２）Step3（５年生）症例課題について

症例課題：
5年生が臨床実習で高齢の患者さんを担当する前に、症例形式で3、4年で学んだ事を整理し、さらに臨床をシミュレーションしながら学ぶ課題。

実施時期、方法

北海道医療大学

- ４月、５月に行う

• シミュレーション、相互実習を実習の前期にまとめることで、診療参加型臨床実習の時間を確保する。
進捗の確認をする教員：臨床教育管理運営分野

岩手医科大学

- 総合講義Ⅰ（地域医療体験実習開始前；10月初旬）の四枠。全員一斉。

進捗の確認をする教員：当日の講義担当者

昭和大学

4ブロックに分割したローテーション型の実習のため、下記の実習前に復習する。
- 口腔外科・麻酔の臨床実習（WG2）
- 高齢者歯科臨床実習（WG1）
- チーム医療臨床実習（病院歯科実習＋歯科訪問診療実習）（WG3，4）

各実習前に完了していることを確認する。
進捗の確認をする教員：各実習担当が確認する。

トライアルの実施責任者の決定

WG 1

各大学責任者：昭和；佐藤　岩手；小林　北医療；安彦

内容	日程	責任者
トライアル(**昭和大学**) 参加学生募集・説明会（研修医？）	平成28年2月上旬	昭和大学 佐藤
症例課題の決定	平成28年２月７日	昭和大学 佐藤
金沢電子出版(株)・(株)ピコラボへ依頼	平成28年２月７日	昭和大学 鎌谷
IT教材完成	平成28年２月２８日	
学生トライアル実施(**昭和大学**)	平成28年3月上旬	昭和大学 佐藤

WG 2

内容	日程	責任者
トライアル 参加学生募集・説明会	平成28年1月初旬	岩手医大　城
症例課題の決定	平成28年1月末日	北医療大　草野
金沢電子出版(株)・(株)ピコラボへ依頼	平成28年2月中旬	岩手医大　城
IT教材完成	平成28年2月末日	岩手医大　城 北医療大　草野
学生トライアル実施	平成28年3月上旬	岩手医大　城・近藤

WG 3

内容	日程	責任者
トライアル 参加学生募集・説明会	（1月 iOSCA説明会後） 平成28年　月　日	昭和大学 片岡 （弘中）
症例課題の決定	平成27年12月25日	昭和大学 弘中・内海
金沢電子出版(株)・(株)ピコラボへ依頼 VPはなし	平成28年227日	昭和大学 弘中
IT教材完成	平成28年２月２７日	昭和大学 弘中
学生トライアル実施	（3月10日のiOSCA後） 平成28年3月10日	昭和大学 弘中

WG 4

内容	日程	責任者
トライアル 参加学生募集・説明会	平成27年12月中旬	北医療大 越野・豊下
症例課題の決定	平成27年12月末	北医療大 越野・豊下
金沢電子出版(株)・(株)ピコラボへ依頼	平成28年1月5日	北医療大 越野・豊下
IT教材完成	平成28年2月1日	北医療大 越野・豊下
学生トライアル実施	平成28年2月10日	北医療大 越野・豊下

症例課題（D5:Step ３） WG1

による課題の概要

【症例の概要】：口腔乾燥症

【学習手順】:

e-ラーニングで予習・プレテスト

美島先生準備中→一部 4 年生の e-learning に 5 年生の症例に特化した部分を加える予定

※この概要を簡単にまとめてください（美島先生）→別紙

症例概要資料を見る

患者プロファイル＋各大学で使用している問診票を配付（別紙）

※記入してみました。チェックが必要→別紙

VP で自己学習

鎌谷先生に依頼中。岩手医大で Step2 の VP をブラッシュアップ後

※Step 2 の症例概要をまとめたものを下さい。（岩手医大）

※Step 3 の Q&A で追加修正すべき点をまとめてください。（鎌谷先生）

医療面接ビデオを見て，VP で行った医療面接の模範例を学習する

症例概要・VP の STEP3 の概要をもとに模範医療面接例を撮影（北海道医療大学）

※模範医療面接シナリオを作成しました（北海道医療大学）→別紙

e-ラーニングで復習・ポストテスト

美島先生準備中→一部 4 年生の e-learning に 5 年生の症例に特化した部分を加える予定

※この概要を簡単にまとめてください（美島先生）→別紙

【患者プロファイル】

氏名：太平海子　（女性）　　昭和 20 年 11 月 15 日生まれ　　70 歳
住所：東京都大田区北千束 2-1-1　自宅 TEL 03-3787-1151

70 歳女性。口の渇きを主訴に 1 人で来院した。数年前から自覚していたが、最近、食事時に口の中がパサパサして飲み込みずらくなったという。TV で口腔乾燥症の特集番組を観て心配になり、番組中では歯科の受診を勧めていたという。

10 年前にご主人を亡くされ、現在、娘（次女）夫婦・孫 2 人と同居している。近医の内科と整形外科の診療所に月 1 回受診し投薬を受けている。初診時、血圧：140/90 mmHg、HbA1c 7.5%、であった。
身長 155cm，体重 55kg

【お薬手帳】
アダラート（ニフェジピン）20 mg /1 日 1 回：高血圧
アレグラ（抗ヒスタミン薬）60 mg / 1 日 2 回：花粉症（春先）
デパス（エチゾラム）1 mg /就寝前 1 回：睡眠障害
ベネット（ビスフォスフォネート製剤）17.5 mg /1 週間 1 回：骨粗鬆症

各大学に対応した問診・予診票を別に示す。

旧ID(　　-　　)　最終来院日(H　　・データなし)

		—					

(昭和大学)

年　　月　　日

昭和大学歯科病院診療申込・同意書

診療申込上の注意：当院では、保険証の適切な確認とカルテを円滑に作成するため、保険証のコピーをとらせて頂いておりますので、予めご了承ください。

お名前	フリガナ　オオヒラ	ウミコ	性別	生年月日
	(姓) 大平	(名) 海子	男(M) 女(F)	明(M)　昭(S) 大(T)　平(H)　20 年 11 月 15 日
御住所	フリガナ 〒 145 － 8515 東京都大田区北千束2－1－2 自宅TEL (　03　－　3787　－　9999　)　携帯TEL (　　－　　－　　)			
被保険者名	フリガナ		勤務先 被保険者	フリガナ
勤務先住所	フリガナ 〒　　－ 会社TEL (　　－　　－　　)			

【必ずお読みください】当院は教育・研究機関の附属病院です。

①将来の医療を支える人材の育成を目的として、国の定める試験を合格した学生が担当医の直接の指導のもと、患者さまの同意を得た上で一部の歯科医行為を行うことがあります。

②診療の過程で得られた医療情報を教育・研究の発展のために使用することがあります。この場合、個人が特定出来ないように匿名化をします。個人情報の取扱いに関する詳細は院内掲示・パンフレットをご覧ください。

以上の点にご同意いただいた上でご署名ください。

署名日：　　年　　月　　日

ご本人様署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＊「はい」または「いいえ」に○をつけ、(　　)には診療科名・ドクター名
予約時間をご記入ください。

〈紹介状ありの方〉

予約がありますか？

はい
- (　　科)
- (　　先生)
- (　　時　　分)

いいえ

〈紹介状なしの方〉

予約がありますか？

はい
- (　　科)
- (　　先生)
- (　　時　　分)

いいえ ⟶ ご希望の診療科(　　科)

※希望の診療科がない場合は総合診療歯科のご案内となります。

※ケガによる診療の場合にお尋ねします。
①仕事(通勤)中のケガですか？　　②交通事故によるケガですか？

診療科のご案内	
5階	矯正歯科
4階	小児歯科 歯周病科 総合診療歯科 美容歯科 歯内治療科 歯科ドック
3階	連携歯科 口腔リハビリテーション科 顎関節症治療科 高齢者歯科 補綴(ほてつ)歯科 スポーツ歯科外来 インプラントセンター
2階	口腔外科 歯科麻酔科
1階	歯科放射線科 スペシャルニーズ歯科センター(障がい者歯科) 総合内科

問　診　・　予　診　票　　（昭和大学）

※各項目について、番号に○または（　）、＿＿＿をご記入ください。

①当院を受診されたことは？

（1）はじめて　　2．以前来たことがある　（　　）年位前

②来院された理由を教えてください。8．その他を選択された場合は、必ず具体的な来院理由を書いてください。

1．歯が痛い　　2．はれている　　3．歯石をとりたい　　4．つめものがとれた
5．義歯をいれたい　6．歯並びを治したい　7．歯をより美しくしたい
（8）その他（口の中がパサパサしていて、飲み込みずらい）

③診察に対する希望はありますか？

（1）保険の範囲内で治したい　　2．自費診療でもかまわない　　3．相談のうえ決めたい

④下記に該当する番号に○をつけてください。

1．血がとまりにくい
（2）アレルギーがある　（　薬物　　食物　　その他　花粉症　　）
3．貧血をおこしたことがある
4．急に意識がなくなったことがある
（5）血圧が高い、または低い　（　高い　・　低い　）
6．妊娠しているか、その可能性がある　（　妊娠　　ヶ月　）
7．局所麻酔がききにくかったことがある
8．喫煙している　（　1日　　本程度　）
9．飲酒をする　（　機会飲酒：1週間に　　日位　・　ほぼ毎日　）
10．その他　（　　）
11．問題なし

⑤以前、治療を受けた、または現在治療を受けているもの、あるいは疑いがあると医師に言われたものに○をつけてください。　　病名・常用薬がわかればご記入ください。

（1）心臓・循環器の病気　高血圧・アダラート
2．脳神経系の病気　　なし
3．血液の病気　　なし
4．呼吸器系の病気　　なし
（5）糖尿病　　食事療法
6．肝臓の病気　　なし
7．腎臓の病気　　なし
8．消化器の病気　　なし
（9）アレルギーの病気　　花粉症・アレグラ（春先）
（10）精神神経の病気　　睡眠障害・デパス
（11）骨粗鬆症　　ベネット
12．肝炎　A型　　B型　　C型　　その他　（　　）
13．結核　　なし
14．梅毒　　なし
15．HIV　　なし
16．その他　　なし
17．該当なし

⑥ご家族・ご血縁について上記の病気をお持ちの方がいらっしゃればご記入ください。

＊続柄（　父　）病気（　高血圧　）　＊続柄（　　）病気（　　）

（北海道医療大学）

受診される方への質問表

秘

あなたの健康状態を知り，より良い治療を行なうための参考にさせていただきます。
内容に関しては，秘密を厳守いたしますので，ご自分もしくは保護者が正確にお答え下さるようお願いいたします。

年　月　日

受診者	ふりがな　おおひら うみこ	性別	初診年月日	平成　年　月　日	
	大平 海子	男・女	現住所	〒 061−0293 北海道石狩郡当別町 1758	
	明・大・昭・平 20 年 11月 15 日（70 才）			電話（ 01332 ） 3 − 9999	
職業	自由人	勤務先	名称	所在地 電話（　） −	

来院の理由	1. むし歯を治したい 2. 歯周病（歯槽膿漏）を治したい 3. 義歯（入れ歯）を入れてほしい 4. さし歯，かぶせた物の具合が悪い 5. 口の中のはれ，できもの，痛み，けが 6. 子供の歯の治療又は相談 7. 歯ならびを整えたい 8. その他（口の中がパサパサして，飲み込みにくい）
来院の動機	1. 自分の意志　2. 知人の紹介（越山さん）　3. 職員の紹介（　） 4. 学生の紹介（　学部　年　） 5. 医師・歯科医師の紹介（　） 6. その他（　）
治療に対する希望	1. 悪いところ全部　2. 自分の希望するところだけ　3. その他（　）

