

細菌検出技術 DEPIM (DiElectro Phoretic Impedance Measurement : 誘電泳動で液体中の細菌を電極に捕集させ、インピーダンスの変化を計測して液体 mL 中の細菌濃度 [cfu/m] に換算して評価) により、約 1 分で培養法と同等の細菌数測定結果を得ることができます。誰でも簡単に操作でき、かつ、コンパクトサイズのため、さまざまな現場で使用が可能です。図 1 に測定の流れを示します。

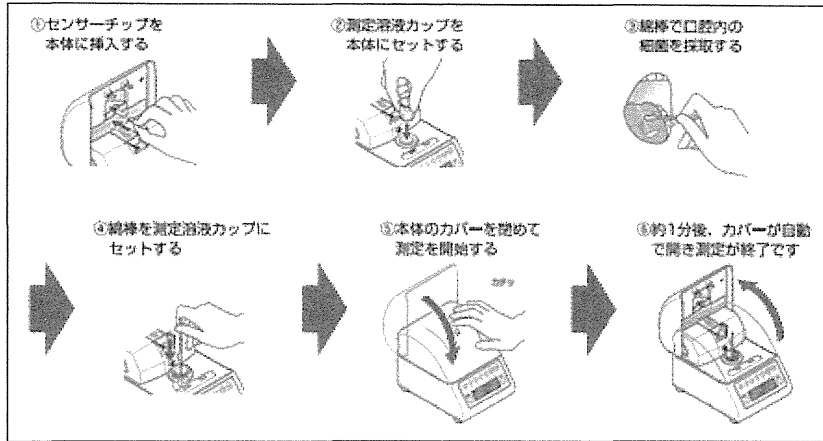


図 1 細菌カウンタの使用方法 (パナソニック ヘルスケア ホームページより転載)

細菌の採取法は、対象者により異なるが、無歯顎の患者でも採取可能な部位にて同様な方法を用いる必要があり、具体的には、舌下に綿棒を 10 秒間接触させる方法や、舌の上から圧を一定にして 10 回スワブする方法などが用いられている。

#### b. 唾液吐出液を用いた濁度検査の活用

さらに簡便な方法として、石川らの研究<sup>1)</sup>により総菌数と相関性が認められた唾液吐出液の濁度検査を用いることも可能です (図 2)。

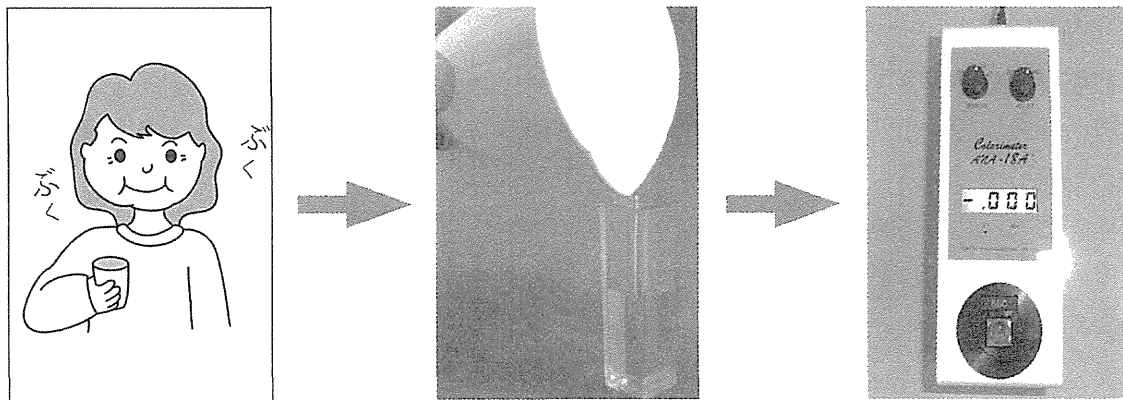


図 2 唾液吐出液を用いた濁度検査

- ①蒸留水を 3mL 計り、紙コップ (小) に入れる。紙コップの水を口に含み、左右に 10 回程度水を動かし、同じ紙コップに吐き出す (唾液吐出液)。
- ②セルのふたを外し、紙コップの先を軽くつぶして、唾液吐出液をプラスチックセルに入れふたをして、前後に振って攪拌する。
- ③光電比色計 (ANA-18A<sup>+</sup>、東京光電) 用いて 660nm の吸光度より測定する。

測定結果の評価については、5～90 歳の 1,403 名の検査結果から、65 歳以上の高齢者 411 名の濁度の平均値は  $0.307 \pm 0.230$  であり、加齢とともに平均値は高くなりますが、現時点では、OD=0.24 未満は「清潔」、0.24～0.47 未満は「やや汚れている」、0.46 以上は「汚れている」として評価しています。評価基準については、今後さらに検討を要しますが、初回検査と介入

後の比較については、濁度の値の変化から評価が可能です。

### <菌数と濁度の相関性>

簡易な口腔清潔度検査法を開発する目的で、職域成人 287 名（平均年齢  $40.8 \pm 9.6$  歳）を対象に、口腔内を洗口した唾液吐出液中（3 mL の蒸留水を 10 秒間軽くリンスした吐出液）の総菌数（Real-Time PCR 法）と濁度（光電比色計 ANA-18A<sup>+</sup> を用いて 660nm の吸光度より測定）との関連性を検討した結果、吐出液中の総菌数は濁度と高い相関性を示した（相関係数 0.750）との報告があります<sup>1)</sup>。

