

図8 個人別検出カンジダ菌数の変化

④結果

5日間にわたる毎日の清掃により、義歯および粘膜（舌）のカンジダ菌数は減少した。しかし、清掃を土・日曜日の2日間中断すると、カンジダ菌数は増加し、その後、月曜日から再度、清掃を開始し、金曜日まで継続することにより、再び減少した（図8）。

以上の結果から、カンジダ菌が検出された高齢者には、義歯清掃および粘膜清掃を毎日継続して行うことが重要であることが明らかとなりました。なお、カンジダ菌検査が困難な場合でも、対象者が高齢でかつ抵抗力が低下していると思われる場合は、カンジダ菌が増殖している可能性が高いことから、義歯洗浄剤を使用した毎日の義歯清掃および粘膜清掃がきわめて重要であると推察されます。

---

## 参考文献

### 1. 周術期における口腔機能管理のための客観的なアセスメントをめざして

- 1) 石川正夫ほか：洗口吐出液中のアンモニア濃度および濁度を指標とした口腔清潔度検査について. 口腔衛生会誌 59 : 93-100, 2009.
- 2) 福島洋介ほか：健常人における口腔粘膜湿潤度の時間的変動に関する実験的検討. 日本口腔粘膜学会誌 15 (1) : 15-21, 2009.
- 3) 福島洋介ほか：口腔水分計の至適測定方法に関する実験的検討. 日本口腔粘膜学会誌 13 (1) : 16-25, 2007.

### 2. 有効なオーラルケアをめざして

- 1) Yoneyama T. et al.: Oral care and pneumonia. The Lancet 354 : 515, 1999.
- 2) 武井典子ほか：義歯の物理的および化学的清掃による除菌効果に関する研究. 口腔衛生学会誌 50 (4) : 550-551, 2000.
- 3) Takei N. et al.: Efficacy of a New Oral Mucosa Brush for Dependent Elderly. J Dent Res Special Issue (IADR Abstracts) : 595, 27-30, 2001.
- 4) Takei N. et al.: Order-made Oral Care for the Elderly based on an Assessment of their Independence and Oral Condition (Ⅲ) Efficacy of Oral Mucosa and Denture Cleaning for the Edentate Dependent Elderly. J Jpn Gerodont 18 : 134-138, 2003.

## 資料編の使い方

### 1) 収録している資料について

次ページからは現場ですぐに使える資料をまとめた資料集になっています。  
以下の「掲載資料の一覧」を参考のうえ、ぜひ現場でご活用ください。

#### ・掲載資料一覧

- ① 診療情報提供書（術前）、①' 診療情報提供書（術後）
  - ② 周術期口腔機能管理計画書
  - ③ 周術期口腔機能管理報告書（術前）、③' 周術期口腔機能管理報告書（術後）
  - ④ 返事
  - ⑤ 同意書
  - ⑥ 患者への報告書（初回）
  - ⑥' 患者への報告書（2回目以降）
  - ⑦ 看護師用の口腔内アセスメント表
  - ⑧ 患者への説明用リーフレット（主治医よりの説明用）  
「手術前にはお口の管理が大切です！」
  - ⑨ 周術期患者への説明用パンフレット  
「手術前後のお口の健康管理」
  - ⑩ 化学療法・放射線治療患者への説明用パンフレット  
「化学療法・放射線治療中のお口の健康管理」
  - ⑪ 各科外来掲示用ポスター
- \* 資料の番号は本文内と同じ番号を使用しています。

### 2) 拡大コピー時の注意

この書籍は B5 判ですので、A4 サイズにしたい場合は「115%」で拡大コピーしてください。  
また、永末書店ホームページでも pdf 版を掲載していますので、ダウンロードのうえ、ご活用ください。

永末書店ホームページ：<http://www.nagaseshoten.co.jp/>

### 3) その他

本資料は読者のみなさんがすぐに周術期の口腔機能管理を始められるよう、準備したものです。本資料を無断で転載・流布することをご遠慮いただきますよう、お願いいたします。

なお、使用されているコピー機、パソコンの使用方法などについては一切お答えできませんので、何卒ご了承ください。

# 診療情報提供書

H 年 月 日

歯科医院  
先生 御侍史

病院 科

住所

電話

担当医名

印

患者氏名	男・女	生年月日	年 月 日生 ( 歳)
病名			
紹介目的	<p>いつもお世話になっております。</p> <p>当科にて上記病名に対し治療を予定しております患者さんですが、治療を実施する前に、周術期口腔機能管理を貴院にて開始して頂きたい、紹介させていただきます。当科治療実施までに行っておくべきう蝕・歯周病等の歯科処置およびオーラルケアを行って頂ければ、幸いに存じます。お忙しいところ、誠に申し訳ございませんが、何卒、御高診御加療の程、よろしくお願ひ申し上げます。</p>		
□手術	<input type="checkbox"/> 実施 (手術名 _____、年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 予定 (手術名 _____、年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 未定		
□化学療法	<input type="checkbox"/> 実施 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 予定 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 未定		
□放射線療法	<input type="checkbox"/> 実施 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 予定 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 未定 照射部位：口腔含む・含まない 照射量： _____ 回 _____ Gy		
□骨代謝回転抑制剤 (BP 製剤等)	<input type="checkbox"/> 実施 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 予定 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 未定 薬剤名： _____		
□現在の処方			
□備考 (歯科治療上の問題点・注意点等)			

## 診療情報提供書

H 年 月 日

歯科医院  
先生 御侍史

病院 科

住所

電話

担当医名

印

ふ 患 者 氏 名	男・女	生年月日	年 月 日生 ( 歳)
病 名			
紹 介 目 的	<p>いつもお世話になっております。</p> <p>当科にて上記病名に対し治療を実施致しました患者さんですが、その後の周術期口腔機能管理を貴院にてお願い致したく、紹介させて頂きます。今後、必要な歯科治療及びオーラルケアを行って頂ければ幸いに存じます。お忙しいところ、誠に申し訳ございませんが、何卒、御高診御加療の程、よろしくお願い申し上げます。</p>		
□手 術	<input type="checkbox"/> 実施 (手術名 _____、年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 予定 (手術名 _____、年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 未定		
□化 学 療 法	<input type="checkbox"/> 実施 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 予定 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 未定		
□放 射 線 療 法	<input type="checkbox"/> 実施 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 予定 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 未定 照射部位：口腔含む・含まない 照射量： _____ 回 Gy		
□骨 代 謝 回 転 抑 制 剤 (BP 製剤等)	<input type="checkbox"/> 実施 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 予定 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 未定 薬剤名： _____		
□現 在 の 処 方			
□備 考 (歯 科 治 療 上 の 問 題 点 ・ 注 意 点 等)			