※紹介状をお持ちの方は受付にお出し下さい

1．過去に次の病気にかかったことがあれば，その病名に○印を付けて下さい。

てんかん，自律神経失調症，脳卒中，高血圧，心臓病（狭心症・心筋梗塞・不整脈など），低血圧，蓄膿症，気管支喘息，結核，胃・十二指腸潰瘍，肝臓病（ウイルス性肝炎，肝硬変など），腎疾患，内分泌疾患（バセドー氏病など），糖尿病，血液疾患（貧血など），自己免疫疾患およびアレルギー疾患（慢性関節リウマチ・薬物アレルギーなど），伝染性疾患，その他の疾患（睡眠障害　）

2．現在，治療中の病気がありますか？　はい・いいえ

はいと答えた方：病名をお書きください（分かる範囲で結構です）

高血圧，糖尿病，骨粗鬆症

医院（病院）名，科名，医師名をお書き下さい

北国クリニック，　北海整形外科医院，

3．いつも利用している病院がありますか？　はい・いいえ

はいと答えた方：医院（病院）名，科名，医師名をお書き下さい

北山耳鼻咽喉科

4．現在，服用又は常用している薬がありますか？　はい・いいえ

はいと答えた方：薬の内容をお書きください（分かる範囲で結構です）

アダラート，デパス，ベネット，アレグラ（春先）

裏に続く

5．薬，食べ物，金属などでアレルギー（にんましん，等）をおこしたことがありますか？

はい・いいえ

はいと答えた方：原因や症状をお書きください（分かる範囲で結構です）

花粉

6．医師・歯科医師から特異体質と診断されたことがありますか？　はい・いいえ

7．手術の経験がありますか？　はい・いいえ

はいと答えた方：病名をお書きください（分かる範囲で結構です）

8．輸血を受けたことがありますか？　はい・いいえ

9．血が止まりにくかったことがありますか？　はい・いいえ

10．献血に行き，血液センターより『あなたの血液は輸血に使用できないので病院で検査を受けて下さい』といった内容の連絡を受けたことがありますか？　はい・いいえ

11．保険の適応範囲外（例：保険のきかない入れ歯・さし歯，インプラント等）の治療方法等について，担当医からの説明を希望しますか？　はい・いいえ

【女性の方のみお書き下さい】

12．妊娠している可能性がありますか？　はい・いいえ

はいと答えた方：何ヶ月ですか（　　ヶ月）

13．授乳中ですか？　はい・いいえ

14．歯の治療や口の中の麻酔注射を受けたことがありますか？　はい・いいえ

はいと答えた方：具合が悪くなったことがありますか？　はい・いいえ

はいと答えた方：原因や症状をお書きください（分かる範囲で結構です）

15．その他，歯科治療を受けた際に生じた問題点などがありましたらお書きください。

16．今回の歯科治療に際し，心配なこと又はご希望がありましたらお書きください。

（例：治療に対し特に不安や恐怖を感ずるので，精神鎮静法や全身麻酔で歯科治療を受けたい）

以上のとおり，間違いありません。

※代筆の場合は，あなたのお名前と患者さんのご関係をご記入下さい。

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（ご関係　　）

診　療　科　名					
本質問表を確認した医師名	㊞	㊞	㊞	㊞	㊞

北海道医療大学歯科クリニック

（岩手医科大学）

健　康　調　査　票

あなたの健康状態を知り、治療の参考にさせていただきます。

Iwate Medical University
歯科医療センター

（フリガナ）　おおひら うみこ お名前：　大平　海子 （ 70 歳）	性別：男 ・ 女 生年月日：大 昭 平 20 年 11月 15 日生
職業（具体的に）：自由人	
住所：〒663 － 8241 盛岡市中央区 1−3−28	
電話番号（自宅）：019−651−9999	（携帯）

1. どうなさいましたか。（来院の動機）口の中がパサパサして，飲み込みにくい
2. 今までに本学歯科医療センターの治療を受けたことがありますか。 いいえ　はい（　　科　　先生）
3. 次の病気にかかったことがありますか。あれば○で囲んでください。
   心臓病、高血圧、脳卒中、低血圧、リウマチ熱、関節炎、貧血、肝臓病、結核、性病、腎臓病、糖尿病、
   自律神経失調症、神経性疾患、副鼻腔炎（蓄膿）、アレルギー（食物、薬剤、花粉）てんかん、外傷（骨折）
   甲状腺疾患、ペースメーカー手術、移植手術　そのほか今までかかった病気があれば書いてください。
   骨粗鬆症，睡眠障害
4. 入院や手術をしたことがありますか。 いいえ　はい　病名（　　）
   病院（　　）
5. 血が止まりにくかったことがありますか。 いいえ　はい
6. 階段を登った後、呼吸が苦しくなり休むことがありますか。 いいえ　はい
7. 胸が痛くなることがありますか。 いいえ　はい
8. 目まいを起こすことがありますか。 いいえ　はい
9. 最近１年間にお医者さんの診察を受けたことがありますか。 いいえ　はい
10. ご家族にアレルギー体質の人がいらっしゃいますか。 いいえ　はい
11. ご出産の経験がありますか。（女性の方のみお答えください。） いいえ　はい
    現在妊娠中ですか。 いいえ　はい（　）週
    月経　有　規則的　不規則
    無　閉経の時期 60 歳頃
12. 歯科治療中に気持ちが悪くなったことがありますか。 いいえ　はい
13. 口腔内に麻酔の注射を受けたことがありますか。 はい　いいえ
14. 歯を抜いたことがありますか。 はい　いいえ
15. 歯の治療はこわいですか。 いいえ　はい
16. １日何回歯を磨きますか。 3 回
17. 常用薬　アダラート，デパス，ベネット，アレグラ（春先）
18. 嗜好品　酒　種類（　）１日量（　）　期間（　）年
    タバコ　種類（　）１日量（　）本　期間（　）年
    食品　種類（　）
19. 現在の体調　良い　普通　悪い
    身長 155 cm　体重 55 kg

＊本院は歯学教育施設であり、教育実習として問診や診察を指導歯科医師の監督の下に行われることがあります。ご理解とご協力をお願いいたします。

模範医療面接ビデオ用シナリオ(案)

北海道医療大学 吉田光希先生

Dr.「こんにちは。太平海子さんですね」
Kr.「こんにちは。そうです。よろしくお願いいたします。」

Dr.「お口が乾くそうですが，いつ頃からですか？」
Kr.「数年前から感じていましたが、最近特に口が乾くようになりました。」

Dr.「それは、喉が渇いて水が飲みたいと思う渇きですか？それとも、唾液が少なくて水で口を潤したいと思う乾きですか？」
Kr.「唾液が少なくて水で口を潤すと楽な感じです。」

Dr.「どんな時に乾きますか？」
Kr.「食事の時に口の中がパサパサして飲み込みずらいです。」

Dr.「それは，辛いですね。」
Dr.「ところで，問診票にも書かれていますが、今までに、かかった内科や外科などの病気を教えていただけますか？」
Kr.「春先になると花粉症で耳鼻科に通院しています。10 年前に主人を亡くした際には夜寝つきが悪くなり心療内科に通院していたことがありました。」

Dr.「それは，大変でしたね。今はいかがですか？」
Kr.「現在は、糖尿病と高血圧で内科に、骨粗鬆症で整形外科に通院中です。」

Dr.「本日はお薬手帳はお持ちですか？」
Kr.「はい。持ってきました。これです。」

Dr.「コピーを取らせていただいてよろしいでしょうか？」
Kr.「はい。どうぞ。」

Dr.「同居している家族構成を教えていただけますか？」
Kr.「次女の娘夫婦と孫 2 人と同居しています。」

Dr.「お酒は飲みますか？」
Kr.「飲みません。」

Dr.「たばこは吸いますか？」
Kr.「吸いません。」

Dr.「よく眠れてますか？」
Kr.「はい、よく眠れています。」

Dr.「ご飯はおいしく食べられますか？」
Kr.「食欲はあるのですが、パサパサして飲み込みずらいです。」

Dr.「そうですよね。辛いですよね。」

Dr.「気持ちが沈み込んだり、滅入ったり、憂うつになったりすることがありますか？」
Kr.「主人が亡くなってしばらくはありましたが、現在はありません。」

Dr.「よかったですね。」
Dr.「今まで興味が持てたことに興味が持てなくなっていませんか？」
Kr.「それは大丈夫です。テレビを観るのが好きでよく観ています。」

Dr.「体がだるく感じたり、疲れやすかったりしますか？」
Kr.「歳のせいか疲れやすいことはあります。」

Dr.「なかなか物事に集中できなくなっている、ということがありますか？」
Kr.「いえ、それは無いです。」

Dr.「よく自分を責めたりしますか？」
Kr.「それも無いです。」

Dr.「イライラしますか？」
Kr.「あまりイライラすることはありません。」

Dr.「死んでしまったら楽だろうなあーと思ったりしますか？」
Kr.「それはないです。」

Dr.「心配症な方ですか？」
Kr.「そうですね。どちらかと言うと心配症の方かもしれません。口の渇きも、テレビで口腔乾燥症の特集番組を観たところ、番組中で歯科の受診を勧めていたので、心配になって受診しました。」

Dr.「心臓がドキドキして、もう駄目だ、死ぬかもしれない！と思ったことはありますか？」
Kr.「それはないです。」

Dr.「長時間手をあらったり、ガスの元栓や家の鍵の確認に戻ったりしますか？」
Kr.「それはないです。」

Dr.「フラッシュバックするようなトラウマ体験はありますか？」
Kr.「それはないです。」

Dr.「ひどいあがり症ですか？」
Kr.「やや人前で緊張しやすい方ではありますが、ひどいあがり症というほどではありません。」

Dr.「ありがとうございます。」
Dr.「まとめますと，『数年前から食事の時に口の中がパサパサして飲み込みずらくなり，最近特に唾液が少なくて口が乾くようになり，水で口を潤すと楽な感じ』ということですね。」
Kr.「はい，そうです。」

Dr.「わかりました。何か言い忘れたことはないですか？」
Kr.「はい。ありません。」

Step3 WG1 プレ・ポストテスト問題（案）

内　容

1. 唾液・唾液腺の基礎
2. 口腔乾燥症の原因・メカニズム
3. 口腔乾燥症の診断
   （Sjögren症候群を含む）
4. 口腔乾燥症の病態・治療
   （Sjögren症候群を含む）
5. 医療面接（ｅ－ｌｅａｒｎｉｎｇ問題）
   （北海道医療大　吉田先生）

唾液・唾液腺の基礎

問題1

唾液の機能で正しいのは○、誤っているのは×をつけなさい。

- [ ] 唾液は１日５L分泌される。
- [ ] 歯の保護および再石灰化を促進する。
- [ ] 口腔粘膜の保護・修復作用を抑制する。
- [ ] 抗炎症作用はない。
- [ ] 食塊形成作用を有する。
- [ ] 消化作用を有する。
- [ ] 自浄作用を有する。
- [ ] 味覚形成には関係しなし。
- [ ] 抗菌作用は持たない。
- [ ] 洗浄作用を持つ。