### c. カンジダ検査の活用

筆者らは、口腔清掃状態の指標の一つとして BD クロムアガーカンジダ寒天培地（日本ベクトン・ディッキンソン）を活用しています（図 3）。筆者らの活動では、口腔清潔状態の一つの指標として真菌であるカンジダ菌の選択培地を活用して、オーラルケアの介入の効果を確認しています（図 4）。しかし、初回検査でカンジダが検出されない対象者も存在するため、全ての患者を対象とした指標とするには課題があります。

具体的な活用方法は、舌正中溝の左右から滅菌綿棒を使用し、回転しながら 10 回ずつ 100g 程度の圧でスワブし、BD クロムアガーカンジダ寒天培地に塗抹後、37°C 48 時間、好気培養し、総コロニー数を測定します。

## (2) 口腔乾燥状態の指標

### a. 口腔水分計ムーカスの活用

口腔水分計ムーカス（ライフ）の特徴は、口腔粘膜の乾燥状態を数値化できる点にあります。患者の意識状態や全身状態にかかわらず、2 秒で測定が可能であり、コンパクトなため持ち運びが容易です（図 5）。

検査について、福島らは、口腔粘膜湿潤度の日内変動に規則性はみられなかったが、5 分間程度の身体的・精神的安静状態を設定することにより、再現性のある測定値が得られることを報告しています<sup>2)</sup>。

判定の目安は、測定値 27 ~ 31 を境界域とし、27 未満の場合は口腔内が乾燥状態であることが疑われます。

### b. 唾液湿潤度検査紙の活用

口腔乾燥症の検査としては、安静時または刺激時の唾液の分泌状態、粘膜湿潤度、唾液の物性など種々提案されていますが、ガムテストなどによる刺激唾液量の検査を用いると、安静時の口腔乾燥症状を客観的に評価できない場合もあります。また、要介護者にとっては、咀嚼法や吐唾法といった口腔機能に依存する検査については、実施そのものが不可能な場合もあります。そこで、口腔乾燥度を安全で簡便に、かつ客観的に評価するために、口腔粘膜上に貯留する安静時唾液量を評価する方法として、唾液湿潤度検査紙（KISO-Wet Tester No.1, KISO サイエンス）が開発されています（図 6）。

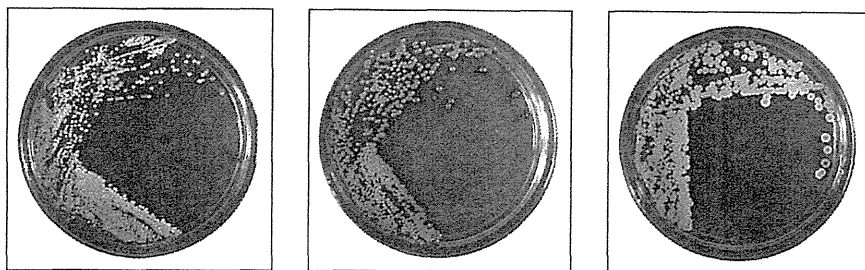


図3 BD クロムアガー-カンジダ寒天培地による各種カンジダ菌の培養例 (BD Biosciences より提供)



義歯清掃と含嗽のみ (4月)

粘膜ブラシによる清掃介入後 (自立者・実施) (8月)