手術・化学療法・放射線療法・その他 ( ) / 外来・入院 / 主診療科

周術期口腔機能管理計画書 実施日 H 年 月 日 ( ) □男 □女

患者 I D 患者氏名 生年月日 ( 歳)

( I・II ) 手術日 H 年 月 日 (術前・術後) 手術名

( III ) 化学療法・放射線療法 開始日 H 年 月 日 ~ 終了日 H 年 月 日 □開始日未定

[口腔疾患]

D…未処置歯 M…萌出なし・欠損 F…処置歯 Br…ブリッジ PD…部分義歯 FD…総義歯 IM…インプラント 健全歯は記なし

歯・義歯の状態															
8 7 6 5 4 3 2 1							1 2 3 4 5 6 7 8								
8 7 6 5 4 3 2 1							1 2 3 4 5 6 7 8								
歯	肉	<input type="checkbox"/> ピンクでスティッピングがある・しっかりしている					<input type="checkbox"/> 浮腫がある・赤みを伴うことがある					<input type="checkbox"/> 自然な出血がある・圧すると出血する			
口内炎		見所					<input type="checkbox"/> なし								
<input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> 粘膜の紅斑													
		<input type="checkbox"/> 斑状潰瘍または偽膜													
		<input type="checkbox"/> 融合した潰瘍または偽膜；わずかな外傷で出血													
		<input type="checkbox"/> 組織壊死；顕著な自然出血；生命を脅かす症状がある													
口内炎症の程度		<input type="checkbox"/> なし													
<input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> わずかな症状で摂食に影響なし													
		<input type="checkbox"/> 症状があるが食べやすく加工した食事を摂取し嚥下することはできる													
		<input type="checkbox"/> 症状があり、十分な栄養や水分摂取ができない													
		<input type="checkbox"/> 生命を脅かす症状がある													
歯や歯肉の痛み		<input type="checkbox"/> なし					<input type="checkbox"/> あり ( )								
現時点での口腔内の問題点		<input type="checkbox"/> なし					<input type="checkbox"/> あり ( )								
歯石		<input type="checkbox"/> なし					<input type="checkbox"/> 少量					<input type="checkbox"/> 多量			
動揺歯		<input type="checkbox"/> なし					<input type="checkbox"/> あり ( )								
その他 ( 鋭縁など )		<input type="checkbox"/> なし					<input type="checkbox"/> あり ( )								
歯科治療		<input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 必要あり ( )													

[口腔清掃状態]

歯みがきは1日何回しますか？	<input type="checkbox"/> 3回以上			<input type="checkbox"/> 2回			<input type="checkbox"/> 1回			<input type="checkbox"/> 0回				
歯みがき	<input type="checkbox"/> 自分で磨く					<input type="checkbox"/> 部分的に自分で磨く					<input type="checkbox"/> 自分では磨けない			
義歯の着脱	<input type="checkbox"/> 自分で着脱する					<input type="checkbox"/> 自分で外すか入れるかのどちらかはする					<input type="checkbox"/> 自分で全く着脱できない			
	<input type="checkbox"/> 義歯なし													
洗口	<input type="checkbox"/> ブクブクうがいができる					<input type="checkbox"/> 水を口に含む程度はできる					<input type="checkbox"/> 水を口に含むこともできない			
食物残渣	<input type="checkbox"/> なし					<input type="checkbox"/> 少量					<input type="checkbox"/> 多量			
歯垢	<input type="checkbox"/> なし					<input type="checkbox"/> 少量					<input type="checkbox"/> 多量			
舌苔	<input type="checkbox"/> なし					<input type="checkbox"/> 少量					<input type="checkbox"/> 多量			
口唇	<input type="checkbox"/> 滑らかでピンク・潤いがある					<input type="checkbox"/> 乾いている・ひび割れがある					<input type="checkbox"/> 潰瘍がある・出血している			
義歯	<input type="checkbox"/> 清潔で残渣・プラークがない					<input type="checkbox"/> 部分的に残渣・プラークがみられる					<input type="checkbox"/> 義歯全体に残渣・プラークがみられる			

[口腔機能]

食事時の唾液量	<input type="checkbox"/> 十分	<input type="checkbox"/> やや不足	<input type="checkbox"/> 不足	<input type="checkbox"/> 絶食中
唾液の性状	<input type="checkbox"/> 漿液性・サラサラ	<input type="checkbox"/> 粘性がある・ネバネバ	<input type="checkbox"/> 唾液が欠乏し確認不可	
舌背の状態	<input type="checkbox"/> ピンクで潤いがある・乳頭がしっかりしている	<input type="checkbox"/> 舌苔がある・乳頭が失われている・テカリがある・赤みがある	<input type="checkbox"/> 水泡がある・ひびわれている	
口腔乾燥状態の評価	測定値：			<input type="checkbox"/> 未実施
声	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 低い・擦れる	<input type="checkbox"/> 会話困難・痛みを伴う	
食事時のむせ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> 毎食	<input type="checkbox"/> 絶食中
嚥下	<input type="checkbox"/> 正常な嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下時にわずかな痛みを伴う・嚥下困難	<input type="checkbox"/> 嚥下が全くできない	
口唇閉鎖	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> やや困難	<input type="checkbox"/> 困難	
舌の動き	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや動きにくい	<input type="checkbox"/> 動きにくい	
嚥下機能の精査	<input type="checkbox"/> 必要なし	<input type="checkbox"/> 必要あり		

[口腔と全身状態]

この1週間での発熱	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> なし	
食形態	<input type="checkbox"/> 絶飲食	<input type="checkbox"/> 水分のみ可	<input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> その他 ( )
1日の食事量	<input type="checkbox"/> 9~10割	<input type="checkbox"/> 6~8割	<input type="checkbox"/> 5割以下	<input type="checkbox"/> 絶食中
食欲	<input type="checkbox"/> 9~10割	<input type="checkbox"/> 6~8割	<input type="checkbox"/> 5割以下	<input type="checkbox"/> 絶食中