問題2

唾液がなくなると口の中はどうなると思いますか？

- 歯は？
  - [ ]
- 粘膜は？
  - [ ]作用がなくなるためかさかさになる。
  - 粘膜が剥離し[ ]を伴う。
- 衛生状態は？
  - 唾液の[ ]作用がなくなるため[ ]の繁殖により悪化する。
  - [ ]作用がなくなり食物残渣が付着し悪化する。
- 飲み込みやすさは？
  - 唾液の[ ]作用が期待できず、飲み込みにくくなる。

口腔乾燥症の原因・メカニズム

問題3

口が渇く原因には何がありますか？

1. 薬剤の服用
　　、睡眠薬、　　、降圧薬 など
2. 疾患
　　、　　症候群、GVHD、腎疾患
3.
4.　　呼吸

問題4

緊張すると口が渇くのはなぜですか？

- 理由）　　優位になり唾液が粘稠になるから

高血圧の薬で口が渇くのはなぜですか？

- 理由①）唾液分泌に必要な　　を介するシグナルを抑制するから
- 理由②）利尿薬；脱水による　　の口渇中枢の刺激

腎臓病で口が渇くのはなぜですか？

- 理由）脱水による視床下部の　　の刺激

口呼吸で口が渇くのはなぜですか？

- 理由）唾液の　　による

問題5

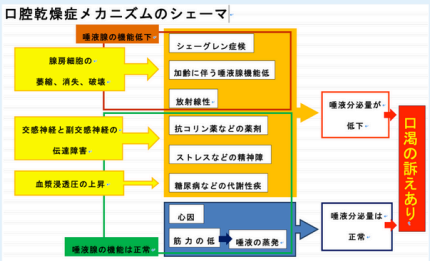
口腔乾燥症で正しいのは○、誤っているのは×をつけなさい。

- 　　唾液が減少しても、う蝕が増加することはない。
- 　　服薬が口腔乾燥の原因となることはない。
- 　　糖尿病では口が渇くことがある。
- 　　腎不全では口が渇くことはない。
- 　　高血圧の薬では口腔乾燥になることがある。
- 　　唾液の減少は味覚異常の原因となる。
- 　　唾液の減少が口臭の原因となることがある。
- 　　飲酒は口が渇く原因になりうる。
- 　　加齢は口が渇く原因となる。
- 　　口呼吸は口が渇く原因となる。
- 　　緊張すると口が渇くことがある。
- 　　口腔乾燥と口内炎は関係がない。
- 　　口腔乾燥は高齢者の肺炎の原因となりうる。
- 　　口腔乾燥では舌がひび割れることがある。

問題6

下記の図をみて口腔乾燥症のメカニズムを説明せよ

口腔乾燥症メカニズムのシェーマ



口腔乾燥症では、唾液腺組織の破壊を伴うものとして、頭頸部癌の　　や自己免疫疾患である　　に起因するものなどがある。一方、唾液腺組織の破壊を伴わないものとして、　　などの薬剤性のものや精神的な　　によるものがある。さらに、代謝性疾患の1つである　　や　　呼吸による唾液の蒸散なども口渇の原因となる。唾液腺組織の破壊を伴う症例では、唾液分泌量の　　が認められるが、心因性の症例では明かな唾液分泌量の減少を伴わない。

問題7

① 抗　　薬、睡眠薬、向　　薬は、薬剤性口腔乾燥症の原因となりうる。

② 緊張すると、　　優位になり、唾液が粘稠になることによって口渇をまねく。

③ 頭頸部癌に対する　　治療は、重篤な唾液分泌障害の原因となる。

④ 脱水による視床下部の　　の刺激で口渇をまねく。

⑤　　呼吸は唾液を　　させる。

⑥　　病、　　症候群は、口腔乾燥症を併発する。

⑦　　疾患は口渇をまねく。

口腔乾燥症の診断

問題8

唾液量の測定法は？括弧を埋めよ。

①安静時唾液量

無刺激下で唾液を15分間集める：

　　ml以上で正常

②ガムテスト（刺激時唾液量）

無味無臭のガムを10分噛んだ間に排出される唾液量を測定

　　ml以上で正常

②サクソンテスト

ガーゼを口に含み一定のリズムで　　分間噛む

↓

ガーゼの重量を測定：　　g以上だと正常



問題9

Sjögren症候群の診断

1. 血清学的に抗-Ro (SS-A)、抗-La (SS-B) 抗体価の上昇
2. （口唇）生検；導管周囲の50個以上のリンパ球浸潤
3. 唾液腺造影；(apple tree)　appearance
4. 眼科領域；Shirmer試験、ローズベンガルテスト
5. 唾液量の低下

口腔乾燥症の病態・治療

問題10

口腔乾燥に伴う口腔症状

① う蝕や［　　］病
② ［　　］不適合
③ ［　　］状舌
④ ［　　］舌
⑤ ［　　］毛舌
⑥ 口腔［　　］症
⑦ ［　　］角炎
⑧ ［　　］性肺炎
⑨ ［　　］異常
⑩ ［　　］臭

問題11

Sjögren症候群は［　　］疾患である。Dry［　　］を併発する。治療には抗［　　］薬、［　　］薬を投与し、［　　］を併用する。

問題12

（○）Sjögren症候群は、口腔乾燥症、乾燥性角結膜炎を主徴とする。
（×）Sjögren症候群は、黄色ブドウ球菌による感染症である。
（○）Sjögren症候群の診断には、口唇生検が行われる。
（×）Sjögren症候群の診断で行われる涙液量の測定法をローズベンガル試験という。
（×）Sjögren症候群は中年男性に多い。
（○）Sjögren症候群患者の唾液腺では、導管周囲に著明なリンパ球浸潤を認める。
（×）Sjögren症候群の耳下腺造影ではSun-ray appearanceを認める。
（○）Sjögren症候群患者では、唾液腺の悪性リンパ腫発症リスクが高い。

医療面接（e-learning問題）
（北海道医療大　吉田先生）

問題1

唾液量測定法の正常値は、安静時唾液量は（1.5）ml/15 分以上、刺激時唾液量はガムテストで（10）ml/10 分以上、サクソンテストで（2）g /2 分以上である。口が乾く原因としては、（シェーグレン）症候群や（放射線）照射による（腺房）細胞の消失によるもの、抗（コリン or ヒスタミン）薬や向（精神）薬服用によるもの、血漿浸透圧上昇による（利尿）作用によるもの、（口呼吸）による唾液の蒸散によるものなどが挙げられる。

問題2

（○）　高血圧治療薬は唾液分泌を抑制する。
（×）　抗コリン薬は唾液分泌を促進する。
（×）　向精神薬は唾液分泌を促進する。
（○）　睡眠不足は口腔乾燥感の原因になる。
（○）　ストレスは唾液の粘稠性を増加させる。
（×）　食事刺激による唾液分泌は、交感神経優位である。
（×）　糖尿病で口腔乾燥を生じるのは抗利尿作用によるものである。
（○）　高齢者の寝たきり患者では唾液の蒸散が起こりやすい。
（×）　シェーグレン症候群による唾液分泌量の低下は可逆的変化である。
（○）　口呼吸は口腔乾燥感を誘発する。

2．症例課題案の修正

【患者プロファイル】※この資料は学生には配布しない。
氏名：太平海子 （女性） 昭和20年11月15日生まれ 70歳
住所：東京都大田区北千束2-1-1 自宅TEL 03-3787-1151

70歳女性。口の渇きを主訴に1人で来院した。数年前から自覚していたが、最近、食事時に口の中がパサパサして飲み込みずらくなったという。TVで口腔乾燥症の特集番組を観て心配になり、番組中では歯科の受診を勧めていたという。
10年前にご主人を亡くされ、現在、娘（次女）夫婦・孫2人と同居している。
近医の内科と整形外科の診療所に月1回受診し投薬を受けている。
初診時、血圧：140/90 mmHg、HbA1c ~~7.5~~7.0%であった。
身長155cm，体重55kg

【お薬手帳】
アダラート（ニフェジピン）20 mg /1日1回：高血圧
アレグラ（抗ヒスタミン薬）60 mg / 1 日 2 回：花粉症（春先）
デパス（エチゾラム）1 mg /就寝前1回：睡眠障害
ベネット（ビスフォスフォネート製剤）17.5 mg /1週間1回：骨粗鬆症
各大学に対応した問診・予診票を別に示す。

2．症例課題案の修正

昭和大学問診票
⑤**以前、治療を受けた、または現在治療を受けているもの、あるいは疑いがあると医師に言われたものに○をつけてください。病名・常用薬がわかればご記入ください。**

糖尿病	~~食事療法~~
・肝臓の病気	なし
・腎臓の病気	なし
・消化器の病気	なし

2．症例課題案の修正


受診される方への質問表

北海道医療大学問診票
過去の病気歴は無しにして、
すべて現在治療中の病気に記載する。

2．症例課題案の修正

模範医療面接ビデオ用シナリオ(案)
Dr.「本日はお薬手帳はお持ちですか？」
Kr.「はい。持ってきました。これです。」
Dr.「コピーを取らせていただいてよろしいでしょうか？」
Kr.「はい。どうぞ。」
Dr.「糖尿病の状態はいかがですか？」
Kr.「食事療法で安定しています。」
Dr.「同居している家族構成を教えていただけますか？」
Kr.「次女の娘夫婦と孫2人と同居しています。」

