートチーム」「緩和ケアチーム」と歯科が行なうチーム医療について、パートごとに詳しい解説がありました。

また、「包括的がん医療モデル」についての説明がなされ、チーム医療に歯科が関わることの重要性や、医科歯科連携により医療全体の質が高まるなどの大きなメリットが具体的に示されました。

そして、同施設に入居されている高齢者の方に対する「口腔ケア」のデモを実施。看護師から症例説明がなされ、症例に対応した口腔内清掃を実際に行ない、注意点なども併せて解説されました。

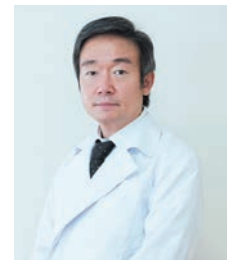


松尾浩一郎氏は、高齢者が食事をする際の状態を観察し、食べ物の摂取状況や、咀嚼能力、嚥下機能や食事の際の姿勢などを評価する「ミールラウンド」の実践方法を解説。

高齢者の栄養摂取方法である「経静脈」「経腸」「経口」の違いや、食事の摂取場面、食事形態などの解説が行なわれ、食事時の観察ポイントや注意事項などの説明の後、入居者の昼食時に合わせて実際にミールラウンドを行ない、課題を発見し、ケアに活かすための方法を実践的に学びました。

さらに、VE(嚥下内視鏡検査)実習では、実際にファイバースコープを鼻から喉へ挿入して嚥下の様子を観察し、誤嚥の状態を確認する方法を体験しました。

この2日間にわたる実践講習会は、口腔ケア、リハビリテーション技術、ミールラウンド、VE操作など、訪問診療や歯科医療の現場で役立つ実践的スキルを身につけられる貴重な機会となりました。実践講習会は、来年も開催予定です。是非、多くの方々のご参加をお待ちしております。



鴨田勇司

歯学博士/かもだ歯科クリニック院長
日本老年歯科医学会認定医
日本摂食嚥下リハビリテーション学会認定士
聖隷クリストファー大学臨床准教授


松尾浩一郎

東京科学大学大学院
地域・福祉口腔機能管理学分野 教授
オーラスヘルスセンター センター長


実際に介護施設に入居している高齢者への口腔ケアのデモが行なわれ、口腔内を清掃する方法が紹介されました。



食事形態や姿勢、食事動作など、症例により異なる食事摂取場面のデモも行なわれました。



食事の摂取状況を観て評価を行なうミールラウンドを実施。ここで課題を発見しケアにつなげていきます。



食事後は歯ブラシやスポンジブラシなどを使用して、口腔内の清掃を実際に行ないました。



講師のもと、グループディスカッションも開催され、様々な意見交換や質疑応答がなされました。



VEの操作や実際に挿管される体験実習も行ない、咀嚼・嚥下する状態を観察し誤嚥を確認する方法も学びました。



nanozilla

ナノ・ジューラ

これからの除菌作業は
もっとカンタンに



噴射モードの場合



噴霧モードの場合



ドアノブ ユニット 白衣 など
接触頻度の高い部分を中心に
ワンポイント除菌&抗菌



待合室 診察室 トイレ など
置いておくだけで1部屋2〜3時間
でミストが隅々まで行きわたる

99.9%^{※1}
除菌

24時間
抗菌

防カビ&
消臭

素材を傷めない

成分臭ゼロ

安全性検証試験済み

付属の専用除菌液は銀イオンを主成分として作られており、ナノ・ジューラと組み合わせることで効果を発揮します。細菌やウイルスに対し、99.9%^(※1)以上の高い除菌力を1日1回の噴霧で24時間持続するので作業の簡素化も実現します。

※全ての菌・ウイルスに効果があるわけではありません

※1 本結果は一定の条件下で行われた試験結果であり、使用状況により効果が異なる場合がございます。

nanozilla 専用液の持続性



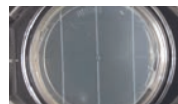
スプレー前



1分後



1時間後



24時間後



nanozilla スターターキット

専用銀イオン除菌液5L付き

24,200円(税込)