[歯科保健指導]

現在使用中の口腔清掃用具・口腔清掃補助用具	<input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> 電動歯ブラシ <input type="checkbox"/> 1歯用ブラシ	<input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> 舌ブラシ <input type="checkbox"/> 粘膜ブラシ	<input type="checkbox"/> デンタルフロス <input type="checkbox"/> 義歯用ブラシ <input type="checkbox"/> 義歯洗浄剤	<input type="checkbox"/> 保湿剤 <input type="checkbox"/> 含嗽剤 <input type="checkbox"/> その他( )
-----------------------	---	---	---	---

歯科保健指導内容

- 口腔清掃の良い習慣がついています。現状を維持しましょう。
- 磨き残しがあります。特に注意して磨きましょう。
  - 歯と歯の間     歯と歯肉の境目     歯の表面     歯の裏面     噛み合わせの面
  - 舌     被せ物の周囲     入れ歯(義歯)     粘膜     その他 ( )
- 歯ブラシを細かく優しく動かしましょう。     毎食後磨きましょう。
- 鏡を見ながら磨きましょう。     1日に1回は時間をかけて丁寧に磨きましょう。
- 口腔内が乾燥しています。  唾液腺マッサージをしましょう。  保湿剤を使用しましょう。
- 歯間ブラシを使用しましょう。     舌ブラシを使用しましょう。  粘膜ブラシを使用しましょう。
- デンタルフロスを使用しましょう。     よくうがいをしましょう。
- 義歯が清掃不良です。     流水のもと、義歯用ブラシでよく洗いましょう。
- 義歯洗浄剤も使用しましょう。     義歯は外して就寝しましょう。
- その他 ( )

[周術期の口腔機能管理において実施する内容]

<input type="checkbox"/> セルフケア(上記)
<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> う蝕治療    <input type="checkbox"/> 義歯作製・修理    <input type="checkbox"/> 抜歯    <input type="checkbox"/> 歯の固定・マウスガード作製</li> <li><input type="checkbox"/> 専門的口腔清掃    <input type="checkbox"/> 嚥下機能の精査    <input type="checkbox"/> その他( )</li> </ul>
<input type="checkbox"/> 連携歯科診療所 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> う蝕治療    <input type="checkbox"/> 義歯作製・修理    <input type="checkbox"/> 抜歯    <input type="checkbox"/> 歯の固定・マウスガード作製</li> <li><input type="checkbox"/> 専門的口腔清掃    <input type="checkbox"/> 嚥下機能の精査    <input type="checkbox"/> その他( )</li> </ul>
<input type="checkbox"/> 一部介助 (□水や歯ブラシなど口腔清掃用具準備    □声かけ (義歯を外して洗っているか・歯を磨いたか 等)    □その他 ( ) )
<input type="checkbox"/> 全介助 (実施内容： )
<input type="checkbox"/> その他 ( )

歯科医師 \_\_\_\_\_

歯科衛生士 \_\_\_\_\_

周術期口腔機能管理報告書 実施日 H 年 月 日 ( ) □男 □女

患者 I D \_\_\_\_\_ 患者氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 歳)  
 (I・II)手術日 H 年 月 日 手術名 \_\_\_\_\_ その他 ( \_\_\_\_\_ )  
 (III)化学療法・放射線療法 開始日 H 年 月 日 ~ 終了日 H 年 月 日 □開始日未定

[口腔疾患] □前回と変化なし

D...未処置歯 M...萌出なし・欠損 F...処置歯 Br...ブリッジ PD...部分義歯 FD...総義歯 IM...インプラント 健全歯は記なし

歯・義歯の状態 (特記事項)		□なし		□あり ( )	
歯肉	□ピンクでステッピングがある・しっかりしている	□浮腫がある・赤みを伴うことがある	□自然な出血がある・圧すると出血する		
口内炎所見		□なし			
□あり	□粘膜の紅斑				
	□斑状潰瘍または偽膜				
	□融合した潰瘍または偽膜；わずかな外傷で出血				
	□組織壊死；顕著な自然出血；生命を脅かす症状がある				
口内炎症の程度		□なし			
□あり	□わずかな症状で摂食に影響なし				
	□症状があるが食べやすく加工した食事を摂取し嚥下することはできる				
	□症状があり、十分な栄養や水分摂取ができない				
	□生命を脅かす症状がある				
歯や歯肉の痛み		□なし		□あり ( )	
現時点での口腔内の問題点		□なし		□あり ( )	
歯石	□なし	□少量	□多量		
動揺歯	□なし		□あり ( )		
その他 (鋭縁など)		□なし		□あり ( )	
歯科治療	□必要なし □必要あり ( )				

[口腔清掃状態] □前回と変化なし

歯みがきは1日何回しますか？	□3回以上	□2回	□1回	□0回
歯みがき	□自分で磨く	□部分的に自分で磨く	□自分では磨けない	
義歯の着脱	□自分で着脱する	□自分で外すか入れるかのどちらかはする		□自分で全く着脱できない
	□義歯なし			
洗口	□ブクブクうがいができる	□水を口に含む程度はできる	□水を口に含むこともできない	
食物残渣	□なし	□少量	□多量	
歯垢	□なし	□少量	□多量	
舌苔	□なし	□少量	□多量	
口唇	□滑らかでピンク・潤いがある	□乾いている・ひび割れがある	□潰瘍がある・出血している	
義歯	□清潔で残渣・プラークがない	□部分的に残渣・プラークがみられる	□義歯全体に残渣・プラークがみられる	

[口腔機能] □前回と変化なし

食事時の唾液量	□十分	□やや不足	□不足	□絶食中
唾液の性状	□漿液性・サラサラ		□粘性がある・ネバネバ	□唾液が欠乏し確認不可
舌背の状態	□ピンクで潤いがある・乳頭がしっかりしている	□舌苔がある・乳頭が失われている・テカリがある・赤みがある	□水泡がある・ひびわれている	



口腔乾燥状態の評価	測定値：		<input type="checkbox"/> 未実施	
声	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 低い・擦れる	<input type="checkbox"/> 会話困難・痛みを伴う	
食事中のむせ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> 毎食	<input type="checkbox"/> 絶食中
嚥下	<input type="checkbox"/> 正常な嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下時にわずかな痛みを伴う・嚥下困難		<input type="checkbox"/> 嚥下が全くできない
口唇閉鎖	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> やや困難		<input type="checkbox"/> 困難
舌の動き	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや動きにくい		<input type="checkbox"/> 動きにくい
嚥下機能の精査	<input type="checkbox"/> 必要なし		<input type="checkbox"/> 必要あり	