Dr.「よく眠れてますか？」
Kr.「はい、睡眠薬でよく眠れています。」

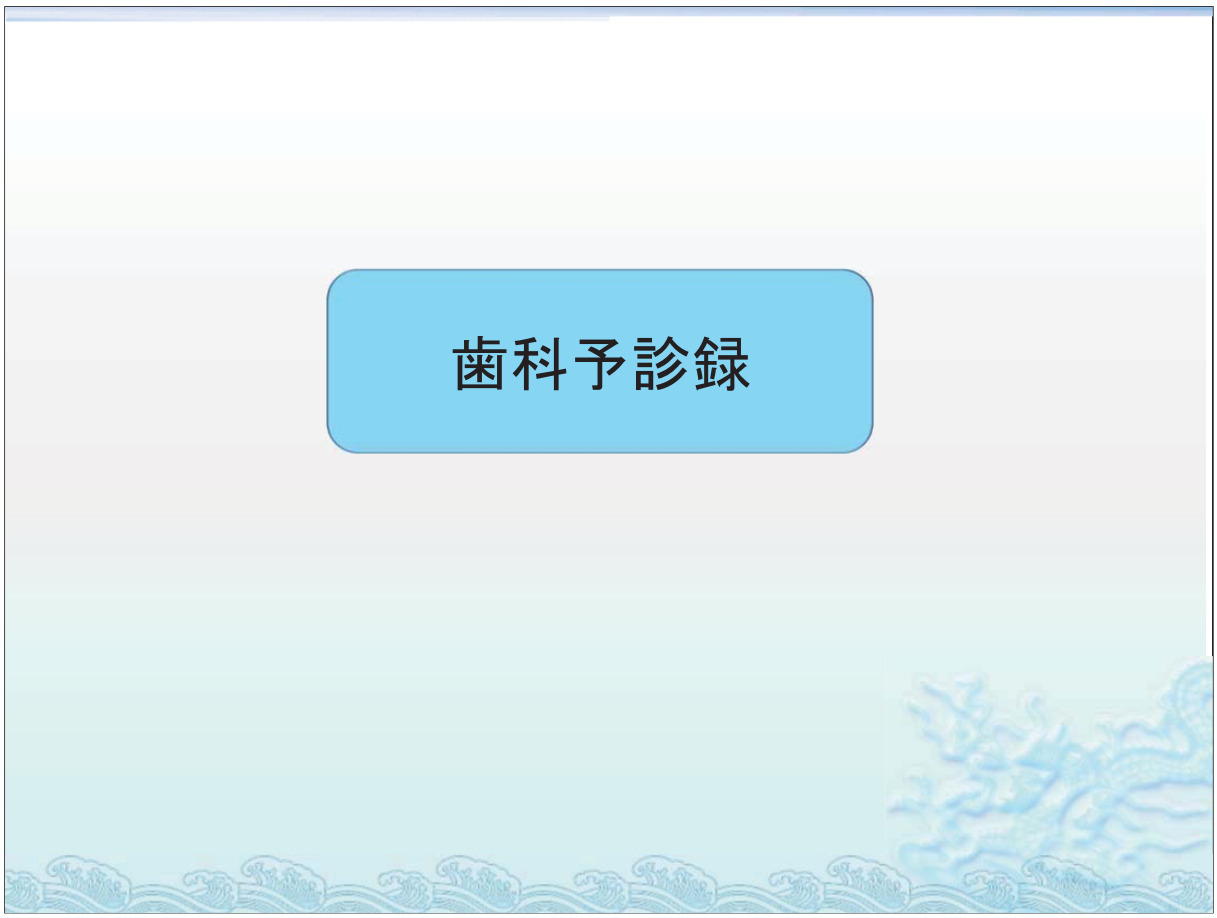
2．症例課題案の修正

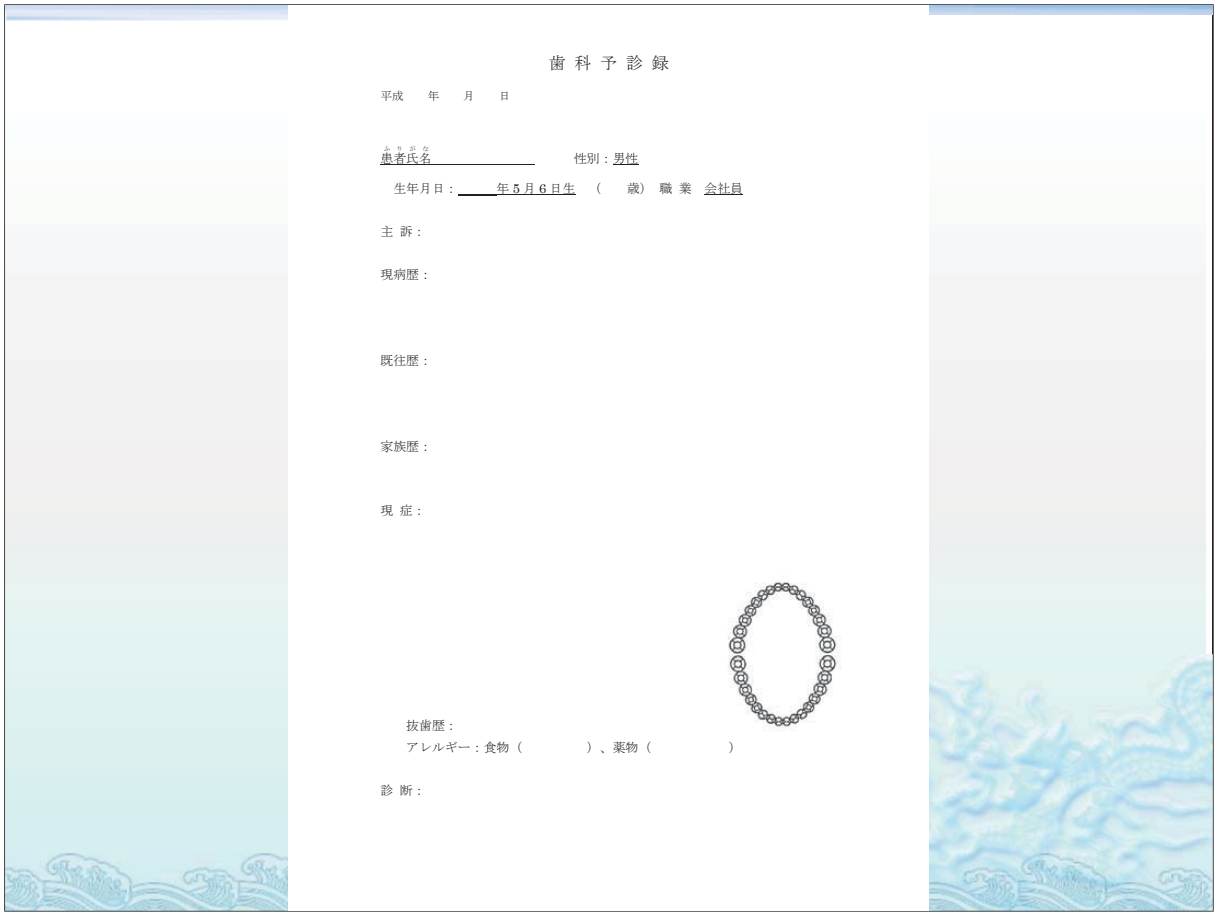
~~Dr.「気持ちが沈み込んだり、滅入ったり、憂うつになったりすることがありますか？」~~
~~Kr.「主人が亡くなってしばらくはありましたが、現在はありません。」~~
~~Dr.「よかったですね。」~~
~~Dr.「今まで興味が持てたことに興味が持てなくなっていませんか？」~~
~~Kr.「それは大丈夫です。テレビを観るのが好きでよく観ています。」~~
~~Dr.「体がだるく感じたり、疲れやすかったりしますか？」~~
~~Kr.「歳のせいか疲れやすいことはあります。」~~
~~Dr.「なかなか物事に集中できなくなっている、ということがありますか？」~~
~~Kr.「いえ、それは無いです。」~~
~~Dr.「よく自分を責めたりしますか？」~~
~~Kr.「それも無いです。」~~
~~Dr.「イライラしますか？」~~
~~Kr.「あまりイライラすることはありません。」~~
~~Dr.「死んでしまったら楽だろうなあーと思ったりしますか？」~~
~~Kr.「それはないです。」~~
Dr.「心配症な方ですか？」
Kr.「そうですね。どちらかと言うと心配症の方かもしれません。口の渇きも、テレビで口腔乾燥症の特集番組を観たところ、番組中で歯科の受診を勧めていたので、心配になって受診しました。」

症例ベース課題の流れ

① VP：予診録を完成させる。
② プレテスト（e-learning演習）
③治療計画を立てる。
④抜歯の際の計画を立てる。
⑤ポストテスト（e-learning演習）
⑥アンケート

VP（不整脈）





歯 科 予 診 録

平成　　年　　月　　日

患者氏名（ふりがな）　　性別：男性

生年月日：　年５月６日生　（　　歳）　職 業　会社員

主 訴：

現病歴：

既往歴：

家族歴：

現 症：

抜歯歴：

アレルギー：食物（　　）、薬物（　　）

診 断：

プレテスト

問題１

心房細動（AF）は、

1）心房内で複数の［①］が無秩序に発生した状態である。

2）心房の興奮は1分間に［②］～［③］回で、基線の動揺（f波）として記録される。

3）f波は［④］誘導か第Ⅲ誘導で確認しやすい。

4）［⑤］の間隔は不規則である。

問題2

心房細動の原因で
もっとも多いのは、［⑥］である。
その他には高血圧症、虚血心疾患、拡張型心筋症、WPW症候群などもある。
心房細動の誘因として
［⑦］亢進症、アルコール、ジギタリス中毒などがある。

問題3

心房細動では、
1）強い動悸と胸部不快感を訴える。
2）息切れ、倦怠感を呈する。
3）心拍出量が［⑧］し、心不全になることがある。
4）［⑨］内に血栓を形成し、脳塞栓を形成することがある。

問題4

心房細動の治療として、

1）原因疾患・誘因疾患の治療

2）発作時への対処（電気的除細動など）

3）再発予防

（1）洞調律の維持（カテーテルアブレーション）

（2）心拍数の調節

4）［⑩］の予防

が行われる。

問題5

心房細動を有する患者の歯科治療の注意点

1）原因/誘発疾患の把握

2）内服薬への対応、特に［⑪］の対応

INRが［⑫］以下であれば抜歯は可能

3）不整脈が増悪した時の管理法

4）［⑬］への対処（圧迫、結紮、局所止血薬）

5）脳梗塞への対処

問題6

歯科用局所麻酔薬として

1. リドカイン塩酸塩は
   1）⑭ %を用いる。
   2）血管収縮薬として⑮ や ⑯ が添加されている。
2. プリロカイン塩酸塩は
   1）⑰ %を用いる。
   2）血管収縮薬として⑱ が添加されている。
3. メピバカイン塩酸塩は
   1）⑲ %を用いる。
   2）血管収縮薬は添加⑳ 。

