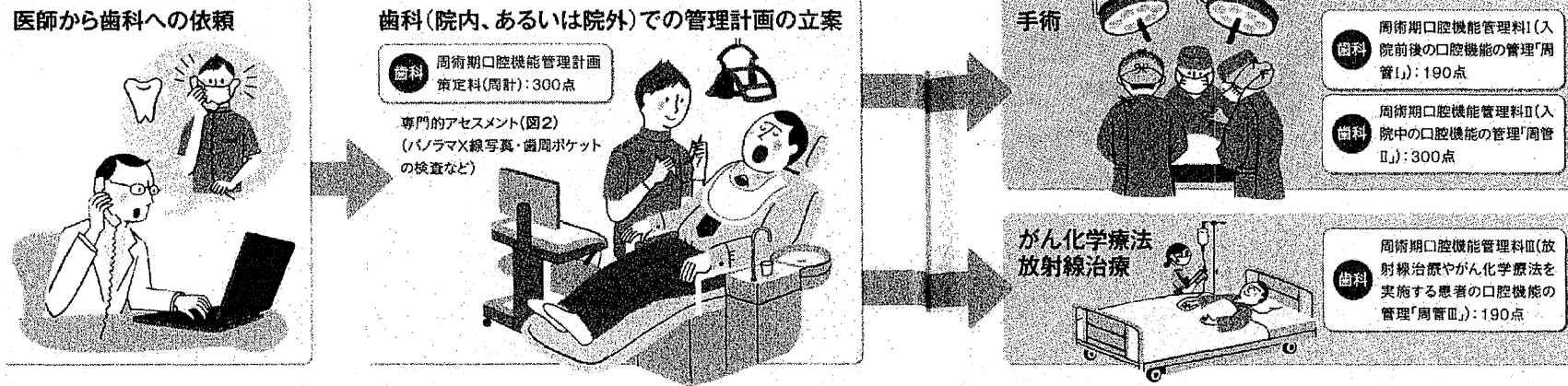


図1 一般的な周術期口腔機能管理の進め方



**COLUMN**  
「最近、歯科を受診したところなんです…」という患者には?

歯科受診を無理強いする必要はありません。ただし、「手術やがん化学療法を受ける」という前提のもと、歯科で管理されていたわけではないと思われま。合併症の発症リスクが高い患者であれば、歯科での再確認を依頼したほうがよいでしょう。

## B 活用の目的は?

### 診療報酬上のルール

目的は「術後の肺炎等の外科的手術後の合併症等の軽減」とされます。

### 解説

「合併症等の軽減」として具体的にはほかにも、口内炎の発症・二次感染の予防、経口摂取の維持もしくは早期再開の支援、口腔・咽頭部の手術部位感染(SSI)の予防が含まれると考えます。

さらに、長期的な視野の合併症として「移植・人工物留置後の感染予防」「顎骨壊死の予防」なども意識すべき

です。例えば移植後の免疫抑制薬使用時には、口腔が感染源となる血流感染(=菌血症・敗血症)が致命的になる場合や、人工弁や人工関節などのインプラント(=異物)留置への感染も報告されています。また、放射線治療で顎骨

にも照射域が含まれる場合、がんの骨病変(骨転移や多発性骨腫瘍)に対してビスフォスフォネート薬を使用する場合は、いずれも顎骨壊死を生じるリスクがあります(ただし、これらを強調し過ぎて患者に不安を与えないように)。

**ココが 看護に活かすポイント**

「周術期口腔機能管理」導入のメリット

- 誤嚥性肺炎が予防できる
- 口内炎の発症・二次感染の予防ができる
- 経口摂取の維持・早期再開の支援ができる
- 口腔・咽頭部に創があれば、手術部位感染(SSI)予防になる

## C どのようにスタートする?

### 診療報酬上のルール

手術などを担当する医師から、歯科

への依頼(紹介)があることが前提となります(病院の歯科医師が手術などを担当する場合は、紹介不要)。

### 解説

このとき、手術などの治療計画や患

者の基礎疾患などに関する情報がないと、歯科での対応が困難です。歯科で抜歯などが必要となる場合があるため、出血傾向や易感染性の有無、併用薬やアレルギーなどの面から抗菌薬・

鎮痛薬の選択に制限があるか、などについての情報提供もあったほうがスムーズです。

担当医師からの依頼を受けて、歯科では「周術期口腔機能管理計画(周計)」

を策定します。そして、手術では「周術期口腔機能管理料(周管)Ⅰ」または「周管Ⅱ」を、放射線治療・がん化学療法では「周管Ⅲ」での管理を開始します(図1)。

## D 歯科依頼の適切なタイミングは?

### 診療報酬上のルール

手術後など治療開始「後」から開始してもよいとされています。

### 解説

治療開始後からでも歯科的な介入は開始可能です。したがって、「緊急手術後にICUに収容された」「通常なら口内炎をあまり生じないがん化学療法のレジメン(抗がん薬の組み合わせ)で、口内炎が多発した」といったケースでも、その時点から紹介があれば介入できます。しかし、治療機材など環

境の問題や歯科治療自体に要する期間もあるため、そのときには「ベッドサイドでできることは限られる」点もご理解ください。

手術などの治療開始「前」から、それでもできるだけ早くオーラルマネジメントを開始するほうが、歯科的には対

応しやすいです。例えば重度の白血球減少が予想されるがん化学療法を予定している患者で、急性智歯周囲炎(視知らず周囲の炎症)がある場合などは、致死的な合併症を生じるリスクがあり、歯・口腔の問題から治療が延期されることもあります。

**ココが 看護に活かすポイント**

できるだけ「治療開始前」の歯科依頼ができるように配慮を

- 歯科治療上の必要性から、治療スケジュールに影響が出る場合もある

## E 歯科依頼にあたって、ナースが患者に配慮したい点は？

### 診療報酬上のルール

依頼を受けた歯科では管理計画の策定(図2)を進めますが、その前提として、患者に歯科受診の必要性を納得してもらう(=同意を得る)ことが必要です。

### 解説

歯科での専門的評価や、歯科治療、専門的歯面清掃の必要性(=価値)を医療者が感じられなければ、患者に歯科受診を促してもうまくいきません。医療者がまずオーラルマネジメントの

概念(CREATE, p.31参照)を理解してはじめて、患者にも受診を促すことができます。ナースによる説明が重要になります。

歯・口腔に関しては、わが国では虫歯・歯周病の有病率が依然として高いので、患者の自覚症状にかかわらず“健全な”口腔はあまり多くありません。また、歯科用X線写真や歯周ポケットを測定するための専用器具がないと適切に評価できない内容が多いのです。そう考えれば、専門的評価を歯科に依頼するのは自然なことです。

歯科では、歯科治療や専門的歯面清

掃のような、医師や看護師にはできない介入の必要性の有無も評価できます。そして患者には、適切なケアグッズの選択なども含めて、口腔衛生指導・教育を行います。結果的に、特に問題のない患者もありますが、患者参加型の医療という観点から、「肺炎予防のためにしっかり歯みがき」(絶食後に早く経口摂取を再開できるように、口腔を動かしておく)といったアドバイスが、関心意欲を引き出せることもあります。

なお、患者の入院時に歯科への依頼を忘れずに円滑に行うために、クリニカルパスに組み込むことは悪くないと思います。ただし、これは患者に歯科受診の必要性を納得してもらう(=同意を得る)ことが前提です。納得がないと、歯科でのアドバイス・教育がうまく活用されません。

図2 管理計画策定の例

歯科との連携により、専門的な評価・対応を受けることができる

**口腔機能管理依頼書**

項目	内容
患者氏名	○
年齢	○
性別	○
病室	○
主治医	○
依頼内容	○
備考	○

**専用の器具を用いた歯周ポケットの検査**

### ココが看護に活かすポイント

患者への説明と同意は必須

- オーラルマネジメントの重要性をナースも理解
- 依頼を忘れずに行うために、クリニカルパスに組み込むのも一案



## F 歯科では具体的に何が行われる？

オーラルマネジメントにおいて、歯科での管理計画に基づいて行われるのは、「口腔環境の整備」(図3、図4)です。

具体的には、患者自身または看護師が口腔ケアを行いやすいように、①清掃方法の改善(歯みがき指導、術者みがき\*)、②歯面清掃(スクレーリング(歯石除去)、専門的機械的歯面清掃)、③歯科治療(虫歯の(仮)充填、動揺歯の処置、不適合な修復・補綴物の調整など)を行います。症例ごとの詳細は、後半の各項に示します。

なお、これらの処置・治療に要する費用は、周術期口腔機能管理計画策定料(300点)、周術期口腔機能管理料(I)-(II)(190点)、(III)(300点)とは別にかかります。

\*【術者みがき】=歯科医師や歯科衛生士が、患者の使う清掃用具を使って口腔清掃する。清掃用具の使用法を指導しながら、清掃用具が歯肉などに接触する感覚を患者に覚えてもらう効果もある。

図3 歯科による口腔環境の整備

**予防的対応**  
歯科医師が中心となる

- ブラッシング指導
- 術者みがき
- 歯石除去
- 専門的機械的歯面清掃

**歯科治療**  
歯科医師が主眼

- 動揺歯の固定
- 虫歯の(仮)充填
- 義歯の調整・修理
- 抜歯 など

図4 段階別・オーラルマネジメント実施のポイント

**入院(手術・治療)前**

- 手術・治療開始までに時間的、病状的な制約がある場合が多いので、そのときには“できる範囲”での対応となる
- 口腔の状態が改善せずに手術・治療を開始すると、手術・治療中もしくは後における合併症のリスクが高くなる
- 手術・治療の待機(延期)が可能ならば、歯科での対応を優先させることもありえる(例：人工弁置換術など)

**入院(手術・治療)中**

- 手術・治療前に間に合わなかった歯科治療を行う(例：抜歯後の補綴治療など)
- 手術・治療によって生じた口腔への障害に対するアプローチを行う(例：口腔乾燥対策、リハビリテーション的な対応、舌接触補助床(PAP)作成など)

## G 院内に歯科がない場合の連携は？

### 診療報酬上のルール

周術期口腔機能管理料は、院外の、連携する歯科医院でも算定できます。

### 解説

院内に歯科がない場合、これまではどうしても必要なケース(歯痛が強いなど)のみ、病院の近くにある歯科と連携(入院患者の「外出」、もしくは歯科医院の「往診」)していたのではないのでしょうか？ しかしこのたびの周術期オーラルマネジメントの保険導入に

より、地域の歯科医師会として取り組む例が確実に増えると思われます。しかしながら、現時点では周術期のハイレベルなオーラルマネジメントに対応できる歯科医師はまだ多くありません。連携は、医療病院と歯科医院(1対1)よりも医療病院と歯科医師会(1対多)、さらには地域ぐるみで医療病院群(=医師会)と歯科医師会(多対多)で連携を模索するほうがメリットは大

きでしょう。病院への訪問歯科診療を依頼できるか否かなど、地域によって事情が異なる面もあります。◎

### ココが看護に活かすポイント

院内に歯科がない場合は、地域での連携を構築

- 地域によって事情が異なる。全体での取り組みが必要

このあと「術後・気管挿管中」「がん化学療法」「口腔がん術後」のポイントを解説!

