

表紙 変更点

1 ページ

(改定前)

第2版 2022年1月26日

(改定後)

第3版 2024年11月21日

理由：版数の更新

I 指針 変更点

3 ページ

(改定前) 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) が 2019 年 12 月に中国において確認され (1)、瞬く間に全世界に広がった。2021 年 1 月の時点で、世界累積感染者数は 8000 万人を数え、死亡者 180 万人を超えている (WHO 発表)。2020 年 1 月 30 日には、世界保健機関 (WHO) によって「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態 (PHEIC)」が宣言され、2021 年 1 月の時点で、世界累積感染者数は 8000 万人を数え、死亡者 180 万人を超えていた (WHO 発表)。流行の影響は、日常生活はもとより、医療現場にも広がっている。

(改定後)

新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) が 2019 年 12 月に中国において確認され

(1)、瞬く間に全世界に広がった。流行の影響は、日常生活はもとより、医療現場にも広がった。

理由：現状に合わせた記載の変更

3 ページ

(改定前)

2020 年 6 月以降には一時的に患者数は減少したものの、その後も 2022 年 1 月までに周期的に 6 つの大きな国内流行 (第 1 波～第 6 波) が生じている。また、2020 年 12 月以降はヒトへの感染性・伝播のしやすさや、既感染者・ワクチン接種者が獲得した免疫の効果に影響を与える可能性のある遺伝子変異を有する新型コロナウイルス変異株の出現・流行が認められており、これまでに世界的な流行がみられた代表的な変異株として α (アルファ) 株、 δ (デルタ) 株、 $\omicron$ (オミクロン) 株がある。

(改定後)

2020 年 6 月以降には一時的に患者数は減少したものの、その後も 2023 年 1 月までに周期的に 8 つの大きな国内流行（第 1 波～第 8 波）が生じた。また、2020 年 12 月以降はヒトへの感染性・伝播のしやすさや、既感染者・ワクチン接種者が獲得した免疫の効果に影響を与える可能性のある遺伝子変異を有する新型コロナウイルス変異株の出現・流行が認められており、これまでに世界的な流行がみられた代表的な変異株として α （アルファ）株、 δ （デルタ）株、 $\omicron$ （オミクロン）株が見られた。

理由：現状に合わせた記載の変更

3 ページ

(改定前)

口腔外科医は、日常診療において口腔やその周辺を診察、治療するため、原因ウイルスである SARS-CoV-2 を含む唾液や飛沫・エアロゾルに暴露される危険性が常に存在している。

(改定後)

日常診療において口腔やその周辺を診察、治療する口腔外科医には依然として、原因ウイルスである SARS-CoV-2 を含む唾液や飛沫・エアロゾルに暴露される危険性が存在している（*注）。

理由：現状に合わせた記載の変更

3 ページ

(改定前)

しかし、関連する診療科の手術における感染発生事例などを鑑み、口腔外科医の感染予防、ならびにウイルス暴露に対する十分な配慮と管理という観点から、口腔外科手術を実施する際に参考にすべき指針を提示する。

(改定後)

そのため、日本口腔外科学会では、関連する診療科の手術における感染発生事例などを鑑み、口腔外科医の感染予防、ならびにウイルス暴露に対する十分な配慮と管理という観点から、口腔外科手術を実施する際に参考にすべき指針を 2021 年 1 月 15 日に初版を、2022 年 1 月 26 日に第 2 版を策定した。

一方、2022 年 12 月以降は、ワクチン普及などにより国内外での新規感染者や死亡者数が落ち着きを見せており、また病原性の強い変異株の出現などがみられないため、2023 年 5 月 5 日に WHO が「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態（PHEIC）」の終了を宣言し、本邦でも 2023 年 5 月 8 日に感染症法上の位置づけを、指定感染症（2 類感染症相

当) から、季節性インフルエンザと同等の 5 類感染症に引き下げられた。第 3 版においては、COVID-19 の取り扱いが変わったことを受け、患者の感染が確認される場合の現実的な対応を「新型コロナウイルス感染症が感染症法上の 5 類感染症に位置付けられ、病原性が高い新たな変異株などが出現していない状況において」として追記する。