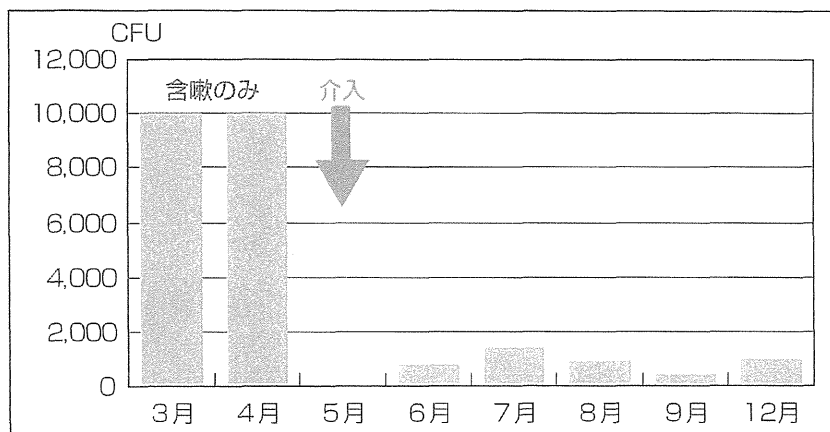


図4 特別養護老人ホームにおけるオーラルケア介入の効果  
粘膜ブラシの活用でカンジダ数が減少した。

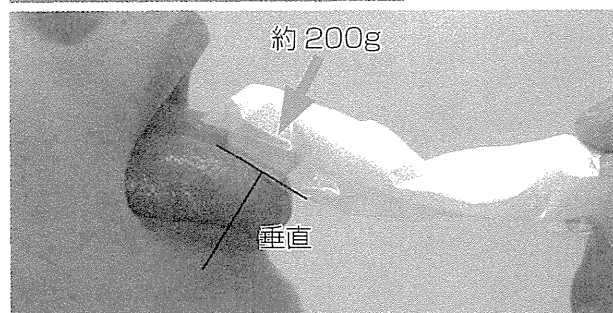
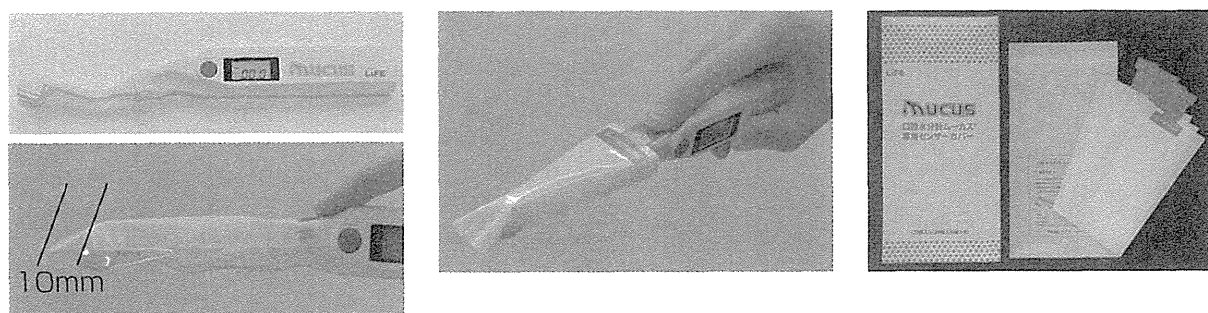


図5 口腔水分計ムーカスの活用方法

- ①センサーカバー (右上) をかぶせる (カバーの先端を約 10mm 余らせる)。
- ②舌を突出した状態で舌背 (先端から 10mm の舌背中央部) に垂直に圧接 (200g 程度<sup>3)</sup>) する。「ピッ」という音で測定が開始され、約 2秒で「ピピッ」という音が鳴れば測定終了。
- ③センサーの圧接角度により生じるはずれ値を除外するため、連続 3回測定し、その中央値を測定値とする<sup>3)</sup>。



#### 図6 唾液湿潤度検査紙の使用法

- ①舌尖から約10mmの舌背部を基準部位とし、KISO-Wet Testerを垂直に10秒間、接触・保持後、取り外して湿潤幅を測定する
- ②測定後、「唾液湿潤度検査紙の判定方法」を参考に判定する

評価方法は、湿潤幅が0 mmは口腔乾燥、1 mmは唾液分泌低下、2 mmは境界領域、3 mm以上はほぼ正常と判定します。

検査時の注意として、食事後2時間以上経過してから検査すること、検査前30分以内の水分摂取は避けること、検査直前に唾液を飲み込んでから測定することが挙げられています。

手術後等で全介助が必要な時期は抵抗力が低下しているため、生命維持や肺炎予防を目指した有効なオーラルケアが望まれます。口腔内微生物は肉眼では確認できないため、現在のオーラルケア法が有効かどうかは、検査を行って確認する必要があります。医療の最前線でオーラルケアを担当するメディカルケアプロフェSSIONALは、「このケアは有効か?」という視点を忘れてはいけません。

## 1) 口腔清拭より口腔清掃が効果的!

### (1) 術後の全介助が必要な患者の口腔清掃の考え方

手術後などで全介助が必要な患者の口腔清掃に際して最も重要なことは、清掃中の水や唾液の誤嚥防止です。これは、時として生命に危険を及ぼす事態になりかねません。また、特に抵抗力が低下した患者では、口腔内微生物が誤嚥性肺炎をはじめとする各種全身疾患のリスクとなることが明らかとなっており<sup>1)</sup>、その予防を考慮した口腔内微生物のコントロールが重要です。このためには、安全で、有効な口腔清掃を行うことが大切です。また、患者への負担が少ない姿勢で、できるだけ短時間に口腔清掃を行うために、あらかじめ十分な準備を整えておくことも大切なポイントです。

### (2) 口腔清拭の限界

全身的な衰弱が激しく、主に急性期や終末期の要介護者で、口腔内に創があるなど口腔清掃ができない場合には、巻綿子、ガーゼ、スポンジブラシなどで口腔内を拭き取る「口腔清拭」が行われることもあります。この際、巻綿子、ガーゼ、スポンジブラシなどは水や清拭剤で濡らしますが、誤嚥しないように絞ってから使用します。

また、現在、全介助が必要な患者に対しては誤嚥のリスクを考えて、歯の有無にかかわらず「口腔清拭」が行われている場合が多くあります。近年では、歯がある場合には、「口腔清拭」だけではプラークの除去は困難であることから、吸引器を利用した歯ブラシの使用が広がりつつありますが、無歯顎や少数歯の場合には依然として口腔清拭を行っている場合も少なくありません。しかしながら、舌表面や口腔粘膜の微細な凹凸の特徴を考慮すると、清掃が可能な場合は、できるかぎり粘膜ブラシなどの軟らかいブラシを使用した「口腔清掃」を行うことが効果的であり有効です。