# 入院前からのオーラルマネジメントで 治療成績の向上を！～2012年度診療報酬改定で 「周術期の口腔機能管理」が新設！



**岸本裕充** 准教授／歯科医師／医学博士

きしもとひろみつ ●誤嚥性肺炎やVAP（人工呼吸器関連肺炎）の予防を目的とした口腔ケアの実践および臨床研究で成果を上げている。兵庫医科大学病院では、「呼吸ケアチーム」の構成メンバーとしても活躍中。1989年3月大阪大学歯学部卒業。2009年4月兵庫医科大学准教授（歯科口腔外科学講座）。現在に至る。

兵庫医科大学 歯科口腔外科学講座

**坂中哲人**  
歯科レジデント

## オーラルマネジメントとは

呼吸器と消化器の共通の入り口である、口腔の重要性が見直されています。口腔ケアが肺炎の予防に有効であること、また、経口摂取は各種栄養摂取法の中で最も生理的で、生きがい・QOLの面からもベストであることは言うまでもありません。チーム医療として、前者は「呼吸ケアチーム（RST）」、後者は「栄養サポートチーム（NST）」として、歯科が加わっている施設も多くあります。

狭義の口腔ケアとしての歯みがきや洗口などの口腔清掃を中心とした「器質的口腔ケア」のほかに、経口摂取を目指した廃用予防や間接嚥下訓練などの嚥下リハビリテーションを含めた「機能的口腔ケア」があります。筆者らは、これに、歯ブラシの当て方、口腔洗浄の方法などのケア技術の「教育」、口腔の「評価」、そしてむし歯や歯周病、義歯などの「歯科治療」など、口腔ケアだけでは足りないものを盛り込んで、オーラルマネジメント（OM）という概念を提唱しています。

OMの構成要素を、CREATE（創造する）という英単語に当てはめて整理しています。まず、清掃（Cleaning）とリハビリテーション（Rehabilitation）から始まり、教育（Education）、評価（Assessment）、さらに歯科治療（Treat-

ment）、そして、口腔の健康が得られれば、おいしく食べる（Eat）もしくは楽しむ（Enjoy）ことが可能となります。これらの頭文字を順に並べるとCREATEとなり、「食べられる口をCREATE」することが目標というわけです（表1）。

## OMがついに保険導入！

2012年度の診療報酬改定では、「周術期における口腔機能の管理」への加算が新設されました（図1）。これは、厚生労働省によると「がん患者等の手術（全身麻酔を実施する場合に限る）等を実施する医師等との連携の下、歯科医師が行う、がん患者等の入院前から退院後を含めた一連の口腔機能の管理や、放射線治療や化学療法を実施する患者の口腔

- C** Cleaning：清掃（器質的口腔ケア）
- R** Rehabilitation：リハビリテーション（機能的口腔ケア）
- E** Education：教育
- A** Assessment：評価
- T** Treatment：歯科治療
- E** Eat：食べる、Enjoy：楽しむ

広義の  
口腔ケア

表1 オーラルマネジメント：CREATE

機能の管理」を意味します。

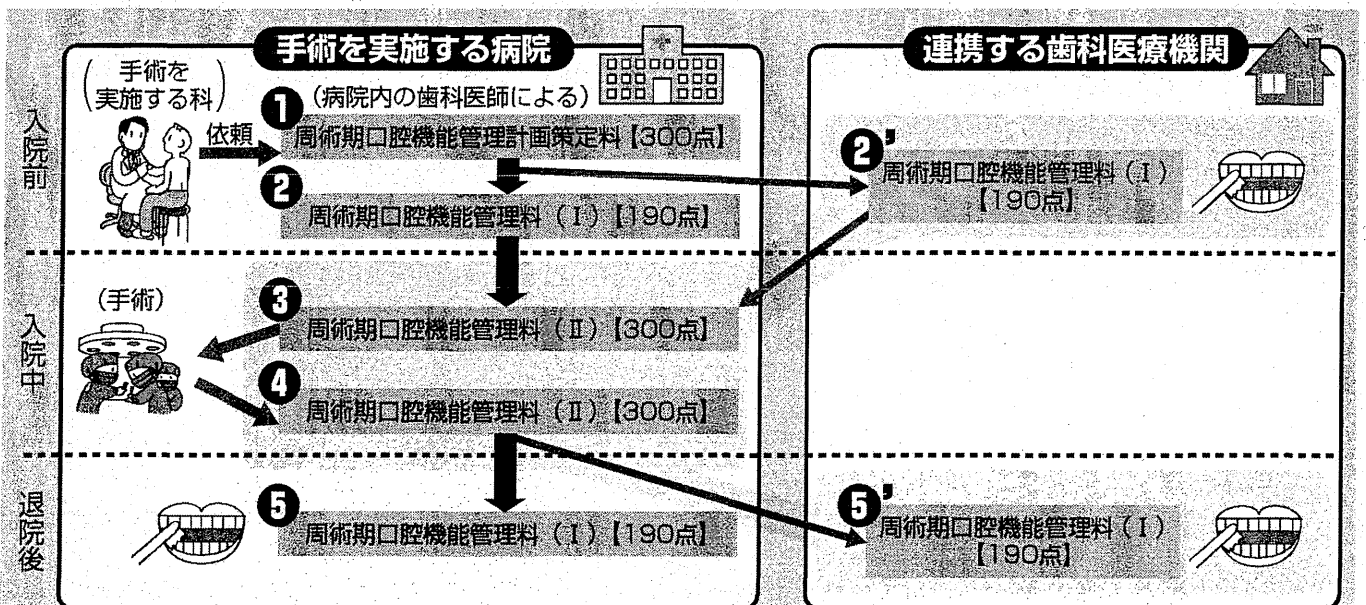
身体的には、手術、放射線治療や化学療法を実施する医師からの依頼で、歯科医師がOMの計画を策定し、歯科のレセプトで算定します（口腔がんなどであれば、歯科医師が治療とOMの計画・管理を兼ねます）。したがって、**病院での看護師による「器質的口腔ケア」に対して点数がついたのではありません。**読者の中には「なんだ…」とがっかりされる人がいるかもしれませんが、OMを計画的に導入することによって、患者の術後合併症などを予防できるだけでなく、看護師による口腔ケアの負担を確実に減らすこともできるのです。

患者のセルフケアを期待できない場合には「看護師が口腔ケアをする」、これは絶対に必要なことで、点数がつく・つかないにかかわらず実施しなければならない「基本ケア」です。以前は、「絶食にしているので歯磨きはしなくても大丈夫」というような誤解がありました。実際には、絶食中は唾液の分泌など

による口腔の自浄性が低下しているため、むしろ「食べていない口が意外に汚い！」<sup>1)</sup>ということが認知されるようになりました。

ICUにおける経口気管挿管中の患者への口腔ケアが、人工呼吸器関連肺炎（ventilator-associated pneumonia：VAP）を含めた肺炎の予防になることから、少しずつではありますが積極的に取り組まれるようになったことは、皆さんもご存じの通りです。

口腔ケアの時、時々困ることはありませんか？「グラグラと動揺している歯があって、口腔ケアを実施しにくい」「口腔ケアを頑張っているのに、口臭が改善しない」という声をよく耳にします。実は、OMを計画的に導入することによって、これらの問題点が解決できる場合が多いのです。動揺している歯があれば前もって抜歯しておく、もしくは動揺していない歯に固定しておけば、口腔ケアを実施しやすくなります（「口腔環境の整備」〈P.82〉で後述）。また、口臭が改善しない時、口腔



※歯科の無い医療機関に入院する患者の入院中の周術期の口腔機能の管理が必要な場合は、連携する歯科医療機関の歯科訪問診療で実施。

※放射線治療や化学療法を実施する患者についても同様に連携して口腔機能の管理を実施。

図1 周術期における口腔機能の管理のイメージ

厚生労働省保険局医療課：平成24年度診療報酬改定の概要

## 表2 誤嚥性肺炎を生じるリスクの高い手術

開胸：咳嗽困難

反回神経麻痺（頸部リンパ節郭清など手術に伴うもの、気管挿管によるもの）

嚥下障害（誤嚥しやすい）・絶食期間が長い（口腔の自浄性の低下）

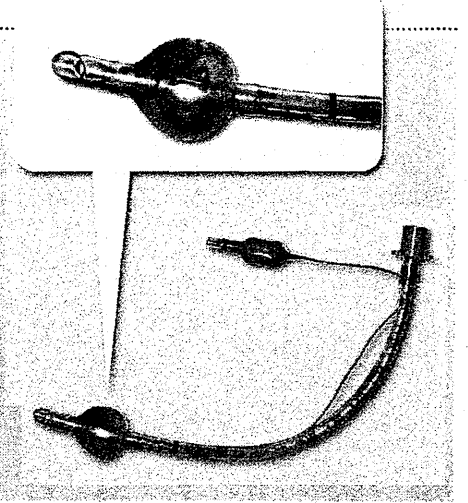
器質的：口腔・咽頭・食道外科

機能的：脳外科、心臓外科（血栓形成による脳血管障害）

気管挿管の長期化（48時間以上）

〈気管チューブの汚染〉

挿管後約24時間で抜管されたチューブには、既にバイオフィームが形成されている。（写真は歯垢染色液で染色したものであるが、歯垢を特異的に染色するものではない）。CVカテーテル、尿カテーテルと同様に、気管チューブを留置すると、表面にバイオフィームが形成される。挿入時の清潔操作（気管挿管時にチューブ先端部が汚染されないように、チューブが接しそうな部分は特に清潔に！）とその後の管理が、カテーテル感染症（気管チューブではVAP）の予防に重要であることも共通している。



清掃が不十分な場合も確かにあるのですが、むし歯や歯周病が放置されたままだと、完璧に口腔を清掃しても口臭が改善しない可能性があります。

つまり、看護師が口腔ケアにかかわる前の段階から歯科の介入を開始しておく、口腔ケアが容易になるというわけです。歯科を併設していない病院が多いですが、その場合には「地域での医科・歯科連携」で対応します（図5（P.82）で後述）。

### 「周術期の口腔機能管理」の対象患者は？

今回の診療報酬改定において、OMの目的は「術後の誤嚥性肺炎等の外科的手術後の合併症等の軽減」と明記されています。手術だけでなく、放射線・化学療法を実施する患者も管理の対象とされていますので、これらの患者では、いわゆる「口内炎」の予防・治療もしくは症状の緩和が主な目的となるでしょう。

手術は、「全身麻酔下で実施される」ことが条件<sup>注</sup>で、「頭頸部領域、呼吸器領域、消

注 「全身麻酔下で実施される」ことが条件：例えば、PEGの造設を予定する患者のOMは重要であり、感染予防などの効果も期待できるが、全身麻酔下で実施される手術ではないので、今回の診療報酬改定における「周術期の口腔機能管理」の対象とはならない（今後見直される可能性は十分にある）。