理由：現状に合わせた記載の変更

4 ページ

(改定前)

項目としては、術前の準備、術前評価、手術実施の判断、手術中の装備、手術室の環境を含む。指針の対象者は、口腔外科に従事する開業医、総合病院勤務医、医学部・歯学部附属病院勤務医など、国内で口腔外科手術を実施するすべての歯科医師、医師であり、対象手術としては、抜歯、外傷、感染、腫瘍、炎症、先天的・後天的形態異常など、口腔外科が診療科として扱うすべての手術で、麻酔の有無や種類は問わない。

いまだ COVID-19 についてエビデンスが確立していない事項が多いため、本指針はエビデンスに基づいた治療ガイドラインではなく、日本口腔外科学会が渉猟しうる情報に基づき、取りまとめた情報提供ならびに提言である。

(改定後)

項目としては、術前の準備、術前評価、手術実施の判断、手術中の装備、手術室の環境を含む。指針の対象者は、口腔外科に従事する開業医、総合病院勤務医、医学部・歯学部附属病院勤務医など、国内で口腔外科手術を実施するすべての歯科医師、医師であり、対象手術としては、抜歯、外傷、感染、腫瘍、炎症、先天的・後天的形態異常など、口腔外科が診療科として扱うすべての手術で、麻酔の有無や種類は問わない。

本指針はエビデンスに基づいた治療ガイドラインではなく、日本口腔外科学会が渉猟しうる情報に基づき、取りまとめた情報提供ならびに提言である。

*注 感染性を有する粒子は、粒径に応じて「エアロゾル」と「飛沫」に区別されていたが、WHO「空気感染する病原体に関する最新の用語を紹介するグローバル技術協議報告書」(2024 年 4 月 23 日)により、「感染性呼吸器粒子 (Infectious Respiratory Particles, IRPs)」として一括りに扱うこととなった (Global technical consultation report on proposed terminology for pathogens that transmit through the air. WHO. 2024)。

理由：現状に合わせた記載の変更

5 ページ

(改定前)

・術前評価

COVID19-症状チェック： 感染リスクの評価。すべての手術予定患者に対して実施する。腋窩温 37.5 度以上の発熱、風邪症状・呼吸器症状の有無、2 週間以内の渡航歴・COVID-19 患者との接触歴、味覚・嗅覚障害の有無、などの項目を問診し、一項目でも該当すれば、詳細に症状や状況を聴取し、COVID-19 感染リスクが否定できなければ陽性とする。

PCR 検査： SARS-CoV-2 遺伝子に対する PCR(polymerase chain reaction) 検査。原則として鼻咽頭ぬぐい液を検体とする。流行期に入った地域で、COVID-19 スクリーニングに使用する。検出されれば陽性。

(改定後)

・術前評価

COVID19-症状チェック： 感染リスクの評価。すべての手術予定患者に対して実施する。

①緊急事態が宣言されるような大規模な感染が生じている状況において

腋窩温 37.5 度以上の発熱、風邪症状・呼吸器症状の有無、2 週間以内の渡航歴・COVID-19 患者との接触歴、味覚・嗅覚障害の有無、などの項目を問診し、一項目でも該当すれば、詳細に症状や状況を聴取し、COVID-19 感染リスクが否定できなければ陽性とする。

②新型コロナウイルス感染症が感染症法上の 5 類感染症に位置付けられ、病原性が高い新たな変異株などが出現していない状況において

腋窩温 37.5 度以上の発熱をはじめ、風邪症状・呼吸器症状の有無、COVID-19 患者との接触歴、味覚・嗅覚障害の有無、などの項目を、施設の推奨質問なども参考にしながら問診し、総合的に判断する。COVID-19 症状チェックで COVID-19 感染が疑われれば、SARS-CoV-2 検査を実施する。