問題7

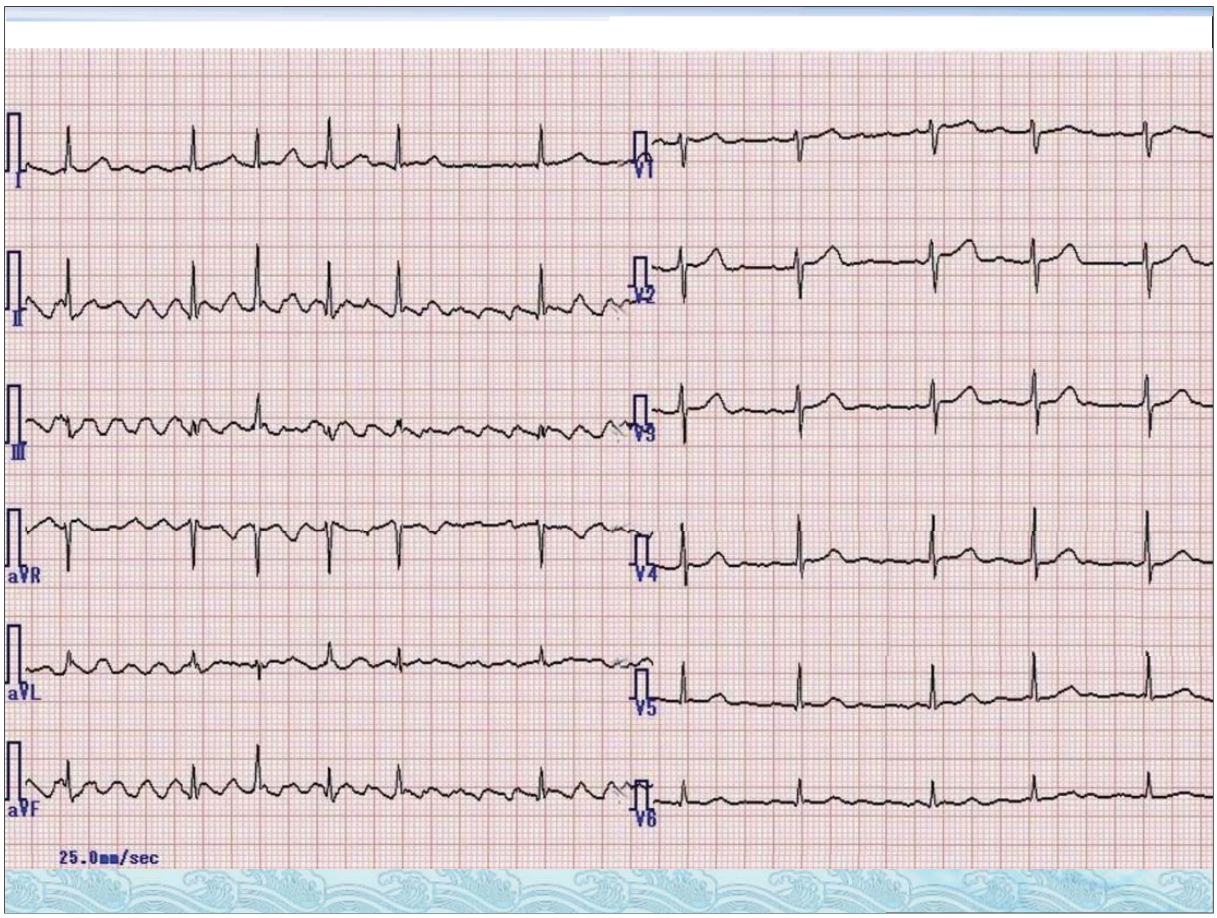
局所止血法には

1. 一時的止血法として。
   ㉑、㉒、㉓、㉔
   がある。
2. 永久止血法として、
   ㉕、㉖、㉗、㉘
   がある。

症例のまとめ

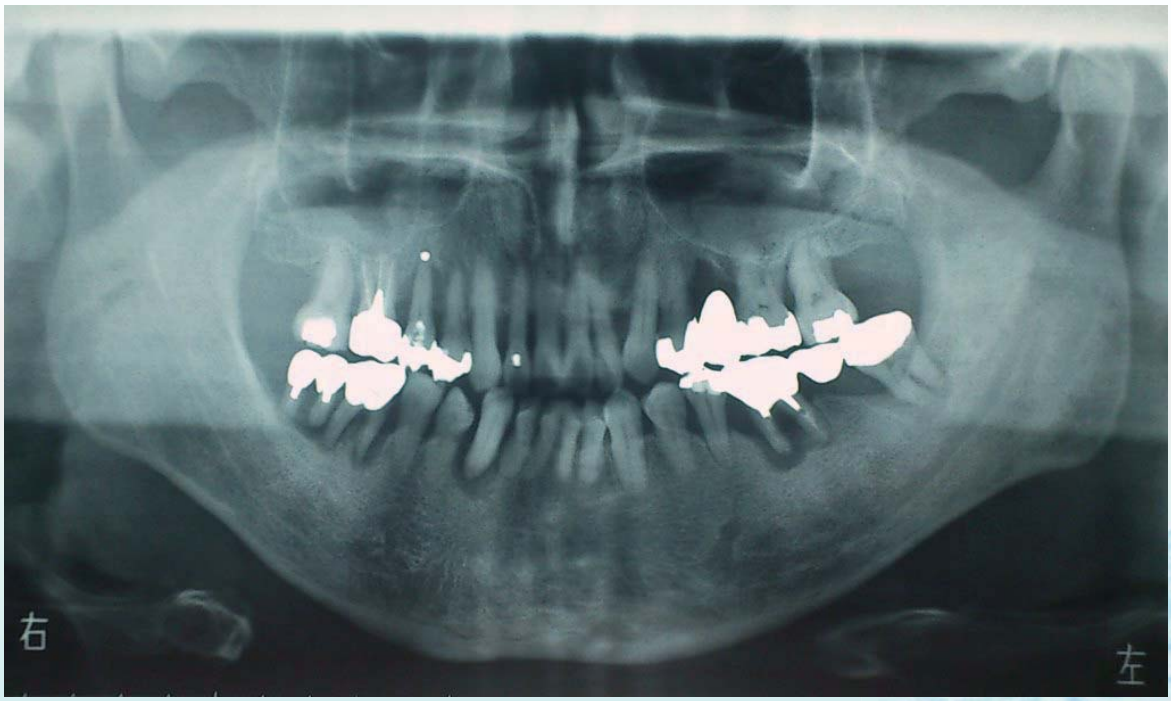
お薬手帳の内容

1. ワーファリン®　1mg　2錠　1回（朝食後）
2. メインテート®　2.5mg　1錠　1回（朝食後）
3. アスペノン®　10mg　2錠　分2（朝・夕食後）
4. アダラートL®　10mg　2錠　分2（朝・夕食後）
5. ディオバン®　40mg　1錠　1回（朝食後）
6. ガスター®　20mg　2錠　分2（朝・夕食後）
7. アローゼン顆粒®　1g　1回（就寝前）


I
II
III
aVR
aVL
aVF
V1
V2
V3
V4
V5
V6
25.0mm/sec


口腔内所見

初診時パノラマエックス線写真



診　断

検査の結果と診断

1. 歯周精密検査の結果、下顎左側第1大臼歯、下顎右側第1および第2大臼歯、下顎右側犬歯、上顎右側第2小臼歯は、全周にわたり7ミリ以上の歯周ポケットを認め、動揺度は２－３であった。
2. その他の部位は、3-4㎜の歯周ポケットとプロービング時の出血を認める部位もがあり、動揺度は0または1であった。
3. パノラマエックス線写真の結果、下顎左側第1大臼歯、下顎右側第1および第2大臼歯、下顎右側犬歯、上顎右側第2小臼歯の歯槽骨には、顕著な骨吸収像を認めた。
4. 上記結果より、下顎左側第1大臼歯、下顎右側第1および第2大臼歯、下顎右側犬歯、上顎右側第2小臼歯は、保存困難であるため抜歯し、補綴処置を行うこととした。
5. 残存歯は、スケーリング、SRP等の歯周治療を行う。

治療計画

治療計画

1. 下顎左側第1大臼歯、下顎右側第1および第2大臼歯、下顎右側犬歯、上顎右側第2小臼歯は抜歯

2. 上下顎スケーリング、SRP

3. 下顎左側臼歯部、下顎右側第臼歯部、下顎右側犬歯、上顎右側第2小臼歯に対しては、インプラント治療

抜歯計画

抜歯計画

1．術前管理
　1）内科対診：診療情報作成
　2）全身状態評価（血液検査など）
　3）抜歯計画：部位と回数の決定
　4）内服薬の確認：内容と内服指示
2．術中管理
　1）モニタリング（血圧、心電図、SpO2）
　2）局所麻酔：局所麻酔薬の選択と量
　3）抜歯および抜歯後処置：局所止血法
3．術後管理

診療情報書作成

心房細動の治療（内科）

- 原因疾患・誘発因子の治療
- 発作時の治療
  1）電気的除細動（同期下カルディオバージョン）
  2）抗不整脈静注：Naチャネル遮断薬
  （Ⅰa群：ジゾピラミド、プロカインアミド、Ⅰc群：ピルジカイニド）
  3）抗不整脈薬の経口投与：Naチャネル遮断薬　＋　心拍数コントロール
  （β遮断薬、ベラパミル、ジギタリス）
- 再発予防
  1）洞調律の維持(リズムコントロール)
  ① Naチャネル遮断薬・β遮断薬の経口投与
  ② カテーテルアブレーション（肺静脈隔離術）
  2）心拍数の調節（レートコントロール）
  ①房室結節の伝導抑制（ジギタリス、β遮断薬、Ca拮抗薬
  ⇒WPW症候群には禁忌）
  ②抗不整脈薬（プロカインアミド、アミオダロン）
- 血栓塞栓予防（抗血栓療法）
  1）抗凝固薬（ワルファリン、ダビガトラン）
  2）抗血小板薬（アスピリン）

抗血栓療法

抗血栓療法	作　用	対象疾患	抗血栓薬
抗血小板療法	血小板の働きを抑制	動脈血栓症（アテローム血栓性脳梗塞、心筋梗塞、狭心症、閉塞性動脈硬化症）	アスピリン、塩酸チクロジン、シロスタゾール、ジピリダモールなど
抗凝固療法	凝固の働きを抑制	静脈血栓症（心房細動、静脈血栓塞栓症、心原性脳梗塞、リウマチ性弁膜症）	ワルファリン、ヘパリン剤
血栓溶解療法	血栓を早期に溶解させ、循環動態を改善させる。速やかな改善効果が得られる.	重篤な出血を引き起こす危険もあるため投与は重症例に限られる	ウロキナーゼ、t-PA(組織プラスミノーゲン活性化因子)、遺伝子組み換えt-PA

（参考：日本歯科医師会雑誌Vol.63 No9 2010-12）

心房細動の症状と特徴

- 強い動悸と胸部不快感
- 息切、倦怠感
- 加齢で発症増加（80歳以上では約10%）
- 心拍出量の低下（15-20%減少）⇒ 心不全、血液うっ滞
- 左房内血栓形成 ⇒ 動脈塞栓症（脳塞栓）

抜歯や手術時の対応

クラスⅡa

1. 抜歯はワルファリンを原疾患に対する至適治療域にコントロールした上で，ワルファリン内服継続下での施行が望ましい．
2. 抜歯は抗血小板薬の内服継続下での施行が望ましい．
3. 体表の小手術で，術後出血が起こった場合の対処が容易な場合は，ワルファリンや抗血小板薬内服継続下での施行が望ましい．
4. 体表の小手術で出血性合併症が起こった場合の対処が困難な場合，ペースメーカーの植え込み，及び内視鏡による生検や切除術等への対処は大手術に準じる．
5. 大手術の場合は，手術の3～5 日前までにワルファリンを中止し，半減期の短いヘパリンに変更して術前の抗凝固療法を行なう．活性化部分トロンボ時間（APTT）が正常対照値の1.5～2.5 倍に延長するようにヘパリン投与量を調整する．手術の4～6 時間前からヘパリンを中止するか，手術直前に硫酸プロタミンでヘパリンの効果を中和する．いずれの場合も手術直前にAPTT を確認して手術に臨む．術後は可及的速やかにヘパリンを再開する．病態が安定したらワルファリン療法を再開し，INR が治療域に入ったらヘパリンを中止する．
6. 大手術の場合，アスピリンは手術の7 日前に，チクロピジンは手術の10～14 日前に中止する．シロスタゾールは3 日前に中止する．その間の血栓症や塞栓症のリスクが高い症例では，脱水の回避，輸液，ヘパリンの投与などを考慮する．
7. 緊急手術時の対処は，出血性合併症時の対処に準じる．

（参考：科学的根拠に基づく抗血栓療法患者の抜歯に関するガイドライン,2010年度版）

抜歯や手術時の対応

クラスⅠ

1. 出血性合併症毎に，一般の救急処置を必要に応じて行なう.
2. ワルファリン療法中に出血性合併症が発生した場合，その程度が中等度から重度であれば，ワルファリンを減量～中止し，必要に応じてビタミンKを投与する.
3. ヘパリン投与中の出血性合併症には，程度に応じてヘパリンの減量や中止，および硫酸プロタミンによる中和で対応する.