化器領域等の悪性腫瘍の手術、臓器移植の手術又は心臓血管外科手術等」となっており、最後の「等」で幅を持たせた表現になっています。目的が「術後の誤嚥性肺炎等の合併症等の軽減」ということで、やはり「誤嚥性肺炎を生じるリスクの高い手術」（表2）がメインとなるでしょう。口腔から中・下咽頭の手術では、「手術創感染（SSI）の予防」にも効果があると思います。

心臓弁置換術後の患者は、抜歯などの歯科治療によって、感染性心内膜炎を生じるリスクがあるとされています。ということは、心臓弁置換術を施行予定の患者で、抜歯が必要な歯があるなら、手術前に抜歯しておく方が得策ということがご理解いただけると思います。ただ、歯科と心臓外科の術前からの連携が確立されている例はまだ多くないようです。

放射線治療・化学療法を実施する患者に対するOMは、治療を開始する月から算定可能です。放射線や抗がん剤による「口腔粘膜炎」、感染防御能低下に伴う「菌性感染症」「カンジダ性口内炎」「（ヘルペスに代表される）ウイルス性口内炎」への有効性が期待されています。特に、治療前からの介入によって「菌性感染症（の急性化）」を予防できることが多く、また、口腔衛生状態を良好に保つこと

ができれば、これらの2次感染・重症化・治療の遅延を予防できます。

## 医科・歯科連携のモデル紹介

### パターン① 歯科を併設する病院でOMを実施(図2)

現状では最も多いと想定されるパターンです。歯科の標榜科名としては、「(一般) 歯科」「矯正歯科」「小児歯科」「歯科口腔外科」の4つがあり、その中で「歯科口腔外科」は顎骨骨折や口腔領域の腫瘍などの手術を担当し、医科での手術と共通の部分が多いので、術後の合併症に関する知識・経験も比較的豊富です。ただ、「歯科口腔外科」を標榜している場合、マンパワーなどの関係で、抜歯以外の(一般) 歯科の治療(むし歯や歯周病の治療)をあまり実施していない施設もあります(そうしたケースでは、施設の判断で「口腔外科」と標榜している場合が多いようです)。

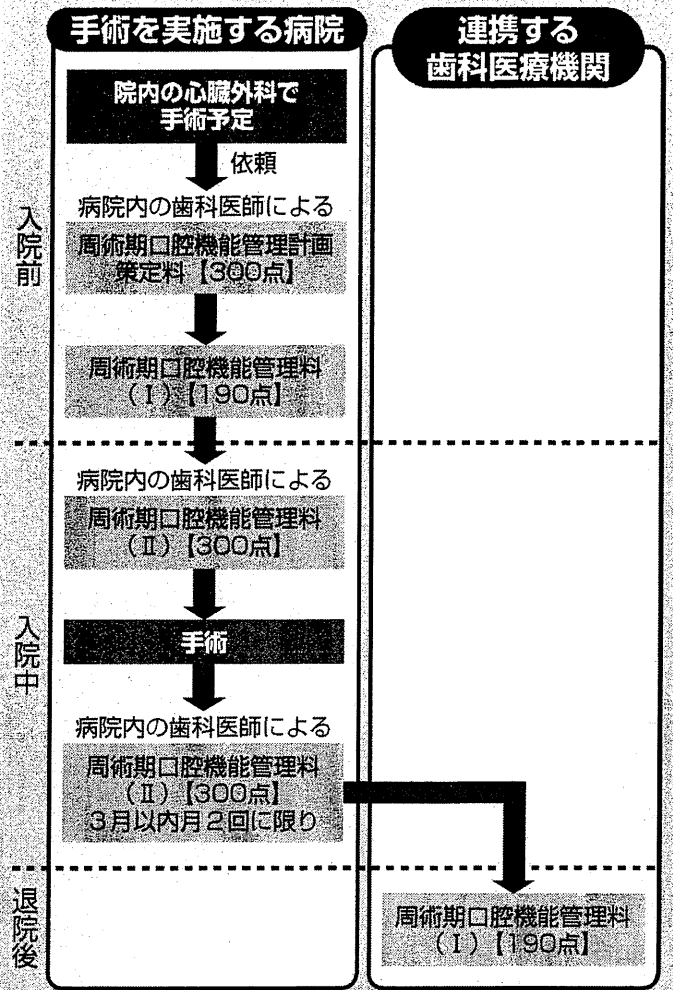
各施設の事情はさまざまでしょうが、最初は優先順位が高い症例(例:術後肺炎・口内炎を生じやすいなど)を選んで歯科とのOMの連携を開始し、徐々に拡大していくようにします。私たちの経験上、歯科でのOMの成果を高めるためには、次の3点が重要だと思います。

- ① 早めに歯科を受診する
- ② 患者に歯科を受診する意味を理解してもらう(もちろん同意が必要)
- ③ 口腔ケアの役割分担を明確にする

#### ① 早めに歯科を受診する

歯科への依頼が早過ぎることによるデメリットはありません。口腔に問題のない患者では、手術などの直前でも対応は可能ですが、口腔衛生状態が不良、治療が必要な歯が多くある、というような場合には、時間的余裕が

図2 歯科を併設する病院でのOMの流れの例



社会保険研究会：全科実例による社会保険歯科診療平成24年4月版，P.74，医歯薬出版，2012.を改編

必要です。これは、「未治療の糖尿病を合併している患者」の手術を計画する，というような場面を考えてみれば，その必要性をご理解いただけたと思います。


また，院内の歯科から，さらに患者の「かかりつけ歯科」などへ紹介する場合(パターン②)もあり得ますので，やはり早めに歯科を受診していただくに越したことはありません。

#### チェックポイント こんな患者は要注意!

- ・ むし歯や歯周病を自覚しているのに放置している
- ・ (自覚症状がなくても) 最近歯科を受診したことがない(歯石が付着していることが多い)

**資料** OMの必要性に関する患者説明用パンフレットの例（兵庫医大版）

手術を受けられる皆様へ



手術の前に口腔に問題がないかのチェックを受け、さらにできる限りきれいにしておくことは次のような理由から大変重要です。


① **グラグラした歯をなくし、全身麻酔を安全に実行する**  
グラグラした歯や放置されたむし歯があると、全身麻酔時に脱離などのトラブルを生じる可能性があります。

② **手術後の肺炎を予防する**  
肺炎は手術後の危険な合併症のひとつですが、口腔には肺炎の原因となる菌がたくさんいます。口腔を不潔にしておくと、さまざまな菌が増え肺炎になる危険性が高まります。

③ **口腔や咽頭の感染を予防する**  
口腔や咽頭を手術した場合には、その部分が感染しないように抗生物質の投与や創部を消毒しますが、手術までに患者さん自身の歯みがきも含め、口腔をきれいにしておくことが大切です。

④ **よく噛めるように**  
腹部の手術などでは、元通り食べ物を飲み込めるようになるには少し時間がかかる場合があります。歯（あるいは義歯）が良くないと食べ物を細かく噛み砕くことができませんので、手術した部分に余計な負担がかかります。歯科治療には時間がかかる場合が多いので、手術前から治療の計画を立てておくことが効果的です。

手術を受けられる前に歯科を受診すると…（※受診には担当医の紹介が必要です）



- ① 口腔のチェック（レントゲン写真も含む）
- ② 必要な、ブラッシング指導を受ける
- ③ 歯石の付着があれば除去し、口腔を清潔に保つ
- ④ 応急的なむし歯治療、義歯の調整、抜歯などが必要な場合もあります

これらは手術を成功させるために患者さん自身が実行できる非常に大切な取り組みなのです。

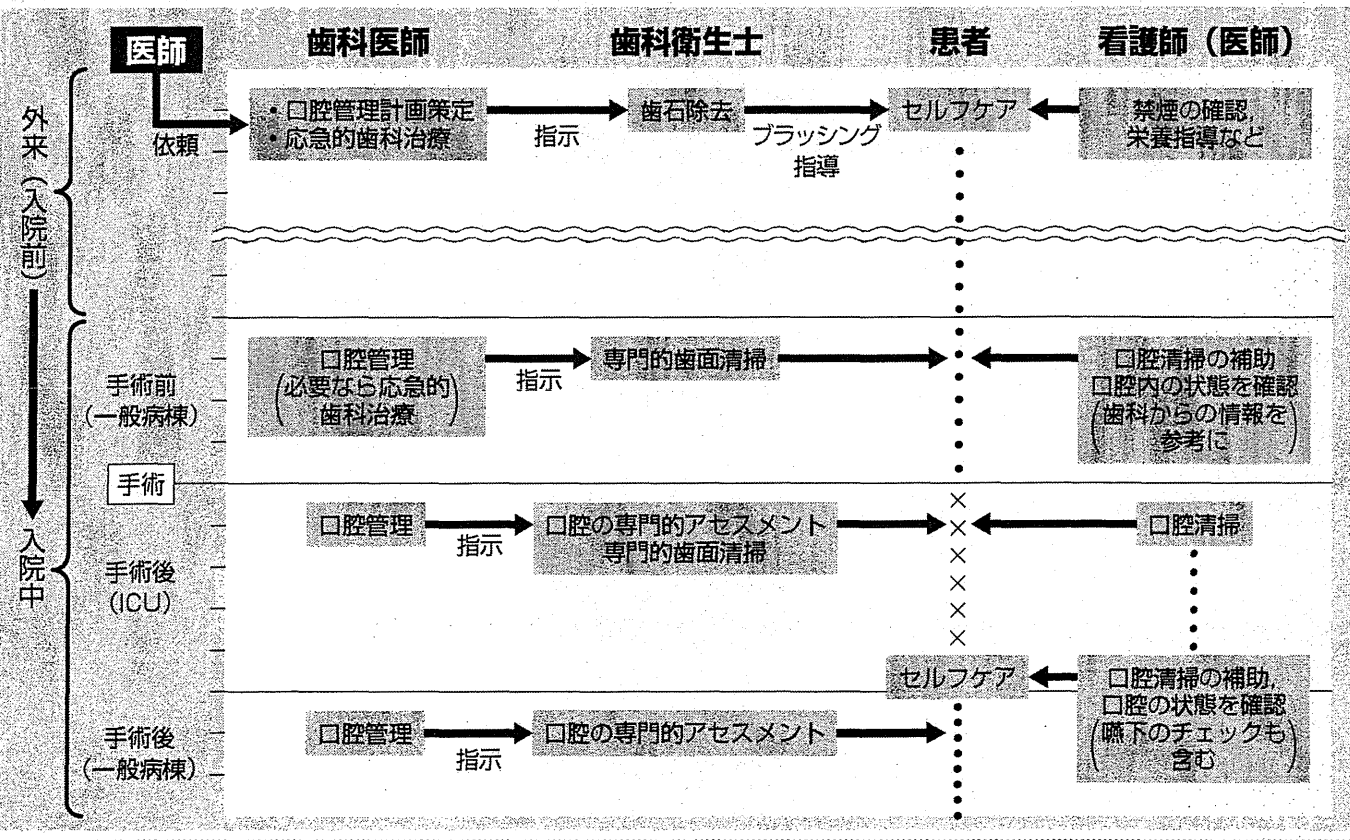
歯科口腔外科 周術期口腔ケアチーム

**②患者に歯科を受診する意味を理解してもらう**

①とも関連しますが、手術などの治療開始までの時間は限られています。「歯医者が嫌い（怖い）」というような患者がいるのも事実ですが、「術後肺炎の予防に重要」などと、OMの必要性についての動機づけをしてもらっていると、歯科での対応が円滑に進みます（資料）。口腔に問題があると入院下でのメインの治療の足を引っ張る可能性があるため、「入院前から準備すべき」と理解してもらいます。