[口腔と全身状態]

前回と変化なし

この1週間での発熱	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> なし	
食形態	<input type="checkbox"/> 絶飲食	<input type="checkbox"/> 水分のみ可	<input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> その他( )
1日の食事量	<input type="checkbox"/> 9~10割	<input type="checkbox"/> 6~8割	<input type="checkbox"/> 5割以下	<input type="checkbox"/> 絶食中
食欲	<input type="checkbox"/> 9~10割	<input type="checkbox"/> 6~8割	<input type="checkbox"/> 5割以下	<input type="checkbox"/> 絶食中

[歯科保健指導]

前回と変化なし

現在使用中の口腔清掃用具・口腔清掃補助用具	<input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> 電動歯ブラシ <input type="checkbox"/> 1歯用ブラシ	<input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> 舌ブラシ <input type="checkbox"/> 粘膜ブラシ	<input type="checkbox"/> デンタルフロス <input type="checkbox"/> 義歯用ブラシ <input type="checkbox"/> 義歯洗浄剤	<input type="checkbox"/> 保湿剤 <input type="checkbox"/> 含嗽剤 <input type="checkbox"/> その他( )
-----------------------	---	---	---	---

歯科保健指導内容

- 口腔清掃の良い習慣がついています。現状を維持しましょう。
- 磨き残しがあります。特に注意して磨きましょう。
  - 歯と歯の間     歯と歯肉の境目     歯の表面     歯の裏面     噛み合わせの面
  - 舌     被せ物の周囲     入れ歯(義歯)     粘膜     その他( )
- 歯ブラシを細かく優しく動かしましょう。     毎食後磨きましょう。
- 鏡を見ながら磨きましょう。     1日に1回は時間をかけて丁寧に磨きましょう。
- 口腔内が乾燥しています。 唾液腺マッサージをしましょう。 保湿剤を使用しましょう。
- 歯間ブラシを使用しましょう。     舌ブラシを使用しましょう。 粘膜ブラシを使用しましょう。
- デンタルフロスを使用しましょう。     よくうがいをしましょう。
- 義歯が清掃不良です。     流水のもと、義歯用ブラシでよく洗いましょう。
- 義歯洗浄剤も使用しましょう。     義歯は外して就寝しましょう。
- その他( )

[周術期の口腔機能管理において実施する内容]

- セルフケア(上記)
- 当科
  - う蝕治療     義歯作製・修理     抜歯     歯の固定・マウスガード作製
  - 専門的口腔清掃     嚥下機能の精査     その他( )
- 連携歯科診療所
  - う蝕治療     義歯作製・修理     抜歯     歯の固定・マウスガード作製
  - 専門的口腔清掃     嚥下機能の精査     その他( )
- 一部介助 (  水や歯ブラシなど口腔清掃用具準備     声かけ (義歯を外して洗っているか・歯を磨いたか 等) )
- 全介助 (実施内容: )
- その他( )

歯科医師 \_\_\_\_\_

歯科衛生士 \_\_\_\_\_

# 診療情報提供書

H 年 月 日

病院  
科  
先生御侍史


歯科医院

住所  
電話  
歯科医師名

印

ふりがな 患者氏名	男・女	生年月日	年 月 日生 ( 歳)
病 名			
紹介目的	いつもお世話になっております。 貴院より紹介頂きました患者さんにつきまして、同封の口腔機能管理計画書に基づき、周術期口腔機能管理を実施致しました。 ご紹介ありがとうございました。今後ともよろしくお願ひ申し上げます。		
備 考			

# 周術期口腔機能管理同意書

担当医


H 年 月 日

院長殿

患者氏名 \_\_\_\_\_  
 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日生

患者 注1	ふりがな 氏名	(患者との続柄)  ①
	住所	〒 _____
親族 注2 (後見人等)	ふりがな 氏名	(患者との続柄)  ①
	住所	〒 _____

私は、このたび口腔機能管理についての必要性の説明を担当医より受け、内容を十分に理解し歯科口腔外科もしくは歯科診療所において、必要と認められる診療および検査や処置を受けることを承諾致します。

患者の欄は、本人が記入して捺印して下さい。ただし、病状により本人が記入できないときは、代筆し患者印を捺印して下さい。  
 患者が、未成年者又は意識障害者等については、その親族、後見人、扶養義務者等が記入し捺印して下さい。

## 周術期口腔機能管理報告書（患者用） 初回

①歯	<input type="checkbox"/> 症状なし <input type="checkbox"/> 時々痛み <input type="checkbox"/> 時々しみる <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 疼痛がある
②歯肉	<input type="checkbox"/> 症状なし <input type="checkbox"/> 違和感がある <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> 血がにじむ <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 疼痛がある <input type="checkbox"/> 膿の味がする <input type="checkbox"/> 腫れている
③口腔粘膜	<input type="checkbox"/> 症状なし <input type="checkbox"/> 触れると痛み箇所がある <input type="checkbox"/> しみる箇所がある <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 常に疼痛がある <input type="checkbox"/> 出血する
④義歯	<input type="checkbox"/> 義歯なし <input type="checkbox"/> 良好に使えている <input type="checkbox"/> 少しゆるいが使えている <input type="checkbox"/> 持っているが使っていない <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 義歯が合わない
⑤口腔清掃状態	<input type="checkbox"/> 口腔内に汚れなし <input type="checkbox"/> 口腔内の一部に汚れが残っている <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 口腔内に多量の汚れがある
⑥口腔乾燥	<input type="checkbox"/> 乾燥なし <input type="checkbox"/> 乾燥の自覚がある <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 食事や会話が困難なほどの乾燥がある
⑦口腔機能	<input type="checkbox"/> 声や摂食に問題がない <input type="checkbox"/> 声がかすれる <input type="checkbox"/> 時々食事中にむせる <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 会話困難 <input type="checkbox"/> 毎回食事中にむせる