### (3) 口腔清拭より口腔清掃が効果的な根拠は?

#### ・全介助が必要な高齢者の口腔清掃法の細菌学的検討

##### ①目的

全介助が必要な患者や高齢者のための安全で、効果的な口腔清掃法の開発  
～口腔清拭と口腔清掃の比較～

## ②対象

札幌市の某介護療養型医療施設（918床）に入院中で、口腔清掃に全介助が必要であり、これまで、ガーゼによる清拭が行なわれていた要介護者8名（男性4名、女性4名、平均年齢79 ± 9.15歳）。

## ③方法

従来から「清拭」を継続してきた対象者の現状を把握するために、口腔乾燥度の評価（唾液湿潤度検査）ならびに菌量の判定（CRT bacteriaキットによるMutans連鎖球菌数〔以下、MS〕および乳酸桿菌数〔以下、LB〕）を行った。その後、有歯顎者（4名）には歯ブラシ、無歯顎者（4名）には粘膜ブラシを使用した清掃を行い、1カ月後、12カ月後に同様の調査を行った。

## ④結果

清掃実施12カ月後（対象者は5名に減少）では、すべての対象者の口腔乾燥度、MSおよびLBの改善がみられた（図1）。

今回の検討は対象者数が少ないですが、臨床現場で微生物の変化を確認しながら口腔清掃の支援を行っている、スポンジブラシやガーゼなどによる清拭から歯ブラシや粘膜ブラシによる清掃に変更することで微生物の減少が容易に確認できます。