**③口腔ケアの役割分担を明確にする**

口腔ケアの主体は患者によるセルフケアであり、セルフケアが困難になれば看護師が介助します。歯科の役割は専門の見地からの口腔のアセスメントに基づくケア方法の指導と治療的介入（図3）で、これはCREATE（表1）を思い出してください。



**図3** 役割分担の例

たまに誤解があるのですが、歯科に口腔ケアを丸投げするのは正しくありません。何らかの原因で褥瘡ができた場合、褥瘡のアセスメントや対処に詳しい認定看護師や専門の医師に相談することがあると思いますが、それはアドバイスを求めたり、治療を依頼したりするのであって、体位変換などのケアを依頼することはないはずです。口腔ケアも同じように考えてください。

## パターン② 歯科を併設する病院からOMを依頼(図4)

国立がん研究センターと日本歯科医師会の連携事業がその代表例です。これは、国立がん研究センターで全身麻酔下での手術を受ける患者を対象とし、がん患者の歯科治療に関する連携講習会を受講した歯科医師(以下、

社会保険研究会：全科実例による社会保険歯科診療平成24年4月版，P.79，医歯薬出版，2012を改編

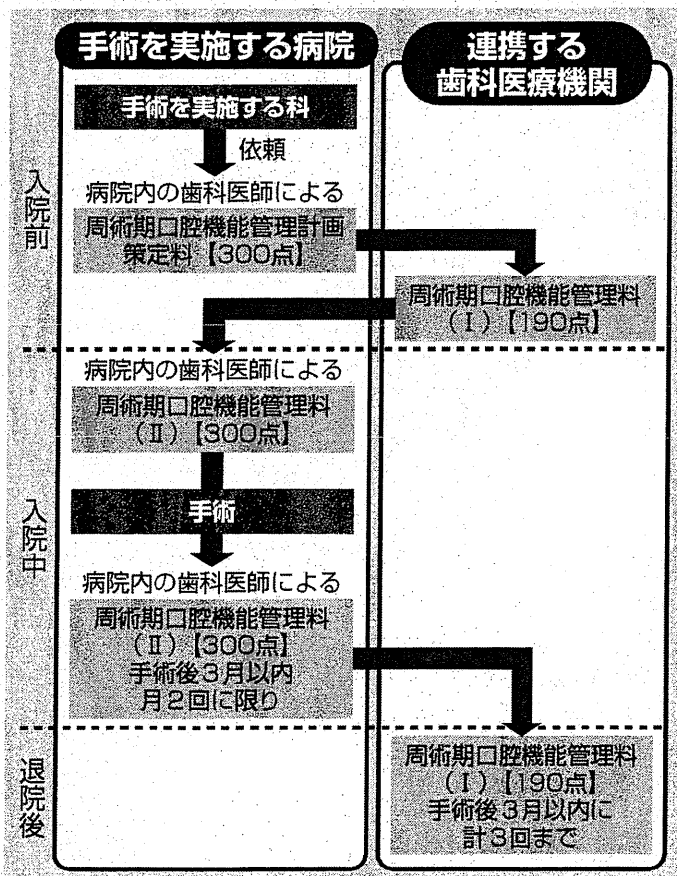


図4 歯科を併設する病院からOMを術前から依頼

便宜的に「連携登録歯科医」とする)へ、口腔ケア、歯石除去、ブラッシング指導、処置などを依頼するものです。

がんを患っていても、易出血性、易感染性などの合併症を有しない患者では「連携登録歯科医」で対応可能でしょうが、合併症の程度によっては対応が難しい場合があります。現時点では、がん患者の受け入れが可能な「連携登録歯科医」がまだ多くないため、患者が通院しやすい所に「連携登録歯科医」を見つけられないこともあります。

また、患者に既に「かかりつけ歯科医」があり、その「かかりつけ歯科医」が「連携登録歯科医」でない場合、いずれに紹介すべきか、選択が難しいところです。私見ですが、「かかりつけ歯科医」で対応可能と思われる場合には、これを優先する。「かかりつけ歯科医」では対応が難しそうな場合は、「かかりつけ歯科医」に対して「連携登録歯科医」へ紹介する旨を同意を得ておくことが望ましいでしょう。一方、一部の患者の声として、顔見知りの「かかりつけ歯科医」にはがんであることを知られたくないというものもあります。

次のパターン③にも共通しますが、講習会や研修会などを通じて、連携する歯科医の質の向上を図る必要があります。質の向上の過程において、パターン②では、入院前の管理に何らかの理由で不備があっても、入院してから手術までの間に院内の歯科でチェックし、必要な処置などをバックアップとして追加できます。これは、患者にとっても、連携する歯科医にとっても、パターン③よりも安心できる点です。連携による管理における不備、これはパスにおけるバリエーションへの対応と共通しますが、少ないに越したことはないものの、再評価を繰り返しながら改善を目指すしかありません。



図5 歯科を併設しない病院からOMを依頼

パターン①での①～③のうち、「①歯科への受診を早めにする」については、術前の限られた時間の中で、2カ所の歯科を受診することになります。患者にとっては面倒なように思われますが、これは「歯科間での病診連携」として、必要な役割分担なのです。2カ所でOMを実施しますので、治療を必要とする部位（≒歯数）が多い場合には、早く進めることができるというメリットもありますので、ご理解いただきたいところです。

### パターン③ 歯科を併設しない病院からOMを依頼 (図5)

全国に約9,000ある病院の中で歯科を併設するのは1,300程度（15%弱）とされています。がん診療拠点病院に限定すれば、歯科を併設する割合は60%程度とされていますが、歯科を併設しない病院が多いのが現状です。では、歯科を併設しない病院に入院する患者に対しては、どのようにOMに取り組めばよいでしょうか？ 解決方法は3つ考えられます。

#### ・患者の「かかりつけ歯科医」に依頼

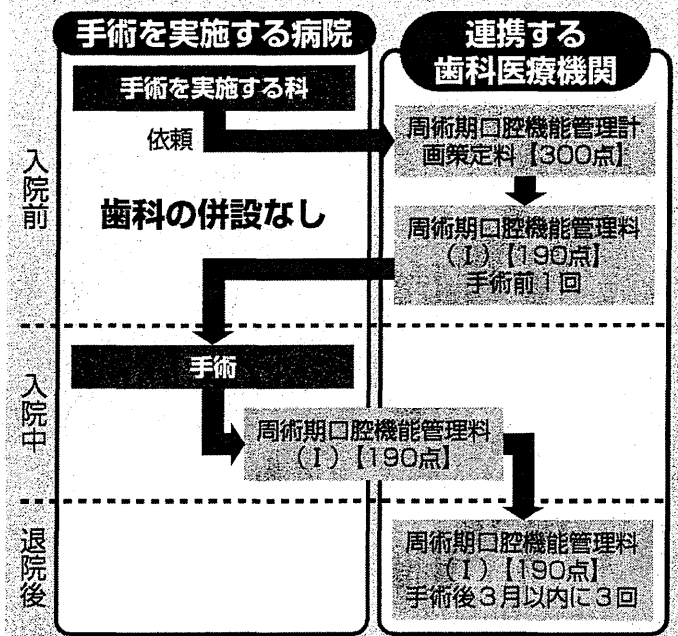
患者に「かかりつけ歯科医」があれば、そこに依頼します。

#### ・パターン②の「連携登録歯科医」の名簿を活用

国立がん研究センターと日本歯科医師会のものと同様の取り組みは、今後全国で拡大予定です。A県立がんセンターとA県歯科医師会、B県にあるB大学病院とB県歯科医師会、といった連携が想定されますが、その連携を拡大・シェアする、という考え方です。

#### ・地域の病院に併設された歯科に依頼

病院で必要とされるOMは、病院に併設する歯科が慣れているので、歯科を併設しない病院から、歯科を併設するほかの病院の歯科へOMを依頼する、という方法です。ただし、



社会保険研究会：全科実例による社会保険歯科診療平成24年4月版、P.83、医歯薬出版、2012.を改編

病院に併設される歯科は一部の例外を除いて小規模な施設が多く、またパターン①で説明したように、何らかの理由でまだOMに積極的に取り組んでいないことも考えられるため、事前の打診が必要でしょう。

いずれにしても、院外の歯科へ依頼するわけですから、患者に関する情報提供が重要で、医科から図6のような「歯科が欲しい情報」を提供します。

## 口腔環境の整備

歯が痛いなど症状が出てからではなく、病院での治療前から、歯科で口腔を専門の見地からアセスメント（A）し、患者教育（E）としての歯磨き指導、必要なら歯科治療を提供する、という予防的介入としての「口腔環境の整備」が有効です（表3）。骨髄移植をはじめとした移植治療では、口腔に感染源となり得る病巣がないかを術前にスクリーニングして、必要ならば治療、という流れが確立されています。この「術前に」というのを、

## 図6 情報提供書（医科から歯科への紹介状）で歯科が欲しい情報

- ①手術までに時間的余裕が少ない場合が多い。したがって、「1、2回で終了する範囲での処置」「対応可能な範囲で可」ということを伝える。
- ②手術に関連する情報を記入する。  
 予定日時、自己血貯血\*の有無 詳しい術式は通常は不要  
 ※自己血貯血の予定がある場合は要注意！  
 抜歯やスケーリングなど、出血を伴う歯科処置・手術後3日間は、菌血症を生じている可能性があり、冷蔵保存中に貯血パック内で菌が増殖する可能性があるため貯血を控える、とされている。
- ③2%キシロカイン（E）を局所麻酔として使用する処置に制限があるか否か？  
 もし抜歯などの観血的処置が必要な場合、次のような制限があるか？  
 易感染性の有無：糖尿病、ステロイドや抗がん剤の使用など  
 出血性素因の有無：抗血栓薬の使用も含む  
 薬剤の使用の制限：薬物アレルギーを含め、抗菌薬（セフェム系やマクロライド系をよく使う）や鎮痛剤（NSAIDsがメイン、アセトアミノフェンもたまに使用）の使用に制限があるかどうか。  
 血液媒介感染症の有無：標準予防策が徹底されていれば、B型肝炎やC型肝炎など血液媒介感染症の有無の確認は不要、という考え方もあるが、現実的には多くの病院で術前スクリーニング検査の項目に含まれている。

担当歯科医師へのお願い

患者 氏名( )は、下記により 月 日から本院に入院予定です。つきましては、本院に入院するまでに、口腔のチェックおよび処置、患者への情報提供をお願いします。

① 用された薬品です。実患可能な内容に制限のあることは承認しておりませんが、口腔に両輪があるまま送達されている。もしくはトラブルを生じます。本院での入院治療に支障を及ぼす可能性があります。なお本院には無菌を併設していませんので、ご質問いただければ幸いです。