## [歯科保健指導]

現在使用中の	<input type="checkbox"/> 歯ブラシ	<input type="checkbox"/> 歯間ブラシ	<input type="checkbox"/> デンタルフロス	<input type="checkbox"/> 保湿剤
口腔清掃用具	<input type="checkbox"/> 電動歯ブラシ	<input type="checkbox"/> 舌ブラシ	<input type="checkbox"/> 義歯用ブラシ	<input type="checkbox"/> 含嗽剤
口腔清掃補助用具	<input type="checkbox"/> 1 歯用ブラシ	<input type="checkbox"/> 粘膜ブラシ	<input type="checkbox"/> 義歯洗浄剤	<input type="checkbox"/> その他( )

## 歯科保健指導内容

- 口腔清掃の良い習慣がついています。現状を維持しましょう。
- 磨き残しがあります。特に注意して磨きましょう。
- 歯と歯の間  歯と歯肉の境目  歯の表面  歯の裏面  噛み合わせの面
- 舌  被せ物の周囲  入れ歯(義歯)  口腔粘膜
- その他( )
- 歯ブラシを細かく優しく動かしましょう。  毎食後磨きましょう。
- 鏡を見ながら磨きましょう。  1日に1回は時間をかけて丁寧に磨きましょう。
- 口腔内が乾燥しています。  唾液腺マッサージをしましょう。  保湿剤を使用しましょう。
- 歯間ブラシを使用しましょう。  舌ブラシを使用しましょう。  粘膜ブラシを使用しましょう。
- デンタルフロスを使用しましょう。  よくうがいをしましょう。
- 義歯が清掃不良です。  流水のもと、義歯用ブラシでよく洗いましょう。
- 義歯洗浄剤も使用しましょう。  義歯は外して就寝しましょう。
- その他( )

## [周術期の口腔機能管理において実施する内容]

<input type="checkbox"/> セルフケア(上記)
<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科
<input type="checkbox"/> う蝕治療 <input type="checkbox"/> 義歯作製・修理 <input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> 歯の固定・マウスガード作製 <input type="checkbox"/> 専門的口腔清掃 <input type="checkbox"/> 嚥下機能の精査 <input type="checkbox"/> その他( )
<input type="checkbox"/> 連携歯科診療所
<input type="checkbox"/> う蝕治療 <input type="checkbox"/> 義歯作製・修理 <input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> 歯の固定・マウスガード作製 <input type="checkbox"/> 専門的口腔清掃 <input type="checkbox"/> 嚥下機能の精査 <input type="checkbox"/> その他( )
<input type="checkbox"/> 一部介助 (□水や歯ブラシなど口腔清掃用具準備 <input type="checkbox"/> 声かけ (義歯を外して洗っているか・歯を磨いたか等) □その他( )
<input type="checkbox"/> 全介助 (実施内容: )
<input type="checkbox"/> その他( )

## 周術期口腔機能管理報告書（患者用） 2回目以降

①口腔清掃状態	<input type="checkbox"/> 口腔内に汚れなし <input type="checkbox"/> 口腔内の一部に汚れが残っている <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 口腔内に多量の汚れがある
②口腔乾燥	<input type="checkbox"/> 乾燥なし <input type="checkbox"/> 乾燥の自覚がある <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 食事や会話が困難なほどの乾燥がある
③口腔機能	<input type="checkbox"/> 声や摂食に問題がない <input type="checkbox"/> 声がかすれる <input type="checkbox"/> 時々食事にむせる <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 会話困難 <input type="checkbox"/> 毎回食事にむせる

## [歯科保健指導]

現在使用中の 口腔清掃用具	<input type="checkbox"/> 歯ブラシ	<input type="checkbox"/> 歯間ブラシ	<input type="checkbox"/> デンタルフロス	<input type="checkbox"/> 保湿剤
口腔清掃補助用具	<input type="checkbox"/> 電動歯ブラシ	<input type="checkbox"/> 舌ブラシ	<input type="checkbox"/> 義歯用ブラシ	<input type="checkbox"/> 含嗽剤
	<input type="checkbox"/> 1 歯用ブラシ	<input type="checkbox"/> 粘膜ブラシ	<input type="checkbox"/> 義歯洗浄剤	<input type="checkbox"/> その他( )

## 歯科保健指導内容

- 口腔清掃の良い習慣がついています。現状を維持しましょう。
- 磨き残しがあります。特に注意して磨きましょう。
- 歯と歯の間  歯と歯肉の境目  歯の表面  歯の裏面  噛み合わせの面
- 舌  被せ物の周囲  入れ歯(義歯)  口腔粘膜
- その他( )
- 歯ブラシを細かく優しく動かしましょう。  毎食後磨きましょう。
- 鏡を見ながら磨きましょう。  1日に1回は時間をかけて丁寧に磨きましょう。
- 口腔内が乾燥しています。 唾液腺マッサージをしましょう。 保湿剤を使用しましょう。
- 歯間ブラシを使用しましょう。  舌ブラシを使用しましょう。  粘膜ブラシを使用しましょう。
- デンタルフロスを使用しましょう。  よくうがいしましょう。
- 義歯が清掃不良です。  流水のもと、義歯用ブラシでよく洗いましょう。
- 義歯洗浄剤も使用しましょう。  義歯は外して就寝しましょう。
- その他( )

## [周術期の口腔機能管理において実施する内容]

<input type="checkbox"/> セルフケア(上記)
<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科
<input type="checkbox"/> う蝕治療 <input type="checkbox"/> 義歯作製・修理 <input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> 歯の固定・マウスガード作製 <input type="checkbox"/> 専門的口腔清掃 <input type="checkbox"/> 嚥下機能の精査 <input type="checkbox"/> その他( )
<input type="checkbox"/> 連携歯科診療所
<input type="checkbox"/> う蝕治療 <input type="checkbox"/> 義歯作製・修理 <input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> 歯の固定・マウスガード作製 <input type="checkbox"/> 専門的口腔清掃 <input type="checkbox"/> 嚥下機能の精査 <input type="checkbox"/> その他( )
<input type="checkbox"/> 一部介助 (□水や歯ブラシなど口腔清掃用具準備 □声かけ (義歯を外して洗っているか・歯を磨いたか等) □その他( )
<input type="checkbox"/> 全介助 (実施内容: )
<input type="checkbox"/> その他( )

歯科医師

歯科衛生士

口腔内アセスメント表(看護師用)