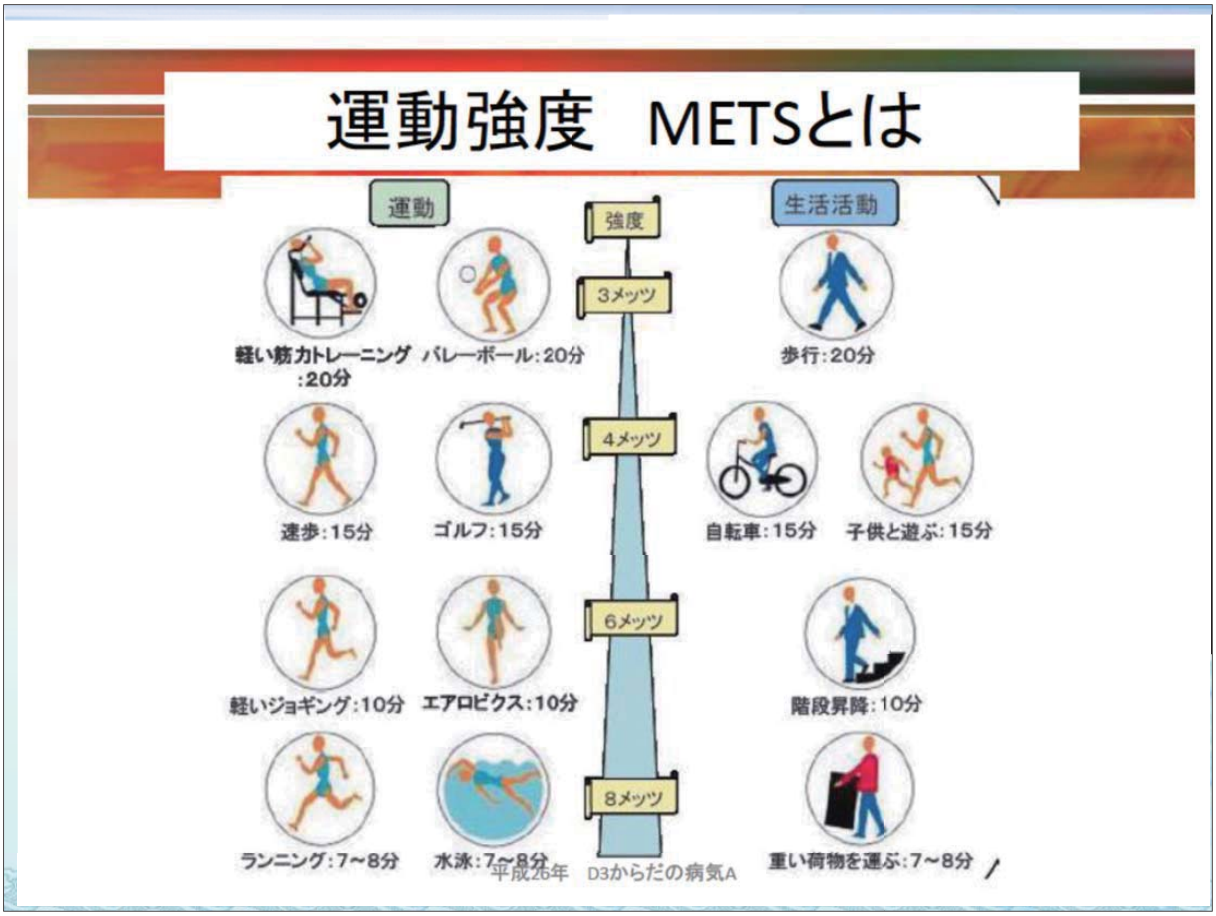
クラスⅡa

1. 早急にワルファリンの効果を是正する必要がある場合は，乾燥人血液凝固第Ⅸ因子複合体製剤（保険適応外）500～1,000 単位や新鮮凍結血漿の投与を考慮する. 是正効果は乾燥人血液凝固第Ⅸ因子複合体製剤の方がはるかに優れているが保険適応外である.
2. 乾燥人血液凝固第Ⅸ因子複合体製剤によって是正されたINR の再上昇を避けてINR を持続的に低下させるためには，乾燥人血液凝固第Ⅸ因子複合体製剤500～1,000 単位とともにビタミンK を投与する.

クラスⅡb

3. 早急にワルファリンの効果を是正する必要がある場合，遺伝子組み換え第Ⅶ因子製剤（保険適応外）を投与する.

（参考：科学的根拠に基づく抗血栓療法患者の抜歯に関するガイドライン,2010年度版）



METSによる運動能力評価



階段が登れる　3-4METS



動悸がしない！！



買い物に行く（重いものが持てる）4METS



New York Heart Association(NYHA)の分類

Ⅰ度	心疾患を有するが、そのために身体活動が制限されることのない患者．通常の身体活動では疲労、呼吸困難、あるいは狭心症症状は起こさない．
Ⅱ度	心疾患を有し、そのために身体活動が軽度に制限される患者．安静時は無症状であるが、通常の身体活動で疲労、呼吸困難、あるいは狭心症症状を起こす．
Ⅲ度	心疾患を有し、そのために身体活動が高度に制限される患者．安静時は無症状であるが、通常以下の身体活動で疲労、呼吸困難、あるいは狭心症症状を起こす．
Ⅳ度	心疾患を有し、そのために僅かな身体活動でも愁訴をきたす患者．安静時においても心不全症状あるいは狭心症症状をきたす．僅かな身体活動でも苦しさが増強する．



抜歯計画

1. 下顎右側犬歯、上顎右側第2小臼歯の抜歯

2. 下顎左側第1大臼歯の抜歯

3. 下顎右側第1および第2大臼歯の抜歯

内服薬の確認

1. ワーファリン®　1mg　2錠　1回（朝食後）
　（経口抗凝固薬：ワルファリンカリウム）
2. メインテート®　2.5mg　1錠　1回（朝食後）
　（抗不整脈薬：β1遮断薬-Ⅱ群；ビソプロロールフマル酸塩）
3. アスペノン®　10mg　2錠　分2（朝・夕食後）
　（抗不整脈薬：Naチャネル遮断薬-Ⅰa群；アプリンジン塩酸塩）
4. アダラートL®　10mg　2錠　分2（朝・夕食後）
　（降圧薬：カルシウム拮抗薬；ニフェジピン除法剤）
5. ディオバン®　40mg　1錠　1回（朝食後）
　（降圧薬：アンギオテンシンⅡ受容体拮抗薬；バルサルタン）
6. ガスター®　20mg　2錠　分2（朝・夕食後）
　（消化性潰瘍治療薬：H2受容体拮抗薬；ファモチジン）
7. アローゼン顆粒®　1g　1回（就寝前）
　（下剤：大腸刺激性下剤；センナ）

心房細動を有する患者の歯科治療時の注意点

1. 原因/誘発疾患の有無と状況を把握
   - ⇒ 左室拡張機能障害、弁膜疾患
   - ⇒ 負荷心電図、ホルター心電図、心エコー検査など
2. 内服薬への対応
   - ⇒ 治療時にも継続
     （特にβブロック⇔アドレナリンとの相互作用）
   - ⇒ 抗凝固薬への対応
     （抜歯はPT-INRが3以下であれば継続）
3. 不整脈が増悪した時の管理
   - ・頻脈発作 → 左室肥大、肥大型心筋症、拡張型心筋症、陳旧性心筋梗塞などを有する症例では左室の拡張機能が低下しており、左房にもともと負荷がかかった状態である → 刺激が契機で心房細動が起る
   - ・徐 脈 ← 治療薬による影響
4. 出血傾向 ⇒ 止血法 （圧迫止血、結紮止血、局所止血薬、）
5. 脳梗塞の発症

（参考：非心臓手術における合併心疾患の評価と管理に関するガイドライン（2008年改訂版）

抜歯や小手術に必要なモニター

バイタルサイン

脈拍
呼吸
血圧
体温
意識
＋
経皮的酸素飽和度（SpO_2）

循環器と呼吸器を監視するモニター



アドレナリンの使用制限

	45μgまで	22.5μgまで
心疾患	NYHA分類第1，2度	NYHA分類第3度
高血圧症	WHO分類1期（軽度）、2期（中等度）	WHO分類3期（重度）B遮断薬服用患者

歯科用局所麻酔薬

局所麻酔薬	商品名	血管収縮薬	添加物
リドカイン塩酸塩（2%）	歯科用キシロカインカートリッジ	アドレナリン 0.0125mg/ml	ピロ亜硫酸ナトリウム
	キシレステシンA注射液（カートリッジ）	アドレナリン 0.0125mg/ml	乾燥亜硫酸ナトリウム
	オーラ注歯科用カートリッジ	酒石酸水素アドレナリン0.025mg/ml	ピロ亜硫酸ナトリウム
	デンタカインカートリッジ	酒石酸水素アドレナリン0.025mg/ml	ピロ亜硫酸ナトリウム
プロピトカイン塩酸塩（3%）	歯科用シタネスト-オクタプレッシンカートリッジ	フェリプレッシン 0.03単位	パラオキシ安息香酸メチル
メピバカイン塩酸塩（3%）	スキャンドネストカートリッジ	(–)	(–)

添加アドレナリンと薬物相互作用

- β受容体遮断薬：β作用が遮断されているためα作用が現れ、
  血圧上昇と徐脈をきたす。
- α受容体遮断薬：α作用が遮断されているためβ作用が現れ、
  血圧降下を起こす（Adrenal reverse）。
- β刺激薬：β作用が増強され、不整脈、心停止を起こす。
- MAO阻害薬（抗うつ薬）：NAdの分解を阻害する。
  血圧の上昇、頻脈、不整脈を起こす。
- 三環系抗うつ薬：交感神経終末におけるNAdの取り込みを阻害する。
  血圧の異常上昇と不整脈を発現する。
- SSRI,SNRI：シナプス前部へのNad、5-HTの再取り込みを阻害し、
  モノアミン濃度を上昇する。
  アドレナリンの作用が増強される。

局所止血法

- 一時的止血法
  1）圧迫法：がーぜ、噛みガーゼで圧迫する。
  2）指圧法：出血部位より中枢側を指で圧迫する。
  3）緊縛法：出血部位より中枢側をゴムや紐で緊縛する。
  4）タンポン法：出血部位にガーゼ等を詰める。
- 永久止血法
  1）結紮法：止血鉗子で血管をつまみ、縫合糸で結紮する。
  2）血管縫合法：太い血管からの出血の場合、出血部位を縫合する。
  3）焼灼法：傷口を焼灼して止血する。電気メス、レーザーメス、
  超音波メス、マイクロ波、超音波凝固切開装置など
  4）止血薬：局所止血薬を使う。トロンビン粉末、オキシセル、
  フィブリンフォーム、ゼラチンスポンジなど。

ポストテスト

問題１

心房細動（AF）は、

1）心房内で複数の［①］が無秩序に発生した状態である。

2）心房の興奮は1分間に［②］～［③］回で、基線の動揺（f波）として記録される。

3）f波は［④］誘導か第Ⅲ誘導で確認しやすい。

4）［⑤］の間隔は不規則である。

問題2

心房細動の原因で

もっとも多いのは、［⑥］である。

その他には高血圧症、虚血心疾患、拡張型心筋症、WPW症候群などもある。

心房細動の誘因として

［⑦］亢進症、アルコール、ジギタリス中毒などがある。

問題3

心房細動では、

1）強い動悸と胸部不快感を訴える。

2）息切れ、倦怠感を呈する。

3）心拍出量が［⑧］し、心不全になることがある。

4）［⑨］内に血栓を形成し、脳塞栓を形成することがある。

問題4

心房細動の治療として、

1）原因疾患・誘因疾患の治療

2）発作時への対処（電気的除細動など）

3）再発予防

（1）洞調律の維持（カテーテルアブレーション）

（2）心拍数の調節

4）［⑩］の予防

が行われる。

問題5

心房細動を有する患者の歯科治療の注意点

1）原因/誘発疾患の把握

2）内服薬への対応、特に［⑪］の対応

INRが［⑫］以下であれば抜歯は可能

3）不整脈が増悪した時の管理法

4）［⑬］への対処（圧迫、結紮、局所止血薬）

5）脳梗塞への対処

問題6

歯科用局所麻酔薬として
1. リドカイン塩酸塩は
　1）［⑭］%を用いる。
　2）血管収縮薬として［⑮］や［⑯］が添加されている。
2. プリロカイン塩酸塩は
　1）［⑰］%を用いる。
　2）血管収縮薬として［⑱］が添加されている。
3. メピバカイン塩酸塩は
　1）［⑲］%を用いる。
　2）血管収縮薬は添加［⑳］。