② 入院主病名: ( ) 病名の告知 (済・未)

③ 治療計画、手術(術式: )  
 予定日 平成23年 月 日  
 その他 ( )

(歯科治療において特に配慮すべき) 合併症・アレルギー ( )  
 (なし・あり)  
 (歯科治療において特に配慮すべき) 処方薬 ( )  
 抗血栓薬 (なし・あり)  
 抗凝固剤 (なし・あり)  
 その他 (なし・あり)

③ 歯科での処置、処方への制限  
 抜歯などの観血的処置 (特に制限なし・あり)  
 局麻酔の使用 (特に制限なし・あり)  
 処方薬 (特に制限なし・あり)

不明な点がございましたら、本院までご連絡ください。

平成23年 月 日  
 病院 ( ) 科 ( )  
 担当医 ( )

移植治療に限らず、手術や化学療法などにも拡大しましょう、ということです。

すぐには「術後肺炎が減った」「早期に経口摂取を再開できるようになった」「口内炎が重症化しなくなった」というような劇的な効果を実感できないかもしれませんが、術前に歯科と連携しておくことで、「歯や義歯が痛い」「歯肉が腫れた」というようなトラブルを、確実に減らすことができます。

具体的な連携方法として、入院前から院内のパスに組み込んで、患者に歯科受診を済ませた上で入院してもらおうようにします。これによって口腔環境が整備され、入院中に口腔に関連したトラブルが生じる頻度は大幅に減るでしょう。ただし、緊急入院の患者も含め、歯科受診が必要な場合はやはりあると思います。歯科を併設しない病院では、それに備えて、近隣の歯科からの訪問診療を依頼できる体制を確立しておく、さらに安心です。

術前パスへの組み込みと訪問歯科診療、この2つの地域での医科歯科連携がうまくいけば、毎日の口腔ケアが容易になり、効果も高まります。「周術期の口腔機能管理」の保険導入を契機に、連携が緊密になることを祈ります。

## 図7 口腔環境の整備とは

### 【目標】口腔清掃を実施しやすくする

- \*患者および看護師が口腔ケアを実施しやすくする
- \*「口から食べる」をサポートする
- \*口腔のトラブルを予防：歯の損傷、褥瘡性潰瘍の予防
- \*患者のモチベーションを向上させる

### 【主に衛生士が実施】

#### 予防的口腔ケア

- 歯磨き指導：セルフケア技術の向上
- 歯ブラシ（実践例：術前に1日5回ブラッシング〈文献6〉など）
- 補助清掃用具（フロス、歯間ブラシ、ポイントタフトブラシ）
- 保湿指導（ドライマウス対策：保湿＝加温＋蒸発予防）
- 術者磨き：歯ブラシ、補助清掃用具
- 専門的歯面清掃、歯周ポケット洗浄・薬剤注入、歯石除去

### 【歯科医師が実施】

#### 歯科治療

- う蝕の（暫間）充填
- 歯周ポケットへの薬剤（テトラサイクリン系軟膏など）注入
- 金属冠の除去&レジンTEKへの置換\*1、動揺歯の暫間固定リテーナー・マウスプロテクター作成\*2
- 義歯の調整・修理、抜歯

- \*1 舌・歯肉・頬粘膜がんなどへの放射線治療において、散乱線の感影響を避けるため
- \*2 褥瘡性潰瘍の予防にもなる。放射線や抗がん剤の直接作用のみでは潰瘍の形成に至らないような状況でも、そこに歯が食い込むなど、物理的な刺激が加わると、潰瘍を生じやすくなる。

### 引用・参考文献

- 1) 厚生労働省保険局医療課：平成24年度診療報酬改定の概要
- 2) 社会保険研究会：全科実例による社会保険歯科診療 平成24年4月版、P.74、医歯薬出版、2012。
- 3) 前掲2)、P.79。
- 4) 前掲2)、P.83。
- 5) 岸本裕充：口腔ケアの新常識オーラルマネジメントの実務、日総研出版、2010。
- 6) Akutsu Y, Matsubara H, et al: Pre-operative dental brushing can reduce the risk of postoperative pneumonia in esophageal cancer patients. Surgery. 2010; 147 (4): 497-502.

“急変かも”と思ったら…これだけに行いたい観察&準備/筋注手技のトピックス

エキスパートナース

http://www.shorinsha.co.jp/

臨床すべてに役立つ!  
やっぱり頼れる看護専門情報誌

9月号

2012年

Vol.28 No.11

# Expert Nurse

これだけは  
観察したい  
準備したい  
がよくわかる!

特集

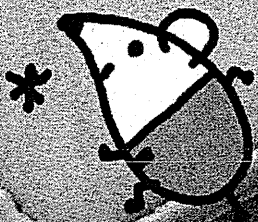
## 急変発生!?

医師が来るまでに行うこと  
来てから行うこと

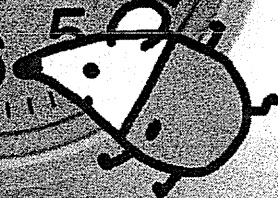
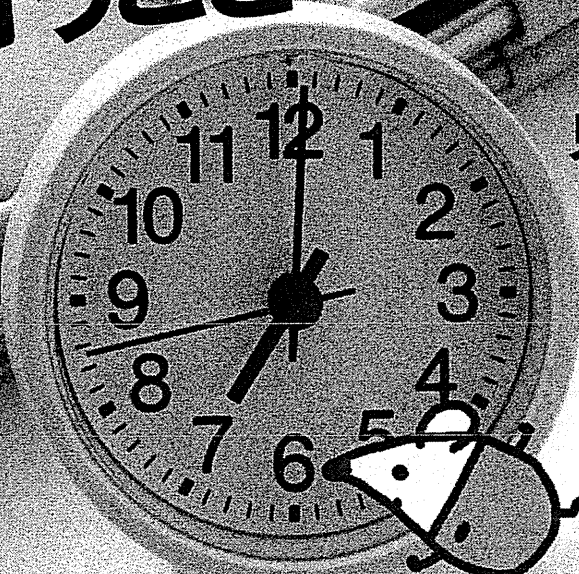
好評連載!

見抜いて防げる!  
患者急変  
アナフィラキシーを  
見逃してはいけない場面

エコーの  
使い方&読み方  
浮腫をエコーで  
観察すると…



\*



\*

●あなたの行っている「筋注」、じつは効果的ではない?

## 意外に知らなかった 筋肉注射の注意ポイント



気になる

## Q 手術ではあらかじめ装着物をすべて外すように指示されていますが、「義歯」も必ず外す？

**A** 手術時は義歯を外すことが一般的です。ただし、総義歯もしくは、それに近い部分義歯では装着したままのほうがメリットが大きい場合があります。

回答者

岸本 裕充 (兵庫医科大学歯科口腔外科学講座、准教授)

手術にあたっては、患者さんがふだん身につけているイヤリング・ピアスやネックレス、指輪、コンタクトレンズなどの装着物を、術前に外しておくよう推奨されています。そのため、義歯(本稿では、取り外し可能な入れ歯)の取り扱いにおいても、“外せる場合は外す”という対応が一般的です。

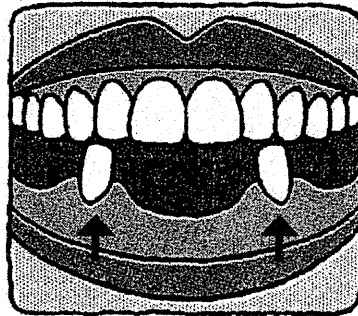
装着したままのほうが  
メリットが大きい場合も

しかし、総義歯もしくは、それに近い部分義歯の場合は、マスクのフィットがよくなるため、装着しておくほうがマスク換気を行いやすいでしょう。

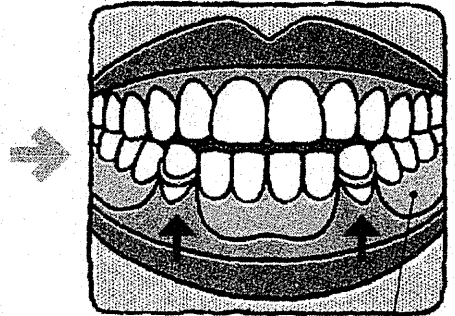
さらに、残存歯の保護にもつながります。少数歯のみ残存している場合は、喉頭鏡が当たる、口を閉じた際に対顎に当たるなど、その歯に力が集中して歯の破折や脱臼をきたすリスクがあります。このとき部分義歯を装着しておく、歯列の連続性が保たれ残存歯の保護になり(図1)、一種のマウスプロテクターとして部分義歯を使用することができるのです。

図1 部分義歯を装着することで残存歯の保護になる

下顎の犬歯が2本だけ  
残存している状態



部分義歯を装着することで歯列の  
連続性が保たれ、歯が保護される



部分義歯

表1 全身麻酔下の手術時に義歯を装着するメリット・デメリット

メリット	デメリット
<ul style="list-style-type: none"> <li>● マスクのフィットがよくなり、マスク換気が行いやすい</li> <li>● 歯列の連続性が保たれるため、挿管時の残存歯の破折・脱臼を防ぐ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 義歯の誤飲によって、消化管粘膜の損傷が起こりうる</li> <li>● 小さな義歯が気管に落下すると、誤嚥性肺炎・窒息の危険性がある (ただし、歯やクラウンが気管に落ちる可能性はあるが、義歯はそれなりの大きさがあるため、きわめて稀)</li> </ul>

以上のように、全身麻酔で行う手術時の義歯の装着には、メリット・デメリットがあります(表1)。その是非も含めて、平成24年4月からの歯科の診療報酬改定で新設された「周術期の口腔機能管理」を活用して、歯科にコンサルテーションを依頼するとよいでしょう! ⑥

(引用文献)

1. 岸本裕充 編: 急性期における術前・術後の口腔ケアの進め方, エクスパートナース 2012; 28(10): 26-53.