SARS-CoV-2 検査： 感染拡大当初は下記の PCR(polymerase chain reaction) 検査が中心であったが、抗原定性検査が普及した現在、診断には抗原定性検査が使われることが多い。原則として鼻咽頭ぬぐい液を用いるが、実施においては検査キットの使用説明書に従う。

PCR 検査： 鼻咽頭ぬぐい液のほか喀痰液も使用可能なことが多いので、検査キットの説明書に従って検査を実施する。感染管理のためにウイルス定量が必要な場合などに、使用することが多い。

理由：現状に合わせた記載の変更

6 ページ、9 ページ

(改定前)

簡易 PPE

(改定後)

通常手術 PPE

理由：「簡易 PPE」は必ずしもふさわしくないため、用語を「通常手術 PPE」と変更

7 ページ

(改定前)

I.4 指針の概要

(改定後)

I.4 指針の概要

① 緊急事態が宣言されるような大規模な感染が生じている状況において

理由：現状に合わせた記載の変更

8 ページ

(改定前)

c) 術前評価（手術 3 日前から手術日まで） *別添 図 実施する術前評価、参照

(改定後)

c) 術前評価（手術 3 日前から手術日まで） *別添 図 1 実施する術前評価、参照

理由：アルゴリズム（図）の変更に合わせた記載の変更

8 ページ

(改定前)

d) 手術実施の判断（手術日） *別添 図 手術判断アルゴリズム、参照

(改定後)

d) 手術実施の判断（手術日） *別添 図 1 手術判断アルゴリズム、参照

理由：アルゴリズム（図）の変更に合わせた記載の変更

9 ページ

(改定前)

d) 手術実施の判断(手術日) *別添 図 手術判断アルゴリズム、参照

(改定後)

e) 手術中の装備(手術日) *別添 図 1 手術判断アルゴリズム、参照

理由: アルゴリズム(図)の変更に合わせて記載の変更

10 ページ

(改定前)

f) 手術室の環境(手術日) *別添 図 手術判断アルゴリズム、参照

(改定後)

f) 手術室の環境(手術日) *別添 図 1 手術判断アルゴリズム、参照

理由: アルゴリズム(図)の変更に合わせて記載の変更

11~12 ページ

(以下を追加記載)

②新型コロナウイルス感染症が感染症法上の5類感染症に位置付けられ、病原性が高い新たな変異株などが出現していない状況において

a) 術前の準備(手術前2週から手術日まで)

手術2週間前から、不急不要な外出は控える、ホットスポットなど感染リスクの高い場所には行かない、などといった感染対策を推奨する。咳エチケット、手指衛生、外出後のうがいを推奨する。特に、地域や社会に流行の兆しがある場合は、このような感染対策指導を強化する。

b) 術前評価 *別添 図2 実施する術前評価、参照

COVID-19 症状チェックを参考にし、発熱や呼吸器症状などの理由で SARS-CoV-2 検査(抗原定性検査、PCR 検査など)を実施した患者で、検査結果が陽性であれば、術前評価陽性とする。地域や社会に流行の兆しがある場合は、COVID-19 症状チェックを慎重に判断する。

c) 手術実施の判断(手術日) *別添 図2 手術判断アルゴリズム、参照

評価結果陽性であれば、待機可能な場合は手術を延期するか代替の検討を行う。緊急性が高いなどの理由で待機出来ない場合(大量出血・重症感染症・気道閉塞などで切迫した

生命の危険があるもの、あるいは悪性腫瘍、縫合が必要な皮膚・粘膜挫創や歯槽骨骨折、顎骨骨折、歯の脱臼・破折など)、「やむを得ない選択」として、なるべく短時間で手術を実施する。