問題7

局所止血法には
1. 一時的止血法として。
　［㉑］、［㉒］、［㉓］、［㉔］がある。
2. 永久止血法として、
　［㉕］、［㉖］、［㉗］、［㉘］がある。

WG２　症例課題の修正案：　糖尿病の内容を充実

２．症例課題の修正案
ブリッジ脱離の入院患者



WG3 D5用症例課題

学習のねらい（案）

- 入院患者の歯科医療行為の適否について評価できる
- 入院患者に安全な口腔ケアを実行できる
- 入院患者の嚥下機能のアセスメントができる
- 入院患者に必要な歯科医療を行うために、地域のかかりつけ歯科医師に適切な情報提供ができる。

【修正案】
・歯科治療の適否を考えるのはよいが、 入院期間、必要処置が単純なものでないと、D5学生にはむずかしい。（答えが決まらない）
・実際に口腔ケアを行うのは看護師、病棟内。
・かかりつけ歯科医ではなく、回復期病院への病病連携が妥当？

症例：具流雨譜さん

80歳の男性（独居・配偶者なし）
主訴：入れ歯がはまらない
　　（担当看護師より）
既往歴：20年前から高血圧で内服治療　HCV＋
現病歴：脳梗塞で10日前に入院
　　心房細動、心不全を併発
　　JCSで20（大きな声で開眼）
　　酸素2L/hr.経鼻投与　Alb2.0
　　経管栄養　K2S1200kcal/日、REF-P1併用

服　薬：リクシアナ錠（全身性塞栓症発症抑制、抗凝固剤）
　　アルダクトンA細粒（利尿剤）、グリチロン配合錠（肝機能向上）、
　　ビソプロロールフマル酸塩錠（降圧剤）ルプラック錠（心性浮腫抑制）
　　アンブロキソール塩酸塩シロップ・カルボシステインシロップ（去痰剤）
　　アロプリノール細粒（痛風治療薬）
　　ジアスターゼ末・ビオフェルミン配合散・ミヤBM細粒・ラックビー細粒（胃腸薬）

症例：具流雨譜さん

課題１：JCSを理解する
JCSで20（大きな声で開眼）



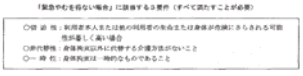


症例：具流雨譜さん

課題２：高齢者の抑制を理解する
右手にミトンがしている



高齢者虐待防止法



【修正案】
・抑制の意味を学生が理解するのは難しい？

症例：具流雨譜さん

課題３：歯科的問題　主訴をどうする？





【修正案】
・ロングスパンのブリッジはレアケース。口腔内写真が必須。

症例：具流雨譜さん

課題4：歯科的問題　口腔ケアをどうする？



【修正案】
・看護師との連携、口腔ケア実施時の注意点をあげるなど。
口腔内写真必須。

症例：具流雨譜さん

課題5：嚥下機能をどうする？



【修正案】
・嚥下機能回復、栄養状態改善までを短期間のゴールにするのは難しいが、連携先（受け取り側）としては現在の嚥下機能に関する情報は欲しい。→ベッドサイドでのスクリーニング方法を考えさせる

症例：具流雨譜さん

課題6：歯科的問題　退院後をどうする？
どこまで治療するか？どう返すか？






【修正案】
・回復期病院歯科へ送るまでの緊急（応急）処置、情報提供の方法までが限界か？

入院から退院までのプロセス

- まずは口腔ケアをしっかりと　口腔衛生状態の維持・回復は必須
- 病状に合わせて、歯科治療を開始　応急処置まで
- 出血傾向が高いことを理解する
- 病室ではXP撮影できない（大部屋）　明らかな動揺歯など精密検査の不要な症例に
- 歯科室に移動できてから治療計画
- そして地域かかりつけ歯科医へ　回復期病院歯科へ

２．症例課題の修正案

ロングスパンBr脱離、PD症例を案としたが

・FD症例、入院期間中に未装着で不適ケースの方が分かりやすい
・急性期の症例の対応は何ができるか？
→挿管時の脱離、破損の方が症例としては、適切ではないか？
・脳梗塞パスを提示して、考えさせる。
・救急はおそらくパスがないので、緊急時との違いを学習させる。
・学習のねらいは大枠課題案のまま
・口腔内写真は必須
・前歯部小Br症例→脳梗塞急性期、挿管時のトラブルで脱離、
1歯は歯根破折、増歯を開業医へ
・Brを再装着するかどうか、他の処置も含め、診断は学生難しい
・暫間処置までを本ケースではゴールとするのが妥当
・応急処置：通常は治療をするが、全身状態からできないが、
口腔ケアは必須であるということをと考えさせる課題に。
・急性期医療、地域連携についての課題を学ばせてはどうか？

Step３（５年生）　前回ＷＳで作成したSBOｓより

■行動目標［ＳＢＯｓ］

1. 病診連携、病病連携を体験し、理解する。
2. 多職種連携（医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士、歯科技工士、その他の医療職）のチーム医療を理解し、体験する。
3. 地域医療の体験を通じて、保健・医療・福祉・介護の連携を理解し、歯科医師の役割を説明できる。
4. 在宅（訪問）歯科診療の特殊性を理解し、必要な対応をとることができる。
5. 基礎疾患を有する患者に対して口腔ケア計画を立案できる。
6. 口腔内症状と全身状態の関連を把握し治療計画を立案できる。

本WGの症例課題では
・急性期であることから「病病連携」
・チーム医療「看護師との連携による口腔ケア」
「医師・薬剤師との連携による全身状態の把握」
・口腔内症状と全身状態関連から「応急処置」をどう考えるか
という点に重点を絞ることとした。

症例課題案の検討事項（その他）

１）各症例課題の解説

３－４Br,臼歯部PDの鉤歯破折、入院期間1週間程度
鉤歯は要抜歯だが脳梗塞、ほか感染症に留意

２）他のWG症例課題との関連の説明

急性期に特化　嚥下機能はスクリーニングまで

３）心理社会的背景の追加

短期間入院、医学的背景を優先させる。JCS20とし、
看護師からの依頼の症例ならば優先度低い

４）教材のポイント（ねらい）：

全身状態・歯科治療のリスクの評価、
現時点で抜歯をすべきか？否か？
歯科的対応で配慮すべき点を考えさせる
口腔ケア：看護師等との連携　←ここまでは院内対応

診療情報提供書：地域連携に必要な情報収集
　☆嚥下機能評価は欲しい、通院可否（歩行、介護者の情報など）
→いくつかの対応例があってもよい？解答は1つとは限らない。
　解説資料は対応例を提示する形で出してはどうか。

WG4 Step3 教材案

教材のポイント

・BMI、血液データから低栄養を疑う。
↓
・脳梗塞の既往があることから嚥下機能の確認を行う。
・咀嚼機能および義歯の評価を行う。
↓
・診断・治療計画を立案する。
↓
・リコール時の対応を考える。(口腔ケアプラン？)

山田一郎　男性
年齢　85歳
身長　160cm　　体重　48kg（入院前　56kg）
主訴　食べ物が食べにくい
既往歴
2年前に脳梗塞を発症し、3か月間入院をした。その後、リハビリを行うも、麻痺が残ることと、筋力の低下が著しく、寝たきりに近い状態となっている。

	点数	基準	得点
1. 食事	10 5 0	自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える 部分介助(たとえば、おかずを切って細かくしてもらう) 全介助	
2. 椅子とベッド間の移乗	15 10 5 0	自立(車椅子の場合は、ブレーキ、フットレストの操作も含む) 軽度の部分介助または監視を要する 座ることは可能であるがほぼ全介助 全介助または不可能	
3. 整容	5 0	自立(洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り) 部分介助または不可能	
4. トイレ動作	10 5 0	自立(衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む) 部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する 全介助または不可能	
5. 入浴	5 0	自立 部分介助または不可能	
6. 移動	15 10 5 0	45m以上の歩行、補装具(車椅子、歩行器は除く)の使用の有無は問わず 45m以上の介助歩行、歩行器の使用含む 歩行不能の場合、車椅子にて45m以上の操作可能 上記以外	
7. 階段昇降	10 5 0	自立、手すりなどの使用の有無は問わない 介助または監視を要する 不能	
8. 更衣	10 5 0	自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む 部分介助、標準的な時間、半分以上は自分で行える 上記以外	
9. 排便コントロール	10 5 0	失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱い可能 ときに失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む 上記以外	
10. 排尿コントロール	10 5 0	失禁なし、収尿器の取り扱いも可能 ときに失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む 上記以外	

Barthel Index

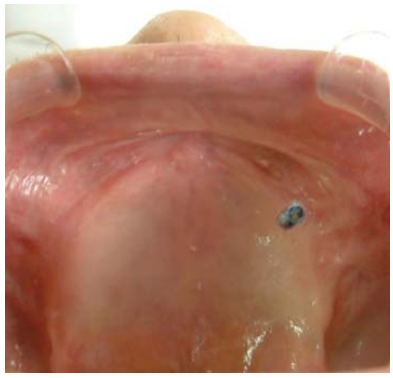
診療時の場所、体位を考える



検査項目	測定値	基準値
総蛋白	6.7	6.7~8.3 g/dl
A/G比		1.3~2.0
アルブミン		3.8~5.3 g/dl
総ビリルビン		0.20~1.10 mg/dl
直接ビリルビン		0.00~0.40 mg/dl
間接ビリルビン		0.20~0.70 mg/dl
TTT		0~5.0 KU
ZTT		2.0~12.0 KU
GOT/AST	17	10~40 IU/l
GPT/ALT	15	5~45 IU/l
ALP		104~338 IU/l
LDH		120~240 IU/l
γ-GTP	55	M:0~90 F:0~35 IU/l
コリンエステラーゼ		M:234~494 F:200~452 U/l
LAP		30~70 IU/l
CPK		M:60~230 F:50~190 IU/l
アミラーゼ		37~125 IU/l
総コレステロール	211	120~219 mg/dl
HDLコレステロール		M:40~86 F:40~96 mg/dl
LDLコレステロール	137	70~139 mg/dl
中性脂肪	118	35~149 mg/dl
尿酸	6.8	M:3.4~7.0 F:2.4~7.0 mg/dl
尿素窒素		8.0~23.0 mg/dl
クレアチニン	0.63	M:0.61~1.08 F:0.45~0.82 mg/dl
Na	141	134~147 mEq/l
Cl	104	98~108 mEq/l
K	3.7	3.4~5.0 mEq/l
Ca		8.4~10.4 mg/dl
IP		成人2.5~4.5 小児4.5~6.5 mg/dl
Fe		M:54~200 F:48~154 μg/dl
TIBC-比色		M:253~365 F:246~410 μg/dl
UIBC-比色		M:104~259 F:108~325 μg/dl
血糖	99	70~109 mg/dl
HbA1c (NGSP)	6.1 再	4.6~6.2 %
CRP定量	(−)	0.2以下 mg/dl
RF定量 (RAT)定量	(−)	20以下 IU/ml
ASO		210以下 IU/ml