～ 健口と輝く笑顔のために～

# 歯科衛生だより 会報

2012 October vol. 11

 発行人/金澤 紀子 発行/公益社団法人 日本歯科衛生士会 〒169-0072 東京都新宿区大久保2-11-19  
 TEL.03(3209)8020 FAX.03(3209)8023 http://www.jdha.or.jp/

## 歯科衛生士法の一部改正

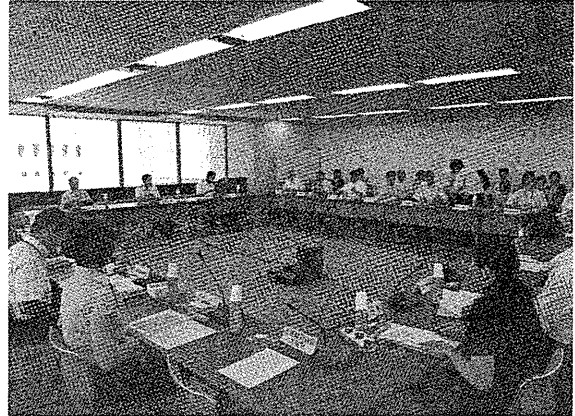
厚生労働省

### 「チーム医療推進会議」において了承される

歯科衛生士法の一部改正については、本年3月1日に日本歯科衛生士会と日本歯科医師会の連名で厚生労働大臣に要望書を提出し、厚生労働省において検討が進められてきた。

要望の主旨は、歯科衛生士法第2条第1項において、歯牙及び口腔の疾患の予防処置として「一歯牙露出面及び正常な歯茎の遊離縁下の付着物及び沈着物を機械的操作によって除去すること」、「二歯牙及び口腔に対して薬物を塗布すること」の行為を行うにあたり、「歯科医師の直接の指導の下に」と定められているところを、歯科医師との緊密な連携とその指導の下にとする主旨に改め、「女子」を「者」とする改正である。

厚生労働省の「チーム医療推進会議」では、特定看護師の認証制度をはじめ医療従事者の業務範囲に関することが審議されるため、8月8日の「第10回チーム医療推進方策検討ワーキンググループ」において歯科保健課から「歯科衛生士法の一部改正について」の説明があり了承され、また、8月22日の「第13回チーム医療推進会議」において歯科保健課が同様の説明を行い、了承された。今後は、社会保障審議会医療部会で協議し、国会提出に向け、調整を図る予定となっている。改正の方向性は次のとおりである。



第13回チーム医療推進会議

## 歯科衛生士法の一部改正について

### 1. 歯科衛生士が予防処置を実施する場合の歯科医師の関与の程度の見直し

#### 現状と課題

- 歯科衛生士の修業年限は、法定定当時は1年であったが、昭和58年に2年に、平成16年には3年へと延長されており、平成24年度からは、全ての卒業生が3年制課程の履修者となり、歯科衛生士の資質の向上が図られている。
- 保健所や市町村保健センター等が、難病患者・障害者を対象とした歯科に関する事業や乳幼児健診等において予防処置としてフッ化物塗布や歯石除去を行う場合に、歯科医師の立会いが必要となるが、地域によって歯科医師の確保が困難で、直接の指導ができないため事業の実施に支障が生じている例もある。

#### 改正の方向性

法第2条第1項に定める予防処置を実施する際は、例えば、歯科医師と緊密な連携を確保した上で、歯科医師の直接の指導までは要しないこととする。

### 2. 法の条文中の「女子」の文言の改正

#### 改正の方向性

法第2条第1項の規定中の「女子」を「者」に改め、男子については、附則により同法の規定が準用されている現状を改める。

第13回チーム医療推進会議資料(抜粋)

# 周術期の口腔機能管理で 歯科衛生士ができること、すべきこと

兵庫医科大学病院歯科口腔外科 岸本裕充、木崎久美子、浦出雅裕

## はじめに

4月からの平成24年度診療報酬改定で、「周術期の口腔機能管理」という項目が新設されました。「周術期」とは、「手術を中心に入院前から術後、退院後も含めて」という意味で、口腔機能管理を行うことによって術後の肺炎などの合併症を予防することが目的で「周術期」となっていますが、手術だけではなく、口腔領域に障害を生じる放射線治療やがん化学療法を受ける患者さんも管理の対象となります。

口腔がんを含む頭頸部・消化器がん、心臓血管外科などの「全身麻酔下での手術」を受ける予定の患者さんに対し、入院・手術前から歯・口腔の状態を評価し、歯石除去や歯面清掃、ブラッシング指導、必要であれば(応急的な)歯科治

療をする、というのが典型的なパターンです。手術などの治療開始までに歯科での対応を一段落させる、という時間的な制約があること、がんなど治療を必要とする何らかの疾患を有している患者さんである、ということはありませんが、歯科で提供することは、普段からの日常臨床で実践していることそのものです。また治療の内容によっては、治療後に咀嚼や嚥下などの口腔機能の向上を図り、経口摂取を促し、栄養の改善につなげる、という「嚥下リハビリ」的な取り組みも含まれます。このように、「周術期」に計画的に関わることで、種々の合併症を予防し、回復を促すことによって、手術などの治療効果や患者さんのQOLの向上を期待するものです。

## (病院だけでなく)一般開業医(診療所)に勤務する歯科衛生士も

厚生労働省「2010年衛生行政報告例結果の概況」によれば、就業歯科衛生士数は全国で103,180名、うち診療所に93,824名、病院に4,818名です。

まず病院では、これまでも入院患者さんの口腔ケアに取り組んできた歯科衛生士は多かったと思われます。「脳梗塞や肺炎で入院し内科的治療を受ける」というような患者さんは今回の「周術期」の対象外ですが、手術後の誤嚥性肺炎予防やがん化学療法時の口内炎予防に実践してきた口腔ケアに、保険点数が付いたことは朗報といえるでしょう。これから依頼が増えることが予想されますので、後述するように、看護師ら他職種との役割分担を明確にすることが重要と思います。

一方、大多数を占める診療所に勤務する歯科衛生士の中で、訪問歯科診療の経験のある方にとって口腔ケアは欠かせないものかもしれませんが、そうでない方、つまり通院して来る患者さんだけを対象としている方にとっては、「入院中の口腔ケア」とは縁遠いと感じられるかもしれません。しかし、「周術期口腔機能管理」が導入されたことで、診療所の歯科衛生士もこれから大きな役割を果たすことが期待されているのです。

保険のルール上、「口腔機能管理」で何をどこまで、ということは、現時点では明示されていません。ケースバイケースの部分が大きいため、今の段階では明示できませんが以下に私たちの考え方を示しますので、参考にいただければ幸いです。

## オーラルマネジメントで「口腔環境の整備」

まず、「管理」というと「上から目線」の印象があるので、「オーラルマネジメント」(oral management;以下OMと略)と捉えています。マネジメント(management)をする人はマネージャー(manager)で、わが国では①社長や支配人、②芸能人や学校のクラブ活動のマネージャー、という2つの意味で使われますが、①は管理者、②は裏方としての調整役、というイメージです。この「裏方の感じ」が大切だと思います。

次に、口腔ケアには、狭義での歯みがきや洗口などの口腔清掃を中心とした「器質的口腔ケア」と、経口摂取を目

指し、嚥下リハビリを含めた「機能的口腔ケア」の2つがあります。この「器質的口腔ケア」と「機能的口腔ケア」を合わせて、広義の口腔ケアとされています。この広義の口腔ケアに含まれる「口腔清掃(Cleaning)」、廃用予防や嚥下訓練などを意識した「リハビリ(Rehabilitation)」的な介入だけではなく、患者さんや家族だけでなく他職種への「教育(Education)」、口腔・嚥下の専門的な「評価(Assessment)」、そして「歯科治療(Treatment)」、これらを包括的にマネジメントすることで、口腔環境を整備できれば、おいしく食べる(Eat)、また楽しむ(Enjoy)こと

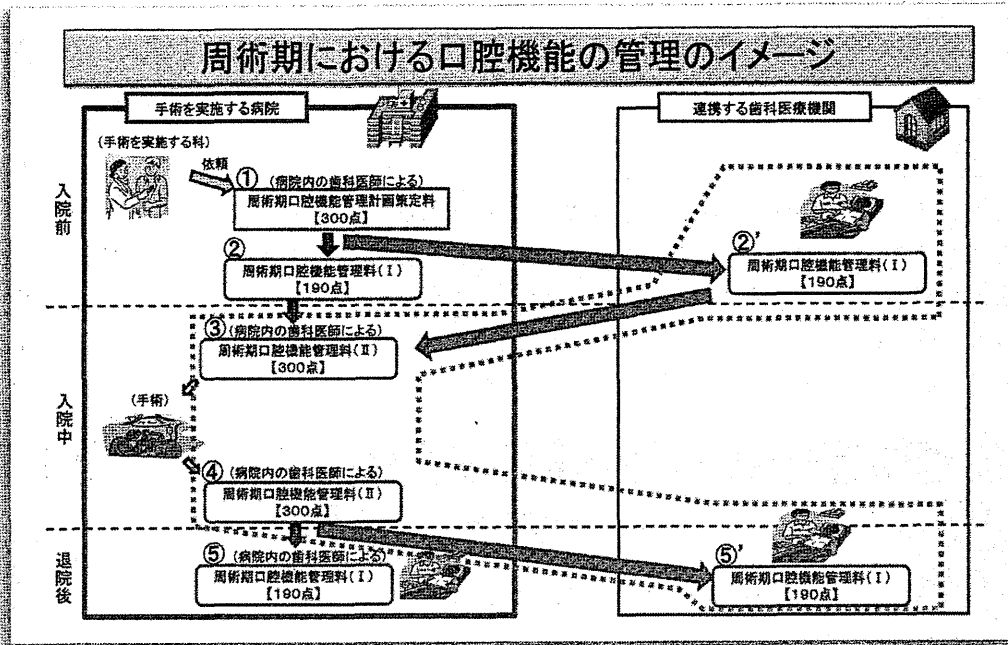
が可能となります。これらの頭文字を順に並べると「CREATE」になり、これがOMの構成要素です。

「入院中の口腔ケア」と聞くと、「ICUで経気管挿管中の…」というイメージがあるでしょう。今回の「周術期」では、歯科衛生士による「周術期専門的口腔衛生処置」として80点を、術前および術後にそれぞれ1回、算定可能となりました。けれど、術前および術後にそれぞれ1回だけで、どれだけの

効果を期待できるのでしょうか？ 実は、「入院中の口腔ケア」の大部分は患者さん自身によるセルフケアで、セルフケアが困難な場合、看護師が代わりに口腔ケアを行っています。歯科衛生士が効率的に関わるためには、どうすればよいのでしょうか？ その答えは、CREATEの真ん中の教育(E)と評価(A)だとします。

ICUでの肺炎を予防するために看護師が行う口腔ケア、抗がん剤による口内炎の二次感染を予防するために患者さんが行う口腔ケア、この両方とも重要とされていますが、う

蝕や歯周病が放置され、歯垢や歯石だらけでは、口腔ケアの効果が上がりにくいことは、歯科衛生士であれば容易に想像できるでしょう。入院・治療開始前から、専門的歯面清掃(C)や歯科治療(T)の必要性を評価(A)し、ケアに関する指導・教育(E)をする、これがCREATEを意識した「周術期のOM」です。手術などの治療開始までには時間的な制約がありますが、患者さんができること、看護師ができること、これを意識すれば、役割分担として「歯科衛生士ができること、すべきこと」はおのずと明らかになるはずですよ。



## 平成24年度 定時代議員会

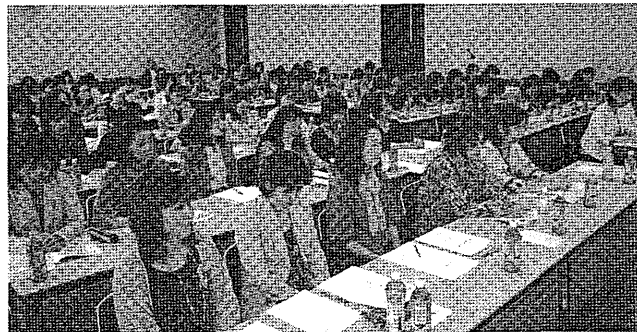
6月24日(日)東京ステーションコンファレンス502号室において、平成24年度定時代議員会が開催された。今回は公益社団法人になり初の代議員会となる。議長には大阪府の永井るみこ氏、副議長には東京都の関口晴子氏が選出された。代議員82名中、出席者79名、