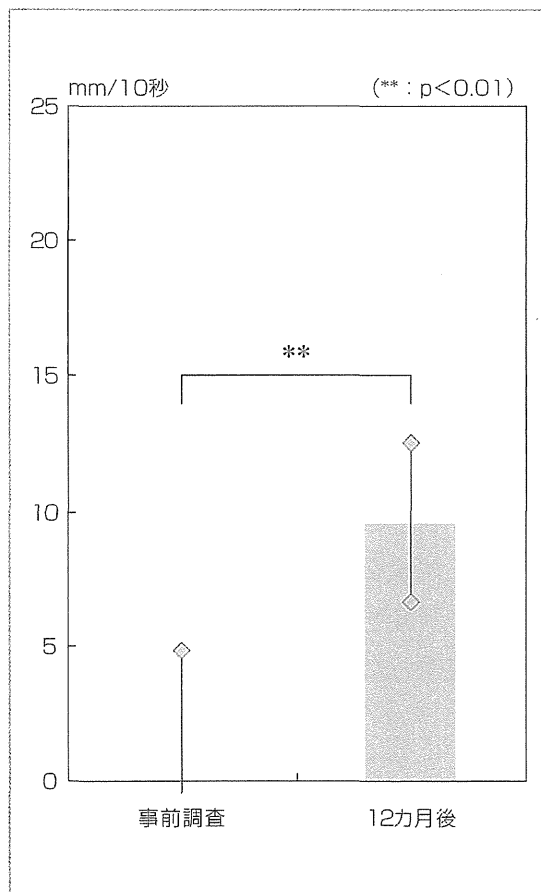


図1a 唾液湿潤度の変化

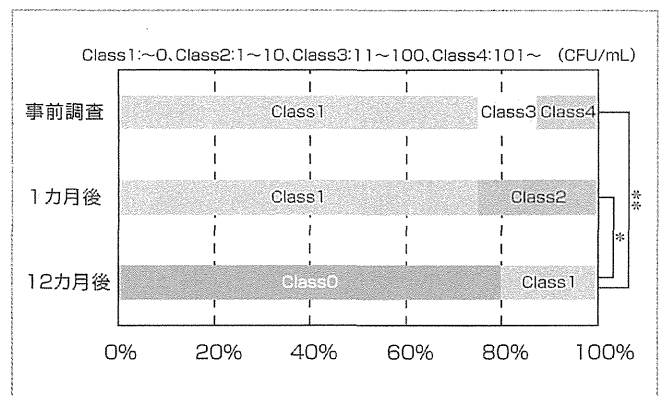


図1b Mutans レンサ球菌の変化

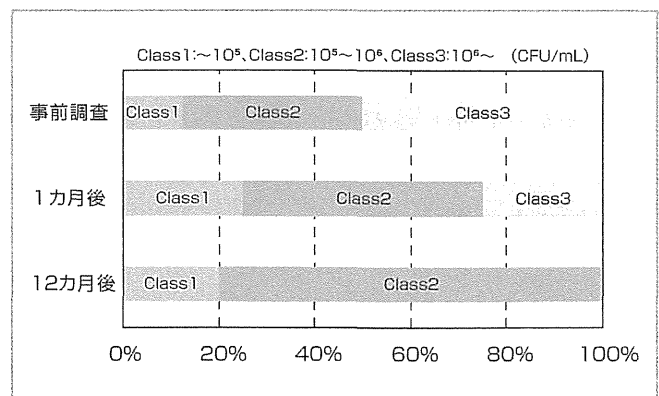
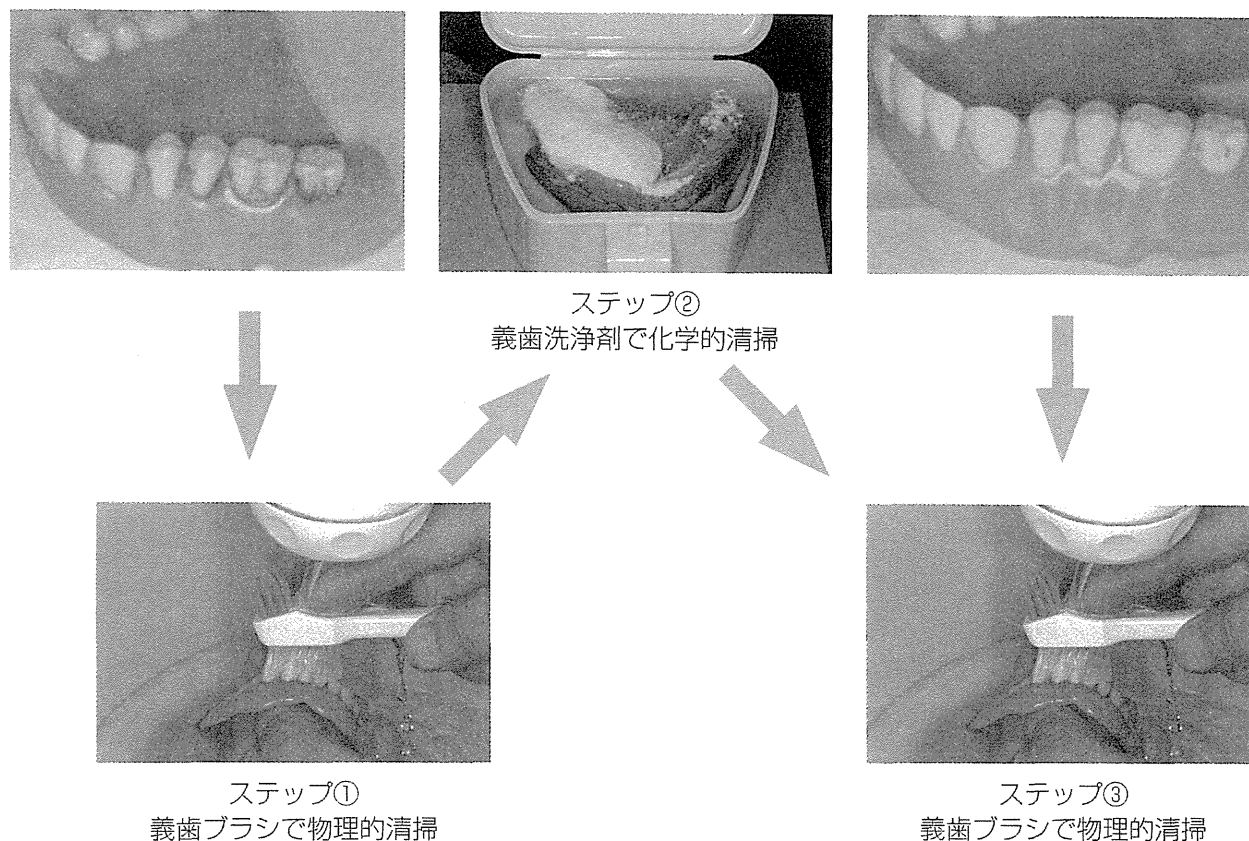


図1c 乳酸桿菌数の変化

## 2) 義歯清掃は3ステップの最後が肝心

### (1) 義歯清掃の過程とその意義

義歯は、物理的にも化学的にも清掃を徹底することが必要です (図2)。



#### 図2 義歯清掃の過程

ステップ①義歯ブラシを使用した物理的の清掃

義歯ブラシを用いて、義歯表面の粘着性のあるバイオフィルムを物理的に取り除き、次に行う化学的な洗浄効果を高める。

ステップ②義歯洗浄剤を使用した化学的の清掃

義歯洗浄剤を用いて、義歯表面に残された微生物を洗浄・殺菌する。併せて、色素による汚れや義歯表面に強固に付着したバイオフィルムの結合を弱め、物理的に除去しやすくする。

ステップ③再度、義歯ブラシを使用した物理的の清掃

取り残された微生物を物理的に徹底除去する。

### (2) 義歯清掃法の各過程における細菌学的な評価

介護が必要な患者や高齢者では、往々にして抵抗力が低いため、口腔内のカンジダ菌が増加することが報告されています。カンジダ菌が多数検出されるような義歯は、微生物による汚染が進んでいると考えられますが、どのように除菌すればよいのか、義歯洗浄剤は週何回くらい使用すればよいのか、といった疑問に答えるために、次のような検討を行いました。



## ・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<sup>2)</sup>

### ①目的

義歯清掃の各過程における偏性嫌気性菌（総菌数）およびカンジダ菌数を指標に、臨床的な視点から除菌効果を確認する。

### ②対象

東京都の特別養護老人ホーム入所者5名（総義歯を常用している高齢者17名中、予備調査でカンジダが検出された11名のうち、本人および家族の了解が得られた要介護高齢者、80～89歳）。