①歯	<input type="checkbox"/> 症状なし	チェック 1
	<input type="checkbox"/> 時々痛む <input type="checkbox"/> 時々しみる <input type="checkbox"/> その他( )	チェック 2
	<input type="checkbox"/> 疼痛がある	チェック 3
②歯肉	<input type="checkbox"/> 症状なし	チェック 1
	<input type="checkbox"/> 違和感がある <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> 血がにじむ <input type="checkbox"/> その他( )	チェック 2
	<input type="checkbox"/> 疼痛がある <input type="checkbox"/> 膿の味がする <input type="checkbox"/> 腫れている	チェック 3
③口腔粘膜	<input type="checkbox"/> 症状なし	チェック 1
	<input type="checkbox"/> 触れると痛む箇所がある <input type="checkbox"/> しみる箇所がある <input type="checkbox"/> その他( )	チェック 2
	<input type="checkbox"/> 常に疼痛がある <input type="checkbox"/> 出血する	チェック 3
④義歯	<input type="checkbox"/> 義歯なし <input type="checkbox"/> 良好に使えている	チェック 1
	<input type="checkbox"/> 少しゆるいが使えている <input type="checkbox"/> 持っているが使っていない <input type="checkbox"/> その他( )	チェック 2
	<input type="checkbox"/> 義歯が合わない	チェック 3

1つでもチェック 3 がある → 歯科口腔外科への受診を勧めましょう

1つでもチェック 2 がある → 継続するなら、歯科口腔外科への受診を勧めましょう

すべてのチェックが 1 のみ → 口腔内の状態はおおむね良好です

⑤口腔清掃状態	<input type="checkbox"/> 口腔内に汚れなし	チェック 1
	<input type="checkbox"/> 口腔内の一部に汚れが残っている <input type="checkbox"/> その他( )	チェック 2
	<input type="checkbox"/> 口腔内に多量の汚れがある	チェック 3
⑥口腔乾燥	<input type="checkbox"/> 乾燥なし	チェック 1
	<input type="checkbox"/> 乾燥の自覚がある <input type="checkbox"/> その他( )	チェック 2
	<input type="checkbox"/> 食事や会話が困難なほどの乾燥がある	チェック 3
⑦口腔機能	<input type="checkbox"/> 声や摂食に問題がない	チェック 1
	<input type="checkbox"/> 声がかすれる <input type="checkbox"/> 時々食事中にむせる <input type="checkbox"/> その他( )	チェック 2
	<input type="checkbox"/> 会話困難 <input type="checkbox"/> 毎回食事中にむせる	チェック 3

1つでもチェック 3 がある → オーラルケアに関し、歯科口腔外科に相談しましょう

1つでもチェック 2 がある → それぞれのオーラルケアの手法を再検討しましょう

すべてのチェックが 1 のみ → オーラルケアは良好です、このままのケアを継続しましょう

看護師 \_\_\_\_\_

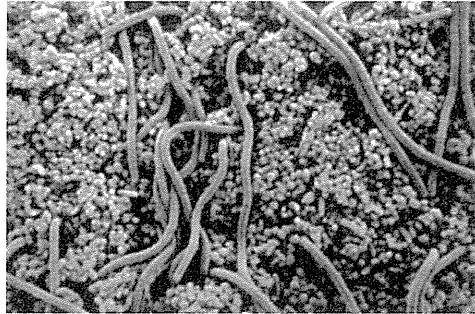
# 入院・手術前の歯科口腔外科受診のお勧め ～手術前にはお口の管理が大切です！～

当病院では、治療によって起こるお口のトラブルを予防し、治療が円滑に進むよう、治療開始前から歯科口腔外科の受診を勧めています。

また、術後に低栄養の予防として、経口摂取の障害となる口内炎（口腔粘膜炎）やお口の乾燥予防等の対応が早期から必要です。



不潔なお口



お口の中の菌



多量の歯石（石灰化した菌の塊）

お口の中は菌が多く繁殖している場所です。

このため、手術の前からお口の菌数をできるだけ減らしておくことが大切です。

また、お口の状態は、手術中やその後の全身の回復にも影響があります。

## お口の管理によるメリット

- ★手術後の肺炎の予防
- ★頭頸部等の手術での術後の傷口の感染予防
- ★全身麻酔時の気管への挿管で歯が折れたり抜けないように準備する
- ★手術前からよく噛める状態にして術後の全身の回復を助ける

手術前のお口の管理は、**お口全体の検査**を行い、

**お口の清掃（歯ブラシでは取りきれない部分）とお口に合った清掃法の説明**が中心です。

検査の結果、**緊急に歯科治療が必要と判断された場合は治療**を行います。

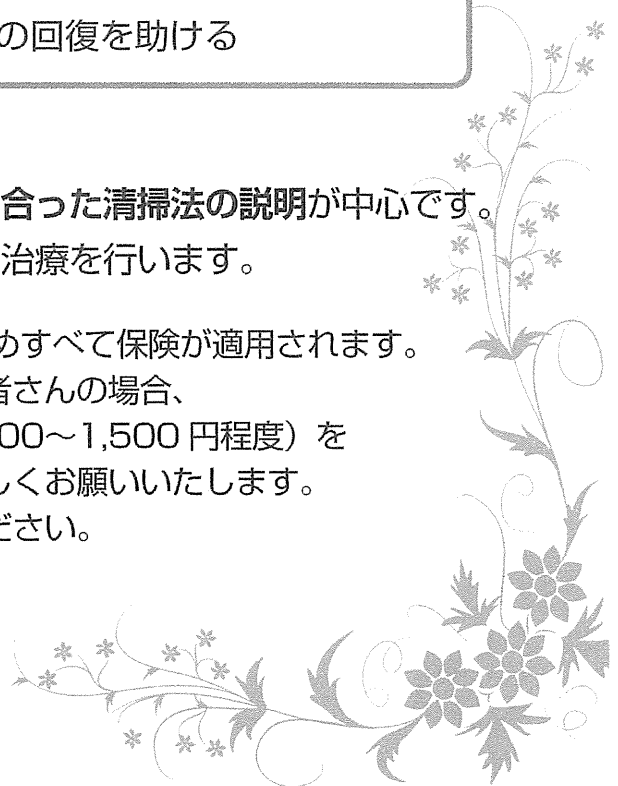
請求書は、医科と歯科が別に2枚となりますが、検査を含めすべて保険が適用されます。