金澤 紀子 会長

委任状2名により、定款18条の規定にもとづき定足数を満たしており、開催審議に入った。はじめに金澤紀子会長より「昨日の会創立60周年記念事業を終えて、60年の歴史が歯科衛生士の社会的地位の向上や信頼につながっていることを確認できたと思う。また60年の歩みとして記念誌が完成したことは、後世にとってもよいことであり、色々な機会に参考になればと思う。今年度4月より公益社団法人として事業が実施されているが、公益目的事業が計画通り遂行されているか、平成24年度決算が重要となってくる。」と挨拶があった。

今回は特別民法法人としての報告になるが、公益社団法人の会計基準に則った報



告とし、第1号議案「平成23年度事業報告」、第2号議案「平成23年度決算報告」、第3号議案「選挙管理委員選任の件」について審議され、全会一致によって承認された。引き続き平成24年度の事業計画並びに収支予算について報告があった。

最後に、「平成24年度に新設された地域歯科衛生活動の助成金事業について」の説明があり、また「歯科口腔保健法が制定・公布されたことにより、口腔保健支援センター開設等の動きが出てくると歯科衛生士の活用という事例も出ているので、そのことも視野に入れて都道府県会の活動を行っていただきたい。歯科衛生士会の良い活動を支援していく体制を強化したい。」との報告があり、都道府県会での今後の活動に期待をして閉会となった。

(常務理事 三澤 洋子)



議長:永井るみこ氏(大阪府)、副議長:関口晴子氏(東京都)

## 救急蘇生ガイドラインが改訂されました!

ガイドラインの改訂は5年ごとに行われるもので、2005年の改訂では、内容が単純化、簡素化されたことにより、市民がその内容をより理解し実施しやすいような配慮がなされました。2010年版では、さらにその傾向が進み、成人と小児で異なっていた「救命の連鎖」(1.早い通報 2.早い一次救命処置 3.早い除細動 4.早い二次救命処置)の概念が統一され、市民が行う心肺蘇生の手順は共通のものとなりました。その大きな理由は、市民が反応のない傷病者を目の前にして、「何もできない」ことを回避し、勇気をもって「何か」の行動を開始しやすいようにと考えたからとのことです。その一方で、蘇生を行う人の立場や熟練度に応じて、最も適した手順を進めています。

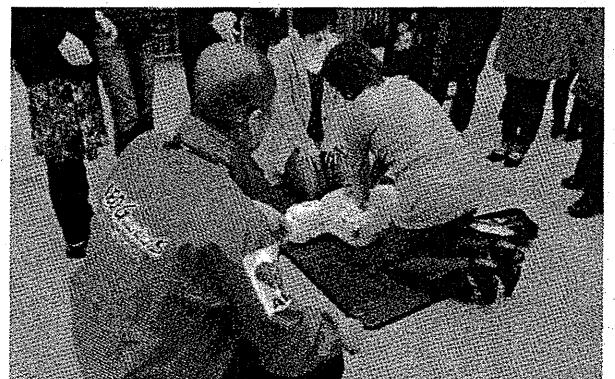
項 目	内 容
処置手順	C胸骨圧迫 → A気道確保 → B人工呼吸
心停止の確認	傷病者に反応がなく、呼吸がないか異常な呼吸(死戦期呼吸)が認められれば心停止と判断
胸骨圧迫部位の決定	胸骨の下半分
胸骨圧迫のテンポ	1分当たり少なくとも100回のテンポ
胸骨圧迫の深さ	成 人：少なくとも5cm以上 小児・乳児：胸の厚さの約1/3
胸骨圧迫解除時の胸壁の戻り	胸骨圧迫の後で完全に胸壁が元の位置に戻るよう圧迫を解除
胸骨圧迫と人工呼吸の比	成 人：30:2 小児・乳児：30:2

## 応急手当の重要性

厚生労働省の人口動態調査によれば、主要死因別死亡率の第1位は悪性新生物(癌)、第2位が心臓疾患で、その数は約18万人となっています。心臓疾患のうちの約7万人が虚血性心疾患による心臓突然死で、そのうち3分の1を心筋梗塞が占めています。急性心筋梗塞などの心疾患の心停止直後の多くは、心室細動という心室の無秩序な電気信号により心臓の心室が小刻みに震えた状態となり、脳や重要臓器に血液を送れなくなります。この時点において、BLS(Basic Life Support:一次救命処置)で行うことができる最も効果的な処置である電氣的除細動を実施する必要があります。

## 救急蘇生法のトレーニング

医療従事者には、高度な心肺蘇生を実施する義務があると考えられます。診療室はもちろん、いつでもどこで起こるかわからない突然の事態に備えて、救急蘇生法の研修会に参加して、トレーニングを再度始めましょう。繰り返し実習することで身につけていきたいものです。また、「始めよう!! 救急蘇生トレーニング」は日本歯科衛生士会ホームページ(<http://www.jdha.or.jp/>)に掲載しています。ダウンロードしてご利用ください。



(病院・診療所委員会)



# 「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項」に関する目標値等について

歯科口腔保健の推進に関する法律(平成23年法律第95号)第12条第1項の規定に基づき、「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項」が平成24年7月23日付で厚生労働大臣により告示され、ライフステージ別の目標および目標値等が示されました。目標値は10年後(平成34年度)の達成を目指しており、その概要は次のとおりです。

## 別表第一 歯科疾患の予防における目標・計画

### 1 乳幼児期

目 標	健全な歯・口腔の育成	
具体的指標	現 状 値	目 標 値
①3歳児でう蝕のない者の割合の増加	77.1%	90%
計 画	<ul style="list-style-type: none"> <li>普及啓発(歯科疾患、健全な歯・口腔の育成等に関する知識)</li> <li>歯科保健指導の実施(生活習慣、口腔の健康及びう蝕予防のための食生活、発達の程度に応じた歯口清掃方法等)</li> <li>う蝕予防方法の普及(フッ化物の応用、小窩裂溝充填塞法(シーラント)、定期的な歯科検診等)</li> <li>その他</li> </ul>	

(注)「健やか親子21」では、平成26年までの目標値を80%以上と設定している。

### 2 学齢期(高等学校等を含む)

目 標	口腔状態の向上	
具体的指標	現 状 値	目 標 値
①12歳児でう蝕のない者の割合の増加	54.6%	65%
②中学生・高校生における歯肉に炎症所見を有する者の割合の減少	25.1%	20%
計 画	<ul style="list-style-type: none"> <li>普及啓発(歯科疾患、健全な歯・口腔の育成等に関する知識)</li> <li>歯科保健指導の実施(生活習慣、口腔の健康及びう蝕予防のための食生活、口腔状況に応じた歯口清掃法、咀嚼方法等)</li> <li>う蝕予防方法の普及(フッ化物の応用、小窩裂溝充填塞法(シーラント)、定期的な歯科検診等)</li> <li>歯周病予防方法の普及(歯口清掃、定期的な歯科検診等)</li> <li>その他</li> </ul>	

### 3 成人期(妊産婦を含む)

目 標	健全な口腔状態の維持	
具体的指標	現 状 値	目 標 値
①20歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合の減少	31.7%	25%
②40歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少	37.3%	25%
③40歳の未処置歯を有する者の割合の減少	40.3%	10%
④40歳で喪失歯のない者の割合の増加	54.1%	75%
計 画	<ul style="list-style-type: none"> <li>普及啓発(歯周病と糖尿病・喫煙・早産等の関係性、口腔がん等に関する知識)</li> <li>歯科保健指導の実施(生活習慣、う蝕・歯周病の予防・改善のための歯口清掃方法、禁煙支援等)</li> <li>う蝕予防方法の普及(フッ化物の応用、定期的な歯科検診等)</li> <li>歯周病予防、重症化予防の方法の普及(歯口清掃、定期的な歯科検診等)</li> <li>その他</li> </ul>	

### 4 高齢期

目 標	歯の喪失の防止	
具体的指標	現 状 値	目 標 値
①60歳の未処置歯を有する者の割合の減少	37.6%	10%
②60歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少	54.7%	45%
③60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加	60.2%	70%
④80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加	25.0%	50%
計 画	<ul style="list-style-type: none"> <li>普及啓発(歯周病と糖尿病・喫煙等の関係性、根面う蝕、口腔がん等に関する知識)</li> <li>歯科保健指導の実施(生活習慣、う蝕・歯周病の予防・改善のための歯口清掃方法、咀嚼訓練、義歯の清掃・管理、舌・粘膜等の清掃、口腔の健康及びう蝕予防のための食生活、歯口清掃等)</li> <li>う蝕予防方法の普及(フッ化物の応用、定期的な歯科検診等)</li> <li>歯周病予防、重症化予防の方法の普及(歯口清掃、定期的な歯科検診等)</li> <li>その他</li> </ul>	

## 別表第二

## 生活の質の向上に向けた口腔機能の維持・向上における目標・計画

## 1 乳幼児期及び学齢期

目 標	口腔機能の獲得	
具体的指標	現 状 値	目 標 値
①3歳児での不正咬合等が認められる者の割合の減少	12.3%	10%
計 画	<ul style="list-style-type: none"> <li>普及啓発(口腔・顎・顔面の成長発育等に関する知識)</li> <li>歯科保健指導の実施(口腔機能の獲得に影響を及ぼす習癖等の改善、食育等)</li> <li>その他</li> </ul>	

## 2 成人期及び高齢期

目 標	口腔機能の維持・向上	
具体的指標	現 状 値	目 標 値
①60歳代における咀嚼良好者の割合の増加	73.4%	80%
計 画	<ul style="list-style-type: none"> <li>普及啓発(口腔の状態と全身の健康との関係等に関する知識)</li> <li>歯科保健指導の実施(咀嚼訓練、歯口清掃(舌・粘膜等の清掃含む)、義歯の清掃・管理、食育等)</li> <li>口腔機能の回復・向上に関する取組の推進</li> <li>その他</li> </ul>	

## 別表第三

## 定期的に歯科検診又は歯科医療を受けることが困難な者に対する歯科口腔保健における目標・計画

## 1 障害者・障害児

目 標	定期的な歯科検診・歯科医療の推進	
具体的指標	現 状 値	目 標 値
①障害者支援施設及び障害児入所施設での定期的な歯科検診実施率の増加	66.9%	90%
計 画	<ul style="list-style-type: none"> <li>普及啓発(歯科疾患、医療・介護サービス、口腔ケア等に関する知識)</li> <li>歯科保健指導の実施(家族・介護者への口腔ケア指導、定期的な歯科検診等)</li> <li>障害者・障害児(障害者支援施設及び障害児入所施設入所者以外の者を含む。)の歯科口腔保健状況に関する実態把握及びこれに基づいた効果的な対策の実施</li> <li>その他</li> </ul>	