### ③方法

昼食後、対象者から義歯を借り、水洗をしないまま、ただちに以下の検査を行った。

#### ・義歯表面の細菌（偏性嫌気性菌）の検査

上顎義歯床粘膜面に内径6mmのビニールパッチを貼り、細菌採取面の面積（28mm<sup>2</sup>）を規定した。植毛部をU字型に屈曲させた滅菌歯間ブラシを用い、細菌採取面から付着細菌を滅菌リン酸緩衝10mL中に採取した。その後、クールボックスに入れて持ち帰り、嫌気グローブボックス内でBHI血液寒天培地に接種し、37℃にて10日間嫌気培養後、コロニー数を計測して、CFUs/mLを求めた。

#### ・義歯表面のカンジダ菌の検査

カンジダ菌の検査は、同じく上顎義歯床粘膜面（偏性嫌気性菌の検査に用いたビニールパッチを貼付した部位は除く）から滅菌綿棒を用い、回転しながら10回ずつスワブし、BDクロムアガーカンジダ寒天培地（日本ベクトン・ディッキンソン）に塗抹した。その後、37℃にて48時間培養後、カンジダ菌のコロニーの色調と形態を基に菌種を推定し、コロニー数を計測した。

#### ・菌採取の時期

菌採取は、清掃前、ステップ①「滅菌義歯ブラシによる物理的清掃後」、ステップ②「義歯洗浄剤による化学的清掃（15分）後」、ステップ③「再度物理的清掃後」に行った（図3）。

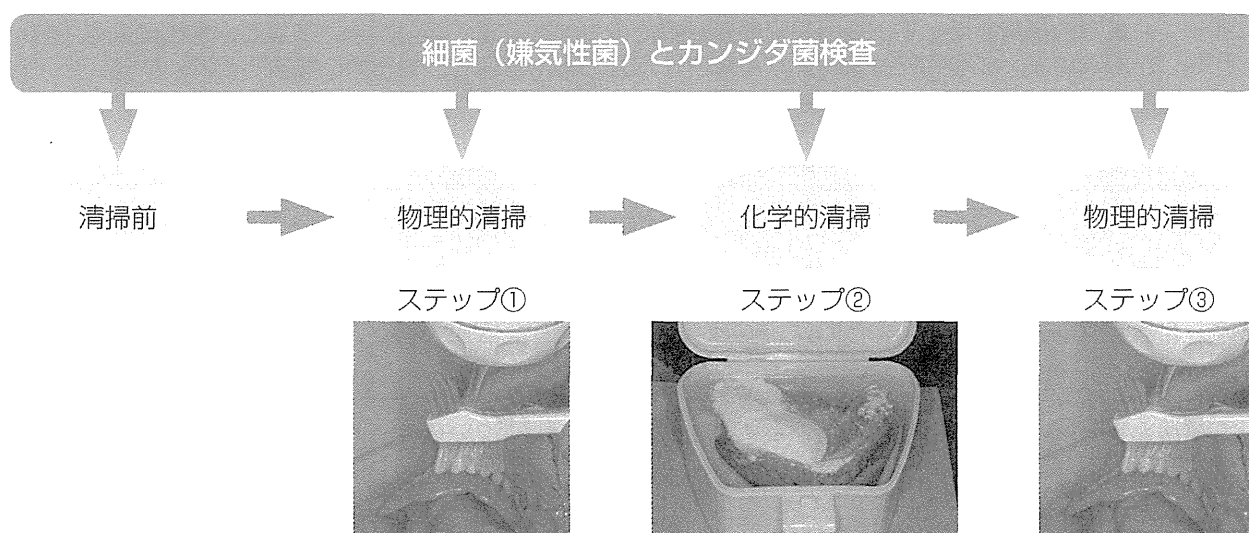


図3 義歯清掃による除菌効果の調査方法（義歯清掃の過程と検査の時期）



## ④結果

・義歯清掃の各過程（ステップ）における偏性嫌気性菌（総菌数）の変化

義歯清掃の各過程において検出された偏性嫌気性菌（総菌）数（個人別）を図4に示した。義歯ブラシによる物理的清掃により検出細菌数は減少傾向を示し、さらに、義歯洗浄剤による化学的清掃後には細菌は検出されなかった。このことにより、義歯表面を清潔に保つためには、義歯ブラシによる物理的清掃のみでは不十分であり、化学的清掃を組み合わせることが有効であることが確認された。

・義歯清掃の各過程（ステップ）におけるカンジダ菌数の変化

義歯清掃の各過程において検出されたカンジダ菌数（個人別）を図5に示した。カンジダ菌が最初の物理的清掃後も  $10^3$  以上検出された義歯は、その後の「化学的清掃⇒再度物理的清掃」を行っても、減少傾向は示すものの完全に除去することはできなかった。

以上の結果から、歯周病菌などの偏性嫌気性菌は化学的清掃までの過程で除菌できますが、一定量以上のカンジダ菌が検出された義歯では、ステップ①～③までの義歯清掃を行っても、1回の義歯清掃では除菌しきれない可能性のあることが明らかとなりました。特に、ステップ②までの化学的洗浄により、結合が脆弱化したバイオフィルムの除去を確実にを行うためには、単なる水洗ではなく、ステップ③における義歯ブラシを用いた再度の物理的清掃を丁寧に行うことが重要であると考えられます。