検査項目	測定値	基準値
白血球数	44	M:30~90 F:35~91 10³/μl
赤血球数	545	M:427~570 F:376~500 10⁴/μl
血色素量	15.3	M:13.5~17.6 F:11.3~15.2 g/dl
ヘマトクリット	47.5	M:39.8~51.8 F:33.4~44.9 %
MCV	87.2	M:82.7~101.5 F:76.9~100.0 fl
MCH	28.1	M:28.0~34.6 F:26.3~34.3 pg
MCHC	32.2	M:31.6~36.6 F:30.7~36.6 %
血小板数	18.9	12~35 10⁴/μl
網赤血球数		4~19 ‰
Neutro		42~73 %
Stab		0~6 %
Seg		36~73 %
Baso		0~2 %
Eosino		0~6 %
Lympho		18~59 %
Mono		0~8 %
大小・奇形	大小 奇形	(−)
多染性	多染	(−)
顆粒・EBL	顆粒 EBL	(−)
蛋白 定性	蛋白	(−)
蛋白 定量		随時尿 0mg/dl以下
糖 定性	糖	(−)
糖 定量		随時尿 0mg/dl以下
ウロビリノーゲン	ウロビリノーゲン	(±)
ビリルビン	ビリルビン	(−)
比重	比重	1.002~1.030
反応(pH)	PH	5.0~8.0
ケトン体	ケトン体	(−)
潜血反応	潜血	(−)
赤血球		全視野：全
白血球		数視野：数
扁平上皮		毎視野：毎











必要な検査

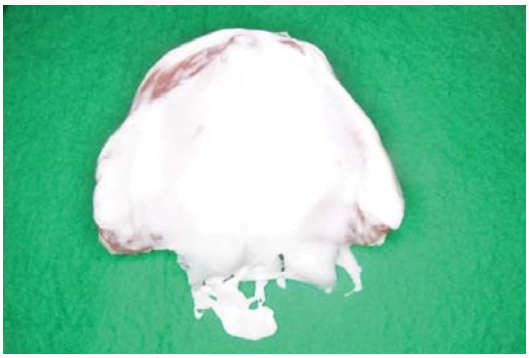
適合の検査
咬合検査

咬合高径の確認

残存歯
X線検査
歯周組織検査

嚥下機能スクリーニング検査





打診　-
圧痛 -
動揺度 1
歯周組織検査 4
PCR■

診　断
義歯不適合および人工歯の咬耗による咀嚼障害

治療方針

訪問診療による治療の可否

抜歯
☛優先順位を考える
咀嚼機能の回復を図った後、残存歯の処置を行う。

☛抜歯の対応を考える
抜歯に際しては、医科との対診
口腔外科へ搬送が必要

義歯新製
☛製作方法を考える
複製義歯の作製
ダイナミック印象
チェックバイト採得
ろう義歯試適
義歯装着
リコール















リコール

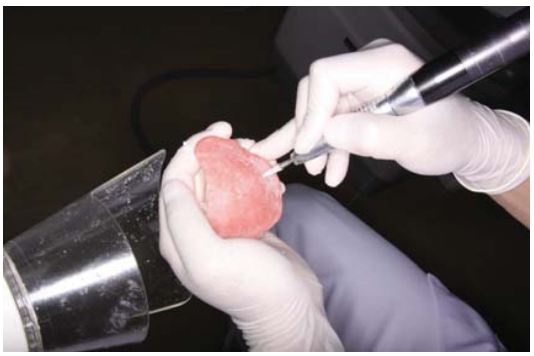
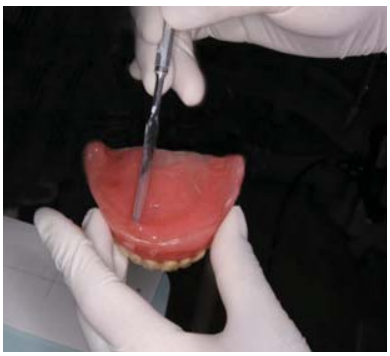
リコール間隔の決定

患者指導





残存組織の変化への対応⇒リライン



2．症例課題の修正案

教材のポイント

訪問歯科診療を想定している。

・BMI、血液データから低栄養を疑う。
↓
・脳梗塞の既往があることから
嚥下機能の確認を行う。
・咀嚼機能および義歯の評価を行う。
↓
・診断・治療計画を立案する。
↓
・リコール時の対応を考える。

教材の流れ

①訪問診療のビデオの提示
②家族や本人との医療面接の情報の提示
③血液データや日常動作などのデータの提示
④顔貌写真、口腔内写真の提示
⑤設問「全身的問題点の抽出」
⑥⑤に対する解答と解説
⑦設問「必要な検査項目の選択」
⑧⑦に対する解答と解説
⑨検査結果の提示
⑩設問「診断と治療計画の立案」
⑪⑩に対する解答と解説
⑫治療内容の提示
⑬リコール時の対応についての解説

①訪問診療のビデオの提示



②家族や本人との医療面接の情報の提示

山田一郎　男性
年齢：85歳
身長　160cm　　体重　48kg（入院前　56kg）
主訴：食べ物が食べにくい
既往歴：
2年前に脳梗塞を発症し、3か月間入院をした。その後、リハビリを行うも、軽度の片麻痺が残ることと、筋力の低下が著しく、寝たきりに近い状態となっている。
・心房細動
・高血圧症
服薬：　プラザキサ®
　　ディオパン®
　　ガスター®
家族情報：妻と二人暮らし
キーパーソン：妻

③血液データや日常動作などのデータの提示



Barthel Index

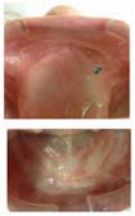


血液検査データ

④顔貌写真、口腔内写真の提示



初診時の顔貌写真



初診時の口腔内写真



初診時の装着義歯の写真

⑤設問「全身的問題点の抽出」

Q　これまでの情報から問題となる点をまとめなさい。

⑥⑤に対する解答と解説

⑦設問「必要な検査項目の選択」

Q　次の検査のうち、必要な検査にチェックをつけなさい。



⑧⑦に対する解答と解説

嚥下スクリーニング検査の解説例

反復唾液嚥下テスト(RSST)

方法
唾液嚥下を30秒間繰り返してもらう。
「できるだけ何回も飲み込んでください」と指示。
のど仏のあたりに指をあてて嚥下の有無を確認する。

評価
30秒間に2回以下の場合、嚥下開始困難、誤嚥が疑われる
3回以上の場合は、ほぼ問題なし

改訂水飲みテスト(MWST)

方法
冷水3mLを口腔前庭に注ぎ、嚥下してもらう。

判定基準
1. 嚥下なし、むせる、そして／または、呼吸切迫
2. 嚥下あり、呼吸切迫(不顕性誤嚥の疑い)
3. 嚥下あり、呼吸良好、むせる、そして／または、湿性嗄声(しっかいさせい)
or
4. 嚥下あり、呼吸良好、むせない
5. (4)に加え、空嚥下の追加を指示し、30秒以内に2回空嚥下可能

評価
上記5段階で評価、(3)以下の場合、誤嚥が疑われます。
※)湿性嗄声…痰がからんだような声のこと。嚥下の後にみられると、喉頭挙上や誤飲が疑われます。

フードテスト

方法
ティースプーン1杯(3～4g)のプリンなどを嚥下させてその状態を観察する。嚥下が可能な場合には、更に2回の嚥下運動を追加して評価する。
評点が4点以上の場合は、最大3回まで施行し、最も悪い評点を記載する。

評価
評点
1点　嚥下なし、むせまたは呼吸変化を伴う
2点　嚥下あり、呼吸変化を伴う
3点　嚥下あり、呼吸変化はないが、むせあるいは湿性嗄声や口腔内残留を伴う
4点　嚥下あり、呼吸変化なし、むせ、湿性嗄声なし、追加嚥下で口腔内残留は消失
5点　4点に加え、追加嚥下運動(空嚥下)が30秒以内に2回以上可能

判定不能
口から出す、無反応

聴診所見

方法
まず、飲水や食事の前に舷か頸部の呼吸音を聴診器で聞いておき、食後の音と比較する。

評価
音に変化があれば誤嚥を疑う。
「のどや肺でゴロゴロ音が聞こえるようになった」
「呼吸音が聞こえにくい場所が生じた」など

食後の咳と痰
食事中や食後に息中的に痰ができるようなときは誤嚥の可能性があります。食中を摂取してからの痰が急に増えた時などに注意です。

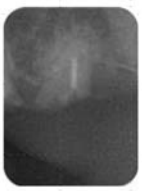
血中酸素飽和度モニター
パルスオキシメーターを指に取り付け、酸素飽和度が95%以上低下するか、酸素飽和度90%以下になれば誤嚥を疑う。

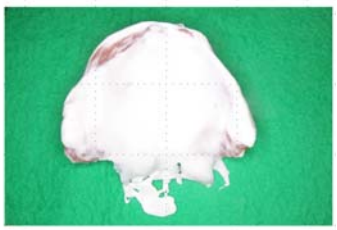
嚥下造影検査(VF)
X線透視下で造影剤を飲み込んでもらい、頭頸部全体で嚥下状態を見る検査。
- 口への取り込みから嚥下の終了までの過程を観察することができます。
- 外からはわからない「誤嚥」を観察する事ができます。
- 嚥下障害の重症度を確認したり、誤嚥しにくい食形態、姿勢を決めるために必要な情報が得られます。

誤嚥を一番正確に評価できる手段は嚥下造影と言われています。

嚥下内視鏡検査(VE)
極小径ファイバースコープ(内視鏡)を挿入して、直接下で嚥下状態を見る検査です。
- 食物や唾液などの咽頭残留の状態を直接下で観察できます。
- VF検査に比べ簡便がなく、ベッドサイドでも実施可能なので、実際の摂食場面での評価が可能。

⑨検査結果の提示





打診　-
圧痛 -
動揺度 1
歯周組織検査 4
PCR■

⑩設問「診断と治療計画の立案」

Q　これまでの情報や検査結果から診断をし、治療計画を立てなさい。

⑪⑩に対する解答と解説

診　断
義歯不適合および人工歯の咬耗による咀嚼障害
C4

治療方針

☞診療の場	☞優先順位を考える	☞残存歯への対応を考える
訪問下での補綴治療	咀嚼機能の回復を図った後、残存歯の処置を行う。	残根への対応 (鋭縁の形態修正やか洞の仮封、コーピングなど) 経過観察 (抜歯に際しては、 医科との対診 口腔外科へ搬送が必要)

治療計画

義歯新製
☞製作方法を考える

残存歯への前処置
複製義歯の作製
ダイナミック印象
チェックバイト採得
ろう義歯試適
義歯装着
リコール

⑫治療内容の提示



ダイナミック印象

複製義歯の作製



新製された義歯



義歯装着後の顔貌

⑬リコール時の対応についての解説