WEBから購入できます
詳しくはこちら ▶▶▶▶

nanozilla



〒869-1102

熊本県菊池郡菊陽町原水2849-1

商品に関するお問合せ: 096-342-1081

公式ホームページ: <https://pikasshu.jp/>



ジーシー昭和薬品は 歯科用局所麻酔薬に関する情報を提供しています。

ORA DENTAL TOPICS

No. 35 循環器系疾患患者への局所麻酔時の留意点

鹿児島大学大学院 歯学部総合研究科 先進治療科学専攻 顎顔面再建学講座 歯科麻酔全身管理学分野 教授 杉村 光隆 先生

No. 34 歯科用表面麻酔剤の選び方 ―効果・適応・臨床応用のポイント―

日本歯科大学 歯科麻酔学講座 教授 砂田 勝久 先生 日本大学歯学部 歯科麻酔学講座 兼任講師 見崎 徹 先生

No. 33 歯科用アルチカイン製剤の医師主導治験を終えて

岡山大学病院 歯科麻酔科部門 准教授 樋口 仁 先生

No. 32 歯科局所麻酔剤の新たな展開 ―アルチカイン(Articaine)製剤の有用性―

岡山大学 学術研究院歯薬学域 歯科麻酔・特別支援歯学分野 教授 宮脇 卓也 先生

No. 31 急性局所麻酔薬中毒を俯瞰する

新潟大学大学院 歯科麻酔学分野 教授 瀬尾 憲司 先生

No. 30 歯科処置中に局所麻酔をしたのに、患者さんが、途中で痛みを感じて我慢できない

～局所麻酔薬が効かない理由と対応策～ 長崎大学生命医科学域 医療科学専攻 歯科麻酔学 教授 鮎瀬 卓郎 先生

No. 29 歯科用局所麻酔薬の種類と使い分け

昭和大学歯学部全身管理歯科学講座 歯科麻酔科学部門 教授 飯島 毅彦 先生

No. 28 亜酸化窒素(笑気)吸入鎮静法

昭和大学歯学部全身管理歯科学講座 歯科麻酔科学部門 教授 飯島 毅彦 先生

No. 27 循環系合併症を有する患者の歯科治療

徳島大学大学院 歯学部歯学部 歯科麻酔科学分野 教授 北畑 洋 先生

No. 26 小児患者の緊急対応

日本大学 松戸歯学部 歯科麻酔学講座 准教授 山口 秀紀 先生

No. 25 伝達麻酔なんて怖くない!

日本歯科大学生命歯学部 歯科麻酔学講座 教授 砂田 勝久 先生

No. 24 世界の歯科局所麻酔事情

東京歯科大学 歯科麻酔学講座 教授 一戸 達也 先生

No. 23 アドレナリン含有リドカイン塩酸塩製剤の併用注意薬を服用する患者への対処

松本歯科大学歯科麻酔学講座 教授 瀧谷 徹 先生

No. 22 抗血栓薬服薬患者の歯科診療室における知的局所麻酔管理

北海道医療大学歯学部 生体機能・病態学系 歯科麻酔科学分野 工藤 勝 先生 大桶 華子 先生 三浦 美英 先生

No. 21 局所麻酔に起因するトラブルの対処法

東京医科歯科大学大学院 歯学部総合研究科 麻酔・生体管理学分野 教授 深山 治久 先生

No. 20 歯科治療時の疼痛管理と術後鎮痛

No. 19 糖尿病と歯科治療

No. 18 呼吸器疾患を有する患者への対応

No. 17 高齢者に対する歯科用局所麻酔剤の注意点

No. 16 妊婦・授乳婦への歯科用局所麻酔薬投与について

No. 15 局所麻酔の合併症～びらんと潰瘍

No. 14 「私は麻酔の注射でアレルギーが出たことがあります…」と、患者が言った。さあ、どうしよう。

No. 13 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

No. 12 合併症を有する患者への対応 part.2

No. 11 合併症を有する患者への対応 part.1

No. 10 患者急変時何をすべきか、 歯科診療室における初期救急!

No. 09 小児歯科医療現場での危機管理

No. 08 小児に対する歯科局所麻酔について考える

No. 07 さらなる安全な局所麻酔薬を求めて

No. 06 痛くない局所麻酔

No. 05 局所麻酔による全身的偶発症～その予防と処置

No. 04 局所麻酔による全身的偶発症

No. 03 見直される局所麻酔と将来展望

No. 02 臨床に役立つ局所麻酔の話

No. 01 保存治療における注射部位とオーラ注の使用について 抜歯のための局所麻酔法



資料請求先

株式会社 ジーシー昭和薬品

TEL: 0120-648-914

(受付時間) 9:00~17:30(土・日・祝日・弊社休日を除く)

歯科用局所麻酔剤 劇薬、処方箋医薬品(注意―医師等の処方箋により使用すること)

セプトカイン® 配合注カートリッジ

薬価基準収載

アルチカイン塩酸塩・アドレナリン酒石酸水素塩注射液



効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む注意事項等情報等については電子化された添付文書をご参照ください。



製造販売元

株式会社 ジーシー昭和薬品

東京都板橋区蓮沼町76番1号