評価結果陰性の場合、手術を実施する。

手術の延期期間については、海外のデータでは SARS-CoV-2 PCR 陽性判定 20 日後に PCR 陰性化し、15 日後に培養陰性化し、感染性が消失すると指摘している(3)。また、本邦のデータでは診断・発症から 10 日、症状回復から 3 日で感染性ウイルスが検出されなくなると述べている(4)。これらを踏まえ、日本麻酔学会からは、COVID-19 感染時、軽症～中等症患者では発症後 10 日間、重症感染患者では 15～20 日間手術を行わないことを推奨している。待機可能な手術であれば、患者の肺炎増悪リスクなども勘案し、感染診断から 7 週以降に予定することを推奨している(5)。手術を延期する場合は、これらの延期期間が参考にし、最終的には術者の判断や各施設の規則に従うこととする。

d) 手術中の装備(手術日) *別添 図2 手術判断アルゴリズム、参照

評価結果陽性で手術を実施する場合、術者ならびに介助者は、エアロゾルや飛沫による感染を防ぐため、N95 マスク着用 PPE を適切に装着する。

評価結果陰性の場合、通常手術 PPE を適切に装着して、手術を実施する。

なお、感染予防には、N95 マスク、サージカルマスク、その他の装具などの PPE について、適切に装着し、また脱衣することが大変重要である。VI 付記 N95 や PPE の正しい脱着方法 などを参考にし、脱着方法を習熟する必要がある。

e) 手術室の環境(手術日) *別添 図2 手術判断アルゴリズム、参照

口腔外科手術は、唾液、血液や洗浄水が存在する術野で操作をすることが特徴であるため、いずれの手術においても、口腔内サクションを適切に使用しながら手術を行うことが前提である。

評価結果陽性で手術を実施する場合、層流換気が設定されている手術室を使用する(層流設定)。

口腔内サクションにおいて、廃液は感染性のある汚物として取り扱い、排気する際には安全性に十分に留意する。装置は、指定された使用方法に基づき適切に管理し、HEPA フィルターが装着されている場合には、定期的に交換する。

評価結果陽性で手術を実施した後は、手術室の十分な屋外への排気による換気を心掛け、手術中に発生したエアロゾルや飛沫の消失を図る(VI 付記 換気の日安 参照)。手術の都度、手術台や歯科ユニット、周辺機器などを、滅菌、消毒、清拭する(VI 付記

器具消毒・清掃 参照)。滅菌、消毒、清拭の際には、廃棄物の感染性に留意し、実施者はサージカルマスクや手術用手袋、フェイスシールド・ゴーグル、長袖ガウン、手術帽子などを装着して取り扱う。

理由：現状ならびにアルゴリズム（図）の変更に合わせて記載の変更

12～13 ページ

（改定前）

I.5 文献

1. WHO の関連ホームページ：Novel Coronavirus – China
[https:// www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/en/](https://www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/en/)
2. Grant M, Buchbinder D, Dodson TB, Fusetti S, Leung MY, Aniceto GS, Schramm A, Strong EB, Wolvius E. AO CMF International Task Force Recommendations on Best Practices for Maxillofacial Procedures During COVID-19 Pandemic. *Craniomaxillofac Trauma Reconstr.* 2020 Vol. 13(3) 151-156
<https://doi.org/10.1177/1943387520948826>

（改定後）

I.5 文献

1. WHO の関連ホームページ：Novel Coronavirus – China
[https:// www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/en/](https://www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/en/)
2. Grant M, Buchbinder D, Dodson TB, Fusetti S, Leung MY, Aniceto GS, Schramm A, Strong EB, Wolvius E. AO CMF International Task Force Recommendations on Best Practices for Maxillofacial Procedures During COVID-19 Pandemic. *Craniomaxillofac Trauma Reconstr.* 2020 Vol. 13(3) 151-156
<https://doi.org/10.1177/1943387520948826>
3. Boucau J et al. Duration of Shedding of Culturable Virus in SARS-CoV-2 Omicron (BA.1) Infection. *N Engl J Med.* 2022 Jul 21;387(3):275-277.
4. Takahashi K et al. Duration of Infectious Virus Shedding by SARS-CoV-2 Omicron Variant-Infected Vaccinees. *Emerg Infect Dis.* 2022 May;28(5):998-1001.
5. 公益社団法人 日本麻酔科学会ホームページ
https://anesth.or.jp/users/common/preoperative_complications/36

