

滋賀医科大学医学部附属病院地域連携顎矯正治療システムの利用について

滋賀医科大学医学部附属病院における地域連携顎矯正治療システムを利用する治療についての詳細は、下記のとおりです。

1. 診療開始の局所条件について

滋賀医科大学医学部附属病院地域連携顎矯正治療システム（以下「本システム」という。）による治療を開始する局所条件は、次のとおりです。

- ①術前の歯列矯正治療を終了していること。
- ②術前に必要なう蝕初期治療を終了していること。
- ③歯周病コントロールが行われ、口腔衛生状態が良好であること。

2. 滋賀医科大学医学部附属病院 歯科口腔外科が施行する手術について

- Le Fort I型骨切り術
- 下顎枝垂直骨切り術、下顎枝矢状分割術
- オトガイ形成術
- 歯槽骨切り術（上下顎）
- 下顎角切徐術

本システムでは上記の手術について、滋賀医科大学医学部附属病院 歯科口腔外科（以下「当科」という。）が行い、術前矯正治療と術後矯正治療は紹介医の診療所等で行っていただきます。

3. 治療説明の標準化について

紹介医と滋賀医科大学医学部附属病院における治療説明は、次のとおり標準化させていただきます。

- ①術前、術後の歯列矯正治療は紹介医で行い、外科的手術は当科で行います。
- ②手術の合併症として、腫脹、少量の出血、軽度の疼痛、口角炎は必ず起こること、稀に多量の出血、治癒不全、後戻り、オトガイ部や下唇・舌の知覚鈍麻（下顎手術の場合）、頬部の知覚鈍麻（上顎手術の場合）、鼻出血（上顎手術の場合）、下痢症状の出現などが発生する可能性があることを術前に患者に十分に説明し、同意を得ます。
- ③上記1. の局所条件を満たし、かつ、治療説明と手術中、手術後の合併症・偶発症、および後遺障害が発生する可能性があることに対して同意の得られた患者様にのみ本システムによる治療を開始します。
- ④術後矯正治療開始までの手術後半年程度の経過観察は基本的に滋賀医科大学附属病院において行い、必要に応じて紹介医でも行っていただきます。
- ⑤術後矯正治療開始後も必要に応じて、滋賀医科大学医学部附属病院で経過観察を行う場合があります。

4. 手術について

- ①本システムに基づく紹介患者の手術（上記2）は滋賀医科大学医学部附属病院歯科口腔外科スタッフが施行します。
- ②本システムに登録された紹介医は、自己の紹介患者の手術を見学することができます。
- ③各々の手術は全身麻酔下に経鼻挿管にて行います。患者様の希望と必要に応じて、術前に自己血輸血を準備させていただきます。
- ④入院中の管理については当科が別に定める顎変形症手術のプロトコールに従います。

5. 責任の範囲について

術前矯正中の責任は紹介医に、術後、臨床所見及び画像所見により経過が良好と判断されるまでの責任は当科が負うものとします。それ以降は紹介医と当科との連帯責任とします。

6. 外科的手術が好ましくない症例について

次のような方は外科的矯正手術をお引き受けできないことがあります。

- ステロイドの服用者
- 糖尿病を有する方
- 肝臓疾患を有する方
- 甲状腺疾患を有する方
- 腎臓疾患を有する方
- アルコール依存症を有する方や覚醒剤使用者
- 血小板減少症、白血病などの血液疾患やその可能性を有する方
- 出血傾向（抗凝固剤服用）を有する方
- 重篤な全身疾患を有する方
- 顎骨の疾患、骨の疾患を有する方
- その他、治療の障害となる疾患を有する方
- 滋賀医科大学附属病院における治療が困難であると判断された場合

7. その他

- ①本システムでは紹介医と当科の専門チームとの緊密な連携が必須となりますので、外科手術前、術後、その後適宜に症例に対する合同カンファレンスを行います。
- ②個々の症例について、本システムによる治療を開始する前に、紹介医より滋賀医科大学医学部附属病院長に承諾書（別紙）を提出していただきます。

本システムについてのお問い合わせは、下記をお願いします。

〒520-2192 大津市瀬田月輪町

滋賀医科大学 医学部附属病院 歯科口腔外科

Tel: 077-548-2583 (外来)

Fax: 077-548-2347

担当: 越沼 伸也、足立 健

E-mail: hgoral@belle.shiga-med.ac.jp

登録医の申請（事務処理に関する問い合わせ先）

患者支援センター 地域医療連携担当

Tel: 077-548-2515

Fax: 077-548-2792

滋賀医科大学医学部附属病院地域連携顎矯正治療
システムに関する承諾書

滋賀医科大学医学部附属病院長 殿

私は、滋賀医科大学医学部附属病院地域連携顎矯正治療システムを利用
するにあたり、別紙の実施要項等の事項について承諾します。

医療機関名

住 所
電 話
医師氏名

※今回紹介患者様の氏名・生年月日

患者氏名 生年月日 生れ