なお、本治療は保険扱いですので、自己負担額が3割の患者さんの場合、

3,000～4,500円程度（1割負担の患者さんの場合、1,000～1,500円程度）を

ご負担していただくこととなります。ご理解のほど、よろしく願いいたします。

ご不明なことがございましたら、いつでもお問い合わせください。



# 手術前後のお口の健康管理

～お口のトラブルを予防して治療を円滑に～

これから手術を受けられる方は、  
手術前からのお口の健康（清潔で、よく噛めること）が大切です。

入院治療中に、お口のトラブルによって、おいしく食事ができなくなったり、  
楽しく会話ができなくなったりするだけでなく、  
熱が出たり、肺炎などにより入院期間が延びたりすることや  
入院の主目的である治療自体に支障を来すこともあります。

そこで、手術前からお口のトラブルを予防・改善し、  
治療を円滑にするためのお口の健康管理に関するアドバイスを  
1冊のパンフレットにまとめました。  
積極的にご利用ください。

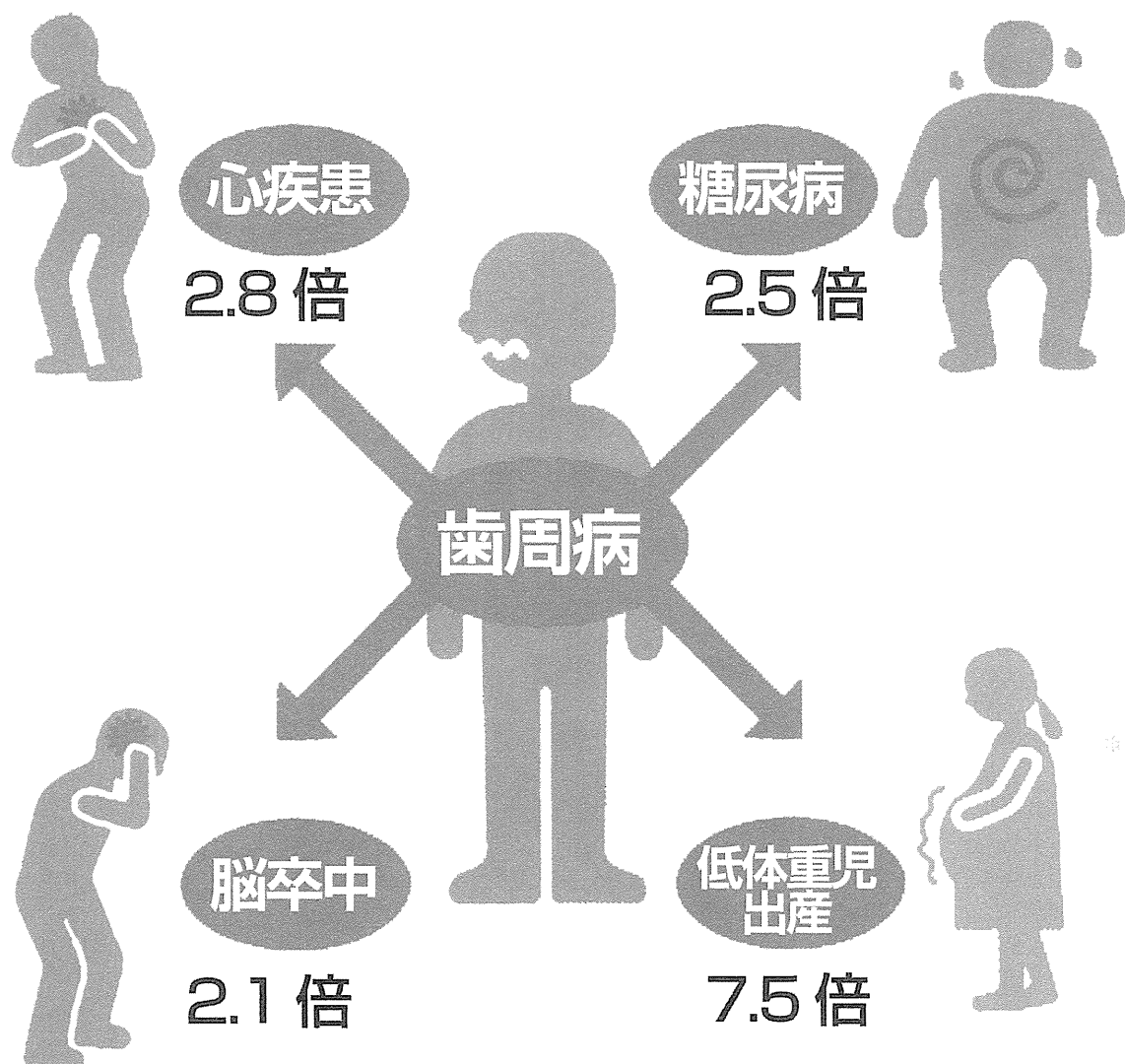




# 歯周病が全身に及ぼす影響

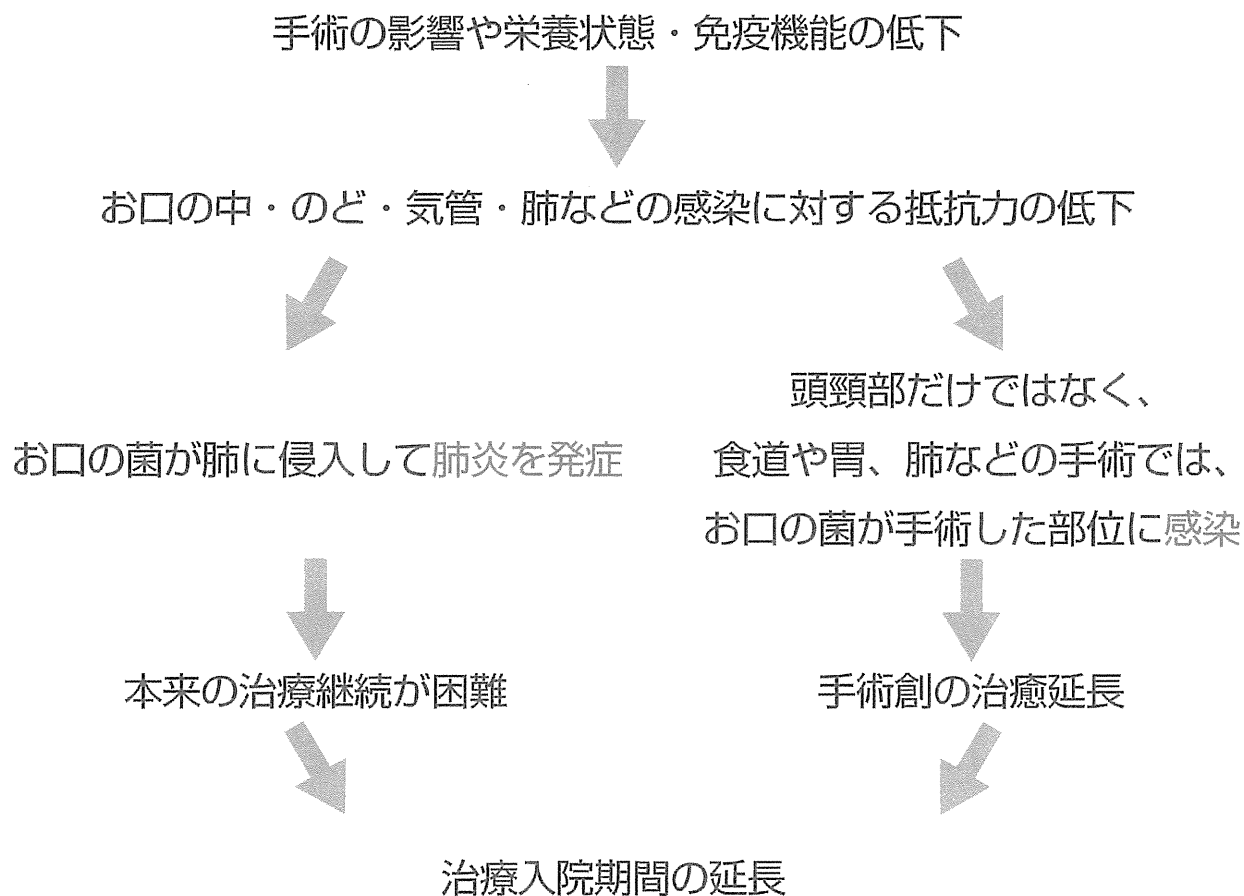
お口は栄養の入口であると同時に、呼吸や構音（発音）などの全身にかかわるさまざまな役割を担っています。

糖尿病などの病気があると、歯周病（いわゆる歯槽膿漏）になりやすいというのをご存じかもしれませんが、口の中が不潔な状態であると歯周病が進行して、歯のまわりの血管から口の中の菌などが全身に広がってしまいます。その結果、心疾患、脳卒中、糖尿病などの発症リスクが高くなります。



# 手術とお口の健康

お口は栄養の入口であり、さまざまな細菌やウイルスなどの侵入経路です。



# 手術前後に注意すること

ぐらぐらしている歯はありませんか？

全身麻酔での手術は、人工呼吸器の管が口を通して気管に入ります。

この際、歯が折れたり、抜けたりしないように、術前に歯を守る準備が必要です。

手術前にお口の検査を行い、必要な治療を済ませておくことと、

お口の中を清潔に保つ練習をしておくことが大切です。