理由：文献の追加

II. 作成組織・作成経過 変更点

13 ページ

(改定前)

II. 作成組織・作成経過

II.1 参加メンバー

(改定後)

II. 作成組織・作成経過

II.1 参加メンバー (2022 年 1 月 26 日 第 2 版発出時点)

理由：参加メンバーの所属・職名は第 2 版発出時点でのものであることを明記

16 ページ

II.3 作成過程

(以下を追加)

第九回会議 2024 年 10 月 11 日 文案確認

2024 年 10 月 16 日 統括による承認

理由：今回の改訂に伴い開催された会議等の情報を追加

III 指針が見据える範囲 変更点

17～18 ページ

(改定前)

しかしながら、COVID-19 患者の口腔内あるいは唾液中に含まれるウイルスの感染性や、口腔内で発生するエアロゾルに含まれるウイルスの感染性や安定性については、知見の十分な蓄積がなく、今後の研究成果や情報が待たれる。

(改定後)

しかしながら、COVID-19 患者の口腔内あるいは唾液中に含まれるウイルスの感染性や、口腔内で発生するエアロゾルに含まれるウイルスの感染性や安定性については、知見の十分な蓄積がなく、今後の研究成果や情報が待たれる。

なお、2022 年 12 月以降は、ワクチン普及などにより国内外での新規感染者や死亡者数が落ち着きを見せており、また病原性の強い変異株の出現などがみられないため、2023 年 5 月 5 日に WHO が「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態（PHEIC）」の終了を宣言し、本邦でも 2023 年 5 月 8 日に感染症法上の位置づけを、指定感染症（2 類感染症相

当) から、季節性インフルエンザと同等の 5 類感染症に引き下げられた。

理由：現状に合わせた追加記載

18 ページ

(改定前)

III.3 指針が適応される範囲

本指針は 2021 年 7 月 31 日時点で確認し得た学術論文により実施したシステマティックレビューに基づく内容であり、関係学会や行政からの情報、報道による流行状況・ウイルス情報、などを勘案して作成されたものである。

(改定後)

III.3 指針が適応される範囲

本指針は 2021 年 7 月 31 日時点で確認し得た学術論文により実施したシステマティックレビューに基づく内容と、関係学会や行政からの情報、報道による流行状況・ウイルス情報、などを勘案して作成されたものである。

理由：現状に合わせた記載の変更

IV 推奨 変更点

19 ページ

(追加)

(*注 第 3 版において、IV 章は 2021 年 7 月 31 日時の論文検索データをもとに検討された第 2 版からの改定はおこなっていない。第 2 版発出時の情報であることに留意いただきたい。)

理由：論文検索時期を明記

27 ページ

(改定前)

IV.2 CQ2 COVID-19 感染後の患者に対しては、いつから、院内感染を懸念せずに口腔外科手術を実施することができるか？

(改定後)

IV.2 CQ2 COVID-19 感染後の患者に対しては、いつから、院内感染を懸念せずに口腔外科手術を実施することができるか？

（*注 本邦でも 2023 年 5 月 8 日に感染症法上の位置づけを、指定感染症（2 類感染症相当）から、季節性インフルエンザと同等の 5 類感染症に引き下げら、COVID-19 自体のリスクに対する考え方も変わってきた。公益社団法人日本麻酔科学会の見解

（https://anesth.or.jp/users/common/preoperative_complications/36）では、COVID-19 感染時、軽症～中等症患者では発症後 10 日間、重症感染患者では 15～20 日間手術を行わないことを推奨している。待機可能な手術であれば、患者の肺炎増悪リスクなども勘案し、感染診断から 7 週以降に予定することを推奨している。第 3 版では、これらの意見を参考に、各施設における臨床経験と、それぞれのノウハウに応じて、術者や各施設が判断してもよいこととする。）

理由：現状に合わせた追加記載

別添図 変更点

（改定前）

別添図（1 ページ枚）から別添図 1 と別添図 2（2 ページ）に変更

理由：現状に合わせた図の変更