## 2 要介護高齢者

目 標	定期的な歯科検診・歯科医療の推進	
具体的指標	現 状 値	目 標 値
①介護老人福祉施設及び介護老人保健施設での定期的な歯科検診実施率の増加	※19.2%	50%
計 画	<ul style="list-style-type: none"> <li>普及啓発(歯科疾患、医療・介護サービス、摂食・嚥下機能、口腔ケア等に関する知識)</li> <li>歯科保健指導の実施(家族・介護者への口腔ケア指導、定期的な歯科検診等)</li> <li>要介護高齢者(介護老人福祉施設及び介護老人保健施設入所者以外の者を含む。)の歯科口腔保健状況に関する実態把握とこれに基づいた効果的な対策の実施</li> <li>その他</li> </ul>	

※現状値は介護老人保健施設での割合

## 別表第四

## 歯科口腔保健を推進するために必要な社会環境の整備における目標・計画

目 標	歯科口腔保健の推進体制の整備	
具体的指標	現 状 値	目 標 値
①過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加	34.1%	65%
②3歳児でう蝕がない者の割合が80%以上である都道府県の増加	6都道府県	23都道府県
③12歳児の1人平均う歯数が1.0歯未満である都道府県の増加	7都道府県	28都道府県
④歯科口腔保健の推進に関する条例を制定している都道府県の増加	26都道府県	36都道府県
計 画	<ul style="list-style-type: none"> <li>歯科に係る検診の勧奨、実施体制の整備</li> <li>口腔保健支援センターの設置</li> <li>歯科口腔保健法に基づく基本的事項の策定・評価</li> <li>歯科専門職である歯科医師、歯科衛生士及び歯科技工士の配置、地域歯科口腔保健の推進のための人材の確保及び育成</li> <li>歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士、医師、保健師、助産師、看護師、薬剤師、管理栄養士、栄養士等の研修の充実</li> <li>その他</li> </ul>	

# 平成23年歯科疾患実態調査結果の概要について

— 8020達成者は3人に1人以上で過去最高 —

厚生労働省(医政局歯科保健課)は、6年ごとに実施している歯科疾患実態調査の概要を6月5日に発表した。この調査は、わが国の歯科保健状況を把握し、今後の歯科保健対策の推進に必要な基礎資料を得ることを目的に、昭和32年より6年ごとに厚生労働省が実施している。

このたび、平成23年11月に実施した第10回の調査結果の概要がまとまった。なお、この調査は全国を対象として、平成23年国民生活基礎調査により設定された単位区から無作為に抽出した300単位区内の世帯及び当該世帯の満1歳以上の世帯員を調査客体としており、今回の被調査者数は4,253人(男1,812人、女2,441人)であった。

## 1 う蝕とその処置の状況

### 乳歯

- 5歳以上10歳未満においては、う蝕を持つ者の割合は40%超。
- 7歳未満ではう蝕を持つ者の割合、1人平均df歯数(df指数)、1人平均未処置歯数のいずれも減少傾向。

### 乳歯+永久歯

- 5歳以上15歳未満の各年齢階級において、う蝕を有する者の割合は減少傾向。

### 永久歯

#### ①う蝕の状況(図1)

- 5歳以上10歳未満のう蝕を持つ者の割合は10%、20歳以上80歳未満では8割以上にのぼる。
- 5歳以上25歳未満では減少傾向、45歳以上では増加傾向を示す年齢階級あり。
- 15歳以上のDMFT指数では、若年者、50歳以上の各年齢階級に減少傾向。

#### ②喪失歯の状況とその補綴状況(図2)

- 多くの年齢階級で喪失歯所有者率、1人平均喪失歯数は減少傾向。
- 補綴物の内訳は、80歳未満では部分床義歯より架工義歯装着者、80歳以上85歳未満では部分床義歯装着者、85歳以上では全部床義歯装着者が多い。

#### ③現在歯の状況(20本以上の歯を有する者の割合等)(表1、図3)

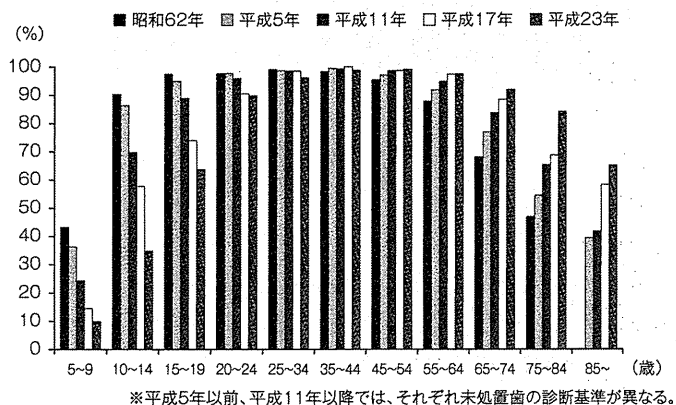
- 20本以上の歯を有する者の割合は増加傾向。
- 80歳の1人平均現在歯数の推定値は13.9本、20本以上の現在歯を持つ者の割合の推定値は38.3%で過去最高となった。(推定値:75歳以上80歳未満、80歳以上85歳未満の数値を単純平均)

表1 20本以上の歯を有する者の割合 (%)

年齢(歳)	昭和62年	平成5年	平成11年	平成17年	平成23年
40~44	91.8	92.9	97.1	98.0	98.7
45~49	80.9	88.1	90.0	95.0	97.1
50~54	72.6	77.9	84.3	88.9	93.0
55~59	54.9	67.5	74.6	82.3	85.7
60~64	40.1	49.9	64.9	70.3	78.4
65~69	26.8	31.4	48.8	57.1	69.6
70~74	15.2	25.5	31.9	42.4	52.3
75~79	9.4	10.0	17.5	27.1	47.6
80~84	7.0	11.7	13.0	21.1	28.9
85~		2.8	4.5	8.3	17.0

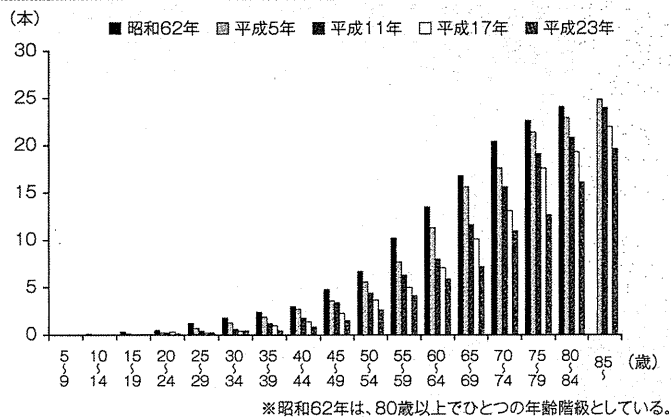
※昭和62年は、80歳以上でひとつの年齢階級としている。

図1 現在歯に対してう蝕を持つ者の割合の年次推移(永久歯)



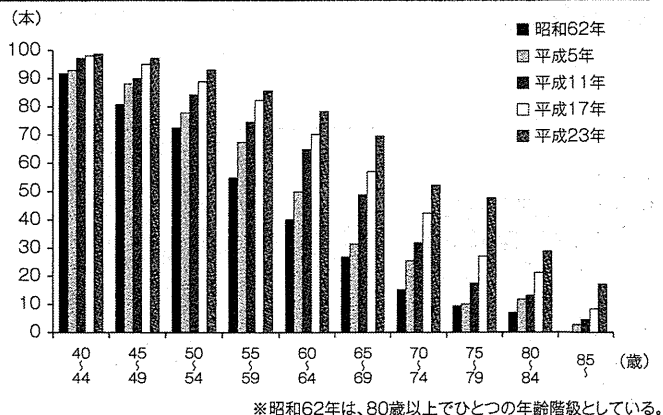
※平成5年以前、平成11年以降では、それぞれ未処置歯の診断基準が異なる。

図2 1人平均喪失歯の年次推移(永久歯)



※昭和62年は、80歳以上でひとつの年齢階級としている。

図3 20本以上の歯を有する者の割合の年次推移

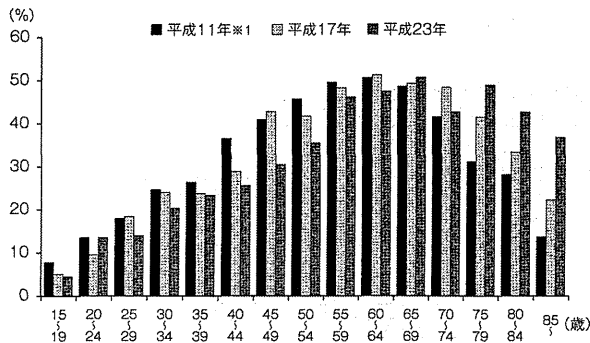


※昭和62年は、80歳以上でひとつの年齢階級としている。

## 2 歯肉の状況

- 若年者では少ないが、高齢になるにつれ歯肉に所見のある者および調査対象歯のない者が多い。
- 4mm以上の歯周ポケットを持つ者の割合は、平成17年と比較して30～60歳代ではおおむね低値、75歳以上の高齢者層では高値を示す。原因として現在歯数の増加が考えられる。

図4 4mm以上の歯周ポケットを有する者の割合

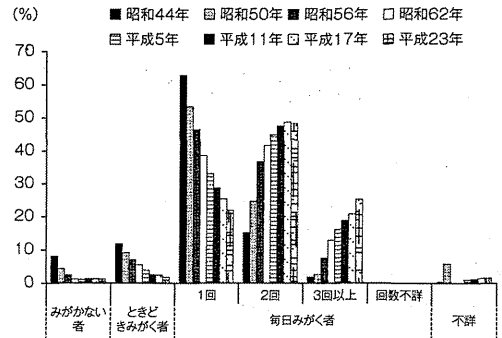


※1.平成11年と平成17年以降では、1歯あたりの診査部位が異なる。  
 ※2.被調査者のうち対象歯を持たない者も含めた割合を算出した。

## 3 歯ブラシの使用状況

- 1歳以上の者では、毎日歯をみがく者の割合は95%。
- 毎日複数回歯をみがく者の割合は近年増加。

図5 歯ブラシの使用状況の年次推移



他に〈フッ化物塗布の状況〉、〈歯列・咬合の状況〉、〈顎関節の状況〉、〈インプラントの状況〉、〈かみあわせの状況〉も発表されている。結果の概要の詳細は厚生労働省ホームページ等を参照されたい。また、6月15日付で平成22年国民・栄養調査報告も発表されている。

## 「第19回歯科衛生国際シンポジウム (ISDH)」のご案内

2013年、南アフリカ共和国ケープタウンにて開催される標記シンポジウムの概要が南アフリカ共和国 Embassy Conferences のホームページに掲載されましたので、お知らせいたします。

- 開催期間** 2013年8月14日～17日
- 会場** Cape Town International Convention Centre
- メインテーマ** Oral Health - Vital link in achieving total health
- 発表抄録提出期限** 2012年10月31日

詳細は Embassy Conferences のホームページをご参照ください

IFDHホームページ  
<http://www.ifdh.org/>  
 からリンクしています。