ブラッシングやデンタルフロスによる清掃

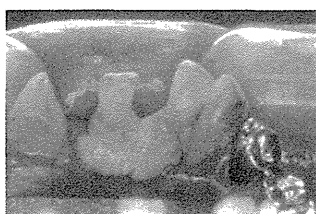
## お口の中を清潔に保ちましょう！

歯垢（プラーク）などは歯周病の原因です。歯石や乾燥も誘因になります。



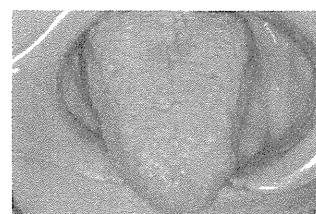
しこう  
**歯垢（プラーク）**

生きた菌のかたまり。  
日常の清掃で除去する。



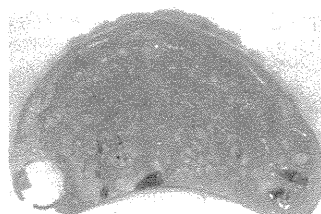
しせき  
**歯石**

石灰化した歯垢が歯石。  
専門的な器具で除去する。



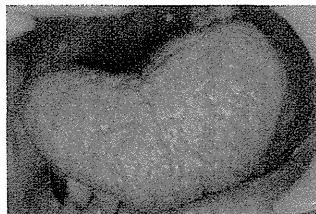
ぜったい  
**舌苔**

菌の温床で、口臭の原因。  
ブラシで除去が可能。



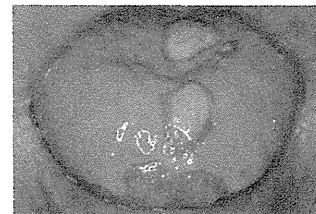
**義歯（入れ歯）**

カンジダ（カビの一種）  
などの菌の温床になる。



**口腔乾燥**

たんや、たんが角化したものが  
つきやすくなる。



**口腔粘膜炎症・口内炎**

粘膜の炎症部から菌が  
入り込み、感染症を起こす。

# 手術前後に歯科口腔外科で行うこと

## ①お口の検査

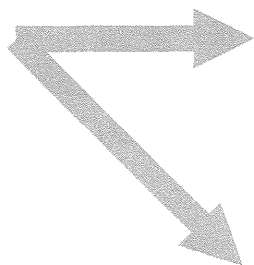
★歯や歯肉の状態

★入れ歯の状態

★口腔粘膜の状態

★口腔衛生の状態

★口腔機能の状態



## ②歯科治療

- ・麻酔の際に歯が折れたりしないように術前に歯を守る準備をする
- ・お口を清潔に保ちやすい状態にする
- ・低栄養で体力が低下しないために手術前からよく噛める状態にする



## ③予防処置

- ★歯石除去や歯のクリーニング  
歯垢や歯石を除去して、  
専門の器具を用いて  
歯の表面を滑らかにする



## ④口腔清掃指導

- ★口腔清掃・義歯清掃の支援  
お口に合わせた用具の選択、  
歯の磨き方、義歯清掃法、  
保湿法などをアドバイス



## ⑤口腔機能訓練

- ★口腔機能向上の支援  
口腔乾燥を和らげる方法や  
おいしく食べる方法、  
口腔機能訓練をアドバイス