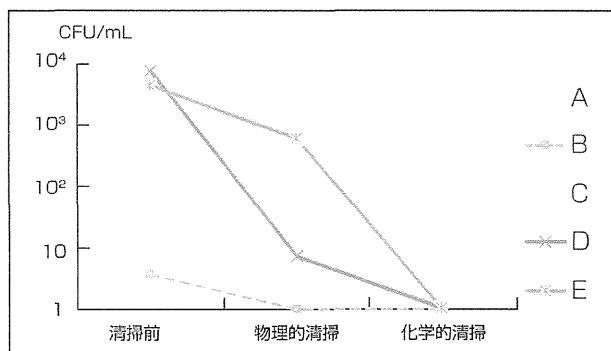


図4 個人別の義歯清掃過程ごとの検出菌数（嫌気性菌）の変化

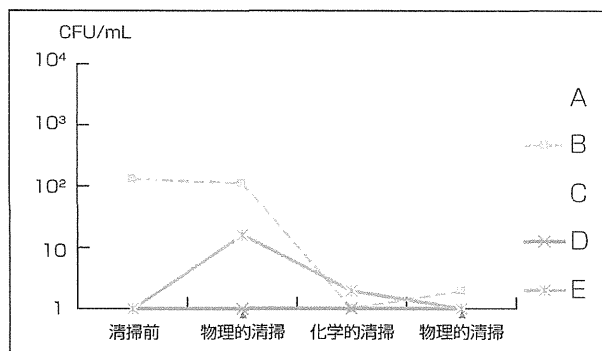


図5 個人別の義歯清掃過程ごとの検出カンジダ菌数の変化

## (3) 義歯内部への微生物の侵入

・走査型電子顕微鏡による義歯床欠陥部内への侵入細菌の観察<sup>3)</sup>

## ①目的

義歯清掃の各過程におけるカンジダ菌の除菌効果を検討した結果、1回の義歯清掃では除菌されなかったことから、義歯内部への口腔内微生物の侵入について調査した。

## ②対象

新潟大学歯学部附属病院来院患者の新義歯作製によって不要となった、長期間使用した旧義歯。

## ③方法

長期間使用した義歯を人工歯-床接合部で破断させ、走査型電子顕微鏡により細菌の内部侵

入状況を観察した。

#### ④結果

走査型電子顕微鏡による義歯の人工歯-床接合部にみられた裂隙内部の観察では、多数の細菌の存在が明らかになった。義歯の亀裂に侵入した多数の微生物がバイオフィルムを形成しており、1回の義歯清掃では表面のバイオフィルムしか除菌できないと考えられた(図6)。長期間使用している義歯については、日々の確実かつ丁寧な清掃が重要であると考えられる。

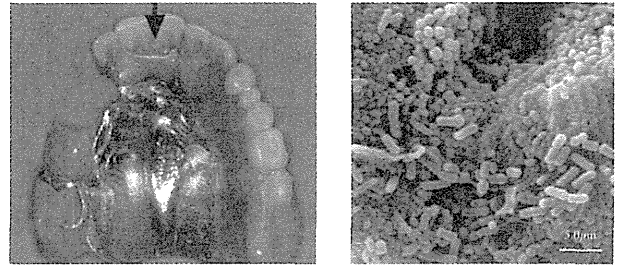


図6 長時間使用した義歯の亀裂に入り込んだ口腔内微生物

### (4) 毎日の義歯および粘膜清掃の必要性

#### ・毎日の義歯および粘膜清掃の効果<sup>4)</sup>

##### ①目的

継続的に義歯および粘膜清掃を行った場合の効果の検討。

##### ②対象

東京都の特別養護老人ホーム入所者6名(無歯顎で義歯を常用しており、予備調査で義歯および粘膜からカンジダ菌が検出され、かつ本調査への参加に同意が得られた要介護者高齢者、69～93歳)

##### ③方法

月曜日から金曜日までの5日間にわたる毎日、手技を統一するために今回は歯科衛生士が義歯および粘膜清掃を行い、土曜日と日曜日の2日間は清掃を中断した。さらに次の7日間についても、同様の清掃を行った(図7)。

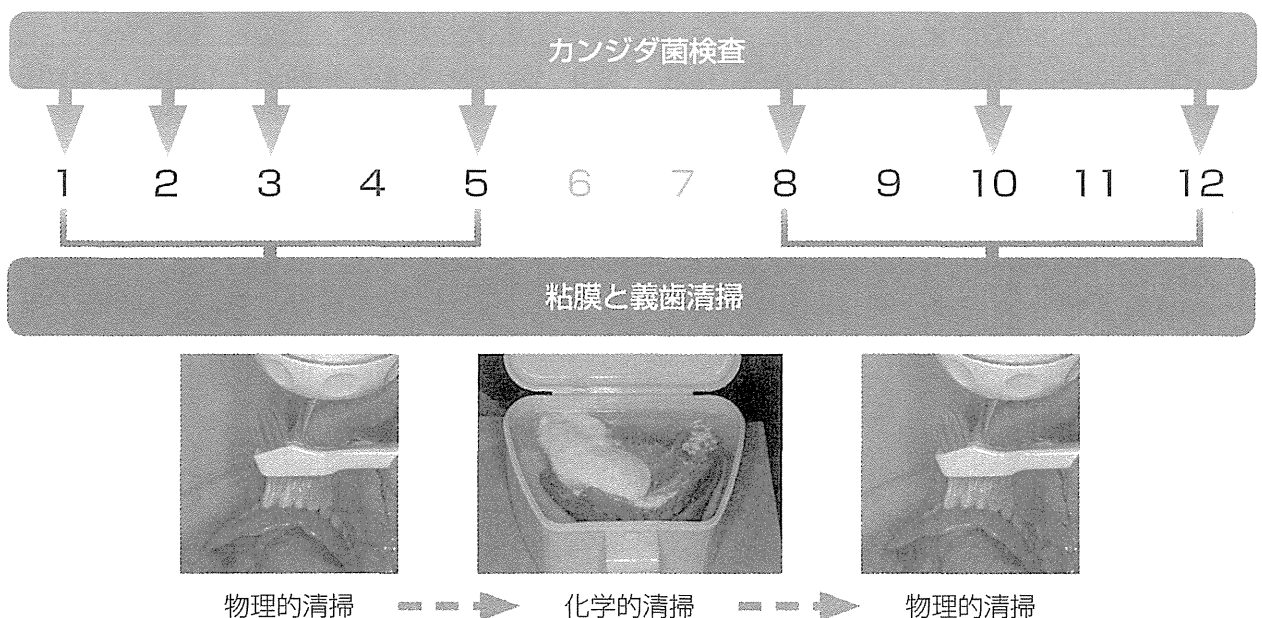


図7 毎日の義歯および粘膜清掃の効果

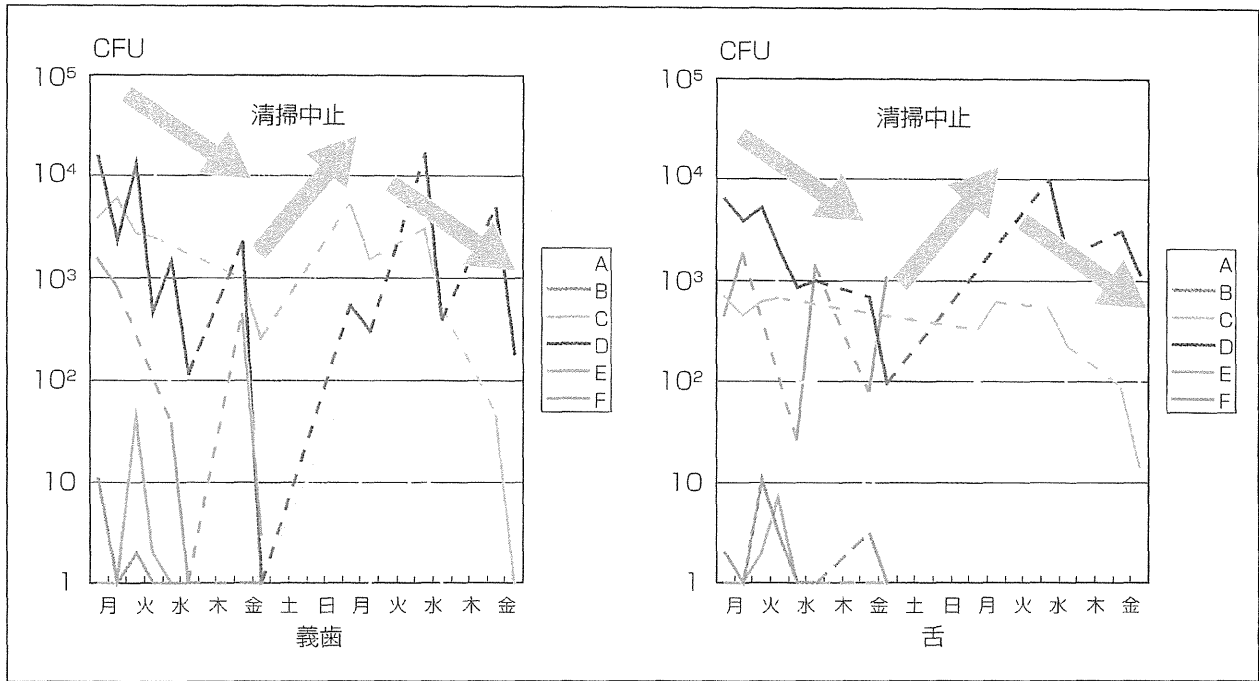


図8 個人別検出カンジダ菌数の変化

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

II 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

ふりかた 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。 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、紹介させていただきます。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。		
□手術	□実施 (手術名 _____、年 月 日 ) □予定 (手術名 _____、年 月 日 ) □未定		
□化学療法	□実施 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) □予定 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) □未定		
□放射線療法	□実施 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) □予定 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) □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)	□実施 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) □予定 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) □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	□ピンクでスティップリングがある・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 状 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 ]

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]

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 ( <input type="checkbox"/> 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) )
<input type="checkbox"/> 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・ひびわっている

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]

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)
  - その他 ( )
- 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			